

암 환자의 사회심리적 간호

유 지 수
(연세 간호대학 부교수)

암 환자의 사회심리적 문제를 정서, 신체적 증상, 사회적 지지, 인지의 네가지 영역으로 제한하여 고찰해 본 다음, 사회심리적 지지를 제공하기 위한 간호증재의 한 방안으로 집단치료의 과정을 서술하고자 한다.

I. 암 환자의 사회심리적 문제

암 환자의 사회심리적 간호증재는 암 환자로서 그들의 삶의 질, 치료에 대한 협조, 신체적 안위, 그리고 사회적 지지의 성질을 증진시키기 위해 계획되고 있다.

암 환자에게 영향을 미치는 사회심리적 문제는 네 영역으로 분류할 수 있다.

1. 정서
2. 신체적 증상
3. 사회적 지지
4. 인지

1. 정 서

암 환자의 우울과 불안에 대한 연구는 눈에 띄게 많이 찾아 볼 수 있다.

암을 가진 아동에 대한 Koocher와 O'Malley (1981)의 연구, 호즈킨병 환자를 대상으로 한 Chapman, Sutcliffe, 그리고 Malpas(1981)의 연구, 유방암 환자들 대상으로 한 Shain(1976)의 연구 등은 모두 "자아의 연약함", "불안—노이로제"의 증가를 보고하고 있다. Tross(1984)는 고환암 환자들에게서 불안과 우울, 죽음의 공포가 증가함을 보고하였다. Holland(1976)는 암

환자를 두가지 유형의 반응군으로 분류하였는데 정상 반응군에서는 불안, 불면증, 불안정, 식욕 부진, 집중력 감소 등 상당한 불편감의 징후를 보인 반면, 비 적응군에서는 부정, 치료거부, 의사에 대한 불신임 등 좀 더 심각한 증상을 보였다. Gorzynski, Holland, 그리고 Zumoff (1977)는 유방암 환자를 10년간 추적하여 생존자가 생존하지 못한 사람에 비해 억압과 거부의 증상을 덜 보였다고 보고하였다. Rogentine등 (1979)은 31명의 악성흑종 환자들 대상으로 한 연구에서 일년 이내에 재발된 환자들이 증상이 완화되어있는 환자에 비해 더 낮은 심리적 고통을 경험하였음을 발견하였다. 그리고 이러한 결과를 이용하여 그들은 76%의 정확성을 가지고 두번째 표본에서의 재발빈도를 예측할 수 있었다. 그러므로 이들 연구는 특정한 양의 불쾌감은 정상이며, 심지어 암 환자들이 이에 적응되어 있음을 분명히 시사해 주고 있고 불편감이나 억압감, 거부감의 증상이 없음을 적응을 잘 못하고 있는 것과 관련이 있음을 입증해 주고 있다.

최근들어 연구자들은 암 환자 집단에 표준화된 정신질환의 진단평가를 적용하고 있다. Derogatis(1983)는 새로이 입원한 암 환자의 47%가 DSM-III에 열거된 진단을 가지고 있음을 발견하였는데, 이들 환자의 66%는 적응반응을 보였으며 13%는 우울같은 정서질환을 가진 것으로 규명되었다. 또 환자의 33% 이상이 치료될 수 있는 형태의 우울이나 불안으로 고생하고 있는 것도 발견하였다.

특집 : 장기질환 환자간호

분노와 그의 표현 역시 암에 대한 사회심리적 적응과 연관되고 있다. 여러 연구들이 암의 존재와 그에 대한 적응을 분노의 표현과 연결짓고 있다. Greer와 Morris(1978)는 유방의 조직생검을 받은 150명의 환자를 대상으로 연구한 결과, 이 가운데 69%는 악성종양을 나머지는 양성종양을 가진 것으로 판명했으며, 악성종양을 가진 환자가 양성종양을 지닌 환자에 비해 분노를 덜 표현한 것을 알아냈다.

2. 신체적 증상

암 환자들은 흔히 많은 신체적 문제들을 갖고 있는데, 이는 정서 및 인지의 장애와 연관된다. 암 환자는 흔히 에너지 감소를 호소한다. Fobair 등(1985)은 호르몬병 환자를 대상으로 연구한 결과, 최초로 진단을 받고 치료를 시작한 후 첫 일년동안 환자들은 심각한 에너지 감소를 경험하며 이로 인해 생기는 피로는 노인 환자에서 더 오래 지속됨을 발견하였다. 많은 암 환자들, 특히 유방암을 가진 환자들은 신체적 능력의 제한에 대응해야만 한다. 성기능의 감소는 생식기의 암을 가진 여성 뿐만 아니라 다른 암을 가진 남성에게서도 나타나는 데 그이유는 피로, 우울, 불안, 신체상의 변화와 관련이 있는 것으로 보고되고 있다.

통증은 암환자에게 흔히 나타나는 신체적 증상이다. 사회심리적 관점에서 가장 흥미있는 것은 통증이 전이된 부위에 따라 동일하게 나타나는 것이 아니며, 오히려 기분의 장애와 관계가 깊다는 사실이다(Spiegel과 Bloom, 1983). 실제로 몇몇 연구들은 통증과 불안이 상호작용함을 보여주고 있다. 통증은 암에 대한 불안에 의해 악화(Garratt, 1978)될 수도 있고 대체(Kuhn과 Bradnan, 1979)될 수도 있다. 또 통증의 의미있는 예측인자로 전이의 부위는 상관성이 낮은 반면, 환자가 경험한 통증 양과 세계의 다른 요인 즉 진통제 사용, 정서적 고통, 통증의 의미에 대한 환자의 신념 사이에는 상관성이 높음이 밝혀진 바 있다(Spiegel과 Bloom). 특히 환자들은 통증이 그들의 질병이 악화되고 있다

는 신호로 믿는 정도에 따라 통증을 더 느끼는 경향이 있으므로 통증과 같은 신체적 증상과 불안 및 우울과 같은 정서적 증상은 혼합되며 상호 강화적인 것을 알 수 있다.

3. 사회적 지지

암 환자들은 사회적 격리로 고생하고 있다는 임상적인 증거가 상당히 많다. 흔히 나쁜 일들이 이야기하는 것에 대해 염려하며, 진열될까 봐 두려워하고, 자신의 죽음에 직면하기를 회피하고자 노력한다. 특히 예후가 나쁜 환자와 암이 전이된 환자들은 스스로를 고립시킴을 발견할 수 있다.

암이 결혼생활에 미치는 영향에 대해선 이용할만한 정보가 적으나 호르몬병 환자의 연구 결과(Fobair 등, 1985) 이들 환자가운데 별거하거나 이혼한 환자의 비율이 국가적 평균치보다 높지는 않을지라도 표본 환자의 6%가 호르몬병으로 인해 별거나 이혼을 했다고 응답한 것으로 나타났다.

가족 환경의 성질은 환자의 기분에 영향을 미칠 수 있다. 환자가 자신의 가족 환경을 매우 표현적이라고 생각하며 자신의 분체와 감정을 가족과 함께 나눌 수 있을 때, 자신의 가족 환경을 매우 갈등적이라고 생각하는 환자에 비해 낮은 정도의 기분 장애를 경험할 수 있음을 예측할 수 있다. 이러한 연구 결과는 가족 환경이 암 환자의 정서적 적응을 지지하기도 하고 경감시킬 수도 있다는 것을 암시하고 있다. 그러므로 가족 환경과 기분 장애 사이의 상호작용은 통증과 기분 장애 사이의 관계와 유사한 것으로 추론된다.

4. 인지

몇몇 연구들은 환자의 대응전략과 적응사이의 관계를 보여 주고 있다. Taylor(1983)는 암 환자의 대응전략을 세가지로 서술하였다. (1) 의미를 통달하거나 타인에게 도움을 줄 수 있음을 경험하는 것 (2) 타인과 사회적 비교를 하는 것 (3) 착각을 이용하거나 통제영역을 융통성 있게

선택하는 것 등이다. Taylor는 통제의 효과성을 확인 못하는 것은 중요한 사실이 아니라고 하였다. 왜냐하면 환자들이 그들의 전략을 수시로 바꿀 수 있기 때문에, 다른 환자에게 도움을 주므로써 자신의 가치를 인정할 수 있으며 다른 환자와 만나 사회적 비교를 통해 융통성있게 자신의 통제영역을 조절할 수도 있기 때문이다. Taylor가 서술한 모든 인지전략은 집단에 더 잘 적용된다.

Weisman과 Worden (1976)은 암 환자들이 심한 정서적 고통을 경험하고 있음을 관찰하였다. 이들 환자들은 비관적이고 쉽게 포기하며 지지를 거의 기대하지 않는 특징이 있고 또한 치료전에 결혼생활의 문제가 증가됨을 보고하였다. 또 최근에 진단받은 암 환자들은 두개의 다른 집단으로 나누어 지는데, 하나는 대응을 잘 하는 집단, 다른 하나는 대응을 잘 못하는 집단으로, 대응을 잘 하는 집단은 타인과 사회적 비교를 하거나 문제를 다시 생각해 보고, 권력자에게 순응하는 대응전략을 사용하였고, 대응을 잘 못하는 집단은 감정을 억압하거나 수동적이 되거나 금욕적이 되거나 회피하거나 자신을 꾸짖는 대응전략을 사용하였다.

대응능력에 대한 이러한 이항성의 존재는 Fe-Itton과 Revenson (1984)의 최근 연구에 의해 지지되었다. 즉 정보추구와 타인과 사회적 비교를 하는 대응전략을 사용한 만성질환 환자는 부정적인 정서가 감소함을 경험한 반면, 소원으로 가득한 환상과 회피를 이용한 환자는 부정적인 정서가 증가함을 경험하였다.

II. 집단치료의 과정

암 환자의 사회심리적 문제를 해결하고자 시도되는 간호중재의 한 방안으로 최근 몇몇 연구에 의해 그 효과성이 밝혀진 집단치료의 과정을 앞에 서술한 네가지 문제영역과 관련지어 소개하고자 한다.

1. 점 서

우울과 불안을 가진 환자들로 하여금 그들의 질병에 관련된 공포와 염려를 집단모임에서 자유로이 표현하도록 격려하던 거부반응이 줄고 정상에 가까워진다. 환자들은 그들의 감정이 집단모임에 참석한 다른 사람의 감정과 유사하다고 느껴 그들의 불쾌한 감정을 주저없이 좀 더 공개적으로 표현하게 된다. 그러므로 집단모임에서 환자들의 감정을 있는 그대로 받아 들이고 환자가 자유로이 자신의 감정을 표현할 수 있도록 강화시킨다면 우울과 자기비판의 주기가 차단되는 경향이 있다.

환자들이 집단모임에서 주로 나누는 대화의 내용을 분석해 보면, 의학적 치료에 대한 사항, 가족 상황, 죽음과 임종에 대한 불안, 자아상의 변화에 대한 것이 많다. 또 환자들은 죽음에 대한 그들의 불안을 통증, 통제 상실 등과 같은 구체적인 염려로 표현하거나 사랑하는 사람으로부터 격리되어 느낄 수 있는 소외감으로 표현하는 경향이 있다. 그러므로 집단모임에 참여한 환자들은 서로 서로 분노의 표현방법이 다르다는 것을 인지하고, 서로 서로 분노의 표현을 조절하는 역할모델로 작용하며, 자신의 감정도 타인에 의해 받아들여진다는 확신감을 갖고, 통제영역을 융통성있게 조절하게 된다.

2. 신체적 문제

집단모임을 끝마칠 때마다 환자들이 자신의 통증을 조절하는 방법을 가르치기 위해 자기최면법을 설명하고 실제로 시도해 보도록 한다. 자기최면법의 한 방법에는 손상받은 신체부위에서 온감이나 냉감을 느끼기 위해 정신을 집중시키는 노력이 포함된다.

3. 사회적 지지

실제로 환자들의 사회적 격리감은 다른 집단 구성원을 강하게 자신의 지지체제로 인식함으로써 감소된다. 이러한 연계성은 모임과 모임사이의 기간동안 반복적으로 강화된다. 집단 구성원

특집 : 장기질환 환자간호

은 서로 서로 방문을 하고 편지를 쓰고 전화를 한다. 또 집단모임에 참여한 환자들은 의사에게 질문할 사항을 기록하여, 의사에게서 해답을 얻고, 서로 의견을 교환하며, 항암제를 사용했을 경우 그들에게 나타났던 부작용과 그 부작용이 나타났을 때 어떤 방법을 사용해서 효과가 있었는지 서로 토론을 함으로써 자신의 치료과정에 적극적으로 참여한다는 느낌을 갖게 한다.

집단모임에서 가족관계는 또 다른 중요한 주제가 된다. 집단구성원은 가족내에서 그들이 담당할 수 있는 역할에 대해 성취 가능한 목표를 설정하도록 서로를 돕는다. 또한 환자의 배우자 및 자녀로 이루어진 집단도 한달에 한번 정도 모임을 갖고 환자 치료에 가족이 어떻게 참여해야 할지 서로 논의하며 자신들이 겪는 어려움도 서로 티놓고 얘기함으로써 스트레스를 해소하고 서로 지지를 받게 된다.

4. 인지와 대응

집단구성원은 인생의 의미에 대해 토론할 기회를 갖는다. 여러가지 잃어버린 속성들을 생각해 보고 그러한 상실에도 불구하고 현재 스스로에게 남아 있는 것은 무엇이며, 남아 있는 것을 통해 무슨 의미있는 일을 할 수 있을가에 대해 생각하고 토론할 시간을 갖는다. 환자들은 이 시간을 통해 자신의 경험을 이용하여 같은 질병을 가진 다른 환자에게 유용한 정보를 제공함으로써 암을 앓고 있다는 비극속에서도 삶의 새로운 의미를 발견하게 된다. 그리고 남은 여생을 어떤 보람된 일로 보낼 것인가 다시 생각해보게 된다.

또한 집단구성원은 삶의 가치를 분명히 하여 그렇게 행동하도록 서로 서로 긍정적으로 작용한다. 그러므로 같은 집단구성원에게 슬픈 일이 발생해도 서로 서로 지지를 하면서 사기를 잃지 않고 상대적으로 평형을 유지한다.