주요개념 : 암환자, 가족지지, 희망, 삶의 질

입원한 암환자와 재가 암환자의 가족지지, 희망, 삶의질 정도에 관한 연구

조 계 화* · 김 명 자**

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

암질환은 신체기능을 수행하는데 커다란 변화를 가져옴은 물론 심리적으로 여러 문제점을 야기하기 때문에 암진단을 받고 투병생활을 하고있는 대부분의 사람들은 불안, 두려움, 우울, 심리적 충격 및 절망감과 같은 다양한 정서적 변화를 경험하게 된다(Stedeford, 1979 ; Krouse, 1982 ; 하혜경, 1982). 더구나 한국의 현실에서 암은 완치되는 병이 아니고 죽음을 가져 온다는 병으로 인식되기 때문에 그들이 경험하는 고통은 다른 어떤 환자들 보다도 극심하다(태영숙, 1994). 현실적으로 암환자의 숫자는 해마다 늘고 있으며 성인병으로 인한 사망원인 중 1위로 이미 대두되었지만(김정근 및 임달오, 1990) 이에 못지않게 암환자의 생존률이 증가하고 있어 이들을 위한 보다 양질의 간호중재 방안이 요구된다.

특히 암과 같은 만성 질환자들은 가족 구성원들에게 매우 의존적이고, 가족의 태도에 크게 영향을 받게 되므로 가족의 지지는 이들의 회복에 직접적인 영향(Kaplan et al., 1977)을 미치며 질병경험에 대처하고 변화에 잘 적응하도록 촉진적인 역할을 한다(Cobb, 1976)고 하여 가족이 암환자에게 가장 커다란 도움의 자원 임을 알 수 있다. 말기 암환자의 가장 큰 두려움은 병이 심화됨에 따라 가족이 포기하지 않을지를 가장 두려워하는 것이며 입원환자의 경우에서도 가장 큰 공포는 가족과의 분리감(seperation)이다.

희망은 암과 같은 생명을 위협하는 질병이나 죽음에 대처하는데 중요한 요소이다. 인간이란 그 자신이 삶의 의미와 가치를 지니고 있다고 인식했을 때에 만 생존이 가능하며 삶의 의미, 가치나 희망이 의식에서 사라지면 죽음과 같은 상태가 되므로(Raleigh, 1980) 희망에 대한 거부는 죽음이며 희망이 없는 사람은 위기상황에 있으므로 희망은 행동과 지속적인 삶을 위한 상황에 절대적으로 필요한 요소임을 알 수 있다. 이를 뒷바침하는 연구로서 암환자에게 희망은 삶을 연장하고 질적인 삶을 살도록 도와주는 요소로 확인된 바 있으며 이로부터 암치료에 있어서 희망은 가장 효과적인 일종의 치료제라 할 수 있으며 신체적, 정서적 안녕을 유지하는데 중요한 역할을 한다고 했다(McDonald, 1982).

Magilvy(1985)는 간호행위와 건강관리의 주요 목표로 삶의 질을 증진하는 것이라 지적하였으며, Miller (1983)도 간호의 초점을 질병의 완치에 만 두지 않고 삶의 질을 높히는데 그 목표를 두어야 한다고 했으며, Amenta와 Bohnet(1986) 역시 질병으로 인한 말기 과정을 겪는 경우에 있어서 삶의 질을 중요시하여 총체적인 접근에 입각한 돌봄의 필요성을 강조했다. 한편 삶의 질에 대한 개념은 간호학 분야에서 매우 중요한 의미를

* 대구효성가톨릭대학교 의과대학 간호학과
** 가톨릭대학교 간호대학

지니며 아울러 오늘날에는 종래의 질병중심의 간호에서 생의 의미와 질적 삶을 위한 인간 중심의 전인간호가 더욱 요청되고 있다.

이에 저자들은 입원한 암환자와 가정에서 투병하고 있는 암환자의 가족지지, 희망, 삶의 질과의 관계를 밝힘으로써 전인간호 개념에 입각한 효율적인 암환자 간호계획을 수립하는데 기초 자료를 제공하고자 본 연구를 시도 하였다.

본 연구의 구체적인 문제는 다음과 같다.

1) 입원한 암환자와 재가 암환자의 가족지지, 희망, 삶의 질은 차이가 있는가?
2) 암환자의 가족지지, 희망, 삶의질 정도는 어떤 관계가 있는가?

2. 연구의 가설

위의 문제를 확인하기 위하여 다음과 같은 가설을 설정하였다.

1) 입원한 암환자는 재가 암환자가 지각하는 가족지지 정도와 차이가 있을 것이다.
2) 입원한 암환자는 재가 암환자가 지각하는 희망 정도와 차이가 있을 것이다.
3) 입원한 암환자는 재가 암환자가 지각하는 삶의질 정도와 차이가 있을 것이다.
4) 암환자에 있어서 희망정도가 높을수록 삶의 질 정도가 높을것이다.
5) 암환자에 있어서 가족지지 정도가 높을수록 삶의 질 정도가 높을 것이다.

3. 용어의 정의

가족지지

가족 구성원이 암환자에게 주는 사랑과 존경 의사소통을 통한 가족간의 상호작용으로 본 연구에서는 강현숙(1985)에 의해 개발된 10문항의 점수를 말한다.

희 망

욕망과 기대감 또는 신뢰감으로 표현되며 선에 대한 성취 기대로서 현실적으로 가능하고 개인적으로 중요한 것으로 본 연구에서는 입원한 암환자와 가정에 있는 암환자를 대상으로 Nowotny(1989)가 개발, 최상순(1990)이 번안 한 도구를 수정 보완한 22개 항목에 대한 점수를 말한다.

삶의 질

일상생활을 통하여 느끼는 주관적인 만족정도로 본 연구에서는 미국 암환자 간호협회에서 제정한 Quality of Life Scale을 장혜경(1988)이 질적 삶 도구로 번안한 것을 사용하여 얻은 점수를 말한다.

Ⅱ. 이론적 배경

1. 가족 지지

암은 진단을 받음과 동시에 환자와 가족에게 불안, 두려움, 우울과 무력감(powerlessness)을 생기게 할뿐 아니라 암이라는 사실에 대한 충격이 육체적, 심리적 안녕에 위협을 주게 된다. 아울러 병의 진행에 따라 자신의 위치와 역할 및 독립성의 상실로 무력감을 느끼며, 자존감이 저하되고, 사회조직 및 가족틀 안에서의 우울감에 빠지게되어 삶의질에 부정적인 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(Cargo et al., 1981). 대부분의 암환자는 신체적으로 통증을 경감받기를 원하며 심리적으로는 정서적 반응 상태인 느낌을 이해 해주고 또 지지받기를 바라며 영적으로는 죽음 및 죽음 후의 세계와 관련된 두려움을 감소시켜주는 믿음을 갖기를 원한다.

한편 삶의 질의 개념을 통해 알 수 있는 바와같이 가족과의 관계가 삶의 질에 영향을 주고 있는데 Magilvy (1985)는 간호행위와 건강관리의 주요목표는 질적 삶을 증진시키는 것이며, 지각된 가족지지 정도가 높을수록 삶에 대해 긍정적으로 느끼게 되므로 삶의질이 높아진다고 했다. Dimond(1979)는 지지적 관계가 특히 만성질환자들의 삶의질에 영향을 미치는 중요한 요인이라고 했으며 최혜경(1987)은 가족지지정도가 높을수록 치료지시 이행 정도가 높아 건강상태가 좋아지기 때문에 결과적으로 삶의 만족 정도도 높다고 보고 하였다. 박오장(1984)도 당뇨 환자를 대상으로 연구한 결과 가족지지가 높을수록 환자의 역할행위 이행이 증진된다고 보고하였다.

암환자의 지지원은 가족구성원과 친구들로 부터 지지를 받고있다. 이와 관계된 연구로 Dean과 Lin(1977), McDonard(1970)등은 사회적 지지의 기능을 수행하는 집단으로 가족의 지지를 강조 하였고 Cobb(1976)은 인생의 종말에 가까와 질수록 사회적 지지의 대부분은 가족 구성원으로 부터 획득 된다고 하였다. Rakel(1977)은 배우자가 가장 유용하고 영향력 있는 가족 구성원이며 그의 지지는 장기질환 관리에 필요한 구성요소라고

하였다.

가족지지를 요약하면 암환자에서 통증을 경감시켜 주고 불안과 우울을 감소시켜 주며 삶의 질을 높여준다고 볼 수 있다.

2. 희 망

희망은 "욕망과 기대감(feeling of expectation and desire) 또는 신뢰감"으로 표현되며, 희망은 미래에 善을 성취하는 기대로서 현실적으로 가능하고 개인적으로 중요한 것으로, 이 기대는 의미추구의 본질적인 구성요소로서 서술되어 왔고, 희망의 원천은 가족지지, 암치료, 간호인, 그들 자신의 내적자원, 종교나 하느님, 긍정적 성과의 일반적 기대(평화스런 죽음, 장기기증) 등이 있다(O'Connor 등, 1990).

희망은 건강과 안녕에 필수적인 핵심적 간호요소 중의 하나로서(김달숙, 1991), Obayuwana와 Carter (1982)는 희망을 나타내는 용어로 격려(encouragement), 신뢰(faith), 안심(security), 의지(reliance), 지지(support), 신뢰(trust), 통합(unity) 등을 들고 있으며, 희망은 hope pantagram 이라 부르는 개념인 자아의 힘(ego strength), 종교, 지각된 가족지지, 교육정도, 경제적 재산 등의 긍정적 결과로 부터 오는 심리상태라 하였다.

건강 전문가들은 대상자가 사랑받고 있으며 필요한 존재라는 인식과 가치있는 존재임을 인식하도록 함으로서 희망을 갖도록 할 수 있는데(Miller, 1985), Madeline과 Vailot(1970)는 환자가 가치있는 어떠한 삶의 목표를 지향하도록 도와주어야 하며 이는 개방적이고, 따뜻하고, 인간적인 관계라고 지적한다. 또한 Hickey (1986)는 간호사가 유일하게 암환자나 그 가족과 가장 밀접하게 접촉 가능한 위치에 있어 희망을 줄 수 있는 중요한 사람임을 강조한다. 즉 간호사는 환자에게 환자 자신이 자신의 현실적 상황을 평가하도록 도와주고 환경속의 작은것에 초점을 맞추어 살도록 도와줌으로서 사는 이유를 확인 시켜주고 삶을 지속시켜 주며 좀더 잘 죽음에 임할 수 있도록 희망을 줄 수 있다는 것이다.

최근의 희망에 관한 연구경향은 인지적, 정서적, 행위적 측면들을 모두 포함하는 광범위한 현상으로 접근하는 것으로 보인다(Conrad, 1977 ; Dufault, 1981). 또한 희망은 하나의 대처 방법으로서 위기상황에 노출 되었을때 중요한 역할을 한다고 하면서(Mcgee, 1984 ; Stephenson, 1990), 스트레스나 위기 상황에서 특히 희망이 중요한 역할을 한다는 것을 강조하고 있다. 희망을 역동적인 현상으로 접근한 논문들도 있는데(Kubler Ross, 1971 ; Conrad, 1977 ; Dufault, 1981), 이들 연구에서는 희망의 목적이 상황에 따라 다양하게 나타나며 희망의 목적이나 대상이 바뀔 수 있는 것으로 제시 하였다.

이상을 요약하면 암환자에 있어서 희망이란 의미추구의 본질적 요소로서 삶을 연장시켜 주고 삶의질을 높여주며 신체적 정서적 안녕을 유지하는데 중요한 역할을 한다. 또한 암환자에 있어 희망을 증진시키는 요소 중 하나는 가족이나 의료인과의 의미있는 관계를 맺는것이고 암환자의 간호중재시 지지구성원들 간의 상호작용을 통하여 적절한 지지를 함으로서 질병과 치료에 효과적으로 대처해 나갈수 있도록 해 주는것이 중요하다고 본다.

3. 삶의 질

삶의 질이란 인간생활의 질에 관한 문제를 평가하는데 있어서 일상생활을 통한 인간 삶의 정도와 가치에 관한것을 다루는 것인데 노유자(1988)는 여러문헌을 종합하여 신체적, 정신적 및 사회 경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕상태로 정의하였고 최수자(1994)는 삶의질이란 품위있는 삶, 인격적 대우와 존경, 자긍심, 건강유지, 나아가 하느님 모상을 닮은 인간의 성숙에 도움이 되는 모든 것을 포함한다고 했다. 이와같이 삶의 질에는 인간 삶의 다양한 측면이 내포되므로 그 속성의 접근에 있어서도 여러 측면이 관여된다. Torrance(1987)는 신체적 기능과 정서적 기능이 삶의 질에 직접 영향을 준다고 하였으며, Burckhardt(1989)는 독립심, 신체활동 상태, 자기간호(self-care) 능력, 건강상태, 안전감, 긍정적인 상호작용, 타인과의 관계 및 인생의 의미가 삶의 질을 구성하는 중요한 영역이라고 하였다. Padella 등(1990)은 삶의 질을 높힐 수 있는 영역으로 신체적 측면에서의 건강하다는 느낌, 독립감, 정상생활 및 일 할수 있다는 점과 심리적 측면의 즐거움, 영적 지지, 안전감, 조절감을 제시하였다.

건강과 관련시켜 삶의질을 정의하는 Torrance(1987)는 신체적 기능과 정서적 기능이 삶의질에 직접 영향을 주어 건강과 관련된 삶의질을 구성한다고 하였다. 노유자(1988)는 삶의 질에 영향을 미치는 주요 요인이 현재의 건강지각, 월수입, 직업, 자가주택소유, 종교유무의 순이었음을 보고하였고, 오복자(1994)는 위암환자를 대상으로 실시한 연구에서 삶의질에 직접적인 영향을 미치는 요인은 지각된 건강상태, 자존감 및 건강증진 행

위라고 했다. 오현수(1993)도 건강증진과 삶의 질 사이에는 궁극적인 상관관계가 있음을 밝혔다. Padilla (1990)의 보고에서 통증이 있는 암환자를 대상으로 삶의질을 연구하여 건강하다는 느낌이 주요 요인이라고 보고하였고, Lewis와 Levital(1988)은 암환자를 대상으로 한 삶의질 연구에서 자존감이 높고 조절경험이 많을수록 삶의질이 높았다고 보고하였다.

이상을 요약하면 삶의질에 대한 정의가 학자들에 따라 다양하기는 하나 임상에서는 대체로 건강증진을 포함하여 각 개인이 지각하는 자신의 상황과 경험에 대한 주관적 안녕상태라고 하겠다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구대상 및 방법

본 연구의 대상인 암환자는 전문의에 의해 암으로 진단받은 환자로서 암이라는 진단에 대해 환자 본인이 그 사실을 인지하고 있고 병원에서 검사를 계속받고 있거나 수술치료, 항암제 사용, 방사선치료 등을 받고 있는 환자와 집에서 투병하고 있는 환자를 말하며 입원한 암환자는 1996년 6월 15일 부터 1996년 8월 15일 까지 T시의 3개 대학 병원에서 암 진단을 받고 치료중인 20세 이상의 성인 100명을 대상으로 하였고 재가 암환자는 1995년 1월 1일 부터 1996년 5월 30일 까지 T시의 C 대학병원에서 암 질환으로 진단 받은후 치료받은 적이 있으며 현재 가정에서 투병하고 있는 20세 이상의 성인 60명을 대상으로 하였다.

자료수집 방법은 입원환자의 경우 각 병원 간호부의 협조를 얻어 해당병동 수간호사에게 의뢰하여 연구대상 선정기준에 적합한 환자에게 연구의 목적 및 취지를 설명하고 연구에 참여할 의사를 밝힌 대상자에게 질문지를 배부하여 직접 기입하도록 한 뒤 회수 하였으며 재가 암환자는 미리 명단과 소재지를 파악한 다음 전화로 환자의 생존여부를 확인하면서 연구목적을 설명한 다음 주소를 확인한 뒤 우편으로 질문지를 우송하였다. 선정된 대상자로 부터의 회수율은 입원환자의 경우 94%(94부), 가정에서 투병하고 있는 환자는 85%(51부)였으며 최종적으로 139명을 연구대상으로 하였다.

2. 연구도구

본 연구의 도구로 구조화된 질문지를 사용하였으며, 질문지의 내용은 일반적 특성 13개 문항, 가족지지 10문항, 희망 22문항, 삶의질 16문항으로 구성 되었다.

1) 가족지지 척도

가족 구성원이나 친척으로 부터 직접 또는 간접적으로 정서적, 물질적 도움을 어느정도 받고 있다고 느끼는지에 관한 주관적인 지각정도를 의미하며 본 연구에서는 강(1985)이 개발한 가족지지 측정도구 10문항을 이용하였다. 본연구에서의 Cronbach's 는 .95였다

2) 희망 척도

암환자의 희망정도를 측정하기 위하여 Nowotny (1989)가 개발하였고, 최상순(1990)이 번안한 도구를 수정 보완하여 22개 문항으로 구성하였다. 항목에 대한 주관적인 지각 정도를 Likert식 4점 평정 척도로 "매우 그렇다"(4점)에서 "전혀 그렇지 않다"(1점)로 측정 하였으며 점수가 높을수록 희망정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach's α는 .81이었다.

3) 삶의질(Quality of Life) 척도

암으로 진단 받은 환자가 일상생활을 통하여 느끼는 주관적인 만족정도를 의미하며 본 연구에서는 미국 암환자 간호협회에서 제정한 삶의질 척도(Quality of Life Scale : Q. L. S.)를 장(1988)이 번안하여 사용한 것을 수정 보완한 16문항으로 구성되었다. Likert식 5점 척도로 구성된 본 도구는 "매우 그렇다"(5점)에서 "전혀 그렇지 않다"(1점)로 측정된 점수를 뜻하며 본 연구에서의 Cronbach's α는 .85이었다.

3. 자료 분석

자료는 SPSS(Statistical Package for Social Science)를 이용하여 전산처리 하였고 구체적인 통계분석 방법은 다음과 같다.

1) 사용된 척도의 구성타당도를 검증하기 위하여 요인분석을 실시하였고 신뢰도를 검증하기 위하여 내적 일관성을 나타내는 Cronbach 값을 구하였다.
2) 대상자의 일반적 특성에 대해서는 빈도분석과 두군의 동질성 확인을 위해 x^2 검정을 하였고
3) 가족지지, 희망, 삶의질 정도에 대한 가설 검증을 위해 t-test를 실시하였다.
4) 가족지지, 희망, 삶의질 정도의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였고

5) 일반적 특성에 따른 가족지지, 희망, 삶의질 정도와의 관계를 알아보기 위하여 변량분석(ANOVA)을 하였다.

4. 연구의 제한점

본 연구의 조사 대상은 일부 지역의 입원한 암환자와 재가 암환자이었으므로 본 연구 결과를 확대 해석하기에는 신중이 요구된다.

Ⅳ. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성은 〈표 1〉과 같다. 진단별 분류는 입원환자와 가정에서 투병중인 환자 모두에서 위암이 가장 많았고 백혈병, 간암, 결장암 순이었다. 입원횟수는 첫번째가 54.0%로 가장 높았고 남자환자가 여자환자보다 많았으며 연령별 분포는 입원환자에서는 40-59세가 22.2%, 가정에서 투병하는 환자는 40-59세가 77.8%를 차지했다. 교육정도는 입원환자 중 72%는 대졸 이상 이었으나 재가환자는 초등학교 졸업자가 36.7%를 보였다. 종교는 불교가 양쪽 그룹 모두에서 가장 많고 그 다음이 종교가 없는 사람들이었다. 결혼상태는 기혼자가 많았으며 가족수는 입원환자에서는 4-5명이 70.7%를 차지하여 가장 많았으며 재가환자는 2-3명이 37.8%를 차지하여 가장 많았다. 생활수준은 양 그룹 모두에서 중류층이 가장 많았으며 치료방법은 두 그룹에서 모두 약물치료가 많았다. 지지자는 양쪽 모두에서 배우자, 자녀의 순으로 나타났다.

대상자의 일반적인 특성과의 동질성을 확인하기 위하여 x^2 검정을 실시한 결과 생활수준(x^2=6.16, P<.05)이 유의한 차이가 있었다.

〈Table 1〉 General characteristics of subjects

Characteristics	Hospitalization N=94(%)	Home N=45(%)	Total N=139(%)	x^2
Diagnosis				
stomach ca	18 (12.9)	18 (12.9)	36 (25.9)	
colon ca	16 (11.5)	3 (2.2)	19 (13.7)	
hepatoma	15 (10.8)	4 (2.9)	19 (13.7)	
leukemia	15 (10.8)	6 (4.3)	21 (15.1)	
ovarian & cervical ca	12 (8.6)	3 (2.2)	15 (10.8)	14.20
lung ca.	6 (4.3)	6 (4.3)	12 (8.6)	
breast ca.	5 (3.6)	2 (1.4)	7 (5.0)	
renal ca.	1 (0.7)	2 (1.4)	3 (2.2)	
others	6 (4.3)	1 (0.7)	7 (5.0)	
Operation				
yes	48 (34.5)	26 (18.7)	74 (53.2)	0.55
no	46 (33.1)	19 (13.7)	65 (46.8)	
Admission				
one	53 (38.1)	22 (15.8)	75 (54.0)	
two	14 (10.1)	6 (4.3)	20 (14.4)	1.15
above three	27 (19.4)	17 (12.2)	44 (31.6)	
Gender				
male	55 (39.6)	26 (18.7)	81 (58.3)	.01
female	39 (28.1)	19 (13.7)	58 (41.7)	
Age (Yrs.)				
20~39	18 (13.7)	12 (9.4)	32 (23.0)	
40~59	51 (35.3)	17 (10.1)	63 (45.3)	7.35
above 60	25 (18.7)	16 (12.2)	43 (30.9)	
Education				
illiteracy	8 (5.8)	11 (7.9)	19 (13.7)	
elementary	19 (13.7)	11 (7.9)	30 (21.6)	
middle school	20 (14.4)	5 (3.6)	25 (18.0)	8.30
high school	29 (20.9)	11 (7.9)	40 (28.8)	
college	18 (12.9)	7 (5.0)	25 (18.0)	
Religion				
buddism	31 (22.3)	13 (9.4)	44 (31.7)	
protestant	19 (13.7)	11 (7.9)	30 (21.6)	
catholic	11 (7.9)	5 (3.6)	16 (11.5)	2.40
others	3 (2.2)	2 (1.4)	5 (3.6)	
none	30 (21.6)	11 (7.9)	41 (29.5)	
Marriage status				
yes	83 (59.7)	42 (30.2)	125 (89.9)	0.85
no	11 (7.9)	3 (2.2)	14 (10.1)	
Members of family				
2~3	28 (20.1)	17 (12.2)	45 (32.4)	.90
4~5	41 (29.5)	17 (12.2)	58 (41.7)	
above 6	25 (18.0)	11 (7.9)	36 (25.9)	
Economic status				
high	6 (4.3)	1 (0.7)	7 (5.0)	6.16*
middle	65 (46.8)	24 (17.3)	89 (64.0)	
low	23 (16.5)	20 (14.4)	43 (30.9)	
Main therapy				
radiotherapy	13 (9.4)	3 (2.2)	16 (11.5)	
chemotherapy	58 (41.7)	32 (23.0)	90 (64.7)	1.85
operation	21 (15.1)	9 (6.5)	30 (21.6)	
others	2 (1.4)	1 (0.7)	3 (2.2)	
Care support				
family	84 (60.4)	44 (31.7)	128 (92.1)	3.68
neighbour	3 (2.2)	1 (0.7)	4 (2.9)	
others	7 (5.0)	-	7 (5.0)	
Total	94 (67.6)	45 (32.4)	139 (100.0)	

*P<.05

2. 입원한 암환자와 재가 치료중인 암환자에 있어서 가족지지, 희망, 삶의질 정도의 비교는〈표 2〉와 같이 가족지지 정도에서는 입원환자와 재가환자 두 군간에 유의한 차이를 보이지 않아 제1가설은 기각되었다. 그러나 희망 정도에서는 입원환자가 평균점수가 4.77점 높아 두 군간에 유의한 차이를 보여(t=3.08, P<.01) 제 2가설은 지지되었다. 삶의 질 정도에서도 입원환자가 재가환자 보다 평균점수가 5.81점 높아 입원환자와 재가환자 간에 유의한 차이를 보여(t=2.96, P<.01) 제 3가설도 지지되었다.

〈Table 2〉 Comparision of mean score between the cancer patient in hospitalization and home

	Hospitaization		Home		
	Mean	S.D	Mean	S.D	t
Family support	40.24	6.37	37.86	8.72	1.63
Hope	62.25	7.14	57.48	9.11	3.08**
Quality of life	50.43	7.09	44.62	12.21	2.96**

**P<.01

3. 삶의 질 정도, 가족지지 정도와 희망간의 상관관계는〈표 3〉과 같다. 삶의 질 정도와 희망 정도간의 상관관계는 r=.5195, (P=.000)로 정적 상관을 이루어 제 4가설이 지지되었다. 즉 희망정도가 높을수록 삶의 질 정도도 높게 나타났다. 삶의 질 정도와 가족지지간의 상관관계는 r=.4179(P=.000)로 정적상관을 이루어 제 5가설도 지지되었다. 즉 가족지지정도가 높을수록 삶의 질 정도도 높게 나타났다.

〈Table 3〉 Correlations between Quality of life, Family support and Hope

	Family support	Hope	QL
Family support	1.0000		
	(139)		
	P=.		
Hope	.4838***	1.0000	
	(139)	(139)	
	P=.000	P=.	
QL	.4179***	.5195***	1.000
	(139)	(139)	(139)
	P=.000	P=.000	P=.

(Coefficient / (cases) / 1-tailed significance)
". " is printed if a coefficient cannot be computed.
***P<.001

4. 일반적 특성에 따른 가족지지에 관한 ANOVA분석은 또한〈표 4〉와 같이 나타났다. 〈표 4〉에서와 같이 성별(F=9.1863, P <.01), 교 육 정 도(F=4.3641, P <

〈Table 4〉 ANOVA summary table

Characteristics	Quality of life			Family support			Hope		
	M	SD	F	M	SD	F	M	SD	F
Gender									
male	48.95	9.01	.34	41.01	6.44	9.18**	61.07	8.53	.38
female	48.00	10.04		37.32	7.85		60.20	7.53	
Education									
illiteracy	44.47	11.67		34.21	8.18		53.63	7.68	
elementary	46.16	9.23		39.20	7.04		60.20	9.51	
middle school	47.32	10.08	3.15*	38.40	6.75	4.36**	60.16	7.97	6.01**
high school	51.90	6.92		41.72	5.04		63.40	6.90	
college	50.40	9.10		41.28	8.47		62.96	5.14	
Economic status									
high	50.00	7.28		37.57	7.54		60.14	4.29	
middle	50.32	8.65	5.69**	40.95	6.09	5.50**	62.25	6.71	5.06**
low	44.65	10.26		36.72	8.65		57.60	10.21	
Admission									
one	50.65	8.97		39.97	7.08		60.20	7.97	
two	48.30	10.74	5.11**	39.85	5.64	.63	57.10	8.92	3.64*
above three	45.09	8.71		38.45	8.24		59.81	7.48	

*P<.05, **P<.01

.01), 그리고 생활수준(F=5.5002, P<.01)에서 유의한 차이가 있었다. 즉 암환자에게 있어서 가족지지 정도는 남자가 여자보다 가족지지정도에 대한 점수가 높았으며, 교육정도가 높을수록, 생활수준이 중류일때 암환자의 가족지지정도가 높게 나타남을 알 수 있었다.

5. 일반적 특성에 따른 희망정도에 관한 ANOVA 분석은 〈표 4〉와 같이 입원횟수(F=3.6413, P<.05), 교육정도(F=6.0113, P<.01), 그리고 생활수준(F=5.0649, P<.01) 에서 유의한 차이를 나타냈다. 즉 암환자에 있어서 희망정도는 입원횟수가 처음과 세번째에서 높게 나타났으며 또한 교육정도가 높을수록 희망정도가 높게 나타났고, 생활수준이 중류층일때 희망정도가 높게 나타났다.

6. 일반적 특성에 따른 삶의 질에 관한 ANOVA분석은 〈표 4〉와 같이 나타났다. 〈표 4〉와 같이 입원횟수(F=5.1167, P<.05), 교육정도(F=3.1590, P<.05), 그리고 생활수준(F=5.6942, P<.01) 에서 유의한 차이가 있었다. 즉 암환자에게 있어서 삶의질 정도는 입원횟수가 적을수록, 교육정도가 높을수록, 그리고 생활수준이 높을수록 점수가 높게 나타남을 알 수 있었다.

V. 논 의

대부분의 암환자들은 육체적 고통과 함께 심리적 충격으로 인해 다양한 정서적 변화를 경험하게 된다. 희망이 있는 암환자들은 그들이 처해있는 상황에서 고통의 의미를 찾고 변형시켜 자신의 행동 방향도 변화시킬 수 있다. 희망을 증진시키는 요소중 하나는 가족이나 의료인과의 의미있는 관계를 맺는 것이며 가족은 암환자에게 있어 가장 중요한 사회적 관계이며 가족의 지지는 환자가 질병에 대처하는데 도움을 주며 삶의 질을 높여준다.

본 연구는 입원한 암환자와 재가 암환자의 가족지지 정도, 희망정도와 삶의질 정도를 알아보고 그 관계를 밝힘으로써 전인간호 개념에 입각한 효율적인 암환자 간호계획을 수립하는데 기초자료를 제공하고자 연구를 시도하였다. 본 연구의 결과에서 가족지지와 희망은 암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 변수들이며 상호 관련성이 있음을 지적했다. 대상자의 진단별 순위를 보면 위암이 가장 많고 백혈병, 간암, 결장암의 순으로 우리나라의 암진단별 우선순위(고대곤. 1982)와 일치한다. 연령은 병원에 입원한 대상자와 재가치료환자 모두에서 40-59세가 가장 많았으며 이는 암의 호발연령이 40대 이후에서 가장 많이 발생된다는 김동준(1976)의 연구보고와 일치하며 우리나라 전체 암사망자의 3/4이 55세 이상이라는 연구결과와도 유사하다. 가족지지 제공자는 배우자가 58.3%로 가장 많았는데 이는 대상자의 대부분이 기혼자이므로 이와같은 결과가 나타난 것으로 사료되며 Cobb(1976)이 주장한 것처럼 인생의 종말이 가까와질수록 사회적 지지의 대부분은 가족구성원으로 부터 획득된다는 사실을 확인해 주었으며 Rakel (1977)의 주장처럼 배우자가 가장 유용하고 영향력 있는 가족 구성원이며 배우자의 지지는 장기질환 관리에 꼭 필요한 구성요소라는 것을 입증해 주었다. 입원한 암환자가 재가 암환자보다 가족지지 정도, 희망정도, 삶의 질 정도의 점수가 높게 나타난것은 암환자 관리의 중요성을 보여준다. 한편 Padilla와 Grant(1985)의 연구에서 외래 치료를 받은 암환자의 전반적인 삶의 질이 입원치료를 받은 암환자보다 심리적, 신체적 영역 모두에서 더 안녕상태를 보였는데 이는 입원을 하나의 스트레스 상황으로 느끼며 경비지출 및 활동의 제한과 같은 신체상태의 기능요인이 많은 적용을 한 것으로 볼 수 있다. 본 연구에서는 병원에 입원하여 의료혜택을 받는 암환자와 가정에서 투병하는 암환자를 비교했는데 스트레스 대응책으로는 가족지지뿐만 아니라 병원에서의 폭넓은 사회적, 심리적, 신체적 지지 모두를 포함한다고 볼 수 있다. 위암환자를 대상으로 한 오복자(1994)의 연구에서 삶의 질은 건강상태및 증진행위라고 하여 본 연구결과를 지지한것은 또한 가정에서의 암환자 관리가 시급함을 시사하고 있다.

본 연구에서 가족지지와 삶의 질과의 관계는 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다(r=.4179. P=.000). 이러한 결과는 지지정도가 높을수록 삶에 대해 긍정적으로 느낀다고 한 Magilvy(1985) 의 연구결과와 삶의 질의 영향요인으로 지지적 관계를 설명한 Diamond (1979)의 연구결과와 일치한다. 가족지지와 삶의질과의 정적상관 관계는 한국 사회의 가족구조가 혈연에 가까이 밀착되어 있음을 말해주며 또한 가족 구성원중 아픈이에 대한 관심과 배려에 큰 가치를 부여하는 문화적 배경으로 인해 물질적, 경제적 지지뿐 아니라 정신적이며 정서적인 지지를 가능케 하는것으로 분석되므로 가족지지는 장기간 계속되는 문제나 갈등을 중재하는 사회, 심리적 변수로 일상생활의 적응 및 질적 삶에 영향을 미치는 중요한 변수라고 사료된다.

암종 질환은 하나의 위기 상황으로 여러가지 정서적인 변화를 야기시키며 아울러 병의 진행에 따라 더욱 무

력감을 느끼고 희망이 저하되며 우울감에 빠져 삶의 질에 부정적인 영향을 미치게 되므로 암환자들의 희망감 증진을 위한 간호중재를 통하여 이들의 삶의질을 향상시키는 것이 더욱 중요하다고 생각된다.

가족지지와 희망과의 관계 역시 정적 상관관계가 있는 것으로 나타나(r=.4838, P=.000) 임현자(1992)의 연구 결과와도 일치한다. 정서적 지지를 가장 많이 제공받는 사람은 가족인 것으로 나타났으며 의료인에게서 지각하는 정서적 지지는 다른 지지원에 비해 비교적 낮게 나타나고 있어 암환자 간호시 희망감을 고취시키기 위해 정서적 지지 측면의 간호중재가 요구됨을 시사한다.

일반적 특성과 삶의 질과의 관계에서 입원횟수(F=5.1167 P<.05), 교육정도(F=3.1590 P<.05), 생활수준(F=5.6942 P<.001)에서 유의한 차이가 나타났으며, 이러한 결과는 월 수입과 주관적 안녕상태와는 긍정적인 상관관계가 있다고 보고한 Bortner(1970) 등의 연구와 월수입이 높을수록 삶의 질 정도가 높다고 한 노(1988)의 연구결과와도 유사하다. 또한 교육은 개인의 사회적 경제적 상태와 밀착되어 있으며 인간행위와 사고과정의 증진 그리고 빠른 의사결정에 영향을 주므로 삶의 질에 영향을 미치는 변수로 지적된 바 있다(Kuan, 1985).

일반적 특성과 가족지지와의 관계에서는 성별(F=9.1863, P<.01), 교육정도(F=4.3641, P<.01), 생활수준(F=5.5002, P<.01)에서 유의한 차이가 나타났는데 이는 장(1988)의 직업의 형태에 따라, 노(1988)의 가족월수입에 따라, 임(1992)의 교육정도(F=2.005, P<.05) 등에서 통계적으로 유의한 차가 나타난 연구결과와 유사한 것으로 생각된다.

일반적 특성과 희망과의 관계에서는 입원횟수(F=3.6413, P<.05), 교육정도(F=6.0113, P<.01), 생활수준(F=5.0649, P<.001)에서 유의한 차이가 나타났다. 이는 희망을 지지해주는 자원으로 가족과의 관계, 종교적 신념, 자기자신에 대한 태도라고 지적했던 Raleigh (1992)의 연구와는 다르게 나타났으며 경제적 상태와 관련이 있음을 지적한 Kuan(1985)의 연구와는 일치한다.

이상의 결과로 암진단을 받고 입원한 환자와 가정에서 투병중인 암환자간의 가족지지, 희망, 삶의 질에는 유의한 차이가 있음이 밝혀졌다. 가정에서 투병중인 암환자의 삶의 질 정도가 입원한 환자의 삶의 질 정도보다 낮게 나타난 것은 치료의 연속성을 유지하기 위해서는 병원에서 행하던 치료대로 집에서도 계속 행해야 하는데 실제적으로 배우자나 보호자의 간호를 받게될 때 느끼는 환자의 만족감 혹은 삶의 질 정도는 병원 환경에서의 다양한 지지체제 정도에 미치지 못함을 지적하고 있으므로 이를 위한 간호중재 방안이 적극적으로 마련되어야 할 것으로 여겨진다. 또한 삶의 질, 가족지지, 희망과는 서로 상관관계가 있음을 알 수 있었고 그에 영향을 미치는 변수로서 교육정도, 생활수준이 영향력있는 변수임이 드러났다. 그러므로 교육정도와 생활수준을 고려하여 삶의 질을 높여주는 간호중재방안이 고려되어야 할 필요성이 더욱 더 요구되는 바이다.

Ⅵ. 결론 및 제언

1. 결 론

암환자의 가족지지, 희망, 삶의 질과의 관계를 조사연구하여 간호중재에 도움을 주고자 1996년 6월 15일 부터 1996년 8월 15일 까지 T지역 3개 대학병원에 입원한 암환자 94명과 재가치료 환자 45명을 대상으로 설문지를 이용한 연구결과는 다음과 같다.

1. 입원한 암환자와 재가 암환자간의 가족지지정도는 차이가 없어(t=1.63, P>.01). 제 1가설이 기각되었다
2 입원한 암환자가 재가 암환자보다 희망정도 점수가 높아 제 2가설이 지지되었다(t=3.08, P<.01).
3. 입원한 암환자가 재가 암환자보다 삶의 질 점수가 유의하게 높아 제 3가설이 지지되었다(t=2.96, P<.01).
4. 삶의 질 정도와 희망 정도(r=.5195, P=.000) 및 가족지지 정도(r=.4179, P=.000)는 정적 상관관계를 보여 제 4가설과 제 5가설이 지지되었다.
5. 암환자의 가족지지 정도에 차이를 나타내는 일반적 특성으로는 성별(F=9.1863, P<.01), 교육정도(F=4 3641, P<.01), 생활수준(F=5.5002, P<.01)으로 나타났다.
6. 암환자의 희망정도에 차이를 나타내는 일반적 특성으로는 입원횟수(F=3.6413, P<.05), 교육정도(F=6.0113, P<.01), 생활수준(F=5.0649, P<.01)으로 나타났다.
7. 암환자의 삶의 질 정도에 차이를 나타내는 일반적 특성으로는 입원횟수(F=5.1167, P<.05), 교육정도(F=3.1590, P<.05), 생활수준(F=5.6942, P<.01)으로 나타났다.

2. 제 언

1) 연구대상을 전국적으로 확대하여 조사할 필요성이 있다.
2) 재가 암환자의 투병기간을 장 단기로 나누어 연구할 필요성이 있다.
3) 재가 암환자의 삶의 질을 높일수 있는 프로그램 개발을 제언한다.

참 고 문 헌

강현숙(1985). 재활강화 교육이 편마비 환자의 자가 간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구, 박사학위 논문, 연세대학교 대학원.

고대곤(1982). 대장 및 직장암에 대한 임상적 고찰, 외과학회지, 23.

김달숙(1991). "전인적 간호요소로서의 희망의 이론화를 위한 탐색적 연구", 간호학회지, 21(2), PP. 168-185.

김동준(1976), 악성종양의 임상적 고찰, 중앙의학, 30(1).

김정근 & 임달오(1990). "사인 구조의 추이분석", 보건학논집, 43, PP.23-40.

노유자(1988). "서울지역 중년기 성인의 삶의 질(Quality of Life)에 관한 분석연구" 연세대학교 대학원 박사학위논문(미간행). 암환자 간호(1) 대한간호협회 1994. 보수교 육교재 P.60.

박오장(1984). "사회적 지지가 당뇨환자의 역할행위 이행에 미치는 영향에 관한 연구", 연세대학교 대학원 박사학위논문.

임현자(1992). 암환자가 지각하는 사회적 지지와 희망과의 관계. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

오복자(1994). 위암 환자의 건강증진 행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 대학원 박사 학위논문

오현수(1993). "여성 관절염 환자의 건강증진과 삶의 질", 간호학회지, 23(4), 617-630.

장혜경(1988). "암환자의 자존감과 가족지지 및 질적 삶과의 관계 연구", 고려대학교 대학원 석사학위 논문(미간행).

최상순(1990). "일 지역 성인의 영적 안녕, 희망 및 건강상태에 관한 관계 연구", 연세대학교 대학원 박사학위논문(미간행).

최수자(1994). "병원에서의 총체적 질관리" 가톨릭 병원 협회지, PP.5-20

최혜경(1987). "만성 관절염 환자의 가족지지, 치료지시 이행 및 삶의 만족간의 관계 연구", 연세대학교 대학원 석사학위 논문(미간행).

태영숙(1994). "한국 암환자의 희망에 관한 연구" 이대 대학원 1993학년도 박사학위 논문 P.3

Amenta, M. O. & Bohnet, N. L.(1986). Nursing Care of the terminally ill. Boston Toronto : Little, Brown & Company.

Burckhardt, C. S.(1989). Quality of Life of adults with chronic illness : a psychometric study. Research in Nursing & Health, 12, 347-354

Cargo B. R., Drain C. and Herrick K. S.(1981). Dealing with Chronic Pain, Chronic Health Problems : Concepts and Application, The C. V. Mosby Co., 1981. PP.40-50.

Cobb(1976). "Social Support as a Moderator Life Stress", Psychosomatic Medicine, 33(5) PP. 300-314.

Conrad, N.(1977). "Study of Phenomena which Sustain Hope in Adult Cardiac Surgical Patients", unpublished Master's Thesis, Cleveland : Case Western Reserve University.

Dean, A., & Lin, N.(1977). "The Stress Buffering Role of Social Support : Problems and Prospects for Systematic Investigation", Journal of Nervous Mental Disease, 165, PP. 403-417.

Diamond, Margaret(1979). "Social Support and Adaptation to Chronic Illness : The Case of Maintenance Hemodialysis", Research in Nursing and Health, 2, PP.101-108.

Dufault, K. J.(1981). "Hope of Elderly Persons with Cancer", Dr. dissertation, Department of Nursing Care Western Reserve university.

Hickey, S. S.(1986). "Enabling Hope and Dying", American Journal of Nursing, 70(2), PP. 268-273.

Kaplan, B. H. et al.(1977). "Social Support and Health", Medical Care, 15(5), PP.47-58.

Krouse, H. J. & Krouse, J. H.(1982), "Cancer as Crisis : The Critical Element of Adjustments", Nursing Research, 32(2).

Kuan, Letty G.(1985), "Retirement and Role Discontinuities" Doctoral Thesis. University of the Philippines.

Kubler Ross, Elizabeth(1971), On Death and Dying, (New York : Macmillan).

Lewis, F., & Levital, M(1988). Understanding radiotheropy, Cancer Nusing, 11(3), 174-185

Madeline, S., & Vailot(1970), "Living and Dying : Hope, the Restoration of Being", American Journal of Nursing, Feb. PP.268-273.

Magilvy, J. K.(1985), "Quality of Life of Hearing-Impaired Older Women", Nursing Research, 34(3).

McDonard, A. P.(1970), "Internal-External Locus of Control and the Practice of Birth Control", Psychological Report, 27.

Miller, J. F.(1983), Inspiring Hope : Coping with Chronic Illness, (Philadelphia : E. A. Davis Company), PP.287-299.

Miller, J. F.(1985), "Inspiring Hope", American Journal of Nursing, PP.23-25.

Nowotny, M. L.(1989), "Assessment of Hope in Patients with Cancer : Development of an Instrument", Oncology Nursing Forum, 16(1). PP.57-61.

Obayuwana, A. D., Collins, J. L., & Carter, A. L. (1982), "Hope Index Scale : An Instrument for the Objective Assessment of Hope", Journal of the National Medical Association, 74(8), PP. 761-65.

O'Connor, Wicker, Germino(1990), "Understanding the Cancer Patient's Search for Meaning", Cancer Nursing, 13(3) : 167-175.

Padilla, G. V. et al.(1990). Defining the content domain of quality of life for cancer patients with pain. Cancer Nursing, 13(2), 108-115.

Rakel, R. E.(1977), Principles of Family Medicine, PP.140-160.

Raleigh, E. D.(1980), "An Investigation of Hope as Manifested in the Physically Ill About", Dissertation Abstracts International, 41, PP.1313-1318.

Raleigh, E. D.(1992). Sources of hope in chronic illness. ONF., 19(3), 443-448.

Stedeford, A.(1979), "Psychotheraphy of the Dying Patients", British Journal of Psychiatry, 135, PP.7-14

Stephenson, C.(1990), "The Concept of Hope Revisited for Nursing", Journal of Advanced Nursing, 16, PP.1456-1461.

Torrance, G. W.(1987), "Utility approach to measuring health-related quality of life". Journal of Chronic Dis. 40(6), PP.593-600

-Abstract-

Key concept : Cancer Patient, Family Support, Hope, Quality of Life

A Study on the Quality of Life, Family Support and Hope of Hospitalized and Home Care Cancer Patients

Jo, Kae Wha · Kim, Myung Ja***

With the occurrence of cancer, most cancer patients experience various emotional changes such as anxiety, depression, and emotional shock. Especially in our country, cancer has been recognized as an incurable disease resulting in death. The number of cancer patients increases daily. But as the survival rate of cancer patients is also increasing, there is a need to find the better methods of nursing care for cancer patients.

The purposes of this paper are as follows ;

1) To understand family support and hope and quality of life for the cancer patient both during hospitalization and at home.
2) To determine the relationship between family support, hope and quality of life.

To examine the problems, we used a questionnaire and obtained data form the records of 45 home care and 94 hospitalized(in 3 university hospitals) patients in Taegu area from the period of June 15 to August 15, 1996. SPSS/PC was used for the data analysis and the statistical methods used were the T-test and ANOVA.

The results of this paper are as follows :

1) In the aspect of family support, there is no difference between hospitalized and home care cancer patients($t=1.63$, $P>0.01$).
2) In the aspect of hope, hospitalized cancer patients have a higher score than home care cancer patients($t=3.08$, $P>0.01$).
3) In the aspect of quality of life, hospitalized cancer patients have a higher score than home care patients($t=2.96$, $P<.01$).
4) There is a correlation between quality of life and hope with a correlation coefficient $r=0.5195$ and $P=0.000$. In addition, the correlation coefficient between quality of life and family support is 4179 with $P=0.000$.
5) The family support of the cancer patient is influenced by sex($F=9.1863$, $P<0.01$), education($F=4.3641$, $P<0.01$) and the level of life ($F=5.5002$, $P<0.01$).
6) The hope of cancer patients is influenced by the number of hospitalizations($F=3.6413$, $P<.05$), education($F=6.0113$, $P<.01$) and the level of life($F=5.0649$, $P<.01$).
7) The quality of life of cancer patients is influenced by the number of hospitalization($F=5.1167$, $P<0.05$), education($F=3.1590$, $P<0.01$) and the level of life($F=5.6942$, $P<0.01$).

* *Taegu Hyo Sung Catholic University, College of Medcine, Nursing Department.*
Tel : (053) 650-4478 Fax : (053) 621-4106
** Catholic University, College of Nursing.