

# 진단 초기 암환자의 희망구조 파악을 위한 탐색적 연구

박문경<sup>1</sup> · 김달숙<sup>2</sup>

<sup>1</sup>경인여자대학 간호과 시간강사, <sup>2</sup>충남대학교 간호대학 간호학과 교수

## An Exploratory Study of Hope Structures of the Newly Diagnosed Cancer Patients

Park, Moon Kyoung<sup>1</sup> · Kim, Dal Sook<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Part-time Instructor, Department of Nursing, Kyungin Women's College, Incheon; <sup>2</sup>Professor, School of Nursing, Chungnam National University, Daejeon, Korea

**Purpose:** This study was to explore the hope structures of the newly diagnosed cancer patients by examining the relationships between hope and the three concepts of 'Personal Spirit', 'Risk' and 'Authentic Caring' which composed the multidimensions of the Nekolaichuk and Bruera's hope model. **Methods:** Data was collected via survey from 32 newly diagnosed cancer patients. The perceived meaning of life (PML) for 'personal spirit', perceived confidence in cure (PCC) for 'risk', and perceived family support (PFS) and perceived support from medical team (PSM) for 'authentic caring' were adapted from the definitions of the concepts in the model. Hope, PML, and PCC were measured with VAS. PFS and PSM were measured with Korean version of 'Cobb's family support scale', which was modified by Kang. Pearson correlation coefficients were used to identify the relationships among the concepts. **Results:** The significant relationships were revealed between hope and PCC ( $p<.001$ ), hope and PML ( $p<.001$ ), PML and PCC ( $p<.001$ ), PFS and PML ( $p=.030$ ), and PSM and PML ( $p=.047$ ). **Conclusion:** The newly diagnosed cancer patients experience hope in different ways. The cancer patients' hope immediate after diagnosis, however, is most likely to be experienced as seeking balance between uncertainty about cancer treatment and the meaning of life.

**Key Words:** Cancer, Patient, Hope

### 서 론

#### 1. 연구의 필요성

희망은 모든 사람에게 존재하며,<sup>1)</sup> 고통 속에 있는 인간에게 삶과 건강의 에너지를 제공하는 힘 또는 내적 자원이 된다.<sup>2,3)</sup> 희망은 한 인간으로서 가능성과 잠재성을 느끼게 하며 어려운 상황을 극복할 수 있게 하는 시도로서<sup>4,5)</sup> 특히, 정서적 위기에 처할 수 있는 암 진단을 받은 직후에 있는 사람들에게 곤경 상태의 고통으로부터 벗어날 수 있는 유일한 힘이 될 수 있다.<sup>6)</sup>

암 진단은 지금까지 평범하게 살아오던 사람들의 삶에 커다란 영향을 미친다. 암 진단을 받게 되면 일반적으로 사람들은 충격 속에서 자신이 암이라는 것을 믿지 않으며 부정하게 된다.<sup>7,8)</sup> 암

진단을 받은 후 사람들은 질병에 대한 불확실성과 존재의 위협을 느낀다.<sup>9)</sup> 게다가, 암 진단 초기에 있는 사람들은 임상적으로 치료를 받아야 할 정도의 매우 심한 고통을 경험할 수 있다. 예를 들면, 유방암을 진단받고 치료 전에 있었던 암환자의 반 정도가 임상적으로 의미 있는 정서적 고통과 정신과 질환의 증상을 가지고 있었다.<sup>10)</sup> 그 중 11%는 주요 우울 장애(major depression)를 10%는 외상 후 스트레스 증후군을 경험한 것으로 보고되었으며, 우울 환자 3명 중에 2명은 중 정도에서 심한 정도의 우울을 경험한 것으로 나타났다. 암은 아직도 완치의 가능성이 적고,<sup>8,10)</sup> 재발의 가능성<sup>10)</sup>이 있으며, 암 또는 치료에 동반되는 증상 및 증상의 복합성으로 매우 심한 신체적 고통이 동반될 수 있는 것<sup>10)</sup>으로 사람들에게 인식되어 있기 때문에 암 진단으로 인한 사람들의 정서적 심리적 고통은 다른 만성질환을 진단받은 사람들에 비하여 클 것이라는 것은 당연시 된다.

따라서 암 진단을 받은 직후에 있는 사람들에게 희망 고취 간호는 그들의 실존과 삶에 힘을 주기 위하여 간호의 중요한 위치에 있어야 한다. 희망 고취 간호는 지식에 근거하여 수행되어야 효과적인 결과를 기대할 수 있다. 그러나 대부분의 희망 관련 연

주요어 : 암, 환자, 희망

\*본 논문은 2005년도 석사학위 논문의 일부임.

Address reprint requests to : **Park, Moon Kyoung**

Department of Nursing, Kyungin Women's College, 101 Gyesan-gil,

Gyeyang-gu, Incheon 407-740, Korea

Tel: 82-31-309-8543 Fax: 82-31-584-8915 E-mail: lunamr@cnu.ac.kr

투사고사일 : 2009년 6월 12일 심사회의일 : 2009년 6월 16일

심사완료일 : 2009년 7월 29일

구는 상이한 상황에 따라 상이한 희망 경험을 할 수 있으며, 같은 상황에서도 상이한 희망 구조 안에서 희망을 다양하게 경험할 수 있다는 가정보다는 보편적 속성 안에서 대부분의 사람들이 유사한 희망 경험을 할 수 있다는 가정으로 연구되어 왔다.<sup>3)</sup> 그러나 희망은 개인의 경험에 따라 다양한 희망 유형(pattern)이 나타나고 변형(transformation)의 가능성이 있는 역동적인 인간의 경험으로 이해되어야 하며, 개인 경험에 따른 간호가 이루어져야 한다.<sup>12)</sup> 그동안 수행된 희망 관련 연구 분석에서 희망은 다영역적 특성을 가진 개념으로 이해하여야 되는 것으로 분석되었으나<sup>13)</sup> 실제 연구나 임상에서는 목표 설정과 관련된 인지적 과정의 구조 안에서 희망을 조망하는 단일 영역적 개념 틀 안에서 희망을 이해하고 간호하는 경향을 보였다.<sup>14)</sup> 이러한 것은 지금까지의 연구 결과를 임상 실제 상황 특히, 어떤 특별한 상황이나 시기에 있는 사람들에게 대한 효과적인 희망 고취 간호의 근거로 이전하기가 어려울 수 있음을 추측하게 한다. 그 동안 희망의 변형성 역동성 특성에 초점을 맞추고 질병 경험과 관련하여 또는 다양한 삶에서 경험되는 희망 경험 패턴들을 확인한 연구들이 있으나,<sup>3,4,15)</sup> 진단 직후 치료 전에 있는 암환자의 희망 간호를 하기에는 제한점을 가지고 있다. 왜냐하면 이들 연구들에서 나온 희망 경험 패턴들을 진단 직 후 암환자의 상황에서 경험되는 희망의 패턴이나 구조로 보기 어렵기 때문이다.

이러한 점에서, 진단 직후 치료 전에 있는 암환자의 희망의 구조를 희망의 다 영역적 역동적 특성 안에서 이해하고 설명하는 것은 암 진단을 받고 수술이나 항암화학요법 등의 치료가 시작되기 전의 상황에 있는 환자의 희망 고취 간호에 필수적인 근거가 된다.

본 연구는 희망은 개인의 경험이고 역동적이며 변형적이라는 관점을 근거로 아래와 같은 기본 가정을 가지고 진행되었다.

기본가정: 진단 초기 치료 전에 있는 암환자는 다양한 패턴으로 희망을 경험할 것이다.

**2. 연구 목적**

Nekolaichuk과 Bruera<sup>14)</sup>의 희망의 다 영역적 모델의 세 영역(개인 영혼-개인 영역/질병 위험성-상황 영역/진실한 돌봄-상호관계 영역)과 희망과의 관련성을 파악함으로써 진단 초기 암환자의 희망의 구조를 탐색한다. 그 구체적인 목적은 아래와 같다.

첫째, 모델의 세 영역 각각과 희망과의 관계를 확인함으로써 진단 초기 암환자가 경험할 수 있는 희망의 구조를 탐색한다.

둘째, 모델의 세 영역 사이의 관계를 파악함으로써 각 영역 사이의 상호 작용 또는 관련에 의하여 경험될 수 있는 희망의 구조

를 탐색한다.

**3. 이론적 기틀: Nekolaichuk과 Bruera의 다영역적 희망 모델**

Nekolaichuk과 Bruera<sup>14)</sup>는 말기 환자 간호 환경을 기준으로 희망 모델을 제시하였다. 이 희망 모델은 다영역적 기틀 안에서 희망의 독특하고 직접적으로 확인할 수 없는 무형의(intangible) 경험을 강조한다. 다영역적 희망 모델은 개인의 영혼(personal spirit)의 개인 영역(personal dimension), 질병 위험성(risk)의 상황 영역(situational dimension), 그리고 진실한 돌봄(authentic caring)의 상호관계 영역(interpersonal dimension)의 세 영역의 삼각형으로 구성되어 있다. 이 모델은 다 영역적 기틀(multidimensional framework)의 희망 이론 모델의 제시로 인간이 경험할 수 있는 희망의 유형 또는 구조가 다양하게 존재할 수 있음을 설명하고 있다. 이 모델 안에서 세 영역은 상호 작용하기도 하며, 한 영역에서 다른 영역으로 이동하기도 한다.

이 모델은 세 가지 특징이 있다.

첫째, 희망을 내적인 과정 중심적(process-oriented) 경험으로 과거, 현재, 미래를 통합하는 다영역적 기틀을 채택하고 있다.

둘째, 희망의 요소인 행함(doing)과 존재함(being)을 모두 강조함으로써 치료에 대한 희망 외에 희망 경험의 이해를 확장한다.

셋째, 사실을 말하는 것(truth telling)보다는 돌봄 제공의 관계 속에서 진실 말하기와 희망 사이의 조화와 균형이 필요함을 인식한다는 것이다.

본 연구에서 Nekolaichuk과 Bruera<sup>14)</sup>의 모델을 본 연구의 이론적 기틀로 사용한 이유는 아래와 같다. 첫째, 진단 직후 치료 전에 있는 암환자의 희망도 희망의 특성인 역동성, 변형성 안에서 이해되고 설명되어야 한다. 둘째, 진단받은 후 치료 전에 있는 암환자의 희망의 경험도 Nekolaichuk과 Bruera<sup>14)</sup>의 다영역적 희망 모델에 의하여 이해되고 설명될 수 있다. 그 이유는 어떤 암을 불문하고 암 진단을 선고받은 직후에 있는 사람은 질병에 대한 불확실성과 인간 실존의 문제에 당면하게 되며 삶의 의미를 주는 가치 또는 영적/철학적/종교적 신념 안에서 사회 심리적 적응을 한다. 사회 심리적 적응에 영향을 주는 요인은 심한 신체적 증상, 질병의 진행 단계, 개인적 지지 체계의 부족, 의사 도움의 비효율성 감지 등으로 나타났기 때문이다.<sup>9)</sup> 이러한 진단 후 암환자들의 반응은 개인 영혼 영역/질병에 대한 위험 영역/진실한 돌봄 영역의 세 희망 영역으로 이루어진 희망 모델 안에서 진단 직후 암환자의 희망 구조가 설명될 수 있음을 시사한다.

## 연구 방법

### 1. 연구 설계

질문지를 통한 조사(survey)를 통해 Nekolaichuk과 Breura<sup>14)</sup>의 다영역적 희망 모델을 구성하는 세 영역과 희망(여기서는 '희망적임')의 관련성과 각 영역 간의 관련성을 확인함으로써 진단 직후 치료 전에 있는 암환자에 의하여 경험될 수 있는 희망의 구조를 탐색하기 위한 탐색적 연구이다.

### 2. 연구 대상 및 자료 수집 방법

연구 대상자는 일 대학병원에 처음 암 진단을 받고 수술받기 위해 입원하여 연구자로부터 연구 목적과 과정을 설명받은 후 구두로 연구에 참여하는 것에 동의한 만 18세 이상의 수술 전 암환자 32명으로서 본 연구의 설명을 위한 최소한의 대상자 수를 만족하였다. 그 이유는 설명 변수와 희망의 관련성에 대한 양적 메타 분석 연구<sup>16)</sup>에서 삶의 의미 관련 변수와 사회적 지지 변수가 Cohen<sup>17)</sup>의 기준에서 평가하였을 때 매우 높은 효과크기로 희망을 설명하였으며 진단 직후시기에 속하는 수술 직후 암환자의 치료에 대한 믿음이 희망을 매우 높게 설명하였음을 ( $\beta=0.844$ )<sup>16)</sup> 참조로 하여 상관관계를 확인하는 연구에서 큰 효과크기의 값인 0.5를 효과크기 값으로, 0.05를 유의 수준 값으로, 검정력 값을 0.8<sup>17)</sup>로 G\*Power 3.1.0 program<sup>19)</sup>을 통해 Power analysis 한 결과 29명으로 나왔기 때문이다.

자료 수집은 2004년 8월 23일부터 9월 24일까지 일반적 특성과 삶의 의미 감지 시각 상사 척도, 질병 회복에 대한 믿음에 대한 시각 상사 척도, 가족 지지(11문항)와 의료진의 지지(11문항)등으로 구성된 질문지를 통하여 이루어졌다. 질문지 작성은 대상자가 직접 읽고 작성하도록 하였으나, 직접 읽고 작성하기 어려운 경우에는 연구자가 내용을 읽어주고 답변을 대신 기록하였다. 질문지 작성에 소요된 시간은 약 20분 정도이었다.

### 3. 측정

본 연구에서는 Nekolaichuk과 Bruera<sup>14)</sup>의 희망 모델의 세 희망 영역의 개념적 특성을 충분히 고려하여 각 개념의 상응하는 측정 개념을 선택하였다.

#### 1) 개인의 영혼-개인 영역

개인 영혼-개인 영역의 희망 영역이 희망에 대한 개인의 주관적 경험을 강조하며 삶의 의미를 핵심 테마로 하는 것에 초점을 맞추어 '삶의 의미'를 시각적 상사 척도(Visual Analogue Scale)로 측정하였다. 시각적 상사 척도는 직접적으로 측정할

수 없는 주관적 경험에 대하여 대상자의 동의 정도를 연속 척도로 측정하기에 적절한 자가보고 도구로 변하지 않는 현상을 측정할 때 신뢰성이 증진되는 것으로 보고된다.<sup>20)</sup> 삶의 의미는 영혼에 대응개념으로 선택되었으며 주관적인 경험으로 간주하여 10 cm (100 mm) 시각 상사 척도로 측정하였다. 1밀리미터 단위로 측정하였다.

#### 2) 질병 위험성-상황 영역

질병 위험성-상황 영역이 관련된 상황 또는 질병치료에 대한 예측과 불확실성 사이에서 균형을 유지하는 것을 특성으로 하는 바 '질병 회복에 대한 믿음'을 시각 상사 척도 10 cm (100 mm) 상에서 측정하였다.

#### 3) 진실한 돌봄-상호관계 영역

진실한 돌봄-상호관계 영역이 신뢰와 안녕을 테마로 하는 상호 관계적 희망 경험을 강조하는 것에 기초하여 이에 상응하는 개념으로 가족의 지지와 의료진의 지지가 포함된 개념으로 선택하여 측정하였다. 가족의 지지와 의료진의 지지는 사회적 지지의 개념 안에서, 사회적 지지는 Cobb<sup>21)</sup>의 사회적 지지의 개념 안에서 사용되었다. Cobb<sup>21)</sup>의 사회적 지지는 돌봄을 받고 사랑받고 있다는 믿음, 자신의 가치를 인정받는다라는 믿음, 의사소통과 상호 책임감의 네트워크 안에 속하여 있다는 믿음의 속성을 포함한다.

대상자가 지각한 가족지지 정도를 측정하기 위해 Cobb<sup>21)</sup>이 제시한 사회적 지지에 대한 개념을 토대로 Choi<sup>22)</sup>가 개발하고 Kang<sup>23)</sup>이 수정 보완한 긍정형 9문항과 부정형 2문항으로 구성된 가족지지 측정도구를 사용하였다. 사용 전 대상자 6명에게 문항의 내용 타당성 평가를 하도록 하였다. 문항 중 이해가 잘 되지 않는 부분이 있는지를 평가하게 하였는데 4문항이 지적되었다. 이에 따라, 연구자는 문항의 의미가 변하지 않도록 하면서 대상자가 지적한 부분을 수정하였다. 그 후 도구 개발 경험이 있는 교수 1인에 의하여 수정된 문항의 내용 타당성을 검증받았다. Likert type의 6점 척도로 측정되었으며 긍정문항에서 "매우 동의한다"에 6점, "전혀 아니다"에 1점을 주었고, 부정문항에서는 역산하였다. 점수가 높을수록 가족지지가 높은 것을 의미한다. Kang<sup>23)</sup>의 연구에서 Chronbach's  $\alpha=0.86$ 이었으며, 본 연구에서의 Chronbach's  $\alpha=0.84$ 이었다. 신뢰도 계수(Chronbach's  $\alpha$ )가 Nunally<sup>24)</sup>가 탐색적 연구 분야의 기준 값으로 제시한 .60을 넘었기 때문에 탐색적 연구인 본 연구 결과의 설명에 신뢰성의 문제는 없다고 본다.

대상자가 지각한 의료진의 지지 정도를 측정하기 위해서

Cobb<sup>20)</sup>이 제시한 사회적 지지에 대한 개념을 토대로 Choi<sup>20)</sup>가 개발하고 Kang<sup>23)</sup>이 수정 보완한 긍정형 9문항과 부정형 2문항으로 구성된 가족지지 측정도구를 사용하였다. Kang<sup>23)</sup>이 수정 보완한 가족지지 측정 도구 문항을 토대로 하여 문항 속에 포함되어 있는 “가족”을 “의료진”으로 바꾼 후 대상자 6명에게 문항에 대한 내용 타당성 평가를 하도록 하였다. 대상자들이 문항에 정확하게 이해가 안 되는 부분이 있는 부분을 지적하도록 하였으며 그 결과 7문항이 지적되었다. 이에 따라, 연구자는 문항의 의미가 변하지 않도록 하면서 대상자가 지적한 부분을 수정하였다. 그 후 도구 개발 경험이 있는 교수 1인에 의하여 수정된 문항의 내용 타당성을 검증받았다. Likert type의 6점 척도로 측정되었다. 긍정문항에서 “매우 동의한다”에 6점, “전혀 아니다”에 1점을 주었고, 부정문항에서는 역산하였다. 점수가 높을수록 의료진의 지지가 높은 것을 의미한다. 도구의 Chronbach’s  $\alpha=0.82$ 이었다.

4) 희망(Hope)

Nekolaichuk과 Bruera<sup>14)</sup>는 희망을 내적인 과정 중심적(process-oriented) 경험으로, 각 영역을 사람들에 의하여 경험되는 희망의 구조로 보았기 때문에 희망 과정의 끝인 ‘희망적임’을 희망의 상용 개념으로 선택하였다. 따라서 ‘희망적임’은 Lohne과 Severinsson<sup>25)</sup>의 ‘희망은 미래의 기대에 대한 긍정적 표현’의 개념 안에서 시각 상사 척도 10 cm (100 mm)상에서 측정되었다.

4. 자료 분석

수집한 자료는 SPSS WIN 11.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율을 사용하였고 각 영역의 상용 개념으로 측정된 삶의 의미, 질병 치유에 대한 믿음, 희망적임, 가족지지 및 의료진의 지지 정도의 값은 평균과 표준편차를 사용하였다. 삶의 의미, 질병 치유에 대한 믿음과 가족지지 · 의료진의 지지 그리고 희망적임 각각이 정규분포하고 있는지 확인하기 위하여 50개 미만의 표본 수에서 정규분포를 검정하기에 유용한 One Sample Kolmogorov-Smirnov Test를 하였다. 검증 결과 삶의 의미( $p=.290$ ), 질병 치유에 대한 믿음( $p=.390$ ), 가족지지( $p=.060$ ), 의료진의 지지( $p=.940$ ) 및 희망적임( $p=.358$ )은 모두 유의확률이 0.05보다 크므로 정규분포를 만족하였다. 따라서 각각의 상용개념들과 ‘희망적임’과의 관련성 그리고 상용개념들 간의 관련성은 Pearson correlation coefficients를 사용하여 분석하였다. 가족지지와 의료진의 지

지 도구의 신뢰도는 Chronbach’s  $\alpha$  값을 구하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자는 총 32명으로 남자가 18명(56.3%), 여자가 14명(43.7%)이며, 평균 연령은  $56.5 \pm 14.13$ 세, 교육정도는 고등학교 졸업이 12명(37.5%)으로 가장 많았다. 직업은 ‘없다’가 18명(56.3%), 결혼 상태는 유 배우자가 25명(81.3%)으로 나타났다. 종교는 불교가 11명(34.4%), 기독교가 9명(28.1%)이었다. 전체 가족 수는 평균 4.13명이었고, 간병해주는 가족 수는 평균 1.78명이었다. 주 간호 제공자는 배우자가 17명(53.1%)이었고 그 다음은 자녀로 11명(34.4%)이었다(Table 1).

2. 각 영역과 희망의 관련성 · 각 영역 간 관련성

1) 기술적 통계

질병치유에 대한 믿음으로 측정된 질병위험성-상황영역은 10점 만점에  $8.16 \pm 1.81$ 이었고, 삶의 의미 정도로 측정된 개인

Table 1. Characteristics of the subjects (N=32)

Characteristics	Scale	Frequency	%
Gender	Male	18	56.3
	Female	14	43.7
Age	M $\pm$ SD (range)	56.50 $\pm$ 14.13 (32-83)	
Occupation	None	18	56.3
	Officer	4	12.5
	Public officer	2	6.3
	Businessman	4	12.5
	Etc.	4	12.5
Education level	None	4	12.5
	Elementary school	8	25.0
	Middle school	6	18.8
	High school	12	37.5
	Above college	2	6.3
Marital status	Single	1	3.1
	Married	25	81.3
	Widowed	5	15.6
Religion	Buddhism	11	34.4
	Protestantism	9	28.1
	Catholic	3	9.4
	None	9	28.1
Number of family	M $\pm$ SD (range)	4.13 $\pm$ 1.64 (2-8)	
Number of caregiving family	M $\pm$ SD (range)	1.78 $\pm$ 1.40 (1-6)	
Chiefly caregiving family member	Spouse	17	53.1
	Children	11	34.4
	Parents	1	3.1
	Sibling	3	9.4

**Table 2.** Mean value of variables of the newly diagnosed cancer patients (N=32)

Category	M±SD	Range
PCC	8.16±1.81	3.7-10.0
PML	8.12±1.84	2.6-10.0
PFS	62.09±4.93	47.0-66.0
PSM	52.09±6.97	33.0-63.0
Hope	7.90±1.91	1.7-10.0

PCC, perceived confidence in cure; PML, perceived meaning of life; PFS, perceived family support; PSM, perceived support from medical team.

의 의미-개인영역은 10점 만점에 8.12±1.84로 나타났다. 가족 지지정도와 의료진의 지지로 측정된 진실한 돌봄-상호관계 영역은 각각 66점 만점에 62.09±4.93, 66점 만점에 52.09±6.97로 나타났다. 희망적임은 7.90±1.91로 나타났다(Table 2).

2) 관련성 분석

각 영역과 희망과의 관련성에서 '질병치유에 대한 믿음'이 '희망적임'과 가장 높은 관련성이 있었고(r=0.809, p<.001), '삶의 의미'도 '희망적임'과 높은 관련성이 있었다(r=0.678, p<.001). 그러나 '가족의 지지'와 '희망적임'의 관련성과(r=0.306, p=.089), '의료진의 지지'와 '희망적임'의 관련성은 없는 것으로 나타났다(r=0.199, p=.276).

각 영역 간의 관련성에서는 '질병치유에 대한 믿음'과 '삶의 의미'에서 높은 관련성이 있는 것으로 나타났다(r=0.669, p<.001). 또한 '가족의 지지'와 '삶의 의미'와 의미 있는 관련성이 존재하였고(r=0.385, p=.030), '의료진의 지지' 또한 '삶의 의미'와 관련성이 있는 것으로 나타났다(r=0.354, p=.047). 그러나 '가족의 지지'와 '질병회복에 대한 믿음'(r=0.280, p=.121), '의료진의 지지'와 '질병회복에 대한 믿음'(r=0.202, p=.268)은 통계적인 관련성이 없는 것으로 나타났다(Table 3).

논 의

논의는 Nekolaichuk과 Bruera의 다 영역적 희망 모델<sup>14)</sup>을 구성하고 있는 질병 위험성-상황 영역, 개인 영혼-개인 영역, 진실한 돌봄-상호관계 영역 각각과 희망과의 관련성 및 각 영역 간의 관련성을 통하여 진단 직후 치료 전에 있는 암환자가 경험할 수 있는 희망의 구조를 파악한 결과를 토대로 진행된다. 한편, 본 연구에서 모델을 구성하고 있는 각 영역을 측정하기 위하여 그 영역의 주제에 대한 의미를 명확하게 반영할 수 있는 개념들을 상응 개념으로 하여 측정 개념화하는 과정에서 설명의 신뢰도를 떨어뜨릴 수 있는 부분이 있을 수 있음을 전제하고

**Table 3.** Pearson correlation coefficients of variables of the newly diagnosed cancer patients (N=32) r(p)

Category	PCC	PML	PFS	PSM	Hope
PCC	1.000				
	-				
PML	0.669 (<.001)	1.000			
		-			
PFS	0.280 (.121)	0.385 (.030)	1.000		
			-		
PSM	0.202 (.268)	0.354 (.047)	0.363 (.041)	1.000	
				-	
Hope	0.809 (<.001)	0.678 (<.001)	0.306 (.089)	0.199 (.276)	1.000
					-

PCC, perceived confidence in cure; PML, perceived meaning of life; PFS, perceived family support; PSM, perceived support from medical team.

논의가 진행됨을 밝힌다.

우선 질병 위험성-상황 영역의 상응 개념인 '질병 회복에 대한 믿음' 희망의 상응 개념인 '희망적임'의 관련성이 가장 높은 것으로 나타난 것은 질병 회복 가능성에 대한 확신을 통하여 희망이 고취되는 구조가 진단 초기 암환자에서 경험될 가능성이 가장 높음을 의미한다. 또한 이는 이 시기의 암환자의 희망이 현재의 상황에 의하여 결정될 수 있음을 시사한다. 이 결과는 질병의 치료의 근거나 회복의 실마리를 인지할 때 희망이 생기는 희망 경험의 패턴이 암과 같은 만성 질병을 진단받은 초기에 있는 사람들에서 두드러졌다는 Kim<sup>4)</sup>과 Ahn<sup>15)</sup>의 연구 결과와 일치함을 보였다. 충격적인 암 진단은 이제는 돌이킬 수 없는 사건으로서 매우 심각한 질병에 대한 불확실성과 암에 의한 실존의 위협을 사람들로 하여금 느끼게 한다는 것<sup>9)</sup>에 비추어볼 때 이들에게 상황적인 위협으로 작용하는 암으로부터의 회복은 위협으로부터 벗어나는 유일한 길임을 의미한다. 기술 통계에서 '질병 회복에 대한 믿음'이 매우 높은 점수의 수준으로 나타난 것 또한 이들이 암으로부터 벗어나기를 얼마나 크게 열망하는지를 보여준다. 따라서 만약 이들이 암으로부터 완치의 가능성을 느끼게 된다면 이들은 희망적이 될 수 있다. 결과적으로 암 진단 직후 사람들의 희망 경험에 가장 큰 설명을 하는 희망 구조가 암 진단이라는 상황을 만든 사건과 이를 상쇄시킬 수 있는 암의 완치나 회복을 만드는 상황과 관련될 수밖에 없음으로 설명됨은 당연하다고 본다.

다음으로 희망과 관련성이 높은 것으로 나타났으며, 매우 의미 있는 관련성의 값을 나타낸 것은 개인 영혼-개인 영역의 상응 개념으로 선택된 '삶의 의미'였다. 이는 진단 직후 암환자도 자신에 의한 삶의 경험을 통하여 즉, 삶의 의미를 찾을 때 현재의 암 진단을 받은 직후의 고통에서 벗어나 희망적이 될 수 있

음을 의미한다. 이와 같은 결과는 대부분의 문헌에서 암 진단 초기에는 질병 회복을 위한 노력, 질병 회복의 불확실성, 치료에 대한 확신 등에 의해 희망이 결정되고 암의 재발, 말기 또는 회복에 대한 가능성이 없어졌을 때는 삶의 의미나 영적 관계에 의하여 희망 고취가 이루어진다<sup>5,18,26,27)</sup>는 내용과 일치하지 않는다. 그러나 암 진단을 선고받은 직후 사람들은 질병에 대한 불확실성과 인간 실존의 문제에 당면하게 되며 삶의 의미를 주는 가치 또는 영적 철학적 종교적 신념 안에서 사회 심리적 적응을 한다는 문헌<sup>9)</sup>은 암 진단 직후 치료 전에 있는 암환자들이 이와 같은 희망 구조 안에서 희망을 경험할 수 있음을 당연시 한다. '삶의 의미' 점수가 매우 높은 수준으로 나온 것은 암 진단이 이들의 실존에 대한 위협에 매우 큰 영향을 주었을 것과 이들의 희망의 결정에 실존의 의미 부여가 중요한 역할을 할 수 있음을 추론하게 한다.

진실한 돌봄-상호관계 영역의 상응 개념으로 선택된 '가족의 지지' 및 '의료진의 지지'와 '희망적임'의 관계는 의미 없는 관계로 나왔다. 이는 가족의 지지와 의료진의 지지가 암 진단 직후의 사람들의 희망 경험에는 직접적인 영향을 주지 못하는 것으로 해석될 수 있다. 이는 암 진단 직후 사회 심리적 적응에 개인적 지지 체계나 의사의 효율적 도움이 영향을 줄 수 있다는 문헌<sup>9)</sup>이나 암 진단 초기에는 가족과 의료인등의 지지자원이 희망을 고취시킨다는 선행 연구<sup>26-29)</sup>와 상반된다. 그러나, 본 연구에서 '삶의 의미'는 희망과 관련이 있고 '가족의 지지' 및 '의료진의 지지'와 '삶의 의미'와는 관련성이 있는 것으로 나타났다는 점에 의존하여 가족의 지지나 의료진의 지지의 희망에의 영향을 추론하여 보면 '가족의 지지' 및 '의료진의 지지'로 묶여진 진실한 돌봄-상호관계와 '삶의 의미'로 대응된 개인 영혼과의 직접적인 관계에 의하여 간접적으로 이 시기의 사람들의 희망을 결정할 수 있는 것으로 분석된다. 이러한 해석은 본 연구가 '가족의 지지' 및 '의료진의 지지'가 Cobb<sup>20)</sup>의 돌봄을 받고 사랑받고 있다는 믿음, 자신의 가치를 인정받는다는 믿음, 의사소통과 상호 책임감의 네트워크 안에 속하여 있다는 믿음의 사회적 지지 개념 안에서 개발된 도구에 의하여 측정되었다는 점을 참조할 때 타당화 될 수 있다. 한편, '질병회복에 대한 믿음'과 '가족의 지지' 및 '의료진의 지지'의 상관성이 없는 것으로 나타난 것은 Cobb<sup>20)</sup>의 사회적 지지 개념의 속성으로 하는 지지는 이 시기에 있는 사람들의 질병의 회복과 치료에 대한 불확실성을 제거하여 주는 데 크게 도움을 줄 수 없음을 시사한다. 연구 결과들을 가지고 볼 때, 특히 의료인의 사회적 지지는 질병에 대한 치료 또는 회복의 희망을 줄 수 있는 방법과 관련되는 것이 Cobb<sup>20)</sup>의 사회적 지지 개념 안에서 하는 지지보다 이

시기에 있는 사람들에게 더욱 효과적인 지지의 역할을 할 수 있지 않을까 하는 생각이다.

논의된 바를 종합하여 보면, 암 진단 직후 치료 전에 있는 암환자의 희망은 다양한 구조 안에서 경험될 수 있다. 이 시기에 있는 사람들에서 경험되는 희망 구조 중 설명력이 가장 높은 것은 질병의 위험성 또는 질병에 대한 불확실성과 치료에 대한 믿음의 관계에서 결정되는 구조로 나타났다. 개인 삶의 의미에 의하여 결정되는 구조나, Cobb<sup>20)</sup>의 사회적 지지의 개념 안에서의 가족의 지지나 의료진의 지지와 삶의 의미의 관련성에 의하여 결정되는 구조도 이 시기의 사람들의 희망 경험의 구조를 설명한다.

이는 말기 환자에서 내재적 경험으로써의 희망이 개인 영혼-개인 영역, 질병 위험성-상황 영역 그리고 진실한 돌봄-상호관계 영역의 세 영역을 통해 다양한 희망의 구조 또는 패턴으로 나타날 수 있다고 제시한 Nikolaichuk과 Bruera<sup>14)</sup> 희망 모델의 아이디어가 진단 직후 치료 전에 있는 암환자에서도 적용이 될 수 있음을 증명한 것으로 볼 수 있다. 또한 이 결과는 개인의 경험에 따라 희망 유형(pattern)이 다양하게 나타나고 변형(transformation)의 가능성이 있으므로 개개인에 따라 다른 간호<sup>3,4,12)</sup>가 진단 직후 치료 전에 있는 암환자에서도 이루어져야 함을 시사한다.

결과적으로 본 연구가 진단 직후 암환자에서 단일 패턴이 아닌 다양한 패턴의 희망 경험이 있을 수 있다는 새로운 사실을 확인하였다는 큰 의미를 가질 수 있음을 의미한다.

그럼에도 불구하고 양적 연구방법을 적용하는 과정에서 편의 발생 가능성에 의한 연구 결과 설명에서의 제한점을 가진다. 대상자의 수에서 최소의 설명과 모수 통계를 할 수 있는 연구 대상자 수는 만족하였으나, 일반화할 수 있는 큰 범위의 대상자에서 연구되지 못하였다는 것, 가족지거나 의료진의 지지 도구에서 사용한 Likert 척도를 사용함에 오는 편의들, 예를 들면, 주어진 문항에만 어쩔 수 없이 동의함에 의하여 발생될 수 있는 편의(acquiescence bias)나 6점 척도의 사용에서 동의도 비동의도 아닌 중간을 선택 못하게 하는 강제성에서 발생할 수 있는 편의의 발생 등이 본 연구의 설명에 제한을 줄 수 있다. 또한, 본 연구에서 삶의 의미, 질병회복에 대한 믿음이나 희망의 측정 은 10 cm (100 mm) 연속 척도로, 가족 지지나 의료진의 측정은 서열 척도나 간격 척도로 고려될 수 있는 Likert 6점 척도로 측정된 것은 척도 형태에 따라 변이, 왜곡도(skewness) 등에 아주 적은 차이가 있을 수 있음이<sup>30)</sup> 전제되었을 때 본 연구 결과의 설명에 제한점이 된다.

## 결론 및 제언

본 연구는 Nikolaichuk와 Bruera<sup>14)</sup>의 다영역적 희망 모델을 이론적 틀로 하여 이 이론틀에서 제시된 희망의 구조를 형성할 수 있는 세 영역인 개인 영역-개인의 영혼, 상황 영역-질병 위험성, 상호관계 영역-진실한 돌봄 각각에 대한 상응 개념으로 삶의 의미, 질병 회복에 대한 믿음, 그리고 가족지지·의료진의 지지와 희망적임 사이의 관련성을 검토하여 진단 초기 암환자의 희망 구조를 탐색하고자 하였다.

자료 수집은 2004년 8월 23일부터 9월 24일까지 암진단을 처음받고 수술 전에 있는 암환자 32명에게서 구조화된 질문지를 통해 수행되었다.

측정 방법은 10 cm (100 mm)의 시각적 상사 척도를 이용하여 삶의 의미, 질병 회복에 대한 믿음, 희망적임을 측정하였고, 가족지지와 의료진의 지지는 Cobb<sup>20)</sup>의 개념을 기초로 Choi<sup>22)</sup>가 개발하고 Kang<sup>23)</sup>이 수정 보완한 가족지지 측정도구를 대상자가 이해하기 쉽도록 원래 문항의 의미를 유지한 상태에서 지적 받은 부분을 수정한 각 11개 문항의 도구를 사용하였다. 가족지지 측정도구의 Chronbach's  $\alpha$ 는 0.84, 의료진의 지지에 대한 측정도구의 Chronbach's  $\alpha$ 는 0.82이었다.

대상자의 일반적 특성은 기술 통계를 사용하였고, 세 영역 간의 관련성은 Pearson correlation coefficients를 통하여 파악되었다.

연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 각 영역의 평균값은 질병회복에 대한 믿음 8.16±1.81, 삶의 의미 8.12±1.84, 가족 지지 62.09±4.93, 의료진의 지지 52.09±6.97, 그리고 희망적임은 7.90±1.91로 나타났다.

둘째, 각 영역과 희망과의 관련성에서 질병치유에 대한 믿음과 희망적임( $r=0.809$ ,  $p<.001$ ) 그리고 삶의 의미와 희망적임( $r=0.678$ ,  $p<.001$ )에서 관련성이 있었다. 그러나 가족의 지지와 희망적임( $r=0.306$ ,  $p=.089$ ), 의료진의 지지와 희망적임( $r=0.199$ ,  $p=.276$ )은 관련성이 없는 것으로 나타났다.

각 영역 간의 관련성에서는 질병치유에 대한 믿음과 삶의 의미( $r=0.669$ ,  $p<.001$ ), 가족의 지지와 삶의 의미( $r=0.385$ ,  $p=.030$ ), 의료진의 지지와 삶의 의미( $r=0.354$ ,  $p=.047$ )에서 관련성이 있었다. 그러나 가족의 지지와 질병회복에 대한 믿음( $r=0.280$ ,  $p=.121$ ), 의료진의 지지와 질병회복에 대한 믿음( $r=0.202$ ,  $p=.268$ )은 통계적인 관련성이 없는 것으로 나타났다.

결론적으로, 암 진단 직후 치료 전에 있는 암환자의 희망은 다양한 구조 안에서 경험될 수 있다. 이 시기에 있는 사람들에서 경험되는 희망 구조 중 설명력이 가장 높은 것은 질병의 위

협성 또는 질병에 대한 불확실성과 치료에 대한 믿음의 관계에서 결정되는 구조로 나타났다. 개인 삶의 의미에 의하여 결정되는 구조나, Cobb<sup>20)</sup>의 사회적 지지의 개념 안에서의 가족의 지지나 의료진의 지지와 삶의 의미의 관련성에 의하여 결정되는 구조도 이 시기의 사람들이 경험할 수 있는 희망 경험의 구조로 나타났다. 이 결과는 말기 환자에서 내재적 경험으로써의 희망이 개인 영혼-개인 영역, 질병 위험성-상황 영역 그리고 진실한 돌봄-상호관계 영역의 세 영역을 통해 다양한 희망의 구조 또는 패턴으로 나타날 수 있다고 제시한 Nikolaichuk과 Bruera<sup>14)</sup> 희망 모델의 아이디어가 진단 직후 치료 전에 있는 암환자에서도 적용이 될 수 있음을 증명하였다.

이상의 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언을 하고자 한다.

첫째, Nikolaichuk과 Bruera<sup>14)</sup>모델을 구성하고 있는 각 영역을 측정하기 위하여 그 영역의 주제에 대한 의미를 명확하게 반영할 수 있는 개념들을 상응 개념으로 하여 측정 개념화하는 과정에서 설명의 신뢰도를 떨어뜨릴 수 있는 부분이 있을 수 있었다는 연구의 제한점을 반영하여 다시 재연구해볼 것을 제안한다.

둘째, 본 연구에서 나타난 결과를 중심으로 희망 증진 프로그램 개발하고 이를 검증하는 연구를 제안한다.

셋째, 더 큰 범위의 대상자, 다른 문화권에서 같은 디자인과 희망 모델 안에서 반복 연구를 제안한다.

## 참고문헌

1. Yates P. Towards a reconceptualization of hope for patients with a diagnosis of cancer. *J Adv Nurs* 1993;18:701-6.
2. Herth KA, Cutcliffe JR. The concept of hope in nursing 6: research/education/policy/practice. *Br J Nurs* 2002;11:1404-11.
3. Kim DS, Kim HS, Schwartz-Barcott D, Zucker D. The nature of hope in hospitalized chronically ill patients. *Int J Nurs Studies* 2006;43:547-56.
4. Kim DS. Theory construction of hope for nursing: a Q-methodological approach [dissertation]. Seoul:Seoul National Univ.; 1992.
5. Marcel G. *Homo Viator: Introduction to a Metaphysics of Hope* (E. Craufurd Trans.). New York:Harper and Row (Original work published, 1951);1962.
6. Lin CC, Tsai HF, Chiou JF, Lai YH, Kao CC, Tsou TS. Changes in levels of hope after diagnostic disclosure among Taiwanese patients with cancer. *Cancer Nurs* 2003;26:155-60.
7. Snyder CR. *Oncology Nursing*. Boston:Little, Brown & Company;1986.
8. Yabro CH, Frogge MH, Goodman M. *Cancer Nursing: Principles and practice*. 6th ed. Sudbury:Jones and Bartlett Publishers;2005.
9. Carroll-Johnson RM, Gorman LM, Bush NJ. *Psychosocial Nursing*

- Care: Along the cancer continuum. 2nd ed. Pittsburgh:Oncology Nursing Society;2006.
10. Hegel MT, Moore CP, Collins ED, Kearing S, Gillock KL, Riggs RL, et al. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed cancer. *Cancer* 2006; 107:2924-31.
  11. Cancer.net. American society of clinical oncology [cited 2009 Jun 5]. Available from <http://www.cancer.net/patient/Diagnosis+and+Treatment/Treating+Cancer/Dealing+With+Cancer+Recurrence>.
  12. Parse RR. Parse's research methodology with an illustration of the lived experience of hope. *Nurs Sci Qual* 1990;3:9-17.
  13. Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. Hope and Hioekessness: Critical Clinical Constructs. California:Sage Publications;1995.
  14. Nekolaichuk CL, Bruera E. On the nature of hope in palliative care. *J Palliat Care* 1998;14:36-42.
  15. Morse JM, Doberneck B. Delineating the concept of hope. *Image* 1995;27:277-85.
  16. Kim DS, Moon WH, Ahn SY, Oh HS, Kwon KH, Park MK, et al. Meta-Analysis of the research findings consersing functional relationships of explanatory variables to hope. *J Korean Acad Nurs* 2004;34:673-84.
  17. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral scince. Rev. ed. Hillsdale:Lawerence Erlbaum Assoc.;1987.
  18. Ahn SY, Kim DS. Influences of perceived treatment effect and perceived physical suffering on hope of cancer patients in post-operative period. *J Korean Acad Adult Nurs* 2003;15:78-87.
  19. Uni-duesseldorf.de. Heinrich-Heine-Universität, [updated 2009 Jun 29; cited 2009 Jul 3]. Available from <http://www. psycho.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/download-and-register>.
  20. Audrey GG. Visual analogue scales:measurement of subjective phenomena. *NR* 1989;38:286-8.
  21. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom* 1976;38:300-14.
  22. Choi YH. An experimental study of the effects of supportive nursing intervention on family support behavior and sick role behavior [dissertation]. Seoul:Yonsei Univ.;1983.
  23. Kang HS. An experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities [dissertation]. Seoul:Yonsei Univ.;1984.
  24. Nunally JC. Psychometric Theory. 2nd Ed. New York:McGraw-Hill Book Company;1978.
  25. Lohne, V, Severinsson, E. Hope during the first months after acute spinal cord injury. *J Adv Nurs* 2004;47:279-86.
  26. Tae YS. Hope Phenomenon of Korean Cancer Patients [dissertation]. Seoul:Ehwa Womans Univ.;1994.
  27. Ballard A, Green T, McCaa A, Logsdon MC. A comparison of the level of hope in patients with newly diagnosed and recurrent cancer. *Oncol Nurs Forum* 1997;24:899-94.
  28. Jun MH. An experience of life following breast cancer surgery [dissertation]. Seoul:Seoul Univ.;1994.
  29. Laird, BL. Essential components of psychosocial care for newly diagnosed breast cancer patients [dissertation]. Alabama;Alabama Univ.;2003.
  30. Wikipedia.org. Wikipedia foundation Inc., [updated 2009 Jul 1; cited 2009 Jul 3]. Available from [http://en.wikipedia.org/wiki/Likert\\_scale](http://en.wikipedia.org/wiki/Likert_scale).