

암환자의 대응양식에 따른 자가간호행위 비교연구

오복자

삼육대학교 간호학과 교수

Comparison of the Self-Care Behaviors according to Mental Adjustment to Cancer

Oh, Pok-Ja

Professor, Department of Nursing, Sahmyook University, Seoul, Korea

Purpose: This study was to compare the differences in self-care behaviors between the group with fighting spirit and the group with helplessness. **Methods:** This study utilized a cross-sectional descriptive design. A total of 97 ambulatory cancer patients completed the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale by Watson et al. (1988) and Self Care Behaviors Scale by Oh et al. (1997). The data was analysed using frequency, percentage, t-test, ANOVA, Pearson's correlation and stepwise multiple regression. **Results:** Fighting spirit group were found to conduct self-care behaviors more compared to the helplessness group ($t=3.346, p<.0001$). The score of the self-care behaviors in fighting spirit group was 4.42 out of a total score of 7 and that of helplessness group was 3.85. There was a significant difference ($p<.0001$) in self-care behaviors according to the level of faith and performance status. Fighting spirit ($R^2=0.120, p<.0001$), performance status ($R^2=0.078, p=.001$) were predictive of self-care behaviors. **Conclusion:** Cancer patients' mental adjustment is correlated with the degree of self-care behaviors. Having fighting spirit is one of the most adaptive techniques that cancer patients could use in adjustment to the life with cancer.

Key Words: Cancer, Patients, Adjustment, Self care

서론

1. 연구의 필요성

현대 의학의 발달에도 불구하고 암은 우리나라 사망원인 제1위로서 지금도 그 발생률과 사망률이 꾸준히 증가하고 있다. 우리나라 2007년 사망원인 통계에 의하면 암에 걸린 사망자가 전체의 27.6%로 1위를 차지했으며, 인구 십만 명당 암 사망자 수는 2007년 137.5명으로 지난 10년 동안 27.4명 증가하는 추세를 보여 주었다.¹⁾

암환자는 병기(staging)에 따라 수술, 방사선 치료 및 항암화학요법 등 세 가지 요법을 적절하게 병용한 치료형태를 취하고 있다. 각 요법은 치료효과와 더불어 부작용을 수반하기 때문에 대상자들은 긴 치료과정 동안 자가간호행위가 필요하다. 현대

병원경영체계에서 포괄수가제의 도입은 전반적인 재원 일수 단축으로 대부분의 암환자도 항암화학요법을 위한 약물치료 후 바로 퇴원하는 경향이 증가되고 있다. 특히 항암화학요법은 치료 후 10-14일에 백혈구가 최하로 감소되고 약 3-4주에 회복이 되므로 이 사이클에 맞추어 반복치료를 하게 된다. 따라서 퇴원 후 반복적인 항암화학요법이 진행되는 동안 감염, 출혈 등의 부작용으로부터 자신을 보호하는 간호는 지속적인 치료를 위해 매우 중요하다고 볼 수 있다.

자가간호행위는 생명과 건강과 안녕을 유지하기 위해 각 개인이 수행하는 자조행위(self-help)로서,²⁾ 건강수준의 향상뿐 아니라 궁극적으로는 암환자의 삶의 질을 향상시킬 수 있으므로 이를 촉구하고 강화시킬 필요가 있다. 그러나 암환자는 치료의 부작용과 불투명한 질병예후로 위축되고 정서적인 혼란 속에서 자가간호에 소홀하게 된다. 암에 대한 개인적인 의미가 다르지만 일반적으로 암 환자가 경험하는 심리사회적 반응으로는 생존위협과 자아상의 위협과 연관된 불안, 우울, 무력감, 무가치감, 소외감, 체념, 부정 등이 있으며,^{3,4)} 이러한 심리적 디스트레스 유병률은 23-44%로 보고되고 있다.⁵⁾ 이러한 심리적 상태는 암 그 자체만큼 환자에게 잠재적인 손상을 주어 암 치료 이

주요어 : 암환자, 대응양식, 자가간호행위

*본 연구는 삼육대학교 연구진흥기금으로 수행됨.

Address reprint requests to : **Oh, Pok-Ja**

Department of Nursing, Sahmyook University, 26-21 Gongneung-dong, Nowon-gu, Seoul 139-742, Korea
Tel: 82-2-3399-1589 Fax: 82-2-3399-1594 E-mail: ohpj@syu.ac.kr

투 고 일 : 2009년 6월 21일 심사완료일 : 2009년 6월 21일
심사완료일 : 2009년 7월 24일

행과 암 생존 기간에 유의한 관련이 있다고 보고되어⁶⁾ 암환자의 신체적인 치료와 함께 심리적인 안녕상태의 중요성을 강조하고 있다.

사람들은 암환자와 같이 충격적인 사건에 직면하면 수반되는 스트레스를 완화하기 위해 대응 전략을 사용한다. 암 환자의 대응양상은 암 진단과 치료과정에서 암 환자가 개별적으로 나타내는 행태적, 인지적, 감정적 반응으로 정의될 수 있는데⁷⁾ 크게 참여형(접근, 직면)대응과 이탈형(회피, 도피)대응 연속선상에 서 이루어진다.^{8,9)} 참여형 대응 양상에는 문제해결중심, 정보추구 및 투병의지 등이 있으며, 반면 이탈형 전략(disengagement strategies)은 스트레스 및 위기의 상황에서 주로 부적응의 접근방법으로 부정, 문제 회피 및 체념이 포함된다.

암 대응과 관련한 연구결과는 암 환자의 심리사회적 적응에서 참여형 대응 전략의 우월성을 강하게 암시한다. 이러한 참여형 대응전략 가운데 투병의지는 ‘암 진단을 도전으로 받아들이고 미래에 대해 낙관적으로 생각하며 암을 정복하려는 반응을 보이는 것’으로 가장 유의한 대응양식으로 간주되고 반면 무력감 대응양식은 “암에 대하여 스스로 통제할 수 없다고 지각하고 능동적인 전략을 수행하지 않는 것”으로 가장 유해한 대응양식으로 제시하고 있다.^{10,11)}

이러한 암환자 대응양식은 암환자의 자기간호행위에 영향을 줄 수 있는 변인이라는 것을 시사하고 있다. 암 환자의 대응양상과 관련된 선행연구에서는 대응양상에 따른 생존기간과의 관련성을 제시하였으나,^{6,12,13)} 그 과정에서 필요한 건강행위와의 관련성을 제시한 연구는 거의 없다. 또한 암환자의 자기간호행위에 관한 선행연구에서도 자기효능감과 지식¹⁴⁻¹⁶⁾과의 관련성을 제시한 연구와 자기간호행위의 패턴^{17,18)}을 조사한 연구가 있을 뿐 암환자의 대응양식이 자기간호행위에 미치는 영향을 규명한 연구는 없다.

따라서 본 연구는 암환자의 대응양식에서 뚜렷하게 대비되는 투병의지군과 무력감군을 설정하여 선행연구에서 거의 다루어지지 않은 암환자의 대응양식에 따른 자기간호행위와의 차이를 규명하고자 하였다. 이러한 본 연구결과는 암환자의 자기간호교육 중재에 대응양식의 중요성을 제시하고, 자기간호교육 중재의 기초 자료를 제시할 것이다.

2. 연구 목적

본 연구는 암 환자의 심리적 대응양식에 따른 자기간호행위와의 차이를 파악하여 암환자의 자기간호 교육 중재에 심리사회적 개입의 기초 자료를 제시하고자 한다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 암환자의 대응양식(투병의지와 무력감)에 따른 자기간호행위 정도를 파악한다.

둘째, 대응양식에 따른 일반적 특성별 자기간호행위와의 차이를 파악한다.

셋째, 대응양식과 자기간호행위와의 관계를 파악한다.

넷째, 대응양식에 따른 자기간호행위를 비교한다.

3. 용어 정의

1) 암 대응양식

대응양식(Mental Adjustment to Cancer)은 암환자가 암 진단과 치료과정에서 개별적으로 나타내는 행태적, 인지적, 감정적 반응으로,⁸⁾ 본 연구에서는 Watson^{19,20)}이 개발한 40문항의 Long MAC 척도에서 투병의지 문항과 무력감 문항으로 측정된 점수이다.

(1) 투병의지(Fighting spirit)

대상자가 암 진단을 도전으로 받아들이고 전적으로 수용하며 미래에 대해 낙관적인 태도로 질병을 조절하려고 노력하며 암과 싸워 이기려고 하는 반응을 보이는 것을 말한다.⁶⁾ 본 연구에서는 Watson¹⁹⁾의 암 대응 양상 척도(Mental Adjustment to Cancer Scale, MAC) 중 투병의지를 측정된 점수를 말한다.

(2) 무력감(Helplessness/Hopelessness)

암 예후는 피할 수 없는 부정적인 결과를 초래한다고 믿고 개인이 통제할 수 있는 것은 없다고 간주하는 반응을 말한다.⁶⁾ 본 연구에서는 Watson¹⁹⁾의 암 대응 양상 척도 중 무력감을 측정된 점수를 말한다.

2) 투병의지군

본 연구에서는 Watson¹⁹⁾이 개발한 16문항 4점 척도의 투병의지 도구에서 중앙값(32점)보다 높은 38.4점(상위 40%) 이상을 취득한 대상자를 말한다.

3) 무력감군

본 연구에서는 Watson¹⁹⁾이 개발한 8문항 4점 척도의 무력감 도구에서 중앙값(16점)보다 높은 19.2점(상위 40%) 이상을 취득한 대상자를 말한다.

4) 자기간호행위

생명과 건강과 안녕을 유지하기 위해 각 개인이 수행하는 자조행위(self-help)로서,²⁾ 본 연구에서는 암 환자 대상의 Oh¹⁶⁾의

연구에서 개발된 총 20문항으로 측정된 점수를 말한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 암환자로부터 횡단적으로 자료를 수집하여 심리적 대응양식에 따른 자가간호행위의 차이를 규명하는 비교 조사연구이다.

2. 연구 대상 및 자료 수집

대상자는 암 진단을 받고 암 전문병원 외래에서 항암화학요법을 받고 있으며 설문응답과 의사소통이 가능하고 정신질환의 기왕력이 없는 자 중 연구 목적을 이해하고 연구 참여에 동의한 자이다. 자료 수집 과정은 대상자가 항암화학요법을 받기 위해 외래를 방문한 날 연구 목적을 설명하고 연구 참여는 자발적이며 자료 수집은 무기명으로 처리될 것임을 설명하였다. 설문 응답이 불충분한 자료를 제외한 총 130명의 자료에서 투병의지군 62명과 무력감군 35명이 분석되었다.

자료 수집은 2006년 8월부터 11월까지 연구자와 연구보조자가 자기기입식 설문조사와 일대일 면접방법을 병행하여 이루어졌다.

3. 연구 도구

1) 투병의지

Watson¹⁹⁾이 암 진단에 대한 심리적 반응을 측정하기 위해 개발한 암 대응양상 척도에서 투병의지 16문항으로 측정하였다. 본 연구에서는 Kim²⁰⁾이 번역하여 신뢰도와 타당도를 검증한 투병의지 문항을 사용하였다. 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.86$ 으로 나타났다. 4점 리커트(likert)척도로 점수가 높을수록 투병정신이 높아 암을 극복하려는 의지가 높음을 나타낸다.

2) 무력감

Watson¹⁹⁾ 개발한 암 대응양상 척도 중 무력감 8문항으로 측정하였다. 무력감 문항은 역 번역 기법으로 연구자가 각 항목을 우리말로 번역하고 한국어에 능통한 심리학과 교수 1인이 영어로 역 번역하였다. 역 번역과 원문을 대조한 후 영문학 교수 1인이 원어와 우리말 번역을 최종 평가하였다. 도구의 신뢰도는 본 연구에서 Cronbach's $\alpha=0.85$ 로 나타났다. 4점 리커트(likert)척도로 점수가 높을수록 무력감이 높음을 나타낸다.

3) 자가간호행위

암 환자 대상의 Oh¹⁶⁾의 연구에서 개발된 총 20문항, 7점 척

도로 측정하였다. 암 치료 부작용과 관련된 구체적인 자가간호 내용(감염예방 6문항, 출혈예방 4문항, 오심/구토 2문항)과 일반적인 건강유지 간호내용(영양 4문항, 운동 2문항, 스트레스 완화 2문항)이 포함되었으며 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.79$ 이었다.

4. 자료 수집 및 분석 방법

수집된 자료는 SPSS PC 12.0을 사용하여 대상자의 특성과 대응양식 및 자가간호행위에 대한 서술적 통계를 구하였다. 대응양식 중 투병의지군과 무력감군은 각각 도구점수의 상위 40%에 해당되는 경우 분류하였다. 투병의지군과 무력감군의 유사성 검증에 χ^2 -test, 대응양식에 따른 자가간호행위와 특성간의 차이검증은 ANOVA와 t-test, 유의한 변수는 Scheffe로 사후검증을 하였다. 대응양식과 자가간호행위와의 상관관계는 Pearson correlation coefficient를 수행하였고, 자가간호행위의 영향요인을 규명하기 위하여 단계적 다중회귀 분석을 하였다. 단계적 다중회귀분석에서 자가간호행위의 독립변수로는 일반적 특성에서 유의한 변수로 나타났던 신앙정도와 거동정도 그리고 암환자 대응양식으로 투병의지와 무력감이 포함되었다. 연속변수가 아닌 독립변수는 dummy변수 처리하였는데 거동정도는 발병 전처럼 거동-반나절 이상 거동 가능 1, 반나절 이상 누워 있음 0으로 처리하였다. 독립변수에 대한 회귀분석의 가정(다중공선성, 잔차, 특이값 진단)을 검증한 결과 모두 회귀식 가정을 충족하는 것으로 나타났다. 검증을 위한 유의도 수준은 0.05로 하였다.

5. 연구의 제한점

본 연구는 어느 정도 투병의지가 동기화되어 있는 외래에서 항암화학요법을 받고 있는 대상자를 중심으로 투병의지군과 무력감군을 측정된 점수에서 구분되었으므로, 무력감군의 대상자 수가 적었다. 따라서 무력감군은 모집단 전체를 대표하기에는 다소 무리가 있어 연구결과를 일반화하는 데는 제한이 있다.

연구 결과

1. 대상자의 특성과 유사성 검증

투병의지군과 무력감군은 대상자 특성에 따라 유의한 차이가 없이 유사하였다(Table 1).

대상자의 성별은 투병의지군과 무력감군 모두에서 여자가 각각 38명(61.30%), 26명(74.3%)으로 많았고 두 군 간에 유의한 차이가 없었다. 연령은 투병의지군에서 50대 22명(35.5%), 40대

Table 1. Homogeneity test for general and disease characteristics of subjects

(N=97)

Variables		Total	Fighting spirit group (n=62)	Helplessness group (n=35)	χ ² -test	p
		n (%)	n (%)	n (%)		
Gender	Male	33 (34.0)	24 (38.7)	9 (25.7)	1.683	.195
	Female	64 (66.0)	38 (61.3)	26 (74.3)		
Age	≤ 40	11 (0.1)	8 (12.9)	3 (8.6)	1.322	.858
	40-49	28 (28.9)	16 (25.8)	12 (34.3)		
	50-59	32 (33.1)	22 (35.5)	10 (28.6)		
	60-69	21 (21.6)	13 (21.0)	8 (22.9)		
	≥ 70	5 (5.3)	3 (4.8)	2 (5.7)		
Marital status	Single	3 (3.1)	3 (4.8)	0 (0)	3.488	.322
	Married	90 (92.8)	57 (91.9)	33 (94.3)		
	Divorce/bereavement	4 (4.1)	2 (3.2)	2 (5.8)		
Religion	Christian	39 (40.2)	24 (38.7)	15 (42.9)	1.991	.737
	Catholic	17 (17.6)	10 (16.1)	7 (20.0)		
	Buddhism	21 (21.6)	13 (21.0)	8 (22.9)		
	None	20 (20.6)	15 (24.2)	5 (14.3)		
Faith	Very strong	28 (28.9)	22 (40.0)	6 (18.8)	8.196	.146
	Fairly strong	21 (21.8)	9 (16.4)	13 (40.6)		
	Somewhat strong	24 (24.8)	15 (27.5)	9 (28.1)		
	Slightly weak	13 (13.5)	9 (16.3)	4 (12.5)		
Faith satisfaction	Very satisfied	17 (17.6)	13 (23.6)	4 (12.5)	4.040	.544
	Fairly satisfied	18 (18.8)	9 (16.4)	9 (28.1)		
	Somewhat satisfied	23 (23.7)	15 (27.3)	8 (25.0)		
	Slightly dissatisfied	14 (14.4)	9 (16.4)	5 (15.6)		
	Fairly dissatisfied	15 (15.5)	9 (16.4)	6 (18.7)		
Education	Elementary	13 (13.4)	6 (9.7)	7 (18.0)	9.681	.085
	Middle school	20 (20.6)	10 (16.1)	10 (28.6)		
	High school	44 (45.4)	30 (48.4)	14 (40.0)		
	≥ College	20 (20.6)	16 (25.8)	4 (11.5)		
Occupation	Yes	25 (25.8)	18 (29.0)	7 (20.0)	6.539	.088
	Unemployed	34 (35.0)	16 (25.8)	18 (51.4)		
	Retired	38 (39.2)	28 (45.2)	10 (28.6)		
Income (1,000 won)	≤ 1,000	21 (21.6)	12 (19.4)	9 (25.7)	1.209	.944
	1,001-2,000	30 (31.0)	19 (30.6)	11 (31.4)		
	2,001-3,000	23 (23.7)	16 (25.8)	7 (20.0)		
	≥ 3,001	23 (23.7)	15 (24.2)	8 (22.9)		
Supporter	Spouse	58 (59.8)	37 (59.7)	21 (60.0)	3.349	.851
	Children	23 (23.7)	13 (21.0)	10 (28.6)		
	Other family member	7 (7.1)	6 (9.7)	1 (2.9)		
	Pastor	5 (5.2)	3 (4.8)	2 (3.91)		
	Others	5 (5.4)	3 (4.8)	2 (5.8)		
Satisfaction with social support	Very satisfied	62 (63.9)	44 (71.0)	18 (51.4)	4.458	.108
	Fairly satisfied	23 (23.7)	13 (21.0)	10 (28.6)		
	Somewhat satisfied	12 (12.4)	5 (8.1)	7 (20.0)		
Performance status (ECOG)	0	26 (26.7)	20 (32.3)	6 (17.1)	6.180	.186
	1	41 (42.3)	28 (45.2)	13 (37.1)		
	2	21 (21.7)	10 (16.1)	11 (31.4)		
	3	8 (9.3)	4 (6.4)	5 (14.3)		
Diagnosis	Stomach cancer	11 (11.3)	7 (11.3)	4 (11.4)	2.030	.845
	Breast cancer	33 (34.1)	24 (38.7)	9 (25.7)		
	Colon cancer	10 (10.3)	6 (9.7)	4 (11.4)		
	Lung cancer	11 (11.3)	7 (11.3)	4 (11.4)		
	Uterus cancer	2 (2.1)	1 (1.6)	1 (2.9)		
	Others	30 (30.9)	17 (27.4)	13 (37.1)		

(Continued to the next page)

Table 1. (Continued from the previous page) Homogeneity test for general and disease characteristics of subjects (N=97)

Variables		Total	Fighting spirit group (n=62)	Helplessness group (n=35)	χ^2 -test	p
		n (%)	n (%)	n (%)		
Duration of diagnosis (month)	2	17 (17.5)	13 (21.0)	4 (11.4)	4.689	.455
	6	35 (36.1)	23 (37.1)	12 (34.3)		
	12	18 (18.6)	12 (19.4)	6 (17.1)		
	24	12 (12.4)	5 (8.1)	7 (20.0)		
	60	8 (8.2)	4 (6.5)	4 (11.4)		
	≥61	7 (7.2)	5 (8.1)	2 (5.7)		
Stage	0	3 (3.1)	3 (4.8)	1 (2.9)	4.457	.348
	1	20 (20.6)	14 (22.6)	6 (17.1)		
	2	19 (19.6)	15 (24.2)	4 (11.4)		
	3	20 (20.6)	10 (16.1)	10 (28.6)		
	4	34 (35.1)	20 (32.3)	14 (40.0)		

ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group.

16명(25.8%) 순으로 많았고, 무력감군에서는 40대 12명(34.3%), 50대 10명(28.6%) 순으로 많았으나 두 군 간에 유의한 차이가 없었다. 결혼 상태는 두 군 모두 기혼이 각각 91.95%, 94.3%로 많았고, 종교에서도 두 군 모두 종교가 있는 사람이 각각 75.8%, 85.8%로 많았으며 두 군 간에 유의한 차이가 없었다. 이들의 신앙 정도는 강하다가 각각 56.4%, 59.8%이었으며 두 군 간에 유의한 차이가 없었다. 신앙에 만족하는 경우는 각각 40%, 40.6%이었으며, 두 군 간에 유의한 차이가 없었다. 교육수준은 고졸 이상이 두 군 각각에서 74.2%, 51.5%이었으나, 두 군 간에 유의한 차이는 없었다. 직업은 투병의지군과 무력감군 모두에서 퇴직이나 실직으로 없는 경우가 각각 70.9%, 80%로 많았고, 월평균 가구 소득은 두 군 모두 101-200만 원이 각각 30.6%, 31.4%로 많았으며, 두 군간에 유의한 차이가 없었다. 암 투병 기간 중 지지자로는 두 군 모두 배우자가 각각 59.7%, 60%로 가장 많았고 두 군 간에 유의한 차이가 없었다. 지지에 대하여 매우 만족하는 경우가 두 군에서 각각 71%, 51.4%로 가장 많았으며 두 군 간에 유의한 차이가 없었다.

암환자의 거동은 두 군 각각에서 자유로운 상태가 77.5%, 69%로 가장 많았으며 두 군 간에 유의한 차이가 없었다. 암 진단명은 투병의지군에서 유방암이 38.7%, 기타 암이 27.4%이었고, 무력감군에서는 기타 암이 37.1%, 유방암이 25.7% 순이었으나 두 군 간에 유의한 차이는 없었다. 암 진단기간은 진단받은 지 3개월 이상 6개월 이내가 두 군 모두 각각 37.1%, 34.3%로 가장 많았으며, 두 군 간에 유의한 차이가 없었다. 암 진행정도는 투병의지군에서 병기 4기가 32.3%, 2기가 24.2% 순이었고, 무력감군에서는 병기 4기가 40%, 3기가 28.6%이었으나 두 군 간에 유의한 차이는 없었다.

Table 2. Mean of the self care behaviors by mental adjustment to cancer (N=97)

Variables	Group	Mean (SD)	Min	Max
Self care behaviors	Fighting spirit	88.48 (14.59)	61	140
	Helplessness/hopelessness	77.11 (15.02)	54	107

2. 암환자 투병의지군과 무력감군의 자가간호행위 정도

암 대응양식 중 투병의지군의 자가간호행위 정도는 평균 88.48 (14.59)이었고, 무력감군의 자가간호행위 정도는 평균 77.11 (15.02)이었다(Table 2).

3. 대상자 특성에 따른 투병의지군과 무력감군의 자가간호행위의 차이

투병의지군은 대상자 특성에 따른 자가간호행위에서 신앙정도($t=2.646$, $p=.034$)와 거동정도($t=3.58$, $p=.008$)에서 유의한 차이가 있었고, 그 외 특성에서는 유의한 차이가 없었다. 사후 검증결과 신앙정도에서 매우 강하다가 대체로 강하다와 약간 강하다보다 자가간호행위 정도가 높았고, 거동정도에서는 거동이 자유로운 경우가 반나절 이상 누워있는 경우보다 자가간호행위 정도가 높았다. 무력감군에서는 대상자 특성에 따른 자가간호행위에서 유의한 차이가 있는 특성이 없었다(Table 3).

4. 암환자의 자가간호행위와 대응양식과의 관계

암환자의 자가간호행위와 대응양식과의 관계는 투병의지($r=0.330$, $p<.001$)와 유의한 정 상관관계가 있었고, 무력감($r=-0.348$, $p<.001$)과는 유의한 역 상관관계가 있었다(Table 4). 단계적 중회귀 분석 결과 투병의지는 자가간호행위를 12%, 거동정도는 7.8%를 설명하여 총 19.8%를 설명하였다(Table 5).

Table 3. Degree of the self care behaviors according to characteristics of the subjects in fighting spirit group and helplessness group

Variable		Fighting spirit group (n=62)		Helplessness group (n=35)	
		Self care behaviors		Self care behaviors	
		M (SD)	t or F	M (SD)	t or F
Faith	a. Very strong	99.91 (15.35)	2.646 (.034)*	71.75 (14.93)	1.026 (.423)
	b. Fairly strong	85.22 (13.17)	a>b, c	79.44 (12.28)	
	c. Somewhat strong	84.60 (13.80)		75.63 (19.93)	
	d. Slightly weak	81.44 (13.63)		88.40 (17.50)	
	e. Fairly weak	86.50 (14.05)		61.00 (12.35)	
	f. Very weak	92.20 (11.00)	3.58 (.008)*	71.20 (10.82)	0.715 (.588)
Performance status (ECOG)	a. 0	85.06 (13.16)	a, b>d	74.33 (10.65)	
	b. 1	85.84 (16.55)		78.77 (14.02)	
	c. 2	83.16 (15.56)		79.18 (17.37)	
	d. 3	71.25 (16.10)		76.00 (18.81)	

a, b, c, d, e, f: Scheffe test; *p<.05.
ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group.

Table 4. Correlation between the self care behaviors and mental adjustment to cancer (N=97)

	Self care behaviors
Mental adjustment to cancer	
Fighting spirit	.330**
Helplessness	-.348**

**p<.001.

Table 6. Comparison of the self care behaviors in fighting spirit group and helplessness group

	n	Self care behaviors		
		M (SD)	t	p
Fighting spirit group	62	88.48 (14.593)	3.346	.000
Helplessness group	35	77.11 (15.025)		

Table 5. Predictors of self-care behaviors (N=97)

	B	SE	β	t (p)	Cum. R ²	F (p)
Fighting spirit	0.943	0.233	0.343	4.054 (.000)	0.120	16.314 (.000)
Performance status	17.718	5.166	0.291	3.429 (.001)	0.198	14.828 (.000)
Constant	17.692	12.929		1.368 (.174)		

5. 암환자 투병의지군과 무력감군 간의 자기간호행위 비교

투병의지군의 자기간호행위 정도는 평균 88.48 (14.593), 무력감군의 자기간호행위 정도는 77.11 (15.025)로 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 6). 자기간호행위 문항별 비교에서는 감염예방을 위해 배변 후 항문 주위를 깨끗이 씻는 행위에서 유의한 차이가 있었고(t=3.616, p=.000), 출혈예방을 위해 규칙적인 배변습관을 갖기 위한 자기간호행위에서 유의한 차이가 있었다(t=4.058, p=.000). 그리고 영양관리측면에서 투병의지군이 무력감군에 비해 칼로리, 단백질 및 채식섭취에서 유의하게 높은 것으로 나타났다(Table 7).

논 의

자기간호행위는 반복적인 항암화학요법을 받고 있는 암환자의 경우 부작용으로부터 건강을 유지하고 지속적인 치료를 하기 위해 매우 중요한 행위가 된다.

Table 7. Comparison of items about the self care behaviors in fighting spirit group and helplessness group

Items	Fighting spirit group	Helplessness group	t	p
	M (SD)	M (SD)		
Prevent infection				
Keep anal area clean	5.31 (2.005)	3.69 (2.311)	3.616	.000
Cooled down hot foods, not to burn oral membrane	5.38 (1.925)	4.14 (2.390)	2.765	.007
Prevent hemorrhage				
Consume fiber, enough fluid consumption for regular defecation habit	5.69 (1.587)	4.14 (2.116)	4.058	.000
Nutrition				
Keep high calorie diet to maintain enough energy	5.20 (1.896)	4.03 (2.065)	2.813	.006
Consume enough fruits & vegetables in each meal	5.89 (1.539)	4.86 (1.927)	2.869	.005
Consume foods that one high in protein	5.52 (1.679)	4.71 (1.742)	2.245	.027

암환자 대응양식과 관련하여 투병의지는 '암 진단을 도전으로 받아들이고 질병을 조절하고 노력하는 것'으로 가장 유익한 대응양식으로 간주되는 반면 무력감 대응양식은 "암에 대하여 스스로 통제할 수 없다고 지각하고 능동적인 전략을 수행하지 않는" 가장 유해한 대응양식¹⁰⁾으로 제시되고 있어 암환자의 자가간호행위에 중요한 변인이라는 것을 시사하고 있다. 이에 본 연구에서는 투병의지군과 무력감군 간의 자가간호행위 정도를 비교하여 대응양식이 암환자 자가간호행위에 중요한 변인이라는 것을 제시하고자 하였다.

본 연구결과 대상자 특성에 따른 자가간호행위 정도에서는 거동정도와 신앙정도가 자가간호행위에 영향을 미치는 유의한 변수였다. 본 연구에서는 자가간호행위에 영향을 미치는 특성으로 투병의지군의 경우 거동정도가 좋을수록 자가간호행위가 높은 것으로 나타났고, 자가간호행위를 7%를 설명하는 것으로 나타났다. 암환자의 거동정도와 자가간호행위와의 관계를 제시한 선행연구가 없어 직접 비교하기는 어려우나 본 연구에서 암환자의 건강상태가 자가간호행위에 중요한 영향요인임을 제시하였다. 무력감군의 경우는 거동정도와 자가간호행위와의 관련성에서 유의한 차이가 없었다. 이는 대상자 수가 많지 않았다는 점을 고려할 필요가 있었지만 추후 연구에서는 암환자의 거동정도가 무력감에 영향을 주어 자가간호행위에 부정적인 영향을 주었는지 검증할 필요가 있다. 인간은 무기력하게 되면 성취에 대한 기대가 저하되고 자발적인 행위를 더 이상 주도하지 않기 때문이다. 또한 본 연구에서 개인의 자가간호행위에 영향을 주는 개인적인 특성에서 신앙정도가 유의한 변수로 제시되었는데 이는 위기와 질병을 극복하는 과정에서 영적활동과 자원을 활용하였기 때문으로 사료된다.²⁴⁾ 특히 신앙정도는 Oh²⁵⁾의 암환자 대상의 연구에서 투병의지의 영향요인으로 제시되었으므로 신앙정도와 투병의지 및 자가간호행위와의 관련성을 검증할 필요가 있겠다.

거동정도와 신앙정도를 제외한 그 외 대상자 특성에 따른 자가간호행위 정도에서는 본 연구에서 유의한 변수가 없었다. 그러나 암환자 자가간호행위 선행연구^{22,23)}에서는 교육정도, 경제상태 및 사회적지지가 영향을 미치는 특성으로 제시되었는데 즉 교육수준이 높고 월 평균 수입이 많으며 사회적지지가 클수록 자가간호 역량이 큰 것으로 나타났다. 이러한 결과는 자가간호를 수행하는 힘이 학습되어진 복합적인 능력으로 지적 능력과 교육 등이 영향을 미친다는 이론적인 근거를 지지하고 있다.²⁾ 본 연구에서 이러한 특성들이 유의하지 않은 것은 본 연구자들이 외래에서 항암화학요법을 받고 있는 환자들로서 이미 교육을 통해 자가간호행위의 중요성을 알고 있고 사회적 지지가 높

은 대상자이기 때문인 것으로 사료된다. 본 연구에서 대상자의 90.6%는 가족의 지지를 받는다고 인식하고 있었고, 이들에 대한 지지 만족도도 87.6%는 대체로 만족한다고 응답하였다. Orem²⁾도 자가간호행위를 수행하기 위한 판단과정에서 자가간호의 의미와 가치에 대한 이해는 주요하다고 언급한 바 있다.

본 연구에서 자가간호행위 정도는 투병의지군에서 평균 4.42(7점 척도), 무력감군에서 평균 3.85로 투병의지군에서 유의하게 자가간호행위 정도가 높았고, 투병의지가 자가간호행위를 12% 설명하는 것으로 나타났다. 이러한 본 연구결과는 암환자의 심리적 대응양식에 따라 자가간호행위가 다르다는 것을 보여주었다. 지금까지 암환자의 자가간호행위에 관한 선행연구^{15,16,26)}에서는 자기효능감과 지식이 자가간호행위의 주요 영향요인으로 제시되었는데 본 연구결과 암환자의 심리적 대응양상이 자가간호행위의 영향요인으로 제시된 점은 의미가 있다. 이러한 결과는 투병적 심리적 대응양식이 암환자의 정서적 안정을 도모하고 자가간호행위를 촉구하는 것으로 보인다. 암환자의 대응양식과 심리적 디스트레스에 관한 선행연구²⁶⁻²⁸⁾에서 무력감 반응을 나타내는 암환자들이 우울과 불안정도가 높고 정서적 장애가 심하다는 것을 제시하고 있고 투병의지는 불안과 역관계를 나타내어 정서적 건강에 유익한 영향요인임을 제시하여 이러한 결과를 지지하고 있다. 또한 Orem²⁾도 자가간호를 위한 판단을 할 때 내적으로 극심한 정서적 동요는 합리적인 판단의 장애요소가 된다고 지적하여 이를 지지하고 있다. 자가간호행위의 문항별 비교에서는 투병의지군이 무력감군에 비해 보다 세심하게 구체적으로 자가간호행위를 하는 것으로 나타났다. 특히 영양관리측면에서는 4문항 중 3문항에서 투병의지군이 무력감군에 비해 영양섭취를 잘 하는 것으로 나타났다. 지속적으로 항암화학요법을 받아야 하는 암환자의 경우 무엇보다도 영양섭취가 중요하므로 임상 중재에서 적응양상에 따른 영양사정교과 교육을 고려할 필요가 있겠다.

본 연구에서 투병의지군과 무력감군의 분류는 Watson¹⁹⁾의 측정도구에서 중앙값보다 높은 상위 40% 이상을 취득한 대상자를 선정하였다. 동일한 척도에서 2개 그룹을 나눌 때는 상위 25%와 하위 25%를 기준으로 나누지만²⁹⁾ 본 연구에서는 대응양식 구분이 각각 별도의 도구에서 측정된 값으로 구분되므로 대응양식 특성 강도에 따른 중앙값보다 큰 상위 40%의 기준점은 무리가 없다고 보여진다.

이상의 연구결과는 암환자 자가간호를 위한 간호교육 프로그램 작성할 때 대상자의 적응양상을 먼저 고려할 필요성이 있음을 제시하고 있다. 사정결과 무력감을 나타낸 암환자의 경우는 심리사회적 치료를 적용하면서 자가간호행위를 촉구할 필요

가 있다. 그러나 암환자의 심리적 대응은 정적인 한 시점에서 이루어지는 것이 아니므로 종단적 연구 설계를 채택하여 암 대응양식의 역동적이고 진화적인 특성을 지속적으로 탐구하면서 수행해야 할 것이다.

결론 및 제언

자가간호행위는 반복적인 항암화학요법을 받고 있는 환자에게 있어서 건강을 유지하고 지속적인 치료를 받기 위해 매우 중요한 행위가 된다. 이에 본 연구에서는 투병의지군과 무력감군 간의 자가간호행위 정도를 비교하여 대응양식이 암환자 자가간호행위에 중요한 변인이라는 것을 제시하고자 하였다.

암환자의 대응양식은 Watson¹⁹⁾의 암 대응양식 척도(Mental Adjustment to Cancer Scale, MAC)로 측정하였고, 자가간호행위는 암 환자 대상의 Oh¹⁶⁾의 연구에서 개발된 총 20문항의 도구로 측정하였다. 연구 대상자는 외래에서 항암화학요법을 받고 있는 암환자 중 투병의지군 62명, 무력감군 35명 총 97명이었다. 연구결과 거동정도가 좋고 신앙정도가 높을수록 자가간호행위를 잘 하는 것으로 나타났으며, 자가간호행위 정도는 투병의지군에서 평균 88.48 (14.593), 무력감군에서 평균 77.11 (15.025)로 투병의지군에서 유의하게 자가간호행위 정도가 높았다($t=3.346$, $p=.000$). 이러한 본 연구결과는 암환자의 적응양식에 따라 자가간호행위가 다르다는 것을 보여주었다.

암환자의 대응양식과 자가간호행위와의 관계에서 투병의지는 유의한 정 상관관계가 있었고($r=.33$, $p<.001$), 무력감과는 역 상관관계가 있었다($r=-.348$, $p<.001$). 투병의지($R^2=.120$, $p=.000$)와 거동정도($R^2=.078$, $p=.001$)는 자가간호행위를 각각 12%와 7.8%를 설명하여 총 19.8%를 설명하였다.

이상의 연구결과는 암환자의 대응양식에 따라 자가간호행위 정도가 다르다는 것을 나타내주므로 자가간호 증재에 암환자의 대응양식을 고려할 필요가 있다. 또한 암환자의 자가간호행위 정도에 신앙심이 크고 거동정도가 좋을수록 유의하게 높아 자가간호 증재에 대응양식과 더불어 영적 및 건강상태의 중요성을 나타내주었다.

참고문헌

1. Korea National Statistical Office. Annual report on the cause of death statistics (Based on vital registration). Daejeon: Korea National Statistical Office;2007.
2. Orem DE. Nursing concepts of practice (4th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book Inc.;1991.

3. Kim BR, Kim YH, Kim JS, Jeong IS, Kim JS. A study to the coping patterns of cancer patients. J Korean Acad Nurs 2003;33:321-30.
4. Rawl SM, Given BA, Given CW, Champion VL, Kozachik SL, Barton D, et al. Intervention to improve psychological functioning for newly diagnosed patients with cancer. Oncol Nurs Forum 2002;29:967-75.
5. Greer S. Adjuvant psychological therapy for cancer patients. Palliat Med 1997;11:240-4.
6. Greer S, Waston M. Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. Cancer Surv 1987;6:439-53.
7. Greer S, Moorey S, Watson M. Patients' adjustment to cancer: the mental adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical ratings. J Psychosom Res 1989;33:373-7.
8. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. J Personal Soc Psychol 1989;56:267-83.
9. Khrono HW. Individual differences in coping. In: Zeidner M, Endler NS, editors. Handbook of coping: theory, research, applications. New York: John Wiley & Sons;1996. p. 381-409.
10. Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, Uchitomi Y. Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. Br J Cancer 1998;77:2281-385.
11. Grassi L, Travado L. The role of psychosocial oncology in cancer care. In: Coleman MP, Alexe D, Albrecht T, Mckee M, editors. Responding to the challenge of cancer in Europe. Republic of Slovenia: Tiskarna Radovljica;2008. p. 219-29.
12. Derogatis LR, Melisarates N. Psychologic coping mechanism and survival time in metastatic breast cancer. JAMA 1979;242:1504-8.
13. Greer S, Morris T, Pettingale K. Psychological responses to breast cancer: effect on outcome. Lancet 1979;8146:786-7.
14. Dodd MJ. Measuring informational intervention for chemotherapy knowledge and self-care behavior. Res Nurs Health 1984;7:43-50.
15. Kam SH, Lee HJ, Kim MH, Shin JS. The effects of self-efficacy promoting program on self-efficacy, self-care, and anxiety of cancer patients. J Korean Acad Adult Nurs 2003;15:660-9.
16. Oh PJ, Lee EO, Tae YS, Um DC. Effects of a program to promote self-efficacy and hope on the self-care behaviors and the quality of life in patients with leukemia. J Korean Acad Nurs 1997;27:627-38.
17. Knobf MT, Sun Y. A longitudinal study of symptoms and self-care activities in women treated with primary radiotherapy for breast cancer. Cancer Nurs 2005;28:201-8.
18. Williams PD, Piamjaritakul U, Cucey K, Badura J, Boltz KD, Olverding K, et al. Cancer treatment, symptom monitoring, and self-care in adults. Cancer Nurs 2006;29:347-55.
19. Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. Psychol Med 1988;18:203-9.
20. Watson M, Law M, Santos MD, Greer S, Baruch J, Bliss J. The mini-MAC: further development of the mental adjustment to cancer scale. J Psychosoc Oncol 1994;12:33-46.
21. Kim CJ, Hur HK, Kang DH, Kim BH. The effects of psychosocial interventions to improve stress and coping in patients with

- breast cancer. *J Korean Acad Nurs* 2006;36:169-78.
22. Tae YS. Correlation between self-care agency and social support in cancer patients. *J Gospel Nursing Junior College* 1989;6:17-34.
23. Jung Y. The relationship between self-care agency and quality of life of cancer patients. *J Korean Acad Adult Nurs* 1993;5:188-201.
24. Carr EW, Morris T. Spirituality and patients with advanced cancer: a social work response. *J Psychosoc Oncol* 1996;14:71-81.
25. Oh PJ. Predictors of fighting spirit and helplessness/hopelessness in people with cancer. *J Korean Acad Nurs* 2008;38:270-7.
26. Burgess C, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to cancer diagnosis: evidence for coping styles. *J Psychosomat Res* 1988;32:263-72.
27. Watson M, Greer S, Rowden L, Gorman C, Robertson B, Bliss JM, et al. Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychol Med* 1991;21:51-7.
28. Oh PJ. Correlation between mental adjustment to cancer and anxiety. *J Korean Oncol Nurs* 2009;9:23-30.
29. Chun SS, Park JS. Social science research. Seoul:Asia media research 2008;301-2.