

주요개념 : 위기중재

방문간호를 통한 암환자의 위기중재 효과에 관한 연구

김조자* · 유지수* · 박지원**

I. 서 론

A. 연구의 필요성

우리나라의 경우 아직 정확한 암환자 발생률과 사망률은 집계되어 있지 못한 실정이다. 다만 한국 암 학회의 보고에 의하면 1980년 7월 1일부터 1983년 6월 30일까지 3년간 암환자로 등록된 사람이 36,336 명이었으며 1983년 보건사회부 통계에 의하면 37,236 명이 암환자로 등록되었다고 보고하였다. 또한 경제기획원 조사통계국의 사망원인 통계에 의하면 1980년도에는 암으로 인한 사망자 수가 15,707 명이었고, 1981 년도에는 17,599 명으로 12% 증가한 것으로 나타났다(보건사회통계연보, 1985년 제31호).

한편 연세 대학교 부속 암센터의 통계에 의하면 1984 년도의 진료환자 수는 67,642 명이었고 1985년도의 진료환자 수는 84,435명으로 암센터를 찾는 진료 환자 수가 24.8% 증가하였으며, 암으로 인한 사망률은 1984년도에는 사망자 총수 374 명에 대해 124 명(33.2%), 1985 년도에는 사망자 총수 417 명에 대해 159 명(38.1%)으로 증가추세를 보여(연세대학교 연보, 의료원편, 1985-86) 암으로 인한 환자 수와 사망자 수는 앞으로 계속 증가할 것을 예측할 수 있다.

암과 같은 질환은 진단을 받는 자체도 위기이며 그 이후에 진행되는 치료절차, 재발 등 죽음에 이르기까지

일어나는 모든 사건이 환자와 가족에 대해 불안, 적개심, 우울, 위축의 반응을 유도하게 되는 위기이다(Lazarus, 1976).

따라서 이러한 위기 사건이 단기간을 넘어서 지속될 경우 환자와 가족이 새로운 평형상태에 도달하기 위해선 훨씬 깊고 의미있는 대처기전이 필요로 된다. Lazarus (1977)는 암과 같이 생명을 위협하는 문제가 발생했을 때 인간은 직접적인 행동과 정신내적인 과정을 통해 그에 대처한다고 하였다. Weissman 과 Worden(1976)은 문제를 효과적으로 해결하는 정도에 따라 대처행동을 Confrontation, Redefinition, Compliance로 분류하였으며, 이들은 비판적으로 사고하는 능력과 부정적 감정을 통제하는 능력에 의해 주로 영향을 받는다고 하였다.

그러나 암에 대한 진단은 전반적으로 환자의 자아강도를 변화시켜 만성적인 위화감과 지속적인 취약감을 경험(Mages 및 Mendelsohn, 1979) 하게 하여 환자는 흔히 불안과 외로움을 느끼고 문제를 해결함에 있어 무기력감을 경험하게 되고, 이러한 정서적 반응은 여러가지 치료방법을 수행하면서 더욱 심화된다. 다만 이러한 위기의 지속기간과 위기반응의 강도는 진단명과 처방된 치료에 따라 다를 수 있으며 개인에 따라 다를 수 있다. Weissman 과 Worden(1977)은 그들이 면담한 유방절제술 환자의 20%만이 수술 후 6개월이 지난 후 우울을 경험했을 뿐 대부분의 환자는 지속적인 우울 증상을 보이지 않았다고 보고하였고, Krouse(1981)는 유방절제술 환자를 수술 전과 수술 후 1,2개월 간격을 두고 추적

* 연세대학교 간호대학

** 세브란스병원 간호부

조사한 결과 어떤 환자에게서도 우울 증상이 발견되지 않았다고 하였다. 또한 Polivy(1977)는 유방조직검사 환자와 유방절제술 환자를 비교한 결과 조직검사 환자는 신체상과 자아상이 즉시 감소한 반면 유방절제술 환자는 신체상이 즉각적으로 감소하지 않고 수술 후 6개월이 지난 후에 떨어지기 시작했다고 하였다. Thomas(1978)는 유방암 환자에게 있어서 가장 긴장된 기간은 조직검사와 유방절제술을 할 때 였으며 수술 후 1,2개월에 양가감정과 두려움을 느끼게 되고 암에 대한 보조치료가 적용될 때, 적응상의 어려움이 나타나고 이는 수술 후 2년까지 지속될 수 있다고 하였다.

한편 위기의 결과는 위기시의 개인의 대처행동과 사회망으로부터의 지지사이의 상호작용에 의존한다(Porritt, 1979; Ostchega, 1984). Weissman (1975)에 의하면 수동적 방어 대처양상을 가진 사람은 스트레스를 받으면 정서적으로 매우 취약적인 반응을 나타내며, 능동적 문제 해결 대처양상을 가진 사람은 스트레스를 받았을 때 문제를 직시하고 융통성있고 낙관적인 태도를 보인다고 하였다. 또한 환자가 일상생활에 있어 여러 사람으로부터 지지받고 격려받을 경우 어려운 상황에도 잘 적응할 수 있다(Anderson 등 1980; Porritt, 1979; Walker 등, 1977; Bordow, 1979).

반면에 암에 대한 치료방법은 단지 환자와 가족이 생의 위협에 대해 적응하도록 돕기 위한 방법에 불과하기 때문에 암을 하나의 위기사건으로 간주할 때 간호가 갖는 의미는 환자와 가족이 나타내는 불안, 혼돈, 우울, 무기력감을 완화하고, 환자의 기능을 최대수준으로 유지하고, 문제에 대한 다른 해결책을 찾도록 도와 주어 환자와 가족이 질적인 삶을 영위하도록 도와 주는 것이며, 이를 위해서는 위기중재가 중요하다.

그러나 기존에 있는 Care Model인 의학 Model과 재활 Model에는 환자와 그의 지지체계에 대해 지속적인 간호

를 제공할 책임자가 뚜렷이 제시되어 있지 않아 질병의 만성단계에 주로 참여하여 질병에 의해 변화하는 요구와 제한점을 즉시 처리해 주지 못하고 있는 실정에서, 간호사는 만성적으로 진행되는 암환자에 대해 이러한 지속적인 간호를 제공할 책임을 질 수 있는 이상적인 위치에 있다(Saunders, 1985).

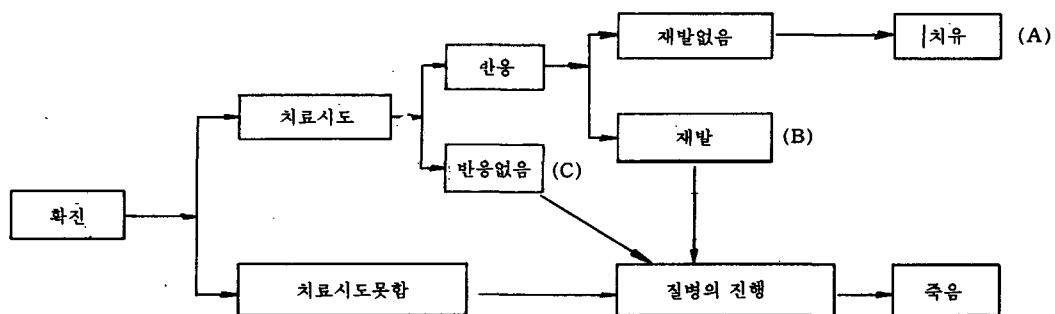
따라서 본 연구는 암진단을 받은 후 시기경과에 따라 암환자가 경험하는 위기반응과 간호문제를 조사하고 주기적인 가정방문을 통해 암환자의 질적인 삶을 증진하는 방안을 모색하고자 시도되었다.

B. 연구의 목적

1. 암환자의 위기반응 단계와 간호문제 양상을 조사하고 이들에 영향을 미치는 요인을 파악한다.
2. 암 진단을 받은 후 시기경과에 따라 암환자가 경험하는 위기반응 단계와 간호문제 양상의 변화를 파악한다.
3. 간호사의 가정방문을 통한 지속적인 추후관리가 환자의 질적인 삶에 미치는 효과를 분석한다.

II. 암의 임상과정과 위기연속체

암의 임상과정은 완전한 치유에서 계속되는 재발까지 확대될 수 있다. Holland(1982)는 치료에 매우 반응이 좋아 재발없이 일정기간 후에 치유가 되는 과정과 치료에는 긍정적인 반응을 보이나 재발 또는 전이로 발전되는 과정, 치유를 희망하고 치료를 시작했으나 치료에 대한 반응이 없이 점차 상태가 나빠지는과정, 마지막으로 진단받을 때 이미 너무 암이 진행되어 치료도 해보지 못하고 질병의 진행을 경험하는 과정등 네가지 과정이 있다고 하였다(도 1).



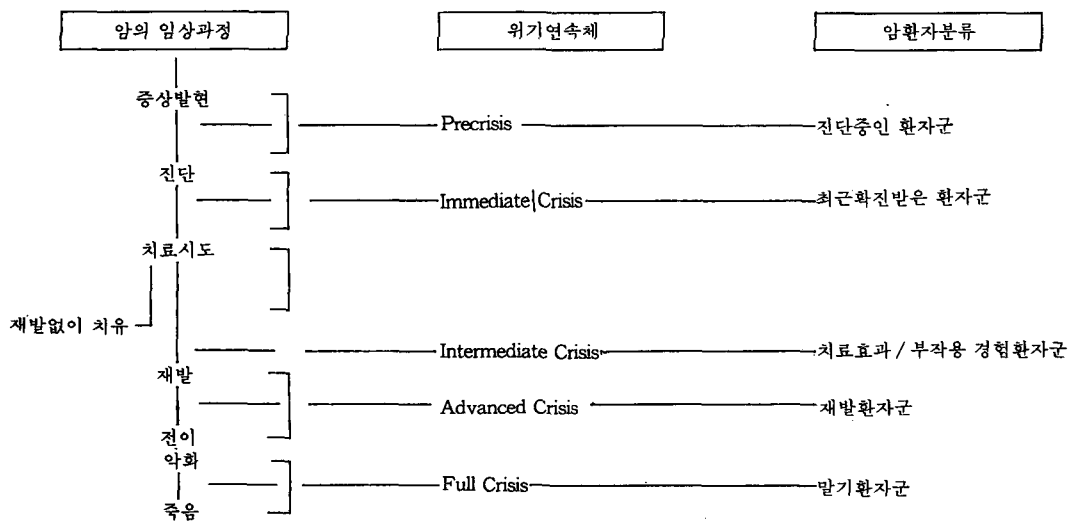
<도1. 암의 임상과정>

그러나 이러한 암의 임상과정에도 불구하고 암이라는 질병은 진단을 받는 시기부터 대부분의 환자와 가족으로 하여금 불안, 공포, 우울, 무기력감등을 경험하게 하는 위기의 사건이다(Peck, 1972 ; Labrum, 1976 ; Lewis, 1979).

한편, Brownell(1984)은 위기를 한 연속체로 보았다. 즉 모든 사람의 생활 가운데 존재하는 잠재적 위기상태(Potential Crisis State)로 시작하여, 스트레스를 잘 다루지 못하고 스트레스가 높은 사건에 노출될 가능성이 높고 사회적 지지가 부적합하고 대처능력이 결여될 때 촉진되거나 스트레스의 외적증상은 보이지 않는 위기전 상태(Precrisis State), 이미 스트레스가 높은 사건에 노출되어 그 사건을 매우 스트레스가 높다고 지각할 때 나타나는 Immediate Crisis State, 현 상황을 매우 스트레스가 높다고 지각하여 즉시 활용할 수 있는 자원으로 문제해결을 시도했으나 부가적인 스트레스가 높은 사건으로 인해 문제 해결에 실패하여 불안과 증상의 과장된 표현을 나타내는 Intermediate Crisis State, 과거

의 문제해결 기전을 돌아보고, 상황을 처리할 새로운 방법을 동원하기 위해 내적인 자원을 계속 끌어 들였으나 최종수단에 실패할 경우 지속적으로 스트레스의 특유 증후를 보이고 도움을 받고자 하는 욕구의 증가를 나타내는 Advanced Crisis State, 마지막으로 모든 문제해결 방법을 시도했으나 실패하고 스스로 모든 가능한 자원을 이용했다고 믿음으로써 극도의 불안반응과 무기력감등을 나타내는 Full Crisis State로 끝나는 연속적인 과정으로 설명하고 있다.

이와같은 위기의 연속체는 암의 임상과정과 연결지을 수 있으며 이들 과정은 또한 Anderson(1980) 등이 암환자를 완쾌한 환자군, 진단중인 환자군, 최근에 확진받은 환자군, 치료의 효과와 부작용을 경험하고 있는 환자군, 재발이 있거나 재발 가능성이 있는 환자군, 말기 환자군으로 분류한 것과도 관련지을 수 있다(도2). 도2를 통해 볼 때 환자가 암의 임상과정중 어느 과정에 있든 또한 어느 환자군에 속하든 정도는 다르나 위기를 경험하고 있음을 알 수 있다.



<도2. 암의 임상과정과 위기연속체, 암 환자 분류군간의 연관모형>

Ⅲ. 1차 연구

A. 1차 연구를 위한 방법론

1. 연구설계

1차 연구의 목적은 암환자의 위기반응단계와 간호문제

양상을 조사하고 이들에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 것으로 횡단적인 조사연구 설계를 이용하였다.

2. 연구대상

1987년 9월 1일부터 12월 31일까지 서울 시내에 위치한 일개 종합대학 부속병원에 암으로 진단받고 입원중인

환자 중 다음의 기준에 맞는 환자 전 수를 본 연구의 대상으로 선택하였다.

- 1) 20세 이상 70세 미만의 성인
- 2) 구두로 의사소통이 가능한 자
- 3) 연구 참여에 동의한 자

연구계획 초기에 제시한 무작위표출방법을 사용하지 못한 이유는 사전조사를 통해 볼 때 암환자를 대상으로 한 자료수집시 응답율이 50%이하로 상당히 낮게 나타나 충분한 수의 대상자를 확보하기가 어려울 것으로 판단되었기 때문이다. 최종적으로 1차 연구에 참여한 대상자 수는 205 명이었다.

3. 연구도구

1) 위기반응단계 측정도구

Kübler-Ross 가 말기환자의 위기반응을 5단계로 제시하면서 각 단계에서 암환자가 나타낼 수 있는 심리적인 반응을 서술한 도구를 이용하였다.

본 연구에서는 위기단계에 포함된 반응을 부정, 분노, 교섭, 우울, 수용의 5개 상황으로 제시함으로써 대상자가 현재 가장 자신의 심정과 유사하게 묘사되었다고 생각하는 상황을 선택하게하여 현재 처해있는 위기반응단계를 측정하였다.

2) 간호문제 목록

문헌과 임상경험, 선행연구를 근거로 암환자가 경험할 수 있는 문제목록을 작성하여 암전문의사 3인과 암센터에 10여년간 근무경험이 있는 간호사 1인의 자문을 받아 문제목록을 수정 보완하였다.

최종적으로 본 연구에서 사용한 질문지에는 신체적인 측면 23문항, 정서적 측면 11문항, 사회경제적 측면 8문항, 영적 측면 4문항 등 총 46개의 문항이 포함되었으며 현재 문제를 경험하고 있는 경우 “예”에, 그렇지 않을 경우 “아니오”에 응답하게 하였다.

4. 조사원 교육 및 훈련

환자와의 원활한 관계를 유지하면서 자료를 수집하기 위해 암 환자가 주로 치료받고 있는 부서의 간호사 5명을 조사원으로 선정하여 연구목적을 설명한 후 자료기록 방법과 수집방법 그리고 위기반응을 확인하기 위한 면담 기술을 교육하였으며 본 조사에 앞서 실시된 사전조사에 이들 조사원을 참여시킴으로써 훈련에 대신하였다.

5. 자료 수집 절차

연구대상 기관의 입원병실 책임자에게 연구목적과

대상자 선정 기준을 설명하고 협조를 구한 뒤 대상환자가 입원해 있는 병동에 근무하는 조사원이 직접 환자와 면담하여 위기반응단계를 확인한 후 질문지를 배부하고 응답케 하였다.

1차 연구를 위한 자료수집에 소요된 기간은 1987년 9월에서 동년 12월까지 4개월간이었다.

6. 자료분석 방법

수집된 자료는 코딩지에 부호화 한 후 SPSS를 이용하여 전산 통계 처리를 하였다. 인구학적 특성, 질병관련 특성, 가족지지 정도, 대처방법, 위기반응 단계, 간호문제 발현율 등은 빈도 분석으로, 위기반응 단계 및 간호문제 호소 수와 제 변수와의 관계는 t-검정, 일원변량 분석, Pearson 적률상관계수를 이용하여 분석하였다.

B. 1차 연구 결과

1. 대상자의 위기 반응 단계 분포

1) 전체 대상자의 위기반응 단계

<표1>을 통해 볼 때 부정, 분노, 교섭, 우울, 수용의 5개의 위기반응 단계 중 1개만 선택한 대상자는 56.5%였으며 나머지 43.5%는 2-5개의 단계를 선택하고 있어 우리나라 암환자들의 경우 많은 사람들이 자신이 처한 위기 상황을 단계적으로 경험하고 대처해 나가지 못하고 여러 단계를 복합적으로 지각하고 있음을 알 수 있다. 특히 1개의 반응만을 선택한 대상자 중에는 3단계인 교섭을 선택한 환자가 58.1%로 가장 많았으며 2개의 단계를 함께 선택한 대상자 중에는 교섭과 우울의 단계(43.3%)에, 동시에 3개의 단계를 선택한 대상자 중에는 교섭, 우울, 수용의 단계(56.3%)에, 4개의 단계를 동시에 선택한 대상자 중에는 분노, 교섭, 우울, 수용 단계(54.4%)에 가장 높은 빈도를 보여 교섭, 우울 단계의 위기 반응을 중심으로 전 단계의 위기 반응을 해결하지 못하고 그대로 간직한 채 다시 다음 단계의 위기 반응을 맞이함으로써 여러 단계의 위기 반응을 누적적으로 경험하고 있는 것으로 나타났다.

이러한 결과는 인간의 독특성 및 환경과의 상호작용을 통해 수시로 변화하는 평형 역동의 상태를 설명해 주는 것으로 생각할 수 있다.

이에 대해선 National Cancer Institute(1980)에서도 “Kübler-Ross의 위기반응의 5단계가 널리 알려져 받아들여지고 있긴 하나 환자의 위기반응은 유동적이므로 이런 모든 단계를 경험하지 않을 수 있으며 다르게 경험

〈표1〉 대상자의 위기반응 단계 분포

선택수	구분 (단계)	인수	소계에 대한 백분율	총계에 대한 백분율
1개	부정(1)	12	11.4	56.5
	분노(2)	6	5.7	
	교섭(3)	61	58.1	
	우울(4)	9	8.6	
	수용(5)	17	16.2	
	계	105	100.0	
2개	부정+분노(1+2)	1	3.3	16.1
	부정+교섭(1+3)	3	10.0	
	부정+수용(1+5)	4	13.3	
	분노+수용(2+5)	1	3.4	
	교섭+우울(3+4)	13	43.3	
	교섭+수용(3+5)	4	13.3	
	우울+수용(4+5)	4	13.4	
계	30	100.0		
3개	부정+분노+교섭(1+2+3)	1	3.1	17.2
	부정+교섭+우울(1+3+4)	1	3.1	
	부정+교섭+수용(1+3+5)	3	9.4	
	분노+교섭+우울(2+3+4)	9	28.1	
	교섭+우울+수용(3+4+5)	18	56.3	
계	32	100.0		
4개	부정+분노+교섭+우울(1+2+3+4)	3	27.3	5.9
	부정+분노+우울+수용(1+2+4+5)	1	9.1	
	부정+교섭+우울+수용(1+3+4+5)	1	9.1	
	분노+교섭+우울+수용(2+3+4+5)	6	54.5	
	계	11	100.0	
5개	부정+분노+4+교섭+우울+수용(1+2+3+4+5)	8	100.0	4.3
계	8	100.0	4.3	
총계		186		100.0

하거나 동시에 한가지 이상 경험할 수 있다. 다시 말해서 위기에 대한 옳은 대처 방법은 없으며 사람은 그들 자신의 방식으로 그동안 인생을 살아오면서 대처한 것과 유사하게 위기에 대처하고 반응한다"고 보고하면서 "위기반응을 일반화하는 것이 가능할지라도 의료인은 환자가 각기 다른 반응을 나타내리라는 것에 대해 이해할 필요가 있다"고 서술하고 있어 본 연구의 결과를 뒷받침해 주었다.

〈표2〉에서 보는 바와 같이 2개 이상의 단계를 선택한 경우도 이를 각각 독립된 반응으로 처리하여 총계를 산출했을 때 교섭 단계를 선택한 대상자가 가장 많았고, 그 다음이 우울 단계, 수용 단계 순으로 나타나 본 연구 대상자의 경우 대부분이 부정, 분노 단계보다는 교섭 단계 이후의 위기반응을 경험하고 있음을 알 수 있다.

이는 우리 나라의 경우 초기의 암환자는 대부분이 자신이 암이라는 사실을 모르고 있어 위기의 초기 반응인 부정, 분노의 단계를 거치지 않고, 어떻게 해서라도 치료되기만을 원하기 때문에 나타난 결과라 사료되며 이러한 결과는 Goffnett(1979)의 보고 중 '암환자가 자신의 상태에 대해 알지 못할 경우 부정과 분노의 단계를 경험할 기회는 최소화 될 것이다'라고 서술한 사실과 일치하였다.

2) 위기반응 단계와 제 변수와의 관계

위기반응 단계에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 5개의 위기반응 단계 중 1개만을 선택한 환자 105명을 대상으로 위기반응 단계에 따른 연령, 성별, 직업, 진단명, 치료방법, 진단 후 기간, 입원횟수, 치료방법수, 동거가족수와의 관계를 일원 변량분석과 X²-검정을 이용하여

〈표2〉 선택 수에 따른 위기 반응 단계의 누적 선택 빈도

단 계	선택 수	선택 수					합계 (%)
		1개	2개	3개	4개	5개	
부	정	12	8	5	5	8	38(11.0)
분	노	6	2	10	10	8	36(10.4)
교	섭	61	20	32	10	8	131(38.2)
우	울	9	17	28	11	8	73(21.2)
수	용	17	13	21	8	8	67(19.4)
계		105	60	96	44	40	345(100.0)

분석한 결과 어느 변수와도 통계적으로 유의한 차이가 없게 나타났다.

그러나 Krouse와 Krouse(1982)의 연구에서는 유방암 환자와 부인과 암 환자 사이에 위기에 대한 반응이 다르게 나타나 진단명에 따라 차이가 있음을 암시했으며 National Cancer Institute(1980)는 위기반응은 가족력, 나이, 결혼상태, 질병에 대한 인지 및 지식, 자아상에 따라 다양하다고 보고하고 있다.

이와 같이 본 연구 결과가 선행 연구 결과와 일치하지 않는 이유는 앞서 분석한 위기반응 단계분포에서 과반수 이상의 대상자가 3단계인 교섭의 반응에 집중적으로 분포되어 있었기 때문에 각 반응 단계에 따른 차이가 뚜렷하게 나타나지 않은 것으로 사료되어 앞으로의 연구에서는 각 단계에 속하는 대상자를 충분한 수 확보하여 위기반응 단계와 체변수와의 관계를 재확인해 볼 것을 제안한다.

2. 대상자의 간호문제 양상

1) 전체 대상자의 간호 문제 호소율

제시된 46개 문제 중 과반수 이상의 대상자가 당면하고 있다고 응답한 문제는 10개였으며 〈표-3〉, 이를 발현율이 높은 순으로 열거해 볼 때 피로(68.9%), 가족의 건강에 대한 염려(68.3%), 근육허약(66.8%), 일을 제대로 할 수 없음(64.4%), 체중감소(60.1%), 식욕부진(59.3%), 종교적인 의식에 참여하고 싶음(56.0%), 부부생활을 못함(55.9%), 탈모(54.8%), 팔 다리 저림(52.2%) 등이 포함되어 있어 정서적인 문제보다는 신체적인 문제와 사회 경제적인 문제로 고통받고 있음을 알 수 있었다.

한편 전체 대상자의 간호문제 평균호소수를 총 문항수로 나누어 문제발현율을 살펴볼 때〈표-4〉, 간호문제의 평균호소수는 신체적 문제에서 7.9개로 가장 많았으나 총문항수에 대한 문제발현율은 사회 경제적 문제가 4

3.34%로 가장 높게 나타 났으며 정서적 문제의 경우 제시된 총 문항수가 사회 경제적 문제에 비해 많음에도 불구하고 평균호소수는 더 낮게 나타나 본 연구 대상자의 경우 정서적인 문제보다는 사회 경제적 문제가 더 많음을 간접적으로 알 수 있다.

이와같이 암환자에서 가장 문제가 많을 것으로 기대했던 정서적 문제에 대한 호소율이 의외로 낮게 나타난 결과는 Capone(1980)등이 암환자군과 정상군을 대상으로 한 연구에서 심리적 불편감이 두 군에서 모두 유사하게 나왔다는 보고와 Craig(1974)이 또한 암환자군과 정상인군을 대상으로 비교했을 때 신체적인 기능불구에 대해선 암환자군이 정상인보다 높게 지각했으나 심리 사회적 기능과 신체정신적 증상(Psychosomatic Symptom)에 대해선 뚜렷이 유사한 반응을 보인 결과와 일치하는 것이다.

2) 간호문제 호소수와 체 변수와의 관계

간호 문제 호소수에 영향을 미치는 변수를 확인하기 위해 4개의 간호문제 영역과 연령, 성별, 직업, 진단명, 치료방법, 진단후 기간, 입원횟수, 치료방법수, 동거가족 수와의 관계를 Pearson 적률상관계수, 일원변량분석, t-검정을 이용하여 분석한 결과 연령, 성별, 진단후 기간, 입원 횟수, 동거 가족수, 가족지지도, 감정중심 대처방법 정도에서 부분적으로 각 문제영역과 통계적으로 유의한 관계가 있는 것으로 나타났다〈표-5-a, 5-b, 5-c〉.

즉 신체적 문제 영역의 경우 동거가족수($r=.17, p<.01$) 성별($t=-2.70, p<.01$)에 따라 문제호소수에 차이가 있게 나타나 동거가족수가 많을수록, 감정중심 대처방법을 많이 사용할수록, 성별에서 여자인 경우 신체적 문제 호소수가 많음을 알 수 있다.

정서적문제 영역의 경우 입원횟수($r=.12, p<.05$), 진단 후 기간($F=2.702, p<.03$)에 따라 문제호소수에 차이가 있게 나타나 입원횟수가 많을수록, 정서적 문제호소수가 많았으며 진단후 기간에서는 2년 이상이 경과한 집단에

<표3> 전체 대상자의 간호문제 발현율

간호문제 영역	문항	발현 유	발현 무	모르겠다
		인수(%)	인수(%)	인수(%)
신체적 문제	*체중감소	125(60.1)	74(35.6)	9(4.3)
	체중증가	49(25.5)	133(69.3)	10(5.2)
	*근육허약	139(66.8)	46(22.1)	23(11.1)
	*피로	144(68.9)	50(23.9)	15(7.2)
	불면	90(43.5)	104(50.2)	13(6.3)
	기억력감퇴	99(48.1)	82(39.8)	25(12.1)
	실어증	29(14.3)	166(81.3)	8(3.9)
	시력감퇴	56(27.6)	137(67.5)	10(4.9)
	연하곤란	46(22.4)	153(74.6)	6(2.9)
	호흡곤란	35(17.1)	160(78.0)	10(4.9)
	*식욕부진	124(59.3)	77(36.8)	8(3.8)
	오심	89(42.8)	112(53.8)	7(3.4)
	구토	45(21.7)	158(76.3)	4(1.9)
	설사	22(10.6)	180(87.0)	5(2.4)
	변비	41(19.8)	162(78.3)	4(1.9)
	배뇨곤란	21(10.2)	178(86.8)	6(2.9)
	점상출혈	48(23.1)	144(69.2)	16(7.7)
	소양증	52(25.4)	145(70.7)	8(3.9)
	부종	37(18.0)	160(77.7)	9(4.4)
	*탈모	115(54.8)	87(41.4)	8(3.8)
	현기증	98(47.3)	93(44.9)	16(7.7)
두통	74(36.3)	122(59.8)	8(3.9)	
*발다리지림	108(52.2)	91(44.0)	8(3.9)	
정서적 문제	불안, 초조	76(36.9)	111(53.9)	19(9.2)
	분노	67(32.5)	121(58.7)	18(8.7)
	우울	87(41.8)	99(47.6)	22(10.6)
	공포	60(29.4)	129(63.2)	15(7.4)
	죄의식	49(24.3)	134(66.3)	19(9.4)
	불안정한 기분	97(47.3)	86(42.0)	22(10.7)
	외로움	71(34.5)	121(58.7)	14(6.8)
	고립감	63(30.7)	119(58.0)	23(11.2)
	혼자있고 싶음	38(18.4)	155(75.2)	13(6.3)
	무력감	92(44.7)	96(46.6)	18(8.7)
	절망감	20(9.7)	165(79.7)	22(10.6)
사회경제적 문제	행동제한	95(45.9)	99(47.8)	13(6.3)
	경제적타격	76(37.1)	115(56.1)	14(6.8)
	다른사람에게 짐	75(36.2)	116(56.0)	16(7.7)
	의지할사람 없음	24(11.6)	177(85.5)	6(2.9)
	일의 변화	89(43.0)	101(48.8)	17(8.2)
	작업불능	132(64.4)	64(31.2)	9(4.4)
	*부부생활불능	109(55.9)	68(34.9)	18(9.2)
*가족건강 염려	142(68.3)	61(29.3)	5(2.4)	
영적문제	신앙적 갈등	61(29.6)	126(61.2)	19(9.2)
	신에 의한 벌	67(32.7)	106(51.7)	32(15.6)
	*종교의식 참석	116(56.0)	72(34.8)	19(9.2)
	목사님과의 만남	88(43.1)	92(45.1)	24(11.8)

*발현율 50% 이상인 항목

〈표-4〉 간호문제 영역별 평균호소수

간호문제 영역	총문항수(A)	평균호소수(B)	총문항수에 대한 백분율(B/A)
신체적 문제	23	7.88	34.3
정서적 문제	11	3.36	30.6
사회경제적 문제	8	3.47	43.3
영적 문제	4	1.55	38.8
총 간호문제	46	16.26	35.4

〈표-5-a〉 간호문제 영역별 문제 호소수와 연령, 입원횟수, 동거가족수의 상관관계

간호문제 영역	연령	입원횟수	동거가족수
신체적 문제	.09	.09	.17*
정서적 문제	.10	.12*	.07
사회경제적 문제	-.08	.26***	.18***
영적 문제	-.15*	.02	.16**
총 간호문제	.03	.16*	.19**

*P<.05

**P<.01

***P<.001

〈표-5-b〉 성별에 따른 간호문제 호소수의 차이검정

간호문제 영역	집단	인수	평균	표준편차	t 값
신체적 문제	남자	109	7.2	3.4	-2.70**
	여자	96	8.7	4.4	
정서적 문제	남자	109	3.0	2.5	-1.59
	여자	96	3.7	3.1	
사회경제적 문제	남자	109	3.4	2.2	-.80
	여자	96	3.6	2.1	
영적문제	남자	109	1.3	1.4	-3.10**
	여자	96	1.9	1.4	
총간호문제	남자	109	14.9		-2.73**
	여자	96	17.8		

**P<.01

서 문제호소수가 가장 많았고 4-6개월이 경과한 집단에서 가장 적게 나타나 차이를 보였다.

사회 경제적 문제 영역의 경우 입원횟수($r=.26, p<.001$), 동거가족수($r=.18, p<.005$), 진단후 기간($F=3.077, p<.05$)에 따라 문제 호소수에 차이가 있게 나타나 입원횟수가 많을수록, 동거가족수가 많을수록, 사회경제

적 문제를 더 많이 호소했으며 진단후 기간이 1년 이상인 집단이 6개월 미만의 집단에 비해 문제호소수가 더 많았다.

영적 문제 영역의 경우 연령($r=-.15, p<.05$), 동거가족수($r=.17, p<.01$), 성별 ($t=-3.10, p<.01$), 진단후 기간 ($F=2.97, p<.05$)에 따라 문제호소수에 차이가 있게 나타나 연령이 낮을수록, 동거가족수가 많을수록, 성별이 여성인 집단이 영적문제를 더 많이 호소했으며, 진단후 기간에서는 7-12개월의 집단과 2년 이상의 집단이 1-2년 사이의 집단 및 6개월 미만의 집단에 비해 영적 문제를 더 많이 호소하고 있었다.

마지막으로 간호 문제 영역에 무관하게 총 간호 문제 호소수에 영향을 미치는 요인을 살펴볼 때, 입원횟수($r=.16, p<.05$), 동거가족수($r=.19, p<.01$), 성별($t=-2.73, p<.01$), 진단후 기간($F=2.69, p<.05$)이 영향 요인으로 나타나 입원횟수가 많을수록, 동거가족수가 많을수록, 간호 문제를 더 많이 호소했으며 진단후 기간에서도 전반적으로 진단후 기간이 긴 집단이 더 많은 문제를 호소하고 있었다.

IV. 2차 연구

A. 2차 연구 방법론

1. 연구 설계

2차 연구의 목적은 동일 대상자에서의 진단후 시기경과에 따른 위기반응 단계와 간호문제 양상의 변화를 파악하기 위한 것으로 종단적인 조사연구 설계를 이용하였다.

2. 연구대상

서울 시내에 위치한 일개 종합대학 부속병원 암 센터에 등록된 환자중 다음의 기준에 맞는 환자 30명을 본 연구의 대상으로 선택하였다.

- 1) 20세 이상 70세 미만의 성인

〈표5-C〉 진단후 기간에 따른 간호문제 호소수 차이 검정(일원변량분석)

간호문제 영역	집 단	평균문제호소수	F 값
신체적 문제	1-3 개월	7.7	.87
	4-6 개월	7.8	
	7-12개월	8.3	
	13-24개월	8.0	
	25개월 이상	9.4	
정서적 문제	1-3 개월	3.2	2.70*
	4-6 개월	2.9	
	7-12개월	4.1	
	13-24개월	3.2	
	25개월 이상	5.0	
사회경제적 문제	1-3 개월	3.2	3.08*
	4-6 개월	3.4	
	7-12개월	4.2	
	13-24개월	4.4	
	25개월 이상	4.3	
영적 문제	1-3 개월	1.3	2.97
	4-6 개월	1.7	
	7-12개월	2.3	
	13-24개월	1.1	
	25개월 이상	1.9	
총간호문제	1-3 개월	15.5	2.69
	4-6 개월	15.6	
	7-12개월	19.0	
	13-24개월	16.6	
	25개월 이상	20.5	

*P<.05

- 2) 진단후 4개월이 경과한 자
 - 3) 암 센터 외래를 통해 3주기 이상 계속해서 화학요법을 받을 계획이 있는 자
 - 4) 구두로 의사소통이 가능한 자
 - 5) 연구 참여에 동의한 자
- 그러나 이중 2명은 2차 자료 수집까지 참여하다가 1차에 참여하지 못함으로써 최종 연구 분석 대상은 29명이었다.
3. 연구도구
- 1차 연구에서 사용한 위기반응 단계 측정도구, 간호문제 목록, 가족지지 측정도구, 대처방법 측정 도구를 그대로 사용하였다.
4. 자료 수집 절차
- 암센터 화학 요법실의 담당 간호사에게 연구 목적과 대상자 선정 기준을 설명하고 협조를 구한 뒤 담당 간호

사가 직접 외래를 방문한 대상자와 면담을 하여 질문지에 기록케 한 후 회수하였다.

2차와 3차 자료는 위와 똑같은 방법으로 수집하였으며 1차와 2차, 2차와 3차 자료 수집간의 간격은 4주 였고 2차 연구를 위한 자료 수집에 소요된 기간은 1988년 3월에서 동년 6월까지 4개월 간이었다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 코딩지에 부호화 한 후 SPSS를 이용하여 전산통계처리 하였으며, 이를 통해 백분율, 평균, 표준편차, t 값을 산출하였다.

B. 2차 연구 결과

1. 진단후 시기경과에 따른 위기 반응단계 변화
- 대상자 29명에 대해 4주 간격으로 1,2,3차에 걸쳐 조사한 위기반응 단계를 살펴 볼 때〈표-6〉, 조사시기에 무관

〈표-6〉 조사시기별 위기반응 단계 비교

위기반응단계	1차조사	2차조사	3차조사
부정	3	3	2
분노	-	-	-
교섭	20	18	19
우울	1	1	2
수용	3	3	4
분노+교섭	-	1	-
교섭+우울	1	1	1
교섭+수용	1	2	1
계	29	29	29

하계 분노단계의 위기반응을 보인 대상자는 없었으며 대부분이 교섭단계의 위기반응을 경험하고 있음을 알 수 있었고, 시기별로 각 단계에 포함된 대상자수에는 큰 차이가 없음을 미루어 시기경과에 따른 위기반응 단계의 변화는 예측할 수 없었다.

이러한 결과는 〈표-7〉를 통해 조사시기별 위기반응 단계 변화 양상을 추적했을 때 3차에 걸쳐 동일한 반응을 보인 대상자가 29명중 21명(72.4%)에 달한 사실에 의해서도 뒷받침되고 있다.

위기반응단계 변화양상을 좀 더 살펴보면 교섭단계에서 고정된 반응을 보인 대상자가 역시 가장 많았으며 분노단계와 우울단계에서 고정된 반응을 보인 대상자는 1명도 없어 우리나라 사람의 경우 분노단계와 우울단계는 교섭단계와 수용단계로 가기 위한 과도기적 반응일뿐

장기간 지속되는 반응은 아님을 추측할 수 있어 앞으로 우리 나라 사람을 대상으로한 위기반응단계 조사연구를 시도하여 한국인의 위기반응단계를 제시해 볼 것을 제안한다.

2. 진단후 시기 경과에 따른 간호문제 변화

총 46개 간호문제중 대상자의 50%이상이 발현율을 나타낸 것을 문제 영역별로 살펴보면 〈표-8〉과 같다.

총 46개 간호문제중 1,2,3차 조사에 걸쳐 발현율 50% 이상을 나타낸 문제만을 발췌하여 조사시기별로 열거해 볼 때, 정서적영역에서는 과반수 이상이 경험했다고 응답한 문제가 3차에 걸쳐 1개도 포함되지 않았으며 그 이외의 영역에서는 1차 조사시 호소했던 문제가 3차 조사시 까지 계속해서 경험하고 있는 것으로 나타나 진단 후 시기경과에 따른 간호문제의 변화는 예측할 수 없었다.

또한 조사 시기별 간호문제 호소수의 차이를 검정했을 때도 각 영역에 대한 시기별 간호문제 호소수의 변화가 통계적으로 차이가 없게 나타났다.

이는 Krouse와 Krouse(1981)가 유방암 환자를 대상으로 한 연구에서 유방절제수 시행전과 후, 그리고 그후 1개월, 2개월 간격을 두고 우울을 측정했을 때 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다고 보고한 것과 일치하긴 하나, McCorkle과 Saunders(1985)가 폐암환자를 대상으로 1개월 간격으로 주요 문제를 조사했을 때 불면증이 증가했다는 결과와는 일치하지 않아 진단명에 따라라도 시기경과에 따른 간호문제 변화양상이 다를 수 있음을

〈표-7〉 조사시기별 위기반응단계 변화양상

위기반응단계 변화양상	인 수	총계에 대한 백분율
부정→교섭→부정	2	
교섭→교섭→교섭	16	
수용→수용→수용	3	
소 계	21	72.4%
부정→부정→교섭	1	
부정→교섭→교섭	1	
교섭+우울→우울→우울	1	
교섭→교섭+우울→교섭+수용	1	
교섭→교섭+수용→수용	1	
소 계	5	17.2%
교섭+수용→교섭+분노→교섭+우울	1	
우울→교섭→교섭	1	
교섭→교섭+수용→교섭	1	
소 계	3	10.4%
총 계	29	100.0%

〈표-8〉 발현율 50% 이상을 나타낸 간호문제의 조사시기별 비교

간호문제 영역	1차		2차		3차	
	항목	%	항목	%	항목	%
신체적 문제	체중감소	58.6	체중감소	55.2	체중감소	57.1
	피로	60.7	피로	65.5	피로	65.5
	기억력감퇴	51.9	기억력감퇴	62.1		
	오심	50.0	오심	62.1	오심	62.1
	탈모	82.1	탈모	69.0	탈모	65.8
	현기증	53.6	현기증	62.1	현기증	50.0
			근육허약	55.2		
정서적 문제		-		-		-
사회경제적 문제	작업불능	60.7				
	가족에 대한 건강염려	81.5	가족에 대한 건강염려	72.4	가족에 대한 건강염려	62.1
영적문제	종교의식 참석	57.1	종교의식 참석	62.1	종교의식 참석	51.9

점작할 수 있다.

그러나 이상과 같이 시기경과에 따라 발현율과 문제 호소수에 차이가 없게 나타난 주된 이유는 역시 앞서 위기반응단계 변화에서 언급한 바대로 표본이 적은데다 극히 짧은 기간동안 간호문제의 변화를 파악하고자 한 본 연구의 자료수집 방법상의 문제에 기인한 것으로 사료되어 충분한 기간을 두고 충분한 수의 같은 진단명을 가진 표본을 대상으로 추적 조사하여 시기경과에 따른 또한 위기반응단계에 따른 간호문제의 변화를 재조사해 볼 것을 제안한다.

V. 3차 연구

1. 3차 연구를 위한 방법론

1. 연구 설계

3차 연구의 목적은 암 환자에 대한 방문 간호의 효과를 측정하기 위한 것으로 유사실험 설계를 이용하였다.

2. 연구대상

연구대상으로는 서울 시내에 위치한 일개 종합대학 부속병원의 암 병동에 1988년 3월부터 6월까지 입원한 환자중 다음의 기준에 맞는 대조군 30명, 실험군 30명, 모두 60명을 임의 선정하였다.

대상자 선택 기준 :

- 1) 20세 이상 70세 미만의 성인
- 2) 진단후 12개월이 경과한 자

3) 1개월후 재입원이 확실시 된 자

4) 구두로 의사소통이 가능한 자

5) 연구 참여에 동의한 자

단, 실험군은 서울에 거주하면서 가정방문을 허락한 자로 하였다.

3. 연구 도구

1) 삶의 질 측정 도구

Padilla 등(1985) 이 암 환자의 삶의 질을 측정하기 위해 개발한 28문항의 "Quality of Life Tool"을 번역하여 사용하였다.

이 도구는 본래 10cm의 analogue scale로 개발되었으나 본 연구에서는 10cm의 선상위에 1cm 간격으로 10의 점수를 배가하여 응답자들이 100점 만점으로 지각할 수 있게 수정하였다.

문항의 내용은 심리적인 안정에 관한 8문항, 신체적인 안정에 관한 10문항, 그리고 증상 조절에 관한 5문항으로 구성 되었다.

Padilla 등에 의해 검증된 도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha=.88 이었으며 본 연구에서는 Alpha=.83이었다.

2) 환자 사정 도구

환자의 상태 변화가 환자의 삶의 질에 영향을 미쳐 결과적으로 방문간호의 효과를 상쇄시킬 우려가 있으므로 가정 방문시 마다 환자 상태를 사정하여 기록함으로써 환자의 상태 변화를 파악할 수 있게끔 본 연구팀이 환자 사정목록을 작성하여 사용하였다.

사정목록은 일반증상 6문항, 정신상태 6문항, 머리,

눈, 목에 대한 3문항, 흉부에 대한 3문항, 소화기에 대한 8문항, 비뇨생식기에 대한 3문항, 피부에 대한 8문항, 신경에 대한 4문항, 동통에 대한 3문항, 신체능력에 대한 5문항 등 총 51문항으로 구성되었다.

4. 연구 절차

1) 대조군에 대한 자료 수집

대조군으로 선정된 환자에 대한 퇴원시 삶의 질 측정 도구를 배부하여 기록하게 했으며 1개월후 이들이 다시 입원했을 때 같은 내용의 삶의 질 측정도구를 배부하여 입원당일 기록케 함으로써 삶의 질의 정도 변화를 측정하였다.

대조군에 대한 자료 수집을 실험군에 대한 자료 수집 전에 실행함으로써 대조군이 실험군에 의해 오염되는 것을 예방하였다.

자료수집에 소요된 기간은 1988년 3월부터 동년 6월까지 4개월 간이었다.

2) 실험군에 대한 자료 수집

실험군의 선정 기준에는 맞으나 이미 대조군으로 선정되어 자료를 수집했던 대상자는 실험군에서 제외하면서 대조군에서와 마찬가지로 퇴원시 삶의 질을 측정하고 1개월 후 이들이 다시 입원했을 때 재차 삶의 질을 측정하였다.

그러나 앞서도 언급했듯이 암환자의 삶의 질은 그것을 측정하는 당시의 신체 상태에 따라 영향을 받을 수 있으므로 퇴원후 상태가 더 악화되었을 경우 방문간호의 효과와는 무관하게 삶의 질은 낮게 측정될 수 있다고 사료되어 가정 방문시 마다 환자 상태를 사정 기록하여 재입원시 상태가 극히 악화된 환자의 경우는 분석 대상에서 제외하였다.

자료수집이 소요된 기간은 1988년 7월부터 동년 11월까지 5개월 간이었다.

3) 방문 간호사 교육

아직 우리나라는 방문간호제도가 없으며 이들 환자들 역시 낯선 간호사가 자신의 가정을 방문하는 것을 꺼려하기 때문에 본 연구에서는 환자가 입원해 있을 동안 간호를 책임졌던 담당 간호사를 방문 간호사로 활용하였다.

이에 따라 연구 대상을 선정하기 위해 선택된 암 병동에 근무하는 일반 간호사 9명이 모두 본 연구에 참여하여 환자의 가정을 방문하게 되었으며 본 연구 팀은 자료 수집과 방문간호 제공시 이들 9명간에 생길 수 있는 오차

를 최소화하기 위해 수 차례의 화합을 거쳐 연구의 목적을 분명히 하고 가정방문시 제공해 줄 수 있는 간호의 범위를 제한하여 일관성 있는 방문간호가 이루어 질수 있게 하였다.

4) 간호중재 지침서

가정방문시 간호사가 제공할 수 있는 간호중재의 지침서는 Yasko(1982)가 지은 Guidelines for Cancer Care : Symptom Management를 본 연구팀이 번역하여 편집한 책자를 이용하였다.

이 지침서에는 골수억압, 만성동통, 피부발현, 위장계 기능부전, 호흡기계 기능부전, 비뇨기계 기능부전 등에 관련된 문제와 중재 방안이 제시되어 있으며 이 지침서를 이용하여 방문 간호사를 교육함으로써 가정방문을 통해 발견한 문제를 해결하기 위한 중재방안을 계획할 때 이 지침서를 이용하게 하였다. 또한 방문간호는 주로 저녁에 실시하였으며 1회 방문시 가정에 머문 시간은 평균 2시간 정도였다.

5. 자료분석방법

대조군과 실험군으로 선택된 대상자간의 인구 사회학적 특성, 질병관련 특성, 삶의 정도의 유사성은 X^2 -검정, t-검정으로 분석하였다.

방문간호의 효과를 확인하기 위해서는 대조군과 실험군에서 각각 4주간격으로 측정한 삶의 질의 정도차이를 t-검정으로 분석하였다.

B. 3차. 연구결과

1. 실험군과 대조군의 유사성 검정

1) 인구 사회학적 특성

실험군과 대조군으로 선정된 대상자간의 연령, 성별, 결혼상황, 종교, 생활상태, 주요수입원, 직장변화등 인구 사회학적 특성의 유사성을 X^2 -검정으로 분석한 결과 통계학적으로 유의한 차이가 없게 나타나 실험군과 대조군의 인구 사회학적 특성은 유사하다고 볼 수 있다.

2) 질병 관련 특성

실험군과 대조군에 있어 진단명, 치료방법, 진단후 기간, 입원횟수 등 질병관련 특성의 유사성을 X^2 -검정과 t-검정으로 분석한 결과 역시 통계학적으로 유의한 차이가 없게 나타나 실험군과 대조군으로 선정된 대상자의 질병관련 특성은 유사함을 알 수 있었다.

3) 삶의 질 정도

실험군과 대조군에 있어 실험처치전 삶의 질 정도의

유사성을 문항별로 검정한 결과, 28개 문항 모두 통계적으로 유의한 차이가 없게 나타나 실험처치전 삶의 질은 실험군과 대조군에 있어 차이가 없음을 알 수 있다.

2. 방문간호를 통한 위기중재의 효과 검정

방문간호의 효과성을 평가하기 위해 실험군과 대조군에서의 위기중재 전과 후의 삶의 질의 실제적인 차이의 총합을 산출하여 두군간에 차이가 있는가를 t-검정하였다(표-9).

그 결과 3개 영역중 심리적 안녕을 제외한 신체적 안녕($t=-2.18, p<.05$), 증상조절($t=-2.35, p<.05$)의 두 영역에서 통계적으로 유의한 차이가 있게 나타나 방문간호를 통한 위기중재가 암환자의 삶의 질을 증진시키는데 효과가 있었음을 부분적으로 지지해 주었다.

또한 비록 심리적 안녕 영역에서 두군간에 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으나 실제의 값에서는 실험군이 대조군에 비해 위기 중재 전과 후의 차이의

총합이 더 크게 나타나 방문간호를 제공받은 군이 그렇지 않은 군에 비해 삶의 질의 변화 정도가 더 큼을 알 수 있었다.

이러한 결과는 Capone(1980)이 부인과 암환자를 대상으로 심리사회적 적응에 대한 개인상담의 효과를 연구하여 상담을 받은 실험군이 상담을 받지 않은 대조군에 비해 혼동과 모순성을 덜 보고했고 정서적 불편감과 자각 증상이 낮게 나타났다고 보고한 결과와 일치하였다. 또한 Lewis(1982)가 말기 암환자를 대상으로 개인적 조절력과 삶의 질과의 관계를 연구하여 일반적인 생활에 대한 조절력과 자신의 건강에 대한 조절력을 높여줌으로써 더 높은 삶의 질을 경험하게 할 수 있다고 보고한 사실, 그리고 Izsak(1973)이 5년간 Home Care Unit을 운영한 후 방문간호가 환자와 그의 가족의 삶의 질을 향상시키는데 효과가 있었다고 보고한 사실과도 일관성이 있다.

<표-9> 실험군과 대조군간의 위기중재 전·후의 삶의 질 변화정도의 차이 검정

삶의 질 영역	대조군	실험군	t 값
	차이의 총합	차이의 총합	
심리적 안녕	135.47±174.43	250.40±302.06	-1.80
신체적 안녕	62.47± 72.77	178.30±266.69	-2.18*
증상조절	70.27± 62.01	135.67±139.24	-2.35*
계	385.80±509.98	577.40±760.39	-1.74

*P<.05

VI. 연구의 의의

이제까지 암환자는 여러 방법으로 체계적인 치료와 간호를 제공받아 왔다. 그 중 가장 흔하고 널리 이용된 방법은 의학적 모델에 의한 방법으로 이는 건강중심이라기보다는 진단중심의 치료와 간호였다. 그러나 이 방법이 갖는 주요 단점중의 하나는 만성적으로 진행되는 암환자에 대해 어느 누구도 환자와 그의 지지체계에 대해 계속적인 치료와 간호를 제공할 책임을 갖지 않는다는 것이다. 최근의 의학 지식의 발전에도 불구하고 '암'은 '절망적', '불치', '거부'의 단어를 떠올리며 이러한 생각은 암환자가 갖고 있는 모든 문제를 추후관리해 주어야 하며 재발시켜야 한다는 특별한 요구를 한층 더 불러일으킨다.

그러므로 암환자에게는 질병에 의해 변화하는 문제와

제한점을 처리할 수 있도록 계속 참여하여 도와줄 전문 의료인이 필요하다. 이에 따라 진행성 질환을 가진 환자에게 적합한 모델로 Living-dying model이 대두되었다. 이 모델이 강조하는 것은 증상을 조절하고 합병증을 예방하는 것이며 일상생활의 잠재적인 능력을 주어진 환경안에서 최대한 활용하는 방향으로 환자와 그의 지지망을 도움으로써 질적인 생활을 유도하도록 하는 것이다. 즉 이 모델이 중요시하는 것은 삶의 길이가 아니라 삶의 질이며 간호사는 이러한 모델이 목적하는 바를 수행할 수 있는 가장 좋은 위치에 있는 것이다.

그러나 입원기간중에 만나는 임상간호사 만으로는 이러한 전인간호를 제공할 수 없으며 특히 치료를 위해 주기적으로 입원을 해야 하는 암환자에게는 집에 있을 동안에도 계속적인 간호가 제공될 수 있게 병원과 가정을 연결해 주는 간호사가 필요하다.

이에 본 연구에서는 병원에서의 담당간호사를 방문간

호사로 활용하여 병원과 가정을 연결해주는 역할을 담당케 했으며 또한 Living-dying model을 적용하여 진단 후 기간에 따른 위기반응과 간호문제를 분석한 다음 가정방문을 통한 위기중재를 시도하여 방문간호를 제공받은 암환자가 방문간호를 제공받지 못한 암환자에 비해 삶의 질이 더욱 향상되었다는 결과를 얻음으로써 이제까지의 의학적 모델에서 벗어나 환자가 갖는 문제중심의 새로운 치료 및 간호모형을 확립하는 전환점을 이룩하는데 기여하였다. 또한 본 연구는 앞으로 의료인들이 환자가 연속선상의 어느 위기상태에 있느냐에 따라 그에 알맞는 치료와 간호계획을 세워 개별적인 위기중재를 제공해야만 한다는 필요성을 뒷받침해 주는 경험적 기초 자료를 제공해 주고 있다.

마지막으로 본 연구를 통해 방문간호의 실효성이 확인됨으로써 앞으로 가정에 있는 환자를 위한 방문간호제도를 정착시키는데 본 연구 결과가 일익을 담당할 것으로 기대된다.

Ⅶ. 결론 및 제언

본 연구는 암 진단을 받은 후 시기경과에 따라 암환자가 경험하는 위기반응과 간호문제를 조사하고 주기적인 가정방문을 통해 암환자의 질적인 삶을 증진하는 방안을 모색하고자 시도된 것으로 연구설계와 연구대상, 연구도구를 달리 하면서 3차에 걸쳐 연구를 진행하였다.

1차 연구는 암환자의 위기반응 단계와 간호문제 양상을 조사하고 이에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 205명의 암환자를 대상으로 횡단적인 조사연구 설계를 이용하여 자료를 수집했으며 그 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 제시된 5개의 위기반응 단계중 1개만 선택한 대상자는 56.5%였으며 나머지 43.5%는 2-5개의 단계를 선택하고 있어 많은 암환자들이 자신이 처한 위기상황을 단계적으로 경험하고 대처해 나가지 못하고 여러 단계를 복합적으로 지각하고 있음을 알 수 있다.

2. 위기반응 단계에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 1개만 선택한 환자 105명을 대상으로 인구사회학적 특성, 질병 관련 특성, 가족지지, 대처방법등의 변수와 위기반응 단계와의 관계를 분석한 결과 어느 변수와도 통계적으로 유의한 차이가 없게 나타났다.

3. 대상자 과반수 이상이 경험하고 있다고 호소한 간호문제를 살펴볼 때 정서적인 문제는 하나도 포함되지 않았으며 문제영역별로 평균 문제 호소수를 해당영역

문항수로 나누어 문제 발현율을 산출했을 때도 사회경제적 영역이 43.34%로 정서적 영역의 30.6%에 비해 높게 나타나 본 연구 대상자의 경우 정서적 문제 보다는 사회경제적 문제로 더 고통을 받고 있음을 알 수 있다.

4. 간호문제 호소수에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 인구사회학적 특성, 질병 관련 특성, 가족지지, 대처방법 등의 변수와 각 간호문제 영역과의 관계를 분석한 결과 연령, 성별, 진단후 기간, 입원 횟수, 동거 가족수, 가족지지도, 감정중심 대처방법 정도에서 부분적으로 각 문제 영역과 통계적인 유의성이 있는 것으로 나타났다.

2차 연구는 암 진단을 받은 후 시기경과에 따라 암환자가 경험하는 위기반응 단계와 간호문제 양상의 변화를 파악하고자 진단 후 4개월 이상된 29명의 암환자를 대상으로 종단적인 조사 연구 설계를 이용하여 4주 간격으로 동일한 자료를 3회 수집하였으며 그 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 3차에 걸쳐 시기경과에 따른 위기반응 단계의 변화 양상을 추적했을 때 변화없이 동일한 반응을 보인 대상자가 72.4%에 달했으며 이중에서도 3단계인 교섭에서 고정된 반응을 보인 대상자가 가장 많았다.

2. 총 46개 간호문제 중 3차에 걸쳐 발현율 50% 이상을 나타낸 문제만을 발췌하여 시기경과에 따른 간호문제 변화 양상을 추적했을 때 정서적 영역의 문제는 3차에 걸쳐 1개도 포함되지 않았으며 그 이외의 신체적, 사회경제적, 영적 영역에서는 1차 조사시 호소했던 간호문제를 3차 조사시까지 계속해서 경험하고 있는 것으로 나타나 진단후 시기 경과에 따른 간호문제의 변화는 예측할 수 없었다.

3차 연구는 간호사의 가정방문을 통한 지속적인 추후 관리가 환자의 질적인 삶에 미치는 효과를 분석하고자 방문간호를 제공받은 암환자 30명과 방문간호를 제공받지 않은 암환자 30명을 대상으로 유사실험 연구 설계를 이용하여 중재 전 후의 삶의 질 변화 정도를 비교하였으며 그 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 실험군과 대조군의 인구사회학적 특성, 질병 관련 특성, 중재 전과 후의 삶의 질 정도에 대한 유사성을 검정한 결과 모든 변수에서 두군간에 차이가 없게 나타났다.

2. 실험군과 대조군의 위기중재 전과 후의 삶의 질의 변화 정도의 총 합을 비교한 결과 실험군에서의 변화 정도가 대조군에 비해 더 컸다. 그러나 통계적으로 신체적 안녕 영역($t=-2.18, p<.05$)과 증상조절 영역($t=-$

2.35, $p<.05$)에서만 유의한 차이가 있게 나타났으며, 심리적 안녕 영역과 전체 영역에서는 통계적인 유의성이 나타나지 않았다.

결론적으로 암환자의 죽음에 대한 반응은 Kübler Ross가 제시한 5개의 단계 중 한가지 단계만을 경험하는 것이 아니고 부정, 분노, 교섭, 우울, 수용의 단계를 복합적으로 경험하며 교섭과 우울의 단계를 가장 많이 경험하고 있었으며 이러한 반응은 진단 후 기간에 따라 특별한 큰 변화를 나타내지 않았다.

암환자가 나타내는 간호문제 양상은 정서적 문제보다는 신체적 문제와 사회경제적 문제로 더 고통받고 있었으며 따라서 대처방법도 감정적 해결방법보다는 문제해결 중심의 대처방법을 더 많이 이용하는 경향이였다.

암환자의 가정방문을 통한 지속적인 추후관리는 환자의 질적인 삶, 특히 신체적 안녕 영역과 증상조절 영역에 긍정적인 영향을 미쳤으며 환자들도 간호사의 가정방문이 그들의 삶에 큰 도움이 되었다고 응답함으로써 앞으로 암환자의 효율적인 관리를 위해 가정간호사업 프로그램의 개발이 절실히 요구된다.

이상의 연구 결과를 기반으로 다음의 사항을 제언한다.

1. 각 단계의 위기반응 특성을 뚜렷이 가지고 있는 대상자를 충분한 수 확보하여 위기반응 단계에 영향을 미치는 요인을 재확인해 볼 것을 제언한다.
2. 많은 수의 표본을 대상으로 진단 후 기간에 따른 위기반응 단계의 변화를 재 조사해 볼 것을 제언한다.
3. 암환자의 경우 진단 후 기간을 고려하여 위기반응 단계와 간호문제를 사정하고 그에 따라 개별화된 위기중재를 계획 수행할 것을 제언한다.
4. 대상자가 위기반응의 전 단계를 거칠 수 있을 만큼 충분한 기간을 추적 조사하여 시기경과에 따른 위기반응 단계의 변화를 재 조사해 볼 것을 제언한다.
5. 충분한 기간을 두고 충분한 수의 같은 진단명을 가진 표본을 대상으로 추적 조사하여 시기경과에 따른, 또한 위기반응 단계에 따른 간호문제의 변화를 재 조사해 볼 것을 제언한다.
6. 암환자의 삶의 질을 증진시키기 위해서는 앞으로 의사, 간호사, 사회사업가 등이 한 팀을 이루어 통합적이고 지속적인 위기중재를 제공할 수 있게 Home Care Unit과 같은 프로그램을 개발 운영할 것을 제언한다.
7. 만성질환자를 위한 가정간호 사업을 국가적인 차원에서 법적, 행정적으로 제도화해 줄 것을 제언한다.

참 고 문 헌

- 노유자, 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구, 박사학위 논문, 연세대학교 대학원, 1988.
- 이순규, 편마비 환자가 인지하는 가족지지와 양질의 삶과의 관계 조사 연구, 석사학위 논문, 연세대학교 교육대학원, 1987.
- 전시자, 만성질환자의 질적 삶에 관한 문헌고찰, 적십자 간호 전문대학 잡지, 1987, 제9권.
- 조현숙, 신장이식 환자가 인지하는 가족지지와 질적인 삶의 관계 연구, 석사학위 논문, 연세대학교 교육대학원, 1987.
- 최혜경, 만성관절염 환자의 가족지지, 치료지시이행 및 삶의 만족간의 관계 연구, 석사학위논문, 연세대학교 대학원, 1987.
- Aguilera, D.C., Messick, J.M., *Crisis intervention-theory and methodology*, St. Louis, Mosby, 1982.
- Anderson, J.L., Brown, M.L., *The cancer patient in the community : A nursing challenge*, *Nurs. Clin. North Ame.*, 15 : 373-388, 1980.
- Bard, M., *The equence of emotional reactons in radical mastectomy patients*, *Public health reports*, 67 : 1 144-48, 1952.
- Bard, M., Sutherland, A.M., *Psychological impact of cancer and its treatment*, *Cancer*, 8 : 656-672, 19 55.
- Brownell, M.J., *The concept of crisis : its utility for nursing*, *A.N.S.*, 6 : 10-21, 1984.
- Burns, N., *Cancer chemotherapy : A systematic approach*, *Nursing* 78, 8 : 56-63, 1978.
- Burt, A.L., *The role of the public health nurse in the care of the cancer patient*, *Nurs. Clin. North Ame.*, 2 : 683-689, 1967.
- Capone, M.A., et als, *Psychosocial rehabilitation of gynecologic oncology patients*, *Arch Phys. Med. Rehabil.*, 61 : 128-132, 1980.
- Christensen, S., Harding, M., *Integrating theories of crisis intervention into hospice home care teaching*, *Nurs. Clin. North. Ame.*, 20 : 449-455, 1985.
- Craig, T.J., et als, *The quality of survival in breast cancer : A case control comparison*, *Cancer*, 33 :

- 1451-57, 1974.
- Cullen, P., Patients with colorectal cancer : How to assess and meet their needs, *Nursing 76*, 42-47, 1976.
- Elliott, C., Radiation therapy : How you can help, *Nursing 76*, Sept : 34-44, 1976.
- Forester, B.M., et als, Psychiatric aspects of radiotherapy, *A.J. Psychiatry*, 135 : 960-963, 1978.
- Geissler E.M., Crisis : What it is and is not, *A.N.S.*, 6 : 1-9, 1984.
- Goffnett, C., Your patient's dying now what? *Nursing 79*, Nov : 27-31, 1979.
- Gribbons, C.A., Aliapoulos, M.A., Early carcinoma of the breast, *A.J.N.*, 69 : 1945-50, 1969.
- Holland, J.C., Mastrovito, R., Psychologic adaptation to breast cancer, *Cancer*, 46 : 1045-52, 1980.
- Horn, M., Hospital-based home care, *A.J.N.*, 75 : 1181, 1975.
- Isler, C., Approaching the final days, *R.N.*, 41 : 63-66, 1978.
- Izasak, F., et als, Comprehensive rehabilitation of the patient with cancer : Five-year experience of a home-care unit, *J. Chron. Dis.*, 26 : 363-374, 1973.
- Jamison, K.R., et als, Psychosocial aspects of mastectomy, *A.J. Psychiatry*, 135 : 432-436, 1978.
- Koons, S., The future of cancer nursing, *R.N.*, 39 : 23-34, 1976.
- Krant, M.J., et als, The role of a hospital-based psychosocial unit in terminal cancer illness and bereavement, *J. Chron. Dis.*, 29 : 115-127, 1976.
- Krouse, H.J., Krouse, J.H., Cancer as crisis : The critical elements of adjustment, *N.R.*, 31 : 96-101, 1982.
- Krumm, S., et als, Group approaches for cancer patients : a group for teaching chemotherapy, *A.J.N.*, 79 : 916, 1979.
- Kübler-Ross, E., *On death and dying*, N Y : Macmillan publishing Co., Inc., 1975.
- Lazarus, R.S., Cognitive and coping processes in emotion, in Monat A., Lazarus, R.S.(Ed) : *Stress and coping*, N.Y., Columbia Univ. Press, 145-158, 1977.
- Lewis, F.M., Experienced personal control and quality of life in late-stage cancer patients, *N.R.*, 31 : 113-119, 1982.
- Lewis, F.M., Bloom. J.R., Psychosocial adjustment to breast cancer : A review of selected literature, *Int'l J. Psychiatry in Medicine*, 9 : 1-17, 1987.
- Lum, J.L., et als, Nursing care of oncology patients receiving chemotherapy, *N.R.*, 27 : 340-346, 1978.
- McClintock, E., A patient with carcinomatosis nursed at home, *Nursing Times*, 73 : 412-414, 1987.
- McCorkle, R., Saunders, J., Problems coping strategies and coping effectiveness after diagnosis, *A. Cancer Society*, 4th Cancer Nursing Research Conference Proceedings, 1985.
- Messerli, M.L., et als, Breast cancer : Information as a technique of crisis intervention, *A.J. Orthopsychiat.*, 50 : 728-731, 1980.
- Meyerowitz, B.E., et als, Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma : Psychosocial implications, *Cancer*, 43 : 1613-1618, 1979.
- National Cancer Institute, Coping with Cancer : A resource for the health professional, *National Institutes of Health Publication*, No. 80-2080, Sep., 1980.
- National Cancer Institute, The breast cancer digest : A guide to medical care, emotional support, educational programs and resources, 2nd ed., *National Institutes of Health Publication*, No. 84-1691, April, 1984.
- Ostchega, Y., Jacob, J.G., Providing safe conduct - helping your patient cope with cancer, *Nursing 84*, April : 42-47, 1984.
- Padilla, G.V., et als, Quality of life index for patients with cancer, *Research in Nursing & Health*, 6 : 117-126, 1983.
- Paige, R.L., Looney, J.F., Hospice care for the adult, *A.J.N.*, Nov., 1812-1815, 1977.
- Palm, M.L., Recognizing opportunities for informal patient teaching, *Nurs. Clin. North Ame.*, 6 : 669-678, 1971.
- Paulen, A., Sylvester, S., Breaking down the barriers to total cancer nursing : Caring for the patient who's well, *R.N.*, 41 : 56-58, 1978.
- Peck, A., Boland, J., Emotional reactions to radiation treatment, *Cancer*, 40 : 180-184, 1977.

- Quint, J.C., The impact of mastectomy, *A.J.N.*, 63 : 88-92, 1963.
- Renneker, R., Cutler, M., Psychological problems of adjustment to cancer of breast, *J.A.M.A.*, 148 : 833-838, 1952.
- Schottenfeld, D., Robbins, G.F., Quality of survival among patients who have had radical mastectomy, *Cancer*, 26 : 650-655, 1970.
- Schreier, A.M., Lavenia, J., The nurses' role in nutritional management of radiotherapy patients, *Nurs. Clin. North Ame.*, 12 : 173-192, 197.
- Scott, D.W., Anxiety, critical thinking and information processing during and after breast biopsy, *N.R.*, 32 : 23-28, 1983.
- Scott, D.W., et als, A stress-coping model, *A.N.S.*, 3 : 9-23, 1980.
- Senescu, R.A., The development of emotional complications in the patient with cancer, *A. Chron Dis.*, 16 : 813-832, 1963.
- Stoner, M.H., Keampfer, S.H., Recalled life expectancy information, phase of illness and hope in cancer patients, *Research in Nursing & Health*, 8 : 269-274, 1985.
- Sutherland, A.M., Orbach, C.E., Psychological impact of cancer and cancer surgery, *Cancer*, 6 : 958-962, 1953.
- Volicer, B.J., Patients' perceptions of stressful events associated with hospitalization, *N.R.*, 23 : 235-238, 1974.
- Walborn, K.A., *A Nursing Model for the Hospice*, C.V. Mosby co., 1973.
- Volterman, M.C., Miller, M., Caring for parents in crisis, *Nursing Forum*, 22 : 34-37, 1985.
- Worden, J.W., Weisman, A.D., Psychosocial components of lag time in cancer diagnosis, *J. of Psychosomatic Research*, 19 : 69-79, 1975.
- Yasko, J.M., *Guidelines of Cancer Care : Symptom Management*, Reston, Virginia, Reston Publishing Co., Inc., 1982.

—Abstract—

The Effect of Crisis Intervention by the Visiting Nurse with Patients with Cancer

Chief Investigator : Kim, Cho Ja RN, Ph D.*

Co-investigator : Yoo, Ji Soo RN, Ph D.*

Park, Jee Won RN, Ph D.**

This study was undertaken at Yonsei University Medical Center to identify the crisis responses and nursing problems of patients who had been diagnosed with cancer, and changing patterns of grieving over time periods, and to analyse the effectiveness of follow up care through home visiting nursing.

This study was carried out in three stages.

The 1st study data were collected from a total of 205 patients who had been diagnosed with cancer from Sept. 1 to Dec. 31, 1987 using a cross-sectional method.

The 2nd study data were collected three times from 30 patients with cancer at 4 weeks intervals from March 1 to June 31, 1988 using a longitudinal method.

The 3rd study data were collected from two different groups from March 1 to June 31, 1988. One was an experimental group who was visited by nurses and the other one was a control group not visited by nurses. The subjects of the 3rd study consisted of 60 patients with cancer and a Quasi-experimental research design was used.

The results were as follows :

1. The patients did not experience one stage at a time among the five stages of grieving, denial, anger, bargaining, depression and acceptance, as identified by Kübler Ross. They experienced a combination of stages, especially of the bargaining and the depression stages. This stages did not change with the passing of time.

* Yonsei University, College of Nursing

** Yonsei Medical Center

2. The patients expressed more physical and socioeconomical problems than emotional problems. And they used more problem coping methods than emotional coping methods.
3. Follow up care through home visiting nursing positively influenced the patient's quality of life,

especially their physical well-being and symptom control. The patients responded positively to the home visiting nursing, stating that it was helpful to them. It was concluded that the development of a home visiting nursing program is needed for the effective home care of patients with cancer.