

암환자의 우울, 자기효능 및 대처간의 상관관계

류 은 정*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

지난해 우리 나라 사망자 10명 중 4명이 고혈압-뇌혈관 질환을 포함하는 순환기 질환이나 암으로 사망하였다. 특히 환경공해와 스트레스 증가로 암사망률은 1988년 18.2%에서 1998년 21.4%로 점점 증가하는 추세에 있다(통계청, 1998).

암은 전 인류의 질병이라고 하나 나이, 성별 및 인종과 같은 요인들이 특정한 형태의 암 발생빈도에 기여하고 있으며 유전과 같은 요인이 위암, 유방암, 결장암, 직장암, 자궁암 및 폐암 등에 영향을 미친다. 그러나 이와 같은 질병의 발생원인 이외에도 인간은 암이 발병하면 자신 스스로 “왜 나에게”와 같은 질문의 답을 구하고자 한다. 인간은 원인의 규명을 통하여 사건을 이해하고 미래를 예측하며 이에 대한 대비책을 세우기 때문에 (Kelley, 1971), 규명된 사건의 원인은 우리가 앞으로 어떤 행동을 어떻게 할 것인가를 결정하는 중요한 원인이 된다. 그러나 같은 사건일지라도 그것을 일으킨 원인이 무엇이나에 대한 생각은 인간마다 다를 수 있기 때문에 앞으로의 행동은 객관적인 원인보다는 자기 나름대로 판단한 원인 즉 지각된 원인에 의하여 좌우된다.

많은 암환자들은 암이라는 질병자체의 두려움, 가족원으로서의 책임감, 치료과정에서 겪는 어려움, 질병 예후

에 대한 부정적 생각 등으로 인하여 절망감과 비통감을 느끼게 된다. 암환자의 심리상태는 질환 그 자체 못지않게 중요하며 암의 임상적 경과 및 환자의 생존기간에 주요한 영향을 미치게 되고 신체적 통증과 함께 죽음에 직면하게 되리라는 예감, 가족에 의존하게 됨으로 오는 자존심 저하, 고립감 등으로 우울과 같은 격심한 정서상태의 변화를 겪게 된다. 이러한 암환자의 정서는 바람직한 자가간호수행을 저해하여 질병과 싸울 의지를 낮추고 결과적으로는 여러 가지 치료의 효과도 감소시켜 암이라는 질병상황에 적절한 대처를 하지 못하게 한다. 암환자의 대처와 적응에 크게 영향을 미치는 요인으로 질병에 대한 인지(정복레, 1991), 긍정적인 통증의 의미(은영, 1994) 및 원인지각(류은정, 1999) 등이 선행연구에서 밝혀진 바 있다. 또한 자기효능은 자신에게 위협을 주는 사건에 대처하고 적응하기 위해 필요한 행동을 수행할 수 있는 능력을 스스로 평가하는 역동적 과정으로, 암환자 가족이 경험하는 스트레스에 대처하고 극복할 수 있도록 해주는 중요한 내적 자원으로 작용할 수 있다. 그러므로 이들 요인들을 통해 암환자들의 부정적 정서를 완화시킬 필요가 있다.

따라서 본 연구는 죽음에 직면한 암환자의 상황 속에서도 현재의 건강상태를 최대한으로 유지시키고 삶의 질을 증진시킬 수 있는 방법을 모색하고자 가족 내 암환자의 발생과 같은 위협적 사건을 스트레스로 보고 암환자가 지각하는 암의 원인을 확인하고, 정서적 반응인 우울,

* 조교수, 건국대학교 의과대학 간호학과

중요한 내적 자원인 자기효능 및 적응을 위한 대처간의 관계를 검증해보고자 한다. 이를 위한 구체적 목적은 암 환자가 지각한 원인별 자기효능, 우울 및 대처의 정도를 파악하고 암환자의 자기효능, 우울 및 대처의 관계를 규명하는데 있다.

II. 문헌 고찰

1. 암환자가 지각한 원인, 자기효능과 우울

암환자는 자신의 병의 원인에 대해 다양한 생각을 가지게 된다. 간호사는 환자들이 이렇게 지각한 원인과 정서상태의 관계를 규명함으로써 암환자들이 보다 나은 삶을 영위할 수 있도록 도울 수 있다.

어떠한 행동이나 사건의 원인과 결과에 대하여 이해하고자 하고 더 나아가 그러한 현상 속에서 어떠한 법칙성을 끌어내어 앞으로 일어날 수 있는 행동이나 상황에 대하여 보다 잘 예측하고자 하는 것은 인간의 기본동기라 할 수 있다(이원영, 1987). 이렇게 사람들이 어떠한 행동을 하는 것을 보고, 혹은 자신이 처해 있는 상황에 있어서 그 행동이나 상황의 진실한 원인이 어디에 있는지를 추론하는 과정을 귀인(attribution)이라고 하며, 이것은 원인지각, 탓, 원인귀속과 같은 의미로 사용된다(이수원 외, 1987). 원인지각은 사회지각, 자기지각 및 심리학적 인식론의 질문을 평가하는 한 방법으로(Frieze & Bar-Tal, 1979; Kelly, 1973), Kelly(1973)는 사람들이 “왜”라고 시작하는 질문에 어떻게 대답하는지를 설명하는 것으로 원인지각 이론을 기술하였다.

유방암, 폐암, 결장직장암 환자를 대상으로 질병의 의미를 물었을 때 전형적인 반응은 암의 원인과 관련된 것이었다. 암에 대한 원인지각은 우연, 신의 의지, 유전, 성격, 과거행위, 운명, 삶의 양식, 별, 개인적-정서적 요인들로 나타났으며, 특히 유방암의 경우는 식사, 스트레스, 암 소인, 유방 구타, 폐암의 경우는 흡연, 잘 모름, 석면, 공기오염, 유독가스로 나타났다(Taylor, 1993). 우리 나라 사람들은 암의 원인과 관련하여 전통문화 및 신앙과 관련된 원인지각, 절대자에 대한 원인지각, 자신과 타인 등에 대한 원인지각, 유전적·퇴행적 원인지각, “원망과 탓이 없다, 자신과의 싸움이다”라는 진술로써 누구에게도 탓하지 않으면서 자신의 병을 이기려는 의지 등 다섯 가지 유형의 원인 요소를 가진다(김분한, 1991). 이는 우리 나라 암환자들의 민족문화적 배경이

인과적 설명에 중요한 영향을 미치고 있음을 보여주고 있다. 직장암을 진단받고 장기생존하고 있는 환자들은 암의 원인을 인과적 속성, 책임속성에서의 특성적인 자기비난과 행동적인 자기비난 등으로 지각했으며, 이들은 책임의 속성영역인 행동적인 자기비난의 원인지각이 조절이 가능한 것이지만 특성적인 자기비난은 조절이 불가능하다고 하였다(김명숙, 1996).

Lavery와 Clarke(1996)는 244명의 유방암 환자를 편의표본으로 선정된 후 후향적 설문조사 연구에서 유방암 환자들의 원인지각 유형과 대처전략에 대한 유형들의 영향을 연구하였다. 그들의 연구에서 유방암 환자들의 원인지각 유형을 세 가지 차원으로 나누었는데, 통제할 수 없는 환경으로 암의 원인지각을 한 환자들은 통제할 수 있는 환경으로 원인지각을 한 환자들보다 정보추구 대처행위가 더 적극적이었다.

자기효능 개념이 건강행위와 관련된 국내 문헌에 제시되기 시작한 것은 1992년으로써(구미옥 외, 1994), 자기효능은 대상자의 건강행위변화와 치료이행에 유의한 예측인자로 보고되고 있다. 자기효능이란 ‘개인이 어떤 결과를 산출하기 위해 요구되는 행동을 성공적으로 수행할 수 있다는 신념’(Bandura, 1977, 1981, 1987)으로서 주어진 상황을 처리하기 위해 개인이 갖는 인지적 자원이나 동기 혹은 다양한 행동과정들을 동원할 수 있다는 자신의 능력에 대한 판단 및 신념을 말한다. 자기효능과 대처행위와의 관계를 연구하였는데 보다 높은 자기효능이 문제중심 대처와 관계가 있으며 보다 낮은 자기효능은 정서중심 대처와 관계가 있다고 보고된 바 있다(Chwalisz, Altmair, & Russell, 1992).

암환자의 경우 암의 진단과 함께 이를 곧 죽음으로 생각하고 공포에 사로잡히는 경우가 많으며, 여러 가지 가족·사회·경제적 문제로 힘들어하고 심리적 타격으로 인해 올바른 해결방향을 찾기보다는 비관적인 관점에서 우울과 함께 자포자기하거나 병의 심각함을 부정하며 적절한 치료를 거부하게 된다. 특히 자신의 행동조절 능력에 회의를 갖는 사람은 효능기대가 높은 사람보다 행동을 쉽게 중단하며, 스트레스와 우울, 학습된 무력감을 경험하게 되고 자기효능이 높으면 어떤 결과발생을 통제할 수 있는 자신의 능력을 높게 판단하게 된다.

우울은 흔히 일상생활에서의 슬픈 감정 상태와 심한 정신병적 상태를 양극으로 하는 하나의 연속선상에서 설명되는 것(Lazarus, 1976)으로써 죽음을 생각하고 싶거나 죽고 싶은 욕망, 무력감과 죄의식, 사고와 집중력

감퇴, 피로감, 식욕감퇴, 체중감소, 성욕감퇴, 수면장애, 정신운동의 변화를 가져오는 정서장애이다(Swanson, 1982). 우울의 분류를 시도하는 연구자들은 신경증적-정신병적, 반동적-내인적, 일차적-이차적, 단극적-양극적 등으로 구분하고 있다(김정희, 1987). 이 가운데 어떤 외적 사건에 대한 반응으로 일어나는 반응성 우울은 전체 우울증의 거의 75%를 차지하는 가장 널리 알려진 우울증으로서 암환자의 질병이나 치료과정에서 나타날 수 있는 우울은 대부분 이 부류에 속한다(서순림, 박영숙, 박점희, 1994).

심리적 적응과 스트레스에 관한 연구들을 보면 우울이 스트레스에 대한 결과로써 가장 보편적인 반응이라는데 의견을 같이 하고 있다(Silver & Wortman, 1980). 그리고 스트레스와 심리적 적응/부적응간의 관계를 보다 잘 이해하기 위해서는 개인적 특성 그리고/또는 사회환경과 같은 다양한 변인들의 매개 가능성이 고려되어야 한다(Billings & Moos, 1981). 이들 중 스트레스와 우울을 매개하는 변인으로 부정적 자기인지(Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Hamman, 1985; Kuiper, Olinger, MacDonald & Shaw, 1985; Shaw, 1982), 원인지각(Abramson, Garber & Seligman, 1980), 통제 의 소재에 대한 일반화된 기대(Lefcourt, Miller, Ware & Sherk, 1981) 등의 인지적 특성과 사회적 기대(Aneshender & Stone, 1982; Kaplan, Robbins & Martin, 1983)와 같은 심리-사회적 요인 및 스트레스에 대한 평가와 대처양식(Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Launier, 1978) 등이 주로 다루어지고 있다. 그리고 우울의 인지 이론가들이 주장하는 부정적 자기 인지가 우울의 전조가 된다고 볼 때, 이 자기에 대한 인지/지각은 심리적 차원으로서의 자기에 대한 평가라고 할 수 있다.

암환자를 대상으로 한 선행연구를 보면, 최소한 입원한 암환자의 25%는 우울이나 우울한 기분으로 적응장애를 가진다고 하였다(Massie & Holland, 1990). 이는 우울 진단을 내리지는 않더라도 암환자들의 대부분이 우울한 기분으로 인해 적응장애를 가지기 쉽다는 것을 의미한다.

일반적으로 암환자의 우울을 측정하는 도구로는 Zung의 우울척도, Beck의 BDI, MMPI 및 HAD가 사용되고 있는데, 실제로 1980년부터 1998년까지 국내의 암 관련 연구에서 분석한 우울 척도는 Zung이 10편, BDI가 3편, HAD가 1편(최선헌 외, 1998) 그리고 MMPI의 우울문항이 1편(하혜경, 1982)이었다. 우울과 같이

연구된 관련 개념으로는 가족지지, 통증, 인구사회학적 특성, 사회적지지, 신체상, 불확실성 등이었으나(최선헌 외, 1998), 암환자에게 있어서 자기효능과 우울을 이용한 고찰은 부족하였다.

선행연구들의 고찰을 통해, 자기효능이 인지활동이나 건강행위를 하려는 노력에 중요한 변수임을 알 수 있었고 자기효능에 따라서 건강행위의 성공여부가 달라질 수 있으므로 스트레스에 대한 결과로써 가장 보편적인 반응인 우울과의 관계를 확인하여 보는 것이 중요할 것이다.

2. 암환자의 대처

Lazarus와 그의 동료들은 전통적인 대처개념보다는 상호거래적 대처모형을 제시하고 있다. Lazarus와 Launier(1978)는 전통적인 대처연구들이 지니고 있는 문제점으로 1) 대처형태의 구조적 요인에 초점을 맞추어 실제로 스트레스를 경험할 때 일어나는 대처과정보다는 안정성이나 일관성에 관심을 두었다는 것, 2) 생활스트레스의 원인은 장기적이고 변화하는 것이므로, 대처는 이에 따라 변화하는 여러 행동유형으로 나타날 수 있는데, 이를 단순한 단일개념으로 설명하려 하고 있다는 점, 3) 실제로 일어나는 대처활동보다 더 좁은 범위의 활동에만 관심을 두어서 주로 방어적 과정에만 초점이 맞추어져 왔다는 점, 4) 방어기제에 관한 선입견 때문에 효과성이나 성장보다는 대처의 실패나 정신병리에 더 관심이 두어진 점을 들고 있다.

Lazarus와 Launier(1978)는 개인이 어떤 상황에 놓였을 때 그것이 스트레스라는 평가를 하게 되면, 이는 대처노력을 하게 하여 삶과 환경 그 자체를 바꾸게 하거나(문제중심 대처), 정서적 고통을 조정하여 삶과 환경의 관계에 변화를 가져오게 한다(정서중심 대처)고 보았다. Folkman과 Lazarus(1980)는 이 이론에 근거하여 대처방식척도(the Ways of Coping Checklist)를 개발하여, 100명의 중년층 남, 녀를 대상으로 이들이 일상생활의 스트레스에 대처하는 방식을 연구하였고, 일반인과 만성질환자에게 적용한 결과 신뢰성이 인정되어 만성질환자에게도 적용이 가능한 것으로 보고되었다. 즉 대학 신입생의 스트레스 경험을 측정하기 위하여 대처방식척도(the Way of Coping Checklist)를 요인분석과정을 거쳐 4개의 요인으로 나눈 후 문제중심 대처와 사회적 지지추구요인을 합하여 적극적 대처로, 정서중심 대처와 소망적 사고요인을 묶어서 소극적 대처로 나누어 결과를

분석하였고(김정희, 1987), 항암치료 환자에게 시행한 자가간호교육과 자원동원성 수준이 대처행위에 미치는 효과 연구에서 문제중심 전략과 사회적 지지추구를 적극적인 대처로 정의하여 이를 검증하였다(서순림, 1996). 또한 부인과 암진단초기 환자 231명을 대상으로 한 연구에서도 두 개의 요인 즉 문제중심대처와 정서중심대처를 확인되었다(Mishel & Sorenson, 1993).

이 밖에도 대처의 기능을 이해하기 위한 연구들은 대처유형을 두 가지 혹은 세 가지 차원으로 나누고 있다. Pearlin과 Schooler(1978)는 대처를 문제 지향적, 인지적, 정서적인 세 차원으로, Moos와 Billings(1982)는 노력의 유형에 따라 문제해결 대처와 정서방출 대처의 두 차원으로, Brown과 Health(1984)는 회피와 비회피적 대처의 두 차원으로, Parkes(1986)는 직접적 대처, 억압적 대처와 일반적 대처로 나누었다.

이렇듯 대처를 여러 가지의 하위범주로 분류하려는 노력은 특정행동이 스트레스 상황에서 어떤 기능을 하는지를 이해하는데 도움이 되기도 하지만, 연구자들이 대개 대처를 보다 단순한 유형으로 나누어 다루는 것을 선호하기 때문이다(Parker, 1984, 1986; Moos & Billings, 1982).

대처의 하위분류별 결과를 연구한 선행연구에서는 대처의 방법 중에서 문제중심 대처가 스트레스 완화에는 더 효과적이라는 결과가 일관성 있게 보고하고 있는데(Tyc, Mulhern, Jayawardence, & Fairclough, 1995), Lazarus와 Folkman(1984)은 어떤 대처전략이 다른 대처전략보다 본래부터 더 좋거나 나쁜 것으로 볼 수는 없다고 하면서, 적응에는 다양한 대처방식이 모두 기여하고 있음을 강조하였다. Parkes(1986)도 대처전략의 좋고 나쁨은 주어진 상황에서의 그 전략의 효과와 장기적인 효과에 의해서만 결정된다고 하였다.

따라서 암환자들이 투병과정에서 경험하는 스트레스를 극복하기 위하여 사용되는 대처방법을 파악하는 것은 바람직한 적응과정으로 환자를 전환시킬 수 있는 자료가 될 것이다. 간호의 중재방향은 암이라는 자극을 조정하기보다는 적응을 촉진시키거나 저해시키는 요인을 제거하거나 감소시키는 것이 간호중재의 중요한 관건이다.

III. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 암환자가 우울, 자기효능 및 대처 간의 관계를 확인하는 서술적 상관관계 연구이다. 자료수집은 서울 소재 6개 종합병원의 내과 외래, 치료방사선과, 혈액종양내과 외래에서 연구자와 연구보조원 1명이 함께 자료수집을 하였다. 암의 원인에 관한 내용은 내과 전문의1인과 수련의 2인의 견해와 문헌들을 참고로 11개를 선정하였으며 가장 관계가 있는 것을 선정하도록 하였다. 설문 도중 대상자들이 어려움을 나타내면 즉시 연구자와 연구보조원이 설명을 하였고, 원인지각 측정도구의 경우 어려움이 많아 정확한 자료수집을 위해 대상자의 이해를 돕기 위해 수집하기 전에 설명을 미리 해주었다. 질문지 완성 소요시간은 일인당 대략 20~30분이었다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 전문의로부터 암진단을 받은 환자로서 본인 스스로가 진단명을 정확히 알고 있으면서 약물요법이나 방사선 치료를 적어도 한 번 이상 받은 사람들로, 의식이 명료하고 연구목적에 이해하고 참여할 것을 동의한 사람들로 하되, 이상의 대상자 중 치료단계에서 극도로 쇠약하거나 전이로 인한 합병증이 심각한 증환자는 제외하였다. 따라서 이 기준을 근거로 대상자는 서울 소재 6개의 종합병원에서 편의추출하였다. 총 208 명으로부터 자료를 수집하였으나 부적합한 자료를 제외한 194명의 자료로 최종 분석하였다.

3. 연구도구

1) 자기효능

암환자의 구체적 자기효능과 일반적 자기효능을 측정하였다. 오복자(1994)가 위암환자를 대상으로 구체적 자기효능을 측정하기 위해 사용한 도구를 사용하였다. 문항자체가 특정 암환자를 대상으로 구분되어 있지 않았기 때문에 간호학 교수와 상의를 통해 수정하지 않고 그대로 사용하였다. 이 도구는 9개 문항으로 각 문항에 대한 자기효능의 정도를 선행연구에서 사용한 방법대로 최저 10점에서 최고 100점의 범위를 가지며 점수가 높을수록 자기효능이 높음을 의미한다. 일반적 자기효능은 Shere와 Maddux(1982)가 일반적 상황에서 자기효능을 측정하고자 개발한 도구를 사용하였다. 대처측정도구와 유사한 문항과 암환자에 맞지 않는 문항을 고려하여 개발당시 17개 문항이었던 도구를 본 연구에서는 10개

문항만을 사용하였다. 본 연구에서 구체적 자기효능과 일반적 자기 효능을 구별하지 않고 사용하였으며 전체 자기효능의 도구 신뢰도는 $\alpha=0.92$ 이었다.

2) 우울

우울이 스트레스에 대한 가장 보편적 반응이라는 의견 (Silver & Wortman, 1980)을 바탕으로 Zung의 Self-rating Depression Scale을 번역하여 측정하였다. 국내의 선행연구들에서 암환자의 우울을 측정하는 도구로는 Zung의 우울척도, Beck의 BDI, MMPI 및 HAD가 사용되고 있는데, 실제로 1980년부터 1998년까지 국내의 암관련 연구에서 분석한 우울 척도는 Zung이 10편, BDI가 3편, HAD가 1편(최선희 외, 1998)으로 Zung의 우울척도가 가장 많이 사용되고 있어 비교연구에서 가장 적절하다고 판단하여 본 도구를 선정하였다. 우울은 기분이 저조하고 울적한 상태를 말하며, Zung의 우울척도는 점수가 높을수록 우울이 심한 것을 나타낸다. 본 연구에서 우울 도구의 신뢰도는 $\alpha=0.81$ 이었다.

3) 대처

대처행위를 확인하기 위해서 Lazarus와 Folkman (1984)이 개발한 the Way of Coping Checklist를 번역하여 총 61개의 항목 중 신뢰도 검사에서 α 값이 낮은 항목과 간호학 교수 1인의 자문을 얻어 50문항만을 사용하였다. 각 문항은 '전혀 그렇지 않다'의 1점에서 '항상 그렇게 한다'의 4점으로 표시하며 점수가 높을수록 대처 행위를 잘하는 것을 의미한다. 대처 행위의 하위영역은 문제중심 대처와 정서중심 대처로 나뉜다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 $\alpha=0.93$ 이었다.

4. 자료분석

SPSS WIN 9.0 프로그램을 이용하여 대상자의 특성 및 연구변수에 대한 서술적인 특성을 분석하고, 대상자의 일반적 특성과 암환자가 지각한 원인별 자기효능, 우울 및 대처의 정도는 기술적 통계방법을 통하여 기술하였다. 각 변수들의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 검증하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 특성

대상자의 연령은 46세 이상이 49.5%로 가장 많고 25세 이하가 4.6%로 작았다. 성별은 남녀가 96명과 98명으로 거의 동일하게 선정되었으며 결혼상태는 기혼이 83.0%로 가장 많았는데, 암진단후 직장을 그만둔 상태인 대상자가 많았으며 여성의 경우 학생의 경우를 제외하고는 거의가 주부였다. 교육정도는 고졸이 41.2%, 대졸 이상이 33.0%로 많았으며, 종교는 기독교와 불교가 34.0%와 30.9%로 많았다. 본인의 월수입은 대상자가 주로 암진단 후 직장을 그만둔 사례가 많아 현재 무직인 경우가 56.7%이며 월수입이 없는 경우가 52.1%이었으며, 배우자의 월수입도 없는 경우가 50.5%이었다. 진단을 받은 후의 질병기간이 평균 13.16(± 20.0)개월이었으나 개인별 편차가 컸다. 그리고 암환자가 지각하는 암의 원인은 스트레스가 42.3%로 가장 많고 운동부족이

<표 1> 일반적 특성 (n=194)

변수	항목	빈도	%
연령	25세 이하	9	4.6
	26 - 45세	89	45.9
	46세 이상	96	49.5
성별	여자	96	49.5
	남자	98	50.5
결혼상태	기혼	161	83.0
	기타	7	3.6
교육정도	국졸	25	12.9
	중졸	25	12.9
	고졸	80	41.2
	대졸 이상	64	33.0
	기독교	66	34.0
종교	천주교	27	13.9
	불교	60	30.9
	기타	41	21.1
본인 월수입	없음	101	52.1
	100만원 이하	29	14.9
	101만원 - 200만원	41	21.3
배우자 월수입	201만원 이상	23	11.9
	없음	98	50.5
	100만원 이하	31	16.0
	101만원 - 200만원	39	20.1
	201만원 이상	26	13.4
직업	무직	110	56.7
	대학생	6	3.1
	농업/노무직	15	7.7
	자영업/서비스	25	12.9
	사무직/기술직	32	16.5
전문직/고급 관리	전문직/고급 관리	6	3.1
	유병기간	13.16 ± 20.0 *	

* 평균 \pm 표준편차

3.1%로 가장 적었다<표 1>.

2. 원인지각에 따른 자기효능, 우울, 및 대처

암환자가 지각한 원인과 우울(F=2.79, p=.039) 그리고 대처 전체(F=2.78, p=.048)는 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으나 자기효능, 문제중심 대처, 및 정서중심 대처는 유의하지 않은 것으로 나타났다<표 2>.

암환자가 지각한 원인별 자기효능 점수는 유전/가족이 가장 높았으며(76.6±21.5) 운동부족이 가장 낮았다(66.7±18.8). 우울점수는 암의 원인이 흡연이라고 지각한 대상자가 가장 우울한 것으로 나타났고(46.2±9.7), 운동부족이라고 지각한 대상자가 가장 우울하지 않은 것으로 나타났다(37.5±4.4). 암환자의 대처는 문제중심 대처의 경우 유전/가족(2.92±0.90)이 가장 높았으며 운동부족(2.17±0.98)이 가장 낮았다. 정서중심 대처는 성격(3.08±0.79)이 가장 높았으며 운동부족

(2.00±1.26)이 가장 낮았다. 전체 대처점수는 성격(2.95±0.62)이 가장 높았으며 마찬가지로 운동부족(2.08±1.02)이 가장 낮았다.

원인지각과 각 변수들간의 유의한 결과를 보인 우울과 대처전체를 ANOVA 분석후 LSD로 사후검정한 결과 우울에서는 운동부족이라고 지각한 군이 흡연, 스트레스, 파로, 유전/가족 군과 차이가 있는 것으로 나타났다. 그리고 대처 전체 변수는 잘못된 식습관이라고 지각한 군이 흡연, 운동부족, 및 운명이라고 지각한 군과 차이가 있었고, 운동부족을 지각한 군에서는 유전/가족, 성격 군과, 스트레스라고 지각한 군은 운명이라고 지각한 군과 유전/가족이라고 지각한 군에서는 흡연, 운명이라고 지각한 군과 차이가 있는 것으로 밝혀졌다<표 2>.

3. 각 변수들의 상관관계

암환자의 자기효능이 우울과 유의한 음의 관계를 보여

<표 2> 암환자가 지각한 암의 원인별 자기효능, 우울, 문제중심대처 및 정서중심대처 (n=194)

특성	빈도(%)	자기효능		우울		문제중심 대처		정서중심 대처		대처 전체		F	p
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p		
스트레스	82(42.3)	72.7±20.8		44.3± 9.7	A	2.65±0.95		2.56±0.97		2.60±0.74			
운명	25(6.2)	70.0±19.2	.29 .96	43.5± 5.9	2.79 .039	2.32±1.03	.95 .47	2.24±1.05	1.59 .08	2.28±0.90		2.78	.048
파로	19(9.8)	73.2±24.3		45.4±10.8	A	2.42±0.90		2.53±0.96		2.47±0.73			
잘못된 식습관	16(8.2)	68.8±21.6		42.3± 6.8		2.63±1.02		2.75±0.81		2.75±0.81		A	
유전/가족	12(6.2)	76.6±21.5		45.7± 6.9	A	2.92±0.90		2.92±1.00		2.91±0.79		B	
성격	12(6.2)	73.3±17.2		43.1± 6.4		2.83±0.83		3.08±0.79		2.95±0.62		B	
흡연	12(6.2)	69.2±18.8		46.2± 9.7	A	2.25±1.14		2.20±1.01		2.20±1.01		A	
파음	10(5.2)	68.0±22.5		42.6± 6.7		2.50±0.85		2.55±0.79		2.55±1.17		D	
운동부족	6(3.1)	66.7±23.4		37.5± 4.4	A	2.17±0.98		2.00±1.26		2.08±1.02		A	
전체	194(100)	71.7±20.1		43.9± 8.6		2.56±0.90		2.56±1.01		2.55±0.81		B	

<표 3> 각 변수들간의 상관관계

	자기효능	우울	문제 중심 대처	정서 중심 대처	대처
자기효능	1.000				
우울	-.301 (.000)	1.000			
문제 중심 대처	.195 (.006)	-.112 (.119)	1.000		
정서 중심 대처	.061 (.397)	.084 (.247)	.354 (.000)	1.000	
대처	.186 (.009)	-.108 (.135)	.712 (.000)	.521 (.000)	1.000

()= p값 (양측검증)

우울할수록 자기효능이 낮은 것으로 나타났고, 자기효능과 대처가 유의한 양의 상관관계를 보여 자기효능이 높을수록 대처를 잘하는 것으로 나타났다. 그리고 문제중심 대처가 정서중심 대처와 유의한 양의 상관관계를 보여 문제중심 대처를 잘할수록 정서중심 대처도 잘하는 것으로 나타났다. 우울과 대처는 음의 상관관계를 보였으나 유의한 결과를 보이지는 않았다<표 3>.

V. 논 의

암환자들은 자신의 질병의 원인을 어떻게 인지하는가에 따라 정서반응이 다르다. 즉 암이 발병하면 사람들은 이를 곧 죽음으로 생각하고 공포에 사로잡히는 경우가 많으며, 여러 가지 가족·사회·경제적 문제로 힘들어하고 심리적 타격으로 인해 올바른 해결방향을 찾기보다는 비관적인 관점에서 자포자기하거나 병의 심각함을 부정하며 적절한 치료를 거부하고 긴장을 줄이기 위해 음주·흡연 등 비과학적 행동을 하고 치료시기를 놓치는 경우가 많다. 반면에 같은 사건일지라도 그것을 일으킨 원인이 무엇이나에 대한 생각은 인간마다 다를 수 있기 때문에 앞으로의 행동은 객관적인 원인보다는 자기 나름대로 판단한 원인 즉 지각된 원인에 의하여 달라질 수도 있다.

본 연구의 대상자들은 암으로 진단을 받은 후 평균 13.16개월이 지난 상태로 퇴원 후 외래 진료를 받으면서 추후관리를 받고 있었다. 이들이 지각하는 암의 원인은 스트레스가 42.3%로 가장 많았고 운명이 12.9%로 두 번째로 많았다. 그리고 과로, 잘못된 식습관, 흡연, 유전, 성격 순으로 나타났다. 암에 대한 원인지각을 연구한 Taylor(1993)는 원인지각 내용이 우연, 신의 의지, 유전, 성격, 과거행위, 운명, 삶의 양식 별, 개인적-정서적 요인들로 구성되어 있으며 유방암의 경우 식습관과 스트레스가 가장 많으며, 폐암은 흡연과 환경문제가 가장 많이 지각된다고 제시하였다. Berckman과 Austin(1993)은 폐암 환자의 원인지각을 개방형 질문을 통해 조사하였는데, 폐암환자들은 폐암의 원인을 흡연, 공기오염과 화학물질, 스트레스, 유전의 순으로 응답하였고, 일반적 암의 원인은 신의 뜻, 대기오염, 식습관, 흡연과 스트레스 때문일 것으로 지각한다고 보고하였다. 이상과 같이 암의 원인에 대한 암환자의 지각은 개인차가 있으며 진단된 암의 종류별 차이 그리고 정보와 개인신념에 따라 달리 서술될 수 있다. 또한 이러한 연구자마다 암

의 원인지각의 차이는 진단후 측정시기와 대상자의 특성 차이로 볼 수 있는데, 본 연구에서도 진단별 암환자의 원인지각을 분류하지 못하였다는 점이 제한점이어서 추후 진단별 원인지각을 조사해볼 필요가 있다.

암환자가 지각한 원인별 자기효능은 유의한 결과를 보여주지 않았으나 유전/가족이 가장 높았으며(76.6±21.5) 운동부족이 가장 낮았다(66.7±18.8). 이는 유전/가족이 외적 소재인 반면, 운동부족은 내적 소재의 요인이기 때문에 자기효능이 높은 사람은 낮은 사람보다 성공을 내적인 요인으로 원인을 지각하는 경향을 보여준다(김성옥, 1994; Alden, 1986).

원인지각별 우울은 유의한 결과를 보여 선행연구의 결과를 지지하였다(김성옥, 1996; Teasdale, 1978)암의 원인이 흡연이라고 지각한 대상자가 가장 우울한 것으로 나타났다(46.2±9.7), 운동부족이라고 지각한 대상자가 가장 우울하지 않은 것으로 나타났다(37.5±4.4). 그리고 암환자의 우울 정도는 평균 43.9±8.6점으로, Zung의 우울 척도를 이용한 암환자의 우울범위가 평균 40-50점이고 30-40%가 우울을 나타내고 있는 것으로 보고된 선행연구와(박효경, 1986; 엄동춘, 1986; 태영숙, 1985) 유사한 정도의 우울 점수를 보였다.

Weiner(1985)는 동기와 정서가 대부분 원인지각에 의존하고 있음을 인식하고 원인지각을 인과의 소재, 안정성 및 통제성의 세 차원으로 나누었는데, 그의 가정에서 희망이나 우울은 안정성과 관련이 있다고 하였다. 김성옥(1996)의 테니스 경기에 참여한 대학생의 원인지각과 정서의 관계연구에서도 정서와 가장 관계가 깊은 것은 안정성과 통제성의 차원이라고 보고하였다. 그리고 Abramson, Seligman과 Teasdale(1978)은 부정적 사건과 관련하여 내적, 안정적 및 통제가 힘든 원인지각은 증가된 우울과 관련이 있다고 제시하였다. 이러한 제시들을 볼 때 본 연구에서 암환자들이 흡연과 운동부족에 따라 우울정도가 다른 것은 흡연의 경우 일반적으로 금연하기가 힘들고 습관화 되어 비교적 변화가 어려운 안정적 사건으로 분류되어 우울점수가 높은 반면에, 운동부족의 경우 통제가 가능하며 충분히 시행할 수 있는 변화가 가능한 불안정적 사건이기 때문에 그 우울정도가 감소되었다고 사료된다.

우울은 암환자와 다른 질병을 가진 대상자들의 삶의 질을 심각하게 빼앗는 주요한 건강문제이다(Hall & Wise, 1995). 암과 관련된 우울의 발병율은 급성과 만성적으로 증가하고 있으며 만성질환으로 입원한 환자들

에게 가장 높다(Evans et al., 1999; McDaniel, Musselman, Porter, Reed, & Nemeroff, 1995). 연구자들은 중앙 치료를 받는 환자들의 1/3에서 1/2이 암 관련 우울을 경험한다고 제안하고 있다(Leopold et al., 1998; McDaniel et al., 1995). 체장암, 구강암, 폐암, 유방암, 대장암, 부인과암, 및 소화기암을 가진 환자들이 암관련 우울이 나타날 가장 높은 위험에 처해있다(Evans et al., 1999; Leopold et al., 1998; McDaniel et al., 1995). 이들 환자들이 우울에 더 취약한 이유는 선행연구나 문헌에서 명확하게 밝혀지지 않았다.

암환자의 원인지각별 문제중심 대처와 정서중심 대처는 유의한 결과를 보이지 않았으나 대처 전체는 오히려 유의한 결과를 보였다. 이는 Lazarus와 Folkman(1984)이 이미 그들의 논문에서 밝혔듯이 문제중심대처와 정서중심대처 둘 중 하나만으로는 대처의 효과성을 판단하기가 어렵기 때문이라고 사료되며 추후 연구가 계속 이루어져야 할 것이다.

암환자의 대처는 문제중심 대처의 경우 유전/가족(2.92 ± 0.90)이 가장 높았으며 운동부족(2.17 ± 0.98)이 가장 낮았다. 정서중심 대처는 성격(3.08 ± 0.79)이 가장 높았으며 운동부족(2.00 ± 1.26)이 가장 낮았다. 전체 대처점수는 성격(2.95 ± 0.62)이 가장 높았으며 마찬가지로 운동부족(2.08 ± 1.02)이 가장 낮았다.

본 연구에서 자기효능, 우울 및 대처와의 상관관계는 자기효능이 우울과 유의한 음의 관계를 보여 우울할수록 자기효능이 낮은 것으로 나타났고, 자기효능과 대처가 유의한 양의 상관관계를 보여 자기효능이 높을수록 대처를 잘하는 것으로 나타나, 자기효능이 대처와 건강증진 행위에 긍정적인 관계가 있는 변수로 일관되게 예측되었던 선행연구들(Oh, 1993; 오복자, 1994; 김인자, 1997; 류은정, 1999)과 일치한다. 자기효능과 대처와의 관계를 밝힌 Chwalisz 등(1992)은 보다 높은 자기효능이 문제중심 대처와 관계가 있으며 보다 낮은 자기효능은 정서중심 대처와 관계가 있다고 보고하여 자기효능도 변화가능하며 행위를 증진시킨다고 보고하였다.

그리고 문제중심 대처가 정서중심 대처와 유의한 양의 상관관계를 보여 문제중심 대처를 잘할수록 정서중심 대처도 잘하는 것으로 나타났다. 우울과 대처는 음의 상관관계를 보였으나 유의한 결과를 보이지는 않았다. Lazarus와 Folkman(1984)은 어떤 대처전략이 다른 대처전략보다 본래부터 더 좋거나 나쁜 것으로 볼 수는

없다고 하면서, 적응에는 다양한 대처방식이 모두 기여하고 있음을 강조하였다. Parkes(1986)도 대처전략의 좋고 나쁨은 주어진 상황에서의 그 전략의 효과와 장기적인 효과에 의해서만 결정된다고 하였다. 예를 들면 어떤 문제를 효과적으로 다루지만, 큰 정서적 부담을 가지는 사람은 효과적으로 대처했다고 할 수 없다. 또한 정서를 성공적으로 조절하였지만 문제 자체를 제대로 다루지 못한 사람도 대처를 효과적으로 했다고 할 수 없다(Lazarus & Folkman, 1984). 이런 대처 형태는 문제중심 대처 노력을 방해하는 경향이 있으며, 장기적으로는 건강에 해를 끼쳐 우울정서를 증가시킨다(Aneshensel & Huba, 1983).

본 연구에서 우울과 대처간의 관계가 유의한 결과를 보이지 못한 것은 대처를 측정하는 도구가 스트레스 상황과 인지적 특성의 요인을 구분하지 않고 혼합되어 있어 이러한 문제로 측정에 어려움이 있어 이들 관계를 충분히 설명하지 못하기 때문이다(김정희, 1987).

VI. 결론 및 제언

본 연구는 외래에서 추후관리를 받고 있는 암환자들을 대상으로 암환자가 지각하는 암의 원인을 확인하고, 정서적 반응인 우울, 중요한 내적 자원인 자기효능 및 적응을 위한 대처간의 관계를 검증해보고자 하였다.

본 연구는 서울 소재 6개 종합병원에서 추후관리를 받고 있는 암환자 208명으로부터 자료를 수집하였으나 부적합한 자료를 제외한 194명의 자료로 최종 분석하였다. 연구도구는 10점 척도의 구체적 자기효능과 일반적 자기효능도구 17개 문항을 사용하였고 도구의 신뢰도는 0.92이었다. 우울도구는 Zung의 Self-rating Depression Scale을 번역하여 측정하였으며 도구의 신뢰도는 0.81이었다. 그리고 대처 도구는 Lazarus와 Folkman(1984)이 개발한 the Way of Coping Checklist를 번역하여 총 50문항을 사용하였다. 대처 행위의 하위영역은 문제중심 대처와 정서중심 대처로 나뉜다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 $\alpha=0.93$ 이었다. 수집된 자료는 SPSS WIN 9.0 프로그램을 이용하였다. 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

- 1) 암환자가 지각한 원인별 각 변수간의 차이는 우울과 대처전체만이 유의한 결과를 보였다. 암환자가 지각한 원인별 자기효능 점수는 유전/가족이 가장 높았으며(76.6 ± 21.5) 운동부족이 가장 낮았다($66.7 \pm$

18.8). 우울점수는 암의 원인이 흡연이라고 지각한 대상자가 가장 우울한 것으로 나타났고(46.2±9.7), 운동부족이라고 지각한 대상자가 가장 우울하지 않은 것으로 나타났다(37.5±4.4). 암환자의 대처는 원인 지각을 성격이라고 한 대상자가 가장 대처를 잘하는 것으로 나타났고(77.8±17.6), 흡연이라고 지각한 대상자가 대처를 잘하지 못하는 것으로 나타났(60.8±19.9).

- 2) 각 변수들간의 상관관계는 자기효능이 우울과 유의한 음의 관계를 보여 우울할수록 자기효능이 낮은 것으로 나타났고($r=-.301, p=.000$), 자기효능과 문제 중심 대처는 유의한 양의 상관관계를 보여 자기효능이 높을수록 문제중심 대처를 잘하는 것으로 나타났으나($r=.195, p=.006$), 정서중심 대처와는 유의한 관계를 보여주지 못하였다($r=.061, p=.397$). 그리고 문제중심 대처가 정서중심 대처와 유의한 양의 상관관계를 보여 문제중심 대처를 잘할수록 정서중심 대처도 잘하는 것으로 나타났(0.354, $p=.000$). 우울과 대처는 음의 상관관계를 보였으나 유의한 결과를 보이지는 않았다($r=-.108, p=.135$).

이상과 같이 본 연구에서는 암환자가 지각한 원인별 자기효능, 우울 및 대처의 점수가 달랐으며 자기효능, 우울 및 대처간의 관계도 우울과 대처와의 관계를 제외한 변수간의 유의한 결과를 보였다. 그러나 자기효능과 우울, 자기효능과 대처가 서로 유의한 관계가 있었으므로 우울과 대처 간에도 간접적으로 유의한 관계가 있으리라 생각된다. 따라서 암환자들의 인지요인과 정서적 측면의 간호를 효과적으로 제시할 수 있는 원인지각 변화 프로그램, 자기효능 증진 프로그램 및 우울 감소 프로그램과 같은 간호중재 개발이 필요하다고 생각한다.

참 고 문 헌

구미옥 (1992). 당뇨병환자의 자기간호 행위와 대사조절에 관한 구조모형. 서울대학교 간호학 박사학위논문.
 구미옥, 유재순, 권인각, 김혜원, 이은옥 (1994). 자기효능 이론이 적용된 건강행위 관련연구의 분석. 대한간호학회지, 24(2), 279-296.
 김명숙 (1996). 직장암 환자의 장기 생존경험 -5년 이상 생존자를 중심으로-. 중앙대학교 대학원 박사학위논문.
 김분한 (1991). 암환자의 원인지각에 관한 탐색적 연구

- Q방법론 적용. 한양대학교 대학원 석사학위논문.
 김분한, 전미영 (1994). 암환자의 원인지각과 정서반응과의 관련성. 성인간호학회지, 6(1), 58-69.
 김성옥 (1994). 자기효능감과 불안감의 중계변인으로서 귀인. 한국스포츠심리학회지, 5(1), 3-18.
 김성옥 (1996). 개인경기와 단체 경기의 승패에 따른 귀인과 정서적 경험. 한국 스포츠심리학회지, 7(1), 2-6.
 김인자 (1997). 류마티스 관절염 환자의 적응 예측모형 -Roy와 Lazarus와 Folkman 이론의 명제합성-. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
 김정희 (1987). 지각된 스트레스, 인지세트 및 대처방식의 우울에 대한 작용 - 대학신입생의 스트레스 경험을 중심으로- 서울대학교 대학원 박사학위논문.
 김정희 (1987). 지각된 스트레스, 인지세트 및 대처방식의 우울에 대한 작용 - 대학신입생의 스트레스 경험을 중심으로- 서울대학교 대학원 박사학위논문.
 류은정 (1999). 자기효능과 원인지각을 이용한 암환자의 대처효과성에 관한 이론적 구조모형. 중앙대학교 대학원 박사학위논문: 서울.
 박효경 (1986). 유방절제술 환자의 퇴원후 우울에 영향을 미치는 제 요인에 관한 연구. 부산대학교 석사학위논문.
 서순림 (1996). 항암치료환자에게 시행한 자기간호교육과 자원동원성 수준이 적극적 대처행위에 미치는 효과. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
 서순림, 박영숙, 박점희 (1994). 암환자의 우울과 불편감에 관한 연구. 성인간호학회지, 6(2), 287-298.
 엄동춘 (1986). 암환자의 불편감 치 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 탐색적 연구. 서울대학교 박사학위논문.
 오복자 (1994). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
 은 영 (1994). 만성통증 환자의 통증 경험. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
 이수원 외 (1987). 심리학-인간의 이해. 평민사, 서울.
 이원영 (1987). 매개원인의 존재와 원인책임, 비난의 귀인. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
 정복례 (1991). 유방암 환자의 적응과정에 관한 연구 - 정서적 경험을 중심으로. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
 최선혜, 남영화, 류은정, 백명화, 서동희, 서순림, 최귀

- 윤, 최경숙 (1998). 국내의 암관련 간호연구논문 분석. 대한간호학회지, 28(3), 786-800.
- 태영숙 (1985). 암환자가 지각한 사회적 지지와 우울과의 관계. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 통계청 (1998). 사망통계연보.
- 하혜경 (1982). 암환자의 불안과 우울에 관한 연구. 신경정신의학, 21(4), 665-673.
- Abramson, L., Seligman, M., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
- Abramson, L. Y, Garber, T., & Seligman, M. E. P. (1980). Learned helplessness: An attributional analysis. In J. Garber & M. E. P. Seligman(Eds.), Human helplessness: theory and applications(pp. 3-34). New York: Academic Press.
- Alden, L. (1986). Self-efficacy and causal attributions for social feedback. Journal of Research in Personality, 20, 460-473.
- Aneshensel, C. S. & Huba, G. J. (1983). Depression, alcohol use, and smoking over one year: A four-wave longitudinal causal model. Journal of Abnormal Psychology, 92, 134-150.
- Aneshensel, C. S., & Stone, J. D. (1982). Stress and depression: A test of the buffering model of social support. Achieves of General Psychiatry, 39, 1392-1396.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1981). Self-reference thought: a developmental analysis of self-efficacy. In J. H. Flavell & L.D. Ross(Eds.) Cognitive social development: frontiers and possible futures(pp. 200-239). New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1987). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health promoting behavior. In J. Madden, IV, S. Matthyse & J. Barchas(Eds.), Adaptation, learning and affect(pp.1-250) NY: Raven Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Berckman, K. L., & Austin, J. K. (1993). Causal attribution, perceived control, and adjustment in patients with lung cancer. Oncology Nursing Forum[Online Serial], 20(1). Available [Http://www.ons.org/onf/onf93/issues/vol20-01/23.html](http://www.ons.org/onf/onf93/issues/vol20-01/23.html).
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful events. Journal of Behavioral Medicine, 4, 139-157.
- Brown, S. D., & Health, L. (1984). Coping with critical life events: An integrative cognitive-behavioral model for reseach and practice. In S.D. Brown & R.W. Lent(Eds.), Handbook of counseling psychology(pp. 545-576). New York: John Wiley & Sons.
- Chwalisz, K., Altmaier, E. M., & Russell, D. W. (1992). Causal attributions, self-efficacy cognitions, and coping with stress. Journal of Social and Clinical Psychology, 11(4), 337-400.
- Evans, D. L, Staab, J. P., Petitto, J. M., Morrison, M. F., Szuba, M. P., Ward, H. E., Wingate, B., Luber, P., & O'Reardon, J. P. (1999). Depression in the medical setting: biopsychological interactions and treatment considerations. Journal of clinical psychiatry, 60(suppl. 4), 40-55.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior, 21, 219-239.
- Frieze, I., & Bar-Tal, D. (1979). Attribution theory: past and present. In I. Frieze, D. Bar-Tal, & J. Carrolo(Eds.), New approaches to social problems(pp. 1-20). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hall, R. C., & Wise, M. G. (1995). The clinical

- and financial burden of mood disorders: cost and outcome. Psychosomatics, 36(2), S11-S18.
- Hammen, C. L. (1985). Predicting depression: a cognitive-behavioral perspective. In P.C. Kendall(Ed.), Advances in cognitive-behavioral research and therapy(Vol. 4) (pp. 30-71). Orlando: Academic Press Inc.
- Kelly, H. H. (1971). Attributional in social interaction. General Learning Press, New York.
- Kelly, H. H. (1973). The processes of causal attribution. Amer. Psychol., 28, 107-128.
- Kuiper, N. A., Olinger, L. J., MacDonald, M. R., & Shaw, B. F. (1985). Self-schema processing of depressed and non depressed content: the effect of vulnerability to depression. Social Cognition, 3, 77-93.
- Lavery, J. F., & Clarke, V. A. (1996). Causal attributions, coping strategies, and adjustment to breast cancer. Cancer Nursing, 19(1), 20-28.
- Lazarus, R. S. (1976). Pattern of adjustment, New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal & Coping. Springer, New York.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L.A. Pervin & M. Lewis(Eds.). Perspectives in interactional psychology(pp. 287-327). New York: Plenum.
- Lefcourt, H. M., Miller, R. S., Ware, E. E., & Sherk, D. (1981). Locus of control as a modifier of the relationship between stressors and moods. Journal of Personality and Social Psychology, 41, 357-389.
- Leopold, K. A., Ahles, T. A., Walch, S., Amdur, R. J., Mott, L. A., Weigand-Packard, L., & Oxman, T. E. (1998). Prevalence of mood disorders and utility of th PRIME-MD in patients undergoing radiation therapy. International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, 42, 1105-1112.
- Massie, M. J., & Holland, J. C. (1990). Depression and cancer patient, Journal of Clinical Psychiatry, 51, suppl., 12-17.
- McDaniel, J. S., Musselman, D. L., Porter, M. R., Reed, D. A., & Nemeroff, C. B. (1995). Depression in patient with cancer: diagnosis, biology and treatment. Archives of General Psychiatry, 52, 89-99.
- Mishel & Sorenson (1993). Revision ways of coping checklist from clinical population. Western Journal of Nursing Research, 15(1), 59-76.
- Moos, R. H., & Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger & S. Breznitz(Eds.) Handbook of stress: theoretical and clinical aspects(pp. 212-230). New York: Free Press.
- Oh, Hyun Soo (1993). Health promoting behaviors and quality of life of korean women with arthritis. The University of Texas at Austin, Doctoral dissertation.
- Parke, K. R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 693-697.
- Parke, K. R. (1986). Coping in stressful episodes: the role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 1277-1292.
- Pearlin, L., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19(1), 2-21.
- Shaw, B. F. (1982). Stress and depression: a cognitive perspective. In R.W.J. Newfeld (Ed.), Psychological stress and psychopathology(pp. 125-148). New York: McGraw-Hill.
- Shere, M., & Maddux, J. E. (1982). The self efficacy scale: Construction & validation.

Psychological Reports, 51, 663-671.

- Silver, R. L., & Wortman, C. B. (1980). Coping with undesirable life events. In J. Garber & M.E.P. Seligman(Ed.), Human helplessness: theory and applications. New York: Academic Press.
- Swanson, A. R. (1982). Comprehensive psychiatric nursing-Depression. 2nd Ed., McGraw Hill Book Co.
- Taylor, E. J. (1993). The Search for Meaning among Persons Living with Recurrent Cancer. Dissertation Abstracts International 53108B, 4036-4037.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. Psychological Review, 92(4), 548-573.
- Zung, W. W. K. (1965). A self rating depression scale, Archives of General Psychiatry, 12, 63-70.

- Abstract -

Key concept : Depression, Self-efficacy, Coping

Depression, Self-efficacy and Coping in Patients with Cancer

*Ryu, Eun-Jung**

The relationships among self efficacy, depression and coping with cancer were

examined in 194 outpatients who had received a diagnosis of cancer. The sample for this descriptive correlational study consisted of people who were at least 19 years old and had been treated for cancer at 6 hospital in Seoul. Data were collected using a self-report questionnaire.

The results of this study are as follows:

1. People who attributed cancer to heredity/family showed the highest mean score of self efficacy. People who attributed cancer to smoking showed the highest mean score of depression. and coping.
2. There were significant differences between causal attribution and depression and between causal attribution and coping.
3. There was a negative correlation between self-efficacy and depression($r=-.301$, $p=.000$), whereas there was a positive correlation between self-efficacy and coping ($r=.195$, $0=.006$).

Finally, it is evident that identifying clear perceived causes, self-efficacy, depression and coping in patients with cancer continues to challenge researchers. Based upon this study, it is recommended that future research have a longitudinal design that allows for the identification of changes in perception, emotion and coping and, possibly, different relationships over time.

* Assistant Professor, Department of Nursing Science, Konkuk University