대한예방한의학회지 제21권 제1호(2017년 4월)
Journal of Society of Preventive Korean Medicine 2017 ; 21(1) : 107-119

# 암환자의 통합의학 치료경험
## - 근거이론을 중심으로 -

문준석[1] · 신헌태[2]*
[1] 나주 효사랑 요양병원, [2] 동신대학교 한의학과 예방의학교실

# Integrated medical treatment experience of cancer patients
## -grounded theory around-

Joon Seok Moon[1] & Shin Heon Tae[2]*
[1] Hyo sarang hospital in Naju
[2] Korean traditional medical department, Dongshin University

### Abstract

**Purpose** : Recently, cancer has become a chronic disease that requires supervision because of early diagnosis and the development of therapeutic technology. As a result, cancer patients are interested in improving the quality of their lives besides the treatment of cancer itself. Therefore, it is necessary to conduct a qualitative research to understand the vivid experiences of cancer patients and structure their treatment experience. Among qualitative researches, grounded theory is developed based on the data collected in the field. The grounded theory research method is easy to analyze for the process and structure of the treatment experience. Therefore, the purpose of this study is to provide basic data on the integrated medical experience of cancer patients

**Methods** : Participants were conveniently selected, and the criteria for selection were for those who had more than 1 month of hospitalization so that they could dictate their situation and experience in a meaningful manner. Data was collected through in-depth interviews and continued until the data were saturated through theoretical sensitivity and continuous comparison methods. The collected data were analyzed through the process of open-coding, axial coding, and selection coding, which are the research methods of grounded theory.

**Results** : Cancer patients differ in their path, purpose, and attitudes depending on their respective situations and the internal and external resources of individuals. There is also a difference in the perception of their situation among the cancer patients and their families. Cancer patients were shown to recognize and cope with problems in the integrated medical treatment process, and have been classified into 6 different types after the results. Cancer patients showed positive changes in terms of physical, emotional, and lifestyle after their integrated medical treatment. Cancer patients perceived the integrated medical treatment process as a horizontal relationship structure and with diversity.

**Conclusions** : The experience of integrated medical treatment of cancer patients is a process of rehabilitation

• 접수 : 2017년 3월 25일 • 수정접수 : 2017년 4월 18일 • 채택 : 2017년 4월 25일
*교신저자 : Shin Heon Tae, Korean traditional medical department, Dongshin University 185 GeonJae-Ro, Naju, Jeonnam Korea
전화 : 82-61-330-3528, 팩스 : 82-61-330-3519, 전자우편 : goodomd@naver.com

that heals the body and restores life within the interaction of support system, contextual situation, and internal resources of the individual. Despite this, there is a need not only for the efforts of integrated medical service providers but also institutional support in the future with regards to the current weaknesses and points for improvement. In addition, there is a need for an objective criterion to measure the outcome of integrated medicine for the standardization of integrated medical services.

**Key words** : Cancer patients, integrative medicine, grounded theory, qualitative research

## I. 서 론

최근 우리나라의 암 발생은 2014년에 10만 명당 289.1명이며[1] 성인 사망 원인 중 1위로 2014년에 10만 명당 150.9명이 사망하는 것으로 나타났다.[2] 한편 조기진단과 치료기술의 발전은 암환자의 5년 생존율을 69.4%로 높이고 있고, 이는 암환자 3명 중 2명 이상이 최초 진단 후 5년 이상 생존하는 것으로 장기간 생존하는 환자 역시 증가하고 있는 상황이다.[3] 장기간 생존하는 암 환자수가 증가하는 이와 같은 상황은 암이 생명을 위협하는 질환일 뿐만 아니라 장기간 관리가 필요한 만성질환으로 전환되었음을 의미하는 것이다. 따라서 치료 과정과 평가에서도 종양의 크기나 생명의 연장 뿐 아니라 암의 진행속도를 늦추고 증상을 조절하며 삶의 질을 향상시키는 만성질환으로의 접근이 필요하다.[4] 왜냐하면 삶의 질 향상은 신체적・정서적・사회적・영적 안녕으로 이어지고 장기간 생존하는 암환자의 삶에 대한 만족도 뿐 아니라 치료 순응도에 영향을 미치게 되어 암의 예후에 있어 긍정적 영향을 끼치기 때문이다.[5]

하지만 암환자들은 진단과 치료과정에서 암 관련 증상 및 치료의 부작용으로 통증, 피로, 식욕부진, 배변장애, 수면장애 등 신체적 고통을 경험하며[6] 불확실성으로 인한 불안, 질병의 예후와 죽음에 대한 두려움, 우울 등 정서적 고통 역시 심하게 겪게 된다.[7] 뿐만 아니라 진단부터 죽음을 연상시키는 신체 질환으로 인해 삶의 의미와 희망에 대해 고민하게 되며[8] 자신의 사회적 역할에 대한 걱정과 경제적 고민, 대인관계의 변화로 인해 고통 받게 된다.[9] 이처럼 암환자들은 갑작스러운 삶의 위기로 인해 신체적・정서적・사회적・영적으로 안녕하지 못하며 이에 현실에 적응하고 문제를 대처하기 위해서 다양한 요구를 하고 있다.[10] 그럼에도 불구하고 기존 제도권 의학은 행위별 낮은 수가 정책과 경제성 측면에 집중된 의료체계로 인해 짧은 시간 내에 집약적인 치료를 받게 되는 의료 환경과 삶의 질에 대한 낮은 관심으로 암환자들의 다양한 요구를 충족시키지 못하고 있다.[11] 또한 암 치료중심의 의료체계에서는 암환자들의 삶의 질에 대한 관심이 정보와 교육에 관한 요구로 이어져 항암화학요법의 부작용 및 식이요법과 관련한 교육 지지와 치료가 끝난 추후 관리단계에서 무엇을 먹고 어떻게 운동해야 하는지에 대한 정보 요구[12]를 충족시켜주지 못하고 있다.

이와 같은 암환자들의 미충족 요구는 2001년 46.7%에서 2007년 75.6%[13]로 보완대체의학 이용률 증가로 이어지게 되었다. 하지만 보완대체의학에 관한 연구들에서 지적하는 것처럼 체계적 관리의 필요성, 정립된 학문체계, 오남용과 부작용 방지를 위한 체계적 연구의 필요성, 체제의학의 보완대체의학에 대한 인식 개선 등의 한계점도 분명한 상황이다. 한편 통합의학이란 기존 제도권 의학뿐만 아니라 보완대체의학 및 다양한 의학적 세계관을 수용하는 의학을 말하는 것으로 기존 제도권 의학의 한계점과 보완대체의학의 문제점을 극복할 수 있는 학문체계라 할 수 있다. 또한 통합의학은 환자중심의 의학을 표방하며 전인치유를 목적으로 하는 만큼 환자의 삶의 질을 관리할 수 있는 의학체계이다.[14] 이에 암환자들은 건강증진과 질병치료를 위해 통합의학에 대한 높은 관심을 가지고 있으며[15] 그 결과 통합의학 치료를 통해 투병의지가 강화되고 삶의 활력을 되찾게 되는 변화를 경험하거나[16] 특정 암을 중심으로 항암요법을 단독으로 받던 치료기간에 비해 통합 의학적 치료를 병행하는 기간에 증상이 호전되는 사례가 보고되고 있다.[17]

결론적으로 장기간 생존하는 암환자의 증가와 더불어 삶의 질에 대해 늘어나는 니즈(Needs)에 부합하기 위해서는 통합의학적 암 치료와 수요자 중심의 연구가 필요하다고 볼 수 있다. 그럼에도 불구하고 이와 관련된 연구로는 재발 전이 암 환자의 통합의학 치료경험[16],

유방암 환자의 통합의료서비스 이용 예측[15] 정도로 부족하며, 특정 암환자를 대상으로만 이루어지고 있다. 또한 수요자 중심의 연구로서 그들의 생생한 경험을 파악하고 이해하며 치료경험을 구조화 할 수 있는 질적 연구가 필요한 상황이다. 질적 연구 중에서도 특히 근거이론은 현장에서 수집한 자료에 근거하여 이론을 개발하는 것으로, 근거이론 연구방법은 치료경험에 대한 과정과 구조를 분석하기에 용이하다. 따라서 통합의학 치료를 표방하는 병원에 입원한 암 환자의 치료경험을 근거이론을 통해 파악하는 것은 암환자와 그들의 삶을 이해하고 적절한 의료적 도움을 모색하기 위한 중요한 전제로 보이며, 이와 관련한 연구를 통해 암환자의 통합의학 경험에 대한 기초 자료를 만들고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 참여자 선정 방법

근거이론에서 연구 참여자는 이론적 표본추출방법(theorematical sampling)을 비롯한 여러 방법으로 이론적으로 적합한 참여자를 선정하게 된다. 본 연구에서는 연구대상자와 병원이라는 특수성을 고려하여 임의추출방법(convenience sampling)을 사용하였다. 연구 참여자를 선정하는데 있어 최소 1개월 이상의 입원치료를 받는 환자 중에서 통합의학에 대한 풍부한 지식이나 경험이 있으며 그것에 대해 표현할 수 있는 사람을 기준으로 삼았으며 새로운 범주가 발견되지 않는 포화상태에 이를 때까지 자료수집 후 추가로 연구 참여자를 선정한 결과 총 10명이 연구에 참여하였고 분석 도중 한명이 제외되어 9명이 연구대상자가 되었다.

### 2. 병원 선정 기준

본 연구에서 면담이 수행되었던 병원은 통합의학적 암 치료를 표방하며 양의사와 한의사가 함께 근무하는 암 전문 요양병원이었다. 자료의 다양성을 위해 치료목적과 프로그램의 구성이 비슷한 2곳의 병원을 선정하였다. 이들 병원에서는 양의학 한의학적 치료이외에도 고주파 온열 암 치료, 파동 치료, 카본광선 치료, 효소찜질 요법, 산소치료 요법 등 다양한 치료프로그램과 식이, 정신건강, 운동요법과 자연치유와 같은 치유프로그램을 통해 암환자의 전인치유를 표방하였다.

### 3. 자료수집 방법

본 연구를 위해 연구 참여자들에 대한 심층면담내용, 통합치료와 관련된 문헌과 논문, 암환자의 치료 경험에 관한 문헌과 논문, 방송 및 보도자료, 저자가 작성한 현장노트와 메모로부터 연구의 자료를 수집하였다. 연구 참여자의 심층면담은 1:1로 진행되었으며 2016년 7월에 M병원의 5명의 환자를 면담하는 것으로 시작되었다. 시간 간격을 두고 S병원의 5명의 환자를 추가로 면담하였다. 면담은 비 구조화된 개방형 질문으로 진행되었으며 '이 병원의 생활은 어떠하세요? 라는 질문으로 시작하였다. 1차로 진행된 면담 내용을 분석하고 2차 설문지를 만들어 2차 심층 면담을 2016년 8월에 수행하였다. 최종적으로 궁금하거나 모호한 개념이 있으면 3차 설문을 진행할 참여자를 선정하고 전화인터뷰를 수행하였다. 면담 내용은 녹음기로 녹취되었으며 자료에 대한 필사는 질적 연구 수행 경험이 있는 연구원이 담당하였고 필사된 내용을 다시 저자가 녹음 내용을 듣고 비교하며 확인하는 과정을 거쳤다.

### 4. 자료분석 방법

근거이론에서 자료를 분석하는 방법은 Strauss와 Corbin[18]이 제시한 틀로 이루어진다. 자료분석은 개방코딩, 축코딩, 선택코딩을 포함하게 된다.

### 5. 연구의 타당성

근거이론연구의 타당성을 확보하는 것은 분석방법을 명확히 하며 연구과정이 어떻게 일반과학의 원리로 증명될 수 있는 사실들로 도출할 수 있는지 기술하는데 있다. 이에 본 연구는 Guba와 Lincoln[19]이 제시한 4가지 기준 사실적 가치(truth value), 적합성(applicability), 일관성(consistency), 중립성(neutrality)으로 타당성을 평가하였다.

'사실적 가치'란 연구가 실제를 얼마나 정확하게 나타냈는가 이다. 이에 저자는 원 자료를 수집하는데 있어 참여자가 자신의 경험과 의미를 방해 없이 온전히 끌어낼 수 있도록 저자에 대한 선입견이나 낯설음이 없게 친밀감을 쌓으려 노력하였다.

'적합성'이란 연구결과를 다른 독자들이 읽고 자신의 고유한 경험에 비추어 보았을 때 의미가 있는지를 살피고 연구가 이루어진 상황 밖에서도 적합한지를 보는 것이다. 이에 저자는 연구주제에 대한 이론적인 비교고찰과 심도있는 토론을 통해 연구결과의 적용성을 넓히고자 하였다.

'일관성'이란 양적 연구에서는 연구결과가 동일하게 반복되는 정도를 말한다. 반면 질적 연구에서는 사람들의 경험과 독특한 현상을 다루게 되므로 공통된 반복이 아닌 경험의 다양성을 강조하게 되므로 일관성 대신에 감사가능성(audibility)으로 평가하게 된다. 감사가능성은 연구자의 분명한 자취를 다른 연구자가 따라갈 수 있을 때 확보가 된다. 이에 저자는 연구과정을 상세히 기술하여 후속 연구가 이루어지도록 노력하였다.

'중립성'이란 연구자가 연구과정과 결과를 도출하는데 있어 편견을 배제해야 하는 것이다. 이에 저자는 연구를 진행하기에 앞서 연구 문제와 연구대상자에 대한 편견이나 선입견을 배제하기 위해 질적 연구 경험이 있는 연구진과 논의과정을 거쳤으며 연구가 진행되는 도중에는 지속적 피드백을 받았다.

### 6. 윤리적 고려

참여자 선정 시 연구의 목적 및 진행방식에 대해 설명하고 동의를 구하였다. 연구동의서에는 연구목적과 내용, 연구 참여자의 익명성과 비밀보장, 인터뷰를 녹취하며 연구목적으로만 사용하고 연구가 끝나고 나면 파기한다는 내용을 포함하였다. 인터뷰를 진행하면서 발생할 수 있는 감정적 동요 등 발생할 수 있는 문제 상황을 사전에 공지하였고 이러한 상황이 발생하게 되면 연구자는 의료인으로서 적극 대처한 후 주치의와 즉각 연락이 이루어지도록 대응체계를 사전 구축하였다. 녹취한 자료는 질적 연구를 수행한 경험이 있는 연구원이 관리하였으며 연구가 끝난 후 저자가 폐기처분을 확인하였다. 또한 동신대학교 대학원 생명윤리위원회의 심의를 통해 승인을 거쳐 연구를 진행하였으며 승인번호는 201607-BM-001-02이다.

## III. 결 과

### 1. 참여자의 일반적 특성

참여자들은 암 기수가 1기부터 4기까지 분포하고 있었고, 투병하고 있는 암은 위암(1명), 위암 및 간암(1명), 대장암(3명), 유방암(4명)이었으며 대장암(3명)은 전이가 발생한 상황이었다. 참여자의 성비율은 남성(2명), 여성(7명)이었다. 참여자들의 암 투병기간은 최소 2개월에서부터 최대 4년까지 분포하고 있었으며 통합의학 치료경험은 최소 1개월에서 최대 1년 11개월까지 분포하였다. 이와 같은 연구 참여자의 일반적 특성은 다음 표 1과 같다.

### 2. 개방코딩(Open Cording) 결과

본 연구는 연구 참여자들의 통합의학 치료경험에 대한 이해를 하기 위해 심층면담을 하였고, 원 자료를 분석하여 새로운 개념을 도출하는 과정을 거쳤다. 이론적

**표 1. 참여자의 일반적 특성**

| 번호 | 이름 | 성별 | 증상 | 암 기수 | 암 투병 기간 | 통합의학 치료기간 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 가 | 여 | 대장암(간으로 전이된 상태) | 4기 | 8개월 | 9개월 |
| 2 | 나 | 여 | 대장암(간, 폐로 전이된 상태) | 3기 | 2년 | 1년 |
| 3 | 다 | 여 | 대장암(간으로 전이된 상태) | 4기 | 4년 | 1년 6개월 |
| 4 | 라 | 남 | 위암 | 4기 | 1년 | 11개월 |
| 5 | 마 | 남 | 위, 간암 | 4기 | 2년 | 1년 11개월 |
| 6 | 바 | 여 | 유방암 | 1기 | 4개월 | 3개월 |
| 7 | 사 | 여 | 유방암 | 3기 | 1년 1개월 | 1년 |
| 8 | 아 | 여 | 유방암 | 4기 | 2개월 | 2개월 |
| 9 | 자 | 여 | 유방암 | 1기 | 2개월 | 1개월 |

감수성과 지속적 비교 방법을 통해 개념을 명명하고 유사개념을 묶어 범주화하는 개방코딩 작업이 이루어졌다. 그 결과 58개의 개념, 29개의 하위범주, 11개의 범주를 구성하였으며 11개 범주별 개방코딩 결과는 표 2와 같다.

#### 1) 암이라는 새로운 문제가 발생함

암진단으로 참여자들은 어찌할 바를 모르고 당혹감을 느꼈다. 가족들 중 참여자들보다 더 힘들어 하는 가족도 있었으며, 참여자들은 그런 가족들의 감정을 받아들여야 했다. 한편, 참여자들은 암에 대해서 미처 알지 못하거나 정보가 없는 경우도 있었고, 실감이 안 나는 현실에 무덤덤하기도 하였다. 또한 암이 죽을병은 아니라는 생각이 들어 무덤덤하기도 하였다.

#### 2) 새로운 상황에 처한 나와 가족들의 노력

참여자들은 암을 진단받은 상황에 적응하기 위해서 암에 대한 정보를 얻으려는 노력을 하였으며 또한 암진단으로 발생한 부정적 감정을 다양한 방식으로 해소하려 하였다. 그리고 가족들은 돌봄을 제공하며 대화와 교감을 통한 정서적 지지를 통해 참여자들의 마음이 의지할 곳을 제공하였다.

#### 3) 수술가능 여부에 따라 달라지는 치료방향

수술을 받게 된 참여자들은 수술이 치료의 끝이 아니라는 사실에 암이 주는 현실의 무게를 경험하였다. 반면 수술을 할 수 없게 된 참여자들은 면역치료에 관심을 가지게 되었다.

#### 4) 암치료과정 중의 불안과 고통

참여자들은 암으로 인해 신체적 · 정서적 · 사회적 · 영적 안녕에 위협을 받게 되었다.

#### 5) 통합의학치료가 주는 새로운 경험

참여자들은 암으로 인해 발생한 문제들을 통합의학치료, 항암치료와 병행, 다양한 치유 프로그램, 요양생활을 통해 대처하고 있었다. 통합의학 치료는 암에 대한 치료 뿐 아니라 항암치료로 발생하는 부작용의 감소를 통해 힘든 항암치료 과정을 버틸 수 있게 해주었다.

#### 6) 치료 과정 중 경험한 다양한 지지체계

암환자로 구성된 병원 내 작은 사회는 서로간의 대화를 통해 암에 대한 치료정보나 지식을 획득하는 장이 되었으며 정서적 교감을 나누며 소통의 창구 역할을 하기도 하였다.

#### 7) 환자 역할을 수행하기 위한 나의 노력

암에 대한 다양한 치료법을 시도하면서 경험을 쌓기도 하고 물어보거나 공부하면서 암과 치료법에 대해서 배워 나갔다. 또한 힘든 투병생활을 이어나가기 위해 체력을 유지하기 위한 노력과 마음의 안정을 위한 노력을 하였다.

#### 8) 항암치료와의 병행

참여자들은 항암치료의 병행을 통해 한 · 양방 두 주치의를 두게 되면서 이로 인해 두 주치의 사이에 의견이 엇갈리는 경험을 하기도 하였다.

#### 9) 재발과 전이

참여자들 중 일부는 재발이나 전이가 발생하기도 하였다.

#### 10) 통합치료 후 몸의 변화, 건강과 생활습관의 변화

참여자들은 통합의학 치료 후 암이 호전되었다. 또한 치료경험이나 정보를 통해 건강에 대한 자신만의 관점이 생기게 되어서 암을 관리하는 데 있어 생활습관의 중요성을 깨닫고 실천하는 모습이 나타났다.

#### 11) 암과 나의 삶

암이 가져다준 삶의 위기는 인생을 바라보는 관점을 변화하게 하였다.

**표 2. 암환자의 통합의학 치료경험에 대한 개방코딩 결과**

| 개념 | 하위범주 | 범주 |
|---|---|---|
| 죽을병이라는 생각이 안 들어 무덤덤 | 암 진단이 무덤덤하고 두렵지 않음 | 암이라는 새로운 문제가 발생함 |
| 암에 대해서 잘 몰라 두렵지 않음 | | |
| 실감이 안 되는 현실 | | |
| 건강을 자신했던 만큼 당혹스러움 | 당혹스러운 현실 | |
| 어찌할 바를 모름 | | |
| 가족들에 대한 걱정 | 암 진단으로 인한 걱정 | |
| 주변의 시선에 대한 걱정 | | |
| 암환자인 나보다 더 걱정하는 가족들 | 더 힘들어하는 가족들과 그 것을 받아들여야 하는 나 | |
| 가족들의 감정을 받아들여야 하는 나 | | |
| 치료할 곳을 알아봄 | 암을 진단받은 상황에 적응하기 위한 노력 | 새로운 상황에 처한 나와 가족들의 노력 |
| 암에 대한 정보를 얻으려 노력함 | | |
| 암 진단으로 발생한 감정의 해소 | 암 진단으로 발생한 감정을 다스림 | |
| 마음을 다잡음 | | |
| 나를 돌봐주는 가족 | 암 환자인 나를 위한 가족들의 노력 | |
| 대화와 교감을 통해 의지가 되는 가족 | | |
| 수술을 기다리는 다양한 마음 | 수술가능 여부에 따라 달라지는 치료 방향 | 수술 가능 여부에 따라 달라지는 치료 방향 |
| 수술 후에 맡게 될 현실의 무게 | | |
| 수술을 할 수 없어 면역 치료에 관심 | | |
| 항암 화학 요법의 부작용으로 인한 다양한 신체적 고통 | 신체적 고통 | 암치료과정 중의 불안과 고통 |
| 암으로 인해 발생한 신체적 고통 | | |
| 불확실한 예후로 인한 불안 | 정신적 고통 | |
| 치료가 주는 두려움 | | |
| 기약 없는 투병생활이 주는 절망 | | |
| 지난날의 상념이 주는 고통 | | |
| 가족에 대한 여러 생각들 | | |
| 주변 환자들의 죽음으로 인한 상실감 | | |
| 죽음에 대해 의연함 | 영적인 고민 | |
| 죽음과 현재에 대한 생각 | | |
| 생각해보지 않은 죽음 | | |
| 죽음을 연상하게 하는 응급상황 | | |
| 사회적 역할에 대한 걱정 | 사회적 안녕에 대한 걱정 | |
| 수행하고 있지 못하는 가족 내의 나의 역할 | | |
| 힘든 항암치료를 버틸 수 있게 몸 상태를 만들어주는 통합치료 | 통합치료 몸과 마음의 편함 그리고 자유로움 | 통합의학치료가 주는 새로운 경험 |
| 체감하게 되는 치료 효과 | | |
| 심리적 안정감을 주는 통합치료 | | |
| 자유로운 선택이 가능한 통합치료 | | |
| 개인마다 선호도가 달리 나타나는 통합치료 | | |
| 몸을 이완해주는 치료 프로그램 | 몸에 이완과 몰입을 통한 치유프로그램의 효과 | |
| 치유 프로그램을 통한 몰입 | | |
| 몸이 여유로운 생활 | 몸과 마음이 쉬는 요양생활 | |
| 마음이 편안해지는 생활 | | |
| 식사 후 운동에 고민해결 | | |
| 치료에만 전념하는 시간 | | |
| 반복적인 하루 일과의 연속 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 강한 공감대를 바탕으로 한 유대감 형성 | 동료와 같은 암환자들 간의 소통과 지지 그리고 이면 | 치료 과정 중 경험한 다양한 지지체계 |
| 병원 생활에 적응하도록 챙겨주는 동료 | | |
| 암에 대한 지식 획득의 창 | | |
| 정서적 교감을 나누는 대화와 소통의 창구 | | |
| 투병 행동의 강화 | | |
| 강한 유대감의 이면 | | |
| 공동체 생활 적응의 어려움 | | |
| 존재 자체가 힘이 되는 가족들 | 가족 치료의 힘이자 의미 | |
| 치료를 잘 받을 수 있도록 지지하는 가족들 | | |
| 치료 과정과 몸 상태에 대한 상담 | 의료진 몸과 마음에 대한 조언자 | |
| 심리적 어려움에 대한 상담 | | |
| 나를 일으켜준 신앙생활 | 나를 일으키고 안식처가 되어준 신앙 | |
| 안식처가 되어준 신앙 | | |
| 실비보험이 지급한 치료비 | 실비보험으로 해결한 치료비 | |
| 실비보험 없다면 부담되는 통합치료비 | | |
| 다양한 치료법을 시도함 | 환자 역할을 하게 되는 나 | 환자 역할을 수행하기 위한 나의 노력 |
| 통합치료에 대해 배워감 | | |
| 체력을 유지하기 위한 노력 | | |
| 마음에 안정을 위한 노력 | | |
| 환자 역할의 위로가 되지 못하는 말 | | |
| 나의 의지가 곳 치료의 길 | | |
| 수동적으로 이어지는 치료 | | |
| 두 주치의 사이의 의견이 엇갈림 | 또 다른 주치의가 있게 되는 항암치료와의 병행 | 항암치료와의 병행 |
| 두 통합치료에 대해서 의견이 엇갈리는 항암치료 주치의 | | |
| 좀 더 전문적인 것은 항암 요법 | | |
| 재발과 전이가 발생함 | 재발과 전이 발생으로 인한 좌절감과 마음 추스르기 | 재발과 전이 |
| 좌절감과 마음 추스르기 | | |
| 내 몸의 긍정적 변화 | 몸의 긍정적 변화 | 통합치료 후 몸의 변화, 건강과 생활습관의 변화 |
| 생활습관의 변화 | 생활습관의 중요성을 깨달음 | |
| 삶의 질이 중요한 암 치료 | 암 치료에 대한 나의 생각 | |
| 내 호흡에 맞는(무리하지 않는) 치료가 중요함 | | |
| 결과를 치료할 수 없는 통합치료의 아쉬움 | 통합치료의 아쉬운 점 | |
| 전문 상담 부재의 아쉬움 | | |
| 꿈꾸어 왔던 삶을 살고 싶음 | 암이 가져다준 삶을 바라보는 관점의 변화 | 암과 나의 삶 |
| 봉사하는 삶을 살고 싶음 | | |
| 긴 인생 중의 휴식기 | | |
| 삶 살아있는 행복 | | |
| 나를 배려하는 가족들 | 암이 가져다준 나와 가족들의 변화 | |
| 그들을 이해하려는 나 | | |

### 3. 축 코딩(Axial Cording) 결과

축 코딩(Axial Cording)이란 개방코딩을 통해 분석된 개념과 범주를 재조합하여 속성과 차원을 더욱 발전시키는 것이다. 패러다임 모형을 통해 구조를 만들어 범주가 위치하여 있는 조건적 맥락을 살피고, 과정분석을 통해 시간의 흐름에 따라 발전하는 작용-상호작용의 순차적 과정을 발견하게 된다. 분석 결과 패러다임 모형을 통해 암환자들이 통합치료 전 경험, 통합치료과정, 통합치료 후 변화과정에서 겪게 되는 중심현상과 이를 이끌어 내는 인과적 조건 그리고 여기에 관여하는 중재적 조건과 맥락적 조건의 구조를 발견하였으며 과

정분석으로 치료계획과 치료과정에서의 순차적 흐름을 나타내었다.

1) 패러다임 모형

개방코딩을 통해 분석된 개념과 범주를 재조합하여 속성과 차원을 더욱 발전시킨 본 연구의 패러다임 모형은 다음 그림 1과 같다.

2) 과정분석

통합의학 치료의 경험에 대해서 시간의 흐름과 공간 속에서 상황이나 맥락에 따라 변해가는 순차적 순서를 밝힌 과정분석 결과는 다음 그림 2와 같다.

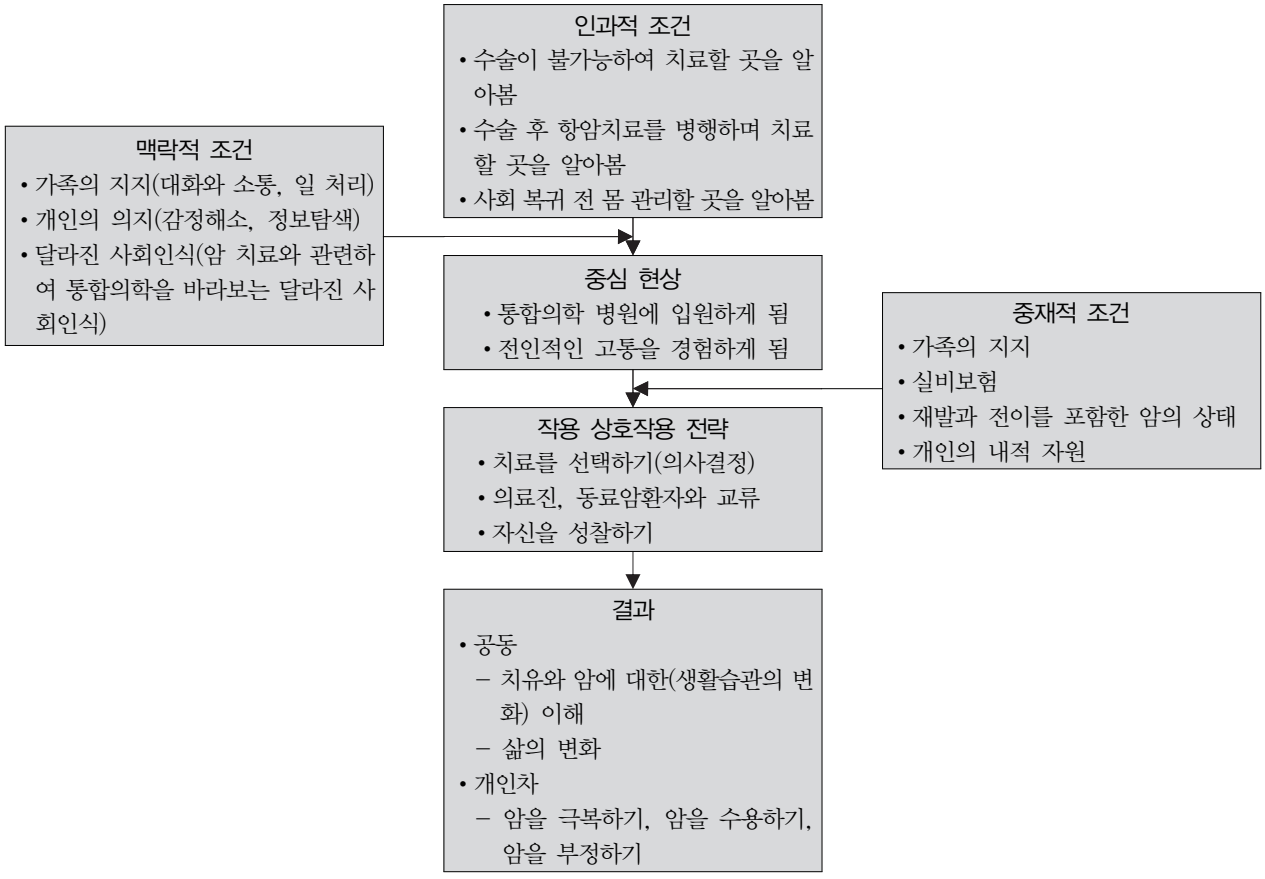


**그림 1. 암환자의 통합의학 치료경험에 대한 패러다임 모형**

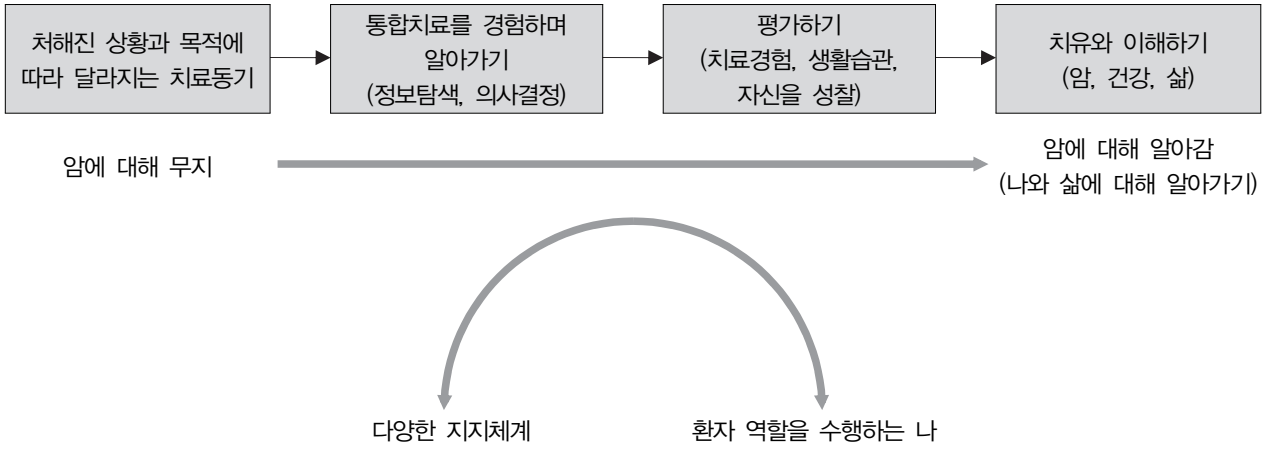


**그림 2. 암환자의 통합의학 치료 과정 분석**

## 4. 선택코딩(Selective Cording) 결과

선택코딩(Selective Cording)이란 이론을 통합시키고 정교화 하는 것이다. 이를 위해 논리적이고 일관성이 있으며 다른 범주를 이끌어 낼 수 있는 핵심범주를 우선 결정하고 핵심범주를 중심으로 범주간의 전후 관계가 어떻게 이루어지고 연결되는지 가설적 관계를 설정한 뒤 반복적으로 나타나는 관계에 대한 유형분석을 수행하여 미시적 거시적 조건에 따른 상황모형을 제시하는 것이다. 분석 결과 암환자들의 통합의학 치료경험은 몸을 치유하고 삶을 복구하는 재활의 과정이었으며 그 과정에서 그들의 행동 양식은 6가지 유형으로 분류되었다.

### 1) 스트레스 인식-대처-적응모델 적용을 통한 통합의학 치료경험 유형화

참여자들은 의사결정을 하는데 있어 그들이 보유하고 있는 사회적 지지와 교류의 정도에 따라 스트레스에 대한 인식, 대처, 적응에 차이가 나타났는데 이처럼 참여자들이 통합의학 치료를 경험하고 문제를 대처하는 과정에 대해서 스트레스 인식-대처-적응 모델의 적용을 통해 통합의학 치료경험을 유형화한 결과, 깊은 정보탐색 및 깊은 정서적 교감 형, my way형, 얇은 정보탐색 및 얇은 정서적 교감 형, 부적응 형, 지속적 정보탐색 형, 쇼핑 형 등 6가지로 나타났다.

### 2) 핵심범주

핵심범주란 이 연구가 결국 무엇에 관한 것인지를 정립하는 것이라 할 수 있다. 본 연구에서 밝혀진 이야기 구조를 통해 다음과 같이 핵심범주를 정립하였다. 암환자들의 통합의학 치료경험은 지지체계, 맥락적 상황, 개인의 내적 자원의 상호작용 속에서 치료를 선택하고, 주변인들과 교류하며, 성찰하는 시간을 통해 몸을 치유하며 삶을 복구하는 재활의 과정이었다.

## 5. 암환자들의 통합의학 치료경험에 대한 상황모형

개방코딩(Open Cording), 축 코딩(Axial Cording), 선택코딩(Selective Cording)을 통해 분석된 결과를 가지고 암환자들의 통합의학 치료경험에 대한 상황모형을 제시한 결과는 다음 그림 3과 같다.

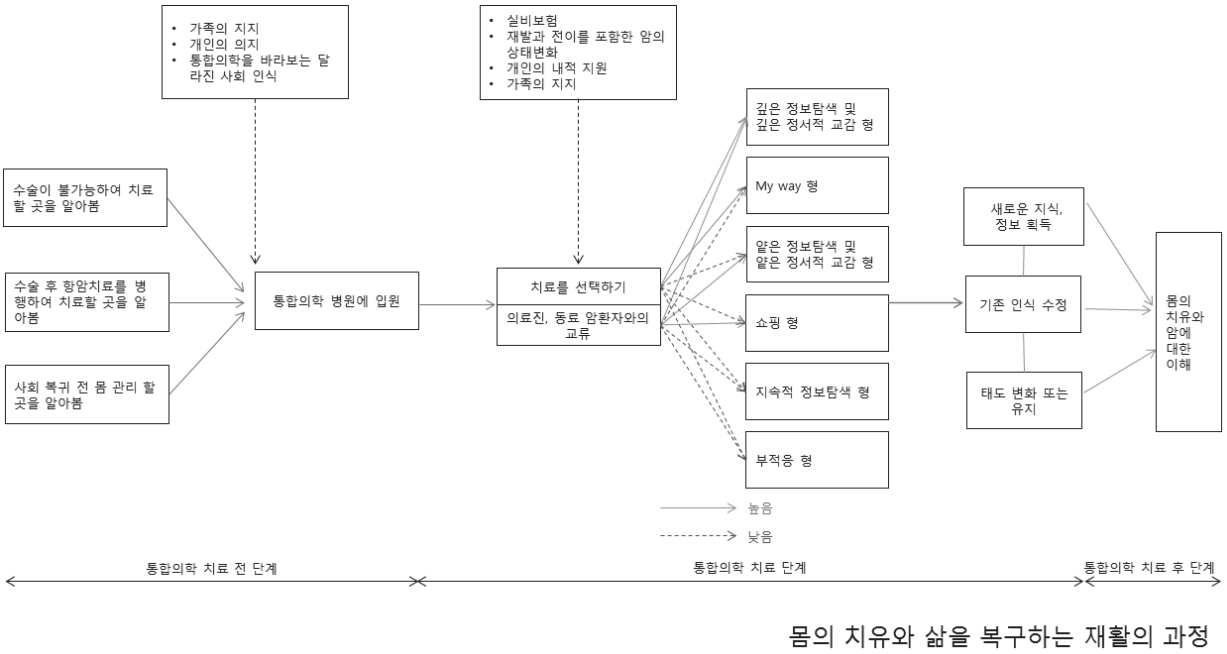


그림 3. 암환자의 통합의학 치료경험에 대한 상황모형

# Ⅳ. 논 의

연구결과를 바탕으로 암환자의 통합의학 치료경험을 다음과 같이 논의하고자 한다.

## 1. 암환자의 통합의학 치료 전 경험

암환자들은 통합의학 치료를 받기 전에 본인과 가족과의 관계 그리고 암의 상태에 따라 고유의 경험을 하게 되었고 그 경험으로 인해 통합치료에 대한 서로 다른 목적을 가지게 되었다. 수술이 불가능한 말기 암 환자들은 통합의학 치료가 유일한 선택수단이 되었으며 암 치료를 목적으로 병원에 입원하는 모습이 나타났다. 여기에 해당하는 본 연구 참여자들은 모두 통합의학 치료를 받기 전에 민간요법을 비롯한 검증되지 않는 치료의 경험을 가지고 있었다. 수술이 불가능한 상황은 치료계획의 부재로 이어졌고 이들은 각자가 암에 대한 정보와 치료를 알아봐야 했다. 그 결과 주위 사람들의 조언과 정보로 검증되지 않는 치료를 경험하기도 하였고 한편 통합의학 치료를 소개로 이어지기도 하였다. 이러한 결과는 환자의 배우자들이 병원의 치료를 제외한 나머지 부분을 자신들의 역할이라 생각하고 민간요법에 대한 자료를 주위 친척이나 암을 경험한 사람들로부터 수집하여 치료에 이용한다는 결과[20]나 병원 치료를 받는 초기에는 민간요법에 대한 관심이 없다가 치료가 불가능한 상태가 되면 보완대체요법을 찾는다는 결과[21]와 일치한다.

수술 후 항암요법과 통합의학 치료를 병행하려는 참여자들은 재발과 전이에 대한 예방과 항암요법 병행 시 부작용을 감소할 목적으로 병원에 입원하는 모습이 나타났다. 이는 가족력을 지닌 대장암 환자와 가족의 암 염려 경험에 관한 연구에서 암 환자 가족들은 전문적 암 예방관리를 갈망하고 지속적 관리를 원하여 병원과 한의원을 오간다는 연구결과[22]와 일치하며 또한 항암요법과 보완대체요법을 병행하는 것이 가장 효과적인 치료라는 보편적인 인식과 그간의 연구결과로 인한 것이라 생각된다.

수술 후 항암요법을 받지 않는 참여자는 통합의학적 치료보다는 사회 복귀전에 요양의 목적으로 병원에 입원하는 모습이 나타났다.

한편 참여자들은 암을 진단 받은 사실에 당황스러워하며 남겨진 가족과 앞으로 살 길에 대한 걱정을 하는 반면 다른 참여자들은 크게 충격을 받지 않는 상반된 모습이 나타났다. 그들이 충격 받지 않은 이유로는 죽을 거라는 생각이 들지 않거나 암에 대해 잘 몰라서였다. 또한 삶과 죽음에 대한 가치관에 따라 죽음을 두려워하지 않는 참여자도 있었다. 이와 같은 상반된 태도는 개인의 내적 자원, 암에 대한 사회인식의 변화와 관련이 있는 것으로 나타났으며 따라서 이를 고려한 암환자들의 정서적 충격을 줄일 수 있는 의료진과의 신뢰를 바탕으로 하는 긴밀한 소통(상담, 교육 등)이 필요하다 생각된다. 또한 암환자 가족들은 암 진단과 치료과정에서 환자들과 경험을 공유하면서 피로, 슬픔, 불안, 우울 등 신체적 정서적 증상을 호소[23]하게 되는데 본 연구에서도 비슷한 결과가 나타났다. 가족은 환자의 질병단계에 따른 다양한 역할을 수행하는 암환자의 지지 체계이자 회복에 직접적인 영향을 미치고 삶의 변화에 잘 적응하도록 촉진적 역할을 하게 되는 만큼[24] 가족들의 관리역시 필요하다.

## 2. 암환자의 통합의학 치료경험 유형

수술이 불가능한 참여자들은 생명을 위협하는 상황에 대한 인식은 비슷하였으나 대처하는 방식은 깊은 정보탐색 및 깊은 정서적 교감 형, my way형으로 차이를 보였다. 깊은 정보탐색 및 깊은 정서적 교감 형은 동료 암환자들의 경험담 의료진의 조언을 중시하고 여러 사람들과 깊이 교감하며 관계가 깊어진 반면, my way형은 자신의 예전 지식과 경험을 중시하고 치료를 위해 지지체계 내의 여러 사람들과 자발적으로 멀리하였다. 이러한 결과는 치료계획이 정해지지 않는 상황에서 개인마다 신뢰하는 정보와 지지체계 차이에 의한 것이라 생각된다.

반면 수술 후 항암치료를 받아야 하는 참여자들은 일정한 치료계획을 따르는 만큼 치료적인 부분보다는 개인의 내·외적 자원에 따라 문제를 인식하는 방식에 차이가 나타났다. 개인의 내·외적 자원에 따라 얇은 정보탐색 및 얇은 정서적 교감 형, 부적응 형으로 나뉘었다. 얇은 정보탐색 및 얇은 정서적 교감 형은 수술이 불가능했던 암환자들에 비해 깊이 정보를 탐색하지는 않았지만 수술 후유증이나 항암요법의 부작용의 문제를 해결하기 위해 주위의 조언과 경험담을 구하는 대처방식으로 이어진 반면 부적응 형은 개인의 내 외적 자

원이 부족한 결과 부정적으로 상황을 인식하게 되고 그 결과 문제 대처 방식에서도 소극적인 모습으로 이어지게 되었다. 이러한 결과는 수술이 불가능한 상황에서 참여자들이 비교적 동일하게 문제를 인식하는 것과는 달리 치료계획이 잡혀있는 상황에서는 개인의 내외적 자원 차에 따라 상황을 인식하는 것이 다름을 나타낸 것이다.

치료 도중 재발과 전이가 발생한 참여자들은 치료를 성실하게 임하였음에도 불구하고 뚜렷한 추가 자원이나 대처 전략을 찾을 수 없는 현실에 슬픔, 허탈의 감정을 느끼며 상황을 인식하였으나 운명이라 생각하며 마음을 다시 한 번 다잡고 의료진, 주변 사람들과 관계를 유지하며 치료를 지속적으로 이어나갔다.

수술 후 따로 항암치료를 받지 않던 참여자는 사회복귀가 목적인 요양생활이 필요한 상황이었다. 이에 자신의 상황을 심각하게 인식하지도 않았고 통합의학 치료에 대한 관심도 상대적으로 덜하였다. 이러한 인식은 의료진과 주변사람들의 조언을 토대로 통합치료를 선택하고 경험하는 모습으로 이어졌다.

이처럼 참여자들은 자신의 처한 상황과 개인차에 따라 문제를 인식하고 대처하는 방식의 차이를 보였다. 이는 Lazarus와 Folkman이 스트레스 상황 그 자체보다는 개인의 상황에 대한 평가, 대처 방식 그와 관련된 요인들로 과정을 구조화함으로써 개인마다 다르게 나타난다고 주장하며 개인을 주어진 상황에 머무르는 모습 대신 상황을 인지하고 평가하게 되며 자신의 대처자원을 탐색하고 대처전략을 결정하는 주체적인 모습으로 그리고 있는 것[25]과 부합하는 결과라 생각된다.

### 3. 암환자들의 통합의학 치료 후 변화

참여자들은 통합치료 후 신체적으로 변화가 나타났다. 종양의 크기 감소, 항암치료로 발생한 부작용의 감소, 체감하게 되는 통합치료 효과의 결과가 나타났다.

참여자들은 통합치료 후 정서적으로 변화가 나타났다. 기존 연구에서 암환자들이 겪는 가장 큰 정서적인 문제는 암 질환이 갖는 불확실성으로 인한 불안으로 나타났는데[26] 참여자들은 통합의학 치료를 받으며 체온이 상승하는 느낌, 몸이 좋아지는 느낌을 체감하였고 또한, 면역력을 상승시키는 치료를 했다는 믿음과 환자로서 자신의 임무를 다했다는 안정감을 통해 불안이 감소되는 모습을 보였다.

참여자들은 통합치료 후 생활습관의 변화가 나타났다. 참여자들은 의료진의 조언과 주변 암환자들과의 교류를 통해 암에 대한 다양한 치료방법을 알아가며 식습관, 규칙적인 운동, 규칙적인 수면의 중요성을 깨닫고 그 결과 생활습관의 변화로 이어지는 모습을 보였다.

### 4. 암환자들이 바라본 통합의학의 특성

참여자들은 통합의학을 제도권 의학과 비교하여 의사와 환자간의 관계가 좀 더 수평적이라고 생각하고 있었다. 이에 참여자들은 치료과정에 깊숙이 참여하는 모습을 보였다. 이러한 결과는 통합의학이 기존 의학의 한계점을 극복하기 위해서 질병중심의 사고를 가지고 의사의 관점에서 일방적으로 환자를 대상화하고 관계를 맺는 것과는 달리 환자가 중심이 되는 전인적 치유를 목적으로 하는 것과 부합한 것이라 생각된다.[27]

적극적으로 문제를 대처하는 참여자들은 주도적으로 치료과정에 참여하고 자신들의 역할을 수행하는 모습을 통해 통합치료와 암에 대한 이해도 증가와 더불어 자신만의 건강과 치료에 대한 관점이 생기는 반면 소극적으로 문제를 대처하는 참여자들은 의료진의 개입이 상대적으로 덜하여 오히려 상황의 반전을 이끌어낼 수 없는 점은 앞으로 고민해야 할 점이라 생각되며 또한 참여자들의 의사결정 과정에서 참고하는 정보 출처에 대한 관리의 필요성도 제기된다.

또한 통합의학은 다양한 치료와 프로그램을 통해 환자들의 다양한 상황에 대처하며 기대에 부응하고 있는 모습이 연구결과 나타났다. 이는 통합의학이 다양한 가치를 존중하고 수용하는 자세로 제도권 의학과 보완대체의학 간에 서열을 나누지 않는 것과 유사한 결과이다.[28] 그럼에도 불구하고 개별 암환자 맞춤형 한 · 양방 치료 비중의 설정을 위한 코디네이터의 역할 필요성, 주치의들 간의 협력 부족, 변화가 부족한 치유 프로그램 등은 개선이 필요하였다.

## V. 제 언

근거이론을 통해 살펴본 암환자들의 통합의학 치료경험 전반에 대한 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1) 암환자들은 자신들이 처한 상황과 개인의 내외적 자원 차이에 따라 통합의학을 접하는 경로, 목적, 태도 등이 다르며, 암 진단 시 본인과 가족들의 상황에 대한 인식 차이가 있는 만큼 연구결과를 고려하여 통합의학 치료과정에 빠르게 적응할 수 있도록 의료진의 섬세한 배려와 중재가 필요하다.
2) 암환자들은 통합치료과정에서 주체적으로 문제를 인식하고 대처하는 모습을 보였으며 연구결과 6가지 유형으로 분류된 만큼 치료계획 단계와 과정에서 유형을 고려할 필요가 있다.
3) 연구결과 통합치료 후 신체적, 정서적 생활, 생활습관 면에서 긍정적 변화가 나타났다. 하지만 통합의학의 목표가 전인치유를 목표로 한다는 점에서 다소 미흡한 부분에 대한 개선이 필요하다.
4) 연구결과 암환자들이 통합의학 치료과정을 수평적 관계구조, 다양성으로 인식하여 통합의학의 목적에 부합하는 모습을 보였으나 개선점과 미흡한 부분도 나타났다.

결론적으로 암환자들의 통합의학을 경험하는 과정은 다양한 요인들이 관여하는 매우 복잡한 과정이었다. 암과 통합의학을 바라보는 사회인식, 개인의 내적 자원, 암과 관련한 개인의 맥락적 상황, 사회적 지지가 복합적으로 작용하면서 문제를 인식하고 대처하는 모습이 다르게 나타났다. 따라서 통합의학 치료에 참여하는 의료진들이 환자를 바라보는데 있어 좀 더 깊은 이해가 이루어진다면 긍정적인 치료결과로 이어질 것이라 사료된다. 반면 암환자들이 통합의학을 경험한 결과 미흡한 점과 개선점의 노출에 대해서 앞으로도 통합의료 서비스 공급자의 노력 뿐 아니라 제도적인 지원이 필요할 것이라 사료된다. 뿐만 아니라 통합의학의 치료 결과를 측정할 수 있는 객관적 기준의 부재는 통합의료 서비스의 표준화를 위해서라도 해결되어야 하며 이에 적절한 평가 방법 개발과 질병(암)-맞춤형 생활습관 관리 프로그램(Disease-specific LSMT; Life Style Modulation Therapy)과 같은 콘텐츠(contents) 개발이 이루어져야 할 것으로 사료된다.

## 참고문헌


1. 통계청. 2017
2. 국가 통계포털. 2015
3. 국가 암 정보센터. 2017
4. Padilla, G .V & Grant M.M. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Advances in nursing science. 1985; 8(1): 45-60.
5. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Bonomi EL et al. The functional assessment of cancer therapy scales. Development and validation of the general measure Journal of clinical oncology. 1993; 11(3): 570-579.
6. 권미형. 암 질병에 따른 암환자의 불편감과 고통에 관한 연구. 한양대학교 대학원 석사학위 논문. 2003.
7. Spigel, D. & Koopman, C. Pain and Depression in patients with cancer. cancer. 1985; 74(9): 2570-2578.
8. 박옥선. 암환자의 영적건강과 불안의 관계 연구. 연세대학교 대학원 석사학위 논문. 2006.
9. Holmes Pursuit of happiness Nurs Mirr. 1985; 161(3):43-45.
10. 백형원. 암환자의 포괄적 건강관리 요구도와 삶의 질. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문. 2013.
11. 권인수, 은영. 간호사가 지각한 암환자의 퇴원 후 가정간호 요구. 대한간호학회지. 1998; 28(3): 602-615.
12. 이은현, 문성미, 조수연, 오영택, 전미선, 김성환, 김재성, 김혜경. 추후관리 받는 암환자의 요구 측정도구 개발 및 평가. 대한 간호학회지. 2010;40(4):551-560.
13. 왕순. 암환자의 보완대체요법 사용실태에 대한 조사 연구. 경희대학교 대학원 석사학위 논문. 2007.
14. Gaduet TW. Integrative medicine: the evolution of a new approach to medicine and to medical education. integrative medicine. 1998;1(2):67-73.
15. 김운용. 유방암 환자의 통합의료서비스 이용 예측요인. 한양대학교 대학원 석사학위 논문. 2012.
16. 구광서. 재발전이암 환자의 통합의학 치료 경험. 한국방송통신대학교 대학원 석사학위 논문. 2016.
17. 진용재. 항암치료와 통합 암치료 병용으로 호전된 전이성 난소 및 자궁 내막암 환자 1례. 대한암한의학회지. 2014; 19(1): 33-41.
18. Strauss, A., & Corbin, J. Basics of qualitative

research: technique and procedures for developing grounded theory. New York : SAGE Pub Inc. 1998.
19. Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. Effective evaluation. San Francisco Jossey-Bass. 1981.
20. 이명선 위암환자 가족들의 경험세계에 관한 연구 간호학회지. 1996;27(2):276-287.
21. 박진미, 최명자, 유영수, 박정미, 박덕선, 구선애. 항암화학요법으로 인한 오심 구토 불안 불편감 감소를 위한 점진적 근육이완요법의 효과. 대한간호협회 대구직할시지부. 1994;1(14)
22. 최경숙, 전명희. 가족력을 지닌 대장암 환자와 가족의 암 염려 경험 종양간호학회지. 2013; 13(4): 313-321.
23. 한금선, 김순용, 이순자, 박은숙, 박영주, 김정화, 이광미, 강현철, 윤지원. 암환자 가족 간호자가 인지하는 가족기능수행과 삶의 질. 대한간호학회지. 2006; 36(6): 983-991.
24. 김혜진. 암환자 가족의 미충족 요구와 삶의 질. 서울대학교 대학원 석사학위 논문. 2014.
25. Folkman, S., & Lazarus, R, S. Coping as a mediator of emotion. Journal of Personality and Social Psychology. 1985; 54: 466-475.
26. 서영희, 강현숙. 호흡강화운동프로그램이 폐절세술 환자의 수술 후 폐기능 회복, 불안 및 수면에 미치는 효과. 임상간호연구. 2007; 13(3): 157-167.
27. Barrie R. Cassileth, Gary Deng. Complementary and alternative therapies for cancer. Oncologist. 2004; 9(1): 80-89.
28. Curtis H. Jones. The spectrum of therapeutic influences and integrative health care: classifying health care practices by mode of therapeutic action. J Altern Complement Med. 2005; 11(5): 937-944.