



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학석사 학위논문

대장암 환자의 소득수준별
투병의지와 적응

2015 년 2 월

서울대학교 대학원

간호학과

김 서 연

국문초록

사회계층에 따라 소득이 낮을수록 암 발생 및 암 사망률이 높으며, 특히 치명률이 가장 낮은 것으로 알려져 있는 대장암의 경우 소득수준이 낮은 집단에서 높은 대장암 발생률과 사망률을 보이고 있다. 사회경제 상태는 암 발생과 예후에 영향을 미칠 뿐만 아니라, 개인별 대처 양상에도 영향을 주어 생존을 결정짓는 주 요인이 된다. 그리고 투병의지와 적응은 암 진단을 직면하고 치료받는 암 환자들에게 어려운 상황을 극복하고 긍정적으로 상황에 적응할 수 있도록 돕고, 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인이다.

암 환자들을 대상으로 질병 대처양상과 관련된 연구는 다수 이루어지고 있지만, 소득수준과 관련된 투병의지와 적응양상에 대해서는 잘 알려져 있지 않다. 소득수준에 따라 대장암 환자의 투병의지와 적응양상을 비교하여 긍정적인 대처양상을 도모하고, 특히 저소득층 대장암 환자의 긍정적 적응을 증진할 수 있도록 돕는 것은 간호실무에 있어 매우 중요하다.

본 연구는 서술적 조사연구로 설계되었으며, 연구 대상자는 서울에 소재한 대학병원과 시립병원에서 입원 중이거나 통원치료중인 대장암 환자 157명을 편의 추출하여 설문지에 응답하도록 하였다. 자료수집은 2014년 6월부터 2014년 11월까지 이루어졌으며, 연구자가 연구목적을 설명한 후 연구동의서에 서명하고 연구 참여를 희망한 대상자에 한해 시행하였다. 연구도구로는 구조화된 설문지를 사용하였고, 투병의지를 측정하기 위해 Watson 등(1988)이 개발하고, Kim 등(2006)이 번안하여 수정·보안한 도구로, 적응은 Derogatis와 Lopez (1983)이 개발한 도구를 원저자의 허가를 득하고 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS 20.0을 이용하여 기술통계, Cronbach's alpha, Pearson's correlation coefficient, Stepwise multiple regression analysis로 분석하였다.

본 연구를 통하여 얻은 결과는 다음과 같다.

1. 연령, 교육수준, 직업유무, 가족 수, 지지자 신임, 민간보험 여부, 보험형태, 활동 정도는 소득수준과 유의한 차이가 있었다.
2. 투병의지 정도는 하 군은 평균 47.40점, 중 군은 평균 48.13점, 상 군은 평균 49.45점으로 나타났고, 소득수준과 유의한 차이가 없었다.
3. 적응 정도는 하 군은 평균 141.05점, 중 군은 평균 151.70점, 상 군은 평균 159.74점으로 소득수준과 통계적으로 유의한 차이가 있었다.
4. 투병의지와 적응은 양의 상관관계를 보였다.
5. 적응의 영향요인으로 투병의지, 활동정도, 결혼상태(기혼), 소득수준임으로 총43.5%의 설명력을 나타냈다. 즉 투병의지가 높고, 거동능력이 자유롭고, 기혼이며, 소득수준이 높을수록 적응이 높았다.

결론적으로, 암 환자의 적응은 소득과 유의하였고, 적응에 가장 영향을 미치는 요인은 투병의지로 밝혀졌다. 그리고 투병의지는 정서적 장애의 영향이 질병특성보다 심리 사회적 요인에 크게 작용한다는 점에 미루어 심리사회적 요인과 투병정신 관계를 고려한 소득수준별연구가 필요하다. 또한 저소득층 암환자들에게 정보적 지원과 정서적 지지를 제공하고 의료진들이 지속적인 관심을 가지고 저소득층 암환자들의 부적응 요인을 조기에 예측하여, 긍정적 적응을 증진할 수 있도록 돕는 의료환경 조성 및 간호중재가 필요하다고 본다.

주요어 : 대장암, 소득수준, 투병의지, 적응

학 번 : 2012-20419

목 차

국문초록	i
I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	3
3. 용어의 정의	3
II. 문헌고찰	5
1. 암환자의 소득수준에 따른 암 발생률과 예후	5
2. 암 환자의 투병의지	8
3. 암 환자의 적응	10
III. 이론적 배경	12
1. 사회적 배제 이론	12
2. 본 연구의 개념적 틀	15
IV. 연구방법	16
1. 연구설계	16
2. 연구대상	16
3. 연구도구	16
4. 자료수집 방법 및 절차	19
5. 연구의 윤리적 고려	20
6. 자료분석방법	20

V. 연구결과	21
1. 대상자의 소득수준별 개인적 요인과 환경적 요인	21
2. 대상자의 소득수준별 질병관련 요인	24
3. 대상자의 소득수준별 투병의지와 적응 차이	27
4. 대상자의 투병의지와 적응간의 상관관계	28
5. 대상자의 적응영향 요인	30
VI. 논의	33
1. 소득수준에 따른 개인적 요인, 환경적 요인, 질병관련 요인	33
2. 소득수준에 따른 투병의지와 적응	35
3. 적응의 영향요인	38
VII. 결론 및 제언	40
참고문헌	42
부 록	51
Abstract	63

List of Tables

Table 1. Demographic Characteristics of the Participants	22
Table 2. Disease related Characteristics of the Participants	25
Table 3. Fighting Spirit and Adjustment According to Income Status	27
Table 4. Correlations between Fighting Spirit and Adjustment	29
Table 5. Adjustment According to Characteristics of the Participants	31
Table 6. Factors Influencing Adjustment	32

List of Figures

Figure 1. Social exclusive theory model	14
Figure 2. Conceptual framework for the study	15

List of Appendixes

부록1. 도구승인	51
부록2. 연구윤리심의위원회 연구 승인 통보서	53
부록3. 연구 참여 동의서	54
부록4. 연구 설문지	56

I. 서론

1. 연구의 필요성

사회계층에 따라 암 발생률을 분석한 결과에 따르면 암 발생률은 저소득계층에서 고소득계층보다 높게 나타났으며, 암 사망률도 저소득 계층에서 높았다(보건복지부, 2006). 소득이 적을수록 암 발생 및 암 환자의 사망가능성이 고소득층보다 높다는 것은 우리 사회 내에 건강수준의 불평등이 존재한다는 사실을 뜻한다(김진희, 김경주와 박종혁, 2011; 임준, 2005; 조흥준, 2013; Byers et al., 2008). 주요 암 종별로 보면 위암, 대장암, 폐암의 경우 소득수준이 가장 낮은 집단이 가장 낮은 생존율을 보인다는 결과를 다수의 연구에서 제시하였고, 5년 생존율이 10% 이상 차이가 난다는 연구도 있다(Byers et al., 2008; Le, Ziogas, Lipkin, & Zwill, 2008; Polite et al., 2006). 또한 상대적으로 치명률이 낮은 암 일수록 소득계층의 영향이 더 지배적이어서(임준, 2005), 치명률이 가장 낮은 것으로 알려져 있는 대장암의 경우 일관된 양상으로 소득수준이 낮은 집단에서 높은 대장암 발생률과 사망률을 보이고(Le et al., 2008), 저소득층 암환자에게서 5대 암 중 대장암 발생빈도가 가장 높은 것으로 나타났다.

사회경제적 상태는 암 발생과 예후에 영향을 미칠 뿐만 아니라, 암 진단이라는 충격적인 소식에 직면한 개인별 대처 양상에도 영향을 주어 생존을 결정짓는 주 요인이 될 수 있다. 암의 질병단계별로 대처 양상을 조사한 연구에서는 질병 초기에서 말기까지 환자들은 각각 다른 대처 양상을 보였으며, 삶에 대한 의지와 지지 체계는 대처양상 결정 성패에 중요한 역할을 하였다(오경미, 2008). Grassi와 Travado (2008)는 암환자의 대처양상은 환자의 성격, 과거경험, 사회적 지지에 따라 다양하게 나타나며, 질병의 적응 및 스트레스 정도와 삶의 질에 중요한 영향요인임을 보고하였다.

대처전략 가운데 투병의지(fight spirit)는 ‘대상자가 암 진단을 도전으로 받아들이고 미래에 대해 낙관적으로 생각하며 질병을 조절하려고 노력하고, 암을 정복하려는 반응을 보이는 것을 말한다(Greer & Waston, 1987). 암 진단을 부정하고, 절망감을 나타냈던 환자보다 투병의지가 높은 환자가 재발없이 생존할 확률이 높았고(Greer, Morris, & Pettingale, 1979), 투병의지가 높을수록 대상자의 믿음이 강하고 지지자에 대한 신임 정도와 만족 정도가 높았다(오복자, 2008).

다양한 스트레스와 상황적 위기에도 불구하고 모든 사람들이 똑같은 어려움을 겪는 것은 아니며, 환자들은 다양한 긍정적 대처양상을 통해 어려운 상황을 극복하고 긍정적으로 상황에 적응한다(Grassi & Travado, 2008). Weisman 과 Worden(1997)은 여러 종류의 암환자들을 대상으로 생존기간 영향요인을 조사하였을 때 적응을 잘하고 심리적 고통을 적게 보일수록 예후가 좋았으며, 이숙희 등(2004)의 연구에서는 자궁경부암 여성들이 암을 이기고 회복되어가는 과정에서 가족을 비롯한 주변 사람들의 정서적, 물질적 지지와 의료진의 격려와 배려 그리고 친절한 설명이 유의한 영향을 끼쳤다.

외국과 우리나라에서 암 환자들을 대상으로 질병 대처양상과 관련된 연구(김복련, 김영혜, 김정순, 정인숙과 김주성, 2003; 김주형, 이숙정, 과이원희, 2005; 오경미, 2008; 오복자, 2008; 이명선 외, 2011; Akechi, Okamura, Yamawaki, & Uchitomi, 1998; Tschuschke et al., 2001)는 이루어지고 있지만 소득 수준과 관련된 투병의지와 질병의 적응양상에 대해 조사된 연구는 거의 없는 실정이다.

따라서 본 연구에서는 암 환자의 투병의지와 적응이 개인적 요인(연령, 가족 수, 교육수준, 정서상태), 환경적 요인(사회적 지지) 및 질병관련요인(질병유형, 질병경과 단계, 거동능력)에 의해 영향을 받는다는 연구(김주형 외, 2006; 오복자, 2008; Akechi et al., 1988; Grassi & Travado, 2008)를 바탕으로 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성, 사회적 지지 변수를 조사하고자 한다. 또한 소득수준에 따라 대장암 환자들의 투병의지와 적

응양상을 비교함으로써 투병의지와 적응 정도를 파악하고 긍정적인 대처양상을 도모할 수 있는 간호중재 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 대장암 환자들의 소득수준에 따라 투병의지와 적응 정도에 차이가 있는가를 파악하는 것으로, 구체적인 연구목표는 다음과 같다.

첫째, 대장암 환자들의 소득수준별 개인적요인, 환경적 요인, 질병관련요인의 차이를 비교한다.

둘째, 대장암 환자들의 소득수준별 투병의지와 적응의 차이를 비교한다.

셋째, 대장암 환자들의 투병의지와 적응간 상관관계를 파악한다.

넷째, 대장암 환자들의 적응에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 투병의지

대상자가 암 진단을 도전으로 받아들이고 미래에 대해 낙관적으로 생각하며 질병을 조절하려고 노력하고, 암을 정복하려는 반응을 보이는 것을 말한다(Greer & Wastson, 1987).

본 연구에서는 Watson, et al. (1988)이 암 진단에 대한 심리적 반응을 측정하기 위해 개발한 암 적응양상 척도(Mental Adjustment to Cancer Scale, MAC)중 하위항목의 투병의지 문항으로 측정한 점수를 말한다.

2) 적응

주어진 환경에서 보다 잘 존재하기 위해 개체 혹은 개체의 일부분을 변형하는 것으로 시점이 끊임없이 변화되고 사람이 일상적인 적응반응 할 수 있는 자극의 범위에 대한 그 사람의 기준을 나타내주는 것이라고 정의하고 있다(Roy & Andrews, 1984).

본 연구에서는 Derogatis와 Lopez(1983)가 암 환자를 위해 개발한 심리사회적 적응의 자가보고식 한국어판 도구(Psychosocial Adjustment to illness scale-self report Korean version, PAIS-SR Korean version)로 측정된 점수를 말한다.

II. 문헌고찰

1. 암환자의 소득수준에 따른 암 발생률과 예후

소득이 낮을수록 암 발생 및 암 환자의 사망가능성이 높고, 건강수준의 불평등이 존재한다. 이상이(2006)의 연구에 따르면 소득수준에 따른 남녀 암 발생률 및 치명률 차이 분석결과 국내 암 발생률 및 치명률은 소득에 반비례하는 것으로 나타났다. 가장 낮은 소득계층은 가장 높은 소득계층보다 인구 10만 명당 남자 131.7명, 여자 58.5명 초과 사망이 발생하는 것으로 나타났고 가장 높은 소득계층 대비 낮은 소득계층의 암 발생 위험이 1.65배, 여자가 1.43배인 것으로 나타났다.

소득계층은 사회경제적 요인으로 교육수준, 가구소득, 직업, 건강보험종류, 거주지역, 결혼 상태에 의료이용에 영향을 미치고, 암 환자의 성별, 월평균 가구 소득, 교육정도, 진단 시기, 건강보험 형태, 진단병기가 경제적 도움에 대한 필요와 연관성이 높다고 하였다. 특히 의료급여수급자가 건강보험 가입자보다 경제적 도움의 필요성이 높았다(김윤구 외, 2010; 전경숙 외, 2008). 또한 민간의료보험 가입자 특성과 가입에 영향을 주는 요인으로 소득과 학력이 높을수록, 젊을수록, 경제활동이 안정적일수록 민간의료보험의 가입률이 높았다(이현복과 현경래, 2011). Faggiano (1994)의 연구에서 교육, 주택, 보유, 사회경제 그룹에 따른 암 발생위험도에 대해 분석한 결과, 교육수준이 가장 낮고 주택 미 보유인 경우, 노동자 그룹에서 공통적으로 상부호흡기 및 소화기관, 폐암 순으로 발생률이 높게 나타났다.

생존율의 격차는 폐암과 같이 치명률이 높은 암에서는 거의 없었으나, 대장암과 같이 치명률이 낮은 암에서는 큰 것으로 나타났다. 높은 소득군에 비해 낮은 소득 군에서 사망위험은 폐암 1.46배, 간암은 1.57배, 위암은 1.67배, 대장암은 2.37배이었다. 치명적이지 않은 암의 경우 사회적 요

인뿐만 아니라 의료서비스의 접근성과 질이 영향을 미쳤다(Yim, Hwang, Yoo, & Kim, 2012).

사회경제적 상태에 따라 생존율이 차이가 발생하는 이유로는 저소득 계층의 주거환경, 음식, 교육수준, 건강관리 등 삶의 전반적 방식에 경제적인 어려움이 영향을 끼침으로 생활환경 위험에 더 크게 노출되어 있음을 들 수 있다(이명선 외 2011; Aarts, Lemmens, Louwman, Kunst, & Coebergh, 2010; Hughes, 2005).

손미아(2008)의 연구에서는 소득수준, 교육수준, 직업종류, 거주지역에 따라 암 발생 및 사망 위험 비에 차이가 있음을 밝히고 있다. 그리고 대부분의 저소득층 암환자들은 가족의 지지가 매우 부족하고(이명선 외 2011), 사회경제적 수준이 낮을수록 암 진단 및 암 치료와 관련된 의료접근 및 이용에서 소외계층이 될 가능성이 높았고(이영선, 2001; 지은정, 2004), 소득이 낮을수록 입원비, 외래 진료비, 외래 방문 횟수, 입원일수 등 의료이용이 적었다(김진희 외, 2011).

소득수준과 암환자의 진단 시 병기에 관한 연구로 Macleod 등(2000)의 연구에서는 저소득지역에 거주하는 유방암 환자들이 진행 암으로 진단되는 경우가 많았으며, 홍두호(2004)의 연구에서도 대장암은 소득수준이 낮아질수록 진행된 암으로 진단받을 확률이 높았다. 즉 소득수준에 따른 의료이용의 차이는 실제 필요 의료량과의 불평등 양상을 반영하고 있다.

이러한 현실에 우리나라는 2006년부터 ‘암 정복 10개년 계획’을 통하여 저 소득층에 대한 국가 암 조기 검진사업을 수행하고 있으며, 2009년 12월부터 법정본인 부담률이 5%까지 인하되어 경제적 부담을 줄여주는 정책을 시행하고 있다(보건복지부, 2009). 또한 2010년 10월부터는 암 환자 의료비 경감을 위하여 고가 항암제 보험급여 확대 및 비 급여 항암제 급여 전환을 시행하고 있다(보건복지부, 2010). 하지만 이처럼 건강보험 보장률이 높아지고 본인부담금이 줄어들고 있지만 소득계층간의 암 발생률과 사망률의 차이는 여전히 존재하고 있으며, 건강불평등을 개선하기에는 미흡한 실정이다.

2010년 국가 암 정보센터에서 발표한 자료에 의하면 갑상선, 위암을 이어 3번째로 높은 발생률을 보인 대장암은 총 25,782명 발생하였고, 남성에는 15,612명으로 2번째, 여성에서는 10,170명 발생하여 3번째로 발생률이 높았다. 그리고 2006년부터 2010년 사이 대장암으로 진단된 환자의 5년 생존율은 72.6%로서 2001년에서 2005년에 진단된 환자의 5년 생존율에 비해 6% 향상되었으며, 이는 대장암의 조기진단 및 치료의 발달과 관련이 있는 것으로 생각된다.

대장암 발생 위험요인으로는 식이요인이 가장 중요한 환경적 요인으로, 적색육과 가공육의 섭취, 그리고 정제된 탄수화물을 위주로 하는 식이 유형에서 대장암 발생의 위험이 높았다(Fung et al., 2003). 그리고 신체 활동면에서는 신체활동의 감소, 앉아서 생활하는 방식이 대장암 발생의 위험을 증가시키고(Boyle, Zaiudze, & Smans, 1985), 비만과 대사증후군의 요인들이 대장암 발생과 연관되었다는 보고가 있다(Oh, Yoon, & Shin, 2005). 이와 함께 대장암 환자의 생존율에 영향을 주는 예후 인자로 연령, 암의 조직학적 특징, 진단병기, 치료방법뿐만 아니라(Nan, Qin, & Shin, 2003), 사회경제적 상태 또한 대장암 환자의 생존율에 영향을 미치는 것으로 나타났다(임 준, 2005).

대장암은 조기검진 시 5년 생존율을 90%까지 높일 수 있으며 대변 잠혈검사나 대장내시경을 통한 규칙적인 조기검진과 선종성 용종의 제거는 사망률을 50% 이상 감소시킬 수 있는 것으로 알려져 있다(Walsh & Terdiman, 2003). 하지만 사회경제적 상태 등과 같은 소득수준 차이를 고려하지 못하면 선별검사가 불필요한 대상자는 필요 이상의 검사가 이루어지는 반면, 선별 검사가 필요한 대상자는 검사가 제대로 이루어지지 못하는 문제가 발생할 수 있다.

1995년부터 2009년까지 발표된 대장암과 소득수준과 관련된 62개의 논문 중 발생율과, 치료, 생존율, 치명률을 비교한 결과 대장암 발생에 있어서 미국, 캐나다에서는 소득이 낮은 집단이 높은 집단에 비해 대장암 발생률이 1.0~1.5배 높았고, 소득이 낮은 집단이 수술, 선행화학요법(neo

adjuvant), 보조화학요법(adjuvant), 방사선 치료를 덜 받고, 수술 후에도 영구적 장루를 가진 경우가 높았다. 5년 생존율 또한 소득이 낮은 집단이 높은 집단에 비해 0.5~0.9배 차이가 났으며 유럽권 지역은 대장암 치명율은 1.6배, 직장암은 3.1배까지 높았다. 대장암 발생과 관련하여 생활환경 요인(신체활동, 식이습관 등)이 사회경제적 상태와 관련하여 영향을 미치고, 대장암은 초기에는 특별한 증상을 느끼지 못하고 다른 암에 비해 발견이 늦은 특성으로 인해 진행된 상태의 암일 확률이 높았다. 그리고 지지체계가 부족하고 의료이용시설과 떨어진 거주지역에 사는 저 소득층일수록 규칙적인 검진과 조기발견을 위한 검진 행위가 낮게 보고되었다(Aarts, Lemmens, Louwman, Kunst & Coebergh, 2010).

김선영(2011) 연구에서 평균 소득에 따른 대장암 검진 여부는 고소득층이 37.6%인 것에 반해 저소득층은 32.8%로 소득이 낮을수록 대장암 검진 참여율이 낮음을 보고하였다. 또한 박부연(2012) 연구에서는 소득수준이 낮을수록 경제적인 이유로 선별검사를 하지 않고, 대장암의 조기진단에 사용되는 결장검사의 경우 1차 의료기관에서 쉽게 선별검사를 받을 수 없는 특성이 영향을 미치는 것으로 보고되었다.

임준(2006) 연구에 의하면 대장암은 고 소득 군이 저 소득 군에 비해 생존율이 높은 것으로 나타났고, 이에 미치는 영향요인으로 의료시설 이용, 진단병기, 신체활동 수행 인 것으로 영향요인으로 나타났다. 특히 의료시설 이용, 즉 외래방문일수가 1회 미만의 환자는 사망비례위험도가 1회 이상인 환자보다 10.19배 높았다. 암 발생 요인 파악뿐만 아니라 발생 후 얼마나 더 생존하느냐의 문제는 적절한 의료 이용을 통한 사후관리의 중요성을 나타내고 있다.

2. 암 환자의 투병의지

암 환자들은 다양한 대응기전이 필요하고 위기 상황 속에서 자기 나름대로의 독특한 대처방식을 가진다(Krause, 1993). 대처양상은 환자의 성

격, 과거 경험, 사회적 지지 정도에 따라 다양하며 질병에 대한 감정적, 인지적 행동적 반응으로 나타날 수 있다. 적절히 선택된 대처양상은 정서적 고통과 부적응에서 받는 충격을 완화시키는데 도움이 된다.

암 환자들이 나타내 보이는 적응양상으로는 첫째, 암 진단에 대해 무력감을 보이는 부정적 양상과 둘째, 암 진단을 받아들이고 투병하려는 긍정적 양상이 있다고 하였다. 이 중 투병의지(fighting spirit)은 ‘대상자가 진단을 도전적으로 받아들이고 미래에 대해 낙관적으로 생각하며 질병을 조절하려고 노력하며, 명백하게 암을 정복하려는 반응을 보이는 것’(Greer & Watson, 1987)으로 정의한다.

투병의지와(fighting spirit)과 관련된 국외연구로는 유방암과 림프종 환자들을 대상으로 5년 추적연구에서 사회심리적 요인과 생존율의 관계를 조사하였을 때 투병의지가 높은 환자일수록 진단수용에 회의적이거나, 절망감을 표현한 환자보다 예후가 좋았다(Morris, 1992). 그리고 Greer, Morris, Pettingale과 Haybittle (1990)에 따르면, 유방암 환자들을 대상으로한 15년 추적연구에서 암에 대하여 투병의지를 가진 대상자들이 무력감과 운명적인 수용태도를 한 대상자에 비해 생존기간이 길고 재발률이 낮았다. 또한 Nordin과 Glimelius (1996)의 연구에서는 대장, 직장암 환자 중 치료된(potentially cured) 대상자들은 투병의지가 높고, 지속적인 불안 절망감이 낮았던 반면, 치료되지 못한 대상자들은 폐쇄적 사고와 회피적 사고의 경향이 높다고 하였다. 그리고 Tschuschke 등(2001)의 연구에서는 조혈모세포 이식을 받은 백혈병 환자 52명을 대상으로 이식 전 투병의지가 높은 환자일수록 조혈모세포 이식 후 5년 생존율을 높였다. Akechi, Okamura, Yamawaki와 Uchitomi (1998)의 연구에서 암 환자들을 대상으로 투병의지 관련 요인을 분석한 결과 가족 수, 거동능력, 주 보호자의 유무, 주 보호자의 만족 정도가 있었는데, 특히 의료인에 대한 신임이 클수록 투병의지가 높았다. 반대로 나이가 많고 교육수준이 낮을수록, 혼자 거주하는 경우, 거동능력이 낮고 주 보호자에 대한 만족감이 낮을수록 무력감이 높았다.

투병의지(fighting spirit)와 관련된 국내 연구에서는 사회 심리적 반응과 생존율을 비교했던 외국연구와는 달리 사회 심리적 반응에 영향을 미치는 요인과 이를 증진시키기 위한 중재연구들이 다수를 차지하였는데, 그 중 오복자(2008)는 대상자의 믿음 정도가 크고, 지지자에 대한 신임 정도가 클수록 투병의지가 강하고, 암 진단 기간에 따라 초기에는 혼란된 정서 상태를 경험하다가 3개월 이상 시 투병의지를 가지고 투병생활을 한다고 하였다. 그리고 김주형 등(2005)은 위암, 대장암, 유방암 환자들을 대상으로 영성과 투병정신과의 관계를 알아본 결과, 유의한 상관관계가 있음을 보고하였고, 영성 증진 프로그램을 적용한 실험 군에서 투병정신이 높아졌음을 보고하였다.

3. 암 환자의 적응

적응(Adaptation)은 주어진 환경에서 보다 잘 존재하기 위해 개체나 혹은 개체의 일부분이 변형되는 것을 말한다(이영선 외, 2011). 간호학자 Roy (1984)는 한 사람의 적응수준은 통합되고 보상적이고 타협적인 세가지 수준으로 기술되는 삶의 과정으로 끊임없이 초점자극, 상황관련자극, 잔여자극에 의해서 만들어지며, 사람이 일상적인 적응반응으로 반응할 수 있는 자극의 범위에 대한 기준을 나타낸다고 정의하였다.

암환자들은 암 진단 후 장기간의 치료와 불확실한 예후로 인한 불안, 두려움, 우울, 고립감과 절망감 등의 고통과 함께 암 환자들의 전반적인 삶의 질을 떨어뜨린다(Pickard-Holly, 1990). 이러한 항암치료의 고통에도 불구하고 그 효과가 불분명하고 조절이 불가능하기 때문에 암환자들의 삶은 생존기간 내내 불확실성 속에서 지속되는 대처와 적응의 어려움을 겪게 된다(Krause, 1993).

그러나 다양한 스트레스와 위기에도 불구하고 모든 사람들이 똑같은 어려움을 겪는 것은 아니며, 어려운 상황을 극복하고 적응하여 긍정적으로 삶을 살아가기도 한다. Weisman과 Worde (1997)는 여러 종류의 암

환자들을 18개월 동안 추적하여 예상 생존기간과 실제생존기간의 차이를 기준으로 한 생존지수를 바탕으로 장기생존자와 단기 생존자 비교하였다. 그 결과 장기 생존자들이 단기 생존자들에 비해 더 친밀한 대인관계와 더 적은 정서적 고통을 보였으며, 단기 생존자들은 높은 정서적인 고통과 함께 수동적인 태도, 운명적인 수용, 그리고 회피반응을 보였다. 즉 적응을 잘하고 심리적 고통을 적게 보일수록 좋은 예후를 보인다는 보고이다.

적응과 관련하여 이숙희 등(2004)은 자궁경부암 여성들이 치료의 고통속에서 느끼는 무력감으로부터 벗어나 암을 이기고 회복되어가는 적응과정에서 가족을 비롯한 주변사람들의 정서적, 물질적 지지와 의료진의 격려와 친절한 설명이 유의한 매개 변수인 것으로 나타났다. 강 옥(2001)의 연구에서는 암환자들을 대상으로 낙관적인 사람들이 지지세력을 구축하는데 더 적극적이고 암에 대한 적응을 잘하는 것으로 나타났다. 초기 유방암 환자의 심리사회적 적응에서 낙관적일 수록 대처방식을 많이 사용하고 대처방식 사용 정도가 높을수록 사회심리적 적응이 높았다. 그 외에 사회심리적 적응에 미치는 요인으로 사회적 지지, 불확실성, 증상경험이 있었다(김혜영과 소향숙, 2012). 또한 김정임(2013)은 갑상선 암 여성환자를 대상으로 수술 후 심리 사회적 적응 관련 요인으로 사회적 지지가 심리사회적 적응에 대해 27.2%의 설명력이 나타내어 사회적 지지가 높을수록 심리사회적 적응 정도가 높음을 강조하고 있다. 저소득층 암환자들의 심리사회적 적응과정에 대한 질적 연구(이명선 등, 2011)에서는 저소득층 암환자들은 일반 암환자들보다 경제적 어려움으로 인한 외부관계와의 단절과 삶의 기회에 대한 제한 등으로 일반 암환자보다 어려움이 더 크다고 보고하였다. 이들은 치료의지 형성기, 치료를 위한 실천기, 자기 회복과 보답 이행기 순의 3단계 적응과정을 통해 빈곤과 암을 초월한 삶을 영유하지만, 일부에서는 여전히 빈곤과 암에 얽매인 삶으로 인해 심리적 고통을 겪고 있다고 하였다. 따라서 적응과정은 생리적인 과정뿐만 아니라 인간의 전체적인 측면에서 일어나기 때문에 심리, 사회, 문화적 측면이 관련되어야 고려해야 할 것이다.

III. 이론적 배경

1. 사회적 배제 이론(Social exclusive theory)

1) 사회적 배제의 개념화

사회적 배제를 처음 학문적으로 연구한 학자는 막스 베버(Max Weber)였고, 프랑스에서 피에르 마세(Pierre Masse)에 의해서 처음으로 공식적으로 언급되기 시작하였다. 이후 르노와르(Rene Lenoir)에 의해 사회적 배제에 관한 인식 확장 이후 현실세계에서 사회적 배제를 극복하기 위한 정책을 모색하기 시작하였다(심창학, 2001).

사회적 배제는 빈곤의 역동성(dynamic)에 초점을 맞추며, 빈곤을 금전적인 문제뿐만 아니라 다차원적인 불합리함(multidimensional disadvantage)으로 확대하여 해석하고 개인보다는 가족과 지역사회까지 범위를 넓히고 있으며, 참여, 권한 그리고 사회통합과 같은 관계적(relational)인 이슈에 관심을 기울이고 있다(Room, 1995). 즉 사회적 배제를 구성하는 구성요소로서 다차원성(multi-dimensional), 상대성(relativity), 기관(agent), 그리고 역동성(dynamics)이 있고 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 사회적 배제는 단순히 개인이나 가구의 '소득의 결여' 혹은 '실업상태'를 의미하지 않고, 이를 포함한 사회적 상호작용의 과정에서 나타나기 때문에, 다차원적(multi-dimensional)으로 이해해야 할 필요가 있다는 것이다. 따라서 사회적 배제는 한 사회의 주류 질서 혹은 도덕적 토대로부터 점차 유리되는 일련의 변화 과정으로 이해할 수 있다(Castells, 1990; Room, 1995).

둘째, 사회적 배제가 상대적(relativity)인 이유는 특정한 시점에 특정한 장소라는 상황적 맥락에서 나타나기 때문이다(Richardson & Le Grand, 2002). 한 사람이 사회적으로 배제된다는 것은, 그 사람의 개인적이고 고

립적인 조건 때문이 아니라 그 사람 주위에 있는 다른 사람들의 행위가 영향을 미쳐서 나타난 결과인 것이다.

셋째, 사회적 배제를 사회의 주류적 질서나 도덕적 토대로부터 유리되는 행위라고 정의한다면, 이 과정에는 반드시 이러한 행위를 담당하는 기관(agent)의 존재를 전제하고 있다. 이것은 개인이 또 다른 개인들로부터 배제되는 것이 아니라 이러한 개인들로 이루어진 집단이나 지역사회로부터 체계적으로 배제된다는 것을 의미한다. 따라서 사회적 배제는 개인적으로 해결할 수가 없는 사회적 성격을 가지고 있으며, 이는 곧 사회적 배제를 야기하는 기관으로부터 배제 당하는 것을 의미한다.

넷째, 빈곤과 사회적 배제를 구분하는 가장 큰 차이는 역동성(dynamics)이라고 할 수 있다. 일반적으로 한 사회에서 어떤 사람이 사회적으로 배제되었다는 것은 현재 실업상태이거나 혹은 소득이 일정 수준 이하이기 때문이 아니라, 그 사람에게는 현재의 실업상태나 빈곤상태를 벗어날 수 있는 전망이 부재하기 때문이라고 할 수 있다. 그리고 이러한 전망의 부재는 빈곤을 경험하는 개인이나 가구가 빈곤으로부터 벗어날 수 있는 기회를 점차 상실하고, 그가 속해 있는 지역사회와도 단절됨으로써 결속감을 상실하게 되는 것을 의미한다. 이러한 일련의 과정을 거치면서, 빈곤상태가 사회적 배제로 이행하게 된다(Walker, 1995).

지금까지 논의에 기초하여 사회적 배제를 정의하면 한 개인이 지리적으로 거주하고 있는 한 사회에서 시민으로서(상대성) 누려야 할 경제적, 문화적, 정서적인 활동(다차원성)에 지속적(역동성)으로 참여하지 못한다면 그는 그 사회로부터 배제되었다고 할 수 있다.

2) 사회적 배제의 측정 지표화

사회적 배제라는 개념을 실제로 어떻게 측정할 것인가에 대해 실증적인 분석을 바탕으로 한 두 가지 방식이 제안되었다. 첫 번째는 구체적 이슈 집중형으로 영국의 SEU (Social Exclusive Unit)가 시도하는 방식으로

서, 소수인종, 10대 임신, 노숙자 등을 대상으로 실증적인 분석과 이에 대한 실용적인 대안을 제시하고 있다. 두 번째 방식은 포괄적인 접근으로 사회적 배제를 사회의 주요한 행위에 참여하지 못하는 현상으로 폭넓게 해석하고 이를 측정하려는 방식이다. 예를 들어서 Burchardt 등(1999), Bradshaw 등(2000), Robinson과 Oppenheim (1998)의 연구가 대표적이라고 할 수 있다.

그 중 Robinson과 Oppenheim은 SEU (Social Exclusive Unit, 1997)에서 7개의 사회적 배제를 일으키는 문제영역을 이용하여 각각의 영역이 어떻게 연결되고 있는가를 논리적으로 설명하고<Fig. 1>, 이를 기초로 사회적 배제 지표를 개발하였다. 즉 빈곤의 대표적인 원인으로서는 저 기술과, 빈곤의 결과로는 열악한 주거와 높은 범죄율, 비 건강뿐만 아니라 가정파탄이라는 일련의 과정을 포함하고 있다.

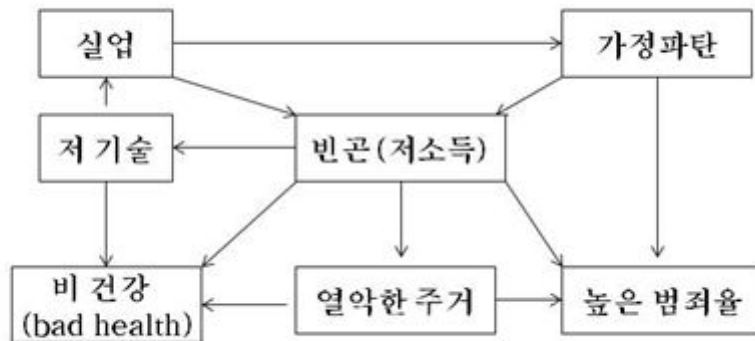


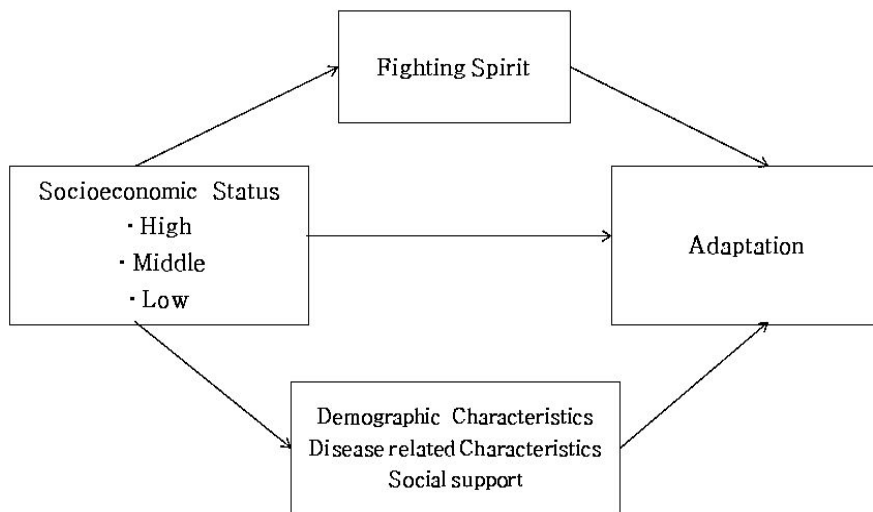
Fig. 1> Social exclusive theory model

즉 사회적 배제를 초래하는 원인은 개인의 특성이 아니라 여러 가지 환경적 요소의 결합이고, 문제의 원인과 결과뿐만 아니라 일련의 과정까지 포함하고 있는 것이다.

2. 본 연구의 개념적 기틀

사회적 배제 이론(Social exclusive theory)은 물질적 결핍이라는 현상을 넘어서서 현상이 나타나게 된 원인과 과정에 초점을 맞추어 역동성(dynamic), 다차원성(multidimension), 기관(agent), 상대성(relational)의 4 구성요소를 포함하고 있다. 측정 방식으로는 구체적 이슈 집중형과 포괄적인 접근형이 있는데, 본 연구에서는 포괄적인 접근방식으로 대장암환자들의 소득에 따른 투병의지와 적응의 관계를 폭넓게 해석하고 측정하고자 한다.

대장암 환자의 소득수준별에 따라 영향을 줄 수 있는 요인, 즉 개인적 요인(연령, 가족 수, 교육수준, 정서상태), 환경적 요인(사회적 지지), 질병관련요인(질병유형, 질병경과단계, 거동능력)으로 살펴보고 그 결과 소득 수준이 투병의지와 적응의 정도에 미치는 결과를 확인하고자 한다.



<Fig. 2> Conceptual framework for the study

IV. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 대장암환자를 대상으로 소득수준별 투병의지와 적응의 차이를 확인하고 관련 요인을 분석하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

연구 대상은 서울에 소재한 B 시립병원과 S대 종합병원에서 대장암 진단받고, 외래통원 및 입원 치료한 대장암 환자들을 선정하였다.

본 연구의 표본 수를 산출하기 위해서 G-power 3.1.7을 이용하였고 유의수준 0.05, 효과크기 0.3, 검정력 0.9을 기준으로 F 검정을 했을 때 최소 표본수가 144명인 것을 근거로 총 160명씩 편의추출 하였고, 대상자 선정 기준은 아래와 같다.

- ① 20세 이상 80세 이하의 대장암 진단을 받고 연구기간 동안 종양병동과 외래에서 항암화학요법을 시행 받고 있는 자
- ② 신체적으로 면접에 응할 수 있으며 설문지를 이해하고 직접 작성하거나 응답이 가능한 자
- ③ 연구목적에 이해하고 참여에 동의한 자
- ④ 임신부, 만성질환자, 정신질환자 등은 연구결과에 영향을 줄 수 있다고 판단되어 대상자 선정에서 제외하였다.

3. 연구도구

- 1) 대상자 측정 변수

- 개인적 요인

소득 외 영향을 줄 수 있는 변수들을 통제하기 위해 연령은 39세 이하, 40~59세 이하, 60세 이상을 청년, 장년, 노년으로 구분하고, 교육 정도는 초등 이하, 중학교~고등학교 이하, 대학교이상을 상, 중, 하로 구분하고자 하였다. 그 외 가족 수, 종교, 직업을 포함하였다.

- 질병관련 요인

질병 관련 요인으로는 암 진단 3개월 후에 투병의지를 가지게 된다는 연구(오복자, 2008)를 바탕으로 암 진단 후 3개월 이상 지났으며 암 진단 외 동반 질환 유무, 치료방법, 질병전이 유무, 치료로 인한 부작용, 거동능력 등을 조사하였다.

- 환경적 요인

본 연구에서 환경적 요인으로 사회적 지지는 Akechi, okamura, Yumawaki와 Uchitomi(1988)의 연구와 오복자(2008)의 연구에서 사용된 투병생활 중 가장 힘이 되어 주는 사람의 신뢰정도 1문항과 지지만족 1문항으로 측정하였다. 지지자에는 배우자, 부모, 자녀, 형제/자매, 친척, 의사, 간호사, 종교인, 성직자 등을 포함하고, 신뢰 정도와 지지만족도는 (1) 매우 불신임/ 불만족, (2) 꽤 불신임/ 불만족, (3) 약간 불신임/불만족, (4) 약간 신임/만족, (5) 꽤 신임/만족, (6) 매우 신임/ 만족으로 측정하여 점수가 높을수록 신뢰도와 만족도가 크다는 것을 나타낸다. 오복자(2008)연구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.85$ 였고 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=.74$ 로 나타났다.

2) 소득

본 연구에서는 선행연구(김윤구, 박재현과 박종혁, 2010; 이현복과 현경래, 2011; 전경숙, 최은숙과 이효영, 2008)에서 사회경제적 수준에 공통적으로 영향을 미치는 요인으로 평균가구소득, 건강보험형태, 민간의료보험

여부 항목을 선택하였고, 월 평균 가구소득으로 최저생계비(2013년 최저생계비 4인기준 1,545,399원/월)를 기준으로 최저생계비 150%미만, 최저생계비 150~250%미만, 최저생계비 250%이상으로 나누었다. 그리고 보험 형태로 의료급여 여부는 지역 또는 직장 건강보험 가입자 및 세대 원, 피부양자들을 건강보험 가입자로, 의료급여 1종, 의료급여 2종, 보훈대상자, 국가유공자, 차 상위 의료보험 수급자 등은 의료급여 수급자로 구분하였다. 또한 민간보험 가입자와 미 가입자를 구분하였다.

이를 종합하여 의료급여 수급자 포함하여 월평균 200만원이하, 보험형태로는 건강보험가입자이고 민간보험이 있거나 없는 자는 하, 월 평균 가구소득이 201만원에서 400만원 이하이며, 보험 형태로는 건강보험 가입자이고 민간보험이 있거나 없는 자는 중, 월 평균 가구 소득이 401만원 이상, 보험 형태로는 건강보험 가입자이고, 민간보험이 있거나 없는 자는 상으로 분류하였다.

3) 투병의지

암 진단에 대한 심리적 반응을 측정하기 위해 개발한 암 적응양상 척도(MAC: Mental Adjust to Cancer Scale)를 사용하였다. Watson 등(1988)이 개발한 이 도구는 영국에서 개발된 자가 기술식 설문 도구로서 투병정신(fighting spirit), 무력감(helplessness), 불안에 사로잡힘(anxious preoccupation), 운명론적 태도(fatalism), 도피(avoidance)의 다섯 가지 적응형태로 구성되어 있으며 개발 당시 도구 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.84$ 로 측정되었고 타당도가 검증되었으며, 본 연구에서는 Kim 등(2006)이 번역하여 신뢰도와 타당도를 검증한 16문항의 투병의지 문항을 사용하였다. 1점에서 4점 Likert척도로 점수가 높을수록 투병정신이 높아 암을 극복하려는 의지가 높음을 나타낸다. 도구의 신뢰도는 본 연구에서 Cronbach's $\alpha=.84$ 로 나타났다.

4) 적응

Derogatis와 Lopez(1983)가 암 환자를 위해 개발한 심리사회적 적응의 자가보고식 한국어판 도구(Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report Korean Version, PAIS-SR Korean Version)를 Derogatis로부터 동의를 얻은 후에 Clinical Psychometric Research Institute (CPRI)으로부터 한국어판 도구를 받았다. 본 도구는 최근 30일 동안의 내용을 반영하도록 되어 있다. 건강관리 오리엔테이션, 여가환경, 가정환경, 성관계, 확장된 가족관계, 사회환경 그리고 심리적 고통 등, 총 7영역의 46문항으로 각 문항은 1점에서 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 심리사회적 적응이 높음을 의미한다. 직업적 환경, 가정 내 환경, 심리적 고통, 성생활 영역의 19문항이 역 문항이어서 역 환산 처리하였다. 본 도구는 갑상선 암환자를 대상으로 한 김정임(2013)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .815$ 였고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .88$ 로 나타났다.

4. 자료수집 방법 및 절차

자료수집 기간은 연구윤리위원회의 승인 이후 2014년 6월부터 약 5개월간 서울에 위치한 대학병원 및 시립병원에서 시행하였다. 대상자는 대장암과 직장암을 진단을 받고 외래 통원 및 입원하여 치료를 받는 자로 본 연구자가 직접 연구의 목적과 응답 방법을 설명하고 동의를 구한 다음 설문지를 배부한 뒤 자가 보고식 설문지를 사용하여 자료 수집을 시행하였다. 환자 스스로 작성하기 힘든 경우에는 연구자가 직접 질문하고 답하는 방법으로 설문지를 작성하였다.

대상자가 설문 작성에 소요되는 시간은 약 15분이었고, 설문 작성을 완료한 대상자에게는 소정의 선물을 제공하였다. 총 168부의 설문지가 배포되었고, 회수된 설문지 중 6부는 소독을 밝히지 않아 제외하였고, 5부는 전체 문항의 10%를 초과하여 제외하였다. 따라서 총 157부의 설문지를 분석하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 대상자의 보호를 위하여 해당기관 윤리심의사무국의 승인을 받았다(심의번호 : J-1405-072-581, 20140922/26-2014-114/102). 연구 참여를 위한 서면 동의서에 연구의 목적, 절차, 수행 과정, 연구자의 연락처, 연구 진행 중 언제든지 도중에 연구 참여를 거부할 수 있는 권리 등을 명시하고 구두 설명을 통해 대상자로 하여금 자발적으로 연구 참여를 결정할 수 있음을 설명하였다. 대상자가 서명한 후 원본은 연구자가 소지하고, 사본 1부는 대상자에게 배포하였다. 자료수집 후 개인을 추적할 수 있는 정보는 삭제한 후 분석하였고, 연구 자료들은 연구자만 접근할 수 있는 연구실에 보관하였다. 연구가 끝난 후 연구윤리위원회에서 자료소장기간으로 지정한 기일 동안 보관 후 자료는 완전히 폐기할 예정이다.

6. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS 20.0 Window 프로그램을 이용하여 전산통계 처리하였다. 자료분석을 위한 구체적인 통계 분석방법은 다음과 같다.

① 대상자의 소득수준별 개인적 요인, 환경적 요인, 질병관련 요인은 서술적 통계를 통해 분석하였다.

② 대상자의 소득수준별 개인적 요인, 환경적 요인, 질병관련 요인, 투병의지, 적응의 차이는 χ^2 -test와 ANOVA로 분석하였다.

③ 대상자의 투병의지, 적응간의 관계는 Pearson Correlation Coefficient를 이용하였다.

④ 대상자의 적응에 미치는 요인을 파악하기 위해 단변량 분석에서 적응에 유의한 차이를 보인 변수들을 중심으로 단계적 다중회귀분석(stepwise multiple regression analysis)을 시행하였다.

⑤ 모든 분석의 유의수준은 $\alpha=0.05$ 로 하였다.

V. 연구결과

1. 대상자의 소득수준별 개인적 요인과 환경적 요인

연구 대상자의 소득수준별 개인적 요인과 환경적 요인을 분석한 결과 다음과 같다(Table 1). 전체 대상자는 평균연령은 58.3세이고, 소득수준과 유의한 차이가 있었다($p=.005$). 교육 정도는 고졸 이하가 60.8%로 가장 많았고, 소득 하 군과 중 군은 고졸 이하가 61.0%, 67.2%였고, 상 군은 대졸이상이 51.6%로 소득수준별로 유의한 차이가 있었다($p=.001$). 직업은 없음이 71.5%로 가장 많았고, 소득 하 군은 직업 없음이 84.7%, 중 군은 73.1%, 상 군은 직업이 있음이 51.6%로 소득수준별로 유의한 차이가 있었다($p<.001$). 재직 중인 직업 명으로는 교사, 회사원, 공무원, 검사, 등 비교직 전문직종의 일을 하고 있었다.

가족 수는 3~4명이 55.7%로 가장 많았고, 소득 하 군은 2명 이하가 44.1%, 중 군은 3~4명이 67.2%, 상 군은 3~4명이 77.4%로 소득수준별로 유의한 차이가 있었다($p<.001$). 지지자로는 배우자가 68.4%로 가장 많았고, 지지자에 대한 신임 정도는 매우 신임이 68.4%, 소득 하 군은 매우 신임이 49.2%, 중 군은 76.1%, 상 군은 90.3%로 소득수준별로 유의한 차이가 있었다($p<.001$).

민간보험 유 무는 소득 하 군은 없음이 54.2%, 중 군은 있음이 68.7%, 상 군은 있음이 80.6%로 소득수준별로 유의한 차이가 있었다($p=.002$). 보험형태로 건강보험가입자가 90.5%로 많았고, 소득 하 군은 의료급여수급자가 23.7%로 소득수준별로 유의한 차이가 있었다($p<.001$).

Table 1. Demographic Characteristics of the Participants

Charact eristic	Variable category	Income status				<i>p</i>
		Low (n=59) n(%)	Middle (n=69) n(%)	High (n=31) n(%)	Total (=157) n(%)	
Gender						.853
	Male	35(59.3)	43(64.2)	19(61.3)	97(61.4)	
	Female	24(40.7)	24(35.8)	12(37.0)	60(38.0)	
Age(years) Mean±SD : 58.3(10.30)						.005
	20~39	2(3.4)	3(4.5)	3(9.7)	8(5.1)	
	40~59	21(35.6)	38(56.7)	19(61.3)	78(49.4)	
	More than 60	36(61.0)	24(35.8)	9(29.0)	69(43.7)	
Marital status						.122
	Married	45(96.3)	62(92.5)	28(90.3)	135(85.4)	
	Single	0	2(3.0)	1(3.2)	3(1.9)	
	Bereavement	6(10.2)	1(1.5)	1(3.2)	8(5.1)	
	Divorce	5(18.5)	1(1.5)	1(3.2)	7(4.4)	
	Others	0	1(1.5)	0	1(0.6)	
Education						.001
	Elementary school	12(20.3)	4(6.0)	0	16(10.1)	
	Middle~high school	36(61.0)	45(67.2)	15(48.4)	96(60.8)	
	≥College	11(18.6)	18(26.9)	16(51.6)	45(28.5)	
Religion						.970
	Christian	15(25.4)	20(29.9)	10(32.3)	45(28.5)	
	Catholic	8(13.6)	9(13.4)	3(9.7)	20(12.7)	
	Buddhism	10(16.9)	13(19.4)	7(22.6)	30(19.0)	
	None	25(42.4)	25(37.3)	11(35.5)	61(38.6)	
Job						.000
	Yes	7(11.9)	16(23.9)	16(51.6)	39(24.7)	
	Retired/Unemployed	50(84.7)	49(73.1)	14(45.2)	113(71.5)	
Family members						.000
	≤2	26(44.1)	9(13.4)	2(6.5)	37(24.4)	

3~4	19(32.2)	45(67.2)	24(77.4)	88(55.7)	
5~6	12(20.3)	12(17.9)	4(12.9)	28(17.7)	
≥7	2(3.4)	1(1.5)	1(3.2)	4(2.5)	
Supporter					
Parents	2(3.4)	5(7.5)	2(6.5)	9(5.7)	
Spouse	34(57.6)	51(76.1)	23(74.2)	108(68.4)	
Children	21(35.6)	18(26.9)	8(25.8)	47(29.7)	
Sibling	4(6.8)	8(11.9)	1(3.2)	13(8.2)	
Doctor/Nurse	5(8.5)	5(7.5)	1(3.2)	11(7.0)	
Pastor	1(1.7)	2(3.0)	2(6.4)	5(3.2)	
Others	2(3.4)	1(1.5)	0	3(1.9)	
Confidence in supporter					.000
Very confined	29(49.2)	51(76.1)	28(90.3)	108(68.4)	
Confined	27(45.8)	14(20.9)	3(9.7)	44(27.8)	
Not Confined	0	0	0	0	
Satisfaction with supporter					.401
Very satisfied	33(55.9)	42(62.7)	24(77.4)	99(62.7)	
Satisfied	22(37.3)	21(34.3)	7(22.6)	52(32.9)	
Not satisfied	0	1(1.5)	0	1(0.6)	
Private insurance					.002
Yes	27(45.8)	46(68.7)	25(80.6)	98(62.0)	
No	32(54.2)	21(31.3)	6(19.4)	59(37.3)	
Insurance					.000
health insurance	45(76.3)	67(100)	31(100)	143(90.5)	
Medical aid	14(23.7)	0	0	14(8.9)	

2. 대상자의 소득수준별 질병관련 요인

연구대상자의 질병관련 특성은 다음과 같다(Table 2). 암 진단 기간은 3개월 이상 ~6개월 이내가 32.3%로 가장 많았고, 소득 하 군은 33.9%, 중 군은 26.9%, 상 군은 41.9%였다. 암 진행 정도는 4기가 39.2%로 가장 많았고, 소득 하 군은 37.3%, 중 군은 38.8%, 상 군은 4기가 45.2%였다. 동반 질환의 여부는 동반질환이 없음이 59.5%로 가장 많았고, 소득 하 군은 동반질환 있음과 없음이 각각 49.2%로 동일했고, 중 군은 동반질환 없음이 59.7%, 상 군은 동반질환 없음이 80.6%였다. 수술을 한 경우는 80.4%, 항암치료를 받은 경우 93.7%, 방사선 치료를 받지 않는 경우가 58.9%였다. 전이가 있음이 65.8%로 가장 많았고 소득 하 군은 62.7%, 중 군 65.7%, 상 군 74.2%였다. 부작용으로는 탈모 57.3% 구토 49.4%, 피로 48.1%, 오심 41.1%, 체중저하 33.5% 변비 29.1% 순이었다. 활동 정도는 1점 '약간 증상이 있는 경우'가 51.3%로 가장 많았고, 소득 하 군은 2점 '증상이 있어서 낮 시간의 50% 이하를 침대에서 보내는 경우'가 33.9%, 중 군은 1점이 62.7%, 상 군은 1점이 67.7%로 소득수준별로 유의한 차이가 있었다($p=.007$).

Table 2. Disease related Characteristics of the Participants

Characteristics	Variable category	Income status				<i>p</i>
		Low (n=59) n(%)	Middle (N=67) n(%)	High (N=31) n(%)	Total (N=157) n(%)	
Duration of diagnosis						.365
	3m~6m	20(33.9)	18(26.7)	13(41.9)	51(32.3)	
	≤1yr	16(27.1)	17(25.4)	3(9.7)	36(22.8)	
	≤2yr	11(18.6)	16(23.9)	7(22.6)	34(21.5)	
	≤5yr	6(10.2)	11(16.4)	6(19.4)	23(14.6)	
	>5yr	6(10.2)	5(7.5)	2 (6.5)	13(8.2)	
Stage						.969
	0	0	1(1.5)	0	1(0.6)	
	1	1(1.7)	1(1.5)	1(3.2)	3(1.9)	
	2	8(13.6)	13(19.4)	6(19.4)	27(17.1)	
	3	20(33.9)	26(38.8)	10(32.3)	56(35.4)	
	4	22(37.3)	26(38.8)	14(45.2)	62(39.2)	
Comorbidity						.053
	Yes	29(49.2)	26(38.8)	6(19.4)	61(38.6)	
	No	29(49.2)	40(59.7)	25(80.6)	94(59.5)	
Operation						.932
	Yes	47(79.7)	54(80.6)	26(83.9)	127(80.4)	
	No	11(18.6)	11(16.4)	5(16.1)	22(17.1)	
Chemotherapy						.316
	Yes	55(93.2)	64(95.5)	29(93.5)	148(93.7)	
	No	4(6.8)	1(1.5)	2(6.5)	7(4.4)	
Radiation						.892
	Yes	14(23.7)	18(26.9)	8(25.9)	40(25.3)	
	No	36(61.0)	41(61.2)	16(51.6)	93(58.9)	
Metastasis						.706
	Yes	37(62.7)	44(65.7)	23(74.2)	104(65.8)	
	No	19(32.2)	22(32.8)	8(25.8)	49(31.0)	

Side effect						
	Fatigue	23(39.0)	38(56.7)	15(48.4)	76(48.1)	
	Nausea	20(33.9)	29(43.4)	16(51.6)	65(41.1)	
	Vomit	25(42.4)	33(49.3)	20(64.5)	78(49.4)	
	Alopecia	32(54.2)	38(56.7)	20(64.5)	90(57.3)	
	Constipation	18(33.5)	18(26.9)	10(32.3)	46(29.1)	
	Neuropathy	8(13.6)	25(37.3)	11(35.5)	44(27.8)	
	Weight loss	16(27.1)	25(37.3)	12(38.7)	53(33.5)	
	Neutropenia	11(18.6)	27(40.3)	18(30.5)	47(29.7)	
	Others	7(11.9)	4(6.0)	3(9.7)	14(8.9)	
Performance status						.007
(ECOG)	0	10(16.9)	9(13.4)	4(12.9)	23(14.6)	
	1	18(30.5)	42(62.7)	21(67.7)	81(51.3)	
	2	20(33.9)	13(19.4)	3(9.7)	36(22.8)	
	3	9(15.3)	3(4.5)	2(6.5)	14(8.9)	
	4	2(3.4)	0	1(3.2)	3(1.9)	

3. 대상자의 소득수준별 투병의지와 적응 차이

대상자의 투병의지, 적응과 소득수준 차이를 분석한 결과 투병의지는 하 군은 평균 47.40(6.27), 중 군은 평균 48.13(4.71), 상 군은 평균 49.45(5.07)으로 나타났고 통계적으로 유의한 차이가 없었다($p=.239$).

적응은 하 군은 평균 141.05(20.39), 중 군은 평균 151.70(19.26), 상 군은 평균 159.74(19.00)으로 나타났고 통계적으로 유의한 차이($p=.002$)가 있었다. 적응의 7개의 하부영역 중 가정 내 환경($p=.002$), 사회적 환경($p=.016$)은 소득수준에 따라 유의한 차이가 있었다(Table 3).

Table 3. Fighting Spirit and Adjustment According to Income Status

Variable	Income status			<i>p</i>
	Low(n=59) mean(SD)	Middle(n=67) mean(SD)	High(n=31) mean(SD)	
Fighting spirit	47.40(6.27)	48.13(4.71)	49.45(5.07)	.239
Adjustment	141.05(20.39)	151.70(19.26)	159.74(19.06)	.002
1	30.78(4.31)	32.13(4.32)	31.97(19.06)	.178
2	15.66(4.12)	16.28(3.97)	16.90(4.15)	.373
3	27.68(4.64)	29.18(4.09)	31.52(4.27)	.001
4	19.24(3.82)	16.07(3.69)	15.77(2.81)	.425
5	16.31(5.77)	18.45(3.83)	18.90(4.63)	.016
6	23.81(4.76)	23.87(4.73)	25.74(4.58)	.136
7	16.26(4.76)	17.26(4.87)	16.68(4.81)	.420

1=health care orientation; 2=vocational environment; 3=domestic environment;
4=extended family relationship; 5=social environment; 6=psychological distress; 7= sexual relationship

4. 대상자의 투병의지와 적응 간의 상관관계

대상자의 투병의지와 적응간 상관관계를 분석하였다(Table 4). 투병의지와 전체 적응은 $r=.501(p<.001)$ 로 높은 양의 상관관계를 보였다. 투병의지와 적응의 하부영역과 상관관계는 전반적 건강관리 $r=.558(p<.001)$, 직업적 환경 $r=.301(p<.001)$, 가정 내 환경 $r=.386(p<.001)$, 확대가족관계 $r=.202(p=.011)$, 사회적 환경 $r=.223(p=.005)$, 심리적 고통 $r=.414(p<.001)$ 과 양의 상관관계를 보였다.

Table4. Correlation between Fighting Spirit and Adjustment

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)
1	1								
2	.501 (.000)	1							
3	.558 (.000)	.613 (.000)	1						
4	.301 (.000)	.557 (.000)	.185 (.020)	1					
5	.386 (.000)	.654 (.000)	.387 (.000)	.356 (.000)	1				
6	.202 (.011)	.425 (.000)	.223 (.005)	.079 (.327)	.330 (.000)	1			
7	.223 (.005)	.611 (.000)	.362 (.000)	.175 (.029)	.327 (.000)	.288 (.000)	1		
8	.414 (.000)	.666 (.000)	.315 (.000)	.442 (.000)	.338 (.000)	.178 (.026)	.223 (.005)	1	
9	.139 (.082)	.630 (.000)	.213 (.007)	.214 (.007)	.169 (.034)	.005 (.952)	.224 (.005)	.313 (.000)	1

1=Fighting spirit; 2= Adjustment; 3=Health care orientation; 4=Vocational environment; 5=Domestic environment; 6=Extended family relationship; 7=Social environment; 8=Psychological distress; 9=Sexual relationship

5. 대상자의 적응 영향요인

적응에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 단계선택 방법(stepwise method)을 이용한 다중회귀분석을 실시하였다. 독립변수로 투병의지와 단변량 분석에서 적응에 유의한 차이가 있었던 연령, 결혼상태, 가족 수, 소득수준, 지지자의 신임도, 활동 정도를 분석하였다(Table 5). 명목변수인 결혼상태, 가족 수는 dummy변수로 전환하여 분석하였다. 독립변수에 대한 회귀분석 가정을 검증한 결과 연령, 가족 수, 지지자의 신임도는 유의하지 않은 것으로 확인되어 제거하였다.

독립변수들 간의 다중공선성(multicollinearity)의 문제를 확인하기 위해 분산팽창요인(Variance Inflation Factor, VIF)를 구하였다. 본 연구에서 분산팽창요인은 1.056~1.142로 10보다 작아 독립변수들간에 상관관계가 없음을 확인하였고, Durbin-Watson 값이 1.597로 1~3사이 값으로 독립성 가정을 만족하여 회귀모형분석의 적합성을 인정할 수 있다.

단계적 다중회귀분석을 통해 적응에 영향을 미치는 요인은 투병의지, 활동정도, 결혼상태(기혼), 소득수준임을 확인하였다. 최종 회귀모형을 설정하였고, 전체 모형의 설명력은 43.5%이었다. 적응은 투병의지와 결혼상태(기혼), 소득수준과 양의 상관관계를 나타냈고, 활동정도와 음의 상관관계를 나타냈다.

본 연구에서 설정한 회귀모형은 통계적으로 유의한 것으로 파악되었으며($F=27.963$, $p<.001$), 도출된 최종 회귀식은 다음과 같다(Table 6).

Table 5. Adjustment According to Characteristics of the Participants
(N=157)

Characteristics	Variable category	Adjustment		
		mean(SD)	F or t	p
Age(years)	20~39	163.00(18.44)	4.162	.017
	40~59	150.29(18.88)		
	More than 60	144.00(21.21)		
Marital status	Married	150.57(19.79)	5.12	.001
	Single	158.00(38.57)		
	Bereavement	122.50(10.32)		
	Divorce	136.71(8.19)		
Family member	≤2(a)	137.29(16.39)	5.55	.001
	3~4(b)	152.90(18.46)		
	5~6(c)	148.25(26.47)		
	≥7 (d)	149.00(5.35)		
Confidence in supporter	Very confined	152.54(21.04)	4.09	.019
	Confined	138.22(15.31)		
Performance status(ECOG)	0	163.56(15.32)	9.81	.000
	1	151.96(20.30)		
	2	140.91(15.80)		
	3	131.35(14.19)		
	4	127.00(19.84)		

Table 6. Factors Influencing Adjustment

(N=157)

Variable	B	SE	β	R ²	Adjusted R ²	t	p
(constant)	74.916	14.080				5.320	.000
Fighting spirit	1.484	.245	.400	.261	.256	6.068	.000
Performance status	-6.814	1.571	-.289	.366	.358	-4.338	.000
Marital status	11.215	3.786	.190	.412	.400	2.962	.004
Income status	4.316	1.772	.157	.435	.420	2.436	.016

VI. 논 의

본 연구는 소득수준별에 따라 대장암 환자들을 대상으로 투병의지와 적응 정도에 차이가 있는가를 파악하고자 하였으며, 연구결과 투병의지에는 차이가 없으나 적응에는 소득수준에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 이에 대한 논의는 인구학적 및 질병관련 요인특성과 투병의지와 적응에 따른 차이에 대해 서술하였다.

1. 소득수준에 따른 개인적 요인, 환경적 요인, 질병관련 요인

본 연구에서 대상자의 평균연령은 58.3세고 연령은 소득과 유의한 차이($p=.005$)가 있었는데, 김윤구 등(2010)의 연구에서도 연령이 많은 사람보다 적은 사람이 주관적으로 느끼는 경제적 도움에 대한 필요 정도가 높았다. 즉 소비 성향이 높고 물질적 자본이 충분치 않은 젊은 연령층이 암이 발생하였을 경우 암으로 인한 경제적 도움에 대한 필요가 더 가중된다고 하였다. 반면 김진구 등(2011)의 연구에서 소득계층에 따른 진료횟수, 진료비 등 의료이용이나 건강상태의 격차에 노년층의 65.2%가 저소득층에 집중되어 있고 건강수준도 좋지 않다고 하였다.

본 연구에서 직업의 유무와 교육 정도는 소득과 유의한 차이가 있었는데, Park 등(2008)의 연구에서 직장을 가진 암환자의 1/4이 암 진단 후 1년 이내 직업을 상실하였고, Choi 등(2007)의 연구에서 암 진단받은 305명 남성 중 53%가 직업을 상실하였다. 암 진단과 직업상태에 영향을 미치는 요인으로 소득이 있었고, 특히 저소득층일수록 직업의 상실이 높은 결과는 본 연구결과와 일치한다.

김기환(2010)의 연구에서 교육과 소득은 일방적인 관계가 아닌 양방향 관계로 소득격차가 교육격차에 영향을 미치고 교육격차가 소득격차에 영

향을 미쳤으며, 소득이 높을수록 교육비를 ‘소비’가 아닌 ‘투자’로 인식하기 때문에 교육비 지출이 컸다. 직업이 있는 경우 직종을 살펴보았을 때 교사, 회사원, 공무원, 엔지니어 등 전문직종이 다수를 차지 하였는데, 교육 수준이 높고, 소득이 높을수록 양질의 일자리에 취업할 가능성이 높아지고 재취업의 기회가 많아 안정된 수입을 유지하였다.

본 연구에서는 보험형태, 민간보험 가입여부는 소득과 유의한 차이가 있었는데, 김윤구 등(2010)의 연구에서 건강보험 가입자보다 의료급여 수급자가 경제적 도움에 대한 필요가 더 높았다. 의료급여 수급자에게는 대부분의 급여진료비에 대해 전액을 부담해주고 있지만, 여전히 비급여 항목이 진료비의 높은 비중을 차지하고 있고, 높은 비급여 진료비로 인한 부담이 크게 작용하고 있음을 시사한다. 이현복과 현경래(2011)의 연구에서 소득이 높을수록 민간의료보험의 가입률이 높고, 총 가구수입이 커질수록 보험가입을 더 많이 하고, 주관적 건강상태가 좋을수록 민간보험에 가입을 많이 하는 경향이 컸다. 즉 보험의 형태, 민간의료보험의 가입여부는 소득의 차이뿐만 아니라 건강상태 및 의료서비스이용에 영향을 미칠 수 있다.

본 연구에서 가족의 수와 지지자의 신임이 소득과 유의한 차이가 있었는데, 가족 수는 소득 하 군은 2명 이내가 44.1%, 소득 상 군은 3~4명이 77.4%로 다수를 차지하였고, 대상자의 대부분이 투병생활 중 가장 힘이 되어주는 사람으로 소득수준과 상관없이 모두 배우자(68.4%)와 자녀(29.7%)로 인식하고 있었고, 소득 상 군이 지지자의 신임의 만족도가 62.7%로 가장 높았다. 류은경(2001)의 연구에서 암환자가 지각하는 가족지지 정도에 영향을 주는 변수가 가족의 월수입으로 수입이 많을수록 대상자가 지각하는 가족 지지 정도가 높았고, 김혜영 외(2008)의 연구에서는 소득이 낮고 이혼이나 사별로 인해 배우자로부터 지지를 받지 못하는 저소득 암환자들은 가부장제적인 우리나라의 사회 문화적 맥락에서 이혼으로 인한 새로운 빈곤집단으로 하락하여 소득불평등의 심화에 기여하는 것으로 나타났다.

가족이나 보호자가 없어 혼자서 병원을 방문하는 저소득층 암환자들에게 의료진에 대한 신뢰가 치료를 결정하는데 주요한 영향을 미치고 희망을 주는 원동력과 삶의 질에 긍정적인 영향을 준다고 볼 때(이명선 외, 2011; 태영숙 외, 2001), 의료인으로써 암환자들에게 배려와 존중의 태도와 함께 보다 많은 정보적, 정서적 지지를 제공해줄 필요가 있다.

본 연구에서 질병관련 요인 중 활동정도가 소득과 유의한 차이가 있었다($p=.007$). 그리고 암 진단 기간은 소득과 유의한 차이를 보이지 않았지만 적응의 영향요인으로 나타났다. 오복자와 이연주(2008)의 연구에서 무력감의 예측요인으로 거동능력이 있었고, Akechi, Okamura, Yamawaki 와 Uchitomi (1998) 연구에서 암 환자들은 나이가 많고 교육수준이 낮을수록, 혼자 거주하는 경우, 거동능력이 낮고 주 보호자에 대한 만족감이 낮을수록 무력감이 높았다. 그리고 김희정 외(2014)의 연구에서 대장직장암환자들은 연령, 성별, 배우자의 유무, 직업유무에 따라 신체활동량에 유의하게 차이를 보였고 영양위험이 높은 대상자들의 삶의 질이 낮고 신체활동량이 낮은 결과를 보였다. 그리고 치료 중에서 치료 후로 시간이 경과한 후에 신체활동량이 증가하였고 암 치료과정 중의 부작용으로 인해 신체활동이 저하되었다가 회복기를 거치면서 점차 신체활동의 증가하였다. 대장직장암 환자를 대상으로 한 Carolyn 등(2008)연구에서 신체활동량이 많을수록 삶의 질이 통계적으로 유의하게 높았다. 저소득계층은 연령이 높고, 주거환경, 음식, 건강관리 등 생활환경 위험에 더 크게 노출되어 있고(김진구 외 2011; 이명선 외 2011), 신체적 활동을 위한 환경적 요소가 취약하다. 따라서 저소득층 암 환자들에게 신체활동량 및 적응을 향상시킬 수 있도록 간호사정 및 중재가 치료계획 초기부터 이루어져야 할 것이다.

2. 소득수준에 따른 투병의지와 적응

본 연구 대상자의 투병의지 정도는 하 군은 평균 47.40(6.27), 중 군은

평균 48.13(4.71), 상 군은 평균 49.45(5.07)로 나타났지만 통계적으로 유의한 차이가 없었다($p=.239$). 같은 도구를 사용한 연구와 투병의지 점수를 비교해 보면, 오복자, 이연주(2008)의 연구에서 가족 평균 수입 101~300만원이 총 55.6%를 차지한 암 환자들의 평균 투병의지 점수 52.22(0.67)보다 투병의지 점수가 낮았다. 이러한 차이는 오복자, 이연주(2008)의 연구대상자들은 암 진행 정도가 2기 이내가 46%, 암 전이가 되지 않음이 54%였던 반면, 본 연구에서는 암 진행 정도가 4기가 39.2%로 가장 많았고, 암 전이가 있음이 65.8%로, 진행된 암으로 인한 중증도에 따라 차이가 있다고 사료된다.

그리고 본 연구대상자들은 서울 소재한 종합병원과 시립병원에서 이루어졌고 대부분의 대상자들은 거주지역에 있는 가까운 병원을 찾기보다는 치료결과에 만족하는 병원을 찾았고, 지방 거주자도 서울에 위치한 병원을 이용하였다. 그리고 진단기간이 3~6개월인 경우가 전체 32.3%로 적극적으로 항암치료 또는 방사선 치료를 받고 있는 상태 등이 소득과 투병의지와 유의한 차이를 보이지 않았다는 결과에 영향을 줬다고 사료된다. 따라서 다양한 지역에서 연구대상자를 확대하고 치료시기를 구분한 추후연구가 이루어져야 할 것이다.

투병의지 예측요인으로 대상자의 믿음정도, 지지자에 대한 신임정도, 영적 건강(김주형, 2006; 오복자와 이연주 2008; Akechi, 1998)이 있으며, 특히 희망, 믿음, 사랑, 용서, 수용은 투병정신과 유의한 상관관계를 가지고(김주형 외, 2006) 우울, 절망감 등의 정서적 장애의 영향이 질병특성보다 심리 사회적 요인에 크게 작용한다는 점에 미루어 추후 심리사회적 요인과 투병의지의 관계를 고려한 소득수준별 연구가 필요하다고 본다.

적응 정도는 하 군은 평균 141.05(20.39), 문항평균은 3.18, 중 군은 평균 151.70(19.26), 문항평균은 3.35, 상 군은 평균 159.74(19.06), 문항평균 3.42으로 나타났고 소득수준과 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p=.002$). PAIS를 사용한 연구들과 심리사회적 적응점수를 비교해 보면 김정임(2013)의 가족 월 평균 수입 300만원 이상이 63.0%를 차지한 갑상선 암환

자들의 문항평균 점수(3.34)보다 소득 중 군과 소득 상 군은 높은 결과를 보였다. 그리고 임승주(2005)의 가구 월 평균 수입 200만원~300만원 미만 이 27.5%로 가장 빈도가 높았던 류마티스 관절염을 가진 여성들의 문항 평균 점수(3.39)보다 소득 중 군은 낮은 점수를 보였다. 하지만 평균 수입 이 300만원 이상인 대상자가 200만원 미만인 대상자에 비하여 심리사회적 적응수준이 유의하게 높은 결과와 일치한다.

적응의 하부 영역 중 가정 내 환경과 사회적 환경은 소득수준과 유의한 차이가 있었고, 적응의 하부영역 중 전반적 건강관리, 직업적 환경, 가정 내 환경, 확대가족관계, 사회적 환경, 심리적 고통은 투병의지와 양의 상관관계를 보였다. 가정 내 환경에는 부부 자녀 관계, 가족 친밀도, 질병으로 인한 가족 적응, 가정 수입이 포함하는 것으로 가족지지를 의미한다고 볼 수 있다. 가족의 지지는 환자가 질병에 대처하는데 도움을 주며 삶의 질을 높여주고, 건강증진행위를 통해 질병 회복에 직접적인 영향을 미친다(박점희 외, 2000; 조계화 외, 1997). 류은경(2001)의 연구에서 암환자가 지각하는 가족지지 정도에 영향을 주는 변수가 가족의 월수입으로 수입이 많을수록 대상자가 지각하는 가족 지지 정도가 높은 것과 조옥희 외(2009)와 송덕순(1998)의 연구에서 경제상태가 상 군일 때 가족 지지가 높다는 것과 같은 맥락으로 보인다.

사회적 환경은 개인, 가족, 사회에서의 여가활동 등 사회적 참여 및 사회적 지지를 의미하는 것으로 신금미(2009)의 연구에서 암 환자의 사회적 지지가 높으면 삶의 질을 향상시키고, 사회적 지지의 일면인 가족 지지와 삶의 질과의 유의한 상관관계가 있었다. 그리고 경제상태는 삶의 질에 영향을 미치는 변수로 경제력이 높을수록 가족의 지지와 삶의 질이 높은 것으로 나타났다.

자원부족과 지지망의 취약성은 심리사회적 디스트레스에 적절하게 대처하기 어렵고 치료과정에의 적응을 저해하는 요소이다. 따라서 가족의 지지와 사회적 지지가 부족한 저 소득 암 환자들에게 자조 집단 및 동료 지지집단 구성하도록 환경을 조성하고, 질병에 잘 대처하고 심리적, 신체

적 적응에 도움을 줄 수 있도록 중재 방안을 모색해야 할 것이다.

3. 적응의 영향요인

본 연구에서 적응과 투병의지는 정상관관계를 보였고, 단계별 다중 회귀 분석을 통해 적응의 영향요인으로 투병의지, 활동정도, 결혼 상태, 소득수준으로 총 43.5%의 설명력을 나타냈다. 적응에 높은 영향을 주는 변수는 투병의지로 나타났고 이러한 결과는 유방암 환자를 대상으로 낙관성과 사회적 지지 적응과의 관계를 연구한 Shelby 등 (2008)의 연구에서 낙관적인 사람들은 암 투병생활에 적응을 잘하고, 사회적 지지는 낙관성과 적응의 관계에서 조정자로 심리적 디스트레스와 정신적 건강 심리사회적 기능에 대한 부정적 영향에 대한 완충적 역할을 한다는 결과와 Stanton, Danoff-burg 과 Huggins (2002)의 연구에서 암 진단에 대한 적극적 수용을 통한 대처는 긍정적 적응의 예측요인이었던 반면, 암 진단에 대한 회피적 대처는 암 재발의 두려움의 예측요인으로 작용했다는 연구결과와 유사하다. 즉 투병의지는 전반적 건강행위 실천율이 증가하고 질환에 대한 긍정적 적응을 통해 나아가 삶의 질을 향상할 수 있다.

소득수준은 적응에 영향을 미치는 요인으로 소득수준이 높을수록 적응을 잘하는 것으로 나타났다. 항암요법을 받는 환자를 대상으로 심리사회적 적응을 연구한 이경숙(2000)의 연구에서 정규적인 항암화학요법으로 인한 치료비와 상황에 따른 수술 등으로 인하여 수입이 낮은 환자일수록 진료비 부담을 느끼고, 진료비 부담은 심리사회적 적응에 영향을 미쳤으며, 김혜영과 고은(2012), Shelby 등(2008)의 연구에서는 경제수준이 유방암 여성의 심리사회적 기능에 양적 영향을 미쳤다는 연구결과를 지지하였다. 그리고 의료급여제도는 저소득 취약계층의 의료문제를 국가가 보장하는 공공부조제도로, 노년층의 65.2%가 저소득층에 집중되어있고 교육수준이 낮고 사회적 지지체계가 취약할 뿐 아니라 건강관리 능력이 저하되어 있어 만성 질환의 유병기간이 길고 합병증 발생률이 상대적으로 높았다

(김윤구 외, 2010; 김진구, 2011; 류은경, 2001; 이현주, 2012). 이상의 결과로, 투병의지는 소득수준과 유의한 차이가 없었고 적응은 소득과 유의한 차이가 있었다. 적응의 영향요인으로 투병의지가 높고, 거동능력이 자유롭고, 기혼이며, 소득수준이 높을수록 적응이 높았다. 경제적 어려움이 있는 소득계층은 가족 수가 적고 대부분 홀로 지내며 의료이용률에서도 지지체계가 부족하고 암 검진 행위도 낮아(김도영, 2012; 김진구, 2011; 박부연, 2012), 다방면적으로 취약한 점들이 많았다. 따라서 저소득층 암 환자들이 금전적 문제뿐만 아니라 연구결과 확인된 가족, 사회적 지지, 교육수준, 직업소실, 일상생활 수행능력과 관련하여 지속적인 관심을 가지고 부적응 요인을 조기에 예측하여 긍정적인 대처를 통해 긍정적 적응을 증진할 수 있도록 돕는 의료환경 조성 및 간호중재가 필요하다고 본다.

VII. 결론 및 제언

본 연구는 소득수준별에 따라 대장암 환자들을 대상으로 투병의지와 적응 정도에 차이가 있는가를 파악하고자 시행된 연구이다. 2014년 6월부터 2014년 11월까지 5개월간 서울에 소재한 대학병원과 시립병원에서 입원 중이거나 통원치료중인 대장암 환자로서 20세 이상의 성인 157명을 대상으로 하였으며, 자가보고식 설문도구를 이용하여 수집하였고, 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 연구대상자의 인구학적 특성, 환경적 요인, 질병관련 특성에 따른 소득수준 차이 분석결과 연령, 교육수준, 직업유무, 가족 수, 지지자 신임, 민간보험 여부, 보험형태, 활동 정도와 유의한 차이가 있었다.

둘째, 연구대상자의 투병의지 정도는 하 군은 평균 47.40(6.27), 중 군은 평균 48.13(4.71), 상 군은 평균 49.45(5.07)로 나타났지만 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 적응 정도는 하 군은 평균 141.05(20.39), 중 군은 평균 151.70(19.26), 상 군은 평균 159.74(19.06)으로 소득수준과 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

셋째, 연구대상자의 투병의지와 적응간 상관관계를 분석한 결과 투병의지와 전체 적응은 높은 양의 상관관계를 보였고, 투병의지와 적응의 하부영역과 상관관계는 전반적 건강관리, 직업적 환경, 가정 내 환경, 확대가족관계, 사회적 환경, 심리적 고통과 양의 상관관계를 보였다.

넷째, 적응의 영향요인으로 투병의지, 활동정도, 결혼상태(기혼), 소득수준으로 총43.5%의 설명력을 나타냈다. 즉 투병의지가 높고, 거동능력이 자유롭고, 기혼이며, 소득수준이 높을수록 적응이 높았다.

본 연구 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다. 본 연구에서는 소득수준 분류기준을 총 월수입, 보험형태, 민간보험으로 구분하였지만 추후 소득분류 기준을 좀 더 확대하여 객관적인 분류와 다양한 지역에서 연구대상자를 확대한 반복 연구가 필요하다.

둘째, 투병의지는 정서적 장애의 영향이 질병특성보다 심리 사회적 요

인에 크게 작용한다는 점에 미루어 심리사회적 요인과 투병정신 관계를 고려한 소득수준별연구가 필요하다. 셋째, 본 연구를 통해 소득은 암 환자의 적응에 영향을 미치는 유의한 요인으로 밝혀졌으므로 저소득층 암환자들에게 정보적 지원과 정서적 지지를 제공해야 할 것이다. 또한 의료진들이 지속적인 관심을 가지고 저소득층 암환자들의 부적응 요인을 조기에 예측하여, 긍정적 적응을 증진할 수 있도록 돕는 의료환경 조성 및 간호중재가 필요하다고 생각한다.

본 연구의 제한 점은 첫째, 두 곳의 병원에서 임의 표출한 대상자를 모집하였기 때문에 연구결과를 해석하는데 주의를 요한다. 둘째, 소득수준을 포함한 경제수준은 소득뿐만 아니라 교육 배경, 주거환경, 소유 재산 등을 총체적으로 고려해야 함에도 불구하고, 본 연구는 소득수준만을 분석지표로 삼았다는 한계가 있다. 추후 개인의 사회경제적 수준(Socioeconomic status)을 통합적으로 고려한 연구가 필요할 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

- 강 옥. (2001). 낙관성과 지지가 암환자의 적응에 미치는 영향. *중앙간호학회지*, 1(1), 122-122.
- 김기환. (2010). *교육격차와 소득격차의 상호연관성 분석*. 국내석사학위논문, 고려대학교 대학원, 서울.
- 김도영. (2012). 소득수준별 건강상태에 따른 보건의료서비스 이용 격차 분석. *사회과학연구*, 36(1), 119-156.
- 김복련, 김영혜, 김정순, 정인숙, 김주성. (2003). 암환자의 대처양상에 관한 연구. *대한간호학회지*, 33(3), 321-330.
- 김선영. (2011). 대장암 조기 검진 행위에 영향을 미치는 요인-제 4 차 2 기 (2008년)국민건강영양조사 자료를 중심으로. *보건교육·건강증진학회지*, 28(1), 69-80.
- 김정임. (2013). *갑상선암 여성환자의 수술 후 심리사회적 적응 관련요인*. 국내석사학위논문, 아주대학교, 수원.
- 김주형, 이숙정, 이원희. (2005). 암환자의 영성과 투병정신과의 관계. *성인간호학회지*, 17(4), 583-591.
- 김주형, 이숙정, 노재경, 윤정순, 이원희. (2006). 영성 증진 중재가 암환자의 영성, 사회적 지지 및 투병정신에 미치는 효과. *성인간호학회지*, 18(2), 240-250.
- 김진구. (2011). 소득계층에 따른 의료이용의 격차: 연령집단별 Le Grand 지수 분석을 중심으로. *사회보장연구*, 27(3), 91-122.
- 김윤구, 박재현, 박종혁. (2010). 암 환자가 느끼는 경제적 도움에 대한 필요와 이에 영향을 미치는 요인. *보건행정학회지*, 20(4), 58-73.
- 김진희, 김경주, 박종혁. (2011). 암환자의 소득수준과 의료이용의 관련성. *보건행정학회지*, 21(3), 397-413.
- 김혜영, 고은. (2012). 젊은 유방암 생존자와 나이든 유방암 생존자의 심리 사회적 적응. *중앙간호학회지*, 12(4), 280-288.

- 김혜영, 소향숙. (2012). 초기 유방암 환자의 심리사회적 적응 구조모형. *대한간호학회지*, 42(1), 105-115.
- 김혜영, 변화순, 윤희식. (2008). 여성의 이혼과 빈곤: 직업과 소득의 변화를 중심으로. *가족과 문화*, 20(2), 37-63.
- 김희정, 추상희, 유지수, 김남규. (2014). 대장직장암 환자의 영양위험, 신체활동량과 삶의 질. *중앙간호학회지*, 14(2), 51-144.
- 류은정. (2001). 암환자의 우울, 자기효능 및 대처간의 상관관계. *성인간호학회지*, 13(1), 70-81.
- 박부연. (2012). 대장암 관련 건강검진 정보. *한국전자통신학회논문지*, 7(3), 687-692.
- 박점희.(2000). 암환자의 건강통제위성격과 가족지지 및 절망감과관계. *경북간호과학지*, 4(1), 1-14.
- 보건복지부.(2006). 소득계층에 따른 암환자의 암종별 의료이용에 관한 연구. 서울: 보건복지부 Retrieved from http://www.129.go.kr/news/02_view.jspn=682.
- 보건복지부. (2009). 본인일부 부담금 산정특례에 관한 기준. 서울: 한국보건사회연구.
- 보건복지부. (2010). 암환자 의료비 경감을 위해 고가 항암제 보험급여확대 및 비급여 암치료 급여 적용추진. 서울: 한국보건사회연구.
- 손미아, 김수진, 이준협. (2008). 암 발생과 사망의 건강불평등감소를 위한 역학 지표 개발 및 정책개발연구. 서울: 보건복지가족부.
- 송덕순. (1998). 암환자의 가족지지와 우울과의 관계. 국내석사학위논문, 고신대학교, 부산.
- 신금미. (2009). 암환자의 사회적 지지와 삶의 질과의 관계. 국내석사학위논문, 한양대학교 임상간호정보대학원, 서울.
- 심창학. (2001). 사회적 배제 개념의 의의와 정책적 함의. *한국사회복지학*, 44, 178-208.
- 오경미. (2008). 암의 질병단계별 대처 양상 개념 개발. 한양대학교 대학

- 원, 박사학위 논문, 서울.
- 오복자, 이연주. (2008). 암환자의 투병의지와 무력감 예측요인. *대한간호학회지*, 38(2), 270-277.
- 이경숙. (2000). *항암화학요법 환자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 요인에 관한 연구*. 국내석사학위논문, 이화여자대학교, 서울.
- 이명선, 박은영, 김달숙, 태영숙, 정복례, 소향숙. (2011). 저소득층 암환자들의 심리사회적 적응 과정. *대한간호학회지*, 41(2), 225-235.
- 이상이. (2006). *소득계층에 따른 암 환자의 암 종별 의료이용에 관한 연구 결과*. 서울: 보건복지부.
- 이숙희, 김증임, 이혜경, 강남미, 김혜원, 이은희, 박영숙. (2004). 자궁경부암 여성의 삶의 적응에 관한 근거이론적 접근. *여성건강간호학회지*, 10(1), 32-41.
- 이영선, 이송이, 한인영. (2011). 암 치료 소외계층을 위한 암 의료이용 체계구축의 모색. *보건사회연구*, 31(3), 308-340.
- 이현복, 현경래. (2011). 민간의료보험 가입자 특성과 가입요인에 관한 연구. *사회보장연구*, 27(1), 217-240.
- 이현주, 오진주, 최정명. (2010). 의료급여 수급자의 건강관리 및 의료이용에 대한 텔레케어 사례관리의 효과. *간호행정학회지*, 16(4), 381-388.
- 임승주, 안경애, 한인영. (2004). 류마티스 관절염 여성의 심리사회적 적응. *류마티스 건강학회지*, 11(2), 165-175.
- 임준. (2005). *주요 암의 소득계층간 생존율의 차이*. 서울대학교 대학원, 박사학위논문, 서울.
- 전경숙, 최은숙, 이효영. (2010). 의료이용의 남녀차이와 영향요인에 관한 연구. *한국보건간호학회지*, 24(2), 182-196.
- 조계화, 김명자. (1997). 입원한 암환자와 재가 암환자의 가족지지, 희망, 삶의 질 정도에 관한 연구. *한국간호과학회*, 27(2), 353-363.
- 조옥희, 유양숙. (2009). 유방암 환자의 수술 후 심리사회적 적응, 부부친

- 밀도 및 가족지지. *중앙간호학회지*, 9(2), 129-135.
- 조홍준. (2013). 보건의료에서의 형평성: 우리나라의 현황. *대한의사협회*, 56(3), 184-194.
- 지은정. (2004). 의료비 지출이 종사상 지위 및 소득변화에 미치는 요인연구. *한국사회복지학*, 56(3), 5-35.
- 태영숙, 강은실, 이명화, 박금자. (2001). 암환자가 지각한 사회적지지, 희망과 삶의 질과의 관계. *재활간호학회지*, 4(2), 219-231.
- 홍두호. (2004). 소득계층에 따른 암 환자의 진단시 병기에 관한 연구: 6대암을 중심으로. 국내석사학위 논문, 서울대학교 대학원, 서울.
- Aarts, M. J., Lemmens, V. E., Louwman, M. W. J., Kunst, A. E., & Coebergh, J. W. (2010). Socioeconomic status and changing inequalities in colorectal cancer. A review of the associations with risk, treatment and outcome. *European Journal of Cancer*, 46(15), 2681-2695.
- Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (1998). Predictors of patients' mental adjustment to cancer: Patient characteristics and social support. *British Journal of Cancer*, 77(12), 2381-2385.
- Boyle, P., Zaiudze, D. G., & Smans, M. (1985). Descriptive epidemiology of colorectal cancer. *International Journal of Cancer*, 36(1), 9-18.
- Bradshaw, J., Williams, J., Levitas, R., Pantazis, C., Patsios, D., Townsend, P., et al. (2000). *The relationship between poverty and social exclusion in Britain*. Poland: Paper presented at the International Association for research in Income and Wealth Conference Cracow.
- Burchardt, T., J. Le Grand, & D. Piachaud. (1999). Social exclusion in Britain 1991-1995. *Social Policy and administration*, 33(3), 227-244.
- Byers, T. E., Wolf, H. J., Bauer, K. R., Bolick-Aldrich, S., Chen, V.

- W., Finch, J. L., et al. (2008). The impact of socioeconomic status on survival after cancer in the United States. *Cancer*, *113*(3), 582-591.
- Castells, R. (1990). Extreme cases of marginalisation from vulnerability to deaffiliation, reported in G. Room(ed.) *Beyond the threshold: The measurement and analysis of social exclusion*. Bristol: The Policy Press, 1995.
- Choi, K. S., Kim, E. J., Lim, J. H., Kim, S. G., Lim, M. K., Park, J. G., & Park, E. C. (2007). Job loss and reemployment after a cancer diagnosis in Koreans prospective cohort study. *Psycho Oncology*, *16*(3), 205-213.
- Derogatis, L. R., & Lopez, M. C. (1983). *Psychological Assessment to Illness Scale (PAIS & PAIS-SR): Administration, scoring and procedures and manual-I*. Riderwood, MD: Clinical Psychometric Research.
- Faggiano, F., Zanetti, R., & Costa, G. (1994). Cancer risk and social inequalities in Italy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *48*(5), 447-452.
- Fung, T., Hu, Frank B., Fuchs, C., Giovannucci, E., Hunter, D. J., Stampfer, M. J., et al. (2003). Major dietary patterns and the risk of colorectal cancer in women. *Archives of internal medicine*, *163*(3), 309-314.
- Grassi, L., & Travado, L. (2008). The role of psychosocial oncology in cancer care, In M. P. Coleman, D. Alexe, T. Albrecht & M. Mckee (Eds.), *Responding to the Challenge of Cancer in Europe*(pp.219-229). Republic of Slovenia: Tiskarna Radovljica.
- Greer, S., & Waston, M. (1987). Mental adjustment to cancer: It's measurement and prognosis importance. *Cancer Surveys*, *6*, 439-453.

- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. W., & Haybittle, J. L. (1990). Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *The Lancet*, *335*(8680), 49–50.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *The Lancet*, *314*(8146), 785–787.
- Hughes, A. (2005). Poverty and palliative care in the US: Issues facing the urban poor. *International Journal of Palliative Nursing*, *11*(1), 6–13.
- Krause, K. (1993). Coping with cancer. *Western Journal of Nursing Research*, *15*(1), 31–40.
- Le, H., Ziogas, A., Lipkin, S. M., & Zell, J. A. (2008). Effects of socioeconomic status and treatment disparities in colorectal cancer survival. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, *17*(8), 1950–1962.
- Macleod, U., Ross, S., Twelves, C., George, W.D., Gillis, C., & Watt, G. (2000). Primary and secondary care management of women with early breast cancer from affluent and deprived areas: Retrospective review of hospital and general practice records. *BMJ*, *320*(7247), 1442–1445.
- Morris, T., Pettingale, K. W., & Haybittle, J. L. (1992). Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho Oncology*, *1*(2), 105–114.
- Nan, K. J., Qin, H. X., Yang, G. (2003). Prognostic factors in 165 elderly colorectal cancer patients. *World Journal Gastroenterol*, *9*(10), 2207–2210.
- Nordin, K., Glimelius, B., Pählman, L., & Sjäöden, P. O. (1996). Anxiety, depression and worry in gastrointestinal cancer patients attending medical follow-up control visits. *Acta Oncologica*, *35*(4), 411–41

6.

- Oh, S. W., Yoon, Y. S., & Shin, S. A. (2005). Effects of excess weight on cancer incidences depending on cancer sites and histologic findings among men: Korea National Health Insurance Corporation Study. *Journal of Clinical Oncology*, *23*(21), 4742-4754.
- Park, J. H., Park, E. C., Park, J. H., Kim, S. G., & Lee, S. Y. (2008). Job loss and re-employment of cancer patients in Korean employees: A nationwide retrospective cohort study. *Journal of Clinical Oncology*, *26*(8), 1302-1309.
- Peddle, C. J., Au, H. J., & Courneya, K. S. (2008). Associations between exercise, quality of life, and fatigue in colorectal cancer survivors. *Diseases of the Colon & Rectum*, *51*(8), 1242-1248.
- Pickard-Holly, S. (1990). Fatigue in cancer patients. *Cancer Nursing*, *14*(1), 13-19.
- Polite, B. N., Dignam, J. J., & Olopade, O. I. (2006). Colorectal cancer model of health disparities: Understanding mortality differences in minority populations. *Journal of Clinical Oncology*, *24*(14), 2179-2187.
- Richardson, L. & Le Grand, J. (2002). Outsider and insider expertises: The response of residents of deprived neighbourhoods to an academic definition of social exclusion. *Social Policy and Administration*, *36*(5), 496-515.
- Robinson, P. & Oppenheim, C. (1998). *Social exclusion indicators: A submission to the social exclusion unit*. London: IPPR.
- Room, G. (1995). *Beyond the threshold: The measurement and analysis of social exclusion*. Bristol: Policy Press.
- Roy, C. (1984). Introduction to nursing: An adaptation model. *American Journal of Nursing*, *84*(10), 1331.

- Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Social Exclusive Unit. (1997). *Social exclusive unit: Purpose, work prioriturs and working method*, London: HMSO.
- Shelby, R. A., Crespin, T. R., Wells-Di Gregorio, S. M., Lamdan, R. M., Siegel, J. E., & Taylor, K. L. (2008). Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*(5), 433-444.
- Stanton, A. L., Danoff-burg, S. & Huggins, M.E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, *11*(2), 93-102.
- Tschuschke, V., Hertenstein, B., Arnold, R., Bunjes, D., Denzinger, R., & Kaechele, H. (2001). Associations between coping and survival time of a dult leukemia patients receiving allogeneic bone marrow transplantation: Results of a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, *50*(5), 277-285.
- Walsh, J. M. E., & Terdiman, J. P. (2003). Colorectal cancer screening. *The Journal of the American Medical Association*, *289*(10), 1288-1296.
- Walker, R. (1995). The dynamics of poverty and social exclusion, Room, G. (Eds.), in *Beyond the threshold: The measurement and analysis of social exclusion*(p. 102-128). Bristol: Policy Press.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, *18*(1), 203-209.
- Weisman, A. D., & Worden, J. W. (1977). *Coping and Vulnerability in Cancer Patients*. Washington DC: National Cancer Institute.

Yim, J., Hwang, S., Yoo, K., & Kim, C. (2012). Contribution of income-related inequality and healthcare utilisation to survival in cancers of the lung, liver, stomach and colon. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(1), 37-40.

부록 1-2. 도구승인(Adaptation)

Dear Seo Yeon Kim,

To order 170 copies of the Korean PAIS-SR Booklets we should:

Go to our store website. You have already registered as a customer.

www.derogatis-tests-store.com

Log in

Scroll down to the PAIS-SR Section of Products,

Select PAIS15

Quantity should be 170

I have reduced the cost to \$.60 each so your total will be \$102.00 USD.

If you have access to the Internet Explorer browser, we can set you up with a free website scoring account to score your PAIS-SR booklets from you computer.

As soon as we receive your order, we will send the scanned copy via email. Please let me know if you have any questions.

Sincerely,

is>

일반 첨부파일 1개 (3MB) 모두 저장

파일 저장 시 바이러스 검사 자동 수행 접기 <

CCE11262014.pdf 3MB

November 26, 2014

Dear SeoYeon Kim

Please find attached the scanned PAIS-SR Korean Booklet. With your order that you placed (Order #172), you have permission from Dr. Derogatis to make and administer up to 170 PAIS-SR Korean Booklet. If you require additional copies, you must notify us for permission.


Please let me know when you are ready to score the PAIS-SR Korean Booklets, I will send you scoring information, or set up a free website scoring if you have access to the Internet Explorer browser.

Let me know if you need any additional information.

Sincerely,

We hope your research goes well!

부록 2. 연구윤리심의위원회 연구 승인 통지서

서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회				 의학연구윤리심의위원회		
서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회						
Tel : 82-02-2072-0694		서울특별시 종로구 대학로 101번지 (우)110-744				
FAX : 82-02-2072-0368						
심의결과통보서						
IRB No.	J-1405-072-581		제출경로	공동심의		
수신	책임연구자 김서연		소속	간호부	직위 간호직	
	의뢰기관					
연구과제명	대장암 환자의 소득수준별 투병의지와 적응					
Protocol No.			Version No.			
생명 윤리법에 따른 분류	<input checked="" type="checkbox"/> 인간대상연구 <input type="checkbox"/> 인체유래물연구 <input type="checkbox"/> 배아줄기세포주이용연구 <input type="checkbox"/> 배아연구 <input type="checkbox"/> 체세포복제배아연구 <input type="checkbox"/> 단성생식배아연구 <input type="checkbox"/> 배아생성의료기관 <input type="checkbox"/> 인체유래물은행					
연구종류	임상시험 외 연구	중례보고	생태학적 연구		<input checked="" type="checkbox"/> 단면조사연구	
		조사, 설문, 인터뷰 연구	환자군 연구		<input type="checkbox"/> 환자-대조군연구	
	인체유래물저장소 연구	등록(레지스트리) 연구		<input type="checkbox"/> 시판후사용성적조사		
	전향적 코호트 연구	추향적 코호트연구		<input type="checkbox"/> 기타		
	연구대상	연구대상	<input type="checkbox"/> 의약품 <input type="checkbox"/> 생물학적제제 <input type="checkbox"/> 건강기능식품 <input type="checkbox"/> 의료기기 <input type="checkbox"/> 기타			
		상품명				
Phase		<input type="checkbox"/> 제1상 <input type="checkbox"/> 제1/2상 <input type="checkbox"/> 제2상 <input type="checkbox"/> 제2/3상 <input type="checkbox"/> 제3상 <input type="checkbox"/> 제4상 <input type="checkbox"/> 생물학적동등성 <input type="checkbox"/> 기타				
임상시험 목적	<input type="checkbox"/> 식약처 승인 대상 여부 <input checked="" type="checkbox"/> 승인 제외 대상 <input type="checkbox"/> 학술용 <input type="checkbox"/> 국내(KFDA)허가용 <input type="checkbox"/> 해외 허가용					
연구계획서승인일	2014년 06월 09일 (정기보고주기 : 12개월)					
승인유효기간	2014년 06월 09일 - 2015년 06월 08일		심의대상	연구계획서의 의뢰서(수정후신속 심의에 대한 답변)		
심의종류	신속심의		심의일자	2014년 06월 05일		
접수일자	2014년 05월 31일		심의결과통보일	2014년 06월 09일		
심의목록	1. 연구계획서의 의뢰서(수정후신속심의에 대한 답변) 2. 연구계획서 3. 연구대상자 설명문 및 동의서 4. 연구비 내역서					
심의결과	승인					
심의의견	[심의 의견에 대하여 적절히 수정되었고, IRB의 승인 기준에 따라 승인합니다.]					

의학연구윤리심의위원회 위원

본 통보서에 기재된 사항은 IRB의 기록된 내용과 일치 함을 증명합니다.
 본 기관 IRB는 생명윤리 및 안전에 관한 법률, 약사법, 의료기기법 및 ICH-GCP 등 관련
 법 연구와 이해관계(Conflict of Interest)가 있는 위원이 있을 경우 연구의 심의에서 배제하였습니다.



부록 3. 연구 참여 설명문 및 동의서

안녕하십니까?

저는 서울대학교 간호대학원 종양전문 간호 석사과정에 재학 중인 김서연입니다. 본 연구는 병동이나 외래에서 대장암으로 치료를 받고 있는 환자들을 대상으로 소득수준별 차이에 따른 투병의지와 적응을 파악하여 보다 나은 간호서비스를 제공하고자 조사하는 것 입니다.

귀하는 본 연구에 참여를 동의하였어도 본인의 상태에 따라 언제든지 중단할 수 있으며 참여를 거부하거나 도중에 탈락하는 것에 대한 어떠한 불이익도 없습니다. 귀하께서 응답해주신 답변은 더 나은 간호를 제공하기 위한 연구자료로 사용될 것이며, 이 연구를 통해 얻어진 결과를 바탕으로 대장암 환자들의 어려움을 이해하고 효과적인 간호를 하는데 도움이 되는 귀중한 자료로 활용될 것입니다.

본 조사내용은 연구의 목적 외에는 사용되지 않을 것이며 응답해주시는 모든 내용은 비밀이 보장됨을 약속합니다. 힘들고 불편한 와중에도 귀한 시간과 정성스런 도움을 주셔서 진심으로 감사드립니다.

연구자 : 김서연(서울대학교 간호대학원 종양전문간호 석사과정)

소속 : 서울대학교 병원

문의 전화 : 010-0000-0000

윤리심의 사무국 : 02-0000-0000

연구대상자 동의서

1. 본인은 임상연구에 대해 구두로 설명을 받고 상기 연구 설명문을 읽었으며 담당 연구원과 이 연구에 대하여 충분히 의논하였습니다.
2. 본인은 연구의 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
3. 본인은 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.
4. 본인은 이후의 치료에 영향을 받지 않고 언제든지 연구의 참여를 거부하거나 연구의 참여를 중도에 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해가 되지 않을 것이라는 것을 알고 있습니다.
5. 본인은 이 설명서 및 동의서에 서명함으로써 의학 연구 목적으로 나의 개인정보가 현행 법률과 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
6. 본인은 연구 설명문 및 동의서의 사본을 받을 것을 알고 있습니다.

_____	_____	_____
연구대상자 성명	서명	날짜(년/월/일)
_____	_____	_____
시험자/연구자 성명	서명	날짜(년/월/일)

부록 4. 연구 설문지

A. 일반적 특성

다음을 읽어 보시고 해당항목에 ‘V표’ 또는 해당 사항을 적어주시기 바랍니다.

1. 귀하의 성별은 무엇입니까?

- ①남자 ② 여자

2. 귀하의 연령은 어떻게 되십니까? ()세

3. 귀하의 결혼 상태는 어떻게 되십니까?

- ①기혼 ②미혼 ③사별 ④이혼/별거 ⑤기타

4. 귀하의 교육 정도는 어떻게 되십니까?

- ①무학 ②초졸 ③중졸 ④고졸 ⑤대졸이상

5. 귀하의 종교는 어떻게 되십니까?

- ①기독교 ②천주교 ③불교 ④없음 ⑤기타

5-1. 귀하의 믿음 정도는?

- ①매우 강함 ②꽤 강함 ③약간 강함 ④약간 약함

- ⑤꽤 약함 ⑥매우 약함

6. 귀하의 직업은 어떻게 되십니까?

- ①재직중 : 직업명() ②실직 ③퇴직: 퇴직전 직업명()

- ④가정주부 ⑤직장을 그만둠: 그만두기 전 직업명()⑥기타

7. 귀하 가구의 총 월수입(가족포함)은 어떻게 되십니까?

- ①100만원 이하 ②101~200만원 ③201~300만원 ④301만원~400만원

- ⑤401만원 이상

8. 다음 중 귀하가 해당되는 것은 무엇입니까?

- ①지역 또는 직장 건강보험자 ② 세대원 ③ 피 부양자

- ④ 의료급여 1종 ⑤ 의료급여 2종 ⑥ 보훈대상자 ⑦ 국가 유공자

- ⑧ 차상위 의료보험 수급자

9. 귀하는 민간보험(암 보험 포함)을 가입하셨습니까?

- ①예 ②아니오

10. 귀하의 가족 수는 어떻게 되십니까?(본인포함)

- ①2명 이하 ②3~4명 ③5~6명 ④7명 이상

11. 투병생활 중 귀하에게 가장 힘이 되어주는 사람은 누구입니까?

- ①부모님 ②배우자 ③자녀 ④형제/자매 ⑤친척 ⑥의사 ⑦간호사
⑧종교인 ⑨성직자 ⑩기타

11-1. 귀하는 이 사람을 얼마나 신임하십니까?

- ①매우 신임 ②꽤 신임 ③약간 신임 ④약간 불신임
⑤꽤 불신임 ⑥매우 불신임

11-2. 귀하에게 가장 힘이 되어주는 사람의 지지에 대하여 얼마나 만족하십니까?

- ①매우 만족 ②꽤 만족 ③약간 만족 ④약간 불만족
⑤꽤 불만족 ⑥매우 불만족

B. 질병 관련 특성

1. 암 진단 받은 지 얼마나 지났습니까?

- ①3개월이상 ~6개월 이내 ②1년 이내 ③2년 이내 ④5년 이내
⑤5년 이상

2. 귀하의 암 진행정도는?

- ①0기 ②1기 ③2기 ③3기 ④4기

3. 암 진단 외 동반된 질환이 있습니까?

- ①있다 ②없다

3-1. 암 진단 외 동반된 질환 명은 무엇입니까?()

4. 질병과 관련되어 치료받은 것들은 무엇이 있습니까?

- ①수술 여부 : 있음() 없음()
②항암제 치료 여부 : 있음() 없음()
③방사선 치료 여부 : 있음() 없음()
④기타:

5. 질병의 전이가 있습니까?

- ①있다 ②없다

6. 항암제나 방사선 치료 시 부작용은? (해당사항 모두 표시)

- ① 피로 ②오심 ③우울 ④불안 ⑤구토 ⑥탈모
 ⑦무감각증,감각이상 ⑧암이나 치료로 인한 통증 ⑨변비 ⑩기침
 ⑪체중저하 ⑫고통 ⑬백혈구 감소증 ⑭ 열 ⑮설사
 ⑯구내염 ⑰성/생식기 기능이상 ⑱수면이상 ⑲기타

7. 귀하의 현재 활동 정도는 다음 중 무엇입니까?

- ①발병 전처럼 활동 ②경한 증상 있으나 거동이 자유로움
 ③반나절 이상 거동 가능 ④반나절 이상 누워 있음 ⑤하루 종일
 누워 있음

C. 투병의지

암에 대한 태도에 대한 질문입니다. 지난 일주일간을 생각하면서 솔직하게 대답해주시기 바랍니다.

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1. 나는 바쁘게 살기 때문에 내 병에 대하여 생각할 시간이 없다				
2. 다른 사람들이 나보다 더 나에게 대하여 걱정을 한다.				
3. 나는 나의 긍정적인 태도가 내 건강에 유익을 가져다 준다고 느낀다.				
4. 나는 내 병과 싸우려고 한다.				
5. 나는 내 병에 대하여 걱정하지 않기로 결심하였다.				

6. 암 진단을 받은 이후 나는 삶이 얼마나 소중한가를 깨닫고 최선을 다하려고 한다.				
7. 나는 매우 긍정적인 태도를 갖도록 노력하고 있다.				
8. 나는 나보다 더 나쁜 처지에 있는 다른 사람들을 생각한다.				
9. 나는 내 병이 좋아질 것이라고 굳게 믿고 있다.				
10. 나는 내 병을 하나의 도전이라고 여기고 있다.				
11. 나는 내 병에 대하여 여유 있는 자세를 유지하려고 노력한다.				
12. 나는 휴일, 직업, 주택 등 미래에 대하여 계획을 가지고 있다.				
13. 나는 내가 받은 복들을 헤아려 본다.				
14. 나는 내 병에 묻혀 살지 않는다.				
15. 나는 내 마음의 상태가 나의 건강에 많은 영향을 줄 수 있다고 생각한다.				
16. 나는 내가 예전에 해왔던 대로 변함없이 내 삶을 살려고 노력한다.				

D. 적 응

다음은 오늘을 포함 한 지난 한달(30일)동안 귀하의 경험에 대해 답을 해주시기 바랍니다. 각 문항을 읽으신 후 해당되는 곳에 V로 표시하여 주십시오.

문 항	전 혀 그 렇 지 않 다	그 렇 지 않 다	약 간 그 렇 다	대 체 로 그 렇 다	매 우 그 렇 다
1. 나는 전반적으로 건강관리를 잘 한다.					

2. 나는 현재의 질병에 대해 관리를 잘 한다.					
3. 나는 전반적으로 간호 술이나 간호사들에 대해 만족한다					
4. 나는 현재 치료와 주치의사에 대해 신뢰한다.					
5. 나는 현재 질병의 상태가 나아질 것이라고 기대한다.					
6. 나는 현 질병에 대해 잘 안다.					
7. 나는 현 질병에 대한 치료 결과가 좋아 지리라고 기대한다.					
8. 나는 현 질병의 치료 방법에 대해서 잘 안다.					
9. 나는 질병으로 인해(학생의 경우 학업, 주부의 경우 가사 등) 활동에 지장이 있다.					
10. 나는 직업(또는 학업, 가사)활동을 다 해낸다.					
11. 나는 대장암 수술 전에 비해 일할 수 있는 시간이 줄었다.					
12. 나는 직업(또는 학업, 가사)에 대한 의욕이나 열의가 줄었다.					
13. 나는 질병 전에 비해 직업(또는 학업, 가사) 활동에 있어서 목표설정을 낮추었다.					
14. 나는 일을 잘해내지 못해서 다른 사람과의 사이에 갈등이 있다.					
15. 부부관계(미혼일 경우 부모, 사별일 경우 자녀관계)가 좋다.					
16. 자녀(미혼일 경우 형제) 또는 기타 동거가족들과의 관계가 좋다.					
17. 질병으로 인해 가족간의 문제가 많다.					
18. 질병으로 인한 변화에 가족들은 적응을 잘 한다					
19. 가족들과 대화를 잘한다.					
20. 나는 어려움이 있을 때 가족들에게 의					

지한다.					
21. 질병으로 인해 가정 내에 물질적 어려움이 있다					
22. 집안의 수입이 넉넉하다.					
23. 나는 형제들이나 친척들과 대화가 잘 된다.					
24. 나는 형제들이나 친척들과 잘 지내고 싶다.					
25. 형제들이나 친척들에게 물질적 도움을 받는다.					
26. 사회생활에 있어서 형제들이나 친척들의 도움을 받는다.					
27. 형제들이나 친척들과 우애가 좋다.					
28. 나는 개인적인 여가활동에 대해 관심이 많다.					
29. 나는 현재 개인적인 여가활동을 하고 있다..					
30. 가족들과 함께 하는 여가활동에 대한 관심이 많다.					
31. 가족들과 함께 하는 여가활동을 할 수 있는 시간이 많다.					
32. 나는 사회에서의 여가활동에 대해 관심이 많다.					
33. 나는 사회에서의 여가활동 시간이 많다.					
34. 나는 질병에 대한 불안을 느낀다.					
35. 나는 질병 때문에 우울하다.					
36. 나는 질병 때문에 남을 미워한다.					
37. 나는 죄의 대가로 질병에 걸렸다고 생각한다.					
38. 나는 질병 때문에 근심이나 걱정이 많다.					

39. 질병 때문에 자부심(자존심)이 손상되었다고 생각한다.					
40. 질병 때문에 외모가 나빠졌다.					
41~46번까지는 기혼자만 답하여 주십시오					
41. 질병 후 성생활이 나빠졌다.					
42. 질병 후 성 생활에 대한 관심이 적어졌다.					
43. 질병 후 성 생활이 줄었다.					
44. 성 생활에 대한 만족한다.					
45. 성생활에 장애가 많다.					
46. 성생활로 인해 배우자와의 사이의 갈등이 많다.					

Abstract

The fighting spirit and adaptation of colon cancer patients by income state

Kim Seoyeon

Department of Nursing

The Graduate School

Seoul National University

Directed by Professor **Eunyoung E. Suh, PhD, FNP, RN**

The lower the income, the higher cancer incidence and cancer mortality according to a social class. In particular, in the case of colon cancer which is known that the case fatality rate is the lowest, higher colon cancer incidence rate and mortality in low-income groups are showing in a consistent pattern. Socioeconomic status has impacts on not only cancer incidence and its prognosis, but also individual coping patterns, so that it is the main determinants of survival. Fighting spirit and adaptation are important factors to help cancer patients who face a cancer diagnosis and receive treatment to overcome difficult situations and to adapt positively to circumstances and to have an impact on the quality of life.

A number of studies related to the disease coping patterns for cancer patients have made, but little has been known about fighting

spirit and adaptation patterns that are associated with income status. The thing to promote positive coping patterns, particularly to help low-income colon cancer patients to promote a positive adaptation by comparing fighting spirit and adaptation patterns based on income levels is very important in nursing practice.

This study was designed as a descriptive research and 157 colon cancer patients who are being hospitalized at the Universtiy Hospital and City Hospital in Seoul or are receiving outpatient treatment were selected for study subjects with convenience sampling and they were asked to respond to the questionnaire. Data collection was conducted from June 2014 to November 2014 and this study was performed for only subjects who signed a informed consent form after hearing the explanation about the purpose of this study from a researcher and who wanted to participate in study. Structured questionnaire was used as a research tool, the tool that was developed by Watson, et al.(1988) and was adapted by Kim, et al.(2006) was used to measure the willingness to struggle against diseases and the tool that was developed by Derogastis and Lopez(1983) was used for adaptation with the permission of the original author. The collected data using SPSS 20.0 were analyzed by descriptive statistics, Cronbach's alpha, Pearson's correlation coefficient, and Stepwise multiple regression analysis.

The results that obtained in this study are as follows.

1. Age, education level, the presence and absence of occupation, the number of family, supporter's trust, the presence and absence of private insurance, the type of insurance, performance status degree were significantly different with income levels.

2. The degree of fighting spirit showed average 47.40 points, 48.13 points, and 49.45 points in the low, medium, and high group respectively and there were no significant differences in income levels.

3. The degree of adaptation showed average 141.05 points, 151.70 points, and 159 points in the low, medium, and high group respectively and there were significant differences in income levels.

4. The fighting spirit and adaptation showed a positive correlation.

5. The influence factors of adaptation are fighting spirit, activity degree, marital status, and income level, which showed total 43.5% of explanation power: high fighting spirit, free movement ability, married person, and high income-level showed high adaptation.

It concluded that the adaptation of cancer patients was significant with income and it was found to be the fighting spirit that had the most influence on the adaptation. For the fighting spirit, psycho-social factors such as the influence of emotional disturbance than disease characteristics greatly play a role, so that further studies considering the relationship between psycho-social factors and fighting spirits based on income level are needed. Furthermore, medical environment setting and nursing intervention are needed in order to provide informational support and emotional support to low-income cancer patients and to help to promote positive adaptation by predicting maladaptive factors of low-income cancer patients in early stages.

Key words: colon cancer, income status, fighting spirit, and adaptation

Student ID number: 2012-20419

