

# 희망중재가 재가 암환자의 희망과 우울에 미치는 효과

신 아 미<sup>1)</sup> · 박 정 숙<sup>2)</sup>

1) 계명대학교 간호대학 조교, 2) 계명대학교 간호대학 교수

## The Effects of Hope Intervention on Hope and Depression of Cancer Patients Staying at Home

Shin, A Mi<sup>1)</sup> · Park, Jeong Sook<sup>2)</sup>

1) Teaching Assistant, College of Nursing, Keimyung University

2) Professor, College of Nursing, Keimyung University

### Abstract

**Purpose:** This study was to identify the effects of hope intervention on hope and depression of cancer patients staying at home. **Methods:** The study design was a randomized control group design. The subjects consisted of forty cancer patients randomly selected who were registered at S-Gu Public Health Center. Hope intervention, which was composed of hope assessment, hope objective setting, positive self identity formation, therapeutic relationships, spiritual & transcendental process improvement, positive environmental formation and hope evaluation, was provided from November 20, 2006 to January 26, 2007. **Results:** The 1-1 hypothesis, “The experimental group which received hope intervention will have a higher score of hope than the control group”, was supported ( $t=-3.253$ ,  $p=.003$ ). The 1-2 hypothesis, “The experimental group which received hope intervention will have a higher level of hope index than the control group”, was supported ( $t=-4.001$ ,  $p=.000$ ). Therefore the 1st

hypothesis, “The experimental group which received hope intervention will have a higher level of hope than the control group” was supported. The 2nd hypothesis, “The experimental group which received hope intervention will have a lower level of depression than the control group”, was not supported ( $t=1.872$ ,  $p=.070$ ). **Conclusion:** Hope intervention is an effective nursing intervention to enhance hope for patient with cancer.

Key words : Hope, Cancer, Depression

### 서론

#### 연구의 필요성

우리나라의 3대 사망원인인 암, 뇌혈관 질환, 심장 질환으로 인한 사망자수가 11만 6천명으로 전체 사망자의 47.3%를 차지한다. 이중 암이 6만 5천명으로 가장 많고 그 다음은 뇌

주요어 : 희망중재, 재가 암환자, 희망, 우울

투고일: 2007년 8월 27일 심사완료일: 2007년 9월 21일

• Address reprint requests to : Shin, A Mi

Teaching Assistant, College of Nursing, Keimyung University

332-2 Sang-dong, Suseong-Gu, Daegu 706-828, Korea

Tel: 82-53-763-8944 C.P.: 82-11-1761-8944 E-mail: 98ami@hanmail.net

혈관 질환 3만 1천명, 심장질환 1만 9천명의 순으로 사망자 수가 많다. 최근 10년간 사망률이 가장 많이 증가한 것으로 1995년 인구 10만 명당 110.8명에서 2005년에는 134.5명으로 23.7명이 증가하였다(Korean National Statistical Office, 2006).

많은 암환자들은 건강, 신체 일부, 정신, 사회적 기능, 자아 존중감, 성기능, 직업 등 여러 가치를 잃게 되어 개인의 평형 상태가 깨어지고 극심한 정서적 혼란을 겪게 된다(Anderson, 1989). 그러므로 암진단을 받고 투병생활을 하고 있는 대부분의 암환자들은 불안, 두려움, 우울, 심리적 충격 및 절망감과 같은 다양한 정서적 변화를 경험하게 된다(Koh & Kim, 1988).

Miller(1992)는 무력감-절망감 이론에서 무력감이 생기게 되면 낮은 자존감과 우울이 나타나게 되고 이로 인해 절망감이 발생한다고 하였다. 절망감은 시야에서 구원이 없고 이로 인해 자포자기하고 자해까지 하게 만들뿐만 아니라, 절망감에 빠진 사람은 움직이지 않으며, 문제해결, 목표 설정, 행동을 취사선택하는 것이 불가능해진다. Miller의 무력감-절망감 이론은 만성 질환자를 간호하면서 개발한 이론이지만 암환자에게도 해당되는 이론으로 암환자들은 계속되는 항암치료와 재발로 인해 무력감에 빠지게 되고 이로 인해 낮은 자존감과 우울이 생기게 되고, 우울이 지속되면서 절망감도 커진다고 할 수 있다.

암환자에게 있어 희망이란 고통과 죽음의 상황에서도 삶의 의지를 불러일으키며 죽음 자체도 수용하는 능력, 절망감에 빠졌을 때도 제한된 범위 내에서 질적인 삶을 유지하며 긍정적인 인간관계를 갖게 하는 것이다(Tae, 1994). 희망은 암을 치료하지는 못하지만 병을 극복할 수 있는 실질적인 방법과 정신적인 힘을 제공하기 때문에 미래가 불확실한 암환자들을 치료하는데 있어서 중요한 요소이다. 희망은 자신이 직면한 모든 어려움과 장애물을 바로 바라보고 그 고난을 통해 더 나은 삶을 발견할 수 있게 도와주고 신체적으로도 변화를 가져와 혈액 순환, 호흡을 돕고 통증을 완화시키는 것으로 알려져 있다(Lee, 2006).

암환자 간호에 있어 희망의 중요성이 강조됨에 따라 희망 중재를 실시한 간호연구들이 수편 이루어져 있다. 국내에서는 Oh, Lee, Tae와 Um(1997)이 백혈병 환자에게 자기효능·희망 증진 프로그램이 자기간호 행위와 삶의 질에 미치는 효과를 알아보는 연구를 실시하였고, 국외에서는 Rustoen, Wiklund, Hanestad와 Mourm(1998)가 새로이 암 진단을 받은 환자에게 희망중재를 제공한 연구, Herth(2000)가 처음 암이 재발한 환자에게 희망중재 프로그램을 실시한 연구를 시행하였다. 이러한 연구에서 암환자를 위한 희망중재는 희망을 증진시키는데 효과가 있는 것으로 나타났으므로 희망은 특별한 간호중재에

의해 강화될 수 있다는 이론을 뒷받침해 준다.

현재 우리나라에서는 저소득 취약계층 환자 관리를 위한 방문보건사업이 실시됨에 따라 거동 불편자, 재활장애인, 독거노인, 암환자 등을 중심으로 방문간호를 실시하고 있다(Lim, 2003). 이 중에서 재가 암환자를 위한 방문 간호사업 지침은 호스피스 서비스(Ministry of Health & Welfare, 2002)에 초점을 맞추고 있어서 희망중재를 포함한 포괄적인 간호를 제공하지 못하고 있는 실정이다. 이에 본 연구에서는 보건소 방문간호를 제공받는 재가 암환자를 위해 체계적인 희망중재를 개발하여 제공하였을 때 이들의 희망과 우울에 어떤 변화가 있는지를 검증하여 향후 재가 암환자를 위한 포괄적이고 체계적인 방문간호프로그램으로 개발하는데 기여하고자 한다.

### 연구 목적

본 연구의 목적은 보건소 방문간호사가 재가 암환자에게 적용한 희망중재의 효과를 확인하고자 함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 희망중재가 재가 암환자의 희망에 미치는 효과를 측정한다.
- 희망중재가 재가 암환자의 우울에 미치는 효과를 측정한다.

### 연구 가설

- 제 1 가설 : 희망중재를 받은 실험군은 희망중재를 받지 않은 대조군보다 희망이 높을 것이다.
  - 제 1-1 가설 : 희망중재를 받은 실험군은 희망중재를 받지 않은 대조군보다 희망 점수가 높을 것이다.
  - 제 1-2 가설 : 희망중재를 받은 실험군은 희망중재를 받지 않은 대조군보다 희망 지표 점수가 높을 것이다.
- 제 2 가설 : 희망중재를 받은 실험군은 희망중재를 받지 않은 대조군보다 우울 점수가 낮을 것이다.

### 용어 정의

#### ● 희망(Hope)

목표달성이나 현 상태에 만족하는 것 이상의 복잡하고 다차원적인 구조로서, 좋은 상태가 계속되거나 나아질 것이라는 기대, 또는 어려운 상황에서 벗어날 수 있다는 기대 등이다(Miller & Powers, 1988).

본 연구에서는 대상자가 자가 보고한 희망점수 설문지(hope score)와 간호사가 관찰 기록한 희망지표 설문지(hope index)를 이용하여 두 가지로 측정된 점수를 의미한다. 희망점수 설문지는 Miller와 Powers(1988)가 제작한 도구를 Lee(1992)가

번역한 도구를 사용하였으며, 간호사가 관찰하여 기록하는 희망지표 설문지는 간호결과분류(Marion & Meridean, 1997, 1999, pp.183)에 제시된 희망지표 13문항을 활용하여 개발하였다.

● 우울

정상적인 기본변화로부터 병적인 상태에 이르기까지 연속선상에 있는 것으로, 외적인 사건에 의해 나타나는 반응성 우울과 예측되는 앞으로의 상황에 의해 올 수 있는 예기되는 우울을 포함하는 정서를 의미한다(Zung, 1965).

본 연구에서는 Zung(1965)의 우울 자가평가 척도를 Song(1977)이 번역한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

● 희망중재

절망감을 가진 대상자에게 희망을 주입하는 중재로서 주어진 상황에서 긍정적인 견해를 발전시키도록 도와주는 것이다(Joanne & Gloria, 1996, 1998).

본 연구자가 문헌고찰과 전문가 자문을 거쳐 개발한 암환자의 희망을 증진 시키는 간호중재로서, 희망탐색 1, 희망탐색 2, 희망적 목표 설정, 긍정적 자아정체감 형성, 치료적 대인관계 형성, 영적·초월적 과정 증진, 긍정적 환경 조성, 희망 평가를 포함하며, 주 1회씩 8회에 걸쳐 제공되는 것이다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 희망중재의 효과를 파악하기 위한 무작위 대조군 전후 설계이다.

연구 대상

본 연구 대상은 저소득층, 취약계층 주민 중 암 진단을 받고 투병 생활 중인 환자로 D광역시 S구 보건소에 등록된 재가 암환자 전체 100명 중에서 의식이 있고 18세 이상 성인인 자로 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여할 것을 동의한 자 총 40명을 실험군과 대조군으로 각각 20명씩 무작위 할당하였다. 연구 진행기간 중 실험군은 2명이 사망하고 1명이 참여를 거부하여 총 17명, 대조군은 1명이 사망하여 총 19명이 마지막까지 연구에 참여하였다.

연구 도구

● 희망중재

본 희망중재는 주 1회씩 8회에 걸쳐 대상자의 가정에서 제공되는 것으로 사정단계에 해당하는 희망탐색 2회, 희망적 목

<Table 1> Hope intervention

Category	Session	Goal	Content
Assessment	1. Searching for general hope	· Asses general hope · Assess special hope	· Express fears, questions, expectations and hopes related cancer diagnosis
	2. Searching for special hope		· Discuss meaning of hope · Present wishes, hope · Identify threats to hope · Identify areas of hope in life and recognize the interplay between hope and hopelessness
Intervention	3. Goal setting for hope	· Develop stepwise goals	· Goal setting as it impacts hope after 8wks, 6 month, 1 year
	4. Positive personal identity	· Belief in oneself and one's own ability	· Change positive thinking about cancer · Discuss the role of past memories on hope · Introduce patient who is dealing successfully with cancer · Control one's mind · Control one's illness · Identify mean of suffering
	5. Connecting with others	· Make peace with others and maintain good relationship	· Identify the current and potential support system · Discuss good or bad relationship · Concern about others
Evaluation	6. Spiritual/transcendent Process	· Reflect on the meaning and purpose of life, death, hope of life after death	· Discuss possible spiritual resources · Identify meaning of life and death · Discuss hope of life after death
	7. Positive environment	· Make positive environment for patient	· Give a picture that felt hope · Share one's feeling and good memories about nature
	8. Evaluation	· Evaluation goal of hope	· Evaluation goals which set in session 3 · Discuss a hope engendering methods and maintenance plan

표 설정, 중재단계에 해당하는 긍정적 자아정체감 형성, 치료적 대인관계 형성, 영적·초월적 과정 증진 및 긍정적 환경 조성 각 1회, 그리고 평가단계인 희망 평가 1회로 구성되어있다. 구체적인 내용은 <Table 1>과 같다. 또한 8회에 걸친 희망주입뿐만 아니라 보조요법으로 아로마 요법과 발이완 마사지를 제공하였다.

● 희망점수 측정도구

Miller와 Power(1988)가 제작한 도구를 Lee(1992)가 번역한 것으로 자신과 타인 및 생에 대한 자가 만족도를 알아보는 22문항, 희망의 위협요소를 회피하는 것에 관한 내용 12문항, 미래에 대한 기대를 다루는 내용 6문항 등 총40문항으로 구성되어 있으며, 긍정형과 부정형이 혼합되어 있다. 점수가 높을수록 지각된 희망정도가 높음을 의미한다. 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ 는 .93이었고 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92였다.

● 희망지표 측정도구

간호결과분류(Marion & Meridean, 1997)에 제시된 희망지표 13문항으로 간호사가 관찰하여 체크한 점수가 높을수록 희망적임을 나타낸다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  = .95였다.

● 우울 측정도구

Zung(1965)의 자가 평가 우울 측정도구를 Song(1977)이 번역한 도구로, 총 20문항으로 긍정적인 문항 10문항, 부정적인 문항 10문항으로 구성되었고 점수가 높을수록 우울 정도가 높은 것을 말한다. 도구 개발 당시 Zung(1965)의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  = .80이었고 본 연구에서의 신뢰도는 .87이었다.

연구 진행 절차 및 자료 수집

본 연구는 1차적으로 희망중재를 개발하고, 2차적으로 희망중재의 효과를 검증하는 사전조사, 실험처치, 사후조사의 순으로 진행하였다. 2차 희망중재 효과검증은 2006년 11월 20일에서 2007년 1월 26일까지 총 10주간 실시하였다.

● 희망중재 개발

본 연구의 희망중재는 Tac(1994)의 한국 암환자의 희망에 관한 연구, Oh 등(1997)의 백혈병 환자에게 적용한 희망중재 프로그램, Rustoen 등(1988)의 처음 암을 진단받은 환자에게 희망을 증진시키기 위한 간호중재, Rustone과 Hanestad(1998)의 암환자에게 희망을 증진시키는 간호중재, Herth(2000)의 암이 처음 재발한 환자용 희망중재, Herth(2004)의 말기 환자에

게 희망을 강화시키기 위한 분석연구 등의 광범위한 문헌 고찰을 통해 개발하였다. 개발된 희망중재를 중앙간호를 전공하는 간호대학 교수 2인과 재가암환자 방문간호를 담당하는 보건소의 방문간호사 1인의 자문을 받아 수정 보완하였다. 또한 보건소에 암환자로 등록되어 방문간호를 받고 있는 암환자 1인을 대상으로 개발한 희망중재의 예비조사를 실시하여 대상자가 어려워하는 용어를 수정하였다.

● 연구보조원 훈련

본 연구의 사전조사, 희망중재 제공, 사후조사를 위해 연구보조원 1인을 선발하여 훈련시켰다. 연구보조원은 보건소에서 일하는 방문간호사로서 대학병원에서 가정 간호사로 근무한 경험이 있으며 암환자 방문간호를 전담하고 있는 인력이었다. 4회에 걸쳐 교육훈련을 실시하였는데, 1회에는 희망과 우울 측정방법, 2회에는 희망중재의 전반적인 구성과 발 이완마사지, 3회에는 아로마요법, 4회에는 구체적인 희망중재 내용을 포함하였다. 교육은 중앙간호를 전공하는 교수 2인과 본 연구자가 담당하였다.

● 사전조사

연구보조원인 방문간호사가 실험군과 대조군으로 선정된 대상자 집에 방문하여 본 연구의 목적을 설명하고 참여를 허락 받은 후 일반적 사항, 질병 관련 사항, 희망점수, 희망지표 및 우울에 관한 설문지를 읽어 주고 대상자가 응답한 대로 기록하였다.

● 희망중재 제공

실험군과 대조군 모두 전화로 방문시간을 약속하고 동일한 재가 암환자 방문간호를 실시하였다. 재가 암환자 방문간호의 내용은 통증 사정, 규칙적인 진통제 복용여부 확인, 투약지도를 포함하는 통증관리와 구내염, 구강건조, 오심, 구토, 식욕부진, 소화불량, 삼킴 장애, 변비, 설사, 피로, 허약감, 복부팽만, 복수, 호흡곤란, 기침, 열감, 부종, 손발 저림, 욕창, 가려움증, 피부건조 등을 해결하기 위한 간호 및 증상관리를 실시하는 것이다.

실험군대상자에게는 재가 암환자 방문간호와 더불어 희망중재를 제공하였다. 8단계로 계획된 희망중재를 제공하면서, 아로마 요법과 발마사지를 함께 실시하였다. 1회 방문시 약 40분-1시간 정도의 시간이 소요되었다.

● 사후조사

희망중재 종료 후 실험군과 대조군 모두에게 희망, 우울 등 사후조사를 실시하였다.

**분석 방법**

본 연구의 자료 분석을 위해 SPSS WIN 12.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성과 치료 관련 특성은 실수와 백분율로 나타내었고 동질성 검증은  $\chi^2$ -test로 하였다.
- 희망, 희망지표, 우울정도에 대한 동질성 검증은 t-test로 검증하였다.
- 희망중재가 희망, 희망지표, 우울에 미치는 효과를 파악하기 위해 t-test로 분석하였다.

**연구 결과**

**대상자의 일반적 특성과 질병관련 특성의 동질성 검증**

- 일반적 특성

실험군과 대조군의 성별, 연령, 교육정도, 종교, 가족 수 등 일반적 특성의 동질성 검증을 위해  $\chi^2$ -test로 분석한 결과 유의한 차이가 나타나지 않아 두 그룹간의 일반적 특성은 동질한 것으로 나타났다<Table 2>.

● 질병관련 특성

진단명은 위암·대장·직장암이 11명(30.6%)으로서 소화기계 암이 많았다. 이환기간은 1-3년, 3년-5년 미만이 각각 12명(33.3%)이었으며, 대상자의 88.9%가 진통제를 사용하고 있지 않았다. 수술과 화학요법을 받는 대상자가 11명(30.6%), 수술, 화학요법, 방사선 치료를 함께 받는 사람이 10명(27.8%)으로 나타났다. 심리·사회적 단계는 우울단계 13명(36.1%), 수면단계 12명(33.3%)이었고 분노 단계는 없었다. 수면장애는 거의 없음이 14명(38.9%)으로 가장 많았다. 식욕부진은 보통(44.4%)이거나 거의 없다(38.9%)고 대답하는 사람이 많았다.

위와 같은 질병관련 특성에 대한 동질성 여부를  $\chi^2$ -test로

<Table 2> Homogeneous test for general characteristics between experimental group and control group (N=36)

Characteristics	Category	Exp. (n=17)	Cont. (n=19)	$\chi^2$	p
		n (%)	n (%)		
Sex	Male	3(17.6)	4(21.1)	.06	.797
	Female	14(82.4)	15(78.9)		
Age	21-40 years	1( 5.9)	1( 5.3)	3.79	.435
	41-60 years	9(52.9)	5(26.4)		
	Above 61 years	7(41.2)	13(68.7)		
	Mean (SD)	57.29(11.81)	63.16(13.28)		
Marital status	Single	1( 5.9)	0	2.09	.553
	Married	4(23.5)	7(36.8)		
	Bereaved	10(58.8)	11(57.9)		
	Divorced	2(11.8)	1( 5.3)		
Education	Uneducated	5(29.4)	11(57.9)	4.15	.386
	Elementary school	4(23.5)	2(10.5)		
	Middle school	1( 5.9)	1( 5.3)		
	High school	6(35.3)	3(15.8)		
	University	1( 5.9)	2(10.5)		
Religion	Catholicism	7(41.2)	1( 5.3)	6.70	.082
	Christian	4(23.5)	7(36.8)		
	Buddhism	5(29.4)	9(47.4)		
	No religion	1( 5.9)	2(10.5)		
Occupation	White-collar and blue-collar	4(23.5)	1( 5.3)	3.66	.301
	Commerce, agriculture, and fishery	2(11.8)	5(26.3)		
	None	8(47.1)	11(57.9)		
	Others	3(17.6)	2(10.5)		
Size of a family	Single	4(23.5)	4(21.1)	1.89	.388
	More than 2	13(76.5)	15(78.9)		
Care giver	Spouse	4(23.5)	6(31.6)	4.97	.174
	Offspring, parents, brother, and sister	8(41.1)	3(15.8)		
	None	5(29.4)	10(52.6)		
Medical expenses provider	Self	12(70.6)	14(73.7)	0.57	.901
	Spouse	2(11.8)	1( 5.3)		
	Offspring	2(11.8)	3(15.8)		
	Others	1( 5.9)	1( 5.3)		

<Table 3> Homogeneous test for related factors of disease between experimental group and control group (N=36)

Characteristics	Category	Exp. (n=17)	Cont. (n=19)	$\chi^2$	p
		n (%)	n (%)		
Diagnosis	Stomach cancer, colon cancer, and rectal cancer	4(23.6)	7(36.9)	4.75	.446
	Liver cancer	1( 5.9)	2(10.5)		
	Lung cancer	1( 5.9)	2(10.5)		
	Cervical cancer	5(29.4)	1( 5.3)		
	Breast cancer	3(17.6)	5(26.3)		
	Others	3(17.6)	2(10.5)		
Post-diagnostic period	Less than a year	3(17.7)	2(10.5)	1.90	.593
	A year-3 years	4(23.5)	8(42.1)		
	3 years-5 years	7(41.2)	5(26.3)		
	More than 5 years	3(17.6)	4(21.1)		
Using analgesics	Yes	4(23.5)	0	5.02	.025
	No	13(76.5)	19(100)		
Present treatment	Operation	1( 5.9)	6(31.6)	7.36	.118
	Chemotherapy+radiation	1( 5.9)	1( 5.3)		
	Operation+chemotherapy	4(23.5)	7(36.9)		
	Operation+chemotherapy+radiation	6(35.3)	4(26.3)		
	Others	5(29.4)	1( 5.3)		
Psychological stage	Denial	0	1( 5.3)	2.32	.508
	Anger	0	0		
	Bargaining	4(23.5)	6(31.6)		
	Depression	8(47.1)	5(26.3)		
	Accept	5(29.4)	7(36.8)		
Sleep disturbance	Severe	7(41.2)	8(42.1)	2.76	.251
	Moderate	4(23.5)	1( 5.3)		
	None	6(35.3)	10(52.7)		
Anorexia	Severe	4(23.5)	1( 5.3)	3.36	.186
	Moderate	8(47.1)	8(42.1)		
	None	5(29.4)	10(52.7)		

분석한 결과, 두 그룹간의 진단명, 이환기간, 받고 있는 치료, 심리·사회적 단계, 수면장애, 식욕부진에 유의한 차이가 없었지만, 진통제 사용 유무에 있어서 두 집단 간에 차이가 있었다<Table 3>.

● 종속변수의 동질성 검증

실험 전 양군 간 종속변수의 동질성 여부를 파악하기 위해 t-test로 분석한 결과, 희망, 희망 지표, 우울의 유의한 차이가 없었다<Table 4>.

희망중재 프로그램의 효과 검증

- 가설 1: “희망중재를 제공받은 실험군은 대조군보다 희망이 높을 것이다”
  - 가설 1-1: “희망중재를 받은 실험군은 희망중재를 받지 않은 대조군보다 희망 점수가 높을 것이다.”  
희망중재 전·후 희망 점수 차이값이 실험군은 24.7점, 대조군은 -3.57점으로 양군 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $t=-3.253, p=.003$ )<Table 5>.
  - 가설 1-2 : “희망중재를 받은 실험군은 희망중재를 받지 않은 대조군보다 희망 지표가 높을 것이다.”  
희망중재 전·후 희망 지표의 차이값이 실험군은 8.05점, 대조군은 -3.89점으로 양군 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $t=-4.001, p=.000$ )<Table 5>.

<Table 4> Homogeneous test for hope score, hope index and depression between experimental group and control group (N=36)

Category	Exp. (n=17)	Cont. (n=19)	t	p
	Mean ± SD	Mean ± SD		
Hope score	121.00 ± 23.21	111.68 ± 25.44	-1.143	.261
Hope index	32.94 ± 7.18	29.84 ± 5.69	-1.442	.159
Depression	55.11 ± 6.48	55.00 ± 8.48	-.046	.963

<Table 5> Difference of hope score, hope index and depression between experimental group and control group(N=36)

Category	Group	Pre		Post		Difference			
		Mean	± SD	Mean	± SD	Mean	± SD	t	p
Hope score	Exp.	121.00	± 23.21	145.70	± 18.74	24.70	± 28.94	-3.253	.003
	Cont.	111.68	± 25.44	108.10	± 26.74	-3.57	± 23.16		
Hope index	Exp.	32.94	± 7.18	41.00	± 7.97	8.05	± 9.83	-4.001	.000
	Cont.	29.84	± 5.69	25.94	± 9.46	-3.89	± 8.08		
Depression	Exp.	55.11	± 6.48	48.88	± 7.83	-6.23	± 10.40	1.872	.070
	Cont.	55.00	± 8.48	54.31	± 8.92	-0.68	± 7.25		

- 가설 2 : “희망중재를 받은 실험군은 희망중재를 받지 않은 대조군보다 우울 점수가 낮을 것이다.”  
희망중재 전·후 우울 점수의 차이값이 실험군은 -6.23점, 대조군은 -0.68점으로 양군 간에 통계적으로 유의한 차이가 없었다(t=1.872, p= .070)<Table 5>.

## 논 의

본 연구에서는 1차적으로 재가 암환자를 위한 희망중재를 개발하였고, 2차적으로 저소득층 암환자에게 방문간호를 통해 희망중재를 제공하여 희망이 증진되고 우울이 감소하는지 여부를 확인하고자 하였다.

우선 문헌고찰과 전문가 자문을 거쳐 사정, 중재, 평가단계를 포함하는 8회기의 희망중재를 개발하였다. 희망을 찾기 위해서는 자신의 삶에 있어서 희망의 범위를 확인하는 것이 중요하므로(Joanne & Gloria, 1998) 사정단계에서 현재의 일반적 희망과 특수한 희망의 정도를 탐색하도록 하였다. 희망적 목표 설정에서는 자신의 희망과 관련된 적절한 목표를 설정하기 위해 8주 후, 6개월 후, 1년 후 목표를 각각 세 가지씩 설정하도록 하였다. 희망을 높이기 위해서는 목표를 설정하고 자신의 상황에 맞게 목표를 개선하는 것이 중요하며, 자신이 설정한 목적을 향해 나아가고 성취하는 것은 기쁨의 근원이라고 볼 수 있다(Herth, 2000).

중재단계는 암에 대한 비관적인 통념을 희망적인 통념으로 전환시키기, 과거의 희망적인 경험 떠올리기, 치료효과가 좋은 환자 사례 소개, 자신의 마음 다스리기, 병 다스리기, 고통의 의미 파악하기 등을 포함하는 긍정적 자아 정체감 형성과 정과 지지 구하기, 남 배려하기를 포함하는 치료적 대인관계 형성과정, 영적인 자아 확대, 죄의식 속에서 의미 찾기, 삶과 죽음의 의미 찾기, 내세의 희망 찾기를 포함하는 영적·초월적 과정 및 심미적이고 즐거운 환경 조성, 자연과 관련된 좋았던 경험 나누기를 포함하는 긍정적인 환경 조성의 네 부분으로 구성되어 있다. 본 희망중재의 내용을 개발할 때 Oh 등(1997), Herth(2000), Joanne와 Gloria(1998), Rustoen과 Hanestad(1998), Rustoen 등(1998)의 희망중재에 공통적으로 포함되어 있는 자신의 상황과 관련된 희망의 범위를 확인, 희망적 목표

설정, 고통의 의미 파악, 가족 및 다른 사람들과 치료적 관계 형성, 영적인 중재 등 전반적인 희망중재의 내용을 포함시켰다. 뿐만 아니라 한국인 암환자의 희망 특성을 반영하기 위해 발원함의 단계에서 나타나는 가능성 찾기, 기대하기, 원하기, 다스림 단계에서 나타나는 마음 다스리기, 병 다스리기, 지지 구하기, 넓혀감의 단계에서 나타나는 관계 정리해가기, 남 배려하기, 말하기 등(Tae, 1994)을 희망중재 속에 포함하여 한국적인 상황을 고려하였다.

방문간호를 통해 재가 암환자의 희망을 증진시키고 우울을 감소시키기 위해서 본 연구에서는 이러한 희망중재뿐만 아니라, 아로마요법과 발이완 마사지를 보조요법으로 제공하였다. 아로마요법은 특별한 부작용 없이 불안, 우울, 스트레스 등을 감소시키는 효과가 있고(Lee, 2005), 마사지는 접촉을 통해 대상자와 신뢰관계를 빠르게 하고 상호작용을 통한 대인관계를 지지하는데 도움을 줄 수 있다(Snyder, 1993). 특히 발 이완마사지는 불안과 긴장을 완화하고 상호관계와 안정감을 증진시킬 수 있는 것으로 나타났다(Kim, 2003). 저소득층 암환자를 가정방문할 때는 대상자를 심리적으로 편안하게 하고 신뢰관계를 형성하는 것이 중요하므로 아로마요법과 마사지를 보조요법으로 제공하도록 하였다.

희망중재의 효과 검증 결과를 보면, 희망중재를 받은 실험군은 희망중재를 받지 않은 대조군보다 주관적인 희망점수와 간호사가 관찰한 희망지표 점수가 높은 것으로 나타났다. 재가 암환자를 대상으로 한 본 연구의 결과는 희망중재가 암환자의 희망을 증진시킨다고 한 기존의 연구결과들과 일치하였다(Herth, 2000; Oh et al., 1997; Rustoen et al., 1998; Tollett & Thomas, 1995).

본 연구에서는 8주간의 암환자를 위한 희망중재를 실시한 결과 희망이 증진된 것으로 나타나 희망은 특별한 간호중재에 의해 강화될 수 있음을 보여준다. 이는 처음 암이 재발한 환자에게 희망 강화 간호 중재 프로그램 적용한 결과 2주후, 3, 6, 9개월 후 모두에서 희망 수치가 높게 나타난 Herth(2000)의 연구결과와 유사하였다. 하지만 Oh 등(1997)의 연구에서는 실험 4주후에는 실험군과 대조군 간에 유의한 차이가 없었는데 10주후에는 실험군에서 유의하게 희망정도가 높아졌으므로 희망중재를 적어도 5주 이상 실시해야 하는 것으로

보고되었다. 한편 처음 암 진단을 받은 암환자를 대상으로 희망 간호중재를 적용한 Rustoen 등(1998)의 연구에서는 실험군의 희망 점수가 희망중재 직후에는 유의하게 증가했지만 6개월 후에는 그렇지 않았다고 보고하여 희망중재의 효과 발생 시기에 대해 상반된 연구결과가 나타났다. 본 연구에서는 희망중재의 효과 유무를 확인하였으나 희망중재의 효과 발생 시기와 지속기간에 대한 부분은 확인하지 못하였으므로 향후 희망중재 실시 후 효과 발생 시기가 언제인가와 희망중재의 지속기간에 대한 체계적인 연구가 필요함을 알 수 있다.

본 연구에서 재가 암환자의 희망 증진뿐만 아니라 우울 감소를 위해 희망중재에 보조요법으로 발 이완마사지와 아로마요법을 함께 실시하였는데, 이러한 보조요법이 희망 증진에 어떤 영향을 미쳤는지에 대한 분석적 연구가 추후 필요하다고 본다.

한편 본 연구에서는 희망중재 제공 후 실험군과 대조군의 우울점수에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 희망중재가 암환자의 우울에 미치는 효과에 대한 연구는 없었지만 이는 40명의 노숙자에게 희망을 증진시키는 간호중재를 적용한 결과 대상자의 우울이 감소되어 희망중재가 우울을 감소시키는데 효과가 있다는 Tollett와 Thomas(1995)의 연구결과와는 일치하지 않는다. 본 연구에 참여한 대상자는 저소득층의 암환자들로서 우울이 여러 가지 요인으로 인해 발생된 것이었다. 이들은 경제적인 어려움, 가족 간의 갈등, 통증과 피로감 등으로 인해 우울함을 호소하였는데, 본 희망중재에서는 경제적인 문제나 가족 간의 갈등 해결, 통증, 피로감에 초점을 맞춘 중재가 제공되지 못하였기 때문에 우울을 감소시키지 못한 것으로 사료된다.

대상자의 우울을 감소시키기 위해 보조요법으로 아로마요법을 제공하였는데 대부분의 대상자들이 아로마향이 좋다고 말했지만 일주일에 한번 방문간호를 제공하는 40분 동안만 제공하였기 때문에 우울을 감소시키기에는 부족하였을 수 있다. 대부분의 대상자가 영세민 아파트에 사는 사람들로 집안에 환기가 잘 되지 않았으므로 아로마향이 지속적으로 집안에 날 수 있도록 제공한다면 우울을 감소시키는데 도움이 될 것으로 사료된다.

또한 암환자에게 있어서 가족의 지지는 통증을 경감시켜 주고 불안과 우울을 감소시켜 주며 삶의 질을 높여주는 요소인데(Jo & Kim, 1997) 본 연구대상자들은 시댁식구, 여동생, 이혼한 남편, 이웃, 친정어머니에 대해 원한을 느낀다고 응답하였으며, 가족과 관련된 이야기를 하면서 가난하고 어려운 처지에서 가족과의 나쁜 경험이 많아 고달프다거나 우울하다는 표현을 많이 하였다. 지지를 받아야 할 가족들에게 지지를 받지 못한 재가 암환자의 우울을 감소시키는데 관심을 기울

여야 할 필요가 있다고 본다.

본 연구에서는 재가 암환자에게 희망중재를 제공하여 희망 증진에는 효과가 있었지만 취약계층 재가 암환자의 내면에 깔려 있는 우울까지 감소시키지는 못한 것으로 나타났다. 이러한 우울을 감소시키기 위해서는 우울을 감소시킬 수 있는 특별한 중재가 희망중재와 함께 제공될 필요가 있다.

## 결론 및 제언

본 연구는 희망중재가 재가 암환자의 희망과 우울에 미치는 효과를 검증하기 위해 실시되었다. 연구방법은 무작위 대조군 전후설계이며, 연구대상은 취약계층 주민 중 암 진단을 받고 투병 생활 중인 환자로 D광역시 S구 보건소에 등록된 재가 암환자 중 40명을 무작위 표출하여 동전 앞뒤면을 이용하여 실험군 20명, 대조군 20명으로 무작위 할당하였다. 연구 진행기간 중 실험군 2명, 대조군 1명이 사망하였고, 실험군 1명이 프로그램 참여를 거부하여 최종적으로 연구에 참여한 대상자는 실험군 17명, 대조군 19명 총 36명이었다. 훈련받은 1인의 연구보조원이 문헌고찰과 전문가 타당도 검증을 거쳐 개발한 8주간의 희망중재를 보건소 방문간호를 통해 2006년 11월 20일부터 2007년 1월 26일까지 실시하였고 사전조사와 사후조사도 동일한 연구보조원에 의해 이루어졌다.

연구결과로는 희망중재를 받은 실험군의 주관적인 희망 점수와 간호사가 관찰한 희망지표 점수가 대조군보다 유의하게 증가한 것으로 나타났다. 하지만 실험군과 대조군의 우울점수는 유의한 차이가 없었다.

이상의 결과에서 희망중재는 재가 암환자의 희망을 증진시키는데 효과적임을 알 수 있다. 그러므로 재가 암환자의 희망을 증진시키기 위해서는 방문간호에 희망중재를 포함시켜야 하며, 이를 통해 보건소 방문간호사가 지역사회 재가 암환자에게 신체적·정신적·사회적·영적인 측면의 포괄적인 간호를 제공하는데 도움이 되리라고 본다.

본 연구의 결과를 근거로 다음과 같이 제언한다.

- 본 연구에서는 희망중재뿐만 아니라 아로마요법과 발마사지가 보조요법으로 포함되어 있었으므로, 향후 보조요법의 효과를 제외하고 순수한 희망중재의 효과를 검증하는 연구를 실시할 필요가 있다.
- 희망중재 실시 후 효과 발생 시기가 언제까지 지속되는지에 대한 체계적인 연구가 필요하다.
- 저소득층 재가 암환자의 우울을 감소시키기 위한 중재를 개발하여 희망중재와 함께 제공할 필요가 있다.

## References

- Anderson, J. L. (1989). The nurse's role in cancer rehabilitation. *Cancer Nurs*, 12(2), 85-94.
- Herth, K. A. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *J Adv Nurs*, 32(6), 1431-1441.
- Herth, K. A. (2004). Fostering hope in terminally ill patients. *Nurs Stand*, 19(10), 33-41.
- Joanne C. M., & Gloria M. B. (1998). *Nursing intervention classification*(Yom, Y. H., Kim, M. S., Park, S. A., Park, J. H., Translation). Seoul: Hyunmoonsa.(Original published 1996).
- Jo, K. W., & Kim, M. J. (1997). A Study on the quality of life , family support and hope of hospitalized and home care cancer patients. *J Korean Acad Nurs*, 27(2), 353-363.
- Kim, G. R. (2003). *The effect of foot massage on preoperative anxiety and sleep satisfaction of abdominal surgical patients*. Unpublished master's thesis, Chonnam National University, Gwangju.
- Koh, K. B., & Kim, S. T. (1988). Coping strategy of cancer patients. *J Korean Neuropsychi Assoc*, 27(1), 140-150.
- Korean National Statistical Office. (2006). 2005 Statistical results of death cause.
- Lee, M. J. (1992). *A study on the correlation between perceived family support and hope in the patients on hemodialysis*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Lee, J. R. (2005). *Effect of aromatherapy and foot reflex massage on stress, depression, and sleep pattern of the institutionalized elderly*. Unpublished master's thesis, Kyungpook National University, Daegu.
- Lee, Y. D. (2006). *KBS special project documentary mind*. Yedam. Seoul.
- Lim, S. J. (2003). *Current state of home visiting nursing services and clients satisfaction with the services*. Unpublished master's thesis, Dong-A University, Busan.
- Marion, J., & Meridean, M. (1997). *Nursing outcome classification*. Seoul: Hyunmoonsa.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness*, 2nd ed., Philadelphia: F. A. Davis.
- Miller, J. F., & Power, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nurs Res*, 37(1), 6-10.
- Ministry of Health & Welfare. (2002). Community health visiting program guideline.
- Oh, P. J., Lee, E. O., Tae, Y. S., & Um, D. C. (1997). Effects of a program to promote self-efficacy and hope on the self-care behaviors and the quality of life in patients with leukemia. *J Korean Acad Nurs*, 27(3), 627-638.
- Rustoen, T., Wiklund, I., Hanestad, B., & Mourm, T. (1998). Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nurs*, 21, 235-245.
- Rustoen, T., & Hanestad, B. (1998). Nursing interventions to increase hope in cancer patients. *J Clin Nurs*, 7, 19-27.
- Snyder, M. (1993). Independent nursing interventions and purpose touch. *J Japanese Acad Nurs*, 16(1), 1-12.
- Song, O. H. (1977). A study of the self-rating depression scale in psychiatric outpatients. *J Korean Neuropsychi Assoc*, 16(1), 84-93.
- Tae, Y. S. (1994). *Hope phenomenon of Korean cancer patients*. Unpublished doctoral dissertation, Ewha Womans University, Seoul.
- Tollett, J., & Thomas, S. (1995). A theory-based nursing intervention to instill hope in homeless veterans. *Adv Nurs Sci*, 18, 76-90.
- Zung, W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 16(1), 63-75.