

정서표현 양가성, 건강통제 소재가 암 환자의 적응에 미치는 영향: 사회적 지지의 조절효과[†]

김 윤 정 백 용 매[‡]
대구가톨릭대학교 심리학과

본 연구는 정서표현 양가성과 건강통제소재가 암 환자의 심리사회적 적응에 미치는 영향과 사회적 지지의 조절효과를 알아보았다. 암 진단을 받은 후 암 재활 전문 요양병원에 입원한 환자 중 현재 항암화학요법 및 방사선 치료중인 118명을 대상으로 암 적응척도, 병원 불안-우울척도, 정서표현 양가성 척도, 건강통제소재 척도, 사회적 지지 척도를 사용하여 관련 변인들 간의 관계를 알아보았다. 단계적 회귀분석을 실시한 결과, 정서표현 양가성이 높을수록 불안, 우울, 무력감-무망감 및 불안물두와 같은 심리적 고통이 높은 반면, 질병에 대한 투지는 낮은 것으로 나타났다. 또한 내적 건강통제소재 보다 타인이나 우연건강통제소재를 보일수록 불안, 우울, 무력감-무망감 및 불안물두와 같은 심리적 고통이 높은 반면, 투지에 대한 적응지표는 낮은 것으로 나타났다. 이에 질병에 대한 자기 통제감을 가지고 건강관리에 적극적으로 참여하는 것이 중요한 것으로 보인다. 한편 사회적 지지의 조절효과를 살펴본 결과 정서표현 양가성과 심리사회적 적응과의 관계에서 긍정적 지지의 조절효과는 무력감-무망감을 낮추는 것으로 나타났다. 그러나 건강통제소재와 심리사회적 적응과의 관계에서 사회적 지지의 조절효과는 없었다. 이러한 결과를 바탕으로 본 연구의 의의와 제안점, 후속 연구에 대한 제언을 논의하였다.

주요어 : 정서표현 양가성, 건강통제소재, 암 환자의 적응, 사회적 지지

[†] 본 논문은 김윤정의 석사학위 청구논문을 수정 및 보완한 것임.

[‡] 교신저자(Corresponding author) : 백용매, (38430) 경북 경산시 하양읍 하양로 13-13 대구가톨릭대학교 심리학과, Tel: 053-850-3233, E-mail: ymbaik@cu.ac.kr

현재 암은 우리나라의 사망원인 1위를 차지하며 국민건강을 위협하는 가장 중대한 원인이 되고 있다. 국가 암 정보센터 자료에 의하면 암 발생률은 1999년 이후로 연평균 3.3%의 증가율을 보이고 있는 추세로 2013년 1년 동안 새롭게 암 진단을 받은 암 발생자는 225,343명으로 10만명당 445.7명이다. 또한 2015년 암으로 사망한 사람은 총 76,855명으로 전체 사망자의 27.9%가 암으로 사망하고 있다. 이처럼 암 발생률과 사망률이 지속적으로 증가하고 있지만 최근 암의 조기 발견 노력과 새로운 표적치료제 개발 및 치료환경의 개선으로 암 생존율 역시 증가하고 있다. 2009년에서 2013년까지 암 발생자의 5년 생존율은 69.4%로 암 환자 3명 중 2명이 5년 이상 생존하고 있는 것으로 추정된다(국가 암 정보센터, 2016). 이에 따라 암 진단은 곧 치명적인 죽음이라는 인식보다는 오랜 시간 투병하고 지속적으로 관리해야하는 만성질환이라는 인식으로 변화되고 있어, 단지 생존율을 높이는 데 관심이 집중되었던 과거와 달리 현대의 암 치료는 ‘얼마나 오래 사느냐’뿐만 아니라 ‘어떻게 사느냐’가 중요한 화제로 떠오르고 있다.

암 환자들은 암 진단 이후 신체적 통증뿐만 아니라 예후에 대한 불확실성 및 치료비에 대한 경제적 부담감 등 다양한 이유로 인해 정신적 고통을 경험하게 된다. 암 환자가 겪는 주된 부정적 정서 중에서 불안, 우울이 가장 흔한 것으로 보고되고 있으며 암 진단을 받고 생의 위기에 직면하면 대부분 경증에서 중정도의 불안과 우울을 경험하게 된다(Krumm, 1982). 갑자기 찾아온 불행감과 치료의 고통, 조절되지 않는 통증은 심각한 부정적 정서를 유발하고 특히 우울증세가

악화되거나 무망감을 극복하지 못할 경우 자살이라는 극단적인 선택을 하기도 한다. 특히 진행성 암이거나 재발·전이 된 경우에는 그 정도가 더욱 심각하다. 권신영과 조성진(2003)은 일반인보다 암 환자의 자살률이 1.4~1.9배 높은 것으로 보고하였다. 이러한 보고는 암 환자의 치료과정이 신체적, 심리적으로 견디기 힘들만큼 큰 고통을 유발한다는 것을 의미한다.

환자들은 암 진단, 적극적 치료, 완치 후의 후유증 등 암의 경과와 단계에 따라서 많은 위협적인 사건을 경험하게 되고, 변화된 스트레스 상황에 적응해 나가야 되는 등 여러 과정을 거치게 된다. 이 과정에서 환자의 대처 방식과 적응 양상은 심리적 상태와 매우 밀접하게 관련되어 있으며 삶의 질과 신체적, 정신적 건강에 영향을 준다(Costanzo, Lutgendorf, Rothrock, & Anderson, 2006). Osborn, Demoncada와 Feuerstein(2006)은 암 환자의 정신과적 개입 효과에 관한 연구를 통해 인지행동치료가 불안, 우울을 감소시키는 단기적 효과와 함께 삶의 질에 대한 단기, 장기적 효과가 있으며, 개인적으로 다양한 형태의 접근을 시도한 경우에도 심리적 고통을 덜어주고 삶의 질을 향상시켜주는 것으로 보고하였다(강지인, 남궁기, 2007). 이러한 연구 결과에서 보여주듯이 암 환자에게 있어 스트레스 관리와 심리적 적응에 대한 심리사회적 개입은 암을 극복하고 치유하는데 있어서 외과적 수술이나 다양한 의학적 치료만큼 중요하다고 할 수 있다.

암 환자의 심리사회적 적응

National Cancer Institute(2007)는 암 환자의 심

리사회적 적응은 '특수한 암 관련 문제들을 해결하기 위한, 정서적 고통을 다루기 위한, 그리고 암 관련 생활사건을 통제하거나 전문적 지식을 습득하기 위한 개인의 지속적인 과정'이라고 정의하였다. 암 환자에게 성공적인 적응이란 일상생활에 적극적으로 참여할 수 있고, 부모로서 배우자로서 또는 직장인으로서 자신의 역할이 질환으로 인해 문제화되는 것을 최소화하며, 질환에 대한 정서 반응을 잘 관리해 나가고, 무가치감, 무망감, 죄책감 등의 감정을 조절해 나갈 수 있음을 뜻한다(강지인, 남궁기, 2007).

암 환자의 적응에 영향을 주는 요인으로는 암 관련 요인, 환자 요인, 사회적 요인으로 나누어 볼 수 있다(Holland, 2003). 첫째, 암 관련 요인은 의학적 특성으로 암의 병기, 암종, 암으로 인한 통증, 예후, 암 치료로 인한 신체 기능적·구조적 변화 등과 탈모, 구토, 오심 등의 부작용이 있다. 둘째, 환자 요인은 정서적 성숙도, 대처 능력, 환자의 발달 단계, 종교적 신념 등과 같은 개인 내적 자원과 관련된 요인이다. 또한 가족이나 배우자의 사회적 지지 및 대인 관계, 경제적 수준 등이 포함된다. 암을 진단받은 시기는 개인의 인생 단계에서 당면한 목표와 과제에 문제를 일으킬 수 있으므로 시기에 대한 고려가 반드시 필요하다. 환자가 건강한 대처방법을 사용하는 것은 병을 받아들이는 태도, 자기조절감 등에 긍정적인 영향을 미친다. 가족, 배우자, 친구 등의 사회적 지지는 환자의 대처방식, 삶의 질 및 생존율에 영향을 주는 것으로 알려져 있다(Maunsell, Brisson, & Deschenes, 1995). 마지막으로, 사회적 요인은 암과 암 치료에 대한 사회적 관점과 태도이다.

암에 대한 대처능력을 저하시키는 요인으로는

낮은 경제적 수준, 사회적 고립, 알코올 남용, 과거 정신과적 병력, 비관적인 삶의 태도, 대처 방식의 경직성 등이 있다(강지인, 남궁기, 2007). 유방암 환자에 대한 10년간의 추적관찰 연구에서는 무력감-무망감이 높을수록 생존율에 부정적인 영향을 주었다고 보고하였다(Watson, Homewood, Haviland, & Bliss, 2005). 또한 폐암 환자들에서의 대처방식과 생존율의 관계를 살펴본 10년간의 추적관찰 연구에서는 적극적 대처방식이 장기 생존 기간의 예측 요인이었고, 우울한 대처방식은 단기생존 기간과 관련되어 있다고 보고하였다(Faller & Bulzebruck, 2002).

대처방식이나 적응이 암 환자의 생존율에 미치는 영향에 대한 연구가 많지 않고 상반된 결과들이 보고되고 있어서 아직 결론을 내리기는 어렵다. 그러나 대부분의 암 환자들이 심리학적인 고통을 경험하는 것을 볼 때, 만성질환자와 중앙환자의 임상연구에서 심리적 적응은 매우 중요한 개념임에 틀림이 없다(Hatchett, Friend, Symister, & Wadhaw, 1997).

정서표현 양가성

Freud가 신경증의 원인을 강렬한 정서가 부하된 기억의 억압이라고 설명한 후, 정서의 경험과 표현을 억압하는 것이 심리적, 신체적 문제를 일으킨다는 인식이 있어 왔다(King & Emmons, 1990). 이후 현대의 정신분석가들은 정서가 본능적 욕구 방출의 양식이라면, '정서표현'의 실패는 본능적 욕구의 억압과 같은 개념으로 신경증적 행동의 원인이라 가정하였다. 정서의 경험과 표현은 욕구충족과 중요하게 관련되고, 억제하고 부인

된 행동경향성을 인정하는 것은 치료적 효과가 있다(최혜연, 민경환 2007; Greenberg & Safran, 1989).

자연스러운 정서 과정을 억압하는 것이 건강하지 않다는 가정은 정서를 경험하는 것과 표현하는 것이 자율신경계의 반응성과 연결되어 있다는 사실에 기초한다(Buck, 1988). 정서 표현을 억압하는 것은 생리적 활동을 요구하는데, 적극적이고 습관적인 억제는 만성적인 자율 신경계 각성을 일으켜 심리 신체적 질병을 유발한다는 것이다(Pennebaker, 1985). 표현되지 않고 억눌린 적대감은 심장 질환과 관련 있고(Friedman & Booth-Kewley, 1987; Goldstein, Edelberg, Meier, & Davis, 1988), 부정적인 정서를 잘 표현하지 못하는 성격은 암과 관련되고(Cox & McCay, 1982; Giese-Davis & Spiegel, 2001; Jensen, 1987) 다른 여러 신체적 질병의 위험성을 높인다는 결과들이 계속적으로 보고되고 있다. 그러나 정서의 표현성이 질병에 영향을 미치는 영향이 단순하게 작용하지 않는다는 사실이 밝혀지면서, 여러 연구자들은 표현이나 억압행동 자체보다 표현에 대한 욕구를 적극적으로 억제하는 것이 스트레스에 영향을 미치는 것으로 이해하고, 낮은 정서표현성의 이면에 깔려있는 심리적 갈등에 초점을 두기 시작했다(Josephs, Williams, Irwing, & Cammock, 1994; Pennebaker, 1985; Pennebaker, Barger, & Tiebout, 1989). King과 Emmons(1990)는 정서적 표현을 많이 하지 않아도 편안하게 잘 지내는 사람들과, 긴장하고 억압되어 표현이 감소된 사람들을 구분하고자 '정서표현 양가성(Ambivalence over Emotional Expressiveness)'의 개념을 제안하였다. 이들은 정서적 행동을 그 행동의 이면에

있는 목표와 신념의 맥락에서 이해해야 한다고 주장하였다. 즉, 정서표현 양가성이란 '자신의 감정을 표현하고 싶은 욕구가 있는데 이를 억제하며 갈등하는 것'으로 정의된다. 이는 동일한 대상에 대하여 정서표현을 원하면서 동시에 원하지 않는 접근-회피 갈등으로 우울을 비롯한 신경증, 심리증상, 반추사고, 낮은 대인관계 만족도 및 미숙한 대처반응과 관계가 있는 것으로 보고되었다(이승미, 오경자, 2006; Emmons & Colby, 1995; King & Emmons, 1990).

King과 Emmons(1990)는 정서와 관련 있는 개인의 추구목표에 대한 갈등과 적응과의 관계에 대해 연구하였다. 그 결과, 정서표현성과 적응의 관계는 정서 표현을 많이 할수록 건강하다는 주장을 지지해주지 못한 반면, 정서표현 양가성은 정서표현성을 통제하고도 자존감, 삶의 만족도와는 유의미한 부적 상관을, 우울이나 신경증 같은 심리적 고통과는 유의미한 정적 상관을 보였다. 이후의 다양한 경험적 연구들을 통해 정서표현성 자체보다 표현에 대한 갈등과 억압이 문제가 된다는 주장은 지지되었다. 정서표현에 양가성을 가진 사람들은 자신이 사회적 지지와 공감을 덜 받는다고 지각하고(Emmons & Colby, 1995), 반추사고와 우울증을 더 많이 보였으며(Katz & Campbell, 1994) 심리적 안정감과 결혼만족도가 낮았다(King, 1993). 국내에서 이루어진 연구들에서도 정서표현의 양가성이 높은 사람들이 정서표현성이 낮고 심리적 부적응 및 신체질환이 많았으며 대처방식에 있어서도 정서 중심적 대처와 미숙한 방어를 많이 사용한다는 결과들이 보고되었다(이승미, 오경자, 2006; 이주일, 황석현, 한정원, 민경환, 1997; 최혜연, 2005; 한정원, 1997).

지금까지 암 환자에 대한 많은 연구들이 정서표현성 문제에 초점을 맞추어 진행되어왔다. 암 환자들은 그들의 감정을 표현하는데 어려움이 있으며(Greer & Morris 1975; Kissen, 1966; Poteet, Tay, Cohen, & MacIntyre, 1986; Shacham, Reinhardt, Raubertas, & Cleeland, 1983), 암 환자들의 특징적인 성격으로 인해 감정의 표현을 억제하는 경향이 있다고 보고된 바 있다(Kaplan & Sadock, 1988). 유방암 환자들은 정상인들 보다 감정표현불능증이 더 현저한 것으로 보고되었고(Todarello, 1989), 암 환자와 일반인의 감정표현 불능증을 비교한 오은영과 고경봉(1995)의 연구에서는 통계적으로 유의미하진 않았으나, 비암 환자군보다는 감정표현불능증의 경향이 더 많은 것으로 밝혀졌다. 이러한 성격특성은 암의 발생이나 불량한 예후와도 관련되는 것으로 알려져 있다(Lock & Gorman, 1989). 이처럼 선행연구들을 살펴본 결과 정서표현과 심리적 적응과의 관계에서는 정서표현성 자체보다 표현에 대한 갈등과 억압이 생리적, 심리적, 관계적 부적응을 유발한다는 것을 알 수 있다. 그러나 암 환자의 정서에 대한 연구가 대부분 정서의 표현성에 초점을 맞춰 진행되어 왔으므로 심리적 적응에 더 큰 영향을 주는 것으로 보고된 정서표현의 양가성에 대한 연구가 필요할 것으로 보인다.

건강통제소재

건강통제소재란 Wallston과 Wallston(1976)이 통제소재의 개념을 건강영역에 적용하여 고안된 것으로, 건강이 일반적으로 무엇에 의하여 좌우된다고 보는가를 나타내는 기대 성향이다. 그리고 건강통

제소재 척도는 건강과 같은 특정 영역에서 일반적인 기대를 측정하면 행동을 예측하기 어렵다고 생각하여 건강통제소재에 대한 특정한 신념을 사정하도록 개발되었다. 그 후 Wallston, Wallston과 Devellis(1978)는 예측력을 높이기 위해 일차원의 건강통제소재 척도에서 외적통제소재 중 강력한 타인과 우연척도를 분리시켜 더 세분화한 중다차원 건강통제소재 척도(Multidimensional Health Locus of Control Scale)를 개발하였다. 이 척도는 내적건강통제소재, 타인건강통제소재, 우연건강통제소재의 세 하위척도로 구성된다. 내적건강통제소재는 자신의 행위가 자신의 건강을 결정한다는 신념이고, 타인건강통제소재는 건강과 질병이 의사나 다른 건강전문인, 부모, 친구와 같은 중요한 사람에 의해 결정된다는 신념이며, 우연건강통제소재는 건강과 질병이 운이나 우연, 운명 등 통제할 수 없는 요소들에 의해 결정된다는 신념이다(김진화, 2003).

암 환자의 건강통제 소재에 관한 연구들을 살펴보면, 내적 건강통제소재를 가진 환자들이 심리적 스트레스를 덜 경험하며(Marks, Richardson, Graham, & Levin, 1986; Taylor, Lichman, & Wood, 1984), 위암 환자를 대상으로 연구한 오복자(1994)와 항암 치료를 받은 소화기 암 환자를 대상으로 연구한 김경미(1999)의 연구에서도 내적 건강통제소재를 가진 환자일수록 자아존중감이 높다고 보고하였다. 항암 치료를 받는 암 환자를 대상으로 한 김춘길(1985)과 박점희, 류은영, 이경희(2000)는 내적 건강통제소재 성향을 가질수록 불편감과 절망감이 낮아진다고 보고하였다. 그러나 De Valck과 Vink(1996)는 암 환자의 건강 통제소재와 삶의 질과는 유의미한 상관관계가 나타나지 않았으며, Andrykowski와 Brady(1994)의 연

구에서도 건강통제소재와 심리적 적응 사이에는 관련성이 없었다고 보고하였다. 그리고 이미옥 (2003)의 연구에서도 암 환자의 건강통제소재와 희망은 아무런 관련이 없음을 보고하였다. 하지만 건강통제소재는 다른 외적 요인들에 의해 그 효과가 달라질 수 있다. Baltes와 Baltes(1986) 및 Rodin(1986)의 연구에 의하면 사회적 지지를 동반한 통제감은 사망률, 유병률 및 심리적 안녕감이 가장 중요한 영향을 미치는 심리적 예측지표임을 보여주었다(윤병수, 2008).

암 환자의 사회적 지지

암 진단을 받은 환자들은 장기간의 투병 기간 동안 피로와 신체적인 불편감, 상실감과 분노, 신체상의 변화, 생활양식의 변화, 경제적 부담감(Taylor, 2000), 우울과 불안, 암의 재발과 죽음에 대한 공포감(Tornich & Helgeson, 2002), 일상생활에서의 통증, 수면장애, 흥미상실(National Comprehensive Cancer Network, 2009)등 여러 가지 문제에 직면하게 되고 그로 인해 심각한 수준의 정서적 고통을 경험하게 된다. 이러한 다양한 문제들을 극복하기 위해서 암 환자들은 자신의 대처기전을 활용하기도 하지만, 질병과 치료와 관련된 건강문제에 대한 정보를 얻거나(Robinson & Tian, 2009), 직장 문제에 대한 조언을 구하고, 사회 구성원 일부로서의 소속감을 잃지 않기 위해서 재정적인 지원을 얻거나 또는 청소나 쇼핑 등의 실질적인 도움을 받기 위해서(National Institute for Clinical Excellence, 2004), 그리고 질병에 대한 자신들의 감정을 표현하기 위해 가족이나 친구, 의료인으로부터 사회적 지지를 요구한

다(김연정, 2010; Goelitz, 2003). 특히 암 환자는 가족에게 의존적이며, 가족의 태도에 영향을 많이 받게 되므로 가족지지는 매우 중요하다. 황종귀(2002)는 가족의 지지가 암 환자의 회복에 직접적인 영향을 미치고, 위기에 대처하고 변화에 적응할 수 있도록 촉진시켜 주는 역할을 한다고 보고하였다. Sjolander와 Bertero(2008)도 가족들의 지지는 사회적 지지의 가장 중요한 부분이고 주변에 있는 가족들이나 친구들이 가능한 자주 환자들을 만나 실제적인 도움을 제공해주는 것뿐만 아니라 최근 일어난 즐거운 일들에 대해 대화를 하는 것만으로도 환자들의 절망감, 외로움의 호소가 줄어들었다고 하였다. 또한 Taskila 등(2006)은 가족과 친구들의 지지도 중요하지만 암 치료 후에 직장으로 복귀하는 암 환자들의 숫자가 증가하고 있기 때문에 직장 동료들의 지지가 중요하다고 하였다.

사회적 지지는 인간의 기본적인 사회적 욕구를 충족해주고 환경에 대한 통제감을 제공해줌으로써, 스트레스를 완화시켜주기 때문에 대처와 적응에 중요한 역할을 한다(이혜경, 2007). 실제로 많은 연구들에서 사회적 지지가 치료기간에 발생할 수 있는 부정적 정서를 경감시켜주고, 삶의 질을 증가시키는 데 긍정적 영향을 주는 것으로 보고되었다(Spiegel, Bloom, Kraemer, & Gottheil, 1989). 소화기계 암 환자를 대상으로 한 연구에서 정신적 지지를 시행한 경우 삶의 질과 생존율에 긍정적 영향을 준다고 보고하였다(Kuchler et al., 1999). 사회적 지지는 암을 진단받고 위기상황에 놓인 환자들이 자신의 질환과 그로 인한 생활의 변화에 적응하여 그 안에서 최적의 기능을 하며 살아갈 수 있도록 하고 여러 가지 어려움을 극복

하는데 직·간접적으로 많은 영향을 미친다고 할 수 있다. 그러나 때로는 가족들이나 친구 등의 지지가 암 환자에게 부정적인 지지로 느껴져 적응에 더 악영향을 줄 수 있는 점도 고려해야 한다.

본 연구에서는 정서표현 양가성과 건강통제소재가 암 환자의 심리사회적 적응에 미치는 영향과 그와 더불어 사회적 지지가 심리사회적 적응에 조절효과를 지니는지를 알아보고자 하였다. 앞서 기술한 내용을 바탕으로 설정한 연구가설은 다음과 같다. 첫째, 정서표현 양가성이 높을수록 심리사회적 적응에 어려움을 겪을 것이다. 둘째, 내적 건강통제소재의 경향성보다 타인이나 우연 건강통제소재의 경향성을 보이는 암 환자가 심리사회적 적응에 어려움을 겪을 것이다. 셋째, 정서표현 양가성과 타인, 우연 건강통제소재의 경향성은 사회적 지지의 수준에 따라 심리사회적 적응에 미치는 영향에서 차이가 있을 것이다.

방 법

참여자

본 연구는 경상북도에 소재한 암 재활 전문요양병원인 A병원과 B요양병원에 입원 한 환자를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 참여자는 대학병원에서 외래로 항암화학요법이나 방사선 치료를 받으면서 요양병원에서 식이요법과 재활프로그램을 병행하고 있는 환자들이다. 170명의 입원 환자 중에서 설문을 시도한 환자의 수는 134명이었으며, 불성실한 응답, 결측 문항, 이상치를 보이는 자료를 제외한 118명의 자료를 최종 분석하였다. 연구 대상의 인구학적, 의학적 특성은 표 1과 같다.

표 1. 대상자의 인구학적 및 의학적 특성(N= 118)

변인	N(%)
성별	
남	21(17.8%)
여	97(82.2%)
연령	
20대	1(0.8%)
30대	11(9.3%)
40대	42(35.6%)
50대	49(41.5%)
60대	15(12.7%)
결혼상태	
미혼	9(7.6%)
기혼	91(77.1%)
이혼	4(3.4%)
별거	4(3.4%)
사별	10(8.5%)
직업	
있다	24(20.3%)
없다	49(41.5%)
휴직 중	12(10.2%)
암 진단으로 인한 퇴직	33(28.0%)
월수입	
100만원 이하	20(16.9%)
101-200만원	22(18.6%)
201-300만원	29(24.6%)
301-400만원	27(22.9%)
401만원 이상	20(16.9%)
경제적 부담감	
많이 어렵다.	22(18.6%)
약간 어렵다.	52(44.1%)
별로 어렵지 않다.	34(28.8%)
전혀 어렵지 않다.	10(8.5%)
치료비 부담	
본인	48(40.7%)
배우자	61(51.7%)
자녀	7(5.9%)
부모	2(1.7%)
암 종류	
위암	20(16.9%)
유방암	38(32.2%)

대장암	15(12.7%)
폐암	9(7.6%)
간암	6(5.1%)
자궁암	6(5.1%)
기타	24(20.3%)
병기	
1기	20(16.9%)
2기	38(32.2%)
3기	38(32.2%)
4기	22(18.6%)
진단시기	
1년 미만	57(48.3%)
1년	35(29.7%)
2년	15(12.7%)
3년	3(2.5%)
4년	6(5.1%)
5년	2(1.7%)
현재 치료방법	
항암약 복용	6(5.1%)
항암주사	63(53.4%)
방사선	6(5.1%)
항암주사 이후 방사선	34(28.8%)
방사선 이후 항암주사	9(7.6%)
통증	
없다	50(42.4%)
조금 있다	53(43.9%)
진통제 조절 가능	12(10.2%)
진통제 조절 불가	3(2.5%)
ECOG	
0	13(11.0%)
1	41(34.7%)
2	63(53.4%)
3	1(0.8%)

주. ECOG '0' 암 진단 이전과 동일하게 일 수행
 '1' 증상 있으나 완전하게 거동, 가벼운 노동 가능
 '2' 거동 가능하나 노동 불가
 '3' 깨어 있는 시간의 50% 이상을 누워있거나 휠체어 이용

측정도구

암 적응. 본 연구에서 사용한 암 적응척도는 Watson 등(1988)이 암에 대한 심리적 반응을 객관적으로 측정하기 위해 개발한 암 적응 양상 척도(Mental Adjustment to Cancer: MAC)를 강지인, 남궁기(2007)가 보다 간편한 형태로 수정 보완하여 만든 29문항의 간편형 암 적응 척도(Mini-Mental Adjustment to Cancer: Mini-MAC)를 사용하였다. 이 척도는 투지(Fighting Spirit: FS), 불안몰두(Anxious Preoccupation: AP), 운명적 수용(Fatalism: FA), 무력감-무망감(Helpless-Hopeless: HH), 인지적 회피(Cognitive Avoidance: CA)의 5개 하위 척도로 구성되어 있다. '전혀 그렇지 않다'의 1점에서부터 '매우 그렇다'의 4점 Likert형 척도로 평정하도록 되어있다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .78이었다.

병원 불안-우울. 병원-불안척도는 Zigmond와 Snaith(1983)이 개발한 병원 불안-우울 척도(Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS)를 오세만(1998)이 표준화한 것을 사용하였다. 이 척도는 일반 병원을 방문한 환자들이 의사의 진료를 받기 위해 기다리는 짧은 시간에 불안과 우울 정도를 측정하기 위해 개발된 척도이다. 총 14 문항으로 되어있으며, 홀수 7개의 불안 척도(HAD-A)와 짝수 7개의 우울 척도(HAD-D)로 이루어져 있다. 각 문항에 대해 4점 척도(0점~3점)로 평가하게 되어있고, 점수가 높을수록 증상을 더 많이 호소함을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .91이었다.

정서표현 양가성. 정서표현 양가성은 King과 Emmons(1990)가 개발한 정서표현 양가성 척도(Ambivalence over Emotional Expressiveness Questionnaire: AEQ)를 최해연과 민경환(2007)이 번안하여 한국문화 맥락에 맞게 타당화한 한국판 정서표현 양가성 척도(AEQ-K)를 사용하였다. 총 21문항이며, 하위요인으로는 정서표현 불능감과 표현 결과에 대한 두려움을 반영하는 ‘자기-방어적 양가성’요인과 인상관리 및 대인관계 민감성과 관련된 행동 통제를 반영하는 ‘관계-관여적 양가성’요인으로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 정서를 표현하는데 있어서 갈등과 억압이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach’s α)는 .91이었다.

건강통제소재. 본 연구에서 사용한 건강통제소재척도는 Wallston 등(1978)의 다차원 건강통제소재척도(Multidimensional Health Locus of Control Scale: MHLC)를 Kim(2003)이 번안한 척도였으며, 내적건강통제소재(Internal Health Locus of Control: IHLC), 중요타인건강 통제소재(Powerful Other Health Locus of Control: PHLC) 및 우연 건강통제소재(Chance Health Locus of Control: CHLC) 등 3가지 하위요인으로 구성되어 있다. 이 척도는 총 18문항으로 구성되어 있으며, ‘전혀 그렇지 않다’의 1점에서부터 ‘매우 그렇다’의 6점 Likert형 척도로 반응하도록 되어있다. 본 연구에서의 각 하위척도의 내적 일치도(Cronbach’s α)는 내적건강통제가 .73, 중요타인건강통제가 .72, 우연 건강통제가 .73으로 나타났다.

사회적 지지. 본 연구에서는 Ramm과 Hasenbring

(2003)이 개발한 사회적 지지 척도(The Illness-Specific Social Support Scale: ISSS-GR)를 Eun-Jung Shim 등(2006)이 번안한 것을 사용하였다. 이 척도는 총 24문항이며, 15문항의 긍정적 사회적 지지(positive support)와 9문항의 부정적 사회적 지지(negative support)의 두 가지 하위요인으로 구성되어 있다. ‘절대’의 1점에서부터 ‘항상’의 5점 Likert형 척도로 반응하도록 되어있고, 점수가 높을수록 해당 척도의 성향이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach’s α)는 .80이었다.

분석방법

자기보고식 설문을 통해 수집된 자료는 SPSS 18.0 프로그램을 사용하여 분석하였다. 각 척도의 신뢰도와 변인들 간 상관분석, 그리고 암 환자의 인구학적 및 의학적 특성과 심리사회적 적응과의 관계를 알아보기 위해 MANOVA분석을 실시하였다. 또한 정서표현 양가성과 건강통제소재가 암 환자의 심리사회적 적응에 미치는 영향력을 살펴보기 위해 단계적 회귀분석을 사용하였고, 위계적 회귀분석을 통해 사회적 지지의 조절효과를 살펴보았다. 위계적 회귀분석 시 권장되는 표준적 절차(Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003; 서영석, 2010에서 재인용)에 따라 측정치들을 센터링(centering) 후 Z점수로 변환하여 다중공선성의 문제를 줄였다.

결 과

인구학적 및 의학적 특성과 심리사회적 적응

암 환자의 인구학적 및 질병 특성이 심리사회

적 적응에 미치는 영향을 살펴본 결과 인구학적 특성에서 연령, 학력 수준, 결혼 상태 및 월수입과 치료비에 대한 경제적 부담감이 적응에 영향을 주는 것으로 나타났다. 즉 연령과 학력 수준이 낮을수록, 이혼이나 별거 및 사별 등의 이유로 배우자가 없는 경우, 그리고 치료비에 대한 경제적 부담감이 클수록 적응에 더 큰 어려움을 겪었다. 질병 특성에서는 진단 시기, 통증 및 기능수준이 적응에 영향을 주는 것으로 나타났다. 즉, 암 진단을 받은 시기가 짧을수록 암을 극복하려는 투지가 높았으며, 통증이 있고, 기능수준이 저하될수록 적응에 더 큰 어려움을 겪는 것으로 나타났다. 한편, 1기나 2기의 환자들에 비해 3기, 4기 환자들이 더 불안하고 우울할 것이라고 예측했으나 암의 진행

정도는 심리사회적 적응에서 유의미한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다($p>.05$).

정서표현 양가성, 건강통제소재, 사회적 지지와 심리사회적 적응과의 상관관계

각 변인들의 상관관계가 표 2에 제시되어 있다. 첫 번째로 정서표현 양가성과 심리사회적 적응간의 상관관계를 살펴보면, 정서표현 양가성은 불안, $r=.42, p<.01$, 우울, $r=.42, p<.01$, 무력감-무망감, $r=.47, p<.01$ 및 불안물두, $r=.59, p<.01$, 와 정적 상관이 있었고, 투지, $r=-.20, p<.05$, 와 부적 상관이 있었다. 두 번째 건강통제소재 하위 영역인 내적통제소재는 불안, $r=-.40, p<.01$, 우울, $r=-.37$

표 2. 정서표현 양가성, 건강통제소재, 사회적 지지, 암 환자의 적응 간의 상관계수, 평균 및 표준편차

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	-												
2	.772**	-											
3	.525**	.493**	-										
4	.617**	.556**	.754**	-									
5	-.226*	-.177	-.341**	-.364**	-								
6	-.497**	-.379**	-.592**	-.459**	.516**	-							
7	.118	-.013	-.053	-.054	.142	.110	-						
8	.422**	.416**	.472**	.592**	-.092	-.198*	.067	-					
9	-.395**	-.366**	-.546**	-.528**	.244**	.447**	.022	-.339**	-				
10	.189*	.164	.183*	.256**	.014	-.056	-.124	.190*	.071	-			
11	.413**	.409**	.599**	.478**	-.080	-.383**	-.121	.372**	-.306**	.101	-		
12	-.323**	-.274**	-.413**	-.357**	.379**	.403**	.077	-.314**	.343**	.068	-.409**	-	
13	.320**	.299**	.384**	.364**	-.210*	-.164	-.041	.419**	-.354	.043	.340**	-.416**	-
M	7.84	9.61	15.10	21.08	13.98	11.58	10.73	69.25	22.03	20.46	18.18	52.52	18.93
SD	3.62	3.72	4.20	5.08	2.32	1.70	1.90	12.50	3.48	3.09	3.90	11.58	5.48

주. N=118, M(Mean)=평균, SD(Standard Deviation)=표준편차.

1. 불안, 2. 우울, 3. 무력감-무망감, 4. 불안물두, 5. 운명적 수용, 6. 투지, 7. 인지적 회피, 8. 정서표현양가성, 9. 내적건강통제소재, 10. 타인건강통제소재, 11. 우연건강통제소재, 12. 긍정적 지지, 13. 부정적 지지.

* $p<.05$, ** $p<.01$.

$p < .01$, 무력감-무망감, $r = -.55$, $p < .01$, 불안몰두, $r = -.53$, $p < .01$, 와 부적 상관이 있고 운명적 수용, $r = .24$, $p < .01$, 투지, $r = .45$, $p < .01$, 와는 정적상관이 있었다. 또한 타인통제소재는 불안, $r = .19$, $p < .05$, 무력감-무망감, $r = .18$, $p < .05$, 불안몰두, $r = .26$, $p < .01$, 와 정적 상관, $p < .01$, 이 있었고, 투지와는 유의미한 상관이 없었다. 마지막으로 사회적 지지의 하위 영역인 긍정적 지지는 투지, $r = .43$, $p < .01$, 와 정적 상관이 있었고, 우울, $r = -.34$, $p < .05$, 무력감-무망감, $r = -.41$, $p < .01$, 과 부적 상관이 있었다. 부정적 지지는 우울, $r = -.30$, $p < .05$, 무력감-무망감, $r = -.38$, $p < .01$, 과 정적 상관을 보였다. 심리사회적 적응의 하위 변인 중에서 유일하게 인지적 회피만이 정서표현 양가성, 건강통제소재 및 사회적 지지와 통계적으로 유의하지 않았다.

정서표현 양가성과 건강통제소재가 심리사회적 적응에 미치는 영향

정서표현 양가성과 건강통제소재가 암 환자의 심리사회적 적응에 미치는 영향을 살펴보기 위해 단계적 회귀분석을 실시하였다. 먼저, 불안-우울에 미치는 관련 변인들의 영향력은 전체의 31.1%였으며, 정서표현 양가성, $\beta = .27$, $p < .01$, 우연건강통제소재, $\beta = .21$, $p < .01$ 순으로 나타났다. 반면, 내적건강통제소재, $\beta = -.16$, $p < .01$, 는 불안-우울에 부적으로 유의미한 것으로 나타났다(표 3).

둘째, 암 환자의 무력감-무망감에 미치는 관련 변인들의 영향력은 53.7%였으며, 우연건강통제소재, $\beta = .41$, $p < .001$, 정서표현양가성, $\beta = .17$, $p < .05$, 타인건강통제소재, $\beta = .14$, $p < .05$, 순으로 나타났다. 한편, 내적건강통제소재, $\beta = -.37$, $p < .001$, 는 무력감-무망감과 부적으로 유의하게 나왔다(표 4).

표 3. 암 환자의 불안-우울에 대한 정서표현 양가성, 건강통제소재 각 변인들의 단계적 회귀분석 결과

준거변인	예측변수	B(SE.)	β	t	p	R ² 변화량
암 환자의 불안-우울	정서표현양가성	.148(.047)	.268	3.130	.002**	.198
	우연건강통제소재	.586(.125)	.206	4.703	.002**	.085
	내적건강통제소재	-.620(.160)	-.160	3.874	.006**	.045
$R^2 = .329$ (Adj $R^2 = .311$) $F = 18.619$ $p = .000$						

주. N=118. SE=standard error(표준오차).
** $p < .01$.

표 4. 암 환자의 무력감-무망감에 대한 정서표현 양가성, 건강통제소재의 단계적 회귀분석 결과

준거변인	예측변수	B(SE.)	β	t	p	R ² 변화량
암 환자의 무력감-무망감	우연건강통제소재	.441(.075)	.409	5.892	.000***	.359
	내적건강통제소재	-.450(.083)	-.373	-5.397	.000***	.145
	정서표현양가성	.056(.024)	.167	2.334	.021*	.031
	타인건강통제소재	.184(.088)	.136	2.094	.039*	.017
$R^2 = .553$ (Adj $R^2 = .537$) $F = 34.900$ $p = .000$						

* $p < .05$, *** $p < .001$.

표 5. 암 환자의 불안몰두에 대한 정서표현 양가성과 건강통제소재의 단계적 회귀분석 결과

준거변인	예측변수	B(SE.)	β	t	p	R ² 변화량
암 환자의 불안몰두	정서표현양가성	.144(.029)	.353	4.925	.000***	.350
	내적건강통제소재	-.519(.101)	-.355	-5.123	.000***	.121
	우연건강통제소재	.285(.091)	.218	3.136	.002**	.044
	타인건강통제소재	.315(.107)	.192	2.952	.004**	.035
$R^2 = .550$ ($Adj R^2 = .534$) $F = 34.584$ $p = .000$						

** $p < .01$, *** $p < .001$.

표 6. 암 환자의 운명적 수용에 대한 정서표현 양가성과 건강통제소재의 단계적 회귀분석 결과

준거변인	예측변수	B(SE.)	β	t	p	R ² 변화량
암 환자의 운명적 수용	내적건강통제소재	.163(.060)	.244	2.705	.008**	.059
$R^2 = .059$ ($Adj R^2 = .051$) $F = 7.314$ $p = .008$						

** $p < .01$.

표 7. 암 환자의 투지에 대한 정서표현 양가성과 건강통제소재의 단계적 회귀분석 결과

준거변인	예측변수	B(SE.)	β	t	p	R ² 변화량
암 환자의 투지	내적건강통제소재	.177(.041)	.363	4.331	.000***	.199
	우연건강통제소재	-.119(.037)	-.272	-3.238	.002**	.067
$R^2 = .266$ ($Adj R^2 = .254$) $F = 20.872$ $p = .000$						

** $p < .01$, *** $p < .001$.

셋째, 불안-몰두에 미치는 관련 변인들의 영향력은 53.4%였다. 정서표현 양가성, $\beta = .35$, $p < .001$, 우연건강통제소재, $\beta = .22$, $p < .01$, 타인건강통제소재, $\beta = .19$, $p < .01$, 순으로 나타났으며 내적건강통제소재, $\beta = -.36$, $p < .001$, 는 부적으로 예측하였다(표 5).

넷째, 암 환자의 운명적 수용에 영향을 주는 변인으로는 내적건강통제, $\beta = -.24$, $p < .01$, 신념만이 5.1%의 영향력을 보였다(표 6).

마지막으로 암 환자의 투지에 미치는 관련 변인들의 영향력은 25.4%로 내적건강통제, $\beta = .36$,

$p < .001$, 신념을 가질수록 투지가 높아지고, 우연건강통제, $\beta = -.27$, $p < .01$, 신념을 가질수록 투지가 낮아지는 것으로 나타났다(표 7).

정서표현 양가성, 건강통제소재 및 심리사회적 적응의 관계에서 사회적 지지의 조절효과

암 환자의 정서표현 양가성 및 건강통제소재가 심리사회적 적응에 미치는 영향에서 사회적 지지가 조절효과를 가지는지 알아보기 위해 위계적 회귀분석을 실시하였다. 위계적 회귀분석의 절차

에 따라 1단계에서 독립변인만 투입하고 2단계에서는 독립변인과 조절변인을 투입하고, 3단계에서는 독립변인과 조절변인의 상호작용 항을 투입하였다. 분석 결과, 감정 상태를 나타내는 불안-우울에서 사회적 지지의 조절효과가 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났으며, 암 적응의 5가지 하위요인 중에서도 무력감-무망감만이 사회적 지지의 조절효과가 유의한 것으로 나타났다.

위계적 회귀분석에 앞서 종속변인과 예언변인들의 잔차의 독립성을 확인하기 위해 Durbin-Watson 값을 확인하였다. Durbin-Watson 값은 0-4사이에 값을 가지면서 2에 근접하면 오차항 간의 자기 상관이 없다고 볼 수 있는데 본 연구의 회귀분석에는 1.897로 나타나 오차항 간의 자기 상관이 없음을 확인하였다. 다음으로 다중공선

성이 있는지 확인하기 위해 Tolerance와 VIF값을 확인하였다. Tolerance는 1에 근접하면 변수간의 다중공선성이 없는 것이고, VIF는 1에 근접하면 다중공선성이 없고 10이상이면 다중공선성이 있는 것으로 판단한다. 각 변인들의 Tolerance .770 ~.932, VIF 1.084~1.337로서 다중공선성이 없음을 확인하였다.

1단계 회귀분석에서 정서표현 양가성과 건강통제소재는 암 환자의 심리사회적 적응 중에서 무력감-무망감의 43.7%를 설명하는 것으로 나타났고, 사회적 지지의 조절효과를 투입한 2단계에서는 2.3%를 추가로 설명하는 것으로 나타났다. 마지막으로 3단계에서 상호작용 항은 심리사회적 적응의 4.2%를 추가로 설명하였고, 정서표현 양가성과 사회적 지지의 상호작용은 통계적으로 유의

표 8. 암 환자의 정서표현양가성, 건강통제소재와 무력감-무망감의 관계에서 긍정적 사회지지의 조절효과

단계	변인	<i>B</i> (<i>S.E.</i>)	β	<i>t</i>	R^2 (<i>Adj R^2</i>)	ΔR^2	<i>F</i>
1	정서표현양가성	.092(.026)	.274	3.574**	.437 (.423)	.437	29.539***
	타인통제소재	.110(.097)	.081	1.132			
	우연통제소재	.527(.082)	.489	6.457***			
2	정서표현양가성	.080(.026)	.238	3.079**	.460 (.441)	.023	24.064***
	타인통제소재	.143(.097)	.105	1.478			
	우연통제소재	.464(.085)	.431	5.435***			
	긍정적 사회지지	-.062(.028)	-.170	-2.176*			
3	정서표현양가성	.092(.026)	.273	3.555**	.502 (.471)	.042	15.853***
	타인통제소재	.169(.096)	.125	1.761			
	우연통제소재	.450(.084)	.418	5.370***			
	긍정적 사회지지	-.064(.028)	-.178	-2.319*			
	*긍정적 사회지지	-.940(.312)	-.223	-3.010**			
	타인건강통제소재	.084(.253)	.023	.331			
	*우연건강통제소재	.396(.293)	.100	1.353			

p*<.05, *p*<.01, ****p*<.001.

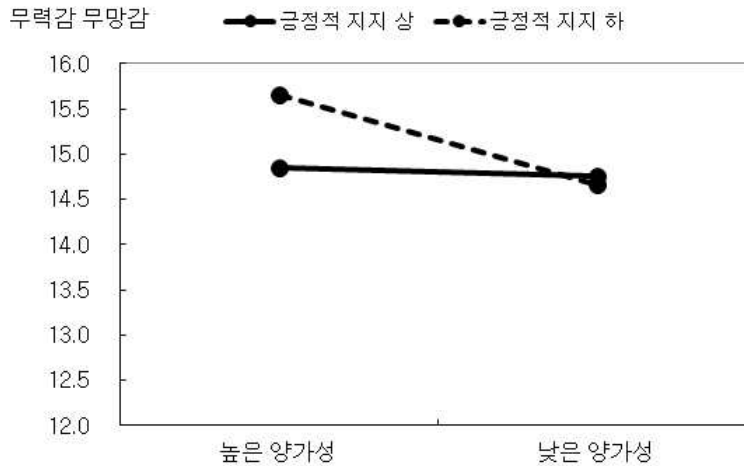


그림 1. 정서표현 양가성과 무력감-무망감의 관계에서 긍정적 사회지지의 조절효과

한 것으로 나타났다. 이는 정서표현 양가성과 무력감-무망감의 관계에서 사회적 지지가 조절효과가 있음을 의미한다.

그림 1은 정서표현 양가성과 무력감-무망감의 관계에서 긍정적 사회지지의 조절효과를 도시한 것이다. 낮은 정서표현 양가성 집단에 비해 높은 정서표현 양가성 집단에서 무력감-무망감이 높았으며, 긍정적인 사회지지를 받을수록 무력감과 무망감이 낮아진다는 것을 알 수 있다.

논 의

본 연구는 자신이 느끼는 정서를 표현하고자 하는 욕구는 있지만 표현 결과를 두려워하여 표현을 억제하려는 욕구 간의 갈등을 측정하는 정서표현 양가성과 건강이 일반적으로 무엇에 의해 좌우된다고 보는가를 나타내는 기대 성향인 건강통제소재가 암 환자의 심리사회적 적응에 미치는 영향을 검증하고, 사회적 지지의 조절효과를 알아

보았다. 주요 결과에 대해 논의하면 다음과 같다.

첫째, 정서표현 양가성이 심리사회적 적응에 미치는 영향을 살펴본 결과 정서표현 양가성은 불안-우울 및 불안몰두에서 가장 중요한 예측변인이었으며, 무력감-무망감에서도 영향력이 있는 것으로 나타났다. 이는 암 환자의 정서표현 양가성이 높을수록 불안-우울, 불안몰두, 무력감-무망감이 높아짐을 의미한다. 일반인을 대상으로 한 연구에서 정서표현 양가성이 삶의 만족도의 적응과는 유의미한 부적 상관을, 우울이나 신경증 같은 심리적 고통과는 유의미한 정적 상관을 보였던 King과 Emmons(1990)의 연구결과와 일치한다. 또한 경험된 정서를 관리하기 위해 습관적으로 억제해왔던 사람들이 부적 감정은 높게 경험하고 정적 감정은 낮게 경험하며, 안녕감 수준이 낮고 사회적 적응을 어려워하는 것으로 나타난 Gross와 John(2003)의 연구와도 일치하는 것이다.

둘째, 건강통제소재가 심리사회적 적응에 미치는 영향에 대해 살펴본 결과, 불안-우울에서 우연

건강통제소재를 보일수록 불안-우울이 높아지고, 내적건강통제소재를 보일수록 불안-우울이 낮아지는 것으로 나타났다. 암 환자의 무력감-무망감 및 불안몰두에서도 타인이나 우연 건강통제소재를 보일수록 높아지는 반면 내적건강통제소재를 보일수록 무력감-무망감이 낮아지는 결과를 보였다. 반면, 암에 대한 투지에서는 내적건강통제소재를 보일수록 질병에 대한 투지가 높아지고 우연 건강통제소재를 보일수록 질병에 대한 투지가 낮아지는 것으로 나타났다. 즉, 건강은 자신의 행동의 의해서 좌우된다고 믿는 내적건강통제소재를 보일수록 투지가 높고 심리 부적응은 낮았으며, 중요한 타인에 의해 건강이 좌우된다고 믿는 타인건강통제소재나 우연·운 등에 의해서 건강이 좌우된다고 믿는 우연건강통제소재를 보일수록 암에 대한 투지가 낮고 심리 부적응은 높은 것으로 볼 수 있다. 이는 내적건강통제소재는 불안, 우울과 부적 상관이 있는 반면, 타인 건강통제소재는 불안과 정적 상관이 있고 우연건강통제소재는 적대감과 정적 상관이 있는 것으로 나타난 Kim(2003, 2004)의 연구 결과와 맥락을 같이 한다. 또한 암 환자를 대상으로 한 김춘길(1985)과 박점희 등(2000)의 연구에서 내적건강통제소재 성향을 가질수록 불편감과 절망감이 낮아진다는 보고와 일치하는 결과이다.

셋째, 암 환자의 정서표현 양가성과 심리사회적 적응에 있어 사회적 지지의 조절효과는 무력감-무망감에 대해서만 유의미한 것으로 나타났다. 즉, 정서표현 양가성이 높은 암 환자들은 낮은 암 환자들보다 무력감-무망감이 높지만, 긍정적 사회지지를 받을수록 무력감-무망감이 낮아지는 것으로 확인되었다. Watson 등(2005)의 연구에 의하면 유

방암 환자에 대한 10년간 추적 관찰한 연구에서 무력감-무망감이 높을수록 생존율에 부정적인 영향을 주는 것으로 나타났다. Kuchler 등(1999)은 암 환자에 대해 정신적 지지를 시행한 경우 삶의 질과 생존율에 긍정적 영향을 준다고 보고하였다. 그리고 가족은 질병발생에 영향을 주는 개인의 사회문화적 환경 중에서 중요하고 스트레스 혹은 위기상황에서 적응에 실패하게 하는 우울, 불안, 좌절감과 같은 부정적 정서를 경감시켜주는 역할을 하는 매우 중요한 일차적 사회적 지지 체계이다(조옥희, 유양숙, 2009). Sjolander와 Bertero(2008)도 주변에 있는 가족들이나 친구들이 가능한 자주 환자들을 만나 실제적인 도움을 제공해주는 것뿐만 아니라 최근 일어난 즐거운 일들에 대한 대화를 하는 것만으로도 환자들의 절망감, 외로움 등의 호소가 줄어든다고 하였다. 이처럼 사회적 지지가 암 환자의 적응에 있어 강력한 예측변인임에도 불구하고 조절효과가 부분적으로 유의미한 결과를 보여준 것은 정서표현 양가성과 우연 건강통제소재가 긍정적 지지와 부적 상관을 보이고 부정적 지지와는 정적 상관을 보이기 때문인 것으로 추론된다. 즉, 정서표현 양가성이 높거나 우연 건강통제소재를 보일수록 긍정적 지지를 많이 받지 못하고 부정적 지지를 많이 받고 있다고 지각하는 것으로 볼 수 있다. 이는 정서표현 양가성을 가진 사람들은 자신이 사회적 지지와 공감을 덜 받는다고 지각한다는 Emmons와 Colby(1995)의 연구와 일치하는 것이다. 또한 환경으로부터 수용이나 지지를 충분히 받지 못하여 내적 긴장의 악순환 상태를 경험하게 된다는 Mongraine와 Zuroff(1994)의 연구 결과와도 일치한다. 이러한 결과는 정서표현의 양가성을 가진

사람들은 상대방의 반응에 민감하기 때문에 자신이 우울하거나 불안해하는 정서를 드러낼 때 가족이나 주변 사람으로부터 너무나 적극적인 표현 혹은 앞선 표현을 하거나 부정적 지지를 받게 된다면 더욱더 자신의 정서를 솔직하게 표현하는 것이 어려워지게 될 것이다. 따라서 가족과 주변인들은 환자의 자존감과 능동성을 존중해주면서 조심스럽게 말하는 정도가 적절한 표현 방법일 것으로 보이며, 환자가 느끼고 있는 정서를 솔직하게 말할 수 있도록 잘 들어주고 지속적인 지지를 해 주는 것이 필요한 것으로 생각된다.

본 연구의 의의와 제한점에 대해 논의하면 다음과 같다.

첫째, 암 환자의 정서표현에 대한 연구는 다양한 방식으로 진행되어 왔지만 정서표현 양가성의 효과를 직접적으로 분석한 연구는 진행되지 않았다. 단순히 정서표현성이 심리사회적 부적응에 영향을 주는 것이 아니라는 선행연구들의 결과를 바탕으로 암 환자의 정서표현 양가성이 심리사회적 적응에 어떻게 작용하는지를 살펴봤다. 본 연구는 암 환자의 적응에 있어 정서표현성보다 정서표현의 양가성에 대해 이해하고 효과적인 방안을 모색하는 것이 더 도움이 될 수 있음을 시사한다. 또한 건강통제소재와 암 환자의 심리사회적 적응에 있어서 내적 건강통제소재를 가질수록 암에 대한 투지가 높고 심리부적응이 낮게 나타난 점을 고려하여 질병에 대한 자기 통제감을 갖고 건강관리에 적극적으로 참여하도록 개입하는 것이 암 적응에 중요한 변인이 될 수 있을 것으로 사료된다.

둘째, 본 연구는 암 환자의 적응에 있어 정서표현 양가성과 건강통제소재에 대한 사회적 지지의

조절효과를 최초로 다루었다는 점이다. 정서표현 양가성을 가진 암 환자가 지금 상황에서 아무것도 할 수 있는 것이 없고, 희망이 없다고 느낄 때 가족과 주변사람으로부터 받는 긍정적 지지가 이러한 무력감-무망감을 유의미하게 낮추는 것으로 나타났다. 정서표현 양가성과 건강통제소재는 개인의 성격인 측면으로 볼 수 있는데, 이러한 성격 특성을 가진 환자들의 부적 정서에 대한 심리사회적 개입, 자신의 정서를 솔직하게 표현할 수 있도록 들어주는 태도, 적극적인 관심 및 지속적인 지지의 중요성을 보여주는 결과라고 할 수 있겠다. 하지만 정서표현 양가성에 대해서만 부분적으로 조절효과가 검증되었기에, 암 환자의 보다 다양한 성격적 특성과 관련된 변인들을 체계적으로 포함하여 연구할 필요가 있다.

셋째, 암 전문 요양병원에서 생활하고 있는 대상자들 대부분 여성이었던 점을 감안할 때 본 연구 결과를 일반화하는 데는 제한점이 있다. 따라서 후속 연구에서는 여러 지역의 다양한 연령과 성별의 균형을 이루는 대규모 표집의 조사를 통해 일반화할 수 있는 결과를 도출할 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 강지인, 남궁기 (2007). 암 환자의 정신사회적 특성과 정신 건강. *신경정신의학*, 46(5), 421-429.
- 국가 암 정보센터 (2016). 암 발생률, 사망률, 생존율에 대한 통계.
- 권신영, 조성진 (2003). 자살사고를 보이는 암 환자에 대한 실제적 접근 및 간호 중재. *한국 호스피스 완화의료학회지*, 6(1), 58-63.
- 김경미 (1999). 항암 화학요법을 받는 소화기 암 환자의 건강증진 행위와 관련요인. 경북대학교 대학원 석

- 사학위 청구논문.
- 김연정 (2010). 암 환자의 자살 생각, 사회적 지지 및 삶의 의미 관계연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 김진화 (2003). 말기암 환자의 건강통제소재와 죽음불안과의 관계. 부산대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 김춘길 (1985). 암 환자의 불편감 정도와 성격과의 관계 연구. 연세대학교 교육대학원 석사학위 청구논문.
- 박접희, 류은영, 이경희 (2000). 암 환자의 건강통제소재 성격과 가족지지 및 절망감과의 관계. 경북 간호과학지 4(1), 1-14.
- 서영석 (2010). 상담심리 연구에서 매개효과와 조절효과 검증: 개념적 구분 및 자료 분석 시 고려 사항. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 22(4), 1147-1168.
- 오복자 (1994). 위암 환자의 건강증진 행위와 삶의 질 예측 모형. 서울대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 오세만 (1998). 병원 불안-우울 척도에 관한 표준화 연구 : 정상, 불안, 우울 집단간의 비교. 중앙대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 오은영, 고경봉 (1995). 암 환자들과 비 암 환자들 간의 Alexithymia의 비교. 신경정신의학, 34(5), 1552-1560.
- 윤병수 (2008). BIS/BAS 하위체계 연결가설의 타당성에 대한 연구: 스트레스, 희망 및 건강통제소재를 중심으로. 한국심리학회지: 건강, 13(4), 923-942.
- 이미옥 (2003). 입원 암 환자의 질병상태 및 건강상태지각과 건강통제소재가 희망에 미치는 영향. 충남대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 이승미, 오경자 (2006). 정서인식불능, 정서표현에 대한 양가감정, 정서표현성이 중년 기혼 여성의 심리적 부적응에 미치는 영향. 한국심리학회지: 임상, 25(1), 113-128.
- 이주일, 황석현, 한정원, 민경환 (1997). 정서의 체험 및 표현성이 건강과 심리적 안녕에 미치는 영향. 한국심리학회지: 사회 및 성격, 11(1), 117-140.
- 이혜경 (2007). 지역아동센터 아동의 사회적 지지 및 임파워먼트와 심리사회적 적응. 숙명여자대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 조옥희, 유양숙 (2009). 유방암 환자의 수술 후 심리사회적 적응, 부부친밀도 및 가족지지. 대한종양간호학회지, 9(2), 129-135.
- 최해연 (2005). 정서표현에 대한 부정적 신념의 구조와 기능. 한국심리학회지: 일반, 24(1), 239-257.
- 최해연, 민경환 (2007). 한국판 정서표현에 대한 양가성 척도의 타당화 및 억제 개념들 간의 비교 연구. 한국심리학회지: 사회 및 성격, 21(4), 71-89.
- 한정원 (1997). 정서표현성이 건강 및 주관적 안녕에 미치는 영향. 서울대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 황중귀 (2002). 암 환자가 지각한 가족지지와 환자를 돌보는 가족의 부담감 및 신체적, 심리적 건강. 충북대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- Andrykowski, M. A., & Brady, M. J. (1994). Health locus of control and psychological distress in cancer patients: interactive effects of context. *Journal of Behavioral Medicine* 17(5), 435-458.
- Baltes, M. M., & Baltes, P. B. (1986). *The psychology of control and aging*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Buck, R. (1988). *Human Motivation and Emotion* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L., S. (2003). *Applied multiple regression correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Rothrock, N. E., & Anderson, B. (2006). Coping and quality of life among women extensively treated for gynecologic cancer. *Psycho-Oncology*, 10(4), 132-142.
- Cox, T., & McCay, C. (1982). Psychological factors and psychophysiological mechanism in the etiology and development of cancers. *Social Science and Medicine*, 16, 381-396.
- De Valck C. & Vink J. (1996). Health locus of control and quality of life in Lung Cancer Patients. *Patient Education and Counseling*, 28(2), 179-186.

- Emmons, R. A., & Colby, P. (1995). Emotional conflict and well-being: Relation to perceived availability, daily utilization and observer reports of social support. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 947-959.
- Eun-Jung Shim, Anja Mehnert, Atsuko Koyama, Seong-Jin Cho, Hiroki Inui, Nam-Sun Paik, & Uwe Koch (2006). Health-related quality of life in breast cancer: A cross-cultural survey of German, Japanese, and South Korean patients. *Breast Cancer Research and Treatment, 99*, 341-350.
- Faller, H., & Bulzebruck, H. (2002). Coping and survival in lung cancer: a 10-year follow-up. *American Journal of Psychiatry, 159*, 2105-2107.
- Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (1987). Personality, Type A behavior, and coronary heart disease: the role of emotional expression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(4), 783-792.
- Giese-Davis, J., & Spiegel, D. (2001). Suppression, repressive-defensiveness, restraint, and distress in metastatic breast cancer: separable or inseparable constructs?. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(3), 417-449.
- Goelitz, A. (2003). Suicidal ideation at end-of-life: The palliative care team's role. *Palliative and Supportive Care, 1*(3), 275-278.
- Goldstein, H. S., Edelberg, R., Meier, C. F., & Davis, L. (1988). Relationship of resting blood pressure and heart rate to experienced anger and expressed anger. *Psychosomatic Medicine, 50*, 321-329.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychology, 44*(1), 19-29.
- Greer S., & Morris T. (1975). Psychological attitudes of women who develop breast cancer: a controlled study. *Journal of Psychosomatic Research, 19*, 147-153.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348-362.
- Hatchett, L., Friend, R., Symister, P., & Wadhaw, N. (1997). Interpersonal expectations, social support, and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(3), 560-573.
- Holland, J. C. (2003). American cancer society award lecture. Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. *Journal of Clinical Oncology, 21*(23), 253-265.
- Jensen, M. R. (1987). Psychological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of personality, 55*, 317-324.
- Josephs, S., Williams, R., Irwing P., & Cammock, T. (1994). The preliminary development of a measure to assess attitudes towards emotional expression. *Personality and Individual Differences, 16*(6), 869-875.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1988). *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams, & Wilkins Co.
- Katz, I. M., & Campbell, J. D. (1994). Ambivalence over emotional expression and well-being: Nomothetic and idiographic tests of the stress-buffering hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 513-524.
- Kim, Y. H. (2003). Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: final results from a 2-year study. *International Journal of Nursing Studies, 40*, 115-124.
- Kim, Y. H. (2004). Psychological constructs to predicting smoking behavior among Korean secondary school students, *Preventive Medicine,*

- 38, 620-627.
- King, A. M. (1993). Emotional expression, conflict over expression, and marital satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships, 10*, 601-607.
- King, A. M., & Emmons, R. A. (1990). Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the emotional expressivity scale. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 864-877.
- Kissen, D. M. (1966). The significance of personality in lung cancer in men. *Annals of the New York Academy of Sciences, 125*, 820-826.
- Krumm, S. (1982). Psychosocial adaptation of the adult with cancer. *The Nursing Clinics of America, 17*, 729-737.
- Kuchler, T., Henne-Bruns, D., Rappat, S., Graul, J., Holst, K., & Williams, J. I., et al. (1999) Impact of psychotherapeutic support on gastrointestinal cancer patients undergoing surgery: survival results of a trial. *Hepato-gastroenterology, 46*, 322-335.
- Lock, S. E., & Gorman, J. R. (1989). Behavior and immunity. In Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*(pp. 1243-1245). Baltimore: Williams, & Wilkins Co.
- Marks, G., Richardson, J. L., Graham, J. W., & Levin, A. (1986). Role of locus of control beliefs and expectations of treatment efficacy in adjustment to cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 443-450.
- Maunsell, E., Brisson, J., & Deschenes, L. (1995). Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer, 76*, 631-637.
- Mongraine, M., & Zuroff, D. C. (1994). Ambivalence over emotional expression and negative life events: Mediators of depressive symptoms in dependent and self-critical individuals. *Personality and Individual Differences, 16*, 447-458.
- National Cancer Institute. (2007). *Issues Cancer Trends Progress Report*.
- National Comprehensive Cancer Network. (2009). *Distress management*.
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Guidance on cancer service improving supportive and palliative care for adult*.
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 36*, 13-34.
- Pennebaker, J. W. (1985). Traumatic experience and psychosomatic disease: Exploring the roles of behavioral inhibition, obsession and confiding. *Canadian Psychology, 26*, 82-95.
- Pennebaker, J. W., Barger, S. D., & Tiebout (1989). Disclosure of trauma and health among Holocaust survivor. *Psychosomatic Medicine, 51*, 577-589.
- Ramm G.C., & Hasenbring, M. (2003). Die deutsche Adaptation der Illness-Specific Social Support Scale und ihre teststatistische Überprüfung beim Einsatz an Patienten vor und nach-Knochen mark tranplantation, *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 12*, 29-38.
- Robinson, D., & Tian, Y. (2009). Cancer patients and the provision of informational social support. *Health Communication, 24*(5), 381-390.
- Rodin, J. (1986). Aging and health: effect of the sense of control. *Science, 233*, 143-149.
- Poteet, J., Tay, V., Cohen, G., & MacIntyre, J. (1986). Pain characteristics and treatment in an outpatient cancer population. *Cancer, 57*, 1259-1265.
- Shacham, S., Reinhardt, L. C., Raubertas, R. F., & Cleland, C. (1983). Emotional states and pain. Individual and interindividual measures of association. *Journal of Behavioral Medicine, 6*, 620-627.

- 405-419.
- Sjolander, C., & Bertero, C. (2008). The significance of social support and social networks among newly diagnosed lung cancer patients in sweden. *Nursing and Health Sciences, 10*(3), 182-187.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet, 2*, 888-891.
- Taskila, T., Lindbohm, M. L., Martikainen, R., Lehto, U. S., Hakanen, J., & Hietanen, P. (2006). Cancer survivors' received and needed social support from their work place and the occupational health services. *Supportive Care in Cancer, 14*(5), 427-435.
- Taylor, E. J. (2000). Transformation of tragedy among women surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 27*(5), 781-788.
- Taylor, S. E., Lichman, R. P., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 489-502.
- Todarello, O. (1989). Alexithymia and breast cancer. survey of 200 women undergoing mammography. *Psychotherapy and Psychosomatics, 51*, 51-55.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology, 11*(2), 154-169.
- Wallston, K. A., & Wallston, B. S. (1976). Development and validation of the health locus of control scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*, 580-585.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control(MHLC) scales, *Health Education Monograph, 6*, 160-170.
- 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. *Psychol Med, 18*, 203-209.
- Watson, M., Homewood, J., Haviland, J., & Bliss, J. M. (2005). Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *European Journal of Cancer, 41*, 1710-1714.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.

원고접수일: 2016년 11월 29일

논문심사일: 2016년 12월 28일

게재결정일: 2017년 2월 2일

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2017. Vol. 22, No. 1, 81 - 101

The Influence of Ambivalent Emotional Expressiveness, Health Locus of Control on Psychosocial Adjustment of Cancer Patients: Moderating Effect of Social Support

Yun-Jeong Kim Yong-Mae Baek

Department of Psychology, Catholic University of Daegu

The purpose of this study was to investigate the effects of ambivalent emotional expressiveness and health locus of control on the psychosocial adjustment of cancer patients, and its moderating effect of social support.

The subjects of this study were 118 cancer patients, currently receiving chemotherapy and radiation therapy in hospitals. The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Ambivalent Emotional Expressiveness Questionnaire (AEQ), Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC), and Illness-Specific Social Support Scale (ISSS-GR) were administered to them.

The results of a multiple regression analysis were as follow. If patients have shown more ambivalent emotional expressiveness, their psychological disturbances such as anxiety, depression, helpless-hopeless and anxious preoccupation, were higher and the will to overcome cancer was lower. Also, if patients had more 'other health locus of control' and 'chance health locus of control' than 'internal health locus of control', their psychological disturbances were higher and the will to overcome cancer was lower.

By examining the moderating effect of social support on cancer patients, in the relationship between ambivalent emotional expressiveness and psychosocial adjustment, positive support was an important factor in reducing helpless-hopeless. But, in the relationship between health locus of control and psychosocial adjustment, social support had no effect in reducing helpless-hopeless. The suggestions of this study and implications for further research were discussed.

Keywords: Ambivalent emotional expressiveness, health locus of control, adaptation of cancer patients, social support