

# 암 생존자와 가족의 의사소통과 심리적 디스트레스 간의 관계: 행위자-상대자 상호의존 모형 적용

## 임 정 원<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 강남대학교

### 초 록

본 연구는 암 생존자와 가족 구성원의 의사소통이 심리적 디스트레스와 어떤 관련성이 있는지를 확인하는 것을 주요 목적으로 하고 있다. 특히, 암 생존자가 암을 관리하는데 영향을 주는 주요 체계인 가족과 의사와의 소통에 주목하면서, 가족 내 의사소통과 의사와의 소통 능력에 초점을 두었다. 본 연구를 수행하기 위해 유방암 및 대장암 생존자와 가족 구성원 1인을 주요 대상으로 하고, 서울 및 경기 지역에서 편의표집 방법을 활용해 모집한 총 63쌍의 암 생존자-가족을 대상으로 짝 분석을 하였다. 본 연구는 행위자-상대자 상호의존 모형(Actor-Partner Interdependence Model, APIM)을 기반으로, 작은 표본 수에 적합한 '통합 회귀분석(pooled regression) APIM' 기법을 사용해서 자기 효과와 상대방 효과를 추정하였다. 연구 결과, 암 생존자는 의사와의 소통 능력이 좋을 경우 우울 수준이 줄어드는 반면, 가족은 가족 의사소통이 좋을 경우 우울 수준이 줄어들었다. 암 생존자의 경우 상대방 효과는 나타나지 않았지만, 가족의 경우 암 생존자의 가족 의사소통이 가족의 디스트레스에 영향을 주는 가족의 상대방 효과가 나타났다. 즉, 암 생존자의 가족 의사소통이 좋을수록 가족 구성원의 불안 수준은 더 높은 반면, 우울 수준은 낮아졌다. 본 연구 결과는 포괄적인 측면에서의 암 생존자 접근, 지속적인 사후 관리를 위한 심리 사회적 측면에서의 개입, 디스트레스 영향 요인에 대한 명확한 이해, 환자 중심 진료에 기반한 환자-의사 간의 적극적인 소통 등에 대한 임상적, 정책적 제언을 하였다.

**주요 용어:** 암 생존자, 심리적 디스트레스, 가족 의사소통, 의사와의 소통 능력, 행위자-상대자 상호의존 모형

### 알기 쉬운 요약

**이 연구는 왜 했을까?** 암 생존자와 가족은 가족 내 소통방식과 병원에서 의사와의 소통방식에 따라 심리적인 영향을 받게 된다. 본 연구는 암 생존자와 가족을 하나의 짝으로 보고, 그들의 가족 내·외적인 상황이 암 생존자와 가족의 심리 상태에 어떤 영향을 미치는지를 알아보았다.

**새롭게 밝혀진 내용은?** 총 63쌍의 암 생존자와 가족을 확인한 결과, 암 생존자가 의사와의 소통 능력이 좋을 경우 암 생존자의 우울 수준이 줄어드는 반면 가족은 가족 내 의사소통이 좋을 경우 가족의 우울 수준이 줄어들었다. 또한, 암 생존자의 가족 내 의사소통이 좋을수록 가족 구성원의 불안 수준은 더 높아지는 반면, 우울 수준은 낮아짐을 발견할 수 있었다.

**앞으로 무엇을 해야 하나?** 암 생존자의 심리적 상태를 안정적으로 하기 위해서는 가족 구성원을 포함해서 함께 다룰 필요가 있다. 또한, 암 생존자와 가족 구성원의 심리적인 상태는 가족 내 의사소통과 의사와의 소통 능력이 영향을 주기 때문에 가족 내에서 효과적으로 소통하고, 의사와의 진료 시 자신의 의견을 명확하게 전달할 수 있도록 도와줄 필요가 있다.

본 연구는 한국연구재단 2014년 신진연구 자지원사업에 의해 연구비 지원이 되었음 (NRF-2014S1A5A8012134).

- 투 고 일: 2023. 01. 11.
- 수 정 일: 2023. 03. 10.
- 게재확정일: 2023. 03. 20.

## 1. 서론

우리나라 2019년 암등록통계에 따르면, 2019년 암 발생자는 약 25만 명으로 2018년 대비 3.6% 증가하였다(보건복지부, 중앙암등록본부, 국립암센터, 2021). 이와 같은 높은 유병률에도 불구하고 암 검진의 활성화와 급속하게 발달하고 있는 치료 기술 등으로 인해 암 생존율은 지속적으로 증가하고 있다. 2015~2019년 암 환자의 5년 상대 생존율은 70.7%로, 약 10년 전(1993~1995년 42.9%)에 비해 27.8%p 증가한 것으로 보고된다. 이처럼 높은 암 발생률과 암 생존율로 인해 현재 우리나라에 거주하는 암 생존자는 약 2,150,000명으로 추정되며, 이는 전체 인구의 4.2%에 해당하는 만큼 향후 암 생존자의 건강 증진 및 삶의 질 향상을 위한 노력이 지속적으로 필요하다.

일반적으로 암 생존자는 치료 종료 후에도 신체적 증상뿐만 아니라 심리적, 사회적, 기능적 측면에서 상당한 어려움을 경험하고 있는 것으로 알려져 있다(Medeiros et al., 2015). 특히, 암 진단 및 치료 이후 암 생존자는 부정, 분노, 공포, 우울, 불안, 자책감, 고독감 등 다양한 심리적 디스트레스를 경험한다(박미애, 최은숙, 2017). 연구에 따라 약간의 차이가 있지만, 우리나라 암 환자 중 40% 이상은 일정 수준의 디스트레스를 경험하고 있는 것으로 보고되고 있다(Shim et al., 2008). 이러한 수치는 다른 나라와 비교해서 유사하거나 높은 수치이며, 디스트레스 중에서도 우울이나 불안 증상은 가장 흔하게 보고되고 있다(Ha et al., 2011; Shim et al., 2018). 이처럼 심리적 디스트레스를 경험하고 있는 암 생존자에게 가족은 불안, 우울 등의 부정적 정서를 감소시켜주는 역할을 하는 중요한 지지체로서, 초기 암 진단부터 암 생존에 이르기까지 암 생존의 전 과정에서 암 생존자의 치료 및 정서적 측면에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다(정경숙 외, 2014). 하지만, 암 생존자와 가족 간의 지속적인 상호작용 및 의사결정 등으로 인해 암 생존자 가족 또한 부정적인 경험을 하는 것으로 알려져 있다. Manne et al. (2020)은 암 생존자 가족은 불안, 우울, 공포 등 상당한 수준의 디스트레스를 경험하고 있음을 발견하였고, Chien et al.(2018)은 암 생존자 가족이 경험하는 디스트레스 수준은 심지어 암 생존자보다 더 높다고 보고하고 있다. 이에 많은 학자들은 암 생존자 가족도 확장된 수준에서 암 생존자로 함께 고려해야 한다고 주장하고 있다(Coyne et al., 2020).

한편, 지금까지 대부분의 연구는 암 생존자나 가족의 심리

적 디스트레스를 연구하면서 그들의 관계에 초점을 두기보다는 개별적인 개체에 초점을 두면서 연구를 수행해 왔다(Schellekens et al., 2017). 하지만 가족 내에서 지속적인 관계를 맺고 있는 암 생존자와 가족은 서로에게 영향을 주는 상호 의존적인 관계라는 점에 주목할 필요가 있다. 암 환자와 배우자 간의 짝 관계를 다룬 35편의 논문을 분석한 메타 연구(Hagedoorn et al., 2008)에 따르면, 암 환자 및 배우자 간의 심리적 디스트레스 수준은 어느 정도 유의미한 관계가 있었으며, 암에 대처하는 환자-배우자의 반응은 상호의존적인 정서적 체계로서 반응하고 있음을 확인하였다. 이러한 결과를 고려할 때, 암 생존자의 디스트레스 연구는 가족 구성원을 함께 포함하고 짝 접근(dyadic approach) 기법을 활용해 다룸으로써 암 생존자와 가족 간의 디스트레스가 서로 어떤 관련성이 있으며, 어떻게 영향을 주는지 확인할 필요가 있다. 더 나아가, 최근 수행된 대부분의 암 생존자와 가족 간의 연구는 배우자 중심으로 이루어지는 경향이 있다. 하지만, 현재 우리나라는 저출산·고령화 등 사회구조의 변화에 따라 1인 가족의 수가 증가할 뿐만 아니라 가족에 대한 정의도 변화하고 있다. 가령, 다양한 가족의 형태를 인정하고 법으로 보호해야 한다는 국민적 공감대가 형성되면서 다양한 조합의 공동체가 가족의 기능을 대신하기도 하며, 생애주기가 길어지면서 동거, 이혼, 사별 등 가족의 해체와 재구성이 일어나기도 한다(박경례, 박재연, 2021). 따라서 암 생존자의 가족과 관련된 연구는 배우자를 넘어 암 환자에게 실질적인 보호 부담을 제공하는 가족 전체로 확대해서 접근할 필요가 있다.

의사소통은 암 생존자와 가족 간의 디스트레스에 영향을 주는 주요한 변인으로 제시되고 있다. Manne & Badr(2008)가 제안한 ‘커플 적응을 위한 관계 친밀감 모델(The relationship intimacy model of couple adaptation)’에 따르면, 커플 간의 의사소통 방식은 그들의 친밀감과 심리적 적응에 큰 영향을 미친다. 특히, 이 모델에서는 의사소통 방식에 초점을 두면서, 친밀감을 강화시키는 방식과 친밀감을 타협하는 방식의 두 가지로 구분하였고, 친밀감을 강화시키는 소통은 커플 간의 친밀감을 향상시켜, 궁극적으로 심리적 적응을 돕는다는 점을 강조하고 있다(Manne et al., 2020). 기존의 다른 연구에서도 환자와 가족의 효과적인 의사소통은 신체적 그리고 정서적 웰빙에 긍정적인 영향을 미치고, 가족의 보호 부담을 감소시키는 것으로 보고되고 있다(Ketcher et al., 2021).

암은 진단 및 치료 이후 최소 5년 동안 지속적인 관리를 요구하는 질환이기 때문에 암을 효과적으로 관리하기 위해서는 가족과의 의사소통뿐만 아니라 의료진과의 소통 또한 중요하다(Lim & Paek, 2012). Magsamen-Conard et al.(2015)에 따르면, 암과 관련된 소통 능력은 스스로 암을 관리할 수 있는 자신감을 증가시키며, 이는 궁극적으로 자신의 건강 및 정서 상태에 긍정적인 영향을 미친다고 보고하였다. 최근 환자 중심의 진료, 의사-환자의 공동 의사결정에 대한 인식이 높아지면서 의사와 환자 간의 의사소통이 더욱 강조되고 있으며, 실제 의사와 환자 간의 소통이 잘 이루어질 때 환자의 진료 만족도, 심리 사회적 적응, 정신건강 상태가 더 좋아진 것으로 조사되었다(이지원 외, 2017; Thompson & McCabe, 2012). 하지만 현재 가족 의사소통뿐만 아니라 의료진과의 소통이 암 생존자 및 가족의 디스트레스에 어떤 영향을 주는지 확인하기 위해 짝 접근에 근거해서 상호관계성을 분석한 연구는 없다.

따라서 본 연구는 암 생존자와 가족 구성원을 하나의 분석 단위로 고려하면서, 그들의 의사소통이 심리적 디스트레스와 어떤 관련성이 있는지를 확인하는 것을 주요 목적으로 한다. 특히, 의사소통으로 가족 내 의사소통 수준과 의료진(특히, 의사)과의 소통 능력에 초점을 둬으로써 암 생존자가 암을 관리하는 데 영향을 주는 중요한 체계인 가족과 의료진과의 소통에 주목하고자 한다. 또한, 본 연구는 암 생존자와 가족 구성원 간의 상호작용에 초점을 주는 짝 연구(dyadic study)로 행위자-상대자 상호의존 모형(Actor-Partner Interdependence Model: APIM) 기법을 활용해서 “자기 효과(actor effect; 자신의 독립변수가 자신의 종속변수에 미치는 영향력)”와 “상대방 효과(partner effect; 상대방의 독립변수가 자신의 종속변수에 미치는 영향력)”를 함께 확인할 것이다. 본 연구의 주요 연구 질문은 다음과 같다.

1. 심리적 디스트레스(불안, 우울, 신체화)에 대한 의사소통(가족 의사소통, 의사와의 소통 능력)의 자기 효과는 유의미할까?
2. 심리적 디스트레스(불안, 우울, 신체화)에 대한 의사소통(가족 의사소통, 의사와의 소통 능력)의 상대방 효과는 유의미할까?

## II. 이론적 배경

### 1. 암 생존자와 가족의 심리적 디스트레스

암 생존자의 ‘디스트레스’는 암에 효과적으로 대처할 능력을 방해하는 심리적, 사회적, 영적 특징이라는 다차원적으로 구성된 불쾌한 정서적 경험으로 정의되고 있다(Holland et al., 2013). 암 생존자는 암 진단 후 치료가 끝난 이후에도 지속적인 신체적, 심리적, 사회적 부작용을 경험하고 있고, 이러한 경험이 암 생존자의 디스트레스에 영향을 주고 있는 것으로 알려져 있다(Miles et al., 2017). 이러한 이유로 인해 많은 학자들은 암 생존자를 만성질환자로 고려해야 하며 그들의 사후 관리에 관심을 가져야 된다고 주장하고 있다(Phillips & Currow, 2010). 그럼에도 불구하고, 암과 관련된 디스트레스를 제대로 진단하거나 치료하고 있지 않으며, 많은 수의 암 생존자들이 피로, 통증 등의 신체적 문제뿐만 아니라 자아 정체감 위기, 가족 및 대인관계, 정보 부족, 직업 상실 등 다양한 문제에 직면하면서 디스트레스를 경험하고 있다(정경숙 외, 2014).

Kim(2009)의 연구에 따르면, 우리나라 암 환자의 42.1%는 일정 수준 이상의 디스트레스를 경험하고 있다고 보고하고 있으며, Shim et al.(2008)의 연구에서는 우리나라 암 환자 중 56.5%가 디스트레스를 경험하고 있다고 제시하고 있다. 이와 같은 암 환자 디스트레스 수치는 암 환자 2명 중 약 1명은 디스트레스를 경험하고 있음을 나타내면서 디스트레스에 대한 관리가 절대적으로 필요함을 보여 준다. 다양한 디스트레스 중에서 가장 많이 보고되고 있는 증상은 우울과 불안이다. 암 생존자에게 불안과 우울은 재발에 대한 두려움, 죽음에 대한 공포, 스트레스 상황, 일상생활의 제한 등으로 인해 발생하는 것으로 알려져 있다(Hata et al., 2020). 우울은 무기력감, 흥미 저하, 피로, 무가치함 등의 증상이 발생되며, 불안은 근심, 불면, 안절부절못함 등의 증상을 나타낸다(Walker et al., 2020). Mitchell et al.(2011)의 메타분석에 따르면, 선진국에 있는 암 생존자 약 5만 명을 대상으로 분석한 결과 우울과 불안의 유병률은 각각 12%와 18%로 나타났다. 한편, 우리나라의 경우, 암 진단 후 5년 이내 암 생존자들에게서 10~30% 수준의 우울 증상이 나타났으며(Mehnert et al., 2014), 불안 장애는 17~23% 정도 나타났다. 또한, 신체화 증상은 정신적인 문제가 신체적 증상으로 표현되는 것으로, 디스트레스를

경험하는 암 생존자에게 많이 발생하며, 우울과 불안 증상과 상당한 관련성이 있었다(Barrineau et al., 2014). 이처럼 우울, 불안, 신체화 증상 등 디스트레스가 심한 암 생존자의 경우 전반적인 삶의 질 뿐만 아니라 가족 관계와 관련된 삶의 질도 낮은 것으로 나타났다(박소영 외, 2020).

암 관리에 대한 만성적 특성은 암 생존자뿐만 아니라 그들의 가족 구성원에게도 상당한 영향을 미친다(Magsamen-Conrad, et al., 2015). 가족 구성원의 보호 부담과 이에 대한 대처방식은 암과 관련된 증상을 가지고 있는 생존자뿐만 아니라 생존자의 가족 구성원에 대한 의존, 그리고 가족 성원들의 육구 등에 의해 달라질 수 있다(Stamataki et al., 2015). 암 진단 이후, 돌봄을 제공하는 가족 구성원은 일상생활에서의 도움, 증상 관리, 합병증에 대한 모니터링, 병원 일정 관리, 집안일, 음식 준비, 재정적 지원 등 다양한 역할을 하게 되고, 이런 역할은 그들에게 피로, 불면, 체중 감소, 두통 등의 신체적 문제뿐만 아니라 불안과 우울, 사회적 활동의 축소 및 관계의 변화 등 심리·사회적 측면에서의 부정적 경험을 하게 한다(Romito et al., 2013). 이처럼 암 생존자 가족은 불안, 우울, 신체화 증상, 피로, 불면, 관계상의 어려움, 직장 및 일상생활에서의 어려움 등 다양한 이유로 인해 심리적 디스트레스를 경험하고 있는 것으로 나타났다(Lim, 2019).

최근에는 암 생존자와 가족을 독립된 개체가 아닌 가족 단위로 개념화해서 접근할 필요성이 있음을 제기하고 있다(Bell & Wright, 2015). 특히, 암 생존자와 가족 구성원이 암을 관리하면서 경험하게 되는 다양하고 복잡한 관계 및 환경을 이해하기 위해서는 가족이라는 단위를 활용하는 것이 최상의 접근이라는 점을 강조하고 있다(Coyne et al., 2020). Coyne et al.(2020)은 암을 가족의 질병으로 간주하면서 암 관련 연구에서 가족 단위를 활용한 연구 총 73개의 연구 논문을 체계적으로 검토하였다. 검토한 논문 대부분은 환자와 배우자로 구성된 짝 접근(93%)이었고, 76%는 양적 연구 방법을 사용하였으며, 질적 연구 방법을 사용한 논문에서는 크게 세 가지 주제어 즉, 전체 가족에 대한 암의 영향력, 가족 간 소통의 중요성, 가족을 위해 필요한 자원 등이 다루어졌다. 이 연구에서는 특히, 암 생존자 대상의 짝 접근을 활용한 연구는 배우자 외에 다른 가족 구성원도 함께 고려할 필요성이 있음을 제안하고 있다.

이처럼, 짝 접근을 활용해서 암 생존자와 가족 간의 디스트레스를 확인한 연구가 드문 가운데, 최근 몇몇 연구들이 짝

접근을 활용해서 암 생존자와 가족에 초점을 두고 있다. 가령, Jacobs et al.(2017)은 암 생존자와 가족 간의 디스트레스를 짝 접근을 통해 조사한 결과, 암 생존자는 더 높은 우울 증상을, 가족은 더 높은 불안 증상을 가지고 있음을 확인하였고, 암 생존자의 불안은 가족의 우울과 긍정적으로 관련이 있음을 발견하였다. 또한, Segrin et al.(2019)은 라틴계 유방암 생존자와 가족의 디스트레스를 종단적 연구를 통해 조사한 결과, 암 생존자와 가족의 심리적 디스트레스는 지속적으로 상호의존성을 나타내고 있음을 확인하였다. 한편 우리나라에서는 암 환자 부부 대상의 짝 분석 연구가 소수 있지만(이인정, 2011; 이영선, 이인정, 2013), 대부분 부부 적응을 다루고 있고, 실제 암 생존자와 가족 구성원의 디스트레스를 짝 접근에 기반해서 다룬 연구는 없다. 따라서 가족 체계 내에서 암 생존자와 가족 구성원의 상호의존성과 의존성을 고려해서 이들의 디스트레스 수준을 확인하고, 이에 적합한 개입 방향을 제시하는 것이 필요해 보인다.

## 2. 암 생존자와 가족 및 의사와의 소통

### 가. 가족 의사소통

가족 구성원 내에 언어적 그리고 비언어적 정보가 교환되는 방식인 '가족 의사소통'은 가족 기능이 어떻게 구성되어 있고, 어떻게 작동되고 있는지를 보여 주는 중요한 요소이다(Epstein et al., 1993). 암 진단 및 치료 이후 암을 지속적으로 관리해야 되는 암의 만성적 특성은 암 생존자뿐만 아니라 환자 가족의 소통 패턴에도 영향을 준다(Goldsmith et al., 2007). Berg & Upchurch(2007)이 제안한 발전적-맥락적 모델(Developmental-Contextual Model)에 따르면, 암 생존자와 가족 간의 소통은 암에 대처하는 하나의 중요한 방식 중의 하나이며, 특히, 암을 지속적으로 관리해야 된다는 측면에서 질병에 대한 불확실성을 줄이기 위해서는 암 생존자와 가족의 원활한 소통이 필요하며, 이는 궁극적으로 암 생존 단계에서의 적응력을 높일 수 있는 중요한 방법임을 주장하고 있다.

가족 의사소통은 가족 내에서 이루어지는 소통 방식이지만, 가족 성원들이 그들의 소통 방식을 어떻게 인지하느냐에 따라 가족 의사소통의 질은 달라질 수 있다. 이에 최근 '짝 소통(dyadic communication)'에 대한 개념이 나오고 있다. 이는 가족 내 구성원이 직접적인 상호작용을 통해 대화하는 개방적

형태의 소통을 의미한다. 암 생존자의 관점에서는 암 생존자와 가족 구성원 모두 암과 관련된 이슈에 대해 개방적으로 소통하고 있음을 서로가 인지하고 있을 때 짝 소통이 이루어지고 있는 것이다(Siminoff et al., 2008). 소통은 서로가 가지고 있는 공포 및 부정적인 생각들을 다루고, 서로의 관심을 공유하며, 스트레스 상황에 대한 그들의 반응을 다루게 된다. 따라서 긍정적인 짝 소통은 암 생존자와 가족 모두의 높은 삶의 질과 관련이 있다는 점(Ketcher et al., 2021)에서는 암 생존자와 가족 간에 짝 소통이 어느 정도 달성되고 있는지를 파악하는 것은 중요하다.

한편, 짝 소통은 Manne & Badr(2008)가 제안한 ‘커플 적응을 위한 관계 친밀감 모델’에서 제시하는 소통의 방식과도 관련이 있다. 즉, 이 모델에서 제시하는 두 가지 형태의 의사소통 방식 중 자기 노출이나 개방적 소통을 사용하는 친밀감 강화 소통 방식을 사용할 경우, 궁극적으로 짝 소통에 이르게 될 수 있다. 기존 연구들은 가족 의사소통의 질이 삶의 질이나 심리적 디스트레스와 어떤 관련성이 있는지 짝 접근을 통해 제시하고 있다. 즉, Lim & Shon (2017)은 가족이 어려운 상황에서 명확하고 개방된 소통을 하는 것은 암 생존자의 삶의 질을 향상시키는 반면, 의사소통을 하지 않거나 회피하는 암 생존자는 삶의 질이 저하되는 것을 확인하였다. 특히, 배우자 자신의 긍정적인 가족 의사소통 방식에 대한 인지는 자신의 삶의 질을 향상시키는 데 영향을 주는 것으로 나타나 배우자의 삶의 질을 향상시키기 위한 방안을 제시하고 있다. 또한, Manne et al.(2019)은 암 생존자와 배우자가 개방된 소통을 하거나 상대방에 대한 반응을 더 긍정적으로 할 경우, 그들의 심리적 적응 상태는 더 좋아지는 것을 발견하였다. 반면, 암과 관련하여 자신이 가지고 있는 근심이나 공포를 상대방에게 공유하지 않을 경우, 암 생존자뿐만 아니라 상대방도 상당한 디스트레스를 받을 수 있음을 확인하였다(Manne et al., 2007). 국내의 경우, 이인정(2011)은 암 환자와 배우자의 부부 적응에 대한 부부 의사소통의 영향력을 짝 분석을 통해 조사하였다. 그 결과, 부정적 의사소통 유형인 요구-철회 의사소통에서 환자의 배우자에 대한 상대방 효과가 유의한 것으로 나타나 환자에 대한 의사소통 교육의 필요성을 제안하기도 하였다. 하지만, 현재 국내에서 암 생존자와 가족 간의 의사소통을 짝 접근을 활용해서 검토한 연구는 없는 상황이다.

## 나. 의사와의 소통 능력

미국 국립의학연구소(Institute of Medicine, IOM)에서는 암 생존자가 지니는 다양한 부작용을 고려하면서 “암 생존 관리(survivorship care)”의 필요성을 강조하고 있으며(IOM, 2006), 사후 관리를 위한 가이드라인을 제시하고 있다(임정원, 김민정, 2021). 하지만, 암 생존자는 재발이나 건강 유지 등 불쾌한 문제를 다루는 것에 대한 부담감으로 인해 적극적인 암 관리를 받는 것을 꺼리고 있다(Lim & Paek, 2012). 따라서 최적의 암 생존 관리를 받을 수 있도록 하기 위해서는 의료진과의 소통에 대한 믿음과 신뢰감을 높이는 것은 중요한 수단이 될 수 있으며, 궁극적으로 그들의 삶의 질을 향상하는데 도움이 될 수 있다. 만성질환자로서의 암 생존자는 Wagner(1998)의 만성질환 관리 모델(chronic care model)에 따라 암 관리 체계가 조정될 필요가 있다. 만성질환 관리 모델에서는 만성질환을 지닌 환자와 치료 조직, 진료 팀이 생산적인 상호작용을 촉진할 수 있는 다양한 요소를 제시하고 있다. 그중 본 연구에서는 의사결정 지원(decision support)에 주목하고자 한다. 의사결정 지원은 근거 기반 치료법을 환자에게 제공하거나 활용하며, 환자가 치료 결정에 적극적으로 참여할 수 있도록 환자에게 치료 가이드라인을 제공하고 함께 소통하고 정보를 공유하는 등 환자 중심 소통을 강조하고 있다(Pastricha et al., 2013). 따라서 의사결정 지원을 기반으로 암 생존 관리를 효과적으로 수행하기 위해서는 환자와 의료진 간의 소통이 중요하다. 특히, 퇴원 후 외래에서 의사와의 진료를 통해 사후 관리에 대한 안내를 받게 되는 우리나라 암 생존자의 경우, 의사와의 소통은 향후 사후 관리에 대한 방향성을 결정하는 중요한 계기가 된다는 점에서 본 연구에서는 의사와의 소통에 초점을 두고자 한다.

기존 연구들은 암 환자와 의사 간의 관계의 질은 환자의 의사결정, 자존감, 질병에 대한 적응, 진료에 대한 만족감, 치료 비용 등과 상당한 관련이 있음을 확인하였다(Penalba et al., 2019). 또한, 의사에게 암 또는 자신의 증상에 대해 명확하게 의견을 말하고 요구할 수 있는 자신감은 암을 적극적으로 관리하는 것과 밀접하게 관련이 있는 것으로 나타났다(Magsamen-Conrad et al., 2015). 체계적인 문헌 고찰에서도 환자와 의사 간의 의사소통은 환자의 건강에 긍정적인 효과를 가져온다는 사실을 입증하였다(Charlton et al., 2008). 또한, Maly et al.(2010)은 환자가 의사와의 소통 능력을 가지고 있

을 경우 자신이 느끼는 고통을 더 잘 해결할 수 있고, 의사가 환자의 증상을 인지하는 것보다 환자 스스로 자신의 증상을 표현하는 소통 능력이 증상 해결에 무엇보다 중요하다는 점을 발견하였다. 한편 국내의 경우, 암 생존자와 의사와의 직접적인 소통에 초점을 둔 연구는 없는 것으로 조사되었다. 그럼에도, Jo et al.(2019)은 중환자실에 있는 환자 보호자를 대상으로 의료진(의사, 간호사)과의 소통 방식이 어떻게 그들의 심리적 디스트레스에 영향을 주는지 조사하였다. 그 결과, 의사와의 소통보다는 간호사와의 소통이 보호자의 심리적 디스트레스에 영향을 주는 것을 확인하였다. 하지만, 이 연구는 중환자실에 있는 환자를 대상으로 했다는 점에서 외래에서 의사와의 진료에 초점을 두는 암 생존자에게 적용하기에는 한계가 있다. 이 외에 의사소통을 조사한 몇몇 연구가 있지만, 환자와 의사와의 소통보다는 주로 의료진 간의 소통에 초점을 두고 있다(정도범 외, 2010; 강윤지, 정귀임, 2019). 환자 또는 가족이 지각하는 의사와의 소통 능력은 필요한 의학적 정보를 획득하고, 환자의 주요 증상을 의사에게 효과적으로 전달할 수 있다는 점에서 환자의 디스트레스를 감소시키는 데 중요한 역할을 할 수 있다(Honavar, 2018). 하지만, 암 생존자와 가족이 지각하는 의사와의 소통 능력이 환자 또는 가족의 디스트레스에 어떻게 영향을 주는지에 대해서는 알려진 바가 거의 없다. 가족 질병으로써 암을 효과적으로 대처하기 위해 암 생존자뿐만 아니라 가족이 의사와의 소통에 따라 어떤 영향을 받는지 파악하는 것은 향후 암 생존 관리에 대한 방향성을 제시하는 데 중요한 의미가 있을 것으로 보인다.

### III. 연구 방법

#### 1. 연구 모형

본 연구는 암 생존자와 가족이 지각하는 가족 및 의사와의 소통이 그들의 심리적 디스트레스와 어떤 관련성이 있는지 확인하는 것을 목적으로 한다. 특히, 본 연구는 [그림 1]에 제시된 것처럼 APIM에 근거해서 암 생존자 및 가족이 지각하는

의사소통 수준이 자신 또는 상대방의 심리적 디스트레스에 어떤 영향을 주는지를 “자기 효과”와 “상대방 효과”를 통해 검증하고자 한다.

## 2. 연구 대상 및 자료 수집 방법

### 가. 연구 대상자

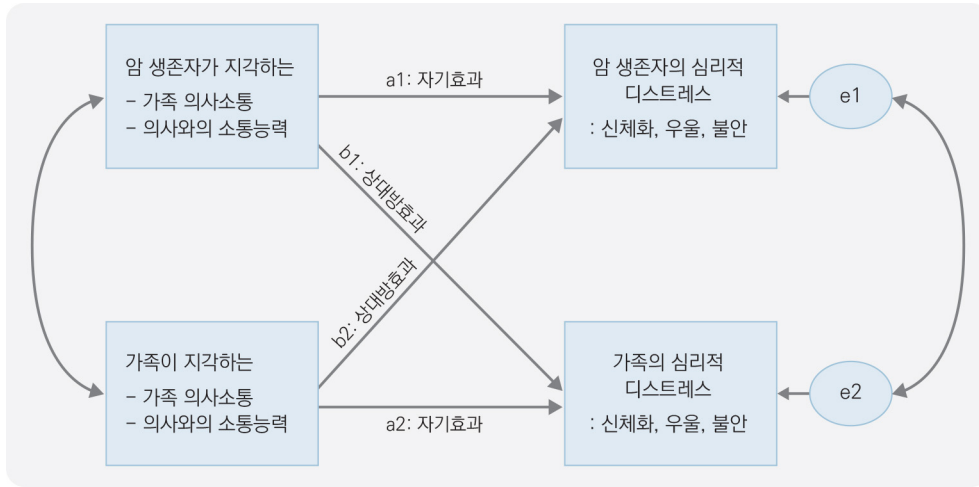
본 연구는 암 생존자와 그들의 가족 구성원 1인을 주 대상으로 하고 있다. 암 생존자는 유방암 및 대장암으로 진단받은 후 수술, 화학요법 및 방사선치료 등 항암치료가 끝난 18세 이상의 성인으로 구성하였다.<sup>1)</sup> 가족 구성원은 암 생존자가 주 보호자로 명시한 가족 성원 중의 한 명으로, 1) 암 생존자와 함께 거주하고, 2) 배우자, 성인 자녀, 또는 부모 중 한 명이며, 3) 암 진단을 받지 않은 만 18세 이상의 건강한 성인을 자격 조건으로 하였다.

### 나. 자료 수집 방법

본 연구 대상자인 암 생존자는 서울 및 경기 지역에 위치하고, 암 센터를 보유하고 있는 두 개의 대학 병원을 중심으로 2015년 12월부터 2016년 8월까지 모집되었다. 암 생존자는 암 치료가 끝난 후 지역사회에 거주하기 때문에 본 연구에서는 다양한 방법을 활용해서 대상자를 모집하였다. 우선, 암 생존자를 모집하기 위해 암 정보 교육센터 및 병동 외래에 모집 공고문을 부착하여 본 연구에 관심 있는 대상자가 연구진에게 직접 전화하도록 하였다. 둘째, 암 생존자의 외래 진료 시, 의사가 자격 기준에 부합하는 환자를 직접 스크리닝하여 적합한 대상자를 연구진에게 의뢰하도록 하였다. 이를 위해 책임 연구자는 미리 담당 의료진과 협의하여 본 연구의 목적 및 대상자의 자격 기준을 설명하였다. 셋째, 병원 내 암 생존자 모임인 자조 집단과 환우회 홈페이지를 통해 본 연구를 홍보하고 연구 대상자를 모집하였다. 연구 대상자가 본 연구 참여에 잠정적으로 동의할 경우, 병원 외래에서 연구 목적을 설명하고 동의서에 서명을 받은 후 질문지를 작성하도록 하였다. 외래

1) 본 연구의 주요 대상자는 유방암과 대장암 생존자로 대장암과 유방암은 전체 암 중 각각 4위와 5위를 차지할 정도로 많이 발생되고 있으며, 남자 중에서는 대장암은 3위, 여성 중에서 유방암은 1위, 대장암은 3위를 차지하고 있음. 또한, 2015~2019년 대장암의 상대생존율은 74.3%, 유방암은 93.6%로 다른 암에 비해 상대적으로 높은 생존율을 보이고 있는 것으로 나타남(보건복지부, 중앙암등록본부, 국립암센터, 2021). 본 연구가 암 생존자를 대상으로 진행된 연구이기 때문에 상대적으로 발생 인원이 높으면서 동시에 생존율이 높은 암을 선정하기로 함에 따라 유방암과 대장암을 주요 대상으로 하였음.

그림 1. 의사소통과 심리적 디스트레스에 대한 행위자-상대자 상호의존 모형



에서 설문지 작성이 어려운 경우, 집에서 질문지를 완료한 후 동봉된 봉투에 설문지를 넣어 보내달라고 요청하였다.

암 생존자 가족의 경우, 의료진 및 연구진이 암 생존자를 스크리닝할 때 동시에 가족의 참여를 암 생존자가 원하는지 확인하였다. 가족의 참여를 원할 경우, 연구진은 암 생존자에게 가족 구성원 중 한 명과 어떻게 접촉하기를 원하는지 물어 보고, 암 생존자의 의견에 따라 연구진이 가족 구성원에게 직접 전화하거나, 암 생존자를 통해 연구 관련 서류들(예: 동의서, 설문지)을 간접적으로 전달하였다. 따라서 암 생존자 가족의 경우에는 설문지 패키지 안에 동의서를 함께 첨부하여, 동의서에 서명한 후, 연구진에게 설문지와 함께 보내달라고 요청하였다. 설문지를 작성하는 과정에서 암 생존자와 가족은 그들의 응답을 절대 보지 못하도록 모든 서류는 동봉된 상태로 전달되었다. 본 연구와 관련된 모든 절차는 병원의 연구윤리심의를 거쳐 진행되었다.

본 연구를 위해 총 209명의 암 생존자에게 설문지를 배포하였으며, 이 중 암 생존자 169명으로부터 설문지를 회수하였다. 설문지를 보내지 않은 40명의 경우, 대부분 설문 응답에 거부하거나 연구 참여를 중도에 포기한 경우였다. 본 연구에 참석한 169명의 암 생존자 중, 가족 참여에 동의하고 설문지를 완료한 가족은 총 65명(38.5%)이었다. 본 연구는 짝 연구이기 때문에 가족이 설문을 완료한 암 생존자의 데이터만 본 연구에서 활용하였다. 따라서 회수된 설문지 중 무응답이 많은 2쌍의 설문지를 제외하고 총 63쌍(총 126명)의 자료가 본 연구에서 활용되었다.

### 3. 연구 척도

#### 가. 가족 의사소통

가족 의사소통은 가족 체계 내 의사소통 수준을 확인하기 위해 개발된 가족 적응력·응집성 평가척도(the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales; FACES IV)의 하위척도인 의사소통 척도(Family Communication Scale)를 활용해 평가하였다(Olson, 2011). 총 10개의 문항으로 구성된 가족 의사소통 척도는 5점 리커트 척도(1=매우 동의하지 않는다, 5=매우 동의한다)로 이루어져 있으며, 점수가 높을수록 더 좋은 가족 의사소통 수준을 나타낸다. 가족 의사소통 점수는 10개 항목의 평균으로 구한다. 본 연구에서 가족 의사소통의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 암 생존자의 경우 0.94, 가족의 경우 0.95로 매우 높은 것으로 나타났다.

#### 나. 의사와의 소통 능력

의사와의 소통 능력은 환자-의사 간 상호작용에서 인지된 효능감 척도(Perceived Efficacy in Patient-Physician Interaction Scale)를 사용해서 평가하였다(Maly et al., 2015). 이 척도는 의사와 얼마나 잘 소통할 수 있는지에 대한 능력을 사정하는 10개의 항목으로 구성되어 있으며, 5점 리커트 척도(1=아주 잘할 수 있다, 5=전혀 잘할 수 없다)로 구성되어 있다. 의사와의 소통 능력 점수는 10개 항목을 역코딩한 후, 평

균 점수로 산출되며, 점수가 높을수록 의사와의 소통 능력이 더 높음을 의미한다. 본 연구에서 의사와의 소통 능력에 대한 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 암 생존자의 경우 0.915, 가족의 경우 0.919로 높은 것으로 나타났다.

#### 다. 심리적 디스트레스

심리적 디스트레스는 암 생존자 및 가족의 정서적 건강 상태를 확인하기 위해 단축형 간이정신진단검사(Brief Symptom Inventory-18, BSI-18)를 활용해서 평가하였다(Derogatis, 2001). BSI-18은 개인의 심리적 불편감을 측정하기 위해 세계의 하위 척도인 신체화, 우울, 불안 증상을 각각 6개의 항목으로 측정하고 있다. BSI-18에 나타나는 증상들은 지난 7일 동안 각각의 증상으로 인해 경험한 디스트레스 수준을 5점 척도(1=전혀 없다, 5=아주 심하다)로 평가한다. 심리사회적 디스트레스는 각각의 하위 척도와 전체 점수(GSI) 값을 척도의 가이드라인에서 제시하는 표준화 점수에 근거하여 산출하며, 점수가 높을수록 디스트레스가 높음을 의미한다. 본 연구에서는 심리적 디스트레스의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 암 생존자는 0.937, 가족은 0.935로 상당히 높은 것으로 나타났다.

### 4. 자료 분석 방법

우선, 연구 대상자의 인구 사회학적 특성 및 의학적 특성을 확인하기 위해 기술통계를 실시하였다. 또한, 암 생존자와 가족 간에 주요 변수에서의 평균 차이가 있는지 확인하기 위해 paired sample t-test를 수행하고, 주요 변수 간의 관계를 확인하기 위해 상관관계분석을 수행하였다.

일반적으로 짝으로 구성된 자료(dyadic data)는 회귀분석 등의 통계에서 요구하는 독립성의 가정을 위배하기 때문에 전통적인 자료 분석 방법을 활용하는 것은 부정확한 결과를 가져올 수 있다(Cook & Kenny, 2005). APIM은 이처럼 짝으로 구성된 자료에서 나타나는 다양한 방법론적 문제를 해결하기 위한 목적으로 개발되었고, 최근 짝 분석에서 많이 사용되고 있다(Kenny et al., 2006; Tambling et al., 2011). 따라서 본 연구에서는 '암 생존자-가족'이라는 짝을 하나의 분석 단위로 간주하고 APIM 방법을 활용해 분석하였다.

특히, 본 연구는 표본 수가 충분히 크지 않기 때문에 구조방정식 모형 대신에 작은 표본 수에 적합한 '통합 회귀분석

(pooled regression) APIM' 기법을 사용하였다(Tambling et al., 2011). APIM을 통해 산출되는 자기 효과와 상대방 효과를 도출하기 위해 두 개의 회귀식 즉, 독립변수의 짝 내 효과(within-dyads effects)와 짝 간 효과(between-dyads effects)를 추정하였다. 이 과정에서 역할(role, 환자 역할과 보호자 역할)에 따른 차이를 확인하기 위한 1) 역할변수와 독립변수와 역할변수 간의 상호작용을 보여 주는 2) 상호작용 변수를 각각 만들어서 회귀식에 포함하였다. 짝 내(within-dyads)[1] 그리고 짝 간(between-dyads)[2]의 영향력을 도출하기 위한 회귀방정식은 다음과 같다.

$$DV_{diff} = b_{w1}(IV_{diff}) + b_{w2}(R_{diff}) + b_{w3}(IVIN_{diff}) + E_{wi} \quad [1]$$

$$DV_{avg} = b_{b0} + b_{b1}(IV_{avg}) + b_{b2}(IVIN_{avg}) + E_{bi} \quad [2]$$

DV<sub>diff</sub> = 종속변수에 대한 각 파트너의 점수 간 차이;  
 IV<sub>diff</sub> = 독립변수에 대한 각 파트너의 점수 간 차이  
 R<sub>diff</sub> = 역할에 대한 각 파트너의 점수 간 차이;  
 IVIN<sub>diff</sub> = 독립변수와 역할 간의 상호작용에서의 차이  
 DV<sub>avg</sub> = 종속변수의 짝 평균, IV<sub>avg</sub> = 독립변수의 짝 평균,  
 IVIN<sub>avg</sub> = 독립변수와 역할 간 상호작용의 짝 평균  
 b<sub>wn</sub> = 짝 내 회귀분석에서 비표준화된 회귀계수;  
 b<sub>bn</sub> = 짝 간 회귀분석에서 비표준화된 회귀계수  
 E<sub>wi</sub> = 짝 내 회귀분석에서 표준오차; E<sub>bi</sub> = 짝 간 회귀분석에서 표준오차

짝 내, 짝 간의 회귀식에 있는 회귀계수는 자기 효과와 상대방 효과[3]를 추정하기 위해 사용되었다.

$$\begin{aligned} \text{자기 효과} &= (b_{b1} + b_{w1}) / 2 \\ \text{상대방 효과} &= (b_{b1} - b_{w1}) / 2 \end{aligned} \quad [3]$$

마지막으로, 자유도와 t값을 활용해서 자기 효과와 상대방 효과가 p<0.05 수준에서 통계적으로 유의한지 확인하였다. 이와 같은 일련의 과정은 SPSS 26.0과 Excel을 활용한 수작업을 통해 진행되었다.

## IV. 연구 결과

### 1. 연구 대상자의 특성

연구 대상자의 인구 사회학적 특성을 살펴보면, 암 생존자는 평균 연령이 52세였고, 여성이 약 75%로 남성보다 많았으



며, 고등학교 졸업 이상의 학력을 지닌 대상자가 90.5%로 고 학력을 지닌 대상자가 많았다. 암 생존자의 약 79%는 직장을 갖고 있지 않았으며, 약 76%는 암이 경제적인 상황에 거의 영향을 주지 않는 것으로 응답하였다. 한편, 본 연구에 참여한 암 생존자의 가족은 배우자가 77.8%로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 다음은 자녀로 14.3%를 차지하였다. 암 생존자 가족의 평균 연령은 49.6세로 암 생존자보다 약간 젊었으며, 남성이 58.7%로 여성보다 많았다. 또한, 현재 직장을 다니고 있는 대상자가 63.5%로 암 생존자보다 많은 것으로 나타났으

며, 암으로 인한 경제적 영향력은 암 생존자와 유사하거나 덜 심각하게 생각하는 것으로 나타났다.

암 생존자의 의학적 특성을 살펴보면, 유방암으로 진단받은 생존자가 63.5%, 대장암으로 진단받은 생존자는 36.5%였다. 암 진단 병기는 1기와 2기가 각각 18명으로 가장 많았다. 전체 암 생존자 중 87.3%는 수술을 받았고, 57.1%는 항암 화학 치료를, 42.9%는 방사선치료를 받았다. 암 진단 이후 소요된 평균 투병 기간은 1.36년(표준편차 1.70)으로 나타났다(표 1).

표 1. 연구 대상자의 인구 사회학적 및 의학적 특성

(N=63명)

구분	암 생존자		가족		
	빈도 (명)	백분율 (%)	빈도 (명)	백분율 (%)	
환자와의 관계	배우자	49	77.8	49	77.8
	자녀	3	4.8	9	14.3
	부모	9	14.3	3	4.8
	기타	2	3.2	2	3.2
성별	남	16	25.4	37	58.7
	여	47	74.6	26	41.3
교육 수준	< 고등학교 졸업	6	9.5	5	7.9
	고등학교 졸업	23	36.5	20	31.7
	> 고등학교 졸업	34	54.0	38	60.3
현재 고용 여부	네	13	20.6	40	63.5
	아니오	50	79.4	23	36.5
가구 월수입	100만 원 미만	5	7.9	6	9.7
	100만~200만 원 미만	10	15.9	7	11.3
	200만~300만 원 미만	8	12.7	10	16.1
	300만~400만 원 미만	9	14.3	9	14.5
	400만~500만 원 미만	10	15.9	10	16.1
	500만 원 이상	21	33.3	20	32.2
암 진단으로 인한 재정적 영향력	전혀 미치지 않았다	20	31.7	28	44.4
	거의	28	44.4	22	34.9
	약간 심각하게	10	15.9	11	17.5
	심각하게	5	7.9	2	3.2
암 유형	파산할 정도	0	0	0	0
	유방암	40	63.5	-	-
	대장암	23	36.5	-	-
병기	0	7	11.1	-	-
	1	18	28.6	-	-
	2	18	28.6	-	-
	3	14	22.2	-	-
	모름	6	9.5	-	-
치료 여부(네)	수술	55	87.3	-	-
	항암화학치료	36	57.1	-	-
	방사선치료	27	42.9	-	-
	호르몬치료	23	36.5	-	-
부작용 여부	네	26	41.3	-	-
	아니오	37	58.7	-	-
	평균	표준편차	평균	표준편차	
연령(세)	52.05	10.23	49.60	11.87	
총 동반질환 수(개)	2.17	2.41	2.21	1.93	
진단 이후 기간(년)	1.36	1.70	-	-	

## 2. 주요 변수의 기술통계 및 상관관계분석

주요 변수를 중심으로 암 생존자와 가족 간의 평균에서의 차이를 확인한 결과, 통계적으로 유의미한 평균 차이를 보이는 변수는 없었다. 통계적으로 유의미하지는 않았지만, 가족 의사소통은 암 생존자가 가족 구성원보다 더 높은 평균 점수를 보여 준 반면, 의사와의 소통 능력은 암 생존자와 가족 구성원이 유사한 평균 점수를 보여 주었다. 암 생존자와 가족 모두 가족 의사소통과 의사와의 소통 능력 평균 점수는 중간 (3점 또는 3.5점)보다 약간 높은 것으로 나타났다. 심리적 디스트레스에서는 암 생존자의 우울 점수가 가족의 우울 점수보다  $p<0.1$  수준에서 약간 더 높은 것으로 나타났고, 신체화와 불안 점수는 유사한 것으로 나타났다. 하지만 전반적으로 평균 점수인 50점보다 높음에 따라 암 생존자와 가족 모두 약간

의 심리적 디스트레스가 있음을 알 수 있다(표 2).

<표 3>은 상관관계분석에 따른 암 생존자 및 가족의 주요 변수 간의 관계를 나타낸다. 심리적 디스트레스 점수는 신체화, 우울, 불안 하위척도의 평균으로 산출되기 때문에 이들 간의 관계를 제외한 다른 변수에서는 0.8 이상의 상관관계가 나타나지 않았다. 따라서 변수 간의 다중공선성 문제는 없는 것으로 판단된다.

## 3. 연구 모형 검증

### 가. 심리적 디스트레스에 대한 의사소통 수준의 자기 효과

<표 4>에 제시된 것처럼, 암 생존자의 경우, 심리적 디스트레스에 대한 가족 의사소통( $t=-4.72, p<.01$ )은 자기 효과가 있

표 2. 암 생존자와 가족 간의 변수에서의 차이

변수	암 생존자		가족		paired t-test
	범위	평균 (표준편차)	범위	평균 (표준편차)	
가족 의사소통	1.5~5	3.72 (0.9)	1~5	3.56 (0.9)	1.357
의사와의 소통 능력	2.3~5	3.80 (0.6)	1.9~5	3.82 (0.6)	-0.278
심리적 디스트레스	61~80	67.37 (4.9)	58~80	66.51 (5.3)	1.194
신체화	59~81	65.11 (5.3)	55~81	64.90 (6.2)	0.206
우울	61~81	67.72 (5.2)	61~81	66.45 (4.8)	1.826+
불안	57~79	63.36 (4.8)	53~79	62.73 (5.1)	0.875

주: +  $p<0.1$

표 3. 주요 변수 간의 상관관계

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. 생존자: 가족 의사소통	1										
2. 생존자: 의사와의 소통능력	.281*	1									
3. 생존자: 디스트레스	-.591***	-.400**	1								
4. 생존자: 신체화	-.475***	-.272*	.686***	1							
5. 생존자: 우울	-.555***	-.397**	.850***	.439***	1						
6. 생존자: 불안	-.521***	-.342**	.880***	.529***	.699***	1					
7. 가족: 가족 의사소통	.533**	.200	-.467***	-.190	-.500**	-.499***	1				
8. 가족: 의사와의 소통능력	.225	.238	-.347**	-.309*	-.274*	-.244	.404**	1			
9. 가족: 디스트레스	-.167	-.309*	.369**	.023	.489***	.303*	-.485***	-.263*	1		
10. 가족: 신체화	-.107	-.337**	.268*	.032	.386**	.158	-.366**	-.133	.868***	1	
11. 가족: 우울	-.121	-.268*	.313*	.027	.394**	.272*	-.390**	-.360**	.869***	.657***	1
12. 가족: 불안	-.194	-.234	.350**	-.002	.463***	.336**	-.519***	-.213	.921***	.702***	.744***

주: \*  $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$ , \*\*\*  $p<0.001$

표 4. 행위자-상대자 상호의존 모형(APIM)에 따른 주요 변수에서의 자기 효과

종속변수	독립변수	비표준화 회귀계수	
		암 생존자의 자기효과	가족의 자기효과
심리적 디스트레스	가족 의사소통	-4.72**	-0.36
	의사와의 소통 능력	-1.39	-2.50*
신체화	가족 의사소통	-4.53**	1.68
	의사와의 소통 능력	-0.17	-2.51*
우울	가족 의사소통	1.10	-2.98*
	의사와의 소통 능력	-2.50*	-1.26
불안	가족 의사소통	-4.21**	-0.73
	의사와의 소통 능력	-1.10	-2.35*

주: 1) \* p<0.05, \*\* p<0.01

2) 자기효과는 자신의 독립변수가 자신의 종속변수에 미치는 영향력을 의미하기 때문에 종속 및 독립변수명은 같으나 실제 변수에서는 암 생존자 또는 가족이 응답한 변수에 따른 차이가 있음.

는 것으로 확인되었다. 즉, 암 생존자의 경우 가족 의사소통이 긍정적이면 심리적 디스트레스가 줄어드는 것으로 나타났다. 하지만 의사와의 소통 능력이 심리적 디스트레스에 미치는 효과는 나타나지 않았다. 반면, 가족의 경우, 의사와의 소통 능력( $t=-2.50, p<.05$ )은 통계적으로 유의미한 자기 효과를 나타낸 반면, 가족 의사소통은 통계적으로 유의미하지 않았다. 즉, 의사와의 소통 능력이 좋을 경우, 가족은 심리적 디스트레스를 적게 받는 것으로 나타났지만, 가족 의사소통은 가족의 심리적 디스트레스와는 관련이 없었다.

심리적 디스트레스의 하위척도인 신체화, 우울, 불안에 따라 다른 특성을 보이는지 확인하기 위해 추가 분석이 이루어졌다. 우선, 신체화 증상에서는 암 생존자는 가족 의사소통( $t=-4.53, p<.01$ )에서, 가족은 의사와의 소통 능력( $t=-2.51, p<.05$ )에서 자기 효과가 나타났다. 즉, 암 생존자는 가족 의사소통이 좋을 경우, 신체화 증상이 줄어드는 것으로 나타난 반면, 가족은 의사와의 소통 능력이 좋을 경우, 신체화 증상이 줄어드는 것을 확인할 수 있다.

우울과 관련해서는 심리적 디스트레스 총점과 다른 패턴을 보여 주었다. 즉, 암 생존자는 의사와의 소통 능력( $t=-2.50, p<.05$ )에서 자기 효과가 나타났고, 가족은 가족 의사소통( $t=-2.98, p<.05$ )에서 자기 효과가 나타났다. 즉, 암 생존자는 의사와의 소통 능력이 좋을 경우, 우울 수준이 줄어드는 반면, 가족은 가족 의사소통이 좋을 경우, 우울 수준이 줄어들었다.

한편 불안 하위척도의 경우에는, 심리적 디스트레스 총점과 유사한 결과를 보여 주었다. 즉, 암 생존자의 경우, 가족 의사소통( $t=-4.21, p<.01$ )이 불안에 대한 자기 효과가 있었고, 가

족의 경우, 의사와의 소통 능력( $t=-2.35, p<.05$ )이 불안에 대한 자기 효과가 있는 것으로 나타났다.

#### 나. 심리적 디스트레스에 대한 의사소통 수준의 상대방 효과

<표 5>에 제시된 것처럼, 암 생존자의 경우, 심리적 디스트레스에 대한 의사소통 수준의 상대방 효과는  $p<.05$  수준에서 통계적으로 유의미하지 않았다. 즉, 암 생존자의 심리적 디스트레스는 가족 구성원이 지각하는 가족 의사소통이나 의사와의 소통 능력 등 의사소통 수준에 의해 영향을 받지 않음을 보여 준다.

한편, 암 생존자의 가족 의사소통은 가족 구성원의 심리적 디스트레스에 영향을 주는 것으로 나타남에 따라 가족의 상대방 효과가 존재하는 것으로 확인되었다( $t=2.62, p<.05$ ). 특히, 의사소통과 심리적 디스트레스 간에 나타나는 전반적인 부적 결과와는 달리, 이 관계에서는 정적인 관계가 나타났다. 즉, 암 생존자의 가족 의사소통이 더 좋을수록 가족 구성원은 더 높은 심리적 디스트레스를 보여 주었다. 이와 같은 관계는 불안 하위척도에서 유사하게 나타났다. 즉, 암 생존자의 가족 의사소통이 좋을수록 가족 구성원의 불안 수준은 더 높게 나타났다( $t=2.92, p<.05$ ). 따라서 심리적 디스트레스 총점에서의 유의미한 결과는 불안 하위척도와 상당한 관련성이 있는 것으로 보인다. 한편, 가족 의사소통의 우울 수준에 대한 가족의 상대방 효과는  $p<.1$  수준에서 유의미한 것으로 나타났다( $t=-2.37, p<.1$ ). 즉, 암 생존자의 가족 의사소통 수준이 좋을수록 가족 구성원의 우울 수준은 낮아질 수 있음을 제시한

표 5. 행위자-상대자 상호의존 모형(APIM)에 따른 주요 변수에서의 상대방 효과

종속변수	독립변수	비표준화 회귀계수	
		암 생존자의 상대방 효과	가족의 상대방 효과
심리적 디스트레스	가족 의사소통	0.93	2.62*
	의사와의 소통능력	-1.16	-1.25
신체화	가족 의사소통	-0.65	0.81
	의사와의 소통능력	-0.79	-1.06
우울	가족 의사소통	0.01	-2.37+
	의사와의 소통능력	-1.65	-0.76
불안	가족 의사소통	1.81	2.92*
	의사와의 소통능력	-0.72	-1.30

주: 1) + p>.1, \* p<0.05

2) 상대방 효과는 상대방의 독립변수가 자신의 종속변수에 미치는 영향력을 의미하기 때문에 종속 및 독립변수명은 같으나 실제 변수에서는 암 생존자 또는 가족이 응답한 변수에 따른 차이가 있음.

그림 2. 가족 의사소통과 심리적 디스트레스의 관계에서 자기 및 상대방 효과

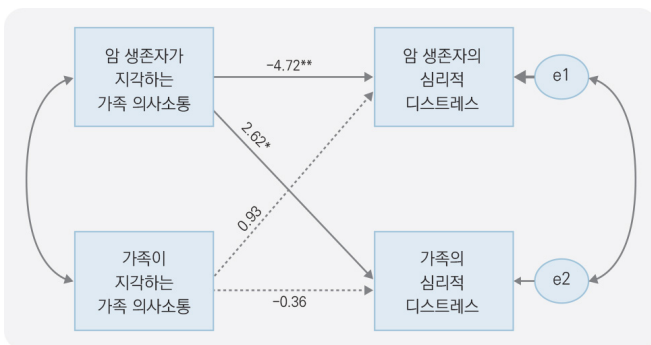
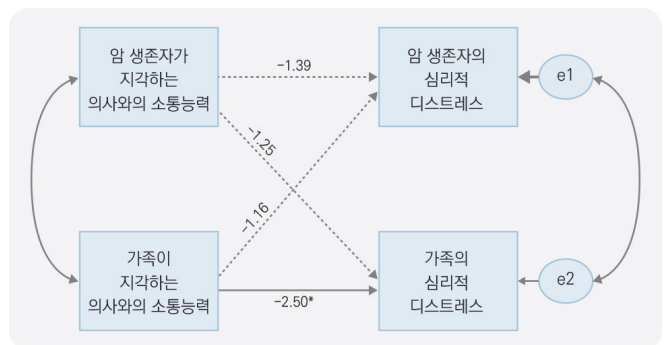


그림 3. 의사와의 소통과 심리적 디스트레스의 관계에서 자기 및 상대방 효과



다. 신체화 하위척도에서는 어떤 유의미한 상대방 효과도 나타나지 않았다. 또한, 의사와의 소통 능력이 심리적 디스트레스에 대한 통계적으로 유의미한 상대방 효과는 없었다.

[그림 1]의 연구 모형에 근거하여 심리적 디스트레스가 종속변수일 때 나타난 결과를 도식화하면 [그림 2], [그림 3]과 같다.

## V. 논의 및 제언

본 연구는 암 생존자와 가족의 의사소통이 심리적 디스트레스에 어떤 영향을 주는지 확인하기 위해 암 생존자와 가족 구성원을 하나의 분석 단위로 고려해서 짝 연구 중의 하나인 APIM을 활용해서 분석하였다. 최근까지 암 생존자 디스트레스 관련 연구는 암 생존자 자체의 디스트레스, 또는 그들을

보호하는 가족 구성원의 디스트레스, 그리고 짝 연구를 수행한 경우 대부분 배우자를 중심으로 이루어져 왔다. 따라서 본 연구는 암 생존자와 가족 구성원을 하나의 분석 단위로 고려해서 그들의 상호작용과 역동성을 함께 확인했다는 점에서 중요한 의미를 지닌다. 또한, 본 연구는 디스트레스에 영향을 주는 요인으로 의사소통 수준을 중요한 변수로 선정하고, 의사소통 수준을 가족 내 의사소통과 의료진과의 소통 능력에 초점을 두었다. 만성질환자로서의 암 생존자가 지속적인 사후 관리를 수행하는 데 중요한 체계는 가족과 의료진입에 틀림이 없다. 따라서 본 연구는 암 생존자의 사후 관리에 중요한 대상과의 의사소통을 주요 변수로 선정하고 그 영향력을 파악함에 따라 향후 암 생존자가 사후 관리를 효과적으로 수행하는 방안을 제시했다는 점에서 중요한 의의가 있다.

본 연구에서는 연구 모형을 검증하기에 앞서 암 생존자와 가족 구성원의 심리적 디스트레스와 의사소통 수준을 확인하

였다. 의사소통 수준에서는 암 생존자와 가족 구성원이 응답한 점수가 평균 점수보다 약간 높아 긍정적인 측면(예: '동의한다', '어느 정도 할 수 있다')에 더 가까움을 확인하였다. 반면 심리적 디스트레스에서는 암 생존자와 가족 모두 평균보다 높은 수준을 보여 주고 있었다. 이러한 수치는 우리나라 암 생존자와 가족의 디스트레스가 다른 나라에 비해 약간 높은 수준임을 보여준 Mehnert et al.(2014)의 연구와 암 생존자의 절반 이상이 심리적 디스트레스를 가지고 있다고 보고한 Shim et al.(2008)의 연구와 유사한 결과이다. 한편, 본 연구에서는 심리적 디스트레스 중 우울 점수의 경우 암 생존자가 가족 구성원보다  $p < .01$  수준에서 더 높은 것으로 나타났으며, 이는 Han(2017)의 연구 결과와 유사했다. 이와 같은 연구 결과는 본 연구에 참여한 암 생존자가 암 진단을 받고 치료를 받은 지 2년 이내에 있는 확장된 생존자(extended cancer survivor)로서 항암을 중단한 이후 발생할지 모르는 다양한 증상 등으로 인해 예민한 상태에 있기 때문인 것으로 보인다(임정원, 한인영, 2008). 이처럼 암 생존자뿐만 아니라 가족 구성원의 높은 심리적 디스트레스를 다루기 위해 지속적인 모니터링 등 디스트레스 관리를 위한 다양한 노력이 동반될 필요가 있어 보인다.

심리적 디스트레스에 대한 의사소통의 자기 효과와 관련해서는, 암 생존자와 가족 구성원이 나타내는 결과가 상당히 달랐다. 즉, 암 생존자의 경우, 가족 의사소통이 심리적 디스트레스에 대한 자기 효과가 있었던 반면, 가족의 경우, 의사와의 소통 능력이 심리적 디스트레스에 대한 자기 효과가 있는 것으로 나타났다. 다시 말해서 암 생존자는 가족 내 의사소통이 어떻게 이루어지는지가 자신의 심리적 디스트레스에 영향을 주지만, 가족 구성원의 경우에는 가족 내 의사소통보다는 의사와의 소통 능력 즉, 암 진단을 받은 내 가족의 현 상태를 좀 더 자세히 물어볼 수 있고, 의사와 원활한 소통을 할 수 있는지 등이 자신의 디스트레스에 더 많은 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 암 생존자의 경우, 의사와의 소통보다는 가족 내에서의 소통 방식이 본인의 심리적 디스트레스에 영향을 줄 정도로 매우 중요한 요소임을 제시하는 연구 결과라고 할 수 있다. 이는 비공식적 지지체계로서의 가족 구성원은 암 생존자의 대처방식, 삶의 질, 정서적 웰빙에 가장 많은 영향을 주는 중요한 자원이며, 가족 내에서의 소통과 지지는 암 생존자가 스트레스 상황을 관리하고 대처하는 데 중요한 요인이라고 제시한 Coyne et al.(2020)의 연구 결과와 일치한다. 반면,

가족 구성원의 경우, 본인 스스로 질병을 경험하는 것이 아니기 때문에 환자의 상태에 대한 더 명확한 설명과 이해가 필요할 수 있다. 특히, 암 생존자가 자신의 상태나 기분 등에 대해 가족 구성원에게 명확하게 설명하지 않을 경우, 가족 구성원의 불안감은 더 커질 수 있다. 따라서 가족 구성원은 정확한 정보를 확인할 수 있는 하나의 방안으로 의사와의 소통에 더 중요한 의미를 부여할 수 있고, 이것이 실제 그들의 심리적 디스트레스에 영향을 미칠 수 있을 것이다. 이와 같은 연구 결과는 Waldrop et al.(2012)에서 제시한 것처럼, 보호자를 이해하고, 반응하며, 헌신하기 위한 의사의 자세와 보호자와의 소통 노력이 암 생존자인 가족의 질병을 이해하는 데 상당한 도움이 된다는 연구 결과와 유사한 의미를 지닌다.

한편, 의사소통 수준과 디스트레스의 관계에서 보여주는 자기효과는 디스트레스를 구성하는 세부 항목 즉, 신체화, 우울, 불안 등을 통해 보다 자세하게 확인할 수 있다. 의사소통 수준의 신체화 증상이나 불안에 대한 자기 효과는 디스트레스 총점과 유사하였다. 즉, 가족 의사소통 방식이나 의사와의 소통 능력이 적절하지 못할 경우, 암 생존자나 가족 구성원이 보이는 주요 디스트레스 증상은 신체화 증상 또는 불안함이라고 할 수 있을 것이다. 반면, 우울에서는 디스트레스 총점과는 다른 패턴이 나타났다. 즉, 암 생존자는 의사와의 소통 능력에서, 가족은 가족 의사소통에서 자기 효과가 있었다. 암 생존자의 경우, 의사와의 관계에서 자신이 생각하는 바를 명확하게 전달하거나 물어보지 못할 경우, 또는 관계가 원활하지 못하다고 인지할 경우 우울함을 느끼는 것이다. 이는 기존 연구에서 의사와 환자 간의 좋은 의사소통은 환자를 존중하고, 환자의 말을 잘 들어주며, 충분한 시간을 보내는 것을 의미하며, 실제 의사가 환자와 충분한 시간을 보낼 때 환자의 우울감이 좋아진다고 한 연구(Choi et al., 2022; Niedzwiedz et al., 2019)와 일맥상통한다고 할 수 있을 것이다. 또한, 심리적 디스트레스를 구성하는 세부 항목에 따른 다른 결과는 암 생존자 또는 가족 구성원이 가족 또는 의사와 소통하면서 그 대상자에게 무엇을 얻을 것인가에 대한 기대감이 실제 자신이 느끼는 감정이나 생각 등에 영향을 미쳐서 다른 반응으로 표출되었을지도 모른다(Stewart, 1995; 장해순, 2003). 가령, 가족 구성원의 경우 의사와의 소통에서는 정확한 정보를 얻기를 원하기 때문에 이를 제대로 얻지 못하면 신체 증상(예: 두통, 소화불량 등)이나 안절부절못하는 불안감으로 표출될 수 있고, 암 생존자를 포함한 가족들은 비공식적 지지체계로서 편안함과

안정감을 바라기 때문에 이것이 우울감 수준과 관련이 있을 수 있다. 반면, 암 생존자의 경우, 가족 구성원과는 반대로 가족에게는 실질적인 도움을 원하기 때문에 신체화와 불안감이 나타나지만, 의사에게는 명확한 정보보다는 나를 지속적으로 관리하고 나에게 정서적 지지를 제공해 주는 절대적 힘으로써의 역할을 기대하지만, 우리나라와의 현실에서 생각보다 짧은 진료 시간으로 인해 충분한 지지를 받지 못하면서 우울감이 발현될 수 있다(Li et al., 2017). 한편, Haug et al. (2004)의 연구에서는 불안, 우울, 신체화 증상은 서로 관련되어 있으며, 하나의 증상이 나타날 경우 다른 증상이 함께 발현될 가능성이 더 큰 것으로 보고하고 있다. 따라서 본 연구 결과는 가족 의사소통뿐만 아니라 의사와의 소통 능력 모두 디스트레스와 관련이 있다는 점에서 신중하게 접근할 필요가 있다. 그럼에도 불구하고, 본 연구 결과를 통해 암 생존자와 가족 구성원이 소통을 통해 가족 또는 의료진에게 기대하는 바는 다를 수 있고, 이것이 실제 그들의 디스트레스에 영향을 줄 수 있으며, 디스트레스의 구체적인 증상은 암 생존자와 가족 구성원에 따라 다를 수 있음을 확인했다는 점에서 추후 보다 많은 대상자를 포함한 추가 연구를 통해 재확인할 필요가 있다.

상대방의 의사소통이 나의 디스트레스에 미치는 영향력에 대한 상대방 효과에서는 암 생존자의 경우 나타나지 않았지만, 가족 구성원에게서는 나타났다. 이러한 결과는 암 생존자의 디스트레스는 다른 가족 구성원에 의해 영향을 받지 않지만, 가족 구성원의 디스트레스는 암 생존자에 의해 달라질 수 있음을 의미한다. 이러한 결과는 Lim(2019)의 연구 결과와 유사하다. 특히, 의사와의 소통 능력에서는 상대방 효과가 없었지만, 가족 의사소통에서는 상대방 효과가 나타났다. 즉, 암 생존자가 인지하는 가족 의사소통의 방식 또는 수준은 가족 구성원의 심리적 디스트레스에 영향을 준 것으로 확인되었다. 하지만, 흥미롭게도 기존 연구와 달리 가족 의사소통과 디스트레스 간에 정적인 관계가 나타났고, 이러한 정적인 관계는 디스트레스의 세부 항목 중의 하나인 불안과 상당한 관련성이 있음을 확인하였다. 실제 암 진단을 받은 암 생존자가 자신의 증상이나 상태를 가족 내에서 진실되고 개방적으로 표현하는 것이 바람직하지만, 이를 듣는 가족 구성원이 불안감을 표출하는 것은 자연스러운 현상이다. 특히, 본 연구 대상자는 암 진단을 받은 이래 평균 1.36년 정도의 시간밖에는 지나지 않았기 때문에 가족 구성원의 불안감이 더 높아질 수밖에 없다. 이러한 결과를 바탕으로 암 진단을 받은 이후의 시간 경과에

따라 가족 구성원의 불안감이 어떤 변화를 보이는지 확인할 필요가 있어 보인다. 또한, 본 연구에서는 암 생존자가 보이는 가족 내 소통이 개방적일수록 가족 구성원의 우울감은 낮아진다는 연구 결과가 나타났다. 이러한 결과를 종합할 때, 암 생존자의 긍정적인 가족 의사소통 방식이 불안감을 야기하지만, 이를 변화시키기보다는 가족 간 소통을 통해 나타나는 불안감을 긍정적인 관점에서 바라보고, 의사와의 적극적인 소통을 통해 암 생존자의 치료 부작용 등에 대처하기 위한 노력이 필요해 보인다. 또한, 신체화, 불안, 우울 등이 서로 밀접하게 관련되어 있다고 하더라도 상황에 따라 각각의 증상은 다른 결과를 나타낸다는 점에서 디스트레스 연구를 수행함에 있어 각각의 증상에 대한 구체적인 분석이 함께 동반될 필요가 있음을 다시 한번 시사한다.

본 연구는 몇 가지 실천적, 정책적 함의를 지닌다. 우선 실천적 측면에서 살펴보면, 본 연구 결과는 암 생존자와 가족 구성원의 디스트레스는 서로 관련되어 있고, 그들 모두 평균 이상의 디스트레스를 받고 있음을 확인하였다. 이러한 결과를 근거로 암 생존자에 대한 접근은 가족 구성원을 포함한 보다 포괄적인 측면에서의 접근이 필요하고, 암 치료가 끝난 이후에도 지속적인 사후 관리를 위한 심리 사회적 측면에서의 개입이 필요해 보인다. 또한, 암 생존자-가족의 짝 접근을 활용한 연구 결과, 의사소통의 심리적 디스트레스에 대한 자기 효과와 상대방 효과 모두를 입증하였다. 이러한 결과를 바탕으로 암 생존자 및 가족의 디스트레스에 영향을 주는 요인이 무엇인지 명확하게 이해할 필요가 있으며, 영향을 주는 요인에 대한 분석을 통해 암 생존자 및 가족에 대한 보다 효과적인 개입 방법을 개발할 필요가 있다. 예를 들면, 가족 의사소통이 디스트레스에 영향을 줄 경우, 의사소통을 효과적으로 전달할 수 있는 의사소통 기법을 활용한 가족 치료가, 의사와의 소통 능력을 증진시켜야 될 경우, 자기주장 기법 등을 활용한 개입 방법을 적용함으로써 자신의 의견을 명확하고 효과적으로 전달할 수 있도록 도와주어야 할 것이다.

정책적 측면에서 살펴보면, 현재 암 생존자와 관련된 정부의 접근은 암 생존자 지지 프로그램을 중심으로 이루어지고 있고, 이는 암 생존자에게 한정되어 있으며, 몇 개의 제한된 병원을 중심으로 이루어지고 있다. 현재 국내 암 생존자 수가 지속적으로 증가하고 있고, 암 생존자뿐만 아니라 가족 구성원도 다양한 디스트레스를 표출하고 있다는 점에서 암 생존자 지지 프로그램은 다양한 지역에서 가족까지 확장된 보다 포괄

적인 측면에서의 접근이 필요해 보인다. 또한, 본 연구 결과, 의사와의 소통 능력은 디스트레스에 영향을 주는 중요한 변수 중의 하나로 나타났다. 현재 우리나라 의료 체계의 특성상, ‘5분 진료’ 심지어 ‘3분 진료’라는 말이 나올 정도로 의사와 환자가 관계를 맺고 소통을 하기에는 충분한 시간이 제공되고 있지 않다. ‘환자 중심 진료(patient-centered care)’가 강조되고 있는 현시점에 맞추어 환자/보호자가 자신의 상태를 알리고 궁금한 사항을 물어보며, 환자-의사 간의 더 적극적인 관계를 맺을 수 있는 환경을 구축하는 것은 무엇보다 중요할 것이다.

본 연구는 몇 가지 제한점이 있다. 첫째, 본 연구 대상자는 서울 및 경기 지역에 있는 두 개의 암 전문 병원에서 모집되었다. 또한, 암 생존자와 가족에 대한 짝 접근에 근거해서 모집했기 때문에 충분한 수의 표본을 확보하지 못했다. 따라서 본 연구 결과를 일반화하기에는 한계가 있다. 후속 연구에서는 전국 단위의 암 생존자 및 가족 모집을 통해 보다 일반화된 연구 결과를 추출할 필요가 있을 것이다. 둘째, 본 연구에서는 소규모의 표본 수로 인해 짝 접근을 활용한 분석을 위해 통합 회귀분석 APIM을 활용하였다. 비록 통합 회귀분석 APIM이 작은 표본 수에 적합한 방법이나 변수 간의 관계를 통제하는 통제변수를 고려하지 않는다는 점에서는 한계가 있다. 특히, 암 생존자의 경우 다양한 인구 사회학적 또는 의학적 특성이 디스트레스에 영향을 줄 수 있다는 점에서 추후 대규모 표본 수를 바탕으로 구조방정식 모형에 기반한 APIM 접근이 이루어질 필요가 있겠다. 셋째, 본 연구는 자기선택 오류(self-selection bias)가 있을 수 있음을 인정할 필요가 있다. 본 연구 대상자인 가족의 경우, 암 생존자뿐만 아니라 가족 스스로 연구 참여에 동의한 경우에 한해 연구 참여가 이루어졌다. 따라서 암 생존자와 긍정적인 관계가 있는 가족이 본 연구에

참여했을 가능성이 높다. 향후 무작위 선택(random selection)을 활용한 대상자 선정을 통해 보다 객관적이고 일반화된 연구 결과를 추출할 필요가 있을 것이다. 마지막으로, 본 연구에서는 암 생존자-가족 짝 분석을 위해 가족 구성원을 포함하였지만, 가족 구성원 개인의 특성을 고려하지는 못했다. 가족 구성원의 경우, 배우자, 자녀, 부모, 기타 등이 포함되며, 실제 가족 구성원에 따라 암 생존자에 대한 태도 및 관점은 다를 수 있다. 향후, 대규모 연구를 통해 가족 구성원의 특성까지 고려한 연구가 진행될 필요가 있을 것이다.

이와 같은 제한점에도 불구하고, 본 연구는 짝 분석을 통해 암 생존자와 가족의 의사소통과 심리적 디스트레스 간의 관계를 명확하게 제시했다는 점에서 중요한 의의를 지닌다. 본 연구 결과를 통해 향후 암 생존자와 가족의 디스트레스를 감소시킬 수 있는 방안으로 가족 및 의료진과의 의사소통의 중요성이 제시되었다. 특히, 짝 분석을 통한 암 생존자와 가족 간의 역동성은 의사소통과 디스트레스의 관계를 확인하는 과정에서 자기 효과 및 상대방 효과 등을 통해 명확하게 제시되었다. 본 연구 결과는 향후 암 생존자 디스트레스 연구를 수행함에 있어 짝으로서의 가족 구성원, 가족 의사소통의 의미, 의사와의 소통 능력에 대한 고려, 짝 분석의 유용성, 소규모 표본 수에 대한 접근 등 다양한 임상적, 방법론적 측면에서 새로운 방향성을 제시했다는 점에서 중요한 의미를 지닌다.

임정원은 이화여자대학교에서 사회복지 학사 및 석사학위를, 미국 University of Southern California에서 사회사업학 박사학위를 받았으며, 강남대학교 사회복지학부 교수로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 의료사회복지 및 복지기술이며, 현재 암 생존자의 건강행동, 암 생존 및 건강 증진을 위한 복지기술의 적용 등을 연구하고 있다.  
(E-mail: jungwonlim@kangnam.ac.kr)

## 참고문헌

- 강윤지, 정귀임. (2019). 중소병원에서 암 환자를 돌보는 간호사의 감성지능, 간호근무환경이 간호업무성과에 미치는 영향: 의사소통능력의 매개효과를 중심으로. *중앙간호연구*, 19(4), pp.233-241.
- 박경례, 박재연. (2021). 재구성 가족의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 - 재혼을 경험한 성인의 관점에서. *가족과 가족치료*, 29(1), pp.191-220.
- 박미애, 최은숙. (2017). 암 환자의 심리적 디스트레스, 섬망에 대한 간호사의 인식 및 직무 스트레스. *중앙간호연구*, 17(4), pp.252-262.
- 박소영, 노은정, 박향경, 구향나, 백정연. (2020). 중·고령 초기 유방암 생존자를 돌보는 가족의 경험. *한국노년학*, 40(1), pp.111-130.
- 보건복지부, 중앙암등록본부, 국립암센터. (2021). 국가암등록사업 연례 보고서(2019년 암등록통계). 보건복지부.
- 이영선, 이인정. (2013). 암환자와 배우자의 부부적응과 정서조절곤란의 관계성에 대한 연구. *보건사회연구*, 33(1), pp.629-663.
- 이인정. (2011). 암환자와 배우자의 부부적응에 대한 부부의 의사소통의 영향 - 자기효과와 상대방효과를 중심으로. *한국사회복지학*, 63(2), pp.179-205.
- 이지원, 김윤아, 박진근, 고영진, 김소연. (2017). 암 환자와 의사의 의사소통이 환자의 진료 만족도에 미치는 영향. *대한가정의학회*, 7(5), pp.731-736.
- 임정원, 김민정. (2021). 암 생존자를 위한 한국형 지역사회 건강돌봄체계 개발 연구. *사회과학연구*, 47(2), pp.149-176.
- 임정원, 한인영. (2008). 유방암 및 부인과 암 생존자의 삶의 질에 대한 생존단계별 비교 연구. *한국사회복지학*, 60(1), pp.5-27.
- 장해순. (2003). 대인갈등 상황에서 커뮤니케이션 능력과 상호관계, 매력 간의 관계. *언론과학연구*, 3(2), pp.302-344.
- 정경숙, 허재은, 태영숙. (2014). 유방암 생존자의 디스트레스, 가족지지 및 건강증진행위. *중앙간호연구*, 14(3), pp.146-154.
- 정도범, 장운정, 강세나, 계수연, 윤영호, 이동률. (2010). 보완대체요법에 대한 암 전문의와 가정의학 전문의의 비교: 인식, 태도 및 의사-환자간 의사소통. *대한가정의학회*, 31, pp.24-34.
- Barrineau, M. J., Zarit, S. H., King, H. A., Costanzo, E. S., & Almeida, D. M. (2014). Daily well being of cancer survivors: the role of somatic amplification. *Psychooncology*, 23(9), pp.1027-1033.
- Bell, J. M., & Wright, L. M. (2015). The illness beliefs model: advancing practice knowledge about illness beliefs, family healing, and family interventions. *Journal of Family Nursing*, 21(2), pp.179-185.
- Berg, C. A., & Upchurch, R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin*, 133(6), pp.920-954.
- Charlton, C. R., Dearing, K. S., Berry, J. A., & Johnson, M. J. (2008). Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: an integrated literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(7), pp.382-388.
- Chien, C. H., Chuang, C. K., Liu, K. L., Wu, C. T., Pang, S. T., & Chang, Y. H. (2018). Positive and negative affect and prostate cancer-specific anxiety in Taiwanese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nursing*, 37, pp.1-11.
- Choi, B. M., Obeng-Kusi, M., & Axon, D. R. (2022). Association between patient-provider communication and self-perceived mental health in US adults with cancer: real-world evidence through medical expenditure panel survey. *Diseases*, 10(4), pp.1-12.
- Cook, W. L., & Kenny, D. A. (2005). The actor-partner interdependence model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *International Journal of Behavioral Development*, 29(2), pp.101-109.
- Coyne, E., Heynsbergh, N., & Dieperink, K. B. (2020). Acknowledging cancer as a family disease: A systematic review of family care in the cancer setting. *European Journal of Oncology Nursing*, 49, 101841.
- Derogatis, L. (2001). *Brief Symptoms Inventory 18: Administration, Scoring, and Procedures Manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Goldsmith, D. J., Miller, L. E., & Caughlin, J. (2007). Openness and avoidance in couples communicating about cancer. In C. Beck (Ed.), *Communication yearbook 31* (pp.62-117). Malden, MA: Blackwell.
- Ha, E. H., Lee, S. H., Yu, E. S., Kim, J. H., Ro, J. S., Kang, H. S. et al. (2011). The relationships between hwa-byung and depressive disorder in breast cancer patients. *The Korean Journal of Woman Psychology*, 16, pp.115-133.
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J., &



- Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*, 134(1), pp.1-30.
- Han, M. A. (2017). Stress and depressive symptoms in cancer survivors and their family members: Korean Community Health Survey, 2012. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9), 999.
- Hata, K., Ono, H., Ogawa, Y., & Suzuki, S. I. (2020). The mediating effect of activity restriction on the relationship between perceived physical symptoms and depression in cancer survivors. *Psychooncology*, 29(4), pp.663-670.
- Haug, T., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The HUNT-II Study. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), pp.845-851.
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Buchmann, L. O., Compas, B., Deshields, T. L. et al. (2013). Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 11(2), pp.190-209.
- Honavar, S. G. (2018). Patient-physician relationship – communication is the key. *Indian Journal of Ophthalmology*, 66(11), pp.1527-1528.
- Institute of Medicine. (Eds.). (2006). *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jacobs, J. M., Shaffer, K. M., Nipp, R. D., Fishbein, J. N., MacDonald, J., El-Jawahri, A. et al. (2017). Distress is interdependent in patients and caregivers with newly diagnosed incurable cancers. *Annals of Behavioral Medicine*, 51, pp.519-531.
- Jo, M., Song, M., Knafl, G. J., Beeber, L., Yoo, Y., & Riper, M. V. (2019). Family-clinician communication in the ICU and its relationship to psychological distress of family members: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 95, pp.34-39.
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (Eds.). (2006). *Dyadic data analysis*. New York: Guilford Press.
- Ketcher, D., Thompson, C., Otto, A. K., Reblin, M., Cloyes, K. G., Clayton, M. F. et al. (2021). The me in we dyadic communication intervention is feasible and acceptable among advanced cancer patients and their family caregivers. *Palliative Medicine*, 35(2), pp.389-396.
- Kim, J. H. (Eds.). (2009). *Development of recommendation for distress management toward improvement of quality of life in cancer patients*. Seoul: Ministry of Health & Welfare.
- Li, C. C., Matthews, A. K., Dossaji, M., & Fullam, F. (2017). The relationship of patient-provider communication on quality of life among African-American and White cancer survivors. *Journal of Health Communication*, 22, pp. 584-592.
- Lim, J. W., & Paek, M. S. (2012). The relationship between communication and health-related quality of life in survivorship care for Chinese-American and Korean-American breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 21, pp.1157-1166.
- Lim, J. W., & Shon, E. J. (2017). The dyadic effects of family cohesion and communication on health-related quality of life: the moderating role of sex. *Cancer Nursing*, 41(2), pp.156-165.
- Lim, J. W. (2019). Physical and psychological symptoms and psychological distress among the spouses of cancer survivors: the mediating effect of family communication and coping. *European Journal of Cancer Care*, 28(5), e13115.
- Magsamen-Conard, K., Checton, M. G., Venetis, M. K., & Kathryn, G. (2015). Communication efficacy and couples' cancer management: applying a dyadic appraisal model. *Communication Monographs*, 82(2), pp.179-200.
- Maly, R. C., Liu, Y., Leake, B., Thind, A., & Diamant, A. L. (2010). Treatment-related symptoms among underserved women with breast cancer: the impact of physician-patient communication. *Breast Cancer Research & Treatment*, 119, pp.707-716.
- Maly, R. C., Frank J. C., Marshall, G. N., DiMatteo, R., & Reuben, D. B. (2015). Perceived efficacy in patient-physician interaction (PEPPI): Validation of an instrument in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(7), pp.889-894.
- Manne, S. L., Norton, T. R., Ostroff, J. S., Winkel, G., Fox, K., & Grana, G. (2007). Protective buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer: The moderating role of relationship satisfaction. *Journal of*

- Family Psychology*, 21, pp.380-388.
- Manne, S., & Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, 112(11 Suppl), pp.2541-2555.
- Manne, S. L., Kashy, D. A., Zaidler, T., Kissane, D., Lee, D., Kim, I. Y. et al. (2019). Couple-focused interventions for men with localized prostate cancer and their spouses: A randomized clinical trial. *The British Journal of Health Psychology*, 24(2), pp.396-418.
- Manne, S. L., Kashy, D., Myers-Virtue, S., Zaidler, T., Kissane, D. W., Heckman, C. J. et al. (2020). Relationship communication and the course of psychological outcomes among couples coping with localized prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 30, e13401.
- Medeiros, E., Castañeda, S., Gonzalez, P., Rodríguez, B., Buelna, C., West, D. et al. (2015). Health-related quality of life among cancer survivors attending support groups. *Journal of Cancer Education*, 30(3), pp.421-427.
- Mehnert, A., Brahler, E., Faller, H., Harter, M., Keller, M., Wegscheider, H. S. et al. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology*, 32(31), pp.3540-3546.
- Miles, A., McClements, P. L., Steele, R. J. C., Redeker, C., Sevdalis, N., & Wardle, J. (2017). Perceived diagnostic delay and cancer-related distress: a cross-sectional study of patients with colorectal cancer. *Psychooncology*, 26(1), pp.29-36.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. et al. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, hematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12, pp.160-174.
- Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., & Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer*, 19, 943.
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and the circumplex model: validation study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 3(1), pp.64-80.
- Pasricha, A., Deinstadt, R. T. M., Moher, D., Killoran, A., Rourke, S. B., & Kendall, C. E. (2013). Chronic care model decision support and clinical information systems interventions for people living with HIV: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 28(1), pp.127-135.
- Penalba, V., Deshields, T. L., & Klinkenberg, D. (2019). Gaps in communication between cancer patients and healthcare providers: symptom distress and patients' intentions to disclose. *Supportive Care in Cancer*, 27, pp.2039-2047.
- Phillips, J. L., & Currow, D. C. (2010). Cancer as a chronic disease. *Collegian*, 17(2), pp.47-50.
- Romito, F., Goldzweig, G., Cormio, C., Hagedoorn, M., & Andersen, B. (2013). *Cancer*, 119(S11), pp.2160-2169.
- Schellekens, M. P. J., Karremans, J. C., van der Drift, M. A., Molema, J., van den Hurk, D. G. M., Prins, J. B. et al. (2017). Are mindfulness and self-compassion related of psychological distress and communication in couples facing lung cancer? A dyadic approach. *Mindfulness*, 8, pp.325-336.
- Segrin, C., Badger, T. A., Sikorskii, A., Pasvogel, A., Weihs, K., & Lopez, A. M. (2019). Longitudinal dyadic interdependence in psychological distress among Latinas with breast cancer and their caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 28, pp.2735-2743.
- Shim, E. J., Shin, Y. W., Jeon, H. J., & Hahm, B. J. (2008). Distress and its correlates in Korean cancer patients: Pilot use of the distress thermometer and the problem list. *Psycho-Oncology*, 17, pp.548-555.
- Shim, E. J., Hahm, B. J., Yu, E. S., Kim, H. K., Cho, S. J., Chang, S. M. et al. (2018). Prevalence, correlates, and impact of depressive and anxiety disorder in cancer: Findings from a multicenter study. *Palliative & Supportive Care*, 16, pp.552-565.
- Siminoff, L. A., Zyzanski, S. J., Rose, J. H., & Zhang, A. Y. (2008). The Cancer Communication Assessment Tool for Patients and Families (CCAT-PF): a new measure. *Psycho-Oncology*, 17(12), pp.1216-1224.
- Stamataki, Z., Brunton, L., Lorigan, P., Green, A. C., Newton-Bishop, J., & Molassiotis, A. (2015). Assessing the impact of diagnosis and the related supportive care needs

- in patients with cutaneous melanoma. *Supportive Care in Cancer*, 23(3), pp.779-789.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ*, 152, pp.1423-1433.
- Tambling, R. B., Johnson, S. K., & Johnson, L. N. (2011). Analyzing dyadic data from small samples: a pooled regression actor-partner interdependence model approach. *Counselling Outcome Research and Evaluation*, 2(2), pp.101-114.
- Thompson, L., & McCabe, R. (2012). The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 12, 87.
- Wagner, E. H. (1998) Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1), pp.2-4.
- Waldrop, D. P., Meeker, M. A., Kerr, C., Skretny, J., Tangeman, J., Milch, R. (2012). The nature and timing of family-provider communication in late-stage cancer: a qualitative study of caregivers' experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(2), pp.182-194.
- Walker, J., Magill, N., Mulick, A., Symeonides, S., Gourley, C., Toynbee, M. et al. (2020) Different independent associations of depression and anxiety with survival in patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 138, 110218.

# The Relationship between Communication and Psychological Distress for Cancer Survivors and their Family Members: Application of the Actor-Partner Interdependence Model

Lim, Jung-won<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kangnam University

## Abstract

The purpose of this study is to investigate the relationships between communication and psychological distress among cancer survivors and their family members. More specifically, the current study focuses on communication between family members and physicians, a major factor affecting cancer survivorship care, especially on communication within the family and the ability to communicate with physicians. The subjects are cancer survivors diagnosed with breast or colorectal cancer and one member from each of their families, and they were sampled from Seoul and Gyeonggi-do, Korea, using convenience sampling. A total of 63 cancer survivor-family dyads were sampled for analysis. As a dyadic research project focusing on the interaction between cancer survivors and family members, the current study estimated the actor-and-partner effects using the pooled regression Actor-Partner Interdependence Model (APIM), which is suitable for analyzing small-scale data sets. The findings indicated that better communication with physicians for cancer survivors was associated with lower depressive levels. For family members, better family communication was associated with lower depressive levels. The survivor-partner effect was not observed. For the family-partner effects, however, the relationship between family communication and psychological distress proved significant. That is, better family communication for cancer survivors was associated with higher anxiety and lower depressive levels for family members. The current study provided clinical and policy recommendations regarding a comprehensive approach to cancer care, psycho-social interventions for cancer survivorship care, a precise understanding of factors influencing distress, and positive communication between patients and physicians based on patient-centered care.

**Keywords:** Cancer Survivor, Psychological Distress, Family Communication, Competence in Communication with Physicians, Actor-Partner Interdependence Model