

한국 유방암 생존자들의 디스트레스와 삶의 질

권은진¹ · 이명선²

¹서울대학교 간호대학 박사과정, ²서울대학교 간호대학·간호과학연구소

Distress and Quality of Life in Breast Cancer Survivors in Korea

Kwon, Eun Jin¹ · Yi, Myungsun²

¹Graduate School of Nursing, Seoul National University, ²College of Nursing, Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul, Korea

Purpose: The purposes of this study were to find the levels of distress and quality of life of breast cancer survivors in Korea and to identify relationship between distress and quality of life. **Methods:** The data were collected from 122 breast cancer survivors in 2009. To measure the distress and quality of life, the 'Distress Thermometer and Problem List' and the 'Functional Assessment Cancer Therapy-Breast' were used respectively. **Results:** The mean score of distress was 4.77 (± 2.35) and 63.1% of the subjects reported a distress score of 4 or more, indicating a clinically significant level of distress. Among these, the most frequently reported problem area was emotion, followed by family. The mean score of the quality of life was 88.22 (± 18.41), signifying 6.13 out of 10. The levels of distress and the quality of life were negatively correlated ($r = -.38, p < .001$). **Conclusion:** The results of the study indicate that distress is prevalent in Korean breast cancer survivors and the distress is related negatively with their quality of life. Thus oncology professionals continuously need to assess distress of breast cancer survivors and to provide appropriate psychosocial interventions to improve their quality of life.

Key Words: Breast Neoplasms, Psychological Stress, Quality of Life, Psychological Adaptation, Survivors

서론

1. 연구의 필요성

우리나라는 1996년 제1기 암정복 10개년 계획을 시작한 이래, 현재는 제2기 암정복 10개년 계획 사업을 추진 중에 있다. 이 사업에는 암에 대한 치료를 비롯하여 건강증진을 위한 일차 예방, 조기검진과 진단을 위한 이차 예방, 그리고 말기 암환자를 위한 완화의료 등 포괄적인 내용이 포함되어 있다. 이러한 국가적인 노력에도 불구하고 아직도 우리나라 암 발생률은 증가하고 있으며, 암 사망률도 수

위를 차지하고 있어서 암은 아직도 중요한 질환으로 남아있다.

동시에 암은 조기 발견과 치료법이 꾸준히 개선되면서 암유병자 수도 증가하고 있다. 우리나라에서 지난 10년간 암으로 진단받은 사람 중에서 생존해 있는 사람을 나타내는 10년 암유병자 수는 80만 명에 이르고 있는데,¹⁾ 이는 우리나라 전체 인구 60명당 1명이 암 치료를 받거나 암 치료 후 생존하고 있음을 의미한다. 따라서 이들을 위한 건강증진과 재발 예방 및 삶의 질 향상을 위한 3차 예방의 중요성이 대두되고 있다.

일반적으로 암 진단과 치료는 신체뿐 아니라 심리, 사회, 경제, 성 및 영적인 영역 등 거의 모든 삶의 영역에 영향을 미친다.^{2,3)} 특히 불안, 분노, 우울, 불확실성 등과 같은 심리사회적 문제로 인하여 암에 효과적으로 대처하고 적응하는데 어려움이 있다.⁴⁾ 외국의 경우 심리사회적 문제를 호소하는 암환자가 적게는 34.0%에서 많게는 43.0%로 알려져 있다.^{5,6)} 국내의 경우 암환자의 69.9%가 스트레스를 경험하며 19.8%는 우울을 그리고 18.9%는 자살 충동을 경험한 것으로 보고되고 있다.¹⁾ 여성 암환자를 대상으로 한 조사연구에서는 약 24.5-29.2%에서 우울이 보고되어^{7,8)} 암환자의 심리사회적 문제가 빈발함을 추정해볼 수 있다. 한편, 심리사회적 어려움은 피로와 같은

주요어: 유방암, 심리적 스트레스, 삶의 질, 심리적 적응, 생존자
*본 논문은 제1저자의 석사학위 논문의 축약본임.
*This article is a condensed form of the first author's master's thesis.

Address reprint requests to: **Kwon, Eun Jin**
Graduate School of Nursing, Seoul National University, 103 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 110-799, Korea
Tel: +82-2-740-8837 Fax: +82-2-740-8837 E-mail: etrangere@snu.ac.kr

투 고 일: 2012년 11월 5일 심사위원회일: 2012년 11월 7일
심사완료일: 2012년 12월 25일

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

신체적 증상과도 관련되어 있을 뿐 아니라 사망률⁹⁾ 및 자살율¹⁰⁾의 증가와도 관련되어 있다.

이렇듯 암환자의 심리사회적 문제와 이로 인한 부정적인 결과가 문헌에서 꾸준히 보고되어 왔지만, 간호사를 비롯한 종양전문가들은 아직도 암의 의학적 치료와 신체적인 문제에만 초점을 두고 있어 이들의 심리사회적 문제에 대한 사정과 중재를 포함한 보다 총체적인 간호와 치료는 간과되고 있다. 선진국의 경우에 있어서도 임상에서 심리사회적 문제로 고통 받는 암 환자의 약 30.0% 정도만이 종양전문가에 의해 발견되며,¹¹⁾ 10.0% 이내만이 심리사회적 지지를 받고 있는 것으로 알려져 있다.¹²⁾

이러한 문제를 해결하기 위한 방안의 하나로 미국 National Comprehensive Cancer Network¹³⁾는 '디스트레스(distress)'라는 개념을 도입하였다. 개념의 정의는 암 및 암과 관련된 증상과 치료에 대한 적응 수준을 낮추는 인지, 행동, 정서를 포함하는 심리적, 사회적, 영적으로 즐겁지 않은 모든 정서적 경험이다. 그리고 이와 같이 매우 포괄적으로 정의된 디스트레스를 임상에서 빠르게 사정하기 위한 도구로 디스트레스 온도계(Distress Thermometer, DT)를 개발하였고, 이를 이용한 연구들이 진행되고 있다. 국내에서는 Shim 등¹⁴⁾이 암환자 108명을 대상으로 하여 디스트레스 온도계의 적정성을 확인하기 위한 연구를 진행하였다. 이 연구자들은 이 도구가 불안과 우울을 포함하는 넓은 개념임을 확인하였고, 디스트레스는 암환자의 매우 다양한 문제로 기인되고 있음을 밝히고 있다.

하지만 이 도구를 이용하여 치료가 끝난 암생존자들의 디스트레스를 탐색한 연구는 거의 없다. 치료가 종료된 이후 암생존자들이 겪는 디스트레스는 시기마다 다를 수 있다. 특히 수술이나 방사선 치료가 끝난 이후 6-12개월부터 24개월까지의 암환자들은 여전히 두려움을 나타내는 것으로 알려져 있으며,¹⁵⁾ 일부에서는 치료 후가 오히려 치료를 받을 때보다 더 큰 공포나 불안, 그리고 재발의 두려움과 불확실성을 경험한다고 하였다.¹⁶⁾ 그 외에 사회적, 성적 문제 등도 심각한 문제로 보고되고 있다.¹⁵⁾

또한 이러한 디스트레스가 이들의 삶의 질에 얼마나 관련이 있는지에 대한 연구도 없는 편이다. 예를 들면 불안,¹⁷⁾ 우울^{4,17,18)}과 같은 심리적 문제와 사회경제적 소외 및 고립감^{16,18)}과 같은 사회적 문제, 그리고 정보 부족⁹⁾을 포함하는 문제들이 암환자의 삶의 질에 중요한 영향을 미친다고 알려져 있지만, 치료 종료 이후 이러한 포괄적인 문제들을 나타내는 디스트레스와 삶의 질에 대한 구체적인 지식은 매우 부족한 상황이다.

이렇듯 많은 문헌에서 진단과 치료 기간뿐 아니라 치료 이후에도 암생존자들의 디스트레스는 여전히 삶의 질도 저하된 것을 알 수 있다. 하지만 치료 종료 이후 암생존자들이 겪는 심리적, 사회적, 영적으로 즐겁지 않은 경험을 디스트레스 온도라는 도구로 측정하

고, 이러한 디스트레스와 삶의 질과의 관련성을 다룬 연구는 거의 없다. 본 연구에서는 여성 암환자 중에서도 큰 비중을 차지하고 있는 유방암 생존자에 초점을 맞추어 치료 이후 이들의 디스트레스와 삶의 질을 파악하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 유방암 생존자의 디스트레스와 삶의 질을 파악하는 것을 목적으로 한다. 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 1) 유방암 생존자의 디스트레스 정도를 파악한다.
- 2) 유방암 생존자의 삶의 질 정도를 파악한다.
- 3) 유방암 생존자의 디스트레스 정도와 삶의 질 정도와의 관계를 파악한다.
- 4) 유방암 생존자의 특성에 따른 디스트레스와 삶의 질 정도의 차이를 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 유방암 생존자의 디스트레스와 삶의 질을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 대상자

본 연구의 대상자는 서울·경기·인천·강원 지역에 거주하는 성인 여성 유방암 생존자로 하였다. 연구 대상자의 선정 기준은 유방암 0-3기의 진단을 받은 여성으로서 수술, 항암화학치료 및 방사선 치료 등 항암치료를 종료 후 6개월 이상 2년 이내에 속하며 어떠한 재발의 소견도 보이지 않는 자로 하였다.

2005년 한국인 유방암 발생건수 9,842건²⁰⁾ 중에서, 2003-2005년 유방암 5년 상대생존율 87.3%²¹⁾를 기준으로 계산한 생존자수는 8,592명이다. 따라서 최종 모집단의 수는 대략 9,000명으로 추정된다. 이에 대하여 본 연구에서는 연속형 자료 오차 0.03, 유의 수준 0.05, 양측성 검정으로 Cochran 공식에 의해 산출한 결과, 총 119명의 대상자가 필요하였다.²²⁾

본 연구에서는 141명의 대상자로부터 자료를 수집하면서 19명의 탈락자가 나와 최종적으로 122명의 자료가 확보되었으며, 따라서 회수율은 86.5%이었다.

3. 연구 도구

대상자의 인구사회학적 특성으로 연령, 결혼상태, 교육 정도, 종교, 직업, 지각된 경제상태, 거주지역, 지지자원을 조사하였다. 대상자의 질병 관련 특성에서는 진단 병기, 치료 유형, 진단 이후 경과기

간, 만성질환 유무에 대해 조사하였다. 디스트레스와 삶의 질은 다음의 2가지 도구를 사용하여 측정하였다.

1) Distress Thermometer and Problem List (DT & PL)

디스트레스는 미국 NCCN이 개발하고 한국 암환자에게서 타당성이 확립된 한국형 DT & PL을 이용하여 측정하였다.¹⁴⁾ 이는 2개의 항목으로 구성되며, 첫 번째 항목은 0 (전혀 없다)-10 (매우 심하다)의 범위의 11점 시각적 상사척도에 대해 지난 일주일 동안 대상자에게 해당하는 점수에 표시하도록 한다. DT의 절단점은 4점으로, 4점 이하의 경증의 디스트레스, 4점 이상은 중증의 디스트레스를 반영한다.¹⁴⁾ 두 번째 항목은 총 35문항의 5영역: 실질적 영역, 사회적/가족 영역, 정서적 영역, 영적/종교적 고민, 신체적 영역을 나타내는 문제 목록에서, 지난 일주일간 대상자가 경험한 모든 문제를 '예' 혹은 '아니오'로 표시하게 되어있다.

2) Functional assessment cancer therapy-Breast (FACT-B)

FACIT (1993년)에 의해 개발된 FACT-B는 국내에서 2005년 Yoo 등²³⁾에 의해 한국 문화에 맞추어 번안되어 신뢰도와 타당도가 입증되었다. 본 도구의 문항 구성은 신체적 상태, 사회적/가족 상태, 정서적 상태, 기능적 상태 및 유방암 특이적 상태로 나뉘어 있다. 본 도구는 5점 Likert 척도로서 증상이 없는 경우에 0점, '조금 그렇다'로 지각한 경우에 1점, '매우 그렇다'에 4점을 부여하며 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 국내 Suh¹⁷⁾의 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었으며, 신체적 상태(.85), 사회적/가족 상태(.85), 정서적 상태(.74), 기능적 상태(.82), 유방암 특이 상태(.62)에서도 신뢰도가 입증되었다. 본 연구에서의 도구 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .82$ 이었고, 신체적 상태(.82), 사회적/가족 상태(.83), 정서적 상태(.79), 기능적 상태(.80), 유방암 특이 상태(.81)에서 신뢰도를 확인하였다.

4. 자료수집 방법 및 절차

연구를 진행하기에 앞서 본 연구자가 속한 기관의 '연구대상자보호심사위원회(IRB NO: 2009-6)'의 승인을 거쳤다. 연구 참여 동의서에는 대상자가 연구에 참여하는 동안 언제든지 중단할 수 있는 권리와 함께 대상자 개인의 비밀과 익명성을 보장한다는 내용을 포함하였다. 그리고 연구자는 설문지를 통하여 얻은 자료를 연구 이외의 목적으로 사용하지 않으며 연구 종료 후 폐기할 것을 알려주었다.

자료는 편의 표본 추출법을 이용하여 수집하였다. 설문 조사 기간은 2009년 3월 28일부터 5월 21일까지였다. 자료수집을 위하여 한국유방암사이버센터(www.kbcc.org) 및 인터넷 검색을 통해 확인된 25개의 유방암 자조모임 중에서 7개의 자조모임(서울 3, 경기 2, 인천 1, 강원 1)으로부터 승인을 받고 자료수집을 진행하였다. 우선

이들을 만나기 위하여 자조모임에서 진행되는 행사 일정을 확인하고, 운영자 및 대표의 협조를 얻었다. 그리고 연구자가 직접 행사에 참석하여 개별적으로 혹은 집단적으로 설문조사에 대한 설명을 제공한 후 연구 참여에 동의한 대상자들에게 동의서를 받고 자가보고 형식의 설문지를 작성하도록 하였다. 야유회 등 일부 모임에서는 연구보조자가 연구자를 대신하여 자료를 수집하였다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SAS 9.1 프로그램을 이용하여 전산통계 처리했으며, 자료분석을 위해서 대상자의 일반적 특성을 비롯한 주요 연구 변수들은 빈도, 백분율, 평균, 표준편차, 범위를 산출하였다. 그리고 디스트레스와 삶의 질과의 관계를 파악하기 위해 Pearson correlation 방법을 이용하여 분석하였다. 대상자의 특성에 따른 디스트레스와 삶의 질의 차이는 t-test, one-way ANOVA를 이용하여 분석하였고, ANOVA 결과에서 유의한 변수는 사후검정으로 Scheffe's test를 이용하여 분석하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성

총 연구 대상자는 122명이었다. 연구 대상자의 연령의 범위는 35-72세였으며 평균연령은 51.2 (± 7.5)세였다. 대상자의 결혼상태는 기혼이 107명(87.7%)으로 대부분을 차지하였다. 교육 정도는 고졸이 71명(58.2%), 대졸 이상이 32명(26.2%)의 순이었으며, 종교는 기독교 45명(36.9%), 불교 29명(23.8%)의 순으로 기독교가 가장 많았다. 대상자 97명(79.5%)이 무직이라고 응답했고, 25명(20.5%)만이 직업을 가지고 있었다. 지각된 경제상태는 '넉넉하지는 않지만 어려움이 없다'가 85명(69.7%)으로 가장 많았고, 거주지역은 77명(63.1%)이 대도시에 거주하고 있었다. 도움을 요청할 만한 지지 자원이 있다고 응답한 자는 97명(79.5%)이었다.

질병과 관련해서는 진단 병기로 2기가 54명(44.3%)으로 가장 많았으며, 치료 형태에서는 61명(50.0%)이 '수술+항암+방사선' 치료를 받았다. 대상자의 진단 이후의 경과 기간은 평균 20.89(± 8.06)개월이었으며, 13-18개월이 40명(32.8%)으로 가장 많았다. 대상자 중에서 만성질환을 가진 대상자는 30명(24.6%)으로 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 갑상선질환, 관절염, 디스크 등의 질환을 갖고 있었다.

2. 디스트레스와 삶의 질 정도

대상자의 디스트레스를 'DT & PL'의 도구를 통해 0-10점까지 시각적 상사척도로 측정된 결과 평균 4.77 (± 2.35)점으로 나타났다 (Table 1). 전체 디스트레스 점수 중에서 절단점 4점 미만인 경증의

디스트레스를 보고한 응답자는 43명(35.3%)이었고, 4점 이상 즉 중증 이상의 디스트레스에 대한 응답자는 77명(63.1%)이었다. 디스트레스에서 10점을 보인 경우도 4명이었다.

35문항의 문제 목록을 통해 영역별 평균 응답자수를 확인한 결과, 중증 이상의 디스트레스군에서 정서적 영역이 46 (±12.33)명으로 가장 많은 수를 차지하였으며, 영적/종교적 고민이 9명으로 가장 적은 수를 차지하였다. 정서적 영역 다음으로는 사회적/가족 영역(33.50±2.12명), 신체적 영역(30.76±14.62명), 실질적 영역(28.60±7.77명)의 순으로 평균 응답자수에 대한 차이를 보였다. 문제 목록의 영역들을 세부적으로 살펴보면, 정서적 영역의 6문제 중에서 '걱정', '두려움', '슬픔', '우울', '신경질'의 5개 문제가 50.0% 이상의 응답률을 보였다(Table 2).

대상자의 삶의 질은 FACT-B를 통해 신체적(7문항), 기능적(7문항), 사회적/가족(7문항), 정서적(6문항), (유방암 특이적) 기타(10문항) 상태를 0-4점까지 5점 척도로 점수화하여 측정하였다. 전체 대상자의 삶의 질 점수는 41-133점 범위 중 총점 평균 88.22 (±18.41)점이었으며, 이를 10점 기준으로 환산한 결과 평균 6.13점이었다. 각 영역별 삶의 질 점수를 10점 기준으로 환산한 결과, 가장 낮은 점수를 보인 영역은 사회적/가족 상태 영역으로 5.26점이었으며, 가장 높은 점수를 보인 영역은 신체적 상태 영역으로 7.36점이었다(Table 3).

3. 디스트레스와 삶의 질과의 관계

대상자의 디스트레스 점수와 삶의 질 총점은 음의 상관관계($r = -0.38, p < .001$)를 보여 주었다. 즉 디스트레스 점수가 높을수록 삶의 질 점수가 낮았다(Table 4).

4. 대상자의 특성에 따른 디스트레스와 삶의 질의 차이

일반적 특성에 따른 디스트레스의 차이를 분석한 결과, 거주지역

을 제외하고는 일반적 특성에 따른 디스트레스 점수의 유의한 차이는 없었다(Table 5). 사후 검정 결과, 교외에 거주하는 응답자의 디스트레스 점수가 대도시와 중소도시에 거주하는 응답자보다 높았다 ($F = 3.40, p = .037$).

일반적 특성에 따른 삶의 질 점수에서는 교육 정도, 지각된 경제 상태, 지지자원에서 유의한 차이를 보였다(Table 5). 사후 검정 결과,

Table 2. Frequency of Problem List items in the participants with Moderate to Severe Distress (N=77)

Problem	Moderate to Severe (DT 4-10)	
	Mean ± SD	n (%)
Practical	28.60 ± 7.77	
Child care		40 (52.0)
Housing		29 (37.7)
Insurance/financial		31 (40.3)
Transportation		23 (29.9)
Work/school		20 (29.6)
Family	33.50 ± 2.12	
Dealing with children		35 (45.5)
Dealing with partner		32 (41.6)
Emotional	46.00 ± 12.33	
Depression		46 (59.7)
Fears		50 (64.9)
Nervousness		42 (54.6)
Sadness		48 (62.3)
Worry		64 (83.1)
Loss of interest in usual activities		26 (33.8)
Spiritual/religious concerns		9 (11.7)
Physical	30.76 ± 14.62	
Appearance		41 (53.3)
Bathing/dressing		40 (52.0)
Breathing		20 (26.0)
Changes in urination		22 (28.6)
Constipation		24 (31.2)
Diarrhea		9 (11.7)
Eating		24 (31.2)
Fatigue		59 (76.6)
Feeling swollen		36 (46.8)
Fever		23 (29.9)
Getting around		15 (19.5)
Indigestion		19 (24.7)
Memory/concentration		64 (83.1)
Mouth sores		23 (29.9)
Nausea		16 (20.8)
Nose dry/congested		24 (31.2)
Pain		48 (62.3)
Sexual		23 (29.9)
Skin dry/itchy		36 (46.8)
Sleep		34 (44.2)
Tingling in hands/feet		46 (59.7)
Total	32.60 ± 14.42	

Table 1. Frequency of Distress score (N=122)

Distress score*	Frequency (%)	Cumulative frequency (%)
	Mean ± SD 4.77 ± 2.35	
0	2 (1.6)	2 (1.6)
1	7 (5.7)	9 (7.4)
2	14 (11.5)	23 (18.9)
3	22 (18.0)	45 (36.9)
4	8 (6.6)	53 (43.4)
5	23 (18.9)	76 (62.3)
6	12 (9.8)	88 (72.1)
7	18 (14.8)	106 (86.9)
8	12 (9.8)	118 (96.7)
9	0 (0.0)	-
10	4 (3.3)	122 (100.0)

*1-3 score = 43/122 (35.3%); 4-10 score = 77/122 (63.1%).

‘고졸’과 ‘대졸 이상’ 응답자의 삶의 질 점수가 ‘중졸 이하’보다 높게 나타났다($F=6.84, p=.002$). 지각된 경제상태에서는 ‘생활이 넉넉하다’와 ‘생활이 넉넉하진 않아도 어려움이 없다’는 응답자가 ‘생활이 다소 어렵다’는 응답자에 비해 삶의 질 점수가 높게 나타났다($F=7.05, p=.001$). 그리고 ‘지지자원이 있다’고 한 응답자가 ‘지지자원이 없다’고 한 응답자보다 삶의 질 점수가 높았다($t=-4.83, p<.001$). 질병 관련 특성 중에서는 진단 병기에 따라 삶의 질 점수에 유의한 차이를 보였으나($F=2.60, p=.040$), 사후 검정 결과에서 진단병기 간의 유의한 차이는 나타나지 않았다.

논 의

본 연구는 유방암 생존자의 디스트레스와 삶의 질 정도를 파악하고, 디스트레스와 삶의 질의 상관관계를 파악하고자 시행되었다.

본 연구 결과 유방암 생존자의 디스트레스 평균 점수는 4.77점이었으며, 임상적으로 디스트레스가 있다고 판단되는 절단점 4점 이상의 응답자가 77명(63.1%)으로 나타났다. 이러한 결과는 Shim 등¹⁴⁾이 일개 병원 항암내과 암환자를 대상으로 한 결과(4.11점, 56.5%)보다 높게 나타났다. 이러한 이유는 치료중인 환자는 의료인과 가족들의 적극적인 지지를 받지만, 치료가 끝난 생존자들은 이러한 지지가 부족하기 때문이라고 보인다. 실례로 Lee⁶⁾의 연구에 의하면 치료가 끝난 후에 이들은 심리적으로 불안정하고, 특히 재발에 대

한 우려 때문에 여전히 디스트레스가 높은 것으로 보인다. 반면, 외국의 경우에는 치료중인 환자를 대상으로 한 결과에서 방사선치료를 받는 전제 암환자는 2.2점,²⁴⁾ 뇌종양 환자는 2.15점²⁵⁾으로 낮은 디스트레스 점수를 나타냈다. 이러한 결과는 국외 암환자들에 비해 유방암 생존자의 디스트레스 정도가 매우 높은 편이며, 의미있는 디스트레스를 보인 비율도 높다는 사실을 보여준다.

본 연구 결과, 중증 이상(4점 이상)을 보인 77명의 대상자들이 지닌 디스트레스군의 문제 영역은 정서적 영역이 가장 크고 다음으로 사회적/가족 영역, 신체적 영역, 실질적 영역, 영적/종교적 고민의 순으로 나타났다. 이는 치료 이후에 정서적 영역과 사회적/가족적 영역의 문제가 크다는 것을 보여 준다. 이러한 결과는 치료 중인 암환자를 대상으로 한 Shim 등¹⁴⁾의 연구결과에서 신체적 영역, 정서적 영역, 실질적 영역, 사회적/가족 영역, 영적/종교적 고민의 순으로 높은 빈도를 차지한 것과는 차이를 보인다. 이러한 이유는 항암치료 중 발생하는 부작용의 영향 등으로 치료중에는 신체적 문제가 대상자에게 가장 큰 문제로 나타났다고 보인다. 반면, 치료중 신체적 영역의 순위를 제외하고는 공통적으로 정서적 영역의 문제가 크다는 것을 확인할 수 있었다. 따라서, 유방암 생존자의 정서적 영역에 대한 적극적인 관심과 지지가 이루어져야 할 것이다.

본 연구에서 교외에 거주하는 대상자의 디스트레스 점수가 대도시나 중소도시에 거주하는 대상자보다 높았다. 이는 대도시로의 3차 병원 및 암 전문의료기관의 밀집과 의료서비스의 수도권 집중화로 인한 지역적 의료서비스 소외 현상이 디스트레스 점수에 반영된 것이라고 고려된다. 따라서 시골 등 의료기관 접근성이 비교적 적은 지역에 거주하는 유방암 환자들을 위한 특별한 중재가 필요하다고 본다.

본 연구 결과, 대상자의 삶의 질 점수는 41-133점 범위 중 총점 평균 88.22 (± 18.41)점이었다. 이러한 수치는 치료중인 유방암 환자를 포함한 국내 선행연구¹⁷⁾에서 나타난 삶의 질 평균 점수 89.89 (± 17.31)와 비교할 때, 치료 이후에도 점수의 큰 차이가 없음을 보여준다. 그리고, 삶의 질에서 가장 낮은 점수를 보인 영역은 사회적/가족 상

Table 3. Score of Quality of Life (N=122)

	No. of items	Mean \pm SD	Conversion (10)
FACT-B (= PWB+SWB+EWB+FWB+BCS)	37	88.22 \pm 18.41	6.13
Physical well-being (PWB)	7	20.61 \pm 5.55	7.36
Social/family well-being (SWB)	7	14.74 \pm 6.34	5.26
Emotional well-being (EWB)	6	16.41 \pm 4.09	6.84
Functional well-being (FWB)	7	15.98 \pm 5.67	5.71
Additional concerns (BCS)*	10	20.47 \pm 5.40	5.69

FACT=Functional assessment cancer therapy; BCS=Breast cancer subscale.

Table 4. Correlation between Distress score and Quality of life score (N=122)

	Distress score	FACT-B total score	PWB score	SWB score	EWB score	FWB score	BCS score
	r (p)						
Distress score	1.00						
FACT-B total score	-.38* (<.001)	1.00					
PWB score	-.32* (<.001)	.65* (<.001)	1.00				
SWB score	-.05 (.563)	.65* (<.001)	.08 (.352)	1.00			
EWB score	-.43* (<.001)	.70* (<.001)	.42* (<.001)	.33* (<.001)	1.00		
FWB score	-.18* (.047)	.72* (<.001)	.25* (.005)	.54* (<.0001)	.30* (.001)	1.00	
BCS score	-.38* (<.001)	.69* (<.001)	.50* (<.001)	.13 (.164)	.50* (<.001)	.30* (<.001)	1.00

* $p<.05$.

Table 5. Distress and Quality of Life score according to Socio-demographic & Illness Related Characteristics of the Participants (N=122)

Characteristics	n (%)	Distress			Quality of life			
		Mean ± SD	t or F	p	Mean ± SD	t or F	p	
Age (yr)	30-39	7 (5.7)	4.14 ± 1.46	0.26	.853	95.74 ± 28.50	0.80	.494
	40-49	48 (39.3)	4.69 ± 2.34			88.83 ± 17.80		
	50-59	48 (39.3)	4.85 ± 2.53			85.65 ± 18.40		
	60 ≤	19 (15.6)	5.00 ± 2.29			90.39 ± 15.81		
Education	≤ Middle school ^a	19 (15.6)	5.16 ± 1.57	0.36	.702	75.78 ± 12.01	6.84*	.002
	High school ^b	71 (58.2)	4.65 ± 2.54			88.70 ± 18.97	a<b,c	
	College ≤ ^c	32 (26.2)	4.81 ± 2.35			94.52 ± 17.03		
Religion	Protestant	45 (36.9)	4.82 ± 2.30	0.02	.996	86.34 ± 18.61	0.67	.570
	Buddhist	29 (23.8)	4.72 ± 2.53			91.49 ± 20.03		
	Catholic	23 (18.9)	4.70 ± 2.70			90.22 ± 19.90		
	None	25 (20.5)	4.80 ± 2.00			85.95 ± 14.61		
Marital status	Married	107 (87.7)	4.71 ± 2.36	0.52	.593	89.06 ± 17.14	1.79	.171
	Single	5 (4.1)	5.80 ± 1.92			73.40 ± 23.59		
	Others	10 (8.2)	4.90 ± 2.56			86.60 ± 26.70		
Occupation	Yes	25 (20.5)	4.72 ± 2.37	-0.12	.906	95.31 ± 20.16	2.02	.051
	No	97 (79.5)	4.78 ± 2.36			86.39 ± 17.58		
Economical status	High ^a	18 (14.8)	5.17 ± 2.38	0.42	.657	89.32 ± 15.93	7.05*	.001
	Moderate ^b	85 (69.7)	4.65 ± 2.43			91.07 ± 17.48	a,b>c	
	Low ^c	19 (15.6)	4.95 ± 1.99			74.39 ± 19.27		
Residential area	Large city ^a	77 (63.1)	4.65 ± 2.44	3.40*	.037	88.63 ± 18.49	1.79	.172
	Small town ^b	39 (32.0)	4.64 ± 2.10	a,b<c		89.50 ± 18.59		
	Country ^c	6 (4.9)	7.17 ± 1.72			74.56 ± 11.70		
Support resources	Yes	97 (79.5)	4.58 ± 2.41	1.80	.074	91.97 ± 17.82	-4.83*	<.001
	No	25 (20.5)	5.52 ± 1.96			73.66 ± 12.65		
Staging	Stage 0	9 (7.4)	5.11 ± 1.90	1.86	.123	80.48 ± 17.53	2.60*	.040
	Stage 1	35 (28.7)	4.97 ± 2.77			88.78 ± 17.68		
	Stage 2	54 (44.3)	4.33 ± 2.15			91.29 ± 18.54		
	Stage 3	23 (18.9)	5.52 ± 2.06			81.62 ± 16.98		
	Unknown	1 (0.8)	1.00			124.00		
Treatment	Single treatment ^f	8 (6.6)	3.38 ± 2.45	1.04	.378	82.79 ± 19.29	0.76	.521
	Op+Chemo	40 (32.8)	4.85 ± 2.34			91.07 ± 17.70		
	Op+Chemo+RT	61 (50.0)	4.92 ± 2.41			86.62 ± 18.55		
	Others	13 (10.7)	4.69 ± 2.02			90.28 ± 19.90		
Post diagnosis period	6-12 months	14 (11.5)	4.43 ± 1.79	0.14	.936	87.96 ± 21.17	0.19	.906
	13-18 months	40 (32.8)	4.73 ± 2.64			86.93 ± 16.92		
	19-24 months	32 (26.2)	4.88 ± 2.49			87.88 ± 19.31		
	25 months ≤	36 (29.5)	4.86 ± 2.15			90.06 ± 18.72		
Chronic diseases	Yes	30 (24.6)	5.33 ± 2.54	-1.52	.132	85.38 ± 20.55	0.97	.333
	No	92 (75.4)	4.59 ± 2.27			89.14 ± 17.68		

* $p < .05$, ^{a,b,c}Scheffe's grouping; ^fSingle treatment; Operation or Chemotherapy or Radiation-therapy.
Op+Chemo=Operation+Chemotherapy; Op+Chemo+RT=Operation+Chemotherapy+Radiation-therapy.

태 영역이고 가장 높은 점수를 보인 영역은 신체적 상태 영역이었다. 이러한 결과는 다른 국내 연구들^{17,23)}과 매우 유사하다. 이는 사회·문화적으로 가족의 여성 역할에 대한 기대와 유방암에 대한 이중적 잣대 및 편견으로 발생하는 사회적 고립감¹⁶⁾ 등으로 삶의 질 저하를 초래한 것이라고 판단된다.

본 연구에서 대상자의 삶의 질은 경제적인 어려움이 있다고 인식

한 경우가 그렇지 않은 경우보다 낮은 점수를 보였다. 따라서 삶의 질 향상을 위한 프로그램을 개발할 때에는 이들의 경제 상태를 미리 고려하는 것이 필요함을 보여 준다. 지지자원 유무도 차이를 보이고 있는데, 이는 가족구성원의 지지 여부에 따라서 삶의 질에 차이가 발생한다는 결과와 일치한다.²⁶⁾ 따라서 대상자의 삶의 질을 높이고 생존을 증가시키기 위하여 가족과 사회의 관심과 지지는 매

우 필요하다고 할 수 있겠다. 또한 프로그램에서도 가족의 지지를 얻어낼 수 있도록 가족을 포함한 삶의 질 증진 방안을 마련하는 것이 필요하다.

디스트레스와 삶의 질에 대한 이러한 결과를 토대로, 유방암 생존자들의 디스트레스 감소 및 삶의 질 향상을 위해서는 특히 디스트레스 문제로 높은 비중을 차지하는 두려움, 불안과 우울, 슬픔 등 정서적 영역에 초점을 두는 것이 필요하며, 가족을 포함하는 중재 개발이 필요하다고 본다. 이와 더불어 디스트레스 문제의 전체영역 별 비중은 높지 않았지만, 세부 항목별로 보았을 때 높은 순위를 차지하는 기억력 저하, 피로, 통증, 손발 저림 등의 신체 증상은 암생존자들에게 장기적으로 관리가 필요한 신체적 문제들이라고 보며, 이들의 사후 관리 중재가 요구된다.

본 연구 결과 대상자의 질병 관련 특성이 디스트레스 및 삶의 질 점수 모두 유의한 차이를 나타내지 않았다. 이러한 결과는 치료 종료 후 유방암 생존자의 디스트레스를 낮추고 삶의 질을 개선시키기 위한 중재를 위해서는 질병 중심의 사정보다는 대상자 개개인의 일반적인 특성을 보다 심도 있게 고려하는 것이 필요함을 시사한다.

DT & PL은 단편적인 시각적 상사척도로서 즉각적으로 디스트레스 점수와 문제 영역의 유무를 직접 파악할 수 있는 효과적인 디스트레스 사정 도구이다. 반면, FACT-B는 삶의 질을 측정하는 도구로서 다양한 영역의 삶의 질을 파악할 수 있다. 따라서, DT & PL을 통해 디스트레스 정도와 문제 리스트를 파악하고, 디스트레스에 영향을 주는 문제들이 삶의 질과 어떠한 관계에 있는지를 파악하는 것은 매우 중요하다.

본 연구에서 디스트레스와 삶의 질 관계를 분석한 결과 음의 상관관계($r = -.38, p < .001$)를 보여 주었다. 이러한 결과는 DT라는 사정 도구를 이용하여 디스트레스를 간편하게 사정할 수 있으며, 디스트레스를 감소시킴으로써 삶의 질을 높일 수 있음을 보여준다. 따라서, 임상에서 DT를 적극 활용하고 이에 따른 중재를 제공하는 것이 필요하다.

본 연구는 대상자를 일부 지역에 국한하였고 편의표출하였기 때문에 연구 결과를 전체 유방암 생존자에게 일반화시키기에는 제한적이다. 따라서 추후 연구에서는 연구 대상자를 전국적으로 확대하여 유방암 생존자의 디스트레스와 삶의 질을 파악하는 반복적인 연구가 필요하다고 본다. 또한 본 연구에서와 같은 횡단적 연구의 단점을 보완하기 위하여 장기간의 종단적 연구를 통하여 유방암 생존자의 시간 경과에 따른 디스트레스와 삶의 질 변화와 관련 요인을 조사하는 연구도 필요하다고 본다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구가 시사해주는 바는, 한국 유방암 생존자들의 디스트레스는 선진국의 암환자들에 비해 높으며, 디스트레스 정도가 높을수록 삶의 질도 저하된다는 점이다. 그

중에서도 디스트레스에서는 불안과 두려움을 포함하는 정서적 영역이 가장 흔한 문제로 드러났으며, 삶의 질에서는 사회적/가족 상태 영역이 가장 낮다는 결론을 바탕으로, 디스트레스에 대한 의료진의 적극적인 사정과 적절한 중재가 지속적으로 이루어져야 한다는 것이다. 이를 위해서는 각 병원의 중앙전문간호사들을 비롯한 의료진들의 적극적인 역할이 중요하다고 사료된다. 더 나아가 가족 및 사회적 차원에서 암생존자에 대한 보다 적극적인 관심과 지원 체계를 마련해야 할 것이라고 본다.

결론

암 생존자들이 늘어남에도 불구하고 이들의 사회심리적 문제와 삶의 질에 대한 관심은 매우 미비하다. 본 연구는 유방암 생존자의 디스트레스와 삶의 질 정도를 파악하고, 이 둘 간의 상관 관계를 파악하기 위해 시도되었다. 본 연구 결과, 치료 이후에도 유방암 생존자의 대부분이 중증 이상의 디스트레스를 경험하는 것으로 나타났다. 디스트레스 중에서도 정서적 영역의 디스트레스를 가장 많이 호소하였으며, 그 다음으로 높게 보고된 사회적/가족 영역의 디스트레스 또한 삶의 질 측정에서 가장 낮게 나타났다.

따라서, 의료기관의 중앙전문간호사들을 비롯한 여러 의료진들은 대상자들의 신체적 문제 사정 뿐만 아니라, 심리사회적 문제 사정과 중재에 노력을 기울여야 할 것이다. 그리고 디스트레스 감소 및 삶의 질 향상을 위해서는 거주 지역과 함께 교육, 직업, 지각된 경제상태, 지지자원 등에 대한 고려를 하는 것이 필요하다.

본 연구 결과는 유방암 생존자들의 디스트레스 감소 및 삶의 질 향상을 위한 간호 사정 및 상담과 중재에 필요한 자료로 이용될 수 있을 것이며, 나아가서는 유방암 생존자들에 대한 의료진과 사회의 관심을 증대시키는데 활용될 수 있는 기본 자료가 될 것이다.

참고문헌

1. National Cancer Center. Cancer facts & figures 2011 in the Republic of Korea. http://www.cancer.go.kr/ncic/cics_g/cics_g02/cics_g027/1646908_6065.html. Accessed October 30, 2012.
2. Yi M, Son HM. Experiences of sexual life of Korean women with breast cancer: Descriptions from focus groups and interviews. *J Korean Acad Fundam Nurs*. 2010;17:187-99.
3. Yi M, Kim JH, Park EY, Kim JN, Yu ES. Focus group study on psychosocial distress of cancer patients. *J Korean Acad Adult Nurs*. 2010;22:19-30.
4. Chae YR. Relationships of perceived health status, depression and quality of life of breast cancer survivors. *J Korean Acad Adult Nurs*. 2005;17:119-27.
5. Carlson LE, Angen M, Cullum J, Goodey E, Koopmans J, Lamont L, et

- al. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer*. 2004;90:2297-304.
6. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res*. 2008;64:383-91.
 7. Kim SH, Jun EY, Lee WH. The factors influencing depression in patients with breast cancer. *J Korean Oncol Nurs*. 2006;6:133-42.
 8. Tae YK, Kim MY. Correlation between depression and spiritual health in women with cancer. *J Korean Oncol Nurs*. 2007;7:169-78.
 9. Hamer M, Chida Y, Molloy GJ. Psychological distress and cancer mortality. *J Psychosom Res*. 2009;66:255-8.
 10. Ahn E, Shin DW, Cho S, Park S, Won Y, Yun YH. Suicide rate and risk factors among Korean cancer patients, 1993-2005. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2010;19:2097-105.
 11. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer*. 2001;84:1011-5.
 12. Holland JC. IPOS Sutherland Memorial Lecture: an international perspective on the development of psychosocial oncology: overcoming cultural and attitudinal barriers to improve psychosocial care. *Psychooncology*. 2004;13:445-59.
 13. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology; Distress management. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf. Accessed October 16, 2008.
 14. Shim EJ, Shin YW, Jeon HJ, Hahm BJ. Distress and its correlates in Korean cancer patients: Pilot use of the distress thermometer and the problem list. *Psychooncology*. 2008;17:548-55.
 15. Thewes B, Butow P, Girgis A, Pendlebury S. The psychosocial needs of breast cancer survivors; A qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psychooncology*. 2004;13:177-89.
 16. Lee YS. Psychosocial experience in post-mastectomy women. *Korean J Social Welfare*. 2007;59:99-124.
 17. Suh YO. Predictors of quality of life in women with breast cancer. *J Korean Acad Nurs*. 2007;37:459-66.
 18. Lee MK. A study on the characteristics of cancer patients with radiotherapy and social support, psychosocial status. *J Radiol Science Technol*. 2004;27:59-69.
 19. Yi MS, Lee EO, Park YS, Choe KJ, Noh DY. A descriptive study on educational and counseling needs of breast cancer patients based on the treatment stages. *J Korean Oncol Nurs*. 2003;3:5-14.
 20. National Cancer Information Center. Cancer incidence . http://www.cancer.go.kr/cms/statics/stat/1215669_1611.html. Accessed October 16, 2008.
 21. National Cancer Information Center. Cancer survival rate, 1993-2005. http://www.cancer.go.kr/cms/statics/survival_rate/index.html. Accessed October 16, 2008.
 22. Bartlett JE, Kotrlík JW, Higgins CC. Organizational research: determining appropriate sample size in survey research. *Informa Technol Learn Performa J*. 2001;19:43-50.
 23. Yoo HJ, Ahn SH, Eremenco S, Kim H, Kim WK, Kim SB, et al. Korean translation and validation of the functional assessment of cancer therapy-breast(FACT-B) scale version 4. *Qual Life Res*. 2005;14:1627-32.
 24. Fulcher CD, Gosselin-Acomb TK. Distress assessment: practice change through guideline implementation. *Clin J Oncol Nurs*. 2007;11:817-21.
 25. Kvale EA, Murthy R, Taylor R, Lee JY, Nabors LB. Distress and quality of life in primary high-grade brain tumor patients. *Support Care Cancer*. 2009;17:793-9.
 26. Ferrell BR, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of life in breast cancer. Part I: Physical and social well-being. *Cancer Nurs*. 1997; 20:398-408.