

추후 관리 암환자의 건강관련 삶의 질과 가족부담감

성일순¹ · 김지연² · 노기옥¹ · 안기덕¹ · 류은정³ · 권인각⁴

삼성서울병원 간호파트장¹, 서울아산병원 중앙전문간호사², 건국대학교 간호학과 교수³,
성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 임상간호학교실 부교수⁴

Quality of Life and Family Burden in Cancer Patients

Sung, Il Soon¹ · Kim, Ji Youn² · Noh, Gie Ok¹ · Ahn, Ki Duck¹ · Ryu, Eun Jung³ · Kwon, In Gak⁴

¹Nurse, Samsung Medical Center, ²Nurse, Seoul Asan Hospital, ³Associate Professor, Department of Nursing, Konkuk University,
⁴Associate Professor, Graduate School of Clinical Nursing Science, Sungkyunkwan University

Purpose: The purpose of this study were to investigate the self-reported quality of life and family burden and to examine the factors associated with the quality of life in patients with cancer. **Methods:** 216 patients participated in the cross-sectional study. The European Group of Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) and the Family Burden Scale were sent by mail to 2,000 cancer patients. Two hundred and sixteen patients answered the questionnaire. The stepwise multiple regression was conducted to analyze predictors of overall quality of life. **Results:** All subscales of EORTC QLQ-C30 were significantly correlated with family burden. The regression analysis of patients with cancer revealed some variables as significant predictors; performance, perceived severity, family burden, time since diagnosis, and sex. **Conclusion:** The results offer a number of recommendations for future research and nursing practice focused on primary care for patients with cancer and their family for improving quality of life.

Key Words : Quality of life, Family burden, Cancer patients

I. 서 론

1. 연구의 필요성

2002년 이후부터 우리나라에서 암은 전체 사망원인 중 1위를 차지하고 있으며, 매년 인구 10만 명당 암으로 인한 사망자가 134.5명으로 1983년 이후 계속 증가 추세에 있다(Korea National Statistical Office, 2006). 또한 2002년에 암 진단을 받은 등록건수가 2001년에

비해 9.8% 증가되었다는 보고를 보아도 암이 사회적, 국가적 건강 문제임은 분명하다(Minister of Health and Welfare, 2003). 이에 정부는 암 퇴치를 위해 다각적 노력을 기울여 암환자의 치료효율 상승과 더불어 의학기술의 발달로 암의 조기진단도 향상되고 있다. 따라서 이제는 암을 만성질환의 하나로 생각하여 장기적이고 양질의 간호를 제공하는데 의료인들의 초점이 집중되고 있다.

그러나 의료진들의 이러한 생각에도 불구하고 암 진

Corresponding address: Kwon, In Gak, Graduate School of Clinical Nursing Science, Sungkyunkwan University, 50 Ilwon-dong, Gangnam-gu, Seoul 135-710, Korea. Tel: 82-2-3410-2904, Fax: 82-2-3410-2920, E-mail: ingak.kwon@samsung.com

투고일 2007년 2월 27일 심사회의일 2007년 2월 27일 심사완료일 2007년 7월 12일

단을 받는 대상자들은 암의 치료와 증상으로 인해 일상적인 삶에 많은 지장을 받고 있으며 이로 인해 신체적인 불편뿐만 아니라 삶의 질의 저하를 경험하기도 한다(Kang & Yun, 2004). 또한 이미 치료가 끝난 추후 관리 암환자라도 재발 가능성에 대한 두려움과 외모의 변화, 미래의 불확실성 등으로 정상적인 사회생활 재개에 어려움을 겪고 삶의 질이 더욱 저하되고 있다(Ferrell, Dow, Leigh, & Gulasekaram, 1995).

근래에는 의학계에도 항암치료효과의 주요 평가지수로 환자의 삶의 질 향상 여부가 새롭게 추가되어 활발한 연구들이 진행되고 있다(Kim et al., 2002). 간호학도 최근 각종 질환 환자에 대한 삶의 질 연구들이 발표되고 있는데, 이는 간호가 질병의 치유가 아닌 대상자를 ‘삶의 질’을 추구하는 총체적 한 인간으로 초점을 맞추기 때문에 더욱 중요하다고 할 수 있다. 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요소 중 가족관계는 가장 중요한 사회적 관계이며 가족의 지지는 환자가 질병에 대처하는데 도움을 주므로 환자의 삶의 질을 높여 주는데 기여할 수 있다(Jo & Kim, 1997).

암환자는 질환의 급성기 혹은 적극적인 치료기간에 수술, 항암화학요법 혹은 방사선요법을 동반하는 입원 치료를 받게 되며, 이 시기를 제외하고는 가정에서 환자 자신의 자가 간호를 통한 암 질환 극복과정을 경험하게 된다. 더욱이 암과 같이 건강에 심각한 위협을 하는 질환은 환자와 가족 모두에게 지속적인 긴장을 초래하고 심지어 환자는 물론 가족의 전환을 요구하는 사건이 되기도 한다(Kim, 2003).

가족이 환자를 간호하면서 경험하는 어려움으로는 우울, 만성피로(Jensen & Given, 1991), 스트레스, 긴장감 및 부담감(Schwarz & Roberts, 2000) 등이 있는데, 이중 부담감은 가족이 환자의 상태와 관련되어 경험하게 되는 어려움과 도전 모두를 의미하는 하는 것으로(Sales, 2003), 가족의 삶의 질을 감소시킬 수 있다. 그러므로 환자를 돌보는 가족이 경험하게 되는 부담감을 완화시키지 못하면 결국 가족의 건강에 부정적인 결과를 초래하여(Foxall & Gaston-Johansson, 1996) 이로 인해 환자를 돌보는 행위가 충실해지지 못하게 되는 것이다.

암은 평생으로 이어지는 장기적인 치료과정을 예상해야만 하는 질환으로 환자와 가족을 위한 충분한 의료지원 서비스와 간병인 제도 및 적절한 요양시설 등의 사회자원이 필요하지만 우리나라 현존의 건강보험 체계 하에서는 제대로 보장되지 못하고 있다. 이런 모든 상황을 비추어 볼 때 치료 및 간병과정에서 야기되는 가족들의 신체적, 정신적, 정서적, 사회적, 경제적인 부담이 클 것임을 예측할 수 있으며, 이러한 부담감의 경중을 인식하는 것은 환자와 가족에 대한 간호제공의 근본이 되어야 할 것이다.

결국 간호의 궁극적 목적은 환자와 가족의 건강문제를 해결하여 하나의 통합된 단위로써 건강한 삶을 공동으로 영위하도록 돕는 데 있다. 그러므로 환자 간호에 초점을 두면서도 그들에게 직접적 영향을 주는 가족의 당면한 문제에 관심을 가지고 이들을 돕고 안녕을 증진시켜야 하며, 나아가 환자를 돌보는 활동이 원만해 질 수 있도록 통합된 간호전략 개발에 힘써야 한다(Suh & Oh, 1993).

최근 신약개발로 인해 암을 치료가 아닌 만성질환처럼 관리하는 시기가 올 것이라는 전망에 따라(Schöoffski, 2006), 장기간 암 관리에 필수적인 가족의 지지를 위해 암환자와 가족을 통합체로 보고 암환자의 질병과정 전반에서 가족이 느끼는 부담감에 대한 연구가 진행될 필요성이 있다. 실제로 치료시기의 암환자의 삶의 질 연구(Ryu, Lee, & Choi, 2007; Yun, 2004; Yun et al., 2003)에 비해, 적응기의 추후관리 암환자의 삶의 질과 가족의 부담감에 관한 선행연구는 드문 편이다. 따라서 본 연구는 치료가 일차적으로 끝난 추후 관리 암환자를 대상으로 삶의 질과 암환자를 돌보는 가족의 부담감 정도를 확인한 후 암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 알아보고자 한다.

2. 연구목적

본 연구에서는 암환자의 삶의 질 정도와 가족의 부담감 정도를 확인하고 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하여 암환자 간호중재개발에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 암환자의 삶의 질과 암환자를 돌보는 가족부담감을 확인한다.
- 2) 암환자의 일반적 특성과 임상관련 특성에 따른 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 3) 암환자의 삶의 질과 가족부담감과의 관계를 확인한다.
- 4) 암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 추후관리를 받고 있는 암환자의 삶의 질과 가족의 부담감을 파악하고 암환자의 삶의 질과 가족부담감의 관계와 삶의 질의 영향요인을 확인하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

연구대상은 서울 소재 S 종합병원에서 18세 이상이며 조직학적 악성종양을 진단받고 치료를 마친 후, 추후 관리를 받고 있는 암환자 중 2003년 8월부터 2004년 8월까지 병원을 내원한 적이 있는 환자와 환자를 주로 간호하는 가족으로 하였다.

연구기준에 적합한 대상자를 선정하여 병원에서 주최하는 “암환자의 날” 행사에 참여를 권하는 안내문을 동봉하여 설문지를 우편으로 2,000부 발송하였으며, 수거된 335부 중에서 미완성 설문지 119부를 제외한 216부를 분석하였다. 각 설문지에는 본 연구의 목적을 서술하였으며 연구의도를 이해하고 연구참여에 서면 동의한 경우에만 분석에 활용하였다. 본 연구는 S병원의 간호부 소속 연구담당부서의 승인을 받아 진행하였으며, 대상자의 임상적 특성 중 진단명과 활동 정도는 의무기록지를 통해 연구자가 추가 입력하였다. 본 연구의 표본크기는 독립변수 수 7개, 중간 효과 크기(R), 유의수준 $\alpha=0.05$ (양측검정), 검정력($1-\beta$)=0.80로 회귀분석에 필요한 표집크기 102명을 충족한다(Cohen, 1992).

3. 연구도구

1) 삶의 질

삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적, 영적 영역에서 개인이 지각하는 주관적인 안녕상태(Ferrell et al., 1995)로, 본 연구에서 삶의 질은 European Organization for Research and Treatment of Cancer(EORTC) Quality of Life Group으로부터 사용승인을 받은 EROTC QLQ-Core 30 Korean Version 3.0으로 측정하였다. 이 도구는 전반적 삶의 질을 측정하는 2문항, 5개 영역을 측정하는 기능척도(신체적, 역할, 인지적, 정서적, 및 사회적 기능) 15문항과 3개 영역을 측정하는 증상척도(피로, 통증 및 오심/구토) 7문항, 및 추가적으로 암환자들에 흔히 보고되는 증상인 호흡곤란, 식욕상실, 수면장애, 변비, 설사 및 경제적 어려움이 각 1문항씩 구성되어 있다(Fayers et al., 2001). 7점 척도인 전반적 삶의 질을 제외한 항목들은 모두 4점 Likert 척도로 구성되어 있으며 개발자들이 제시한 공식에 의하여 100점 만점으로 점수화하였다(Fayers, et. al., 2001). 전반적인 삶의 질과 기능척도 점수는 높을수록, 그리고 증상척도 점수는 낮을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 그리고 전반적 삶의 질은 종합적인 삶의 질 측정으로 적용될 수 있다(Fayers et al., 2001). 암환자를 대상으로 한 Yun 등(2004)의 연구에서 신뢰계수 Cronbach's α 가 인지기능 영역을 제외한 영역들에서 .70보다 높았으며, 본 연구의 신뢰계수 Cronbach's α 는 전반적 삶의 질이 .86, 기능척도가 .89, 증상척도는 .85였다.

2) 가족부담감

가족부담감은 전형적으로 가족구성원의 질병 때문에 가족이 경험하는 어려움과 도전 모두를 의미한다(Sales, 2003). 본 연구에서는 주 간호자의 가족부담감을 측정하기 위하여 Suh와 Oh(1993)가 만성질환자를 대상으로 개발한 도구를 사용하였다. 본 도구는 총 25개 문항으로 구성되어 있으며 Likert 5점 척도로 점수가 높을수록 부담감 정도가 높음을 의미한다. 개발당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α 값은 .87이었고 본 연구에서는 .90이었다.

4. 자료분석 방법

모든 통계분석은 유의수준 5%에서 양측검정을 시행하였으며 통계분석은 SPSS 12.0 windows를 사용하였다. 일반적 특성과 임상관련 특성은 빈도와 백분율로 산출하였고, 암환자의 삶의 질과 가족부담감은 평균과 표준편차를 구하였다. 대상자의 일반적·임상적 특성별 전반적 삶의 질은 t-test와 분산분석(ANOVA)으로 검정하였고 대상자의 삶의 질과 가족부담감의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다. 전반적 삶의 질의 예측변수 확인은 다중회귀분석을 시행하였으며 각 변수들이 영향을 미치는 정도를 구체적으로 살펴보기 위하여 단계별 회귀분석을 시행하였다. 회귀분석에 앞서 독립변수들 간의 다중공선성을 살펴보고 다중공선성을 보이는 변수는 제외시켰다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적·임상적 특성

연구대상자의 일반적·임상적 특성은 Table 1과 같다. 대상자의 평균연령은 58.32세(SD=11.46)이며, 주간호자의 평균연령은 55.55세(SD=11.93)였다. 남자가 60.6%, 기혼이 94.0%, 종교가 있는 경우가 72.7%로 많았다. 교육정도는 고졸이 37.5%로 가장 많았으며, 현재 직업이 있다고 응답한 대상자가 37.5%이나 암 진단으로 인해 직장을 그만둔 경우도 37%로 많은 편이었다. 암환자의 주간호자는 85.2%가 배우자인 것으로 조사되었다.

대상자의 임상관련 특성으로 진단은 위암이 83명(38.4%)로 가장 많았으며, 치료와 관련하여 응답자의 91.7%가 수술을 받은 경험이 있다고 하였으며, 화학요법은 110명(50.9%), 방사선치료는 75명(34.7%)의 환자가 시행받은 경험이 있다고 답하였다. 대상자의 일상생활의 활동정도는 122명(56.5%)의 환자가 정상적인 활동이 가능하였고, 진단 후 추적기간은 평균 29.76개월(SD=20.7)이었다. 암환자 스스로가 지각하는 질병의 중증도는 206명(95.4%)에서 보통 혹은 심각하지 않다

고 답하였으며 암 진단 후 총 의료비는 평균 1,701만원(SD=1,549)을 지불한 것으로 나타났다.

2. 암환자의 삶의 질과 가족부담감 정도

암환자의 삶의 질은 3가지 항목(전반적 삶의 질, 기능척도, 증상척도)으로 분류하여 측정하는데, 전반적 건강과 삶의 질 항목의 평균으로 구한 전반적 삶의 질이 평균 72.07점(SD=21.24)이었고, 기능척도 중 인지기능이 평균 80.79점(SD=18.04)점, 신체기능이 평균 80.59점(SD=14.94)으로 높은 편이었고, 사회기능이 평균 76.16점(SD=23.71)으로 가장 낮게 나타났다. 증상척도는 점수가 낮을수록 삶의 질이 좋은 것을 의미하는데, 그 중 피로가 평균 33.08점(SD=18.97)으로 가장 높고, 오심/구토항목, 통증, 및 식욕부진은 각각 평균 9.26점(SD=16.36), 13.73점(SD=19.59), 13.58점(SD=22.05)점으로 낮았다. 그리고 가족의 부담감 정도는 평균 56.76점(SD=13.91)이었다(Table 2).

3. 대상자의 일반적·임상적 특성별 전반적 삶의 질

대상자의 일반적·임상적 특성에 따른 전반적 삶의 질의 차이는 Table 3과 같다. 일반적 특성에서 성별(t=2.041, p=.042)과 결혼상태(F=3.408, p=.035)가 전반적 삶의 질에 유의한 차이를 보였으며, 사후검정에서 결혼군이 미혼군보다 유의하게 삶의 질 점수가 높았다. 임상적 특성에서 활동정도(F=14.218, p=.000)와 지각된 중증도(F=21.138, p=.000)가 전반적 삶의 질에 유의한 차이를 보였다. 사후검정에서 활동정도는 정상인군(ECOG PS=0)이 거의 완전한 활동이 가능한 군(ECOG PS=1)과 낮 동안 50% 이하의 시간을 누워서 지내는 군(ECOG PS=2)보다 유의하게 삶의 질 점수가 높았으며, 지각된 중증도는 세 군이 모두 유의하게 차이가 있었다.

4. 암환자의 삶의 질과 가족부담감 간의 관계

암환자의 삶의 질과 가족부담감 간의 상관관계는

Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of subjects (n=216)

Variables	Categories	n(%)	Mean±SD
Age(years)			58.32±11.46
Age of caregivers(years)			55.55±11.93
Sex	Male Female	131(60.6) 85(39.4)	
Marital status	Married Widowed/divorced Not married	203(94.0) 8(3.7) 5(2.3)	
Religion	Yes No	157(72.7) 59(27.3)	
Education level	Primary school (6 years) Junior high school Senior high school Above college	29(13.4) 30(13.9) 81(37.5) 75(34.7)	
Employment	Yes Resigned Never ever	81(37.5) 80(37.0) 55(25.5)	
Care givers	Spouse Children Parents Others	184(85.2) 20 (9.2) 9(4.2) 3(1.4)	
Cancer site	Stomach Colon/rectum Liver Breast Lung Gynecological	83(38.4) 44(20.4) 24(11.1) 33(15.3) 20(9.3) 12(5.6)	
Surgery	Yes No	198(91.7) 18(8.3)	
Chemotherapy	Yes No	110(50.9) 106(49.1)	
Radiation therapy	Yes No	75(34.7) 141(65.3)	
Others	Yes No	12(5.6) 204(94.4)	
ECOG performance status ^a	0=fully active 1=restricted but ambulatory 2=ambulatory, capable of self care 3=capable of only limited self care 4=completely disabled	122(56.5) 82(38.0) 7(3.2) 2(.9) 3(1.4)	
Time since diagnosis(month)	≤12 13-36 37-60 ≥61	27(12.5) 132(61.1) 35(16.2) 20(10.2)	29.76±20.7
Perceived severity	Very much Moderate None or a little	10(4.6) 122(56.5) 84(38.9)	
Medical expenses(10,000 won)			1,701±1,549

^a ECOG PS: eastern cooperative oncology group performance status. a lower ECOG PS score represents a better performance status.

Table 2. Quality of life scores of cancer patients and family burden (n=216)

Variables	Categories	Mean±SD	Min	Max
Quality of life ^a				
Global quality of life		72.07±21.24	0	100
Functioning scale	Physical function	80.59±14.94	26.67	100
	Role function	78.32±20.32	0	100
	Emotional function	78.43±21.72	0	100
	Cognitive function	80.79±18.04	33.33	100
	Social function	76.16±23.71	0	100
Symptom scale	Fatigue	33.08±18.97	0	100
	Nausea and vomiting	9.26±16.36	0	83.33
	Pain	13.73±19.59	0	83.33
	Dyspnea	18.52±24.20	0	100
	Sleep disturbance	17.28±24.47	0	100
	Appetite loss	13.58±22.05	0	100
	Constipation	18.36±23.12	0	100
	Diarrhea	19.59±22.54	0	100
	Financial problem	28.55±27.89	0	100
	Family burden ^b		56.76±13.91	27

^aQuality of life scores were calculated in cancer patients. ^bFamily burden score was calculated in family caregivers.

Table 3. Comparison of global quality of life by sociodemographic and clinical characteristics (n=216)

Variables	Categories	Mean±SD	t or F	p	Scheffe difference test
Sex	Male	74.42±20.31	2.041	.042	
	Female	68.43±22.23			
Marital status	Married _a	72.78±20.32	3.408	.035	a>c
	Widowed/divorced _b	68.75±30.12			
	Not married _c	48.33±32.48			
Religion	Yes	71.12±21.13	1.064	.288	
	No	74.57±21.52			
Education level	Primary school	70.40±21.66	.762	.516	
	Junior high school	67.50±20.21			
	Senior high school	73.97±20.51			
	Above college	72.77±22.31			
Employment	Yes	73.35±16.79	.308	.735	
	Resigned	71.87±24.96			
	Never ever	70.45±21.50			
Caregivers	Spouse	73.18±20.33	1.309	.273	
	Children	63.75±23.61			
	Parents	69.44±30.33			
	Others	66.67±28.86			
Cancer site	Stomach	73.19±21.81	.463	.803	
	Colon/rectum	74.05±23.51			
	Liver	68.40±19.03			
	Breast	71.46±19.54			
	Lung Gynecological	72.08±17.57 65.97±24.73			
ECOG Performance status	0 _a	79.84±15.70	14.218	.000	a>b, c
	1 _b	64.32±22.19			
	2 _c	46.42±18.54			
	3 4	41.66±11.78 47.22±47.38			
Time since diagnosis (month)	≤12	71.60±17.48	1.225	.302	
	13-36	73.29±20.32			
	37-60	72.85±20.74			
	≥61	64.01±29.81			
Perceived severity	Very much _a	47.50±31.43	21.138	.000	a<b<c
	moderate _b	67.55±20.21			
	none or a little _c	81.54±16.51			

Table 4. Correlation between quality of life and family burden (n=216)

Variable	QOL	PF	RF	EF	CF	SF	FA	NV	PA
Family burden	-.336 (.000)	-.220 (.001)	-.260 (.000)	-.335 (.000)	-.172 (.011)	-.358 (.000)	.337 (.000)	.194 (.004)	.253 (.000)

QOL: global quality of life, PF: physical functioning, RF: role functioning, EF: emotional functioning, CF: cognitive functioning, SF: social functioning, FA: fatigue, NV: nausea and vomiting, PA: pain.

Table 5. Stepwise multiple regression results including global quality of life as dependent variable (n=216)

Variables	R ²	Adjusted R ²	B	SE	t	p
Performance	.197	.193	-10.046	1.816	-5.531	.000
Perceived severity	.275	.268	8.624	2.337	3.691	.000
Family burden	.314	.304	-.334	.092	-3.641	.000
Time since diagnosis	.337	.323	-.161	.062	-2.596	.010
Sex ^a	.353	.336	-5.605	2.569	-2.182	.030
(Constant)			92.827	9.401	9.874	.000

^aSex was coded as male=0 vs female=1.

Table 4와 같다. 삶의 질 영역 중 기능상태와 가족부담감은 유의한 음의 상관관계를 보였으며, 증상과는 양의 상관관계를 보였다. 즉, 기능상태가 좋을수록 가족부담감은 줄어들었으나 암환자의 증상이 심해질수록 가족부담감이 유의하게 증가하는 것으로 나타났다. 전반적으로 삶의 질과 가족부담감의 상관계수가 모두 .40 이하로 약한 상관성을 보였다.

5. 암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

암환자의 삶의 질을 설명하는 요인을 파악하기 위해 ‘전반적 삶의 질’을 종속변수로 하여 단계적 다중회귀 분석을 한 결과는 Table 5와 같다. 독립변수는 연령, 성별, 지각된 중증도, 활동정도, 진단 후 기간, 총 의료비 및 가족부담감이었다. 회귀진단에서 각 변수들의 다중공선성 진단을 위한 VIF 지수가 모두 10 이하였다. 이 회귀모형의 설명력은 총 35.3%이었으며, 활동정도, 지각된 중증도, 가족부담감, 진단 후 시간, 및 성별이 유의한 영향변수로 나타났다. 특히 활동정도가 암환자의 삶의 질에 가장 중요한 영향을 미치는 것으로

로 나타났으며, 진단 후 기간이 오래될수록 삶의 질은 저하되는 것으로 나타났다.

IV. 논 의

삶의 질의 개념은 주관적이어서 신체적인 증상뿐 아니라 정신적, 사회적, 심리적인 면과 같이 질병 외적인 요소가 포괄적으로 존재한다. 삶의 질은 ‘전체로서 삶에 대한 주관적인 평가’ 혹은 ‘가능하다고 혹은 이상적이라고 생각하는 것과 비교한, 현재 기능정도에 대한 환자의 평가와 만족’으로 정의되고 있다(Yun, 2004). 암환자에서 흔히 사용되는 삶의 질 평가도구는 EORTC QLQ, FACT(Functional Assessment of Cancer Therapy), 및 Medical Outcome Survey Short-Form 36 (SF 36)이 자주 이용되고 있으며, 그 중 EORTC QLQ는 여러 나라에서 국제적인 공동연구를 진행하여 개발하였으며, 암환자의 삶의 질을 측정하는 도구로 가장 광범위하게 사용되고 있다.

국내 사망원인 1위인 암은 암정복 10개년 계획과 같은 정부의 정책적인 지원 하에 암 치유, 조기발견 및

암 생존율이 획기적으로 개선되고 있다. 따라서 암 생존자들의 삶의 질을 향상시키는 방안에 관심을 가질 필요가 있다. 본 연구는 이에 치료가 끝난 추후관리 암환자들을 대상으로 그들의 삶의 질과 현재 주 간호자가 느끼는 가족부담감을 확인하였다.

본 연구대상자의 삶의 질 점수는 전반적 삶의 질이 평균 72.07점이고 기능척도가 평균 76.1-80.7점을 보였다. 그리고 증상척도 영역 중 오심과 구토가 평균 9.26점으로 가장 낮은 점수를 보였고 피로가 평균 33.08점으로 가장 높았다. 동일한 설문지를 통해 암환자의 삶의 질을 측정한 연구들을 살펴보면, 평균연령 67.8세인 노인암환자의 전반적 삶의 질 점수는 평균 42.5점, 기능척도 5개 영역이 평균 45.0-57.2점이었고 피로가 57.4점으로 가장 높았으며 설사가 평균 13.3점으로 가장 낮았다(Kang & Yun, 2004). 평균연령 56.7세인 독일의 암환자를 대상으로 한 연구는 전반적 삶의 질 점수가 평균 53.2점이라고 보고하고 있다(Pinquant et al., 2006). 그리고 평균연령이 44.7세인 오스트리아 암환자의 연구는 전반적 삶의 질이 평균 71.7점, 기능척도 5개 영역이 평균 75.0-87.3점이었고 증상척도에서 피로가 평균 28.6점으로 가장 높고 오심구토가 평균 2.0점으로 가장 낮았다고 보고하였다(Kopp et al., 2005). 이러한 연구결과를 보면, 평균연령이 58.3세인 본 연구대상자들의 삶의 질이 전반적으로 높은 편이며 상대적으로 젊은 연령을 대상으로 한 Kopp 등(2005)의 연구결과와 유사하였다.

새롭게 진단된 질병 혹은 급성위기 동안 환자와 함께 보내는 가족이 느끼는 도전들은 장기적인 만성상태에 수반되는 것들과는 다르다. 연구자들은 일반적으로 환자들이 의료체계와 접촉하고 있는 시점에 가족부담감에 대한 자료를 수집한다. 예를 들면, 암환자와 가족들에 대한 대부분의 연구들이 진단기와 치료기에 많이 이루어지고 있지만 적응기와 말기 사이의 기간에 대한 가족부담감이 잘 알려지지 않은 것과 유사하다(Sales, 2003). 본 대상자의 진단 후 기간은 평균 2년 6개월로 이들 가족들은 적응기에 있다고 할 수 있겠다. 이 시점에서 가족부담감은 평균 56.76점(문항 평균 2.26점)으로, 동일한 도구를 적용하여 만성질환자의 가족부담감

을 측정한 Suh와 Oh(1993) 연구에서 평균 54.0점(문항 평균 2.16점)과 유사하였다. 측정도구는 다르지만 5점 척도의 문항평가를 제시한 Kim(2003)은 항암화학요법을 받는 암환자의 가족부담감이 문항평균 2.86점으로 본 연구대상자의 가족부담감보다 높았다. 즉 본 연구대상자 가족부담감 점수가 만성질환자의 점수와 유사하고 치료시기 암환자 가족부담감보다는 낮은 점을 볼 때, 추후관리를 받고 있는 암환자의 상태가 가족들에게 조절 가능한 만성질환으로 받아들여질 수 있음을 보여준다.

본 연구에서 전반적 삶의 질에 유의한 차이를 보인 변수들을 살펴보면, 성별의 경우 남녀의 평균차이가 약 5.99점, 결혼상태의 경우 기혼과 미혼의 평균차이가 약 24.45점, 활동정도에서 ECOG 0점과 1점의 평균차이가 약 15.52점, 0점과 2점이 약 33.42점, 그리고 지각된 질병의 중증도에서 매우 각 군별 평균차이가 약 20.05점과 34.04점을 보였다.

각 변수들이 통계적으로 유의한 차이를 가지지만, 실제로 임상적으로도 의미가 있는지를 확인하는 것도 중요한 문제이다. EORTC QLQ-C30의 경우, 다차원적인 항목별 점수의 변화에 따라 평균 5-10점은 약간의 변화, 10-20점 차이는 중간 정도의 변화, 20점 초과인 경우는 상당한 변화로 분류하고 있다(Yun, 2004). 그리고 Osoba(2000)는 임상연구에서 건강관련 삶의 질 점수의 유의한 차이가 있으려면 10점 이상의 변화가 있어야 한다고 하였다. 즉 본 연구에서 통계적으로 유의한 차이를 보인 성별은 임상적으로 전반적 삶의 질의 차이는 미비하다고 할 수 있다. 다만 결혼상태, 활동정도, 및 지각된 중증도는 각 군별 상당한 차이를 보여 임상적으로도 의미가 있는 것으로 나타났다.

암환자의 삶의 질과 가족부담감은 전체적으로 유의한 상관성을 보였다. 환자의 전반적 삶의 질과 기능척도 점수가 높을수록 가족부담감은 적었으며, 증상척도 점수가 높을수록, 즉 증상이 심할수록 가족부담감이 커짐을 알 수 있었다. 본 연구에서 삶의 질은 암환자의 전반적 건강상태와 삶의 질뿐만 아니라 기능상태와 증상정도를 확인하는 것으로, 환자가 삶의 질이 낮다고 스스로 평가할수록 그 가족은 더 큰 부담감을 느끼고

있다. 그러나 상관성이 높지 않아 추후연구를 통해 암환자의 삶의 질을 높임으로써 가족의 부담감을 줄일 수 있는 지를 보다 정확히 확인할 필요가 있을 것이다.

본 연구결과에서 암환자의 삶의 질과 가족부담감의 상관성은 밝혀졌으나 과연 주 간호제공자인 가족이 느끼는 부담감이 환자의 삶의 질에 얼마나 영향을 미치는 지를 확인해볼 필요가 있다. 이를 위해 전반적 삶의 질에 영향을 미치는 영향요인 확인을 위해 단계적 다중회귀분석을 시행한 결과, 암환자의 활동정도, 지각된 중증도, 가족부담감, 진단 후 시간, 및 성별이 유의한 영향변수인 것으로 확인되었다. 특히 활동정도가 암환자의 삶의 질에 가장 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 진단 후 시간이 오래될수록, 가족부담감이 높을수록 삶의 질은 저하되었다. 그리고 남자보다 여자가 전반적 삶의 질이 낮았다. 암환자를 대상으로 전반적 삶의 질에 영향요인을 확인한 이전 연구들은 연령, 성별, 진단부위, 결혼상태와 같은 일반적 특성과 임상적 특성들을 독립변수로 그 영향력을 확인하였으나 유의성이 없었고, 불안, 우울, 무력감 및 인지적 차원들을 유의한 예측변수인 것으로 보고하고 있다 (Kang & Yun, 2004; Kopp et al., 2005; Pinquart et al., 2006). 본 연구에서는 암환자의 활동정도가 가장 영향력이 높은 것으로 나타나 기능상태가 가장 영향력이 있다고 한 Pinquart 등(2006)의 연구결과와 일치한다.

이 연구는 암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들 중 기존 연구와 달리 치료가 일차적으로 끝난 추후 관리대상자였고 가족의 영향력을 확인하였다는 점에서 그 의의를 찾을 수 있다. 그러나 이러한 점에도 불구하고 다음과 같은 제한점을 갖는다. 첫째 본 연구는 횡단적 조사연구로 우편설문을 통해 자료를 수집하여, 2,000명의 대상자 중에서 설문에 정확히 응답한 216명의 자료만을 분석하였다. 이에 참여하지 않은 군에 대한 비교가 없어 선택적 편향이 있을 수 있다. 둘째, 대상자가 모두 동일진단이 아니기 때문에 일반적 특성과 임상적 특성에 대한 동질성 확보에 문제가 있을 수 있다. 추후연구에서는 지속적으로 자료수집을 추가하여 단일군에 대한 삶의 질과 종단적 비교연구가 동반되어야 할 것으로 판단된다. 셋째, 본 연구의 대상자는 일

차적으로 끝난 추후관리 대상자로 진단 후 시점이 평균 29개월인 암환자들이다. 기본적으로 5년 생존율에 대한 관심이 높은 만큼, 치료가 일차적으로 끝난 추후 관리 대상자와 5년이 경과된 시점의 대상자들의 삶의 질과 가족부담감 등이 확인될 필요가 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 암환자의 삶의 질 정도와 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하여 암환자 간호 중재 개발에 필요한 기초자료를 제공하고자 시도된 서술적 조사연구이다. 연구도구는 암환자의 삶의 질을 측정하기 위하여 유럽 암연구치료회에서 개발한 EORTC QLQ-30 Korean Version 3.0을 사용하였고, 가족부담감은 Suh와 Oh(1993)의 가족부담감 측정도구로 측정하였다. 자료수집은 대상자 2,000명에게 설문지를 우편으로 발송하는 방법으로 이루어졌으며, 회수된 335부 중에서 미완성된 119부를 제외한 216부가 분석되었다. 자료분석 방법은 SPSS 통계 프로그램을 이용하여 기술통계, t-test, 분산분석(ANOVA), 피어슨의 적률상관분석, 및 단계적 다중회귀분석 등이 적용되었다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 1) 암환자의 삶의 질은 전반적 건강상태와 삶의 질 항목의 평균으로 구한 전반적 삶의 질이 평균 72.07점(SD=21.24)이었고, 기능척도 중 인지기능이 평균 80.79점(SD=18.04)점, 신체기능이 평균 80.59점(SD=14.94)으로 높은 편이었고, 사회기능이 평균 76.16점(SD=23.71)으로 가장 낮게 나타났다. 증상척도는 피로가 평균 33.08점(SD=18.97)으로 가장 심했고, 오심/구토항목, 통증, 및 식욕부진은 각각 평균 9.26점(SD=16.36), 13.73점(SD=19.59), 13.58점(SD=22.05)점이었다. 그리고 주 간호제공자의 가족의 부담감 정도는 평균 56.76점(SD=13.91)이었다.
- 2) 암환자의 일반적·임상적 특성에 따른 전반적 삶의 질은 일반적 특성에서 성별($t=2.041, p=.042$)과 결혼상태($F=3.408, p=.035$)가 그리고 임상적 특성에서 활동정도($F=14.218, p=.000$)와 지각된 중증

도($F=21.138, p=.000$)가 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

- 3) 암환자의 삶의 질과 주 간호자의 가족부담감 간의 상관관계는 통계적으로 유의한 관계가 있는 것으로 나타났다. 특히 삶의 질 영역 중 기능상태와 가족부담감이 유의한 음의 상관관계를 보였고 증상과는 양의 상관관계를 보였다. 즉, 기능상태가 좋을수록 가족부담감은 줄어들었으나 암환자의 증상이 심각할수록 가족부담감이 유의하게 증가하는 것으로 나타났다. 전반적으로 삶의 질과 가족부담감의 상관계수가 모두 .40 이하로, 낮은 상관성을 보였다.
- 4) 암환자의 삶의 질을 설명하는 요인을 파악하기 위해 ‘진반적 삶의 질’을 종속변수로 하고 독립변수는 연령, 성별, 지각된 중증도, 환자가 지각하는 질병의 중증도, 활동정도, 총 의료비 및 가족부담감으로 한 회귀모형을 설정하였다. 단계적 다중회귀분석을 시행한 결과, 이 회귀모형의 설명력은 총 35.5%이었으며, 활동정도, 지각된 중증도, 가족부담감, 진단 후 시간, 및 성별이 유의한 영향변수로 나타났다. 특히 활동정도가 암환자의 삶의 질에 가장 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 진단 후 기간이 오래될수록 삶의 질은 저하되는 것으로 나타났다.

이상의 연구결과를 기반으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 1) 임상에서 적용 가능한 추후관리 암환자의 삶의 질을 높일 수 있는 중재전략뿐만 아니라, 암의 치료가 완료된 환자라도 장기적인 추적관찰이 필요하므로 이와 관련된 경제적 지원책과 지역사회에서 도움을 줄 수 있는 의료서비스를 다양하게 개발할 필요가 있다.
- 2) 치료가 끝난 추후관리 시기에 가족에게는 가족역할적응과 새로운 간호제공 기술습득과 같은 도전들이 도출될 수 있으므로 진단기와 치료기에 측정된 가족부담감과 다른, 적응기 가족부담감을 측정할 수 있는 도구가 필요하다.

References

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychol Bull*, 112, 155-159.
- Fayers, P. M., Aaronson, N. K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomley, A. (2001). *On behalf of the EORTC quality of life Group. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual* (3rd ed.). Brussels: EORTC.
- Ferrell, B. R., Dow, K. H., Leigh, S., & Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in long-term cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*, 22(6), 915-922.
- Foxall, M. J. & Gaston-Johansson, F. (1996). Burden and health outcomes of family caregivers of hospitalized bone marrow transplant patients. *J Adv Nurs*, 24(5), 915-923.
- Hahn, Y. B., Ro, Y. J., Kim, N. C., & Kim, H. S. (1990). Quality of life of middle-aged persons who have cancer. *J Korean Acad Nurs*, 20(3), 399-413.
- Jensen, S. & Given, B. A. (1991). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. *Cancer Nurs*, 14(4), 181-187.
- Jo, K. W. & Kim, M. J. (1997). A study on the quality of life, family support and hope of hospitalized and home care cancer patients. *J Korean Acad Nurs*, 27(2), 353-363.
- Kang, I. O. & Yun, Y. H. (2004). Preliminary investigation of the quality of life in the elderly with cancer. *J Korean Acad Fam Med*, 25(9), 678-686.
- Kim, B. S., Choi, I. K., Park, K. H., Yoon, S. Y., Oh, S. C., S대, J. H., et al. (2002). The Changes of quality of life in cancer patients treated with chemotherapy. *Korean J Hosp Palliat Care*, 4(2), 130-136.
- Kim, Y. O. (2003). *Effects of home care services on discomfort in patients with cancer and on caregiver burden*. Unpublished master's thesis, Yonsei University. Seoul.
- Kopp, M., Holzner, B., Merancer, V., Sperner-Unterweger, B., Kemmler, G., Nguyen-Van-Tam, D. P., & Nachbaur, D. (2005). Quality of life in adult hematopoietic cell transplant patients at least 5 yr after treatment: a comparison with healthy controls. *Eur J Haematol*, 74, 304-308.
- Korea National Statistical Office(2006). *The cause of death statistics in 2004*. <http://www.nso.go.kr>
- Minister of Health and Welfare(2003). *Annual Report*. Seoul.
- Osoba, D. (2000). Clinical meaningfulness of differences in health-related quality of life scores in clinical trials. *Qual Life Res*, 9, 256.
- Pinquart, M., Koch, A., Eberhardt, B., Brix, C., Wedding, U., & Röhrig, B. (2006). Associations of functional status and depressive symptoms with health-related quality of life in cancer patients. *Qual Life Res*, 15, 1565-1570.
- Ryu, E. J., Lee, J. M., & Choi, S. Y. (2007). The relationships of pain cognition, performance status, and hope with health-related quality of life in cancer patients. *J Korean Acad Adult Nurs*, 19(1), 155-165.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Qual Life Res*, 12(Suppl. 1), 33-41.
- Schööffski, P. (2006, June). *The emerging role of sorafenib in the treatment of advanced renal cell cancer*. Paper pre-

- sented at the 32nd Annual Meeting of Korean Cancer Association. Seoul, Korea.
- Schwarz, K. A. & Roberts, B. L. (2000). Social support and strain of family caregivers of older adults. *Holist Nurs Pract*, 14(2), 77-90.
- Suh, M. H. & Oh, K. S. (1993). A study of well-being in caregivers caring for chronically ill family members. *J Korean Acad Nurs*, 23(3), 467-486.
- Yun, Y. H. (2004). Assessment and research of quality of life in cancer patients: head and neck cancer. The 7th Symposium on the Korean society of head and neck surgery meeting, 21-27.
- Yun, Y. H., Park, Y. S., Lee, E. S., Bang, S. M., Heo, D. S., Park, S. Y., You, C. H., & West, K. (2004). Validation of the Korean version of the EORTC QLQ-C30. *Qual Life Res*, 13, 863-868.