

일 지역에 거주하는 암환자의 삶의 질, 정신건강 및 주관적 건강상태 조사

이 보 영* · 조 희 숙** · 권 명 순***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 국민의 사망원인 1위는 암이다. 2007년 전체 사망자 24만 5천명 가운데 암으로 인한 사망자는 6만 8천명으로 전체 사망자의 27.6%를 차지하고 있으며(Ministry for Health, Welfare & Family affairs, 2008), 암환자의 발생률은 2002년 10만 명당 241.1명에서 2005년 255.6명으로 14.5명이 증가하였다. 이와 같이 암으로 인한 사망자 수와 암환자의 발생률은 점차적으로 증가하는 추세이며 앞으로도 계속하여 증가할 것으로 예상 된다(Korean National Statistical Office, 2007). 또한 우리나라에서 주로 발생하는 암은 위암, 폐암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암으로 6대 암이 전체 암 발생의 2/3를 차지하고 있다. 남자의 경우에는 위암, 폐암, 간암, 대장암이 약 66.6%를 차지하고, 여자의 경우는 유방암, 갑상샘암, 위암, 대장암, 자궁경부암이 암 발생의 대부분을 차지하고 있다(Ministry for Health, Welfare & Family affairs, 2009).

이러한 암은 인간의 생명에 위협을 주고, 암 진단을 받으면 치료의 어려움과 죽음에 대한 두려움, 신체 일

부분의 기능 상실, 통증, 경제적 어려움 등으로 위기에 처하게 되며, 스트레스, 우울, 자살충동과 같은 절망감에 빠지는 정서적인 변화를 겪게 된다(Lewis, 1982). 또한 암이 진행됨에 따라 무기력해지고 우울감에 빠져 정신건강 및 삶의 질에 부정적인 영향을 미치게 된다(Jo & Kim, 1997). 그러므로 암환자가 의료 서비스를 이용하는 동안 경험하게 되는 건강행태, 정신건강, 삶의 질에 대한 고려는 암환자 관리에 필수적인 사항이라고 하겠다. 미국에서는 이미 암 진료의 질 향상을 위한 연구인 Cancer Care Outcome Research and Surveillance Survey(CanCORS)가 진행되어 암환자의 요구도, 병원선택요인, 암환자의 의료서비스 경험 등을 조사하였으며, 암환자의 삶의 질에 관한 연구가 진행되었다(Loerzel, McNeese, Powel, Su, & Meneses, 2008; Montazeri, Tavoli, Mohagheghi, Roshan, & Tavoli, 2009; Rose, Radziewicz, Bowman, & O'Toole, 2008). 우리나라에서의 선행 연구를 살펴보면 위장암환자, 방사선치료 중인 암환자, 두경부암환자, 자궁경부암환자를 대상으로 한 삶의 질 연구가 있으며(Chun, Lee, Moon, Kang, & Ryu, 2005; Ju & Sohn, 2008; Kim, Yoon, Lee, & Ahn, 2006; Kim, 2003; Lee, Eom, Song, Chae, & Paul, 2008; Yang & Chung, 2004), 이 연구

* 강원대학교 의료관리학과 박사과정, 강원지역암센터

** 강원대학교 의료관리학과 교수, 강원지역암센터 암관리사업 부장

*** 한림대학교 간호학부 교수(교신저자 E-mail: kwon1314@hallym.ac.kr)

투고일: 2009년 9월 9일 심사리일: 2009년 10월 19일 게재확정일: 2009년 12월 19일

들은 암환자의 우울, 불안, 가족지지와 같은 정신사회적 요인이 삶의 질에 영향력 있는 요인임을 보여주었다. 그러나 암사망률, 암발생률, 암조기 검진 수검률과 같은 암환자 관리의 양적인 면과 비교하면 암환자의 정신건강이나 삶의 질에 관한 연구는 아직도 부족한 실정이다.

우리나라는 지난 1996년부터 2005년까지 제1기 암 정책 10개년 계획을 수립하여 많은 재원을 투입하고 있으며, 2006년부터는 종합적인 국가 암 관리 체계 구축 및 암 관리 기반의 활성화를 위하여 제2기 암 정책 10개년 계획을 수행 중에 있다(Korea Central Cancer Registry, 2003). 더욱이 보건복지가족부(2009)의 맞춤형 방문건강관리사업에서는 2009년부터 재가암 환자를 위한 서비스가 강화되어 사례관리와 함께 다양한 간호중재가 제공되고 있으나 효과적인 서비스제공을 위해서 지역사회 중심의 기초자료가 요구되고 있다.

따라서 본 연구는 지역사회에 거주하면서 통원치료를 받고 있는 암환자의 일반적 특성, 질환 관련 특성과 삶의 질, 정신건강, 주관적 건강상태를 파악함으로써 지역사회에 거주하는 암환자에게 적합한 간호중재를 제공하기 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 G지역에 거주하는 암환자의 일반적 특성, 질환 관련 특성과 삶의 질, 정신건강과 주관적 건강상태를 파악하기 위한 횡단면적 조사 연구이다. 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 대상자의 일반적 특성과 질환 관련 특성을 파악한다.

둘째, 대상자의 삶의 질을 파악한다.

셋째, 대상자의 일반적 특성에 따른 정신건강을 파악한다.

넷째, 대상자의 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태를 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 G지역에 거주하는 암환자의 일반적 특성과 질환 관련 특성 및 삶의 질을 파악하고, 일반적 특성에 따른 정신건강과 주관적 건강상태를 파악하기 위한 횡단면적 조사 연구이다.

2. 연구 대상 및 자료 수집 방법

연구 대상자는 지역사회에 거주하면서 K대학교병원 외래를 통해 진료 받고 있는 암환자를 대상으로 설문조사하였다. 자료 수집기간은 2008년 7월 10일부터 8월 14일이었고, 대상자는 암 진단 후 4개월 이상 된 자로 하였다. 이는 암 진단 후 수술, 항암치료, 방사선 치료 등 초기치료기간이 약 4개월이 소요된다는 전문가들의 자문회의 결과를 반영하였다.

자료 수집은 국립암센터에 있는 임상시험심사위원회의 승인을 받은 후 수행하였다. 설문조사는 지역사회에 거주하면서 암 진단 후 4개월 이상이면서 조사에 동의한 대상으로 그들의 권리와 역할에 대해 설명하였다. 구조화된 설문지를 사용하여 훈련받은 연구보조원 4인이 212명을 대상으로 자가 기입과 면접방식을 병행하여 조사를 실시하였다.

3. 연구 도구

본 연구의 설문지는 내용타당도를 위해 암 질환 관련 경험이 풍부한 정신과 전문의 1인, 심리학자 1인, 예방의학전문의 2인, 보건학 전공자 3인, 간호학 전공자 2인이 참여한 다학제적 회의를 거쳐 작성하였다. 또한 평가도구의 타당성을 높이기 위하여 예비조사를 실시하였으며, 1차 25명에 대해 자가 기입방식으로 조사하였고, 조사 결과 나타난 문제점을 수정·보완하여 2차로 9명에 대해 자가 기입과 면접방식을 병행하여 조사하였다. 설문지는 일반적 특성 11문항, 질병관련 특성 6문항, 삶의 질 5문항, 정신건강 3문항, 주관적 건강상태 1문항으로 총 26개 문항으로 구성되었다. 항목별 구체적인 내용은 다음과 같다.

1) 일반적 특성과 질환 관련 특성

미국의 National cancer institute(2003)에서 암 진료의 질 향상을 위한 Cancer Care Outcome

Research and Surveillance Survey(CanCors)에 사용되는 설문지를 우리나라 국립암센터에서 국문으로 번역한 것을 수정하여 사용하였다. 일반적 사항으로는 연령, 성별, 결혼상태, 학력, 종교, 직업, 가족수입, 보험형태, 흡연과 음주에 관한 사항을 포함하였다. 흡연은 현재 흡연, 암 진단 전 금연, 암 진단 후 금연, 비흡연으로 구분하고, 음주도 현재 음주, 암 진단 전 금주, 암 진단 후 금주, 비 음주로 구분하였다. 질병관련특성은 진단명, 암 진행단계, 만성질환유무, 치료종류, 암 진단 후 기간, 보완 대체요법 유무를 조사하였다.

2) 삶의 질

삶의 질에 대한 도구는 질병관리본부(2007)의 제4기 국민건강영양조사에서 사용하는 Euro Quality of life-5 Dimensions(EQ-5D) 문항으로 운동능력, 자기관리, 일상생활, 통증/불편, 불안/우울을 조사하였으며, 각 문항별로 구체적인 질문을 살펴보면 다음과 같다. 운동능력은 “나는 걷는데 지장이 없다”, “나는 걷는데 다소 지장이 있다”, “나는 종일 누워 있어야 한다”, 자기관리는 “나는 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다”, “나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다”, “나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수가 없다”, 일상생활은 “나는 일상생활을 하는데 지장이 없다”, “나는 일상생활을 하는데 다소 지장이 있다”, “나는 일상생활을 할 수가 없다”, 통증 혹은 불편은 “나는 통증이나 불편감이 없다”, “나는 통증이나 불편감이 있다”, “나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다”, 불안 혹은 우울은 “나는 불안하거나 우울하지 않다”, “나는 다소 불안하거나 우울하다”, “나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다”에서 설문 당일 대상자의 건강상태를 가장 잘 설명해주는 하나의 항목에 표시하도록 하였다. 각 문항을 재조정하여 문제가 없는 경우와 문제가 있는 경우로 구분하였다. 사전연구에서의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha = .78$ 이었으며 본 연구에서의 신뢰도는 .74로 나타났다.

3) 정신건강

대상자의 정신건강은 질병관리본부(2007)의 제4기 국민건강영양조사에서 사용한 문항으로 평소 일상생활 중에 느끼는 스트레스 정도, 최근 1년 동안 2주일 이

상 일상생활에 지장을 줄 정도로 우울한 경험 여부, 자살 충동 경험 여부가 포함되어 있다. 스트레스 정도는 “대단히 많이 느낀다”, “많이 느끼는 편이다”, “조금 느끼는 편이다”, “거의 느끼지 않는다”로 구분하였으나 다른 변수와의 일관성을 위해 조금이라고 스트레스를 느끼는 경우는 스트레스가 있는 것으로 재분류하여 스트레스 유무로 변경하였다. 우울한 경험 여부와 자살 충동 경험 여부는 “예”, “아니오”에서 하나의 항목에 표시하도록 하였다. 사전연구에서의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha = .82$ 이었으며 본 연구에서는 .77로 나타났다.

4) 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 질병관리본부(2007)에서 사용했던 것으로 최고의 상태를 100, 최저의 상태를 0으로 표시한 눈금자를 그려서 표시하도록 하였으며 숫자를 점수로 사용하였다.

4. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 14.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

첫째, 대상자의 인구사회학적 특성과 질환 관련 특성은 서술통계를 이용하여 각 변수에 대한 빈도 및 백분율로 산출하였다.

둘째, 대상자의 삶의 질은 각 변수에 대해 다소 혹은 중증의 문제가 있다고 응답한 수를 백분율로 산출하였다.

셋째, 대상자의 일반적 특성에 따른 정신건강의 차이는 Chi-square test를 이용하였고, 주관적 건강상태는 T-test와 One-way ANOVA로 분석하였고 사후 검정은 Schéffe test를 이용하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성과 질환관련 특성

본 연구의 대상자는 총 212명이며 대상자의 인구사회학적 특성을 살펴보면 60세 이상인 대상자 비율이 70.8%로 높았고, 남자비율이 59.4%로 여자보다 많았다. 결혼 상태는 기혼인 사람이 84.4%로 대부분을

Table 1. Demographic Characteristics of the Subjects (N=212)

Variables	Categories	n	%
Age (years)	<60	62	29.2
	≥60	150	70.8
Gender	Male	126	59.4
	Female	86	40.6
Marital status†	Married	178	84.4
	Other	33	15.6
Education	Below high school	180	84.9
	Above college	32	15.1
Religion†	Yes	120	56.9
	No	91	43.1
Occupation	Employee	46	21.6
	Self employed	22	11.2
	First industrial worker	35	16.8
	Housewife	40	19.0
	Unemployment	69	31.4
Family income† (10,000won/month)	<200	142	67.3
	200-299	33	15.6
	≥300	36	17.1
Medical coverage†	Health insurance	161	76.3
	Medicaid	41	19.4
	None	9	4.3
Private insurance	Yes	54	25.5
	No	158	74.5
Smoking	Current smoker	31	14.6
	Ex-smoker	82	38.7
	Non smoker	99	46.7
Drinking	Current drinker	51	24.1
	Ex-drinker	71	33.5
	Non drinker	90	42.5
Chronic disease	Yes	116	54.7
	No	96	45.3

† No response excluded.

차지하였고, 학력은 고졸이하가 84.9%로 많았다. 종교가 있는 사람이 56.9%였고, 직업 상태는 직업이 없는 대상자가 31.4%, 직장인이 21.6%, 주부가 19.0%, 1차 산업에 근무하는 자가 16.8%, 자영업이 11.2%를 차지하였다. 월평균 가구소득은 200만원 미만이 67.3%를 차지하였다. 건강보험에 가입한 환자가 76.3%, 의료급여 환자가 19.4%, 사 보험에 가입한 경우가 25.5%이며, 대상자의 건강행태로는 현재 흡연 중인 사람의 비율은 14.6%이며, 음주중인 사람의 비율은 24.1%였고, 만성질환이 있는 경우는 54.7%로 나타났다(Table 1).

대상자의 암 진단별로는 대장암이 21.7%로 가장 많았고 위암 16.0%, 유방암 11.8%, 폐암 8.0%, 간암 3.3%, 자궁경부암 3.8% 순 이었다. 병기에 따라서는 1기가 가장 많은 45.3%였고, 2-3기가 25.9%,

4기가 5.7%, 모르는 사람이 20.3%로 나타났다. 수술을 한 경우가 85.4%, 진단 후 기간은 1년 미만이 28.3%, 1-5년이 52.8%, 5년 이상이 18.9%로 나타났다. 또한 병원에서 받는 치료 외에 보완대체요법을 하는 경우는 21.7%였다(Table 2).

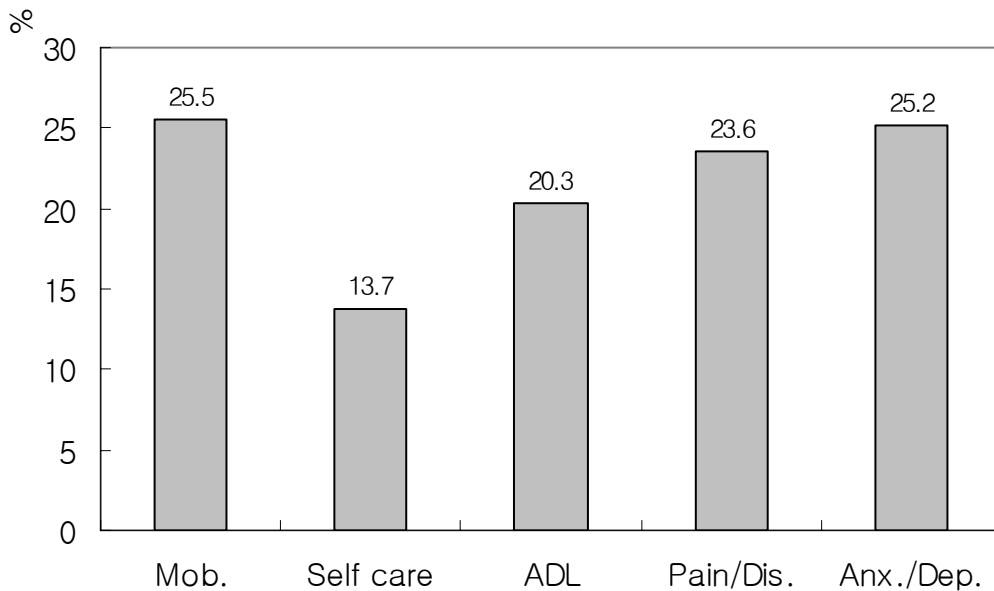
2. 대상자의 삶의 질

암환자의 삶의 질을 알아본 결과 운동능력, 자기관리, 일상생활, 통증/불편, 불안/우울에 대해 다소 혹은 중증의 문제가 있다고 응답한 경우는 각각 25.5%, 13.7%, 20.3%, 23.6%, 25.2%로 운동능력에 대한 문제를 호소하는 경우가 가장 많았고, 그 다음은 불안/우울, 통증/불편, 일상생활 순이었다(Figure 1).

Table 2. Disease Characteristics of the Subjects (N=212)

Variables	Categories	n	%
Diagnosis	Stomach ca.	34	16.0
	Lung ca.	17	8.0
	Liver ca.	7	3.3
	Colon ca.	46	21.7
	Breast ca.	25	11.8
	Cervical ca.	8	3.8
	Others	75	35.4
Stage	In situ(zero stage)	6	2.8
	Local(first stage)	96	45.3
	Regional(second, third stage)	55	25.9
	Distant(forth stage)	12	5.7
	Unknown	43	20.3
Treatment†	Operation	181	85.4
	Chemotherapy	96	45.3
	Radiation therapy	38	17.9
Periods after diagnosis	<1 year	60	28.3
	1-5 years	112	52.8
	≥5 years	40	18.9
Alternative treatment	Yes	46	21.7
	No	166	78.3

† Multiple response.



* Mob=Mobility; ADL=Activities of Daily Living; Dis=Discomfort; Anx=Anxiety; Dep=Depression.

Figure 1. Degree of problem at quality of life on cancer patients

3. 일반적 특성에 따른 암환자의 정신건강

암환자의 정신건강은 스트레스, 우울, 자살충동으로 측정하였다. 대상자 중 스트레스를 느끼는 사람은

53.8%, 우울 경험 및 자살 충동 경험이 있는 사람은 19.8%였다. 스트레스에서 통계적으로 유의한 차이를 보인 것은 연령, 성별과 사보험인 것으로 나타났다. 구체적으로 비교해보면, 연령대별로 60세 미만이 60세

Table 3. Difference of Mental Health by General Characteristics (N=212)

Variables	Categories	Stress		Depression		Suicidal thoughts	
		Yes n(%)	No n(%)	Yes n(%)	No n(%)	Yes n(%)	No n(%)
Total		114(53.8)	98(46.2)	42(19.8)	170(80.2)	42(19.8)	170(80.2)
Age (years)†	<60	42(66.1)	21(33.9)	16(25.8)	46(74.2)	12(19.4)	50(80.6)
	≥60	72(48.3)	77(51.7)	26(17.4)	123(82.6)	30(20.1)	119(79.9)
		χ ² /p 6.534/0.038*		2.781/0.249		0.502/0.778	
Gender	Male	58(46.0)	68(54.0)	18(14.3)	108(85.7)	24(19.0)	102(81.0)
	Female	56(65.1)	30(34.9)	24(27.9)	62(72.1)	18(20.9)	68(79.1)
		χ ² /p 7.489/0.006**		5.970/0.015*		0.114/0.736	
Marital status†	Married	96(53.9)	82(46.1)	32(18.0)	146(82.0)	34(19.1)	144(80.9)
	Others	17(51.5)	16(48.5)	10(30.3)	23(69.7)	8(24.2)	25(75.8)
		χ ² /p 1.040/0.595		3.247/0.197		0.842/0.656	
Education	Below high school	98(54.4)	82(45.6)	36(20.0)	144(80.0)	38(21.1)	142(78.9)
	Above college	16(50.0)	16(50.0)	6(18.8)	26(81.2)	4(12.5)	28(87.5)
		χ ² /p 0.216/0.642		0.027/0.870		1.268/0.260	
Religion†	Yes	65(54.2)	55(45.8)	25(20.8)	95(79.2)	25(20.8)	95(79.2)
	No	48(52.7)	43(47.3)	17(18.7)	74(81.3)	17(18.7)	74(81.3)
		χ ² /p 0.042/0.838		0.150/0.698		0.150/0.698	
Occupation	Employee	25(50.0)	25(50.0)	9(18.0)	41(82.0)	8(16.0)	42(84.0)
	Self employed	16(61.5)	10(38.5)	6(23.1)	20(76.9)	6(23.1)	20(76.9)
	First industrial worker	29(75.0)	10(25.0)	13(33.3)	26(66.7)	7(16.7)	32(83.3)
	Housewife/Unemployment	63(54.2)	54(45.8)	23(19.4)	94(80.6)	24(20.8)	93(79.2)
		χ ² /p 2.933/0.402		1.615/0.656		0.801/0.849	
Family income†	<200	78(54.9)	64(45.1)	33(23.2)	109(76.8)	32(22.5)	110(77.5)
	200-299	16(48.5)	17(51.5)	3(9.1)	30(90.9)	5(15.2)	28(84.8)
	≥300	19(52.8)	17(47.2)	6(16.7)	30(83.3)	5(13.9)	31(86.1)
		χ ² /p 0.458/0.795		3.648/0.161		1.901/0.387	
Medical coverage†	Health insurance	86(53.4)	75(46.6)	30(18.6)	131(81.4)	26(16.1)	135(83.9)
	Medicaid	25(61.0)	16(39.0)	10(24.4)	31(75.6)	13(31.7)	28(68.3)
	None	3(33.3)	6(66.7)	2(22.2)	7(77.8)	3(33.3)	6(66.7)
		χ ² /p 2.373/0.305		0.711/0.701		6.025/0.049*	
Private insurance	Yes	36(66.7)	18(33.3)	14(25.9)	40(74.1)	6(11.1)	48(88.9)
	No	78(49.4)	80(50.6)	28(17.7)	130(82.3)	36(22.8)	122(78.2)
		χ ² /p 4.845/0.028*		1.705/0.192		3.452/0.063	
Smoking	Current smoker	15(48.4)	16(51.6)	6(19.4)	25(80.6)	9(29.0)	22(71.0)
	Ex-smoker	38(46.3)	44(53.7)	11(13.4)	71(86.6)	13(15.9)	69(84.1)
	Non smoker	61(61.6)	38(38.4)	25(25.3)	74(74.7)	20(20.2)	79(79.8)
		χ ² /p 4.634/0.099		3.961/0.138		2.477/0.290	
Drinking	Current drinker	27(52.9)	24(47.1)	8(15.7)	43(84.3)	8(15.7)	43(84.3)
	Ex-drinker	35(49.3)	36(50.7)	14(19.7)	57(80.3)	14(19.7)	57(80.3)
	Non drinker	52(57.8)	38(42.2)	20(22.2)	70(77.8)	20(22.2)	70(77.8)
		χ ² /p 1.167/0.558		0.876/0.645		0.876/0.645	
Chronic disease	Yes	56(48.3)	60(51.7)	20(17.2)	96(82.8)	26(22.4)	90(77.6)
	No	58(60.4)	38(39.6)	22(22.9)	74(77.1)	16(16.7)	80(83.3)
		χ ² /p 3.115/0.078		1.065/0.302		1.092/0.296	

* p<0.05; ** p<0.01; † No response excluded.

이상보다 스트레스를 많이 느끼고, 남자보다 여자가, 사보험이 없는 것보다 있는 경우에 스트레스를 많이 느끼는 것으로 나타났다. 이외에도 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 기혼 53.9%가 스트레스가 있다고 응답했으며, 대학이상보다 고졸이하의 경우가 다소 높게

스트레스를 느끼는 것으로 나타났다. 현재 흡연자의 48.4%와 과거 흡연자의 46.3%, 비흡연자의 61.6%에서 스트레스를 느낀다고 하였고, 만성질환이 있는 사람의 48.3%가 스트레스를 느낀다고 하였다.

암환자의 우울 경험은 성별만이 통계적으로 유의하

게 나타났다. 여성 27.9%, 남성 14.3%로 여성이 남성에 비해 우울경험이 높게 나타났다. 연령대별로는 60세 미만의 25.8%가 우울 경험이 있었다. 학력별로는 고졸이하의 경우 20.0%, 종교가 있는 대상자의 20.8%가 우울을 경험하였다.

자살충동경험은 보험의 유형이 통계적으로 유의한 결과를 나타냈다. 건강보험이 있는 경우의 16.1%와 의료보호인 경우의 31.7%로 유의한 차이를 보였다. 이외에도 연령대별로는 60세 이상의 20.1%가 자살충동 경험이 있었고 남자의 19.0%와 여자의 20.9%가 자살충동 경험이 있었다. 학력은 고졸이하의 경우 21.1%였고 종교가 있는 대상자의 20.8%가 자살충동 경험이 있었다. 민간보험이 있는 경우 11.1%, 민간보험이 없는 경우 22.8%에서 자살충동 경험이 있었다 (Table 3).

4. 일반적 특성에 따른 암환자의 주관적 건강상태

대상자의 주관적 건강상태는 70.75±19.28이었다. 암환자의 주관적 건강상태에서 통계적으로 유의한 차이를 보인 것은 직업으로 나타났다. 직업별로는 1차 산업에 종사자는 74.58±26.67, 주부이거나 직업이 없는 대상자는 71.10±18.41, 직장인이 69.60±20.43, 자영업이 59.04±23.58 순으로 직업이 농업/임업/어업인 1차 산업에 종사하는 대상자의 주관적 건강상태 점수가 높게 나타났다. 연령대별로는 60세 미만이 73.00±18.39, 60세 이상은 69.70±19.75로 연령이 높은 경우의 주관적 건강상태 점수가 낮게 나타났다. 남자는 69.84±19.28이고 여자는 72.09±19.32로 여자가 약간 높게 나타났으며, 학력별로는 고졸이하의 경우 69.78±19.89이며, 대졸 이상의 대상자는 75.25±

Table 4. Difference of Subjective Health Status by General Characteristics (N=212)

Variables	Categories	Mean±SD	t or F	p	Schéffe
Total		70.75±19.28			
Age(years)	<60	73.00±18.39	0.997	0.371	
	≥60	69.70±19.75			
Gender	Male	69.84±19.28	-0.834	0.405	
	Female	72.09±19.32			
Marital status†	Married	70.68±18.64	0.334	0.717	
	Others	72.00±22.01			
Education	Below high school	69.78±19.89	1.758	0.080	
	Above college	76.25±14.48			
Religion†	Yes	70.51±19.24	-0.383	0.703	
	No	71.53±19.05			
Occupation	Employee	69.60±20.43a	2.953	0.033	a>b
	Self employed	59.04±23.58b			
	First industrial worker	74.58±26.67a			
	Housewife/Unemployment	71.10±18.41a			
Family income†	<200	70.66±20.07	0.096	0.908	
	200-299	70.79±15.91			
	≥300	72.22±18.38			
Medical coverage†	Health insurance	71.55±18.94	1.151	0.318	
	Medical aids	66.95±20.24			
	None	75.00±21.51			
Private insurance	Yes	73.06±17.11	1.016	0.311	
	No	69.97±19.96			
Smoking	Current smoker	72.74±16.97	0.355	0.702	
	Ex-smoker	69.51±19.71			
	Non smoker	71.16±19.71			
Drinking	Current drinker	71.67±17.17	0.373	0.689	
	Ex-drinker	69.14±21.54			
	Non drinker	71.51±18.65			
Chronic disease	Yes	69.87±19.56	-0.733	0.464	
	No	71.82±18.99			

† No response excluded.

14.48로 대졸 이상의 학력을 가진 대상자의 주관적 건강상태 점수가 높게 나타났다. 종교가 있는 대상자는 70.51±19.24이었으며, 종교가 없는 대상자는 71.53±19.05이었다(Table 4).

IV. 논 의

암은 우리나라 사망원인 1위의 질환으로, 지속적으로 증가하는 추세를 보이고 있다. 최근에는 암의 조기 발견과 치료기술의 발달로 인해 “불치병”이 아닌 “만성병”이란 개념으로 바뀌고 있지만 아직도 암의 진단과 치료과정은 암환자의 삶의 질과 정신건강에 중대한 영향을 미친다(Jo & Kim, 1997) 그러므로 본 연구에서는 암환자의 일반적 특성, 질환 관련 특성과 삶의 질, 정신건강과 주관적 건강상태를 파악하여 지역사회에 거주하는 암환자의 간호중재 개발의 기초자료로 활용하고자 한다.

통계청(2007)의 발표에 의하면 남녀별 암 발생 등록 건수가 2000년의 경우 암 발생의 성비는 134.0이었으며, 60세 이상 연령군에서 평균 암 환자의 유병률이 증가추이를 보였고, Jeong(2003)의 방사선 치료를 받는 암 환자들의 사회적 지지와 삶의 질과의 관계연구에서도 남녀 성비는 133.3 이었으며 60세 이상이 48%로 높은 비율을 차지하였다. 본 연구에서도 남성의 비율이 59.4%로 여성보다 높았고, 60세 이상이 70.8%로 매우 높게 나타났다. 이는 노령인구의 증가를 단면적으로 보여주는 결과라 할 수 있다. 이외에도 대상자의 학력수준에서 고졸이상이 84.9%로 높게 나타난 것, 의료급여가 19.4%인 것, 가계의 총 월수입이 200만원 미만인 67.3%로 높은 것은 60세 이상 연령층이 높은 비중을 차지하기 때문인 것이라 볼 수 있다. 사 보험은 연구마다 큰 차이를 보여 약 20%~50%내에서 다양한 결과를 보였다. 본 연구에서는 Jeong(2003)의 연구와 유사하게 사 보험 가입률이 25.5%로 낮게 나타남에 따라 대상자들의 경제적인 부담이 큰 것을 간접적으로 알 수 있다. 연구대상자의 건강행위로는 대표적으로 흡연과 음주를 조사하였다. 흡연상태를 살펴보면, Wang(2007)의 연구에서는 암으로 진단 받기 전의 흡연율이 42.3%에서 현재의 흡연율이 2.4%로 급격하게 감소하였고, 음주의 경우도 과

거의 음주율이 56.0%에서 현재 1.7%로 큰 폭으로 감소한 것을 볼 수 있었다. 본 연구도 과거 흡연율이 38.7%에서 현재 흡연율이 14.6%로 감소하였고, 음주의 경우는 과거 음주율이 33.5%에서 현재 24.1%로 Wang(2007)의 연구보다는 크게 감소하지는 않았으나 동일한 유형으로 암 진단 후에 금연, 금주로써 올바른 건강행위로 변화한 것을 알 수 있었다.

보건복지가족부(2009)에 의하면 우리나라에서 주로 발생하는 암은 위암, 폐암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암으로 전체 암 발생의 2/3를 차지하였다. Jeong(2003)의 연구에서도 소화기계 암 24.5%, 폐암 23.5% 유방암 21.4%로 전체의 2/3를 차지하였고, 본 연구에서도 소화기계 암 37.7%, 폐암 8.0%, 간암 3.3%, 유방암 11.8%로 일치되는 결과를 보였다. 유병기간은 연구마다 큰 폭으로 차이를 보인다. 이는 연구목적에 따라서 혹은 대상자 선정 기준에 따라 차이가 나기 때문인 것으로 사료된다. 보완대체요법은 여러 연구결과(Kim, 2008; Kim, Shin, Park, Park, & Kim, 2008; Wang, 2007)에서 약 70%로 높은 이용률을 보였으나 본 연구에서는 21.7%로 낮았고, Jeong(2003)의 연구에서는 8.2%로 낮은 이용률을 보임으로써 연구에 따라 상이한 결과를 보였다.

EQ-5D로 측정된 건강관련 삶의 질은 운동능력, 자기 관리, 일상생활, 통증/불편, 불안/우울 영역에서 측정하였다(Korea Centers for Disease Control and Prevention[KCDC], 2007). 대상자의 삶의 질이 가장 낮은 영역은 운동능력 측면 이었으며, 그 다음으로 불안/우울, 통증/불편, 일상생활, 자기 관리 순으로 나타났다. 본 연구에서 사용한 도구를 암환자를 대상으로 조사한 연구가 거의 없기 때문에 비교하기는 어려웠다. 그러나 본 연구결과를 통해 암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 가장 큰 요인은 운동능력, 즉 신체적인 측면인 것을 알 수 있었으며, 두 번째로 중요한 것으로 불안/우울로 정신적인 측면 또한 암환자의 삶의 질에 영향을 주는 요인임을 알 수 있었다. 이는 정신사회적 요소가 암의 예방과 진행 및 암환자의 삶의 질에 중요한 영향을 미치므로 암의 전 단계에 걸쳐서 환자들의 정신적 고통과 비적응적 대처방식을 조기에 발견하고 이를 관리하는 것은 치료의 순응도를 높이고 환자의 삶의 질을 높이는데 중요하다고 주장한 Kang과 Namkoong

(2007) 연구결과를 뒷받침하는 근거가 된다고 할 수 있다. 또한 암환자의 심리적 요인인 우울이나 불안이 높을수록 삶의 질이 낮은 것으로 나타났으며(Kim, Yoon, Lee, & Ahn, 2006; Lee, Eom, Song, Chae, & Paul, 2008; Yang & Chung, 2004), 환자의 증상관리 뿐만 아니라 정신사회적 인자인 가족지지를 고려한 중재가 필요하다고 하였다(Chun, Lee, Moon, Kang, & Ryu, 2005).

정신건강 측정은 스트레스, 우울, 자살충동이 포함되었다. 우울은 삶의 질의 도구인 EQ-5D에 '불안 혹은 우울'이라는 항목으로 포함되어 있으나 순수하게 우울만을 측정하는 것으로 보기가 어려웠기에 정신건강 측정도구에서 우울을 하나의 지표로 제시하였다. 대상자 중 남성보다 여성이($x^2=7.489$, $p=.006$), 60세 이상보다 60세 미만의 경우($x^2=6.534$, $p=.038$), 사보험이 있는 경우($x^2=4.845$, $p=.028$)가 더 높은 스트레스를 호소한 것으로 나타났다. 우울은 대상자 중 남성보다 여성이 우울경험이 많은 것으로 나타났고($x^2=5.970$, $p=.015$). 자살충동은 건강보험이나 의료보호에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($x^2=6.025$, $p=.049$). Pessin, Olden, Jacobson과 Kosinski(2005)의 연구에서는 말기 암 환자의 우울증을 사정하는 도구중 하나로 자살충동을 제시하였고 본 연구에서는 자살충동과 우울을 같은 수준으로 봄으로써 정신건강을 측정하는 지표로 포함시켰다.

주관적 건강상태는 직업에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다($t=2.953$, $p=.033$). 자영업에 종사하는 대상자가 주관적 건강상태에 대해 가장 취약한 것으로 응답하였고 1차 산업(농업, 어업, 임업)에 근무하는 사람들의 주관적인 건강상태가 양호한 것으로 응답하였다. 또한 통계적으로는 유의하지는 않았으나 연령이 적을수록, 남성보다는 여성이, 기혼자보다는 그 이외의 경우, 학력수준이 높을수록, 의료급여 대상자보다는 건강보험 가입자의 경우, 사보험에 가입한 경우가 주관적 건강상태가 좀 더 나은 것으로 응답하였다. 국민건강영양 조사 결과(2007)에 의하면 남성이 여성보다 자신의 건강상태를 부정적으로 인지하는 것으로 나타났으며 본 연구와 유사한 결과를 보였다. 또한 본 연구의 결과에서 교육수준 및 생활수준이 낮을수록 주관적 건강수준이 낮게 나타난 것은 다른 연구결과와도

일치하는 결과를 보였다(KCDC, 2007; Oh, Bae, & Kim, 2006). 즉 의료보험 유형과 사 보험은 경제적 수준을 간접적으로 반영하는 것으로 수입이 많을수록 자신의 건강상태를 긍정적으로 인식한다고 볼 수 있다. 이외에도 흡연과 음주가 주관적 건강상태에 영향을 미치지 않는 것으로 나타난 것은 기존의 다른 연구와 일치되는 결과를 보였다(KCDC, 2007; Wang, 2007).

본 연구는 지역사회에 거주하는 암환자의 일반적인 특성과 삶의 질, 정신건강과 주관적 건강상태를 파악함으로써 암환자를 위한 간호중재 프로그램 개발에 기초가 되는 자료로 활용 가능할 것으로 기대한다. 본 연구에서는 삶의 질의 어느 부분에 가장 많은 문제가 있다고 호소하는지를 파악하고, 일반적 특성에 따른 정신건강과 주관적 건강상태를 파악하는데 그쳤고 질병과 관련된 특성에 따른 정신건강과 주관적 건강상태의 차이를 보지 못하였다. 따라서 추후에는 삶의 질, 정신건강, 주관적 건강상태에 대한 변수들 간의 상호관계를 파악하고 각 변수들에 영향을 미치는 요인에 대한 인과관계를 분석하여 직접적인 중재전략으로써 연결될 수 있는 연구가 필요할 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 지역사회에 거주하는 암환자의 일반적 특성, 질환 관련 특성, 삶의 질, 정신건강과 주관적 건강상태를 파악함으로써 그들에게 적절한 의료서비스를 제공하기 위한 기초자료를 제공하기 위해 수행되었다.

연구대상은 K대학 병원에 외래진료를 받는 환자를 대상으로 2008년 7월 10일부터 8월 14일까지 암 진단 후 4개월 이상 된 성인 212명을 대상으로 실시하였다.

연구도구는 미국의 National cancer institute의 Cancer Care Outcome Research and Surveillance Survey(CanCORS)에서 사용하는 설문지와 국민건강영양조사 설문지를 수정·보완하여 활용하였다.

자료 분석은 SPSS 14.0 프로그램을 이용하여 빈도와 백분율, 평균, 표준편차, 카이제곱 검정과 t-test로 분석하였다.

연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 암환자의 삶의 질이 가장 낮은 영역은 운동능

력이 25.5% 이었고, 다음으로 불안/우울 25.2%, 통증/불편감 23.6%, 일상생활 20.3%, 자가 관리 13.7% 순 이었다.

둘째, 정신건강 측정은 스트레스, 우울, 자살충동이 포함되었다. 스트레스는 남성보다 여성이($x^2=7.489$, $p=.006$), 연령이 60세 미만의 경우($x^2=6.534$, $p=.038$), 사 보험이 있는 경우($x^2=4.845$, $p=.028$) 스트레스를 더 많이 느낀다고 하였고 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 우울은 남성보다 여성이 우울경험이 많은 것으로 나타났다($x^2=5.970$, $p=.015$). 자살충동은 보험의 유형이 영향을 미치는 것으로 나타났다($x^2=6.025$, $p=.049$).

셋째, 주관적 건강상태는 직업에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다($t=2.953$, $p=.033$). 자영업에 종사자가 주관적 건강상태에 대해 가장 취약한 것으로 응답하였고, 1차 산업(농업, 어업, 임업)에 근무하는 사람들의 주관적인 건강상태가 양호한 것으로 응답하였다.

이상의 연구결과를 근거로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 삶의 질, 정신건강과 주관적 건강상태에 대한 변수들 간의 상호관계를 파악하고 각 변수들에 영향을 미치는 요인에 대한 인과관계를 분석하여 직접적인 중재 전략을 제시할 수 있는 연구가 필요할 것이다.

둘째, 암환자의 정신사회적인 측면을 파악하기 위해서는 양적연구방법으로는 한계에 직면하므로 질적 연구방법을 병행하는 다양한 연구가 시도되었으면 한다.

References

- Chun, M. S., Lee, E. H., Moon, D. M., Kang, S. H., & Ryu, H. S. (2005). Medical and psychological factors influencing on the quality of life in patients with cervix cancer. *J Korean Soc Ther Radiol Oncol*, 23, 201-210.
- Jeong, J. H. (2003). *Relationship between social support and quality of life in cancer patients receiving radiation therapy*. Unpublished master's thesis, Chosun University, Gwangju.
- 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, 353-63.
- Ju, M. J., & Sohn, S. K. (2008). Relationship between perceived family support and quality of life in hospitalized patients with terminal cancer. *J Korean Oncol Nurs*, 8(1), 32-39.
- Kang, J. I., & Namkoong, K. (2007). Psychosocial aspects and mental health in cancer patients. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 46(5), 421-429.
- Kim, C. N., Shin, A. M., Park, K. M., Park, M. H., & Kim, Y. A. (2008). The effects of hope intervention on the hope and quality of life of cancer patients staying at home and cared in public health center. *J Korean Acad Comm Health Nurs*, 19, 177-187.
- Kim, H. S. (2003). *A study on the changing process of quality of life of terminal cancer patients: Based on the grounded theory approach*. Unpublished master's thesis, Catholic University, Seoul.
- Kim, K. U., Yoon, S. J., Lee, J. Y., & Ahn, H. S. (2006). Validation of the Korean version of the Mcmaster quality of life scale in terminal cancer patients. *J Palliative Care*, 22(1), 40-45.
- Kim, S. H. (2008). *Analysis of the use of supplementary alternative therapy and relevant factors in hospitalized cancer patients*. Unpublished master's thesis, Kangwon University, Chuncheon.
- Korea Centers for Disease Control and Prevention. (2007). The 4th Korea national health and nutrition examination survey.
- Korea Central Cancer Registry. (2003). Korea central cancer registry annual report. Ministry

- of Health & Welfare.
- Korean National Statistical Office. (2007). Annual report of causes of death. Korea National Statistical Office.
- Lee, E. O., Eom, A., Song, R., Chae, Y. R., & Paul, L. (2008). Factors influencing quality of life in patients with gastrointestinal neoplasms. *J Korean Acad Nurs*, 38, 649-55.
- Lewis, F. M. (1982). Experienced personal control and quality of life in late-stage cancer patients. *Nurs Res*, 31(2), 113-9.
- Loerzel, V. W., McNees, P., Powel, L. L., Su, X., & Meneses, K. (2008). Quality of life older women with early-stage breast cancer in the first year of survivorship. *Oncol Nurs Forum*, 35, 924-32.
- Ministry for Health, Welfare & Family affairs. (2008). Ministry for health, welfare & family affairs white paper.
- Ministry for Health, Welfare & Family affairs. (2009). Cancer fact & figures.
- Ministry for Health, Welfare & Family affairs. (2009). 2009 Customized home-visiting health service guidance.
- Montazeri, A., Tavoli, A., Mohagheghi, M. A., Roshan, R., & Tavoli, Z. (2009). Disclosure of cancer diagnosis and quality of life in cancer patients: should it be the same everywhere?. *Bio Med Central Cancer* 9, 39-46.
- National Cancer Institute. (2003). Assessment of patients experience of cancer care (APECC) study. US National Institute of Health. Retrieved May 10, 2009, from <http://www.cancer.gov>.
- Oh, Y. H., Bae, H. O., & Kim, Y. S. (2006). Relationship between objective health status and self-perceived health of Korean older persons. *J Korean Gerontol Soc*, 26(3), 461-476.
- Pessin, H., Olden, M., Jacobson, C., & Kosinski, A. (2005). Clinical assessment of depression in terminally ill cancer patients: A practical guide. *Palliative and Supportive Care*, 3, 319-324.
- Rose, J. H., Radziewicz, R., Bowman, K. F., & O'Toole, E. E. (2008). A coping and communication support intervention tailored to older patients diagnosed with late-stage cancer. *Clin Interventions in Aging*, 3, 77-95.
- Wang, S. (2007). *A research on the actual use of complementary and alternative therapies by cancer patients*. Unpublished master's thesis, Kyung Hee University, Seoul.
- Yang, J. C., & Chung, W. K. (2004). Psychology and quality of life in cancer patients on the radiation therapy. *J Korean Soc Ther Radiol Oncol*, 22, 271-9.

Survey on Quality of Life, Mental Health and Subjective Health Status of Community Dwelling Cancer Patients

Lee, Bo-Young(Doctoral Student, Department of Health Policy and Management, Kangwon National University)

Jo, Heui-Sug(Associate Professor, Department of Health Policy and Management, Kangwon National University)

Kwon, Myung Soon(Associate Professor, Department of Nursing, Hallym University)

Purpose: This study investigated the quality of life, mental health and subjective health status of community dwelling cancer patients. **Methods:** Subjects were 212 out-patients with cancer at Kangwon University Hospital. The study was conducted from July 10 to August 14, 2008. Quality of life as determined by the Euro Quality of life-5 Dimensions (EQ-5D) was measured using Korea Centers for Disease Control and Prevention(KCDC). Mental health and subjective health status were measured using KCDC. **Results:** EQ-5D determined degrees of difficulty were 25.5%(mobility), 25.2%(anxiety or depression), 23.6%(pain or discomfort), 20.3%(activities of daily living), and 13.7%(self care). An analysis of the association between several factors and mental health showed that the statistically significant factors were age, gender, medical coverage, and private insurance. An analysis of the association between several factors and subjective health status showed that the statistically significant factor was occupation. **Conclusion:** Cancer patients suffer from significant psychological distress. Programs that address mental and physical health would be beneficial.

Key words : Quality of life, Mental health, Health status, Neoplasms, Patients