

Original Article

말기암환자의 영적 안녕과 통증, 불안 및 우울과의 연관성: 예비 연구

이용주* · 김철민* · 인요한[†] · 이덕철[†] · 서상연[‡] · 서아람[§] · 안홍엽[§]

*가톨릭대학교 서울성모병원 완화의학과, [†]연세대학교 의과대학 세브란스병원 가정의학과,
[‡]동국대학교 일산병원 가정의학과, [§]동국대학교 통계학과

Association between Spiritual Well-Being and Pain, Anxiety and Depression in Terminal Cancer Patients: A Pilot Study

Yong Joo Lee, M.D.*, Chul-Min Kim, M.D., Ph.D.*, John A. Linton, M.D., Ph.D.[†],
Duk Chul Lee, M.D., Ph.D.[†], Sang-Yeon Suh, M.D., Ph.D.[‡],
Ah-Ram Seo, M.S.[§] and Hong-Yup Ahn, Ph.D.[§]

*Department of Palliative Medicine, Seoul St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea,
[†]Department of Family Medicine, Severance Hospital, Yonsei University College of Medicine, Seoul,
[‡]Department of Family Medicine, Dongguk University Ilsan Hospital, Goyang,
[§]Department of Statistics, Dongguk University, Seoul, Korea

Purpose: Spirituality is an important domain and is related with physical and psychological symptoms in terminal cancer patient. The aim of this study is to examine how patients' spirituality is associated with their physical and psychological symptoms as it has been explored by few studies. **Methods:** In this cross sectional study, 50 patients in the palliative ward of a tertiary hospital were interviewed. Spiritual well-being, depression, anxiety and pain is measured by Functional Assessment of Chronic-Illness Therapy-Spirituality (FACIT-Sp), hospital anxiety and depression scale (HADS) and the Korean version of the Brief Pain Inventory (BPI-K). The correlations between patients' spiritual well-being and anxiety, depression and pain were analysed. The association between spiritual well-being and age, gender, palliative performance scale (PPS), religion, mean pain intensity, anxiety, depression were assessed by univariate and multivariate regression analyses. **Results:** Spiritual well-being was negatively correlated with the mean pain intensity ($r = -0.283$, $P < 0.05$), anxiety ($r = -0.613$, $P < 0.05$) and depression ($r = -0.526$, $P < 0.05$). In multivariate regression analysis, spiritual well-being showed negative association with anxiety (OR = -1.03, 95% CI = -1.657 ~ -0.403, $P = 0.002$) and positive association with the existence of religion (OR = 9.193, 95% CI = 4.158 ~ 14.229, $P < 0.001$). **Conclusion:** In this study, patients' anxiety and existence of religion were significantly associated with spiritual well-being after adjusting age, gender, PPS, mean pain intensity, depression. Prospective studies are warranted.

Key Words: Neoplasms, Terminally ill, Spirituality, Pain, Anxiety, Depression

Received May 10, 2013, Revised May 21, 2013, Accepted May 28, 2013

Correspondence to: Yong Joo Lee

Department of Palliative Medicine, Seoul St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea, 222, Banpo-daero, Seocho-gu, Seoul 137-701, Korea

Tel: +82-2-2258-6289, Fax: +82-2-2258-1903, E-mail: sharp1003@hanmail.net

© 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.

서 론

암환자는 매년 꾸준히 증가하고 있으며 전체 사망률 중 암으로 인한 사망은 남녀 모두 1위이다. 2011년 통계청 보고에 따르면 전체 사망자 257,396명 가운데 악성 신생물로 인한 사망자의 수가 27.8%였다. 이는 암에 대한 조기진단법과 치료법이 발견되면서 암 생존자들의 숫자도 늘어나는 반면에 매년 7만 명이 넘는 암환자가 말기암 상태에서 사망함을 보여주고 있다. 말기암환자들은 질병의 치유에 초점을 두기보다는 암에 의한 다양한 증상을 조절하는 완화의료가 필요하다. 세계보건기구(World Health Organization, WHO)에서는 완화의료를 '삶을 위협하는 질환에 직면한 환자와 가족들의 삶의 질을 향상시키기 위한 접근 방법으로 통증 및 다른 신체적, 정신적, 영적 문제들에 대한 조기 발견과 전인적인 평가 그리고 치료를 통한 고통의 예방과 경감을 목적으로 한다'고 정의하면서 완화의료를 신체적 증상조절만이 아닌 총체적 돌봄을 제공하는 행위로 규정하였다(1). 국내에서도 2010년 암관리법에서 말기암환자의 완화의료를 '통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것으로 목적으로 하는 의료'로 규정하였다.

따라서, 말기암환자의 삶의 질의 증진에 있어 신체적, 사회적, 정서적 영역뿐만이 아니라 영적 측면에 대한 고려는 매우 중요하다. 영이란 종교의 유무와는 상관없는 인간과 신과의 관계를 의식하는 잠재적 본성으로, 인간의 모든 영역을 통합시키는 힘, 창조적인 힘의 근원이다. 영성(Spirituality)은 라틴어 Spiritus (Spirit)에서 유래되었으며, 궁극적 의미를 찾는 과정으로서 영의 외적 발현으로 볼 수 있다. 종교는 영성을 표현하는 하나의 수단이고, 영성은 보다 광범위한 개념을 의미하는데 인간의 내적 자원의 총체이며 한 인격의 존재가치 원리를 창출하는 삶의 근원이다(2). 암환자들은 죽음의 임박과 고통스러운 증상으로 심한 스트레스 상황에 처하게 된다. 이로 인해 영적인 문제에 관심을 갖게 되며, 영적 안녕은 말기암환자들을 스트레스로부터 보호해주는 역할을 하는 중요한 요소로 알려져 있다(3).

암환자의 영성에 관련된 연구들은 아직까지 매우 부족한 상태다. Puchalski 등에 따르면 완화의학과 관련된 연구들에 대해 체계적 문헌고찰을 해본 결과 전체 호스피스관련 논문들 중 영성(spirituality) 또는 종교에 관한

저널은 약 6.3%에 불과하였다(4).

영성에 대한 선행 연구들 중 Hui 등에 따르면 영적 고통이 있는 경우에 통증과 우울감이 높은 것으로 밝혀졌다(5). Aukst-Margetić 등은 유방암 환자에서 영성과 우울, 통증과의 연관성 살펴보았는데 영성은 우울증의 발생을 낮추는 것과 상관관계가 있음을 보였다(6).

영성과 연관된 국내의 연구들 중 Oh와 Kim은 국내의 18세 이상의 성인들에게 적용한 영적 중재 논문들을 대상으로 영적 중재의 신체적, 심리적, 영적 효과크기에 대하여 메타분석을 시행 하였으며 영적 중재가 불안과 우울을 경감시키는 효과가 있는 것으로 밝혀졌다(7). 하지만 아직 국내에서 말기암환자를 대상으로 신체적, 정서적 증상과 영성과의 연관성을 살펴본 연구는 없다. 따라서 이번 연구에서는 호스피스 병동에 입원한 말기암환자들을 대상으로 영적 안녕과 통증, 불안 및 우울증과의 연관성 및 영적 안녕에 영향을 미치는 요인에 대하여 알아보려고 한다.

대상 및 방법

1. 연구 설계

이번 연구는 호스피스의료기관에 입원해 있는 말기암환자를 대상으로 영적 안녕감, 우울, 불안, 통증과의 관계를 조사하기 위한 관찰연구이다.

2. 연구 대상

이 연구는 서울소재 일개 대학병원에서 말기암 진단을 받고 호스피스센터에 의뢰된 환자와 타병원에서 말기암을 진단받고 외래를 통해 호스피스병동에 입원한 환자 50명을 대상으로 하였다. 연구기간은 2012년 10월부터 2013년 4월까지였으며 연구의 목적, 내용에 대해 충분히 설명을 듣고 연구에 동의한 환자들을 대상으로 설문조사를 시행했으며 선정기준은 다음과 같았다.

- 1) 만 20세 이상 성인
- 2) 환자 본인이 연구 참여를 자발적으로 동의하고 서면으로 제공한 연구 동의서를 작성한 경우
- 3) 호스피스병동의 전담의사에 의해 환자의 의식, 기능상태 등을 고려하여 임상적 기대여명이 1개월 이상으로 예상되는 환자

3. 연구 도구

1) **영적 안녕 측정도구(Spiritual Well-being Questionnaire):** Peterman 등에 의해 2002년 개발된 Functional Assessment

of Chronic-Illness Therapy- Spirituality (FACIT-Sp)를 사용하였으며 이 측정 도구는 만성질환 또는 삶을 위협하는 질환을 가진 환자들의 타당성 있는 영적인 양상을 측정하기 위해 개발하였다(8). 이 도구는 Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)의 4개 영역 총 27문항에 영적 상태 12문항이 추가되었다. 영적 상태 12문항은 삶의 의미 및 평화상태(meaning/peace)에 관한 하위영역 8문항, 믿음 상태(faith)에 관한 하위영역 4문항으로 구성되어 있다. FACIT-Sp는 총 39문항으로 5점 척도 도구(5 point Likert scale)로 측정하도록 되어 있으며, 응답은 “상당히 그렇다” 4점, “꽤 그렇다” 3점, “보통이다” 2점, “조금 그렇다” 1점, “전혀 그렇지 않다” 0점으로 최고 156점에서 최저 0점이다. 이번 연구에서는 FACIT의 공식 웹사이트인 www.facit.org에서 FACIT-Sp의 한글번역본과 사용을 허가 받았으며 이 중 FACT-G 27문항을 제외한 영적 상태 12문항에 대한 설문을 시행하였다. 12문항의 최고점은 48점 최저점은 0점으로 하였으며 12문항에 대한 내적 신뢰도 계수인 Cronbach's alpha 값은 0.751로 나타났다.

2) 불안-우울증 측정도구: 불안증과 우울증은 Zigmond와 Snaith가 개발한 병원 불안-우울증 척도(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)를 이용하여 측정하였다(9). 홀수 번호 7개는 불안하부척도(HADS-A)이며, 짝수 번호 7개는 우울하부척도(HADS-D)로 구성되어 있고 자가보고 형식의 설문지이다. 각 항목은 동의하는 정도에 따라 0점에서 3점을 부여하는 방식으로 구성되어 있는 4가지 중 하나를 선택하는 리커트 척도(Likert scale)이다. HADS-A는 대부분 불안 및 걱정과 관계 있는 항목들과 공황발작을 반영하는 1개 항목을 포함하고 있으며, HADS-D는 주로 우울증에서 쾌락반응의 감소, 정신운동성 지연, 손상된 기분 등에 중점을 두고 있다. HADS-A, HADS-D 아척도의 평가점수는 각각 0~7점은 정상, 8~10점은 경계역 장애, 11~21점은 중등도 및 심한 장애로 정하였다(10).

3) 통증 측정도구: 통증의 측정은 한국식 간이통증 조사지(Brief pain inventory-Korean, BPI-K)를 이용하였다. BPI-K는 1999년도 Yun 등에 의해 Brief Pain Inventory of the University of Texas MD Anderson Cancer Pain Research Group을 한국어로 번역한 것으로 통증을 평가하는데 가장 널리 사용되는 도구이다. 이 설문지는 2004년 한국어 타당도 검사가 완료되었다(11). 이번 연구에서는 지난 24시간 동안 가장 심했을 때의 통증 정도, 평소에 느끼는 통증의 정도 및 바로 지금 느끼는 통증 정도를 합산하여 평

균값으로 나눈 평균적 통증 강도(mean pain intensity)를 주요 지표로 사용하였다.

4. 자료 수집 방법

서울 소재의 일개 대학병원 호스피스병동에 입원해 있는 말기암환자들을 대상으로 연구자가 연구의 목적을 설명하고 연구에 참여하기로 동의한 환자들에게서 환자의 등록번호, 이름, 성별, 나이, 설문 실시일, 암 진단일 등을 기입하고 의무기록을 통해 환자의 종양의 종류, 수술, 항암치료, 방사선치료 등 시행 받은 치료의 종류를 기록하였다. 연구대상자의 병식, 말기인식, 호스피스 인식은 폐쇄형(Closed-Ended) 질문을 이용하였고 결혼 여부, 종교의 유무 및 종류, 완화의료 수행지수(Palliative performance scale, PPS)와 동반 질환정보를 기입하였다.

5. 통계자료 분석 방법

수집된 자료는 Statistical Package for Social Science ver. 16.02 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)를 이용하였다. 연구자료가 정규분포를 따르지 않아 비모수적 통계방법을 사용하였다. 영적 안녕감, 우울, 불안 및 통증의 상관관계는 Spearman's rank correlation analysis를 이용하였으며, T-test를 이용하여 종교의 유무에 따른 성별, 연령, 영적 안녕, 통증점수, 불안-우울증의 차이점을 비교하였다. 단일 회귀분석을 이용하여 영적 안녕감과 상관관계가 있는 변수를 검증하였으며 연령, 성별, 완화수행지수, 우울지수, 불안지수를 보정하여 다변량 회귀분석을 시행하였다. 모든 자료는 중간값±표준편차로 표시하였고, P값이 0.05 미만인 경우를 통계학적으로 유의한 것으로 정하였다.

결 과

1. 대상자의 인구 사회학적 특성 및 질병관련 특성

대상자들의 평균 연령은 64.8±11.0세이고 남자가 29명(58.0%)이었다. 대상자들의 완화의료수행지수(PPS)는 50% 이상이 38명(76.0%), 50% 이하가 12명(24.0%)이었다. 종교를 가진 환자가 33명(76.8%)이었으며 천주교 27명(54.0%), 기독교 10명(20.0%), 불교 2명(4.0%)순이었다. 암에 대한 병식이 있는 환자는 49명(98.0%), 이중 말기인식이 있는 환자는 48명(96.0%) 호스피스인식이 있는 환자는 30명(60.0%)이었다. 병원 우울-불안증 지수(HADS) 중 불안점수는 0~7점(정상)이 38명(76.0%), 8~10점(경계역)이 6명(12.0%), 11점 이상(중등도 및 심함)이 6명

(12.0%)이었으며 우울점수는 0~7점이 10명(20.0%), 8~10점이 15명(30.0%), 11점 이상이 25명(50.0%)이었다. 영적 안녕도는 29.0±9.9의 중간값을 보였다. 평균 통증 강도(Mean Pain Intensity, MPI)는 4.5±1.6의 중간값을 보였

고, 41명(82.0%)의 환자들이 정기적인 마약성 진통제를 투약 받았으며, 돌발성 통증으로 인해 투여되는 진통제의 횟수의 중간값은 2.2±1.9회였다. 암의 종류는 위장/대장암이 16명(32.0%)으로 가장 많았으며, 그 뒤로 간담도/췌장암 10명(20.0%), 폐암 5명(10.0%), 두경부암 3명(6.0%), 난소/자궁경부암 2명(4.0%), 신장/방광암 1명(2.0%), 기타 12명(24.0%) 순이었다. 내과적 동반질환이 있는 환자는 17명(34.0%)이었으며, 항암화학요법을 시행 받은 환자는 39명(78.0%), 수술을 시행 받은 환자는 31명(62.0%), 방사선요법을 시행 받은 환자는 31명(62.0%)순이었다(Table 1).

Table 1. Clinical Characteristics of Patients in the Study Population.

Characteristics	Number (%)
Total No. of patients	50
Age (year) (median±SD)	64.8±11.0
Male	29 (58.0)
Married	49 (98.0)
PPS	
≥ 50%	38 (76.0)
< 50%	12 (24.0)
Religion	
Catholic	27 (54.0)
Protestant	10 (20.0)
Buddhism	2 (4.0)
None	11 (22.0)
Insight	
Cancer (yes)	49 (98.0)
Stage (yes)	48 (96.0)
Hospice care (yes)	30 (60.0)
HADS	
Anxiety	
0~7 (normal)	38 (76.0)
8~10 (borderline)	6 (12.0)
11~21 (moderate-severe)	6 (12.0)
Depression	
0~7 (normal)	10 (20.0)
8~10 (borderline)	15 (30.0)
11~21 (moderate-severe)	25 (50.0)
Facit-Sp 12 (mean±SD)	29.0±9.9
Mean Pain Intensity* (median±SD)	4.5±1.6
Regular opioid use	41 (82.0)
PRN number/day (median±SD)	2.2±1.9
Primary cancer site	
Stomach/Colorectal cancer	16 (32.0)
Hepatobiliary/Pancreas	10 (20.0)
Lung	5 (10.0)
Head & Neck	3 (6.0)
Ovary/Cervix	2 (4.0)
Renal/bladder	1 (2.0)
Others	12 (24.0)
Comorbidity (yes)	17 (34.0)
Ever chemotherapy	39 (78.0)
Ever surgical treatment	31 (62.0)
Ever radiotherapy	31 (62.0)

PPS, Palliative Performance Scale; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; Facit-Sp, Functional Assessment of Chronic-Illness Therapy-Spirituality. *By Brief Pain Inventory.

2. 연구대상자들의 영적 안녕과 우울, 불안 및 통증과의 상관 관계

연구대상자들의 영적 안녕감과 불안, 우울 및 통증과의 상관관계를 알아보기 위하여 Spearman's rank correlation test를 시행하였다. 영적 안녕감은 평균 통증 강도(MPI)($r = -0.283$, $P < 0.05$), 병원 불안-우울증의 불안 하부척도(HADS-A)($r = -0.613$, $P < 0.05$) 그리고 우울 하부척도(HADS-D)($r = -0.526$, $P < 0.05$)와 양의 상관관계를 보였다. 통증 강도(MPI)는 HADS-D와 양의 상관관계를 보였고($r = 0.328$, $P < 0.05$), HADS-A와 HADS-D는 높은 양의 상관관계를 보였다($r = 0.631$, $P < 0.05$)(Table 2).

3. 종교 유무에 따른 영적 안녕, 불안-우울지수, 통증점수의 차이

독립표본 T 검정을 이용하여 종교 유무에 따른 영적 안녕감, 불안-우울지수, 통증점수의 차이를 살펴보았으며 종교가 있는 경우에 영적 안녕도가 31.5±9.7으로 종교가 없을 때의 영적 안녕도인 20.4±5.2와 비교하여 유의하게 높았다(Table 3).

Table 2. Correlation Coefficients of Spiritual Well-Being, Anxiety, Depression and Pain.

	Facit-Sp	MPI	HADS-A	HADS-D
MPI	-0.283*			
HADS-A	-0.613*	0.276		
HADS-D	-0.526*	0.328*	0.631*	
PPS	0.009	-0.114	0.085	-0.106

MPI, Mean Pain Intensity; HADS-A, Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety Subscale; HADS-D, Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression Subscale; PPS, Palliative Performance Scale; Facit-Sp, Functional Assessment of Chronic-Illness Therapy-Spirituality Score. *P value < 0.05 by Spearman's Rank Correlation.

4. 대상자들의 영적 안녕의 증가와 상관관계에 있는 변수

선형 회귀분석을 이용하여 나이, 성별, 완화 수행지수, 종교유무, 평균 통증 강도, 불안, 우울지수와 영적 안녕과의 상관관계를 살펴보았다. 단변량 분석결과 영적 안녕감은 종교유무(OR=11.14, 95% CI=5.017~17.281, P<0.001)와 양의 상관관계를 가졌으며, 평균 통증 강도(OR=-2.082, 95% CI=-3.767~-0.397, P=0.016), 우울하부척도(OR=-1.35, 95% CI=-1.875~0.825, P<0.001) 그리고 불안하부척도(OR=-1.10, 95% CI=-1.569~0.635, P<0.001)와는 음의 상관관계를 보였다. 대상자의 연령, 성별, 완화의료 수행지수, 우울지수를 보정한 다변량 회귀분석결과에서 영적 안녕의 증가는 종교가 있는 경우(OR=9.193, 95% CI=4.158~14.299, P<0.001)와 유의한 관련성을 보였으며, 영적 안녕의 감소는 불안하부척도(OR=-1.030, 95% CI=-1.657~0.403, P=0.001)의 증가

와 유의한 관련성을 보였다(Table 4).

고 찰

이번 연구의 결과, 말기암환자의 영적 안녕은 불안, 우울지수 그리고 평균 통증 강도와 상관관계를 보였으며, 다변량 회귀분석결과 영적 안녕의 증가는 종교의 유무와, 영적 안녕의 감소는 불안지수의 증가와 유의한 관련성을 보였다. 영성과 통증과의 상관관계를 살펴본 선행연구에서 Baetz와 Bowen은 종교적 믿음이 있으며 영적인 사람은 만성통증과 피로를 덜 느끼며 통증에 대한 긍정적인 대처법을 가지고 있는 것으로 밝혀졌다(12). 비록 위의 연구에서 대상 환자가 만성 비암성 통증과 만성피로증후군 환자여서, 본 연구대상과는 차이가 있으나 제한적이지만 비슷한 결과를 보여준 것으로 볼 수 있다.

암환자들에게 정신적인 문제는 통증과 같은 신체적인 증상들 못지 않게 중요하다. 진행성 암환자들 중 약 35~50%가량은 정신적인 문제를 가지고 있는 것으로 알려져 있으며(13), 병원에 입원해 있는 암환자들의 우울증 발병률은 약 25~50%로 보고되고 있다(14,15). 이번 연구에서 대상자의 80%는 경계역 이상의 우울지수를 보였는데 이는 우울증에 대한 병원 불안 우울지수(HADS)의 설문 항목이 ‘행동의 느려짐’, ‘예전에 즐기던 것을 즐김’ 등 말기암환자들에서 신체적 기능저하로 인해 상대적으로 높게 측정되는 내용을 포함하여 선행연구에 비해 높은 유행률을 보이고 있는 것으로 생각된다. 암환자의 불안증상에 대한 선행연구에 의하면 34%의 암환자에서 임상적으로 의미 있는 불안 증상을 가지는 것으로 알려졌다. 이번 연구에서는 대상자의 24%가

Table 3. Comparison of Variables between Religion and no Religion.

	Religion (Mean±Standard)		P value
	Yes (n=39)	No (n=11)	
Facit-Sp	31.5±9.7	20.4±5.2	<0.001
HADS-A	5.1±4.0	6.0±5.8	0.570
HADS-D	10.3±5.3	12.8±4.2	0.167
MPI	4.0±1.7	4.8±1.4	0.161
PPS	53.6±13.1	3.2±2.0	0.845

Facit-Sp, Functional Assessment of Chronic-Illness Therapy-Spirituality; HADS-A, Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety Subscale; HADS-D, Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression Subscale; MPI, Mean Pain Intensity; PPS, Palliative Performance Scale.

Table 4. Associations of Spiritual Well-Being and Age, Religion, PPS, BPI-K5, HADS-A, HADS-D in Univariate and Multivariate Regression Analysis.

Variables	Univariate		Multivariate	
	Odds ratio (95% CI)	P value	Odds ratio (95% CI)	P value
Age	-0.17 (12.88~47.47)	0.896	-0.082 (-0.274~0.110)	0.394
Gender (woman)	0.06 (-5.7585.3880)	0.983	-0.635 (-5.194~3.924)	0.780
PPS	0.03 (-0.198~0.258)	0.791	-0.001 (-0.167~0.166)	0.992
Religion (yes)	11.14 (5.017~17.281)	0.001	9.193 (4.158~14.229)	0.001
MPI	-2.082 (-3.767~-0.397)	0.016	-0.604 (-2.081~0.874)	0.732
HADS-A	-1.35 (-1.875~0.825)	<0.001	-1.030 (-1.657~-0.403)	0.002
HADS-D	-1.10 (-1.569~0.635)	<0.001	-0.292 (-0.886~0.302)	0.327

PPS, Palliative Performance Scale; MPI, Mean Pain Intensity; HADS-A, Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety Subscale; HADS-D, Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression Subscale.

경계역 이상의 불안지수를 보여 상대적으로 낮은 유병률을 보여주었다(16). 암환자의 영성과 불안, 우울에 관한 선행연구에서 Kandasamy 등은 우울과 불안의 증가는 영적 안녕의 감소와 연관성이 있음을 보였고(17), Pearce 등은 진행성 암환자에서 영적 요구가 충족되지 않는 경우에 우울증의 위험성이 있으며 영적 의미와 영적 평화로움이 저하됨을 보여주었다(18). 비록 말기암환자를 연구 대상으로 수행하지는 않아 연구 대상자의 차이점을 보이고 있으나 비슷한 결과를 나타내고 있어 영성이 암환자들의 정서적 증상과 상관관계에 있음을 뒷받침하고 있다. 따라서 영적 안녕은 암환자들이 정신사회학적 적응을 하는데 중요한 역할을 하는 것으로 알려져 있다(19). 영성에 관한 신체적 메커니즘을 연구한 결과, 신앙심은 세로토닌의 분비와 연관이 있다고 한다. 향정신성 약물이 세로토닌 체계를 통하여 영성적 자각(spiritual awareness), 신비체험(mystical experience), 및 종교적 황홀경(religious ecstasy)을 일으키는 것처럼 세로토닌 체계가 영적 체험의 생물학적 토대가 될 수 있을 것으로 추정하고 있다(20).

이번 연구대상자들 중 약 80%는 종교를 가지고 있으며 영적 안녕은 종교가 없는 그룹에 비해 종교가 있는 그룹에서 통계적으로 유의하게 높은 수치를 보여주었다. 종교가 영적 안녕의 필수 조건은 아니나, 종교적 활동은 완화의료 수준이 낮은 환경에서도 손쉽게 영적 지지를 할 수 있는 방법 중 하나로, Choumanova 등은 유방암 환자들에서 종교와 영성이 암을 대처하는 필수적인 요소임을 보여주었다(21). 반면, 진행성 암환자들에서 영적 요구가 있음에도 불구하고 종교단체를 통해 영적 지지가 충분히 이루어지고 있지 않고 있는 연구 결과도 있어 종교와 영적 안녕은 아직 논란의 여지가 있는 것으로 생각된다(22).

말기암환자들의 영적 안녕을 유지하기 위해선 무엇보다 그들의 영적 요구를 충족시켜야 한다. 말기암환자는 기능저하의 속도가 빠르고 다양한 증상을 호소하여 영적 고통과 영적 요구가 높다. 선행연구에 따르면 암환자들 가운데 73%는 적어도 한 개 이상의 영적 요구가 있었으며(23), 영적 고통이 증가할 경우 말기암환자의 삶의 질과 치료에 대한 만족도를 떨어뜨리는 것으로 밝혀져 이러한 가설을 뒷받침하고 있다(24).

영적 안녕은 말기암환자의 삶의 질에 긍정적 영향을 미치므로 중요하게 고려되어야 할 완화의료영역이다. 말기암환자는 영적 돌봄을 통해 통제불능의 질병상태를 스스로를 통제할 수 있게 되고, 영성을 통해 존재의 의

미와 미래에 대한 확신을 가진다(25).

영성은 환자 본인뿐만이 아니라 가족들에게도 중요한 요소이다. 말기 환자의 가족이나 친구들 중 영적 믿음이 없는 집단에서는 사후 14개월까지도 애도반응(grief reaction)을 잘 해결하지 못한 반면, 영적 믿음이 강한 집단의 경우 애도반응을 잘 해결 하였다(26). 또한, 영성은 호스피스팀원들에게도 중요한 요소이다. Kim에 따르면 사회복지사의 영성 척도는 현재상황을 성공적이고 목표 지향적으로 처리할 수 있다는 상태희망과 양의 상관관계가 있음을 보였다(27). 하지만 실제 임상에서는 영성에 대한 관심과 영적 지지가 효과적으로 이루어지고 있지 않은데 그 이유로 암환자의 영성 또는 영적 안녕에 대한 중요성은 알고 있지만 시간의 부족과 전문적인 지식과 기술을 익히기 위한 수련이 부족하기 때문이라고 보고 있다(28).

이번 연구는 몇 가지 제한점을 가지고 있다. 첫째, 연구대상자의 수가 50명으로 적었고 단면연구로 시행된 점으로 영적 안녕과 통증, 우울, 불안과의 인과관계를 가지고 있지 않고 있다. 따라서 추후 대규모의 환자를 대상으로 한 전향적 관찰 연구가 필요할 것으로 생각된다. 둘째, 대상 환자들의 영적 안녕도의 측정을 영적 항목에 관한 12개 문항만을 가지고 측정했으며 설문지의 한국어 타당도 연구가 되어있지 않은 점이다. 셋째, 종교의 종류에 따른 영적 안녕도의 비교가 필요할 것으로 생각되는데 이번 연구에서는 대상자 수가 적으며, 종교의 분포가 편중되어 있어 추가적 분석을 시행하지 않았다. 마지막으로, 결혼유무, 경제상태 등도 영적 안녕에 영향을 미칠 수 있는 변수이나 이번 연구에서는 포함되지 않은 점도 제한점으로 볼 수 있다.

영성과 건강과의 관계에 대한 연구는 완화의료 영역에서 점차 그 중요성이 증가하고 있다. 하지만 아직까지 말기암환자들의 영적 안녕은 연구결과들이 부족하다. 영적 고통에 대한 이해와 접근, 영적 안녕을 높이기 위하여 앞으로 더 많은 연구가 필요할 것으로 생각된다.

요 약

목적: 말기암환자의 영성은 호스피스완화의료에서 중요하게 고려되어야 할 영역이지만 아직 이에 대한 연구 자료가 부족하다. 따라서 이번 연구에서는 호스피스 병동에 입원해 있는 말기 암환자들을 대상으로 영적 안녕과 통증, 불안 및 우울과의 연관성에 대하여 살펴보았다.

방법: 서울소재 일개 대학병원에 입원해 있는 환자를 대상으로 연구자와 연구간호사가 연구에 동의한 50명의 환자에게 자기 기입식 설문지를 배부하는 방법으로 설문을 시행하였다. 영적 안녕지수의 측정은 Functional Assessment of Chronic-Illness Therapy-Spirituality (FACIT-Sp)의 영적 상태 12문항을 이용하였으며 병원 우울불안지수는 Hospital anxiety and depression scale (HADS), 통증지수의 측정은 BPI-K를 이용하였다. 수집된 자료는 Spearman's rank test, T-test, univariate and multivariate regression analysis를 이용하여 분석하였다.

결과: 영적 안녕은 평균 통증 강도($r = -0.283, P < 0.05$), 불안 하부척도(HADS-A)($r = -0.613, P < 0.05$), 우울 하부척도(HADS-D)($r = -0.526, P < 0.05$)와 상관관계를 보였다. 다른 변수들의 영향을 보정한 뒤에도 영적 안녕은 종교유무(OR=9.193, 95% CI=4.158~14.229, $P < 0.001$)와 불안하부척도(OR=-1.03, 95% CI=-1.657~-0.403, $P = 0.002$)와 유의한 상관관계를 보였다.

결론: 말기암환자의 영적 안녕감은 통증, 우울, 불안 점수와 유의한 상관관계를 가졌으며 종교가 있고 우울 지수가 낮은 경우 영적 안녕감의 증가와 유의한 상관관계를 가졌다. 추후 전향적 연구를 통한 영적 말기암환자의 영적 중재 및 영적 지지에 대한 노력이 필요할 것으로 생각된다.

중심단어: 암, 말기암, 영적 안녕, 통증, 불안, 우울

참 고 문 헌

- Ventafriidda V. According to the 2002 WHO definition of palliative care. *Palliat Med* 2006;20:159.
- Oh PJ, Kang KA. Spirituality: concept analysis. *J Korean Acad Nurs* 2000;30:1145-55.
- McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003;361:1603-7.
- Puchalski CM, Kilpatrick SD, McCullough ME, Larson DB. A systematic review of spiritual and religious variables in Palliative Medicine, *American Journal of Hospice and Palliative Care*, *Hospice Journal*, *Journal of Palliative Care*, and *Journal of Pain and Symptom Management*. *Palliat Support Care* 2003;1:7-13.
- Hui D, de la Cruz M, Thorney S, Parsons HA, Delgado-Guay M, Bruera E. The frequency and correlates of spiritual distress among patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care* 2011;28:264-70.
- Aukst-Margetić B, Jakovljević M, Margetić B, Bisčan M, Samija M. Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:250-5.
- Oh PJ, Kim YH. Meta-analysis of spiritual intervention studies on biological, psychological, and spiritual outcomes. *J Korean Acad Nurs* 2012;42:833-42.
- Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 2002;24:49-58.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
- Thomas BC, Devi N, Sarita GP, Rita K, Ramdas K, Hussain BM, et al. Reliability & validity of the Malayalam hospital anxiety & depression scale (HADS) in cancer patients. *Indian J Med Res* 2005;122:395-9.
- Yun YH, Mendoza TR, Heo DS, Yoo T, Heo BY, Park HA, et al. Development of a cancer pain assessment tool in Korea: a validation study of a Korean version of the brief pain inventory. *Oncology* 2004;66:439-44.
- Baetz M, Bowen R. Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality. *Pain Res Manag* 2008;13:383-8.
- Kelly B, McClement S, Chochinov HM. Measurement of psychological distress in palliative care. *Palliat Med* 2006;20:79-89.
- Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 1990;51 Suppl:12-7; discussion 8-9.
- Maguire P. Improving the detection of psychiatric problems in cancer patients. *Soc Sci Med* 1985;20:819-23.
- Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, Temel JS, Pirl WF. Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012;30:1310-5.
- Kandasamy A, Chaturvedi SK, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J Cancer* 2011;48:55-9.
- Pearce MJ, Coan AD, Herndon JE 2nd, Koenig HG, Abernethy AP. Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 2012;20:2269-76.
- Li CC, Rew L, Hwang SL. The relationship between spiritual well-being and psychosocial adjustment in Taiwanese patients with colorectal cancer and a colostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2012;39:161-9; quiz 170-1.
- Borg J, Andrée B, Soderstrom H, Farde L. The serotonin system and spiritual experiences. *Am J Psychiatry* 2003;160:965-9.
- Choumanova I, Wanat S, Barrett R, Koopman C. Religion and spirituality in coping with breast cancer: perspectives of Chilean women. *Breast J* 2006;12:349-52.
- Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol* 2007;25:555-60.
- Moadel A, Morgan C, Fatone A, Grennan J, Carter J, Laruffa

- G, et al. Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psychooncology* 1999;8:378-85.
24. Astrow AB, Wexler A, Teixeira K, He MK, Sulmasy DP. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *J Clin Oncol* 2007;25:5753-7.
25. Salsman JM, Brown TL, Brechting EH, Carlson CR. The link between religion and spirituality and psychological adjustment: the mediating role of optimism and social support. *Pers Soc Psychol Bull* 2005;31:522-35.
26. Walsh K, King M, Jones L, Tookman A, Blizard R. Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. *BMJ* 2002;324:1551.
27. Kim CG. Spirituality and state hope of medical social workers. *Korean J Hosp Palliat Care* 2012;15:88-98.
28. Ellis MR, Vinson DC, Ewigman B. Addressing spiritual concerns of patients: family physicians' attitudes and practices. *J Fam Pract* 1999;48:105-9.