

주요용어 : 삶의 질, 고위험, 유방암

## 고위험군 유방암 환자의 치료과정에 따른 삶의 질의 변화

박 은 영\* · 이 은 옥\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

우리나라의 유방암 발생율이 보험인구 10만명당 1991년 18.6명에서 1994년 25.7명, 1997년에는 36.7명으로 급격히 증가하고 있으며(의료보험통계연보, 1998) 유방암으로 치료 받는 환자의 수가 점점 증가하고 있다. 그리고 유방암 환자를 위한 치료의 발전으로 생존율이 증가하고 있어 5년 생존율이 1940년대에 78% 에서 1993년 93%까지 향상되었다. 그러나 다른 장기로 전이되었거나 국소적으로 확산된 경우의 생존율은 이에 훨씬 못 미치고 있다(American Cancer Society, 1994).

최근에는 고위험군 유방암 환자의 생존율을 높이기 위하여 1980년대부터 유방절제술 후 고용량의 항암 화학요법을 병행한 자가 조혈모세포이식이 시행되고 있는 등(Eddy, 1992; Gilbert, 1996; Hortobagyi, 1987; Peters, 1991; 1996; 문한림, 1996) 적극적인 다양한 치료가 시행되고 있다.

보편적으로 유방절제술 후에는 신체적 변화뿐 아니라 심리적인 측면에서 많은 문제를 가지게 되고, 또한 부부 생활 가장생활등 사회적인 삶의 변화도 겪게 되며, 암의 충격과 함께 유방이라는 여성상의 상징적인 부위의 상실

로 인한 정서적인 암흑상태를 겪는다고 보고 되었다(정복례, 1991). 또한 유방암 환자는 유방절제술과 표준 항암화학요법으로 이미 삶의 질이 저하되고 (Meyerowitz, 1983; Hayden, 1993; Coates, 1987; 김매자, 1994; 전명희, 1996) 재발의 위험이 높은 고위험군 유방암 환자들은 질환의 치료에 수술과 방사선 치료, 항암 화학요법이 병행하여 선택되는 경우가 많아 완치를 위한 치료과정이 길고 치료에 따른 부작용의 경험이 많다 (Brophy & Sharp, 1991; Ferrell, 1996; Whedon, Stearns & Mills, 1995; 김현수, 1996; 한운복, 노유자, 김남초, 김희승, 1990). 따라서 치료에 의한 신체적 부작용이 암 환자의 삶의 질에 영향을 준다는 결과(Brophy & Sharp, 1991; Ferrell, 1996; Whedon, 1995; 김현수, 1996; 한운복, 노유자, 김남초, 김희승, 1990)에 비추어 볼 때, 고위험군 유방암 환자의 삶의 질은 상대적으로 많이 저하될 것으로 예상된다.

지금까지 유방절제술, 표준 항암화학요법 또는 방사선 치료를 받은 환자를 대상으로 한 삶의 질 연구는 (Coates, 1987; Hayden, 1993; 전명희, 1996) 치료과정의 시기에 관계없이 1회에 한해 측정된 후향적 연구가 대부분이며, 각 연구에서 측정된 삶의 질의 영역과 내용이 달라 서로 비교하기 어렵다. 국내에서의 유방암 환자들이 치료 과정 중에 나타나는 삶의 질의 변화를

\* 2000년도 서울대학교 대학원 석사학위 논문임.

\*\* 서울대학교 간호대학 교수(E-mail : eunok@snu.ac.kr)

밝히는 시제열 연구는 방사선 치료를 받는 유방암 환자를 대상으로 한 김매자(1994)의 연구밖에 없어 임상에서 다양한 치료를 받는 유방암 환자에게 치료 과정에 따라 삶의 질을 향상시키기 위한 적절한 간호중재의 근거 자료가 미비한 실정이다.

고위험군 유방암 환자는 크게 표준 항암화학요법과 조혈모세포 이식의 치료를 받게 되며 두 치료는 모두 방사선 치료가 병행되기도 하여 오랜 치료기간을 갖는다. 따라서 이들은 치료과정과 재발에 대한 불안으로 인한 삶의 질의 부정적 영향을 받게 되는 시기가 길므로 이들의 치료과정에 따른 삶의 질의 변화를 알아보는 연구가 필요하다. 그러나 지금까지의 연구에서는 다양한 병기의 유방암 환자를 대상으로 삶의 질을 살펴보았기 때문에 동일한 병기의 환자가 치료과정을 통해 삶의 질이 어떻게 변화하는지에 관한 자료가 없는 실정이다. 이에 고위험군 유방암 환자들의 치료과정에 따른 삶의 질의 변화를 알아보고 그들에게 시행되는 치료의 종류에 따라 삶의 질의 변화과정에 차이가 있는지를 함께 알아보고자 한다.

본 연구에서는 Ferrell이 1989년에 유방암 환자를 대상으로 개발한 삶의 질 도구를 이용하여 고위험군 유방암 환자들의 치료과정에 따른 삶의 질의 변화를 살펴 보아 치료과정의 각 시기별로 어느 측면의 삶의 질에 영향을 받는지 밝힘으로써 간호중재 개발을 위한 기초자료를 제시하려고 한다. 이러한 자료가 제시된다면 이를 근거로 향후 적절한 간호중재법의 개발을 목표로 하는 다음 연구가 이루어질 수 있을 것이라고 생각한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구자는 고위험군 유방암 환자의 삶의 질이 치료 기간에 따라 차이가 있는지를 파악하고자 한다.

## 3. 연구가설

- 1) 고위험군 유방암 환자의 삶의 질을 치료기간에 따라 차이가 있을 것이다.
- 2) 고위험 유방암 환자의 삶의 질의 내용이 치료기간에 따라 차이가 있을 것이다.

## 4. 용어의 정의

- 1) 유방암의 고위험군 : 유방암으로 유방절제술을 받

고 임파절의 국소전이가 10개 이상이거나 (3기) 폐경 이전의 나이 또는 수술후 재발의 위험요인을 가진 자.

2) 표준 항암화학요법 : 유방절제술 후 고위험 환자에게 시행되는 항암화학요법으로 통상적으로 cytoan, Adriamycin, Fluorouracil의 약제를 병행하여 4회 내지 6회 시행한다.

3) 자가조혈모세포이식 : 유방절제술 후 고위험군이나 재발한 유방암 환자에게 시행되는 치료로 환자 본인의 조혈모세포를 채집한 다음, 고용량의 항암화학요법을 시행한 후 채집한 본인의 조혈모세포를 재주입하여 골수 독성을 구제하는 시술이다.

본 연구에서는 고위험군에게 시행되는 시술만을 의미한다.

4) 방사선 치료 : 유방절제술 후 고위험군에게 국소적인 재발을 예방하기 위해 시행되는 치료로 수술한 부위에 4-6주간 방사선을 조사하는 치료를 의미한다.

5) 삶의 질 : 본 연구에서는 Ferrell이 개발한 41문항의 10점 척도의 도구로 신체적, 심리적, 사회적, 영적 영역의 안녕을 측정된 값으로 정의한다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 삶의 질

삶의 질이란 WHO에서 정의하는 "건강"과 같은 것으로 간주하는 경향이 있는데, 신체적, 심리적, 사회적인 안녕상태 말하며 많은 연구들이 이 기준에 따라 삶의 질을 측정하고 평가하고 있다. 또한 삶의 질은 개인의 현재 생활에 대한 주관적인 느낌이 중요하기 때문에 행복, 만족, 긍정적인 정서, 사기 등의 개념이 포함된 주관적인 안녕(well-being)이라고 말할 수 있으며 삶의 질에 관한 많은 연구에서도 이런 개념들이 상호 교환적으로 사용되고 있다(김매자, 1994; 노유자, 1988; 오복자, 1996; Hillner, 1992; Holmes & Dickerson, 1987; Moynpour, 1989).

특히 암 환자 간호에서는 환자가 치료에 의한 부작용을 잘 관리하고 신체의 기능이나 외모의 변화에 잘 적응하도록 도와주는 것이 중요한 부분이라고 볼 때, 삶의 질은 암 환자 간호의 결과를 평가하기에 적절한 기준으로 볼 수 있으며(Padilla, 1985) 암은 질병자체 뿐만 아니라 치료및 재발 가능성 때문에 삶의 질에 부정적인 영향을 주므로 단순히 생존율과 치료의 효과를 평가하는 것보다 삶의 질을 함께 고려해야 한다는 인식이 강조되

면서 삶의 질 개념은 암 환자 치료와 간호의 효과를 평가하는 변수로 보기도 한다(Ferrell, Wisdom & Wenzel, 1989).

Calman(1987)은 암 환자에게 적용시킬 삶의 질을 신체적 차원, 정신-사회-영적 차원, 광의의 차원 3개의 차원으로 구분하여 설명하고 있다. Ferrell은 1989년부터 암 환자를 대상으로 실시한 수 차례의 연구를 통해 암 환자의 삶의 질을 신체적 안녕, 심리적 안녕, 사회적 안녕, 영적인 안녕의 4개의 영역으로 나누어 각 영역간의 관련과 영역과 총체적인 삶의 질과의 관계를 설명하고 있다.

삶의 질의 도구는 여러 가지가 있고 암 환자에게 사용되는 도구도 김매자(1994)의 연구에서 사용된 미국 National Conference on Cancer Nursing에서 제작한 'Quality of Life Scale' 등이 있으나, 본 연구에서는 본 연구의 대상자와 동일한 유방암 환자를 대상으로 1989년에 개발된 Ferrell의 도구를 사용하였다.

국내에 발표된 암 환자의 삶의 질에 관한 논문은 수편(한운복 등, 1990; 김매자, 1994; 전명희, 1996; 태영숙, 1996)이 있으나 모두가 표준 항암화학요법과 방사선치료를 받고 있는 고형암 환자를 대상으로 하고 있으며 삶의 질의 측정도구가 일치하지 않고 있다.

한운복 등(1990)은 고형암 환자와 정상인의 삶의 질을 비교하는데 노유자(1988)가 중년여성을 대상으로 개발한 삶의 질 측정도구를 이용하였으며 그 결과 삶의 질의 총점은 5점 만점에서 정상인이 3.29점, 암 환자가 3.15점으로 암 환자가 정상인보다 낮게 보고되었다. 삶의 질의 요인으로 정서상태 / 경제생활 / 자아존중감 / 신체상태와 기능 / 이웃관계 / 가족관계의 6개 요인을 분석한 결과 이웃관계와 가족관계를 제외한 4개의 요인에서 암 환자 그룹이 유의하게 낮았으며 특히 자아 존중감이 정상인보다 가장 낮은 것으로 보고 되었다.

## 2. 사회적 지지와 삶의 질

삶의 질은 신체적, 심리적, 사회적, 영적 영역에서 인간의 안녕 정도를 구체적으로 표현하는 개념으로 암 환자의 삶의 질은 질병 그 자체 뿐 아니라 치료에 따른 부작용과 재발에 대한 불안과 공포, 심리적인 위축과 밀접한 관계를 갖게 되며 따라서 암 환자의 삶의 질을 살펴 볼 때는 삶의 질에 영향을 주는 요인을 함께 고려해야 한다. 김매자(1994)는 방사선 치료를 받는 유방암 환자의 치료과정에 따른 삶의 질의 변화를 살펴본 연구에서

치료전의 삶의 질, 부작용과 우울이 치료과정의 삶의 질에 영향을 주는 것으로 설명하였다. 오복자(1994)는 위암 환자의 삶의 질에 직접적인 영향을 주는 요인으로 지각된 건강상태, 자존감 및 건강증진 행위를 들고 있으며 Lewis와 Levita(1988)는 자존감과 조절경험을 삶의 질과의 양적 상관관계를 갖는 요인으로 보고하였다.

위기나 스트레스에 직면할 때 그 사실에 대한 개인의 인지적 해석을 완화 시키고 경감 시킬 수 있는 사회적 지지(정보와 정서적 지지)는 개인으로 하여금 위기에서 빨리 회복할 수 있도록 하며(Lin, et al., 1979) 급격한 생활의 변화를 조절하게 하여 인간의 내적 평형을 이루게 하여 신체적, 심리적 건강을 유지하게 한다(Cobb, 1976). 여러 연구에서 이러한 사회적 지지가 질병으로부터의 회복 시간을 단축 시키고 재활 속도를 증가 시키는 것으로 보고되어 있다(Brim, 1974, Kiritz & Moos, 1974). 특히 암과 같은 만성 질환자들은 진단시부터의 스트레스와 위기 상황에 있게 되므로 환자들이 상황에 적응하여 잘 기능하며 살아가는데 있어 사회적 지지는 필수 불가결한 것이라 할 수 있다. 장혜경(1988)은 가족으로부터의 사회적 지지와 암 환자의 삶의 질과의 관계를 규명한 연구의 결과에서 가족 지지가 높고 환자의 자존감이 높을수록 삶의 질이 높음을 보고하고 있으며 권영은(1990)은 가족뿐 아니라 의료인으로 부터의 사회적 지지도 암 환자의 삶의 질에 영향을 준다고 보고하였다.

## 3. 치료시기별 삶의 질의 변화

치료과정에 따른 삶의 질의 변화를 살펴본 연구로는 김매자(1994)의 방사선 치료를 받는 유방암 환자의 삶의 질의 변화에 관한 연구가 있다. 김매자는 미국 National Conference on Cancer Nursing에서 제작한 'Quality of Life Scale'을 이용하여 방사선치료를 받는 유방암 환자의 삶의 질을 방사선치료 시작시, 치료 종료시, 종료 후 3개월, 종료 후 6개월에 각각 측정된 결과 삶의 질이 총점은 10점 만점중 각각 6.66 / 6.40 / 6.57 / 6.59점으로 시기 간에 통계적인 유의한 차이는 없었다. 그러나 치료 종료시의 삶의 질이 가장 낮은 것에 관한 관련 요인으로는 치료 시작시의 삶의 질, 부작용, 우울등과 상호관계가 있는 것으로 보고 되었다.

암 환자의 치료과정에 따른 삶의 질 연구에 의하면 장기 암 생존자들의 평균 삶의 질은 치료 후, 초기에는 신체적 안녕이 가장 낮고, 시간이 지남에 따라 심리적

안녕이 낮아지는 것을 볼 수 있으며(Graydon, 1994; Ferrell, Dow, Leigh, Ly, & Gulasekaram, 1995) 불안과 우울은 질병 초기에 치료 받는 환자보다 (20-30%) 고식적인 치료를 받는 진행암 환자에게서 더 낮은 것을(10-20%) 볼 수 있다(Payne, 1992). 또한 모든 연구에서 암 환자들의 삶의 질의 저하에 가장 큰 영향을 주는 요인으로는 질병의 예후와 치료에 의한 증상으로 나타났다.

Ferrell(1996)이 진단 후 68.5개월(4-336개월)이 된 294명의 유방암 환자를 대상으로 본인이 개발한 도구를 이용한 삶의 질 연구 결과에 의하면 수술, 방사선, 항암요법, 자가조혈모세포 이식 등의 치료를 경험한 후의 삶의 질은 신체적 측면에서는 피곤감(fatigue, lack of energy), 사회적인 측면에서는 성생활과 가족관계의 만족도, 정서적인 측면에서는 죽음과 질병의 재발에 관한 염려, 영적인 측면에서는 불확실성에 관한 부분이 가장 저하된 것으로 나타나고 있다. 그러나 이 연구는 후향적 연구로 1회의 설문 조사만 시행한 것이어서 각 치료별 그리고 치료후 시간별 변화를 알아보지는 못하였다.

또한 Ferrell의 도구를 이용한 Whedon, Stearns, & Mills(1995)의 자가조혈모세포 이식 환자의 삶의 질 연구에 의하면 29명의 대상자의 전체적인 삶의 질은 8.17(10점 만점)로 Ferrell(1996)의 표준 항암화학요법을 받은 환자(6.51)보다 높은 점수를 보이고 있으며 두 군간의 차이는 정서적 영역의 차이가 신체적 영역의 차이보다 큰 것으로 보고되고 있다. 그러나 이 연구는 대상자의 이식 후 기간이 37(14 ~ 76)개월로 삶의 질이 치료과정에 의한 영향을 거의 받지 않을 시점에 시행되었다.

자가조혈모세포 이식 받은 유방암 환자의 삶의 질을 시기별로 비교한 Gardulf(1996)의 연구에 의하면 입원시, 퇴원시, 4개월후에 각각 평균 76.1/64.6/67.9(100점 만점)점으로 나타나 자가조혈모세포 이식 후 퇴원시의 삶의 질이 크게 감소하고 이식후 4개월까지도 삶의 질이 회복되지 못하는 것으로 나타났다. 특히 신체적 기능의 점수는 퇴원시 가장 낮았고(33.0) 4개월 후에는 67.0으로 향상되었으며 가족생활의 만족도가 입원

시 88.1에서 퇴원시에는 변화 없다가 4개월 후에는 81.6으로 떨어지는 것을 볼 수 있다.

Heim(1997)은 74명의 유방암 환자의 질병과정에 따른 대처와 심리적 적응의 변화를 살펴보았다. 그 결과 근무환경, 경제력, 가족과의 융화, 사회생활 모두에서 입원시, 항암화학요법시, 재발치료시기에는 유의한 차이가 없다가 전이가 발견된 때부터 급격히 저하되는 것을 보여주고 있다. 유방 절제술 후 시간에 따른 변화로는 수술 후 60개월까지 유의한 변화가 없는 것으로 보고하고 있다. 그리고 시기에 대처와 사회 적응과의 상관관계는 유의한( $p < .001$ ) 것으로 나타났다. 그러나 이 연구는 각 시기에 1회씩 자료를 수집하여 치료과정에서의 변화는 알아보기 어렵고 신체적 증상에 대한 고려가 없어 환자의 삶의 질과 동일시 하기에는 문제가 있다.

선행연구에서 삶의 질은 치료 종료 후 초기에 가장 낮게 나타나 시간의 지남에 따라 회복하지만 사회적-정서적 삶의 질은 점차적으로 문제가 되는 것을 알 수 있다. 신체적 삶의 질에 단기적으로 부정적 영향을 주는 요인은 고용량의 항암화학요법을 들고 있어 자가 조혈모세포 이식이 표준 항암화학요법보다 부작용이 심하다는 연구(Eddy, 1992; Peters, 1991; Gilbert, 1996; 문한림, 1996)를 뒷받침하고 있다.

### III. 연구 방법

#### 1. 연구설계

유방암으로 유방절제술을 시행받은 후 수술 후 재발의 고위험군인 환자들의 삶의 질을 변화를 각각 항암화학요법 치료 중간, 치료 종료직 후, 치료 종료 후 3개월 후까지 총 6개월 동안 측정할 시계열 조사연구이다.

#### 2. 연구대상

대상자는 유방절제술을 받고 항암화학요법이 필요한 유방암 환자로서 서울시 3개 종합병원에서 유방 절제술 후 액와임프절 전이가 10개 이상으로 재발 고 위험군인

자료수집시기	1 차 시 기	2 차 시 기	3 차 시 기
전 체	치료 중간	치료 종료 직 후	치료 종료 후 3개월
조혈모세포 이식 군	조혈모세포 채집시	조혈모세포 이식후 퇴원후 1주	조혈모세포 이식 후 3개월
항암화학요법 군	항암화학요법 3회 후	방사선 치료 직후 또는 항암화학요법 6회 후	항암화학요법 후 3주 또는 3개월

환자로 보조적 항암화학요법이나 조혈모세포 이식을 받고 있는 환자로 하였다.

본 연구에 응하여 자료를 수집한 대상자 수는 24명이다.

### 3. 연구도구

#### 1) 삶의 질 도구(Quality of Life-Cancer Survivors (QOL-CS))

총 41문항으로 신체적 안녕 8 문항, 심리적 안녕 18 문항, 사회적 안녕 8 문항, 영적안녕 7 문항으로 구성되어 있다. 도구의 개발 당시 Cronbach's alpha = 0.95였다.

측정도구를 국문으로 번역하고 이를 영어로 다시 번역한 후 간호대학 교수 1인, 중앙 전문간호사 2인, 중앙 내과병동 수간호사 1인의 감수를 받고 내용타당도 지수를 측정 후 사용하였다. 본 연구에서의 Cronbach's alpha = 0.91 이다.

#### 2) 사회적 지지

총 22문항으로 정서적지지 8문항, 정보적지지 8문항, 물질적 지지 4문항으로 구성되어 있다. 이 도구는 Norbeck 등(1981), Sarason 등(1983), 박지원(1985), 태영숙(1985)가 만든 각각의 사회적 지지 도구를 이동숙(1995)이 위암 환자를 대상으로 수정 보완한 도구를 사용하였다. 이동숙이 사용할 때의 Cronbach's alpha = 0.97이며 본 연구에서의 값은 0.94이다.

### 4. 자료수집 및 과정

#### 1) 자료수집 시기

1999년 4월부터 1999년 11월까지 서울 시내 3개의 대학병원에서 유방암으로 유방절제술을 받은 환자 중 고위험군 환자로 항암화학요법이나 조혈모세포 이식을 받는 환자에게 본 연구의 목적을 설명하고 구두로 응한 자를 대상으로 하였다.

#### 2) 측정 및 자료수집 방법

암 환자의 삶의 질은 일반인의 삶의 질과 다를 것이므로 1989년 Ferrell이 암 환자를 대상으로 개발한 삶의 질 도구를 사용하였다. 대상자의 면접은 1개 대학병원에서는 연구자가 직접 환자의 외래방문 일정에 따라 주사실이나, 상담실에서 이루어 졌으며 2개의 대학병원

에서는 보조연구원을 교육하여 그들이 환자 일정에 따라 병원을 방문하여 직접 면접하여 자료를 수집하였다. 3차 시기에는 환자의 외래 방문일정이 자료수집 기간과 1주 이상 차이가 있을 경우, 환자에게 전화로 알린 후 우편으로 자료수집을 하였다.

치료기간동안의 삶의 질 측정은 직전의 치료에 의한 부작용의 영향을 직접 받지 않는 시기인 각 치료 종료 3주에 실시했다.

## IV. 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성으로는 연령, 종교, 거주지, 교육정도, 결혼상태, 본인을 제외한 가족수, 직업, 주관적인 경제수준을 조사하였다(표 1).

대상자의 평균연령은 43.29세(31.0~59.0)이며 40대가 12명(50%)으로 가장 많고 다음이 30대로 8명(33.3%), 50대가 4명(16.7%)의 순이었다. 결혼상태를 살펴보면 기혼이 22명(91.7%)으로 절대적 우위를 차지하고 있다. 기혼자들의 결혼기간을 보면 21년 이상이 10명(45.6%)으로 가장 많고 그 다음이 11 ~ 20년이 7명(31.7%), 5 ~ 10년이 5명(22.7%)의 순으로 결혼생활이 오래된 사람이 많았다. 교육정도는 고졸 이상의 고학력이 20명(83.4%)으로 대상자의 학력이 높았다. 또한 직업을 가지고 있는 대상자가 15명(62.5%)이었으며 직업의 종류로는 상업이 가장 많았다. 주관적으로 느끼는 가정의 경제수준은 충분하다고 대답한 대상자가 18명(75.0%), 부족하다고 6명(25.0%)으로 전반적인 가정경제가 어렵지 않음을 보여주고 있다. 대상자의 16명(66.7%)이 어떤 종교든지 종교를 가지고 있었고 8명(33.3%)이 종교를 가지고 있지 않다고 대답했다. 대상자와 함께 지내는 가족 수를 살펴보면 3 ~ 4명의 가족과 함께 생활하는 대상자가 15명(62.5%)으로 가장 많고, 5명 이상의 가족과 생활하는 대상자가 6명(25.0%), 2명 이하의 가족과 생활하는 대상자가 3명(12.5%)이었다.

### 2. 대상자의 질환에 관련된 특성

질환에 관련된 특성에서 병기, 치료방법에 대해 살펴보면(표 2), 대부분 병기가 III기 또는 IV기에 해당되었고, 환자들이 받고 있는 항암화학요법으로는 CAF

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성

(N=24)

항 목	전 체	항암화학요법 군	조혈모세포 이식 군	Chi-squar
나이	43.29 (6.82)	43.78 (4.38)	43.00 (8.08)	
결혼상태				.703
기혼	22 (91.7)	14 (93.3)	8 (88.9)	
미혼	2 ( 8.3)	1 ( 6.7)	1 (11.1)	
교육정도				.870
초등졸	1 ( 4.2)	1 ( 6.7)		
중졸	3 (12.5)	2 (13.3)	1 (11.1)	
고졸	13 (54.2)	8 (53.3)	5 (55.6)	
대졸이상	7 (29.2)	4 (26.7)	3 (33.3)	
직업				.231
유	9 (37.5)	7 (46.7)	2 (22.2)	
무	15 (62.5)	8 (53.3)	7 (77.8)	
가족수				.103
1 ~ 2	3 (12.5)	2 (13.3)	1 (11.1)	
3 ~ 4	15 (62.5)	8 (53.3)	7 (77.8)	
5 이상	6 (25.0)	5 (33.3)	1 (11.1)	
가정경제수준				.138
절대부족	3 (12.5)	1 ( 6.7)	2 (22.2)	
부족	3 (12.5)	2 (13.3)	1 (11.1)	
필요만큼	16 (66.7)	12 (80.0)	4 (44.4)	
충분	2 ( 8.3)		2 (22.2)	
종교				.371
유	16 (66.7)	9 (60.0)	7 (77.8)	
무	8 (33.3)	6 (40.0)	2 (22.2)	
거주지				.831
서울	15 (62.5)	6 (40.0)	4 (44.4)	
지방	9 (37.5)	9 (60.0)	5 (55.6)	

(Cytosan + Adriamycin + Flurouracil)의 병합요법을 18명(75%)이 치료를 받았다.

점에 1차 시기의 평균점수는 3.67이며 2차 시기의 평균점수는 3.38점, 3차 시기의 평균점수는 3.46점으로 나타났다(표 3).

3. 사회적 지지정도

사회적 지지는 정서적 지지, 정보적 지지, 물질적 지지로 구성되어 있으며, 치료과정에 따른 점수는 5점 만

4. 삶의 질

삶의 질은 Ferrell의 도구에 나와있는 4가지 영역,

〈표 2〉 대상자의 질환관련 특성

항 목	전 체	항암화학요법 군	조혈모세포 이식 군	Chi-square
		N (%)	N (%)	
병기				.782
III	23 (95.8)	15 (100)	8 (88.9)	
IV	1 ( 4.2)		1 (11.1)	
치료방법				
CAF x4 회 RT & CMF x4	11 (45.8)	11 (73.3)		
CAF x6	4 (16.7)	4 (26.7)		
CAF x3 회 PBSCT & RT	7 (29.2)		7 (77.8)	
CAF X3 회 PBSCT	2 ( 8.3)		2 (22.2)	

CAF : Cytosan + Adriamycin + 5-Fu 병합화학요법    CMF : Cytosan + Methotrexate + 5-Fu 병합화학요법

RT : Radiotherapy    PBSCT : Peripheral Blood Stem Cell Transplantation

〈표 3〉 사회적 지지의 시기간 차이

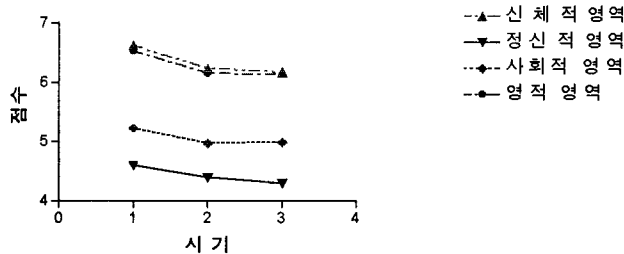
(N=24)

시 기	Mean	SD	F	P
1 차 (치료 중)	3.6688	.5522	.427	.658
2 차 (치료 종료 직후)	3.3804	.6125		
3 차 (치료 종료후 3개월)	3.4596	.5067		

〈표 4〉 시기별 삶의 질 차이

(N=24)

	1 차	2 차	3 차	F	P
	mean(SD)	mean(SD)	mean(SD)		
삶의 질 총 점	5.45(1.2786)	5.17(1.2862)	5.10(1.4005)	3.24	.085
신체적 영역	6.62(1.7516)	6.23(1.5750)	6.17(2.2168)	1.64	.216
심리적 영역	4.60(1.7450)	4.40(1.7404)	4.30(2.1026)	4.51	.045
사회적 영역	5.23(1.8410)	4.97(1.8759)	4.99(1.7744)	0.13	.726
영 적 영역	6.53(1.4456)	6.15(1.5637)	6.13(1.4687)	0.25	.621



〈그림 1〉 치료과정에 따른 영역별 삶의 질 변화

즉 신체적 영역, 심리적 영역, 사회적 영역, 영적 영역으로 구분하여 살펴보았다. 1차 시기의 삶의 질 점수는 5.45 점이고 각 영역별 점수는 각각 6.62 / 4.60 / 5.23 / 6.53점 이었다. 2차 시기의 삶의 질 점수는 5.17점이고 영역별 점수는 각각 6.23 / 4.40 / 4.97 / 6.15 점 이었다. 3차 시기의 삶의 질 점수는 5.10점이고 영역별 점수는 각각 6.17 / 4.30 / 4.99 / 6.13 점으로 나타났다(표 4) 〈그림 1〉.

삶의 질의 치료과정에 따른 차이는 심리적 영역 (P=.045)에서 유의하게 나타났으며 총점의 차이는 P=.085로 차이의 경향을 보여주었다.

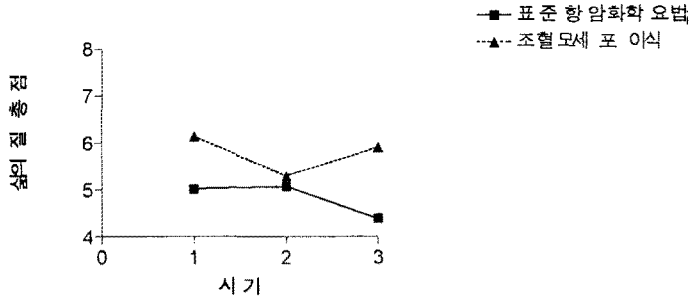
두 군의 시기별 삶의 질을 비교한 결과를 보면 1차 시기의 삶의 질 총점은 항암화학요법 군이 5.03, 조혈모세포 이식군이 6.15점이며 영역별 점수를 비교해보

면, 신체적 영역 점수가 6.04 / 7.53점, 심리적 영역의 점수는 4.04 / 5.54점으로 유의한 차이가 있으나, 사회적 영역의 점수는 5.16 / 5.39점, 영적 영역의 점수는 6.28 / 6.94점으로 유의한 차이가 없었다. 2차 시기에서는 총점과 모든 두 군의 삶의 질의 유의한 차이가 없었다. 3차 시기에서의 차이는 총점이 각각 5.60 / 4.10점이며 심리적 영역의 점수가 3.22 / 5.68점으로 유의한 차이를 보였다. 삶의 질의 총점을 비교해보면 1차 시기와 3차 시기의 점수가 유의한 차이를 보이고 있다(표 5).

고위험군 유방암 환자의 삶의 질의 차이를 치료과정과 치료방법에 따라 분석한 결과를 보면 삶의 질은 시간의 차이는 P=.135로 유의하지 않았으나 치료 방법 간의 차이는 P=.029로 유의한 차이를 보였다(표 6).

〈표 5〉 항암화학요법과 조혈모세포 이식을 받은 군간의 삶의 질 비교

		1차 시기	2차 시기	3차 시기	F	P
총 점	항암화학요법 군	5.0333	5.0840	4.3977	2.476	.112
	조혈모세포이식군	6.1456	5.3089	5.9087		
신체적 영역	항암화학요법 군	6.0387	6.4307	5.4015	2.590	.103
	조혈모세포이식군	7.5389	5.8867	6.9400		
심리적 영역	항암화학요법 군	4.0417	4.1620	3.2223	3.197	.065
	조혈모세포이식군	5.5356	4.6733	5.6800		
사회적 영역	항암화학요법 군	5.1553	4.9313	5.7377	.241	.789
	조혈모세포이식군	5.3878	5.0200	5.3712		
영 적 영역	항암화학요법 군	6.2767	6.0573	5.8577	1.390	.275
	조혈모세포이식군	6.9367	6.3178	6.2337		



〈그림 2〉 두 군간의 시기별 삶의 질 점수의 차이

특히 조혈모세포이식군은 치료종료 3개월 후의 삶의 질이 종료시점보다 높고 치료종료 3개월 후의 삶의 질이 항암화학요법군보다 높았다(그림 2).

〈표 6〉 두 군간의 시기별 삶의 질(총점) 차이

	F	P
시 기	2.245	.135
치 료 방 법	5.557	.029
시 기 * 치 료 방 법	2.476	.112

치료방법간의 차이는 조혈모세포 이식을 받은 군의 삶의 질이 1차와 3차시기에 항암화학요법을 받은 군보다 유의하지는 않으나 높에 나타났다(그림 2).

### 5. 자료수집방법

- 1) 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성, 사회적 지지는 백분율과 평균으로 구했으며, 치료방법이 다른 두군의 동질성 검정은 Chi-square로 분석하였다.
- 2) 시기별 사회적 지지의 차이를 repeated measure ANOVA로 분석하였다.
- 3) 시기별 삶의 질의 차이를 repeated measure ANOVA로 분석하였다.
- 4) 항암화학요법군과 조혈모세포 이식군의 치료시기별 삶의 질 차이를 repeated measure ANOVA로 분석하였다.

### V. 논 의

조혈모세포 이식을 받은 환자를 대상으로한 삶의 질에 대한 Gardulf(1996)의 연구 결과와 방사선 치료를 받는 유방암 환자의 삶의 질에 대한 김매자(1994)의 연구에서 유방암 환자들은 치료를 받는 중, 치료 종료

시, 종료후 3~4개월의 삶의 질을 비교한 결과 치료 종료후 3~4개월 때의 삶의 질이 치료 이전으로 회복하지 않았다. 본 연구의 결과에서도 치료과정에 따라 점차적으로 삶의 질이 저하되고 있어 치료 종료 3개월 후 시점의 삶의 질이 가장 낮은 것을 볼 수 있다. 선행 연구에서는 이러한 이유를 치료시의 환자의 삶의 질, 부작용, 우울등과 상호 연관이 있는 것으로 보고하고 있다. 또한 많은 연구(Brophy & Sharp, 1991; Ferrell, 1996; Whedon, Stearns, & Mills, 1995; 김현수, 1996; 한윤복, 노유자, 김남초, 김희승, 1990)에서 조혈모세포 이식이 표준 항암화학요법보다 부작용이 심하여 신체적 영역의 삶의 질에는 부정적인 영향을 주는 것으로 보고하였으나 본 연구에서는 조혈모세포 이식 후 퇴원시점에서의 삶의 질은 표준 항암화학요법을 마친 환자 군과 차이가 없었고 신체적 영역의 차이도 통계적으로 유의한 차이가 없었는데 이는 조혈모세포 이식을 받은 군의 사회적 지지중 정보적 지지가 유의하지는 않으나 표준 항암화학요법을 받은 군보다 높아 심리적으로 재발, 우울, 불안을 감소시켜 이것이 결과적으로 신체적 영역의 삶의 질에 긍정적인 영향을 준 때문인 것으로 보인다.

암 환자의 삶의 질은 사회적 지지정도에 영향을 받고 있어서(장혜경, 1988; 권영은, 1990) 항 암화학요법과 조혈모세포 이식을 받는 환자간의 사회적 지지의 차이를 비교 했으나 그 결과 두 군 모두가 각 시기마다 사회적 지지정도에는 유의한 차이가 없었다. 이는 치료방법과 무관하게 대상자 모두가 그들의 삶의 질이 사회적지지에 의해 의미있는 영향을 받지 않고 있음을 보여주는 것으로 해석된다. 그러나 조혈모세포 이식을 결정하게 되는 시점, 즉 본 연구의 1차 시기에서의 정보적 지지는 조혈모세포 이식 군이 높은 경향을 보였고 2차 시기에서는 모든 영역에서 1차 시기보다 사회적 지지정도가 높



있고 환자와의 면접에서 이러한 높은 사회적 지지로 인해 치료 종료시점에서 삶의 질이 낮아지지 않은 것으로 보인다.

모든 시기에 조혈모세포 이식을 받은 군이 항암화학요법을 받는 환자군의 삶의 질보다 높았으며 Whedon, Stearns, & Mills(1995)의 결과와 같이 심리적 영역에서의 차이가 유의하게 높게 나타났다. 이는 환자의 면접에서 조혈모세포 이식을 받는 환자들이 고용량의 항암화학요법에 따른 부작용이 심하고 그 기간도 길 것으로 예상하지만 재발 가능성이 감소한다는 희망으로 조혈모세포 이식을 결정하게 되므로 표준항암화학요법을 받는 환자에 비해 상대적으로 질환의 재발, 불안, 우울의 정도가 낮다는 것을 알 수 있었다. 본 연구의 1차 시기에 두 군의 삶의 질에 차이가 있는 것도 같은 이유로 분석된다. 3차 시기에서 두 군의 삶의 질이 유의하게 차이가 있는 것은 표준 항암화학요법을 받은 군은 치료가 종료된 후 3개월이 되지 않은 대상자가 11명(46%)이 포함되어 있는 것과, 재발에 대한 공포와 우울이 지속된다는 것과 조혈모세포 이식을 받은 군은 치료가 완전히 종결된 후 힘든 치료를 해 냈다는 자신감과 재발에 대한 불안과 공포가 없어졌다는 것이 중요한 요인이 환자들의 면접을 통해 밝혀졌다.

표준 항암화학요법을 받은 군의 치료시기에 따른 삶의 질의 변화를 살펴보면 전체적인 삶의 질은 각 시기별 차이가 유의하지는 않으나 치료 중과 치료 종료 직후보다 종료 후 3주 ~ 12주의 삶의 질이 낮은 것을 볼 수 있다. 이는 대상자중 항암화학요법이 끝난 후 3주정도 지난 대상자가 많다는 것과 방사선 치료를 받은 대상자가 많아 방사선 치료의 부작용이 지속되고 있기 때문인 것으로 생각된다. 김매자의 연구에서 나타난 것처럼 방사선 치료는 치료 종료후 6개월이 되는 시점까지 삶의 질이 회복되지 않을 만큼 부작용의 지속기간이 길기 때문에 신체적 영역의 삶의 질에 부정적 영향을 주게 된다. 본 연구에서도 신체적 영역은 치료과정에 따라 점점 감소하는 것을 볼 수 있다. 그리고 지속되는 치료로 인한 사회 활동의 감소가 중요한 원인이 됨을 추측할 수 있다. 김매자의 연구에서 치료 종료 후의 환자의 삶의 질에 치료 전의 삶의 질이 영향을 주는 것으로 나타났으나 본 연구에서는 치료 전의 삶의 질을 측정하지 않아 치료 전의 삶의 질과는 비교할 수가 없었다.

조혈모세포 이식을 받은 군의 삶의 질을 Gardulf(1996)의 연구와 비교해 보면 그의 결과에서는 이식 후 7 ~ 15주 후의 신체적 기능이나 성생활, 가족대기

능의 회복정도가 이식 전의 수준으로 회복되는 것을 볼 수 있으며 본 연구에서는 심리적 영역, 사회적 영역은 회복되나 신체적 영역은 Gardulf(1996)의 결과만큼 회복되지는 않았다. 그리고 조혈모세포 채집시의 삶의 질에 비해 이식 후 퇴원 시의 삶의 질이 낮지만 그 차이가 통계적으로 유의하지는 않다. 그러나 조혈모세포 이식 과정에 따라 대상자의 삶의 질은 이식 후 퇴원 시점에서 가장 저조하다가 3개월 후 많은 회복이 있음을 알 수 있었다. 신체적 영역의 변화가 다른 영역에 비해 이식 전과 이식 후 퇴원 시의 차이가 많은 예측한 결과였다.

지금까지 발표된 유방암 환자의 삶의 질의 연구에는 고위험군의 치료과정에 따른 시계열 비교 연구가 없었다. 고위험군 유방암 환자를 위한 치료는 오랜 기간의 치료기간과 다양한 치료방법들이 제시되고 있다. 또한 점점 최첨단의 치료들이 개발되고 새로운 치료방법이 임상에서 시도되고 있어 이들에게 양질의 간호를 제공하기 위해서는 기존의 치료와 비교한 환자의 경험과 부작용의 정도에 관한 기초적인 조사연구가 필요하다고 생각한다. 따라서 본 연구의 결과가 미미하나마 임상에서 유방암 환자가 치료를 결정하며 그 과정을 겪어갈 때 어느 시기에 어떠한 지지가 환자의 삶의 질을 증진시키는데 관한 기본적인 자료로서 활용될 수 있으리라 생각한다. 이 결과를 자료로 유방암 환자에게 제공할 수 있는 간호중재를 찾고 그것을 통해 환자의 삶의 질이 보다 빠른 시기에 증진될 수 있는 일에 도움이 되리라 사료된다.

## VI. 결론 및 제언

고위험군 유방암 환자의 치료과정 즉, 치료중, 치료 종료후, 종료후 3개월 후의 삶의 질은 유의한 차이가 없었고 각 영역별 삶의 질도 유의한 차이가 없다.

치료방법이 다른 두 군의 유방암 환자의 치료과정별 삶의 질의 차이는 유의하였는데, 특히 치료중과 치료 종료 후 3개월 시점간에 차이가 컸다.

치료 중인 두 군의 영역별 삶의 질은 신체적 영역과 심리적 영역에서는 차이가 있고, 사회적 영역, 영적 영역에서는 차이가 없었으며 치료 종료 후의 두 군의 영역별 삶의 질은 유의한 차이가 없었다. 치료 종료 후 3개월 후의 두 군의 영역별 삶의 질은 심리적 영역에서만 유의한 차이가 있었다.

이상의 결론을 통해 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 치료 전의 삶의 질과 치료 종료 후 6개월 시점

의 삶의 질을 함께 조사하여 전체적인 치료과정에 따른 삶의 질의 변화를 알아보는 연구가 필요하다.

둘째, 유방암 환자의 삶의 질에 영향을 주는 요인을 찾는 연구가 필요하다.

셋째, 치료에 따라 차이가 있는 삶의 질의 영역을 강화시키는 간호중재를 찾는 연구와 이로 인한 삶의 질의 향상을 알아보는 연구가 필요하다.

넷째, 조혈모세포 이식을 받은 유방암 환자의 치료 과정에 따른 삶의 질 변화를 알아보기 위한 연구가 좀 더 많은 대상으로 반복 연구가 필요하다.

### 참 고 문 헌

권영은 (1990). 암 환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질과의 관계연구. 연세대 대학원 석사학위논문.

김매자 (1994). 유방암 수술후 방사선 치료를 받는 환자의 삶의 질 변화에 관한 연구. *간호학회지*, 24(4), 652-665.

김현수 (1996). 유방암에서의 고용량 항암치료와 조혈 모세포 이식. *대한조혈모세포이식학회지*, 1(1), 45-52.

노유자 (1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

문한림 (1996). 유방암 환자에서 대량화학요법과 조혈 모세포 이식. *대한 조혈모세포이식학회지*, 1(1), 35-44.

오복자 (1994). 위암환자의 건강증진 행위와 삶의 질에 관한 예측 모형. 서울대학교 대학원 박사학위논문.

오복자 (1996). 건강증진과 삶의 질 구조모형 II. *간호학회지*, 26(3), 632-652.

이동숙 (1996). 위암환자의 질병과정에 따른 사회적 지지 요구와 지각된 사회적지지. 서울대학교 대학원 석사학위 논문.

의료보험 관리공단 (1998). 1997년도 의료보험 통계연보. 의료보험관리공단.

전명희 (1996). 유방절제술 환자와 유방보존술 환자의 수술후 삶의 질과 성생활의 변화. *성인 간호학회지*, 8(1), 142-155.

정복례 (1991). 유방암 환자의 적응과정에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

장혜경 (1988). 유방암환자의 적응과정에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

태영숙 (1996). 암환자의 희망과 삶의 질과의 관계연구.

구. *성인간호학회지*, 8(1), 80-92.

한윤복, 노유자, 김남초, 김희승 (1990). 중년기 암환자의 삶의 질에 관한 연구. *간호학회지*, 20(3), 399-413.

American Cancer Society (1994). *Cancer Facts and Figures-1993* (No.5008, 92-Lee). Atlanta, GA.

Brim, J. A. (1974). Social network correlator of avowed happiness. *Journal Ner. Ment. Disease*, 158(6), 432-439.

Brophy, L. R., & Sharp, E. J. (1991). Physical symptom of combination biotherapy: A quality of life issue. *Oncology Nursing Forum*, 18(1), 25-30.

Calman, K. C. (1987). *Definition and Dimensions of Quality of Life*. The Quality of Life of Cancer Patients. Raven Press. New-York.

Coates, A. (1987). Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 317(24), 1490-1495.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosom. Med.*, 38(5), 300-314.

Eddy, D. M. (1992). High-dose chemotherapy with autologous bone marrow transplantation for the treatment of metastatic breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 10(4), 657-670.

Ferrell, B. R., Wisdom, C., & Wenzel, C. (1989). Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer*, 63, 2321-2327.

Ferrell, B., Dow, H. K., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in long-term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 22(6), 915-922.

Ferrell, B. R. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 39, 261-273.

Gardulf, A. (1996). Health-related quality of

- life in women with breast cancer undergoing autologous stem-cell transplantation. *Cancer Nursing*, 19(5), 368-375.
- Gilbert, C. J. (1996). Peripheral Blood progenitor cell transplantation for breast cancer. *Pharmacotherapy*, 16, 101-108.
- Graydon, J. E. (1994). Women with breast cancer: Their quality of life following a course of radiation therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 617-622.
- Hayden, K. A. (1993). Pitfalls in quality of life assessment. *Oncology Nursing Forum*, 20(9), 1415-1419.
- Heim, E., Valach, L., Schaffner, L. (1997). Coping and Psychosocial Adaptation : Longitudinal Effects Over Time and Stages in Breast Cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418.
- Hillner, B. E. (1992). Efficacy and cost-effectiveness of autologous bone marrow transplantation in metastatic breast cancer. *JAMA*, 267(15), 2055-2061.
- Holmes, S., & Dickerson, J. (1987). The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. *International Journal of Nursing Studies*, 24(1), 15-24.
- Hortobagyi, G. N. (1987). High-dose induction chemotherapy of metastatic breast cancer in protective environment. *Journal of Clinical Oncology*, 5(2), 178-184.
- Lewis, F., & Levita, M. (1988). Understanding Radiotherapy. *Cancer Nursing*, 11(3), 174-185.
- Lin, N., Smenone, R., Ensel, W., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events and illness : A model and an empirical test. *Journal of Health Soc. Behav.*, 20, 108-119.
- Kiritz, S., & Moos, R. H. (1974). Physiological effects of social environments. *Psychosomatic Medicine*, 36(2).
- Meyerowitz, B. E. (1983). Quality of life for breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *American Journal of Nursing*, 83(2), 232-235.
- Moinpour, C. M. (1989). Quality of life end points in cancer clinical trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 81(7), 485-495.
- Padilla, G. V. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *ANS*, 8(1), 45-60.
- Payne, S. A. (1992). A study of quality of life in cancer patients receiving palliative chemotherapy. *Soc. Sci. Med*, 35(12), 1505-1509.
- Peters, W. P. (1991). High-dose chemotherapy and autologous bone marrow support for breast cancer. *Important Advances in Oncology*, 7, 135-150.
- Whedon, M., Sterns, D., & Mills, L. E. (1995). Quality of life of long-term adult survivors of autologous bone marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 22(10), 1527-1537.

- Abstract -

## Patients with High Risk Breast Cancer

Park, Eun Young\* · Lee, Eun Ok\*\*

High risk breast cancer patients receive aggressive treatments such as APBSCT in order to prevent the recurrence. These treatments take a long time and decrease the quality of life of patients as a result. The purpose of this study is to examine when the changes of

---

\* OCN

\*\* Professor, Seoul National University College of Nursing(E-mail : eunok@snu.ac.kr)

quality of life are dramatic in general and in specific dimension. This is a time series study of two types of treatment groups, in which 15 patients were treated by chemotherapy only and nine patients by auto-peripheral blood stem cell transplantation. Subjects were in this study were stage III and above of breast cancer.

Data were collected from April 1999 to April 2000 with the 3 month-interval starting after 3rd cycle of chemotherapy. Data were collected 3 times : treatment period, treatment finishing period and 3 months later after the treatment.

Ferrell's QOL instrument was used which had been developed for the breast cancer patients in 1989. Repeated Measure ANOVA was used to examine differences of quality of life at 3 points of time respectively.

As a result, average age was 43.29 years (4.38yrs) and the number of married person

was 22(91.7%). Scores of quality of life were 5.45 at 1st period after 3rd cycle of chemotherapy, 5.17 after treatment, 5.10 at 3 months later after treatment and difference of quality of life was decreased according to period of treatment ( $P=.085$ ). Only the psychological dimension of the quality of life showed the significant difference ( $P=.045$ ). Two different treatment groups showed a difference of quality of life at 3month later after treatment.

In conclusions, high risk breast cancer patients showed the decreased quality of life related to treatment up to 3 months later of treatment. Subjects who received APBSCT returned to the normal quality of life more rapidly than those who received chemotherapy. Psychological nursing intervention was needed during the whole period of treatment.

Key words : Quality of Life, High Risk,  
Breast Cancer