한국사회복지학
Korean Journal of Social Welfare, Vol. 60, No. 1, 2008. 2, pp. 5-27.

유방암 및 부인과 암 생존자의 삶의 질에 대한 생존단계별 비교 연구

임 정 원
(City of Hope National Medical Center)
한 인 영
(이화여자대학교)

[요 약]

본 연구는 유방암 및 부인과 암 생존자를 대상으로 암 생존 단계에 따른 삶의 질의 차이를 다각적인 측면에서 조사함으로써 그들의 삶의 질을 생존 단계별로 이해하는데 그 목적이 있다. 서울에 거주하는 110명의 유방암 및 부인과 암 생존자를 대상으로 세 개의 표준화된 삶의 질 척도를 사용하였고, 연구 분석을 위해 급성, 확장, 영속적 생존단계에 따라 크게 세 집단으로 구분하였다. 연구 결과는 암 생존자의 생존 기간이 길어지면서 신체적 측면에서의 삶의 질이 전반적으로 향상됨을 증명하였다. 하지만, 심리 사회적 기능과 관련된 영역에서는 유의미한 차이를 보여주지 못했다. 본 연구는 향후 암 생존자의 삶의 질을 향상시키기 위해, 생존 단계를 고려한 차별화된 전략 개발 및 다각적 측면에서의 사회사업적 접근을 시사한다.

주제어: 유방암, 부인과 암, 생존 단계, 삶의 질

1. 서 론

현재 유방암 및 부인과 암은 여성에게 가장 흔히 발병되고 있는 종양 중의 하나이다. 하지만, 과학 및 의학 발전에 힘입어 종양의 초기 발견율은 상당히 높아졌으며, 이로 인해 전반적인 암 생존율은 많이 향상되었다. 특히, 미국에서는 1940년도에 유방암으로 진단 받은 환자들의 5년 생존율이 72% 이

었지만, 현재는 97%로 크게 높아지면서, 완치 가능성을 내포하고 있다. 또한, 자궁암과 난소암의 초기 발견 시, 5년 상대 생존율은 각각 92%와 95%로써, 현재 미국 내에서 유방암 및 부인과 암의 생존율은 상당히 향상된 것으로 보고된다(American Cancer Society, 2004). 한편, 한국에서는 유방암이 1980년에 여성암의 9% 정도이던 것이 꾸준히 증가해 2001년에는 암 등록 환자의 16.1%를 차지하고 있으며, 여성암 중 가장 높은 발생률을 보인 것으로 발표되었다. 또한, 매년 8,000-10,000명 가량의 새로운 유방암 환자가 발생하는 것으로 추정되고 있다. 한편, 자궁암은 1997년 한해 동안 7,215명의 환자가 발생하였으며 전체 여성암의 20.4%에 해당하여 여성암 중에서 수위를 차지하였다. 하지만, 1998년에는 4,269명이 발생하여 위암, 유방암, 다음으로 13.0%를 차지하였으며 2001년 한해 동안 4,061명의 신환이 발생하였다. 하지만, 이와 같은 높은 발병률에 비해 치료 기술의 발달 및 조기 발견으로 인해 사망률은 다른 암에 비해 낮아서, 유방암 및 자궁암의 사망률은 각각 6위와 8위에 해당한다. 현재, 유방암과 자궁암의 5년 상대 생존율은 각각 78%와 75%로써, 그 수치는 계속해서 높아지고 있다 (Korea Central Cancer Registry, 2003). 결과적으로, 암으로 진단 받은 뒤 완치에 이르는 과정은 점차 많은 환자들에게 현실이 되고 있으며, 이로 인해 예전에는 치명적인 질환으로 구분되었던 종양이 현재는 만성질환의 개념으로 바뀌고 있다(Dorsett, 1991). 따라서 유방암 또는 부인과 암으로 진단 받은 뒤, 치료가 끝난 생존자들에 대한 개입은 필수적이다.

현재 많은 연구들은 암 생존자들의 삶의 질에 관심을 보이고 있다. 이는 항암 치료 이후, 점점 사회에 적응해 나가야 하는 그들의 욕구에 부합한 결과라고 할 수 있다. 이들의 삶의 질과 관련해서, 몇몇 연구들은 암 생존자들의 삶의 질은 일반인들에 비해 상대적으로 좋지 않다고 보고한다(Cimprich · Ronis · Martinez-Ramos, 2002; Ganz · Desmond · Leedham · Rowland · Meyerowitz · Belin, 2002; Miaskowski · Dibble, 1995). 하지만, 어떤 연구들은 암 생존자들이 암을 경험한 이후, 삶에 대해 좀더 긍정적으로 바라보고 적극적인 삶의 의지를 나타내고 있다고 보고함으로써 긍정적인 측면을 강조하고 더불어 그들의 사회 적응 및 재활의 필요성을 제안한다(Bloom · Stewart · Chang · Banks, 2004; Haberman · Bush · Young · Sullivan, 1993). 따라서, 암 생존자들의 사회 재활을 돕기 위한 좀더 구체적인 접근을 위해서는 이들에 대한 의학적 측면뿐만 아니라 신체적, 기능적, 심리적, 사회적, 그리고 영적인 측면까지 포함해 포괄적으로 접근하는 것은 중요하다. 한편, 이들의 삶의 질은 그들의 치료 상태가 어떤 시기에 있는지에 따라 달라질 수 있다. 항암 치료를 받는 동안, 항암 치료가 끝나자마자, 또는 항암 치료를 받은 지 상당한 기간이 지난 후, 그들의 경험은 다를 수 있으며, 또한, 각각의 특정 시기에 따라 그들이 추구하는 욕구도 다를 수 있다. 결과적으로 그들의 생존 단계에 따른 특정한 욕구에 대한 파악과 각 시기에 따른 삶의 질을 비교하는 것은 생존 단계에 따른 효과적인 개입 방안을 마련하기 위한 기초 지식을 제공함으로써, 궁극적으로 그들의 삶의 질을 향상시키고, 사회 적응을 돕는데 기여할 수 있을 것으로 보인다. 하지만, 안타깝게도, 한국에 거주하는 유방암 및 부인과 암 생존자들에 대한 연구는 많이 부족하다. 이는 아직도 암으로 진단 받은 사람들에 대해 '치명적'인 것으로 간주하거나 계속해서 보호 받아야 하는 존재로써 의학적 측면에 치중하여 접근하기 때문인 것으로 생각된다. 결과적으로, 사회사업적 개입 활동과 관련해서 암 생존자보다, 말기 암 환자들에 대한 호스피스 활동이 더 활발한 편이다. 이외에, 현재 암 환자 및 생존자들에 대한 사회사업적 접근은 병원에 입원

해서 치료 및 수술을 받고 있는 환자에 제한되는 경우가 많다. 이와 같은 경우, 주로 단기간 입원하는 경우가 많기 때문에 재정적 측면에 초점을 두거나 단기간의 심리사회적 진단 및 상담에 국한되는 경향이 있다. 한편, 암 생존자들에 대한 활동으로는 유방암 및 자궁암 환자들을 위한 자조집단이 병원들을 중심으로 이루어지고 있지만, 의료사회복지사들보다는 주로 간호사의 개입이 이루어지고 있다. 의료사회복지사의 관점이 인간을 둘러싼 가족 및 환경에 관심을 두고, '암'이 가족의 질병이라는 점, 그리고 많은 암 생존자가 심리사회적으로 많은 어려움을 호소하고 있다는 점 등을 고려할 때 의료사회복지사의 개입은 필수적이다. 하지만, 현재 항암 치료가 끝난 암 생존자들에 대한 지속적인 사후 관리 및 가족과 사회에 새롭게 적응하도록 돕기 위한 의료사회복지사의 개입은 미약하고, 더 나아가 이들의 전반적인 삶을 이해하기 위한 연구 또한 많이 부족한 실정이다. 따라서 암 생존자들의 전반적인 삶의 질을 향상시키기 위해서는 이론 및 실천 현장에서 의료사회복지사의 체계적인 개입이 요구된다.

본 연구는 암 생존 단계에 따른 삶의 질의 차이를 조사함으로써 유방암 및 부인과 암 생존자의 삶의 질을 생존 단계별로 이해하는데 그 목적이 있다. 비록 각각의 삶의 질에 영향을 미치는 특정 요인들이 있음에도 불구하고, 본 연구는 삶의 질의 전반적인 특성에 초점을 두어 생존단계에 따른 그 차이의 유무를 우선 모색하고, 그 결과에 따라 향후, 전반적인 또는 각각의 생존단계에 따라 영향을 주는 요인이 무엇인지 확인하고자 한다. 본 연구에서는 삶의 질의 다양한 측면을 확인하기 위해 세 개의 다른 삶의 질 척도를 사용함으로써, 신체적, 심리적, 사회적, 영적인 측면뿐만 아니라, 암과 관련된 특정한 부분과 더불어 암 생존자를 둘러싸고 있는 주변 환경까지 포함한 삶의 질에 대한 포괄적 측면까지 함께 고려한다. 이는 향후, 특정 단계에 따른 세분화된 개입 방안을 모색하고, 효과적이고 효율적인 사회사업 접근 방법을 제공하는데 중요한 토대가 될 것으로 보인다.

2. 이론적 배경

1) 암 생존(Cancer Survivorship)

암 생존을 포괄적인 의미에서 정의하면, 암 진단부터 시작해서 완치에 이르기까지 환자가 생존해 있는 동안 지속적으로 일어나는 하나의 역동적 과정이다(Gambosi, 1990; Leigh, 1999). 이와 같은 암 생존은 크게 세 가지의 생존 단계로 구분된다. 첫째, 급성 생존 단계(actue cacenr survival)로써, 암 진단을 받은 이후, 계속해서 다양한 종류의 항암 치료(방사선, 화학, 또는 호르몬 요법 등)를 받는 과정이다. 둘째, 확장 생존 단계(extended cancer survival)로써, 질병이 소강상태로 접어들고, 치료도 마무리되는 단계를 일컫는다. 마지막으로, 영속적 생존 단계(long-term cancer survival)로써, 이는 암의 재발률이 현저히 감소되는 시기로, 암 세포의 활동이 거의 사라지는 시기를 의미 한다(Mullen, 1995). 이와 같은 생존 단계는 진단부터 시작해서 생존 또는 죽음에 이르기까지 지속적이고 역동적으로 일어나는 하나의 과정으로써, 암 생존은 진단 및 치료와 함께, 치료를 통해, 그리고 치료를 넘어서 생활해

가는 삶의 연속적 과정이라고 정의내릴 수 있다(Zebrack, 2000). 현재 생존 단계에 따른 기간 상의 명시는 많은 연구에서 다양하게 나타난다. 어떤 연구는 진단을 기준으로 하기도 하며, 어떤 연구는 치료가 끝나는 시점을 기준으로 하기도 한다. 그럼에도 불구하고, 주로, 급성 생존 단계는 암 진단을 받은 지 2년 미만, 확장 생존 단계는 2년에서 5년까지의 기간, 영속적 생존 단계는 암 진단 이후, 5년 이상 경과된 경우로 구분하는 경우가 일반적이다.

환자들은 암 생존 단계에 따라 다양한 경험을 할 수 있다. 가령, 급성 또는 확장 생존 단계에 있는 환자들은 갑작스런 암 진단 및 항암 치료 때문에 생활 방식에서의 변화를 경험하게 된다(Quigley, 1989). 또한, 예전에는 아무 문제없이 생활했던 것들을 이제는 더 이상 똑같이 수행하게 되지 못할지도 모른다. 특히, 몇 몇 연구들은 여성으로서 암 진단을 받게 될 경우 남자와 달리 더 많은 어려움을 가지게 된다고 보고한다. 즉, 우울증, 불안, 사회적 낙인 등을 경험하게 되고, 대인관계의 상실 및 성적인 문제 등으로 인한 어려움을 호소하는 경우가 많다. Ganz와 그의 동료들(2002)은 초기 항암 치료 이후 약 1년 정도 지난 암 생존자들의 신체적 그리고 심리 사회적 상태를 조사하였다. 이들은 암 생존자들이 신체적 및 유희적 활동, 신체상, 성적 관심 및 기능 등 다양한 영역에서 어려움을 경험하고 있음을 확인하였다. 또한, Polinsky(1994)는 신체적 증상에서의 변화, 재발과 관련된 사고, 불안, 그리고 이들이 삶의 질에 미치는 영향력 등을 조사하였고, 이를 통해 유방암 생존자의 경우, 그들의 삶의 질에 다양한 측면에서 장기간 영향을 미치고 있음을 발견하였다. 결과적으로, 이와 같은 적응 문제들은 진단부터 시작해서 영속적 생존 단계에 이르기까지 암 생존자의 삶의 질에 상당한 영향을 미칠 수 있음을 보여준다. 따라서 유방암 및 부인과 암 생존자의 수가 지속적으로 늘어가고 있다는 것을 고려할 때, 사회복지사를 포함한 다양한 의료진은 암 생존자들의 삶의 질을 향상시키기 위한 효과적인 심리 사회적 문제 사정 및 개입 방안을 마련하는 것은 중요하다.

2) 삶의 질(Quality of Life)

삶의 질은 암 생존과 관련된 주요 결과 변수로써, 현재 많은 연구들은 암 생존자의 삶의 질에 관한 문제를 다루고 있다(Pedro, 2001; Pilkington · Mitchell, 2004; Spagnola · Zabora · Brintzenhofeszoc · Hooker · Cohen · Baker, 2003). 현재, 삶의 질과 관련된 개념적 정의는 다음과 같이 이루어진다(Aaronson, 1991; Cella, 2002; Ferrell · Hassey · Grant, 1995; Holland, 1998; Pedro, 2001; Zebrack, 2000):

삶의 질은 신체적 (physical), 심리적 (psychological), 사회적 (social), 그리고 영적인 (spiritual) 영역 등 다양한 측면을 포함하고, 주관적이며, 시간과 관계된다.

위에서 언급된 바와 같이, 삶의 질은 한 사회의 발전 수준 및 사회 구성원들의 가치관에 따라 변화될 수 있는 상대적 개념이며, 개인과 사회가 어떻게 느끼고 판단하는가를 확인하고 평가해야 하는 주

관적이고 규범적인 성격을 지니고 있음을 나타낸다. 하지만, 삶의 질에 대한 많은 관심에도 불구하고, 이에 대한 개념 정의를 체계적으로 수행한 연구는 부족하다. 따라서, 연구자들에 의해 자의적으로 해석되는 경향이 있고, 이는 개념 차체를 복합적으로 만드는 경향이 있다. 전반적으로, 삶의 질은 과거에는 주로 물질적인 측면(가령, 살기 좋은 환경, 객관적인 지표에 의해 측정이 가능한 경제적 환경 등)에 초점을 두어 정의되어 왔지만, 점차 삶의 질의 주관적인 측면(가령, 만족, 감정, 기쁨, 자유, 여가 등)까지 포괄적으로 포함하고 있는 추세를 보이고 있다(Cella, 2002). 현재, OECD (1974)는 '삶의 질이란 주관적인 측면과 객관적인 측면의 총계이다'라고 정의 내리고 있다.

한국에서 암 생존자의 삶의 질에 대한 연구는 1980년대 말에 시작되었으며, 대부분 삶의 질에 대한 다각적 측면인 신체적, 심리적, 사회적, 영적인 문제를 함께 고려하는데 동의하고 있다(Lee · Chun · Kang · Lee, 2004). 한편, 유방암 및 부인과 암 생존자에 대한 최근 연구들은 그들의 삶의 질에 대한 긍정적인 측면과 부정적인 측면을 모두 보고하고 있다. 부정적인 측면과 관련해서는, 치료와 관련된 부작용, 질병에 대한 불확실성, 심리사회적 스트레스, 재발에 대한 공포, 감소된 자아 정체감 및 신체상 등을 제시한다(Bloom, 2004; Ganz 2002). 또 다른 연구들은 결혼과 관련된 스트레스, 성적인 문제, 사회적 지지, 고용 및 의료 보험과 관련된 차별 등의 사회적 문제와 관련된 부분에 초점을 두기도 하였다(Ashing-Giwa 외, 2003; Ferrell, 1997; Ganz, 2002). 가령, 가족 문제와 관련해서, 한국 여성 암 생존자들은 유방암 치료가 끝난 후, 그들의 가족이 유방암이 발병되기 전과 같은 아내로써 또는 엄마로써의 역할과 기능을 해줄 것을 기대하고 있다는 점에 대해 많은 스트레스를 경험하고 있음을 보고하기도 하였다(Ashing-Giwa 외, 2003). 하지만, 이러한 부정적인 측면과 더불어, 몇몇 연구들은 암을 경험한 이후 암 생존자들이 보고하는 긍정적인 측면에 관심을 갖기도 한다. 어떤 연구들은 질적 연구를 통해 암 생존자들이 암을 경험한 이후, 희망감을 갖게 되었고 삶에 대한 목적의식을 더 많이 성취하고 있음을 보여주었다(Haberman, 1993). 다른 연구는 질병에 대한 부정적인 측면과 치료에 대한 아픈 경험에도 불구하고 전반적인 유방암 및 부인과 암 생존자의 삶의 질이 꽤 높았다고 보고 한다(Ersek, 1997). 또한, 한국인의 경우, 그들 자신의 건강과 욕구에 우선순위를 두는 등 전반적으로 예전과는 다른 삶의 방식을 취하면서, 또한, 그들의 삶과 사랑하는 사람에 대한 감사함을 표시함으로써 부분적으로 긍정적인 삶의 질을 표출하고 있음을 보여주었다(Ashing-Giwa 외, 2003; 노영희, 2003). 이와 같이 여성암 생존자의 삶의 질과 관련해서 많은 연구들이 진행 중인 반면, 한국에 거주하는 한국 여성암 생존자들에 대한 연구는 상대적으로 부족하다. 그럼에도 불구하고, 최근 암 생존자에 대한 관심과 함께 이들에 대한 연구는 증가하고 있다. 그 중 몇 몇 연구는 유방암 및 부인과 암 생존자의 삶의 질에 관해 포괄적으로 다루었고(노영희, 2003; 김재원 · 정현훈 · 강순범, 2006), 몇 몇 연구들은 그들의 특정 문제 특히, 성적 행동에 초점을 두기도 하였으며(박정윤 · 이은옥, 2001), 유방암 생존자의 삶의 질을 향상시키기 위한 지역 사회 프로그램에 대해 고찰하기도 하였다(임정원 · 한인영, 2005). 하지만, 암 생존자들의 삶의 질을 보다 구체적으로 이해하기 위해서는 다양한 척도를 통한 포괄적 접근이 필요할 것으로 보인다.

현재, 암 생존자의 삶의 질을 측정하기 위해서는 다양한 척도들이 사용되고 있다. 이와 같은 척도들은 크게 세 가지로 분류된다. 첫째는 일반 측정 도구(generic measure)이다. 이것은 환자들의 전반적

인 건강 상태를 조사할 뿐만 아니라, 질병에 따른 전반적인 삶의 질을 비교한다는 측면에서 일반적으로 많이 사용되고 있다(Cella, 2002; Ware · Snow · Kosinski · Grandar, 1993). 또한, 암 생존자들의 전반적인 삶의 질에 영향을 주는 병적인 요소이외에 다른 요소들을 고려함으로써 개인을 둘러싸고 있는 전체적인 모습에 초점을 둔다는 점에서 유용하다(Zebrack · Cella, 2004). 두 번째는 특정 질환 즉, 암에 초점을 두어 개발된 척도(cancer specific measure)로써, 이는 암 환자와 관련된 미묘하고 특정한 문제를 사정하기 위해 주로 사용된다. 특히, 이와 같은 도구는 특정 환자들에 대한 치료 효과를 사정하는데 유용하다(Juniper · Guyatt · Epstein, 1992; Zebrack · Cella, 2004). 마지막으로, 삶의 질의 다양한 영역 중 단지 한 가지 영역에 초점을 둔 도구(uni-dimentional measure)들이 있다(Deimling · Kahana · Bowman · Schaefer, 2002; Ferrell et al., 2003; Greimel · Thiel · Peintinger · Cegnar · Pongratz, 2002). 가령, 심리사회적 스트레스만을 고려한 간이 증상 도구(Brief Symptom Inventory)는 대표적 예이다. 더 나아가, 암 생존자의 삶의 질을 다양한 측면에서 사정하기 위해 일반 측정 도구, 특정 질병과 관련된 도구, 또는 단일 영역에 초점을 둔 도구 등을 함께 결합해서 사용할 것을 제안한 연구도 있다(Zebrack · Gurney · Oeffinger · Whitton · Packer · Mertens, 2004). 따라서 본 연구는 유방암 및 부인과 암 생존자의 삶의 질을 다각적인 측면으로 접근하기 위해 위에서 언급한 세 가지의 삶의 질 척도를 결합해서 사용함으로써 삶의 질에 대한 포괄적 접근을 시도하고자 한다.

3) 암 생존 단계와 삶의 질

암 생존자의 치료 상태 및 질병 과정은 그들의 삶의 질에 많은 영향을 준다(Shelby · Taylor · Kerner · Coleman · Blum, 2002). 질병 단계에 따른 암 생존자의 욕구를 조사한 한 연구에서는, 급성 생존 단계에 있는 사람들은 주로 암과 관련된 의학적 정보를 얻거나, 사회적 지지를 통해 어떤 실질적인 도움을 받는데 많은 관심이 있다고 보고하였다(Gates · Lackey · White, 1995). 하지만, 일단 항암 치료를 마치고 나면, 주요 관심사는 치료 이후 발생 가능한 부작용 관리, 향후 신체 기능의 악화, 또는 재발, 사후 건강관리 등으로 변하게 된다. 더 나아가, 암 진단 및 치료기간이 상당히 지난 경우, 신체적 측면보다 향후 지역 사회 적응 및 직장 복귀 등 현실적인 문제뿐만 아니라 정서적, 사회적 측면에 대한 많은 욕구를 보여주곤 한다. 가령, 영속적 생존 단계에 있는 암 생존자와 관련된 하나의 연구는 그들의 심리적, 사회적, 영적인 측면에 대한 관심과 비교해 신체적 측면과 관련된 관심이 상대적으로 많이 감소되었음을 증명해 주었다(Pedro, 2001). 각 생존 단계에 따라 암 생존자들이 다른 관심을 보이는 반면, 전반적으로 그들의 삶의 질은 시간이 지남에 따라 향상되는 것으로 보고된다(Ganz, 2002).

한편, 암 생존자들은 암으로 인한 어떤 부작용이나 재발 등 암과 관련된 어떤 증후를 갖고 있지 않음에도 불구하고, 그들의 전반적인 삶의 질이 특정 단계에서 나빠지는 경향을 보이기도 하는 것으로 나타났다(Holzner · Kemmler · Kopp · Moschen · Schweigkofler · Dunser, 2001). 이와 같은 결과는 암 생존 단계가 그들의 삶의 질과 밀접하게 관련이 있음을 암시한다. 특히, Holzner와 그의 동료들

(2001)은 암 생존자의 삶의 질이 초기 치료 이후, 시간이 경과됨에 따라 달라졌음을 증명하였다. 특히, 정서적, 사회적, 성적인 기능과 관련된 삶의 질의 감소는 급성 생존 단계(암 진단 이 후 1-2년)에서 뿐만 아니라 영속적 생존 단계(암 진단 이후 5년 이상)에서도 나타났다. 이와 같은 결과는 시간이 지남에 따라 암 생존자의 삶의 질이 향상될 것이다라는 일반적인 가정에 위반한다. 그렇다면, 한국인의 경우 생존단계에 따라 어떤 삶의 질의 유형을 보여줄 것인가? 암 생존 단계에 따른 삶의 질의 차이를 이해하는 것은 각각의 특정 단계에 따른 암 생존자의 독특한 욕구 및 문제를 사정하고, 그에 따른 적합한 개입 방안을 마련함으로써 체계화된 사회사업적 접근 방식을 제안하는데 그 의의가 있다.

3. 연구 방법

1) 연구 대상자

본 연구는 서울 및 경기 지역에 거주하는 유방암 및 부인과 암으로 진단받은 110명의 성인 여성을 대상으로 하였다. 이들은 다음과 같은 기준을 충족하였다. 첫째, 유방암 또는 부인과 암(자궁암, 난소암 등)으로 진단 받았고, 둘째, 마지막 항암 치료(화학요법 또는 방사선 요법)를 받은 이래, 최소 3개월간 어떠한 질병의 소견도 보이지 않았으며, 셋째, 본 연구 당시 18세 이상이었으며, 넷째, 설문지를 충분히 이해할 수 있는 한국 여성이다. 여기에서 '질병의 소견을 보이지 않았다'라는 의미는 자가 보고를 통해, 또는 의사나 진료 차트에 더 이상의 화학 요법이나 방사선 요법을 요하지 않음 이라고 쓰여 있는 경우를 의미한다. 단, 호르몬 치료는 장기간(약 5년까지) 사용하는 경우가 많아 본 연구에 포함하였다. 결과적으로, 본 연구에서 급성 생존 단계에 포함하는 사람의 대부분은 진단 받은 지 2년 이내에 해당하지만, 재발의 우려 및 지속적인 증상의 관리를 위해 호르몬 요법을 요하는 대상자를 의미한다. 본 연구에서 나이 또는 진단 시 질병 진행 단계에 따른 제한은 없었다. 또한, 본 연구에서 유방암 및 부인과 암을 함께 다룬 이유는 유방암과 부인과 암은 여성의 대표적 암의 유형이며, 둘 다 높은 생존율을 보이고 있고, 더불어 본 연구에서 여성들의 특성(신체 상 및 성적 관계 등)을 삶의 질에 함께 포함하기 위함이다. 한편, 본 연구 대상자는 암 생존 단계 기준에 따라, 크게 세 개의 집단으로 구분되었다. 즉, 집단 1(급성 생존 단계)은 암 진단을 받은 지 2년 미만, 집단 2(확장 생존 단계)는 2년에서 5년이 경과된 집단, 그리고 집단 3(영속적 생존 단계)은 암 진단 이후, 5년 이상이 경과된 집단을 의미한다.

2) 자료 수집 과정

자료 수집은 2005년 3월부터 11월까지 이루어졌다. 우선, 영어로 되어 있는 설문지는 한글 및 영어에 능숙한 전문가들에 의해 전진-후진(forward-backward) 번역 절차를 거쳐 한글로 번역됐으며, 이

후 신뢰성 검사를 거친 후, 사용되었다. 본 연구에 대한 승인은 미국 캘리포니아(California), 로스앤젤레스(Los Angeles)에 위치한 남가주 대학교(university of southern California) 및 한국에 위치한 지역 종합 병원의 기관 윤리 위원회(Institutional Review Board)로부터 얻어졌다.

본 연구는 서울에 위치한 5개의 지역 종합 병원 및 2개의 유방암 및 자궁암 지지 집단을 통해 수집되었다. 참석자들에 대한 정보는 1) 암 생존자의 특성상, 병원에 입원해 있지 않고, 지역사회에 거주해 있다는 점, 2) 암 생존자들만을 위한 등록부가 존재하지 않는다는 점, 그리고 3) 몇 개의 암 관련 지지 집단이 있다는 점, 4) 암과 특화된 치료를 제공하는 몇 개의 병원이 존재한다는 점 등을 고려하여 임의표본 추출법이 이용되었다. 특히, 이를 위해 다양한 방법을 동시에 사용한 혼합 수집 방법(mixed sampling method)이 사용되어졌다(Ashing-Giwa 외, 2005). 즉, 1) 병원 및 암 생존자 지지 집단에 본 연구와 관련된 전단지를 배부하였고, 2) 각 지역 병원 의료진 등(사회복지사, 간호사 및 의사)을 통해 본 연구에 적합한 클라이언트들에게 협조 요청 편지를 보내도록 하였으며, 3) 연락처를 모르는 환자들의 경우, 기관 담당자가 환자의 기관 방문 시 본 연구에 대해 환자에게 직접 설명한 후, 참석하도록 협조 요청을 하도록 하였으며, 4) 암 생존자 지지 집단이 열릴 경우, 지지 집단 담당자에게 연구자의 참석 여부를 승인받은 후, 연구자가 직접 지지 집단에 참석하여 연구에 대한 설명 후, 연구 참여를 요청하였다. 이와 같은 다양한 방법을 통해 연구 참석이 가능하다고 응답한 환자들에게는 본 연구 참석에 대한 동의서를 받은 후에, 설문지와 함께 연구 설명서를 우편으로 발송하거나 또는 기관 담당자가 직접 환자에게 제공하도록 하였다. 또한, 설문지 작성 후 2주 내에 동봉된 봉투에 완성된 설문지를 넣어서 보내줄 것을 요청하였다. 설문지를 받은 후, 연구자는 설문지에 빠진 정보가 있는지 확인하였고, 정보가 정확하게 기재되지 않았을 때에는 연구 대상자와의 전화 통화를 통해 확인하는 절차를 거쳤다. 설문지를 완성하도록 요청하는데 세 번의 기회를 제공하였으며, 설문지를 제한된 기간 내에 제출하지 않거나 응답자와의 후속 확인 전화에서 거부의사를 밝힌 사람들은 '응답 거부자'로 간주하였다. 설문지를 완성한 사람들에게는 소정의 선물을 제공하였다.

3) 측정 도구

(1) 인구 사회학적 특성 및 의학 정보

인구 사회학적 특성 및 의학 정보는 유방암 및 부인과 암 생존자들의 특성을 파악하기 위해 포함하였다. 인구 사회학적 특성에는 나이, 수입, 고용 상태, 교육 정도, 의료 보험, 결혼 상태 등을 포함했으며, 의학 정보로는 진단명, 진단 시 나이, 진단 이후 소요된 기간, 진단 시 암 진행단계, 치료 유형, 현재의 건강 상태, 사후 관리, 재발 및 부작용 등을 포함하였다.

(2) 삶의 질(Quality of Life)

본 연구는 삶의 질을 사정하기 위해, 1) 일반 측정 도구, 2) 암 생존자를 위한 측정 도구, 3) 단일 영역에 초점을 둔 도구 등 세 개의 표준화된 척도를 사용하였다(Ware 외, 1995). 이는 암 생존자의

신체적 기능, 심리 사회적 기능, 그리고 일반적인 건강에 대한 자각 등 포괄적이고 다양한 측면에서 건강 상태를 확인하기 위함이다.

① 건강수준에 대한 평가(Medical Outcomes Study Short Form 36 Health Status Survey: SF-36)

SF-36은 다양한 형태의 임상 관련 연구를 위해 폭넓게 사용되고 있으며, 타당성과 신뢰성이 검증된 자가 보고 척도이다(Ware 외, 1993). 이 도구는 삶의 질과 관련된 8개의 하위 척도를 포함하고 있다: (1) 신체적 기능(10 항목), (2) 신체적 문제로 인한 역할 상의 제한(4 항목), (3) 신체적 고통 (2 항목), (4) 일반적 건강(5 항목), (5) 활기(4 항목), (6) 사회적 기능(2 항목), (7) 정서적 문제로 인한 역할 상의 제한(3 항목), (8) 정신 건강(5 항목). 또한, 이와 같은 8개의 하위 척도는 크게 신체적 요인(physical component summary: 8개의 하위 척도 중 1부터 4까지를 포함)과 정신적(mental component summary: 5부터 8까지를 포함)요인으로 구성된 요약 척도로 구분된다. 각각의 하위 척도를 얻기 위해서는 각 영역에 포함된 항목들을 합한 후에, 그것을 표준화된 점수(평균 50, 표준편차 10)로 변형해서 사용한다. 요약 척도는 하위 척도들의 평균으로 계산된다. 점수의 범위는 0부터 100까지 나열되며, 점수가 커질수록 좋은 기능을 나타낸다. 본 연구에서 하위 척도들의 신뢰도(Cronbach's α)는 0.80에서 0.98로 나타났다.

② 암 생존자를 위한 삶의 질 척도(Quality of Life-Cancer Survivor; QOL-CS)

QOL-CS 척도는 특히, 암 생존자의 삶의 질에 초점을 두고 있는 것으로, 삶의 질과 관련된 다양한 영역을 사정하는데 목적을 둔다(Ferrell 외, 1995). 특히, 부정적 측면을 강조하는 다른 암 생존자 관련 연구와 균형을 이루기 위해 긍정적 측면도 함께 다루는 것이 특징이다. 본 척도는 암 생존자의 신체적 또는 심리적 건강 상태, 이용 가능한 사회적 관계, 재발에 대한 공포, 영적 그리고 종교에 대한 중요성 등 암 생존자가 경험할 수 있는 특정 문제들을 조사한다. 이 도구는 41개의 항목으로 구성되며, 삶의 질의 4가지 영역으로써, 신체적 복지(8항목), 심리적 복지(18 항목), 사회적 복지(8 항목), 영적 복지(7항목) 등을 다루고 있다. 응답자들은 0부터 10까지 나열된 숫자 중 가장 적당한 것을 체크하도록 함으로써 평가된다. 본 연구에서 41개 항목들에 대한 점수는 평균을 통해 얻어졌다. 본 연구에서 나타난 신뢰도(Cronbach's α)는 0.88 이었다.

③ 간이 증상 도구(The Brief Symptom Inventory - 18; BSI-18)

18개의 항목으로 구성된 자가 보고 척도로써, BSI-18은 의료적 문제를 가지고 있거나 지역사회에 거주하는 일반 성인들의 심리적 스트레스를 측정하기 위해 사용되어 왔다(Derogatis, 2000). SCL-90-R(Derogatis, 1993)의 축소형인 BSI-18척도는 한 개의 포괄적 심각도(global severity index)와 세계의 하위 척도(신체화 증상, 우울, 그리고 불안)로 구성된다. 이 척도는 지난 7일간 제시된 각각의 증상으로 인해 경험한 스트레스 정도를 0(전혀)부터 4(아주 심한)까지 중 가장 적절한 곳에 체크하도록 하는 5점 척도이다. 이 척도는 SCL-90-R과의 상관관계가 매우 높은 것으로 나타났다(0.90 이상). 본 연구에서 BSI-18의 신뢰도(Cronbach's α)는 0.93으로 높게 나타났다.

4) 자료 분석

주요 연구 변수들은 빈도, 확률, 평균, 표준 편차 및 범위 등의 탐색적 통계 방법을 통해 분석되었다. 또한, 변수간의 관계를 확인하기 위해, 연속 및 서열 척도로 구성된 변수들의 경우, 크루스칼 월리스(Kruskal-Wallis) 검사를 사용하였으며, 카이스퀘어(chi-square) 분석은 명목 척도로 구성된 변수를 위해 사용하였다. 공분산분석(ANCOVA)은 공변량을 통제한 후에 집단 간 삶의 질을 차이를 비교하기 위해 사용됐다. 특히, 본 연구에서 삶의 질에 영향을 주는 인구사회학적 특성 및 의학정보로 파악된 나이, 결혼 상태, 교육 정도, 암의 재정적 영향력, 암의 유형, 화학요법의 사용 여부, 부작용 등이 생존단계에 따른 삶의 질의 차이에 영향을 미치는 것을 차단하기 위하여 위의 변수들을 공분산분석에서 공변량으로 간주한 후 통제하였다. 집단 간 비교를 위한 유의도는 모든 공변량을 통제한 후에 선형대비(linear contrast)에 대한 F검증에 근거해서 수행됐다. 모든 가정은 $p < 0.05$ 수준에서 검증됐으며, 분석은 SPSS 15.0 프로그램을 통해 이루어졌다.

4. 연구 결과

1) 연구 대상자의 인구 사회학적 특성 및 의학 정보

설문지를 받은 201명의 잠재적 연구 대상자 중, 118명(58.7%)은 설문지를 완성한 후에 본 연구진들에게 반송하였다. 하지만, 5명은 50%이상의 정보 누락 때문에, 그리고 3명은 현재 항암 치료(화학요법 및 방사선 요법)를 받고 있는 것으로 보고하였기 때문에 본 연구에서 제외시켰다. 따라서 110명이 최종 분석에 포함되었다. 또한, 이들 110명은 암 생존 단계에 따라 다음과 같이 세 집단으로 구분하였다. 우선, 집단 1에는 23명의 참석자가 포함되며 그들은 진단 후 2년 이하에 있는 사람들이다. 이들의 진단 후 생존 기간은 평균 0.96년으로 1년이 채 되지 않았다. 집단 2는 54명이 포함되며, 암으로 진단 받은 지 2년에서 5년 사이에 있는 사람들을 포함하며, 이들의 평균 생존 기간은 3.17년이다(SD = 1.11). 집단 3에 있는 사람들은 33명이며, 그들은 진단 이후 최소 5년 이상의 기간이 경과됐으며, 본 연구에서의 평균 생존 기간은 8.12년이었다.

본 연구에 참석한 유방암 및 부인과 암 생존자들의 인구 사회학적 특성 및 의학 정보는 〈표 1〉과 〈표 2〉에 보고된다. 전반적으로, 참석자들의 나이는 50세 이상(M = 50.85; SD = 7.35)이었으며, 의료보험을 가지고 있고(92.7%), 종교를 가지고 있는 것(79.2%)으로 나타났다. 의학 정보와 관련해서, 응답자의 72%는 유방암으로 진단 받았으며, 38%는 자궁암 및 난소암을 포함한 부인과 암으로 진단 받았다. 비록 유방암과 부인과 암으로 진단받은 참석자들의 수에 차이가 있음에도 불구하고, 현재 유방암 및 부인과 암 발생률이 약 2:1인 것을 고려할 때, 어느 정도 모집단의 특성을 반영하고 있다고

할 수 있다. 한편, 참석자의 다수는 암 진단을 받은 이후, 수술을 받았으며(72%), 암과 관련된 현재의 치료 상태와 관련된 질문에서는 응답자의 76.4%가 현재는 항암 치료를 받고 있지 않지만 정기적인 검진을 필요로 하는 상태인 것으로 보고하였다.

〈표 1〉 연구 대상자의 인구사회학적 특성

변 수		빈도 (N)	백분율 (%)
연령	30세 - 49세	42	38.2
	50세 이상	68	61.8
교육	고졸 이하	82	75.2
	대학 중퇴 이상	27	24.8
가구 소득	2천만원 미만	42	41.2
	2천만원 이상	60	58.8
의료 보험	있음	101	92.7
	없음	8	7.3
종교	있음	84	79.2
	없음	22	20.8
암의 재정적 영향력	없거나 약간 있음	72	65.5
	심각함	38	34.5

〈표 2〉 연구 대상자의 의학 정보

변 수		빈도 (N)	백분율 (%)
암 진단 이후 생존 기간	2년 미만	23	20.9
	2년 - 5년	54	49.1
	5년 초과	33	30.0
암 유형	유방암	72	65.5
	부인과 암	38	34.5
진단 시 암의 진행 단계	0	11	10.0
	1	35	31.8
	2	44	40.0
	3	15	13.6
	모름	5	4.6
치료 유형 *	수술	102	92.7
	방사선 요법	44	40.0
	화학 요법	73	66.4
	호르몬 치료	19	17.3
현재의 건강 상태	치료가 종결되었지만, 정기적인 사후관리 요함	84	76.4
	치료를 끝낸 지 5년 이상 경과	14	12.7
	완치됨	10	9.1

	모르겠음	2	1.8
재발	있었음	9	8.2
	없었음	101	91.8
부작용	있음	48	43.6
	없음	62	56.4
지난 10년간 발생한 질병 여부 (암 제외)	있음	21	19.1
	없음	89	80.9

* 중복 응답

2) 암 생존 단계에 따른 인구 사회학적 특성 및 의학 정보의 차이

〈표 3〉은 암 생존 단계에 따른 인구 사회학적 특성 및 의학 정보에 대한 차이점을 보여준다. 전반적으로 암 생존 단계에 따라 차이점을 보여준 변수는 결혼 상태, 암의 유형, 치료 유형, 및 진단 시 암의 진행 단계 등 이였다. 우선, 결혼 상태와 관련해서는 집단 3(영속적 생존 단계)에 속해 있는 참석자들이 다른 두 집단(급성생존 단계 및 확장 생존 단계)에 속해 있는 참석자들과 유의미한 차이를 보여주었다($F = 7.836$, $p < 0.05$). 즉, 집단 3에 있는 생존자들의 다수가 기혼인 것(97%)과 비교해 집단 1 및 2에 있는 생존자들의 경우, 미혼(별거, 사별, 이혼 등 포함)이 각각 30.4%(집단 1)와 20.4%(집단 2)로 많은 수를 포함되었다. 암 유형에서도 집단 3은 집단1, 2와 유의미한 차이를 보여 주었다($F = 6.448$; $p < 0.005$). 특히, 집단1과 2에 속해 있는 많은 생존자들이 유방암으로 진단 받았지만(집단 1: 78.3%; 집단 2: 66.7%), 집단 3에서는 유방암(48.5%)과 자궁암(51.5%)의 비율이 비슷하였다. 한편, 치료 유형과 관련해서는, 집단 2(25.9%)와 3(18.2%)에 속해 있는 생존자들과 비교해서, 집단 1에 있는 생존자들은 화학요법과 방사선 치료를 동시에 받은 사람들이 많았다(56.5%). 또한, 진단 시 암의 진행 단계도 생존 단계별로 유의미한 차이를 보였다($F = 21.894$; $p < 0.01$). 즉, 집단 1에 있는 대부분의 생존자들이 진단 시 1기였던 반면, 집단 2와 3에 있는 사람들의 경우 2기로 진단받은 생존자들이 많았다. 비록 유의미한 차이는 보이지 않았지만, 집단 3에 있는 생존자들은 대개 암 치료로 인해 재정적 영향을 많이 받고 있는 것으로 나타났다. 다른 변수들의 경우, 세 집단 간에 어떠한 유의미한 차이도 나타나지 않았다.

〈표 3〉 암 생존 단계에 따른 인구 사회학적 특성 및 의학 정보

변 수		집단 1 (2년 미만) n = 23	집단 2 (2-5년) n = 54	집단 3 (5년 초과) n = 33	X^2 또는 F
연령	평균 (표준편차) 범위	49.51 (7.06) 36-66	50.63 (8.27) 30-67	51.85 (5.89) 37-64	0.512
결혼 상태	미혼 (이혼 및 사별 포함) 기혼 (동거 포함)	30.4% 69.6%	20.4% 79.6%	3.0% 97.0%	7.836*
교육 정도	고졸 이하 대학 중퇴 이상	82.6% 17.4%	71.7% 28.3%	75.8% 24.2%	1.032
암의 재정적 영향력	없거나 약간 있음 심각함	47.8% 52.2%	66.7% 33.3%	75.8% 24.2%	4.745
암의 유형	유방암 부인과 암	78.3% 21.7%	70.4% 29.6%	48.5% 51.5%	6.448*
화학 요법	했음 안했음	78.3% 21.7%	66.7% 33.3%	57.6% 42.4%	2.602
방사선 요법	했음 안했음	58.5% 43.5%	38.9% 61.1%	30.3% 69.7%	3.937
화학 + 방사선 요법	했음 안했음	56.5% 43.5%	25.9% 74.1%	18.2% 81.8%	10.326**
부작용	있음 없음	39.1% 60.9%	51.9% 48.1%	33.3% 66.7%	3.096
재발	있었음 없었음	0% 100%	11.1% 88.9%	9.1% 90.9%	2.703
진단 시 암의 진행 단계	0 1 2 3 모르겠음	- 43.5% 39.1% 13.0% 4.3%	5.6% 37.0% 40.7% 16.7% 0%	24.2% 15.2% 39.4% 9.1% 12.1%	21.894**
지난 10년간 발생한 다른 질병 여부	있었음 없었음	26.1% 73.9%	11.1% 88.9%	27.3% 72.7%	4.385

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

3) 암 생존 단계에 따른 삶의 질의 차이

우선, 본 연구에서 사용한 세 개의 삶의 질 척도간의 상관관계는 모두 유의미하였으며, 세계의 상관관계 계수는 0.33에서 0.38사이에 포함됨으로써 적절한 것으로 보고된다. QOL-CS, SF-36, BSI-18 척도에서의 전체 평균 점수는 각각 6.32(SD = 1.11), 52.25(SD = 15.65), 1.13(SD = 0.69)으로 나타났다. QOL-CS의 경우, 전반적으로 긍정적인 점수를 보여주었지만, 백인들을 대상으로 수행한 다른 연

구(Ferrel, 1995)에서 나타난 평균 점수(Mean = 6.51; SD = 1.31)보다는 약간 낮았다. SF-36은 일반인을 대상으로 한 표준점수(Mean = 50; SD = 10)에 비해 약간 높아 일반인의 평균 삶의 질보다 좀더 긍정적으로 평가하고 있음을 나타낸다. BSI-18의 경우, 여성 표준 암 환자들과 비교하기 위해 표준 점수로 전환하였다. 평균 점수는 56.16으로, 표준 점수(Mean = 50; SD = 10)보다 약간 높았다. 따라서 전반적으로 더 적은 스트레스를 보여주고 있음을 나타낸다. 한편, 생존단계에 따라 구분된 각각의 세 집단에 대한 삶의 질의 하위 척도에 대한 결과는 〈표 4〉에서 보고된다. 특히, 집단 간 삶의 질을 비교하기 위해 본 연구에서는 결과에 상당한 영향을 미칠 것으로 파악한 공변량인 나이, 결혼상태, 교육, 암의 재정적 영향력, 암의 유형, 치료 유형, 부작용 등을 통제한 후에 분석하였다.

암에 초점을 두어 개발된 척도인 QOL-CS의 경우, 세 집단 간에 전체 평균 점수 및 하위 척도에 있어서 어떠한 유의미한 차이도 보여주지 않았다. 하지만, 평균 점수를 비교할 경우, 암 진단 이후 적어도 5년 이상 생존한 환자들(집단 3)의 경우, 다른 두 집단에 속해 있는 생존자들보다 더 높은 점수를 보여주었다. 또한, 집단 1(급성 생존 단계) 보다는 집단 2(확장 생존 단계)가 더 높은 삶의 질 점수를 나타냈다. 이와 같은 결과는 생존 기간이 길수록 암과 관련된 신체적, 심리적, 사회적, 그리고 영적인 측면에서의 삶의 질이 향상될 수 있음을 함의한다.

전반적인 건강 상태를 측정하는 SF-36척도에서는 몇 개의 전체 평균 점수 및 하위 척도 점수에서 유의미한 차이를 보여 주었다. 우선, 전체 평균 점수에서는 집단 1과 집단 3간에 유의미한 차이가 나타났다($p = 0.02$). 즉, 전반적인 건강상태에서는 진단 받은 지 2년 이하에 있는 집단보다 진단 받은 이후 5년 이상 생존한 참석자들의 삶의 질이 유의미하게 좋았다. 또한, 요약 척도 중, 신체적 요인에서는 집단1과 집단 3간에 유의미한 차이를 보여 주었지만($p = 0.03$), 정신적 요인에서는 집단 간에 어떠한 차이도 나타나지 않았다. 신체적 요인과 관련된 요약 점수에서도 전체 평균 점수와 같이, 진단 받은 이 후 적어도 5년 이상 생존한 참석자들의 삶의 질 점수가 좋았다. 하위 척도에서는, '신체적 기능', '신체적 기능으로 인한 역할 제한', '정서적 기능으로 인한 역할 제한' 등과 관련된 척도에서 유의미한 차이를 보여 주었다. 즉, 집단 1에 있는 생존자들이 집단 3에 있는 생존자들보다 신체적 기능($p = 0.05$) 및 정서적 기능에 의한 역할(0.03) 등에서 더 많은 제한을 보여주었다. 또한, '신체적 기능으로 의한 역할 제한'에 있어서는 집단 1과 집단 3($p = 0.03$) 그리고 집단 2와 집단 3($p = 0.05$) 에서 유의미한 차이를 보여주었다. 결과적으로, 진단 받은 지 적어도 5년 이상 경과된 생존자들의 경우, 더 적게 생존한 환자들에 비해 유의미하게 더 좋은 기능을 가지고 있음을 보여준다. 전반적으로 QOL-CS 척도처럼, SF-36 점수 또한, 거의 모든 영역에 있어서, 다른 두 집단(집단 1과 집단 2)보다 집단 3이 더 좋은 삶의 질 점수를 보여주었다. 하지만, '활력'과 '정신 건강'과 같은 하위 척도에서는 비록 유의미한 차이를 보여주지는 않았지만, 집단 3의 경우 가장 낮은 점수를 보여주었다.

단일 영역 특히, 심리사회적 스트레스에 초점을 둔 BSI-18척도의 경우, 전체 평균 점수 및 하위 척도 점수에서 집단 간에 어떠한 유의미한 차이도 보여 주지 않았다. 이는 SF-36이나 QOL-CS에서 정신적 요인에 해당하는 척도에서 집단 간에 어떠한 차이도 나타나지 않은 것과 일치하는 결과이다. 하지만, 평균 점수의 비교에서는 QOL-CS와 SF-36 척도와 다른 유형을 나타낸다. 즉, 암 진단 후 2년과 5년 사이의 시간이 지난 암 생존자들은 집단 1과 3보다 신체화, 우울, 불안 등에서 더 많은 증상을 표

출하였다. 한편, 집단 3은 가장 적은 심리사회적 스트레스를 보여주었다.

〈표 4〉 암 생존 단계에 따른 삶의 질의 차이

변 수	집단 1 평균 (표준편차)	집단 2 평균 (표준 편차)	집단 3 평균 (표준 편차)	유의도 [c]		
				1과 2	1과 3	2와 3
QOL-CS [a]						
신체적 복지	6.23 (1.80)	6.58 (1.84)	7.41 (1.27)	.71	.20	.54
심리적 복지	5.55 (0.95)	6.05 (1.45)	6.37 (1.10)	.31	.19	.93
사회적 복지	5.82 (1.69)	6.34 (1.79)	6.77 (1.77)	.45	.21	.83
영적 복지	6.43 (1.85)	6.47 (2.26)	6.52 (2.13)	.98	.79	.90
전체 평균	5.87 (0.92)	6.23 (1.24)	6.68 (0.92)	.28	.07	.63
SF-36 [a]						
신체적 기능	55.00 (19.25)	59.81 (24.63)	72.42 (21.55)	.81	**.05**	.11
신체적 역할 제한	33.53 (8.00)	41.76 (5.17)	62.59 (6.82)	.77	**.03**	**.05**
신체적 고통	62.30 (25.02)	66.32 (24.03)	77.79 (19.28)	.99	.36	.27
일반 건강 상태	42.78 (13.35)	46.51 (19.60)	53.73 (16.58)	.92	.44	.64
활력	40.43 (23.16)	41.23 (20.47)	32.42 (18.88)	.99	.38	.28
사회적 기능	65.39 (24.59)	70.96 (23.43)	80.91 (20.22)	.90	.30	.47
정서적 역할 제한	20.26 (32.96)	40.89 (41.72)	60.61 (42.09)	.20	**.03**	.44
정신 건강	40.87 (16.49)	39.32 (17.62)	31.64 (16.98)	.99	.64	.68
신체적 요인	45.65 (13.69)	50.51 (17.37)	61.33 (13.77)	.76	**.03**	.07
정서적 요인	41.96 (12.25)	47.75 (12.87)	51.79 (11.79)	.39	.17	.82
전체 평균	44.48 (13.51)	50.55 (15.92)	59.97 (13.42)	.47	**.02**	.12
BSI-18 [b]						
신체화 증상	0.91 (0.34)	0.98 (0.63)	0.89 (0.70)	.73	.55	.95
우울	1.30 (0.70)	1.48 (0.89)	0.97 (0.78)	.26	1.00	.21
불안	1.23 (0.75)	1.31 (0.88)	0.90 (0.79)	.75	1.00	.55
전체 평균	1.14 (0.50)	1.26 (0.73)	0.92 (0.71)	.46	.99	.64

[a] 더 높은 점수는 더 좋은 삶의 질을 의미한다.
[b] 더 낮은 점수는 더 좋은 삶의 질을 의미한다.
[c] 나이, 결혼 상태, 교육 정도, 암의 재정적 영향력, 암의 유형, 화학요법, 부작용 등의 공변량 은 통제되었다.
$^{*}p < 0.05$; $^{**}p < 0.01$

5. 결론 및 제언

암으로 진단 받은 사람들의 삶의 질은 Mullen(1995)이 정의한 암 생존 단계, 즉, 급성, 확장, 영속적 생존단계에 따라 차이가 날 수 있다. 따라서 암 생존 단계에 따른 독특한 특성과 관련된 문제를 파악하는 것은 중요하다. 이것은 결과적으로 암 생존 단계에 따른 차별화된 접근을 유도하며, 향후, 암 생존자의 삶의 질을 향상시키고, 궁극적으로 그들의 지역 사회 적응을 돕는데 기여 할 것으로 보인다. 이와 같은 목적을 바탕으로, 본 연구는 한국에 거주하는 유방암 및 부인과 암 생존자들의 삶의 질을 암 생존 단계별로 구분하여 조사하였다. 특히, 본 연구는 각각 다른 특성을 내포하고 있는 세 개의 척도, 즉, QOL-CS(암 관련 측정 도구), SF-36(일반 측정 도구), BSI-18(단일 영역 측정 도구)를 사용함으로써, 암 생존자들의 삶의 질에 대한 포괄적이고 다각적인 측면에서의 접근을 시도했다는 점에서 많은 의의를 가지고 있다.

우선, 본 연구는 인구 사회학적 특성 및 의료 정보 등을 통제한 후에, 암 생존 단계에 따라 삶의 질에 차이가 있는지를 분석하였다. 세 개의 삶의 질 척도 중, 특히, SF-36 척도는 집단 1과 집단 3에 있는 생존자들 간에 유의미한 차이를 보여주었다. 특히, 신체적 기능, 신체적 기능에서의 역할 제한 등의 하위 척도 및 신체적 요인과 관련된 요약 점수 등에서는 유의미한 집단 간 차이를 보여주었다. 이와 같은 결과는 암 생존자의 신체 기능은 암 진단 이후, 생존 기간이 길어짐에 따라 점차 향상되고 있음을 나타낸다. 특히, 유방암 및 자궁암 예방과 관련된 적극적인 홍보와 이로 인한 조기 발견, 치료 기술의 발전으로 인한 유방암 및 자궁암에서의 높은 생존율, 질적인 사후 관리 및 적극적인 지역사회 적응을 위한 다각적인 노력(유방암 및 자궁암 지지 집단 등)은 이러한 여성 암 생존자들의 신체 기능을 향상시키는데 많은 영향을 주었을 것으로 보인다. 더 나아가, 남성에 비해 여성들 스스로 자신의 병을 회복시키기 위해 더 적극적으로 노력하는 경향이 있다는 점을 고려할 때, 이와 같은 결과는 여성들의 특징을 반영할지도 모른다. 향후, 남성과 여성을 비교한 더 구체적인 연구는 필요할 것으로 보인다.

한편, SF-36 척도에서 보여준 결과와는 달리, 암 생존자를 대상으로 개발된 척도인 QOL-CS 척도에서는 전체 평균 점수 및 하위 척도 등에서 생존단계에 따른 집단 간 삶의 질에 있어서 어떠한 유의미한 차이도 발견하지 못했다. 그럼에도 불구하고, 평균점수에서의 비교에서는 SF-36 척도와 비슷한 결과를 보여주었다. 즉, 암 생존자의 신체적, 심리적, 사회적, 영적인 측면과 관련된 삶의 질은 암 진단을 받은 이래 생존 기간이 길어짐에 따라 점차적으로 향상되었다. SF-36과 QOL-CS 척도에서 나타난 이와 같은 결과는 이전 연구 결과와 동일한 유형을 나타낸다(Ganz 외, 2002; Michael 외, 2000). 한편, Holzner와 그의 동료들(2001)은 이와 같은 결과와는 다른 암 생존자들의 유형을 보고하였다. 즉, 영속적 생존자들의 경우, 암 진단 이후, 상당한 시간이 지났음에도 그들의 삶의 질이 다시 악화되는 경우가 있으며, 이러한 현상은 진단 받은 지 얼마 되지 않은 환자들에 비해 더 심한 경우도 있다는 것이다. 그들은 이와 같은 현상을 '반향 효과(rebound effect)'라고 명명하였다. 하지만, 한국에 거주하는

유방암 및 부인과 암 생존자들에게 이와 같은 현상은 나타나지 않았다. 그럼에도 불구하고, 실제적으로 암 진단 이후 생존 기간이 길어짐에 따라 어떤 증상들이 나타나는지, 그러한 증상들이 어떤 형태를 띠는지 등에 대한 조사는 점차 증가하고 있는 암 생존자의 수를 고려할 때 매우 중요한 것처럼 보인다. 이를 위해, 생존 단계에 따른 삶의 질의 독특한 유형을 확인하기 위해 좀더 체계적인 종단적 연구는 필수적이다.

단일 영역 척도인 BSI-18에서 보여준 삶의 질과 관련된 연구 결과는 흥미롭다. 비록 생존 단계에 따른 집단 간에 유의미한 차이를 보여주지는 않았지만, 이 결과는 SF-36과 BSI-18 척도와는 다른 유형을 보여준다. 즉, 암 진단 이후 2년에서 5년의 시간이 경과된 생존자들 (집단 2)은 집단 1과 3에 포함된 생존자들보다 더 많은 심리적 스트레스를 표출하였다. 앞에서 언급했듯이, 급성 생존 단계에 있는 사람들은 암과 관련된 치료에 더 많은 관심을 보인 반면, 확장 생존 단계에 있는 사람들은 항암 치료의 중단 이후 주로 발생할지도 모르는 재발 증상 등에 많은 신경을 쓰는 경향이 있었다. 더불어, 영속적 암 생존자들은 재발률의 상당한 감소로 인해 심리적 스트레스에서 어느 정도 해방된 심리적 안정기에 접어들게 된다. 본 연구에서는, 확장 생존 단계에 있는 사람들의 경우, 다른 집단과 비교해서 신체화 증상(다양하고 복잡한 신체적 고통을 호소하는 것)을 많이 표현하였다. 이와 같은 결과는 확장 생존 단계에 있는 여성 암 생존자들은 항암 치료가 끝난 이후, 오히려 치료를 받을 때보다 공포, 불안, 재발이나 다른 종류의 암과 관련된 불확실성 등으로 인해 심리적으로 상당한 영향을 받고 있음을 나타낸다. 따라서, 확장 생존 단계에 있는 여성 암 생존자들을 대상으로 그들의 심리적 스트레스 및 불안감 등을 감소시키고, 정서적 안정감을 가질 수 있는 다양한 심리사회적 개입 방안 및 가족적 접근이 필요한 것처럼 보인다.

하지만, BSI-18에서 보여준 전반적인 결과와는 달리, '활력'이나 '정신 건강' 과 같은 SF-36의 하위 척도들은 상이한 결과를 보여 주었다. 즉, 통계적으로 유의미한 결과를 보여주지는 않았지만, 전반적으로 집단 1이나 2에 있는 사람들보다 집단 3에 있는 생존자들은 더 낮은 점수를 보여 주었다. 이와 같은 결과는 Holzner와 그의 동료들(2001)이 발견한 '반향 효과'의 일환으로, 특히, 한국 암 생존자들에게는 정서적 측면에서 그와 같은 증상이 나타날 수 있음을 시사한다. 암 진단 이후 적어도 5년 이상 생존한 경우, 그들에게 나타날 수 있는 정서적 문제의 재출현은 항암 치료의 부작용 등으로 인해 만성적으로 나타날 수 있는 신체적 영향력, 지속적인 불안, 가능한 재발에 대한 스트레스, 사회적 지지망의 부족 등의 결과 때문일 수 있다(Dow, 1995). 또한, 이와 같은 결과에 대해 어떤 연구는 환자를 치료하고 보살피는 치료진 및 간병인과의 분리 불안과 연결시키기도 한다. 급성 생존 단계에서는 늘 치료진과 가족들이 환자와 함께 하는 반면, 치료가 모두 종결된 이후, 의료진 및 가족들이 더 이상 그들의 신체 및 정서적 문제에 관심을 보이지 않기 때문에 그들은 또 다른 불안감을 가지게 될지도 모른다. 특히, 여성암 생존자들의 경우 그러한 경험을 많이 호소한다. 한 연구(Ashing-Giwa 외, 2005)는 한국 여성암 생존자들에 대한 질적 연구를 통해, 항암 치료 이후, 배우자 및 가족들은 여성암 생존자들이 암이 발병되기 이전의 생활로 돌아가 다시 그들의 배우자 및 자녀들을 돌봐주기를 기대하고 있음을 보여주었다. 이와 같이 암으로부터 완전히 회복되기 전에 부인으로써, 그리고 어머니로써의 역할에 대한 요구는 여성암 생존자들의 심리적 부담감을 증대시키는 결과를 가져올 수 있을 것으로 보인

다. 따라서 장기 암 생존들이 병원에 입원에 있는 기간뿐만 아니라 치료가 끝나고 회복한 이후에도 그들의 상황에 적합한 교육, 지지, 정보 제공 등 다양한 형태의 서비스 제공이 필요하며, 가족적 접근을 통해 암 생존자의 가족 내 부담을 감소시키기 위한 노력은 필요할 것이다 (Payne 외, 1999).

전반적으로, 현재의 연구는 한국에 거주하는 유방암 및 부인과 암 생존자의 삶의 질이 암 생존 단계에 따라 차이가 난다라는 증거를 제공해 주었다. 특히, 신체적 영역에서, 생존자의 삶의 질은 시간에 따라 점차 향상되었지만, 몇 개의 심리 사회적인 영역에서는 확장 단계 또는 영속적 생존 단계에 있는 암 생존자의 삶의 질이 악화되는 현상이 나타났다. 따라서 유방암 및 부인과 암 생존자들의 삶의 질을 점차적으로 향상시키고, 신체적, 심리적, 사회적, 그리고 영적인 측면 등을 포함해 포괄적으로 접근하기 위해서는 각 생존 단계에 따라 차별화된 다양한 사회사업적 개입 방안을 마련하는 것은 중요하다. 예를 들면, 현재 항암 치료를 받고 있는 환자들을 대상으로 그들의 전반적인 삶의 질을 향상시키기 위해서는 심리 사회적 지지를 통한 동기 부여 및 정보 제공 등을 통한 안정감을 주는 것은 필요하다. 더불어, 적극적인 치료 의지와 치료에 대한 긍정적인 사고를 가지며, 신체적 고통을 감소하고 정서적 안정을 증가하기 위한 인지 행동 프로그램도 효과적일 수 있다. 더 나아가, 모든 환자들에게 질병에 대한 임상 정보를 제공하거나, 치료와 관련된 부작용, 생존자들에게 권한을 부여하는 치료 방법 등의 교육 프로그램도 도움이 될 수 있으며, 지속적으로 희망감을 유지하고 질병을 스스로 적극적으로 관리할 수 있는 능력을 부여하는 것 또한 중요하다.

더 나아가, 본 연구에서 나타난 여성 암 생존자들의 독특한 특성을 고려하여 다음과 같은 사회사업적 개입 방안이 요구된다. 첫째, 신체 기능에서 생존자의 삶의 질이 점차 향상되고 있다는 점을 고려할 때, 여성 암 생존자들에게 각 생존 단계에 따른 신체적 문제의 특징 (특히, 신체적 기능의 향상, 부작용, 재발, 관리 등)과 권고사항 등을 주지시킴으로써 심리적으로 안정감을 도모할 수 있도록 한다. 둘째, 신체적, 심리적 문제 등으로 인한 역할 상의 제한 때문에 심리적으로 위축될 수 있는 여성암 생존자들에게 지속적인 증상 관리의 중요성과 시간이 지남에 따라 신체적 기능이 회복될 수 있다라는 것을 알게 함으로써 여성, 아내, 그리고 어머니로써의 역할이 회복될 수 있음을 인지시킨다. 특히, 이와 관련해서 암 생존자뿐만 아니라 가족에게도 단계적 접근 방법의 중요성을 알림으로써, 여성 암 생존자들이 자신의 신체적, 정서적 기능을 회복할 때까지 지속적으로 가족이 도와줄 수 있는 역할 등에 대해 논의하는 시간을 갖도록 한다. 특히, 여성의 주요 기능 및 신체적 매력 상실 등으로 인해 심리적 위축 등의 문제를 보이는 여성 암 생존자를 위해서는 부부상담 및 인지행동 프로그램 등을 통해 정서적으로 극복할 수 있는 방법을 모색하도록 한다. 이와 같은 노력은 여성 암 생존자들의 삶의 질을 전반적으로 향상시키는데 많은 도움을 줄 수 있을 것으로 보인다. 셋째, 한국 여성 암 생존자들의 심리적 영역은 생존 단계별로 차이를 보이지는 않았지만, SF-36의 경우, 평균 점수에 비해 많이 낮았다. 이와 같은 결과는 한국 여성 암 생존자들의 심리적 문제에 대한 접근의 중요성을 제기한다. 그들이 갖고 있는 주요 심리적 문제에 대한 정확한 사정과 함께 문제에 따른 적합한 개입 방안이 마련되어야 할 것으로 보인다. 특히, 심리사회적 문제를 보인 환자에 대해서는, 퇴원 후에도 질병에 대한 사후 관리에 의한 병원 방문과 더불어 정기적인 의료사회복지사의 만남을 통해 심리사회적 문제에 대한 적절한 개입이 이루어 져야 될 것이다. 또한, 비슷한 문제를 가지고 있는 환자들을 위한 지지 모임에도 참

여함으로써 자신의 문제를 적절하게 대처할 수 있는 능력을 향상시키는 것도 중요할 것으로 보인다.

본 연구는 몇 가지 제한점을 가지고 있다. 첫째, 본 연구 결과에 대한 일반화의 어려움이다. 특히, 본 연구 대상자의 특성상, 적합한 대상자 발견의 어려움 때문에 본 연구는 2개의 지지 집단 및 서울에 위치한 5개의 지역 종합 병원 등에 한해 연구 대상자를 모집하였다. 따라서 본 연구에 포함한 전체 표본 수가 작고, 다양한 지역적 특성을 고려하지 않았으며, 임의적으로 환자를 추출하지 않은 편의 표본 추출법을 사용함으로써, 모든 유방암 및 부인과 암 생존자들에게 일반화시킬 수 없다는 제한점을 가진다. 더 나아가 생존 단계에 근거해서 구분된 집단 내 표본 수의 부족은 통계적으로 유의미한 결과를 가져오는데 실패했을지도 모른다. 따라서 향후, 많은 수의 표본을 대상으로 다양한 지역적 고려와 함께 임의 추출법을 사용한 연구는 필요하다. 둘째, 본 연구는 세 개의 영어용으로 개발된 표준화된 설문지를 한글용으로 번역한 뒤 사용하였다. 비록 본 연구 수행 전에 한글 용 설문지에 대한 신뢰성과 타당성 검증을 실시하였음에도 불구하고, 한국인들의 독특한 특성을 반영하는 데에는 한계가 있었던 것으로 보인다. 특히, 신체적 기능과 관련된 부분에서 미국과 한국에서의 다른 기준의 적용(예를 들어, 마일리지, 블록 등), SF-36의 심리적 상태에서 표준 점수에 비해 상당히 낮은 점수 등은 그 예이다. 따라서 향후, 한국인을 대상으로 한 삶의 질에 대한 도구의 개발은 한국 사람들의 삶의 질을 정확하게 파악하는데 도움이 될 것으로 보인다. 셋째, 본 연구는 횡단적 연구이다. 이에 따라, 생존 단계에 따른 삶의 질의 차이를 조사하기 위해, 환자를 생존 단계에 따라 세 집단으로 구분한 뒤, 집단 비교를 통해 간접적으로 검증하였다. 이와 같은 방법은 비록 공변량을 통제했다 하더라도, 집단 내 또는 집단 간 특성에 영향을 주는 내적 외적 변수에 의해 많은 영향을 받게 된다. 따라서 향후, 종단 연구를 통해 이와 같은 변수를 통제한 후, 암 생존자의 생존 단계에 따른 삶의 질에서의 변화를 체계적이고 직접적으로 관찰하는 것은 그들의 삶의 질을 향상시키기 위한 더 구체적인 전략들을 개발하는데 도움을 줄 것으로 보인다. 마지막으로, 본 연구는 생존단계에 따른 삶의 질에 좀 더 초점을 두기 위해 이에 영향을 줄 수 있는 변수들은 포함하지 않았다. 향후, 삶의 질에 영향을 미치는 요인들이 무엇인지, 그리고 생존단계에 영향을 미치는 요인들이 무엇인지에 대한 좀 더 포괄적인 노력이 필요할 것으로 보인다.

요약하면, 본 연구는 한국에 거주하고 있는 110명의 유방암 및 부인과 암 생존자들의 삶의 질의 차이를 암 생존 단계에 따라 고찰하였다. 본 연구 결과를 통해, 신체적 측면과 관련된 삶의 질은 생존기간이 길어짐에 따라 향상되었지만, 정서적 측면은 측정 도구에 따라 다른 결과를 보여 주는 것으로 나타났다. 본 연구는 유방암 및 부인과 암 생존자들의 암 생존 단계와 관련된 삶의 질에 대한 새로운 통찰력을 제공하는데 의의를 가진다. 또한, 암 생존 단계에 근거한 삶과 적응에 대한 실제적인 척도를 제안함으로써 이에 대한 기초 지식을 제공하는데 기여한다. 더 나아가 신체적, 심리적, 사회적, 영적인 측면을 사용해서 다양한 임상 전략을 제안함으로써 암 생존자의 삶의 질을 향상시키기 위한 유용한 지침을 제공한다.

참고문헌

김재원 · 정현훈 · 강순범. 2006. “부인종양 장기 생존자와 관련된 문제”. 『대한산부인과학회지』 49: 997-1006.

노영희. 2003. “유방암 생존자의 극복체험”. 『질적연구』 4: 7-26

박정윤 · 이은옥. 2001. “유방암 생존자와 정상 여성의 성적 행동 비교”. 『종양간호학회지』 1: 180-190.

임정원 · 한인영. 2005. “유방암 생존자의 삶의 질 향상을 위한 지역사회 프로그램 고찰”. 『대한임상건강증진학회지』 5: 232-243.

Aaronson, N. K. 1991. “Quality of life research in oncology: past achievements and future priorities.” *Cancer* 67: 839-843.

American Cancer Society. 2004. *Cancer facts and figures, 2004*. Atlanta, GA: American Cancer Society.

Ashing-Giwa, K. T., Padilla, G., Tejero, J. S., and Kagawa-singer, M. 2003. “Understanding the breast cancer experience of Asian American women.” *Psycho-Oncology* 12: 38-58.

Ashing-Giwa, K. T., Padilla, G. V., Tejero, J. S., and Kim, J. (2004). “Breast cancer survivorship in a multiethnic sample: challenges in recruitment and measurement.” *Cancer* 101: 450-465.

Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., and Banks, P. 2004. “Then and now: quality of life of young breast cancer survivors.” *Psycho-Oncology* 13: 147-160.

Cella, D., Chang CH, Lai JS, and Webster K. 2002. “Advances in quality of life measurements in oncology patients.” *Seminars in Oncology Nursing* 29: 60-68.

Choe, M. A., Padilla, G. V., Chae, Y. R., and Kim, S. 2001. “The meaning of health-related quality of life in a Korean sample.” *International Journal of Nursing Studies* 38: 557-566.

Cimprich, B., Ronis, D. L., and Martinez-Ramos, G. 2002. “Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors.” *Cancer Practice* 10: 85-93.

Deimling, G. T., Kahana, B., Bowman, K. F., and Schaefer, M. L. 2002. “Cancer survivorship and psychological distress in later life.” *Psycho-Oncology* 11: 479-494.

Derogatis, L. R. 1993. *Brief Symptom Inventory: administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc.

Derogatis, L. R. 2000. *Brief Symptoms Inventory (BSI) 18 administration, scoring, and procedures manuel*. Minneapolis, MS: National Computer Systems Inc.

Dorsett, D. S. 1991. “The trajectory of cancer recovery.” *Sch Inq Nurs Pract* 5: 175-184.

Dow, K. H. 1995. “A review of late effects of cancer in women.” *Seminars in Oncology Nursing* 11: 128-136.

Ferrell, B., Smith, S. L., Cullinane, C. A., and Melancon, C. 2003. “Psychological well being and quality of life in ovarian cancer survivors.” *Cancer* 98: 1061-1071.

Ferrell, B. R., Hassey, D. K., and Grant, M. 1995. “Measurement of the quality of life in cancer survivors.” *Quality of Life Research* 4: 523-531.

Gambosi, J. R. 1990. “A nursing intervention program recognizing survivorship.” *Oncology Nursing*

Forum 17: 215-219.

Ganz, P. A., Coscarelli, A., and Fred, C. 1996. "Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life." *Breast Cancer Research and Treatment* 38: 183-199.

Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., and Belin, T. R. 2002. "Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study." *Journal of National Cancer Institute* 94: 39-49.

Gates, M. F., Lackey, N. R., and White, M. R. 1995. "Needs of hospice and clinic patients with cancer." *Cancer Practice* 3: 226-232.

Greimel, E., Thiel, I., Peintinger, F., Cegnar, I., and Pongratz, E. 2002. "Prospective assessment of quality of life of female cancer patients." *Gynecologic Oncology* 85: 140-147.

Haberman, M., Bush, N., Young, K., and Sullivan, K. M. 1993. "Quality of life of adult long-term survivors of bone marrow transplantation: a qualitative analysis of narrative data." *Oncology Nursing Forum* 20: 1545-1553.

Holland, J. C., Kash KM, and Passik S. 1998. "A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness." *Psycho-Oncology* 7: 460-469.

Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Schweigkofler, H., and Dunser, M. 2001. "Quality of life in breast cancer patients - not enough attention for long-term survivors?" *Psychosomatics* 42: 117-123.

Juniper, E. F., Guyatt, G. H., and Epstein, R. S. 1992. "Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials." *Thorax*, 47: 76-83.

Kim, S., and Rew, L. 1994. "Ethnic identity, role integration, quality of life, and depression in Korean-American Women." *Archives of Psychiatric Nursing* 8: 348-356.

Kim, W. H., Cho, Y. S., Yoo, H. M., Park, I. S., Park, E. C., and Lim, J. G. 1999. "Quality of life in Korean patients with inflammatory bowel diseases: ulcerative colitis, Crohn's disease and intestinal Behcet's disease." *International Journal of Colorectal disease* 14: 52-57.

Korea Central Cancer Registry. 2003. 2002 Annual Report of the Korea Central Cancer Registry: Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea.

Lee, E. H., Chun, M., Kang, S., and Lee, H. J. 2004. "Validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) Scale for measuring the health-related quality of life in Korean woman with breast cancer." *Jpn J Clin Oncol* 34: 393-399.

Leigh, S. 1999. "What does it mean to nurse?" *Innovation in Breast Cancer Care* 4: 37-38.

Miaskowski, C., and Dibble, S. L. 1995. "The problem of pain in outpatients with breast cancer." *Oncology Nursing Forum* 20: 791-797.

Michael, Y. L., Kawachi, I., Berkman, L. F., Holmes, M. D., and Colditz, G. A. 2000. "The persistent impact of breast carcinoma on functional health status: Prospective evidence from the Nurses' Health Study." *Cancer* 89: 2176-2186.

Mullen, F. 1995. ""Seasons of survival: Reflections of a physician with cancer." *The New England Journal of Medicine* 313: 270-273.

OECD. 1973. *List of Social Concerns Common to Most OECD Countries*. Paris: OECD.

Payne, D. K., Hoffman, R. G., and Theodoulou, M. 1999. "Screening for anxiety and depression in women with breast cancer: psychiatry and medical oncology gear up for managed care." *Psychosomatics*, 40.

Pedro, L. W. 2001. "Quality of life for long-term survivors of cancer." *Cancer Nursing* 24: 1-11.

Pilkington, F. B., and Mitchell, G. J. 2004. "Quality of life for women living with a gynecologic cancer." *Nursing Science Quarterly* 17: 147-155.

Polinsky, M. 1994. "Functional status of long-term breast cancer survivors: Demonstrating chronicity." *Health and Social Work* 19: 165-173.

Quigley, K. H. 1989. "The adult cancer survivor: Psychosocial consequences of cure." *Seminars in Oncology Nursing* 5: 63-69.

Shelby, R. A., Taylor, K. L., Kerner, J. F., Coleman, E., and Blum, D. 2002. "The role of community-based and philanthropic organizations in meeting cancer patient and caregiver needs." *A Cancer Journal for Clinician* 52: 229-246.

Spagnola, S., Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Hooker, C., Cohen, G., and Baker, F. 2003. "The Satisfaction with Life Domains Scale for Breast Cancer (SLDS-BC)." *Breast Journal* 9: 463-471.

Ware, J. E. 1995. "The status of health assessment." *Annu Rev Public Health* 16: 327-354.

Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., and Gandek, B. 1993. *SF-36 health survey: manual and interpretation guide*. Boston (MA): Health Institute, New England Medical Center.

Yun, Y. H., Bae, S. H., Kang, I. O., Shin, K. H., Lee, R., and Kwon, S. I. 2004. Cross-cultural application of the Korean version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Breast-Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-BR23). *Support Care Cancer* 12: 441-445.

Zebrack, B. 2000. "Quality of life long-term survivors of Leukemia and Lymphoma." *Journal of Psychosocial Oncology* 18: 39-59.

Zebrack, B., and Cella, D. 2004. "Evaluating quality of life in cancer survivors." pp. 241-263. in *Outcomes assessment in cancer*, edited by J. Lipscomb: Cambridge University Press.

Zebrack, B. J., Gurney, J., Oeffinger, K., Whitton, J., Packer, R. J., and Mertens, A. 2004. "Psychological outcomes in long-term survivors of childhood brain cancer: a report from the childhood cancer survivor study." *Journal of Clinical Oncology* 22: 999-1006.

Comparison of Quality of Life on the Stage of Cancer Survivorship for Breast and Gynecological Cancer Survivors

Jung-won Lim, PhD
(City of Hope National Medical Center)
In-young Han, PhD
(Ewha Womans University)

Purpose: This study aims to better understand the quality of life (QOL) for Korean breast and gynecological cancer survivors by examining the differences in multi-dimensional QOL outcomes according to stage of cancer survivorship.

Methods: To identify the multiple dimensions of health status and psychosocial outcomes, three standardized QOL and psychological distress measures were administered to 110 Korean breast and gynecological cancer survivors. These participants were divided into three groups based on the stage of cancer survivorship.

Results: Analyses of covariance revealed that once important confounders were controlled for, QOL outcomes were partially different depending on the stage of cancer survivorship. Results for SF-36 measure showed significant differences between acute and long-term survival stages, indicating that QOL for cancer survivors had gradually improved in the physical domain. However, there were no significant group differences in the psychological domain of SF-36. Additionally, QOL-CS and BSI-18 measures did not show significant QOL differences according to the stage of cancer survivorship.

Conclusions: Evidence that, for Korean survivors, QOL outcomes differ according to the stage of cancer survivorship serves as a rationale for developing discriminatory strategies and interventions that take into account survival stage.

Key words: Quality of Life, Stage of Cancer Survivorship, Breast Cancer, Gynecologicalal Cancer

[논문 접수일 : 07. 08. 10 게재 확정일 : 08. 01. 28]