

## 노인 암환자를 중심으로 노인 만성질환자 및 중년 암환자 간의 삶의 질과 그 영향 요인 비교\*

임 연 옥<sup>+</sup>

(한림대학교 고령사회연구소)

김 여 진<sup>++</sup>

(한림대학교)

윤 현 숙

(한림대학교)

### [요 약]

본 연구는 Talyor(2012)의 스트레스-대응 과정 모델을 적용하여 노인 암환자의 삶의 질과 그 영향 요인을 노인 만성질환자 및 중년 암환자 집단과 각각 비교하여 이해하고자 시도되었다. 노인 암환자 197명, 중년 암환자 351명, 노인 만성질환자 307명을 대상으로 스트레스 대응자원인 낙관성, 가족지지, 친구지지, 의사지지, 생활 스트레스, 경제적 상황과 삶의 질에 대한 자료를 수집하였다. 노인 암환자의 신체건강 관련 삶의 질은 세 집단 중 가장 열악하였고, 정신건강 관련 삶의 질은 노인 만성질환자에 비해 더 낮았으며, 의사지지를 제외한 스트레스 대응자원이 노인 암환자의 신체건강 및 정신건강 관련 삶의 질에 영향을 미쳤다. 스트레스 대응자원과 삶의 질의 영향 관계는 노인 암환자와 노인 만성질환자, 노인 암환자와 중년 암환자 간에 통계적으로 유의미한 차이가 없었다. 연구결과를 통해 의료복지차원에서 낙관성 향상 프로그램의 개발, 친구와의 교제 권장, 경제적 지원의 확충, 생활 스트레스 경감을 위한 재가복지서비스와 가족상담의 확대 등을 제안하였다.

주제어: 노인암, 삶의 질, 가족지지, 친구지지, 낙관성, 경제적 상황, 생활 스트레스

\* 이 논문은 2011년 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2011-371-B00015).

+ 주저자

++ 교신저자

## 1. 서론

### 1) 문제제기

65세 이상 노인 인구의 사망원인 1위는 암으로 2011년의 경우 노인 인구 10만 명당 847.8명이 암으로 사망하였다(통계청, 2012). 노인 집단에서 암으로 인한 사망률이 높다는 사실과 함께 주목해야 할 사실은 암환자 생존율이 지속적으로 향상되고 있다는 점이다. 2005년부터 2009년까지 5년간의 암환자 생존율은 62.0%이었는데 이러한 수치는 1993~1994년의 41.2%에 비해 20.8%, 1996~2000년의 44.0%에 비해 18.0%가 증가한 것이다(통계청, 2011). 그리고 2009년 통계에 의하면 65세 이상의 노인 집단에서 17명당 1명, 성별로 구분하면 남자 12명당 1명, 여자 23명당 1명이 암을 진단받은 후 생존하고 있다(통계청, 2011).

의료기술의 발달로 인해 노인 암환자의 생존 기간이 늘어나고 있지만, 치료의 부작용과 재발로 오히려 삶의 질이 더 저하되는 경우도 적지 않다. 따라서 삶의 질을 고려하지 않은 채 수명만 연장하는 것이 과연 노인의 삶에 있어서 가치가 있는가 하는 문제제기와 함께 노인 암환자의 삶의 질에 대해 사회적 관심이 높아지고 있다. 결국 노인 암환자가 가능한 한 최상의 삶의 질을 유지하면서 수명을 연장할 수 있는 방안을 모색하는 것이 바람직하며, 이를 위해서는 노인 암환자의 삶의 질을 파악하고, 삶의 질을 더 이상 나빠지지 않도록 하거나 또는 삶의 질을 높이기 위한 개입 방안을 모색해야 할 필요가 있다.

그런데 노인 암환자의 삶의 질에 관한 국내 연구들은 의학과 간호학 분야에서 주로 시도되었으며, 다양한 치료방법에 따른 효과로써 삶의 질을 살펴보거나 간호중재 효과를 높이기 위해 삶의 질 영향요인을 밝히는데 초점을 맞추고 있다(김유진 외, 2003; 양영희, 2003; 김경혜 외, 2006; 변재광 외, 2006; 서연옥, 2007; 이주영·최스미, 2007; 김민영, 2009; 이보영 외, 2010). 실질적으로 국내 연구에서 노인 암환자를 대상으로 그들의 신체적 어려움은 물론 심리적 고통이나 사회관계의 위축 등의 사회심리적 측면에 관심을 가지고 집중적으로 다룬 것은 강임옥과 윤영호(2004)의 예비조사를 제외하고 찾아보기 어려우며, 노인 암환자를 대상으로 한 사회복지적 개입 방안을 모색한 연구도 드물다. 따라서 본 연구는 사회심리적인 측면에서 노인 암환자를 살펴보고 사회복지차원에서의 개입 방안을 모색하고자 시도되었다.

한편, 2011년 노인생활실태조사(정경희 외, 2012)는 65세 이상 노인의 만성질환 유병율이 88.5%임을 보고하고 있는데, 암을 만성질환에 포함시키고 있다는 점에 주목할 필요가 있다. 이 조사에 따르면 노인의 암 유병률은 3.5%이며, 이러한 수치는 빈혈 3.4%, 우울증 3.8%와 거의 유사한 수준이었다. 진단만으로도 죽음을 연상하게 만드는 무서운 질병인 암이 이제는 만성질환으로 간주되고 있는데, 암을 지니고 생활하는 노인과 고혈압, 당뇨병, 관절염 등과 같은 만성질환을 지니고 사는 노인 간에 삶의

질은 과연 어떠한 차이가 있을까? 일반적으로 암환자의 삶의 질이 다른 질환을 가진 사람이나 비 암환자에 비해 더 떨어지는 것으로 알려져 있지만, 정신기능에 있어서는 차이가 없다는 연구결과도 제시되고 있다(Keating et al., 2005). 따라서 본 연구는 노인 암환자와 노인 만성질환자의 삶의 질을 비교하고자 한다.

노인은 노화현상으로 인한 신체 기능의 저하로 다른 연령층에 비해 건강관련 삶의 질이 더 열악할 가능성이 크다(강임옥·윤영호, 2004). 그리고 같은 질환일지라도 연령층에 따라 삶의 질에 차이가 나타난다고 알려져 있다. 더욱이 노년기에 암에 걸릴 경우 노인의 임상적 양상과 병리적 특성이 젊은 연령층과 다르므로(정연경 외, 2005; 김연주 외, 2007; 이형석 외, 2007) 노인 암환자와 다른 연령대 암환자의 삶의 질은 다를 것이라고 생각된다. 하지만, 노인은 생애 마지막 발달 단계에서 지나온 삶에 대한 수용이나, 영성 또는 초월성 등을 갖게 됨에 따라 비록 암으로 인해 신체적 기능과 관련된 삶의 질은 떨어질지라도 정서와 같은 정신건강 측면에서의 삶의 질이 반드시 낮아질 것이라고 단언하기 어렵다. 더욱이 노인 암환자와 다른 연령대 암환자 간의 삶의 질을 비교한 선행연구들에서 일관된 결과를 찾아보기가 힘들다(김경혜 외, 2006; Rustoen 외, 1999). 따라서 본 연구자들은 노인 암환자와 중년 암환자 간에 삶의 질이 어떻게 다른지 살펴보고자 한다.

암 진단은 암환자에게 매우 큰 충격이며, 수술이나 항암화학요법과 같은 치료 역시 큰 스트레스 요인으로 작용한다. 그리고 고혈압, 당뇨병, 관절염 등과 같은 만성질환을 안고 오랜 기간 살아가는 것 역시 스트레스 요인이 된다. 이러한 질환과 관련된 스트레스에 어떻게 대응하고 적응하는지에 따라 환자의 삶의 질은 달라질 수 있다. 본 연구는 Taylor(2012)의 스트레스-대응 과정 모델을 적용하여 노인 암환자, 중년 암환자, 그리고 노인 만성질환자가 '질환의 진단과 치료'라고 하는 스트레스에 대응한 결과로써 각 개인이 지각하는 '삶의 질'을 살펴보고, 스트레스 대응 과정에서 활용되는 내적, 외적 자원들이 환자의 삶의 질에 미치는 영향을 살펴보고자 한다.

## 2) 연구목적 및 연구문제

본 연구는 Taylor(2012)의 스트레스-대응 과정 모델을 활용하여 노인 암환자의 삶의 질과 스트레스 대응자원 간의 영향 관계를 노인 만성질환자 및 중년 암환자와 각각 비교해봄으로써 노인 암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 밝혀 의료사회복지 차원에서 노인 암환자의 삶의 질을 향상시키기 위한 방안을 모색하고자 하였다.

따라서 본 연구는 노인 암환자의 욕구에 맞는 사회복지서비스를 실행하거나 보건복지정책 수립에 필요한 기초 지식을 제공하는데 기여할 것이다. 그리고 본 연구를 통해 밝혀진 내용들을 바탕으로 새로이 암 진단을 받는 노인들에게 삶의 질과 관련된 요인들에 관해 교육함으로써 삶의 질을 유지하거나 높이도록 돕는데 활용될 것으로 기대된다.

이러한 목적을 달성하기 위해 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

1. 노인 암환자의 삶의 질과 스트레스 대응자원은 어느 정도인가?
2. 노인 암환자의 삶의 질은 노인 만성질환자와 중년 암환자의 삶의 질과 얼마나 차이가 있는가?

3. 노인 암환자의 스트레스 대응자원은 노인 만성질환자와 중년 암환자의 스트레스 대응자원과 얼마나 차이가 있는가?
4. 스트레스 대응자원과 삶의 질의 영향 관계는 노인 암환자와 노인 만성질환자 간에 차이가 있는가?
5. 스트레스 대응자원과 삶의 질의 영향 관계는 노인 암환자와 중년 암환자 간에 차이가 있는가?

## 2. 이론적 배경

### 1) 삶의 질

환자의 삶의 질을 측정하는 이유는 환자 스스로 주관적으로 지각한 자신의 건강상태가 질병으로의 이환률과 사망률을 예측하는데 다른 어떠한 의학적 지식이나 정보보다도 더 정확하고 중요하기 때문이다. 그리고 환자의 삶의 질에 대한 정보는 의료사회복지 측면에서 발병 이후 특별히 관심을 가져야 할 영역과 개입을 해야 할 영역이 무엇인지 찾아내는데 필요한 정보를 제공해주기 때문에 중요하다 (Taylor, 2012).

환자의 건강과 관련된 삶의 질에 대한 개념적 논의는 Priestman과 Baum(1976)이 유방암 환자의 삶의 질 지표를 발표한 후 본격적으로 시작되었다(윤현숙 1995 재인용; Schipper et al., 1990). 그런데 지난 이삼십년 동안 환자의 삶의 질을 평가하고자 하는 노력이 지속적으로 증가하여 왔지만 이에 관한 개념 정의나 측정 방법에 대한 합의가 이루어지지 않고 있다. Schipper 외(1990)는 삶의 질이란 질병과 치료의 기능적인 결과로 신체적 기능, 직업적 기능, 심리적 기능, 사회적 상호작용의 네 가지 요소로 구성되어 있다고 제시하였다. Fries와 Singh(1990)는 삶의 질은 죽음, 장애, 불편감, 치료부작용, 경제적 부담의 다섯 차원으로 구성되어 있다고 하였다. Spilker(1990)는 삶의 질의 구성요소로 신체적 지위와 기능적 능력, 심리적 지위와 안녕, 사회적 상호작용, 경제적 지위와 같은 요인을 제시하였으며, 치료적 개입의 안정성과 효율성이 환자의 가치관과 믿음, 판단을 통해 삶의 질에 영향을 미친다고 하였다(윤현숙, 1995 재인용). 여러 연구자들의 정의를 종합하면 환자의 삶의 질에 신체적, 심리적, 사회적 기능이 포함되어야 한다는 합의가 이루어지고 있음을 알 수 있다.

### 2) 노인 암환자의 삶의 질

노인 암환자의 삶의 질을 밝히는 연구가 다른 연령대 암환자를 대상으로 한 연구에 비해 상대적으로 적다. 그 이유는 노인의 실질적인 능력을 평가하기보다는 역연령을 기준으로 노인을 연구대상에서 제외하여 왔고, 암과 노화현상 간의 상호작용을 엄밀하게 구분하기 어렵기 때문이었다.

암환자의 삶의 질을 측정하기 위한 도구로 개발된 EORTC-QLQ 30 척도로 측정된 한국 노인 암환

자의 삶의 질은 전반적인 건강상태가 42.5점, 신체적 기능 49.7점, 역할 기능 45.0점, 정서 기능 57.2점, 인지기능 64.4점, 사회적 기능 53.3점으로 낮은 수준이었다(강임옥·윤영호, 2004).

노인 암환자의 삶의 질을 다른 연령대의 암환자와 비교한 선행연구들을 살펴보면 일관성 있는 결과를 찾기가 어렵다. 65세 이상의 노인 암환자와 65세 미만의 청장년층의 삶의 질을 비교한 강임옥과 윤영호(2004)의 연구에서는 전반적인 삶의 질과 사회적 기능을 제외한 신체 기능, 역할 기능, 정서 기능과 인지 기능에서 노인 암환자가 청장년층 암환자보다 더 떨어졌다. Maric 외(2010)의 연구에서는 65세 이상의 노인 암환자의 역할 기능이 65세 미만의 암환자에 비해 더 저조하였다. 그런데 Rustoen 외(1999)의 연구에서는 60세 이상의 노인 암환자가 청장년층 암환자에 비해 삶의 질이 더 높았고, 김경혜 외(2006) 연구에서도 70대 이상의 노인 암환자가 50대와 60대 집단보다 삶의 질이 더 높았다.

암환자와 비 암환자 집단 간의 삶의 질을 비교한 선행연구를 살펴보면, 75세 이상의 암환자와 비 암환자를 대상으로 한 Thome 외(2004)와 65세 이상의 암환자와 비 암환자를 대상으로 한 Baker 외(2003)는 노인 암환자가 암을 앓지 않은 노인에 비해 삶의 질이 더 열악함을 밝히고 있다. 그런데 Keating 외(2005)의 연구에서는 55세 이상의 암환자 집단이 비 암환자 집단에 비해 일상적인 활동과 이동 등에 더 많은 제한을 받아 신체적인 측면에서 삶의 질이 떨어졌지만, 인지기능과 우울, 즉 정신 기능에서는 비 암환자 집단과 비슷하였다.

### 3) 삶의 질 영향 요인

본 연구는 Taylor(2012)가 Cohen과 Lazarus(1979), Hamburg과 Adams(1967), Lazarus와 Folkman(1984), Moos(1988), 그리고 Taylor(1983)에 의해 제시된 스트레스 대응과정에 대한 패러다임을 통합하여 고안한 ‘스트레스-대응 과정(Stress-Coping Process) 모델’을 분석틀로 하여 스트레스 대응자원이 노인 암환자의 삶의 질에 미치는 영향을 노인 만성질환자 및 중년 암환자 집단과 각각 비교하고자 하였다.

Taylor(2012)의 스트레스-대응 과정 모델을 설명하면, 스트레스는 어떤 사건이나 사건에 따른 영향으로 발생하는 생리적, 인지적, 행동의 변화에 수반되는 부정적 정서 경험을 말한다(Baum, 1990; Taylor, 2012 재인용). 암을 비롯한 만성질환과 같은 질병의 진단과 치료과정은 본인 개인과 가족에게 주요 스트레스 사건으로 이해될 수 있으며, 상당한 기간 동안 삶에 영향을 미친다. 스트레스에 대응하는 과정은 개인이 동원할 수 있는 외적 자원과 내적 자원을 활용하여, 스트레스에 따른 문제 해결과 정서적 통제를 하기 위한 대응 전략을 세우고 이를 실행하는 역동적인 과정이다. 이 과정에서 활용되는 내적 자원은 성격과 기존의 대처방식, 그리고 외적 자원은 사회적 지지, 다른 생활사건, 돈이나 시간과 같은 가용한 물적 자원 등을 들 수 있다. 그리고 스트레스에 대응한 노력의 결과는 신체적 기능이나 심리적 기능의 변화와 일상생활로의 복귀 등으로 나타난다(Taylor, 2012).

본 연구는 스트레스 대응자원으로 내적 자원인 성격적 특성 중 낙관성, 외적 자원으로는 사회적 지지와 가용한 물적 자원 및 생활 스트레스를 살펴보고자 한다. 내적 자원 중의 하나인 낙관성은 스트레스에 보다 효과적으로 대응하게 하고, 질병에 걸릴 위험성을 낮출 뿐만 아니라 효과적인 대응전략

을 사용하게 함으로써 신체적 증상을 덜 느끼게 하며 질병에 대한 적응력을 높여준다(Scheier and Carver, 1985). Zenger 외(2010)는 비노기암 환자를 대상으로 낙관성이 클수록 시간 경과에 따라 삶의 질이 더 좋아지며, 특히 정신건강 관련 삶의 질의 향상과 밀접한 관련이 있음을 밝혔다. 그리고 Freidman 외(2006)의 연구에서도 낙관적인 노인 유방암 환자일수록 정서적 안녕감이 더 높았다.

외적 자원인 사회적 지지는 질병으로부터의 회복이나 치료 회복 속도에 영향을 주며, 질병에 걸릴 가능성을 낮추고, 심각한 질환으로 인한 사망률을 낮춘다(House, et al., 1988). 사회적 지지 중 특히 가족지지는 암환자의 불안과 스트레스를 줄이고 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고하고 있지만(허혜경 외, 2003; 천상순·최소영, 2010), Esbensen 외(2004)의 연구에서는 장성한 자녀로부터 도움을 받는 사람의 삶의 질이 오히려 더 낮았다. Cicero 외(2009)는 친구지지는 투병정신과 같은 심리적 대처에 영향을 미치는 반면, 가족지지는 암에 대한 대처에는 전혀 영향을 미치지 못함을 밝혔다. 그리고 Luszczynska 외(2013)는 사회적 지지의 제공자와 폐암 환자의 삶의 질 간의 관련성을 밝힌 문헌들을 분석하여 가족과 친구의 지지는 삶의 질 중 정서적 측면에 영향을 미치며, 의료진의 지지는 사회적 측면을 제외한 다른 모든 측면의 삶의 질에 영향을 미침을 보고하고 있다. 이러한 선행연구들을 통해 사회적 지지의 제공자에 따라 삶의 질에 미치는 영향이 달라질 수 있음을 알 수 있다.

일상생활에서 흔히 겪는 사소한 생활사건, 가족 간의 갈등, 간병을 해주던 배우자나 자녀의 발병 또는 배우자나 친구의 사망 등과 같은 큰 사건도 스트레스에 대처하는 과정에 영향을 미치는 주요한 외적 자원에 해당된다(Taylor, 2012). 일상생활의 사소한 생활사건은 불안이나 우울증과 같은 심리적 증후를 유발하는데, 이는 큰 생활사건보다 심리적, 신체적 건강에 더 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 그러한 예로써 유방암 환자들이 일상생활에서 받은 스트레스와 삶의 질 기능 영역 간에 부적으로 상관 관계를 갖고 있다(천상순·최소영, 2010).

Taylor(2012)는 스트레스 대응 과정에서 외적 자원 중의 하나로 돈이나 시간과 같은 가용한 물질적 자원을 제시하고 있다. 전문직이나 소득이 높은 사람의 삶의 질이 더 양호하였는데, 이는 암환자의 경제적 상황이 암 진단과 치료과정에서 투여되는 비용 부담으로 인한 스트레스에 대응함에 있어서 중요한 자원으로써 삶의 질과 긴밀하게 관련되어 있음을 보여주는 것이다(김유진 외, 2003; 서연옥, 2007; 김민영, 2009; 이보영 외, 2010; 천상순·최소영, 2010).

한편, 인구사회학적 특성이 대응자원의 활용을 억제하거나 촉진시킬 수 있으며, 삶의 질에 차이를 가져올 수 있다(Taylor, 2012). Thome 외(2004)의 연구에서는 여성 노인 암환자의 삶의 질이 남성 노인 암환자에 비해 현저하게 낮으며, 김경혜 외(2006)의 두경부 암환자의 삶의 질에 관한 연구에서는 70대 이상의 노인이, 남자가 여자보다, 대졸 이상이 삶의 질이 더 높았다. 직장암 환자를 대상으로 한 김유진 외(2003)의 연구에서는 남성이 여성보다, 고졸 이상의 학력을 가진 사람이 중졸 이하의 사람보다 삶의 질이 더 높았으며, 배우자와 사별한 여성과 기혼 남성의 삶의 질이 더 양호하였다. 암환자의 학력이 높을수록 삶의 질이 높다는 선행연구와 달리 Maric 외(2010)의 연구에서는 학력이 높을수록 사회적 기능이 더 저조하였다.

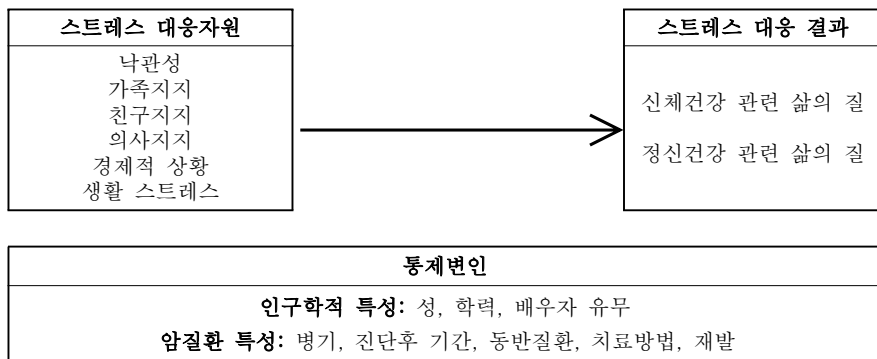
일반적인 스트레스 사건과 달리 암질환은 질병의 특성 및 치료방법 등에 따라 삶의 질과 스트레스 대응자원의 활용이 달라질 수 있다. Garman 외(2003)는 암을 진단 받은 시기와 암 관련 병력에 차이

가 있음에도 불구하고, 동반질환이 노인 암환자의 기능상태에 유의미한 관련을 맺고 있음을 밝혔다. 김유진 외(2003)와 천상순과 최소영(2010)은 암 진행단계에 따라 삶의 질에 유의미한 차이가 있음을 제시하였다. 그런데 김민영(2009)은 재발 유무, 수술 및 방사선 치료 경험 유무가 삶의 질에 영향을 주지 않음을 밝혔고, Ballinger와 Fallowfield(2009)는 노인 암환자의 치료방법에 따른 삶의 질의 다양성을 살펴보았는데 입원과 외래, 수술 후 경과 기간, 치료형태, 병기 등에 따라 삶의 질의 차이가 없었다.

### 3. 연구방법

#### 1) 연구모형

본 연구는 선행연구에 대한 검토를 통해 암을 비롯한 만성질환의 진단과 치료라는 스트레스에 대응한 결과로써 측정되는 '삶의 질'에 개인이 활용하는 스트레스 대응자원으로써 내적 자원인 낙관성과 외적 자원인 가족지지, 친구지지, 의사지지, 경제적 상황, 생활 스트레스 등이 미치는 영향을 살펴보고자 하였다. 이를 위해 아래 그림과 같은 분석틀로 연구를 진행하였다. 다만, 서론에서 기술한 바와 같이 노인 암환자와 노인 만성질환자, 노인 암환자와 중년 암환자 간에 스트레스 대응자원과 삶의 질의 영향 관계를 비교하고자 하였으며, 전자의 경우에는 인구사회학적 특성을 통제변인으로, 후자의 경우에는 인구사회학적 특성과 암질환 특성을 통제변인으로 연구모형에 투입하였다.



〈그림 1〉 연구모형

#### 2) 연구대상과 자료수집

본 연구는 45세 이상의 암환자와 65세 이상의 만성질환을 지닌 노인을 연구대상자로 하여 설문조사를 실시하였다. 자료 수집은 H대학교 임상시험심사위원회의 승인을 받은 후(HIRB-2010-008) 수행

되었는데, 2011년 1월 17일부터 3월 31일까지 구조화된 설문지를 활용하여 훈련받은 조사원에 의해 일대일 면접 방식으로 실시되었다.

조사대상자 중 암환자는 서울, 안양, 춘천 소재 3개 병원에서 암을 진단 받고 수술, 방사선 치료, 항암화학요법 등의 치료를 받고 있거나 치료종료 후 경과관찰을 위해 진료를 받고 있는 45세 이상의 의사소통이 가능한 자로 임의추출방법으로 표집하였다. 암환자 564명은 항암화학요법을 위해 입원하였거나 혈액종양내과, 방사선과, 외과, 산부인과 등의 외래에서 진료를 받는 환자로 연구목적에 이해하고 설문조사 참여에 대해 동의를 한 후 면접원과의 일대일 면접을 통해 설문에 응답하였다. 응답 내용이 불성실하여 분석에 부적절한 16개 사례를 제외하여 65세 이상 노인 암환자 197명과 45~64세의 중년 암환자 351명, 총 548명을 분석대상으로 삼았다. 이 548명에 대해서는 설문조사 외에 추가적으로 진료과정에서 기록된 의무기록으로부터 암과 관련 질환 특성을 수집하였다.

노인 만성질환자는 서울과 춘천의 3개 노인복지관을 이용하는 노인 400명을 대상으로 동일한 시기에 면접원과의 일대일 면접 방식을 통해 설문조사를 실시하였다. 조사에 참여한 노인 400명 중 60~64세의 28명, 만성질환을 전혀 진단받지 않은 59명, 암으로 치료 중인 6명을 제외한 307명을 분석대상으로 하였다.

### 3) 측정도구

#### (1) 삶의 질

조사대상자인 노인 암환자, 중년 암환자 그리고 노인 만성질환자의 삶의 질을 파악하기 위하여 Quality Metrics([www.qualitymetric.com](http://www.qualitymetric.com))에서 제공하는 Medical Outcomes Study Short Form 36 Health Status Survey(MOS SF-36) 한국어판을 이용하였다. MOS SF-36 척도는 건강관련 삶의 질과 연관된 다양한 형태의 임상연구에서 사용되는 척도(Ware and Sherbourne, 1992)로 총 36문항, 8개의 영역으로 구성되어 있다. 8개 영역은 전반적인 건강상태(5문항), 신체적 기능(10문항), 신체적 건강으로 인한 역할 제한(4문항), 신체적 통증(2문항), 활력(4문항), 사회적 기능(2문항), 정신건강(5문항), 정서적 문제로 인한 역할 제한(3문항)으로 구성되었으며, 리커트 척도로 측정하게 되어 있다. 8개 영역은 신체건강 관련 삶의 질(신체적 기능, 신체적 건강으로 인한 역할 제한, 신체적 통증, 전반적인 건강상태)과 정신건강 관련 삶의 질(활력, 사회적 기능, 정서적 기능, 정서적 문제로 인한 역할 제한)의 삶의 질 2개의 요소로 구분된다.

MOS SF-36의 각 문항의 점수를 0점~100점으로 환산한 후, 8개 영역별로 평균 점수를 계산하였다. 그리고 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질 2개 요소는 해당 영역 점수의 평균을 계산하여 사용하였다. 8개 영역 점수와 삶의 질 2개 요소의 점수는 100점 만점으로 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. MOS SF-36 척도의 8개 영역과 2개의 삶의 질 요소의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 0.700에서 0.920 사이였으며 아래의 <표 1>과 같다.



## (2) 사회적 지지

사회적 지지는 Zimet 외(1988)의 Multidimensional Scale of Perceived Social Support 척도를 활용하였다. 가족지지는 원 척도 문항 중에서 '나의 가족은 나에게 도움을 주고자 진정으로 노력한다'와 '나는 내 문제에 대하여 가족과 이야기할 수 있다' 2문항, 그리고 친구지지는 원 척도 문항 중에서 '나의 친구들은 나에게 도움을 주고자 진정으로 노력한다'와 '나는 내 문제를 친구들과 이야기를 나눌 수 있다' 2문항을 골라 사용하였다. 의사지지는 특별한 사람으로부터의 지지를 묻는 문항의 표현을 수정하여 '내 주위에는 내가 어려울 때 나를 도와줄 특별한 의료인(의사, 간호사)이 있다'와 '나에게는 내 슬픔과 기쁨을 함께 나눌 특별한 의료인(의사, 간호사)이 있다' 2개 문항을 사용하였다. 가족, 친구, 의사지지를 묻는 6개 문항은 '매우 그렇다'를 5점, '전혀 그렇지 않다'를 1점으로 하는 5점 리커트 척도로 측정하였다. 의사지지, 가족지지, 친구지지의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 각각 0.830, 0.736, 0.791이었다.

## (3) 생활 스트레스

외적 자원 중의 하나인 생활 스트레스는 현재 치료 중인 질병을 제외하고 지난 1주일간 생활 속에서 느낀 스트레스나 괴로움 정도를 '질병 외에 생활 속에서 스트레스나 괴로움이 전혀 없었다'를 '0점'으로, 그리고 '극도의 스트레스나 괴로움을 경험하였다'를 '10점'으로 하는 11점 척도를 이용하여 측정하였다.

## (4) 낙관성

내적 자원은 성격 특성 중의 하나인 낙관성을 Scheier 외(2002)의 Life Orientation Test-Revised 척도를 5점 리커트 척도로 측정하였다. 이 척도는 낙관성 3개 문항, 비관성 3개 문항, 그리고 감사의 의도를 파악하지 못하도록 추가된 4개 필러 문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 가 0.6 이하로 나온 비관성 3개 문항을 분석에서 제외하고, 낙관성 3개 문항을 분석에 포함시켰다. 낙관성 3개 문항의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 0.693이었다.

## (5) 경제적 상황

외적 자원 중의 하나인 경제적 상황은 주관적인 경제상황으로 측정하였다. 주관적 경제상황은 '매우 어렵다'를 1점으로, '매우 여유롭다'를 5점으로 하는 리커트 척도로 측정하였다.

## (6) 인구사회학적 특성과 질환 특성

대응자원과 삶의 질에 영향을 주는 인구사회학적 요인으로써 성, 연령, 학력, 혼인상태를 조사하였다. 학력은 교육을 받은 총 햇수를 조사하였고, 혼인상태는 기혼, 사별, 이혼 및 별거, 미혼으로 조사한 후 배우자와의 동거 여부로 전환하여 변수를 사용하였다.

노인 만성질환자의 만성질환 유병상황을 파악하기 위해 고혈압, 뇌졸중, 당뇨병, 관절염, 요통과 신경통, 심장병, 간경변과 간염, 위궤양과 십이지장, 천식과 만성기관지염, 골절, 골다공증, 백내장과 녹

내장, 우울증, 전립성비대증 등의 만성질환 17가지에 대하여 의사로부터 진단을 받았는지 여부를 조사하였다. 그리고 분석에서는 의사로부터 진단을 받은 질환의 수를 이용하였다.

〈표 1〉 삶의 질 및 영향 요인의 문항 구성 및 신뢰도

		문항 구성	문항수	Cronbach's $\alpha$
삶의 질	신체건강 관련 삶의 질 요소	신체적 기능	10	.920
		신체적 건강으로 인한 역할 제한	4	.892
		신체적 통증	2	.832
		전반적인 건강상태	5	.700
	정신건강 관련 삶의 질 요소	활력	4	.747
		사회적 기능	2	.731
		정서적 문제로 인한 역할 제한	3	.893
		정신건강	5	.754
스트레스 대응자원	외적 자원	가족지지	2	.736
		친구지지	2	.791
		의사지지	2	.830
	내적 자원	낙관성	3	.693

암환자의 경우에는 설문지 외에 진료과정에서 기록된 의무기록으로부터 암의 질환적 특성으로 진단명, 진단 일자, 병기, 재발일자, 치료방법, 동반질환 등에 대한 정보를 추가적으로 수집하였다. 그리고 이 자료로부터 '진단 후 기간', '치료방법의 수', '동반질환 수'와 '재발 여부'와 같은 새 변수를 만들었다. '진단 후 기간'은 암 진단을 처음 받은 일자로부터 설문 조사일까지 기간을 계산하여 변수로 만들었다. 항암치료방법에 대한 정보를 바탕으로 수술, 방사선, 항암화학요법 중 몇 가지 치료방법을 사용하였는지 계산하여 '치료방법 수'라는 새 변수를 만들었다. 그리고 Charlson 외(1986)의 동반질환 척도를 이용하여 암환자가 지닌 동반질환을 조사하고 '동반질환 수'를 계산하여 변수로 활용하였다. '병기'는 1기부터 4기까지로 구분하였으며, '재발 여부'는 설문조사일 기준으로 재발하여 치료받고 있는지 여부에 대한 정보를 이용하였다.

### 3) 자료분석

본 연구의 연구문제들을 해결하기 위해 PASW statistics 18과 Amos 18프로그램을 활용하여 수집된 자료를 분석하였다. 측정도구의 신뢰도를 검증하기 위해 Cronbach's  $\alpha$ , 조사대상자의 전반적인 인구사회학적 분포를 파악을 위해 기술통계와 Chi-Square test, 집단 간 삶의 질 차이를 비교하기 위해 ANOVA 분석을 사용하였다. 그리고 집단 간 비교를 위해 구조방정식모형을 활용한 다집단 분석을 실시하였다.

## 4. 연구결과

### 1) 조사대상자 특성

#### (1) 인구사회학적 특성

본 연구의 조사대상자인 노인 암환자, 노인 만성질환자, 중년 암환자의 인구사회학적 특성을 살펴본 결과는 <표 2>와 같다. 노인 암환자 집단의 평균 연령은 72.02세로 노인 만성질환자 집단 73.34세보다 약간 젊었으며, 중년 암환자 집단의 54.46세와는 약 18세 정도의 차이가 있었다( $F=1248.936$ ,  $p<.001$ ).

성별 분포를 살펴보면 남자의 비율이 노인 암환자 집단에서 60.4%, 중년 암환자 집단에서 52.4%로 노인 만성질환자 집단의 38.4%보다 높았다( $\chi^2=25.585$ ,  $p<.001$ ). 평균 교육기간은 노인 암환자(8.23년)와 노인 만성질환자(8.34년) 두 집단 간에는 차이가 없었으나, 중년 암환자 집단의 교육기간은 10.91년으로 노인 암환자와 노인 만성질환자 집단에 비해 교육수준이 더 높았다( $F=30.417$ ,  $p<.001$ ). 노인 암환자와 중년 암환자 집단에서 기혼자 비율이 72.5%, 77.9%로 노인 만성질환자 집단의 64.5%보다 기혼자 비율이 더 높았다( $\chi^2=110.436$ ,  $p<.001$ ).

<표 2> 조사대상자 특성

변인		노인 암환자 명(%)	중년 암환자 명(%)	노인 만성질환자 명(%)	전체 명(%)	$\chi^2$
성 별	남	119(60.4)	184(52.4)	118(38.4)	421(49.2)	25.585*** 110.436***
	여	78(39.6)	167(47.6)	189(61.6)	434(50.8)	
결 혼 상 태	기혼	140(72.5)	264(77.9)	195(64.5)	592(71.0)	
	별거/이혼	8(4.2)	48(13.2)	14(4.6)	18(2.2)	
	사별	45(23.3)	15(4.4)	90(29.8)	150(18.0)	
	미혼	0(0)	12(3.5)	3(1.0)	15(1.8)	
변인	노인 암환자 평균(SD)	중년 암환자 평균(SD)	노인 만성질환자 평균(SD)	F 값	Tukey 사후 비교	
연령(세)	72.02(4.76)	54.46(5.56)	73.34(5.30)	1248.936***	c>a>b	
교육기간(년)	8.23(4.92)	10.91(4.68)	8.34(4.58)	30.417***	b>a=c	

\*,  $p<.05$ ; \*\*,  $p<.01$ ; \*\*\*,  $p<.001$

집단 간 사후 비교에 있어서 a=노인 암환자, b=중년 암환자, c=노인 만성질환자 집단을 의미함

〈표 3〉 암환자 집단의 질환 특성(명, %)

변수	항목		노인 암환자 명(%)	중년 암환자 명(%)	계 명(%)	$\chi^2$	
암 진 단 명	구강, 인 두, 후두	구강 및 인두	5(2.5)	26(7.4)	31(5.7)	61.778***	
		후두	2(1.0)	5(1.4)	7(1.3)		
	소화기계	식도	6(3.0)	2(6)	8(1.5)		
		위	38(19.3)	47(13.5)	85(15.6)		
		Gist	3(1.5)	4(1.1)	7(1.3)		
		대장	47(23.9)	52(14.9)	99(18.1)		
	간담체	간	6(3.0)	19(5.4)	25(4.6)		
		췌장	8(4.1)	5(1.4)	13(2.4)		
		담낭, 담도	4(2.0)	9(2.6)	13(2.4)		
	호흡기계	폐	27(13.7)	30(8.6)	57(10.4)		
	비뇨기계	신장	1(5)	6(1.7)	7(1.3)		
		방광	2(1.0)	1(3)	3(5)		
	갑상선		4(2.0)	22(6.3)	26(4.8)		
	유방		10(5.1)	65(18.6)	75(13.7)		
	자궁		4(2.0)	5(1.5)	9(1.6)		
	혈액	비호지킨림프종		6(3.0)	17(4.9)		23(4.2)
		호지킨림프종			2(6)		2(4)
다발성골수종		3(1.5)	4(1.1)	7(1.3)			
기타		21(10.7)	26(7.4)	47(8.6)			
치 료 방 법	수술, 방사선, 항암		19(9.8)	77(22.2)	96(17.7)	21.363**	
	수술, 방사선		7(3.6)	8(2.3)	15(2.8)		
	수술, 항암		67(34.5)	118(34.0)	185(34.2)		
	수술		27(13.9)	51(14.7)	78(14.4)		
	방사선, 항암		19(9.8)	28(8.1)	47(8.7)		
	방사선		2(1.0)	5(1.4)	7(1.3)		
	항암화학요법		44(22.7)	56(16.1)	100(18.5)		
	아무것도 하지 않음		9(4.6)	4(1.2)	13(2.4)		
병기	1기		35(18.3)	80(23.0)	115(21.3)	1.853	
	2기		49(25.7)	90(25.9)	139(25.8)		
	3기		45(23.6)	77(22.1)	122(22.6)		
	4기		62(32.5)	101(29.0)	163(30.2)		
재발 여부	재발 아님		165(83.8)	292(83.2)	457(83.4)	.029	
	재발		32(16.2)	59(16.8)	91(16.6)		
변수			노인 암환자 평균(SD)	중년 암환자 평균(SD)		t 값	
진단 후 기간(년)			2.31(2.28)	2.51(2.79)		.838	
동반질환 수(개)			1.81(2.41)	1.69(2.46)		-.541	

\*, p<.05; \*\*, p<.01; \*\*\*, p<.001

(2) 암 환자의 질환 특성

암환자의 질환 특성을 노인과 중년 암환자 집단 간에 비교하여 살펴보면, 노인 암환자의 암 발생 부위별로 대장암 23.9%, 위암 19.3%, 폐암 13.7%의 순으로 많았으며, 노인 암환자 집단에 비해 여성의 비율이 더 높은 중년 암환자 집단에서는 유방암(18.6%), 대장암(14.9%), 위암(13.5%), 폐암

(8.6%), 입술·구강·인두암(7.4%)의 순이었다( $\chi^2=61.778$ ,  $p<.001$ ). 치료방법은 노인 암환자와 중년 암환자 간에 차이가 있었다( $\chi^2=21.363$ ,  $p<.001$ ). 노인 암환자는 수술 후 항암치료(34.5%), 항암화학요법(22.7%), 수술(13.9%) 순이었으며, 중년 암환자는 수술 후 항암치료(34%), 수술 후 방사선과 항암화학요법 치료를 모두 한 경우(22.2%), 항암화학요법(16.1%)의 순이었다. 병기는 노인 암환자와 중년 암환자에서 4기 비율이 32.5%와 29.0%로 가장 높았고, 그 다음으로 2기의 비율이 높았다. 그리고 현재 암이 재발된 상태인 사람의 비율은 노인 암환자 중 16.2%, 중년 암환자 중 16.8%이었다. 또한 처음 암을 진단 받은 후 설문 조사일까지의 평균 기간이 노인 암환자는 평균 2.31년, 중년 암환자는 2.51년 정도이었으며 동반질환 수는 노인 암환자가 1.81개, 중년 암환자가 1.69개이었다. 이러한 병기와 재발여부, 진단 후 기간과 동반질환 수는 노인과 중년의 암환자 집단 간에 통계적으로 유의미한 차이는 없었다.

### (3) 노인 만성질환자의 특성

노인 만성질환자는 1인 평균 2.98개의 만성질환을 지니고 있었다. 만성질환이 한가지인 사람은 23.5%, 2가지 25.4%, 3가지 23.5%로 노인 만성질환자 중 72.4%가 3가지 이하의 질환을 지니고 있었고, 3~4가지 질환을 지닌 사람은 17.9%, 5가지 이상은 10.1%이었다.

## 2) 삶의 질

### (1) 노인 암환자의 삶의 질

노인 암환자의 삶의 질을 MOS SF-36의 2개 요소와 8개 영역별로 살펴보았다(표 4 참고). 노인 암환자의 신체건강 관련 삶의 질 요소는 100점 기준으로 평균 48.33점, 정신건강 관련 삶의 질 요소는 평균 54.45점으로, 신체건강 관련 삶의 질 요소가 정신건강 관련 삶의 질 요소보다 더 열악하였다. 신체건강 관련 삶의 질 요소 중 신체건강에 따른 역할 제한이 35.08점으로 가장 낮았고, 전반적인 건강 상태(47.57점)와 신체적 기능(47.51점)이 50점 이하이었으며, 신체적 통증이 64.30점으로 가장 양호한 수준이었다. 정신건강 관련 삶의 질 요소 중 활력(44.03점)과 정서 문제로 인한 역할 제한(47.18점)은 50점에 미치지 못하였고, 사회적 기능(62.10점)과 정신건강(63.50점)은 60점 이상으로 나타났다.

노인 암환자의 정신건강 관련 삶의 질 요소(54.45점)는 중년 암환자(54.89점)와는 비슷한 수준이었지만, 노인 만성질환자(68.38점)에 비해서는 훨씬 낮은 수준이었다( $F=33.232$ ,  $p<.001$ ). 그리고 정신건강 관련 삶의 질 요소의 네 영역별로 비교하여 보면 네 영역 모두 노인 암환자와 중년 암환자는 비슷한 수준이었으나, 노인 암환자는 노인 만성질환자에 비해 더 열악한 수준이었다.

### (2) 노인 암환자와 노인 만성질환자, 중년 암환자 간의 건강 관련 삶의 질 비교

노인 암환자의 삶의 질을 노인 만성질환자와 중년 암환자와 비교하기 위해 F-test를 하였다(표 4 참고). 먼저, 노인 암환자의 신체건강 관련 삶의 질 요소는 중년 암환자와 노인 만성질환자 두 집단에

비해 더 낮은 수준이었다( $F=22.450$ ,  $p<.001$ ). 신체건강 관련 삶의 질 요소 중 신체적 통증을 제외한 신체적 기능, 신체건강에 따른 역할제한, 그리고 전반적 건강상태는 노인 암환자가 중년 암환자와 노인 만성질환자 두 집단에 비해 더 낮은 수준이었다. 노인 암환자가 느끼는 신체적 통증(64.30점)은 중년 암환자(64.73점)와는 비슷한 수준이었으나, 노인 만성질환자(70.16점)에 비해서는 통증 정도가 더 심하였다( $F=4.029$ ,  $p<.05$ ).

<표 4> 노인 암환자, 중년 암환자, 노인 만성질환자 집단 간 삶의 질 비교

삶의 질	집단	평균(SD)	왜도	첨도	F 값	Tukey
신체건강 관련 삶의 질 요소	노인암환자	48.33(24.18)	.086	-.991	22.450***	c>b>a
	중년암환자	56.50(23.28)	-.080	-.931		
	노인만성질환자	62.80(22.37)	-.520	-.508		
신체적 기능	노인암환자	47.51(29.78)	.082	-1.076	20.471***	b=c>a
	중년암환자	62.18(27.95)	-.607	-.479		
	노인만성질환자	62.34(26.96)	-.480	-1.214		
신체건강에 따른 역할 제한	노인암환자	35.08(41.49)	.624	-1.321	34.711***	c>b>a
	중년암환자	46.83(43.23)	.146	-1.714		
	노인만성질환자	65.66(40.29)	-.664	-.312		
신체 통증	노인암환자	64.30(30.69)	-.451	-.962	4.029*	c>a=b
	중년암환자	64.73(28.71)	-.329	-1.030		
	노인만성질환자	70.16(23.88)	-.552	-.160		
전반적인 건강상태	노인암환자	47.57(21.22)	.219	-.311	3.483*	b=c>a
	중년암환자	51.70(20.06)	-.058	-.493		
	노인만성질환자	52.09(19.43)	-.023	-.322		
정신건강 관련 삶의 질 요소	노인암환자	54.45(25.06)	-.084	-1.118	33.242***	c>a=b
	중년암환자	54.89(23.06)	-.048	-1.019		
	노인만성질환자	68.38(20.60)	-.558	-.714		
활력	노인암환자	44.03(23.40)	.255	-.510	25.782***	c>a=b
	중년암환자	46.76(22.98)	.168	-.353		
	노인만성질환자	57.25(21.58)	-.076	.447		
사회적 기능	노인암환자	62.10(31.16)	-.463	-.891	37.911***	c>a=b
	중년암환자	64.30(28.64)	-.364	-.922		
	노인만성질환자	80.32(21.75)	-1.007	-1.366		
정서문제로 인한 역할 제한	노인암환자	47.18(47.83)	.129	-1.918	15.844***	c>a=b
	중년암환자	48.61(47.89)	.067	-1.925		
	노인만성질환자	66.78(43.53)	-.689	.386		
정신건강	노인암환자	63.50(22.24)	-.293	-.556	13.334***	c>a=b
	중년암환자	60.36(21.29)	-.264	-.287		
	노인만성질환자	68.80(19.01)	-.515	.386		

\*,  $p<.05$ ; \*\*,  $p<.01$ ; \*\*\*,  $p<.001$

집단 간 사후 비교에 있어서 a=노인 암환자, b=중년 암환자, c=노인 만성질환자 집단을 의미함.

노인 암환자의 정신건강 관련 삶의 질 요소(54.45점)는 중년 암환자(54.89점)와는 비슷한 수준이었

지만, 노인 만성질환자(68.38점)에 비해 훨씬 낮은 수준이었다( $F=33.242, p<.001$ ). 그리고 정신건강 관련 삶의 질 요소의 네 영역별로 비교하여 보면 네 영역에서 노인 암환자와 중년 암환자는 비슷한 수준이었으나, 노인 암환자는 노인 만성질환자에 비해 더 열악한 수준이었다.

### 3) 스트레스 대응자원

#### (1) 노인 암환자의 스트레스 대응자원

노인 암환자의 스트레스 대응자원 중 내적 자원인 낙관성은 5점 기준에 3.55점으로 보통 이상이였다. 외적 자원 중 의사지지는 5점 기준 2.32점, 가족지지 4.02점, 친구지지 3.29점으로 가족지지를 많이 받고 있지만 의사지지는 보통 수준에 미치지 못하였다. 외적 자원인 경제적 상황은 5점 기준에 2.18점으로 어려운 수준이었으며, 생활 스트레스는 10점 기준에 3.99점 수준이었다.

#### (2) 노인 암환자, 노인 만성질환자, 중년 암환자 간의 스트레스 대응자원 비교

노인 암환자의 스트레스 대응자원의 수준을 노인 만성질환자와 중년 암환자 집단과 비교하기 위해 F-test를 실시하였다. 내적 자원인 낙관성은 노인 암환자와 중년 암환자 집단이 서로 비슷한 수준이었으며, 이 두 집단이 노인 만성질환자 집단보다 더 낙관적이었다( $F=4.149, p<.05$ ).

<표 5> 노인 암환자, 중년 암환자, 노인 만성질환자 집단 간 스트레스 대응자원 비교

대응자원	집단	평균(SD)	왜도	첨도	F값	Tukey
낙관성	노인암환자	3.55(.65)	.232	-.116	4.149*	a=b>c
	중년암환자	3.58(.61)	-.253	1.081		
	노인만성질환자	3.45(.47)	.004	.200		
의사지지	노인암환자	2.32(1.24)	.513	-.903	5.502**	b>a=c
	중년암환자	2.51(1.17)	.362	-.901		
	노인만성질환자	2.22(.98)	.726	-.106		
가족지지	노인암환자	4.02(.99)	-1.009	.920	17.285***	a=b>c
	중년암환자	4.01(.97)	-1.252	1.707		
	노인만성질환자	3.62(.84)	-.869	.943		
친구지지	노인암환자	3.29(1.19)	-.302	-.768	6.440**	b>a=c
	중년암환자	3.56(1.05)	-.722	.125		
	노인만성질환자	3.33(.83)	-.422	-.241		
경제적 상황	노인암환자	2.18(.93)	.059	-.958	9.906***	c>b>a
	중년암환자	2.36(.93)	.024	-.523		
	노인만성질환자	2.55(.85)	.031	.124		
생활 스트레스	노인암환자	3.99(2.88)	.352	-.791	15.581***	b>a>c
	중년암환자	4.32(2.63)	.153	-.728		
	노인만성질환자	3.16(2.58)	.735	.060		

\*,  $p<.05$ ; \*\*,  $p<.01$ ; \*\*\*,  $p<.001$

집단 간 사후 비교에 있어서 a=노인 암환자, b=중년 암환자, c=노인 만성질환자 집단을 의미함.

외적 자원인 사회적 지지 중 의사지지는 중년 암환자 집단(2.51점)이 노인 암환자와 노인 만성질환자 집단보다 더 많이 받는 것으로 나타났지만( $F=5.502, p<.01$ ), 세 집단 모두 의사지지 수준이 보통 수준에도 미치지 못하였다. 가족지지는 노인(4.02점)과 중년 암환자(4.01점) 집단이 노인 만성질환자 집단(3.62점)보다 더 많이 받고 있었다( $F=17.285, p<.001$ ). 친구지지는 중년 암환자 집단(3.56점)이 노인 암환자(3.29점)와 노인 만성질환자(3.33점)보다 더 많이 받았다( $F=6.440, p<.01$ ).

외적 자원인 경제적 상황은 세 집단 모두 보통에도 미치지 못하는 수준이었으며, 노인 암환자 집단이 가장 열악하였고(2.18점), 중년 암환자(2.36점), 노인 만성질환자(2.55점) 순으로 좋았다( $F=9.906, p<.001$ ). 외적 자원 중 생활 스트레스는 중년 암환자 집단(4.32점)에서 가장 높았으며, 그 다음이 노인 암환자(3.99점), 노인 만성질환자(3.16점)의 순이었다( $F=15.581, p<.001$ ).

#### 4) 노인 암환자를 중심으로 노인 만성질환자 및 중년 암환자 집단과의 삶의 질 영향요인 비교

스트레스 대응 과정에서의 대응자원 중 내적 자원인 낙관성, 외적 자원인 가족지지, 친구지지, 의사지지, 생활 스트레스, 그리고 경제적 상황이 노인 암환자의 삶의 질에 미치는 영향이 노인 만성질환자 및 중년 암환자 집단과 다르지 살펴보기 위해 구조방정식 모형을 이용하여 다집단 분석을 하였다. 다집단 분석을 위해 스트레스 대응자원과 삶의 질 간의 영향 관계에 대한 구조모형을 설정함에 있어서 낙관성과 가족지지, 친구지지, 의사지지는 잠재변수로 모형에 투입하였으며, 생활 스트레스와 경제적 상황은 각각 1개 문항으로 측정되어 측정변수로 모형에 투입하였다. 그리고 신체건강 관련 삶의 질은 신체적 기능, 신체적 건강으로 인한 역할 제한, 신체적 통증, 전반적인 건강상태를 측정변수로 하는 잠재변수, 그리고 정신건강 관련 삶의 질은 활력, 사회적 기능, 정서적 기능, 정서적 문제로 인한 역할 제한을 측정변수로 하는 잠재변수로 모형에 투입하였다.

다집단 분석을 하기 전에 구조방정식 모형을 적용하는데 필요한 조건, 즉 측정변인들이 정상분포 조건을 충족시키고 있는지 확인하기 위해 측정변수들의 왜도와 첨도를 살펴보았다. 그 결과 왜도는 모두 2 이하이었고, 첨도 역시 4 이하로 정상분포 조건을 충족시키고 있었다. 그리고 노인 암환자 집단, 노인 만성질환자 집단, 그리고 중년 암환자 집단의 측정모형의 모형적합도를 각각 살펴보았는데 (표 6 참조) 세 집단 모두 CFI가 0.90을 넘어 좋은 적합도를 보여주었으며, RMSEA도 0.054~0.069로 좋은 적합도 수준을 보여주었다. TLI의 경우 중년 암환자 집단의 TLI가 좋은 적합도 기준인 0.90에 근접한 0.886이었으며, 다른 두 집단은 모두 0.90 이상으로 좋은 적합도를 보였다.

<표 6> 노인 암환자, 노인 만성질환자, 중년 암환자 집단의 측정모형에 대한 모형적합도

측정모형	$\chi^2$	df	TLI	CFI	RMSEA
노인암환자	210.409	111	.910	.942	.067(.054~.081)
노인만성질환자	211.742	111	.915	.945	.054(.043~.066)
중년 암환자	295.721	111	.886	.926	.069(.059~.079)



### (1) 노인 암환자와 노인 만성질환자 집단의 삶의 질 영향요인 비교

노인 암환자와 노인 만성질환자 집단 간 삶의 질 영향요인을 비교하기 위해 대응자원인 낙관성, 가족지지, 친구지지, 의사지지, 생활 스트레스, 경제적 상황이 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질에 미치는 영향 관계를 구조모형으로 설정하였고, 성, 학력, 배우자 유무에 따라 스트레스 대응자원과 삶의 질이 달라질 수 있기 때문에 이를 통제하기 위해 연구모형에 포함시켰다.

〈표 7〉 노인 암환자와 노인 만성질환자 집단별 경로계수 추정치

경로 <sup>1)</sup>	노인 암환자	노인 만성질환자
낙관성 → 신체건강	7.712(.247)*	1.813(.045)
의사지지 → 신체건강	-.378(-.022)	1.203(.053)
가족지지 → 신체건강	-7.663(-.349)**	-2.631(-.119)
친구지지 → 신체건강	6.164(.355)***	-5.809(-.251)
생활 스트레스 → 신체건강	-3.149(-.433)***	-2.958(-.439)***
경제적 상황 → 신체건강	5.332(.236)***	2.219(.105)
낙관성 → 정신건강	7.468(.250)**	8.540(.443)*
의사지지 → 정신건강	.746(.046)	.349(.015)
가족지지 → 정신건강	-4.698(-.221)*	4.937(.223)
친구지지 → 정신건강	4.346(.259)**	-4.197(-.180)
생활 스트레스 → 정신건강	-3.322(-.473)***	-3.048(-.450)***
경제적 상황 → 정신건강	4.352(.199)***	2.991(.146)*

\*, p<.05; \*\*, p<.01; \*\*\*, p<.001

스트레스 대응자원이 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질에 미치는 영향을 노인 암환자와 노인 만성질환자 집단에서 각각 살펴보면(표 7 참조), 노인 암환자 집단에서는 의사지지를 제외한 낙관성, 가족지지, 친구지지, 생활 스트레스, 경제적 상황이 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질에 통계적으로 유의미하게 영향을 미쳤다. 그런데 가족지지와 생활 스트레스는 신체건강 관련 삶의 질에 부적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 한편, 노인 만성질환자 집단에서는 낙관성과 경제적 상황이 정신건강 관련 삶의 질에 정적인 영향을 미치고, 생활 스트레스가 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질에 부적인 영향을 미쳤다.

그런데 위와 같이 각 집단별로 삶의 질에 영향을 주는 요인을 밝히는 방법은 각 집단에서 각 영향요인이 미치는 영향이 0과 통계적으로 유의미하게 다른지 여부를 알려주는 것이다. 실제적으로 본 연구가 관심을 두고 있는 스트레스 대응자원과 삶의 질 간의 구조 모형이 두 집단 간에 차이가 있는지,

- 1) 본 연구는 스트레스 대응자원이 삶의 질에 미치는 영향에 있어서 노인 암환자 집단과 노인 만성질환자 집단간 차이를 알아보는 것이 목적이다. 따라서 대응자원과 삶의 질에 영향을 미치는 성, 학력, 배우자 여부를 통제 변수로 연구모형에 제시하였지만 통제변수의 영향을 보고자 한 것이 주목적이지 아니므로 연구결과의 본문에서는 제시하지 않았다. 유용한 결과로는 노인 암환자는 성별에 따라 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질에 차이가 나타났으며, 학력이 낙관성에 영향을 미쳤다. 노인 만성질환자는 학력이 신체건강 관련 삶의 질과 의사지지에 영향을 미쳤다.

즉 두 집단의 경로계수 간에 차이가 유의미한지 검증하는 것이 아니다. 따라서 연구모형에서 설정된 스트레스 대응자원과 삶의 질 간의 영향 관계가 노인 암환자와 노인 만성질환자 집단 간에 차이가 있는지 확인하기 위해 다집단 분석을 실시하였다.

다집단 분석을 위해서는 형태동일성, 측정동일성, 구조동일성을 순차적으로 검증한다. 형태동일성은 기저모형의 요인구조가 집단 간에 동일하면 충족되고, 측정동일성은 집단 간 잠재변수와 측정변수 간의 요인계수를 동일하게 제약을 가한 후 기저모형인 형태동일성 모형과 제약을 가한 모형 간의  $\chi^2$  차이가 자유도 차이에서 통계적으로 유의미하지 않으면 충족된다. 그리고 구조동일성은 연구자가 구조모형에서 설정한 경로를 집단 간에 동일하게 제약을 가한 후 측정동일성 모형과의  $\chi^2$ 을 비교하여 자유도 증가 차이에서 유의미하지 않으면 충족된다(홍세희, 2008).

형태동일성 검증을 위해 노인 암환자와 노인 만성질환자 집단에 각각 연구모형을 적용하여 변수들 간의 관계를 살펴보는 구조모형을 분석한 결과, 노인 암환자 집단의 모형적합도 지수는 TLI가 0.902, CFI는 0.940, 절대적합지수인 RMSEA는 0.060로 좋은 적합도를 보였다. 그리고 노인 만성질환자 집단의 모형적합도 지수도 TLI가 0.916, CFI는 0.949, 그리고 RMSEA가 0.049로 좋은 적합도 기준을 충족시켰다. 따라서 두 집단에 대한 형태동일성 가정이 성립하였다(표 8 참조).

다음 단계로 측정동일성을 검증하기 위해 기저모형(형태동일성 모형)과 요인계수에 대해 동일화 제약을 가한 측정동일성 모형 간의  $\chi^2$ 차이를 확인하였다. 두 모형 간에 자유도가 11만큼 증가할 때  $\chi^2$  차이가 임계치 수준 19.975보다 적은 17.892 만큼 증가하여 측정동일성 가정이 채택되었다(표 8 참조). 구조동일성도 기저모형(측정동일성 모형)과 12개 경로계수에 각각 동일화 제약을 가한 구조동일성 모형 간에  $\chi^2$ 차이 검증을 통해 확인하였다. 자유도가 12만큼 증가하였는데  $\chi^2$ 차이가 임계치인 21.026 보다 적은 16.570만큼 증가하여 구조동일성 가정도 채택되었다(표 7 참조). 구조동일성이 채택됨에 따라 대응자원과 신체건강과 정신건강관련 삶의 질 간의 구조 모형이 노인암환자와 노인만성질환자 집단 간에 다르지 않음이 확인되었다.

<표 8> 다집단 분석을 위한 동일성 검증

동일성	$\chi^2$	df	$\Delta \chi^2$	$\Delta$ df	TLI	CFI	RMSEA
형태동일성	521.487	310			.909	.944	.037(.031-.042)
노인암환자	264.215	155			.902	.940	.060(.047-.072)
노인만성질환자	257.161	155			.916	.949	.046(.036-.056)
측정동일성	539.399	321	17.892	11	.909	.942	.037(.031-.042)
구조동일성	555.969	333	16.570	12	.911	.941	.037(.031-.042)

## (2) 노인 암환자와 중년 암환자 집단의 삶의 질 영향요인 비교

노인 암환자와 중년 암환자 집단 간에 스트레스 대응자원이 삶의 질에 미치는 영향이 차이가 있는지 알아보기 위해 대응자원인 낙관성, 가족지지, 친구지지, 의사지지, 생활 스트레스, 경제적 상황이

신체건강과 정신건강 관련 삶의 질에 미치는 영향 관계를 연구모형으로 설정하였다. 그리고 인구사회학적 특성인 성, 연령, 배우자 유무와 암질환 특성인 병기, 진단 후 경과시간, 재발여부, 치료방법 및 동반질환 등이 대응자원과 암환자의 삶의 질에 미치는 영향을 통제하기 위해 연구모형에 이를 통제변수로 포함시켰다.

스트레스 대응자원이 삶의 질에 미치는 영향을 노인 암환자와 중년 암환자 집단별로 살펴본 결과(표 9 참조), 노인 암환자 집단에서는 의사지지를 제외한 낙관성, 친구지지, 그리고 경제적 상황이 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질에 정적으로 영향을 미치고, 가족지지와 생활 스트레스는 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질에 부적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그리고 중년 암환자 집단에서는 신체건강 관련 삶의 질에 낙관성, 친구지지, 경제적 상황이 정적인 영향을 미치고, 가족지지와 생활스트레스는 부적인 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다. 그리고 정신건강 관련 삶의 질에 친구지지와 경제적 상황이 정적인 영향을 미치는 반면, 생활 스트레스는 부적인 영향을 미치는 것으로 나타났다.

<표 9> 노인암환자와 중년 암환자 집단별 경로계수 추정치

경로 <sup>2)</sup>	노인 암환자	중년 암환자
낙관성 → 신체건강	6.971(.222)*	7.505(.251)**
의사지지 → 신체건강	-.257(-.015)	.906(.051)
가족지지 → 신체건강	-6.645(-.298)*	-10.870(-.492)***
친구지지 → 신체건강	6.267(.356)***	6.037(.300)**
생활 스트레스 → 신체건강	-2.853(-.387)***	-3.175(-.452)***
경제적 상황 → 신체건강	4.762(.209)**	3.412(.171)**
낙관성 → 정신건강	6.511(.281)**	3.112(.098)
의사지지 → 정신건강	.654(.040)	1.40(.079)
가족지지 → 정신건강	-3.669(-.173)*	-3.703(-.157)
친구지지 → 정신건강	4.270(.255)**	4.036(.188)*
생활 스트레스 → 정신건강	-3.034(-.436)***	-3.654(-.489)***
경제적 상황 → 정신건강	3.840(.177)**	4.277(.202)***

\*, p<.05; \*\*, p<.01; \*\*\*, p<.001

연구모형에서 설정된 삶의 질과 스트레스 대응자원간의 영향 관계, 즉 경로계수들이 노인 암환자 집단과 중년 암환자 집단 간에 차이가 있는지 알아보기 위해 다집단 분석을 실시하였다. 형태동일성

- 2) 본 분석은 스트레스 대응자원과 삶의 질에 영향을 미치는 인구학적 특성과 암질환 특성을 통제변수로 연구모형에 포함시켰지만, 통제변수의 영향을 보고자 한 것이 연구의 주목적이 아니므로 본문에서 제시하지 않았다. 유의미한 결과로는 노인 암환자는 성별에 따라 정신건강 관련 삶의 질과 생활 스트레스 정도에 차이가 나타났고, 교육수준이 신체건강 관련 삶의 질과 낙관성에 영향을 미쳤으며, 암 특성 변수들 중 병기와 동반질환수가 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질에 영향을 미쳤다. 중년 암환자는 성별에 따른 신체건강 관련 삶의 질과 생활 스트레스에 차이가 있었고, 학력이 친구지지와 가족지지에 영향을 미쳤으며, 배우자 유무가 신체건강 관련 삶의 질, 친구지지, 가족지지에 영향을 미쳤다.

검증을 위해 노인 암환자와 중년 암환자 집단에 각각 연구모형을 적용한 결과, 노인 암환자 집단의 모형적합도 지수 중 TLI가 좋은 적합도 기준인 0.90에 매우 근접한 0.894이었으며, CFI는 0.941, 절대적 적합도 지수 RMSEA는 0.052로 좋은 적합도를 보였다. 그리고 중년 암환자 집단의 모형적합도 지수도 TLI만 좋은 적합도 기준에 아주 조금 못 미치는 0.870일 뿐, CFI가 0.928, RMSEA는 0.053으로 좋은 적합도 기준을 충족시키고 있었다. 따라서 두 집단에 대한 형태동일성 가정이 성립하였다(표 10 참조).

다음 단계로 측정동일성을 검증하기 위해 기저모형(형태동일성 모형)과 요인계수에 대해 동일화 제약을 가한 측정동일성 모형 간의  $\chi^2$ 차이를 확인한 결과 두 모형 간에 자유도가 11만큼 증가할 때  $\chi^2$ 차이가 9.960으로 임계치 수준 19.975에 못 미쳐서 측정동일성 가정이 채택되었다. 구조동일성도 기저모형(측정동일성 모형)과 12개 경로계수에 각각 동일화 제약을 가한 구조동일성 모형 간에  $\chi^2$ 차이 검증을 실시한 결과 자유도가 12만큼 증가할 때,  $\chi^2$ 차이 8.095이 임계치인 21.026보다 적어 구조동일성 가정이 채택되었다. 구조동일성 가정이 채택됨에 따라 스트레스 대응자원과 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질의 구조관계가 노인과 중년 암환자 집단에 있어서 통계적으로 서로 다르지 않음을 확인하였다.

〈표 10〉 다집단 분석을 위한 동일성 검증

동일성	$\chi^2$	df	$\Delta \chi^2$	$\Delta df$	TLI	CFI	RMSEA
형태동일성	738.161	420			.879	.933	.037(.033-.042)
노인 암환자	322.070	210			.894	.941	.052(.041-.063)
중년 암환자	451.963	210			.870	.928	.053(.045-.060)
측정동일성	748.121	431	9.960	11	.883	.933	.037(.032-.041)
구조동일성	756.216	443	8.095	12	.888	.934	.036(.032-.040)

## 5. 결론 및 논의

### 1) 결론 및 논의

최근 들어 노인 암환자를 적극적으로 치료하여 수명을 연장하는 것도 중요하지만, 노인 당사자, 가족 그리고 의료진으로부터 남은 여생동안의 삶의 질도 고려하여야 한다는 의견이 제기됨에 따라 노인 암환자의 삶의 질과 그 영향요인에 대한 관심이 높아지고 있다. 본 연구는 이러한 맥락에서 Taylor(2012)의 스트레스-대응과정 모델을 적용하여 노인 암환자의 삶의 질과 그 영향요인을 노인 만성질환자 및 중년 암환자 집단과 각각 비교하여 살펴봄으로써 사회복지 차원에서 노인 암환자의 삶의 질을 향상시키기 위한 방안을 모색하고자 시도되었다.

본 연구결과 노인 암환자의 신체건강 관련 삶의 질 요소는 100점을 기준으로 할 때 평균 48.33점,

정신건강 관련 삶의 질 요소는 평균 54.45점으로 높지 않은 수준이었다. 신체건강 관련 삶의 질 요소 중 신체적 통증을 제외한 신체적 기능, 신체건강에 따른 역할 제한, 전반적인 건강상태와 정신건강 관련 삶의 질 요소 중 활력과 정서 문제로 인한 역할 제한이 50점 이하이었다. 노인 암환자의 신체건강 관련 삶의 질 요소는 신체 통증 영역을 제외한 나머지 영역에서 중년 암환자에 비해 더 열악하지만, 노인 암환자의 정신건강 관련 삶의 질 요소는 중년 암환자와 유사한 수준으로 밝혀졌다. 이러한 연구 결과는 측정도구가 다르지만 노인 암환자와 65세 미만의 청장년층의 삶의 질을 비교한 강임옥과 윤영호(2004) 연구 결과와 매우 유사하였다. 노인 암환자와 노인 만성질환자 간에 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질을 영역별로 비교하였을 때, 노인 암환자가 모든 영역에서 더 낮았는데, 이러한 결과는 Baker 외(2003), 김광일 외(2002), Thome 외(2004)의 연구와 일치하는 것이다. 따라서 노인 만성질환자와 중년 암환자보다 삶의 질이 더 열악한 노인 암환자의 삶의 질을 향상시키기 위한 노력이 요구됨을 확인하였다.

스트레스 대응자원에 대한 분석 결과 노인 암환자 집단의 경제적 상황이 다른 두 집단에 비해 더 어려웠고, 중년 암환자에 비해 친구의 지지가 부족하였다. 그리고 가족의 지지와 낙관성은 노인 암환자와 중년 암환자가 비슷한 수준이었으며, 생활 스트레스는 중년 암환자에 비해 적었지만 노인 만성질환자에 비해서는 더 컸다.

스트레스 대응자원과 삶의 질의 영향 관계에 대한 구조모형이 노인 암환자와 노인 만성질환자 집단, 그리고 노인 암환자와 중년 암환자 집단 간에 차이가 없음을 다집단 분석을 통해 확인하였다. 이러한 결과는 세 집단에 대해 Taylor의 스트레스-대응 과정 모델을 동일하게 적용할 수 있음을 의미한다.

본 연구의 관심 대상인 노인 암환자의 스트레스 대응자원 중 내적 자원인 낙관성과 외적 자원인 가족지지, 친구지지, 생활 스트레스, 경제적 상황이 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다. 낙관적일수록, 친구지지를 많이 받을수록, 경제적 상황이 풍요로울수록, 그리고 생활 스트레스가 적을수록 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질이 더 좋았다. 그러나 노인 암환자는 가족지지를 많이 받을수록 신체건강 관련 삶의 질이 더 떨어졌는데, 이는 Esbensen 외(2004) 연구에서 장성한 자녀들로부터 도움을 받는 사람들의 삶의 질이 더 낮았다는 보고와 일치한다. 가족지지를 더 받을수록 노인 암환자의 삶의 질이 떨어지는 이유를 추정해보면, 증상 악화 또는 치료 부작용으로 인해 신체 기능의 저하가 불가피하고 이로 인해 배우자와 성인 자녀로부터의 간병과 지지를 더 많이 받는 상황에 처한 것으로 해석된다.

본 연구결과에서 유의미한 스트레스 대응자원으로 밝혀진 낙관성, 친구지지, 경제적 상황, 생활 스트레스에 대한 개입을 통해 노인 암환자의 삶의 질을 높이기 위한 방안을 모색하여 보면 다음과 같다. 노인 암환자가 낙관적일수록 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질이 더 좋았다. 낙관성은 성격 특질 중의 하나로 평생 동안 변화하지 않는다고 주장하는 학자도 있지만, 최근 긍정심리치료, 인지치료, 웃음치료, 운동 프로그램 등을 통해 낙관성이 높아질 수 있음이 보고되고 있다(김석일, 2010; 오현옥, 2011; 김수현·김교현, 2012; 차미연 외, 2012; 최유연·손정락, 2012). 따라서 노인 암환자를 대상으로 심리 치료, 운동 및 레크리에이션 등을 활용한 낙관성 향상 프로그램을 개발하고, 노인 암환자의

참여를 독려하여 삶의 질을 높이는데 기여하여야 할 것이다.

노인 암환자 집단에서는 친구의 지지를 많이 받을수록 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질이 모두 높았다. 이러한 결과는 암을 진단받게 되면 친구나 이웃에게 자신의 발병사실을 알리지 않고 교류를 축소시키는 노인보다는 암에 걸린 것을 인정하고 친구나 이웃에게 알리며 이전처럼 지속적으로 교류하는 노인 암환자의 삶의 질이 높음을 의미한다. 즉, Cicero 외(2009)가 언급했듯이 친구의 지지는 투병정신과 같은 심리적 대처에 영향을 미쳐 삶의 질을 높이는데 기여한다. 그런데 각 병원마다 외과와 혈액종양내과, 방사선과 등의 진료과와 영양과가 중심이 되어 실시하는 암환자와 가족 대상 교육프로그램에서는 주로 암에 대한 이해, 부작용에 대한 대처, 암환자의 영양관리 등의 주제를 다룸으로써 신체 건강관련 삶의 질을 높이는데 초점을 맞추고 있다. 따라서 이러한 교육 프로그램에 다학제 팀의 일원으로써 병원 의료사회복지팀이 참여하여 암 진단과 치료로 인해 친구와의 교류가 위축된 노인 암환자를 대상으로 친구 지지의 중요성에 대해 교육하고 이를 적극적으로 장려함으로써 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질을 모두 향상시키는데 기여해야 할 것이다.

노인 암환자의 경제적 상황은 중년 암환자나 노인 만성질환자에 비해 더 열악하였다. 그리고 노인 암환자의 신체건강이나 정신건강 관련 삶의 질은 경제적 상황과 밀접한 관련을 가지고 있었다. 이러한 결과는 소득이 높은 사람의 삶의 질이 더 양호함을 밝힌 김유진 외(2003), 서연옥(2007), 김민영(2009), 이보영 외(2010)의 연구결과와 일치한다. 현재 우리나라는 '국민건강보험 암환자 특례산정제도'를 실행하고 있어 암환자는 진료비 총액의 5% 만을 부담하도록 하여 경제적 부담을 상당히 줄여주고 있다. 그러나 선택 진료비, 수술비나 주사제 중 일부, 상급병실 사용료, MRI 등의 비급여 항목과 식생활비 및 간병비 등에 대한 부담이 여전히 남아 있고, 이러한 요인들이 노인 암환자의 삶의 질에 상당한 비중으로 영향을 미치고 있다. 따라서 노인 암환자와 그 가족의 경제적 능력의 차이로 인하여 삶의 질에 미치는 영향을 줄일 수 있는 방안, 예를 들어 비급여 항목 중 암 진단과 치료비에 대하여 경제적 상황에 따라 차등적으로 의료비를 지원하는 방안 등이 사회복지정책 차원에서 모색되어야 할 것이다.

생활 스트레스는 노인 암환자의 신체건강과 정신건강 관련 삶의 질에 크게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 노인 암환자가 암 진단 후 치료과정에서 경험하는 생활 사건들은 크게는 간병해주던 배우자의 질병과 사망, 자녀의 퇴직으로 인한 경제적 상황 악화, 친구의 죽음, 작게는 가족 간 갈등과 일상생활을 유지하는데 있어서 겪는 작은 불편함까지 매우 다양하다. 따라서 노인 암환자의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 노인 암환자의 일상생활 유지에 따른 생활 스트레스 부담을 줄여주는 재가복지서비스와 노인 암환자와 간병가족 간의 갈등을 중재하는 가족 상담 프로그램이 필요함을 본 연구를 통해서 확인하였다.

## 2) 연구의 제한점 및 제언

본 연구는 노인 암환자의 삶의 질을 파악하고, 삶의 질을 향상시키기 위한 사회복지 차원에서의 방안을 모색하기 위해 시도된 연구이지만 몇 가지 제한점을 지니고 있다. 본 연구의 연구대상자인 노인

암환자는 암의 종류, 질환의 진행단계, 치료방법과 치료기간 등에 따라 매우 이질적인 특성을 지닐 수 있음에도 불구하고 본 연구에서는 이들을 하나의 집단으로 다루고 있다. 그리고 노인이 암을 진단 받은 시점부터 치료를 받고 그 경과를 관찰하는 과정, 즉 시간의 경과에 따라 다양한 변화를 보임에도 불구하고 횡단자료를 활용하고 있다는 제한점을 지니고 있다. 따라서 추후 연구에서는 노인 암환자의 질환 특성에 따라 집단을 구분하여 심층적인 연구를 할 필요가 있으며, 더 나아가 노인 암환자의 삶의 질의 변화를 추적 조사하는 종단패널연구가 필요하다.

둘째, 본 연구가 활용한 Taylor(2012)의 스트레스-대응 과정 모델은 스트레스 대응자원을 조절 또는 매개변수로 하여 선행변인인 스트레스가 스트레스에 대응한 결과인 종속변수, 삶의 질에 영향을 미치는 과정을 설명하고 있다. 그런데 본 연구는 스트레스 대응자원이 삶의 질에 미치는 영향에만 초점을 맞추어 선행변인인 암 또는 만성질환의 진단과 치료로 경험하는 스트레스가 삶의 질에 미치는 영향은 다루지 못하고 있다는 한계점을 지니고 있다. 따라서 Taylor의 스트레스-대응 과정 모델을 충실히 반영한 후속 연구가 시도되길 제안한다. 셋째, 본 연구는 삶의 질을 건강관련 삶의 질을 측정하는데 국한함으로써 노년기의 삶에 대한 수용, 영성, 초월과 같은 삶의 질의 다른 측면을 간과하고 있다는 제한점을 지니고 있다. 본 연구결과 노인 암환자의 정신 건강관련 삶의 질이 중년 암환자와 유사함이 밝혀졌는데, 이러한 결과를 설명함에 있어서 노년기 심리적 특성, 예를 들어 삶에 대한 수용이나 영성, 초월, 또는 정서적 통제 능력과 같은 심리적 기제 등이 어떻게 작용하였는지 설명하지 못하였다. 따라서 후속 연구에서는 노인 암환자의 삶의 질을 건강 관련 삶의 질과 함께 영성과 초월성 등을 포괄적으로 다루어야 할 것이다.

## 참고문헌

- 강임옥·윤영호, 2004, “노인 암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 대한 예비조사”, 『가정의학회지』, 25: 678-686.
- 김경혜·최혜란·이연순·조현진·이수연·이선미, 2006, “두경부암 환자의 수술후 삶의 질에 미치는 영향요인”, 『임상간호연구』, 12(2): 41-51.
- 김광일·소형석·민성길, 2002, “암환자의 삶의 질 연구”, 『사회정신의학회지』, 7(2): 116-122.
- 김민영, 2009, “항암화학요법 시행초기 암환자의 증상 및 삶의 질 변화양상”, 『대한간호학회지』, 39(3): 433-445.
- 김석일, 2010, “필라테스 매트워 프로그램 참여자의 운동정서와 낙관성 및 희망의 관계”, 『한국스포츠심리학회지』, 21(2): 63-76.
- 김수현·김교현, 2012, “낙관성 향상 프로그램의 개발과 그 효과: 대안적 사고능력의 매개효과”, 『한국심리학회지:임상』, 31(2): 541-560.
- 김연주·이창현·백우현·김나영·박영수·정숙향·황진혁·이광혁·정현채·송인성·김형호·이혜승·이동호, 2007, “국내 노인 위암 환자의 임상적 및 병리학적 특성”, 『대한내과학회지』, 72(3): 256-265.
- 김유진·유희정·김진철·한오수, 2003, “직장암 환자들의 수술 전 삶의 질 양상: 남녀 집단별 비교분

- 석”, 『한국심리학회지:임상』, 22(4): 743-762.
- 변재광 · 이정필 · 박진영 · 김용미 · 이은화 · 장기홍 · 유희석, 2006, “자궁 경부암 환자에 있어서 삶의 질에 영향을 미치는 요인”, 『대한산부회지』, 49(12): 2564-2573.
- 서연옥, 2007, “유방암 환자의 삶의 질 영향요인”, 『대한간호학회지』, 37(4): 459-466.
- 양영희, 2003, “방사선 치료를 받는 암환자의 피로, 삶의 질 및 신체 증상의 변화 양상”, 『대한간호학회지』, 33(5): 562-569.
- 오현옥, 2011, “여가스포츠 참여 노인의 자기조절, 활력, 낙관성의 관계”, 『한국사회체육학회지』, 45(1): 637-646.
- 윤현숙, 1995, “『Sickness Impact Profile』을 이용한 신체질환자의 삶의 질에 관한 연구”, 『한국사회복지학』, 25(3): 105-128.
- 이보영 · 조희숙 · 권명순, 2010, “일 지역에 거주하는 암환자의 삶의 질, 정신건강 및 주관적 건강상태 조사”, 『한국보건간호학회지』, 24(1): 49-60.
- 이주영 · 최스미, 2007, “항암화학요법을 받는 부인암 환자의 삶의 질에 관한 연구”, 『여성건강간호학회지』, 3(94): 290-298.
- 이형석 · 이석영 · 서지현 · 광경근 · 정수진 · 이광혁 · 박영수 · 황진혁 · 김진옥 · 정숙향 · 김나영 · 이동호 · 정현채 · 송인성, 2007, “장년 대장암 환자와의 비교를 통해 본 노인 환자의 특성”, 『대한소화기내시경학회지』, 34: 76-82.
- 정경희 · 오영희 · 이윤경 · 손창균 · 박보미 · 이수연 · 이지현 · 권중돈 · 김수봉 · 이소정 · 이용식 · 이윤환 · 최성재 · 김소영, 2012, 『2011년 노인실태조사』, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
- 정연경 · 김윤환 · 최영식 · 이상은 · 강석범 · 전용탁 · 김재원 · 박노현 · 송용상 · 강순범 · 이효표, 2005, “65세 이상과 40대 상피성 난소암 환자의 치료관련 임상 양상 비교”, 『대한산부회지』, 48(2): 314-322.
- 차미연 · 나연경 · 홍해숙, 2012, “폐경기 여성 웃음치료 프로그램이 낙관성, 자아존중감 및 우울에 미치는 효과”, 『여성건강간호학회지』, 18(4): 248-256.
- 천상순 · 최소영, 2010, “유방암 환자의 질병단계에 따른 가족지지, 스트레스 및 삶의 질과의 관계”, 『여성건강간호학회지』, 16(1): 10-19.
- 최유연 · 손정탁, 2012, “긍정 심리치료가 사회 공포증 경향이 있는 대학생의 사회 불안, 낙관성 및 주관적 안녕감에 미치는 영향”, 『한국심리학회지: 건강』, 17(3): 573-588.
- 통계청, 2011, 『2010년 사망원인통계결과』.
- \_\_\_\_\_, 2012, 『고령자 통계』.
- 허혜경 · 김대란 · 김대화, 2003, “암환자의 치료 부작용, 가족지지, 삶의 질의 관계연구”, 『대한간호학회지』, 33(1): 71-78.
- 홍세희, 2008, 『구조방정식 모형: 초급, 중급, 홍세희 교수의 고급연구방법론 워크샵 시리즈 4』, 서울: S&M 리서치 그룹.
- Baker, F., Haffer, S. C., and Denniston, M., 2003, “Health-related quality of life of cancer and noncancer patients in Medicare managed care”, *Cancer*, 97(3): 674-681.
- Ballinger, R. S., and Fallowfield L. J., 2009, “Quality of life and patient-reported outcomes in the older breast cancer patient”, *Clinical Oncology*, 21(2): 140-155.
- Baum, A., 1990, “Stress, intrusive imagery, and chronic distress”, *Health Psychology*, 9: 653-675.
- Charlson, M. A., Pompei, P., Ales, K. L., and MacKenzie, C. R., 1986, “A new method of classifying



- prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation", *Journal of Chronological Disease*, 40(5): 373-383.
- Cicero, V., Coco, G. L., Gullo, S., Verso, G., L., 2009, "The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer", *Psycho-Oncology*, 18: 1045-2009.
- Cohen, F., and Lazarus, R. S., 1979, "Coping with the stress of illness", 217-254, in *Health Psychology: A Handbook*, edited by Stone, C. C., Cohen, F., and Adler, N. E., San Francisco: Jossey-Bass.
- Esbensen, B. A., Osterlind, K., Roer, O., and Hallberg, I. R., 2004, "Quality of life of elderly persons with newly diagnosis cancer", *European Journal of Cancer Care*, 13: 443-453.
- Freidman, L., Kalida, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husin, I., Dulay, M. and Liscum, K., 2006, "Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer", *Psycho-Oncology*, 15: 595-603.
- Fries, J. F., and Singh, G., 1990, "The hierarchy of patient outcome", 33-40, in *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, edited by Spilker B., New York: Raven Press.
- Garman, K. S., Pieper, C. F., Seo, P., and Cohen, H. J., 2003, "Function in elderly cancer survivors depends on comorbidities", *Journal of Gerontology*, 58A(11): 1119-1124.
- Hamburg, D. A., and Adams, J. E., 1967, "A perspective on coping behavior: Seeking and utilizing information in major transitions", *Archives of General Psychiatry*, 17(3): 277-284.
- House, J. S., Umberson, D., and Landis, K. R., 1988, "Structures and processes of social support", *Annual Review of Sociology*, 14: 293-318.
- Keating, N. L., Norredam, M., Landrum, M. B., Huskamp, H. A., and Meara, E., 2005, "Physical and mental health status of older long-term cancer survivors", *Journal of American Geriatric Society*, 53: 2145-2152.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S., 1984, *Stress, Appraisal, and Coping*, New York: Springer.
- Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., and Scholz, U., 2013, "Social support and quality of life among lung cancer patients: A systematic review", *Psycho-Oncology*, 22: 2160-2168.
- Maric, D., Jovanovic, D., Golubicic, I., Dimic, S., and Pekmezovic, T., 2010, "Health-related quality of life in lung cancer patients in Serbia: Correlation with socio-economic and clinical parameters", *European Journal of Cancer Care*, 19: 594-602.
- Moos, R. H., 1988, *The Coping Responses Inventory Manual*, Palo Alto, CA: Social Ecology Laboratory, Stanford University and Department of Bererans Affairs Medical Center.
- Priestman, T. J., and Baum, M., 1976, "Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer", *Lancet*, 1: 899-901.
- Rustoen T., Moum T., Wiklund I., and Hanestad B. R., 1999, "Quality of life in newly diagnosed cancer patients", *Journal of Advanced Nursing*, 29: 490-498.
- Scheier, M. F., and Carver, C. S., 1985, "Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies", *Health Psychology*, 4(3): 219-247.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., and Bridges, M. W., 2002, "Optimism, pessimism, and psychological wellbeing", 189-217, in *Optimism and Pessimism: Implication for Theory, Research, and Practice*, edited by Chang, E. C. Washington DC: American Psychological Association.

- Schipper, H., Clinch, J., and Olweny, C., 1990, "Quality of life: Definitions and conceptual issues", 11-24, in *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, edited by Spilker B., New York: Raven Press.
- Spilker, B., 1990, *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*, New York : Raven Press.
- Taylor, S. E., 2012, *Health Psychology*, New York : McGraw Hill.
- Taylor, S. E., 1983, "Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation", *American Psychology*, 38(11): 1161-1173.
- Thome, B., and Hallberg, I. R., 2004, "Quality of life in older people with cancer - a gender perspective", *European Journal of Cancer Care*, 13: 454-463.
- Ware, J. E. Jr., and Sherbourne, C. D., 1992, "The MOS 36-item short-form health survey(SF-36): Conceptual framework and item selection", *Medical Care*, 30(6): 473-83.
- Zenger, M., Brix, C., Borowski, J., Stolzenburg, J., and Hinz, A., 2010, "The impact of optimism on anxiety, depression and quality of life in urogenital cancer patients", *Psycho-Oncology*, 19: 879-886.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., and Farley, G. K., 1988, "The Multidimensional Scale of Perceived Social Support", *Journal of Personality Assessment*, 52(1): 30-41.

## Quality of Life of Older Cancer Patients in Comparison with Older Chronic Disease Patients and Middle-Aged Cancer Patients

Lim, Yeonok

(Hallym University Institute of Aging)

Kim, Yojin

(Hallym University)

Yoon, Hyunsook

(Hallym University)

Quality of life(QoL) of older cancer patients have not gained enough attention from researchers even when cancer is the number one cause of death of Korean elderly. Therefore, this study aims at understanding the QoL of older cancer patients and factors related to it, applying Taylor(2012)'s Stress-Coping Process model, and by comparing with older chronic disease patients and middle-aged cancer patients. Results indicated that physical health QoL of older cancer patients was the worst and their mental health QoL was similar with middle aged cancer patients. Multi-group analysis of Structural Equation Modeling indicated that the relation between QoL and the stress coping resources was not statistically different from older cancer patients and older chronic disease group, as well older cancer patients and middle-aged cancer patients. Implications of results to improve the QoL of older cancer patients are discussed.

Key words: Old Cancer Patients, Quality of Life, Family Support, Friend Support, Optimism, Economic Conditions, Life Stress

[논문 접수일 : 13. 09. 29, 심사일 : 13. 10. 09, 게재 확정일 : 13. 11. 18]