

암생존자 가족의 건강 관련 삶의 질에 대한 영향 요인 : 투병 중인 암환자 가족과의 비교를 중심으로

이인정
호서대학교 사회복지학부 부교수

Predictors on the Health-Related Quality of Life in Families with Cancer Survivor : Focusing on the Comparison with Families of Cancer Patient Receiving Treatments

In-Jeong Lee
Associate Professor, School of Social Welfare, Hoseo University

요 약 본 연구는 암생존자 가족의 삶의 질 증진을 위한 기초자료를 마련하고자 수행된 횡단적 연구설계의 융합연구이다. 연구대상은 국민건강영양조사 2015년 자료에서 암생존자 가족 153명, 투병 중인 암환자의 가족 115명을 선정하여 이들의 삶의 질을 비교 검증하였다. 연구방법은 삶의 질에 대한 영향 요인으로 인구사회학적, 건강, 심리적, 사회적 변인을 구성하여 위계적 다중회귀분석을 시행하였고 이를 SPSS WIN/18.0을 이용하여 분석하였다. 연구결과, 암생존자 가족과 투병환자 가족 간 삶의 질에 대해 심리적, 사회적 변인에서 다른 양상을 보였고, 암생존자 가족의 삶의 질에 스트레스($\beta=-.192, p<.05$), 경제활동에서의 배제($\beta=-.191, p<.05$)가 유의미한 부정적 영향을 미치고 있었다. 본 연구는 암생존자 가족과 투병환자 가족 간 삶의 질 영향 요인의 상대적 영향력이 다른 양상을 보여 생존단계별로 적합한 개입의 필요성에 대해 의료사회복지 실천에 임상적 함의를 제공하였다.

주제어 : 융합, 암 생존자 가족, 암환자의 가족, 건강관련 삶의 질, 우울, 스트레스, 사회적 배제

Abstract The purpose of this convergence study was to evaluate and to identify predictors of health-related quality of life(HRQoL) of families with cancer survivor(FCS) focusing on the comparison of families with cancer patient(FCP) receiving treatments. The research was conducted with the data for 153 FCS and 115 FCP taken from the 6th wave of the Korea National Health and Nutrition Examination Survey. The independent variables included socio-demographic, health related, psychological and social factors. The data were analyzed by hierarchical multiple regression analysis using SPSS/WIN 18.0. The results showed different patterns of predictors on the HRQoL of FCS and FCP. In FCS, the statistically significant factors were stress($\beta=-.192, p<.05$) and exclusion from economic activities($\beta=-.191, p<.05$). Therefore, families of cancer patients also need appropriate interventions for each stage of the disease.

Key Words : Convergence, Families with Cancer Survivor, Families with Cancer Patient, Health related Quality of Life(HRQoL), Depression, Distress, Social Exclusion

*This research was supported by the Academic Research fund of Hoseo University in 2016(No.20160292)

*Corresponding Author : In-Jeong Lee(mirrang@naver.com)

Received September 13, 2018

Revised November 1, 2018

Accepted November 28, 2018

Published November 28, 2018

1. 서론

가족 중 한 명이 병에 걸리면 모든 가족 구성원은 삶의 다양한 영역에서 영향을 받게 된다. 그것이 생명에 치명적 위협을 가하는 질환이고 오랜 기간 지속적인 돌봄이 요구되는 것이라면 더욱 심각한 심리사회적 위기가 초래될 것은 명약관화하다. 이런 이유로 수년간 우리 사회 사망원인 1위를 고수하고 있는 암은 ‘가족 사건(family affair)’이라고 일컬어진다[1]. 즉, 한 개인을 죽음에 직면케 하는 암의 고통은 환자에게만 국한되지 않고 그 가족에까지 영향을 미쳐 가족 전체에 위기를 초래하는 것이다[2]. 암환자의 가족들은 일반적으로 수술, 항암치료 등 급성기 치료가 진행되는 기간인 1년 이상 환자를 돌보는 복잡하고 다양한 활동들을 수행해야 한다[3]. 또한, 변화된 가족 내 역할 부담들을 감당하면서 사회생활도 일정 부분을 포기하거나 조정하게 된다[4]. 이로 인해 가족들은 신체적, 심리적으로 높은 피로와 낮은 주관적 건강 인식으로[5] 환자보다 더 심한 디스트레스(distress)를 경험하기도 한다[6]. 이는 가족 관계에도 영향을 미쳐 가족 해체와 분기로까지 이어지기도 한다[7].

이러한 가족의 고통과 부담은 환자가 투병 중일 때만 발생하는 것이 아니라 치료가 종결된 이후에도 지속된다는 점에서 더욱 심각한 문제라고 할 수 있다. 치료 종결 후 환자는 의료체계로부터 멀어지는 것에 대한 불안, 재발 위험에 두려움, 전반적 신체적 쇠약과 사회적 역할 수행의 부담 등을 경험하게 된다. 이때 가족은 환자의 심리적, 물질적 지원이 되기도 하지만, 환자가 경험하는 불안과 두려움을 함께 경험하기도 한다[8]. 다수의 연구에서 암생존자의 일상생활로의 복귀 과정에서 가족도 암생존자만큼 또는 그 이상의 심리사회적 문제를 경험하게 되는 것으로 보고되고 있다. 구체적으로 살펴보면, Lambert et al.(2013)이 암생존자 가족을 조사한 결과, 연구대상자의 1/3은 불안을 보였고 문제를 회피하고 적절한 도움을 받지 못하면서 일상적 활동들에서 어려움을 겪었다[9]. 이 문제가 해결되지 않으면 치료가 필요할 정도의 심각한 만성적 불안과 우울로 이어지기도 한다고 하였다[10]. 또한, Maquire et al.(2017)은 두경부암생존자의 가족들을 대상으로 재발 공포를 조사한 결과, 환자뿐만 아니라 이들을 돌보는 가족도 높은 불안과 공포를 나타냈고[11] 심한 경우 생존자 가족 중 외상후스트레스증상(posttraumatic symptom)과 같은 심리적 문제를 겪는

다고 보고하였다[12].

이러한 암생존자 가족의 심리사회적 문제는 암생존자와 상호의존적 관계로 그 영향을 주고받게 된다는 점에서 암관리 정책과 서비스 영역에서 중요하게 다룰 필요가 있다. Altschuler et al.(2017)은 대장암생존자를 대상으로 가족과의 상호성과 돌봄 욕구 충족에 관한 연구를 통해 가족과 암환자가 상호관계가 있다는 사실을 밝혔으며, 대장암생존자가 일상의 사소한 도움부터 장루관리까지 가족에게 의지하게 되는데 가족간 상호성이 낮은 경우 가족에게 적절한 도움을 받기 어렵다고 하였다[13]. 이처럼 환자의 치료 종결 이후에도 가족이 삶의 여러 영역에서 지속적으로 어려움을 겪게 되고 이를 극복하지 못할 때 암생존자에도 부정적 문제들을 초래하게 될 가능성은 커지게 된다. 특히 가족은 암생존자의 일차적 지원으로 생존자 관리를 위한 의료전달체계의 주요 자원이 될 뿐만 아니라[14] 가족의 지지가 암생존자의 생존율에까지 영향을 미친다고 보고되고 있을 정도로 중요한 의미를 지니고 있으므로[15] 이들을 이해하고 적절한 심리사회적 지원을 제공할 필요성이 매우 높다 하겠다. 더욱이 우리나라 암생존자가 150만 명에 육박하고 있으며 치료성적이 향상되어 앞으로 생존자의 수의 급증이 예상되는 현시점에서 이들 생존자 가족에 대해 고려와 개입이 필요하다고 하겠다.

국외에서는 암생존자 가족에 관한 연구가 다양하게 이루어지고 있는데 이들의 정신건강, 심리사회적 문제들을 검토하여 가족이 생존자의 건강관리와 적응에 매우 중요한 위치를 차지하고 있다는 사실들을 밝혀왔다. 국내에서도 투병 중인 암환자 가족들에 관한 연구들은 다수 이루어져 이들의 돌봄부담, 심리적 문제, 삶의 질 등 이해의 폭을 넓혀오고 있다. 하지만 치료가 종결된 암생존자 가족에 관한 연구는 매우 미미하며, 일부 이루어진 연구도 가족의 지지 정도나 건강관리인식 등이 암생존자에게 어떠한 영향을 미치는지를 검토하였을 뿐 암생존자 가족만의 독특한 문제들을 명확하게 이해하는 데 한계가 있었다. 이로 인해 암생존자 가족들이 암관리에 있어 매우 중요한 위치를 차지하고 있는데도 불구하고 사회적 지원이 미비할 수밖에 없었다.

이에 본 연구는 암생존자 가족에 대한 이해의 폭을 넓혀 이들에 대한 암관리 정책과 서비스를 제공하는 데 기초자료를 제공하고자 한다. 특히 본 연구는 이들의 건강 관련 삶의 질(health related quality of life)을 검토하고자

하는데 그 이유는 다음과 같다. 건강 관련 삶의 질은 개인이 경험하는 자신의 주관적 안녕 상태를 나타내는 것으로 이들에 대한 암관리 정책과 서비스 제공의 효과를 평가하는 데 지표가 되는 동시에 삶의 질 증진 자체가 개입의 목적이 되기 때문이다. 또한, 건강 관련 삶의 질은 심리적, 신체적 측면을 아우르는 다차원적 개념으로 관리의 추후 결과를 예견할 수 있는 중요 요인으로 인식되고 있다[16]. 이에 암생존자 가족의 건강 관련 삶의 질 수준과 영향 요인을 실증적으로 검증하여 이들을 위한 지원 방안 마련에 기초자료를 제공하고자 한다.

이러한 암생존자 가족의 건강 관련 삶의 질 수준과 영향 요인들을 더욱 깊이 있게 검토하기 위해 본 연구는 투병 중인 암환자 가족과 비교하여 검증하고자 한다. 임상적으로 환자가 투병 중인 상태와 치료가 종결된 상태와는 다른 돌봄 욕구가 있을 수 있으며 이에 따라 가족의 부담과 삶의 질에도 변화가 있을 수 있음에도 불구하고 다수의 연구에서 이들을 비교하는 연구들이 거의 없는 상황이다. 이에 따라 암생존자 가족 지원 시 기존의 투병 중인 암환자 가족에 대한 이해를 바탕으로 정책과 서비스가 이루어지는 한계가 있었다. 이에 본 연구는 투병환자 가족과 암생존자 가족의 두 집단의 삶의 질 수준을 비교 검증하고, 삶의 질에 대한 영향 요인들의 상대적 영향력이 집단 간 어떠한 양상을 보이는지 검증하여 각 집단에 적합한 지원이 이루어지는 데 기여 하는 것을 목적으로 수행되었다.

2. 연구방법

2.1 연구대상

본 연구대상은 패널자료인 국민건강영양조사 제 6기(2013-2015)중 2015년 데이터에서 표본을 추출하였다. 해당 자료는 질병관리본부 국민건강영양조사 홈페이지(<https://knhanes.cdc.go.kr>)에 공개된 원시 자료를 받아 사용하였고 연구결과물을 추후 보고하는 체계로 운영된다. 국민건강영양조사는 보건복지부의 질병관리본부 주관으로 매년 시행되고 있는 전국단위 조사로 전체 대표성이 매우 높은 조사이다. 표본크기를 검토하기 위해 G power를 통해 유의수준 0.05, 검정력 0.8, 효과크기 0.15로 설정하여 검증한 결과 123명이 도출되었다. 이를 바탕으로 표본을 추출하였으며, 2015년 전체 응답자는 8,018

명이었고 이 중 가족 내 암환자가 있다고 응답한 가구원 334명을 일차로 추출하였다. 이 중 연령이 19세 미만인 64명을 제외하고 270명을 추출하였고, 가족내 암생존자와 투병 중인 환자가 모두 포함된 경우 2명을 제외하여 최종적으로 268명을 대상으로 분석하였다. 암생존자의 가족은 153명, 치료 중인 환자의 가족은 115명이었다.

2.2 연구도구

2.2.1 건강관련 삶의 질

건강관련 삶의 질(health related quality of life)은 EQ-5D-3L index[17]를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 한국질병관리본부에서 EuroQol Group에 승인을 얻어 표준안을 제시한 것으로[18] 5개 하위차원으로 구성되는데 운동능력(mobility), 자기관리(self-care), 일상활동(usual activities), 통증/불편(pain/discomfort), 불안과 우울(anxiety/depression) 등을 각 1문항으로 질문하며, 척도 전체는 총 5개의 문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 '문제가 없음'은 1로, '다소 문제가 있음'은 2, '매우 심하게 문제가 있음'은 3으로 세 가지 수준으로 응답하게 된다. EQ-5D-3L index는 가중치부여공식을 이용하여 삶의 질 수준을 계산하는데[18] -0.0171에서 1 사이의 값을 가지게 되며, 건강관련 삶의 질이 좋을수록 값은 커지게 된다. 본 도구를 암생존자에게 사용한 Lee(2016)의 연구에서는 내적일치도가 .732이었으며 본 연구의 내적 일치도는 암생존자 집단이 .877, 투병환자 가족 집단 .706이 이었다.

2.2.2 인구사회학적 요인

암생존자 가족의 건강관련 삶의 질에 대한 인구사회학적 영향요인으로 성별, 교육, 결혼상태, 연령, 월평균소득, 건강보험형태를 <Model 1>에 투입하였다. 성별에 따른 삶의 질 차이는 다수의 연구에서 보고되고 있으며[19, 20], 교육 및 경제적 수준이 낮은 취약계층의 경우 삶의 질이 낮다고 보고한 연구들[21]에 토대를 두고 월평균소득, 건강보험형태를 모델에 투입하였다.

2.2.3 건강관련 요인

연구대상자의 건강관련 요인으로 주관적 건강인식을 활용하였다. 주관적 건강인식은 건강관련 삶의 질에 주요한 영향 요인으로 보고되고 있으며[22], 특히 암생존자의 삶의 질을 저하시키는 주요 요인으로 인식되고 있다 [20]. 이에 본 연구는 연구대상자의 주관적 건강인식이

삶의 질에 미치는 영향을 검증하였다. 주관적 건강인식은 질병관리본부의 국민건강영양조사 내용 중 1개 문항으로 구성된 질문으로[19] 암생존자의 삶의 질 연구에서 사용된 바 있다[20]. 자신의 평소 건강상태를 어떻게 생각하는지에 대한 답으로 ‘매우 좋음’부터 ‘매우 나쁨’까지 5점척도로 구성되어 있는 리커트 척도이다. 본래 척도는 점수가 낮을수록 건강상태를 좋다고 인식하는 것이나 본 연구에서는 역코딩하였고, 점수가 높을수록 주관적 건강상태를 좋은 것으로 인식하고 있음을 의미한다.

2.2.4 심리적 요인

연구대상자의 건강관련 삶의 질에 대한 심리적 영향 요인으로 우울과 스트레스를 투입하였다. 이 두 척도 모두 국민건강영양조사에서 사용된 것이다[19]. 정신건강 정도를 나타내는 대표적 우울은 삶의 질의 주요한 심리적 영향 요인으로[18] 지난 일주일간 우울을 경험했는지를 묻는 1개 문항으로 구성되었다[19]. 본 연구에서는 우울경험이 없는 경우 0으로 우울경험이 있을 경우 1로 코딩하여 투입하였다. 스트레스는 4점 리커트 척도로[19], 평소 일상생활 중 스트레스를 어느 정도 느끼는가를 묻는 1개 문항으로 구성되어 있다. 이 척도는 암생존자의 삶의 질은 검토한 Lee(2018)의 연구에서 사용된 바 있으며[20], 본 연구에서는 역코딩하였고 점수가 높을수록 인지된 스트레스가 높은 것을 의미한다.

2.2.5 사회적 요인

사회적 요인으로는 미충족 의료욕구와 경제활동배제를 투입하였다. 이 두 척도 모두 국민건강영양조사에 사용된 문항 1개로 구성되었다[19]. 미충족 의료욕구(unmet medical need)를 측정하기 위해 사용된 문항은 암생존자의 삶의 질에 관한 연구[20]에서 사용된 바 있다. 미충족 의료욕구는 최근 1년 동안 의료기관을 이용하고 싶었으나 병의원에 가지 못한 경험 여부를 묻는 1개 문항으로 의료서비스를 이용하지 못한 경험이 없으면 0, 그런 경험이 있으면 1로 코딩하였다. 최근 암과 같은 만성질환자 및 그 가족을 대상으로 사회적 배제 및 경제활동 배제가 삶의 질에 미치는 영향에 대해 논의가 탐색적 논의가 이루어지고 있는데[23] 이는 일반적인 소득수준, 취업상태만으로는 이들에게 미치는 사회구조의 영향을 검토하기 어렵고, 소득활동에 대한 의지에도 불구하고 사회에서 배제될 때 겪는 박탈감이 더 클 수 있기에 사회

구조적 차원의 문제의 영향력을 검토할 필요가 있기 때문이다. 이에 본 연구는 경제활동배제를 사회적 요인으로 투입하였다. 본 연구에서 경제활동배제는 소득활동에 대한 의지가 있음에도 불구하고 취업을 하지 못한 상태인지 그 여부를 살펴보았다. 즉, 소득활동을 하고 있는 중인 경우와 미취업상태라고 응답했지만 미취업 사유에 대해 필요를 느끼지 못해서, 학교나 학원에 재학/재원 중인 경우라고 응답한 경우는 취업의사가 없었기 때문에 경제활동 배제가 없다고 판단하여 0으로 코딩하였고, 미취업 사유에 대해 실업/구직 중, 간병 등 때문에 미취업 상태라고 응답한 경우는 경제활동상에 배제를 경험한 것으로 판단하여 1로 코딩하여 분석하였다. 이 문항에 대해 사회복지정책 교수 1인, 사회복지학 임상 교수 1인으로부터 내용타당도 검증을 거쳤다.

2.3 자료분석방법

본 연구의 분석방법은 먼저, 삶의 질 척도의 내적일치도 파악을 위해 투병환자 가족과 생존자 가족 집단 각각의 Cronbach's alpha를 산출하였다. 그리고 기술통계를 실시하여 연구대상자의 인구사회학적 특성을 파악하고 주요 변수의 분포특성을 검토하였다. t-test를 통해 주요 변수의 집단 간 평균차이를 검증하였고 상관관계 분석을 통해 주요 변수간 관련성을 검토하였다. 암생존자 가족 및 투병환자 가족의 건강관련 삶의 질에 대한 각 요인들의 영향력을 분석하기 위해 위계적 다중회귀분석을 실시하였고, 인구사회학적 요인, 건강관련요인, 심리적 요인, 사회적 요인을 차례로 투입하였다. 본 연구는 SPSS WIN 18.0으로 통계 처리하였다.

3. 연구결과

3.1 연구대상자의 인구사회학적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성을 검토한 결과, 성별의 경우 투병 중인 암환자 가족과 생존자 가족 모두 남성이 각각 58명(50.04%), 81명(52.99%)으로 여성보다 많았다. 교육 정도는 두 집단 모두 대졸 이상이 가장 많았는데 암환자 가족은 대졸이 46명(39.9%), 암생존자 가족은 43명(28.1%)이었다. 결혼상태의 경우 기혼인 경우가 암환자 가족은 80명(69.6%), 생존자 가족은 109명(70.6%)으로 두 집단 모두 기혼인 경우가 가장 많았다. 연령의

경우, 암환자 가족의 경우 평균 연령은 51.42±17.43세, 암생존자 가족은 53.97±18.40세이었고 두 집단 모두 60~69세가 각각 23명(20.0%), 38명(24.8%)으로 가장 높은 분포를 보였다. 월평균 소득은 암환자 가족의 경우 평균 384.73±270.12만 원, 암생존자 가족은 평균 362.75±297.19만 원이었고 두 집단 모두 301~500만 원 이하인 경우가 각각 25명(21.7%), 36명(23.5%)으로 가장 많았다. 건강보험의 유형을 살펴보면 두 집단 모두 대다수가 지역보험과 직장보험을 포함한 국민건강보험 적용을 받고 있었으며, 의료급여인 경우는 암환자 가족이 2명(1.7%), 암생존자 가족이 3명(2.0%)이었다. 취업상태를 살펴보면, 암환자 가족의 경우 57명(49.6%), 암생존 가족은 70명(45.8%)이 취업 중이었다. Table 1 참조.

3.2 주요 변수의 특성 및 집단 간 평균 차이검증 결과

본 연구모형의 주요 변수 분포를 기술통계를 통해 살펴본 결과, 주요 변수의 왜도와 첨도를 살펴본 결과 왜도가 3이상, 첨도가 10이상 되는 변수가 없어 정규성을 벗어난 변수는 없는 것으로 나타났다. 또한, 주요 변수별 투병환자 가족과 생존자 가족간의 평균 차이가 있는지를 살펴보았다. 그 결과, 본 연구의 종속변수인 건강 관련 삶의 질은 투병환자 가족의 0.94±0.09로 암생존자 가족의 0.19±0.16에 비해 높았으나 통계적으로 유의미하지는 않았다($t=1.495$). 주관적 건강 인식의 경우, 투병환자 가족이 3.05±0.79, 생존자 가족이 3.08±0.94로 생존자 가족의 주관적 건강인식이 투병환자 가족에 비해 높았으나 통계

Table 1. Socio-demographic characteristics

Characteristics	Classification	Families with cancer patients (N=115)		Families with cancer survivor (N=153)	
		N	%	N	%
Gender	Male	58	50.4	81	52.9
	Female	57	49.6	72	47.1
Education	Elementary	16	13.9	28	18.3
	Middle school	11	9.6	23	15.0
	High school	24	20.9	30	19.6
	College	46	39.9	43	28.1
	missing	0	0	18	15.7
Marital status	Married	80	69.6	109	70.6
	Bereaved	3	2.6	5	3.3
	Divorced	1	0.9	2	1.3
	Single	31	27.0	37	24.2
Age	20~29	19	16.5	26	17.0
	30~39	12	10.4	11	7.2
	40~49	21	18.3	17	11.1
	50~59	21	18.3	29	19.0
	60~69	23	20.0	38	24.8
	70~	19	16.5	32	20.9
	Mean±SD	51.42±17.43		53.97±18.40	
Monthly income	~100 million won	15	13.0	26	17.0
	101~200million won	20	17.4	34	22.2
	201~300million won	22	9.1	23	5.0
	301~500million won	25	21.7	36	23.5
	501~700million won	20	17.4	12	7.9
	701~1000million won	9	7.8	18	11.9
	1001million won~	4	3.5	4	2.6
	Mean±SD	384.73±270.12		362.75±297.19	
Insurance	National health insurance	110	95.7	150	98.0
	Medical benefit	2	1.7	3	2.0
	missing	3	2.6	0	0.0
Employment	employment	57	49.6	70	45.8
	unemployment	40	34.8	54	35.3
	missing	18	15.7	29	19.0

적으로 유의미하지 않았다. 스트레스의 경우 암투병환자 가족(2.18±0.74)보다 생존자 가족(2.21±0.86)의 스트레스 정도가 높은 것으로 나타났지만 통계적으로 유의미하지는 않았다. 삶의 질의 경우, 투병암환자 가족의 경우 0.94±0.09이었고, 생존자 가족은 0.91±0.16으로 투병암환자 가족의 삶의 질이 더 높은 것으로 나타났지만 그 차이가 유의미하지는 않았다. Table 2 참조.

3.3 건강 관련 삶의 질 하위요인별 집단 간 평균 차이검증

삶의 질의 하위요인별 두 집단 간 평균 차이가 있는지를 T 검증을 통해 분석하였다. 이때 하위요인별 평균값은 전체 삶의 질 점수를 계산하기 위해 가중치를 부여하지 않은 값으로, 원자료의 값의 평균값을 계산하여 분석한 것이다. 그러므로 평균 점수가 높다는 것은 삶의 질 수준은 낮은 것으로 이해할 수 있다. 삶의 질의 각 하위

요인별로 두 집단간 평균을 살펴보면 모든 하위요인에서 투병 중인 암환자 가족이 암생존자 가족보다 낮은 평균을 보였으나 이는 통계적으로 유의미하지는 않았다. Table 3 참조.

3.4 주요 변수의 상관관계 검증 결과

투병환자 가족과 생존자 가족의 건강 관련 삶의 질에 대한 영향 요인을 검증하기에 앞서 각 변수의 다중공선성을 점검하고 변수 간 관련성을 검증하기 위하여 Pearson 적률상관관계를 분석하였다. 이를 위해 성별, 결혼, 교육, 건강보험, 우울, 경제활동 배제는 더미변수 처리하였다. 각 변수는 다중공선성이 우려되는 수준인 .85 이상을 보이는 변수는 없었다. 삶의 질에 대해 교육, 월평균 소득, 주관적 건강 인식, 스트레스, 우울이 유의미한 상관관계를 보였다. Table 4 참조.

Table 2. Characteristics, Distribution and Mean difference of variables between groups

Variable	Gender	Min.	Max.	Mean±SD	Skewness (SD)	Kurtosis (SD)	t value(p)
Subjective Health Recognition	Families with cancer survivor (N=153)	1	5	3.08±.94	-.11(.21)	-.21(.43)	-.31(.755)
	Families with cancer patients (N=115)	1	5	3.05±.79	-.34(.24)	.69(.48)	
Stress	Families with cancer survivor (N=153)	1	4	2.21±.86	-.11(.21)	-.21(.43)	-.29(.765)
	Families with cancer patients (N=115)	1	4	2.18±.74	.39(.23)	.08(.47)	
Quality of Life	Families with cancer survivor (N=153)	.19	1.00	.91±.16	-2.6(.21)	7.42(.43)	1.49(.137)
	Families with cancer patients (N=115)	.56	1.00	.94±.09	-1.79(.24)	2.60(.48)	

Table 3. Mean difference in dimensions of quality of life between groups

Dimension of quality of life	Group	M±SD	t value(p)
Mobility quality of life	Families with cancer survivor (N=153)	1.22±0.45	-1.75(.080)
	Families with cancer patients (N=115)	1.12±0.33	
Self-care quality of life	Families with cancer survivor (N=153)	1.10±0.33	-1.00(.318)
	Families with cancer patients (N=115)	1.06±0.28	
Usual activities quality of life	Families with cancer survivor (N=153)	1.15±0.40	-.56(.576)
	Families with cancer patients (N=115)	1.12±0.33	
Pain/discomfort quality of life	Families with cancer survivor (N=153)	1.32±0.57	-.41(.675)
	Families with cancer patients (N=115)	1.29±0.52	
Anxiety/depression quality of life	Families with cancer survivor (N=153)	1.15±0.40	-.56(.576)
	Families with cancer patients (N=115)	1.12±0.33	

Table 4. Correlations among variables

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1	-.072	-.132	.258*	.000	.056	.118	.051	-.104	-.093	-.252*
2	-.116	1	.738**	-.461**	-.046	-.179	-.175	-.174	-.239*	.073	-.065
3	-.013	.799**	1	-.404**	-.083	.055	-.137	-.178	-.128	-.061	-.063
4	.15	-.583**	-.498**	1	.096	.229*	.199	.125	.051	-.169	-.064
5	-.039	.049	.030	.093	1	.154	.008	.025	.036	.058	-.238*
6	.035	-.336**	-.208	.425**	.095	1	.161	-.034	.092	-.208*	-.110
7	.205*	-.335**	-.195**	.345**	.148	.209*	1	-.315**	-.228*	-.222*	-.100
8	-.152	-.133	.027	-.049	-.138	.114	-.163	1	.356**	.081	.073
9	-.210*	.044	.042	-.184*	-.212*	-.168	-.264**	.417**	1	.039	.117
10	-.197*	.265**	.151	-.209*	-.213*	-.266**	-.367**	-.001	.140	1	.109
11	-.089	.109	.002	-.252**	-.129	.232**	-.354**	.202*	.271**	.114	1

1. gender 2. age, 3. marriage, 4. education 5. insurance, 6. monthly income, 7. subjective health recognition, 8. stress 9. depression 10. exclusion from economic activities 11. quality of life

* p<0.5, **p<.01

Note: The upper diagonal triangular part of the table is the result of correlation between variables in families with cancer survivor.

Table 5. Hierarchical multiple regressions of health related quality of life in families with cancer survivor comparing with families with cancer patient

Variables	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	Families with cancer patients (N=115)	Families with cancer survivor (N=153)	Families with cancer patients (N=115)	Families with cancer survivor (N=153)	Families with cancer patients (N=115)	Families with cancer survivor (N=153)	Families with cancer patients (N=115)	Families with cancer survivor (N=153)
	β	β	β	β	β	β	β	β
gender†	.072	.170*	.041	.123	.053	.055	.010	.030
age	-.519**	-.485**	-.489**	-.373*	-.515**	-.456**	-.519**	-.411**
marriage†	.372*	.311*	.375**	.253	.362*	.302*	.343*	.267*
education†	.161	.092	.117	.039	.137	.017	.130	.010
insurance†	-.081	.107	-.072	.053	-.070	-.021	-.109	-.064
monthly income	.076	.102	.044	.101	.041	.094	.022	.053
Health factor								
subjective health recognition			.343**	.296**	.270**	.238**	.252*	.166
Psychological factors								
stress					-.179*	-.191*	-.173	-.192*
depression					-.017	-.159	-.002	-.145
Social factors								
unmet medical need†							-.195*	-.118
exclusion from economic activities†							-.040	-.191*
constant	1.080	.866	.942	.748	1.028	1.010	1.093	1.132
R2	.219	.210	.329	.279	.357	.351	.393	.388
adj.R2	.167	.169	.275	.236	.290	.300	.313	.328
F	4.168***	5.137***	6.157***	6.369***	5.308***	6.799***	4.936***	6.409***
R2 change	.219	.210	.109	.069	.028	.072	.035	.037

* p<0.5, **p<.01, ***p<.001

† dummy variable: reference variable-gender(0=female, 1=male), marriage(0=no spouse, 1=marriage), education(0=high school graduation, 1=college), insurance(0=medical benefit, 1=National health insurance), unmet medical need(0=no unmet medical need 1=unmet medical need), exclusion from economic activities(0=no exclusion from economic activities, 1= exclusion from economic activities)

3.5 연구모형 검증

투병환자의 가족과 생존자 가족의 건강 관련 삶의 질에 대한 영향 요인과 그 영향력을 비교 검증하기 위해 위계적 회귀분석하였다. 위계적 회귀분석 단계별로 인구사회학적 변인, 신체적 건강 변인, 심리적 변인, 사회적 변인을 투입하여 검증하였다. Table 5 참조.

단계별 분석 결과를 살펴보면, 먼저 Model 1은 인구사회학적 변인인 성별, 연령, 결혼상태, 교육, 건강보험, 월평균 소득을 투입하였고, 투병환자 가족의 건강 관련 삶의 질을 21.9% 설명하고 있었으며 생존자 가족집단의 경우 20.0%의 설명력을 보였다. Model 1에 투입한 변인 중 두 집단 모두 연령과 결혼상태가 유의미한 영향력을 보였다. 나이가 많을수록 두 집단 모두 삶의 질이 낮았고(투병환자가족: $\beta = -.519, p < .01$, 생존자 가족: $\beta = -.485, p < .01$), 결혼상태를 유지하고 있는 집단이 그렇지 않은 경우에 비교해 삶의 질이 높았다(투병환자가족: $\beta = .372, p < .05$, 생존자 가족: $\beta = .311, p < .05$).

2단계에서는 건강요인으로 주관적 건강 인식 정도를 투입하였다. 1단계에 비해 모델의 설명력이 투병환자가족은 0.109% 증가하여 32.9%, 암생존자 가족은 0.069% 증가하여 27.9%의 설명력을 보였다. 1단계에서 유의미한 영향력을 보인 연령은 Model 2에서도 두 집단 모두에서 유의미한 부적 영향력을 보였다. 하지만 결혼상태는 투병환자 가족에서는 유의미하였지만($\beta = .372, p < .01$), 생존자 가족에서는 유의미하지 않았다($\beta = .253, t = 1.860$). Model 2에서 새로 투입한 변수인 주관적 건강인식은 두 집단 모두에서 유의미한 정적 영향을 보였다(투병환자가족: $\beta = .343, p < .001$, 생존자 가족: $\beta = .296, p < .01$).

3단계에서는 심리적 요인으로 스트레스 인지 정도와 우울 변수를 투입하였다. Model 3은 건강관련 삶의 질에 대해 투병환자 가족의 경우 35.7%, 생존자 가족의 삶의 질은 35.1%의 설명력을 보였고 이는 Model 2보다 각각 2.8%, 7.2% 증가한 것이다. 각 요인의 구체적 영향력을 살펴보면 Model 1, 2에서 유의미한 변인이었던 연령은 Model 3에서도 유의미한 부적 영향을 보였다(투병환자가족: $\beta = -.515, p < .01$, 생존자 가족: $\beta = -.456, p < .01$). 결혼상태는 두 집단 모두 통계적으로 유의미한 영향력을 보였다(투병환자가족: $\beta = .362, p < .05$, 생존자 가족: $\beta = .302, p < .05$). Model 2에서 유의미한 영향력을 보였던 주관적 건강 인식도 두 집단 모두 여전히 유의미한 정적 영향력을 보였다(투병환자가족: $\beta = .270, p < .01$, 생존자

가족: $\beta = .238, p < .01$). Model 3에서 투입한 심리적 요인 중 우울은 건강관련 삶의 질과 부적 관계였지만 유의미하지는 않았으며, 스트레스는 두 집단 모두 유의미한 부적 관계였다(투병환자가족: $\beta = -.179, p < .05$, 생존자 가족: $\beta = -.191, p < .05$).

사회적 요인으로 미충족 의료욕구와 경제활동에서의 배제 변인을 투입한 Model 4는 건강관련 삶의 질에 대해 투병환자가족의 경우 39.3%($R^2 = .393$), 생존자 가족 38.8%($R^2 = .388$)의 설명력을 보였다. Model 4에서도 모든 단계에서 유의미한 변인이었던 연령은 두 집단 모두 유의미한 영향을 미치고 있었으며, 변인 중 가장 큰 영향력을 미치고 있었다(투병환자가족: $\beta = -.519, p < .01$, 생존자 가족: $\beta = -.411, p < .01$). 연령과 함께 인구사회학적 변인 중 결혼여부도 두 집단 모두의 건강관련 삶의 질에 유의미한 정적 영향을 미치고 있었다(투병환자가족: $\beta = .343, p < .05$, 생존자 가족: $\beta = .267, p < .05$). 주관적 건강인식은 투병환자 가족은 유의미한 정적 영향을 미치고 있었으나($\beta = .252, p < .05$) 생존자 가족은 정적 관계지만 유의미하지는 않았다($\beta = .166$). 심리적 요인의 하위 변인들은 투병환자 가족의 건강 관련 삶의 질에 유의미한 영향을 미치지 않았으며, 생존자 가족의 삶의 질에 대해서만 스트레스 유의미한 부적 영향을 미치고 있었다($\beta = -.192, p < .05$). Model 4에서 사회적 요인으로 투입한 미충족 의료욕구는 투병환자 가족의 건강관련 삶의 질에는 유의미한 부적 영향을 미치고 있었으나($\beta = -.195, p < .05$), 생존자 가족에게는 유의미한 영향을 미치지 않았다. 반대로 경제활동배제는 투병환자 가족의 삶의 질에는 유의미한 영향을 나타내지 않았지만, 생존자 가족에게는 유의미한 부적 영향을 미치고 있었다($\beta = -.191, p < .05$).

4. 논의

본 연구는 암생존자 가족의 건강 관련 삶의 질을 검토하고 영향 요인들의 상대적 영향력을 검증하였다. 보다 면밀한 검토를 위해 본 연구는 투병 중인 환자 가족집단과의 삶의 질 비교를 통해 암생존자 가족의 삶의 질을 실증적으로 검증하였다. 전국단위 조사인 국민건강영양조사 2015년 패널 자료를 활용하여 치료가 종결된 암생존자 가족 153명, 투병 중인 암환자 가족 115명을 대상으로 건강관련 삶의 질의 수준과 관련 영향 요인들의 영향력

을 분석하였다. 이를 통해 도출된 주요 결과를 바탕으로 논의하면 다음과 같다.

먼저, 암생존자 가족의 삶의 질 수준은 투병환자 가족과 유의미한 차이를 보이지 않았다. 수술, 항암화학치료 및 방사선치료 등 환자와 가족 모두에게 디스트레스를 유발하는 급성기 치료가 종결되면 환자와 가족 모두 삶의 질이 나아질 것이라는 예상이 일반적일 수 있다. 하지만 이러한 예상과는 달리, 본 연구에서는 통계적으로 유의미하지는 않았지만, 생존자 가족의 삶의 질이 투병 중인 환자 가족보다 좋지 못한 것으로 나타났고, 삶의 질의 하위영역별 비교에서도 모든 영역에서 생존자 가족의 삶의 질이 낮은 수준을 보였다. 이러한 결과는 암 치료 종결 이후에도 그 가족들이 생존자 가족의 삶의 질이 나아지지 못할 가능성을 시사하는 것으로, Lambert et al.(2017)은 치료가 종결된 지 5년이 되는 해에 암생존자와 그 배우자를 조사한 결과, 배우자들의 정신건강과 신체적 기능이 매우 낮거나 손상되어 있다는 보고와 일맥상통하는 결과라 하겠다[24]. 또한 Mishra et al.(2018)은 청년층 암생존자의 가족의 삶의 질을 조사한 결과 암생존자의 가족들은 암으로 인해 불안, 우울, 고립, 두려움, 경제적 어려움과 같은 문제들을 경험한다고 하였는데 [16] 이러한 선행연구와 본 연구결과를 토대로 볼 때, 암 치료 종결 이후 암환자 관리에 있어서 그 가족을 포함하여 한 단위(unit)로 한 서비스 제공 필요성이 제기된다 하겠다.

또한, 암생존자 가족의 건강 관련 삶의 질에 가장 강력한 예측요인은 연령이었으며 이는 투병환자 가족과 동일하였다. 즉, 투병 및 생존자 가족 두 집단 모두 가족들의 나이가 많을수록 삶의 질이 낮았다. 이는 고령일수록 사회적 지지체계가 취약하거나 자원이 부족한 경우가 많고 노화로 인한 신체적 노쇠 및 건강상태 유지의 어려움 등으로 건강관련 삶의 질에 부정적 영향을 미친 것으로 이해될 수 있다고 본다[25]. 더불어 연령이 높아질수록 암으로 인한 신체적 영향력이 크고[26] 그로 인해 가족내 역할 및 사회적 활동에 제한을 받을 수 있어 삶의 질에 부정적 영향을 미칠 수 있다고 본다. 그러므로 고연령층인 생존자 가족에 대해 신체적 피로도 및 돌봄 부담을 평가하고 고위험군인 경우 상담 및 가정방문형 돌봄서비스 등 지지 서비스를 제공해야 할 필요가 있다.

인구사회학적 요인 중 연령과 함께 두 집단 모두에서 유의미한 예측요인은 배우자의 유무로 나타났다. 즉, 두

집단 모두 배우자가 있는 경우가 그렇지 않은 경우보다 삶의 질이 유의미하게 높았는데, 배우자는 암환자와 생존자를 돌보면서 발생할 수 있는 심리적, 신체적, 물질적 부담을 나눌 수 있는 중요 지지체계가 되기 때문에 이해될 수 있다. 또한, 연구대상자의 배우자가 암환자이거나 생존자인 경우에도 이들이 돌봄의 대상으로 부담만 주는 존재가 아니라 연구대상자의 삶을 지탱할 수 있는 심리적 의지가 되기도 하며 암투병과정 중 암을 극복해 나가면서 부부관계가 더욱 친밀해진다는 선행연구[27]를 통해 이러한 결과를 설명할 수 있겠다. 이러한 결과는 부부관계 강화 노력을 다시 한번 강조하는 결과라고 할 수 있는데 암으로 인한 역할변화에의 부적응[28]과 경제적, 사회적 부담 등으로 이혼 등 가족 해체가 발생할 위험이 있으므로[29] 암관리에 있어 가족체계 강화를 위한 노력과 함께 부부 상담, 의사소통훈련 등 부부관계를 강화하는 노력이 요구된다.

본 연구모형에서 건강 관련 요인으로 투입된 주관적 건강인식은 심리적 요인까지 투입한 Model 3단계까지 투병환자와 생존자 가족 모두에게서 유의미한 영향을 미쳤으나 사회적 변인까지 투입한 Model 4에서는 두 집단 간 다른 양상을 보였다. 주관적 건강인식은 투병환자 가족에서 유의미한 정적 상관관계를 보였으나 생존자 가족에서는 유의미한 영향을 미치지 못했다. 주관적 건강인식은 투병환자 가족에서 연령과 배우자 유무에 이어 세 번째로 높은 예측력을 보였다. 이는 투병환자 가족들이 피로, 수면장애, 식욕부진, 체중감소 등을 흔하게 호소하며 일반 인구집단과 비교했을 때 암환자를 돌보는 역할 긴장으로 인해 자신의 건강을 잘 돌보지 못해[30] 투병환자 가족들의 주관적 건강인식이 좋지 못하고 이것이 삶의 질에 영향을 미친 것으로 이해된다. 더불어 이러한 결과는 사회적 변인이 투입된 Model 4에서 미충족 의료유구 변인이 투병환자 가족에게만 유의미한 부적 영향을 미친 것과 관련 있다고 할 수 있겠다. 즉 의료서비스를 받아야 하는 상황에도 여러 여건으로 병원을 이용하지 못한 경험을 의미하는 미충족 의료유구가 높을수록 삶의 질은 낮은 것은 이들이 환자의 투병 과정을 돌보느라 정작 자신들의 건강을 돌보지 못할 수 있고 이는 질병의 중증도를 심화시키거나 관련 합병증 발생을 증가시킬 수 있는 등[31] 건강 관련 삶의 질을 저하시키는 원인이 될 수 있다. 그러므로 투병환자 가족의 삶의 질 증진을 위해서는 이들의 주관적 건강인식을 강화할 수 있도록 신체

적 돌봄 부담을 완화하기 위한 환자 돌보기 봉사자 활용 등을 통해 휴식서비스를 제공할 필요가 있으며 가족들의 의료서비스 접근성을 높이는 방안이 마련될 필요가 있다.

심리적 요인 중 스트레스는 최종 Model 4에서는 투병 환자 가족에게는 유의미한 영향이 없었으며 생존자 가족에게만 유의한 부적 영향을 미치고 있었다. 일반적으로 암 투병시 스트레스가 높아 삶의 질에 미치는 영향이 클 것으로 예상하지만, 생존자 가족에게서 스트레스가 삶의 질에 영향을 유의미한 영향을 미치고 있었다. 이에 대해 Girgis et al.(2013)은 암생존자 가족은 재발에 대한 걱정, 불안, 암 관리에 따른 경제적 어려움 등으로 스트레스를 받게 되며 이는 가족이 암생존자의 일상을 돕는 여러 활동을 방해한다고 지적하였고 이는 치료 종결 이후 2년 이상 지속될 수 있다고 하였다[6]. 또한 두경부암 생존자와 그 배우자를 대상으로 조사한 Moschopoulou et al.(2018)의 연구에서 암생존자의 배우자 중 25.7% 외상후스트레스증상(post-traumatic stress symptom)을 보였으며, 외상후스트레스장애(Post-traumatic stress disorder) 진단 기준에 해당하는 배우자들도 12.8%에 달하는 것으로 나타나 이들의 심리적 문제의 심각성에 보고된 바 있다 [12]. 이처럼 암생존자 가족의 스트레스는 이들의 삶의 질을 저하시키는 주요 원인이 될 수 있고 나아가 환자에 대한 돌봄까지 부정적 영향을 미칠 수 있으므로 관리될 필요가 있다. 암생존자 가족의 주요 스트레스원과 미충족 지지욕구(unmet supportive needs)들에 대한 후속연구들을 통해 이들에 대한 체계적 지원 방안이 마련되어 스트레스를 완화할 수 있도록 도와야 할 것이다.

사회적 요인의 삶의 질에 대한 영향은 투병환자 가족과 생존자 가족이 다른 양상을 보였는데, 사회적 요인 중 미충족 의료욕구는 투병환자 가족의 삶의 질에 부적 영향을 미치는데 반면에 생존자 가족에게는 그 영향력이 유의미하지 않았다. 경제활동에서의 배제는 투병환자 가족에게는 유의미하지 않았으나 생존자 가족에게는 유의미한 부적 영향을 미치고 있었다. 경제활동배제는 연구 대상자가 일하고자 하는 욕구가 있음에도 불구하고 직장을 얻지 못하고 있는 상태로 단순 취업 여부와는 다른 개념이라고 할 수 있다. 암생존자 가족의 경우 암환자 간병 등으로 직장을 포기해야 하기도 하고 치료비 등 경제적 부담으로 직장을 구해야 하기도 한다. 그러나 치료 종결 이후 직장을 구하고자 해도 경력단절이나 암생존자의 추후관리를 돕느라 안정적 직장을 구하지 못하기도 하므로

이들이 일상생활로 복귀하는데 매우 중요한 의미를 지니는 경제활동 참여를 위한 대책이 마련될 필요가 있다. 최근 경제활동배제가 삶의 질이나 정신건강에 미치는 영향을 탐색적으로 다룬 연구들이 이루어지고 있는데[23] 암생존자 가족에 대해서도 경제활동 배제와 삶의 질의 관계에 대해 후속연구가 지속적으로 이루어져 이들의 삶의 질 증진을 위한 기초자료를 마련할 필요가 있겠다.

이러한 논의를 토대로 본 연구의 의의를 제시하면 다음과 같다. 본 연구는 암생존자 가족의 삶의 질을 투병환자 가족과의 비교 연구를 통해 치료가 종결된 이후에도 암생존자 가족의 삶의 질이 나아지지 않고 더 심각한 어려움을 겪을 수 있다는 것을 밝혔으며, 이들을 위한 지원책 마련의 필요성을 제기했다는 의의가 있다. 또한, 암생존자 가족의 삶의 질에 대한 영향 요인들의 상대적 영향력이 투병환자 가족과는 다른 양상이 있음을 밝혀 각각의 집단에 적절한 개입 방안이 마련될 필요가 있음을 밝혔다는 의의를 지닌다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 암생존자 가족의 삶의 질 증진을 위한 사회적 노력을 도모하기 위해 기초자료를 제공하고자 수행되었다. 이를 통해 암생존자 가족의 삶의 질에 연령, 배우자 유무, 스트레스, 경제활동에서의 배제가 유의미한 영향을 미치고 있는 것을 밝혔다. 또한 이들 요인 중 스트레스와 경제활동에서의 배제는 투병환자의 가족에게는 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 따라서 암환자의 치료 및 생존단계별로 가족에게 적절한 개입을 통해 삶의 질을 높이는 노력이 필요하다 하겠다. 이러한 결과 및 본 연구의 한계점을 토대로 후속 연구의 방향성을 제시하면 다음과 같다. 먼저 본 연구는 종단적 연구가 아니므로 치료 전후의 가족의 삶의 질 변화를 연속 선상에서 고찰하지는 못했다. 그러므로 후속연구에서는 삶의 질이 시간의 흐름에 따라 변화하는 개념이므로 이러한 특성을 고려한 종단연구가 필요하다고 본다. 또한, 본 연구는 패널 자료를 활용하였고, 자료의 특성상 암환자와의 가족 내 관계를 파악하는 데 한계가 있었다. 우리 사회에서는 가족 관계에 따라 그에 부여되는 지위와 역할이 다르고 환자 돌봄에 참여하는 정도와 부담도 달라 그에 따른 삶의 질 대 한 영향 정도가 달랐을 것인데 이를 통제하지 못했다는

한계가 있다. 그러므로 후속연구에서는 환자와의 관계에 따른 삶의 질을 검토할 필요가 있겠다. 또한, 패널 자료를 활용했기에 암환자 가족 대상으로 타당도가 검증된 연구 도구를 사용하는데 제한이 있었다. 그러므로 후속연구에서는 타당도가 검증된 도구를 사용하여 더욱 면밀한 검토가 이루어질 필요가 있겠다. 본 연구의 표본의 수가 적어 연구결과를 일반화하는 데 한계가 있으므로 향후 연구는 다기관 의 많은 표본을 대상으로 조사할 필요가 있다. 마지막으로 국외에서는 암생존자 가족의 삶의 질 및 적응에 관한 다양한 연구들이 이루어져 이들을 보다 효과적으로 돕기 위한 노력이 이루어지고 있는데[32] 우리나라에서도 이들의 적응과정 및 삶의 질에 대한 면밀한 검토가 이루어져 궁극적으로 암환자 및 생존자의 적응을 돕는데 기여해야 할 것이다.

REFERENCES

- [1] H. Ben-Zur, O. Gilbar, & S. Lev. (2001). Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*. 63(1), 32-39.
- [2] I. J. Lee & M.Y. Kim. (2012). The moderating effects of social support on the relationship between care burden and marital adjustment in cancer patients' spouse. *Korean Journal of Social Welfare Studies*. 43(3), 125-150.
- [3] K.R. Yarbrough & Y. Kim. (2009). Time costs associated with informal caregiving for cancer survivors. *Cancer*. 115(18 Suppl), 4362-4373.
- [4] B. Fletcher, C. Miaskowski, B. Given & K. Schumacher. (2012). The cancer family caregiving experience: an updated and expanded conceptual mode. *European Journal of Oncology Nursing*. 16(4), 387-398.
- [5] Y. Liu, Y. Li, L. Chen, Y. Li, W. Qi & L. Yu. (2018). Relationships between family resilience and posttraumatic growth in breast cancer survivors and caregiver burden. *Psychooncology*. 27(4), 1284-1290.
- [6] A. Girgis, S.D. Lambert, P. McElduff, B. Bonevski, C. (2013). Lecathelinais, Some things change, some things stay the same: a longitudinal analysis of cancer caregivers' unmet supportive care needs. *Psychooncology*. 22(7), 1557-1564.
- [7] L.J. Hodges, G.M. Humphris, & G. Macfarlane. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science and Medicine*. 60(1), 1-12.
- [8] J.H. Yang & J.S. Kim. (2017). Female breast cancer survivors: a study on couple adaptation. *Family and Family Therapy*. 25(2), 275-300.
- [9] S.D. Lambert, A. Girgis, C. Lecathelinais & F. Stacey. (2013). Walking a mile in their shoes: anxiety & depression among partners & caregivers of cancer survivors at 6 & 12 months post-diagnosis. *Support Care Cancer*. 21(1), 75-85.
- [10] S.D. Lambert, B. L. Jones, A. Girgis & C. Lecathelinais. (2012). Distressed partners & caregivers do not recover easily: adjustment trajectories among partners & caregivers of cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*. 44(2), 225-235.
- [11] R. Maguire, P. Hanly, M. Balfe, A. Timmons, P. Hyl&, E. O'Sullivan, P. Butow & L. Sharp. (2017). Worry in Head & Neck Cancer Caregivers: The Role of Survivor Factors, Care-Related Stressors, & Loneliness in Predicting Fear of Recurrence. *Nursing Research*. 66(4), 295-303.
- [12] E. Moschopoulou, I. Hutchison, K. Bhui & A. Korszun. (2018). Post-traumatic stress in head & neck cancer survivors & their partners. *Support Care Cancer: Epub ahead of print*.
- [13] A. Altschuler, P. Liljestr&, M. Grant, M. C. Hornbrook, R. S. Krouse & C. K. McMullen. (2018). Caregiving & mutuality among long-term colorectal cancer survivors with ostomies: qualitative study. *Support Care Cancer*. 26(2), 529-537.
- [14] R. Maguire, P. Hanly, M. Balfe, A. Timmons, P. Hyl&, E. O'Sullivan, P. Butow & L. Sharp. (2014). Caregivers as healthcare managers: health management activities, needs, & caregiving relationships for colorectal cancer survivors with ostomies. *Support Care Cancer*. 22(9), 2401-2408.
- [15] O. Kravdal. (2001).The impact of marital status on cancer survival. *Social Science & Medicine*. 52(3), 357-368.
- [16] S.I. Mishra, H. Rishel Brakey, M. Kano, F. R. Nedjat-Haiem & A. L. Sussman. (2018). Health related quality of life during cancer treatment: Perspectives of young adult (23-39 years) cancer survivors & primary informal caregivers. *European Journal of Oncology Nursing*. 32, 48-54.
- [17] EuroQol Group (1990). EuroQol-A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Police*, 16. 199-208.
- [18] H.S. Oh. (2017). Important significant factors of

- health-related quality of life(EQ-5D) by age group in Korea based on KNHANES(2014). *Journal of the Korean Data & Information Science Society*. 28(3), 573-584.
- [19] Korean Centers for Disease Control & Prevention. (2018). Korean national health & nutrition examination survey. <https://knhanes.cdc.go.kr>
- [20] I.J. Lee. (2018). Factors affecting on health-related quality of life among cancer survivors: Focusing on gender difference. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 19(2), 497-507.
- [21] S.Y. Hwang. (2015). Risk Factors for Depression & Anxiety among Breast Cancer Survivors in Their 40s. *Journal of the Korea Contents Association*. 15, 313-323.
- [22] U.C. Kim, C.S. Hong, J. G. Lee, Y.S. Park. (2005). Factors influencing health & quality of Life among allergy & asthma patients: With specific focus on self-efficacy, social support & health management. *Korean Journal of Culture & Social Issues*. 11(2), 143-181.
- [23] I.J. Lee. (2016). An exploratory study on the effect of social exclusion on the quality of life of cancer survivors. *Journal of Future Social Work Research* 7(2), 124-148.
- [24] S. Lambert, A. Girgis, J. Descallar, J.V. Levesque & B. Jones. (2017). Trajectories of mental & physical functioning among spouse caregivers of cancer survivors over the first five years following the diagnosis. *Patient Education & Counseling*. 100(6), 1213-1221.
- [25] K.W. Choi, H.S. Yoon, & Y.O. Lim. (2018). Dyadic Interdependence of Depression among Older Adults with Cancer & Family Caregivers. *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*. 73(1), 293-313.
- [26] Y. Kim, K.M. Shaffer, C.S. Carver & R.S. Cannady.(2016). Quality of life of family caregivers 8 years after a relative's cancer diagnosis: follow-up of the National Quality of Life Survey for Caregivers. *Psychooncology*. 25(3), 266-274.
- [27] M. Dorval, S. Guay, M. Mondor, B. Masse, M. Falardeau, A. Robidoux, L. Deschenes & E. Maunsell. (2005). Couples who get closer after breast cancer: frequency & predictors in a prospective investigation. *Journal of Clinical Oncology*. 23(15), 3588-3596.
- [28] I.J. Lee. (2009). Breast cancer in marital context: a critical review of the literature. *Korean Journal of Social Welfare Studies*. 40(1), 37-61.
- [29] Fergus, K.D. & R.E. Gray. (2009). Relationship vulnerabilities during breast cancer: patient & partner perspectives. *Psychooncology*. 18(12), 1311-1322.
- [30] C.E. Mosher, T. Bakas, & V.L. Champion. (2013). Physical health, mental health, & life changes among family caregivers of patients with lung cancer. *Oncology Nursing Forum* 40(1), 53-61.
- [31] J. H. Lim. (2013). Analysis of unmet medical need status based on the Korean Health Panel. *Health & Social Science*. 34, 237-256.
- [32] J. A. Deatruck, L.P. Barakat, G.J. Knafl, W. Hobbie, S. Ogle, J.P. Ginsberg, M.J. Fisher, T. Hardie, M. Reilly, E. Broden, J. Toth, N. SanGiacomo & K.A. Knafl, (2018). Patterns of family management for adolescent & young adult brain tumor survivors. *Journal of Family Psychology*. 32(3), 321-332.

이인정(In-Jeong Lee)

[정회원]



- 1998년 2월 : 이화여자대학교 사회복지학과(문학사)
- 2002년 2월 : 이화여자대학교 일반대학원 사회복지학과(문학석사)
- 2011년 9월 : 이화여자대학교 일반대학원 사회복지학과(사회복지학박사)
- 2013년 3월 ~ 현재 : 호서대학교 사회복지학부 부교수
- 관심분야 : 의료사회복지, 정신보건사회복지
- E-Mail : mirrang@naver.com