

재가암 환자 통합건강증진 프로그램 개발 및 효과

윤희상¹ · 황은아²

서울여자간호대학교 부교수¹, 서대문구보건소 팀장²

Development and Effect of the Integrated Health Promotion Program for Cancer Survivors Living at Home

Yoon, Hee Sang¹ · Hwang, Eun A²

¹Associate Professor, Seoul Woman's College of Nursing, Seoul

²Team Leader, Seodaemun-gu Health Care Center, Seoul, Korea

Purpose: This study aimed to develop an integrated health promotion program for cancer survivors residing in the community based on the shared care model, and evaluate its effectiveness. **Methods:** A quasi-experimental trial was conducted. The participants consisted of 35 cancer survivors with completed intensive cancer therapy at the cancer hospital. The intervention group (n=20) and the control group (n=15) were recruited from among a district home cancer patient registrations. The intervention group participated in an integrated health promotion program based on the MAPP (Mobilizing for Action through Planning and Partnership) development process. The program consisted of physical, psycho-social and body image units. The participants were assessed before the program, and immediately after the program. Data were collected between July 1 and September 2, 2018 using FACT-G quality of life (QOL), distress thermometer (DT), and resilience. The data were analyzed by performing a χ^2 test, Fisher's exact test, Mann-Whitney test, and ranked ANCOVA using SPSS. **Results:** The intervention group reported a higher QOL overall and significantly higher social/family well-being than the control group. Distress was significantly lower in intervention group than in the control group. Resilience had no significant difference between the two groups. **Conclusion:** These findings indicate that the integrated health promotion program base on the shared care model and MAPP development process could be effective intervention for improving social/family well-being and the QOL, and reducing distress of cancer survivors at home. Community health center nurses need to provide intervention to support self-care competency for cancer survivors' comprehensive care with physical, psycho-social, and body image to help them adjust their life to a moderate risk group in the community.

Key Words: Health promotion; Cancer survivors; Quality of life; Psychological distress; Resilience, Psychological

서론

1. 연구의 필요성

암만 나으면 되는 줄 알았는데 치료 후 생활이 더 어렵다는

재가암 환자가 증가하고 있다[1]. 재가암 환자는 암치료 후 원 발암과 합병증 관리, 암 이외의 동반질환과 생활습관 관리, 우울, 불안 등 다양한 건강문제를 경험하게 되므로[2], 신체적, 심리사회적 상태에 따른 관리와 사회복귀를 위한 준비가 필요하다[2,3].

주요어: 건강증진, 재가암 환자, 삶의 질, 디스트레스, 극복력

Corresponding author: Yoon, Hee Sang

Seoul Woman's College of Nursing, 38 Ganhodaero-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03617, Korea.

Tel: +82-2-2287-1743, Fax: +82-2-395-8028, E-mail: viva826@snjc.ac.kr

Received: Aug 7, 2020 / Revised: Jan 8, 2021 / Accepted: Jan 20, 2021

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

미국은 암과 관련된 건강증진정책을 실시하여 사망률이 27% 감소하였고, 5년 생존율은 66% 증가하였다[4]. 캐나다는 국가암관리종합계획을 수립하여 암생존자 삶의 질 향상을 국가적으로 실시하고 있다[5]. 한국은 암 환자 5년 상대생존율이 70.4%로 10년 전보다 16.3% 증가하였고, 5년을 초과하는 암생존자는 187만 명으로 전체 암유병자의 55.7%에 해당한다[1].

재가암 환자는 가정에서 치료 또는 요양 중인 자로 암 단계에 따른 자가관리, 영양 및 운동관리를 포함하는 건강증진, 불안, 우울에 대한 상담 및 정서적 지지를 포함하는 다면적 삶의 질 관리가 중요하다[3,6-8]. 재가암 환자는 치료과정에서 사용한 항암제와 방사선 치료로 신체 기능장애, 불편과 통증, 외모 변화를 경험하고, 암으로 인한 심리사회적 고통과 사회복귀 실패는 삶의 질을 저하시키는 원인이다[2,7-9]. 재가암 환자의 삶의 질은 치료계획 결정시 임상적 지표보다 영향력이 있는 것으로 보고된다[3,9]. 삶의 질이 지속적으로 관리되면 재발과 입원이 감소하고[5,7], 장기간에 걸쳐 나타날 수 있는 동반질환과 합병증이 관리되는 것으로 나타났다[2,3,8]. 재가암 환자의 삶의 질은 자가관리 역량 예측 요인으로[2,3], 지역사회에서 행해지는 암 관리를 평가할 수 있는 유용한 지표로 활용된다[3,7,9].

암 환자에게 제6의 활력중후로 분류되는 디스트레스(distress)는 암으로 인한 스트레스로 다양한 정서적 문제를 의미한다[4]. 디스트레스로 부르는 이유는 암으로 인한 스트레스가 일상적인 스트레스 또는 정신과적 문제와 구별되고 암치료 후에도 삶에 부정적인 영향을 미치기 때문이다[2,4]. 90% 이상의 재가암 환자는 디스트레스를 경험하고, 30%는 중증으로 나타났다. 디스트레스 경험자 중 70%는 사회복귀에 실패하는 것으로 나타났다[10,11]. 재가암 환자에게 디스트레스가 장기적으로 지속되면 면역력과 생존율이 저하되고 재발율이 증가하여 암 치료비용이 증가하고, 디스트레스가 관리되면 암 치료비용이 23.5% 감소되는 것으로 나타났다[5,11]. 미국종합암네트워크(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)에서는 디스트레스를 체계적으로 관리하기 위한 가이드라인을 제공하고 있으며[4], 캐나다암관리전략협의회(Council of the Canadian Strategy for Cancer Control)는 디스트레스를 정기적으로 평가하여 관리계획을 국가암전략계획에 포함시키고 있다[5]. 디스트레스 관리는 재가암 환자 건강관리의 중요요인으로 인식되고 있다[2-5,12].

국내에서는 암 환자의 60.6%가 디스트레스 증재의 필요성을 인식하고 있으나, 암전문병원은 디스트레스를 관리할 자원과 체계가 부족하여 적절한 관리가 이루어지지 않고 있다[13, 14]. 디스트레스는 면역체계와 내분비체계에 영향을 미쳐 암

의 진행과 생존에 영향을 미치므로[4,13,14], 디스트레스 온도계를 이용한 빠르고 효과적인 검사를 실시하고 결과를 반영한 증재가 필요한 것으로 보고된다[4,14-16].

극복력은 삶을 위협하는 죽음과 같은 상황에 노출된 사람이 변화나 불행에 대처하여 신체적, 심리적으로 건강을 유지할 수 있는 능력으로 재가암 환자가 회복하는 과정에서 필요한 요소이다[17]. 극복력은 실천적 역량을 향상시켜 긍정적 대처를 통해 부정적 결과를 감소시키는 개념으로 포괄적 건강관리의 연속선상에서 필요한 능력으로[3,17,18], Yang 과 Kim [18]은 극복력이 높은 암 환자는 암으로 인한 변화에 잘 대처하는 것을 파악하였다. 암치료 과정에서 85%는 외모 변화를 경험한다[12,19]. 재가암 환자의 변화된 외모는 심리사회적 문제를 유발하고 사회복귀를 방해하는 요소로 포괄적 건강관리에 불확실성을 증가시킨다[2,3,19,20]. 극복력은 변화된 외모에 대처할 수 있는 실천적 역량을 향상시켜 심리사회 문제와 사회복귀에 긍정적으로 작용한다[8,13,17,18]. Brederecke와 Zimmerman [21]는 변화된 외모에 대처할 수 있는 바디이미지 관리의 중요성을 파악하였다.

이와 같이 재가암 환자에게는 신체관리 및 심리사회 관리와 외모변화에 대처할 수 있는 바디이미지 관리가 필요하므로, 재가암 환자 건강관리를 위한 프로그램 개발에는 신체적, 심리사회적, 바디이미지 영역을 고려한 통합건강증진 프로그램을 개발 적용해야 할 것이다. 현재까지 암 환자를 대상으로 하는 프로그램의 대부분은 병원중심으로 진단 직후 심리교육 프로그램[15], 항암치료 중인 자를 대상으로 생활습관개선 프로그램[16], 근육이완 프로그램을 병원단위로 진행하였다[22]. 지역사회에서는 재가암 환자를 대상으로 영양, 운동, 불안, 우울 등의 증재를 실시하였다[2,6].

가정에서 일상생활을 하는 재가암 환자의 증가는 병원중심 암관리에서 탈병원 중심으로 패러다임의 변화를 의미한다[2,3]. 암전문병원에서 암 치료와 생존자 관리를 담당하였으나 생존자의 신체적, 심리사회적 상태에 따른 치료와 관리에 대한 요구도가 증가하면서 의료기관에 따른 협업의 필요성이 증가하고 있다[3]. 암전문병원과 지역사회 보건기관이 구분된 역할에 따라 건강문제를 세분화하여 개입할 수 있는 협업돌봄모형은 재가암 환자의 건강관리를 효율적으로 할 수 있는 방안이 될 수 있다[2,3]. 암 치료 후 다양한 건강문제를 경험하는 재가암 환자가 증가함에 따라 보건기관에서 협업돌봄모형에 근거한 암과 관련된 통합적 건강관리를 제공하고 효과성을 파악하는 연구가 필요하다. 그러므로 본 연구에서는 재가암 환자를 대상으로 지역사회에서 통합건강증진 프로그램을 개발하고 제공

에 따른 효과를 규명하여 재가암 환자 건강관리 기틀 마련에 기초를 제공하고자 한다.

2. 연구목적 및 가설

본 연구의 목적은 지역사회에 거주하는 재가암 환자를 대상으로 통합건강증진 프로그램을 개발하고 적용한 후 재가암 환자의 삶의 질, 디스트레스, 극복력에 미치는 효과를 규명하기 위함이다.

연구가설은 다음과 같다.

- 가설 1. 통합건강증진 프로그램에 참여한 실험군의 삶의 질 점수는 대조군보다 높을 것이다.
- 가설 2. 통합건강증진 프로그램에 참여한 실험군의 디스트레스 점수는 대조군보다 낮을 것이다.
- 가설 3. 통합건강증진 프로그램에 참여한 실험군의 극복력 점수는 대조군보다 높을 것이다.

3. 연구의 개념틀

협업돌봄모형은 암 환자 관리를 암전문병원과 일차의료기관이 구분된 역할에 따라 상호 보완적 역할을 하는 것으로[2,3], 본 연구에서는 암 관리의 연속선상에서 포괄적 돌봄을 제공하기 위하여 통합건강증진 프로그램 개발의 이론적 개념틀로 사용하였다. 모형은 재가암 환자의 자가관리역량 향상을 목표로 암관리와 관련된 복잡성과 중증도에 따라 고위험집단과 중위험집단으로 분류한다[3]. 고위험집단은 치료후유증과 원발암 및 동반질환 관리가 필요한 집단으로 암전문병원이 암관리와 함께 생활가이드를 제공한다. 중위험집단은 가정에서 생활하는데 필요한 신체적, 심리사회적 문제해결과 사회 적응이 필요한 재가암 환자 집단으로 보건기관에서 삶의 질 향상, 스트레스 감소, 사회복지에 필요한 실천적 역량을 강화할 수 있는 프로그램을 제공하고 주기적으로 평가하여 성과를 측정한다[2,3,8].

협업돌봄모형에서 중위험집단을 위한 프로그램 구성은 Dietrich 등[23]의 3구성 체계 요소를 적용하여 교육요소, 개별상담요소, 정신건강관리요소의 체계를 갖춘다. 교육요소는 소인요인, 가능요인, 강화요인을 포함하고 개별상담요소는 암과 관련된 건강관리를 방해하는 요인을 파악하여 상담과 피드백을 실시한다. 지렛대 역할을 하는 정신건강관리요소는 신체적, 심리사회적 문제를 조기 발견하여 위험도에 따라 고위험집단으로 의뢰하거나 중위험집단에서 지속적으로 관리할 것인지를

결정한다[3,24]. 모형에서 제시하는 프로그램 진행은 교육과 개별상담 및 피드백을 제공하고 2시간 30분 운영을 기본으로 한다[23]. 보건기관은 건강증진과 사회복지에 필요한 프로그램을 재가암 환자에게 필요한 영역으로 구성하여 건강을 유지 증진시키고 암 관리와 관련된 불확실성을 감소시킨다[3,6,8]. 협업돌봄모형은 성과를 측정하여 모형을 검증하는 과정을 포함한다[3]. 성과 측정을 위해 사용할 수 있는 지표로 삶의 질, 스트레스 등을 포함하여 구성된 프로그램의 효과성을 측정하여 모형을 검증한다[4,14,23,24]. 모형의 장점은 지역사회에서 소규모 집단을 대상으로 장기적으로 적용 가능하고 재가암 환자가 경험하는 암 치료와 관련된 부정적 영향을 위험도에 따라 개입할 수 있으므로, 포괄적 접근을 향상시킬 수 있는 모형으로 평가된다[2,3,23,24](Figure 1).

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 재가암 환자에게 필요한 통합건강증진 프로그램을 개발한 후 적용하고, 그 효과를 규명하고자 시도된 것으로 비동등성 사전 사후 유사실험연구이다.

2. 연구대상

본 연구대상자는 암관리법 재가암 환자 정의에 따라 가정에서 치료 또는 요양 중인 암 환자이다. 암 진단을 받고 암전문병원에서 적극적인 치료를 종료하고, 치료 후 5년 미만, 5년이 경과되었어도 S보건기관에 재가암 환자로 등록된 자는 연구대상에 포함되었고, 그 중에서 협업돌봄모형의 중위험집단에 해당되는 자[3]이다. 대상자는 다음의 선정기준에 해당하는 자이다. 1) 암 전문병원에서 암으로 진단받고 치료를 경험한 자, 2) 치료받은 병원에서 지속적인 추후관리가 필요한 자, 3) 최근 6개월 동안 보건기관에서 유사중재 프로그램에 참여한 경험이 없는 자, 4) 정신과적 문제, 또는 인지장애 문제가 없는 자, 5) 교육과 질문을 이해하고 의사소통이 가능한 자이다. 제외 기준은 원발암이 전이되거나 재발된 자 또는 이차암이 발병되어 적극적인 치료 중인 자는 제외하였다.

실험군은 프로그램에 참석이 가능한 자, 연구목적 이해하고 연구에 참여하기로 동의한 자이다. 처음 프로그램에 참여하기를 희망한 자는 35명이었다. 그러나 프로그램 참여 중 암과 관련되거나 다른 이유로 병원에 입원한 자, 질환으로 프로그램

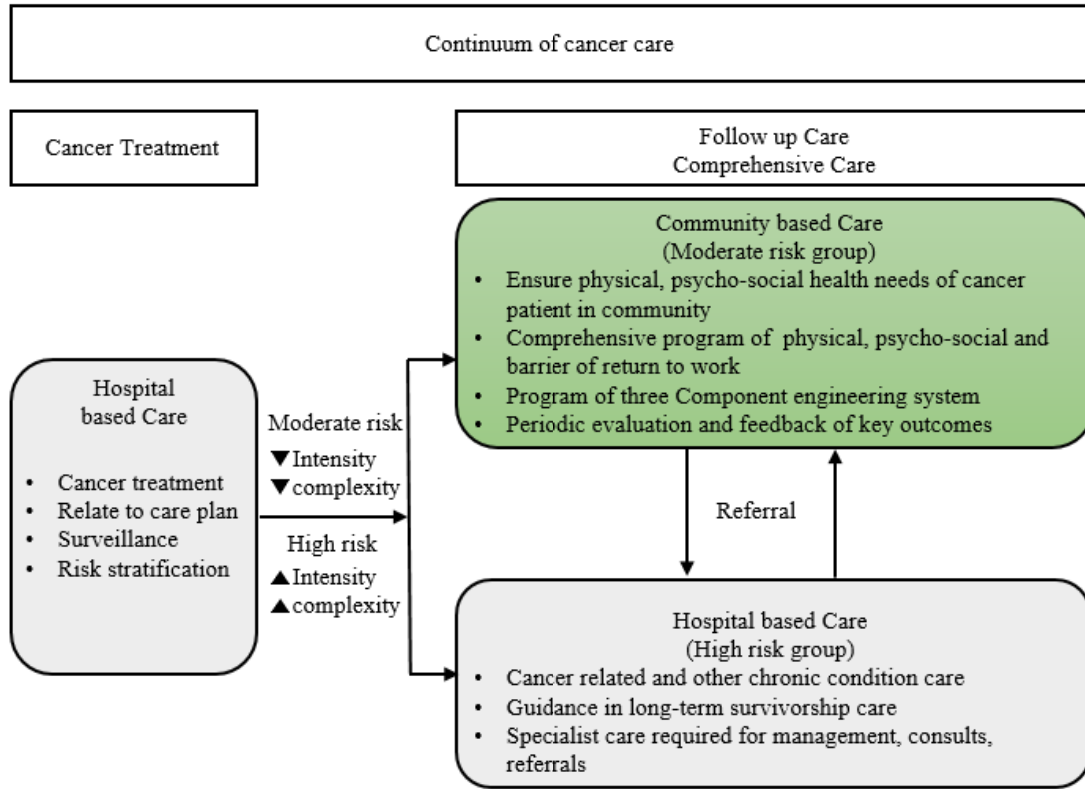


Figure 1. Conceptual framework.

참여가 어려운 자, 적절한 이동수단이 없어 정기적으로 참석하지 못하는 자, 원하는 프로그램에만 참석하기를 원하는 자, 암 환자임을 공개적으로 밝히기 싫어하는 자, 프로그램에는 참여하지만 설문지 작성은 거부하는 자는 모두 제외하였다. 프로그램 시작과 종료시점에서 조사를 실시하였으며 위의 조건을 충족한 최종대상자는 20명이었다.

대조군은 프로그램에 참여하지 않고 연구에만 참여하기로 동의한 자이다. 실험군과 동수 배정하여 35명이 사전 조사를 실시하였다. 그러나 암이 진행되어 사후 설문조사를 거부한 자, 전체적인 건강상태가 저하되어 설문조사를 거부한 자, 암 환자라는 것이 주위에 알려지는 것이 두려워 중도포기를 원하는 자, 설문지 작성을 위한 가정방문 및 보건기관 방문을 거부한 자, 가족이 연구참여를 알고 대상자가 연구에 참여하는 것을 원하지 않는 자, 부실한 응답을 한 자는 제외되었다. 프로그램 시작과 종료 시점에 조사를 실시하였으며 최종 대상자는 15명이었다.

본 연구에서 대조군은 참여를 원하지 않는 자로 비뚤림 현상을 최소화하기 위해 대조군 선정 시 재가암 관리 대상자로 보건기관에 등록된 자 중에서 선정하였고, 중도탈락자를 분석하였다.

표본크기는 G*Power 3.1 분석을 이용하여 암 환자 프로그램 효과를 평가한 선행연구[15]와 암 환자의 특수성을 고려하여 t-test를 위한 효과크기 .80, α .05, Power .5로 계산하였을 때 실험군 14명 대조군 14명이었다. 디스트레스 관리를 위한 심리 프로그램 효과 선행연구[15]에서, 도출된 실험군과 대조군 디스트레스 점수 비교에서 실험군 5.40 ± 3.03 대조군 4.63 ± 2.26 로, STATA 14.2를 이용하여 표본수를 계산한 결과 실험군 20명, 대조군 15명으로 계산되었다(Figure 2).

3. 연구도구

1) 삶의 질

삶의 질을 측정하기 위한 도구로 Cella와 Tulsy [7]이 개발한 Functional Assessment Cancer Therapy-General (FACT-G) version 4 사용을 승인받았다. FACT-G는 신체영역(7문항), 사회/가족영역(7문항), 정서영역(6문항), 기능영역(7문항) 등 총 5개의 하부 영역, 총 27문항으로 구성되어 있으며 5점 Likert scale로 측정하도록 하였다. ‘전혀 그렇지 않다’ 0점, ‘조금 그렇다’ 1점, ‘보통이다’ 2점, ‘꽤 그렇다’ 3점, ‘상당히 그렇다’ 4점으

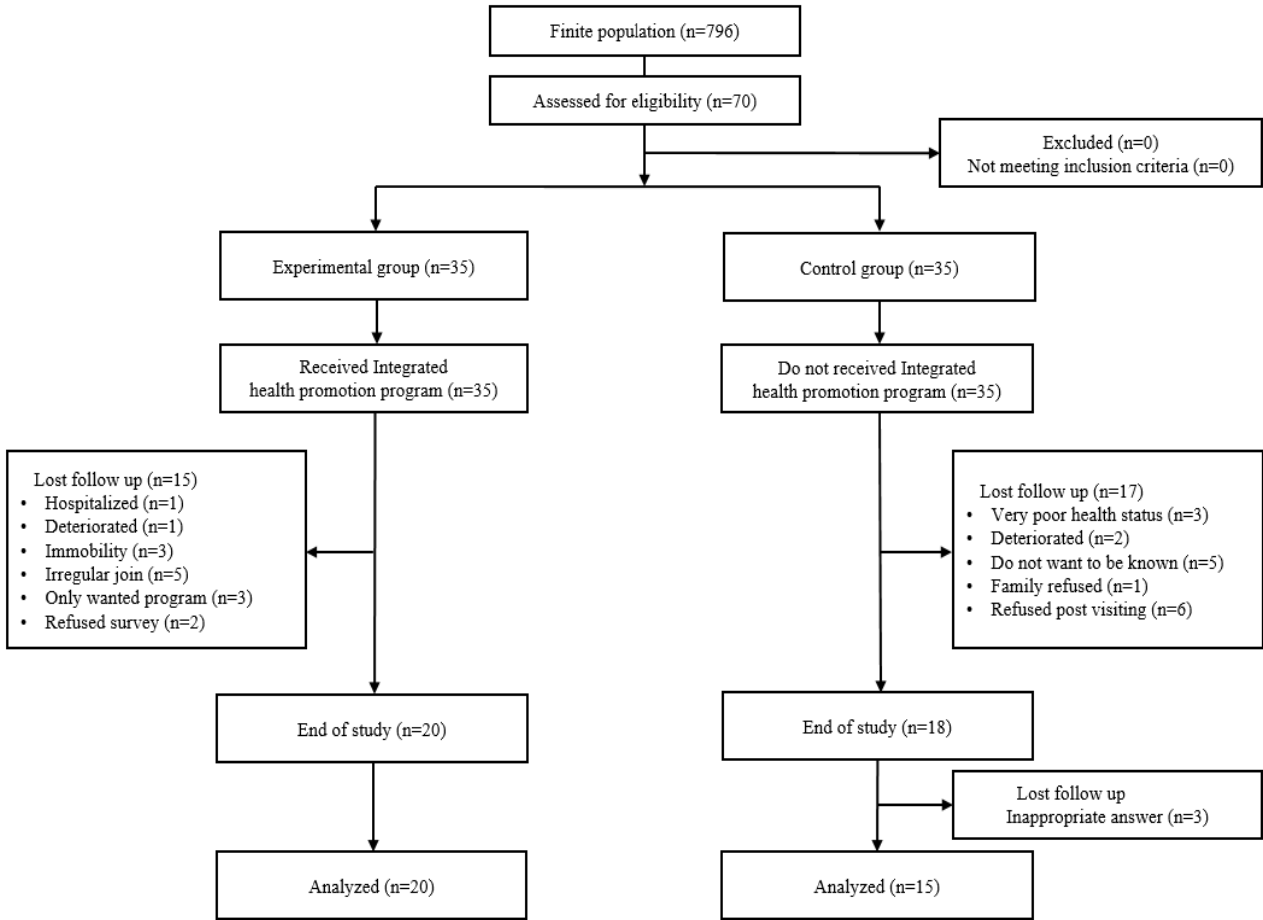


Figure 2. Flow diagram of the study.

로 최저 0점 최고 108점으로, 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다[7]. Seo [26]의 연구에서 번역되어 사용되었으며, Cronbach's α 는 .86이었다. 이 연구에서는 신체 영역 .84~.88, 사회/가족영역 .86~.88, 정서영역 .67~.85, 기능영역 .86~.86이었다. 전체문항의 Cronbach's α 는 .87~.94였다.

2) 디스트레스

디스트레스 정도는 NCCN [4]이 암 환자의 디스트레스를 빠르고 간단하면서 효과적으로 측정하기 위해 개발한 디스트레스 온도계 사용을 승인받았다. 디스트레스 온도계는 한 문항으로 '괴로움 없음' 0점에서 '극심한 괴로움' 10점까지 0~10점 척도로 구성된 온도계 모양 시각적 척도로 오늘을 포함하여 지난 일주일 간 대상자가 느낀 디스트레스 정도를 표시하도록 한다. 점수가 높을수록 디스트레스 정도가 높음을 의미한다. 디스트레스 점수가 4점 미만인 대상자는 경증 디스트레스, 4점 이상인 대상자는 중증 디스트레스로 분류한다.

3) 극복력

극복력은 Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)의 한국어판 척도를 사용하였고 사용을 승인받았다[17]. 총 10 문항, '전혀 그렇지 않다' 0점 부터 '거의 언제나 그렇다' 4점까지 5점 Likert 척도로 구성되었다. 점수는 합산하며, 점수범위는 0점에서 40점으로 점수가 높을수록 극복력이 높음을 의미한다. 도구 개발 당시 Cronbach's α 는 .85였고, Yang과 Kim [18]의 연구에서 극복력의 Cronbach's α 는 .94였다. 이 연구에서 Cronbach's α 는 .94~.91이었다.

4) 사회학적 특성 및 질병 관련 특성

일반적 특성, 질병 및 건강 관련 특성은 구조화된 설문지를 사용하여 조사하였다. 일반적 특성은 연령, 성별, 종교를 포함하여 3문항이다. 질병 관련 특성은 진단받은 암, 치료 병원, 정기적 방문을 포함하여 3문항이다. 건강 관련특성은 현재 전반적 건강상태에 대해 '매우 좋다'부터 '매우 나쁘다'까지 5점 척

도, 1년 전과 비교하였을 때 현재의 전반적인 건강상태로 '1년 전보다 매우 좋다'부터 '1년 전보다 훨씬 나쁘다'까지 5점 척도로 조사하였다. 돌봄 제공자 문항은 주돌봄 제공자를 표시하도록 하였다.

4. 자료수집

참여자 모집과정은 구청, 보건소, 지역주민센터에 안내문을 비치하고, 보건소 인근에 현수막을 게시하였다. 보건소 재가암 관리 대상자로 등록된 자 중 개인정보 제공에 동의하고 새로운 프로그램 진행시 소개를 원한다고 의사표현을 한 자에게는 연구자가 전화로 연구의 취지를 설명하고 참여를 안내하였다. 연구에 대한 설명은 연구자가 실시하였다.

자료수집은 연구자와 연구보조원이 실시하였다. 연구보조원은 간호사로 재가암관리 사업에 참여한 경험이 있고, 본 연구에 대해 충분히 이해한 자였다. 연구자는 설문지 작성방법과 주의점을 교육하였고 충분히 숙지한 후 참여하도록 하였다. 자료수집은 연구자와 연구보조원이 2018년 7월1일부터 9월2일까지 S보건소에서 진행하였다. 질병 및 개인적인 사항은 비밀을 유지하고 설문의 익명성을 보장하였다. 설문지 작성에 소요된 시간은 약 20분 정도였다. 실험군은 첫 프로그램 시작 전에 사전 조사를 실시하였고 모든 프로그램이 종료된 후에 사후 조사를 실시하였다. 대조군은 동일한 시기에 가정방문 또는 보건기관을 방문하여 실시하였다. 연구에 참여한 대상자에게는 소정의 답례품이 제공되었다. 연구자는 수집된 자료에 개인 고유번호를 부여하여 처리하였으며, 기밀유지를 위하여 공개적으로 열람되지 않음을 밝히고 연구목적으로만 사용된다는 것을 연구대상자에게 설명하였다.

5. 연구의 윤리적 측면

연구 시작 전에 연구목적, 절차, 내용 및 참여로 예상되는 이점과 단점, 비밀보장을 충분히 설명한 후, 연구참여에 대한 서면동의서를 작성하였다. 또한 본인이 원하면 언제든지 참여를 중단할 수 있으며, 연구참여를 중단하여도 원하는 통합건강증진 프로그램에 참여가 가능함을 설명하였다. 본인의 건강상태와 심리상태에 따라 연구를 거부할 수 있으며 어떠한 불이익도 없음을 설명하였다. 본 연구의 내용과 방법에 대해 저자가 속한 대학교 기관연구윤리심의위원회 승인(IRB No. SWCN-201805-HR-005) 받았고, 연구대상자 사전 동의를 승인받았다.

6. 통합건강증진 프로그램

1) 프로그램 개발 및 구성

프로그램 개발은 협업돌봄모형을 기반으로 Mobilizing for Action through Planning and Partnership (MAPP) 모형의 개발 절차를 따랐다(Figure 3). MAPP 절차는 건강문제를 규명하고 가용 가능한 자원을 동원하여 보건사업을 전략적으로 기획할 수 있는 모형으로, 6단계로 구성되어 해당 지역 특성을 반영하여 구성원이 문제해결을 주도적으로 할 수 있는 장점이 있다[27].

1 단계는 지역사회 조직화와 파트너십 개발(Organizing and Engaging Partners)로, 재가암 환자 통합건강증진 프로그램을 기획, 개발하는 단계이다[27]. 본 연구는 개발과정에서 주민위원회를 구성하여 진행하기로 하였다. 위원회는 지역주민 중 재가암 환자 건강관리에 관심 있고 프로그램 참여가 가능한 자, 보건기관 전문가, 연구자가 참여하였고 총 14명으로 구성되었다. 위원회에서는 암 관리의 연속선상에서 재가암 환자 관리를 위한 보건기관 역할의 필요성을 공유하였고, 협업돌봄모형에서 중위험집단을 대상으로 통합건강증진 프로그램 개발이 필요함을 논의하였다.

2단계는 비전설정(visioning) 단계이다[27]. 본 프로그램의 비전은 협업돌봄모형을 기반으로 재가암 환자가 자가관리역량을 갖추는 것으로 설정하였다. 2단계에서 비전을 공유 확산할 수 있는 퍼실리테이터(facilitator)를 선출하는 단계이므로[27], 위원회 소속 지역주민 중에서 보건사업에 참여한 경험이 있는 자를 퍼실리테이터로 선출하여 프로그램 진행을 보조하기로 하였다.

3단계는 자료를 수집하고 분석하는 단계(Collecting And Analyzing Data)이다[27]. 강점은 주민들이 취약계층 건강향상에 관심이 있으며 누구도 소외되지 않는 지역을 만들기 위해 재가암 환자의 건강관리를 위하여 보건기관에서 포괄적 돌봄 제공이 필요함을 인식하였다. 지역보건의료체계(local public health system assessment)는 민간과 공공이 유기적으로 결합하고, 위원회는 지역의 경험, 역량, 특성을 분석하였다. 변화요인(force of change assessment)은 위원회와 이해관계자들이 재가암 환자에게 건강증진과 사회복귀를 위한 중재 필요성을 공유하였다. 협업돌봄모형을 기반으로 3단계에서 나타난 재가암 환자에게 필요한 포괄적 돌봄은 신체 관리, 심리사회 관리, 변화된 바디이미지 관리가 필요한 것으로 나타났다.

4단계는 전략적 이슈를 확인하는 단계(Identifying and Prioritizing Strategic Issues)로[27], 본 프로그램에서는 비전

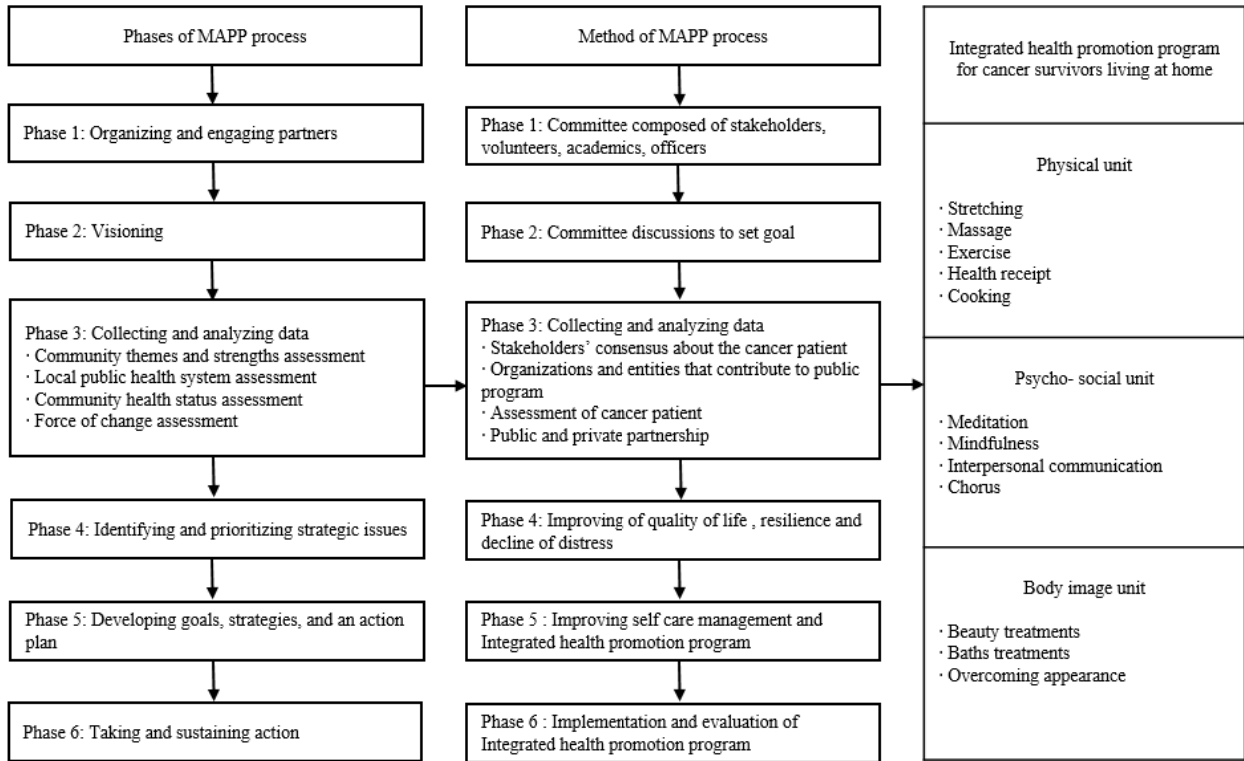


Figure 3. Flow chart of the six phases of the MAPP process.

달성을 위해 신체적, 심리사회적 문제해결과 사회복귀에 필요한 실천적 역량이 필요하고, 삶의 질 향상, 디스트레스 감소, 극복력 향상을 전략적 이슈로 확인되었다.

5단계는 목적, 전략, 실행계획을 개발하는 단계(Developing Goals, Strategies, and an Action Plan)이다[27]. 위원회는 통합건강증진 프로그램의 실행계획으로 신체영역, 심리사회영역, 바디이미지영역으로 구성하여 12회로 운영하고, 성과파악을 위해 삶의 질, 디스트레스, 극복력을 측정하기로 하였다. 통합건강증진 프로그램은 간호학교수 2인, 재가암 환자 2인, 사회복지전문가 1인, 보건기관 담당자 2인으로 구성된 전문가 및 사용자 집단으로부터 내용타당도 검증을 받았다. 프로그램은 연구자와 해당 전문가가 운영하고 일정, 장소 및 구체적 내용을 정하였다.

6단계는 실행단계(Taking and Sustaining Action)이다[27]. 통합건강증진 프로그램을 진행하고 정기적 또는 필요시 환류와 재계획을 위한 회의를 총 15회 개최하였다. 매회 만족도와 참여도를 확인하여 만족도가 낮은 프로그램은 이유를 파악하여 반영하였고, 참여도가 낮은 프로그램은 미참여자에게 불참여 이유를 확인하여 반영이 가능한 부분은 프로그램에 반영하였다. 프로그램 시작과 종료 시점에 삶의 질, 디스트레스, 극복력

을 측정하였다.

2) 통합건강증진 프로그램 내용 및 특성

협업돌봄모형을 기반으로 MAPP 모형 절차에 따라 개발된 프로그램은 간호학교수 2인, 지역사회간호사 3인, 보건사업진행자 2인, 지역활동가 2인이 타당도를 검토하였다. 지역활동가는 지역사회에서 보건사업을 진행한 경험이 있고, 마을공동체 사업에 참여한 마을활동가이다.

통합건강증진 프로그램은 신체영역, 심리사회영역, 바디이미지영역으로 구성되었다. 프로그램은 교육요소, 개별상담요소, 정신건강관리요소의 3구성 체계요소를 갖추어 구성되었고, 운영시간은 교육, 상담과 피드백을 포함하여 시작과 마무리까지 2시간에서 프로그램에 따라 3시간까지 진행되었다. 프로그램 중간에 휴식 시간을 포함하였고 휴식 시간에는 음료수와 간식을 제공하였다. 프로그램 특성에 따라 주 1회 또는 2회로 8주 12회로 운영되었다.

신체영역은 신체활동과 영양으로 구분하였다. 신체활동은 재활과 이차암 예방에 중요하다[2,20,22]. 신체활동 프로그램은 선형연구에서 암 환자에게 효과가 있는 것으로 나타난 관절가동, 유연성 향상, 통증감소로[9,12,22], 본 프로그램에서는

스트레칭, 통증완화 마사지, 숲트레킹으로 구성하였다. 스트레칭은 운동처방사가 보건소에서 진행하였다. 운동처방사가 시범을 보이고 해당되는 근육과 관절을 설명하고 동작을 따라하고 개인 지도를 병행하였다. 통증완화 마사지는 물리치료사가 보건소에서 진행하였다. 림프질 중심 마사지로 부위와 효과를 설명하고 시범 후 따라하도록 구성하였다. 숲 트레킹은 저강도 유산소운동으로, 진행은 숲치유 해설사가 보건소 인근 둘레길이 조성된 산에서 진행하였다. 영양은 재가암 환자가 가장 관심이 많은 영역이지만 과도한 식이조절과 잘못된 식생활로 영양불균형에 이르는 경우가 많은 것으로 보고되므로[2,12], 본 프로그램에서는 영양사가 암 관리를 위해 필요한 식이정보를 소개하고, 제철재료로 요리하고 식사하였다. 지역사회에서 영양교육을 실시하는 영양사가 주방시설이 있는 보건지소에서 진행하였다.

재가암 환자는 암으로 인한 심리적 고통이 치료보다 크고, 암 치료가 사회적으로 고립시키는 원인이므로[2,7,13], 심리사회영역은 디스트레스를 감소시키고 대처기술을 향상시켜 암으로 인한 정서적 고통을 감소할 수 있도록 하였다. 프로그램은 명상, 마음챙김, 대인관계와 의사소통, 합창으로 구성하였다. 명상과 마음챙김은 심리적 안녕을 위해 재가암 환자에게 사용되는 보완대체요법이다[4,11,12]. 명상은 부정적 정서를 삶의 기억과 생각에서 없애므로 불안과 스트레스 감소에 효과적이고[4,12,25], 마음챙김은 명상에 집중과 통찰 과정이 추가되어 부정적 정서를 감소시키고 긍정적 정서를 향상시킨다[12]. 합창은 집단중재를 통한 카타르시스 효과가 있는 것으로 보고되었다[12]. 본 프로그램에서 명상과 마음챙김은 보건소에서 명상전문가가 진행하였다. 대인관계와 의사소통은 정신간호학 전공자가 재가암 환자에게 필요한 대인관계와 의사소통을 보건소에서 교육과 실습으로 진행하였다. 합창은 보건소 강당에서 암에서 회복된 뮤지컬 배우가 대중가요를 합창하는 것으로 진행하였다.

바디이미지영역은 암 치료 후 나타나는 외모변화가 사회복귀를 방해하는 요인이므로[19,21], 사회복귀에 적극적으로 대처할 수 있는 실천적 역량을 향상할 수 있도록 구성하였다. 외모변화는 심리적 충격을 유발하고 암의 위중함을 본인과 타인에게 계속적으로 지각하게 하여 사회복귀에 부정적 영향을 미친다[19,20]. 본 연구에서는 향암뷰티 관리, 목욕탕이벤트, 외모극복 경험 공유로 구성하였다. 향암뷰티 관리는 보건소에서 뷰티전문가가 진행하였다. 변화된 외모관리를 위해 머리카락 관리, 피부변색과 변화에 따른 메이크업 방법을 교육과 실습으로 진행하였고, 개별적으로 향암뷰티 상담을 진행하였다. 목욕

탕 이벤트는 수술과 치료과정에서 변화된 신체를 서로 노출하고 공유하여 변화된 외모를 받아들이기 위함으로, 지역 내 목욕탕에서 연구자가 진행하였다. 외모극복 경험공유는 외모관리방법과 정보를 알려주고 타인의 부정적 시선에 대처하는 방법과 변화된 외모를 극복한 경험을 공유하였다. 진행자는 암치료 후 이전 직장으로 사회 복귀한 방송관계자가 보건소에서 진행하였다.

7. 자료분석

본 연구자료분석은 SPSS/WIN 24 프로그램을 이용하였다. 실험군과 대조군의 일반적 특성, 건강 및 질병 관련 특성은 실수와 백분율, 평균과 표준편차를 구하였다. 실험군과 대조군의 일반적 특성 및 동질성 검증은 χ^2 test, Fisher's exact test, Mann-Whitney test로 분석하였다. 도구의 신뢰도검증은 Cronbach's α 계수를 산출하였다. 실험군과 대조군의 중재 효과를 비교하기 위해 사전 점수와 동질성 검증에서 유의한 차이를 보인 연령과 건강상태 변수를 공변량으로 하여 비모수 공변산분석(Ranked ANCOVA)을 실시하였다[28]. 건강상태와 일년전 건강상태는 다중공선성이 나타나 분석에서 제외하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성 및 동질성 검증

성별, 종교, 암전문병원 정기적 방문, 돌봄 제공자 항목은 두 군간 유의한 차이가 없었다. 암전문병원 정기적 방문은 실험군의 65%, 대조군의 33%가 정기적 방문을 하였다. 돌봄 제공자는 실험군은 배우자 35%, 가족 25%, 자녀 10% 순이었다. 대조군 53.3% 돌봄 제공자가 '없다'로 응답하였고, '있다'고 응답한 자 중 3명은 복지관, 이웃, 요양보호사이었다. 대상자의 암 종류는 유방암, 대장암, 방광암, 위암, 자궁경부암, 폐암, 척수암, 난소암, 혈액암, 담도암의 순으로, 진단받은 병원에서 수술과 항암치료를 받았다. 암 이외에 고혈압, 심장질환, 위장질환, 근골격계 질환 등 만성질환을 동반하고 있었다(Table 1).

실험군과 대조군의 동질성 검증에서 연령, 건강상태는 유의한 차이가 있었다. 질병 관련 특성인 정기적 병문방문과 돌봄 제공자는 두 군간 유의한 차이가 없었다. 본 연구의 종속변수인 삶의 질, 디스트레스, 극복력 사전점수는 실험군과 대조군 간에 유의한 차이가 없었다(Table 1).

Table 1. Homogeneity Test of Demographic and Dependent Variables between Two Groups

Variables	Categories	Total (n=35)	Exp. (n=20)	Cont. (n=15)	χ^2 or Z	p
		n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD		
Sex	Male	5 (14.3)	2 (10.0)	3 (20.0)	0.70 [†]	.631
	Female	30 (85.7)	18 (90.0)	12 (80.0)		
Age (year)		66.9±12.6	60.6±2.3	75.2±2.6	3.42	<.001
	≤ 60	12 (48.0)	10 (50.0)	2 (13.3)		
	61~70	8 (32.0)	5 (25.0)	3 (20.0)		
	≥ 71	15 (60.0)	5 (25.0)	10 (66.7)		
Religion	Yes	26 (77.1)	15 (25.0)	12 (80.0)	0.12 [†]	.727
	No	8 (22.9)	5 (75.0)	3 (20.0)		
Health status		3.14±1.67	2.60±1.04	3.86±0.92	3.73	.001
Health status (1 year ago)		2.91±1.18	2.55±1.23	3.47±0.92	3.31	.001
Hospital visiting	Regular	18 (51.4)	13 (65.0)	5 (33.3)	3.44	.092
	Irregular or none	17 (48.6)	7 (35.0)	10 (66.7)		
Caregiver	Yes	21 (60.0)	14 (70.0)	7 (46.7)	1.94	.163
	No	14 (40.0)	6 (30.0)	8 (53.3)		
Quality of life		66.00±18.23	69.95±14.19	60.27±21.82	1.35	.179
Physical well being		19.66±6.49	21.40±4.58	17.33±7.97	1.52	.131
Social/family well-being		13.00±5.98	13.60±5.64	12.20±6.52	0.79	.438
Emotional well being		16.74±4.42	17.80±3.86	15.33±4.85	1.49	.139
Functional well-being		16.40±6.36	17.15±6.44	15.40±6.32	0.82	.419
Distress		3.60±2.48	3.85±2.10	3.43±3.01	1.14	.253
Resilience		25.26±9.11	25.30±6.79	25.20±11.78	0.37	.730

Cont.=Control group; Exp.=Experimental group; [†] Fisher's exact test.

2. 통합건강증진 프로그램 효과

통합건강증진 프로그램 효과는 Table 2와 같다. 프로그램 적용 전후 삶의 질 점수는 실험군 69.95점에서 76.05점으로 상승하였고, 대조군 60.27점에서 54.47점으로 변화하였으나 통계적으로 유의하지 않았다(F=0.56, p=.460). 하부영역 중 신체 영역에서는 실험군은 21.40점에서 22.20점으로 상승하였고 대조군은 17.33점에서 17.66점으로 변화가 적었으며 통계적으로 유의하지 않았다(F=0.26, p=.769). 정서영역은 실험군 17.80점에서 19.05점으로, 대조군 15.33점에서 16.07점으로 실험군에서 약간 상승하였으나 통계적으로 유의하지 않았다(F=0.06, p=.807). 기능영역에서는 실험군 17.15점에서 19.10점으로 상승하였고, 대조군 15.4점에서 12.7점으로 하락하였으나 통계적으로 유의하지 않았다(F=0.34, p=.564). 하부영역 중 사회/가족영역에서 실험군은 2점 상승하였고 대조군은 4점 감소하였으며 통계적으로 유의한 차이를 보여 가설 1은 사회/가족영역에서 일부 지지되었다(F=4.15, p=.050). 디스트레스 변화는

실험군 1.85점 감소, 대조군 1.93점 상승하였으며 통계적으로 유의한 차이를 보여(F=4.05, p=.005), 가설 2는 지지되었다. 극복력은 실험군은 3점 향상되었고 대조군은 4.8점 감소하였으나 두 군 간의 유의한 차이가 없어 가설 3은 기각되었다(F=1.10, p=.301)(Table 2).

논 의

본 연구는 암관리의 연속선상에서 포괄적 돌봄을 제공하기 위하여 지역사회 재가암 환자를 대상으로 통합건강증진 프로그램을 개발 적용한 후, 효과를 분석하는 연구이다. 통합건강증진 프로그램은 협업돌봄모형을 기반으로 MAPP 모형 절차에 따라 개발하였다. 통합건강증진 프로그램은 신체영역, 심리사회영역, 바디이미지영역으로 구성되었고, 교육요소, 개별상담요소, 정신건강관리요소의 3구성요소 체계를 갖추었다. 프로그램은 협업돌봄모형의 중위험집단을 대상으로 실시하였고, 삶의 질, 디스트레스, 극복력을 측정하여 모형을 검증하였다.

Table 2. Comparison of Resilience, Distress and Quality of Life between Two Groups

Variables	Pretest		Posttest		Difference		F	p
	Exp. (n=20)	Cont. (n=15)	Exp. (n=20)	Cont. (n=15)	Exp. (n=20)	Cont. (n=15)		
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD		
Quality of life	69.95±14.19	60.27±21.82	76.05±13.47	54.47±20.80	6.10±3.21	-5.8±4.89	0.56	.460
Physical well-being	21.40±4.58	17.33±7.97	22.20±4.66	17.66±8.31	0.80±4.79	0.33±8.46	0.26	.769
Social/family well-being	13.60±5.64	12.20±6.52	15.70±4.96	8.00±5.71	2.10±5.06	-4.05±5.58	4.15	.050
Emotional well-being	17.80±3.86	15.33±4.85	19.05±3.49	16.07±6.65	1.25±3.57	0.73±5.23	0.06	.807
Functional well-being	17.15±6.44	15.40±6.32	19.10±5.12	12.70±6.86	1.95±6.74	-2.82±8.21	0.34	.564
Distress	3.85±2.10	3.43±3.01	2.10±2.25	5.57±3.27	-1.85±2.25	1.93±2.51	4.05	.005
Resilience	25.30±6.79	25.20±11.78	28.35±5.44	20.40±6.16	3.05±6.54	-4.80±10.28	1.10	.301

Cont.=Control group; Exp.=Experimental group.

재가암 환자의 삶의 질은 신체적 증상, 구토, 피로, 관절가동 제한과 같은 신체영역과 가족을 포함하는 사회적 지지와 관련된 사회/가족영역, 우울, 불안 등의 정서영역, 일상생활활동, 가사노동과 같은 기능영역을 포함하는 신체적, 사회적, 정서적, 기능적 측면의 다차원적으로 구성된다[7]. 협업돌봄모형에서 삶의 질 측정은 프로그램 성과파악을 위한 지표로[3,8], Colombo 등[9]은 포괄적 돌봄 연속선상에서 FACT-G가 암과 관련된 특성을 반영하고 있는 것으로 파악하였다. 본 연구에서는 FACT-G의 사회/가족영역에서 유의한 차이가 있었다. 부인암 환자를 대상으로 동일한 도구를 사용한 연구에서 사회/가족영역에서 점수가 증가하여[15], 본 연구결과와 유사하였다. Colombo 등[9]의 연구에서 사회/가족 영역의 점수가 먼저 상승하는 것을 파악하였고, 본 연구결과에서도 사회/가족 영역에서 유의하였다. ParaAs-Bravo 등[22]은 FACT-G 점수 변화를 측정된 연구에서 중재 후 신체, 정서, 기능영역은 점수가 상승하였으나 가족/사회 영역은 0.01점 하락하여 본 연구결과와 차이가 있었다. 그러나 ParaAs-Bravo 등[22]의 연구는 대조군 없이 진행되어 연구설계에서 본 연구와 차이가 있었다. Ahn 등[16]의 생활습관중재에 따른 FACT-G 변화를 측정된 연구에서 실험군은 71.36점에서 75.32점으로 상승하였고, 대조군은 74.6점에서 71.68점으로 감소하였으며 사회/가족 영역에서만 통계적으로 유의한 차이를 나타내어 본 연구결과와 유사하였다.

본 연구에서 사회/가족 영역에서 점수가 상승한 것은 참가자들이 프로그램 중 고통, 불안, 정기 병원 방문에서 느끼는 감정을 공유하였다. 재발에 대한 두려움, 가족과 사회로부터 소외감과 같은 부정적 정서를 경험하는 것은 정상적인 반응인 것을 인정하였고, 진행과정에서 긍정적인 감정이나 태도, 용기를

강요하지 않았다. 협업돌봄모형의 3구성요소 중 개별상담요소를 적용하여 부정적 정서와 두려움에 대해 구체적인 피드백을 실시하였고, 정신건강관리요소를 적용하여 고위험집단으로 의뢰가 필요한 자를 구별하였다. 참여자들은 프로그램이 진행되면서 자신의 신체문제와 심리적 어려움에 반응하였다. 이는 참가자가 표현하는 두려움을 수용하고 경험을 공유하였기 때문으로 사료된다. 실험군은 삶의 질 신체, 정서, 기능영역에서 점수는 상승하였으나 통계적으로 유의하지 않았다. 암 환자 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 원발암 부위, 인구학적 특성, 중재방법, 중재 지속 기간, 수면의 질, 피로 등 다양하게 보고된다 [2,9,13]. 본 연구에서도 원발암 부위와 일반적 특성이 다양하고, 중재기간이 상대적으로 짧았기 때문에 유의한 차이를 보이지 않은 것으로 생각되므로 중재기간과 삶의 질에 영향을 미치는 다양한 요인에 대한 통제가 필요할 것으로 사료된다. 삶의 질은 암과 관련된 건강관리를 위한 의사결정에서 중요한 요소이므로[3,7,9], 장기적인 중재와 주기적인 성과 측정을 통한 환류가 필요하리라 사료된다.

본 연구에서 실험군은 프로그램 참여 후 디스트레스가 감소하였다. 심리사회 영역 프로그램이 명상, 마음챙김, 의사소통, 합창으로 디스트레스 감소를 위한 중재가 효과적이었던 것으로 사료된다. 중위험집단 재가암 환자에게 디스트레스는 신체적, 심리사회적 문제를 초기에 발견할 수 있고, 부정적 정서를 파악할 수 있는 지표로 중요하다[23]. 동일한 도구를 사용한 Park 등[15]의 연구에서 유방암 환자는 5.40점, Seo [26]의 연구에서는 4.01로 본연구보다 높았다. Park 등[15]의 연구에서는 실험군은 중재가 주어지면서 2.52점, 1.88점으로 감소하였다. Park 등[15]은 디스트레스 감소를 위한 지지적 관리가 효과가 있는 것으로 파악하였으며, 심리사회 중재는 생존기간이 증

가함에 따라 요구도가 증가하는 것으로 파악하였다. 디스트레스가 관리되면 항암반응이 지속되고, 관리되지 않으면 스트레스 반응이 증가하여 항암면역반응이 감소하는 것으로 나타났다[2,12]. 본 연구에서 실험군은 감소하였으나, 대조군은 디스트레스 점수가 상승하였다. 대조군에게 치료적 접근이 필요한 것으로 사료된다. 개별상담을 통하여 프로그램 참여의 방해요인을 파악하고, 암 관리의 연속선상에서 고위험집단으로 의뢰 여부를 파악하는 것은 필요한 작업으로 사료된다. 프로그램 종료 후 계속 참여를 원하는 대상자를 대상으로 자조모임이 형성되었다. 자조모임에서는 정기적으로 산책을 하고, 원하는 대상자에게 스노클렌을 제공하여 신체적, 사회적, 정서적 기능적 기능을 향상하고 디스트레스 감소에 기여하고자 하였다.

극복력은 재가암 환자에게 치료 부작용으로 나타나는 변화된 바디이미지를 인식하고 극복할 수 있는 심리적 자산으로[21], 실천적 역량에 영향을 주어 사회복귀에 필요한 행위를 할 수 있도록 한다[17-19]. 극복력 향상은 심리적 영역과 바디이미지 영역이 포함된 프로그램이 함께 운영되었을 때 효과성이 증가하는 것으로 나타났다[22]. 본 연구에서 극복력은 프로그램 시작 전 실험군, 대조군 25점으로 유사하였으나, 프로그램 진행 후 실험군의 극복력 점수가 상승하였으나 유의하지 않았다. 본 연구에서 극복력이 유의하지 않는 것은 프로그램이 단기적으로 운영되었고, 극복력에 영향을 미치는 변수를 파악, 고려하는 것이 필요하다고 사료된다. 재가암 환자 대상 프로그램은 장기 운영이 효과적인 것으로 나타났고[25], 사회적 지지, 자기 효능감이 영향을 미치는 변수이므로[18], 이를 고려한 중재를 차기 연구에 적용할 수 있을 것으로 사료된다.

선행연구에서 암 종류에 따라 특화된 설문지, 많은 수의 대상자, 장기간에 걸친 연구가 효과적이었다[25,30]. 본 연구에서는 암 환자임을 밝히고 싶어 하지 않았고, 암 환자끼리 모이는 것에 거부감을 표현하여 재가암 환자를 모집하는데 한계가 있었다. 진행 중에는 적극적으로 참여할 실험군 대상자가 암이 진행되어 병원에 입원하거나 프로그램에 참여할 수 없는 건강상태가 발생하였다. 참여자들은 서로 위로하는 과정에서 의도하지 않게 감정적 갈등이 생겼고, 대상자들이 더 이상 참여하지 않는 사례가 발생하였다. 프로그램 진행 과정에서 대비하지 못한 상황으로, 향후에는 재가암 환자 상호작용을 모니터링하고 개입하는 과정이 필요하다고 생각된다.

연구 진행 중 대조군에서 프로그램 참여를 원하였으나 이동수단 부재로 참여하지 못하는 상황이 발생하였다. 대조군은 연령이 많고 지지체계가 없어 보건기관의 보살핌과 사회적 지지가 필요하였으나 차량과 이동에 필요한 인력을 지원하는데 한

계가 있었다. 향후 연구에서는 설계단계에서 이동수단을 고려하는 것이 필요하다.

본 연구 대조군은 연령이 많고 가정에 머무르며 병원방문은 하지 않는 것으로 나타나 선행연구[2,9]와 유사하였다. 노인암 환자는 디스트레스가 높고 외로움과 우울을 높게 지각하므로 사회적 지지체계 강화가 필요하다[29]. 본 연구에서 디스트레스 점수가 높은 대상자는 연령이 높고, 돌봄제공자가 없고 사회적 지지가 낮았다. 프로그램 종료 시기에 지지체계가 없는 대상자에게 적극적인 돌봄과 프로그램 참여에 대한 논의가 이루어졌다.

본 연구의 제한점은 실험군은 참여를 원하는 자이고, 대조군은 참여를 원하지 않는 자였다. 데이터 수가 적고 한 지역 보건기관에서 실시하였으므로 연구결과를 일반화하기에는 제한이 있다. 그러나 Colombo 등[9]은 본 연구처럼 대상자수가 적었으나 인구학적 특성이 유사하므로[30] 일반화하였다. 본 연구에서 탈락자가 많이 발생하였다. 연구참여를 중단한 이유는 보건기관에서 재가암 환자 프로그램을 한다는 것이 익숙하지 않아 참여를 주저하는 자, 프로그램에 참여하면 암 환자라는 것이 주변에 알려지게 되는 것에 거부감이 있는 자, 아픈 사람끼리 모인다는 등, 낙인에 대한 두려움을 표시하였다. 차기에는 인식개선사업이 이루어져야 할 것으로 사료된다.

프로그램 진행 시기가 쉿씨 38도까지 상승하는 폭염기이었다. 본 연구는 디스트레스를 파악하는 연구이고 연구대상자 중 폭염에 취약한 노인이 많으므로 연구결과를 왜곡시킬 수 있었고, 연구의 제한점으로 생각된다.

본 연구는 협업돌봄모형을 기반으로 재가암 환자가 포괄적 돌봄을 받을 수 있도록 통합건강증진 프로그램을 운영한 것은 증가하는 재가암 환자 관리를 위한 효과적인 방안으로 생각된다. 통합건강증진 프로그램이 MAPP모형 절차에 따라 개발되어 한정된 자원으로 보건의료 접근성과 소속감을 향상시킨 것은 의미가 있다고 사료된다. MAPP모형 절차를 적용하는 과정에서 보건기관, 주민, 연구기관이 함께 조직화 과정을 가졌고, 지역주민이 보건사업 기획자로 인식되었다는 점에서 의미가 있다.

결론 및 제언

본 연구는 협업돌봄모형을 기반으로 재가암 환자에게 보건기관이 암관리의 연속선상에서 포괄적 돌봄을 제공하기 위하여 MAPP 모형 절차에 따라 신체영역, 심리사회영역, 바디이미지영역으로 구성된 통합건강증진 프로그램을 개발 중재하

였고, 삶의 질, 디스트레스, 극복력에 미치는 효과를 검증하였다. 통합건강증진 프로그램은 삶의 질 중 사회/가족 영역, 디스트레스에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 중위험집단을 대상으로 통합건강증진 프로그램의 효과성이 연구결과에서 일부 검증되었다. 암전문병원의 적극적 치료 후 가정에 돌아온 재가암 환자에게 신체영역, 심리사회영역, 바디이미지영역으로 구성된 통합건강증진 프로그램을 적용할 것을 제안한다. 그러나 본 연구에서 유의하지 않은 결과가 있으므로 반복 연구를 통하여 효과성을 파악하는 것이 필요하다. 암 환자는 진단과 치료로 생존에 집중하므로 일상생활로 돌아온 재가암 환자는 추후 관리에 소홀히 할 수 있다. 가정에 돌아온 재가암 환자를 고위험집단과 중위험집단으로 분류하고 고위험집단은 암전문병원에서 건강관리를 하고 중위험집단은 보건기관에서 통합건강증진 프로그램을 제공하여 암관리의 연속선 상에서 신체적, 사회적, 정서적, 기능적으로 포괄적 돌봄을 제공한 것은 의의가 있다.

또한 본 연구에서 이론적 기틀로 사용한 협업돌봄모형은 보건기관에서 증가하는 재가암 환자에게 건강관리를 제공할 수 있고 병원 중심으로 이루어지는 재가암 환자 관리를 보건기관 간호사가 위험도에 따라 개입할 수 있으므로 재가암 환자 간호가 협업을 중심으로 임상현장에 정착하는데 도움이 될 것으로 기대한다.

REFERENCES

1. Park NH. Ministry of Health and Welfare White Book [Internet]. Sejong city: Ministry Health and Welfare. [cited 2019 Feb 21]. Available from: <http://www.mohw.go.kr/react/search/search.jsp>
2. Cho B. Health care model and the role of primary care after the treatment of cancer patients. Research Institute for Healthcare Policy Korean Medical Association. 2015;12(4):62-70.
3. Oeffinger KC, McCabe MS. Models for delivering survivorship care. *Journal of Clinical Oncology*. 2006;24(32):5117-5124. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.07.0474>
4. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Distress Thermometer(v.2.2018) [Internet]. Fort Washington: National Comprehensive Cancer Network; [cited 2018 June 26]. Available from: <http://www.nccn.org/international/internationaladaptations.aspx>
5. The Canadian Strategy for Cancer Control: 2017-2022. Toronto, Canadian Partnership against Cancer; 2017.
6. Minister of Government Legislation. Cancer Control Act [Internet]. Sejong-si: Ministry of Government Legislation. 2018 [cited 2019 Feb 21]. Available from: <http://www.mohw.go.kr/react/search/search.jsp>
7. Cella DF, Tulsky DS. Quality of life in cancer: Definition, purpose, and method of measurement. *Cancer Investigation*. 1993; 11(3):327-336. <https://doi.org/10.3109/07357909309024860>
8. Padilla GV, Ferrell B, Grant MM, Rhiner M. Defining the content domain of quality of life for cancer patients with pain. *Cancer Nursing*. 1990;13(2):108-115.
9. Colombo R, Dohety DJ, Wilson CM, Krzys K, Lange S, Maynes H. Implementation and preliminary analysis of FACT-G quality of life questionnaire within an oncology survivorship clinic. *Cureus*. 2018;10(3):e2272-e2285. <https://doi.org/10.7759/cureus.2272>
10. Park E, Park J, Kim S, Lee H. Job loss and re-employment of cancer patients in Korean employees: A nationwide retrospective cohort study. *Journal of Clinical Oncology*. 2008;26(8): 1302-1309. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.14.2984>
11. Carlson LE, Bultz BD. Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: Making the case for economic analyses. *Psycho-Oncology*. 2004;13(12):837-849. <https://doi.org/10.1002/pon.832>
12. Cancer care point. Cancer Care point Online programs & Services [Internet]. San Jose: Cancer care Point. 2018 [cited 2018 June 11]. Available from: <https://https://www.cancercarepoint.org>
13. Kim J. Development of recommendations for distress management toward improvement of quality of life in cancer patients. Research Report. Sejong: Minister of Health, Welfare and Family Affairs; 2009 May. Report No: 0830690-1.
14. Hahm BJ, Shim EJ, Kim HK, Kim JH. History and current status of psycho-oncology. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 2007;46(5):413-420.
15. Park JH, Chun M, Jung YS, Bae SH, Jung YM. Psychoeducational approach to distress management of newly diagnosed patients with breast cancer. *Journal of Korean Academy Nursing*. 2018;48(6):669-678. <https://doi.org/10.4040/jkan.2018.48.6.669>
16. An H, Nho JH, Yoo S, Kim H, Nho M, Yoo H. Effects of lifestyle intervention on fatigue, nutritional status and quality of life in patients with gynecologic cancer. *Journal of Korean Academy Nursing*. 2015;45(6):812-822. <https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.6.812>
17. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress & Anxiety*. 2003;18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
18. Yang JH, Kim OS. The structural equation model on resilience of breast cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of*

- Korean Academy Nursing. 2016;46(3):327-337.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.3.327>
19. Pierrisnard C, Baciuchka M, Mancini J, Rathelot P, Vanelle P, Montana M. Body image and psychological distress in women with breast cancer: A French online survey on patients' perceptions and expectations. *Breast Cancer*. 2018;25(3):303-308.
<https://doi.org/10.1007/s12282-017-0828-2>
 20. Muzzatti B, Annunziata MA. Body image assessment in oncology: An update review. *Supportive Care in Cancer*. 2017;25(3):1019-1029. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3538-y>
 21. Brederecke J, Zimmermann T. Psychometric properties of the German version of the Self Image Scale (SIS-D) in a sample of cancer patients. *Public Library of Science ONE*. 2020;15(10):e040619. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240619>
 22. ParaAs-Bravo P, Salvadores-Fuentes P, Alonso-Blanco C, Paz-Zulueta M, Santibañez-MarguÈello M, Palacios-Ceñaet D, et al. The impact of muscle relaxation techniques on the quality of life of cancer patients, as measured by the FACT-G questionnaire. *Public Library of Science ONE*. 2017;12(10):e0184147. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184147>
 23. Dietrich AJ, Oxman TE, Williams JWJ, Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, et al. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: Cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2004;329(7466):602-605.
<https://doi.org/10.1136/bmj.38219.481250.55>
 24. Oxman TE, Dietrich AJ, Williams JWJ, Kroenke K. A three-component model for reengineering systems for the treatment of depression in primary care. *Psychosomatics*. 2002;43(6):441-450. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.6.441>
 25. Sehlen S, Martin-Mittag B, Herschbach P, Schweden M, Book K, Henrich G, et al. Health-related quality of life supersedes other psychosocial predictors of long-term survival in cancer patients undergoing radiotherapy. *Acta Oncology*. 2012;51(8):1020-1028. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.683879>
 26. Seo JY. Distress and quality of life in cancer patients receiving chemotherapy. [dissertation]. [Seoul]: Seoul National University; 2014. 89 p.
 27. Farahani LA, Parvizy S, Asadi-Lari M, Mohammadi E, Azghadi BH, Taghizadeh Z. Study protocol for promoting physical activity among women based on the MAPP process. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2019;24(11):1074-1081.
<https://doi.org/10.26719/2018.24.11.1074>
 28. Quade D. Rank analysis of covariance. *Journal of the American Statistical Association*. 1967;62(320):1187-1220.
 29. Clark MM, Bostwick JM, Rummans TA. Group and individual treatment strategies for distress in cancer patients. *Mayo Clinical Proceedings*. 2003;78(2):1538-1543.
<https://doi.org/10.4065/78.12.1538>
 30. The American Cancer Society. Estimated New Cases for the Four Major Cancers by Sex and Age Group, 2019 [Internet]. Washington: American Cancer Society. 2019. [cited 2019 April 10] Available from:
<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2019/estimated-deaths-for-the-four-major-cancers-by-sex-and-age-group-2019.pdf>