

성인 암환자 삶의 질 영향요인 -국민건강영양조사 제6기 2차년도(2014)

박진아, 홍지연*
호원대학교 간호학과

Factors Influencing Quality of life in Adult Cancer Patients: The Sixth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI-2), 2014

Jin-Ah Park, Ji-Yeon, Hong*

Department of nursing, Howon University

요 약 본 연구는 제6기 2차년도 국민건강영양조사 결과를 토대로 인구사회학적특성, 건강상태, 정신건강 측면에서 암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 시도되었다. 연구도구는 국민건강영양조사의 인구사회학적 특성, 건강상태, 정신건강, 삶의 질을 이용하였으며 SAS 9.3 version으로 분석하였다. 연구결과 연령, 성별, 경제활동 여부, 소득사분위수(개인), 주관적 건강상태, 본인인지 구강건강상태, 활동제한 여부, 스트레스 인지율, 우울증상 경험률에서 삶의 질이 유의한 차이가 있었다. 암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 연령, 성별, 소득사분위수(개인), 주관적 건강상태, 활동제한 여부, 우울증상 경험률로 이들 변인은 삶의 질을 39.1% 설명하였다. 본 연구의 의의는 암환자 삶의 질 영향요인을 인구사회학적 특성, 건강상태, 정신건강의 다차원적 측면에서 확인하였다는 점과 본인인지 구강건강상태가 삶의 질에서 유의한 차이가 있음을 밝혀내었다는 데 있다. 이와 같은 결과를 바탕으로 암환자의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 암 진단부터 치료, 회복 후 사회로 복귀까지를 포함하는 포괄적인 관리가 요구된다. 또한 삶의 질에 대한 다차원적 접근 및 안위 증진, 암의 조기 검진과 암예방 교육, 우울증상 관리, 사회적지지를 포함한 장기적인 프로그램 개발 및 적용이 필요하다.

Abstract This study was conducted to identify the factors affecting the quality of life of cancer patients based on demographic characteristics, health status, and mental health using the results of the 6th National Health and Nutrition Survey. The research tool used the demographic characteristics, health status, mental health, and quality of life of the KNHANES VI-2. Data analysis was conducted using SAS 9.3 version. There were significant differences in the quality of life in the study results by age, gender, economic activity, individual income quartile, subjective health status, mental health status, activity limitation, stress perception, and experience of depression symptoms. Factors influencing the quality of life of cancer patients included age, sex, income quintiles(individual), subjective health status, activity limitation, and experience of depression symptoms, which together explained 39.1% of the quality of life. To improve the quality of life of cancer patients, comprehensive management is required from diagnosis to treatment to return to society. It is also necessary to develop and apply long-term programs including multidimensional approaches and improvement of quality of life, early screening of cancer and cancer prevention education, management of depression symptoms, and social support.

Keywords : Cancer, Depression, Health status, Mental health, Quality of Life

본 논문은 호원대학교 연구비 지원을 받아 수행되었음.

*Corresponding Author : Ji-Yeon, Hong(Howon Univ.)

Tel: +82-63-450-7767 email: jyhong@howon.ac.kr

Received April 7, 2017

Revised May 2, 2017

Accepted May 12, 2017

Published May 31, 2017

1. 서론

1.1 연구의 필요성

2013년 우리나라의 암 발생자 수는 225,343명으로 1999년 101,032명 대비 121.4% 증가하였으며, 5년 암 유병자 수는 2013년 785,599명으로 2003년 311,137명 대비 152.5% 증가하였다[1]. 또한 2009~2013년 발생한 암환자의 5년 상대생존율은 69.4%로 암환자의 65% 이상이 5년 이상 생존하고 있는 것으로 나타나[1] 2005년~2011년까지 미국 암환자의 5년 상대생존율 66.5%[2], 2006년부터 2008년까지 캐나다의 63%[3], 2003년부터 2005년까지 일본의 58.6%[4]의 경우와 유사하거나 높은 상대생존율을 보였다.

암환자들은 암 진단으로 인한 심한 정서적 혼란과 함께 수술, 방사선 및 화학요법 등으로 치료를 받으면서 피곤함, 허약감, 탈진, 무기력, 오심, 구토 등의 신체적 부작용으로 삶의 질에 부정적인 영향을 받고 있으며, 치료가 종료된 이후에도 암 재발을 확인하기 위한 검사와 여러 증상조절로 인해 의료기관의 주변을 벗어나기 어려운 상태로 정상적인 사회생활 재개에 상당한 제한을 가지고 있다[5]. 통증, 피로감, 집중력 저하, 손발 저림 등과 같은 암 치료와 관련된 신체적 고통들은 자신의 삶과 하나가 되어 함께 지고야 할 무거운 짐[6]이 되었고 이러한 결과는 치료로 인한 신체적 불편감과 불편감, 가족들에 대한 정신적 부담감과 직업 및 경제적인 문제[7]를 포함하여 암환자를 더욱 힘들게 하고 있다.

질병의 상태 및 진행정도에 따라 암환자들은 여러 가지 부작용으로 인한 신체적 고통을 겪을 뿐만 아니라 질병의 예후와 죽음에 대한 두려움, 불안, 우울, 고립감, 절망감 등과 같은 사회·심리적 문제를 경험하게 된다[8]. 또한 이러한 문제를 경험하는 상황은 생애에 있어서 심각한 위기에 직면하는 것으로 암환자의 삶의 질에 매우 큰 영향을 미치고 있다[8].

암환자들은 만성적이고 생명을 위협하는 암의 치료와 회복에 있어서 생존과 더불어 장기적 치료에 따르는 정서적 고통과 치료비용 및 직업상실로 인한 경제적 어려움, 가족과의 역할 갈등 등으로 심리사회적 적응 측면에서 어려움을 겪고 있다[9]. 이 때문에, 암의 치료와 회복 과정에서 암환자의 생존만이 아니라 궁극적으로 환자가 지각하는 주관적 안녕 상태인 삶의 질 향상이 가장 중요하다는 인식이 확대되고 있다[10].

의료의 패러다임이 급성기 질병의 치료 및 완치에 중점을 두는 방향에서 장기적이고 예방중심적인 방향으로 변화됨에 따라 의료현장에서의 삶의 질은 더욱 중요한 개념으로 여겨지고 있다[11]. 즉 기존의 암환자에 대한 치료의 초점을 질병으로부터의 회복을 주목적으로 하던 관점에서 벗어나[11], 삶의 질을 암을 진단받기 전의 상태로 회복하거나 증진시키는 것에 초점을 두기 시작하여 [12] 암환자의 삶의 질을 종합적으로 관리하기 위한 방안이 연구되고 있다.

삶의 질의 구체적 영역으로 신체적 건강 영역은 통증, 신체적 증상, 피로 등 주관적으로 느끼는 증상과 구토, 운동가능범위, 면역체계의 기능과 같은 객관적으로 확인되는 영역이다. 정서적 영역의 삶의 질은 우울, 불안, 대처와 같은 심리기능적 측면을 포함하는 영역이다. 사회적 영역의 삶의 질은 지각된 사회적 지지, 결혼만족, 의사소통 등을 의미하며, 기능적 영역의 삶의 질은 일주일 중 근로가 가능한 시간에 대한 확인, 가사노동량, 일상생활 활동의 제한정도, 경제적 문제 등을 포함한다. 이 외에 환경적 삶의 질, 영적 삶의 질을 포함하는 등 삶의 질을 이해할 때는 다차원적인 면을 고려해야 한다[13]. 이와 같이 삶의 질이 다차원적 측면으로 구성되어 있기 때문에 암환자의 삶의 질 향상을 위한 중재는 의학적 치료 뿐만 아니라 심리사회적 중재가 요구되며, 암환자의 삶의 질을 다각적 측면에서 포괄적으로 접근하는 것이 중요하다 하겠다[11]. 특히 암환자의 경우 삶의 질이 일반인에 비해 낮게 나타나고[14] 암환자의 생존 정도에 대한 중요 예측요인이 되며[15], 암환자에게 있어서 생존율보다도 더 중요한 치료효과의 지표로 간주될 수 있기 때문에[16] 더욱 중요하게 부각되고 있다.

국민건강영양조사 결과를 이용하여 암환자의 삶의 질에 대해 연구한 선행연구는 인구사회학적 특성 별 삶의 질을 측정된 연구[17], 신체활동에 따른 건강관련 삶의 질을 측정된 연구[18], 복합표본 설계를 이용한 건강관련 삶의 질을 측정된 연구[19] 등에 대한 결과는 있었으나 암환자의 삶의 질을 인구사회학적 특성 및 건강상태, 정신건강 등을 다차원적으로 파악한 연구는 부족한 실정이다.

따라서 전국 규모로 시행된 국민건강영양조사 자료를 이용하여 성인 암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하고 이를 향상시킬 수 있는 중재 전략 개발의 기초자료로 사용되기 위해 본 연구를 진행하고자 한다.

1.2 연구의 목적

본 연구의 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 인구사회학적 특성, 건강상태, 정신건강, 삶의 질 정도를 파악한다.
- 2) 대상자의 인구사회학적 특성, 건강상태, 정신건강에 따른 삶의 질 차이를 파악한다.
- 3) 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

2. 연구방법

2.1 연구설계

본 연구는 2014년 총 3,156가구의 만 1세 이상 전체 가구원 7,550명을 대상으로 실시된 제6기 2차년도 국민건강영양조사 원시자료를 이용하였으며, 조사 내용은 건강설문조사, 검진조사, 영양조사이다. 국민건강영양조사의 목표 모집단은 우리나라에 거주하고 있는 국민으로서 표본추출방법은 조사구 및 가구를 1,2차 추출단위로 하는 2단계 층화집락표본추출방법을 적용하였고, 제6기 (2013-2015)의 경우 시도, 동·읍면, 주택유형(일반주택, 아파트)을 기준으로 추출틀을 층화하고 주거면적 비율, 가구주 학력 비율 등을 내재적 층화 기준으로 사용하였다. 표본 조사구 내에서 양로원, 군대, 교도소 등의 시설 및 외국인 가구 등을 제외한 적절가구 중 계통추출법을 이용하여 20개 표본가구를 선정하였다. 제6기 2차년도 (2014)의 조사대상자는 9,701명, 참여자는 7,550명으로 참여율은 77.8%였다. 본 연구에서는 전체 참여자 중 19세 이상 성인이면서 만성질환 이환조사에서 의사에게 위암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암, 폐암, 갑상선암, 기타암을 진단받은 236명을 대상으로 선정하였다.

2.2 연구도구

국민건강영양조사의 건강설문조사부문 설문지의 인구사회학적 특성, 건강상태, 정신건강, 삶의 질과 관련된 문항을 이용하였다.

2.2.1 일반적 특성

일반적 특성을 조사하기 위해 성별, 만 나이, 소득사분위수(개인), 경제활동상태, 결혼상태 등 5개 문항을 분석에 사용하였다.

2.2.2 건강상태

건강상태 조사를 위해 주관적 건강상태, 본인인지 구강건강상태, 활동제한 여부 등 3개 문항을 분석하였다. 주관적 건강상태는 평소 생각하는 자신의 건강에 대한 문항으로 ‘매우 좋음’, ‘ 좋음’, ‘보통’, ‘나쁨’, ‘매우 나쁨’의 5점 Likert 척도로 측정하였으며, 점수가 높을수록 대상자가 인식하는 주관적 건강상태가 나쁜 것을 의미한다. 본인인지 구강건강상태는 스스로 생각할 때 치아와 잇몸 등 본인의 구강건강에 대한 인지 정도 문항으로 ‘매우 좋음’, ‘ 좋음’, ‘보통’, ‘나쁨’, ‘매우 나쁨’의 5점 Likert 척도로 측정하였으며, 점수가 높을수록 대상자가 인식하는 구강건강상태가 나쁜 것을 의미한다. 활동제한 여부는 현재 건강상의 문제나 신체 혹은 정신적 장애로 일상생활 및 사회활동에 제한을 받고 있는지를 ‘예’, ‘아니오’로 구분하여 측정하는 문항을 사용하였다.

2.2.3 정신건강

스트레스 인지율은 평소 일상생활 중 스트레스 인지 정도를 평가하는 문항에 대하여 ‘대단히 많이’ 또는 ‘많이’ 느끼는 편이라고 응답한 분율이고 우울증상 경험률은 최근 1년 중 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느꼈다고 응답한 분율이다.

2.2.4 삶의 질

삶의 질을 조사하기 위해 EQ-5D index를 사용하였다. EQ-5D index는 운동능력, 자기관리, 일상활동, 불안/우울에 대해 조사 당일 대상자의 건강상태를 가장 잘 설명해주는 항목에 응답한 결과를 기초로 생성된 변수이다.

2.3 자료수집

국민건강영양조사는 질병관리본부 주관으로 국민의 건강수준, 건강관련 의식 및 행태, 식품 및 영양섭취 실태에 대한 통계산출을 목적으로 실시되는 전국 규모의 건강 및 영양조사로서 1998년부터 2005년까지는 3년 주기로 2007년 이후 매년 실시되고 있다. 2012년 제 5기 3차년도 조사의 경우 건강설문조사와 검진조사는 이동검진센터에서 실시하였고 영양조사는 대상가구를 직접 방문하여 실시하였다. 건강설문조사의 교육 및 경제활동, 이환, 의료이용 항목, 영양조사 전체 항목은 면접방법으로 조사하였고 흡연, 음주 등 건강행태조사는 자기기입식으로 조사하였다. 검진조사는 직접계측, 관찰, 검

체분석 등의 방법으로 조사하였다. 조사된 자료 및 코딩북, 설문지, 이용지침서 등은 국민건강영양조사 홈페이지에서 사용자등록 절차를 거쳐 제공받았다.

2.4 자료분석

수집된 자료는 SAS 9.3 version을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 인구사회학적 특성, 건강상태, 정신건강은 빈도와 백분율을 산출하였다.
- 2) 대상자의 삶의 질 정도는 평균과 표준편차를 산출하였다.
- 3) 대상자의 인구사회학적 특성, 건강상태, 정신건강에 따른 삶의 질 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였다.
- 4) 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 multiple regression으로 분석하였다.

3. 연구결과

3.1 대상자의 인구사회학적 특성, 건강상태, 정신건강, 삶의 질

대상자의 인구사회학적 특성, 건강상태, 정신건강, 삶의 질 정도는 <Table 1>과 같다. 대상자의 연령은 58.7 ± 1.06 세로 여성이 61.4%(145명)로 남성보다 많았다. 배우자가 있는 경우가 대부분이었으며(192명, 83.1%), 소득사분위수(개인)는 상부터 하까지 27.4%~21.1%로 고르게 분포하였으며, 경제활동은 하지 않고 있는 경우가 54.5%로 하고 있는 경우보다 많았다. 주관적 건강상태는 보통 군이 46.3%로 가장 많았고 나쁜 군이 35.6%로 대부분 자신의 건강상태에 대해 보통 이하로 느끼고 있었다. 본인인지 구강건강상태는 나쁜 군이 49.3%로 가장 많았다. 일상활동에 대한 제한은 받고 있지 않는 경우가 84.1%로 대부분이었으며 스트레스를 많이 느끼는 경우와 2주 이상 연속적으로 우울감을 느낀 경우는 일반인과 비교하여 더 많은 것으로 보이며, 그 비율은 21.4%, 12.9%으로 나타났다. 삶의 질 정도는 0.92 ± 0.01 이었다.

Table 1. Socio-demographics, health status, mental health, quality of life (N=236)

Characteristics	Categories	n(%)	M±SD
Sex	Male	91(38.6)	
	Female	145(61.4)	
Spouse	No	44(16.9)	
	Yes	192(83.1)	
Economic activity (n=232)	Yes	98(45.5)	
	No	134(54.5)	
Individual income quartile (n=235)	Low	54(21.1)	
	Middle low	61(27.3)	
	Middle high	57(24.1)	
	High	63(27.4)	
Subjective health status	Good	42(18.1)	
	Moderate	109(46.3)	
	Poor	85(35.6)	
Self-reported oral health status (n=222)	Good	29(13.1)	
	Moderate	83(37.6)	
	Poor	110(49.3)	
Activity limitation	Yes	40(15.9)	
	No	196(84.1)	
Stress perception (n=228)	Low	185(78.6)	
	High	43(21.4)	
Depression experience (n=226)	Yes	19(10.0)	
	No	207(90.0)	
Quality of life			0.92±0.01
Age			58.7±1.06

3.2 대상자의 인구사회학적 특성, 건강상태, 정신건강에 따른 삶의 질 차이

대상자의 인구사회학적 특성, 건강상태와 정신건강에 따른 삶의 질 차이를 확인한 결과 대부분의 변수들에서 차이가 있는 것으로 나타났다(Table 2).

각 변수들에 대해 삶의 질을 비교한 결과 성별($t=6.26$, $p=.014$), 경제활동 여부($t=18.62$, $p<.001$), 개인 소득사분위수($F=7.11$, $p<.001$), 주관적 건강상태($F=19.67$, $p<.001$), 본인인지 구강건강상태($F=3.26$, $p=.042$), 활동제한 여부($t=17.76$, $p<.001$), 스트레스 인지율($t=4.07$, $p=.046$), 우울증상 경험률($t=10.17$, $p=.002$), 연령($F=24.91$, $p<.001$)에서 유의한 차이가 있었다.

Table 2. The difference of quality of life by socio-demographic characteristics, health status, mental health (N=236)

Variables	Classification	Quality of life		
		M±SD	t or F	p
Sex	Male	0.95±0.01	6.26	.014
	Female	0.90±0.01		
Spouse	Yes	0.93±0.01	3.79	.054
	No	0.87±0.03		
Economic activity (n=232)	Yes	0.96±0.01	18.62	<.001
	No	0.89±0.01		
Individual income quartile (n=235)	Low	0.90±0.02	7.11	<.001
	Middle low	0.89±0.02		
	Middle high	0.91±0.02		
	High	0.97±0.01		
Subjective health status	Good	0.98±0.01	19.67	<.001
	Moderate	0.95±0.01		
	Poor	0.86±0.02		
Self-reported oral health status (n=222)	Good	0.96±0.02	3.26	.042
	Moderate	0.93±0.02		
	Poor	0.89±0.02		
Activity limitation	Yes	0.81±0.03	17.76	<.001
	No	0.94±0.01		
Stress perception (n=228)	High	0.88±0.02	4.07	.046
	Low	0.93±0.01		
Depression experience (n=226)	Yes	0.81±0.04	10.17	.002
	No	0.94±0.01		
Age		58.7±1.06	24.91	<.001

3.3 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 삶의 질에 차이가 있는 것으로 파악된 요인인 성별, 배우자 유무, 경제활동 여부, 소득사분위수(개인), 주관적 건강상태, 본인인지 구강건강상태, 활동제한 여부, 스트레스 인지율, 우울증상 경험률, 연령에 대해 다중회귀분석을 실시한 결과는 <Table 3>과 같다. 성인 암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 성별($p=.018$), 소득사분위수(개인)($p=.022$), 주관적 건강상태($p=.018$), 활동제한 여부($p=.013$), 우울증상 경험률 ($p<.001$), 연령 ($p<.001$) 이었다.

남자, 우울증상 경험이 없는 경우, 주관적 건강상태가 좋은 군이 삶의 질 정도가 더 높았다. 소득사분위수(개인)에 있어서는 ‘상’인 경우에 비해 ‘중상’, ‘중하’, ‘하’인 사람이 삶의 질 정도가 낮았으며, 활동제한이 있는 사람, 연령이 높을수록 삶의 질이 낮았다. 이와 같은 변인들에 의한 설명력은 39.1%($F=9.07$, $p<.001$)로 암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 주요 변수임을 확인할 수 있었다.

Table 3. Factors associated with quality of life (N=208)

Selected variables		β	S.E	t	p
Sex	Male	0.04	0.01	2.41	.018
	Female	0.00	0.00	.	.
Spouse	No	-0.01	0.02	-0.24	.809
	Yes	0.00	0.00	.	.
Economic activity(n=232)	Yes	0.02	0.02	1.22	.224
	No	0.00	0.00	.	.
Individual income quartile (n=235)	Low	-0.05	0.02	-2.32	.022
	Middle low	-0.04	0.02	-2.37	.020
	Middle high	-0.06	0.02	-3.18	.002
	High	0.00	0.00	.	.
Subjective health status	Good	0.05	0.02	2.39	.018
	Moderate	0.02	0.02	0.95	.343
	Poor	0.00	0.00	.	.
Self-reported oral health status (n=222)	Good	0.02	0.02	0.68	.500
	Moderate	0.01	0.01	0.80	.425
	Poor	0.00	0.00	.	.
Activity limitation	Yes	-0.07	0.03	-2.52	.013
	No	0.00	0.00	.	.
Stress perception (n=228)	Low	0.00	0.02	0.01	.994
	High	0.00	0.00	.	.
Depression experience(n=226)	No	0.12	0.03	3.75	<.001
	Yes	0.00	0.00	.	.
Age		-0.00	0.00	-3.68	<.001
Adj $R^2=0.391$ F=9.07 $p<.001$					

4. 논의

이 연구는 제6기 2차년도 국민건강영양조사 자료를 이용하여 성인 암환자의 삶의 질을 파악하고 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하여 연구의 결과가 암환자의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 중재 전략 개발의 기초자료로 사용되기 위하여 진행되었다.

연구의 결과 성인 암환자의 삶의 질은 0.92 ± 0.01 이며, 남자, 우울증상 경험이 없는 경우, 주관적 건강상태가 좋은 군이 삶의 질 정도가 더 높았다. 소득사분위수(개인)에 있어서는 ‘상’인 경우에 비해 ‘중상’, ‘중하’, ‘하’인 사람이, 활동제한이 있는 경우와 연령이 높을수록 삶의 질이 낮았으며, 연령, 성별, 소득사분위수(개인), 주관적 건강상태, 활동제한 여부, 우울증상 경험률이 영향을 미치는 요인으로 확인되었다.

본 연구 대상자의 삶의 질은 2007년부터 2011년까지 국민건강영양조사를 중심으로 성인 암환자의 인구사회학적 특성별 건강관련 삶의 질 평균 $0.861[17]$ 보다 높은 결과를, 같은 연구에서 정상집단의 0.941 보다 낮은

결과를 나타냈다. 선행연구에서 암환자의 경우 삶의 질이 일반인에 비해 낮게 나타나는 것으로 보고되고 있고 [14] 암 종별과 무관하게 치료나 재활과정이 경제적으로 혹은 사회 심리적으로 많은 고통이 수반되는 과정이며 [17], 암을 치료한 후에도 불편감이 지속되어 일상활동 및 자기관리에 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 혈액암의 경우 조혈모세포이식 후 6년이 지난 참여자의 경우도 삶의 질이 회복되지 않아 [20] 암환자의 삶의 질이 회복되는 시기에 대한 지속적인 연구가 필요하며, 암을 진단 받은 시점부터 치료 및 회복, 사회복귀까지를 포함하는 중재프로그램 적용이 필요하다.

국민건강영양조사 제 5기 자료를 이용한 선행연구 [19]에서 삶의 질은 성별, 연령, 교육수준, 소득, 직업, 스트레스 인지율, 우울증상 경험률, 자살생각 등에서 통계적으로 유의한 차이를 보여 본 연구의 결과와 유사하였다. 남성이 여성보다 삶의 질이 높게 측정된 결과와 연령이 높을수록 삶의 질이 낮은 결과는 본 연구의 결과와 일치하였다. 이는 여성의 평균수명이 남성보다 길고 연령이 증가할수록 암에 유병될 확률이 높아 여성 암환자가 더 많고 한편으로는 여성이 건강취약 계층이고 남성보다 다양한 암 유병을 가지고 있기 때문 [17]으로 사료되며, 평균수명의 연장은 그만큼 암에 노출될 기회가 많아지며 암 치료를 위한 시간과 비용의 증가를 의미하므로 조기의 암 검진 시행 및 연령대별 암예방에 대한 지속적인 교육이 필요함을 알 수 있다.

암환자의 경제활동 및 소득수준은 삶의 질에 영향을 미치고 있었다. 소득사분위수가 높을수록 삶의 질이 높고 [19], 소득이 낮을수록 삶의 질이 낮은 결과 [17]를 볼 때 암치료를 많은 경제적인 부담을 가지는 암환자들이 회복 후에도 경제적인 문제로 삶의 질이 저하됨을 알 수 있다. 혈액암 환자의 경우 조혈모세포이식 후 직업을 갖는 것을 완전히 포기했으며, 이전보다 30~40% 정도의 신체적 기능을 가지고 있어 직장으로의 복귀가 힘들었다 [21]. 특히 이식 후 삶의 질이 5년 전후에 높아졌으며 [22][23], 이식 후 4년이 지났을 때 전반적인 삶의 질이 향상되어 일반사람들과 유사했다 [24]는 연구결과를 볼 때 이식 후 4~5년은 직장생활을 정상적으로 영위하기 힘들다는 것을 유추할 수 있다. 직장은 곧 생계를 의미하므로 암치료 후 장기간 동안 직장생활로의 복귀가 어려운 경우가 발생하여 삶의 질을 저하시키므로 직업재활 프로그램 등을 통해 사회복귀를 위한 충분한 시간을 확

보할 수 있도록 직업상담을 포함한 적극적인 사회적 지원이 필요하다.

건강상태 면에서 주관적 건강상태 및 본인인지 구강 건강상태, 활동제한 여부에 따라 삶의 질에 차이가 있었다. 지각된 건강상태가 암환자의 삶의 질을 예측하는 첫 번째 주요 요인이고 [25] 교육수준 및 생활수준이 낮은 경우 주관적 건강수준이 낮게 나타났으며 [26], 주관적 건강상태와 삶의 질이 순상관관계로 나타난 연구결과 [27]를 볼 때 암환자가 주관적으로 느끼는 신체적 안녕상태가 삶의 질에 매우 중요한 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 암을 진단받은 순간부터 신체적 안녕상태가 위협받는 상황이 되므로 암으로 인한 다양한 증상을 조절할 수 있는 중재를 적용시켜야 한다. 또한 본인인지 구강 건강상태에 대해서는 선행연구의 결과가 없어서 비교가 어렵지만 암환자는 좋은 영양상태를 유지해야 하며, 구내염으로 고통받을 수 있는 가능성을 고려해 볼 때 구강 건강상태가 좋으면 구내염이 없고 섭취 가능한 음식의 선택이 자유롭기 때문에 삶의 질이 높게 나타났을 것으로 추정할 수 있다.

선행연구에서 암으로 인한 일상활동 어려움이나 건강상태로 인한 활동제한을 측정한 결과 대체적으로 활동에 제한이 없는 사람이 활동 제한이 있는 사람보다 삶의 질이 더 높게 나타났고 [28] 암환자의 일상생활 거동상태에서 완전 보행상태가 하루 중 50% 이상 침상에서 지내는 상태 보다 삶의 질이 높았다 [9]. 또한 55세 이상의 암환자 집단과 비암환자 집단을 대상으로 한 연구에서 암환자 집단이 일상적인 활동과 이동 등에 더 많은 제한을 받아 신체적인 측면에서 삶의 질이 떨어진다고 보고한 결과 [29]와 본 연구의 결과가 일치했다. 따라서 암을 진단받은 시점부터 활동제한이 발생할 수 있는 원인을 파악하고 발생 가능한 문제를 예측하여 관리함으로써 암을 치료한 후에 활동제한이 최소화될 수 있는 중재 프로그램이 선행되어야 하며, 이를 통한 암환자의 안위를 증진시켜 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 해야 할 것이다.

정신건강 측정은 스트레스 인지율, 우울증상 경험률이 포함되었다. 우울은 삶의 질의 도구인 EQ-5D에 ‘불안 혹은 우울’이라는 항목으로 포함되어 있으나 우울만을 측정한 것으로 판단하기에 어려움이 있어 정신건강 측정에서 우울증상 경험률을 하나의 지표로 제시하였다.

스트레스 인지율이 높은 경우, 우울증상을 경험하는 경우에서 삶의 질이 낮게 나타났다. 이는 선행연구와 일

치하는 결과로[19] 암환자의 45%가 외상 후 스트레스 장애 진단기준을 충족한다[30]는 연구결과도 있어 암환자가 경험하는 스트레스의 수준이 극심한 상태임을 알 수 있다. 불안 및 우울과 같은 문제는 암환자의 삶의 질에 상당히 큰 비중으로 영향을 미치는 변수이며, 암환자는 암치료가 끝난 후에도 암의 예후와 재발에 대한 걱정 등 정신적 고통과 스트레스를 경험한다[31]. 또한 암환자의 22%에서 높은 우울을, 38%에서 높은 불안을 나타냈고[32] 대장암 환자를 대상으로 우울을 측정한 결과 전체 대상자의 64.6%가 우울이 있는 것으로 나타난 연구결과도 있다[33]. 불안과 우울 등의 부정적인 정서는 암에 대한 적응이나 치료과정에서의 순응을 악화시킬 뿐만 아니라 암의 진행에 대항할 수 있도록 하는 면역계 기능에 영향을 미치므로 부정적 정서를 조절할 수 있는 심리사회적 중재가 필요하다[34]. 이와 같은 결과를 볼 때 암이 만성적이며 장기적인 치료를 필요로 하는 질병이므로 이와 관련된 스트레스 및 우울에 대한 중재는 단기간의 중재 보다는 보다 체계적이고 장기적인 중재가 요구된다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 제6기 2차년도 국민건강영양조사 결과를 토대로 인구사회학적, 건강상태, 정신건강 측면에서 암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 시도되었다. 연구결과 연령, 성별, 경제활동 여부, 개인 소득사분위수, 주관적 건강상태, 본인인지 구강건강상태, 활동제한 여부, 스트레스 인지율, 우울증상 경험률에서 삶의 질이 유의한 차이가 있었다. 암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 연령, 성별, 소득사분위수(개인), 주관적 건강상태, 활동제한 여부, 우울증상 경험률로 이들 변인은 삶의 질을 39.1% 설명하였다.

본 연구의 의의는 암환자 삶의 질 영향요인을 인구사회학적 특성, 건강상태, 정신건강의 다차원적 측면에서 확인하였다는 점과 본인인지 구강건강상태가 삶의 질에서 유의한 차이가 있음을 밝혀내었다는 데 있다. 이와 같은 결과를 바탕으로 암환자의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 암 진단부터 치료, 회복 후 사회생활까지를 포함하는 포괄적인 관리가 요구된다. 또한 삶의 질에 대한 다차원적 접근 및 안위 증진, 암의 조기 검진과 암예방 교

육, 우울증상 관리, 사회적지지를 포함한 장기적인 프로그램 개발 및 적용이 필요하다.

References

- [1] National Cancer Information Center. Cancer Facts & Figures 2016, Seoul: Ministry of Health & Welfare, National Cancer Center; 2017.
- [2] N. Howlader, AM. Noone, M. Krapcho, J. Garshell, D. Miller, SF. Altekruse, CL. Kosary, M. Yu, J. Ruhl, Z. Tatalovich, A. Mariotto, DR. Lewis, HS. Chen, EJ. Feuer, KA. Cronin. (eds). SEER Cancer Statistics Review 1975~2012, 2015.
- [3] Canadian Cancer Society, Statistics Canada and Provincial/Territorial Cancer Registry. Canadian Cancer Statistics 2015.
- [4] Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Monitoring of Cancer Incidence in Japan - Survival 2003~2005 report 2013.
- [5] P. J. Oh. "Predicting quality of life in people with cancer", Journal of Korean Academy Adult Nursing. Vol. 27, pp. 901-11, 1997.
DOI: <https://doi.org/10.4040/jnas.1997.27.4.901>
- [6] M. S. Park, K. S. Kim. "Cancer survivors' life experience", Journal of Korean Oncology Nursing. Vol. 8, no. 3, pp. 93-104, 2008.
- [7] B. R. Kim, Y. H. Kim, J. S. Kim, I. S. Jeong, J. S. Kim. "A study to the coping patterns of cancer patients", Journal of Korean Academy of Nursing. Vol. 33, no. 3, pp. 321-330, 2003.
DOI: <https://doi.org/10.4040/jkan.2003.33.3.321>
- [8] B. Ferrell, CA. Cullinane, K. Ervine, C. Melancon, GC. Uman, G. Juarez. "Perspectives on the impact of ovarian cancer: women's views of quality of life", Oncology Nursing Forum. Vol. 32, no. 11, pp. 1143-1149, 2005.
DOI: <http://doi.org/10.1188/04.ONF.1143-1149>
- [9] K. H. Kim, B. Y. Chung, K. D. Kim, H. S. Byun. "Perceived family support and quality of life in patients with cancer", Journal of Korean Oncology Nursing. Vol. 9, no. 1, pp. 52-59, 2009.
- [10] H. K. Hur, D. R. Kim, D. H. Kim. "The relationships of treatment side effects, family support, and quality of life in patient with cancer", Journal of Korean Academy of Nursing. Vol. 33, no. 1, pp. 71-78, 2003.
- [11] I. J. Lee. "The effects of stress on quality of life in cancer patients: Focusing on the moderating effects of post-traumatic growth", Health and Social Welfare Review. Vol. 32, no. 3, pp. 522-557, 2012.
DOI: <https://doi.org/10.15709/hsr.2012.32.3.522>
- [12] H. Kim, H. J. Yoo, Y. J. Kim, O. S. Han, K. H. Lee, J. H. Lee, C. W. Suh, W. K. Kim, J. C. Kim, S. H. Ahn, H. Y. Chung. "Development and validation of Korean Functional Assessment Cancer Therapy-General (FACT-G)", The Korean Journal of Clinical Psychology. Vol. 22, no. 1, pp. 215-229, 2003.
- [13] B. Zebrack. "Cancer survivors and quality of life: A

- critical review of the literature”, *Oncology Nursing Forum*. Vol. 27, no. 9, pp. 1395-1401, 2000.
- [14] J. W. Lim, I. Y. Han. “Comparison of quality of life on the stage of cancer survivorship for breast and gynecological cancer survivors”, *Korean Journal of Social Welfare*. Vol. 60, no. 1, pp. 5-27, 2008.
DOI: <https://doi.org/10.20970/kasw.2008.60.1.001>
 - [15] A. Montazeri. “Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007”, *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*. Vol. 27, no. 1, pp. 32, 2008.
DOI: <http://doi.org/10.1186/1756-9966-27-32>
 - [16] Y. S. Tae, S. J. Youn. “Effects of a forgiveness nursing intervention program on hope and quality of life in woman cancer patients”, *Journal of Korean Oncology Nursing*. Vol. 6, no. 2, pp. 111-120, 2006.
 - [17] J. G. Kim, L. S. Kwon. “Measurement of quality of life related to health by demographic characteristics of adult patients with cancer using EQ-5D index-Focused on the Korea Health & Nutrition Examination Survey-”, *The Journal of Digital Policy & Management*. Vol. 11, no. 8, pp. 281-291, 2013.
 - [18] S. H. Moon. Health related quality of life by physical activity among cancer survivors; Using the 4th Korea National Health and Nutrition Examination Survey. Unpublished Master’s Degree, The Catholic University of Korea, Seoul. 2012.
 - [19] C. Y. Park, H. S. Choi. “A study of the factors influential on a health-related quality of life using complex sample design”, *Journal of the Korean Data & Information Science Society*. Vol. 25, no. 4, pp. 829-846, 2014.
DOI: <http://dx.doi.org/10.7465/jkdi.2014.25.4.829>
 - [20] J. A. Park. The experience of hematopoietic stem cell transplant in patients with hematologic malignancy. Unpublished doctoral dissertation, Ewha Womans University, Seoul. 2014.
 - [21] M. Stephens. “The lived experience post-autologous haematopoietic stem cell transplant(HSCT): a phenomenological study”, *European Journal of Oncology Nursing*. Vol. 9, no. 3, pp. 204-215, 2005.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2004.08.002>
 - [22] S. Chiodi, S. Spinell, G. Ravera, A. R. Petti, M. T. van Lint, T. Lamparell, F. Gualandi, D. Occhini, N. Mordini, G. Gerisso, S. Bregante, F. Frassoni, A. Bacigalupo. “Quality of life in 244 recipients of allogeneic bone marrow transplantation”, *British Journal of Hematology*. Vol. 110, no. 3, pp. 614-619, 2000.
DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2141.2000.02053.x>
 - [23] H. Heinonen, L. Volin, A. Untela, M. Zevon, C. Barrick, T. Ruutu. “Quality of life and factors related to perceived satisfaction with quality of life after allogeneic bone marrow transplantation”, *Annals Hematology*. Vol. 80, no. 3, pp. 137-143, 2001.
DOI: <https://doi.org/10.1007/s002770000249>
 - [24] M. Hensel, G. Egerer, A. Schneeweiss, H. Goldschmidt, A. D. Ho. “Quality of life and rehabilitation in social and professional life after autologous stem cell transplantation”, *Annals Oncology*. Vol. 13, no. 2, pp. 209-217, 2002.
DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdf031>
 - [25] S. S. Han, I. S. Shin, Y. J. Kim. “Factors that influence quality of life in cancer patients”, *Korean Journal of Health Promotion Disease Prevention*. Vol. 9, no. 1, pp. 33-40, 2009.
 - [26] B. Y. Lee, H. S. Jo, M. S. Kwon. “Survey on quality of life, mental health and subjective health status of community dwelling cancer patients”, *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*. Vol. 24, no. 1, pp. 49-60, 2010.
 - [27] J. S. Park, Y. J. Oh. “Factors influencing on quality of life in gynecological cancer patients”, *Korean Journal of Adult Nursing*. Vol. 24, no. 1, pp. 52-63, 2012.
DOI: <https://doi.org/10.7475/kjan.2012.24.1.52>
 - [28] Y. L. Park. Factors Influencing quality of life and depression in the Korean older cancer patients. Unpublished Master’s Degree, Chong-Ang University, Seoul. 2015.
 - [29] N. L. Keating, M. Norredam, M. B. Landrum, H. A. Huskamp, E. Meara. “Physical and mental health status of older long-term cancer survivors”, *Journal of American Geriatric Society*. Vol. 53, no. 12, pp. 2145-2152, 2005.
DOI: <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00507.x>
 - [30] J. I. Gold, M. K. Douglas, M. L. Thomas, J. E. Elliott, S. M. Rao, C. Miaskowski. “The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder, Mood States, Functional Status, and Quality of Life in Oncology Outpatients”, *Journal of Pain and Symptom Management*. Epub ahead of print, 2012.
DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.10.014>
 - [31] K. Y. Kim, S. H. Lee, J. H. Kim, P. J. Oh. “Disturbance in ADL from chemotherapy-induced peripheral neuropathy and quality of life in cancer patients: The mediating effect of psychological distress”, *Journal of Korean Academy of Nursing*. Vol. 45, no. 5, pp. 661-670, 2015.
DOI: <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2015.45.5.661>
 - [32] A. Mehnert, U. Koch. “Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors”, *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 64, no. 4, pp. 383-391, 2008.
DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.12.005>
 - [33] Y. Baek, M. Yi. “Factors influencing quality of life during chemotherapy for colorectal cancer patients in South Korea”, *Journal of Korean Academy of Nursing*. Vol. 45, no. 4, pp. 604-612, 2015.
DOI: <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2015.45.5.661>
 - [34] D. Spiegel, J. Giese-Davis. “Depression and cancer: Mechanisms and disease progression”, *Biology Psychiatry*. Vol. 54, pp. 269-282, 2003.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00566-3](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00566-3)

박 진 아(Jin-Ah Park)

[정회원]



- 1988년 2월 : 이화여자대학교 간호학과 (학사)
- 2008년 8월 : 울산대학교 산업대학원 임상전문 간호학 중환자 전공 (석사)
- 2015년 2월 : 이화여자대학교 일반대학원 간호학과 성인간호학 전공 (박사)

• 2010년 3월 ~ 현재 : 호원대학교 간호학과 부교수

<관심분야>

혈액종양, 비판적 사고, 질적연구, 임상수행능력

홍 지 연(Ji-Yeon Hong)

[정회원]



- 1991년 2월 : 이화여자대학교 간호학과(학사)
- 2007년 8월 : 이화여자대학교 일반대학원 간호학과(석사)
- 2016년 2월 : 이화여자대학교 일반대학원 간호학과 성인간호학 전공 (박사)
- 2009년 3월 ~ 2012년 2월 : 영진전문대학 간호과 전임강사

• 2013년 3월 ~ 현재 : 호원대학교 간호학과 조교수

<관심분야>

감정노동, 시뮬레이션 교육, 임상수행능력