

암생존자의 건강관련 삶의 질에 대한 영향 요인 -성차를 중심으로

이인정
호서대학교 사회복지학부

Factors affecting on Health-Related Quality Of Life Among Cancer Survivors: Focusing on Gender Difference

In-Jeong Lee
School of Social welfare, Hoseo University

요약 본 연구는 암생존자의 삶의 질에 대해 보다 면밀한 검토를 통해 이들을 위한 서비스 및 정책 마련을 위한 기초자료를 제공하고자 수행되었다. 이에 본 연구는 사회문화적 영향을 다르게 수용하게 되는 성차(gender difference)를 중심으로 암생존자의 삶의 질의 차이와 예측 요인들의 상대적 영향력을 검증하였다. 이를 위해 국민건강영양조사 제 6기 중 2013년 자료에서 추출한 암생존자 203명을 표본으로 남녀 집단간 삶의 질 평균차이 검증과 위계적 회귀분석을 실시하였다. 그 결과 삶의 질의 하위 영역 모두에서 여성이 남성에 비해 낮은 삶의 질을 보였으며, 전체적인 삶의 질에 있어서도 여성의 삶의 질은 유의미하게 낮았다. 위계적 회귀분석 결과, 성차에 따른 예측 변인이 다르게 나타났는데 남성은 주관적 건강인식이 유의한 정적 영향을 미치고 있었으며 여성은 미충족 의료욕구(unmet medical need)가 가장 큰 예측력을 가진 유의미한 변인으로 부적 영향을 미치고 있었으며, 또한 연령이 높을수록 삶의 질이 낮았으며, 주관적 건강인식과는 유의미한 정적 관계를 보였다. 이러한 결과를 통해 성차를 고려한 암생존자 관리의 방향성 제고가 필요하며 여성암생존자 중 고령, 건강상태가 좋지 못한 경우, 의료서비스의 접근성이 낮은 집단에 대한 보다 집중적 서비스를 마련해야하는 등의 실천적 함의와 후속연구에 대한 제언을 제시하였다.

Abstract Objectives: The purpose of this article was to evaluate the health related quality of life (HRQoL) of cancer survivors and to identify its predictors according to gender. Methods: The research was conducted with the data for 203 (cancer survivors?) taken from the 6th wave of the Korea National Health and Nutrition Examination Survey and the EQ-5D index score was used for the measurement of the health-related quality of life (HRQoL). The independent variables included socio-demographic data, health related factors (survival duration, disability, subjective health recognition), and psychosocial factors (stress, unmet medical needs). The data were analyzed by the t-test, ANOVA, and hierarchical multiple regression analysis. Results: the HRQoL of the female cancer survivors was significantly worse than that of the males in terms of their mobility, usual activities, pain/discomfort and anxiety/depression quality of life. The only statistically significant factor affecting the HRQoL of the male cancer survivors was their subjective health recognition. In the case of the female cancer survivors, the statistically significant factors were their age, subjective health recognition and unmet medical needs. Conclusions: the results of this study showed a different pattern of predictors according to the gender of the cancer survivors. Therefore, gender should be considered when assessing and addressing the individual care needs of cancer survivors, in order to obtain optimal treatment outcomes.

Keywords : cancer survivors, gender difference, Health related Quality of Life(HRQoL), subjective health recognition, unmet medical need

*Corresponding Author : In-Jeong Lee(Hoseo Univ.)

Tel: +82-41-560-8127 email: mirrang@naver.com

Received November 2, 2017

Revised (1st December 19, 2017, 2nd January 23, 2018)

Accepted February 2, 2018

Published February 28, 2018

1. 서론

암은 우리나라 사망 원인 1위를 수년간 굳건히 지키고 있는 치명적 질환이다[1]. 게다가 우리나라 국민의 3명 중 1명이 이환될 정도로 그 유병률 또한 매우 높아 국민 건강을 위협하고 있다[2]. 하지만 다행스럽게도 조기검진에 대한 인식 증대, 검사 및 치료 기술의 발달, 그리고 국가암관리사업 등의 노력에 힘입어 생존율이 지속적으로 증가하여 암환자 3명 중 2명이 5년 이상 생존하는 것으로 보고되고 있다[2]. 암 생존율이 높아짐에 따라 2010년 암생존자 100만 명 시대를 연 이후 2014년 123만 명을 넘어섰고 2016년 146만 명에 이르고 있다[2]. 이러한 수치를 고려하면 우리나라 국민 35명 중 1명은 암생존자인 셈으로 이해될 수 있다[3].

이러한 우리나라의 암생존자 증가에 따라 암 관리 정책도 급성 치료에 중심을 두던 기존의 단기적이고 병리적인 접근에서 벗어나 장기적 관점에서의 암환자 관리로 변화될 필요성이 제기되고 있다[4] 치료의 종결될 지라도 암의 영향이 삶의 전반에 걸쳐 지속되므로[5]이에 대한 관리가 필요하기 때문이다. 구체적으로 살펴보면, 신체적으로는 재발 방지와 합병증 및 이차암 예방을 위한 검진과 추후관리가 요구되며, 암 이외 동반 질환을 관리하기 위한 지속적인 생활관리가 필요하다[4],[6]. 심리적으로는 암 진단 이후 끊임없고 막연한 불안, 무기력함과 통제력 상실 등으로 우울을 겪기도 한다[7]. 심한 경우 암생존자의 일부는 자살 사고를 보이거나 실제 자살로까지 이어지기도 하는 것으로 보고되고 있다[8]. 또한 암 치료 이후 일상에 적응해나가는 과정에서 가정 내 역할 분담, 직장 복귀 등 사회적 역할의 재적응에 문제를 겪게 되기도 한다[9].

이러한 신체적, 심리사회적 문제들로 인해 암생존자 관리에 있어 ‘삶의 질’은 매우 중요한 이슈로 부각되고 있다. 개인이 자신의 삶에 대해 경험하는 주관적 안녕 상태를 의미하는[10] 삶의 질은 암생존자의 추후 관리를 위한 의료서비스 참여 동기 및 관련 실천 행동을 이끄는 데 중요 역할을 하는 것으로 이해되고 있다[11]. 또한 삶의 질은 암생존자의 생존가능성의 지표, 즉 예후(prognosis)에 대한 예측 인자로 주목받고 있는데 삶의 질이 높을수록 생존가능성 또한 높다는 연구가 보고되고 있기도 하다[12]. 그렇기에 삶의 질은 암생존자에 대한 서비스와 정책의 효과를 평가할 때 그 지표가 되는데

[13], 기존의 치료중심의 관점에서 탈피하여 암생존자의 건강관리와 일상생활로의 복귀 및 적응 정도를 파악할 수 있는 기준이 바로 삶의 질이 되기 때문이다[14].

이렇듯 삶의 질은 암생존자의 건강 유지 동기의 본질적 동력이 되고 이들에 대한 개입의 효과를 평가하는 기준이 되기 때문에[13], 삶의 질 수준을 유지하고 향상시키려는 노력은 암 관리 정책에 중요한 이슈로 자리 잡게 되었다[15]. 이에 따라 삶의 질에 대해 다양한 연구들이 이루어져왔다. 이들 연구들은 암생존자의 삶의 질 수준과 그 예측요인을 밝히고자 하였으며 이를 통해 암생존자가 심리사회적 문제들을 극복하고 삶의 질을 높일 수 있도록 하는 다각적 개입 방안을 마련하는데 기초 자료를 제공해오고 있다[10-11],[13-15].

특히 ‘삶의 질’이 그 사회의 문화 및 가치 체계 내에서 개인이 인지하는 자신의 삶의 위치이기 때문에[16] 기존 연구들은 암생존자의 삶의 질에 대한 사회문화적 요인을 중점적으로 검토해왔다. 하지만 사회문화적 영향을 개인마다 다르게 수용하게 되는 선행 요인들에 대한 고려는 다소 미흡했다고 할 수 있다. 즉, 일반적으로 성(gender)에 따른 사회적 역할과 그에 따른 경험차이는 삶의 질에도 영향을 미치게 되는데[17], 우리나라에서 여성의 사회적 지위가 남성에 비해 낮고 사회경제적으로 취약한 상태에 놓여있는 경우가 많아 여성의 욕구 충족 수준이 낮은 것으로 보고되고 있어[18] 암생존자의 삶의 질에 있어서도 다른 양상을 보일 가능성이 있다. 또한 여성에게서 만성질환이나 복합질환의 발병이 높고 불안, 우울 등 정신건강에서도 여성들이 발병률이 높아 남녀 집단간 삶의 질에 차이가 있을 것으로 예상된다[19]. 성차를 고려하지 않고 삶의 질을 분석할 경우 성에 따라 겪어온 생활 경험들의 차이를 명확히 반영하지 못해 이들의 삶의 질에 대한 온전한 이해를 이루는데 한계가 있을 수 있다. 일반인, 노인 대상의 삶의 질 연구들에서는 성차가 있음이 보고된 바 있고[17-18] 암생존자를 위한 보건 정책 및 서비스에 있어서도 성차를 고려한 욕구를 반영하여 마련되어야 한다는 주장들이 제시되고 있지만 [19-20]국내 암생존자에 대한 연구들에서는 성차에 따른 삶의 질에 대한 검토가 미비한 실정이다. 특히, 국내 암생존자의 삶의 질에 대한 연구들 대부분은 유방암, 자궁암 등 일부 암종을 대상으로 한 연구들이 주로 수행되어 왔기에 성차를 중점적으로 검토한 연구는 거의 없는 상황이다. 암생존자의 삶의 질 수준에 있어서 성별간 차이

가 있다고 보고한 연구가 일부 있으나[11], [13] 이들 연구들도 삶의 질에 있어서 암생존자의 성차를 고려하여 예측 요인들의 상대적 영향력을 검증하지는 않았다.

이에 본 연구는 성차를 고려하여 암생존자의 삶의 질과 그 영향 요인들을 검증하여 암생존자 지원을 위한 서비스 및 정책의 기초자료를 제공하고자 한다. 이러한 삶의 질을 고찰함에 있어 본 연구는 건강관련 삶의 질을 중점적으로 검토하고자 한다. 삶의 질은 건강관련 삶의 질과 비건강관련 삶의 질로 구분될 수 있는데[21] 건강관련 삶의 질은 건강에 직접적으로 관련되어 개인의 신체적, 정신적, 사회적 건강에 대해 주관적인 태도와 경험을 토대로 하는 다차원적인 개념으로 암과 같은 만성질환의 관리 정도를 평가하는데 유용한 지표로 활용되고 있다[22]. 이에 본 연구도 암생존자의 삶의 질에 대한 논의에서 건강관련 삶의 질을 중심으로 살펴볼 것이다. 더불어 암생존자의 건강관련 삶의 질에 대한 예측모형은 인구사회학적 요인[7],[14], 건강관련 요인[10-11],[21] 그리고 심리사회적 요인[13],[23] 등이 다각적으로 영향을 미친다는 선행연구에 토대를 두고 구성하여 검증하였다.

위와 같은 내용을 정리하여 본 연구의 연구문제를 제시하면 다음과 같다. 첫째, 암생존자의 건강관련 삶의 질에 있어서 유의미한 성차가 나타나는가? 둘째, 남/여 집단 간 암생존자의 건강관련 삶의 질에 대한 예측 요인들의 상대적 영향력은 어떠한 차이를 보이는가?

2. 연구방법

2.1 연구대상자

본 연구는 국민건강영양조사 패널 자료를 활용하였다. 국민건강영양조사는 보건복지부 질병관리본부 주관으로 매년 실시되는 조사로, 전국의 192개 지역을 대상으로 확률표본 추출하는데 만 1세 이상 가구원 약 1만 명을 대상으로 조사가 이루어져 전체 대표성이 높은 조사이다. 본 연구는 이 조사의 제 6기(2013-2015년) 중 1차년인 2013년의 자료에서 표본을 추출하였다. 제 6기 조사 응답자인 8,018명 중 만 19세 이상의 성인 6,113명을 대상으로 암 진단 경험이 있는 203명을 연구 대상으로 선정하였다.

2.2 연구도구

2.2.1 건강관련 삶의 질

건강관련 삶의 질(health related quality of life) 측정을 위해 EQ-5D index가 사용되었다. EQ-5D index는 운동능력(mobility), 자기관리(self-care), 일상 활동(usual activities), 통증 및 불편(pain/discomfort), 불안과 우울(anxiety/depression) 등의 5개의 하위차원, 총 5개의 문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 '전혀 문제가 없음'은 1로, '다소 문제가 있음'은 2, '매우 심하게 문제가 있음'은 3으로 세 가지 수준으로 응답하도록 되어있다. 본 연구는 한국질병관리본부에서 제시한 한국인의 EQ-5D 측정 기준에 따라 가중치 부여공식을 적용하여 삶의 질 점수를 계산하였다. 즉, 한국인의 EQ-5D는 5개 문항 모두를 '1'로 응답한 경우를 완전한 건강상태로 보며, 이때의 EQ-5D 값을 1로 한다. '2'또는 '3'의 응답이 있는 경우 EQ-5D는 $1-h$ 이고 h 는 다음의 가중치 공식을 이용하여 값을 구하게 된다[23]. 그 공식은 다음과 같다.

$$h=0.05+0.096(M2)+0.418(M3)+0.046(SC2)+0.136(SC3)+0.051(UA2)+0.208(UA3)+0.037(PD2)+0.151(PD3)+0.043(AD2)+0.158(AD3)+0.05(N3)$$

여기서 M2는 운동능력에 대한 답이 2라는 것이며, M3은 운동능력 응답이 3임을 나타낸다. 이와 같이 SC2 자기관리에 대한 응답이 2를 나타내며, UA2는 일상 활동의 응답이 2임을, PD2는 통증 및 불편에 대한 응답이 2임을, AD2는 불안과 우울의 응답이 2임을 각각 나타낸다. 이러한 공식을 통해 도출된 EQ-5D의 값은 -0.0171에서 1 사이의 값을 가지게 되며, 건강상태가 좋을수록 값은 커지게 된다. 본 도구의 내적 일치도는 남성은 .668, 여성은 .740이었다.

2.2.2 인구사회학적 요인

암생존자의 삶의 질에 영향을 미치는 인구사회학적 변인으로 연령, 교육정도, 결혼여부, 고용상태, 월평균 가구 총소득을 투입하였다. 이는 연령에 따라 건강관련 삶의 질에 차이가 있다고 한 Oh(2017)의 연구와, 유방암 생존자의 삶의 질에 소득과 직업 유형 등 사회경제적 지위가 영향을 미친다고 보고한 Hwang(2016)의 연구 등을 토대로 구성하였다. 구체적으로 교육정도는 고등학교 졸업 이하 집단을 기준그룹(reference group)으로 설정하여 더미변수 처리하였으며, 결혼여부는 배우자가 없는 경우를, 고용상태의 경우 미취업상태를 기준그룹으로 더

미변수 처리하여 통계 처리하였다.

2.2.3 건강 관련 요인

건강 관련 변인으로 장애유무, 생존기간, 주관적 건강 인식 상태를 모델에 투입하였다. 이는 장애 등 신체적 활동에 제약과 주관적 건강상태가 암생존자의 삶의 질에 유의미한 영향을 미친다는 연구[11]결과를 토대로 하였다. 장애유무는 장애가 없는 그룹을 기준그룹으로 더미변수 처리하였다. 연구대상자의 주관적 건강상태는 평소 자신의 건강상태에 대해 어떻게 생각하는지를 묻는 문항으로 ‘매우 좋음’, ‘좋음’, ‘보통’, ‘나쁨’, ‘매우 나쁨’으로 구성되어 있는 5점 리커트 척도를 사용하였다. 본 연구는 독자의 이해를 위해 역점수로 코딩하였고 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋은 것을 의미한다.

2.2.4 심리적사회적 요인

암생존자의 삶의 질에 대한 심리사회적 요인은 스트레스 인지 정도와 미충족 의료욕구를 투입하여 검증하였다. Oh(2017)는 한국인의 모든 연령대에서 스트레스가 건강관련 삶의 질에 영향을 미친다고 하였으며 Lee(2016)는 미충족된 의료욕구가 암생존자의 삶의 질에 부정적 영향을 미친다고 보고한 근거를 토대로 요인을 구성하여 투입하였다.

(1) 스트레스 인지 정도

연구대상자의 스트레스 인지 정도는 ‘평소 일상생활 중에 스트레스를 어느 정도 느끼고 있습니까?’라는 문항을 사용하였으며, ‘대단히 많이 느낀다.’ 부터 ‘거의 느끼지 않는다.’ 까지 4점 리커트 척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 역코딩하여 점수가 높을수록 스트레스 인지 정도가 높은 것을 의미한다.

(2) 미충족 의료 욕구

미충족 의료 욕구(unmet medical need)는 최근 1년 동안 본인이 병의원에 가고 싶었을 때 가지 못한 경험의 여부를 물었다. 이처럼 본인의 의사와 무관하게 의료서비스를 이용하지 못한 경험이 없다고 한 경우를 0, 그러한 경험이 있다고 한 경우를 1로 코딩하여 분석하였다.

2.3 자료 분석 방법

본 연구는 SPSS WIN/18.0로 통계 처리하였고 분석

방법과 절차는 다음과 같다. 먼저 다문항으로 구성된 삶의 질의 내적 일치도를 파악하기 위하여 남녀 집단 각각 Cronbach’s alpha를 산출하였다. 연구대상자의 인구사회학적, 질병관련 특성을 파악하고 주요 변수의 분포 특성을 검토하기 위하여 기술통계를 실시하였다. 그리고 t-test를 통해 삶의 질을 포함한 주요 변수의 암생존자 남녀 집단 간 평균차이를 검증하였다. 이후 상관관계 분석을 통해 주요 변수들간 관련성을 검토하고 회귀분석 전 다중공선성 여부를 점검하였다. 암생존자의 삶의 질에 대해 각 요인들의 성차에 따른 차이를 분석하기 위해 인구사회학적 요인과 질병관련요인을 각각 투입하고 심리사회적 요인인 스트레스 인지 정도와 미충족 의료경험을 차례로 투입하여 위계적 다중회귀분석을 실시하였다.

3. 연구결과

3.1 연구대상자의 인구사회학적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성 중 연령의 경우, 남성이 평균 66.0세(표준편차: 11.58)로 여성의 59.83세(표준편차: 14.27) 보다 높았다. 남성은 70세 이상이 38명(48.7%)으로 가장 많았고 여성도 70세 이상이 40명(32.0%)로 가장 많은 분포를 보였다. 교육 정도에서 남성의 경우 초졸 이하가 31명(39.7%)으로 가장 많았고, 고졸이 23명(29.5%)로 두 번째로 많았다. 여성의 경우도 남성과 동일하게 초졸 이하가 56명(44.8%), 고졸이 32명(25.6%) 등의 순으로 나타났다. 결혼상태의 경우 남성과 여성 모두 결혼 상태인 경우가 가장 많았는데 남성은 65명(83.3%), 여성은 82명(65.6%)이 결혼한 상태였다. 월평균 가구 소득의 경우 남성은 평균 227.32만원(표준편차: 214.19)이었으며, 여성은 290.93만원(표준편차: 311.07)이었다(Table 1 참조).

Table 1. Socio-demographic characteristics

Characteristics	Classification	Male(N=78)		Female(N=125)	
		N	%	N	%
Age	20~29	0	0.0	1	.8
	30~39	2	2.6	11	8.8
	40~49	7	9.0	22	17.6
	50~59	11	14.1	26	20.8
	60~69	20	25.6	25	20.0
	70~	38	48.7	40	32.0
Mean(SD)		66.00(11.58)		59.83(14.27)	

Education	Elementary	31	39.7	56	44.8
	Middle School	11	14.1	19	15.2
	High School	23	29.5	32	25.6
	College	12	15.4	18	14.4
	missing	1	1.3	0	0.0
marriage	married	65	83.3	82	65.6
	bereaved	6	7.7	33	26.4
	divorced	5	6.4	8	6.4
	not married	2	2.6	2	1.6
monthly income	below 1million won	32	41.0	40	32.0
	1.01~2million won	12	15.4	24	19.2
	2.01~3million won	14	17.9	21	16.8
	3.01~5million won	12	15.4	18	14.4
	5.01~7million won	4	5.1	9	7.2
	7.01~10million won	3	3.8	9	7.2
	10million won	0	0.0	3	2.4
	missing	1	1.3	1	0.8
	Mean(SD)	227.32(214.19)		290.93(311.07)	
employment	Employed	35	44.9	43	34.4
	Unemployed	42	53.8	82	65.6
	missing	1	1.3	0	0.0
disability	No disability	68	87.2	113	90.4
	disability	10	12.8	12	9.6
diagnosis†	stomach cancer	25.0	30.9	19.0	15.0
	liver cancer	3.0	3.7	2.0	1.6
	rectal cancer	20	24.7	10	7.9
	breast cancer	0.0	0.0	22.0	17.3
	cervical cancer	0.0	0.0	33.0	26.0
	lung cancer	6.0	7.4	1.0	0.8
	thyroid cancer	7.0	8.6	28.0	22.0
etc	20.0	24.7	12.0	9.4	
survival duration	~1yr	10	12.8	9	7.2
	2~3yr	9	11.5	22	17.6
	4~5yr	14	17.9	18	14.4
	6~10yr	18	23.1	19	15.2
	10yr~	22	28.2	51	40.8
	missing	5	6.4	6	4.8
	Mean(SD)	8.14(7.22)		10.12(9.29)	

† Duplicate response is possible.

3.2 주요 변수의 특성

주요 변수의 기술통계 결과, 주관적 건강인식의 경우 남성 암생존자의 경우 평균 2.78(표준편차: .89)로 여성(평균: 2.71, 표준편차:.87)보다 높았으나 통계적으로 유의미하지는 않았다($t=-.504$). 평소 스트레스 인지 정도는 남성이 평균 1.97(표준편차:.82)로 여성(평균: 2.15, 표준편차: .69)보다 낮았으나 유의미하지 않았다($t=-1.641$). 삶의 질은 남성의 평균이 .860(표준편차: .072)로 여성의 평균 .815(표준편차: .134)보다 높았고 통계적으로 유의미하였다($t=-3.104$, $p<.01$). 주요 변수의 왜도와 첨도를 통해 정규성을 검토한 결과 정규분포를 벗어난 변수는 없는 것으로 파악되었다(Table 2 참조).

3.3 삶의 질의 하위영역별 남녀 집단간 평균 차이 검증

연구대상자의 삶의 질의 남녀 집단간 평균 차이가 있는지를 검증하였고(table 3 참조) 그 결과, 삶의 질 하위 영역 모두에서 남성이 여성보다 높은 삶의 질을 보였으며 자기관리 삶의 질을 제외한 모든 하위 영역에서 그 차이는 유의미하였다. 구체적으로, 운동능력 삶의 질에 있어서 남성은 평균 2.84(표준편차: .365)로 여성의 평균 2.67(표준편차: .535) 보다 유의미하게 높았으며($t=2.714$, $p<.01$), 일상생활 삶의 질에서도 남성은 평균 2.88(표준편차: .323), 여성이 평균 2.72(표준편차: .501)로 남성이 유의미하게 높은 삶의 질을 보였다($t=2.809$, $p<.01$). 통증불편 삶의 질 영역에서도 남성이 평균 2.72(표준편차: .476), 여성의 평균 2.56(표준편차: .627) 보다 유의미하게 높았다($t=2.142$, $p<.05$), 불안우울 삶의 질에 있어서도 남성은 평균 2.93(표준편차: .248), 여성 평균 2.81(표준편차: .390)에 비해 유의미하게 높은 평균을 보였다($t=2.766$, $p<.01$).

Table 2. Characteristics and Distribution of variables

variable	gender	Min.	Max.	Mean	SD	skewness (SD)	kurtosis (SD)	t value
Subjective health recognition	Male	1	5	2.78	.89	-.00(.27)	.05(.53)	-.504
	Female	1	5	2.71	.87	-.24(.21)	.140(.43)	
Stress	Male	1	4	1.97	.82	.91(.27)	.77(.54)	-1.641
	Female	1	4	2.15	.69	.36(.21)	.29(.43)	
Quality of life	Male	.58	.90	.860	.072	-2.25(.27)	4.77(.54)	-3.104**
	Female	.23	.90	.815	.134	-2.39(.21)	6.83(.43)	

** $p<.01$

Table 3. Mean difference in dimensions of quality of life between gender group

Dimension of quality of life	gender	N	Mean	standard deviation	t value
mobility quality of life	Male	77	2.84	.365	2.714**
	Female	125	2.67	.535	
self-care quality of life	Male	77	2.92	.354	.357
	Female	125	2.90	.346	
usual activities quality of life	Male	77	2.88	.323	2.809**
	Female	125	2.72	.501	
pain/discomfort quality of life	Male	77	2.72	.476	2.142*
	Female	125	2.56	.627	
anxiety/depression quality of life	Male	77	2.93	.248	2.677**
	Female	124	2.81	.390	

*p<.05, **p<.01

3.4 주요 변수의 상관관계

암생존자의 삶의 질에 대한 예측 요인들의 성차를 검토하기 위한 위계적 다중회귀분석을 실시하기 위해 주요 변수들간의 상관관계 정도를 파악하고 다중공선성을 검토하고자 Pearson 적률 상관관계 계수를 살펴보았다. 교육수준, 결혼, 취업여부와 장애유무, 미충족 의료경험 등은 더미변수 처리하여 분석하였고 그 결과, 주요 변수들간의 상관관계 정도가 다중공선성 우려되는 수준인 0.8 이상을 보이는 변수는 없었다(Table 4 참조).

3.5 연구모형의 검증

암생존자의 삶의 질에 대한 영향 요인의 성차를 밝히기 위하여 위계적 다중회귀분석을 실시하였다.

Model 1은 인구사회학적 요인을 투입하였으며 Model 2는 생존기간, 신체적 장애를 가지고 있는지 유무, 주관적으로 건강에 대한 인식정도를 투입하였다. 마지막으로 Model 3은 심리사회적 요인으로 평소 스트레스 인지 정도와 의료서비스가 필요한 상황에서 서비스를 받지 못한 경험인 미충족 의료욕구 변수를 투입하였다. 그 결과 Model 1은 남성암생존자의 삶의 질에 대해 5%의 낮은 설명력을 보인 반면, 여성암생존자의 삶의 질에 대해서는 21.6%의 설명력을 보였다. 인구사회학적 변인을 투입한 Model 1에서 남성의 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 요인은 없었고 여성의 경우 연령이 유의미한 부적 영향을 미치고 있었다($\beta = -.446, p < .001$).

질병관련 요인을 투입한 Model 2는 남성의 경우 삶의 질에 대해 21.4%의 설명력을 보였으며, 주관적 건강 인식이 유의미한 정적 영향을 보이는 것으로 나타났다($\beta = .391, p < .01$). 여성의 경우 Model 2의 설명력은 31.6%였으며 Model 1에서 유의미한 변수였던 연령이 Model 2에서도 유의미한 부적 관계였으며($\beta = -.334, p < .001$), 주관적 건강인식이 높을수록 삶의 질이 유의미하게 높았다($\beta = .298, p < .001$).

심리사회적 요인을 투입한 Model 3의 설명력은 남성

Table 4. Correlations among variables

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1	-.431**	.133	-.247**	-.396**	.337*	.220*	-.252**	.058	.223*	-.437**
2	-.425**	1	.052	.141*	.287**	-.189*	-.151	.022	-.140	-.189*	.162
3	.331**	-.380**	1	-.176	.031	.077	.042	-.042	-.028	.062	-.081
4	-.477**	.183	-.015	1	.141	-.028	-.179*	.081	-.011	.117	.186*
5	-.344**	.427**	-.091	.300**	1	-.115	-.151	.022	-.056	-.189*	.202*
6	.281*	-.072	.050	-.017	-.196	1	.022	-.127	-.060	.235**	-.168
7	-.123	-.059	.062	-.042	.103	-.024	1	-.145	.071	-.021	-.221*
8	-.031	-.014	.143	.080	.021	.005	.224	1	.249**	-.241**	.401**
9	.236*	-.144	.169	-.188	-.125	.010	.035	.284*	1	-.040	.089
10	-.199	-.045	.059	.236*	.058	.009	.102	-.002	-.149	1	-.465**
11	-.195	.178	-.090	.147	.148	-.095	-.117	.335**	.227*	-.104	1

1. age, 2. education, 3. marriage, 4. employment, 5. monthly income, 6. survival duration, 7. disability, 8. subjective health recognition, 9. stress 10. unmet medical need, 11. quality of life

* p<.05, **p<.01

Note: The upper diagonal triangular part of the table is the result of correlation between variables in female cancer survivors.

Table 5. Hierarchical multiple regressions of quality of life among cancer survivors

Variables	Model 1		Model 2		Model 3		
	male	female	male	female	male	female	
	β	β	β	β	β	β	
Demographic factors	age	-.105	-.446***	-.118	-.334**	-.183	-.314*
	education	.092	-.038	.045	-.016	.030	-.044
	marriage	-.026	-.007	-.084	-.010	-.096	.023
	employment	.054	.062	-.005	.042	.044	.116
	monthly income	.059	.029	.100	.046	.104	-.016
Health related factors	survival duration			-.039	-.014	-.033	.053
	disability			-.221	-.111	-.218	-.144
	subjective health recognition			.391**	.298***	.310*	.191*
Psychosocial factors	stress					.221	.067
	unmet medical need					-.090	-.398***
constant	.903	1.069	.853	.890	.849	.873	
R ²	.056	.216	.214	.316	.264	.451	
adj.R ²	-.011	.182	.120	.268	.150	.402	
F	.833	6.382	2.281	6.526	2.326	9.118	
R ² change	.056	.216	.158	.100	.049	.135	

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

의 경우 25.7%, 여성은 49.8%이었다. 남성의 경우 심리 사회적 요인 중 유의미한 변인은 없는 것으로 나타났으며, 질병관련 요인 중 주관적 건강인식이 유의미한 정적 관계를 보였다($\beta=.310, p<.05$).

Model 3에서 여성 암생존자의 삶의 질에 유의미한 영향 요인은 연령, 주관적 건강인식, 미충족 의료욕구로 나타났다. 먼저 연령이 높을수록 삶의 질이 낮았으며($\beta =-.314, p<.05$), 주관적으로 자신의 건강이 좋다고 인식 할수록 삶의 질이 높았다($\beta=.191, p<.05$). 심리사회적 요인 중 미충족 의료욕구 변수가 유의미하였는데, 즉 의료서비스가 필요할 때 이용하지 못한 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 낮은 삶의 질을 보인 것이다($\beta=-.398, p<.001$). 미충족 의료욕구는 여성암생존자의 삶의 질에 대한 예측 요인 중 가장 높은 설명력을 가지고 있는 것으로 나타났다.

Model 3에서 여성 암생존자의 삶의 질에 유의미한 영향 요인은 연령, 주관적 건강인식, 미충족 의료욕구로 나타났다. 먼저 연령이 높을수록 삶의 질이 낮았으며($\beta =-.314, p<.05$), 주관적으로 자신의 건강이 좋다고 인식 할수록 삶의 질이 높았다($\beta=.191, p<.05$). 심리사회적 요인 중 미충족 의료욕구 변수가 유의미하였다($\beta=-.398, p<.001$). 미충족 의료욕구는 여성암생존자의 삶의 질에 대

한 예측요인 중 가장 높은 설명력을 가지고 있는 것으로 나타났다.

4. 논의

암관리의 주요한 지표가 되는 삶의 질은 암생존자에게 건강관리의 동기로 작용할 뿐만 아니라 이들의 생존율에까지 영향을 미치는 중요한 변인이 된다. 본 연구는 암생존자의 삶의 질 증진을 위해 이에 대한 보다 면밀한 검토가 필요하다는 인식에서 출발하였다. 특히 성차(gender difference)에 따른 사회문화적 여건과 영향이 다를 수 있음에도 불구하고 암생존자의 삶의 질에 있어서의 성차에 대한 기초자료가 미흡하여 관련 정책과 임상 서비스 마련에 한계가 있어왔다. 이에 본 연구는 성차에 따른 암생존자의 삶의 질 및 관련 예측요인들의 영향력을 검증하고자 수행되었다. 이를 위해 국민건강영양조사 제 6기 중 2013년 자료에서 암생존자 203명을 표본 추출하여 남녀 집단간 평균차이검증과 위계적 회귀분석을 실시하였다. 이를 통해 도출된 연구결과를 토대로 함의를 제시하면 다음과 같다.

먼저, 암생존자의 삶의 질에 대해 남녀 집단간 평균의 차이를 검증한 결과 여성 암생존자의 삶의 질이 유의미

하게 낮은 수준을 보였다. 보다 구체적으로 살펴보면 삶의 질의 하위영역 중 ‘자기관리’를 제외한 모든 영역에서 남성에 비해 여성의 삶의 질이 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 이는 다수의 연구보고와 일치되는 결과로, Hjermsstad 등(1998)이 암환자를 포함한 1,965명을 조사한 연구에서 여성이 남성에 비해 낮은 기능 상태를 보이며 전반적 건강상태와 삶의 질이 낮았다[24]. 또 Tobiasz-Adamczyk(2012)의 유방암생존자와 남성 대장암생존자와의 비교연구에서도 여성암생존자가 남성에 비해 낮은 심리사회적 안녕을 보였다[25]. 이렇듯 남녀 집단간 삶의 질 수준에 있어서 유의미한 차이가 나타나는 것은 먼저, 신체적 측면에서, 일반적으로 여성이 질병이나 통증에 대해 더 민감하게 반응하기 때문에 주관적 건강인식이 좋지 못하여 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 것으로[18] 이해될 수 있다고 본다. 만성질환자의 삶의 질에 대한 연구에서 여성이 남성보다 자신의 신체적 건강에 대해 낮게 평가하고 있고 이는 삶의 질에 부정적 영향을 미치는 것으로 보고된 바 있다[26]. 본 연구에서 유의미하지는 않았지만 남성에 비해 여성 암생존자의 주관적 건강인식이 좋지 못한 것으로 나타났고 회귀분석 결과에서 여성의 삶의 질에 주관적 건강이 유의미한 예측 변인인 것으로 나타나 이러한 설명을 지지한다 하겠다.

또 심리적 측면에서는 여성 암생존자의 불안, 우울, 스트레스 등 심리적 문제가 남성에 비해 더 많이 경험하기에 삶의 질이 낮을 수 있다고 볼 수 있다. 즉, Tobiasz-Adamczyk(2012)는 여성 암생존자는 남성에 비해 스트레스 수준이 높고, 감정 및 행동 조절능력의 손실이 나타나면서 우울과 불안을 경험할 위험이 높아지고 이에 따라 삶의 질이 저하될 수 있다고 하였다. 본 연구에서 심리적 변인인 스트레스 인지정도의 평균차이가 유의미하지는 않았으나 여성이 남성에 비해 스트레스인지정도가 높아 선행들과 유사한 결과를 보였다. 마지막으로 사회경제적 측면에서 여성의 낮은 사회적 지위가 욕구 충족에 부정적 영향을 미쳐 삶의 질이 낮다고 볼 수 있다[17]. 즉, 여성의 경우 암으로 인해 사회적 활동 부족과 사회적 지지가 약화가 더 심할 수 있고[25] 욕구가 충족되지 못하는 경우가 많아지면서 삶의 질의 저하로 이어지게 되는 것이다[20], [27].

이렇듯 암생존자의 성에 따라 유의미한 평균 차이를 보이는 삶의 질에 대해 회귀분석을 실시하여 예측 요인

의 상대적 영향력을 검증하였다. 그 결과, 성별에 따라 영향 요인들의 양상이 다르게 나타나 본 연구에서 탐색하고자한 성차가 존재함을 살펴볼 수 있었다. 즉 남성암생존자의 주관적 건강만이 유의미한 정적 영향을 미쳤던 것에 반해 여성은 미충족 의료 욕구가 가장 큰 영향력을 보이는 예측 요인이었다. 직장암환자들의 삶의 질에 대한 영향 요인의 성차를 탐색한 Schmidt 등(2005)의 연구에서도 남성암환자는 신체상(body image)에 영향을 받는 반면 여성은 정서적 기능, 미래관에 영향을 받는 것으로 나타나 영향 요인이 성차에 따라 다른 양상을 보인다는 결과와[28] 일맥상통하는 것이라 하겠다. 이처럼 암생존자의 삶의 질에 있어서 성차와 그 영향 요인이 도출된 본 연구 결과를 바탕으로 실천적 함의를 도출하면 다음과 같다.

먼저, 남성과 여성 암생존자의 삶의 질에 공통적으로 영향을 미치는 요인은 주관적 건강 인식으로 나타났다. 주관적 건강 인식 정도가 높을수록 삶의 질도 유의미하게 높았다. 특히, 남성 암생존자의 경우 본 연구모델에서 주관적 건강인식이 가장 강력한 예측요인으로 밝혀져 이들의 암 치료 이후에도 지속적인 건강관리 서비스가 매우 중요하다는 것을 파악할 수 있었다. 주관적 건강인식이 삶의 질에 주요한 예측 변인인 것은 선행연구에서 일관되게 보고되고 있어[11],[22] 암생존자 관리에서 중요요인으로 고려되어야 할 것이다. 그러므로 암생존자의 건강관리를 위한 체계적 프로그램을 마련하고 운영할 필요가 있겠다. 최근 정부가 제 3차 국가암관리종합계획에 따라 지역별로 암생존자 통합지시센터를 설치하여 암 치료 이외의 신체 증상 관리뿐만 아니라 정신적 문제, 사회경제적 어려움 등 전반적 디스트레스(distress)를 관리하도록 하였다. 이러한 권역별 통합지시서비스센터뿐만 아니라 암 치료가 이루어지는 기존 병원들에서도 통합지시서비스가 구축될 수 있도록 하여 권역별 통합지시서비스센터 이용이 어려운 생존자나 자신이 치료받던 병원에서 서비스 받기를 희망하는 생존자들이 서비스에 쉽게 접근할 수 있도록 해야 할 것이다. 더불어 이들 지지 프로그램에서는 운동, 영양, 피로 관리, 금연 및 금주 프로그램 등 체계적 프로그램을 마련해야 할 것이다.

또한 회귀분석 결과 ‘미충족 의료욕구’가 남성에게는 유의미하지 않은 반면, 여성암생존자에게는 가장 강력한 영향 요인으로 나타났다. 미충족 의료욕구는 사회경제적으로 열악한 상황에서 경험하게 될 때 더 큰 상대적 박

탈감을 야기하고 우울, 자살사고 등을 초래하여 삶의 질 저하의 주요 요인으로 작용하게 되는 것으로 이해되고 있다[29]. 그러므로 남성에 비해 상대적으로 사회경제적 지위가 낮고 자원과 지지체계가 미약한 여성이 의료서비스로의 낮은 접근성을 경험하거나 적절한 시기에 의료서비스를 제공받지 못하게 되었을 때 부정적 영향이 더 클 수 있음을[30] 본 연구 결과가 지지하고 있다고 할 수 있다. 특히 본 연구결과를 통해서도 나타난 바와 같이 사회경제적으로 열악한 상황에 처한 여성암생존자에게 미충족 의료욕구가 삶의 질에 미치는 부정적 영향이 크기 때문에 여성암생존자의 미충족 의료욕구를 낮출 수 있는 제도적 지원이 필요하다고 본다. 현재 암환자 중증환자 등록을 통해 암 진단 후 5년 동안 본인부담금 5% 부담하는 지원을 받고 있으나 5년 이후에는 잔존암이 없는 경우 사실상 지원을 전혀 받지 못하게 된다. 이에 따라 고액의 검사비를 부담해야하기 때문에 경제적 여유가 없을 경우 적절한 건강관리를 받지 못하게 된다. 그러므로 암생존자에 대한 중증환자 등록 기간을 연장하거나 5년 이후의 암 관련 검사 비용의 본인부담률을 낮추는 방안을 검토할 필요가 있다고 본다. 또한 병원이용이 어려운 지역에 거주하고 있거나 생계유지로 인해 병원을 찾기 힘든 생존자들에게 암환자의 의료불평등 격차를 해소하기 위해 제안되고 있는 네비게이터[31]등의 활용을 적극 고려할 필요가 있다고 본다. 이들을 통해 암생존자에게 주기적 건강 및 생활관리 상담을 제공할 수 있을 것이다.

이와 같은 논의들을 정리하면, 본 연구의 실증적 검증을 통해 남성과 여성 암생존자의 삶의 질에 대한 설명요인에 성차가 있음을 확인할 수 있었다. 그러므로 암 관리에서 점차 중요성이 증대되고 있는 암생존자에 대한 개입 및 정책에 있어서 성차를 고려한 개입 방안 마련할 필요가 있다 하겠다. 더불어 본 연구의 암생존자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 검토하는 과정을 통해 남성보다는 여성인 경우, 연령이 높을수록, 주관적 건강인식이 낮을수록, 의료욕구가 미충족된 경험이 있는 집단인 경우 삶의 질이 낮은 것을 살펴볼 수 있었다. 그러므로 임상현장에서는 스크리닝(screening) 과정을 통해 통합지서서비스로의 원활한 연계가 진행될 수 있도록 해야 할 것이며 이들에 대한 보다 집중적인 지원이 필요하다 하겠다.

마지막으로 본 연구의 한계점과 그에 따른 후속연구

의 방향성에 대해 제언하면 다음과 같다. 본 연구는 전국을 대상으로 표본 추출한 국민건강영양조사의 데이터를 대상으로 결과를 도출하여 대표성을 확보하였으나 패널 데이터의 한계로 인해 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 다양한 변수를 투입하지 못한 한계가 있었다. 이는 남성 암생존자의 회귀분석 모델의 설명력이 높지 않은 점의 한 원인이 될 수 있다고 본다. 그러므로 후속연구에서는 다기관적 적정 표본 크기의 암생존자를 대상으로 삶의 질 영향 요인을 다양하게 통제한 상태에서 성차를 검토해야 할 필요가 있겠다. 더불어 본 연구는 횡단연구로 한 시점만을 대상으로 조사하였기에 암 생존 이후의 시간의 흐름에 따라 변화하는 삶의 질을 검토하는데 한계가 있었다. ‘삶의 질’이란 개념 자체가 시간의 흐름에 따라 변화하는 역동적인 의미가 내포되어 있기 때문에[28] 종단 연구를 통해 보다 면밀한 조사가 필요하다. 같은 아시아권인 일본도 종단 연구를 통해 성차에 따른 삶의 질 변화를 관찰한 바 있으며[19] 이를 통해 남년 집단간의 삶의 질 수준의 변화 양상에 있어 차이가 있었고 암 치료 종결 직후와 시간이 흐른 후의 성차에 따른 삶의 질 영향 요인이 다르다는 것을 제시하였다. 그러므로 후속연구에서는 종단적 연구가 이루어져 생존단계별 삶의 질의 성차에 대해 심도 깊은 고찰이 이루어질 필요가 있겠다.

5. 결론

성(gender)에 따른 암생존자의 삶의 질을 검토한 결과 여성이 남성에 비해 전반적으로 유의미하게 낮은 삶의 수준을 보였다. 삶의 질의 하위영역 중 자기관리를 제외한 모든 영역에서 유의미하게 낮은 삶의 질을 보인 여성 암생존자에 대한 사회적 관심과 지지가 필요하다 하겠다. 이를 위해 본 연구결과를 통해 도출된 바와 같이 여성암생존자의 삶의 질에 대해 주요한 영향 요인인 미충족 의료욕구에 대한 개입이 절실하다 하겠다. 미충족 의료욕구의 경우, 남성에게는 유의미하지 않았으나 여성의 경우 예측요인 중 가장 큰 영향력을 보여 여성암생존자의 삶의 질 제고를 위해서는 의료서비스에의 접근성 강화에 대한 집중적인 개입의 필요성이 제기되었다. 그러므로 중증환자 보험적용 기간 확대 실시, 검사비용 부담 완화, 건강코칭 및 네비게이터 활용 등의 다양한 방법의 모색이 요구된다 하겠다. 본 연구는 암생존자의 삶의 질

에 있어 성차가 존재하며 예측 요인에 있어서도 두 집단 간 다른 양상을 보이는 것을 밝혀냈다. 이를 통해 암생존자의 성(gender)에 따라 적합한 프로그램과 서비스가 개발되고 적용되어야 할 필요성을 제기하는데 본 연구의 의의가 있다 하겠다. 향후 중단 연구 및 삶의 질에 대한 다양한 예측 요인을 검토한 후속 연구들이 이루어져 암생존자의 삶의 질 증진에 기여할 수 있기를 기대한다.

References

- [1] Statistics Korea, "Causes of Death Statistics in 2016", <http://kosis.kr>(accessed July, 30, 2017)
- [2] National Cancer Information Service. Cancer incidence rate. www.cancer.go.kr, (accessed July, 15, 2017)
- [3] Y. J. Kim, "Fear of unemployment scarier than cancer...", DongA Ilbo. Retrieved from <http://news.donga.com/3/all/20170203/82694518/1>, (accessed Feb., 13, 2017)
- [4] J. E. Lee, D. W. Shin, B. L. Cho, "The current status of cancer survivorship care and a consideration of appropriate care model in Korea", *Korean Journal of Clinical Oncology*, vol. 10, pp. 58-62, 2014. DOI: <https://doi.org/10.14216/kjco.14012>
- [5] L. R. Duska, D. S. Dizon, "Improving quality of life in female cancer survivors: current status and future questions", *Future Oncology*, vol. 10, pp. 1015-1026, 2014. DOI: <https://doi.org/10.2217/fon.13.249>
- [6] O. Santin, L. Murray, G. Prue, A. Gavin, G. Gormley, M. Donnelly, "Self-reported psychosocial needs and health-related quality of life of colorectal cancer survivors", *European Journal of Oncology Nursing*, vol. 19, pp. 336-342, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.01.009>
- [7] S. Y. Hwang, "Risk Factors for Depression and Anxiety among Breast Cancer Survivors in Their 40s", *Journal Of The Korea Contents Association*, vol. 15, pp. 313-323, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5392/JKCA.2015.15.02.313>
- [8] Y. N. Choi, Y. A. Kim, Y. H. Yun, S. Kim, J. M. Bae, Y. W. Kim, K. W. Ryu, "Suicide ideation in stomach cancer survivors and possible risk factors", *Support Care Cancer*, vol. 22, pp. 331-337, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1975-4>
- [9] E. K. Heo, H. S. Kang, K. H. Kim, Y. P. Hong, "Return-to-Work Experiences among Breast Cancer Survivors", *Journal Of The Korean Society Of Maternal And Child Health*, vol. 15, pp. 92-102, 2011. DOI: <https://doi.org/10.21896/jksmch.2011.15.1.92>
- [10] Y. S. Kim, Y. S. Tae, "The Influencing Factors on Quality of Life among Breast Cancer Survivors", *Asian Oncology Nursing*, vol. 11, pp. 221-228, 2011. DOI: <https://doi.org/10.5388/jkon.2011.11.3.221>
- [11] S. J. Kang, "Factors Influencing Quality of Life among Cancer Survivors : Using KNHANES 2010-2014", *Journal Of The Korea Contents Association*, vol. 16, pp. 628-637, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5392/JKCA.2016.16.09.628>
- [12] S. Anwar, W. Tan, J. Yu, A. Hutson, M. Javle, R. Iyer, "Quality-of-life (QoL) as a predictive biomarker in patients with advanced pancreatic cancer (APC) receiving chemotherapy: results from a prospective multicenter phase 2 trial", *Journal of Gastrointestinal Oncology*, vol. 5, no. 6, pp. 433-439, 2014.
- [13] I. J. Lee, "An Exploratory Study on the Effect of Social Exclusion on the Quality of Life of Cancer Survivors", *Journal of Future Social Work Research*, vol. 7, no. 2, pp. 1-26, 2016.
- [14] S. Y. Hwang, "The Impact of Socioeconomic Status on Quality of Life among Breast Cancer Survivors : Focusing on Breast Cancer Survivors in Their 40s", *The Journal of the Korea Contents Association*, vol. 16, no. 2, pp. 503-512, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5392/JKCA.2016.16.02.503>
- [15] 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>
- [16] WHO QoL Group, "Development of the WHOQOL: Rationale and current status", *International Journal of Mental Health*, vol. 23, pp. 24-26, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>
- [17] M. S. Lee, H. K. Lee, "Gender differences on subjective quality of life", *Korean Journal of Woman Psychology*, vol. 2, no. 1, pp. 89-101, 1997.
- [18] S. H. Lee, "Gender Difference in Influencing Factors on Health related Quality of Life among the Elderly in Community", *Journal of Digital Convergence*, vol. 11, no. 12, pp. 523-535, 2013. DOI: <https://doi.org/10.14400/JDPM.2013.11.12.523>
- [19] Y. Kinoshita, A. Chishaki, R. Kawamoto, T. Manabe, T. Ueki, K. Hirata, M. Miyazono, M. Kanaoka, A. Tomioka, M. Nakano, T. Ohkusa, H. Nakao, M. Tanaka and R. Mibu, "A longitudinal study of gender differences in quality of life among Japanese patients with lower rectal cancer treated with sphincter-saving surgery: a 1-year follow-up", *World Journal of Surgical Oncology*, vol. 13, pp. 91, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12957-015-0485-x>
- [20] A. A. Thomas, P. Gallagher, A. O'Céilleachair, A. Pearce, L. Sharp, M. Molcho, "Distance from treating hospital and colorectal cancer survivors' quality of life: a gendered analysis", *Support Care Cancer*, vol. 23, no. 3, pp. 741-751, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2407-9>
- [21] K. R. Shin, Y. S. Byeon, Y. H. Kang, J. W. Oak, "A study on physical symptom, activity of daily living, and health-related quality of life in the community-dwelling older adults", *Journal of Korean Academy of Nursing*, vol. 38, pp. 437-444, 2008. DOI: <https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.3.437>
- [22] E. E. Korol, S. Wang, K. Johnston, F. Ravandi-Kashani, M. Levis & F. van Nooten, "Health-Related Quality of Life of Patients with Acute Myeloid Leukemia: A

Systematic Literature Review", *Oncology and Therapy*, vol. 5, no. 1 pp. 1-16, 2017.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s40487-016-0039-6>

- [23] H. S. Oh, "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*, vol. 28 no. 3, pp. 573-584, 2017.
DOI: <http://doi.org/10.7465/jkdi.2017.28.3.573>
- [24] Hjerstad MJ, Fayers PM, Bjordal K, et al, "Using reference data on quality of life--the importance of adjusting for age and gender, exemplified by the EORTC QLQ-C30 (+3)", *European Journal of Cancer*, vol. 34, no. 9, pp. 1381-1389, 1998.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(98\)00136-1](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(98)00136-1)
- [25] B. Tobiasz-Adamczyk, "Health-related quality of life in women after cancer treatment", *Przegl Lek*, vol. 69, no. 2, pp. 67-71, 2012.
- [26] Y. J. Kim, H. M. Lee, S. Y. Lee, "The Relationship between Stress, Psychological Hardiness, Social Support and Quality of Life in Insomniacs", *The Korean Journal Of Stress Research*, vol. 24, pp. 137-150, 2016.
DOI: <https://doi.org/10.17547/kjsr.2016.24.3.137>
- [27] P. T. Okediji, O. Salako, O. O. Fatiregun, "Pattern and Predictors of Unmet Supportive Care Needs in Cancer Patients", *Cureus*, vol. 9, no. 5, pp. e1234, 2017.
DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.1234>
- [28] C. E. Schmidt, B. Bestmann, T. Kuchler, W. E. Longo, V. Rohde & B. Kremer, "Gender differences in quality of life of patients with rectal cancer. A five-year prospective study", *World Journal of Surgical Oncology*, vol. 29, no. 12, pp. 1630-1641, 2005.
DOI: <https://doi.org/10.1007/s00268-005-0067-0>
- [29] J. H. Moon, M. A. Kang, "The Prevalence and Predictors of Unmet Medical Needs among the Elderly Living Alone in Korea, An Application of the Behavioral Model for Vulnerable Populations", *Health and Social Welfare Review*, vol. 36, pp. 480-510, 2016.
DOI: <https://doi.org/10.15709/hswr.2016.36.2.480>
- [30] J. H. Lim, "Analysis of Unmet Medical Need Status Based on the Korean Health Panel", *Health And Social Science*, vol. 34, pp. 237-256, 2013.
- [31] Y. S. Rhee, I. Y. Han, J. W. Lim, H. W. Ku, I. Y. Moon, "The Development of Korean Patient Navigator Education Program for the Neglected Class of Breast Cancer", *Health and Social Welfare Review*, vol. 33, pp. 258-301, 2013.
DOI: <https://doi.org/10.15709/hswr.2013.33.3.258>

이 인 정(In-Jeong Lee)

[정회원]



- 2007년 2월 : 이화여자대학교 일반 대학원 사회복지학과(문학석사)
- 2011년 9월 : 이화여자대학교 일반 대학원 사회복지학과(사회복지학박사)
- 2011년 9월 ~ 2013년 2월 : 경일대학교 사회복지학과 조교수
- 2013년 3월 ~ 현재 : 호서대학교 사회복지학부 조교수

<관심분야>

의료사회복지, 정신보건사회복지