

# 항암화학요법을 받는 암 환자의 치료에 대한 태도 및 디스트레스가 치료의사결정갈등에 미치는 영향

유현미<sup>1</sup> · 박은영<sup>2</sup>

<sup>1</sup>국민건강보험 일산병원 간호사, <sup>2</sup>가천대학교 간호대학

## Relationships between Attitude Towards Treatment, Distress, and Decision Conflict among Cancer Patients Receiving Chemotherapy

You, Hyun Mi<sup>1</sup> · Park, Eun Young<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing, National Health Insurance Service Ilsan Hospital, Gyeonggi; <sup>2</sup>College of Nursing, Gachon University, Incheon, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to find the factors affecting the decisional conflict of patients undergoing chemotherapy. **Methods:** Participants were 137 patients undergoing chemotherapy in a hospital. The Quality Quantity Questionnaire, a distress thermometer and the Decisional Conflict Scale were used to gather self-reported data. The collected data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, ANOVA, post-hoc Scheffé's tests, Pearson's correlations coefficients and stepwise multiple regression. **Results:** The decisional conflict showed that the score for severe to high distress groups were higher than that of the mild distress group. The levels of distress and satisfaction of chemotherapy decisional conflict were positively correlated ( $p=.043$ ). Decisional conflict was significantly affected by age ( $p=.041$ ), the burden of treatment costs ( $p=.047$ ), the support system ( $p=.049$ ), the current feeling of health ( $p=.024$ ), and comorbidity ( $p=.039$ ). The significant predictors of decisional conflict were support system, current feeling of health, age, and the burden of treatment costs, which explained 15% of the variance. **Conclusion:** To improve the decisional conflict patients who are receiving chemotherapy, it is deemed to be necessary to develop an intervention program, for oncology nurses to use regarding decisional conflict over cancer treatment in consideration of the variables we have identified.

**Key Words:** Chemotherapy, Length of life, Quality of life, Distress, Decision conflict

## 서론

### 1. 연구의 필요성

우리나라 사망원인 질환으로 꾸준히 1위를 차지하는<sup>1)</sup> 암의 치료 방법은 크게 수술요법, 항암화학요법, 방사선요법으로 구분되며, 다양한 검사를 통해 암을 진단한 뒤 치료 목적에 따라 적절한 암의 치료방법을 선택하게 된다. 이 중 수술요법 및 방사선요법은 진단명과 병기에 따라 제한되는 특성이 있는 반면, 항암화학요법은 병기에

제한되지 않아 대부분의 암 환자에게 적용된다.<sup>2)</sup> 항암화학요법은 다양한 경로를 통해 항암제를 투약하여 암을 치료하는 방법으로 치료기간과 횟수는 암의 종류, 항암제의 종류, 치료의 목적, 치료에 대한 반응 및 부작용의 정도에 따라 결정된다.<sup>3)</sup> 특히 항암화학요법은 빠르게 증식하고 분열하는 암 세포 뿐 만 아니라 분열과 증식이 활발한 정상 세포도 함께 손상되어 치료 후에 골수기능억제, 구내염, 오심, 구토, 설사, 탈모, 생식기능 장애 등 다양한 부작용이 발생되며, 발생한 부작용의 대부분은 항암화학요법이 종료된 뒤 회복되지만 일부는 수 년간 지속되기도 하며, 심각한 부작용이 발생한 경우 환자의 생존 기간이 단축 되기도 한다.<sup>2)</sup> 이러한 이유로 항암화학요법을 받는 암 환자들은 치료 부작용으로 인해 신체상이 변화되고 일상생활 및 사회생활에 제약을 받게 되어 자존감 저하 및 디스트레스 경험과 함께 삶의 질은 저하되어 항암화학요법 치료에 대한 목적과 가치 혼란으로 인해 치료 결정과정에서 갈등을 초래한다.<sup>3)</sup>

암 환자가 경험하는 심리사회적 반응 중 병적인 심리적 디스트레스는 대부분의 암 환자에서 나타나며, 암 치료와 관련된 전신 상태,

주요어: 항암화학요법, 치료에 대한 태도, 디스트레스, 치료의사결정갈등

\*이 논문은 제1저자 유현미의 석사학위논문 일부를 발췌한 것임.

\*This article is an addition based on the first author's master's thesis from Gachon University.

Address reprint requests to: Park, Eun Young

College of Nursing, Gachon University,  
191 Hambagmeoro, Yeonsu-gu, Incheon 21936, Korea

Tel: +82-32-820-4050 Fax: +82-32-820-4059 E-mail: parkeunyoung@gachon.ac.kr

Received: Nov, 19, 2019 Revised: Dec, 19, 2019 Accepted: Dec, 20, 2019

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>) If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

통증, 의료서비스 비용, 암 치료효과 및 의료 제공에 대한 만족도, 삶의 질 더 나아가 생존율에도 부정적인 영향을 미친다.<sup>4)</sup> 특히 항암화학요법을 받는 암 환자의 대다수가 중재를 요하는 중증 이상의 디스트레스를 경험하는데,<sup>5)</sup> 항암화학요법과 관련된 디스트레스는 삶의 질을 위협하고 치료효과를 저하시키거나 항암화학요법 치료 결정을 지연시키고 심지어 가능성 있는 추후 치료들을 거부하게 할 수 있다.<sup>6)</sup> 따라서 디스트레스는 항암화학요법 치료를 받는 암 환자들의 치료의사결정갈등에 영향을 미치는 중요한 요인으로 서 반드시 치료 과정에서 지속적인 사정과 관리가 필요하다.

환자가 치료를 결정할 때 갈등이 있으면 치료 예후에 대한 개인의 불확실성을 증가시키며, 정보부족, 불확실한 가치, 경제상태, 스트레스, 타인으로부터의 압박이 있을 때 의사결정의 어려움은 더욱 가중 된다.<sup>7)</sup> 특히 암 환자에게 치료의사결정 과정은 의학 지식이 부족한 상황에서 치료 결과에 대한 불확실성까지 더해져 매우 어렵고 혼란스러운 경험이 된다.<sup>8)</sup> 이러한 상황에서 암 환자는 건강 회복과 신체적 안녕 그리고 삶의 질과 생명연장에 대한 가치를 중요하게 고려하며 치료의사결정을 한다.<sup>8,9)</sup> 많은 혼란 속에서 항암화학요법의 치료를 결정해야 하는 암 환자의 치료의사결정 갈등을 줄이기 위해서는 항암화학요법의 치료 특성을 고려하여 치료가 생명연장과 삶의 질에 미치는 영향을 암 환자들이 정확히 인식하는 것이 중요하다.<sup>10,11)</sup> 또한 의료진은 암 환자의 질환 상태와 삶의 가치관에 따라 달리 나타나는 치료에 대한 태도를 이해하고 암 환자가 항암화학요법 치료의사결정을 해야 하는 시점에 환자의 가치를 반영한 의사결정을 하여 치료의사결정 갈등을 줄이고 자율적으로 치료를 지속할 수 있도록 도와 주어야 한다.<sup>10,11)</sup> 따라서 항암화학요법을 받는 암 환자를 돌보는 종양 간호사는 암 환자의 치료에 대한 태도와 디스트레스를 인지하고 치료의사결정갈등과의 관련성을 파악하여 치료의사결정갈등 영향요인을 증재함으로써, 치료의사결정갈등 정도를 줄이고 환자의 주도적인 치료의사결정을 통해 적극적으로 치료과정에 참여할 수 있도록 돕는 것이 중요하다.

항암화학요법과 관련된 암 환자의 치료의사결정갈등에 관한 선행연구결과 항암화학요법을 받고 있는 대상자가 치료에 대한 태도에서 생명연장에 대한 가치가 낮을수록 치료의사결정갈등 정도는 높았으며, 특히 의료인이 치료 결정을 하고 치료 유지할 때 치료의사결정갈등에 많은 영향을 주었다.<sup>10)</sup> 또한 완화 목적의 항암화학요법 치료를 받고 있는 폐암 환자의 경우 치료를 받은 후 치료의사결정갈등 정도는 감소되었으며 병에 대한 인식이 있는 경우 치료에 대한 만족도는 유의한 것으로 나타났다.<sup>12)</sup> 그리고 노인 암 환자의 치료의사결정 갈등에 영향을 주는 요인에는 연령, 치료 관련 정보 이해 정도와 치료 결정 참여, 치료비용 부담자, 건강상태 및 불안<sup>13,14)</sup> 이, 수술 전 암 환자의 항암화학요법 치료의사결정 갈등에는 공유

의사결정 수준과 삶의 질 선호의 치료에 대한 태도가 영향을 주며, 불안이 높을수록 항암 치료의사결정갈등이 높아짐을 볼 수 있다.<sup>15)</sup> 그러나 항암화학요법을 받는 암 환자의 가치관을 반영한 치료에 대한 태도와 대다수가 경험하는 중증 이상의 디스트레스가 치료의사결정갈등에 미치는 영향을 확인한 연구가 부족한 실정이다. 이에 본 연구는 항암화학요법 치료를 받는 암 환자를 대상으로 치료에 대한 태도, 디스트레스를 파악하고, 치료의사결정갈등과의 상관관계를 확인하여 암 환자의 치료의사결정 과정에 개입하는 종양간호사들로 하여금 대상자에 대한 이해를 증진하고 효과적인 상담을 가능하게 하는데 기여하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 항암화학요법을 받는 암 환자의 치료에 대한 태도와 디스트레스 및 치료의사결정갈등 정도를 조사하고, 치료의사결정갈등과의 관련성을 확인하기 위함이며 구체적인 목적은 아래와 같다.

- 1) 대상자의 치료에 대한 태도, 디스트레스, 치료의사결정갈등 정도를 파악한다.
- 2) 대상자의 디스트레스 정도에 따른 치료에 대한 태도, 치료의사결정갈등 정도를 파악한다.
- 3) 대상자의 인구사회학 및 건강 관련 특성에 따른 치료에 대한 태도, 디스트레스 및 치료의사결정갈등 정도를 파악한다.
- 4) 대상자의 치료에 대한 태도, 디스트레스 및 치료의사결정갈등 정도의 관계를 파악한다.
- 5) 대상자의 치료의사결정갈등 정도에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 항암화학요법을 받는 암 환자의 치료에 대한 태도, 디스트레스가 치료의사결정갈등과의 관련요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상자는 경기도 소재 N종합병원의 입원 병동과 외래 항암주사실에서 항암화학요법치료를 유지하는 암 환자로서 본 연구의 목적을 이해하고 참여에 동의한 자로 하였다. 구체적인 선정기준은 1) 만 19세 이상의 성인 환자, 2) 자신의 진단명이 암임을 정확히 알고 있는 자, 3) 현재 항암화학요법치료를 받고 있는 자, 4) 의식이 명료하며 의사소통이 가능하고 설문조사에 응답이 가능한 자

5) 본 연구의 목적을 이해하고 연구참여에 동의한 자이다. 연구대상자 수는 G\*power 3.1.9.2 program을 이용하여 산출했을 때, 다중회귀분석에서 유의수준 .05, 검정력 .80, 중간효과크기 .15, 예측변수 11개를 가정하여 양측검정 하였을 때 회귀분석에 필요한 적정대상자는 123명이었다. 그러나 탈락률 10%를 고려하여 137부를 배부한 후 137부가 회수되어 분석에 사용하였다.

### 3. 연구도구

#### 1) 치료에 대한 태도

치료에 대한 태도 연구도구는 Stiggelbout 등<sup>16)</sup>이 개발한 The Quality Quantity Questionnaire 도구를 Kim과 Hwang<sup>10)</sup>이 번안한 도구로 개발자와 번안자의 도구사용 승인을 받고 사용하였다. 도구의 구성은 생명연장과 삶의 질 선호의 치료에 대한 태도로 각 4문항씩 총 8문항으로 되어 있다. 이 도구는 5점 Likert 척도로서 '전혀 동의하지 않는다' 1점에서 '강하게 동의한다' 5점으로 각 선호의 치료에 대한 태도마다 최저 4점에서 최고 20점으로, 점수가 높을수록 생명연장과 삶의 질 선호에 대한 치료 태도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Stiggelbout 등<sup>16)</sup>의 연구에서 생명연장 선호에 대한 치료 태도는 Cronbach's  $\alpha = .79$ , 삶의 질 선호에 대한 치료 태도는 Cronbach's  $\alpha = .68$ 이었다. 그리고 Kim과 Hwang<sup>10)</sup>이 번안한 연구에서는 생명연장 선호에 대한 치료 태도는 Cronbach's  $\alpha = .88$ , 삶의 질 선호에 대한 치료 태도는 Cronbach's  $\alpha = .70$ 이다. 본 연구에서는 생명연장 선호에 대한 치료 태도는 Cronbach's  $\alpha = .87$ , 삶의 질 선호에 대한 치료 태도는 Cronbach's  $\alpha = .70$ 이었다.

#### 2) 디스트레스

디스트레스 연구도구는 미국 NCCN에서 암 환자의 디스트레스를 측정하기 위해 개발한 Distress Thermometer (DT)를 NCCN Permissions Requests Submission으로부터 한국어 버전(Korean Edition-NCCN Guidelines for Distress Management Version 2.2013)의 디스트레스 사정 도구 사용 승인을 받고 사용하였다.<sup>17)</sup> DT 도구는 지난 일주일 동안 대상자가 느낀 디스트레스 정도를 0(전혀 없다)에서 10(최고 심하다)까지의 범위에 표시하는 11점 시각적 사상척도이다. NCCN의 DT 제안 절단점은 4점이며 4점 미만은 경증 디스트레스 군으로 분류하고 우선적으로 종양팀에서 통상적인 임상적 지지 방법으로 디스트레스를 중재하도록 권고하며, 4점 이상은 중증 이상의 디스트레스 군으로 분류하고 PL를 확인하여 문제에 따른 개별적 중재를 하도록 가이드라인을 제시한다. 도구의 신뢰도는 Seo와 Lee<sup>5)</sup>의 연구에서 K-R 20 = .84였으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .79$ 였다.

#### 3) 치료의사결정갈등

치료의사결정갈등 측정도구는 O'Connor<sup>18)</sup>가 개발한 의사결정갈등 척도(Decisional conflict scale, DCS)를 Yun 등<sup>19)</sup>이 번안한 도구로, 개발자와 번안자의 도구 사용 승인을 받고 사용하였다. 도구의 구성은 불확실성/정보/가치/지지/치료결정 만족도에 대한 내용으로, 총 16문항이다. 이 도구는 5점 Likert 척도로서 '강하게 동의한다' 0점에서 '강하게 반대한다' 4점으로 최저 0점에서 최고 64점으로, 점수가 높을수록 치료의사결정갈등 정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 O'Connor<sup>18)</sup>의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .92$ 이며, Yun 등<sup>19)</sup>이 번안한 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .90$ 이다. 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .87$ 이었다.

### 4. 자료수집방법과 윤리적 고려

본 연구는 경기도에 소재한 N종합병원의 기관생명윤리위원회(IRB)의 승인(IRB No. 2017-12-016)을 받은 후 2018년 1월 3일부터 12일까지 대상자 선정기준에 해당되는 대상자를 편의표집하여 자료수집 하였다. 연구자는 N종합병원의 입원병동과 외래항암주사실을 방문하여 연구목적 및 방법, 연구참여의 자율성과 익명성 및 비밀보장을 설명한 후 참여 동의서를 받고 시행하였다. 그리고 설문도중 언제든지 연구참여의사를 철회할 수 있으며 이로 인한 불이익이 없음을 설명하였고 설문내용은 연구목적으로만 사용될 것임을 고지하였다. 연구참여에 동의한 대상자에게 설문지를 배부하고 직접 작성 또는 일대일 면접을 통해 자료수집 하였다. 설문문항을 읽고 작성이 어려운 대상자는 연구자가 직접 문항을 읽어주면서 대상자의 응답을 기록하였다. 설문지 작성에 소요된 시간은 약 20~30분이었으며, 작성된 설문지는 현장에서 검토하여 누락된 응답항목을 확인한 뒤 연구자가 대상자에게 다시 물어 기재하였다.

### 5. 자료분석방법

수집된 자료의 분석은 SPSS/WIN 23.0 program을 이용하였다. 대상자의 인구사회학 및 건강 관련 특성은 그리고 주요 변수들은 기술통계(빈도수, 백분율, 평균, 표준편차)를 이용하여 분석하였다. 대상자의 디스트레스 정도에 따른 치료에 대한 태도, 치료의사결정갈등의 차이는 t-test를 이용하여 분석하였다. 대상자의 인구사회학 및 건강 관련 특성에 따른 치료에 대한 태도, 디스트레스, 치료의사결정갈등 정도의 차이는 t-test, ANOVA 및 Scheffé's test로 분석하였다. 대상자의 치료에 대한 태도, 디스트레스, 치료의사결정갈등의 상관관계는 Pearson's Correlation Coefficients으로 분석하였다. 대상자의 치료의사결정갈등에 영향을 미치는 요인은 Stepwise Multiple Regression으로 분석하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 인구사회학 및 건강 관련 특성

대상자의 성별은 남자 65.0%이며, 연령은 평균  $62.3 \pm 11.3$ 세로 50~69세 이하가 55.5%로 가장 많았다. 기혼 75.2%이며, 직업이 없는 경우 65.0%으로 가장 높게 나타났다. 치료의 주 의사결정자는 본인 인 경우 81.8%, 지지체계는 가족이 85.4%, 치료비에 대한 부담감은 '보통이다' 41.6%, 현재 느끼는 건강상태는 '보통이다' 48.2%로 가장 많았다.

진단명은 대장/직장암 48.9%, 유방암 12.4%, 위암 및 기타 10.2%, 림프종 9.5%, 폐암 8.8% 순이었다. 암의 병기는 4기 56.2%, 암 이외의 동반질환이 있는 대상자가 41.6%로 가장 높게 나타났다(Table 1).

### 2. 대상자의 치료에 대한 태도, 디스트레스, 치료의사결정 갈등 정도

대상자의 치료에 대한 태도에서 생명연장 선호 평균점수는  $13.97 \pm 3.49$ 점, 삶의 질 선호 평균점수는  $14.20 \pm 3.03$ 점이었다. 대상자의 디스트레스는 평균  $5.18 \pm 2.29$ 점이며, 중증 이상의 디스트레스 대

**Table 1.** Differences in Attitudes Towards Treatment, Distress and Conflicts of Chemotherapy Decision-making by Demographic and Illness-related Characteristics (N = 137)

Variables	Categories	n (%)	Attitudes towards treatment				Distress		Conflict of chemotherapy decision making	
			Degree of treatment preference for life extension preference		The degree of treatment attitude of preference of quality of life					
			M ± SD	t or F (p)	M ± SD	t or F (p)	M ± SD	t or F (p)	M ± SD	t or F (p)
Gender	Male	89 (65.0)	14.31 ± 3.27	1.58	14.36 ± 2.83	0.82	4.98 ± 2.19	-1.38	19.88 ± 7.18	1.51
	Female	48 (35.0)	13.33 ± 3.83	(.117)	13.92 ± 3.38	(.417)	5.54 ± 2.45	(.170)	17.92 ± 7.34	(.133)
Age	30~49	17 (12.4)	14.71 ± 2.85	2.29	13.82 ± 2.07	0.50	5.41 ± 2.21	0.13	17.29 ± 6.94	3.27
	50~69	76 (55.5)	14.33 ± 3.31	(.105)	14.43 ± 2.99	(.609)	5.11 ± 2.31	(.880)	18.33 ± 7.37	(.041)
	≥ 70	44 (32.1)	13.07 ± 3.90		13.95 ± 3.42		5.20 ± 2.34		21.41 ± 6.83	
Marital status	Married	103 (75.2)	13.92 ± 3.44	0.28	14.18 ± 2.75	0.11	4.89 ± 2.25	2.56	19.01 ± 6.99	-0.47
	Unmarried	34 (24.8)	14.12 ± 3.71	(.778)	14.26 ± 3.82	(.910)	6.03 ± 2.24	(.012)	19.74 ± 8.16	(.644)
Occupation	Yes	48 (35.0)	14.94 ± 3.08	-2.42	14.21 ± 2.88	-0.01	4.88 ± 2.44	1.13	19.00 ± 7.53	0.22
	No	89 (65.0)	13.45 ± 3.61	(.017)	14.20 ± 3.13	(.991)	5.34 ± 2.21	(.262)	19.29 ± 7.17	(.823)
Major decision maker	Patient	112 (81.8)	13.91 ± 3.53	0.09	14.25 ± 2.95	0.29	5.03 <sup>a</sup> ± 2.22	4.43	18.85 ± 7.40	2.87
	Spouse	14 (10.2)	14.29 ± 3.34	(.912)	13.64 ± 3.13	(.751)	4.86 <sup>a</sup> ± 1.99	(.014)	18.07 ± 4.53	(.060)
	Family	11 (8.0)	14.18 ± 3.63		14.45 ± 3.88		7.09 <sup>b</sup> ± 2.70		24.09 ± 7.37	
Burden of treatment cost	Very low	19 (13.9)	12.68 ± 4.49	1.21	14.26 ± 2.96	0.25	4.16 <sup>a</sup> ± 2.67	6.24	16.05 ± 8.66	2.48
	Low	10 (7.3)	12.80 ± 4.13	(.309)	15.10 ± 3.51	(.908)	5.20 ± 2.10	(< .001)	22.00 ± 6.63	(.047)
	Moderate	57 (41.6)	14.25 ± 3.15		14.09 ± 2.67		4.60 <sup>a</sup> ± 2.05		18.28 ± 6.74	
	High	28 (20.4)	14.50 ± 3.34		14.21 ± 3.20		5.61 ± 1.99		19.89 ± 6.89	
	Very high	23 (16.8)	14.22 ± 3.20		14.04 ± 3.66		6.91 <sup>b</sup> ± 2.02		21.96 ± 7.10	
Support system	Family	117 (85.4)	14.15 ± 3.35	1.12	14.13 ± 3.06	0.27	5.07 ± 2.28	1.29	19.30 ± 7.19	2.68
	Medical person	6 (4.4)	14.17 ± 4.07	(.345)	14.83 ± 4.02	(.848)	4.67 ± 2.42	(.281)	16.33 <sup>a</sup> ± 6.22	(.049)
	Friend, religion	10 (7.3)	12.40 ± 3.66		14.30 ± 2.41		6.30 ± 2.41		16.30 <sup>a</sup> ± 7.59	
	None	4 (2.9)	12.25 ± 6.02		15.25 ± 2.99		6.25 ± 1.71		27.50 <sup>b</sup> ± 5.00	
Subjective health status	Very good	10 (7.3)	14.00 ± 4.32	0.44	15.30 ± 1.83	0.70	3.60 ± 2.17	3.92	12.40 ± 8.45	2.91
	Good	42 (30.7)	14.31 ± 3.54	(.778)	14.29 ± 3.26	(.593)	4.98 ± 2.47	(.005)	19.05 ± 6.22	(.024)
	Moderate	66 (48.2)	13.85 ± 3.43		14.17 ± 3.03		5.11 ± 2.12		19.82 ± 7.15	
	Bad	18 (13.1)	13.83 ± 3.31		13.44 ± 3.11		6.56 ± 1.76		20.56 ± 7.86	
	Very bad	1 (0.7)	10.00		16.00		9.00		27.00	
Diagnosis (cancer)	Lung	12 (8.8)	12.42 ± 4.76	0.84	13.08 ± 4.30	0.92	5.92 ± 2.11	0.73	17.58 ± 8.99	1.53
	Breast	17 (12.4)	14.12 ± 2.87	(.524)	14.65 ± 2.06	(.468)	4.82 ± 2.43	(.605)	16.06 ± 8.23	(.184)
	Stomach	14 (10.2)	14.50 ± 4.05		14.36 ± 2.79		5.71 ± 2.79		17.57 ± 9.32	
	Colorectal	67 (48.9)	13.99 ± 3.40		14.27 ± 3.14		5.15 ± 2.16		20.70 ± 6.00	
	Lymphoma	7 (9.5)	13.46 ± 3.38		15.15 ± 1.82		5.23 ± 1.83		19.54 ± 8.49	
	Others	14 (10.2)	15.00 ± 2.94		13.29 ± 3.36		4.50 ± 2.79		18.43 ± 5.85	
Stage of cancer	Stage 1	5 (3.6)	16.60 ± 1.95	1.25	12.80 ± 4.44	1.35	6.00 ± 2.74	.36	12.00 ± 10.08	1.89
	Stage 2	26 (19.0)	13.73 ± 3.69	(.294)	14.23 ± 2.75	(.262)	4.92 ± 1.85	(.781)	18.58 ± 5.67	(.134)
	Stage 3	29 (21.2)	14.38 ± 2.86		13.45 ± 3.29		5.07 ± 2.33		19.55 ± 7.17	
	Stage 4	77 (56.2)	13.73 ± 3.68		14.57 ± 2.91		5.25 ± 2.41		19.73 ± 7.47	
Comorbidity	Yes	57 (41.6)	13.82 ± 3.96	-0.41	14.11 ± 3.27	-0.32	5.63 ± 2.39	1.99	20.70 ± 7.13	2.08
	No	80 (58.4)	14.08 ± 3.14	(.681)	14.28 ± 2.87	(.748)	4.85 ± 2.18	(.049)	18.11 ± 7.22	(.039)

Scheffé test: a < b.

상자는 100명(73.0%)이었다. 대상자의 치료의사결정갈등 정도 평균은  $19.19 \pm 7.27$ 점이었다(Table 2).

### 3. 대상자의 디스트레스 정도에 따른 치료에 대한 태도, 치료의사결정갈등 정도

중증 이상의 디스트레스군은 치료에 대한 태도의 생명연장( $14.08 \pm 3.46$ 점)이, 경증 디스트레스군은 삶의 질( $14.62 \pm 2.67$ 점) 선호도가 높으며 통계적으로 유의하지 않았다. 치료의사결정갈등 정도는 중증 이상의 디스트레스군( $19.73 \pm 7.15$ 점)이 높고, 특히 만족도( $p = .040$ )가 통계적으로 유의하게 나타났다(Table 3).

### 4. 대상자의 인구사회학적 및 건강 관련 특성에 따른 치료에 대한 태도, 디스트레스 및 치료의사결정갈등 정도

대상자의 인구사회학적 및 건강 관련 특성에 따른 치료에 대한 태도의 생명연장 선호에서 직업( $p = .017$ )이 있을 때 생명연장 선호도가 높으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

대상자의 인구사회학적 특성에 따른 디스트레스는 결혼상태( $p = .012$ ), 주 의사결정자( $p = .014$ ), 치료비 부담감( $p = < .001$ ), 현재 느끼는 건강상태( $p = .005$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, Scheffé's test 사후 검정결과 주 의사결정자가 가족(부모, 자녀)이

고, 치료비 부담감이 매우 크다고 느낄 때 디스트레스가 높게 나타났다. 대상자의 건강 관련 특성에 따른 디스트레스는 동반질환이 있는 경우 디스트레스가 높으며 이는 통계적으로 유의한 차이( $p = .049$ )가 있었다. 대상자의 인구사회학적 특성에 따른 치료의사결정갈등은 연령( $p = .041$ ), 치료비 부담감( $p = .047$ ), 지지체계( $p = .049$ ), 현재 느끼는 건강상태( $p = .024$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있으며, Scheffé's test 사후 검정결과 지지체계가 없는 경우 치료의사결정갈등이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 대상자의 건강 관련 특성에 따른 치료의사결정갈등은 동반질환( $p = .039$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있으며, 동반질환이 있는 경우 치료의사결정갈등이 높게 나타났다(Table 1).

### 5. 대상자의 치료에 대한 태도, 디스트레스 및 치료의사결정갈등의 관계

대상자의 치료에 대한 태도는 디스트레스와 치료의사결정갈등과 통계적으로 유의한 관계가 없었다. 디스트레스의 정도와 치료의사결정갈등의 만족도( $r = .17, p = .043$ )는 유의한 양의 상관관계가 있었다. 즉, 디스트레스가 높을수록 항암치료 의사결정에 대한 만족도의 갈등이 높아지는 것을 의미한다(Table 4).

**Table 2.** Scores and Component Means of Attitudes Towards Treatment, Distress and Conflicts of Chemotherapy Decision Making ( $N = 137$ )

Variables	M $\pm$ SD	Range	Min	Max
Attitudes towards treatment				
Degree of treatment preference for life extension preference	13.97 $\pm$ 3.49	4~20	4	20
The degree of treatment attitude of preference of quality of life	14.20 $\pm$ 3.03	4~20	5	20
Distress	5.18 $\pm$ 2.29	0~10	0	10
Conflict of chemotherapy decision making	19.19 $\pm$ 7.27	0~64	0	38
Information	3.37 $\pm$ 1.55	0~12	0	9
Value	3.88 $\pm$ 1.96	0~12	0	9
Support	3.97 $\pm$ 1.73	0~12	0	9
Uncertainty	3.55 $\pm$ 1.86	0~12	0	7
Satisfaction	4.42 $\pm$ 2.12	0~16	0	9

\*Distress score  $< 4 = 37/137$  (27.0%); Distress score  $\geq 4 = 100/137$  (73.0%).

**Table 3.** Comparison of Attitudes Towards Treatment & Conflicts of Chemotherapy Decision Making between the Distress Groups ( $N = 137$ )

Variables	Distress score $< 4$ ( $N=37$ )	Distress score $\geq 4$ ( $N=100$ )	t	p
	M $\pm$ SD	M $\pm$ SD		
Attitudes towards treatment				
Degree of treatment reference for life extension preference	13.68 $\pm$ 3.60	14.08 $\pm$ 3.46	-0.60	.549
The degree of treatment attitude of preference of quality of life	14.62 $\pm$ 2.67	14.05 $\pm$ 3.15	0.98	.329
Conflict of chemotherapy decision making	17.73 $\pm$ 7.50	19.73 $\pm$ 7.15	1.44	.153
Information	3.30 $\pm$ 1.41	3.40 $\pm$ 1.60	-0.34	.732
Value	3.62 $\pm$ 2.22	3.97 $\pm$ 1.86	-0.92	.358
Support	3.73 $\pm$ 1.47	4.06 $\pm$ 1.81	-0.99	.322
Uncertainty	3.27 $\pm$ 1.85	3.65 $\pm$ 1.86	-1.06	.289
Satisfaction	3.81 $\pm$ 2.15	4.65 $\pm$ 2.08	-2.08	.040

## 6. 대상자의 치료의사결정갈등 정도에 영향을 미치는 요인

대상자의 치료의사결정갈등과 관련 있는 요인 규명을 위해 치료 의사결정갈등을 종속변수로 하고, 독립변수로 의사결정갈등에 유의한 차이를 보였던 요인을 투입하여 위계적 다중회귀분석을 시행하였다. 회귀분석의 가정에 대한 충족여부를 검증하였을 때 회귀 모형의 분산팽창계수(VIF)는 1.01~1.26으로 모두 1~10 사이의 값에 해당되기 때문에 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다. 오차항의 독립성을 보는 지표인 Durbin-Watson값은 2 안팎이면 자기상관이 없는 것으로 판단되는데, 1.99로 나타나 자기상관이 없어 오차 항들 간에 서로 독립적임을 알 수 있었다.

대상자의 치료의사결정갈등에 가장 영향력이 있는 것은 지지체계(무)( $\beta = .19$ ), 현재 느끼는 건강상태와 연령( $\beta = .18$ ), 치료비 부담감( $\beta = -.16$ )의 순으로, 총 설명력은 15%로 나타났다(Table 5).

## 논 의

본 연구는 항암화학요법을 받는 암 환자의 치료에 대한 태도, 디스트레스, 치료의사결정갈등을 조사하고, 치료의사결정갈등의 관련요인을 파악하기 위하여 시도된 서술적 조사연구로서 주요 결과를 바탕으로 다음과 같이 논의하고자 한다.

본 연구결과, 항암화학요법을 받는 암 환자의 치료에 대한 태도를 생명연장 선호와 삶의 질 선호로 분류할 때 생명연장 보다 삶의 질 선호에 더 의미를 두었다. 그리고 젊고 직업이 있으며 암의 병기가 1기일때 생명연장 선호 점수가 다소 높은 반면, 고령이고 가족(부모, 자녀)이 항암치료를 결정하고 암의 병기가 4기일때 삶의 질 선호 점수가 다소 높게 나타났다. 본 연구와 같은 도구를 사용한 선행연구<sup>3,10,16)</sup>의 결과에서는 나이가 젊고, 진단시기가 6개월 미만일 때 생명연장에 더 의미를 두는 반면, 나이가 많고 연명 치료를 받는 경우와 항암화학요법 결정시 가족 및 의료인의 영향을 받은 경우에 삶의 질 선호가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 그러나 본 연구에서는 직업의 유무를 제외한 다른 요인들이 통계적인 유의성은 나타나지 않았는데 이러한 차이는 본 연구의 대상자가 다양한 병기의 암 환자로 구성되어 특성이 두드러지지 않은 것으로 생각된다. 또한 본 연구에서 치료에 대한 태도와 치료의사결정갈등에는 유의한 관계가 없는 것으로 나타났으나, Kim과 Hwang<sup>10)</sup>의 연구에서는 생명연장 선호의 치료에 대한 태도를 추구할수록 치료의사결정갈등 정도는 낮게 나타났다. 이는 대상자의 연령과 관련이 있는 것으로 생각되는데, 본 연구의 대상자 연령은 49세 이하가 12.4%인 반면에 Kim과 Hwang<sup>10)</sup>의 연구대상자 연령은 49세 이하가 69.2%로 젊은 연령층이 절반 이상을 차지하

**Table 4.** Correlations among Attitudes Towards Treatment, Distress and Conflicts of Chemotherapy Decision Making (N = 137)

Variables	Categories	Conflict of chemotherapy decision making					
		Information	Value	Support	Uncertainty	Satisfaction	Total
		r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Attitudes towards treatment	Degree of treatment reference for life extension preference	-.03 (.734)	.08 (.372)	-.13 (.128)	-.12 (.158)	-.09 (.298)	-.07 (.392)
	The degree of treatment attitude of preference of quality of life	.06 (.494)	.06 (.469)	.11 (.192)	-.09 (.299)	.01 (.925)	.04 (.680)
Distress		.08 (.359)	.05 (.556)	.10 (.246)	.13 (.137)	.17 (.043)	.14 (.109)

**Table 5.** Factors Influencing Conflicts of Chemotherapy Decision Making (N = 137)

Variables	B	SE	$\beta$	t	p	Tolerance	VIF
(Constant)	12.97	3.29		3.94	< .001		
Distress			.02	0.24	.813	.82	1.23
Age	2.01	0.92	.18	2.18	.031	.99	1.01
Burden of treatment cost	-0.97	0.49	-.16	-2.00	.048	.97	1.03
Support system (family)*			.09	1.05	.297	.80	1.26
Support system (medical person)*			-.06	-0.74	.461	.96	1.04
Support system (friend, religion)*			-.06	-0.72	.474	.94	1.06
Support system (none)*	8.14	3.47	.19	2.35	.020	.99	1.01
Subjective health status	1.60	0.72	.18	2.22	.028	.98	1.03
Comorbidity			-.05	-0.57	.567	.82	1.23

Durbin-Watson = 1.99,  $R^2 = .15$ , Adj.  $R^2 = .12$ ,  $F = 5.67$ ,  $p < .001$

\*Dummy variable.

여 생명연장 선호에 대한 결과가 분명하게 나타난 것으로 생각된다. 따라서 항암화학요법을 받는 암 환자의 치료에 대한 태도와 치료의사결정갈등을 정확히 파악하기 위해서는 연구대상자 선정 시 연령, 질환의 병기와 치료목적을 고려한 추후 연구가 필요하겠다.

본 연구에서 항암화학요법을 받는 암 환자의 디스트레스 점수는 10점 만점에 평균 5.18점이며, 4점 이상의 중증 디스트레스를 가진 사람의 비율은 73%였다. 본 연구와 같은 도구로 시행된 국내의 선행연구결과 암 환자의 디스트레스는 치료 중이거나 치료가 종료된 이후에도 대부분이 중증 이상의 디스트레스를 경험하며, 디스트레스가 높을수록 삶의 질은 낮아지는 것을 알 수 있다.<sup>4,5,6,20)</sup> 따라서 암을 진단 받은 시기부터 지속적인 암 환자의 디스트레스 관리를 통해 삶의 질 향상에 도움이 되어야 할 것이다.

본 연구에서 중증 디스트레스 군이 경증 디스트레스 군보다 치료의사결정갈등 정도는 높으며, 특히 치료의사결정갈등의 치료결정만족도에 대한 갈등이 높아지는 것으로 나타났다. 선행연구에서 디스트레스와 치료의사결정갈등 관계를 확인한 연구가 미비하여 직접 비교가 어려웠다. 그래서 암 환자가 경험하는 모든 정신적 고통의 디스트레스<sup>17)</sup> 개념을 대신해 불안과 치료의사결정갈등 관계를 확인한 선행연구와 비교하고자 하며, 암 환자의 디스트레스와 불안은 Wi와 Yong<sup>22)</sup>의 연구에서 양의 상관관계가 있음을 확인하였다. 선행연구결과 많은 암 환자는 진단 초기부터 중등도 이상의 불안 증상을 경험하며 치료 시작 이전에는 불안 정도가 높아 지각된 유의성은 낮아지는 반면 지각된 장애성은 높아지게 되어 치료의사결정 참여 정도는 낮아지고, 의사결정갈등 정도는 높아져 불안과 치료의사결정갈등은 순 상관관계로 나타났다.<sup>13,15,23)</sup> 또한 암 환자에게 치료결정과정은 매우 복잡한 과정으로 심리적인 디스트레스의 영향을 받게 되며,<sup>24)</sup> 진행성 암 환자에서 암 치료 이후에는 치료 초기보다 불안 및 암 질환 관련 디스트레스가 감소하여 치료의사결정갈등 정도는 감소되지만 치료가 진행될수록 신체 부작용 발생과 함께 증상 디스트레스는 증가된다.<sup>12)</sup>

선행연구<sup>15)</sup>의 대상자는 수술 및 항암화학요법 치료 결정 이전의 상태에서 불안과 치료의사결정갈등 관계를 규명하였지만, 본 연구는 항암화학요법을 받고 있는 다양한 병기 대상자의 디스트레스와 치료의사결정갈등을 확인하였다. 또한 디스트레스와 항암치료의사결정갈등을 규명한 연구가 부족한 실정으로 향후 연구에서는 환자의 암 진단시기부터 치료 종료까지의 디스트레스와 치료의사결정갈등 관계 변화에 대한 확인이 필요하다.

본 연구결과 대상자의 디스트레스는 현재 느끼는 건강상태와 동반질환의 유무에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타나 대상자가 느끼는 건강상태가 좋을수록 디스트레스도 낮아지는 것으로,

항암치료가 종료된 환자의 연구<sup>4,21)</sup> 결과와 일치한다. 또한 항암화학요법을 받고 있는 암 환자의 디스트레스가 높을수록 치료결정만족도 갈등이 높아지는 것은 항암화학요법 치료의 특성이 반영된 것으로 사료된다. 따라서 대상자의 동반질환과 함께 항암치료로 인해 발생하는 신체 및 정신적 문제가 환자에게 디스트레스를 가중시키는 원인이 되므로, 항암화학요법을 받고 있는 암 환자의 치료의사결정갈등 정도를 낮추기 위해서 종양간호사는 적절한 정신적/신체적 증상관리를 통해 환자가 느끼는 건강상태를 긍정적으로 생각할 수 있도록 하여 효율적인 디스트레스 관리가 되도록 노력해야 할 것이다.

본 연구결과 항암화학요법을 받고 있는 암 환자의 치료의사결정갈등 정도는 평균 19.19점(100점 만점으로 환산한 점수 29.98점)으로 항암화학요법을 받는 암 환자의 치료의사결정갈등 정도를 확인한 선행연구<sup>10,12,15)</sup>의 결과와 유사하다. 특히 항암치료를 받기 이전의 치료의사결정갈등 정도가 항암치료 후 보다 높게 나온 결과<sup>12)</sup>는 암 치료를 결정하거나 치료의 경험을 통해 환자의 치료의사결정갈등 정도가 낮아질 수 있음을 유추해 볼 수 있다. 또한 본 연구에서는 다양한 진단과 병기의 환자로 구성되어 질환의 특성에 따른 치료의사결정갈등 정도가 반영되지 못한 것으로 보인다.

본 연구에서 치료의사결정갈등 정도에 유의한 영향을 주는 가장 예측력이 높은 요인은 지지체계(무)( $\beta = .19$ )이며 그 다음으로 연령과 현재 느끼는 건강상태( $\beta = .18$ ), 치료비 부담감( $\beta = -.16$ ) 순으로 나타났다. 이는 대상자의 지지체계가 취약하고, 연령이 고령이며 현재 느끼는 건강상태가 나빠지고 치료비 부담감이 작을수록 치료의사결정갈등 정도가 높아지는 것을 나타낸다. 의료인 또는 친구, 종교의 지지체계가 치료의사결정갈등에 긍정적인 요인으로 나타난 본 연구결과와 선행연구<sup>10,15,25)</sup> 결과와 일치한다. 항암화학요법을 받은 암 환자들은 의료인으로부터 암 치료와 관리에 관한 정보를 공유할 수 있는 대화 시간의 부족으로 인해 치료 정보에 대해 충분히 제공받지 못한다고 느끼며 의료인에게 불만을 갖고 있지만, 암 치료 과정에서 가장 의지하는 지지체계가 의료인으로 보고되었다.<sup>26)</sup> 암 환자는 불확실성 속에서 항암치료 의사결정을 하는 것은 매우 어려운 과정으로 환자들은 주로 의료진의 권유에 영향을 받으며, 환자 스스로 최종 결정자가 되기 위해서는 의료진으로부터 질환과 치료법에 대한 충분한 정보가 제공되어야 한다.<sup>8)</sup> 따라서 항암화학요법을 받는 암 환자의 항암치료 의사결정갈등을 낮춰주기 위해 의료인으로부터 정확한 정보를 충분히 제공받을 수 있는 체계적인 프로그램의 개발과 적용이 필요하며 더불어 가족 및 사회적인 지지도 강화되어야 한다. 그리고 암 환자가 갖고 있는 항암치료에 대한 선입견은 치료의사결정갈등을 높이는 중요한 역할을 하므로, 우선 치료 의사결정을 해야 하는 암 환자가 갖고 있는

치료에 대한 잘못된 인식과 환자의 요구도 및 암 치료과정에 대한 경험을 사정하는 것이 필요하다.<sup>8,11)</sup> 특히 대중매체에서 표현되는 암 질환과 항암치료의 과정은 많은 사람들이 부정적인 인식을 갖기에 충분하며 이는 암 환자에게 심리적 부담요인으로 작용하므로, 이러한 사회적인 문화를 개선하여 암 환자와 암치료에 대한 대중의 인식을 바꿔나갈 필요가 있다. 더불어 암 환자에게 항암치료의 장/단점에 대한 균형 있고 신뢰할 만한 정보와 상담을 제공하여 충분히 심사숙고 한 후에 올바른 결정을 할 수 있도록 도와야 할 것이다.

본 연구결과에서 대상자의 연령이 70세 이상일 때 정보 영역의 항암치료 의사결정갈등 정도가 유의하게 높은 것으로 나타나 65세 이상 노인 암 환자의 선행연구결과<sup>14)</sup>와 일치한다. 이는 고령의 암 환자들이 항암화학요법을 처음 받을 때 암 환자 교육을 받았음에도 불구하고 교육내용에 대한 충분한 이해부족으로 인해 치료의 사결정갈등의 정보 및 가치에 대한 의사결정갈등 정도가 높은 것으로 생각된다. 그리고 치료의사결정 시 환자의 질환 및 치료에 대한 지식과 치료결정 과정 참여가 중요한 갈등요인인데 고령의 암 환자들은 정보 이해도와 치료결정 참여 정도가 낮아 치료갈등 정도가 높아지고, 삶의 질 선호에 대한 치료태도에 영향을 준다.<sup>25,27)</sup> 노인 암 환자는 질병의 치료과정 및 치료효과에 대해 정확히 이해하기 어려워 치료결과 및 질환의 예후를 예측하기 힘들뿐만 아니라 질병상태에 대한 불확실성이 높으면 삶의 질은 낮아진다. 또한 항암화학요법을 받는 암 환자는 질환에 대한 정보를 갖고 치료결정에 참여할 때 지지와 가치에 대한 치료의사결정갈등의 정도가 유의하게 감소되며,<sup>12,13,14)</sup> 항암치료 결정을 가족 및 의료진이 했을 때 치료 의사결정갈등이 높다.<sup>10,12,14)</sup> 따라서 항암치료 의사결정을 해야 하는 노인 암 환자의 치료의사결정갈등을 낮추기 위해서는 노인 암 환자의 정보 이해 능력 수준에 맞는 정확한 정보를 효과적으로 교육하여 정보 이해도를 높이고, 불확실성을 낮추며 치료의사결정에 적극적으로 참여할 수 있도록 도와야 한다.

항암화학요법 치료 중 치료비 부담감이 작을수록 치료의사결정갈등 정도가 높아지는 것으로 나타난 본 연구의 결과는 치료 비용을 환자 자신이 아닌 배우자와 자녀 등 타인이 부담할 경우 치료의사결정갈등 정도가 높게 나온 선행연구<sup>10,12,14)</sup>와 유사하다. 이는 가족들이 치료비용을 부담하게 되어 환자 자신의 직접적인 치료비용 부담은 작지만 가족들에 대한 미안한 마음 등으로 인해 치료의사결정갈등 정도는 높아질 것으로 사료된다. 또한 최근에 대중매체를 통해 알려진 표적치료제 및 면역치료제에 대한 많은 사람들의 인식은 부작용 발생이 적고 치료효과가 높은 것으로 생각하여, 치료법 선택 시 표준 항암화학요법 치료보다 더 선호하는 경향을 보인다. 본 연구의 대상자는 표준 항암화학요법을 받는 암 환자로서

경제적 여유로 인해 치료비 부담이 작다면 다른 치료법에 대한 고민으로 인해 치료의사결정갈등 정도가 높아졌을 것으로 생각된다. 따라서 암 환자의 치료부담금에 대한 지속적인 추적 조사와 의료보험 급여 항목의 확대가 필요하며, 치료비 지원 및 다양한 사회복지제도에 대한 정보 제공이 필요하다. 그리고 표준 항암화학요법 치료제와 표적치료제 및 면역치료제에 대한 암 환자의 인식과 치료 의사결정갈등 정도를 확인하는 것도 필요하겠다.

본 연구결과에서 검증된 치료의사결정갈등 영향 요인들이 갖는 설명력은 15%로 선행연구결과<sup>10,15)</sup> 보다 낮게 나타났다. 이는 선행연구에서 치료의사결정갈등에 가장 중요한 영향요인으로 제시된 환자의 치료 관련 정보 및 지식 수준<sup>27)</sup>을 반영하지 못한 것에 기인한 것으로 사료된다.

최근 임상에서는 항암화학요법 교육을 통해 환자의 치료 정보이해도 및 자가간호지식이 향상되어, 자가간호수행 정도가 높아지며, 심리적 디스트레스와 치료의사결정갈등을 줄이는 효과를 갖는다.<sup>28,29)</sup> 이러한 교육은 암 환자의 자기효능감을 향상시켜 자가관리를 효율적으로 하게 되어 신체적·심리적 안정에 기여하고, 결국 치료에 대한 만족감 증진과 치료의사결정갈등을 줄이는데 도움이 될 것이다. 따라서 종양전문간호사는 효과적인 항암화학요법 교육을 위해 치료 시기에 따라 변화되는 암 환자의 교육요구도를 고려하여 적절한 교육과 상담을 제공하는 것이 중요한 것이다.

본 연구는 항암화학요법을 받는 암 환자의 치료에 대한 태도, 디스트레스, 치료의사결정갈등 정도에 관한 전반적인 정보를 제공하여 치료에 대한 태도, 디스트레스, 치료의사결정갈등에 관한 인식과 관심을 높이고, 이를 효율적으로 관리하기 위한 간호중재 프로그램의 근거자료를 제시하였다는 점에서 의의가 있다고 할 수 있다. 그리고 국내에서 항암화학요법을 받는 암 환자의 삶의 질에 관련된 연구는 많지만, 치료에 대한 태도에 대한 연구는 부족한 상황이다. 본 연구에서 치료에 대한 태도 연구도구를 통해 항암화학요법을 받는 암 환자의 생명연장과 삶의 질 선호에 대한 치료태도의 평가는 의미가 있다고 생각된다.

## 결론

본 연구는 항암화학요법을 받는 암 환자의 치료에 대한 태도, 디스트레스와 치료의사결정갈등과의 관련을 규명하여 추후 항암화학요법을 받는 암 환자의 치료의사결정갈등 정도를 감소시키기 위한 간호중재 개발을 위한 기초자료로 활용하고자 시도되었다. 그 결과 항암화학요법을 받는 암 환자의 디스트레스와 치료의사결정갈등의 치료결정 만족도는 순 상관관계이며, 연령, 치료비 부담감, 현재 느끼는 건강상태, 지지체계(무)가 치료의사결정갈등에 영향

을 주는 요인으로 나타났다. 따라서 항암화학요법을 받는 암 환자의 치료의사결정갈등을 낮추기 위해서는 이들 변수를 고려한 치료 의사결정갈등 조절 중재 방안이 필요함을 확인하였다. 본 연구결과를 바탕으로 아래와 같이 제언하고자 한다.

1) 본 연구는 경기도 소재의 일개 종합병원에서 대상자를 편의 표집하였으므로, 연구결과를 확대 적용하기 위해서 추후 연구대상을 확대하여 항암화학요법을 받는 암 환자의 치료에 대한 디스트레스, 치료의사결정갈등을 파악하기 위한 반복 연구가 필요하다.

2) 항암화학요법치료 결정 이전의 대상자를 선정하여 치료 시작 이전부터 치료시기에 따른 암 환자의 치료에 대한 태도, 디스트레스, 치료의사결정갈등을 파악하고 치료의사결정갈등에 영향을 미치는 요인을 확인하고 중재하기 위한 심층적인 연구를 제언한다.

3) 본 연구결과를 바탕으로 항암화학요법을 받는 암 환자의 치료 의사결정갈등을 줄일 수 있는 중재 방안을 개발하고 실무에 적용하는 중재 연구를 제언한다.

## ORCID

유현미 [orcid.org/0000-0002-1018-5999](https://orcid.org/0000-0002-1018-5999)

박은영 [orcid.org/0000-0003-1356-6487](https://orcid.org/0000-0003-1356-6487)

## REFERENCES

1. Statistics Korea. Cause of death statistics in 2018 [Internet]. Available from: <http://kostat.go.kr/wnsearch/search.jsp> [Accessed November 18, 2019].
2. Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH. Cancer nursing: principles and practice. 8th ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2016.
3. Meropol NJ, Egleston BL, Buzaglo JS, Benson AB 3rd, Cegala DJ, Dieffenbach MA, et al. Cancer patient preferences for quality and length of life. *Cancer*. 2008;113:3459-66.
4. Kwon EJ, Yi M. Distress and quality of life in breast cancer survivors in Korea. *Asian Oncol Nurs*. 2012;12:289-94.
5. Seo JY, Yi M. Distress and quality of life in cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Oncol Nurs*. 2015;15:18-27.
6. Kim GM, Kim SJ, Song SK, Kim HR, Kang BD, Noh SH, et al. Prevalence and prognostic implications of psychological distress in patients with gastric cancer. *BMC Cancer*. 2017;17:283.
7. Whelan T, Levine M, Willan A, Gafni A, Sanders K, Mirsky D, et al. Effect of a decision aid on knowledge and treatment decision making for breast cancer surgery: a randomized trial. *JAMA*. 2004;292:435-41.
8. Lee SM, Kim S, Lee HS. The process of medical decision-making for cancer patients. *Korean J Med Ethics*. 2009;12:1-14.
9. Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med*. 2012;367:1616-25.
10. Kim B, Hwang SK. Attitudes toward treatment and decisional conflict in cancer patients receiving chemotherapy in Korea. *J Korean Data Anal Soc*. 2016;18:1829-44.
11. Stiggelbout AM, Jansen SJ, Otten W, Baas-Thijssen MC, van Slooten H, van de Velde CJ. How important is the opinion of significant others to cancer patients' adjuvant chemotherapy decision-making? *Support Care Cancer*. 2007;15:319-25.
12. Baek SK, Kim SY, Heo DS, Yun YH, Lee MK. Effect of advanced cancer patients' awareness of disease status on treatment decisional conflicts and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean prospective cohort study. *Support Care Cancer*. 2012;20:1309-16.
13. Lee HJ, Yang JH. Factors influencing older patients' participation in decision making regarding cancer surgery. *J Korean Gerontol Nurs*. 2013;15:1-10.
14. Yoon YS, Kim MH, Park JH. Perception of shared decision-making and conflict decision-making related to surgery in elderly patients with cancer. *J Korean Gerontol Nurs*. 2014;16:266-75.
15. Koo NY, Lee JH. Factors influencing conflicts of chemotherapy decision making among pre-operative cancer patients. *Asian Oncol Nurs*. 2017;17:69-78.
16. Stiggelbout AM, de Haes JC, Kiebert GM, Kievit J, Leer JW. Tradeoffs between quality and quantity of life: development of the QQ Questionnaire for cancer patient attitudes. *Med Decis Making*. 1996;16:184-92.
17. National Comprehensive Cancer Network. Distress management [Internet]. Available from: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/distress.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf) [Accessed December 20, 2017].
18. O'Connor AM. Validation of a decisional conflict scale. *Med Decis Making*. 1995;15:25-30.
19. Yun YH, Lee MK, Park S, Lee JL, Park J, Choi YS, et al. Use of a decision aid to help caregivers discuss terminal disease status with a family member with cancer: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2011;29:4811-9.
20. Kim YJ, Kim KH, Yang SH, Kwak YH. Distress and resilience of lung cancer patient receiving chemotherapy. *J Korea Soc Wellness*. 2016;11:289-302.
21. Seo MH, Lim KH. The effects of fatigue and distress on self-efficacy among breast cancer survivors. *Korean J Adult Nurs*. 2016;28:378-87.
22. Wi ES, Yong JS. Distress, depression, anxiety, and spiritual needs of patients with stomach cancer. *Asian Oncol Nurs*. 2012;12:314-22.
23. Poe JK, Hayslip JW, Studts JL. Decision making and distress among individuals diagnosed with follicular lymphoma. *J Psychosoc Oncol*. 2012;30:426-45.
24. Jabbour J, Dhillon HM, Shepherd HL, Sundaresan P, Milross C, Clark JR. The relationship between role preferences in decision-making and level of psychological distress in patients with head and neck cancer. *Patient Educ Couns*. 2018;101:1736-40.
25. Gopal N, Kozikowski A, Barginear MF, Fishbein J, Pekmezaris R, Wolf-Klein G. Reasons for chemotherapy refusal or acceptance in older adults with cancer. *South Med J*. 2017;110:47-53.
26. Shin NY, Kim JY. Experience of chemotherapy in ovarian cancer patients. *Asian Oncol Nurs*. 2017;17:158-69.
27. Kim SI, Lee Y, Son Y, Jun SY, Yun S, Bae HS, et al. Assessment of breast cancer patients' knowledge and decisional conflict regarding tamoxifen

- use. J Korean Med Sci. 2015;30:1604-10.
28. Oh PJ, Choi HJ. The effect of patient education interventions on distress, self-care knowledge and self-care behavior of oncology patients: a meta-analysis. Asian Oncol Nurs. 2012;12:257-66.
29. Nicholas Zdenkowski, Butow P, Tesson S, Boyle F. A systematic review of decision aids for patients making a decision about treatment for early breast cancer. Breast. 2016;26:31-45.