

암 환자의 스티그마와 디스트레스: 자기비난의 매개효과

양경미¹ · 채명정² · 소향숙³

전남대학교 간호과학연구소¹, 광주여자대학교 간호학과², 전남대학교 간호대학³



Stigma and Distress among Cancer Patients: The Mediating Effect of Self-blame

Yang, Kyung Mi¹ · Chae, Myeong Jeong² · So, Hyang Sook³

¹Chonnam Research Institute of Nursing Science, Gwangju, Korea

²Department of Nursing, Kwangju Women's University, Gwangju, Korea

³College of Nursing, Chonnam National University, Gwangju, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify the mediating effect of reported self-blame in the relationship between stigma and distress among cancer patients. **Methods:** A convenience sample of 247 inpatients and outpatients diagnosed with one of the five major cancers was recruited. A cross-sectional survey design was used. Data were collected from June 2013 to November 2013. The instruments used for data collection were the Korean Cancer Stigma Scale, the Psychological Symptom Inventory, and the Social Shame and Guilt Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation, and multiple regression using Baron and Kenny steps for mediation. **Results:** The mean score reported for cancer stigma was 35.34, the mean score for distress was 13.77, and the mean for self-blame was 19.25. There was a significant correlation among stigma, distress, and self-blame. Self-blame was directly affected by stigma ($R^2=34.3\%$). Distress was directly affected by stigma ($R^2=13.0\%$). Stigma and self-blame impacted reported distress ($R^2=20.9\%$). Self-blame had a partial mediating effect ($\beta=.35$, $p<.001$) in the relationship between stigma and distress (Sobel test: $Z=3.64$, $p<.001$). **Conclusion:** Based on the findings of this study, nursing intervention programs focusing on reducing stigma and decreasing self-blame may relieve the distress reported by patients with cancer.

Key Words: Social stigma, Shame, Guilt, Neoplasms, Mediating

서론

1. 연구의 필요성

우리나라에서 전국 단위 암 발생 통계를 산출하기 시작한 1999년 이후 2012년까지 모든 암의 연령표준화발생률은 연평균 3.6%의 증가율을 보였으나, 2012년 이후부터 암발생률은

매년 6.1%씩 감소하는 추세를 보이고 있다[1]. 그러나 암은 여전히 우리나라 사망 원인 중 1위로[2], 우리 사회에 가장 큰 건강문제가 되고 있다. 그래도 진단 및 치료법의 향상으로 인하여 암 환자의 5년 생존율은 2001~2005년 53.9%, 2006~2010년 65.2%, 2010~2014년 70.3%로 꾸준히 증가하고 있다[1]. 이에 따라 암 환자에 대하여 ‘얼마나 오래 살게 할 것인가’에만 집중되었던 관심이 ‘어떤 삶을 살게 할 것인가’로 변화되면서 암 환

주요어: 스티그마, 수치감, 죄책감, 암, 매개

Corresponding author: So, Hyang Sook <https://orcid.org/0000-0002-2919-5900>

College of Nursing, Chonnam National University, 160 Baekseo-ro, Dong-gu, Gwangju 61469, Korea.

Tel: +82-62-530-4939, Fax: +82-62-220-4544, E-mail: hss0075@jnu.ac.kr

Received: Nov 7, 2017 / Revised: Jan 4, 2018 / Accepted: Feb 16, 2018

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.

자가 투병과정 중에 경험하는 다양한 심리사회적 문제를 규명하는 것이 필요하게 되었다[3].

건강 관련 스티그마(stigma)는 환자가 자신의 질병으로 인하여 거절, 비난 또는 평가절하 등의 경험을 하는 것인데, Chapple 등[4]에 따르면, 폐암과 흡연에 붙여지는 스티그마로 인하여 폐암 환자는 더욱 낙인이 찍히게 되고 사람들의 삶에 심각한 영향을 줄 수 있다. 폐암 환자의 죄책감과 수치감을 유방암과 전립선암 환자와 비교한 연구결과, 암 관련 스티그마는 폐암 환자가 다른 두 유형의 환자보다 높았으며[5], 스티그마는 심리적 디스트레스와 과거 우울 병력이 있는 환자에서 더욱 높은 점수를 보였다[6]. 또한 국내의 전국 조사에 의하면, 의료기술의 발달과 생존력의 향상에도 불구하고 암 스티그마는 아주 흔히 보이는 현상이다[7]. 즉 암에 대한 부정적 태도나 차별적 태도는 암 환자들이 이웃이나 동료들에게 자신의 암 진단명을 기꺼이 공개하려고 하지 않게 만들 것이다. 이러한 유형의 암 스티그마는 실제로 암 환자를 사회로부터 고립시킬 수 있으며 결국에는 우울증[7], 높은 디스트레스와 삶의 질의 저하를 초래한다[3,8].

자기 비난(self-blame)은 수치감과 죄책감을 느낄 때 자신의 탓으로 돌리는 것으로 만성 질병으로 고통 받는 자들은 흔히 낙인이 찍히게 되고 내면화로 인하여 자기비난을 경험하게 된다[9]. 즉 폐암과 유방암 및 전립선암 환자를 대상으로 한 연구에서 지각된 스티그마와 자기 비난은 심리적 부적응과 관련이 있으며, 자기 비난은 지각된 스티그마와 심리적 적응 간에 매개 효과가 있다고 하였다[9]. 다시 말해서 자기 자신에게 탓을 돌리는 경우에는 심리적 적응이 어려웠고 자기비난의 내면화로 연계된다는 것이다[9]. 또한 대장암 환자를 대상으로 조사한 연구에서 스티그마와 자기비난이 우울증상에 영향을 미치며 스트레스를 초래하는 요인임을 보고하였고[10], 질병에 대한 스티그마와 자기비난이 건강증진의 장애요인임이 확인됨으로써[6], 질병 관련 자기비난과 적응간의 관계를 이해하는 것이 질병관리에 매우 중요함을 인식하게 되었다[9].

암 환자라면 누구나 신체적인 고통 뿐 아니라 정신적인 고통을 겪게 된다. National Comprehensive Cancer Network (NCCN)[11]에 따르면, 원인이 무엇이건 환자가 정신적으로 겪는 고통을 디스트레스(distress)라고 하며, 디스트레스 용어를 사용한 이유는 단순히 '스트레스'라는 단어로 표현되었을 때 환자의 주관적인 어려움이 환자 자신 혹은 의료진에 의해 일상적인 반응으로서 과소평가되어 간과될 수 있는 위험을 줄이고, 정신적 또는 정서 심리적이라는 단어들보다 낙인 받을 염려가 없는 단어를 사용함으로써 환자나 의료진으로 하여금

보다 더 쉽게 받아들일 수 있도록 함에 있다.

NCCN [11]에서는 암과 암 관련 증상 및 치료에 대한 적응 능력을 떨어뜨리는 심리적, 사회적, 영적으로 즐겁지 않은 정서적 경험을 모두 '디스트레스'로 표현할 것을 결정하고 통증에 이어 제6활력징후로 측정할 것을 권장하여 체계적인 디스트레스 관리의 중요성을 강조하였다. 마침내 국립암센터[12]는 암 환자의 삶의 질 향상을 위한 디스트레스(우울, 불안, 불면) 관리 권고안과 National Cancer Center 심리증상 평가지를 제시하여 '지난 1주일간 증상이 얼마나 심하였고 일상생활에 얼마나 지장을 주었는지'에 대해 10점 만점으로 답하게 하고 이 척도의 절단점을 4점으로 하여 정신보건 전문가의 도움을 받도록 권고하고 있다.

암 환자들은 암의 진단에서부터 치료에 이르는 모든 과정에서 상당한 디스트레스를 경험하며[13-17], 이러한 디스트레스는 암 사망률의 예측요인으로 확인되었고[18] 나아가 암 환자의 생존기간을 단축시키는 요인으로 제시되었다[19]. 암 환자의 디스트레스가 증가하게 되면 치료를 받고자 하는 행위마저도 주저하게 되며[20], 암 환자의 디스트레스는 그들의 전신 건강상태, 지지 요구도, 치료에 대한 만족, 삶의 질 및 건강증진행위 등과 상관관계가 있었다[14-16].

선행연구 보고를 통하여 보면, 암으로 고통 받는 환자들은 스티그마를 인지하고 스티그마는 심리적 부적응으로 디스트레스를 초래하게 되며[3,8,9], 스티그마의 내면화 기재로 인해 자기비난을 함으로써 종국에는 전문가의 도움을 적극적으로 추구하거나 건강증진행위를 이행함에 있어서 부정적인 영향을 미친다[6]. 따라서 암 환자 간호 실무현장에서는 암 환자의 입장에서 그들의 심리 정서적 고통을 이해하고 평가하며 관리하는 데에 초점을 맞추어야 하리라 본다.

국내 암 환자의 스티그마에 대해서는 소수의 연구[3]가 이루어졌으며, 폐암 환자의 경우에 건강 관련 스티그마는 암에 대해 일반인과 얘기하는 것에 대해 주저하고 위협을 느끼는 것으로 폐암 환자가 적응의 어려움으로 심리적 디스트레스를 갖게 되고 삶의 질도 저하된다고 보고하고 있다[3,21]. 치료 종료 후 6개월~2년 사이의 국내 유방암 환자의 디스트레스와 삶의 질에 관한 연구[16]에서는 유방암 생존자의 대부분이 정서적 디스트레스를 호소하였으며 디스트레스가 높을수록 삶의 질이 저하된다고 보고하였다. 또한 암 진단 후 초기 4주 즈음에 조사한 유방암 환자의 자기비난과 디스트레스 간에는 유의한 상관관계가 있었다고 보고하였다[22]. 하지만 국내에서 암 환자의 자기비난에 대한 연구보고는 찾아보기 어려웠다.

그리하여 본 연구자는 암 환자의 스티그마와 디스트레스의

관계에서 자기비난의 매개효과가 있는지를 확인하여 암 환자의 스티그마와 자기비난을 고려하면서 디스트레스를 감소시킬 수 있는 중재전략을 마련하는데 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구는 암 환자의 스티그마와 디스트레스의 관계에서 자기비난의 매개효과를 확인하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 암 환자가 지각하는 스티그마, 자기비난 및 디스트레스의 정도를 파악한다.
- 암 환자의 일반적 특성별 스티그마, 자기비난 및 디스트레스의 차이를 파악한다.
- 암 환자가 지각하는 스티그마, 자기비난 및 디스트레스 간의 상관관계를 파악한다.
- 암 환자가 지각하는 스티그마와 디스트레스의 관계에서 자기비난이 미치는 매개효과 여부를 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 암 환자의 스티그마와 디스트레스 간의 관계에서 자기비난의 매개효과를 규명하기 위하여 한글판 암 관련 스티그마 도구의 신뢰도와 타당도를 검증한 연구[23]의 자료를 활용한 이차자료분석연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자 선정기준은 1) 20세 이상의 성인 남녀 환자, 2) 스스로 설문지를 읽고 응답할 수 있는 자 3) 자신의 진단명을 알고 있는 자, 4) 암 진단을 받고 수술, 항암화학요법, 방사선요법 등의 치료를 위해 외래 또는 병동에 내원한 환자이다. 제외기준은 1) 우울증 등 신경증이나 정신증 진단을 받은 자, 2) 암 재발로 치료를 받는 자, 3) 만성질환(당뇨병, 고혈압, 결핵, 심부전 및 신부전 등)으로 치료 중인 자이다. 예상 표본 수 산출에 G*Power 3.1.9를 사용하였으며 다중회귀분석을 위한 예측변수 2개 조건에서 필요한 최소 표본수와 더불어 외생변수로 작용할 수 있는 암 종류를 통제하기 위해 한국인 남녀 주요 암인 위암, 대장암, 폐암, 유방암, 자궁암 환자를 고르게 분

포하기 위해 one-way ANOVA 조건에서 유의수준 .05, 검정력 .90, 효과크기 .25, 예측변수 5개(암종별)에 필요한 최소 표본 수 220명과 탈락률 15%를 예상하여 253여명이 산출되었다. 총 253명을 임의 표집하였으며 불성실한 6부를 제외한 247명의 자료를 최종분석에 사용하였다.

3. 연구도구

1) 스티그마

스티그마는 Cataldo 등[8]이 폐암 환자를 대상으로 개발한 Cataldo Lung cancer Stigma Scale (CLCSS)을 Lee와 Kim [3]이 번역과 역번역한 한글판을 근거로 하여 So 등[23]이 신뢰도와 타당도를 검증한 도구로 조사하였다. 이 도구는 총 24 문항의 4점 척도로 각 문항에 대하여 1점(전혀 그렇지 않다)에서 4점(매우 그렇다)으로 응답하도록 되어 있으며, 점수의 범위는 최소 24점에서 최고 96점까지로 점수가 높을수록 스티그마 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .89였다.

2) 자기비난

자기비난은 Marschall 등[24]이 개발한 State Shame and Guilt Scale (SSGS)로 도구개발자의 사용 승인을 받은 후 연구자가 번역하여 사용하였다. 이 도구는 총 10문항의 5점 척도로 각 문항에 대하여 1점(전혀 그렇지 않다)에서 5점(매우 그렇다)으로 응답하도록 되어 있으며, 점수의 범위는 최소 10점에서 최고 50점까지이며 점수가 높을수록 자기비난의 정도가 심한 것을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's α 는 .89였다.

3) 디스트레스

디스트레스는 국립암센터[12]가 제시한 암 환자의 디스트레스(우울, 불안, 불면)의 중증도를 각각 측정하는 3문항의 심리증상 평가지를 사용하였으며, 각 문항은 0점(전혀 없음 또는 전혀 지장을 주지 않음)에서 10점(극도로 심함 또는 완전히 지장을 줌)까지이다. 도구의 절단점은 4점으로 4점 이상이면 디스트레스가 있음을 의미하며, 점수가 높을수록 디스트레스가 심함을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .86이었다.

4. 자료수집

자료는 2013년 6월부터 2013년 11월까지 수집하였다. 연구

자와 훈련된 연구보조자 3인(박사과정생 1인, 석사과정생 2인)이 외래와 병동을 방문하여 암 환자들에게 연구목적과 진행에 대하여 설명하였다. 연구참여에 따른 개인정보의 비밀보장 등에 대해 설명한 후 ‘연구참여 동의서’에 환자의 서명을 받은 다음, 자가보고 형식의 구조화된 설문지를 주어 대상자가 직접 설문지에 답하도록 하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 전라남도에 위치한 화순전남대학교병원의 기관생명윤리심의위원회의 승인(IRB No 2012-167)을 받았으며, 해당과 주임교수와 간호부서장의 협조 하에 자료수집을 시행하였다. 연구자는 자료수집에 앞서 환자에게 연구목적과 절차를 충분히 설명한 후 자발적인 의사에 따라 참여를 결정할 수 있게 하였고, 참여를 거부하거나 혹은 참여 도중에라도 언제든지 본인의 의사에 따라 연구참여를 철회할 수 있음과 이로 인한 어떠한 불이익도 없음을 알려주었다. 서면동의를 받은 후 설문조사를 시작하였으며 설문 결과는 연구목적으로만 사용하고 설문지와 수집된 모든 정보는 연구 종료 후에 분쇄 처리할 것임을 알려주었다. 환자가 원하거나 혼자서 작성하기 어려워하는 경우에는 연구원이 설문지를 읽어주면서 작성을 도와주었다.

6. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램으로 분석하였으며, 구체적인 방법은 다음과 같다.

- 암 환자의 일반적 특성, 암 환자가 지각하는 스티그마, 자기비난 및 디스트레스의 정도는 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 제시하였다.
- 암 환자의 일반적 특성에 따른 스티그마, 자기비난 및 디스트레스의 차이는 independent t-test와 oneway ANOVA, Scheffé test로 알아보았다.
- 암 환자가 지각하는 스티그마, 자기비난 및 디스트레스 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficients로 파악하였다.
- 암 환자가 지각하는 스티그마와 디스트레스의 관계에서 자기비난이 미치는 매개효과를 확인하기 위해 Baron과 Kenny[25]가 제시한 방법에 따라 다중회귀분석을 실시하였고 매개효과 유의성은 Sobel test로 확인하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자 247명 중 남자가 98명(39.7%), 여자 149명(60.3%)이었고, 평균 연령은 57.3세였다. 배우자가 있는 경우가 215명(87.0%)이었으며, 85명(34.4%)은 종교가 없었고, 기독교 75명(30.4%), 불교 60명(24.3%)의 순이었다. 월 소득은 50~100만원 미만인 97명(39.3%), 100~200만원 미만인 93명(37.7%)의 순이었고, 교육정도는 중졸 이하가 120명(48.5%), 고졸 91명(36.8%), 대졸 이상 36명(14.7%)의 순이었다. 암 병기는 4기가 101명(40.9%), 1기 58명(23.5%), 3기 47명(19.0%), 2기 41명(16.6%)의 순이었고, 암의 유형은 유방암 51명(20.6%), 대장암과 자궁경부암이 각각 50명(20.3%), 위암 49명(19.8%), 폐암 47명(19.0%)이었다(Table 1).

2. 대상자의 스티그마, 자기비난 및 디스트레스

대상자가 지각한 스티그마 정도는 96점 만점에 평균 35.34 \pm 9.07점, 평균평점 1.41 \pm 0.36점(4점 만점)으로 나타났다. 대상자의 자기비난의 정도는 50점 만점에 평균 19.25 \pm 7.36점, 평균평점 1.93 \pm 0.74점(5점 만점)으로 나타났다. 대상자의 디스트레스 정도는 30점 만점에 평균 8.26 \pm 6.90점, 평균평점 2.75 \pm 2.30점(10점 만점)으로 나타났다(Table 2).

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 스티그마와 자기비난 및 디스트레스

대상자의 스티그마는 배우자가 없는 경우가 38.31점으로 배우자가 있는 경우의 34.90점보다 높았다($p=.047$). 자기비난은 암의 유형에 따라 차이가 있었는데($p=.044$), 자궁경부암이 21.30점으로 가장 높았다. 디스트레스는 여성이 9.71점으로 남성의 6.06점보다 높았으며($p<.001$), 암의 유형에서는 자궁경부암 환자가 12.34점으로 위암 환자 5.90점과 폐암 환자의 5.53점보다 높아 디스트레스를 크게 인지하고 있었다($p=.001$) (Table 1).

4. 대상자의 스티그마, 자기비난 및 디스트레스 간의 상관관계

대상자의 스티그마는 자기비난($r=.59, p<.001$), 디스트레

Table 1. Stigma, Self-blame, and Distress according to General Characteristics of Participants (N=247)

Variables	Categories	n (%) or M±SD	Stigma		Self-blame		Distress	
			M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Age (year)	40~49	72 (29.3)	36.49±9.00	1.23	20.57±7.96	2.11	9.63±6.43	1.30
	50~59	60 (24.4)	35.42±9.70	(.300)	19.63±7.77	(.100)	7.68±7.42	(.275)
	60~69	68 (27.6)	35.60±8.40		17.51±6.28		7.68±7.00	
	≥70	46 (18.7)	33.24±9.22		19.22±7.15		7.83±6.77	
		57.3±12.3	35.37±9.07		19.24±7.38		8.28±6.91	
Gender	Men	98 (39.7)	36.11±9.26	1.08	18.48±6.84	-1.34	6.06±5.88	-4.20
	Women	149 (60.3)	34.84±8.93	(.281)	19.76±7.66	(.182)	9.71±7.16	(<.001)
Spouse	Yes	215 (87.0)	34.90±8.81	-1.99	18.99±7.37	-1.44	8.05±6.69	-1.28
	No	32 (13.0)	38.31±10.27	(.047)	21.00±7.17	(.150)	9.72±8.17	(.202)
Religion	None	85 (34.4)	34.39±8.22	1.14	18.19±6.98	0.85	8.27±6.86	0.52
	Protestantism	75 (30.4)	36.32±10.29	(.336)	19.96±7.64	(.496)	7.53±6.48	(.723)
	Catholicism	24 (9.7)	37.63±9.06		19.83±8.00		8.96±7.26	
	Buddhism	60 (24.3)	34.83±8.58		19.78±7.39		9.00±7.40	
	Others	3 (1.2)	30.00±6.56		16.33±4.93		6.00±7.94	
Monthly household income (10,000 won)	50~<100	97 (39.3)	34.15±8.34	1.06	19.14±7.30	1.28	7.41±7.38	0.85
	100~<200	93 (37.7)	35.84±9.88	(.369)	18.49±7.33	(.281)	8.69±6.72	(.466)
	200~<300	32 (13.0)	36.84±10.14		21.19±6.85		9.31±6.95	
	≥300	25 (10.0)	36.48±6.91		20.48±8.46		8.48±5.65	
Education level	Illiteracy	15 (6.0)	34.93±11.76	1.71	21.60±7.78	2.20	9.80±9.69	2.10
	Elementary	47 (19.0)	32.77±6.39	(.149)	17.28±5.66	(.069)	6.51±6.16	(.081)
	Middle school	58 (23.5)	34.69±8.47		18.21±6.58		7.38±7.05	
	High school	91 (36.8)	36.63±10.14		19.88±7.90		8.66±6.67	
	≥ College	36 (14.7)	36.69±8.44		20.94±8.39		10.33±6.40	
Cancer stage	I	58 (23.5)	33.45±7.67	1.19	18.03±7.15	8.79	8.91±7.19	1.69
	II	41 (16.6)	36.22±8.70	(.310)	20.29±6.46	(.452)	10.05±7.34	(.170)
	III	47 (19.0)	35.36±10.54		19.11±7.72		7.38±6.29	
	IV	101 (40.9)	36.07±9.18		19.59±7.66		7.57±6.76	
Diagnosis	Colon cancer ^a	50 (20.3)	38.20±11.30	1.96	20.06±7.56	2.50	8.80±5.48	8.70
	Breast cancer ^b	51 (20.6)	33.94±7.71	(.101)	18.73±7.86	(.044)	8.53±6.44	(.001)
	Cervix cancer ^c	50 (20.3)	35.55±9.16		21.30±7.14		12.34±7.73	c>d, e
	Gastric cancer ^d	49 (19.8)	35.28±8.40		16.90±6.53		5.90±5.96	
	Lung cancer ^e	47 (19.0)	33.76±8.00		19.23±7.19		5.53±6.72	

Table 2. Descriptive Statistics of Research Variables (N=247)

Variables	M±SD	Item number (scoring)	Range		Mean/item±SD
			Possible	Actual	
Stigma	35.34±9.07	24 (1~4)	24~96	24~86	1.41±0.36
Self-blame	19.25±7.36	10 (1~5)	10~50	10~46	1.93±0.74
Distress	8.26±6.90	3 (0~10)	0~30	0~30	2.75±2.30

스($r=.37, p<.001$)와 유의한 양의 상관관계가 있으며, 자기비난은 디스트레스($r=.45, p<.001$)와 유의한 양의 상관관계가 있었다. 즉 스티그마가 높을수록 자기비난과 디스트레스도 높았으며, 자기비난이 높을수록 디스트레스도 높았다(Table 3).

5. 대상자의 스티그마와 디스트레스의 관계에서 자기비난의 매개효과

매개효과를 검증하기 전 종속변수의 자기상관과 독립변수

간의 다중공선성을 검토한 결과, 자기상관에 대한 Durbin-watson지수는 1.789~1.889로 2에 가까와 독립적으로 나타났다. 독립변수들 간의 다중공선성은 분산팽창요인(VIF) 지수가 1.529로 10 미만이므로 다중공선성이 없는 것으로 나타나 본 자료는 회귀분석을 실시하기에 적합하였다. 또한 영향력 분석을 Cook's D 통계량을 이용하여 분석한 결과 247개 중 1.0 이상인 개체는 없었다. 잔차 분석 결과 모형의 선형성, 오차항의 정규성, 등분산성이 확인되었다.

본 연구에서 암 환자의 스티그마와 디스트레스의 관계에서 자기비난의 매개효과를 검증하기 위한 Baron과 Kenny의 3단계 매개효과 검증결과는 다음과 같다. 1단계, 독립변인에 대한 매개변인의 회귀분석 결과 스티그마가 자기비난의 매개효과가 유의하였고($\beta=.59, p<.001$), 자기비난의 설명력은 34%로 나타났다. 2단계, 독립변인에 대한 종속변인의 회귀분석 결과, 스티그마가 디스트레스에 유의한 영향을 미쳤으며($\beta=.37, p<.001$), 디스트레스의 설명력은 13%로 나타났다. 3단계, 매개변인인 자기비난이 종속변인인 디스트레스에 미치는 영향을 검증하기 위해 스티그마와 자기비난을 예측요인으로 하고, 디스트레스를 종속변인으로 하여 회귀분석을 실시한 결과, 스티그마($\beta=.16, p=.027$)와 자기비난($\beta=.35, p<.001$)이 디스트레스에 유의한 예측요인으로 나타났다. 즉, 3단계에서 자기비난을 매개변인으로 했을 때 스티그마는 디스트레스에

유의한 것으로 나타났으며 비표준화 회귀계수가 2단계의 .49에서 3단계의 .21로 감소하여 자기비난이 부분 매개하는 것으로 나타났다. 이들 변수가 디스트레스를 설명하는 설명력은 21%로 나타났다. 자기비난의 매개효과 크기에 대한 유의성 검증을 위해 Sobel test를 실시한 결과, 스티그마와 디스트레스의 관계에서 자기비난이 유의한 부분 매개 변인인 것으로 나타났다($Z=3.64, p<.001$)(Table 4, Figure 1).

논 의

본 연구에서 암 환자들이 지각한 스티그마 정도는 4점 만점에 평균평점 1.41점이며, 암 발생 부위에 따른 스티그마 지각 정도는 통계적으로 유의한 차이가 없었지만 대장암(1.60점), 자궁경부암(1.49점), 위암(1.47점), 유방암(1.42점), 폐암(1.41점)의 순으로 폐암이 가장 낮았다. 하지만 폐암, 유방암, 전립선암 환자를 대상으로 조사한 Else-Quest 등[9]의 연구에서는 스티그마 평균평점이 2.33점으로 본 연구보다 높았으며, 폐암(2.48점), 전립선암(2.21점), 유방암(2.03점)의 순으로 폐암 환자의 스티그마 점수가 가장 높아서 본 연구결과와는 다른 양상을 보였다. 또한 폐암 환자를 대상으로 한 Lee와 Kim [3], Byun 등[26], Brown Johnson 등[27]의 연구에서는 스티그마 점수가 각각 1.40점, 1.38점, 2.45점이었다. 본 연구결과를 선행연구와 비교해 보았을 때, 국내의 암 환자보다 해외 암 환자

Table 3. Relationships between Stigma, Self-blame, and Distress (N=247)

Variables	Stigma r (p)	Self-blame r (p)	Distress r (p)
Stigma	1	.59 (<.001)	.37 (<.001)
Self-blame		1	.45 (<.001)
Distress			1

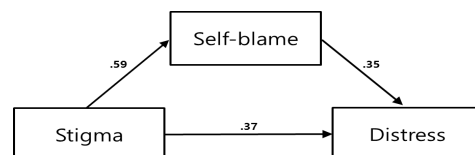


Figure 1. Mediating effect of self-blame in the relationship between stigma and distress.

Table 4. Mediating Effect of Self-blame in the Relationships between Stigma and Distress

(N=247)

Step	Variables	B	β	t	p	Adj. R ²	F	p
Step 1	Stigma → Self-blame	.48	.59	11.39	<.001	.343	129.66	<.001
Step 2	Stigma → Distress	.49	.37	6.14	<.001	.130	37.64	<.001
Step 3	Stigma, Self-blame → Distress					.209	33.48	<.001
	1) Stigma → Distress	.21	.16	2.23	.027			
	2) Self-blame → Distress	.59	.35	5.06	<.001			
Sobel test : $Z=3.64, p<.001$								

의 스티그마가 더 높았으며, 국내 연구의 경우 다른 부위에 발생한 암 환자보다 폐암 환자의 스티그마 지각 정도가 더 낮은 것과는 달리 국외 연구에서는 폐암 환자가 가장 높았다. 또한 본 연구에서는 배우자가 없는 경우에 암 환자의 스티그마가 더 심한 것으로 나타났으나, 선행연구에서는 배우자의 유무에 따른 스티그마의 정도에는 차이가 없었으며, 성별[3,27], 직업[3], 연령[27], 교육정도와 월수입[26]에 따라 암 환자의 스티그마 정도에 차이가 있음을 보고하여 본 연구와 상이한 결과를 보였다. 이는 암 발생 부위나 문화에 따라 스티그마 지각에 차이가 있는 것으로 생각되나, 국내에서는 폐암 환자가 지각하는 스티그마에 대한 연구만 소수 이루어지고 있고, 암 발생 부위별로 암 환자의 스티그마에 대한 연구는 없어서, 암 환자의 스티그마 지각에 대한 불일치를 설명하기에는 비교할 자료가 미흡하여 논의에 어려움이 있다. 따라서 암 발생 부위, 연령대, 암 치료과정별 그리고 지역 등을 고르게 확대하여 반복연구가 필요하다고 생각된다.

본 연구에서 암 환자의 자기비난의 정도는 5점 만점에 평균 평점 1.93점이며, 암 발생 부위에 따른 자기비난 정도가 통계적으로 유의한 차이가 있었고 자궁경부암(2.13점), 대장암(2.00점), 폐암(1.92점), 유방암(1.87점), 위암(1.69점)의 순이었다. 본 연구와 같은 도구를 사용하여 폐암, 유방암, 전립선암 환자의 자기비난을 측정한 Else-Quest 등[9]의 연구에서는 자기비난 평균평점이 1.51점이었으며, 암 발생 부위에 따른 자기비난 정도는 전립선암(1.57점), 폐암(1.56점), 유방암(1.27점)의 순이었다. Glinder와 Compas [28]의 연구에서 유방암 환자의 자기비난을 양분하여 측정한 결과, 행동적 자기비난(죄책감)이 1.68점, 특성적 자기비난(수치감)이 1.59점이며 평균평점은 1.64점이었다. 본 연구의 자기비난 정도가 선행연구보다는 더 높았지만, 국내에서는 암 환자의 자기비난을 조사한 연구가 없으며, 국외에서도 암 환자의 자기비난에 관한 연구를 거의 찾아볼 수가 없어서 암 환자의 자기비난의 정도를 논의하는데 제한점이 있다. 선행연구들은 주로 자기비난과 심리적 증상(불안과 우울)과의 상관성에 대한 연구로 자기비난과 관련된 여러 변수에 대한 탐구도 부족하여 암 환자가 지각하는 자기비난의 정도가 암 발생 부위나 문화에 따라 차이가 나타나는지 혹은 다른 다양한 관련 변수가 있는지를 알아보는 것이 필요하다. 향후 암 환자의 자기비난에 대하여 암 발생 부위별, 지역, 암 환자의 표본 수 등을 확대한 많은 비교 연구들이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서 암 환자의 디스트레스 정도는 10점 만점에 평균평점 2.75점이었으며, 치료 중인 여러 유형의 국내 암 환자

를 대상으로 디스트레스를 측정한 Seo와 Yi [17]의 연구결과는 4.01점, 치료 중인 폐암 환자를 대상으로 한 Byun 등[26]은 4.21점, 치료 종료 후 6개월~2년 사이의 국내 유방암 환자를 대상으로 한 Kwon과 Yi [16]는 4.77점으로 본 연구결과보다 높았다. 이러한 결과는 암 발생 부위가 다르거나 폐암이나 유방암과 같은 특정 암 환자의 디스트레스를 확인한 결과이므로 직접 비교는 어렵지만, 본 연구를 포함하여 치료중인 암 환자보다 치료가 종료된 이후 암 환자의 디스트레스가 더 높은 것으로 추정되는 이유는 치료 중인 암 환자는 의료진과 가족들의 지지를 받고 있지만 치료가 끝난 암 환자들은 이러한 지지가 부족한 것이라고 생각된다. 일반적 특성에 따른 디스트레스를 살펴보면, 본 연구에서는 여성이 남성보다 디스트레스가 더 심하였으며, 자궁경부암이 폐암과 위암보다 디스트레스가 더 심하였고 그 중 폐암이 가장 낮은 점수를 나타냈다. 여러 유형의 국내 암 환자를 대상으로 한 Seo와 Yi [17]의 연구에서는 디스트레스에 유의한 차이를 보인 특성이 없었으나 여성이 남성보다 디스트레스가 더 심하였고 암 발생 부위에 따라서는 간·췌장암, 유방암, 림프암, 소화기계암, 폐암의 순으로 폐암이 가장 낮은 점수를 보였다. 폐암 환자가 대상인 Byun 등[26]의 연구에서 성별은 디스트레스에 유의한 차이를 보이지 않았으며, 교육정도, 월수입, 재발여부가 디스트레스에 유의한 차이를 나타내었고, 유방암 환자를 대상으로 한 Kwon과 Yi [16]의 연구에서는 도시보다는 교외에 거주하는 대상자의 디스트레스가 높았다. 암 환자의 디스트레스에 영향을 주는 일반적 특성은 성별이나 암 발생 부위, 거주 지역 등 연구대상자마다 동일하지 않아 비교 논의가 쉽지 않으므로 반복연구가 필요하다고 생각된다. 본 연구의 암 환자들은 선행연구에 비해 디스트레스 정도가 약하였으나, 대부분의 암 환자들은 치료 중이거나 치료가 종료된 이후에도 미국 NCCN [11]에서 제시한 디스트레스의 절단점인 4점 이상을 기준으로 절반 이상이 중증 이상의 디스트레스를 경험하고 있음을 알 수 있었다. 따라서, 암 환자의 생존율이 증가하고 있는 국내에서도 NCCN에서 권고한 바와 같이 암 관련 증상 및 치료에 대한 적응 능력을 향상시키기 위해 보건의료인들은 모든 암 환자의 디스트레스를 지속적으로 사정하고 관리하기 위한 중재 방안을 마련하는 것이 필요하다고 생각한다.

본 연구의 결과, 암 환자의 스티그마가 심할수록 디스트레스가 높았다. 선행연구에서도 스티그마 지각수준이 높으면 디스트레스가 높았다고 하여 본 연구와 유사하였다[3,8,20,26]. 암 환자 스티그마와 디스트레스 간의 관계를 분석한 본 연구의 원자료를 분석한 결과[23]에서 디스트레스 즉 불안과 우울과

불면증을 절단점 이상 호소한 환자는 절단점 미만인 환자에 비해 스티그마가 높았다.

본 연구에서 암 환자의 스티그마는 자기비난과 양의 상관관계가 있었는데, Else-Quest 등[9]의 연구결과와 유사하였다. 또한 본 연구에서 암 환자의 자기비난과 디스트레스 간에도 양의 상관관계가 있었는데, 이는 자기비난을 양분하여 측정된 결과, 행동적 자기비난(죄책감)은 우울 및 불안과 양의 상관관계가 있었고, 특성적 자기비난(수치감)도 우울과 양의 상관관계가 있었다고 한 Bennett 등[22]의 연구와 유사하였다. 이와 같이 암 환자의 자기비난이 심할수록 디스트레스가 높았기 때문에, 암 환자의 불안, 우울 및 불면증과 같은 디스트레스를 낮추기 위해서는 암 환자 간호실무에서 스티그마와 자기비난이 반드시 고려되어야 할 심리적 변수임을 확인할 수 있었다.

본 연구의 결과 암 환자의 스티그마와 디스트레스와의 관계에서 자기비난이 부분 매개효과가 있는 것으로 나타났다. 즉, 암 환자가 지각하는 스티그마가 디스트레스 증가에 직접적인 영향을 주지만 매개효과를 나타낸 자기비난을 통해 디스트레스가 더 심해질 수 있다는 것을 제시하였다. 이러한 결과는 대장암 환자를 대상으로 스티그마와 타인의 비난, 자기비난, 우울증상과의 관계를 조사한 연구에서 스티그마와 자기비난이 우울 증상에 영향을 미치며 스트레스를 줄 수 있는 요인임을 보고한 연구[10]와 폐암, 유방암, 전립선암 환자를 대상으로 조사한 Else-Quest 등[9]의 연구에서 지각된 스티그마와 자기비난이 심리적 부적응과 관련이 있으며 지각된 스티그마와 심리적 적응간의 관계에서 자기비난이 매개 효과가 있음을 보고한 결과와 유사하였다.

본 연구는 질병 자체만으로도 고통 받고 있는 암 환자가 지각한 스티그마가 내면화된 결과로 나타나는 자기비난이라는 경험이 디스트레스에 미치는 영향을 확인하였다는 점에서 의의가 있다. 특히, 암 환자의 스티그마와 디스트레스의 관계에서 자기비난이 매개효과가 있다는 것을 검증함으로써 암 환자의 치료 및 중재전략 전반에 걸쳐 스티그마와 동반되는 자기비난을 동시에 사정하고 관리할 수 있는 중재전략을 모색하는 것이 필요하다.

결론 및 제언

본 연구의 결과 암 환자의 스티그마와 디스트레스 간의 관계에서 수치감과 죄책감을 동시에 포함한 자기비난은 부분 매개효과가 있었다. 즉, 암 환자의 스티그마가 높을수록 자기비난이 심해지고(설명력 34.3%) 스티그마와 자기비난이 높을수

록 디스트레스가 증가되는 것(설명력 21.0%)으로 나타났다. 이러한 결과를 토대로 할 때 암 환자의 디스트레스를 감소시키기 위해서는 스티그마와 더불어 자기비난을 함께 관리할 수 있는 체계적인 중재가 필요하다는 것을 의미한다. 본 연구의 제한점은 대상자를 한 개 지역 권역 암센터로 제한하여 편의표집한 것이므로 추후 지역과 대상자를 확대한 반복연구와, 암의 유형에 따라 스티그마와 자기비난이 다르다고 한 선행연구의 결과를 재확인하는 연구를 제언한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

ORCID

Yang, Kyung Mi <https://orcid.org/0000-0003-1782-8712>
Chae, Myeong Jeong <https://orcid.org/0000-0002-3463-7179>
So, Hyang Sook <https://orcid.org/0000-0002-2919-5900>

REFERENCES

1. National Cancer Information Center. Cancer incidence trend analysis [Internet]. Seoul: National Cancer Information Center; 2017 [cited 2017 December 26]. Available from: <https://www.cancer.go.kr/lay1/SIT639C643/contents.do>
2. Statistics Korea. Cause of death statistics in 2016 [Internet]. Seoul: Statistics Korea; 2017 [cited 2017 September 22]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/1/index.board?bmode=read&aSeq=363268
3. Lee JL, Kim KS. The relationships between stigma, distress, and quality of life in patients with lung cancer. *Journal of Korean Oncology Nursing*. 2011;11(3):237-46. <https://doi.org/10.5388/jkon.2011.11.3.237>
4. Chapple A, Ziebland S, McPherson A. Stigma, shame and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *British Medical Journal*. 2004;328(7454):1470-3. <https://doi.org/10.1136/bmj.38111.639734.7C>
5. LoConte NK, Else-Quest NM, Eickhoff J, Hyde J, Schiller JH. Assessment of guilt and shame in patients with non-small-cell lung cancer compared with patients with breast and prostate cancer. *Clinical Lung Cancer*. 2008;9(3):171-8. <https://doi.org/10.3816/CLC.2008.n.026>
6. Corrigan PW, Watson AC. The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*. 2007;43(5):439-58. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9084-9>
7. Cho J, Smith K, Choi EK, Kim IR, Chang YJ, Park HY, et al. Public attitudes toward cancer and cancer patients: a national

- survey in Korea. *Psycho-Oncology*. 2013;22(3):605-13.
<https://doi.org/10.1002/pon.3041>
8. Cataldo JK, Jahan TM, Pongquan VL. Lung cancer stigma, depression, and quality of life among ever and never smokers. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(3):264-9.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.06.008>
 9. Else-Quest NM, LoConte NK, Schiller JH, Hyde JS. Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients. *Psychology and Health*. 2009;24(8):949-64. <https://doi.org/10.1080/08870440802074664>
 10. Phelan SM, Griffin JM, Jackson GL, Zafar SY, Hellerstedt W, Stahre M, et al. Stigma, perceived blame, self-blame, and depressive symptoms in men with colorectal cancer. *Psycho-Oncology*. 2013;22(1):65-73.
<https://doi.org/10.1002/pon.2048>
 11. National Comprehensive Cancer Network. Managing stress and distress 2017 [Internet]. [cited 2017 July 10]. Available from: https://www.nccn.org/patients/resources/life_with_cancer/distress.aspx
 12. National Cancer Information Center. Recommendations for distress management in cancer patients [Internet]. Seoul: Ministry for Health, Welfare and Family Affairs; 2008 [cited 2012 May 20]. Available from: <http://www.cancer.go.kr/ebook/6/PC/6.html>
 13. Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*. 2001;10(1):19-28.
[https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6)
 14. Shim EJ, Shin JW, Jeon HJ, Hahm BJ. Distress and its correlates in Korean cancer patients: pilot use of the distress thermometer and the problem list. *Psycho-Oncology*. 2008;17(6):548-55.
<https://doi.org/10.1002/pon.1275>
 15. Jeong KS, Heo JE, Tae YS. Relationships among distress, family support, and health promotion behavior in breast cancer survivors. *Asian Oncology Nursing*. 2014;14(3):146-54.
<https://doi.org/10.5388/aon.2014.14.3.146>
 16. Kwon EJ, Yi MS. Distress and quality of life in breast cancer survivors in Korea. *Asian Oncology Nursing*. 2012;12(4):289-96.
<https://doi.org/10.5388/aon.2012.12.4.289>
 17. Seo JY, Yi MS. Distress and quality of life in cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Oncology Nursing*. 2015;15(1):18-27. <https://doi.org/10.5388/aon.2015.15.1.18>
 18. Hamer M, Chida Y, Molloy GJ. Psychological distress and cancer mortality. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009;66(3):255-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.11.002>
 19. Brown KW, Levy AR, Rosberger Z, Edgar L. Psychological distress and cancer survival: a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic Medicine*. 2003;65(4):636-43.
<https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077503.96903.A6>
 20. Raleigh ZT. A biopsychosocial perspectives on the experience of lung cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2010;28(1):116-25. <https://doi.org/10.1080/07347330903438990>
 21. Chambers SK, Baade P, Youl P, Aitken J, Occhipinti S, Vinod S, et al. Psychological distress and quality of life in lung cancer: the role of health-related stigma, illness appraisals and social constraints. *Psycho-Oncology*. 2015;24(11):1569-77.
<https://doi.org/10.1002/pon.3829>
 22. Bennett KK, Compas BE, Beckjord E, Glinder JG. Self-blame and distress among women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*. 2005;28(4):313-23.
<https://doi.org/10.1007/s10865-005-9000-0>
 23. So HS, Chae MJ, Kim HY. Reliability and validity of the Korean version of the cancer stigma scale. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2017;47(1):121-32.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.1.121>
 24. Marschall D, Sanftner J, Tangney JP. The state shame and guilt scale. Fairfax, VA: George Mason University; 1994.
 25. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;51(6):1173-82.
 26. Byun HS, Kim EK, Kim GD. Impacts of stigma and distress on the quality of life in patients with lung cancer. *Crisisonomy*. 2015;11(8):223-40.
 27. Brown Johnson CG, Broadsky JL, Cataldo JK. Lung cancer stigma, anxiety, depression, and quality of life. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2014;32(1):59-73.
<https://doi.org/10.1080/07347332.2013.855963>
 28. Glinder JG, Compas BE. Self-blame attributions in women with newly diagnosed breast cancer: a prospective study of psychological adjustment. *Health Psychology*. 1999;18(5):475-81.
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.5.475>