

## 유방암 환자에 대한 심리교육 집단개입의 효과

황숙연\* · 이인수\*\* · 박병우\*\*\*

### [요약]

우리나라에서 유방암은 여성암 중 두 번째를 차지하고 있고, 점차 증가하고 있으며 이들의 심리사회적 적응에 대한 욕구와 관심이 증대되고 있음에도 불구하고 아직 우리나라에서 유방암 환자들의 심리사회적 후유증을 감소시키기 위한 개입은 이루어지지 못하고 있다. 본 연구는 유방암 환자를 대상으로 서구에서 주로 실시되어왔던 심리교육 집단개입이 우리나라에서도 심리적 디스트레스를 감소시키고 대처를 증진시킴으로써 심리사회적 후유증을 감소시키는데 효과가 있는지를 평가하고 이에 대한 함의를 논하는데 목적을 두었다.

유방암 수술을 받은 지 1년이 경과하지 않은 환자들 중 유방암 병기가 3기 B이상이거나 70세 이상의 환자, 거동이 불편한 환자, 지리적으로 참석이 불가능한 환자 등을 제외한 80명의 환자 중 연구에 참여를 희망하는 환자 70명을 실험집단, 대기자 통제집단 및 대기자 집단으로 무작위 할당하였다. 실험집단과 통제집단의 수는 각각 24명이었으며 최종 분석에 포함된 환자 수는 실험집단 22명, 통제집단 13명이었다. 이들에 대해 매 주 특정주제를 중심으로 8주간의 구조화된 집단개입을 실시하였으며, 프로그램은 교육과 심리적 지지를 결합한 심리교육적 전략을 사용하였다. 대상자들은 심리적 디스트레스와 대처에 대해 Beck Depression Inventory와 Ways of Coping Checklist-Revised(WCCL-R)를 실시하여 집단개입 전과 8주 후에 각각 평가하였다. 분석결과 실험집단은 통제집단에 비해 집단개입 이후 BDI상에 나타난 우울에 대해서는 유의미하게 낮은 점수를 보였지만( $p < .05$ ) 대처에 대해서는 총점에서나 하위척도 상으로 유의미한 차이를 보이지 않았다. 연구결과와 관련하여 집단의 크기, 프로그램의 내용, 수술 후 경과 시기 등이 논의되었다.

몇 가지 한계에도 불구하고 본 연구는 우리나라에서도 단기 심리교육 집단개입이 유방암 환자들의 수술 후 심리사회적 후유증을 줄이고 삶의 질을 증진시키는 중요한 방법으로 활용될 수 있는 가능성을

\* 서울대학교 사회복지학과 강사

\*\* 경희대학교 생활과학부 겸임교수

\*\*\* 연세대학교 의과대학 외과학교실 부교수

보여주었다고 할 수 있다.

주제어: 유방암, 심리교육, 단기 집단개입, 사회적 지지, 우울, 대처

## 1. 서 론

유방암은 우리나라에서 수년 동안 꾸준히 증가해 왔고, 1999년 한국 중앙 암등록사업(The Central Cancer Registry in Korea)의 통계에 따르면 여성암 중 유방암이 차지하는 비율이 14.7%로 위암(16.2%) 다음으로 두 번째를 차지하였다(Bae et al., 2001). 그리고 생활양식의 서구화, 출산을 및 수유감소, 유방정기검진에 대한 관심의 증가 등에 따라 증가하는 추세에 있다(Min. of Health and Welfare, 2000). 한국 유방암 학회가 1996년부터 매년 발표하고 있는 전국적인 유방암 환자 자료에 따르면 1996년에 3,801명, 1997년에 4,168명, 1998년에 4,675명의 유방암 환자들이 새롭게 발견되어 치료 받았으며, 여성인구 10만명당 발생률을 볼 때 96년은 16.7명, 97년은 18.2명, 98년은 20.3명으로 계속 증가하고 있음을 보여주고 있다(Korean Breast Cancer Society, 1998, 1999, 2000). 유방암은 다른 암종에 비해 상대적으로 예후가 좋아 생존율이 높고, 치료방법의 개선과 조기진단의 결과 장기생존자의 수는 증가하고 있다. 또 우리나라 유방암의 특징 중의 하나는 발생연령이 서구의 발생연령보다 10세 가량 낮아 40대에 가장 호발하고 40세 이하의 발생빈도 역시 전체 유방암의 약 20%를 차지한다는 것이다(Korean Breast Cancer Society, 2000). 호발연령이 낮다는 것은 다른 의미에서는 그만큼 더 긴 기간동안 암의 생리-심리-사회적 후유증에 노출됨을 의미하며 환자에게는 지속적인 적응을 요구하는 셈이다. 따라서 최근에는 유방암 수술 및 병합치료 뿐 아니라 그 이후의 환자의 심리사회적 적응에 대한 도움 또는 치료의 필요성이 제기되고 있으며, 특히 환자들의 삶의 질에 대한 관심이 증가하면서 이러한 관심이 더욱 증대되고 있다.

암의 치료에서 가장 우선 순위는 물론 종양에 대한 통제(tumor control)에 두어야겠지만, 최근 환자에 대한 효과적 관리를 위해 환자자신의 안녕감이나 삶의 질을 최대화시키기 위한 방법들을 포함해야 한다는 인식이 점차 증가되어 왔다(Donovan, Sanson-Fisher, & Redman, 1989: 959). 암의 경우에는 다른 어떤 질병보다도 그 치료가 삶의 질의 주요 결정인자라고 할 수 있지만, 정서적 부작용이 다른 어떤 질병보다 훨씬 높고 암이 초래하는 정서적 고통은 어떻게 보면 신체적 고통을 초과하는 것으로 나타났다(Stehlin, 1986; Silberfarb, 1984). 유방암의 높은 심리사회적 후유증에 대해서는 서구의 경우 이미 잘 보고되어 왔고(Ganzz, et al., 1996; Walker & Eremin, 1996; Spiegel, 1997), 이러한 유방암 환자들의 후유증을 감소시키기 위해 심리사회적 개입방법들이 사용되어 왔으며 지난 20여년 간 그 효과성에 대한 평가도 이루어져 왔다. 이 분야에서의 메타분석(meta-analysis)에 의하면 심리사회적 개입은 암 환자들의 삶의 질을 증진시키는 것으로 보고되었다(Meyer & Mark, 1996).

서구에서 이루어진 기존의 연구들에 의하면 동료환자들, 가족, 다른 환자 및 의료팀으로부터의 사

회적 지지와 교육이 유방암 환자의 수술 후 적응에 긍정적인 영향을 미치며(Neuling & Weinefield, 1988; Pistrang & Barker, 1995), 장기 생존율에도 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되었다(Spiegel et al., 1989; Maunsell et al., 1995). 또한 수술 후 낮은 우울증세(Woods & Earp, 1978) 및 재발에 대한 공포의 감소(Northouse, 1981)와도 상관관계가 있는 것으로 제시되었다. 이에 따라 유방암의 수술 및 수술 후 치료과정에 대한 적응을 돕기 위한 집단 프로그램들이 실시되었으며, 특히 단기 집단개입은 정보와 구체적인 지침을 제공하고 환자들 간의 상호지지를 증진시키는 것으로 보고되었다(Ferlic et al., 1979).

우리나라에서는 아직 유방암 환자들이 경험하는 심리사회적 후유증에 대한 연구나 이를 감소시키기 위한 심리사회적 개입 및 이의 효과성에 대해서는 연구가 전무하고, 최근 황숙연 등에 의해 프로그램이 개발되고 시행된 것이 유일하다(황숙연 등, 2000; 황숙연 등, 2001). 그러나 황숙연 등(2001)의 연구에서는 단일집단 사전사후 설계를 사용하였기 때문에 그 결과가 순수한 프로그램의 효과인지 성숙(maturation)에 의한 효과인지를 정확히 알기 어렵다는 한계가 있어서, 본 연구에서는 통제집단 사전사후 설계로 좀더 엄정하게 유방암 환자에 대한 심리교육 집단 개입의 효과를 보고자 하였다. 다시 말해 서구에서 주로 실시되어 왔던 심리교육 집단개입이 우리 나라에서도 유방암 환자들의 심리적 디스트레스를 감소시키고 대처에 도움을 주는지를 평가하고 이에 대한 함의를 논하는데 논문의 목적을 두었다.

## 2. 이론적 고찰

### 1) 유방암의 특성과 심리사회적 영향

#### (1) 우리 나라의 유방암의 발생특성

유방암은 미국 및 서구 여러 나라에서 여성의 가장 흔한 암으로 보고되고 있고, 실제로 미국의 경우 전체 여성 암의 19.1%를 차지하고 있으며 1993년 한해 동안 18만 명의 여성이 유방암으로 진단되었고 일생동안 8명의 여성 중 1명에 유방암이 걸릴 확률이 있다고 한다(Min et al., 1996). 일본의 경우 여성의 유방암은 위암 다음으로 많으며, 우리 나라의 경우에도 두 번째로 많은 여성 암으로 전체 여성 암의 14.7% 정도를 차지하여 구미지역에 비하면 그 빈도가 낮지만 계속해서 증가하고 있다(Bae et al. 2001). 선진국에서의 유방암 발생의 특징은 높은 연령표준화된 발생률(여자 10만 명당 39.4-84.8명), 노인 층에서 유의하게 높은 암 발생률(65세 이상 여자 10만 명당 250명 이상), 나이 많은 여성들의 높은 인구구성비(65세 이상이 10.2-15.0%), 그리고 높은 유방암 발생률(crude incidence rates, 여자 10만 명당 48.9-113.3명)을 보인다(한국유방암학회, 1999). 일본의 경우는 높은 고령비율(65세 이상이 10.3%)을 보이지만 낮은 연령표준화된 암 발생률(여자 10만 명당 23.5명), 그리고 낮은 유방암 발생률(여자 10만 명당 29.2명 미만)을 보인다. 개발도상국들의 경우는 낮은 연령표준화된 암 발생률(여

자 10만명당 30명 미만), 적은 고령인구 수(65세 이상이 6% 미만), 그리고 낮은 유방암 발생률(여자 10만명당 30명 미만)을 보인다(Gong et al., 1996).

우리나라의 유방암 발생의 특징은 유방암 발생률은 1998년 현재 여자 10만 명당 20.3명으로, 1996년 16.7명 1997년 18.2명보다 점차 증가하고 있으나 아직은 세계적인 평균치 29.8명보다는 적은 수치를 보여주고 있다(한국유방암학회, 1999).

연령별로는 40대에서 37.9%로 가장 많았으며 다음이 50대, 30대순으로 많으며(<표 1>), 30대의 유방암 발생률이 계속 증가하여 최근에는 50대와 거의 비슷한 수준의 발생률을 보이고 있고, 또한 70대의 감소와 20대의 증가를 보이고 있다. 이것은 나이가 들면서 계속 증가하는 미국이나 서구의 유방암 발생 양상과 차이가 있고 호발 연령도 우리나라에서 10-15년 정도 젊다고 하겠다. 또한 연령별 분포에서도 우리나라 유방암 환자는 40대에서 가장 높고 폐경기 이후에는 점차 감소하는 경향이지만, 미국에서는 폐경기 이후에도 유방암 발생률은 꾸준히 증가하여 60대와 70대에서 여자 10만 명당 약 230명과 300명의 발생률을 보이고 있고 연령별 유방암 환자의 발생 수도 훨씬 많아 우리나라와는 그 양상이 서로 다르다(Korean Breast Cancer Society, 2000).

<표 1> 한국의 유방암 발생률

나이	1996년(%)	1998년(%)
40-49	35.9	37.9
50-59	25.1	24.5
30-39	22.1	20.0
60-69	10.4	10.9
70-79	3.2	2.7
20-29	3.0	3.3
80이상	0.2	0.8
10-19	0.1	0.1

출처: 한국유방암학회, 1999

## (2) 유방암의 심리사회적 후유증

최근 조기 발견이나 치료상의 진보로 유방암 진단을 받은 여성들의 무병생존(disease-free survival)이 증가하게 됨에 따라(Ilankey et al., 1994; Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group, 1990) 유방암 진단을 받은 여성들의 상당수가 완치를 기대하거나 질병을 가진 채 오랜 기간을 살아가게 되었다. 그러나 당뇨나 심장질환과 같은 다른 만성질환에 대한 치료와 달리 암에 대한 치료는 훨씬 유독하고 강도가 높다. 사실상 1980년대 후반 이후 일반적 추세는 유방암 환자의 관리에 보조치료와 투여하는 용량을 증대시키는 쪽으로 가고 있다(Norton, 1997). 그 결과 환자들의 신체적 조건에 대한 요구의 증가, 질병을 관리하고 생존하기 위한 심리적이고 사회적인 자원에 대한 요구도 증가하게 되었다. 이에 덧붙여 환자들이 스스로 질병의 관리에 참여하고자 하는 요구가 증대하고 소비자 행동주의, 윤리적 문제와 충분한 정보에 근거한 동의의 문제, 치료 결과에 생활의 질에 대한 평가를 활용하는 것, 나아가 환자들의 관리에서 비용효과에 대한 강조 등과 같은 사회적 맥락의 변화로 유방암

환자의 치료와 관리에 관여하는 의료진들이 유방암의 심리 사회적인 영향을 인식하고 다룰 필요성이 더욱 증대되었다(Rowland & Massie, 2000: 1009).

전반적으로 생존이 연장되었음에도 불구하고 유방암의 진단은 여전히 여성과 그 가족의 삶에 공포와 혼란을 야기한다. 일반적으로 유방암 환자는 진단, 치료, 회복에 따라 단계별로 상당한 심리사회적 문제와 도전에 직면하게 된다고 한다. 진단시 환자들은 불확실성, 혼동, 디스트레스를 경험하게 되며, 이러한 심리적 디스트레스는 부적절한 정보나 복잡한 치료결정, 외과의, 암전문의, 방사선치료사 및 성형외과의와 같은 여러 전문가들과의 진료일정을 잡는데서 생기는 어려움 등으로 더욱 가중된다(Wainstock, 1991). 치료가 시작되면서 신체적 기능, 신체상, 기분, 성, 가족, 직업과 관련된 문제들이 곧바로 대두하게 된다. 환자들이 각 절차의 장점과 단점에 대해 고려하기 시작하면서 수술상의 다양한 선택가능성들-유방 부분절제술(lumpectomy), 유방 전절제술(mastectomy), 재건술-또한 독특한 문제들을 제시한다. 수술 이후에는 곧 바로 보조 항암약물치료와 방사선 치료를 고려하고 논의해야 하기 때문에 완전한 심리적 회복에 필요한 시간이 거의 없다. 보조치료는 더욱이 신체상, 성, 및 가족에게 부가적인 영향을 초래한다. 치료가 끝나면서 유방암 환자들은 환자역할에서 생존자의 역할로 전이해가게 되며 이 때 재발의 공포가 생겨나게 된다고 한다(Zabora, 1998: 1539-1552). 유방암 생존자들은 신체적인 영역을 넘어서 재활에 대한 도움을 필요로 하는데, 재활과 관련된 주요 문제 영역에는 신체적, 심리적, 사회적, 성적, 식이, 재정적 및 직업적인 문제들이 포함된다(Ganz, 1995). 이 각각의 영역들은 환자의 전반적인 복리나 삶의 질에 대한 느낌에 영향을 미친다고 할 수 있다.

유방암 치료가 상당한 도전과 디스트레스를 제기하긴 하지만 대부분의 환자들은 질병과 함께 살아가고 이를 일상생활에 통합하는 법을 배우게 된다. 그러나 심리적 디스트레스의 유병 연구(prevalence studies)에 의하면 새로 유방암 진단을 받은 환자 3명 중 한 사람은 적응상의 심각한 문제를 경험한다고 한다(Derogatis & Morrow, 1983; Farber et al., 1984; Stefanek et al., 1987). 나이가 유방암의 진단은 어떤 다른 암 진단보다도 더 많은 불안을 야기한다는 연구결과도 보고되었다(Zabora et al., 1996). 또한 이러한 심리적 디스트레스의 유병률(prevalence rate)은 환자가 진단과 치료에서 회복 및 생존으로 이동해 가더라도 그 질병의 연속선상에 항상 지속적으로 나타난다는 것이다(Zabora et al., 1997).

특히 전절제술을 시행받은 환자들의 경우에는 유방의 상실이 가져다주는 자존감의 상실로 인해 분노, 불안, 공포 및 슬픔을 경험하게 된다고 한다. 이러한 감정적 반응이나 증상은 당연한 것이지만 이러한 반응이 지속될 경우에는 심리사회적인 서비스를 받도록 의료진이 의뢰할 필요가 있다(Zabora, 1998: 1539)

유방암의 진단과 그에 따른 치료의 심리 사회적 결과에 대해서는 수많은 실증적 연구들이 제시되고 있으며 불안, 분노, 죄의식, 우울(Northouse, 1981), 재발에 대한 공포(Stanton & Snider, 1993), 불면, 자살에 대한 생각(Asken, 1975)과 같은 심리적 반응들, 피로감, 탈모, 통증 및 신체능력과 기능수행상의 변화와 같은 신체적 영향(Levy et al., 1992), 그리고 가족 및 대인관계상의 변화나 가족 기능수행상의 변화 등의 사회적 결과(Schag et al., 1993)를 보고하고 있다.

유방암 환자들의 주요 디스트레스의 영역은 크게 심리적 디스트레스(불안, 우울, 통제력의 상실

등), 치료와 관련된 걱정(현재 받고 있거나 받은 치료에 대한 불확실성, 불충분한 정보 등), 신체적 결과(어깨와 팔의 통증, 가슴의 통증, 팔이나 가슴의 부종 등), 자아상(자신의 외모에 대한 혐오, 자신이 덜 여성이라고 느낌, 친구들이 나로부터 멀어짐 등), 그리고 직접적인 항암 치료 결과(탈모, 식욕상실, 구토 등)로 제시되었다(Steginga et al., 1998).

한편, 젊은 환자들일 경우에는 상대적으로 훨씬 더 큰 심리사회적 디스트레스를 경험한다는 연구결과들(Gantz et al., 1985; Roberts et al., 1992; Vinokur et al., 1990)이 제시되어 이들에 대한 관심을 고조시키는 계기가 되었고, 이에 따라 젊은 유방암환자들만을 대상으로 하는 집단개입의 필요성도 제기되었다. 젊은 암 환자들은 상대적으로 더 불안해 하고, 낮은 신체상 및 현저한 재발공포를 경험하며 성적인 문제나 불임이 초래된 경우가 많았으며, 사회적으로도 더 고립된 것으로 보고되었다. 특히 암의 진단과 치료는 정상적인 심리적, 사회적 발달을 저해하여 부모로부터 독립하거나 직장을 가지거나 배우자를 찾고 부모가 되는 등의 발달과업을 수행할 수 없게 만들기 때문에 젊은 암 환자들에게 더 해로운 결과를 초래하는 것으로 나타났다(Roberts et al., 1997).

## 2) 암 환자에 대한 집단개입과 그 효과

### (1) 사회적 지지로서의 지지집단

사회적 지지는 스트레스나 다른 건강에 대한 위협에 직면했을 때 생리적 혹은 행동상의 적응을 증진시킴으로써 그 유기체를 유지, 지지시켜 주는 것으로 간주되어 왔으며, 여러 연구들에 의하면 사회적 지지가 환자들에게 심리적 디스트레스의 시기에 호전의 기능을 하는 것으로 나타났다. 이러한 관계는 폐암환자들(Quinn et al., 1986), 유방암 환자들(El, 1984), 천식환자 및 심부전 환자들(Hammer, 1983) 등 다양한 대상들에게서 나타나는 것으로 제시되었다. 유방암 환자들의 경우 사회적 지지는 수술 후 우울의 감소, 장기생존, 및 재발공포의 감소와 상관관계가 있는 것으로 나타났다(Woods and Earp, 1978; Spiegel et al., 1989; Maunsell et al., 1995).

이러한 사회적 지지의 출처는 배우자, 자녀나 다른 가족 성원, 친구, 전문가, 혹은 사회적 지지집단이 될 수 있다(Taylor et al., 1986). 일차적인 지지는 가족 성원이나 친구에 의해 제공되지만 구체적인 심리적 문제에 대해 이러한 지지체계가 불충분할 때는 정신의학이나 사회복지실천분야의 전문가로부터 원조를 구하게 된다. 또 다른 지지의 출처는 지지집단으로, 공통의 조건이나 경험을 공유하는 사람들로 구성되며 전문가나 동료 지도자에 의해 지도되고, 구체적인 치료목표에 따라 조직된다(Cope, 1995).

연구자들은 지지집단에 참여하는 동기와 이유를 다른 사회적 지원이 없거나 제공되는 지지가 심리사회적 욕구충족에 부적합하기 때문으로 제시하고 있다. 이를 구체적으로 보면, 암과 같은 특정문제에서만 발생하는 독특한 문제를 해결하도록 도와줄 수 있는 다른 서비스가 없거나, 자원은 있지만 환자들이 요구하는 종류의 서비스를 제공하지 못하는 경우 또한 그러한 서비스가 비효과적인 경우 지지집단을 찾는 것으로 나타났다(Lieberman & Borman, 1979). 특히 사람들이 자신들의 문제를 가족성

원들과 논의할 수 없는 경우에 지지집단을 찾는다고 한다(Taylor et al., 1986).

## (2) 집단개입 프로그램의 효과에 대한 기존 연구의 검토

집단개입은 특히 암으로 인한 심리사회적 문제들을 경감시킬 수 있는 것으로 보고되고 있다(Meyer & Mark, 1995; Bottomly, 1997; Fawzy & Fawzy, 1996). 암환자를 위한 단기집단개입은 대체로 장기 프로그램에 비해 구조화되어 있고, 매주 특정 주제를 가지고 운영되며 집단의 수도 상대적으로 적다. 개입의 성격은 프로그램에 따라 약간의 차이가 있지만 주로 교육과 심리적 지지의 제공이라는 성격을 띠고 있으며, 성원간의 자발적인 토의를 비롯한 상호작용의 시간이 주어지기 때문에 성원간의 경험과 감정의 공유를 통해 상호지지의 기회가 제공된다고 할 수 있다(황숙연, 2000).

사회적 지지로서의 집단개입에 관한 관심이 증폭된 것은 Spiegel 등(1989)의 연구가 발표되면서부터이다. 그들은 부작위 추출한 전이성 유방암환자(metastatic breast cancer) 중 집단개입을 받은 환자들이 정상적인 의학적 치료와 관리만 받은 환자들에 비해 우울을 제외한 여러 심리적 영역에서 유의미한 차이를 보였을 뿐 아니라 특히 유의미한 장기 생존율을 보였다는 연구결과를 매년 10년간의 추적조사를 통해 제시하였다. 이를 구체적으로 살펴보면, 이들은 전이성 유방암 환자들 중에서 상대적으로 예후가 나쁜 환자들을 대상으로 심리사회적 집단을 구성하였으며 이들은 매 주 1회씩 정기적으로 만났다. 매 4개월마다 기분(mood states), 부적응적 대처반응(예: 과음, 과식 및 흡연증가), 공포증, 부정, 통제소재(locus of control), 및 자아존중감에 대한 평가가 이루어졌으며, 12개월 쯤의 조사에서 지지집단에 참여한 환자들은 그렇지 않은 환자들에 비해 유의미하게 낮은 긴장, 피로, 혼돈과 더 높은 활력을 보였다. 또한 더 낮은 우울, 부적응적 대처반응 및 공포증의 경향을 나타냈다. 놀라운 사실은 10년간의 추적조사 결과 통제집단의 경우에는 18.9개월, 실험집단의 경우에는 34.6개월이라는 평균 생존기간의 차이를 보였다는 점이며 집단개입이 반포될 시기에 척도상에 나타난 더 낮은 기분장애와 높은 활력이 생존기간과 유의미하게 연관되어 있다는 점이다.

집단개입의 기간이나 강조점에서 약간의 차이불 보이고 있긴 하지만 다른 연구들 역시 유사한 긍정적인 연구결과들을 제시하고 있다. Fawzy 등(1990)은 6주간의 구조화된 단기집단개입프로그램을 실시하였고 이의 효과성을 6개월간의 추적조사를 통하여 통제집단과 비교하였다. 이들에 의하면 유방암을 포함한 암 환자들을 대상으로 한 집단개입의 효과는 통제집단에 비해 유의미하게 낮은 우울, 피로감, 혼돈 및 전체적인 기분상의 장애를 보였고 높은 활력을 나타냈다. 그리고 이들은 회피적 대처에 비해 적극적-행동적 대처 및 적극적-인지적 대처를 유의미하게 많이 사용하는 것으로 나타났다.

Cain 등(1985)은 특히 암 환자 집단개입의 효과성을 정상적인 치료만 받은 집단, 지지집단과 동일하게 8주간으로 구성된 개별상담프로그램에 참여한 환자들 그리고 지지집단에 참여한 환자들의 세 집단으로 나누어 비교하였다. 그 결과 개별상담이나 집단개입 프로그램에 참여한 환자들은 그렇지 않은 집단에 비해 유의미하게 낮은 우울, 불안, 성적인 문제를 보였고 질병에 대한 더 나은 지식, 돌보는 자들과 더 좋은 관계 및 여가활동의 참여를 보였으며, 개별상담 프로그램과 집단프로그램간에는 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나 비용효과적 측면에서 집단 프로그램의 유용성을 제시해 주었다.

교육에 일차적인 초점을 두고 부인 암 환자와 가족들을 대상으로 7주간의 단기 교육집단의 효과성

을 검증한 Carlsson과 Strang의 연구(1998)에서는 실험집단이 기분에는 상반된 결과를 나타냈으나 암에 대한 지식은 현저하게 개선된 것으로 나타났고, 참여자들은 집단을 통해 얻은 정보와 지식 및 집단 성원들이 공유한 상호이해를 가장 긍정적인 경험으로 보고하였다.

24세에서 34세의 젊은 유방암 환자들만을 대상으로 단기집단개입의 효과성을 검증한 Roberts 등(1997)은 젊은 암 환자들의 독특한 욕구와 Fawzy 등(1990)의 단기 지지집단연구를 토대로 6주간의 집단 프로그램의 효과성을 검증하였다. 이 연구에서는 통제집단을 설정할 수 없었기 때문에 일반화에 상당한 부리가 있지만 그 결과만을 보면 심리적 안녕에는 유의미한 차이를 보였으나 대처기제나 전체적인 생활의 질의 측면에서는 큰 변화를 보이지 않았다. 그러나 질적인 조사결과에서는 참가한 환자들이 공통된 경험, 자신의 연령집단에서 암 환자들을 만남, 치료적 집단 분위기, 정보의 제공과 같은 부분에서 큰 도움이 되었던 것으로 나타났다.

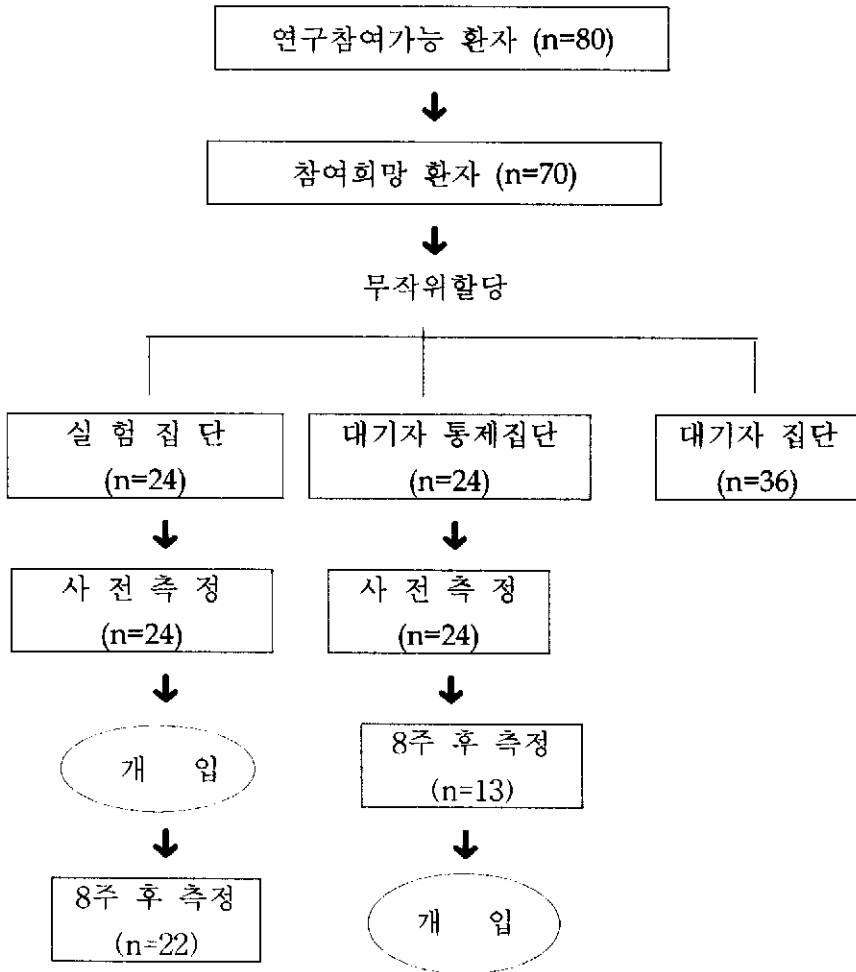
그리고 가장 최근에 유방암 환자를 대상으로 일본에서는 처음으로 집단 프로그램을 실시한 Fukui 등(2000)의 연구가 있다. Fukui 등은 일본의 유방암 환자들을 대상으로 유방암에 대한 건강교육, 대처 기술 훈련, 긴장완화 및 심리적 지지로 이루어진 6주간의 구조화된 단기 심리사회집단개입을 실시하였다. 저자들은 실험집단과 대기자 통제집단을 무작위 할당하고 사전 사후 및 6개월 후 추적조사를 실시하여 평가 하였다. 그 결과 집단개입이 대처와 심리적 디스트레스에 장기적 효과가 있는 것으로 나타났다. 구체적으로 실험집단은 통제집단에 비해 기분상의 유의미한 개선을 보였고, 특히 대처 중에서도 투지(fighting spirit)에서 유의미하게 높은 점수를 보였으며, 이러한 효과는 추후 조사에서도 그대로 유지되는 것으로 나타나 같은 아시아권인 우리 나라에 큰 시사점을 준다고 하겠다.

### 3. 연구방법

#### 1) 연구설계

본 연구는 대기자 통제집단이 있는 실험통제집단 전후비교설계를 사용하였고, 프로그램을 시작하기 1주 전 예비모임에서 사전측정을 하였으며 8주 프로그램이 끝난 1주일 후 추후 모임에서 사후 측정을 실시하였다. 대기자 통제집단의 경우에는 실험집단에 대한 프로그램이 종료된 2주 후에 동일한 8주간의 프로그램이 시행되었다. 이것을 그림으로 나타내면 <그림 1>과 같다.





<그림 1> 연구 설계 및 과정

## 2) 연구 대상자의 선정

연세대학교 의과대학 외과에서 유방암 수술을 받은 지 1년이 경과하지 않은 환자들<sup>1)</sup> 중 유방암 병기가 3기 B 이상이거나, 70세 이상의 환자, 거동이 불편하거나 지리적으로 참석이 불가능한 환자 등을 제외하고 연구에 참여 가능한 환자 80명에게 프로그램에 대해 설명하고 연구에 참여하기를 희망하는 환자들을 모집하였다. 총 70명의 환자가 프로그램 참여에 동의하였으나 우리 나라에 적합한 지지

1) 암환자에 대한 심리교육 집단개입의 시기는 수술 이후부터 병합치료를 받는 시기 즉 수술 후 약 6개월까지가 지지의 시의적절성과 형태라는 측면에서 적합한 것으로 논의되었다(황숙연 등, 2000). 그러나 이 연구에서는 치료가 종결되어 외래에 추적 관리 중에 있는 많은 환자들도 집단에 참여하기를 희망하였고, 수술 후 6개월의 환자로 제한한 황숙연 등(2001)의 단일사례연구와 시기에 따른 효과를 간접적으로 비교하는 의미에서 수술 후 1년까지의 환자들을 포함하게 되었다.

집단의 적정인원을 10-15명 정도로 간주하고(황숙연 등, 2000), 인력, 자원 등의 면에서 현재 운영 가능한 집단이 매주 1회씩 2집단임을 감안하여 실험집단을 한 집단에 12명씩 24명, 대기자 통제집단을 한 집단에 12명씩 24명, 그리고 나머지 36명에 대해서는 대기자 통제집단에 대한 개입이 끝난 이후에 프로그램을 실시할 수 있음을 환자들에게 설명하고 동의를 얻었다. 세 집단을 무작위 할당하였고, 실험집단을 두 집단으로 나누어 8주간의 심리사회 프로그램을 실시하였고, 실험집단에 대한 프로그램이 종료된 2주 후에 대기자 통제집단 두 집단에 대해서도 동일한 방식으로 프로그램이 시행되었다. 프로그램을 실시하고 사전 사후 검증 결과 설문지 작성이 불완전한 환자 1명과 2회 이상 불참한 환자 1명을 제외하여 분석대상에 최종적으로 포함된 환자는 실험집단 22명이었고, 대기자 집단의 경우에는 사후 측정시 불참자가 많아 최종 분석대상자는 13명이었다.

### 3) 집단개입 절차 및 프로그램의 내용

8주간의 프로그램은 매 주 특정 주제에 따라 저자들에 의해 진행되었으며 처음 약 30분간은 강의와 질문으로 이루어졌고, 나머지 약 1시간 동안은 사회복지사인 저자들이 환자들과 함께 각각의 주제에 대한 환자 자신들의 경험과 필요한 변화에 대하여 함께 논의하였다.<sup>2)</sup> 이 프로그램의 이러한 기본적인 형식은 암 환자에 대한 대표적인 단기 집단프로그램으로 알려진 Fawzy 등(1990)의 것과 유사하며 암환자를 위한 집단개입에 주로 사용되는 교육과 심리적 지지를 결합한 심리교육적 전략을 사용하였다. 구체적인 주제와 내용, 시간, 집단의 크기 등은 우리나라 유방암 환자들의 욕구에 대한 사전 인터뷰에 근거하여 이루어졌다(황숙연 등, 2000). 처음에는 7주 프로그램으로 개발 구성되었으나 이 프로그램을 계속해서 실시한 결과 많은 환자들이 유방 재건술 및 이와 관련된 자아상 및 자존감의 문제를 다루기를 위하여 나의 모습이란 주제로 유방재건술과 자아상 회복을 다루어 총 8주간의 프로그램으로 재구성되었고, 설문지 작성에 생각보다 많은 시간이 소요됨을 감안하여 프로그램 전과 후에 1회씩 추가모임을 가져서 총 10주가 소요되었다. 프로그램의 구체적인 내용은 <표 2>와 같다.

2) 주로 의학적 정보와 관련된 주제에 대한 강의와 질의응답은 저자들 중 임상이가 담당하였고, 나의 모습, 나의 가족과 친구들, 스트레스 관리, 새로운 나의 발견에 대한 내용은 사회복지사인 저자들이 담당하였다.

&lt;표 2&gt; 집단개입의 구성과 내용

회기	주 제	목 표	구체적 내용
	사전모임	오리엔테이션 사전조사 실시	프로그램의 취지와 내용을 간략하게 소개/ 설문지 작성
1	프로그램 소개	구체적인 프로그램의 내용 소개. 집단의 공감적 이해 형성	집단의 규칙, 프로그램의 절차와 과정, 내용을 소개. 각자 자신을 집단에 소개하고 집단이 시작되기 전 성원 상호간 친숙해지도록 함(유방암 진단을 받게된 경위 및 진단 후 지금까지의 경험과 느낌을 중심으로)
2	유방암에 대한 이해	유방암의 원인과 특성에 대한 정보를 제공함으로써 유방암에 대한 이해를 높이고 불필요한 공포를 줄임	유방암의 원인과 특성에 대한 강의와 질문/유방암의 원인, 재발, 전이, 유전 등에 대한 성원들의 인식과 유방암의 경험을 공유하고 막연한 공포나 불안을 제거하도록 원조
3	유방암수술 후 치료	수술 후 병합치료(항암화학약물치료, 방사선치료, 호르몬치료)와 그에 따른 부작용, 유의할 점에 대한 이해	수술 후 병합치료와 그 결과, 유의해야할 점 등에 대한 강의와 질문/치료과정에서 나타날 수 있는 부작용과 심리사회적인 문제들을 토의하고 공유. 주소독을 배부하고 전화 등을 통해 다음 모임 이전 상호지지를 제공하도록 함
4	운동과 식이요법	적절한 운동과 식이요법에 대한 정보를 제공함으로써 잘못된 인식을 바로잡음	적절한 식이요법과 운동에 대한 강의와 질문/지금까지의 식습관이나 생활습관에 대한 토의. 필요한 변화를 어떻게 유도할 것인지 토의
5	나의 모습	유방재건술에 대한 정보 제공. 긍정적 자아상과 자존감의 회복	유방재건술에 대한 강의와 질문/유방의 상실과 수술 후 병합치료의 결과로 나타나는 외모상의 변화(탈모, 피부변화 등)에 대한 심리적 반응과 자아상에 대한 경험을 공유. 진정한 여성성에 대한 논의틀 통해 긍정적인 자아상 및 자존감의 회복을 도모
6	나의 가족과 친구들	가족관계나 사회적 관계상의 효과적인 문제 해결. 사회적 지지의 중요성 인식	가족관계나 대인관계에서 나타나는 양가감정을 공유. 이에 대한 의사소통의 방법을 토의하고 빈의자 기법을 통해 효과적인 의사소통 방법의 연습.
7	스트레스 관리	나양한 스트레스관리기법의 연습. 자아통제감의 회복	호흡조절기법, 점진적 근육이완기법, 상상 명상기법들을 연습. 자신을 스스로 통제할 수 있음을 경험함
8	새로운 나의 발견	중견 및 앞으로의 계획 수립	프로그램에 대한 평가, 제언. 새롭게 발견한 자신의 모습에 대한 공유. 자신의 장 단기 목표표를 설정하고 이를 공유
	사후측정	사후조사 실시	설문지 작성

#### 4) 측정도구

본 연구에 사용된 척도는 Beck Depression Inventory(BDI) 한국어 표준판과 Folkman & Lazarus(1980)에 의해 개발되고 Vitalino 등(1985)이 수정한 The Ways of Coping Checklist (Revised)(WCCL-R)이다.

BDI는 총 21문항으로 된 우울증의 척도로 1961년 제안된 이래 지금까지 구미에서 가장 널리 사용되고 있는 우울증 척도 중의 하나로 MMPI에서 지적되고 있는 우울증 개념과는 이질적인 요인구조의 문제나 묵종반응경향(acquiescence response set) 등의 문제점을 극복하고 있으며, 전문적인 면담자가 상당한 훈련을 거친 후에도 평정에 많은 시간을 들여야 하는 면담자 평정척도(예: Hamilton Depression Rating Scale)에 비해 표준적 지시 절차만으로도 쉽게 실시할 수 있어 경제적이다. 또한 각 개별 증상에서의 심도를 단순히 Likert 형으로 평가하는 대신 심도상에서 이미 평가가 되어 있는 구체적인 진술문에 응답케 함으로써 반응자들이 자신의 심리상태를 수량화하는 데서 겪게 되는 혼란을 줄일 수 있다는 장점이 있다(한홍무 등, 1986) 본 연구는 한홍무 등이 번역하여 표준화하고 신뢰도와 타당도가 잘 수립된 BDI 한국판을 사용하였고 그 중 본 연구 대상과 무관한 질문 1문항을 제외한 총 20문항이 사용되었다. 이 조사에서 BDI에 대한 신뢰도 검증결과 Cronbach 알파 값은 0.77로 나타났다.

구체적인 스트레스인자(stressors)에 대한 다양한 대처전략의 활용을 평가하기 위한 WCCL-R은 원래 Folkman과 Lazarus(1980)에 의해 개발된 68문항의 척도이다. 이후 Vitalino 등(1985)은 이를 수정하고 요인분석을 통하여 하위척도를 구성하였다. 이들이 수정한 WCCL-R은 타당도와 신뢰도가 수립되어 있고, 문제집중, 회피, 소망적 사고, 사회적 지지추구, 자기비난의 다섯 가지 하위척도로 구성되어 있으며 4점 척도의 총 43문항이어서 짧은 시간 내에 환자들이 완성할 수 있다는 장점이 있다. 3인의 전문가들에 의뢰해 타당도를 검증하였고, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach 알파 값이 0.67로 나타났다. 본 연구에서는 환자들에게 가장 심각한 현재의 스트레스 인자인 유방암에 초점을 두고 설문지를 작성하도록 하였다.

#### 5) 분석방법

수집된 모든 자료는 SAS 통계 package program을 이용하여 분석하였다. 각 항목에 대한 빈도와 백분율, 평균값을 구하여 비교하였으며, 실험집단과 통제집단간 환자들의 사회인구학적, 임상적 특성이 유의미한 차이가 있는지를 보기 위하여 Chi-square test를 실시하였고, 실험집단과 통제집단의 우울증상과 대처전략이 프로그램 실시전과 후에 의미 있는 변화가 있는지를 검증하기 위해 paired t-test를 실시하였다. 그리고 이 변화가 프로그램의 변화에 의한 것인지 아니면 집단간의 차이에 의한 것인지 다시 말해 집단간의 동질성을 알아보기 위해 Wilcoxon rank sum test를 실시하였다. 모두

$p < 0.05$ 의 범위를 유의하다고 판정하였다.

## 4. 연구결과

### 1) 대상환자의 특성

대상환자의 인구학적, 임상적 특성에서 실험집단과 통제집단간에 차이가 있는지를 보기 위하여 Chi-square test를 실시하였으며 그 결과 두 집단간에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다(표 3). 연령별로 보면 두 집단 모두 40대가 가장 많고(실험 45.4%, 통제 61.5), 그 다음 30대(실험 27.3%, 통제 30.8%), 50대(실험 22.7%, 통제 7.7%)의 순으로 나타나 우리나라 전체 유방암 환자의 연령별 발생률과 거의 유사한 양상을 보이고 있다. 교육정도에 있어서는 7-12년이 주를 이루고 있고(실험 59.1%, 통제 69.2%) 그 다음 13년 이상으로 나타나고 있다. 결혼상태는 미혼은 없었으며 기혼이 대부분을 이루고 있고(실험 81.8%, 통제 92.3%), 폐경상태는 아직 폐경 전의 환자가 대부분(실험 86.4%, 통제 92.3%)이었다. 수술 방법은 유방전절제술을 시행한 환자가 실험집단의 경우 59.1%, 통제집단 46.2%, 부분절제술을 시행한 환자가 실험집단 31.8%, 통제집단 38.5%, 전절제술과 성형술을 함께 시행한 환자가 실험집단 9.1%, 통제집단 15.4%로 나타났다. 대부분 수술 후 항암약물치료를 받고 있거나 받았고(실험 95.5%, 통제 84.6%), 방사선 치료는 약 절반 가량이 받고 있거나 이미 받은 환자들이었다. 호르몬 치료의 경우는 유의미한 차이는 아니지만 실험집단의 경우 받지 않은 환자가 약간 더 많았고(63.6%), 통제집단의 경우는 받고 있거나 받은 환자가 조금 더 많았다(53.8%). 유방암 병기는 대부분이 2기에 속하는 환자들이었다(실험 72.7%, 통제 84.6%).

### 2) 집단 개입이 우울과 대처전략에 미친 효과

#### (1) 우울과 대처전략에 있어 집단간 동질성 비교

두 집단의 평균의 차이를 집단개입에 의하여 두 집단의 차이가 나는 것인지 아니면 다른 외적인 요소에 의한 것인지에 대해 확신할 수 없으므로 집단 개입 이전 두 집단이 같은 모집단에서 추출되었음을 알아보기 위해 Wilcoxon rank sum test를 실시하였다. <표 4>에 나타난 바와 같이 집단 개입이전 우울증과 대처전략에 대한 점수를 비교한 결과 유의미한 차이가 나지 않았으며 따라서 두 집단은 동질하다고 볼 수 있다.

&lt;표 3&gt; 대상환자의 인구학적, 임상적 특성

	실험집단 빈도수(%)	통제집단 빈도수(%)	P 값
<b>나이</b>			
30 - 39	6 (27.3)	4 (30.8)	0.549
40 - 49	10 (45.4)	8 (61.5)	
50 - 59	5 (22.7)	1 (7.7)	
60 - 69	1 (4.5)	0 (0.0)	
<b>교육정도</b>			
6년 이하	3 (13.6)	0 (0.0)	0.562
7 - 12년	13 (59.1)	9 (69.2)	
13년 이상	5 (22.7)	3 (23.1)	
미상	1 (4.5)	1 (7.7)	
<b>종교</b>			
없음	2 (9.1)	2 (15.4)	0.954
천주교/기독교	15 (68.2)	9 (69.2)	
불교	3 (13.6)	2 (15.4)	
미상	2 (9.1)	0 (0.0)	
<b>결혼상태</b>			
기혼	18 (81.8)	12 (92.3)	0.392
이혼/별거/사별	4 (18.2)	1 (7.7)	
<b>딸의존재</b>			
없음	5 (22.7)	6 (46.2)	0.149
있음	17 (77.3)	7 (53.8)	
<b>폐경상태</b>			
폐경전	19 (86.4)	12 (92.3)	0.593
폐경후	3 (13.6)	1 (7.7)	
<b>수술방법</b>			
유방전절제술	13 (59.1)	6 (46.2)	0.726
부분절제술	7 (31.8)	5 (38.5)	
전절제술 + 성형술	2 (9.1)	2 (15.4)	
<b>중앙분화등급</b>			
1	3 (13.6)	1 (7.7)	0.599
2	10 (45.5)	9 (69.2)	
3	7 (31.8)	3 (23.1)	
미상	1 (4.5)		
<b>액와림프절 전이상태</b>			
없음	12 (54.5)	4 (30.8)	0.172
있음	10 (45.5)	9 (69.2)	
<b>수술후 항암약물치료</b>			
미시행	1 (4.5)	1 (7.7)	0.654
시행	21 (95.5)	11 (84.6)	
<b>방사선치료</b>			
미시행	10 (45.5)	6 (46.2)	0.968
시행	12 (54.5)	7 (53.8)	
<b>호르몬치료</b>			
미시행	14 (63.6)	6 (46.2)	0.313
시행	8 (36.4)	7 (53.8)	
<b>유방암병기</b>			
I	4 (18.2)	1 (7.7)	0.671
II	16 (72.7)	11 (84.6)	
III	2 (9.1)	1 (7.7)	

<표 4> 집단개입 이전의 BDI와 WCCL-R 점수에 대한 Wilcoxon Rank Sum Test

	집단개입 이전 BDI 점수					집단개입 이전 WCCL-R 점수				
	N	Mean Score	Sum of Scores	Z값	P	N	Mean Rank	Sum of Rank	Z값	P
실험	22	19.77	435.0	-1.319	0.196	22	18.18	400.00	-0.119	0.905
통제	13	15.00	195.00			13	17.69	230.00		

또한 대처의 하위 척도들에 대해서도 Wilcoxon rank sum test를 실시하였는데 5가지 하위척도 영역 모두에서 두 집단간 차이가 없는 것으로 나타났다(표 5). 따라서 두 집단은 동질하다고 볼 수 있다.

<표 5> 집단개입 이전 대처의 하위척도에 대한 Wilcoxon Rank Sum Test

	집단	집단개입 이전 대처전략 하위요인 점수				
		N	Mean Score	Sum of Score	Z값	P
문제중심	실험	22	19.56	430.50	-1.16	0.25
	통제	13	15.34	199.50		
사회적 지지추구	실험	22	18.50	407.00	-0.36	0.72
	통제	13	17.45	223.00		
자기 비난	실험	22	16.93	372.50	0.79	0.43
	통제	13	19.80	257.50		
소망적 사고	실험	22	19.22	423.00	-0.91	0.37
	통제	13	15.92	207.00		
회피	실험	22	18.36	404.00	-0.25	0.79
	통제	12	17.38	226.00		

(2) 집단개입이 우울에 미치는 효과

집단개입이 우울에는 어떤 영향을 미치는지를 보기 위해 실험, 통제집단간의 사전 사후 Beck Depression Inventory 점수에 대해 paired t-test를 실시한 결과 <표 6>에서와 같이 두 집단간에 유의미한 차이가 나타났다. 즉 실험집단의 경우에는 BDI점수가 집단개입이전에는 18.91이었으나 8주 후 프로그램이 종료된 다음에는 15.09로 유의미하게 감소한 반면(p= .012), 통제집단의 경우에는 사전 16.77에서 사후 14.69로 약간 감소하긴 하였지만 유의미한 변화는 보이지 않아서(p= .18) 집단개입이 유방암 환자의 우울을 낮추는데 확실히 효과가 있음을 알 수 있다.

&lt;표 6&gt; 실험집단, 통제집단의 우울증 사전사후 paired t-test

BDI 점수	실험집단					통제집단				
	N	Mean	SD	t값	P	N	Mean	SD	t값	P
사전	22	18.91	6.02	-2.76	0.012*	13	16.77	6.31	-1.40	0.18
사후	22	15.09	6.67			13	14.69	8.37		

\*p&lt; .05

### (3) 집단개입이 스트레스 대처방법에 미치는 효과

유방암이라는 스트레스에 대한 대처전략에 있어서 실험집단과 통제집단의 평균치 측정 결과는 다음 <표 7>과 같다. paired t-test 결과를 보면 두 집단 모두 유의미한 변화를 보이고 있지 않으며 실험 집단은 유방암이라는 스트레스에 대해 집단 개입 전 평균 67.54(SD 11.66)에서 개입 이후 평균 64.40(SD 11.53)으로 약간 감소하였고 통제집단 역시 사전평균 66.79에서 사후 평균 65.07로 약간 감소하였다. 대처유형의 하위척도상에 나타난 평균의 변화를 보면 실험집단과 통제집단 모두 문제중심의 대처, 사회적 지지추구와 같은 긍정적인 대처유형에서나, 자기비난, 소망적 사고, 회피와 같은 부정적 대처유형 모두에서 약간씩의 변화가 있긴 하지만 유의미한 수준은 아니었다. 이러한 결과는 다른 몇몇 연구들에서도 지적된 바와 같이 단기 집단개입으로 즉각적인 대처 유형의 변화를 확인하기는 어렵다는 점을 확인해 주고 있다.

## 5. 논 의

우리 나라에서도 점차 증가하고 있는 유방암 환자들을 대상으로 8주간의 심리교육 집단개입프로그램을 시행하였고 그 효과를 비교 분석한 본 연구의 결과를 보면 우리 나라에서 유방암 환자를 위한 심리교육 집단개입프로그램은 유방암 환자의 수술 후 우울을 감소시키는 데는 효과적이지만 부정적인 대처를 감소시키고 긍정적인 대처를 향상시키는 대처유형의 변화를 유도하는 데는 효과적이지 못하다고 할 수 있다.



<표 7> 실험집단, 통제집단의 대처방법 사전-사후 paired t-test

대처유형점수	실험집단					통제집단				
	N	Mean	SD	t값	P	N	Mean	SD	t값	P
사전	22	67.54	11.66	-1.28	0.21	13	66.79	9.90	-0.67	.51
사후	22	64.40	11.53			13	65.07	7.44		

<표 8> 스트레스 대처방법 하위척도별 사전-사후 paired t-test

하위척도별 대처유형 점수		실험집단(N=22)				통제집단(N=13)			
		Mean	SD	t값	p	Mean	SD	t값	p
문제중심	사전	1.92	0.44	-1.16	0.25	1.89	0.52	-1.38	0.19
	사후	1.81	0.48			1.74	0.59		
사회적 지지추구	사전	1.87	0.52	0.91	0.37	1.75	0.83	-0.61	0.55
	사후	1.77	0.48			1.64	0.59		
자기미난	사전	1.80	0.83	-0.72	0.48	2.05	0.69	-0.16	0.87
	사후	1.69	0.86			2.02	0.49		
소망적 사고	사전	1.13	0.78	-0.20	0.84	1.08	0.53	1.48	0.16
	사후	1.11	0.61			1.27	0.72		
회피	사전	1.65	0.60	-0.73	0.47	1.64	0.50	-0.19	0.85
	사후	1.59	0.48			1.61	0.44		

※ 대처방법 중 부정적인 대처문항(자기미난, 소망적 사고, 회피)은 역문항으로 산정하였다.

본 연구에서는 BDI를 통해 측정된 우울 점수의 paired t-test 결과 통계적으로 유의한 ( $p < 0.5$ ) 차이를 보였지만 스트레스에 대한 대처는 유의미한 변화를 보이지 않았다. 심리적 디스트레스와 관련해서 많은 연구들이 본 연구와 유사한 결과를 보이고 있다. Fawzy 등(1990)의 연구에서는 대조군에 비해 실험군은 우울, 피로감, 혼돈 및 전체적인 기분상의 장애가 유의미하게 낮게 나타났고 Cain 등(1986)의 연구 역시 실험군이 대조군에 비해 유의미하게 낮은 우울, 불안을 보였다. 일본에서 실시된 Fukui 등(2000)의 연구에서도 실험군이 대조군에 비해 심리적 디스트레스가 유의미하게 감소하여, 심리사회적 집단개입을 받은 유방암 환자들이 그렇지 않은 환자들에 비해 현저하게 낮은 기분장애와 더 높은 활력(vigor)을 보였다.

Carlsson & Strang의 연구(1998)에서는 실험군이 기분(mood)에 대해서는 상반된 결과를 보였다. 또 한편 본 연구와 유사한 이유로 대조군을 형성하지 못하고 단일 집단 사전사후 비교결과를 제시한 Roberts 등(1997)의 연구결과에서는 기분의 경우에는 유의미한 차이를 보였으나 대처의 경우에는 차

이가 없는 것으로 나타났다. Spiegel 등(1997)의 연구결과에서는 집단 프로그램과 정상적인 의학적 치료를 함께 받은 실험군이 의학적 치료만 받은 대조군에 비해 유의미하게 낮은 우울, 공포증, 긴장, 피로, 혼동 등을 보였다.

대처양식에는 문제집중의 적극적 대처와 정서중심의 소극적 대처가 있으며 그 중 문제중심의 대처나 사회적 지지의 추구는 문제집중형의 대처에 속하고 회피나 자기비난, 소망적 사고는 정서집중형의 소극적 대처에 속한다. 심리사회 프로그램에서 문제집중의 대처행동은 문제해결에 도움이 되므로 증가시키려 하고, 정서집중의 대처행동은 문제해결에 지해가 되므로 감소시키려 하는 것으로 알려져 있다. 본 연구결과에서는 적극적 대처나 소극적 대처 모두에서 유의미한 변화를 보이지 않았다. 이것은 Roberts 등(1997)의 연구와 일치하는 점으로 이들은 이러한 단기 심리사회적 프로그램으로는 대처양식의 변화를 유도하기는 어려울 수 있다는 점을 지적하였다. 일본의 연구에서는 다른 대처영역에서는 유의미한 변화를 보이지 않은 반면 주로 투지(fighting spirit)에서 유의미한 변화를 나타냈다(Fukui et al., 2000).

본 연구결과 대처상에 유의미한 변화가 나타나지 않은 이유로 다음과 같은 점들을 생각해 볼 수 있다.

첫째, 현재 연구의 표본의 크기가 충분히 크지 않다는 것이다. Fukui 등(2000)의 연구에서도 지적된 바와 같이, 암 환자에 대한 심리사회적 개입에서 effect size가 작은 것을 고려한다면<sup>3)</sup> 대처의 하위척도상 유의미한 차이를 확인하기 위해서는 좀더 큰 표본이 필요할 것으로 생각된다.

둘째, 수술 후 경과한 시간과 관련해서 이 결과를 논의해 볼 수 있을 것이다. 이 연구의 대상 환자들은 수술 후 1년 이하의 환자들로, 황숙연 등의 연구(2001)에서의 6개월 이하의 환자들보다 수술 후 경과기간이 길다. 이를 유방암 환자의 치료과정과 관련해서 보면 유방암 환자들은 수술 후 약 6개월 간 항암 화학약물치료나 방사선 치료와 같은 병합치료를 받게 되며 그 이후에는 정기적인 추적검사를 받게 된다. 따라서 6개월이 지나게 되면 환자라는 역할에서 점차 벗어나 생존자의 역할로 옮겨가게 되므로, 적극적인 치료과정에 있는 환자들에 비해 일상적인 대처능력이 상당히 호전될 수 있다. 이 때문에 황숙연 등(2001)의 연구에서는 자기 비난이나 소망적 사고와 같은 부정적인 대처가 유의미하게 감소한 반면 본 연구에서는 하위척도상에서도 유의미한 변화를 보이지 않은 것으로 해석해 볼 수 있다. Weisman과 Worden(Zabora, 1998에서 재인용)에 의하면 환자들은 진단 후 처음 3개월간 “실존적 곤경(existential plight)”을 경험하게 되며, 이 때 많은 환자들이 정상성의 느낌을 회복하려고 노력하지만, 대부분 심한 디스트레스를 경험하게 된다고 한다. 따라서 이러한 차이를 명확하게 확인하기 위해서는 수술 시기에 따라 집단을 할당하여 프로그램을 실시하고 그 효과를 검증해 볼 필요가 있겠다.

셋째, 본 프로그램의 내용이 교육과 심리적 지지에 많은 초점을 두고 있기 때문에 우울이나 정서집중형 대처와 같은 심리적 디스트레스를 감소시키는 데는 효과가 있지만, 어떻게 문제해결을 할 것인가 하는 적극적인 차원의 대응양식을 유도하기에는 한계가 있을 수 있다는 점이다. 따라서 이러한 단기적 심리사회적 집단개입이 시간과 자원 면에서 효율적이기는 하지만 적극적인 문제해결을 유도하기

3) effect size를 고려한 암환자에 대한 심리사회적 개입의 집단 크기와 전체 표본의 수에 대해서는 Meyer & Mark, 1996을 참조할 것.

위해서는, 예를 들면 유방암과 관련된 다양한 문제상황들을 제시하고 이를 해결하기 위한 긍정적이고 적극적인 문제해결방식을 토의하고 연습하는 등의 세션들을 추가하는 좀 더 장기적인 프로그램을 실시하고 그 효과를 비교해 볼 필요가 있겠다.

한편 심리사회적 집단개입의 중요성이 부각된 이유는 암 환자들의 삶의 질과 직접적인 관계가 있을 뿐 아니라 장기 생존율과도 관계가 있기 때문이다. 그러나 기존 연구의 대부분이 서구의 유방암 환자들을 대상으로 하였기 때문에 유럽이나 미국인들을 대상으로 개발된 심리사회적 개입이 다른 문화권의 유방암 환자들에게도 동일한 효과가 있을 것인가에 대한 의문이 제기되었다(Meyer & Mark, 1996). 즉 서구에서 개발된 심리사회적 프로그램을 문화적 차이를 고려하지 않고 그대로 아시아 환자들을 대상으로 적용했을 경우 그 효과를 달성하지 못할 수도 있음을 지적하고 있다(Tamura & Lau, 1992). 따라서 저자들은 사전 인터뷰를 통해 한국의 유방암 환자들의 욕구의 영역들을 찾아내고 그에 따라 프로그램을 다시 개발하여(황숙연 등, 2000) 실시하였다. 황숙연 등(2001)의 연구에서나 본 연구에서 중도탈락한 환자가 각 1명에 불과하며, 또한 이 프로그램이 심리적 디스트레스를 낮추는데 효과가 있는 것으로 나타났다는 것은 심리사회적 개입이 문화적인 차이를 고려해서 이루어진다면 한국의 유방암 환자들에게도 효과적으로 적용될 수 있음을 시사해준다. 또한 일본의 연구(Fukui et al. 21)에서 보인 33.3%의 참여율에 비하여 본 연구에서 프로그램에 참여하고자 하는 비율이 현저하게 높게 나타났다(88%)는 점은 기존의 인식과는 달리 같은 아시아 문화권이지만 한국의 환자들이 심리사회적 문제에 대해 전문적 위조를 구하는데 더 적극적이라고 볼 수 있다. 따라서 이러한 심리사회적 개입이 앞으로 활성화될 수 있는 가능성을 보여준다고 하겠다.

저자들의 연구결과를 일반화하는 것과 관련해서 이 연구는 한계가 있다. 본 연구는 한 대학병원의 환자들을 대상으로 하였고, 소규모의 집단을 대상으로 하였기 때문에 그 결과를 일반화하는 데는 무리가 있다. 그러나 무작위 할당을 통하여 임상실험에서는 힘든 실험통제집단 사전사후 설계를 적용하였고, 유방암 환자에 대한 서구의 심리사회적 집단개입이 우리 나라에서도 효과가 있는지를 검증하였으며, 그 결과가 많은 유방암 환자들에 대한 심리사회적 개입을 적용하는 앞으로의 연구에 방향을 제시했다는 점에서 의의를 갖는다고 하겠다.

## 6. 결론 및 제언

본 연구는 그 한계에도 불구하고 이미 서구에서 효과적인 것으로 확인된 유방암 환자에 대한 심리사회적 집단개입을 한국의 유방암 환자를 대상으로 그 효과를 검증해 보았다는 데 의의를 가지며, 그 결과 문화적 차이를 고려한다면 한국에서도 외국의 경우에서와 마찬가지로 8주간의 단기 심리사회적 집단개입이 유방암 환자들에게 우울과 같은 심리적 디스트레스를 유의미하게 감소시키는 효과가 있다고 할 수 있다. 물론 프로그램의 엄정한 효과에 대해서는 좀더 체계적인 연구를 통해 보완되어야 하겠지만, 앞으로 이러한 심리 사회적 측면에 대한 적극적인 개입과 프로그램들을 유방암 환자들의 수술 후 심리사회적 후유증을 줄이고 삶의 질을 증진시키는 중요한 방법으로 활용할 수 있는 가능성을

보여주었다고 할 수 있다.

본 연구와 관련하여 몇 가지 제언할 수 있는 점은 첫째, 환자의 특성에 따라 프로그램의 효과를 검증해볼 필요가 있다. 예를 들면 본 연구에서도 지적된 바와 같이 수술 후 경과된 시기, 혹은 환자의 학력, 사회경제적인 특성 등에 따라 어떻게 효과가 달라지는지를 보고 환자의 특성에 적합한 프로그램을 개발할 수 있을 것이다. 이를 위해서는 좀 더 큰 표본을 대상으로 프로그램을 실시하고 통계적 방법을 통해 효과에 영향을 미치는 요인들을 찾아낼 수 있을 것이다.

둘째, 기존 연구에서 심리사회적 개입이 효과적인 것은 확인이 되었지만 어떤 유형의 개입이 더 효과적인지에 대해서는 연구가 이루어지지 않았다. 따라서 다른 접근법들간의 효과를 비교하는 연구가 시행된다면 우리나라에서 가장 효과적인 접근법을 찾아낼 수 있을 것이다. 나아가 앞으로의 연구들은 이러한 심리사회적 개입이 효과를 가지게 되는 과정의 기제에 대해 다루어야 할 것이다. 이는 좀더 효과적인 개입과 이론의 개발에 기여할 수 있을 것이다.

셋째, 이미 많은 병원에서 고위험환자 조기발견이 시행되고 있는데, 유방암 환자의 경우에도 심리사회적 스크리닝의 방법을 활용하는 것이다. 새로 유방암 진단을 받은 환자들에 대한 심리사회적 스크리닝의 기법에는 구조화된 인터뷰에서 자기보고식 심리척도에 이르기까지 다양하다. 자기보고식 척도를 이용하는 간단하고 효율적인 방법은 비용 효과적이기도 하다(Rainey et al., 1983; Zabora et al., 1990). 어떤 경우에는 5-7분 정도 소요되는 간단한 심리적 도구를 외래 접수과정에 통합시켜 보는 방법도 생각해 볼 수 있다. 이렇게 함으로써 가장 높은 수준의 디스트레스를 경험하는 심리사회적 고위험 환자군을 사전에 발견하여 적절한 서비스를 조기에 제공함으로써 장기적으로는 의료비를 감축하고 환자에게는 심각한 심리사회적 문제가 발생하기 전에 예방하는 효과를 가져다 줄 수 있어 환자의 만족도도 높일 수 있다고 본다.

마지막으로, 우리 나라의 유방암 환자에 대한 사회적 관심과 제도적, 민간차원의 서비스가 적극 요구된다. 미국의 경우에는 물론 유방암의 발생률이 우리 나라에 비해 현저하게 높기 때문이기도 하지만, 여성의 권리에 대한 높은 사회적 인식으로 유방암 환자를 위한 심리사회적, 제도적 서비스가 적극적으로 제공되고 있다. 예를 들면 암학회사 유방암 학회와 같은 공식적인 기관이나 다양한 민간조직(예: Reach to Recovery, Living Beyond Breast Cancer, Susan G. Komen Breast Cancer Foundation 등)을 통해 유방암 환자에 필요한 정보나 지지집단 등을 제공하고 있으며, 핫 라인 등도 설치하여 유방암 환자들의 의학적, 심리사회적 욕구에 부응하고 있다. 나아가 유방암 수술을 받은 환자들의 경우에는 유방재건을 위한 성형수술이 보형으로 처리가 되고 있다. 여기에 비해 우리 나라는 많은 유방암 환자들이 필요한 정보나 상담을 받을 수 있는 기회가 거의 없기 때문에 수술 후 심리사회적 후유증을 다루는 것은 전적으로 환자와 가족의 몫이 되고 있다. 나아가 유방 전절제술을 시행받은 환자들의 경우에 유방복원수술은 전혀 국민건강보험으로 처리되지 않기 때문에 전비용을 자비로 부담해야 한다. 실제로 프로그램을 시행하면서 많은 환자들이 유방의 상실이 가져다 주는 자존감의 상실로 심각한 심리적 디스트레스를 호소하였으나, 우리 나라의 사회문화적 가치로 인하여 이 문제를 공개적으로 논의하는 것을 회피하였고, 또한 그 비용으로 인해 유방재건술을 선택할 수 있는 환자는 극히 일부밖에 불과하였다. 여성에게 유방의 상실이 주는 의미를 고려한다면, 우리 나라에서도 앞으로 유방암으로 인

한 유방재건술은 당연히 권리로서 국민건강보험에 포함되어야 한다고 본다. 그리고 점차 증가하는 유방암 환자들에 대한 사회적 관심을 제고시킬 필요가 있으며, 이들의 심리사회적 욕구에 부응하는 다양한 서비스들이 제도적으로, 또한 민간차원에서도 적극 개발되고 제공되어야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 한국유방암학회. 1999. "1998년 한국인 유방암의 전국적인 조사자료 분석", 『한국유방암학회지』, 2, 111-127.
- 한홍무·염태호·신영우·김교현·윤도준·정근재. 1986. Beck Depression Inventory의 한국판 표준화 연구. 『신경정신의학』, 25: 487-502.
- 황숙연·박병우·이경식. 2000. 유방암 환자를 위한 심리교육 프로그램에 관한 기초연구, 『사회복지연구』, 15: 291-310.
- 황숙연·박병우·이경식. 2001. 유방암 환자를 위한 심리사회 프로그램의 효과, 『대한 외과학회지』, 61(4): 357-363.
- Asken, M.J. 1975, "Psychoemotional Aspects of Mastectomy: A Review of Recent Literature", *American Journal of Psychology*, 132: 56-59.
- Bai, J.M., Won, Y. J., Jung, K. U., Suh, K. A., Ahn, D.H. & Park, J.G. 2001). "Annual report of the central cancer registration in Korea-1999: Based on registered data from 128 hospitals", *Cancer Research and Treatment*, 33(5):367-372
- Bottomly A. 1997. "Where Are We Now? Evaluating Two Decades of Group Interventions with Adult Cancer Patients", *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 4:251-65.
- Cain, E. N., Kohorn, E. I., Quinlan, D. M., Latimer, K., Schwartz, P. E. 1986. *Psychosocial Benefits of a Cancer Support Group*, *Cancer*, 57:183-9
- Carlsson, M.E. and Strang, P.M. 1998. *Educational support programme for gynecological cancer patients and their families*, *Acta Oncologica* 37:269-75.
- Carlsson, M. & Hamrin, E. 1994. "Psychological and Psychosocial Aspects of Breast Cancer and Breast Cancer Treatment", *Cancer Nursing*, 17: 418-428.
- Cope, D.D. 1995. "Functions of breast cancer support group as perceived by the participants : an ethnographic Study", *Cancer Nursing*, 18: 472-478.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J. 1983. "The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients", *JAMA* 249:751.
- Donovan, K., Sanson-Fisher, R. W., Redman, S. 1989. "Measuring quality of life in cancer patients", *J Clinical Oncology*, 7(7): 959-968
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. 1990. Treatment of early breast cancer. Vol. 1. Worldwide evidence 1985-1990. Oxford, UK: Oxford University Press,
- Ell, K. 1984. "Social networks, social support, and health status", *Social Service Review*, 58:133-145.
- Farber, J. M., Weinerman, B. II., Kuypers, J. A. 1984. "Psychosocial distress in oncology outpatients", *J Psychosocial Oncology* 2:109.
- Fawzy, F. I., Cousins, N. W., Kerneny, M. E., Elashoff, R., Morton, D. 1990. "A Structured psychiatric intervention for cancer patients: changes over time in methods of coping and affective disturbance", *Archives of General Psychiatry*, 7:720-5.
- Fawzy, F. I. & Fawzy. 1996. N. W., "Group therapy in cancer setting", *Journal of Psychosomatic*

- Research*, 1996;41:409-13.
- Ferlic, M., Goldman, A., Kennedy, B. J. 1979. "Group counseling in adult patients with advanced cancer", *Cancer*, 43:760-6.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. 1980. "An analysis of coping in a middle-aged community sample", *J Health & Social Behavior* 1980;21:219-39.
- Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., Kamiya, M., Koike, M., Nakanishi, T. et al. 2000. "A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. A randomized controlled trial", *Cancer*, 89:1026-36.
- Ganz, P. A., Shag, C. A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M. L., Petersen, L. 1996. "Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life", *Breast Cancer Research and Treatment* 38:183-99.
- Ganz, P. A. 1995. "Advocating for the women with breast cancer", *CA Cancer J of Clinician* 45:114.
- Ganz, P. A., Schag, C. C., & Heinrich, R. L., "The psychosocial impact of cancer on the elderly: a comparison with younger patients", *J of the American Geriatric Association*, 33:429-435, 1985
- Hammer, M. 1984. "Cored and "extended" social networks in relation to health and illness", *Social Science and Medicine*, 17:404-411.
- Hankey, B. F., Miller, B., Curtis, R., Kosary, C. 1994. "Trends in breast cancer in younger women in contrast to older women", *J National Cancer Institute Monograph*, 16:7.
- Korean Breast Cancer Society. 2000. "Clinical characteristics of Korean breast cancer patients in 1998", *J Korean Medical Science*, 15:569-79.
- Korean Breast Cancer Society. 1999. "Korean breast cancer data of 1997", *J Korean Cancer Association*, 31:1202-9.
- Korean Breast Cancer Society. 1998. "Korean breast cancer data of 1996", *J Korean Surgical Society*, 55:621-35.
- Levy, S. M., & Schain, W. S. 1992. "Psychologic response to breast cancer : direct and indirect contribution to treatment outcome. In *Diagnosis and Management of Breast Cancer*(Lippman ME.ed.), Saunders, Philadelphia, pp.439-56
- Liebermann, M. A. 1988. "The role of self-help groups in helping patients and families cope with cancer", *CA Cancer Journal of Clinician*, 38, 162-168, 1988.
- Maunsell, E., Brisson, J., & Deschenes, L. 1995. "Social support and survival among women with breast cancer, *Cancer*, 76, 631-637.
- Meyer, T. J. & Mark, M. M. 1995. "Effects of psychosocial intervention with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments", *Health Psychology* 14: 101-8.
- Ministry of Health and Welfare. 2000. Republic of Korea Annual Report of Cancer Programme in the Republic of Korea(1998.1.1-1998.12.31).
- Ministry of Health and Welfare. 1999. Republic of Korea Annual Report of Cancer Registry Programme in the Republic of Korea(1997.1.1-1997.12.31).
- Neuling, S. J. & Winefield, H. R. 1988. "Social support and recovery after surgery for breast cancer : Frequency and correlates of supportive behaviors by family, friends and surgeon", *Social Science and Medicine*, 27: 385-392.

- Northouse, L.L. 1981. "Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence", *Cancer Nursing* 4:213-20.
- Norton, L. 1997. "Evolving concepts in the systematic drug therapy of breast cancer. *Seminars in Oncology* :24 [Suppl 10] : S10.
- Pistrang, N., & Barker, C. "The Partner relationship in psychological response to breast cancer", *Social Science and Medicine*, 40: 789-797.
- Quinn, M.E., Fontana, A.F., & Reznikoff, M. 1986. "Psychological distress in reaction to lung cancer as a function of spousal support and coping strategy", *Journal of Psychosocial Oncology*, 4:79-90.
- Rainey, L.C., Wellisch, D.K., Fawzy, F.I. 1983. Training health professionals in psychosocial aspects of cancer: A continuing education model. *J Psychosocial Oncology* 1:41,
- Roberts, C.S., Piper, L., Denny, J. & Cuddeback, G.A. 1997. "Support group intervention to facilitate young adults' adjustment to cancer", *Health and Social Work*, 22:133-141.
- Roberts, C.S., Rossetti, K., Cone, D., & Cavanagh, D. 1992. "A descriptive study of the psychosocial impact of gynecologic cancer", *J Psychosocial Oncology*, 8: 33-47.
- Rowland, J.H., & Massie, M.J. 2000. "Psychosocial issues and interventions, in J.R., Harris, M.E., Lippman, M., Morrow, & C.K. Osborne(eds.), *Diseases of the Breast*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1009-1031.
- Schag, C. C., Ganz, P. A., Polinsky, M.A., Fred, R., Hirji, K., & Peterson, L. 1993. "Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer", *J Clinical Oncology*, 11: 783-793.
- Silverfarb, P.M. 1984. "Psychiatric problems in breast cancer", *Cancer* 53:820-824.
- Spiegel, D. 1997. "Psychosocial aspects of breast cancer treatment", *Seminars in Oncology* 1997;24(1 Suppl):36-47.
- Spiegel, K., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., Gottheil, E. 1989. "Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer", *Lancet*, 2: 888-891.
- Stanton, A.L. & Snider, P.R. 1993. "Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study", *Health Psychology*, 12: 16-23.
- Stefanek, M., Derogatis, L., Shaw, A. 1987. "Psychological distress among oncology outpatients", *Psychosomatics* 28:530.
- Stelin, J.S., Bach, K.N. 1986. "Psychological aspects of cancer therapy", *JAMA* 197:140-144
- Tamura, T., Lau, A. 1992. "Connectedness versus separateness: applicability of family therapy to Japanese families", *Family Process* 31:319-40.
- Taylor, S.E., Falke, R.L., Shoptaw, S.J., & Lochtman, R.R. 1986. "Social support, support groups, and the cancer patient", *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 608-615.
- Vinokur, A.D., Threatt, B.A., Vinokur-Kaplan, D. & Satariano, W.A. 1990. "The Process of Recovery from Breast Cancer for Younger and Older Patients: Changes during First Year. *Cancer*, 65: 1242-1254.
- Vitalino, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Mauro, R., Becker, J. 1985. "The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties", *Multivariate Behavioral Research*, 20:3-26.



- Wainstock, J. M. 1991. Breast cancer: Psychosocial consequences for the patient. *Seminar in Oncology Nursing* 7:207.
- Walker, L. G., & Eremin, O. 1996. "Psychological assessment and intervention: future prospects for women with breast cancer", *Seminars in Surgical Oncology* 12:76-83.
- Weisman, A. D., Worden, J. W., Sobel, H. J. 1980. Psychosocial screening and intervention with cancer patients: Research report. Boston, Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital.
- Weisman, A. D., Worden, J. W. 1985. The emotional impact of recurrent cancer. *J Psychosocial Oncology* 3:5, 1985.
- Woods, N. F., & Earp, J. L. 1978. "Women with cured breast cancer: A study of mastectomy patients in North Carolina", *Nursing Research*, 27: 279-85.
- Zabora, J. R., Blandhard, C., Smith, E. et al. 1997. "Prevalence of Psychological Distress by cancer Site", *Proceedings American Society of Clinical Oncology* 15:507
- Zabora, J. R., Smith-Wilson, R., Fetting, J. H., et al. 1990. "An efficient method for the psychosocial screening of cancer patients", *Psychosomatics* 3:192.
- Zabora, J. R. 1998. "The Psychosocial consequences of breast cancer", in K. I. Bland & E. M. Copeland III.(eds.), *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases* (2nd ed.), Philadelphia: W. B. Saunders Company 1539-1552.

## A Psychoeducational Group Intervention for Women with Primary Breast Carcinoma

Hwang, Sook-Yeon

(Instructor, Dept. of Social Welfare, Seoul National University)

Park, Byeong-Woo

(Associate Professor, Dept. of Surgery, Yonsei University)

Lee, In-Soo

(Adjunct Professor, Major of Child and Family Studies, Kyunghee University)

The objective of this study was to determine the effect of a psycho-educational group intervention in reducing psychologic distress and enhancing coping in Korean breast cancer patients. The patient selection criteria were age younger than 70 years, having any postoperative adjuvant therapy, and surgery undergone within the previous 12 months as of the start of the study and there were 70 patients eligible for this criteria. They were randomized into three groups; experimental group(24 patients), wait-list control group(24 patients) and wait-list group(36 patients). We conducted a 8-week, structured, psychosocial group intervention, which used psycho-educational strategies combining education and psychological support. Subjects were assessed for psychological distress and coping by administering the Beck Depression Inventory(BDI) and the Ways of Coping Checklist-Revised(WCCL-R) at the baseline and after 8 weeks.

Forty eight patients were participated and thirty five patients completed the study. The experimental group had significantly lower scores than the controls for depression on the BDI( $p=.012$ ) after 8-week intervention. However, coping did not show a significant difference on WCCL-R after the intervention.

Despite of some limitations, the results of this study suggest that a short term psychosocial group intervention produces a significant improvement in the quality of life of patients with primary breast carcinoma in Korea in terms of managing depression.

Key words : primary breast carcinoma, psycho-educational group intervention, social support, psychologic distress, depression, coping.

[접수일 2002.7.10 게재확정일 2002.10.7]