



국내 종양간호사의 암 생존간호 실무에 대한 조사연구

김혜숙¹ · 장혜영² · 이명선³ · 서혜연¹

¹서울대학교 간호대학 대학원, ²한양대학교 간호학부, ³서울대학교 간호대학·간호과학 연구소

Cancer Survivorship Care among Oncology Nurses in Korea

Kim, Hye Sook¹ · Jang, Hye-Young² · Yi, Myungsun³ · Seo, Hye Yeon¹

¹College of Nursing, Graduate School of Seoul National University, Seoul; ²College of Nursing, Hanyang University, Seoul; ³College of Nursing & Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to examine the cancer survivorship care practices among oncology nurses in Korea. **Methods:** This study was a secondary analysis based on the Korean data from the international service-mapping study for the survivorship care for patients with cancer after treatment completion in the Asia-Pacific Region. The data, collected from 100 Korean nurses who took care of cancer patients, were analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson's correlation analysis, and multiple regression. **Results:** Statistically significant relationships were found between responsibility and frequency of survivorship care ($r=-.20, p=.050$), between confidence and frequency of survivorship care ($r=.47, p<.001$), and between impediments to organization and frequency of survivorship care ($r=-.22, p=.027$). The frequency of survivorship care was influenced by confidence ($\beta=-.37, p<.001$) which explained about 24% of the variance of survivorship care. **Conclusion:** These findings show that development of survivorship care education program for oncology nurses should be considered to increase confidence in survivorship care for oncology nurses.

Key Words: Oncology Nursing, Neoplasms, Survivors, Professional Practice

서론

1. 연구의 필요성

매년 전 세계적으로 암을 진단 받는 환자는 증가하고 있다. WHO의 '2014년 세계 암 보고서에 따르면, 2012년도에 약 1,400만 명이 새롭게 암을 진단받았다.' 또한, 암 생존율의 향상으로 인하여, 2008년부터 2012년까지 암 진단을 받고 살아가는 환자 수는 약 3억 2,600만 명에 이른다.¹⁾ 국내에서도 암 진단을 받고 살아가는 암유병자 수가 지속적으로 증가하여 2014년에는 약 150만 명으로, 이러한 수치는 2010년 96만 여명이었던 수치에 비하면,²⁾ 불과 5년 사이에 50%가 증가한 수치이다. 이는 전체 국민 35명당 1명에 해당하며, 특히 65세 이상 고령에서는 10명당 1명이 암 환자임을 의미한다.³⁾ 이렇게 암유

병자 수가 증가하면서 그동안 암의 진단과 치료에만 치중했던 기존의 의료관리에서 더 나아가, 암 치료 이후의 삶의 질에도 관심을 갖게 되었다.

이렇듯 암 진단과 치료에서 더 나아가 일상적인 삶에 대한 관리의 중요성이 커지면서, 암 생존자란 개념도 암 치료 이후의 환자를 일컫는 것에서 더 나아가, 암 진단과 치료 중인 환자를 포함하는 포괄적인 용어로 자리 잡게 되었다. 이에 따라 암 생존간호(cancer survivorship)는 암을 진단 받는 순간부터 시작되어 치료를 거쳐 회복되는 모든 과정에서의 삶의 균형을 유지시켜주는 포괄적인 관리를 의미한다.⁴⁾ 이를 위해 전세계적으로 종양간호사를 비롯한 암전문가들은 생존간호에 더욱 관심을 가지고 암 생존자들의 다양한 요구에 적절하게 부응함으로써, 궁극적으로는 이들의 삶의 질 향상에 기여하고자 노력하고 있다.⁵⁾ 국내에서도 2016년부터 '제3차 암관리 종합계획을 시행하면서 '암의 전 주기에 걸친 환자와 가족의 삶의 질 향상'을 비전으로 삼으며 생존자 지원에 주력하고 있다.⁶⁾ 하지만 아직도 실제 국내의 임상에서는 종양간호사를 비롯한 암전문가들의 암 생존간호에 대한 이해와 관심, 그리고 근거에 기반한 간호중재는 매우 부족한 실정이다.

대부분 암 환자는 일반인보다 더욱 많은 개인적, 심리적, 그리고

주요어: 종양 간호, 암 생존자, 간호 실무

Address reprint requests to: Jang, Hye-Young

College of Nursing, Hanyang University, 222 Wangsimni-ro, Seongdong-gu, Seoul 04763, Korea

Tel: +82-2-2220-1781 Fax: +82-2-2220-1163 E-mail: white0108@hanyang.ac.kr

Received: Mar 4, 2017 Revised: Mar 30, 2017 Accepted: Apr 20, 2017

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.

사회적 부담을 안고 살아간다.⁷⁾ 이들은 치료가 종료된 이후에도 치료의 합병증이나 후유증 등으로 인한 피로와 통증 등의 신체적 어려움을 호소하고,⁸⁾ 식생활의 변화 등 일상생활의 전환을 통한 건강한 생활양식 유지에 대한 어려움도 겪고 있다.⁹⁾ 심리적으로는 암 재발에 대한 불안과 우울을 많이 경험하며,^{8,10)} 특히 저소득층인 경우에 이들의 심리사회적 요구는 더욱 큰 것으로 확인되었다.^{11,12)} 이외에도 암 환자는 암에 대한 편견으로 인한 소외감 등으로 사회생활에 어려움을 겪는다.¹³⁾ 따라서 이들의 전반적인 삶의 질을 높이기 위한 다각적인 노력이 필요하다. 이를 위해서는 암 생존자들을 위한 의료 서비스 계획을 세우는데 있어서 누가, 어느 시점에서, 어떠한 의료 정보를 제공해야 하는지에 대한 체계적인 암 생존자 관리 근거를 마련하는 것이 시급한 실정이다.

미국 의학연구소에서는 암 생존자를 위한 임상적 의료 서비스에서 다음의 네 가지를 필수로 통합하여 제공할 것을 권고하고 있다.¹⁴⁾ 첫 번째는 재발과 새로운 암의 예방이며, 두 번째는 암의 전파나 재발의 감시, 세 번째는 암으로 인한 신체적, 심리사회적, 경제적 문제에 대한 중재, 네 번째는 생존자의 건강 요구를 충족시킬 수 있는 의료제공자를 조정하는 것이다. 이에 우리나라도 생존자 지원을 중요 과제로 추진하고 있지만,⁶⁾ 아직 암 생존자를 위한 의료 계획에 관한 구체적인 프로토콜은 없는 실정이다. 동시에 이러한 프로토콜을 수립하는데 있어서 필요한 다양한 지식, 예를 들면, 암 생존자들의 생존간호에 대한 지식, 그리고 간호사를 비롯한 다양한 암전문가들의 생존간호에 대한 인식과 지식 정도 등이 매우 부족하여, 국내 현실에 적합한 생존간호 실무를 계획하고 적용하는데 커다란 한계가 있다.

외국 문헌에 의하면, 암 생존자의 의료 서비스에 방해가 되는 요인으로 병원 차원의 구조적인 요인, 의료인 요인, 그리고 환자 요인으로 제시하고 있다.¹⁵⁻¹⁸⁾ 그 중에서도 간호사를 포함한 의료인과 관련된 요인으로는 이들이 생존간호에 대해 가지고 있는 인식이 양질의 암 생존 의료서비스 제공과 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났다.¹⁵⁻¹⁸⁾ 그리고 암 생존자에게 시행하는 추후관리 중재의 빈도는 의료인마다 다양하며,¹⁵⁾ 간호사의 자신감 정도에 따라서 암 생존자에게 제공하는 중재의 빈도는 다르다고 보고되고 있다.¹⁶⁾ 또한, 간호사들은 암 생존자를 위한 의료 계획에 있어서 간호사가 핵심적인 역할을 해야 한다고 여기지만, 정작 암 치료 이후 생존자에게 제공할 수 있는 공식적인 간호 업무가 주어지지 않는 어려움을 호소하기도 하였다.¹⁷⁾

우리나라의 경우, 2003년 종양전문간호사 제도가 도입되면서 종양간호 실무의 전문화가 빠르게 진행되고 있다. 하지만 이들의 관심은 주로 암 치료에 집중되어 있으며 아직 2차 암 예방이나 치료 후의 암 생존자들에게 적용하는 업무는 매우 미흡한 실정이다.^{19,20)} 일부

에서 말기 암 환자 간호의 방해요인에 대한 연구가 있지만,²¹⁾ 암 생존에 초점을 두고 이에 적합한 간호가 제공되고 있는지에 대한 연구는 거의 없다. 따라서 향후 암 생존자를 관리하는데 있어 의료인, 특히 간호사들의 인식과 실무 빈도 및 방해요인이 무엇인지를 파악하는 것은 암 생존간호를 위한 중재 개발의 근거가 될 것이다.

본 연구에서는 암 환자를 돌보는 간호사를 대상으로, 이들이 인식하고 있는 암 생존자 관리에 대한 책임감, 자신감, 실무 빈도 및 방해요인을 확인함으로써, 궁극적으로 임상 현장에서의 암 관리 정책을 개발하는데 기여할 수 있을 것이다.

2. 연구목적

본 연구는 종양 환자를 돌보는 간호사를 대상으로 암 생존간호에 대한 책임감, 자신감, 실무 빈도 및 방해요인을 확인하고, 실무 빈도에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 것으로서 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 종양 환자를 돌보는 간호사의 암 생존간호에 대한 책임감, 자신감, 실무 빈도 및 방해요인을 확인한다.

둘째, 종양 환자를 돌보는 간호사의 암 생존간호에 대한 책임감, 자신감, 실무 빈도 및 방해요인 간의 상관관계를 확인한다.

셋째, 종양 환자를 돌보는 간호사의 암 생존간호 실무 빈도에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 이차 자료를 활용한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구에는 암 환자 관련 업무를 수행하고 있는 간호사 100명이 참여하였다. 구체적인 선정기준은 18세 이상으로 임상에서 암 환자를 돌보는데 본인 시간의 50% 이상을 사용하거나 방사선 치료 또는 항암치료를 제공하는 의료기관에 근무하는 자로 하였다. 연구표본의 크기는 G*Power 3.1.3 프로그램을 이용하여 양측검정, 유의수준(α) .05, 검정력($1-\beta$) .80, 회귀분석에서의 중간효과크기인 .15, 임의 예측변수 5개(책임감, 자신감, 개인적 방해요인, 조직적 방해요인, 전문적 방해요인)를 기준으로 산출하였을 때 최소 표본의 수가 92명으로 확인되었다. 따라서 본 연구의 표본 수는 적절하게 충족되었다고 판단된다.

3. 연구도구

본 연구의 주요변수인 생존간호에 대한 책임감, 자신감, 실무 빈도

및 방해요인을 확인하기 위해 사용한 모든 도구는 영어로 작성되어 본 연구팀에서 번역과 역번역을 거쳐 한국어로 완성되었으며, 위 과정은 세계보건기구(World Health Organization, WHO)에서 제시한 도구 번역과 적용 과정에 따라 수행되었다.²²⁾ 일차 번역은 영어와 한국어가 능통한 연구자 1인이 하였으며, 번역 내용의 이해도와 정확성을 연구팀에서 검토한 후, 영어에 능통하며 간호학을 전공한 1인이 역번역을 수행하였다. 역번역한 내용과 원 도구를 연구팀에서 비교하여 불일치 항목은 다시 번역하는 과정을 거쳤으며, 도구의 타당도를 검증하기 위해 종양간호사 10명을 대상으로 예비조사를 수행하였다. 예비조사를 통해 문항별로 내용의 명확성과 이해의 용이성, 설문지 형태의 적절성, 응답 시 소요되는 시간 등을 확인하였다. 본 연구에서 사용한 도구에 대한 구체적인 내용은 다음과 같다.

1) 생존간호에 대한 책임감, 자신감, 실무 빈도

생존간호에 대한 책임감, 자신감, 실무 빈도는 Wallace 등¹⁶⁾이 개발한 Inventory of Common Survivorship Practices 척도를 다국적 연구팀이 수정·보완하고, 관련 전문가를 대상으로 내용타당도를 검증한 도구를 사용하였다. 이차 암 예방 2문항, 암과 암 치료로 인한 신체적·심리사회적 증대 14문항, 암 재발 감시 4문항, 케어 조정 9문항의 총 29개의 문항으로 각 문항에 대해 책임감, 자신감, 실무 빈도를 각각 다른 반응척도로 측정하였다. 책임감은 '매우 동의안함' 1점에서 '매우 동의함' 5점까지 5점 Likert 척도로 측정하였고 점수가 높을수록 책임감이 높음을 의미한다. 자신감은 0점에서 10점까지 11점 척도로 측정하였으며 0점은 '전혀 자신 없음', 4~6점은 '중간 정도 자신 있음', 9~10점은 '매우 자신 있음'을 의미한다. 실무 빈도는 '전혀 안함' 1점에서 '항상' 5점까지 5점 Likert 척도로 측정하였으며 점수가 높을수록 실무 빈도가 높음을 의미한다. 아시아 태평양 지역 내 암 생존자 케어에 관한 다국적 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 모든 영역에서 .92~.97이었고, 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 책임감, 자신감, 실무 빈도 각각 .98, .97, .97이었다.

2) 생존간호 제공 방해요인

생존간호 제공 방해요인은 미국의학연구소(IOM)의 보고서¹⁴⁾와 암 생존간호에 대한 문헌 고찰²³⁾을 통해 다국적 연구팀이 문항을 구성하고, 관련 전문가를 대상으로 내용타당도를 검증한 도구를 사용하였다. 총 16문항으로 개인적 방해요인 8문항, 조직적 방해요인 3문항, 전문적 방해요인 5문항의 세 개 영역으로 구성되어 있다. 생존간호 제공시 각 항목들이 얼마나 장애가 된다고 여기는지에 대해 '전혀 동의안함' 1점에서 '매우 동의함' 4점까지 4점 Likert 척도로 측정하였다. 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's α = .92였다.

4. 자료수집 및 윤리적 고려

자료수집은 2015년 7월부터 2016년 10월까지 진행되었다. 우선 대상자의 인권을 보호하기 위하여 연구자가 소속된 기관의 생명윤리심의위원회의 승인(IRB No. 1507-016)을 받은 후 자료수집이 진행되었다. 자료수집에 앞서 각 대상자에게 연구의 목적을 설명하고 이에 자발적으로 참여에 동의한 자료 하였으며, 연구참여 동의를 서면으로 받은 후 설문지를 배부하였고 대상자 스스로 작성하도록 하였다. 모든 자료는 익명으로 처리하며 이중 잠금장치에 보관됨을 알려주었다. 총 145명의 대상자들에게 설문지를 배포하였으며 최종 102부를 회수하였다. 그 중에서 답변이 불충분한 자료 2부를 제외하고 총 100명의 자료를 최종 분석에 이용하였다.

원래의 연구는 즉 10개국에 참여한 '아시아 태평양 지역 내 암 생존자 케어에 관한 다국적 연구(Oncology practitioners' perspectives and practice patterns of post-treatment cancer survivorship care in the Asia-Pacific region: whose job is it anyway? Results from the STEP study)로서 각 국가별로 2015년 5월부터 2016년 10월까지 자료수집이 진행되었다. 다국적 연구결과가 끝난 후, 각 국가별로 자료를 이차적으로 활용하기로 합의하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 IBM SPSS Statistics 20.0을 이용하여 분석하였고 구체적인 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.
- 2) 대상자의 생존간호 수행에 대한 책임감, 자신감, 실무 빈도, 방해요인 정도는 평균과 표준편차로 산출하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 생존간호 실무 빈도의 차이는 t-test와 ANOVA로 검정하였고, ANOVA 결과에서 유의한 변수는 사후 검정으로 Scheffé test를 이용하여 추가분석을 하였다.
- 4) 생존간호 수행에 대한 책임감, 자신감, 실무 빈도, 방해요인 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 이용하여 분석하였다.
- 5) 대상자의 생존간호 실무 빈도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다.

연구결과

1. 일반적 특성 및 업무 관련 특성

본 연구대상자는 모두 여성(100%)이었으며, 연령은 30대가 70.0%를 차지하였고, 교육수준은 석사 이상이 60.0%로 가장 많았다(Table 1). 종양간호 경력은 5년 이하가 32.0%, 6년 이상 10년 이하가 40.0%, 11년 이상이 28.0%였으며, 근무형태는 전일제 근무가 90.0%

였고, 주된 역할로는 임상간호사 역할이 73.0%, 교육 및 연구자 역할이 27.0%를 차지하였다. 근무하고 있는 병원의 형태는 사립이 58.0%였고, 84.0%가 성인 환자를 대상으로 간호를 수행하고 있었으며, 근무 장소는 외래가 24.0%, 병동이 60.0%로 나타났고, 근무 지역은 도시가 86.0%를 차지하였다.

2. 생존간호 수행에 대한 책임감, 자신감 및 실무 빈도 정도

대상자의 생존간호에 대한 책임감의 평균은 145점 만점에 120.14 ± 20.20이었고, 하위 영역별로 살펴보면 예방은 평균 평점 3.92, 중재는 4.12, 암 재발 감시는 4.27, 조정은 4.17로 암 재발 감시에 대한 책임감이 가장 높게 나타났다(Table 2). 자신감의 평균은 290점 만점에 175.72 ± 40.64였고, 하위 영역별로 살펴보면 예방은 평균 평점 5.02, 중재는 5.90, 암 재발 감시는 6.26, 조정은 6.45로 조정에 대한 자신감이 가장 높게 나타났다. 실무 빈도의 평균은 145점 만점에 79.16 ± 20.96이었고, 하위 영역별로 살펴보면 예방은 평균 평점 2.25, 중재는 2.70, 암 재발 감시는 2.87, 조정은 2.82로 암 재발 감시에 대한 실무 빈도가 가장 높은 것으로 나타났다.

3. 생존간호 실무에 대한 방해 정도

대상자의 생존간호 수행에 대한 방해요인 평균은 64점 만점에 40.47 ± 9.92였고, 하위 영역별로 살펴보면 개인적 요인은 평균 평점 2.40, 조직적 요인은 2.60, 전문가적 요인은 2.70으로 나타났다(Table 2). 대상자가 인식하는 생존간호 실무의 방해요인 정도를 항목별로 살펴보면, 시간이 부족하다는 평균 3.17 ± 0.84 로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 '생존간호에 대한 근거중심실무 가이드라인이 부족하다'가 평균 2.87 ± 0.87 로 나타났다(Table 3). 방해요인 중 전체 평균보다 높게 나타난 항목은 총 8개였고, 하부영역을 보면 개인적 요인 2개, 조직적 요인 2개, 전문가적 요인 4개였다.

4. 일반적 특성 및 업무 관련 특성에 따른 생존간호 실무 빈도

대상자의 일반적 특성 및 업무 관련 특성에 따른 실무 빈도의 차이를 분석한 결과는 Table 1과 같으며, 연령과 역할에 따라 실무 빈도가 유의한 차이를 보였다. 18세에서 29세에 비해 40대 이상에서 생존간호에 대한 실무 빈도가 높았으며(F = 4.03, p = .021), 교육 및 연구자 역할을 하는 경우(t = -2.51, p = .014)에 생존간호 수행 빈도가 높게 나타났다.

Table 1. Difference in Frequency of Providing Survivorship Care by Demographic and Work-related Characteristics (N = 100)

Variables	Categories	n (%)	M ± SD	t or F r (p) Scheffé
Gender	Male	0 (0.0)		
	Female	100 (100.0)	79.16 ± 20.96	
Age (year)	18~29 ^a	10 (10.0)	63.60 ± 13.76	4.03 (.021) a < c
	30~39 ^b	70 (70.0)	79.46 ± 20.69	
	≥ 40 ^c	20 (20.0)	85.90 ± 21.65	
Education	Diploma	4 (4.0)	67.50 ± 4.20	0.93 (.398)
	Bachelor degree	36 (36.0)	77.56 ± 18.36	
	≥ Master	60 (60.0)	80.90 ± 22.85	
Years of experience in cancer care (year)	≤ 5	32 (32.0)	81.00 ± 21.59	2.08 (.131)
	6~10	40 (40.0)	74.20 ± 17.94	
	≥ 11	28 (28.0)	84.14 ± 23.34	
Work status	Full time	90 (90.0)	79.60 ± 20.75	0.63 (.532)
	Part time	10 (10.0)	75.20 ± 23.60	
Role	Direct clinical care	73 (73.0)	76.04 ± 20.38	-2.51 (.014)
	Education & research	27 (27.0)	87.59 ± 20.54	
Type of hospital	Public	42 (42.0)	77.79 ± 19.18	-0.56 (.579)
	Private	58 (58.0)	80.16 ± 22.27	
Patient setting	Adult	84 (84.0)	79.23 ± 21.54	0.37 (.694)
	Pediatric	7 (7.0)	73.71 ± 17.40	
	Mixed	9 (9.0)	82.78 ± 18.81	
Place of work	Outpatient	24 (24.0)	81.46 ± 18.36	2.90 (.060)
	Inpatient	60 (60.0)	75.60 ± 21.15	
	Mixed	16 (16.0)	89.06 ± 21.42	
Location of workplace	Metropolitan	86 (86.0)	78.48 ± 20.27	-0.81 (.422)
	Rural	14 (14.0)	83.36 ± 25.26	

Table 2. Perception of Responsibility, Confidence, Frequency, and Impedes

(N=100)

Variables	Sum		Item	
	Possible range	M ± SD	Possible range	M ± SD
Responsibility	29~145	120.14 ± 20.20	1~5	4.14 ± 0.70
Prevention	2~10	7.84 ± 1.88	1~5	3.92 ± 0.94
Intervention	14~70	57.66 ± 9.95	1~5	4.12 ± 0.71
Surveillance	4~20	17.07 ± 3.30	1~5	4.27 ± 0.82
Coordination	9~45	37.57 ± 6.57	1~5	4.17 ± 0.73
Confidence	0~290	175.72 ± 40.64	0~10	6.06 ± 1.40
Prevention	0~20	10.04 ± 3.49	0~10	5.02 ± 1.75
Intervention	0~140	82.55 ± 20.62	0~10	5.90 ± 1.47
Surveillance	0~40	25.05 ± 7.01	0~10	6.26 ± 1.75
Coordination	0~90	58.08 ± 13.71	0~10	6.45 ± 1.52
Frequency	29~145	79.16 ± 20.96	1~5	2.73 ± 0.72
Prevention	2~10	4.50 ± 1.78	1~5	2.25 ± 0.89
Intervention	14~70	37.78 ± 9.35	1~5	2.70 ± 0.67
Surveillance	4~20	11.46 ± 3.76	1~5	2.87 ± 0.94
Coordination	9~45	25.42 ± 8.29	1~5	2.82 ± 0.92
Impedes	16~64	40.47 ± 9.92	1~4	2.53 ± 0.62
Individual	8~32	19.19 ± 5.60	1~4	2.40 ± 0.70
Organization	3~12	7.80 ± 2.17	1~4	2.60 ± 0.72
Professional	5~20	13.48 ± 3.75	1~4	2.70 ± 0.75

Table 3. Impeding Factors for Quality Survivorship Care Provision

(N=100)

Domain	Item	M ± SD	Rank
Individual	You lack time	3.17 ± 0.84	1
Professional	Lack of evidence-based practice guidelines informing survivorship care	2.87 ± 0.87	2
Professional	Lack of dedicated educational resources for family members	2.81 ± 0.86	3
Organization	Lack an appropriate physical location (e.g. a quiet room)	2.80 ± 0.84	4
Professional	Lack of dedicated educational resources for patients	2.77 ± 0.86	5
Individual	You lack knowledge/skills	2.70 ± 0.81	6
Organization	No end of treatment consultation dedicated to survivorship care in my organization	2.61 ± 0.87	7
Professional	Patient's lack of interest	2.53 ± 0.92	8
Professional	Family members lack of interest	2.50 ± 0.96	9
Organization	Survivorship care is not a priority for my organization	2.39 ± 0.97	10
Individual	You don't know what survivorship care is	2.32 ± 1.01	11
Individual	You don't know when patients are completing their treatment	2.30 ± 0.97	12
Individual	Communication barriers between you and the family members	2.25 ± 0.88	13
Individual	Communication barriers between you and the patient	2.24 ± 0.88	14
Individual	You don't know where the patient is at in their disease trajectory	2.21 ± 1.01	15
Individual	You don't see the value of survivorship care	2.09 ± 0.97	16

5. 생존간호에 대한 책임감, 자신감, 방해요인과 실무 빈도와의 상관관계

생존간호 실무 빈도는 책임감($r=.20, p=.050$), 자신감($r=.47, p<.001$)과 통계적으로 유의한 정적 상관관계가 있었고, 방해요인

($r=-.14, p=.164$)과는 부적 상관관계가 있었으나 통계적으로 유의하지 않았다. 방해요인 하부영역 중에서 조직적 요인($r=-.22, p=.027$)과 생존간호 실무 빈도는 통계적으로 유의한 부적 상관관계를 보였고, 개인적 요인($r=-.14, p=.164$), 전문가적 요인($r=-.09, p=.392$)과는

부적 상관관계가 있었으나 통계적으로 유의하지 않았다(Table 4).

6. 생존간호 실무 빈도 영향요인

대상자의 생존간호 실무 빈도에 영향을 미치는 주요 변인을 확인하기 위해 책임감, 자신감, 조직적 방해요인, 일반적 특성과 업무 관련 특성 중에서 생존간호 실무 빈도에 유의한 차이를 보인 연령과 역할을 영향요인으로 하여 다중회귀분석을 시행하였다. 연령은 18~29세를 참조변수로, 역할은 임상간호사 역할을 참조변수로 더미변수 처리하여 회귀분석에 포함시켰으며, 분석 전 다중회귀분석의 기본 가정을 모두 충족함을 확인하였다. Dubin-Watson 통계량이 1.82로 독립변수간의 자기상관이 없었고, 분산팽창인자(Variation Inflation Factor, VIF)는 1.07에서 2.90로 다중공선성 판단 기준인 10.0 이하로 나타났으며, 공차한계(tolerance)가 .35에서 .93로 1.0 이하로 나타나 다중공선성의 문제가 없음을 확인하였다. 잔차의 정규 P-도표를 확인한 결과 선형성을 보였고, 산점도는 잔차의 분포가 0을 중심으로 고르게 퍼져 있는 것으로 나타나 오차항의 정규성과 등분산성의 가정을 만족하였다.

본 연구에서 설정한 회귀모형은 통계적으로 유의하였고(F=6.30, p<.001), 전체 모형의 설명력은 24%(수정된 R²=.24)였다(Table 5). 생

존간호 실무 빈도의 가장 큰 영향요인은 자신감(β=.37, p<.001)으로 나타났으며, 책임감, 조직적 방해요인 및 연령과 역할은 생존간호 실무 빈도에 통계적으로 유의한 설명변수로 나타나지 않았다.

논 의

암 생존간호는 암을 진단받은 순간부터 시작되어 치료를 거쳐 사회로 돌아가는 일련의 과정을 포함하고 있지만, 실제로 간호사를 비롯한 암전문가들은 진단과 치료에만 치중하고 있는 가운데, 본 연구에서는 국내 종양간호사들의 생존간호 실무에 대한 실태를 파악하기 위해 시도된 국내 최초의 연구라는 점에서 의의가 크다고 할 수 있다.

본 연구결과, 종양 환자를 돌보는 간호사가 인식하는 암 생존간호에 대한 책임감 정도는 145점 만점에 평균 120점 정도로 비교적 높게 나타났다. 그러나 실제 간호사가 지닌 자신감은 10점 만점에 평균 6점 정도로 낮게 나타났다. 또한 실제 암 생존간호 실무 빈도는 중간 수준의 점수밖에 되지 않아 간호사가 암 생존간호에 대한 필요성과 책임감을 느끼는 것에 반해, 이에 대한 자신감과 실무 수행 정도는 떨어짐을 확인하였다. 이러한 결과는 Lester 등²⁴⁾의 연구

Table 4. Correlation among Responsibility, Confidence, Impedes, and Frequency (N=100)

Variables	1	2	3	3-1	3-2	3-3	4
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
1. Responsibility	1.00						
2. Confidence	.16 (.119)	1.00					
3. Impedes	.09 (.389)	-.09 (.355)	1.00				
3-1. Impedes_individual	.09 (.389)	-.09 (.355)	.90 (<.001)	1.00			
3-2. Impedes_organization	-.01 (.978)	-.15 (.133)	.82 (<.001)	.82 (<.001)	1.00		
3-3. Impedes_professional	.08 (.459)	.01 (.999)	.83 (<.001)	.83 (<.001)	.70 (<.001)	1.00	
4. Frequency	.20 (.050)	.47 (<.001)	-.14 (.164)	-.14 (.164)	-.22 (.027)	-.09 (.392)	1.00

Table 5. Factors Influencing Frequency of Survivorship Care (N=100)

Variables	B	SE	β	t	p	Tolerance	VIF
(Constant)	25.41	16.35		1.56	.123		
Responsibility	0.16	0.09	.15	1.68	.096	.93	1.07
Confidence	0.19	0.05	.37	3.91	<.001	.84	1.19
Impedes_organization	-1.24	0.88	-.13	-1.41	.162	.92	1.09
Age (year)*							
30~39	12.99	7.76	.25	1.67	.098	.35	2.90
≥ 40	10.79	6.41	.24	1.68	.096	.39	2.60
Role [†]	1.99	4.84	.04	0.41	.681	.72	1.39

R² = .29, Adjusted R² = .24, F=6.30, p<.001, Dubin-Watson=1.82

*Age (00: 18~29, 10: 30~39, 01: ≥40); [†]Role (0: direct clinical care, 1: education & research).

에서도 간호사의 약 90.0%는 암 생존자 간호에 대한 책임감을 느끼고 있으나, 암 생존자를 위한 의료 계획이란 단어는 절반밖에 알지 못하는 것으로 나타나, 국내외적으로 중앙간호사들이 암 생존간호에 익숙하지 않음을 확인할 수 있었다. 또한 Irwin 등¹⁸⁾의 연구에서 암 생존자와 가족을 위한 공식적인 간호 프로그램이 있는 경우가 27.0% 정도였으며, 23.0%는 암 생존간호 프로그램을 개발할 계획이 없다고 응답하였다는 보고와도 유사하다. 한편 간호사들은 암 생존을 위한 의료 계획에 있어 간호사가 핵심적인 역할을 해야 한다고 생각하지만, 공식적인 간호 업무가 주어지지 않는 어려움을 호소한 연구도 있다.¹⁷⁾ 이렇듯 국내외적으로 중앙간호사는 암 생존간호가 필요할 뿐 아니라 간호사가 이에 대하여 핵심적인 역할을 해야 한다는 책임감은 많이 느끼지만, 실제로 그 업무를 수행하는데 필요한 지식이나 정보는 불충분하여 자신감이 매우 부족한 실정이며, 공식적인 업무 기회도 주어지지 않는 등의 이유로 암 생존간호의 실무 빈도는 떨어지고 있음을 알 수 있다.

본 연구에서 나타난 생존간호에 대한 간호사의 책임감, 자신감 및 실무 빈도의 각 영역을 구체적으로 살펴보면, 재발 등의 감시와 조정 업무의 점수는 비교적 높지만, 이차암 등의 예방 관련 업무는 가장 낮은 일관된 결과를 보여 주고 있다. 이는 중앙간호사들이 실제 암 환자를 돌보는 임상에서 암 재발을 감시하고 이에 대한 검사를 시행하고 다른 전문가나 자원을 이용할 수 있도록 하는 조정 업무를 많이 하기 때문으로 보인다. 이러한 결과는 중앙간호사의 실무가 아직도 치료에 집중되어 있는 반면, 암 예방을 위한 간호사의 역할 비중이 매우 낮은 것과 일치한다.²⁵⁾ 그러나 궁극적인 이차암 발생 감소와 함께 개인적 고통과 사회적 부담을 최소화하는 것은 암 예방을 통해서만 가능하기 때문에²⁶⁾ 중앙간호사의 암 예방에 대한 인식을 개선하고 생존간호 실무 빈도도 늘려야 할 것이다. 또한 치료 위주의 서비스에 비해 암 예방의 중요성에 대한 환자의 인지도가 아직 낮은 상황임을 감안할 때, 중앙간호사에게 암 생존자 관련 예방 전략과 그 중요성에 대해 교육함과 동시에 환자와 가족을 대상으로 2차 예방의 필요성을 알리는 캠페인이 활성화되어야 할 것이다. 이를 위해 의료 현장에서는 포괄적 암 감시 및 2차 예방이 필요한 고위험군을 적극적으로 선별하고 생존간호 서비스를 암 진단 시부터 전체적인 계획 하에 제공하는 예방적 중재 프로그램을 활성화해야 한다. 또한 현재 도심의 대형병원 위주의 제한된 암 생존자 간호 서비스가 지역병원과 연계되어 지속적인 협업체계를 이루도록 하여 예방 차원의 의료서비스에 대한 암 환자의 접근성을 높이는 제도적 개선이 필요하다.

본 연구에서 암 생존간호 실무의 방해요인으로 전문가적 영역이 가장 큰 요인으로 나타났다. 여기에는 '생존간호에 대한 근거중심 실무 가이드라인이 부족하다', '환자 가족 전용 교육 자원이 부족하

다', '환자 전용 교육 자원이 부족하다', '환자의 관심이 부족하다' 문항이 포함된다. 이는 임상 실무에서 중앙간호사가 환자 및 가족에게 제공할 수 있는 교육 자료 마련이 시급함을 보여준다. 또한 방해요인에서 가장 높은 점수를 보인 항목은 개인적 요인에 속하는 '시간이 부족하다'였다. 이를 통해 암 생존간호에 대한 서비스 제공의 필요성을 잘 알고 있더라도 업무 여건상 실무에서 수행이 어려운 구조적 문제를 지님을 알 수 있다.¹⁵⁻¹⁸⁾ 하지만, 본 연구에서는 생존간호 수행의 방해요인 정도가 개인, 조직, 전문가적 요인별로 다양하게 나타나 이에 대한 추가적인 연구가 필요하다.

본 연구결과, 중앙간호사의 생존간호 실무 빈도에 가장 영향력 있는 예측요인은 자신감으로 나타났으며 책임감, 방해요인은 유의한 영향을 주지 않았다. 이러한 결과는 수행 자신감이 업무 빈도에 영향을 미쳤다는 결과와²⁷⁾ 일치한다. 또한 생존간호 수행에 유의한 상관관계를 보인 간호사의 나이와 역할은 회귀분석에서 유의한 요소로 나타나지 않았다. 이러한 결과는 단순히 나이가 실무 빈도에 영향을 미친다기보다는 연령이 높을수록 생존간호 실무에 대한 자신감이 높았기 때문으로 보인다. 따라서 중앙간호사의 실무 수행에 대한 자신감 향상을 위해 더욱 전문화된 교육 프로그램을 통한 구체적인 지식 제공이 필요하다.^{28,29)} 즉 중앙간호사의 책임감만을 강조할 것이 아니라, 중앙전문간호과정에서 암 생존간호 영역에 대한 교육을 강화하고, 학부 교과과정을 새롭게 구축할 필요가 있다. 특히 실무 빈도가 낮았던 2차 암 예방 영역의 강화된 교육을 통한 지식 제공은 자신감 상승에 영향을 줄 것으로 생각된다. 또한 암 생존자는 심리적 불안과 우울의 수준이 높아 삶의 질 향상을 위해 전문가의 정서적 지지가 매우 중요하다.³⁰⁾ 따라서 대상자의 정서적 안정을 도울 수 있는 심리사회적 중재를 제공하기 위해 간호사의 상담능력 강진이 요구된다. 이처럼 체계적인 간호사 교육과 지속적인 실무 수행을 지지하는 제도적 개선을 통해 암 생존간호 실무의 개선을 모색할 수 있을 것이다.

결론

본 연구에서는 암 생존간호에 대한 실태를 파악하기 위하여, 중앙간호사들의 책임감, 자신감 및 실무 빈도, 그리고 방해요인을 조사하였다. 그 결과 생존간호 실무 빈도는 100점 만점에 55점 정도로 매우 낮은 것으로 나타나, 암 생존간호를 높이기 위한 개인적, 제도적 노력이 필요하다고 할 수 있다. 특히 암의 전파나 재발에 대한 감시뿐 아니라 새로운 암의 예방을 강조하는 것이 필요할 것이다. 또한 자신감이 생존간호 실무 빈도에 중요한 영향을 미침을 감안할 때, 진단과 치료 과정의 환자에만 초점을 두는 데서 더 나아가 치료 이후 환자들의 요구가 무엇인지를 구체적으로 파악하고 이를 만족

시킴을 위한 교육과 훈련 프로그램을 개발하여 적용해야 할 것이다.

본 연구에서는 생존간호 실무의 방해요인이 개인, 조직, 전문가적 요인별로 다양하게 나타나 이에 대한 추가적인 연구가 필요하다고 본다. 또한 암 생존간호에 대한 책임감이나 방해요인 등이 실무 빈도에 영향을 미치지 않는 것으로 나타나 추후 연구가 필요하다. 그리고 종양간호사들을 위해 생존간호에 초점을 둔 교육 프로그램을 개발하고 그 효과를 확인하는 연구가 필요할 것이다.

ORCID

장혜영 <https://orcid.org/0000-0003-0934-7679>

김혜숙 <https://orcid.org/0000-0002-2643-7476>

이명선 <https://orcid.org/0000-0003-4642-4928>

서혜연 <https://orcid.org/0000-0001-5865-1760>

REFERENCES

- Stewart BW, Wild C. World cancer report 2014. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.
- Korea Central Cancer Registry; National Cancer Center (KR). Annual report of cancer statistics in Korea in 2010 [Internet]. Available from: <http://www.ncc.re.kr/cancerStatsView.ncc?bbsnum=250&searchKey=total&searchValue=&pageNum=1> [Accessed February 9, 2017].
- National Cancer Information Center (KR). Cancer prevalence rate [Internet]. Available from: http://www.cancer.go.kr/mbs/cancer/subview.jsp?id=cancer_040401000000 [Accessed January 20, 2017].
- Marzorati C, Riva S, Pravettoni G. Who is a cancer survivor? A systematic review of published definitions. *J Cancer Educ*. 2017;32:228-37.
- McCabe MS, Bhatia S, Oeffinger KC, Reaman GH, Tyne C, Wollins DS, et al. American Society of Clinical Oncology statement: achieving high-quality cancer survivorship care. *J Clin Oncol*. 2013;31:631-40.
- National Cancer Center (KR). National R&D program for cancer control [Internet]. Available from: http://ncc.re.kr/main.ncc?uri=manage01_1 [Accessed January 21, 2017].
- Yi M, Kim JH, Park EY, Kim JN, Yu ES. Focus group study on psychosocial distress of cancer patients. *J Korean Acad Adult Nurs*. 2010;22:19-30.
- Ness S, Kokal J, Fee-Schroeder K, Novotny P, Satele D, Barton D. Concerns across the survivorship trajectory: results from a survey of cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 2013;40:35-42.
- Murphy JL, Girot EA. The importance of nutrition, diet and lifestyle advice for cancer survivors—the role of nursing staff and interprofessional workers. *J Clin Nurs*. 2013;22:1539-49.
- Schlairet M, Heddon MA, Griffis M. Piloting a needs assessment to guide development of a survivorship program for a community cancer center. *Oncol Nurs Forum*. 2010;37:501-8.
- Yi M, Park K, Park EY. Psychosocial needs of low-income people with cancer in Korea. *Eur J Oncol Nurs*. 2014;18:549-56.
- Yi M, Park EY, Kim DS, Tae YS, Chung BY, So HS. Psychosocial adjustment of low-income Koreans with cancer. *J Korean Acad Nurs*. 2011;41:225-35.
- Cho J, Choi EK, Kim SY, Shin DW, Cho BL, Kim CH, et al. Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a nationwide survey in Korea. *Psychooncology*. 2013;22:2372-8.
- Hewitt ME, Greenfield S, Stovall E. From cancer patient to cancer survivor: lost in transition. Washington, D. C.: The National Academies Press; 2006.
- Ng T, Toh MR, Cheung YT, Chan A. Follow-up care practices and barriers to breast cancer survivorship: perspectives from Asian oncology practitioners. *Support Care Cancer*. 2015;23:193-200.
- Wallace A, Downs E, Gates P, Thomas A, Yates P, Chan RJ. Provision of survivorship care for patients with haematological malignancy at completion of treatment: a cancer nursing practice survey study. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19:516-22.
- Hewitt ME, Bamundo A, Day R, Harvey C. Perspectives on post-treatment cancer care: qualitative research with survivors, nurses, and physicians. *J Clin Oncol*. 2007;25:2270-3.
- Irwin M, Klemp JR, Glennon C, Frazier LM. Oncology nurses' perspectives on the state of cancer survivorship care: current practice and barriers to implementation. *Oncol Nurs Forum*. 2011;38:E11-9.
- Lee ER, Kwak MK, Kim EJ, Kwon IG, Hwang MS. Job analysis of Korean oncology advanced practice nurses in clinical workplace: using the DACUM method. *J Korean Oncol Nurs*. 2010;10:68-79.
- Joh HJ, Lee JH, Choi SH, Kim HK, Kim KS. Job analysis based on working hours and activities of oncology advanced practice nurses. *Asian Oncol Nurs*. 2015;15:43-50.
- Heo KS, Park EJ. Clinical nurses' perceived or experienced obstacles and supportive behaviors in providing care for terminally ill cancer patients. *Asian Oncol Nurs*. 2016;16:147-57.
- World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/ [Accessed February 2, 2017].
- Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A, et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:26-33.
- Lester JL, Wessels AL, Jung Y. Oncology nurses' knowledge of survivorship care planning: the need for education. *Oncol Nurs Forum*. 2014;41:E35-43.
- Hong SY, Kim KS, Tae YS. Nationwide survey for current status of cancer centers in Korea. *Asian Oncol Nurs*. 2016;16:261-9.
- National Cancer Information Center (KR). National cancer prevention program [Internet]. Available from: http://www.cancer.go.kr/mbs/cancer/subview.jsp?id=cancer_060102000000 [Accessed January 20, 2017].
- Hebdon M, Abrahamson K, McComb S, Sands L. Transitioning patients to survivorship care: a systematic review. *Oncol Nurs Forum*. 2014;41:615-25.
- Uhm D, Jun M, Park YI. Knowledge, self-confidence, and intention of

BLS of clinical nurses who work at small-medium sized hospitals. J Korean Acad Soc Nurs Educ. 2012;18:446-55.

29. Kim YH, Hwang SY, Lee AY. Perceived confidence in practice of core basic nursing skills of new graduate nurses. J Korean Acad Soc Nurs

Educ. 2014;20:37-46.

30. Lee JE, Shin DW, Cho BL. The current status of cancer survivorship care and a consideration of appropriate care model in Korea. Korean J Clin Oncol. 2014;10:58-62.