

유방암 환자와 보호자의 디스트레스 감소를 위한 단기심리개입 프로그램의 개발: 예비분석을 통한 적용가능성 평가*

한수완^{† 1)} 정소연^{† 2)} 이현정³⁾⁴⁾ 하운식⁵⁾ 신영선¹⁾ 김종훈⁶⁾ 유은승^{‡ 7)8)}

국립암센터 유방암센터 과제연구원¹⁾ 국립암센터 유방암센터 전문의²⁾

국립암센터 암관리사업부 선임연구원³⁾ 국립암센터 정신건강의학과 전문의⁴⁾

안산시립노인전문병원 정신건강의학과 과장⁵⁾ 국립암센터 정신건강의학과 과장⁶⁾

국립암센터 정신건강의학과 임상심리전문가⁷⁾ 고려사이버대학교 상담심리학과 조교수⁸⁾

본 연구에서는 유방암 환자와 보호자의 디스트레스(distress)감소시키고, 삶의 질을 높이기 위해 단기 심리 상담 프로그램을 개발하여 시범 적용을 통해 효과와 적용가능성을 확인하고자 하였다. 이에 암환자와 보호자가 함께 참여하는 3회기 심리상담 프로그램('Better Together')을 개발하였고, 치료 중인 유방암환자와 보호자를 대상으로 예비 연구를 진행하였다. 프로그램 전과 후, 1달 후 추적 평가를 통해 환자와 보호자의 우울과 디스트레스 수준, 삶의 질, 부부친밀도, 보호자의 돌봄 부담, 환자의 사회적 지지도에서의 변화를 평가하였고, 프로그램 종결 후 만족도 평가와 주관적 보고로 프로그램의 유용성을 확인하였다. 대상자 모집 기간 중 프로그램의 참여율은 8.7%였으며, 이들 중 프로그램을 모두 마친 4쌍의 사례에 대해 분석을 하였다. 그 결과, 프로그램 후 환자의 우울 수준이 유의하게 감소하고, 삶의 질이 유의하게 높아져 큰 수준의 효과크기($d = -1.23 \sim 3.45$)를 나타냈다. 환자와 보호자 모두 부부 친밀감이 증가하는 양상을 보였다. 또한 프로그램 후 보호자는 환자에 대한 돌봄이 증가하였지만, 우울과 디스트레스는 증가하지 않는 양상이었다. 이러한 결과를 바탕으로, 임상 현장에서 Better Together 프로그램의 활용 가능성과 향후 연구에 대한 시사점을 논의하였다.

주요어: 유방암, 보호자, 심리적 개입, 디스트레스, 삶의 질

* 본 연구는 2019년도 한국유방건강재단의 학술연구비를 지원 받아 수행되었음(KBCF-2019P001)

† 두 사람은 제1저자로서 동일하게 기여함

‡ 교신저자(Corresponding author): 유은승, (03051) 서울시 종로구 북촌로 106 고려사이버대학교 상담심리학과 조교수, Tel: 02-6361-1943 E-mail: psyesyu@gmail.com

2017년을 기준으로, 한국의 여성 유방암 발생자 수는 22,395명으로 전년 대비 2.2% 증가하였다. 하지만 의학기술의 발전과 유방암의 조기발견, 치료법의 확립을 통해 유방암의 5년 상대 생존율은 2001~2005년 88.76%, 2006~2010년 91.2%에서 2013~2017년 93.2%로 지속적인 증가를 보이고 있다(국가암정보센터, 2017). 이렇게 유방암 발생률의 증가와 동시에 생존율의 증가는 국내에 유방암 경험자가 증가하고 있음을 의미한다. 유방암은 암이 발생하는 장기가 유방이라는 특성 때문에 대다수의 환자가 여성이다. 유방암 환자들은 암 치료를 받는 동안 유방절제술로 인한 유방의 상실, 신체 이미지의 변화와 자존감 저하, 항암치료 부작용으로 인한 탈모, 통증과 부종 등 다양한 디스트레스를 경험한다(Swinney, 2002). 또한 암 환자로 살아가면서 이전과는 다른 자아정체성을 확립해야 하며, 일상생활, 가족과 사회생활의 변화에 적응을 해야 한다(Loveys & Klaich, 1991). 암 치료 종료 후에는 암 치료를 받는 동안 제공되었던 의학적, 가족 및 사회적 지지가 줄어드는 상황에 대한 적응, 재발에 대한 불안과 공포, 암 치료가 남긴 신체적, 심리적 영향으로 인한 스트레스, 대인관계 변화와 사회적 위축, 자존감 저하, 임신과 출산계획 변화, 불임에 대한 걱정, 증상에 대한 지속적인 모니터링과 추적관찰 관리에 대한 부담감, 암의 유전성에 대한 걱정과 불안, 일상생활에 복귀에 대한 부담감 등을 경험한다(Deimling, Kahana, Bowman, & Schaefer, 2002; Stanton, 2012). 유방암 환자의 32.8%에 해당하는 환자에서 불안, 우울, 불면 등과 같은 전반적인 디스트레스가 보고되며(Holland et al., 2013), 특히 불안장애가 21.2%, 불안 스펙트럼은 45.9%, 주요 우울장애

에는 15.6%, 우울증 스펙트럼은 32.9%로(Linden, Vodermaier, Mackenzie, & Greig, 2012; Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001), 유방암 환자에게 정신장애의 유병율은 일반인에 비해 상대적으로 높다. 이러한 심리적 어려움은 신체적 증상뿐 아니라 사망률 및 자살률의 증가와도 관련 있는 것으로 보고되는 바(Hamer, Chida, & Molloy, 2009), 이들의 심리적 문제에 대한 관심과 전문적인 개입이 필요한 것은 자명하다고 할 수 있다.

한편, 암은 가족질환이라고 일컬을 정도로 보호자 또한 환자에 대한 돌봄을 지속하면서 다양한 영역에서의 디스트레스를 경험한다(권은진, 이명선, 2013). 보호자는 투병 기간 동안 환자의 신체적, 정신적 어려움을 지지하고, 환자가 가족 내에서 수행했던 역할을 치료기간과 그 이후에도 대신한다. 동시에 경제적 문제와 미래에 대한 걱정과 함께, 사회생활과 돌봄 생활 속에서 갈등을 경험하지만, 보호자들은 괴로움을 표현하지 않고 환자에게 집중하는 경향을 보인다(김남희 외, 2019). 이러한 상황은 보호자 자신의 정서적, 사회적, 신체적, 건강에 영향을 미치는데(양영희, 1998), 환자보다 더 심한 우울증상, 수면장애, 섭식장애를 경험하며, 일부에서는 심각한 불안, 외상 후 스트레스 증상을 보이는 것으로 보고된다(Holing, 1986).

한국 유방암 환자들은 대부분 중년 여성층에 분포하고 있으며, 이들에게 가족은 삶의 가장 중요한 측면 중 하나이다. 중년 여성들은 가족관계 내에서 자아정체성을 찾는 경향이 있기 때문에 투병과정에서 가족으로부터 받는 지지가 중요하다(임인숙, 2000). 우리나라 가족 구조의 특성상 원가족의 지지와 배우자 지지는 유방암 환자에게

중요하며, 특히 여성 암환자들은 남성에게 비해 가족과 친구들에게 더 의지하여 심리적으로 이해받고 지지받기를 원하는 경향을 나타낸다(박은영, 이명선, 2009; Hann et al., 2002). 국내에서 유방암 환자에게 가장 많은 돌봄을 제공하는 가족 구성원은 배우자로(김영란, 2008; 차지은, 이지혜, 2020), 배우자의 정서적 지지는 유방암 환자의 회복과 적응, 신체와 심리적 문제의 조절과 안녕감 증진에 무엇보다 중요한 요인이다(Fobair et al., 2006; Kim et al., 2008). 배우자 또한 환자의 치료 및 회복과정에서 부정적인 영향을 받는데, 수술 시기에는 배우자의 스트레스 정도가 높고, 보조요법을 받는 시기에는 부담감이 큰 것으로 보고된다(강희선, 2013; Fletcher, Lewis, & Haberman, 2010). 더불어 환자와 보호자는 투병 과정에서 서로 영향을 주고받을 수 있다(권은진, 이명선, 2012; 박진희, 배선형, 이은하, 2010; Lethborg, Kissane, & Burns, 2003). 암환자와 배우자의 상호관계적인 측면에 대한 메타분석 연구(Hagedoorn, Sanderman, Bolks, Tuinstra, & Coyne, 2008)에서 환자와 배우자의 정서적 디스트레스 간에 유의한 정적 상관이 나타나는 바, 부부가 하나의 정서적 체계로 반응을 하는 것으로 보인다. 즉, 간병을 하는 과정에서 배우자의 디스트레스가 높을수록 환자의 디스트레스도 높아지며, 환자가 치료 과정에서 경험하는 불안, 우울, 스트레스 등 부정적인 경험은 배우자의 삶의 질을 낮춘다. 유방암 환자의 배우자, 즉 남성 배우자는 가족의 생계를 유지하기 위해 직장으로 복귀해야 하므로 주보호자가 부모 또는 자녀로 변화하기도 한다(천상순, 2010). 국내 암환자의 가족보호자를 대상으로 한 연구에서 가족들은 간병 속박으로

인한 스트레스, 무력감, 죽음에 대한 두려움과 걱정, 환자를 무조건적으로 수용해야 하는 것에서 오는 불공평함, 지속되는 간병으로 인한 불확실함과 슬픔 등을 경험하지만 이런 누적된 감정과 피로감을 해소할 수 없음을 보고하였다(유진희, 진주혜, 2017).

이에 여러 연구자들이 유방암 환자와 보호자 모두 암 치료와 회복 과정에서 심리적 어려움을 감소시키고 삶의 질을 향상시키기 위해 보호자를 포함한 환자를 위한 심리적 개입이 필요하다고 주장한다(강희선, 염수영, 전은영, 2013; Belcher et al., 2011; Bigatti, Brown, Steiner, & Miller, 2011; Garland, Carlson, Marr, & Simpson, 2009; Shields & Rousseau, 2004). 이러한 필요성에 따라 해외에서는 유방암 환자와 보호자를 대상으로 한 심리사회적 개입을 개발하여 시행하고 있다. 미국 암 협회는 1979년부터 “I Can Cope(ICC)”라는 교육 프로그램을 개발하여 제공하여 왔고, 1990년에 프로그램 개정을 위한 그룹이 구성되면서 미국 전역에서 시행된 ICC프로그램의 효과를 검증하였다(McMillan, 1993). 이후에도 지속적으로 다양한 형식이 개발되고 있다. ICC프로그램은 원래 8주 16시간 과정이었던 것이 온라인으로 가능한 좀더 짧은 형식으로, 혹은 대면상담에서 전화 상담으로 발전해왔다. I Can Cope 프로그램은 환자와 가족을 대상으로 암과 암 치료에 대한 이해, 통증 완화, 몸과 마음 관리 등을 주제로, 주로 기술훈련과 심리 교육적인 접근을 바탕으로 구성되어 있다. 호주에서 Scott, Halford와 Ward(2004)가 개발한 ‘Can-COPE’는 유방암 환자와 그 배우자가 암에 대처하고, 서로를 지지하도록 개발된 부부치료이다. 이 치료에서는 부부의

심리적 디스트레스 감소와 적응을 목표로 한다. 프로그램은 의학적 정보 제공, 적응 교육과 지지적 전화상담, 지지적 의사소통과 성 상담, 유방암 경험의 의미에 대한 탐색으로 구성되어 있다. Can-COPE는 배우자의 지지적 의사소통과 부부의 친밀감을 증가시키고, 환자의 회피적 대처의 사용이 줄어들어 환자의 디스트레스를 감소시키는데 효과적인 것으로 나타났다(Scott, Halford, & Ward, 2004). 이와 유사하게 Manne등(2005)은 사회 인지 처리이론을 바탕으로 한 유방암환자의 심리적 적응 프로그램을 개발하였는데, 유방암 관련 의학 교육과 부부간 의사소통기술을 교육한 결과, 부부관계와 정서적 스트레스가 개선되었다(Manne et al., 2005). Shields와 Rousseau(2004)는 가족치료와 인지 치료적 기법들을 적용하여 환자와 배우자의 암에 대한 경험을 비교, 대조하며, 부부의 감정에 대한 의사소통을 강화하고, 삶의 의미를 찾는 것을 주요 활동으로 하는 프로그램을 개발하였다. 1단계 연구에서 10쌍의 커플을 대상으로 두 개의 포커스 그룹 인터뷰를 통해 프로그램에 포함될 주제를 도출하였다. 2단계 연구에서는 48쌍의 커플을 대상으로 1회기 진행 그룹 21쌍, 2회기 진행 그룹 12쌍, 치료를 받지 않는 통제 그룹 15쌍을 대상으로 프로그램의 효과를 검증하였다. 그 결과 환자와 배우자의 암 경험 이야기하기, 의사소통 훈련, 인지 재구조화 등의 내용으로 구성된 2회기 프로그램이 이들의 정신건강과 암 관련 스트레스에서 긍정적 변화를 가져온 것으로 확인되었다 Shields & Rousseau, 2004). 이외에도 유방암 환자와 보호자를 포함한 중재프로그램들이 개발되어 임상 장면에서 적용되었고 긍정적 효과를 보고하고 있다(Baucom et al., 2009; Manne,

Ostroff, & Winkel, 2007, 2013; Kalaitzi et al., 2007; Scott, Halford, & Ward, 2004). 해외 중재 프로그램의 특징과 효과는 아래 표 1과 같다.

이렇게 비교적 해외에서는 암환자와 보호자에 대한 치료적 개입 연구가 활발히 진행되어 왔지만 국내의 유방암 환자와 보호자 모두를 대상으로 하는 심리상담 프로그램의 개발과 임상현장에서의 적용은 매우 소수에 불과하다(권은진, 2015; 김정은, 박경민, 고효정, 2003). 국내 유방암 생존자와 배우자를 위한 연구를 살펴보면, 기존의 연구들은 대부분 간호학에서 이루어져왔고, 가족과 보호자의 영향과 지지의 중요성에 대한 정보전달과 교육적 접근을 하고 있다(권은진, 2015; 김정, 한정원, 2018; 김정은, 박경민, 고효정, 2003). 국내 중재프로그램은 유방절제술을 받은 여성과 배우자에 대한 지지교육이 삶의 질에 미치는 효과(김정은, 박경민, 고효정, 2003), 유방암 환자와 배우자를 대상으로 한 모바일 기반 정보적 지지 프로그램 개발 및 평가(권은진, 2015)등이 보고되며 해당 전문 분야의 활동과 연구가 매우 미진한 상태이다.

한편, 앞서 언급한 환자와 보호자를 대상으로 한 프로그램들에서 공통적으로 포함된 주요 개입은 환자와 보호자 간의 의사소통 훈련, 암 진단과 치료에 대한 교육, 정서 표현 및 지지 등이다. 여기에 Shields와 Rousseau(2004)는 프로그램을 개발하는 과정에서 프로그램에 포함해야 할 주제를 도출하기 위해 암환자와 배우자를 대상으로 focus group을 진행하였는데, 그 결과, 암환자와 보호자에게 암에 대해 이야기를 하는 기회, 의사소통 기술에 대한 설명, 암과 관련된 이야기를 할 때 경험하는 강렬한 감정을 조절하는 법, 미래에 대한

표 1. 해외 유방암 환자와 보호자 대상 중재 프로그램 구성

Study	Approach	Agenda & Therapeutic techniques	Outcomes
Baucom et al., 2009	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 인지행동치료 기반 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 예방절제술 관련 의료정보 제공 및 교육 ▪ 의사소통 및 문제해결 기술 훈련 ▪ 정서표현 기술 훈련 ▪ 삶의 의미 발견하기 ▪ 성격/신체적 적응 증진 훈련 ▪ 2주에 1회씩 총 6회기(75분) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 환자와 보호자 모두 정서적, 관계적, 성격적 기능의 향상 ▪ 환자의 암 관련 의학적 증상 감소
Manne et al., 2005	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 인지-사회 처리 이론(Cognitive-social processing theory) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 감정 표현하기 ▪ 스트레스 관리 및 완화 훈련 ▪ 대처기술, 사회적지지, 의사소통 관련 훈련 ▪ 매주 1회씩 총 6회기(90분) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 환자와 보호자 모두 우울증상 감소 ▪ 환자의 감정처리 능력 증진 및 감정표현의 증가
Scott et al., 2004	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 해결 중심적 접근 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 의료정보 제공 및 교육과 지지적 상담 ▪ 문제중심 해결 훈련 ▪ 암 관련 걱정 및 부정적 인지 대처 훈련 ▪ 자존감, 신체 이미지 만족 강화 훈련 ▪ 수술 후 부작용 관리하기 ▪ 수술 전, 수술 직후, 1주, 5주, 6개월 후 총 5회(120분) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 부부간 의사소통 증진 ▪ 대처기술 증진 ▪ 심리적 디스트레스 감소 ▪ 성적 친밀감과 신체 이미지 인식의 개선
Shields & Rousseau., 2004	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 인지 행동적 접근 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 환자와 배우자의 암 경험을 이야기하기 ▪ 의사소통 훈련: 의사소통 장벽과 다룬 목록만들기, 지지적으로 반응하기 ▪ 인지 재구조화: 암으로부터 의미 발견하기 ▪ 부부의 일상생활 시간표 만들기 ▪ 총 2회기(8시간) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 일반 스트레스와 암 관련 디스트레스의 감소 ▪ 결혼생활 만족도 증가

이야기가 포함되어야 한다고 제안하였다. 더불어 이러한 주제들을 효과적으로 다루기 위한 전략으로 주로 인지 치료적 기법과 심리 교육, 행동적 부부치료 기법을 활용하고 있었다(Baucom & Epstein, 1990; Jacobson & Margolin, 1979).

따라서 본 연구에서는 기존 연구의 문헌 고찰을 토대로 치료중인 유방암환자와 보호자를 위한 심리적 개입에서 주요하게 다루어야 할 주요 주제(agenda)를 추출하였고, 유방암 환자와 보호자를 대상으로 암 치료 과정에서 겪는 각자의 어려움에 대한 상호 이해와 공감을 촉진하고, 암 여정에서 환자의 돌봄 요구를 충족시키고, 보호자의 돌봄 부담을 감소시킴으로써 이들의 정신건강을 도모하고자 단기 심리 상담 프로그램을 개발하였으며, 시범 적용을 통해 효과와 실행가능성을 확인하고자 하였다. 프로그램에 참여한 유방암 환자 및 보호자의 디스트레스 변화 양상에 대한 양적 측정과 주관적 보고에 기반을 두고 프로그램의 효과를 기술해 보고자 한다.

방 법

프로그램의 개발과정 및 회기 별 내용

프로그램 개발을 위해 먼저 암환자의 돌봄 미충족 요구, 환자의 돌봄 부담 등에 대한 문헌고찰, 암환자와 보호자를 대상으로 한 심리적 개입에 대한 문헌고찰을 하였다. 그 결과를 바탕으로 치료 중인 암환자와 보호자의 주요 디스트레스와 갈등 영역, 보호자와의 관계에서 돌봄 문제 등과 관련된 주요 주제(agenda)들을 추출하였다. 임상 심리전문가 1인과 정신건강의학과 전문의 2인, 종양전문 1인이 프로그램의 형식과 개요, 회기별 주요 주제와 세부 활동을 구성하였고, 프로그램 구성의 적절성과 적용가능성에 대해 여러 차례 논의를 통해 수정, 보완을 반복하였다. 이러한 과정에서 새롭게 개발된 프로그램, “Better Together”는 문제해결중심, 정서중심, 행동적 접근으로 바탕으로 하는 구조화된 심리치료로, 회기마다 심리교육, 기술훈련, 행동 활성화 기법을 적

표 2. 유방암 환자와 보호자를 위한 집단 심리 상담프로그램 개요

회기	치료 목표	세부 내용
1	감정 환기와 긍정 정서 고양	1) 프로그램 구조화 및 치료목표 설정 (10분) 2) 표현적 글쓰기를 통한 암 치료 과정에서의 부정적 감정 표현하기(30분) 3) 긍정적 정서 고양을 위한 즐거운 활동 목록 작성과 활동 계획하기(40분) 4) 과제: 개별/동반 즐거운 활동하기(10분)
2	1. 디스트레스 이해 2. 미충족 바람 탐색 과 이해 3. 의사소통기술 훈련	1) 심리 교육: 암치료과정에서의 디스트레스 이해 (15분) 2) 현재 나의 스트레스/돌봄 스트레스 탐색 (30분) 3) 미충족된 욕구와 바람의 표현 - 수용을 통한 공감 및 지지 표현 연습 (30분) 4) 효과적 의사소통 기술 훈련 (20분) 5) 과제: 효과적인 의사소통 실천하기 (10분)
3	1. 치료 종결 후 디스트레스 이해 2. 치료 후 일상 복귀 준비	1) 심리교육: 암 치료 종결 후 환자/보호자가 경험하는 디스트레스 (15분) 2) 암 진단 후 긍정적인 변화와 암이 주는 의미 탐색 (10분) 3) 치료 종결 후 일상 활동 계획 및 우선순위 정하기 (35분) 4) 삶의 단계적 목표 설정과 실천 방법 계획 (35분) 5) 상호간 감사 편지쓰기를 통한 긍정적 상호작용 (25분)

용한 활동이 포함되어 있다. 프로그램은 총 90분에서 120분간 진행되며, 프로그램의 상세 구성은 아래 표 2에 제시하였다. 프로그램의 구성안이 마련된 후, 연구진은 프로그램 시행을 위한 치료자 매뉴얼과 환자/보호자용 워크북을 각각 제작하였다. 이렇게 개발된 매뉴얼에 대해 대학병원의 암 센터에서 암환자와 보호자를 진료하고 있는 정신건강의학과 전문의 1인과 인지행동치료 전문가인 임상심리학자 1인에게 평가와 피드백을 받았다. 이들은 모두 10년 이상의 임상 경력을 가졌다. 두 전문가는 프로그램 매뉴얼과 환자용 워크북을 리뷰한 후, 프로그램 구성의 적절성, 프로그램의 보급 가능성, 프로그램 필요성 등에 대해 1에서 5점 척도로 평정하고, 기타 의견을 서술하는 형식으로 평가를 진행하였다. 프로그램에서 사용되는 디스트레스 교육 내용, 진행방식, 대상자 선별 기준 등에 대한 구체적인 외부 전문가의 의견을 반영하여 프로그램 매뉴얼과 워크시트를 최종적으로 수정하였다.

1회기: 마음을 들어봐요

첫 회기를 시작하면서 치료자는 프로그램의 목적과 내용을 소개하고 참여자들의 자기소개, 참여동기와 기대를 나눈다. 암 진단 후 지금에 오기까지의 여정을 심상화 하는 작업을 한 후, 표현적 글쓰기를 통해 암 치료과정에서의 경험과 감정을 표현하도록 한다(Shields & Rousseau, 2004). Pennbaker(1997)가 제안한 표현적 글쓰기를 수정하여 적용하였는데, 표현적 글쓰기는 이전에 억제된 감정을 직면할 수 있게 함으로써 신체적 스트레스를 감소시키고, 인지적 통합과 이해를 증진시킬 수 있다(Baikie & Wilhelm, 2018). 글쓰기를

하는 동안 치료자는 참여자가 암과 관련한 경험과 그 간에 억제되어 있던 감정들을 표현할 수 있도록 독려하였다. 글쓰기 후, 자신이 작성한 내용을 직접 낭독하며 감정을 표현하고 환기한다. 이 과정에서 치료자는 참여자의 감정을 충분히 반영하고, 다른 참가자들이 서로의 경험과 감정에 충분히 공감할 수 있도록 한다. 다음으로는 긍정적 정서를 고양시키기 위해 행동 활성화 기법인 ‘나에게 즐거움과 편안함을 주는 활동 리스트’를 작성하도록 한다. 일상 속 즐거운 활동 목록을 작성 후, 환자와 보호자가 서로 목록을 함께 살펴보고 공통된 항목을 찾아보도록 한다. 이를 통해 두 사람이 공유할 수 있는 활동을 확인하고, 이를 실제로 함께 해보도록 과제로 부여한다. 두 사람이 함께할 수 있는 즐거운 활동 뿐 아니라, 혼자 하는 즐거운 활동 역시 과제로 실천할 수 있도록 한다. 참여자들에게 과제 기록지를 나누어 주어 기록하도록 한다.

2회기: 마음으로 얘기해요

지난 주 과제인 즐거운 활동을 실천한 결과를 이야기 나누며, 활동을 하는 과정에서 감정의 변화를 확인한다. 2회기 주요 활동으로 암 치료 기간 동안 환자와 보호자가 경험하는 디스트레스에 대한 심리교육을 한다. 신체적, 심리적, 사회적, 경제적 측면 등 다양한 영역에서 현재 자신과 상대가 겪고 있는 어려움을 탐색하도록 한다. 이때, ‘이심전심 하트’ 활동지를 활용하는데, 이 활동지는 나와 상대의 디스트레스를 시각적으로 직접 확인하고, 서로 간의 어려움을 얼마나 잘 알고 있는지를 비교할 수 있도록 연구진이 개발하여 제작한 것이다. 이 작업을 통하여 환자와 보호자는

그동안 표현하지 못한 자신의 어려움을 상대에게 직접 표현할 수 있으며, 서로 미처 알지 못했던 어려움을 확인하고 상호 이해하는 시간을 갖게 된다. 더불어 지금의 어려움을 해소하기 위해 자신이 상대에게 어떤 것을 바라는지 자신의 요구(needs)를 표현하는 시간을 갖는다. ‘바람(want)풍선 전하기’ 활동을 통해 상대방에게 자신의 솔직한 바람을 직접적으로 전달할 수 있도록 안내한다. 이때 상대는 말하는 사람의 욕구를 있는 그대로 수용하는 표현을 할 수 있도록 치료자가 독려한다. 그 다음, 효과적 의사소통 방법인 ‘Better Together 대화법’을 소개한다. Better together 대화법은 ‘나 전달법(Gordon & Edwards, 1995)’과 ‘비폭력 대화법(Rosenberg, 2015)’을 조합해 구성한 대화법으로, 비난하지 않고 서로의 차이를 인정하며 문제 상황에서의 나의 감정을 구체적이고 적극적으로 표현하는 의사소통 방법이다. 치료자가 먼저 다양한 상황을 시연한 다음, 참여자들이 자신의 사례를 적용하여 연습을 하도록 한다. 과제로는 일상에서 ‘Better Together 대화법’을 실천하고 과제기록지에 기록하도록 한다.

3회기: 마음을 함께해요

지난 회기 과제인 Better Together 대화법의 실천 결과를 점검한다. 3회기에서는 암 치료 종결 후 일상생활에 복귀하는 과정에서 겪을 수 있는 어려움에 대한 심리교육이 이루어진다. 이를 통해 각자가 예상되는 어려움에 대해 이야기하고, 그에 대처할 수 있는 방안을 탐색한다. 이때 치료자는 환자의 어려움을 충분히 표현할 수 있도록 지지하고 상대방부터 공감 받을 수 있도록 환자의 어려움을 명료화 하며, 서로의 어려움에 공감을 표

현하도록 독려한다. 다음으로 암 치료 후 경험할 수 있는 긍정적 변화에 대해 소개하고, 참여자들이 자신의 긍정적 변화나 성장을 되돌아보며 암 이후의 삶에 새로운 의미를 탐색한다(Baucom et al., 2009). 뒤이어 건강한 삶을 유지하기 위한 일상생활의 활동 계획과 우선순위를 정한다. 환자와 보호자는 일상생활 속에서 반드시 해야 하는 일과 중요한 일을 나눠보고, 우선순위에 따라 일과 활동을 계획한다. 이때 치료자는 참여자들의 계획표에 ‘즐거운 활동 리스트’의 활동을 포함하여 환자와 보호자가 일상에서 긍정적 정서를 고양시킬 수 있는 활동을 지속할 수 있도록 독려한다. 치료 이후 달라진 삶의 목표를 재설정하고 구체적인 실천방법을 3개월, 1년 후 단위로 계획한다(Kyser, Feldman, Borstelmann & Daniels, 2010). 계획표를 작성한 후 참여자들은 자신의 삶의 목표와 실천방법을 공유하며, 상호 긍정적인 지지를 보내도록 독려한다. 이때 치료자는 두 사람의 목표 안에서 공통의 목표와 삶의 가치를 탐색하도록 질문을 하여 연대감을 높이도록 한다. 그 다음 서로에게 감사편지를 작성하고 낭독하면서 정서적 지지와 긍정적 상호작용을 경험하도록 한다. 마지막으로 프로그램을 마치며 프로그램에 대한 소감을 나눈다.

연구대상

프로그램 참가자는 경기도 소재의 암전문병원에서 2020년 5월부터 11월까지 모집하였다. 본 연구의 대상은 유방암 0기~Ⅲa로 수술 및 항암 치료 후 방사선치료를 받기 위해 내원한 20세에서 만 65세 이하인 환자와 그 보호자로, 환자에게 배우자, 자녀, 형제자매, 부모 등 생활을 같이하게

나 자신을 주로 돌보며 영향을 미치는 보호자가 존재하는 경우에 참여가 가능하였다. 또한 연구자에 의해 자살, 자해 및 타해 위험이 있다고 판단되거나 환자의 전신신체상태가 본 연구에 참여하기에 적합하지 않은 상태인 경우, 시청각 기능 장애나 인지기능 장애가 있어 의사소통에 제한이 있는 자의 경우 제외되었다.

모집 기간 동안 총 대상 환자 수는 92명이었으며, 이 중 8쌍(8.7%)의 환자와 보호자가 연구 참여에 동의하여 참여하였다. 대상자의 대다수가 연구 참여를 거절하였는데, 그 이유로는 보호자가 동반하여 참여하기 어렵다는 것이었다. 그 밖에 프로그램의 일정과 맞지 않거나 프로그램의 필요성을 느끼지 못하는 것 역시 주요 거절 사유로 보고되었다. 연구 참여에 동의한 8쌍의 참가자 중 4쌍이 최종적으로 프로그램을 마쳤다. 탈락한 4쌍

중 1쌍은 암 치료 변경으로 연구 대상의 선정기준에 맞지 않아 참여가 어렵게 되었으며, 2쌍은 프로그램에 참여를 위한 스케줄 조정이 불가해 프로그램 시작 전 탈락하였다. 또한 프로그램을 시작한 후 한 쌍은 보호자가 2회기에 참여를 거부하여 중도 탈락하였다. 모집 시기 동안의 대상 환자수, 등재 및 중도 탈락자 flow diagram은 아래 그림1에 제시되어 있다.

측정 도구

1. 환자 대상 평가도구

한국판 FACT-B (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer, Korean version: FACT-B). FACT-B는 유방암 환자의

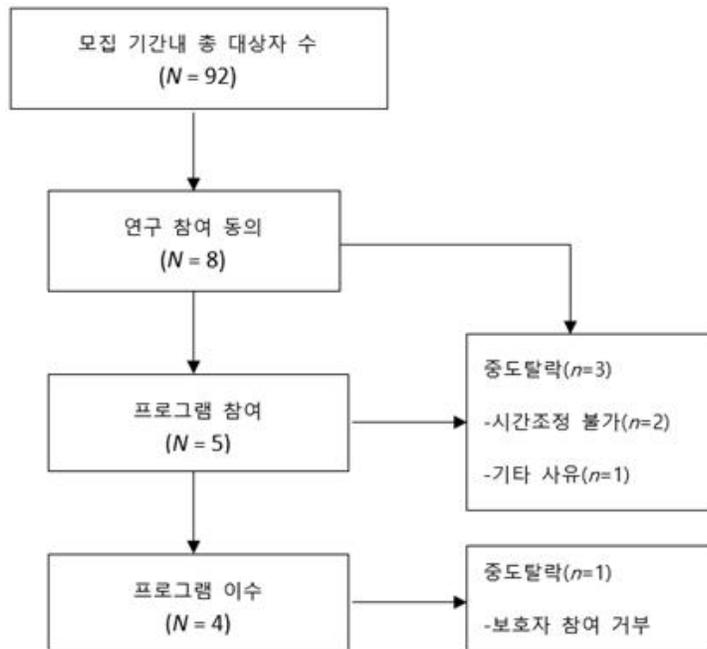


그림 1. 참가자 모집 Flow Diagram

삶의 질을 측정하는 도구로, 1993년 Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)(FACIT, 1993)에 의해 개발되고 유희정 등(2005)이 한국어로 번안하여 타당화 하였다. FACT-B는 신체적 상태(Physical Well-Being: PWB), 사회적/가족 상태(Social Well-Being: SWB), 정서적 상태(Emotion Well-Being: EWB), 기능적 상태(Functional Well-Being: FWB) 및 유방암 특이적 상태(Breast Cancer Subscale: BCS)로 구성되어 있다. 총 37문항으로 5점 Likert식 척도(0~4점)이며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 0.71이었다.

Duke-UNC 사회적 지지도 설문지(DUKE-University of North Carolina Functional Social Support Questionnaire: DUKE-UNC FSSQ). Duke-UNC 사회적지지 설문지는 Broadhead, Gehlbach, de Gury와 Kaplan(1988)이 기능적 사회적 지지도를 측정하기 위해 개발한 것으로 서상연, 임영신, 이소현, 박민선, 유태우(1997)가 한국어로 번안하여 타당화 하였다. 총 13 문항이며, 타인으로부터 지지를 얻는 정도를 5점 likert 척도(1-5점)상에 평정하며, 점수가 높을수록 높은 수준의 사회적 지원을 반영한다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 0.90이었다.

한국판 우울증 선별도구 (Patient Health Questionnaire: PHQ-9). PHQ-9은 Spitzer, Kroenke와 Williams(2001)가 개발한 자기 보고형 검사로 일차의료기관에서 흔한 정신 질환의 진단을 위해 개발된 우울장애 모듈이다. 본 연구에서

는 한창수 등(2008)에 의해 번안한 한글판 PHQ-9을 사용하였다. 전체 9개의 항목은 DSM-IV의 주요 우울 삽화의 진단기준과 일치하게 고안되었으며, 4점(0~4점) Likert 척도에 자가 평정하도록 되어있다. 총 점수는 0점에서 27점 범위로 점수가 높을수록 우울증상의 정도가 심각하다는 것을 반영한다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 0.94이었다.

부부친밀도 (Marital Intimacy Questionnaire: MIQ). Waring과 Reddon(1983)이 개발한 MIQ를 김숙남(1999)이 수정·보완한 8문항의 도구를 사용하였다. 이 척도는 부부간의 의사소통 양상, 상호존중, 성생활 만족, 여가활동, 결혼생활의 안정감, 감정표현 정도 및 가족관계 유지에 관한 문항으로 구성된다. 4점 Likert식 척도(1~4점)로 점수가 높을수록 부부 친밀도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 0.94이었다.

디스트레스 온도계(Distress Thermometer, Korean version: DT). 디스트레스 평가는 미국 National Comprehensive Cancer Network (NCCN)에서 개발된 DT & Problem List에서 Distress Thermometer(DT)만 사용하였다. 한국 암 환자에게서 신뢰성과 타당성이 확립된 한국형 DT버전(심은정, 신용욱, 전홍진, 함봉진, 2008)을 사용하였다. 지난 일주일 동안 주관적으로 경험한 디스트레스의 정도를 0점~10점의 NRS 척도 상에 표시하게 되어 있다. NCCN 기준에 따라 4점 이하의 경증의 디스트레스군, 4점 이상은 중증의 디스트레스군으로 분류한다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 0.80이었다.

프로그램 만족도 조사. 만족도 조사는 프로그램이 도움이 된 정도와 각 활동 별로 도움이 된 정도, 유방암 환자와 보호자에게 도움이 되는 정도, 본 프로그램이 필요한 정도, 본 프로그램을 추천할 의향 등을 총 4개의 영역에 대한 질문으로 1점에서 5점으로 응답하는 likert 척도로 제작하였다. 더불어 프로그램 전과 비교하여 좋아진 점과 프로그램을 통해 도움을 받은 내용을 구체적으로 기술하도록 하는 주관식 문항도 포함되어 있다

2. 보호자 대상 평가도구

암환자 보호자의 삶의 질 (Caregiver Quality of Life Index-Cancer: Korean Version; CQOLC-K). 암환자의 가족의 삶의 질을 측정하는 도구로 Weitzner, Jacobsen, Wagner, Friedland와 Cox(1999)가 개발한 caregiver quality-of-life instrument를 윤영호 등(2005)이 변안한 암환자 가족의 삶의 질 측정도구 (CQOLC-K)를 사용하였다. 총 35문항으로 부담감 (Burden) 10문항, 혼란(Disruptiveness) 7문항, 긍정적 적응(Positive adaptation) 7문항, 경제적 부담(Financial concerns) 3문항, 그 외 삶의 질(기타)에 대한 8개의 1문항씩 독립된 항목으로 구성되며 5점 Likert 척도(0~4점)로 구성되어 있다. 총점은 0-140점으로 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도 (Cronbach's α)는 0.92이었다.

보호자 반응척도 (Caregiver Reaction Assessment Scale, Korean version: CRA-K). 보호자 반응척도(CRA)는 Given등(1992)이 개발한

중립적이고 포괄적인 보호자 돌봄 부담감을 평가하는 도구로, 암 환자 가족에게도 사용되기 적절한 도구로 검증되었다. 본 연구에서는 양형국 등 (2013)이 타당화 한 CRA-K를 사용하였다. CRA는 생활 패턴(5문항), 가족지지의 부족(5문항), 건강 문제(4문항), 자기 효능감(7문항), 경제적 문제 (3문항)의 5개 하위요인의 총 24문항으로 구성되어 있다. 각 문항에 대한 응답은 5점 likert 척도(1~5점)로 긍정적인 면을 측정하는 자기 효능감을 제외한 각 영역에서 높은 점수는 각 하위 요인에 대한 부정적인 영향이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 0.89이었다.

그 밖에, 한국판 우울증 선별 도구, 부부 친밀도, 디스트레스 온도계, 프로그램 만족도 조사는 환자와 동일하게 시행되었다.

연구 절차

Better Together는 집단(두 쌍 이상) 또는 개별 (한 쌍)로 진행이 가능하도록 고안되었다. 주1회, 총 3회로 구성되었으며, 한 회기 당 90분에서 120분이 소요되었다. 임상심리전문가 1인이 주 치료자를 맡아 진행하였고, 심리학 전공 석사 졸업생 1인이 보조 치료자로 참여하였다. 2쌍은 집단으로 진행되었고, 3쌍(중도탈락 1쌍 포함)은 개별로 진행되었다. 프로그램의 효과 평가는 사전, 사후, 치료 종결 후 4주 후, 총 세 차례 이루어졌고, 사후 평가에서는 만족도 평가가 함께 진행되었다.

분석방법

수집된 자료는 SPSS 21.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 본 연구는 적은 사례 수로 인하여 평가도구의 측정 시점 간 변화량을 분석을 위해 비모수 검정(Friedman test)을 실시하였고, 점수 평균의 차이를 표준편차로 표준화 하여 Cohen's *d* 값을 계산하여 효과 크기를 제시하였다. *d*값이 0.2인 경우는 작음(small) 효과, 0.5인 경우는 중간(medium) 효과, 그리고 0.8 이상인 경우는 큰(large) 효과 크기로 해석할 수 있다. *d*값이 1보다 큰 경우 비교 집단이 대조 집단에 비해 1 표준편차 이상 평균이 크다는 의미이며, *d*값 산출 시

절대값을 적용하기 때문에 *d*값이 음수로 산출되는 경우 양수 값과 동일하게 효과 크기를 해석한다(Cohen, 1988).

결 과

프로그램에는 5쌍의 환자와 보호자가 참가하였으나 1쌍이 중도 탈락을 하여 총 4쌍의 참가자가 프로그램을 모두 마쳤다. 최종 분석에는 4명의 환자와 4명의 보호자가 포함되었다. 프로그램에 참가한 환자와 보호자의 인구통계학적 특성은 표 3에 제시되어 있다.

표 3. 참가자 인구통계학적 특성

환자	사례1	사례2	사례3	사례4
성별	여	여	여	여
나이	41	41	39	48
결혼상태	기혼	기혼	기혼	기혼
암 진단시기	19년 11월	20년 5월	19년 12월	20년 8월
암 병기 (cancer stage)	III	0	III	0
암 수술 종류	부분절제	부분절제	완전절제	부분절제
치료종류	수술 항암치료 방사선치료	수술 호르몬치료 방사선치료	수술 항암치료 방사선치료	수술 방사선치료
정신과 치료 또는 심리상담 욕구	자주	가끔	가끔	가끔
정신과 치료 또는 심리상담 경험	있음	없음	없음	없음
보호자	사례1	사례2	사례3	사례4
성별	남	남	여	남
나이	53	47	68	49
결혼상태	기혼	기혼	기혼	기혼
환자관계	배우자	배우자	모친	배우자
직업	유	유	유	유

환자 사전-사후-추후 검사 결과

환자의 사전, 사후 및 추후 검사 결과는 표 4에 제시되어 있으며, 결과는 다음과 같다.

환자의 삶의 질(FACT-B)은 대부분의 사례에서 점수가 20점 가까이 상승하며 통계적으로 유의한 변화를 보였다($x^2 = 6.50, p = .039$). FACT-B의 사전, 사후, 추후 검사 효과 크기는 사전-사후 2.39, 사후-추후 .34, 사전-추후 3.45로 나타났다.

사회적지지(DUKE-UNC FSSQ)의 경우 사전-사후에서 점수가 감소하다 추후에서 다시 회복하는 경향을 보였다. 이러한 결과는 통계적으로 유의하지 않았으며($x^2 = .50, p = .779$) FSSQ의 사전, 사후, 추후 검사 효과 크기는 사전-사후 -.37, 사후-추후 .38, 사전-추후 .07로 나타났다.

환자들의 우울 수준(PHQ-9)은 치료 후 유의하게 감소하였다($x^2 = 7.60, p = .022$). PHQ-9의 사전, 사후 검사 효과 크기는 사전-사후 -.70, 사후-추후 -.47, 사전-추후 -1.23 이었다.

시기별 부부친밀도(MIQ)의 변화는 통계적으로

유의하지 않았으나($x^2 = 3.46, p = .178$), 대부분의 사례가 사전-사후 검사에서 부부 친밀도가 상승 또는 유지되었고 추후에서 사전보다 높은 점수를 유지하였다. 환자의 MIQ 사전, 사후, 추후 검사, 효과 크기는 사전-사후 .69, 사후-추후 -.46, 사전-추후 .15로 나타났다.

환자의 디스트레스 수준(DT)은 통계적으로 유의한 감소를 보이지 않았지만($x^2 = 3.50, p = .174$), 대부분 중증도에서 경도의 디스트레스로 감소하는 패턴을 보였다. 환자의 DT 사전, 사후, 추후 검사 효과 크기는 사전-사후 -.32, 사후-추후 .82, 사전-추후 -1.13이었다.

보호자 사전-사후-추후 검사 결과

보호자의 사전, 사후 및 추후 검사 결과는 표 5에 제시되어 있으며, 결과는 다음과 같다.

보호자 반응 척도(CRA-K)에서 보호자들의 생활패턴에 관련한 돌봄 부담의 시기별 변화는 통계적으로 유의하지 않았다($x^2 = 3.50, p = .174$). 부

표 4. 환자의 척도별 점수 변화 및 Friedman 검정결과($n=4$)

	MSD			x^2	p
	사전	사후	추후		
한국판 FACT-B (FACT-B)	73.25(2.06)	90.25(9.84)	93.25(7.93)	6.50	.039*
DUKE-UNC 사회적 지지도 설문지 (DUKE-UNC FSSQ)	48.50(5.80)	46.00(7.62)	49.00(8.37)	.50	.779
한국판 우울증 선별도구 (PHQ-9)	7.25(3.59)	4.75(3.50)	3.25(2.87)	7.60	.022*
부부 친밀도 척도 (MIQ)	18.3(3.21)	21.7(6.03)	19.0(5.67)	3.46	.178
디스트레스 온도계 (DT)	5.25(2.36)	2.50(2.52)	4.50(2.38)	3.50	.174

* 사례 3의 경우, 보호자로 모친이 참여하여 부부 친밀도 척도는 제외함.

담 수준이 사전-사후 간 증가하는 경향을 보였지만 2사례는 추후에서 다시 감소하는 경향을 보였으며 효과 크기는 사전-사후 .82, 사후-추후 -.53, 사전-추후 .05로 나타났다.

경제적 문제와 관련한 돌봄 부담은 사례4를 제외하고 모두 사전 점수를 유지하거나 상승하는 추세를 보였다. 그러나 이러한 변화는 통계적으로 유의하지 않았으며($x^2=.67, p=.717$), 경제적 문제의 사전, 사후, 추후 검사 효과 크기는 사전-사후 -.25, 사후-추후 .36, 사전-추후 .00으로 나타났다.

가족 지지 부족의 시기별 변화는 통계적으로 유의하지 않았으나($x^2=.50, p=.779$) 사례 4를 제외한 모든 사례가 사전-사후 간 점수가 감소하였으며, 추후검사에서 상승한 점수 또한 사전 점수 범위를 유지하였다. 가족 지지 부족의 사전, 사후, 추후 검사 효과 크기는 사전-사후 -.25, 사후-추후 -.24, 사전-추후 -.59로 나타났다

네 사례 중 두 사례는 사전에 비해 추후 검사

에서 건강관련 부담이 줄었지만 나머지 2사례는 증가된 부담 정도를 보였다. 하지만 이러한 변화는 통계적으로 유의하지 않았으며($x^2=.57, p=.751$), 건강문제의 사전, 사후, 추후 검사 효과 크기는 사전-사후 .37, 사후-추후 .00, 사전-추후 .26이었다.

자기 효능감 또한 통계적으로 유의한 시기별 변화를 보이지 않았으나($x^2=1.73, p=.420$) 사전부터 추후까지 지속적인 점수의 상승을 보이거나 추후에서 사전보다 높은 점수를 유지하는 패턴을 보였다. 자기 효능감의 사전, 사후, 추후 검사 효과 크기는 사전-사후 .68, 사후-추후 -.09, 사전-추후 .58로 나타났다.

CQOLC-K를 통해 측정된 보호자의 삶의 질은 통계적으로 유의한 변화를 보이지 않았다($x^2=1.20, p=.549$). 하지만 4명중 2명의 사례에서 삶의 질 수준이 사전에 비하여 추후 점수에서 상승 및 유지되는 것을 확인할 수 있다. CQOLC-K의

표 5. 보호자의 척도별 점수 변화 및 Friedman 검정결과($n=4$)

	M(SD)			x^2	p
	사전	사후	추후		
보호자 반응척도 (CRA-K)					
생활패턴	2.20(0.67)	2.75(0.66)	2.25(1.16)	3.50	.174
경제적 문제	1.91(0.42)	1.67(0.38)	1.92(0.92)	.67	.717
가족 지지의 부족	1.95(0.75)	1.75(0.82)	1.60(0.37)	.50	.779
건강문제	1.63(0.32)	1.75(0.35)	1.75(0.61)	.57	.751
자기 효능감	3.54(0.18)	3.75(0.41)	3.71(0.39)	1.73	.420
암환자 보호자의 삶의 질 (CQOLC-K)	99.25(11.62)	94.75(11.50)	97.25(10.78)	1.20	.549
한국판 우울증 선별 도구(PHQ-9)	1.75(1.71)	0.75(0.96)	1.00(1.41)	3.82	.148
부부 친밀도 척도 (MIQ)	22.33(4.04)	23.33(3.06)	21.00(0.00)	.18	.913
디스트레스 온도계 (DT)	2.50(1.29)	1.50(1.29)	2.00(0.82)	.93	.627

표 6. 프로그램 참가자 대상 만족도 조사 결과 (n=6)

문항	전체	환자 (n=3)	보호자 (n=3)
	M(SD)	M(SD)	M(SD)
본 프로그램이 어느 정도로 도움이 되었습니까?	4.5(0.55)	4.3(0.58)	4.67(0.58)
본 프로그램이 유방암 환자와 보호자에게 필요하다고 생각하십니까?	4.3(0.82)	4.0(1.00)	4.67(0.58)
본 프로그램이 유방암 환자와 보호자에게 도움이 된다고 생각하십니까?	4.3(0.82)	4.0(1.00)	4.67(0.58)
본 프로그램을 다른 유방암 환자와 보호자에게 추천할 의향이 있습니까?	4.5(0.55)	4.3(0.58)	4.67(0.58)

사전, 사후, 추후 검사 효과 크기는 사전-사후 -.39, 사후-추후 .22, 사전-추후 -.18로 나타났다.

PHQ-9에서 사례3 보호자는 모든 시기에서 0점을 유지하였고, 사례4는 점수의 감소를 보였다. 사례 1,2는 추후검사에서 점수가 증가하였지만 시기 별 모든 점수가 정상 범위에 속해 있었으며 통계적으로 유의한 변화를 보이지 않았다($x^2=3.82$, $p=.148$). 보호자의 PHQ-9 사전, 사후, 추후 검사 효과 크기는 사전-사후 -.72, 사후-추후 .21, 사전-추후 -.48로 나타났다.

부부 친밀도 평가의 경우 보호자들은 통계적으로 유의한 수준의 변화를 보이지 않았지만 ($x^2=.18$, $p=.913$), 3명 중 2명의 사전-사후 친밀도 수준이 유지 또는 증가하였고, 이중 1명이 추후 검사까지 증가를 유지하였다. 보호자의 MIQ 효과 크기는 사전-사후 0.27, 사후-추후 .00, 사전-추후 -.82이었다.

DT를 통해 측정된 보호자의 디스트레스 수준의 시기별 변화는 통계적으로 유의하지 않았다 ($x^2=.93$, $p=.627$). 4명 중 3명의 추후 검사 디스트레스 수준이 사전검사 보다 감소하였으며 모든 점수의 범위가 경도 이하에 머물렀다. 보호자의 DT 사전, 사후 추후 효과 크기는 사전-사후 -.77, 사후-추후 .46, 사전-추후 -.46이었다.

프로그램 만족도 조사

치료 종결 후 완료자를 대상으로 한 만족도 조사 결과는 아래 표 6에 제시하였다. 모든 참가자들은 만족도 평가 문항에 대해 평균 4점 이상의 응답을 보였다. 프로그램을 통해 가장 도움을 받는 점에는 'Better Together 대화법을 보고하였다. 보호자 사례2는 '프로그램 전과 비교하여 서로의 감정 표현과 생각의 공유를 더 적극적으로 하게 되었다.'라고 응답하였으며, 환자 사례1은 '상대를 비난하지 않으려 노력하고 참지 않고 표현하게 되었다.' 라고 보고하였다. 다른 참가자들 또한 유사한 응답을 제출하였으며 전반적으로 참가자들이 상호 공감 및 이해 능력이 증진된 것에 대한 만족을 확인할 수 있었다.

논 의

본 연구에서는 유방암 환자와 보호자의 상호 이해와 공감을 통해 암 여정에서 경험하는 환자의 돌봄 요구 충족과 보호자의 돌봄 스트레스 감소를 목표로, 단기 심리 상담 프로그램을 개발하고, 시범 적용을 통해 효과와 실행가능성을 확인하고자 하였다. 이를 위해 참가자들의 디스트레스 변화 양상을 양적으로 측정하였으며, 통계적 분석

과 주관적 보고에 기반을 두고 프로그램의 효과를 기술하였다.

본 연구의 주요 결과는 다음과 같다. 본 프로그램에 참여한 환자들의 우울 수준은 유의한 감소를 보였다. 이러한 우울 점수의 변화는 큰 효과 크기(large effect size)를 나타냈다. 이전에 배우자와 함께 심리 개입을 받은 유방암 환자가 배우자와 개입을 함께 받지 않은 유방암 환자보다 더 큰 우울 감소 효과를 보인 연구 (Lewis et al., 2019; Manne et al., 2005)를 고려했을 때, 본 프로그램 역시 보호자와 함께 환자가 참여했을 때 우울증 감소에 효과적일 수 있음을 기대할 수 있겠다. 우울과 함께 환자의 삶의 질 점수 또한 통계적으로 유의하게 상승하였는데, 4명 중 3명의 사례에서 사전-사후 간 점수가 크게 증가하였으며, 큰 효과 크기를 보였다. 이는 기존의 해외연구에서 보고된 효과 크기인 1.14를 상회하는 결과이며(Baucom et al., 2009), 본 프로그램이 환자의 우울과 삶의 질에 호전을 이끌어 냈음을 알 수 있다. 환자들의 디스트레스 점수는 통계적으로 유의하지 않았으나, 프로그램 후 척도 점수가 중증에서 경증으로 감소하여 기존의 연구 결과와 같이(Manne et al., 2005; Scott, Halford, & Ward, 2004) 본 프로그램의 참여가 환자의 디스트레스 수준을 낮출 수 있음이 시사된다.

또한 환자와 보호자들은 'Better Together' 대화법을 연습하고 일상생활에서 실천하면서 서로 간 심리적 지지와 친밀감의 증가를 보고하였다. 보호자 사례1은 3회기 종료 후 '서로가 서로에게 필요했던 부분들, 이해하기 위한 대화가 빠져 있었던 것을 깨달아 저에게 도움이 되었습니다.' 라고 보고하였으며, 환자 사례1 또한 '남편과 이해하면서

함께 하는 것이 더 힘이 나고 이해 받는 느낌이라 그동안의 슬픔이 다 사라지는 것 같아요.'라는 평가를 남겼다. 환자와 보호자의 부부 친밀도 척도(MIQ) 점수는 3사례중 2사례가 증가 및 유지를 보였으며, 암 치료 과정 동안 보여주는 남편의 적극적인 돌봄과 관심을 통해 유방암 환자들이 남편과의 친밀감을 회복하고 돈독한 부부관계를 경험하고 있다는 박영선과 이명선(2009)의 연구 결과를 뒷받침한다.

프로그램을 통해 나타난 환자의 유의한 변화와 대조적으로, 보호자의 경우, 삶의 질과 생활패턴, 건강문제, 경제적 문제에서의 부담은 프로그램 종결 후 다수의 사례에서 증가하거나 아무런 변화를 보이지 않는 경향성을 보였다. 이러한 결과는 여러 가지 측면에서 생각해볼 수 있다. 보호자는 2회기에 다룬 '현재의 디스트레스 탐색'에서 '사회생활과 가정생활 간 조정의 어려움', '지속되는 돌봄 생활 속에서 정서적 피로감에 대한 걱정', '주변인들의 지나친 관심 또는 무관심으로 인한 부담'과 같이 돌봄을 제공하면서 느끼는 어려움을 의식화 하게 된 측면이 있는 것으로 보인다. 보호자의 건강 문제와 경제적 문제의 경우, 본 프로그램의 개입으로는 변화하기 어려운 영역이었을 것으로 사료된다. 의사소통 방법 훈련 후 환자가 보호자에게 구체적인 돌봄 요구를 표현하면서 오히려 보호자의 돌봄 활동이 증가한 측면도 있다. 실제로 보호자는 '예전에는 하지 않던 대화들을 많이 하게 됐다.', '온 가족이 함께 요리를 해서 식사하는 시간을 자주 가지려고 한다.', '집안일을 보호자가 전담한다.'와 같은 환자들의 사례를 통해 확인할 수 있었다. 이로 인해 보호자는 생활패턴에서의 부담이 증가한 것으로 보이지만 전반적으로

증가한 돌봄 부담 점수에 비해 보호자의 우울과 디스트레스 수치는 지속적으로 정상 또는 경도 범위를 유지하였다. 또한 보호자 반응 척도의 자기효능감 점수가 대부분의 사례에서 상승하고 추후검사에서조차 사전 평가에서 측정한 점수 이상을 유지하였다. 이러한 결과는 돌봄 반응의 부정적 요인이 심리적 안녕과 유의한 부적 상관관계가 있다는 결과와는 반대되는 것으로(신용순, 2017), 보호자의 돌봄 인식이 증가하였으나, 부정적 정서와 디스트레스는 가중되지 않은 것으로 사료된다.

본 연구에서 보호자들은 두 가지 특징을 보인다. 첫째, 프로그램 참여에 있어 환자의 참여 의사를 우선적으로 존중하고, 회기 내에서 자발적인 활동을 보여주었다. 첫 회기에서 보호자 사례2와 3은 ‘환자가 참여하고 싶어 해서 왔다. 함께 하면 도움이 될 것 같았다.’라는 지원 동기를 밝혔다. 이는 프로그램 1회기 참가 후 중도 탈락한 사례5 보호자의 태도와는 다른 모습이다. 사례5의 경우 환자의 강력한 주장으로 보호자가 함께 참여하였으나 1회기 동안 자기 개방에 대한 불편감과 의사표현을 거부하는 태도를 보였다. 당시 보호자의 PHQ-9과 DT점수는 0점, 환자의 PHQ-9 점수는 5점, DT는 7점으로 환자의 경우 임상적 도움이 필요한 수준이었으나 보호자의 참여 거부 의사가 강력하여 참여가 중단되었다. 이와 같은 사례는 가족의 지지가 환자의 심리사회적 적응 간 유의한 관계가 있다는 연구결과와 함께(조옥희, 유양숙, 2009) 보호자의 지지적이고 긍정적인 태도의 중요성을 설명한다.

두 번째, 보호자들은 프로그램 1회기 중 ‘표현적 글쓰기’ 활동에서 ‘잘 되고 있으니 너무 걱정하지 않는다.’, ‘너무 긍정적으로 보일지 모르지만 치료

가 진행 될수록 마음이 편해지고 있는 것 같다.’ 같은 반응을 통해 현재 상황에 대한 희망적이고 긍정적인 태도를 보였다. 또한 경제적 문제에 있어서도 낮은 점수 분포를 보였으며 ‘보험 덕분에 환자가 걱정하는 것만큼 경제적 문제에 대해 걱정하지 않는다.’라는 긍정적 반응을 나타냈다. 이러한 보호자들의 태도와 우울, 디스트레스가 지속적으로 낮은 수준에서 유지되고 자기 효능감이 증가하는 현상은 Bigatti등(2011)이 발견한 암 진단 후 대처방식으로 ‘거리두기’, ‘도망, 회피하기’와 같은 방식을 사용하는 배우자들의 스트레스와 우울 정도가 높았다는 결과와 반대된다(Bigatti et al., 2011). 또한 모든 보호자들은 돌봄 부담에 대하여 ‘저는 하나도 힘들지 않습니다.’, ‘가사 일이 익숙하진 않았지만 많이 괜찮아졌고 재미있습니다.’, ‘이 정도는 제가 당연히 해야 하는 일이라고 생각합니다.’라고 이야기하며 자신이 대신하게 된 가정에서의 역할을 부담으로 인식하지 않는 태도를 보였다. 이와 같은 태도는 우리나라 유방암 환자의 보호자들이 해외와 비교하여 유방암 진단을 자신이 떠안고 환자의 질병을 수용하는 특징을 보인다는 국내 연구의 결과와 유사하다(권은진, 이명선, 2013). 배우자들의 태도를 유방암 환자의 개선된 우울 정서, 삶의 질 점수와 연관시켜 보았을 때 배우자들의 긍정적 사고와 태도가 유방암 환자의 삶의 질의 큰 영향을 미치는 요인으로 보고한 국내외연구를 뒷받침하는 결과로 여겨진다(정채원, 황은경, 2012; Lopez, Copp, & Molassiotis, 2012).

이를 바탕으로 추측해 보았을 때, 보호자들은 프로그램 개입 전부터 환자들보다 디스트레스를 적게 경험하고 있었기 때문에 긍정적인 돌봄 활

동의 증가를 보일 수 있었던 것으로 여겨진다. 돌봄 부담을 측정하는 CRA는 총점이 최소1점에서 최대5점으로 환산이 되는데 참가자들은 부정적 영향 범주의 모든 하위척도에서 사전 점수의 평균이 2.5점 미만으로 나타난다. 이러한 점수는 같은 영역에서 평균 2.81점, 2.96점을 보인 국내 최근 연구들과 차이가 있다(신소영, 허수빈, 2019; 신용순, 2017). 또한 사전 우울과 DT 점수도 경증과 정상 범위에 속한다. 이는 다수의 디스트레스 영역에서 상대적으로 높은 수준을 보고하는 환자와 반대되는 현상으로 환자와 보호자 모두 높은 디스트레스를 경험할 것이라는 가설에 부합하지 않는다. 이렇게 예상과는 달리, 본 연구에 참여한 보호자들의 낮은 디스트레스 점수는 이들의 고유의 성격적 특성, 프로그램에 참여하지 않은 보호자들에 비하여 협조적인 태도 등의 요인이 작용했을 것으로 보인다.

한 편, 본 연구의 제한점과 향후 연구에 대한 제안점은 다음과 같다.

첫째, 비록 예비 연구이기는 하나, 연구 참여자 모집 기간 내에 충분한 사례 수를 확보하지 못하여 연구 결과의 일반화에 한계가 있다. 모집 기간 내 연구에 동의하고 참여한 비율은 8.9%로 상당히 낮았는데, 대부분 생계를 위해 경제활동을 하는 보호자로, 프로그램에 참여할 수 없었다. 더욱이 동기간에 코로나-19의 여파로 밀집 접촉을 피하는 경향이 있어 참여율이 떨어진 면도 있었다. 따라서 추후 효과 검증 연구에서는 유효 표본 수를 확보하고, 통제 집단을 두어 비교함으로써 본 프로그램의 효과를 체계적으로 검증할 필요가 있겠다.

둘째, 본 연구에서 보호자의 우울이나 디스트레

스의 유의한 변화는 관찰되지 않았다. 사전 평가에서 예비 연구에 참여한 보호자들의 우울과 디스트레스는 매우 낮은 수준이었다. 보호자들 모두 환자의 치료와 돌봄에 적극적으로 관여하며 자발적이고 협조적인 태도를 지니고 있었다. 아마도 연구 대상자의 모집 시기가 적극적 암 치료 기간이었기 때문에 환자와 보호자의 협력체계가 유지되고 있었을 가능성이 있다. 실제로 가족의 지지와 대처는 암 수술과 보조요법, 추후 관리 시기에 가장 높은 것으로 보고된 바 있다(이인숙, 함은옥, 2011). 따라서 보호자의 관점에서 정서적 어려움과 돌봄 부담을 감소시키는 데 직접적인 도움이 되기 위해서 프로그램 제공의 시점과 방식을 고려해볼 필요가 있다. 예를 들어, 보호자의 스트레스가 극대화되는 시기인 암 수술 시기(이인숙, 함은옥, 2011; Fletcher, Lewis, & Haberman, 2010)에 디스트레스 수준이 높은 보호자를 사전에 선별하여 모집한다면 실제 임상장면에서 적재적소에 필요한 심리적 서비스가 제공될 수 있을 것이다.

셋째, 프로그램의 회기 수와 관련하여 프로그램 만족도 평가에서 참가자들로부터 프로그램이 보다 길면 좋겠다는 피드백이 있었다. 심리적 개입 효과를 보고한 해외 여러 프로그램들이 1~8회기로 다양하게 구성되어 있는 점(Baucom et al., 2009; Cochrane, Lewis, & Griffith, 2011; Lewis et al., 2008; Manne et al., 2005; Shields & Rousseau, 2004)을 고려했을 때, Better Together 프로그램의 회기수가 부적합한 수준은 아닌 것으로 생각된다. 다만, 예비 연구 참가자들의 피드백을 반영하여 Boost Session과 함께 사전 모임을 추가하여 시행하는 방식의 보완이 가능하겠다.

본 연구는 치료 중인 유방암 환자와 보호자를 대상으로 디스트레스를 감소시키기 위한 심리적 개입이 부족한 국내에서 단기 심리적 개입 프로그램을 개발하여 임상현장에서의 시범 적용을 통해 유용성을 확인하였다는 점에서 의의가 있다. 본 프로그램을 임상 현장에서도 전문가들이 진행할 수 있도록 매뉴얼을 개발하였으며, 향후 체계적인 효과 검증 연구를 통해 프로그램의 효과를 확인하고 프로그램을 보급함으로써 유방암 환자와 보호자의 디스트레스를 감소시키고 삶의 질을 높이는 데 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

참 고 문 헌

- 강희선, 염수영, 전은영 (2013). 유방암 생존자 부부를 위한 중재 연구 문헌고찰. *여성건강간호학회지*, 19(3), 153-165.
- 국가암정보센터 (2017). 통계로 보는 암. <https://www.cancer.go.kr/>
- 권은진 (2015). 유방암 환자 배우자를 위한 모바일 기반 정보적 지지 프로그램 개발 및 평가. 서울대학교 박사학위 청구논문.
- 권은진, 이명선 (2012). 한국 유방암 생존자들의 디스트레스와 삶의 질. *Asian Oncology Nursing*, 12(4), 289-296.
- 권은진, 이명선 (2013). 유방암 환자 배우자의 돌봄 경험. *Asian Oncology Nursing*, 13(1), 18-27.
- 김남희, 김은영, 김정현, 김종훈(편), 박은영, 박혜연, ... 함봉진 (2019). *정신종양학 입문*. 서울: 국립암센터.
- 김숙남 (1999) 여성의 자궁절제술후 삶의 질 구조모형. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 29(1), 161-173.
- 김영란, 유미숙 (2008). 유방암 환자 가족원의 사회적 지지와 부담감에 관한 연구. *한국가족복지학*, 13(2), 5-24.
- 김은정, 한정원 (2018). 암 환자와 주 돌봄자의 스트레스와 스트레스 대처가 삶의 질에 미치는 영향. *Asian Oncology Nursing*, 18(3), 135-142.
- 김정은, 박경민, 고효경 (2003). The effect of mastectomy education for women with mastectomy and supporting education for their spouses on the quality of life of the women. *J Korean Soc Matern Child Health*, 7(2), 233-242.
- 김종훈 (2019). 암 환자 정신건강 관리의 현재. *J Korean Med Assoc*, 62(3), 167-173.
- 박은영, 이명선 (2009). 페미니스트 현상학을 이용한 한국 유방암 환자의 질병체험. *성인간호학회지*, 21(5), 504-518.
- 박진희, 배선형, 이은하 (2010). 일차치료가 종료된 유방암 환자의 부부친밀도에 따른 정신건강과 삶의 질. *Korean J Health Promot*, 10, 177-184.
- 서상연, 임영신, 이소현, 박민선, 유태우 (1997). "한국어판 Duke-UNC 사회적 지지도 설문지 개발." *Korean Journal of Family Medicine*, 18(3), 250-259.
- 신소영, 허수빈 (2019). 암 환자 돌봄제공자의 돌봄부담감과 대처방식이 소진에 미치는 영향. *한국직업간호학회지*, 28(2), 114-123.
- 신용순 (2017). 가족보호자의 재가 암 환자 돌봄 반응이 심리적 안녕에 미치는 영향. *Korean Journal of Adult Nursing*, 29(6), 647-656.
- 양영희 (1998). 암환자와 가족원의 질병단계에 따른 대처 방법의 비교. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 28(4), 970-979.
- 이인숙, 함은옥 (2011). 유방암 환자 배우자의 치료단계별 스트레스, 대처, 기분, 부담감. *군간호연구*, 29(1), 81-93.
- 조옥희, 유양숙 (2009). 유방암 환자의 수술 후 심리사회적 적응, 부부친밀도 및 가족지지. *Asian Oncology Nursing*, 9(2), 129-135.
- 진주혜, 유진희 (2017). 입원한 암 환자 가족 돌봄제공자의 디스트레스 경험. *성인간호학회지*, 29(5), 451-462.

- 차지은, 이지혜 (2020). 암환자 가족 돌봄 제공자의 긍정적 적응 관련 요인. *한국간호과학회 학술대회*, 249-249.
- 천상순, 최소영 (2010). 유방암 환자의 질병단계에 따른 가족 지지, 스트레스 및 삶의 질의 관계. *여성건강간호학회지*, 16(1), 10-19.
- Baikie, K., & Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(5), 338-346.
- Baucom, D.H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavior marital therapy*. Philadelphia: Brunner/Mazel, Inc.
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., Wiesenthal, N., Aldridge, W., . . . Keefe, F. J. (2009). A couple-based intervention for female breast cancer. *Psychooncology*, 18(3), 276-283.
- Belcher, A. J., Laurenceau, J. P., Graber, E. C., Cohen, L. H., Dasch, K. B., & Siegel, S. D. (2011). Daily support in couples coping with early stage breast cancer: maintaining intimacy during adversity. *Health Psychol*, 30(6), 665-673.
- Bigatti, S. M., Brown, L. F., Steiner, J. L., & Miller, K. D. (2011). Breast cancer in a wife: how husbands cope and how well it works. *Cancer Nurs*, 34(3), 193-201.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709 - 723.
- Chung, C., & Hwang, E. (2012). Couples' experiences of breast cancer in Korea: a descriptive qualitative study. *Cancer Nurs*, 35(3), 211-220.
- Cochrane, B. B., Lewis, F. M., & Griffith, K. A. (2011). Exploring a diffusion of benefit: does a woman with breast cancer derive benefit from an intervention delivered to her partner?. *Oncol Nurs Forum*, 38(2), 207-214.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Deimling, G. T., Kahana, B., Bowman, K. F., & Schaefer, M. L. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psychooncology*, 11(6), 479-494.
- Fletcher, K. A., Lewis, F. M., & Haberman, M. R. (2010). Cancer-related concerns of spouses of women with breast cancer. *Psychooncology*, 19(10), 1094-1101.
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*, 15(7), 579 - 594.
- Functional Assessment of Chronic Illness Therapy. *Functional assessment of cancer therapy-breast cancer version 4-Korean version*. <https://www.facit.org/measures/FACT-B>.
- Garland, S. N., Carlson, L. E., Marr, H., & Simpson, S. (2009). Recruitment and retention of palliative cancer patients and their partners participating in a longitudinal evaluation of a psychosocial retreat program. *Palliat Support Care*, 7(1), 49-56.
- Given, C. W., Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., & Franklin, S. (1992). The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing & Health*, 15(4), 271 - 283.
- Gordon, Thomas., W.Sterling Edwards. (1995). *Making the patient your partner: Communication Skills for Doctors and Other Caregivers (Edition of 1997)*. Westport, Greenwood: Publishing Group.
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N.,

- Tuinstra, J., & Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychol Bull*, 134(1), 1-30.
- Hamer, M., Chida, Y., & Molloy, G. J. (2009). Psychological distress and cancer mortality. *J Psychosom Res*, 66(3), 255-258.
- Han, C., Jo, S. A., Kwak, J. H., Pae, C. U., Steffens, D., Jo, I., & Park, M. H. (2008). Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Korean version in the elderly population: the Ansan Geriatric study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 218 - 223.
- Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., Flynn, T., . . . Kieleyka, R. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(5), 279-283.
- Holing, E. V. (1986). The primary caregiver's perception of the dying trajectory. An exploratory study. *Cancer Nurs*, 9(1), 29-37.
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Buchmann, L. O., Compas, B., Deshields, T. L., . . . Freedman-Cass, D. A. (2013). Distress management. *J Natl Compr Canc Netw*, 11(2), 190-209.
- Jacobson, N.S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel, Inc.
- Jones, J. M., Lewis, F. M., Griffith, K., Cheng, T., Secord, S., Walton, T., . . . Catton, P. (2013). Helping Her Heal-Group: a pilot study to evaluate a group delivered educational intervention for male spouses of women with breast cancer. *Psychooncology*, 22(9), 2102-2109.
- Kalaitzi, C., Papadopoulou, V. P., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P., & Filippou, D. (2007). Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: effects on sexuality, body image, and psychological well-being. *Journal of Surgical Oncology*, 96(3), 235-240.
- Kim, Y., Kashy, D. A., Wellisch, D. K., Spillers, R. L., Kaw, C. K., & Smith, T. G. (2008). Quality of life of couples dealing with cancer: dyadic and individual adjustment among breast and prostate cancer survivors and their spousal caregivers. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(2), 230-238.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Kayser, K., Feldman, B. N., Borstelmann, N. A., & Daniels, A. A. (2010). Effects of a randomized couple-based intervention on quality of life of breast cancer patients and their partners. *Social Work Research*, 34(1), 20-32.
- Lethborg, C. E., Kissane, D., & Burns, W. I. (2003). 'It's not the easy part': the experience of significant others of women with early stage breast cancer, at treatment completion. *Soc Work Health Care*, 37(1), 63-85.
- Lewis, F., Griffith, K. A., Alzawad, Z., Dawson, P., Zahlis, E., & Shands, M. (2019). Helping Her Heal: Randomized clinical trial to enhance dyadic outcomes in couples. *Psycho Oncology*, 28, 430-438.
- Lewis, F. M., Cochrane, B. B., Fletcher, K. A., Zahlis, E. H., Shands, M. E., Gralow, J. R., . . . Schmitz, K. (2008). Helping Her Heal: a pilot study of an educational counseling intervention for spouses of women with breast cancer. *Psychooncology*, 17(2), 131-137.
- Lim, I. S. (2000). Breast cancer: damaged body and sense of femininity crisis. *Journal of Korean Women's Study*, 22, 5-46.

- Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord, 141*(2-3), 343-351.
- Lopez, V., Copp, G., & Molassiotis, A. (2012). Male caregivers of patients with breast and gynecologic cancer: experiences from caring for their spouses and partners. *Cancer Nurs, 35*(6), 402-410.
- Loveys, B. J., & Klaich, K. (1991). Breast cancer: demands of illness. *Oncology Nursing Forum, 18*(1), 75-80.
- Manne, S. L., Ostroff, J. S., Winkel, G., Fox, K., Grana, G., Miller, E., . . . Frazier, T. (2005). Couple-Focused Group Intervention for Women With Early Stage Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 634-646.
- Manne, S., Ostroff, J. S., & Winkel, G. (2007). Social-cognitive processes as moderators of a couple-focused group intervention for women with early stage breast cancer. *Health Psychology, 26*(6), 735-744.
- Manne, S. L., Siegel, S. D., Heckman, C. J., & Kashy, D. A. (2016). A randomized clinical trial of a supportive versus a skill-based couple-focused group intervention for breast cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(8), 668-681.
- McMillan SC, T. M., Hill D. (1993). A systematic evaluation of the "I Can Cope" program using a national sample. *Oncol Nurs Forum, 20*(3), 455-461.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Felgoise, S. H., McClure, K. S., & Houts, P. S. (2003). Project Genesis: assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. *J Consult Clin Psychol, 71*(6), 1036-1048.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science, 8*(3), 162-166.
- Rhee, Y. S., Shin, D. O., Lee, K. M., Yu, H. J., Kim, J. W., Kim, S. O., Lee, R., Lee, Y. O., Kim, N. S., & Yun, Y. H. (2005). Korean version of the caregiver quality of life index-cancer (CQOLC-K). *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 14*(3), 899-904.
- Rosengerg, M. B. (2015). *Nonviolent Communication: A Language of Life (3rd. Eds.)*. Chicago: Puddle Dancer Press.
- National Comprehensive Cancer Network (2003). Distress management. Clinical practice guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN, 1*(3), 344-374.
- Scott, J. L., Halford, W. K., & Ward, B. G. (2004). United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *J Consult Clin Psychol, 72*(6), 1122-1135.
- Shields, C. G., & Rousseau, S. J. (2004). A pilot study of an intervention for breast cancer survivors and their spouses. *Fam Process, 43*(1), 95-107.
- Shim, E. J., Shin, Y. W., Jeon, H. J., & Hahm, B. J. (2008). Distress and its correlates in Korean cancer patients: pilot use of the distress thermometer and the problem list. *Psychooncology, 17*(6), 548-555.
- Stanton, A. L. (2012). What happens now? Psychosocial care for cancer survivors after medical treatment completion. *J Clin Oncol, 30*(11), 1215-1220.
- Swinney, J. E. (2002). African Americans with

- cancer: The relationships among self-esteem, locus of control, and health perception. *Research in Nursing & Health*, 25(5), 371-382.
- Waring, E. M., & Reddon, J. R. (1983). The measurement of intimacy in marriage: the Waring Intimacy Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 53-57.
- Weitzner, M. A., Jacobsen, P. B., Wagner, H., Jr, Friedland, J., & Cox, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 8(1-2), 55-63.
- Yang, H. K., Shin, D. W., Kim, S. Y., Cho, J., Chun, S. H., Son, K. Y., Park, B., & Park, J. H. (2013). Validity and reliability of the Korean version of the caregiver reaction assessment scale in family caregivers of cancer patients. *Psychooncology*, 22(12), 2864-2868.
- Yoo, H. J., Ahn, S. H., Eremenco, S., Kim, H., Kim, W. K., Kim, S. B., & Han, O. S. (2005). Korean translation and validation of the functional assessment of cancer therapy-breast (FACT-B) scale version 4. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 14(6), 1627-1632.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*, 10(1), 19-28.
- 원고접수일: 2020년 12월 22일
논문심사일: 2021년 1월 4일
게재결정일: 2021년 5월 10일

Development of a Short-term Psychological Counseling Program Focused on Decreasing Distress in Breast Cancer Patients and Caregivers: Evaluation of the Feasibility through a Pilot Study

Soo Wan Han¹⁾ So-Youn Jung¹⁾ Hyun-Jeong Lee²⁾⁴⁾ Un-Shik Ha³⁾
Young-Sun Shin¹⁾ Jong-Heun Kim⁴⁾ Eun-Seung Yu⁴⁾⁵⁾

Center for Breast Cancer, Research Institute and Hospital, National Cancer Center¹⁾
National Cancer Control Institute Research Institute and Hospital, National Cancer Center²⁾
Department of Psychiatry, Wonkwang University Ansan Municipal Geriatric Hospital³⁾
Department of Psychiatry and Behavioral Science, National Cancer Center⁴⁾
Department of Counseling Psychology, The Cyber University of Korea⁵⁾

The purpose of our study is to reduce the distress and improve the quality of life of breast cancer patients and caregivers. A short-term psychological counseling program was developed to evaluate the effectiveness and practicability through a pilot study. In response, a three-session psychological counseling program('Better Together') was developed and a pilot study was conducted in breast cancer patients and caregivers under treatment. Pre, post, and 1month follow-up assessments were measured to evaluate the changes in the level of depression, distress, quality of life, marital intimacy of the patients and care givers, the care burden of the caregiver, and the patient social support. The satisfaction assessment and subjective reports of the program validated the usefulness of the program. During the recruitment period, the participation rate of the program was 8.7% and four couples who completed the program were analyzed. As a result, depression levels were significantly decreased and quality of life was increased in patients with a large level of effect size($d=-1.23-3.45$). Both the patient and caregiver reported an increase in marital intimacy. While the caregivers' care for patients was increased, depression and distress did not show any increase. Based on these results, we discussed the usability of the 'Better Together' program in clinical settings and its implications for further research.

Keywords: breast cancer, caregiver, psychological intervention, distress, quality of life