Korean Journal of Clinical Psychology
2019. Vol. 38, No. 2, 257-274

Review Article
© 2019 Korean Clinical Psychology Association
https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.2.010
eISSN 2733-4538

Screening, Assessment, and Management of Distress in Cancer Patients

Yesl Park Eun-Seung Yu†

Department of Psychiatry & Behavioral Science, National Cancer Center, Goyang, Korea

Distress is an unpleasant emotional experience that may interfere with the ability to cope effectively with cancer. Distress can range from normal emotional responses, such as sadness and fear, to psychopathological states that damage psychosocial functioning, such as depression, anxiety, panic, social withdrawal, and existential crisis. It is reported that approximately 35–45% of cancer patients experience clinically significant levels of distress, and the distress continues after treatment. Currently, about 1.74 million cancer patients and survivors live in Korea. Over the past 10 years, the survival rate has increased by 1.3 times and will most likely continue to increase. Although interest in cancer patients' psychological difficulties and awareness of the need for psychological interventions are increasing, rarely is distress management provided by clinical psychologists in integrative cancer care systems. This comprehensive review aimed to explore 1) the concept of distress in cancer patients, 2) the basic model and principles of distress management, 3) available distress screening and assessment tools, and 4) current status of distress management and its clinical applications in Korea. Further, we discussed the roles of clinical psychologists and researchers in oncological settings in optimizing distress management in cancer patients.

Keywords: cancer patients, distress, distress screening, distress assessment, distress management

암환자라면 누구나 신체적인 고통뿐 아니라 정신적인 고통을 겪는다. 미국 주요 암센터의 전문가들로 구성된 네트워크인 National Comprehensive Cancer Network(NCCN)는 원인이 무엇이든 환자가 겪는 정신적 고통을 "디스트레스(distress)"로 정의하였다(NCCN, 2005). 캐나다의 Canadian Strategy for Cancer Control(CSCC)에서는 다섯 가지 주요 활력 징후인 환자의 체온, 호흡, 심박, 혈압, 통증과 더불어 여섯 번째 활력 징후(6th vital sign)로 디스트레스를 확인해야 한다고 제안한 바 있다. 암환자의 디스트레스를 모니터링함으로써 다른 활력 징후들과 마찬가지로 환자의 건강 상태, 욕구, 질병의 과정 등을 예측할 수 있다는 것이다(Bultz & Carlson, 2006).

암환자가 겪는 정신적 어려움과 심리적 고통을 '디스트레스'라는 용어로 통칭하는 데에는 이유가 있다. 환자의 정신적 고통을 단순히 '스트레스'라는 단어로 표현했을 때에는 환자의 주관적인 어려움이 일상적인 반응으로 과소평가될 수 있다. 또한 스트레스라는 단어 앞에 '정신과적', '심리적', '정서적'이라는 수식어를 사용할 경우에는 의료진이나 환자 당사자에게 선입견을 줄 염려가 있기 때문에 정신종양학 분야에서는 '디스트레스'라는 비교적 중립적인 단어를 사용한다(NCCN, 2005).

암환자의 디스트레스는 암종이나 암 진행 단계, 연령, 성별, 인종에 따라, 혹은 환자의 투병 경과에 따라 다르게 나타나며 특유의 괴로움을 겪기도 한다(Carlson et al., 2004; McCarter et al., 2018). Yi, Kim, Park, Kim과 Yu(2010)는 암환자를 대상으로 디스트레스 경험에 대한 질적 연구에서 한국 암환자 특유의 디스트레스 차원을 확인하였는데, 손상된 자아정체감, 비효율적인 의사소통, 정보 부족은 미국 NCCN의 디스트레스 온도계의 문제 목록에는 포함되지 않은 요인으로, 암환자가 겪는 디스트레스가 문화마다 다를 수 있음을 시사한다.

디스트레스의 평가 시기나 평가 도구 등에 따라 다소 차이를 보이기는 하나, 일반적으로 암환자의 디스트레스의 유병률은 35–52%로 보고된다(Bultz & Carlson, 2006; Carlson et al., 2004; Mehnert et al., 2018). 국내의 경우, 한국인 암환자 중 56.5%가 디스트레스를 겪고 있는 것으로 나타나는데(Shim, Shin, Jeon, &

†Correspondence to Eun-Seung Yu, Mental Health Clinic, National Cancer Center, 323 Ilsan-ro, Ilsandong-gu, Goyang, Korea; E-mail: ireneyu@ncc.re.kr

Received Nov 14, 2018; Revised Mar 12, 2019; Accepted Mar 16, 2019

www.kci.go.kr

Hahm, 2008), 이는 다른 나라와 유사하거나 높은 수치이다. 암환자의 디스트레스 중 가장 흔한 유형 중 하나인 우울증의 유병률은 약 15–29%로 보고되며, 일반인에 비해 3–5배 정도로 높은 것으로 알려져 있다(Irwin, 2013). 국내 암환자의 13.7–16%가 우울 장애를 경험하는 것으로 보고되는데(Ha et al., 2011; Shim et al., 2018), 이는 94편의 연구에 대한 메타분석 결과와 유사하다(Mitchell et al., 2011). 최근 암환자 정신장애의 1년 유병률과 평생 유병률을 진단적 면접을 통해 조사한 대규모 연구에서 정신장애의 1년 유병률은 39.4%, 평생 유병률은 56.3%로 보고되었다(Kuhnt et al., 2016). 불안장애의 1년 유병률은 15.8%, 기분 장애는 12.5%, 신체형 장애는 9.5%로 나타났다. 이밖에 적응장애는 22.6%(Gopalan, Karunakaran, Prabhakaran, & Jayakumar, 2016), 외상 후 스트레스 장애는 12.6%(Cordova, Riba, & Spiegel, 2017)로 암환자들에게 있어서 심리적 공존병리는 매우 흔하다고 볼 수 있다.

한편, 암종에 따라서도 디스트레스 유병률이 다르게 나타나는데(Traeger et al., 2014), Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker와 Piantadosi(2001)는 4,496명의 암환자 대상으로 14가지 암종에서 심리적 디스트레스의 유병률을 조사하는 대규모 연구를 실시했다. 그 결과, 폐암(43.4%), 뇌종양(42.7%), 호지킨병(37.8%) 환자들의 디스트레스 유병률이 가장 높게 보고되었고, 부인암의 유병률은 29.6%로 14가지 암종 중 가장 낮게 보고되었으나, 이 역시 결코 낮은 수치는 아니다. 불안 유병률의 경우, 폐암 환자에게 30% 이상 높은 것으로 보고되었다(Linden, Vodermaier, MacKenzie, & Greig, 2012). 디스트레스는 암 치료 시기에 따라 다르게 나타날 수 있는데, 유방암 환자는 암 진단 시 디스트레스가 가장 높으며(Head et al., 2012), 암 진단부터 치료 과정 및 치료 종결까지 디스트레스를 지속적으로 경험하고, 수술 후에도 첫 2년간 디스트레스를 경험하는 것으로 보고된다(Ploos van Amstel et al., 2013).

암환자의 디스트레스 위험요인은 크게 개인적 요인과 의학적 요인으로 나누어 볼 수 있다. 개인적 요인으로는 나이가 어릴수록, 미혼이거나 별거, 이혼 등의 상태인 경우, 홀로 거주하는 경우, 21세 미만의 자녀를 둔 경우, 경제적 어려움이 있는 경우, 고졸 이하의 학력을 지닌 경우, 부부 간 갈등이 있는 경우, 과거 정신과 병력이 있는 경우, 일상적인 스트레스가 심한 경우, 알코올이나 다른 물질 남용의 병력이 있는 경우, 여성 등으로 흔히 보고된다(Bultz & Johansen, 2011; Enns et al., 2013; Ministry of Health and Welfare, 2009). 의학적 요인으로는 진행된 암, 예후가 안 좋은 경우, 치료 부작용이 많은 경우, 기능 손상이 나타난 경우, 림프 부종, 만성 통증, 피로 등이 있는 경우 디스트레스를 경험할 위험이 높아지는 것으로 보고된다(Cleeland et al., 2013; Duffy & Valentine, 2011). 암환자의 디스트레스를 방치할 경우 암 투병 과정과 질병 예후에 직간접적으로 부정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 먼저 디스트레스와 암생존율 및 사망률의 관련성이 적지 않게 보고되는데, 증가된 디스트레스는 암생존율을 낮추는 것으로 보인다(Faller, Bulzebruck, Drings, & Lang, 1999; Watson, Haviland, Greer, Davidson, & Bliss, 1999). 디스트레스는 환자의 신체 증상을 악화시키기도 하는데, 디스트레스가 높은 환자들은 통증의 역치가 낮아져 통증을 더 많이 호소하며(Parker, Baile, de Moor, & Cohen, 2003; Shim et al., 2006), 피로 역시 증가하는 것으로 보고된다(Bennett, Goldstein, Lloyd, Davenport, & Hickie, 2004). 또한 증가된 디스트레스는 환자의 자살 및 자살 사고(suicidal ideation)의 위험을 높이고(Shim & Park, 2012), 입원 기간을 장기화시키며(Prieto et al., 2002), 필요 이상의 의료 서비스를 이용하게 함으로써 의료비용이 증가되는 결과를 초래하기도 한다(Bultz & Carlson, 2006).

이처럼 암환자에게 흔히 보고되는 디스트레스는 적절히 관리되지 않을 때 병의 경과와 예후, 일상생활의 적응 등 다양한 문제를 야기한다. 그러나 디스트레스를 경험하는 암환자 중 50–94%는 의료진이 진료할 때 발견하지 못하며(Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins, & Saul, 2001; Sollner et al., 2001), 절반가량인 약 55%는 디스트레스에 대한 적절한 치료를 받지 않고 있는 것으로 나타났다(Pascoe, Edelman, & Kidman, 2000). 다수의 환자들이 심리적 고통을 겪고 있음에도 불구하고, 임상 현장에서 의료진이 환자의 디스트레스를 적시에 파악하지 못하고, 적재적소에 관리가 이루어지지 않고 있어 이에 대한 문제 제기가 반복되어 왔다. 이러한 문제를 해결하기 위해 정신종양 전문가들은 암환자의 디스트레스 관리를 통합적인 암치료의 일부로 포함시켜야 한다고 주장하며, 체계적인 관리를 위한 모형과 가이드라인을 개발해 왔다.

암환자의 디스트레스 관리

암환자 디스트레스의 체계적인 관리를 위해 미국(NCCN), 캐나다(Canadian Association of Psychosocial Oncology, CAPO), 호주(National Cancer Control Initiative, NCCI), 영국(National Institute for Clinical Excellence, NICE) 등에서 권고안이나 가이드라인에 준하는 수준의 관리 지침을 개발하였고, 우리나라에서도 2009년에 보건복지부의 암정복추진연구개발사업의 지원으로 '암환자의 삶의 질 향상을 위한 디스트레스 관리 권고안'이 개발되었다. 이 권고안에는 한국 의료 현황을 반영한 암환자의 디스트레스에 대한 선별 평가, 의뢰 및 치료적 중재 알고리즘을 포함하고 있다. 암환자의 우울, 불안, 불면, 섬망에 대한 근거기반의 약물치료와 비약물치

www.kci.go.kr

https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.2.010

Table 1. *Tiered Model of Psychosocial Care (Hutchison et al., 2006)*

Distress Level	Intervention	Intervention Goals
Minimal to Mild	Universal care: Informational and practical support	Information about medical treatments Coping with treatment side-effects Practical concerns
Mild to Moderate	Supportive care: Emotional and peer support, psycho-education	Treatment decision making Coping with emotions Social isolation
Moderate	Extended care: Counseling, coping skills training	Adjustment to cancer Stress management Coping skills
Moderate to Severe	Specialist care: Specialized therapy for depression, anxiety, relationship problems, etc.	Mood disorders Anxiety disorders and PTSD Relationship and sexual problems
Severe	Acute care: Intensive or comprehensive therapy for acute and complex problems	Multiple, complex or severe problems Suicide ideation Personality issues Severe couple/family system problems

료(인지행동치료, 마음챙김명상, 지지적 정신치료, 심리교육) 가이드라인을 제공한다. 이 권고안은 현재 국가암정보센터의 홈페이지에 게시되어 있다(참고: http://www.cancer.go.kr).

디스트레스 관리의 기본 모형

국내외에서 개발된 암환자 디스트레스 관리 지침은 계층 모델(tiered model)을 따른다. 이는 디스트레스 선별(screening)의 확장으로 선별 결과에 따라 환자를 분류하고 그에 맞는 치료를 연계하는 개념이다(Hutchison, Steginga, & Dunn, 2006). 디스트레스에 대한 정기적인 선별을 통해서 관리가 필요한 환자를 확인하고, 환자의 요구도(needs)와 유형을 평가하여 그에 따라 적절히 의뢰함으로써 심리사회적 개입의 효과적인 활용을 극대화할 수 있다. 이렇게 적절한 서비스에 체계적으로 환자를 의뢰하는 시스템은 환자의 요구에 가장 잘 부합하는 방식이 될 수 있다. Table 1에 제시된 바와 같이, Hutchison 등(2006)은 환자의 디스트레스 심각도를 5단계로 구분하여(1단계: Universal Care, 2단계: Supportive Care, 3단계: Extended Care, 4단계: Specialist Care, 5단계: Acute care), 그에 따라 제공되어야 할 심리사회적 개입과 그에 따른 목표를 소개하고 있다. 디스트레스 심각도가 4단계 이상인 환자부터 정신건강 전문가에게 의뢰하여 전문적인 도움이나 치료를 받기를 권고하지만, 더 낮은 단계(1–3단계)에서도 심리교육, 정서적 지지, 기술 훈련 등 임상심리학자가 적극적으로 개입하여 심리사회적 도움을 제공할 수 있다. 다만, 디스트레스 관리의 단계는 의료기관에서 갖추고 있는 전문 인력의 구성, 리소스 등을 고려하여 달라질 수 있다.

한국 암환자의 디스트레스 관리 권고안은 Hutchison 등(2006)의 5단계 계층모델과는 다르게 디스트레스의 심각도를 정상–경도, 중등도 이상의 2단계로 나누어 선별 알고리즘을 제시하고 있다(Yu et al., 2012). 이는 외국에 비해 환자 대비 전문 인력의 수가 부족한 한국 의료시스템의 현실을 반영한 것이다. 암환자가 경도 수준의 디스트레스를 겪고 있을 때에는 1차 의료진(암 주치의나 간호사)이 환자를 정서적으로 지지해 주는 것으로 충분히 심리적인 안정을 찾는 데 도움이 된다. 더불어 심리교육이나 이완훈련 등을 제공하거나 자조모임에 참여하도록 권고한다. 암환자가 중등도 이상의 디스트레스를 호소하는 경우에는 정신건강의학과 의사 등 정신건강 전문가가 개입하는 것이 권고된다. 정신건강전문가는 환자의 증상을 평가하여 정신의학적 진단을 내리고, 각 진단에 맞는 치료적 개입을 한다. 권고안은 만약 환자의 디스트레스가 통증과 같은 신체 증상에 의한 것이라면 가능한 한 신체 증상을 우선적으로 치료하도록 하는 등, 디스트레스 관리가 전체적인 암 치료의 틀 안에서 다른 의료진과 유기적인 협조를 통해 이루어져야 함을 강조하고 있다.

디스트레스의 선별과 평가

암환자의 디스트레스 관리의 핵심은 디스트레스가 있는 환자를 사전에 선별하는 시스템을 갖추는 것이다. 디스트레스의 선별은 암환자가 겪는 디스트레스가 과소평가되거나 탐지되지 못하는 문제를 해결할 수 있고, 디스트레스를 겪는 환자를 위한 임상적 의사결정을 내리는 데 도움이 될 수 있으므로 이는 디스트레스 관리 체계에

www.kci.go.kr

필요한 전제 조건으로 여겨진다(NCCN, 2005). 더욱이 암환자에 대한 심리학적 개입은 문제가 있는 환자들을 사전에 선별하였을 때 효과가 배가될 수 있다(Andrykowski & Manne, 2006). 디스트레스를 초기에 탐지해내는 것은 결국 비용효과 면에서나 예방 및 치료 측면에서 유익하고 시간절약이 될 수 있기 때문에(Meijer et al., 2013) 정신종양학 분야에서는 디스트레스의 선별 시스템 도입을 강조해 왔고, 대부분의 국내외 가이드라인이 이러한 내용을 근간으로 하고 있다.

디스트레스의 선별은 언제, 어떻게 이루어져야 하는가?

국내외 디스트레스 관리 가이드라인들은 공통적으로 암환자 디스트레스의 평가는 통합적인 암 케어의 일부로 포함할 것을 권고한다. 암환자에게서 디스트레스가 흔하기 때문에 의료진이 암환자를 만날 때마다 디스트레스의 여부와 정도에 대해 물어볼 것을 권한다. 그러나 환자와의 만남에서 매번 디스트레스를 평가하는 것이 현실적으로는 어려울 수 있다. 이런 경우 디스트레스의 선별은 모든 환자에 대해서 첫 방문 때 시행하고, 그 후에 일정한 간격으로 정기적으로 선별한다. 특히 암환자의 디스트레스가 심해질 가능성이 있는 특정한 시점(진행, 전이, 재발, 완화의료로 전환)에는 추가로 선별하여 적절한 관리가 이루어질 수 있도록 한다. 또한 지속적인 추적 평가를 통해 디스트레스의 호전 여부를 확인해야 하며, 특정 증상이 호전된 이후에도 환자의 투병 경과에 따라 디스트레스는 언제든지 생길 수 있으므로 반복적으로 선별하는 것을 기본 원칙으로 한다(Ministry of Health and Welfare, 2009).

암환자의 디스트레스를 선별하는 방법은 크게 환자의 디스트레스를 평가하는 선별도구나 평가지를 통해 환자가 자신의 상태를 보고하는 방법, 의료진이 직접 묻거나 확인하는 방법, 그리고 제3자, 즉 가족이나 보호자를 통해 확인하는 방법으로 나눌 수 있다. 선별도구를 활용하는 방법은 표준화된 설문지를 통해 환자의 디스트레스 정도를 측정하는 것인데, 흔히 종이로 인쇄된 설문지를 사용한다. 최근에는 설문지가 탑재된 태블릿 PC나 스마트폰 등을 이용하여 디스트레스를 평가하고, 그 결과가 자동으로 전자의무기록(electronic medical record, EMR)에 연동되도록 하는 방법도 개발되고 있다(Kim, 2019).

의료진이 환자에게 한두 마디의 단순한 질문, '요즘 기분이 어떠십니까?' 또는 '우울하지 않으십니까?'라고 물어보는 것도 유용하다(Mitchell, 2008). 여기에 '0점(전혀 괴롭지 않다)에서 10점(매우 괴롭다)까지 점수를 준다면 몇 점 정도입니까?'라고 질문하여 현재 환자가 느끼는 디스트레스의 정도를 파악할 수 있다. 이런 질문은 복잡한 선별도구나 평가도구를 사용하는 것에 비해서 민감도와 특이도가 떨어지지 않는다(Mitchell, 2008). 그러나 암환자들은 자신의 신체 증상이나 신체 기능뿐 아니라 정서적 문제에 대해서도 주치의와 이야기하기를 원하지만, 환자 스스로 자신의 정서적 어려움을 공유하는 것에는 어려움을 느끼고 직접적으로 언급하기를 꺼려하는 경향이 있으며(Mitchell, 2008; Waller, Williams, Groff, Bultz, & Carlson, 2013), 이러한 환자의 태도는 시간이 흘러도 크게 변하지 않는 것으로 보인다. 의사 역시도 환자의 심리사회적 문제는 자신이 먼저 묻기보다는 환자가 먼저 언급하기를 바라는 것 같다(Baker et al., 2013; Mitchell, Kaar, Coggan, & Herdman, 2008). 의료진과 의사 간의 이러한 입장과 기대 차이로 인해 진료 시간에 환자의 심리사회적 어려움이 충분히 탐색되지 못하고 있다. 설사 의료진이 환자의 디스트레스에 대해 관심을 갖고 있다 하더라도, 신체 증상을 포함하여 환자의 다양한 문제들을 제한된 진료 시간 내에 모두 파악하기란 현실적으로 어렵다. 또한 환자가 의료진과의 관계 형성이 잘 되어 있지 않거나, 성격적 특성이나 인식 부족 등으로 인해 주치의와의 면담에서 자신의 정신적인 문제를 드러내기를 꺼려할 수도 있다. 이러한 장벽과 현실적 제약을 고려했을 때, 면담 전에 환자가 간단한 디스트레스 선별도구에 답하도록 하는 자기보고식 설문지가 효율적으로 사용될 수 있다.

디스트레스의 선별도구

선별도구는 간편하게 사용하고 채점하며 해석할 수 있어야 하고, 타당하고 신뢰할 수 있는 도구이어야 한다. 아직까지 어떤 선별도구가 가장 유용한지에 대해서는 연구자들 간의 합의가 이루어지지 않았다. 심리측정은 다양한 양식으로 나타나는데, Mitchell과 Coyne (2007)은 선별도구를 길이와 평가에 소요되는 시간에 따라 초간이 선별도구(ultra-short measures), 간이 선별도구(short measures), 표준 선별도구(standard measures)로 나누어 설명하였다. 본고에서도 이들이 제시한 기준으로 질문지를 나누어 제시하고자 한다.

초간이 선별도구(Ultra-short Measures)

초간이 선별도구는 보통 1–4개의 문항으로, 2분 미만의 짧은 시간이 소요된다(Mitchell & Coyne, 2007). 초간이 선별도구는 사용하기 쉽고 비용이 적게 든다는 점과 짧은 진료 시간이라는 제한된 환경에 있는 종양 전문가에게 더 매력적일 수 있다. 그러나 간이 선별지를 포함한 대부분의 선별도구들은 한 가지 영역만 평가하며 민감도(sensitivity)가 높지만, 특이도(specificity)가 낮고 허위양성(false-positive)의 비율이 높아 연구용으로 사용하기에는 부적절할 수 있다. 따라서 초간이 선별도구를 통해 선별 결과를 단독으로

www.kci.go.kr

https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.2.010

Table 2. *Ultra-Short Screening Measures*

Screening Measures	Author(s)	Korean version	Number of Items	Assessment Domains
BCD	Clarke et al. (1994)	-	4	Depression
DT & PL	Roth et al. (1998); NCCN (2005)	Shim, Shin, Jeon, & Ham (2008)	1	Distress, physical, family, emotional, spiritual, physical problems
ET	Mitchell et al. (2010)	-	5	Emotion complications of cancer
Two-item combination depression questions	Chochinov (1997)	-	2	Depression

Note. BCD = Brief Case Find for Depression; DT = Distress Thermometer; PL = Problem List; ET = Emotion Thermometer.

사용하기보다는 환자의 디스트레스를 탐지하기 위한 첫 번째 관문으로 활용하도록 권장하고 있다.

암환자의 디스트레스 선별도구 중 가장 잘 알려진 초간이 선별도구는 미국 NCCN에서 개발한 디스트레스 온도계(Distress Thermometer, DT)와 문제목록(Problem list, PL)이다(NCCN, 2005; Roth et al., 1998). 디스트레스 온도계는 단일 문항의 자기 보고식 선별도구(Hegel et al., 2008)로 0–10까지의 시각아날로그 척도(Visual analogue scale, VAS)로 구성되어 있으며, 지난 일주일 동안 마음이 얼마나 괴로웠는지를 질문한다. DT를 한국판으로 번안하여 한국 암환자를 대상으로 적용 가능성을 검증한 연구에서 디스트레스를 가장 잘 선별해내는 적절한 절단점은 4점인 것으로 보고되었다(Shim et al., 2008). 문제목록(PL)은 지난 일주일 동안 문제가 되었던 항목을 다섯 가지 영역(실생활 문제, 가정 문제, 정서적 문제, 영적/종교적 문제, 신체적 문제 등)으로 나누어 체크하도록 되어 있다.

초간이 선별도구 중에서 두-문항 조합의 우울증 질문(two-item combination depression questions)은 심리측정적 속성이 가장 뛰어난 것으로 알려져 있다(Vodermaier, Linden, & Siu, 2009). 이 질문은 주요우울장애 진단기준의 첫 번째와 두 번째 질문으로 구성되어 있는데, 첫 번째 진단기준인 "우울한 기분"은 Beck 우울 척도(Beck Depression Inventory, BDI)를 능가할 정도로 우울장애를 탐지하는 민감도와 특이도가 높다. 하지만 주요우울장애를 탐지하는 민감도에 비해 그 외의 정서장애를 선별하는 데에는 민감도가 낮다. 두 번째 진단기준인 "흥미나 즐거움의 상실" 역시 첫 번째 진단기준과 유사하게 주요우울증을 변별하는 민감도는 높으나, 적응장애 등의 경도 정서장애에 대한 민감도는 낮은 것으로 보인다.

영국에서는 디스트레스 온도계와 동일한 구성으로 불안, 우울, 분노, 도움의 필요성 등 4문항을 추가한 5문항의 감정 온도계(Emotion Thermometer, ET)를 개발하였다(Mitchell, Baker-Glenn, Granger, & Symonds, 2010). 이들은 DT를 개선하거나 확장하는 식으로 기존 DT의 문제점을 개선할 수 있을 것이라 주장했다.

The Brief Case-Find for Depression(BCD)은 일반적인 의료 세팅이나 노인 집단의 우울증을 확인하기 위해 사용되는 간단한 선별도구이다(Clarke, McKenzie, Marshall, & Smith, 1994). 이 척도는 임상가가 4개의 문항에 대해 면담 중에 질문하여 확인하도록 되어 있으며, 약 1분 정도 소요된다. 따라서 특히 쇠약하거나 지쳐 있는 환자들에게 적합하다. Jefford 등(2004)이 암환자와 완화의료를 받고 있는 환자를 대상으로 BCD의 타당화 연구를 진행하였으나 현재까지는 한국어로 타당화되어 있지 않다. 각 초간이 선별도구는 Table 2에 제시하였다.

간이 선별도구(Short measures)

간이 선별도구는 2–5분 정도가 소요되는 5–14문항으로 이루어진 평가지를 의미한다(Mitchell & Coyne, 2007). 간이 선별도구는 전통적으로 정신건강 분야에서 개발된 정신장애를 평가하기 위한 도구를 활용할 수도 있고, 암환자나 신체질환 환자들의 신체적, 심리적 증상을 평가하기 위해 개발된 도구를 활용할 수도 있다. 또한 긴 시간이 소요되는 평가를 하기 어려운 말기 암환자들에게는 디스트레스를 간단히 평가할 수 있는 초간이 선별도구나 간이 선별도구가 유용하다(Vodermaier et al., 2009). 간이 선별도구는 높은 민감도와 중간 이상의 높은 특이도를 보이며, 여러 영역의 평가가 가능하다는 장점이 있다(Vodermaier et al., 2009).

종양학 분야에서 많이 활용되고 있는 대표적인 척도로 병원 불안-우울 척도(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)가 있다. 이는 Zigmond와 Snaith(1983)가 종합병원에 내원한 환자들의 불안과 우울 정도를 측정하기 위해 개발한 것으로, Oh, Min과 Park(1999)이 한국어로 번안하여 타당화하였다(HAD-A, HAD-D Cronbach $\alpha = 0.89, 0.86$). HADS는 총 14문항(불안 7문항, 우울 7문항)으로 구성되어 있으며 4점 리커트 척도로(0점: 없음–3점: 심함) 답한다. 각 소척도에서 8점 이상일 때 임상적으로 유의한 불안이나 우울을 겪고 있음을 의미한다.

국내에서도 암환자의 디스트레스를 선별하기 위한 도구가 개발되었다. 국립암센터 심리 증상 평가지(National Cancer Center Psychological Symptom Inventory, NCC PSI)는 지난 일주일간 암환자의 우울, 불안, 불면의 세 영역에서 증상의 심각도 정도를 0–10점

www.kci.go.kr

Table 3. *Short Screening Measures*

Screening Measures	Author(s)	Korean version	Internal consistency (Korean version)	Number of Items	Assessment Domains
EPDS	Cox, Holden, & Sagovsky (1987)	Kim et al. (2005)	0.84	10	Non-physical depressive symptoms, sadness, hopelessness, guilt, self-injury
ESAS	Bruera et al. (1991)	Kwon et al. (2013)	0.88	10	Physical symptoms, depression, anxiety, pain
GHQ	Goldberg (1978)	Park et al. (2012)	0.79	12	Overall distress and psychological symptoms
GDS	Yesavage et al. (1982)	Jung et al. (1997)	0.88	12	Depression
HADS	Zigmond et al. (1983)	Oh et al. (1999)	HAD-A: 0.89 HAD-D: 0.86	14	Depression and anxiety
ISI	Bastien et al. (2001)	Cho et al. (2014)	0.92	7	Insomnia
PO-BADO	Knight et al. (2008)	-	-	12	Physical distress, psychological distress, etc. (family, financial, occupation related problems)
PHQ-9	Spitzer et al. (1999)	Choi et al. (2007), Han et al. (2008)	0.85, 0.88	9	Depression

Note. EPDS = Edinburgh Postnatal depression scale; ESAS = Edmonton Symptom Assessment Scale; GHQ = General Health Questionnaire; GDS = Geriatric Depression Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; ISI = Insomnia Severity Index; PO-BADO = Basic Documentation for Psycho-oncology; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9.

Numeric Rating Scale로 평가하고, 그에 따른 일상생활의 지장도, 전문가의 도움에 대한 요구를 평가한다(Shim et al., 2017). 불면의 심각도와 지장도 문항은 각각 5점일 때 불면증을, 불안의 심각도와 지장도는 각각 4점일 때 불안장애와 범불안장애를 변별해내는 것으로 보고된다. 우울의 경우, 심각도와 지장도의 절단점이 4점일 때 기분장애를, 5점일 때는 주요우울삽화를 변별하는 것으로 보고된다.

이밖에도 임상에서 암환자의 디스트레스 평가에 사용되는 척도로 자주 언급되는 것으로 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)과 Edmonton Symptom Assessment Scale(ESAS) 등이 있다. EPDS는 출산 후 우울증을 선별하기 위해 개발된 10문항의 자기보고식 검사로(Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), 우울증의 증상 중 신체적 증상을 제외한 증상을 주로 측정한다. 이후 산모가 아닌 일반군에게도 타당화 연구가 진행되었고, 암환자에게도 적용되었다(Lloyd-Williams, Friedman, & Rudd, 2000). 특히 암환자들은 치료로 인한 독성이나 약물 부작용 등으로 인해 다양한 신체적 증상을 호소하는데, 이는 우울증에서 보이는 신체적 증상과 감별이 어렵다. 이에 기존의 우울증 척도와 달리 EPDS는 주로 우울증의 정서적 측면을 평가한다는 점에서 임상 종양 분야에서 이점을 가진다. ESAS는 암환자들을 대상으로 암환자가 많이 겪는 특정 증상들을 측정하는 자기보고식 척도로 10문항으로 구성되어 있다(Bruera, Kuehn, Miller, Selmser, & Macmillan, 1991). 이 질문지에서는 지난 24시간 동안 경험한 증상을 0–10점(가장 강한 강도) Numerical Rating Scale로 평가한다. 국내에서는 Kwon 등(2013)이 타당화 연구를 진행하였다. 그 밖에 간이 선별도구는 Table 3에 제시하였다.

표준 선별도구(Standard measures)

표준 선별도구는 일반적으로 정신과 환자에게 널리 사용되는 도구로, 15문항 이상의 다중문항으로 5분 이상이 소요되며(Mitchell & Coyne, 2007), 이것을 그대로 암환자에게 사용하는 경우가 많다. 표준 선별도구는 특이도와 민감도가 높을 가능성이 있고, 여러 영역의 평가가 가능하여 연구 측정도구로는 매우 적합하다고 볼 수 있다. 대부분 암환자들에게 한두 가지의 증상이 나타나는 것이 아니라, 통증과 피로 등의 신체적 증상 또한 디스트레스에 복합적으로 영향을 미치기 때문에(Carlson et al., 2004) 다수의 증상(multi-symptoms)을 측정하는 표준 선별도구가 초간이 선별도구에 비해 큰 이점을 가진다.

흔히 알려진 표준 선별도구 중에서 BDI(Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), Beck Anxiety Inventory(BAI)(Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale(CES-D)(Radloff, 1977), State-Trait Anxiety Inventory (STAI)(Spielberger, 1983), Symptom Check list-90(SCL-90)(Derogatis, Lipman, & Covi, 1997) 등이 암환자에게 적용되고 있다.

정신과 환자들의 우울 증상의 심각도를 측정하기 위해 개발된 BDI의 경우, 신체적 문항이 우세하다는 점과 답변 선택의 강제성 등이 문제점으로 지적되기는 하나(Koenig et al., 1992), 암환자의 우울증을 신뢰롭게 평가하는 것으로 보고된다(Berard, Boermeester, & Viljoen, 1998; Vodermaier et al., 2009). BDI를 암환자에게 사용하

www.kci.go.kr

https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.2.010

는 경우 최적의 절단점은 16점으로 일반 환자의 절단점과 같다(Berard et al., 1998). 그 밖에도 BAI, STAI, SCL-90, CES-D 등은 모두 암환자의 정서적 디스트레스를 선별하는 데 타당한 측정도구로 여겨진다(Vodermaier et al., 2009). 이 중 CES-D는 암환자의 디스트레스 평가척도에 대한 두 편의 고찰연구에서 디스트레스 선별도구로서의 기능이 가장 좋은 것으로 평가되었다(Luckett et al., 2010; Vodermaier et al., 2009). 특히 CES-D의 부정 정서 하위척도는 CES-D의 총점보다 암환자의 우울증을 더 잘 측정하는 것으로 보인다(Schroevers, Sanderman, Van Sonderen, & Ranchor, 2000).

한편, 표준 선별도구 중 질병-특정적(disease-specific)으로 암환자의 심리적 문제를 선별하기 위해 개발된 척도도 있다. Questionnaire on Stress in Cancer Patients revised version(QSC-R23)은 암종에 상관없이 암환자들의 질병-특정적인 심리사회적 스트레스를 평가하는 질문지다(Herschbach et al., 2004). 총 23문항으로, 암환자가 암 진단 후 일상에서 겪을 수 있는 상황에 대한 스트레스를 0–5점으로 평가한다. 또한 Psychosocial Distress Questionnaire-Breast Cancer(PDQ-BC)는 유방암 환자의 심리사회적 문제와 위험 요인을 다면적으로 평가하기 위해 개발된 도구다(Bogaarts et al., 2011). 총 35문항이며, 특성불안, 상태불안, 우울증상, 사회적 문제, 사회적 지지, 신체적 문제, 신체 이미지, 재정적 문제, 성적 문제를 측정하며, 1점(전혀)–4점(매우)의 리커트 척도로 구성됐다. 다만, 한국어로 표준화되어 있지 않아 한국 암환자들에게 적용이 제한적일 수 있다. 각 표준 선별도구는 Table 4에 제시하였다.

암환자 디스트레스 관련 국내 연구 및 임상 적용 현황

암환자의 디스트레스와 관련된 국내 연구 현황을 살펴보기 위해 2008년부터 2018년까지 최근 10년간 학술지에 발표된 논문을 대상으로 KMBase, Korea Med, RISS의 검색엔진을 이용하여 논문을 탐색하였다. 논문 검색을 위해 사용된 검색어는 ‘depression’, ‘anx-

Table 4. *Standard Screening Measures*

Screening Measures	Author(s)	Korean version	Internal consistency (Korean version)	Number of Items	Assessment Domains
BAI	Beck et al. (1988)	Kwon (1992)	0.93	21	Anxiety
BDI, BDI- II	BDI: Beck (1961); BDI-II: Beck (1996)	BDI-I: Lee et al. (1991); BDI-II: Lim et al. (2011)	Non-patient: 0.78, patient: 0.85; 0.94	21/13 (SF)/ 7 (PC)	Depression
BSI-18	Derogatis (2001)	Park et al. (2012)	0.89	18	Somatization, depression, anxiety
BSI-53	Derogatis (1993)	Lee & Park (2009)	0.97	53	Somatization, anxiety, interpersonal relationships, depression, hostility, fear anxiety, paranoid ideation, psychotic tendency, obsession
CES-D	Radloff (1977)	Jeon et al. (1992)	0.89	20/10 (SF)	Depression
HRSD	Hamilton (1960)	Lee et al. (2005)	0.76	17/21	Depression
HRSA	Hamilton (1959)	-	-	21	Anxiety
IES-R	Weiss & Marmar (1997)	Eun et al. (2005)	0.69–0.83	22	PTSD symptoms (intrusive thoughts, avoidance, arousal)
MDASI	Cleeland et al. (2000)	Yun et al. (2006)	0.91–0.93	19	Pain, fatigue, nausea, disturbed sleep, being distressed, lack of appetite, etc
PDQ-BC	Bogaarts et al. (2011)	-	-	35	Trait anxiety, depressive symptoms, physical problems, body image, financial problems, sexual problems
QSC-R23	Herschbach et al. (2004)	-	-	23	Cancer-specific distress
STAI	Spielberger (1983)	Han et al. (1996)	0.92	40	State anxiety, Trait anxiety
SCL-90-R	Derogatis (1997)	Kim et al. (1985)	0.67–0.86	90	Somatization, obsessive symptoms, interpersonal relationships, anxiety, depression, hostility, fear anxiety, delusion, psychoticism
ZDS	Zung (1965)	-	-	20	Depression

Note. BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI, BDI-II = Beck Depression Inventory; BSI-18, -53 = Brief Symptom Inventory-18, -53(SF of SCL-90-R); CES-D = Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale; HRSD = Hamilton Depression Rating Scale; HRSA = Hamilton Anxiety Rating Scale; IES-R = Impact of event scale-Revised; MDASI = The M.D. Anderson Symptom Inventory; PC = Primary Care; PDQ-BC = Psychosocial Distress Questionnaire-Breast Cancer; QSC-R23 = Questionnaire on stress in cancer patients; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised; SF = Short Form; ZDS = Zung self-rating Depression Scale.

www.kci.go.kr

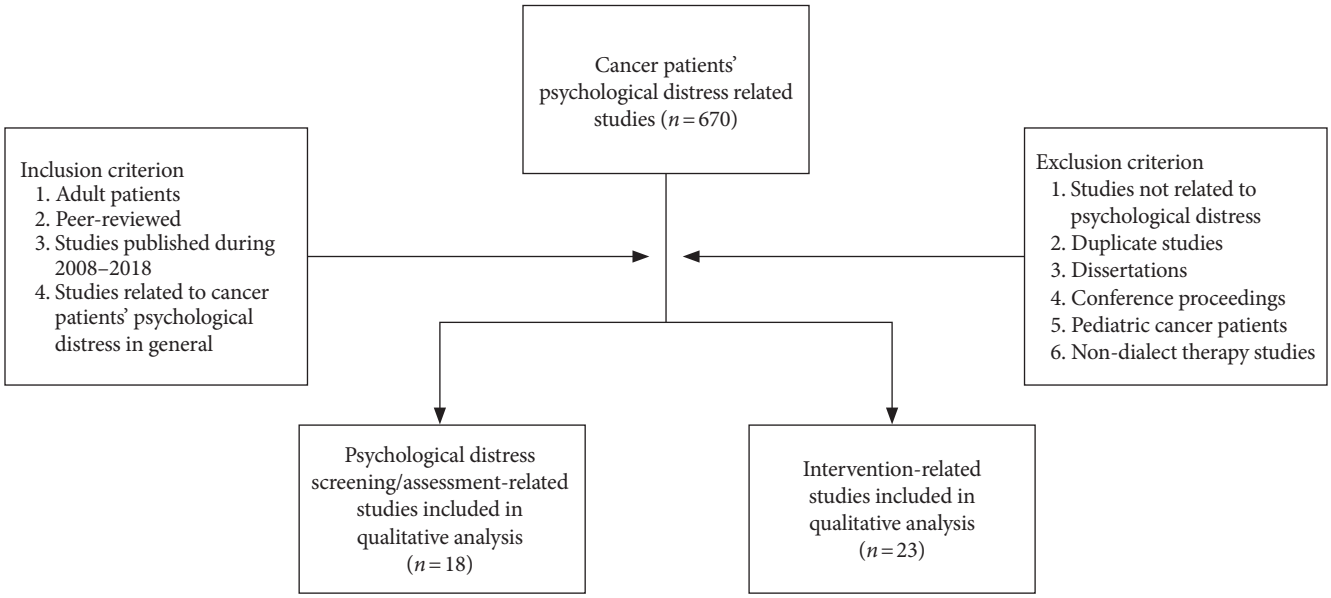

Figure 1. *Search process and the number of selected studies.*

iety,' 'insomnia', 'distress', 'cancer'이었다. 그 결과, 총 670건의 문헌이 검색되었고, 이 중 질적 분석을 위해 1차로 1) 성인 암환자를 대상으로 한 설문연구, 실험연구 및 개관연구, 2) 암환자의 디스트레스의 주제로 한 연구를 포함하였고, 중복된 문헌과 학위논문 혹은 학술 대회의 초록은 배제하였다. 그 후 2차로 초록을 검토하여 암환자의 디스트레스 선별 및 평가에 대한 내용을 바탕으로 연구된 18건의 논문을 최종적으로 선정하였다(Figure 1).

총 18건의 문헌들 중 10건은 유방암 환자를 대상으로 하였으며, 그 밖에 위암, 식도암, 부인암과 혈액암, 갑상선암 등을 대상으로 하고 있어 최근 10년간 비교적 다양한 암종을 대상으로 디스트레스에 관한 연구가 진행되어 온 것으로 보인다(Table 5). 대부분의 연구가 선별 도구를 활용하여 디스트레스의 유병률을 살펴보거나 디스트레스에 영향을 미치는 요인을 탐색적으로 확인하고 있었다(Baek et al., 2017; Chun, Shim, Hwang, & Hahm, 2010; Jang, Lee, Choi, Lee, & Lee, 2013; Jun et al., 2012; Kim et al., 2008; Lee et al., 2013; Oh et al., 2017; Park, Bae, Chun, Jung, & Jung, 2015; Park, Chun, Jung, & Bae, 2017; Park et al., 2011; Park, Choi, Lim, Moon, & Lim, 2017; Seok et al., 2013). 일부 연구에서는 일정 기간 동안 추적 평가를 통해서 디스트레스의 변화 추이를 살펴보기도 하였다(Lee, Rim, Won, & Woo, 2018; Park, Chun et al., 2017). 특히 Baek 등(2017)은 디스트레스 관리 알고리즘에 따라 유방암 환자를 대상으로 수술 전에 디스트레스를 선별하여 고위험군에게 심리적 개입을 권고하고, 심리교육, 인지행동치료, 약물치료를 실시하여 디스트레스의 변화를 추적 관찰한 결과를 발표하기도 하였다. Han 등(2017)은 정신과 치료를 촉진시키기 위해 디스트레스 선별 프로그램을 개발하기도 하였다.

그렇다면, 현재 암환자 디스트레스에 대한 심리학적 개입의 현황은 어떨까? 10년 전 Kim과 Lee(2008)는 암환자의 심리적 개입에 대한 고찰 연구에서 당시 국내에는 간호학을 중심으로 한 교육적 접근의 심리사회적 개입의 연구가 주를 이루고 있어 암환자의 심리사회적 문제에 대한 보다 깊은 치료적 접근이 필요하다고 지적한 바 있다. 본 연구진은 2008년 이후 최근까지 진행된 암환자를 위한 심리학적 개입의 연구 현황을 살펴보기 위해 문헌고찰을 실시하였다. 앞서 1차로 선택된 문헌들 중 초록 검토를 통해 언어를 매개로 한 심리적 개입의 효과를 보고한 연구를 최종 문헌으로 선택하였다. 그 결과, 최근 10년간 발표된 암환자의 우울, 불안, 불면 및 디스트레스에 대한 심리적 개입에 대한 문헌은 총 23편으로 확인되었다(Figure 1).

메타분석 2편(Jang, Choi, & Kwon, 2013; Oh & Lee, 2013)과 종설연구 2편(Kang, Han, Kim, & Lim, 2018; Kim et al., 2010)을 제외한 19편은 모두 치료 효과를 검증하는 연구였다. 연구에서 실시된 개입은 희망증진 집단치료(Cho & Seo, 2011; Oh, 2008; Park et al., 2008; Seo, Cho, Son, Cho, & Yoo, 2008), 인지행동치료(Yoo, Lee, & Yoon, 2009), 점진적 근육이완법(Kim & Seo, 2010), 표현적 글쓰기(Park & Yi, 2012), 명상 및 마음챙김(Jang, 2013; Lee, 2013; Park, Jun, & Jung, 2013), 자기관리 프로그램(Yoo, Boo, Chun, & Jo, 2015), 통합중재 프로그램(Kang, Kwon, & Hong, 2016), 전화 상담(Park et al., 2008; Ok et al., 2017), 문제해결치료(Yoon et al., 2018),

www.kci.go.kr

https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.2.010

Table 5. *Selected Studies of Screening, Assessment and Psychological Intervention for Distress in Cancer Patients in South Korea from 2008 to 2018*

Author	Year	Study design	*N*	Cancer Type or Stage	Assessment Measures	Variables
Baek et al.	2017	Nonrandomized control group pretest-posttest design	High-risk: 149 Low risk: 115	Breast cancer	DT, CES-D	Distress, depression, Effects of psychological intervention
Cho & Seo*	2011	Randomized control group pretest-posttest design	Exp: 20 Cont: 17	Breast, Brain, Colon, Liver cancer	HADS, SEQ, HS	Effects of group psychotherapy for promotion of hope on positive emotion
Chun et al.	2010	Cross-sectional design	95	Breast cancer	HADS, ISI, IES-R, FACT-B	Distress prevalence and quality of life
Han et al.	2017	Validational study	499	Various***	DT, HADS	Distress screening and management program
Jang*	2013	Randomized control group pretest-posttest design	Exp: 20 Cont: 21	Breast cancer	PKPCT, HADS, FACT-B	Effects of meditation program
Jang, Choi, & Kwon*	2013	Meta-analysis	-	-	-	Intervention on depression
Jang et al.	2013	Cross-sectional design	Depressed: 15 Non-Depressed: 26	Breast cancer	BDI, PAI, SF-35-K	Depressive symptoms and quality of life
Ju, Kim & Kim	2018	Descriptive survey design	103	Esophageal cancer	DT, PL, FACT-G	Distress and quality of life
Jun et al.	2012	Cross-sectional design	Distressed: 153 Non-distressed: 121	Gastric cancer	HADS	Distress prevalence, risk factors
Kang, Kwon, & Hong*	2016	Quasi-experimental one group pre-post design	25	Various***	ZDS, SCI	Effects of Integrated Intervention Program
Kang et al.*	2018	Review	-	Terminally ill cancer patients	-	Meaning-Centered Therapy
Kim & Seo*	2010	Quasi-experimental non-equivalent control group pretest-posttest design	Exp: 39 Cont: 35	Various***	PFS, STAI, BDI	Effects of Progressive Muscle Relaxation
Kim et al.	2008	Cross-sectional design	Depressed: 19 Non-depressed: 19	Breast cancer	BDI, MADRS, STAI, K-MAC, SF-36	Depressive symptoms and psychological characteristics
Kim et al.*	2010	Review	-	Terminally ill cancer patients	-	Depression
Kim et al.	2018	Validational study	64	Breast cancer	PHQ-9, GAD-7, DDS	Distress level
Lee*	2013	Nonrandomized control group pretest-posttest design	Meditation: 8 Psychoeducation: 6 Waiting list: 7	Lymphoma	KIMS, BDI, BAI, PSQI	Mindfulness meditation and depression and pulse rate
Lee & Kim	2018	Review	-	HSCT	-	Insomnia and HSCT
Lee et al.	2009	Validational Study	100	Various***	K-BEDS, HADS, KPSS	Standardization of the Korean version of Brief Edinburg Depression Scale
Lee et al.	2013	Cross-sectional design	**N-A&N-D: 72 N-A&D: 30 A&N-D: 3 A&D: 9*	Various***	HADS	Point prevalence of anxiety and depression
Lee et al.	2018	Longitudinal design	Distressed: 53 Non-distressed: 61	Breast cancer	HADS, ECR-M36	Distress, insecure attachment as predictive factors

(*Continued to the next page*)

www.kci.go.kr

Table 5. *Continued*

Author	Year	Study design	*N*	Cancer Type or Stage	Assessment Measures	Variables
Oh*	2008	Non-equivalent control group pretest-posttest design	Exp: 22 Cont: 31	Various***	MAC, HADS	Effects of Spirituality/Hope Promoting Program
Oh & Jang*	2014	Meta-analysis	-	-	-	Effects of psychosocial interventions
Oh & Lee*	2013	Meta-analysis	-	-	-	Effects of Cognitive Behavioral Therapy
Oh et al.	2017	Cross-sectional design	249	Various***	NCC-PSI, HADS, NRS-Pain	Pain, distress
Ok et al.*	2017	Randomized control group pretest-posttest design	Exp: 32 Cont: 34	Various***	VAS, HADS	Effects of telephone counseling before chemotherapy
Park, Jun, & Jung*	2013	Randomized control group pretest-posttest design	Exp: 15 Cont: 5	Breast cancer	RRS, PSQI, EROTC-BR23, SCL-90-R, FFMQ, K-CCQ, K-TPGI	Effects of Korean Mindfulness Based Stress Reduction Program
Park & Oh*	2010	Non-equivalent control group pretest-posttest design	Exp: 39 Cont: 42	Various***	SCL-90-R, HS, C-QOL	Effects of psychosocial intervention
Park & Oh*	2012	Non-randomized control group pretest-posttest design	Exp: 17 Cont: 10	Gynecological cancer	DT, PL, C-QOL	Effects of Distress Nursing Intervention
Park & Yi*	2012	Non-equivalent control pre-post design	Exp: 29 Cont: 29	Breast cancer	PILL, MDASI, HADS, C-QOL	Effects of Expressive Writing Program
Park et al.*	2008	Quasi-experimental non-equivalent pretest-posttest design	Exp: 20 Cont: 20	Gynecological cancer	GWB, SDS	Effects of telephone counseling
Park et al.	2011	Cross-sectional design	Depressed: 146 Non-depressed: 65	Breast cancer	BDI	Depressive symptom and related factors
Park et al.	2015	Cross-sectional design	118	Breast cancer	DT, PL	Distress level and related factors
Park et al.	2017	Cross-sectional design	Breast cancer: 1,119 Thyroid cancer: 675	Breast, Thyroid cancer	NCC-PSI	Distress level
Park et al.	2017	Longitudinal design	Low-decreasing distress: 95 Consistently high-distress: 22	Breast cancer	DT, PL	Distress level
Park et al.*	2018	Quasi-experimental design	Exp: 25 Cont: 22	Breast cancer	DT, SCNS-SF34, FACT-B	Effects of integrated psychoeducational program
Ryu et al.*	2018	Nonrandomized control group pretest-posttest design	Exp: 24 Cont: 13	Pancreatic cancer	HADS, MAC, EORTC, SRRS, DT	Effects of meaning-centered psychotherapy
Seo et al.*	2008	Random Sampling pretest-posttest design	Exp: 5, 5, 3	Various***	HADS, FACT	Effect of Promotion of Hope Group Psychotherapy
Seok et al.	2013	Cross-sectional design	Distress: 44 No-distress: 108	Thyroid cancer	DT, K-MAC	Negative mental adjustment to cancer, distress
Yoo, Lee, & Yoon*	2009	Non-equivalent control group design	Exp: 35 Cont: 36	Breast cancer	STAI, CES-D	Effects of Cognitive-Behavioral Nursing Intervention
Yoo et al.*	2015	One group pretest-posttest design	6	Thyroid cancer	DT, VAS, EORCT	Effects of self-management program

(*Continued to the next page*)

www.kci.go.kr

https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.2.010

Table 5. *Continued*

Author	Year	Study design	*N*	Cancer Type or Stage	Assessment Measures	Variables
Yoon et al.*	2018	Nonrandomized control group pretest-posttest design	Exp: 30 Cont: 30	Various***	PHQ-9, CES-D10, SP-SI-R	Problem-solving skills and depression level

Note. Exp = experimental group; Cont = control group; BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory; BEDS = Brief Edinburgh Depression Scale; CES-D10 = The Center for Epidemiological Studies Depression 10 Scale; C-QOL = Cancer-Quality of Life; DDS = Diagnostic Drawing Series; DT = Distress Thermometer; ECR-M36 = Modified Experience in Close Relationships; EORTC = European Organization for Research and Treatment of Cancer; EORTC QLQ-BR 23 = EORTC Quality of Life Questionnaire–Breast 23; FACT-B = Functional Assessment Cancer Therapy-Breast; FACT-G = Functional Assessment Cancer Therapy-General; FFMQ = Five Factor Mindfulness Questionnaire; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7; GWB = The General Well-being Schedule; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; HS = Hope scale; HSCT = Hematopoietic Stem Cell Transplantation; IES-R = Impact of event scale-Revised; ISI = Insomnia Severity Index; K-BEDS = Korean version of Brief Edinburg Depression Scale; K-CCQ = Korean Cancer Coping Questionnaire; KIMS = The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; K-MAC = Korean Mental Adjustment to Cancer scale; KPSS = Karnofsky Performance Status Scale; K-PTGI = Korean Version of the Posttraumatic Growth Inventory; MADRS = Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; MDASI = MD Anderson Symptom Inventory; NCC-PSI = National Cancer Center Psychological Symptom Inventory; NRS-Pain = The Numeric Rating Scale for Pain; PAI = Personality Assessment Inventory; PFS = Piper Fatigue Scale; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; PILL = Pennebaker Inventory of Limbic Languidness; PKPCT = Power as Knowing Participating in Change Tool; PL = Problem List; PSQI = Pittsburg Sleep Quality Index; RRS = Ruminative Response Scale; SCI = Self-as-Carer Inventory; SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised; SCNS-SF34 = Supportive Care Needs Survey-short form 34; SDS = Symptom Distress Scale; SEQ = Self-Esteem Questionnaire; SF-36-K = Short-Form 36 Health Survey-Korean Version; SPSI-R = Social Problem-Solving Inventory-Revised; SRRS = Social Readjustment Rating Scale; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; VAS = Visual Analogous Scale; ZDS = Zung self-rating Depression Scale.
*Psychological Intervention study. **N-A = Non-anxiety; N-D = Non-depression; D = Depression; A = Anxiety. ***Various Cancer Type = Stomach, Colorectal, Hepato-pancreatic, Ovary, Uterine, Lung, Breast, Brain, Thyroid, Head and Neck.

심리교육(Park, Chun, Jung, Bae, & Jung, 2018), 의미중심치료(Ryu et al., 2018) 등으로 나타났다. 이 중 심리학자에 의한 연구는 2편이었다(Lee, 2013; Park et al., 2013). 암환자에 대한 심리적 개입이 주로 교육적 접근이었던 10여 년 전에 비해, 최근 10년 동안에는 심리학적 이론을 기반으로 한 심리치료 프로그램을 개발하고, 그 효과를 입증하는 연구가 증가한 것으로 보인다. 물론 무선할당통제연구와 같이 체계적으로 잘 설계된 연구를 통해 반복적으로 효과를 검증하는 노력이 필요하지만, 지난 10여 년간 국내외에서 암환자의 디스트레스 선별과 관리에 대한 중요성이 강조되면서 국내에서도 이러한 흐름에 발맞추어 관련 연구뿐 아니라 임상 현장에서의 적용이 점차 활성화되고 있는 듯 보인다.

실제로 임상 현장에서는 2009년에 국내에서 암환자 디스트레스 관리 권고안이 개발되었고, 국공립 병원 및 대형 병원을 중심으로 암센터가 개원하면서 암환자의 디스트레스를 적극적으로 관리할 수 있는 기틀이 마련되었다. 국립암센터에서는 일부 암종을 대상으로 디스트레스를 사전에 선별하여 관리하는 시스템을 도입하고, 디스트레스 관리를 위한 심리적 개입을 제공하고 있다. 2010년부터 디스트레스 관리 권고안을 기반으로 수술을 앞두고 입원한 모든 췌담도암 환자를 대상으로 입원 당일과 수술 후 10일째 디스트레스를 평가하여 임상적으로 유의한 수준의 디스트레스가 있는 환자를 선별하여 관리하는 시스템을 운영 중이다. 수술 전 디스트레스를 보고하는 환자들을 디스트레스 위험군으로 하여 수술 후 그들의 증상을 모니터링하도록 하고, 수술 후 10일째 디스트레스를 평가하여 디스트레스가 의심되는 이들에게 2차 평가를 실시하여 증상의 심각성을 파악하고 정신건강클리닉으로 의뢰하는 시스템이다. 이 시스템에서 임상심리전문가는 디스트레스의 평가 결과에 따라 증상의 중등도에 맞게 필요한 치료적 개입을 암의료진에게 제안하고, 의뢰된 환자에게 수면 위생 교육이나 불면증 인지행동치료와 같은 심리적 개입을 제공한다. 이를 통해 췌담도암 환자가 수술 후에 겪게 되는 수면문제, 불안, 우울 증상을 간과하지 않고 적극적으로 관리할 수 있도록 돕고 있다.

최근에는 정부 주도의 국가 암 관리 사업에서 제3차 국가암관리 종합계획의 일환으로 '암 생존자 통합지지사업'을 추진하면서 2015년부터 6개 지역암센터에 암생존자 통합지지센터가 시범적으로 설치되어 운영되고 있다. 통합지지센터에서는 암 치료가 끝난 암생존자를 대상으로 암 치료 후 생길 수 있는 다양한 신체적 증상과 심리사회적 문제를 해결하도록 돕는다. 여기에서 디스트레스 역시 주요한 문제 중 하나로, 통합지지센터에 내방한 모든 환자를 대상으로 디스트레스를 선별하여 중등도에 따라 전문적인 개입이 제공될 수 있도록 한다. 이밖에 암환자의 디스트레스를 선별하여 관리하는

www.kci.go.kr

시스템이 아니더라도, 대형 종합병원이나 암 전문의료기관에서 암 환자에 대한 심리적 개입은 증가하는 추세이다.

논 의

지금까지 암환자 디스트레스의 개념, 디스트레스의 선별, 평가 및 관리 알고리즘을 소개하고, 선별도구와 국내 연구 현황에 대해 개관하였다.

의학의 발전에 따라 암 생존율이 높아지면서 암환자의 삶의 질에 대한 관심이 높아지고 있다. 암환자의 디스트레스는 암 진단과 암 치료과정, 암 치료 종결 후 어느 단계에서든 발생할 수 있다. 암환자의 디스트레스가 적절히 관리되지 않을 때 만성적으로 지속되어 삶의 질을 현저히 저하시킬 뿐 아니라 일상으로의 복귀를 가로막고, 암 완치에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 이에 정신적 어려움을 겪는 환자를 적시에 확인하여 충분한 개입이 이루어지도록 하는 것이 매우 중요하다. 이에 최근 10여 년간 국내외에서 디스트레스 관리 권고안의 보급, 임상현장에서 서비스 전달체계의 구축, 정책 반영 등의 노력을 통해 암환자 디스트레스 관리의 중요성을 강조하고 있지만, 아직 환자들의 의식 변화에까지 크게 영향을 미치지 않은 것으로 보인다. Dilworth, Higgins, Parker, Kelly와 Turner (2014)의 연구에서는 38.7%의 환자들은 자신이 심리사회적 개입을 받아야 할 만큼 심각하다고 느끼지 않아 도움의 필요성을 느끼지 못했고, 19%의 환자들은 디스트레스 관리에 대한 정보가 없어서 받지 않은 것으로 보고되었다. Clover, Mitchell, Britton과 Carter (2015)는 환자가 디스트레스 수준이 높다 하더라도 자조(self-help)적인 방법으로 해결하기를 더 선호하고, 자신의 디스트레스가 심각하지 않다고 믿는 경향이 있어 치료의 방해 요소가 된다고 지적하기도 하였다. 비록 개선이 되긴 하였으나, 환자의 정서적인 측면에 대해 논의하는 것이 익숙하지 않은 현재의 의료 문화 역시 디스트레스를 다루는 데 걸림돌(Baker et al., 2013)로 최근까지 언급되는 문제이다. 이에 환자와 가족, 의료진을 대상으로 디스트레스의 이해를 높이고, 적극적으로 관리할 수 있도록 지속적인 교육과 정보 제공, 홍보 등의 노력이 필요해 보인다.

디스트레스 관리에는 선별, 평가, 의뢰, 추후평가, 그리고 문서화와 질 향상의 다섯 가지 단계가 있다(Lazenby, Tan, Pasacreta, Ercolano, & McCorkle, 2015). 이 단계를 완성하고 환자의 디스트레스를 효율적으로 관리하려면 종양학자, 간호사, 정신과 의사, 임상심리학자, 사회복지사 등 다양한 전문가들의 협조와 협력이 필요하다. 이러한 협력 체계 구축을 통해 암환자의 디스트레스를 조기에 정확히 선별하여 적절한 전문가의 개입을 통해 통합적인 암 케어의 질을 향상시킬 수 있다. 이 과정에서 임상심리학자가 참여하여 환자의 특성과 상황 등을 고려하여 적절한 선별도구를 선택하고, 증상의 중등도에 따라 필요한 심리학적 개입 방법을 개발하고 기획하여 제공하는 것이 핵심적인 역할이라 하겠다.

앞서 디스트레스 선별 및 평가도구에 대한 개관을 통해 살펴보았듯이, Distress Thermometer를 제외하고 현재 외국에서 개발된 암-특정적인 디스트레스 평가도구의 대다수가 한국어로 아직 번안되지 않은 상태이다. 암종 등 여러가지 요인에 의해 디스트레스의 양상이나 디스트레스를 겪는 영역이 다를 수 있는 바(Carlson et al., 2004; McCarter et al., 2018), 질병-특정적인 문제를 평가하기 위한 척도의 국내 타당화나 국내 암환자의 특성을 고려한 척도의 개발이 시급하다.

최근 국내에서는 10여 년 사이 국공립 병원과 대학병원을 중심으로 암환자의 디스트레스에 대한 심리적 개입이 본격화되고 있고, 치료 중인 환자와 치료가 종결된 환자를 대상으로 한 심리적 개입이 이루어지고 있으며, 그 효과가 일부 보고되기도 하였다. 그러나 대다수의 연구에서 시행된 개입은 임상현장에서 통상적인 치료(routine practice)로 진행된 것이기보다는 연구 목적으로 개발된 치료로 보이는 바, 연구를 통해 효과가 입증된 치료를 실제 임상 현장에 보급하여 활용할 수 있도록 하는 노력도 필요해 보인다. 또한 암 관련 분야에 심리 전문 인력의 요구가 증가하는 추세에 부응하기 위해 행동의학(behavioral medicine)과 정신종양학(psycho-oncology) 분야에 대한 지식을 체계적으로 교육하고, 관련된 치료 기법들을 훈련할 수 있는 교육의 장이 마련될 필요가 있다. 암생존자가 꾸준히 증가하고, 그들의 삶의 질 향상과 일상으로의 복귀를 돕는 것이 국가 암 관리 사업의 주요 과제로 시행되고 있는 현 시점에서, 암환자의 정신건강 문제에 대한 임상심리학자의 관심과 적극적인 활동이 요구된다.

References

Andrykowski, M. A., & Manne, S. L. (2006). Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I. Standards and levels of evidence. *Annals of Behavioral Medicine, 32*, 93-97.

Baek, H., Kang, E., Lee, A. S., Hwang, E., Chae, S., Kim, E. K., & Kim, S. W. (2017). Distress screening and management in early breast cancer patients: Distress after breast cancer diagnosis and associated factors. *Journal of Breast Disease, 5*, 8-15.

Baker, P., Beesley, H., Dinwoodie, R., Fletcher, I., Ablett, J., Holcombe, C., & Salmon, P. (2013). 'You're putting thoughts into my head': A qualitative study of the readiness of patients with breast, lung or prostate cancer to address emotional needs through the first

www.kci.go.kr

https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.2.010

18 months after diagnosis. *Psycho-Oncology, 22*, 1402-1410.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

Bennett, B., Goldstein, D., Lloyd, A., Davenport, T., & Hickie, I. (2004). Fatigue and psychological distress–exploring the relationship in women treated for breast cancer. *European Journal of Cancer, 40*, 1689-1695.

Berard, R. M. F., Boermeester, F., & Viljoen, G. (1998). Depressive disorders in an out-patient oncology setting: Prevalence, assessment and management. *Psycho-Oncology, 7*, 112-120.

Bogaarts, M. P., Den Oudsten, B. L., Roukema, J. A., Van Riel, J. M., Beerepoot, L. V., & De Vries, J. (2011). Development of the Psychosocial Distress Questionnaire—Breast Cancer (PDQ-BC): A breast cancer-specific screening instrument for psychosocial problems. *Supportive Care in Cancer, 19*, 1485-1493.

Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmser, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A single method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care, 7*, 6-9.

Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: The sixth vital sign-future directions in cancer care. *Psycho-Oncology, 15*, 93-95.

Bultz, B. D., & Johansen, C. (2011). Screening for distress, the 6th vital sign: Where are we, and where are we going? *Psycho-Oncology, 20*, 569-571.

Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., . . . Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer, 90*, 2297-2304.

Cho, J. H., & Seo, K. S. (2011). Effect of group psychotherapy for promotion of hope on positive emotion in cancer patients. *The Journal of Korean Oriental Medicine, 32*, 95-102.

Cho, Y. W., Song, M. L., & Morin, C. M. (2014). Validation of a Korean version of the Insomnia Severity Index. *Journal of Clinical Neurology, 10*, 210-215.

Choi, H. S., Choi, J. H., Park, K. H., Joo, K. J., Ga, H., Ko, H. J., & Kim, S. R. (2007) Standardization of the Korean version of Patient Health Questionnaire-9 as a screening instrument for major depressive disorder. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine, 28*, 114-119.

Chun, J. H., Byun, M. K., Sim, S. M., & Lee, H. H. (2012). A study on the healing and development of reality therapy program for hospice. *Journal of Naturopathy, 1*, 55-64.

Chun, S. Y., Shim. E. J., Hwang, J. W., & Hahm, B. J. (2010). Prevalence of distress and its influence on quality of life in breast cancer patients. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine, 18*, 72-81.

Clarke, D. M., McKenzie, D. P., Marshall, R. J., & Smith, G. C. (1994). The construction of a brief case-finding instrument for depression in the physically ill. *Integrative Psychiatry, 10*, 117-123.

Cleeland, C. S., Zhao, F., Chang, V. T., Sloan, J. A., O'mara, A. M., Gilman, P. B., . . . Fisch, M. J. (2013). The symptom burden of cancer: Evidence for a core set of cancer-related and treatment-related symptoms from the eastern cooperative oncology group symptom outcomes and practice patterns study. *Cancer, 119*, 4333-4340.

Clover, K. A., Mitchell, A. J., Britton, B., & Carter, G. (2015). Why do oncology outpatients who report emotional distress decline help? *Psycho-Oncology, 24*, 812-818.

Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry, 4*, 330-338.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry, 150*, 782-786.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin, 9*, 13-28.

Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B., & Turner, J. (2014). Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology, 23*, 601-612.

Duffy, J. D., & Valentine, A. D. (2011). *MD Anderson manual of psychosocial oncology*. Houston, TX: McGraw-Hill Companies, Inc.

Enns, A., Waller, A., Groff, S. L., Bultz, B. D., Fung, T., & Carlson, L. E. (2013). Risk factors for continuous distress over a 12-month period in newly diagnosed cancer outpatients. *Journal of Psychosocial Oncology, 31*, 489-506.

Eun, H. J., Kwon, T. W., Lee, S. M., Kim, T. H., Choi, M. R., & Cho, S. J. (2005). A study on reliability and validity of the Korean version of Impact of Event Scale-Revised. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 44*, 303-310.

Faller, H., Bülzebruck, H., Drings, P., & Lang, H. (1999). Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Archives of General Psychiatry, 56*, 756-762.

Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer, 84*, 1011-1015.

Gopalan, M. R., Karunakaran, V., Prabhakaran, A., & Jayakumar, K. L. (2016). Prevalence of psychiatric morbidity among cancer patients – hospital-based, cross-sectional survey. *Indian Journal of Psychiatry, 58*, 275-280.

Ha, E. H., Lee, S. H., Yu, E. S., Kim, J. H., Ro, J. S., Kang, H. S., & Lee, K. S. (2011). The relationships between hwa-byung and de-

www.kci.go.kr

pressive disorder in breast cancer patients. *The Korean Journal of Woman Psychology, 16*, 115-133.

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*, 218-223.

Han, C., Joo, S. H., Chae, J. H., Lee, C. U., & Kim, T. S. (2017). Feasibility of psychosocial distress screening and management program for hospitalized cancer patients. *Psychiatry Investigation, 14*, 734-745.

Han, D. W., Lee, J. H., & Jeon, K. G. (1996). Development of Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory, STAI-Y. *Korean Journal of Health Psychology, 1*, 1-14.

Head, B. A., Schapmire, T. J., Keeney, C. E., Deck, S. M., Studts, J. L., Hermann, C. P., . . . Pfeifer, M. P. (2012). Use of the distress thermometer to discern clinically relevant quality of life differences in women with breast cancer. *Quality of Life Research, 21*, 215-223.

Hegel, M. T., Collins, E. D., Kearing, S., Gillock, K. L., Moore, C. P., & Ahles, T. A. (2008). Sensitivity and specificity of the distress thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. *Psycho-Oncology, 17*, 556-560.

Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G., & Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: A cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer, 91*, 504-511.

Holland, J. C., & Alici, Y. (2010). Management of distress in cancer patients. *The Journal of Supportive Oncology, 8*, 4-12.

Hutchison, S. D., Steginga, S. K., & Dunn, J. (2006). The tiered model of psychosocial intervention in cancer: A community based approach. *Psycho-Oncology, 15*, 541-546.

Irwin, M. R. (2013). Depression and insomnia in cancer: Prevalence, risk factors, and effects on cancer outcomes. *Current Psychiatry Reports, 15*, 404-416.

Jang, E. H., Choi, K. S., & Kwon, S. J. (2013). A meta-analysis of intervention on depression in cancer patients. *Asian Oncology Nursing, 13*, 1-10.

Jang, S. H., Lee, D. B., Choi, U. J., Lee, K. M., & Lee, S. Y. (2013). A study of the depressive symptoms and the quality of life in patients with breast cancer in a university hospital. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine, 21*, 11-17.

Jang, S. J. (2013). Effects on meditation program on power, anxiety, depression and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22*, 205-215.

Jefford, M., Mileshkin, L., Richards, K., Thomson, J., Matthews, J. P., Zalcberg, J., . . . Clarke, D. M. (2004). Rapid screening for depression–validation of the Brief Case-Find for Depression (BCD) in medical oncology and palliative care patients. *British Journal of Cancer, 91*, 900-906.

Jeon, G. G., & Lee, M. K. (1992). Preliminary development of Korean version of CES-D. *Journal of Clinical Psychology, 11*, 65-76.

Ju, Y. H., Kim, Y. H., & Kim, J. H. (2018). Distress and quality of life in patients with esophageal cancer. *Asian Oncology Nursing, 18*, 40-46.

Jun, C., Min, J. A., Ma, J. Y., Song, K. Y., Lyoo, I. K., Lee, C. U., . . . Kim, T. S. (2012). Prevalence and associated risk factors of psychological distress in patients with gastric cancer. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine, 20*, 82-90.

Jung, I. K., Kwak, D. I., Shin, D. K., Lee, M. S., Lee, H. S., & Kim, J. Y. (1997). A reliability and validity study of geriatric depression scale. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 36*, 103-112.

Kang, K. A., Han, S. J., Kim, S. J., & Lim, Y. S. (2018). An integrative review of meaning-centered intervention studies for patients with advanced or terminal cancer. *Asian Oncology Nursing, 18*, 173-187.

Kang, Y. S., Kwon, I. S., & Hong, E. (2016). The effects of integrated intervention program for community dwelling in cancer patients' quality of life, depression and self care agency. *Journal of Korean Public Health Nursing, 30*, 445-455.

Kim, G. M., Kim, S. J., Song, S. K., Kim, H. R., Kang, B. D., Noh, S. H., . . . Rha, S. Y. (2017). Prevalence and prognostic implications of psychological distress in patients with gastric cancer. *BMC Cancer, 17*, 283-290.

Kim, J., Youn, S., Choi, B., Jung, K. H., Ahn, S. D., Hwang, S. Y., . . . Lee, J. (2018). Psychological distress and drawing tests among women with breast cancer. *Journal of Korean Medical Science, 33*, e140.

Kim, J. H.(Ed). Introduction to Psycho-oncology. Goyang: National Cancer Center. 2019.

Kim, J. H., Seok, J. H., Jon, D. I., Hong, H. J., Hong, N., Kim, S. J., . . . Kim, L. S. (2008). Psychological characteristics of patients with depressive symptoms at the initial diagnosis of breast cancer: Preliminary results. *Journal of Breast Cancer, 11*, 83-88.

Kim, J. N., & Lee, R. (2008). A review of research on the psychosocial interventions for the cancer patients. *Korean Journal of Health Psychology, 13*, 329-357.

Kim, K. I., Kim, J. H., & Won, H. T. (1985). *Symptom Checklist-90 manual*. Joong-ang Research Center.

Kim, S. Y., Kim, J. M., Kim, S. W., Shin, I. S., Yoon, J. S., & Shim, H. J. (2010). Management of depression in terminally ill cancer patients. *Korean Journal of Psychopharmacology, 21*, 51-61.

Kim, Y. J., & Seo, N. S. (2010). Effects of progressive muscle relaxation on nausea, vomiting, fatigue, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *Journal of Korean Oncology Nursing, 10*, 171-179.

Kim, Y. K., Won, S. D., Lim, H. J., Choi, S. H., Lee, S. M., Shin, Y. C., & Kim, K. H. (2005). Validation of the Korean version of Edin-

www.kci.go.kr

https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.2.010

burgh Postnatal Depression Scale (K-EPDS). *Journal of Korean Society for Depression and Bipolar Disorders, 3*, 42-49.

Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Pieper, C., Meador, K. G., Shelp, F., . . . DiPasquale, B. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry, 149*, 1693-1700.

Kuhnt, S., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., . . . Mehnert, A. (2016). Twelve-month and lifetime prevalence of mental disorders in cancer patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 85*, 289-296.

Kwon, J. H., Nam, S. H., Koh, S., Hong, Y. S., Lee, K. H., Shin, S. W., . . . Bruera, E. (2013). Validation of Edmonton symptom assessment system in Korean cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 46*, 947-956.

Kwon, S. J. (2015). *Symptom Checklist II (KSCL-95) manual*. Seoul: Joong-ang Research Center.

Kwon, S. M. (1992). *Differential roles of dysfunctional attitude and automatic thoughts in depression: An integrated cognitive model of depression* (Unpublished doctoral dissertation). University of Queensland, Brisbane, Australia.

Lazenby, M., Tan, H., Pasacreta, N., Ercolano, E., & McCorkle, R. (2015). The five steps of comprehensive psychosocial distress screening. *Current Oncology Reports, 17*, 447-454.

Lee, B. K. (2013). The effects of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) program on pain and anxiety in cancer patients. *Korean Journal of Stress Research, 21*, 263-274.

Lee, J. H., Kim, T. S., Ko, Y. H., Yoon, S. J., Lyoo, I. K., Jun, T. Y., & Lee, C. (2009). The standardization of the Korean version of Brief Edinburgh Depression Scale as a screening tool for depression in cancer patients. *Korean Journal of Biological Psychiatry, 16*, 112-120.

Lee, M. A., Huh, H. J., Min, J. A., Lee, C. U., Lee, C., & Kim, T. S. (2013). Point prevalence of anxiety and depression among cancer inpatients in a general hospital: A preliminary study for the development of distress management strategies in cancer patients. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine, 21*, 122-131.

Lee, S. H., & Kim, H. (2018). Insomnia in patients with hematopoietic stem cell transplantation (HSCT). *Journal of Korean Society of Biological Therapies in Psychiatry, 24*, 142-155.

Lee, S. S., Rim, H. D., Won, S. H., & Woo, J. (2018). Avoidant insecure attachment as a predictive factor for psychological distress in patients with early breast cancer: A preliminary 1-year follow-up study. *Psychiatry Investigation, 15*, 805-810.

Lee, Y. H., & Song, J. Y. (1991). A study of the reliability and the validity of the BDI, SDS, and MMPI-D scales. *The Korean Journal of Clinical Psychology, 10*, 98-113.

Lim, S. Y., Lee, E. J., Jeong, S. W., Kim, H. C., Jeong, C. H., Jeon, T. Y., . . . Kim, J. B. (2011). The validation study of Beck Depression Scale 2 in Korean version. *Anxiety and Mood, 7*, 48-53.

Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders, 141*, 343-351.

Lloyd-Williams, M., Friedman, T., & Rudd, N. (2000). Criterion validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in patients with advanced metastatic cancer. *Journal of Pain and Symptom Management, 20*, 259-265.

Luckett, T., Butow, P. N., King, M. T., Oguchi, M., Heading, G., Hackl, N. A., . . . Price, M. A. (2010). A review and recommendations for optimal outcome measures of anxiety, depression and general distress in studies evaluating psychosocial interventions for English-speaking adults with heterogeneous cancer diagnoses. *Supportive Care in Cancer, 18*, 1241-1262.

McCarter, K., Britton, B., Baker, A. L., Halpin, S. A., Beck, A. K., Carter, G., . . . Wolfenden, L. (2018). Interventions to improve screening and appropriate referral of patients with cancer for psychosocial distress: Systematic review. *BMJ Open, 8*, e017959.

Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., . . . Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology, 27*, 75-82.

Meijer, A., Roseman, M., Delisle, V. C., Milette, K., Levis, B., Syamchandra, A., . . . Thombs, B. D. (2013). Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 75*, 1-17.

Ministry of Health and Welfare. (2009). *Development of recommendation for distress management toward improvement of quality of life in cancer patients* (The National R&D Program for Cancer Control Report No.0830690-1).

Mitchell, A. J. (2008). Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A Bayesian meta-analysis. *British Journal of Cancer, 98*, 1934-1943.

Mitchell, A. J., Baker-Glenn, E. A., Granger, L., & Symonds, P. (2010). Can the distress thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the emotional thermometers tool. *Psycho-Oncology, 19*, 125-133.

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, hematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology, 12*, 160-174.

Mitchell, A. J., & Coyne J. C. (2007). Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *British Journal of General Practice, 57,* 144-151.

Mitchell, A. J., Kaar, S., Coggan, C., & Herdman, J. (2008). Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders-preferences of cancer specialist and

www.kci.go.kr

non-specialist. *Psycho-Oncology, 17*, 226-236.

National Comprehensive Cancer Network, Distress management: Clinical practice guidelines in oncology(2005). Version 1.2005. Available online at: www.nccn.org/

Oh, P. J. (2008). The effects of spirituality/hope promoting programs on fighting spirit, helplessness, anxiety, and self-care in people with cancer. *Korean Journal of Adult Nursing, 20*, 65-76.

Oh, P. J., & Jang, E. S. (2014). Effects of psychosocial interventions on cortisol and immune parameters in patients with cancer: A meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing, 44*, 446-457.

Oh, P. J., & Lee, E. A. (2013). Cognitive behavioral therapy for psychological distress, self-care and quality of life in patients with cancer: A meta-analysis. *Korean Journal of Adult Nursing, 25*, 377-388.

Oh, S. M., Min, K. J., & Park, D. B. (1999). A study on the standardization of the hospital anxiety and depression scale for Koreans – A comparison of normal, depressed and anxious groups. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 38*, 289-295.

Oh, S. T., Lee, S., Lee, H., Chang, M. H., Hong, S., & Choi, W. J. (2017). Reflection of pain in cancer patients using a new screening tool for psychological distress. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine, 25*, 56-62.

Ok, O. N., Nam, M. S., Yi, M. S., Cho, S. M., Kim, E. J., Ham, Y. H., & Kwon, I. G. (2017). Effects of telephone counseling support on distress, anxiety, depression, and adverse events in cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Oncology Nursing, 17*, 37-44.

Park, E. Y., Bae, Y. T., Lee, J. Y., Seo, H. I., Moon, E. S., & Jung, Y. J. (2011). Depressive symptom-related factors in patients with breast cancer. *Journal of Breast Cancer, 14*, S64-69.

Park, E. Y., & Yi, M. (2012). Development and effectiveness of expressive writing program for women with breast cancer in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing, 42*, 269-279.

Park, J. H., Bae, S. H., Chun, M., Jung, Y. S., & Jung, Y. M. (2015). Factors influencing elevated distress scores at the end of primary treatment of breast cancer. *Asian Oncology Nursing, 15*, 132-139.

Park, J. H., Chun, M. S., Jung, Y. S., & Bae, S. H. (2017). Predictors of psychological distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Asian Nursing Research, 11*, 268-275.

Park, J. H., Chun, M. S., Jung, Y. S., Bae. S. H., & Jung, Y. M. (2018). Psychoeducational approach to distress management of newly diagnosed patients with breast cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing Association, 48*, 669-678.

Park, J. I., Kim, Y. J., & Cho, M. J. (2012). Factor structure of the 12-item general health questionnaire in the Korean general adult population. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 51*, 178-184.

Park, J. S., & Oh, Y. J. (2010). The effects of psychosocial intervention on depression, hope and quality of life of home-based cancer patients. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing, 22*, 594-605.

Park, J. S., & Oh, Y. J. (2012). Development and evaluation of the psychosocial distress nursing intervention for patients with gynecological cancer. *Korean Journal of Adult Nursing, 24*, 219-231.

Park, K., Jun, J. S., & Jung, S. Y. (2013). The effects of Korean Mindfulness Based Stress Reduction program on the psychological symptoms, sleep and quality of life, in Korea breast cancer patients. *Korean Journal of Stress Research, 21*, 249-262.

Park, K. P., Woo, S. W., & Jang, M. S. (2012). Validational study of Brief Symptoms Inventory-18 (BSI-18) in college students. *Korean Journal of Clinical Psychology, 31*, 507-521.

Park, S. H., Choi, H. Y., Lim, W. J, Moon, B. I., & Lim, W. S. (2017). An anxiety, depressed mood, and insomnia in newly diagnosed women breast cancer patients and thyroid cancer patients. *Korean Journal of Biological Psychiatry, 24*, 204-211.

Park, Y. S., Han, K. J., Hah, Y. S., Song, M. S., Kim, S. J., Chung, C. W., . . . Hwang, S. W. (2008). Effects of telephone counseling on health and service satisfaction after discharge in gynecologic cancer women. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education, 14*, 294-304.

Parker, P. A., Baile, W. F., de Moor, C. D., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology, 12*, 183-193.

Pascoe, S., Edelman, S., & Kidman, A. (2000). Prevalence of psychosocial distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 785-791.

Ploos van Amstel, F. K., van den Berg, S. W., van Laarhoven, H. W., Gielissen, M. F., Prins, J. B., & Ottevanger, P. B. (2013). Distress screening remains important during follow-up after primary breast cancer treatment. *Support Care Cancer, 21*, 2107-2115.

Prieto, J. M., Blanch, J., Atala, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E., & Gasto, C. (2002). Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology, 20*, 1907-1917.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.

Roth, A. J., Kornblith, A. B., Bate-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. *Cancer, 82*, 1904-1908.

Ryu, J. S., Choi, S. W., Yun, S. S., Koo, B. H., Choi, I. S., Kim, S. J., . . . Yoon, D. S. (2018). Preliminary findings on the effectiveness of meaning-centered psychotherapy in patients with pancreatobiliary cancer. *Yonsei Medical Journal, 59*, 1107-1114.

Schroevers, M. J., Sanderman, R., Van Sonderen, E., & Ranchor, A. V. (2000). The evaluation of the Center for Epidemiologic Stud-

www.kci.go.kr

https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.2.010

ies Depression (CES-D) scale: Depressed and positive affect in cancer patients and healthy reference subjects. *Quality of Life Research, 9*, 1015-1029.

Seo, K. S., Cho, C. K., Son, C. G., Cho, J. H., & Yoo, H. S. (2008). Effect of group psychotherapy for promotion of hope on anxiety, depression, and quality of life in cancer patients. *Journal of Korean Oriental Medicine, 29*, 39-46.

Seok, J. H., Choi, W. J., Lee, Y. S., Park, C. S., Oh, Y. J., Kim, J. S., & Chang, H. S. (2013). Relationship between negative mental adjustment to cancer and distress in thyroid cancer patients. *Yonsei Medical Journal, 54*, 658-664.

Shim, E. J., Hahm, B. J., Yu, E. S., Kim, H. K., Cho, S. J., Chang, S. M., . . . Kim, J. H. (2017). Development and validation of the National Cancer Center Psychological Symptom Inventory. *Psycho-Oncology, 26*, 1036-1043.

Shim, E. J., Hahm, B. J., Yu, E. S., Kim, H. K., Cho, S. J., Chang, S. M., . . . Kim, J. H. (2018). Prevalence, correlates, and impact of depressive and anxiety disorder in cancer: Findings from a multicenter study. *Palliative & Supportive Care, 16*, 552-565.

Shim, E. J., Mehnert, A., Koyama, A., Cho, S. J., Inui, H., Paik, N. S., & Koch, U. (2006). Health-related quality of life in breast cancer: A cross-cultural survey of German, Japanese, and South Korean patients. *Breast Cancer Research and Treatment, 99*, 341-350.

Shim, E. J., & Park, J. H. (2012). Suicidality and its associated factors in cancer patients: Results of a multi-center study in Korea. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 43*, 381-403.

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. *Psycho-Oncology, 17*, 548-555.

SÖllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G., & Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counseling? *British Journal of Cancer, 84*, 179-185.

Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory: STAI (form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Traeger, L., Cannon, S., Keating, N. L., Pirl, W. F., Lathan, C., Martin, M. Y., . . . Park, E. R. (2014). Race by sex differences in depression symptoms and psychosocial service use among non-Hispanic black and white patients with lung cancer. *Journal of Clinical Oncology, 32*, 107-113.

Vignaroli, E., Pace, E. A., Willey, J., Palmer, J. L., Zhang, T., & Bruera, E. (2006) The Edmonton symptom assessment system as a screening tool for depression and anxiety. *Journal of Palliative Medicine, 9*, 296-303.

Vodermaier, A., Linden, W., & Siu, C. (2009). Screening for emotional distress in cancer patients: A systematic review of assessment instruments. *Journal of the National Cancer Institute, 101*, 1464-1488.

Waller, A., Williams, A., Groff, S. L., Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2013). Screening for distress, the sixth vital sign: Examining self-referral in people with cancer over a one-year period. *Psycho-Oncology, 22*, 388-395.

Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J., & Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *Lancet, 354*, 1331-1336.

Yi, J. S., Bae, S. O., Ahn, Y. M., Park, D. B., Noh, K. S., Shin, H. K., . . . Kim, Y. S. (2005). Validity and reliability of the Korean version of the Hamilton Depression Rating Scale (K-HDRS). *Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 44*, 456-465.

Yi, M. S., Kim, J. H., Park, E. Y., Kim, J. N., & Yu, E. S. (2010). Focus group study on psychosocial distress of cancer patients. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing, 22*, 19-30.

Yoo, H., Boo, S., Chun, M., & Jo, E. M. (2015). The effect of a community-based self-management program for patients at thyroid cancer-diagnosis stage: A pilot study. *Journal of Korean Public Health Nursing, 29*, 582-593.

Yoo, M. S., Lee, H., & Yoon, J. A. (2009). Effects of a cognitive-behavioral nursing intervention on anxiety and depression in women with breast cancer and undergoing radiotherapy. *Journal of Korean Academy of Nursing, 39*, 157-165.

Yoon, H., Kim, Y., Choi, K., Lim, Y. O., Nam, I., Kim, W., & Ham, H. (2018). The effectiveness of problem-solving therapy program intervention in reducing depression of older cancer patients. *Korean Journal of Health Promotion, 18*, 60-70.

Yu, E. S., Shim, E. J., Kim, H. K., Hahm, B. J., Park, J. H., & Kim, J. H. (2012). Development of guidelines for distress management in Korean cancer patients. *Psycho-Oncology, 21*, 541-549.

Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology, 10*, 19-28.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.

www.kci.go.kr

국문초록

암환자 디스트레스(distress)의 선별, 평가 및 관리

박예슬·유은승
국립암센터 정신건강의학과

디스트레스(distress)는 암환자가 정신적으로 겪는 고통으로, 암 치료에 효과적으로 대처할 수 있는 능력을 방해하는 불쾌한 경험이다. 암환자의 디스트레스는 슬픔, 두려움과 같이 일반적으로 느낄 수 있는 정상적인 감정 반응부터 우울, 불안, 공황, 사회적 고립, 실존적 위기와 같이 심리사회적 기능을 손상하는 병적인 상태까지 다양하게 나타날 수 있다. 암환자의 35–45%가 임상적으로 유의한 수준의 디스트레스를 겪는 것으로 보고되고 있으며, 암 치료가 종결된 후에도 디스트레스는 지속되기도 한다. 국내 암경험자 174만 명 시대에 암생존율은 10년 전에 비해 1.3배 증가하였고 계속해서 상승하는 추세인데, 이들의 심리적 어려움에 대한 관심과 심리학적 개입에 대한 사회적 요구가 점차 증가하고 있음에도 불구하고, 통합적 암 관리에서 디스트레스 관리는 요원하며 임상심리학자의 개입은 부족한 실정이다. 본 연구는 1) 암환자의 디스트레스의 개념, 2) 디스트레스 관리의 기본 모델 및 원칙, 3) 디스트레스 선별 및 평가 도구, 그리고 4) 디스트레스 관리와 관련하여 국내 연구 및 임상 적용 현황을 고찰하였다. 더불어 종양학 현장에서 임상심리학자들의 역할과 임상가와 연구자가 나아갈 방향에 대해 논의하였다.

주요어: 암환자, 디스트레스, 디스트레스 선별, 디스트레스 관리, 디스트레스 평가

www.kci.go.kr

https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.2.010