

자궁절제술 후 신체적 불편감과 성생활 양상

안 영 란* · 박 영 숙**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

여성들이 가장 흔히 받는 수술의 하나가 자궁절제술이다(민성길, 강현숙, 조동숙, 1987; 의료보험관리공단, 1999). 자궁절제술은 여성인구 10만 명 당 1990년에 159명에게 시행되었으며, 이 비율을 우리나라 여성에게 적용하여 보면 일생동안 자궁절제술을 받을 비율은 13.5%로 추정하고 있다(전희진, 1993). 그리고 자궁절제술의 74.5%는 30대 및 40대 여성에게 행하여지고 있다. 자궁절제술을 하게 된 원인은 자궁근종, 자궁선근증, 월경과다, 자궁내막증, 자궁탈출증, 골반감염 등 자궁의 양성 질환과 자궁경부 상피내종양 등이다(Carlson, Miller, Fowler, 1994; Clarke, Black, Rowe, Mott, & Howle, 1995).

일반적으로 자궁절제술 후 여성이 호소하는 신체적 불편감은 피로감, 질건조, 흉조, 발한, 빈뇨, 배뇨곤란, 잔뇨감, 변비, 체중 증가, 요통 등이다(장순복, 최연순, 조동숙, 마계향, 1987; Carlson et al., 1994; Carlson, 1997; Clarke et al., 1995; Gould, 1986; Schofield, Bennett, Redman, Walters, &

Sanson-Fisher, 1991). 수술후의 심리적인 변화는 우울, 불안, 여성성의 상실감 등이고(Barker, 1968; Cohen, Hollingsworth, & Rubin, 1989; Lalinec-Michaud & Engelsmann, 1985; Martin, Robert, & Clayton, 1980), 성생활 변화로는 성욕이 감퇴하고 성생활 만족도의 감소 등이 보고되고 있다(장순복 등, 1987; Bernhard, 1992; Gath, Cooper, & Day, 1982; Gould, 1986; Helstrom, Lundberg, Sorbom, & Backstrom, 1993; Kinnick & Leners, 1995; Nathorst-Boos, Fuchs, & Schoultz, 1992). 자궁절제술 후 여성이 적응을 잘하기 위해 수술 전, 후 간호로서 정보제공과 성상담 및 배우자 지지가 매우 필요하다(Bernhard, 1992; Webb, 1986). 특히 교육 수준이 낮거나 수술 전에 우울 정도가 심하거나 젊은 여성에게 간호중재가 더 필요하다(Lalinec-Michaud & Engelsmann, 1985). 그리고 수술 후 적응을 잘 못하면 정서적 장애가 유발되어 성생활과 결혼 생활에 지장을 초래한다(Bernhard, 1992; Webb & Wilson Barnett, 1983). 이러한 결과는 여성 자신의 삶뿐만 아니라 가정과 사회에 많은 문제를 야기 시킬 수 있다. 그러나 실제 병원에 입원하고 있는 동안 간호사는 수술후 주로 신체적 회복에 역점을 두고 있으며, 심리적 문제와 성 문제에 대한 간호를 충분히 시행하지 못하고 있는 실정이다.

* 가톨릭 대학교 간호대학 호스피스 전문과정

** 서울대학교 간호대학

또한 퇴원 후 자궁절제술을 받은 여성들은 추후관리 시에 남성 의사들과 성생활에 대한 상담을 하기 어렵고, 외래의 간호인력 부족으로 성생활 등 회복기 문제에 대해 적절히 상담할 수 없는 상황에 있다. 그러므로 수술 후 가능한 신체적, 심리적, 성적인 변화나 문제를 구체적으로 퇴원교육에 포함시켜야 할 것이다.

자궁절제술 후 여성들이 겪는 신체적, 심리적, 성적인 측면의 경험은 부정적이거나 아무 변화가 없거나 또는 긍정적인 결과로 보고하고 있어서 서로 일치되지 않는 모순점이 있다(Bernhard, 1992). 국내에서는 자궁절제술을 받은 여성의 심리(성미혜, 1996; 정승은, 1992) 우울 (이규은, 1985; 이정표, 홍성곤, 유태열, 1986; 임은숙, 1985; 정금희, 1988) 성생활 변화 (장순복, 1989; 장순복, 정승은, 1995), 적응 (장순복, 1986; 장춘자, 1982) 등에 관한 연구가 있으나, 수술 후 경과 기간에 따른 신체적 불편감과 성생활 양상에 관한 연구는 아직 미미한 실정이다.

따라서 자궁절제술 후 경과기간에 따라 여성들이 호소하는 신체적 불편감과 성생활의 양상을 조사하여 수술 후 퇴원교육 프로그램 개발에 기초자료로 활용하고자 한다.

2. 연구의 목적

- 1) 자궁절제술 후 신체적 불편감을 규명한다.
- 2) 자궁절제술 후 성생활 양상을 파악한다.
- 3) 자궁절제술 후 신체적 불편감 정도와 성생활 만족도 간의 상관 관계를 파악한다.

3. 용어 정의

1) 신체적 불편감

신체적으로 나타나는 증상 혹은 불쾌한 상태를 말하며, 연구자가 문헌과 경험을 통해 개발한 25문항으로 점수가 많을수록 신체적 불편감이 많거나 심하다는 것을 의미한다.

2) 성생활 양상

성생활 양상이란 성교 여부 및 빈도, 불편감 유무, 수술 전후 성생활 만족의 변화, 성생활 만족도 등을 포함한다. 성생활 만족도는 부부간의 성적인 욕구를 표현하는 상호관계 상황에서 긍정적으로 적응되어 나타내는 행위에 대하여 여성의 주관적인 만족 정도를 말하며,

Derogatis(1980)의 Sexual Function Inventory를 장순복(1989)이 번안한 10문항 도구를 이용하여 측정하였으며, 점수가 많을수록 성생활 만족도가 높은 것을 의미한다.

II. 문헌고찰

1. 자궁절제술 후 신체적 불편감

자궁절제술 후 신체적 불편감은 다양하여, 비뇨기 증상, 변비, 피로, 폐경 증상, 체중 증가, 요통 등이 있다 (장순복 등, 1987; Carlson et al., 1994; Cosper, Fuller, & Robinson, 1978; Clarke et al., 1995; Gould, 1986; Richards, 1974; Schofield et al., 1991).

수술 후 신체적 불편감 중에서 가장 빈번하게 여성들이 호소하는 증상은 피로이다. Chen (1986)이 보고한 일반 성인의 피로 유병율 20.4%와 비교할 때, 자궁절제술 여성의 피로 발생율은 13-90%로 다양하게 보고되었다. 장순복 등(1987)은 수술 후 1년 경과된 여성은 90%, 수술 후 2년 경과된 여성은 78.5%가 피로를 경험한다고 하였으나 임은숙(1985)은 수술 후 4개월에 단지 13%의 여성만이 피로를 호소한다고 하였다. Gould (1986)의 연구에서는 수술 후 11개월에 58.8%, Webb 등(1983)의 연구에서는 수술 후 11개월에 66.7%의 여성이 피로를 경험하는 것으로 나타났다. Carlson 등 (1994)은 수술 후 12개월에 23%의 여성이 심한 피로를 호소하고, 수술 전에 없었던 새로운 증상으로 피로를 호소한 여성은 11%라고 보고하였다. 그러나 수술 후에 피로가 수술전보다 감소하였다는 연구 결과로 Schofield 등(1991)은 수술 후 2-10년이 경과한 여성을 대상으로 시행한 연구에서 38%(66명)의 여성이 수술 전에 피로하다고 하였으나 수술 후에 좋아졌다는 여성은 76%이고, 비슷하다는 여성은 23%, 더 악화되었다는 여성은 1%인 것으로 보고하였다. Kjerulff & Langenberg (1995)의 연구에서도 수술 전에는 64%의 여성이 피로를 호소하나, 6개월 후에는 24%로 감소한 것으로 나타났다. 그러나 수술 후 6주에 피로가 크게 감소하나, 수술 후 3개월에 약간 다시 증가한다는 연구도 있다(Meikle, Brody, & Pysh, 1977).

피로 외에 호소한 불편감은 빈뇨, 배뇨시 불편감, 잔뇨감, 뇨긴박감 등의 비뇨기 증상으로, 발생율은 4-30%

정도이다. Carlson 등(1994)의 연구에서 수술 후 여성의 4%가 수술 전에 없었던 비뇨기 증상이 있었고, Webb 등(1983)의 연구에서 여성의 33.3%가 비뇨기 증상을 호소하였다. Gould(1986)의 연구에서 28.2%의 여성에서 배뇨 장애를 보고하였고, 장순복 등(1987)은 수술 후 1년에 33.6%의 여성에서 배뇨 불편감을 호소하였으나 수술 후 2년에 9.2%로 감소한 것으로 보고하였다. Virtanen, Makinen, Tenho, Kilholma, Pitkanen, & Hirvonen(1993)은 수술 후 초기에는 비뇨기 증상이 일시적으로 있으나 수술 후 12개월에 스트레스성 뇨실금, 빈뇨, 야뇨증은 감소한다고 하였다. Griffith-Jones, Jarvis, & Mcnamara(1991)는 복식 자궁절제술을 받은 폐경전기 여성 80명과 소파수술을 받은 통제군 78명을 대상으로 수술전 후 비뇨기 증상을 비교한 결과, 자궁절제술군이 통제군보다 비뇨기 증상이 더 많지는 않았으나 자궁절제술 후 빈뇨, 긴박감, 배뇨곤란은 일시적으로 흔히 일어난다고 하였다. Langer, Neuman, Ron-el, Golan, Bukovsky, & Caspi (1989)는 자궁절제술을 받은 16명의 폐경전기 여성을 대상으로 비뇨기 증상 발생률과 비뇨기 검사(urodynamic study)를 조사한 결과, 수술 전에 비뇨기 증상이 없었던 여성은 수술 4주 후와 4개월 후에도 비뇨기 증상이 없다고 보고하였다.

위장계 변화의 가장 흔한 증상은 변비로서(Prior, Stanley, Smith, & Read, 1992; Van Dam, Gosselink, Drogendijk, Hop, & Schouten., 1997) 약 6%-25%의 여성에서 나타났다(Carlson et al., 1994; Gould, 1986; Webb et al., 1983). 593명의 자궁절제술 여성과 100명의 복강경을 이용한 담낭절제술 여성을 비교한 Van Dam 등(1997)의 연구에서, 자궁절제술 전에 59%의 여성이 정상 배변양상을 보였으나, 이들 여성의 42%에서 수술 후 1개월 내에 위장계 변화가 있었다. 반면에 담낭절제술 여성의 경우 60%에서 정상 배변 양상을 보였고 이중에서 9%만이 위장계 변화가 있어서 자궁절제술이 배변 장애의 발생에 중요한 요인이라고 보았다. Prior 등(1992)의 연구에서도 22%의 여성이 수술 전에 이미 배변 장애가 있었고, 수술 후 6개월경과 후 예전에 증상이 있던 여성의 33%에서 증상이 없어졌고 27%가 좋아졌으며 20%는 더 나빠졌다. 또한 수술 후 10%의 여성에서 예전에 없던 새로운 배변 장애가 생겼으며 수술 후 6주에 9%, 수술 후 6개월에 5%의 여성에서 증상이 있었다. 자궁절제술을 받은 여성

75명과 동일한 의사의 진료를 받은 짝 비교 통제군 84명을 비교한 Taylor, Smith, & Fulton(1990)의 연구에서 자궁절제술 후 여성이 변비로 인해 의사의 처치를 더 받았으며, 배뇨와 배변 장애는 수술시 장막의 자율신경 절단정도에 의해 나타난다고 하였다.

그 외에 다른 신체적 불편감으로는 자궁절제 후 난소 보존에도 불구하고 폐경 증상으로 홍조, 질건조, 발한, 심계항진 등이 나타났다(윤문숙, 1993; 장순복, 1990; Bernhard, 1992; Chalmers; 1996). 장순복 등(1987)은 수술 후 1년에 홍조와 발한을 각각 46.4%, 60.4%로, 윤문숙(1993)은 홍조 69.7%, 발한 63.2%로 보고하였다. Carlson 등(1994)은 13%의 여성에서 홍조를 호소한다고 보고하였고, 폐경전기 여성을 대상으로 한 Bernhard(1992)연구에서는 여성의 28.6%에서 홍조, 20.6%에서 발한이 나타났다. 또한 Schofield 등(1991)은 여성의 29%가 홍조를, 21%는 질건조 증상을 호소한다고 하였다. Bukovsky, Halperin, Schneider, Golan, Herzianu, & Herman(1995)은 한쪽 난소만을 제거한 여성과 양쪽 난소를 다 보존한 여성의 수술 전 1주, 수술 후 1, 3, 6개월 후 FSH, TLH, E2수준을 측정하여 난소 기능을 확인한 결과 양쪽 난소를 보유한 여성은 6개월 후 난소기능부전이 없으나 한쪽 난소를 제거한 여성의 35%에서 수술 후 6개월에 난소 기능부전을 보였다고 제시하면서 양쪽 난소를 보존하는 것이 더 유익함을 주장하고 있다. Siddle, Sarrel, & Whitehead(1987)은 양쪽 난소를 보존하고 자궁절제술을 받았던 90명의 여성과 자연 폐경된 226명의 여성을 대상으로 난소 기능부전의 평균 나이를 비교한 결과, 자궁절제술군이 자연폐경군 보다 연령이 유의하게 더 낮은 것으로 보고하였다. 자궁절제술 후 난소기능 부전의 이유는 자궁 혈관에서 난소로 혈액을 공급하므로 수술 후에는 부적절한 혈액공급으로 난소 기능이 정상적으로 계속 유지되기 어렵기 때문이라고 하였다(Bukovsky et al., 1995; Nilas & Loft., 1993; Oldenhave, Juszmann, Everaerd, & Haspels., 1993).

그 외에 불편감으로 체중 증가(Carlson et al., 1994; Gould, 1986; Schofield et al., 1991), 수술부위 통증(임은숙, 1985; Tay & Bromwich, 1998), 요통(임은숙, 1985; 윤문숙, 1993; 장순복 등, 1987), 골반통(Carlson et al., 1994) 등이 보고되었다.

2. 자궁절제술 후 성생활 양상

자궁절제술 후 자궁경부와 질 상부의 신경지배 장애로 인하여 질 건조와 성감의 감소가 있기 때문에(Naughton & Mcbee, 1997; Thakar, Manyonda, Stanton, Clarkson, & Robinson, 1997) 성생활 양상의 변화가 있을 것으로 예상된다.

성생활과 관련된 요소는 성교 횟수, 성욕의 빈도, 오르가즘의 빈도이다. 성생활에 부정적으로 영향을 미치는 요인은 생식 기관에 대한 해부학적 지식이 부족한 경우, 수술 후 성적 회복에 대하여 수술 전에 부정적으로 기대하는 경우, 수술 전 정신적 장애, 수술 전 불만족스런 성관계 등이다(Dennerstein, Wood, & Burrows, 1977; Helstrom, Sorbom, & Backstrom, 1995). 또한 Helstrom 등은(1995)은 배우자와의 관계가 수술후 성생활에 영향을 미치는 중요한 요소라고 하면서, 배우자와의 관계가 양호한 여성은 수술후 61%에서 성생활이 좋아졌으나 배우자와의 관계가 원만하지 않은 여성은 17%에서 성생활이 좋아졌다고 보고하였다. 그 외에 수술 후 성생활에 영향을 미치는 요인은 수술 전 성적 기능, 배우자의 성적 기능, 배우자 지지, 수술에 대한 적응, 정신 상태, 신체적 능력, 호르몬 상태 등이라고 하였다(Helstrom, 1994).

성욕, 성교빈도, 성에 대한 관심, 성충동의 성적 흥미와 관련하여 수술 후 여성의 약 5-25%정도가 감소하였다고 한 연구와(Alexander, Naji, & Pinion, 1996; Bernhard, 1992; Carlson et al., 1994; Clarke et al., 1995; Gath et al., 1982; Virtanen et al., 1993) 성적 흥미에 아무 변화가 없다고 한 연구가 있다(Clarke et al., 1995; Kilkku, Gronroos, Hirvonen, & Rauramo, 1983).

오르가즘, 성의 즐거움 등 성반응에 대한 연구에서 장순복 등(1987)은 수술 전에 비하여 수술 후 47%의 여성이 전반적으로 성반응이 악화되었음을 보고하였다. 그러나 노영숙, Dorothea Sich, 이진우, 김수평, 김승조(1985)는 수술 후 20%의 여성만이 성반응이 수술 전보다 나빠졌다고 하였다. 전반적인 성생활의 변화를 조사한 Helstrom 등(1993)의 연구에서도 50%의 여성에서 성생활이 수술전보다 더 좋아졌으며 21%에서 더 나빠진 것으로 보고하였다.

반면에 Alexander 등(1996)은 여성의 27%에서, Virtanen 등(1993)의 연구에서는 여성의 56%가 성

적 흥미가 증가된 것으로 보고하였다. Gath 등(1982)도 수술후 성생활이 전반적으로 더욱 좋아졌다고 하였고, Gould(1986)는 여성의 89.1%가 더 이상 임신이 되지 않아 기쁘며 20.2%는 출혈 문제가 제거되어 수술전보다 성관계를 더 즐겼다고 하였다. 또한 Bernhard(1992)도 여성의 1/3에서 수술전보다 성생활이 같거나 좋아졌다고 하였다. Kinnick 등(1995)은 대부분 임신에 대한 염려가 없어져서 성만족도가 높아졌으며, 수술 후 2-3개월에 동통과 압통이 있으나 성만족도가 더 좋아졌다고 하면서, 수술 후 3-4개월에 면담으로 성경험의 변화를 알기에는 너무 빠르다고 제안하였다.

자궁절제술 후 성교를 다시 시작하는 시기에 대해서 Gath 등(1982)은 여성의 80%가 수술후 4개월로, Bernhard(1992)는 평균 6.58주로 보고하였다. 대부분의 여성은 의사가 권유한 4주보다 다소 늦게 성생활을 시작하였으며 몇 차례의 성교 후 정상으로 회복되었고 수술 후 여성들은 성교에 대한 불안감을 가졌다(Bernhard, 1992).

자궁절제술 후 성생활과 관련하여 생식 기관에 대한 지식이 적은 경우, 배우자 지지가 낮거나, 연령이 적은 경우, 수술 후 정신적인 지지가 부족한 경우, 교육정도가 낮은 경우, 수술 전에 정신적으로 불안했거나 예비 지식이 없었던 경우, 우울한 여성인 경우에는 보다 세심한 간호 증제가 필요하며, 적절한 정보제공과 성상담이 필수적이다(황옥남, 1985; Krueger, 1979; Williamson, 1992).

III. 연구방법

1. 연구 대상자

연구의 대상자는 S대학교 병원에서 양성질환으로 자궁절제술을 받은 후 경과기간이 3개월 이상 2년 이하인 여성 중에서 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여할 것을 동의한 유배우자 여성을 편의 표출하였다. 수술 후 정상활동으로 회복하기 위해서 4-8주가 걸린다는 Carlson(1997)의 보고와 성생활 재개시 압통이 수술 후 12주까지 지속된다는 Williams(1992)의 연구결과에 기초하여, 수술 후 3개월 이상 경과된 여성들을 대상으로 하였다.

2. 자료수집

1998년 4월 23일부터 6월 30일까지 부인과 병동에 보관되어 있는 환자 대장을 참조하여 대상자에게 일차적으로 전화로 설문 작성을 부탁하고, 설문에 동의한 544명의 환자에게 주소지를 확인하여 구조화된 자가보고 설문지를 반송 봉투와 함께 우편을 보내어 321매를 회수하였으며, 회수율은 59.0%이었다. 신체적 불편감을 성실히 응답하지 않은 20명을 제외하고 총 301명을 대상으로 자료 분석하였다.

1) 신체적 불편감

연구자가 문헌 고찰과 임상 경험을 토대로 설문지를 작성하여 간호학자 2인과 산부인과 경력 수간호사 1인의 자문을 받아 수정 보완하였다. 신체적 불편감에 관한 문항은 피로, 배뇨장애, 빈뇨, 변비, 불면증, 식욕부진, 어지러움, 수술상처 회복, 수술부위 동통, 질분비물 및 출혈, 피부변화, 복부팽만, 체중 감소 및 증가, 두통, 요통, 다리 감각이상, 질의 건조, 홍조, 성교통, 발한, 심계항진, 무릎이나 사지의 통증 등으로 구성된 총 25문항이다. 각 문항은 4점등간 척도로 없음 0점, 약함 1점, 심함 2점, 아주 심함 3점으로 점수 범위는 0-75점이며 점수가 높을수록 신체적 불편감이 많거나 정도가 심한 것을 의미한다. 신체적 불편감 측정도구의 신뢰계수(Cronbach's alpha)는 0.877이었다.

2) 성생활 양상

성생활 양상에 관한 내용은 자궁절제술 후 성교를 재개한 시기와 그 당시의 불편감 여부 및 횟수의 변화, 수술 전후를 비교한 성생활 만족의 변화, 성생활 만족도 등에 관한 문항으로 구성되어 있다. 성생활 만족도는 Derogatis(1980)의 Sexual Function Inventory (D.S.F.I)중에서 장순복(1989)이 번안하여 작성한 10문항이며 5점등간 척도로, 항상 만족 5점, 대체로 만족 4점, 보통 3점, 대체로 불만족 2점, 절대 불만족 1점으로서 점수범위는 10-50점이다. 점수가 많을수록 성생활 만족도가 높은 것을 의미하며, 장순복(1989)의 연구에서 신뢰계수는 0.788이었고 본 연구에서의 신뢰계수는 0.707이었다.

3. 자료분석

수집된 자료를 SPSS/PC Win 7.5를 이용하여 자궁절제술을 받은 여성의 특성은 실수와 백분율로, 신체적

불편감, 성생활 만족도는 평균과 표준편차로 분석하였다. 대상자 특성에 따른 신체적 불편감과 성생활 만족도는 t 검정 및 ANOVA를 이용하였고, 수술후 경과기간에 따른 신체적 불편감 정도와 성생활 만족도는 χ^2 검정으로, 신체적 불편감 정도와 성생활 만족도 간의 상관관계는 pearson의 상관계수를 구하였다.

4. 연구의 제한점

- 1) 일 개 종합병원에 입원한 여성이 대상자이므로 연구결과를 확대 해석하기 어렵다.
- 2) 수술후 한 대상자를 장기간 추적한 종단적 조사연구가 아니라 기간별로 본 횡단적 연구이므로 변화양상을 일반화하기 어렵다.

IV. 연구결과

1. 대상자 특성

1) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성을 살펴보면 연령분포는 30세에서 70세까지로 평균 나이는 45.69세였으며, 45-49세군이 29.6%로 가장 높은 비율을 차지하였고 30대가 16.7%, 40대가 56.5%로 가장 많았다. 직업으로 취업주부가 20.6%(62명), 전업주부가 78.4%(236명)이며, 종교는 불교가 30.6%, 기독교가 29.2%, 천주교가 18.6%의 분포를 보였으며 20.9%는 종교가 없었다. 교육수준은 고졸이 44.2%로 가장 많았으며, 월수입은 200만원 이상이 46.2%, 200만원 미만은 53.1%이었다(표 1).

2) 수술관련 특성

수술 후 경과기간을 보면, 수술 후 3개월 이상 6개월 미만이 26.6%, 6개월 이상 12개월 미만이 22.3%, 12개월 이상 18개월 미만이 18.6%, 18개월 이상 24개월이 32.2%를 차지하였다(표 2). 수술 방법으로는 복식 자궁절제술이 86.7%로 대부분을 차지하였고, 수술 후 난소 보존상태를 보면, 하나 이상의 난소를 보존한 여성은 81.1%이었고, 수술 진단명은 자궁근종이 83.4%로 가장 많았다.

〈표 1〉 일반적 특성

특 성	구 분	빈도(명)	백분율(%)
연 령	30-34세	8	2.7
	35-39세	42	14.0
	40-44세	81	26.9
	45-49세	89	29.6
	50-54세	64	21.3
	55세 이상	17	5.6
직 업	가정주부	236	78.4
	취업주부	62	20.6
	무응답	3	1.0
종 교	불교	92	30.6
	기독교	88	29.2
	천주교	56	18.6
	무	63	20.9
	무응답	2	0.7
학 령	국졸이하	28	9.3
	중졸	53	17.6
	고졸	133	44.2
	대졸이상	86	28.6
	무응답	1	0.3
월수입	200만원미만	160	53.1
	200만원이상	139	46.2
	무응답	2	0.7
계		301	100.0

수술당시의 월경 상태를 확인한 결과, 월경을 하였다 고 응답한 폐경전기 여성은 88.9%, 폐경기 여성은 11.1%이었다. 또한 호르몬 치료를 받지 않고 있는 여성은 81.7%, 받고 있는 여성은 18.0%로 대부분의 여성이 호르몬 치료를 받고 있지 않았다. 호르몬 치료요법의 종류로는 먹는 약을 복용하고 있는 여성이 88.9%로 조사되었다.

〈표 2〉 수술관련 특성

특 성	구 분	빈도(명)	백분율(%)
수술 후	3-6개월 미만	80	26.6
경과기간	6-12개월 미만	67	22.3
	12-18개월 미만	56	18.6
	18-34개월 미만	97	32.2
	무응답	1	0.3

수술방법	복식	261	86.7
	질식	36	12.0
	무응답	4	1.3
난소보존	유	244	81.1
	양쪽	(196)	
	한쪽	(48)	
	무	53	17.6
	무응답	4	1.3
수술 전 진단명	자궁근종	251	83.4
	만성골반염, 자궁경부염	13	4.3
	자궁내막증식증	11	3.6
	자궁탈출증	10	3.3
	난소의 양성신생물	9	3.0
	기능성 자궁출혈	2	0.7
	무응답	5	1.7
월경상태 (수술당시)	유	265	88.0
	무	33	11.0
	무응답	3	1.0
호르몬치료	유	54	18.0
	무	246	81.7
	무응답	1	0.3
계		301	100.0

2. 신체적 불편감

신체적 불편감 점수의 범위는 0점에서 45점의 분포를 보였으며, 평균 점수가 13.22였다. 신체적 불편감 총점을 정도에 따라 경증, 중간정도, 중증으로 분류하였다. 분류의 기준은 총 25문항의 신체적 불편감에 약함이면 총점이 25점이 되므로, 26점 이상은 중증으로 분류하였다. 대상 여성들의 평균점수는 13.22로, 13점 미만은 경증, 13-25점은 중간정도의 불편감으로 분류하였다.

〈표 3〉 신체적 불편감의 정도

신체적 불편감정도	수	백분율(%)	평균	표준편차
없음	5	1.7		
경증(1-12점)	162	53.8	6.50	3.02
중간(13-25점)	98	32.6	17.58	3.64
중증(26점 이상)	36	12.0	31.61	4.70
계	301	100.0	13.22	9.19

이러한 기준에 따라 신체적 불편감의 분포를 살펴보면, 전혀 증상이 없다고 한 여성은 전체의 1.7%였고 1-12점의 경증 불편감을 호소한 여성은 53.8%, 13-25점의 중간정도 불편감을 호소한 여성은 32.6%, 26점 이상의 중증 신체적 불편감을 호소한 여성은 12.0%이었다. 대부분의 여성이 신체적 불편감을 가지고 있었으며 약 1/2여성은 경증의 불편감을 호소하였다(표 3).

신체적 불편감의 빈도를 살펴보면, 76.1%의 여성에서 피로를 가장 많이 호소하였다. 질의 건조는 50.8%의 여성에서 호소하였고, 통증에 대한 호소로는 요통이 68.8%, 무릎, 사지 통증이 63.5%, 두통이 39.9%, 수술부위 통증이 35.9%, 성교통은 30.9%에서 증상을 호소하였다. 에스트로젠 부족 증상으로는 여성의 47.5%가 발한을 호소하였고, 홍조는 41.2%, 심계항진이 38.5%이었다. 비뇨기 및 장관 변화로는 복부 가스팽만이 50.2%, 빈뇨가 45.5%, 변비는 33.9%, 잔뇨감은 29.2%, 배뇨곤란은 17.3%이었다. 기타 증상으로 체중 증가는 55.5%, 어지러움은 47.8%이었으며, 현재까지 보고된 바 없는 증상으로 대퇴부의 감각이상 20.3%, 여드름은 16.3%로 나타났다(표 4).

〈표 4〉 신체적 불편감의 빈도 (N=301)

구 분	수 (%)		평균	표준 편차
	없음	있음		
피로	72(23.9)	229(76.1)	1.57	.70
질건조	148(49.2)	153(50.8)	1.38	.61
통증				
1) 요통	94(31.2)	207(68.8)	1.59	.72
2) 무릎, 사지통증	110(36.5)	191(63.5)	1.59	.75
3) 두통	181(60.1)	120(39.9)	1.32	.56
4) 수술부위 통증	193(64.1)	108(35.9)	1.27	.56
5) 성교통	208(69.1)	93(30.9)	1.52	.69
에스트로젠 부족증상				
1) 발한	158(52.5)	143(47.5)	1.45	.70
2) 홍조	177(58.8)	124(41.2)	1.52	.72
3) 심계항진	185(61.5)	116(38.5)	1.41	.63
비뇨기, 장관 변화				
1) 복부가스팽만	150(49.8)	151(50.2)	1.52	.70
2) 빈뇨	164(54.5)	137(45.5)	1.40	.61
3) 잔뇨감	213(70.8)	88(29.2)	1.40	.64
4) 배뇨곤란	249(82.7)	52(17.3)	1.35	.59
5) 변비	199(66.1)	102(33.9)	1.33	.55

기타

1) 대퇴부감각이상	204(79.7)	61(20.3)	1.31	.62
2) 여드름	252(83.7)	49(16.3)	1.12	.39
3) 체중증가	134(44.5)	167(55.5)	1.43	.60
4) 어지러움	157(52.2)	144(47.8)	1.30	.54
5) 불면증	213(70.8)	88(29.2)	1.32	.62
6) 비정상질분비물	220(73.1)	81(26.9)	1.20	.46
7) 식욕부진	248(82.4)	53(17.6)	1.25	.55
8) 수술상처회복지연	255(84.7)	46(15.3)	1.35	.67
9) 체중감소	271(90.0)	30(10.0)	1.23	.50
10) 질출혈	280(93.0)	21(7.0)	1.14	.36

그 외에 여성들이 서술한 신체적 불편감은 어깨 통증(6명), 손발이 저리다(6명), 두드러기, 아랫배가 나온다, 노실금, 수술부위 불편감 등의 증상이 있었다.

신체적 불편감의 점수는 일반적 특성으로 연령, 직업, 학력, 월수입에 따라 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 수술 방법에 따른 신체적 불편감 정도의 평균을 비교한 결과, 질식 방법으로 수술받은 여성의 신체적 불편감의 평균은 8.42로, 복식 방법으로 수술받은 여성의 신체적 불편감 평균 점수 13.52보다 낮았으며 이는 통계적으로 유의하였다(표 5).

〈표 5〉 수술방법에 따른 신체적 불편감 정도

수술방법	수	신체적 불편감		t값	유의수준
		평균	표준편차		
복식	261	13.52	9.26	3.768	.000
질식	36	8.42	7.36		
무응답	4				
계	301	13.00	9.26		

신체적 불편감이 있는 여성 중에서 수술 후 경과기간에 따르는 신체적 불편감 정도의 평균은 통계적으로 유의한 차이가 없었다(표 6).

난소 보존군(하나 이상)과 난소 절제군(양측)에 따른 폐경 전기 여성의 홍조, 발한, 심계항진 정도의 평균을 비교한 결과 5% 유의수준으로 차이가 있었다. 난소 보존군과 난소 절제군에 따른 폐경전기 여성의 질건조 증상 정도의 평균을 비교한 결과, 난소 보존군의 질건조 증상 정도의 평균은 0.67로 난소 절제군의 평균 0.92보다 낮았으나 5% 유의수준으로 차이가 없었다(표 7).

〈표 6〉 수술후 경과기간에 따른 신체적 불편감 정도

수술후 경과기간	신체적 불편감 정도			계	평균	표준편차	X ²	p
	경증 수(%)	중간 수(%)	중증 수(%)					
3-6개월	42(14.2)	27(9.2)	11(3.7)	80	13.66	9.07	3.266	.775
6-12개월	39(13.2)	21(7.1)	7(2.4)	67	12.72	8.03		
12-18개월	25(8.5)	22(7.5)	7(2.4)	54	14.65	9.62		
18-24개월	56(19.0)	27(9.2)	11(3.7)	94	12.36	9.85		
계	162	57	36	295	13.22	9.19		

〈표 7〉 난소 보존유무에 따른 에스트로젠 부족 증상과 질건조 정도

변수	그룹	수	평균	표준편차	t값	유의수준
홍조	난소보존	226	.53	.80	-2.813	.005**
	난소절제	36	.94	1.01		
심계항진	난소보존	226	.46	.72	-2.332	.025*
	난소절제	36	.86	.99		
발한	난소보존	226	.61	.81	-2.391	.018*
	난소절제	36	.97	1.03		
질건조	난소보존	226	.67	.81	-1.698	.091
	난소절제	36	.92	.87		

* p< 0.05, ** p< 0.01 (N= 262 : 폐경전기 여성수 265명 - 무응답자 3명)

3. 성생활 양상

수술 후 성교를 한 여성은 96.3%이고 하지 않은 여성은 3.7%이었다. 성교 재개를 하지 않은 여성의 연령은 30대에서 60대까지 1-2명씩 고른 분포를 보였고, 수술 후 경과 기간별로 보면 2-3개월에 2명, 4-5개월에 4명, 9-18개월에 5명이었다.

평균 성교재개 시기는 수술 후 2.57개월(10.28주)이었고, 수술 후 8-11주가 34.1%로 가장 많았고 4-7주가 27.6%, 12-15주가 23.1%로 여성의 약 60% 이상이 3개월 이전에 성교를 재개하였다. 수술 후 성생활을 재개한 여성의 55.5%에서 성생활의 횟수에 변화가 없었으며 35.8%에서 감소하였고 5.2%에서 오히려 증가한 것으로 나타났다. 성생활의 횟수가 감소한 이유로는 '나의 욕구감소가 104명의 응답자중 56.2%로 가장 많았고 '성교시 불편감 때문에'가 27.6%, '남편의 욕구감소'와 '수술 후 질과 골반의 상처에 대한 두려움 때문에'가 각각 16.2%를 차지하였다. 성생활이 증가한 이유로는 '임신의 염려가 없으므로'가 6명, 수술전 불편감의 소실

이 8명을 차지하였다.

무응답을 제외시키고, 성교 재개시 불편감이 있다고 호소한 여성은 46.8%, 불편감이 없다고 한 여성은 53.2%이었다. 성교 재개시 불편감으로는, 116명의 응답자중에서 질건조가 30.5%, 성교통이 18.1%, 심리적 불안감이 15.2%, 수술부위 통증 및 불편감이 13.3%, 성감 감소가 11.4%, 성교시 출혈이 5.7%, 성욕감퇴가 5.7%인 것으로 나타났다.

불편감 소실시기는 평균 3.9개월(표준편차 2.65)로 146명의 응답자중에서 4-6개월이 27.4%, 2개월이 26.7%, 7-13개월이 11.0%, 1개월이 8.2%로 응답하였고, 여성의 89.0%에서 수술 후 6개월 이내에 불편감이 소실되었다.

수술전 후를 비교한 성관계 만족도를 보면 '좋아졌다'가 5.5%, '나빠졌다'가 10.7%, '변화없다'가 83.8%로 나타났다(표 8).

〈표 8〉 자궁절제술 후 성생활 양상

특 성	구 분	빈도(명)	백분율(%)
성교	무	11	3.7
	유	290	96.3
재개 시기	4-7주	80	27.6
	8-11주	99	34.1
	12-15주	67	23.1
	16주 후	34	11.7
	무응답	10	3.5
재개 시 불편감	무	132	45.5
	유	116	40.0
	무응답	42	14.5
성생활 횟수변화	변화없음	161	55.5
	감소	104	35.8
	증가	15	5.2
	무응답	10	3.5
수술전후 성관계 비교 만족도	변화없다	243	83.8
	나빠졌다	31	10.7
	좋아졌다	16	5.5
계		301	100.0

성생활 만족도의 범위는 22-50점이었고 평균점수는 33.11이었다. 문항별 항목으로는 '성교 후 애무는 나를 흥분시킨다'의 평균이 2.70으로 가장 낮은 점수를 보였고, 가장 높은 평균 점수를 보인 항목은 '나는 성교 횟수가 충분하지 못하다고 느낀다'의 항목으로 평균이 3.45였다.

성생활 재개 시 불편감 유무에 따른 성생활 만족도의 평균을 비교한 결과, 불편감을 호소하지 않은 여성의 성생활 만족도의 평균은 34.43으로 불편감을 호소한 여성의 성생활 만족도의 평균 31.84보다 높았으며 이는 통계적으로 유의하였다(표 9).

〈표 9〉 성생활 재개 시 불편감 유무에 따른 성생활 만족도

성생활 재개	수	성생활 만족도		t값	유의수준
		평균	표준편차		
불편감 없다	132	34.43	5.32	3.926	.000
불편감 있다	116	31.84	5.05		
무응답	42				
	290				

성교를 재개한 여성 중에서 수술후 경과기간에 따른 성생활 만족도의 평균을 비교한 결과, 통계적으로 유의한 차이가 없었다(표 10).

성교 재개를 한 여성 중에서 난소를 보존한 여성과 양측 난소절제술을 한 여성에 대한 성생활 만족도의 평균을 비교한 결과, 난소를 보존한 여성의 성생활 만족도의 평균은 33.66으로 난소를 보존하지 않은 여성의 성생활 만족도의 평균 30.92보다 2.74 높았으며 이 차이는 1% 수준으로 유의하였다(표 11).

〈표 10〉 수술 후 경과기간에 따른 성생활 만족도

수술 후 경과기간	성생활 만족도		계	평균	표준편차	χ^2	유의수준
	평균미만	평균이상					
	수(%)	수(%)					
3-6개월	37(12.8)	37(12.8)	74	33.50	5.32	6.388	.094
6-12개월	33(11.4)	32(11.1)	65	34.08	5.44		
12-18개월	38(13.1)	16(5.5)	54	32.02	5.41		
18-24개월	55(19.0)	41(14.2)	96	33.13	5.40		
계	163	126	289	33.11	5.40		

〈표 11〉 난소 보존 유무에 따른 성생활 만족도

	수	성생활 만족도		t값	유의수준
		평균	표준편차		
난소보존(유)	235	33.66	5.32	3.327	.001
난소보존(무)	51	30.92	4.47		
무응답	4				
계	290	33.11	5.40		

성생활을 재개한 여성 중에서 신체적 불편감 정도에 따른 성생활 만족도의 평균은 통계적으로 유의한 차이가 있었다(표 12). 또한 신체적 불편감이 없는 여성의 성생활 만족도의 평균은 37.20으로 가장 높았다.

〈표 12〉 신체적 불편감 정도에 따른 성생활 만족도

신체적 불편감	성생활 만족도			F값	유의수준
	수	평균	표준편차		
없음	5	37.20	8.79	13.707	.000
경증	156	34.47	5.01		
중간	94	31.43	5.28		
중증	35	30.97	4.97		

또한 신체적 불편감 정도와 성생활 만족도 간에는 유의한 부적 상관관계가 있었다($r=-0.301$, $p<0.01$) (표 13).

〈표 13〉 신체적 불편감 정도와 성생활 만족도 간의 피어선 상관관계

	신체적 불편감	성생활 만족도
신체적 불편감	1.000	-0.301
성생활 만족도		1.000

V. 논 의

1. 신체적 불편감

자궁절제술 후 경과 기간이 3개월 이상 2년 이하인 여성 301명을 대상으로 신체적 불편감 정도를 조사한 결과, 여성의 98.3%가 신체적 불편감이 있었고 불편감이 하나도 없다는 여성은 1.7%에 불과하였다. 그리고 여성의 약 1/2에서 경증의 불편감을 호소했으며 약 1/3에서 중간정도의 불편감을 호소하였고 중증의 불편감을 호소하는 여성은 12%이었다. 이러한 결과는 수술 후 불편감이 매우 심각하지는 않지만 대부분의 여성은 불편감이 있으므로 추후 간호가 필요하다는 것을 제시하고 있다.

수술후 경과기간에 따라 여성들이 호소하는 신체적 불편감 정도는 차이가 없었다. 본 연구의 대상자들이 자궁절제술 후 일반적인 회복기간인 6-8주를 경과한 여성들이므로 수술 후 일시적인 불편감은 해결된 상태라고 볼 때, 12%의 여성에서 중증의 불편감이 있고 수술 후 오랜 시일이 경과한 여성들도 증상을 호소하고 있어 가정간호가 필요하다고 사료된다.

신체적 불편감 중 가장 많은 빈도를 보인 증상은 피로인데 76.1%의 여성이 호소하였으며 이는 장순복 등(1987)의 85.6%, 윤문숙(1993)의 90.1%보다는 낮은 결과이다. 그러나 이들 연구는 수술 후 1개월 이상 경과한 회복 초기의 대상자가 포함되어 있는 반면, 본 연구에서는 수술 후 3개월 이상 경과한 여성을 대상으로 하였기 때문에 빈도가 더 낮은 것으로 해석할 수 있다. 그러나 수술 후 11개월 경과한 여성을 대상으로 조사하여 보고한 Gould(1986)의 58.8%보다는 높은 것으로 나타났다. 자궁절제술 후 피로가 있게 되면 여성들은 자신이 빨리 회복되지 않는다고 불안하게 되므로 퇴원 전에 인지시켜 이를 경감시켜주어야 한다.

다른 연구들(장순복 등, 1987; Carlson et al., 1994; Clarke et al., 1995; Gould, 1986; Schofield et al., 1991)과 다르게 나타난 특별한 증상

은 '얼굴에 여드름 같은 것이 난다'(16.2%), '허벅다리의 감각이 둔하다'(20.0%)로, 여성의 약 20%가 호소하는 증상이므로, 수술 후 가능한 신체적 불편감으로 제시되어야 할 것이다.

그 외에 홍조, 심계항진, 발한 같은 에스트로젠 부족 증상을 들 수 있는데 난소를 보존한 군보다는 난소를 절제한 군에서 증상 정도가 심하고 특히 홍조의 증상이 현저함을 알 수 있었다. 본 연구에서는 홍조가 41.2%로, 이는 장순복 등(1987)의 50.5%와 윤문숙(1993)의 69.7%보다는 낮게 나타났는데 이는 난소를 보유한 여성의 비율이 더 적었기 때문이라고 생각된다. 그러나 난소를 보존한 경우에도 에스트로젠 부족 증상을 보일 수 있다고 보고한 연구들이 있고(윤문숙, 1993; Bernhard, 1992) 자궁절제술을 받은 여성은 일반 여성보다 초기에 에스트로젠이 부족하다는 주장이 있다(Habelt, Broshe, & Riedel, 1996). 한편 본 연구에서는 호르몬 대체요법을 받는 여성은 18.0%로 Bernhard(1992)의 양측 난소 절제술 여성의 58%에서, Carlson 등 (1994)의 91%, Dennerstein, Shelly, Smith, & Ryan(1994)의 49%보다 아주 적은 결과를 보였다. 그러나 호르몬 대체요법이 계속 증가하고 있는 추세이므로, 앞으로 우리나라도 자궁절제술 후 호르몬 대체요법이 증가할 것으로 생각된다. 여성들이 호르몬 대체요법을 받는 경우에 사전 지식을 갖고 의사결정 과정에 참여해야 하나, 실제적으로 대부분의 여성은 의사의 권고와 결정에 의해 치료를 받고 있다. 호르몬 치료를 받고 있는 여성들은 유방암 등의 부작용을 우려하여 불안을 호소하므로 간호사는 호르몬 대체요법에 대한 정보를 제공해야 할 것이다.

수술후 질건조 증상은 50.8%의 여성에서 호소하고 있는데, Schofield등(1991)의 21%보다는 높은 결과로 이러한 질건조 현상은 자궁경부과 질 상부의 신경 지배 감소로 인해 윤활 작용과 오르가즘을 방해하여 일어나는 것으로 설명되고 있다(Siddle, et al., 1987; Taylor et al., 1989). 성교통은 30.9%에서 호소하고 있는데, 대부분은 성교재개 시 질건조로 인한 통증으로 사료된다. 또한 우리나라의 경우 자궁절제술시 거의 모든 여성이 자궁경부도 절제하는 전자궁절제술을 받고 있으므로 수술 후 질건조 증상에 대해 교육시켜야 할 것이다.

그 외에 수술 후 빈뇨를 호소하는 여성은 45.5%, 복부가스 팽만, 변비를 호소하는 여성은 각각 50.2%, 33.9%인 것으로 나타났다. 수술 후 방광과 장관 기능의

변화에 대한 원인으로 Carlson(1997)은 수술중의 견인, 수술 후 골반장기의 재배열, 그리고 골반저(pelvic floor)의 자율 신경 지배의 손상 등으로 설명하고 있다.

한편 본 연구에서 질식 자궁절제술 여성이 복식 자궁절제술 여성보다 신체적 불편감이 적게 나타난 것은 질식 자궁절제술이 복식 자궁절제술 보다 장운동의 장애와 수술 후 통증이 더 적기 때문이다. 그리고 질식 자궁절제술은 복부에 상처가 없어서 여성들이 조기에 보행을 할 수 있기 때문이다(친근수, 이의열, 이예표, 남장현, 이근영, 강성원, 1991; Kalogirou, Antoniou, Karakitsos, Zioris, & Salampasis, 1996).

2. 성생활 양상

자궁절제술 후 평균 성교의 재개 시기는 10.28주로 응답자의 약 88%에서 수술후 3개월 내에 성교를 재개하였는데, 이는 Bernhard(1992)의 6.58주보다는 다소 늦었고, 의사가 권하는 4-6주보다도 약간 늦게 성생활을 시작함을 알 수 있었다.

수술 후 성교 재개를 하지 않은 여성은 3.7%이지만, 여성측의 문제로 인한 것이 아니라 남편의 질환이나 출장 등의 이유로 성교 재개를 하지 않은 것으로 나타났다. 그러므로 자궁절제술로 인하여 성생활에 지장을 초래하지는 않는다는 사실을 남편에게 인식시키는 것이 필요하다. Bernhard, Harris, & Caroline(1997)의 연구에서도 자궁절제술을 받은 여성이 수술 자체에 관한 내용에 대해 배우자와 거의 의사소통하지 않는다고 보고하였다.

성생활 만족도는 평균 33.11로, 이는 장순복(1990)의 33.4와 비슷한 결과를 보였다. 수술 후 성관계에 대한 주관적 비교 만족도를 보면, 수술 전에 비해 좋아졌다가 5.5%, 변화없다가 83.8%의 결과를 보였다. 수술 후 전반적인 성생활의 변화를 조사한 Helstrom 등(1995)의 연구에서 50%가 성생활이 좋아졌고, 29%는 변화가 없었다는 결과와 본 연구를 비교하면 차이가 있었다. 이는 수술전 성생활의 장애가 있는 질환인 기능성 자궁출혈, 자궁내막증의 분포가 본 연구보다 더 많았기 때문이라고 사료된다.

수술 후 경과 기간에 따른 성생활 만족도에는 차이가 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과로 성생활의 장애를 가진 여성은 수술 후 경과 기간에 상관없이 문제가 지속될 수 있다고 사료된다. 또한 신체적 불편감이 있는 여

성에서 성생활 만족도가 낮았으므로 신체적 불편감이 있는 여성은 성생활의 문제가 있을 가능성이 높기 때문에 보다 많은 관심을 기울여야 할 것이다.

성생활의 횟수가 감소한 이유는 여성의 절반정도에서 '본인의 욕구 감소'가 가장 많으며, 두번째 이유는 '성교 시 불편감' 때문이다. 성교 재개 시 불편감이 있는 여성의 성생활 만족도의 평균은 31.84이고 불편감이 없는 여성의 성생활 만족도의 평균은 34.43으로 이 차이는 통계적으로 매우 유의하였다. 따라서 퇴원 교육 시 성교를 재개할 때 일어나는 불편감에 대한 정보를 제공하여, 퇴원후 성생활 재개 시 당황하는 일이 없도록 해야 할 것이다.

3. 간호중재

신체적 불편감 중 가장 빈도가 높게 나타난 증상은 피로이기 때문에 수술 후 여성들은 적절한 휴식을 취하는 것이 필요하다. 그러나 여성들은 가사노동을 전담하고 있으므로 간호사는 배우자를 비롯한 가족에게 수술 후 가사일을 도와야 함을 인식시키는 것이 중요하다. 또한 무거운 것을 들어올리지 않기와 수영, 운전, 통목욕이 가능한 시기 등에 대해서 상세히 알려주어야 한다.

수술 후 복부 가스 팽만, 변비를 완화하기 위해서는 수술 후 조기 이상과 산책을 해야 하며 충분한 수분 섭취와 섬유질이 많은 식이를 취하고 필요시 대변 완화제가 투여되어야 한다. 또한 빈뇨 등 비뇨기 증상을 호소하는 경우, 배뇨 시 충분히 방광을 비우도록 교육하고 골반운동, 케겔운동을 권장해야 한다.

수술후 성생활과 관련하여 처음 성관계할 때의 불편감에 대한 정보를 제공하고, 질 건조 증상, 인공폐경 증상의 기능성에 대해 미리 알려주어야 한다. 특히 양측 난소절제술을 함께 받은 여성은 질 건조 증상을 노화로 연관지어 오해하고 당황할 수 있으므로, 적절히 교육하여 안심시켜야 하고, K-Y 젤리 같은 수용성 윤활제를 질 부위나 남성 성기에 바르도록 권고해야 한다(Haslett-S, 1993; Thomas, Graff, Hollingsworth, Cohen, & Rubin, 1992; Williamson, 1992). 또한 호르몬 대체요법의 장점과 위험 부담에 대해 여성들에게 정확한 정보 제공과 상담을 함으로써 여성 자신이 의사결정 과정에 적극적으로 참여하여 스스로 결정할 수 있도록 간호사는 도와야 할 것이다. 그리고 자궁절제술을 받은 여성이 잘 적응하기 위하여 간호사는 자궁절제술 후 경험할

수 있는 신체적 불편감과 성생활 양상을 포함시킨 퇴원 교육 프로그램을 개발하여 실시해야 한다.

퇴원 후에는 가정간호사가 자궁절제술 후 여성 자신의 건강을 사정하는 도구를 이용하여(Graff, Thomas, Hollingsworth, Cohen, & Rubin, 1992) 건강문제가 무엇인지 파악하고 필요한 교육 프로그램을 계획하면서 배우자를 포함시켜야 한다(최의순, 1992; Thomas et al., 1992). 교육매체로 지침서, 소책자, 등 유인물로 필요한 정보를 제공하고 전화로 상담하는 간호 중재도 필요하다.

Dulaney, Crawford, & Turner(1990)는 수술 전, 후 교육 프로그램을 운영할 것을 주장하면서 한 달에 2회 수술 전 교실을 운영하여 수술 전에 정보제공을 받고 상담할 수 있는 기회를 여성들에게 제공하였다. 그리고 수술 후 2주내지 2년이 경과한 여성들을 대상으로 한 달에 한번 수술후 교실을 운영하여 정보를 제공하였다. 이러한 수술 후 교실을 통해 같은 처지의 여성들은 서로의 경험과 생각을 공유하고 잘못된 정보를 교정하며 수술 후 쉽게 적응할 수 있었다. 특히 우리 나라처럼 외래에서 여성들이 자유롭게 상담할 수 없는 상황임을 고려할 때 간호사는 자궁절제술 후 교실을 운영하여 정보를 제공하고, 그 교실에 참여하는 여성들이 스스로 자조그룹을 형성하도록 선도자의 역할을 담당해야 할 것이다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

자궁절제술을 받은 후 경과기간에 따라 여성의 신체적 불편감과 성생활의 양상을 파악하기 위한 조사 연구이다. 1998년 4월 23일부터 6월 30일까지 S대학교 병원에서 양성 질환으로 자궁절제술을 받은 후 3개월 이상 2년 이하 경과된 유배우자 여성에게 우편으로 설문지를 보내어 회수된 321매중 불충분한 자료 20매를 제외한 301명을 대상으로 자료를 수집하였다. 연구도구는 연구자가 개발한 25문항의 신체적 불편감 도구와 성생활 양상 도구로 장순복(1989)이 번안한 Derogatis(1980)의 성만족도(D.S.F.I.) 10문항과 성생활의 재개시기, 빈도 및 불편감 유무를 파악하는 문항이었다.

수집된 자료는 SPSS/ PC WIN 7.5를 이용하여 전산 통계 처리하였고, 분석된 연구 결과는 다음과 같다.

1) 자궁절제술 후 신체적 불편감의 평균 점수가

13.22였으며, 빈도를 살펴보면 중증의 불편감이 12%, 중간정도는 32.6%, 경증은 53.8%로 대상 여성의 98.3%가 신체적 불편감을 호소하였고 단지 1.7% 여성만이 전혀 신체적 불편감이 없었다.

- 2) 신체적 불편감으로 피로가 76.1%로 가장 많았고, 요통(68.8%), 사지통증(63.5%), 체중증가(55.5%), 질건조(50.8%) 순서로 많았으며 에스트로겐 결핍 증상으로 발한(47.5%), 홍조(41.2%), 심계항진(38.5%)이 있었다. 그리고 다른 연구에서 보고되지 않은 증상으로 '얼굴에 여드름 같은 것이 난다'와 '허벅다리의 감각이 둔하다'를 각각 여성의 16.3%, 20.3%가 호소하였다.
- 3) 수술 후 경과 기간에 따른 신체적 불편감 정도에는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으며, 질식 수술을 받은 여성이 복식 수술을 받은 여성보다 신체적 불편감 점수가 유의하게 낮았다. 에스트로겐 결핍 증상으로 나타나는 홍조, 발한, 심계항진은 난소 보존 유무에 따라 증상정도에 유의한 차이가 있었다.
- 4) 수술 후 성생활 만족도의 평균은 33.11, 점수범위는 10-50 이었다. 수술 후 성교를 재개한 시기는 평균 2.57개월이었고, 성교 재개 시 불편감이 있었던 여성이 46.8%, 없었던 여성이 53.2%이었다. 그리고 성생활 만족도는 수술 후 경과기간에 따라 차이가 없었고, 난소 보존 유무와 성생활 재개 시 불편감 유무에 따라 유의한 차이가 있었다. 수술 전과 후를 비교한 성관계 만족도에서 대부분의 여성이 변화가 없다(83.8%)고 하였다.
- 5) 신체적 불편감 정도와 성생활 만족도 간에는 유의한 부적 상관관계가 있었다($r = -0.301$).

2. 제언

- 1) 동일한 여성을 수술 전과 수술 후 경과 기간에 따른 신체적 불편감, 성생활 양상의 변화에 대한 추이를 확인하는 연구가 필요하다.
- 2) 수술 후 2년 이상 경과한 여성을 대상으로 자궁절제술 후의 장기적인 결과를 알아보기 위한 연구가 필요하다.
- 3) 자궁절제술 환자의 가정간호 요구도를 확인하기 위한 조사 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 노영숙, Dorothea Sich, 이진우, 김수평, 김승조. (1985). 한국여성에서의 자궁의 전통적 개념에 대한 기초적 조사연구. 대한 산부인과학회지, 28(7), 973-985.
- 민성길, 강현숙, 조동숙 (1987). 자궁적출술 후의 정신 의학적 휴유증. 신경정신의학, 26(3): 483-494.
- 성미혜 (1996). 자궁적출술을 받은 여성의 상실 경험. 경희대학교 박사 학위 논문.
- 윤문숙 (1993). 자궁적출술을 받은 여성의 폐경에 대한 지식, 태도, 호소증상. 경북대학교 보건대학원 석사 학위 논문.
- 의료보험관리공단 (1999). '98 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 통계연보.
- 이규은 (1985). 자궁절제술을 받은 여성의 우울증에 관한 연구. 고려대학교 석사학위논문.
- 이정표, 홍성곤, 유태열 (1986). 자궁절제술 후 우울성 향에 미치는 요인들. 신경정신의학, 25(3), 451-459.
- 임은숙 (1985). 자궁적출술환자의 우울에 관한 조사 연구. 서울대학교 석사학위 논문.
- 전희진 (1993). 우리나라 자궁적출술의 현황에 관한 분석. 서울대학교 보건대학원 석사학위 논문.
- 장순복 (1986). 인공폐경여성의 생활적응에 관한 연구. (건강문제를 중심으로). 간호학 논문집, 연세대학교 간호학 연구소, 9, 41-51.
- 장순복 (1989). 자궁절제술 부인의 성생활 만족에 관한 요인 분석. 이화여자 대학교 박사학위 논문.
- 장순복 (1990). 자궁적출술을 받은 부인과 자궁적출술을 받지 않은 부인의 성생활 만족요인 분석. 간호학회지, 20(3).
- 장순복, 정승은 (1995). 자궁적출술을 받은 부인의 수술 전후 성생활 만족 및 배우자 지지의 변화. 간호학회지, 173-183.
- 장순복, 최연순, 조동숙, 마계향 (1987). 자궁적출술 환자가 경험하는 건강문제에 관한 조사연구. 간호학회지, 6(2).
- 장춘자 (1982). 자궁적출술 받은 부인의 신체, 정신, 사회 적응상의 문제. 월간간호, 209, 895.
- 정금희 (1988). 자궁적출술 환자의 신체상과 우울과의 관계 연구. 이대 대학원 석사학위논문.
- 정승은 (1992). 자궁적출술을 받은 부인의 심리에 대한 사례연구. 연세대학교 석사학위논문.
- 천근수, 이의열, 이예곤, 남장현, 이근영, 강성원 (1991). 질식 자궁적출술의 적응증의 변화 및 임상적 고찰. 대한산부인과학회지, 34(11), 1592-1602.
- 최의순 (1992). 자궁적출환자와 배우자를 위한 수술 전후 교육이 수술후 적응 수준에 미치는 효과. 이대 박사학위 논문.
- 황옥남 (1985). 자궁적출술 환자의 간호요구에 관한 조사연구. 연세대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- Alexander, D. A., Naji, A. A., Pinion, S. B. (1996). Randomized trial comparing hysterectomy with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding: psychiatric and psychosocial aspects. B. M. J., 312, 280-284.
- Barker, M. G. (1968). Psychiatric illness after hysterectomy. British Medical Journal, 2, 91-95.
- Bernhard, L. A. (1992). Consequences of hysterectomy in the lives of women. Health Care of Women International, 13, 281-291.
- Bernhard, L. A., Harris, C. R., Caroline, H. A. (1997). Partner communication about hysterectomy. Health Care of Women International, 18, 73-83.
- Bukovsky, I., Halperin, R., Schneider, D., Golan, A., Herzianu, I., & Herman, A. (1995). Ovarian function following abdominal hysterectomy with and without unilateral oophorectomy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 58, 29-32.
- Carlson, K. J., Miller, B. A., & Fowler, F. J. (1994). The Maine women's health study : I. Outcomes of hysterectomy. Obstetrics & Gynecology, 83(4), 556-565.
- Carlson, K. (1997). Outcomes of hysterectomy. Clinical Obstetrics and Gynecology, 40(4), 939-946.
- Chalmers, C. (1996). Does hysterectomy in a premenopausal woman affect ovarian function?.

- Medical Hypotheses, 46, 573-575.
- Chen, M. K. (1986). The epidemiology of self-perceived fatigue among adults. Prev Med, 15, 74.
- Clarke, A., Black, N., Rowe, P., Mott, S., & Howle, K. (1995). Indications for and outcomes of total abdominal hysterectomy for benign disease: a prospective cohort study. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 102, 611-620.
- Cohen, S. M., Hollingsworth, A. O., & Rubin, M. (1989). Another look at psychological complications of hysterectomy. Journal of Nursing Scholarship, 21, 51-53.
- Cosper, B., Fuller, S. S., & Robinson, G. J. (1978). Characteristics of post hospitalization recovery following Hysterectomy. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 7(3), 7-11.
- Dennerstein, L., Shelly, J., Smith, A., & Ryan, M. (1994). Hysterectomy experience among mid-aged Australian women. The Medical Journal of Australia, 161(5), 311-313.
- Derogatis, R. L. (1980). Psychological assessment of psychosexual functioning. Psychiatric Clinics of North America, 3(1), 113-131.
- Dulaney, P. E., Crawford, V. C., & Turner, G. (1990). A Comprehensive education and support program for women experiencing hysterectomies. JOGNN, 19(4), 319-325.
- Gath, D., Cooper, P., & Day, A. (1982). Hysterectomy and psychiatric disorder : 1. Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy. British Journal of psychiatry, 140, 335-350.
- Gould, D. (1986). Hidden problems after a hysterectomy. Nursing Times, 82(23), 43-46.
- Graff, B. M. & Tomas, J. S., Hollingsworth, A. O., Cohen, S. M., Rubin, M. M. (1992). Development of a post-operative self-assessment form. Clinical Nurse Specialist, 6(2), 47-50.
- Griffith-Jones, Jarvis, G. J., & Mcnamara, H. M. (1991). Adverse urinary symptoms after total abdominal hysterectomy - fact or fiction?. British Journal of Urology, 67(3), 295-297.
- Habelt, K., Broshe, T., & Riedel, H. H. (1996). Symptoms of ovarian failure after hysterectomy in premenopausal women. A retrospective study based on postoperative perception of 245 women. Zentralbl Gynakol, 118(4), 206-212.
- Haslett-S (1993). Hysterectomy. Nursing Standard, 7(19), 31-36.
- Helstrom, L. (1994). Sexuality after hysterectomy : a model based on quantitative and qualitative analysis of 104 women before and after subtotal hysterectomy. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 15(4), 219-229.
- Helstrom, L., Lundberg, P. O., Sorbom, D., & Backstrom, T. (1993). Sexuality after hysterectomy : A factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. Obstetrics & Gynecology, 81, 357-62.
- Helstrom, L., Sorbom, D., & Backstrom, T. (1995). Influences of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy. Acta Obstetrics and Gynecology Scandinavian, 74, 142-146.
- Kalogirou, D., Antoniou, G., Karakitsos, P., Zioris C., & Salampassis, C. (1996). Comparison of abdominal and vaginal hysterectomy. Clinical Experimental Obstetrics & Gynecology, 23(3), 161-7.
- Kjerulff, K. H. & Langenberg, P. W. (1995). A Comparison of alternative ways of measuring fatigue among patients having hysterectomy. Medical Care, 33(4), suppl. AS 156-63.
- Kilkku, P., Gronroos, M., Hirvonen, T., & Rauramo, L. (1983). Supravaginal uterine amputation vs. Hysterectomy : Effects on

- libido and orgasm. Acta Obstet Gynecology Scandinavian, 62, 147-152.
- Kinnick, V. & Leners, D. (1995). The Hysterectomy experience. Journal of Holistic Nursing, 13(2), 142-154.
- Krueger, J. C. (1979). Relationship between nurse counselling and sexual adjustment after hysterectomy. Nursing Research, 23(3), 148.
- Lalinec-Michaud, M. & Engelsmann, F. (1985). Anxiety, fears, and depression related to hysterectomy. Can J. Psychiatry, 30, 44-47.
- Langer, R., Neuman, M., Ron-el, R., Golan, A., Bukovsky, I., & Caspi, E. (1989). The effect of total abdominal hysterectomy on bladder function in asymptomatic women. Obstetrics & Gynecology, 74(2), 205-7.
- Martin, R. L., Robert, W. V., & Clayton, P. J. (1980). Psychiatric status after hysterectomy. Journal of the American Medical Association, 244, 350-53.
- Meikle, S., Brody, H., & Pysh, F. (1977). An investigation into the psychological effects of hysterectomy. The Journal of Nervous and Mental Disease, 164(1), 36-41.
- Nathorst-Boos, J., Fuchs, T., & von Schoultz, B. (1992). Consumer's attitude to hysterectomy. Acta Obstetrics and Gynecology Scandinavian, 71, 230-234.
- Naughton, M., & Mcbee, W. L. (1997). Health-related quality of life after hysterectomy. Clinical Obstetrics and Gynecology, 40(4), 947-957.
- Nilas, L., & Loft, A. (1993). Ovarian function after premenopausal hysterectomy. Ugeskr Laeger, 155(47): 3818-3822.
- Oldenhave, A., Juszmam, L. B., Everaerd, T. A. M., & Haspels, A. A. (1993). Hysterectomised women with ovarian conservation report more severe climacteric complaints than do normal climacteric women of similar age. Am. J Obstet Gynecol, 68, 765-771.
- Prior, A. Stanley, K. M., Smith, A. R B., & Read, N. W. (1992). Relation between hysterectomy and the irritable bowel: a prospective study. Gut, 33, 814-817.
- Richards, D. H. (1974). A posthysterectomy syndrome. Lancet, 2, 983-985.
- Schofield, M. J., Bennett, A., Redman, S., Walters, W. A., & Sanson-Fisher, R. W. (1991). Self-reported long-term outcomes of hysterectomy. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 98, 1129-1136.
- Siddle, N., Sarrel, P., & Whitehead, M., (1987). The effect of hysterectomy on the age at ovarian failure : identification of a subgroup of women with premature loss of ovarian function and literature review. Fert Steril, 47(1), 94-100.
- Tay, S. K. & Bromwich, N. (1998). Outcomes of hysterectomy for pelvic pain in premenopausal women. Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol, 38 (1), 72-76.
- Taylor, T., Smith A. N., & Fulton, M. (1990). Effects of hystrectomy on bowl and bladder function. Int. J. Colorectal Dis, 5(4), 228-231.
- Thakar, R., Manyonda, I., Stanton, S., Clarkson, P., & Robinson, G. (1997). Bladder, bowel and sexual function after hysterectomy for benign conditions. British Journal of Obstetrics Gynecology, 104(9), 983-7.
- Thomas, J. S., Graff, B. M., Hollingsworth, A. O., Cohen, S. M., & Rubin, M. M. (1992). Home visiting for a post hysterectomy population. Home Healthcare Nurse, 10(3), 47-52.
- Van Dam, J. H., Gosselink, M. J., Drogendijk, A. C., Hop, W. C., & Schouten, W. R. (1997). Changes in bowel function after hysterectomy. Dis. Colon Rectum, 40(11), 1342-1347.
- Virtanen, H., Makinen, J., Tenho, T., Kilholma, P., Pitkanen, Y., & Hirvonen, T. (1993). Effects of abdominal hysterectomy on urinary

and sexual symptoms. British Journal of Urology, 72, 868-872.

Webb, C. (1986). Professional and lay social support for hysterectomy patients. Journal of Advanced Nursing, 11, 167.

Webb, J. C. & Wilson-Barnett, J. (1983). Hysterectomy: A study in coping with recovery. Journal of Advanced Nursing, 8(4), 311-319.

Williamson, M. L. (1992). Sexual adjustment after hysterectomy. JOGNN, 21(1), 42-47.

-Abstract-

key concept: Hysterectomy, Physical discomforts, Sexual life pattern

Physical Discomforts and Sexual Life Pattern of Women with Hysterectomy

Ahn, Young Lan*, RN, MS

Park, Young Sook**, RN, Ph.D

The purposes of this study were to investigate the physical discomforts and sexual life pattern and to identify the relation between the physical discomforts and the satisfaction of sexual life in women with hysterectomy.

The subject were 301 women who lived with their spouses from 3 months to 2 years after hysterectomy in S. University Hospital. The data were collected using a self-reported questionnaire by mail, which composed of 25 items of physical discomforts, restarting time and frequency of sexual intercourse, and 10 items of sexual satisfaction.

The results were as follows:

- 1) The mean score of physical discomforts was 13.22 and range of score was 0-45. 1.7% of 301 women had no physical discomforts and 12.0% of them complained of severe physical discomforts such as fatigue, lumbago and pain of extremities.
- 2) The women with hysterectomy complained of fatigue(76.1%), lumbago(68.8%), pain of extremities(63.5%), weight gain(55.5%), vaginal dryness(50.8%) and symptom of estrogen deficiency such as perspiration (47.5%), flush(41.2%) and palpitation (38.5%). As unusual symptom, numbness of thigh (20.3%) and acne(16.3%) were identified.
- 3) There was no significant difference between the degree of physical discomforts and the laps of time after hysterectomy. But the score of physical discomforts was lower in women with vaginal hysterectomy than in women with abdominal hysterectomy.
- 4) The mean score of sexual satisfaction was 33.11 and range of score was 10-50. There was no significant difference between the degree of sexual satisfaction and the lapse of time after hysterectomy. 83.8% of women had not change of sexual life satisfaction after hysterectomy. The women restarted sexual intercourse in average 2.57 months after hysterectomy.
- 5) There was a negative correlation between the physical discomforts and the sexual satisfaction.

In conclusion, nurses should make the discharge educational program of the physical discomforts and the sexual pattern for women with hysterectomy in hospital.

* Trainee, WHO Collaborating Center for Hospice-Palliative Care, College of Nursing, Catholic University

** Professor, College of Nursing, Seoul National University