

# 부인암 환자의 삶의 질 예측요인

박정숙<sup>1</sup> · 오윤정<sup>2</sup>

계명대학교 간호대학 교수<sup>1</sup>, 경남도립거창대학 간호과 부교수<sup>2</sup>

## Factors Influencing on Quality of Life in Gynecological Cancer Patients

Park, Jeong Sook<sup>1</sup> · Oh, Yun Jung<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Professor, College of Nursing, Keimyung University, <sup>2</sup>Associate Professor, Department of Nursing, Gyeongnam Provincial Geochang College

**Purpose:** The purpose of this study was to measure the quality of life (QOL) and to identify the factors influencing QOL in gynecological cancer patients. **Methods:** The subjects of this study were 242 people who were receiving medical therapy or follow-up after surgery from one general hospital in Daegu. Data were collected from August 1, 2010 to January 31, 2011. A questionnaire including questions on QOL, distress score, distress problem, depression, anxiety, insomnia, perceived health status and body image were completed by the subjects. **Results:** The mean score of QOL was 70.68±13.40. Religion, job, presence of spouse, level of education, household income, financial compensation, disease stage and recurrence were the significant factors related to QOL. Distress score, distress problem, depression, anxiety, insomnia, perceived health status and body image were also significant factors influencing QOL. Sixty eight percent of the variance in subjective overall QOL can be explained by body image, distress problem, distress score, anxiety, level of education and perceived health status (Cum R<sup>2</sup>=0.689, F=76.316, p<.001). Body image was the most important factor related to QOL. **Conclusion:** An integrative care program which includes general, disease-related and psychosocial characteristics of patients is essential to improve QOL in gynecological cancer patients.

**Key Words:** Gynecologic neoplasms, Quality of life

## 서론

### 1. 연구의 필요성

2008년 우리나라 암등록사업에 의하면 자궁경부암, 자궁체부암, 난소암을 포함한 부인암의 발생자 수는 1999년에는 6,496명이었고, 2008년에는 7,266명으로 꾸준히 증가하고 있다. 이중 가장 많은 비율을 차지하는 것은 자궁경부암으로

1999년에는 4,443명의 발생자가 보고되었으며 2008년에는 3,888명으로 다소 감소한 추세를 보이고 있다. 반면에 자궁체부암과 난소암은 해마다 조금씩 증가하고 있는 추세이다. 부인암 발병률의 증가 추세와 더불어 부인암 환자들의 생존율도 지속적으로 증가하고 있으며, 암 환자 생존 예후에 대한 주요 지표인 5년 생존율을 보면 자궁경부암은 80.5%, 난소암은 59.9%로 나타나 부인암 환자의 투병 및 생존기간이 길어지고 있는 것으로 나타났다(Ministry of Health & Welfare, 2011).

**주요어:** 부인암, 삶의 질

**Address reprint requests to:** Oh, Yun Jung, Department of Nursing, Geochang Provincial College, 1396 Daepyung-ri, Geochang-eup, Geochang 670-814, Korea. Tel: 82-55-940-2562, Fax: 82-55-940-2569, E-mail: 2563yjoh@hanmail.net

- 이 논문은 2010년도 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 기초연구사업임(No. 2010-0011871).  
- This research was supported by Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea (NRF) funded by the Ministry of Education, Science and Technology (No. 2010-0011871).

투고일 2011년 11월 9일 / 수정일 2012년 2월 16일 / 게재확정일 2012년 2월 17일

부인암 환자는 생존기간 동안 수술, 항암화학요법 및 방사선요법 등의 복합적 치료를 받아야 하고, 치료로 인한 부작용 및 합병증뿐만 아니라 암 진단 시점부터 질병 진행과정 또는 치료과정 중과 완치 후에도 부정적인 신체적, 심리적, 사회적 반응을 경험하게 된다(Kim & Park, 2010; Penson, Wenzel, Vergote, & Cella, 2006). 투병과정에서 암 환자는 여러 가지 심리사회적 고통을 겪게 되고 일시적으로 이러한 감정을 경험하는 것은 자연스런 반응일 수 있으나, 상당수의 환자들은 투병에 지장이 있을 정도의 정서적 고통인 디스트레스(distress)를 겪게 된다(National Comprehensive Cancer Network: NCCN, 2011). 디스트레스는 암, 신체 증상, 치료에 효과적으로 대응하는 능력을 방해하는 심리적, 사회적, 영적 특성을 포함하는 불유쾌한 정서적 경험을 의미한다(Kim, 2009). 또한 부인암 환자의 연령이나 가족주기 상으로 볼 때 자기 자신은 물론 배우자나 자녀를 돌볼 수 없는 상황과 지지자원의 부족, 혹은 경제적인 부담 등의 현실적인 문제들이 스트레스원이 되어 삶의 질 저하를 초래하게 된다(Kwon, 2009).

부인암 환자들이 경험하는 다양한 부정적인 반응을 살펴보면, 정서적인 고통, 업무 능력의 상실과 재정적 어려움, 죽음·전이·재발 가능성에 대한 두려움과 성(sexuality)의 변화를 경험하고, 부인암 치료 후 완치 판정을 받은 여성들에게도 행동장애, 디스트레스, 성기능으로 인한 불편감 등을 경험하는 것으로 나타났다(Howell & Fitch, 2003). 국내 부인암 환자를 대상으로 한 연구에서는 구토, 슬픔, 죽음의 두려움, 불안, 우울정도가 높고 질병에 대한 불확실성이 높은 것으로 나타났다(Chung, Kim, Rhee, & Do, 2005; Kim & Park, 2010). 국내 연구에서는 부인암 환자의 성과 관련된 스트레스 연구가 국외에 비해 적게 이루어졌는데, 이는 유교적 사고방식이 강한 우리나라 여성들은 스스로 성에 관하여 이야기하는 것을 꺼려하고 자신의 성적인 욕구를 억압한 채 살아가고 있기 때문이다(Seo, 1993).

이와 같이 부인암 환자들은 일반 암 환자들이 경험하는 신체적, 심리적 증상 이외에도 여성생식기암으로서의 특수성으로 인한 어려움을 내포하면서 심리적, 정서적, 사회적, 성적인 측면에서 포괄적인 문제를 나타내고 있음을 알 수 있다. 이러한 질병 및 치료 과정과 관련된 부정적인 증상과 문제, 좋지 못한 예후, 병원을 떠나 가정이나 직장으로 돌아간 후에도 나타나는 기능적 능력의 변화, 동료 및 가족들의 태도 변화, 재발과 관련된 사고, 불안과 우울 등은 궁극적으로 대상자의 삶의 질에 영향을 미치게 된다(Penson et al., 2006). 암 환자의 삶의 질은 암 환자의 투병과정에서 그들의 일상생활에서 얻는 만족

감과 관계되는 주관적인 가치판단이며, 암 환자의 삶의 질 증진은 단순히 환자의 생존율을 향상시키는 것보다도 더 중요한 치료 효과의 지표가 되고 있다(Tae & Kim, 2007).

지금까지 국내에서는 이루어진 암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 예측요인에 대한 연구는 대부분 생존율이 비교적 높은 유방암 환자를 대상으로 이루어졌으며(Choi, 2008), 부인암 환자를 대상으로 한 연구는 미비한 실정이다. 부인암 환자에 대한 기존 논문을 살펴보면, 건강문제(Chung et al., 2005), 수면의 질(Kim & Lee, 2010), 우울(Han, 2005; Jeong, 1988; Kim & Lee, 2010; Lee, 2009; Tae & Kim, 2007), 지각된 건강상태(Park et al., 2008), 성생활(Chun, 2010), 삶의 질(Chun, Lee, Moon, Kang, & Ryu, 2005; Lee & Choi, 2007) 등 단일 변수에 관한 연구가 주로 이루어졌다. 또한 부인암 환자의 삶의 질 연구들도 항암화학요법을 받고 자궁절제술을 포함한 수술을 시행한 부인암 환자(Lee & Choi, 2007)와 자궁경부암 환자(Chun et al., 2005) 등으로 대상이 제한적이었으며, Chun 등(2005)의 연구에서는 일반적인 특성을 제외한 치료 관련 요인과 심리사회적 요인만을 가지고 삶의 질에 영향을 미치는 예측요인을 분석하였기에 부인암 환자의 전반적인 삶의 질을 이해하기 어려웠고 부인암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 예측요인을 확인하기가 어려웠다.

이에 본 연구에서는 자궁경부암, 난소암, 자궁내막암을 포함하는 부인암 환자의 삶의 질 정도를 파악하고 부인암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하여 부인암 환자의 삶의 질 향상을 위한 간호중재 개발에 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 부인암 환자의 디스트레스, 우울, 불안, 불면, 주관적 건강상태, 신체상 및 삶의 질 정도를 파악하고 부인암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 예측 요인을 분석하기 위함이다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 부인암 환자의 디스트레스, 우울, 불안, 불면, 주관적 건강상태, 신체상 및 삶의 질 정도를 파악하고, 삶의 질 예측요인을 분석하기 위한 서술적 조사연구이다.

## 2. 연구대상

본 연구는 D광역시 A대학병원에서 부인암으로 치료받고 있는 외래 환자 및 입원 환자를 대상으로 하였으며, 구체적인 대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 산부인과 전문의로부터 자궁경부암, 난소암 및 자궁내막암을 진단받은 만 20세 이상의 여성
- 의식이 명료하고 의사소통이 가능하며 설문지에 답할 수 있는 자
- 연구의 목적 및 방법을 이해하고 자발적 참여, 익명성 보장 및 사용 범위 등을 제시한 연구참여 동의서에 동의한 자

2010년 8월 1일부터 2011년 1월 31일까지 산부인과 외래 환자 혹은 부인암병동 입원 환자를 대상으로 250명을 편의표집하였으며 이 중 설문지 30% 이상 응답이 불충분한 8명의 자료를 제외한 242명을 최종 대상으로 하였다. G\*power 3.0 프로그램을 이용한 예상 대상자 수는 다중회귀분석에 필요한 유의수준( $\alpha$ )=.05, 검정력(1- $\beta$ )=.90, 효과크기(ES)=.15, 독립변수의 수는 본 연구의 설문에서 나타난 최대 독립변수인 25개로 하였을 때 209명이 제시되어 본 연구대상자 수 242명은 본 연구에 필요한 표본수를 충족하였다.

## 3. 연구도구

### 1) 디스트레스 선별도구

디스트레스 선별도구는 미국 NCCN (2011)에 의해 개발된 도구로서, 디스트레스 온도계(Distress Thermometer, DT)와 디스트레스 문제목록(Problem List, PL)으로 구성되어 있다.

- ① 디스트레스 정도: 디스트레스 정도는 디스트레스 온도계로 측정하며 디스트레스 온도계는 0에서 10까지의 온도계 모양으로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 디스트레스 정도가 높음을 의미한다.
- ② 디스트레스 문제: 디스트레스 문제목록은 지난 일주일 동안 문제가 되었던 항목을 실제적 문제(5문항), 가족의 문제(2문항), 정서적 문제(6문항), 영적/종교적 문제(1문항), 신체적 문제(22문항) 등 5개 영역의 총 36문항으로 구성되어 있으며, '예' 혹은 '아니오'에 체크하도록 되어 있다. "예"는 1점, "아니오"는 0점으로 처리하여 점수가 높을수록 디스트레스 문제가 많음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  =.896이었다.

었다.

### 2) 우울

NCCN (2011)의 심리증상 평가지 중 우울 2문항을 사용하였으며, 일상생활에 미치는 심각성 1문항과 지장 정도 1문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 10점 척도이며 최저 0점에서 최고 20점으로 점수가 높을수록 우울 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  =.932였다.

### 3) 불안

NCCN (2011)의 심리증상 평가지 중 불안 2문항을 사용하였으며, 일상생활에 미치는 심각성 1문항과 지장 정도 1문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 10점 척도이며 최저 0점에서 최고 20점으로 점수가 높을수록 불안 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  =.905였다.

### 4) 불면

NCCN (2011)의 심리증상 평가지 중 불면 2문항을 사용하였으며, 일상생활에 미치는 심각성 1문항과 지장 정도 1문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 10점 척도이며 최저 0점에서 최고 20점으로 점수가 높을수록 불면 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  =.874였다.

### 5) 주관적 건강상태

Lawston, Moss, Fulcomer와 Kleban (1982)이 개발한 Health self rating scale 4문항을 사용하였다. 현재 건강상태, 1년 전과의 비교 시, 건강상의 문제, 비슷한 나이의 다른 사람과의 비교 시에 대한 내용이 각 1문항씩 총 5문항으로 구성되어 있다. 현재 건강상태는 5점 척도이며, 나머지 3문항은 3점 척도로 구성되어 있으며, 최저 1점에서 최고 14점으로 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋음을 의미한다. 본 연구에서의 주관적 건강상태 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  =.780이었다.

### 6) 신체상 측정도구

Fitts의 신체적 자아문항과 Osgood의 신체이미 척도를 중심으로 Jeong (1988)이 수정·보완한 17문항의 신체상 측정도구를 사용하였다. 각 문항은 5점 척도로 최저 17점에서 최고 85점까지 점수가 높을수록 신체상이 긍정적임을 의미한다. 본 연구에서의 신체상 측정도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  =.879였다.

## 7) 삶의 질

Lee (2007)가 개발한 한국 암 특이형 삶의 질인 C-QOL (Cancer Specific Quality of Life) 척도를 사용하였으며, 삶의 질 척도의 하위영역은 신체적 상태 6문항, 정서적 상태 6문항, 사회적 상태 3문항, 걱정 상태 2문항, 대처기능 4문항, 총 21문항으로 구성되어있다. 각 항목은 5점 척도로 구성되어있으며, 최저 21점에서 최고 105점으로 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 삶의 질 측정도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .840$ 이었다.

## 4. 자료수집

대상자의 보호를 위하여 해당 기관에 자료수집 허락을 받은 후 산부인과 해당 의사 및 해당병동 수간호사의 협조를 얻었다. 설문지 조사요원 5명(암센터 간호사 2명, 부인과 전담간호사 2명, 화학요법제 주사실 간호사 1명)을 선발하여 측정도구 사용법에 대해 교육하고 모의 측정을 한 후 피드백을 제공하는 과정을 거쳤다.

대상자 선정기준에 적합한 환자를 확인하여 본 연구의 취지를 설명하고 응답을 원하지 않는 경우에는 언제라도 철회할 수 있으며, 회수된 자료는 익명으로 처리되고 설문내용은 연구목적 이외에는 사용하지 않음과 일부 질병 관련 특성을 확인하기 위해 전자의무기록 자료수집 가능성에 대해 설명한 후 연구참여동의서를 받았다. 입원 환자는 설문지 조사요원이 환자의 병실을 방문하여 설문지를 주고 그 다음날 다시 방문하여 회수하거나 일대일 면접으로 작성하였으며, 통원 환자는 외래진료실 혹은 화학요법제 주사실에서 환자 개인별로 설문지를 주어 직접 작성하게 하거나 일대일 면접으로 작성한 후 회수하였다. 글씨를 잘 볼 수 없거나 기운이 없는 경우에는 일대일 면접을 통해 자료수집을 하였다. 설문작성을 마친 후 연구대상자에게 소정의 인센티브를 제공하였다. 대상자의 암 관련 특성은 정확성을 기하기 위하여 전자의무기록 열람을 통하여 자료수집하였다.

## 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 대상자의 일반적인 특성과 질병 관련 특성, 디스트레스 정도, 디스트레스 문제, 불안, 우울, 불면, 주관적 건강상태, 신체상, 삶의 질은 서술적 통계를 구하였다. 일반적인 특성과 질병 관련 특성에 따른 삶의 질의 차이검증

은 t-test 및 일원 분산분석(one way ANOVA)을 실시하였으며, 통계적으로 유의한 차이가 있는 변인은 Duncan 방법을 이용하여 사후 검증 하였다. 삶의 질과 각 주요 변인들 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient, 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 변수들을 대상으로 삶의 질 예측요인을 분석하기 위해서는 단계적 다중회귀분석(stepwise multiple regression analysis)을 실시하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적인 특성과 질병 관련 특성에 따른 삶의 질

대상자의 일반적 특성을 살펴보면, 연령은 45~54세가 32.5%로 가장 많았고, 종교는 있는 경우가 75.2%, 직업은 없는 경우가 75.2%로 나타났다. 배우자가 있는 경우가 69.8%이었고, 교육수준은 고졸이 36.4%로 가장 많은 것으로 나타났다. 가족의 월평균 수입은 100~300만원 미만인 36.0%이었고, 수입이 없는 경우가 32.2%였다. 보상금을 받은 경우가 50.8%, 동거하는 가족구성원 수는 3명 이상이 46.4%로 가장 많은 것으로 나타났다. 암 진단받은 이후의 시간은 1~5년이 38.8%로 가장 많았으며, 부인암으로 입원한 회수에서는 1회가 44.4%로 가장 많았다. 현재 월경여부는 1년 이상 하지 않는 경우 85.1%이었고, 주 간병인은 없는 경우가 53.7%이었으며, 부인암 가족력 여부는 없는 경우가 87.6%로 나타났다. 암 종류는 자궁경부암이 58.7%이었고, 난소암 25.6%, 자궁내막암 12.4%, 기타 3.3%이었다. 질병의 단계는 1기 49.0%, 2기 31.5%, 3기 19.5%로 나타났으며, 수술은 하지 않은 경우가 21.9%, 복강경자궁적출술 21.1%, 개복자궁적출술 20.7%, 개복광범위적출술 15.7%, 복강경광범위적출술 12.0%, 기타 8.7%의 순으로 나타났다. 전이가 되지 않은 경우가 75.3%로 나타났으며, 재발이 안 된 경우가 91.7%로 나타났다. 합병증 여부에서는 합병증이 없는 경우가 92.1%, 합병증으로 림프부종이 생긴 경우가 7.9%로 나타났다.

대상자의 삶의 질은 종교가 있을수록( $t = -1.982, p = .049$ ), 직업이 있을수록( $t = -2.537, p = .012$ ), 배우자가 있을 경우( $t = -2.569, p = .011$ ), 교육수준이 높을수록( $F = 6.853, p < .001$ ), 가족의 월수입이 많을수록( $F = 3.713, p = .012$ ), 보상금을 받을 경우( $t = -2.229, p = .027$ ), 암 진단 이후 시간이 많이 경과할수록( $F = 3.129, p = .027$ ), 병기가 낮을수록( $F = 7.612, p = .001$ ), 재발이 되지 않을수록( $t = -2.938, p = .004$ ) 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 반면 대상자의 연령, 가족구성원 수, 암진단

이후 입원 회수, 월경상태, 주 간병인, 부인암과 관련된 가족력, 진단명, 수술방법, 전이, 합병증과는 유의한 관련성이 없

었다(Table 1).

**Table 1.** Quality of Life according to Participants' General and Disease (Gynecologic cancer) Characteristics (N=242)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD	t or F	p
Age (year)	≤ 44	41 (17.1)	69.26±15.28	1.727	.162
	45~54	78 (32.5)	72.31±11.73		
	55~64	71 (29.6)	72.07±13.56		
	≥ 65	50 (20.8)	67.34±13.79		
Religion	No	60 (24.8)	67.50±13.05	-1.982	.049
	Yes	182 (75.2)	71.65±13.39		
Job	No	179 (75.2)	69.31±14.01	-2.537	.012
	Yes	59 (24.8)	74.46±10.91		
Presence of spouse	No	73 (30.2)	67.33±13.52	-2.569	.011
	Yes	169 (69.8)	72.21±13.11		
Levels of education	None <sup>a</sup>	22 (9.1)	62.28±11.68	6.853 <sup>†</sup> (e > c, d > a, b)	< .001
	Elementary school <sup>b</sup>	52 (21.5)	67.44±13.61		
	Middle school <sup>c</sup>	52 (21.5)	72.89±12.19		
	High school <sup>d</sup>	88 (36.4)	70.47±13.27		
	≥ College <sup>e</sup>	28 (11.6)	80.16±11.10		
Household income (10,000 won/month)	None <sup>a</sup>	78 (32.2)	67.47±14.36	3.713 <sup>†</sup> (d > c > a, b)	.012
	< 100 <sup>b</sup>	22 (9.1)	66.15±12.25		
	100~ < 300 <sup>c</sup>	87 (36.0)	72.69±12.84		
	≥ 300 <sup>d</sup>	55 (22.7)	73.70±12.15		
Financial compensation	No	119 (49.2)	68.67±14.42	-2.229	.027
	Yes	123 (50.8)	72.61±12.09		
Family living members	None	26 (10.8)	68.88±15.70	1.710	.166
	1	44 (18.3)	67.82±14.60		
	2	59 (24.5)	69.66±12.71		
	≥ 3	112 (46.4)	72.72±12.53		
Time since diagnosis	≥ 11 year <sup>a</sup>	26 (10.7)	74.08±13.76	3.129 <sup>†</sup> (a, b > c, d)	.027
	6~10 year <sup>b</sup>	38 (15.7)	75.08±9.45		
	1~5 year <sup>c</sup>	94 (38.8)	70.03±15.31		
	< 1 year <sup>d</sup>	74 (30.6)	67.64±12.11		
Number of hospitalization due to gynecologic cancer	None	16 (6.6)	67.58±12.39	2.436	.066
	1	107 (44.4)	73.31±12.95		
	2	28 (11.6)	68.80±12.92		
	≥ 3	90 (37.4)	68.56±13.92		
Menstruation	Regular	14 (5.8)	71.85±11.53	0.139	.870
	Irregular	22 (9.1)	69.47±10.92		
	Not more than 1 year	206 (85.1)	70.72±13.81		
Major caregiver	None	130 (53.7)	72.02±13.96	1.259	.289
	Spouse	54 (22.3)	68.46±12.95		
	Parents/children	50 (20.7)	70.41±12.18		
	Other (ex: paid caregiver)	8 (3.3)	65.50±13.63		
Family history of gynecologic cancer	No	212 (87.6)	71.07±13.23	1.140	.256
	Yes	30 (12.4)	68.03±13.88		

<sup>†</sup>Post hoc comparison=Duncan.

**Table 1.** Quality of life according to Participants' General and Disease (Gynecologic Cancer) Characteristics (Continued) (N=242)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD	t or F	p
Diagnosis	Cervical cancer	142 (58.7)	70.77±12.73	0.164	.921
	Endometrial cancer	30 (12.4)	69.14±12.69		
	Ovarian cancer	62 (25.6)	71.27±14.05		
	Other	8 (3.3)	70.25±22.31		
Disease stage	Stage I <sup>a</sup>	118 (49.0)	74.17±12.87	7.612 <sup>†</sup> (a, b > c)	.001
	Stage II <sup>b</sup>	76 (31.5)	68.20±13.56		
	Stage III <sup>c</sup>	47 (19.5)	66.79±12.66		
Method of surgery	None	53 (21.9)	70.62±11.47	1.049	.390
	Laparoscopic	51 (21.1)	73.84±13.62		
	Extensive laparoscopic	29 (12.0)	67.00±16.51		
	Abdominal	50 (20.7)	71.17±12.24		
	Extensive abdominal	38 (15.7)	69.10±14.48		
	Other	21 (8.7)	71.10±12.70		
Metastasis	Yes	59 (24.4)	68.33±12.74	-1.587	.114
	No	180 (75.3)	71.57±13.35		
Recurrence	Yes	20 (8.3)	61.64±12.09	-2.938	.004
	No	227 (91.7)	71.41±13.26		
Complication	No	223 (92.1)	70.78±13.44	-0.404	.687
	Lymphedema	19 (7.9)	69.37±13.27		

<sup>†</sup>Post hoc comparison=Duncan.

### 3. 대상자의 삶의 질, 디스트레스 정도, 디스트레스 문제, 우울, 불안, 불면, 주관적 건강상태 및 신체상 정도

대상자의 삶의 질을 살펴보면 평균 70.68점이었고, 평균평점은 3.36점으로 나타났다. 디스트레스 정도는 3.95점(총 10점)이었고, 디스트레스 문제는 9.66점(총 36점), 우울 4.46점(총 20점), 불안 4.80점(총 20점), 불면은 4.35점(총 20점)으로 나타났다. 주관적 건강상태는 8.98점(총 14점), 신체상 57.71점(총 85점)이었다(Table 2).

### 4. 대상자의 디스트레스 정도, 디스트레스 문제, 우울, 불안, 불면, 주관적 건강상태, 신체상 및 삶의 질 간의 상관관계

대상자의 삶의 질 총점은 디스트레스 정도( $r=-.576, p<.001$ ), 디스트레스 문제( $r=-.710, p<.001$ ), 우울( $r=-.619, p<.001$ ), 불안( $r=-.615, p<.001$ ), 불면( $r=-.478, p<.001$ )과는 유의한 역상관관계를, 주관적 건강상태( $r=.639, p<.001$ )와 신체상( $r=.732, p<.001$ )은 유의한 순상관관계를 나타내었다(Table 3).

### 5. 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 예측요인

회귀분석의 가정을 검증하기 위해 다공선성(multicollinearity)을 검증한 결과 VIF가 모두 1.01~2.81로 10보다 작아 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다. 또한 Durbin-Watson 값이 1.919~2.315로 오차의 자기 상관(독립성)의 문제가 없는 것으로 나타났다. 공차 한계는 0.39~1.00로 0.1 이상을 보였고, VIF 값은 잔차의 가정을 충족하기 위한 검증결과 회귀표준화 잔차의 정규 P-P 도표에서 모두 선형성이 확인되었고 산점도에서 잔차의 분포가 0을 중심으로 고르게 퍼져 있으며, 잔차의 평균이 0.08, 표준편차는 1.07 이하의 범위에 있어 오차항의 정규성 및 그리고 등분산성이 확인되었다. 특이값을 검토하기 위한 Cook's Distance 값은 0.000~0.131로 1을 초과한 값은 없었다. 따라서 회귀식의 가정(다중공선성, 잔차, 특이값 진단)을 충족하여 회귀분석의 결과를 신뢰할 수 있다고 판단되었다.

따라서 이상의 결과를 가지고 일반적 및 질병 관련 특성 중 삶의 질과 유의한 관련을 보인 변수(종교, 직업, 배우자 유무, 교육정도, 가족 월수입, 보상금 수여여부, 암진단 이후 시간, 병기, 재발유무)와 디스트레스 정도, 디스트레스 문제, 우울, 불

## 논 의

안, 불면, 주관적 건강상태, 신체상의 변수를 단계적 다중회귀 분석방법으로 분석하였다. 단계적 다중회귀분석에서 연속변수가 아닌 독립변수는 더미변수 처리하였는데, 교육수준은 중졸 이하 0, 고졸 이상은 1, 가족수입은 없으면 0, 있으면 1, 암 진단 이후의 시간은 1년 미만은 0, 1년 이상은 1, 병기는 1단계는 0, 2단계와 3단계는 1로 처리하였으며, 종교, 직업, 배우자, 보상금 수여, 재발에서는 없으면 0, 있으면 1로 처리하였다.

삶의 질을 설명하는 주요 변수는 신체상, 디스트레스 문제, 디스트레스 정도, 불안, 교육수준, 주관적 건강상태로 나타났고, 부인암 환자의 삶의 질을 68% 설명하였으며( $F=76.316, p<.001$ ), 이중 신체상의 설명력이 53%로 가장 높았다(Table 4).

본 연구는 부인암 환자들의 디스트레스, 우울, 불안, 불면, 주관적 건강상태, 신체상, 삶의 질 정도를 분석하여, 부인암 환자들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 부인암 환자들의 생명 연장뿐만 아니라 삶의 질을 향상시킬 수 있는 중재방안 마련에 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

본 연구에서는 종교가 있을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다으며, 이는 Han (2005)의 연구결과와 Kim과 Park (2010)의 연구결과와 일치한다. 이러한 결과는 신체적인 문제와 삶의 위협으로 인한 심리적 스트레스를 종교 생활을 통해 정서

Table 2. Level of Quality of Life and Major Study Variables

Variables	Items	M±SD	Actual range	Potential range	Mean score
Quality of life	21	70.68±13.40	32~101	21~105	3.36±0.63
Distress score	10	3.95±2.95	0~10	0~10	
Distress problem	36	9.66±6.98	0~35	0~36	
Depression	2	4.46±5.32	0~20	0~20	
Anxiety	2	4.80±5.16	0~20	0~20	
Insomnia	2	4.35±4.96	0~20	0~20	
Perceived health status	4	8.98±2.24	4~14	4~14	
Body image	17	57.51±11.17	22~83	17~85	

Table 3. Correlations Between Major Study Variables and Quality of Life

Variables	Distress score	Distress problem	Depression	Anxiety	Insomnia	Perceived health status	Body image
	r (p)	r (p)					
Quality of life	-0.576 ( $<.001$ )	-0.710 ( $<.001$ )	-0.619 ( $<.001$ )	-0.615 ( $<.001$ )	-0.478 ( $<.001$ )	0.639 ( $<.001$ )	0.732 ( $<.001$ )

Table 4. Predictors of Quality of Life

Domain	Variables	B	SE	$\beta$	t	p	Cum. R <sup>2</sup>	F (p)
Quality of life	(Constant)	41.682	4.492		9.280	$<.001$		
	Body image	0.456	0.066	.377	6.878	$<.001$	.536	236.667 ( $<.001$ )
	Distress problem	-0.729	0.252	-.175	-2.891	.004	.625	171.127 ( $<.001$ )
	Distress score	-0.585	0.241	-.129	-2.430	.016	.655	130.091 ( $<.001$ )
	Anxiety	-0.448	0.140	-.176	-3.203	.002	.666	102.486 ( $<.001$ )
	Level of education	3.092	1.065	.115	2.902	.004	.678	86.768 ( $<.001$ )
	Perceived health status	0.949	0.330	.156	2.872	.005	.689	76.316 ( $<.001$ )

Cum. R<sup>2</sup>=Cumulative R<sup>2</sup>.

적 지지와 사회적 지지 제공의 증가로 인해 안정을 얻으려고 노력하기 때문인 것으로 사료된다.

본 연구에서는 교육수준이 높을수록, 직업이 있을수록, 보상을 받는 경우, 한 달 수입이 많을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났으며, 이러한 변수들은 대상자들의 경제 상태를 반영한다고 할 수 있다. Han (2005)의 연구에서는 가족수입이 많을수록, 암보험에 가입된 경우가 삶의 질이 높았으며, Kwon (2009)의 연구에서는 교육수준이 높을수록, 직업이 있을수록, 지각하는 경제적인 수준이 높을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. Chae (2005)의 연구에서도 가족수입이 많을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 경제적인 여유는 암 환자들이 원하는 사회적인 접촉이나 취미활동을 가능하게 해주며, 환자에 대한 가족들의 지지체계나 관심을 증가시킨다. 또한 치료비와 생활비 부담 등의 재정적 곤란으로 인한 정신적 고통을 덜어주기 때문에(Chae, 2005) 삶의 질과 밀접한 관련이 있다고 사료된다.

또한 본 연구에서는 배우자가 있는 경우 삶의 질이 높았으며, Kwon (2009)의 연구에서는 친구나 친척 등의 지지자원이 있을수록, Chun 등(2005)의 연구에서는 가족지지가 많을수록 삶의 질이 높다고 하였다. Chung, Hwang과 Hwang (2009)의 연구에서도 여성암 환자에게 있어 배우자의 존재와 역할을 가장 중요한 지지체계라고 하였으며, 암이라는 위기 상황에 처한 환자들은 일차적 환경인 배우자와 가족에게 의존하는 것으로 나타났다. 부인암 환자가 삶에 적응하는데 있어서 가족을 비롯한 주위 사람들의 정서적, 물질적 지지와 의료인의 격려 및 배려 등이 중요한 요인으로 작용하는 것으로 나타났다(Chun et al., 2005). 따라서 부인암 환자들을 위한 간호중재 개발 시에 배우자 및 가족을 참여시키는 지지 프로그램을 개발하여 그 효과를 검증할 필요가 있다.

본 연구에서는 암진단 이후의 시간이 많이 경과했을수록, 병기가 낮은 단계일수록, 재발이 되지 않은 경우 삶의 질이 높게 나타났다. Kim과 Park (2010)의 연구에서도 재발이 되지 않은 경우에 삶의 질이 높았으며, Chun 등(2005)의 연구에서도 병기가 진행된 집단과 현재 치료중인 집단의 삶의 질이 병기가 낮은 집단과 치료 이후 회복된 집단에 비해 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 또한 Chae (2005)의 연구에서도 진단 후 경과기간이 길수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 이는 치료 후 시간이 경과할수록, 병기가 낮을수록, 재발이 안 될 경우 전반적인 기능 상태와 증상의 불편감이 회복되어 일상생활이 가능하게 되면 이로 인해 삶의 질이 증진되기 때문인 것으로 사료된다. 따라서 부인암 환자들을 대상으로 정기적인 자궁암

검진의 중요성과 필요성에 대해서 인식시키고, 이를 실천할 수 있도록 격려해주는 등의 암의 조기진단 및 조기치료와 재발을 예방할 수 있는 실천전략 등을 강조해야 할 필요성이 있다.

본 연구대상자의 삶의 질은 3.36점(5점 만점)으로 나타나서, 자궁적출술을 받은 자궁암 환자를 대상으로 한 Han (2005) 연구에서의 6.14점(10점 만점), 부인암 환자를 대상으로 한 Nho (2008) 연구에서의 251.63점(410점 만점)과 유사하게 중간 이상인 것으로 나타났다. 반면에 부인암을 대상으로 한 Kim과 Park (2010) 연구에서는 2.38점(5점 만점), Reis, Beji와 Coskun (2010)의 연구에서는 4.83점(10점 만점)으로 중간 이하인 것으로 나타나 본 연구결과보다 삶의 질 정도가 낮은 것으로 나타났다. Reis 등(2010)은 부인암 치료과정을 통해 생식기 능력의 저하 또는 불임이 초래된다면 삶의 질이 상당히 낮아질 것이라고 하였으므로 향후 대상자의 생식 능력에 따른 삶의 질 비교가 필요하다고 본다.

대상자의 디스트레스 정도가 10점 만점에서 3.95점으로 나타났다. 디스트레스 점수가 4점 이상인 대상자가 차지하는 비율인 디스트레스 유병률은 55.3%로 나타났다. 다양한 종류의 암 환자를 대상으로 한 Kim (2009) 연구의 디스트레스 유병률 42.1%보다는 높고, 유방암 환자를 대상으로 한 Kwon (2009) 연구의 63.11%보다는 낮게 나타나서, 일반암 환자보다는 유방암, 여성 생식기암 환자들이 신체상이나 성기능 등과 관련하여 디스트레스 유병률이 더 높음을 알 수 있었다. Vachon (2006)은 암 환자들에게 심리사회적 중재를 적용하면 디스트레스 상황에서 더 잘 대처하고 정서적인 상태의 향상을 초래하여 질병과 치료의 부작용을 줄여 삶의 질에 긍정적인 영향을 미친다고 하였다.

연구대상 부인암 환자의 우울 정도는 20점 만점에 4.46점으로, 자궁적출술 환자를 대상으로 한 Han (2005) 연구의 11.98점(63점 만점)과 유사하였으나, 항암화학요법을 받은 부인암 환자를 대상으로 한 Kim과 Lee (2010) 연구의 9.63점(21점)보다는 낮은 것으로 나타났다. Kim과 Lee (2010)의 연구에서는 현재 항암화학요법 중이거나 탈모, 위장관계, 열, 두통, 통증, 피로 등 신체적 부작용이 동반되어 있으면 환자의 우울이 증가하는 것으로 나타났다. 여성암 환자는 다른 암 환자보다 우울 정도가 더 심한 것으로 알려져 있으며(Tae & Kim, 2007), 유방절제술이나 자궁절제술을 받은 여성암 환자의 경우 수술 후 겪는 다양한 신체적, 정신적 문제들이 우울로 나타나기 때문에 이들에게 우울은 매우 중요한 부분을 차지한다(Lee, 2009). 부인암 환자의 56~60%가 우울을 호소하지만(Han, 2005; Lee & Choi, 2007), 12.4%만이 우울증으로 인

한 의료이용 경험이 있으며, 진료과목으로는 정신과가 가장 많았고 그 다음이 내과 순으로 나타났다. 또한 지속적인 의료 이용보다는 1회 방문으로 그친 경우가 많은 것으로 나타났다 (Lee, 2009). Kim (2009)의 연구에서도 유방암 환자의 74.7%가 심리사회적 도움을 필요로 하지만 제대로 서비스를 제공받지 못하는 이유로 정신과 치료에 대한 사회적 낙인과 편견이 암 환자들의 적절한 심리사회적 서비스를 이용하는데 장애요인으로 작용한다고 하였다. 따라서 암 환자들의 우울 등의 심리사회적 서비스가 암 관리의 통합적 일부로서 이루어지는 것이 이러한 편견을 감소하고, 암 의료진들에게 환자의 심리사회적 차원에 대한 인지도를 높여 전체 암 진료의 질을 향상시키는 결과를 가져올 수 있다고 하였다.

부인암 환자의 불안 정도는 20점 만점에 4.80점으로 Kim (2009)의 연구에서의 2.33점 (10점 만점)과 유사하였다. Kim (2009)은 암 환자의 28.7%가 불안 장애로 진단받을 만한 수준의 디스트레스를 가지고 있다고 하였고, Lee와 Choi (2007)는 경계성 불안군 26.4%, 불안군 11.3%였다고 하였으나, Oh (2009)는 6.5%만이 병적인 불안상태를 나타낸다고 하며 서로 다른 자료를 제시한 바 있다. Vachon (2006)은 암 환자의 불안은 재발에 대한 공포, 추가적인 치료 및 잠재적인 부작용 때문에 야기된다고 하였다. 불안이 심한 환자들은 암정보를 추구하기는 하지만 부정적으로 해석하는 경향이 있으며, 암 환자의 면역기능을 억제하여 건강상태에 나쁜 영향을 미칠 수 있는 것으로 나타났다(Oh, 2009).

본 연구대상자의 불면 정도는 20점 만점에 4.35점이었고, Kim과 Lee (2010)의 연구에서는 암 환자의 수면의 질 정도는 보통인 것으로 나타났다. 암 환자의 12.8~62%가 불면장애를 호소하는 것으로 나타났고(Kim, 2009), 우울, 불안, 디스트레스 정도가 심할수록 수면장애도 심각해지는 것으로 나타났다. 수면장애를 가진 암 환자들은 수면장애를 가지지 않은 암 환자들에 비해 더 많은 피로감을 호소하며, 수면 결핍이나 수면 장애는 창조력 상실, 기억력 상실, 불안, 수행의 감소, 사건에 대한 위협의 증가를 야기한다(Kim & Lee, 2010). Joseph (2004)의 연구에 의하면 암 환자들을 자신의 수면장애를 잘 표현하지 않는데 그 이유는 암이라는 질환 자체에 비해 수면장애는 지극히 작은 문제라고 오해하고 있기 때문이다.

대상자의 주관적 건강상태는 14점 만점에 평균 8.98점으로 Park 등(2008)의 연구결과 3.02점(5점 만점), Chae (2005)의 연구결과 2.6점(4점 만점)과 유사하며, 중간 이상으로 나타났다. 세 연구 모두 수술 등의 적극적인 치료를 마친 추후관리 상태의 대상자들이었다. Chae (2005)의 연구에서는 수술과

같은 적극적인 치료 이후의 대상자들은 일상생활이나 직업에 복귀하는 대상자가 많기 때문에 대상자 스스로 어느 정도 건강하다고 인식한다고 하였다.

부인암 환자의 신체상은 총 85점 중 57.51점으로서, 부인암 환자를 대상으로 한 Jeong (1988) 연구에서의 50.68점 (85점 만점), Lee와 Choi (2007) 연구에서의 54.3점(90점 만점), 유방절제술 환자를 대상으로 한 Choi (2008) 연구에서의 52.05점(85점 만점)보다 높게 나타났다. 이는 본 연구대상자에는 자궁절제술 등의 수술을 받지 않는 대상자가 21.9% 포함되어 있는데 비해, Jeong (1988)의 연구와 Lee와 Choi (2007)의 연구에서는 대상자가 모두 자궁절제술을 받은 환자들이며, Choi (2008)의 연구에서도 모두 유방절제술을 받은 여성들이었기 때문인 것으로 보인다. Jeong (1988)는 신체상이 부정적일수록 우울 정도가 심하고, Lee와 Choi (2007)는 신체상이 긍정적일수록 삶의 질이 높다고 하였다.

부인암 환자의 삶의 질과 관련 변수들 간의 상관관계를 분석한 결과 디스트레스 정도, 디스트레스 문제, 우울, 불안, 불면과는 역상관계, 주관적 건강상태와 신체상과는 순상관관계를 보여주었다. Lee와 Choi (2007)의 연구에서는 삶의 질은 불안, 우울 및 불확실성과는 역상관계, 신체상과 가족지지는 순상관관계로 나타났으며, Han (2005)의 연구에서는 삶의 질과 상실감, 우울은 역상관관계를 나타내었다. 유방절제술 환자를 대상으로 한 Choi (2008)의 연구에서도 삶의 질은 신체상, 자아존중감, 배우자 지지 정도와는 순상관관계, 통증 정도와는 역상관관계를 나타내었다. 즉, 암 환자들의 삶의 질에 역상관관계를 보이는 변수는 디스트레스 정도, 디스트레스 문제, 우울, 불안, 불면, 불확실성, 상실감 및 통증 등의 부정적인 요인들이며, 순상관관계를 보여주는 변수는 주관적 건강상태, 신체상, 가족지지 및 배우자 지지와 같은 긍정적 요인들로 나타났다. 따라서 암 환자의 삶의 질 증진을 위해서는 부정적 요인을 감소시키고, 동시에 긍정적 요인을 강화시킬 수 있는 중재 프로그램의 개발이 필요하다.

부인암 환자의 삶의 질에 가장 영향을 주는 예측요인은 신체상인 것으로 나타났으며, 이는 Lee와 Choi (2007)와 Choi (2008)의 연구결과와 일치하였다. 부인암 환자들은 여성성의 상징인 자궁 상실과 항암치료에 따른 부작용으로 인해 신체상의 변화를 겪게 되므로(Choi, 2008) 신체상이 삶의 질에 가장 큰 영향요인으로 작용한 것으로 볼 수 있다. 따라서 대상자들이 긍정적인 신체상을 가질 수 있도록 거울을 보면서 자기 몸을 긍정적으로 탐색하고 표현하게 하는 거울 훈련과 간단한 메이크업 및 가발 사용 등에 대한 교육을 실시하는 등 긍정적

신체상 모색을 위한 전략을 고려하여야 할 것이다. 또한 부인암 환자를 대상으로 한 대부분의 선행연구(Chun, 2010; Howell & Fitch, 2003; Reis et al., 2010)에서는 부인암 환자들은 치료과정 중에 자궁과 난소를 상실한 후 신체적, 심리사회적 어려움에 직면하는 것으로 나타났다. 하지만 본 연구에서 성적인 측면을 다루지 못한 이유는 부인암 환자의 성과 관련된 논문(Chun, 2010)에서 사용한 성기능 측정도구들이 외국의 도구를 번역해서 사용함으로써 우리나라 부인암 환자들에게 적용하기가 어려운 점과 본 연구대상자들은 암 진단과 적극적인 치료기에 있는 위기 단계로 이들은 생존이 주관심사이며, 암에서의 회복과 이차암의 재발 예방 등을 더 중요시하기 때문에 성적인 문제는 우선순위에서 밀려 있기 때문이다. 향후 우리나라 부인암 환자들의 성기능 등을 파악할 수 있는 도구의 개발과 성과 관련된 중재의 개입 시기 등에 대한 연구가 이루어져야 할 것이다.

디스트레스 문제와 디스트레스 정도도 부인암 환자의 삶의 질 예측요인으로 나타났는데, 암 환자의 디스트레스는 신체증상과 치료에 효과적으로 대응하는 능력을 방해하는 다면적이고 불유쾌한 정서적 경험이며, 당혹감, 슬픔, 두려움 같은 혼란 정서적인 감정에서부터 우울, 공황, 사회적 고립, 실존적 위기와 같이 심리, 사회적인 기능 손상을 야기하는 병적인 상태에 이르기까지 매우 다양하다(Kim, 2009). 부인암 환자들은 재발과 병기의 악화 등을 걱정하며(Reis et al., 2010), 진단 받은 시점부터 겪게 되는 심리사회적인 문제와 예후 및 질병으로 인한 역할 기능 상실 등에 대한 부정적인 정서들이 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 사료된다. Kim (2009)과 Kwon (2009)의 연구에서는 디스트레스가 높을수록 삶의 질을 낮아질 뿐만 아니라 재발과 생존율까지 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 암 진단 시점부터 암 환자들의 디스트레스를 간과하지 말고 주기적으로 사정하여 이를 감소시킬 수 있는 방안이 적용되어야 할 것이다.

본 연구에서는 불안이 부인암 환자의 삶의 질 예측요인으로 나타났으며, Lee와 Choi (2007)의 연구에서는 불안과 불확실성으로 나타났다. 또한 Chun 등(2005)의 연구에서는 불안, 우울, 분노 등의 기분장애가 자궁경부암 환자의 삶의 질에 영향을 준다고 하였고, 불안수준이 높은 대상자들은 의사의 설명이 부족하다고 생각하며 정보를 이해하는데 더 어려워하고, 의사에게 질문을 많이 하며 의료시스템에 대해 무력감을 더 많이 느끼는 등 의료인과의 상호작용 및 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. Park, Jun, Kang, Joung와 Kim (2009)의 연구에서는 사회심리적 증상이 가장 영향을 주는 예

측요인이었다. 즉, 불안과 우울 등의 부정적인 정서는 암에 대한 적응이나 치료이행을 악화시킬 뿐만 아니라 암의 진행에 저항할 수 있도록 하는 내분비계(코티졸 조절)와 면역계 기능(NK cell 수)에 영향을 미치므로 불안과 우울 등의 부정적인 정서를 조절할 수 있는 심리사회적인 중재를 통해 암 환자의 삶의 질과 적응수준을 높일 수 있다(Spiegel & Giese-Davis, 2003).

본 연구결과 교육수준이 삶의 질에 영향을 미치는 변수로 나타났으며, Kim과 Park (2010)의 연구에서는 교육수준이 높을수록 건강증진 행위를 더 많이 하며, 일상생활의 스트레스를 덜 받는 것으로 나타났고, Kwon (2009)의 연구에서는 교육수준이 높을수록 전반적인 삶의 질이 높게 나타났다. 즉 암 환자들이 교육수준이 높으면 자신의 상황을 객관적으로 판단하여 필요한 지식을 찾는 능력이 부과됨에 따라 적응에 도움이 되는 것으로 사료된다. 향후 대상자의 교육수준별 맞춤형 학습이 가능할 수 있도록 다양한 건강교육 프로그램과 교육 매체 등의 개발이 이루어져 대상자들에게 적용함으로써 대상자들의 교육수준을 향상시킬 수 있도록 해야 할 것이다.

주관적 건강상태 또한 삶의 질을 예측하는 변수로 나타났다. 유방암 환자를 대상으로 한 Park 등(2009)의 연구에서는 신체적 증상이 삶의 질에 가장 영향을 주는 예측요인이었고, Kwon (2009)과 Chae (2005)의 연구에서는 주관적 건강상태가 좋을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. Chun 등 (2005)의 연구에서도 자궁경부암 치료 후 지속되는 신체증상이 삶의 질에 부정적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 신체적으로 건강한 사람들은 가사 업무를 본인이 직접 담당할 수 있고, 운동도 지속적으로 수행할 수 있으므로 이들의 삶의 질이 높은 것으로 나타났다(Nho, 2008). 따라서 부인암 환자들의 주관적 건강상태를 향상시키기 위해서는 치료중인 환자뿐만 아니라 치료 종료 후 환자들의 신체적, 심리적 안녕을 증진시키기 위한 간호중재 개발이 시급하다 사료된다.

본 연구의 결과를 종합하면 부인암 환자의 삶의 질 예측요인으로는 신체상, 디스트레스 문제, 디스트레스 정도, 불안, 교육정도, 지각된 건강상태로 나타났다. 향후 부인암 환자의 삶의 질의 가장 강력한 예측요인인 신체상을 향상시킬 수 있는 중재를 개발하고, 적용해야 할 것이다. 또한 부인암 환자를 일반암 환자와는 달리 생식기관 상실로 인한 신체적, 심리적 손상이 초래되므로 부인암 환자의 삶의 질을 예측하는 요인에는 성기능과 관련된 요인들이 포함되어야 할 것으로 사료된다.

## 결론 및 제언

본 연구의 목적은 부인암 환자들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하여 부인암 환자들의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 간호중재를 개발하는데 기초자료를 제공하고자 하는 것이다. 연구결과로는 부인암 환자의 삶의 질은 종교가 있을수록, 직업이 있을수록, 배우자가 있을 경우, 교육수준이 높을수록, 가족 수입이 많을수록, 보상을 받을 경우, 암 진단 이후 시간이 많이 경과할수록, 병기가 낮을수록, 재발이 되지 않을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 대상자의 삶의 질을 설명하는 예측요인으로는 신체상, 디스트레스 문제, 디스트레스 정도, 불안, 교육정도, 주관적 건강상태로서, 부인암 환자의 삶의 질을 68% 설명하였으며, 이중 신체상이 가장 주요한 예측인자로 나타났다. 따라서 부인암 환자들의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 삶의 질에 영향을 미치는 주요 예측인들을 반영한 중재 전략을 개발, 적용해야 할 것으로 사료된다.

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구는 대상자가 편중되어 있어서 연구결과를 전체 부인암 환자에게 일반화시키기에는 제한점이 있으므로 연구결과를 확대해석할 때 신중을 기해야 할 것이다.

둘째, 부인암 환자들의 삶의 질을 가장 잘 예측할 수 있는 변수로 신체상인 것으로 나타났으므로 부인암 환자의 삶의 질 증진 프로그램에는 신체상 강화 프로그램의 포함이 필수적인 것으로 사료된다.

셋째, 부인암 환자들의 삶의 질 증진 프로그램이 암 진단과 병행되어 적용될 수 있는 표준화된 프로토콜을 마련할 필요가 있다.

## REFERENCES

- Chae, Y. R. (2005). Relationship of perceived health status, depression and quality of life of breast cancer survivors. *Korean Journal of Adult Nursing*, 17(1), 119-127.
- Choi, J. S. (2008). *Predictive factors of quality of life in mastectomy patients*. Unpublished master's thesis, Kosin University, Busan.
- Chung, C. W., Kim, M. J., Rhee, M. H., & Do, H. G. (2005). Functional status and psychosocial adjustment in gynecologic cancer patients receiving chemotherapy. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 11(1), 58-66.
- Chung, C. W., Hwang, E. K., & Hwang, S. W. (2009). Marital intimacy and quality of life in women with breast cancer. *The Journal of Korean Oncology Nursing*, 9(2), 122-128.
- Chun, M. S., Lee, E. H., Moon, S. M., Kang, S. H., & Ryu, H. S. (2005). Medical-and-Psychosocial influencing on the quality of life in patients with cervix cancer. *The Journal of the Korean Society for Therapeutic Radiology and Oncology*, 23(4), 201-210.
- Chun, N. M. (2010). Predictors of sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain in women with gynecologic cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(1), 24-32.
- Han, M. S. (2005). *The interrelation between the bereavement, depression and the quality of life of patients who went through hysterectomy due to uterus cancer*. Unpublished master's thesis, Chonbuk National University, Iksan.
- Howell, D., & Fitch, M. I. (2003). Women's experiences with recurrent ovarian cancer. *Cancer Nursing*, 26, 10-17.
- Jeong, G. H. (1988). *Body image and depression in post-hysterectomy patients*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Joseph, F. (2004). Insomnia in cancer patients. *Clinical Cornerstone*, 6(1), 6-14.
- Kim, E. K., & Park, Y. S. (2010). Health promotion, stress and quality of life in patients with genital neoplasms. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 13(2), 114-122.
- Kim, J. H. (2009). *Development of recommendations for distress management toward improvement of quality of life in cancer patients*. Seoul: Ministry of Health & Welfare.
- Kim, Y. H., & Lee, J. H. (2010). Relationships between side effects, depression and quality of sleep in gynecological cancer patients undergoing chemotherapy. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 16(3), 276-287.
- Kwon, E. J. (2009). *Distress and quality of life after completion of cancer treatment in breast cancer patients*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.
- Lawston, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, 37(1), 91-99.
- Lee, E. H. (2007). Development and psychometric evaluation of a quality of life scale for Korean patients with cancer (C-QOL). *Journal of Korean Academy of Nursing*, 37(3), 324-333.
- Lee, E. M. (2009). *A study of medical service utilization in patient with depression undergoing mastectomy and hysterectomy*. Unpublished master's thesis, Korea University, Seoul.
- Lee, J. Y., & Choi, S. M. (2007). Quality of life in gynecological cancer patients during chemotherapy. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 13(4), 290-298.
- Ministry of Health & Welfare. (2011). *Annual report of cancer statistics in Korea in 2008*. Retrieved September 5, 2011. From Web site: [http://ncc.re.kr/manage/manage03\\_033\\_](http://ncc.re.kr/manage/manage03_033_)

list.jsp

- National Comprehensive Cancer Network. (2011). *Clinical practice guidelines in oncology: Distress management*. Retrieved June 7, 2011, from Web site: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/distress.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf)
- Nho, J. H. (2008). *Information needs and quality of life in gynecologic cancer patients*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.
- Oh, P. J. (2009). Comparison of the self-care behaviors according to mental adjustment to cancer. *Journal of Korean Oncology Nursing, 9*(2), 136-144.
- Park, J. H., Jun, E. Y., Kang, M. Y., Joung, Y. S., & Kim, G. S. (2009). Symptom experience and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Korean Academy Nursing, 39*(5), 613-621.
- Park, Y. S., Han, K. J., Hah, Y. S., Song, M. S., Kim, S. J., Chung, C. W., et al. (2008). Effects of telephone counseling on health and service satisfaction. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education, 14*(2), 294-304.
- Penson, R. T., Wenzel, L. B., Vergote, I., & Cella, D. (2006). Quality of life considerations in gynecologic cancer. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics, 95*(1), 247-257.
- Reis, N., Beji, N. K., & Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing, 14*, 137-146.
- Seo, H. S. (1993). *A case study on sex control of married women*. Unpublished master's thesis, Keimyung University, Daegu.
- Tae, Y. S., & Kim, M. Y. (2007). Correlation between depression and spiritual health in women with cancer. *Journal of Korean Oncology Nursing, 7*(2), 169-178.
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: Mechanisms and disease progression. *Biology Psychiatry, 54*, 269-282.
- Vachon, M. (2006). Psychosocial distress and coping after cancer treatment. *The American Journal of Nursing, 106*(3), 26-31.