



Original Article

Quality of Life in Gynecological Cancer Patients During Chemotherapy

Lee, Joo Young¹⁾ · Choi, Smi²⁾

1) Registered Nurse, Seoul National University Hospital 2) Professor, College of Nursing, Seoul National University

항암화학요법을 받는 부인암 환자의 삶의 질에 관한 연구

이 주 영¹⁾ · 최 스 미²⁾

1) 서울대학교 병원 간호사 2) 서울대학교 간호대학 교수

Abstract

Purpose: This study was to measure the quality of life(QOL) and to identify the related factors in gynecological cancer patients during chemotherapy. **Method:** The subjects of this study were the patients who had undergone a hysterectomy and were admitted for chemotherapy at S university hospital between November 2006 and April 2007. Data was collected from 106 gynecological cancer patients with the use of a structured questionnaire which measured the QOL(FACT-G), body image, the presence of anxiety & depression, uncertainty, and family support. The data was analyzed by the SPSS win 12.0 program. **Results:** The mean FACT-total score was 62.1(±16.7) (range; 26-107). Positive correlations were found between QOL and body image($r = .67, p = .00$), and QOL and family support($r = .32, p = .00$), whereas there were negative correlations between QOL and anxiety($r = -.54, p = .00$), QOL and depression($r = -.70, p = .00$), and QOL and uncertainty($r = -.59, p = .00$). Fifty seven percent of the variance in subjective overall QOL can be explained by depression, body image, and uncertainty(Adj $R^2 = .57, F = 47.00, p = .00$).

Conclusion: Our patients had a relatively low QOL score. Factors significantly affecting quality of life were depression, body image and uncertainty. Nursing interventions, therefore, should be focused on improving QOL in gynecological cancer patients during chemotherapy, particularly so in patients with depression, uncertainty or poor body image.

Key words : Chemotherapy, Gynecologic neoplasm, Quality of life, Body image, Depression

서 론

최근 국내 여성암 중 생식기계 암이 급속히 증가하고 있다. 2003년 부인암 등록건수는 1991년과 비교했을 때 난소암이 3배, 자궁 체부암은 5배 이상 증가하였으며(Lee et al., 2006) 그 사망률이 전체 여성암의 14.2%를 차지한다(Korea National Statistical Office, 2005). 반면 5년 상대 생존율 순위는 자궁경 부암과 난소암이 각각 3, 4위를 차지하여 부인암 환자의 투병 및 생존기간이 길어지고 있음을 알 수 있다(National cancer

투고일: 2007. 10. 12 1차심사완료일: 2007. 10. 25 2차심사완료일: 2007. 11. 26 최종심사완료일: 2007. 12.5

• Address reprint requests to : Choi, Smi (Corresponding Author)

College of Nursing, Seoul National University
 28 Yongon-dong Chongno-gu Seoul 110-799 Korea
 Tel : +822-740-8830 Fax : +822-766-1852 Email : smi@snu.ac.kr

information center, 2006). 부인암 환자는 생존기간 동안 복합적인 치료가 병행되며, 이러한 치료에도 불구하고 높은 재발률(35-80%)을 보여 항암화학요법을 반복해야 한다(Park, 2003). 이처럼 장기적인 관리가 필요한 부인암 환자 수가 증가하고 있음을 고려할 때 이들의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 관심과 연구가 요구된다(Hawighorst-Knapstein et al., 2004).

부인암 환자의 삶의 질은 치료 과정 중에 낮고(Chan et al., 2001), 다양한 치료를 받을수록(Miller, Pittman, Case, & McQuellon, 2002), 그리고 항암화학요법시의 삶의 질이 가장 낮은 것으로 보고되었다(Chan et al., 2001). 따라서 간호사는 복합적인 치료 과정에 있는 부인암 환자의 질병 치유와 생명 연장 뿐 아니라 삶의 질에도 관심을 가지고 평가하여 향상시키기 위해 노력 할 필요가 있다.

특히 부인암 환자는 자궁 및 부속기 적출로 인한 몸의 부분 상실, 수술 상처, 피부변화를 겪고 방사선 치료와 항암 화학요법으로 인해 다양한 신체상의 변화를 겪는다(Hawighorst-Knapstein et al., 2004). 또한 상실감, 우울, 불안, 불확실성(Kim & Kim, 2004; Han, 2005; Bodurka-Bevers et al., 2000) 등 심리적 변화를 겪는다.

선행연구 결과 부인암으로 치료받은 환자의 57%가 정서적 문제로 도움이 필요한 것으로 나타났다(Miller, Pittman, & Strong, 2003). 반면 정서적 문제를 경감시켜주는 요인으로 가족, 친구, 그리고 지지모임 등 사회적 지지가 보고되었으며(Kim, 2004; Chun, Lee, Moon, Kang, & Ryu, 2005) 특히 가족의 지지는 여성 암 환자의 삶의 질을 향상시키는 것으로 보고되었다(Chun et al., 2005; Miller et al., 2002).

국내 부인암 환자 삶의 질 연구는 자궁경부암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 치료관련 및 심리사회적 요인에 관한 연구(Chun et al., 2005), 자궁적출술 받은 자궁암 환자의 상실감, 우울, 삶의 질과의 관계를 조사한 연구(Han, 2005), 근치적 자궁적출술을 시행한 여성의 삶의 질 연구(Lee, Lee, Lee, Lee, & Park, 2001) 등이 있다. 그러나 지금까지 항암화학요법을 받는 부인암 환자의 치료 과정 중의 삶의 질과 정서 사회적 관련 요인을 포괄적으로 조사한 연구는 찾아보기 힘들다.

따라서 본 연구자는 부인암으로 항암화학요법을 받고 있는 환자의 삶의 질을 측정하고 항암요법이 삶의 질에 미치는 영향과 신체상, 불안, 우울, 불확실성, 가족지지가 삶의 질에 미치는 영향을 조사하여 효과적인 간호중재의 근거자료로 활용하고자 한다.

1. 연구 목적

본 연구는 수술 후 항암화학요법을 받는 부인암 환자의 삶의 질을 측정하고 관련 요인을 조사하고자 하며 다음과 같은

구체적 목적을 가진다.

첫째, 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 삶의 질의 차이를 분석한다.

둘째, 대상자의 신체상, 불안, 우울, 불확실성, 가족지지와 삶의 질의 관계를 파악한다.

셋째, 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 조사한다.

2. 연구의 제한점

본 연구는 서울소재 일개 대학병원에서 항암화학요법을 받는 부인암 환자 중 연구 참여에 동의한 환자들을 대상으로 선정하였으므로 연구 결과를 확대 해석하는데 신중을 기해야 한다.

연구 방법

1. 연구 설계

항암화학요법을 받는 부인암 환자들의 삶의 질을 측정하고 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 대상

서울시내 일개 대학병원 부인과 병동에서 항암화학요법을 받는 부인암(자궁경부암, 난소암, 자궁 체부암 등) 환자로 자궁 및 부속기를 절제하는 수술을 시행하고 항암화학요법을 받기 위해 입원한 환자를 대상으로 하였다. 연구 기간 내(2006년 11월부터 2007년 4월까지) 항암화학요법을 받기 위해 입원한 환자 모두를 대상으로 하였으며 선정 기준은 다음과 같다.

- 부인암을 진단받고 항암 화학 치료 목적으로 병원에 입원 하는 암 진단에 대한 인식이 있는 환자
- 인지능력의 손상이 없으며 연구 목적을 이해하고 참여에 수락한 환자
- 모든 대상자가 자궁절제술을 포함한 수술을 시행한 환자로 수술 자체로 인한 신체 변화를 고려하여(Han, 2005) 신체적 회복이 이루어지는 2달이 지난 환자
- 방사선 치료를 받는 환자는 방사선 치료가 종료된 후 항암화학요법만 받는 환자
- 항암화학요법 일차요법(first) 또는 구제요법(salvage) 중인 환자

3. 연구 도구

1) 인구학적 특성 및 질병 특성

인구학적 특성으로는 대상자의 연령, 교육 정도, 결혼 상태, 종교, 직업, 경제 상태(월수입), 압 보험 가입 유무, 자녀수를 조사하였다. 또한 질병관련 특성은 대상자의 진단명, 병기, 진단 후 기간, 치료 방법, 항암 치료 종류(일차요법 또는 구제요법), 난소 유무, 장루 보유 유무, 다른 질병 유무를 조사하였다.

2) 삶의 질

삶의 질은 Cella(1997)가 개발한 Functional assessment cancer therapy-General(FACT-General) 4판(Korean version)으로 측정하였다. 총 27문항 중 신체영역 7문항, 사회/가족 영역 7문항, 정서 영역 6문항, 기능 영역 7문항 이다. 점수는 0점 “전혀 그렇지 않다”에서 4점 “매우 그렇다”까지 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 삶의 질이 높다. Cella(1997)가 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .89$ 이었고 본 연구에서 도구 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었다.

3) 신체상

신체적 자아 문항과 신체이미 척도를 보완한 Chun(1996)의 도구로 18문항으로 구성되었다. 각 문항은 Likert 5점 척도로 “전혀 그렇지 않다” 1점, “그렇지 않다” 2점, “그저 그렇다” 3점, “그렇다” 4점, “항상 그렇다” 5점으로 측정하였다. 9개의 부정적인 문항(2,5,6,7,9,10,11,13,18번)은 역으로 환산하였으며 점수가 높을수록 신체상이 긍정적임을 의미한다. Chun(1996)이 보고한 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .78$ 이었고 본 연구에서 도구 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .92$ 이었다.

4) 불안, 우울

본 연구에서 불안과 우울은 병원에 입원한 환자를 대상으로 불안과 우울을 조사하기 위해 고안된 The Hospital Anxiety-Depression scale(Zigmond & Snaith, 1983)을 Oh, Min과 Park(1999)이 한국말로 번안한 도구 14문항을 사용하여 측정된 점수를 의미한다. 홀수번호 7개는 불안에 관한 척도이며 짝수번호 7개는 우울에 관한 척도이다. 각각의 문항은 4점(0-3) 척도로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 불안과 우울이 높음을 의미한다. 또한 The Hospital Anxiety-Depression scale은 불안과 우울도구의 절단점을 8점으로 하며 정도에 따라 3군으로 나누었다(Choi-Kwon, Kim, Kwon, & Kim, 2005). 0점에서 7점은 불안과 우울이 없는 상태, 8점에서 10점은 경계성 상태, 11점 이상은 불안과 우울이 있는 상태이다. 한국판 The Hospital Anxiety-Depression scale(1999)의 문항 내적 일관성 신뢰도는 불안이 Cronbach's $\alpha = .89$, 우울이 Cronbach's $\alpha = .86$

이었고 본 연구에서 도구의 신뢰도는 불안이 Cronbach's $\alpha = .84$, 우울이 Cronbach's $\alpha = .78$ 이었다.

5) 불확실성

본 연구에서는 Mishel(1988)이 개발한 질병에 대한 불확실성 측정도구 30문항을 Park(2005)가 16문항으로 수정하여 측정된 점수이다. 5점 Likert 척도로 “전혀 아니다” 1점에서 “정말 그렇다” 5점까지이며 점수가 높을수록 불확실성이 높다. 개발당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .91$ 이었으며, Park (2005)의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .84$, 본 연구에서 도구 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .87$ 이었다.

6) 가족지지

Kang(1984)이 개발한 11개 문항에 대한 점수를 말하며 도구는 긍정형 10문항과 부정형 1문항으로 구성되어 있다. 5점 척도로 측정하며 “전혀 그렇지 않다” 1점, “매우 그렇다” 5점을 주었고, 부정문항은 역산 처리하였다. 점수가 높을수록 가족의 지지 정도가 높음을 의미한다. Kang(1984)의 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .86$ 이었고 본 연구에서 도구 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .92$ 였다.

4. 자료 수집 절차

서울시내 일개 대학병원에서 2006년 11월부터 2007년 4월까지 항암화학요법을 받기 위해 입원한 모든 환자 144명 중 본 연구 대상 선정기준에 적합한 118명을 연구대상으로 하였다. 연구자가 직접 대상자에게 연구목적을 설명하고 참여에 대한 동의를 구하고 설문지를 작성하도록 하였다.

총 118명의 대상자 중 신체적 문제로 항암화학요법을 받지 못하게 된 자($n=8$), 연구에 동의를 하지 않은 자($n=2$), 그리고 불완전한 응답을 한 대상자($n=2$)를 제외하고 총 106명을 대상으로 하였다. 설문지는 총 102문항으로 이루어졌으며 설문지 작성은 대상자 본인이 직접 작성하게 하였고($n=92$) 대상자가 원할 경우 연구자가 문항을 읽어주고 응답하도록 하였다($n=14$). 대상자에게 입원시 설문지를 나눠주고 입원기간 동안 자유롭게 작성하도록 하였으며 연구자가 설문지를 읽어 준 경우 응답에 30분가량이 소요되었다.

5. 자료 분석 방법

SPSS version 12.0을 이용하여 통계처리 하였으며 구체적인 방법은 다음과 같다.

대상자의 특성 및 주요 변수는 기술 분석 하였다. 대상자의 인구학적 특성 및 질병관련 특성에 따른 삶의 질의 차이는

t-test와 One-way ANOVA로 분석하였으며 신체상, 불안, 우울, 불확실성, 가족지지와 삶의 질과의 관계는 Pearson's correlation analysis를 이용하였다. 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 stepwise multiple regression analysis를 이용하여 조사하였다.

연구 결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성과 삶의 질

연구 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성과 삶의 질은 <Table 1, 2>에 제시하였다.

연구 대상자의 평균 연령은 56.2세(±9.6)였고 86명(81.1%)이 기혼자였으며 86명(81.1%)이 전업주부였다. 대상자 가정의 월

<Table 1> Quality of life(FACT-G) according to patients' demographic & medical characteristics (N=106)

Characteristics	Category	n(%)	M	(SD)	F/t
Age(years)	<49	25(23.6)	65.3	(17.8)	1.59
	50~59	47(44.3)	62.8	(17.7)	
	60~69	23(21.7)	55.8	(12.3)	
	70~79	11(10.4)	65.1	(16.5)	
Marital status	Married	86(81.1)	61.6	(17.4)	-.62
	Single	20(18.9)	64.2	(13.5)	
Education	<9 years	31(29.2)	60.1	(16.7)	1.99
	9~12 years	43(40.6)	60.0	(15.3)	
	>12 years	32(30.2)	67.0	(18.0)	
Religion	Yes	93(87.7)	62.5	(16.1)	.57
	No	13(12.3)	59.6	(21.0)	
Employment status	Yes	20(18.9)	66.8	(16.0)	1.39
	No	86(81.1)	61.1	(16.8)	
Monthly income(Won)	<1,000,000	28(26.7)	58.8	(15.0)	1.84
	1,000,000~2,000,000	14(13.3)	57.4	(13.7)	
	>2,000,000	63(60.0)	64.7	(17.9)	
Cancer insurance	Yes	65(61.3)	61.0	(16.7)	-.86
	No	41(38.7)	63.9	(16.7)	
Number of children	≤2	66(62.3)	62.5	(16.4)	.26
	≥3	40(37.7)	61.6	(17.5)	
Diagnosis	Cervical cancer	21(19.8)	57.8	(17.6)	1.95
	Ovarian cancer	75(70.8)	62.3	(16.7)	
	Others	10(10.7)	70.3	(12.4)	
Cancer stage	Stage 1	11(10.4)	68.5	(17.7)	1.67
	Stage 2	13(12.3)	65.6	(20.6)	
	Stage 3	44(41.5)	58.0	(14.9)	
	Stage 4	8(7.5)	69.8	(17.9)	
	Recurred	30(28.3)	62.2	(16.1)	
Time since diagnosis	<6 month	38(35.8)	62.5	(17.0)	.16
	6 month~1 year	19(17.9)	63.3	(17.5)	
	1 year~2 years	19(17.9)	61.3	(17.2)	
	2 years~3 years	11(10.4)	58.7	(14.8)	
	>3 years	19(17.9)	62.9	(17.4)	
Treatment	Op+chemo	83(78.3)	62.0	(16.5)	-.11
	Op+RT+chemo	23(21.7)	62.5	(17.9)	
Current chemotherapy	First	54(50.9)	65.0	(16.4)	1.85
	Salvage	52(49.1)	59.1	(16.7)	
Presence of ovary	Yes	8(7.5)	58.6	(17.1)	-.62
	No	98(92.5)	62.4	(16.7)	
Presence of colostomy	Yes	10(9.4)	47.9	(12.9)	-2.92*
	No	96(90.6)	63.6	(16.4)	
Comorbidity	Yes	38(35.8)	60.0	(17.7)	-.98
	No	68(64.2)	63.3	(16.1)	

* p<0.05; M, mean; SD, standard deviation

<Table 2> The distribution of score of quality of life (FACT-G) (N=106)

	M	(SD)	Possible range
FACT	62.1	(16.7)	0 - 108
Physical	16.0	(6.2)	0 - 28
Social/family	16.8	(5.4)	0 - 28
Emotional	15.2	(4.4)	0 - 24
Functional	14.2	(6.1)	0 - 28

FACT, functional assessment cancer therapy

수입은 63명(60%)이 월200만원 이상이었고 100만원 이하도 28명(26.7%)이었다.

연구 대상자들의 진단명은 난소암이 75명(70.8%)으로 가장 많았고 자궁 경부암이 21명(19.8%), 기타 10명(10.7%)이었다. 암의 병기로는 3기가 44명(41.5%)으로 가장 많았고 재발인 경우는 30명(28.3%)이었다. 대상자들의 진단 후 기간은 6개월 이하가 38명(35.8%)으로 가장 많았다. 대상자 중 수술 후 항암화학요법을 받고 있는 대상자는 83명(78.3%), 수술과 방사선 치료 후 항암화학요법을 받고 있는 대상자는 23명(21.7%)이었다. 항암화학요법 중 일차요법군(first)은 54명(50.9%)이었고 구제요법군(salvage)은 52명(49.1%)이었다. 항암제는 대상자의 대부분인 99명(93.3%)이 platinum을 포함한 병합요법을 시행하였다. 또한 연구 대상자 중 10명(9.4%)은 장루를 보유한 상태로 항암화학 치료를 받고 있었다.

삶의 질 총 점수는 평균 62.1(±16.7)점으로 최저 점수 26점에서 최고 107점까지 분포하였다. 하부 영역별 삶의 질은 신체적 안녕 영역 16.0(±6.2)점, 사회적 안녕 영역 16.8(±5.4)점, 정서적 안녕 영역 15.2(±4.4)점, 그리고 기능적 안녕 영역이 14.2(±6.1)점으로 기능적 안녕 삶의 질 점수가 상대적으로 낮았다.

전체 삶의 질 점수는 대상자의 일반적 특성에 따라서 유의한 차이가 없었다. 치료관련 특성 중 항암 화학 요법 일차 요법군(first)과 구제 요법군(salvage)의 삶의 질은 차이가 없었으나 장루가 없는 군의 삶의 질이 장루가 있는 군에 비해 유의하게 높았다($t=-2.92, p=.004$).

2. 신체상, 불안, 우울, 불확실성, 가족지지와 삶의 질

신체상, 불안, 우울, 불확실성, 가족지지 점수는 <Table 3, 4>에 제시하였다.

신체상 점수는 평균 54.3(±9.0)점이었으며 평점은 3.0이었다. 불안은 경계성 불안군 28명(26.4%), 불안군 12명(11.3%)이었고, 우울은 경계성 우울군 31명(29.2%), 우울군 28명(26.4%)이었다. 불확실성 점수는 평균 47.6(±10.2)점, 평점 3.0이었으며 가족지지 점수는 평균 45.4(±8.0)점, 평점 4.12이었다. 가족 중

가장 많은 지지를 해주는 사람은 배우자(53.3%)였으며 자녀(33.6%)가 그 다음을 차지하였다(다중 응답).

<Table 3> The scores of body image, uncertainty, and family support of the subjects (N=106)

	M	(SD)	M(max score 5)
Body image	54.3	(9.0)	3.01
Uncertainty	47.6	(10.2)	3.0
Family support	45.4	(8.0)	4.12

Max score, maximum score

<Table 4> The distribution of anxiety and depression in the subjects (N=106)

Status(score)	Anxiety		Depression	
	n	(%)	n	(%)
Absent (<8)	66	(62.3)	47	(44.3)
Borderline (8~10)	28	(26.4)	31	(29.2)
Present (>11)	12	(11.3)	28	(26.4)

신체상, 불안, 우울, 불확실성, 가족지지와 삶의 질과의 관계는 <Table 5>에 제시하였다.

연구 대상자의 신체상이 긍정적일수록($r=.67, p=.00$), 불확실성이 낮을수록($r=-.59, p=.00$), 그리고 가족지지가 높을수록($r=.32, p=.00$) 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 반면 불안하고 우울이 심할수록 삶의 질은 낮은 것으로 나타났다($r=-.54, p=.00; r=-.70, p=.00$, respectively).

3. 삶의 질 영향 요인

항암화학요법을 받는 부인암 환자의 삶의 질 영향 요인을 확인하기 위해 단계적 다중회귀분석을 실시하였다. 본 연구의 독립 변수 간에 상관관계가 유의하게 나타나<Table 5> 다공선성(multicollinearity)을 검증한 결과 분산팽창 요인(variance inflation factor)이 모두 3이하로 나와(보통 10이상인 경우 회귀계수의 추정이 다공선성으로 피해를 보았다고 본다) 서로 상관성이 높지 않은 변수임이 확인되었다. 따라서 신체상, 불안, 우울, 불확실성, 가족지지와 단변량 분석 결과 삶의 질에 유의하게 영향을 미치는 요인인 장루 유무, 인구 사회학적 요인인 연령을 독립변수로 삶의 질을 종속변수로 회귀 분석한 결과는 <Table 6>에 제시하였다. 회귀 분석 결과 본 연구 대상자의 삶의 질을 설명하는 주요 변수는 우울, 신체상, 불확실성이 선택되었다. 3가지 요인들은 항암화학요법을 받는 부인암 환자의 삶의 질을 57% 설명하였으며(Adj R² = .57, F= 47.00, p= .00) 이 중 우울의 설명력이 49%로 가장 높았고($\beta=-.43, \text{Adj } R^2=.49$) 신체상은 6%($\beta=.24, \text{Adj } R^2=.06$) 불확실성은 2%($\beta=-.20, \text{Adj } R^2=.02$)의 설명력이 있었다.

<Table 5> Correlations among major study variables

(N=106)

Variables	FACT-total	Body image	Anxiety	Depression	Uncertainty
Body image	.670*				
Anxiety	-.538*	-.488*			
Depression	-.702*	-.705*	.604*		
Uncertainty	-.589*	-.654*	.466*	.533*	
Family support	.319*	.269*	-.153	-.289*	-.192*

FACT, functional assessment cancer therapy; *, $p < 0.05$

<Table 6> Factors influencing quality of life

(N=106)

Domain	Variables	Step	β	t	Adj R ²	Cum. R ²	F
Total QOL	Depression	1	-.43	-4.74*	.49	.49	47.00*
	Body image	2	.24	2.39*	.06	.55	
	Uncertainty	3	-.20	-2.25*	.02	.57	
FACT - physical	Body image	1	.43	3.98*	.36	.36	34.53*
	Depression	2	-.26	-2.45*	.03	.39	
FACT - social	Family support	1	.50	6.55*	.31	.31	38.38*
	Uncertainty	2	-.34	-4.45*	.11	.42	
FACT- emotional	Anxiety	1	-.39	-4.52*	.31	.31	36.23*
	Uncertainty	2	-.36	-4.22*	.09	.40	
FACT - functional	Depression	1	-.66	-8.98*	.43	.43	80.68*

FACT, functional assessment cancer therapy; QOL, quality of life; *, $p < 0.05$

하부영역별 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 다음과 같다.

신체적 안녕 영역에는 신체상이 36%로 설명력이 높았으며, 사회적 안녕 영역에는 가족지지가 31%로 설명력이 높았다. 정서적 안녕 영역에는 불안이 31%로 설명력이 높았으며 기능적 안녕 영역은 우울이 43% 설명해주는 것으로 나타났다.

4. 우울, 신체상 및 불확실성과 대상자의 특성

회귀분석 결과 우울, 신체상 및 불확실성이 유의한 삶의 질 영향 요인이었다. 따라서 우울, 신체상 및 불확실성과 대상자의 특성을 조사할 필요가 있어 추가 분석하였으며 결과는 다음과 같다. 대상자의 우울 정도는 연령대에 따라 유의한 차이가 있었으며($F=3.27, p=.01$), 나이가 많을수록 우울 성향이 있는 대상자가 많았다. 대상자의 질병 및 치료관련 특성 중에서는 구제요법군($t=-2.05, p=.04$)과 장루가 있는 군($t=4.80, p=.00$)에서 우울성향이 있는 대상자가 많았다. 그 외 특성들과는 유의한 관계가 없었다.

신체상 점수는 연령대에 따라 유의한 차이를 보였으며($F=4.63, p=.00$), 사후검정(Scheffe)결과 60대가 40대와 50대보다 신체상 점수가 낮았다. 또한 교육수준이 낮고($F=4.27, p=.02$), 구제요법군($t=2.71, p=.01$)인 경우, 그리고 장루를 보유한 군의($t=-4.63, p=.00$) 신체상 점수가 낮았다. 그 외 대상자의 일반적 특성 및 치료관련 특성에 따른 신체상 점수는 유의한 차이가 없었다.

불확실성 정도는 교육수준이 낮고($F=4.81, p=.01$), 구제요

법군인 경우($t=-2.96, p=.00$), 그리고 장루를 보유한 군($t=2.42, p=.01$)의 불확실성 정도가 높았다. 그 외 대상자의 일반적 특성 및 치료관련 특성에 따른 불확실성 점수는 유의한 차이가 없었다.

논 의

본 연구는 항암화학요법을 받고 있는 부인암 환자의 삶의 질을 측정하고 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하고자 시행되었다.

본 연구 대상자의 삶의 질은 같은 삶의 질 도구를 사용한 국내 자궁경부암 환자의 삶의 질(Chun et al., 2005)보다 낮았고 하부 영역 중 신체, 정서, 기능 영역의 삶의 질 점수가 본 연구에서 더 낮았다. 특히 신체영역의 삶의 질이 낮았는데 이러한 결과는 대상자 차이에서 온 것으로 추측할 수 있다. 본 연구 대상자는 난소암 환자의 비율이 높고 대상자 전원이 항암화학요법 치료 중이었던 반면 Chun 등(2005)의 연구에서는 치료 중과 추후 관리과정에 있는 대상자가 모두 포함되었기 때문에 보인다. 이는 삶의 질이 치료과정 중 더 낮으며(Chan et al., 2001) 많은 치료가 복합적으로 이루어질 때 더 낮다(Miller et al., 2002)는 선행연구 결과를 지지한다. 그러나 Chun 등(2005)의 연구에서도 치료 중에 있는 대상자의 신체, 기능 영역 점수가 상대적으로 낮은 결과를 보여 치료과정에서 환자들은 신체와 기능적 안녕이 특히 저하된다는 사실을 알 수 있었다. 반면 사회영역의 삶의 질은 본 연구에서 더 높

은 것으로 나타났는데 그 이유는 반복적인 입원과 항암 치료로 본 연구 대상자가 상대적으로 더 가족과 친구를 의지하고 지지를 더 많이 받고 있기 때문인 것으로 생각된다. 실제 본 연구 대상자의 가족지지 정도는 같은 도구를 사용한 일반 암 환자의 가족지지 정도 보다 높았으며(Hwang & Kim, 2005) 항암화학요법중인 여성암 환자의 가족지지 정도와 유사하였다(Kim, 2004).

본 연구 대상자의 삶의 질은 외국 연구와 비교했을 때에도 비슷한 결과를 보이거나(Le, Hopkins, & Kee Fung, 2005) 더 낮게 나타났다(von Gruenigen, Frasure, Jenison, Hopkins, & Gil, 2006). 이러한 결과는 서양에서는 삶의 질을 임상시험계획 단계에서부터 포함시키도록 권고하고 있어(American Society for Clinical Oncology, 1996) 삶의 질에 대한 관심이 높고 삶의 질 향상 노력 또한 한국보다 앞서있기 때문이라고 생각된다. 또한 한국 여성들은 전통적으로 고정된 성 역할로 가정내 역할 부담이 많으므로(Kim, 2001) 이러한 문화적 차이 때문일 수도 있다.

본 연구 결과 항암화학요법을 받는 부인암 환자의 삶의 질에 가장 영향을 주는 요인은 우울과 신체상, 그리고 불확실성이었으며 전체 삶의 질을 57.0% 설명하였다. 그 중에서도 우울이 가장 영향력이 있는 변수로 삶의 질을 49% 설명해 주었다. 선행연구에서도 우울은 상실감, 연령과 함께 자궁적출술을 받은 자궁암 환자의 삶의 질을 59.7% 설명하였고(Han, 2005), 유방암 환자의 삶의 질에서도 가장 영향력 있는 변수로 작용하였다(Park, 2005). 우울은 본 연구의 삶의 질 영역 중 특히 기능적 안녕을 설명해주는 요인이었는데 이러한 연구 결과는 심리적 요인인 우울이 암환자의 신체적 기능 또는 수행 정도에 영향을 미친다(Bodurka-Bevers et al., 2000)는 연구결과를 지지해준다고 볼 수 있다. 본 연구결과 우울 성향이 있는 환자는 과반수 이상 이었으며 이는 부인암 환자를 대상으로 한 선행연구와 유사하다(Han, 2005; Miller et al., 2003). 본 연구결과 60대가 3, 4, 50대보다 우울한 환자가 많았는데 이는 나이가 어릴수록 우울한 환자가 많다는 외국의 부인암 연구결과와 상이하였다(Bodurka-Bevers et al., 2000; von Gruenigen et al., 2006). 이는 아마도 사회문화적인 차이에 기인한 것으로 일반 한국 여성이 나이가 증가함에 따라 우울증의 빈도가 증가 추이를 보인 것과 관련이 있을 수 있다(Korea Institute for Health and Social Affairs, 2003).

본 연구에서 신체상 또한 삶의 질을 6% 설명해 주는 요인으로 나타났다. 본 연구 대상자의 신체상 점수는 유방암 환자의 신체상 점수보다는 낮거나(Jo, 2005) 또는 유사하였다(Chun, 1996). 일반적으로 신체상은 부인암보다는 유방암 환자에게서 더욱 좋지 못할 것이라고 생각되며 선행연구 또한 유방암 환자를 대상으로 하는 연구가 많았다. 그러나 본 연구

결과는 부인암 환자도 유방암 못지않게 신체상이 저하되어 있음을 보여주어 추후 이와 관련된 연구와 중재가 부인암 환자를 대상으로도 활발히 이루어져야 함을 시사한다. 본 연구자는 장루가 신체상에 미치는 영향을 배제하기 위해 장루환자를 제외하고 추가 분석했으나 장루유무에 관계없이 신체상이 낮은 것으로 나타났다. 또한 본 연구에서 장루는 삶의 질에 영향을 준 유의한 변수였으나 회귀분석에서는 삶의 질을 설명하는 요인이 되지 못했는데 그 이유는 아마도 장루가 있는 대상자 수가 적었기 때문일 것으로 생각된다.

본 연구 결과 불확실성 또한 2%로 약하지만 삶의 질을 설명해주는 요인이었다. 불확실성은 유방암 환자를 대상으로 한 선행 연구에서도 직접적으로 삶의 질을 설명하는 요인이었다(Park, 2005). 같은 도구를 사용한 Park(2005)의 불확실성 점수와 비교했을 때 본 연구 대상자의 불확실성 점수가 더 높았다. 이는 아마도 Park(2005)의 대상자가 추후 관리 환자인데 반해 본 연구 대상자는 치료 과정에 있는 환자이기 때문에 치료 결과를 예측할 수 없어 불확실성이 높은 것으로 추측할 수 있다.

본 연구 결과 우울, 신체상 및 불확실성 관련 요인에는 공통적으로 항암화학요법 종류(일차요법과 구제요법)가 포함되었다. 특히 구제요법 군은 우울정도와 불확실성이 높고 신체상이 낮으며 사회/가족 영역의 삶의 질 점수가 유의하게 낮았다. 이러한 결과는 항암치료가 연장되고 계속된 치료효과의 부재로 인한 본인 및 가족의 소진에 의한 것으로 보인다(Kim, 2004). 반면 일차요법군과 구제요법군의 가족지지 정도는 비슷했는데 이는 환자가 느끼는 가족지지 정도는 별 차이가 없으나 암환자는 치료에 적응하기 위해 정서적 지지체계를 찾게 되므로(Helgeson & Cohen, 1996) 치료가 연장될수록 더 많은 지지와 다양한 지지체계가 필요함을 예측할 수 있다. 그러나 본 연구에서는 가족지지와 전체 삶의 질과 상관관계는 있으나 직접적인 요인이 되지는 못했는데 이는 아마도 대상자들의 가족지지와 전반적으로 높은 것과 관련이 있을 수 있다.

또한 일차요법군(51%)과 구제요법군(49%)의 전체 삶의 질은 유의한 차이가 없었다. 구제요법은 일차요법 후 치료 효과가 없는 환자를 대상으로 2차 또는 3차 항암요법을 시행하는 군이다. 따라서 삶의 질이 일차요법군에 비해 낮을 것으로 생각되었으나 두 군은 유의한 차이가 없어 항암화학요법 종류가 삶의 질에 영향을 미치지 않음을 알 수 있었다. 이는 아마도 치료 초기에 암 진단과 복합된 치료로 인하여 일차요법 치료를 받고 있는 경우에도 삶의 질이 낮을 수 있으며 치료가 장기화되면서 삶의 질이 전반적으로 향상되지 않아 두 군간의 차이가 없는 것으로 추측할 수 있다.

본 연구 결과를 전체 부인암 환자에 확대 해석하는 데는 제한점이 있으나 암 수술 후 항암화학치료중인 부인암 환자

의 삶의 질은 낮았으며 삶의 질에 영향을 주는 요인은 우울과 신체상 및 불확실성으로 나타났다. 따라서 추후 치료과정에 있는 부인암 환자의 우울감과 불확실성을 감소시키고 신체상을 증진시켜 삶의 질을 향상시킬 수 있는 의료인의 적극적인 사정과 적절한 중재가 치료 계획 초기부터 이루어져야 한다고 생각한다.

결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 수술 후 항암화학요법을 받는 부인암 환자의 삶의 질을 측정하고 심리 사회적 영역을 포함한 부인암 환자의 삶의 질 관련 요인을 규명하고자 시행되었다.

본 연구 결과 우리나라 부인암 환자의 삶의 질은 외국보다 낮았으며 항암화학요법 치료 과정에서 기능적 안녕이 매우 낮았다. 본 연구 대상자의 삶의 질을 설명하는 주요 요인은 우울(49%)과 신체상(6%), 그리고 불확실성(2%)이었으며 전체 삶의 질을 57.0% 설명하였다(Adj R²= .57, F=47.00, p= .00). 또한 우울이 기능적 안녕에 영향을 미치는 변수이자 전체 삶의 질에 영향을 미치는 핵심 요인으로 나타나 우울 조절이 부인암 환자의 삶의 질 증진에 중요함을 알 수 있었다. 신체상 또한 부인암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 나타나 유방암 환자 못지않게 부인암에서도 신체상이 중요하다는 것을 알 수 있었다. 불확실성 역시 약하긴 하지만 삶의 질을 설명하는 요인으로 직접적으로 작용하였다. 따라서 추후 항암화학요법 중인 부인암 환자를 간호할 때 우울감과 불확실성을 감소시키고 신체상을 긍정적으로 전환해주는 적극적인 간호중재 개발이 모색되어야 한다.

2. 제언

본 연구결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 장기간의 종단적 연구를 통하여 부인암 환자의 시간 경과에 따른 삶의 질 변화와 관련 요인을 조사하는 연구가 필요하다.

일반 중년 여성을 대조군으로 하여 삶의 질과 관련 요인을 측정하고 비교하는 연구가 필요하다.

본 연구에서 부인암 환자의 삶의 질에 영향을 준 요인들을 이용하여 간호중재 프로그램을 개발하여 그 효과를 검증할 필요가 있다.

References

American Society for Clinical Oncology (1996). Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines. *J Clin Oncol*, 14, 671-679.

Bodurka-Bervers, D., Basen-Engquist, K., Carmack, C. L., Fitzgerald, M. A., Wolf, J. K., de Moor, C., & Gershenson, D. M. (2000). Depression, anxiety and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*, 78, 302-308.

Cella, D. (1997). FACIT manual: Manual of the functional assessment of Chronic illness therapy scale. *Evanston: Northwestern Healthcare and Northwestern university at Evanston.*

Chan, Y. M., Ngan, H. Y., Li, B. Y., Yip, A. M., Ng, T. Y., Lee, P. W., Yip, P. S., & Wong, L. C. (2001). A longitudinal study on quality of life after gynecologic cancer treatment. *Gynecol Oncol*, 83, 10-19.

Choi-Kwon, S., Kim, H. S., Kwon, S. U., & Kim, J. S. (2005). Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. *Arch Phys Med Rehabil*, 86, 1043-1048.

Chun, M. S., Lee, E. H., Moon, S. M., Kang, S. H., & Ryu, H. S. (2005). Medical-and-psychosocial factors Influencing on the Quality of Life in Patients with Cervix Cancer. *The Korean Society for Therapeutic Radiology and Oncology*, 23(4), 201-210.

Chun, J. Y. (1996). *A study on body image, spouse support and psychosocial adjustment of patients in mastectomy.* Unpublished Master's thesis, Korea University, Seoul.

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, Chunbuk University, Jeonju.

Hawighorst-Knapstein, S., Fusshoeller, C., Franz, C., Trautmann, K., Schmidt, M., Pilch, H., Schoenefuss, G., Knapstein, P. G., Koelbl, H., Kelleher, D. K. & Vaupel, P. (2004). The impact for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10 year study. *Gynecol Oncol*, 94, 398-403.

Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and interventional research. *Health Psychol*, 15, 135-148.

Hwang, J. G., & Kim, Y. H. (2005). Family support perceived by cancer patients, family care giver's burden and physical and psychological health. *J Fam Relat*, 10(2), 173-198.

Jo, N. H. (2005). *A study on body image and quality of life according to method of surgery and time series after surgery in patients with breast cancer.* Unpublished Master's thesis, Kyungpook University, Daegu.

Kang, H. S. (1984). *An experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities.* Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.

Kim, K. M. J. (2001). *The lived experience of comfort of women during chemotherapy.* Unpublished master's thesis, Keimyung University, Daegu.

- Kim, S. K. (2004). *The relationships between family support, self-care behavior and perceived health among female patients under the chemotherapy*. Unpublished Master's thesis, Ewha Womens University, Seoul.
- Kim, Y. S., & Kim, B. H. (2004). The quality of life analysis in patients with cervical cancer. *J Korean Hosp Palliat Care*, 7(1), 8-16.
- Korea Institute for Health and Social Affairs (2003). Statistics of women's health in Korea. Retrieved June 2, 2007 from http://www.hp.go.kr/html/academy/statistics/acss_list.html
- Korea National Statistical Office (2005). Statistical database. Retrieved May 29, 2007 from <http://www.kosis.nso.go.kr/magazine/NEW/YD/VD0003.xls>.
- Le T., Hopkins L., & Kee Fung M. F. (2005). Quality of life assessment during adjuvant and salvage chemotherapy for advance stage epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*, 98(1), 39-44.
- Lee, E. J., Lee, Y. K., Lee, D. J., Lee, S. H., & Park, H. B. (2001). Quality of life in women who underwent radical hysterectomy. *J Korean Obstet Gynecol*, 44(10), 1761-1768.
- Lee, H. P., Song, Y. S., Kim, J. U., Namgung, S. E., Mock, J. E., Moon, H., Park, I. S., Suh, H. S., Lee, K. H., Kim, J. W., Sin, H. L., Jo, H. I., & Jang, M. J. (2006). Annual report of gynecologic cancer registry program in Korea for 2003(2003. 1. 1-2003. 12. 31). *J Korean Obstet Gynecol*, 49(4), 762-812.
- Miller, B. E., Pittman, B., Case, D., & McQuellon, R. P. (2002). Quality of life after treatment for gynecologic malignancy: A pilot study in an outpatient clinic. *Gynecol Oncol*, 87, 178-184.
- Miller, B. E., Pittman, B., & Strong, C. (2003). Gynecologic cancer patients' psychological needs and their views on the physician's role in meeting those needs. *Int J Gynecol Cancer*, 78, 302-308.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *J Nurs Scholarsh*. 20(4), 225-232.
- National cancer information center (2006, 5, 15). Cancer survivor rate for five years. Retrieved May 29, 2007, from http://www.cancer.gov/nciapps/user/stat/list.jsp?sta_gubun=2.
- Oh, S. M., Min, K. J., & Park, D. B. (1999). A study on the Standardization of the Hospital Anxiety and Depressed Scale for Koreans. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 38(2), 289-296.
- Park, H. S. (2003). Chemotherapy for gynecological cancer: Chemotherapy for gynecological cancer. Symposium vol.2003 (pp.31-45). Korean J Gynecol Oncol Colposc press.
- Park, Y. M. (2005). *A structural model for quality of life in breast cancer patients*. Unpublished Doctoral dissertation, Kyung Hee University, Seoul.
- von Gruenigen, V. E., Frasure, H. E., Jenison, E. L., Hopkins, M. P., & Gil, K. M. (2006). Longitudinal assessment of Quality of life and Life style in newly diagnosed ovary cancer patients: The role of surgery and chemotherapy. *Gynecol Oncol*, 103(1), 120-126.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361-370.