

암환자가 지각하는 건강통제위 성격과 삶의 질에 관한 관계연구

- 방사선요법을 받는 암환자를 중심으로 -

포천중문 의과대학 분당차병원

방 동 완

A Study of the Relationship Between Perceived Health Locus of Control and Quality of Life of Cancer Patients.

Dong Wan Bang

*Dept. of Radiation Oncology, Bundang CHA General Hospital,
College of Medicine, Pochon CHA University*

It has been reported that the cancer patient's quality of life is influenced by the perceived health state, self-esteem, health locus of control, social support, whether there is a pain or not, the stage of a disease, the period of a disease, etc., and however, there has been scarcely the research into the fact at home whose cultural and social backgrounds are entirely different from those of American and European Countries.

Accordingly, the author of this thesis performed this study, considering that it is necessary to know the relations between the health locus of control which make it possible to predict the object's behavior related to health and to make plans to induce the object or patient into sound behavior and the quality of life which is closely related to the cancer patient's health, emotion, society, economy, etc. on the whole.

This study, a cross-sectional one, includes 136 subjects of in·out patients registered at Y University Hospital whose age are more than 20 years. From these patients, data were collected for two weeks through the questionnaire which content concerns about the quality of life and the health locus of control.

All the collected data were processed and analyzed through Student's t-test, ANOVA, and the calculation of Pearson Correlation Coefficient, using the SAS program.

1. It appeared that the disposition of health locus of control was mostly inclined to the disposition of powerful other health locus of control(28.37 ± 4.24), then inclined to internal health locus

of control(27.03 ± 4.17), and next to chance health locus of control(19.71 ± 4.97): By the way, the disposition of powerful other health locus of control appeared a little bit higher than internal health locus of control.

2. The degree of the quality of life appeared to be 137.54 points in the average of total points and 3.11 in the average evaluation mark. It appeared that the quality of life was most significantly influenced by a factor of 'relations with neighbors' and least significantly influenced by factors of physical conditions and functions.

3. It appeared that the relation between the disposition of health locus of control and the quality of life has nothing to do with the relation between internal health locus of control and the quality of life($r = .1446, P > .05$) and also with the relation between the disposition of powerful other health locus of control($r = .0385, P > .05$).

In conclusion, in the study it has been found out that there is no correlation between the health locus of control and the quality of life, and however it is sound to induce the cancer patient to internal health locus of control. Therefore, it is necessary that under the special circumstances, the cancer patient's behavior should be predicted, thereby inducing the patient to the sound change of his or her behavior. Also in order that the patient enjoys his or her life satisfactorily while living, it is deemed that some kind of multilateral meditation in health and treatment is necessary so that the patient can feel the relief of pain, better health, etc.

Key word : cancer patient, quality of life, health locus of control

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 우리 나라는 산업의 발달, 평균수명의 연장, 보건의료 서비스의 질적인 향상으로 질병의 사망 양상에 큰 변화를 초래하여 암으로 인한 사망이 계속 증가하는 추세에 있고, 사망의 모든 원인 중 약 21%를 차지하는 4만명을 넘고 있으며, 순환기계 질환에 의한 사망원인 다음으로 2위를 차지하고 있다.

최근에는 암의 조기검진이 이뤄지고 진단적 방법이 개선되었을 뿐만 아니라 치료방법 또한 발달하여 암환자의 생존기간이 연장되고 있다. 그러나 많은 암환자들은 건강, 정신, 사회적 기능, 자아 존중감, 성기능, 직업 등의 여러 가지 상실에 의해 개개인의 평형상태는 깨어지게 되고 이에 따라 극심한 정서적 혼란을 겪게 된다.

또한 방사선 치료를 받는 암환자는 침착하지 못하고 불안과 우울, 사회적 고립 등의 감정을 나타내며, 방사선 치료결과 나타나는 신체적 손상에 대해 공포, 불안, 우울, 불안정, 의심 등으로 암치료가 환자에게 부정적 영향을 미치고 있으며, 이에 따른 정서적 반응은 신체적, 정신적, 영적인 면에 걸쳐 인간 전체의 삶에 커다란 영향을 미치게 된다.

이러한 암환자들은 비록 같은 진단을 받은 환자일지라도 그가 지닌 문화적·사회적·경제적 배경이 다르므로 그들 자신대로의 중요하고 특수한 요구를 가지고 있으며, 이러한 요구가 충족되지 못할 때 나타나는 문제나 이 문제에 대한 환자의 반응도 각각 다르게 나타난다. 이러한 인간 행동양식의 주체가 되는 것은 성격이며, 개인의 행동양식은 성격에 따라 일정한 반응양식을 보이고 건강에 대한 여러 종류의 행동들은 그 사람의 성격에 의해 좌우된다고 한다.

성격이란 개인의 환경에 대한 적응을 결정짓는 특징적인 행동패턴과 사고양식이다. 이러한 성격에 의해 좌우되는 인간 행위의 대부분은 사회적인 상호작용이므로 사회가 복잡해짐에 따라 행위의 사회적 측면이 점차 중대하게 다루어지고 있으며, 사회학습이론은 이러한 인간의 사회적 현상을 이해하려는 하나의 이론이며 통제위(Locus of Control) 개념은 이 이론으로 부터 발전되었다.

삶의 질은 안녕과 복지의 정도를 구체적으로 표현하는 포괄적이고 다차원적인 개념이라고 볼 수 있으며 신체적·정신적 및 사회적·경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕의 차원으로 정의 할 수 있다.

암은 환자는 물론 그 가족 구성원 전체의 삶의 질에도 영향을 미치게 된다. 그러므로 암환자를 대하는 의료진은 암환자들이 질병에 대응하면서 신체적, 정신적, 사회적으로 최대수준의 기능을 발휘하도록 함으로써 단지 질병의 치유와 생명연장 뿐 아니라 남은 생애동안 질적인 삶을 살 수 있도록 도와 주어야 한다. 왜냐하면 질병에 대응하고 있는 동안 그들이 살고 있는 삶의 질에 관한 대상자의 주관적인 느낌은 치료를 계획하고 평가할 때 고려해야 할 중요한 근거가 되기 때문이다.

따라서 건강과 관련된 대상자의 행위를 예측하고 바람직한 행동변화를 유도할 수 있는 계획을 가능케 하기 위한 건강통제위 성격 성향과 암환자의 신체, 정서, 사회·경제 전반에 걸쳐 영향을 줄 수 있는 삶의 질과의 관계를 알아보는 것은 필요하다.

이에 본 연구자는 암환자들을 대상으로 건강통제위 성격 성향과 삶의 질에 관한 관계를 분석함으로써 암환자에게 도움이 될수 있는 임상간호중재 및 전인적인 치료를 위한 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 다음과 같다.

- 1) 암환자가 지각하는 건강통제위 성격의 성향을 파악한다.
- 2) 암환자가 지각하는 삶의 질 정도를 파악한다.
- 3) 암환자가 지각하는 건강통제위 성격과 삶의 질과의 관계를 분석한다.
- 4) 암환자의 인구사회학적 특성 및 질환 특성에 따른 삶의 질에 영향을 주는 요인을 알아본다.

3. 용어의 정의

본 연구에 사용되는 용어를 다음과 같이 정의하였다.

1) 암환자

의사에 의해 암으로 진단을 받고 자신이 병명을 알고 있으며 방사선요법을 시행하고 있는 20세 이상의 성인환자를 말한다.

2) 방사선요법

주로 악성 종양세포를 파괴시키기 위해 전리방사선을 인체의 병소에 조사시키는 국소요법으로 X선, γ 선, 전자선 등이 사용되고 있으며, 항암약물요법·수술과 함께 3대 주요 암 치료법 중의 하나이다.

3) 건강통제위 성격

건강이 일반적으로 무엇에 의해 좌우된다고 보는가를 나타내는 기대성향을 말하며, 내적·타인의존적·우연 건강 통제위로 구분된다. 내적 건강 통제위는 행동의 결과나 강화를 받아들일 때 자신의 행동·능력에 좌우된다고 믿는 성향이며, 타인의존적 건강통제위는 행동의 결과나 강화를 받아들일 때 자신의 통제하에 있거나 보다는 힘있는 타인의 지배에 의해 통제된다고 믿는 성향이며, 우연 건강통제위는 행운·기회·

운명에 의해 좌우된다고 믿는 성향이다.

본 연구에서는 Wallston, Wallston & Devellis가 개발한 다차원적 건강통제위 도구로 측정되었고 점수가 높을수록 그 차원의 성향이 높음을 의미한다.

4) 삶의 질

삶의 질이란 일상생활 활동에서 얻는 주관적인 만족의 정도를 의미한다. 본 연구에서는 신체적, 정신적, 사회적, 경제적, 영적 영역에서 개인이 지각하는 주관적인 안녕상태로 정서상태, 경제생활, 자아존중감, 신체상태와 기능, 이웃관계 및 가족관계로 구성되어 있는 노유자에 의해 개발된 자기보고식 삶의 질 도구에서 측정된 것으로서 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다.

II. 대상 및 방법

1. 연구설계

본 연구는 암환자가 지각하는 건강통제위 성격과 삶의 질과의 관계를 알아보기 위한 단면조사연구(Cross-Sectional Study)이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 서울시에 소재한 Y대학병원 암센터에 암진단을 받고 외래 또는 입원한 상태로 등록되어 정기적인 방사선요법을 받는 암환자들 중 연구대상 선정기준에 적합한 환자에게 설문지를 배부하여 직접 기입토록 한 뒤 회수하였다.

대상자의 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 20세 이상의 성인환자
- 2) 방사선요법을 1회 이상 받은 자
- 3) 질문지의 내용을 이해하고 응답할 수 있는 자

4) 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 자 위의 기준에 따라 총 140명을 임의 표집하여 설문지를 배부하였으나 미회수된 설문지와 불완전한 설문지 4부를 제외한 136부가 회수되어 회수율은 97%였다.

3. 연구도구

본 연구의 도구로는 구조화된 설문지를 사용하였으며 질문지의 내용은 인구사회학적 특성 및 질환 특성 17문항, 건강통제위 성격 성향 18문항, 삶의 질 요인 45문항으로 총 80문항으로 구성되었다.

1) 인구사회학적 특성 및 질환 특성에 관한 문항

대상자의 인구사회학적 특성은 성별, 연령, 종교유무, 교육정도, 결혼상태, 동거가족수, 직업, 가정월수입, 주택소유, 치료비부담자, 치료주거상태에 관하여 조사하였다.

그리고 질환 특성은 현재의 병을 진단받은 기간, 치료기간 및 횟수, 치료방법, 재발유무, 진단명, 질병단계, 예후, 통증정도, 현재 건강지각 수준에 관하여 조사하였다. 특히 질병단계 및 예후는 연구자가 의무기록지를 참고하여 작성하였으며, 예후는 5년 생존율을 기준으로 평가하여 비교하였다.

2) 건강통제위 성격 측정도구

이 연구도구는 Wallston, Wallston & Devellis에 의해 개발된 다차원 건강통제위(Multi-Dimensional Health Locus of Control) 척도로서, 척도의 내용은 내적성향(Internal), 타인의존성향(Powerful others), 우연성향(Chance)의 세가지 차원으로 구성되어 있고, 각각 6문항씩으로 Likert type의 6점 척도로 되어 있다. 각 문항에 대한 반응은 “전혀 그렇지 않다”를 1점 “매우 그렇

다”를 6점으로 주어 최저 6점에서 최고 36점까지의 범위를 보이며, 점수가 높을수록 측정하고자 하는 차원의 성향이 높음을 의미한다.

3) 삶의 질 측정도구

이 연구도구는 노유자에 의해 개발된 47문항 5점 평점척도의 자기보고식 삶의 질 측정도구로서 47문항 중 본 연구에 맞지 않는다고 생각한 2문항을 제외한 45문항을 연구에 맞게 보완하여 사용하였다.

본 도구는 정서상태(9문항), 경제생활(11문항), 자아존중감(8문항), 신체상태와 기능(8문항), 이웃관계(4문항), 가족관계(5문항)로 구성되어 있고, Likert type 5점 척도로 되어 있다. 각 문항에 대한 반응은 “매우 불만”을 1점 “매우 만족”을 5점 또는 “매우 그렇지 않다”를 1점 “매우 그렇다”를 5점으로 주고, 도치문항은 역산하여 측정하였으며, 최저 45점에서 최고 225점까지의 범위를 보이며, 점수가 높을수록 삶의 질 정도가 높음을 의미한다.

4. 자료분석

수집된 자료는 SAS 프로그램을 이용하여 전산처리 하였고, 자료분석을 위해 사용한 통계적 방법은 다음과 같다.

1) 대상자의 인구사회학적 특성 및 질환 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.

2) 대상자가 지각하는 건강통제위 성격과 삶의 질 정도는 최소값, 최대값, 평균값, 표준편차를 산출하였다.

3) 대상자의 인구사회학적 특성 및 질환 특성과 건강통제위 성격, 삶의 질 정도와의 관계는 Student's t-test와 분산분석으로 다중비교하였다.

4) 대상자의 건강통제위 성격과 삶의 질과의 관련성은 Pearson 적률상관계수로 산출하였다.

III. 결 과

1. 대상자의 인구사회학적 특성 및 질환 특성

대상자의 인구사회학적 특성 및 질환 특성을 조사한 결과는 Table 1과 같다.

Table 1. 인구사회학적 특성 및 질환 특성에 따른 구성비율 (N=136)

일반적 특성	구 분	환자수 백분율	
		(N)	(%)
성 별	남 성	62	45.6
	여 성	74	54.4
연 령	20~39세	21	15.4
	40~49세	33	24.3
	50~59세	32	23.5
	60세 이상	50	36.8
종교 유무	없 다	40	29.4
	있 다	96	70.6
종교 종류	불 교	37	27.2
	기독교	48	35.3
	카톨릭	11	8.1
교육 정도	국졸 이하	45	33.1
	중 졸	15	11.0
	고 졸	49	36.0
	대졸 이상	27	19.9
결혼 상태	기 혼	113	83.1
	미 혼	6	4.4
	사별·별거·이혼	17	12.4
동거 가족수	0~1명	23	16.9
	2~3명	61	44.9
	4명 이상	52	38.2
직 업	무 직	55	40.4
	상업·서비스업	31	22.8
	회사원·공무원	21	15.4
	전문직·기술직	9	6.6
	기 타	20	14.7
가정 월수입	50만원 미만	16	11.8
	50~100만원	34	25.0
	100~150만원	38	27.9
	150만원 이상	48	35.3

주택 소유	자 가	103	75.7
	전 세	21	15.4
	월 세	10	7.4
	기 타	2	1.5
치료비 부담자	본 인	89	65.4
	자 녀	29	21.3
	부모·형제	10	7.4
	기 타	8	5.9
진단받은 기간	3개월 전	83	61.0
	6개월 전	36	26.5
치료 방법	12개월 전	17	12.5
	방사선요법	34	25.0
	수술+방사선요법	29	21.3
	항암약물요법	41	30.2
	+방사선요법	32	23.5
치료 기간	수술+항암약물요법	32	23.5
	+방사선요법	38	27.9
	10일 이하	25	18.4
	11 - 20 일	23	16.9
	21 - 30 일	18	13.2
치료 횟수	31 - 40 일	32	23.5
	40일 이상	54	39.7
	10회 이하	38	27.9
	11 - 20회	44	32.4
치료주거상태	20회 이상	42	31.1
	외래(통원)치료	122	89.7
재발 유무	입원치료	14	10.3
	있 다	37	27.2
통증 정도	없 다	99	72.8
	미약하다	75	55.2
	중간정도	49	36.0
현재 건강지각수준	심하다	12	8.8
	나쁜편이다	37	27.2
진 단 명	보통이다	53	39.0
	좋은편이다	46	33.8
	자궁암	41	30.2
	폐암	19	14.0
	직·결장암	18	13.2
	유방암	17	12.5
	식도암	8	5.9
	두경부암	13	9.6
	뇌종양	3	2.2
	입파종	4	2.9
연부조직육종	5	3.7	
기타	8	5.8	

질병단계	O	4	3.1
	I	25	19.1
	II	50	38.2
	III	41	31.3
예 후	IV	11	8.4
	양 호	56	41.2
	불 량	80	58.8

대상자의 성별은 남성이 45.6%, 여성은 54.4%로 약간 많았으며, 연령은 40~59세인 중년기 연령이 47.8%로 높은 구성비율을 나타내었다. 종교는 가지고 있는 대상자가 70.6%로 많은 분포를 보였으며, 그 중 기독교를 가진 대상자가 35.3%로 타 종교보다 높은 비율을 나타내었다.

교육정도는 중졸 이하가 44.1%, 고졸 이상이 55.9%로 과반수 이상이 고학력자로 나타났으며, 결혼상태는 기혼자가 83.1%로 가장 많았고, 미혼자가 4.4%, 사별·별거·이혼자는 12.4%로 나타났다. 동거가족수는 2~3명이 44.9%로 가장 많았고, 4명 이상도 38.2%로 대부분 동거하는 가족수는 많은 편이었다.

직업별로는 무직이 40.4%로 가장 높은 비율을 차지하고 있는데 이는 여성의 분포가 높고, 중년기 연령의 구성비율이 높기 때문이라고 사료된다. 가정 월수입은 50만원 미만은 11.8%로 가장 낮았으며, 150만원 이상이 35.3%로 가장 높은 분포를 보였다.

주택소유는 자가 75.7%로 가장 높은 비율을 보였는데 이는 가정월수입에서 대상자들의 경제적인 고소득 수준을 반영한다 할 수 있다.

치료비 부담자는 본인부담이 65.4%로 가장 높게 나타났으며, 자녀가 21.3%로 차순위 비율로 나타났다.

진단받은 기간은 과반수가 넘는 61%가 3개월 전에 진단을 받고 치료를 시행하는 대상자였으며, 대부분 87.5%인 비율이 6개월 전에 진단을 받은 상태였다. 치료방법은 방사선요법만을 단독으로 받는 대상자는 25%였으며, 항암약물요법과 방사선요법을 병행하는 방법이 30.2%로

가장 높은 비율을 보였다.

대상자들의 치료기간은 10일 이하가 27.9%, 40일 이상이 23.5%의 구성비율을 보였으며, 치료횟수는 10회 이하가 39.7%, 11~20회는 27.9%, 20회 이상이 32.4%의 분포를 나타내었다.

치료주거상태는 입원치료가 10.3%이고, 외래통원치료는 89.7%로 대부분 통원치료환자가 대상자로 나타났다. 재발유무는 있다가 27.2%, 없다는 72.8%로 재발이 없는 환자가 높은 분포를 보였다.

통증정도는 미약하다가 55.2%로 가장 높고, 중간정도는 36%, 심하다는 8.8%로 대부분 대상자가 느끼는 통증정도는 심하지 않은 것으로 나타났다. 현재의 건강지각 수준은 나쁜편은 27.2%, 보통은 39%, 좋은편이 33.8%로 대상자들이 지각하는 건강수준은 나쁘지 않은 것으로 느끼고 있었다.

진단명은 자궁암 30.2%, 폐암 14%, 직·결장암 13.2%, 유방암 12.5% 순으로 분포를 보였으며, 암의 질병단계는 II의 38.2%와 III의 31.3%가 가장 높은 분포를 나타냈다. 예후는 양호 41.2%, 불량 58.8%로 나타났다.

2. 대상자의 건강통제위 성격 성향

대상자의 건강통제위 성격 성향을 파악하기 위해서 최소값, 최대값, 평균, 표준편차를 산출한 결과는 Table 2와 같다.

대상자의 건강통제위 성격 성향은 성향별 최소 7점에서 최대 36점까지의 분포를 보이고 있으며, 대상자의 타인의존성향(28.37±4.24)이 가

장 높게 나타났고, 내적성향(27.03±4.17), 우연성향(19.71±4.97)순으로 나타났다. 본 연구에서는 대상자들이 지각하는 건강통제위 성격은 타인의존성향이 내적성향에 비해 약간 높게 나타났다.

1) 대상자의 인구사회학적·질환 특성과 건강통제위 성격과의 관계

대상자의 인구사회학적 특성 및 질환 특성과 건강통제위 성격 요인간의 관계를 비교 분석한 결과는 Table 3과 같다.

대상자의 성별에 따른 건강통제위 성향은 남성과 여성에서 모두 타인의존성향이 가장 높았으며 남성 군에서 더 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t=.27, P=.79$). 또한 연령도 각각 20~39세, 40~49세, 50~59세, 60세이상에서 타인의존성향이 가장 높았으며 60세 이상 군에서 가장 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t=1.02, P=.39$).

치료비 부담자는 본인, 자녀, 부모·형제에서 각각 $28.42 \pm 4.51, 29.62 \pm 3.00, 26.17 \pm 3.93$ 로 타인의존성향이 가장 높았으며 자녀가 치료비를 부담하는 집단이 타인의존성향이 높은 것으로 나타났고 통계적으로 유의한 차이를 보였다($F=3.84, P=.02$).

재발유무는 재발이 있는 군과 없는 군에서 모두 타인의존성향이 가장 높게 나타났으나 우연성향에서 재발이 있는 군은 21.32 ± 3.74 , 없는 군은 19.11 ± 5.26 으로 재발이 없는 군보다 있는 군에서 우연성향이 높게 나타났고 통계적으로 유의한 차이를 보였다($t=2.35, P=.02$).

치료주거상태는 외래와 입원 군에서 모두 타인의존성향이 가장 높았으며 입원 군에서 더 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t=-.25, P=.80$).

통증정도는 미약, 중간, 심하다에서 모두 타인의존성향이 가장 높았으며 통증이 심한 군에서 가장 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($F=.10, P=.90$). 또한 건강지각수준도 나쁜편, 보통, 좋은편에서 타인의존성향이

Table 2. 건강통제위 성격 성향 (N=136)

요 인	문항수	평균 ± 표준편차	최소값	최대값
내적성향	6	27.03 ± 4.17	11	36
타인의존성향	6	28.37 ± 4.24	8	36
우연성향	6	19.71 ± 4.97	7	32
총 집	18	75.12 ± 9.40	40	98

Table 3. 건강통제위 성격 요인과 인구사회학적·질환 특성과의 비교

(N=136)

일반적 특성(N)	건강통제위 성격	내적성향 평균±표준편차	타인의존성향 평균±표준편차	우연성향 평균±표준편차
성 별	남성 (62)	27.61±4.84	28.48±4.67	19.42±5.15
	여성 (74)	26.55±3.49	28.28±3.89	19.96±4.86
	t-test	1.48	.27	-.63
	P-value	.14	.79	.53
연 령	20~39세 (21)	25.95±4.15	27.05±3.43	19.19±4.32
	40~49세 (33)	27.03±4.33	28.15±3.91	19.21±4.97
	50~59세 (32)	27.81±4.20	28.66±3.49	20.31±4.83
	60세 이상 (50)	27.00±4.09	28.90±5.11	19.88±5.41
	F-test	.84	1.02	.36
	P-value	.48	.39	.78
치료비부담자	본인 (89)	27.16±4.33	28.42±4.51	19.56±4.94
	자녀 (29)	27.17±4.68	29.62±3.00	21.14±4.34
	부모·형제 (18)	26.22±2.18	26.17±3.93	18.17±5.79
	F	.39	3.84	2.13
	P	.68	.02	.12
치료주거상태	외래 (122)	26.89±4.12	28.34±4.31	19.80±4.84
	입원 (14)	28.36±4.60	28.64±3.84	18.93±6.22
	t	-1.25	-.25	.62
	P	.21	.80	.54
재발유무	있다 (37)	27.03±4.08	28.27±2.96	21.32±3.74
	없다 (99)	27.04±4.24	28.41±4.65	19.11±5.26
	t	-.02	-.18	2.35
	P	.99	.86	.02
통증정도	미약하다 (75)	26.85±4.16	28.24±3.97	19.63±5.00
	중간정도 (49)	21.35±4.12	28.49±4.85	19.90±4.92
	심하다 (12)	26.92±4.80	28.75±3.55	19.50±5.45
	F	.21	.10	.06
	P	.81	.90	.95
건강지각수준	나쁜편 (37)	26.86±5.03	27.95±5.17	19.24±4.82
	보통 (53)	26.83±3.41	28.85±3.12	20.04±5.08
	좋은편 (46)	27.41±4.30	28.17±4.58	19.72±5.06
	F	.28	.57	.27
	P	.76	.57	.76
질병단계	O- I (34)	26.71±3.61	27.59±5.31	18.35±4.89
	II (50)	25.46±4.13	28.02±3.34	20.30±5.06
	III-IV (52)	28.77±3.97	29.23±4.19	20.04±4.88
	F	9.12	1.84	1.75
	P	.0002	.16	.18
예 후	양호 (56)	25.84±3.70	27.95±4.58	19.34±4.87
	불량 (80)	27.88±4.31	28.68±4.00	19.98±5.07
	t	-2.87	-.98	-.73
	P	.005	.33	.47

* P<.05

가장 높았으며 건강지각수준이 보통인 군에서 가장 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($F=5.7, P=.57$).

질병단계는 O-I, II, III-IV 군에서 모두 타인의존성향이 가장 높게 나타났으나 내적성향에서 O-I군은 26.71 ± 3.61 , II군은 25.46 ± 4.13 , III-IV군은 28.77 ± 3.97 로 말기단계인 III-IV군에서 내적성향이 높게 나타났고 통계적으로 유의한 차이를 보였다($F=9.12, P=.0002$).

예후는 양호한 군과 불량인 군에서 모두 타인의존성향이 가장 높게 나타났으나 내적성향에서 예후가 양호한 군은 25.84 ± 3.70 , 불량인 군은 27.88 ± 4.31 로 예후가 불량인 군에서 내적성향이 높게 나타났고 통계적으로 유의한 차이를 보였다($t=-2.87, P=.005$).

이상과 같이 건강통제위 성격에 유의한 차이를 보인 요인은 성향별 내적성향에서는 질병단계·예후이고, 타인의존성향에서는 치료비 부담자이며, 우연성향에서는 재발유무로 나타났다. 그리고 서로 다른 그룹별로 건강통제위를 비교한 결과 거의 모든 집단에서 내적·우연성향보다 타인의존성향이 더 높게 나타났다.

3. 대상자의 삶의 질 정도

대상자의 삶의 질 정도를 파악하기 위하여 요인별 평균, 표준편차, 평균평점, 최소값, 최대값을 산출한 결과는 Table 4와 같다.

Table 4. 삶의 질 정도 (N=136)

요 인	분항수	평균 ± 표준편차	평균 평점	최소값	최대값
정서상태	9	27.77 ± 6.73	3.09	12	45
경제생활	11	32.33 ± 5.72	2.94	15	47
자아존중감	8	25.52 ± 4.86	3.19	12	38
신체상태와기능	8	21.76 ± 5.50	2.72	8	37
이웃관계	4	13.50 ± 2.02	3.38	7	19
가족관계	5	16.63 ± 3.68	3.33	6	25
총 점	45	137.54 ± 21.53	3.11	87	192

본 연구에서의 대상자가 지각하는 삶의 질 정도는 총점평균 점수가 137.54점(최소값 87점, 최대값 192점), 표준편차 21.53, 평균평점 3.11점으로 나타났다. 삶의 질 정도를 각 요인별로 분석한 결과 정서상태 요인의 평균평점은 3.09, 경제생활 요인은 2.94, 자아존중감 요인은 3.19, 신체상태와 기능 요인은 2.72, 이웃관계 요인은 3.38, 가족관계 요인은 3.33으로 나타났으며, 이웃관계 요인이 가장 높은 점수를 보였으며, 가장 낮은 점수를 보인 요인은 신체상태와 기능 요인이었다.

1) 대상자의 인구사회학적 특성·질환 특성과 삶의 질과의 관계

대상자의 인구사회학적 특성 및 질환 특성과 삶의 질과의 관계를 비교 분석한 결과는 Table 5와 같다.

종교유무에 따른 삶의 질 정도는 종교가 있는 대상자가 140.54점, 없는 대상자가 130.33점으로 종교생활을 하는 대상자가 높게 나타나 유의한 차이를 보였으며($t=-2.57, P=.01$), 교육정도는 국졸이하 127.11점, 중·고졸 139.30점, 대졸 이상 150.74점으로 교육수준이 높을수록 삶의 질은 높게 나타났고, 대졸이상에서 유의하게 높게 나타났다($F=12.34, P=.00$).

결혼상태에서는 미혼자 147점, 기혼자 139.21점, 기타(사별·별거·이혼) 123.06점으로 미혼자가 가장 높고, 기타가 가장 낮게 나타나 유의한 차이를 보였고($F=5.05, P=.008$), 가정월수입은 50만원 미만 124점, 50~100만원 140.03점, 100~150만원 135.84점, 150만원 이상 141.63점으로 월수입이 높을수록 삶의 질도 높게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($F=3.05, P=.03$).

통증정도는 미약하다 141.76점, 중간정도 132.39점, 심하다 132.17점으로 통증정도가 미약할수록 삶의 질은 높게 나타났으며 유의한 차이를 보였고($F=3.33, P=.04$), 현재 건강지각 수준은 나쁜편이다 118점, 보통이다 138.23점, 좋은편이다

Table 5. 삶의 질 정도와 인구사회학적 특성·질환 특성과의 비교

(N=136)

일반적 특성 (N)	삶의 질 총점	평균 ± 표준편차	F or t-test	P-value
성 별	남성 (62)	141.18 ± 22.58	1.82	.07
	여성 (74)	134.49 ± 20.27		
연 령	20~39세 (21)	143.00 ± 18.66	.97	.41
	40~49세 (33)	135.64 ± 21.96		
	50~59세 (32)	140.22 ± 22.93		
	60세 이상 (50)	134.78 ± 21.44		
종교유무	없다 (40)	130.33 ± 20.91	-2.57	.01
	있다 (96)	140.54 ± 21.17		
교육정도	국졸 이하 (45)	127.11 ± 20.17	12.34	.00
	중·고졸 (64)	139.30 ± 20.65		
	대졸 이상 (27)	150.74 ± 17.55		
결혼상태	미혼 (6)	147.00 ± 16.30	5.05	.008
	기혼 (113)	139.21 ± 21.31		
	사별·별거·이혼 (17)	123.06 ± 19.31		
동거가족수	0~1명 (23)	135.74 ± 21.90	.39	.68
	2~3명 (61)	136.46 ± 21.39		
	4명 이상 (52)	139.60 ± 21.79		
직 업	무직 (55)	134.71 ± 18.87	1.24	.30
	상·서비스업 (31)	138.19 ± 23.59		
	회사·공무원 (21)	143.24 ± 24.89		
	전문·기술직 (9)	147.44 ± 19.07		
	기타 (20)	133.85 ± 21.86		
가정 월수입	50만원 미만 (16)	124.00 ± 21.00	3.05	.03
	50~100만원 (34)	140.03 ± 20.91		
	100~150만원 (38)	135.84 ± 21.70		
	150만원 이상 (48)	141.63 ± 20.66		
주택소유	자가 (103)	138.92 ± 21.02	1.33	.19
	전·월세 (33)	133.21 ± 22.86		
치료비부담자	본인 (89)	138.49 ± 22.41	.34	.71
	자녀 (29)	134.69 ± 19.41		
	부모·형제 (18)	137.39 ± 21.06		
진단받은 기간	3개월전 (83)	139.02 ± 22.55	.54	.59
	6개월전 (36)	135.72 ± 19.32		
	12개월전 (17)	134.12 ± 21.40		
치료기간	10일 이하 (38)	136.29 ± 20.79	.85	.50
	11~20일 (25)	141.80 ± 23.51		
	21~30일 (23)	132.74 ± 23.70		
	31~40일 (18)	134.39 ± 22.94		
	40일 이상 (32)	140.91 ± 18.34		
치료횟수	10회 이하 (54)	137.96 ± 20.28	.12	.89
	11~20회 (38)	136.11 ± 23.05		
	20회 이상 (44)	138.25 ± 22.11		

치료방법	방사선 (34)	132.76 ± 20.52	.81	.49
	수술+방사선 (29)	140.10 ± 27.69		
	항암약물+방사선 (41)	139.59 ± 19.92		
	수술+항암약물+방사선 (32)	137.66 ± 18.15		
치료주거상태	외래 (122)	136.77 ± 21.61	-1.23	.22
	입원 (14)	144.21 ± 20.37		
재발유무	있다 (37)	133.46 ± 22.99	-1.35	.18
	없다 (99)	139.06 ± 20.88		
통증정도	미약하다 (75)	141.76 ± 21.29	3.33	.04
	중간정도 (49)	132.39 ± 20.12		
	심하다 (12)	132.17 ± 24.52		
건강지각수준	나쁜편 (37)	118.00 ± 15.30	42.46	.00
	보통 (53)	138.23 ± 15.60		
	좋은편 (46)	152.46 ± 19.50		
	매우좋은편 (19)	134.26 ± 20.41	1.37	.21
진단명	자궁암 (41)	132.49 ± 20.29		
	직·결장암 (18)	134.50 ± 21.76		
	유방암 (17)	144.94 ± 20.45		
	식도암 (8)	133.00 ± 21.55		
	두경부암 (13)	141.92 ± 21.85		
	뇌종양 (3)	156.00 ± 43.97		
	임파종 (4)	149.50 ± 11.68		
	연부조직육종 (5)	133.40 ± 17.53		
	기타 (8)	149.38 ± 23.39		
	질병단계	O-I (34)	144.74 ± 27.35	3.51
II (50)		132.30 ± 18.94		
III-IV (52)		137.87 ± 18.36		
예 후	양호 (56)	137.41 ± 22.66	-.06	.96
	불량 (80)	137.63 ± 20.85		

* P<.05

152.46점으로 대상자가 지각하는 건강상태가 좋을수록 삶의 질은 높게 나타났고 통계적으로 유의하게 높게 나타났다(F=42.46, P=.00).

암의 질병단계는 O-I 144.74점, II 132.30점, III-IV 137.87점으로 초기단계에서 가장 높게 나타났으며 유의한 차이를 보였다(F=3.51, P=.03).

이상과 같이 삶의 질에 유의한 차이를 보인 요인은 종교유무, 교육정도, 결혼상태, 가정월수입, 통증정도, 건강지각수준, 질병단계로 나타났다. 한편 성별, 연령, 동거가족수, 직업, 주택소유, 치료비 부담자, 진단받은 기간, 치료기간 및

희수, 치료방법, 치료주거상태, 재발유무, 진단명, 예후에서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

4. 대상자의 건강통제위 성격 성향과 삶의 질과의 관계

대상자가 지각하는 건강통제위 성격과 삶의 질 정도와의 관계를 Pearson 적률상관계수를 이용하여 분석한 결과는 Table 6과 같다.

대상자의 건강통제위 성격과 삶의 질과의 관

Table 6. 건강통제위 성격과 삶의 질과의 상관관계 (N=136)

요 인	내적성향	타인의존성향	우연성향
정서상태	.1064	-.0243	-.1270
경제생활	.1192	.0974	-.0566
자아존중감	.0993	-.0512	-.1376
신체상태와기능	.0677	.0257	-.0522
이웃관계	-.0715	.0337	-.1341
가족관계	.2726*	.1288	-.1340
삶의 질 총점	.1446	.0385	-.1347

* : P<.001

계를 분석한 결과, 건강통제위 성향인 내적성향, 타인의존성향, 우연성향과 삶의 질과의 관계는 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 요인별로 구분하여 보았을 때는 가족관계 요인이 내적성향에서 유의한 상관이 있었고($r=.2726, P<.001$), 내적성향일수록 가족관계 요인의 삶의 질이 높았다.

IV. 고 찰

1. 대상자의 건강통제위 성격

대상자의 건강통제위 성향은 타인의존성향(28.37 ± 4.24), 내적성향(27.03 ± 4.17), 우연성향(19.71 ± 4.97) 순으로 나타나 타인의존성향이 내적성향보다 약간 높게 나타났다. 이와 같은 결과는 Wallston의 연구에서 암으로 진단받은 통제군은 시간이 지날수록 외적통제위 성격으로 변화한다는 입장과 일치하며, 오복자의 연구에서도 암환자군은 일반환자군보다 외적통제위 성격을 나타낸다는 연구와도 일치하고 있다.

또한 태영숙은 자궁암 환자에서 타인의존성향이 높았음을 보고하여 본 연구와 일부 일치하고 있다. 이는 암환자를 대상으로 한 고경봉 등의 연구에서 암환자의 지지원(支持源)으로 의사가 78.3%로 가장 많고 그 다음으로 배우자, 자

녀 순으로 나타난 바와 같이 의사는 가족들처럼 정서적 교류가 적어 직접 마찰을 일으킬 가능성이 적고, 가능성이 희박하더라도 자신의 문제해결은 의사 이외에는 누구도 할 수 없다는 의사에 대한 신뢰와 의존때문인 것으로 사료된다.

이와는 상반된 결과로 중년기 암환자를 대상으로 한 한윤복 등의 연구에서는 내적성향(24.09 ± 3.52)이 타인의존성향(23.24 ± 3.35)보다 높게 나타났고 다음으로 우연성향(16.69 ± 4.79) 순으로 나타났으며, 두 연구 모두가 내적성향과 타인의존성향이 우연성향보다 높게 나타난 비슷한 결과를 보였다.

건강통제위 성격 성향 중 내적성향과 유의한 관계를 나타내는 요인은 질병단계·예후로 나타났으나, 김춘길의 연구에서는 직업·진단명과 지영숙의 연구에서 결혼상태·직업·성별·입원한과·입원한 질환이 유의하였고, 황미혜의 연구에서는 성별·직업으로 나타나 본 연구와는 차이를 보였다.

암의 질병단계 및 예후는 각각의 집단 모두 타 성향보다 타인의존성향이 가장 높게 나타났으나, 암의 말기단계(Ⅲ-Ⅳ)군과 예후가 불량인 군에서 내적성향이 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 이는 인간의 삶에 대한 강렬한 욕구와 의지의 결과로 사료된다.

타인의존성향과 유의한 관계를 나타내는 요인은 치료비부담자로 나타났고, 우연성향과는 재발유무가 유의한 관계를 보였다. 이는 김춘길의 연구에서 성별·교육정도가 우연성향과 유의한 변수이고, 지영숙의 연구에서 직업·성별이 타인의존성향과 유의한 변수로 나타난 결과와 차이를 보였다.

치료비부담자가 본인보다는 자녀가 부담할 경우 타인의존성향이 더 높게 나타났는데 이는 대상자의 연령비가 중년기 이상으로 자녀의 도움을 많이 받기 때문이라고 사료된다. 재발유무는 재발이 있는 대상자가 더 높은 우연성향을 보였으며 이는 한번 재발하게 되면 완치되기 어렵다는 환자들의 고정관념 때문이라고 사료된다.

이상의 결과로 나타난 바와같이 통제위 신념은 인간행동에 광범위한 영향을 주므로 통제위에 영향을 주는 상태를 이해하는 것은 중요한데 그러한 상태는 행동을 수정할 수 있도록 변화를 줄 수 있기 때문이다. 즉 인간의 생활을 안정감 있고 확실성 있게 해주는 것이 내적신념을 증가시키는 방법이 될 수 있으며 외적성향의 경우는 불확실성이 증가되고 조절감의 부족을 느낄 때 초래하는 것임을 알 수 있다.

그래서 본 연구에서도 외적성향인 타인의존성향이 각 집단별로 비교하였을 때 타 성향보다 더 높게 나타난 것은 암이라는 특수한 질병을 갖고 투병생활을 하는 대상자들로 구성되어 있기 때문이라고 사료된다.

2. 대상자의 삶의 질 정도

대상자의 삶의 질 정도는 총점평균 점수가 137.54점, 평균평점이 3.11점으로 동일한 삶의 질 측정도구를 이용하여 평가한 혈액투석환자의 삶의 질 평균평점 2.85점, 방사선요법을 받는 암환자를 대상으로 한 삶의 질 평균평점 2.97점보다 높았다. 반면 중년기 암환자를 대상으로 한 삶의 질 평균평점 3.15점보다 낮았으며, 서울지역 중년기 성인을 대상으로 한 노유자의 연구결과 3.29점보다 낮은 점수를 보였다.

이와 같이 만성질환을 가진 암환자가 일반인보다 삶의 질이 낮은 이유는 암진단은 죽음을 연상하게 하여 인간 전체의 삶의 질에 영향을 미치며, 치료의 과정에 있어서 여러 가지 부작용 등으로 인한 정신적·신체적·사회적 어려움으로 인한 삶의 질을 저하시킨다는 Burckhardt의 연구결과를 뒷받침하고 있다.

각 요인별 삶의 질 정도는 정서상태 요인은 3.09점, 경제생활 요인은 2.94점, 자아존중감 요인은 3.19점, 신체상태와 기능 요인은 2.72점, 이웃관계 요인은 3.38점, 가족관계 요인은 3.33점으로 이웃관계 요인이 가장 높았고 신체상태와 기능 요인이 가장 낮았다.

이와 같은 결과에서 이웃관계 요인과 가족관

계 요인의 삶의 질이 높게 나타난 것은 건강통제위 성격의 타인의존성향이 강하게 나타난 결과와 관련이 된다고 본다. 왜냐하면 암진단을 받고 위기상황 속에서 암과의 투병생활을 하고 있는 환자들에게 주어진 능력 안에서 삶의 만족을 유지시킬 수 있도록 하는데 있어 이웃 및 가족과 의료인의 역할은 중요한 지지체이며 이러한 사회적 지지는 삶의 질을 높이는데 있어서 필요불가결한 것이기 때문이다.

암환자를 대상으로 한 한윤복 등의 연구에서는 정서상태 요인이 가장 낮았고 가족관계 요인이 가장 높았으며, 장금성 등의 연구에서는 역으로 정서상태 요인이 가장 높았고 가족관계 요인이 가장 낮게 나타나 일치하지 않았다. 한편 황미혜와 장영희의 연구에서는 가족관계 요인이 높았고 신체상태와 기능 요인은 낮게 나타나 본 연구와 비슷한 결과를 보였다.

이처럼 신체상태와 기능 요인의 삶의 질이 낮은 것은 암치료로 인한 신체적인 변화와 기능부전으로 인한 것으로 사료되며 이에 따라 발병 후 실직, 월수입의 감소, 치료비부담 등으로 인하여 경제생활 요인도 비교적 낮은 점수를 보이고 있는 원인이라고 사료된다.

삶의 질과 일반적 특성과의 관계에서는 종교유무, 교육정도, 결혼상태, 가정월수입, 통증정도, 건강지각수준, 질병단계에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 한편 동일한 연구도구를 사용하여 중년기 성인을 대상으로 한 노유자의 연구에서는 연령, 교육수준, 직업, 월수입, 종교, 결혼상태, 주택소유와 주거형태, 질병유무에 따라 유의한 차이가 있었다.

암환자를 대상으로 한 한윤복 등의 연구에서는 성별, 합병증유무, 지각된 건강상태와 유의한 차이가 있었으며, 장금성 등의 연구에서 유의한 변수는 성별, 연령, 교육정도, 결혼상태, 직업, 월수입, 동거가족수, 치료비 부담자, 통증정도 등으로 나타났다.

종교에 따른 삶의 질 정도는 종교가 없는 군보다 있는 군의 삶의 질이 높게 나타났으며, 강경아와 황미혜, 장영희 등의 연구와 일치하고

있다. 이는 종교생활이 정서적으로 위안과 안정을 되찾게 해주어 삶의 질을 높이는데 도움이 된다는 것을 의미하고 있다고 볼 수 있다. 교육 정도는 고학력자일수록 삶의 질이 높았으며, 한운복 등과 장금성 등, 장영희 등의 연구와 일치하고 있으며, 이는 교육이 전 생애를 통해 삶의 질의 결정에 중요한 요인이 될 뿐 아니라 학력이 높을수록 고차원의 삶을 추구하는 경향 때문이라고 사료된다.

결혼상태는 기혼자보다 미혼자가 삶의 질이 높게 나타났는데 이는 장금성 등의 연구와 차이가 있으며, 대상자간의 표본수 차이로 기인된 것으로 본다. 가정월수입은 고소득자일수록 삶의 질이 높게 나타났다고 한 연구들과 본 연구가 일치하고, 경제적으로 풍족함으로써 더 나은 삶을 증진시키는데 도움이 되는 요소이기 때문이라고 사료된다.

암의 질병단계는 초기단계(O-I)에서 삶의 질이 높았으며, 질병단계가 삶의 질에 영향을 주는 요인이라고 한 Johanna & Ferdinand의 연구가 본 연구의 결과를 뒷받침하고 있다.

통증정도가 미약할수록 삶의 질은 높게 나타날 것이다 라는 가설은 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 장금성 등의 연구와 일치하고 Morris의 연구에서 말기 암환자의 삶의 질에 통증이 가장 영향력이 있는 요인이라고 제시하여 이 가설을 지지해주고 있다. 또한 암환자의 주된 정서반응인 우울, 불안, 분노는 통증의 지각을 상승시킬 수 있으며, 지속적인 통증 경험은 이러한 정서를 악화시키기 때문에 통증완화를 위한 다각적인 방법으로 삶의 질을 증진시키도록 노력해야 된다고 사료된다.

대상자의 현재 건강지각 수준이 높을수록 삶의 질은 높게 나타날 것이다 라는 가설도 역시 통계적으로 유의하게 높게 나타났으며, 기존 연구들과 본 연구의 결과와 일치하여 이 가설을 지지해주고 있다. 이는 특히 암환자들의 경우 삶의 만족에 건강이 아주 큰 비중을 차지하고 있고, 건강을 아주 중요한 가치로 받아들이고 있기 때문이라고 사료된다.

3. 대상자의 건강통제위 성격과 삶의 질 정도와의 관계

암은 그 자신의 몸이 스스로의 통제하에 더 이상 안전할 수 없다는 강한 생각을 불러일으키게 하는 외적 질환으로서 대상자에게 일어난 일이 자신의 운명이나 힘있는 타인의 결과라고 인지할 가능성이 더 크다고 한다.

본 연구에서는 건강통제위 성격이 내적성향과 타인의존성향이 우연성향에 비해 강한 것으로 나타나 양측성을 보였으나, 타인의존성향이 더 높게 나타나 위의 기존연구들이 본 연구를 지지해주고 있다.

본 연구에서 건강통제위 성격과 삶의 질과의 상관관계는 유의한 차이가 없었다. 암환자가 지각하는 건강통제위 성격이 내적성향일수록 그들의 환경을 조절하고 더 높은 수준의 적응과 행동을 하게 되므로 삶의 질은 높을 것이다 라고 가설을 세웠으나 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다.

또한 타인의존성향일수록 불안, 우울, 부정적 등의 심리적인 문제가 높게 나타나므로 삶의 질은 낮을 것이다 라고 가설을 세웠으나 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다. 요인별로는 가족관계 요인이 내적성향과 유의한 차이를 보여 상관성이 있는 것으로 나타났다.

위와 같은 결과는 한운복 등의 연구에서 나타난 건강통제위 성격과 삶의 질 정도와는 상관이 없다는 결과와 본 연구가 일치하고 있으나, 강경아의 연구에서는 내·외적 통제위 성격과 삶의 질과는 상관성이 있는 것으로 나타나 차이를 보였다.

이러한 결과는 표본자체가 Y대학병원 암센터에 내원한 환자에게만 한정되어 대표성에서 한계가 있고, 치료를 받는 암환자들의 특성 및 질병 대상자의 상이함 때문이라고 사료된다. 또한 다른 중재변수의 영향에 관해서는 고려하지 않았으므로 이에 대한 추후 연구가 있어야 할 것으로 생각한다.

본 연구에서는 건강통제위 성격과 삶의 질과

는 상관이 없는 것으로 밝혀졌으나 내적통제위 성향일수록 그들의 환경을 조절하고 더 높은 수준의 적응과 행동을 하게 되므로 암환자의 내적 성향은 바람직한 일이며, 특별한 상황에서 행동을 예측하고 바람직한 행동변화를 유도할 수 있도록 해야한다. 또한 삶을 유지하고 있는 동안 보다 만족스런 삶을 영위할 수 있도록 다각적인 건강사정 및 치료중재가 필요하다.

V. 결 론

본 연구는 암환자가 지각하는 건강통제위 성격과 삶의 질 정도를 파악하고 그 관계를 알아봄으로써 보다 향상된 삶을 누릴수 있도록 하기 위해 시도된 단면조사연구로 시행되었다.

연구의 목적을 달성하기 위해 첫째, 대상자의 건강통제위 성격 성향을 파악하였고 둘째, 대상자의 삶의 질 정도를 파악하였고 셋째, 대상자의 통증정도·건강지각수준·건강통제위 성격과 삶의 질과의 관계를 분석하였으며 넷째, 대상자의 일반적 특성과 건강통제위 성격·삶의 질과의 관계를 분석하였다.

본 연구의 암환자가 지각하는 건강통제위 성격은 타인의존성향을 나타냈으며, 삶의 질 정도는 이웃관계 요인이 가장 높고 신체상태와 기능요인은 가장 낮았다. 통증정도가 미약할수록, 현재의 건강상태가 좋다고 느낄수록 삶의 질은 높았다.

그리고 종교유무, 교육정도, 결혼상태, 가정월 수입, 통증정도, 건강지각수준, 질병단계 등이 삶의 질과 관계가 있는 변인으로 확인되었다. 건강통제위 성격 성향 중 내적성향과 타인의존성향은 삶의 질과 상관이 없었다. 하지만 요인별로는 내적성향이 강하게 나타날수록 가족관계요인의 삶의 질은 높았다.

따라서 본 연구에서는 건강통제위 성격과 삶의 질은 상관관계가 없었으나 암환자의 내적성향으로의 유도는 바람직한 일이며, 특별한 상황에서 행동을 예측하고 바람직한 행동변화를 유

도할 수 있도록 해야 한다. 또한 삶을 유지하고 있는 동안 보다 만족스런 삶을 영위할 수 있도록 통증완화와 건강상태가 좋다고 느낄 수 있도록 하는 다각적인 건강사정 및 치료중재가 필요하다고 본다.

참 고 문 헌

1. 강경아 : 혈액투석환자의 내·외적통제위 성격과 삶의 질과의 관계연구, 연세대학교 대학원, 석사학위논문. 1990
2. 고경봉, 김성태 : 환자의 대응전략, 신경정신의학. 1988 ; 27(1) : 140-150
3. 권영은 : 암환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질과의 관계연구, 연세대학교 대학원, 석사학위논문. 1990
4. 김명훈 : 심리학, 수문사. 1977
5. 김수지 : 간호이론, 수문사. 1985
6. 김춘길 : 암환자의 불편감 정도와 성격과의 관계연구, 연세대학교 대학원, 석사학위논문. 1986
7. 노유자 : 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석연구, 연세대학교 대학원, 박사학위논문. 1988
8. 대한의학협회 : 한국인 5대 사망원인 질환의 현황과 추이, 대한의학협회지. 1995 ; 38(2) : 11-17
9. 라정란 : 두경부 암환자의 항암요법에 따른 일상생활 수행도 및 삶의 질 변화, 카톨릭 대학 의학부 논문집. 1994 ; 47(1) : 643-651
10. 보건사회부 : 보건사회통계연보, 1994
11. 오복자 : 내·외통제성격과 자아존중감 및 우울과의 관계연구, 연세대학교 대학원, 석사학위논문. 1983
12. 오복자 : 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질 예측모형, 서울대학교대학원, 박사학위논문. 1994
13. 장금성, 노영희 : 방사선요법을 받는 암환자의 삶의 질에 관한 연구, 대한 방사선치료

- 기술학회지. 1994 : 6(1) : 643-651
14. 장혜경 : 암환자의 가족지지 및 자아존중감과 질적 삶의 관계연구, 고려대학교 대학원, 석사학위논문. 1989
 15. 장혜향 : 항암요법을 받는 암환자의 삶의 질에 관한 연구, 전남대학교 대학원, 석사학위논문. 1993
 16. 지영숙 : 입원환자의 스트레스와 스트레스 대처방법 및 통제위 성격과의 관계연구, 연세대학교 교육대학원, 석사학위논문. 1986
 17. 통계청 : 1992 사망원인 통계연보. 1993
 18. 태영숙 : 자궁암 환자의 건강통제위 성격과 지각한 사회적지지 및 우울과의 관계연구, 복음간호전문대학. 1987 ; 5 : 5-22
 19. 한윤복, 노유자, 김남초, 김희승 : 중년기 암환자의 삶의 질에 관한 연구, 간호학회지. 1990 ; 20(3) : 399-413
 20. 홍은영 : 간호중재를 위한 입원환자의 성격과 불안과의 상관연구. 연세대학교 대학원, 석사학위논문. 1981
 21. 황미혜 : 지속적 통원성 복막투석환자의 건강통제위 성격과 삶의 질에 관한 연구, 안동간호전문대학. 1990 ; 12 : 67-104
 22. Anderson, J. L. : The nurse's role in cancer rehabilitation, Cancer Nursing. 1989 ; 12(2) : 85-94
 23. Andrews, F. M. & Withey, S. B. : Social indicators of well-being, Plenum Press, New York. 1976
 24. Burckhardt, C. S. : The impact of arthritis on quality of life, Nursing Research. 1985 ; 34(1) : 11-16
 25. Dubos, R. : The state of health and the quality of life, Western Journal of Medicine. 1976 ; 125 : 8-9
 26. Forester, B. W. et al. : Psychiatric aspects of radiotherapy, American Journal of Psychiatry. 1978 ; 135 : 960-963
 27. Johanna, C. J. M. & Ferdinand, C. E. : The quality of life of cancer patient : A review of the literature, Social Science & Medicine. 1985 ; 20(8) : 809-817
 28. Lewis, F. M. : Experimental personal control and quality of life in the latestage cancer patient, Nursing Research. 1982 ; 31(2) : 113-119
 29. Morris, J. N. : Last days : A study of the quality of life of terminally ill cancer patients, Journal of Chronic disease. 1986 ; 39(1) : 47-62
 30. Padilla, G. V., Ferrell, B., Grant, M. M. & Rhiner, M. : Defining the content domain of quality of life for cancer patient with pain, Cancer Nursing. 1990 ; 13(2) : 108-115
 31. Phares, E. J. : Locus of control in personality, Morristown, General Learning Press. 1976
 32. Potter, P. : Fundamentals of nursing. California : Addison Wesley Pub. 1985