

자궁절제술 후 우울 및 관련 요인

박 영 숙* · 안 영 란**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

여성의 자궁절제술은 전체 부인과 수술의 2/3를 차지하며 제왕절개술 다음으로 가장 많이 시행되는 수술이다(의료보험관리공단, 1999). 자궁절제술 후에 여성들은 신체적 불편감으로 피로를 가장 많이 호소하고, 그 다음이 허리와 팔, 다리, 무릎 부위에 통증을 느끼고 있으며(안영란, 1999), 정서적 문제로 우울과 불안, 상실감 등을 표현하고 있다(김미애, 1995; 김숙남, 1998; 민성길, 강현숙, 조동숙, 1987; 성미혜, 1996; 이규은, 1985; 이길홍 등, 1975; 이정표, 홍성곤, 유태열, 1986; 임은숙, 1985; 정금희, 1988; Barker, 1968).

우리 나라에서 자궁절제술을 받은 여성의 연령층은 30세 - 49세가 74.5%이며, 특히 40-44세가 23.2%로 가장 많이 차지하고 있다(전회진, 1993). 보통 연령 40-60세를 중년기라고 하며, 이 때 여성의 우울은 남성에 비하여 4배나 더 많으며 40대 후반에 시작하는 경우가 허다하다(유숙자, 1994). 그리하여 자궁절제술로 인하여 발생하는 우울은 중년기 특성으로 나타나는 심리적 변화와 더불어 빈도와 정도가 더 높으리라고 추측된다.

1941년 자궁절제술 후 증후군에 대한 Lindemann 연구 이후에 계속 우울에 관한 문제가 부각되고 있다

(Ananth, 1978; Lalinec-Michaud, Engelsmann, & Marino, 1988; Meikle & Brody, 1979). 그러나 일부 연구에서는 자궁절제술이 우울 등의 정신적 문제를 야기하는 증거가 없다고 주장한다(Alexander, Naji, Pinion, Mollison, Kithchener, Parkin, Abramovich, Russell, 1996; Cohen, Hollingsworth, & Rubin, 1989; Ryan, Dennerstein, Pepperell, 1989)

한편 자궁절제술 후 여성들이 가장 알고 싶어하며 원하는 것이 무엇인지에 관한 Wade, Pletsch, Morgan, & Menting(2000)의 질적 연구에서 여성들은 수술 후 발생하는 심리적 변화에 대한 정보를 상세히 얻지 못하여 어려움을 겪고 있다고 한다. 자궁절제술 후 심리적 변화로 나타난 우울에 관한 국내 연구에서는 연구자에 따라 그 정도와 빈도가 다양하게 보고되고 있다(임은숙, 1985; 이규은, 1985; 이정표, 홍성곤, 유태열, 1986; 민성길, 강현숙, 조동숙, 1987; 정금희, 1988; 김미애, 1995). 그리고 우울과 관련된 요인으로 수술 자체 보다는 개인의 성격(이규은, 1984; Gath, Cooper & Day, 1982; Ryan, 1997; Ryan, Dennerstein & Pepperelli, 1989), 지식(임은숙, 1984), 자궁의 중요성(민성길, 1987), 신체상(정금옥, 1988) 등을 제시하고 있으나 수술 후 경과기간에 따라 우울을 평가한 연구는 거의 없는 실정이다. 그리하여 자궁절제술 후 경과기간에 따라 우울의 정도가 어떠한지를 파악하고, 우울과

* 서울대학교 간호대학 교수
** 가톨릭 간호대학 호스피스 전문간호사 과정

관련된 요인으로 수술방법, 성생활 만족, 자궁의 의미, 배우자의 지지 등을 조사하여 구체적인 간호중재법을 개발하기 위한 기초자료로서 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

- 1) 자궁절제술 후 우울의 정도를 조사한다.
- 2) 자궁절제술 후 우울에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

3. 용어 정의

우울 : 기분이 저조하고 울적한 정서상태로서 정상적이거나 비정상적인 면을 모두 포함한다. 본 연구에서는 Zung의 Self-Rating Depression Scale 20문항으로 측정하여 점수의 범위는 20-80점이며 점수가 많을수록 우울 정도가 높은 것을 의미한다. 임상적 우울은 50점 이상을 말한다.

II. 문헌 고찰

1. 자궁절제술 후의 우울

여성은 자궁절제술로 인하여 월경이 없어지고 임신이 불가능해짐에 따라 여성성의 상실감을 경험하며, 성생활과 배우자의 태도에 어떤 변화가 있을까 봐 두려움을 느낀다고 하였다(성미혜, 1996; 이정표 외, 1986). 정승은(1992)의 연구에서 자궁절제술 후 여성들은 허탈감, 체념, 실망감, 죄책감 같은 부정적 심리 변화를 갖거나 평온감, 해방감, 안도감 같은 긍정적 정서를 갖는다고 보고하였다.

Richard(1974)는 자궁절제술을 받은 여성의 약 70%가 수술 후 3년간 우울을 호소하였고, 또한 여성의 반수 가량이 두통, 어지러움, 불면증 등의 신체적 불편감도 같이 있다고 하였다. 그리하여 Richard(1978)는 자궁절제술 후 여성의 우울, 심한 피로감, 두통, 흥조, 어지러움, 불면증 등을 모두 총칭하여 자궁절제술 후 증후군(post-hysterectomy syndrome)이라고 명명하였다. Lalinec-Michaud 등(1988)은 자궁절제술 후 여성이 가장 자주 표현하는 것은 노화, 체중증가, 여성성의 상실에 대한 두려움이라고 보고하였다. 그리고 Nathorst-Böös & von Schoultz(1992)는 자궁절제술 후 여성의 심리적 반응으로 슬픔, 비탄, 공허감, 우울, 상실감이 나타났고, 자존감이 낮아졌으며, 여성성이

감소되었고, 완전한 여성이 아닌 것 같은 느낌을 가졌다고 보고하였다. 또한 여성들은 출산 계획이 없더라도 출산 능력의 상실로 인하여 늙어감을 느꼈고, 생식기간이 끝났다는 사실에 대해 슬프다고 하였다.

자궁절제술 후 나타나는 대표적인 심리적 변화는 우울, 불안, 여성성의 상실감, 두려움 등이 있지만 우울이 가장 흔한 증상이었으며(Ananth, 1978; Barker, 1968), 그 발생율은 4-70 %로 수술 후 경과기간과 우울 측정도구에 따라 다양한 것으로 나타났다(Moore & Tolley, 1976; Naughton & Mcbee, 1997). Lalinec-Michaud 등(1988)의 연구에서 자궁절제술을 한 여성 152명, 부인과 골반수술을 한 여성 72명, 담낭절제술을 한 여성 36명을 대상으로 우울 발생율과 수술 후 적응상태를 조사한 결과, 수술 후 1년이 경과한 후에 나타난 우울은 어떤 수술을 하였든지 모든 여성에게서 감소하였으며, 수술 전이나 수술 후에 수술 종류별 세 그룹간에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다(Lalinec-Michaud et al., 1988).

노영숙 등(1985)의 연구에서는 자궁절제술 후 우울 등 정신적 장애를 보인 여성은 30%이상이고, 이정표 등(1986)의 연구에서는 악성종양으로 자궁절제술을 받은 여성 48명과 양성종양 등 기타 질환으로 자궁절제술을 받은 58명을 대상으로 우울을 조사한 결과, 전체 대상자의 35.8% 여성이 임상적 우울 증상을 보였고, 수술 후 1년 미만의 여성보다 1년 이상 경과된 여성에서 우울 정도가 더 심하였으며 이러한 경향은 3년까지 계속되었다고 보고하였다.

자궁절제술 후 우울이 개선되었다는 연구결과를 보면, Gath, Cooper, & Day(1982)의 연구에서 정서적 장애가 수술 후 3-6개월 내에 좋아졌으며, 수술 후 18개월에는 수술 후 6개월보다 우울 정도가 감소한 것으로 나타났다. 그리고 Lambden, Bellamy, Ogburn-Russell, Preece, Moore, Pepin, Croop, & Culbert(1997)는 자궁의 양성질환으로 수술 받은 159명의 여성을 대상으로 수술 전, 수술 후 4개월, 수술 후 11개월에 Zung의 SDS 점수를 측정하여 비교한 결과, 수술 후 4개월에서 수술 전보다 우울 정도가 감소한 것으로 보고하였다. Carlson, Miller, & Fowler 등(1994)의 연구에서도 수술 후 6개월에 전반적인 건강 상태가 좋아졌으며 우울은 8%로 나타났다. Thornton, McQueen, Rosser, Kneale, & Dixon(1997)은 수술 후 2개월에 13%의 여성에서 우울이 나타났고 수술 후 6개월에는 11%로

약간 감소한 것으로 보고하였다.

2. 자궁절제술 후 우울 관련 요인

최근 연구들은 자궁절제술을 받은 여성이 일반 여성보다 우울 점수가 높지만 자궁절제술 자체가 우울의 원인은 아니라고 하면서, 수술 후 우울을 예측하는 중요한 변수는 수술 전 우울과 개인의 성격 특성이라고 제시하였다(임은숙, 1985; Gath, Cooper & Day, 1982; Lalinec-Michaud et al., 1984; Lambden et al., 1997; Martin et al., 1980; Ryan, 1997; Ryan, Dennerstein & Pepperell, 1989; Thornton et al., 1997)

이길홍 등(1975)도 자궁절제 후 신경과적 증상을 보인 여성의 약 50%는 이미 우울증을 앓았던 기왕력이 있다고 보고하였다. Lalinec-Michaud 등(1984)은 자궁절제술을 받은 여성 중 35세 이하의 젊은 여성이 더 우울하고, 일반적 특성으로 사회경제적 수준과 교육수준이 낮은 층에서 우울한 여성이 더 많은 것으로 보고하였다. 민성길 등(1987)은 자궁과 난소에 의미를 두는 여성은 그렇지 않은 여성보다 우울 정도가 더 높다고 하였고, 우울 정도가 높은 여성은 우울 정도가 낮은 여성에 비하여 수술 후 성생활이 악화될까봐 더 두려워한다고 하였다. Lalinec-Michaud 등(1988)은 프랑스계 캐나다 여성이 영국계 캐나다 여성보다 우울 점수가 더 높았다고 하면서 자궁절제술 후 여성의 심리적 반응이 인종에 따라 차이가 있으며 문화적 태도가 자궁절제술 반응에 중요한 요소라고 주장하였다. 그리고 1개월 내로 갑자기 수술을 결정한 여성이 1개월 이상의 기간을 갖고 수술을 받은 여성에 비하여 수술 전 우울 점수가 더 높았으며, 비슷한 부인과 수술이나 담낭절제술을 받은 여성보다 수술 후 적응하기가 더 힘들다고 하였다. 또한 자궁절제술 후 여성이 적응을 잘하기 위하여 상실감과 자아개념의 손상을 치유할 수 있도록 슬퍼하는 기간이 필요하다고 주장하였다.

Krueger(1979)는 자궁절제술에 대한 지식이 많을수록 수술 후 우울 정도가 낮게 나타났으며 남편의 관심과 결혼의 안정성이 자궁절제술 후 여성의 적응에 영향을 미친다고 보고하였다. 국내 연구에서 자궁절제술 후 우울과 관련이 있는 요인은 신체상(정금옥, 1988), 수술 전 우울정도(임은숙, 1985), 성격특성으로 지배성, 사교성, 자신감(이규은, 1984) 등이었다.

자궁절제술 후 우울은 난소보존 유무와 관련하여 상

반된 연구보고가 있었다. Nathost-Böös & von Schoultz (1992)는 난소를 보존한 여성이 수술에 대해 더 긍정적인 태도를 보인다고 하였으며, Perstein (1995)은 난소를 보존한 단순 자궁절제술 여성이 양측 난소절제와 자궁절제술을 함께 받은 여성에 비하여 우울이 더 낮다고 하였다. 그러나 Lambden 등(1996)은 난소를 보존하면서 자궁절제술을 받은 여성과 양측 난소 절제와 자궁절제술을 함께 받은 여성간에 평균 우울 점수를 비교한 결과, 차이가 없다고 하였다. 한편, 자궁절제술 후 여성의 우울은 여성성의 상실이나 수술로 인한 생식 능력의 상실에 의한 것이라기보다는 수술 후 야기되는 난소기능 부전이나 에스트로젠 결핍과 관련이 있다고 주장하기도 하였다(Khastgir, Studd, & Catalan, 1999).

III. 연구대상 및 방법

1. 연구 대상

연구 대상자는 S대학교 병원에서 양성 질환으로 자궁절제술을 받은 후 경과기간이 3개월 이상 2년 이하인 여성 중에서 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여할 것을 동의한 유배우자 여성을 편의 표본 추출하였다. 1998년 4월 23일부터 6월 30일까지 부인과 병동에 보관되어 있는 퇴원 환자 장부를 참조하여 대상자에게 일차적으로 전화로 설문 작성을 부탁하여, 설문에 동의한 대상자에게 주소지를 확인하고 구조화된 자가보고 설문지를 반송 봉투와 함께 우편으로 보내어 응답한 256명을 대상으로 자료를 분석하였다.

2. 연구 도구

자가보고 설문지는 대상자의 일반적 특성, 수술에 관한 사항, 자궁에 대한 의미, 성에 대한 지각, 성만족에 관한 문항과 우울척도 및 배우자 지지 척도로 구성되었다. 배우자 지지 측정 도구는 장순복(1989)이 개발한 13문항으로 5점등간 척도로써, 점수범위는 13-65점이다. 점수가 높을수록 배우자 지지가 많은 것을 의미하며, 본 연구에서 도구의 신뢰계수는 0.89였다. 우울 측정 도구는 Zung의 Self-Rating Depression Scale을 양재곤(1982)이 번안한 것으로 4점등간 척도의 20문항이다. 총 점수 범위는 20-80점으로 점수가 높을수록 우울 정도가 높은 것을 의미한다. Zung의 우울점수 분류에 의하면, 50점 미만은 정상, 50점 이상은 임상적 우

울이다. 그리고 임상적 우울의 정도로 경중 우울의 점수는 50-59점이고, 중등도 우울은 60-69점, 중증 우울은 70점 이상으로 분류한다. 본 연구에서 도구의 신뢰계수는 0.81이다.

3. 자료 분석

SPSS/PC Win 8.0을 이용하여 대상자의 특성에 관한 자료는 백분율로 분석하였고, 우울 정도는 평균과 표준편차를 구하였다. 그리고 각 관련 요인에 따른 우울 정도의 차이는 t검정이나 ANOVA를 이용하여 자료를 분석하였다.

4. 연구의 제한점

- 1) 일 개 종합병원에 입원하여 자궁절제술을 받은 환자로서 설문지에 응답한 여성만을 대상으로 하였으므로 연구결과를 확대 해석하기 어렵다.
- 2) 수술후 한 대상자를 장기간 추적한 것이 아니라 기간별로 본 횡단적 연구이므로 변화양상을 일반화하기 어렵다.

IV. 연구 결과

1. 일반적 특성

자궁절제술을 받은 여성의 연령은 40대가 가장 많아서 59.2%를 차지하였고 직업은 대상자의 78.0%가 전업주부였고 학력은 고졸이 43.9%로 가장 많았다. 월수입은 200만원 미만인 51.0% 이었다<표 2 참조>. 자궁절제술을 받은 이유는 자궁근종이 201명으로 79.4%를 차지하여 가장 많았고 그 외에 만성골반염, 자궁내막증, 자궁하수 등이었다. 수술방법은 주로 복부를 절개하여 시행되었고(88.2%), 질식 수술은 11.0%이었다. 수술 시에 양측 난소를 모두 절제한 경우가 16.1%이었고 83.1%는 양쪽 내지 한쪽 난소를 보존하였다.

2. 자궁절제술 후 우울 정도

자궁절제술을 받은 255명 여성의 우울 점수의 범위는 21-67점이고 평균 점수는 42.25이었다. Zung의 분류로 50점미만의 정상적인 우울에 속하는 여성이 202

명(79.2%)이었고, 50점-59점은 19.2%(49명), 중등도로 60점-70점은 1.6%의 분포를 보여 임상적 우울 여성은 총 53명으로 20.8%를 차지하였다<표 1 참조>.

<표 1> 자궁절제술 후 우울정도

우울정도	수	%
정상(49점 이하)	202	79.2
경중(50-59점이하)	49	19.2
중등도(60점-69점이하)	4	1.6
계	255	100.0

3. 자궁절제술 후 우울과 관련된 요인

1) 일반적 특성과 우울

자궁절제술 후 여성의 우울과 관련이 있는 요인으로 일반적 특성을 분석한 결과 연령, 직업, 종교, 학력은 우울에 영향을 주는 변수로 나타나지 않았고, 단지 경제상태로 월수입에 따라 우울정도에 차이가 있어서 200만원 미만인 경우에 평균 우울점수가 44.13으로 200만원 이상 군(40.21)보다 더 높았다($p=0.000$). 그리고 경제상태와 관련이 있는 배우자의 학력에 따라 여성의 우울점수에도 차이가 있어서 대졸 이상의 학력인 경우에 평균 우울점수가 가장 낮았다<표 2 참조>.

2) 자궁절제술 후 경과기간에 따른 우울 정도와 임상적 우울 빈도

수술 후 경과기간에 따라 나타난 평균 우울점수는 수술 후 3-6개월 미만 군이 42.12, 6-12개월 미만 군이 43.83, 12-18개월 미만 군이 44.83으로 비슷한 점수를 보였으며, 18-24개월간에 있는 여성이 39.80으로 가장 우울이 낮았으며 다른 군과 비교할 때 유의수준 1%에서 차이가 있었다<표3. 참조>. 임상적 우울의 빈도를 보면 3-6개월 미만에서 69명 중 15.9%(11명), 6-12개월 미만에서 60명중 23.3%(14명), 12-18개월 미만에서 43명 중 34.9%(15명), 18-24개월 미만에서 82명중 15.9%(13명)이었다. 그리하여 자궁절제술 후 1년 내지 1년 6개월 전까지에 있는 여성의 임상적 우울의 빈도가 34.9%로 가장 높았다.

3) 제 변인에 따른 자궁절제술 후 우울 정도

수술 방법, 수술전 진단명, 월경 유무, 호르몬 치료 유무, 성관계 만족도, 성에 대한 지각, 자궁의 의미에 따른 우울 정도는 표4와 같다.

<표 2> 일반적 특성에 따른 자궁절제술 후 우울정도

특성	구분	수	%	임상적 우울 수	평균	표준편차	F or t값	유의수준
연령	30-39세	43	16.9	9	43.56	7.89	1.051	0.351
	40-49세	151	59.2	31	41.65	8.36		
	50세이상	61	23.9	13	42.80	8.66		
직업	가정주부	199	78.0	43	42.65	8.26	1.430	0.154
	취업주부	54	21.2	10	40.81	8.70		
	무응답	2	0.8					
종교	불교	79	31.0	21	43.47	8.01	1.024	0.383
	기독교	68	26.6	11	41.92	8.06		
	천주교	50	19.6	10	42.42	7.68		
	무	56	22.0	11	40.98	9.71		
	무응답	2	0.8					
학력	중졸이하	59	23.1	7	43.68	8.56	3.010	0.051
	고졸	112	43.9	24	42.88	8.59		
	대졸이상	83	32.6	22	40.52	7.63		
	무응답	1	0.4					
배우자 학력	중졸	23	9.0		43.83	8.95	4.445	0.013*
	고졸	80	31.4		44.09	8.77		
	대졸	149	58.4		40.88	7.85		
	무응답	3	1.2					
월수입	200만원미만	130	51.0	37	44.13	8.70	3.836	0.000***
	200만원이상	124	48.6	16	40.21	7.51		
	무응답	1	0.4					
		255	100.0	(53)	42.25	8.36		

***p< .001

수술방법에 따라 평균 우울점수를 살펴보면 질식으로 수술한 군이 39.0으로 복식 수술한 군 42.59보다 낮았으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다(p=0.032). 그리고 양측 난소를 절제한 군(44.56)이 난소를 보존한 군(41.73)보다 우울정도가 더 높았으며 5% 유의수준으로 차이가 있었고, 수술전 진단명으로서 자궁근종이 가장 많았으나 우울점수는 기타 질병군의 우울점수와 비교시 통계적으로 유의하지 않았다. 수술전 월경이 없었던 폐경 여성들의 우울점수가 45.59로 월경이 있었던 여성들(41.93)보다 더 높았으나 5%수준으로 유의한 차이가 없

었다(p=0.050). 그리고 호르몬 치료유무에 따른 우울정도에도 차이가 없었다. 자궁절제술 후 성생활에 만족하는 여성들의 우울점수는 39.74로 매우 낮지만 불만족인 여성들은 47.76으로 매우 높은 편이며 만족도가 보통인 경우에는 43.70으로 세 군간에 유의한 차이가 있었다. Scheffe 검증결과 성생활에 만족하는 군이 불만족 군과 보통 군간에 5% 수준으로 유의한 차이가 있었고 불만족 군과 보통 군간에는 차이가 없었다.

자궁절제술 후 성에 대한 지각으로 중성으로 느끼는 여성은 15.1%이었고 우울점수는 47.94로 여성으로 그

<표 3> 자궁절제술 후 경과기간에 따른 우울 정도와 임상적 우울 빈도

특성	구분	수	%	임상적 우울수		평균	표준편차	F 값	유의수준
				수	%				
수술 후 경과기간	3-6개월미만	69	27.2	11	15.9	42.12	7.28	4.610	0.004**
	6-12개월미만	60	23.6	14	23.3	43.83	8.19		
	12-18개월미만	43	16.9	15	34.9	44.83	8.78		
	18-24개월미만	82	32.3	13	15.9	39.80	8.61		
	무응답	1	0.4						
계		255	100.0	53		42.25	8.36		

**p< .01

<표 4> 제 번인에 따른 자궁절제술 후 우울 정도

특성	구분	수	%	평균	표준편차	F or t값	유의수준
수술방법	복식	225	88.2	42.59	8.39	2.157	0.032*
	질식	28	11.0	39.00	7.49		
	무응답	2	0.8				
	난소보존	212	83.1	41.73	8.08	-1.997	0.047*
	난소절제(양측)	41	16.1	44.56	9.40		
	무응답	2	0.8				
수술전 진단명	자궁근종	201	78.8	41.91	8.06	-1.064	0.288
	기타	52	20.4	43.29	9.41		
	무응답	2	0.8				
월경상태	유	232	91.0	41.93	8.32	-1.973	0.050
	무	22	8.6	45.59	8.43		
	무응답	1	0.4				
호르몬 치료	유	42	16.5	43.67	9.12	1.205	0.229
	무	213	83.5	41.97	8.19		
성관계 만족도	불만족	21	8.2	47.76	9.35	12.841	0.000***
	보통	104	40.8	43.70	7.88		
	만족	120	47.1	39.74	7.67		
	무응답	10	3.9				
성에 대한 지각	여성	202	79.2	40.93	7.64	-4.963	0.000***
	중성	36	10.2	47.94	8.75		
	무응답	17	6.6				
자궁의 의미	출산이 끝나면 괜찮다	55	21.6	39.56	9.16	3.281	0.022*
	성생활과 관련이 깊다	11	4.3	41.82	9.19		
	여성적 특성과 관련이 깊다	61	23.9	41.90	7.72		
	전체적인 건강 상태를 조절한다	109	42.7	43.72	7.57		
	무응답	19	7.5				
계		255	100.0	42.25	8.36		

* p < .05, *** p < .001

대로 느끼는 군(40.93)에 비하여 매우 높은 편이며 유의한 차이가 있었다(p < 0.001).

자궁에 대한 의미를 조사한 결과 출산이 끝나면 자궁이 없어도 괜찮다고 생각하는 여성이 23.3%를 차지하였고 우울점수가 39.56으로 가장 낮았다. 자궁의 의미를 여성적 특성과 관련이 깊다고 생각하는 여성이 23.9%이었고 우울점수는 41.90으로 성생활과 관련이 깊다고 생각하는 여성의 우울점수(41.82)와 비슷하였다. 자궁이 전체적인 건강상태를 조절한다고 생각하는 여성이 42.7%로 가장 많았으며 우울점수는 43.72로 가장 높았고, 또한 출산이 끝나면 자궁이 없어도 괜찮다고 생각하는 군과 비교하여 Scheffe 검정결과 두 군간에 유의수준 5%에서 차이가 있었다.

4) 배우자 지지 정도와 우울과의 관계

배우자의 지지 정도와 자궁절제술 후 우울 정도와의 상관 관계는 -0.446으로 1%수준에서 유의한 차이가 있었다. 즉, 배우자의 지지정도가 높을수록 자궁절제술 후 우울정도가 낮았다<표 5 참조>.

<표 5> 배우자 지지와 우울간의 pearson 상관관계

	우울	배우자 지지
pearson 상관관계	1.000	-0.446**
	우울	1.000
	배우자 지지	1.000

**p < 0.01

V. 는 의

자궁절제술 후 여성의 평균 우울 점수는 42.25로 정상범위에는 있지만 40-61세의 갱년기 여성 134명을 대

상으로 Zung의 우울 측정도구를 이용하여 우울을 조사한 연구에서 평균 점수는 39.13으로(권숙희, 김영자, 김인순, 문길남, 박금자, 박춘화, 배정미, 송애리, 여정희, 정은순, 정향미, 1996) 본 연구의 평균 점수가 더 높게 나타났다. 그러나 본 연구에서 자궁절제술 후 18-24개월 된 여성의 평균 우울점수는 39.80으로 갱년기 여성의 우울점수와 비슷하다. 이러한 결과로 자궁절제술 후 18개월 후에는 갱년기 여성의 우울 정도로 회복이 된다고 사료된다. 그러나 자궁절제술 후에 일부 여성들에게는 우울 증상이 문제가 된다(Carlson, Miller, & Fowler, 1994). Zung의 우울 측정 도구에서 50점 이상은 임상적으로 우울하다고 평가되는 바, 본 연구에서 자궁절제술을 받은지 3개월 후부터 2년까지 여성 255명을 대상으로 우울을 조사한 결과, 임상적 우울 여성은 20.8%(53명)를 차지하였다. 이정표 등(1986)이 Hamilton 우울 평가척도를 이용하여 비암종으로 자궁절제술을 받은 58명을 조사한 결과에서 임상적 우울로 평가받은 여성은 13.8%로, 본 연구의 우울 빈도가 더 높았다. 그리고 이규은(1984) 연구에서 110명을 대상으로 Zung의 우울 측정 도구를 이용한 결과, 임상적 우울은 22명으로 20%를 차지하여 15년 후에 실시한 본 연구 결과와 비슷한 빈도를 보였고, 정금희(1988)의 87명을 대상으로 한 연구에서 임상적 우울은 26%로 본 연구의 빈도보다 높았다.

수술경과 기간에 따라 나타나는 우울 평균 점수는 본 연구에서는 자궁절제술 후 18개월 이후에 39.80으로 하강하였으나 3-18개월 미만에는 우울점수가 42.12-44.83으로 큰 변화가 없었다. 이러한 연구결과는 Lalinec-Michaud 등(1988)의 연구에서 수술전과 수술 후 6개월, 12개월보다 수술 3개월에 가장 우울이 낮은 것으로 보고한 결과와 차이가 있었다. Thorton, McQueen, Rosser, Kneale, & Dixon(1997)의 연구에서 자궁절제술을 받은 89명 중 임상적 우울의 빈도가 수술 후 2개월에 13%, 6개월에 11%로 본 연구 27.2%보다 낮은 빈도이었다. Lambden 등(1997)의 연구에서 178명의 자궁절제술을 받은 여성의 Zung 우울 평균 점수는 수술전에 46.4(SD 10.9)이고, 수술 후 4개월에 39.7(SD 10.6)로 수술 전보다 낮았으며, 본 연구에서 나타난 수술 후 3-6개월 미만의 42.12와 비교하면 우울이 낮은 편이었다.

본 연구에서 자궁절제술후 1년 6개월까지 경과기간에 따라 우울점수가 42-45점 정도로 큰 변화가 없는 것은, 같은 대상자로 추적 조사한 결과가 아니기 때문에 확대 해석은 할 수 없지만, 안영란(1998)의 연구에서 신

체적 불편감과 성생활 등의 문제가 수술후 경과기간에 따라 변화양상이 없다는 연구결과에 비추어 우울에도 변화가 없는 것이라고 사료된다. 그러나 자궁절제술 후 3개월부터 2년까지 조사한 본 연구의 결과로 우울 증상이 있는 20.8%의 여성을 지역사회에서 어떻게 발견하고 관리할 것인가가 문제로 대두된다. 자궁절제술 후 우울 평균점수는 50점이하로 정상범위에 있지만 임상적 우울로 규정하는 50점 이상인 개별 여성을 발견하기 위해 간호사정으로 Zung의 SDS를 이용하여 우울을 측정해야 할 것이다. 그리고 증상관리 방안으로 자궁절제술을 받은 여성들의 자조모임을 병원 중심으로 조직하는 것이다. 정기적인 자조모임을 통해 자궁절제술 후 여성들은 서로 정보를 교환하고, 간호사로부터 필요한 교육을 받을 수 있다. 그리고 자궁절제술을 받을 예정인 여성도 참가한다면 수술 전 교육의 효과가 클 것이라고 기대된다. 다른 또 하나의 방안은 가정 간호사가 자궁절제술을 받은 여성의 가정을 방문하거나 전화상담을 하는 것이다. 자궁절제술 후 경험하는 임상적 우울은 경증 내지 중등도이기 때문에 병원에서 정신과적 치료를 받기보다는 지역사회에서 가정간호사가 가정방문을 통하여 배우자를 포함한 가족원을 대상으로 간호중재를 실시하는 것이 바람직하다고 사료된다.

자궁절제술 후 우울과 관련이 있는 요인은 본 연구에서 월수입, 수술방법, 난소보존 여부, 성관계 만족도, 성에 대한 지각, 자궁에 대한 의미, 배우자의 학력 및 지지로 나타났다.

경제와 관련하여 월수입이 200만원 이하인 경우에 우울점수가 더 높은 것은 민성길 등(1987)의 연구 결과와는 다르게 나타났다. 가족에 관한 연구(이은옥, Kim, 박영숙, 송미순, 이인숙, 박연환, 1999)에서 한 가족원이 만성질환이 있는 경우에 가족기능 중에 재정적 영역이 크게 대두되는 점을 고려할 때 특히 주부역할을 하는 여성들에게 경제적 요인이 신체적 정신적 건강에 영향을 줄 것이라고 사료된다.

수술방법에서 질식으로 수술한 여성의 우울 점수가 복식으로 수술한 여성보다 낮은 것은, 대개 질식수술은 복부에 상처가 없고, 난소를 보존하고, 회음성형술을 하는 경우가 많아서 수술을 더 긍정적으로 받아들이기 때문이라고 생각된다. Khastgir 등(1999)이 주장하듯이 자궁절제술 후 우울은 수술자제라기보다는 에스트로겐의 결핍으로 인한 것이라는 점을 고려하면, 본 연구에서 난소 보존 수술을 받은 여성들은 에스트로겐의 분비로 우울 점수가 더 낮은 것으로 해석할 수 있다.

자궁절제술 후 성관계에 대하여 만족하는 여성이 47.1%이며 불만족인 여성은 8.2%로 적었다. 그러나 성관계에 만족하지 못하는 여성의 분포는 적었지만 우울 점수가 47.76으로 매우 높은 편이며, 성관계에 만족하는 여성은 우울점수가 39.74로 가장 낮았다. 이러한 결과로 우울은 성관계 만족도와 서로 영향을 미치는 것으로 사료된다. Nathorst-Böös & Fuchs, & von Schoultz(1992)의 연구에서도 자궁절제술을 받은 678명을 대상으로 성생활을 조사한 결과 39%는 수술전보다 더 좋다고 응답하였으며 40%는 변화가 없다고 응답하였다.

성에 대한 지각으로 자궁절제술 후에 중성이라고 느끼는 여성은 10.2%를 차지하며 우울점수는 47.94로, 여성으로 그대로 느끼는 여성들보다 더 우울 점수가 높았고 차이가 있었다. 그리고 자궁의 의미에 대한 것으로 전체적인 건강상태를 조절한다고 생각하는 여성이 42.7%로 가장 많았고, 우울점수도 43.72로 가장 높았으며, 출산이 끝나면 괜찮다고 생각하는 여성의 우울점수(39.56)와 비교할 때 차이가 있었다. 자궁절제술을 병원에서 받은 여성들이 자궁을 여성성의 상징으로 생각하고 전체적인 건강상태를 조절한다고 잘못된 인식을 갖고 있는 것을 볼 때, 병원에서 현재 행하여지고 있는 수술 전후의 교육에 허점이 있는 것으로 사료된다. 이러한 결과를 비추어 간호사는 자궁절제술로 입원한 여성에게 자궁에 대하여 어떤 생각을 하고 있는지 파악하여, 자궁에 대한 올바른 지식을 제공하는 것이 바람직하다.

배우자의 지지는 자궁절제술 후 여성의 우울과 높은 역 상관관계($r = -0.446$)가 있으므로, 수술로 인하여 병원에 입원하여 있는 동안 간호사는 남편인 배우자에게 수술과 관련된 지식을 제공하고 부인과의 관계를 조사하여, 필요시 배우자의 역할을 조정할 수 있어야 할 것이다.

본 연구의 결과로서 자궁절제술 후 여성의 우울과 관련된 요인을 고려할 때 병원이나 가정에서 교육으로 제공되어야 할 중요한 간호 내용은 1) 자궁절제술과 관련된 해부와 생리, 2) 수술 후 해부학적 구조의 변화, 3) 수술 후 일어날 수 있는 신체적, 심리적, 성적 변화, 4) 가능한 호르몬 대체요법의 종류와 장점 및 부작용, 5) 성생활과 성반응 등이다. 이러한 간호중재를 받은 여성들은 충분한 정보를 통해 능동적으로 대처할 수 있는 능력을 갖게 되어 삶의 질이 향상될 것이다.

VI. 결론 및 제언

자궁절제술 후 여성의 우울정도가 어떠한지를 파악하고, 우울에 영향을 주는 요인으로 일반적 특성과 수술후 경과기간, 수술과 관련된 사항, 자궁에 대한 의미, 성생활 만족, 배우자 지지를 조사하여 구체적인 간호중재법을 개발하기 위한 기초자료로서 본 연구를 시도하였다.

연구의 대상자는 S대학교 병원에서 양성 질환으로 자궁절제술을 받은 후 경과기간이 3개월이상 2년이하인 여성들 중에서 구조화된 자가보고 설문지를 우편으로 보내어 응답한 255명이다. 설문지는 Zung의 Self-Rating Depression Scale을 양재곤(1982)이 번안한 4점 등간 척도의 총 20문항인 우울 측정도구와 장순복(1989)이 개발한 5점 등간척도의 13문항 배우자지지 측정도구로 구성되었고 그 외에 일반적 특성, 수술과 관련된 사항, 성생활 만족, 자궁에 대한 의미, 성에 관한 느낌 등이 포함되어 있었다.

수집한 자료를 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 자궁절제술을 받은 여성의 우울정도의 평균은 42.25이었고 범위는 21-67점이었다. 우울 점수가 50점이상인 임상적 우울 빈도는 20.8% (53명)를 차지하였다.
2. 수술 경과기간에 따른 우울정도는 1% 수준으로 유의한 차이가 있어서 수술 후 18-24개월간에서 가장 우울점수가 낮았으며(39.80), 6-12개월 미만 군(43.83), 12-18개월 미만 군(44.83)의 순이었다.
3. 자궁절제술 후 우울과 관련된 요인은 월수입, 배우자의 학력, 수술방법, 난소보존 여부, 폐경 여부, 성생활 만족도로 나타났다. 그리고 성에 대한 지각에 변화가 없는 여성들에 비하여 중성으로 느끼는 여성들의 우울 점수가 더 높았다($p < 0.001$). 또한 자궁절제술 후 우울정도는 자궁에 대한 의미에 따라 유의한 차이가 있어서, 출산이 끝나면 자궁이 없어도 괜찮다고 생각하는 여성에서 가장 낮았고(39.56), 자궁이 전체적인 건강상태를 조절한다고 생각하는 여성에서 가장 높았다($p < 0.05$).
4. 배우자의 지지와 자궁절제술 후 우울간에는 역 상관관계가 있었다($r = -0.446$, $p < 0.001$).

제 언

1. 동일한 대상자를 자궁절제술 전과 후의 경과 기간에 따라 우울정도를 비교하는 종적 연구가 필요하다.
2. 자궁절제술 후 임상적 우울이 있는 여성을 발견하여,

- 가정간호사가 적절한 간호중재를 시행하고 그 결과를 평가하는 연구가 필요하다.
3. 자궁절제술을 받기 전후에 자궁에 대한 의미를 조사하고 정확한 정보를 제공하기 위한 간호중재 프로그램을 개발하고 그 효과를 측정하는 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 권숙희, 김영자, 김인순, 문길남, 박금자, 박춘화, 배정 이, 송애리, 여정희, 정은순, 정향미, (1996) 중년 여성의 갱년기 증상과 우울에 관한 연구, 여성건강 간호학회지, 2(2), 235-245
- 김미애 (1995). 자궁적출술을 경험한 여성과 경험하지 않은 여성의 신체상과 우울과의 관계에 대한 비교 연구, 중앙의학, 60, 945-956.
- 김숙남 (1998). 여성의 자궁절제술 후 삶의 질 구조모형, 연세대학교 대학원 간호학과 박사학위 논문.
- 노영숙, Dorteia Sich, 이진우, 김수평, 김승조 (1985). 한국여성에서의 자궁의 전통개념에 대한 기초적 조사연구. 대한산부인과학회지, 28(7), 973-985.
- 민성길, 강현숙, 조동숙. (1987) 자궁적출술 후 정신의학적 휴유증, 신경정신의학, 26(3), 483-494.
- 성미혜 (1996). 자궁적출술을 받은 여성의 상실경험, 경희대학교 박사학위 논문.
- 안영란 (1999). 자궁절제술 후 경과기간에 따른 신체적 불편감과 성생활 양상, 서울대학교 대학원 간호학과 석사학위 논문.
- 양재곤 (1982). 정신과 환자의 자가평가 우울 척도에 관한 조사, 신경정신의학, 21(2), 217-227.
- 유숙자 (1994). 갱년기 우울증, 이소우, 김소야자, 김윤희, 유숙자, 이광자, 정신간호총론 (상) 제 3판, 서울, 수문사, 338
- 의료보험관리공단 (1999). '98 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 통계연보.
- 이규은 (1985). 자궁절제술을 받은 여성의 우울정도에 관한 연구, 고려대학교 석사학위 논문.
- 이길홍, 이규향, 민병근 (1975). 자궁적출술 후 정신장애에 관한 정신의학적 연구, 한국의과학, 7, 733-748.
- 이은옥, Kim, H. S., 박영숙, 송미순, 이인숙, 박연환 (1999). 만성질환으로 인한 가족기능 변화 모형 - 완성된 확장기 가족을 대상으로- 대한간호학회지, 29(3), 467-484.
- 이정표, 홍성근, 유태열. (1986). 자궁절제술 후 우울성향에 미치는 요인들, 신경정신의학, 25(3), 451-459.
- 임은숙 (1985). 자궁적출술 환자의 우울에 관한 조사연구, 서울대학교 석사학위 논문.
- 전희진 (1993). 우리나라 자궁적출술의 현황에 관한 분석, 서울대학교 보건대학원 석사학위 논문
- 정금희 (1988). 자궁적출술 환자의 신체상과 우울과의 관계 연구, 이대 대학원 석사학위 논문.
- 정승은 (1992). 자궁적출술을 받은 부인의 심리에 대한 사례연구, 연세대학교 석사학위논문.
- 장순복 (1989). 자궁절제술 부인의 성생활 만족에 관한 요인분석, 이화여자대학교 박사학위논문.
- Alexander, D. A., Naji, A. A., Pinion, S. B., Kitchener, H. C., Parkin, D. E., Abramovich, D. R., & Russell, I. T. (1996) Randomised trial comparing hysterectomy with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding: psychiatric and psychosocial aspects. BMJ 312, 280-284.
- Ananth, J. (1978). Hysterectomy and Depression. Obstetrics and Gynecology, 52(6), 724-30.
- Barker. (1968). Psychiatric illness after Hysterectomy. British Medical Journal, 12(4), 92-94.
- 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.
- Cohen, S. M., Hollingsworth, A. O., & Rubin, M. (1989). Another look at psychologic complications of hysterectomy. Image: Journal of Nursing Scholars, 21(1), 51-53.
- Gath, D., Cooper, P., & Day, A. (1982). Hysterctomy and psychiatric disorder: I. levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy. British Journal of Psychiatry, 140, 335-350.
- Khastgir, G., Studd, J., & Catalan, J. (1999). Is there a hormonal basis to hysterectomy-related depression? British Journal of Obstetrics and Gynecology, 106, 620-622.
- Krueger, J. C. (1979). Relationship between nurse counselling and sexual adjustment after hysterectomy. Nursing Research, 23(3), 148.
- Lalinec-Michaud, M., & Engelsmann, F. (1984).

- Depression after hysterectomy: A prospective study. *Psychosomatics*, 25, 550-558.
- Lalinec-Michaud, M., Engelsmann, F., & Marino, J. (1988). Depression after hysterectomy: A comparative study. *Psychosomatics*, 29, 307-314.
- Lambden, M. P., Bellamy, G., Ogburn-Russell, L., Preece, C. K., Moore, S., Pepin, T., Croop, J., & Culbert, G. (1997) Women's sense of well-being before and after hysterectomy. *JOGNN*, 26(5), 540-548.
- Martin, R. L., Roberts, W. V., & Clayton, P. J. (1980). Psychiatric status after hysterectomy, A one-year prospective follow-up. *JAMA*, 244(4), 350-353.
- Meikle, S., Brody, H., & Pysh, F. (1979). An investigation into the psychological effects of hysterectomy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 164(1), 36-41.
- Moore, J. T., & Tolley, D. H. (1976). Depression following hysterectomy. *Psychosomatics*, 17, 86-89.
- Nathorst-Böös, J., Fuchs, T., & von Schoultz, B. (1992). Consumer's attitude to hysterectomy. The experience of 678 women. *Acta Obstet Scand*, 71(3), 230-234.
- Nathorst-Böös, J., & von Schoultz, B. (1992). Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. *Gynecol Obstet Invest*, 34, 97-101.
- Naughton, M. J., & Mcbee, W. L. (1997). Health-related quality of life after hysterectomy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 40(4), 947-957.
- Richards, D. H. (1974). A post-hysterectomy syndrome. *The Lancet*, 26, 983-985.
- Ryan, M. M. (1997). Hysterectomy: social and psychosexual aspects. *Baillere's Clinical Obstetrics and Gynecology*, 11(1), 23-36.
- Ryan, M. M., Dennerstein, L., & Pepperell, R. (1989) Psychological aspects of hysterectomy, A prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 154, 516-522.
- Thornton, E. W., McQueen, C., Rosser, R., Kneale T., & Dixon, K. (1997) A prospective study of changes in negative mood states of women undergoing surgical hysterectomy: The relationship to cognitive predisposition and familial support. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18(1), 22-30.
- Wade, J., Pletsch, P. K., Morgan, S. W., & Menting, S. A. (2000) Hysterectomy: What do women need and want to know ? *JOGNN*, 29(1), 33-43.

-Abstract-

Key concept : Depression, Hysterectomy,

Depression of Women after a Hysterectomy

Park, Young Sook · Ahn, Young Lan***

The purposes of the study was to identify the depression of women after a hysterectomy and to clarify the factors related to depression. This was a cross-sectional descriptive study.

The data was collected by a mailed questionnaire that was composed of the Zung Self-Rating Depression Scale(SDS), support scale of husband and socio-demographic variables from 255 women undergoing hysterectomies for any nonmalignant

* Professor, College of Nursing, Seoul National University

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

condition in S. University Hospital. They also must have lived with their spouses from 3 months to 2 years after the operation.

The results were as follows:

1. The SDS mean was 42.25 and range was 21 to 67. The incidence of clinical depression (over SDS 50) was 20.8% from 3 months to 2 years after a hysterectomy.
2. The depression of women in 18-24 months after surgery (39.80) was lower than that of any other periods such as

3-5 months, 6-12 months, and 13-17 months ($p < 0.01$).

3. The support from husband was negatively correlated with the depression of women after a hysterectomy.
4. Depression among women who had hysterectomies were associated with lower income, less sexual satisfaction, the feeling of being asexual, and the bias of concept the uterus controlling general health.