

자궁경부암 환자의 삶의 질 분석

한양대학교 간호학과 박사과정, 한양대학교 의과대학 간호학과¹

김 윤 숙 · 김 분 한¹

Abstract

The Quality of Life Analysis in Patients with Cervical Cancer

Yoon Sook Kim and Boon Han Kim¹

*Doctoral Course of Department of Nursing, College of Medicine, Hanyang University
Department of ¹Nursing, College of Medicine, Hanyang University*

Purpose: The purpose of this descriptive study was grasp the QOL (Quality of Life) of cervix cancer patient and to analysis QOL (Quality of Life) by stage of disease, type of treatment and demographic characteristics

Methods: Data were collected from 67 patients with cervical cancer from 3 General Hospitals from March 15 to June 4 using The "QOL (Quality of Life) - Cancer Version" inventory made by Ferrell et al (1995). The data were analysed by using SPSS PC⁺ program including t-test, ANOVA, and Scheffe test.

Results: Progressing stage of disease and QOL, the significant between the progressing stage of disease and QOL was significant (F=5.06, P=.003). The degree of difference between the progression of the stage of the disease and each item in the test was physical well-being (F=3.97 P=.012), the items of psychological well-being (F=3.91, P=.013), the items of social well-being (F=4.96, P=.004). It show a significant difference, but the item of spiritual well-being (F=1.36, P=.262) was not significant difference. The significance between the type of treatment and QOL was insignificant. The degree of difference between each area of life was the psychological well-being (t=-2.14, P=.037), the social well-being (t=-2.15, P=.036). But the physical well-being (t=-.93, P=.356), the spiritual well-being (t=.73, P=.469) was insignificant.

Conclusion: As a result, The QOL of patients with cervical cancer is differentiated by the stage of disease, the type of treatment, and the demographic data. Therefore, there is a need to apply nursing intervention to patients with cervical cancer by considering the stage of disease, the type of treatment, and the demographic data.

Key Words: Quality of life, Cervix cancer

서 론

책임저자: 김윤숙, 서울시 성동구 행당동 17
한양대학교 의과대학 간호학과
Tel : 02-2290-1824, Fax : 02-2295-2074
E-mail : well67@freechal.com

여성에 있어서 자궁이란 해부학적 및 기능학적인

개념을 가진 것 외에 상징적이고도 전체적인 의미를 가지고 있다. 특히 여성에 있어서 자궁이 가지고 있는 중요성은 단지 생식, 여성적인 특성에만 관여된 것이 아니라 신진대사, 활동력, 전체적인 건강상태를 조절해 주는데 에도 중요한 역할을 담당하고 있어서 신체의 대부분의 질병 발생 원인이 자궁이 약해서 오는 것이라고 생각하는 경우도 있다[2].

여성이 자궁경부암을 진단 받고 수술, 방사선 치료 및 항암화학 요법을 하는 동안 여성 건강의 중심점이 되는 자궁에 암 질환을 갖고 있음으로써 삶에 큰 영향을 줄 것으로 예상되나, 지금까지는 자궁 절제술 후의 여성의 삶의 질에만 연구가 진행되어 온 것이 사실이다.

삶의 질에 관한 개념이 처음으로 소개된 것은 그리스 철학에서이며, 아리스토텔레스는 행복은 실질적인 영혼의 활동과 좋은 삶에서 출발한다[22]고 하였고, 18세기에는 행복의 본질을 찾고 행복을 추구하는데 초점을 맞췄다[10,11].

최근 삶의 질의 요구가 증가하면서 경제적인 안정보다 좋은 삶을 더 추구하면서 "삶의 질(Quality of life)"라는 용어를 사용하게 되었다[11].

세계보건 기구(World Health Organization)는 건강은 인간의 모든 면에서 본 생활의 적합성, 즉 질병의 부재뿐만 아니라 신체적, 정신적, 사회적, 영적 안녕 상태를 유지하는 것으로 정의하면서 건강 간호의 개념으로써 삶의 질을 소개하였으며[8], 또한 1980년까지 암 환자의 간호 중재의 대부분이 방사선 치료 및 항암화학 요법 치료 시 나타나는 피부 통합성의 변화, 구토, 오심, 동통, 불안에 대한 완화에 초점을 둔 증상적인 중재에만 관심을 가져 온 것이 사실이다[21].

최근 10년 동안 삶의 질에 관한 연구가 치료과정 중에 그 효과를 평가하기 위해 이루어진 바 있으나 [24], 자궁경부암을 진단 받은 환자의 방사선 치료 및 항암화학 요법 치료 시에 여성 환자들이 좋은

삶을 살며, 행복한 삶을 영위하기 위하여 본질적인 삶의 질에 대한 요구를 평가한 연구가 없었다.

따라서 본 연구는 자궁경부암을 진단 받은 후 방사선 치료 및 항암화학 요법과 수술을 시행한 환자들을 대상으로 그들의 치료 형태와 질병 진행 단계에 따른 삶의 질을 분석하며, 분석한 각 치료 형태와 질병 진행 단계에 따른 삶의 질의 결과를 통하여 효과적인 신체적, 정신적, 사회적, 영적 간호 중재의 기초 자료로써 활용하는데 있다.

대상 및 방법

1. 대상

연구 대상은 서울과 인천에 위치한 3개의 종합 병원 및 대학병원 부인과 병동에 입원한 환자와 외래 환자를 대상으로 다음 기준에 의하여 선택하였다.

- ① 자궁경부암으로 진단되어 수술 환자와 방사선 치료 및 항암화학요법을 시행하고 있거나 시행한 경험이 있는 자
- ② 정상적인 가족관계를 가진 자
- ③ 질문지 문장을 이해할 수 있으며 정신과적 병력이 없는 자
- ④ 연구 목적을 이해하고 연구의 참여를 수락한 자
- ⑤ 자신이 암이라는 것을 알고 있는 자

2. 자료 수집 및 분석

자료 수집기간은 1999년 3월 15일부터 6월 4일까지였으며, 입원환자에게는 간호사의 구체적인 설명이 있는 후 본인이 직접 작성하도록 하였으며, 외래환자는 연구자가 직접 환자에게 연구의 목적과 방법을 이해시킨 후 환자에게 일대일 면담을 통해 작성하여 총 67부가 분석되었다.

본 연구에 사용된 삶의 질 도구는 미국 국립의료

원의 연구자들이 연구에 적용하였던 삶의 질 도구를 토대로 Ferrell 등[17,18]이 개정한 신체적 안녕, 정신적 안녕, 사회적 안녕과 영적 안녕 영역의 41개 항목 중 사전 설문조사 결과를 토대로 자궁경부암 환자에게 적합하지 않는 4문항을 제외하고 신체적 안녕 6개 항목, 정신적 안녕 17개 항목, 사회적 안녕 8개 항목, 영적 안녕 6개 항목의 총 37문항을 본 연구에 사용하였다.

Ferrell 등[17,18]의 도구 개발 당시 신뢰도 Cronbach's α 는 .93이었으며, 하부 영역별로는 영적 안녕 .71, 신체적 안녕 .77, 사회적 안녕 .81, 정신적 안녕 .89이었다.

본 연구에서는 신뢰도 Cronbach's α =.90이었으며, 하부 영역별로는 신체적 안녕 .73, 정신적 안녕 .88, 사회적 안녕 .82, 영적 안녕 .81이었다.

수집된 자료는 SPSS를 이용하였다. 일반적 특성은 실수, 백분율, 평균과 표준편차를 산출하였고, 삶의 질 측정 도구의 신뢰도 분석을 위하여 Chronbach's α 로 산출하였고, 삶의 질 정도는 평균과 표준 편차로 산출하였다. 또한, 질병 진행 단계, 치료 형태, 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도는 t-test와 ANOVA로 검증하였고, 사후검정으로 Scheffe test를 이용하여 분석하였다.

결과 및 고찰

1. 일반적 특성

일반적 특성을 살펴보면, 연령이 32세에서 84세로 평균 연령이 50.92세였다. 종교는 기독교와 천주교 28명(41.8%)으로 가장 많았고, 불교 22명(32.8%)이었다. 교육의 정도는 중졸이하 23명(34.3%)으로 가장 많으며, 고졸, 중졸이 각각 18명(26.9%), 대졸 이상이 8명(11.9%) 순이었다. 이는 자궁경부암 환자의 발생원인 중 지식수준이 낮은 사람들에게 발생빈도가 높다는 것을 뒷받침해주었다. 결혼 상태는

2명(2.99%)을 제외한 65명(97.01%)이 기혼이었다. 고용상태는 주부가 61명(91.0%)으로 가장 많았으며, 직업을 가졌던 대부분의 자궁경부암 환자들은 치료와 수술로 인해 직업을 포기하는 경우가 많았고, 일상 생활 활동이나 주부로서의 역할을 담당하기에도 벅차했다. 가정의 월수입은 50~100만원 20명(29.85%)으로 가장 많았으며, 100~200만원 19명(28.4%), 50만원 미만 15명(22.4%), 200만원 이상 13명(19.4%) 순이었다. 100만원 이하가 50% 이상으로 저소득층에서 자궁경부암의 발생빈도가 높다는 것을 뒷받침해주고 있다. 자녀의 수는 4명이상 17명(25.4%)으로 가장 많았으며, 2명 16명(23.9%), 3명 15명(22.4%), 1명 9명(13.4%), 없음 8명(11.9%)순이었으며, 다산부에게 자궁경부암의 발생빈도가 높음을 나타냈다. 또한, 남아 선호사상의 경향이 있는 한국사회에서 아들의 유무에 따라 삶의 질도 약간의 변화가 있을 것이라고 생각하여 아들의 유무에 대해 조사한 결과, 아들이 있는 사람이 49명(86.0%)으로 대부분을 차지하였다. 자궁경부암 환자에게서 첫 출산시기는 17세에서 33세였으며, 평균 24.25세로 다소 젊은 시기에 첫 출산시기를 경험하였다. 피임약 복용여부에서는 49명(73.1%)이 피임약을 복용한 경험이 없었으며, 58명(86.6%)이 흡연한 경험이 없었다. 흡연 경험 여부에서는 흡연 경험이 있는 9명(13.4%)으로 이들은 15년에서 30년 동안 장기 흡연자였다. 과거 병력 여부에서는 53명(79.1%)은 과거 병력이 없었으며, 과거 병력을 가진 14명(20.9%)은 자궁경부암과 관련이 없는 당뇨, 고혈압, 충수 돌기염 이었다. 처음 진단 시기는 31세에서 71세까지였고, 평균 47.25세로 선행 연구의 49세에 비해 다소 낮다[1]. 조기발견으로 인한 사망률 감소에 대한 홍보와 여성 스스로의 건강 검진의 중요성에 대한 인식이 증가된 결과로 사료된다. 진단 후 경과된 시간은 1개월에서 29년까지 다양했으며, 평균 3.54년(약 3년 6개월)이었다. 질병 진행 단계

는 1기 29명(43.3%)으로 가장 많았으며, 2기 15명(22.4%), 0기 12명(17.9%), 3기 11명(16.4%)이었다. 치료 형태는 수술 40명(59.7%), 방사선 치료 및 항암화학 요법 27명(40.3%)이었다. 배우자 유무에서는 57명(85.1%)이 배우자가 있었고, 배우자가 없는 사람은 10명(14.9%)이었다.

2. 자궁경부암 환자의 삶의 질 정도

자궁경부암 환자의 삶의 질 정도는 평균 5.62로 Ferrell 등[19]이 유방암 환자를 대상으로 한 연구에서 평균 6.64로 보고한 것과 비교해 볼 때 다소 낮은 삶의 질을 가지고 있었다. 이는 출산과 관련된 여성의 역할을 강조한 문화적인 차이에 의해서 나타난 결과로 사료된다.

하부 영역별 삶의 질 정도는 신체적 안녕이 평균 5.92로 가장 높았으며, 영적 안녕이 평균 5.56, 사회적 안녕이 평균 5.54, 정신적 안녕이 5.46 순으로 나타났다. Ferrell 등[11]이 유방암 환자를 대상으로 한 연구에서 하부 영역별 삶의 질 정도가 신체적 안녕이 평균 7.17로 가장 높았으며, 사회적 안녕이 평균 6.93, 영적인 안녕이 평균 6.65, 정신적 안녕이 평균 6.30이라고 보고한 것과 비교해 볼 때 신체적 안녕이 가장 높은 점수를 받았으며, 정신적 안녕이 가장 낮은 점수를 받은 결과와 같다. 이는 자궁경부암 환자와 유방암 환자들이 질병 진행 단계와 치료로 인한 정신적인 스트레스 정도가 높아 삶의 질에 부정적인 영향을 미친 것으로 사료된다.

또한, Larsson, & Sjöden[20]이 위장관 암환자를 대상으로 삶의 질을 분석한 연구에서도 정신적 안녕 영역이 가장 낮은 점수를 받았다고 보고하였는데, 이는 암의 부위는 달라도 암환자들이 암의 진단과 치료의 과정동안 정신적인 충격과 고통이 큼을 나타낸 결과로 사료된다. 문항별 삶의 질 정도는 신체적 안녕 영역에서는 통증이 평균 7.43으로 가장 높았고, 식욕의 변화(평균 7.42), 수면의 변화(평

균 7.00), 신체의 건강 상태(평균 6.27), 피로감(평균 5.98), 생리 주기의 변화 또는 출산의 문제(평균 1.40) 순이었다. 정신적 안녕 영역에서는 자아상의 변화가 평균 6.91로 가장 높았으며, 적응정도(평균 6.89), 우울(평균 6.52), 삶의 질(평균 6.48), 인생의 만족도(평균 6.26), 행복감(평균 6.25), 유용성(평균 6.19), 불안(평균 5.98), 통제력(평균 5.74), 기억력(평균 5.29), 암의 전이(평균 5.02)이 평균 5점 이상으로 높았으며, 이차적 암의 발생(평균 4.81), 암의 재발에 대한 두려움(평균 4.77), 앞으로의 검사에 대한 두려움(평균 4.44), 첫 진단의 고통(평균 4.25), 치료가 끝날 때까지의 시간에 대한 두려움(평균 3.48), 치료에 대한 고통(평균 3.39)은 평균 5점 이하로 낮았다. 사회적 안녕 영역에서는 소외감이 평균 6.67로 가장 높게 나왔으며, 대인관계(평균 6.62), 가족의 지지(평균 5.87), 집안의 일(평균 5.83), 직업(평균 5.70), 성생활(평균 5.27), 경제적 부담(평균 4.52), 가족의 고통(평균 3.85) 순 이었다. 영적 안녕 영역에서는 긍정적인 삶의 변화가 평균 6.04로 가장 높게 나왔으며, 불확실성(평균 6.03), 종교적 활동(평균 5.74), 존재의 이유(평균 5.64), 희망(평균 5.35), 영적 삶의 변화(평균 4.73) 순 이었다. 유방암 환자의 삶의 질을 분석한 Ferrell 등[15]의 연구에서는 신체적 안녕 영역은 치료와 관련된 통증, 정신적 안녕 영역은 우울이나 불안, 사회적 안녕 영역은 치료와 관련된 실적과 역할 기능의 변화, 영적인 안녕 영역은 불확실성이 삶의 질에 부정적인 영향을 주는 것으로 나타났으나, 본 연구의 대상인 자궁경부암 환자의 삶의 질에서는 신체적 안녕 영역은 생리주기의 변화 또는 출산 문제였으며, 이는 자궁경부암의 주 증상이 질 출혈 또는 질 분비물의 양상의 변화와 자궁적출술로 인한 출산 문제와 관련된 것으로 사료된다. 또한, 정신적 안녕 영역은 주로 치료의 과정, 암의 재발과 전이에 대한 두려움이었으며, 이는 대상자들이 치료의 시간들을 다

시 경험하고 싶지 않는 것 중의 하나로 기억했으며, 대부분이 재발이나 전이에 대한 두려움이 죽음에 대한 두려움보다 또 다른 치료와 진단의 과정을 겪어야 된다는 것과 관련되기 때문으로 생각된다. 이는 Meli 등[23]이 연구한 부인암 환자의 추후 관리에서 부인암 환자들이 정기검진을 위해 외래 방문하기 전의 불안 정도가 유의하게 높게 나와 정신적 안녕에 부정적인 영향을 준 결과와 같은 맥락으로 볼 수 있다. 사회적 안녕 영역은 격리감 또는 소외감과 대인관계로써 수술, 방사선 치료 및 항암 화학요법으로 인해 타인이나 가족에게 죄책감이나 열등의식을 느낌으로써 타인과 관계 맺기를 기피함으로써 스스로 소외시키기 때문으로 사료된다. 영적 안녕 영역은 미래에 대한 불확실성과 질병에 대한 긍정적인 삶의 변화였고, 이는 사후 세계에 대한 불확실성과 미래에 대한 불확실성이 자궁경부암 환자의 삶의 질에 부정적인 영향을 미치기 때문이라 사료된다.

3. 질병 진행 단계에 따른 삶의 질 정도

질병 진행 단계와 삶의 질 정도는 통계적으로 유의한 차이가 있었다.($F=5.06, P=.003$) 질병 진행 단계에 따른 삶의 질 정도는 2기, 0기, 1기, 3기의 순

으로 높았는데, 사후 검정 결과 0기와 3기, 1기와 3기, 2기와 3기간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 이것은 질병은 단계가 높을수록 생존율의 감소와 치료 형태의 복잡성으로 인하여 삶의 질이 낮아짐을 알 수 있다. 전립선 암 환자의 수술과 방사선 치료에 따른 삶의 질 연구에서 질병 진행 단계와 삶의 질 차이는 존재한다고 보고한 Yarbrow & Ferran[25]의 연구 결과와 같은 결과를 나타내었다 (Table 1).

질병 진행 단계에 따른 영역별 삶의 질 정도는 신체적 안녕 영역($F=3.97, P=.012$), 정신적 안녕 영역($F=3.91, P=.013$), 사회적 안녕 영역($F=4.96, P=.004$) 간에는 유의한 차이를 보였으나, 영적 안녕 영역

Table 1. 질병 진행 단계에 따른 삶의 질 정도(N=67)

특성	구분	실수(n)	삶의 질		t or F값
			평균	표준편차	
질병의 진행 단계	0기	12	216.54	31.09	5.06*
	1기	29	213.47	51.21	
	2기	15	217.72	38.09	
	3기	11	160.39	33.75	

* $P < .01$

Table 2. 질병 진행 단계에 따른 하부 영역별 삶의 질 정도(N=67)

영역	실수(n)	0기	1기	2기	3기	t or F값
		12	29	15	11	
신체적 안녕	평균	36.56	36.57	38.86	26.95	3.97 [†]
	표준편차	9.80	9.57	9.84	6.51	
정신적 안녕	평균	100.46	95.70	97.77	70.54	3.91 [†]
	표준편차	25.44	26.71	17.88	22.01	
사회적 안녕	평균	51.54	46.43	44.22	31.09	4.96*
	표준편차	8.66	14.76	14.57	12.04	
영적 안녕	평균	27.98	34.77	36.87	31.82	1.36
	표준편차	10.59	13.68	10.13	12.38	

* $P < .01$; [†] $P < .05$

Table 3. 치료 형태에 따른 삶의 질 정도(N=67)

특성	구분	실수(n)	삶의 질		t or F값
			평균	표준편차	
치료 형태	방사선 및 항암화학요법	29	193.52	48.96	-1.83*
	수술	38	214.86	43.56	

*P<.05

(F=1.36, P=.262)에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 사후 검증결과를 통하여 살펴본 결과 질병 진행 단계가 높을수록 신체적 증상들을 더 많이 호소하였고, 검사나 치료의 복잡성과 길이로 인해 정신적 스트레스가 높았으며, 경제적인 부담감, 대인관계, 불안이나 우울, 소외감의 점수들이 높았다. 그러므로 자궁경부암 환자들에게 질병 진행 단계에 따른 적절한 간호 중재가 필요하다는 것을 알 수 있었다(Table 2).

4. 치료 형태에 따른 삶의 질 정도

치료 형태에 따른 삶의 질 정도를 살펴보면 (Table 3), 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다($t=-1.83, P=.073$). 이러한 결과는 전립선 암 환자의 수술과 방사선 치료에 따른 삶의 질 연구에서 치료 형태에 따른 차이가 없었다고 보고한 Yarbro & Ferran[25]의 연구결과와 같은 결과를 나타냈다.

치료 형태에 따른 영역별 삶의 질 정도를 (Table 4)에서 살펴보면, 정신적 안녕 영역($t=-2.14, P=.037$), 사회적 안녕 영역($t=-2.15, P=.036$)에서 유의한 차이를 보였으나, 신체적 안녕 영역($t=-.93, P=.356$), 영적 안녕 영역($t=.73, P=.469$)간에는 유의한 차이가 없었다. 이러한 결과는 항암화학요법을 받는 유방암 환자의 불안, 절망감 및 가족지지와의 관계를 연구한 결과에서 항암화학요법으로 인한 부작용 등 여러 가지 원인으로 높은 정도의 불안과

Table 4. 치료 형태에 따른 하부 영역별 삶의 질 정도 (N=67)

영역	실수(n)	방사선 및 항암화학요법		수술	t or F값
		29	38		
신체적 안녕	평균 표준편차	34.09 10.79	36.46 9.20	-0.93	
정신적 안녕	평균 표준편차	84.88 25.80	98.29 24.27		-2.14*
사회적 안녕	평균 표준편차	39.69 15.11	47.46 13.52	-2.15*	
영적 안녕	평균 표준편차	34.86 11.67	32.65 12.84		0.73

*P<.05

절망감을 지각하여 정신적 안녕 영역, 사회적 안녕 영역에 부정적인 영향을 준다고 보고한 박점희 등 [2]의 연구 결과와 같다. 치료 형태에 따른 삶의 질 정도가 통계적으로 유의하지는 않았지만, 방사선 치료 및 항암화학 요법이 수술에 비해 삶의 질정도가 낮았는데, 이것은 방사선 치료 및 항암화학 요법의 기간이 수술에 비해 길고 반복적인 입원으로 방사선 치료 및 항암화학 요법은 치료의 효과를 느끼기도 전에 부작용으로 인해 상당히 고통을 받기 때문으로 사료된다. 항암화학 요법을 받는 환자의 간호 사례에서 환자들의 반복되는 입원과 지속적인 항암화학제 투여로 인해 신체적 쇠약감은 물론 사

Table 5. 일반적 특성에 따른 삶의 질(N=67)

특성	구분	실수(n)	삶의 질		t or F값
			평균	표준편차	
연령	50세 이하	37	210.13	51.78	0.77
	51세 이상	30	201.48	39.78	
종교	기독교와 천주교	28	208.85	40.37	1.82
	불교	22	216.53	42.38	
	기타와 없음	17	188.71	58.20	
교육 정도	중졸 이하	23	223.02	44.55	1.74
	중졸	18	192.15	30.97	
	고졸	18	198.99	54.66	
	대졸 이상	8	206.16	55.95	
결혼 상태	기혼	65	205.08	46.45	-1.09
	미혼	2	244.60	50.45	
고용 상태	직장인	6	224.19	29.15	1.47
	주부	61	204.49	47.84	
가정의 월 수입	50만원 미만	15	207.48	41.91	0.29
	50~100만원	20	200.01	34.74	
	100~200만원	19	205.48	64.98	
	200만원 이상	13	215.61	38.93	
자녀의 수	없음	8	205.57	51.73	0.32
	1명	9	213.90	59.07	
	2명	16	199.52	51.97	
	3명	15	211.78	34.22	
	4명 이상	17	198.24	38.40	
아들	있음	49	204.14	46.43	-0.35
	없음	8	209.37	37.40	
처음 출산시기	25세 이하	38	205.81	47.21	0.31
	26세 이상	20	202.14	40.48	
피임 약 복용여부	있다	18	213.99	44.81	0.84
	없다	49	203.42	47.45	
흡연 경험 유무	있다	9	215.98	49.96	0.63
	없다	58	204.75	46.40	
과거병력 여부	있다	14	217.94	38.20	1.21
	없다	53	203.17	48.49	
처음 진단시기	40세 이하	19	201.40	55.28	2.31
	41~50세	27	220.29	41.23	
	51세 이상	21	192.61	41.69	
진단 후 경과된 시간	1년 이하	29	196.39	52.47	1.29
	1.1~3년	22	210.48	46.40	
	3.1년 이상	16	218.34	32.45	
배우자 유무	있다	57	200.48	46.11	-2.98*
	없다	10	239.20	36.28	

*P<.01

회심리적인 위축과 불안을 경험한다는 정미라[5]의 연구 결과와 유사하다.

5. 일반적 특성에 따른 삶의 질정도

일반적 특성에 따른 삶의 질정도를(Table 5)에서 살펴보면, 일반적 특성과 삶의 질 정도에서는 배우자의 유무에 따른 삶의 질정도가 유의한 차이를 보였으나($t=-2.98, P=.010$) 연령, 종교, 교육정도, 결혼 상태, 고용 상태, 가정의 월수입, 자녀의 수, 아들의 유무, 출산시기, 피임약 복용 여부, 흡연 경험의 유무, 과거 병력의 유무, 진단시 나이, 진단후 경과된 시간과는 유의한 차이를 보이지 않았다. 암 환자의 삶의 질에 관한 선행 연구들[4,6,7,9,12,13,14,16]에서는 대상자의 연령, 종교, 고용상태, 가정의 월수입, 진단 시 나이, 진단후 경과된 시간에 따라 삶의 질정도가 차이가 있었으나, 본 연구에서 자궁경부암 환자를 상대로 했을 때 일반적 특성보다는 질병 진행 단계가 더 삶의 질과 관련이 있음을 알 수 있다. 일반적 특성에 따른 영역별 삶의 질 정도에서 신체적 안녕 영역은 연령($t=2.453, P=.017$), 결혼 상태($t=-7.81, P=.000$), 피임약 복용여부($t=2.19, P=.035$), 진단시 나이($F=3.70, P=.030$) 이 유의한 차이를 보였다. 정신적 안녕 영역은 고용상태($t=2.68, P=.025$), 진단시 나이($F=5.42, P=.007$) 이 유의한 차이를 보였다. 사회적 안녕 영역은 종교($F=3.23, P=.046$), 교육정도($F=3.19, P=.030$) 이 유의한 차이를 보였으며, 영적 안녕 영역은 종교($F=12.22, P=.000$), 배우자 유무($t=-3.46, P=.005$) 이 유의한 차이를 보였다.

방법: 자료 수집은 3개의 종합병원에서 자궁경부암 환자 67명을 대상으로 하였으며, 자료수집 기간은 3월 15일부터 6월 4일까지 이었다. 연구 도구는 Ferrell[18]의 삶의 질-암 환자용 도구(Quality of Life-cancer version)를 번역하여, 자궁경부암 환자에게 맞지 않는 4문항을 제외한 총 37문항으로 사용하였다. 자료 분석은 SPSS 통계프로그램을 이용하여, t -test, ANOVA, Scheffe test로 검증하였고 도구의 신뢰도 검증은 Cronbach's Alpha를 산출하였다.

결과: 자궁경부암 환자의 질병 진행 단계에 따른 삶의 질 정도는 유의한 차이가 있었다($F=5.06, P=.003$) 질병 진행 단계에 따른 영역별 삶의 질 정도에서는 신체적 안녕 영역($F=3.97, P=.012$), 정신적 안녕 영역($F=3.91, P=.013$), 사회적 안녕 영역($F=4.96, P=.004$)에는 유의한 차이를 보였으나, 영적 안녕 영역($F=1.36, P=.262$)은 유의한 차이를 보이지 않았다. 치료 형태에 따른 삶의 질정도는 유의한 차이를 보이지 않았다($t=-1.83, P=.073$) 치료 형태에 따른 영역별 삶의 질정도에서는 정신적 안녕 영역($t=-2.14, P=.037$), 사회적 안녕 영역($t=-2.15, P=.036$)에는 유의한 차이를 보였으나, 신체적 안녕 영역($t=-.93, P=.356$), 영적 안녕 영역($t=.73, P=.469$)에는 유의한 차이가 없었다.

결론: 자궁경부암 환자의 삶의 질은 질병 진행 단계와 치료 형태 및 일반적 특성에 따라 차이가 있었다. 그러므로 자궁경부암 환자에게 질병 진행 단계와 치료 형태 및 일반적 특성을 고려한 간호 중재를 적용할 필요가 있다.

요 약

목적: 본 연구는 자궁경부암 환자의 삶의 질을 파악하고, 질병 진행 단계와 치료 형태에 따른 삶의 질을 분석하는데 있다.

참 고 문 헌

- 1) 강순범, 이철민, 김용범, 김재원, 박노현, 송용상, 정준기, 이효표. 부인암(재발성 난소암)의 진단 및 추적관찰시 PET의 효용성에 관한 연구. 대한부인종양·골포스키회지 1998;9:427

- 2) 노영숙, Dorothea Sich, 이진우, 김수평, 김승조. 한국 여성에서의 자궁의 전통 개념에 대한 기초적 조사 연구. 대한산부회지 1985;28:973-85
- 3) 박점희, 이현주, 김현미, 류은경. 항암화학요법을 받는 유방암 환자의 불안, 절망감 및 가족 지지와의 관계. 기본간호학회지 1997;4:147-62
- 4) 장혜경. 암환자의 가족지지 및 자아존중감 및 질적 삶의 관계 연구. 고려대학교 대학원 석사학위논문 1992
- 5) 정미라. 항암화학화학요법을 받는 환자의 간호 사례 연구. 대한간호 1998;37:33-42
- 6) 정연. 암 환자의 자가 간호 역량과 삶의 질과의 관계. 한양대학교 대학원 석사학위 논문, 1993
- 7) 태영숙. 암환자의 희망과 삶의 질과의 관계 연구. 성인간호학회지 1994;8:80-92
- 8) 하영수. 간호학 개론. 서울: 신광출판사, 1986
- 9) 한윤복, 노유자, 김남초, 김희승. 중년기 암환자의 삶의 질에 관한 연구. 대한간호학회지 1990;20:399-413
- 10) Campbell A. Subjective measurement of well-being. Am J Psychol 1976;3:117-24
- 11) Campbell A. The sense of well-being in America. New York: McGraw-Hill, 1981
- 12) Courtens AM, Stevens FCJ, Crebolder HFJM, Pholipsen H. Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. Cancer Nurs 1996;19:162-9
- 13) Dalkey N, Rourke D. The delphi procedure and rating quality of life factors in the quality of life concept. Washington DC: Environmental protection agency, 1973
- 14) Ferrell BR. The meaning of quality of life for bone marrow transplant survivors. Cancer Nurs 1992;15:247-53
- 15) Ferrell BR, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of life in brest cancer: part I. physical and social well-being. Cancer 1997; 20:398-408
- 16) Ferrell BR, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of life in brest cancer: part II. psychological and spiritual well-being. Cancer 1998;24:1-9
- 17) Ferrell BR, Hassey-Dow K, Grant M. A Measurement of the QOL in Cancer Survivors. Cancer Nurs 1995;4:523-31
- 18) Ferrell BR, Hassey-Dow K, Leigh S, Ly J, Gula-sekaram P. A Quality of Life in Long-Term Cancer Survivors. Oncology Nursing Forum 1995; 22:915-22
- 19) Ferrell BR. Quality of life in breast cancer survivors: Implications for developing support services. Oncology Nursing Forum 1998;25:887-95
- 20) Larsson G, Sjöden P. Quality of life in patients with endocrine tumors of the gastrointestinal tract: patient and staff perceptions. Cancer Nurs 1998;21:411-20
- 21) Lim AJ, Brandon AH, Fielder J, Brickman AL. Quality of life: Radical prostatectomy versus radiation therapy for prostate cancer. J Urol 1995;154:1420-5
- 22) McKeon R. Introduction to Aristotle. New York: Modern Library, 1947
- 23) Meli MT, Di-Mauro RM, Sapienza S. The role of follow-up after treatment for gynecologic cancer. J Urol 1993;14:208-12
- 24) Schag CA, Ganz PA, Wing D, Sim S, Lee J. Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate cancer. Qual Life Res 1994;3:127-42
- 25) Yarbrow CH, Ferran CE. Quality of life of patients with prostate cancer treated with surgery or radiation therapy. Oncology nursing forum 1998;25:685-92