

치료단계에 따른 여성암 환자의 삶의 질

태영숙¹·정윤경²

고신대학교 간호대학 교수¹, 고신대학교 전인간호과학 연구소 연구원²

Quality of Life in Patients with Women Cancer across Treatment Phases

Tae, Young Sook¹ · Jung, Youn Kung²

¹Professor, College of Nursing, Kosin University · Researcher, Wholistic Nursing Research Center, Kosin University,

²Quality of Life in Patients with Women Cancer across Treatment Phases

Purpose: This study was to identify the level of quality of life in patients with woman cancer across treatment phases. **Methods:** The research method was a cross-sectional descriptive study. Data was collected by questionnaires from 226 female, who were in- and out-patients. They were diagnosed with breast and uterine cancer from three university hospitals and two general hospitals. The instruments used for this study included, "the Quality Of Life Scale(QOL)". The collected data were analyzed using Frequency, Percentage, ANOVA, Two-Way ANOVA. **Results:** Quality of life of women cancer patients was significantly different according to three treatment phases. Quality of life of women cancer patients was not significantly different according to areas of disease in the three treatment phases. Quality of life of women cancer patients was significantly different according to level of fatigue in the three treatment phases. Quality of life of women cancer patients was significantly different according to level of perceived health status in the three treatment phases($F=60.14$, $p=0.000$). Quality of life of women cancer patients was significantly different according to education level($F=3.70$, $p=0.027$) & occupation($F=5.67$, $p=0.018$) in three treatment phases. **Conclusion:** Strategies for intervention are needed to improve the quality of life in women cancer patients across the treatment phases. The significant several characteristics of affecting on quality of life across treatment phases should be considered in sociopsychological nursing intervention.

Key Words : Women cancer patients, Quality of life, Treatment phases

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 우리나라에서 인구의 고령화로 인한 암환자 수는 날로 증가 추세에 있으며 국민 4명 중 1명이 암에 걸리며 최근 여성들의 암에 대한 발생률은 해마다 증

가 추세에 있다. 2002년도엔 여성의 5년 생존율은 53.2%로 남성의 15.6%보다 상대적으로 높아 여성의 암 관리 대책이 중요하게 대두되고 있다(National Cancer Center, 2006).

암은 진단 시 부터 불치로 인식되어 죽음에 대한 두려움을 갖게 되며 신체적, 심리적, 사회적, 경제적, 종교적 상황을 악화시키며 삶의 질 전체에 커다란 영향

* 이 논문은 고신대학교 교내연구비 지원에 의해 수행되었음.

Corresponding address: Tae Young Sook, College of Nursing, Kosin University, 34 Annam-dong, Seo-gu, Busan 602-703, Korea.
Tel: 82-51-990-6446, Fax: 82-51-990-3031, E-mail: taehope@kosin.ac.kr

투고일 2007년 8월 14일 심사외뢰일 2007년 8월 14일 심사완료일 2007년 10월 25일

을 미치게 된다(Kuuppelomaki, 1998). 여성생식기에 호발하는 암은 주로 유방암과 자궁암으로, 이들 암들은 생존율이 길므로 장기적인 투병생활이 필요하게 된다. 이들 암환자들은 특히 여성의 성을 상징하는 곳에 암이 발생되어 여성으로서의 삶에 생리적, 심리적 적응에 영향을 미치므로 이들의 장기간의 투병생활을 통하여 사회심리적인 복합적인 문제가 발생할 수 있을 것이다.

특히, 유방암은 2002년도엔 여성암 발생 빈도 1위를 차지하며 암발생 증가율이 가장 높은 암이다(National Cancer Center, 2006). 이들 유방암 환자들은 대개 수술로 인하여 여성에게 중요한 의미를 갖는 유방을 상실함으로써 성기능이나 성적쾌감 등의 성문제를 갖게 되고, 수술 후의 항암화학요법이나 방사선 치료를 받는 과정에서 불안, 우울, 질병 후 가정이나 사회에서의 역할 상실 등에 의한 부정적인 영향을 받게 된다(Jun, 1994). 또한 자궁은 남성과는 다른 여성으로서 자아정체감을 형성하고 유지하는 기관이므로 자궁암으로 인한 자궁의 제거는 여성성의 상실과 거세의 개념으로 여러 가지 심리적인 변화를 경험하게 된다(Kim, 1998). 그러므로 이들 여성암 환자들이 질병에 잘 대처하도록 지지를 제공하며 삶의 질을 증진시키는 것은 중앙 전문 간호사들의 주요 역할이 될 수 있을 것이다.

삶의 질은 생리적, 심리적, 사회경제적 영역에서 인간의 안녕과 복지의 정도를 구체적으로 표현하는 개념으로 오늘날 간호행위와 건강관리의 주요 목표로 대두되고 있다(Magilvy, 1985). 특히 암환자의 삶의 질은 암질환의 치료와 간호의 효과를 평가하기 위한 적절한 결과 변수로서 경제적인 항암치료법의 선택, 질병의 휴유증 및 간호중재 방안의 효과를 평가하고자 할 때 주로 사용될 수 있다(Kim, 1994).

Ferrell(1995)은 암환자의 삶의 질은 신체적, 사회적, 사회적, 영적안녕 상태를 말하는 것으로 그 중 신체적 안녕은 증상조절과 경감, 신체적 기능 유지 및 독립적인 활동을 통해서 증진될 수 있으며 심리적 안녕은 암환자로 하여금 통제감과 삶의 긍정적인 태도를 갖게

하는 것으로 증진될 수 있다고 하였다. Tae, Kang, Lee와 Park(2000)은 암환자들의 삶의 질은 사회문화적 맥락 속에서 시간에 따라 변화될 수 있으며 간호사들은 이러한 환자들의 삶의 질 변화를 정확히 사정할 필요가 있다고 하였다.

특히 암환자의 삶의 질은 투병과정 동안 경험하는 심리적인 문제에 의해 직접적인 영향을 미치게 되므로 암환자의 심리적인 변화를 근간으로 치료단계에 따른 간호중재가 중요하다고 본다.

치료기의 심리를 반영한 연구에서 Cho(1982)는 치료기간을 치료초기, 추적기, 재발기로 나누어 구분하였는데, 치료 초기의 심리는 처음 치료계획 수립과정과 치료가 시작되는 시기로서 환자의 병세가 호전되므로 낙관적인 자세를 지켜간다고 하였다. 그리고 계획된 치료가 끝나는 시기가 되면 추적기에 접어들게 되는데, 이 시기에는 수술 후 생기는 신체장애, 기형에의 적응, 방사선, 화학요법 부작용에 대한 적응 등으로 처음의 낙관이 줄어들었다고 하였다. 재발, 재치료기의 심리는 환자, 가족의 실망과 좌절이 커서 처음 진단 받았을 때 보다 더욱 심리적 적응이 어렵게 되어 이들은 짜증, 분노, 애도, 불안, 우울 등의 심리적인 변화를 경험하게 된다고 하였다(Cho, 1982; Jun, 1994; Heim, 1997). 이러한 암환자들의 치료단계에 따른 심리적인 변화는 복합적인 사회심리적인 문제를 갖는 여성암 환자들의 삶의 질에 더 영향을 미칠 것으로 사료된다.

현재까지 여성암 환자들의 삶의 질 변화에 대한 연구로는 주로 유방암에 국한하여 연구되었으며 치료단계에 대한 구분은, 여러 연구자들(Dow, Ferrell, Leigh, Ly, & Gulasekaram, 1996; Gardulf, 1996; Jun, 1994; Kim, 2002; Lee, 2004; Park & Lee, 2001)마다 다양하게 분류하고 있으며, 질병 단계는 대략 1-2년 정도로 크게 네 가지 시기인 암 진단의 확인, 수술 후 시기, 보조치료 요법 시기, 추후 관리의 시기로 분류하여 접근하였다. 이들 연구에서는 수술 받은 1-2년 이내의 짧은 기간의 심리적 변화를 근간으로 이뤄졌고, 투병기간 전체의 삶의 질을 비교해 볼 수 없는 제한점이 있었다. 더구나 여성암에 대한 치료단계별 삶의 질을 비교한 연구는 없는 실정이다. 이에 본 연구자는 말기

를 제외한 여성암 환자의 투병과정을 전체적으로 비교해볼 수 있는 치료기 심리를 기반으로 한 치료초기, 추적기, 재발기로 나누어서 여성암 환자들의 치료단계 별 삶의 질 정도를 비교하고, 동시에 삶의 질 정도에 영향을 미치는 요인들을 규명하여 여성암 환자들의 삶의 질 증진 중재 전략 개발의 기초자료를 제공하고자한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 치료단계별 여성암 환자의 삶의 질 정도를 파악하고, 각 치료단계별 삶의 질 정도에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다

- 1) 치료단계별 여성암환자의 삶의 질 정도를 파악한다.
- 2) 치료단계별 진단명에 따른 여성암 환자의 삶의 질 정도를 파악한다.
- 3) 치료단계별 지각한 건강상태에 따른 여성암 환자의 삶의 질 정도를 파악한다.
- 4) 치료단계별 피로정도에 따른 여성암 환자의 삶의 질 정도를 파악한다.
- 5) 치료단계별 제 특성에 따른 여성암 환자의 삶의 질 정도를 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 치료단계

선행연구(Cho, 1982; Jun, 1994; Heim, 1997)를 기반으로 치료기 심리를 중심으로 하여 치료초기는 암을 진단받고 처음 치료계획 수립과정과 치료가 시작되는 시기로서 일차적인 치료법과 병합요법의 치료가 시작되는 시기로 환자의 병세가 호전되는 낙관적인 시기이며, 추적기는 치료초기 다음 시기인 적응기로서 치료결과가 불확실한 가운데 수술 뒤에 생기는 불구, 기형, 방사선, 화학요법의 부작용에 적응해야하는 시기이다. 재발기는 치료 후 질병이 재발되어 재치료가 시작되는 시기로 환자 및 가족의 좌절이 심하여 처음 진

단 받았을 때 보다 더욱 심리적 적응이 어려운 시기를 의미한다.

2) 여성암 환자

각종 임상 검사 및 병리조직 검사를 통해 전문의에 의해 유방암, 자궁암, 난소암으로 진단받은 여성 생식기계 암환자를 의미한다. 본 연구에서는 여성의 성 정체성과 관련되며 한국 여성에게 발생율이 높은 유방암, 자궁암 환자로서 입원 중이거나 외래를 방문한 진단명을 인지하고 있는 환자를 말한다.

3) 삶의 질

삶의 질이란 신체적, 정신적, 사회적, 경제적 및 영적 영역에서 개인이 지각하는 주관적인 안녕 상태를 말하며, 일상생활 활동에서 얻는 주관적인 만족의 정도로, 신체적 안녕, 정신적 안녕, 신체상에 대한 관심, 진단과 치료에 대한 반응, 사회적 영역으로 구성된다(Dubos, 1976). 본 연구에서는 1983년 미국 암 간호협회에서 직장암 환자를 대상으로 개발한 삶의 질 도구를 Kyun(1990)이 번역한 것을 여성암 환자에게 맞게 수정보완 한 도구(Youn & Tae, 2004)로 측정할 값을 말한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구설계

본 연구는 치료단계별 여성암 환자의 삶의 질 정도와 치료단계별 삶의 질 영향 요인을 규명하기 위한 서술적 비교 조사 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 P시 소재 3개의 대학 부속병원과 2개의 종합병원에서 유방암, 자궁암으로 진단 받은 환자로서 입원중이거나 외래를 방문하는 환자를 대상으로 하며 다음과 같은 기준에 의하여 226명을 임의 표출하였다

- 1) 만 20세 이상의 여성암 환자
- 2) 질문지를 읽고 응답할 수 있으며 의사소통이 가능한 환자
- 3) 본 연구의 목적을 이해하며 참여에 동의한 환자
- 4) 자신이 암인 것을 알고 있는 여성 환자

3. 자료수집

본 연구의 자료수집기간은 2007년 1월 10일부터 4월 10일까지 시행하였다. 자료수집방법은 연구자와 본 연구의 목적을 충분히 이해한 연구보조자 4인이 직접 연구의 목적을 대상자에게 설명하고 연구참여에 대한 동의를 얻어 대상자에게 설문지를 배부하여 직접 작성하거나 면담을 하며 작성하도록 하였다. 또한 질병단계는 차트 확인과 담당의사와 간호사의 도움을 받아 작성하였으며, 수집한 자료는 총 235부 이었고, 그 중 226부를 최종 분석 자료로 활용하였다.

4. 연구도구

삶의 질 측정도구

암환자의 삶의 질 측정도구는 1983년 미국 "National Conference on Cancer Nursing"에서 직장암 환자를 대상으로 하여 제작한 Quality of Life Scale(QLS)을 Kyun(1990)이 번역한 도구를 여성암 환자에게 맞게 수정 보완하여 사용한 삶의 질 도구(Youn, 2004)를 사용하였다. 본 도구는 22문항으로 구성되어 있으며 10점 척도로 삶의 질이 가장 낮으면 0점, 가장 높으면 10점으로 배정하였으며, 점수가 높을수록 삶의 질 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .891이었다.

5. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 SPSS를 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 치료단계별 제 특성은 실수와 백분율로 분석하였다.

- 2) 대상자의 치료단계별 삶의 질 정도는 One-Way ANOVA, Scheffe's test로 분석하였다.
- 3) 대상자의 치료단계별 진단부위, 피로정도, 건강 지각정도, 제 특성에 따른 삶의 질 정도는 Two-Way ANOVA로 분석하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구는 대상자 선정에 있어서 P시 지역의 3개 대학병원과 2개의 종합병원에 입원하였거나 외래를 방문한 환자를 대상으로 시행하였으므로 본 연구 결과를 일반화하거나 확대 해석할 때는 신중을 기해야 한다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 제 특성

대상자의 연령은 40-49세가 38.1%, 50-59세가 30.5%였으며, 치료초기와 추적기에서는 40-49세 연령이 가장 많았고 재발기에서는 50-59세가 46.7%로 가장 많았다.

결혼 상태는 기혼이 73.5.7%로 대부분을 차지하였고, 교육정도는 고등학교졸업자가 39.8%로 가장 많았고, 치료초기와 재발기에서도 고등학교가 가장 많았으며 추적기에는 초등학교 졸업자가 40.0%로 가장 많았다. 종교는 불교가 53.1%로 가장 많았고 치료초기, 추적기, 재발기 모두 불교 환자가 가장 많았다. 직업은 없는 군이 77.4%이었고, 치료비 부담은 배우자가 46.5%로 가장 많았으며, 치료초기, 추적기, 재발기 모두 배우자가 가장 많았다. 현재 치료방법은 수술, 수술+화학요법 환자가 27.1%, 화학요법만 받는 경우가 27.1%로 가장 많았으며, 치료초기에는 수술, 수술+화학요법과 수술과 방사선치료가 각각 27.1%로 가장 많았고 추적기에는 화학요법과 방사선 치료가 23.8%로 가장 많았으며, 재발기에는 화학요법만 받는 경우가 35.0%로 가장 많았다(Table 1).

Table 1. General characteristics

(N=226)

Variables	Categories	Total		Early (n=86)		Follow up (n=80)		Recurrent (n=60)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
		Age	20-39	27	11.9	17	19.8	5	6.3
	40-49	86	38.1	40	46.5	29	36.3	17	28.3
	50-59	69	30.5	18	20.9	23	28.8	28	46.7
	60 and over	44	19.5	11	12.8	23	28.8	10	16.7
Marriage	Unmarried	7	3.1	1	1.2	3	3.8	3	5.0
	Married	166	73.5	71	82.6	50	62.5	45	75.0
	Divorced	11	4.9	5	5.8	4	5.0	2	3.3
	Widowed	42	18.6	9	10.5	23	28.8	10	16.7
Education	Less than primary school	59	26.1	17	19.8	32	40.0	10	16.7
	Middle school	49	21.7	18	20.9	17	21.3	14	23.3
	High school	90	39.8	35	40.7	27	33.8	28	46.7
	More than university	28	12.4	16	18.6	4	5.0	8	13.3
Religion	Christianity	40	17.7	13	15.1	12	15.0	15	25.0
	Catholic	15	6.6	10	11.6	1	1.3	4	6.7
	Buddhism	120	53.1	46	53.5	42	52.5	32	53.3
	Etc.	51	22.6	17	19.8	25	31.3	9	15.0
Occupation	Yes	51	22.6	25	29.1	17	21.3	9	78.8
	No	175	77.4	61	70.9	63	15.0	51	85.0
Charge of	Self	63	27.9	19	22.1	26	32.5	18	30.0
Treatment cost	Spouse	105	46.5	48	55.8	29	36.3	28	46.7
	Parents + Etc.	20	8.8	8	9.3	8	10.0	4	6.7
	Son, Daughter	38	16.8	11	12.8	17	21.3	10	16.7
	Op, Op + CTX	49	21.7	21	24.4	16	20.0	12	20.0
	Op+RT	43	19.0	21	24.4	11	13.8	11	18.3
Current therapy method	CTX	49	21.7	10	11.6	18	22.5	21	35.0
	CTX+RT	41	18.1	14	16.3	19	23.8	8	13.3
	Etc.	44	19.5	20	23.3	16	20.0	8	18.1

Op: operation, CTX: chemotherapy, RT: radiation, Etc: Others OP, CTX, RT.

2. 치료단계별 대상자의 삶의 질 정도

치료단계별 삶의 질 정도는 치료초기가 평균 130.00 (± 27.85), 추적기가 119.41(± 34.74), 재발기가 112.97 (± 33.34)로 세군 간에 유의한 차이가 있었다(F=3.873, p=0.022). 이를 사후 검정한 결과 치료초기가 재발기 보다 삶의 질 점수가 더 높았다(Table 2).

3. 치료단계별 진단명에 따른 삶의 질 정도

진단명에 따른 치료단계별 삶의 질 정도는 유의한 차이를 보이지 않았다.

치료초기에서 유방암 환자가 평균 135.59(± 25.30)로 자궁암환자 평균 116.36(± 29.57) 보다 삶의 질 점수가 높았으며, 추적기에서는 자궁암환자가 평균 119.67(± 36.99)로 유방암 환자 평균 119.15(± 32.79)보다 삶의 질이 높았으며, 재발기에는 유방암 환자가 평균 115.51 (± 31.13)로 자궁암 환자 평균 109.86(± 36.20) 보다 삶의 질이 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다(F=3.42, p=0.066)(Table 3).

4. 치료단계별 피로정도에 따른 삶의 질 정도

피로정도에 따라 치료단계별 삶의 질 정도는 유의한

Table 2. Quality of life by treatment phase (N=226)

Variables	Earlya(n=86)	Follow upb(n=80)	Recurrent c(n=60)	F	p	Scheffe's
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)			
Quality of life	130.00(27.85)	119.41(34.74)	112.97(33.34)	3.873	0.022*	a>c

*p<0.05.

Table 3. Quality of life by area of disease in each treatment phase (N=226)

Variables	Early (n=86)	Follow up (n=80)	Recurrent (n=60)	Effects		
				Main effects		
				Group	TP	Group*TP
				F(p)	F(p)	F(p)
Uterine cancer	116.36(29.57)	119.67(36.99)	109.85(36.20)	3.42(0.066)	2.87(0.059)	1.88(0.154)
Breast cancer	135.59(25.30)	119.15(32.79)	115.51(31.13)			

Table 4. Quality of life by fatigue in each treatment phase (N=226)

Variables	Early (n=86)	Follow up (n=80)	Recurrent (n=60)	Effects		
				Main effects		Interaction
				Group	TP	Group*TP
				F(p)	F(p)	F(p)
Not fatigue state	145.61(30.20)	137.75(42.18)	113.33(16.59)	9.11(0.008)**	4.91(0.000)***	1.44(0.221)
Moderate fatigue state	129.25(22.16)	120.27(31.77)	126.61(28.25)			
Fatigue state	119.67(31.17)	110.31(30.72)	98.19(35.65)			

** p< 0.01, *** p< 0.001.

차이가 있었으며 세 치료 단계 모두에서 피로하지 않다, 보통이다, 피로하다 순으로 삶의 질 점수가 높게 나타났으며($F=9.11, p=0.008$).

치료초기에서는 피로하지 않다 군이 평균 $145.61(\pm 30.20)$ 로 가장 삶의 질 점수가 높게 나타났고, 다음이 보통정도 군으로 평균 $129.25(\pm 22.16)$ 이었고, 피로하다는 평균 $110.31(\pm 30.72)$ 로 가장 낮게 나타났다. 추적기에서는 피로하지 않다 군이 평균 $137.75(\pm 42.18)$ 로 가장 삶의 질 점수가 높게 나타났고, 다음이 보통정도 군으로 평균 $120.27(\pm 31.77)$ 이었고, 피로하다는 평균 $110.31(\pm 30.72)$ 로 가장 낮게 나타났다. 재발기에서는 보통정도 군이 평균 $126.61(\pm 28.25)$ 로 가장 높았으며 다음이 피로하지 않다 군으로 평균 $113.33(\pm 16.59)$ 이었고, 피로하다 군에서는 평균 $98.19(\pm 35.65)$ 로 가장 낮게 나타났으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다($F=4.91, p=0.000$)(Table 4).

5. 치료단계별 지각한 건강상태에 따른 삶의 질 정도

지각한 건강상태에 따라 치료단계별 삶의 질 정도는 유의한 차이가 있었으며 치료초기, 추적기, 재발기 모두에서 건강하다, 보통이다, 건강하지 않다 순으로 삶의 질 점수가 높게 나타났으며($F=60.14, p=0.000$). 치료초기에서는 건강하다 군이 평균 $156.71(\pm 25.05)$ 로 가장 삶의 질 점수가 높게 나타났고, 다음이 보통이다 군으로 평균 $126.10(\pm 20.51)$ 이었고, 건강하지 않다 군이 평균 $108.00(\pm 24.57)$ 로 가장 낮게 나타났다. 추적기에

서는 건강하다 군이 평균 $162.05(\pm 25.24)$ 로 가장 삶의 질 점수가 높게 나타났고, 다음이 보통이다 군으로 평균 $114.29(\pm 24.22)$ 이었고, 건강하지 않다 군은 평균 $97.70(\pm 24.03)$ 으로 가장 낮게 나타났다. 재발기에서는 건강하다 군이 평균 154.92 ± 28.87 로 가장 높았으며 다음이 보통이다 군으로 평균 $113.33(\pm 16.59)$ 이었고, 건강하지 않다 군에서는 평균 $86.79(\pm 28.46)$ 로 가장 낮게 나타났으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다($F=5.42, p=0.005$)(Table 5).

6. 치료단계별 제 특성에 따른 삶의 질 정도

치료단계별 제 특성에 따른 삶의 질에서 그룹별로 질병단계별에 유의한 차이가 있었던 것은 교육($F=3.70, p=0.027$)과 직업($F=5.67, p=0.018$)이었고 나머지 제 특성인 나이($F=3.06, p=0.049$), 종교($F=4.12, p=0.018$), 치료비부담자($F=4.05, p=0.019$), 현재 치료방법($F=3.99, p=0.029$)은 질병단계별에 따라 유의한 차이가 있었으나 그룹 간에는 유의한 차이가 없었다. 치료단계와 그룹간의 유의한 교호작용은 없었다. 교육 수준에 따라 세 치료단계별 삶의 질 점수가 유의한 차이가 있었는데($F=7.51, p=0.049$), 대학이상인 자가 나머지 군들보다 삶의 질이 세 질병단계에서 모두 가장 높게 나타났으며, 치료초기가 평균 144.75 ± 25.76 로 가장 삶의 질 점수가 높았고, 재발기(134.75 ± 35.61), 추적기(122.59 ± 40.54) 순으로 삶의 질 점수가 높게 나타났으며 초등학교 이하는 치료초기(119.53 ± 33.56), 추적기(112.59

Table 5. Quality of life by perceived health status in each treatment phase (N=226)

Variables	Early (n=86)	Follow up (n=80)	Recurrent (n=60)	Effects		
				Main effects		Interaction
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)	Group	TP	Group*TP
				F(p)	F(p)	F(p)
Healthy state	156.71(25.05)	162.05(25.24)	154.92(28.87)	60.14(0.000)***	5.42(0.005)**	2.69(0.032)
Moderate healthy state	126.10(20.51)	114.29(24.22)	122.13(24.78)			
Not healthy state	108.00(24.57)	97.70(24.03)	86.79(28.46)			

** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Table 6. Quality of life by General characteristics in each treatment phase (N=226)

Variables	Categories	Early(n=86)	Follow up(n=80)	Recurrent(n=60)	Effects	F(p)
		Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)		
Age	20-39	130.94(26.10)	116.4(49.39)	118.40(23.27)	Group	0.40(0.757)
	40-49	130.28(26.55)	115.34(33.29)	105.65(31.07)	TP	3.06(0.049)*
	50-59	132.94(31.20)	119.13(33.34)	114.14(38.53)	Interaction	0.40(0.877)
	60 and over	122.73(32.00)	125.48(36.12)	119.40(26.63)		
Marriage	Unmarried	143.00(0.00)	91.33(18.23)	127.33(49.96)	Group	1.05(0.373)
	Married	132.61(26.27)	118.38(35.05)	112.38(33.77)	TP	0.58(0.562)
	Divorced	86.60(16.83)	110.25(19.53)	113.50(7.78)	Interaction	1.36(0.231)
	Widowed	132.00(27.85)	126.91(36.47)	111.20(32.78)		
Education	Less than primary school	119.53(33.56)	112.50(40.54)	98.90(33.60)	Group	7.51(0.048)*
	Middle school	123.44(26.48)	122.93(27.54)	118.71(28.75)	TP	3.70(0.027)*
	High school	131.71(24.14)	117.11(36.74)	106.79(32.46)	Interaction	1.43(0.205)
	More than university	144.75(25.76)	122.59(36.55)	134.75(35.61)		
Religion	Christianity	125.46(33.84)	116.83(37.61)	117.00(37.96)	Group	0.19(0.901)
	Catholic	135.70(23.97)	89.00(0.00)	115.75(31.03)	TP	4.12(0.018)*
	Buddhism	129.98(26.14)	121.76(30.46)	112.38(31.59)		
	Etc.	130.00(27.85)	117.92(41.05)	107.11(37.06)	Interaction	0.34(0.914)
Occupation	Yes	144.36(25.57)	118.29(25.27)	116.89(42.18)	Group	10.07(0.042)*
	No	124.11(11.48)	116.89(42.18)	112.27(32.00)	TP	5.67(0.004)**
					Interaction	1.92(0.149)
Charge of	Self	123.95(29.48)	115.88(32.39)	123.11(32.59)	Group	0.15(0.933)
Treatment cost	Spouse	133.13(23.84)	116.97(35.42)	110.93(37.49)	TP	4.05(0.019)*
	Parents+ Etc.	149.38(28.54)	95.38(19.15)	118.75(12.84)	Interaction	0.15(0.933)
	Son, Daughter	112.73(32.29)	140.29(34.34)	98.10(23.01)		
	Op, Op+CTX	129.86(25.49)	102.50(29.62)	124.17(26.64)	Group	0.63(0.640)
Current therapy method	OP+RT	132.48(28.88)	128.82(36.99)	119.73(30.15)	TP	3.99(0.020)*
	CTX	137.60(28.69)	114.83(34.07)	99.86(32.25)	Interaction	1.55(0.141)
	CTX+RT	125.36(26.50)	121.58(33.84)	122.50(41.33)		
	Etc.	127.00(31.23)	132.44(35.96)	111.75(36.97)		

Op: operation, CTX: chemotherapy, RT: radiation, Etc: Others OP, CTX, RT.
 * P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001.

± 36.55), 재발기(98.90 ± 33.60)순으로 삶의 질이 높게 나타났다.

직업에 따라 세 치료단계별 삶의 질 점수가 유의한 차이가 있었는데(F=10.07, p=0.042), 직업이 있는 군이 없는 군보다 세 질병단계 모두에서 삶의 질이 높게 나타났다으며, 치료초기가 평균 144.36 ± 25.57로 가장 삶의 질이 높았고 추적기(118.2 ± 25.27), 재발기(116.89 ± 42.18) 순으로 삶의 질 점수가 높게 나타났다(F=5.67, p=0.004)(Table 6).

IV. 논 의

본 연구는 치료단계별 여성암 환자의 삶의 질 정도를 파악하고 그 영향 요인을 파악하기위한 것으로 본 연구 결과를 중심으로 고찰하면 다음과 같다.

치료단계별 삶의 질 비교에서 치료초기(130.00 ± 27.85), 추적기(119.41 ± 34.74), 재발기(112.97 ± 33.34) 순으로 삶의 질이 높게 나타났는데, 이는 여성암 환자를 대상으로 같은 삶의 질 도구로 측정한 Youn과 Tae(2004)의 연구에서 삶의 질 점수가 평균 123.76로 나타난 것과 비교해볼 때, 치료초기는 평균 점수보다 높고, 추적기와 재발기에는 평균 점수보다 삶의 질이 낮다는 것을 알 수 있다. 또한 재발기에서 삶의 질이 초기보다 낮아지는데, 이는 일반 암 환자를 대상으로 실시한 Tae(2000)의 연구와 여성암 환자를 대상으로 실시한 Youn과 Tae(2004)의 연구결과와 일치하는 것으로 재발기에 더 집중적인 삶의 질 증진을 위한 대책이 필요함을 알 수 있다. 또한 추적기와 재발기의 삶의 질에서는 유의한 차이가 나타나지 않았는데, 이는 Ferrans(1994)가 유방암 환자들의 주요한 문제들은 그들의 삶이 지속되는 동안 계속되며, 유방암과 유방암의 치료로 인해 지속적으로 고통 받고 있고, 이러한 문제들은 치료 후에도 몇 년간 계속 된다고 한 사실과 일치하며 Lee(2004)의 유방암 환자의 삶의 질이 진단 시기에 가장 높았고, 보조 요법 시기에 가장 낮았으며 회복 및 추후 관리 시기에는 삶의 질이 회복되는 추세이나 진단 시기 때만큼 회복되지는 않았다고 한 사실과는 차이가 있는 것으로, 본 연구에서는 치료단계를 말

기를 제외한 전 기간을 포함하여 장기간으로 접근했기 때문인 것으로 사료되며, 앞으로 추적기와 재발기에 대한 더 깊이 있는 비교연구가 필요하다고 본다.

치료단계별 진단명에 따라서 삶의 질을 비교해보면 자궁암과 유방암환자 간의 삶의 질은 유의한 차이가 없었는데, 이는 Tae(1996), Youn과 Tae(2004)의 연구에서 진단명에 따른 삶의 질이 유의한 차이가 없다는 것과 일치하며, 치료단계별로 나뉘어서 분석을 하였을 때 유의한 차이는 없었으나 자궁암 환자는 치료 초기보다 추적기에 삶의 질이 높았고 유방암환자는 추적기에 삶의 질이 치료초기 보다 계속 떨어지는 것으로 나타났다는데, 이는 유방암 환자들이 치료 초기에 자궁암환자들 보다 잘 견디나 치료가 진행되는 추적기에는 수술 후 외모변화나 치료 부작용에 적응해야하는 시기에는 삶의 질이 떨어질 수 있다는 것을 알 수 있다. 그러므로 치료가 진행됨에 따른 유방암환자들을 위한 더 적극적인 삶의 질 증진 중재가 필요하다고 본다.

치료단계별 피로상태에 따른 삶의 질은 치료초기, 추적기, 재발기로 치료단계가 진행됨에 따라 피로한 군에서 피로하지 않는 군 모두에서 삶의 질 점수가 떨어지는 것을 알 수 있는데, 이는 유방암 환자를 대상으로 실시한 선행 연구결과들과(Byar et al. 2006: Park, 2005: Suh, 2007) 일치하는 것으로 여성암 환자의 삶의 질은 피로상태에 영향을 받는다는 것을 알 수 있으며 특히 재발기에 피로한 상태인 경우와(145.61) 초기 피로하지 않은 상태의 삶의 질 점수(98.19)를 비교해보면 47.42점의 점수 차이가 있으므로 피로가 삶의 질에 영향 미치는 중요 변수임을 확인할 수 있었다.

피로는 생리적인 기전만으로는 설명이 되지 않는 다차원적인 개념으로 항암보조요법을 받는 동안에도 높아지지만 치료 후에도 지속되며, 불안과 우울에도 영향을 미치는 주요 요인이라고 하였다(Brockel et al. 1998: Suh, 2007). 그러므로 앞으로 여성암 환자들의 삶의 질 증진 간호중재 시 피로를 감소시키는 중재를 동시에 고려해야할 것이다.

치료단계별 지각한 건강상태에 따른 삶의 질은 치료초기, 추적기, 재발기로 병이 진행됨에 따라 건강하지 않다고 지각한 군에서 건강하다고 지각한 군보다 삶의

질이 점점 떨어지는 것을 알 수 있었는데, 이는 일반 암환자나 여성암 환자를 대상으로 실시한 선행 연구결과들과(Han, 1990; Tae et al, 2001; Youn & Tae, 2004;) 일치하는 것으로 여성암 환자의 삶의 질은 치료 단계별 지각한 건강상태에 영향을 받는다는 것을 알 수 있었다. 특히 재발기에 건강하지 않다고 지각한 군과 (156.71) 치료초기의 건강하다고 지각한 군의 삶의 질 점수(86.79)를 비교해보면 69.92점의 점수 차이가 있으므로 지각한 건강 상태가 삶의 질에 영향 미치는 중요 변수임을 확인할 수 있었으며, 이는 한국 암환자들의 희망을 질적으로 연구한 Tae(1994)의 연구에서 의사가 판단하는 질병 병기보다도 환자가 지각하는 건강상태가 환자의 투병생활에 중요하다고 제시한 사실과 일치하는 것을 알 수 있다. 또한 건강하다고 지각한 군에서 초기 삶의 질 보다 추적기에 삶의 질 점수가 높았고, 건강하지 않다고 지각한 군에서는 치료초기 보다 치료가 진행됨에 따라 삶의 질이 떨어지는 것으로 나타났는데 이는 건강하다고 지각한 암환자들은 치료가 진행되어 치료부작용과 수술 후유증에 적응해야 하는 시기에 치료초기에 비해 높은 삶의 질을 경험한다는 것을 알 수 있었다. 앞으로 여성암 환자들의 삶의 질 증진 간호중재 시 환자가 건강하다고 지각하는 군과 건강하지 않다고 지각하는 군에서의 차별화된 삶의 질 증진 중재전략이 필요하다고 본다.

치료단계별 제 특성에 따른 삶의 질에서 그룹별로 치료단계별에 유의한 차이가 있었던 것은 교육($F=3.70, p=0.027$) 과 직업($F=5.67, p=0.018$)이었다.

치료단계별 교육수준에 따른 삶의 질은 대학이상 군이 세 질병단계 모두에서 삶의 질 점수가 가장 높게 나타났으며 초, 중, 고등학교 졸업자는 초기, 추적기, 재발기 순으로 삶의 질 점수가 낮게 나타났는데, 이러한 결과는 기존의 유방암, 중년여성, 여성암 연구들에서 교육정도가 높을수록 삶의 질이 높다고 한 결과들(Guner et al, 2005; Jo & Son, 2004; Yeo, 2004)에 비추어볼 때, 이들 연구들은 질병단계를 고려하지 못했다는 한계는 있으나, 일치되는 것으로 교육수준이 여성암환자에게는 중요하다는 사실을 알 수 있다. 또한 학력이 아주 높은 경우 재발기의 삶의 질이 추적기 보다

더 증가되었는데 이는 Bull 등(1999)은 유방암 환자는 암 진단을 받은 5년 이내 환자의 30%가 재발되며, 이들의 주요 불안 요인은 재발이라고 하였는데, 교육수준이 높은 경우 이러한 재발시기에도 삶의 질 점수가 높다는 것은 교육수준이 높은 경우, 삶의 질에 미치는 영향이 더 크다는 사실을 알 수 있다. 그러므로 교육수준은 여성들의 삶의 질 향상을 위한 중재 시 반드시 고려해야할 주요 요인인 것을 알 수 있다.

직업에서는 직업이 있는 군이 없는 군 보다 초기, 추적기, 재발기 모두에서 삶의 질 점수가 높게 나타났으며 치료초기, 추적기, 재발기로 진행됨에 따라 삶의 질 점수가 낮아진다는 것을 알 수 있었다. 이는 여성암을 대상으로 연구한 Youn과 Tae(2004)의 연구와 유방암 환자를 대상으로 연구한 Jo(2004), Suh(2007)의 연구에서 직업에 따라 삶의 질이 유의한 차이가 있다고 한 사실과 일치하는 것으로 직업은 여성암 환자의 삶의 질 증진 시 고려해야할 주요 요인이 될 것이다.

또한 암이 있어도 직업을 가졌다는 것은 경제적인 여유, 여성의 정체감, 자존감과 연결되는 것으로(Jo, 2004) 이들 요인들이 여성암 투병 생활에 영향을 미쳐 삶의 질을 증진 시킨다고 유추할 수 있으므로 앞으로 여성암 환자들이 암에 걸렸더라도 직장을 포기하지 않도록 상담에 임해야할 것이다.

제 특성 중 나이, 종교, 치료비 부담자, 현재치료방법은 그룹 간에는 유의한 차이가 없었지만 질병단계별에 따라서는 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데, 이는 기존 유방암환자나 여성암환자들을 대상으로 실시한 여러 선행 연구들(Jo, 2004; Suh, 2007; Youn & Tae, 2004)에서 삶의 질에 영향이 없는 것으로 나타난 것과는 비교가 되는 것으로, 본 연구에서는 치료단계별로 나누어 차이를 검정한 결과 유의한 것으로 나타났으므로, 앞으로 삶의 질 연구에서는 단편적인 제 특성을 규명하기 보다는 질병단계를 고려한 삶의 질에 대한 더 깊이 있는 연구들이 필요할 것으로 사료된다.

이상의 논의 결과 여성암 환자들의 삶의 질은 치료초기가 가장 높았으며 재발기에는 초기 보다 삶의 질이 저하된다는 것을 알 수 있으며, 질병단계별로 삶의 질에 영향 미치는 요인들인, 피로, 지각한 건강상태,

교육수준, 직업 등을 고려한 여성암 환자를 위한 삶의 질 중재 프로그램 개발이 필요할 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 여성암 환자의 치료단계별 삶의 질 정도를 파악하고, 치료단계별 삶의 질에 영향 미치는 요인들을 파악하기 위한 서술적 비교 조사연구이다.

연구대상자의 선정 및 표집 방법은 부산에 소재하고 있는 3개의 대학병원과 2개의 종합병원에서 유방암, 자궁암으로 진단을 받고 외래를 방문하거나 입원한 20세 이상으로 자신의 질병을 알고 있는 여성 환자를 대상으로 편의 표출하였다. 총 연구대상자는 226명이었으며 자료 수집 기간은 2007년 1월 10일부터 4월 10일까지 이었으며, 자료수집 절차는 연구자와 연구보조원이 직접 환자를 방문하여 연구 참여에 동의한 대상자에게 설문지를 배부하고 도움이 필요한 사람에게는 직접 도움을 주면서 작성하게 한 후 회수하였다. 연구도구는 1983년에 미국중앙간호협회에서 암환자를 대상으로 개발한 "Quality of Life Scale"을 Kyun(1990)이 번역하고 Youn과 Tae(2004)가 수정 보완한 삶의 질 도구를 사용하였다. 자료분석은 SPSS 12.0을 이용하여 빈도와 백분율, 평균과 표준편차, One-Way ANOVA, Scheffe's test, Two-Way ANOVA로 분석하였다.

1. 치료단계별 삶의 질 정도는 치료초기가 평균 130.00(± 27.85), 추적기가 119.41(± 34.74), 재발기가 112.97(± 33.34)로 세군 간에 유의한 차이가 있었으며(F=3.873, p=0.022) 사후검정 결과 치료초기의 삶의 질 점수가 재발기보다 더 높게 나타났다.
2. 치료단계별 진단부위(유방암, 자궁암)에 따른 삶의 질 정도는 유의한 차이를 보이지 않았다(F=3.42, p=0.066).
3. 치료단계별 피로정도에 따른 삶의 질 정도는 유의한 차이가 있었으며 치료초기, 추적기에서는 피로하지 않다, 보통이다, 피로하다 순으로 삶의 질 점수가 높게 나타났으며, 재발기에서는 보통이다, 피로하지 않다, 피로하다 순으로 삶의 질

점수가 높게 나타났다(F=9.11, p=0.008).

4. 치료단계별 지각한 건강상태에 따른 삶의 질 정도는 유의한 차이가 있었으며 치료초기, 추적기, 재발기 모두에서 건강하다, 보통이다, 건강하지 않다 순으로 삶의 질 점수가 높게 나타났다(F=60.14, p=0.000).
5. 치료단계별 제 특성에 따른 삶의 질에서 그룹별로 치료단계별에 유의한 차이가 있었던 것은 교육(F=3.70, p=0.027) 과 직업(F=5.67, p=0.018)이었다. 나머지 제 특성인 나이(F=3.06, p=0.049), 종교(F=4.12, p=0.018), 치료비부담자(F=4.05, p=0.019), 현재 치료방법(F=3.99, p=0.029)은 그룹 간에는 유의한 차이가 없었으나 치료단계별에 따라서는 유의한 차이가 있었다. 치료단계와 그룹별 간의 유의한 교호작용은 없었다.

결론적으로 여성암 환자들의 삶의 질은 치료 초기가 가장 높았고 재발기에는 치료 초기보다 삶의 질이 저하된다는 것을 알 수 있었으며, 치료단계별에 따라 영향을 미치는 피로, 지각한 건강상태, 교육수준, 직업 등의 제 특성 들을 반영한 여성암 환자를 위한 삶의 질 중재 프로그램 개발이 필요한 것을 알 수 있다.

이상의 결과를 기반으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 본 연구에서 구체적으로 제시하지 못했던 삶의 질의 하위 영역을 반영한 삶의 질 변화와 영향 요인을 규명하면 여성암 환자의 삶의 질 특성이 더 명확히 규명될 수 있을 것이다.
2. 본 연구에서는 단편적으로 삶의 질을 비교하였으나 앞으로의 연구에서는 삶의 질 변화에 대한 종단적 연구를 실시하여 삶의 질 변화를 구체적으로 제시할 필요가 있을 것이다.
3. 본 연구에서 치료단계별 삶의 질 비교에서 초기는 재발기보다 삶의 질이 높게 나타났으나 추적기는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으므로 앞으로 추적기와 재발기에 대한 더 깊이 있는 비교 연구가 필요하다.
4. 본 연구에서 규명된 삶의 질에 영향 미치는 요인들을 반영한 여성암 환자의 삶의 질 증진 중재 프

로그랩 개발을 위한 실험연구가 필요하다.

References

- Broeckel J. A., Jacobsen, P. B., Horton, J. Balducci, L., & Lyman, G. H. (1998). Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *J Clin Oncol*, 16(5), 1689-1696.
- Bull, A. A., Meyerowitz, B. E., Hart, S., Mosconi, P., Apolone, G., & Liberati, A. (1999). Quality of life in women with recurrent breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 54(1), 47-57.
- Byar, K. L., Berger, A. M., Bakken, S. L., & Cetak, M. A. (2006). Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms, and quality of life. *Oncol Nurs Forum*, 33(1), 18-26.
- Cho, D. Y. (1982). Psychological Aspects of cancer patients in treatment phase. *J Psychol Med*, 6(3), 54-64.
- Dow, K. H., Ferrell, B. R., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1996). All evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 39(3), 261-273.
- Ferrans, C. (1994). Quality of life through the eyes of survivors of breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 21, 1645-1651.
- Ferrell, B. R. (1995). Quality of life in long-term cancer survivors. *O. N. F.*, 22(6), 915-922.
- Gardulf, A. (1996). Health-related quality of life in women with breast cancer undergoing autologous stem-cell transplantation. *Cancer Nurs*, 19(5), 368-375.
- Guner, P. Isikhan, V., Komurcu, S., Ozturk, B., Arpacı, F., & Ozet, A. (2005). Quality of life and sociodemographic characteristics of patients with cancer in Turkey. *Oncol Nurs Forum*, 33(6), 1171-1176.
- Han, Y. B., Ro Y. J., Kim, N. C., & Kim, H. S. (1990). A study of quality of life in middle aged cancer patients. *J Korean Acad Nurs*, 20(3), 399-413.
- Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosom Med*, 59, 408-418.
- Jo, K. H. & Son, B. K. (2004). The relationship of uncertainty, hope and quality of life in patients with breast cancer. *J Korean Acad Nurs*, 34(7), 1184-1193.
- Jun, M. H. (1994). *Experience of life following breast cancer surgery*. Unpublished doctoral dissertation, The Seoul University, Seoul.
- Kim, S. N. (1998). *A structural model for Quality of life in women having hysterectomies*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul
- Kim, M. J. (1994). A Survey on Changes in Quality of Life of Patients who Received Radiation Therapy after Surgery for Breast Cancer. *J Korean Acad Nurs*, 24(4), 652-665.
- Kim, Y. S. (2002). *A descriptive study of quality of life for breast cancer survivors*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul
- Kuuppelomaki, M. & Lauri, S. (1998). Cancer patients reported experiences of suffering. *Cancer Nursing*, 21(5)364-369.
- Lee, I. S. (2004). *Uncertainty, appraisal & quality of life in patients with breast cancer across treatment phase*. Unpublished master's thesis, Yonsei university, Seoul
- Magilvy, J. K. (1985). Quality of life of hearing impaired older women. *Nurs Res*, 34(3), 140-144
- National Cancer Center. (2006). *Annual report for Korea cancer registration work*. Seoul: National Cancer Center.
- Park, E. Y. & Lee, E. O. (2001). Patients with high risk breast cancer. *J Korean Oncol Nurs*, 1(1), 121-130.
- Park, Y. M. (2005). *A structural model for quality of life in breast cancer patients*. Unpublished doctoral dissertation, Kyunghee University, Seoul.
- Suh, Y. O. (2007). Predictors of quality of life in women with breast cancer. *J Korean Acad Nurs*, 37(4), 459-466.
- Tae, Y. S. (1994). *Hope of Korean cancer patients*. Unpublished doctoral dissertation. Ewha Womans University, Seoul.
- Tae, Y. S. (1996). Relationship between hope and quality of life. *J Korean Acad Adult Nurs*, 8(1), 80-92.
- Tae, Y. S., Kang, E. S., Lee, M. H., & Park, G. J. (2000). Development of Measurement of quality of life in cancer patients. *J Korean Acad Adult Nurs*, 12(4), 741-757.
- Tae, Y. S., Kang, E. S., Lee, M. H., & Park, G. J. (2001). The relationship among perceived social support, hope and quality of life of cancer patients. *Korean J Rehabil Nurs*, 4(2), 219-231.
- Tae, Y. S., Cho M. O., & Hong, Y. H. (2003). The Illness experience of women in advanced uterine cancer. *J Korean Acad Nurs*, 33(7), 917-926
- Yeo, J. H. (2004). Influencing factors on quality of life in pre-and postmenopausal women. *J Korean Acad Nurs*, 34(7), 1334-1342.
- Youn, S. J. & Tae, Y. S. (2004). Correlation between "anger-in" and Quality of life in female cancer patients. *J Korean Oncol Nurs*, 4(1), 16-25.