



재가 말기암 환자의 삶의 질 관련 요인

권인각¹⁾ · 황문숙²⁾ · 권경민³⁾

I. 서 론

1. 연구의 필요성

암은 전 세계적으로 사망률 수위를 차지하고 있으며, 우리나라에서도 암과 관련된 통계를 살펴보면, 5년 생존율 49.8%(신성식, 2005), 암으로 인한 사망률이 26.3%(통계청, 2005)로 많은 환자들이 말기상태로 진행되어 사망에 이르게 된다. 하지만 최근에는 진단기술과 치료방법의 발전으로 암의 치유율이 높아지면서 환자의 수명이 연장되고 있으며, 암을 가진 상태에서 삶의 질이 관심의 대상이 되고 있다. 특히 암은 질병자체 뿐 아니라 치료의 부작용과 재발 가능성으로 삶의 질에 부정적인 영향을 주기 때문에 암환자에 대한 치료효과를 평가할 때는 단순히 생존율과 치료율뿐 아니라 삶의 질을 고려해야 한다는 인식이 강조되면서 삶의 질은 암 치료와 간호의 효과를 평가하기 위한 적절한 결과변수로 대두되었다(Padilla, & Grant, 1985).

말기암 환자는 치료율이나 생존율이 더 이상 의미가 없으며 죽음을 예견하면서 투병하는 사람들로서 신체적, 심리적, 사회적, 경제적 문제와 같은 복합적인 문제 속에서 고통을 받으며 남은 생명을 유지해 가지만, 그 제한된 삶은 인생에서 가장 중요하고 핵심적이며 귀하므로 말기암 환자의 삶의 질은 매우 중요하다(김화순, 2003).

일반적으로 삶의 질은 한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 개인적인 지각이라고 정의되고 있다. 특히 보건의료분야에서는 건강에 초점을 맞추어 측정된 삶의

질을 '건강관련 삶의 질'이라고 명명하면서 보다 적극적이고 광의적인 개념으로 건강을 설명하고 있다. 세계보건기구에서는 건강은 단순히 질병이나 허약함이 없는 것을 의미하는 것이 아니고 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태로 정의하고 있다. 이와 관련하여 암 환자의 증상과 안녕감에 대한 환자의 지각은 질병상태를 보다 정확하게 반영하며 암 환자의 생존에 강한 예견적 가치를 가지므로(Ruckdeschel, & Piantadosi, 1994), 암 환자가 주관적으로 평가하는 삶의 질은 매우 중요한 의미를 가진다.

선행연구의 결과에서 나타난 삶의 질의 영향요인으로는 병기 등 질병상태(김현주, 2003; 윤충, 주홍재, 신영도와 이형민, 2001), 통증(윤충 등, 2001; Morris, Suissa, Sherwood, Wright, & Greer, 1986; Padilla, Ferrell, Grant, & Rhiner, 1994), 증상(Ruckdeschel, & Piantadosi, 1994), 육체적 기능과 사회적 기능(윤충 등, 2001), 건강관련 지각(김현주, 2003; Padilla 등, 1990), 희망(김순미와 오복자, 1996) 등이 있다.

이 중 통증은 삶의 질에 영향을 미치는 주요 요인으로 제시되고 있다. 또한 통증은 말기암 환자들이 가장 자주 심각하게 호소하는 증상으로서 삶의 질을 좌우하는 신체증상이므로 반드시 조절되어야 하며, 말기암 환자의 건강문제를 판단하는 핵심 지표가 되고 있으며, 통증에 대한 점수는 호스피스케어의 효과를 평가하는 측정변수로 사용되고 있다(황문숙, 2006). 증상은 삶의 질에 영향을 미치는 주요 요인이다.

암 환자의 삶의 질을 유지하거나 증진하는데 있어서 질병 자체나 치료로 인한 증상을 조절하면서 생활기능을 수행하는 것은 매우 중요하다(김현주, 2003).

사람들이 죽어갈 때 가장 필요로 하는 것은 질병의 증상을

주요어: 가정간호, 말기암 환자, 삶의 질

1) 제1저자: 성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 임상간호학교실 부교수, 2) 성균관대학교 임상간호대학원 임상교수,

3) 삼성서울병원 가정간호파트 가정전문간호사

투고일: 2008년 5월 30일 심사외뢰일: 2008년 6월 5일 게재확정일: 2008년 7월 4일

경감시켜 주는 것이며, 재가 암 환자를 대상으로 요구되는 서비스는 일차적으로 환자를 고통스럽게 하는 증상들을 조절하는 방향으로 접근해야 한다(Charles, 1993). 대상자의 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 다른 주요 요인으로는 신체기능 상태가 있다. 윤충 등(2001)의 연구에 의하면 신체기능의 손상정도가 많을수록 삶의 질이 낮았으며, 이것은 자가 조절의 장애를 의미하여 자존감 저하로 이어진다.

한편 최근 암은 진단기술과 치료방법의 개선으로 생존율이 향상되어 만성화되는 경향을 보이고 있으며, 이는 재가암 환자의 수적 증가를 의미한다(김현주, 2003). 이에 따라 지속적이고 체계적으로 재가 암 환자를 관리하기 위한 연구가 이루어지고 있으며, 국가나 지방자치단체 차원에서는 병원과 공공의료기관이나 지역사회 민간단체 등을 연계하는 관리체계의 구축을 모색하고 있다(보건복지부, 2006).

따라서 재가 암 환자 중 말기상태에 있는 암 환자가 양질의 안전한 케어를 보장받기 위해서는 가정간호서비스가 개입되어야 하며, 이런 관점에서 가정간호서비스를 받고 있는 재가 암 환자의 삶의 질에 영향을 주는 요인을 확인해 보는 것이 무엇보다 중요하다. 특히 가정간호측면에서는 대상자 중 말기암 환자가 차지하는 비율이 24.9%(황나미 등, 1999)로 매우 크며, 서비스 내용도 의사처방에 의한 검사, 주사, 처치 등 입원대체 서비스를 포함하는 적극적인 의료중재이므로 더욱 관심을 가져야 한다.

그러나 현재까지 국내에 발표된 말기암 환자를 대상으로 삶의 질에 영향을 주는 요인을 조사한 연구들을 살펴보면, 대부분의 연구들이 적극적인 치료가 진행 중이거나 입원 환자들을 대상으로 이루어진 연구로서, 가정간호서비스를 받으면서 죽음이란 특수한 상황이 임박한 말기암 환자를 대상으로 연구된 문헌은 미흡한 실정이다.

이에 본 연구는 가정간호서비스를 받고 있는 말기암 환자들의 삶의 질 정도와 그 영향요인을 파악함으로써 재가 말기암 환자들을 대상으로 간호중재서비스의 개발과 질 향상에 도움을 주고자 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구는 가정간호서비스를 받고 있는 말기암 환자를 대상으로 일반적 특성, 신체기능, 증상경험과 삶의 질 정도를 파악하고, 이들의 관련성과 삶의 질의 영향요인을 탐색하기 위하여 시도되었으며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 재가 말기암 환자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도를

파악한다.

- 2) 재가 말기암 환자의 통증, 신체기능, 증상경험 및 삶의 질 정도를 파악한다.
- 3) 재가 말기암 환자의 통증, 신체기능, 증상경험 및 삶의 질과의 상관관계를 파악한다.
- 4) 재가 말기암 환자의 삶의 질 영향요인을 파악한다.

3. 용어정의

1) 삶의 질

삶의 질은 신체적, 정서적 일상 활동이나 대인관계 등 다차원적인 영역에 있어서 주관적으로 평가하는 안녕상태(Padilla 등, 1990)로, 본 연구에서는 윤경이(1997)가 말기암 환자를 대상으로 개발한 삶의 질 도구를 이용하여 측정된 값으로 정의한다.

2) 통증

통증은 실제적이거나 잠재적인 조직손상과 관련된 불쾌한 감각과 감정적인 경험을 의미하는 것(American Pain Society: APS, 1995)으로, 본 연구에서는 암 환자가 수술이나 치료행위 등에 의해 급성으로 경험하는 통증을 제외하고, 2주 이상 지속되는 만성통증에 대하여 지난 24시간 동안 경험한 통증 중에서 '가장 심한 통증', '평균 통증' 및 '가장 약한 통증'을 0에서 10점으로 표현한 숫자통증등급을 이용하여 측정된 값으로 정의한다.

3) 신체기능

신체기능은 일상생활을 수행할 수 있는 능력을 말하는 것으로, 본 연구에서는 Aaronson 등(1993)이 개발한 암 환자의 삶의 질 측정도구를 Yun 등(2005)이 번안하여 만든 한국판 EORTC QLQ-C30(European Organization for Research and Treatment of Cancer) 중 신체기능척도 5문항을 이용하여 측정된 값으로 정의한다.

4) 증상경험

증상경험은 증상발생과 고통에 대한 환자의 지각과 반응으로(Rhodes, & Watson, 1987), 본 연구에서는 Aaronson 등(1993)이 개발한 암 환자의 삶의 질 측정도구를 Yun 등(2005)이 번안하여 만든 한국판 EORTC QLQ-C30 중 증상척도 9항목, 12문항 중에서 경제적인 항목을 제외한 8항목에 대한 11문항을 이용하여 측정된 값으로 정의한다.

II. 문헌고찰

1. 말기암 환자들의 문제와 요구

말기암 환자들은 암으로 인해 환자 자신은 물론 그 가족구성원까지 커다란 위기상황에 부딪히게 된다. 통증과 신체증상의 악화, 상실감, 슬픔, 분노심과 두려움, 사회적 고립감, 역할 변화, 직업상실 등 신체적, 정신적, 사회적 문제와 더불어 죽음이라는 문제로 인하여 고통을 받는다(윤경이, 1997).

특히 통증은 암 환자들이 겪는 가장 흔하고 고통스러운 증상이다. 암에 의한 통증은 진행 정도와 암의 종류에 따라 다르며, 암의 진단 초기나 적극적인 항암치료를 받고 있는 경우는 30~50%, 진행성인 경우에는 약 60~70%, 말기인 경우는 80~90%정도가 통증으로 고통을 받는 것으로 알려져 있다(윤영호, 2001).

통증은 말기암 환자의 안위를 저해하며 우울, 무기력, 좌절감, 고립감 등의 부정적인 감정을 초래하고 집안일 수행, 일상생활, 여가생활, 수면, 식사 및 가족관계의 유지에 어려움을 주어 삶의 질을 크게 저하시키므로 적극적으로 조절되어야 한다.

그러나 통증관리의 현실을 살펴보면, 종합병원에 입원한 말기암 환자의 경우에서도 약 78%가 통증을 호소하고 있다(문유선, 이혜리와 염창환, 1996). 통증 이외에도 말기암 환자들에게 고통스러운 증상에는 복부팽만, 호흡곤란, 출혈 등이 있으며, 신체적 증상뿐 아니라 죽음으로 인한 두려움, 불안, 상실, 우울과 같은 문제가 발생하고 있다.

이원희(2000)의 연구에 의하면 말기암 환자들은 여러 형태의 불안 중 죽음에 대한 불안이 가장 높았으며 그 밖에 통증에 대한 불안, 불확실한 미래에 대한 불안, 가족에 대한 불안, 영적인 죄책감과 죄의 심판에 대한 불안이 있는 것으로 나타났다.

따라서 말기암 환자를 위한 간호는 수동적이면서 맹목적으로 삶의 연장만을 도와주는 것에 만족하지 않고 환자들이 질병에 대처해 가면서 신체적, 정신적, 사회적, 영적으로 최대수준의 기능을 발휘하고 남은 생애동안 질적인 삶을 살 수 있도록 해야 한다(유승연, 2001).

한편 유가족을 대상으로 한 조사에 의하면 의료기관의 문제점으로 '말기암 환자이기 때문에 의료진이 무관심하다'는 점, 가정에서는 환자를 돌볼 때의 문제점으로는 환자가 괴로워하는 것을 곁에서 지켜보아야 하는 심적 부담, 필요할 때 입원하기가 어려운 점, 환자를 집에 혼자 남겨 둘 수 없는 점, 가정에

서 의료진의 도움이 필요할 때 요청할 수 없는 점, 의료적 상담을 할 수 없는 점이 확인되었다. 따라서 말기암 환자에게 필요한 의료서비스 내용으로 24시간 전화상담, 현재 치료를 받고 있는 병원의 외래진료나 입원, 의사나 간호사의 가정방문(90%), 자원봉사자 방문(71.2%)을 원하였다(윤영호 등, 1998).

National Comprehensive Cancer Network(이하 NCCN이라 칭함, 2006)은 만족스런 완화케어는 적절한 통증과 증상 관리, 죽음의 연장을 피하며, 조절감을 증진시키며, 부담감을 경감하고, 관계를 강화·증진시켜서 품위 있는 죽음(Good death)을 가져오도록 하는 것이라고 하면서, 품위 있는 죽음은 '환자와 가족을 피할 수 있는 고통이나 괴로움으로부터 자유롭게 하며, 환자와 가족의 요구에 부합하고 임상적, 문화적 및 윤리적 표준에 일관성이 있는 것'이라고 했다.

2. 말기암 환자의 삶의 질

최근 의료계에는 만성질환자나 장애 집단이 증가하고 있는데 이들 집단은 완치가 치료의 목적이 되기보다는 제한된 범위 내에서 최대한 능력을 회복하도록 하는 것이 최선의 목적이다. 결국 의료분야에서 치료결과와 주요지표로서 임상적 상태뿐 아니라 심리사회적 차원에서의 만족감도 고려하게 되었으며, 이런 맥락에서 심리사회적 차원의 만족감은 삶의 질의 원래 의미인 주관적 안녕과 일맥상통하는 측면이 있기에, 삶의 질이란 개념이 치료결과와 지표로 자리매김하게 되었다(Padilla, & Grant, 1985).

특히 암 환자들에 있어서는 신체적 문제와 더불어 심리적 문제의 중요성이 강조되었다. 환자의 증상과 안녕감에 대한 환자의 지각이 질병상태를 보다 정확하게 반영할 뿐 아니라, 암 환자의 안정된 삶의 질이 암 환자의 생존에 대해서 매우 강한 예견적 가치를 가지므로(Ruckdeschel, & Piantadosi, 1994), 최근에는 환자에 대한 효과적 관리를 위해 환자 자신의 안녕감이나 삶의 질을 최대화시키기 위한 방법들을 포함해야 한다는 인식이 점차 증가되어 왔다.

삶의 질은 추상적인 용어로서, 신체적·정서적 일상 활동이나 대인관계 등 다차원적인 영역에 있어서 안녕상태를 주관적으로 평가하는 것으로서(Padilla 등, 1990), 학자나 연구자에 따라 다르게 정의되지만, 대부분의 학자들은 삶의 질을 '만족' 혹은 '행복'이라고 정의하였고, 임상환자를 대상으로 한 연구에서는 신체적 측면을 특히 강조하고 있다(Rhodes, & McDaniel, 2005).

그러나 말기암 환자인 경우는 '다차원적이고 총체적 접근'을

해야 하고 이러한 간호중재의 결과 역시 다차원적이고 총체적인 개념으로 측정되어야 간호중재에 지속적으로 반영되어 질 수 있다(윤경이, 1997).

삶의 질의 영역은 신체적·정서적 일상 활동이나 대인관계 등으로 구분하고 있으며, 구체적으로 신체적 영역은 치료와 관련되어 나타나는 피로, 오심, 통증과 관련된 신체적 증상이 존재하는 지를 보고, 사회적 영역은 개인의 친구나 가족과의 관계를 의미하며, 정서적 영역은 우울이나 불안과 같은 정신적 고통이 존재하는 지를 보고, 기능적 영역은 가정이나 직장에서 일상적인 활동에 대한 수행능력이 있는지를 평가해야 한다(Padilla 등, 1990).

이와 관련하여 현재 통용되고 있는 삶의 질을 측정하는 도구들은 Padilla 등(1990)의 Quality of life index, Aaronson 등(1993)의 EORTC QLQ-C30이 암환자를 대상으로 삶의 질을 측정하기 위해 개발되었으며, 이 도구들은 주로 신체적인 영역이 강조되어 있다.

Cohen, Mount, Strobel과 Bui(1995)의 McGill Quality of Life Questionnaire와 윤경이(1997)의 삶의 질 측정도구는 말기암 환자를 대상으로 '어떻게 생존할 것인가' 보다는 '어떻게 존재하고 어떻게 죽어갈 것인가' 라는 환자의 내면적인 갈등과 이로 인한 실존적인 문제 및 영적인 문제에 초점을 두었다. 특히 윤경이(1997)는 말기 암 환자의 삶의 질을 측정하는 형식에서 고려되어야 하는 점은 환자의 응답할 수 있는 능력에 관한 사항이라고 보았다.

삶의 질에 영향을 주는 요인들에 대한 문헌을 고찰해 보면 다음과 같다. Ballatori(2001)는 암 환자의 삶의 질은 질병의 진단이나 병기 치료방법에 따라 달라지는 것보다 개인의 특성에 따른 차이가 더 크다고 지적하였다.

그러나 장루보유자를 대상으로 한 김현주(2003)의 연구에서는 연령, 성별, 결혼상태, 종교, 교육수준 등의 개인적 특성과 질병의 병기가 삶의 질과 관련이 없으며 교육 및 상담프로그램의 참여는 긍정적으로, 장루보유와 수술한 경우는 삶의 질에 부정적으로 영향을 주는 것으로 나타났다.

윤충 등(2001)은 위암으로 근치적 절제술을 받은 환자 137명을 대상으로 삶의 질을 연구하였는데, 위암의 병기에 따라 조기위암과 진행 위암으로 구분하여 비교한 결과, 육체적 기능척도와 사회적 기능척도, 통증 항목에서 유의한 차이를 보여 위암의 병기가 삶의 질에 대한 평가에 영향을 주고 있다고 하였다. Padilla 등(1990)은 통증이 있는 41명의 암 환자를 대상으로 삶의 질을 연구한 결과, 건강하다는 느낌이 삶의 질에 주요 요인으로 확인되었다.

또한 가족 지지와 사회적 지지가 높을수록 삶의 질 정도가 높았으며(권영은, 2001), 추후관리 암 환자를 대상으로 한 연구에 의하면 희망이 삶의 질을 44% 설명하는 것으로 나타났다(김순미와 오복자, 1996).

이상의 문헌고찰에서 암 환자의 삶의 질에 영향을 주는 요인은 인구사회학적 변인보다는 환자가 느끼는 지각된 건강상태 즉 자가 간호역량, 자아존중감, 희망 등이 영향을 주는 변수이고, 상황적 요소로는 사회적 지지(가족 지지 포함), 질병관련 요인으로는 통증유무, 기능손상 정도, 암 재발 가능성, 질병 단계가 삶의 질에 영향을 준다고 볼 수 있다.

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 재가 말기암 환자의 일반적 특성, 신체기능, 통증, 증상경험과 삶의 질과의 관계를 규명하고, 각 측정변수가 삶의 질에 미치는 영향을 알아보기 위한 서술적 연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 2006년 2월부터 12월까지 서울에 소재하는 6개 종합병원에서 수술, 항암요법, 방사선치료 등을 시행했으나 환자의 담당의사가 더 이상 의료적 효과를 기대하기 어렵고 임종이 6개월 이내로 예견되어 가정간호로 의뢰한 말기암 환자와 그의 가족을 근접모집단으로 임의표집 하였으며, 구체적인 기준은 다음과 같다. 연구대상자는 Karnofsky 척도(0%는 죽은 것 같고, 100%는 완전히 활동적인 것을 의미함)가 70% 이하인 자로, 2주 이상 종양성 통증을 호소하였으며 2주 이상 가정간호서비스를 받은 18세 이상의 성인으로, 본 설문을 이해하고 응답할 수 있으며, 본 연구의 목적을 이해하고 참여하기를 동의한 말기 암 환자 72명을 연구대상으로 하였다.

3. 연구도구

1) 삶의 질 측정도구

말기암 환자의 삶의 질을 측정하기 위하여, 본 연구에서는 윤경이(1997)가 개발한 말기 암 환자의 삶의 질 측정 도구를 사용하였다. 삶의 질 측정도구는 신체증상 차원의 3문항, 심리적 차원의 5문항, 가족 사회 경제적 차원의 9문항, 영적 차

원의 6문항으로 구성된 23문항으로 각 문항은 0에서 10점으로 측정되며, 점수의 범위는 최저 0점에서 최고 230점으로 점수의 값이 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 개발 당시 본 도구의 내적신뢰도는 Cronbach's alpha .81이었고, 본 연구에서는 Cronbach's alpha .85이었다.

2) 통증 측정도구

말기암 환자의 통증정도를 측정하기 위하여, 본 연구에서는 미국통증학회(APS, 1995)가 환자의 통증관리결과를 평가하기 위해 개발한 환자결과설문지(Patient Outcome Questionnaire) 중, 24시간 동안 경험한 통증 중 '가장 심한 통증', '평균 통증', '가장 약한 통증'의 강도를 0점에서 10점으로 표현한 숫자통증 등급으로 측정된 점수를 사용하였다. 0점은 '통증이 없음'을 의미하며 10점은 '상상할 수 없을 정도의 심한 통증'으로, 점수의 값이 많을수록 통증정도가 심한 것을 의미한다.

3) 신체기능 측정도구

신체기능을 측정하기 위하여, 본 연구에서는 Aaronson 등(1993)이 개발한 암 환자의 삶의 질 측정도구를 Yun 등(2005)이 번역, 역번역을 거쳐 만든 한국판 EORTC QLQ-C30 중 신체기능척도 5문항을 사용하였다. 본 도구는 힘든 일을 할 때, 먼 길을 걸을 때, 가벼운 외출 시의 어려움 정도, 하루 중 눕거나 앉아서 보내는 정도, 세면, 용변, 착의 시 다른 사람의 도움이 필요한 정도를 1~4점으로 측정하였다. 점수의 범위는 최저 5점에서 최고 20점으로 점수의 값이 높을수록 신체기능정도가 낮음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도인 Cronbach's alpha .80이었다.

4) 증상경험 측정도구

말기암 환자의 증상경험 정도를 측정하기 위하여, 본 연구에서는 Aaronson 등(1993)이 개발한 암 환자의 삶의 질 측정도구를 Yun 등(2005)이 번역, 역번역을 거쳐 만든 한국판 EORTC QLQ-C30 중 9항목의 증상척도 12문항 중에서 경제적인 항목에 해당하는 1문항을 제외한 8항목의 증상과 관련된 11문항을 사용하였다. 구체적으로는 말기암 환자의 대표적인 증상인 호흡곤란, 통증, 휴식, 수면, 무기력, 식욕, 오심, 구토, 변비, 설사, 피로를 평가하는 11문항으로 구성되었다. 각 문항은 '전혀 아니다(1점)'에서 '매우 그렇다(4점)'까지 4점 척도로 측정하였다. 가능한 점수의 범위는 최저 11점에서 최고 44점으로 점수의 값이 많을수록 증상경험 정도 즉 불편정도가 심한 것을 의미한다. 본 연구에서는 Cronbach's

alpha .72이었다.

4. 자료수집방법 및 절차

연구 대상 병원의 부서장에게 연구의 목적과 방법을 설명하여 자료수집에 대한 동의를 받은 후, 2006년 2월부터 12월 까지 10개월간 가정간호서비스를 받는 말기 암 환자 중 선정 기준에 부합되는 대상자를 만나서 연구의 목적과 방법을 설명하고 연구 참여에 대해 서면동의를 구한 후 자료를 수집하였다.

자료수집은 자료수집에 대해 훈련을 받은 가정전문간호사가 설문지 내용을 설명한 후 대상자가 직접 응답하는 방법으로 이루어졌으며 환자가 직접 응답할 수 없는 경우는 주보호자의 도움을 받아 가정전문간호사가 기록하였다. 설문지는 124부를 배부하였고 응답이 불완전한 설문지 52부를 제외한 총 72부(회수율 58%)를 본 연구의 자료로 활용하였다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS PC 통계프로그램을 이용하여 분석하였으며, 연구대상자의 일반적 특성과 통증, 신체기능, 증상경험 및 삶의 질 정도는 서술적 통계방법으로 분석하였다. 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도는 one-way ANOVA로, 통증, 신체기능 및 증상경험과 삶의 질의 상관성은 Pearson's Correlation Coefficient로, 대상자의 삶의 질을 설명하는 가장 주된 요인은 Stepwise multiple regression으로 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성과 이에 따른 삶의 질

1) 인구사회학적 특성과 이에 따른 삶의 질

연구대상자는 남성이 43명(59.7%)이며 여성은 29명(40.3%)으로 나타났다. 연령은 70세 이상이 35명(48.6%), 결혼상태는 기혼이 56명(77.8%), 교육정도는 대졸 이상이 20명(27.8%)이었으며 경제상태는 '중' 정도가 31명(43.1%), 종교는 '무'라고 응답한 사람이 23명(31.9%)이었다. 주보호자는 배우자가 35명(48.6%)으로 가장 많았으며 가족대처 정도는 '중' 이라고 응답한 경우가 27명(37.5%), 호스피스에 대해서는 인지하지 못하

고 있는 경우가 43명(59.7%)으로 높았으며 직업이 없는 사람이 64명(88.9%)으로 나타났다(표 1).

인구학적 특성에 따라 삶의 질의 차이를 분석한 결과 성별, 연령, 결혼상태, 교육정도, 경제상태, 종교, 주보호자, 호스피스 인지여부에 따른 삶의 질의 차이는 없는 것으로 나타났다. 가족대처 정도를 '상'(5점), '중상'(4점), '중'(3점), '중하'(2점),

'하'(1점)의 5점 척도로 측정하여 집단 간의 삶의 질의 차이를 분석한 결과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데($F=3.636, p=.017$), 가족대처가 좋을 경우 삶의 질이 높았다.

〈표 1〉 대상자의 인구사회학적 특성

(n=72)

특 성	범 주	n(%)	삶의 질		
			M(SD)	t/F	p
성 별	남 자	43(59.7)	99.9(28.7)	.223	.638
	여 자	29(40.3)	96.7(26.1)		
연 령	49세 이하	8(11.1)	105.2(18.9)	.507	.679
	50~59세	5(6.9)	88.9(22.4)		
	60~69세	24(33.3)	95.6(30.1)		
	70세 이상	35(48.6)	100.6(27.5)		
결혼상태	미 혼	1(1.4)	114.7(00.0)	.266	.767
	기 혼	56(77.8)	99.2(27.2)		
	사 별	15(20.8)	98.6(27.5)		
교육정도	초졸 이하	19(26.4)	104.2(27.6)	1.118	.348
	중 졸	18(25.0)	95.8(21.1)		
	고 졸	15(20.8)	89.0(26.7)		
	대졸 이상	20(27.8)	103.1(32.5)		
직업여부	무	64(88.9)	97.7(27.6)	.606	.439
	유	8(11.1)	105.8(27.7)		
경제상태	상	10(13.9)	95.9(37.2)	.489	.344
	중 상	19(26.4)	101.9(35.2)		
	중	31(43.1)	100.1(19.4)		
	중 하	8(11.1)	84.2(22.5)		
	하	4(5.6)	107.2(25.7)		
종 교	무	23(31.9)	102.9(27.1)	.359	.783
	기 독 교	22(30.6)	94.3(33.2)		
	천 주 교	9(12.5)	98.9(25.3)		
	불 교	18(25.0)	98.4(22.4)		
주 보호자 관계	배 우 자	35(48.6)	103.9(27.8)	.980	.408
	자녀/머느리	29(40.3)	92.1(28.1)		
	부모형제	3(4.2)	100.7(29.1)		
	기 타	5(6.9)	98.1(27.5)		
가족대처 정도	상	14(19.4)	113.5(32.8)	3.636	.017*
	중 상	22(30.6)	100.6(22.8)		
	중	27(37.5)	96.4(26.6)		
	중 하	9(12.5)	77.2(19.5)		
호스피스 인지여부	무	43(59.7)	96.1(28.8)	.912	.343
	유	29(40.3)	102.4(25.6)		

* $p < .05$

2) 질병관련 특성과 이에 따른 삶의 질

본 연구대상자의 진단명은 소화기계암이 31명(43.1%)으로 가장 많았으며 중앙 치료경험에 있어서는 한 종류 이상의 치료를 받은 사람이 34명(47.2%)으로 가장 많았으며 자신이 말기상태에 있는지 인지하고 있는 경우는 56명(77.8%)이었다. 구강섭취 정도는 부분가능이 39명(54.2%)이었으며 체내장치는 가지고 있지 않은 경우가 50명(69.4%)이었고, 경험하고 있는 증상이 10종 이상인 경우가 52명(72.2%)으로 나타났다(표 2).

질병관련 특성에 따른 삶의 질의 차이는 진단명, 치료경험 여부, 말기상태 인지여부, 구강섭취정도, 증상경험 종류 모두 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 이 중

체내장치 여부는 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 체내장치가 없는 경우에 삶의 질이 높은 경향을 보였다(F=3.836, p=.054).

2. 통증, 신체기능, 증상경험 및 삶의 질 정도

대상자의 통증, 신체기능, 증상경험 및 삶의 질 정도는 <표 3>과 같다. 구체적으로 통증은 지난 24시간 중 경험한 통증 중 가장 심한 통증은 10점 만점에 5.9±2.7, 평균 통증 4.1±2.3, 약한 통증 2.6±2.3으로 나타났으며, 신체기능 정도는 16.8±3.1, 증상경험 정도는 29.2±5.4, 삶의 질은 98.6±27.5로 나타났다.

<표 2> 대상자의 질병관련 특성

(n=72)

특성	구분	n(%)	삶의 질		
			Mean(SD)	t/F	p
진단명	소화기계암	31(43.1)	98.4(23.9)	1.89	.139
	폐암	18(25.0)	102.2(25.4)		
	간담도췌장암	16(22.2)	104.6(32.3)		
	기타	7(9.7)	76.8(31.6)		
치료경험 여부	무	8(11.1)	108.2(23.1)	1.166	.329
	1 종류	34(47.2)	100.6(27.3)		
	2 종류	27(37.5)	95.8(28.8)		
	3 종류	3(4.2)	76.0(26.5)		
말기상태 인지여부	유	56(77.8)	99.4(26.5)	.104	.902
	불분명	13(18.1)	95.9(34.9)		
	무	3(4.2)	95.4(16.9)		
구강섭취 정도	가능	30(41.7)	98.3(27.3)	.548	.581
	부분가능	39(54.2)	97.6(27.7)		
	불가능	3(4.2)	114.9(32.4)		
체내장치 여부	무	50(69.4)	102.8(26.8)	3.836	.054
	유	22(30.6)	89.2(27.4)		
증상경험 종류	0~4 종	4(5.6)	101.9(22.7)	2.18	.121
	5~9 종	16(22.2)	110.7(24.1)		
	10 종이상	52(72.2)	94.7(28.1)		

<표 3> 대상자의 통증, 증상경험, 신체기능 및 삶의 질 정도

(n=72)

구분	평균(표준편차)	범위	상대값/10	최소값	최대값	
통증	가장 심한 통증	5.9(2.7)	0-10	0	10	
	평균통증	4.1(2.3)	0-10	0	9	
	가장 약한 통증	2.6(2.3)	0-10	0	9	
신체기능정도	16.8(3.1)	5-20		9	20	
증상경험정도	29.2(5.4)	11-44		19	42	
삶의 질		98.6(27.5)	0-230	4.29	37	153
	신체적	8.7(4.8)	0-30	2.90	1	19
	심리적	19.2(8.9)	0-50	3.84	1	45
	가족사회경제적	41.5(12.2)	0-90	4.61	21	76
	영적	23.6(10.5)	0-60	3.93	1	45

3. 통증, 신체기능, 증상경험과 삶의 질과의 관계

말기암 환자의 통증, 신체기능, 증상경험과 삶의 질과의 관계를 알아보기 위하여 상관관계로 분석한 결과는 <표 4>와 같다. 삶의 질은 가장 심한 통증($r=-.276, p=.019$), 평균 통증($r=-.326, p=.005$), 가장 약한 통증($r=-.423, p=.000$), 신체기능($r=-.318, p=.006$), 증상경험($r=-.344, p=.003$) 모두와 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 이들 모두 중간 정도의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

<표 4> 대상자의 통증, 신체기능 및 증상경험과 삶의 질과 관계

(n=72)					
구분	가장 심한 통증	평균 통증	가장 약한 통증	신체기능	증상경험
가장 심한 통증					
평균 통증	.789 (.000)				
가장 약한 통증	.496 (.000)	.812 (.000)			
신체기능	.180 (.130)	.154 (.195)	.168 (.158)		
증상경험	.371 (.001)	.472 (.000)	.402 (.000)	.444 (.000)	
삶의 질	-.276 (.019)	-.326 (.005)	-.423 (.000)	-.318 (.006)	-.344 (.003)

4. 삶의 질의 영향요인

주요 변수가 재가 말기 암 환자의 삶의 질에 미치는 영향을 알아보기 위해 삶의 질을 종속변수로 두고, 일반적 특성 중 유의했던 가족대처와 통증, 신체기능, 증상경험을 독립변수로 하여 단계적 다중회귀분석을 실시한 결과<표 5>, 가장 약한 통증, 신체기능 및 가족대처가 말기 암 환자의 삶의 질을 26.7% 설명하는 것으로 나타났다.

<표 5> 삶의 질 영향요인

(n=72)				
변수	Beta	SE	t	p
약한 통증	-3.708	1.316	-2.817	.005
신체기능	-2.443	.929	-2.629	.011
가족대처	7.012	3.003	2.335	.023
(constant)	124.254	18.867		
Adjust R ²	.267			

V. 논 의

서울시내 6개 종합병원 가정간호부서에 등록된 72명의 재가 말기암 환자를 대상으로 삶의 질에 영향을 주는 변수를 조사한 결과 다음과 같은 사항이 확인되었다.

우선 본 연구에서 말기암 환자의 삶의 질의 총 점수는 100점 만점에 42.9점(총점 230점 중 98.6점)이며, 신체증상 영역은 29점, 심리적 영역은 38.4점, 가족사회경제적 영역은 46.1점 그리고 영적 영역은 39.3점으로 보통 이하의 점수를 보여주고 있는데, 이는 본 도구와 동일한 도구를 사용한 황문숙(2006)의 가정간호등록시점의 삶의 질 점수인 45.5점과 유사하였고, 시설이나 병원에 입원한 말기암 환자를 대상으로 연구한 유승연(2001)의 연구에서의 62.6점보다 낮았다. 또한 사용한 삶의 질 도구가 달라 직접 비교가 어려운 다른 연구에서의 결과를 100점 만점으로 환산하여 비교했을 때, 외래에서 화학요법을 받거나 완화적 치료를 받고 있는 암 환자를 대상으로 한 김현주(2003)의 연구는 57점, 가정형 호스피스에 등록되어 첫 방문 시 말기암 환자를 대상으로 한 선정주(2003)의 연구의 57.6점과 비교해 보면, 본 연구에서의 대상자의 삶의 질은 매우 낮았다. 이것은 가정간호가 입원대체서비스의 기능을 하는 의료전달시스템으로서 본 연구대상자 대부분은 신체기능이 매우 취약하며 통증이 심한 말기암 환자이기 때문인 것으로 추정되는데 이를 확실히 하기 위해서는 유사한 조건에서 가정간호 수진자를 대상으로 반복연구가 이루어질 필요가 있다.

특히 가정간호에 등록된 말기암 환자의 경우 대부분 상태악화로 인한 입원 및 사망 혹은 기력소진으로 대화가 불가능하여 설문지 회수율이 58%로 자료수집에 어려움이 많았음이 선정주(2003)의 연구와 유사했다. 더 이상의 적극적인 항암치료를 중단한 가정간호기반 말기암 환자들은 대부분 기력이 소진된 죽음을 앞둔 상태이다. 이런 시점에 적합한 삶의 질 도구가 개발될 필요가 있으며, 도구개발에는 인생의 종말에 대한 독특한 요구가 반영되어야 하겠다.

인구사회학적 특성에 따른 삶의 질의 차이를 분석한 결과 가족대처 정도를 제외한 성별, 연령, 결혼상태, 교육, 직업여부, 경제상태, 종교 및 주보호자와 관계 및 호스피스 인지여부에서 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났는데 이는 성별, 연령, 종교, 결혼상태, 생활수준, 치료기간, 간병인의 형태 등이 삶의 질에 영향을 주는 변수가 아닌 것으로 보고한 고영란(2002)의 연구 결과와 일치한다. 통상적으로 인구사회학적 특성은 삶의 질에 다양하게 영향을 주는 것으로 알려져 있으나 죽음을 앞둔 말기 암 환자에 있어서는 삶의 질에 있어 각 개인이 가진 일반적인 조건이나 배경은 큰 의미가 없으며 오히려

죽음을 앞두고 극도의 불안과 두려움과 공포를 경험하는 최악의 정서상태에서는 이들을 돌보아 주는 지원 체계가 삶의 질에 긍정적으로 영향을 주는 것으로 보인다. 본 연구에서는 가족대처가 좋을수록 말기암 환자의 삶의 질에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 재가 말기암 환자의 경우 집에서 가족과 함께 지내는 것이 심리적으로나 사회적으로 가족의 지지를 충분히 받을 수 있어서 환자에게 이익이 될 수는 있다고 한다(권영은, 2001; Woods, Yates, & Primomo, 1989). 따라서 말기암 환자가 본인의 가정에서 가족으로부터 편안하게 말기케어를 잘 받을 수 있도록 하는 재가호스피스나 완화케어 프로그램이 적극적으로 개발되어 운용될 필요가 있겠다.

일반적 특성 중 질병관련 특성에 따른 삶의 질에 대한 차이를 분석한 결과 진단명, 치료경험 여부, 말기상태 인지여부, 구강섭취정도, 체내장치여부, 증상경험에서 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 통계적으로 유의한 차이는 없었지만 체내장치가 있는 말기암 환자의 삶의 질이 낮은 경향을 보이는 것으로 나타났는데 이것은 김현주(2003)의 연구에서 장루를 보유한 환자가 삶의 질에 부정적으로 영향을 준다는 내용과 결과를 같이 한다. 체내장치의 보유는 부과되는 별도의 의료적 케어와 이로 인한 동선 및 신체자유의 제한이 대상자의 삶의 질을 저하시키는 것으로 생각되며, 따라서 말기암 환자에게 체내장치를 설치할 경우에는 본인의 시술에 대한 희망여부, 여명기간 및 삶의 질을 고려하는 사전검토가 적극적으로 필요함을 제언한다. 또한 통계적으로 유의한 차이는 없었지만, 치료경험 횟수가 적은 집단에서 삶의 질이 높은 것으로 나타났는데 이 결과는 김현주(2003)의 결과와 맥을 같이 하는 것으로 보인다. 본 연구에서 의미있는 변수로 도출되지 않은 것은 본 연구대상자가 김현주(2003)의 대상자보다 환자의 상태가 위중하여 이런 변수에 대한 영향력이 희석된 것으로 사료된다.

마지막으로 삶의 질과 통증, 신체기능 및 증상경험과의 상관관계를 살펴 보면, 통증, 신체기능 및 증상경험이 모두 부적 상관관계가 있었으며, 이 결과는 Morris 등(1986)의 통증과 삶의 질 간에는 유의한 상관관계가 있다고 보고한 결과나, 윤충등(2001)은 기능손상정도가 많을수록 삶의 질이 낮은 것으로 보고한 결과와 일치하는 것으로, 통증 등을 포함한 증상경험과 신체기능 저하는 삶의 질에 부정적인 영향을 준다. 특히 가장 약한 통증이 삶의 질에 부정적인 영향을 주는 강력변수로 확인되었는데, 이것은 가장 심한 통증은 주로 돌발성 통증으로 간헐적이며 일시적인 통증을 의미하나 약한 통증은 통증의 하한선을 의미하므로 지속적인 반복적인 통증을 의미한다. 따라서 환자의 통증을 관리할 때는 돌발성 통증과 평균 통증뿐 아니라 가장 약한 통증 즉, 상시 존재하는 통증에 관

심을 가지고 이를 관리하는 적극적인 중재가 제공되어야 할 것이다. 또한 증상완화에 대한 가족의 지식결핍과 두려움은 환자와 가족 모두를 절망감과 무력감에 빠지게 하여 환자와 가족을 고통스럽게 한다(Woods, Yates, & Primomo, 1989).

따라서 환자와 가족에게 증상경험에 대한 교육을 제공하여 대처방법을 교육하고 자가간호 행위를 증진시킴으로써 환자의 투병과정을 쉽게 만들어 주는 것이 매우 중요하다(Rhodes, & McDaniel, 2005). 그리고 통계적으로 유의한 결과가 도출된 또 다른 이유는 삶의 질을 구성하는 도구의 내용과도 관련성이 있다. 즉 암 환자를 대상으로 하는 삶의 질 측정도구는 신체적 영역이 포함된 도구로서 신체적 영역은 주로 환자의 불편감을 그 내용으로 하고 있기 때문이다.

또한 삶의 질이 가장 심한 통증($r=-.276, p=.019$), 평균 통증($r=-.326, p=.005$), 가장 약한 통증($r=-.423, p=.000$), 신체기능($r=-.318, p=.006$), 증상경험($r=-.344, p=.003$)과 상관성은 있는 것으로 나타났다. 호스피스케어의 기본원칙은 치유목적이 아닌 통증 및 증상 조절로 남은 삶의 질을 향상시키는 것이 중점이 되어야 하므로 통증 등 증상경험을 적극적으로 감소시키는 간호중재가 필요하다. 또한 말기암 환자들은 상태가 악화됨에 따라 신체기능이 극도로 저하된다. 그렇지만 마지막 순간까지도 신체기능을 잘 보존시키거나 저하를 방지하는 간호중재를 통해 대상자가 자아존중감을 가질 수 있도록 하는 전략이 필요하다. 그렇지만 삶의 질과 통증, 증상경험 및 신체기능의 상관성은 그렇게 높지 않았다. 이것은 죽음을 앞둔 재가 말기암 환자의 삶의 질의 영향요인에 신체적인 요소인 통증, 신체기능 및 증상경험 외에도 심리적 혹은 영적 요인 등 다른 요소가 내포되어 있음을 유추할 수 있으며, 또한 죽음을 앞둔 극도의 불안과 두려움 그리고 삶에 대한 회한 등으로 구성된 최악의 정서상태가 개입된 결과라고 생각된다.

본 연구결과를 통해 볼 때 재가 말기암 환자의 삶의 질 향상을 위해서는 통증, 신체기능 및 증상경험을 조절하는 간호중재를 제공하는 것이 필요하다. 여기서 고려되어야 할 점은 통증, 신체기능 및 증상경험을 조절하기 위해서는 먼저 말기암 환자에 대한 충분한 이해를 토대로 말기암 환자의 통증과 신체기능 및 증상조절이 어떠한 요인들과 관련이 있는지를 파악하는 것이 우선되어야 한다. 또한 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 확인된 가족대처에 중점을 두어 긍정적인 가족대처가 이루어질 수 있도록 간호중재 방안이 같이 모색되어야 할 것이다. 또한 말기암 환자가 가정에서 양질의 안전한 서비스를 받기 위해서는 지역사회 자원을 생성하는 것과 이를 활용할 수 있도록 지지, 정보체계가 있어야 하며, 이를 위한 정책적인 배려가 필요하다고 본다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 말기암 환자가 경험하는 통증, 신체기능, 증상경험 및 삶의 질 정도를 확인하고 각 측정변수가 삶의 질에 미치는 영향을 알아보기 위한 서술적 연구이다.

자료수집은 2006년 2월부터 12월까지 서울에 소재하는 6개 종합병원 가정간호부서에 등록하여 2주 이상 가정간호서비스를 받은 환자 중 수술, 항암요법, 방사선치료 등을 시행했으나 담당 의사가 판단하기에 더 이상 의료적 효과를 기대하기 어렵고 임종이 6개월 이내로 예견되는 말기암 환자와 그의 가족을 근접모집단으로 72명을 임의표집 하였다.

연구도구는 삶의 질은 윤경이(1997)가 개발한 말기 암 환자의 삶의 질 측정 도구로, 통증정도는 미국통증학회(APS, 1995)에서 제시한 24시간 동안 경험한 통증 중 '가장 심한 통증', '평균 통증', '가장 약한 통증'의 강도를 0점에서 10점으로 표현한 숫자통증등급으로, 신체기능과 증상경험은 Aaronson 등(1993)이 개발한 암 환자의 삶의 질 측정도구를 Yun 등(2005)이 번안한 한국판 EORTC QLQ-C30 중 신체기능척도 5문항과 증상척도 12문항에서 경제적인 내용인 1문항을 제외한 11문항을 사용하였다.

수집된 자료는 SPSS PC win 14 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 분석방법은 서술적 통계, one way ANOVA, Pearson's Correlation Coefficient, Stepwise multiple regression으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 삶의 질은 성별, 연령, 결혼상태, 교육정도, 경제상태, 종교, 주보호자, 진단명, 치료경험 여부, 말기상태 인지여부, 구강섭취 정도, 증상경험 종류, 완화케어 교육여부 모든 항목에서 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 가족대처가 양호할수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났으며($F=3.636, p=.017$), 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 체내장치가 없는 경우에 삶의 질이 높았다($F=3.836, p=.054$).
- 대상자의 통증은 가장 심한 통증 5.9 ± 2.7 , 평균 통증 4.1 ± 2.3 , 가장 약한 통증 2.6 ± 2.3 으로 나타났으며, 신체기능 정도는 16.8 ± 3.1 , 증상경험 정도는 29.2 ± 5.4 , 삶의 질은 98.6 ± 27.5 로 나타났다.
- 재가 말기암 환자의 통증, 신체기능, 증상경험과 삶의 질과의 관계는 가장 심한 통증($r=-.276, p=.019$), 평균 통증($r=-.326, p=.005$), 가장 약한 통증($r=-.423, p=.000$), 신체기능($r=-.318, p=.006$), 증상경험($r=-.344, p=.003$) 모두 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

- 재가 말기암 환자의 삶의 질에 영향을 주는 요인은 약한 통증, 신체기능 및 가족대처로 나타났으며, 이 변수들이 삶의 질을 26.7% 설명하는 것으로 나타났다.

본 연구를 통해 재가 말기암 환자의 삶의 질에 영향을 주는 변수는 지난 24시간 중 경험한 통증 중에서 가장 약한 통증, 신체기능 및 가족대처로 확인되었다. 따라서 재가 말기암 환자의 삶의 질 향상을 위해서는 적극적인 통증관리가 필요하며 그 중에서도 가장 약한 통증은 개인의 상시 통증에 해당하므로 비중있게 관리가 되어야 하겠다. 그리고 재가 말기암 환자들은 상태가 악화됨에 따라 신체기능이 저하되지만 마지막 순간까지 신체기능의 저하를 감소시키는 중재전략이 필요하며, 가족대처 또한 재가 말기암 환자들의 삶의 질에 영향을 주는 변수이므로 가족들이 환자케어를 잘 할 수 있도록 교육, 상담하고 지지하는 간호중재가 필요함을 알 수 있다.

이상의 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 가정간호기반 말기암 환자의 삶의 질을 높이기 위해서는 통증을 감소시키고 신체기능의 저하를 방지하는 간호중재를 개발하고 그 효과를 검증하는 연구가 필요하다. 둘째, 암 환자의 삶의 질에 대한 포괄적인 이해를 위해 가정간호에 등록된 말기암 환자를 대상으로 반복연구는 물론, 다양한 병기와 환자상태, 치료방법, 장소 등 다양한 상황에 따라 대상자의 삶의 질을 비교 고찰하는 연구가 필요하다고 본다.

참고문헌

- 고영란(2002). 말기암 환자의 삶의 질에 호스피스케어가 미치는 영향에 관한 연구. 경기대학교 석사학위논문, 수원.
- 권영은(2001). 암 환자의 가족지지와 삶의 질과의 관계 연구. 간호발전연구소지, 6(1), 1-9.
- 김순미, 오복자(1996). 추후 관리 암 환자의 희망, 건강증진행위 및 삶의 질과의 관계연구. 성인간호학회지, 8(1), 169-179.
- 김현주(2003) 재가암 환자의 교육 및 상담 프로그램의 참여가 삶의 질에 미치는 영향. 서울대학교 석사학위논문, 서울.
- 김화순(2003). 말기암 환자의 삶의 질 변화과정에 관한 연구. 가톨릭대학교 석사학위논문, 서울.
- 문유선, 이혜리, 염창환(1996). 말기암으로 입원한 환자에서 진통제 사용의 실태. 가정의학회지, 17(9), 827-833.
- 보건복지부(2006). 재가암 환자 관리사업 안내.
- 선정주(2003). 가정호스피스 간호제공이 말기 암 환자의 통증과 삶의 질 변화. 전남대학교 석사학위논문, 광주.

- 신성식(2005). 암환자 '완치' 크게 늘었다. *중앙일보*, 4월 7일, 1면.
- 유승연(2001). *호스피스 간호가 말기 암 환자의 삶의 질에 미치는 영향*. 연세대학교 석사학위논문, 서울.
- 윤경이(1997). *말기암 환자의 삶의 질 측정도구 개발*. 연세대학교 박사학위논문, 서울.
- 윤영호(2001). 일차 진료에서 암환자의 통증관리. *가정의학회지*, 22(1), 29-38.
- 윤영호, 허대석, 전효이, 유태우, 김유영, 허봉렬(1998). 말기암 환자들의 의료이용 형태. *가정의학회지*, 19(6), 445-451.
- 윤충, 주홍재, 신영도, 이형민 (2001). 위암환자의 근치적 수술 후 삶의 질에 관한 연구. *대한외과학회지*, 60(4), 405-412.
- 이원희 (2000). 말기 암 환자의 총체적 고통. *한국호스피스 완화의료학회지*, 3(1), 60-73.
- 통계청 (2005). *사망원인 통계연보*.
- 황나미, 조재국, 장인순, 김의숙, 김조자, 양봉민 등(1999). *병원 중심 가정간호사업 모형개발 및 제도화 방안*. 한국보건사회연구원.
- 황문숙(2006). *가정간호기반 완화케어프로그램 개발 및 효과*. 고려대학교 박사학위논문, 서울.
- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez N. J., et al. (1993). The european organization for research and treatment of cancer QLQ-C30 : a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of National Cancer Institute*. 85(5), 365-376.
- American Pain Society(1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *Journal of American Medical Association*, 274(23), 1874-1880.
- Ballatori, E.(2001). Unsolved problems in evaluating the quality of life of cancer patients. *Annals in Oncology*, 12(Suppl 3), S11-3.
- Charles, A. C. (1993). Death in modern society. In Doyle, D., Geoffery , W.C., Hanks, & Macdonald, N.(Ed.). *Oxford textbook of palliative medicine* (3rd ed.) (pp.28-36). Oxford : Oxford university press.
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Strobel, M. G., & Bui, F. (1995). The McGill Quality of Life Questionnaire : a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine*, 9(3), 207-219.
- Morris, J. N., Suissa, S., Sherwood, S., Wright, S. M., & Greer, D. (1986). Last days : a study of the quality life of terminally ill cancer patients . *Journal of Chronic Disease*, 39(1), 47-62.
- National Comprehensive Cancer Network(2008. 8). Retrieved October, 2006, from <http://www.nccn.org/about/news/newsinfo.asp?NewsID=40>.
- Padilla, G. V., Ferrell, B., Grant, M. M., & Rhiner, M. (1990). Defining the content domain of quality of life for cancer patients with pain. *Cancer Nursing*, 13(2), 108-115.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 45-60.
- Rhodes, V. A., & McDaniel, R. W.(2005), The symptom experience and its impact in quality of life. In Yabro, C. H., Frogge, M. H., Goodman, M.(Ed.), *Cancer Symptom Management* (3rd ed.) (pp.3-9). Boston: Jones & Barlett.
- Rhodes, V. A., & Watson, P. M. (1987). Symptom distress- the concept : past and present. *Seminars in Oncology Nursing*, 3(4), 242-247.
- Ruckdeschel, J. C., & Piantadosi, S. (1994). Quality of life in lung cancer surgical adjuvant trials. *Chest*, 106(6 suppl), 324-328.
- Woods, N. F., Yates, B. C., & Primomo, J. (1989). Supporting families during chronic illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 21(1), 46-50.
- Yun, Y. H., Park, Y. S., Lee, E. S., Bang, S. M., Heo, D. S., Park, S. Y., et al. (2005). Validation of the Korean version of the EORTC QLQ-C30. *국립암센터 연구논문집*, 60-65.

Quality of Life of the Terminal Cancer Patients Receiving Home Care Nursing

Kwon, In Gak¹⁾ · Hwang, Moon Sook²⁾ · Kwon, Kyung Min³⁾

1) Associate Professor, Department of Clinical Nursing Science, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine

2) Clinical Professor, Graduate School of Clinical Nursing Science, Sungkyunkwan University

3) Home Care Nurse Specialist, Samsung Medical Center

Purpose: The purpose of this study was to investigate the level of QoL of the terminal cancer patients at home and to identify any influencing factors on QoL. **Method:** Subjects of this study consisted of 72 terminal cancer patients who were receiving home care nursing for more than 2 weeks in 6 general hospitals. Data were collected by a self-reporting questionnaire on QoL, pain, physical functioning, and symptom experience from Feb, 2006 to Dec, 2006. Data were analyzed by t-test, one way ANOVA, Pearson correlation coefficients, and multiple regression using SPSS Win 14.0. **Results:** Mean score of QoL was 98.6(230 in total). Except the level of family coping, general characteristics and disease related variables did not show significant difference in QoL. QoL was higher in the family with better coping, and QoL showed negative correlation with three types of pain, physical functioning, and symptom experiences. Least pain, physical functioning, and level of family coping explained QoL up to 26.7%. **Conclusion:** The QoL was closely related with pain, physical functioning, symptom experience, and family coping. And the least pain, physical functioning and level of family coping were important factors influencing on QoL of terminal cancer patients. However, some other variables influencing the QoL need to be investigated in the future.

Key words: Home care nursing, Terminal cancer, Quality of life

Corresponding author: Hwang, Moon Sook

Graduate School of Clinical Nursing Science, Sungkyunkwan University

50, Irwondong, Gangnamgu, Seoul 135-710, Korea

Tel: 82-2-3410-6430, E-mail: msyellow45@hanmail.net