

부인암 생존자의 심리적 디스트레스와 성역할태도, 가사분담이 삶의 질에 미치는 영향

김건희¹ · 김문정²

동남권원자력의학원 간호사¹, 부경대학교 간호학과 부교수²

Impacts of Psychological Distress, Gender Role Attitude, and Housekeeping Sharing on Quality of Life of Gynecologic Cancer Survivors

Kim, Gunhee¹ · Kim, Moonjeong²

¹Nurse, Dongnam Institute of Radiological · Medical Sciences, Busan

²Associate Professor, Department of Nursing, Pukyong National University, Busan, Korea

Purpose: To determine impacts of psychological distress, gender role attitude, and housekeeping sharing on quality of life of gynecologic cancer survivors. **Methods:** Subjects completed questionnaires consisting of four measurements: FACT-G (ver. 4) for quality of life, anxiety and depression from SCL-90-R for psychological distress, gender role attitude, and housekeeping sharing. A total of 158 completed data sets were analyzed by descriptive statistics, independent t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis using SPSS 21.0 program. **Results:** Quality of life was significantly and negatively correlated with psychological distress ($r=-0.64$, $p<.001$), but not with gender role attitude ($r=-0.14$, $p=.820$) or housekeeping sharing ($r=0.08$, $p=.350$). Psychological distress was significantly and positively correlated with gender role attitude ($r=0.25$, $p<.010$). Factors that significantly impacted quality of life were type of cancer ($t=2.27$, $p=.025$), number of treatment methods ($t=2.58$, $p=.011$), education level ($t=3.33$, $p<.001$), and psychological distress ($t=-9.96$, $p<.001$). **Conclusion:** Nursing interventions that can relieve psychological distress need to be developed for gynecologic cancer survivors. Nurses need to put priority on ovarian cancer survivors who have low education level with multiple treatment methods when performing nursing interventions to improve the quality of life of gynecologic cancer survivors.

Key Words: Cancer survivors, Stress, Housekeeping, Quality of life

서 론

1. 연구의 필요성

2015년 한국 여성 십만 명당 부인암 발생자 수는 자궁경부암

3,582명, 난소암 2,443명이었으며, 여성의 전체 암종 가운데 발 생률 7위와 10위를 각각 차지하고 있다[1]. 2011~2015년 사이 5년 상대생존율은 자궁경부암 79.9%, 난소암 64.1%로 많은 부 인암 환자가 진단 후 5년 이상 생존하고 있으며, 특히 원발 부위 에 국한된 암인 경우 자궁경부암 92.6%, 난소암 92.7%로 생존

주요어: 암 생존자, 스트레스, 가사, 삶의 질

Corresponding author: Kim, Moonjeong

Department of Nursing, Pukyong National University, 45 Yongsoro, Nam-gu, Busan 48513, Korea.

Tel: +82-51-629-5787, Fax: +82-51-629-5789, E-mail: mgy7955@pknu.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 김건희의 석사학위논문의 축약본임.

- This article is a condensed form of the first author's master's thesis from Pukyong National University.

Received: Jul 26, 2018 / Revised: Aug 19, 2018 / Accepted: Aug 29, 2018

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

율이 더 높았다[1]. 암 생존율이 크게 증가하면서 치료뿐 아니라 치료 후의 삶의 질의 중요성이 커지게 되었다.

암 환자의 삶의 질은 신체적 안녕, 심리적 안녕, 사회적 안녕 및 영적 안녕으로 개념화되고, 총체적인 삶의 질은 이 네 가지 영역 모두를 포함하며 개인적 안녕감에 초점을 두고 있다[2]. 부인암 생존자의 경우 암 치료의 장기화, 치료에 따른 부작용, 재발에 대한 불안감, 피로, 성적인 문제, 직업 등의 다양한 원인으로 삶의 질이 낮은 것으로 알려져 있다[3].

암 생존율이 증가하면서 생존기간에 따라 삶의 질을 구분하고 있다. Mullan [4]에 의하면 진단 후 2년 미만은 급성 생존단계, 2년 이상 5년 미만은 확장 생존단계, 5년 이상은 영속적 생존단계로 구분된다. 유방암 생존자의 삶의 질은 확장 생존단계, 급성 생존단계, 영속적 생존단계 순으로 높았다[5]. 부인암의 경우 삶의 질 연구는 주로 급성 생존단계에서 이루어졌으며 [6-8], 확장 생존단계와 영속적 생존단계의 삶의 질에 대한 파악은 부족한 실정이다.

부인암 환자의 삶의 질 관련요인은 일반적 특성 가운데 종교, 직업, 배우자, 교육수준, 가구소득 등이 있었으며, 질병 및 치료와 관련된 특성으로 병기, 암 진단 후 경과기간[9,10] 등이 있었다. 그리고 심리적 요인 가운데 신체상[8]과 디스트레스, 불안, 극복력[7,10,11]이 있었으며, 사회적 요인으로 부부친밀도와 사회적 지지가 있었다[12].

심리적 디스트레스는 암 환자가 겪는 당혹감, 슬픔, 두려움과 같은 정서 반응에서부터 우울, 불안, 공황, 사회적 고립, 실존적 위기 등 다양한 정서적인 문제를 가리킨다[13]. 한국, 일본, 독일의 유방암 환자의 삶의 질을 측정한 연구에서는 심리적 디스트레스가 증가할수록 삶의 질이 저하되는 것으로 나타났다[14]. 또한 부인암 환자를 대상으로 한 연구에서도 심리적 디스트레스와 삶의 질은 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다[7].

성역할태도는 남녀의 역할을 이분법적으로 구분하고 사회적으로 기대된 성역할을 지지하는 전통적 태도와 성에 따라 역할의 내용을 구분하지 않고 합리적인 역할분담을 지향하는 근대적 태도로 구분된다[15]. 기혼 직장여성의 성역할태도는 삶의 질에 직접적인 영향을 미치는 요인이었으며[16], 여성의 전통적인 성역할인식, 즉 여성의 고정화되고 이분화된 성역할인식은 삶의 질과 대적적인 우울감을 높이는 중요한 요인으로 밝혀졌다[17].

가사는 가구의 여러 욕구 충족을 위해 가정체계 내에서 행해지는 정신적, 육체적 활동을 말하며, 가구 내 기능을 유지시켜 주는 필수적 활동이다[18]. 가사분담은 여성의 부부관계 인식과 우울감에 영향을 미치는 주요 요인으로 나타났으므로

[19], 일상으로 복귀한 부인암 생존자의 가사분담이 삶의 질에 미치는 영향을 파악해 볼 필요가 있다.

본 연구는 확장 및 영속적 생존단계의 부인암 생존자를 대상으로 심리적 디스트레스와 성역할태도, 가사분담이 삶의 질에 미치는 영향을 파악하여 부인암 생존자의 삶의 질을 높이는 간호중재를 개발하는데 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 확장 및 영속적 생존단계의 부인암 생존자를 대상으로 심리적 디스트레스, 성역할태도, 가사분담과 삶의 질 정도를 확인하고 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 부인암 생존자의 심리적 디스트레스, 성역할태도, 가사분담과 삶의 질 정도를 파악한다.
- 부인암 생존자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성에 따른 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 부인암 생존자의 심리적 디스트레스, 성역할태도, 가사분담과 삶의 질 간의 상관관계를 파악한다.
- 부인암 생존자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 부인암 생존자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 횡단적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 B시에 소재한 일 개 종합병원에서 부인암 치료 후 추적 관찰을 위해 외래를 방문한 환자이었다. G*Power 3.1.9.2 프로그램에서 유의수준(α) .05, 검정력($1-\beta$) .80, 선행연구[12]를 참고한 효과크기 .15, 예측변수 12개를 설정하였을 때 회귀분석을 위한 최소 표본 수는 127명으로 산출되었다. 탈락률 30%를 고려하여 총 165명에게 설문지를 배부하였고 이 중 불성실하게 응답한 설문지를 제외한 총 158부를 최종 자료분석에 활용하였다.

본 연구의 대상자 선정기준은 다음과 같았다.

- 만 20세 이상인 자
- 부인암으로 진단받고 자신의 진단명을 알고 있는 자

- 부인암으로 진단 후 2년 이상의 시간이 경과되어 외래에서 추후관리를 받고 있는 자
- 의사소통이 가능하며 설문지의 내용을 이해하고 응답할 수 있는 자

3. 연구도구

1) 일반적 및 질병 관련 특성

본 연구에서 부인암 생존자의 일반적 특성으로는 연령, 교육 수준, 배우자와 직업의 유무, 가구소득을 조사하였고, 질병 관련 특성으로는 진단명, 치료방법의 개수, 부인암 진단 후 경과 기간, 병기를 조사하였다.

2) 삶의 질

삶의 질을 측정하기 위하여 Cella 등[20]이 개발한 Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G) version 4의 한국어판 도구를 사용하였다. 이는 신체적 안녕 7문항, 사회·가족적 안녕 7문항, 정서적 안녕 6문항, 기능적 안녕 7문항 등 4개 영역과 27개 문항으로 구성된 5점 리커트 척도이다. 점수는 '전혀 그렇지 않다' 0점부터 '상당히 그렇다' 4점까지 부여하였으며, 총점은 0~108점까지로, 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. Kim 등[21]의 연구에서 Cronbach's α 값이 .87이었으며, 본 연구에서는 .89로 나타났다.

3) 심리적 디스트레스

심리적 스트레스를 측정하기 위하여 Derogatis 등[22]이 개발하고 Kim 등[23]이 수정한 간이정신진단검사(Symptom Checklist-90-Revision, SCL-90-R)의 9개 영역 중 우울과 불안에 해당되는 문항을 사용하였다. 우울은 13개, 불안은 10개 문항으로 구성되었으며 5점 리커트 척도이다. 점수는 '전혀 없다' 0점부터 '아주 심하다' 4점까지 부여하였으며 원점수를 T점수(평균=50, 표준편차=10)로 환산하여 70점 이상이면 '중증', 60점 이상~70점 미만이면 '경증', 60점 미만이며 '정상'으로 분류하였다. Kim 등[23]의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 값은 우울 .89, 불안 .86이었으며, 본 연구에서는 우울 .94, 불안 .92로 나타났다.

4) 성역할태도

성역할태도를 측정하기 위하여 Lee [24]가 개발한 측정도구를 사용하였다. 이는 성역할능력 및 성역할태도의 2개 영역과 8개 문항으로 구성된 5점 리커트 척도이다. 점수는 '전혀 그렇

지 않다' 1점부터 '매우 그렇다' 5점까지 부여하였으며, 총점은 8~40점까지로, 점수가 높을수록 성역할태도가 전통적임을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Lee [24]의 연구에서 Cronbach's α 값이 .77이었으며 본 연구에서는 .73으로 나타났다.

5) 가사분담

가사분담은 Kim [19]이 개발한 도구로 측정하였다. 이는 식생활 영역 5문항, 의생활 영역 3문항, 주생활 영역 4문항, 구매 및 가정경영 영역 3문항, 돌봄 영역 3문항 등 5개 영역과 18개 문항으로 구성된 5점 리커트 척도이다. 점수는 '가족이 거의 다 한다' 1점부터 '내가 거의 다 한다' 5점까지 부여하였으며 '해당 사항 없음'은 0점으로 처리하였다. 총점은 0~90점까지이며 점수가 높을수록 가사를 많이 수행하는 것이다. 도구의 신뢰도는 Kim [19]의 연구에서 Cronbach's α 값이 .91이었으며 본 연구에서는 .88로 나타났다.

4. 자료수집

자료수집은 B광역시에 소재한 일 개 병원의 연구윤리심의 위원회의 승인과 간호부서장 및 부인암센터 주임과장의 허락과 협조를 얻은 후 진행되었다. 자료수집은 2017년 6월 15일부터 2017년 9월 20일까지 부인암센터 외래에서 이루어졌다. 대상자가 외래를 방문하는 시간에 면담을 실시하여 연구의 목적과 방법, 연구윤리에 관한 내용을 설명한 후 자발적으로 연구참여를 원하는 경우 서면 연구동의서를 받았다. 구조화된 설문지를 연구대상자에게 배부하여 자가 보고식으로 작성하도록 하였다. 배부한 162부의 설문지 중 불성실하게 응답한 설문지 4부를 제외한 총 158부가 최종 자료분석에 활용되었으며 이는 최소 표본 수 127부를 충족하는 것이었다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 (USA IBM) 통계 프로그램을 이용하여 아래와 같이 분석하였다.

- 대상자의 심리적 디스트레스와 성역할태도, 가사분담, 삶의 질 정도는 평균과 표준편차로 산출하였다.
- 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성에 따른 삶의 질 차이는 Independent t-test와 ANOVA로 검정하였으며, Scheffé test로 사후 검정하였다.
- 대상자의 심리적 디스트레스와 성역할태도, 가사분담, 삶의 질 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient

로 분석하였다.

- 대상자의 삶의 질 영향요인을 검정하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다.

6. 윤리적 고려

본 연구는 대상자의 보호를 위하여 B광역시에 소재한 일 개 종합병원의 임상연구심의위원회에서 연구 승인(D-1706-009-0002)을 얻은 후 연구의 전 과정을 연구계획서에 따라 진행하였다. 대상자를 직접 만나 연구의 목적과 취지를 설명한 다음 연구참여를 자발적으로 동의한 대상자에게 서면 연구동의서를 받았다. 대상자에게 수집된 자료는 기밀 유지 및 익명성이 보장되고, 설문참여 중이라도 언제든지 철회할 수 있으며 이로 인한 불이익이 없음을 설명하였고, 응답 내용은 부호화하여 처리하고 연구목적으로만 사용할 것임을 안내하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 및 질병 관련 특성

대상자의 평균 연령은 54.4 ± 9.9 세이었으며, 학력은 고등학교 졸업이 38.0%로 가장 많았고 67.7%의 대상자가 배우자가 있었다. 대상자의 44.3%가 직업을 가지고 있었고 가구의 월소득은 200~399만원이 35.4%로 가장 많았다.

대상자가 진단받은 암의 종류는 자궁경부암이 46.2%로 가장 많았고, 치료는 한 가지 치료만 받은 경우가 44.3%로 가장 많았다. 부인암으로 진단받은 당시의 병기는 50.6%가 1기이었고, 51.3%가 부인암 진단 후 2년 이상 5년 미만의 기간이 경과된 상태이었다(Table 1).

2. 대상자의 심리적 디스트레스, 성역할태도, 가사분담 및 삶의 질의 정도

대상자의 심리적 디스트레스는 86.0%가 정상군에 속하였고, 하부영역인 불안은 86.7%, 우울은 88.0%가 정상군에 속하였다. 성역할태도의 평균은 16.36점이었고, 하부영역인 성역할능력은 8.27점, 성역할태도는 8.08점이었다. 가사분담은 평균 56.71점으로, 식생활 영역을 가장 많이(19.74점), 돌봄 영역을 가장 적게 수행하였다(3.77점). 대상자의 삶의 질 평균은 73.72점으로, 신체적 안녕이 가장 높았고(22.72점) 사회·가족적 안녕이 가장 낮았다(14.66점)(Table 2).

Table 1. Demographic and Disease-related Characteristics (N=158)

Variables	Categories	n (%) or M \pm SD
Age (year)	< 40	14 (8.8)
	40~59	99 (62.7)
	≥ 60	45 (28.5)
		54.42 \pm 9.93
Education	\leq Middle school	51 (32.3)
	High school	60 (38.0)
	\geq College	47 (29.7)
Spouse	Yes	107 (67.7)
	No	51 (32.3)
Job	Yes	70 (44.3)
	No	88 (55.7)
Family income (10,000 won)	< 200	48 (30.4)
	200~399	56 (35.4)
	≥ 400	54 (34.2)
Type of cancer	Cervical	73 (46.2)
	Endometrial	28 (17.7)
	Ovarian	41 (26.0)
	Other [†]	16 (10.1)
Treatment methods [‡]	One	70 (44.3)
	Two	63 (39.9)
	\geq Three	25 (15.8)
Cancer stage at diagnosis	Stage I	80 (50.5)
	Stage II	35 (22.2)
	Stage III	29 (18.4)
	Stage IV	14 (8.9)
Time since diagnosis (year)	2~4	81 (51.3)
	≥ 5	77 (48.7)

[†] Vulva cancer, leiomyosarcoma, primary peritoneal cancer, fallopian tube cancer; [‡] Treatment methods: surgery, chemotherapy, radiation therapy, concurrent chemoradiation therapy.

3. 대상자의 일반적 및 질병 관련 특성에 따른 삶의 질 차이

삶의 질은 대상자의 연령이 60세 이상보다 40~59세일 때 ($F=4.71, p=.010$), 교육수준이 중졸 이하인 경우보다 고졸이나 대졸 이상일 때 유의하게 높았다($F=7.05, p=.001$). 그리고 배우자가 없을 때보다 있을 때($t=2.39, p=.018$), 가구소득이 200만원 미만보다 400만원 이상일 때 유의하게 높았다($F=5.68, p=.004$). 또한 진단명이 난소암보다 자궁경부암인 경우($F=3.75, p=.012$), 치료방법의 개수가 두 가지 이상일 때보다 한 가지인 경우($F=8.26, p<.001$), 진단 시 병기가 낮을수록 유의하게 높았다($F=2.71, p=.047$). 그러나 직업 유무($t=0.38, p=.707$)와 부인암 진단 후 경과 기간($t=1.42, p=.269$)에 따른 차이는 유의하지 않았다(Table 3).

Table 2. Level of Psychological Distress, Gender Role Attitude, Housekeeping Sharing and Quality of Life (N=158)

Variables	Min~Max	n (%)	M±SD
Psychological distress	39~89		48.97±10.00
Normal		136 (86.0)	
Mild		11 (7.0)	
Severe		11 (7.0)	
Anxiety	39~86		50.07±10.00
Normal		137 (86.7)	
Mild		12 (7.6)	
Severe		9 (5.7)	
Depression	40~89		49.99±10.00
Normal		139 (88.0)	
Mild		8 (5.0)	
Severe		11 (7.0)	
Gender role attitude	8~29		16.36±5.38
Gender role abilities	4~17		8.27±3.11
Gender role attitude	4~20		8.08±3.12
Housekeeping sharing	15~90		56.71±15.71
Clothing and textiles	0~15		10.87±3.63
Dietary life	0~25		19.74±5.61
Home living	0~20		12.38±4.23
Purchase & home management	2~15		9.93±3.72
Caring	0~15		3.77±4.22
Quality of life	28~108		73.72±1.28
Physical	2~28		22.72±5.62
Social/family	0~28		14.66±0.51
Emotional	2~24		17.96±0.39
Functional	0~28		18.36±0.53

4. 대상자의 심리적 디스트레스, 성역할태도, 가사분담 및 삶의 질의 상관관계

심리적 디스트레스와 삶의 질 간에는 유의한 음의 상관관계가 나타났고($r=-.64, p<.001$), 심리적 디스트레스와 성역할태도 간에는 유의한 양의 상관관계가 나타났다($r=.25, p<.010$). 즉, 심리적 디스트레스가 높을수록 삶의 질이 낮았고, 전통적 성역할태도를 가질수록 심리적 디스트레스가 높게 나타났다 (Table 4).

5. 대상자의 삶의 질 영향 요인

삶의 질에 유의한 차이를 나타내었던 연령, 교육수준, 배우자 유무, 가구소득, 진단명, 치료방법의 개수와 진단 시 병기를 더미변수로 처리하여 회귀방정식에 투입하였다. 명목변수를 더미변수로 처리함에 있어서 연령은 40~59세, 교육수준은 대

졸 이상, 배우자는 있음, 가구소득은 400만원 이상, 진단명은 자궁경부암, 치료방법의 개수는 한 가지, 진단 시 병기는 1기를 기준으로 정하였다. 그리고 삶의 질과 유의한 상관관계를 나타낸 심리적 디스트레스를 독립변수로 투입하였다.

분석 결과, 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 심리적 디스트레스($t=-9.96, p<.001$), 교육수준($t=3.33, p<.001$), 치료방법의 개수($t=2.58, p=.011$), 진단명($t=2.27, p=.025$)이 통계적으로 유의하게 나타났다. 그리고 공차한계값은 .89~.98로 .10보다 훨씬 컸고, 분산팽창지수는 1.02~1.13으로 10보다 훨씬 작아 다중공선성의 문제는 없는 것으로 판단되었다. 본 연구에서 제시된 모형은 부인암 생존자의 삶의 질을 49% 설명하였으며 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($F=38.83, p<.001$). 즉 부인암 생존자의 삶의 질은 자궁경부암을 진단받고, 치료방법의 개수가 한 가지이며, 교육수준이 대졸 이상이고, 심리적 디스트레스가 낮을수록 높게 나타났다 (Table 5).

Table 3. Differences of Quality of Life by Demographic and Disease-related Characteristics

(N=158)

Variables	Categories	M±SD	t or F	p	Scheffé
Age (year)	< 40 ^a 40~59 ^b ≥ 60 ^c	75.64±13.23 76.22±16.17 67.64±15.44	4.71	.010	b > c
Education	≤ Middle school ^a High school ^b ≥ College ^c	67.27±14.19 75.41±16.93 78.57±14.99	7.05	.001	a < b, c
Spouse	Yes No	75.72±16.47 69.52±14.59	2.39	.018	
Job	Yes No	73.18±17.12 74.15±15.34	0.38	.707	
Family income (10,000 won)	< 200 ^a 200~399 ^b ≥ 400 ^c	68.70±13.59 72.89±16.04 79.05±16.89	5.68	.004	a < c
Type of cancer	Cervical ^a Endometrial ^b Ovarian ^c Other ^{d†}	76.95±15.94 72.85±15.69 67.14±15.55 77.37±14.92	3.75	.012	a > c
Treatment methods [†]	One ^a Two ^b Three ^c	79.31±14.47 69.36±16.70 69.08±14.53	8.26	< .001	a > b, c
Cancer stage at diagnosis	Stage I Stage II Stage III Stage IV	77.70±16.02 71.69±16.08 69.76±16.97 68.78±10.92	2.71	.047	
Time since diagnosis (year)	2~4 ≥ 5	76.51±18.44 73.01±14.88	1.42	.269	

[†] Vulva cancer, leiomyosarcoma, primary peritoneal cancer, fallopian tube cancer; [†] Treatment methods: surgery, chemotherapy, radiation therapy, concurrent chemoradiation therapy.

Table 4. Correlation among Psychological Distress, Gender Role Attitude, Housekeeping Sharing, and Quality of Life (N=158)

Variables	Psychological distress	Gender role attitude	Housekeeping sharing
	r (p)	r (p)	r (p)
Psychological distress	1		
Gender role attitude	.25 (< .010)	1	
Housekeeping sharing	-.10 (.207)	.09 (.240)	1
Quality of life	-.64 (< .001)	-.14 (.820)	.08 (.350)

논 의

본 연구는 부인암 진단 후 2년 이상 경과된 부인암 생존자를 대상으로 심리적 디스트레스, 성역할태도, 가사분담 및 삶의 질 수준을 파악하고, 삶의 질 관련요인을 규명하고자 수행되었다.

본 연구에서 대상자의 삶의 질은 영속적 생존단계보다 확장

생존단계에서 더 높은 것으로 나타났다. 동일한 척도를 사용하여 유방암 생존자의 삶의 질을 측정한 Holzner 등[5]의 연구에서도 확장 생존단계에서 가장 높고, 영속적 생존단계에서 가장 낮게 나타나 본 연구의 결과와 일치하였다. Holzner 등[5]은 암의 생존단계별로 삶의 질 차이가 존재하는 이유에 대해 급성 생존단계에서는 재발에 대한 공포나 이와 관련된 우울 반응이 질병과 치료에 대한 대처에 영향을 미쳐 삶의 질이 낮아지게 되

Table 5. Influencing Factors of Quality of Life

(N=158)

Variables (reference)	B	SE	β	t	p	Tolerance	VIF
(Constant)	84.82	1.92		44.15	< .001		
Type of cancer (cervical)	4.97	2.19	.14	2.27	.025	0.91	1.10
Treatment methods (one)	5.04	1.95	.16	2.58	.011	0.89	1.13
Education (\geq college)	6.57	1.97	.19	3.33	< .001	0.98	1.02
Psychological distress	-0.58	0.06	-.58	-9.96	< .001	0.96	1.04
$R^2=.50$, Adjusted $R^2=.49$, $F=38.83$, $p<.001$							

고, 확장 생존단계에서는 이전의 신체·심리적 부담을 어느 정도 극복하고 새로운 상황에 적응하게 되면서 삶의 질이 높아지며, 영속적 생존단계에서는 정서적 역할기능, 사회적 안녕, 인지적 기능 및 성적인 면에서 생각보다 현저한 향상이 없음을 인지하면서 삶의 질이 다시 낮아진다고 설명하였다.

대상자의 삶의 질은 연령, 교육수준, 배우자 유무, 가구소득, 진단명, 치료방법의 개수, 진단 시 병기에 따라 유의한 차이가 있었다. 이는 배우자가 있고, 교육수준이 높으며, 가구소득이 많고, 병기가 낮은 부인암 환자의 삶의 질이 높게 나타난 Park 과 Oh [8]의 연구결과와 일치한다. 부인암 환자를 대상으로 한 Özaras와 Özyurda [9]의 연구에서도 교육수준, 가구소득이 삶의 질 영향요인으로 확인되어 본 연구의 결과를 지지하였다. 진단명과 병기, 치료방법의 개수는 선행연구[6,25]에서도 삶의 질에 유의한 차이를 일으키는 변인으로 나타나 본 연구의 결과와 유사하였다. 부인암 생존자 가운데 고령, 낮은 교육수준과 가구소득, 무배우자, 난소암, 두 가지 이상의 치료방법, 진단 시 높은 병기 등의 요인을 많이 가진 대상자의 삶의 질을 지속적으로 모니터링하고 조기 중재를 실시할 필요가 있다.

본 연구에서 대상자의 심리적 디스트레스는 전통적인 성역할태도를 가질수록 높게 나타났다. 전통적인 성역할태도를 가진 여성일수록 결혼만족도는 낮고[16,24] 우울은 높은 것으로 나타났는데[17] 본 연구의 결과는 이와 유사한 맥락이다. 특히 항암화학요법으로 치료 중인 부인암 환자의 경우에도 육아와 가사, 가족의 건강관리, 자녀교육 등 전통적인 성역할 수행에 대한 부담은 여전하여 치료과정에서 남성 암 환자보다 우울이 높았다[26]. 본 연구의 결과는 부인암 생존자가 치료를 끝내고 일상으로 복귀한 이후에도 전통적인 성역할태도를 고수할 때 높은 심리적 디스트레스로 삶의 질이 저하될 수 있음을 시사한다. 부인암 생존자의 삶의 질을 높이기 위해서는 양성평등적인 태도로의 전환을 위한 인식 교육이 병행되어야 할 것이다.

본 연구에서 성역할태도와 가사분담의 상관관계는 유의하지 않았다. Kim [18]에서 성별은 성역할태도가 가사분담에 미

치는 영향을 조절하였다. 즉 남성은 성역할태도가 근대적일수록 가사분담이 많았으나, 여성의 경우 가사분담은 성역할태도와 무관하였다. 본 연구의 표본은 모두 여성이므로 성역할태도와 무관하게 가사를 수행하는 것으로 생각된다.

부인암 생존자의 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 요인은 진단명, 치료방법의 개수, 교육수준, 심리적 디스트레스로 나타났다. 먼저 진단명과 관련하여, 자궁경부암은 삶의 질이 높게 나타났던 반면 난소암인 경우 삶의 질이 가장 낮았다. Miller 등[25]에서도 자궁경부암인 경우 다른 부인암 생존자들과 비교해 삶의 질이 높게 나타나 본 연구의 결과와 일치하였다. 난소암은 자궁경부암에 비해 조기 발견이 어렵고 진단 시 병기가 높기 때문에 난소암 생존자의 삶의 질이 더 낮을 수 있다는 추론이 가능하나, 본 연구에서 병기가 1기와 4기일 때 삶의 질에 유의한 차이는 나타나지 않았다. 난소암이 다른 부인암에 비해 낮은 삶의 질을 나타내는 이유로 암 재발과 사망, 우울의 발생률이 높고[27], 장기간의 치료과정으로 신체적 안녕 수준이 낮으며, 여성성 및 성욕망의 상실이 보고되었다[25]. 부인암 종류별로 삶의 질 요인을 규명하고 난소암 생존자의 삶의 질 관리에 더 많은 노력을 기울일 필요가 있다.

본 연구에서 치료방법의 개수가 한 가지인 경우 삶의 질이 높게 나타났다. 부인암 환자를 대상으로 한 Chun 등[6]의 연구에서도 수술만 받은 집단이 항암화학요법과 방사선요법을 병행한 집단보다 삶의 질이 높았다. 암 환자는 수술, 항암화학요법, 방사선요법, 동시항암방사선요법 등 치료방법의 개수가 늘어날수록 오심, 구토, 식욕부진, 피로, 탈모, 불안, 우울 등 신체·심리적 부작용으로 고통을 받을 수 있다[28]. 여러 가지 치료방법을 병용했던 생존자에게 부작용에 따른 자가간호 교육을 더욱 주의 깊게 제공할 필요가 있다.

본 연구에서 교육수준이 중졸 이하인 경우보다 대졸 이상일 때 삶의 질이 높게 나타났다. 이러한 결과는 높은 교육수준이 사회경제적 지위를 반영하는 경우가 많고[8], 높은 사회경제적 지위가 자원으로 작용하여 삶의 질을 높인 결과로 보인다. 따라

서 부인암 생존자 가운데 교육수준이 낮은 대상자의 삶의 질을 우선적으로 중재할 필요가 있으며 눈높이에 맞춘 식이요법 교육, 가족 및 부부상담 프로그램, 사회복지사와 연계 등의 중재를 실시할 필요가 있다[29].

본 연구에서 심리적 디스트레스가 낮을수록 삶의 질이 높게 나타났다. Park과 Oh [10]의 연구에서 부인암 생존자의 삶의 질을 설명하는 주요 변수는 심리적 디스트레스로 나타나 본 연구의 결과와 일치하였다. 유방이나 자궁 절제술을 받은 여성 가운데 5년간 한 번이라도 우울증으로 인한 의료 이용 경험에 있는 여성은 12.4%였고, 우울증 대상자의 우울증 치료기간은 하루에 그친 경우가 20.3%, 2~3개월이 38.1%였다[30]. 추적관찰을 위해 산부인과 외래를 방문한 부인암 생존자를 대상으로 심리적 디스트레스 수준을 주기적으로 모니터링하고 필요 시 정신건강의학과에 연계 서비스를 제공할 필요가 있다.

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 부인암 생존자의 삶의 질 영역 중 사회·가족적 안녕이 가장 낮았으므로 가족을 대상으로 부인암 생존자 지지 프로그램을 제공하며, 부인암 생존자 자조그룹을 활성화할 필요가 있다.

둘째, 부인암 생존자의 삶의 질 관련요인으로 밝혀진 심리적 디스트레스와 그 적응과정에 대한 심층적 이해를 위한 질적 연구가 필요하다.

셋째, 자궁경부암과 난소암 생존자의 삶의 질 수준에 차이가 있었으므로 두 군 간에 삶의 질 수준과 영향요인을 직접 비교하는 연구가 필요하다.

결론

본 연구에서 부인암 생존자의 삶의 질은 연령, 교육수준, 배우자 유무, 가구소득, 진단명, 치료방법의 개수, 진단 시 병기에 따라 유의한 차이가 있었다. 대상자가 전통적 성역할태도를 가질수록 심리적 디스트레스가 증가하였으며, 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 심리적 디스트레스, 교육수준, 치료방법의 개수, 진단명이었다.

본 연구는 지금까지 연구가 부족하게 이루어졌던 부인암 생존자의 치료 후 삶의 질을 조사하였고, 여성의 일상적인 삶과 깊은 관련이 있는 심리사회적 변수인 심리적 디스트레스와 성역할태도, 가사분담의 영향을 확인하였다는 점에 의의가 있다. 그러나 일 개 종합병원에 내원한 부인암 생존자를 대상으로 수행되었으므로 본 연구의 결과를 전체 부인암 생존자에게 일반화함에 있어서 신중할 필요가 있다. 부인암 생존자 가운데 난

소암을 진단받았거나, 교육수준이 낮고, 치료방법의 개수가 많았던 생존자는 삶의 질 저하의 위험이 높으므로 이들에게 삶의 질 개선을 위한 적극적인 중재를 제공해야 할 것이다. 심리적 디스트레스는 부인암 생존자의 삶의 질의 강한 영향요인으로 나타난 바, 심리적 디스트레스를 완화할 수 있는 다양한 중재를 개발하고 적용할 필요가 있다.

Conflict of Interest

The authors declared no conflict of interest

ORCID

Kim, Gunhee <https://orcid.org/0000-0001-8714-8427>
Kim, Moonjeong <https://orcid.org/0000-0003-4640-2649>

REFERENCES

1. National Cancer Information Center (KR). Cancer incidence [Internet]. [Accessed July 24, 2018]. Available from: <https://www.cancer.go.kr/lay1/S1T639C641/contents.do>
2. Ferrell BR. The quality of lives: 1,525 voices of cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1996;23(6):909-916.
3. Lim JW, Han IY. Comparison of quality of life on the stage of cancer survivorship for breast and gynecologic cancer survivors. *Korean Journal of Social Welfare*. 2008;60(1):5-27. <https://doi.org/10.20970/kasw.2008.60.1.001>
4. Mullan F. Seasons of survival: Reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*. 1985;313(4):270-273. <https://doi.org/10.1056/NEJM198507253130421>
5. Holzner B, Kemmler G, Kopp M, Moschen R, Schweigkofler HR, Du Nser M, et al. Quality of life in breast cancer patients: Not enough attention for long-term survivors? *Psychosomatics*. 2001;42(2):117-123. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.2.117>
6. Chun MS, Lee EH, Moon SM, Kang SH, Ryu HS. Medical-and-psychosocial factors influencing on the quality of life in patients with cervix cancer. *The Journal of the Korean Society for Therapeutic Radiology and Oncology*. 2005;23(4):201-210.
7. Kim EK, Park YS. Health promotion, stress and quality of life in patients with genital neoplasms. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*. 2010;13(2):114-122.
8. Park JS, Oh YJ. Factors influencing on quality of life in gynecological cancer patients. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2012;24(1):52-63. <https://doi.org/10.7475/kjan.2012.24.1.52>
9. Özaras G, Özyurda F. Quality of life and influencing factors in patients with a gynecologic cancer diagnosis at Gazi University, Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2010;11(5):1403-1408.

10. Park JS, Oh YJ. Development and evaluation of the psychosocial distress nursing intervention for patients with gynecological cancer. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2012;24(3): 219-231. <https://doi.org/10.7475/kjan.2012.24.3.219>
11. Park JS, Lee HR. Comparison of distress and body image according to the stages of cancer survivorship in gynecological cancer patients. *Asian Oncology Nursing*. 2014;14(1):15-22. <https://doi.org/10.5388/aon.2014.14.1.15>
12. Jun SY. Structure equation modeling for quality of life in patients with uterine cancer by survival stage [dissertation]. Seoul: Yonsei University; 2015. 107 p.
13. Kim HL, Puymon MR, Qin M, Guru K, Mohler JL. A method for using life tables to estimate lifetime risk for prostate cancer death. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* 2010;8(2):148-154. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2010.0011>
14. Shim EJ, Mehnert A, Koyama A, Cho SJ, Inui H, Paik NS, et al. Health-related quality of life in breast cancer: A cross-cultural survey of German, Japanese, and South Korean patients. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2006;99(3):341-350. <https://doi.org/10.1007/s10549-006-9216-x>
15. Fischer J, Anderson VN. Gender role attitudes and characteristics of stay-at-home and employed fathers. *Psychology of Men & Masculinity*. 2012;13(1):16-31. <https://doi.org/10.1037/a0024359>
16. Lee JS, Choi WS. A study on path of work-family reconciliation conflict of married working women. *Journal of Asian Women* 2011;50(1):169-198.
17. Han IY, Hong SH. Do gender role attitudes affect on depression? *The Korean Journal of Woman Psychology*. 2011;16(4): 477-498.
18. Kim JG. The impact of sex role attitude on household labor participation: The moderate effect of sex and marital status [master's thesis]. Seoul: Sungkyunkwan University; 2015. 63 p.
19. Kim SJ. A study on impacts on qualitative changes of marital relationships and depression, the participation to domestic labor and the shared activities between couples after husband's retirement [master's thesis]. Seoul: Sungshin Women's University; 2013. 92 p.
20. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*. 1993;11(3):570-579. <https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570>
21. Kim H, Yoo HJ, Kim YJ, Han OS, Lee KH, Lee JH, et al. Development and validation of Korean Functional Assessment Cancer Therapy-General (FACT-G). *Korean Journal of Clinical Psychology*. 2003;22(1):215-229.
22. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1976;128(3):280-289. <https://doi.org/10.1192/bjp.128.3.280>
23. Kim KI, Kim JH, Won HT. Korean manual of symptom checklist-90-revision. Seoul: Jung Ang Juk Sung Publisher; 1984. p. 8-10.
24. Lee OJ. The influence of lifestyles of the baby boomers on marital satisfaction and the moderating effects of gender-role attitude [dissertation]. Suwon: Kyonggi University; 2015. 107 p.
25. Miller BE, Pittman B, Case D, McQuellon RP. Quality of life after treatment for gynecologic malignancies: A pilot study in an outpatient clinic. *Gynecologic oncology*. 2002;87(2):178-184. <https://doi.org/10.1006/gyno.2002.6812>
26. Kim KMJ. Lived experience of comfort of women during chemotherapy [dissertation]. Daegu: Keimyung University; 2001. 89 p.
27. Penar-Zadarko B, Binkowska-Bury M, Wolan M, Gawelko J, Urbanski K. Longitudinal assessment of quality of life in ovarian cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013;17(3):381-385. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.10.014>
28. Kim GD, Jang HJ. Effects of pain, sleep disturbance, and fatigue on the quality of life in patients with pancreatic cancer undergoing chemotherapy. *Asian Oncology Nursing*. 2012;12(2):117-124. <https://doi.org/10.5388/aon.2012.12.2.117>
29. Baik OM, Lim JW. Social support in Korean breast and gynecologic cancer survivors: Comparison by the cancer stage at diagnosis and the stage of cancer survivorship. *Korean Journal of Family Social Work*. 2011;32(6):5-35. <https://doi.org/10.16975/kjfs.2011.32.001>
30. Lee EM. A study of medical service utilization in patient with depression undergoing mastectomy and hysterectomy [master's thesis]. Seoul: Korea University; 2009. 87 p.

Summary Statement

■ **What is already known about this topic?**

Psychological distress has been revealed a determinant of quality of life in cancer patients. Traditional gender role attitude and housekeeping sharing can also influence depression.

■ **What this paper adds?**

Factors that can significantly affect the quality of life of gynecologic cancer survivors are types of cancer, number of treatment methods, education level, and psychological distress.

■ **Implications for practice, education and/or policy**

When gynecologic cancer survivors visit hospitals for follow-up, their degrees of psychological distress need to be monitored regularly. If necessary, early intervention should be provided.