

부인암 환자의 생존단계별 건강증진행위, 외상 후 성장 및 삶의 질 비교

이은실¹ · 박정숙²

계명대학교 동산의료원¹, 계명대학교 간호대학²

The Comparison of Health Promotion Behavior, Post Traumatic Growth and Quality of Life according to Stages of Survivorship in Patients with Female Genital Neoplasm

Lee, Eun Sil¹ · Park, Jeong Sook²

¹Keimyung University Dongsan Medical Center, Daegu

²College of Nursing, Keimyung University, Daegu, Korea

Purpose: The purpose of this study was to compare health promotion behavior, post-traumatic growth and quality of life according to the stages of survivorship in patients with female genital neoplasm. **Methods:** Data were collected from August 1st, 2011 to September 31st 2011 from 142 gynecologic cancer patients who completed treatment or were treated at an out-patient clinic. The instrument were HPLP developed by Walker, Sechrist & Pender, PTGI developed by Tedeschi & Calhoun, and Korean C-QOL. **Results:** Health promotion behavior scores were significantly higher in the acute survival stage than the extended survival stage. Post-traumatic growth score was higher in the acute survival stage than the extended survival stage. The quality of life scores were higher in the lasting survival stage than the extended survival stage. **Conclusion:** Gynecological cancer patients in the extended survival stage reported low scores of health promotion behavior, post-traumatic growth and quality of life. Intervention needed to be developed to improve health promotion behavior, post-traumatic growth and quality of life for patients with female genital neoplasm in the extended survival stage.

Key Words: Female genital neoplasm, Survivorship, Health promotion, Quality of life

서 론

1. 연구의 필요성

진단 검사의학의 발전으로 인한 암 조기발견의 증가와 새로운 암 치료방법의 개발로 인해 2004년에서 2008년 사이 발생한 암 환자의 5년 생존율이 59.5%로 지속적인 향상을 보이고

있다(National Cancer Information Center, 2010). 부인암의 경우 자궁경부암은 암조기 검진과 진단 기술의 발달로 조기 발견이 가능해졌고 자궁내막암과 난소암은 식습관의 변화와 저출산으로 인해 점점 증가하고 있는 추세이며(The Korean Association of Obstetricians and Gynecologists, 2010), 암 진단 후 5년 생존율이 자궁경부암이 3위, 난소암이 6위로서(National Cancer Institute Office of Cancer Survivor-

주요어: 부인암, 생존자, 건강증진, 외상 후 성장, 삶의 질

Corresponding author: Park, Jeong Sook

College of Nursing Keimyung University 2800 Dalgubeoldaero, Dalseo-gu, Daegu 704-701, Korea.
Tel: +82-53-580-3907, Fax: +82-53-580-3949, E-mail: jsp544@kmu.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 이은실의 석사학위논문의 축약본임.

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

투고일: 2012년 11월 22일 / 수정일: 2013년 6월 19일 / 게재확정일: 2013년 6월 23일

ship, 2011) 생존자 수도 증가되고 있는 것을 알 수 있다.

암 생존이란 암 진단부터 시작해서 완치에 이르기까지 살아 있는 동안 지속적으로 일어나는 역동적인 과정이며, 암 생존자들은 이 과정을 거치면서 기능저하, 피로, 구토, 식욕부진, 탈모 등의 신체적 증상과 충격과 두려움, 불안, 자기통제력 상실 그리고 우울 등의 심리적 반응, 대인 관계 회피, 낙인감, 사회적 고립감, 사회복귀의 어려움과 같은 사회적 문제 등 다양한 증상과 후유증을 경험하게 된다(Cappiello, Cunningham, Knobf, & Erdos, 2007). 특히, 부인암 생존자들은 수술과 항암화학요법으로 인한 림프부종과 폐경 후 증상, 불임 및 성욕 감소와 같은 성기능장애 등의 어려움도 겪게 된다(Mols, Thong, Vreugdenhil, & Lonneke, 2009).

암 생존자들은 암의 재발과 전이를 막는 등 암과 관련된 다양한 문제를 해결해나가면서 한편으로는 일상적인 건강을 유지 증진시키기 위해 능동적으로 영양관리, 운동, 휴식, 스트레스 관리, 건강책임, 대인관계, 자아실현 등을 수행하는 건강증진행위에 관심을 가져야 한다. 이들에게는 이차암 발생 위험이 일반인에 비해 남성 2.3배, 여성 2.0배 정도 높고(Park et al., 2007), 자궁경부암 생존자의 경우에는 동반질환을 한 개 가지고 있을 확률이 일반인의 1.6배, 두 개 이상 가지고 있을 확률이 2.3배인 것으로 나타났으므로(Shin & Noh, 2009), 이차암이나 동반질환 발생 위험을 줄이기 위해 암 환자들은 일상생활 중에 스스로 건강증진행위를 수행하고 면역력을 높이는 데 더욱 관심을 가질 필요가 있다.

한편 암 경험 초기에는 충격, 부정과 분노, 통제감 상실, 불안과 공포 등의 부정적 심리반응을 보이나 치료 이후 일부 장기 생존자들이 일반인 집단과 유사한 적응상태를 보이거나 일반인 집단보다 더 나은 심리적 적응상태를 나타내기도 한다(Cordova, Cunningham, & Carlson, 2001). 외상 후 성장은 스트레스에 대한 적응 과정에서 얻어진 긍정적인 변화로 단순히 외상 이전의 적응 수준단계 회복을 넘어서 외상사건 이전의 심리적 기능의 질적인 성장을 의미한다. 암 생존자들은 암 진단 및 치료 과정에서 자신의 관점 및 인생 관점의 변화와 삶에 대한 태도에 긍정적인 변화를 경험하였으며, 가족 및 친구들과의 사회적 관계가 성장한 것으로 나타났다(Tedeschi & Calhoun, 2004). 암 생존자의 외상 후 성장은 여러 연구를 통해 입증되었지만(Bellizzi & Blank, 2006), 부인암 환자의 외상 후 성장에 대한 연구는 찾아보기 어려웠다.

대부분의 암 환자는 질병과 치료과정에서 겪는 불편감과 질병 예후에 대한 부정적 생각, 재발·전이의 위협 등으로 인해 삶의 질에 부정적 영향을 받게 된다(Ferrell, 1996). 이들은 암

치료와 회복과정에 따른 치료의 장기화와 부작용, 재발에 대한 불안감에 시달리게 되고, 치료가 끝난 후에도 신체기능의 변화, 재발의 가능성, 사회생활 복귀의 어려움, 가정 경제의 부담 등으로 인해 삶의 질이 저하될 우려가 있으며, 특히, 치료 부작용과 좋지 못한 예후로 인해 삶의 질이 낮은 것으로 알려져 있다(Jeong, 2006). 부인암 환자를 대상으로 한 삶의 질 연구(Kim, 2009; Yun, 2005)는 다수 이루어져 있으나, 삶의 질을 향상시키기 위한 단계적 대안과 정책이 아직 마련되지 못하고 있는 실정이다.

Mullen (1995)은 암의 상태와 치료과정의 변화에 근거하여 암 생존자들이 암 진단을 받은 지 2년 미만으로서 계속해서 다양한 치료를 받는 과정인 급성 생존단계, 암 진단을 받은 지 2년에서 5년까지의 기간으로서 질병이 소강상태로 접어들고 치료도 마무리되는 단계인 확장 생존단계, 암 진단 이후 5년 이상 경과된 경우로서 암의 재발률이 현저히 감소되고 암세포의 활동이 거의 사라지는 단계인 영속적 생존단계를 거치게 된다고 하였다. 급성 생존단계에서는 암과 관련된 식이, 영양, 스트레스 해소 등 의학적 정보에 대한 실질적인 도움에 대한 요구가 많고, 확장 생존단계에서는 치료 후 발생하는 부작용 관리, 향후 신체 기능의 악화 또는 재발 가능성, 사후 건강관리, 지지모임 등에 대한 요구가 많으며, 영속적 생존단계에서는 신체적 측면의 지지보다는 지역 사회 적응 및 직장 복귀 등 사회적 측면의 지지를 원하는 것으로 알려져 있다(Lim & Han, 2008).

앞서 살펴본 바와 같이 국내에서는 부인암 생존자의 삶의 질에 관한 연구는 어느 정도 이루어져 있으나 건강증진행위와 외상 후 성장에 대한 연구는 거의 이루어지지 않았고, 특히, 생존단계에 따라 건강증진행위, 외상 후 성장 및 삶의 질 정도가 어떻게 다른지에 대한 연구는 전혀 이루어지지 않았으며, 생존단계별 특성을 고려한 전문적인 간호접근도 이루어지지 않고 있다. 이에 본 연구에서는 부인암 환자의 생존단계별 건강증진행위, 외상 후 성장 및 삶의 질 정도를 비교하고 생존단계별 특성을 고려한 효과적인 간호중재 및 정책 개발을 위한 기초자료로 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 생존단계별 일반적 특성과 질병 관련 특성을 비교한다.
- 대상자의 생존단계별 건강증진행위, 외상 후 성장 및 삶의 질을 비교한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 부인암 환자의 생존단계별 건강증진행위, 외상 후 성장 및 삶의 질 차이를 파악하기 위한 비교조사연구이다.

2. 연구대상

D시 A대학교병원에서 부인암 진단을 받고 치료와 추후 관리를 위해 산부인과 외래로 내원하는 환자 중 다음의 선정기준에 근거하여 편의표출하였다.

- 만 20세 이상의 자궁경부암, 난소암, 자궁내막암, 기타암(자궁체부암, 외음부암, 질암 등) 환자
- 의사소통이 가능하며 설문지 내용을 충분히 이해할 수 있는 자
- 본 연구의 목적과 방법을 이해하고 연구참여에 동의한 자

Mullen (1995)의 생존단계 분류에 근거하여 전자의료기록(Electronic Medical Record, EMR)을 확인하여 생존단계를 분류한 결과 최종적으로 암 진단을 받은 지 2년 미만인 급성 생존단계 38명, 암 진단을 받은 지 2년에서 5년 사이의 확장 생존단계 58명, 암 진단 이후 5년 이상 경과된 영속적 생존단계 46명 총 142명이 추출되었다. 본 연구 표본크기는 G*power 3.0 프로그램을 이용하여 공변량분석으로 유의수준(α)=.05, 검정력($1-\beta$)=.80, 효과크기(ES)=.30으로 하였을 때 111명이 제시되어 본 연구대상자 수는 필요한 표본 수를 충족하였다.

3. 연구도구

1) 건강증진행위

건강증진행위는 더 높은 수준의 건강상태에 도달하기 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것을 의미하며, 안녕 수준뿐 아니라 자아실현, 자기 성취를 증진시키기 위한 행위이다(Pender & Pender, 1987). 본 연구에서 사용한 건강증진행위 도구는 Walker, Sechrist와 Pender (1987)가 개발하고 Oh (1994)가 번안하여 암 환자 특성에 맞게 수정한 것을 본 연구대상자인 부인암 환자에게 적합하게 수정하여 간호학 교수 3인, 종양전문간호사 1인으로 구성된 전문가 집단의 자문을 받은 후 사용하였다. 본 건강증진행위 측정도구는 총 33문항으로 6개의 하위영역인 영양관리(5문항), 운동(4문항), 휴

식·스트레스조절(6문항), 대인관계(5문항), 건강책임(5문항) 및 자아실현(8문항)으로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 건강증진행위 수행정도가 높음을 의미한다. 본 연구도구의 신뢰도는 Walker 등(1987)의 개발 당시 Cronbach's α =.92였고, Oh (1994)가 번안하여 암 환자 특성에 적합하게 수정한 도구의 Cronbach's α =.94였으며 본 연구에서 Cronbach's α =.96이었다.

2) 외상 후 성장

외상 후 성장이란 큰 외상 후에 나타나는 긍정적인 심리적 변화로 질적인 성장이 일어나는 것을 의미하며 외상사건으로 인해 개인 인생의 목표, 삶의 우선순위가 변하고 자신의 삶과 주변의 대상에 대해 감사하는 마음이 증가하는 것이다(Tedeschi & Calhoun, 2004). 외상 후 성장의 측정은 Tedeschi와 Calhoun (1996)이 개발한 외상 후 성장척도(Post-traumatic Growth Inventory: PTGI)를 본 연구자가 번안하여 간호학 교수 3인, 종양전문간호사 1인으로 구성된 전문가 집단의 자문을 받은 후 사용하였다. 총 21문항으로 5개의 하위영역인 삶에 대한 감사(3문항), 새로운 가능성(5문항), 개인의 강점(4문항), 영적 변화(2문항) 및 타인과의 관계(7문항)로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 외상 후 성장이 높음을 의미한다. 본 연구도구의 신뢰도는 Tedeschi와 Calhoun (1996)의 개발 당시 Cronbach's α =.90이었고, 본 연구에서 Cronbach's α =.97이었다.

3) 삶의 질

삶의 질이란 각 개인이 신체적, 심리적, 사회적, 경제적 및 영적 영역에서 지각하는 주관적 안녕상태를 의미한다(Ferrell, 1996). 본 연구에서는 Lee (2007)가 국내 6대 암 환자를 대상으로 개발하여 타당성을 검증한 한국 암 특이형 삶의 질(Cancer Specific Quality of Life: C-QOL)을 사용하였다. 총 21문항으로 5개의 하위영역인 신체적 상태(6문항), 정서적 상태(6문항), 사회적 기능(3문항), 걱정상태(2문항) 및 대처기능(4문항)으로 구성되어 있으며 부정문항 13개는 역산 처리하여 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 본 연구도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's α =.81이었고, 본 연구에서 Cronbach's α =.86이었다.

4. 자료수집 및 윤리적 고려

연구대상병원의 의학연구윤리심의위원회(Institutional

Review Board) 승인(No.11-113)을 받은 후 산부인과 외래에서 연구자가 대상자에게 직접 연구의 취지와 목적, 익명성의 보장, 연구참여자로서의 권리 등을 설명하고 2011년 8월 1일부터 2011년 9월 31일까지 자료수집을 하였다. 설문지 작성을 거부하거나 동의하지 않는 자를 제외하고 자의적으로 연구참여에 수락한 자에게 연구참여 동의서를 받은 후 자가보고형 설문지를 직접 설명하여 작성하도록 하였고 작성한 설문지를 바로 받아서 빠진 정보나 잘못된 기재된 내용을 확인한 후 회수하였다. 비밀 유지를 위해 자료수집 장소는 산부인과 외래 진료실에서 개별적으로 이루어졌고 응답 소요시간은 평균 약 20분 정도이었고 설문지 작성 후에는 소정의 감사품을 대상자에게 제공하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 17.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 대상자의 일반적 특성과 질병 관련 특성은 실수, 백분율을 구하였다. 대상자의 건강증진행위, 외상 후 성장 및 삶의 질 정도는 평균과 표준편차를 구하였다. 대상자의 생존단계별 일반적 특성과 질병 관련 특성 차이는 χ^2 -test로 분석하였다. 대상자의 생존단계별 건강증진행위, 외상 후 성장 및 삶의 질 정도는 생존단계별로 유의한 차이가 있는 일반적 특성과 질병 관련 특성을 공변량(covariate)으로 처리한 후 공변량분석(Analysis of Covariance: ANCOVA로 분석하고, 사후 검정은 Tukey HSD로 분석하였다.

연구결과

1. 생존단계별 일반적 및 질병 관련 특성 차이

전체 부인암 환자의 연령은 50~59세가 41.6%, 교육정도는 고졸이 36.6%, 결혼 상태는 기혼이 72.5%로 가장 많았다. 직업은 없는 경우가 62.7%, 종교는 갖고 있는 경우가 70.4%로 더 많았으며, 월 평균수입은 100~199만원이 29.6%로 가장 많았다.

대상자의 생존단계별 일반적 특성 차이를 분석한 결과, 연령($\chi^2=25.53$, $p<.001$)과 월 평균수입($\chi^2=14.18$, $p=.028$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었으나, 교육정도, 결혼상태, 직업 및 종교의 유의한 차이는 없었다(Table 1).

급성 생존단계에서는 40~49세가 19명(50.0%)으로 가장 많았고, 확장 생존단계에서는 50~59세가 26명(44.8%)으로

가장 많았으며, 영속적 생존단계에서는 50~59세와 60세 이상 군이 각각 18명(39.1%)이어서 생존기간이 긴 군이 나이가 많은 것으로 나타났다. 월 평균수입은 급성 생존단계에서는 300만원 이상이 11명(28.9%)으로 가장 많았고, 확장 생존단계에서는 101~199만원군이 21명(36.2%)으로 가장 많았으며, 영속적 생존단계에서는 100만원 미만군이 21명(45.7%)로 가장 많아서 생존기간이 긴 군이 수입이 적은 것으로 나타났다. 다음으로 대상자의 질병 관련 특성을 살펴보면, 자궁경부암이 43.0%로 가장 많았고, 재발하지 않은 경우가 80.3%로 재발한 경우보다 많았으며, 치료방법은 수술, 항암화학요법 및 방사선요법을 병행하는 경우가 44.4%로 가장 많았다. 병기는 1기가 50.1%, 심각한 건강상태는 별다른 제한 없이 모든 일상생활이 가능하다고 한 경우가 52.1%, 치료비 부담은 배우자가 45.1%, 경제적 부담은 보통으로 느끼는 경우가 49.3%로 가장 많았다.

대상자의 생존단계별 질병 관련 특성 차이를 분석한 결과, 암 종류($\chi^2=13.82$, $p=.032$), 재발 여부($\chi^2=10.88$, $p=.004$), 치료방법($\chi^2=13.44$, $p=.049$)에서 유의한 차이가 있었으나, 병기, 심각한 건강상태, 치료비 부담, 경제적 부담에서는 유의한 차이가 없었다(Table 2).

자궁경부암은 급성 생존단계에서는 13명(34.2%), 확장 생존단계에서는 25명(43.1%), 영속적 생존단계에서는 23명(50.0%)로 생존기간이 긴 군에서 더 많은 것으로 나타났으나, 난소암은 급성 생존단계에서는 6명(15.8%)이다가 확장 생존단계에서는 1명(1.7%), 영속적 생존단계에서는 2명(4.3%)으로 생존기간이 긴 군에서 적은 것으로 나타났다.

2. 부인암 환자의 건강증진행위, 외상 후 성장 및 삶의 질 정도

부인암 환자의 건강증진행위 점수는 4점 만점을 기준으로 평균평점 2.65점이었으며, 하위영역별 건강증진행위 정도는 운동 2.90점, 휴식·스트레스 조절 2.70점, 영양관리 2.66점, 대인관계 2.61점, 건강책임 2.57점, 자아실현 2.48점의 순으로 나타났다(Table 3).

외상 후 성장 점수는 5점 만점에 평균평점 3.18점으로 나타났다. 하위영역별 외상 후 성장 정도는 영적 변화가 3.44점으로 가장 높았고, 삶에 대한 감사 3.27점, 타인과의 관계 3.20점, 개인의 강점 3.00점, 새로운 가능성 2.98점 순으로 나타났다(Table 3).

부인암 환자의 전체 삶의 질은 4점 만점을 기준으로 평균평

Table 1. General Characteristics according to Stages of Survivorship in Gynecologic Cancer Patients

(N=142)

Characteristics	Categories	Acute SS (n=38)	Extended SS (n=58)	Lasting SS (n=46)	Total (n=142)	χ^2	<i>p</i>
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Age (year)	20~39	2 (5.3)	9 (15.5)	3 (6.5)	14 (9.9)	25.53	< .001
	40~49	19 (50.0)	12 (20.7)	7 (15.3)	38 (26.8)		
	50~59	15 (39.4)	26 (44.8)	18 (39.1)	59 (41.6)		
	≥ 60	2 (5.3)	11 (19.0)	18 (39.1)	31 (21.8)		
Education level	≤ Elementary school	3 (7.9)	10 (17.2)	12 (26.1)	25 (17.6)	8.55	.200
	Middle school	9 (23.7)	15 (25.9)	15 (32.7)	39 (27.5)		
	High school	17 (44.7)	24 (41.4)	11 (23.9)	52 (36.6)		
	≥ University	9 (23.7)	9 (15.5)	8 (17.4)	26 (18.3)		
Marital status	Non married	5 (13.2)	6 (10.3)	6 (13.1)	17 (12.0)	4.21	.378
	Married	29 (76.3)	45 (77.6)	29 (63.0)	103 (72.5)		
	Divorce and others	4 (10.5)	7 (12.1)	11 (23.9)	22 (15.5)		
Job	Yes	19 (50.0)	21 (36.2)	13 (28.3)	53 (37.3)	4.25	.119
	No	19 (50.0)	37 (63.8)	33 (71.7)	89 (62.7)		
Religion	Yes	31 (81.6)	36 (62.1)	33 (71.7)	100 (70.4)	4.25	.119
	No	7 (18.4)	22 (37.9)	13 (28.2)	42 (29.6)		
Monthly income (10,000 won)	< 100	8 (21.1)	12 (20.7)	21 (45.7)	41 (28.9)	14.18	.028
	100~199	9 (23.7)	21 (36.2)	12 (26.0)	42 (29.6)		
	200~299	10 (26.3)	16 (27.6)	5 (10.9)	31 (21.8)		
	≥ 300	11 (28.9)	9 (15.5)	8 (17.4)	28 (19.7)		

SS=survival stage.

점 2.31점이었으며 하위영역별 삶의 질 정도는 정서적 상태 2.67점, 신체적 상태 2.61점, 대처 기능 2.55점, 사회적 기능 2.06점, 걱정상태 1.69점의 순으로 나타났다(Table 3).

3. 생존단계별 건강증진행위, 외상 후 성장 및 삶의 질 차이

생존단계별 일반적 및 질병 관련 특성에서 유의한 차이를 보인 연령, 월 평균수입, 진단받은 암, 재발여부, 치료방법을 공변량으로 하여 ANCOVA 검정을 실시한 결과는 Table 3과 같다.

생존단계별로 건강증진행위 점수는 통계적으로 유의한 차이를 보였으며($F=3.58$, $p=.030$), 사후 검정으로 Tukey HSD 분석을 한 결과 급성 생존단계에서의 전체 건강증진행위가 2.87점으로 확장 생존단계에서의 2.45점보다 유의하게 높았다. 건강증진행위 하위영역을 세부적으로 분석한 결과, 대인관계($F=4.84$, $p=.009$)와 건강책임($F=4.93$, $p=.009$) 세부 건강증진행위가 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 사후 검정 결과 급성 생존단계에서 대인관계와 건강책임 세부 건강증진행위 정도가 각각 2.92점, 2.84점으로 확장 생존단계에서의 2.38점, 2.34점보다 유의하게 높게 나타났다. 그

외 건강증진행위의 하위영역인 영양관리, 운동, 휴식·스트레스조절, 자아실현에서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

생존단계별 외상 후 성장 점수는 통계적으로 유의한 차이를 보였으며($F=3.50$, $p=.033$), 사후 검정으로 Tukey HSD 분석을 한 결과 급성 생존단계에서의 전체 외상 후 성장 정도가 3.40점으로 확장 생존단계에서의 2.83점보다 유의하게 높았다. 외상 후 성장 하위영역을 세부적으로 분석한 결과, 개인의 강점($F=5.90$, $p=.003$)과 관련된 외상 후 성장이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 사후 검정 결과 급성 생존단계와 영속적 생존단계에서 개인의 강점과 관련된 외상 후 성장 정도가 각각 3.24점, 3.30점으로 확장 생존단계에서의 2.59점보다 유의하게 높았다. 그 외 외상 후 성장의 하위영역인 삶에 대한 감사, 새로운 가능성, 영적 변화, 타인과의 관계에서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

다음으로 생존단계별 삶의 질 점수는 통계적으로 유의한 차이를 보였으며($F=3.50$, $p=.033$), 사후 검정으로 Tukey HSD 분석을 한 결과 영속적 생존단계에서의 삶의 질 점수 2.69점으로 확장 생존단계에서의 2.28점보다 유의하게 높았다. 삶의 질 하위영역을 세부적으로 분석한 결과, 정서적 상태($F=7.88$,

Table 2. Disease Characteristics according to Stages of Survivorship in Gynecologic Cancer Patients

(N=142)

Characteristics	Categories	Acute SS (n=38)	Extended SS (n=58)	Lasting SS (n=46)	Total (n=142)	χ^2	<i>p</i>
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Diagnosis	Cervical cancer	13 (34.2)	25 (43.1)	23 (50.0)	61 (43.0)	13.82	.032
	Endometrial cancer	12 (31.6)	12 (20.7)	13 (28.3)	37 (26.1)		
	Ovarian cancer	6 (15.8)	1 (1.7)	2 (4.3)	9 (6.3)		
	Others cancer	7 (18.4)	20 (34.5)	8 (17.4)	35 (24.6)		
Recurrence	Yes	3 (7.9)	19 (32.8)	6 (13.0)	28 (19.7)	10.88	.004
	No	35 (92.1)	39 (67.2)	40 (87.0)	114 (80.3)		
Treatment method	Surgery	9 (23.7)	21 (36.2)	10 (21.7)	40 (28.1)	13.44	.036
	Chemotherapy	7 (18.4)	-	6 (13.0)	13 (9.2)		
	Surgery+Chemotherapy+Radiation therapy	17 (44.7)	27 (46.6)	19 (41.4)	63 (44.4)		
	Other (hormone therapy, radiation therapy)	5 (13.2)	10 (17.2)	11 (23.9)	26 (18.3)		
Disease stage	Stage I	18 (47.4)	32 (55.2)	21 (45.7)	71 (50.1)	3.06	.801
	Stage II	11 (28.8)	12 (20.7)	11 (23.9)	34 (23.9)		
	Stage III	8 (21.1)	13 (22.4)	11 (23.9)	32 (22.5)		
	Stage IV	1 (0.7)	1 (1.7)	3 (6.5)	5 (3.5)		
Perceived health status	Asymptomatic normal activity	17 (44.7)	26 (44.8)	31 (67.4)	74 (52.1)	6.96	.138
	Normal activity but job impossible	18 (47.4)	29 (50.0)	14 (30.4)	61 (43.0)		
	Simple job possible	3 (7.9)	3 (5.2)	1 (2.2)	7 (4.9)		
Cost burden	Patient	12 (31.6)	23 (39.7)	15 (32.6)	50 (35.2)	3.54	.471
	Spouse	21 (55.2)	24 (41.4)	19 (41.3)	64 (45.1)		
	Parents, children, others	5 (13.2)	11 (18.9)	12 (26.1)	28 (19.7)		
Economic level	High	18 (47.4)	26 (44.8)	19 (41.3)	63 (44.4)	0.69	.952
	Middle	17 (44.7)	29 (50.0)	24 (52.2)	70 (49.3)		
	Low	3 (7.9)	3 (5.2)	3 (6.5)	9 (6.3)		

$p=.001$), 걱정상태($F=11.76$, $p<.001$), 대처기능($F=3.79$, $p=.025$)과 관련된 삶의 질이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 사후 검정 결과 정서적 상태와 관련된 삶의 질은 영속적 생존단계에서는 3.07점으로 급성 생존단계와 확장 생존단계에서의 2.48점보다 유의하게 높았다. 걱정상태와 관련된 삶의 질도 영속적 생존단계에서는 2.29점으로 급성 생존단계와 확장 생존단계에서의 1.37점, 1.41점보다 유의하게 높았다. 대처기능과 관련된 삶의 질은 급성 생존단계에서는 2.93점으로 확장과 영속적 생존단계에서의 2.36점, 2.46점보다 유의하게 높았다. 그 외 삶의 질의 하위영역인 신체적 상태, 사회적 기능에서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

논 의

본 연구에서 전체 부인암 환자의 연령은 50~59세가 41.6%

로 가장 많았는데, 이는 부인암 중에서 자궁경부암은 40~49세에 발병률이 높고 자궁내막암과 난소암은 50~59세에 발병률이 높다는 보고와 유사하였다(The Korean Association of Obstetricians and Gynecologists, 2010). 생존단계별 일반적 특성 차이를 분석한 결과, 확장 생존단계와 영속적 생존단계에 있는 부인암 환자의 나이가 급성 생존단계에 있는 환자보다 많은 것으로 나타났는데, 이는 살아남은 사람들은 발병과 치료의 긴 과정을 겪고 생존단계에 도달했음을 나타낸다.

부인암 환자의 생존단계별로 보면, 급성 생존단계에서는 자궁경부암 34.2%, 자궁내막암 31.6%, 난소암 15.8%순으로 나타났고 확장 생존단계에서는 자궁경부암 43.1%, 자궁내막암 20.7%, 난소암 1.7%순으로 나타났으며 영속적 생존단계에서는 자궁경부암 50%, 자궁내막암 28.3%, 난소암 4.3%순으로 나타나서 생존기간이 길어질수록 난소암 환자가 급격히 감소함을 알 수 있었다. 이는 자궁경부암의 병기에 따른 5년 생존율

Table 3. Health Promotion Behavior, Post Traumatic Growth & Quality of Life according to Stages of Survivorship in Gynecologic Cancer Patients (N=142)

Characteristics	Categories	Acute SS ^a (n=38)	Extended SS ^b (n=58)	Lasting SS ^c (n=46)	Total	F	p	Tukey HSD
		M±SD	M±SD	M±SD	M±SD			
Health promoting behavior	Nutrition	2.86±0.57	2.51±0.52	2.67±0.61	2.66±0.58	2.76	.067	
	Physical activity	3.07±0.68	2.78±0.59	2.93±0.71	2.90±0.66	1.01	.366	
	Stress management	2.90±0.58	2.57±0.56	2.69±0.72	2.70±0.63	1.75	.178	
	Interpersonal relations	2.92±0.61	2.38±0.56	2.65±0.71	2.61±0.66	4.84	.009	b < a
	Health responsibility	2.84±0.66	2.34±0.59	2.63±0.73	2.57±0.68	4.93	.009	b < a
	Spiritual growth	2.73±0.67	2.27±0.62	2.55±0.75	2.48±0.70	2.99	.054	
	Total	2.87±0.50	2.45±0.52	2.67±0.66	2.65±0.59	3.58	.030	b < a
Post traumatic growth	Appreciation for life	3.57±0.98	3.00±1.08	3.37±1.25	3.27±1.13	2.35	.099	
	New possibilities	3.27±1.45	2.67±1.18	3.13±1.07	2.98±1.13	2.94	.056	
	Personal strength	3.24±0.95	2.59±1.45	3.30±1.20	3.00±1.16	5.90	.003	b < a, c
	Spiritual change	3.71±1.19	3.15±1.34	3.60±1.14	3.44±1.17	2.57	.080	
	Relating to others	3.43±1.10	2.94±1.11	3.34±1.12	3.20±1.13	1.97	.143	
	Total	3.40±0.95	2.83±1.08	3.31±1.05	3.18±1.05	3.50	.033	b < a
Quality of life	Physical status	2.56±0.82	2.49±0.86	2.82±0.74	2.61±0.82	2.55	.082	
	Emotional status	2.48±1.08	2.48±0.86	3.07±0.80	2.67±0.94	7.88	.001	a, b < c
	Social status	2.03±1.03	1.95±0.96	2.22±1.06	2.06±1.01	1.47	.233	
	Concern status	1.37±1.17	1.41±1.16	2.29±1.28	1.69±1.27	11.76	<.001	a, b < c
	Coping function	2.93±0.66	2.36±0.86	2.46±0.96	2.55±0.87	3.79	.025	b, c < a
Total		2.42±0.56	2.28±0.63	2.69±0.56	2.31±0.63	7.82	.001	b < c

이 1기초 100%, 1기말 80~85%, 2기초 75%, 2기말 66.8%, 3기 51.9%, 4기 25%인데 비해, 난소암의 병기에 따른 5년 생존율은 1기, 2기는 80~100%, 3기 초 30~40%, 3기 말 20%, 4기 5%로 말기로 갈수록 생존율이 크게 감소되는 것(National Cancer Information Center, 2010)을 반영한 결과로 보인다.

재발 여부를 보면, 확장 생존단계에서의 재발률이 32.8%로서 급성 생존단계의 7.9%나 영속적 생존단계의 13.0%보다 월등하게 높은 것을 알 수 있었는데, 이는 부인암 진단을 받은 지 2년에서 5년 사이에 암 재발이 많은 것(National Cancer Information Center, 2010)과 관련이 있다고 본다. 본 연구에서 확장 생존단계에서 재발률이 월등히 높은 것이 확장 생존단계에 있는 부인암 환자의 건강증진행위와 외상 후 성장이 급성 생존단계에 있는 대상자보다 낮고 또한 삶의 질이 영속적 생존단계에 있는 대상자보다 낮은 것에 영향을 미쳤다고 볼 수 있다.

전체 부인암 환자의 치료방법으로는 수술, 항암화학요법 및 방사선요법을 병행하는 경우가 44.4%로 가장 많았고, 생존단계별로 보면 확장 생존단계에서는 항암화학요법만 시행한 경우는 없었으며, 영속적 생존단계에서는 호르몬요법 등 기타요법을 실시한 경우가 23.9%로 많았다. 부인암 환자를

대상으로 한 Kim (2009)의 연구에서 치료방법으로 수술과 항암화학요법을 받는 대상자가 38.4%로 가장 많았고, 본 연구결과와 조금 다르게 나타났다.

다음으로 부인암 환자의 건강증진행위, 외상 후 성장 및 삶의 질 정도를 알아보면, 부인암 환자의 건강증진행위 점수는 4점 만점에 평균평점 2.65점, 즉, 66.3%로 중간 이상으로 나타났다. 이는 부인암 환자를 대상으로 한 Kim (2009)의 연구, 유방암 환자를 대상으로 한 Jeong (2006)의 연구에서 2.60~2.69점 정도로 나타난 것과 유사하였다. 한편 일반 중년기 여성을 대상으로 한 Park (2002)의 연구에서 4점 만점에 2.86점 이어서 암 환자보다는 약간 높은 것으로 볼 수 있다.

본 연구에서는 부인암 환자들이 건강증진행위의 하위영역으로 운동영역을 2.90점으로 가장 많이 수행하였고, 다음으로 휴식·스트레스 조절 2.70점, 영양관리 2.66점, 대인관계 2.61점, 건강책임 2.57점의 순이었으며, 자아실현영역이 2.48점으로 가장 적게 수행하는 것으로 나타났다. 부인암 환자를 대상으로 한 Kim (2009)의 연구에서는 대인관계 요인과 영양요인 영역의 점수가 높았고 건강책임 영역이 가장 낮은 것으로 나타났다. 초기 유방암 환자를 대상으로 한 Wendy 등(2000)의 연구에서는 식이와 운동을 많이 수행하는 것으로 나타났다.

하지만 일반 중년기 여성을 대상으로 한 Park (2002)의 연구에서는 영양영역의 수행은 많으나 운동영역의 수행이 적은 것으로 나타나서 본 연구결과와 상이하였다. 이러한 결과는 부인암이나 유방암과 같은 여성암 환자들은 병원의 암센터나 대중매체 등에서 다양한 암 관련 건강교육을 받고 자조모임에 활발히 참여하여 이차암 예방을 위해 운동, 휴식 및 스트레스 관리 등에 관심을 많이 가지게 되었기 때문인 것으로 사료된다.

암 발생은 심각한 스트레스 상황이지만 이러한 크고 무서운 경험을 통해서 긍정적 변화를 보이는 외상 후 성장을 경험하는 경우도 있다(Thornton, 2002). 본 연구에서는 부인암 환자의 외상 후 성장이 5점 만점에 평균평점 3.18점, 즉, 63.6% 정도인 것으로 나타나서, 유방암 생존자의 65%가 외상 후 성장을 경험하였고(Cordova et al., 2001), 유방암 생존자의 경우 53~98%에서 암 발생 이후 유의미한 긍정적인 변화를 경험하였다는 연구결과(Weiss, 2004), 유방암 생존자 집단의 외상 후 성장이 건강한 통제집단보다 유의하게 높았다는 Yang (2009)의 연구결과와 일맥상통하는 바가 있었다. 하위영역별 외상 후 성장 정도를 보면, 영적 변화가 3.44점으로 가장 높았고, 삶에 대한 감사 3.27점, 타인과의 관계 3.20점, 개인의 강점 3.00점, 새로운 가능성 2.98점의 순으로 나타났다. 유방암 생존자 대상으로 한 Yang (2009)의 연구에서도 영적 변화가 가장 높게 나타나서 본 연구결과와 유사하였다. 신앙과 믿음을 통해 개인적인 의미를 찾는 영적 과정이 암의 치료와 재활 과정에서 외상을 극복하고 내적 성장을 이루어 암을 이기는데 도움이 될 수 있는 것으로 사료된다.

본 연구에서는 부인암 환자의 삶의 질이 4점 만점에 2.31점, 즉, 57.8% 정도로 나타나서, 유방암 생존자를 대상으로 한 연구에서 삶의 질이 중간보다 약간 높게 나타난 것(Sammacco, 2008)과 자궁경부암 환자를 대상으로 한 Kim (1999)의 연구에서 10점 만점에 5.62점으로 나타난 것과 유사하였으며 전반적으로 여성암 환자의 삶의 질은 낮은 편이었다. 이는 암 치료와 회복과정에 따른 치료의 장기화와 부작용, 재발에 대한 불안감이 있고 장기 생존자들에게 피로, 성적인 문제, 직업 등 다양한 삶의 질이 저하될 우려가 있으며, 특히, 치료 부작용과 좋지 못한 예후로 인해 삶의 질이 낮은 것으로 알려져 있다(Lim & Han, 2008). 부인암 환자의 하위영역별 삶의 질 정도를 보면 정서적 상태 2.67점, 신체적 상태 2.61점, 대처 기능 2.55점, 사회적 기능 2.06점, 걱정 상태 1.69점의 순으로 나타났다. 이러한 결과는 유방암 생존자를 대상으로 한 Ferrell (1996)의 연구에서 신체적, 사회적, 영적, 심리적 영역 순으로 나타난 결

과, 일반 중년기 여성을 대상으로 한 Park (2002)의 연구에서의 영적, 신체적, 사회적, 심리적 영역 순으로 나타난 결과와는 다르게 나타났다. 이는 연구의 대상자가 다르고 측정도구가 서로 달랐기 때문인 것으로 생각된다. 부인암 환자의 삶의 질을 증진시키고자 할 때에는 특히, 사회적 기능과 걱정상태에 대한 하부영역을 강화하여 프로그램을 개발할 필요가 있을 것이다.

다음으로 부인암 환자의 급성, 확장 및 영속적 생존단계에 따른 건강증진행위, 외상 후 성장과 삶의 질의 차이를 파악해 보고자 한다. 우선 건강증진행위를 살펴보면, 확장 생존단계에서의 전체 건강증진행위 점수가 2.45점으로 급성 생존단계에서의 2.87점보다 유의하게 낮았고, 영속적 생존단계의 건강증진행위 점수는 2.67점으로 중간에 위치하였다. 하위영역별로 살펴보면, 역시 확장 생존단계 대인관계와 건강책임 건강증진행위 점수가 급성 생존단계보다 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 생존단계별 건강증진행위를 비교한 선행연구가 없어서 직접 비교하기는 어려웠다. 급성 생존단계에 있는 부인암 환자들은 암 진단을 받은 초기이므로 가족과 주변의 많은 관심을 받으면서 치료를 위해 건강 유지, 관리에 관심을 보이며 건강증진행위를 잘 수행하지만, 진단 후 2~5년 사이의 확장 생존단계에서는 어느 정도 치료를 끝내고 재발과 전이의 불안은 여전히 가지고 있지만 다시 가사나 직장복귀 등으로 자신의 역할을 해야 하므로 건강증진행위를 적게 하는 것으로 볼 수 있다. 확장 생존단계에서도 암 재발, 이차암 발생 혹은 전이의 위험이 있으므로 부인암 환자들이 건강관리를 삶의 우선순위에 두고 건강증진행위를 꾸준히 해나갈 필요가 있다. 그러므로 건강증진행위의 중요성을 알리고 강화시킬 수 있는 적극적인 건강교육, 간호중재 프로그램 혹은 자조집단 활동이 이루어져야 할 것이다. 암 환자들의 생존단계에 따른 건강증진행위에 대한 세부적인 분석연구가 더 필요하고 생존단계에 맞는 적절한 간호중재 프로그램의 개발이 필요하다고 사료된다.

부인암 환자의 생존단계별 외상 후 성장은 확장 생존단계에서의 외상 후 성장 총점이 2.83점으로 급성 생존단계에서의 3.40점보다 유의하게 낮았고, 영속적 생존단계에서는 3.31점으로 나타났다. 하위영역을 세부적으로 분석한 결과, 확장 생존단계의 개인의 강점 관련 외상 후 성장 정도가 급성 생존단계와 영속적 생존단계보다 유의하게 낮게 나타났다. 이는 본 연구에서 확장 생존단계에서 재발률이 월등히 높아서 급성 생존단계에서 구축한 외상 후 성장이 무너지고 2차 치료와 관련된 스트레스가 과중하며 한편 암 재발이 되지 않은 환자들도 같은 병을 앓고 있는 사람들이 재발하였다는 소식을 듣고 의

기소침하여 확장 생존단계에 있는 부인암 환자의 외상 후 성장이 감소된 것으로 생각된다. Cordova 등(2001)에 의하면 암을 진단받고 치료 후 시간이 많이 경과할수록 외상 후 성장이 높아졌다고 하였으나, 본 연구에서는 확장 생존단계에서 외상 후 성장이 급성 생존단계보다 오히려 감소하는 것으로 나타나서 상반되는 결과를 보여주었다. 향후 생존단계에 따른 외상 후 성장정도를 명확하게 파악하기 위하여 종단적 연구가 필요한 것으로 사료된다.

부인암 환자의 생존단계별 삶의 질 차이를 살펴보면, 삶의 질 총점은 확장 생존단계에서 2.28점으로 영속적 생존단계에서의 2.69점보다 유의하게 낮았고, 급성 생존단계에서는 2.42점으로 중간에 위치하였다. Mast (1998)는 암 치료 후 2~3년이 지나도 신체적 증상이나 재발의 두려움과 관련된 불확실성으로 정서적 장애가 있고 이는 삶의 질에 영향을 미친다고 하였다. 하지만 Bernhard 등(2001)은 여성암 생존자들의 삶의 질 연구에서는 치료 후 3년이 된 대상자의 삶의 질이 높고, 5년 이상 장기 생존자들의 삶의 질이 낮은 것으로 보고하였고, Knobf (2002)도 긴 치료 과정을 지나오면서 자기통제력 상실, 우울, 죄책감, 치료에 대한 불확실성과 같은 부정적인 정서로 인해 치료 이후에도 대인관계 회피나 위축, 낙인감과 사회성 고립 등과 같은 심리사회적 문제를 남게 된다고 하여 영속적 생존단계에서의 삶의 질 저하를 시사하였다.

삶의 질 하위영역을 분석한 결과를 보면, 정서적 상태와 걱정 상태 관련 삶의 질은 영속적 생존단계의 점수가 급성과 확장 생존단계보다 유의하게 높았으나, 대처기능 관련 삶의 질은 급성 생존단계의 점수가 확장과 영속적 생존단계보다 유의하게 높게 나타났다. 하지만 Bernhard 등(2001)은 5년 이상 장기 생존자들의 경우 질병과 치료로 인한 신체적 부담을 어느 정도 극복하였으나 정서적 영역, 역할기능, 사회적 안녕, 인지기능, 성기능 등의 다른 영역에서 삶의 질이 저하되었다고 하여 본 연구결과와는 다르게 나타났다.

본 연구는 생존단계별 표본 수가 적고, 지역적 특성을 고려하지 않고 일개 대학병원 부인암 환자를 대상으로 편의 표본 추출하여 수집한 결과이므로 전체 부인암 환자에게 적용하여 일반화하는데 제한이 있으며, 생존단계별 유의한 차이를 보인 특성들을 공변량으로 처리한 후 분석하였지만 그 외 집단 내 또는 집단 간 특성에 영향을 주는 내·외적 변수에 대한 통제를 할 수 없었다는 제한점을 가지고 있다. 향후 대표성 있는 표집 방법으로 다수의 연구대상자를 확보하여 생존단계에 따른 차이에 관한 재연구가 필요하다고 본다.

본 연구에서 진단 후 2년 미만의 급성 생존단계, 2~5년 사

이 확장 생존단계, 5년 이상의 영속적 생존단계에 있는 부인암 환자를 대상으로 자료를 분석한 결과, 3단계 중에서 급성 생존단계에서는 건강증진행위와 외상 후 성장이 가장 높고 삶의 질은 중간이었으며, 확장 생존단계에서는 건강증진행위, 외상 후 성장 및 삶의 질이 모두 가장 낮았으며, 영속적 생존단계에서는 건강증진행위와 외상 후 성장은 중간이었고 삶의 질은 가장 높은 것으로 나타났다. 특별히 확장 생존단계에 있는 부인암 환자들이 재발률이 높고, 건강증진행위를 적게 하고, 외상 후 성장과 삶의 질도 낮은 것으로 나타났다. 확장 생존단계에 있는 부인암 환자들의 문제점을 확인하기 위한 광범위한 연구가 이루어져야 할 것으로 보이며, 또한, 재발과 전이의 위험 속에 있으나 어느 정도 질병에서 회복되었다고 관심을 덜 받게 되는 확장 생존단계에 있는 암 환자를 위한 중재 프로그램의 개발과 시행이 시급하다고 볼 수 있다.

결론 및 제언

본 연구는 부인암 환자 142명을 대상으로 생존단계별 건강증진행위, 외상 후 성장 및 삶의 질 차이를 파악하여 생존단계별 특성을 고려한 차별화된 간호중재 프로그램 개발에 근거자료를 제공하고자 실시된 비교조사연구이다. 부인암 진단 후 2년 미만의 급성 생존단계, 2~5년 사이 확장 생존단계, 5년 이상의 영속적 생존단계에 있는 대상자의 자료를 분석한 결과, 특별히 확장 생존단계에 있는 부인암 환자들이 재발률이 높고, 건강증진행위를 적게 하고, 외상 후 성장과 삶의 질도 낮은 것으로 나타났다. 따라서 확장 생존단계에 있는 부인암 환자에게 건강증진행위, 외상 후 성장 및 삶의 질을 보다 증진시킬 수 있는 간호중재 개발이 필요하며 이는 결과적으로 부인암 환자의 전체 삶의 질 향상에 기여할 것으로 본다.

본 연구는 생존단계별 표본 수가 적고, 일개 대학병원 부인암 환자를 대상으로 편의 표본추출하여 수집한 결과이므로, 향후 대표성 있는 표집방법으로 다수의 연구대상자를 확보하여 생존단계에 따른 차이에 관한 연구결과와의 축적이 필요하다고 본다.

REFERENCES

- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Understanding the dynamics of post-traumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology, 25*(1), 47-56.
- Bernhard, H., Georg, K., Martin, K., Roland, M., Handsjord, S., Martin, D., et al. (2001). Quality of life in breast cancer pati-

- ents-not enough attention for long term survivors. *Psychosomatics*, 42(1), 117-23.
- Cappiello, M., Cunningham, R., Knobf, M., & Erdos, D. (2007). Breast cancer survivors information and support after treatment. *Clinical Nursing Research*, 16(4), 278-293.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. C., & Carlson, C. R. (2001). Post-traumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Ferrell, B. (1996). The quality of lives. *Oncology Nursing Forum*, 23(6), 907-908.
- Jeong, K. S. (2006). *Relationship among body image, self-esteem and health promotion behavior in mastectomy patients*. Unpublished master's thesis, Kosin University, Busan.
- Kim, E. K. (2009). *Health promotion, stress and quality of life in patients with gynecologic cancer patients*. Unpublished master's thesis, Keimyung University, Daegu.
- Kim, Y. S. (1999). *The quality of life analysis in cervix cancer patients*. Unpublished master's thesis, Han Yang University, Seoul.
- Kim, Y. S. (2002). *Factors affecting quality of life in breast cancer survivors*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.
- Knobf, M. T. (2002). The experience of premature menopause in women with early stage breast cancer. *Nursing Research*, 51(1) 9-17.
- Lee, E. H. (2007). Development and psychometric evaluation of a quality of life scale for Korean patients with cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 37(3), 324-333.
- Lim, J. & Han, I. (2008). Comparison of quality of life on the stage of cancer survivorship for breast and gynecological cancer survivors. *Journal of Korean Social Welfare*, 60(1), 5-27.
- Mast, M. E. (1998). Survivors of breast cancer: Illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. *Oncology Nursing Forum*, 25(3), 555-562.
- Mols, F., Thong, M. S., Vreugdenhil, G., & Lonneke, V. (2009). Long-term cancer survivors experience work changes after diagnosis: Results of a population-based study. *Psychooncology*, 18(12), 1252-1260.
- Mullen, F. (1995). Seasons of survival: Reflection of a physician with cancer. *The New England Journal of Medicine*, 26(3), 270-273.
- National Cancer Information Center. (2010). *Cancer survival statistics*. Retrieved December 5, 2009, from <http://www.cancer.go.kr>
- National Cancer Institute Office of Cancer Survivorship. (2011). *About survivorship research: Survivorship definition*. Retrieved May 12, 2011. <http://dcccps.nci.nih.gov/ocs>
- Oh, B. J. (1994). A structural model for health promotion and quality of life in people with cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 26(3), 632-652.
- Park, J. S. (2002). The effects of an women's health promotion program on health promotion lifestyles, health status and quality of life in the service system. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34(3), 1194-1204.
- Park, S. M., Lim, M. K., Jung, K. W., Shin, S. A., Yoo, K. Y., Yun, Y. H., et al. (2007). Prediagnosis smoking, obesity, insulin resistance, and second primary cancer risk in cancer survivors: National Health Insurance Corporation Study. *Journal of Clinical Oncology*, 25(30), 4835-4843.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Sammarco, A. (2008). Quality of life, social support, and uncertainty among Latin breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35(5), 844-849.
- Shin, H. W., & Noh, D. Y. (2009). Correlates of existential well-being and their association with health-related quality of life in breast cancer survivors compared with the general population. *Breast Cancer Research & Treatment*, 118(1), 139-150.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-472.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- The Korean Association of Obstetricians and Gynecologists. (2010). Annual report of gynecologic cancer registry program in Korean for 2004. *Korean Journal of Obstetrics and Gynecology*, 21(3), 151-162.
- Thornton, A. A. (2002). Perceiving benefits in the cancer experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(2), 153-165.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). Health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 74-81.
- Weiss, T. (2004). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(2), 65-80.
- Wendy, D. W., Beredis, P. R., Colleen, M., Isaac, L., & Elizabeth, C. (2000). Current health behaviors and readiness to pursue life-style changes among men and women diagnosed with early stage breast carcinomas. *American Cancer Society*, 88(3), 674-684.
- Yang, A. J. (2009). *Mindfulness, positive cancer coping styles, and posttraumatic growth in breast cancer survivor-the mediating effect of positive coping styles*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Yun, Y. H. (2005). Assessment and research of quality of life in gynecologic cancer patients. *Korean Journal of Obstetrics and Gynecology*, 16(3), 182-187.