

추후관리 암환자의 삶의 질 영향요인 분석

오 복 자*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

암은 1980년대 이래로 줄곧 전체 사망원인의 1, 2위를 차지하고 있으며 해마다 발생률이 증가되고 있는 질환이다(통계청, 1994). 통계청이 1996년에 사망한 우리나라 사람 23만 6천 2백 34명을 대상으로 사망원인을 분석하여 발표한 것에 의하면 사망자 5명중 1명은 암으로 사망하고 있다(조선일보, 1997년 12월 18일)고 하여 급증하는 암환자에 대한 적절한 간호중재법의 개발이 더욱 필요한 때이다.

오늘날 종양의학의 발전은 임의 조기진단과 함께 많은 암을 치유하고 있지만, 대부분의 사람들은 여전히 암의 진단과 더불어 죽음을 연상하고 심한 정서적인 혼란을 경험하고 있으며, 수술이나 방사선 및 항암화학요법 등으로 치료를 받고 있는 환자들은 정서적인 혼란과 더불어 피곤함, 허약감, 탈진, 무기력, 오심, 구토 등의 신체적인 부작용으로 삶의 질에 부정적인 영향을 받고 있다. 또한 치료가 끝난 퇴원 환자라도 암 재발의 가능성은 정상적인 사회생활 재개에 상당한 영향을 미치고 가정경제의 부담을 가중시켜 암환자의 삶의 질을 더욱 저하시키고 있다. 이러한 맥락에서 오늘날 종양학에서는 단순히 생존율과 치료율로 암치료의 효과를 평가할 것

이 아니라 삶의 질을 중요하게 고려해야 한다는 인식이 크게 강조되었고, 암치료와 암환자 간호의 효과를 평가하기 위한 적절한 결과변수로 삶의 질이 대두되었다(Ferrel, Wisdom & Wentz, 1989). 삶의 질은 지난 10년동안 암환자 간호와 연구에 주목을 받아온 중요한 개념으로서, 많은 선행연구에서 삶의 질과 관련된 영향요인을 규명하였다. 이들 선행연구에서 삶의 질의 영향요인으로 지각된 건강상태(한윤복, 노유자, 김남초, 김희승, 1990; 오복자, 1994; Padilla et al, 1990), 자아존중감(장혜경, 1989; 오복자, 1994; Lewis, 1982), 자기효능(오복자, 1994), 내적 건강통제위(Lewis, 1982), 사회적 지지(장혜경, 1989), 건강행위(정연, 1993; 오복자, 1994), 질병판단요인(동증, 기능손상 정도, 질병관계)이 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 제시되었고(Johanna & Ferdinand, 1985; Morris, 1986), 최근에 이르러 희망이 삶의 질의 영향요인으로 제시되었다(오복자, 김순미, 1996; 태영숙, 1996). 이들 삶의 질 영향요인들은 선행연구에서 동시적으로 검증된 것이 아니라 개별적으로 제시되어 상대적인 중요성이 규명되지 않았다.

따라서 본 연구에서는 지각된 건강상태, 자아존중감, 건강통제위, 자기효능, 건강증진행위, 질병판단요인 중 암재발에 대한 민감성과 심각성 및 희망개념을 삶의 질의 예측변수로 하여 동시에 검증함으로써 삶의 질에 이들

* 암육내학과 산호학과 부교수

변수들의 상대적인 중요성을 규명하고, 삶의 질 간호중재법 개발의 기초자료를 제시하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 암환자의 삶의 질을 증진시키기 위한 간호중재법 개발의 기초자료로써 선행연구에서 제시된 삶의 질 영향요인들의 상대적인 중요성을 규명하는 것이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 추후관리 암환자의 삶의 질 정도를 파악한다.
- 2) 삶의 질과 예측변수들(지각된 건강상태, 자아존중감, 건강통제위, 자기효능, 건강증진행위, 암 재발에 대한 민감성과 심각성, 희망)과의 상관관계를 파악한다.
- 3) 삶의 질에 영향을 주는 변수를 파악한다.

3. 용어 정의

1) 지각된 건강상태(Perceived Health Status)

- 이론적 정의
현재의 건강상태를 주관적으로 평가한 것을 말한다.
- 조작적 정의

Lawston, Moss, Fulcomer 및 Kleban(1982)의 건강상태 자가평가(Health Self-Rating) 도구를 본 연구자가 수정한 도구로 측정된 점수이다.

2) 자아존중감(Self-esteem)

- 이론적 정의
자아개념의 평가적인 요소로서 자신을 긍정적으로 수용하고 가치있는 인간으로 인지하는 것을 말한다.
- 조작적 정의

Rosenberg의 자아존중감 측정도구(Self-esteem Scale)를 전병제(1974)가 번안한 도구로 측정된 점수이다.

3) 다차원적 건강통제위(Multidimensional Health Locus of Control)

- 이론적 정의
건강과 관련된 강화에 대한 일반화된 기대로서 내적 통제위, 우연통제위, 영향력 있는 타인 의존 건강통제위로 구분된다. 내적통제위는 행동의 결과에 대해 책임을 지고, 우연통제위는 행운, 기회, 운명에 의해 좌우된다고 믿는 성향이며, 우연통제위는 행운, 기회, 운명에 의해 좌우된

다고 믿는 성향이고, 영향력 있는 타인의 통제에 위는 행동의 결과나 강화를 받아들이는 때, 자신의 통제하에 있거나 있다는 힘있는 타인의 지배에 의해 통제된다고 믿는 성향이다(Wallston, Wallston & Debellis, 1978).

- 조작적 정의

Wallston, Wallston 및 Devellis(1978)가 개발한 다차원적 건강통제위 도구로 측정된 점수이다.

4) 자기효능(Self-efficacy)

- 이론적 정의
결과를 산출하기 위하여 요구되어지는 행위를 성공적으로 수행할 수 있다는 자신감이다(Bandura, 1977).
- 조작적 정의

Sherer와 Maddux(1982)가 개발한 도구를 본 연구자가 수정한 도구로 측정된 점수이다.

5) 건강증진행위(Health Promoting Behavior)

- 이론적 정의
생활양식의 구성요소가 되는 지속적인 활동으로 더 높은 수준의 건강을 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것을 의미하며, 안녕수준 뿐 아니라 자아실현, 자기성취를 증진시키기 위한 행위이다. 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강책임, 대인관계, 자아실현이 하위개념으로 구성된다(Pender & Pender, 1987; Walker, Sechrist & Pender, 1987).
- 조작적 정의

Walker 등(1987)의 건강증진 생활양식 측정도구를 본 연구자가 번안한 후 본 연구대상자에 적합하게 수정한 도구로 측정된 점수이다.

6) 지각된 민감성·심각성(Perceived Susceptibility/Severity)

- 이론적 정의
자신이 암재발의 가능성이 있고, 질병 재발이 심각한 영향을 가져오리라고 지각하는 것이다.
- 조작적 정의

문정순(1990)의 건강개념 측정도구를 토대로 본 연구자가 수정한 지각된 민감성·심각성에 관한 도구로 측정된 점수이다.

7) 희망(Hope)

- 이론적 정의
인간의 중요한 요구와 문제에 대해 해결책이 있다는

기본적인 신념이 중심이 있는 사고와 감정의 복합체로서(Lynch, 1965), 인간존재로 하여금 다시 존재함을 영감하게 하고, 자기존재를 끊임없이 개선할 수 있다는 가능성을 갖게 하는 것으로 정의된다.

· 조작적 정의

Nowotny(1989)가 개발한 희망척도를 본 연구자가 변안하여 측정된 점수이다.

8) 삶의 질(Quality of Life)

· 이론적 정의

신체적, 정신적, 사회적, 경제적, 영적 영역에서 개인이 지각하는 주관적인 안녕상태로 정서상태, 경제생활, 자아존중감, 신체상태와 기능, 이웃관계 및 가족관계의 하위개념으로 구성된다(노유자, 1988).

· 조작적 정의

노유자(1988)의 삶의 질 측정도구를 본 연구자가 수정한 도구에서 측정된 점수이다.

II. 문헌 고찰

1. 삶의 질

삶의 질 개념은 철학과 윤리학에서 비롯된 개념으로 1977년 Index Medicus에 하나의 분리된 개념으로 등록된 이후 건강분야에서 국제적으로 지대한 관심을 받고 있다. 인간은 신체적, 심리적, 사회적, 영적 측면을 지닌 존재로서 환경과 끊임없이 상호작용한다. 이러한 인간-환경간의 복잡한 상호작용 속에서 개인의 삶의 질이 비롯되므로 삶의 질 개념은 신체적, 사회적, 심리적, 영적 차원을 포함한 총체적인 개념으로 이해하고 접근해야 한다. 삶의 질 개념은 삶의 만족, 행복, 사기, 안녕 등의 개념과 상호교환적으로 사용되는 개념이지만 보다 포괄적이고 다차원적 개념이다. 따라서 학자들마다 삶의 질에 대한 정의가 다양하지만 많은 학자들은 삶의 질이란 개인의 삶이 총체적으로 얼마나 좋은가 즉 일상생활 전반에 걸쳐 주관적으로 평가하는 삶의 만족이라는 데에 동의하고 있다. 삶의 질 개념은 의학적으로 치료의 진호의 목적이 환자의 치유와 생존을 뿐 아니라 전반적인 안녕상태를 중요하게 고려하도록 주의를 이끌었다(Johanna & Ferdinand, 1985). 특히 암은 질병자체 뿐 아니라 치료의 부작용과 재발 가능성으로 삶의 질에 부정적인 영향을 주므로, 단순히 생존율과 치료율로 암치료의 효과를 평가할 것이 아니라, 삶의 질도 중요하게

고려해야 한다는 인식이 크게 강조되고 있다(Goodinson & Singleton, 1989). 따라서 삶의 질 개념은 암치료와 암환자 간호의 효과를 평가하기 위한 적절한 결과변수로 대두되고 있다(Ferrell, Wisdom & Wenzel, 1989; Padilla & Grant, 1985).

지난 10여년간 통증 암환자, 골수이식 암환자, 갑상선 암 환자, 유방암 환자 및 난소암 환자를 대상으로 삶의 질을 연구한 Ferrell(1996)은 삶의 질을 신체적 안녕, 심리적 안녕, 사회적 안녕 및 영적 안녕으로 개념화하고, 암환자의 신체적 안녕은 증상조절과 경감 그리고 신체적 기능 유지 및 독립적인 활동 유지를 통해 증진될 수 있다고 하였다. 심리적 안녕은 암환자로 하여금 통제감을 갖게 하는 것과 삶의 긍정적인 태도를 갖게 하는 것으로 증진될 수 있다고 하였고, 사회적 안녕은 지지그룹의 역할로 향상될 수 있다고 하였다. 영적안녕은 암환자로 하여금 불확실성으로 특징지어지는 질병과정에서 희망을 유지하게 하고 삶의 의미를 갖게 하는데, 영적 안녕은 개인의 신앙과 영적간호중재로 향상될 수 있다고 하였다. 또한 Ferrell은 암환자 삶의 질에 대한 자신의 연구경험을 통해 추후 암환자 삶의 질 연구방향에 대해 다음과 같은 제언을 하였다. 1) 질병과정 동안 삶의 질에 많은 변화가 있으므로 종단적으로 삶의 질을 측정할 필요가 있으며 2) 암생존자들의 삶의 질에 관심을 가질 것과 말기 암환자 삶의 질 사정이 필요하며 3) 다학제적 접근으로 다차원적 개념으로 삶의 질을 연구할 필요가 있으며 4) 삶의 질 증진을 위한 실험연구가 필요하고, 양적, 질적 연구방법의 혼합으로 삶의 질 연구를 향상시킬 필요가 있다. 5) 또한 삶의 질 모형을 구체화시키고 확장시킬 필요가 있음을 제안하였다.

암환자를 대상으로 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 연구한 보고들을 살펴보면 다음과 같다.

한운복, 노유자, 김남조, 김희승(1990)은 암환자 200명을 대상으로 삶의 질의 영향요인을 분석한 결과, 지각된 건강상태가 삶의 질의 가장 중요한 영향요인으로 20.11%를 설명하는 것으로 나타났고, 그 다음으로 성별과 교육정도가 추가되어 삶의 질을 41.82%를 설명한다고 하였다. 그러나 내적통제위와 삶의 질과는 상관이 없었다고 한다. Padilla 등(1990)도 41명의 통증 암환자를 대상으로 삶의 질을 연구한 결과, 건강하다는 느낌이 삶의 질에 주요 요인으로 확인되었다. Lewis(1982)는 암환자 57명을 대상으로 삶의 질을 연구한 결과 자아존중감이 높고, 조절경험이 높을수록 삶의 질이 높다고 보고하였다. 장혜경(1989)은 암환자의 자아존중감과 가족

지지가 높을수록 삶의 질이 높다고 보고하였고, 권영은(1990)의 90명의 암환자를 대상으로 한 연구에서도 사회적 지지가 높을수록 삶의 질 정도가 높으며 사회적 지지가 삶의 질을 25.3% 설명한다고 하였다.

정연(1993)은 108명의 암환자를 대상으로 한 연구에서, 자가간호역량이 높을수록 삶의 질이 높으며, 자가간호역량이 삶의 질을 11.4% 설명한다고 보고하였다.

169명의 위암환자를 대상으로 한 오복자(1994)의 연구에서 건강상태, 자아존중감 및 건강행위가 삶의 질에 직접적인 영향을 주는 것으로 보고되었다. 164명의 추후관리 암환자를 대상으로 한 오복자, 김순미(1996)의 연구에서 희망이 삶의 질을 44% 설명하는 것으로 나타났다, 102명의 성인 암환자를 대상으로 한 태영숙(1996)의 연구에서도 희망이 삶의 질을 25.3%를 설명하는 것으로 나타났다.

질병관련 요소와 삶의 질과의 관계를 보면, Morris(1986)는 말기 암환자 삶의 질에 통증이 가장 영향력이 있는 요인이라고 제시하였고, Padilla와 Grant(1985)의 135명의 결장루 형성술 대상자를 연구한 결과에서는 결장루 형성술 시술후 기간이 길수록 삶의 질 영역 중에서 심리적 안녕감이 증가되었다고 하였다. 그 외 기능손상 정도, 치료양상, 종양종류 및 질병단계가 삶의 질에 영향을 주는 요인으로 지적되고 있다(Johnna & Ferdinand, 1985).

이상의 문헌고찰 결과를 요약해 보면, 삶의 질에 영향을 주는 인지·지각변수는 지각된 건강상태, 자가간호역량, 건강행위, 희망, 자아존중감 및 통제위이고, 상황적 요소로는 사회적 지지(가족의 지지)이며, 질병관련 요인으로는 통증유무, 기능손상 정도, 암재발 가능성, 질병단계 및 질병기간이 삶의 질에 영향을 준다고 볼 수 있다.

III. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 추후관리 암환자에게서 횡단적으로 자료를 수집하여 삶의 질의 영향요인을 규명하는 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 대상

서울 시내 일개 대학병원에서 암으로 진단을 받고 추

후관리를 받고 있는 환자 중 1)20세~70세 연령으로 자신의 진단명을 알고 있는 자 2)암 수술후 1년 이상 경과한 자 3)정맥주사 항암화학요법이 끝난 자 4)정신과 질환이 없는 자 5)본 연구에 참여를 수락한 자 164명을 연구 대상자로 하였다.

3. 연구 도구

1) 지각된 건강상태

Lawston 등(1982)의 4문항으로 구성된 건강상태 자가평가 측정도구를 변안하여 2문항의 도구로 작성하여 사용하였다.

제거된 두 문항은 현재의 건강상태를 3년전의 건강상태와 비교하는 문항 그리고 동일 연령층 사람과 건강상태를 비교하는 문항으로 본 연구 대상자의 특성(수술한 위암환자)에 적합하지 않았다.

본 연구에서 사용된 두 문항은 현재의 전반적인 건강상태 지각에 대하여 4점 척도, 현재 건강상태가 일상생활 수행에 영향을 주는 정도에 대하여 3점 척도로 구성되어 있으므로, 점수는 최소 2점에서 최고 7점으로 점수가 높을수록 지각된 건강상태가 양호하다는 것을 의미한다. 도구의 신뢰도는 본 연구에서 Cronbach Alpha가 .574이었다. 2문항으로 측정되어 현재의 신뢰도 수준을 높일 수 있는 문항이 없어 그대로 사용하였다.

2) 자아존중감

Rosenberg의 자아존중감 측정도구를 전병재(1974)가 번안한 것을 원문과 대조한 후 사용하였다. 이 도구는 10개 문항 4점 척도로 구성되어 있다. 점수는 최소 10점에서 최고 40점으로 점수가 높을수록 자아존중감이 높다는 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha가 .767이었다.

3) 건강통제위

Wallston, Wallston 및 Devellis(1978)가 개발한 다차원적 건강통제위 척도를 본 연구자가 번안하여 본 연구에 사용하였다. 도구는 개발당시 18문항, 6점 척도로 의미는 동일하나 표현이 다른 A, B 두가지 형태의 도구로 개발되었다. 도구의 문항은 내적통제위에 관한 내용 6문항, 타인 의존통제위에 관한 내용 6문항, 우연통제위에 관한 내용 6문항으로 각 영역별로 점수가 높을수록 그 영역에 해당하는 성향으로 본다. 이에 본 연구자는 신뢰도를 높이기 위해 의미가 동일한 A, B 두가지 형태

를 부분적으로 병합하여 사용하였으며, 대상자의 응답의 편리성을 고려하여 5점 척도로 구성하여 사용하였다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha가 .688이었으며, 내적 건강통제위가 .820, 타인의존 통제위가 .693, 우연통제위가 .739이었다.

4) 자기효능

Sherer와 Maddux(1982)의 도구를 기초로하여 본 연구자 특성(수술한 위암환자)에 맞게 수정하여 사용하였다. 이 도구는 9개 문항으로 각 문항에 대한 자기효능의 정도를 최저 10점에서 최고 100점으로 평점하도록 하였다. 점수가 높을수록 자기효능이 높다는 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha가 .874이었다.

5) 건강증진행위

Walker, Sechrist 및 Pender(1987)가 개발한 48문항의 건강증진 생활양식도구(HPLP)를 번안하여 수정한 38문항의 도구로 측정하였다. 본 연구에서 수정한 도구는 추후관리 자궁암환자와 위암환자에게 사전조사를 실시하여 본 연구에 적합하게 수정하였으며, 4점 척도로 6개 영역 즉 적절한 영양관리 10문항, 운동 4문항, 휴식·스트레스 조절 6문항, 대인관계 5문항, 건강책임 5문항 및 자아실현 8문항으로 구성되어 있다. 38문항 중 3문항은 부정문항으로 점수 계산시에 역으로 환산하였다. 점수는 최소 38점에서 최고 152점으로 점수가 높을수록 건강증진행위의 빈도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha가 .886이었다.

6) 암재발에 대한 지각된 민감성·심각성

지각된 민감성·심각성은 문정순(1990)의 건강신념 측정도구의 민감성, 심각성 문항들에 기초하여 수정한 도구로 측정하였다. 도구는 6개 문항으로 5점 척도로 구성되었다. 점수는 최소 6점에서 최고 30점으로 점수가 높을수록 지각된 민감성·심각성이 높다는 것을 의미한다. 도구의 신뢰도는 본 연구에서 Cronbach Alpha가 .739이었다.

7) 회 망

Nowotny(1989)가 암환자를 대상으로 개발한 회망척도를 번안하여 사용하였다. 이 척도는 4점척도로 점수가 높을수록 회망정도가 큰 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha가 .891이었다.

8) 삶의 질

노유자(1988)가 개발한 47문항의 삶의 질 측정 도구를 본 연구대상자의 특성에 맞게 2문항을 수정하고 신체상태와 기능영역에 3문항을 더 첨가하여 50문항으로 된 도구로 하였다. 본 연구에서 수정한 도구는 5점 척도로 이웃관계 4문항, 가족관계 6문항, 신체상태와 기능 13문항, 정서 9문항, 자존 8문항, 경제 생활 10문항으로 구성되었다. 50문항 중 12문항은 부정문항으로 점수 계산시에 역으로 환산하였다. 점수는 최소 50점에서 250으로 점수가 높을수록 삶의 질이 높다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha가 .949이었다.

4. 자료수집 절차

1995년 1월부터 동년 9월까지 환자가 추후관리를 받기 위해 외래를 방문한 날 연구목적을 설명하고 연구에의 참여 동의를 얻은 후 설문지를 배부하였다. 설문지는 대상자가 직접 기록하거나 대상자가 원할 때는 본 연구자 또는 1명의 연구보조자가 설문지 내용을 읽어주고 작성하였다.

5. 자료처리 및 자료분석 방법

SAS PC 프로그램을 이용하여 1)대상자의 특성 및 연구변수에 대한 서술적 통계를 구하였고, 2)Pearson Correlation Coefficient로 연구변수들간의 상관관계를 구하였다. 3)삶의 질 영향요인을 규명하기 위하여 단계적 다중회귀분석을 하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자는 임의 표출방법으로 총 164명이었는데 그 중 남자가 116명, 여자가 48명으로 남녀 비가 2.4 : 1로 나타났다. 평균연령은 54.18세(표준편차 9.83)로 나타났다. 결혼상태는 대부분 기혼(97%)이었으며, 교육수준은 초등학교졸 23.2%, 중졸 19.5%, 고졸 31.1%, 대졸이상 26.2%로 다양한 분포를 보였다. 111명(67.7%)은 종교를 가지고 있었고, 53명(32.3%)은 종교가 없는 것으로 나타났다. 직업은 98명(59.8%)이 가지고 있는 것으로, 66명(40.2%)은 없는 것으로 나타났다.

추후관리를 받고 있는 기간은 평균 2.82년(표준편차

1.90)으로 나타났다.

2. 연구변수에 대한 서술적 통계분석 결과

〈표 1〉을 보면 본 연구 대상자들의 지각된 건강상태는 평균 5.17(도구의 중간값 4.5점)로 나타났다. 자아존중감은 평균 28.77(도구의 중간값 25점)로 나타났으며, 건강통제위는 내적통제위가 평균 25.87(도구의 중간값 18점), 타인 의존통제위가 평균 23.95(도구의 중간값 18점), 우연통제위가 평균 18.39(도구의 중간값 18점)로 연구 대상자들이 내적통제위의 경향을 나타냈다. 지각된 자기효능은 평균 65.87(도구의 중간값 49.5)로 나타났다.

암환자의 건강증진행위의 수행정도는 평균 107.91(152점 만점)로 나타났으며, 이를 하위 영역별로 보면 영양관리가 평균 31.14, 운동이 평균 9.93, 휴식, 스트레

스 관리가 평균 16.16, 건강책임이 평균 13.23, 대인관계가 평균 14.37 그리고 자아실현 평균 22.79로 나타났다. 암재발에 대한 지각된 민감성·심각성은 평균 21.40(도구의 중간값 18점)으로 질병 재발의 가능성과 두려움을 가지고 있는 것으로 나타났다.

암환자의 희망정도는 평균 84.67(116점 만점)으로 이는 Nowotney가 분류한 희망정도(높은 희망: 95~116, 중정도의 희망: 73~94, 낮은 희망: 51~72, 절망: 29~50)에 따르면 중정도의 희망을 가지고 있는 것으로 나타났다. 또한 암환자의 삶의 질 정도는 평균 177.84(250점 만점)로 중정도인 것으로 나타났다. 이를 하위 영역별로 보면 정서가 평균 30.36, 경체가 평균 34.69, 신체상태 및 기능이 평균 45.77, 자존감이 평균 29.29, 이웃관계가 평균 14.92, 가족관계가 평균 22.84로 나타났다.

〈표 1〉 연구변수의 서술적 통계

(N=164)

변 수	평균 (표준편차)	점수범위	도구의 범위
• 지각된 건강상태	5.17 (1.22)	2 ~ 7	2 ~ 7
• 자아존중감	28.77 (4.37)	19 ~ 40	10 ~ 40
• 건강통제위	68.21 (6.46)	51 ~ 86	18 ~ 90
내적통제위	25.87 (3.31)	14 ~ 30	6 ~ 30
타인 의존통제위	23.95 (3.21)	14 ~ 30	6 ~ 30
우연통제위	18.39 (4.20)	8 ~ 30	6 ~ 30
• 자기효능	65.87 (14.85)	22 ~ 90	10 ~ 100
• 건강증진행위	107.91 (16.50)	55 ~ 145	38 ~ 152
영양관리	31.41 (4.20)	20 ~ 40	10 ~ 40
운동	9.93 (3.78)	4 ~ 16	4 ~ 16
스트레스관리	16.16 (3.34)	5 ~ 20	6 ~ 24
건강책임	13.23 (3.17)	5 ~ 20	5 ~ 20
대인관계	14.37 (3.34)	5 ~ 20	5 ~ 20
자아실현	22.79 (5.06)	9 ~ 32	8 ~ 32
• 지각된 민감성·심각성	21.40 (4.98)	10 ~ 30	6 ~ 30
• 희망	84.67 (9.41)	51 ~ 111	29 ~ 116
• 삶의 질	177.84 (25.35)	115 ~ 243	50 ~ 250
정서	30.37 (6.34)	11 ~ 43	9 ~ 45
경체	34.70 (5.43)	18 ~ 49	10 ~ 50
신체	45.77 (7.70)	21 ~ 64	13 ~ 65
자존	29.29 (5.06)	16 ~ 40	8 ~ 40
이웃	14.92 (2.22)	6 ~ 20	4 ~ 20
가족	22.83 (3.59)	13 ~ 30	6 ~ 30

3. 연구변수간의 상관관계

예측변수($X_1 - X_7$) 간의 상관관계는 모두 .20~.55의

범위에서 통계적으로 유의하였으며, 예측변수들과 종속변수인 삶의 질과는 모두 .20~.65의 범위에서 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다(표 2 참조).

〈표 2〉 연구변수간의 상관관계

(N=164)

	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇
X ₁ 지각된 건강상태							
X ₂ 자아존중감	.390**						
X ₃ 내재통제위	.207*	.317**					
X ₄ 자기효능	.105	.333**	.284**				
X ₅ 건강증진행위	.246*	.452**	.238**	.533**			
X ₆ 민감성과 심각성	-.245	-.286**	-.032**	-.142	-.209*		
X ₇ 희망	.287**	.553**	.425**	.475**	.546**	-.194*	
Y ₁ 삶의 질	.584**	.655**	.342**	.377**	.503**	.368**	.644**

*p<.05, **p<.001

4. 삶의 질 영향요인

본 연구에서는 삶의 질 선행연구에서 영향요인으로 제시된 지각된 건강상태, 자아존중감, 건강통제위, 자기효능, 건강증진행위, 암재발에 대한 민감성과 심각성 및 희망개념을 독립변수로 하여 이들 변수들이 삶의 질에 미치는 상대적인 중요성을 규명하게 되었다. 이를 위하여 단계적 다중회귀분석을 시도한 결과 추후관리 암환

자 삶의 질에 영향을 주는 주요 요인은 자아존중감으로 삶의 질을 46.9%를 설명하였다. 자아존중감 다음으로 지각된 건강상태 11.8%, 희망 8.3%, 암재발에 대한 민감성과 심각성이 1.5%를 각각 설명하였으며, 이들 변수 모두 삶의 질을 68.5% 설명하였다(표 3 참조). 건강통제위, 자기효능, 건강증진행위는 삶의 질을 설명하는데 유의하지 못하였다.

〈표 3〉 삶의 질 영향요인

(N=164)

예측변수	β	R ²	Cum·R ²	F	P
자아존중감	1.832	.469		143.461	.0001
지각된 건강상태	6.658	.118	.587	45.997	.0001
희망	0.820	.083	.670	40.248	.0001
암재발에 대한 민감성과 심각성	-0.616	.015	.685	7.270	.007

V. 논 의

1. 삶의 질 특성 및 영향요인

본 연구에서 추후관리 암환자들의 삶의 질 정도는 평균 177.84(도구의 중간값 150)로 중정도로 나타났다. 이러한 연구결과는 동일한 측정도구로 측정된 연구자료가 없어 직접 비교하기는 어려우나 한윤복 등(1990)의 연구와 태영숙(1996)의 연구에서 암환자들의 삶의 질 정도가 중정도라고 보고한 것과 일치한다고 볼 수 있다. 그러나 한윤복 등(1990)과 태영숙(1996)의 연구에서 사용한 암환자 삶의 질 측정도구와 동일한 도구로 정상인의 삶의 질을 연구한 노유자(1988)의 보고에서는 정상인들의 삶의 질 정도가 암환자보다 더 높은 것으로 나타나 여전히 암환자들의 삶의 질은 중요한 간호의 초점이

된다. 암환자 삶의 질 정도가 일반적으로 예상되는 암환자의 부정적인 삶의 질 양상과는 다소 다르게 중정도로 나타난 것은 연구대상자들이 암치료 후 추후관리를 받고 있는 자들로서 정상적인 생활에 적응하고 있기 때문인 것으로 사료된다.

또한 본 연구에서 사용된 삶의 질 도구는 정상 성인을 위해 개발된 도구이므로 재발의 두려움을 가지고 있는 암환자들의 심리적 측면을 충분히 반영하지 못한 점, 그리고 암종류별 신체적 증상과 기능손상 등이 충분히 반영되지 못한 점이 있어서 앞으로는 암 종류에 따른 구체적인 삶의 질 측정도구를 사용할 필요가 있겠고 종단적으로 삶의 질을 측정하여 삶의 질의 변화를 확인할 필요가 있다.

삶의 질이 가여어별 정도를 보면 정서요인이 5점 척도에서 평균 평점이 3.37, 경제요인이 평균 평점 3.47,

신체상태 및 기능요인이 평균 평점 3.52, 자존감 요인이 평균 평점 3.66, 이웃관계 요인이 평균 평점 3.74, 가족관계 요인이 평균 평점 3.80으로 가족관계 요인이 가장 높은 점수를 보였고, 그 다음이 이웃관계 요인이었고 정서요인이 가장 낮은 점수를 보였다. 이러한 연구결과는 암환자를 대상으로 한 한운복 등(1990)의 연구결과와 일치하며, 암환자의 삶의 질 향상에 정서적 요인을 중요하게 고려해야 할 필요성을 시사하고 있다.

본 연구에서는 선행연구에서 삶의 질 영향요인으로 제시된 지각된 건강상태, 자아존중감, 건강통제위, 자기효능, 암재발에 대한 민감성과 심각성, 건강증진행위 및 희망을 독립변수로 하여 단계적 중다회귀분석을 실시한 결과 추후관리 암환자 삶의 질에 자아존중감이 46.9%, 지각된 건강상태가 11.8%, 희망이 8.3%, 암재발에 대한 민감성과 심각성이 1.5%를 각각 설명하는 것으로 나타났다. 이들 4개 예측변수들이 삶의 질을 설명하는 정도는 68.5%로 선행연구(한운복 등, 1990; 장혜경, 1992, 정연, 1993; 오복자, 김순미, 1996; Padilla et al, 1990)들의 11.4%~44%의 설명력에 비하면 높은 것으로 나타났다. 지금까지 삶의 질 선행연구에서는 이들 변수들이 개별적으로 검증되었을 때 삶의 질에 영향을 미치는 가장 설명력이 있는 변수는 희망으로서 삶의 질을 44%~25.3%(오복자, 김순미, 1996; 태영숙, 1996)를 설명하는 것으로 나타났고, 그 다음이 자아존중감으로 25%(Burckhardt; 1985), 지각된 건강상태 20.1%(한운복, 노유자, 김남조, 김희승, 1990), 자기간호역량이 11.4%(정연, 1993) 순으로 제시되었다.

그러나 이들 변수들을 동시에 검증하였을 때 자아존중감이 추후관리 암환자의 삶의 질을 가장 크게 설명하는 것으로 나타났다. 자아존중감과 삶의 질 상관관계검증에서 상관계수 $r=.655$ 이어서 변수간의 중첩성(redundant)이 있을 것으로 사료되어 삶의 질 측정도구에서 자아존중감 문항 5문항을 제외하고 다시 회귀분석을 하였다. 그 결과에서도 자아존중감이 삶의 질을 43.5% 가장 크게 설명하는 것으로 나타났다. 자아존중감은 자신을 긍정적으로 수용하고 가치있는 인간으로 인지하는 것을 말하는데 이러한 자신에 대한 가치감 인지가 삶의 질 향상에 매우 중요하다는 것을 제시한다고 보여진다.

자아존중감 다음으로 암환자 삶의 질에 지각된 건강상태가 중요 영향요인으로 제시되었다. 이는 선행연구(한운복 등, 1990; Padilla et al., 1990)의 결과에서 지각된 건강상태가 암환자 삶의 질에 가장 중요한 요인으로 제시된 것과 일치된다. 이러한 연구결과는 암환자 삶

의 질에 신체적 안녕이 매우 중요함을 제시해 주고 있으므로 신체적 안녕을 증진시켜 삶의 질을 향상시킬 수 있는 간호전략이 필요하겠다.

희망개념은 자아존중감이나 지각된 건강상태가 포함되지 않은 선행연구에서 삶의 질을 단독으로 44%(오복자, 김순미, 1996)와 25.3%(태영숙, 1996) 높은 설명력을 나타냈으나 이들 변수들이 포함된 본 연구에서는 삶의 질을 8.3% 설명하는 것으로 나타났다. 이는 희망과 자아존중감이 높은 상관관계($r=.553, p<.001$)를 가지고 있는 것과 관련된다고 사료된다. 희망은 인간존재로 하여금 다시 존재함을 영감하게 하고 자기존재를 끊임없이 개선할 수 있다는 가능성을 갖게 함으로 자기존중감에 영향을 준 것으로 사료되는데 이는 오복자(1996)의 공변량 구조분석 연구에서 희망이 자아존중감에 유의하게 직접적인 영향을 주었다는 보고에서 지지받고 있다.

암재발에 대한 민감성과 심각성이 암환자 삶의 질에 부정적인 영향을 주고 있다는 것이 본 연구에서 지지되었다. 비록 암재발에 대한 민감성과 심각성이 암환자 삶의 질을 1.5% 설명하는 것으로 낮게 나타났으나 이는 암재발에 대한 민감성과 심각성이 자아존중감에 부정적인 영향을 미쳐(오복자, 1994) 삶의 질에 부정적인 영향을 준다는 것에 유의해야 할 것이다. 인간의 심신상호작용을 고려해 볼 때 암재발에 대한 가능성과 두려움은 건강상태에 부정적인 영향을 주므로 암환자 간호에 있어서 이를 위한 세심한 배려가 필요하겠다.

자기효능, 건강통제위, 건강증진행위는 삶의 질에 유의한 영향을 주지 않는 것으로 나타났다. 선행연구(오현수, 1993; 오복자, 1996)에서 자기효능은 건강증진행위를 통해 삶의 질에 간접적인 영향을 주는 것으로 나타났고, 건강증진행위가 삶의 질에 직접적인 영향을 주는 것으로(오복자, 1994) 제시되었으나 본 연구에서는 유의하게 나오지 않았다. 이는 삶의 질 개념이 신체적, 심리적, 사회적, 영적 안녕으로 구성되어 있어 신체적 안녕에 해당되는 현재 지각된 건강상태라든가 심리적 안녕인 자아존중감, 희망 등이 직접적인 영향을 크게 미친 것과 관련된다고 사료된다. 또한 건강증진행위는 건강상태의 호전을 가져와 궁극적으로 삶의 질에 영향을 주는 것으로써 장기간이 소요된다는 것과 관련된다고 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 암환자의 삶의 질 향상 간호중재법의 기초

자료를 제공하고자 선행연구에서 제시된 삶의 질 영향 요인인 지각된 건강상태, 자아존중감, 건강통제위, 자기 효능, 건강증진행위, 암재발에 대한 민감성과 심각성 및 희망개념을 예측변수로 하여 이들 변수들간의 상대적인 중요도를 규명하고자 하였다.

연구대상자는 서울의 일개 대학병원에서 추후관리를 받고 있는 위암환자 164명이었다. 자료수집에 사용된 도구는 신뢰도와 타당도가 보고된 기존도구를 번안하거나 문헌과 예비조사를 통해 대상자 특성에 맞게 수정한 후 사용하였다. 자료분석은 SAS PC+ 프로그램을 이용하여 서술적 통계와 상관관계분석 및 단계적 중다회귀 분석을 하였다.

연구결과는 다음과 같다.

- 1) 추후관리를 받고 있는 암환자의 삶의 질 정도는 평균 177.84로 중등도인 것으로 나타났다. 이를 하위 영역별로 보면 가족관계 요인이 5점 척도에서 평균 평점 3.80으로 가장 높았고 그 다음이 이웃관계 요인 평균 평점 3.73, 자존감 요인이 평균 평점 3.66, 신체상태 및 기능 요인이 평균 평점 3.52, 경제 요인이 평균 평점 3.47 그리고 정서요인이 평균 평점 3.37로 가장 낮았다.
- 2) 삶의 질과 예측변수들과의 상관관계는 .20~.65의 범위에서 모두 통계적으로 유의하였다.
- 3) 암환자 삶의 질에 영향을 미치는 주요 요인은 자아존중감으로 삶의 질을 46.9%를 설명하였다. 자아존중감 다음으로 지각된 건강상태가 11.8%, 희망이 8.3%, 암재발에 대한 민감성과 심각성이 삶의 질을 1.5% 각각 설명하였으며, 이들 4개 예측변수가 암환자 삶의 질을 68.5% 설명하여, 선행연구들에서 44%미만의 설명력에 비해 높게 나타났다.
- 4) 자기효능, 건강통제위 및 건강증진행위는 삶의 질을 설명하는데 유의하지 않았다.

이상의 연구결과를 바탕으로 논리적으로 암환자 삶의 질을 향상시키기 위해서는 희망을 보존, 강화시켜 자아존중감을 향상시키고 나아가 삶의 질을 향상시킬 수 있을 것으로 시료된다.

참 고 문 헌

- 권영은(1990). 암환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질과의 관계연구. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 노유자(1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 연구. 연세대학교 박사학위 논문.
- 문정순(1990). 성인의 건강신념 측정도구 개발연구. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 오복자(1994). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질에 측도형. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 오복자(1996). 암환자의 건강증진과 삶의 질 구조모형 II. 대한간호학회지, 26(3), 632-652.
- 오복자, 김순미(1996). 추후관리 암환자의 희망, 건강증진행위 및 삶의 질과의 관계 연구. 성인간호학회지, 8(1), 169-179.
- 장혜경(1992). 암환자의 가족지지 및 자아존중감 및 질적 삶의 질과의 관계 연구. 고려대학교 대학원 석사학위 논문.
- 전병재(1974). Self-esteem: a test of its measurability. 연세논총, 11, 107-129.
- 정 연(1993). 암환자의 자기간호역량과 삶의 질과의 관계. 성인간호학회지, 5(2), 189-200.
- 태영숙(1996). 암환자의 희망과 삶의 질과의 관계 연구. 성인간호학회지, 8(1), 80-92.
- 통계청(1994). 사망원인 통계연보.
- 한윤복, 노유자, 김남초, 김희승(1990). 중년기 암환자의 삶의 질에 관한 연구. 간호학회지, 20(3), 399-413.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 84(2), 191-215.
- Ferrel, B. R. (1996). The quality of life: 1525 voices of cancer 1996 ONS Distinguished Researcher presentation
- Ferrell, B. R., Wisdom, C., & Wenzel, C. (1989). Quality of Life as an Outcome Variable in the Management of Cancer Pain. Cancer, 63, 2321-2327.
- Goodinson, S. M., Singleton, J. (1989). Quality of life: A Critical review of current concepts, measures and their clinical implication. International Journal of Nursing Studies, 26(4), 327-341.
- Johanna, C. J. M., & Ferdinand, C. E. (1985). The Quality of Life of Cancer Patients: A Review of the Literature. Social Science & Medicine, 20(8), 809-817.

- Lawstone, M. P., Moss, M., & Kleban, M. H. (1982). A Research and Service oriented Multilevel Assessment Instrument. Journal of Gerontology, 37(1), 91-99.
- Lewis, F. M.(1982). Expected personal control and quality of life in late-stage cancer patients. Nursing Research, 31(2), 113-118.
- Lynch, W. F.(1965). Images of Hope. Baltimore : Helicon Press.
- Morris, J. N(1986). Last days : A study of the quality of life of terminally ill cancer patients. Journal of Chronic disease, 39(1), 47-62.
- Nowotny, M. L.(1989). Assesment of hope in patients with cancer : development of an instrument. Oncology Nursing Forum, 16(1), 57-61.
- Oh, H. S(1993). Health promoting behaviors and quality of life of Korean women with arthritis. Doctoral Dissertation. The University of Texas at Austin.
- Padilla, G. V., & Grant,M. M.(1985). Quality of Life as a Cancer Nursing Outcome Variable. Advances in Nursing Sciences, 8(1), 45-60.
- 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.
- Pender, N. J, & Pender, A. R.(1987). Health Promotion in Nursing Practice. (2nded.). Norwalk, CT : Appleton and Lange.
- Sherer, M., & Maddux, J. E.(1982). The Self-Efficacy Scale : Construction & Validation, Psychological Reports, 51, 663-667.
- Stratcher, V. J., Devellis, B. M., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M.(1986). The role of Self Efficacy in Achieving Health Behavior Change. Health Education Quarterly, 13(1), 73-91.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & Devellis, R (1978). Development of the multidimensional health Locus of Control Scales. Health Education Monographs, 6, 160-171.

—Abstract—

Key concept : Quality of Life, Cancer

Predicting Quality of Life in People with Cancer

*Oh, Pok Ja**

The purpose of this study is to provide a basis for nursing intervention strategies to promote quality of life in cancer patients. Therefore the study is designed to evaluate the effectiveness of perceived health status, self-esteem, health locus of control, self-efficacy, perceived susceptibility/severity, health promoting behaviors, and hope for quality of life.

The sample was composed of 164 stomach cancer patients who visited outpatient clinics at a university hospital in Seoul.

The following instruments were used in the study after some adaptation : Lawstone and others' Health Self-rating Scale, Rosenberg's Self esteem Scale, Wallston and others' Multidimensional Health Locus of Control Scale, Sherer & Maddux's Self-efficacy Scale, Moon's Health Beliefs Scale, Walker and others' Health Promoting Lifestyle Profile, Nowotney's Hope scale and Noh's Quality of Life Scale.

Data were analyzed using a SAS program for Pearson correlation coefficients, descriptive correlational statistics and stepwise multiple regression.

The results are as follows :

1. The scores on the quality of life scale ranged from 115 to 243 with a mean of 177.84(SD : 25.35). The mean scores(range 1-5) on the different dimensions were : emotional state 3.37 ; economic life 3.47 ; physical state & function 3.52 ; self-esteem 3.66 ; relationship with neighbors 3.73 ; family relationships 3.80.

* Associate Professor, Department of Nursing, Korean Sahmyook University.

2. There was a significant correlation between all the predictive variables and the quality of life ($r=.20-.65$, $p<.01$).
3. Stepwise multiple regression analysis showed that :
 - 1) Self-esteem was the main predictor of quality of life and accounted for 46.9% of the variance in quality of life.
 - 2) Perceived health status, hope and perceived susceptibility/severity accounted for 11.8%, 8.3%,

1.5% of the variance in quality of life, respectively.

- 3) Self-esteem, perceived health status, hope & perceived susceptibility/severity combined accounted for 68.5% of the variance in quality of life.

In conclusion, self-esteem, perceived health status, hope and perceived susceptibility/severity were identified as important variables in the quality of life of cancer patients.