

부인암 환자의 생존단계에 따른 디스트레스와 신체상 비교

박정숙¹ · 이혜란²

¹계명대학교 간호대학, ²계명문화대학교 간호과

Comparison of Distress and Body Image according to the Stages of Cancer Survivorship in Gynecological Cancer Patients

Park, Jeong Sook¹ · Lee, Hye Ran²

¹College of Nursing, Keimyung University, Daegu; ²Department of Nursing, Keimyung College University, Daegu, Korea

Purpose: This study was to compare distress and body image according to the stages of cancer survivorship in patients with gynecological cancer. **Methods:** The subjects were 231 patients who visited for treatment or follow-up care at a university medical center in a city, Korea. These participants were divided into three groups based on the stages of cancer survivorship. The data were collected from November, 18, 2010 to January, 28, 2011 with the use of a structured questionnaire which measured the distress thermometer (DT) and problem list (PL), and body image. **Results:** Distress scores were not significantly different among three stages of cancer survivorship, but the patients of acute cancer survival experienced the distress of 4.50 point of moderate level (DT > 4). The problem list of distress score was significantly higher in the acute cancer survival than long-term cancer survival (F = 3.04, p = .048). The score of body image was significantly lower in the acute cancer survival stage than long-term cancer survival (F = 3.69, p = .026). **Conclusion:** Gynecological cancer patients in the acute cancer survival among the three stages will need to provide a nursing intervention to decrease distress and improve body image.

Key Words: Cancer Survivorship, Distress, Body Image, Gynecological Cancer

서 론

1. 연구의 필요성

부인암은 자궁경부나 나팔관, 난소, 자궁, 질과 외음부 등 생식기에 발생하는 암을 말하며, 이중에서 우리나라의 자궁경부암 발생율은 인구 10만명 당 2005년 3,988명에서 2010년 3,857명으로 감소하고 있지만 여전히 부인암 중에서 1위를 차지하고 있으며, 자궁체부암과 난소암은 매년 조금씩 증가하고 있다. 우리나라 여성암 중에서 2006년에서 2010년 사이 생존율을 보면 자궁경부암이 80.2%로 3위

이며, 난소암이 60.4%로 6위를 차지하고 있어서 5년 생존율이 높게 나타나고 있다.¹⁾ 이처럼 부인암은 발병률이 높고, 생존기간이 길어지고 있어서 부인암 생존자들이 암과 함께 살아가는 동안 잘 적응하도록 도와주는 관리가 필요하다.

암 생존자는 개인, 가족 및 대인관계, 의료 체계 및 사회적 영역에서 경험하는 다양한 문제로 인해 디스트레스를 겪게 된다.²⁾ 암 생존자의 디스트레스는 암 진단의 충격과 현실부정, 분노, 공포와 불안, 자책감, 고독감 등 다양한 감정반응을 포함하는 정서적 고통과 투병과정에서 겪는 심리적, 사회적, 영적 측면의 불쾌한 경험을 모두 포함하고 있다.³⁾ 한국 암 환자의 디스트레스 관리권고안²⁾에서는 디스트레스를 체계적으로 관리하면 삶의 질과 치료 만족도 및 순응도를 향상시키므로 디스트레스를 조기 발견하고 적극적으로 치료해야 한다고 강조하고 있다.

우리나라 암 환자의 디스트레스 유병률은 42.1%로서, 미국 35.1%, 캐나다 37.8%보다 높은데, 이는 암 투병에 상당한 영향을 미칠 정도의 병적인 디스트레스로 알려져 있다.²⁾ 디스트레스가 심한 암 생존자들은 치료의 순응도가 떨어져서 결과적으로 예후가 나빠지게 되

주요어: 암 생존, 디스트레스, 신체상, 부인암

Address reprint requests to: Lee, Hye Ran

Department of Nursing, Keimyung College University, 675 Dalseo-daero, Dalseo-gu, Daegu 704-703, Korea
Tel: +82-53-589-7599 Fax: +82-53-589-7598 E-mail: leerhry7825@nate.com

투 고 일: 2013년 12월 28일 심사완료일: 2014년 3월 4일

계재확정일: 2014년 3월 25일

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.

며, 자주 응급실을 이용하는 등 의료자원을 과도하게 사용하여 사회적, 직업적 기능도 저하된다고 보고되고 있다.²⁾ 또한, 암 환자의 디스트레스는 암 사망률⁴⁾과 삶의 질⁵⁾의 주요 예측요인이 되고 있으므로 디스트레스를 적극적으로 관리하는 것이 중요하다.

단계적으로 보면, 암 진단 후부터 치료과정에서 피로, 통증, 근골격계 문제 등의 신체적인 문제, 우울, 자존감 상실 등의 정신적인 문제, 일상생활 적응, 사회 및 직장생활, 경제적인 부담, 가족갈등 등의 사회경제적 문제로 인해 디스트레스를 경험한다.⁶⁾ 장기 암 생존 과정에서는 전이나 재발에 대한 불안과 공포 등으로 디스트레스를 느끼게 되어,⁷⁾ 암 투병의 전 과정동안 디스트레스가 지속되고 있음을 알 수 있다. 특히, 부인암 환자는 신체상이나,⁸⁾ 성기능 문제⁹⁾ 등 여성으로서 겪어야 하는 문제로 인한 디스트레스도 함께 경험하고 있다.

부인암 환자의 신체상은 정상인보다 낮았는데,¹⁰⁾ 이는 치료과정에서 자궁 및 부속기 적출로 인한 신체일부의 상실, 수술상처, 항암 화학요법과 방사선치료 등으로 인해 신체상의 변화를 경험하고 있다.¹¹⁾ 특히, 여성은 남성보다 신체의 변화에 민감하고, 손상된 부위가 자아정체감과 존중감과 관련된 상징적 의미가 있다면 비교적 작은 변화에도 예기치 않은 반응을 보일 수 있으므로¹²⁾ 부인암 환자의 신체상에 대해 관심을 가질 필요가 있다. 더구나 부인암 환자의 신체상은 삶의 질을 설명하는 주요변수로 작용하고,^{5,8)} 성기능과 관계가 있으며,¹³⁾ 성욕구에 대한 심리사회적 예측요인이 되고 있어서¹⁴⁾ 주요 건강문제로 다루어져야 함을 제시하고 있다.

암 생존자에 대한 정의는 과거에는 치료가 끝나는 시점을 기준으로 하였으나, 근래에는 암 진단을 기준¹⁵⁾으로 변화하여서 암 생존자의 대상 범위가 과거보다 넓어졌다. Mullen¹⁵⁾은 암의 상태와 치료 과정에 따라 생존단계를 세단계의 시기로 구분하였는데, 급성 생존 단계는 진단을 받은 이후 계속해서 다양한 종류의 항암치료를 받는 과정이고, 확장 생존단계는 질병이 소강상태로 접어들고 치료도 마무리되는 단계이며, 영속적 생존단계는 암의 재발률이 현저히 감소되고 암 세포의 활동이 거의 사라지는 시기로 분류하였다. 이와 같이 생존단계는 암 진단부터 시작하여 생존 또는 죽음에 이르기까지 지속적이고 역동적으로 일어나는 삶의 연속적 과정으로 볼 수 있으며,¹⁶⁾ 각 생존단계별로 암 환자의 문제와 요구가 달라질 수 있다. 급성 생존단계에서는 식이요법과 영양, 스트레스 해소 등 실질적인 도움에 대한 요구가 많고, 확장 생존단계에서는 치료 후 부작용 관리, 향후 재발 가능성, 사후 건강관리, 지지모임 등에 대한 요구가 많으며, 영속적 생존단계에서는 지역사회 적응 및 직장 복귀 등 사회적 측면의 요구가 많았다.^{17,18)} 부인암 환자의 경우 어느 정도 질병이 회복되어 관심이 적어지는 확장 생존단계에서 건강증진행위와 삶의 질이 생존단계 중 가장 낮아서 이를 위한 간호중재가 제공될 필요가 있었다.¹⁹⁾ 이와 같이 생존단계에 따라 암생존자들이 각기

다른 요구와 문제를 가지고 있는 것으로 일부 보고되고 있지만 이에 대한 연구는 아직 부족한 실정이다. 특히, 부인암 환자의 생존단계에 따라 디스트레스와 신체상이 어떻게 다른지에 대한 연구는 거의 이루어지지 않았다. 건강증진행위나 삶의 질과 마찬가지로 부인암 환자의 디스트레스와 신체상은 주요한 건강문제이므로 어떤 시기에 디스트레스와 신체상의 문제를 많이 경험하는지를 파악하고 대처방안을 마련할 필요가 있다.

이에 본 연구에서는 부인암 환자의 생존단계에 따라 디스트레스와 신체상의 차이가 있는지를 파악하고 생존단계별 특성이 반영된 효과적인 간호중재 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 실시되었다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 부인암 환자의 생존단계별 디스트레스와 신체상의 차이를 파악하여 생존단계별 특성을 고려한 간호중재 프로그램 개발에 근거자료를 제공하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 부인암 환자의 생존단계별 디스트레스의 차이를 파악한다.

둘째, 부인암 환자의 생존단계별 신체상의 차이를 파악한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 부인암 환자의 생존단계별 디스트레스와 신체상의 차이를 파악하기 위한 비교 조사 연구이다.

2. 연구 대상

대상자는 우선적으로 2010년 11월 15일 D광역시 K대학교병원에서 부인암으로 진단받고 치료와 추후 관리를 위해 산부인과 외래로 내원하는 환자의 전자의무기록(Electronic Medical Record: EMR)을 확인하여 Mullen¹⁵⁾의 생존단계 분류기준을 근거로 급성 생존단계는 암 진단을 받은 지 2년 미만인 자, 확장 생존단계는 암 진단을 받은 지 2년에서 5년 미만인 자, 영속적 생존단계는 암 진단 후 5년 이상 경과한 자로 하였다. 다음으로 2010년 11월 18일부터 2011년 1월 28일까지 외래진료를 받으러 온 대상자 중 아래 선정기준에 근거하여 편의추출하였다.

- 1) 자궁경부암, 난소암, 자궁내막암, 자궁체부암, 외음부암, 질암 등으로 진단받은 만 20세 이상인 자
 - 2) 의사소통이 가능하며 설문지 내용을 충분히 이해할 수 있는 자
 - 3) 본 연구의 목적과 방법을 이해하고 연구 참여에 동의한 자
- 대상자는 급성 생존단계 109명, 확장 생존단계 48명, 영속적 생존

단계 74명으로서 총 231명이었다. 본 연구 표본크기는 G*power 3.0 프로그램을 이용하여 세집단 간 분산분석을 적용하고 유의수준 (α)=.05, 검정력(1- β)=.95, 효과크기(ES)=.30으로 하였을 때 132명이 제시되어 본 연구 대상자 수는 필요한 표본 수를 충족하였다.

3. 연구 도구

1) 디스트레스

디스트레스 측정도구는 미국 National Comprehensive Cancer Network (NCCN)²⁰⁾이 개발하고 국립암센터에서 번역한 것으로,²⁾ 디스트레스 온도계(Distress Thermometer, DT)와 디스트레스 문제목록(Problem List, PL)으로 구성되어 있다.

(1) 디스트레스 정도는 디스트레스 온도계로 측정하는데, 이는 0에서 10까지의 온도계 모양으로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 디스트레스 정도가 높음을 의미한다.

(2) 디스트레스 문제목록은 지난 일주일 동안 문제가 되었던 항목을 실생활 문제(5문항), 가족의 문제(2문항), 정서적 문제(6문항), 영적/종교적 문제(1문항), 신체적 문제(22문항) 등 5개 영역의 총 36 문항으로 구성되었으며, 각 문항에 대하여 '예' 혹은 '아니오'에 응답하도록 되어 있다. '예'는 1점, '아니오'는 0점으로 처리하여 점수가 높을수록 디스트레스 문제가 많음을 의미한다. Park과 Oh³⁾의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 값은 .89이었고, 본 연구에서 Cronbach's α 값은 .88이었다.

2) 신체상

신체상은 Jeong²¹⁾이 신체적 자아문학과 신체이미 척도를 중심으로 개발한 17문항의 5점척도로 측정하였다. 각 문항에 대하여 전혀 그렇지 않다 1점, 대체로 그렇지 않다 2점, 보통이다 3점, 대체로 그렇다 4점, 항상 그렇다 5점으로 응답하도록 하였으며, 부정적 문항은 역산하여 처리하였다. 점수가 높을수록 신체상이 긍정적임을 의미하며, Jeong²¹⁾의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 값은 .80이었고, 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 값은 .88이었다.

4. 자료 수집 절차

자료는 2010년 11월 18일부터 2011년 1월 28일까지 수집되었다. 설문조사를 위하여 임상실무경력 3년 이상인 간호사 2명을 연구 보조원으로 선정하여 자료 수집 방법에 대해 사전 교육을 실시하였다. 부인과 외래진료실이나 항암화학요법 주사실에서 대상자에게 설문지를 주어 자가보고형으로 직접 작성하도록 하였고, 작성에 소요된 시간은 약 10분 정도였다. 시력이 나쁘거나 기운이 없다고 하는 대상자 3명은 연구 보조원이 설문지를 읽어주고 응답을 기입하였다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 18.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적인 특성과 질병관련 특성은 빈도, 백분율로 제시하였고, 세 군간의 특성차이는 χ^2 -test, one-way ANOVA로 분석하였으며, 생존단계별 디스트레스 정도와 문제, 신체상의 차이는 one-way ANOVA와 Duncan's test로 알아보았다.

6. 연구의 윤리적 측면

본 연구에서는 대상자를 보호하기 위하여 해당 기관의 자료 수집 승인을 받은 후 암센터, 간호부서와 산부인과 담당의사의 협조를 얻어 진행되었다. 실험군과 대조군을 포함한 본 연구에 참여하는 대상자들은 자발적으로 부인종양 전담간호사에게 신청을 하였으며, 이들 모두에게 연구의 내용과 목적, 연구 자료 분석의 익명성, 사생활 보장 및 연구 참여 중도 포기 가능성을 설명한 후 동의서에 서명을 받았다.

연구 결과

1. 생존단계별 대상자의 특성

대상자의 평균연령은 54.9세로서 50대 이상이 71.9%를 차지하였으며, 종교는 불교가 46.8%였고, 직업이 있는 경우가 24.2%, 기혼자가 69.7%, 고졸 이상이 48.7%, 월수입은 100만원 미만이 30.1%, 부인암으로 보험회사에서 보상금을 받은 사람이 51.5%, 현재 동거 가족수가 3인 이상인 사람이 46.8%로 가장 많았다. 질병관련 특성은 부인암으로 입원한 횟수는 2회 이상이 45.9%이었으며, 현재 월경이 1년 이상 없는 사람이 90.0%, 주 간병인이 없는 사람이 50.2%, 부인암의 가족력이 있는 사람이 12.6%를 차지하였다. 또한, 암 진단의 종류는 자궁경부암이 58.3%로 가장 많았고, 다음으로 난소암 26.5%, 자궁내막암 12.2% 등의 순이었다. 암 치료 방법은 다중응답으로 분석한 결과 수술이 40.1%로 가장 많았으며, 다음으로 항암요법 25.9%, 기타(면역요법, 호르몬요법 등) 19.8%, 방사선 요법 14.2%의 순이었다. 생존단계별 세 군의 일반적 특성과 질병관련 특성은 유의한 차이가 없었다(Table 1).

2. 생존단계별 디스트레스의 차이

오늘을 포함하여 지난 일주일 동안 겪었던 생존단계별 디스트레스 정도는 10점 만점에 급성 생존단계가 4.50점, 확장 생존단계 3.67점, 영속적 생존단계 3.54점으로 세군 간에 차이가 없었으나 급성 생존단계는 디스트레스 관리가 필요한 절단점인 4점 이상으로 나타났다. 디스트레스 문제는 급성 생존단계 .31점으로 영속적 생존단계 .24점보다 높아($p=.048$) 디스트레스 문제가 더 많은 것으로 나

Table 1. General and Clinical Characteristics of Participants

Characteristics	Categories	Acute CS	Extended CS	Long-term CS	Total	χ^2	p
		(n = 109)	(n = 48)	(n = 74)	(n = 231)		
		n (%) or M \pm SD	n (%) or M \pm SD	n (%) or M \pm SD	n (%) or M \pm SD		
Age (year)	< 40	16 (14.7)	5 (10.3)	3 (4.1)	24 (10.4)	7.30	.294
	40 - 49	21 (19.3)	8 (16.7)	12 (16.2)	41 (17.7)		
	50 - 59	38 (34.8)	21 (43.8)	29 (39.2)	88 (38.1)		
	\geq 60	34 (31.2)	14 (29.2)	30 (40.5)	78 (33.8)		
		53.0 \pm 12.65	56.0 \pm 11.89	56.9 \pm 10.51	54.9 \pm 11.93		
Religion	Christian	19 (17.4)	9 (18.8)	16 (21.6)	44 (19.0)	4.34	.630
	Catholic	12 (11.0)	2 (4.2)	7 (9.5)	21 (9.1)		
	Buddhism	51 (46.8)	27 (56.2)	30 (40.5)	108 (46.8)		
	None	27 (24.8)	10 (20.8)	21 (28.4)	58 (25.1)		
Job	Yes	27 (24.8)	8 (16.7)	21 (28.4)	56 (24.2)	2.20	.332
	No	82 (75.2)	40 (83.3)	53 (71.6)	175 (75.8)		
Marital status	Single	11 (10.1)	4 (8.3)	1 (1.4)	16 (6.9)	6.46	.374
	Married	72 (66.1)	34 (70.8)	55 (74.3)	161 (69.7)		
	Widowed	20 (18.3)	8 (16.7)	12 (16.2)	40 (17.3)		
	Divorced/separated	6 (5.5)	2 (4.2)	6 (8.1)	14 (6.1)		
Education	< Middle school	35 (32.4)	15 (31.2)	18 (25.0)	68 (29.8)	5.97	.426
	Middle school	18 (16.7)	10 (20.8)	21 (29.2)	49 (21.5)		
	High school	40 (37.0)	17 (35.5)	28 (38.9)	85 (37.3)		
	\geq College	15 (13.9)	6 (12.5)	5 (6.9)	26 (11.4)		
Monthly income (10,000 won)	< 100	26 (29.2)	13 (30.1)	20 (31.2)	59 (30.1)	3.99	.677
	100 - 199	21 (23.6)	6 (14.0)	12 (18.8)	39 (19.9)		
	200 - 299	17 (19.1)	14 (32.6)	16 (25.0)	47 (24.0)		
	\geq 300	25 (28.1)	10 (23.3)	16 (25.0)	51 (26.0)		
Compensation	Yes	55 (51.4)	30 (62.5)	32 (44.4)	117 (51.5)	3.76	.153
	No	52 (48.6)	18 (37.5)	40 (55.6)	110 (48.5)		
Family members	0	10 (9.2)	7 (14.6)	10 (13.5)	27 (11.7)	5.95	.429
	1	22 (20.2)	6 (12.5)	12 (16.2)	40 (17.3)		
	2	32 (29.3)	10 (20.8)	14 (18.9)	56 (24.2)		
	\geq 3	45 (41.3)	25 (52.1)	38 (51.4)	108 (46.8)		
Number of hospitalization due to GC	1	60 (55.0)	26 (54.2)	39 (52.7)	125 (54.1)	3.19	.526
	2 - 5	23 (21.1)	11 (22.9)	23 (31.1)	57 (24.7)		
	\geq 6	26 (23.9)	11 (22.9)	12 (16.2)	49 (21.2)		
Menstruation	Regularly	10 (9.2)	0 (0.0)	4 (5.4)	14 (6.1)	5.88	.209
	Irregularity	4 (3.7)	3 (6.2)	2 (2.7)	9 (3.9)		
	Not for more than 1 year	95 (87.1)	45 (93.8)	68 (91.9)	208 (90.0)		
Major caregiver	Spouse	27 (24.8)	14 (29.2)	12 (16.2)	51 (22.3)	8.90	.351
	Parents	8 (7.3)	1 (2.1)	2 (2.7)	13 (5.7)		
	Sons and daughters	20 (18.3)	8 (16.6)	14 (18.9)	38 (16.6)		
	Others	6 (5.5)	1 (2.1)	2 (2.7)	12 (5.2)		
	None	48 (44.0)	24 (50.0)	44 (59.5)	115 (50.2)		
Family history of GC	Yes	15 (13.8)	4 (8.3)	10 (13.5)	29 (12.6)	0.98	.611
	No	94 (86.2)	44 (91.7)	64 (86.5)	202 (87.4)		
Diagnosis	Cervical cancer	57 (52.3)	27 (56.3)	50 (68.5)	134 (58.3)	8.74	.188
	Endometrial cancer	18 (16.5)	3 (6.3)	7 (9.6)	28 (12.2)		
	Ovarian cancer	30 (27.5)	17 (35.3)	14 (19.2)	61 (26.5)		
	Other	4 (3.7)	1 (2.1)	2 (2.7)	7 (3.0)		
Methods of cancer treatment*	Operation	83 (43.4)	35 (39.3)	52 (36.1)	170 (40.1)	-	-
	Chemotherapy	50 (26.2)	25 (28.1)	35 (24.3)	110 (25.9)		
	Radiation	24 (12.6)	12 (13.5)	24 (16.7)	60 (14.2)		
	Other	34 (17.8)	17 (19.1)	33 (22.9)	84 (19.8)		

CS = cancer survival; GC = gynecologic cancer.

*Multiple response.

타났다(Table 2).

디스트레스 문제의 하부영역별을 보면 급성 생존단계는 확장 생존단계나 영속적 생존단계 보다 정서적 영역의 문제가 더 많았으며 ($p < .001$), 영적/종교적 영역의 문제는 영속적 생존단계보다 많았다 ($p = .027$). 디스트레스 문제 중 순위가 가장 높았던 것은 걱정으로 66.2%였으며, 그 다음은 피로 64.1%, 기억력(집중력) 50.6%, 신경질 50.2%, 손발저림 48.9%, 우울 47.6%, 두려움 47.2%, 슬픔 43.3%, 수면장애 38.1%, 통증 35.1% 등의 순이었다(Table 3).

3. 생존단계별 신체상의 차이

신체상은 급성 생존단계가 3.27점으로 영속적 생존단계의 3.52점 보다 낮아 더 부정적인 것으로 나타났다($p = .026$) (Table 2).

논 의

본 연구에서 부인암 환자의 생존단계별 디스트레스 정도는 세 집단 간에 차이가 없었지만, 급성 생존단계의 환자들은 평균 4.50점으로 확장과 영속적 생존단계보다 디스트레스가 더 높았으며, 디스트레스 관리가 필요한 절단점인 4점 이상으로 나타났다. 이는 동일한 측정도구로 측정한 급성 생존단계에 있는 유방암 환자의 디스트레스가 평균 4.77점이었던 Kwon과 Yi²³⁾의 연구와 유사하였다. 즉 급성 생존단계에 있는 부인암이나 유방암 환자는 관리가 필요한 중등도의 디스트레스를 가지고 있는 것으로 나타났다. 따라서, 급성 생존 단계에 있는 암 환자들에게는 한국 암 환자 디스트레스 관리 권고안²⁾이나 NCCN²³⁾의 디스트레스 관리 가이드라인에 따라 정신보건 전문가, 사회복지전문가 혹은 성직자의 전문적인 사정과 치료적 개입 및 적절한 간호중재를 제공해야 할 것이다.

본 연구의 결과, 급성 생존단계의 환자는 영속적 생존단계의 환자보다 디스트레스 문제가 많았는데, 특히 정서적 영역과 영적/종교

적 문제가 많은 것으로 나타났다. Kim²⁾의 연구에서는 급성 생존단계에 속하는 암 생존자의 자살위험이 2년 이상인 환자에 비해 2.8 배 높았으며, Kwon과 Yi²³⁾의 연구에서도 정서적 영역 문제가 가장 높아서 본 연구와 유사하였다. 급성 생존단계에 있는 대상자들은 암 진단을 생명의 위협으로 받아들이며, 수술, 항암요법, 방사선 등의 치료 방법을 결정할 때 혼란스러워할 뿐 아니라 치료과정에 따른 많은 부작용과 치료경과에 대한 불안 등으로 디스트레스를 상당히 겪고 있다고 볼 수 있다. 이러한 암 진단과 치료과정에서 부정적 정서반응인 분노, 걱정, 우울, 불안, 두려움, 슬픔 등을 다른 생존 단계에 비해 많이 겪게 된다. Boyle²⁴⁾에 의하면 암 진단기에는 의사 결정 갈등, 죽음불안, 예상 소실(anticipatory loss), 분노, 혼동, 신체노출, 정밀검사, 가족문제, 관계 변화, 재정적 직업적 문제 등에 직면해야 하고, 암 치료기에는 신체적 타협, 모르는 사람 신뢰하기, 치료 후 유증, 응급위기, 독성, 자아감 변화, 가족에게 부담이 됨, 과외비용 등에 적응해야 하는 것으로 나타났다. 암 진단을 받은 이후 적극적인 치료를 받는 과정인 급성 생존단계에서는 위와 같은 다양한 요인에 의한 디스트레스와 영적/종교적 고민을 하는 시기이므로 정신과 의사, 심리학자, 정신전문간호사 등의 심리적 중재가 특히 필요하다고 볼 수 있다. 또한, 중앙관련 전문간호사들에게 디스트레스를 정규적으로 측정하고 일정 수준 이상의 디스트레스 발견 시 정신보건전문가에게 의뢰하는 체계를 구축하는 것도 한 방안이 될 수 있다. 또한, 디스트레스 문제 중에 가장 낮았지만 영적/종교적 고민은 다른 단계보다 급성 생존단계에서 암의 진단과 치료에 의해 야기되는 신체적, 심리적 위기를 겪게 되는데 이시기에 종교적 지도자의 개입으로 필요하다고 본다.²⁵⁾

한편, 부인암 환자의 디스트레스 정도는 확장 생존단계에서 3.67 점, 영속적 생존단계에서 3.54점으로 정신보건전문가의 관리가 필요한 4점 바로 아래 경계부위에 있다고 볼 수 있다. 또한, 정서적 영역의 디스트레스는 급성 생존단계에서 높았다가 확장과 영속적 생

Table 2. Differences of Distress Level according to Cancer Survival Stages

Variables	Acute CS ^a (n= 109)	Extended CS ^b (n= 48)	Long-term CS ^c (n= 74)	F	p	Duncan
	M±SD	M±SD	M±SD			
Distress score	4.50±2.85	3.67±3.16	3.54±2.90	2.82	.061	
Distress problem: Total	0.31±0.17	0.26±0.23	0.24±0.18	3.08	.048	a>c
Practical problems	0.19±0.24	0.15±0.27	0.15±0.21	0.80	.450	
Family problems	0.11±0.26	0.06±0.22	0.09±0.22	0.54	.579	
Emotional problems	0.58±0.31	0.38±0.39	0.39±0.37	8.55	<.001	a>b,c
Spiritual/religious concern	0.06±0.23	0.10±0.31	0.00±0.00	3.67	.027	a>c
Physical problems	0.29±0.19	0.28±0.24	0.25±0.18	1.14	.322	
Body image	3.27±0.64	3.46±0.69	3.52±0.62	3.69	.026	a<c

CS = cancer survival

Table 3. Problem List of Distress according to Cancer Survival Stages

Items	Acute CS (n = 110)		Extended CS (n = 49)		Long-term CS (n = 72)		Total (n = 231)	
	Ranking	n (%)	Ranking	n (%)	Ranking	n (%)	Ranking	n (%)
Worry	1	87 (79.8)	2	26 (54.2)	3	40 (54.1)	1	153 (66.2)
Fatigue	2	73 (67.0)	1	29 (60.4)	1	46 (62.2)	2	148 (64.1)
Memory/concentration	8	50 (45.9)	4	23 (47.9)	2	44 (59.5)	3	117 (50.6)
Nervousness	5	63 (57.8)	5	21 (43.8)	5	32 (43.2)	4	116 (50.2)
Tingling in hands/feet	7	53 (48.6)	3	24 (50.0)	4	36 (48.6)	5	113 (48.9)
Depression	3	65 (59.6)	8	16 (33.3)	6	29 (39.2)	6	110 (47.6)
Fears	3	65 (59.6)	9	15 (31.3)	6	29 (39.2)	7	109 (47.2)
Sadness	6	56 (51.4)	7	17 (35.4)	8	27 (36.5)	8	100 (43.3)
Sleep	9	48 (44.0)	6	18 (37.5)	13	22 (29.7)	9	88 (38.1)
Pain	10	41 (37.6)	12	14 (29.2)	10	26 (35.1)	10	81 (35.1)
Insurance/financial	12	39 (35.8)	18	12 (25.0)	8	27 (36.5)	11	78 (33.8)
Weight gain/loss	12	39 (35.8)	18	12 (25.0)	10	26 (35.1)	12	77 (33.3)
Feeling swollen	14	37 (33.9)	12	14 (29.2)	12	23 (31.1)	13	74 (32.0)
Loss of interest in usual activities	10	41 (37.6)	12	14 (29.2)	19	17 (23.0)	14	72 (31.2)
Skin dry/itchy	17	32 (29.4)	9	15 (31.3)	13	22 (29.7)	15	69 (29.9)
Constipation	18	31 (28.4)	12	14 (29.2)	13	22 (29.7)	16	67 (29.0)
Indigestion	15	33 (30.3)	17	13 (27.1)	17	19 (25.7)	17	65 (28.1)
Changes of urination	19	29 (26.6)	9	15 (31.3)	18	18 (24.3)	18	62 (26.8)
Nose dry/congested	23	24 (22.0)	12	14 (29.2)	13	22 (29.7)	19	60 (26.0)
Getting around	19	29 (26.6)	24	9 (18.8)	20	14 (18.9)	20	52 (22.5)
Appearance	21	28 (25.7)	22	10 (20.8)	27	6 (8.1)	21	50 (21.6)
Eating	15	33 (30.3)	22	10 (20.8)	27	6 (8.1)	22	49 (21.2)
Nausea	22	25 (22.9)	18	12 (25.0)	27	6 (8.1)	23	43 (18.6)
Fevers	24	22 (20.2)	21	11 (22.9)	25	8 (10.8)	24	41 (17.7)
Mouth sores	25	21 (19.3)	24	9 (18.8)	32	5 (6.8)	25	35 (15.2)
Breathing	28	15 (13.8)	24	9 (18.8)	21	11 (14.9)	25	35 (15.2)
Housing	26	17 (15.6)	24	9 (18.8)	24	9 (12.2)	25	35 (15.2)
Transportation	27	16 (14.5)	29	7 (14.6)	22	10 (13.5)	25	35 (15.2)
Diarrhea	28	15 (13.8)	29	7 (14.6)	27	6 (8.1)	29	28 (12.1)
Bathing/dressing	34	12 (11.0)	24	9 (18.8)	27	6 (8.1)	30	27 (11.7)
Dealing with partner	32	13 (11.9)	33	4 (8.3)	22	10 (13.5)	30	27 (11.7)
Child care	31	14 (12.8)	33	4 (8.3)	26	7 (9.5)	32	25 (10.8)
Sexual	32	13 (11.9)	31	5 (10.4)	33	4 (5.4)	33	22 (9.5)
Work/school	28	15 (13.8)	35	4 (8.3)	35	2 (2.7)	34	21 (9.1)
Dealing with children	35	10 (9.2)	36	2 (4.2)	34	3 (4.1)	35	15 (6.5)
Spiritual/religious concern	36	6 (5.5)	31	5 (10.4)	36	0 (0.0)	36	11 (4.8)

CS = cancer survival

존단계에 감소하였지만, 신체적 영역, 실생활 영역, 가족영역의 디스트레스는 생존단계에 따라 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 이는 암 투병의 전 과정동안 디스트레스가 문제가 되므로 암으로 판정되는 시점부터 시작하여 지속적으로 디스트레스를 관리해야

함을 시사하고 있다. 디스트레스가 높으면 삶의 질이 감소되고,^{5,22)} 암 환자의 생존기간을 단축시키게 되므로²⁶⁾ 심리사회적 디스트레스는 암 환자에게 매우 중요하게 다루어져야 하는 건강문제라고 할 수 있다.

질병이 소강상태로 접어들고 치료를 마무리하는 단계인 확장 생존단계에서는 치료 후 부작용 관리, 사후 건강관리, 환자 간 지지모임, 치료 관련 정보나 식이요법 관련 정보를 많이 요구하는 것으로 나타났다.¹⁸⁾ Lee와 Park¹⁹⁾에 의하면 확장 생존단계에 있는 부인암 환자들은 암이 치료되고 상태가 회복되었다고 가족이나 의료인으로 부터 관심을 덜 받게 되는 경향이 있고, 건강증진행위를 적게 하고 삶의 질도 낮은 것으로 나타났다. 또한, Lim과 Han¹⁷⁾의 연구에서도 확장 생존단계에 있는 유방암과 부인암 환자들이 다양하고 복잡한 신체적 고통을 호소하는 신체화 증상을 많이 표현하였는데, 이는 항암치료가 끝난 후 치료를 받을 때보다 공포, 불안, 재발이나 이차암과 관련된 불확실성 등으로 인해 상당한 디스트레스를 느끼고 있음을 의미한다. 따라서, 확장 생존단계에 있는 암 생존자의 디스트레스를 감소시키고 정서적 안정감을 줄 수 있는 중재 프로그램의 개발이 필요하다고 여겨진다. 또한, 영속적 생존단계에서는 암의 재발률이 감소되고 암세포 활동이 거의 사라지는 시기임으로 사회적응, 직장복귀, 스트레스 해소, 다른 암 환자와의 만남 등의 요구들을 해결해 주도록 한다.¹⁸⁾ Boyle²⁴⁾에 의하면 영속적 생존단계에서는 지속적 쇠약, 재발 불안, 관계 변화, 재정적 압박, 보험문제, 영구적인 자아감 변화, 가족의 걱정 등에 대한 적절한 대처를 통해 완전한 회복을 향해 나아가게 된다고 하였다. 하지만 Holzner 등²⁷⁾은 영속적 생존단계 대상자들이 암 진단 이후 상당한 시간이 지난 후에 삶의 질이 다시 악화되는 경우가 있으며, 급성 생존단계에 있는 환자보다 삶의 질이 더 낮은 경우를 보고하면서 이러한 현상을 반향효과(rebound effect)라고 명명하였다. 암 진단 이후 생존 기간이 길어짐에 따른 증상과 디스트레스 및 삶의 질의 유형을 확인하기 위해 체계적인 종단 연구가 필요하다고 본다. 또한, 장기 암 생존자들에게도 상황에 적합한 교육, 지지, 정보제공 등 다양한 형태의 서비스를 제공하고, 가족 내 부담을 감소시키기 위하여 암센터의 중앙전문간호사를 중심으로 한 체계적인 암 생존자 프로그램의 구축이 필요하다. 한편, 우리나라의 암 환자 디스트레스 관리 권고안²³⁾이나 미국 NCCN²³⁾의 디스트레스 관리 가이드라인은 생존단계별로 달라지는 대상자의 요구를 반영하지 못하고 있어서 향후 생존단계별 디스트레스 관리 권고안이 개발될 필요가 있다.

본 연구에서 디스트레스 문제목록의 세부항목들 중에서는 걱정이 가장 높았고 그 다음으로 피로, 기억력/집중력, 신경질, 손발저림, 우울, 두려움, 슬픔 등의 순이었으며, 생존단계별 문제목록에서 급성단계는 걱정이 가장 높았고 확장과 영속단계는 피로가 문제로 나타났다. 그러므로 급성 생존단계는 정서적 디스트레스 관리에 초점을 두는 것이 필요하며, 피로는 암 환자의 호소 중 가장 흔한 증상 중의 하나로서 암치료환자의 70-90%에서 발생하고²⁸⁾ 일상생활뿐 아니라 삶의 질을 감소시키고 있다. 그러므로 피로는 확장과 영속단

계뿐 아니라 암 투병의 전 과정에서 피로 감소를 위한 장기적이고 지속적인 중재방안이 모색되어야 한다.

본 연구의 생존단계별 신체상은 영속적 생존단계가 급성 생존단계보다 유의하게 높았다. 급성 생존단계의 신체상이 3.27점으로 가장 낮으며 확장 생존단계 3.46점, 영속 생존단계 3.52점으로 시간이 흘러 갈수록 부인암 환자의 신체상이 좋아짐을 알 수 있었다. 급성 생존단계에 속하는 연구와 비교해 보면 항암화학요법을 받는 부인암 환자의 신체상은 5점 만점에 3.01점,⁸⁾ 치료가 끝난 후 추후관리를 하는 유방암 환자의 신체상은 3.18점²⁹⁾으로 본 연구 결과와 유사하였다. 암 치료 중이거나 2년 미만의 급성 생존단계에 있는 환자의 신체상이 낮은 이유는 자궁 및 부속기관의 적출로 인한 몸의 일부분 상실, 수술상처, 방사선치료와 항암요법으로 인해 탈모, 피부변화 등을 들 수 있다.¹⁰⁾ 암 환자의 신체상은 삶의 질에 많은 영향을 주는 요인^{5,29)}이며, 신체상이 긍정적일수록 삶의 질이 높게 나타남으로⁸⁾ 부인암 환자의 경우 신체상이 낮은 급성 생존단계부터 다양한 측면의 중재방안이 필요하다고 본다.

본 연구에서는 일개 대학병원 부인암 환자 전수를 대상으로 하여 생존단계별로 대상자를 구분하고 연구 참여에 동의한 대상자에게만 자료 수집을 하였으므로 연구 결과를 해석하는데 신중을 기해야 하며, 추후 각 생존단계별 부인암 환자의 모집단 수에 근거하여 표본을 추출하여 재연구할 필요가 있다.

이상의 결과에서 급성 생존단계에 있는 부인암 환자는 중등도의 디스트레스를 경험하고 있으므로 관련 전문가의 도움이 필요하고, 확장과 영속적 생존단계에서도 상당한 디스트레스를 경험하고 있으므로 향후 디스트레스의 종류와 요구도를 파악하는 연구를 통하여 생존단계별로 적합한 관리중재 방안을 마련할 필요가 있다. 부인암 생존자의 신체상은 영속적 생존단계보다 급성과 확장 생존단계에서 부정적으로 나타났으므로 이 시기에 신체상을 향상시키는 간호중재를 개발할 필요가 있다. 향후 암 환자의 생존단계별 건강문제, 디스트레스 정도, 서비스 요구도 등을 종합적으로 사정하여 암 투병 시기별로 적절한 중재 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하여 생존단계를 고려한 암 환자 관리 가이드라인이 개발되기를 기대한다.

결론 및 제언

본 연구의 결과 부인암 환자의 디스트레스는 생존단계에 따라 차이가 없었으나 급성 생존단계에 있는 환자의 디스트레스는 중등도 수준으로서 한국 암 환자 디스트레스 관리 권고에 따라 전문가의 중재가 필요한 것으로 나타났다. 또한, 급성 생존단계에 있는 부인암 환자들은 영속적 생존단계의 환자들보다 디스트레스 문제가 많

았는데, 특히 정서적 영역과 영적/종교적 영역의 문제가 더 많았으며, 신체상은 더 부정적인 것으로 나타났다. 또한, 부인암 환자가 경험하는 디스트레스 문제 중 가장 순위가 높았던 것은 걱정과 피로이었다.

따라서, 급성 생존단계에서는 전문가를 활용하여 디스트레스를 관리하고 신체상의 증진에도 관심을 가져야 할 것이다. 또한, 확장 및 영속적 생존단계에서도 디스트레스 관리에 관심을 가져야 할 것이다.

본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제안하고자 한다. 첫째, 생존단계별로 다양한 암 환자를 대상으로 디스트레스와 신체상에 대한 반복연구가 필요하다. 둘째, 부인암 환자의 생존단계별로 디스트레스 감소를 위한 중재를 개발하여 그 효과를 검증할 필요가 있다. 셋째, 암 환자를 위한 디스트레스 관리 가이드라인에서 생존단계를 고려한 접근이 필요하다.

REFERENCES

1. Ministry of health & welfare, Korea Central Cancer Registry, National Cancer Center. Annual report of cancer statistics in Korea in 2010. Seoul; 2012.
2. Kim JH. Development of recommendation for distress management toward improvement of quality of life in cancer patients. Seoul: Ministry of Health & Welfare; 2009.
3. National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology-v.1.2007. distress management: version 1. 2007.
4. Hamer M, Chida Y, Molloy GJ. Psychological distress and cancer mortality. *J Psychosom Res.* 2009;66:255-8.
5. Park JS, Oh YJ. Factors influencing on quality of life in gynecological cancer patients. *Korean J Adult Nurs.* 2012;24(1):52-63.
6. Jo JM. The needs of cancer patients for rehabilitation services [dissertation]. Suwon: Sungkyunkwan Univ.; 2010.
7. Mahon SM. Tertiary prevention: implication for improving the quality of life of long-term survivors of cancer. *Semin Oncol Nurs.* 2005;21:260-70.
8. Lee JY, Choi SM. Quality of life in gynecological cancer patients during chemotherapy. *Korean J Women Health Nurs.* 2007;13(4):290-8.
9. Chun NM. Predictors of sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain in women with gynecologic cancer. *J Korean Acad Nurs.* 2010;40(1):24-32.
10. Sacerdoti RC, Lagana L, Koopman C. Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: how can psychologists help?. *Prof Psychol Res Pr.* 2010;41(6):533-40.
11. Hawinghorst-Knapstein S, Fusshoeller C, Franz C, Trautmann K, Schmidt M, Pilch H, et al. The impact for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10 year study. *Gynecol Oncol.* 2004;94(2):398-403.
12. Brunner LS, Suddarth DS. Text book of medical-surgical nursing, 5th ed.. Philadelphia, London, tronto: J. B. Lippincott Company; 1982.
13. Park JS, Jang SY. A study on the predictive factors of sexual function in women with gynecologic cancer. *Asian Oncol Nurs.* 2012;12(2):156-65.
14. National Cancer Institute Office of Cancer Survivorship. About cancer survivorship research: survivorship definition. <http://cancercontrol.cancer.gov/ocs/definitions.html>. Accessed June 29, 2012.
15. Mullen F. Seasons of survival: reflection of a physician with cancer. *Engl J Med.* 1995;26(3):270-3.
16. Zebrack BJ, Chesler, MA. Managed care: The new context for social work in health care-implications for survivors of childhood cancer and their families. *Soc Work Health Care.* 2000;31(2):89-103.
17. Lim JW, Han IY. Comparison of quality of life on the stage of cancer survivorship for breast and gynecological cancer survivors. *Korean Journal of Social Welfare.* 2008;60(1):5-27.
18. Baik OM, Lim JW. Social support in korean breast and gynecological 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.
19. Lee ES, Park JS. The comparison of health promotion behavior, post traumatic growth and quality of life according to stages of survivorship in patients with female genital neoplasm. *Korean J Adult Nurs.* 2013;25(3):312-21.
20. National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology: Distress management. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf. Accessed June 7, 2011.
21. Jeong GH. Body image and depression in post-hysterectomy patients [dissertation]. Seoul: Ewha Womens Univ.; 1998.
22. Kwon EJ, Yi MS. Distress and quality of life in breast cancer survivors in Korea. *Asian Oncol Nurs.* 2012;12(4):289-96.
23. National Comprehensive Cancer Network. Distress management guideline 2013. <http://www.healthy.ohio.gov/~media/HealthyOhio/ASSETS/Files/comprehensive%20cancer/CCLC/NCCN-Distress.ashx>. Accessed September 30, 2013.
24. Boyle DA. Survivorship. *Clin J Oncol Nurs.* 2006;10(3):416.
25. Meraviglia MG. The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2004;31:89-94.
26. Brown KW, Levy AR, Rosberger Z, Edgar L. Psychological distress and cancer survival: a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosom Med.* 2003;65:636-43.
27. Holzner B, Kemmler G, Kopp M, Moschen R, Schweigkofler H, Dunser M. "Quality of life in breast cancer patients-not enough attention for long-term survivors?". *Psychosomatics.* 2001;42:117-23.
28. Molassiotis A, Chan CWH. Fatigue patterns in chinese patient receiving chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs.* 2001;5(1):60-7.
29. Kim YS, Tae YS. The influencing factors on quality of life among breast cancer survivors. *Asian Oncol Nurs.* 2011;11(3):221-8.