부인암 환자의 증상 클러스터, 활동정도, 정서상태가 삶의 질에 미치는 영향

배은정¹ · 이소연¹ · 정향미²

동남권원자력의학원¹, 동의대학교 간호학과²

Impacts of Symptom Clusters, Performance and Emotional Status on the Quality of Life of Patients with Gynecologic Cancer

Eun-Jung Bae¹ · So-Yeon Lee¹ · Hyang-Mi Jung²

Department of Nursing, Dongnam Institute of Radiological & Medical Sciences, Busan, Korea¹
 Department of Nursing, Donggeui University, Busan, Korea²

Purpose: To determine impacts of symptom clusters, performance and emotional status on the quality of life of gynecologic cancer patients.

Methods: Subjects completed questionnaires consisting of four measurements: symptom cluster, performance and emotional status, and the quality of life. A total of 104 completed data sets were analyzed by descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and a multiple regression analysis using the SPSS 21.0 program.

Results: Fatigue was identified as the most prevalent symptom (77.9%) and sweating (2.08) as the most severe and uncomfortable symptom (1.80). Six symptom clusters, performance status, anxiety and depression were negatively correlated with quality of life. Four symptom clusters were positively correlated with performance status, and six symptom clusters were positively correlated with anxiety and depression. Factors affecting quality of life were abdominal discomfort cluster ($\beta = -0.23$, $p = 0.005$), performance status ($\beta = -0.20$, $p = 0.020$), and depression ($\beta = -0.42$, $p < 0.001$). The model was statistically significant explaining 42.5% of variance ($F = 26.369$, $p < 0.001$).

Conclusion: The findings supported that symptom clusters and depression negatively influence the quality of life and need to be addressed as we are caring for patients and promoting quality of life.

Key Words: symptom, emotion, quality of life

서 론

1. 연구 필요성

우리나라 여성이 기대수명까지 생존할 경우 여성 3명 중에서 1명에서 암이 발생할 것으로 추정되며, 한국 여성 십만 명당 부인암 발생률은 자궁경부암 3.5%, 난소암은 2.4%로, 전체 암 종류에서 발생률 7위와 10위를 각각 차지하고 있다(National Cancer Information Center, 2015).

부인암 환자는 질병의 특성과 병기에 따라 외과적 수술, 항

*본 논문은 2017년 부산광역시 간호사회 학술연구비를 지원받아 진행한 연구임.

교신저자: 정향미, 부산시 진구 엄광로 176

동의대학교 간호학과

전화번호: 051-890-1559, 팩스번호: 050-5182-6876

E-mail: hmjung@deu.ac.kr

접수일자: 2018년 12월 18일, 심사일자: 2019년 1월 11일

게재확정일자: 2019년 1월 11일

암화학요법, 방사선 치료 등을 단독으로 또는 복합적으로 받게 되는데(Kiser et al., 2010), 이런 치료를 받는 동안이나 치료가 끝난 후에도 다양한 전신적 증상과 부작용을 경험하게 된다(Jeong et al., 2013). 부인암 환자의 증상은 단독으로 나타나는 것보다 여러 가지 증상이 동시에 또는 연속적으로 나타나게 되는데(Kim et al., 2012), 두 가지 이상의 증상이 서로 관련되어 함께 발생하는 것을 증상 클러스터라고 하며 이에 대한 관심이 증가되고 있다(Kim & Kim, 2011). 증상 클러스터는 증상의 군집으로 구성되고, 클러스터 간의 증상들은 서로 독립된 특성을 가지고 있으나 서로 강한 연관성이 있어 하나의 증상이 다른 증상에 영향을 미치게 된다(Bender et al., 2005; Kim et al., 2005). 이와 같이 암 환자는 한 가지 증상만을 호소하는 것이 아니라 여러가지 증상을 동시에 겪게 되는 증상 클러스터를 경험하고 있음에도 불구하고 대부분의 연구에서는 단일 증상에 초점이 맞추어져 있어 문제점으로 제기되고 있다(Barsevick et al., 2006). 이에 암 환자의 개별적 증상의 증례보다는 서로 연관되어 나타나는 증상들의 통합적인 접근이 강조되며, 환자에게 나타날 수 있는 증상들을 미리 예상하여 초기에 효과적인 관리를 할 수 있으므로 증상 클러스터 개념을 임상에 적용하는 것은 의미가 있다고 본다(Chun et al., 2008).

부인암 환자는 오랜기간 동안의 강도 높은 치료중재로 인한 신체적 증상 이외에도 불안, 공포 그리고 우울이 증가함을 호소하게 되고(Dedeli et al., 2008), 증상이 다양하고 심각하거나 조절되지 않으면 활동정도는 감소하게 되며(Ferreira et al., 2008), 일상적인 활동과 사회적 활동을 저해시켜 삶에 부정적 영향을 미치게 된다(Jeong et al., 2013). 암환자의 조절되지 않은 증상은 삶의 질을 감소시킬 뿐만 아니라, 암환자가 경험하는 증상의 수가 많고 군집화 될수록 활동정도 및 정서상태에 부정적인 영향을 미치게 된다(Kim & Kim, 2011). 부인암 생존율이 크게 증가하면서 치료뿐만 아니라 치료 후의 삶의 질 관리에도 그 중요성이 커지고 있다(Kim & Kim, 2018).

선행연구에서 악성 뇌종양 환자의 우울, 피로, 수면장애, 인지저하, 통증 등의 증상 클러스터(Fox et al., 2007) 또는 골암 환자의 통증이나 신체적 증상이 군집된 증상 클러스터(Hadi et al., 2008)는 환자의 기능 상태와 연관되고, 폐암 생존자의 우울과 피로가 관련된 증상 클러스터(Fox & Lyon, 2006)나 항암화학요법을 받는 유방암 환자의 증상 클러스터(Kim & Kim, 2011)는 삶의 질에 부정적으로 영향을 주는 것으로 나타났다. 항암화학요법을 받은 난소암 환자(Hwang et al.,

2016)나 부인암 환자(Chun et al., 2008)를 대상으로 증상 클러스터를 분류하고 분석한 연구가 보고되었으나, 대부분의 부인암 환자와 관련된 연구에서는 개별 증상과 활동정도, 우울과 불안, 삶의 질의 관계를 보고하고 있어(Kim & Lee, 2010; Jeong et al., 2013; Chun et al., 2016), 복합적인 증상 클러스터, 정서상태와 삶의 질과의 관계를 확인한 연구는 부족하였다. 비교적 생존기간이 길고 다양하고 복잡한 증상을 호소하는 부인암 환자의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 증상 클러스터 관점에서의 접근과 관련된 요인의 확인이 중요하다고 할 수 있다.

이에 본 연구는 부인암 환자가 경험하는 증상 클러스터, 활동정도, 정서상태 및 삶의 질과의 관계를 확인함으로써 부인암 환자의 삶의 질을 개선하고 증상관리를 위한 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 부인암 환자가 경험하는 증상 클러스터, 활동정도, 정서상태 및 삶의 질과의 관계와 삶의 질 영향요인을 확인하기 위함이며 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성, 증상 클러스터별 증상 발생 빈도, 증상 강도와 증상으로 인한 불편감의 정도를 확인한다.
- 2) 대상자의 활동정도, 정서상태, 삶의 질을 확인한다.
- 3) 대상자의 특성과 증상 클러스터의 관계를 확인한다.
- 4) 대상자의 증상 클러스터, 활동정도, 정서상태, 삶의 질과의 관계를 확인한다.
- 5) 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

연구대상 및 방법

1. 연구설계

본 연구는 부인암 환자가 경험하는 증상 클러스터와 활동정도, 정서상태, 삶의 질과의 관계 및 삶의 질 영향요인을 확인하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상 및 표집방법

본 연구 대상자는 B광역시에 소재한 일개 종합병원 입원 병

동과 외래에서 치료받는 환자 부인암 환자 중에서 만 20세 이상의 여성, 부인암으로 진단받고 수술, 항암화학요법, 방사선요법 중 1개 이상의 치료를 시행 중이거나 시행한 자, ECOG-PS (The Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status) 4점 이하인 자, 의사소통이 가능하며 설문지의 내용을 이해하고 응답할 수 있으며 본 연구 참여에 동의한 환자를 선정하였다.

대상자 선정은 자료수집의 용이성 때문에 편의표집 방법으로 추출하였다. 대상자 수는 G*power 3.1 program을 사용하여 유의수준 0.05, 검정력 0.80, 효과크기 0.30을 적용하였을 때 최소 표본 수는 84명이었다. 탈락률 25%를 고려하여 114명을 대상으로 설문 조사를 하였으나 무응답이 많거나 부적합한 10부를 제외하고 104부를 최종 분석하였다.

3. 연구도구

1) 증상 클러스터

증상 클러스터는 질병과 관련하여 동시에 나타나는 2개 이상의 증상 군집으로 객관적인 증상과 주관적인 증상 모두를 포함하는 것을 의미하며(Dodd et al., 2001), Chun 등(2008)이 부인암 환자를 대상으로 분석한 증상 클러스터 도구를 사용하였다. 이 도구는 '식욕부진-통증', '피로', '배뇨, 배변 문제', '복부 불편감', '정서적인 문제', '폐경'의 6개 클러스터로 구성되어 있고, '식욕부진-통증 클러스터'에는 식욕부진, 입맛변화, 체중감소, 외모변화, 탈모, 허약감, 통증이 포함되며, '피로 클러스터'에는 집중력 감퇴, 기억력 감퇴, 피로, 구강 건조함이 포함된다. '배뇨, 배변 문제 클러스터'에는 배뇨장애와 변비 증상이 포함되며, '복부 불편감 클러스터'에는 하복부 통증, 복부 통증, 복부 팽만감 증상이 해당된다. '정서적인 문제 클러스터'에는 슬픔, 걱정근심, 신경질적임, 안절부절 증상이 포함되며, '폐경 클러스터'에는 발한, 안면홍조, 발열 증상이 포함된다.

이 도구의 점수는 0점에서 4점으로 점수가 높을수록 증상 강도 또는 불편감 정도가 높음을 의미한다. Chun 등(2008)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 0.93이었고, 본 연구의 Cronbach's α 는 0.98이었다.

2) 활동정도

암환자의 활동정도는 Oken 등(1982)이 개발한 ECOG PS (The Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status)를 사용하였다. ECOG PS는 신체 활동정도에 따라 0~

5점군으로 5개군으로 구분된다. 0은 제한 없이 정상적인 활동하는 환자군, 1은 어느 정도 제한이 있지만 걸을 수 있고 가벼운 일을 수행할 수 있는 군, 2는 깨어있는 동안 누워있는 시간의 50% 미만을 누워서 쉬어야만 일상생활이 가능한 환자군, 3은 깨어있는 동안 누워있는 시간의 50% 이상을 누워서 쉬어야만 일상생활이 가능한 환자군, 4는 대부분의 모든 시간을 누워 있어야 하는 완전히 제한된 환자군, 5는 사망한 환자군이다. 이 도구는 점수가 낮을수록 활동정도가 좋음을 의미한다.

3) 정서상태

정서상태는 Zigmond와 Snaith (1983)가 병원에 내원한 환자의 불안과 우울을 측정하기 위해 개발한 HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)를 Oh 등(1999)이 번역한 한국어판 병원 불안-우울 척도를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 1주 동안의 불안과 우울 증상의 존재 및 심각도를 평가하는 도구로, 총 14문항으로 이루어져 있다. 홀수번호 7개 문항이 불안에 관한 척도이며, 짝수번호 7개 문항은 우울에 관한 척도이다. 각 문항은 4점 척도로 되어있으며, 점수의 범위는 불안과 우울이 각각 0~28점으로 점수가 높을수록 불안과 우울이 높음을 의미한다. Zigmond와 Snaith (1983)는 절단점 점수에 따라 불안과 우울을 3단계로 구분하였는데, 불안과 우울이 없는 상태는 0~7점, 불안과 우울이 의심되는 상태는 8~10점, 불안과 우울상태는 11점 이상으로 제시하였다.

Oh 등(1999)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 불안은 0.89, 우울은 0.86이었고, 본 연구의 Cronbach's α 는 불안은 0.90, 우울은 0.83이었다.

4) 삶의 질

삶의 질은 EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire)을 Yun 등(2004)이 한국어로 개발한 암환자의 삶의 질 측정도구에서 전반적인 삶의 질(Global health status/QOL) 2문항을 이용하여 측정하였다. 이 도구는 지난 1주일의 전반적인 삶의 질을 평가하는 것으로 매우 나쁨 1점에서 아주 좋음 7점으로 7점 척도로 되어있다. 도구의 점수화 지침에 따라 100점으로 환산하였으며, 점수가 높을수록 삶의 질이 좋음을 의미한다. Yun 등(2004)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 0.70, 본 연구의 Cronbach's α 는 0.90이었다.

4. 자료수집절차 및 연구윤리

본 연구는 B광역시 암 전문병원의 연구윤리심의위원회(IRB)에 연구계획서를 제출하여 승인(**-1707-022-002)을 받은 후 2017년 9월 1일부터 10월 31일까지 자료수집 하였다.

자료수집을 위해 간호부와 해당 병동에 연구자가 직접 연구 목적을 설명하고 사전허가와 협조를 구하였다. 또한 연구자가 직접 각 대상자의 병실이나 외래를 방문하여 연구 선정기준에 부합하는 환자를 확인하고, 면담면으로 만나서 연구목적과 비밀보장, 언제든지 철회가능함 등에 관해 설명하고 연구참여 동의서를 서면으로 받았다. 연구 참여에 동의한 환자에게 설문지를 직접 작성하도록 한 후 수거하였으며, 한글 해독이 어렵거나 시력이 좋지 않거나, 직접 설문지를 읽어주기를 원하는 대상자에게는 연구자가 설문지를 읽어주면서 대상자의 응답을 기록하였다. 설문지 작성은 15~20분 정도 소요되었으며, 설문참여에 대한 답례로 소정의 선물을 제공하였다. 대상자의 질병관련 특성은 의무기록으로 추가적으로 확인하였다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS Win version 21.0 program을 사용하여 분석하였다.

1) 대상자의 일반적 특성과 질병관련 특성, 증상 클러스터별 증상 빈도, 증상 강도 및 불편감의 정도, 활동정도, 정서상태, 삶의 질은 기술통계를 구하였다.

2) 대상자의 특성에 따른 증상 클러스터별 증상 강도의 차이를 확인하기 위해 t-test 및 ANOVA, 사후 검정은 Scheffe 방법으로 분석하였다.

3) 대상자의 증상 클러스터별 증상 강도, 활동정도, 정서상태와 삶의 질의 관계는 Pearson Correlation Coefficient로 분석하였다.

4) 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 회귀분석(multiple regression)을 이용하여 분석하였다.

결 과

1. 대상자의 일반적 및 질병 관련 특성

대상자의 평균 연령은 54.6세이며, 82.7%가 배우자가 있

으며, 71.2%는 직업이 없었다. 진단명은 자궁경부암 44.2%, 난소암 33.7%, 자궁내막암 22.1% 순이었고, 진단 후 치료기간은 평균 3.12년이었다. 병기는 1기가 대상자의 35.6%로 가장 많았고, 치료유형으로는 수술만 받은 경우 33.7%, 수술과 항암치료를 받은 경우 23.1%, 수술, 항암, 방사선치료를 모두 받은 경우 22.1% 순이었다(Table 3).

2. 대상자의 증상 클러스터별 증상 빈도, 증상 강도와 불편감 정도

대상자가 가장 빈번하게 느끼는 증상은 '피로 클러스터'의 피로 77.9%였고, '정서적인 문제 클러스터'의 걱정근심 71.2%, 기억력 감퇴 70.2% 순으로 나타났다. 가장 드물게 느끼는 증상은 '식욕부진-통증 클러스터'의 체중감소 32.7%, '정서적인 문제 클러스터'의 안절부절 33.7% 이었다. 증상의 강도는 '폐경 클러스터'의 발한이 2.08점으로 가장 높았고, '복부 불편감 클러스터'의 하복부 통증 1.96점, '식욕부진-통증 클러스터'의 통증 1.92점 순으로 나타났다. 가장 불편하게 느끼는 증상은 '폐경 클러스터'의 발한 1.80점으로 가장 높았고, '정서적인 문제 클러스터'의 걱정근심 1.77점 순이었다(Table 1).

3. 대상자의 활동정도, 정서상태와 삶의 질

대상자의 활동정도는 28.8%가 0점으로 아무런 제한 없이 정상 활동을 모두 할 수 있다고 하였고, 44.2%는 1점으로 격렬한 활동에는 제한이 있으나 간단한 집안일이나 사무일은 수행할 수 있다고 하였다. 대상자의 정서상태에서 불안과 우울의 평균 점수는 각 6.16점과 6.79점이고, 임상적으로 불안한 상태는 12.5%, 우울한 상태가 16.3%이었다. 전반적인 삶의 질은 평균 57.69점으로 나타났다(Table 2).

4. 대상자의 일반적 및 질병 관련 특성에 따른 증상 클러스터별 증상 강도 차이

대상자의 일반적 및 질병 관련 특성에 따른 증상 클러스터별 증상 강도 차이에서 직업이 없는 경우 직업이 있는 경우에 비해 6개 증상 클러스터 모두에서 점수가 높게 나타났으며($p < 0.050$), 연령, 배우자, 교육정도, 월소득, 종교에서는 차이를 보이지 않았다(Table 3).

진단명의 경우 '식욕부진-통증 클러스터'에서 난소암이 자

Table 1. Level of Incidence, Intensity and Discomfort of Symptoms in Symptom Cluster

(N=104)

Symptom cluster	Symptoms	Incidence		Intensity		Discomfort	
		n (%)	Rank	M±SD	Rank	M±SD	Rank
Anorexia-pain	Anorexia	51 (49.0)	15	1.78±0.99	7	1.76±1.03	3
	Change in taste	48 (46.2)	18	1.35±0.60	23	1.21±0.68	20
	Weight loss	34 (32.7)	23	1.38±0.74	21	1.00±0.95	23
	Appearance change	44 (42.3)	20	1.55±0.73	18	1.41±0.95	15
	Hair loss	52 (50.0)	13	1.71±0.98	8	1.56±1.13	10
	Weakness	53 (51.0)	12	1.68±1.00	10	1.55±1.08	11
	Pain	60 (57.7)	5	1.92±0.96	3	1.67±1.04	6
Fatigue	Difficulty in concentration	64 (61.5)	4	1.64±0.82	16	1.39±1.02	16
	Loss of memory	73 (70.2)	3	1.85±0.97	5	1.73±1.11	5
	Fatigue	81 (77.9)	1	1.67±0.85	13	1.58±1.04	8
	Mouth dryness	56 (53.8)	7	1.66±0.88	14	1.45±0.99	13
Urinary-bowel	Constipation	53 (51.0)	11	1.83±0.94	6	1.74±1.06	4
	Dysuria	56 (53.8)	9	1.55±0.89	17	1.38±0.93	19
Abdominal discomfort	Lower abdominal pain	48 (46.2)	17	1.96±1.03	2	1.65±1.08	7
	Abdominal pain	47 (45.2)	19	1.43±0.68	20	1.43±0.85	14
	Abdominal distension	56 (53.8)	8	1.68±0.90	12	1.38±0.96	18
Emotional distress	Worry	74 (71.2)	2	1.85±1.02	4	1.77±1.18	2
	Feeling sad	60 (57.7)	6	1.70±0.91	9	1.47±1.10	12
	Nervous	54 (51.9)	10	1.37±0.65	22	1.20±0.79	21
	Restlessness	35 (33.7)	22	1.66±0.87	15	1.57±1.04	9
Menopause	Sweating	51 (49.0)	14	2.08±1.06	1	1.80±1.28	1
	Hot flush	42 (40.4)	21	1.45±0.71	19	1.19±0.92	22
	Fever	50 (48.1)	16	1.68±0.87	11	1.38±1.05	17

Table 2. Level of Performance Status, Emotional Status and Quality of Life

(N=104)

Variables	Min~Max	n (%)	M±SD
Performance status	0~3		1.10±0.93
0		30 (28.8)	
1		46 (44.2)	
2		16 (15.1)	
3		12 (11.5)	
Emotional status			
Anxiety	0~18		6.16±3.85
Non-case		74 (71.2)	4.35±2.36
Doubtful case		17 (16.3)	8.41±0.62
Clinical case		13 (12.5)	13.54±2.54
Depression	0~20		6.79±4.20
Non-case		62 (59.6)	4.11±2.36
Doubtful case		25 (24.0)	8.76±0.72
Clinical case		17 (16.3)	13.65±2.83
Quality of life	0~100		57.69±24.82

궁경부암과 내막암보다 증상 강도가 높았고($F=8.133$, $p=0.001$), 병기의 경우 6개 증상 클러스터 모두에서 1기 암의 증상 강도가 가장 낮았으며, ‘복부 불편감 클러스터’와 ‘폐경

클러스터’를 제외한 4개 증상 클러스터에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.050$). 치료 유형에서는 ‘식욕부진-통증 클러스터’, ‘피로 클러스터’, ‘정서적인 문제 클러스터’에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으며($p<0.050$), 진단 후 기간에서는 6개 클러스터 모두에서 유의한 차이가 없었다(Table 3).

5. 대상자의 증상 클러스터별 증상 강도, 활동정도, 정서 상태 및 삶의 질의 상관관계

6개의 증상 클러스터인 ‘식욕부진-통증 클러스터’($r=-0.530$, $p<0.001$), ‘피로 클러스터’($r=-0.426$, $p<0.001$), ‘배뇨, 배변 문제 클러스터’($r=-0.273$, $p=0.003$), ‘복부 불편감 클러스터’($r=-0.438$, $p<0.001$), ‘정서적인 문제 클러스터’($r=-0.488$, $p<0.001$), ‘폐경 클러스터’($r=-0.181$, $p=0.033$) 전체, 활동정도($r=-0.436$, $p<0.001$), 정서상태의 불안($r=-0.512$, $p<0.001$)과 우울($r=-0.603$, $p<0.001$)은 삶의 질과 유의한 음의 상관관계가 있었다(Table 4).

Table 3. Differences in Symptom Clusters by Demographic and Disease-related Characteristics

(N=104)

Variables	Categories	n (%)	C1 M±SD	C2 M±SD	C3 M±SD	C4 M±SD	C5 M±SD	C6 M±SD
Age (yrs)	≤39	13 (12.5)	0.56±0.48	0.90±0.45	0.50±0.61	0.67±0.53	0.77±0.53	0.56±0.55
54.6±10.76	40~49	17 (16.3)	0.63±0.52	0.93±0.71	0.71±0.71	0.61±0.52	0.82±0.80	0.76±0.67
	50~59	44 (42.3)	0.90±0.95	1.20±0.86	0.91±0.92	0.78±0.87	0.91±0.89	0.88±0.96
	≥60	30 (28.8)	1.12±0.89	1.22±0.90	0.98±0.92	0.73±0.79	0.96±0.99	0.93±0.84
	F (p)		1.995 (0.120)	0.929 (0.430)	1.187 (0.319)	0.238 (0.869)	0.184 (0.907)	0.663 (0.577)
Spouse	Yes	86 (82.7)	0.92±0.85	1.16±0.83	0.88±0.88	0.72±0.77	0.91±0.90	0.85±0.82
	No	18 (17.3)	0.67±0.77	0.99±0.74	0.69±0.79	0.72±0.68	0.79±0.69	0.76±0.93
	t (p)		1.270 (0.262)	0.919 (0.340)	0.672 (0.414)	0.000 (0.990)	0.292 (0.590)	0.183 (0.669)
Education	≤Middle school	30 (28.8)	1.05±0.94	1.18±0.87	0.82±0.86	0.71±0.75	0.85±0.94	0.64±0.61
	High school	47 (45.2)	0.88±0.86	1.21±0.85	0.91±0.96	0.80±0.84	0.98±0.89	0.92±0.89
	≥College	27 (26.0)	0.68±0.66	0.93±0.65	0.76±0.70	0.60±0.57	0.79±0.73	0.90±0.93
	F (p)		1.422 (0.246)	1.116 (0.332)	0.300 (0.741)	0.586 (0.558)	0.469 (0.627)	1.114 (0.332)
Family income (10,000 won)	<200	32 (30.8)	0.89±0.81	1.07±0.79	0.78±0.81	0.77±0.73	0.72±0.75	0.65±0.67
	≥200	72 (69.2)	0.87±0.86	1.15±0.82	0.88±0.88	0.70±0.77	0.97±0.90	0.92±0.89
	t (p)		0.087 (0.931)	0.463 (0.645)	0.528 (0.600)	0.428 (0.670)	1.469 (0.146)	1.735 (0.087)
Religion	Yes	50 (48.1)	0.95±0.92	1.10±0.83	0.85±0.89	0.73±0.79	0.95±0.94	0.79±0.86
	No	54 (51.9)	0.81±0.77	1.15±0.80	0.84±0.84	0.72±0.73	0.84±0.79	0.88±0.82
	t (p)		0.852 (0.397)	0.301 (0.764)	0.043 (0.965)	0.030 (0.976)	0.599 (0.550)	0.503 (0.616)
Job	Yes	30 (28.8)	0.50±0.59	0.78±0.65	0.52±0.65	0.42±0.52	0.63±0.69	0.53±0.68
	No	74 (71.2)	1.03±0.88	1.26±0.83	0.98±0.90	0.85±0.80	1.00±0.90	0.96±0.87
	t (p)		3.026 (0.003)	3.130 (0.003)	2.921 (0.005)	2.685 (0.008)	2.207 (0.031)	2.401 (0.018)
Type of cancer	Cervical ^a	46 (44.2)	0.55±0.53	0.94±0.78	0.73±0.89	0.61±0.66	0.70±0.66	0.88±0.77
	Ovarian ^b	35 (33.7)	1.26±0.92	1.35±0.78	1.06±0.78	0.75±0.82	1.15±0.92	0.90±0.85
	Endometrial ^c	23 (22.1)	0.96±0.99	1.15±0.86	0.76±0.90	0.91±0.81	0.88±1.04	0.67±0.96
	F (p)		8.133 (0.001)	2.635 (0.077)	1.610 (0.205)	1.298 (0.278)	2.794 (0.066)	0.606 (0.548)
	Scheffe		a,c<b					
Time since diagnosis (year)	< 1	20 (19.2)	0.94±0.97	1.05±0.75	0.88±0.89	0.97±0.68	0.89±0.69	0.85±0.89
3.12±3.51	1~3	35 (33.7)	1.01±0.95	1.29±0.93	0.83±0.81	0.72±0.68	1.05±0.87	0.90±0.87
	3~5	26 (25.0)	0.76±0.70	1.18±0.77	0.88±1.02	0.65±0.84	0.74±0.95	0.64±0.75
	≥ 5	23 (22.1)	0.75±0.69	0.88±0.68	0.80±0.76	0.59±0.82	0.83±0.90	0.96±0.86
	F (p)		0.678 (0.568)	1.266 (0.290)	0.046 (0.987)	0.997 (0.398)	0.699 (0.555)	0.665 (0.576)
Cancer stage at diagnosis	I ^a	37 (35.6)	0.42±0.45	0.77±0.70	0.49±0.69	0.48±0.59	0.53±0.59	0.72±0.84
	II ^b	24 (23.1)	1.01±0.88	1.17±0.86	1.25±1.18	1.10±0.91	1.17±1.02	0.93±0.67
	III ^c	27 (26.0)	1.32±0.95	1.38±0.81	1.04±0.71	0.74±0.64	1.00±0.83	0.80±0.79
	IV ^d	16 (15.4)	0.99±0.85	1.45±0.73	0.75±0.55	0.71±0.82	1.14±0.99	1.02±1.12
	F (p)		7.793 (<0.001)	4.571 (0.005)	4.913 (0.003)	3.543 (0.071)	3.918 (0.011)	0.601 (0.616)
	Scheffe		a<b,c,d	a,b<c,d	a<b		a<b	
Treatment modality	Sur	35 (33.7)	0.42±0.47	0.77±0.67	0.59±0.93	0.64±0.65	0.56±0.66	0.55±0.67
	Rad	2 (1.9)	0.71±1.01	1.00±0.00	1.00±0.71	0.67±0.94	1.00±0.00	1.67±0.47
	Che	7 (6.7)	0.80±0.56	0.57±0.45	1.14±0.75	0.19±0.38	0.54±0.30	0.81±0.98
	Sur+Che	24 (23.1)	1.29±1.01	1.48±0.71	1.08±0.84	0.79±0.76	1.21±0.84	0.83±0.69
	Sur+Rad	5 (4.8)	0.91±0.94	1.25±1.02	1.00±0.87	0.73±1.06	1.15±1.35	1.33±1.25
	Che+Rad	8 (7.7)	0.84±0.60	1.00±0.78	0.75±0.76	0.63±0.60	0.59±0.64	0.63±0.55
	Sur+Che+Rad	23 (22.1)	1.21±0.93	1.49±0.92	0.79±0.84	0.99±0.90	1.22±1.05	1.17±1.03
	F (p)		3.888 (0.002)	3.771 (0.002)	1.040 (0.404)	1.197 (0.315)	2.635 (0.021)	2.126 (0.057)

Abbreviations: C1, Cluster 1 (Anorexia-pain); C2, Cluster 2 (Fatigue); C3, Cluster 3 (Urinary-bowel distress); C4, Cluster 4 (Abdominal discomfort); C5, Cluster 5 (Emotional distress); C6, Cluster 6 (Menopause); Sur, Surgery; Che, Chemotherapy; Rad, Radiotherapy.

‘식욕부진-통증 클러스터’(r=0.455, p<0.001), ‘피로 클러스터’(r=0.261, p=0.004), ‘복부 불편감 클러스터’(r=0.191, p=0.026), ‘정서적인 문제 클러스터’(r=0.256, p=0.004)는

활동정도와 유의한 양의 상관관계가 있었으며, 6개의 증상 클러스터와 정서상태인 불안과 우울은 모두 양의 상관관계(p<0.001)를 보였다(Table 4).

Table 4. Relationships among Symptoms Clusters, Performance and Emotional Status, and Quality of Life

(N=104)

Variables	C1 r (p)	C2 r (p)	C3 r (p)	C4 r (p)	C5 r (p)	C6 r (p)	PS r (p)	ES		QoL r (p)
								Anx r (p)	Dep r (p)	
C1	1									
C2	0.658 (<0.001)	1								
C3	0.482 (<0.001)	0.417 (<0.001)	1							
C4	0.564 (<0.001)	0.614 (<0.001)	0.485 (<0.001)	1						
C5	0.718 (<0.001)	0.725 (<0.001)	0.432 (<0.001)	0.659 (<0.001)	1					
C6	0.398 (<0.001)	0.396 (<0.001)	0.388 (<0.001)	0.386 (<0.001)	0.371 (<0.001)	1				
PS	0.455 (<0.001)	0.261 (0.004)	0.137 (0.083)	0.191 (0.026)	0.256 (0.004)	0.150 (0.064)	1			
ES	0.547 (<0.001)	0.566 (<0.001)	0.280 (<0.001)	0.411 (<0.001)	0.688 (<0.001)	0.234 (<0.001)	0.333 (<0.001)	1		
Anx										
ES	0.575 (<0.001)	0.514 (<0.001)	0.405 (<0.001)	0.400 (<0.001)	0.564 (<0.001)	0.260 (0.004)	0.460 (<0.001)	0.734 (<0.001)	1	
Dep										
QoL	-0.530 (<0.001)	-0.426 (<0.001)	-0.273 (0.003)	-0.438 (<0.001)	-0.488 (<0.001)	-0.181 (0.033)	-0.436 (<0.001)	-0.512 (<0.001)	-0.603 (<0.001)	1

Abbreviations: C1; Cluster 1 (Anorexia-pain), C2; Cluster 2 (Fatigue), C3; Cluster 3 (Urinary-bowel distress), C4; Cluster 4 (Abdominal discomfort), C5; Cluster 5 (Emotional distress), C6; Cluster 6 (Menopause), PS; Performance status, ES; Emotional status, Anx; Anxiety, Dep; Depression, QoL; Quality of life.

Table 5. Factors Influencing Quality of Life

(N=104)

Variables	B	S.E	β	t	p
(Constant)	84.321	4.255		19.816	<0.001
Abdominal discomfort	-7.684	2.689	-0.233	-2.858	0.005
Performance status	-5.211	2.197	-0.200	-2.372	0.020
Depression	-2.470	0.532	-0.418	-4.643	<0.001

F=26.369, p<0.001, R²=0.442, Adjusted R²=0.425.

6. 대상자의 삶의 질의 영향요인

대상자의 삶의 질의 영향요인을 파악하기 위하여 대상자의 삶의 질을 종속변수로 하고, 독립변수로는 증상 클러스터별 증상 강도, 활동정도, 정서상태를 투입하여 후진 회귀분석을 실시하였다. 회귀분석을 시행하기 전 다중공선성 검증 결과에서 공차한계가 0.69~0.84로 0.1 이상으로 나타났으며, 분산팽창 지수가 1.19~1.45로 10 이상을 넘지 않아 독립변수간의 다중 공선성의 문제는 배제되었다. 또한 잔차를 분석한 결과 Durbin Waston 값이 1.97로 2에 가까워 등분산을 만족하였고 정규성도 확인하였다(F=26.369, p<0.001). 분석결과 삶의 질 관

련요인으로 확인된 변수는 복부불편감 클러스터($\beta=-0.23$, p=0.005), 활동정도($\beta=-0.20$, p=0.020), 우울($\beta=-0.42$, p<0.001)이었으며, 총 변량의 42.5%를 설명하였다(Table 5).

고 찰

본 연구는 부인암 환자의 증상 클러스터, 활동정도, 정서상태 및 삶의 질과의 관계를 파악하고 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인함으로써 향후 부인암환자의 효율적인 증상관리 의 근거와 삶의 질 향상을 위한 기초자료를 제공하고자 함이다.

본 연구결과에서 대상자가 경험한 증상 중에서 빈번하게 경험하는 증상은 ‘피로 클러스터’의 피로 77.9%, ‘정서적인 문제 클러스터’의 걱정 근심 71.2%, ‘피로 클러스터’의 기억력 감퇴 70.2%의 순이었다. 증상의 강도에서 ‘폐경 클러스터’의 발한은 2.08점으로 가장 높았고 ‘복부 불편감 클러스터’의 하복부 통증 1.96점 순이었다. 증상의 불편감에서도 ‘폐경 클러스터’의 발한이 1.80점으로 가장 높았고, ‘정서적인 문제 클러스터’의 걱정근심 1.77점 순이었다. 즉, 대상자가 호소하는 증상의 빈도에 비해 증상의 강도와 불편감의 정도는 그 순위가 일치하지 않는 것으로 나타났는데, 부인암과 난소암 환자를 대상으로 한 연구(Chun et al., 2008; Hwang et al., 2016)에서 피로가 가장 빈번하게 발생하는 증상이지만, 증상의 강도와 불편감은 외모변화, 탈모, 손발 저림 등이 높게 나타난 결과와 부분적으로 일치한다. 부인암 환자의 경우 자연적인 폐경을 경험하기보다는 수술, 방사선치료, 항암치료 등으로 인한 조기 폐경이 오는 경우가 있고, 이로 인해 자연적으로 폐경된 여성보다 증상이 더 심하게 나타나는 경향이 있으며, 식은 땀 등의 증상으로 인해 수면 장애, 피로, 인지기능 저하와 같은 이차적인 문제가 나타날 수 있다(Ganz, 2005). 즉, 부인암환자가 호소하는 증상의 발생 빈도는 적지만 대상자가 느끼는 증상의 강도와 불편감은 더 클 수 있을 것으로 예측되는 발한 증상에 대해서는, 치료 후 폐경 증상 발생 여부 및 호르몬 치료 시행 가능 여부를 확인하고 호르몬 치료가 불가능할 경우 다양한 보완요법을 포함한 적극적인 간호중재가 이루어져야 할 것이다. 그 외 복통, 정서적 걱정 등의 순위가 높았는데, 부인암 환자는 수술, 방사선요법이나 항암화학요법 등을 받는 과정에서 신체적인 부작용뿐만 아니라 불안, 우울과 같은 정서적인 장애를 경험하게 되며, 이러한 정서적 문제는 환자의 통증조절을 어렵게 하고 치료에 대한 순응도를 낮추며, 기능상태와 삶의 질에 부정적 영향을 미치게 되므로(Cappiello et al., 2007), 부인암환자의 통증 등의 생리적 문제뿐만 아니라 정서적 문제의 통합적 조절에도 관심을 가져야함을 시사한다.

증상클러스터는 클러스터에 속한 증상들의 근원이 반드시 동일하지는 않지만 증상 간에 강한 연관성이 있고 클러스터 간에는 독립성이 유지되는 특성이 있다(Dodd et al., 2001). 본 연구에서 증상발현 빈도가 가장 높은 증상은 ‘피로 클러스터’의 피로로 나타났으며, 피로라는 신체적 증상은 허약감, 집중력이나 기억력 감퇴 등의 정신적 증상과 관련이 있어 동일한 클러스터에 포함된다. 피로는 암환자들이 경험하는 가장 흔한 증상이며 오랫동안 지속되는 증상이다. 이는 생활습관중재

등을 통해 피로감 개선을 도모할 수 있고(An et al., 2015), ‘피로 클러스터’의 연관 증상 조절 또한 가능하리라 생각한다.

대상자의 특성 중에서 직업이 없는 경우 모든 증상 클러스터의 증상 강도가 높은 것으로 나타났는데, 타 연구결과가 없어서 직접 비교할 수는 없으나 직업이 있는 부인암 환자는 질병이외에도 다른 일에 관심이 분산될 수 있음에 비해 직업이 없는 경우에는 본인의 증상에 더 집중하게 됨으로써 개인이 느끼는 증상의 강도나 불편감이 더 클 것으로 추정해볼 수 있다. 직업생활을 하면서 타인과의 교류와 경제적 이익의 추구가 가능하므로 포괄적으로 보면 직업은 사회적 지지의 의미를 내포한다고 볼 수 있다. Cho와 Yoo (2015)에서는 직업이나 취미생활이 있는 부인암환자의 우울 정도가 낮았는데, 이는 취미생활이나 직업은 부인암 환자가 자신에게만 몰두하여 질병으로 인해 발생할 수 있는 불안과 그로 인한 스트레스로 우울을 증가시킬 수 있는 상황을 적절하게 차단시켜 주는 역할을 할 것이라고 제시했다. 즉 직업이 없는 부인암환자를 위한 다양한 취미활동을 포함하는 전환요법 프로그램을 모색하여 증상 강도의 완화에 도움을 주는 것이 필요하리라 생각한다.

본 연구결과에서 질병관련 특성에서 ‘식욕부진-통증 클러스터’에서 난소암이 자궁경부암과 내막암보다 증상 강도가 높았고, 6개 증상 클러스터 모두에서 1기 암의 증상 강도가 가장 낮았으며, ‘폐경 클러스터’를 제외한 5개 증상 클러스터에서 유의한 차이를 보였다. 실무현장에서 난소암의 경우 진단 당시 암 병기가 3, 4기가 많고, 수술과 항암요법을 병행하는 치료를 시행하게 되므로, 이로 인한 식욕부진, 입맛 변화, 체중 감소, 탈모 등의 ‘식욕부진-통증 클러스터’의 증상 강도가 높게 나타날 수 있을 것으로 보며, 부인암 1기 환자보다는 병기가 증가할수록 수술, 항암화학요법, 방사선요법을 병행할 뿐만 아니라 장기간의 치료 기간으로 인해 증상강도가 높음을 의미한다. 부인암이라 하더라도 암진단 종류와 병기에 따라 증상클러스터관리의 지침을 세분화하여 환자의 불편감을 줄일 수 있는 방안을 모색하는 필요하리라 생각한다.

대상자의 정서상태에서 불안과 우울의 평균점수는 각 6.16점과 6.79점이었고, 각 점수의 합이 11점 이상인 임상적 불안상태가 12.5%, 우울 상태는 16.3%이었다. Hwang 등(2016)이 난소암 환자를 대상으로 동일한 도구로 측정한 결과에서 불안과 우울 점수가 각 8.70점, 10.77점으로 나타난 것에 비해 다소 낮은 결과이나, 부인암 환자를 대상으로 다른 도구를 사용한 Kim과 Kim (2018)의 연구에서 불안상태 5.7%, 우울상태 7.0%로 나타난 것 보다는 임상적 불안과 우울상태가 다소

높은 결과로 연구마다 차이가 있음을 알 수 있다. 이는 Hwang 등(2016)의 연구대상자 중에서 난소암 3기 이상이 63.5%인 반면, 본 연구에서는 난소암을 포함하여 자궁경부암, 자궁내막암 대상자의 55.3%가 2기 이하의 암 병기를 진단받아 부인암의 종류와 병기 등과 관련이 있는 것으로 추정해 볼 수 있다. Kim과 Kim (2018)의 연구대상자의 경우는 부인암으로 진단 후 2년 이상이 경과하여 외래에서 추후관리를 받고 있는 부인암 생존자인데 비해, 본 연구에서는 입원이나 통원치료 중인 부인암환자 전체를 대상으로 조사하였고, 진단 1년 미만의 대상자도 19.2% 포함되어 있어 임상적 불안과 우울상태 비율이 상대적으로 높은 것으로 추정한다. 암환자는 암 진단의 충격과 현실부정, 분노, 공포와 불안 등으로 경험하는 정서적 고통뿐만 아니라 치료 과정에서 자궁 및 부속기 적출로 인한 신체 일부의 상실, 수술 상처, 항암요법과 방사선 치료 등으로 인한 신체상의 변화로 인해 스트레스와 치료 과정에서의 예기되는 불안을 경험하며, 이는 결국 암 환자가 호소하는 증상에도 영향을 미치게 된다(Simpson & Whyte, 2006).

본 연구결과에서도 6개의 증상 클러스터와 정서상태인 불안과 우울의 상관관계에서 모두 양의 상관관계를 나타낸 것으로 나타났으며, 이는 불안과 우울은 암환자의 신체적 증상과 유의한 상관관계가 있음을 보고한 선행연구 결과(Cho et al., 2009)를 지지한다. Noh 등(2011)은 항암요법을 받는 부인암 환자에게 음악치료를 적용하여 통증과 불안이 완화되었다고 보고하였다. 향후 부인암 환자에게 그림 그리기나, 음악활동 등의 전환프로그램을 통해 자신의 증상보다는 다른 것에 집중하도록 하여 증상완화에 기여할 뿐만 아니라 정서적 지지에 도움이 될 것으로 생각된다. 또한 부인암 환자를 대상으로 하여 정신보건전문가에 의한 전문적인 심리적 중재뿐만 아니라 간호사의 지속적인 정서적 지지와 긍정적인 피드백을 제공하는 것이 필요할 것이다.

본 연구에서 대상자의 활동정도는 28.8%가 0점으로 아무런 제한 없이 정상 활동을 모두 할 수 있다고 하였고, 44.2%는 1점으로 격렬한 활동에는 제한이 있으나 간단한 집안일이나 사무일은 수행할 수 있다고 하였으나, '식욕부진-통증 클러스터', '피로 클러스터', '복부 불편감 클러스터', '정서적인 문제 클러스터'에서는 활동정도와 양의 상관관계가 있었다. 이는 식욕부진-통증, 피로, 복부 불편감, 정서적인 문제 등이 증가할수록 활동하기가 어려움을 나타내는 것으로, 대상자의 활동수준이 낮을수록 증상경험의 정도가 심하다고 보고한 선행연구의 결과와 일치한다(Kim, 2013). 실무현장에서 병의 중증도

가 높고, 시행하는 치료의 종류가 많고, 치료기간이 길수록 활동정도가 낮아질 것으로 예측되며, 그에 따라 식욕부진, 입맛 변화 등으로 체중 감소와 같은 증상이 나타나고 쇠약해진 기력으로 피로도 또한 높게 느끼게 됨을 반영한 결과인 것으로 본다. 따라서 활동정도가 낮은 부인암 환자를 대상으로 소량씩 자주 식사를 하거나 고단백 식품 섭취, 식전 가벼운 운동, 식감이 나는 음료 섭취 등과 같은 식욕을 자극하는 방법을 교육하는 중재가 필요하며, 필요시에는 의사와 상의를 통해 식욕촉진제와 같은 약물을 복용할 수 있도록 하는 개별화된 중재를 계획하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서 대상자의 삶의 질은 100점 만점에 평균 57.69점으로 나타나서 중간정도였으며, 부인암환자의 말초신경병증과 삶의 질 연구(Jeong et al., 2013)에서의 삶의 질 점수(108점 만점에 64.8점) 보다 다소 낮게 나타났다. 이는 도구가 달라 직접 비교할 수는 없으나, 본 연구의 대상자는 암 진단 후 초기보다는 1년이 경과하고 3년 이내인 환자가 가장 많고, 수술, 항암요법, 방사선요법을 복합적으로 암치료를 받은 환자가 22.1%로 가장 많기 때문으로 추정된다. 본 연구결과에서 치료방법의 종류가 많은 경우 클러스터에서도 차이가 있으며, 클러스터와 삶의 질은 상관관계가 있었다. 부인암 생존자를 대상으로 한 연구(Kim & Kim, 2018)에서도 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 요인은 치료방법의 개수가 포함되어 있어 본 연구결과를 지지하였다. 본 연구에서 6개의 클러스터 모두가 삶의 질과 유의한 음의 상관관계가 있었다. 즉 6개의 클러스터의 증상 강도가 높을수록 삶의 질에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 이는 선행연구 결과와 일치하였다(Hwang et al., 2016). 폐암 환자와 유방암 환자를 대상으로 한 연구에서도 증상이 심할수록 삶의 질이 낮아지는 경향이 있다고 보고하여(Kim & Kim, 2011) 본 연구결과를 지지하였다. 암 진단과 치료과정에서 경험하는 여러 가지 증상들은 클러스터를 형성하여 삶의 질을 저하시키는 중요한 요인이다. 따라서 대상자의 삶의 질을 향상시키기 위해서는, 간호 실무에서 증상이 발생하는 기전을 이해하고 증상을 감소시킬 수 있는 증상 관리 프로그램을 개발하고 적용할 필요가 있다고 생각된다.

부인암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 '복부 불편감 클러스터' ($\beta = -0.233$), 활동정도($\beta = -0.200$)과 우울($\beta = -0.418$)로 이들 변인은 삶의 질을 42.5%로 설명하였다. 이는 복부 불편감 증상이 적고, 활동정도가 양호하며, 우울정도가 낮은 부인암환자가 삶의 질이 높다는 것을 예측할 수 있었

다. Jeong 등(2013)의 연구에서는 부인암환자의 삶의 질에 영향요인이 말초신경병증 정도로 나타나서 본 연구결과와 차이가 있었다. 이는 부인암을 대상으로 한 연구이지만 연구자마다 삶의 질과 연관 있는 변인들을 달리 설정하여 분석하였기 때문으로 생각한다. 하지만 부인암 환자의 다양한 증상으로 구성된 증상 클러스터, 활동과 정서상태, 삶의 질과의 관련된 연구가 없어 본 연구의 변수들이 큰 의미가 있다고 여겨진다. 추후에는 부인암 환자의 암진단 종류와 병기를 구분하여 삶의 질에 영향을 줄 수 있는 다양한 변수들을 투입하여 영향요인을 확인하는 반복연구가 필요하다고 본다.

이상으로 본 연구는 부인암 환자가 경험하는 증상 클러스터와 신체적 활동정도, 정서적 상태 및 삶의 질과의 관련성을 파악하고, 부인암 환자의 삶의 질에 영향요인으로 복부 불편감 클러스터, 활동정도, 우울을 확인하였다는 데 의의가 있다. 따라서 부인암 환자를 위한 증상 클러스터의 관리뿐만 아니라, 삶의 질 향상을 위한 프로그램 개발에 필요한 기초자료를 제공할 것으로 기대한다. 본 연구의 제한점으로 부인암환자 대상자수가 제한적이라 암 진단 종류와 병기에 따라 증상클러스터의 내용 차이를 분석할 수 없었고, 일부 병원의 환자를 대상으로 한 횡단적 조사연구로서 결과를 일반화하는데 신중을 기해야 한다.

결 론

본 연구는 부인암 환자의 증상 클러스터별 증상의 강도, 활동정도, 정서상태와 삶의 질을 확인하고 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하여 부인암 환자의 삶의 질 향상을 위한 기초자료를 제시하기 위해 시행되었다.

연구의 결과에 의하면 대상자가 가장 빈번하게 느끼는 증상은 피로 77.9%, 걱정근심 71.2%, 기억력 감퇴 70.2% 순으로 나타났다. 증상의 강도는 발한 2.08점, 하복부 통증 1.96점, 통증 1.92점 순이었으며, 불편감은 발한 1.80점, 걱정근심 1.77점 순이었다. 부인암 환자의 6개의 증상 클러스터, 활동정도, 정서상태는 삶의 질과 음의 관련성이 있고, 4개의 증상 클러스터와 활동정도, 6개의 증상클러스터와 불안, 우울은 양의 관련성이 있었다. 삶의 질에 영향을 미치는 주요한 요인은 복부 불편감 클러스터($\beta = -0.23$, $p = 0.005$), 활동정도($\beta = -0.20$, $p = 0.020$)와 우울($\beta = -0.42$, $p < 0.001$)임을 알 수 있었다.

이러한 결과는 부인암 환자의 삶의 질 향상을 위해서는 증상 클러스터, 활동정도, 정서상태를 고려하여 적극적인 관심과

중재가 필요하다는 것을 시사한다. 연구결과를 토대로 대상자가 경험하는 증상 클러스터의 종류와 활동정도, 정서상태를 고려한 차별화된 중재 프로그램을 개발하여 제공함으로써, 부인암 환자가 경험하는 증상과 정서상태를 완화시킬 수 있을 뿐만 아니라 삶의 질 향상에 기여하는지 확인할 필요가 있다.

참고문헌

- An HJ, Nho JH, Yoo SY, Kim HM, Nho MJ, Yoo HJ. Effects of lifestyle intervention on fatigue, nutritional status and quality of life in patients with gynecologic cancer. *J Korean Acad Nurs* 2015;45(6):812-22.
- Barsevick AM, Whitmer K, Nail LM, Beck SL, Dudley WN. Symptom cluster research: Conceptual, design, measurement, and analysis issues. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31(1):85-95.
- Bender CM, Ergyn FS, Rosenzweig MQ, Cohen SM, Sereika SM. Symptom clusters in breast cancer across 3 phases of the disease. *Cancer Nurs* 2005;28(3):219-25.
- Cappiello M, Cunnighan RS, Knobf MT, Erdos D. Breast cancer survivors: information and support after treatment. *Clin Nurs Res* 2007;16(4):278-93.
- Cho HM, Yoo EK. Effects of depression, family support on resilience in patients with gynecological cancer. *Journal of Wellness* 2015;10(4):183-95.
- Cho MS, Kwon IG, Kim HS, Kim K, Ryu E. Identification and validation of symptom clusters in patients with hepatocellular carcinoma. *J Korean Acad Nurs* 2009;39(5):683-92.
- Chun NM, Kwon JY, Noh GO, Kim SH. Symptom cluster in women with gynecologic cancer. *Journal of Korean Clinical Nursing Research* 2008;14(1):61-70.
- Chun NM, Noh GO, Song HJ, Kim SH. Frequency, intensity and daily life distress of urinary dysfunction in women with cervical cancer after radical hysterectomy. *J Korean Acad Nurs* 2016;46(3):400-8.
- Dedeli O, FADILOGLU C, USLU R. A survey of functional living and social support in patients with cancer. *Turkish Journal of Oncology* 2008;23:132-9.
- Dodd MJ, Miaskowski C, Paul SM. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2001;28(3):465-70.
- Ferreira KASL, Kimura M, Teixeira MJ, Mendoza TR, da Nóbrega JCM, Graziani SR, et al. Impact of cancer-related symptom synergisms on health-related quality of life and performance status. *J Pain Symptom Manage* 2008;35(6): 604-16.
- Fox SW, Lyon DE. Symptom clusters and quality of life in survivors of lung cancer. *Oncol Nurs Forum* 2006;33:931-6.

- Fox SW, Lyon D, Farace E. Symptom clusters in patients with high-grade glioma. *J Nurs Scholarsh* 2007;39(1): 61-7.
- Ganz PA. Breast cancer, menopause, and long-term survivorship: Critical issue for the 21th century. *the Am J Med* 2005;118:1365-415.
- Hadi S, Zhang L, Hird A, de Sa E, Chow E. Validation of symptom clusters in patients with metastatic bone pain. *Curr Oncol* 2008;15(5):211-8.
- Hwang K, Cho O, Yoo Y. Symptom clusters of ovarian cancer patients undergoing chemotherapy, and their emotional status and quality of life. *Eur J Oncol Nurs* 2016;21:215-22.
- Jeong JH, Nho JH, Kim GS, Lee YE, Yu SY, Lee HJ, et al. Characteristics and quality of life in gynecologic cancer patients with chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Korean J Women Health Nurs* 2013;19(4):201-10.
- Kiser DW, Greer TB, Wilmoth MC, Dmochowski J, Naumann RW. Peripheral neuropathy in patients with gynecologic cancer receiving chemotherapy: Patient reports and provider assessments. *Oncol Nurs Forum* 2010;37:758-64.
- Kim HJ, Barsevick AM, Fang CY, Miaskowski C. Common biological pathways underlying the psychoneurological symptom cluster in cancer patients. *Cancer Nurs* 2012; 35:E1-E20.
- Kim GD, Kim KH. Symptom cluster and quality of life in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. *Korean J Adult Nurs* 2011;23(5):434-45.
- Kim GH, Kim MJ. Impacts of psychological distress, gender role attitude, and housekeeping sharing on quality of life of gynecologic cancer survivors. *Korean J Women Health Nurs* 2018;24(3):287-96.
- Kim HJ, McGuire DB, Tulman L, Barsevick AM. Symptom clusters concept analysis and clinical implications for cancer nursing. *Cancer Nurs* 2005;28(4):270-82.
- Kim YH, Lee JH. Relationships between side effects, depression and quality of sleep in gynecological cancer patients undergoing chemotherapy. *Korean J Women Health Nurs* 2010;16(3):276-87.
- Kim HS. Symptom cluster and the relationship of performance status, anxiety, depression, and symptom interference in patients with gastrointestinal cancer: Gastric, colorectal, liver cancer. *JKDAS* 2013;15(5):2571-87.
- National Cancer Information Center. Occurrence status by carcinoma statistics 2015. Retrived June 20, 2017, from http://www.cancer.go.kr/mbs/cancer/subview.jsp?id=cancer_040402000000.
- Noh GO, Hwang MS, Cho KS, Lim JA, Kang MK, Kim HJ, et al. Effect of music therapy as intervention on peripheral neuropathic pain and anxiety of gynecologic cancer patients undergoing paclitaxel chemotherapy. *Korean J Women Health Nurs* 2011;17(3):215-24.
- Oh SM, Min KJ, Park DB. A study on the standardization of the hospital anxiety and depression scale for Koreans. *Psychiatry Investig* 1999;38(2):289-96.
- Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982;5(6):565-679.
- Simpson MF, Whyte F. Patients' experiences of completing treatment for colorectal cancer in a scottish district general hospital. *Eur J Cancer Care* 2006;15(2):172-82.
- Yun YH, Park YS, Lee ES, Bang SM, Heo DS, Park SY, et al. Validation of the Korean version of the EORTC QLQ-C30. *Qual Life Res* 2004;13:863-8.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica* 1983;67(6):361-70.