



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학 석사학위 논문

위장관암환자의 항암화학요법
부작용에 대한 증상관리행위와
삶의 질

아주대학교 대학원

간호학과

이윤정

위장관암환자의 항암화학요법
부작용에 대한 증상관리행위와

삶의 질

지도교수 유혜라

이 논문을 간호학 석사학위 논문으로 제출함.

2013년 2월

아주대학교 대학원

간호학과

이윤정

이윤정의 간호학 석사학위 논문을 인준함.

심사위원장 유혜라 (인)

심사위원 김용순 (인)

심사위원 김춘자 (인)

아주대학교 대학원

2012년 12월 14일

감사의 글

지금 이 글을 쓰고 있는 이 순간이 저에게 무척 소중합니다. 몇 번이나 포기하고 싶었지만 처음 계획했던 목표와 소중했던 시간이 생각나서 쉽게 포기할 수 없었습니다. 이제 마음 편히 지나온 시간을 되새길 수 있습니다. 농부가 씨를 뿌리고 사랑과 정성으로 가꾸어 튼실한 열매를 수확하는 기쁨을 느낄 수 있어서 행복합니다.

시간과 노력의 결과로 한편의 논문이 만들어지기까지 저에게 도움을 주신 많은 분들께 고마움을 전합니다. 지도교수님이 바뀌면서 힘들어할 때 논문의 전체적인 마무리를 위해 아낌없이 도와주신 유혜라 교수님, 논문을 쓰는 과정에서 힘들 때마다 따뜻한 격려와 현명한 조언은 큰 힘이 되었습니다. 꼼꼼히 논문을 살펴주시며 마음 편하도록 배려해 주시고 힘내라고 용기 주신 김용순 교수님, 김춘자 교수님께 감사드립니다.

힘든 상황에서도 기꺼이 설문지를 작성해 주시며 열심히 하라고 격려해 주신 환자분들께 진심으로 감사드립니다.

며느리 학교 가는 날이면 손자, 손녀 돌봐주시느라 애쓰셨던 어머니, 나의 짜증 받아주고 애들 보느라 수고한 신랑, 엄마 공부하냐고 물으면서도 귀찮게 굴지 않고 암전히 있어준 기특한 아들 해울, 컴퓨터에 엄마를 빼앗겨 버린 50일 된 딸 해인. 너무 고맙습니다. 딸의 대학원 졸업을 손꼽아 기다리시던 엄마, 아빠, 통계프로그램으로 힘들어 할 때 기꺼이 프로그램을 구해준 체부 준기씨에게도 감사드립니다.

관심 주신 모든 분들 잊지 않고 더욱 발전하는 모습 보여드리겠습니다.

2012년 12월

이윤정 올림

위장관암환자의 항암화학요법 부작용에 대한 증상관리행위와 삶의 질

본 연구는 위장관암환자의 항암화학요법 부작용에 대한 증상관리행위와 삶의 질을 파악하여 효과적인 중재방안 마련을 위한 기초 자료를 제공하기 위해 시도된 서술적 조사연구이다.

연구대상은 2011년 11월부터 2012년 2월까지 경기도에 소재한 A대학병원에서 항암화학요법을 받기 위해 입원한 위장관암환자 88명을 대상으로 실시하였다. 연구도구 중 부작용과 증상관리행위 측정도구는 Dodd(1984)의 항암요법일지를 번역하여 수정·보완한 조영수(2002)의 도구를 사용하였고, 삶의 질 측정도구는 EORTC QLQ-C30 version 3.0을 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS 20.0 프로그램을 이용하여 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율로, 부작용, 증상관리행위, 삶의 질 정도는 평균, 표준편차로, 증상관리행위와 삶의 질의 관계는 pearson correlation coefficient로, 일반적 특성에 따른 증상관리행위, 삶의 질의 정도 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였고, ANOVA 분석에서 차이가 있는 경우 사후 검증은 Duncan방법으로 통계 처리하였다.

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 항암화학요법의 부작용 정도 평균은 $0.64 \pm .63$ 이며, 부작용이 가장 심한 증상은 피로이며 $1.84 \pm .90$ 점이었고, 그 다음으로는 식욕부진 $1.65 \pm .87$ 점, 오심과 구토 $1.15 \pm .65$ 점, 심리적 문제 $0.76 \pm .63$ 점 순으로 나타났다.

증상관리행위 정도 평균은 $2.00 \pm .87$ 점이며, 가장 증상관리행위가 높았던 증상은

피로이며 2.57 ± 0.97 점이었고, 그 다음으로는 오심과 구토 2.56 ± 0.95 점, 변비 2.33 ± 1.19 점, 식욕부진 2.10 ± 1.01 점 순으로 나타났다.

2. 삶의 질 정도는 전반적 삶의 질 영역이 평균 46.49 ± 17.21 점으로 나타났다.

기능영역 평균은 77.37 ± 11.43 점이었고, 하부영역으로 인지기능이 86.36 ± 16.28 점으로 가장 높았고 그 다음으로는 감정기능 79.54 ± 14.62 점, 신체기능 77.65 ± 14.79 점, 역할기능 77.27 ± 17.90 점, 사회기능 56.06 ± 17.72 점 순으로 나타났다. 증상영역에서는 평균 18.18 ± 9.96 점이었고, 하부영역으로 재정문제가 45.08 ± 27.24 점으로 가장 높았으며 그 다음으로는 피로 39.27 ± 17.01 점, 식욕저하 32.57 ± 18.20 점 순으로 나타났다. 그 외 증상은 심하지 않았다.

3. 증상관리행위와 전반적 삶의 질 영역 및 기능영역과는 유의한 상관관계가 나타나지 않았으나 증상영역과는 순 상관관계를 보였다($r=.289, p=.006$).

4. 일반적 특성에 따른 삶의 질은 전반적 삶의 질 영역이 직업($t=2.41, p=.018$), 기능영역은 성별 ($t=2.789, p=.007$), 증상영역은 직업($t=-2.007, p=.048$), 월수입 ($F=5.661, p=.005$), 전이유무($F=2.133, p=.036$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 그러나 일반적 특성에 따른 증상관리행위는 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

본 연구결과를 통해서 항암화학요법의 부작용 정도가 심할수록 증상관리행위 정도가 높았고, 증상관리행위가 높을수록 증상 불편감을 더 경험함을 확인하였다. 따라서 위장관암환자들이 경험하는 부작용 정도를 파악하여 치료에 대한 불안과 부담을 이겨내도록 지지해 주고, 증상관리행위를 증진시키기 위한 체계적인 교육중재 프로그램 개발이 필요하다. 또한 부작용에 적절하게 대처할 수 있고 스스로 부작용을 관리할 수 있도록 도와주는 것이 삶의 질을 증진시킬 수 있을 것으로 생각된다.

핵심어: 항암화학요법, 위장관암환자, 부작용, 증상관리행위, 삶의 질

차 례

국문요약	i
차례	iii
표 차례	v
부록차례	vi
<hr/>	
I. 서론	1
A. 연구의 필요성	1
B. 연구의 목적	3
C. 용어의 정의	3
II. 문헌고찰	5
A. 항암화학요법 부작용과 증상관리행위	5
B. 삶의 질	10
III. 연구방법	14
A. 연구설계	14
B. 연구대상자 및 표집방법	14
C. 연구도구	14
D. 자료수집방법 및 절차	16
E. 자료 분석방법	16
F. 연구의 제한점	17

IV. 연구결과	18
A. 대상자의 일반적 특성	18
B. 대상자의 부작용에 대한 증상관리행위 정도, 삶의 질 정도	22
C. 대상자의 증상관리행위와 삶의 질의 관계	27
D. 일반적 특성에 따른 증상관리행위 정도의 차이	27
E. 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도의 차이	30
V. 논의	34
A. 부작용에 대한 증상관리행위 정도와 삶의 질 정도	34
B. 일반적 특성에 따른 증상관리행위 정도와 삶의 질 정도의 차이	38
VI. 결론 및 제언	41
참고문헌	43
부록	50
ABSTRACT	63

표 차례

<표 1-1> 대상자의 인구사회학적 특성.....	19
<표 1-2> 대상자의 질병관련 특성.....	21
<표 2> 대상자의 부작용 유무.....	23
<표 3> 대상자의 부작용 정도와 증상관리행위 정도.....	24
<표 4> 대상자의 삶의 질 정도.....	26
<표 5> 증상관리행위와 삶의 질의 관계.....	27
<표 6> 일반적 특성에 따른 증상관리행위 정도의 차이.....	28
<표 7> 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도의 차이.....	31

부록 차례

<부록 1> 연구설명서 및 동의서.....	50
<부록 2> 설문지.....	53



I. 서론

A. 연구의 필요성

전 세계적으로 암의 발생률은 지속적으로 증가하고 있는 추세이며, 우리나라 사망 원인 1위의 심각한 질환이다(통계청, 2011). 2011년 국가암등록 통계자료에 의하면 2009년 한 해 동안 약 20만명의 암환자가 발생하였으며 폐암, 간암, 위암, 대장암 순으로 발생빈도가 높은 것을 알 수 있다. 성별에 따른 발생빈도는 남자는 폐암, 간암, 위암, 대장암 순이며, 여자의 경우 폐암, 위암, 대장암, 간암의 순으로 높았다.

암 치료 기술의 발달로 암환자의 5년 생존율이 지속적으로 향상되고 있으며 2009년의 5년 생존율은 62%로, 2005년 53.7% 보다 8.3% 정도가 증가한 것을 알 수 있으며 암환자 10중 6명이 5년 이상 생존하고 있음을 알 수 있다.

암환자에게는 암과 관련된 증상을 관리하고 신체적, 정신적, 사회적 기능을 유지·증진시키며 삶의 의미와 목적을 찾는 것이 큰 도전으로 남아있다(이영란, 2003). 암환자를 돌보는 역할 중 하나는 이들이 자신의 건강을 스스로 관리할 수 있는 능력을 증진시키는 것이다(Orem, 1991).

현재 항암화학요법을 받고 있는 암환자는 치료로 인한 부작용으로부터 자신을 보호하기 위한 증상관리능력이 요구되는데 이들을 도와주고 증상관리 능력을 준비시키기 위한 간호중재가 필요로 되고 있다.

최근 들어 두 가지 이상의 항암제를 고용량 병합하는 복합화학요법이 환자들의 생명 연장에 좋은 성과를 보이고 있어 많은 환자들이 항암화학요법을 받고 있는 실정이다. 그런데 항암화학요법을 받은 환자들은 치료 직후 집으로 귀가하기 때문에 의료진의 지속적인 돌봄을 받기 어려우며 다음 병원 방문일까지 상당한 기간 동안 오심과 구토, 식욕부진, 피로감, 활동장애, 복통, 설사, 피부점막의 손상 및 탈모 등의 신체적 부작용을 경험하게 된다(김노경, 1997). 뿐만 아니라 항암화학요법 치료

기간이 연장될 경우 환자와 그 가족들은 정서적, 심리적으로 극심한 혼란을 겪으며 이로 인한 삶의 질이 저하되기도 한다(양광희, 송미령, 김은경, 1998).

특히 위암과 대장, 직장암과 같은 위장관계암의 치료는 근치적 절제술과 더불어 약물요법, 방사선요법과 면역요법을 병행하는 경우가 많은데 복합적 치료방법으로 여러 가지 신체적 부작용과 더불어 경제적 부담, 재발에 대한 공포 등 많은 심리적 변화를 초래할 수 있다(김은희, 1997). 그리고 지속적인 신체적, 심리적, 경제적 변화는 환자의 삶의 질을 저하시킬 수 있다(권영은, 1990).

항암화학요법을 받는 환자의 증상관리와 삶의 질에 관한 연구는 활발히 진행되고 있는데 특히, 여성암 환자의 연구(오지현, 2003; 김숙경, 2004; 도영숙, 2007)와 일반 암환자를 대상으로 한 연구(김혜진, 2005; 신미숙, 2008)를 찾아볼 수 있었다. 또한 삶의 질에 영향을 주는 요인으로 자가간호역량(김은희, 1997; 이종란, 2001; Slusher, 1999; 송지은, 2008)과 자가간호행위(전난희, 2009; 윤인희, 2005; 김혜진, 2005)가 보고되었다.

암환자의 항암화학요법 부작용과 자가관리 방법에 대한 연구(김현정, 안옥희, 최경숙, 1998; 김미진, 2007; 김태연, 2007; 김정은, 2009)는 있었으나 위장관암환자를 대상으로 하는 연구는 찾아보기 어려운 실정이다.

암환자가 일상생활에서 독립적으로 기능하고 사회의 한 구성원으로 생산적인 활동을 할 수 있을 때 삶의 질이 보장되며, 암환자의 삶의 질을 유지·증진 시키기 위해서는 질병자체나 치료 부작용으로 인한 증상을 조절하면서 기능을 수행할 수 있어야 할 것이다(양영희, 2002).

따라서 본 연구자는 위장관암환자가 항암화학요법을 받은 후 나타날 수 있는 부작용과 환자의 증상관리행위, 그리고 삶의 질을 파악하여 위장관암환자의 자가 관리 능력을 증진시킬 수 있는 효과적인 간호중재방안을 마련하기 위한 기초 자료를 제공하고자 한다.

B. 연구의 목적

본 연구의 목적은 위장관암환자의 항암화학요법 부작용에 대한 증상관리행위와 삶의 질을 파악하고자 한다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 인구사회학적 특성과 질병관련 특성을 파악한다.
- 2) 대상자의 부작용에 대한 증상관리행위와 삶의 질의 정도를 파악한다.
- 3) 대상자의 증상관리행위, 삶의 질의 관계를 파악한다.
- 4) 대상자의 일반적 특성에 따른 증상관리행위정도와 삶의 질 정도의 차이를 파악한다.

C. 용어의 정의

1. 항암화학요법의 부작용

· 이론적 정의

항암화학요법을 받음으로써 나타나는 신체, 심리적 건강문제로서 대표적인 부작용인 오심과 구토, 식욕부진, 탈모, 변비, 설사, 심리적 문제, 피로, 구강문제, 감염, 피부색 및 손상, 통증 등의 신체적, 심리적 문제를 의미한다(서순림, 1996).

· 조작적 정의

본 연구에서는 항암화학요법을 받는 중에 나타나는 부작용으로 오심과 구토, 식욕부진, 탈모, 변비, 설사, 심리적 문제, 피로, 구강문제, 감염, 피부색 및 손상, 통증 등의 신체적, 심리적 문제와 심각도를 말한다. Dodd(1984)의 항암요법일지를 번역하여 수정·보완한 조영수(2002)의 도구를 사용하여 측정하였으며, 부작용 유무는 있다가 1점, 없다가 0점을 주고 부작용의 정도는 4점 척도로 측정하여 점수가 높을수록 심각한 부작용을 겪고 있음을 의미한다.

2. 증상관리행위

· 이론적 정의

병을 앓고 있을 때 나타나는 여러 가지 상태나 모양을 유지하고 개선하기 위한 전략적인 방법이나 책략이다(국립국어연구원, 1999).

· 조작적 정의

본 연구에서는 항암화학요법을 받는 환자가 건강을 유지하기 위해 일상생활을 통해 스스로 판단하는 행위로서, Dodd(1984)의 항암요법일지를 번역하여 수정·보완한 조영수(2002)의 도구를 사용하였다. 11개의 부작용에 대한 증상관리행위의 유무는 한다에 1점, 안한다에 0점을 주어 측정하였으며, 증상관리행위 점수가 높을수록 증상관리행위 정도가 높음을 의미한다.

3. 삶의 질

· 이론적 정의

삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적, 기능적인 영역에 대해 각 개인이 주관적으로 평가하는 안녕상태를 말한다(Padilla, Ferrell, Grant & Rhiner, 1990).

· 조작적 정의

본 연구에서는 암환자들의 삶의 질을 파악하기 위하여 European Organization for Research and Treatment of Cancer(EORTC)에서 개발한 한글버전 EORTC QLQ-C30(3판) 도구를 EORTC의 허가를 받고 사용하였으며, 전반적 삶의 질 영역, 기능영역, 증상영역을 측정한 점수이다. 전반적 삶의 질 영역은 점수가 높을수록 삶의 질이 양호하며, 기능영역은 점수가 높을수록 기능적 건강상태가 양호하며, 증상영역은 점수가 높을수록 증상이 심함을 의미한다.

II. 문헌고찰

A. 항암화학요법의 부작용과 증상관리행위

항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 DNA의 복제, 전사, 번역과정을 차단하거나 대사경로에 개입하여 핵산 전구체의 합성을 방해하고 세포분열을 저해함으로써 암세포에 대한 세포독성을 나타내는 약제를 총칭한다. 그러나 항암제가 작용하는 대사경로는 암세포에만 특이한 것이 아니라 정상세포에도 동일하기 때문에 항암제 투여에 따른 정상조직의 손상은 불가피하다(박재갑, 2004).

위암은 항암화학요법이 수술과 병행하여 적용했을 때 생존 기간이 연장되는 것으로 알려져 있으며 위암에서 사용되는 화학요법제로는 Doxorubicin, Doxetaxel, Paclitaxel, Cisplatin, 5-FU, Irinotecan, Epirubicin등이 있고 표적치료제 제제인 Herceptin이 사용되고 있다. 이 중 5-FU는 가장 폭 넓게 사용되고 있으며 항암제의 치료 반응률을 증가시키기 위해 2~3가지 약제들을 동시에 병합하여 사용하는 병합요법을 기본 치료로 하여 사용하고 있다. 한국과 일본을 비롯한 아시아에서는 5-FU와 Platinum계열 약물의 조합이 가장 널리 사용되고 있는데 이들 항암제는 심혈관계, 위장관계, 조혈계 및 신경독성의 부작용이 있는 약물이다(서용원, 2012).

대장암의 치료로는 저위전방절제술, 국소절제술등의 외과적 수술이 가장 근본적인 치료이며 조기암에서는 수술만으로 완치가 가능하지만 50%의 환자들에서 전이성 질병으로 발전하고 진행성 대장암의 경우 항암화학요법이 시행된다. 지난 40년 동안 5-FU는 진행성 대장암의 치료에 가장 널리 사용되어 왔고 최근까지도 단독 화학요법이나 다른 항암제와 복합화학요법으로 대장암치료의 1차 치료제로 사용되고 있다(박민하, 2004).

항암화학요법은 크게 복합요법, 보조요법, 수술 전 선행요법으로 나눌 수 있으며, 치료기간과 횟수는 암의 종류, 항암제의 종류, 치료에 대한 반응, 부작용의 정도에

따라 차이가 있으며 치료기간은 대개 1~5일 정도이며 이것을 3~4주 간격으로 시행하게 된다(박재갑, 2004).

최근에 항암화학요법으로 많은 환자들이 생명 연장이나 향상된 생활을 누리는 혜택을 받게 되고, 여러 약제의 개발과 복합 치료의 발전으로 암 완치율과 생명연장에 기여하고 있다(김윤옥, 2003).

항암화학요법은 주요한 암 치료인 반면 치료를 중단시킬 수 있는 부작용이 문제가 된다. 부작용에 대한 증상관리행위의 지식부족과 부적절한 대처로 인해 환자는 심각한 부작용을 경험할 수 있다(박영숙, 장옥집, 우선혜, 2006).

항암화학요법은 세포의 성장이 빠른 암세포뿐만 아니라 정상세포 중 세포의 성장이 빠른 구강과 위장관 상피세포, 모낭, 생식세포 등이 많은 손상을 받게 되며, 그로 인해 오심, 구토, 구내염, 설사, 변비, 식욕부진, 백혈구 감소증, 혈소판 감소증, 탈모 등의 부작용을 경험하게 된다(한운복, 1992). 이 중 오심과 구토는 가장 흔히 발생하는 부작용이다(Davis, Dreicer, Walsh, Lagman & LeGrand, 2004). 오심, 구토는 약물 투여 후 즉각적으로 나타나서 투여가 끝난 후에까지 그 후유증이 남아서 환자의 영양 섭취에 영향을 주고 있다(양영희, 2002). 오심, 구토 완화목적으로 사용되는 진토제는 오심, 구토 조절에 큰 효과를 주지 않는 것으로 나타났으며, 실제로 많은 환자들이 여전히 오심, 구토, 식욕부진 증상을 호소하고 있다(최은숙, 1995).

식욕부진은 암환자의 40%에서 경험하는 증상이며 악성 종양에서의 식욕부진으로 인해 환자는 필요로 하는 영양 섭취를 충분히 못하게 되어 단백질 에너지 불균형을 겪게 되며 이에 따른 체중 감소와 악액질로 인해 암으로 인한 사망 위험이 높아지게 된다(김윤경, 2007). 식욕부진은 오심, 구토와 관련되어 나타나거나 암으로 인한 생물학적 변화와 관련될 수도 있고 이것은 우울과 불안 같은 정서적 불편감의 원인이 될 수도 있다(서순림, 2000).

소화기계 암환자 54명을 대상으로 한 김창희(1995)의 감각변화 양상에 미치는 항암제 부작용 연구에 의하면 전체 대상자의 92.52%가 미각의 변화를 경험한다고 하

였다.

머리와 몸의 모낭은 급속히 자라는 세포이므로 특히 항암제의 영향을 크게 받는다. 항암화학요법은 stem cell의 DNA를 손상시키고, 모낭의 위축을 초래하며, 모발을 약하게 하거나 잘 부서지게 하고, 두부의 표면으로부터 박리되게 하거나 자연적으로 유리시킨다. 이러한 탈모 현상은 치료 수일 또는 수주 후에 생길 수 있다(김현정 등, 1998).

변비는 항암화학요법 후 5~8일 사이에 나타날 수 있으며, 항암제가 소화기계 신경을 자극하여 연동운동을 저하시키고 마비시켜 나타나거나 환자의 음식섭취나 운동저하로 인해 나타날 수 있다(김정은, 2009). Vincristine 등과 같은 항암제나 마약성 진통제 복용 등으로 변비가 생길 수 있으며 위장점막 세포의 탈락으로 설사가 일어날 수도 있다(김미정, 2012).

암환자의 흔한 건강문제는 불면이며, 수면문제로는 잠들기 어려운 것, 너무 쉽게 깨는 것을 포함하며(서순림, 2000), 암처럼 소모질환인 경우 수면의 요구가 더 증가하지만 암환자들이 수면장애를 경험함으로써 다른 신체 증상이 악화될 수 있으며 오히려 치료와 회복을 지연시키는 부정적인 영향을 미칠 수 있다(김미정, 2012).

피로는 항암화학요법을 받는 암환자가 경험하는 가장 피로운 증상이며 암환자가 경험하는 피로는 전신적인 권태감, 허약감, 지침, 소모감, 에너지 결핍에 대한 주관적인 느낌으로 항암화학요법 환자의 80~96%가 피로를 경험하는 것으로 보고하였다(Irvine, Vincent, Graydone, Bubela, & Thompson, 1994).

구내염은 보통 치료 시작 후 5~7일 이내 발생하며 보통은 2주 이내에 사라지지만 심한 경우에 입안에 궤양으로 음식물 섭취가 불가능할 수 있다.

항암화학요법과 관련된 부작용인 호중구 감소증은 감염과 관련되어 매우 중요하며, 열을 동반한 호중구 감소증은 사망률을 증가시키며, 경제적 손실과 항암제의 적정용량의 감량을 필요로 하며 이로 인한 감염증은 항암요법환자의 주요 사망 원인이 된다(Lyman, 2006). 호중구 감소증은 대개 항암화학요법 후 7일 이상 지속되며,

국소감염과 전신감염이 발생할 위험이 매우 높다(Shelton, 2003).

대부분의 항암제는 우리 몸에서 혈액을 만드는 골수에 작용하여 골수에서 생성되는 헤모글로빈, 백혈구, 혈소판 수치 등을 저하시킨다(김윤경, 2007). 골수 기능 저하는 다른 부작용 중에 가장 심하고 위험한 합병증이며 약물 치료 후 10~14일 경에 나타나며 백혈구 감소로 인한 빈혈을 주의 깊게 관찰하여 대처해야 한다(김현정 등, 1998).

피부변화로는 항암제 치료를 받는 동안 가려움증이나 피부꺾질이 벗겨지고 건조해지며 여드름이 발생할 수 있고, 혈관으로 항암제를 주사한 경우에 피부자극이 발생하며 혈관을 따라 피부가 검게 착색될 수 있다. 다른 부작용으로 약제에 의한 근육통, 손과 발이 저리거나 따끔거리고 심한 경우 감각저하로 인한 균형감각 소실이 있을 수 있다(김현정 등, 1998).

통증은 암환자가 경험하는 가장 흔한 증상 중 하나이면서 환자의 안위를 저해하며 우울, 무기력, 좌절감, 고립감 등의 부정적인 감정을 가지게 되므로 암환자의 통증은 적절히 조절되어야 한다(이경식, 1995). 항암화학요법, 수술, 방사선요법 등으로 인해 발생하는 암성통증은 암환자의 15~25%가 경험한다(남미숙, 2003).

암 치료 기술이 발전하고 다양해지면서 암환자에 있어서 증상을 확인하고 이에 따른 적절한 대응의 필요성은 더욱 높아지고 있다(김열, 2012).

Orem(1991)의 자가 간호 이론에서의 철학적 핵심은 인간이란 본질적으로 생명, 건강, 발달 및 안녕을 위하여 자기 스스로를 돌볼 능력을 선천적으로 갖고 있으며 또 후천적으로 자가 간호를 수행하는 능력을 학습하는 자가 간호수행자이며, 자가 간호를 간호의 가장 일반적이고 기본적인 형태로서 각 개인이 자신의 생명, 건강 그리고 안녕을 유지하기 위하여 일상생활 활동을 스스로 수행하는 실제행위라고 하였다. 또한 자가 간호를 개인이나 지역사회가 자신의 삶, 건강, 안녕을 유지·증진하기 위해 시도되고 수행하는 행위이며 내적(성별, 나이, 건강에 대한 믿음, 현재 건강상태, 자가 간호수행 능력, 동기 여부) 및 외적(가족관계, 지지적인 네트워크 구축

여부, 적절한 주거환경, 물질적 자원) 요인들에 의해 영향을 받을 수 있다고 하였다.

Orem의 자가 간호 모델을 이용하여 항암화학요법을 받는 성인 암 환자를 대상으로 한 자가 간호를 결정짓는 자가 간호행위 예측인자를 알아 본 연구에서 잠재적인 예측 요인으로는 인구학적 변수, 수행 상태, 정서 상태, 사회적 지지, 상황결정능력, 자가 간호능력, 건강 증진행위 활동이었으며, 자가 간호 예측요인으로는 피로감이었다(Dodd, & Dibble, 1993).

암환자 132명을 대상으로 불편감을 사정한 서순림 등(1994)은 피로, 식욕부진, 불행감, 외모변화, 통증의 순으로 나타났고 유방암 환자 79명을 대상으로 조사한 Pasacreata(1997) 연구에서는 가장 심한 불편감이 피로감이었고, 다음으로 외모변화, 통증, 불행감, 불면증, 집중력 저하로 나타났다.

유방암 환자 82명을 대상으로 불편감을 사정한 오지현(2003)의 연구에서는 가장 심한 불편감은 오심이었고, 다음으로 탈모, 식욕부진, 피로, 소화장애, 불행감 순이었다.

김혜진과 김희승(2005)의 연구에서는 항암화학요법을 받는 환자의 오심과 구토 발생 시 암환자 대부분은 섭취하는 음식량을 줄이는 자가 간호를 수행함으로써 영양부족을 초래할 수 있다고 하였다.

여성생식기 암환자 100명을 대상으로 한 도영숙(2007)의 연구에서는 탈모의 자가 간호행위 정도가 가장 높았으며, 다음으로 피로완화, 감염예방, 변비완화, 식욕증진 순이었다.

여성암환자 94명을 연구한 김숙경(2004)의 연구에서는 감염예방, 피로완화, 탈모 순으로 자가 간호행위 정도가 높았으며 가정 월수입이 많을수록 자가 간호를 잘 수행하였다. 여성암 환자를 대상으로 한 다른 연구에서는(김정은, 2009) 학력이 높을수록 오심, 구토 관리를 잘하며, 항암횟수가 4~6회인 경우에 변비 관리를 잘 하는 것으로 나타났다.

암환자 100명을 대상으로 한 김혜진(2005)의 연구에서는 남성인 경우와 유병기간

이 1년 미만인 경우에 자가 간호행위 정도가 낮았으며, 유방암환자를 대상으로 한 정선미(2001)의 연구에서는 직업이 있는 경우와 수술을 하지 않은 경우가 자가 간호수행도가 높게 나타났다.

항암화학요법을 받는 동안 발생하는 부작용, 신체기능의 저하로 인한 항암화학요법 실시 지연, 증상완화를 위한 입원과 관련된 자존감 저하, 일상생활 영위의 어려움, 사회 활동으로부터 고립 등으로 항암화학요법 환자들이 신체적, 정신적 고통을 받을 수 있으므로 자가 간호를 통해 일상생활 활동 대처행위, 적절한 치료계획의 수행과 적응에 도움을 줄 수 있는 자가 간호 중재 프로그램이 요구되며(도영숙, 2007) 암 환자들에게 가장 커다란 스트레스원은 암 환자들이 치료과정에서 경험하는 부작용이므로 간호사는 부작용을 극복할 수 있도록 부작용 양상과 대처방법을 파악하여 환자가 치료에 따르는 부작용을 조절하고 더 높은 삶의 질을 유지할 수 있는 증상관리 능력을 높여주도록 하는 것이 필요하다고 생각된다.

B. 삶의 질

암환자 치료의 일차적인 목표는 생명을 위협하는 암을 효과적으로 제거하거나 진행을 억제하는 것이지만 이러한 치료 목표는 어느 정도 달성한 것으로 보인다. 하지만 생존기간이 늘어난 만큼 살아가는 동안의 삶의 질을 높이는 것도 중요한 문제가 되고 있다(김열, 2012).

지난 10년간 암 환자들의 삶의 질은 치료 성과들 중 중요한 요소로 점차적으로 인식되었고(Rogers, Ahad & Murphy, 2007), 또한 과거에는 암 치료의 효과를 생존율로 평가하였으나, 최근 들어 암 치료의 효과를 신체적, 심리적, 영적, 성적 측면들을 포함하여 포괄적으로 평가할 뿐만 아니라 암 환자의 삶의 질에 대하여 관심이 집중되고 있다(추연화, 김경희, 2004). 암의 발생률이 증가하면서 암으로 인한 사망도 증가하고 있지만 암 치료 후 생존자 수도 급증하고 있다. 따라서 암 진단 후 치

료과정이나 치료 후 생존자의 삶의 질을 고려하여 편안한 삶을 누리게 하는 것이 간호의 궁극적인 목적이라고 할 수 있다(도영숙, 2007). 최근 치료법은 질병완치 및 생존기간의 연장뿐만 아니라 건강관련 삶의 질 향상에 주력하고 있다(Hamashima, 2002). 삶의 질이 저하 될수록 치료를 지속하고자 하는 의지를 저하시키게 되고 치료 결과에도 영향을 미치게 된다(Nirenberg, et al., 2006).

보건 의료분야에서 삶의 질 용어는 1980년대부터 질병과 연관시켜 사용되기 시작하였다. 1990년대 들어서면서 만성질환자의 증가와 보건의료기관에 경제적 압박이 가중됨에 따라 치료의 효율성과 함께 삶의 질에 대한 중요성이 더욱 강조되었다(김영도, 2003). 삶의 질이란 인간 생활의 질의 문제인 삶의 정도와 가치를 다루는 것으로 각 연구자마다 접근하는 관점, 목적, 방법에 따라 다르게 말하고 있어서 지금까지 그 정의나 개념상의 일치를 보지 못하고 있다(노유자, 1988).

삶의 질에 대한 정의를 보면, 삶의 전반적인 경험을 통해 신체적, 정신적, 사회·경제적 및 영적 영역에서 개인이 주관적으로 느끼는 만족감과 행복감(김은희, 1997), 혹은 암 환자의 신체적 안녕, 정신적 안녕 이외에 신체상에 대한 관심, 진단 및 치료적 반응에 대한 평가(Padilla, et al., 1990)로 정의하였고, 개인 차원에서만 묘사되고 측정될 수 있는 개념으로 과거와 현재 경험과 미래의 희망, 꿈, 야망 사이의 차이에 의해 달라지므로 시간에 따라 다르며, 성장의 잠재성에 대한 평가로 개인의 삶과 경험의 모든 영역 즉, 질병과 치료의 영향도 포함되는 것(Calman, Aaron, & Beckmann, 1987)이 삶의 질이라고 하였다.

암환자의 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 있고 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 특정 지어지는 질병과정에서 희망을 유지하게 하고 삶의

의미를 갖게 하는데, 개인의 신앙과 영적간호 중재로 향상될 수 있다(Ferrell, 1996)고 하였다.

암으로 인한 10년 생존율이 증가함에 따라 암으로 인한 삶의 질이 주된 관심사로 대두되고 있다. 이는 새로운 항암제 개발과 치료 방법의 지속적인 발전과 함께 국가의 적극적인 지원으로 의료보험에서 중증환자로 분류되어 암환자들의 경제적인 부담이 줄게 됨으로써 예전과는 달리 암을 만성질환으로 인식하며 기대수명이 연장됨으로써 삶의 질은 더욱 관심의 대상이 되고 있다(김미정, 2012).

삶의 질과 관련된 문헌들을 살펴보면, Lutgendorf 등(2000)의 연구에서는 항암화학요법을 받는 암환자는 항암화학요법을 받지 않는 암 환자에 비해 신체적, 기능적 삶의 질 수준은 감소하였으나 우울, 불안, 사회적 영역의 삶의 질은 다른 환자와 거의 비슷한 수준으로 나타났고, 결장루 형성술 대상자를 연구한 Padilla 등(1985)에서는 결장루 형성술 후 기간이 길어질수록 삶의 질 영역 중에서 심리적 안정감이 증가한 것으로 나타났다.

항암화학요법 치료 전부터 퇴원 시점까지 전 기간 동안 삶의 질 수준을 조사한 라정란(1994)의 연구에서는 대상자의 입맛, 오심, 구토, 기운, 신체적 편안감 등의 신체적 영역의 삶의 질 점수가 유의하게 낮았으며 퇴원 시점까지도 항암치료 직전의 수준만큼 회복하지 못하였다고 보고하였다.

김순미와 오복자(1996)의 추후관리를 받고 있는 위암환자를 대상으로 한 연구에서 건강증진행위와 삶의 질 간에는 유의한 상관관계가 있으며 삶의 질과 관련된 변수들로는 자기 효능감, 자가 간호행위, 일상생활능력, 건강행위이행, 건강증진행위들이 보고되었다.

강임옥과 윤영호(2004)의 연구에서는 암 치료와 암의 진행과정으로 나타나는 증상으로 인해 일상적인 삶에 많은 지장을 받으며 암 치료로 인한 신체적 불편감과 함께 삶의 질도 저하된다고 보고하였다. 김은희(1997)의 연구에서는 위장관계 수술 환자의 삶의 질에서 건강증진행위정도가 높을수록 삶의 질이 높게 나타났다.

김은경(2010)의 연구에서는 부인암 환자의 삶의 질은 스트레스가 높을수록 삶의 질이 낮고 건강증진행위가 높을수록 삶의 질이 높았으며 종교, 재발, 총 항암화학요법 횟수에 따라 차이를 보였다. 허혜경, 김대란과 김대화(2003)의 연구에서는 암 환자의 치료 부작용, 가족지지, 삶의 질과의 관계연구에서 치료 부작용은 삶의 질에 부정적 영향을 주며, 가족 지지는 삶의 질에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 유방암 환자를 대상으로 한 심주현(2004)의 연구에서는 전체 삶의 질은 중정도 수준으로 측정되었고 영적 영역이 가장 높게 나타났다. 통원 환자를 대상으로 한 김미정(2012)의 연구에서 전반적 삶의 질은 중정도 수준이었으며 피로와 식욕부진, 재정적 문제와 불면이 삶의 질을 저하시키는 중요 원인으로 보고하였다.

급성백혈병 환자를 대상으로 연구한 송지은(2008)의 연구에서는 자가간호역량이 삶의 질에 긍정적 영향을 주며 신체적 기능이 높을수록 삶의 질의 기능 점수가 높았다.

항암화학요법을 받는 암환자 98명을 대상으로 한 장혜경(1993)의 연구에서의 삶의 질 점수는 비교적 낮게 나타났으며, 남자가 여성보다 삶의 질이 높았으며 가족 지지가 높을수록 삶의 질이 높았고 스트레스와 불안이 높을수록 삶의 질은 낮았다.

양영희(2002)의 연구에서는 항암화학요법으로 인한 부작용 증상이 심할수록 피로의 정도가 심하고 삶의 질 정도가 낮았다.

Irvine 등(1994)의 연구에 의하면 피로는 항암화학요법 치료의 전 과정에서 증가하며 일상생활의 기능 활동에 영향을 미쳐 환자의 삶의 질에 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이상의 문헌고찰을 통해 암환자의 일상생활 활동 제한에 따른 대처방법, 적절한 치료계획의 수행, 주어진 상황에 적응할 수 있도록 도움을 주어 삶의 질을 증진시킬 수 있는 방안을 모색하는 것이 필요하다.

Ⅲ. 연구방법

A. 연구설계

본 연구는 위장관암환자의 항암화학요법 부작용에 대한 증상관리행위와 삶의 질의 정도를 파악하고자 하는 서술적 조사연구이다.

B. 연구대상자 및 표집방법

본 연구는 2011년 11월부터 2012년 2월까지 경기도에 소재한 A 대학병원에 수술 후 항암화학요법 치료를 받기 위해 입원한 위장관암환자를 다음과 같은 선정기준에 의하여 93명을 대상으로 본 연구의 목적을 설명하고 자료수집 참여에 대한 서면 동의를 받았다. 93명의 설문지중 자료가 불충분한 5명을 제외한 88명을 최종 분석하였다.

- 1) 위장관암을 진단받고 수술 후 항암화학요법을 2회 이상 받은 환자
- 2) 설문지를 읽고 내용을 이해하고 응답할 수 있는 환자
- 3) 20세 이상 70세 이하 연령의 환자
- 4) 본 연구의 목적을 이해하고 참여하기로 동의한 환자

C. 연구도구

본 연구의 도구는 구조화된 설문지를 사용하였으며, 내용으로는 대상자의 인구사회학적 특성 9문항, 질병관련 특성 4문항, 증상관리행위 측정도구 75문항, 삶의 질 측정도구 30문항으로 총 118문항으로 구성되었다.

1. 항암화학요법 부작용 정도에 대한 증상관리행위

항암화학요법 치료를 받는 대상자의 부작용 유무, 심각성, 증상관리행위 종류와 유무를 기입하도록 한 Dodd(1984)의 항암요법 일지를 번역하여 수정·보완한 조영수(2002)의 도구를 사용하였으며, 부작용 유무는 있다에 1점, 없다에 0점을 주고 부작용의 정도는 4점 척도로 측정하여 점수가 높을수록 심각한 부작용을 겪고 있음을 의미한다. 조영수(2002)의 연구에서 부작용 측정도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.65$ 이었고, 본 연구에서 부작용 측정 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.60$ 이었다.

증상관리행위는 치료 기간 중 표시된 각각의 부작용에 대한 증상관리행위 내용을 나열식으로 열거하여 표시하게 하였으며, 증상관리행위 정도는 항목당 한다에 1점, 안한다에 0점을 주었고, 총합으로 점수가 높을수록 증상관리행위 정도가 높음을 의미한다. 조영수(2002)의 연구에서 증상관리행위 측정도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.72$ 이었고, 본 연구에서 증상관리행위 측정 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.62$ 이었다.

2. 삶의 질

암환자들의 삶의 질을 파악하기 위하여 EORTC에서 개발한 한글버전 EORTC QLQ-C30(3판) 도구를 EORTC Center의 승인을 받아 사용하였다. 이 측정 도구는 3개의 하부영역, 30문항으로 구성된 도구로서 전반적 삶의 질 2문항, 기능 영역(신체, 역할, 정서, 인지, 사회) 15문항 그리고 증상 영역(피로, 오심과 구토, 통증, 호흡곤란, 불면, 식욕감퇴, 변비, 설사 및 재정상 곤란) 13문항으로 구성되었다. 7점 척도로 이루어진 전반적 삶의 질 2문항을 제외하고는 4점 척도로 이루어져 있으며, 점수는 EORTC scoring manual에 따라 선형 변환하여 0점에서 100점까지의 점수범위로 환산하였다. 전반적 삶의 질 점수가 높을수록 삶의 질이 높고, 기능영역은 점수가 높을수록 기능적 건강상태가 양호하며, 증상영역은 점수가 높을수록 증상이 심함을 의미한다. EORTC QLQ C-30 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.70$ 이었고, 본

연구에서 전반적 삶의 질 영역의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.68$, 기능 영역은 Cronbach's $\alpha=.84$, 증상 영역은 Cronbach's $\alpha=.79$ 이었다.

D. 자료수집방법 및 절차

본 연구는 연구시작 전 연구윤리위원회(Institutional Review Board : IRB)의 승인(IRB No: AJIRB-MED-SUR-10-301)을 받았으며 자료수집 기간은 2011년 11월부터 2012년 2월까지 88명의 대상자를 선정하였다. 환자 명단을 확인한 후 대상자 선정기준에 적합한지를 확인하고 입원한 병실에 방문하여 본 연구자가 직접 연구 목적과 연구 참여 도중 철회할 수 있음을 설명 후 대상자 동의 하에 설문지를 작성하여 자료를 수집하였다. 대상자가 원하거나 노안으로 읽기 어려운 경우 면담자가 설문지를 읽어주면서 대상자의 응답을 기록하였다. 대상자의 질병관련 특성과 관련된 정보는 의무기록지를 이용하여 수집하였다. 설문지 작성에 필요한 시간은 15분 정도였다.

E. 자료분석방법

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS 20.0 통계프로그램을 이용하여 통계 처리하였으며, 자료 분석을 위해 다음과 같은 방법을 사용하였다.

- 1) 대상자의 인구사회학적 특성과 질병관련 특성은 빈도와 백분율로 산출하였다.
- 2) 대상자의 부작용 유무는 빈도와 백분율로, 부작용, 증상관리행위, 삶의 질 정도는 평균, 표준편차로 산출하였다.
- 3) 대상자의 증상관리행위와 삶의 질의 관계는 pearson correlation coefficient로 분석하였다.
- 4) 대상자의 일반적 특성에 따른 증상관리행위, 삶의 질 정도의 차이는 t-test와

ANOVA로 분석하였고, ANOVA 분석에서 차이가 있는 경우 집단 간 비교는 Duncan 방법으로 사후 검증을 하였다.

F. 연구의 제한점

본 연구는 대상자를 경기도 일개 대학병원에 국한하여 대상자를 편의 표집하였으므로 연구결과를 일반화하는데 신중을 기해야 한다.



IV. 연구결과

A. 대상자의 일반적 특성

1. 대상자의 인구사회학적 특성

대상자의 인구사회학적 특성으로 연령, 성별, 종교, 교육정도, 결혼유무, 직업, 월수입, 돌봄 제공자, 암보험 유무로 분류하여 조사하였으며 결과는 <표 1-1>과 같다.

대상자의 연령은 51~60세가 38명(43.2%)으로 가장 많았으며, 다음으로는 61~70세가 26명(29.5%), 41~50세 15명(17.1%), 40세 이하 9명(10.2%) 순으로 나타났다. 성별에서는 남자가 52명(59.1%), 여자가 36명(40.9%)으로 남자가 많았으며, 종교는 있는 경우가 47명(53.4%), 없는 경우가 41명(46.6%)으로 종교가 있는 경우가 없는 경우보다 약간 많았다. 교육정도는 고졸이 40명(45.5%)으로 가장 많았으며, 대졸 이상은 26명(29.5%), 중졸이하는 22명(25%)이었다. 결혼유무에서는 기혼이 86명(97.7%)으로 대부분을 차지했으며, 미혼은 2명(2.3%)이었다. 직업의 경우 무직이 63명(71.6%), 직업이 있는 경우는 25명(28.4%)으로 대부분이 무직으로 나타났다. 가정의 월수입은 200만원 이하가 42명(47.7%)이었으며, 201~300만원과 301만원 이상인 경우는 모두 23명(26.1%)으로 나타났다. 돌봄 제공자는 배우자인 경우가 73명(83%)으로 대부분을 차지하였으며, 다음으로 자녀인 경우가 12명(13.6%), 형제자매인 경우는 3명(3.4%)으로 나타났다. 암보험은 보험이 있는 경우는 56명(63.6%), 없는 경우는 32명(36.4%)으로 암보험이 있는 경우가 많았다.

<표 1-1> 대상자의 인구사회학적 특성

N=88

특성	구분	빈도(명)	백분율(%)
연령	40세이하	9	10.2
	41~50세	15	17.1
	51~60세	38	43.2
	61~70세	26	29.5
성별	남	52	59.1
	여	36	40.9
종교	유	47	53.4
	무	41	46.6
교육정도	중졸이하	22	25.0
	고졸	40	45.5
	대졸이상	26	29.5
결혼유무	유	86	97.7
	무	2	2.3
직업	유	25	28.4
	무	63	71.6
월수입	200만원이하	42	47.8
	201~300만원	23	26.1
	301만원이상	23	26.1
돌봄 제공자	배우자	73	83.0
	자녀	12	13.6
	형제자매	3	3.4
암보험	유	56	63.6
	무	32	36.4

2. 대상자의 질병관련 특성

대상자의 질병관련 특성은 진단명, 항암제 종류, 항암화학요법 횟수, 전이유무로 분류하여 조사하였으며 결과는 <표 1-2>와 같다.

대상자의 진단명은 대장암이 58명(65.9%), 위암이 30명(34.1%)으로 대장암이 많았으며, 항암제는 FOLFOX 계열이 66명(71.6%)으로 가장 많았으며, 그 다음으로 FOLFIRI 계열 14명(15.9%), FL 계열 5명(5.7%), FP 계열 3명(3.4%)로 나타났다. 항암화학요법 횟수는 2~5회가 49명(55.7%)으로 가장 많았으며, 6~9회는 21명(23.8%), 10~15회는 18명(20.5%)으로 나타났다. 전이유무에서는 전이가 없는 경우가 61명(69.3%)으로 전이가 있는 경우 27명(30.7%)보다 많았다.



<표 1-2> 대상자의 질병관련 특성

N=88

특성	구분	빈도(명)	백분율(%)
진단명	대장암	58	65.9
	위암	30	34.1
항암제	FOLFOX	66	75.0
종류	FOLFIRI	14	15.9
	FL	5	5.7
	FP	3	3.4
항암화학요법 횟수	2~5회	49	55.7
	6~9회	21	23.8
	10~15회	18	20.5
전이유무	유	27	30.7
	무	61	69.3

FOLFOX: Eloxatin or Oxapla + LV + 5-FU

FOLFIRI: Campto or Crabcan + LV + 5-FU

FL: LV + 5-FU

FP: 5-FU + Cispatin

B. 대상자의 부작용에 대한 증상관리행위 정도와 삶의 질 정도

1. 대상자의 부작용 정도에 대한 증상관리행위 정도

대상자의 부작용 유무는 빈도와 백분율, 부작용 정도와 증상관리행위 정도는 평균, 표준편차로 산출하였으며, 결과는 <표 2>, <표 3>과 같다.

대상자가 가장 많이 호소하는 부작용은 피로이며 86명(98%)으로 나타났고, 그 다음으로 식욕부진 81명(92%), 오심과 구토 75명(85%), 심리적 문제 58명(66%) 순이었으며 나머지 증상은 심하지 않았다.

항암화학요법의 부작용 정도가 가장 심한 증상인 피로는 평균 $1.84 \pm .90$ 점이었고, 그 다음으로 식욕부진 $1.65 \pm .87$ 점, 오심과 구토 $1.15 \pm .65$ 점, 심리적 문제 $0.76 \pm .63$ 점 순이었다.

증상관리행위 정도가 가장 높았던 증상은 피로이며 평균 $2.57 \pm .97$ 점이었고, 그 다음으로는 오심과 구토 $2.56 \pm .95$ 점, 변비 2.33 ± 1.19 점, 식욕부진 2.10 ± 1.01 점 순으로 나타났다.

<표 2> 대상자의 부작용 유무

N=88

부작용	유		무	
	빈도(명)	백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)
오심과 구토	75	85	13	15
식욕부진	81	92	7	8
탈모	18	20	70	80
변비	18	20	70	80
설사	11	13	77	87
심리적 문제	58	66	30	34
피로	86	98	2	2
구강문제	14	16	74	84
감염문제	3	3	85	97
피부색과 손상	10	11	78	89
통증	28	32	60	68

<표 3> 대상자의 부작용 정도와 증상관리행위 정도

부작용	빈도(명)	부작용 정도	
		평균±표준편차	증상관리행위 평균±표준편차
오심과 구토	75	1.15±.65	2.56±.95
식욕부진	81	1.65±.87	2.10±1.01
탈모	18	0.25±.53	2.06±.87
변비	18	0.27±.60	2.33±1.19
설사	11	0.22±.62	1.91±.94
심리적 문제	58	0.76±.63	1.76±.78
피로	86	1.84±.90	2.57±.97
구강문제	14	0.22±.54	1.36±.50
감염문제	3	0.03±.18	2.00±1.00
피부색과 손상	10	0.22±.62	2.00±.82
통증	28	0.47±.83	1.32±.55
전체		0.64±.63	2.00±.87

2. 대상자의 삶의 질 정도

대상자의 삶의 질 정도는 전반적 삶의 질 영역, 기능영역, 증상영역으로 분류하여 평균, 표준편차로 산출하였으며, 결과는 <표 4>와 같다.

전반적 삶의 질 영역 점수는 평균 46.49 ± 17.21 점으로 나타났다.

기능영역에서는 평균 77.37 ± 11.43 점이었으며, 인지기능은 86.36 ± 16.28 점으로 가장 높았으며, 사회기능이 56.06 ± 14.79 점으로 가장 낮았다. 감정기능은 79.54 ± 14.62 점, 신체기능은 77.65 ± 14.79 점, 역할기능은 77.27 ± 17.90 점으로 나타났다.

증상영역에서는 평균 18.18 ± 9.96 점으로 나타났으며, 재정문제가 45.08 ± 27.24 점으로 가장 높았다. 피로는 39.27 ± 17.01 점, 식욕저하는 32.57 ± 18.20 점으로 나타났으며, 그 외 증상은 심하지 않은 것으로 나타났다.



<표 4> 대상자의 삶의 질 정도

N=88

삶의 질		평균±표준편차	
전반적 삶의 질 영역		46.49±17.21	
기능영역	전체	77.37±11.43	
	신체기능	77.65±14.79	
	역할기능	77.27±17.90	
	감정기능	79.54±14.62	
	인지기능	86.36±16.28	
	사회기능	56.06±17.72	
	증상영역	전체	18.18±9.96
		피로	39.27±17.01
		오심/구토	12.31±11.99
		통증	11.17±19.85
		호흡곤란	5.30±16.68
		불면증	10.23±20.44
		식욕저하	32.57±18.20
		변비	9.47±20.81
설사		4.55±12.57	
재정문제		45.08±27.24	

*가능한 범위 0~100

C. 대상자의 증상관리행위와 삶의 질의 관계

대상자의 증상관리행위와 삶의 질의 관련성을 파악하기 위하여 상관분석을 실시하였으며 그 결과는 <표 5>와 같다.

분석 결과, 대상자의 증상관리행위는 전반적 삶의 질 영역 및 기능영역과는 유의한 상관관계가 나타나지 않았으나 증상영역과는 순 상관관계를 보였다($r=.289$, $p=.006$). 따라서 증상관리행위 정도가 높을수록 증상 불편감이 심함을 나타냈다.

<표 5> 증상관리행위와 삶의 질의 관계

	삶의 질 r(p)		
	전반적 삶의 질	기능영역	증상영역
증상관리행위	-.106(.327)	-.199(.063)	.289(.006)

D. 일반적 특성에 따른 증상관리행위 정도의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 증상관리행위 정도의 차이를 분석한 결과는 <표 6>과 같다.

분석 결과, 대상자의 일반적 특성에 따른 증상관리행위 정도는 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

<표 6> 일반적 특성에 따른 증상관리행위 정도의 차이

N=88

특성		빈도 (명)	증상관리행위 평균±표준편차	t/F	p
연령	40세이하	9	1.07±.45	1.872	.141
	41~50세	15	0.71±.33		
	51~60세	38	0.92±.40		
	61~70세	26	0.81±.42		
성별	남	52	0.83±.40	1.058	.293
	여	36	0.92±.42		
종교	유	47	0.84±.40	-.646	.520
	무	41	0.90±.41		
교육정도	중졸이하	22	0.84±.42	.058	.944
	고졸	40	0.87±.39		
	대졸이상	26	0.88±.44		
결혼유무	유	86	0.87±.42	.136	.892
	무	2	0.91±.13		
직업	유	25	0.80±.41	-1.057	.293
	무	63	0.90±.41		
월수입	200만원이하	42	0.81±.41	.750	.476
	201~300만원	23	0.91±.42		
	301만원이상	23	0.92±.39		
돌봄 제공자	배우자	73	0.87±.42	.715	.492
	자녀 형제자매	12 3	0.80±.29 1.12±.37		
암보험	유	56	0.91±.41	1.339	.184
	무	32	0.79±.42		

<표 6> 일반적 특성에 따른 증상관리행위 정도의 차이(계속)

특성		빈도(명)	증상관리행위 평균±표준편차	t/F	p
진단명	대장암	58	0.89±.41	.647	.519
	위암	30	0.83±.41		
항암제	FOLFOX	66	0.84±.41	1.302	.279
종류	FOLFIRI	14	0.84±.39		
	FL	5	1.09±.44		
	FP	3	1.21±.20		
항암화학요법 횟수	2~5회	49	0.81±.42	1.146	.323
	6~9회	21	0.94±.38		
	10~15회	18	0.94±.38		
전이유무	유	27	0.84±.44	-.527	.600
	무	61	0.89±.40		

E. 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도는 전반적 삶의 질 영역, 기능영역, 증상영역으로 분류하여 분석하였으며 결과는 <표 7>과 같다.

분석 결과, 대상자의 전반적 삶의 질 영역은 직업($t=2.41$, $p=.018$), 기능영역에서는 성별($t=2.789$, $p=.007$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 증상영역에서는 직업($t=-2.007$, $p=.048$), 월수입($F=5.661$, $p=.005$), 전이유무($F=2.133$, $p=.036$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

전반적 삶의 질 영역은 직업이 있는 경우가 직업이 없는 경우보다 전반적 삶의 질이 높은 것으로 나타났다.

기능영역에서는 남자가 여자보다 기능적 건강상태가 양호한 것으로 나타났다.

증상영역에서는 직업이 없는 경우, 월수입 201~300만원의 경우, 전이가 있는 경우가 증상을 심하게 경험하는 것으로 나타났다. 집단 간의 유의한 차이를 확인하기 위해 실시한 Duncan에 의한 사후검정에서는 301만원 이상과 200만원 이하, 201~300만원의 집단 간에 유의한 차이가 있었다.

<표 7> 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도의 차이

N=88

특성	빈도 (명)	전반적 삶의 질 평균±표준편차	t/F (p)	기능영역 평균±표준편차	t/F (p)	증상영역 평균±표준편차	t/F (p)
연령	40세이하	9	48.15±14.89	74.22±10.98		18.51±8.63	
	41~50세	15	45.55±16.92	74.66±12.57	.210	18.51±11.16	.024
	51~60세	38	42.32±17.47	74.92±12.27	(.889)	19.20±11.43	(.995)
	61~70세	26	52.56±16.79	76.85±10.06		18.75±7.63	
성별	남	52	49.04±17.90	78.10±10.63	-2.789	17.45±10.16	1.636
	여	36	42.82±15.70	71.44±11.54	(.007**)	20.95±9.43	(.105)
종교	유	47	43.97±16.90	75.29±11.35	-.077	19.10±11.12	.227
	무	41	49.39±17.31	74.47±11.65	(.939)	18.62±8.58	(.821)
교육 정도	중졸이하	22	49.62±19.15	74.62±11.56		21.38±9.44	
	고졸	40	43.12±15.54	75.74±11.58	1.426	18.76±9.95	1.187
	대졸이상	26	49.03±17.68	75.46±11.51	(.246)	16.95±10.33	(.310)
결혼 유무	유	86	47.00±17.05	75.30±11.55	-1.809	18.91±10.04	-.184
	무	2	25.00±11.78	78.84±1.65	(.074)	17.59±8.29	(.854)

*p<.05, **p<.01

<표 7> 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도의 차이(계속)

N=88

특성	빈도 (명)	전반적 삶의 질 평균±표준편차	t/F (p)	기능영역 평균±표준편차	t/F (p)	증상영역 평균±표준편차	t/F (p)	Duncan
직업	유 무	25 63	53.33±15.59 43.78±17.19	2.41 (.018*)	77.92±11.75 74.37±11.24	1.319 (.191)	15.56±10.30 20.20±9.60	-2.007 (.048*)
월수입	200만원이하 201~300만원 301만원이상	42 23 23	44.84±18.58 44.56±14.99 51.45±16.40	1.299 (.278)	75.02±11.66 74.89±11.94 76.50±10.89	.150 (.861)	20.45±9.46a 21.65±11.94b 13.23±6.10c	5.661 (.005**) a,b>c
돌봄 제공자	배우자 자녀 형제자매	73 12 3	47.03±16.91 47.91±18.84 27.77±9.61	.887 (.158)	76.20±11.43 69.86±11.73 77.33±2.84	1.657 (.197)	18.68±10.23 20.78±9.29 16.04±6.44	.348 (.707)
암 보험	유 무	56 32	46.28±16.12 46.87±19.25	-.155 (.877)	75.52±11.22 75.13±11.97	.156 (.876)	20.14±10.74 20.18±8.45	-.920 (.360)

*p<.05, **p<.01

<표 7> 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도의 차이(계속)

N=88

특성	빈도 (명)	전반적 삶의 질 평균±표준편차	t/F (p)	기능영역 평균±표준편차	t/F (p)	증상영역 평균±표준편차	t/F (p)
진단명							
대장암	58	46.41±16.31	-.067	74.88±11.05	-.560	18.64±10.34	-.308
위암	30	46.67±19.15	(.947)	76.33±12.27	(.576)	19.34±9.36	(.758)
항암제							
FOLFOX	66	46.84±18.18		75.97±11.21		18.32±9.48	
종류							
FOLFIRI	14	44.64±14.47	.682	74.21±11.74	2.477	20.98±9.38	2.287
FL	5	53.33±12.63	(.565)	80.26±5.91	(.067)	13.33±11.05	(.085)
FP	3	36.11±12.72		59.44±12.93		30.65±16.05	
항암화학							
2~5회	49	44.55±16.09		76.14±11.58		17.97±10.07	
요법							
6~9회	21	48.41±17.40	.716	74.33±12.27	.244	20.95±11.20	.652
			(.491)		(.784)		(.523)
횟수							
10~15회	18	49.53±20.10		74.51±10.42		18.92±8.14	
전이유무							
유	27	44.75±16.04	-.629	72.86±12.78	-1.380	22.22±11.00	2.133
무	61	47.27±17.79	(.531)	76.49±10.70	(.171)	17.41±9.19	(.036*)

*p<.05, **p<.01

VI. 논의

본 연구는 위장관암환자의 항암화학요법 부작용에 대한 증상관리행위와 삶의 질의 정도를 파악하기 위해 시도되었으며 연구 결과를 중심으로 항암화학요법 부작용에 대한 증상관리행위와 삶의 질 정도, 대상자의 일반적 특성에 따른 증상관리행위와 삶의 질 정도의 차이에 따라 살펴보면 다음과 같다.

A. 항암화학요법 부작용에 대한 증상관리행위와 삶의 질 정도

본 연구 대상자의 항암화학요법 부작용 정도는 평균 0.64 ± 0.63 점으로 낮은 수준이며 부작용이 가장 심한 증상은 피로인 것으로 나타났다. 그 다음으로 식욕부진, 오심과 구토 순으로 부작용 증상이 나타난 것을 알 수 있다. 서순림(1996), Pasacreta(1997)의 연구에서도 피로가 가장 많이 호소하는 증상으로 나타나 본 연구와 일치된 결과를 보였다. 본 연구 결과와 차이를 보이는 연구는 양영희(2002)의 위암환자 연구에서는 부작용 증상 점수는 5점 만점에 1.80점으로 보통 이하였으며, 식욕부진이 가장 심한 부작용으로 나타났으며 오심과 구토는 약하다고 하였다. 또 다른 위암환자 연구(김미진, 2007)에서는 탈모, 식욕부진, 입맛 변화, 피로, 허약감, 오심의 순으로 나타나 부작용의 종류는 비슷하나 발생정도는 연구에 따라 차이가 있는 것을 알 수 있다.

증상관리행위 정도는 평균 2.00 ± 0.87 점으로 중간이하 수준이며, 증상관리행위 정도가 가장 높았던 증상은 피로인 것으로 나타났으며. 그 다음으로 오심과 구토, 식욕부진 순으로 증상관리행위 정도가 나타났다. 항암화학요법을 받는 위장관암환자에게 피로는 치료과정에서 나타나는 중요한 반응의 하나로 피로를 조절하기 위한 간호중재가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구와 같은 도구를 사용한 선행연구를 살펴보면 여성생식기 암환자 100명을

대상으로 한 도영숙(2007)의 연구에서는 평균 3.32점이었으며 탈모가 3.98점으로 가장 높았으며, 그 다음으로 피로와 감염예방 순이었고, 여성암환자 94명을 대상으로 한 김숙경(2004)의 연구에서는 평균 3.48점이었으며 감염예방이 4.11점으로 가장 높았고, 다음으로 피로, 탈모 순으로 나타났다. 이는 본 연구에 비해 높은 점수를 나타냈으며 여성암 환자만을 대상으로 한 연구이기 때문에 나타난 결과라고 생각된다.

암환자 100명을 대상으로 한 김혜진(2005)의 연구에서 자가 간호수행 정도는 59점 만점에 평균 16.4점으로 낮았으며, 피로가 가장 높았고 그 다음으로 식욕부진과 불안 순으로 나타났다.

본 연구와 다른 도구를 사용하여 직접적인 비교는 어렵지만 신은영(2002)의 연구에서는 본 연구와 마찬가지로 증상관리를 가장 잘하는 증상으로 피로가 가장 높게 나타났으며 94점 만점에 74.9점으로 높았다. 이는 혈액암 환자들은 치료기간이 길고 입·퇴원이 잦아 자가 간호의 중요성을 환자 스스로 인식하고 있기 때문이라고 하였다. 본 연구 결과와 차이를 보이는 연구를 살펴보면 오지현(2003)의 연구에서는 오심, 외모변화, 식욕부진 순으로 부작용이 심하였으며, 식욕부진과 설사시의 증상간호행위가 가장 높았다. 이는 치료에 사용되는 항암제의 종류가 다르기 때문에 부작용에 대한 증상관리행위가 연구에 따라 차이를 보이는 것으로 생각된다.

본 연구 대상자의 증상관리행위 정도는 비교적 낮음을 알 수 있었다. 이는 항암화학요법으로 인한 부작용이 약물 투여기간뿐만 아니라 다음 항암화학요법을 받기 위해 재입원하기 전까지도 지속되어 환자의 신체적, 정신적 기능이 저하되어 있어서 적극적으로 증상관리행위를 수행하지 못하는 것으로 생각된다. 또한 항암화학요법 부작용을 경험하면서 스스로 이겨내려는 노력을 하기보다는 주변사람들의 도움에 의존하려는 경향도 고려할 필요가 있다.

증상관리행위가 낮은 원인을 적극적으로 파악하고 증상관리 행위에 대한 중요성을 인식시키는 노력이 필요하며 항암화학요법의 부작용에 대한 증상관리를 스스로

잘 수행하고 부작용을 극복하기 위한 적극적인 간호중재와 교육이 요구된다.

본 연구에서 삶의 질 정도를 살펴보면 대상자의 전반적 삶의 질 영역 점수는 평균 46.49점으로 비교적 낮게 나타났다. 같은 연구도구를 사용한 직장암 환자를 대상으로 한 김현경(2003)의 연구에서는 62.73점, 폐암 환자를 대상으로 한 백금미(2011)의 연구에서는 53.0점으로 전반적 삶의 질이 중간이상으로 본 연구결과보다 높게 나타났으나, 다른 삶의 질 연구(장혜경, 1993, 도영숙, 2007, 송지은, 2008)에서는 본 연구결과와 비슷한 수준으로 낮게 나타났다. 본 연구 대상자의 전반적 삶의 질 점수가 통원으로 항암화학요법을 받는 암환자 연구(김미정, 2007)의 57.12점보다 낮게 나타났는데 이는 입원으로 인한 불안감과 불편감이 삶의 질에 영향을 미쳤을 것으로 여겨진다. 또한 아주좋은에서 매우나쁨의 7점 척도, 두 문항으로 전반적 삶의 질을 측정하게 되어 있어서 항암화학요법을 받고 있는 동안의 감정 상태에 영향을 받았을 가능성과 본 연구의 대상자가 위장관암환자를 대표하는데 제한적이었을 가능성도 고려해 볼 필요가 있다.

항암화학요법을 받는 암 환자의 삶의 질 정도는 항암화학요법을 받지 않는 암 환자보다 낮은 것(목경희, 1996)으로 나타났으며, 일반인 대상의 연구(Hjermstad, Fayers, Bjordal, & Kaasa, 1998; Schwarz & Hinz, 2001)에서도 전반적 삶의 질이 본 연구 대상자보다 상당히 높게 나타난 결과는 항암화학요법을 받는 암환자들은 항암화학요법을 받는 동안 부작용으로 인해 건강인보다 일상생활과 사회 활동에 제한을 받게 됨으로써 나타난 결과라고 여겨진다. 따라서 위장관암환자의 삶의 질을 증진시키기 위한 정서적, 사회적 안녕을 고려한 구체적인 간호중재 프로그램이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서 삶의 질의 기능영역 점수는 77.37 ± 11.43 점으로 비교적 높은 수준이었으며, 그 중 인지기능이 가장 높았고, 그 다음으로는 감정기능, 신체기능, 역할기능, 사회기능 순으로 나타났다. 도영숙(2007), 김미정(2012)의 연구에서도 인지기능이 가장 높게 나타났으며 이는 본 연구에서와 일치되는 결과를 보였다. 본 연구 대상자

의 기능적 건강상태가 양호함을 알 수 있다.

본 연구에서 삶의 질의 증상영역 점수는 평균 18.18점이었고 비교적 높지 않은 수준이며, 재정문제가 45.08점으로 가장 높게 나타났고, 그 다음으로 피로, 식욕저하 순으로 증상이 심하였다. 그 외 증상은 심하지 않음을 알 수 있었다. 송지은(2008)의 연구에서도 재정문제가 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로 식욕저하, 피로, 오심과 구토, 통증, 수면장애 순이었다. 그 외 호흡곤란, 변비, 설사와 같은 다른 증상은 심하지 않았다. 이는 본 연구와 유사한 결과를 보였다. 김미정(2012) 연구에서는 피로가 가장 많이 호소하는 증상이었고 식욕저하, 재정문제, 불면 순으로 본 연구결과와는 약간의 차이를 나타냈다. 또한 다른 연구(백금미, 2011; 도영숙, 2007; 김현경, 2003)에서도 가장 많이 호소하는 증상은 피로로 나타났다. 위암환자 94명을 대상으로 오심과 구토, 식욕부진, 피로와 삶의 질을 연구한 양영희(2002)의 연구에서도 역시 삶의 질의 영향변수로 피로가 가장 중요하다고 하였다. 재정문제와 피로는 항암화학요법을 받는 암환자들이 경험하는 가장 큰 문제로 삶의 질을 낮게 하는 중요한 요인으로 파악되고 있다.

정상인에게 피로는 신체적 활동이나 정서적 긴장으로 인해 나타나고 휴식으로 쉽게 회복이 되지만 암환자에게 피로는 휴식에 의해 쉽게 완화되지 않고 만성적으로 지속되므로 삶의 질을 저하시키고 치료에도 영향을 미치게 되므로(양영희, 2002) 치료과정에서 암환자의 피로는 간과해서는 안 된다.

국가암정보센터(2011)에 따르면 위암과 간암이 사회·경제적 부담이 가장 높았으며, 다음으로 폐암, 대장암 순으로 나타났다. 본 연구에서 재정문제가 가장 높게 나타난 것은 본 연구의 대상자가 위암과 대장암 환자이기 때문에 재정적 부담이 컸을 것으로 생각된다.

따라서 항암화학요법을 받는 위장관암환자의 피로, 식욕저하 등의 증상에 대한 구체적인 증상관리와 함께 재정문제에 대한 관심과 지지가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구 대상자의 증상관리행위와 삶의 질의 관계를 살펴보면, 증상관리행위와 전

반적 삶의 질 영역, 기능영역과는 유의한 상관관계가 나타나지 않았으나 증상영역과는 순 상관관계를 보였다($r=.289, p=.006$). 즉, 증상관리행위 정도가 높을수록 증상 불편감을 심하게 경험함을 알 수 있었다. 따라서 항암화학요법을 받는 위장관암환자에게 증상관리행위를 잘 할 수 있도록 부작용에 대한 적절한 지식과 정보를 제공하고 교육하는 것이 필요하다고 여겨진다.

본 연구결과는 자가 간호행위와 삶의 질이 유의한 상관관계가 있다는 선행연구(전난희, 2008; 김은희, 1997; 윤인희, 2005) 결과와는 차이를 나타냈다. 또한 여성생식기 암환자를 대상으로 한 도영숙(2007)의 연구와 급성백혈병환자를 대상으로 한 송지은(2008)의 연구에서는 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타나 본 연구에서와 부분 일치하는 결과를 보이고 있다. 그러나 여러 선행연구에서 증상관리행위가 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 나타나 있으므로 증상관리행위와 삶의 질의 관련성에 대해서는 더 많은 대상자를 표본으로 하는 반복연구를 시도해 볼 필요가 있겠다. 또한 항암화학요법을 받는 위장관암환자들의 삶의 질을 높이기 위해 증상관리행위 증진을 위한 전략을 마련하고 자기 관리에 대한 만족감을 느낄 수 있는 중재 개발을 위해 노력해야 할 것이다.

B. 대상자의 일반적 특성에 따른 증상관리행위와 삶의 질 정도의 차이

본 연구에서 대상자의 일반적 특성에 따른 증상관리행위 정도 차이를 살펴보면 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

직업이 있는 군이 직업이 없는 군보다 자가 관리를 잘한다는 연구결과(정선미, 2001; 김혜진, 2005)와는 일치하지 않았으며 또한 교육정도가 높을수록 자가 관리를 잘한다는 연구결과(정연, 1993; 오지현, 2003)와도 일치하지 않았다.

기혼인 경우에 자가 간호를 잘하는 것으로 나타난 도영숙(2007)의 연구와 월수입이 많을수록 자가 간호를 잘하는 것으로 나타난 김숙경(2004)의 연구와는 차이를

보였으며, 남성인 경우에 자가 간호수행 정도가 낮다는 김혜진(2005)의 연구와도 차이를 보였다.

그러나 항암제의 종류에 따라 유의한 차이가 없다는 결과는 오지현(2003)의 연구결과와 일치하였으며 이는 복합화학요법을 시행함으로써 인한 항암제의 보편적인 부작용이 나타나기 때문에 항암제 종류에 따라 차이가 없는 것으로 생각된다.

본 연구에서 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도의 차이를 살펴보면, 직업, 성별, 월수입, 전이유무에 따라 유의한 차이가 나타났다.

직업에 따른 삶의 질은 전반적 삶의 질 영역과 증상영역에서는 유의한 차이를 보였지만 기능영역에서는 유의한 차이를 나타내지 않았다. 직업이 있는 경우에 전반적 삶의 질이 높게 나타났고, 직업이 없는 경우에 증상 불편감을 더 경험하는 것으로 나타났다.

성별에 따른 삶의 질은 기능영역에서는 유의한 차이를 보였지만 전반적 삶의 질 영역과 증상영역에서는 유의한 차이를 나타내지 않았다. 남성의 삶의 질이 여성보다 높다는 연구결과는 선행 연구결과(장혜경, 1993; 양영희, 2002; Hamashima, 2002; 김미정, 2012)와 일치하였으며, 오기원(1999)과 김미진(2007)의 연구에서는 남성이 여성보다 삶의 질이 높고 직업이 있는 경우가 삶의 질이 높다는 연구결과 역시 본 연구의 결과와 일치하였다. 이는 남성이 여성에 비해 경제활동과 신체적 활동이 많은 것이 영향을 주었을 것으로 생각된다. 직장 생활을 통해 폭넓은 사회활동을 하게 되고 자아실현의 기회가 주어지게 되어 삶의 만족감을 느끼게 됨으로써 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 다양한 인간관계를 가지고 직업을 계속 유지할 수 있다면 삶의 질에 긍정적인 효과를 나타낼 수 있을 것으로 생각된다.

월수입과 전이유무에 따른 삶의 질은 증상영역에서는 유의한 차이를 보였지만 전반적 삶의 질 영역과 기능영역에서는 유의한 차이를 나타내지 않았다. 월수입이 적고 전이가 있는 경우에 증상 불편감을 더 경험하는 것으로 나타났다. 이는 경제활동을 하는 군이 증상 불편감을 덜 경험하며 삶의 질이 높다는 김미정(2012)의 연구

와 일치하였다. 본 연구의 대상자가 경제활동을 책임지는 남자와 직업이 없는 대상자가 많아서 월수입에 따라 유의한 차이가 나타났을 것으로 생각된다.

전이가 있는 경우 항암화학요법의 용량이 증가하고 치료기간이 길어짐으로써 암 환자는 우울감과 절망감을 느끼고, 더 많은 부작용을 경험함으로써 삶의 질이 저하되는 것으로 생각된다. 연구결과를 바탕으로 직업, 월수입, 전이유무를 고려하여 대상자의 불편감 증상에 관심을 갖고 정서적 지지와 함께 적절한 증상관리가 필요할 것이다.

삶의 질을 높이기 위해서 항암화학요법을 받는 위장관암환자들이 경험하는 부작용을 효과적으로 관리하는 것은 필수적이다. 부작용 정도를 파악함으로써 증상관리 행위를 향상시키고 삶의 질을 증진시키도록 노력해야 할 것이다.



VII. 결론 및 제언

본 연구는 위장관암환자의 항암화학요법 부작용에 대한 증상관리행위와 삶의 질을 파악하여 효과적인 중재방안 마련을 위한 기초 자료를 제공하기 위해 시도된 서술적 조사연구이다. 연구대상은 2011년 11월부터 2012년 2월까지 경기도에 소재한 A대학병원에서 항암화학요법을 받기 위해 입원한 위장관암환자 88명을 대상으로 실시하였다. 연구도구 중 부작용과 증상관리행위 측정도구는 Dodd(1984)의 항암요법일지를 번역하여 수정·보완한 조영수(2002)의 도구를 사용하였고, 삶의 질 측정도구는 EORTC QLQ-C30 version 3.0을 사용하였다.

수집된 자료는 SPSS 20.0 프로그램을 이용하여 통계 처리하였다.

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 항암화학요법의 부작용 정도 평균은 0.64점이며, 부작용이 가장 심한 증상은 피로이며, 그 다음으로는 식욕부진, 오심과 구토, 심리적 문제 순으로 나타났다. 증상관리행위 정도 평균은 2.00점이며, 가장 증상관리행위가 높았던 증상은 피로이며, 그 다음으로는 오심과 구토, 변비, 식욕부진 순으로 나타났다.
2. 삶의 질 정도는 전반적 삶의 질 영역이 평균 46.49점으로 나타났다. 기능영역 평균은 77.37점으로 나타났고, 하부영역으로 인지기능이 가장 높게 나타났고 그 다음으로는 감정기능, 신체기능, 역할기능, 사회기능 순으로 나타났다. 증상영역에서는 평균 18.18점으로 나타났고, 하부영역으로 재정문제가 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로는 피로, 식욕저하 순으로 나타났다. 그 외 증상은 심하지 않았다.
3. 증상관리행위와 전반적 삶의 질 영역 및 기능영역과는 유의한 상관관계가 나타나지 않았으나 증상영역과는 순 상관관계를 보였다($r=.289$, $p=.006$). 이는 증상관리행위가 높을수록 증상 불편감이 심함을 나타냈다.

4. 일반적 특성에 따른 삶의 질에서는 전반적 삶의 질 영역이 직업($t=2.41, p=.018$), 기능영역은 성별 ($t=2.789, p=.007$), 증상영역은 직업($t=-2.007, p=.048$), 월수입 ($F=5.661, p=.005$), 전이유무($F=2.133, p=.036$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 그러나 일반적 특성에 따른 증상관리행위 정도는 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

본 연구결과를 통해서 항암화학요법의 부작용 정도가 심할수록 증상관리행위 정도가 높아지고, 증상관리행위가 높을수록 증상 불편감을 더 경험함을 확인하였다.

따라서 위장관암환자들이 경험하는 부작용 정도를 파악하여 증상관리와 치료에 대한 불안과 부담을 이겨낼 수 있도록 지지해 주고, 증상관리행위를 증진시키기 위한 체계적인 교육중재 프로그램 개발이 필요하다. 또한 부작용에 대하여 적절하게 대처할 수 있고 스스로 부작용을 관리할 수 있도록 도와주는 것이 삶의 질을 증진시킬 수 있을 것으로 생각된다.

B. 제언

본 연구 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 위장관암환자의 증상관리행위와 삶의 질 정도의 일반화를 위해 더 많은 표본을 대상으로 하는 반복연구를 제언한다.
2. 증상관리행위를 증진시킬 수 있는 효과적이고 체계적인 간호중재 프로그램의 개발을 제언한다.
3. 증상관리행위에 영향을 미치는 변수를 규명하는 연구를 제언한다.
4. 통원으로 치료 받는 위장관암환자와의 증상관리행위 비교 연구를 제언한다.
5. 위장관암환자에게 적합한 표준화된 삶의 질 도구 개발을 제언한다.

참고문헌

- 강임옥, 윤영호 (2004). 노인암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 대한 예비 조사. *가정의학회지*, 25(9), 678-686.
- 국가암정보센터 (2011). 국가암 등록사업 연례보고서. <http://www.cancer.go.kr/>
- 국립국어연구원 (1999). *표준 국어대사전*. 서울: 두산동아.
- 권영은 (1990). *암환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질과의 관계연구*. 연세대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 김노경 (1997). *약물요법, 항암화학요법*. 서울: 서울대 출판부.
- 김미정 (2012). *통원으로 항암화학요법을 받는 암환자의 삶의 질*. 중앙대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 김미진 (2007). *항암화학요법을 받는 위암환자의 부작용 양상과 대처방법*. 한양대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 김숙경 (2004). *항암화학요법을 받는 여성암환자의 가족지지, 자가간호 행위 및 지각된 건강상태의 관계*. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문. 서울.
- 김순미, 오복자 (1996). 추후관리 암환자의 희망, 건강증진행위 및 삶의 질과의 관계 연구. *성인간호학회지*, 8(1), 169-179.
- 김앵도 (2003). *만성폐쇄성 폐질환자의 삶의 질 연구*. 연세대학교 대학원 석사학위 논문. 서울.
- 김열 (2012). 암환자 증상 관리와 연구동향. *한국 호스피스·완화의료학회지*, 15(2), 61-67.
- 김윤경 (2007). *위·장관 암환자의 항암화학요법 부작용으로 인한 응급실 내원 실태 조사*. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문. 서울.
- 김윤옥 (2003). *가정간호 제공이 암환자의 불편감과 가족부담감에 미치는 영향*. 연세대학교 대학원 석사학위 논문. 서울.

- 김은경 (2010). *부인암 환자의 건강증진행위, 스트레스 및 삶의 질에 관한 연구*. 계명대학교 대학원 석사학위논문. 대구.
- 김은희 (1997). *위장관계수술환자의 자가간호역량 및 건강증진행위와 삶의 질과의 관계*. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문. 서울.
- 김정은 (2009). *여성암 환자의 항암화학요법 부작용관리와 가족지지에 관한 연구*. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문. 서울.
- 김창희 (1995). *항암화학요법과 감각변화-소화기계 암환자를 대상으로*. 연세대학교 대학원 석사학위 논문. 서울.
- 김태연 (2008). *항암화학요법 부작용 관리교육이 암환자의 지식 및 자가간호수행에 미치는 효과*. 전북대학교 대학원 석사학위논문. 전주.
- 김현경 (2003). *직장암 환자의 건강관련 삶의 질과 관련요인*. 연세대학교대학원 석사학위논문. 서울.
- 김현정, 안옥희, 최경숙 (1998). *암환자의 화학요법 부작용에 대한 자가간호 행위 연구*. *성인간호학회지* 10(3), 414-425.
- 김혜진 (2005). *항암화학요법을 받는 암환자의 불안과 가족지지 및 자가간호 수행*. 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 김혜진, 김희승 (2005). *항암화학요법환자의 오심·구토 및 자가 간호 실태*. *기본간호학회지*, 12(2), 180-184.
- 남미숙 (2004). *암환자 통증관리에 대한 간호사의 지식 및 태도조사*. 연세대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 노유자 (1988). *서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구*. 연세대학교 대학원 박사학위논문. 서울.
- 도영숙 (2007). *항암화학요법을 받는 여성생식기 암환자의 자가 간호행위, 삶의 질의 관계*. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 라정란 (1994). *두경부암 환자의 항암요법에 따른 일상생활수행도 및 삶의 질 변화*.

- 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 목경희 (1993). 대학병원에서 항암요법을 받는 암환자의 삶의 질에 관한 연구. 인제대학교 대학원 석사학위논문. 부산.
- 박민하 (2004). 진행성, 전이성 대장암환자에게 2차 치료로서 5-fluorouracil(5-FU)과 병용한 oxalipatin과 irinotecan 항암화학요법의 임상적 평가. 숙명여자대학교 대학원 석사학위 논문. 서울.
- 박영숙, 장옥점, 우선혜 (2006). 전화추후관리가 항암요법을 받는 암환자의 자가 간호수행 및 역할 스트레스에 미치는 효과. *기본간호학회지*, 13(1), 50-59.
- 박재갑 (2004). 암 정보. 고양: 국립암센터 출판부.
- 백금미 (2011). 폐암환자의 삶의 질 관련요인. 전남대학교 대학원 석사학위논문. 광주.
- 서순림 (1996). 항암치료환자에게 시행한 자기간호교육과 자원동원성 수준이 적극적 대처행위에 미치는 효과. 서울대학교 대학원 박사학위논문. 서울.
- 서순림 공역(2000). 간호실무를 위한 중앙간호학, 서울: 현문사.
- 서용원 (2012). 위암환자의 피로예측모형. 고려대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 송지은 (2008). 급성백혈병환자의 자기간호역량, 감염예방을 위한 자기간호행위 및 삶의 질과의 관계. 전남대학교 대학원 석사학위논문. 광주.
- 신미숙 (2008). 항암화학요법을 받는 암환자의 스트레스, 가족지지 및 자기간호 수행간의 관계. 한림대학교 대학원 석사학위논문. 춘천.
- 신은영 (2002). 혈액종양환자의 자기간호지식, 가족지지, 자기간호행위와의 관계. 전남대학교 대학원 석사학위논문. 광주.
- 심주현 (2004). 항암화학요법을 받는 유방암 환자의 삶의 질에 관한 연구. 중앙대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 양광희, 송미령, 김은경 (1998). 항암화학요법을 받는 환자가족의 스트레스와 적응에 관한 연구. *간호학논문집*, 12(1), 118-132.

- 양영희 (2002). 수술후 화학요법받는 위암환자의 부작용 증상, 피로 및 삶의 질과의 관계. *성인간호학회지*, 14(2), 205-212.
- 오기원 (1999). 암환자의 삶의 질과 건강증진행위 및 가족지지와의 관계. 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 오지현 (2003). 화학요법을 받는 유방절제술 환자의 불편감, 자가간호 수행 및 가족지지와의 관계. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 윤인희 (2005). 퇴원한 개심술 환자의 삶의 질과 자기효능감, 자가간호행위에 관한 연구. 관동대학교 대학원 석사학위논문. 강릉.
- 이경식 (1995). 암환자의 통증조절. *대한의사협회지*, 38(7), 839-845.
- 이영란 (2003). 항암화학요법을 받는 암환자의 감염예방, 자가간호행위와 장애요인의 관계. 경상대학교 대학원 석사학위논문. 진주.
- 이종란 (2001). 항암화학요법환자의 자가간호역량과 자가간호수행정도간의 관계에 관한 연구. *임상간호연구*, 7(1), 227-245.
- 장혜경 (1989). 암환자의 가족지지 및 자아존중감 및 질적 삶의 관계연구. 고려대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 전난희 (2008). 당뇨병환자의 당뇨지식, 자가간호행위, 삶의 질에 관한 연구. 공주대학교 대학원 석사학위논문. 공주.
- 정선미 (2001). 항암요법 받는 유방암환자의 오심·구토와 자가간호. 경북대학교 대학원 석사학위논문. 대구.
- 정연 (1993). 암환자의 자가간호역량과 삶의 질과의 관계. 한양대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 조영수 (2002). 화학요법에 관한 개별적 환자교육이 암환자의 지식과 자가간호수행에 미치는 영향. 중앙대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 최은숙 (1995). 항암화학요법을 받는 환자의 식욕부진 정도와 식이 양상에 관한 연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문. 서울.

- 추연화, 김경희 (2004). 항암화학요법에 관한 개별교육이 암환자의 삶의 질에 미치는 효과. *중앙간호학회지*, 4(2), 103-109.
- 통계청 (2011). 사망원인. <http://www.kostat.go.kr/>
- 한윤복 (1992). *암환자-병태생리와 생활주기에 따른 간호접근*, 서울: 수문사.
- 허혜경, 김대란, 김대화 (2003). 암환자의 치료 부작용, 가족지지, 삶의 질과의 관계 연구. *대한간호학회지*, 33(1), 75-76.
- Calman, K. C., Aaron, B., & Beckmann, J. (1987). Definition and dimensions of quality of life, The Quality of life of Cancer Patients. *Cancer Nurs*, 40, 26-30.
- Davis, M. P., Dreicer, R., Walsh, D., Lagman, R., & LeGrand, S. B. (2004). Appetite and cancer-associated anorexia: a review. *J Clin Oncol*, 22(8), 1510-1517.
- Dodd, M. (1984). Patterns of Self-Care in cancer Patients Receiving Radiation Therapy. *Oncol Nurs Forum*, 11(3), 22-27.
- Dodd, M. J. & Dibble, S. L. (1993). Predictors of self care: A Test of Orem model. *Oncol Nurs Forum*, 20(6), 895-901.
- EORTC (2010). <http://groups.eortc.be/qol/>
- Ferrell, B. R. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 39(3), 261-273.
- Hamashima, C. (2002). QOL of postoperative rectal cancer: Long-term quality of life of postoperative rectal cancer patients. *J Gastroenterol Hepatol*, 37(5), 571-576.
- Hjermstad, M. J, Fayers, P. M, Bjordal, K., & Kaasa, S. (1998). Using Reference Data on Quality of Life-the Important of Adjusting for Age and Gender,

- Exemplified by the EORTC QLQ-C30 (+3). *Eur J Cancer*, 34(9), 1381-1389.
- Irvine, D., Vincent, L., Graydone, J. E., Bubela, N., & Thompson, L. (1994). The prevalence and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy: a comparison with the fatigue experienced by healthy individuals. *Cancer Nurs*, 17(6), 488-493.
- Lutgendorf, S. K., Anderson, B., Rothrock, N., Buller, R. E., Sood, A. K., & Sorosky, J. I. (2000). Quality of life and mood in woman receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. *Oncology*, 89(6), 1402-11.
- Lynman, G. M. (2006). chemotherapy dose intensity and quality cancer care. *Oncol*, 20(14), 16-25.
- Nirenberg, A., Bush A. P., Davis, A., Friese, C. R., Gillespie, T. W., & Rice, R. D. (2006). Neutropenia: state of knowledge part II, *Oncol Nurs Forum*. 33(6), 1193-201.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing Concepts of practice* (4th ed.), St. Louis, Missouri; Morsby-Year Book.
- Padilla, G. V., Ferrell, B., Grant, M., & Rhiner, M. (1990). Definding the content Domain of quality of life for cancer patients with Pain. *Cancer Nurs*, 13(2), 108-115.
- Pasacreta, K. (1997). Depressive phenomena, physical symptom distress, and functional status among women with breast cancer. *Nurs Res*, 46(4), 214-221.
- Rogers, S. N., Ahad, S. A., Murphy, A. P. (2007). A structured review and theme analysis of papers published on quality of life in head and neck

cancer. 2000–2005, *Oral Oncol*, 43(9), 843–868.

Schwarz, R., & Hinz, A. (2001). Reference data for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 in the general German population. *Eur J Cancer*, 37(11), 1345–1351.

Shelton, B. K. (2003). Evidence-based care for the neutropenic patient with leukemia. *Semin oncol nurs*, 19(2), 133–141.

Slusher I. L. (1999). Self care agency and self-care practice of adolescents. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 22(1), 49–58.



<부록 1> 연구설명서 및 동의서

본 연구는 조사연구입니다.

이 설명문 및 동의서는 여러분에게 이번 연구에 대한 정보를 제공하기 위하여 작성되었습니다. 아래의 정보를 신중하게 읽어보시고 궁금하신 점이 있으면 언제든지 담당자에게 문의하시면 답변을 얻으실 수 있습니다. 연구목적은 항암화학요법을 받고 있는 분을 대상으로 증상관리행위와 삶의 질의 관계를 파악하여 치료와 회복에 돕고 효과적인 중재 방안을 마련하기 위한 자료를 구하기 위함입니다. 어떠한 침습적 처치나 치료는 없으며 설문조사를 통해 자료를 마련하게 됩니다. 본 연구의 참여결정은 귀하의 의사에 달려 있습니다. 모든 사항은 귀하의 자유의사에 따라 참여를 결정하거나 포기를 결정할 수 있습니다. 또한 연구진행 도중 언제든지 중단을 결정할 수 있으며, 이로 인하여 어떠한 불이익도 받지 않을 것입니다. 아래의 설명을 읽어 보신 후 연구 참여를 원하셔서 자발적으로 서명 동의를 하신 분에 한하여 연구를 진행하게 됩니다.

이번 연구는 위장관암을 진단받고 수술을 받은 후 항암화학요법을 진행하고 있는 환자를 대상으로 이 연구에서 정한 적합한 조건에 맞는 환자를 대상으로 합니다. 대상 환자 중에서 귀하의 자발적인 참여의사로 연구를 시작하게 됩니다. 본 연구에는 88명의 환자가 참여할 것입니다. 설문지를 작성하는데 15분정도의 시간이 소요됩니다. 연구의 일부로 여러분의 개인기록, 의료기록, 건강정보 등이 수집되게 됩니다. 이러한 정보는 연구담당자가 연구를 수행하기 위하여 사용하며 본 연구를 감독하는 병원 내 의학연구윤리심의위원회도 여러분의 정보를 볼 수 있습니다. 동의서에 여러분이 동의를 한다는 것이 이러한 정보의 사용을 허락한다는 뜻입니다. 하지만 여러분의 신원을 파악할 수 있는 기록은 비밀로 보장될 것이며 건강정보는 여러분의 성명을 가린 채로 제공되기 때문에 자료상으로 여러분이 어디에 사는 누구인지, 어떤 사람인지 알 수 없습니다. 또한 연구결과가 출판될 경우에도 여러분의 신

상정보는 비밀상태로 유지될 것입니다. 여러분은 언제라도 연구담당자에게 통보하여 동의를 취소할 수 있습니다. 여러분이 동의하신 것을 철회하면 연구담당자는 여러분의 정보를 더 이상 사용할 수 없습니다.

연구에 관한 질문은 연구담당자가 답변을 할 것입니다. 연구기간 중 본인이나 법정대리인이 언제라도 질문을 하실 수 있으며 모든 의문점에 대하여 연락을 주시기 바랍니다.

연구담당자 이윤정 010-0000-0000

연구 피험자로서의 귀하의 권리에 대하여 질문이 있다면, 이 연구의 일반적인 사항들을 논의할 수 있는 기관연구윤리심의위원회에 연락하십시오.

아주대학병원 기관연구윤리심의위원회 전화번호: 031-219-4502, 5569, 4061

연구제목 : 위장관암환자의 항암화학요법 부작용에 대한 증상관리행위와 삶의 질

아래 내용을 읽으시고 내용을 완전히 이해하시면 네모 칸에 표시하여 주십시오.

- 본인은 이 동의서를 읽었고, 내용을 충분히 이해합니다.
- 본인은 연구자로부터 자세하게 설명을 듣고 궁금한 사항에 대해 질문을 하였고 적절한 답변을 들었습니다.
- 본인은 자발적으로 이 연구에 참여합니다.
- 본인은 이 동의서에 기술된 바에 따라 본인의 건강정보를 사용하고 공유하는 것을 허락합니다.
- 본인은 연구기간 중 언제라도 중도에 연구 참여를 거부하거나 중단할 수 있습니다. 또 본인은 이 연구 참여를 중단하더라도 본인에게 어떠한 불이익도 없다는 것을 알고 있습니다.
- 본인은 자유로운 의사에 따라 연구 참여를 요청하여 동의서 사본 1부를 수령합니다.

환자성명

생년월일: 년 월 일

서명 날짜

법적 대리인

서명 날짜

연구책임자

서명 날짜

동의서를 설명한 자

서명



<부록 2> 설문지

안녕하십니까?

본 설문지는 항암화학요법을 받고 있는 귀하가 경험하는 증상관리행위와 삶의 질에 대해 알아보면서, 필요한 도움이 무엇인지를 파악하기 위해 작성된 것입니다.

귀하의 적극적인 참여와 성실한 응답을 통해 증상관리행위와 삶의 질에 대해 보다 깊이 이해하여 더 나은 간호를 제공하도록 노력하겠습니다.

귀하께서 작성하신 모든 설문내용은 연구 목적으로만 사용되며, 자료는 전체 환자에 대한 결과로서 제시되고 개별적으로는 제시되지 않아 절대 비밀이 보장됩니다. 질문지 문항이 누락되면 사용할 수 없사오니 빠짐없이 응답하여주시길 부탁드립니다.

귀하의 건강과 행복을 기원하며 본 설문지에 참여해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

2011년
아주대학교 간호대학
연구자 이윤정 올림

* 다음 증상이 어느 정도 나타나는지를 기록하고 각 증상에 대해 본인이 수행한 행동에 해당하는 내용에 V 표시하여 주십시오.

1. 오심과 구토

증상정도	0. 없다	
	1. 평소보다 먹는 양이 줄었다.	
	2. 다소 먹고 싶은 생각이 없다.	
	3. 전혀 먹고 싶지 않다.	
증상관리	4. 체중이 줄 정도로 전혀 못 먹는다.	
	먹고 싶은 음식을 찾아 먹는다.	
	먹기 싫어도 일정량은 먹는다.	
	고기류, 영양죽 등 먹는다.	
	여럿이 같이 식사를 한다.	
	식전에 가벼운 운동을 한다.	
먹지 않는다.		
식욕이 떨어지게 하는 것은 피한다.		

2. 식욕 부진

증상정도	0. 없다	
	1. 메스꺼린다.	
	2. 가끔 토한다.	
	3. 치료가 필요한 정도로 토한다.	
증상관리	4. 치료해도 계속 메스꺼리고 토한다.	
	아무것도 안 먹는다.	
	조금씩 자주 먹는다.	
	영양가 높은 식사를 한다.	
	얼음조각, 주스 얼린 조각을 입에 문다.	
	휴식을 한다.	
	맑은 음료수 정도 마신다.	
진토제를 복용한다.		
심호흡법, 이완법을 실시한다.		

3. 탈모

증상정도	0. 없다	
	1. 약간의 모발 손상이 있다.	
	2. 머리카락이 군데군데 빠져 있다.	
	3. 완전히 머리카락이 빠졌다.	
	4. 머리카락이 전혀 나지 않고 있다.	

증상관리	가발을 미리 준비한다.	
	모자나 스카프를 쓴다.	
	심하게 빗질을 하지 않는다.	
	머리를 감지 않는다.	
	헤어 드라이어를 사용하지 않는다.	
	치료전후 머리를 차게 한다(얼음찜질). 피어나 염색을 하지 않는다.	

4. 변비

증상정도	0. 없다	
	1. 변을 보기 힘들다.	
	2. 조금 더 심하다.	
	3. 복부가 팽만되었다.	
증상관리	4. 복부 팽만감과 구토증이 있다.	
	섬유질이 풍부한 음식을 먹는다.	
	물을 7-8컵 마신다.	
	아침에 과일 주스나 차를 마신다.	
	활동, 운동을 증가시킨다.	
	변완화제를 사용한다. 이완법을 실시한다.	

5. 설사

증상정도	0. 없다	
	1. 하루에 한 번 한다.	
	2. 하루에 2-5번 한다.	
	3. 하루에 6-10번 한다.	
증상관리	4. 하루에 10번 이상 한다.	
	수분을 많이 섭취한다.	
	작은 음식을 자주 섭취한다.	
	고섬유질 음식을 피한다.	
	미음을 먹고, 칼륨이 풍부한 음식을 섭취한다(바나나, 오렌지 주스, 감자 등). 지사제를 복용한다.	

6. 주의집중이 안됨, 불안, 우울, 소외감

증상정도	0. 없다	
	1. 약간 문제가 된다.	
	2. 조금 더 심하게 문제가 된다.	
	3. 매우 심하게 문제가 된다.	
	4. 해결할 수 없을 정도로 심하다.	
증상관리	자신의 감정을 가족, 친지와 얘기한다.	
	명상, 선을 한다.	
	음악이나 독서를 한다.	
	긍정적인 태도를 가진다.	
	이완법을 실시한다.	
그냥 그대로 있다.		

7. 피로

증상정도	0. 없다	
	1. 정상적으로 하던 일이 귀찮다.	
	2. 힘이 없어 아무것도 할 수 없다.	
	3. 자주 졸립고 누워있고 싶다.	
	4. 일어나지 못하고 가라앉는다.	
증상관리	자주 쉰다.	
	하루 활동량을 미리 정한다.	
	충분히 잠을 잔다.	
	활동, 휴식의 균형 유지에 노력한다.	
	영양가 있는 음식을 섭취한다.	

8. 입안이 헐거나 삼키기 어려움

증상정도	0. 없다	
	1. 구강 점막이 붉게 붓고 1-2개의 작은 궤양으로 불편하다.	
	2. 1cm이하의 작은 궤양 1-2개, 흰반점이 있으나 먹고 마실 수 있다.	
	3. 유동식만 먹을 수 있다.	

	4. 입안이 모두 헐어 피가 나고 전혀 못 먹는다.	
증상관리	영양죽을 먹는다.	
	차게 하여 먹는다.	
	입안을 헐군다.	
	진통제를 복용한다.	
	음식(과일, 곡류, 육류)을 짓이기거나 갈아서 먹거나 빨대를 이용한다.	

9. 감염

증상정도	0. 없다	
	1. 특별한 치료를 필요로 하지 않는다.	
	2. 고열(38도 이상), 오한, 발한 등이 있다.	
	3. 정맥으로 항생제를 주사한다.	
	4. 생명에 위협을 준다.	
증상관리	개인위생을 철저히 한다.	
	전염성 질환을 가진 사람과 접촉을 피한다.	
	날카로운 기구 사용 시 조심한다.	
	발열, 오한 등의 증상이 있을 때 즉시 의사, 간호사에게 연락한다.	
	충분한 휴식, 균형 잡힌 식사와 충분한 수분 섭취를 한다.	

10. 피부색 및 손상

증상정도	0. 없다	
	1. 주사부위의 동통, 부종이 있다.	
	2. 피부가 변색되어 있다.	
	3. 피부손상이 있다(건조감, 표피박리).	
	4. 조직 손상 및 괴사가 있다.	
증상관리	피부를 청결히 유지한다.	
	건조한 피부에는 크림이나 로션으로 수분을 공급한다.	
	태양 광선에 직접 노출을 피한다.	
	약물 주입 중 주사부위의 동통, 부종, 따가움이 있으면 의료진에게 연락한다.	

11. 통증

증상정도	0. 없다	
	1. 약간 아프다.	
	2. 조금 더 아프다.	
	3. 매우 아프다.	
	4. 견딜 수 없이 아프다.	
증상관리	가족, 친지와 얘기하는 시간을 늘린다.	
	진통제를 복용한다.	
	참는다.	
	다른데 관심을 돌린다.	
	이완법을 실시한다.	

* 귀하와 귀하의 건강 상태에 대하여 몇 가지 조사하고자 합니다. 모든 질문에 대한 응답은 귀하 스스로 해주시고, 각 문항마다 귀하와 가장 가깝다고 생각되는 부분에 동그라미 표시를 해 주시기 바랍니다.

	전혀 아니다	약간 그렇다	꽤 그렇다	매우 그렇다
1. 무거운 쇼핑백이나 가방을 옮길 때처럼 힘을 쓰는 일을 할 때 곤란함을 느끼십니까?	1	2	3	4
2. 오래 걷는 것이 힘이 드십니까?	1	2	3	4
3. 집 밖에서 잠깐 걷는 것이 힘이 드십니까?	1	2	3	4
4. 낮 시간 중에 자리(침대)에 눕거나 의자에 기대고 싶습니까?	1	2	3	4
5. 식사 도중 혹은 옷을 입는 동안, 세면을 할 때나 화장실 이용할 때 누군가의 도움이 필요합니까?	1	2	3	4

* 지난 한 주를 기준으로 답변하여 주십시오.	전혀 아니다	약간 그렇다	꽤 그렇다	매우 그렇다
6. 일을 하거나 기타 일상생활을 영위하는데 한계를 느낀 적이 있습니까?	1	2	3	4
7. 취미생활이나 여가생활을 하는데 있어 한계를 느낀 적이 있습니까?	1	2	3	4
8. 숨이 가쁜 적이 있습니까?	1	2	3	4
9. 통증을 느껴 본 적이 있습니까?	1	2	3	4
10. 휴식이 필요하다고 생각한 적이 있습니까?	1	2	3	4
11. 숙면을 취하는데 곤란을 느낀 적이 있습니까?	1	2	3	4
12. 몸이 허하다고 느낀 적이 있습니까?	1	2	3	4
13. 식욕이 감퇴되었습니까?	1	2	3	4
14. 속이 메스꺼운 적이 있습니까?	1	2	3	4
15. 구토를 하신 적이 있습니까?	1	2	3	4
16. 변비 증세를 경험한 적이 있습니까?	1	2	3	4
17. 설사를 한 적이 있습니까?	1	2	3	4
18. 피로를 느끼셨습니까?	1	2	3	4

* 지난 한 주를 기준으로 답변하여 주십시오.	전혀 아니다	약간 그렇다	꽤 그렇다	매우 그렇다
19. 통증으로 인해 일상생활을 영위하는데 지장을 받은 경험이 있습니까?	1	2	3	4
20. 신문을 읽거나 텔레비전을 시청할 때 집중하는데 곤란을 겪은 경험이 있습니까?	1	2	3	4

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 21. 긴장감을 느끼셨습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. 걱정에 시달리셨습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. 짜증을 느끼셨습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. 우울함을 느끼셨습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. 기억력 감퇴를 느끼셨습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. 귀하의 건강상태나 의약치료가 귀하의
가정생활에 어떤 곤란을 야기 했습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. 귀하의 건강상태나 의약치료로 인하여
사회생활에 어떤 곤란을 야기 했습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. 귀하의 건강상태나 의약치료로 인하여
경제적인 어려움을 겪으셨습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 |

* 다음 문항을 읽고 1에서 7까지 번호 중 귀하와 가장 가깝다고 생각되는 번호에 동그라미 표시를 해 주시기 바랍니다.

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|-------|
| 29. 지난 한 주간의 전반적인 귀하의 건강 상태를 평가하신다면
다음 중 어디에 해당합니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 매우 나쁨 | | | | | | | 아주 좋음 |
| 30. 지난 한 주간의 전반적인 귀하의 삶의 질을 평가하신다면
다음 중 어디에 해당합니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 매우 나쁨 | | | | | | | 아주 좋음 |

* 다음 문항을 읽으신 후 해당란에 “V”로 표시하거나 구체적으로 기록해 주십시오.

1. 귀하의 연령은? 만()세
2. 귀하의 성별은? ① 여자() ② 남자()
3. 귀하의 종교는?
① 기독교() ② 천주교() ③ 불교()
④ 유교 () ⑤ 무교 () ⑥ 기타()
4. 귀하의 학력은?
① 중학교 졸업이하() ② 고등학교 졸업() ③ 대학교 졸업()
④ 대학원이상()
5. 귀하의 결혼 상태는?
① 미혼() ② 기혼() ③ 이혼()
④ 사별() ⑤ 별거() ⑥ 기타()
6. 귀하의 직업은?
① 있다(구체적으로)_____ ② 없다()
7. 가족의 평균 월수입은?
① 200만원 이하() ② 201~300만원() ③ 301~400만원()
④ 401만원 이상()
8. 귀하는 누구의 도움을 가장 많이 받습니까?
① 배우자() ② 부모() ③ 자녀()
④ 기타(구체적으로)_____
9. 암보험이 있습니까?
① 있다() ② 없다()

* 질병관련 특성

1. 진단명 ()
2. 항암제의 종류 ()
3. 항암제 치료 횟수 ()회
4. 전이 유무 ()



- ABSTRACT -

Management Behavior for Symptoms and Quality of Life
on the Side Effects of Chemotherapy in Gastrointestinal
Cancer Patients

Lee Yun Jeong

Department of Nursing Science
The Graduate School, Ajou University

(Supervised by Professor Hye Ra Yoo, RN., Ph.D.)

The purpose of this study was a descriptive research attempted to provide basic data for effective intervention measurements by grasping the management for symptoms and quality of life on the side effects of chemotherapy in gastrointestinal cancer patients.

The subjects of this study was 88 gastrointestinal cancer patients who were hospitalized in A University Hospital located in Gyeonggi-do, Korea from November 2011 to February 2012. With regard to the data collected using SPSS 20.0, the general characteristics were analyzed with the frequencies and percentages, side effects and the management for symptoms, the quality of life were analyzed with the mean, standard deviation, the relationship between the management for symptoms and the quality of life were analyzed with Pearson correlation coefficient, the difference between the management for symptoms and the quality of life according to the general characteristics was analyzed with

t-test and ANOVA, in case of the difference of ANOVA analysis, posteriori tests were processed with Duncan method.

To sum up the results of this study were as follows:

1. The average side effects of chemotherapy was $0.64 \pm .63$, the most severe symptom of side effects was fatigue and its average was $1.84 \pm .90$, then the average of anorexia was $1.65 \pm .87$, and that of nausea and vomiting was $1.15 \pm .65$, that of psychological problem was $0.76 \pm .63$.

The average of the management for symptoms was $2.00 \pm .87$, the symptom that had high management for symptoms was fatigue, its average was $2.57 \pm .97$, then the average of nausea and vomiting was $2.56 \pm .95$, that of constipation was 2.33 ± 1.19 , that of anorexia was 2.10 ± 1.01 .

2. With regard to the quality of life, the average of global quality of life was 46.49 ± 17.21 .

The average of functional areas was 77.37 ± 11.43 , cognitive function was the highest by 86.36 ± 16.28 as a sub-area, then emotional function was 79.54 ± 14.62 , physical function was 77.65 ± 14.79 , role function was 77.27 ± 17.90 , social function was 56.06 ± 17.72 . The average of symptom areas was 18.18 ± 9.96 and a financial problem was the highest by 45.08 ± 27.24 as a sub-area, then fatigue was 39.27 ± 17.01 , loss of appetite was 32.57 ± 18.20 .

Other symptoms were mild.

3. There was no significant correlation in the management for symptoms, global quality of life areas and functional areas but there was a positive correlation with symptom areas ($r=.289$, $p=.006$).
4. In quality of life according to general characteristics, global quality of life areas showed a significant difference statistically by job ($t=2.41$, $p=.018$),

functional areas did by gender($t=2.789$, $p=.007$), symptom areas did depending on job($t=-2.007$, $p=.048$), monthly income($F=5.661$, $p=.005$) and metastasis($F=2.133$, $p=.036$). However, the management for symptoms according to general characteristics indicated no significant difference statistically.

Through the results of this study, as the side effects of chemotherapy was more severe, the management for symptoms was higher, as the management for symptoms was higher, the discomfort for symptoms in the quality of life areas was more sever.

Therefore, we support that the patients overcome their anxiety and burden to manage and treat the side effects by examining the side effects that gastrointestinal cancer patients experienced, need the program of systematic educational intervention program to improve treatment for symptoms. Also, to help respond and manage the side effects appropriately for themselves is considered to improve the quality of life.

keyword: chemotherapy, gastrointestinal cancer patients, side effects, management behavior for symptoms, quality of life