

유방암 환자의 치료 단계에 따른
불확실성과 삶의 질

연세대학교 대학원

간 호 학 과

이 인 숙

유방암 환자의 치료 단계에 따른
불확실성과 삶의 질

지도 이 원 희 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2004년 12월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

이 인 숙

이인숙의 석사학위 논문을 인준함

심사위원 이 원 회 인

심사위원 이 태 화 인

심사위원 정 재 원 인

연세대학교 대학원

2004년 12월 일

감사의 글

논문을 진행하면서 많은 것을 배우고 느꼈습니다.

논문이 완성되기까지 관심과 격려를 베풀어 주신 주위의 모든 분들께 진심으로 깊은 감사를 드립니다.

먼저 연구에 협조해 주신 유방암으로 투병중이신 여러 환자분들과 연구를 진행하도록 허락해 주신 서울대학교 병원의 노동영 교수님과 김태유 교수님, 임석아 교수님, 그리고 서울대학교 병원의 간호부와 유방센터외래 유연주, 황은경 선생님과 암센터 외래의 문미혜 선생님, 항암 낮 병동의 김선미 선생님과 그외 도와주신 모든 분들에게 진심으로 감사를 드립니다.

4년 동안의 대학원 생활과 논문의 완성까지 많은 배려와 사랑으로 격려해 주시고, 큰 틀 안에서 제대로 볼 수 있는 눈을 갖도록 이끌어 주신 이원희 교수님, 임상과 병행하는 학교생활에서 늘 바쁘고, 분주했지만 따뜻한 애정으로 바쁘신 중에도 논문을 맡아 부족한 저를 일깨워 주시고 세심하게 지도해 주신 이태화 교수님, 논문의 구성을 바로 잡아주시고, 논리적인 통찰력과 연구의 기본자세를 가르쳐 주시고 이끌어 주신 정재원 교수님께 진심으로 깊은 감사를 드립니다. 대학 생활부터 대학원 생활에까지 아낌없는 사랑을 베풀어주신 김희순 교수님과 대학원 과정을 통해 학문하는 자세를 가르쳐 주시고 사랑을 베풀어주신 존경하는 김모임 교수님, 오가실 교수님, 김조자 교수님, 김의숙 교수님, 김소선 교수님, 오의금 교수님, 유일영 교수님, 이정렬 교수님, 김정은 교수님을 비롯한 간호대학의 모든 교수님들과 학문의 보람을 일깨워 주고자 연일 뜨거운 강의로 감동을 주신 강덕희 교수님께도 무한한 감사의 마음을 드립니다. 그리고 평가 도구의 사용을 위해 지원해 주신 강윤희 교수님과 간호학이라는 학문을 통해 세상의 눈을 뜨게 해 주신 모교의 여러 교수님들께도 고개 숙여 감사드립니다.

임상 간호의 모범을 보여 주시고, 늘 격려를 아끼지 않으신 존경하는 박인숙 선생님, 김대희 선생님께도 감사드리며, 논문과정 내내 지켜봐 주시고, 배려해 준 병동의 식구들과 번번히 수고스러운 가운데서도 자신의 일처럼 나서서 자료 수집을 도와준 이복림, 한호진, 김재옥, 신미라, 심정인, 김하늘, 김은비, 김지현, 윤달, 백이연에게도 이 글을 빌어 감사를 드립니다.

겸손과 사랑하는 방법을 가르쳐 주며, 부족한 저를 위해 늘 기도해 주고 위로해 준 혜화동 청년성서 모임 식구들, 그리고 멀리 미국서 격려를 아끼지 않은 친구 소희, 윤선에게 감사드리며, 학문하는 즐거움을 가르쳐준 벗 조순영과 함영림, 김현례, 서지영, 곽윤경에게도 감사드립니다. 무엇보다도 가장 가까워서 큰 힘이 되어준 경순선배와 못난 친구지만 이쁘게 봐주는 친구 유리와 근미, 그리고 힘든 와중에서 늘 큰 힘이 되어주는 나의 가장 절실한 친구 은주에게도 감사드립니다.

오늘의 저가 있기 까지 힘든 와중에도 늘 친구처럼 저를 챙겨주시고 절제된 충고와 따뜻한 위로를 아끼지 않으시는 은사님이신 정향순 선생님께 진심으로 감사드립니다. 투병 생활의 힘드신 와중에도 항상 딸을 격려해 주시고, 용기를 주신 존경하는 아버지, 어머니, 그리고 언제나 저를 묵묵히 지켜보아 주며 지지를 아끼지 않는 사랑하는 동생들 인자, 국성, 범성이에게 사랑의 마음을 전합니다.

끝으로 진리의 근원이신 주님과, 나의 긴 기다림 중에 늘 함께 하실 크신 나의 선장님께 이 논문을 드립니다.

“그 진실한 사랑으로 언제나 이 몸을 지켜주소서 (시편 40.11.)”

2004년 12월
이 인 숙 올림

차 례

차 례	i
표 차 례	iv
그림차례	v
부록차례	vi
국문요약	vii
I. 서 론	
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	2
3. 용어의 정의	3
II. 문헌고찰	
1. 유방암 환자의 치료 단계에 따른 삶의 질	5
2. 유방암 환자의 불확실성 및 불확실성 평가와 삶의 질	9
III. 개념적 기틀	
1. 질병에 대한 불확실성 이론	13
2. 본 연구의 개념적 기틀	16

IV. 연구방법

1. 연구 설계	17
2. 연구 대상	17
3. 연구 도구	18
4. 자료수집 방법 및 절차	21
5. 자료 분석 방법	23

V. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성	24
2. 대상자의 질병관련 특성	26
3. 치료 단계에 따른 불확실성 정도, 불확실성 평가, 삶의 질의 정도	29
4. 불확실성 정도, 불확실성 평가와 삶의 질의 관계	35
5. 유방암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 변인	39

VI. 논 의

1. 유방암 환자의 치료단계에 따른 불확실성정도, 불확실성평가 및 삶의 질	43
2. 연구의 의의	49
3. 연구의 제한점	50

VII. 결 론 및 제 언

1. 결 론	51
2. 제 언	54

참고문헌	55
부 록	62
영문요약	85

표 차례

표 1. 자료수집 시기, 자료수집 장소, 자료수집 내용	22
표 2. 대상자의 일반적 특성 및 치료 단계 그룹간의 동질성 검정 (1)	25
표 3. 대상자의 일반적 특성 및 치료 단계 그룹간의 동질성 검정 (2)	25
표 4. 대상자의 질병관련 특성 및 치료 단계 그룹간의 동질성 검정	28
표 5. 치료 단계에 따른 불확실성 정도, 불확실성 평가의 차이	30
표 6. 치료 단계에 따른 삶의 질의 차이	33
표 7. 치료단계에 따른 불확실성정도, 위험평가, 삶의 질 차이의 사후검증	34
표 8. 불확실성정도와 불확실성 평가간의 상관관계	35
표 9. 불확실성정도와 삶의 질 간의 상관관계	36
표 10. 불확실성 평가와 삶의 질 간의 상관관계	36
표 11. 삶의 질에 영향을 미치는 일반적 특성 요인의 다중회귀 분석	40
표 12. 삶의 질에 영향을 미치는 질병관련 특성 요인의 다중회귀 분석	42

그림 차례

그림 1. Mishel (1988)의 Model of perceived uncertainty in illness	14
그림 2. 본 연구의 불확실성, 불확실성 평가, 삶의 질에 대한 개념적 기틀	16
그림 3. 치료 단계에 따른 불확실성 정도	31
그림 4. 치료 단계에 따른 불확실성 평가	31
그림 5. 치료 단계에 따른 삶의 질	33

부록 차례

부록 1. 일반적 특성과 불확실성, 불확실성 평가, 삶의 질의 상관관계	63
부록 2. 질병관련 특성과 불확실성, 불확실성 평가, 삶의 질의 상관관계	64
부록 3. 일반적 특성 따른 불확실성 정도	65
부록 4. 일반적 특성 따른 불확실성의 평가	66
부록 5. 일반적 특성 따른 삶의 질	67
부록 6. 질병관련 특성 따른 불확실성 정도	68
부록 7. 질병관련 특성 따른 불확실성 평가	69
부록 8. 질병관련 특성 따른 삶의 질	70
부록 9. 대상자의 불확실성 정도의 문항별 점수	71
부록 10. 대상자의 불확실성 평가의 문항별 점수	72
부록 11. 대상자의 삶의 질 정도의 문항별 점수	73
부록 12. 연구 설문지	74

국 문 요 약

유방암 환자의 치료 단계에 따른 불확실성과 삶의 질

본 연구는 유방암 환자의 치료 단계에 따른 불확실성 정도와 불확실성 평가, 이에 대한 삶의 질의 정도를 확인하여 치료 단계에 따른 불확실성에 대한 간호 중재를 통해 환자들의 삶의 질을 증진시키기 위한 간호 중재 프로그램 개발을 위한 기초 자료를 제공하기 위한 목적으로 시행된 서술적 상관관계 연구이다.

연구 대상자는 2004년 10월 18일부터 2004년 11월 30일까지의 44일간 일 대학교 병원에서 유방암 진단을 받고 수술을 위해 입원한 대상자와 수술 후 보조요법을 받는 대상자, 유방암과 관련된 치료가 종결되고 추후 일 대학교 병원 유방센터 외래를 방문중인 유방암 여성들을 대상으로 연구를 시행하였다. 대상자는 유방암의 진단 시기 54명, 보조요법 시기 54명, 회복 및 추후 관리시기 53명으로 총 161명이었으며, 불확실성 정도를 측정하기 위해 MUIS (Mishel's Uncertainty Illness Scale), 불확실성 평가양상을 측정하기 위해 불확실성 평가도구인 위험평가도구 (Danger Appraisal scale)와 기회평가도구 (Opportunity Appraisal scale), 삶의 질을 측정하기 위해 Ferrell (1989)의 QOL-CS (Quality of Life-Cancer Survivors)를 이용하였다.

연구 결과, 치료 단계에 따른 불확실성 정도는 세 그룹 간에 통계적으로 유의한 차이가 없었고, 불확실성에 대한 위험 평가는 보조요법 시기에 가장 높았으며, 치료 단계에 따른 세 그룹 간에 유의한 차이가 있었다. 또한 불확실성 정도와 불확실성에 대해 위험 평가는 긍정적인 상관관계가, 기회평가와는 부정적인 상관관계가 있었다.

대상자들의 치료 단계에 따른 세 그룹간의 삶의 질은 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 불확실성 정도와 위험평가와 부정적인 상관관계가 있었으며, 기회평가와는 긍정적인 상관관계가 있었다. 삶의 질을 유의하게 설명하는 변수는 나이, 종교, 병기, 불확실성 정도, 불확실성에 대한 위험평가와 기회평가로 나타났으며,

불확실성 정도에 의해 약 32%, 불확실성에 대한 평가인 위험평가와 기회평가에 의해 약 59%로 삶의 질의 설명이 가능하였다.

치료 단계에 따라 대상자들의 질병에 대한 불확실성 정도는 유의한 차이 없어, 유방암 환자들에서 해결해 주어야 할 중대한 문제인 것을 확인하였고, 불확실성이 높을수록 불확실성에 대해 위협으로, 불확실성이 낮을수록 불확실성에 대해 기회로 평가하였으며, 불확실성이 높을수록 삶의 질은 유의하게 낮았다. 또한, 불확실성에 대해 위협으로 평가할수록 삶의 질은 낮고, 불확실성에 대해 기회로 평가할수록 삶의 질은 높아지는 것을 알 수 있었다.

이에, 유방암 환자들의 각 치료 단계에서 불확실성은 중요한 문제로 인식되었으므로, 불확실성을 줄이기 위한 중재프로 그램 개발과 적용, 평가에 관한 연구의 진행이 필요하며, 불확실성 정도와 불확실성의 평가 양상인 위험평가와 기회평가가 삶의 질과 유의한 관계가 있었으므로 간호 실무에서 불확실성을 낮추고 불확실성 평가 중 기회평가를 높여주기 위한 간호중재 프로그램을 개발하고 실무에 적용, 평가하는 연구를 제안한다.

핵심되는 말 : 유방암, 불확실성 정도, 불확실성의 평가, 삶의 질, 치료 단계

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대 의학의 발달에도 불구하고 암은 아직도 그 원인과 치료법이 확실하게 밝혀지지 않아 인류가 정복해야 할 질병으로 남아있다. 암 중에서도 특히 유방암은 여성 암 중 가장 흔한 암으로서 그 빈도가 국 내·외적으로 매년 증가하고 있다 (국립암센터, 2002; 한국 중앙 암 등록보고서, 2002; American Cancer Society, 2002). 특히 미국의 경우 유방암이 50대에 호발하고, 65세 이상 여성의 유방암 발생률이 45~60세 여성의 2배인 것에 반해, 우리나라의 경우 유방암이 40대 여성에서 가장 호발하고, 20~30대 여성에서의 발생빈도 역시 전체 유방암의 20%를 차지하고 있다 (한국 유방암 학회, 2000). 유방암은 치료방법의 개선과 조기진단의 결과로 다른 암 종류에 비해 상대적으로 치료 예후가 좋아 생존율이 높지만 호발연령이 낮아진다는 점에서 암의 생리-심리-사회적 후유증에 노출되는 기간이 그만큼 길어지는 것이며 (김남초, 김희승, 유양숙, 용진선, & 송민선, 2003; 황숙연, 박병우, 이경식, 2001), 또한 유방암 생존자들의 삶의 질을 향상시키기 위한 간호중재의 개입이 절실하다는 것을 의미한다 (Casso, Buist, & Taplin, 2004).

여성이 유방암 진단을 받는다는 것은 신체적, 정서적으로 매우 충격적인 사건이며 (Mast, 1998), 유방암의 진단과 계속되는 치료는 환자에게 위협적인 상황을 초래한다 (최경옥, 1994; 한경숙, 1991). 유방암 환자들은 유방 수술과 재발, 그리고 퇴원 후 삶 등에 대한 불안을 경험하고 (김매자, 1994; 조옥희, 2000; 박점희 외, 1997), 유방절제술 후 상실감과 신체상의 변화 (전명희, 1994; 정복례, 1991), 치료 과정에서 수반되는 신체적인 제한과 신체상의 변화 (유양숙, 1991; 전진영, 1997; 전진영 & 김행자, 1996), 우울 (박효경, 1986; 한경숙, 1991)과 대인관계의 어려움 (Christman, 1990) 등 다양한 문제를 경험하게 된다. 그런데 무엇보다도 유방암 환자들은 치료에 따른 지속적인 증상을 경험하고 예측할 수 없는 질병과정과 재발에 대한 공포에 직면하게 되며, 이로 인한 영향으로 삶에 대한 불확실성을 가지고

살아가게 된다 (Mast, 1998). 환자에게 생존의 기간이나 예후에 대한 불확실성은 가장 커다란 심리사회적 스트레스 요인이 되며 (김금순 & 함은미, 1996), 이는 치료 후에도 계속되는 것으로 보고되었다 (Mast, 1998). 유방암 환자들이 갖는 가장 중요한 문제는 불확실성이며, 이러한 불확실성과 유방암과 관련된 치료는 환자들의 삶의 질을 저하시키는데 크게 영향을 주는 것으로 알려져 있다 (전명희, 1994; Hoskins, Haber, 2000; Scott, 1983; Mullan, 1985).

현재까지의 연구들은 유방절제술을 받은 환자를 대상으로 주로 수술 전·후와 관련된 변수들의 관련성을 파악하는 양적 연구가 대부분이고, 유방암 환자의 적응 과정과 삶의 과정을 이해하기 위한 소수의 질적 연구가 이루어졌을 뿐이어서 (전명희, 1994; 정복례, 1991), 유방암 진단을 받고 치료과정을 경험하는 대상자들의 전반적인 삶의 질을 이해하는 데 한계가 있다. 따라서 유방암 환자들이 유방암의 진단 시기부터, 유방절제 수술 전·후, 그리고 치료과정과 치료 종료 후 등 치료 단계에 따라 느끼는 불확실성은 어느 정도이며 불확실성을 어떻게 인지하는지, 그리고 이러한 불확실성 요인들이 그들의 삶의 질과는 어떻게 관련되어 있는지를 파악하는 것이 필요하다.

이에 본 연구는 유방암 환자들의 경험을 이해하기 위해 치료 단계에 따라 유방암 환자가 경험하는 불확실성 정도와 불확실성 평가 양상을 파악하고, 이에 대한 삶의 질 정도를 확인하여 치료 단계에 따른 불확실성에 대한 간호 중재를 통해 환자들의 삶의 질을 증진시키기 위한 간호 중재 프로그램 개발을 위한 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 유방암 환자들의 치료 단계에 따른 불확실성 정도, 불확실성의 평가, 그리고 삶의 질의 관계를 파악하기 위함이다.

연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 유방암 환자의 치료 단계에 따른 불확실성 정도와 불확실성 평가, 삶의 질을 파악한다.
- 2) 유방암 환자의 불확실성 정도, 불확실성 평가와 삶의 질의 관계를 파악한다.
- 3) 유방암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 변인을 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 불확실성 정도

① 이론적 정의

: 환자가 질환과 사건에 대해 적절한 주관적 해석을 형성하지 못할 때 나타나는 것으로서 대상과 상황에 대해 어떤 것이 중요한지 알 수 없는 상황, 또는 결과를 정확히 예측할 수 없는 상황에 있어서 의미를 결정할 수 없는 무능력을 의미하며 (Mishel, 1988), 애매 모호성, 불예측성, 명료성의 부족, 정보의 부족, 의사소통 부족과 관련된다.

② 조작적 정의

: 본 연구에서는 Mishel (1988)이 개발한 질병에 대한 불확실성 측정도구로 측정한 점수로써, 점수가 높을수록 불확실성이 높은 것이다.

2) 불확실성의 평가

① 이론적 정의

: 상황에 대한 평가는 과거 경험에 주로 기초해서 판단, 분별력, 행위의 선택을 포함하는 정신적 활동이 필요한 것으로 (Grinker & Spiegel, 1945; Lazarus & Folkman, 1984에서 재인용), 불확실한 상황에 대한 평가는 추론이나 착각

의 과정을 통하여 위협이나 기회로 평가되는 것을 말한다 (Mishel, 1988).

② 조작적 정의

: 본 연구에서는 Folkman (1982)의 Ways of Coping Checklist에서 도출된 평가도구 (Mishel & Sorenson, 1991)로서, 위협평가 도구 (danger appraisal scale)와 기회평가 도구 (opportunity appraisal scale)로 측정된 점수를 의미한다.

3) 삶의 질

① 이론적 정의

: 삶의 질이란 전반적인 상황이나 삶의 경험들에 대한 주관적인 평가와 만족으로, 오직 개인들에게 관련되어 있으며, 신체적 안녕, 정신적 안녕, 사회적 안녕 및 영적 안녕으로 개념화 된다 (Ferrell, Wisdom, & Wenzel, 1989).

② 조작적 정의

: 본 연구에서는 Ferrell 등 (1989)이 유방암 환자를 대상으로 개발한 삶의 질 측정도구로 측정한 신체적, 정신적, 사회적, 영적영역의 안녕을 측정한 값을 말하며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다.

II. 문헌 고찰

1. 유방암 환자의 치료 단계에 따른 삶의 질

암 환자를 간호할 때는 암 환자들의 치료에 의한 부작용에 의한 고통스러운 증상을 완화시키면서 신체의 기능이나 외모의 변화에 잘 적응하도록 도와 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 하는 것이 중요한 부분이다. 따라서 유방암 환자의 원활한 적응을 돕기 위해서 진단을 받고 수술 전 단계에서부터 시작하여 전반적인 과정에서 대상자들을 돕기 위한 전문적인 간호가 이루어져야 한다.

삶의 질이란 삶의 전반적인 상황이나 삶의 경험들에 대한 개인의 주관적인 평가와 만족으로 (Cambell, 1976), 건강영역과 기능적, 사회 경제적, 심리적, 영적, 그리고 가족의 상호작용을 포함하는 신체적, 정신적, 사회적, 경제적, 영적 영역에서 개인이 지각하는 주관적인 안녕 상태이다 (노유자, 1988; Ferrans, 1990). 과거에는 암 치료의 효과를 생존율로 평가하여 왔으나, 최근 들어 암 치료와 암 환자 간호의 효과를 평가하기 위한 적절한 결과 변수로서 삶의 질이 대두되었다 (Ferrell, Wisdom, & Wenzel, 1989; Padilla & Grant, 1985). 암 환자의 삶의 질은 신체적 안녕, 정신적 안녕, 사회적 안녕, 영적인 안녕의 4개영역으로 개념화 될 수 있으며, 암 환자의 신체적 안녕은 증상조절과 경감 그리고 신체적 기능 유지 및 독립적인 활동 유지를 통해 증진될 수 있으며, 심리적 안녕은 암 환자로 하여금 통제감을 갖게 하는 것과 삶의 긍정적인 태도를 갖게 하는 것으로 증진될 수 있다고 하였다 (Ferrell, Wisdom, & Wenzel, 1989).

유방암 환자들의 주요한 문제들은 그들의 삶이 지속되는 동안 계속되며, 유방암과 유방암의 치료로 인해 지속적으로 고통 받고 있고, 이러한 문제들은 치료 후에도 몇 년간 계속 된다 (Ferrans, 1994). 유방절제수술을 받은 유방암 환자들은 질병 자체보다 그것에 대한 치료가 환자의 삶에 더욱 크게 영향을 주는 것으로 확인되었는데, 유방암 환자들은 의학적 치료 단계에 따라 유방암 발견 이전 단계, 진단 직전 단계, 진단 단계, 수술 직전 단계, 수술 단계, 수술 직후 단계, 퇴원 후

단계, 보조 요법 단계, 재발 단계, 회복 단계를 경험하거나 (Scott, 1983), 수술 전 조직검사의 저항기, 수술직후부터 화학요법 등의 보조치료 시작의 위축기, 추후 관리 및 호르몬 요법 시기의 재조직기의 시기를 경험하고 있음을 확인하여 (전명희, 1994), 유방암 환자의 삶의 경험이 치료와 관련되어 달라짐을 알 수 있었다. 이중 유방암 환자가 가장 긴장하는 기간은 조직검사와 유방절제술을 받을 때이며, 수술 후 1, 2개월에는 양가감정을 느끼게 되고, 보조치료가 적용될 때는 적응이 어려워지며, 이 같은 단계는 수술 후 2년까지도 지속될 수 있다고 하였다 (Samarel & Fawcett, 1992). 질병의 치료 단계에 따른 환자의 반응을 보면, 수술 전 진단시기가 가장 괴로웠다고 보고하였고 (83%), 그 다음이 퇴원 후 가정에 돌아간 뒤의 시기 (11%), 입원하여 치료받던 시기 (6%)로 나타나 환자 자신은 경험해야 될 불확실성으로 인해 진단 결과를 기다리는 시기가 가장 괴롭다고 보고되었다 (Northouse, 1989).

유방에 종양을 발견한 이후부터 1년 이내의 치료 시기별로 대상자가 겪는 정서적 경험은 종양 발견 후 진단 전까지 매우 불안하고 초조해 하였으며, 암 진단을 받은 후 수술 전까지는 절망상태에 빠지고, 수술 후 보조 치료 전까지는 불안하면서도 약간의 희망을 갖게 된다. 그 후 보조 치료동안에는 질병과의 투쟁의지를 보이다가 치료가 끝난 후에는 희망을 가지고 안정이 되는 것으로 나타났으나, 계속하여 재발에 대해 염려하고 불안해하였으며, 생명 유지에 대한 확신이 없는 불확실한 상황 속에서 인생관과 삶을 살아가는 태도에 변화가 나타났다 (정복례, 1991). 대부분의 유방암 환자들은 대략 1년 동안 질병 기간의 4단계의 여정을 가지게 되는데, 유방암의 진단 시기는 일차적인 수술로 조직검사를 확인하여 진단을 받는 시기로 종종 충격과 불신을 가진다. 수술 후 시기는 상실에 대한 대처 (수술 부위를 처음 보게 되는 것), 가족과 일 역할의 변화 (팔 운동의 상실, 림프부종, 지속되는 피로의 결과), 그리고 신체적 회복이 특징적이다. 보조 치료시기 (치료를 위해 종양전문가를 처음 방문하고, 방사선 치료, 항암화학요법, 호르몬 치료 또는 이들의 병합을 포함하는 시기)는 진단 시기와 마찬가지로, 환자들은 짧은 시간에 많은 정보를 소화해야 하고, 빨리 정보에 근거한 치료 결정을 하도록 요구된다. 회복 진행시기 (보조 치료 완결 후, 또는 방사선 요법이나 항암화학요법을 받지

않은 경우 수술 후 6개월) 는 종종 처음으로 위안을 느끼며, 삶의 중심으로 다시 들어가기에 열망한다. 여성들에게 있어 유방암은 아주 공포스러운 것으로서, 현재 National Institutes of Health (NIH)에 의해 만성적인 것으로 분류되고 있고, 각각의 단계는 변화 할 수 있다. 재발의 예측은 회복 진행기에 영향을 미칠 수 있고, 이러한 과정은 보조치료가 완료된 후에도 계속 되고 있다 (Hoskins & Haber, 2000).

유방암 환자의 삶의 과정을 이해하기 위한 현상학적 연구 결과 (전명희, 1994), 환자들은 치료과정 중 다른 어떤 시기보다도 유방의 상실과 유방암 치료에 따르는 신체적 불편감을 경험하는 시기인 위축기 때 최대의 상실감과 치료의 혼란을 경험하였고, 재조직기에 이르러 남은 인생을 의미 있게 살기 위한 노력을 다짐하며, 유방의 상처에 익숙해지면서 상실감을 어느 정도는 회복하게 되지만 상실감이 완전히 해결된 것은 아니며, 태연하게 지내면서 상실감을 걸음으로 드러내지는 않지만 항상 재발의 두려움 속에서 상실감을 내면화하고 지내는 것으로 파악되었다.

Ferrell과 그의 동료들 (1998)은 유방암 생존자의 치료의 신체적 결과들 (질 건조, 피로, 체중문제, 통증), 초기 치료의 심리적인 장애들, 가족 관계에서의 유방암과 관련된 인식, 가족장애, 그리고 미래에 대한 불확실성과 같은 유방암 생존자들의 다양한 측면을 확인하였고, 또한 유방암 생존자들의 삶의 질의 요구에 있어 심리적, 영적 요구가 있음을 제안하였다 (Ferrell et al., 1998). 장기 암 생존자들의 평균 삶의 질은 치료 후 초기에는 신체적 안녕이 가장 낮고, 시간이 지남에 따라 정서적 안녕이 낮아지는 것으로 확인되었다 (Graydon, 1994; Ferrell, 1995). Gwen & Friedman (1996)은 유방암 생존자의 삶의 질에 관한 연구에서 신체적, 심리적, 사회적, 영적 영역을 측정하였는데, 신체적 영역은 문제가 최소한인 반면, 심리적, 사회적, 영적 영역이 두드러진 이슈가 되었으며, 장기 생존자들은 질병과 치료로 인한 신체적 영역의 많은 부분은 해결하였으나, 심리적, 사회적, 영적 영역의 삶의 질은 증진시켜 주어야 한다고 보고하였다. Michael, Kawachi, Berkman, Holmes, & Colditz (2000)은 759명의 유방암 환자를 대상으로 한 4년의 전향적 연구에서 건강상태를 신체기능, 신체 건강문제로 인한 역할 제한, 신체적 통증, 활력 (에너지 / 피로), 사회적 기능, 그리고 정신적, 정서적 문제로 인한 역할 제한, 건강에

대한 일반적 인지의 8개영역으로 측정하였는데, 정신건강을 제외한 모든 영역에서 기능이 감소되었으며, 사회 적응을 위한 중요한 영역으로 부부관계 스트레스, 성에 관한 문제, 격리, 사회적 지지의 변화, 직장 구하기, 보험 가입 등을 주장하였고, 사회적 지지가 유방암 환자의 생존을 증가시킨다고 보고하였다. Carter(1993)는 유방절제술 후 환자의 대부분이 신체적 회복은 6개월 이내에 수술 이전의 기능으로 회복될 수 있었으나, 사회적 기능은 퇴원 후 6개월까지도 충분히 회복하지 못하였다고 하였다.

유방암 환자들에서 대부분의 여성이 장기간 정서적 장애를 경험하지 않는다 하더라도 20~30%는 역할 상실, 기능적 불능, 그리고 사회적 관계의 문제를 통해 그들의 삶의 질에 있어 장애를 경험 한다 (Irvine, Brown, Crooks, Roberts, & Browne, 1991). 이 외에도 희망, 지각된 건강상태, 건강행위, 암 재발 가능성, 질병 단계, 질병 기간, 가정 월수입 정도 등이 삶의 질에 영향을 주는 변수들로 보고되며 (권영은, 1990), 모든 연구들에서 암 환자들의 삶의 질 저하에 가장 큰 영향을 주는 요인으로는 질병의 예후와 치료에 의한 증상으로 나타났다 (박은영, 2000; 이은옥, 2001). Granz, Schang, Lee, Polinsky, & Tan (1992)는 유방 수술의 유형에 따른 환자의 삶의 질이나 심리적 적응 효과에 대한 연구를 위하여, 유방암의 일차적 치료로서 유방 보존술을 받은 환자 57명과 유방 절제술을 받은 환자 52명을 대상으로 수술 후 1개월, 3개월, 6개월, 12개월 때의 삶의 질, 수행 능력, 심리적 적응에 대하여 전향적 연구를 실시하였는데, 연구 결과 유방 보존술군과 유방절제술군 사이의 삶의 질, 일상생활 수행능력, 총체적 적응의 유의한 차이가 없었다. Sammarco (2001)는 50세 이하의 101명의 유방암 생존자를 대상으로 한 연구 결과, 근치 유방절제술과 변형 근치절제술을 한 환자 중 60%는 매우 적응을 잘했고, 10% 정도는 매우 적응을 못하여 심각한 정신적 고통이 있었음을 보고하였다.

이상의 고찰 결과 대부분의 유방암 환자들의 심리 정서적인 상태는 질병의 치료 단계에 따라 다르게 나타나며, 질병의 과정에 대한 단계는 여러 연구자들마다 다양하게 분류하고 있으나, 치료 단계는 대략 1~2 년 정도로 크게 네 가지 시기인 암 진단의 확인, 수술 후 시기, 보조치료 요법 시기, 추후 관리의 시기로 분류될

수 있음을 확인하였다.

또한 유방암 환자의 전반적인 삶의 질을 이해하기 위해 외국의 경우 다양한 형태로 연구가 진행된 반면, 국내의 경우 최근 급격히 증가되는 유방암 환자의 삶의 질을 이해하기 위한 연구는 아직 충분하지 않고, 특히 유방암 환자의 삶의 질을 이해하기 위해 치료 단계나 다양한 치료에 따른 삶의 질을 파악하는 연구가 없는 실정이다.

따라서 앞으로의 연구에서 질병치료 시기에 따른 환자의 변화 특성과 양상을 양적 연구를 통해 규명할 필요가 있음을 확인하였다.

2. 유방암 환자의 불확실성 및 불확실성 평가와 삶의 질

1) 유방암 환자의 불확실성

암이란 진단 자체는 확실하나 치료의 효과가 명확하지 않아 암 진단을 받고 살아간다는 것은 불확실성이란 표현으로 특징지을 수 있고, 환자들은 치료의 부작용이 생길 때 그러한 증상을 치료 실패의 증후로 오해하므로 불확실성 정도가 높아지게 되고 지속적인 치료가 없는 경우에도 암이 재발할 지에 대한 불확실성 정도가 높아진다. Mishel (1981)이 질병에 대한 불확실성을 명명하고 이와 관련된 일련의 연구들을 (Mishel, 1981; 1983; 1984; 1988; Mishel & Braden, 1988; Mishel, Hostetter, King, & Graham, 1984; Mishel, Padilla, Grant, & Sorenson, 1991; Mishel & Sorenson, 1991) 발표한 이래 질병에 대한 불확실성은 질병이나 치료관련 사건에 대한 환자의 반응을 결정하는 주요인자로서 그 역할의 중요성이 점점 강조되고 있다 (김금순 & 함은미, 1996).

질병에 대한 불확실성은 유방암 환자들이 직면하게 되는 주요한 경험 중 하나이며 (Wonghongkul, Moore, Musil, Schneider, & Deimling, 2000), 유방암 생존자에 있어 불확실성은 고통스런 증상들과 재발의 공포가 증가된 질병에 대한 불확실성과 정서적 장애와 아주 강력한 관계가 있고, 이는 치료 후에도 계속되는 것으로

로 보고되었다 (Mast, 1998). 이러한 불확실성은 Sammarco (2001)가 50세 이하의 101명의 유방암 생존자를 대상으로 시행한 연구 결과, 삶의 질은 불확실성과 부정적인 상관관계를 가졌으며, 삶의 질의 하부영역인 건강기능, 사회경제적, 심리사회적/영적, 가족기능에 있어서도 유의한 부정적인 상관관계를 가지는 것으로 나타났고, 삶의 질은 불확실성에 의해 10.7%로 유의하게 설명되었다.

암 환자의 불확실성을 확인한 연구들의 결과를 살펴보면, 유방암 환자 (Northouse, Laten, & Reddy, 1995; Wong & Bramwell, 1992)와 부인과 암 환자 (Mishel & Braden, 1988; Wonghongkul, 2000), 기타 부위의 암환자 (Christman, 1990)에서의 불확실성 평균 점수는 총점의 25~50%를 나타내었으며, 전체 암 환자를 대상으로 불확실성 정도를 살펴본 결과 (최은숙, 박점희, & 김현미, 1994), 불확실성 정도는 총점의 68.5 %를 나타냈고, 유방절제술 환자를 대상으로 측정한 결과 불확실성은 총점의 72.0 %로 나타나 (조옥희, 2000), 유방암 환자에게서 불확실성이 높음을 보여주었다. Wong과 Bramwell (1992)이 유방암으로 유방절제술을 한 여성을 대상으로 연구한 결과 대상자의 48%가 유방암 경험을 불확실성으로 여기고 있었으며, 불안의 원인으로 불확실성을 많이 응답하였다. 이러한 불확실성 정도는 연령, 교육정도, 경제상태, 입원한 과, 수술여부, 진단명 인지여부, 예후에 대한 기대에 따라서 유의한 차이가 있었고, 불확실성과 대응 양상 간에는 유의한 긍정적인 상관관계가 있었으며, 불확실성 정도에 영향을 미치는 주요 변인은 대응양상으로 11.08% 설명이 가능하였으며, 예후에 대한 기대, 진단명 인지 여부, 우연성 건강통제위 성격, 내적 건강 통제위 성격, 외적 건강 통제위 성격 순이었는데 (강성실, 1996), 암 환자들의 질환에 대한 불확실성은 희망과 역 상관관계를 나타내었다 (최은숙, 1993).

Mishel (1981)과 Mishel과 Braden (1987)은 치료기간에 따라 암 환자의 불확실성이 변화된다고 하였는데, 소향숙 (1995)이 자궁경부암 환자를 대상으로 한 종단적 연구에서 수술 전과 수술 후 1 개월, 수술 후 3개월에 걸쳐 불확실성 정도를 살펴본 결과, 불확실성 정도는 치료 시기별로 차이가 있었고, 이동숙과 이은옥 (1997)이 위암 환자의 질병과정에 따른 사회적 지지요구 및 지각된 사회적 지지를 살펴본 연구에서 불확실성은 진단기, 치료기, 회복기에 따라 차이가 있다고 하였

고, 조옥희 (2000)가 유방절제술 환자를 대상으로 불확실성을 조사한 연구에서 불확실성은 경제상태, 치료종류, 수술 후 경과 기간에 따라 차이가 있었으며, 수술 후 경과 기간이 7~12 개월 (1년) 군에서 가장 높았다. 또 민영숙 (1994)이 암환아가족의 질병에 대한 불확실성과 대처 양상을 알아본 연구에서 질병의 경과 기간과 중증도에 따라 질병에 대한 불확실성은 다르게 나타났다. 그러나 Wong과 Bramwell (1992) 그리고 Bonnema 등 (1998)이 유방절제술 환자를 대상으로 수술 전후의 불확실성의 변화 양상을 파악한 연구결과 수술 전후의 불확실성은 유의한 차이가 없었고, Christman (1990)이 유방절제술 후 방사선 요법을 받는 동안 시간경과에 따른 불확실성 정도를 조사한 연구 결과 불확실성 정도는 시간경과에 따라 변화가 없는 것으로 나타나, 일관된 결과를 보여주지 않았으며, 불확실성이 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 파악됨에도 불확실성과 삶의 질의 관계를 이해하기 위한 연구는 없었다.

2) 유방암 환자의 불확실성의 평가

Cohen과 Martison (1988)은 간호사는 불확실성 현상에 대한 민감성을 고양하고 불확실성을 감소시킬 수 있는 간호중재 전략을 개발하기 위한 연구 노력이 필요하다고 하였다. 환자들은 불확실한 상황에 직면하게 되면, 이에 대처하려는 행동적인 노력을 하기에 앞서 그 상황의 의미하는 바를 일차적으로 평가하게 되는데, 즉 불확실한 사건이 환자 자신에게 위협한 것인지 혹은 기회가 되는 것인지 우선적으로 평가하게 되는데, 일반적으로 질병과 관련해서 발생하는 불확실성에는 명확성과 예측성이 부족한 경우가 많으며, 특히 환자의 기대나 과거 경험과 일치하지 않을 때가 많기 때문에 대부분의 환자들은 불확실성을 기회보다는 위협으로 평가하게 된다. 그 결과 불안이나 분노, 두려움과 같은 부정적인 정서를 경험하게 된다. Mishel (1988)은 불확실성이 위협으로 인지 될 때는 불확실성을 감소시켜주는 중재법이, 불확실성이 기회로 인지된 경우에는 불확실성을 지지해 주는 방법이 개발되어야 할 것이라고 제안하였다.

불확실성의 인지개념을 다룬 연구들을 살펴보면, 부인과 암 치료를 받고 있는

환자들을 대상으로 시행한 연구 결과, 질병이나 치료 경험을 모호하게 인지하는 환자일수록 불확실한 사건을 위협으로 평가하고 있었으며 (Mishel & Sorenson, 1991), 불확실성 정도는 불확실성의 위협 평가와 유의한 상관관계를 보였고, 반면에 기회 평가와는 유의한 상관관계를 보이지 않았다 (강윤희, 2003; Bailey & Nielsen, 1993). 불확실성, 질병의 심각성, 교육정도, 연령이 불확실성을 위협과 기회로 평가하는데 유의한 영향을 주었으며, 이중 가장 중요한 영향을 주는 요인은 개인이 가지고 있는 불확실성 정도인 것으로 확인되었다 (유경희, 1997).

고찰 결과, 암 환자를 대상으로 불확실성을 다룬 연구에 있어 대상자들의 특성을 살펴보면, 주로 전체 암 환자를 대상으로 하거나, 특정 치료와 관련된 소수의 연구가 진행되었고, 유방암 환자들의 불확실성을 파악하기 위한 연구는 소수의 연구가 존재하였으나 주로 심리 사회적 변수들에 대한 상관관계 연구였다 (조옥희, 2000; Deane & Degner, 1998; Mast, 1998; Sammarco, 2001; Wong & Bramwell, 1992; Wonghongkul, Moore, Musil, Schneider, & Deimling, 2000).

기존의 연구를 통해 유방암 환자들의 전반적인 치료과정과 관련되어 경험하는 불확실성을 파악하기에는 무리가 있었으며, 결과도 서로 일치하지 않아 추후 연구를 통한 유방암 환자의 불확실성을 파악하는 연구가 필요함을 보여 주었다. 또한, 기존의 불확실성과 관련된 연구들은 불확실성 선행요인과 결과를 확인하는 연구가 다양하게 이루어 졌으며, 불확실성을 경험하는 환자들이 불확실성을 어떻게 평가하는지를 파악하는 연구는 소수가 진행되었으나 유방암을 비롯한 암 환자를 대상으로 시행된 연구는 없었다. 암 환자는 질병이나 치료과정과 관련된 불확실성으로 인해 부정적인 정서를 경험할 뿐만 아니라 삶의 질에도 심각한 위협을 받게 되는데 (김명자, 1985; 소향숙, 1995; 조옥희, 2000), 이들의 불확실성을 효과적으로 잘 다루어 주기 위한 간호 중재 전략의 개발이 필요하다 (김금순 & 함은미, 1996). 이를 위해서 먼저 환자들이 어느 정도로 불확실성을 지각하고, 지각된 불확실성을 어떻게 평가하는지의 연구가 필요하다.

Ⅲ. 개념적 기틀

1. 질병에 대한 불확실성 이론

Mishel (1981; 1988; 1990)은 질병에 대한 불확실성은 질병을 회복하는데 영향을 주는 변수로서, 질병의 경험과 관련된 친숙하지 못한 사건들, 예측할 수 없는 증상들, 불명확한 설명, 정보의 부족, 확신할 수 없는 치료효과, 그리고 질병 진행 과정에 대한 회환 정보부족에 의해 생성될 수 있는 인지적 상태를 말한다 (Mishel, 1984).

불확실성에 영향을 미치는 요인에는 증상의 일관성, 사건의 친숙성, 사건의 일치성, 교육정도, 사회적 지지, 의료인에 대한 신뢰 등이 포함된다고 하였다.

Mishel은 1981년 인지평가 모형 (Cognitive appraisal model)을 근거로 하여 질병에 관한 불확실성 모델을 제시하였으며, 1988년에는 이론적이면서 경험적인 차원을 겸비하여 불확실성의 선행요인, 불확실성의 인지평가 과정, 불확실성에 대한 대처, 불확실성에 대한 적응의 네 부분으로 구성된 실제 생활에 적용될 수 있는 불확실성 이론을 제안하였다. 이 이론은 환자가 질병과 관련된 사건의 의미를 인지적으로 어떻게 해석하여 대처하는지를 잘 설명하여 주는 것으로 질환에 대한 불확실성 모델에 따르면 사람들은 질환이나 치료에 관한 경험을 해석하는 것을 도와주는 인지적 구조 (의미에 대한 주관적 평가)를 가지고 있고, 이 인지적 구조 하에서 다음의 네 가지 단계가 제시되어지고 있다.

첫째, 불확실성을 일으키는 선행요인들, 둘째, 불확실성을 위협이나 기회로서 평가하는 과정, 셋째, 위협으로서 평가된 과정을 감소시키기 위한 대응노력이나 기회로 평가되어진 불확실성을 유지시키려는 노력, 넷째, 효율적인 대응으로 인한 적응 상태로, 개념적 기틀을 보면, 선행요인 (Antecedents), 인지평가 (Appraisal), 대처 (Coping), 적응 (Adaptation)의 네 개 범주로 구성되어 있다 <그림 1>.

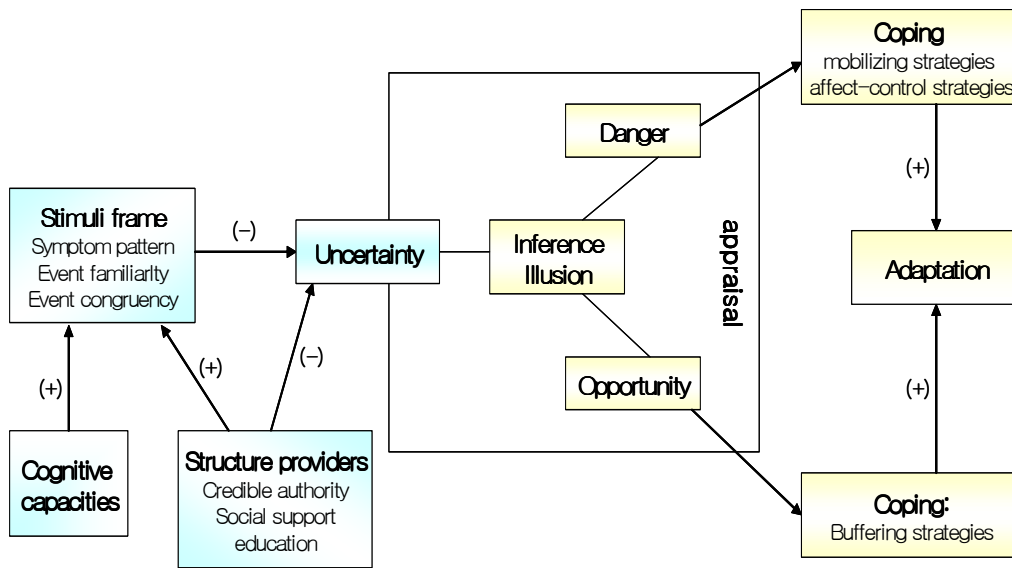


그림 1. Mishel (1988)의 Model of perceived uncertainty in illness

불확실성을 일으키는 선행요인에는 자극적인 틀 (stimuli frame), 인지적인 능력 (cognitive capacity), 구조적 제공자 (structure provider) 등이 존재한다.

자극적인 틀은 직접 불확실성에 관여하는 증상패턴 (현재 존재하는 증상 정도), 사건의 친숙성 (습관적이고 반복적인 상황의 정도), 사건의 일치성 (질병과 관련된 사건에 있어서 기대와 경험사이의 일치정도)이며, 인지적인 능력은 간접적으로 불확실성에 관여하는 것으로, 인간의 정보 처리 능력, 정보에 대한 제한된 인지는 증상패턴, 사건의 친숙성, 사건의 일치성을 인지하는 능력을 감소시킨다. 구조적 제공자는 증상 패턴, 사건의 친숙성, 사건의 일치성을 해석할 수 있도록 도와주는 자원으로 불확실성을 직접, 간접으로 감소시키는데, 직접 감소는 환자가 구조적 제공자에 의존하여 사건을 해석할 때이며, 간접 감소는 구조 제공자가 자극 틀의 요소들에 영향을 줄 때이다. 구조적 제공자의 자원으로서는 신뢰성 있는 권위자, 사회적 지지, 교육 등이 존재한다.

불확실성에 대한 위협이나 기회로의 평가과정은 추론 (inference)과 착각 (illusion)이 있는데, 추론은 개인이 회상한 내용이나 개인의 성격, 일반적 경험, 지

식, 그리고 상황적 단서 등을 바탕으로 형성되어 불확실성을 평가하는 것으로 추론이 긍정적으로 인식되면 불확실성은 기회로서 평가되어 지고, 위협적인 것으로 평가되어 지면 위협으로 고려된다. 추론의 결과로 질병 상태의 불확실한 사건은 객관적인 해석에 필요한 명백함이나 예측력이 결핍되기 때문에 개인은 이 사건이 자신의 과거 학습내용과 일치하지 않아 불확실한 사건을 다루기 어렵고 위험하다고 여긴다. 반면에, 착각은 일반적으로 긍정적 견해를 지닌 신념의 구성으로서 불확실성에서 비롯된 믿음 즉, 개인이 좋아하는 부분에 강조점을 두고 특별히 강조하는 것이다. 스스로에 의해 강화되어지는 착각은 불확실성에 의해 일반화 되는 것으로서 착각을 통하여 불확실성은 기회로 평가되어진다. 이것은 개인이 결과에 영향을 미칠 수 없다고 여겨지는 상황이나 결과가 부정적일 때 적절한 것으로 보여진다. 따라서 이러한 착각을 통한 일반화는 부정적 결과를 지닌 상황에서 주로 사용된다.

불확실성이 기회로 평가되어 질 때는 문제 중심의 대응전략의 사용이 예상되며, 그 이유는 기회란 많은 행위가 가능함을 나타내기 때문이다. 불확실성을 기회로 본다는 것은 긍정적인 영향을 띤다. 그러나 불확실성이 위협으로 평가되어 질 때는 감정 중심의 대응전략이 우세한데, 위협이란 상황이 이용 가능한 자기 행위로 조절할 수 없음으로 인지 평가되었기 때문이며, 따라서 불확실성을 감소시키고 위협평가에 의해 일반화된 감정을 조절하려는 방향으로 행해진다. 대응전략은 질병에 대한 불확실성에 대한 평가와 적응사이를 중재하는 기능을 가진다. 불확실한 상황을 위협으로 평가한 후에 나타나는 대처방식은 불확실을 감소시키거나 위협평가의 결과로 발생된 부정적인 정서를 조절하기 위하여 사용된다. 이러한 대처방식의 종류로는 직접적인 행동이나 정보추구와 같은 능동적인 대처와 신념이나 희망적인 사고와 같은 정서중심의 조절기제가 있다 (Mishel, 1988). 착각은 불확실한 상황에서 생겨나는 유익한 믿음이나 신념으로 정의 되는 것으로 불확실한 상황으로부터 착각이 생겨날 때 불확실한 사건은 기회로 평가되고 (Mishel, 1988), 기회로 평가된 불확실성은 희망을 촉진시켜 스트레스를 감소하는 효과가 있기 때문에 이때는 불확실성을 유지하기 위한 대처 방식이 사용 된다 (Mishel, 1988). 이러한 대처방식들이 불확실한 사건에 효과적일 경우 적응을 이루게 되나 이에 실

패할 경우 적응 어려움이 초래 된다 (김금순 & 함은미, 1996). 이렇게 불확실성이 위협으로 인지 될 때는 불확실성을 감소시켜주는 중재법이, 불확실성이 기회로 인지된 경우는 불확실성을 지지해주는 중재법이 개발되어야 한다고 하였다 (Mishel, 1988).

질병에 대한 불확실성 이론의 마지막 구성부분인 적응은 개인적으로 정상적인 행동의 범위 내에서 일어나는 사회 심리 생리적인 행동으로 정의되고, 적응의 어려움은 불확실성 자체를 의미 한 다기 보다는 환자가 기대하는 방향으로 불확실성을 조절하지 못한 결과를 나타내는 것이라고 할 수 있으며 (Mishel, 1984), 개인적인 기준 보다 높거나 낮은 활동 정도로 정상적인 범위 밖에서의 행동을 내포한다 (유경희, 2001). 불확실성과 관련된 대부분의 연구에서 적응은 사회 심리적인 적응, 회복, 스트레스, 삶의 질, 혹은 건강 등으로 조작적으로 정의되어 오고 있으며 (유경희, 2001; 이윤정, 함은미, & 김금순, 2001; 조옥희, 2000), 많은 연구들에서 불확실성에 대한 결과 변수로 불안을 측정하고 있다.

2. 본 연구의 개념적 기틀 (Conceptual Framework)

본 연구에서는 Mishel (1988)의 질병에서의 불확실성 모형을 근간으로 하여 불확실성, 불확실성 평가, 삶의 질에 관한 개념적 기틀을 구성하였다 <그림 2>.

본 연구에서의 불확실성은 질병관련 상황에서 발생하는 요소로서 유방암 환자들이 지각한 불확실성 정도이며, 불확실성에 따른 적응의 한 측면으로 삶의 질을 살펴보았다.

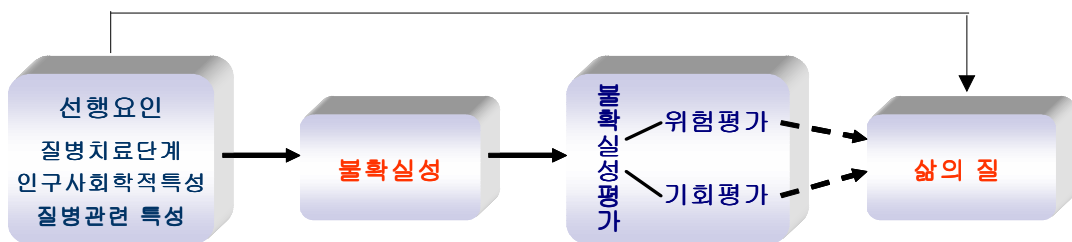


그림 2. 본 연구의 불확실성, 불확실성 평가, 삶의 질에 대한 개념적 기틀

IV. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 유방암 진단을 받은 여성들을 대상으로 질병 치료 단계에 따른 불확실성 정도, 불확실성에 대한 평가, 삶의 질의 관계를 파악하고자 시도된 서술적 상관관계 (cross-sectional descriptive correlational study) 연구로 질병 치료 단계를 유방암의 진단 시기, 보조요법 시기, 회복 및 추후관리 시기로 나누어 각각의 치료 단계 그룹별로 불확실성 정도와 불확실성 평가, 삶의 질에 대해 살펴보았다.

2. 연구 대상

1) 대상자 선정

연구 대상은 2004년 10월 18일부터 2004년 11월 30일까지의 44일간 일 대학교 병원에서 유방암 진단을 받고 수술을 위해 입원한 대상자와 수술 후 보조요법을 받는 대상자, 유방암과 관련된 치료가 종결되고 추후 일 대학교 병원 유방센터 외래를 방문 중인 유방암 여성들 전수를 근접모집단으로 하여 본 연구 목적을 이해하고 본 연구에 참여를 동의한 대상자를 다음의 기준에 의하여 편의표출 하였다. 구체적인 대상자 선정 기준은 다음과 같다.

- ① 의학적으로 유방암 진단을 받고 유방암 관련 치료를 받는 대상자와 외래로 통원 치료를 하면서 일상생활에 임하는 대상자
- ② 자신이 유방암임을 알고 있는 대상자
- ③ 의사소통이 가능하고 질문지의 내용을 이해하고 응답할 수 있는 자.
- ④ 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여할 것을 동의한 자
- ⑤ 유방암 이외에 다른 암은 없는 자

2) 표 본

본 연구에서는 대상자 선정 기준에 적합한 환자를 선정하였으며, 대상자 수는 세 변수 평균의 차이를 검증하는 것이 목적이므로 Cohen의 Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences에서 검정력 분석과 사용된 통계적 검정법에 따른 표본 크기 결정을 위해 제시한 표 (이은옥, 임난영 & 박현애, 1993)에 의해 결정하였는데, 유의 수준 .05, 그룹 수 3 (분자의 자유도 2), 효과의 크기를 중간정도인 .25, 검정력을 .80으로 정하여 연구에 필요한 표본수를 Cohen이 제시한 표 (이은옥, 임난영 & 박현애, 1993)에서 찾아본 결과 필요한 표본 수는 그룹 당 52명으로 산출되어, 각 그룹 당 필요한 표본수의 산출에 따라 본 연구에서는 진단 시기 54명, 보조요법 시기 54명, 회복 및 추후 관리시기 53명으로 총 161명을 선정하였다.

3) 윤리적인 고려

본 연구의 자료 수집을 위한 설문지 작성 시 연구 참여 동의서를 첨부하였다. 연구 참여 동의서는 본 연구의 참여가 자발적으로 이루어지고, 설문지는 연구목적으로만 사용할 것과 연구 참여자의 익명을 보장한다는 내용으로 구성하였고, 연구 대상자가 동의서에 서명한 후 설문지에 응하도록 함으로서 윤리적 측면을 보호하였다.

3. 연구 도구

연구도구는 구조화된 질문지를 일대일 면접을 통해 사용하였으며, 내용은 일반적 특성에 관한 9 문항, 질병관련 특성에 관한 7 문항, 질환에 대한 불확실성 정도에 관한 33문항, 불확실성의 평가에 관한 15문항, 삶의 질에 관한 41문항으로 총 105문항으로 구성되었다.

1) 일반적 특성

나이, 경제상태, 자녀수, 자녀의 나이, 종교, 교육정도, 직업, 배우자 유무에 관한 내용으로 구성된 도구로 총 9 문항이다.

2) 질병관련 특성

문헌고찰을 근거로 병기, 수술종류, 치료종류, 수술 기간 등에 관한 내용으로 구성된 도구로 총 7 문항이다.

3) 불확실성 정도

Mishel (1981)은 30문항의 불확실성 측정도구를 처음으로 개발하였는데, 이 초기의 불확실성 도구는 입원한 환자에게 적용한 척도였고, 이후 초기의 불확실성 척도를 수정하여 33문항의 불확실성 척도 (Mishel's Uncertainty in illness Scale: MUIS)를 개발하였고 (Mishel, Hostetter, King, & Graham, 1984), 주로 부인과 암 환자에게 적용되었다. MUIS는 질병에 대해 인지된 불확실성을 측정하는 자가 보고형 5점 척도의 도구로서, '매우 그렇다'의 5점, '그렇다'가 4점, '그저 그렇다'가 3점, '아니다' 2점, '전혀 아니다'의 1점까지의 5점 평정척도이며, 긍정적인 문항은 역으로 점수를 산출하여 계산하며, 최저 33점에서 최고 165점까지의 범위이다. 점수가 높을수록 불확실성 정도가 높은 것을 의미한다.

본 연구에서는 Mishel (1988)이 초기의 불확실성 척도를 수정하여 개발한 33문항의 불확실성 척도 (MUIS)를 정재원 (2004)이 도구 사용 허가를 받아 국문으로 번역한 도구를 이용하여 예비조사를 거쳐 사용하였다. Mishel (1988)이 수정 개발한 33문항의 도구에 대한 신뢰도 Cronbach's α 는 .91~.93이었으며, 정재원 (2004)이 국문으로 번역하여 사용한 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .85였고, 본 연구에서의 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .83이었다.

4) 불확실성의 평가

불확실성의 평가 (appraisal)는 Folkman (1982)의 Ways of Coping Checklist를 Mishel과 Sorenson (1991)이 문항분석을 통하여 도출하여 사용한 15개 문항의 평가 도구 (appraisal scale)로 불확실성 이론에서 평가 (appraisal)의 정의로 일관된다 (Mishel & Sorenson, 1991). 이 평가 도구는 두 개의 하부영역인 위험 평가 (danger appraisal scale) 8문항과 기회 평가 (opportunity appraisal scale) 7문항으로 구성되어 있으며, ‘전혀 없다’의 0점에서 ‘아주 많이 있다’의 5점으로 구성된 자가 보고형 6점 척도이다.

도구의 신뢰도는 Mishel과 Sorenson (1991)의 연구에서 위험 평가 도구 신뢰도 Cronbach's α 가 .87, 기회평가 도구 신뢰도 Cronbach's α 가 .82였고, 강윤희 (2003)의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 위험 평가와 기회 평가 도구 모두 .86이었다. 본 연구에서는 위험평가 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .87이었고, 기회평가 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .85였다.

5) 삶의 질

삶의 질은 Ferrell 등 (1989)이 개발한 삶의 질 측정 도구인 QOL-CS (Quality of Life-Cancer Survivors)를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 삶의 질을 신체적 안녕, 정신적 안녕, 사회적 안녕, 영적 안녕으로 개념화 하여 개발한 총 41문항의 자가 보고형 도구로, 신체적 안녕 8문항, 정신적 안녕 18문항, 사회적 안녕 8문항, 영적 안녕 7문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 0~10점의 11점 척도로, 0점은 삶의 질이 아주 낮음, 10점은 삶의 질이 아주 높음으로 해석할 수 있도록 된 것이며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 부정적인 문항은 환자가 기록한 점수를 역으로 계산하게 된다.

도구 개발당시 도구의 신뢰도인 Cronbach's α 는 .95였으며, 박은영 (2000)이 Ferrell 등 (1989)의 삶의 질 측정도구 41문항에 대해 국문으로 번역, 역번역을 통해 간호대학 교수 1인, 종양전문 간호사 2인, 종양 내과 병동 수간호사 1인의 총

4인의 감수를 받아 사용했던 연구에서의 도구의 신뢰도인 Cronbach's α 는 .91이었고, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .89였다.

4. 자료수집 방법 및 절차

자료 수집은 2004년 10월 18일부터 2004년 11월 30일까지 일 대학교 병원의 외과 병동과 암센터 외래 주사실, 유방센터 외래에서 44일간 실시하였다.

각 질병 시기를 치료 단계에 따른 진단 시기, 보조요법시기, 회복 및 추후관리 시기의 3 시기로 나누어, 진단 시기 54명, 보조요법시기 54명, 회복 및 추후관리 시기 53명의 전체 161명을 표집 하였으며, 이러한 질병 시기는 환자들이 경험하는 주요한 문제들이 질병의 치료와 관련되어 달라진다는 것을 문헌을 통해 확인하였으므로, 일 대학교 병원 유방암 센터에서 유방암으로 치료중인 모든 대상자들이 유방암 진단 후 받는 치료의 과정 및 추후 외래 방문 일정을 따라서 선택되었다.

연구를 위해 일 대학교 병원의 유방암 수술 전문의의 동의 하에 해당 병원의 간호부의 승인을 받아 외과 병동과 유방센터 외래, 암센터 수간호사에게 연구의 취지 및 목적을 설명하여 기관의 협조를 구하였다.

수술 및 질병관련 특성에 관해서는 의무기록을 열람하여 기록하였고, 일반적인 특성, 불확실성 정도, 불확실성 평가, 삶의 질은 연구자와 보조 연구자들이 유방암 진단을 받고 수술을 위해 입원한 대상자들과, 수술 후 보조 요법을 받고 있는 대상자, 유방암으로 인한 치료과정이 끝나고 병원의 유방암 센터 외래 추후 방문 중에 있는 회복기의 대상자들에게 연구의 목적과 취지 및 설문지 작성요령을 설명하고 연구에 참여한다는 동의를 얻은 후 설문지 작성요령을 설명하고 일대일 면담으로 자료 수집하였다.

구체적인 연구 진행 절차는 <표 1> 와 같다.

표 1. 자료수집 시기, 자료수집 장소, 자료수집 내용

일 대학교 병원 ('04.10.18. ~ 11.30.)			
치료 단계	자료수집시기	자료수집 장소	자료수집내용
			불확실성 정도
진단 시기	입원수술 전	외과 병동	불확실성의 평가
			삶의 질
			불확실성 정도
보조요법시기	항암치료 2~5회 차	암센터 외래 주사실	불확실성의 평가
			삶의 질
			불확실성 정도
회복 및 추후관리 시기	치료 종료 1~3년 후 추후 외래 방문시기	유방 센터 외래	불확실성의 평가
			삶의 질

5. 자료 분석 방법

수집된 자료들은 부호화 하거나 점수로 입력되었으며, 입력된 자료는 SPSS 12.0 for Windows 를 이용하여 유의수준 .05 수준에서 검증하였고, 구체적인 통계 분석 방법은 다음과 같다.

1) 일반적 특성과 질병관련 특성에 따른 불확실성 정도, 불확실성의 평가, 삶의 질의 차이는 χ^2 -test와 ANOVA를 이용하여 분석하였다.

2) 치료 단계에 따른 불확실성 정도, 불확실성의 평가, 삶의 질의 차이는 ANOVA로, 사후검증을 위해 Sheffe test로 분석하였다.

3) 불확실성 정도, 불확실성의 평가, 삶의 질 간의 상관관계는 Pearson's Correlation Coefficient를 이용하여 분석하였다.

4) 치료 단계에 따른 불확실성 정도, 불확실성의 평가, 삶의 질의 영향은 Hierarchical Multiple Regression으로 분석하였다.

5) 연구에 사용된 도구의 신뢰도를 검증을 위해 Cronbach 's alpha를 구하였다.

V. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성으로 나이, 월수입, 자녀수, 첫째 자녀의 나이, 막내 자녀의 나이, 종교, 교육정도, 직업, 배우자 유무에 대해 조사하였다 (표 2, 표 3).

치료 단계별 각 그룹 당 수술 전 유방암 진단 시기 54명, 보조요법 시기 54명, 회복 및 추후관리 시기 53명 이었으며, 유방암 진단 시기, 보조요법 시기, 회복 및 추후관리 시기의 세 그룹 각각에서 일반적 특성에 따른 차이를 ANOVA와 Chai-square로 분석한 결과 일반적 특성에서 통계적으로 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다.

대상자의 평균 연령은 수술 전의 유방암 진단 시기가 48세 (± 10.66), 보조요법 시기 47세 (± 9.41), 회복 및 추후관리 시기가 50세 (± 9.80)로 주로 40-50대가 많았으며, 평균 월수입은 수술 전 유방암 진단 시기가 301만원 (± 173.08), 보조요법 시기가 278만원 (± 190.41), 회복 및 추후관리 시기가 303만원 (± 181.93)이었고, 주관적으로 느끼는 경제만족정도는 ‘필요한 요구는 충족시킬 정도 ‘ 이상으로 ‘ 충분하다 ‘고 대답한 대상자가 유방암 진단 시기 36명 (67.9%), 보조요법시기 35명 (64.8%), 회복 및 추후관리 시기 33명 (62.2%)으로 전반적인 가정경제가 어렵지 않음을 보여 주었다. 평균 자녀수는 세 그룹 모두 3명 정도였다. 첫째 자녀의 평균 나이는 각각 20세 (± 12.73), 20세 (± 11.55), 25세 (± 11.74)세였고, 막내 자녀의 평균 나이는 각각 13세 (± 12.80), 15세 (± 11.35), 20세 (± 11.31)였다. 세 그룹 모두에서 종교가 있는 경우가 39명 (72.2%), 47명 (87.0%), 44명 (83.0%)으로 어떤 종교든 종교를 가지고 있었으며, 교육정도는 고졸이하가 35명 (64.8%), 35명 (64.8%), 39명 (73.6%)이고, 직업은 없는 경우가 각 그룹별로 33명 (61.1%), 35명 (64.8%), 31명 (58.5%)으로, 대부분 직업을 가지고 있지 않았다. 세 그룹 모두에서 배우자가 있는 경우가 각각 45명 (83.3%), 43명 (79.6%), 48명 (90.6%)이었다.

표 2. 대상자의 일반적 특성 및 치료 단계 그룹간의 동질성 검정 (1)

특 성	N=161			F (p)
	진단 시기	보조요법시기	회복및추후관리시기	
	(n=54) M±SD	(n=54) M±SD	(n=53) M±SD	
나 이	48±10.66	47.41±9.41	50.30±9.08	1.31 (.28)
월수입 (만원)	301±173.08	278.29±190.41	303.64±181.93	1.27 (.28)
자녀수	2.69±.93	2.83±1.00	3.11±.93	2.76 (.06)
첫째자녀의 나이	20.15±12.73	20.02±11.55	24.68±11.74	1.98 (.14)
막내자녀의 나이	12.74±12.80	14.72±11.35	20.11±11.31	1.70 (.19)

표 3. 대상자의 일반적 특성 및 치료 단계 그룹간의 동질성 검정 (2)

특 성 구 분	N=161			χ^2 (p)	
	진단시기	보조요법시기	회복 및 추후 관리시기(n=53)		
	(n=54) 실수 (%)	(n=54) 실수 (%)	실수 (%)		
종 교	유	39 (72.2)	47 (87.0)	44 (83.0)	2.01 (.13)
	무	15 (27.8)	7 (13.0)	9 (17.0)	
교육정도	고졸이하	35 (64.8)	35 (64.8)	39 (73.6)	.70 (.50)
	대졸이상	19 (35.2)	19 (35.2)	14 (26.4)	
직 업	유	21 (38.9)	19 (35.2)	22 (41.5)	.18 (.84)
	무	33 (61.1)	35 (64.8)	31 (58.5)	
배우자 유 무	유	45 (83.3)	43 (79.6)	48 (90.6)	1.26 (.29)
	무	9 (16.7)	11 (20.4)	5 (9.4)	
주관적 경제만족도	절대부족	4 (7.5)	6 (11.1)	3 (5.7)	5.64 (.46)
	어느정도부족	13 (24.5)	13 (24.1)	17 (32.1)	
	충족할정도	30 (56.6)	24 (44.4)	21 (39.6)	
	충분함	6 (11.3)	11 (20.4)	12 (22.6)	

2. 대상자의 질병관련 특성

대상자의 질병과 관련된 특성에 대해서는 보조요법 시기와 회복 및 추후 관리 시기에서 유방암 가족력, 현재 앓고 있는 동반질환, 수술종류, 질병의 병기, 항암제 종류, 전이 여부, 전이부위, 재발여부, 임파 부종 여부에 대해 조사하였다 (표 4).

보조요법시기와 회복 및 추후관리 시기에서의 그룹 간 질병관련 특성에 대한 차이를 검증해 본 결과 수술 경과 기간과 항암제 종류와 임파 부종 여부에서 차이가 있었고, 그 외의 질병관련 특성에서는 그룹 간에 통계적으로 유의한 차이가 없었으며, 유방암 가족력과 현재 앓고 있는 동반질환 여부에 대한 진단 시기, 보조요법 시기, 회복 및 추후 관리 시기의 세 그룹 간 차이 검증에서도 그룹간의 유의한 차이가 없었다.

수술의 종류는 보조요법 시기의 경우 유방 보존술 21명 (38.9%), 유방 절제술 33명 (61.1%), 회복 및 추후관리 시기의 경우 유방 보존술 15명 (28.3%), 유방 절제술 38명 (713.7%)이었으며, 두 그룹 간에 차이가 없었다.

유방암의 병기는 보조요법시기의 경우 0기는 없었고, 1기가 6명 (11.1%), 2기가 35명 (64.8%), 3기가 11명 (20.4%), 4기가 2명 (3.7%)이었고, 회복 및 추후관리 시기의 경우 0기 1명 (1.9%), 1기 12명 (22.6%), 2기 29명 (54.7%), 3기 9명 (17.0%), 4기 2명 (3.8%)이었는데, 두 그룹 모두에서 대부분 2기 이하의 조기유방암이 많았고, 그룹 간에 차이가 없이 동질 하였다.

보조요법 시기의 항암제 투여 횟수는 2 회차 12명 (22.2%), 3 회차 10명 (18.5%), 4 회차 23명 (42.6%), 5 회차 9명 (16.7%)으로 4 회차인 대상자가 많았고, 투여 받은 항암제의 종류는 보조요법 시기에서 doxorubicin+ cyclophosphamide (AC) 요법 16명(29.6%), 5-FU+ doxorubicin+ cyclophosphamide (FAC) 요법 32명 (59.3%), Cyclophosphamide+ mitomycin+ 5-FU (CMF)요법 4명 (7.4%), Epirubicin+ cyclophosphamide (EC) 요법 2명 (3.7%)으로 AC와 FAC 요법이 많았던 반면, 회복 및 추후관리 시기의 경우 doxorubicin+ cyclophosphamide (AC) 요

법 7명 (13.2%), 5-FU+ doxorubicin+ cyclophosphamide (FAC) 요법 11명 (20.8%), Cyclophosphamide + mitomycin+ 5-FU (CMF)요법 10명 (18.9%), Epirubicin+ cyclophosphamide (EC) 요법 5명 (9.4%), 기타 Taxol이나 docetaxel 등의 요법이 20명 (37.7%) 으로 CMF와 FAC, 기타 요법이 많아 두 그룹 간에 차이가 있었다.

전이여부의 경우 보조요법시기의 대상자들에서 전이된 경우가 28명 (85.7%), 회복 및 추후관리시기에서는 전이된 경우가 21명 (39.6%)이었으며, 전이된 부위는 임파선이 각각 24명 (85.7%), 14명 (66.7%)으로 대부분을 차지하였다.

유방암의 재발 여부는 유방암 진단기의 경우는 아무도 없었고, 보조요법 시기의 경우 50명 (92.6%), 회복 및 추후관리 시기의 50명 (94.3%)에서 재발 없이 처음 진단받고 치료를 받는 환자들이었다.

임파 부종이 있는 경우는 보조요법시기에서 12명 (12.2%), 회복 및 추후관리 시기에서 24명 (45.3%)을 차지하고 있었으며, 두 그룹 간에 차이가 있었다.

유방암 가족력이 있는 경우는 진단시기에서 4명 (7.4%), 보조요법 시기에서 5명 (9.3%), 회복 및 추후관리 시기에서 10명 (18.9%) 이었고, 유방암 이외에 고혈압이나 결핵, 간질환등 다른 질환을 동반하고 있는 경우가 진단시기에서 16명 (29.6%), 보조요법 시기에서 13명 (24.1%), 회복 및 추후관리 시기에서 14명 (26.4%)이었으며, 세 그룹 간에 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

표 4. 대상자의 질병관련 특성 및 치료 단계 그룹간의 동질성 검정

특성	구분	진단시기 (n=54)			보조요법시기 (n=54)			회복및추후관리시기 (n=53)			χ^2 or F (p)
		실수 (%)			실수 (%)			실수 (%)			
		실수 (%)	실수 (%)	실수 (%)	실수 (%)	실수 (%)	실수 (%)	실수 (%)	실수 (%)		
유방암가족력	유	4 (7.4)	5 (9.3)	10 (18.9)	1.95						
	무	50 (92.6)	49 (90.7)	43 (81.1)	(.15)						
동반질환	유	16 (29.6)	13 (24.1)	14 (26.4)	.21						
	무	38 (70.4)	41 (75.9)	39 (73.6)	(.81)						
수술종류	유방보존술	-	21 (38.9)	15 (28.3)	1.34						
	유방절제술	-	33 (61.1)	38 (71.7)	(.31)						
병기	0기	-	0 (0.0)	1 (1.9)	3.75 (.44)						
	1기	-	6 (11.1)	12 (22.6)							
	2기	-	35 (64.8)	29 (54.7)							
	3기	-	11 (20.4)	9 (17.0)							
	4기	-	2 (3.7)	2 (3.8)							
항암제종류	A C	-	16 (29.6)	7 (13.2)	15.87 (.00)						
	FAC	-	32 (59.3)	11 (20.8)							
	CMF	-	4 (7.4)	10 (18.9)							
	EC	-	2 (3.7)	5 (9.4)							
	기타	-	-	20 (37.7)							
전이여부	유	-	28 (51.9)	21 (39.6)	1.61						
	무	-	26 (48.1)	32 (60.4)	(.25)						
전이부위	입과선	-	24 (85.7)	14 (66.7)	4.73 (.19)						
	뼈	-	2 (7.1)	6 (28.6)							
	폐	-	1 (3.6)	1 (4.8)							
	간	-	1 (3.6)	0 (0.0)							
재발여부	유	-	4 (7.4)	3 (5.7)	.13						
	무	-	50 (92.6)	50 (94.3)	(1.00)						
입과부종여부	유	-	12 (22.2)	24 (45.3)	6.37						
	무	-	42 (77.8)	29 (54.7)	(.01)						

AC: doxorubicin+cyclophosphamide
 FAC: 5-FU+doxorubicin+cyclophosphamide
 CMF: Cyclophosphamide+mitomycin+5-FU
 EC: Epirubicin+cyclophosphamide
 기타: Taxol, Docetaxel 등

3. 치료 단계에 따른 불확실성정도, 불확실성 평가, 삶의 질의 정도

1) 치료 단계에 따른 불확실성 정도와 불확실성 평가의 차이

대상자들의 치료 단계에 따른 불확실성 정도와 불확실성의 하부영역, 불확실성 평가는 다음과 같이 나타났다 (표 5, 그림 3, 그림 4).

본 연구에서의 대상자의 치료 단계에 따른 질병에 대한 불확실성 정도와 불확실성에 대한 기회평가는 치료 단계별로 차이가 없었으며, 불확실성에 대한 위험평가는 치료 단계별로 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

치료 단계에 따른 불확실성 정도는 보조요법시기가 평균 94.91점 (SD=11.58), 회복 및 추후관리시기가 91.72점 (SD=12.51), 유방암의 진단시기가 91.01점 (SD=15.19)의 순으로 나타났으며, 세 그룹 간에는 통계적으로 유의한 차이가 없었다 ($F=1.33$, $p=.27$).

대상자의 질병에 대한 불확실성 정도의 4가지 하부영역인 모호성, 복잡성, 불일치성, 불예측성에 대해 치료 단계에 따른 질병에 대한 불확실성 정도의 하부영역별 차이의 검증결과, 모호성 영역에서만 치료 단계에 따라 세 그룹 간에 유의한 차이가 있었는데 ($F=3.96$, $p=.02$), 모호성은 보조요법 시기에서 평균 39.56점 (SD=6.58)으로 세 그룹 중 가장 높았으며, 회복 및 추후 관리 시기 ($M=36.13$, $SD=7.78$), 진단 시기 ($M=35.65$, $SD=9.02$)의 순이었다. 불확실성의 하부 영역 중 복잡성, 불일치성, 불예측성의 영역에서는 치료 단계의 세 그룹 간에 유의한 차이가 없었다.

대상자의 불확실성에 대한 평가는 유방암 진단기에서 위험에 대한 평가가 평균 18.70점 (SD=9.06), 기회에 대한 평가는 평균 18.04점 (SD=6.85), 보조요법시기의 경우 위험에 대한 평가는 평균 20.50점 (SD=8.04), 기회에 대한 평가는 평균 18.41점 (SD=7.84), 회복 및 추후관리 시기의 경우 위험에 대한 평가는 평균 15.98점 (SD=8.10), 기회에 대한 평가는 평균 19.75점 (SD=5.97)이었다. 각 치료 단계에

다른 세 그룹간의 불확실성에 대한 위협평가는 통계적으로 유의한 차이가 있었고 (F=3.91, p=.02), 기회에 대한 평가는 세 그룹 간에 통계적으로 유의한 차이가 없었다 (F=.91, p=.41). 불확실성에 대한 위협평가의 사후 검증결과 (표 7), 위협평가는 유방암 진단시기와 보조요법 시기, 회복 및 추후 관리 시기 간에 그룹 간 차이는 유의하지 않았으며, 보조요법 시기와 회복 및 추후관리 시기의 그룹 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다 (p=.02).

불확실성의 평가에서 다른 종류의 감정에 대해 개방형으로 질문하였는데, 유방암 진단시기의 대상자들은 염려, 서글픔, 다행, 감사의 감정을 가지고 있었으며, 보조요법 시기의 대상자들은 소외감, 무력감, 슬픔, 부끄러움, 미래에 대한 불안, 초조함, 짜증, 허탈, 열 받음, 분노, 억울함, 우울증, 지루함, 타인에 대한 원망, 용기, 오래 살아야겠다는 생각의 다양한 다른 감정을 표현하였다. 회복 및 추후관리 시기에 있는 대상자들은 염려, 우울, 허무감, 감사함의 감정을 표현하였다.

표 5. 치료 단계에 따른 불확실성 정도, 불확실성 평가의 차이

					N=161	
변 수	범 위	진단 시기	보조요법시기	회복 및	F (p)	
		(n=54)	(n=54)	추후관리시기 (n=53)		
		M±SD	M±SD	M±SD		
불확실성 정도	33-165	91.01±15.19	94.91±11.58	91.72±12.51	1.33 (.27)	
모호성	13-65	35.65±9.02	39.56±6.58	36.13±7.78	3.96 (.02)	
복잡성	7-35	17.54±3.09	17.78±3.25	18.66±3.68	1.67 (.19)	
불일치성	7-35	17.74±3.79	17.76±2.85	17.04±4.17	.68 (.51)	
불예측성	5-25	17.50±2.72	17.11±2.90	17.23±2.87	.29 (.77)	
불확실성 평가	위험 평가	0-40	18.70±9.06	20.50±8.04	15.98±8.10	3.91 (.02)
	기회 평가	0-35	18.04±6.85	18.41±7.84	19.75±5.97	.91 (.41)

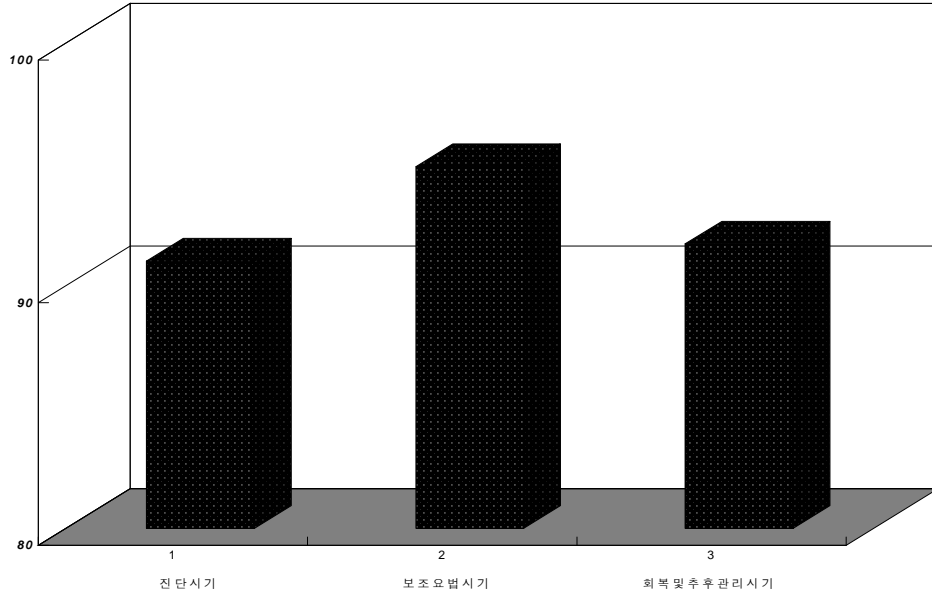


그림 3. 치료 단계에 따른 불확실성 정도

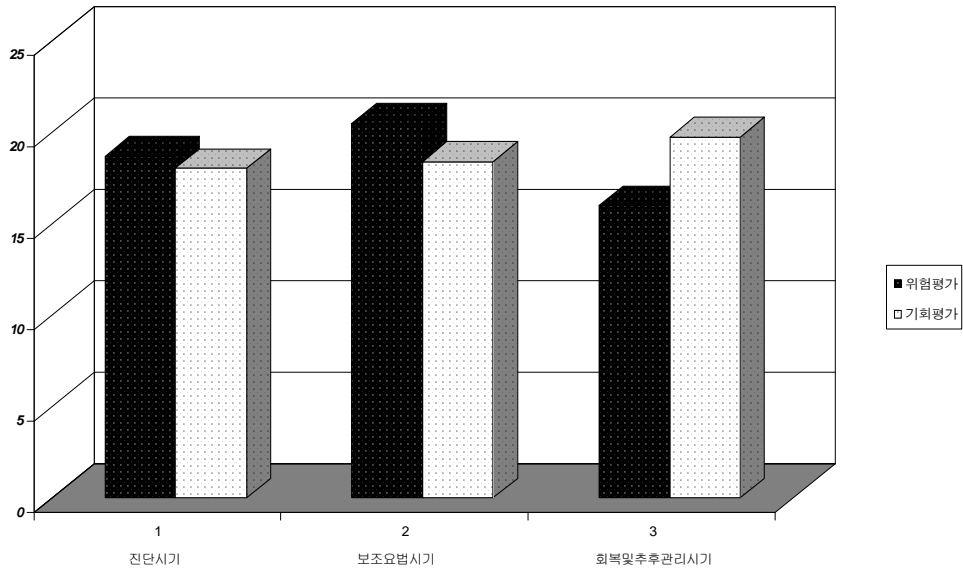


그림 4. 치료 단계에 따른 불확실성 평가

2) 치료 단계에 따른 삶의 질의 차이

본 연구에서의 대상자의 삶의 질에 대해서 Ferrell (1989)의 도구에 나와 있는 4가지 영역, 즉 신체적 안녕, 정신적 안녕, 사회적 안녕, 영적 안녕으로 구분하여 살펴보았다 (표 6, 그림 5).

대상자들의 삶의 질은 유방암 진단시기가 평균 234.31점 (SD=46.26)로 가장 높았고, 회복 및 추후관리 시기 (M=232.49, SD=51.84), 보조요법시기 (M=201.44, SD=50.69)의 순이었으며, 치료 진행 단계에 따른 세 그룹간의 삶의 질은 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($F=7.46, p=.00$). 사후검증 결과 (표 7), 삶의 질은 유방암 진단시기와 보조요법 시기에 유의한 차이가 있었고 ($p=.00$), 보조요법 시기와 회복 및 추후관리 시기에서 유의한 차이가 있었다 ($p=.00$).

치료 단계에 따른 삶의 질의 하부영역별 점수 차이에 대한 검증 결과 신체적 안녕과 정신적 안녕에서만 치료 단계에 따른 세 그룹 간에 유의한 차이가 있었고, 사회적 안녕과 영적 안녕에서는 세 그룹 간에 유의한 차이가 없었다. 삶의 질의 각 하부영역별 삶의 질은 신체적 안녕은 유방암 진단시기가 평균 58.20점 (SD=11.68)으로 가장 높았으며, 회복 및 추후관리 시기 (M=56.72, SD=11.25), 보조요법 시기 (M=42.24, SD=13.13)의 순이었고, 세 그룹 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($F=28.85, p=.00$). 정신적 안녕의 경우도 유방암의 진단 시기가 평균 83.44점 (SD=30.46)으로 세 그룹 중 가장 높게 나타났으며, 회복 및 추후관리 시기 (M=83.36, SD=29.03), 보조요법 시기 (M=71.76, SD=26.26)의 순이었고, 치료 단계에 따른 세 그룹간의 차이가 통계적으로 유의하였다 ($F=2.97, p=.05$). 사회적 안녕에서는 회복 및 추후관리 시기에 있는 대상자들의 사회적 안녕이 가장 높았으며 (M=47.13, SD=12.83), 치료 단계에 따른 세 그룹 간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다 ($F=1.78, p=.17$). 영적 안녕에서는 유방암의 진단 시기에 있는 대상자들의 영적 안녕이 가장 높았으며 (M=46.80, SD=13.82), 치료 단계에 따른 세 그룹간의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다 ($F=.27, p=.77$). 삶의 질의 하부영역 중 신체적 안녕과 정신적 안녕의 사후 검증결과 (표 7), 신체적 안녕은 보조요법시기와 유방암 진단 시기, 보조요법 시기와 회복 및 추후관리 시기에서 각각 $p=.00$ 으로 통

계적으로 유의한 차이가 있었으며, 정신적 안녕에서는 세 그룹 간 각각에서 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

표 6. 치료 단계에 따른 삶의 질의 차이

		N=161			
범 위		진단 시기 (n=54)	보조요법시기 (n=54)	회복 및 추후관리시기 (n=53)	F (p)
		M±SD	M±SD	M±SD	
삶 의 질	0-410	234.31±46.26	201.44±50.69	232.49±51.84	7.46 (.00)
신체적안녕	0-80	58.20±11.68	42.24±13.13	56.72±11.25	28.85 (.00)
정신적안녕	0-180	83.44±30.46	71.76±26.26	83.36±29.03	2.97 (.05)
사회적안녕	0-80	45.87±11.80	42.50±14.62	47.13±12.83	1.78 (.17)
영 적 안녕	0-70	46.80±13.82	44.94±14.12	45.28±14.04	.27 (.77)

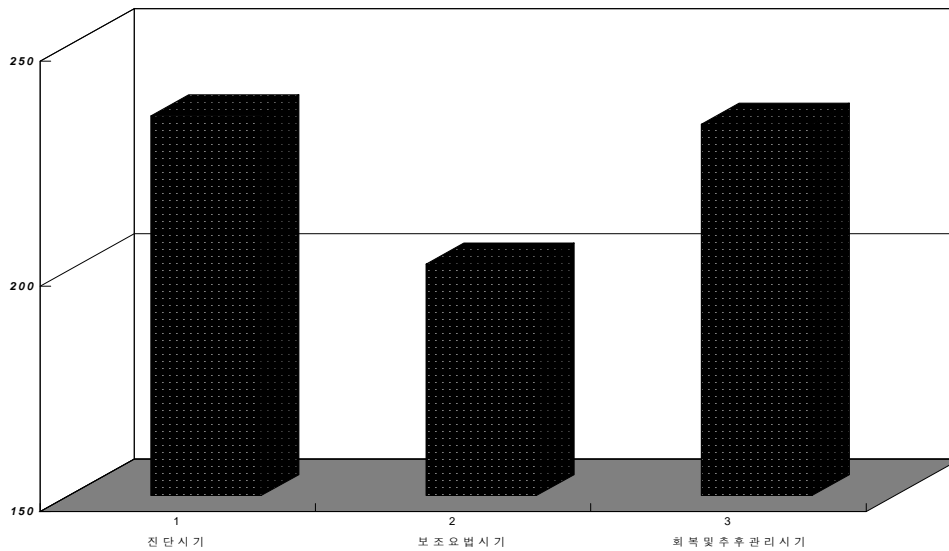


그림 5. 치료 단계에 따른 삶의 질

표 7. 치료단계에 따른 불확실성정도, 위험평가, 삶의 질 차이의 사후검증

			N=161	
변 수	대상자 군		평균 차 (I-J)	p
불확실성정도 모호성	진단 시기	보조요법시기	-3.91	.04
		회복및추후관리시기	-.48	.95
	보조요법시기	진단 시기	3.91	.04
		회복및추후관리시기	3.42	.08
	회복및추후관리시기	진단 시기	.48	.95
		보조요법시기	-3.42	.08
위험평가	진단 시기	보조요법시기	-1.80	.54
		회복및추후관리시기	2.72	.25
	보조요법시기	진단 시기	1.80	.54
		회복및추후관리시기	4.52	.02
	회복및추후관리시기	진단 시기	-2.72	.25
		보조요법시기	-4.52	.02
삶의 질	진단시기	보조요법시기	32.87	.00
		회복및추후관리시기	1.82	.98
	보조요법시기	진단 시기	-32.87	.00
		회복및추후관리시기	-31.05	.01
	회복및추후관리시기	진단 시기	-1.82	.98
		보조요법시기	31.05	.01
신체적안녕	진단시기	보조요법시기	15.96	.00
		회복및추후관리시기	1.49	.82
	보조요법시기	진단시기	-15.96	.00
		회복및추후관리시기	-14.48	.00
	회복및추후관리시기	진단시기	-1.49	.82
		보조요법시기	14.48	.00
정신적안녕	진단시기	보조요법시기	11.69	.11
		회복및추후관리시기	.09	1.00
	보조요법시기	진단시기	-11.69	.11
		회복및추후관리시기	-11.60	.12
	회복및추후관리시기	진단시기	-.09	1.00
		보조요법시기	11.60	.12

4. 불확실성 정도, 불확실성 평가와 삶의 질의 관계

1) 불확실성 정도와 불확실성 평가의 관계

불확실성 정도와 불확실성에 대한 평가간의 상관관계를 분석한 결과는 표 8.과 같다. 불확실성 정도는 불확실성의 위험평가와 유의한 긍정적인 상관관계를 나타냈고 ($r=.46, p=.00$), 하부 영역인 모호성 ($r=.50, p=.00$), 복잡성 ($r=.13, p=.11$), 불일치성 ($r=.30, p=.00$), 불예측성 ($r=.19, p=.01$)과도 유의한 긍정적인 상관관계가 있었다. 불확실성 정도는 불확실성의 기회평가와 유의한 부정적인 상관관계를 나타냈으며 ($r=-.49, p=.00$), 하부영역인 모호성 ($r=-.51, p=.00$), 복잡성 ($r=-.28, p=.00$), 불일치성 ($r=-.25, p=.00$)과 유의하게 부정적인 상관관계가 있었고, 불예측성과는 부정적인 상관관계가 있었으나 통계적으로 유의하지는 않았다 ($r=-.15, p=.06$).

표 8. 불확실성 정도와 불확실성 평가간의 상관관계

		N=161				
		불확실성정도	모호성	복잡성	불일치성	불예측성
불확실성	위험평가	.46 (.00)	.50 (.00)	.13 (.11)	.30 (.00)	.19 (.01)
평가	기회평가	-.49 (.00)	-.51 (.00)	-.28 (.00)	-.25 (.00)	-.15 (.06)

2) 불확실성 정도, 불확실성 평가와 삶의 질의 관계

대상자의 불확실성 정도와 삶의 질 간의 상관관계를 Pearson correlation coefficient로 검증한 결과 삶의 질과 불확실성 정도는 유의한 부정적인 상관관계를 나타냈으며 ($r=-.51, p=.00$), 불확실성 정도의 하부영역인 모호성 ($r=-.60, p=.00$), 불일치성 ($r=-.32, p=.00$)에서 삶의 질과 유의한 부정적인 상관관계가 있었다. 또한 불확실성 정도와 삶의 질의 하부영역인 신체적 안녕 ($r=-.21, p=.00$), 정신적 안녕 ($r=-.51, p=.00$), 사회적 안녕 ($r=-.32, p=.00$), 영적 안녕 ($r=.32, p=.00$)과도 유의한 부정적인 상관관계가 있었다 (표 9).

표 9. 불확실성 정도와 삶의 질 간의 상관관계

N=161

삶의 질	불확실성				
	정 도	모호성	복잡성	불일치성	불예측성
삶의 질	-0.51 (.00)	-0.60 (.00)	-0.13 (.10)	-0.32 (.00)	-0.09 (.24)
신체적 안녕	-0.21 (.01)	-0.30 (.00)	.05 (.56)	-0.17 (.03)	.04 (.58)
정신적 안녕	-0.51 (.00)	-0.59 (.00)	-0.13 (.10)	-0.33 (.00)	-0.13 (.11)
사회적 안녕	-0.32 (.00)	-0.38 (.00)	-0.07 (.40)	-0.26 (.00)	.04 (.62)
영 적 안녕	-0.32 (.00)	-0.34 (.00)	-0.19 (.01)	-0.10 (.23)	-0.17 (.04)

대상자의 불확실성 평가와 삶의 질 간의 상관관계를 검증한 결과를 표 10.에서 제시하였으며, 삶의 질과 불확실성에 대한 위험평가는 유의한 부정적인 상관관계를 나타냈으며 ($r=-.66, p=.00$), 삶의 질의 하부영역인 신체적 안녕 ($r=-.30, p=.00$), 정신적 안녕 ($r=-.69, p=.00$), 사회적 안녕 ($r=-.46, p=.00$), 영적 안녕 ($r=-.28, p=.00$)과도 통계적으로 유의한 부정적인 상관관계를 나타냈다. 삶의 질과 불확실성에 대한 기회평가는 유의한 긍정적인 상관관계를 나타냈으며 ($r=.59, p=.00$), 삶의 질의 하부영역인 신체적 안녕 ($r=.19, p=.01$), 정신적 안녕 ($r=.57, p=.00$), 사회적 안녕 ($r=.31, p=.00$), 영적 안녕 ($r=.52, p=.00$)과도 통계적으로 유의하게 긍정적인 상관관계를 나타냈다.

표 10. 불확실성 평가와 삶의 질 간의 상관관계

N=161

삶의 질	불 확 실 성 평 가	
	위 험 평 가	기 회 평 가
삶의 질	-0.66 (.00)	.59 (.00)
신체적 안녕	-0.30 (.00)	.19 (.01)
정신적 안녕	-0.69 (.00)	.57 (.00)
사회적 안녕	-0.46 (.00)	.31 (.00)
영 적 안녕	-0.28 (.00)	.52 (.00)

3) 일반적 특성 및 질병관련 특성과 불확실성 정도, 불확실성 평가, 삶의 질

본 연구에서의 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성과 불확실성 정도, 불확실성 평가, 삶의 질의 상관관계를 알아보기 위해 Pearson correlation coefficient로 분석 하였다 (부록 1, 부록 2).

일반적 특성에 따른 불확실성 정도는 교육정도와 부정적인 상관관계가 있었으며 ($r=-.25, p=.00$), 주관적으로 느끼는 경제만족정도와의 긍정적인 상관관계가 있었다 ($r=-.20, p=.01$). 불확실성에 대한 위협평가와 불확실성 정도는 긍정적인 상관관계가 있었으며 ($r=.46, p=.00$), 주관적으로 느끼는 경제만족정도와 부정적인 관계가 있었다 ($r=-.16, p=.04$). 불확실성에 대한 기회평가는 배우자 유무와 긍정적인 상관관계가 있었고 ($r=.18, p=.02$), 불확실성 정도와 부정적인 관계가 ($r=-.49, p=.00$), 위협평가와 부정적인 상관관계가 있었다 ($r=-.41, p=.00$). 삶의 질은 주관적으로 느끼는 경제만족정도와 긍정적인 상관관계가 있었고 ($r=.24, p=.00$), 불확실성 정도와는 부정적인 상관관계가 있었으며 ($r=-.51, p=.00$), 위협평가와도 $r=-.66$ ($p=.00$)으로 부정적인 상관관계가 있었으며, 기회평가와는 $r=.59$ ($p=.00$)로 긍정적인 상관관계를 나타내었다.

질병 관련 특성과 불확실성 정도, 불확실성 평가, 삶의 질의 상관관계를 알아보기 위해 보조요법 시기 그룹과 회복 및 추후관리 시기 그룹을 대상으로 Pearson correlation coefficient로 분석 하였는데, 삶의 질은 병기 ($r=-.27, p=.01$), 전이여부 ($r=-.23, p=.02$), 재발여부 ($r=-.25, p=.01$)와 유의하게 부정적인 상관관계가 있었다. 불확실성 정도는 재발여부와 유의하게 긍정적인 상관관계가 있었고 ($r=.41, p=.00$), 불확실성에 대한 위협평가와 재발여부는 유의하게 긍정적인 상관관계가 있었다 ($r=.26, p=.01$). 불확실성에 대한 기회평가는 배우자 유무와 긍정적인 상관관계가 있었으며 ($r=.18, p=.02$), 재발여부와 부정적인 상관관계가 있었다 ($r=-.29, p=.00$).

대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 불확실성, 불확실성 평가, 삶의 질의 차이를 검증하기 위해 t-test와 ANOVA로도 분석 하여 보았다 (부록 3, 부록 4, 부록 5, 부록 6, 부록 7, 부록 8). 대상자의 질병관련 특성에 있어서는 치료단계에 따른 그룹 간에 유의한 차이가 없었던 변수들을 이용하여 대상자의 질병관련 특성에 따른 불확실성, 불확실성 평가, 삶의 질의 관계를 분석 하였다.

검증 결과, 불확실성 정도는 나이에 따라 불확실성 정도는 통계적으로 유의한 차이가 있어 ($F=2.48$, $p=.03$), 나이가 어린 21~30세인 그룹과 나이가 61~70세인 그룹에서 불확실성 정도가 높음을 알 수 있었다. 또한 종교가 있는 대상자 군에서 불확실성 정도가 유의하게 낮았으며 ($t=.81$, $p=.00$), 전이부위에 따라 유의한 차이가 있었고 ($F=8.55$, $p=.00$), 유방암 가족력이 있는 대상자가 불확실성 정도가 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다 ($t=-.32$, $p=.04$). 불확실성에 대한 위협 평가는 주관적으로 느끼는 경제만족 정도에 따라 유의한 차이가 있었고 ($F=3.29$, $p=.02$), 불확실성에 대한 기회평가는 종교유무에 따라 유의한 차이가 있었고 ($t=-1.02$, $p=.00$), 전이부위와도 유의한 차이가 있었다 ($F=2.76$, $p=.05$). 삶의 질은 주관적으로 느끼는 경제상태 만족정도에 따라 차이가 있었으며 ($F=3.26$, $p=.02$), 전이부위와도 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($F=4.76$, $p=.01$). 반면, 교육정도와 배우자 유무, 직업유무, 자녀수, 첫째자녀나이, 그리고 막내자녀나이, 수술종류, 병기, 항암제 종류, 재발여부, 현재 앓고 있는 동반질환 유무에 따른 불확실성 정도와 불확실성에 대한 위협평가, 불확실성에 대한 기회평가, 삶의 질 간에는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았고, 통계적으로 유의하진 않았으나, 암의 병기가 높은 그룹에서 불확실성 정도는 높았으며 ($F=1.21$, $p=.31$), 삶의 질은 낮음을 볼 수 있었다 ($F=2.02$, $p=.10$).

5. 유방암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 변인

표준화된 회귀 계수 값은 모든 자료를 동일화하여 표준화시키기 때문에 하나의 모형 내에서 상이한 독립변수들의 종속변수에 대한 상대적인 기여도를 비교할 수 있게 해주므로, 유방암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 결정 변인을 파악하고 삶의 질에 대한 제 독립변수들의 설명력을 파악하기 위하여 다중 회귀 분석을 이용하였다. 선행연구들에서 많은 관련성을 설명 받고 있으며, 본 연구에서의 상관관계 분석결과 불확실성 정도와 불확실성에 대한 평가, 그리고 삶의 질과 상관관계가 있고, 본 연구에서의 개념적 기틀에서도 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 사료되는 일반적 특성의 인구사회학적 변수 중 나이, 주관적인 경제만족정도, 교육정도, 배우자 유무, 종교와 불확실성 정도, 불확실성에 대한 평가(위험 평가, 기회 평가) 변수 중 어떤 독립 변수에 의해 영향력이 결정되는지를 보기 위해 hierarchical multiple regression 분석 방법을 사용하였다 (표 11).

독립 변수들은 본 연구에서의 이론적 기틀에 근거한 결과로 입력하였는데, 나이, 주관적인 경제 만족정도, 교육정도, 배우자 유무, 종교의 일반적 특성에 대한 변수들은 1단계에서 block으로 입력하였다. 불확실성은 사람이 모호하거나 예측할 수 없는 사건에 직면 하였을 때 발생하는 초기 인식이므로 다음 단계에서 입력하였다. 3단계에서는 불확실성에 대한 평가가 불확실성에 의해 영향을 받을 수 있으므로 불확실성에 대한 평가인 위험평가와 기회평가를 block으로 입력하여, 이들 변수들에 의한 삶의 질의 영향을 살펴보았다. 다중 회귀 분석 결과 나이, 주관적인 경제만족정도, 교육정도, 배우자 유무, 종교에 의해 약 11%의 통계적으로 유의한 설명이 가능하였으나 ($F=3.90, p=.00$), 불확실성 정도와 불확실성의 평가가 첨가될 때, 삶의 질에 유의하게 영향을 미치는 변수는 없었다. 불확실성 정도가 첨가되면 설명력은 약 21% 증가되어 삶의 질은 약 32%가 유의하게 설명되었고 ($F=12.20, p=.00$), 불확실성에 대한 평가인 위험평가와 기회평가가 첨가 되면 설명력은 약 27% 증가되어 삶의 질은 약 59%의 설명이 가능하였으며, 통계적으로 유의하게 설명되었다 ($F=27.34, p=.00$).

표 11. 삶의 질에 영향을 미치는 일반적 특성 요인의 다중회귀 분석

독립 변수	step 1	step 2	step 3
	β	β	β
나 이	.14	.12	.10
주관적경제정도	.21**	.15*	.09
교육정도	.15	.05	.06
배우자유무	.12	.11	.01
종 교	.13	.12	.08
불확실성정도		-.48**	-.12
불확실성평가			
위험평가			-.43**
기회평가			.33**
R ²	.11	.32	.59
Adjusted R ²	.08	.30	.57
F	3.90 **	12.20 **	27.34 **

독립변수: 나이, 주관적경제정도, 교육정도, 배우자유무, 종교, 불확실성정도, 불확실성 평가 (위험평가, 기회평가)

종속변수: 삶의 질

* p<.05, **p<.00

대상자의 일반적 특성인 인구사회학적 변수들 외에 질병관련 특성들이 불확실성 정도와 불확실성에 대한 평가, 그리고 삶의 질에 영향을 미치므로, 본 연구에서의 보조요법시기와 회복 및 추후관리 시기의 두 그룹에서의 일반적 특성의 변수들과 질병관련 변수들 중 수술종류, 병기, 재발여부와 불확실성 정도, 불확실성에 대한 평가(위험 평가, 기회 평가) 변수 중 어떤 독립 변수에 의해 영향력이 결정되는지를 보기 위해 hierarchical multiple regression 분석 방법을 사용하여 분석하였다(표 12). 전이여부도 삶의 질과 상관관계가 있었으나, 전이여부는 병기와 높은 상관관계를 가지므로 multicollinearity를 고려하여 제외하였으며, 독립 변수들은 본 연구에서의 이론적 기틀에 근거한 결과로 단계별로 block으로 입력하였다.

1단계에서 block으로 일반적 특성의 변수들인 나이, 주관적인 경제 만족정도, 교육정도, 배우자 유무, 종교와 질병관련 변수들인 수술종류, 병기, 재발여부를 입력하였으며, 2단계에서 불확실성 정도를 입력하였고, 3단계에서 불확실성에 대한 평가인 위험평가와 기회평가를 block으로 입력하여, 이들 변수들에 의한 삶의 질의 영향을 살펴보았다.

다중 회귀 분석 결과 나이, 주관적인 경제 만족정도, 교육정도, 배우자 유무, 종교, 수술종류, 병기, 재발여부에 의해 약 25%의 통계적으로 유의한 설명이 가능하였으며($F=4.07, p=.00$), 나이, 종교, 병기가 삶의 질을 유의하게 설명하는 것으로 나타났으며, 불확실성 정도가 첨가되면 설명력은 약 17% 증가되어 삶의 질은 약 42%가 유의하게 설명되었고($F=7.82, p=.00$), 불확실성에 대한 평가인 위험평가와 기회평가가 첨가 되면 설명력은 약 29% 증가되어 삶의 질은 약 71%의 설명이 가능하였으며, 통계적으로 유의하게 설명되었다($F=21.45, p=.00$).

표 12. 삶의 질에 영향을 미치는 질병관련 특성 요인의 다중회귀 분석

N=107

독립변수	step 1	step 2	step 3
	β	β	β
나이	.23*	.23*	.20**
주관적경제정도	.19*	.11	.12
교육정도	.23*	.14	.12
배우자유무	.13	.11	.04
종교	.20*	.17*	.14*
수술종류	-.05	-.09	-.04
병기	-.16	-.14	-.17*
재발여부	-.15	.02	.10
불확실성정도		-.48**	-.14
불확실성평가			
위험평가			-.43**
기회평가			.37**
R ²	.25	.42	.71
Adjusted R ²	.19	.37	.68
F	4.07**	7.82**	21.45**

독립변수: 나이, 주관적경제정도, 교육정도, 배우자유무, 종교, 수술종류, 병기, 재발여부, 불확실성 정도, 불확실성 평가 (위험평가, 기회평가)

종속변수: 삶의 질

* p<.05, **p<.00

VI. 논 의

유방암을 진단받은 여성들이 당면하고 있는 질병에 대한 불확실성은 대상자들의 일상생활과 치료 과정에 부정적인 영향을 미치고, 결과적으로 삶의 질을 저하시키는 심각한 문제들 중 하나로 작용된다 (Wonghongkul, Moore, Musil, Schneider, & Deimling, 2000). 그럼에도 불구하고 유방암 환자들이 경험하는 불확실성을 이해하기 위한 연구나 그에 따른 삶의 질의 영향을 파악하기 위한 연구는 미흡한 실정이다.

Hoskins (1997)과 그의 동료들 (1997)은 유방암 환자들이 약 1년 동안의 질병의 여정을 거치는 동안, 4가지 적응의 단계를 거치므로 간호중재도 단계의 특수성에 기초하여 중재를 제공해야 한다고 하였다. 이에 본 연구는 유방암 환자들의 치료 단계에 따른 불확실성과 삶의 질을 이해하고 불확실성이 삶의 질에 미치는 영향을 파악하고자 시도하였으며, 삶의 질의 다차원성을 고려하여 신체적, 정신적, 사회적, 그리고 영적 안녕으로 측정하여 치료 단계별로 나누어 분석하였다.

본 논의에서는 연구 결과를 중심으로 유방암 환자의 치료 단계에 따른 삶의 질과 불확실성에 대해 논하고 연구의 의의와 제한점을 제시하였다.

1. 유방암 환자의 치료 단계에 따른 불확실성 정도, 불확실성 평가 및 삶의 질

1) 유방암 환자의 불확실성 정도와 평가

본 연구의 결과 유방암 환자들이 느끼는 불확실성의 정도는 전체 점수 범위 33점부터 165점중 평균 91점 이상으로 높은 수준을 보였으며, 진단 시기, 보조요법 시기, 그리고 회복 및 추후 관리시기에 따라 유의하게 다르지 않아 유방암 환자들이 전체 치료단계에서 경험하고 있는 중대한 문제임을 알 수 있다. 또한, 불

확실성의 하부 영역 중에서는 모호성이 항암화학요법을 받는 보조 요법 시기에 가장 높은 것으로 나타났다. 불확실성에서의 모호성이란 사건이나 상황에 대해 모호하게 생각하는 것을 말하는 것인데, 이러한 모호성을 낮추기 위한 중재로 대상자 수준과 요구에 맞는 정보의 제공 등의 간호 중재를 적용하여 유방암 환자들이 경험하는 불확실성 정도를 낮추어 줄 수 있으리라 사료되며, 특히 보조 요법을 받는 시기에 간호 중재의 적용이 절실히 필요하다고 하겠다.

기존의 연구들에서 불확실성은 수술 전 진단 결과를 기다리는 시기에 (Northouse, 1989), 또는 수술 경과 기간이 1년인 군에서 가장 높았거나 (조옥희, 2000), 심지어 수술 후 2년까지도 지속된다고 보고된 바 있다 (Samarel & Fawcett, 1992). 이러한 연구의 결과들로 미루어 볼 때, 불확실성은 특정 시점과 무관하게 유방암 환자들이 공통적으로 경험하고 있는 주요한 문제로 볼 수 있다.

한편, 일반적 특성에 있어서는 나이가 각각 21~30세, 61~70세 환자들에서 불확실성 정도가 높았고, 재발이 된 경우, 그리고 유방암 가족력이 있는 경우에 불확실성 정도가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 그러나 교육정도가 높은 환자나 종교를 가지고 있는 환자들이 불확실성은 상대적으로 낮음을 알 수 있었다. 이는 가족 구성원의 유방암 투병과정을 간접 경험한 경우 예상되는 질병 진행에 대한 걱정과 불안, 두려움이 부가되기 때문인 것으로 사료되며, 종교가 있는 경우 절대자에 의지하는 마음과 희망감이 높은 경우가 많으므로 불확실성이 낮은 것으로 사료된다. 이는 유방암의 재발이 된 대상자들이 예후를 더욱 불확실하게 인지하는 것으로 생각되고, 20대 유방암 환자의 경우 결혼이나 사회생활의 시작 등 인생에 대한 설계를 하는데 중요한 시기에 있으므로 이들에게서 유방암의 진단은 인생에 대한 전반적인 위기로 받아들여져 불확실성 정도가 높은 것으로 생각된다. 또한 교육 정도가 높은 경우에는 자신의 질병과 예후에 대한 정보의 접근이 용이하고 이해정도가 높아 불확실성이 낮은 것으로 해석된다.

선행 연구들에서 불확실성은 수술 전에는 교육수준, 수술 후에는 암의 병기 (소향숙, 1995)와 관련이 있었으며, 나이, 교육수준 (Mishel, 1981), 수술경과 기간 (조옥희, 2000), 월수입 (강성실, 1996; 성은희, 1995; 조옥희, 2000; Mast, 1998)과 관련이 있으나, 일반적 특성 또는 질병관련 특성과 관련이 없다는 결과들도 제시

된 바, 추후 반복 연구를 통해 관련성을 밝혀볼 필요가 있으며, 대상자 간호에 있어 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 고려가 필요하다고 본다.

유방암 환자들의 불확실성에 대한 평가는 위협 평가와 기회 평가의 2가지로 측정되었는데, 자신이 처한 상황을 위협이라고 평가하는 것은 불확실성이 개인의 이전 경험에 근거하여 안녕을 위협하는 것으로써 인지되는 것을 의미하고, 기회로 평가하는 것은 믿음이나 목적적인 오해에 기초해서 사건이나 상황에 대한 의미를 긍정적 구조로 설명되는 것을 말한다 (Mishel, 1990).

본 연구에서 유방암 환자들이 불확실성을 어떻게 인지하는지를 살펴 본 결과, 각 치료 단계에 따라 불확실성에 대한 위협평가는 통계적으로 유의한 차이가 있어 치료 단계에 따라서 위협 평가가 달라짐을 알 수 있었다. 특히 보조요법 시기에서 자신의 처한 상황을 위협으로 인지하는 것으로 나타났다. 불확실성의 정도가 높을수록 위협으로 평가하는 경향이 크다는 것은 이윤정 등 (2000)과 Mishel과 Sorenson (1991)의 연구 결과와 일치하였는데, 이는 암과 같이 생명을 위협하는 심각한 질병을 가진 환자들은 치료의 효과나 생존 기간 등을 전혀 예측할 수 없기 때문에 질병이나 치료에 대한 불확실성을 위협으로 평가하고 있는 것으로 사료된다.

또한, 경제상태에 대한 만족정도가 낮은 경우, 그리고 유방암이 재발된 경우에 불확실한 상황을 위협으로 평가한 반면, 불확실성이 낮을수록 기회평가가 높아 종교가 있거나 배우자가 있는 여성, 그리고 재발이 없는 대상자들은 자신의 상황을 기회로 평가하였다. 따라서 불확실성에 대한 평가는 개인적인 특성에 따라서 달라지며, 특히 유방암으로 보조요법을 받는 환자들과 유방암이 재발된 환자들을 대상으로 불확실성에 대한 위협 평가를 낮추기 위한 중재와 집중적인 관리가 필요하다고 보겠다. 또한 종교를 포함한 영적인 지지나 배우자의 지지를 통한 중재도 유방암 환자들이 불확실성을 기회로 평가하도록 돕는 방법이 될 것으로 사료된다.

Mishel (1990)은 기존의 불확실성 이론의 내용을 재개념화하는 과정에서, 질병 초기에는 불확실성이 변화와 파괴적인 요소가 되기 때문에 환자가 위협으로 평가하지만 질병의 후반기까지 불확실성이 계속되면 어떤 질서가 구축되어 불확실성

을 긍정적으로 평가하여 삶에 대한 기회로 받아들여지게 된다고 이론화하였다. 이러한 견지는 불확실성을 삶의 자연스러운 리듬으로 받아들여지게 하며 삶에 대한 새로운 관점은 불확실성에 대한 평가 (appraisal)가 위협에서 기회로 바뀌게 한다고 하였다. 본 연구의 결과, 불확실성에 대한 기회 평가는 통계적으로 유의하지는 않았으나, 치료 단계별로 살펴보았을 때 시간이 지난 그룹에서 불확실성에 대한 기회 평가가 높아졌음을 발견하였는데 우리나라 유방암 환자들에서도 Mishel의 개념이 설명되는지를 추후 연구를 통해 검증할 필요가 있겠다.

또한 불확실성의 평가에 대한 경험적 연구는 거의 전무한 상태이므로, 앞으로 불확실성의 평가에 대한 활발한 연구가 필요하고 또한 불확실성과의 관계를 검증하기 위한 연구를 통해 우리나라 암 환자들의 불확실성 경험에 대한 일관성 있는 결과가 확보되어야 할 것으로 사료된다.

2) 유방암 환자의 불확실성과 삶의 질

삶의 질이란 건강영역과 기능적, 사회 경제적, 심리적, 영적, 그리고 가족의 상호작용을 포함하는 신체적, 정신적, 사회적, 경제적, 영적 영역에서 개인이 지각하는 주관적인 안녕 상태 (노유자, 1988; Ferrans, 1990; Ferrell, Wisdom & Wenzel, 1989)이므로, 삶의 질의 다차원적인 속성을 고려하여 파악할 필요가 있고, 또한 다차원적 접근을 통한 간호 중재의 개발 및 적용이 필요하다고 하겠다.

본 연구는 유방암 환자들의 치료단계에 따른 삶의 질과 그 하부영역인 신체적, 정신적, 사회적, 그리고 영적 안녕에 대해서 살펴보았는데, 삶의 질은 치료 단계에 따라 차이가 있어, 진단 시기에 가장 높았고, 보조 요법 시기에 가장 낮았다. 회복 및 추후 관리 시기에는 삶의 질이 회복되는 추세이나 진단 시기 때만큼 회복되지는 않았다.

하부 영역별로는 신체적 안녕과 정신적 안녕에서 유의한 차이가 있었으며, 보조요법 시기에서 가장 낮았다. 이는 항암화학요법과 부작용으로 인한 증상들로 인해 환자들이 신체적으로 매우 힘든 상황에 처하게 되고 이는 다시 정신적 스트레스를 유발함으로써 유방암 환자들의 삶의 질에 부정적인 영향을 주었기 때문인

것으로 생각된다. 따라서 유방암 환자들이 보조요법 시기에 신체적, 정신적으로 가장 힘들고 고통스러움을 인식하고 이 시기에 더욱 삶의 질을 높여주기 위한 전략적인 방법으로 중점적으로 간호중재를 시행해야 하겠다.

한편, 유방암 환자의 삶의 질 하부영역 중 정신적 안녕은 진단 시기, 보조요법 시기, 회복 및 추후관리 시기의 세 단계 모두에서 가장 낮게 나타나, Gwen & Friedman (1996)이 장기 유방암 생존자들은 질병과 치료로 인한 신체적 안녕의 많은 부분은 해결하였으나, 정신적, 사회적, 영적 안녕의 삶의 질은 해결되지 않은 부분이 많으므로 증진시켜 주어야 한다고 한 것과 유사한 결과였다. 그러나 Michael, Kawachi, Berkman, Holmes & Colditz (2000)가 759명의 유방암 환자를 대상으로 한 4년의 전향적 연구에서 건강상태를 신체기능, 신체 건강문제로 인한 역할 제한, 신체적 통증, 활력 (에너지 / 피로), 사회적 기능, 그리고 정신적, 정서적 문제로 인한 역할 제한, 건강에 대한 일반적 인지의 8개영역으로 측정된 결과, 정신건강을 제외한 모든 영역에서 기능이 감소된 것과는 다른 결과였다.

반면, 사회적 안녕에서는 치료 단계에 따라 차이가 없이 비교적 안정적임을 알 수 있었으며, 통계적 유의성은 없었으나 사회적 안녕은 회복 및 추후 관리 시기가 진단시기에서 보다 더 높게 나타났다. 이는 Carter(1993)의 연구결과 유방절제술 후 환자의 대부분이 신체적 회복은 6개월 이내에 수술 이전의 기능으로 회복될 수 있었으나, 사회적 기능은 퇴원 후 6개월까지도 충분히 회복하지 못하였다고 한 것과 유사한 결과이며, 회복 및 추후관리 시기에 지지 집단이나 가족 및 주변 친구들로부터 도움과 관심을 더 많이 받는 것으로 유추해 볼 수 있겠다.

유방암 환자의 영적 안녕은 치료 단계에 따라 하부영역 중 가장 안녕 상태가 높았는데 보조요법 시기의 경우 심주현과 박경숙 (2004)의 연구결과와 같았고, 회복 및 추후관리 시기의 경우 김영순 (2002)의 연구 결과와 같았으나 DOW 등 (1996)의 연구 결과와는 달랐다. 이는 우리나라 유방암 환자들은 외국의 유방암 환자와 비교했을 때 영적 안녕이 비교적 높게 나타난 바 종교 활동이나 모임 등의 영적인 지지를 통해 대상자들의 삶의 질 향상에 기여할 수 있을 것이다.

선행 연구들 (김영순, 2002; 박은영, 2000; 이은옥, 2001; 전명희, 1994; Dow et al., 1996)의 고찰결과 시간이 경과함에 따라 장기 유방암 생존자들의 전반적인 삶

의 질이 변화될 것으로 유추되며, 추후 연구를 통해 장기 생존자에 대한 삶의 질을 파악해 볼 필요가 있다고 생각된다.

유방암 환자들의 삶의 질은 경제상태, 병기, 전이 유무, 재발 유무와 상관관계가 있었고, 불확실성 정도 및 불확실성에 대한 위험평가와는 부정적인 상관관계가, 불확실성에 대한 기회평가와는 긍정적인 상관관계가 있었다. 이러한 삶의 질을 유의하게 설명하는 변수는 경제상태, 불확실성 정도, 불확실성에 대한 위험평가와 기회평가로 나타났으며, 경제상태 등의 일반적 특성에 의해 11%, 불확실성 정도에 의해 32%, 불확실성의 평가가 추가 될 때 설명력은 59%로 크게 증가되었다. 경제상태 등의 일반적 특성에 의한 설명력은 11%였으나 유의한 변수들은 없어 불확실성 정도와 불확실성의 평가에 의해 삶의 질이 유의하게 설명됨을 알 수 있었다. Sammarco (2001)의 연구결과, 삶의 질은 불확실성과 부정적인 상관관계를 가지며, 삶의 질의 하부영역인 건강기능, 사회경제적, 심리사회적/영적, 가족기능과 불확실성 정도 간에 유의한 부정적인 상관관계를 가지며, 삶의 질은 불확실성에 의해 10.7%의 설명력을 가지는 것으로 보고되었다. 따라서 유방암 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 주요한 변수가 나이, 종교, 불확실성 정도, 불확실성에 대한 평가 양상인 것으로 확인되었다. 유방암 환자의 정서적 경험이 환자에게 크게 영향을 주는 것이라 할 때 (정복례, 1991), 대상자들의 삶의 질을 향상시키기 위해 환자들이 가지는 불확실성 정도를 확인하여 불확실성을 낮추고, 불확실성에 대한 평가 유형을 확인하여 위험 평가를 낮추고 기회 평가를 높이도록 하여 삶의 질을 향상시키기 위한 전략이 필요하다고 사료된다.

본 연구의 결과, 유방암 진단을 받은 환자들의 삶의 질은 각 치료 단계에 따라 차이가 있는 것으로 나타났는데, 특히 보조요법 시기에 신체적, 정신적 안녕의 삶의 질이 가장 낮았기에 신체적, 정신적 불편감을 최소화 시켜 삶의 질을 높이기 위한 중재의 개발이 필요하고, 각 치료 단계에 따라 제공되어야 할 간호중재의 종류나 수준이 차별화된 전략이 요구된다고 하겠다. 또한 삶의 질은 불확실성 정도와 불확실성에 대한 평가에 의해 영향을 받는 것으로 나타나 환자들이 가지는 불확실성 정도는 질병 치료 단계에 따라 차이가 없이 유방암의 진단과 함께 존재하

는 중대한 문제임을 확인하였다. 따라서 장기간의 치료 단계를 경험하는 유방암 환자들의 삶의 질을 향상시키기 위해 환자들이 가지는 불확실성 정도를 구체적으로 파악하여 정보의 제공이나 교육을 통해 불확실성을 낮추는 중재의 개입이 일차적으로 필요하다고 보겠다. 또한 불확실성에 대한 평가 유형을 확인하여 불확실성이 위협으로 인지될 때는 불확실성을 감소시켜주는 중재법이, 불확실성이 기회로 인지된 경우는 불확실성을 지지해주는 중재법을 개발, 적용해야 할 것이며, 각 치료 단계에 따라 불확실성 정도와 불확실성의 평가를 파악하여 환자들의 삶의 질을 향상시키기 위한 전략이 요구된다.

2. 연구의 의의

본 연구는 유방암 환자들이 장기간의 치료과정 중에 경험하는 불확실성과 삶의 질의 증용성에 기초하여 이들 관계를 치료 단계에 따라 상태를 파악하고자 Mishel (1988)의 불확실성-대처-적용 모형을 적용하여 시도하였다.

본 연구 결과를 통해 다음과 같은 의의를 제시한다.

국내에서 유방암 환자를 대상으로 이루어진 연구들은 주로 신체상, 자존감, 삶의 질, 심리사회적 적응, 배우자 지지 등의 개념에 대한 상관관계 연구가 많이 이루어 졌고, 유방 절제술을 받은 환자들이 직면하고 있는 불확실성에 대한 문제를 이해하고 파악하는 연구가 시행되지 않았다. 또한 지금까지 발표된 유방암 환자의 삶의 질 연구도 방사선 치료, 항암화학요법, 조혈모세포 이식등과 같은 치료 시기 동안, 또는 생존자를 대상으로 한 일정 시점에서 연구가 이루어졌으나, 질병 과정 전체에서 대상자들을 이해하기 위한 연구는 이루어지지 않았다. 따라서 본 연구를 통해 유방암 환자들의 전체 질병의 치료 단계에 따라 존재하는 불확실성을 확인하였으며, 불확실성 정도와 불확실성의 평가 양상이 삶의 질에 유의하게 영향을 미치는 것을 확인하고 제시한 연구로 의의가 있다고 하겠다.

또한 본 연구의 결과를 임상에서 치료과정을 겪어가는 대상자들의 삶의 질을 증진시키기 위해 각 단계별로 전문적인 간호중재 계획을 위한 기초 자료로 활용하여, 유방암 환자들의 삶의 질을 효과적으로 증진시킬 뿐만 아니라 유방암 환자를 돌보는 간호의 질을 향상시키는 데 도움이 될 것으로 기대한다.

3. 연구의 제한점

본 연구의 대상자는 1개 병원에서 선정되었으므로 연구결과를 일반화할 때는 신중을 기해야 할 것이며, 횡단적 서술 연구설계 (cross-sectional design)로서 변수들에 대한 정보를 일정시점에서 수집하였으므로 변화를 추론하는 데 제한이 있다. 또한 질병관련 특성을 엄격히 통제하지 못한 점은 추후연구에서 각 치료단계별로 측정시점을 동일하게 지정하고 보조요법 시기의 같은 항암제 종류를 투여 받는 대상으로 통일하여 반복 측정해 봄으로써 연구의 외적 타당도를 높일 수 있으리라 사료된다.

VII. 결 론 및 제 언

1. 결 론

본 연구의 목적은 질병관련 상황에서 불확실성은 피할 수 없는 요소로 파악하여, 유방암 환자가 경험하는 불확실성 정도와 불확실성 평가 양상을 파악하고, 치료 단계를 유방암의 진단 시기, 보조요법 시기, 회복 및 추후관리 시기로 나누어 각각의 치료 단계별로 불확실성 정도와 불확실성 평가, 이에 대한 삶의 질의 정도를 확인하여 치료 단계별로 불확실성에 대한 간호 중재를 통해 환자들의 삶의 질을 증진시키기 위한 간호 중재 프로그램 개발을 위한 기초 자료를 제공하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

연구 대상자는 2004년 10월 18일부터 2004년 11월 30일까지의 44일간 일 대학교 병원에서 유방암 진단을 받고 수술을 위해 입원한 대상자와 수술 후 보조요법을 받는 대상자, 유방암과 관련된 치료가 종결되고 추후 일 대학교 병원 유방센터 외래를 방문 중인 유방암 여성들 전수를 근접모집단으로 하여 본 연구 목적을 이해하고 본 연구에 참여를 동의한 대상자를 편의표출 하였으며, 각 그룹 당 유방암의 진단 시기 54명, 보조요법 시기 54명, 회복 및 추후 관리시기 53명으로 총 161명을 대상으로 불확실성 정도를 측정하기 위해 MUIS (Mishel's Uncertainty Illness Scale), 불확실성 평가양상을 측정하기 위해 불확실성 평가도구인 위험평가 도구 (Danger Appraisal scale)와 기회평가도구 (Opportunity Appraisal scale), 삶의 질을 측정하기 위해 Ferrell (1989)의 QOL-CS (Quality of Life-Cancer Survivors)를 이용하여 일대일 면담을 통해 자료를 수집하였다.

수집된 자료는 SPSS 12.0 프로그램을 이용하여 전산처리 하여, 빈도, 백분율, 평균, 표준편차, χ^2 -test, ANOVA, Scheffe test, Pearson's correlation Coefficient, Hierarchical Multiple Regression으로 분석하였다.

연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

1) 치료 단계별 각 그룹 당 대상자수는 수술 전 유방암 진단 시기 54명, 보조요법 시기 54명, 회복 및 추후관리 시기 53명 이었으며, 유방암 진단 시기, 보조요법 시기, 회복 및 추후관리 시기의 세 그룹 각각에서 일반적 특성에 따른 차이를 ANOVA로 분석하여 본 결과 일반적 특성에서 통계적으로 유의한 차이는 없어 세 그룹간의 일반적 특성은 동질 하였다. 대상자의 질병과 관련된 특성에 대해서 보조요법시기와 회복 및 추후관리 시기에서의 그룹 간 질병관련 특성에 대한 차이를 검증해 본 결과 수술 경과 기간과 항암제 종류와 임파 부종 여부에서 차이가 있었고, 그 외의 질병관련 특성에서는 그룹 간에 통계적으로 유의한 차이가 없이 동질 하였다.

2) 치료 단계에 따른 불확실성 정도는 보조요법시기 (M=94.91, SD=11.58), 회복 및 추후관리시기 (M=91.72, SD=12.51), 유방암의 진단 시기 (M=91.01, SD=15.19)의 순으로 나타났으며, 세 그룹 간에는 통계적으로 유의한 차이가 없었다 (F=1.33, p=.27).

3) 각 치료 단계에 따른 세 그룹간의 질병에 대한 불확실성에 대한 위협평가는 보조요법 시기에 가장 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었고 (F=3.91, p=.02), 기회에 대한 평가는 세 그룹 간에 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

4) 대상자들의 삶의 질은 유방암 진단시기가 가장 높았고 (M=234.31, SD=46.26), 회복 및 추후관리 시기 (M=232.49, SD=51.84), 보조요법시기 (M=201.44, SD=50.69)의 순이었으며, 치료 단계에 따른 세 그룹간의 삶의 질은 통계적으로 유의한 차이가 있었다 (F=7.46, p=.00). 하부영역별 검증 결과 신체적 안녕과 정신적 안녕에서 치료 단계에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다.

5) 불확실성 정도와 불확실성에 대한 위협평가는 긍정적인 상관관계가 있었고 ($r=.46, p=.00$), 불확실성 정도와 불확실성에 대한 기회평가는 부정적인 상관관계가 있었다 ($r=-.49, p=.00$). 대상자의 불확실성 정도와 삶의 질은 유의한 부정적인 상관관계를 나타냈으며 ($r=-.51, p=.00$), 삶의 질과 불확실성에 대한 위협평가는 유의한 부정적인 상관관계를 나타냈고 ($r=-.66, p=.00$), 삶의 질과 불확실성에 대한 기회평가는 유의한 긍정적인 상관관계를 나타냈다 ($r=.59, p=.00$).

6) 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 불확실성, 불확실성 평가, 삶의 질의 관계를 분석한 결과, 불확실성 정도는 나이와 ($F=2.48, p=.03$) 종교에 따라 차이가 있었으며 ($t=.81, p=.00$), 재발여부와 불확실성 정도는 상관관계가 있었다 ($r=.41, p=.00$). 불확실성에 대한 위협 평가는 주관적으로 느끼는 경제만족 정도에 따라 유의한 차이가 있었고 ($F=3.29, p=.02$), 재발여부와 긍정적인 상관관계가 있었다 ($r=.26, p=.01$). 불확실성에 대한 기회평가는 종교유무에 따라 유의한 차이가 있었고 ($t=-1.02, p=.00$), 배우자 유무와 긍정적인 상관관계가 있었으며 ($r=.18, p=.02$), 재발여부와 부정적인 상관관계가 있었다 ($r=-.29, p=.00$). 삶의 질은 주관적으로 느끼는 경제상태 만족정도에 따라 차이가 있었다 ($F=3.26, p=.02$).

7) 삶의 질을 유의하게 설명하는 변수는 경제상태, 불확실성 정도, 불확실성에 대한 위협평가와 기회평가로 나타났으며, 불확실성 정도에 의해 약 32%, 불확실성에 대한 평가인 위협평가와 기회평가에 의해 약 59%로 삶의 질의 설명이 가능하였다.

2. 제 언

이상의 연구결과를 토대로 하여 유방암 환자의 불확실성과 삶의 질에 대한 추후 연구의 방향과 간호 실무 적용에 있어서 다음과 같이 제언하고자 한다.

1) 불확실성과 삶의 질의 변화 추이를 보다 정확하게 알 수 있는 종단적 연구 설계를 이용한 연구를 통해 유방암 환자들의 불확실성과 삶의 질의 변화과정을 추적하는 연구를 제언한다.

2) 본 연구에서는 유방암의 추후 관리시기에서 장기 생존자에 대한 자료가 없었으므로, 5년 생존자를 포함한 추후 연구를 제언한다.

3) 본 연구에서는 항암화학요법을 받는 대상자만을 분석하였으나 추후 연구로 항암 화학요법과 방사선 치료를 받는 대상자를 포함한 반복 연구를 제언한다.

4) Mishel의 질병에 대한 불확실성 모형에서 불확실성에 영향을 미치는 것으로 제시된 증상패턴, 사건의 친숙성, 사건의 일치성, 인지적인 능력, 구조적 제공자 등을 포함한 반복 연구를 제언한다.

5) 불확실성 정도와 불확실성의 평가 양상인 위협평가와 기회평가가 삶의 질과 유의한 관계가 있었고, 불확실성 정도와 불확실성의 평가가 삶의 질을 유의하게 설명하고 있는 바, 간호 실무에서 불확실성을 낮추고 불확실성 평가 중 위협평가를 낮추고, 기회평가를 높여 삶의 질을 높여 주기 위한 간호중재 프로그램을 개발하고 실무에 적용, 평가하는 연구를 제언한다.

참 고 문 헌

- 강성실 (1996). 입원환자가 지각하는 질병에 대한 불확실성 정도 및 변화. 가톨릭 대학교 대학원 석사학위논문.
- 김윤희 (2003). Testing the mediating effect of appraisal in the model of uncertainty in illness. Journal of Korean Academy of Nursing, 33(8), 1127-1134.
- 국립암센터 (2002). 암 등록 현황 자료.
- 권영은 (1990). 암 환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질과의 관계. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 김금순, 함은미. (1996). 질병에 대한 불확실성 이론 및 관련요인 탐색 (문헌을 중심으로). 스트레스 연구, 4(1), 7-12.
- 김남초, 김희승, 유양숙, 용진선, 송민선. (2003). 유방절제술 후의 질병관련 스트레스: Q-방법. 여성건강간호학회지, 9(4), 379-389.
- 김매자 (1994). 유방암 수술 후 방사선 치료를 받는 환자의 삶의 질 변화에 관한 연구. 대한간호학회지, 24(4), 652-665.
- 김명자 (1985). 입원환자 가족의 스트레스, 통제위 성격 및 대처 방법과의 상관관계 연구. 전남대학교 대학원 석사학위 논문.
- 김영순 (2002). 유방암 생존자의 삶의 질에 관한 조사연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 노유자 (1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 민영숙 (1994). 암 환자 가족의 질병에 대한 불확실성과 대처 양상에 관한 연구. 대한간호학회지, 24(4), 529-544.
- 박정, 감신, 하정옥, 박기수, 강윤식, 김상우. (2000). 소아환자 어머니의 환아 질환에 대한 불확실성, 스트레스 및 불안. 한국모자보건학회지, 4(2), 219-232.
- 박은영 (2000). 고위험군 유방암 환자의 치료과정에 따른 삶의 질의 변화. 서울대

- 학교 대학원 석사학위 논문.
- 박점희, 이현주, 김현미, 류은경. (1997). 암 화학요법을 받는 유방암 환자의 불안, 절망감 및 가족지지와의 관계. 기본간호학회지, 4(1), 147-162.
- 박효경 (1986). 유방절제술 환자의 퇴원 후 우울에 영향을 미치는 제 요인에 관한 연구. 부산대학교 대학원 석사학위논문.
- 소향숙 (1995). 자궁 경부암 환자의 치료시기별 불확실성, 대처 방식 및 우울의 변화 양상. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 성은희 (1995). 정보제공이 위암 수술환자의 불확실성과 불안 및 우울에 미치는 영향. 전남대학교 대학원 석사학위 논문.
- 심주현, 박경숙. (2004). 항암화학요법을 받는 유방암 환자의 삶의 질에 관한 연구. 성인간호학회지, 16(1), 49-59.
- 유경희 (2001). 류마티스 관절염 환자의 불확실성에 대한 적응에 영향을 미치는 요인 탐색. 류마티스건강학회지, 8(2), 230-249.
- 유양숙 (1991). 유방 절제술 환자의 우울과 신체상 및 배우자 지지와의 관계. 가톨릭 대학교 대학원 석사학위 논문.
- 이동숙, 이은옥. (1997). 위암환자의 질병과정에 따른 사회적 지지요구 및 지각된 사회적 지지. 간호학논문집, 11(2), 175-190.
- 이윤정, 함은미, 김금순 (2001). 일개지역 암 환자의 불확실성과 대처 및 우울에 관한 연구. 대한간호학회지, 31(2), 244-256.
- 이은옥 (2001). 보조적 표준 항암 화학요법에 비한 자가조혈모 세포 이식 유방암 환자의 삶의 질 내용 비교. 중양간호학회지, 1(1), 5-17.
- 이은옥, 임난영, 박현애. (1998). 간호·의료 연구와 통계 분석. 수문사, 서울.
- 전명희 (1994). 유방암 환자의 삶의 과정적 변화에 대한 이해. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 전진영 (1997). 유방절제술 환자의 신체상, 배우자지지, 사회 심리적 적응에 관한 연구. 고려대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 전진영, 김행자. (1996). 유방절제술 환자의 신체상, 배우자지지, 사회 심리적 적응에 관한 연구. 성인간호학회지, 8(2), 394-409.

- 정복례 (1991). 유방암 환자의 적응과정에 관한 연구-정서적 경험을 중심으로-. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 정재원 (2004). 항암화학 요법을 받는 부인암 환자의 기능 상태와 사회 심리적 적응. 미간행.
- 조옥희 (2000). 유방 절제술 환자의 불확실성, 불안 및 대처방식. 대한간호학회지, 30(4), 1006-1017.
- 최경옥 (1994). 여성들의 유방 자가 검진에 관한 지식, 태도, 실천에 관한 연구. 간호학회지, 24(4), 678-695.
- 최은숙 (1993). 암 환자의 질환에 대한 불확실성 정도와 대응양상 및 희망. 경북대학교 대학원 석사학위 논문.
- 한경숙 (1991). 유방절제술 환자의 대응양상과 우울. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 한국 유방암 학회 (2000). 국내 유방암 발생 자료. 유방암 학회지. 2000.
- 한국 중앙 암 등록보고서 (2002). 보건 복지부.
- 황숙연, 박병우, 이경식. (2001). 유방암 환자를 위한 심리사회 프로그램의 효과. 대한외과학회지, 61(4), 357-365.
- American Cancer Society (2002). Cancer Facts and Figures 2002. New York: American Cancer Society Inc., 2002.
- Bailey, J. M., & Nielsen, B. I. (1993). Uncertainty and appraisal of uncertainty in women with rheumatoid arthritis. Orthopaedic Nursing, 12(2), 63-67.
- Bonnema, J., Wersch, A., Geel, A., Pruyn, J., Schmitz, P., Paul, M. A., & Wiggerst. (1998). Medical and psychosocial effects of early discharge after surgery for breast cancer: randomised trial. BMJ, 316, 1267-1271.
- Cambell, A. (1976). Subjective measures of well-being. American Psychologist, 31(2), 117-124.
- Carter, B. J. (1993). Long-term survivors of breast cancer: a qualitative descriptive study. Cancer Nursing, 16(5), 354-361.
- Casso, D., Buist, D. S., & Taplin, S. (2004). Quality of life of 5-10 year breast

- cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. Health and Quality of Life Outcomes, 25(2), 1-9.
- Christman, N. J. (1990). Uncertainty and adjustment during radiotherapy. Nursing Research, 39, 17-20., 47.
- Cohen, M., & Martison, I. (1988). Chronic uncertainty: Its effect on parental appraisal of a child's health. Journal of Pediatric Nursing, 3(2), 89-96.
- Deane, K. A., & Degner, L. F. (1998). Information needs, uncertainty, and anxiety in women who had a breast biopsy with benign outcome. Cancer Nurs., 21(2), 117-126.
- Dow, K. H., Ferrell, B. R., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. Breast Cancer Res Treat, 39(3), 261-273.
- Ferrans, C. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 17(Suppl), 15-19.
- Ferrans, C. (1994). Quality of life through the eyes of survivors of breast cancer. Oncology Nursing Forum, 21, 1645-1651.
- Ferrell, B. R. (1995). Quality of life in long-term cancer survivors. Oncology Nursing Forum, 22(6), 915-922.
- Ferrell, B. R., Grant, M. M., Funk, B. M., Otis-Green, S. A., & Garcia, N. J. (1998). Quality of life in breast cancer survivors: implications for developing support services. Oncology Nursing Forum, 25(5), 887-895.
- Ferrell, B. R., Wisdom, C., & Wenzel, C. (1989). Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. Cancer, 63, 2321-2327.
- Folkman, S. (1982). An Approach to the Measurement of Coping. Journal of Occupational Behaviour, 3, 95-107.
- Granz, P. A., Schang, C. A., Lee, J. J., Polinsky, M. L., & Tan, (1992). A generic measure of health-related quality of life for patients with cancer. Quality of Life Research, 1. 19-29.

- Graydon, J. E. (1994). Women with breast cancer: Their quality of life following a course of radiation therapy. Journal of Advanced Nursing, 19, 617-622.
- Gwen, W., & Friedman, L. L. (1996). Long-term female cancer survivors: Quality of life issues and clinical implications. Cancer Nursing, 19(1), 1-7.
- Hoskins, C. N., Baker, S., Sherman, D., Bohlander, J., Bookbinder, M., Budin, W., Ekstrom, D., Knauer, C., & Maislin, G. (1996). Social support and patterns of adjustment to breast cancer. Sch Inq Nurs Pract, 10(2), 99-123, 125-133.
- Hoskins, C. N. (1997). Breast cancer treatment-related patterns in side effects, psychological distress, and perceived health status. Oncology Nursing Forum, 24(9), 1575-1583.
- Hoskins, C. N., & Haber, J. (2000). Adjusting to Breast Cancer. Journal of Advanced Nursing, 100(4), 26-32.
- Irvine, D., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J., & Browne, G. (1991). Psychosocial adjustment in women with breast cancer. Cancer, 67, 1097-1117.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Mast, M. E. (1998). Survivors of breast cancer: illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. Oncology Nursing Forum, 25(3), 555-562.
- Michael, Y. L., Berkman, L. F., Colditz, G. A., Holmes, M. D., & Kawachi, I. (2002). Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: a prospective study. Journal of Psychosomatic Research, 52(5), 285-293.
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of Uncertainty in illness. Nursing Research, 30(5), 258-263.
- Mishel, M. H. (1983). Parents perception of uncertainty concerning their hospitalized child. Nursing Research, 32, 324-330.

- Mishel, M. H. (1984). Perceived uncertainty and stress in illness. Research in Nursing & Health, 7, 163-171.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. Image Journal of Nursing Scholarship, 20, 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. Image Journal of Nursing Scholarship, 22, 256-262.
- Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1987). Uncertainty: a mediator between support and adjustment. Western Journal of Nursing Research, 9, 43-57.
- Mishel, M., & Braden, C. J. (1988). Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. Nursing Research, 37, 98-103.
- Mishel, M. H., Hostetter, T., King, B., & Graham, V. (1984). Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with gynecological cancer. Cancer Nursing, 7, 291-299.
- Mishel, M. H., Padilla, G., Grant, M., & Sorenson, D. S. (1991). Uncertainty in illness theory: a replication of the mediating effects of mastery and coping. Nursing Research, 40, 236-240.
- Mishel, M. H., & Sorenson, D. S. (1991). Uncertainty and gynecological cancer: a test of the mediating functions of mastery and coping. Nursing Research, 40, 167-171.
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer physician. N Engl J Med, 313, 240-273.
- Northouse, L. L. (1989). A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer. Oncology Nursing Forum, 16, 511-516.
- Northouse, L. L., Laten, D., & Reddy, P. (1995). Adjustment of women and their husbands to recurrent breast cancer. Research in Nursing & Health, 18(6), 515-24.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Advances in Nursing Science, 8(1), 45-60.

- Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breastcancer survivors. Cancer Nursing, 24(3), 212-219.
- Samarel, N., & Fawcett, J. (1992). Enhancing adaptation to breast cancer: the addition of coaching to support groups. Oncology Nursing Forum, 19(4), 591-596.
- Scott, D. W. (1983). Quality of life following the diagnosis of breast cancer. Topics in Clinical Nursing, 4(4), 20-36.
- Wong, C. A., & Bramwell, L. (1992). Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. Cancer Nursing, 15(5), 363-371.
- Wonghongkul, T., Moore, S. M., Musil, C., Schneider, S., & Deimling, G. (2000). The influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in survivors of breast cancer. Cancer Nursing, 23(6), 422-429.

부 록

부록 1. 일반적 특성과 불확실성, 불확실성 평가, 삶의 질의 상관관계

N=161

변수 변수	나 이	종교	배우자 유무	직업	교육 정도	경제상 태만족	자녀 수	첫째자 녀나이	막내자 녀나이	유방암 가족력	동반 질환	치료진 행단계	불확실 성정도	위험 평가	기회 평가	삶의 질
나 이	1.00															
종교	-.06	1.00														
배우자유무	-.00	.05	1.00													
직업	-.09	-.00	-.05	1.00												
교육정도	-.44**	.12	-.01	.13	1.00											
경제상태만족	.03	.03	.08	.05	.12	1.00										
자녀 수	.46**	-.05	.48**	-.14	-.38**	.03	1.00									
첫째자녀나이	.80**	-.03	.28**	-.10	-.49**	.00	.70**	1.00								
막내자녀나이	.65**	-.00	.32**	-.12	-.42**	.02	.72**	.80**	1.00							
유방암가족력	.02	-.26**	.05	-.05	-.09	.11	.05	.09	.08	1.00						
동반질환	-.05	-.10	-.05	-.05	-.18*	.10	.12	.30**	.25**	-.00	1.00					
치료진행단계	.10	.11	.08	.02	-.07	.04	.18*	.15	.25**	.14	-.03	1.00				
불확실성정도	.11	-.06	-.04	-.02	-.25**	-.20*	.05	.11	.09	.03	-.01	.02	1.00			
위험평가	-.09	-.08	-.14	-.06	-.06	-.16*	-.13	-.12	-.08	.10	-.02	-.13	.46**	1.00		
기회평가	-.04	.08	.18*	-.02	.09	.12	.10	-.02	.00	.03	-.03	.10	-.49**	-.41**	1.00	
삶의 질	.07	.15	.15	.01	.13	.24**	.04	.06	.04	-.03	.06	-.02	-.51**	-.66**	.59**	1.00

* p < .05

** p < .00

부록 2. 질병관련 특성과 불확실성, 불확실성 평가,
삶의 질의 상관관계

N=107

변수	변수	수술 시기	수술 종류	병기	전이 여부	재발여 부	임과 부중 여부	불확 실성 정도	위험 평가	기회 평가	삶의 질
수술시기		1.00									
수술종류		.14	1.00								
병기		.12	.26**	1.00							
전이여부		.08	.30**	.60**	1.00						
재발여부		.42**	.11	.33**	.21*	1.00					
임과부중여부		.20*	.13	-.07	.02	-.03	1.00				
불확실성정도		.08	-.03	.16	.15	.41**	.18	1.00			
위험평가		-.13	.03	.16	.13	.26*	-.09	.46**	1.00		
기회평가		-.04	-.10	-.03	-.08	-.29**	-.15	-.49**	-.41**	1.00	
삶의 질		.18	-.08	-.27**	-.23*	-.25*	-.14	-.51**	-.66**	.59**	1.00

* p < .05

** p < .00

부록 3. 일반적 특성 따른 불확실성 정도

N=161

특 성	구 분	불확실성 정도	
		M±SD	t or F (p)
나 이 (세)	21-30	95.25±13.05	2.48 (.03)
	31-40	86.69±13.92	
	41-50	93.01±12.58	
	51-60	93.93±11.83	
	61-70	98.46±16.04	
	71세 이상	79.33±8.08	
주관적 경제만족도	절대부족	99.38±15.70	2.29 (.08)
	어느정도부족	94.40±14.80	
	충족할정도	89.24±13.20	
	충분함	92.46±13.20	
종 교	유	92.14±13.09	.81 (.00)
	무	94.29±13.80	
교육정도	고졸이하	94.56±13.37	2.85 (.76)
	대졸이상	88.35±11.93	
배우자유무	유	92.32±12.97	-.53 (.30)
	무	93.84±14.67	
직 업	유	92.77±12.32	2.26 (.34)
	무	92.21±14.6	
자녀수	0 명	91.84±15.60	.17 (.92)
	1-2 명	91.23±12.55	
	3-4 명	92.61±11.86	
	5 명이상	93.70±15.86	
첫째자녀나이	1-10세	88.43±14.26	.68 (.67)
	11-20세	90.11±11.97	
	21-30세	94.11±12.90	
	31-40세	94.41±12.53	
	41-50세	93.00±16.00	
	51세 이상	88.00±0.00	
막내자녀나이	1-10세	87.71±11.93	.73 (.60)
	11-20세	93.51±15.07	
	21-30세	94.16±11.36	
	31-40세	93.75±14.23	
	41세 이상	90.33±13.65	

부록 4. 일반적 특성 따른 불확실성의 평가

N=161

특 성	구 분	불확실성의 평가			
		위험평가		기회평가	
		M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
나 이 (세)	21-30	24.50±6.45	.84 (.53)	16.50±5.97	1.45 (.21)
	31-40	19.38±9.17		19.04±7.32	
	41-50	17.72±8.54		19.84±6.57	
	51-60	18.70±7.78		17.82±6.59	
	61-70	18.53±10.84		15.53±8.73	
	71세 이상	12.67±1.15		22.67±4.04	
주관적 경제만족도	절대부족	20.92±8.00	3.29 (.02)	23.15±9.23	1.83 (.14)
	어느정도부족	16.28±6.77		18.91±9.11	
	충족할정도	19.03±6.52		17.69±8.07	
	충분함	20.83±6.95		17.03±8.25	
종 교	유	18.07±8.62	1.03 (.95)	19.00±7.38	-1.02 (.00)
	무	19.84±8.32		17.58±4.55	
교육정도	고졸이하	18.64±8.72	.50 (.43)	18.58±7.00	-.39 (.93)
	대졸이상	17.92±8.30		19.04±6.84	
배우자유무	유	17.89±8.34	-1.81 (.41)	19.27±6.62	2.36 (.26)
	무	21.24±9.40		15.76±7.92	
직 업	유	17.74±8.58	.78 (.77)	18.55±6.51	.26 (.46)
	무	18.83±8.58		18.84±7.21	
자녀수	0 명	20.63±9.64	1.64 (.18)	16.32±8.87	1.03 (.38)
	1-2 명	18.00±7.81		18.14±6.42	
	3-4 명	19.02±8.29		19.30±6.69	
	5 명이상	15.79±8.88		19.00±6.65	
첫째자녀나이	1-10세	20.63±9.64	.83 (.55)	16.32±8.87	1.69 (.13)
	11-20세	20.88±8.34		18.81±4.87	
	21-30세	17.79±9.32		21.07±7.38	
	31-40세	17.90±8.04		19.30±6.25	
	41-50세	16.90±8.03		18.03±6.43	
	51세 이상	20.86±10.27		13.71±8.88	
막내자녀나이	1-10세	19.22±8.69	.21 (.96)	17.29±7.61	.99 (.43)
	11-20세	19.12±8.48		19.65±5.77	
	21-30세	17.66±9.91		20.37±7.10	
	31-40세	18.45±7.43		18.98±6.05	
	41세 이상	17.44±9.54		17.13±8.36	

부록 5. 일반적 특성 따른 삶의 질

N=161

특 성	구 분	삶의 질	
		M±SD	t or F (p)
나 이 (세)	21-30	219.25±42.11	.56 (.73)
	31-40	212.08±55.41	
	41-50	228.70±47.19	
	51-60	220.09±52.51	
	61-70	217.73±68.97	
	71세 이상	244.00±3.00	
주관적 경제만족도	절대부족	197.15±73.00	3.26 (.02)
	어느정도부족	212.30±47.56	
	충족할정도	226.31±48.81	
	충분함	224.07±47.42	
종 교	유	226.55±51.45	-1.96 (.83)
	무	206.52±49.89	
교육정도	고졸이하	218.49±50.77	-1.50 (.91)
	대졸이상	231.50±52.73	
배우자유무	유	225.99±50.39	1.91 (.33)
	무	204.76±55.50	
직 업	유	223.29±48.86	-.12 (.49)
	무	222.31±53.50	
자녀수	0 명	212.89±55.50	.33 (.80)
	1-2 명	228.09±48.32	
	3-4 명	222.54±50.37	
	5 명이상	225.12±56.13	
첫째자녀나이	1-10세	212.89±55.50	.83 (.55)
	11-20세	206.56±45.74	
	21-30세	234.50±38.85	
	31-40세	225.28±54.78	
	41-50세	224.72±58.96	
	51세 이상	204.43±36.12	
막내자녀나이	1-10세	221.05±51.68	.64 (.67)
	11-20세	206.65±44.15	
	21-30세	233.14±48.71	
	31-40세	222.04±56.17	
	41세 이상	224.75±52.48	

부록 6. 질병관련 특성 따른 불확실성 정도

N=107

특 성	구 분	불확실성 정도	
		M±SD	t or F (p)
수술종류	유방보존술	93.78±13.37	.27 (.57)
	유방절제술	93.10±11.50	
병기	0기	88.00±.00	1.21 (.31)
	1기	88.67±13.60	
	2기	94.30±11.43	
	3기	93.20±12.89	
	4기	100.75±9.60	
항암제종류	AC	96.91±12.08	1.84 (.13)
	FAC	93.26±11.44	
	CMF	101.00±23.00	
	EC	87.93±9.50	
	기타	84.00±.00	
전이여부	유	95.24±12.43	1.52 (.98)
	무	91.71±11.67	
전이부위	입파선	93.97±10.38	8.55 (.00)
	뼈	90.75±8.91	
	폐	127.50±13.44	
	간	115.00±.00	
재발여부	유	111.86±15.06	4.57 (.20)
	무	92.03±10.82	
유방암 가족력	유	93.47±7.73	-.32 (.04)
	무	92.43±13.80	
동반질환	유	92.42±13.79	.08 (.81)
	무	92.60±13.06	

AC: doxorubicin+cyclophosphamide

FAC: 5-FU+doxorubicin+cyclophosphamide

CMF: Cyclophosphamide+mitomycin+5-FU

EC: Epirubicin+cyclophosphamide

기타: Taxol, Docetaxel 등

부록 7. 질병관련 특성 따른 불확실성 평가

N=161

특성	구분	불확실성 평가			
		위험평가		기회평가	
		M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
수술종류	유방보존술	17.94±9.29	-.28 (.15)	20.08±6.56	1.07 (.65)
	유방절제술	18.42±7.89		18.56±7.17	
병기	0기	12.00±.00	.81 (.52)	18.00±.00	.14 (.97)
	1기	17.44±8.10		20.06±5.81	
	2기	17.70±8.30		18.75±7.34	
	3기	20.20±9.03		19.40±7.06	
	4기	22.75±7.18		18.50±8.50	
항암제종류	AC	22.09±8.45	1.99 (.10)	16.96±7.68	1.03 (.40)
	FAC	19.23±7.75		19.98±7.28	
	CMF	22.33±11.34		16.00±5.93	
	EC	15.00±5.00		19.43±5.36	
	기타	21.00±.00		15.00±.00	
전이여부	유	19.45±7.75	1.36 (.13)	18.51±7.04	-.77 (.86)
	무	17.26±8.76		19.55±6.95	
전이부위	임파선	19.82±7.39	2.27 (.09)	18.97±6.96	2.76 (.05)
	뼈	14.75±8.05		20.25±3.65	
	폐	26.00±5.66		9.00±11.31	
	간	30.00±.00		6.00±.00	
재발여부	유	26.29±6.24	2.71 (.33)	11.43±9.54	-3.12 (.06)
	무	17.70±8.21		19.61±6.50	
유방암가족력	유	20.68±10.15	-1.23 (.23)	19.32±6.68	-.39 (.86)
	무	18.11±8.33		18.65±6.99	
동반질환	유	18.19±7.42	.20 (.19)	18.44±7.09	.31 (.80)
	무	18.49±8.98		18.83±6.90	

AC: doxorubicin+cyclophosphamide

FAC: 5-FU+doxorubicin+cyclophosphamide

CMF: Cyclophosphamide+mitomycin+5-FU

EC: Epirubicin+cyclophosphamide

기타: Taxol, Docetaxel 등

부록 8. 질병관련 특성 따른 삶의 질

N=161

특 성	구 분	삶의 질	
		M±SD	t or F (p)
수술종류	유방보존술	223.06±55.70	.86 (.61)
	유방절제술	213.66±52.25	
병기	0기	247.00±.00	2.02 (.10)
	1기	239.06±59.75	
	2기	218.16±50.01	
	3기	198.40±46.79	
	4기	180.00±81.46	
항암제종류	A C	195.09±53.85	2.09 (.09)
	FAC	211.47±50.81	
	CMF	180.50±63.55	
	EC	238.93±43.81	
	기타	219.00±.00	
전이여부	유	203.35±46.03	-2.46 (.12)
	무	228.21±56.76	
전이부위	임파선	206.37±41.92	4.76 (.01)
	뼈	219.25±40.67	
	폐	143.50±24.75	
	간	81.00±.00	
재발여부	유	167.00±60.94	-2.63 (.85)
	무	220.31±51.33	
유방암가족력	유	218.74±48.42	.35 (.67)
	무	223.22±52.16	
동반질환	유	227.49±48.98	-.71 (.56)
	무	220.94±52.63	

AC: doxorubicin+cyclophosphamide

FAC: 5-FU+doxorubicin+cyclophosphamide

CMF: Cyclophosphamide+mitomycin+5-FU

EC: Epirubicin+cyclophosphamide

기타: Taxol, Docetaxel 등

부록 9. 대상자의 불확실성 정도의 문항별 점수

N=161

문항번호	유방암 진단시기 (n=54)	보조요법시기 (n=54)	회복 및 추후관리 시기 (n=53)
	M±SD	M±SD	M±SD
1	2.98±0.96	3.30±1.02	2.81±1.02
2	3.78±0.96	3.83±1.00	3.45±1.22
3	2.72±1.22	3.09±1.20	2.94±1.12
4	3.09±1.09	3.17±1.16	2.89±1.12
5	3.39±0.90	2.19±0.78	2.42±1.08
6	1.80±0.59	1.78±0.86	1.92±0.83
7	3.00±1.05	2.93±1.04	3.02±1.05
8	2.98±1.11	3.19±1.05	3.19±1.06
9	2.67±1.08	2.81±1.01	2.57±0.99
10	2.37±0.83	2.46±0.82	2.49±0.95
11	2.37±0.83	2.22±0.74	2.11±0.93
12	3.48±1.11	3.43±1.14	3.60±1.03
13	2.33±0.87	2.33±0.85	2.42±0.95
14	2.54±1.00	2.80±1.11	2.68±1.12
15	2.59±1.02	2.70±1.02	2.66±1.18
16	2.50±1.02	3.07±1.11	2.68±1.22
17	2.83±1.02	3.76±0.89	3.17±1.07
18	3.15±1.09	3.30±1.09	3.00±1.13
19	2.00±0.82	2.13±0.87	2.04±0.76
20	2.91±1.22	3.70±0.92	3.25±1.07
21	3.37±0.98	3.11±1.04	3.06±1.13
22	2.33±0.89	2.37±0.83	2.32±0.92
23	2.20±0.98	2.52±1.08	2.51±1.05
24	2.56±1.10	2.56±1.19	2.26±1.04
25	2.96±0.93	2.94±1.11	2.96±1.16
26	3.07±1.00	3.26±1.12	2.58±1.06
27	4.26±0.71	4.11±0.79	4.08±0.87
28	2.28±0.92	2.41±0.90	2.47±0.87
29	1.89±0.88	1.72±0.98	1.89±1.25
30	3.43±1.07	3.52±1.11	3.53±1.08
31	2.17±0.82	2.48±1.08	2.77±1.01
32	2.59±0.96	2.52±0.93	2.77±1.17
33	3.33±0.99	3.20±1.17	3.21±1.44

부록 10. 대상자의 불확실성 평가의 문항별 점수

N=161

문항번호	유방암 진단시기 (n=54)	보조요법시기 (n=54)	회복 및 추후관리 시기 (n=54)
	M±SD	M±SD	M±SD
1	1.98±1.50	2.41±1.57	1.60±1.36
2	3.07±1.55	3.20±1.22	2.40±1.51
3	1.67±1.26	1.91±1.34	2.43±1.07
4	2.48±1.41	2.56±1.37	1.91±1.52
5	2.93±1.46	2.74±1.31	2.47±1.50
6	2.35±1.57	2.67±1.45	2.04±1.57
7	2.80±1.50	2.74±1.47	2.89±1.37
8	2.76±1.59	2.54±1.49	2.17±1.37
9	1.70±1.35	1.98±1.34	2.19±1.41
10	1.57±1.41	2.02±1.56	1.15±1.29
11	3.35±1.28	3.20±1.47	3.40±1.21
12	1.56±1.37	2.37±1.53	2.25±1.44
13	3.35±1.38	3.17±1.46	3.21±1.18
14	2.41±1.37	2.63±1.55	2.58±1.38
15	2.76±1.34	2.78±1.54	3.06±1.15

부록 11. 대상자의 삶의 질 정도의 문항별 점수

N=161

문항번호	유방암 진단시기 (n=54)	보조요법시기 (n=54)	회복 및 추후관리 시기 (n=53)
	M±SD	M±SD	M±SD
1	5.80±2.38	4.09±2.19	5.02±2.41
2	7.17±2.98	4.07±2.85	7.40±3.01
3	7.56±2.80	5.85±2.62	7.04±2.95
4	6.70±2.96	5.22±3.21	6.87±3.05
5	8.19±2.53	7.43±3.24	8.92±1.94
6	8.74±1.88	4.81±3.10	8.60±2.12
7	8.52±2.39	5.70±4.34	6.72±4.28
8	5.54±2.56	5.06±2.11	6.15±2.20
9	6.20±2.41	4.54±2.77	5.47±2.82
10	5.81±2.15	5.20±1.98	5.72±2.01
11	6.24±2.45	5.43±2.62	5.66±2.56
12	6.59±2.13	6.00±2.67	7.11±2.55
13	6.65±2.17	5.50±2.41	5.96±2.44
14	6.31±2.24	4.61±2.55	4.64±2.78
15	7.83±1.88	6.70±2.83	6.92±2.46
16	5.78±2.98	2.35±2.54	4.28±2.80
17	4.30±2.70	2.83±2.31	3.25±2.53
18	1.94±2.71	1.54±2.50	1.83±2.82
19	2.15±2.41	2.57±2.72	2.32±2.52
20	2.98±2.96	3.98±2.70	4.96±2.72
21	3.67±3.10	4.26±2.65	4.94±2.94
22	5.07±3.03	4.57±3.06	5.74±3.13
23	4.15±2.81	3.87±2.75	4.85±3.28
24	2.70±2.98	2.87±2.87	3.42±3.10
25	2.57±3.01	2.54±2.63	3.23±3.04
26	2.48±3.01	2.39±2.36	3.06±2.92
27	3.22±3.02	2.98±2.29	4.21±2.92
28	7.96±2.15	7.44±2.42	6.94±3.09
29	6.02±2.84	5.41±3.41	6.72±3.16
30	6.31±2.90	6.02±3.52	6.34±3.51
31	5.85±3.48	5.50±4.12	6.02±3.37
32	4.26±2.76	3.93±2.99	4.98±2.74
33	7.11±2.51	6.22±3.37	6.79±3.11
34	5.13±3.05	5.00±3.31	5.13±3.28
35	6.87±3.48	7.30±3.27	6.43±3.41
36	6.61±3.18	6.67±3.32	6.96±2.93
37	5.96±3.47	6.67±3.24	6.45±3.00
38	5.50±3.03	4.11±2.75	4.74±3.40
39	6.28±2.75	6.26±3.12	5.94±3.02
40	7.31±2.50	6.85±2.50	7.38±2.19
41	8.26±1.92	7.09±2.53	7.38±2.11

부록 12. 연구 설문지

연구 참여를 위한 협조문

안녕하십니까?

저는 유방암 환자의 회복과 건강에 관심 있는 간호사이며, 현재 연세대학교 대학원에서 간호학을 전공하고 있는 학생입니다.

본 설문지는 유방암 진단을 받고 수술 및 치료중이거나 치료가 끝나고 외래를 방문중인 귀하와 같은 여성분들이 경험하고 느끼는 문제를 파악하여 유방암 환자 분들에게 좀 더 나은 간호를 제공하기 위한 목적으로 마련된 것입니다.

설문지의 문제들은 정답이 없으며 여러분이 가지고 있는 생각 그대로 문항에 답하시면 됩니다.

귀하께서 주신 자료는 모두 무기명으로 처리되며, 귀하에게 불이익이 발생하지 않으며, 연구 이외의 목적에는 전혀 사용하지 않을 것을 약속드립니다.

귀하의 응답은 매우 귀중한 자료로 사용되어질 것이오니 빠짐없이 신중하게 답하여 주시기 바랍니다.

귀한 시간 내어 도움 주신 것에 대해 진심으로 감사 드립니다.

빠른 쾌유를 빕니다.

연구자의 연락처는 아래와 같습니다.

언제든지 필요시에는 연락을 주시면 도움이 되어 드리겠습니다.

**연구자: 이인숙 (연세대학교 대학원 석사 과정생, 서울대학교 병원 간호사)

**연락처: 016-760-5247, E-mail: dobest75@hanmail.net

2004년 10월

연구자 이인숙 올림

*** 본 연구에 대한 설명을 들었으며, 연구의 목적을 이해하고,
연구에 참여를 동의합니다.

연구 참여자: _____ (서명, 인)

**** 다음의 해당하는 곳에 표시해 주십시오.**



1. 귀하는 몇 년생이십니까? (_____) 년생

2. 귀하는 종교가 있으십니까?

1) 아니오 2) 예 (① 기독교 ② 천주교 ③ 불교 ④ 기타)

3. 귀하는 직업이 있으십니까? 1) 없 다 2) 있 다 3) 휴 직

4. 귀하의 최종학력은 다음 중 어느 것입니까?

1) 무 학 2) 초등학교졸업 3) 중학교졸업
4) 고등학교졸업 5) 대학교 졸업 6) 대학원 졸업

5. 귀하 가족의 월 총수입은 얼마입니까? (_____) 만원 / 월

귀하의 소비해 비해 가족 수입은 어느 정도 부족합니까?

1) 절대적으로 부족하다 2) 어느 정도 부족한 편이다
3) 필요한 요구는 충족시킬 정도이다 4) 충분하다

6. 귀하는 배우자가 있으십니까?

1) 있다 2) 없다 (① 미 혼 ② 사 별 ③ 이 혼 ④ 기 타)

7. 현재 다른 앓고 계신 질환이 있습니까?

1) 아니오 2) 예 (① 고혈압 ② 당뇨 ③ 간질환 ④ 결핵 ⑤ 기 타: _____)

8. 가족 중 유방암을 앓고 있거나 앓은 사람이 있습니까?

1) 아니오 2) 예

9. 귀하의 자녀는 몇 명입니까? (_____) 명

귀하의 자녀의 연령은 몇 세입니까?

1) 첫 째: _____ 세 2) 둘 째: _____ 세 3) 셋 째: _____ 세 4) 기 타: _____ 세

* 다음은 귀하께서 질병이나 치료 진행과정에 대해 어떻게 생각하시는데 대해 알고자 하는 것입니다.

귀하가 현재 어떻게 생각하는지에 대해 일치하는 번호에 O 표 해 주십시오.

문 항	매 우 그렇다	그렇다	그저 그렇다 (보통)	아니다	전 혀 아니다
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1. 내 상태가 얼마나 나쁜지 모르겠다.	5	4	3	2	1
2. 나는 궁금한 것이 많다.	5	4	3	2	1
3. 내가 더 좋아질지, 나빠질지 확신이 없다.	5	4	3	2	1
4. 통증(증상)이 얼마나 심해질지 알 수 없다.	5	4	3	2	1
5. 나는 의료진이 내 병에 대해 설명한 것을 이해하지 못한다.	5	4	3	2	1
6. 나는 내가 왜 이 치료를 받는지 알고 있다.	5	4	3	2	1
7. 나는 통증(증상)이 있을 때, 내 상태가 어떤지를 안다.	5	4	3	2	1
8. 내가 기대하는 일들이 언제 이루어질지 모르겠다.	5	4	3	2	1
9. 내 증상들은 계속해서 바뀐다.	5	4	3	2	1
10. 나는 설명 들은 내용을 모두 이해한다.	5	4	3	2	1
11. 의사들이 내게 설명한 것들은 혼란스럽다.	5	4	3	2	1
12. 나는 내 병이 얼마나 오래갈지 안다.	5	4	3	2	1
13. 내가 받는 치료는 이해하기가 너무 어렵다.	5	4	3	2	1
14. 내가 받는 치료나 약물이 나에게 효과가 있을지 없을지 모르겠다.	5	4	3	2	1
15. 의료진들이 너무 많아 누가 무엇을 책임지는지 알 수 없다.	5	4	3	2	1
16. 내 상태가 계속 변하므로 앞날을 계획할 수 없다.	5	4	3	2	1

문항	매우 그렇다	그렇다	그저 그렇다 (보통)	아니다	전혀 아니다
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
17. 내 병의 경과가 계속 바뀌므로 좋은날도 있고 안 좋은 날도 있다.	5	4	3	2	1
18. 치료로 생기는 부작용을 어떻게 관리해야 할지 모르겠다.	5	4	3	2	1
19. 내 문제에 대해 의료진들이 서로 다른 이야기를 한다.	5	4	3	2	1
20. 앞으로 내게 무슨 일이 생길지 확실치 않다.	5	4	3	2	1
21. 대개 나는 그날 그날 내 상태가 좋을지 나쁠지 안다.	5	4	3	2	1
22. 검사에 따라 검사결과가 다르다.	5	4	3	2	1
23. 내가 받는 치료가 효과가 있을지 모르겠다.	5	4	3	2	1
24. 내가 언제쯤 나 자신을 스스로 돌볼 수 있게 될지 모르겠다.	5	4	3	2	1
25. 나는 대체로 내 병의 경과를 안다.	5	4	3	2	1
26. 치료 때문에 내가 할 수 있는 일들이 계속 달라진다.	5	4	3	2	1
27. 의료진은 내 병에 대해서 더이상 아무것도 알아내지 못할 것이다.	5	4	3	2	1
28. 내가 받는 치료는 전에 다른 사람들에게 효과가 있었던 치료이다.	5	4	3	2	1
29. 의료진은 나에게 정확한 진단명을 말해 주지 않았다.	5	4	3	2	1
30. 나는 내 상태가 언제 좋아질지 혹은 나빠질지 안다.	5	4	3	2	1
31. 나는 필요할 때마다 간호사의 도움을 받을 수 있다.	5	4	3	2	1
32. 나는 내 병이 어느 정도 심각한지 안다.	5	4	3	2	1
33. 나는 의사와 간호사들이 쓰는 용어를 이해할 수 있다.	5	4	3	2	1

* 귀하가 유방암과 관련된 상황에 대해 **현재 느끼는 기분을 가장 잘 설명하는 것에 O 표** 해주십시오.

(예를 들어, 귀하가 유방암에 대해 **매일** 화난 기분이 든다면 5점에,

때때로 화가 난다면 2점에, **전혀 화나지 않으면** 0점에 표시해 주십시오.)

문 항	전혀 없다	거의 없다	약간 있다	다소 있다	많이 있다	아주 많이 있다
	0점	1점	2점	3점	4점	5점
1. 화 남	0	1	2	3	4	5
2. 걱 정	0	1	2	3	4	5
3. 기 분 좋 음	0	1	2	3	4	5
4. 슬 픔	0	1	2	3	4	5
5. 불 안 감	0	1	2	3	4	5
6. 실 망 감	0	1	2	3	4	5
7. 자 신 감	0	1	2	3	4	5
8. 두 려 움	0	1	2	3	4	5
9. 만 족 감	0	1	2	3	4	5
10. 죄 책 감	0	1	2	3	4	5
11. 희 망 감	0	1	2	3	4	5
12. 싫 증 남	0	1	2	3	4	5
13. 기 대 감	0	1	2	3	4	5
14. 행 복 감	0	1	2	3	4	5
15. 안 도 감	0	1	2	3	4	5
기타 다른 종류의 감정 (특히: _____)	0	1	2	3	4	5

9. 질병이나 치료로 인해 생활에 적응하는데 얼마나 어렵습니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 어렵지 않다 매우 어렵다

10. 귀하의 삶의 질은 어떠합니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
매우 저조하다 최고 상태이다

11. 귀하는 얼마나 행복하십니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 행복하지 않다 매우 행복하다

12. 귀하는 자신이 삶을 얼마나 스스로 조절할 수 있다고 느끼십니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 못한다 완전히 한다

13. 귀하는 삶에 얼마나 만족하십니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 만족하지 못한다 매우 만족한다

14. 귀하의 집중력이나 기억력은 어느정도입니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
매우 나쁘다 매우 좋다

15. 귀하는 얼마나 쓸모 있는 사람이라고 생각하십니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 쓸모 없다 매우 쓸모 있다

16. 질병이나 치료로 귀하의 외모가 얼마나 변했습니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 변화 없다 매우 많이 변했다

17. 질병이나 치료로 귀하의 자신에 대한 생각이 얼마나 바뀌었습니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 변화 없다 매우 많이 바뀌었다

18. 처음 진단 받았을때 얼마나 많이 걱정이 되었습니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 없었다 매우 많았다

19. 암치료기 (항암화학요법, 방사선치료, 수술 등의 치료를 받는 기간)에
귀하의 질병과 치료에 대한 걱정은 어느정도였습니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 없었다 매우 많았다

20. 현재 질병과 치료에 대한 걱정은 어느 정도입니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 없다 매우 많다

21. 현재 귀하는 얼마나 불안하십니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 불안하지 않다 매우 불안하다

22. 현재 귀하는 얼마나 우울하십니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 우울하지 않다 매우 우울하다

** 다음과 같은 상황에 처하면 얼마나 두려우실까요 ? (23 ~ 26번)

23. 귀하는 앞으로 받을 진단적검사들에 대해 얼마나 두려움을 느끼십니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 두렵지않다 매우 두렵다

24. 귀하는 이차적 다른 암 발생에 대해 얼마나 두려움을 느끼십니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 두렵지않다 매우 두렵다

25. 귀하는 암의 재발에 대해 얼마나 두려움을 느끼십니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 두렵지않다 매우 두렵다

26. 귀하는 암의 퍼짐 (암의 전이)에 대해 얼마나 두려움을 느끼십니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 두렵지않다 매우 두렵다

27. 귀하의 질병 때문에 가족들이 얼마나 힘들어 합니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 힘들어하지 않는다 매우 힘들어한다

28. 귀하가 기대했던만큼 다른 사람으로부터 충분한 도움을 받았습니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 도움받지 못했다 매우 많은도움을받았다

29. 지속되는 질병과 치료 때문에 다른 사람과의 관계에 지장이 있습니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 지장이 없다 매우 많이 지장을 받는다

30. 귀하의 질병이 귀하의 성생활에 영향을 줍니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 영향을 주지 않는다 매우 크게 영향을 준다

31. 질병과 치료가 귀하의 직장생활을 얼마나 방해합니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 방해하지 않는다 매우 많이 방해한다

32. 질병과 치료가 귀하의 집안활동을 얼마나 방해합니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 아니다 매우 그렇다

33. 질병이나 치료 때문에 주위로부터 얼마나 소외되었다고 느끼십니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 소외되지 않았다 매우 많이 소외되었다

34. 귀하의 질병과 치료로 인한 경제적 부담은 어떠합니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 없다 매우 많다

35. 귀하의 종교 생활 (기도, 예배, 미사, 불경 등)은 귀하에게 얼마나
중요합니까?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
전혀 중요하지 않다 매우 중요하다

질병관련 특성 (chart review)- 연구자가 기입합니다.

1) 수술의 종류: ① 유방 보존술 ② 유방 절제술

2) 수술받은 시기: ()년 ()월

3) 유방암과 관련되어 받은 치료 종류:

- ① 수 술 ② 항암화학요법 (회차: , 약물 종류:)
③ 방사선 치료 ④ 호르몬제 복용

4) 암의 병기:

5) 전이 여부: ① 유 ② 무
전이 부위:

6) 재발 여부 : ① 유 ② 무

7) 임파부종 : ① 유 ② 무

**** 환자 번호 :**

**** 환자 성명 :**

ABSTRACT

Uncertainty, Appraisal and Quality of life in patients with breast cancer across treatment phases.

Lee, In Sook
Dept. of Nursing
The Graduate School
Yonsei University

Breast cancer patients are faced with uncertain situations throughout their cancer treatments. They sometimes adjust well, but other times they may experience despair due to new and different situations. Therefore, this study tries to examine the relationship among uncertainty, appraisal and quality of life in patients with breast cancer across treatment phases.

This study employed a descriptive correlational and cross-sectional survey design using a face-to-face interview method. The survey was conducted from Oct 18, 2004 to Nov 30, 2004. The subject of this study was total 161 patients who were recruited from one university hospital, by convenient sampling, under informed consent. 54 were in a diagnostic phase, 54 were in an adjuvant treatment phase, and 53 were in a follow-up phase. All these patients were interviewed with Mishel 's Uncertainty in Illness Scale, Appraisal Scale and Ferrell Quality of Life Scale-Cancer Survivor in order to evaluate their level of uncertainty, appraisal type of uncertainty, and quality of life. Data were analyzed using χ^2 test, ANOVA, Scheffe test, Pearson's correlation coefficient, and Hierarchical multiple regression.

As the results of this study, no difference was found in uncertainty across treatment phases. Appraisal of danger was significantly different across treatment phases; however, appraisal of opportunity was not significantly different in three groups. Significant positive correlation was found between uncertainty and an appraisal of danger, and significant negative correlation was found between uncertainty and an appraisal of opportunity.

Quality of life of the three groups was significantly different. Quality of life had a negative correlation with uncertainty and an appraisal of danger, a positive correlation with an appraisal of opportunity. Variables which explain quality of life significantly were verified as age, religion, a stage of cancer, uncertainty, and an appraisal of danger and opportunity.

The study results demonstrated that uncertainty and an appraisal of danger and opportunity accounted for a significant amount of variance of quality of life. Also, the study results underscore the importance of uncertainty and an appraisal of uncertainty in improving quality of life for patients with breast cancer.

Therefore, nurses need to identify, monitor, and assist women who are at risk for uncertainty and an appraisal of danger across treatment phases, and further research is needed to evaluate and apply intervention to women with breast cancer.

Key words: Breast cancer, Uncertainty, Appraisal, Quality of life, Treatment phases