

위절제술을 받은 위암환자의 불확실성, 대처, 건강증진행위 간의 관계

이민선¹⁾ · 강윤희²⁾

¹⁾삼성서울병원 위암센터 임상연구 코디네이터, ²⁾이화여자대학교 건강과학대학 간호학부 교수

Correlation of Uncertainty, Coping, and Health-Promoting Behavior in Patients with Gastric Cancer following Gastrectomy

Lee, Minsun¹⁾ · Kang, Younhee²⁾

¹⁾Clinical Research Coordinator, Gastric Cancer Center, Samsung Medical Center

²⁾Professor, Division of Nursing Science, College of Health Sciences, Ewha Womans University

Purpose: This study was done to investigate the correlation of uncertainty, coping and health-promoting behavior in patients with gastric cancer who have undergone a gastrectomy. **Methods:** A descriptive correlational design was used and the participants were 120 gastric cancer patients from one general hospital. The structured questionnaire included Mishle's Uncertainty in Illness Scale, the Korean Cancer Coping Questionnaire, and the Health Promoting Lifestyle Profile. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation coefficient, and multiple regression analysis. **Results:** There were significant negative correlations between uncertainty and intrapersonal coping ($r=-.657, p<.001$); between uncertainty and interpersonal coping ($r=-.223, p=.014$); and between uncertainty and health promoting behavior ($r=-.594, p<.001$). There were significant positive correlations between intrapersonal coping and health promoting behavior ($r=.790, p<.001$); and between interpersonal coping and health promoting behavior ($r=.502, p<.001$). Uncertainty, intrapersonal coping, and interpersonal coping explained 49% of health promoting behavior ($F=21.312, p<.001$). The factors that influenced health promoting behavior were intrapersonal coping ($\beta=.582, p<.001$), and interpersonal coping ($\beta=.246, p<.001$). **Conclusion:** The findings of this study indicate that intrapersonal coping and interpersonal coping were significant variables for health promoting behavior in patients with gastric cancer who had undergone a gastrectomy in the past six months.

Key words: Gastric Cancer, Gastrectomy, Uncertainty, Coping, Health-Promoting Behavior

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라에서 위암의 발생률은 14.5%로 갑상선 암에 이어 두 번째로 높고, 사망률은 폐암과 간암에 이어 세 번째로 높다[1]. 하지만, 암 진단과 치료의 발전 및 조기 검진

증가로 인해 위암의 5년 생존율은 점차 높아지고 있다.

위암은 외과적 치료로써 위절제술을 시행하는 게 보편적이다. 위절제술 후 위의 저장기능 및 유문괄약근 기능 등이 소실되므로 덤핑증후군과 같은 흡수장애가 발생된다. 덤핑증후군은 증상과 정도가 다양하고 발생여부가 모호하므로 환자들은 섭취에 대한 두려움으로 필요한 만큼의 열량을 섭취하지 못하게 되며[2], 결과적으로 위절제술

주요어: 위암, 위절제술, 불확실성, 대처, 건강증진행위

Corresponding author: Kang, Younhee

Division of Nursing Science, Ewha Womans University, 52 Ewhayeodae-gil, Seodaemun-gu, Seoul 03760, Korea.
Tel: 82-2-3277-4483, Fax: 82-2-3277-2850, E-mail: yxk12@ewha.ac.kr

* 이 논문은 제1저자 이민선의 2015년도 석사학위논문의 일부를 발췌한 것임.

투고일: 2015년 6월 1일 / 심사완료일: 2015년 6월 2일 / 게재확정일: 2015년 6월 26일

후 6개월간 수술 전 체중의 약 10%정도가 급격히 감소하고 영양상태가 저하되며 감염 등 수술 후 합병증도 호발하게 된다[3]. 또한 경우에 따라 항암화학요법 및 방사선 요법 등 보조적인 치료가 시행되므로 신체적, 정신적 고통이 가중된다[4]. 따라서 질병의 경과와 건강의 회복을 예측하기 어렵게 됨으로써 불확실성을 경험할 수 있다[5].

이러한 불확실성은 스트레스로서 투병기간 내내 암환자의 심리적 고통을 가중시키고 삶의 질을 저해하는 것으로 나타났다[6,7]. 암환자의 불확실성은 질병의 심각성이 클수록[8], 교육수준이 낮을수록, 경제적으로 어려울수록, 동반질환이 있는 경우 높아지는[6] 것으로 나타났다. 암환자들은 불확실성을 높게 인지할수록 투병 중 발생하는 증상들을 재발의 징후나 치료의 실패 등의 위협으로 인지하는 것으로 나타났다[7]. 높은 수준의 불확실성은 개인의 자원 활용 능력을 억압하므로[9] 불안이나 우울과 같은 심리적 고통을 증가시키고[6] 암환자의 심리사회적 적응에 직접적으로 부정적인 영향을 준다[10]. 또한 문제를 해결할 기술과 질병 회복에 필요한 자가 간호능력을 낮추게 되므로[8] 질병 회복에 좋지 않은 영향을 미치게 된다. 그러므로 암환자는 불확실성에 대하여 효율적으로 대처를 행하여야 한다[9]. 대처는 인간이 부정적인 감정에 대해 인지적으로 억제, 부정 등과 같은 기전을 사용하거나 학습된 행동들을 행함으로써 위해가 이미 가해진 상황 뿐 아니라 위협이 예상되는 상황을 평가, 재평가하는 것에 관여한다[11]. 따라서 특정 상황에 있어서 스트레스 요인 자체보다도 이에 대해 어떻게 인지하고 대처하는지가 심리적 적응에 중요하게 작용한다[12]. 암환자들은 치료 단계에 질병의 경과와 치료의 효과 등에 대해 불확실성을 크게 인지할 경우, 완치 이후 암의 재발과 이차암의 발생 여부에 대한 두려움으로 인해 심리적 고통을 경험하게 되는 것으로 나타났다[13]. 따라서 암 치료 단계의 불확실성에 대한 대처가 치료 후 삶에 대한 재적응과 삶의 질에 있어서 매우 중요하다고 해석할 수 있다. 따라서 위절제술 후 6개월 이내의 위암환자들이 경험하는 불확실성과 대처를 확인함으로써 필요시 적절한 간호를 제공할 수 있어야 한다.

또한 암환자들은 암의 재발 및 전이를 예방하고 치료로 인한 후유증을 최소화하기 위해 건강증진행위를 지속적으로 행할 필요가 있다[14]. 건강증진행위는 기존 연구들을 통해 암의 발병 및 재발 예방, 신체적·정신적 건강의 유지 및 증진과 삶의 질 향상에 긍정적인 영향을 미치는

변수로 알려져 있다[15]. 위암환자들은 위절제술 시행 후 덤핑증후군, 빈혈, 골 질환, 체중감소, 영양장애, 면역력 저하 등 다양한 합병증을 경험하며[2] 보조요법으로 인해 오심과 식욕저하가 발생되어 신체적, 정신적 고통을 받게 된다[4]. 따라서 위암환자들은 위암의 재발 및 전이를 예방하고 위절제술 후 경험하는 합병증으로부터 신체적 및 정신적인 건강을 증진하기 위하여 바람직한 건강증진행위를 실천하는 것이 중요하다. 하지만 불확실성과 대처와 건강증진행위 간의 관계를 확인하는 선행연구는 국내에서 시행된 바 없다. 따라서 위절제술 후에 위암환자들의 건강증진행위를 증진하는 간호 중재를 개발하고 적용하기 위하여 이들이 경험하는 불확실성과 대처를 파악하고, 이들 변수와 건강증진행위 간의 관계를 확인하고자 본 연구를 수행하였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 위절제술을 받은 위암환자의 질병에 대한 불확실성, 대처, 건강증진행위 간의 관계를 규명하는데 있으며 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 불확실성, 대처와 건강증진행위를 확인한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성과 질병 관련 특성에 따른 불확실성, 대처, 건강증진행위의 차이를 확인한다.
- 3) 대상자의 불확실성, 대처와 건강증진행위의 상관관계를 확인한다.
- 4) 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성, 불확실성과 대처가 건강증진행위에 미치는 영향을 확인한다.

3. 용어정의

1) 불확실성

질병 관련 사건이나 사물에 정확한 가치를 부여하지 못하는 상태, 또는 그 결과를 예측할 수 없어 그 사건의 의미를 결정할 수 없는 상태를 의미한다[5]. 본 연구에서는 Mishel [16]의 Uncertainty in Illness Scale-Community Form (MUIS-C)을 Oh [17]가 국문으로 번역한 도구를 본 연구자가 23문항으로 수정하여 측정된 점수를 뜻한다. 측정점수가 높을수록 불확실성이 높은 것을 의미한다.

2) 대처

개인이 삶을 위협하는 상황에 처했을 때 개인이 취하는

행동을 지속적으로 평가하는 역동적이고 변화되는 과정을 의미한다[18]. 본 연구에서는 Moorey 등[19]의 Cancer Coping Questionnaire (CCQ)를 Kim 등[20]이 한국 문화와 실정에 맞게 수정한 Korean Cancer Coping Questionnaire (K-CCQ)로 측정된 개인 내 대처와 대인 간 대처의 각각의 점수를 뜻한다. 개인 내 대처와 대인 간 대처의 각각의 측정점수가 높을수록 개인 내 대처 또는 대인 간 대처가 적절하게 이루어지는 것을 의미한다.

3) 건강증진행위

더 높은 수준의 건강을 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것으로서 개인의 안녕과 자아실현, 자기성취의 수준을 유지하거나 높이기 위한 행위를 의미한다[21]. 본 연구에서는 Walker 등[21]의 The Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP)을 Oh와 Hong [22]이 번안하여 수정한 도구로 측정된 점수를 뜻한다. 측정점수가 높을수록 건강증진행위를 많이 수행하는 것을 의미한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 위절제술을 받은 위암환자의 불확실성, 대처, 건강증진행위 간의 관계를 확인하는 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구는 서울시 K구 소재 1개 상급종합병원의 소화기 외과에서 위암으로 진단받고 위절제술을 시행 받은 후 경과기간이 6개월 이내이며 외래 추적 중인 대상자를 편의 표집 하였다.

연구 대상자 수는 G power 3.1.9.2를 이용하여 산출하였으며, 다중회귀분석에 대하여 효과크기 .2, 유의수준 .05, 검정력 .85, 독립변수 12개를 기준으로 하였을 때 적정 표본수는 108명이나 탈락률을 고려하여 총 123명을 대상으로 설문지를 배부하였고, 불성실하게 응답한 대상자 3명을 제외한 120명을 최종 대상으로 하였다.

과거에 위암으로 위절제술이나 내시경 점막하 박리술을 받은 후 재발하여 다시 위절제술을 받은 자는 위암 치료 이후 회복과정까지 거치고 다시 위암으로 진단을 받고

수술을 받은 경우이므로, 이전 치료의 경험이 본 연구의 불확실성 측정결과에 영향을 줄 수 있어 제외하였다. 또한 질병의 심각성이 불확실성을 높일 수 있으므로 기타 악성 질환 및 중증질환의 이력이 있는 자는 제외하였다. 또한 자발적인 건강증진행위가 불가능한 자(ex. 휠체어를 이용하는 자, 요양병원에 입원 중인 자)는 제외하였다.

3. 연구 도구

본 연구의 도구는 구조화된 설문지로서 일반적 특성 7 문항(성별, 연령, 결혼상태, 교육 정도, 종교, 직업, 경제상태)과 질병적 특성 5문항(수술 시기, 암의 병기, 수술 종류, 보조요법, 만성질환), 불확실성 23문항, 대처 21문항, 건강증진행위 38문항의 총 94문항으로 구성되었다.

1) 불확실성

Mishel [16]의 Uncertainty in Illness Scale-Community Form (MUIS-C)을 이용하여 측정하였다. MUIS-C는 지역사회에 거주하는 만성질환자와 가족에게 적합한 도구이다 [16]. MUIS-C는 1986년에 28문항으로 처음 개발이 되었으나 이후 5문항이 삭제되어 현재는 23문항으로 개정되었다 [16]. 본 연구에서는 Oh [17]가 개정 전 MUIS-C 28문항을 국문 번역하고 타당도를 검증한 도구에서 본 연구자가 현재의 MUIS-C의 23문항만을 채택하여 사용하였다. 척도는 ‘확실히 그렇다’ 5점부터 ‘확실히 아니다’ 1점의 5점 Likert척도로 구성되었고 점수 배점은 최저 23점부터 최고 115점까지이며 점수가 높을수록 불확실성이 높음을 의미한다. 개발 당시 Mishel[16]의 연구에서 신뢰도 Cronbach’s α 는 .74~.92 이었고, Oh [17]의 연구에서 신뢰도 Cronbach’s α 는 .75 이었으며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach’s α 는 .93 이었다.

2) 대처

Moorey 등[19]이 개발한 Cancer Coping Questionnaire (CCQ)를 Kim 등[20]이 수정 보완한 한국판 암 대처 질문지(K-CCQ)를 이용하여 측정하였다. CCQ는 암환자를 대상으로 실시하는 부가적 심리치료(Adjuvant Psychological Therapy)의 Manual로부터 개발되었으며 암환자들이 일상 생활에서 보이는 개인 내 대처와 대인 간 대처를 측정하는 21문항의 도구이다[19]. K-CCQ는 CCQ를 한국 문화와 실정에 맞게 번안 및 수정한 도구로서[20], 개인내 대처의 14 문항과 대인간 대처의 9문항으로 총 23문항이며 ‘매우 그렇

다' 4점부터 '전혀 그렇지 않다' 1점의 4점 Likert척도로 구성되었다. 개인 내 대처와 대인 간 대처 각 영역의 점수가 높으면 개인 내 대처 또는 대인 간 대처가 적절하게 이루어지는 것으로 해석한다. 개발 당시 Kim 등[20]의 연구에서 전체 신뢰도 Cronbach's α 는 .90이었으며 개인 내 대처 영역은 .88, 대인 간 대처 영역은 .90이었다. 본 연구에서의 전체 신뢰도 Cronbach's α 는 .90이었으며 개인 내 대처 영역은 .87, 대인 간 대처 영역은 .89이었다.

3) 건강증진행위

Walker 등[21]이 개발한 The Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP)을 Oh와 Hong [22]이 번안하고 수정한 도구를 이용하여 측정하였다. HPLP는 건강증진생활양식의 빈도를 측정하는 도구로서 하위영역으로는 자아실현 13문항, 건강책임 10문항, 운동 5문항, 영양관리 6문항, 대인관계 7문항, 스트레스 관리 7문항이 있다. 본 도구는 HPLP를 Oh와 Hong [22]이 국내 위암환자에게 사전연구를 실시한 후, 한국 문화 및 의료 환경에 맞지 않는 문항과 삶의 질에 관한 문항을 삭제하고 위암환자의 영양관리를 고려한 건강증진행위의 문항을 추가한 총 38문항의 측정도구이다. 하위영역으로서 영양관리 10문항, 운동 4문항, 스트레스 관리 6문항, 대인관계 5문항, 건강책임 5문항 및 자아실현 8문항이 있다. 척도는 '매우 자주 함' 4점부터 '전혀 하지 않음' 1점의 4점 Likert척도이며 배점은 최소 38점에서 최고 152점으로 점수가 높을수록 건강증진행위를 많이 수행하는 것을 의미한다. Oh와 Hong [22]의 국내 위암환자를 대상으로 한 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .89이었으며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .90이었다.

4. 자료수집방법

본 연구는 대상자의 윤리적 보호를 위하여 연구자가 소속된 병원에서 기관윤리심의위원회의 심의를 거쳐 승인 (IRB 승인번호: 2014-09-163-001)을 받은 후 연구 계획서에 따라 진행하였다. 자료 수집은 2014년 10월 22일부터 11월 18일까지 서울시 K구 소재 1개 상급종합병원의 소화기외과 외래 추적관찰 중인 환자들을 대상으로 시행하였다. 당일 외래를 방문하는 전체 환자 수는 약 50~70명이었으며, 연구자가 사전에 의무기록을 통하여 본 연구에 적합한 대상자를 선정한 결과 1일 평균 20~40명으로 전체 대상자는 120명이었다. 대상자가 외래 진료를 마친 후 연

구자가 직접 대상자에게 연구의 목적을 설명하였고, 자발적으로 동의한 대상자에게 설문지를 직접 작성하게 하거나, 연구자가 설문지를 읽어주고 구두로 답변한 것을 연구자가 작성하였다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS Version 21.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며 구체적인 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성과 질병 관련 특성, 불확실성, 대처, 건강증진행위는 실수와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성에 따른 불확실성, 대처, 건강증진행위의 차이는 t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient를 이용하여 분석하였으며, 사후검증은 TukeyHSD를 이용하였다.
- 3) 대상자의 불확실성, 대처, 건강증진행위의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 이용하여 분석하였다.
- 4) 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성, 불확실성과 대처가 건강증진행위에 미치는 영향은 Hierarchical multiple regression analysis를 이용하여 분석하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성과 질병 관련 특성

대상자의 일반적 특성과 질병 관련 특성은 Table 1과 같다. 대상자는 총 120명으로 남자는 75명(62.5%), 여자는 45명(37.5%)이었다. 연령은 33세에서 77세까지의 범위로 평균연령은 56.82 ± 11.18 세였고, 50세에서 59세까지가 41명(34.2%)으로 가장 많았다. 결혼 상태는 기혼 그룹이 105명(87.5%)으로 가장 많았으며 경제 상태는 중 그룹이 72명(60%)으로 가장 많았다. 교육수준은 고등학교 졸업 그룹이 46명(38.3%)으로 가장 많았고, 대학교 졸업 그룹이 35명(29.2%)로 나타났다. 대상자가 수술을 받고 평균 2.38 ± 1.92 개월이 경과한 것으로 산출되었으며 위암 병기는 1기 그룹이 75명(62.5%)으로 가장 많았다. 대상자가 받은 수술 종류로는 개복 위부분절제술 그룹이 48명(40.0%)으로 가장 많았다. 보조요법은 수술적 치료 외 보

Table 1. General and Disease related Characteristics of the Participants (N=120)

Characteristics	Categories	n (%)
Gender	Male	75 (62.5)
	Female	45 (37.5)
Age (year) (56.82±11.18)	< 40	9 (7.5)
	40~49	20 (16.7)
	50~59	41 (34.2)
	60~69	31 (25.8)
	≥ 70	19 (15.8)
Marital status	Married	105 (87.5)
	Bereaved	5 (4.2)
	Divorced	4 (3.3)
	Single	6 (5.0)
Perceived economic status	Low	38 (31.7)
	Middle	72 (60.0)
	High	10 (8.3)
Education	No formal education	2 (1.7)
	Elementary school	16 (13.3)
	Middle school	14 (11.7)
	High school	46 (38.3)
	College	35 (29.2)
	Graduate school	7 (5.8)
Occupation	Office job	32 (26.7)
	Physical labor	25 (20.8)
	Private business	18 (15.0)
	Housework	16 (13.3)
	Unemployed	29 (24.2)
Period since operation (month) (2.38±1.92)	< 1	22 (18.4)
	1~2	36 (30.0)
	3~4	42 (35.0)
	5~6	20 (16.6)
Gastric cancer staging	I	75 (62.5)
	II	18 (15.0)
	III	14 (11.7)
	IV	13 (10.8)
Operation type	Open total gastrectomy	35 (29.2)
	Laparoscopic total gastrectomy	2 (1.6)
	Open subtotal gastrectomy	48 (40.0)
	Laparoscopic subtotal gastrectomy	35 (29.2)
Adjuvant therapy	Chemotherapy	39 (32.5)
	Chemo combined radiation therapy	2 (1.7)
	None	79 (65.8)
Comorbidity	Yes	59 (49.2)
	No	61 (50.8)

조적 치료를 전혀 받지 않는 경우가 79명(65.8%)로 가장 많았다. 또한 59명(49.2%)의 대상자가 만성질환이 있는 것으로 조사되었다.

2. 대상자의 불확실성, 대처, 건강증진행위

대상자의 불확실성, 대처, 건강증진행위는 Table 2와 같다.

Table 2. Levels of Uncertainty, Coping, and Health Promoting Behavior

(N=120)

Characteristics	Total	Item	Min.	Max.
	M±SD	M±SD		
Uncertainty	56.81±10.51		38	83
Intrapersonal coping	31.37±5.61		15	43
Interpersonal coping	22.94±4.15		10	32
Health promoting behavior	95.52±10.79	2.51±0.28	58	120

대상자의 불확실성은 평균 56.81±10.51점(범위: 38~83점) 이었고, 개인 내 대처가 평균 31.37±5.61점(범위: 15~43점)이었으며 대인 간 대처가 평균 22.94±4.15점(범위: 10~32점)으로 나타났다. 대상자의 건강증진행위는 평균 95.52±10.79점(범위: 58~120점)으로 측정되었고, 건강증진행위의 평균 평점은 2.51±0.28점이었다.

3. 일반적 특성 및 질병 관련 특성에 따른 불확실성, 대처, 건강증진행위의 차이

대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성에 따른 불확실성, 대처, 건강증진행위의 차이는 Table 3과 같다. 불확실성은 교육수준(F=3.452, p=.035), 위암병기(F=4.864, p=.003), 수술종류(t=12.117, p=.001), 보조요법(t=-3.569, p=.001)에 따른 유의한 차이가 있었다. 사후 검증 결과 교육수준에서 중학교 이하의 그룹이 대학교 이상의 그룹보다 불확실성이 높았고, 위암병기 1기 그룹보다 3기 그룹의 불확실성이 더 높았다. 개인 내 대처는 대상자의 결혼 상태(t=4.498, p=.036), 위암 병기(F=2.744, p=.046), 만성질환(t=5.980, p=.016)유무에 따른 유의한 차이가 있었다. 대인 간 대처는 결혼상태(t=6.382, p=.013)와 경제 상태(F=4.259, p=.016), 만성질환(t=4.918, p=.028)에 따른 유의한 차이가 있었고, 경제상태가 낮은 그룹의 대인 간 대처가 중간 그룹보다 낮은 것으로 나타났다. 건강증진행위는 결혼 상태(t=8.047, p=.005), 경제 상태(F=4.673, p=.011), 교육수준(F=4.526, p=.013), 위암병기(F=3.457, p=.019)에 따라 유의한 차이가 나타났다. 경제상태가 낮은 그룹의 건강증진행위가 중간 그룹보다 낮았고, 교육수준이 중학교 이하인 그룹이 대학교 이상은 그룹보다 낮았다. 위암병기 1기 그룹이 3기 그룹보다 건강증진행위가 높은 것으로 나타났다.

4. 불확실성, 대처, 건강증진행위의 상관관계

대상자의 불확실성, 대처, 건강증진행위의 상관관계는 Table 4와 같다. 불확실성은 개인 내 대처(r=-.657, p<.001) 및 대인 간 대처(r=-.223, p=.014), 건강증진행위(r=-.594, p<.001)와 각각 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 그리고 개인 내 대처(r=.790, p<.001) 및 대인 간 대처(r=.502, p<.001)는 건강증진행위와 각각 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

5. 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성, 불확실성과 대처가 건강증진행위에 미치는 영향

대상자의 건강증진행위에 불확실성과 대처가 미치는 영향을 확인하기 위하여 위계적 다중 회귀분석을 실시하였다. 먼저 일반적 특성 중 건강증진행위에 유의한 차이를 보였던 결혼 상태, 경제 상태, 교육수준, 그리고 질병 관련 특성 중 건강증진행위에 유의한 차이를 보였던 위암병기와 만성질환을 1단계로 입력한 뒤, 기존 이론 및 연구들로부터 영향요인이 확인된 불확실성과 대처는 2단계로 입력하였다(Table 5).

위계적 다중 회귀분석의 다중공선성 여부를 확인한 결과 독립변수들 간의 상관관계는 상관계수가 .004~.657로 측정되어 모두 .70 이하이므로 서로 독립적이었고, Durbin-Watson 값은 1.707로 나타나 2에 가까우므로 오차의 자기 상관(독립성)의 문제는 없었다. 또한 분산팽창요인(VIF)은 1.150~2.048로 모두 10 이하였으며, 공차한계는 .488~.908으로 .10 이상으로 나타나 독립변수 간 다중공선성은 없었다.

분석 결과를 보면, Model 1의 회귀식은 통계적으로 유의하였다(F=3.348, p=.001). 1단계에 투입한 결혼 상태, 경제상태, 교육수준, 위암병기, 만성질환은 건강증진행위의 21.5%를 설명하였다. Model 2의 회귀식도 통계적으로

Table 3. Differences in Uncertainty, Coping, and Health Promoting Behavior according to the General and Disease related Characteristics (N=120)

Variables	Categories	n	Uncertainty		Intrapersonal coping		Interpersonal coping		Health promoting behavior	
			M±SD	t or F or r (p)	M±SD	t or F or r (p)	M±SD	t or F or r (p)	M±SD	t or F or r (p)
Gender	Male	75	56.63±9.83	-0.244 (.808)	31.59±5.12	0.306 (.581)	23.05±3.80	0.144 (.705)	95.45±9.89	-0.083 (.934)
	Female	45	57.11±11.66		31.00±6.39		22.76±4.72		95.62±12.26	
Age		120		0.129 (.161)		-0.070 (.753)		-0.029 (.753)		-0.132 (.151)
Marital status	Married	105	56.14±10.62	3.440 (.066)	31.77±5.68	4.498 (.036)	23.30±4.10	6.382 (.013)	96.54±10.82	8.047 (.005)
	Others	15	61.47±8.62		28.53±4.27		20.47±3.76		88.33±7.53	
Perceived economic status	Low ^a	38	59.76±11.17	2.502 (.086)	29.82±5.68	2.351 (.100)	21.66±4.57	4.259 (.016)	91.26±11.42	4.673 (.011)
	Middle ^b	72	55.14±9.48		32.22±5.21		23.82±3.57		97.67±9.50	
	High ^c	10	57.60±13.34		31.10±7.33		21.66±4.57	a < b	96.20±13.37	a < b
Education	≤ Middle school ^a	32	60.34±11.34	3.452 (.035)	29.63±5.78	2.663 (.074)	22.97±3.82	0.006 (.997)	91.31±11.15	4.526 (.013)
	High school ^b	46	56.91±10.38		31.43±5.29		22.96±4.67		95.52±10.71	
	≥ College ^c	42	54.00±9.33	a > c	32.62±5.61		22.90±3.87		98.71±9.68	a < c
Gastric cancer staging	I ^a	75	54.24±10.66	4.864 (.003)	32.36±5.77	2.744 (.046)	22.88±4.44	2.616 (.054)	97.44±10.62	3.457 (.019)
	II ^b	18	59.06±8.62		29.39±5.51		21.83±3.09		92.17±11.05	
	III ^c	14	63.36±6.97	a < c	28.64±4.47		22.14±4.04		88.71±9.18	a > c
	IV ^d	13	61.46±10.67		31.31±4.70		25.69±2.66		96.38±9.99	
Operation type	Open	83	58.94±10.20	12.117 (.001)	30.82±5.50	2.595 (.110)	22.98±3.96	0.018 (.893)	94.37±10.42	3.074 (.082)
	Laparoscopy	37	52.03±9.68		32.59±5.73		22.86±4.60		98.08±11.30	
Adjuvant therapy	Yes	41	61.34±9.46	-3.569 (.001)	30.22±5.06	2.638 (.107)	23.17±3.63	0.189 (.665)	92.93±10.02	1.915 (.058)
	No	79	54.46±10.30		31.96±5.82		22.82±4.41		96.86±10.99	
Comorbidity	Yes	59	57.71±10.32	-0.926 (.356)	30.12±5.90	5.980 (.016)	22.10±4.85	4.918 (.028)	92.97±11.54	2.608 (.010)
	No	61	55.93±10.70		32.57±5.08		23.75±3.17		97.98±9.47	

a,b,c: Tuckey HSD.

Table 4. Correlation between Uncertainty, Coping, and Health Promoting Behavior

(N=120)

Variables	Uncertainty	Intrapersonal coping	Interpersonal coping
	r (p)	r (p)	r (p)
Health promoting behavior	-.594 (< .001)	.790 (< .001)	.502 (< .001)
Uncertainty		-.657 (< .001)	-.223 (.014)
Intrapersonal coping			.378 (< .001)

Table 5. Factors Influencing Health Promoting Behavior

(N=120)

Variables*	Model 1						Model 2					
	B	SE	β	t	p	VIF	B	SE	β	t	p	VIF
Marital status 'Married'	6.292	2.978	.194	2.113	.037	0.850	1.177	1.917	.031	0.527	.599	1.262
Perceived economic status 'Low'	-3.067	2.339	-.133	-1.311	.192	0.696	1.436	1.487	-.021	-0.327	.745	1.502
Perceived economic status 'High'	-3.381	3.477	-.087	-0.972	.333	0.892	1.120	2.197	.019	0.340	.734	1.158
Education '≤ Middle school'	-0.942	2.583	-.039	-0.365	.716	0.632	1.583	1.626	-.051	-0.764	.446	1.624
Education '≥ College'	2.709	2.247	.120	1.206	.231	0.717	1.394	1.411	.059	0.938	.350	1.423
Gastric cancer staging 'II'	-4.144	2.684	-.138	-1.544	.126	0.897	1.115	1.694	-.016	-0.289	.773	1.150
Gastric cancer staging 'III'	-6.306	2.976	-.188	-2.119	.036	0.903	1.107	1.916	-.080	-1.395	.166	1.189
Gastric cancer staging 'IV'	-1.566	3.065	-.045	-0.511	.610	0.908	1.101	2.013	-.025	-0.424	.673	1.230
Comorbidity 'Yes'	-3.356	1.919	-.156	-1.749	.083	0.895	1.117	1.233	-.016	-0.275	.784	1.194
Uncertainty							-0.103	0.076	-.100	-1.356	.178	1.991
Intrapersonal coping							1.119	0.144	.582	7.748	< .001	2.048
Interpersonal coping							0.639	0.162	.246	3.936	< .001	1.412
	R ² =.215, Adj. R ² =.151, F=3.348, p=.001						R ² =.705, ΔR ² =.490, Adj. R ² =.672, F=21.312, p<.001					

*Dummy (Marital status 'Unmarried'=0, Perceived economic status 'Middle'=0, Education 'High school'=0, Gastric cancer staging 'I'=0, Comorbidity 'No'=0).

유의하였다(F=21.312, p<.001). 불확실성과 개인 내 대처, 대인 간 대처를 입력한 후 49%가 추가되어 건강증진행위의 70.5%를 설명하는 것으로 나타났다. 그러나 개인 내 대처(β=.582, p<.001)와 대인 간 대처(β=.246, p<.001)만이 유의한 영향요인으로 나타났으며 각각 개인 내 대처와 대인 간 대처가 높아질수록 건강증진행위가 증가되는 것으로 나타났다. 또한 개인 내 대처가 건강증진행위에 영향력이 가장 큰 요인인 것으로 나타났다.

IV. 논 의

본 연구에서 위암환자의 불확실성은 56.81점으로 중간 정도의 점수로 나타났다. 최근 5년 이내에 암 환자의 불확실성을 측정하는 연구로서, 항암제 임상시험에 참여중인 암

환자 106명을 대상으로 한 연구[6]에서는 MUIS-C를 16문항, 5점 척도로 수정한 도구를 사용하여 불확실성을 측정 한 결과 41.22점으로 본 연구결과와 같이 중간 정도의 점수에 해당하는 것을 확인할 수 있었다.

대상자의 대처는 개인 내 대처가 31.37점이었으며 대인 간 대처가 22.94점으로 나타났다. 유방암으로 진단 및 수술을 받은 지 12개월 이내인 유방암환자 58명을 대상으로 개인 내 대처가 평균 31.79점, 대인 간 대처가 17.14점으로 나타난 연구[23]와 비교해볼 때 개인 내 대처는 본 연구결과와 유사하였으나 대인 간 대처는 본 연구에서 더 높았다. 이러한 차이는 본 연구 대상자가 수술 후 6개월 이내인 점을 감안할 때 보호자의 동의하에 위절제술이 시행되고 입원 기간 및 퇴원 후 회복기간 동안 가족의 간호를 받는 등 가족 간의 교류가 상대적으로 증대되었기 때문에 대인 간

대처가 높게 나타난 것으로 짐작된다.

대상자의 건강증진행위는 평균 평점 2.51점으로 중간 수준이었다. Yun 등[24]이 위암환자 153명을 대상으로 측정한 평균 평점 3.42점보다 낮은 것으로 확인되었다. 본 연구에서는 수술 후 1개월 미만의 환자가 22명(18.3%)이었던 반면, Yun 등[24]의 연구에서는 수술 후 1개월 이내인 환자를 연구대상에서 제외하였으며 수술 및 항암요법 유무에 무관하게 전 유병기간의 위암환자를 연구대상으로 하였다. 따라서 본 연구와 대상자의 유병기간 및 치료방법에 차이가 있었기 때문에 건강증진행위가 다르게 나타난 것으로 사료된다.

대상자의 불확실성은 교육수준, 위암병기, 수술종류, 보조요법에 따른 유의한 차이가 있었다. 항암제 임상 시험에 참여 중인 암환자를 대상으로 한 연구[6]에서 교육상태가 높을수록 불확실성이 낮은 것으로 보고한 결과와 일치하였다. 이는 고학력의 대상자가 암에 대한 지식이나 정보를 이해하는 능력이 높아 불확실성이 감소된 것으로 생각된다. 위암병기 3기는 림프절과 주변조직에 전이가 있고 원격장기로 전이될 위험이 크므로 예후에 대한 우려가 불확실성을 높였을 것으로 사료된다[5]. 또한 개복 수술은 수술 부위가 커 감염과 같은 합병증의 위험이 크고 보조요법을 받는 경우 수술로 암을 완전히 제거하지 못한 것에 대한 두려움과 부작용으로 인해 불확실성이 높아진 것으로 생각된다.

본 연구에서 대처는 대상자의 결혼 상태에 따라서 배우자가 있는 그룹의 개인 내 대처와 대인 간 대처가 높은 것으로 나타났다. 유방암 치료중인 131명의 기혼 유방암환자를 대상으로 실시한 연구[25]에서 부부친밀감이 높으면 대처가 향상된다고 보고하여 본 연구결과와 유사하였다.

대상자의 건강증진행위는 배우자가 있는 그룹이 그렇지 않은 그룹보다 건강증진행위를 더 많이 하였으며 경제상태가 보통인 그룹이 낮은 그룹보다 건강증진행위를 많이 하였다. 교육수준이 중학교 이하인 그룹보다 대학교 이상인 그룹이 건강증진행위를 더 많이 하였다. 이는 위암으로 수술이나 보조요법을 시행 중인 위암환자 153명을 대상으로 같은 도구로 측정한 연구[24]와 일치한다. 배우자의 지지가 대상자의 건강증진행위 수행에 긍정적으로 작용하며 [24] 고학력이 건강증진행위에 대한 정보나 지식에 대한 이해도가 높기 때문인 것으로 생각된다. Yun 등[24]은 위암환자의 연령이 높을수록 건강증진행위를 덜 하였다고 보고하였으나 본 연구결과에서 연령과 건강증진행위 간의

상관관계는 유의하지 않았다. 이는 위절제술 후 6개월 이내에 수술 회복과 관련하여 대상자가 건강증진행위를 온전히 수행하는 것이 어려우므로 연령 간의 차이가 유의하게 나타나지 않았을 것으로 사료된다. 또한 위암병기가 1기인 그룹이 3기 그룹보다 건강증진행위 빈도가 높았다. Yun 등[24]의 연구에서는 위암병기와 유의한 차이가 없는 것으로 나타나 본 연구결과와 차이가 있었다. Yun 등[24]의 연구에서는 유병기간이 5년까지 다양하였는데, 수술 이후 경과기간이 길어짐으로써 위암 병기에 따른 증상이나 치료방법의 차이가 나타나지 않았을 것으로 추측된다. 한편, 위암병기 1기는 조기위암에 해당하며 증상이 거의 없어 정기검진으로 발견되는 경우가 많다. 따라서 본 연구에서 위암병기 1기 그룹이 3기 그룹보다 건강증진행위를 더 많이 하는 것으로 나타난 것은 평상시 건강에 대한 관심이 많았기 때문일 것으로 생각된다. 또한 Yun 등[24]의 연구에서는 보조요법을 시행하는 대상자의 건강증진행위가 낮았는데, 본 연구에서는 수술 후 경과기간이 짧아 보조요법을 시행한 횟수가 1회에 불과한 경우가 대부분이어서 수술만 받은 대상자와 유의한 차이를 보이지 않았을 것으로 사료된다.

불확실성이 높으면 개인 내 대처 및 대인 간 대처를 적게 사용하고 건강증진행위를 적게 수행하는 것으로 나타났다. Ha 등[23]은 유방암환자의 분노, 우울이 높을수록 대처를 적게 사용하였다고 보고하였고 Oh [26]는 암환자의 정서적 장애가 높을수록 부정적인 대응 양식을 보인다고 하였으므로 부정적인 감정이나 정서 상태는 부정적인 대처와 관련이 있는 것으로 볼 수 있어 본 연구 결과와 유사하였다. 이는 불확실성을 높게 지각하게 되면 부정적인 결과를 예상함으로써 개인적 자원을 사용하는 능력이 감소되어 [9] 자조능력이 감소된다고 하였고 [8] 심리사회적 적응이 낮아지므로 [10] 신체적, 정신적 고통을 유발하는 상황에 적절하게 대처하지 못하게 되고 건강증진행위도 덜 행하는 것으로 사료된다.

위암환자의 건강증진행위에 대한 영향요인을 파악한 결과 개인 내 대처와 대인 간 대처만이 유의한 영향요인으로 나타났으며, 개인 내 대처가 건강증진행위에 영향력이 가장 큰 요인인 것으로 나타났다. 이는 위절제술을 받은 위암환자의 경우 배우자가 있으며, 위암병기가 낮을수록 건강증진행위를 많이 하고 개인 내 대처가 높을수록, 그리고 대인 간 대처가 높을수록 건강증진행위를 많이 하는 것으로 해석할 수 있다. Yun 등[24]의 연구에서는 가족의 지지

가 유의한 영향요인인 것으로 보고하였고 본 연구에서도 배우자나 동거가족에 대한 대인 간 대처가 유의한 영향요인인 것으로 측정되어 가족 간의 관계가 건강증진행위에 중요한 요인인 것으로 나타났다. 위절제술 이후 식사방법과 운동, 그리고 텀핑증후군과 같은 증상 관리에 있어서 가족의 지지가 위암환자의 심리적 적응을 돕기 때문에 건강증진행위를 더 많이 수행할 수 있었을 것으로 사료된다. 건강증진행위는 개인의 실천의지로 스스로 행하는 행위이므로[21] 개인 내 대처가 건강증진행위에 가장 큰 영향력을 미치는 요인인 것으로 생각된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 위절제술을 시행 받은 위암환자의 불확실성, 대처, 건강증진행위를 파악하고, 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 서술적 상관관계 조사연구이다. 연구결과를 종합하면, 불확실성과 대처는 중간 정도 수준으로 나타났고 불확실성이 낮을수록, 개인 내 대처와 대인 간 대처가 클수록 건강증진행위를 많이 하는 것으로 나타났다. 또한, 개인 내 대처가 건강증진행위에 가장 큰 영향력을 미치는 요인으로 나타났다.

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

- 1) 위암환자의 건강증진행위를 도모하기 위하여 환자들의 개인내 대처를 향상시킬 수 있도록 돕는 프로그램을 개발하여 효과를 검증하는 실험 연구를 제언한다.
- 2) 위암환자의 불확실성, 대처, 건강증진행위의 변화를 파악하는 종단적 연구가 필요하다.

참고문헌

1. National Cancer Information Center. Cancer Statistics in Korea [Internet]. Goyang: National Cancer Information Center; 2014 [cited 2014 June 30]. Available from http://www.cancer.go.kr/mbs/cancer/subview.jsp?id=cancer_040102000000
2. Park YO, Yoon SY, Kang SS, Han SM, Kang EH. Nutritional status and dietary change after gastrectomy of gastric cancer patients. *Korean Journal of Community Nutrition*. 2012;17(1):101-108. <http://dx.doi.org/10.5720/kjcn.2012.17.1.101>
3. Oh CA, Kim DH, Oh SJ, Choi MG, Noh JH, Sohn TS, et al. Changes of the preoperative and postoperative nutritional statuses in patients with gastric cancer and assessment of the nutritional factors that are correlated with short-term postoperative complications. *Journal of the Korean Gastric Cancer Association*. 2010;10(1):5-12.
4. Kim SH. Fatigue and related factors in patients with stomach cancer during chemotherapy. *Asian Oncology Nursing*. 2010;10(1):10-18.
5. Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image-The Journal of Nursing Scholarship*. 1988;20(4):225-232. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
6. Kim H, Yi M. Anxiety, depression and uncertainty in cancer patients participating in clinical trial of anticancer drugs. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2013;25(1):53-61. <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2013.25.1.53>
7. Cha K, Kim K. Impact of uncertainty on resilience in cancer patients. *Asian Oncology Nursing*. 2012;12(2):139-146. <http://dx.doi.org/10.5388/aon.2012.12.2.139>
8. Braden CJ. Learned self-help response to chronic illness experience: a test of three alternative learning theories. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 1990;4(1):23-41.
9. Mishel MH, Sorenson DS. Uncertainty in gynecological cancer: a test of the mediating functions of mastery and coping. *Nursing Research*. 1991;40(3):167-171.
10. Kim HY, So HS. A structural model for psychosocial adjustment in patients with early breast cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2012;42(1):105-115. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2012.42.1.105>
11. Folkman S. An approach to the measurement of coping. *Journal of Occupational Behavior*. 1982;3(1):95-107.
12. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984. p. 25-140
13. Allen JD, Savadatti S, Levy AG. The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor'. *Psycho-Oncology*. 2009;18(1):71-78. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1380>
14. Suh SR, Kim HJ. The Resourcefulness and the health-promoting behaviors of cancer patients. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2000;12(1):112-121.
15. Lee ES, Park JS. The comparison of health promotion behavior, post traumatic growth and quality of life according to stages of survivorship in patients with female genital neoplasm. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2013;25(3):312-321. <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2013.25.3.312>
16. Mishel M. Uncertainty in illness scales manual. Chapel Hill: The University of North Carolina; 1997. p. 10-11.
17. Oh HS. Health promoting behaviors and quality of life of Korean women with arthritis. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 1993;23(4):617-630.
18. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science & Medicine*. 1988;26(3):309-317.
19. Moorey S, Frampton M, Greer S. The cancer coping questionnaire: a self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behavior. *Psycho-*

- oncology, 2003;12(4):331-344.
20. Kim JN, Kwon JH, Kim SY, Yu BH, Hur JW, Kim BS, et al. Validation of Korean-cancer coping questionnaire (K-CCQ). Korean journal of health psychology. 2004;9(2):395-414.
21. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nursing Research. 1987;36(2):76-81.
22. Oh PJ, Hong YS. A Structural model for health promotion and quality of life in people with cancer. Korean Journal of Adult Nursing. 1996;8(2):291-308.
23. Ha EH, Lee SH, Yu ES, Kim JH, Kang HS, Ro JS, et al. The relationships between hwa-byung and depressive disorder in breast cancer patients. The Korean Journal of Woman Psychology. 2011;16(1):115-133.
24. Yun HM, Kim KY, Lee TY, Kim HJ, Kim KH, Kim DK. The factors affecting health promotion behavior among stomach cancer patients. Journal of Korea Academia-Industrial cooperation Society. 2011;12(10):4513-4522.
<http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2011.12.10.4513>
25. Lee S, Kim YJ. Posttraumatic growth of patients with breast cancer. Journal of Korean Academy of Nursing. 2012; 42(6):907-915.
<http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2012.42.6.907>
26. Oh PJ. Correlation between mental adjustment to cancer and anxiety. Asian Oncology Nursing. 2009;9(1):23-30.