



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



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

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

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

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

[Disclaimer](#)

간호학박사 학위논문

가족회복력에 근거한
유방암 생존자의 심리사회적 적응
모형구축

2018년 2월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
서 지 영

국문 초록

최근 유방암의 생존율 증가와 함께 생존자의 수가 크게 증가하면서 중앙전문가들은 유방암 생존자들의 심리사회적 적응 및 총체적인 삶의 질 향상에 커다란 관심을 보이고 있다. 유방암 생존자들의 심리사회적 적응에는 신체적 요인 이외에도 심리적, 사회적 요인 등이 영향을 미치지만, 한국에서와 같이 가족 중심적인 사회에서는 가족과 관련된 요인이 이들의 적응에 큰 영향을 미친다고 할 수 있다.

본 연구는 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 모형구축 연구이다. 이에 가족회복력 요인과 개인 변인을 매개로 하여 유방암 생존자의 심리사회적 적응을 예측하는 가설적 모형을 구축하고 그 변수들 간의 경로를 검증하고자 하였다. 문헌 고찰을 통해 유방암 생존자의 스트레스원으로 증상을 외생변수로 설정하였고, 내생변수로는 가족회복력 요인인 가족강인성, 문제해결 의사소통, 문제해결 대처와 개인 변인인 외상 후 성장, 그리고 심리사회적 적응으로 구성하였다.

자료 수집은 유방암 치료가 종료된 이후 5년이 경과하지 않은 242명의 유방암 생존자로부터 2017년 9월부터 10월까지 유방암 환우회를 통한 서면 조사와 인터넷 유방암 자조모임을 통한 웹 기반 조사로 이루어졌다. 구조화된 자기 보고식 설문지를 사용하여 수집된 자료는 SPSS 22.0과 AMOS 23.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

연구 결과는 다음과 같다.

가설적 모형을 검증한 결과, 적합도는 권장수준을 대부분 수용할만한 수준을 나타내었으나 수정 지수가 높게 나타난 1개의 경로를 추가하여 수정 모형을 완성하였다. 최종 수정 모형의 적합도는 $\chi^2=223.80(df=88, p<.001)$, $\chi^2/df=2.54$, RMR=.04, GFI=.90, IFI=.93, CFI=.93, RMSEA=.08로 나타나 비교적 우수한 적합지수를 보였다. 가설적 모형의 총

15개의 연구 가설 중 직접효과와 간접효과, 총효과를 고려하여 통계적으로 15개의 경로가 통계적으로 유의한 것으로 나타나 가설이 모두 지지되었다. 이 모형은 유방암 생존자의 심리사회적 적응을 81.2% 설명하였으며, 이 모형의 최종 내생변수인 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 직접적인 영향을 주는 요인은 증상과 외상 후 성장이었고, 가족회복력 요인은 간접적인 영향을 주는 것으로 밝혀졌다.

본 연구 결과를 통해, 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 유방암 생존자가 경험하는 증상과 외상 후 성장이 주요한 영향 요인으로 확인되었다. 더불어 가족회복력은 증상을 완화시킬 수 있는 유의미한 매개 요인이자 외상 후 성장을 도울 수 있는 요인으로 작용하여 유방암 생존자가 보다 나은 심리사회적 적응을 이루는데 영향을 주는 것으로 나타났다.

이러한 연구 결과를 토대로, 유방암 생존자의 성공적인 심리사회적 적응을 돕기 위해서는 증상 완화를 위한 중재뿐만 아니라, 이들의 긍정적인 성장을 도모하고 가족회복력을 강화시킬 수 있도록 개인과 가족 모두를 위한 간호중재를 개발하여 제공해야 할 것이다. 이러한 유방암 생존자와 가족을 포함한 총체적이고 통합적인 접근의 암 관리 중재들은 암 환자와 가족 모두 암 여정을 함께 잘 극복하여 궁극적으로 유방암 생존자와 가족의 삶의 질을 향상시키는데 기여할 수 있을 것이다.

주요어: 가족회복력, 유방암, 외상 후 성장, 심리사회적 적응, 구조모형
학 번: 2015-30134

목 차

I. 서론	1
1. 연구의 필요성.....	1
2. 연구의 목적.....	4
3. 용어 정의	4
II. 문헌 고찰	8
1. 유방암 생존자의 심리사회적 적응	8
2. 가족회복력	11
3. 유방암 생존자의 심리사회적 적응 영향요인	21
III. 이론적 기틀	26
1. 모형의 개발 배경	26
2. 연구의 개념적 기틀	30
3. 가설적 모형	32
4. 연구 가설	34
IV. 연구 방법	36
1. 연구 설계.....	36
2. 연구 대상	36
3. 연구의 윤리적 측면.....	37
4. 연구 도구	38

5. 자료수집 절차	43
6. 자료분석 방법	44
V. 연구 결과	46
1. 대상자의 특성	46
2. 표본의 정규성 검증	50
3. 측정변수 간의 다중공선성	52
4. 측정모형 분석.....	54
5. 가설적 모형의 검증	61
6. 연구 가설 검증	71
VI. 논의	74
1. 유방암 생존자의 심리사회적 적응 구조모형의 타당성	74
2. 유방암 생존자의 심리사회적 적응 영향요인	75
3. 연구의 간호학적 의의	84
VII. 결론 및 제언	86
참고문헌	88
부록	96
Abstract	109

List of Tables

Table 1. Sociodemographic Characteristics of the Participants	48
Table 2. Disease-related Characteristics of the Participants	49
Table 3. Descriptive Statistics of the Measured Variables	51
Table 4. Correlations between the Measured Variables	53
Table 5. Fitness Statistics of the Measurement Model	54
Table 6. Evaluation of Convergent Validity of the Measurement Model	58
Table 7. Evaluation of Discriminative Validity of the Measurement Model ..	60
Table 8. Standardized Estimates of the Hypothetical Model	62
Table 9. Fitness Statistics of the Modified Model	64
Table 10. Standardized Estimates of the Modified Model	66
Table 11. Standardized Direct, Indirect, Total Effects of the Modified Model	69

List of Figures

Figure 1. Adaptation phase of the resilience model of family stress, adjustment and adaptation	16
Figure 2. Background of model development based on family resilience model and Lazarus &Folkman’s stress-coping theory.....	29
Figure 3. Research framework	30
Figure 4. Theoretical substruction	31
Figure 5. Hypothetical model	33
Figure 6. Initial measurement model	55
Figure 7. Final measurement model	56
Figure 8. Path diagram of the hypothetical model	63
Figure 9. Path diagram of the modified model	67
Figure 10. Effects path diagram of the modified model	70

List of Appendices

부록 1. 연구대상자보호 심의결과 통보서	96
부록 2. 연구참여 동의서	97
부록 3. 설문조사지	101
부록 4. 연구도구 사용허가서	106

I. 서론

1. 연구의 필요성

한국에서 유방암은 여성에게 발생하는 전체 암 중 갑상선암에 이어 두 번째로 흔한 암이며 서구에서는 여성 암 중 가장 흔한 암이다(Siegel, Ward, Brawley, & Jemal, 2011). 2014년 우리나라의 유방암 발생자 수는 18,381명으로 2005년 이래 연간 4.4%의 증가율을 보이고 있다(중앙암등록본부, 2016). 그러나 의학기술의 발전과 유방암의 조기 발견 그리고 수술, 항암화학요법, 방사선요법 및 호르몬요법 등이 표준 치료로 확립되어 가면서 유방암 생존율은 다른 암에 비해 높은 편이고 우리나라 유방암의 5년 상대생존율은 1996~2000년 83.2%에서 2010~2014년 92%로 지속적인 증가세를 보이고 있다(국가암정보센터, 2017).

유방암 환자들은 암 진단 이후 수술, 방사선요법, 항암화학요법 및 호르몬요법 등의 치료를 적극적으로 받게 된다. 그 결과, 이들은 진단에 대한 충격과 치료에 대한 부작용 등으로 다양한 신체적 문제와 심리사회적 문제를 경험하게 된다. 예를 들면, 대부분의 유방암 생존자들은 치료가 종료된 이후에도 통증, 탈모, 손발 저림, 피로, 임파부종, 체중 증가 등 다양한 신체적 후유증을 겪을 뿐만 아니라(권은진과 이명선, 2012), 항암화학요법으로 인한 집중력과 기억력 저하 등의 인지장애, 심리적으로는 자존감 저하 및 여성성의 상실감과 우울, 전이에 대한 불안과 재발에 대한 두려움 등의 정신적 디스트레스를 경험한다(태영숙, 권수혜, 최정화와 이애란 2013; 박은영과 이명선; 2009). 또한 유방암 생존자들은 치료가 종료된 이후 가족 및 주변, 그리고 의료진으로부터의 관심과 지지가 저하됨을 느끼며 사회적 고립감을 경험하기도 한다(양진향, 2008; Allen, Savadatti, & Gurmankin Levy, 2009;

Ashing-Giwa, 2005; Cappiello et al., 2007).

그러나 유방암 생존자들에게 있어서 유방암의 여정은 이러한 신체적, 심리사회적 고통과 부적응을 초래하며 삶의 질을 저하시키는 부정적인 경험만은 아니다. 최근 많은 연구들을 통해 유방암 생존자들은 유방암 진단 이후 삶의 주요한 목표나 가치관, 또는 자신에 대한 인식이 긍정적으로 변화되거나, 타인에 대한 이해력이 증가되어 관계가 개선되는 심리적 변화와 같은 외상 후 성장을 경험하고 있음이 보고되고 있다(Cordova et al., 2007; Mols, Vingerhoets, Coebergh, & Van de Poll-Franse, 2009; Pat-Horenczyk et al., 2015; Tedeschi & Calhoun, 2004).

이러한 외상 후 성장을 보는 관점은 크게 세 가지가 있는데, 첫째는 외상 후 성장을 외상에 대한 ‘대처 결과’로서 보는 관점과 두 번째는 ‘대처 과정’으로서 보는 관점이 있다. ‘대처 과정’ 즉, 대처 전략으로서 외상 후 성장을 보는 관점에서는 ‘긍정적인 착각(positive illusion)’, 다시 말해, 외상의 고통으로부터 자신을 보호하기 위해 외상 사건에 대해 긍정적 착각을 하게 되며 이는 마치 외상 후 성장을 경험하는 것처럼 보인다고 본다(Park & Folkman, 1997; Taylor & Armor, 1996). 마지막으로 세 번째는 외상 후 성장을 대처 결과인 동시에 대처 전략으로 보는 ‘통합적 관점’으로(Maercker & Zoellner, 2004), 이 관점에서는 외상 후 초기, 단기적 측면에서는 대처 전략과 과정으로서 이러한 ‘긍정적 착각’이 도움이 되지만 시간이 지나면서는 이러한 착각을 줄이고 자의적 사고를 늘리면서 실제적인 외상 후 성장에 이르게 되는 것을 강조한다고 볼 수 있다.(전상원 등, 2015). 이러한 관점들을 종합적으로 고려해 볼 때, 유방암 생존자가 경험하는 외상 후 성장이 암 극복을 위한 대처 전략으로서의 개인의 ‘긍정적인 착각’인지, 아니면 그 착각을 넘어 실제 개인의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 요인이 되는지에 대한 검증이 필요하다고 볼 수 있다.

한편, M. McCubbin과 H. McCubbin(1993)은 가족회복력(Family

resilience)이란 가족이 스트레스에 적응하고 역경으로부터 회복하는 능력으로, 위기 상황에 직면한 가족이 보다 긍정적으로 적응할 수 있도록 하는 가족의 특성을 의미하는 가족의 자질이라고 정의하였다. 이러한 가족회복력 요인으로 가족강인성, 가족의 문제해결 의사소통 양상, 문제해결 대처 전략 등을 제시하였으며 이들 요인들 간의 상호작용을 통한 회복과 적응을 강조하였다. 암은 오랜 기간 투병하며 지속적인 관리가 필요한 만성 질환으로(Risendal et al, 2015), 암 진단과 치료는 암환자 개인의 삶에도 큰 영향력을 미치지만, 암환자의 가족에게도 일차적인 돌봄 제공자로서 이들이 느끼는 부담과 스트레스가 증가되는 큰 위기 사건이다(양영희, 1995; Bevans & Sternberg, 2012). 한국 문화는 관계를 중요시하는 집단주의에 속하면서도 가족 중심주의적 가치가 강한 문화적 배경을 가지고 있어 가족이 중요하며, 독립적인 관계보다는 “우리”라는 집단 속에서 상호의존하려는 성향이 있기 때문에 가족 개개인은 가족 전체에 영향을 크게 받는다(송성자, 1997; 허재홍, 2009). 그러므로 유방암 생존자의 성공적인 적응을 돕기 위해서는 반드시 그들의 가족 체계와 역동에 대한 이해가 선행되어야 할 것이다.

국내에서 유방암 생존자와 가족에 관한 연구는 주로 가족 지지, 부부친밀도, 배우자 지지(김영미와 박형숙, 2014; 정경숙, 허제은과 태영숙, 2014; 조옥희와 유양숙, 2009)와 같은 요인을 중심으로 이루어지고 있으나, 가족을 하나의 전체적인 기능 단위로 보며 가족의 특성이나 가족이 가진 여러 가지 자원들과 강점에 초점을 둔 가족회복력에 대한 연구는 현재 미비한 수준이다. 따라서 한국의 가족 중심주의적인 문화적 특성을 고려해볼 때, 유방암 생존자가 암 증상을 잘 극복하고 긍정적인 변화를 체험하여 궁극적으로 성공적인 심리사회적 적응에 이르는데 가족회복력이 어떠한 영향을 미치는지에 대한 연구가 필요하다고 생각된다.

이에 본 연구에서는 외상 후 성장의 개념과 함께 가족의 강점에 초점을 둔 가족회복력에 근거하여 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는

요인들을 중심으로 이들의 심리사회적 적응에 대한 가설적 모형을 구축하고 이를 검증하고자 한다. 이러한 연구 결과는 유방암 생존자의 성공적인 심리사회적 적응을 돕는 개인 및 가족을 위한 중재를 개발하고 적용하는데 필요한 실증적 근거를 마련하는데 기여할 수 있을 것이다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 M. McCubbin과 H. McCubbin(1993)의 가족회복력 모형에서 제시한 가족회복력 요인을 기반으로 유방암 생존자의 심리사회적 적응을 설명하고 예측할 수 있는 가설적 모형을 구축하고 이를 검증하는 것이다.

연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 가족회복력을 근거로 유방암 생존자의 심리사회적 적응을 설명하고 예측하는 가설적 모형을 구축한다.

둘째, 가설적 모형과 실제 자료간의 적합도를 검정한다.

셋째, 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 변수들의 직접효과, 간접효과 및 총효과를 파악하고 변수들 간의 상호 인과적 관계 및 그 강도를 규명한다.

3. 용어 정의

1) 유방암 생존자

- 이론적 정의: 암 생존자란 암 진단 후 암 치료 목적의 초기 적극적인

치료(수술, 항암치료, 방사선치료)를 완료한 환자를 말한다(국가암정보센터, 2017).

- 조작적 정의: 본 연구에서는 유방암을 진단받고 호르몬 요법을 제외하고 수술, 항암화학요법, 방사선 치료 등의 치료가 종료된 이후 5년이 경과되지 않은 유방암 환자를 말한다.

2) 증상

- 이론적 정의: 증상이란 정상적인 기능 및 감각으로부터 분리되는 상태의 특성으로서 개인에 의해 경험되는 주관적인 현상이며(Blacklow, 1983), 정상기능의 변화로 생기는 지각된 지표이고, 강도(intensity), 시간성(timing), 고통인지(level of distress perceived), 질(quality)의 4가지 측면의 다차원적 속성을 갖는다(Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997).
- 조작적 정의: Chang, Hwang, Feuerman, Kasimis와 Thaler(2000)가 개발한 Memorial Symptom Assessment Scale-Short Form(MSAS-SF)을 Nho(2017)가 변안한 도구로 측정한 점수를 말한다.

3) 가족회복력

가족회복력(family resilience)이란 스트레스에 적응하고 역경으로부터 회복하는 능력으로, 위기 상황에 직면한 가족이 보다 긍정적으로 적응할 수 있도록 하는 가족의 특성을 의미하는 가족의 자질이다(M. McCubbin & H. McCubbin, 1993). 본 연구에서는 M. McCubbin과 H. McCubbin(1993)에 의해 제시된 가족회복력 모형에 근거하여 가족강인성, 문제해결 의사소통, 문제해결 대처를 가족회복력의 요인으로 본다.

(1) 가족강인성

- 이론적 정의: 가족강인성이란 문제와 어려움을 해결하기 위해 함께 일하는 능력, 변화를 위협이라기보다는 성장을 유발하고 유익한 것으로 보는 시각, 스트레스 상황을 조정하고 관리해 나가는데 있어서 능동적인 지향을 하며 생활사건과 역경에 대한 통제감으로 특징지어지는 가족의 내적인 힘과 내구성이다(H. McCubbin, Thompson, & M. McCubbin, 1996).
- 조작적 정의: 본 연구에서는 M. McCubbin, H. McCubbin과 Thompson(1986)이 개발한 Family Hardiness Index(FHI)를 연구자가 변안한 도구로 측정한 값을 말한다.

(2) 문제해결 의사소통

- 이론적 정의: 문제해결 의사소통이란 가족 역경과 문제가 표현되고 해결되는 의사소통의 맥락이나 환경을 창조함으로써 가족 역경이나 어려움에 반응하는 대처 방법이다(M. McCubbin, H. McCubbin, & Thompson, 1996).
- 조작적 정의: 본 연구에서는 M. McCubbin, H. McCubbin과 Thompson(1996)이 개발한 Family Problem Solving Communication Index(FPSC)를 연구자가 변안한 도구로 측정한 값을 말한다.

(3) 문제해결 대처

- 이론적 정의: 문제해결 대처란 어려운 상황이나 문제 상황에서 가족들이 이용하는 행동전략 및 가족자원을 이용하고 발달시켜 스트레스 사건의 영향을 줄이거나 완화시키고 회복을 촉진하는 적극적인 과정을 말한다(H. McCubbin, 1979).
- 조작적 정의: 본 연구에서는 H. McCubbin, Olson과 Larsen(1981)이 개발한 Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales(F-

COPES)의 한국어판 도구로 측정한 값을 말한다.

4) 외상 후 성장

- 이론적 정의: 외상 후 성장이란 삶 속에서 인간이 경험하는 매우 도전적인 위기 상황을 극복하기 위해 노력하여 얻어지는 결과로서 외상 이전으로 돌아가는 것뿐만 아니라, 그 이상의 초월적인 변화를 주관적으로 경험하는 긍정적인 심리적 변화이다(Tedeschi & Calhoun, 1996).
- 조작적 정의: 본 연구에서는 Tedeschi와 Calhoun(1996)이 개발한 외상 후 성장 도구(Posttraumatic Growth Inventory; PTGI)를 송승훈, 이홍석, 박준호와 김교헌(2009)이 변안한 한국판 외상 후 성장 척도(Korean Version of the Posttraumatic Growth Inventory, K-PTGI)로 측정한 값을 말한다.

5) 심리사회적 적응

- 이론적 정의: 적응(adjustment)이란 개인이 질병과 직면하여 살아가는 것으로 위협으로 간주되는 환경적 상황을 줄이고 개인의 회복을 증진시키면서 부정적인 사건을 조절하고 긍정적인 신체상과 정서적인 균형을 유지하며 타인과의 관계를 만족스럽게 하는 것을 의미한다(Cohen & Lazarus, 1979).
- 조작적 정의: 본 연구에서는 Derogatis와 Lopez(1983)가 개발한 심리사회적 적응의 자가보고식 한국어판 도구(Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report Korean version, PAIS-SR Korean version)로 측정한 점수를 말한다.

II. 문헌 고찰

본 연구는 유방암 생존자의 심리사회적 적응을 예측하고 설명하기 위한 모형을 구축하고 영향 요인들 간의 직·간접적인 경로를 실증적 자료를 통해 검증하기 위한 연구로서 크게 두 부분으로 나누어 문헌 고찰을 수행하였다. 첫 번째로는 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 대해 살펴본 후, 두 번째로는 이들의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 요인들 중 가족회복력과 개인 변인들을 고찰하였다.

1. 유방암 생존자의 심리사회적 적응

심리사회적 적응에서 적응(adjustment)이란 개인이 질병과 직면하여 살아가는 것으로 위협으로 간주되는 환경적 상황을 줄이고 개인의 회복을 증진시키면서 부정적인 사건을 조절하고 긍정적인 신체상과 정서적인 균형을 유지하며 타인과의 관계를 만족스럽게 하는 것을 의미한다(Cohen & Lazarus, 1979).

유방암 생존자들은 치료가 종료된 이후에도 전반적인 삶의 영역에서 신체적, 심리적, 사회적 고통을 겪고 있다. 이들은 치료 종료 후 피로, 수면장애, 손발저림, 집중력 저하와 같은 신체적 문제뿐만 아니라 재발에 대한 두려움과 불안, 예후에 대한 불확실성, 우울과 같은 심리적 디스트레를 경험한다(권은진과 이명선, 2012; 박진희, 전은영, 강미영, 정용식과 김구상, 2009). 또한 유방절제와 탈모 등의 신체상의 변화로 인한 수치심과 자존감 저하로 인한 심리적 위축과 유방암 생존자에 대한 사회적 편견과 이해 부족은 유방암 생존자들의 사회적 적응을 더욱 어렵게 하는 원인이 되고 있다(박은영과 이명선, 2009; 임정원 등, 2011; 허은경, 강희선, 김경희와 홍연표, 2011). 더불어 유방암 생존자들은 급성기 치료가 끝난 이후에는

이제 ‘환자’가 아닌, 암 이전의 ‘정상인’의 삶으로 전화되면서 의료진과 가족, 주변으로부터의 관심과 지지가 감소되며 이로 인한 사회적 고립감을 경험한다(백옥미와 임정원, 2011; Allen, Savadatti, & Gurmankin Levy, 2009; Lethborg, Kissane, Burns, & Snyder, 2000; Stanton et al., 2005). 이러한 문제들은 암환자들이 치료를 거부하고 불이행을 하게 되는 요인으로 작용하며 결국 암환자의 생존에 부정적인 영향을 미치게 된다(Kennard et al., 2004).

Derogatis와 Lopez(1983)는 환자들의 심리사회적 적응을 측정하기 위해 46문항 7개 요인(건강관리 지각, 직업환경, 가정환경, 성관계, 확장된 가족관계, 사회환경 그리고 심리적 고통)으로 구성된 심리사회적 적응 척도(Psychosocial Adjustment to Illness Scale, PAIS)를 개발하였다. 첫 번째 건강관리 지각(Health care orientation)은 질병과 치료에 있어 건강관리에 대한 지각(태도)가 긍정적인 적응을 촉진시키는지 아니면 부정적인 적응을 촉진시키는지를 측정하는 영역이다. 두 번째 직업환경(Vocational environment)은 직장, 학교, 가정 등에서 적응에 관한 것으로 지각된 일, 업무, 가사일 수행의 질, 만족도, 질병으로 수행하지 못한 시간, 직업에 대한 흥미 등을 측정한다. 세 번째 가정환경(Domestic environment)은 주로 가정에서 겪는 질병으로 인해 겪는 어려움에 관한 것으로 가족 구성원과의 관계의 질, 가족의 의사소통 양상, 신체적 장애로 인한 영향, 질병으로 인한 재정상태 등을 측정하고 있다. 네 번째 성관계(Sex relationship)는 질병이나 그 후유증과 관련된 성기능 또는 성관계 영역에서의 질적인 변화에 관한 것으로 성적 관심, 성관계 횟수, 성생활에 대한 만족도 등을 측정하고 있다. 다섯 번째 확장된 가족관계(Extended family relationship)는 확장된 가족, 대표적으로 친척과의 관계가 질병으로 인해 어떠한 단절이나 어울림, 교류에 변화가 생겼는지 등을 측정하는 영역이다. 여섯 번째 사회환경(Social environment)은 개인, 가족, 사회 관계에서의 여가나 취미활동이 질병이나 그 후유증으로 인해 얼마나 지장이

있는지 또는 관심도나 참여수준에 어떠한 변화가 있는지 등을 측정하는 영역이다. 마지막으로 심리적 고통(Psychological distress)은 질병이나 그 휴우증으로 인해 동반되는 불유쾌한 생각이나 감정 등에 관한 것으로 불안, 우울, 적대감, 자존감 저하, 신체상 문제, 부적절한 죄책감 등을 측정하고 있다.

유방암 생존자의 심리사회적 적응과 관련된 선행연구를 살펴보면, 유방 완전절제를 한 유방암 생존자를 대상으로 한 장경문(2009)의 연구에서는 심리사회적 적응을 Zung(1965)의 자기평정 우울척도(Zung Self-Rating Depression Scale, SDS)와 Derogatis와 Lopez(1983)의 심리사회적 적응척도(Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report, PAIS-SR)문항 중 사회환경과 성관계 영역의 문항을 발췌하여 사용하였는데 연구 결과, 신체변화스트레스가 직접적으로 우울을 높이고 사회환경 및 성관계 영역에서의 적응을 낮추는 것으로 밝혀졌다. 김혜영과 고은(2012)의 연구에서 7개 하부영역 총 46문항으로 구성된 PAIS-SR(Derogatis & Lopez, 1983)로 심리사회적 적응을 측정한 결과, 젊은 유방암 생존자(50세 이하)의 심리사회적 적응 평균 점수가 나이 든 유방암 생존자(50세 이상)의 평균 점수보다 유의하게 높았으며, 하부 영역 중 건강관리 지각, 사회환경, 성관계 그리고 여가환경에서 두 군간의 유의한 차이를 보였다. 유방암 병기 1,2기의 초기 유방암 생존자를 대상으로 한 김혜영과 소향숙(2012)의 연구에서 심리사회적 적응을 PAIS-SR(Derogatis & Lopez, 1983)을 탐색적 요인분석과 확인적 요인분석으로 추출된 단일차원 27문항으로 측정한 결과, 심리사회적 적응의 평균은 3점 만점에 0.80점으로 비교적 높은 수준의 심리사회적 적응을 보였으며 증상경험, 불확실성, 사회적 지지, 낙관성 및 대처방식은 심리사회적 적응을 57%를 설명하는 것으로 나타났다.

2. 가족회복력

암은 오랜 시간 투병해야 하는 만성 질환으로(Risendal et al, 2015) 암 환자 개인의 삶에도 엄청난 영향력을 미치지만, 암 진단과 동시에 암 환자의 가족은 암 진단을 받은 가족구성원을 돌보며 함께 암을 극복해나가야 하는 일차적인 간호제공자가 되고, 이로 인해 암 환자 가족이 느끼는 부담과 스트레스가 증가되는 큰 위기 사건이다(양영희, 1995; Bevans & Sternberg, 2012). 암환자에게 있어 가족은 일차적인 정신사회적 지지의 근원이며 수동적 관찰자가 아닌 환자의 치료와 회복에 있어 절대적인 역할을 계속해야 하는 능동적인 참여자로서의 역할을 하며 암 환자에게 영향을 미친다(Northouse, 1985). 암 환자를 돌보는 과정에서 암 환자 가족이 겪는 신체적, 정신적 어려움과 그로 인한 소진은 가족 자신의 건강뿐만 아니라 환자의 안녕을 저하시켜 결국 환자의 건강에 부정적인 영향을 미치게 된다(양영희, 1998; 홍민주와 태영숙, 2013).

National Coalition for Cancer Survivorship(NCCS) 현장을 보면 과거에는 암 생존자를 ‘암 진단을 받은 이후 치료를 받고 있거나 치료가 완료된 상태로 살고 있는자’로 정의하였으나, 최근에는 암의 진단이 암 환자 개인 뿐만 아니라 그들의 가족과 친구 및 돌봄제공자(caregivers)에게까지 영향을 미치는 것을 인지하며 암 생존자를 암환자와 더불어 그들의 가족, 친구 및 돌봄제공자까지 포함하는 확장된 개념으로 소개하였다(NCCS, 2014). 국내 보건복지부에서는 ‘전 국민을 암으로부터 보호하고 암 전 주기에 걸친 환자와 가족의 삶의 질 향상’을 비전으로 하는 제3차 국가암관리종합계획(’16~’20)을 발표하였는데, 국내에서도 성공적인 암 관리를 위해서는 암 환자뿐만 아니라 그들의 가족까지 포함하여 국가적인 정책을 추진하고 있음을 알 수 있다.

국내 암환자와 그들의 가족 725쌍과 이들을 진료하는 암 전문의 134명을

대상을 대상으로 한 Shin 등(2017)의 연구결과에서는 암 환자의 치료결정에 있어 가족의 참여여부에 대한 답변으로 대다수의 암 환자(94.8%), 가족(97.4%) 그리고 암 전문의(98.5%)는 가족이 참여해야 한다고 답했으며 암 환자와 가족 90% 이상은 가족의 참여가 암 환자의 치료 결정, 의사소통, 심리적 지지를 돕는다고 하였으며 암 전문의 역시 암치료 결정(76.1%), 의사소통(82.8%), 심리적 지지(91.8%)에 도움을 준다고 답하였다. 즉, 현재 암 환자의 치료와 질병 관리, 그리고 성공적인 적응에 있어 ‘가족’이 점차 중요한 요인으로 인식되며 가족 자원을 함께 강화하여 활용하려는 방향으로 나아가고 있음을 알 수 있다. 이러한 동향을 반영한 예로, 국내 의료기관에서는 암 환자들의 적응을 돕고 암 환자와 가족의 삶의 질을 향상시키고자, 암 환자와 가족이 함께 참여할 수 있는 각종 프로그램(웃음치료, 요가, 음악치료, 암환자와 가족의 대화기술, 추후 관리 교육 등)을 제공하고 있다.

한편, 가족회복력(Family resilience)이란 스트레스에 적응하고 역경으로부터 회복하는 능력으로, 위기 상황에 직면한 가족이 보다 긍정적으로 적응할 수 있도록 하는 가족의 특성을 의미하는 가족의 자질이다(M. McCubbin & H. McCubbin, 1993). 가족학자 Walsh(1998)는 가족회복력을 역경을 통하여 더 강해지고 더 많은 자원을 보유할 수 있는 능력으로 가족이 단위가 되어 위기나 도전에 반응하여 이를 감당하고 성장해나가는 적극적인 과정이라고 정의하였다. 회복력이라는 개념의 대두는 개인이나 가족의 ‘부적응’이나 ‘실패’에 초점을 두었던 종래의 관점을 ‘적응’과 ‘성공’이라는 긍정적인 측면으로 전환시키는 계기가 되었다(오승아와 이양희, 2001).

M. McCubbin과 H. McCubbin(1993)은 스트레스로 야기된 위기에 대한 가족적응 현상을 총체적으로 접근한 가족 스트레스, 조정, 적응의 회복력 모형(Resilience Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation)을

개발했는데, 이 가족회복력 모형은 모든 의학적 상황이 가족 위기나 가족의 행동 패턴에 있어서의 주요한 변화를 불러일으키지는 않는다는 것을 인식하게 되면서 회복력 모형은 왜 어떤 가족은 일상적인 혹은 정상적인 행동 방식에 있어서의 상대적으로 적은 조정을 하면서 건강상태에 더 잘 대처할 수 있는지를 설명하는 가족 종류나 유형, 강점, 역량에 초점을 맞춘 모형이다. 이 가족회복력 모형은 Hill(1949/1958)의 ABCX Model에서 유래하였으며, 이를 H. McCubbin과 Patterson(1983)이 Double ABCX model of Adjustment and Adaptation로 확장시켰으며, 이는 Family adjustment and Adaptation Response(FAAR) Model과 Typology Model of Family Adjustment and Adaptation로 발전되어 지금의 가족 스트레스, 조정 및 적응에 대한 회복력 모형이 도출되었다(Brown-Baatjies, Fouché, & Greeff, 2008). 이 모형은 두 단계로 구성되어 있는데, 첫 번째는 조정 단계(adjustment phase)로 위험 요소들 가운데서 가족 기능을 유지시키고 발달 과업을 충족시키기 위한 가족의 능력과 노력을 촉진시키는 보호 요인(protective factors)의 영향을 받는 단계이다. 두 번째는 적응 단계(adaptation phase)로 가족의 위기 상황 속에서 다시 회복하고 적응하기 위한 가족의 능력을 향상시키는 회복 요인(recovery factors)의 영향을 받는 단계이다.

조정 단계에서 성공적인 조정에 실패한 결과, 부적응적 위기 상황(maladjustment crisis situation, X)이 되어 가족은 적응 단계로 들어가게 된다. 이러한 부적응적 상황의 스트레스의 누적(pile-up of demands, AA)으로 가족은 위기 상황에 직면하게 된다(family crisis situation, X). 이러한 가족의 위기 상황(X)은 가족 유형과 새롭게 수립된 기능 패턴인 가족의 재생력(family types and newly instituted patterns of functioning, R)과 상호 작용한다. 이러한 재생력(R)은 지역사회 자원이나 지지(social support, BBB), 가족의 내적 자원이나 능력(family resources, BB), 총체적 상황에 대해 가족이 부여하는 의미인 가족의 상황적

평가(situational appraisal, CC), 그리고 가족의 가치, 목표, 우선 순위와 규칙들과 같은 가족 평가인 가족의 쉼마(family appraisal, schema, CCC)와 상호작용한다. 이러한 자원과 평가요소는 위기상황에 대한 가족의 적응을 쉽게 하는 가족의 문제해결과 대처전략(problem solving and coping, PSC)과 상호작용한다. 회복력 모델은 위험원을 둔 가족들의 적응 수준이 적응단계를 구성하는 요소들의 상호작용으로 결정되며, 특히 성공적인 적응(XX)은 가족 고유의 내적 자원과 능력(BB), 가족의 관계망(BBB), 가족의 상황적 평가(CC) 및 가족의 쉼마(CCC), 그리고 가족의 문제해결 대처능력(PSC)과 영향을 주고받음으로써 결정된다는 점을 강조하고 있다(Figure 1).

암과 같은 만성질환자들은 가족 구성원에게 의존적이고 가족의 태도에 크게 영향을 받게 되므로 가족의 지지는 이들의 회복에 직접적인 영향을 미치며 질병경험에 대처하고 변화에 잘 적응하도록 동기를 부여하며 촉진적인 역할을 한다(양정하와 김옥수, 2016; 조현민과 유은광, 2015; Yoo, et al, 2014).

특히 한국 문화는 가족 중심적이면서 집단주의 문화를 기초로 하는 독특한 속성을 가지고 있다. 집단주의 문화는 개인주의 문화와 비교할 수 있는데, 서구사회와 같이 사회의 근본 구성요소를 다른 사람과 분리된 개인으로 보고 개인의 독립성과 독특성을 가조하는 사회를 ‘개인주의 문화’라고 하고, 동아시아 사회와 같이 사회의 근본 구성요소를 관계 또는 일차집단으로 보고 양보와 협동, 자기통제를 강조하는 사회를 ‘집단주의 문화’라 한다(허재홍, 2009). 이러한 집단주의 문화는 우리나라에만 있는 독특한 문화는 아니지만, 나라마다 집단주의의 문화적 특성이 다르게 나타날 수 있는데, ‘우리’라는 개념을 비교한 최상진(1993)의 연구에서는 일본은 집단귀속 및 집단동일시 성격이 강한 반면, 우리나라는 인간관계성의 성격이 강한 것으로 나타났다. 또한 유교전통이 강하게 남아있는 우리나라의 경우, 유교전통 가운데 가족주의가 가장 구속력이 강한 것으로 이러한 가족주의는 ‘정’과 ‘우리’라는 것을 바탕으로 생성된 것이라 할 수 있다(최인재와 최상진, 2002). 특히

유교적 가족중심주의적 관점에서는 부모로부터 생명을 얻고 또 그 생명을 자식에게 물려주며 생명이 영원히 연결됨으로서 개인 생명의 유한성이 초월된다. 즉, 유교사상이 녹아져있는 가족 중심주의에서 가족은 생명을 주는 ‘생명집단’으로 가족은 육체적 생명을 얻는 곳일 뿐만 아니라 ‘제사’와 ‘효’를 통해 조상과 자신, 그리고 후손이 굳건히 연결되어 생명의 영원성을 확보할 수 있는 곳이다(서선희, 2003). 이러한 가족 중심주의에서는 독립적인 관계보다는 관계적 가치를 매우 중요하므로, ‘우리’라는 집단 속에서 상호의존하는 성향이 있으며 가족 개개인은 가족 전체에 영향을 크게 받는다(송성자, 1997).

이러한 한국의 가족 중심적이면서 관계 중심적인 문화적 특성을 고려해볼 때, 유방암의 진단과 그 치료 과정은 유방암을 진단받은 환자 개인의 문제를 넘어 가족의 문제이자 위기이며 가족 전체에게 큰 영향을 미치며 변화를 일으키게 된다. 그러므로 유방암 생존자의 성공적인 적응을 이해하고 돕기 위해서는 반드시 그들의 가족 체계와 역동에 대한 이해가 선행되어야 할 것이다. 이러한 차원에서 본 연구에서는 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 주는 가족 요인으로서 가족회복력을 선정하게 되었다.

따라서 본 연구에서는 M. McCubbin과 H. McCubbin(1993)의 가족회복력 모형을 이론적 근거로 가족회복력 요인을 선정하였다. 이 모형에서 가족회복력이란 가족체계가 가지고 있는 내외적 자원으로 가족강인성, 문제해결 의사소통, 문제해결 대처를 본 연구의 가족회복력 요인으로 포함하였으며 이들과 관련 변수와의 관계는 다음과 같다.

Adaptation phase

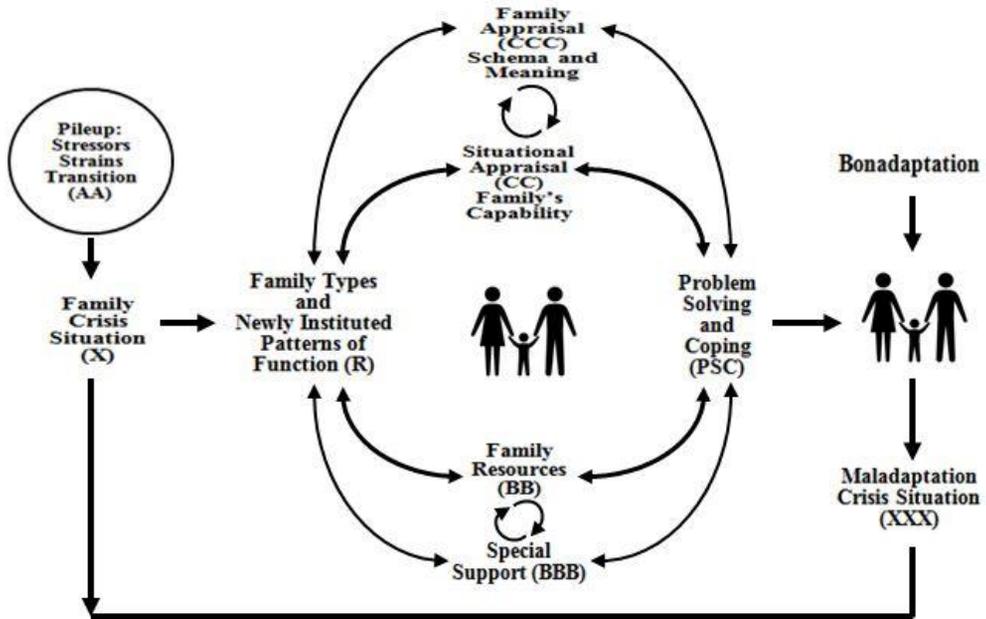


Figure 1. Adaptation phase of the resilience model of family stress, adjustment and adaptation (M. McCubbin & H. McCubbin, 1993; 오승아와 이양희, 2001에서 재인용)

1) 가족강인성

가족강인성은 문제와 어려움을 해결하기 위해 함께 일하는 능력, 변화를 위협이라기보다는 성장을 유발하고 유익한 것으로 보는 시각, 스트레스 상황을 조정하고 관리해 나가는데 있어서 능동적인 지향을 하며 생활사건과 역경에 대한 통제감으로 특징지어지는 가족의 내적인 힘과 내구성으로 정의된다(H. McCubbin et al., 1996). 가족강인성을 측정하는 도구 중 가장 일반적으로 많이 사용되는 가족강인성 척도(Family Hardiness Index, FHI)는 처음에는 4개의 상호연관된 구성요소-협동성, 도전성, 통제감, 자신감-를 가졌으나 도구의 타당도 연구를 거친 후 공동지향적 통제감, 협동성, 도전성의 3가지 요인으로 된 구조를 가지는 것으로 보고되었다(M. McCubbin & H. McCubbin, 1993). 통제감(control)은 가족생활이 외부의 사건이나 상황에 의해 만들어지는 것이 아니라 가족원이 영향을 미칠 수 있다고 믿는 성향이며 협동성(commitment)은 가족의 내적 힘에 대한 감각 및 협동하는 능력과 믿음을 의미하며, 도전성(challenge)은 변화를 안전에 대한 위협이 아니라 자극과 성장을 가져오는 삶에 있어서의 정상적인 것으로 보고 새로운 것을 경험하고 배우고자 하는 혁신적이고 적극적인 가족의 노력을 말한다.

국내에서 2011년 암 환자의 가족강인성에 관한 연구가 국립암센터를 중심으로 12개의 지역 거점 병원에서 수술, 항암화학요법, 방사선 요법의 치료를 받고 있는 환자와 그의 보호자 990쌍을 대상으로 한 대규모 국가적 연구가 진행되었다(Jeong et al., 2016). 연구 결과, 가족강인성은 가족 돌봄제공자가 암 환자의 요구에 반응하는 것에 유의한 예측인자로서, 자신의 가족이 강인하고 느낄수록 가족 돌봄 부담감이 감소하고 암 환자를 돌보는 일을 가족 전체가 공유하며 함께 대처하려는 경향이 있다고 하였다. 즉, 가족강인성은 가족 돌봄제공자의 암 환자 돌봄의 질에 영향을 미치고 이는 결국 암 환자 개인에게 영향을 미친다는 것을 보여준 연구라고 할 수 있다.

2) 문제해결 의사소통

문제해결 의사소통은 문제해결을 하기 위한 가족의 노력으로 가족회복력의 핵심적 요소로써(M. McCubbin & H. McCubbin, 1993), 가족회복력 모형에서 의사소통은 가족이 공통된 의미를 창조하고 대처전략을 발달시키고 서로 조화를 유지할 수 있는 주요한 요인으로 나타나고 있다. 이러한 의사소통의 양상은 가족의 역경과 문제가 표현되고 스트레스를 관리하고 취해야 할 행동을 결정하는 가족환경과 의사소통의 배경을 창조하여 어려움에 반응하는 방법으로 인식된다.

의사소통을 측정하는 도구로 M. McCubbin 등(1996)이 개발한 Family Problem Solving Communication(FPSC)는 두 가지 의사소통 유형을 측정하고 있다. 첫번째 유형은 긍정적인 의사소통(affirming communication)으로 가족 구성의 가치와 자아존중감을 강조하고 지지와 돌봄을 표현하고 온화하고 진정시키는 영향을 주는 의사소통을 의미한다. 두 번째 유형인 선동적인 의사소통(incendiary communication)은 스트레스 상황을 자극하고 긴장을 고조하고 흥분시키고 자극하는 의사소통 유형으로 가족 황폐화와 가족적응을 감소시켜 불균형을 초래한다.

박영옥, 홍귀령과 탁영란(2013)의 연구에서 만 10~12세 소아암 청소년은 종교가 있고 가족 문제해결 의사소통이 좋은 경우 소아암 아동의 회복력이 높았고, 만 13~15세에서는 가족 강인성과 가족 문제해결 의사소통이 좋은 경우 회복력이 높은 것으로 나타났다. 신성희(2010)의 연구에서 이혼가정 아동의 적응에 가족 의사소통이 유의한 총효과가 있었으며, 구정아(2015)의 연구에서 가족 의사소통은 청소년의 심리사회적 적응 변수인 내제화 문제와 외현화 문제에 유의한 간접효과와 총효과가 있었다. 현재까지 유방암 생존자의 심리사회적 적응과 가족의 의사소통의 관계를 밝힌 연구는 미비하나, 이러한 연구 결과를 근거로 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 문제해결 의사소통은 중요한 영향 요인으로 간주될 수 있으므로 문제해결 의사소통을

가족회복력의 요인으로 선정하게 되었다.

3) 문제해결 대처

문제해결 대처는 가족 능력의 행동적 요소로 가족이 스트레스 상황을 관리하기 위해 사용하는 특별한 문제해결 시도나 행동을 말한다. 이는 현존하는 가족자원을 이용하고 가족단위를 강화시키는데 도움을 주는 새로운 행위와 자원을 발달시키고 스트레스 사건의 영향을 줄이거나 완화시키고 회복을 촉진하는 적극적인 과정으로(H. McCubbin, 1979), 상황을 보다 더 건설적으로 관리할 수 있고 받아들일 수 있는 것으로 만들기 위해 상황과 관련된 의미를 형성하고 평가하는 가족 수준의 인지평가를 포함한다. 즉, 행동전략 및 가족자원을 이용하고 발달시켜 스트레스 사건의 영향을 줄이거나 완화시키고 회복을 촉진하는 적극적인 과정을 말한다(심미경, 2004).

H. McCubbin 등(1981)은 위기 상황에서 가족이 사용하는 문제해결 및 행동 전략을 확인하기 위해 Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale(F-COPES)를 개발하였다. 이 도구는 이 5가지 하위 영역, 총 30문항으로 구성되어 있는데 첫 번째 영역은 사회 지지 획득(acquiring social support)으로 친척, 친구, 이웃, 확대가족으로부터의 지지를 획득하는 능력이며, 두 번째 영역은 재구성(reframing)으로 스트레스 상황에 대한 가족의 인지적 지향과 연관되어 스트레스 상황을 보다 더 관리할 수 있는 것으로 만들기 위해 상황을 재정의하는 가족의 능력을 말한다. 세 번째 영역은 영적 지지 추구(seeking spiritual support)로 가족 구성원들이 좀 더 높은 영적인 신념 체계 안에서의 안위를 찾는 것을 의미하며 네 번째 영역은 도움을 구하고 수용하기 위한 가족 기동성(mobilizing family to acquire and accept help)으로 다른 사람으로부터 도움을 받고 지역사회 자원을 찾는 가족의 능력을 말한다. 마지막 다섯 번째 영역은 수동적 평가(passive appraisal)로 문제상황에 대한 회피 반응과 같이 가족이 문제상황에 대한

반응을 최소화하며 수동적으로 채택하며 받아들이는 가족의 능력을 말한다. 이 도구는 가족회복력 모형 안에서 두 가지 수준에서의 상호작용에 중점을 두고 있다. 첫 번째 수준은 가족 체계 내에서의 개인과 가족 구성원들 간의 난관과 어려움을 해결해 나가는 상호작용을 의미하며 두 번째 수준은 가족과 사회적 환경, 즉 가족이 가족 체계 이외의 외부 환경과 상호작용하며 문제를 해결하는 것이다. 이 도구는 이 두 가지 수준 모두에서 상호작용을 하는 것이 가족의 스트레스 상황을 좀 더 성공적으로 대처하는 것으로 가정하고 있다.

심미경(2004)의 연구에서도 소아암 환자의 가족의 적응은 가족강인성, 문제해결 대처전략에 유의하게 직접적인 영향을 받았으며 암 환아, 심장질환아, 당뇨와 천식 환아, 류마티스성 관절염 환아 등 만성질환아 가족을 대상으로 회복력 모형에 기초한 예측적인 인과모형의 적합성을 확인한 Katz(2002)의 연구에서 가족 문제해결 대처는 가족적응에 유의한 직접효과를 미치는 변수로 나타났다. 이러한 문헌 고찰을 통해 문제해결 대처가 가족회복력에 영향을 미치는 예측 변수로 여겨질 수 있으며 이는 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 주는 변수로 고려될 수 있다.

3. 유방암 생존자의 심리사회적 적응 영향요인

유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 요인으로 외생변수인 가족회복력 이외에, 개인 변인으로 내생변수로는 유방암 생존자의 스트레스원으로서 증상을, 외생변수로는 외상 후 성장에 대해 문헌고찰을 시행하였다.

1) 증상

암 환자의 증상은 암이라는 질병 자체로 인해 발생하거나, 암 치료에 따라 동반되는 여러 가지 부작용 및 반응을 의미한다. 암 환자의 증상은 오심, 구토, 통증, 입맛의 변화, 불면증, 피로, 외모의 변화, 변비, 설사, 구내염, 기침 등 생리적 증상 뿐 아니라 불안, 우울, 두려움, 분노, 무력감, 집중력 저하, 기분의 변화 등의 심리사회적 증상을 모두 포함한다(Itano & Taoka, 2005; 김연희 등, 2011).

유방암 생존자는 의학적 치료가 종료되고 관해기에 접어드는 시기 동안 치료로 인한 불유쾌한 증상들이 계속되는데, 이 시기 동안 많은 유방암 환자들은 치료로 인한 신체적 후유증, 피로, 기능적 저하, 성적 장애, 폐경, 인지기능 손상, 신체상 변화로 인한 상실감과 위축, 의료진으로부터 버려진 느낌과 재발에 대한 공포와 같은 심리적 스트레스를 계속 경험한다(Lu et al., 2009; Mehnert & Koch, 2008). 더욱이 유방암 환자들은 암에 걸리지 않은 일반인에 비해 이차성 암 또는 심혈관 질환, 당뇨, 골다공증과 같은 다른 질환에 노출 위험이 높은 것으로 나타나 유방암 생존자의 건강문제와 예방적 관리의 중요성이 강조되고 있다. 이렇게 계속되는 신체적이고 심리적인 증상들은 유방암 생존자의 전반적인 삶의 질에 악영향을 주며 회복 과정에 큰 도전이 된다(Cappiello et al., 2007). 이러한 유방암 환자의 신체적이고 심리적인 영향은 일반적으로 진단과 치료시기에 주로 초점이 맞춰지지만

치료가 종료된 후에도 몇 년간 그 영향은 계속된다(Paskett et al., 2008).

유방암 생존자를 대상으로 한 박진희 등(2009)의 연구에서 MSAS-SF도구의 신체적 증상 영역으로 증상을 측정된 결과, 4점 만점에 전체 평균 점수가 0.63점으로 나타났으며, 신체적 증상 영역 중 가장 높은 점수를 보인 증상은 ‘성적 저하’였으며 그 다음으로는 발한, 집중력 저하, 에너지 부족, 수면장애, 손과 발 저림, 통증 순으로 보고되었다. 권은진과 이명선(2012)의 유방암 생존자들의 디스트레스와 삶의 질에 관한 연구에서 사용된 증상 목록에서는 걱정, 두려움, 슬픔, 우울, 신경질의 5개 심리적 문제가 연구참여자의 50% 이상에서 응답률을 보였으며, 유방암 생존자의 디스트레스 수준과 삶의 질은 유의한 음의 상관관계($r=0.38$, $p<.001$)를 보였다. 또한 김혜영과 소향숙(2014)의 연구에서는 유방암 생존자가 경험하는 증상이 이들의 심리사회적 적응에 미치는 직접 및 총효과가 유의하게 나타났다.

이러한 연구 결과를 통해 유방암 생존자들은 치료가 종료된 이후에도 여러 영역에서의 증상들을 경험하는 것으로 밝혀졌으며, 이는 유방암 생존자의 주요 스트레스원으로 작용하여 심리사회적 적응에 부정적인 영향을 줄 수 있는 요인으로 확인되었다.

2) 외상 후 성장

외상 개념을 정의한 Tedeschi와 Calhoun(2004)은 외상 사건을 주관적으로 지각한 삶의 위기나 삶을 뒤흔드는 사건(seismic event)으로 부정적 심리적 결과를 유발하는 아주 높은 수준의 스트레스를 만들어내는 사건이라고 했다. 이러한 외상을 경험하거나 목격한 개인은 극심한 공포, 무력감, 고통이 동반되는 외상 후 스트레스 장애(posttraumatic stress disorder)를 경험하거나 극심한 스트레스로 인한 부적응 혹은 외상 후 스트레스 반응(posttraumatic stress response)을 경험할 수도 있다(양귀화와 김종남, 2014).

하지만 어떤 사람들은 놀랍게도 외상을 경험한 후에 스트레스만 경험하는 것이 아니라 외상을 겪기 이전보다 더 성장한 모습을 보이기도 한다. 외상 이후 삶을 보다 긍정적으로 바라보고 적극적인 삶의 의지를 나타내는 등의 긍정적인 변화들이 관찰되는데, Tedeschi와 Calhoun(1996)는 이를 외상 후 성장(posttraumatic growth)이라 하며, 이는 삶 속에서 인간이 경험하는 매우 도전적인 위기 상황을 극복하기 위해 노력하여 얻어지는 결과로서 외상 이전으로 돌아가는 것뿐만 아니라, 그 이상의 초월적인 변화를 주관적으로 경험하는 긍정적인 심리적 변화라고 정의하였다.

이러한 외상 후 성장은 외상 후 성장은 개인적 차원, 타인과의 관계 차원, 그리고 인생에 대한 철학적이고 실존적 차원 등의 3가지 영역에서 이루어진다(Calhoun & Tedeschi, 1998). 첫째, 개인적 차원의 성장으로는 자기 자신에 대한 인식이 변화하는 것을 의미한다. 암을 경험하고 난 이후 더 자신감을 갖게 되는 등의 현상이 여기에 해당한다. 둘째, 타인과 관계차원에서의 외상 후 성장은 타인의 고통이나 아픔에 대하여 더욱 공감할 수 있는 능력을 얻게 되거나, 더 친밀감을 갖게 되는 등의 변화가 존재한다. 마지막으로 삶에 대한 철학적/실존적 차원의 성장으로는 삶에 대한 깊은 감사(deeper appreciation for life)를 발견하거나, 삶에서 우선순위를 더욱 가치 있는 것으로 바꾸게 되는 것, 실존적 지혜(existential wisdom)를 발견하거나 영적 혹은 종교적 질문에 대하여 깊이 성찰하게 되는 등의 변화를 포함한다(Calhoun & Tedeschi, 1998).

이러한 외상 후 성장과 유사한 개념으로는 낙관성, 회복력 등이 있다. 이들 개념은 부정적 사건을 이해 및 수용하고, 그로 인한 삶의 변화에 적응하는데 초점을 맞추었다면, 외상 후 성장은 적응을 넘어 부정적 사건을 경험하기 이전 보다 더 높은 수준으로 기능하고 긍정적인 내적 변화를 경험하는 것으로 이들 개념과는 차이가 있다(Tedeschi & Calhoun, 2004).

외상 후 성장을 설명하는 관점은 크게 세 가지인데, 첫째는 외상 후 성장을

외상에 대한 ‘대처 결과’로서 보는 관점이고 두 번째는 ‘대처 과정’ 으로서 보는 것이다. 대처 과정, 즉 대처 전략으로서 외상 후 성장을 보는 관점에서는 개인이 외상에 대한 의미를 부여할 때 주관적면서도 긍정적인 왜곡된 신념, 즉 ‘긍정적인 착각(positive illusion)’을 통해 그 외상의 고통으로부터 자신을 보호하려고 하며 이러한 착각이 마치 외상 후 성장을 경험하는 것처럼 보인다고 본다(Park & Folkman, 1997; Taylor & Armor, 1996). 이에 반해, 대처 결과로서 외상 후 성장을 보는 관점에서는 외상 후 성장을 이러한 착각을 넘어 실제적인 변화로 나타나는 것으로 본다(Tedeschi & Calhoun, 1996). 마지막으로 세 번째 관점은 외상 후 성장을 실제적인 변화의 결과로 보기도 하고, 외상을 극복하기 위한 일종의 대처 전략으로 보기도 하는데, Maercker와 Zoellner(2004)는 이러한 관점을 통합하여 ‘야누스 얼굴, 2-요인 모델(The Janus face of self-perceived growth: toward two-component model of post-traumatic growth)’을 제시하였다. 이 모델에서는 외상 후 초기, 단기적 측면에서는 대처 전략-과정의 관점을 주로 설명하고, 외상 후 시간이 지나면서 장기적 측면에서는 대처 결과 측면으로서 외상 후 성장을 강조한다고 볼 수 있다(전상원 등, 2015).

암 환자에게 암 진단은 갑작스럽게 주어지는 외상 사건으로 인지되어 우울, 불안, 신체상 저하, 성생활 문제 등의 부정적인 영향을 겪지만, 암 진단과 치료과정을 극복하면서 이루어진 외상 후 성장은 암 생존자의 건강증진행위를 촉진시키며 심리적 적응과 삶의 질을 향상시킬뿐만 아니라, 면역력을 증진시키고 생존률을 높이는 것으로 밝혀지면서 외상 후 성장의 중요성이 부각되고 있어 최근 암환자의 외상 후 성장에 대한 연구가 활발히 진행되고 있다(Danhauer et al., 2013; Liu, Wang, Wang, Su, & Wang, 2014; Roepke, 2015; Shand, Cowlshaw, Brooker, Burney, & Ricciardelli, 2015; Silva, Tedeschi & Calhoun, 2004).

유방암 환자의 외상 후 성장과 관련된 연구를 살펴보면, 이숙과 김연정

(2012)의 연구에서 외상 후 성장은 암 대처, 자아존중감, 부부친밀감, 신체상과 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났으며 자아존중감과 암 대처의 하위요인(대인 간 대처와 대인 내 대처에서 계획세우기)가 외상 후 성장에 주요 영향 요인임이 확인되었다. 최성희와 이영휘(2016)의 연구에서는 외상 후 성장은 사회적 지지, 자기효능감, 대처행동과 유의한 순상관관계가 있었으며 단계적 다중회귀분석에서 치료이행 자기효능감과 긍정적 재구조화 대처행동이 유방암 환자의 외상 후 성장의 영향 요인으로 나타났으며 이들 변수들의 설명력은 29%였다. 박진희, 정용식과 정영미(2016)의 연구에서 유방암 생존자의 외상 후 성장과 대처, 사회적 지지, 낙관성은 중정도의 양의 상관관계가 나타났다. 그러나 이러한 외상 후 성장이 실제로 유방암 생존자들의 다차원적인 삶의 영역에서의 적응에 어떠한 영향을 미치는지를 검증한 연구는 거의 없는 실정이다. 따라서 이러한 외상 후 성장이 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 어떠한 영향을 미치는지 그 관계를 밝히는 연구가 필요하다.

III. 이론적 기틀

1. 모형의 개발 배경

본 연구는 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 요인에 관한 모형을 구축하기 위해 M. McCubbin과 H. McCubbin(1993)의 가족회복력 모형(Resilience model of family stress, adjustment and adaptation)을 근간으로 하였다(Figure 1). 이 모형은 가족 내 스트레스원의 누적으로 위기상황에 직면한 가족이 가족회복력 요인들의 상호작용을 통해 어떻게 가족이 적응하게 되는지를 설명하는 모형으로, 가족의 적응 수준이 아닌 유방암 생존자 개인의 적응을 설명하는데 이 모형을 그대로 적용하기에는 다소 한계가 있다. 따라서 유방암 생존자의 심리사회적 적응을 설명하고 예측하기 위해 가족회복력 요인 이외에 유방암 생존자 개인 변인에 대한 추가적인 탐색이 필요하다고 여겨졌다. 이에 개인의 스트레스 상황에 대한 대처와 적응을 설명하는 이론 중 하나인 Lazarus와 Folkman(1984)의 스트레스-대처 이론(Stress-Coping Theory)을 적용하여 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 개인변인 중 ‘대처 요인’에 대해 탐색하게 되었다(Figure 2).

Lazarus와 Folkman(1984)의 스트레스-대처 이론에서 대처과정은 스트레스 상황에 대한 평가를 포함하며, 평가와 대처방식은 결국 적응적 결과에 영향을 준다. 인지적 평가(cognitive appraisal)란 개인과 환경의 구체적인 상호작용 또는 일련의 역동적 상호작용이 어떻게 스트레스가 되며 그 정도는 얼마나 되는가를 평가하는 과정으로 일차적 평가와 이차적 평가로 구분된다. 이때, 일차적 평가(primary appraisal)란 인간이 스트레스로 지각할 수 있는 어떤 상황에 당면하게 되어서 스트레스로 평가할 때 그 상황을 다시

위해 또는 상실, 위협, 도전으로 구분하여 평가하는 것을 말하며 이차적 평가(secondary appraisal, reappraisal)란 자신이 스트레스 상황에 있다고 판단될 때 무엇을 할 수 있을 것인가에 대한 평가로서 그 상황에서 어떤 대처를 할 수 있으며 그 대처가 어떠한 결과를 초래하게 될 것인지 그리고 어떤 자원을 동원하면 효과적일 수 있을 지를 모두 포괄하는 복잡한 과정이라고 할 수 있다. 즉, 이차적 평가는 개인이 가지고 있는 대처자원에 대한 평가이며 대처방식에 직접적인 영향을 준다고 하였다.

Tedeschi와 Calhoun(1996)는 어떤 사람들은 놀랍게도 외상을 경험한 후에 스트레스만 경험하는 것이 아니라 외상을 겪기 이전보다 더 성장한 모습을 보이기도 하며 외상 이후 삶을 보다 긍정적으로 바라보고 적극적인 삶의 의지를 나타내는 등의 긍정적인 변화들이 관찰된다고 하였으며, 이를 외상 후 성장(posttraumatic growth)이라 하였다. 이는 삶 속에서 인간이 경험하는 매우 도전적인 위기 상황을 극복하기 위해 노력하여 얻어진 결과로서, 외상 이전으로 돌아가는 것뿐만 아니라 그 이상의 초월적인 변화를 주관적으로 경험하는 긍정적인 심리적 변화라고 하였으며 이는 사회문화적 요인에 영향을 받는다고 하였다.

이러한 외상 후 성장을 이렇게 대처 결과로 보는 관점도 있으나 Park과 Folkman(1997)은 대처 과정으로 보기도 하였는데, 이러한 대처 과정에서 외상을 경험한 개인이 자연스럽게 외상으로부터 고통을 완화시키려는 시도로써 ‘외상에 대한 의미 부여’라는 대처 전략을 사용한다고 보았다. Taylor와 Amor(1996) 역시, 외상 후 개인은 흔들리는 신념과 가치를 유지하기 위해서 외상 이후의 상황과 환경을 본인의 신념과 가치에 동화시키려는 노력을 하게 되며, 이 과정에서 개인은 객관적이지 않고 주관적이며 긍정적으로 해석한 착각을 대처 전략으로서 사용한다고 보았다.

이러한 문헌 고찰을 통해 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 개인 변인으로써 ‘외상 후 성장’을 대처 요인으로 선정하게 되었다. 본

연구에서는 유방암 생존자가 경험하는 외상 후 성장이 인지적 차원에서 이루어지는 ‘긍정적 착각(positive illusion)’인지, 아니면 궁극적으로 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 실제로 영향을 미치는지를 가족회복력 요인과 함께 탐색하고 검증하기 위해 모형을 개발하게 되었다.

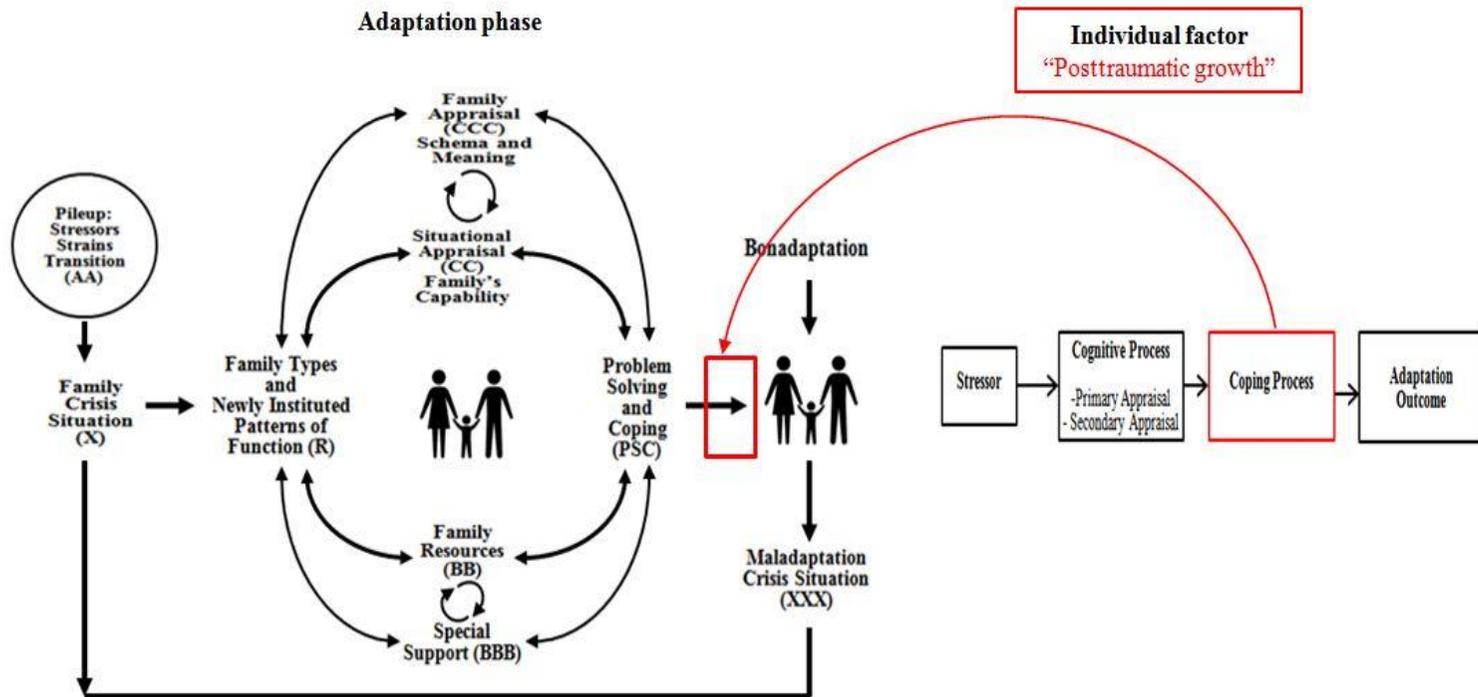


Figure 2. Background of model development based on family resilience model and Lazarus & Folkman's stress-coping theory

2. 연구의 개념적 기틀

본 연구에서는 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 가족회복력 요인과 개인 변인과의 관계를 탐색하고 검증하기 위하여 설계되었다. 따라서 본 연구에서는 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 대한 영향 요인 중에서 외생변수로는 유방암 생존자의 스트레스원으로써 증상을 포함하였다. 가족회복력 요인으로는 가족강인성, 문제해결 의사소통, 그리고 문제해결 대처를 포함하였다. 그리고 대처 과정이자 결과로서 유방암 생존자의 외상 후 성장을 포함시킴으로써 궁극적으로 유방암 생존자의 심리사회적 적응 결과를 나타내는 개념적 기틀을 구축하였다(Figure 3). 각 개념의 측정변수와 측정도구는 Figure 4에 제시하였다.

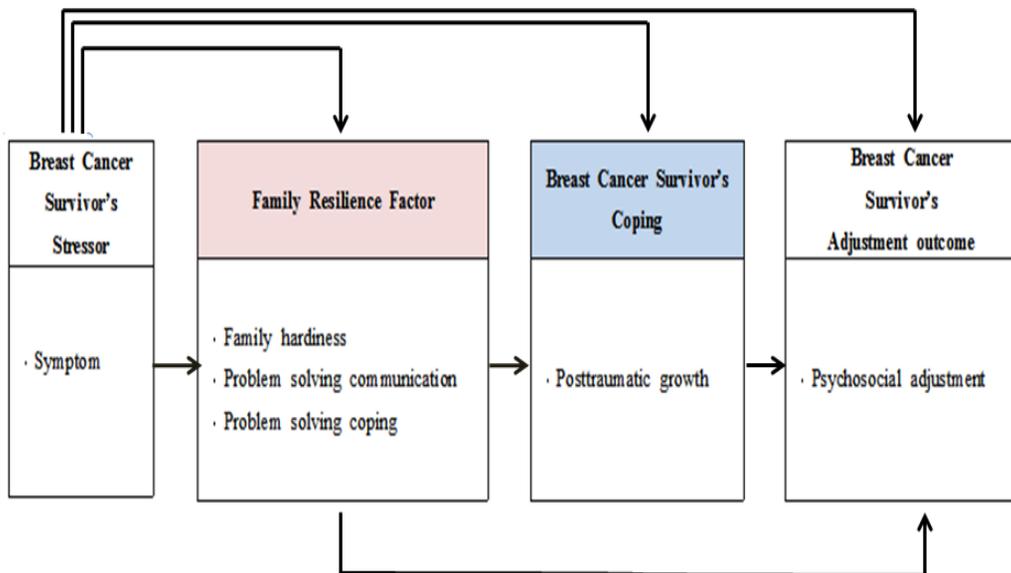


Figure 3. Research framework

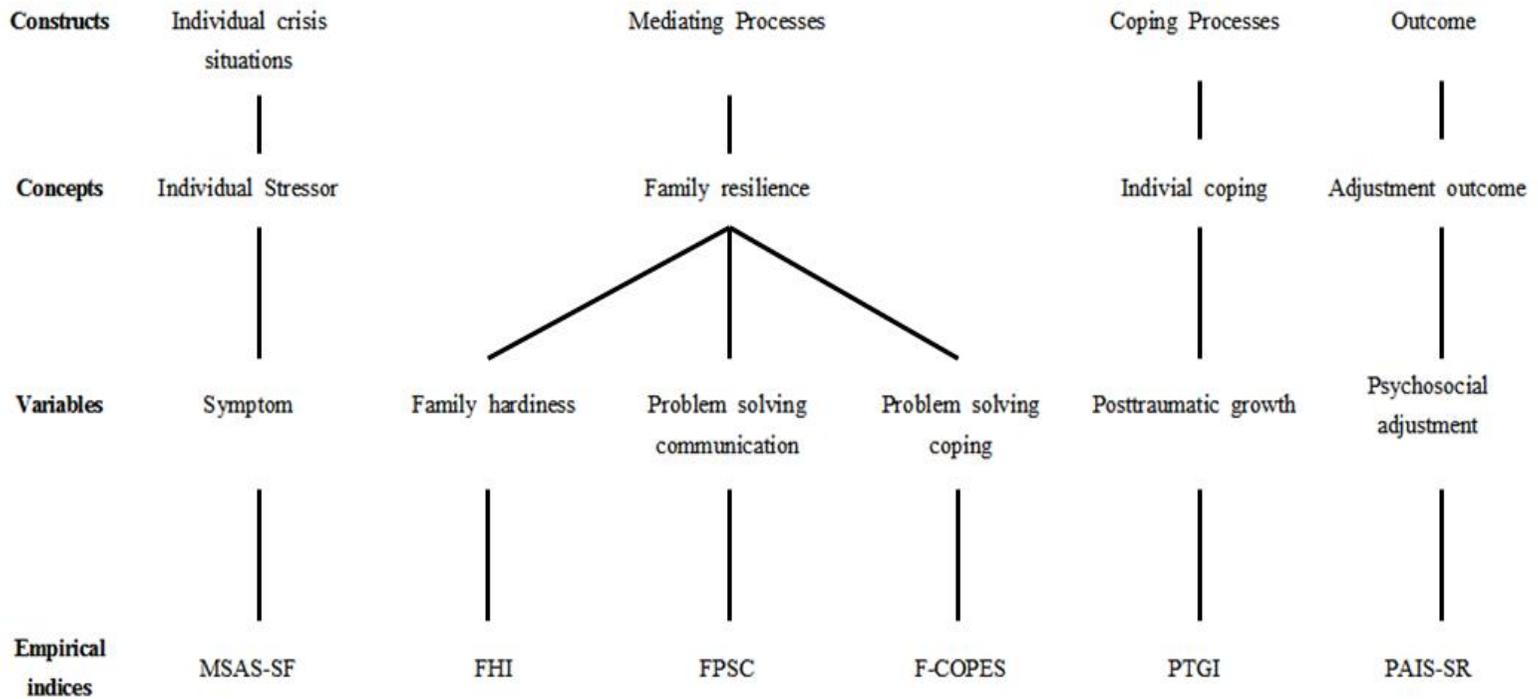


Figure 4. Theoretical substruction

MSAS-SF= Memorial Symptom Assessment Scale-Short Form, FHI= Family Hardiness Index, FPSC= Family Problem Solving Communication Index, F-COPES= Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale, PTGI= Posttraumatic Growth Inventory, PAIS-SR= Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report

3. 가설적 모형

본 연구의 이론적 기틀을 근거로 한 가설적 모형은 Figure 5와 같다.

본 연구는 M. McCubbin과 H. McCubbin(1993)의 가족회복력 모형을 기반으로 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 요인에 대해 문헌 고찰을 통하여 가설적 모형을 설정하였다. 외생변수는 유방암 생존자의 증상이며, 내생변수는 가족회복력 요인인 가족강인성, 문제해결 의사소통, 문제해결 대처와 외상 후 성장, 결과변수인 심리사회적 적응이다.

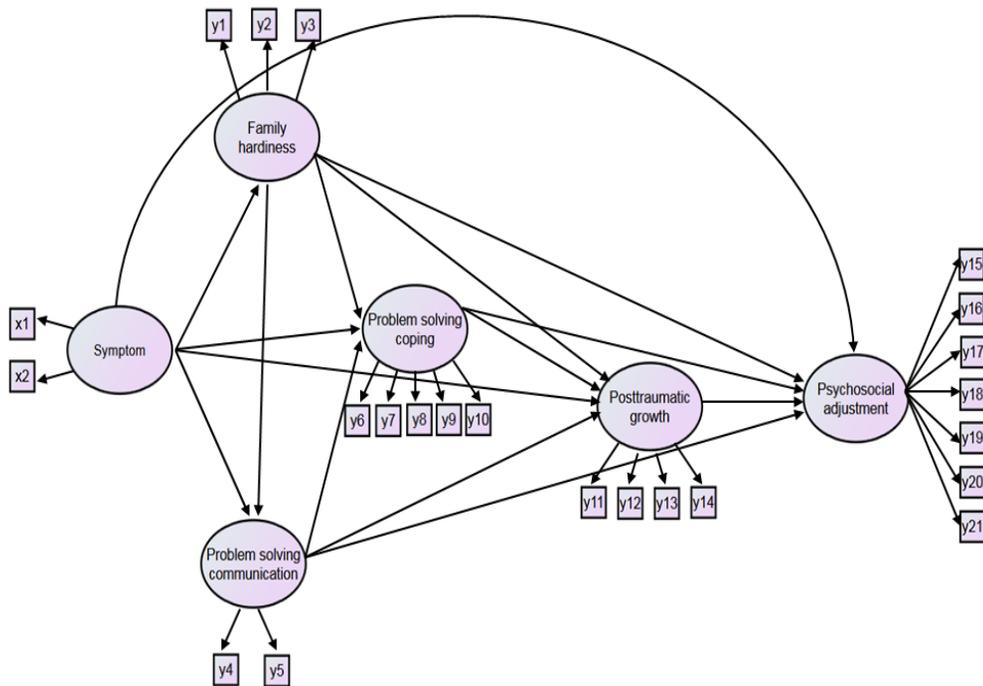


Figure 5. Hypothetical model

x1: Physical symptom

x2: Psychological symptom

y1: Control

y2: Commitment

y3: Challenges

y4: Incendiary communication

y5: Affirming communication

y6: Acquiring social support

y7: Reframing

y8: Seeking spiritual support

y9: Mobilizing family to acquire and accept help

y10: Passive appraisal

y11: Changed perception of self

y12: Relating to others

y13: New possibility

y14: Spiritual change

y15: Health care orientation

y16: Vocational environment

y17: Domestic environment

y18: Sex relationship

y19: Extended family relationships

y20: Social environment

y21: Psychological distress

4. 연구 가설

가설적 모형을 토대로 도출된 가설을 다음과 같다.

가족강인성을 내생변수로 하는 가설

가설 1. 증상은 가족강인성에 영향을 미칠 것이다.

문제해결 의사소통을 내생변수로 하는 가설

가설 2. 증상은 문제해결 의사소통에 영향을 미칠 것이다.

가설 3. 가족강인성은 문제해결 의사소통에 영향을 미칠 것이다.

문제해결 대처를 내생변수로 하는 가설

가설 4. 증상은 문제해결 대처에 영향을 미칠 것이다.

가설 5. 가족강인성은 문제해결 대처에 영향을 미칠 것이다.

가설 6. 문제해결 의사소통은 문제해결 대처에 영향을 미칠 것이다.

외상 후 성장 내생변수로 하는 가설

가설 7. 증상은 외상 후 성장에 영향을 미칠 것이다.

가설 8. 가족강인성은 외상 후 성장에 영향을 미칠 것이다.

가설 9. 문제해결 의사소통은 외상 후 성장에 영향을 미칠 것이다.

가설 10. 문제해결 대처는 외상 후 성장에 영향을 미칠 것이다.

심리사회적 적응을 내생변수로 하는 가설

가설 11. 증상은 심리사회적 적응에 영향을 미칠 것이다.

가설 12. 가족강인성은 심리사회적 적응에 영향을 미칠 것이다.

가설 13. 문제해결 의사소통은 심리사회적 적응에 영향을 미칠 것이다.

가설 14. 문제해결 대처는 심리사회적 적응에 영향을 미칠 것이다.

가설 15. 외상 후 성장은 심리사회적 적응에 영향을 미칠 것이다.

IV. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 횡단적 조사연구로서 유방암 생존자의 심리사회적 적응을 설명, 예측하기 위해 M. McCubbin과 H. McCubbin(1993)의 가족회복력 모형과 선행 연구와 문헌 고찰을 토대로 가설적 모형을 구축한 후, 유방암 생존자를 대상으로 횡단적으로 자료를 수집하여 모형의 적합성과 모형에서 제시된 가설을 검증하는 모형구축 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 유방암 치료가 종료된 이후 5년이 경과되지 않은 유방암 생존자이며 구체적인 선정 기준은 다음과 같다.

- 1) 만 18세 이상으로 자신의 진단명을 알고 있는 자
- 2) 유방암 진단 후 수술 후, 항암화학요법 또는 방사선 치료가 종료된 이후 5년이 경과되지 않은 자(단, 호르몬 요법은 상관없음)
- 3) 설문지 내용을 이해하고 응답할 수 있으며, 의사소통이 가능한 자
- 4) 연구 선정기준을 만족하는 자 중, 연구의 목적을 이해하고 연구 참여에 자발적으로 동의한 자
- 5) 현재 정신과 약물을 복용하고 있지 않은 자

구조방정식 모형에서 표본 크기에 대한 정확한 범위는 없지만 측정하려는 변수의 10-20배가 최소 권장수준이고(Mitchell, 1993), 구조모형에서 가장 많이 쓰이는 추정법인 최대우도법(maximum likelihood, ML)에 적절한 최소한의 표본크기는 최소 200개 이상 충족해야 한다(배병렬, 2011). 또한

표본 크기가 클수록 입력공분산 행렬과 추정공분산 행렬 간의 작은 차이에도 민감하여 모델 적합도가 낮게 나타나는 경향이 있으며, 표본추출 오차를 가능한 줄이기 위해 모델의 크기와 관계없이 200~400개 정도면 바람직하며 일반적으로 200명이 단일기준치로 많이 사용된다(배병렬, 2011; 우종필, 2012; 이학식과 임지훈, 2009). 따라서 본 연구에서는 측정변수는 23개로 최소 권장수준인 230을 만족하면서 이상적인 표본의 크기와 탈락률을 고려하여 총 250명을 목표로 하였다. 총 280부를 수집하였으며 이중 중복참여, 불성실 답변, 조건에 해당되지 않는 등 38부를 제외하고 최종 242명의 자료를 분석하였다.

3. 연구의 윤리적 측면

본 연구는 연구대상자의 보호를 위하여 서울대학교 생명윤리위원회의 승인(IRB No. 1707/003-014)을 받은 후 자료를 수집하였다(부록 1). 또한 자료수집을 위해 해당 단체의 대표에게 동의를 얻은 후 자료수집을 하였다. 연구 대상자의 윤리적 보호를 위하여 연구의 목적과 내용, 연구참여에 대한 익명성 보장, 응답도중 언제든지 설문을 중단할 수 있음과 그로 인한 불이익이 없음과 수집된 자료의 보관(이중 잠금 장치 보관함)과 수집된 자료는 5년간 보관 후 분쇄하고 폐기할 것을 구두와 서면을 통해 설명하였으며 이를 명시한 연구동의서에 자발적으로 동의하거나 서명한 경우에만 자료를 수집하였다

4. 연구 도구

본 연구에서 사용된 모든 도구는 원저자로부터 번역자에게 모두 허락을 받았다. 측정도구 중 가족강인성(Family Hardiness Index, FHI)과 문제해결 의사소통(Family Problem Solving Communication Index, FPSC) 도구는 공식적인 한국어 버전의 도구가 없고 국내에서 사용된 경우가 있으나 원도구를 연구대상자에 맞게 수정, 변안한 경우가 많았다. 이에 원저자에게 한국어 번역에 대한 동의를 구한 후, 도구번역을 하였다. 먼저 연구자와 이중언어자인 영어전공자가 본 도구를 한국어로 번역한 다음, 해외 거주 경험이 있고 영어와 한국어에 모두 능통한 이중언어자인 간호학 전공자가 영어로 역번역을 하였다. 이후 연구자와 간호학 전공 역번역자와 간호학 교수 1인이 원도구와 번역, 역번역에 대해 논의, 검토하고 수정하여 최종 한국어버전 도구를 완성하였다.

측정도구의 타당성을 검증하고 변수들의 단일차원성을 확인하여 추출된 결과에 따라 구성개념의 문항 합산(item parceling)을 시행할 목적으로 탐색적 요인분석(Exploratory Factor analysis, EFA)을 실시하나 본 연구에서 사용된 도구와 같이 선행연구에서 이미 공통 요인수와 요인의 항목이 지정되어 있는 경우에는 탐색적 요인분석보다는 확인적 요인분석(Confirmatory factor analysis, CFA)이 더 적절하다는 견해를 수용하여(Harrington, 2009), 본 연구에서는 확인적 요인분석을 통해 도구의 타당도를 검증하였다.

1) 증상

본 연구에서는 Chang, Hwang, Feuerman, Kasimis와 Thaler(2000)가 개발한 Memorial Symptom Assessment Scale-Short Form(MSAS-SF)을 Nho(2017)가 번역한 도구를 사용하였다. 본 도구는 지난 일주일간 겪은

신체적 증상영역의 강도와 정신적 증상영역의 빈도를 측정하고 있다. 신체적 증상은 총 28문항과 자유기술 문항 2문항으로 ‘증상이 없다’ 는 0점, ‘증상이 있으나 전혀 고통스럽지 않다’ 가 0.8점, ‘아주 약간 고통스럽다’ 는 1.6점, ‘고통스러운 편이다’ 는 2.4점, ‘상당히 고통스럽다’ 는 3.2점, ‘매우 고통스럽다’ 가 4점으로 측정된다. 정신적 증상은 총 4문항으로 ‘증상이 없다’ 가 0점이며 발생 빈도가 ‘드물다’ 는 1점, ‘가끔’ 은 2점, ‘자주’ 는 3점, ‘거의 항상’ 은 4점으로 측정된다. 측정된 점수는 문항 별 평균으로 비교하며, 점수가 높을수록 대상자가 증상으로 겪는 고통이 심한 것을 의미한다. 본 연구에서는 자유기술문항을 제외하고 분석하였으며, 확인적 요인분석 결과 요인부하량이 .50이하인 신체적 증상의 6개 문항이 삭제되어 최종 26문항이 분석에 사용되었다. 본 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach’ s α =.80, Nho(2017)의 연구에서 Cronbach’ s α =.91이었으며 본 연구에서 Cronbach’ s α =.93이었다.

2) 가족강인성

가족강인성은 M. McCubbin 등(1986)이 개발한 Family Hardiness Index(FHI)를 원저자의 도구 사용 및 한국어 번역에 대한 허락을 받아 번역하여 사용하였다. 본 도구는 스트레스 요인과 요구들로부터 영향을 줄이는 완충 또는 매개요인으로 작용하며 시간이 경과함에 따라 조정과 적응을 촉진시키는 역할을 하는 스트레스 저항과 적응 자원을 측정하기 위한 것으로 통제감 6문항, 협동성 8문항, 도전성 6문항으로 3개 하위요인, 총 20문항으로 구성되어 있다. Likert 4점 척도로 ‘전혀 그렇지 않다’ 0점에서 ‘매우 그렇다’ 3점으로 점수가 높을수록 가족의 내적 강점과 지속성이 증가하여 적극적으로 어려움을 극복하고자 노력하는 가족임, 즉 가족강인성이 높음을 의미한다. 본 연구에서는 확인적 요인분석 결과 요인부하량이 .50이하인 통제감 1문항, 협동성 1문항, 도전성 2문항이

삭제되었다. 이후 측정모형 분석을 통해 설명력이 낮은 통제감 요인이 제거되어 총 11문항이 분석에 사용되었다. 본 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach' s α =.82였으며, 본 연구에서 Cronbach' s α =.91이었다.

3) 문제해결 의사소통

문제해결 의사소통은 M. McCubbin 등(1996)이 개발한 Family Problem Solving Communication Index(FPSC)를 원저자의 도구 사용 및 한국어 번역에 대한 허락을 받아 번역하여 사용하였다. 본 도구는 역경과 생의 재난에 가족이 대처하는데 있어서 중요한 역할을 하는 가족 의사소통의 두 가지 지배적인 양상을 사정하는 도구로 모든 가족은 의사소통의 긍정적, 부정적 양상을 모두 가지고 있으며 이러한 의사소통 양상이 가족의 문제해결과 회복력에 중요한 요소로 인식되면서 개발되었다. 선동적 의사소통 유형 총 5문항과 긍정적 의사소통 유형 총 5문항인 두 가지 하위 요인, 총 10문항으로 구성되어 있다. Likert 4점 척도로 '전혀 그렇지 않다' 0점에서 '매우 그렇다' 3점으로 점수가 높을수록 문제해결 의사소통 양상이 긍정적임을 의미한다. 본 연구에서는 확인적 요인분석 결과 요인부하량이 .50이하인 선동적 의사소통 2문항이 삭제되어 총 8문항이 분석에 사용되었다. 본 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach' s α =.89였으며, 본 연구에서 Cronbach' s α =.86이었다.

4) 문제해결 대처

문제해결 대처는 H. McCubbin 등(1981)이 개발한 Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale(F-COPES)를 원저자로부터 한국어판 도구를 받아 측정하였다. 본 도구는 위기나 문제 상황에서 가족이 사용하는 문제해결 및 행동 전략을 측정하는 도구로 사회적 지지 획득 10문항, 재구성 8문항, 영적 지지 추구 4문항, 도움을 구하고 수용하기 위한 가족 기동성 4문항,

수동적 평가 4문항으로 5가지 하위요인, 총 30문항으로 구성되어 있다. Likert 5점 척도로 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점으로 점수가 높을수록 문제해결 및 행동 전략을 많이 사용하는 것을 의미한다. 본 연구에서는 확인적 요인분석 결과 요인부하량이 .50이하인 사회 지지 획득 3문항, 재구성 1문항, 가족 기동성 1문항, 그리고 수동적 평가는 4개 문항이 모두 삭제되었다. 이후 측정모형의 분석에서 설명력이 낮은 재구성과 영적 지지추구 요인이 제거되어 최종 10문항이 분석에 사용되었다. 본 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach’s $\alpha = .86$ 이었으며, 본 연구에서 Cronbach’s $\alpha = .85$ 이었다.

5) 외상 후 성장

외상 후 성장은 Tedeschi와 Calhoun(1996)이 개발한 외상 후 성장 도구(Posttraumatic Growth Inventory, PTGI)를 송승훈(2007)이 번안한 한국판 외상 후 성장 척도(Korean Version of the Posttraumatic Growth Inventory, K-PTGI)로 측정하였다. 원 도구는 5개의 하부요인, 총 21문항으로 구성되어 있는데, 첫째는 외상 경험 후 변화된 ‘대인관계의 깊이 증가’, 둘째는 인생에서의 흥미와 기대 그리고 가능성의 변화를 의미하는 ‘새로운 가능성의 발견’, 셋째는 외상 사건 이후 개인 스스로 지각하는 자신의 내적 강점을 의미하는 ‘자기지각의 변화’, 넷째는 종교적, 영적, 정신세계의 변화를 의미하는 ‘영적·종교적 관심의 증가, 마지막으로는 외상 경험 후 삶의 의미가 긍정적으로 변화되었고 삶에 감사하게 되었다는 것을 의미하는 ‘삶에 대한 감사’이다. 송승훈 등(2009)이 번안하여 신뢰도 및 타당도를 검증한 결과, ‘삶에 대한 감사’ 요인의 문항들이 흩어져 다른 요인들로 분산되거나 삭제되어 최종 ‘삶에 대한 감사’의 하부 영역을 제외한 최종 4개의 하위 요인으로 분석되었고 각각 자기지각의 변화 6문항, 대인관계 깊이 증가 5문항, 새로운 가능성의 발견 3문항, 영적 변화

2문항으로 총 16개 문항으로 구성되어 있다. Likert 6점 척도로 ‘경험하지 못하였다’ 0점에서 ‘매우 많이 경험하였다’ 5점으로 점수가 높을수록 외상 이후 긍정적 변화를 많이 경험하였음을 의미한다. 본 연구에서는 확인적 요인분석 결과 모든 문항의 요인부하량이 .50 이상을 만족하였으나 이후 측정모형 분석에서 설명력이 낮은 영적 변화 요인이 제거되어 최종 14문항이 분석에 사용되었다. 본 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's $\alpha = .90$ 이었으며, 송승훈 등(2009)의 연구에서 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's $\alpha = .91$ 이었으며 본 연구에서 Cronbach's $\alpha = .94$ 였다.

6) 심리사회적 적응

심리사회적 적응은 Derogatis와 Lopez(1983)가 개발한 암 환자를 위해 개발한 심리사회적 적응의 자가보고식 한국어판 도구(Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report Korean Version, PAIS-SR Korean Version)는 저작권 보호를 받으며 배포가 금지된 도구이다. 공식사이트(<http://www.derogatis-tests-store.com>)에서 도구 사용료를 지불한 후 원저자로부터 도구사용 허가를 받은 후 사용하였다. 본 도구는 현재의 질병이나 질병의 결과에 대한 환자의 심리사회적 적응의 질을 사정하기 위해 개발된 것으로 건강관리 지각 8문항, 직업환경 6문항, 가정환경 8문항, 성관계 6문항, 확장된 가족관계 5문항, 사회환경 6문항 그리고 심리적 고통 7문항으로 총 7개 하위요인 총 46문항으로 구성되어 있다. Likert 4점 척도로 각 문항은 0점에서 3점으로 점수가 높을수록 심리사회적 적응이 낮음을 의미한다. 본 연구에서는 확인적 요인분석 결과 요인부하량이 .50이하인 건강관리 지각 6문항, 직업환경 3문항, 가정환경 6문항, 성관계 3문항이 삭제되었다. 이후 측정모형 분석에서 설명력이 낮은 건강관리 지각과 성관계 요인이 제거되어 최종 23문항이 분석에 사용되었다. 본 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's $\alpha = .56 \sim .86$ 이었고 본 연구에서

Cronbach' s α =.90이었다.

5. 자료수집 절차

자료수집은 2017년 9월 12일부터 10월 20일까지 서면 조사와 웹 기반 조사를 통해 이루어졌다. 서면 조사는 유방암 환우회 대표에게 연구에 대한 설명 및 협조를 얻은 다음, 연구자가 환우회 모임에 참석하여 연구의 목적에 대해 설명한 후 연구 참여에 동의한 대상자들에게 서면동의서를 받은 후 자가보고 형식의 설문지를 작성하도록 하였다. 또한 환우회 모임에 참석하지 않은 환우 중 연구대상자에 해당되는 경우 환우회 대표를 통해 설문지를 배포하였으며 연구참여에 동의하여 설문을 작성한 경우, 환우회 대표를 통해 연구자가 설문지를 수거하였다. 총 142명이 서면 조사에 참여하였으며 이중 결측치가 포함된 설문지나 불성실한 작성, 연구대상자 조건이 맞지 않는 경우 등 19부를 제외하고 123명의 설문자료가 분석에 사용되었다.

웹 기반 조사는 인터넷 자조모임 운영자로부터 연구관련 공고문 게시 및 자료수집에 대한 허가를 받은 뒤 연구공고문을 게시하였으며 하이퍼링크를 통해 설문조사를 완료할 수 있도록 하였다. 총 138명이 웹 기반 조사에 참여하였으며 조사시 수집이 가능한 전화번호를 확인하여 중복참여인 경우, 그리고 연구대상자 조건이 맞지 않는 경우 등 19부를 제외하고 119명의 설문자료가 분석에 사용되었다.

서면 조사와 웹 기반 조사를 통해 최종 242부의 설문자료가 분석에 사용되었으며 설문참여에 대한 사례로 1만원 상당의 상품권을 직접 제공하거나 모바일로 전송하였다.

6. 자료분석 방법

자료분석은 SPSS version 22.0과 AMOS 23.0 프로그램을 이용하였다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성은 서술적 통계를 이용하였다.
- 2) 측정도구의 신뢰도는 Cronbach' s α 값을 구하였다.
- 3) 표본의 정규성은 평균, 표준편차, 왜도, 첨도를 통해 검증하였다.
- 4) 측정 변수들 간의 다중공선성은 Pearson's correlation coefficient로 검증하였다.
- 5) 구조모형 검증은 최대우도법을 이용하였다.
- 6) 측정 도구의 타당성을 확보하기 위해 확인적 요인분석을 실시하였으며 이후 잠재변수들을 공분산으로 설정한 측정모형의 요인적재량과 요인 간 평균값, 공분산을 산출하여 요인구조를 확증하였다.
- 7) 본 연구의 가설적 모형에 대한 적합도를 평가하기 위하여 절대적합지수인 χ^2 검증, χ^2/df , 기초적합지수(Goodness of Fit Index, GFI), 잔차평균자승이중근(Root Mean Square Residual, RMR), 근사오차평균자승의 이중근(Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA), 그리고 증분적합지수인 증분적합지수(Incremental Fit Index, IFI), 비교적합지수(Comparative Fit Index, CFI)를 이용하였다.
- 8) 가설적 모형의 추정계수의 유의성을 검토하기 위하여 표준화회귀계수(Standard Regression Weights, SRW), 표준오차(Standard Error, SE), 고정지수(Critical Ratio, CR), p값을 이용하였으며 내생변수에 대한 설명력은 다중상관자승(Squared Multiple Correlation, SMC)을 이용하였다.
- 9) 연구 모형의 간접효과와 총효과의 통계적 유의성을 검증하기 위하여

AMOS Bootstrapping방법을 이용하였다.

V. 연구 결과

1. 대상자의 특성

본 연구 대상자의 인구사회학적 특성은 Table 1과 같다. 평균 연령은 48.25세로 50~59세가 101명(41.7%)가 가장 많았으며 그 다음은 40~49세 81명(33.5%)이었다. 성별은 모두 여성으로 기혼자가 196명(81.0%)을 차지하였다. 종교가 있는 대상자는 165명(68.2%), 학력은 고졸 이하가 120명(49.6%)으로 가장 많았다. 직업이 없는 대상자가 178명(73.6%)이었으며 가정의 월 수입은 300만원 미만이 106명(43.8%)으로 가장 많았다. 현재 거주하고 있는 가족형태로는 대상자와 배우자, 자녀로 구성된 가족형태가 134명(55.4%)로 가장 많았으며 그 다음으로는 배우자와 함께 거주하는 대상자로 40명(16.5%)이었다.

본 대상자의 질병관련 특성은 Table 2와 같다. 유방암 병기는 stage III가 100명(41.3%)으로 가장 많았으며 그 다음은 stage II 85명(35.1%), stage IV 46명(19.0%) 순이었다. 유방암으로 받은 치료유형의 경우 수술, 항암화학요법, 방사선요법을 받은 대상자가 142명(58.7%)으로 가장 많았으며 수술만 받은 대상자는 14명(5.8%), 수술과 항암화학요법은 48명(19.8%), 수술과 방사선요법은 38명(15.7%)이었다. 유방절제술 유형으로는 보존적 유방절제술이 129명(53.3%)으로 과반수 이상을 차지하였으며 다음은 근치적 유방절제술 103명(42.6%), 이 두 유형을 모두 받은 10명(4.1%) 순이었다. 호르몬 치료를 받았거나 받고 있는 대상자는 147명(60.7%)이었으며 유방재건술을 받은 대상자는 62명(25.6%)이었다. 유방암 치료가 종료된 이후 1~3년 사이의 대상자가 100명(41.3%)으로 가장 많았으며 그 다음으로는 1년 미만인 대상자로 80명(33.1%)이었다. 재발이나

전이가 없는 대상자가 223명(92.1%)으로 대부분을 차지하였으며, 유방암 자조그룹 활동을 하고 있는 대상자는 143명(59.1%)이었다.

Table 1. Sociodemographic Characteristics of the Participants**(N=242)**

Characteristics	Category	n (%)
Age (years)	≤39	42 (17.4)
	40~49	81 (33.5)
	50~59	101 (41.7)
	≥60	18 (7.4)
	Mean ± SD	48.25 ± 8.78
Marital status	Single	26 (10.7)
	Married	196 (81.0)
	Others	20 (8.3)
Religion	Yes	165 (68.2)
	No	77 (31.8)
Education	Below High	120 (49.6)
	Above College	118 (48.8)
	Missing	4 (1.7)
Job	Yes	64 (26.4)
	No	178 (73.6)
Monthly Income (10,000 won)	<300	106 (43.8)
	300~500	90 (37.2)
	≥500	46 (19.0)
Living Family	Alone	14 (5.8)
	Spouse	40 (16.5)
	Children	28 (11.6)
	Spouse and Children	134 (55.4)
	Others	26 (10.7)

Table 2. Disease-related Characteristics of the Participants**(N=242)**

Characteristics	Category	n (%)
Cancer Stage	O	8 (3.3)
	I	3 (1.2)
	II	85 (35.1)
	III	100 (41.3)
	IV	46 (19.0)
Treatment Modality	OP	14 (5.8)
	OP+CT	48 (19.8)
	OP+RT	38 (15.7)
	OP+CT+RT	142 (58.7)
Types of Operation	MRM	103 (42.6)
	BCS	129 (53.3)
	MRM+BCS	10 (4.1)
Hormonal Therapy	Yes	147 (60.7)
	No	95 (39.3)
Breast Reconstruction Surgery	Yes	62 (25.6)
	No	180 (74.4)
Period since Major of Treatment (years)	< 1	80 (33.1)
	1~3	100 (41.3)
	3~5	62 (25.6)
Recurrence	Yes	19 (7.9)
	No	223 (92.1)
Self-help Group Activity	Yes	143 (59.1)
	No	99 (40.9)

OP=operation, CT=chemotherapy, RT=radiotherapy, MRM=Modified Radical Mastectomy, BCS=Breast Conservation Surgery

2. 표본의 정규성 검증

본 연구의 가설적 모형에서 사용된 측정변수들의 일변량 정규성을 확인해 본 결과, 왜도는 ± 3 이하, 첨도는 ± 7 이하로서 표본의 일변량 정규성의 가정은 만족하였다. 일변량 정규성 검토에서 특별한 문제가 발견되지 않았을 경우 구조방식 모형 검증을 위해 최대우도법을 사용할 수 있으므로(배병렬, 2009) 본 연구의 가설적 모형은 최대우도법에 의한 추정이 가능하다고 판단하였다.

Table 3. Descriptive Statistics of the Measured Variables**(N=242)**

Variable	Mean \pm SD	Range	SKewness	Kurtosis
Symptom				
Physical symptom	.96 \pm .74	0-4	.97	.35
Psychological symptom	1.72 \pm .98	0-4	.10	-.60
Family hardiness				
Commitment	2.10 \pm .53	0-3	-.58	1.01
Challenges	1.84 \pm .55	0-3	-.42	.74
Problem solving communication				
Incendiary communication	1.78 \pm .54	0-3	-.43	.39
Affirming communication	1.83 \pm .50	0-3	-.53	.67
Problem solving coping				
Acquiring social support	2.39 \pm .78	1-5	.34	-.36
Mobilizing family to acquire and accept help	2.54 \pm .88	1-5	.14	-.93
Posttraumatic growth				
Changed perception of self	3.29 \pm 1.02	0-5	-.80	.54
Relating to others	2.82 \pm 1.16	0-5	-.53	-.19
New possibility	3.37 \pm 1.07	0-5	-.54	-.18
Psychosocial adjustment				
Vocational environment	1.44 \pm .87	0-3	.37	-1.07
Domestic environment	1.25 \pm .70	0-3	.29	-.22
Extended family relationships	.98 \pm .71	0-3	.49	-.23
Social environment	.93 \pm .73	0-3	.49	-.41
Psychological distress	1.00 \pm .61	0-3	.58	.35

3. 측정변수 간의 다중공선성

가설적 모형의 검증에 앞서 가설적 모형에 사용된 측정변수 간의 상관관계 분석을 통해 다중공선성을 확인하였다(Table 4). 측정변수 간의 상관관계 절대값(r)이 .90이상이면 다중공선성의 문제가 야기되는데(우종필, 2012), 본 연구의 측정변수들의 상관계수는 가장 큰 상관계수가 .79로 다중공선성의 문제가 없는 것으로 나타났다.

Table 4. Correlations between the Measured Variables

(N=242)

	x1	x2	y1	y2	y3	y4	y5	y6	y7	y8	y9	y10	y11	y12	y13	y14
x1	1															
x2	.54**	1														
y1	-.14*	-.17**	1													
y2	-.11	-.22**	.72**	1												
y3	-.08	-.16*	.39**	.38**	1											
y4	-.31**	-.31**	.37**	.34**	.17**	1										
y5	.05	.01	.14*	.25**	.16*	.01	1									
y6	.16*	-.01	.17*	.30**	.33**	-.04	.65**	1								
y7	.01	-.15*	.46**	.44**	.45**	.19**	.29**	.33**	1							
y8	.06	-.10	.33**	.33**	.45**	.15*	.46**	.49**	.78**	1						
y9	-.02	-.13*	.40**	.39**	.36**	.14*	.23**	.29**	.79**	.61**	1					
y10	.34**	.31**	-.17**	-.11	-.10	-.21**	.02	.01	-.11	-.09	-.07	1				
y11	.49**	.43**	-.27**	-.21**	-.19**	-.32**	.05	.04	-.20**	-.13	-.10	.53**	1			
y12	.24**	.25**	-.21**	-.23**	-.26**	-.34**	-.08	-.02	-.27**	-.26**	-.19**	.28**	.34**	1		
y13	.40**	.43**	-.23**	-.30**	-.31**	-.32**	-.09	-.07	-.32**	-.31**	-.31**	.32**	.39**	.53**	1	
y14	.41**	.63**	-.29**	-.32**	-.27**	-.37**	-.04	-.03	-.29**	-.19**	-.16*	.35**	.46**	.47**	.56**	1

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

x1: Physical symptom, x2: Psychological symptom, y1: Commitment, y2: Challenges, y3: Incendiary communication, y4: Affirming communication, y5: Acquiring social support, y6: Mobilizing family to acquire and accept help, y7: Changed perception of self, y8: Relating to others, y9: New possibility, y10: Vocational environment, y11: Domestic environment, y12: Extended family relationships, y13: Social environment, y14: Psychological distress

4. 측정모형 분석

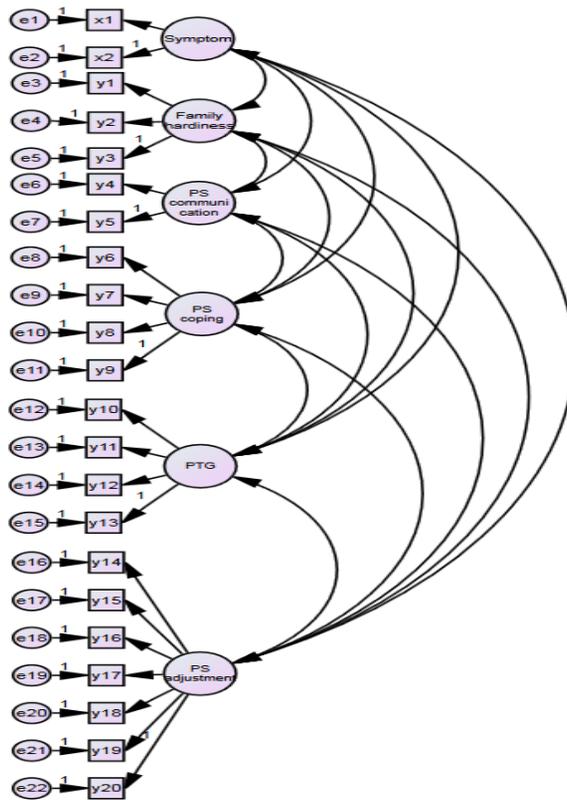
1) 측정모형의 적합도 검증

측정모형 분석은 측정도구의 확인적 요인분석의 연장선상에 있는 것으로, 확인적 요인분석을 통하여 단일차원성이 확인된 요인들을 결합하여 모형의 접합성 여부를 판단하는 것으로 측정변수들을 동시에 투입하여 공분산으로 설정하여 분석한다(송지준, 2016).

최초 측정모형의 접합도 검증 결과(Figure 6), $\chi^2=778.03$ (df=194, $p<.001$), $\chi^2/df=4.01$, RMR=.10, GFI=.79, IFI=.78, CFI=.77, RMSEA=.11로 적합도 지수가 일반적으로 권장되는 수용기준을 만족시키고 있지 못한 것으로 나타났다(Table 5). 이에 다중상관자승(Squared Multiple Correlation, SMC)값, 즉 설명력이 낮은 요인을 하나씩 제거하는 과정을 반복적으로 실시하였고, 또한 잔차값에서 요인 간에 높은 수치(Standardized residual covariences 2.85기준)를 제거함으로써 적합도 향상을 도모하였다. 그 결과 ‘통제감’, ‘재구성’, ‘영적 지지 추구’, ‘영적 변화’, ‘건강관리 지각’, ‘성관계’ 요인이 삭제되었다. 수정된 측정모형의 접합도 검증 결과, $\chi^2=253.28$ (df=89, $p<.001$), $\chi^2/df=2.85$, RMR=.04, GFI=.88, IFI=.91, CFI=.91, RMSEA=.09로 수용할 만한 수준의 적합도를 확보하게 되었다(Figure 7, Table 5).

Table 5. Fitness Statistics of the Measurement Model

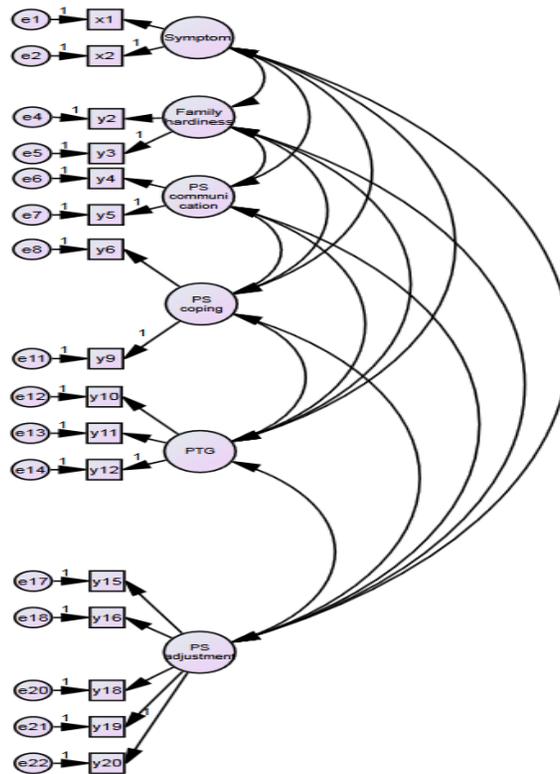
Fitness	χ^2 (p)	χ^2/df	RMR	GFI	IFI	CFI	RMSEA
Acceptable values	$p>.05$	≤ 3	$\leq .05$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$.05~.10
Initial measurement model	778.03(<.001)	4.10	.10	.79	.78	.77	.11
Final measurement model	253.28(<.001)	2.85	.04	.88	.91	.91	.09



PS=Problem solving, PTG=Posttraumatic growth

Figure 6. Initial measurement model

- | | |
|--|------------------------------------|
| x1: Physical symptom | y10: Changed perception of self |
| x2: Psychological symptom | y11: Relating to others |
| y1: Control | y12: New possibility |
| y2: Commitment | y13: Spiritual change |
| y3: Challenges | y14: Health care orientation |
| y4: Incendiary communication | y15: Vocational environment |
| y5: Affirming communication | y16: Domestic environment |
| y6: Acquiring social support | y17: Sex relationship |
| y7: Reframing | y18: Extended family relationships |
| y8: Seeking spiritual support | y19: Social environment |
| y9: Mobilizing family to acquire and accept help | y20: Psychological distress |



PS=Problem solving, PTG=Posttraumatic growth

Figure 7. Final measurement model

- | | |
|--|------------------------------------|
| x1: Physical symptom | y10: Changed perception of self |
| x2: Psychological symptom | y11: Relating to others |
| y2: Commitment | y12: New possibility |
| y3: Challenges | y15: Vocational environment |
| y4: Incendiary communication | y16: Domestic environment |
| y5: Affirming communication | y18: Extended family relationships |
| y6: Acquiring social support | y19: Social environment |
| y9: Mobilizing family to acquire and accept help | y20: Psychological distress |

2) 측정모형의 타당성 평가

측정모형의 개념타당도(construct validity)를 평가하기 위해 집중타당성(convergent validity)와 판별타당성(discriminative validity) 분석을 시행하였다.

(1) 집중타당성 평가

집중타당성이란 동일한 개념을 측정하기 위하여 서로 다른 방법으로 측정한 값 사이에 높은 상관관계가 있어야 한다는 것으로 동일 개념을 측정하는 복수의 문항들이 어느 정도 일치하는가를 검정하는 것이다. 이러한 집중타당성을 평가하는 방법에는 3가지가 있다. 첫째는 각 요인별 요인부하량이 .05이상, 둘째는 평균분산추출지수(Average Variance Extracted, AVE)가 0.5이상, 마지막으로 개념신뢰도(Construct Reliability, CR)가 0.7이상이면 집중타당성을 확보하였다고 판단할 수 있다(송지준, 2016). 본 연구의 측정모형의 집중타당성을 검증한 결과, 모든 요인이 위의 기준을 만족하였으므로 본 연구의 측정모형은 집중타당성을 확보하였다(Table 6).

Table 6. Evaluation of Convergent Validity of the Measurement Model

Latent variable	Measured variable	SRW	EV	CR	AVE
Symptom	Physical symptom	.69	.28	.76	.67
	Psychological symptom	.77	.39		
Family hardiness	Commitment	.86	.07	.95	.90
	Challenges	.83	.09		
PS communication	Incendiary communication	.97	.12	.96	.92
	Affirming communication	.76	.02		
PS coping	Acquiring social support	.69	.31	.87	.77
	Mobilizing family to acquire and accept help	.94	.09		
Posttraumatic growth	Changed perception of self	.98	.05	.87	.70
	Relating to others	.79	.50		
	New possibility	.80	.40		
Psychosocial adjustment	Vocational environment	.50	.57	.87	.71
	Domestic environment	.64	.29		
	Extended family relationships	.57	.34		
	Social environment	.71	.26		
	Psychological distress	.79	.14		

PS=Problem solving,

SRW=Standardized Regression Weights, EV=Error Variance,

CR=Construct Reliability, AVE=Average Variance Extracted

(2) 판별타당성 평가

판별타당성이란 서로 다른 변수들 간에는 그 측정치에도 분명한 차이가 나와야한다는 것을 의미하는 것으로, 여기서 분명한 차이는 상관계수 값을 기준으로 한다. 즉, 한 변수와 다른 변수간의 상관관계는 낮아야 판별타당성을 확보할 수 있다. 판별타당성은 잠재변수 간 상관행렬을 토대로 각 잠재변수의 결정계수 즉, 다중상관관계(r^2)와 평균분산추출지수(AVE)를 비교하여 확인하는데, 이때 평균분산추출지수(AVE)가 두 요인의 상관계수의 제곱보다 크면 두 요인 사이에는 판별타당성이 확보되었다고 할 수 있다(송지준, 2016). 본 연구의 측정모형의 판별타당성을 검증한 결과, 상관관계가 가장 큰 것으로 나타난 증상과 심리사회적 적응 간의 다중상관계수(r^2)가 .36으로 평균분산추출지수보다 낮은 값을 보여 본 연구의 측정모형은 판별타당성을 확보하였다(Table 7).

Table 7. Evaluation of Discriminative Validity of the Measurement Model

	Symptom	FH	PS communication	PS coping	PTG	P-adj.
Symptom	<i>.67*</i>					
FH	-.21	<i>.90*</i>				
PS communication	-.16	.57	<i>.92*</i>			
PS coping	.06	.26	.29	<i>.77*</i>		
PTG	-.08	.47	.52	.43	<i>.70*</i>	
P-adj.	.60	-.34	-.31	-.03	-.29	<i>.71*</i>
Mean	1.34	1.97	1.81	2.47	3.16	1.12
± SD	± .75	± .50	± .48	± .75	± .98	± .53

FH=Family hardiness, PS=Problem solving, PTG=Posttraumatic growth, P-adj.= Psychosocial adjustment

*Diagonal matrix of each variable is AVE(Average Variance Extracted)

5. 가설적 모형의 검증

1) 가설적 모형의 적합도 평가

본 연구의 가설적 모형의 적합도를 검증한 결과, $\chi^2=253.28$ (df=89, $p<.001$), $\chi^2/df=2.85$, RMR=.04, GFI=.88, IFI=.91, CFI=.91, RMSEA=.09로 나타났다. 이중 표본의 크기가 200을 넘을 경우, 결과에 오류를 나타내는 한계가 있어 표본크기에 대한 민감도를 낮추기 위해 χ^2 값을 자유도(df)로 나눈 표준카이제곱(χ^2/df)을 사용하여 그 값이 2 또는 3보다 작으면 좋다는 기준이 통용되고 있다(강현철, 2013). 이러한 근거를 기준으로 본 연구의 가설적 모형은 χ^2 통계량을 제외한 적합도 수치가 대부분 수용할 만한 수준을 만족시켰다.

2) 가설적 모형의 분석

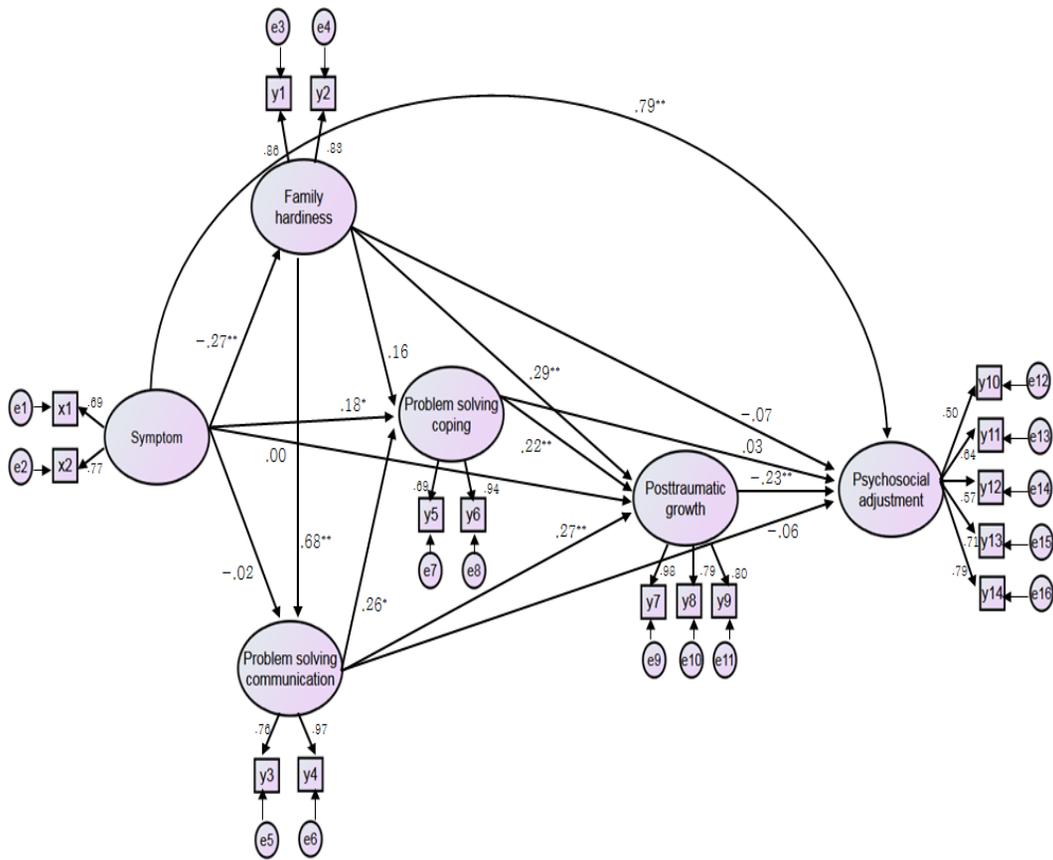
본 연구의 가설적 모형의 분석을 위해 우선 추정계수의 유의성을 확인하였다(Table 8). 표준화회귀계수(Standardized Regression Weights, SRW), 표준오차(Standard error, S.E.), 고정지수(Critical Ratio, C.R.), p 값, 다중상관자승(Squared Multiple Correlation, SMC)등을 통해 확인할 수 있다. 본 연구의 가설적 모형에서 통계적으로 유의한 경로는 총 15개 중 9개의 경로가 통계적으로 유의한 것으로 나타났으며 이상의 결과에 대한 가설적 모형의 경로 도형은 다음과 같다(Figure 8).

Table 8. Standardized Estimates of the Hypothetical Model

Endogenous variables	Exogenous variables	standardized estimate	S.E.	C.R. (t-value)	<i>P</i>	SMC
Family hardiness	Symptom	-.27	.05	-3.12	.002	.071
PS communication	Symptom	-.02	.04	-.24	.810	.471
	Family hardiness	.68	.07	9.79	<.001	
PS coping	Symptom	.18	.06	2.06	.040	.147
	Family hardiness	.16	.13	1.38	.167	
	PS communication	.26	.12	2.37	.018	
Posttraumatic growth	Symptom	.00	.09	-.06	.949	.392
	Family hardiness	.29	.20	3.11	.002	
	PS communication	.27	.19	3.05	.002	
	PS coping	.22	.12	3.39	<.001	
Psychosocial adjustment	Symptom	.79	.08	6.06	<.001	.815
	Family hardiness	-.07	.09	-.73	.468	
	PS communication	-.06	.08	-.67	.501	
	PS coping	.03	.05	.44	.662	
	Posttraumatic growth	-.23	.03	-2.96	.003	

PS=Problem solving,

S.E.=Standard Error, C.R.=Critical Ratio, SMC=Squared Multiple Correlation



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

Figure 8. Path diagram of the hypothetical model

x1: Physical symptom

x2: Psychological symptom

y1: Commitment

y2: Challenges

y3: Incendiary communication

y4: Affirming communication

y5: Acquiring social support

y6: Mobilizing family to acquire and accept help

y7: Changed perception of self

y8: Relating to others

y9: New possibility

y10: Vocational environment

y11: Domestic environment

y12: Extended family relationships

y13: Social environment

y14: Psychological distress

3) 가설적 모형의 수정

모형 수정 여부를 확인하기 위하여 수정지수(Modification Index, M.I)를 확인한 결과, 심리사회적 적응의 하부요인인 직업환경과 가정환경의 오차항 간의 M.I가 27.39로 수정기준인 5-10(김계수, 2010)을 초과하는 것으로 나타나 오차항 간의 공분산을 설정하였다.

수정모형의 적합도 검증결과, $\chi^2=223.80(df=88, p<.001)$, $\chi^2/df=2.54$, RMR=.04, GFI=.90, IFI=.93, CFI=.93, RMSEA=.08로 나타나 모형의 적합지수가 향상되었다(Table 9).

Table 9. Fitness Statistics of the Modified Model

Fitness	$\chi^2(p)$	χ^2/df	RMR	GFI	IFI	CFI	RMSEA
Acceptable values	$p>.05$	≤ 3	$\leq .05$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$.05~.10
Initial hypothetical model	253.28(<.001)	2.85	.04	.88	.91	.91	.09
Modified model	223.80(<.001)	2.54	.04	.90	.93	.93	.08

4) 수정 모형의 분석

수정 모형에서의 표준화회귀계수(Standardized Regression Weights, SRW), 표준오차(Standard error, S.E.), 고정지수(Critical Ratio, C.R.), p 값, 다중상관자승(Squared Multiple Correlation, SMC)값은 Table 10과 같다. 수정모형의 분석결과 총 15개의 경로 중 통계적으로 유의한 경로는 9개였다.

가족회복력 중 가족강인성은 증상($\beta = -.27, t = -3.15$)으로 인한 고통이 심할수록 낮았고 통계적으로 유의한 연관성을 보였다. 가족강인성에 대한 증상의 설명력은 7.2%였다.

가족회복력 중 문제해결 의사소통은 가족강인성($\beta = .68, t = 9.77$)이 높을수록 문제해결 의사소통 양상이 긍정적이었고 통계적으로 유의한 연관성을 보였다. 그러나 증상($\beta = -.02, t = -.28$)과는 유의한 연관성을

보이지 않았다. 문제해결 의사소통에 대한 이들 변수의 설명력은 47.1%였다.

가족회복력 중 문제해결 대처는 증상($\beta = .17, t = 2.00$)으로 인한 고통이 심할수록, 문제해결 의사소통($\beta = .26, t = 2.37$) 양상이 긍정적일수록 문제해결 및 행동 전략을 많이 사용하였고 통계적으로 유의한 연관성을 보였다. 그러나 가족강인성($\beta = .15, t = 1.37$)과는 유의한 연관성을 보이지 않았다. 문제해결 대처에 대한 이들 변수의 설명력은 14.5%였다.

외상 후 성장은 가족강인성($\beta = .29, t = 3.09$)이 높을수록, 문제해결 의사소통($\beta = .28, t = 3.06$) 양상이 긍정적일수록, 문제해결 대처($\beta = .22, t = 3.40$)를 위한 문제해결 및 행동 전략을 많이 사용할수록 외상 후 성장을 더 많이 경험하였고 통계적으로 유의한 연관성을 보였다. 그러나 증상($\beta = -.01, t = -.11$)과는 유의한 연관성을 보이지 않았다. 외상 후 성장에 대한 이들 변수의 설명력은 39.2%였다.

심리사회적 적응은 증상($\beta = .78, t = 5.53$)으로 인한 고통이 심할수록, 외상 후 성장($\beta = -.23, t = -2.92$)을 적게 경험할수록 적응수준이 낮았고 통계적으로 유의한 연관성을 보였다. 그러나 가족회복력인 가족강인성($\beta = -.06, t = -.68$), 문제해결 의사소통($\beta = -.07, t = -.85$), 문제해결 대처($\beta = .03, t = .49$)와는 유의한 연관성을 보이지 않았다. 심리사회적 적응에 대한 이들 변수의 설명력은 81.2%였다.

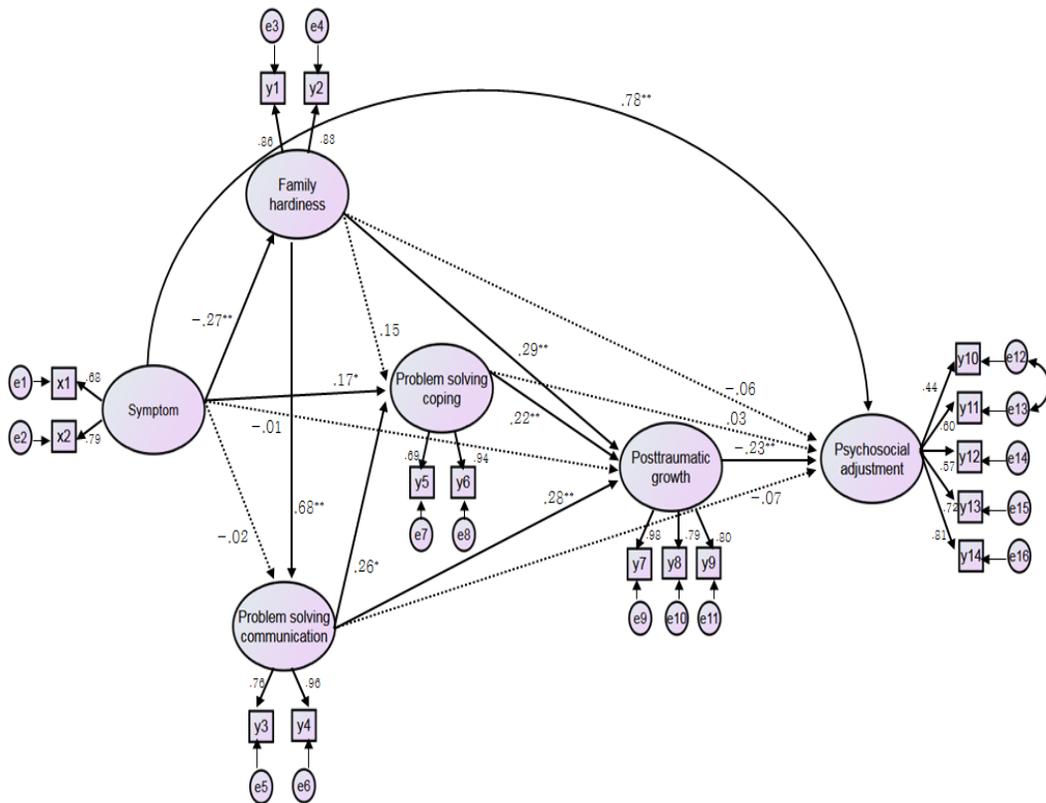
이상의 결과에 대한 가설적 모형의 경로는 Figure 9와 같다.

Table 10. Standardized Estimates of the Modified Model

Endogenous variables	Exogenous variables	standardized estimate(β)	S.E.	C.R. (t-value)	<i>p</i>	SMC
Family hardiness	Symptom	-.27	.05	-3.15	.002	.072
PS communication	Symptom	-.02	.04	-.28	.778	.471
	Family hardiness	.68	.07	9.77	<.001	
PS coping	Symptom	.17	.06	2.00	.046	.145
	Family hardiness	.15	.13	1.37	.171	
	PS. communication	.26	.12	2.37	.018	
Postraumatic growth	Symptom	-.01	.09	-.11	.913	.392
	Family hardiness	.29	.20	3.09	.002	
	PS communication	.28	.19	3.06	.002	
	PS coping	.22	.12	3.40	<.001	
Psychosocial adjustment	Symptom	.78	.07	5.53	<.001	.812
	Family hardiness	-.06	.08	-.68	.497	
	PS communication	-.07	.07	-.85	.394	
	PS. coping	.03	.05	.49	.621	
	Postraumatic growth	-.23	.03	-2.92	.004	

PS=Problem solving,

S.E.=Standard Error, C.R=Critical Ratio, SMC=Squared Multiple Correlation



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

Figure 9. Path diagram of the modified model

—→ Significant path
→ Non-significant path

x1: Physical symptom

x2: Psychological symptom

y1: Commitment

y2: Challenges

y3: Incendiary communication

y4: Affirming communication

y5: Acquiring social support

y6: Mobilizing family to acquire and accept help

y7: Changed perception of self

y8: Relating to others

y9: New possibility

y10: Vocational environment

y11: Domestic environment

y12: Extended family relationships

y13: Social environment

y14: Psychological distress

5) 수정 모형의 효과 분석

수정 모형에서 예측변수들이 내생변수에 미치는 직접효과, 간접효과 및 총효과를 분석한 결과는 Table 11과 같다.

가족강인성에 대하여 증상은 직접효과와 총효과가 통계적으로 유의하였다.

문제해결 의사소통에 대하여 증상은 유의한 직접효과는 없었으나 간접효과와 총효과는 통계적으로 유의하였고, 가족강인성은 직접효과와 총효과가 통계적으로 유의하였다.

문제해결 대처에 대하여 증상은 직접효과와 간접효과는 통계적으로 유의하였으나 총효과는 통계적으로 유의하지 않았다. 가족강인성은 유의한 직접효과는 없었으나 간접효과와 총효과가 통계적으로 유의하였다. 문제해결 의사소통은 직접효과와 총효과가 통계적으로 유의하였다.

외상 후 성장에 대하여 증상은 통계적으로 유의한 직접효과와 총효과는 없었으나 간접효과는 통계적으로 유의하였다. 가족강인성과 문제해결 의사소통은 직접효과, 간접효과, 총효과 모두 통계적으로 유의하였고, 문제해결 대처는 직접효과와 총효과가 통계적으로 유의하였다.

심리사회적 적응에 대해서는 증상은 직접효과, 간접효과, 총효과가 모두 통계적으로 유의하였다. 가족강인성은 유의한 직접효과는 없었으나 간접효과와 총효과가 통계적으로 유의하였고 문제해결 의사소통과 문제해결 대처는 유의한 직접효과, 총효과는 없었으나 간접효과가 통계적으로 유의하였다. 외상 후 성장은 직접효과와 총효과가 통계적으로 유의하였다.

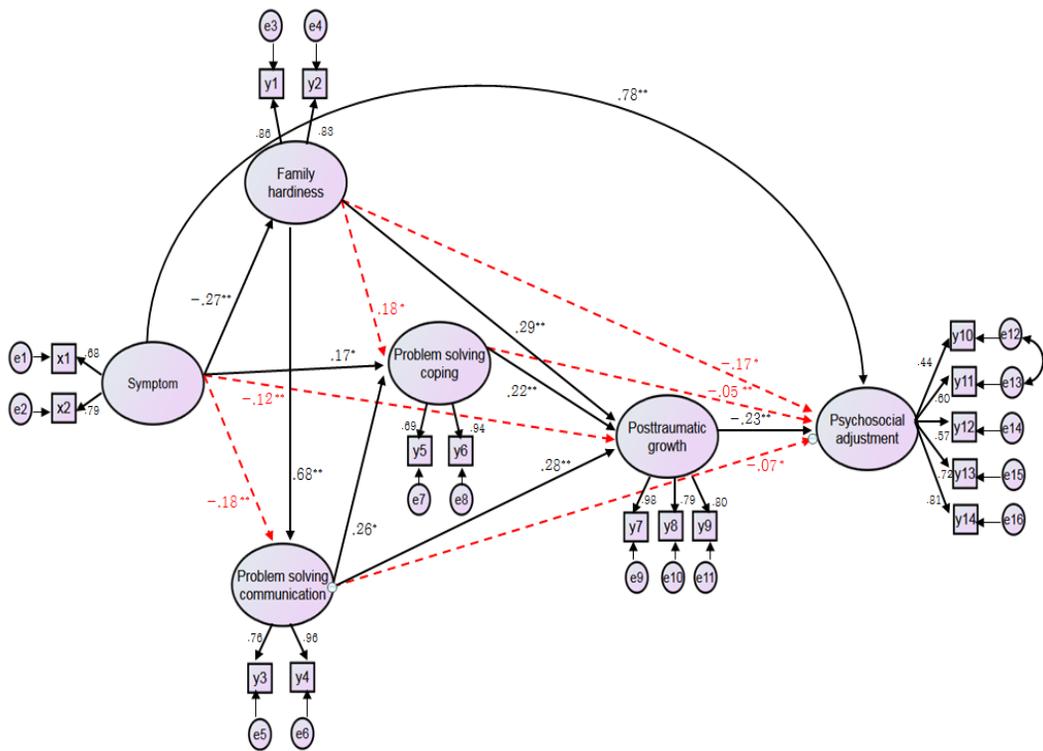
이상의 결과에 대한 수정 모형의 효과 검증 결과는 Figure 10과 같다.

Table 11. Standardized Direct, Indirect, Total Effects of the Modified Model

Endogenous variables	Exogenous variables	Standardized direct effect	Standardized indirect effect	Standardized total effect
Family hardiness	Symptom	-.27**		-.27**
PS communication	Symptom	-.02	-.18**	-.20**
	Family hardiness	.68**		.68**
PS coping	Symptom	.17*	-.09**	.08
	Family hardiness	.15	.18*	.33**
	PS communication	.26*		.26*
Posttraumatic growth	Symptom	-.01	-.12**	-.13
	Family hardiness	.29**	.26**	.55**
	PS communication	.28**	.06*	.33*
	PS coping	.22**		.22**
Psychosocial adjustment	Symptom	.78**	.06*	.85**
	Family hardiness	-.06	-.17*	-.23**
	PS communication	-.07	-.07*	-.14
	PS coping	.03	-.05**	-.02
	Posttraumatic growth	-.23**		-.23**

PS=Problem solving,

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



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

Figure 10. Effects path diagram of the modified model

—→ Direct effect
 - - - -> Indirect effect

x1: Physical symptom

x2: Psychological symptom

y1: Commitment

y2: Challenges

y3: Incendiary communication

y4: Affirming communication

y5: Acquiring social support

y6: Mobilizing family to acquire and accept help

y7: Changed perception of self

y8: Relating to others

y9: New possibility

y10: Vocational environment

y11: Domestic environment

y12: Extended family relationships

y13: Social environment

y14: Psychological distress

6. 연구 가설 검증

본 연구의 수정 모형에 대하여 효과 분석을 실시한 결과를 토대로 본 연구의 가설을 검정한 결과, 15개의 연구가설 중 15개는 모두 지지되었다. 가설검증 결과는 다음과 같다.

가족강인성을 내생변수로 하는 가설

가설 1. 증상은 가족강인성에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 직접효과($\beta = -.27$, $t = -3.15$)와 총효과($\beta = -.27$, $p < .01$)가 모두 통계적으로 유의하여 지지되었다.

문제해결 의사소통을 내생변수로 하는 가설

가설 2. 증상은 문제해결 의사소통에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 직접효과($\beta = -.02$, $t = -.28$)는 유의하지 않지만 간접효과($\beta = -.18$, $p < .01$)와 총효과($\beta = -.20$, $p < .01$)는 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 3. 가족강인성은 문제해결 의사소통에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 직접효과($\beta = .68$, $t = 9.77$)와 총효과($\beta = .68$, $p < .01$) 모두 통계적으로 유의하여 지지되었다.

문제해결 대처를 내생변수로 하는 가설

가설 4. 증상은 문제해결 대처에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 총효과($\beta = .08$, $p > .05$)는 유의하지 않지만 직접효과($\beta = .17$, $t = 2.00$)와 간접효과($\beta = -.09$, $p < .01$)는 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 5. 가족강인성은 문제해결 대처에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 직접효과($\beta = .15$, $t = 1.37$)는 통계적으로 유의하지 않지만 간접효과($\beta = .18$, $p < .05$)와 총효과($\beta = .33$, $p < .01$) 모두 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 6. 문제해결 의사소통은 문제해결 대처에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 직접효과($\beta = .26$, $t = 2.37$)와 총효과($\beta = .26$, $p < .05$)가 모두 통계적으로 유의하여 지지되었다.

외상 후 성장 내생변수로 하는 가설

가설 7. 증상은 외상 후 성장에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 직접효과($\beta = -.01$, $t = -.11$)와 총효과($\beta = -.13$, $p > .05$)가 모두 통계적으로 유의하지 않지만 간접효과($\beta = -.12$, $p < .01$)는 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 8. 가족강인성은 외상 후 성장에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 직접효과($\beta = .29$, $t = 3.09$), 간접효과($\beta = .26$, $p < .01$), 총효과($\beta = .55$, $p < .01$)가 모두 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 9. 문제해결 의사소통은 외상 후 성장에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 직접효과($\beta = .28$, $t = 3.06$), 간접효과($\beta = .06$, $p < .05$), 총효과($\beta = .33$, $p < .05$)가 모두 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 10. 문제해결 대처는 외상 후 성장에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 직접효과($\beta = .22$, $t = 3.40$)와 총효과($\beta = .22$, $p < .01$)가 모두 통계적으로 유의하여 지지되었다.

심리사회적 적응을 내생변수로 하는 가설

가설 11. 증상은 심리사회적 적응에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 직접효과($\beta = .78$, $t = 5.53$), 간접효과($\beta = .06$, $p < .05$), 총효과($\beta = .85$, $p < .01$)가 모두 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 12. 가족강인성은 심리사회적 적응에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 직접효과($\beta = -.06$, $t = -.68$)가 통계적으로 유의하지 않지만 간접효과($\beta = -.17$, $p < .05$)와 총효과($\beta = -.23$, $p < .01$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 13. 문제해결 의사소통은 심리사회적 적응에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 직접효과($\beta = -.07$, $t = -.85$)와 총효과($\beta = -.14$, $p > .05$)가 통계적으로 유의하지 않지만 간접효과($\beta = -.07$, $p < .05$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 14. 문제해결 대처는 심리사회적 적응에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 직접효과($\beta = .03$, $t = .49$)와 총효과($\beta = -.02$, $p > .05$)가 통계적으로 유의하지 않지만 간접효과($\beta = -.05$, $p < .01$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 15. 외상 후 성장은 심리사회적 적응에 영향을 미칠 것이다.

이 가설은 직접효과($\beta = -.23$, $t = -2.92$)와 총효과($\beta = -.23$, $p < .01$)가 모두 통계적으로 유의하여 지지되었다.

VI. 논의

본 연구는 유방암 생존자의 심리사회적 적응을 규명하기 위해 가족회복력을 기반으로 하여 문헌 고찰을 통해 나타난 영향요인을 종합하여 가설적 모형을 구축한 후 타당성을 검증하였다. 본 연구 결과를 바탕으로 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 대한 구조모형의 타당성과 가설적 모형을 검증한 결과 및 변수들간의 관련성을 논의하고자 한다.

1. 유방암 생존자의 심리사회적 적응 구조모형의 타당성

본 연구에서는 M. McCubbin과 H. McCubbin(1993)의 가족회복력 모형을 기반으로 하여 문헌 고찰을 통해 유방암 생존자의 심리사회적 적응을 예측하고 설명하기 위한 가설적 모형을 구축하였다. 외생변수는 유방암 생존자가 경험하는 질병, 내생변수로는 가족회복력 요인인 가족강인성, 문제해결 의사소통, 문제해결 대처, 그리고 유방암 생존자의 외상 후 성장, 마지막 결과 내생변수로 심리사회적 적응을 설정하여 가설적 모형을 구축하고 모형의 적합도와 직·간접효과를 검증하였다. 결과 본 연구의 최종 수정 모형의 적합도는 $\chi^2=223.80(df=88, p<.001)$, $\chi^2/df=2.54$, RMR=.04, GFI=.90, IFI=.93, CFI=.93, RMSEA=.08로 모든 적합지수가 기준에 부합한 것으로 나타나 유방암 생존자의 심리사회적 적응을 설명하는 모형으로 적절하다고 할 수 있다. 그리고 모형의 직·간접효과를 검증한 결과, 총 15개의 경로 중 9개의 경로가 직접효과가 있었으며 나머지 6개의 경로에서는 간접효과가 나타나 최종 15개의 경로 모두 통계적으로 유의하였다. 또한 유방암 생존자의 심리사회적 적응은 증상,

가족회복력(가족강인성, 문제해결 의사소통, 문제해결 대처), 외상 후 성장에 의해 81.2%가 설명되는 것으로 나타났다. 이는 증상경험, 불확실성, 사회적지지, 낙관성 및 대처방식의 5개 요인이 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 주는 것으로 가정한 김혜영과 소향숙(2012)의 구조모형에서의 57%의 설명력보다 높은 것이다.

본 연구는 가족의 영향을 많이 받는 가족 중심주의적인 한국의 문화적 상황을 고려하여 유방암 생존자의 가족회복력과 심리사회적 적응의 개인적 영향 요인을 포함하여 심리사회적 모형을 구축하고 검증하였는데, 특히 유방암 생존자의 심리사회적 적응과 관련된 가족변수와의 관계를 규명하여 추후 중재 개발에 있어 개인과 가족을 모두 포함할 수 있는 이론적 근거를 마련하였다는 점에서 연구의 의의를 찾을 수 있다.

2. 유방암 생존자의 심리사회적 적응 영향요인

본 연구의 모형 검증 결과, 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 변수들은 증상, 외상 후 성장과 가족강인성 순으로 나타났으며 증상은 직접, 간접 및 총 효과가 유의하게 나타났고 외상 후 성장은 직접효과와 총효과가 유의하게 나타났으며 가족강인성은 간접효과와 총 효과가 유의하게 나타났다. 가족회복력 요인 중 문제해결 의사소통과 문제해결 대처는 간접효과만 유의하였으며 문제해결 의사소통, 문제해결 대처 순으로 심리사회적 적응에 영향을 주는 것으로 나타났다. 아직 유방암 생존자를 대상으로 M. McCubbin과 H. McCubbin(1993)의 가족회복력 모형을 검증한 연구가 없어 선행연구와의 직접적인 비교는 할 수 없었으나, 본 연구 결과를 토대로 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 주는 연구 변수들 간의 관계를 증상, 외상 후 성장, 가족회복력 요인으로는 가족강인성, 문제해결

의사소통, 문제해결 대처 순으로 논의해 보고자 한다.

본 연구에서 증상은 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 가장 큰 직접적인 영향을 주는 요인으로 총효과 역시 유의하였다. 즉, 증상으로 인한 고통이 클수록 심리사회적 적응이 낮았다. 이는 유방암 치료가 종료된 후 6개월이 경과된 유방암 병기 1, 2기 유방암 생존자를 대상으로 증상경험이 많을수록 심리사회적 적응을 잘 하지 못한다고 보고한 김혜영과 소향숙(2012)의 연구 결과와 완전유방절제술과 치료를 받은 이후 외래 검진을 유방암 생존자를 대상으로 신체변화스트레스에 따른 심리적 스트레스가 높을수록 사회기능/관계 적응을 낮춘다고 보고한 장경문(2009)의 연구 결과와 유사하다. 또한 본 연구 결과, 증상은 가족강인성, 문제해결 의사소통, 문제해결 대처, 그리고 외상 후 성장을 매개로 심리사회적 적응에 간접적으로 영향을 주었다. 따라서 유방암 생존자가 치료가 종료된 이후에도 여전히 경험하고 있는 여러 후유증과 증상이 잘 관리될 수 있도록 지속적인 관심과 지지가 필요하며, 증상 완화를 통한 심리사회적 적응에 가족회복력과 외상 후 성장이 긍정적 매개 요인으로 작용될 수 있도록 프로그램을 개발하고 제공해야 할 것이다.

또한 증상은 가족강인성에 직접 및 총효과가 있어 증상으로 인한 고통이 클수록 가족강인성이 낮아졌다. 그리고 증상은 문제해결 의사소통에는 직접 효과는 없었지만 가족강인성을 매개로 한 유의한 간접 및 총 효과를 나타냈다. 즉 증상으로 인한 고통이 심할수록 가족강인성은 낮아지고 이는 문제해결 의사소통에 부정적인 영향을 주는 것을 알 수 있다. 또한 증상은 문제해결 대처에 직접 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 증상으로 인한 고통이 심할수록 그것을 해결하고 대처하기 위한 전략을 많이 사용하는 것으로 나타났다.

한편 문제해결 대처를 측정하는 F-COPES 도구는 크게 가족 체계 내에서 문제를 해결해 나가는 수준과 가족과 가족 체계의 외부 환경과 상호작용하는 수준, 이렇게 두 수준을 측정하며 두 수준을 모두 사용하는 것이 문제상황을

보다 성공적으로 대처하는 것으로 본다(H. McCubbin, et al, 1981). 본 연구에서 타당성을 높이기 위해 확인적 요인분석과 측정모형 분석을 실시한 결과 설명력이 낮고 오차가 큰 항목을 제거하였는데 이때 가족 체계 내의 상호작용을 하는 수준을 측정하는 하부 요인이 모두 삭제되어 최종적으로는 가족이 외부 체계와 상호작용하는 수준인 사회 지지 추구와 가족 기동성으로 문제해결 대처를 측정하게 되었다. 따라서 문제해결 대처 결과를 해석하는데 제한이 있다고 여겨진다. 또한 이 F-COPES 도구로 측정한 결과를 해석할 때, 문제해결을 위한 행동전략을 많이 사용하는 것이 반드시 만족스럽거나 성공적인 대처를 했다고 해석하기에는 다소 무리가 있다. 본 연구에서 사용된 사회 지지 추구 항목 중 예로 “친구들의 조언과 격려를 구한다”, “이웃사람들의 도움을 받는다” 와 가족 기동성 항목 중 예로 “비슷하거나 같은 문제들을 갖고 있는 다른 가족들로부터 충고나 정보를 구한다”, “가족 어려움에 대해 전문적인 상담이나 도움을 찾는다” 와 같이 문제해결을 위한 전략적 행동을 하지만 그 결과 효율적이거나 만족스러운 도움을 구했는지는 실제 측정하기 어렵다. 따라서 F-COPES 도구를 해석할 때, 점수가 높을수록 효율적인 대처를 한다고 해석하기 보다는 그 하위 요인에 해당되는 문제해결 전략을 많이 사용하는 것으로 해석하는 것이 더 바람직할 것으로 사료되며, 추후 가족의 문제해결 대처 결과를 잘 반영하여 측정하고 평가할 수 있는 도구의 선정 및 개발이 필요할 것으로 생각된다.

증상은 가족강인성과 문제해결 의사소통을 매개로 문제해결 대처에 간접 영향을 주었는데, 증상으로 인한 고통이 심할수록 가족강인성과 문제해결 의사소통 양상에는 부적 영향을 주어 문제해결 대처 전략을 적게 사용하는 것으로 나타났다. 앞의 결과와 종합하여 다시 말해, 증상이 문제해결 대처에 직접적으로 영향을 미칠 때는 증상으로 인한 고통이 심할수록 문제해결 대처 전략을 많이 사용하지만, 만약 가족강인성과 문제해결 의사소통을 매개한다면 증상으로 인한 고통이 심할수록 문제해결 대처 전략을 적게 사용한다는

것이다. 즉, 증상과 문제해결 대처 사이 가족강인성과 문제해결 의사소통 변수가 부적으로 작용한다면 문제해결 대처를 잘 하지 못하게 됨을 의미한다. 따라서 유방암 생존자가 경험하는 증상을 완화시켜줄 수 있는 매개체로서 가족의 강인성을 도모하고 가족 내 문제해결을 위한 긍정적이고 지지적인 의사소통을 할 수 있도록 도와 궁극적으로 문제해결을 위한 대처전략을 잘 활용할 수 있도록 지지해야 할 것이다.

마지막으로 증상은 외상 후 성장에 미치는 직접효과는 없었지만 가족강인성, 문제해결 의사소통, 문제해결 대처를 매개로 외상 후 성장에 간접효과가 있음이 밝혀졌다. 즉 증상으로 인한 고통이 심할수록 가족 회복력, 즉 가족강인성, 문제해결 의사소통, 문제해결 대처에 간접적으로 부정 영향을 주어 외상 후 성장을 적게 경험하는 것을 알 수 있다. 따라서 증상과 외상 후 성장 사이 가족회복력이 매개 변수로 작용함을 근거로 가족강인성과 문제해결 의사소통 그리고 문제해결 대처 전략 강화를 포함하는 가족 증재를 제공하여 증상을 완화하여 더욱 긍정적인 외상 후 성장을 경험할 수 있도록 해야 할 것이다.

증상 다음으로 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 직접적인 영향을 주는 요인은 외상 후 성장이었다. 유방암 생존자가 경험하는 외상 후 성장이 적을수록 심리사회적 적응 역시 낮게 나타났다. 즉, 유방암 생존자가 외상 후 성장을 많이 경험할수록 유방암 생존자의 심리사회적 적응이 높다는 것을 의미한다. 본 연구 결과를 통해 유방암 생존자가 경험하는 외상 후 성장이 단지 인지적 차원에서 외상에 의미를 부여하고 외상으로부터 자신을 보호하려는 대처 전략이자 과정으로서의 개인의 ‘긍정적 착각(positive illusion)’이 아니라 외상에 대한 대처 결과로서 실제로 개인의 심리사회적 적응에 긍정적인 영향을 주는 요인임이 밝혀졌다. 이는 유방암 환자들이 경험하는 외상 후 성장이 심리사회적 적응이나 정신 건강에 긍정적인 영향을 주었음을 보고한 Silva, Crespo와 Canavarro(2012), Lelorain, Bonnaud-

Antignac과 Florin(2010)의 연구들과 유사한 결과이다. 본 연구를 통해 이러한 유방암 생존자가 경험하는 외상 후 성장이 초기 급성기때 치료가 종료된 이후 그들이 지각하는 인지적 차원에서의 성장이 시간이 경과되면서 실제로 그들의 적응 수준에 영향을 유의하게 영향을 미친 것으로 해석될 수 있다. 그러나 Silva, Crespo와 Canavarro(2012)의 연구에서는 유방암 수술시, 치료도중, 치료 종료 후 6개월 시기에 측정한 외상 후 성장 점수는 유의미한 차이가 없었다. 따라서 유방암 생존자들이 경험하는 외상 후 성장과 심리사회적 적응 사이의 관계를 보다 명확하게 규명하기 위해서는 추후 유방암 시기에 따른 종단적 연구가 필요할 것으로 사료된다.

또한 본 연구 결과 가족강인성, 문제해결 의사소통, 문제해결 대처 모두 외상 후 성장에 직접 및 총효과가 있음이 밝혀졌다. 즉 가족강인성이 강할수록, 문제해결 의사소통이 긍정적일수록, 문제해결 대처를 위한 행동전략을 많이 사용할수록 유방암 생존자는 외상 후 성장을 더 많이 경험하였다. 또한 가족강인성은 문제해결 의사소통과 문제해결 대처를 매개로, 문제해결 의사소통은 문제해결 대처를 매개로 외상 후 성장에 간접효과가 있는 것으로 나타났다. 즉, 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 외상 후 성장은 직접적인 영향을 주는 요인이며 이러한 외상 후 성장에 가족회복력 요인 모두 직접, 간접 영향을 주는 요인임을 알 수 있다. 이명선, 차지은과 유영미(2014)의 연구에서 유방암 생존자들에게 “유방암 예방강사 교육프로그램”을 제공하고 유방암 예방강사 자격증을 부여한 뒤, 유방암 예방을 위한 강의 및 유방자가검진 교육 등을 직접 수행하며 자원봉사를 하게 한 결과, 유방암 생존자가 경험한 외상 후 성장은 교육 전부터 자원봉사활동 후 6개월 동안 변화 없이 높게 유지되었다. 외상 후 성장은 대인관계, 자기 지각의 변화, 새로운 가능성의 발견, 영적 측면 등 여러 방면에서 경험할 수 있다. 따라서 유방암 생존자가 보다 긍정적 경험을 하며 성장할 수 있도록 다양한 방면에서의 프로그램을 개발해야할 것이다. 또한 이러한 외상 후

성장을 돕는 직접적인 요인으로 밝혀진 가족회복력, 즉 가족의 자원과 강점을 잘 활용하고 강화시킬 수 있는 가족중재 또한 함께 제공한다면 더욱 큰시너지 효과를 낼 수 있을 것으로 사료된다.

다음으로 본 연구에서 선정한 가족회복력의 세 가지 요인 중 가족강인성은 외상 후 성장과 같은 총효과 크기로 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 요인으로 밝혀졌다. 가족강인성은 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 직접효과는 없었으나 문제해결 의사소통, 문제해결 대처, 외상 후 성장을 매개로 심리사회적 적응에 간접 및 총효과를 보였다. 즉 가족강인성이 강할수록 문제해결 의사소통, 문제해결 대처 및 외상 후 성장을 매개로 유방암 생존자의 심리사회적 적응이 높게 나타났다. 암 치료 종료 후 1~5년 사이에 있는 암 생존자 중 새롭게 암 진단을 받은 암 환자와 가족을 대상으로 한 Mellon과 Northouse(2001)의 연구에서 가족강인성은 가족 내에서 암 환자와 가족이 갖는 암에 대한 인식(family meaning of the cancer illness)에 긍정적인 의미를 부여하고 이를 통해 이들의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 직접적인 영향 요인으로 밝혀졌다. 가족강인성은 가족의 내적인 힘과 내구성으로 가족이 처한 스트레스에 대한 완충작용을 하며 이러한 위기 상황에 직면했을 때, 무력해지기 보다는 오히려 변화를 통제하며 서로 협동하면서 도전하며 위기를 극복하기 위한 동력으로 작용한다. 따라서 유방암 생존자가 지닌 가족강인성을 강화시킬 수 있는 프로그램을 개발하여 암 환자와 가족 모두의 긍정적인 성장과 적응을 도울 수 있도록 해야할 것이다.

그리고 문제해결 의사소통은 문제해결 대처와 외상 후 성장을 매개로, 문제해결 대처는 외상 후 성장을 매개로 유방암 생존자의 심리사회적 성장에 간접효과가 있는 것으로 나타났다. 즉, 문제해결 의사소통 양상이 긍정적일수록 문제해결 대처와 외상 후 성장을 매개로 심리사회적 적응이 높았으며 문제해결 대처 전략을 많이 사용할수록 외상 후 성장을 매개로

심리사회적 적응이 높은 것으로 나타났다. 이를 종합해 볼 때, 가족회복력 요인 모두 비록 직접적인 영향은 없지만 유방암 생존자의 외상 후 성장을 매개로 심리사회적 적응에 간접 영향을 주는 요인으로서, 단순히 가족 또는 배우자의 지지나 친밀도 차원을 넘어 가족 전체가 가진 자원에 관심을 두고 그 가족이 지닌 강점을 파악하여 그것을 강화시켜 유방암 생존자의 심리사회적 적응을 향상시킬 수 있도록 해야 할 것이다.

다음, 가족회복력 요인과의 상호관계를 살펴보면, 가족강인성은 문제해결 의사소통에 직접 및 총효과를 나타내는 것으로 나타났다. 즉 가족강인성이 강할수록 문제해결 의사소통 양상이 긍정적으로 나타났다. 이는 가족강인성이 문제해결 의사소통에 통계적으로 유의한 직접효과($\beta = .49, p < .01$)와 총효과($\beta = .49, p < .01$)를 보인 결혼이주여성을 대상으로 한 오재우와 박인숙(2013)의 연구와 가족강인성과 문제해결 의사소통과의 유의한 상관관계를 보인 고위험 신생아 가족을 대상으로 한 백형진(2012)의 연구, 그리고 가족 소아암 청소년을 대상으로 한 박영옥 등(2013)의 연구 결과와 유사하다. 또한 가족강인성은 문제해결 의사소통을 매개로 문제해결 대처에 간접 및 총효과를 나타냈다. 즉 유방암 생존자의 가족강인성이 강할수록 문제해결 의사소통을 매개로 문제해결을 위한 대처 전략을 많이 사용하는 것으로 나타났으며 이는 결혼이주여성을 대상으로 결혼이주여성을 대상으로 한 오재우와 박인숙(2013)의 연구와도 동일한 결과이다. 문제해결 의사소통은 문제해결 대처에 직접 및 총 효과가 있는 것으로 나타났다. 즉 문제해결 의사소통 양상이 긍정적일수록 문제해결 대처를 위한 전략을 많이 사용하는 것으로 나타났는데 이는 결혼이주여성을 대상으로 한 오재우와 박인숙(2013)의 연구결과와 동일한 결과이다. 이러한 결과를 종합해 볼 때, 가족회복력인 가족강인성과 문제해결 의사소통 그리고 문제해결 대처 각 요인들을 강화시키고 서로 상승효과를 높여 가족회복력 향상에 기여할 수 있도록 프로그램을 개발하고 평가하는 것이 필요하다고 생각한다.

이상으로 연구 결과를 종합해 볼 때, 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 직접적인 영향을 주는 주요 변인은 증상과 외상 후 성장이었으며 가족회복력 요인은 심리사회적 적응에 직접적인 영향을 주지는 않지만, 외상 후 성장을 매개로 증상 완화를 돕고 긍정적인 심리사회적 적응에 이르게 하는데 도움을 줄 수 있다는 것을 확인하였다. 더불어 가족회복력 요인 모두 유방암 생존자의 외상 후 성장에 매우 유의미하게 직접적인 영향을 주는 것으로 밝혀졌다.

따라서 유방암 생존자의 성공적인 심리사회적 적응을 도모하기 위해 종양전문가들은 유방암 생존자가 치료 이후에도 경험하는 여러 증상을 완화시키고 지지하기 위한 중재를 지속적으로 제공하도록 노력해야 할 것이다. 이러한 증상은 가족회복력과 외상 후 성장을 매개로 더욱 효과적으로 관리될 수 있을 것이다. 유방암 사건으로 인해 초래된 부정적 측면이나 결핍된 요인에 초점을 두기 보다는 유방암 생존자의 성장과 가족회복력, 즉 가족이 가진 긍정적인 힘과 여러 자원에 더욱 관심을 두어 개인과 가족 특성에 맞는 지지와 중재를 제공하여 유방암 생존자와 가족 모두의 안위를 도모하여 보다 나은 심리사회적 적응에 이를 수 있도록 해야 할 것이다.

본 연구는 오프라인에서 활동하는 유방암 자조집단을 대상으로 한 서면 조사와 온라인 자조모임에 게시한 공고를 보고 자발적 참여를 밝혀 온 유방암 생존자를 대상으로 웹 기반 설문 조사를 하는 방식으로 자료를 수집하였다. 이렇게 두 가지 방식으로 자료수집을 한 결과, 온라인 설문조사의 경우 시간과 비용면에서 효과적이었으며, 온라인 설문지 양식에서 설문 문항에 대한 대답을 필수로 지정하는 것이 가능하여 자료의 누락이 없었으며 참여 대상자가 연구자와 면대면으로 만날 필요가 없어 더 부담없이 참여자가 자유롭게 설문을 작성할 수 있었다. 그러나 웹 기반 조사는 중복참여나 연구대상자가 아닌 참여자를 사전에 예방하거나 제외를 할 수 없어 추후에 대상자를 탈락시킬 수 밖에 없었으며, 온라인 커뮤니티라는 특성상 젊은 층의 대상자에게 좀 더 적용가능했던 한계가 있었다. 그러나 이러한 제한점은

연구자가 설문조사 현장에 직접 참여하며 보다 연령층이 높은 오프라인 자조집단에서 이루어진 서면 조사를 통해 보완할 수 있었다. 결과적으로 평가를 한다면, 두 가지 방법을 통해 보다 다양한 연령층과 상황에 있는 대상자를 모집하여 대표성이 더욱 확보될 수 있었고, 연구결과의 일반화에도 도움이 되었다고 여겨진다. 서면 조사와 웹 기반 조사, 그리고 이 두 가지를 모두 활용한 혼합 설문조사 방법을 비교한 Greenlaw와 Brown-Welty(2009)의 연구에서는 본 연구와 같이 서면 조사와 웹 기반 조사를 모두 사용한 혼합 설문조사 방법이 비록 비용은 많이 들었지만 높은 응답률을 보였다고 보고하였다. 이러한 연구들을 토대로, 추후 자료수집시 특정 방식을 고수하기 보다는 조사방법에 따른 장단점을 고려하여 연구 주제 및 연구대상자에게 가장 적합한 조사방법을 취사선택하는 것이 바람직할 것으로 사료된다.

본 연구는 대부분 커뮤니티나 자조집단에 소속되어 활동을 하는 유방암 생존자를 대상으로 이루어졌기 때문에 자조집단 소속이나 커뮤니티 활동 없이 외래 추적 관찰만을 하고 있는 대상자나 혹은 노인이 대상인 경우에는 연구 결과를 일반화할 경우 주의가 요구된다.

또한 본 연구에서는 가족회복력의 요인을 가족강인성, 문제해결 의사소통, 문제해결 대처 이 세 가지로 선정하였으나 또 다른 가족회복력의 요인들이 존재하며 이를 측정하는 도구에 따라 가족회복력 수준이 다르게 측정되거나 해석될 수 있다. 현재 국내외 가족회복력에 관한 연구에서 가족회복력을 측정하는 도구는 McCubbin의 가족회복력 모형에서 제시된 요인들 이외 Walsh(1998)의 가족회복력 이론의 구성 요인인 신념체계(역경에 대한 의미부여, 긍정적 시각, 초월과 영성), 조직패턴(융통성, 연결성, 사회 및 경제적 자원), 의사소통 과정(명확성, 개방적 의사소통, 상호 협력적 문제해결)를 근거로 Sixbey(2005)가 개발한 총 66문항의 Family Resilience Assessment Scale(FRAS)과 김미옥(2001)이 선행연구 및

Walsh(1998)의 이론을 근거로 기존의 외국척도들을 모두 또는 일부 선택하여 번안하고 재구성하여 만든 총 89문항의 도구가 주로 사용되어지고 있다. 그러나 위에 제시한 가족회복력을 측정하는 도구들은 모두 국외에서 개발된 도구이며, 국내에서는 연구 주제와 대상자에 맞게 일부 수정하거나 일부만 선택하여 사용하는 경우가 많아 연구 결과를 비교하거나 해석하는데 제한이 있으며, 도구를 수정했을 때 신뢰도와 타당도 검증을 명확하게 하지 않은 경우에는 그 연구 결과의 신뢰성과 타당성을 확보했다고 보기 어렵다. 따라서 추후 가족 중심주의적이며 관계 중심적인 한국의 문화적 배경과 미국에 비해 젊은 층의 유방암 환자가 증가하고 있는 한국 유방암 생존자의 특성을 고려한 가족회복력의 측정도구 개발하고 그 신뢰도와 타당도를 검증할 수 있는 연구가 필요할 것으로 생각된다.

3. 연구의 간호학적 의의

1) 간호이론 측면

본 연구는 M. McCubbin과 H. McCubbin(1993)의 가족회복력 모형을 기반으로 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 가족회복력 요인뿐만 아니라 유방암 생존자의 개인 변인을 포함하여 가설적 모형을 구축하고 검증함으로써 가족회복력 모형의 확장 및 적용 가능성을 검증하였다고 볼 수 있다. 특히 가족의 영향을 많이 받는 가족 중심적인 한국의 문화적 특성을 고려하여 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 가족회복력 요인을 탐색하고 그 관계를 규명함으로써 추후 유방암 생존자와 가족을 포함한 연구의 이론적 근거를 마련하였다는데 연구의 의의를 가진다.

2) 간호연구 측면

본 연구는 암 치료와 관리에 있어 암 환자 개인 뿐만 아니라 가족의 영향을 받는 가족구성원의 일원으로서 암 환자를 이해하고 그들이 속한 가족의 체계와 역동, 강점을 보다 심층적으로 고찰하여 연구하였다는 점에서 기존 연구와의 차별성을 가진다고 할 수 있다. 따라서 유방암 생존자를 포함하여 암 환자의 적응에 미치는 암 환자 개인 변인과 그 가족 변인을 함께 연구하고 그 관계를 규명하는 연구가 추후 진행되어 그 지식체가 축적된다면 궁극적으로 암 환자와 가족 모두 암을 잘 극복하고 서로 성장하며 이들의 성공적인 적응을 도울 수 있는 보다 다양하고 적합한 프로그램을 개발하고 적용하는데 기여할 수 있을 것이다.

3) 간호실무 측면

본 연구를 통해 유방암 생존자의 성공적인 적응에 영향을 미치는 유방암 생존자의 가족회복력에 대한 검증이 이루어졌다. 따라서 간호실무에서 가족을 긍정적 지지 자원으로 인식하고 잘 활용한다면 유방암 생존자의 적응을 돕는데 큰 시너지 효과를 기대할 수 있을 것이다. 또한 본 연구를 통해 가족회복력 요인 중, 가족강인성과 문제해결 의사소통 및 문제해결 대처는 서로 양의 연관성을 가지고 있음이 밝혀졌다. 따라서 가족의 강인성을 강화시키고 긍정적이고 원활한 의사소통이 이루어질 수 있도록 지지하여 궁극적으로 가족 구성원과 유방암 생존자가 함께 암 관련 문제들을 잘 대처해서 적응해 나갈 수 있도록 실질적인 프로그램을 개발하고 적용하는데 도움을 줄 수 있을 것으로 생각된다.

VII. 결론 및 제언

본 연구는 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 가족회복력 요인과 개인 변인들 간의 상호적 인과관계를 규명하여 유방암 생존자의 심리사회적 적응을 증진시킬 수 있는 개인 및 가족을 위한 간호중재를 개발하기 위한 기초를 마련하고자 시도된 구조방정식 모형구축 연구이다.

본 연구는 M. McCubbin과 H. McCubbin(1993)의 가족회복력 모형을 기반으로 문헌 고찰을 통해 유방암 생존자의 심리사회적 적응의 가설적 모형을 구축하였으며, 유방암 생존자의 스트레스원인 ‘증상’은 외생변수, 내생변수로는 가족회복력 요인으로 ‘가족강인성’, ‘문제해결 의사소통’, ‘문제해결 대처’를, 대처 전략으로써 개인 변인으로는 ‘외상 후 성장’을, 그리고 최종 결과변수로는 ‘심리사회적 적응’이었다.

연구대상은 유방암 치료가 종료된 후 5년이 경과하지 않은 유방암 생존자로 2017년 9월부터 10월까지 유방암 자조집단에서의 서면 설문조사와 온라인 유방암 커뮤니티를 통한 웹 기반 설문조사를 통해 자료를 수집하였으며 최종 242명의 자료를 분석하였다.

가설적 모형에 대한 적합도 검증결과 $\chi^2=253.28(df=89, p<.001)$, $\chi^2/df=2.85$, RMR=.04, GFI=.88, IFI=.91, CFI=.91, RMSEA=.09로 나타나 χ^2 통계량을 제외한 적합도 수치가 수용할 만한 수준을 만족하였다. 이후 수정지수를 확인한 결과 수정지수가 높게 측정된 심리사회적 적응의 하부요인인 직업환경과 가정환경의 오차항 간의 공분산을 설정하여 모형을 수정하였다. 최종 수정모형에 대한 적합지수는 $\chi^2=223.80(df=88, p<.001)$, $\chi^2/df=2.54$, RMR=.04, GFI=.90, IFI=.93, CFI=.93, RMSEA=.08로 비교적 우수한 적합수치를 보여 이를 최적모형으로 확정하였다. 총 15개의 연구가설 중 수정 모형의 효과분석에서 직접효과와 간접효과, 총 효과를

고려하여 통계적으로 15개의 경로가 통계적으로 유의한 것으로 나타나 가설이 모두 지지되었다.

본 연구의 가설적 모형에 의하면 유방암 생존자의 심리사회적 적응에 증상은 통계적으로 유의한 직접, 간접 및 총효과를 보였으며 외상 후 성장은 통계적으로 유의한 직접 및 총효과를 보였다. 그리고 가족회복력 요인으로 가족강인성은 심리사회적 적응에 통계적으로 유의한 간접 및 총효과를 보였고 문제해결 의사소통과 문제해결 대처는 통계적으로 유의한 간접효과를 보였다. 이들 변수들은 유방암 생존자의 심리사회적 적응을 81.2%를 설명하는 것으로 확인되었다.

이상의 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 본 연구 결과를 바탕으로 유방암 생존자의 심리사회적 적응을 향상시키기 위해 치료 후유증인 증상을 효과적으로 관리할 수 있는 교육 및 중재를 지속적으로 제공하고, 이와 더불어 유방암 생존자와 가족을 함께 지지할 수 있는 가족회복력 증진 및 외상 후 성장 프로그램을 개발하여 그 효과를 검증하는 연구가 필요하다.

둘째, 연구 결과의 일반화를 위해 본 연구에서 구축한 가족회복력에 근거한 심리사회적 적응 모형이 다른 암 환자나 만성 질환자의 심리사회적 적응에도 적용될 수 있는지 여부를 검증할 수 있는 추후 연구가 필요하다.

셋째, 한국의 가족 중심주의적인 문화적 특성을 더 잘 반영할 수 있는 한국형 암 환자의 가족회복력을 측정하는 도구를 개발하고 그 신뢰성과 타당도를 검증하는 연구가 필요하다.

참고문헌

- 강현철. (2013). 구조방정식모형에서 적합도지수의 해석과 모형적합전략에 대한 논의. *한국자료분석학회*, 15(2), 653-668.
- 구정아. (2016). *가족 회복력에 근거한 청소년의 심리사회적 적응: 개인변인의 매개효과*. 연세대학교 대학원 박사학위논문, 서울.
- 국가암정보센터. (2017). *암생존자통합지지센터*. Retrieved December 1, 2017, from http://www.cancer.go.kr/mbs/cancer/subview.jsp?id=cancer_060114000000
- 국가암정보센터. *통계로 보는 암*. Retrieved March 1, 2017, from http://www.cancer.go.kr/mbs/cancer/subview.jsp?id=cancer_040302000000.
- 김계수. (2010). *AMOS 18.0 구조방정식 모형 분석*. 서울: 한나래 아카데미.
- 김미옥. (2001). *장애아동가족의 적응과 아동의 사회적 능력에 관한 연구 : 가족탄력성(Family resilience)의 효과를 중심으로*. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문, 서울.
- 김연희, 권인각, 김정혜, 설미이, 전명희와 함윤희. (2011). *암환자 증상관리*. 서울: 현문사.
- 김영미와 박형숙. (2014). 유방절제술 환자가 지각한 배우자 지지와 건강증진 행위의 관계. *중앙간호학회지*, 14(4), 203-211.
- 김혜영과 고은. (2012). 젊은 유방암 생존자와 나이든 유방암 생존자의 심리사회적 적응. *중앙간호학회지*, 12(4), 280-288.
- 김혜영과 소향숙. (2012). 초기 유방암 환자의 심리사회적 적응 구조모형. *대한간호학회지*, 42(1), 105-115.
- 권은진과 이명선. (2012). 한국 유방암 생존자들의 디스트레스와 삶의 질. *중앙간호학회지*, 12(4), 289-296.
- 박영옥, 홍귀령과 탁영란. (2013). 소아암 청소년의 복원력 예측 요인. *아동간호학회지*, 19(3), 177-186.

- 박은영과 이명선. (2009). 페미니스트 현상학을 이용한 한국 유방암 환자의 질병체험. *성인간호학회지*, 21(5), 504-518.
- 박진희, 정용식과 정영미. (2016). 유방암생존자의 외상후 성장에 영향을 미치는 요인. *대한간호학회지*, 46(3), 454-462.
- 박진희, 전은영, 강미영, 정용식과 김구상. (2009). 유방암 생존자의 신체적 증상, 정서적 증상과 삶의 질. *대한간호학회지*, 39(5), 613-621.
- 배병렬. (2011). *AMOS 19 구조방정식 모델링-원리와 실제*. 서울: 도서출판 청람
- 백옥미와 임정원. (2011). 유방암 및 부인과 암 생존자의 사회적 지지: 암 병기 및 생존단계별 비교분석. *한국가족복지학*, 32(단일호), 5-35.
- 백행진. (2012). *고위험 신생아 가족의 가족회복력과 적응*. 건양대학교 일반대학원 석사학위논문, 논산.
- 중앙암등록본부. (2016). *국가암등록사업 연례 보고서(2014년 암등록통계)*. 경기도; 국립암센터. Retrieved December 1, 2017, from <http://ncc.re.kr/cancerStatsView.ncc?bbsnum=417&searchKey=total&searchValue=&pageNum=1>
- 서선희. (2003). 한국 사회에서 '가족중심주의'의 의미와 그 변화. *한국가정관리학회지*, 21(4), 93-101.
- 송성자. (1997). 집단주의와 개인주의 문화비교와 한국 가족치료 접근 전략. *한국가족치료학회지*, 5, 1-26.
- 송승훈, 이홍석, 박준호와 김교현. (2009). 한국판 외상 후 성장 척도의 타당도와 신뢰도 연구. *한국심리학회지: 건강*, 14(1), 193-214.
- 송지준. (2016). *논문작성에 필요한 SPSS/AMOS 통계분석방법*. 파주: 21세기사.
- 신성희. (2010). 회복력 요인 중심의 이혼가정 아동 적응모형. *대한간호학회지*, 40(1), 127-138.
- 심미경. (2004). *소아암 환자 가족의 회복력 모형 검증 연구*. 연세대학교 대학원 박사학위논문, 서울.
- 양귀화와 김종남. (2014). 외상 후 성장 과정에 대한 분석. *한국심리학회지: 건강*, 19(4), 1041-1065.
- 양영희. (1995). 만성환자를 돌보는 가족원의 돌봄의 상황과 가족원의 스트레스 및

- 사회적 지지와의 관계. *성인간호학회지*, 7(1), 85-105.
- 양영희. (1998). 암환자 질병단계별 가족원의 스트레스, 대처방법, 사회적 지지와 건강과의 관계. *성인간호학회지*, 10(3), 435-445.
- 양정하와 김옥수. (2016). 항암화학요법을 받는 유방암 환자의 극복력 구조모형. *대한간호학회지*, 46(3), 327-337.
- 양진향. (2008). 암환자의 생활세계 경험. *대한간호학회지*, 38(1), 140-151.
- 오승아와 이양희. (2001). 장애아동가족의 복원모델 연구. *아동학회지*, 22(2), 113-132.
- 오재우와 박인숙. (2013). 결혼이주여성의 가족 회복력 모형검증. *디지털융복합연구*, 11(5), 355-370.
- 우종필. (2012). *구조방정식 모델 개념과 이해*. 서울: 한나래출판사.
- 이명선, 차지은과 유명미. (2014). 유방암예방 자원봉사활동에 참여한 유방암 생존자들의 자기효능감, 우울 및 외상 후 성장의 변화. *한국콘텐츠학회논문지*, 14(4), 256-266.
- 이숙과 김연정. (2012). 기혼 유방암 환자의 외상 후 성장. *대한간호학회지*, 42(6), 907-915.
- 이학식과 임지훈. (2009). *구조방정식 모형분석과 AMOS 16.0*. 경기: 법문사.
- 임정원, 윤현숙, 백옥미, 조진희, 박선형과 이송월. (2011). 한국 여성 유방암 생존자의 건강신념과 건강행위에 대한 질적 연구. *한국사회복지학*, 63(4), 155-181.
- 장경문. (2009). 완전절제 유방암 생존여성의 신체변화스트레스와 심리사회적 적응. *스트레스연구*, 17(2), 121-130.
- 전상원, 한창수, 최준호, 백종우, 배치운과 채정호. (2015). 외상후 성장의 개념과 신경생물학. *대한정신약물학회지*, 26, 1-9.
- 정경숙, 허제은과 태영숙. (2014). 유방암 생존자의 디스트레스, 가족지지 및 건강증진행위. *중앙간호학회지*, 14(3), 146-154.
- 조옥희와 유양숙. (2009). 유방암 환자의 수술 후 심리사회적 적응, 부부친밀도 및 가족지지. *중앙간호학회지*, 9(2), 129-135.
- 조현민과 유은광. (2015). 부인암 환자의 우울, 가족지지가 회복탄력성에 미치는 영향.

- 한국웰니스학회지, 10(4), 183-195.
- 최상진. (1993). 한국인과 일본인의 '우리' 의식 비교. 한국심리학회 논문집, 229-244.
- 최성희와 이영희. (2016). 유방암 환자의 외상 후 성장 영향 요인. 한국콘텐츠학회논문지, 16(11), 499-509.
- 최인재와 최상진. (2002). 한국인의 문화 심리적 특성이 문제대응방식, 스트레스, 생활만족도에 미치는 영향: 정, 우리성을 중심으로. 한국심리학회지, 14(2), 101-108.
- 태영숙, 권수혜, 최정화와 이애란. (2013). 유방암 생존자의 우울예측요인. 중앙간호학회지, 13(3), 113-120.
- 허은경, 강희선, 김경희와 홍연표. (2011). 유방암 생존자의 직장복귀 경험. 한국모자보건학회지, 15(1), 92-102.
- 허재홍. (2009). 가족주의 가치관이 자기존중감과 주관적 안녕감에 미치는 영향. 상담학연구, 10(4), 1769-1782.
- 홍민주와 태영숙. (2013). 암 환자 가족원의 소진 관련 변인들 간의 관계 구조. 중앙간호학회지, 43(6), 812-820.
- Allen, J. D., Savadatti, S., & Levy, A. G. (2009). The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor'. *Psycho-Oncology*, 18(1), 71-78.
- Ashing-Giwa, K. T. (2005). The contextual model of HRQoL: a paradigm for expanding the HRQoL framework. *Quality of Life Research*, 14(2), 297-307.
- Bevans, M., & Sternberg, E. M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *AMA*, 307(4), 398-403.
- Brown-Baatjies, O., Fouché, P., & Greeff, A. (2008). The development and relevance of the Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation. *Acta Academica*, 40(1), 78-126.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues*, 54(2), 357-371.
- Cappiello, M., Cunningham, R. S., Knobf, M. T., & Erdos, D. (2007). Breast cancer survivors information and support after treatment. *Clinical Nursing Research*, 16(4), 278-293.
- Chang, V. T., Hwang, S. S., Feuerman, M., Kasimis, B. S., & Thaler, H. T. (2000). The Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF). *Cancer*, 89(5), 1162-1171.

- Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. *Health Psychology: A handbook*, 217-254.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308-319.
- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., et al. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2676-2683.
- Derogatis, L., & Lopez, M. (1983). *The Psychological Assessment to Illness Scale : Administration, scoring, procedures and procedures manual I*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Greenlaw, C., & Brown-Welty, S. (2009). A comparison of web-based and paper-based survey methods: testing assumptions of survey mode and response cost. *Evaluation Review*, 33(5), 464-480.
- Harrington, D. (2009). *Confirmatory factor analysis: Pocket guides to social work research methods*. New York: Oxford University Press; 78-99.
- Hill, R. (1949). *Families under stress: Adjustment to the crises of war separation and reunion*. New York; Harper & Brothers.
- Hill, R. (1958). Generic features of families under stress. *Social Casework* , 49:130-150.
- Itano, J. K., & Taoka, K. N. . (2005). *Corecurriculum for oncology nursing*. (4th.ed.). St.Louis, MO: Saunders.
- Jeong, A., Shin, D. W., Kim, S., Yang, H. K., Shin, J. Y., Park, K., Park, et al. (2016). The effects on caregivers of cancer patients' needs and family hardiness. *Psycho-Oncology*, 25(1), 84-90.
- Katz, S. (2002). Gender differences in adapting to a child's chronic illness: A causal model. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(4), 257-269.
- Kennard, B. D., Stewart, S. M., Olvera, R., Bawdon, R. E., Lewis, C. P., & Winick, N. J. (2004). Nonadherence in adolescent oncology patients: Preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(1), 31-39.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: New York : Springer publishing company.
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(1), 14-22.

- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The range theory of unpleasant symptom: An update. *Advanced Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Lethborg, C. E., Kissane, D., Burns, W. I., & Snyder, R. (2000). "Cast Adrift" The experience of completing treatment among women with early stage breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18(4), 73-90.
- Liu, J. E., Wang, H. Y., Wang, M. L., Su, Y. L., & Wang, P. L. (2014). Posttraumatic growth and psychological distress in Chinese early-stage breast cancer survivors: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23(4), 437-443.
- Lu, W., Cui, Y., Chen, X., Zheng, Y., Gu, K., Cai, H., et al. (2009). Changes in quality of life among breast cancer patients three years post-diagnosis. *Breast Cancer Research Treatment*, 114, 357-369.
- Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 41-48.
- McCubbin, H. I. (1979). Integrating coping behavior in family stress theory. *Journal of Marriage and the Family*, 41(2), 237-244.
- McCubbin, H. I., Olson, D., & Larsen, A. (1981). Family crisis oriented personal scales (F-COPES). In H. I. McCubbin, A. I. Thompson, & M. A. McCubbin (1996). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation-inventories for research and practice*. (pp. 455-507). Madison: University of Wisconsin System.
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage & Family Review*, 6(1-2), 7-37.
- McCubbin, H. I., Thompson, A. I., & McCubbin, M. A. (1996). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation: Inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin.
- McCubbin, M. A., & McCubbin, H. I. (1993). Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In C. B. Danielson, B. Hamel-Bissell, & P. Winstead-Fry (Eds.), *Families, health, and illness: Perspectives on coping and intervention* (pp. 21-61). St. Louis, Mo: Mosby.
- McCubbin, M., & McCubbin, H. (1996). Resiliency in families: A conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crises. In H. McCubbin, A. Thompson, & M. McCubbin (Eds.), *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation: Inventories for research and practice* (pp. 1-64). Madison: University of Wisconsin.
- McCubbin, M., McCubbin, H., & Thompson, A. (1986). Family hardiness index (FHI). In H.

- McCubbin, A. Thompson, & M. McCubbin (Eds.), *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation: Inventories for research and practice*(pp. 239-305). Madison: University of Wisconsin.
- McCubbin, M., McCubbin, H., & Thompson, A. (1996). Family problem solving communication (FPSC). In H. McCubbin, A. Thompson, & M. McCubbin (Eds.), *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation: Inventories for research and practice* (pp. 639-686). Madison: University of Wisconsin.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(4), 383-391.
- Mellon, S., & Northouse, L. L. (2001). Family survivorship and quality of life following a cancer diagnosis. *Research in Nursing & Health, 24*(6), 446-459.
- Mitchell, R. J. (1993). Path analysis: Pollination. In: Scheiner, S. M and Gurevitch, J (Eds.), *Design and analysis of ecological experiments* (pp. 211-231). NY: Chapman and Hall.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health, 24*(5), 583-595.
- National Coalition For Cancer Survivorship. (2014). *Defining cancer survivorship*. Retrieved March 1, 2017, from <https://www.canceradvocacy.org/news/defining-cancer-survivorship>
- Nho, J.-H., Kim, S. R., Chang, V. T., & Nam, J.-H. (2017). Reliability and validity of the Korean Memorial Symptom Assessment Scale-Short Form in gynecological cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.08.023. *Accepted Manuscript*.
- Northouse, L. (1985). The impact of cancer on the family: An overview. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 14*(3), 215-242.
- Pat-Horenczyk, R., Perry, S., Hamama-Raz, Y., Ziv, Y., Schramm-Yavin, S., & Stemmer, S. M. (2015). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: Constructive and illusory aspects. *Journal of Traumatic Stress, 28*(3), 214-222.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology, 1*(2), 115-144.
- Paskett, E. D., Alfano, C. M., Davidson, M. A., Andersen, B. L., Naughton, M. J., Sherman, A., et al. (2008). Breast cancer survivors' health-related quality of life. *Cancer, 113*(11), 3222-3230.

- Risendal, B. C., Dwyer, A., Lorig, K., Seidel, R. W., Coombs, L., & Ory, M. G. (2015). Meeting the public health challenge of cancer survivorship: results of the evaluation of the chronic disease self-management program (CDSMP) for cancer survivors. *Frontiers in Public Health, 2*, 214. 1-8.
- Roepke, A. M. (2015). Psychosocial interventions and posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(1), 129-142.
- Shand, L. K., Cowlshaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology, 24*(6), 624-634.
- Shin, D. W., Cho, J., Roter, D. L., Kim, S. Y., Yang, H. K., Park, K., et al. (2017). Attitudes toward family involvement in cancer treatment decision making: The perspectives of patients, family caregivers, and their oncologists. *Psycho-Oncology, 26*(6), 770-778.
- Siegel, R., Ward, E., Brawley, O., & Jemal, A. (2011). Cancer statistics, 2011. *CA: A cancer Journal for Clinicians, 61*(4), 212-236.
- Silva, S. M., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & health, 27*(11), 1323-1341.
- Sixbey, M. T. (2005). *Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs*. UnPublished doctoral dissertation, University of Florida, Florida.
- Stanton, A. L., Ganz, P. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Krupnick, J. L., & Sears, S. R. (2005). Promoting adjustment after treatment for cancer. *Cancer, 104*(S11), 2608-2613.
- Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality, 64*(4), 873-898.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455-471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). "Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. The Guilford Press, New York, pp. 3–25.
- Yoo, W., Shah, D. V., Shaw, B. R., Kim, E., Smaglik, P., Roberts, L. J., et al. (2014). The role of the family environment and computer-mediated social support on breast cancer patients' coping strategies. *Journal of Health Communication, 19*(9), 981-998.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry, 12*(1), 63-70.

부록 1. 연구대상자보호 심의결과 통보서

심의결과 통보서

수신

책임연구자	이름: 서지영	소속: 간호대학	직위: 박사과정
지원기관	해당없음		

과제정보

승인번호	IRB No. 1707/003-014		
연구과제명	가족회복력에 근거한 유방암생존자의 심리사회적 적응 모형구축		
연구종류	학위 논문 연구, 설문조사		
심의종류	신속심의		
심의일자	2017-07-24		
심의대상	연구계획서(재심의), 연구참여자용 동의서 또는 동의서 면제 사유서, 연구참여자 모집 광고, 재심의 답변서		
심의결과	승인		
승인일자	2017-07-24	승인유효기간	2018-07-23
정기보고주기	12개월		
심의의견	<ol style="list-style-type: none"> 1. 심의결과 제출하신 연구계획에 대해 승인합니다. 2. 연구자께서는 승인된 문서를 사용하여 연구를 진행하시기 바라며, 만일 연구진행 과정에서 계획상에 변경사항 (연구자 변경, 연구내용 변경 등)이 발생할 경우 본 위원회에 변경 신청을 하여 승인 받은 후 연구를 진행하여 주십시오. 3. 유효기간 내 연구가 끝났을 경우 종료 보고서를 제출하여야 하며, 승인유효기간 이후에도 연구를 계속하고자 할 경우, 2018-06-23까지 지속심의를 받도록 하여 주십시오. 		
검토의견	계획서 검토 의견 동의서 검토 의견 기타 검토 의견		

2017년 07월 24일

서울대학교 생명윤리위원회 위원장



부록 2. 연구참여 동의서

IRB No. 1707/003-014

유효기간: 2018년 7월 23일

연구참여자용 설명서 및 동의서

연구 과제 : 가족회복력에 근거한 유방암생존자의 심리사회적 적응 모형구축
연구 책임자: 서지영 (서울대학교 간호대학 박사과정생, 중앙전문간호사)

이 연구는 유방암생존자들의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 가족회복력과 개인변수와의 관계를 밝히고자 하는 연구입니다. 귀하는 현재 유방암 치료가 종료된 후 5년이 경과하지 않은 유방암생존자로서 이 연구에 참여하도록 권유 받았습니니다. 이 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행 될 것이며, 귀하께서는 참여 의사를 결정하기 전에 본 연구가 왜 수행되는지 그리고 연구의 내용이 무엇과 관련 있는지 이해하는 것이 중요합니다. 다음 내용을 신중히 읽어보신 후 참여 의사를 밝혀 주시기 길 바라며, 만일 어떠한 질문이 있다면 연구책임자가 자세하게 설명해 줄 것입니다.

1. 이 연구는 왜 실시합니까?

이 연구는 유방암생존자가 경험하는 신체, 정서적 고통과 불확실성, 그리고 가족회복력과 개인의 외상 후 성장이 유방암생존자의 심리사회적 적응에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 관계를 파악하기 위한 연구입니다.

2. 얼마나 많은 사람이 참여합니까?

유방암 치료가 종료된 후 5년이 경과하지 않은 유방암생존자 약 250명의 사람이 참여할 것입니다.

3. 만일 연구에 참여하면 어떤 과정이 진행됩니까?

만일 귀하가 참여의사를 밝혀 주시면 일반적 특성 및 질병관련 특성, 증상, 불확실성, 가족회복력(가족 강인성, 문제해결 의사소통, 문제해결 대처), 외상 후 성장 및 심리사회적 적응에 대한 총 171문항의 설문지에 답변을 하게 됩니다.

4. 연구 참여 기간은 얼마나 됩니까?

설문조사를 완성하는데 대략 30-40분의 소요될 것입니다. 귀중한 시간을 내주셔서 설문조사를 해주신 것에 대한 감사의 뜻으로 만원 상당의 상품권이 증정될 것입니다.

5. 참여 도중 그만두어도 됩니까?

예, 귀하는 언제든지 참여 도중에 그만 둘 수 있습니다. 만일 귀하가 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶다면 담당 연구원이나 연구 책임자에게 즉시 말씀해 주십시오. 중도 철회시, 귀하가 작성한 모든 설문 자료는 분쇄 또는 파일삭제를 통해 폐기하도록 하여 어떠한 불이익도 없도록 하겠습니다.

6. 부작용이나 위험요소는 없습니까?

설문지 작성 이외 과정이 없으므로 특별한 부작용이나 위험요소는 없지만, 설문 도중 심리적 고통이나



IRB No. 1707/003-014

유효기간: 2018년 7월 23일

감정이 유발될 수 있습니다. 그럴 경우, 연구책임자와 일대일로 공감하고 나눌 수 있는 시간을 충분히 가지며 정서적 지지를 제공하기 위해 최선을 다할 것이며 원하실 경우, 전문적인 치료와 상담을 받으실 수 있도록 전문가와 연결을 해드리도록 하겠습니다. 만일 연구 참여 도중 발생할 수 있는 부작용이나 위험 요소에 대한 질문이 있으면 담당 연구원에게 즉시 문의해 주십시오.

7. 이 연구에 참여시 참여자에게 이득이 있습니까?

귀하가 이 연구에 참여하는데 있어서 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 귀하가 제공하는 정보는 유방암생존자와 가족의 보다 성공적인 심리사회적 적응을 돕기 위한 증례를 개발하고 제공하는데 도움이 될 것입니다.

8. 만일 이 연구에 참여하지 않는다면 불이익이 있습니까?

귀하는 본 연구에 참여하지 않을 자유가 있습니다. 또한, 귀하가 본 연구에 참여하지 않아도 귀하에게는 어떠한 불이익도 없습니다.

9. 연구에서 얻은 모든 개인 정보의 비밀은 보장됩니까?

개인정보관리책임자는 서울대학교의 서지영 연구자(010-9133-0071)입니다. 저희는 이 연구를 통해 얻은 민감 정보(유방암 진단 및 치료 등과 관련된 질병 관련 정보)를 포함한 모든 개인 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다. 이 연구에서 얻어진 개인 정보가 학회지나 학회에 공개 될 때 귀하의 이름과 다른 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 그러나 만일 법이 요구하면 귀하의 개인정보는 제공될 수도 있습니다. 또한 모니터 요원, 집집 요원, 생명윤리심의위원회는 연구참여자의 개인 정보에 대한 비밀 보장을 침해하지 않고 관련규정이 정하는 범위 안에서 본 연구의 실시 절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위해 연구 결과를 직접 열람할 수 있습니다. 귀하가 본 동의서에 서명하는 것은, 이러한 사항에 대하여 사전에 알고 있었으며 이를 허용한다는 동의로 간주될 것입니다.

10. 이 연구에 참가하면 댓가가 지급됩니까?

귀하의 연구 참여시 감사의 뜻으로 만원 상당의 상품권이 제공될 것입니다.

11. 연구에 대한 문의는 어떻게 해야 됩니까?

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 다음 연구 담당자에게 연락하십시오.

연구책임자: 서지영

전화번호

만일 어느 때라도 연구참여자로서 귀하의 권리에 대한 질문이 있다면, 다음의 서울대학교 생명윤리심의위원회에 연락하십시오.

서울대학교 생명윤리심의위원회 (SNUIRE)

전화번호: 02-880-5153



동 의 서 (환자 보관용)

1. 나는 이 설명서를 읽었으며 담당 연구원과 이에 대하여 의논하였습니다.
2. 나는 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
3. 나는 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.
4. 나는 이 연구에서 얻어진 나의 정보에 대해 현행 법률과 생명윤리심의위원회 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
5. 나는 담당 연구자나 위임 받은 대리인이 연구를 진행하거나 결과 관리를 하는 경우와 보건 당국, 학교 당국 및 서울대학교 생명윤리심의위원회가 실태 조사를 하는 경우에는 비밀로 유지되는 나의 개인 신상 정보를 직접적으로 열람하는 것에 동의합니다.
6. 나는 언제라도 이 연구의 참여를 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해도 되지 않을 것이라는 것을 압니다.
7. 나의 서명은 이 동의서의 사본을 받았다는 것을 뜻하며 연구 참여가 끝날 때까지 사본을 보관하겠습니다.

연구참여자 성명	서 명	날짜 (년/월/일)
연구책임자 성명	서 명	날짜 (년/월/일)

8. 민감정보 수집 동의

나의 민감정보(질병관련 특성)는 익명으로 처리되어 식별되지 않을 것을 알며 연구의 목적 이외에는 사용되지 않음을 알고 민감정보를 수집함을 동의합니다.

연구참여자 성명	서 명	날짜 (년/월/일)
연구책임자 성명	서 명	날짜 (년/월/일)



동 의 서 (연구자 보관용)

1. 나는 이 설명서를 읽었으며 담당 연구원과 이에 대하여 의논하였습니다.
2. 나는 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
3. 나는 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.
4. 나는 이 연구에서 얻어진 나에 대한 정보를 현행 법률과 생명윤리심의위원회 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
5. 나는 담당 연구자나 위임 받은 대리인이 연구를 진행하거나 결과 관리할 하는 경우와 보건 당국, 학교 당국 및 서울대학교 생명윤리심의위원회가 실태 조사를 하는 경우에는 비밀로 유지되는 나의 개인 신상 정보를 직접적으로 열람하는 것에 동의합니다.
6. 나는 언제라도 이 연구의 참여를 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해도 되지 않을 것이라는 것을 압니다.
7. 나의 서명은 이 동의서의 사본을 받았다는 것을 뜻하며 연구 참여가 끝날 때까지 사본을 보관하겠습니다.

연구참여자 성명	서 명	날짜 (년/월/일)
연구책임자 성명	서 명	날짜 (년/월/일)

8. 민감정보 수집 동의

나의 민감정보(질병관련 특성)는 익명으로 처리되어 식별되지 않을 것을 알며 연구의 목적 이외에는 사용되지 않음을 알고 민감정보를 수집함을 동의합니다.

연구참여자 성명	서 명	날짜 (년/월/일)
연구책임자 성명	서 명	날짜 (년/월/일)



부록 3. 설문조사지

■ 인구사회학적 특성

다음은 귀하께 해당되는 곳에 답해주시거나 √ 표 해주시기 바랍니다.

일반적 특성	
연령	만 세
결혼	<input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 별거 또는 이혼 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 기타
종교	<input type="checkbox"/> 기독교 <input type="checkbox"/> 천주교 <input type="checkbox"/> 불교 <input type="checkbox"/> 무교 <input type="checkbox"/> 기타
학력	<input type="checkbox"/> 중졸 이하 <input type="checkbox"/> 고졸 <input type="checkbox"/> 대졸 <input type="checkbox"/> 대학원 이상
직업	<input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다(주부 포함) <input type="checkbox"/> 기타
한달 가족수입정도 (단위: 만원)	<input type="checkbox"/> 200미만 <input type="checkbox"/> 200~300 <input type="checkbox"/> 300~400 <input type="checkbox"/> 400~500 <input type="checkbox"/> 500 이상
주거가족 형태	<input type="checkbox"/> 본인 혼자 <input type="checkbox"/> 본인과 자녀 <input type="checkbox"/> 배우자와 본인 <input type="checkbox"/> 배우자와 본인과 자녀 <input type="checkbox"/> 기타
질병 관련 특성	
유방암 진단 시기	년 월 (월까지 답해주시기 바랍니다)
유방암 진단시 병기	<input type="checkbox"/> 0기 <input type="checkbox"/> 1기 <input type="checkbox"/> 2기 <input type="checkbox"/> 3기 <input type="checkbox"/> 4기 <input type="checkbox"/> 모름
유방암 수술 유형	<input type="checkbox"/> 완전 절제 (<input type="checkbox"/> 한쪽 <input type="checkbox"/> 양쪽) <input type="checkbox"/> 부분 절제 (<input type="checkbox"/> 한쪽 <input type="checkbox"/> 양쪽)
유방암 치료(모두선택)	<input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 항암치료 <input type="checkbox"/> 방사선치료 <input type="checkbox"/> 호르몬치료 <input type="checkbox"/> 기타()
유방암 치료가 끝난 시기	년 월 (월까지 답해주시기 바랍니다)
유방복원술 시행여부	<input type="checkbox"/> 시행하지 않음 <input type="checkbox"/> 시행함
유방암 재발경험	<input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다
현재 유방암자조집단 참여	<input type="checkbox"/> 한다 <input type="checkbox"/> 안한다

■ 증상

1. 아래의 증상을 보고 지난 한 주 동안 경험한 증상이 있다면 “예”에 표시해 주세요.
 “예”라고 표시한 경우, 각 증상으로 인해 얼마나 힘들고 고통스러웠는지 표시해 주세요.

지난 1주일 동안 경험한 모든 증상을 표시해 주세요.	예 [√]	만약 있다면 그 증상으로 얼마나 힘들고 고통스러웠습니까?				
		전혀 아니다 [0]	아주 약간 그렇다 [1]	그런 편이다 [2]	상당히 그렇다 [3]	매우 많이 그렇다 [4]
집중하기 어려움						
통증						
기력 부족						
기침						
피부 변화						
입마름						
울렁거림						
졸리움						
손과 발의 무딘감각/저림						
수면 장애						
속이 거북함						
소변 문제						
구토						
숨이 참						
설사						
말한						
구강궤양						
성애 대한 흥미나 성생활의 문제						
가려움						
식욕부족						
머지러움						
삼키기 어려움						
미각의 변화						
체중 감소						
탈모						
변비						
팔다리 부종						
“내가 나 자신처럼 보이지 않는다”						
만약 <u>지난 1주일 동안 이외 다른 증상</u> 이 있었다면 아래에 적고, 그 증상으로 인해 <u>얼마나 힘들고 고통스러웠는지</u> 표시해 주세요.						
1. _____						
2. _____						

2. 다음은 주로 발생하는 증상들입니다. 지난 1주일 동안 경험한 증상이 있다면 표시해 주시고,
 그 증상이 얼마나 자주 나타났는지 표시해 주세요.

지난 1주일 동안 경험한 모든 증상을 표시해 주세요.	예 [√]	만약 증상이 있었다면 얼마나 자주 나타났습니까?			
		드물게 [1]	가끔 [2]	자주 [3]	거의 항상 [4]
슬픔					
걱정됨					
짜증스러움					
신경질이 남					

■ 가족강인성

다음 중, 귀하의 가족에 해당된다고 생각하는 곳에 √ 표 해주기시 바랍니다.

우리 가족은 ...	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
	0	1	2	3
1. 문제는 우리가 만든 실수 때문에 발생한다고 생각한다.				
2. 앞날이 어떻게 될지 모르기 때문에 미리 계획하고 희망을 갖는 것은 현명하지 않다.				
3. 우리 가족이 아무리 열심히 노력하고 일해도 제대로 인정받지 못한다.				
4. 나쁜 일이 일어나면 언젠가 좋은 일도 있을 것이라 믿는다.				
5. 큰 문제에 부딪혔을 때 우리는 강하다는 것을 느낀다.				
6. 힘든 시기에도 일이 잘 해결될 것이라고 믿는다.				
7. 의견이 항상 일치되지 않아도 필요할 때 서로가 곁에 있으므로 의지할 수 있다.				
8. 또 다른 힘든 문제가 발생한다면 우리는 건디기 어려울 것 같다.				
9. 한 가족으로서 함께 일한다면 일이 더 잘 해결될 것이라고 믿는다.				
10. 인생은 따분하고 무의미한 것 같다.				
11. 우리는 무슨 일이든지 서로 함께 하고 돕기 위해 애쓴다.				
12. 일을 계획할 때 무언가 새롭고 신나는 일들을 시도한다.				
13. 서로의 문제, 아픔, 두려움을 잘 들어준다.				
14. 같은 일들을 반복하는 경향이 있어서 지겹다.				
15. 서로에게 새로운 일이나 경험을 해보도록 격려한다.				
16. 외출해서 다른 사람과 함께 있는 것보다 집에 있는 게 더 낫다.				
17. 활기차게 생활하고 새로운 것을 배우도록 격려한다.				
18. 문제를 해결하기 위해 서로 함께 한다.				
19. 대부분의 불행한 일은 운이 나빠서 발생한다고 믿는다.				
20. 우리의 인생이 우연이나 운에 의해 좌우된다고 생각한다.				

■ 문제해결 의사소통

다음 중, 귀하의 가족에 해당된다고 생각하는 곳에 √ 표 해주시기 바랍니다.

문제나 갈등을 다룰 때, 우리 가족은 ...	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
	0	1	2	3
1. 서로 소리 지른다.				
2. 서로의 감정을 존중한다.				
3. 문제가 해결될 때까지 대화를 나눈다.				
4. 가족이 정서적으로나 육체적으로 상처받지 않도록 노력한다.				
5. 큰 만족 없이 갈등을 외면한다.				
6. 서로 간에 얼마나 챙기는지 서로 알고 있다.				
7. 다룰 때 과거 일을 들추어 상황을 더 어렵게 만든다.				
8. 서로의 말이나 감정을 들어주는 시간을 갖는다.				
9. 침착하게 대화로 문제를 해결한다.				
10. 화가 나도 긍정적인 어조로 갈등을 해결하려고 노력한다.				

■ 문제해결 대처

다음 중, 귀하의 가족에 해당하는 곳에 √ 표 해주시기 바랍니다.

우리가족이 문제나 어려움에 처했을 때, 우리는 다음과 같이 반응한다.	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	이도 저도 아니다	대체로 그렇다	매우 그렇다
	1	2	3	4	5
1. 친척들에게 우리의 어려움을 나눈다.					
2. 친구들의 조언과 격려를 구한다.					
3. 우리가 어려운 상황들과 문제들을 풀 수 있는 능력이 있다는 것을 알고 있다.					
4. 비슷하거나 같은 문제들을 갖고 있는 다른 가족들로부터 슬고 나 정보를 구한다.					
5. 친척들의 슬고를 구한다.(예: 할아버지)					
6. 우리가족과 같은 상황에 처한 가족들을 지원하는 지역사회단체나 프로그램들로부터 도움을 구한다.					
7. 우리는 우리가족 스스로가 우리의 문제들을 풀 수 있는 힘이 있다는 것을 알고 있다.					
8. 이웃사람들의 도움을 받는다.(예: 음식, 우편물 수거 등)					
9. 의사한테 슬고와 정보를 구한다.					
10. 이웃사람들에게 트의나 도움을 요청한다.					
11. 문제와 “정연슬고”하고 근바르 해법책을 찾으려고 노력한다.					
12. 릴레비전을 본다.					
13. 우리가 강하다는 것을 보여준다.					
14. 우리가족은 교회(종교) 예배에 참석한다.					
15. 스트레스를 받은 일들은 삼 속에 일어나는 현실이라는 것을 받아들이는다.					
16. 친한 친구들에게 걱정거리를 이야기한다.					
17. 우리가 가족문제를 잘 해렬하는데 있어 돈이 큰 역할을 한다고 알고 있다.					
18. 건강을 유지하기 위해서 그리고 긴장을 풀이기 위해 친구들과 같이 운동을 한다.					
19. 어려움이란 예기치 않게 일어난다는 것을 받아들이는다.					
20. 친척들과 함께 무언가를 같이한다.(예: 친척들과 모이기, 저녁 같이 먹기 등)					
21. 가족 어려움에 대해 전문적인 상담이나 도움을 찾는다.					
22. 우리는 우리 자신의 문제들을 잘 풀 수 있다고 믿는다.					
23. 교회(종교)활동에 참석한다.					
24. 가족 문제들을 긍정적으로 더 정의하려고 한다.					
25. 다른 친척들에게 우리가 가진 문제들에 대해 그들이 어떻게 느끼는지 물어본다.					
26. 우리가 무엇을 준비하면 간에 알면란 문제들을 푸는데 어려움이 있을 것이라고 느낀다.					
27. 사역자(종교지도자)들로부터 조언을 구한다.					
28. 우리가 만약 슬분히 오래 기다리면 우리의 문제들이 사라질 거라 믿는다.					
29. 이웃들에게 우리의 문제들을 이야기한다.					
30. 신에 대한 믿음을 갖고 있다.					

■ 외상 후 성장

다음은 귀하가 경험한 외상 사건(유방암 진단, 수술 및 치료)의 경험을 떠올려 주시기 바랍니다. 귀하가 경험한 그 '외상 사건'으로 인해 일어날 수 있는 결과들이 아래 문항에 있습니다. 귀하의 생각과 일치하는 곳에 √ 표 해주시기 바랍니다.

유방암 진단과 치료이후, 나는 ...	경험 하지 못했 다	매우 작게 경험 했다	조금 경험 했다	보통 경험 했다	많이 경험 했다	매우 많이 경험 했다
	0	1	2	3	4	5
1. 인생에서 무엇이 중요한 지에 대한 생각이 바뀌었다.						
2. 새로운 것에 관심을 갖게 되었다.						
3. 영적, 정신적 세계에 대한 이해가 더 커졌다.						
4. 어려운 일이 생겼을 때, 다른 사람들에게도 의지할 수 있게 되었다.						
5. 내 삶에 대한 새로운 계획이 생겼다.						
6. 타인과의 관계에서 더 큰 친밀감을 느끼게 되었다.						
7. 어려움을 극복할 수 있다는 확신을 갖게 되었다.						
8. 내 삶을 통해 더 가치 있는 일들을 할 수 있게 되었다.						
9. 내 삶에서 경험하게 되는 것들을 더 잘 받아들일 수 있게 되었다.						
10. 매일 매일에 대해 더 감사하게 되었다.						
11. 다른 사람에 대한 정이 더 깊어지게 되었다.						
12. 사람들에게 더 정성을 기울이게 되었다.						
13. 변화가 필요하다고 생각되는 일은 단지 생각으로만 그치지 않고 행동으로 옮기게 되었다.						
14. 종교적인 믿음이 더 깊어졌다.						
15. 생각했던 것보다 내 자신이 강하다는 것을 알게 되었다.						
16. 이웃의 필요성을 이전보다 더 인정하게 되었다.						

■ 심리사회적 적응

이 도구는 도구개발자에 요청에 의해
본 학위논문에는 설문조사 시 사용한 도구를 제시하지 않습니다.

부록 4. 연구도구 사용허가서

■ 증상(MSAS-SF) 도구

From: Chang, Victor <Victor.Chang@va.gov>;
Date: 2017년 8월 23일 수요일 오후 3:04
To: sjy@snu.ac.kr <sjy@snu.ac.kr>;
Cc: Ju-Hee Nho <treeand@hanmail.net>;
Subject: RE: [EXTERNAL] Request for MSAS-SF
Attach:  Clinically Significant Differences in the MSASSF.pdf (17.6KB)

Dear Ms. Seo Ji Young
Thank you for your interest in the MSAS Short Form.
It has been translated into Korean by Professor Nho, whose contact information is below.
I have put Professor Nho on this email as well.
Ju-Hee Nho, Ph.D., APN, OCN
Assistant Professor College of Nursing Chonbuk National University
20, Geonji-ro, Deokjin-gu, Jeonju-si, Jeollabuk-do, 54907, Republic of Korea.

E-mail:jhnho@jbnu.ac.kr

We don't have a manual. I am attaching an ASCO abstract that describes clinically significant differences

Good luck with your research and doctoral degree.

Best wishes
Victor Chang

From: sjy@snu.ac.kr [mailto:sjy@snu.ac.kr]
Sent: Thursday, August 17, 2017 5:58 AM
To: Chang, Victor
Cc: CHANG.VICTOR_T@EAST-ORANGE.VA.GOV
Subject: [EXTERNAL] Request for MSAS-SF

From: 노주희 <jhnho@jbnu.ac.kr>;
Date: 2017년 8월 28일 월요일 오후 5:32
To: 서지영 <sjy@snu.ac.kr>;
Subject: Re: MSAS-SF 한국어 번역 도구사용을 부탁드립니다
Attach:  Korean-MSAS-SF.docx (152KB)

선생님 안녕하세요~

그렇지 않아도, Dr. Victor Chang께서 주신 메일 확인했습니다.

MSAS-SF Korean version에 대한 validity논문은 Journal of Pain and Symptom Management에
accept이 되어 현재 processing중입니다.

아직 publish가 되지 않아 온라인에서 검색이 되지 않으실겁니다.

Korean 버전 첨부해드립니다.

좋은 연구 하시길 바라겠습니다.

감사합니다.

■ 가족강인성(FHI), 문제해결 의사소통(FPSC), 문제해결 대처(F-COPES) 도구

From: Hamilton McCubbin <5134@earthlink.net>;
Date: 2017년 6월 7일 수요일 오전 12:04
To: 서지영 <sjy@snu.ac.kr>;
Cc: Lali McCubbin UNL <laurie.mccubbin@louisville.edu>; Jason Sievers <jasievers@gmail.com>; Todd McCubbin email <Todd.McCubbin@jetblue.com>;
Subject: Re: [Urgent] Request for permission of your instruments

Permission granted for all mesures requested. If you translate any of the measures into the language appropriate for your participants. We do request that you send us a copy of the measure translated into Korean.

Dr. Lali McCubbin
Dr. Jason Sievers
Dr. Hamilton McCubbin

On Jun 6, 2017, at 9:03 AM, 서지영 <sjy@snu.ac.kr> wrote:

Dear Dr. Hamilton I. McCubbin

I'm Seo Ji Young, doctoral student in college of nursing, Seoul National University, Korea.

I would like to use all of the Family resilience instruments including the FHI, F-COPES(both English/Korean version)and FPSC for my doctoral dissertation study.

So I request permission for use your instruments and manual available.

Would you permit me to use the FHI, F-COPES(both English/Korean version)and FPSC ?

Thank you.

Sincerely,
Jiyoung

From: Jason Sievers <jasievers@gmail.com>;
Date: 2017년 6월 10일 토요일 오전 5:27
To: sjy@snu.ac.kr <sjy@snu.ac.kr>;
Subject: RE: RE: [Urgent] Request for permission of your instruments
Attach: Seo Jiyoung Permission Letter.pdf (506KB) Ch 15 F-COPES_Korean Version_Maame.pdf (187KB) Ch 15 F-COPES_Description.pdf (215KB)

Dear Seo Jiyoung,

Attached is the permission letter as well as the F-COPES measure and the Korean version of the scale. Please let us know if you have any questions.

Respectfully,

Jason

Laurie "Lali" McCubbin, PhD
Jason A. Sievers, PhD
Hamilton I. McCubbin, PhD

Resilience, Adaptation and Well-Being Project
Email: mccubbinresilience@gmail.com
Website: www.mccubbinresilience.org



From: sjy@snu.ac.kr [mailto:sjy@snu.ac.kr]
Sent: Friday, June 9, 2017 12:48 AM
To: Jason Sievers <jasievers@gmail.com>
Subject: RE: RE: [Urgent] Request for permission of your instruments

■ 외상 후 성장(PTGI) 도구

From: Tedeschi, Rich <rtedesch@unc.edu>;
Date: 2017년 5월 26일 금요일 오후 10:47
To: 서지영 <sjy@snu.ac.kr>;
Subject: Re: About PTGI permission

Thank you for checking with me and you have permission to use the PTGI.

Best wishes on your project.

Richard G. Tedeschi, Ph.D.
 Professor of Psychology
 Health Psychology Doctoral Program
 University of North Carolina Charlotte
 9201 University City Blvd.
 Charlotte NC 28223 USA
 704-687-1358
rtedesch@unc.edu

From: 김교현 <kyoheonk@cnu.ac.kr>;
Date: 2017년 5월 26일 금요일 오후 7:42
To: sjy@snu.ac.kr <sjy@snu.ac.kr>;
Subject: [RE]K-PTGI의 사용 허가를 문의드립니다.

네 좋습니다

-----[받은 메일 내용]-----

>제목 : [RE]K-PTGI의 사용 허가를 문의드립니다.
 >날짜 : 2017-05-26 19:28:18
 >보낸사람 : "서지영"
 >받는사람 : sjy@snu.ac.kr

■ 심리사회적 적응(PAIS-SR) 도구

From: maureen@derogatis-tests.com <maureen@derogatis-tests.com>;
Date: 2017년 8월 18일 금요일 오전 11:31
To: sjy@snu.ac.kr <sjy@snu.ac.kr>;
Subject: www.derogatis-tests-store.com Order Confirmation

CustomerID# 306

Clinical Psychometric Research, Inc.

Thank you for your order. Your order number is 261, placed 08/17/2017 at 10:31PM.

<p>Bill To: Jiyoung Seo 249Ho, 329, Yangjae-daero, Gangnam-gu, Seoul, Republic of Korea Seoul, Seoul 06313 South Korea +82-10-9133-0071 sjy@snu.ac.kr</p> <p>Payment Info: Credit Card: Visa 810945 CARD *****7010</p>	<p>Ship To: Jiyoung Seo 249Ho, 329, Yangjae-daero, Gangnam-gu, Seoul, Republic of Korea Seoul, Seoul 06313 South Korea +82-10-9133-0071</p> <p>Shipping Method: USPS Priority Mail Express International</p>
--	---

Code	Item	Qty	Price	Grand Total
PAIS4	PAIS-SR Korean Booklets (pkg/50)	1	\$137.50	\$137.50
				Subtotal: \$137.50
				Tax: \$0.00
				Shipping Cost: \$84.35
				Grand Total: \$221.85

Order Comments: Please quick delivery.

Thank you for shopping at www.derogatis-tests-store.com/
 Visit us again at <http://www.derogatis-tests-store.com/>

From: Maureen Derogatis <mdero6165@gmail.com>;
Date: 2017년 8월 27일 일요일 오후 11:04
To: "서지영" <sjy@snu.ac.kr>;
Subject: Re: Re: Re: Re: RE: www.derogatis-tests-store.com Order Confirmation

So glad you received the PAIS-SR Korean booklet and article. I will set up a PAIS-SR scoring account for you this week. I will be sending you instructions on how to access and use your account.

Maureen

Abstract

Construction of a Model for Psychosocial Adjustment of Breast Cancer Survivors Based on Family Resilience

Seo, Jiyoung

Department of Nursing

The Graduate School

Seoul National University

Directed by Professor Yi, Myungsun, DNS., RN

The number of breast cancer survivors is increasing due to the rising incidence rates and the improved survival rates of breast cancer patients in Korea. Thus, more attention should be given to their psychosocial adjustment to improve their quality of life.

The purpose of this study was to establish a hypothetical model which explains the psychosocial adjustment of breast cancer survivors using the family resilience model suggested by M. McCubbin and H. McCubbin.

Variables affecting psychosocial adjustment include symptoms and family resilience factors, such as family hardiness, problem solving communication, problem solving coping, and posttraumatic growth.

The subjects of the study were 242 breast cancer survivors within 5 years who had

finished active treatments. The data were collected from both offline breast cancer self-help group by paper survey and online breast cancer support group by online survey from September to October, 2017. Data were analyzed using SPSS version 22.0 and AMOS version 23.0.

The results of this study are as follows:

The model fit indices for the modified hypothetical model were suitable for the recommended level: $\chi^2=223.80(df=88, p<.001)$, $\chi^2/df=2.54$, $RMR=.04$, $GFI=.90$, $IFI=.93$, $CFI=.93$, and $RMSEA=.08$. Among the fifteen paths, all paths were supported with statistical significance, and these variables explained 81.2% of the psychosocial adjustment of breast cancer survivors. Symptoms and posttraumatic growth had a direct effect on the psychosocial adjustment, and symptoms were found to be the most influential factors in the psychosocial adjustment. Among the family resilience factors, family hardiness had a direct effect on problem solving communication, and problem solving communication had a direct effect on problem solving coping, and family hardiness had an indirect effect on problem solving coping through problem solving communication. Symptoms had an indirect effect on the psychosocial adjustment through family resilience factors: family hardiness, problem solving communication, problem solving communication and posttraumatic growth. All three of the family resilience factors also had a direct effect on posttraumatic growth and had an indirect effect on the psychosocial adjustment through posttraumatic growth.

The results of this study showed that symptoms and posttraumatic growth experienced by breast cancer survivors were the main factors influencing the psychosocial adjustment of breast cancer survivors. In addition, family resilience was found to contribute to improve psychosocial adjustment as a significant mediating factor for relieving symptoms and encouraging posttraumatic growth.

In conclusion, to improve the psychosocial adjustment of breast cancer survivors, health care professionals need to continue to provide interventions for symptoms relief and effective management and support. Additionally, a practical nursing intervention should be prepared for both individuals and their families of breast cancer survivors to promote positive growth and reinforce family resilience. It will ultimately improve the quality of life of breast cancer survivors and their families.

Key word : Family resilience, Breast cancer, Posttraumatic growth, Psychosocial adjustment, Structural equation model

Student Number : 2015-30134