



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](#)

2018년 8월
박사학위논문

갑상선암 환자의 질병 경험

조선대학교 대학원

간 호 학 과

신 정 하

갑상선암 환자의 질병 경험

Illness Experience of Thyroid Cancer Patients

2018년 8월 24일

조선대학교 대학원

간 호 학 과

신 정 하

갑상선암 환자의 질병 경험

지도교수 이 신 영

이 논문을 간호학 박사학위신청 논문으로 제출함.

2018년 4월

조선대학교 대학원

간 호 학 과

신 정 하

신정하의 박사학위 논문을 인준함

위원장	조선대학교	교수	김계하인
위원	보건대학교	교수	정옥연인
위원	조선대학교	교수	김진선인
위원	조선대학교	교수	김현례인
위원	조선대학교	교수	이신영인

2018년 6월

조선대학교 대학원

목 차

ABSTRACT	v
I. 서론	1
A. 연구의 필요성	1
B. 연구의 목적 및 연구문제	5
II. 문헌고찰	6
A. 감상선암	6
B. 현상학적 연구	11
III. 연구방법	15
A. 연구참여자 선정	15
B. 연구자의 준비	16
C. 자료수집 방법	17
D. 자료분석 방법	18
E. 연구수행과정에 따른 윤리적 고려	20
IV. 연구결과	21
A. 연구참여자의 일반적 특성	21
B. 연구참여자의 경험 분석 결과	23
V. 논의	47
A. 망가진 삶	47
B. 군중 속의 고독	51
C. 가치관의 긍정적 변화	53

VI.결론	56
참고문헌	57
부록	65

표 목차

<표 1> 연구참여자의 일반적인 특성	22
<표 2> 연구참여자의 경험 분석	23

부록 목차

<부록 1> 연구참여 설명서	65
<부록 2> 연구참여 동의서	69
<부록 3> 연구참여자 면담 질문지	71

ABSTRACT

Illness Experience of Thyroid Cancer Patients

Shin Jeong Ha

Advisor: Prof. Lee Shin-Young, Ph.D.

Department of Nursing,

Graduate School of Chosun University

This is a phenomenological study aiming to deeply understand and identify illness experiences of thyroid cancer patients in therapy processes and provide basic data for nursing intervention needed for them. The subjects were selected from members of a thyroid cancer patients cafe and those who were introduced of the research by friends who accepted to participate in the research. The researcher explained the intent and purpose of the study, an interview method and contents to them and interviewed them deeply one to one from October of 2016 to April of 2017. The researcher collected data using open questions in an unstructured interview in which the subjects were free to tell their experiences. The following questions were added: “what was your thyroid cancer experience?”, “what was your thyroid cancer diagnosis experience?”, “what was your thyroid cancer surgery experience?”, and “what was you radioactive iodine therapy experience?”. The researcher just listened to them.

The data was collected and analysed simultaneously. It was analysed with the use of a phenomenological test presented by Colaizzi (1978) and according to the procedure of the phenomenological research. To secure precision of the qualitative research, this study followed four assessment standards presented by Guba and

Lincoln (1985): true value, applicability, consistency and neutrality. Based on the four standards, reliability and validity of the study were verified.

As a result of analysing the responses of the subjects, it was discovered that there were 15 themes, 6 thematic groups and 3 categories. The first category of the thyroid cancer illness experience was 'broken lives.' Theme groups of this category were 'anxiety about death' and 'impaired being.' The second category of the illness experience was 'solitude among the crowds.' Theme groups of the second category were 'socially isolated' and 'lonely struggles.' The third category of the illness experience was 'positive change in senses of values.' Theme groups of the third category were 'positive attitudes towards life' and 'props for life.'

Based on the results above, this study suggested that as thyroid cancer patients have diverse difficulties in cancer diagnoses, surgeries and radioactive iodine therapies, emotional support and proper nursing should be provided for them. Also, as they are faced with difficulties from diet before iodine therapy and stopping taking medication, they should be provided proper information and nursing intervention.

Key Words: Thyroid cancer, Thyroidectomy, Radioactive iodine therapy, Phenomenology

I. 서 론

A. 연구의 필요성

2015년 암 등록 통계에 따르면 우리나라의 갑상선암 발생자수는 25,029명(49.1%)으로 위암, 대장암 다음으로 많이 발생하는 것으로 나타났다. 갑상선암 발생률은 15-64세군에서 42.0%로 발생률이 가장 높았으며 남성에서 5,386명(4.6%)으로 6위, 여성에서 19,643명(19.4%)으로 1위를 차지하였다. 갑상선암은 5년 상대생존율이 100.7%로 치료결과와 예후가 매우 좋은 질환(국가암정보센터, 2015)으로 알려져 있지만 여전히 발생률이 높다. 특히, 젊은 연령층과 여성에서 발생률이 증가하고 있어 갑상선암에 대한 관심과 연구가 중요함을 시사하고 있다.

일반적인 암환자 치료는 조기 발견 시 부터 절제술을 시행하고 이후 방사선, 항암요법을 시행하는 것이 생존율을 높이는 것이라고 알려져 있으나 갑상선암의 경우 일반암과 다른 치료의 특징을 가지고 있다. 갑상선암은 세포학적 결과가 악성인 경우 일반적으로 수술적 치료를 한다. 갑상선암에 대한 수술적 치료의 기본 목표는 원발종양 및 전이병소의 제거와 재발과 전이의 최소화, 그리고 수술 후 갑상선암 치료를 용이하게 하는 것이다(이가희 등, 2016). 갑상선암의 수술은 종류와 크기, 환자의 나이와 병의 진행 여부, 전이 유무에 따라 부분절제 또는 전절제를 하며 갑상선 주위 림프절도 함께 제거하여 전이의 위험을 없앤다(Ruggieri et al., 2005). 갑상선절제술을 받은 모든 환자들은 수술 이후 갑상선 호르몬이 분비되지 않으므로 갑상선 호르몬제를 평생 복용해야 하며 재발의 가능성이 있을 경우 방사성요오드 치료를 병행해야 한다(김원배 등, 2013).

갑상선암의 방사성요오드 치료는 방사성요오드가 들어있는 캡슐을 복용하는 방식으로, 방사성요오드가 수술 후 남아 있을 수 있는 정상 갑상선 조직 및 갑상선 분화암 조직에 선택적으로 흡수된 후 방사선을 방출하여 조직을 파괴하는 것이다(김원배 등, 2013). 방사성요오드 치료는 수술 전 발견되지 않았던 암의 전이 병소 발견과 암 재발의 위험성을 낮추고(김원배 등, 2013), 암의 사망률과 원격전이의 위험성을 낮춘다고 하였다(Sawka et al., 2004; Haugen et al., 2015). 최근 미국갑상선학회 가이드라인에

의하면 갑상선암 방사성요오드 치료의 잔여조직 제거는 원격전이가 있는 환자, 종양의 크기와 무관하게 육안으로 확인할 수 있을 만큼 주위조직 침입이 있는 경우, 다른 위험인자가 없어도 종양의 크기가 4cm 이상인 모든 환자에게 권한다고 하였다(Haugen et al., 2015). 갑상선 전 절제술 치료를 받은 후 추적검사를 용이하게 하기 위해서 방사선 치료를 시행하기도 하지만 이는 방사성요오드 투여의 위험성 및 재발의 가능성을 비교하여 각 환자의 상태에 따라 판단하고 조정되어야 한다고 사료된다.

갑상선암 치료의 방사성요오드요법으로는 고용량요법과 저용량요법이 있다. 갑상선 절제술 후 일반적으로 저위험군에서는 30-100 mCi의 방사성요오드를, 고위험군 환자에게는 100-200 mCi를 투여한다(Haugen et al., 2015). 고용량 갑상선암 치료는 30mCi 초과 용량이 투여되며, 타인에게 방사선 피폭을 일으킬 수 있기 때문에 1-3일 동안 격리입원이 필요하다. 외부와 의료진의 접근이 제한된 치료 과정은 갑상선암 환자들을 우울과 불안 등의 심리적 증상으로 더욱 고통스럽게 하고(양지연, 이명선, 2015; 유선희, 최스미, 2013), 신체적 증상의 강도를 가중시켜 일상생활을 어렵게 하는 것으로 나타났다(김주성, 손현미, 2010; Tagay et al., 2006). 그러나 저용량 갑상선암 치료는 30mCi 이하의 용량이 투여되며, 외래에서 시행 후 바로 귀가할 수 있으므로 격리 입원이 반드시 필요한 것은 아니다(김원배 등, 2013). 하지만 저용량 치료를 받은 갑상선암 환자들도 체내에 남아 있는 방사선이 주변 사람들에게 피폭되지 않도록 일정기간 동안 자가 격리를 시행한다(강성민 등, 2012). 갑상선암 환자의 방사성요오드 치료 격리 기준은 그 나라의 역사적인 상황과 국민들의 인식 정도에 따라 나라마다 다르므로 전 세계에서 공통으로 통용되는 기준은 없다. 예를 들면, 독일은 환자의 체내 잔류 방사능 치가 800 MBq (22 mCi) 이상, 이탈리아는 740 MBq (20 mCi) 이상인 경우 입원하여야 하며, 일본은 500 MBq 이상의 방사성요오드를 투여 하는 경우에 입원치료를 권고하고 있다(강성민 등, 2012). 이러한 과정 동안에 갑상선암 환자들은 두려움과 불안, 고립감을 경험하므로(Stajduhar et al., 2000) 이들에 대한 관심과 대책 마련이 필요하다.

갑상선암 환자들은 수술 후 부작용과 갑상선암 치료 과정에 따른 다양한 증상을 경험한다. 수술 후 부작용으로는 수술부위 통증, 목소리 변화, 부갑상선 기능저하 증상이며(Lombardi et al., 2009; Pfeleiderer, Ahmad, Draper, Vrotsou, & Smith, 2009), 갑상선암 치료 전에는 갑상선호르몬을 4주간 복용하지 않아 나타나는 피로, 수면장애, 부종, 소화불량, 구역질, 구토 등의 갑상선기능저하 증상과 방사성 요오드 복용으로 인한 오심, 구토, 식욕저하, 침샘부종 및 통증, 타액선염, 구강건조증, 피로 등이 있다(국가암

정보센터, 2015; 박희자, 2011). 또한 갑상선암 흡수를 증가시키기 위하여 치료 시작 1-2주 전부터 저요오드 식이를 병행함으로써 식이로 인한 불편함과 어려움을 경험한다(양지연, 이명선, 2015; Moon et al., 2012). 특히, 여성에서 방사성요오드 치료는 임신에 대한 두려움과 불안을 가중시킬 수 있으며, 수술로 인한 변화된 신체상은 우울, 자아존중감, 삶의 질에 부정적인 영향을 줄 수 있으므로 갑상선 암의 여성 발생률이 증가하고 있는 현 시점에서 이들에 대한 관심과 연구가 필요하다(윤병숙, 백지은, 이준상, 박미정, 임영미, 2008; Lawrence, Fauerbach, Heinberg, & Doctor, 2003). 또한 이들은 수술과 갑상선암 치료 후에도 갑상선암의 재발 방지를 위해 평생 동안 호르몬제를 복용해야 하며 20~30년 간 지속적인 추후관리를 받아야 한다(김원배 등, 2013). 그러나 갑상선암 환자의 수술 후 추후관리에 대한 지식의 정도가 낮고, 약물복용이나 식이관리에 대한 교육 요구도가 높게(김효진, 김동희, 2011) 나타났으므로 이에 대한 적절한 중재가 필요하다.

요약하면, 갑상선암은 유병율과 생존율이 증가하고 있는 질환으로 평생 동안 추후관리를 받아야 하는 특성이 있으며 환자들은 치료과정에 따른 다양한 증상과 어려움을 경험한다. 따라서 이들의 건강문제에 대한 관심과 연구가 중요하지만 현재까지는 부족한 실정이다. 갑상선암은 생존율이 높아 가벼운 암으로 인식되는 경향이 있지만 환자들은 치료과정을 거치면서 다양한 어려움과 증상을 경험하므로 이들의 시각에서 갑상선암 질병 경험에 대하여 심층적으로 탐색할 필요가 있다.

갑상선암 환자를 대상으로 한 양적 연구에는 갑상선절제술 후 수술부위 통증, 목소리 변화, 부갑상선 기능저하 증상(박희자, 2011; 유선희, 최스미, 2013; Pflaiderer et al., 2009; Roerink et al., 2013)과 갑상선암 치료 후 피로, 부종, 타액선염, 구강건조증, 미각변화, 위염 등(강미경, 서은영, 2013; 이미혜, 2013; Roerink et al., 2013)의 신체증상이 삶의 질에 부정적 영향을 미친다고 보고한 연구가 있으며(김주성, 손현미, 2010; 이지인, 2010; 유선희, 최스미, 2013; 양지연, 이명선, 2015; Husson et al., 2013; Mendoza et al., 2004), 갑상선암 환자의 불안과 우울을 측정 한 연구들이 있다(김영순, 2006; 이지인, 2010; 전나미, 2012; 유선희, 최스미, 2013; 양지연, 이명선, 2015; Roerink et al., 2013). 구조화된 설문을 통한 양적연구는 대상자의 관점에서 다양한 문제와 정보를 얻기에는 제한적이며 갑상선암 환자들의 경험을 다각적인 측면에서 심층적으로 이해하기에는 한계가 있다. 질적 연구로는 질병경험(Easley et al., 2013; Sawka et al., 2009)과 수술경험(이경민, 이금주, 2013; 이현정, 2012), 방사성요오드치료 경험(강경옥, 김현경, 김지영, 임석태, 2016; Stajduhar et al., 2000)을 중심으로 의미를 탐색한 연구가 있다.

갑상선전절제술 후 방사성요오드 치료를 받는 갑상선암 환자의 치료과정 전후의 신체 증상, 불안, 우울 등 어려움을 보고한 연구(유선희, 최스미, 2013)에서 갑상선암 환자들은 암 진단 순간부터 치료 전체 과정에 이를 때까지 각 시기별 개인이 경험하는 어려움이 달랐다. 이에 갑상선암 환자들이 경험하는 치료과정에 따른 개인의 어려움에 대해 심층적으로 파악할 필요가 있으나 아직까지 갑상선암 치료 전체 과정에 대한 질병 경험을 총체적으로 탐색한 연구는 찾아보기 힘든 실정이다. 갑상선암의 발생률이 증가하고 있는 상황에서 이들에 대한 적절한 간호중재 개발을 위해서는 이들에 대한 질병 경험 대한 전반적인 이해와 관련지식이 필요하다.

갑상선 전절제술 후 방사성요오드 치료를 받은 갑상선암 환자의 질병 경험에 대한 탐구는 현상 이해를 기초로 하며, 경험의 본질은 객관화할 수 없는 것이므로 고유한 인간에 대한 경험의 본질적 구조를 이해하기 위한 연구방법으로 질적 연구방법이 적절하다(이혜경, 양영희, 구미옥, 은영, 2005). 질적 연구의 가장 근본적인 특성은 사건, 행동, 가치 등을 참여자의 시각에서 바라보는 것이나(신경림, 조명옥, 양진향, 2004) 아직까지 갑상선암 환자의 질병 경험을 그들의 시각에서 조사하여 분석한 연구는 거의 없는 실정이다. 이에 질적 연구 방법은 갑상선암 환자들의 질병 경험을 있는 그대로 조사하고 의미를 분석하게 하여 현상의 이해와 설명을 통해 갑상선암 환자에 대한 전반적인 이해와 통찰을 가능하게 할 수 있다.

질적 연구 중에서 현상학은 다양한 인식론적 근거를 제공해 주는 주요 학문적 이론이다. 현상학은 가장 대표적이면서 살아 있는 인간 경험을 기술하는 것이며, 대상자의 실재에 접촉하는 총체적인 접근을 요구한다(최영희, 1993). 본 연구에서 갑상선암 환자의 암 진단 순간부터 방사성요오드 치료 시까지의 현상 속에서 경험의 본질과 의미를 밝히기 위해 현상학이 적절한 방법이라 할 수 있다. 또한 Colaizzi (1978)의 분석방법은 갑상선암 환자가 경험하는 진술 중 공통적인 속성을 도출하여 추상화 과정을 통해 분석한 의미의 타당성에 대한 검증과정을 거치므로 연구자의 선입견을 여과시킬 수 있는 장점이 있다. 이에 본 연구는 Colaizzi (1978)의 분석방법을 적용하여 갑상선암 환자의 질병 경험의 의미와 치료과정 현상의 본질을 심층적으로 탐색하고자 한다.

B. 연구의 목적 및 연구 문제

본 연구의 목적은 갑상선암 환자의 질병 경험을 그들의 입장에서 바라보고 그 현상의 의미에 따른 주제를 확인하고 기술함으로써 체험현상을 심층적으로 이해하는데 있다. 이를 통하여 갑상선암 환자들의 질병 경험을 이해할 수 있도록 돕고, 연구결과를 바탕으로 갑상선암 환자에게 요구되는 간호중재를 위한 기초 자료를 마련하고자 한다.

연구문제는 “갑상선암 환자의 질병 경험은 어떠한가?”이며, 이에 따른 구체적인 질문은 다음과 같다.

- 1) 갑상선암 진단 경험은 어떠한가?
- 2) 갑상선암 수술 경험은 어떠한가?
- 3) 갑상선암 치료 경험은 어떠한가?

II. 문헌고찰

A. 갑상선암

갑상샘은 후두 바로 아래, 기관지의 위쪽, 목의 전면 중앙의 운상연골 바로 아래에 좌우 2개의 엽과 이를 연결하는 협부로 이루어져 있다. 갑상샘의 무게는 15~20g으로 1g에 분당 5ml의 풍부한 혈액을 공급받고 있다. 갑상샘이 주요기능을 하지 못하면, 뇌하수체는 갑상샘 호르몬 수치를 높히려는 시도로 갑상샘자극호르몬(TSH) 분비를 증가시킨다. 뇌하수체의 기능상실이 있으면, 갑상샘호르몬과 TSH 수치가 저하되어 시상하부에서 갑상샘호르몬치를 올리려는 시도로 갑상샘 자극 호르몬 방출인자(TRF)가 상승되고, 시상하부의 기능이 상실되면 TRF 분비저하로 인한 TSH 저하와 이로 인한 갑상샘호르몬 분비 저하가 나타난다. 갑상샘호르몬은 모든 신체체계와 관련이 있고 여러 조직과 기관에 광범위한 생리작용을 한다. 또한 적혈구 생산, 수유 시 유즙생산, 수정과 월경주기의 조절, 정신활동과 중추신경계의 발달, 심박동 · 심근 수축력 및 심박출량 유지, 근육과 피부의 정상 탄력성 유지, 성장호르몬의 분비 유지, 골격의 성숙, 조직의 발달, 위장관의 분비 유지 등에도 영향을 미친다(조경숙 등, 2013).

갑상선에 혹이 생기는 것을 갑상선 결절이라고 하고, 결절은 크게 양성결절과 악성결절로 나누며 갑상선암은 악성결절을 총칭하는 말이다(이가희 등, 2016). 갑상선암은 기원하는 세포 종류에 따라 여포세포(Follicular cell) 암인 유두암, 여포암, 미분화암이 있고, C 세포 기원암인 수질암이 있다. 이 중 유두암과 여포암을 분화암이라고 한다(김원배, 2009). 갑상선 유두암(Papillary Thyroid Cancer)은 전체 갑상선암의 97% 이상을 차지하는 대표적인 암으로 천천히 자라며 예후가 가장 좋고 여포암(Follicular Thyroid Cancer)은 혈관으로 전이하는 경향이 있어 유두암보다는 예후가 좋지 않다. 미분화암(Anaplastic Thyroid Cancer)과 수질암(Medullary Thyroid Cancer)은 전체 갑상선암의 2%로 성장과 전이가 빨라 예후가 매우 좋지 않다(국가암정보센터, 2015).

갑상선암의 진단은 손으로 목 중앙을 만져 부어있거나 결절이 있다면 갑상선 질환을 의심할 수 있으며, 일반적으로 혈청 갑상선자극호르몬(Thyroid-Stimulation Hormone, TSH)과 갑상선스캔, 갑상선초음파, 세침흡인세포 검사로 진단한다(국립암

센터, 2014; 이가희 등, 2016). 갑상선암 조기진단의 증가는 갑상선절절에 대한 일반인의 관심 증가와 미세침흡인세포검사의 보편화, 고해상도 초음파 기기의 사용 확대로 설명된다(조보연, 2014; 이가희 등, 2016).

갑상선암의 치료원칙은 수술이며 최선의 치료는 수술 후 방사성 옥소 치료를 하는 것이다. 갑상선 수술이란 갑상선의 전부 또는 일부를 제거하는 것으로 갑상선절제 범위에 따라 모두를 절제하는 갑상선 전절제술과 2/3 정도를 절제하는 아전절제술, 좌·우 한 쪽을 절제하는 반절제술(일엽절제술)이 있다(김원배, 2009; 대한갑상선학회, 2017). 갑상선 수술 방법에는 목의 아랫 부분의 피부를 절개하여 갑상선이나 경부 림프절을 같이 절제하는 가장 보편적이고 효과적인 방법이 있다. 그러나 목에 흉터가 남는 단점이 있어 이를 보완하기 위해 내시경 또는 로봇수술이 널리 이용되고 있다. 로봇수술은 외과의에 의해 조종되는 로봇팔을 이용하여 수술하는 방법으로 목에 흉터가 남지 않는 장점이 있지만 원거리에서 갑상선을 조작하므로 추가적인 공간을 만들어야 하고 수술시간이 길어지는 단점이 있어 모든 환자에게 적용하기는 어렵다(대한갑상선학회, 2017).

갑상선암 치료는 암의 잔여 조직을 파괴하거나 경부 림프절 전이가 있는 경우에 시행하며 수술 4-6주 후에 방사성 동위원소(I-131)를 경구 투여하는 방법이다(김원배 등, 2013; Sherman, 2003). 일반적으로 갑상선 여포세포는 요오드를 섭취하고 세포막에 TSH 수용체를 발현시키며, 티로글로빈을 생산하는 특성이 있어 치료와 재발 확인에 사용된다(김금순, 2012; 강건욱, 2013; Veroux, Fazzi, Cavallaro, Veroux, & Cannizzaro, 1997). 갑상선암 치료 효과를 높이기 위해서 혈액 내의 갑상선자극호르몬을 높이고 저요오드 식이를 통하여 몸 속의 요오드를 최대한 적은 상태로 유지해야 한다(김원배 등, 2013). 이는 일시적으로 갑상선 기능저하 상태를 유도해 혈청 TSH 농도를 증가시켜 조직의 갑상선암 섭취를 극대화하여 치료 효과를 높이기 위함이다.

갑상선자극호르몬을 높이는 방법에는 두 가지가 있다. 첫째, 갑상선호르몬제 중단법으로 갑상선암 치료일 4-6주 전에 복용하던 갑상선호르몬제를 중단하고 테트로닌으로 변경한다. 그 후 마지막 2주간은 테트로닌도 중단하는 방법과 갑상선호르몬제를 갑상선암 치료일 3-4주 전부터 중단하는 방법이 있다. 둘째, rhTSH를 주사하는 방법이 있다. 이 방법은 갑상선암 치료 48시간 전과 24시간 전에 2번 근육주사하며, 복용하던 갑상선호르몬제는 계속 복용하는 것이다. 갑상선호르몬제를 계속 복용할 수 있어 갑상선호르몬제 중단법과는 달리 갑상선기능저하증을 겪지 않는 장점이 있으며, 갑상선암 배출시간이 빨라 치료로 인한 휴가일수를 줄일 수 있고 일상생활로의 복귀가 빠르

다. 두 가지 방법은 잔존 갑상선조직의 파괴 효과와 갑상선암 촬영을 통한 재발 진단 측면에서 차이가 없는 것으로 알려져 있다. 그러나 rhTSH를 주사하는 방법은 가격이 비싸고 현재 우리나라에서는 의료보험 혜택이 안 되는 단점이 있다(김원배 등, 2013). 또한 rbTSH에 대한 과민성 반응, 항체 생성 등 문제가 있어 임상에서 흔히 사용하지는 않는다(민헌기 등, 1999)는 연구결과가 있다. 저요오드 식이는 갑상선암 흡수를 증가시키기 위하여 입원 1-2주 전부터 시작하며(김원배 등, 2013; Cooper et al., 2009) 갑상선호르몬을 중단하거나 rhTSH를 주사하는 경우 모두에 적용된다(김원배 등, 2013).

갑상선암 치료 시기는 갑상선제거술 직후에 시행하는 경우도 있으나 갑상선암 요법을 위한 격리시설의 부족과 수술 후 회복기 환자 체력 등을 고려하여 갑상선 제거수술이 완료되고 수개월이 경과한 후에 시행하는 경우가 대부분이다(김병일, 2007). 따라서 환자들은 수술 이후부터 갑상선암 치료 전까지 갑상선호르몬 대체요법으로 T4(thyroxine)제를 복용하다가 갑상선암 치료를 위한 입원 5~6주 전부터 T4제 복용을 중단하게 된다(정재훈, 2006). 이 시기를 “갑상선암 투여 전처치기”라 하는데 T4제 복용 중단 뿐 아니라 저요오드 식이를 엄격하게 유지해야 한다. 이 시기에 환자들은 갑상선호르몬 부족으로 인한 다양한 증상과 저요오드 식이 실천으로 인한 여러 불편감을 경험한다. 환자들은 갑상선암 치료 후에도 갑상선중독증과 관련하여 여러 가지 부작용을 경험할 수 있다. 따라서 갑상선암은 악성종양 중 예후가 가장 좋은 암임에도 불구하고 원격전이로 인해 사망에 이르기도 하므로 수술과 적절한 갑상선암 치료가 매우 중요하다(안병철, 배진호, 정신영, 이재태, 이규보, 2003).

갑상선호르몬 복용을 중단하면 갑상선기능저하 상태가 되므로 갑상선기능저하증의 증상이 나타날 수 있다. 갑상선기능저하증의 증상으로 몸이 붓고, 추위를 많이 타고, 손발이 저리고 쥐가 나며, 근육통, 변비와 소화 불량, 기운이 없고 피로감 등이 나타날 수 있다. 갑상선호르몬제 중단으로 인한 갑상선기능저하 증상은 개개인에 따라 다양하며, 치료 후 갑상선호르몬을 다시 복용하면 복용 시작 1-2주 후부터 서서히 회복되기 시작하여 3-4주 후에는 사라지게 된다(김원배 등, 2013).

고용량 갑상선암 치료를 받는 갑상선암 환자는 입원 기간 동안 치료에 따른 다양한 증상을 경험한다. 갑상선암 환자의 핵심 증상 중 강도가 심한 상위 5가지 증상은 식욕부진, 졸림, 수면장애, 피로, 오심의 순이었으며, 갑상선암 증상은 추운 느낌, 목섬, 연하곤란, 더운 느낌, 빈맥, 설사의 순으로 나타났다. 이들 증상으로 인하여 대상자의 30% 이상이 기분상태, 일상 활동에 중등도 이상의 지장을 받고 22%가 걷기에 중등도

이상의 지장을 받는다고 하였다. 또한 우울과 불안은 평균 증상, 핵심 증상, 갑상선암 증상, 일상생활에 모두 영향을 미치는 것으로 나타났다(전나미, 2012). Gning 등(2009)의 연구에서도 갑상선암 환자는 목섬, 더운 느낌, 추운 느낌, 설사, 연하곤란, 빈맥 등을 경험하며, 이러한 증상으로 인하여 10% 이상이 일상 활동이나 기분상태 등에 중등도 이상의 지장을 겪기도 한다고 하였다. 저용량 갑상선암 치료를 받는 경우는 외래에서 동위원소 복용 후 바로 귀가할 수 있으며(김원배 등, 2013), 갑상선기능저하증과 피로, 수면장애, 신체적 증상으로 삶의 질이 저하되지만(김영숙, 이병숙, 2013; Kwak, 2009; Tagay et al., 2006) 이로운 점으로 낮은 독성, 보다 나은 삶의 질이 보고되었다(원경숙, 2015). 갑상선암 치료와 관련하여 다양한 부작용과 삶의 질이 낮게 보고되었으므로 용량에 따른 적절한 중재가 필요하다.

갑상선암 환자의 갑상선암 치료 경험을 살펴보면, 갑상선 특이적 증상(갑상선호르몬 복용 중단으로 인한 갑상선 기능 저하의 신체적 증상들)에서 가장 많은 어려움을 호소하였고, 감정변화와 일상생활 수행능력, 불안, 방사성물질 노출 및 관리에 대한 정보 부족으로 인한 불편함이 있었다(김주성, 손현미, 2010). 고용량 방사성요오드치료를 받는 갑상선암 환자의 우울과 불안은 증상 강도와 일상생활을 예측하는 요인이었으며(전나미, 2012), 전 치료 과정에서 삶의 질에 영향을 미친다(양지연, 이명선, 2015). 특히, 우울은 삶의 질에 지속적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다(유선희, 최스미, 2013). 또한 환자들은 갑상선기능저하증 증상으로 신체적으로 힘들어할 뿐만 아니라 방사선 피폭의 이유로 의료인과 가족으로부터 격리됨으로써 정신적으로도 불안, 우울을 경험하게 된다. 이러한 우울이나 불안 등의 심리적 증상은 증상 자체에서 오는 어려움뿐만 아니라 그로 인한 신체적 증상 강도나 일상생활의 어려움을 가중시키는 것으로 보고되고 있다(Chen, & Tseng, 2006; Kirkova, Rybicki, Walsh, & Aktas, 2012). 갑상선 절제술을 받은 여성을 대상으로 한 연구에서 갑상선암 치료 전 식이조절과 약물복용에 대한 정보 제공, 수술 후 신체변화, 우울, 불안의 정서적 상태에 대한 사정과 관리가 필요하다고 하였다(이경민, 이금주, 2013).

갑상선 절제술 후 갑상선암 치료는 불가피하다. 그러나 방사선 피폭이라는 이유로 격리병동에서 개별적 치료가 이루어지는 과정에서 의료진이 환자들의 공포를 예민하게 인식하지 못하는 경우가 있다(Stajduhar et al., 2000). 그러므로 갑상선암 환자들은 갑상선암 치료의 어려움 때문에 의료진의 정서적 지지에 대한 만족도가 낮게 나타났다(김주성, 손현미, 2010). 따라서 의료진은 환자의 정서적 욕구에 관심을 기울이고 그들의 심리적 안정 도모를 위한 노력이 필요하다.

갑상선암 환자의 삶의 질은 높은 생존율과 좋은 예후에도 불구하고 일반암 환자의 삶의 질보다 낮게 보고되었다(Schultz, Beck, Stava, & Vassilopoulou-Sellin, 2003). 이는 치료과정 중 수술 후 부작용(Lombardi et al., 2009; Pflleiderer, Ahmad, Draper, Vrotsou, & Smith, 2009)과 갑상선암 치료 시 부작용(Lee et al., 2010; Tagay et al., 2006; Van Nostrand, 2009), 갑상선 호르몬제의 지속적 복용(Cooper et al., 2009)으로 인한 다양한 증상을 경험하기 때문으로 볼 수 있다. 그러므로 갑상선암 환자의 삶에 질에 대한 관심과 치료과정에서 경험하게 되는 건강문제에 대해 적극적 관리가 요구된다. 지금까지 갑상선암 환자들의 삶의 질을 높이기 위한 방법으로 정보제공, 표현적 글쓰기, 손맛사지, 음악요법 및 운동 등 여러 중재들이 시행되고 있음을 살펴보았다. 그 방법들은 모두 간호제공자나 보호자를 통하여 직접 제공되는 중재였다(전나미, 2012). 또한 갑상선 암은 예후가 가장 좋은 암 질환임에도 불구하고 다른 암과 마찬가지로 이들의 삶의 질은 낮은 것으로 나타남에 따라(Tan, Nan, Thumboo, Sundram, & Tan, 2007), 평생의 약복용과 주기적인 검사에서 불편과 구속감을 느끼므로 이들에게 지속적 관리의 중요성을 인식시키고 실천을 격려하는 것이 무엇보다 중요한 의료 행위이다.

B. 현상학적 연구

현상학은 후설(Edmund Husserl)에 의해 발전된 연구방법이며, 현상학적 질적 연구 방법은 후설을 비롯하여 하이데거(Martin Heidegger), 메를로-퐁티(Merleau-Ponty) 등에 의해 발전되었다. 현상학적 질적 연구방법 중의 하나로 현상학적 체험 연구방법은 심리학, 간호학, 교육학 등 다양한 인문사회과학의 분야에서 광범위하게 활용되고 있다. 현상학적 체험연구는 체험의 본질구조에 대해 파악하는 것이며, 체험연구와 관련된 현실적인 문제를 해결하기 위해 구체적인 어떤 개인이나 집단의 체험에 대한 연구도 필요하다(이남인, 2003).

학문을 연구하는 방법으로 자연과학과 철학에 근거한 양적 연구방법만이 개연성이 높고, 체계적이며, 과학적이라고 생각해 왔다. 그러나 여러 학문 분야에서 인간을 탐구하는데 있어서 인간을 너무 단순화 하는 양적 연구방법의 한계가 지적되었으며, 질적 연구는 객관화할 수 없는 고유한 인간에 대한 지식을 발견하고 전인적인 인간이해를 위한 연구방법으로 인간의 주관적 세계에 대한 이해를 통하여 간호와 관련된 현상을 밝힐 수 있다고 하였다(이혜경, 양영희, 구미옥, 은영, 2005).

간호학문 역시 인간을 총체적으로 보며, 질적 연구 방법 중 현상학적 연구는 의미를 탐구하고 기술하며 인간경험을 이해하기 위한 연구 방법으로, 살아있는 인간의 경험을 지향하고 경험의 의미를 포함하여 현상의 본질을 밝히고 기술하는 것이다(Omery, 1983). 현상학적인 방법이 주시를 받기 시작한 것은 1970년대이고, 1980년대에 간호 연구에 현상학적 접근 사용이 급증하였다.

현상학적인 방법은 대상자의 기술에 대한 분석을 통해 인간이 경험하는 현상의 의미를 밝히는 것으로, 귀납적이고 기술적(descriptive)인 연구 방법이다. 현상학적인 방법으로는 몇 개의 학파가 있는 철학에 기인하는 연구방법으로서 후설(Edmund Husserl), 하이데거(Martin Heidegger), 사르트르(Jean-Paul Sartre), 그리고 메를로-퐁티(Maurice Merleau-Ponty)의 연구를 이용한다(Cohen, 1987; Van Manen, 1990).

메를로-퐁티는 현상학을 ‘본질을 추구하는 학문’으로 정의하고 의식과 지각의 본질이 현상학의 추구 대상이며, 현상학의 본질은 인간의 체험세계 특히 생활세계에 대한 이해로부터 추구해야 한다고 하였다(신경림, 조명옥, 양진향, 2004). Davis (1978)는 현상학이 임상 실무로부터 나오는 연구 문제와 임상 간호의 기능에 좀 더 적합하게 연

구 문제를 제공할 수 있다고 밝혔다. 간호 현장은 보여지는 사실 자체보다도 그 사실이 어떻게 경험되는지에 대한 주관적 의미를 살피는 행위와 증재를 통하여 총체적인 안녕을 갖도록 도울 수 있는 간호 지식체계를 필요로 한다. 따라서 갑상선암 치료를 받는 환자에게는 그들의 내부에서 어떻게 경험되는지에 대한 이해를 통하여 환자의 정신적, 심리적, 사회적 측면까지 포함하는 총체적 간호가 이루어져야 한다. 이러한 현상의 관계나 차이점에 대한 검증이 양적연구 방법을 통하여 현상의 이해를 충분히 제공하지 못할 때 새로운 관점으로 현상을 볼 수 있는 질적 연구방법을 사용하게 된다.

현상학(phenomenology)의 목적은 인간에 대한 이해의 증진으로 명상적인 사고를 기초로 행동의 본질을 설명하는 것이다(Omery, 1983). 현상학적인 전통은 각자의 삶의 경험과 자신의 생활 세계 내의 목적을 이해하려고 노력해야 하며, 현상학은 사물의 현상과 외양에 대한 연구이고, 그들의 본질을 발견하는 것이 연구의 궁극적인 목적이다(Van Manen, 1990). 간호학적 지식을 탐구하는 방법론적 원리로서 현상학적 접근이 지니는 의의는 모든 간호모델에 대해 현상학적 판단을 중지하고, 기존의 지배적인 이론과 실천 모델 속에 있는 선관념적 요소들을 불식하는 것이다. 특히, 경험분석적 과학주의에 상응하는 인간관, 간호관 및 그러한 방법적 원리에 기반하는 질병 위주의 목적달성 이론에 대해 현상학은 깊이 있는 반성적 성찰의 근거가 된다는 점이다. 또한 현상학적 상호주관성은 간호주체와 간호 대상의 간호관계에서 인간애에 바탕을 둔 간호를 할 수 있다는 것이다(최남희, 1991). 따라서 현상학적인 접근은 간호의 맥락과 일치하며 인간에 대한 통합된 간호 개념을 파악하는데 가치가 있다고 인식하였다. 인간의 행동이나 태도는 신체적 현상에 대한 연구에 비하여 인간의 복잡성 문제로 인해 규칙성과 일관성이 적고 외적인 영향을 더 많이 받는다(이혜경, 양영희, 구미옥, 은영, 2005). 간호학에서 질적 연구는 ‘인간은 고유의 통합성을 지닌 단일화된 전체로서 부분의 합 그 이상으로 이해할 수 있다’고 한 로저스(이소우, 김주현, 이병숙, 이은희, 정면숙, 2009)의 인간이해를 바탕으로 시작되었다고 할 수 있다. 즉, 현상학이 간호에 의미하는 바는 주의 깊은 기술과 대화를 통해 타인을 알게 되는 인식을 만듦으로써, 그리고 간호 경험에서의 다양한 견해를 탐구함으로써 우리의 실재를 증가시킬 수 있다는 것이다(최영희, 1993).

현상학적 연구는 어떤 상황에 처한 인간경험의 본질과 의미를 밝히는 것이며, 간호학에서 연구가치가 있는 현상은 건강과 관련된 인간상황이다. 대상자에 대한 현상학적 물음을 통한 인간 경험의 본질과 의미를 발견하지 않고서는 적절한 간호를 하는데

한계가 있으며, 환자의 요구와 현실에 부합한 돌봄을 제공하기 위해서는 대상자의 관점에 도달해야 한다(Leininger, 1984). 순수한 의식의 세계로 들어가 본질을 직관하기 위해서는 현상학적 환원이 요구되며 이를 위해서는 반드시 자연적 태도에 대한 판단중지라는 절차를 거쳐야 한다(신경림, 조명옥, 양진향, 2004). 간호사가 개별적인 욕구를 가진 대상자를 전체 집단으로 여기게 되면, 개인의 목소리는 들리지 않고 주관적인 경험이 무시되고 도움이 필요한 사람을 보지 못하고 지나치게 된다(Madjar, & Walton, 1999). 따라서 대상자에게 진정으로 다가가기 위해서는 주관적인 세계에 대해 모른다는 사실을 열린 마음으로 인정하고 대상자의 경험이나 감정적인 이야기에 귀를 기울여 대상자에게 인간이 될 권리를 주는 것이다. 훌륭한 현상학적 질적 연구 결과를 얻기 위해서는 적절하고 충분한 자료를 수집하고 그 자료를 창의적으로 분석해야 한다. 연구자의 입장에서 보면, 창의적이고 정확한 자료 분석을 위해서는 자유로운 질문과 즉각적인 답변 추구, 적극적인 관찰, 그리고 정확한 회상이 필요하다. 그것은 자료를 서로 조화시키고, 보이지 않는 것을 분명하게 만들고, 그 결과들을 선례와 연결해서 인과관계를 만드는 과정이다. 그것은 추측과 검증, 수정과 변형, 제안과 방어의 과정이다(신경림, 1996). 현상학의 목적은 어떤 현상이나 경험의 양상에 대해 평가함으로써 문제의 현상을 새로운 관점에 투영시켜 그것이 속한 배경으로부터 부각시킴으로써 새로운 방법으로 그것을 이해할 수 있게 하는 것이다(Madjar & Walton, 1999). 또한 모든 종류의 선입관이나 전제를 배제하기 위해서는 괄호치기가 필요하다. 괄호치기는 자료수집 과정에서 개인의 믿음이나 가정을 허용하지 않으며, 자신의 이해와 설명을 자료에 부과하지 않으려는 끊임없는 노력이다. 이러한 현상학적 환원이 현상학의 출발점이므로 이를 통하여 연구참여자들이 자신의 현실을 설명하고 의미를 부여하는 것을 허용하고, 연구자가 그 세계 속으로 들어가 자료들을 주어진 대로 변질되지 않은 채 드러난 현상대로 받아들여질 수 있다(Crotty, 1996).

현상학 연구과정의 일련의 절차는 설명하기 어렵고 많은 사람들에게 당혹감을 주는 원천이 된다. 하지만 반성(reflection), 직관(intuiting), 판단중지(bracking), 현상학적인 시각(seeing)은 현상학의 방법에서 그 과정을 밝히기 위한 것이며, 분석단계의 기술은 이를 성취하기 위한 노력이다(최영희, 1993). 현상학적 연구는 다양한 사람들, 특히 취약계층의 경험을 이해하기 위한 유용한 방식이며, 간호연구자들은 모든 사람들의 주관적 경험의 내재적 가치를 믿는 것과 인간의 생활세계 이해를 위한 수단으로서 주관적 경험에 집중하는 것이 필요하다(Donalek, 2004). 현상학적 방법의 자료 분석은 현상학적 분석을 이끄는 원리(guiding principles)를 준수할 것을 연구자에게 강요한다.

즉, 연구참여자의 살아 있는 경험의 의미를 밝히려는 의도를 가지고 다른 데로 주의를 돌리지 않고 기술을 읽고 또 다시 읽어 연구자로 하여금 자료에 있는 함축적인 메시지 및 명백한 메시지에 대해 개방적이 되도록 하는 것이다(Parse, Coyne & Smith, 1985). 진심으로 들어줌에서 시작하는 현상학은 우리가 모르는 것을 알게 해주고 인간의 경험 속에 나타난 패턴을 보게 해주며, 실무의 분별력을 갖도록 도와줄 수 있다(Madjar & Walton, 1999). 현상학적 연구의 자료 분석은 대상자의 면담 내용으로부터 경험의 의미를 서술하는 것이다. 또한 질적 연구는 실제 경험에 기초한 개념화와 경험에 대한 통찰을 통하여 의사소통이 효과적으로 이루어질 수 있도록 하는 민감성의 특성을 가지고 있다(이혜경, 양영희, 구미옥, 은영, 2005).

간호학 연구에서 적용되는 현상학적 연구방법은 Giorgi, van Kaam, van Manen 과 Colaizzi에 의해 제시되고 있다. 그 중 Colaizzi (1978)의 분석방법은 참여자로부터 기술된 내용에서 의미 있는 문장이나 구절을 추출하고, 일반적이며 추상적인 진술을 만들어 의미를 구성하여 주제묶음으로 범주화한 뒤 경험의 본질적 구조를 기술하는 것이다. 이에 따라 본 연구는 갑상선암 치료를 받은 환자의 경험에 대하여 알고 있다고 짐작하는 것을 내려놓고, Colaizzi (1978)에 의한 현상학적 연구방법을 이용하여 갑상선암 치료에 대한 본질적 경험과 구조를 이해하고자 하였다. Colaizzi (1978)의 방법은 환자들의 살아 있는 경험을 그들의 관점에서 분석하기 위해 6단계 절차로 구성된다(Colaizzi, 1978).

Colaizzi (1978)는 인간과학이 생활세계에서 일상의 경험을 통해 인간을 총체적으로 이해하는 것이 가능하다고 하였다(신경립 등, 2004). 본 연구는 갑상선암 치료 경험과 행동, 감정, 기능과 문화현상 등에 관한 연구를 간호현장에서 적용할 수 있는 질적 연구(Strauss & Corbin, 1998)를 선택하였다. Colaizzi (1978) 방법은 인간 경험에 대한 개인적 속성보다는 전체 참여자의 공통적인 속성을 도출해 내는데 초점을 맞춘 방법 이므로(김분한, 탁영란, 전미영, 1996) 심층면담에서 명확한 의미를 찾아내고 현상의 본질을 정확하게 기술하기 위하여 적합한 연구방법으로 선택되었다.

Ⅲ. 연구방법

A. 연구참여자 선정

현상학적 질적 연구의 표본 추출을 위해서는 적절성과 충분함의 원리가 필요하다 (Morse & Field, 1995). 적절성은 이론적인 필수조건에 따라 가장 좋은 정보를 제공할 수 있는 참여자를 선택하는 것이다. 본 연구자는 갑상선암 환자들의 모임 카페에 연구에 대하여 공지한 후 참여를 원하는 대상자와 지인의 소개로 알게 된 대상자를 연구에 참여하도록 하여 연구의 적절성을 유지할 수 있도록 하였다. 연구의 목적과 방법을 이해하고 질문에 대한 자신의 경험을 적극적으로 설명해줄 수 있는 대상자를 선정하려 노력하였다. 본 연구의 대상은 S시와 G시, G도에 거주하는 갑상선암 환자 중 연구 참여에 동의한 다양한 연령대의 참여자였다.

본 연구는 표본의 충분함을 위해 더 이상 새로운 내용이 나오지 않고 자료가 포화 되는 상태의 시점까지 총 21명이 연구에 참여하였다.

연구 대상자 선정기준은 다음과 같다.

첫째, 암 진단 5년 이내의 자

둘째, 갑상선절제술 후 방사성 요오드 치료를 한 경험이 있는 자

셋째, 전이 증상이나 주요 타 장기의 내외과적 질환이 없는 자

넷째, 의사소통이 가능하여 인터뷰가 가능한 자

다섯째, 연구의 목적을 이해하고 동의서에 자발적으로 서명한 자

B. 연구자의 준비

본 연구자는 대학원 박사과정 중 질적 연구 방법론을 수강하였으며, 국내 질적 연구 방법 학술대회 및 세미나에 참석하여 관련 지식과 이해를 넓혔다. 또한 연구자는 암환자, 만성질환자 등을 간호하고 면담한 임상 경험이 있으며, 참여자들의 비언어적 표현 및 상황적 맥락을 이해하는데 필요한 민감성 및 융통성을 발휘하기 위해 인문학 강좌, 질적 연구학회, 워크숍 참석 등을 통해 연구자의 자질을 높이는데 주력하였다. 본 연구를 위하여 현상학적 연구를 포함한 질적 연구방법론에 대한 전문서적과 논문들을 통해 지식습득에 지속적인 노력을 기울였으며, 면담에 있어서 선입견 차단과 중립성 유지를 위한 훈련을 하였다.

C. 자료수집 방법

자료수집 기간은 2016년 10월부터 2017년 4월까지 개인 심층면담을 통해 이루어졌다. 자료수집은 연구참여자가 편안한 분위기에서 면담에 임할 수 있도록 시간을 정해 커피숍, 참여자의 집이나 직장 내 회의실을 포함하여 참여자가 원하는 곳에서 이루어졌다. 주로 커피숍에서 면담을 진행하였으며, 효과적인 면담을 위해 면담에 방해가 되지 않는 장소를 선택하기 위한 노력을 기울였다. 본 연구자는 참여자가 자유로이 자신의 경험을 이야기할 수 있도록 비구조적인 면담과 직접 개방적인 질문을 사용하여 자료를 수집하였다. 면담을 위해 연구자는 “갑상선암 경험은 무엇입니까?”라는 광범위한 질문을 시작으로 “갑상선암 진단 경험은 무엇입니까?”, “갑상선암 수술 경험은 무엇입니까?”, “방사성요오드 치료 경험은 무엇입니까?” 등의 추가질문을 하였으며 연구자는 주로 경청하는 태도를 취하였다. 면담을 시작하기 전에 참여자들에게 그들의 경험에 대하여 말하는 것을 녹취하고, 참여자의 반응이나 상황, 얼굴, 표정, 몸짓, 태도 등의 관찰 내용을 현장노트에 기록함을 알리고 동의를 구한 후 서명을 받았다. 면담횟수는 총 2회에서 3회로, 최초 면담시간은 40분에서 1시간 30분 정도였으며, 2-3회 면담시간은 20분에서 1시간을 소요하였다. 면담 후에는 면담 시의 느낌을 최대한 기억하기 위해 녹음 내용을 빠른 시일 내에 대상자의 언어 그대로 필사하고, 반복하여 청취하면서 분석에 활용하였다. 연구에 참여한 대상자에게는 소정의 사례를 제공하였다.

D. 자료분석 방법

본 연구는 본질적인 주제를 결정하기 위하여 Colaizzi (1978)가 제시한 현상학적 분석방법을 이용하였고, 자료수집과 자료 분석은 동시에 이루어졌으며, 자료 분석은 아래와 같이 현상학적 연구 방법의 절차를 따랐다. 먼저 본 연구자는 참여자의 진술내용을 모두 필사하고 반복하여 읽으며 의미를 파악하였다. 다음 단계에서는 갑상선암 환자의 경험과 관련 있는 명확한 문장이나 구절을 선택하여 의미 있는 진술을 도출하였다. 의미 있는 진술들을 주의 깊게 살펴보면서 중복된 표현은 배제하여 일반적이고 추상적인 형태의 구체화된 의미를 주제로 재진술 하였다. 질적 연구 경험이 풍부한 전문가에게 원 자료의 내용과 맥락이 연결되는지에 대한 검토를 받았다.

그 다음 단계로, 구성된 주제를 바탕으로 주제군을 도출하였다. 또한 분석된 자료를 계속 읽으며 각 주제에 따른 주제군을 총체적으로 기술하였다. 연구참여자의 본래 뜻과 일치하는지 확인하기 위하여 원자료의 읽기와 행간 읽기를 계속하였다. 마지막 단계에서는 주제군에서 확인된 공통적 요소를 통합하여 범주화하였다. 본 연구자는 선행 연구와 확인된 경험 현상의 공통적 요소를 통합하여 본질적인 구조를 진술하였다.

본 연구에서 질적 연구의 타당성을 확립하기 위하여 Guba와 Lincoln (1985)이 제시한 네 가지 신뢰성 기준에 따라 검증작업을 실시하였다. 본 연구는 진실성을 검증하는 기준이 되는 사실적 가치(true value), 적용성(applicability), 일관성(consistency), 중립성(neutrality)을 검증하기 위해 노력하였다(신경림 등, 2004).

사실적 가치는 양적 연구의 내적 타당도에 해당하며, 연구참여자에게 연구자가 기술한 내용과 분석결과가 참여자의 경험내용과 일치하는지를 확인하는 것이다. 따라서 본 연구자는 필사한 면담 내용과 분석 결과를 참여자 3인에게 보여주어 참여자가 진술한 내용과 일치하는지 확인하였다.

적용성은 양적 연구의 외적 타당도에 해당하며, 독자들이 연구 결과를 읽고 자신의 고유한 경험에 비추어 의미 있다고 느낄 때 적합성이 있다고 볼 수 있다. 따라서 본 연구자는 자료의 수집과 동시에 분석을 실시하고, 분석된 내용이 참여자들의 경험에 의미 있는지 연구참여자 2인에게 확인을 받았다. 더 이상 새로운 자료가 나오지 않을 때까지 자료를 수집을 진행하였으며, 녹취한 면담내용이 모호한 경우 전화나 다음 면담 시에 재확인하여 정확성을 확보하고자 하였다.

일관성은 양적 연구의 신뢰도에 해당하는 것으로 자료의 수집과 분석을 통하여 결과

에 일관성이 있는지 평가하는 기준이다. 이를 위해서 연구 과정을 상세히 기술하려고 노력하고, 분석과정에 3명의 간호학 연구자와 지속적인 협의를 통해 연구주제를 도출하여 연구의 신뢰성을 확보하고자 하였다.

중립성은 양적연구의 객관성을 의미하는데, 질적 연구에서는 확증성으로 검증된다. 본 연구에서 참여자들에게 충분한 면담시간을 제공하고 편안한 분위기를 조성하여 경험을 생생하고 자유롭게 이야기하도록 하였으며, 녹음된 면담내용과 관찰된 사항은 빠른 시일 내에 기록하였다. 연구자의 편견과 고정관념이 현상에 대한 서술과 해석과정에 반영될 수 있으므로 이를 배제하고자 노력하였으며, 연구자의 반응이 면담에 영향을 미치지 않도록 중립적인 태도를 유지하려고 하였다.

E. 연구수행과정에 따른 윤리적 고려

본 연구참여자는 연구참여자의 사생활과 인권을 침해하지 않기 위해 C대학교 생명윤리심의위원회의 승인(IRB No. 2-1041055-AB-N-01-2016-0026)을 받은 후 참여자를 모집하였다. 연구참여자의 권리를 보호하기 위하여 연구의 목적과 방법을 설명한 후 연구 진행과정 중 언제라도 참여를 거부할 수 있음에 대한 동의를 얻었다. 면담내용은 연구 목적 이외에는 사용하지 않을 것과 면담내용은 무기명으로 처리되며 연구참여자의 신상에 관한 정보는 공개하지 않을 것을 사전에 약속하고 연구참여자의 자발적 참여의사를 서면 동의서로 받고 면담을 시작하였다. 면담내용은 녹음할 것임을 설명하고 녹음된 내용은 연구 완료 후 폐기할 것과 면담이나 녹음은 원하지 않으면 언제든지 거부할 수 있는 권리가 있음을 설명하였다. 연구참여자가 설명한 내용을 이해했는지 재차 확인하고 심층면담을 시행하였다. 본 연구에서 획득된 모든 자료와 정보는 책임연구자 개인용 노트북 컴퓨터에 저장한 후 컴퓨터 로그인 시 비밀번호 설정을 통해 연구책임자 이외에는 접속이 불가능하도록 하였다.

IV. 연구결과

A. 연구참여자의 일반적 특성

본 연구의 참여자는 최근 5년 이내에 갑상선암으로 진단 받고 수술과 방사성요오드 치료를 받은 대상자로 현재 재발과 전이가 없으며 내·외과적 질환이 동반되지 않은 성인 남녀 21명이었다. 참여자들의 평균연령은 44.7세로 최저 33세에서 최고 69세였으며 남성 5명, 여성 16명이었다. 연령은 30대 4명, 40대 12명, 50대 4명, 60대 1명이었으며, 종교는 기독교 7명, 불교 1명, 천주교 2명, 무교가 1명이었다. 교육정도는 중졸 1명, 고졸 4명, 대졸 이상이 16명이었고, 참여자들의 결혼 상태는 미혼 2명, 기혼 19명이었다. 직업 상태는 가정주부 8명을 제외하고 나머지 13명은 모두 직업을 가지고 있었다. 참여자들의 경제 상태는 100만원 이상-200만원 미만부터 500만원 이상까지 다양하였다. 연구참여자들은 모두 갑상선 유두암으로 진단받았으며, 대부분의 참여자들이 한 번의 수술과 갑상선암 치료를 받았다. 진단부터 방사성요오드 치료까지의 기간을 살펴보면 진단부터 수술까지는 평균 1.8개월, 수술부터 방사성요오드 치료까지는 평균 2.6개월이 걸렸으며, 4명을 제외한 17명이 고용량 갑상선암 치료를 받았다<표 1>.

<표 1> 연구참여자의 일반적 특성

연구 참여자	성별	연령	종교	교육 수준	직업	결혼상태	경제수준	방사성용량
1	여	44	무	대졸	사무직	기혼	상	고용량
2	여	38	무	대졸	사무직	기혼	상	고용량
3	여	56	무	대졸	주부	기혼	상	고용량
4	여	69	기독교	중졸	주부	기혼	하	고용량
5	여	41	기독교	대졸	주부	기혼	상	고용량
6	남	33	기독교	대졸	전문직	기혼	상	고용량
7	남	43	기독교	대졸	전문직	기혼	상	고용량
8	남	34	무	고졸	기술직	미혼	중	고용량
9	여	46	기독교	대졸	사무직	기혼	상	고용량
10	남	46	천주교	대졸	사무직	기혼	상	고용량
11	여	43	기독교	고졸	주부	기혼	중	저용량
12	여	45	기독교	대졸	주부	기혼	상	고용량
13	여	42	무	대졸	프리랜서	기혼	상	고용량
14	여	36	무	대졸	주부	기혼	중	고용량
15	남	50	무	대졸	자영업	미혼	상	고용량
16	여	47	무	고졸	주부	기혼	상	고용량
17	여	40	무	대졸	전문직	기혼	상	저용량
18	여	42	무	대졸	주부	기혼	상	저용량
19	여	52	천주교	대졸	사무직	기혼	상	고용량
20	여	51	불교	고졸	기술직	기혼	상	저용량
21	여	41	무	대졸	전문직	기혼	상	고용량

B. 연구참여자의 경험 분석

본 연구는 21명의 연구참여자에게 대한 진술들을 Colaizzi (1978)의 현상학적 분석방법으로 분석하였다. 이에 따른 결과는 총 13개의 주제, 6개의 주제군, 3개의 범주로 확인되었다. 분석된 범주와 주제군, 주제와의 관계는 <표 2>와 같다.

<표 2> 갑상선암 환자의 질병 경험에 대한 범주

주제	주제군	범주
갑작스런 암 진단이 무섭고 충격적임		
예측할 수 없는 전이에 대한 불안함	죽음에 대한 불안함	
죽음 너머의 남겨질 가족을 걱정함		망가진 삶
치료과정속의 고난	온전치 못한 존재	
외모변화로 인한 자존감 저하		
전염병 환자처럼 나를 대함	사회적 고립을 느낌	
스스로 주변 사람을 멀리함		군중 속의 고독
인정받지 못하는 서러운 병	혼자만의 사투	
의료진의 무관심이 서운함		
건강을 더 챙기게 됨	삶에 대한 적극적 자세	
긍정적으로 받아들이려 노력함		가치관의 긍정적 변화
가족의 지지로 힘을 얻음	삶의 버팀목	
나에 대한 믿음으로 참아냄		

1. 망가진 삶

연구참여자들의 갑상선암 질병 경험 첫 번째 범주는 ‘망가진 삶’이었다. 이에 대한 주제군은 ‘죽음에 대한 불안’, ‘온전치 못한 존재’ 2개였다.

1) 죽음에 대한 불안함

연구참여자들은 갑작스러운 암 진단에 대한 충격과 당황스러움을 표현하였으며 ‘갑작스런 암 진단이 무섭고 충격적임’, ‘예측할 수 없는 전이에 대한 불안함’, ‘죽음 너머의 남겨질 가족을 걱정함’의 경험을 하는 것으로 확인되었다.

(1) 갑작스런 암 진단이 무섭고 충격적임

참여자들은 암이란 남들에게만 찾아오는 것이라고 생각하고 있었으며 자신이 암에 걸렸음을 인정하기 힘들어 하였다. 이들은 갑상선암이 거북이 암이며 착한 암이라는 것을 알고 있지만, 암이라는 진단 자체에 공포를 경험하였으며 자신이 죽을지도 모른다는 생각을 하였다. 참여자들은 자신이 죽게 되면 홀로 남겨지는 어린 자녀와 배우자에 대한 걱정을 표현하였다.

“남들이 그리잖아요. 축복받은 암이라고 그렇게 이야기하잖아요. 전 정말 그런 암인 줄 알았어요. 그래가지고 아 수술만 하면 된가 보다, 뭐 재발도 잘 안 된다 하고, 뭐 전이도 10년을 종양을 가지고 있어도 아무렇지도 않았다는 사람들도 많다고 하니까 전 정말 그런 암인 줄 알았어요. 그런데 그 카페에 가입을 하고 읽다보니까 그게 아닌 거예요. 허~ 그러니까 그게 날마다 충격인거예요.”(참여자 1)

“그 사람들은 아무렇지도 않게 암입니다. 이렇게 말을 했지만 허~ 그 말 듣는 순간 눈에서 눈물이 뚝뚝 떨어지드만... 그래서 이게 약간 암이라고 생각하면 갑상선암은 쉬운 암이네, 빨리 낫는 암이네, 무섭게 생각을 안 하는데 어찌됐

든 암이라는 멘트 자체가… 그러니까 주저앉았어요. 손이 너무 떨리지, 하늘이 무너지는 느낌.”(참여자 2)

“무섭고 두려웠어요. 큰 동굴 같은 데를 혼자 걸어가고요. 두려움 같은 거 아마 겪어보지 않은 사람들은 모를 거예요. 내가 꼭 죽을 거 같은 거예요. 그렇게 되면 우리 애들이 가장 걱정이다라고요. 맨날 그렇게 악몽을 꿴어요. (중략) 진단받았을 때… 이제 내가 가야 되나 보다, 내가 죽는 건가 이런 생각을 했어요.”(참여자 3)

“건강관리협회에서 연락이 왔을 때 너무 충격이었어요. 남들 이야기로만 들었는데 내가 진단을 받게 되니까… 전화로 받았었거든요. 그 때 마음이란 뭐라고 표현할 수가 없어요. 암이라는 그 자체에… 말이… 충격 받고 정말 나에게도 이런 일이 왔는가.”(참여자 4)

“처음에는 진단을 부정했어요. 지방의 작은 중소병원이고 다시 서울 ○○병원에서 우리나라에 그래도 큰 서울 ○○병원에서 재검을 받고, 맞다, 라고 진단 받고, 내가 암이라는 사실을 인정하게 됐어요. 굉장히 서글픈 생각이 들었어요. 암이라면 상당히 죽을 수도 있고 예후가 안 좋다는 그런 것 때문에 최악의 상황이죠. 인생에서.”(참여자 7)

“골절사고 이후에 목 부위에 여드름제거를 하기 위해 갔다가 정형외과에서 초음파를 하자 해서 목 부위까지 했는데 갑상선암이라고 추정한다는 진단을 받았어요. 그래서 큰 병원을 갔는데 전이가 됐다고 수술하자고 했어요. 수술한 병원 의사는 굉장히 어려운 수술이라고 하셨어요. 그래서 심각성을 느꼈어요. 무서웠어요. 아 진짜 잘못하면 이걸로 인해 내가 죽을 수도 있겠구나 라는 생각까지 했어요.”(참여자 8)

“처음 진단 받았을 때는 눈물이 안 났어요. 남들 많이 걸리는 흔한 거라고는 했는데 막상 수술 날짜를 잡고 기다리는 그 날까지 한 2주 정도가 쪼여오듯이 마음의 심리적인 안정이 안 되더라고요. 이걸로 내가 정리해 놓은 것도 없고 일단은 열어봤을 때 더 심란하다든지 그러면 어떡할까 이런 생각도 들고 여러 가지 생각이 들었어요. 눈물도 나고.”(참여자 9)

“진단받았을 때는 나보다는 애들이 먼저 걱정이 됐어요. 내가 암에 걸려 죽어버리면 아이들은 어찌나? 무서웠어요. 진단받았을 때는 우울해가지고 며칠 동안 실의에 빠진 적도 있었고 주변에서는 갑상선암 별거 아니야 효자암이라더라 그런 이야기를 하는데 암이라는 자체가 어떤 암이든 무섭게 다가오잖아요.

저한테는 굉장히 무서웠어요.”(참여자 12)

“○○동 대로변에서 검사를 받았거든요. 구석에 들어가서 막 울었죠. 암이라고만 하니깐… 찾아보기 전이지만 암이라는 진단을 내렸을 때는 정말 무서웠고 (중략) 제가 그 쪽으로 암은 다 똑같다고 생각을 했었어요. 그냥 아무리 거기서 얘기를 해도 일단 암이라고 밖에는 안 느껴졌어요. 암이라는 자체가 그 체질이 암은 걸리는 사람만 걸린다고 해서 다른 암이 걸릴 수 있는 확률이 높다고 생각을 해서 갑상선암이 중요하지는 않았어요. 그냥 암 자체가 체계는 되게 무서웠어요.”(참여자 13)

“굉장히 당황하고 놀랐어요. 갑상선암이라고 하니깐. 갑상선이라고 하면 몰랐을 텐데 암이라고 하니깐 ‘어 이게 뭐지’ 너무 놀랐어요.”(참여자 16)

“처음에 못 받아들였어요. 엄청 많이 울었어요. 세상이 무너지는 것 같고 내가 왜 암이지 그러면서 엄청 울었던 것 같아요. 절망적이었다고 해야 하나? 어떻게 살아야 하지 애들은 어린데 한참 키워나가야 하는데 내가 암에 걸리면 나는 어떻게 해야 하지? 되게 절망적이었어요. 제일 무서운 건 나 자신이지요. 내가 있어야지 애들도 있는 거고 가족이 있는 건데 내가 없으면 의미가 없잖아요. 암이니깐 정말 무서웠고 어떡하지 살아야 하는데 죽으면 어찌지 죽음에 대한 두려움? 그런 게 정말 강하더라고요.”(참여자 17)

(2) 예측할 수 없는 전이에 대한 불안함

참여자들은 갑상선암을 진단 받고 충격 속에서 하루하루 암이 더 커질 것 같고, 더 전이될 것 같은 불안함과 같은 부정적인 감정을 경험하게 되었다.

“혹시 제가 전이가 됐다면 받아들이고 받아들여서 그냥 제가 보람 있는 일 하고 그렇게 하는 게 낫겠다. 딱 마음먹었어요.”(참여자 3)

“저는 갑상선암이 아니고 똑같은 암환자의 입장이라고 했잖아요… 마음은… 그래서 이게 자꾸 몸 속에서 진행이 빨리 안 되는 암이라고 설명도 들었고 나도 알고는 있지만 마음이 암세포가 점점 커지는 것 같았어요… 내 마음 속에서… 하룻밤 자면 또 퍼질 것 같고, 또 퍼질 것 같고, 또 퍼질 것 같고… 전이가 잘 안된다고 해도 전이가 된 것 같고, 이런 마음 때문에… (중략) 마음이 도저히 못 기다리겠고, 일단은 연세 드신 분들보다 마음이 급한 이유는 나이

가 젊으니깐, 내가 내 생각에서 전이가 안 된다고 해도 나는 젊는데 혹시 진행이 더 빠르지 않을까... 그 기다리는 마음이 매일매일 너무 괴로울 것 같아요... 진짜 일본 일초도... 전이가 될 것 같고, 사이즈도 커질 것 같고... 그런 불안감 때문에...”(참여자 5)

“전이에 대한 걱정은 했어요. 내가 잘못되면...”(참여자 6)

“내가 좋지 않은 것을 몸에 담고 있는 게 이것을 막연하게 ○○병원 같은 경우는 기본적으로 6개월 기다려야 한데요. 그게 싫었어요. 기다리는 동안 상황이 더 나빠지면 어떻게 할까 사람의 심리가 크잖아요. 내가 이런데 어떻게 아이들을 보고 아무렇지 않게 생활을 할 수가 있겠어요. 그런 심리적인 부분에서 빨리 끝내고 싶었어요. 수술만 하면 모든 것이 끝난다는 생각... 수술하면 더 좋아지겠지... 간단하다니까 수술만 하면 되겠지 생각했어요.”(참여자 12)

“암은 번진다. 번져서 다른 데로 문제가 될 것 같다... 그래서 수술을 해야 한다는 자체가, 암이라는 자체가 제일 힘들었고요.”(참여자 13)

(3) 죽음 너머의 남겨질 가족을 걱정함

참여자들은 자신의 인생에서 부모로서의 역할을 다하는 것이 중요하다고 여기고 있었으며 부모로서의 역할이 존재했을 때 앞으로의 남은 인생에서 행복도 꿈꿀 수 있는 것이라고 생각하고 있었다. 참여자들은 부모의 역할이 하나라도 사라지게 되면 한 집안의 살아갈 방도가 사라지고 가정형편이 나빠질 것 같다고 표현하였다.

“아이들 걱정이 먼저였어요. 큰애가 5학년, 작은애 3학년, 2, 3학년 때부터 엄마의 손길이 필요한 때라서...”(참여자 9)

“수술 방에 들어갈 때는 겁나고 아이도 있고 가정도 있고 하니까 두루두루 걱정되더라고요. 아이가 8살이어서 엄마로서 그게 가장 걱정이 됐어요. 수술대에 누워서 들어가는데 두렵긴 했어요.”(참여자 11)

“내가 죽는 게 무서운 게 아니라 내가 죽으면 내 아이들에 대한 책임을 누가 쳐주나... 질병이 무서운 게 아니라 아이들의 미래가 걱정된 거죠. 아직 어리니까.”(참여자12)

“아이들이 어리다보니까 내가 없으면 애들을 누가 키워주고 누가 돌봐줘요. 부모가 없으면 애들이 불쌍하잖아요. 한참 커나갈 나이에 부모가 없다면 애들이

빠들어지고 지네들이 살아갈 나이도 아니고 어떤 불행해질 거라는 그런 생각이 드는 거예요.”(참여자 17)

“엄마로서의 역할을 생각했어요. 이 세상에 내가 할 일은 그건 거 같더라고요. 애들 결혼까지 시키는 것이 나의 최고의 할 일인 것 같더라고요. 그것만 하면 내가 굳이 후회는 없겠더라고요.”(참여자 21)

“처음에는 암이라고 하니까 왜 나한테 이러지... 좀 슬펐죠. 건강해야 하는데 애들 다 키워야 하는데... 아이들 배우자 걱정도 슬펐어요. 내 몸을 내가 왜 이렇게 다뤘지 그런 자책도 있고 아기들이 2살, 3살 엄마 없는... 그런 과정들... 그 때는 그랬던 것 같아요.”(참여자 22)

2) 온전치 못한 존재

참여자들은 암환자임을 진단받고부터 갑자기 자신이 온전치 못한 존재가 되었음을 경험하며 힘겨워 하였다. 참여자들이 암을 알게 됨과 동시에 경험하는 온전치 못한 존재에는 ‘치료과정 속의 고난’, ‘외모변화로 인한 자존감 저하’로 확인되었다.

(1) 치료과정 속의 고난

연구참여자들은 평소에 단지 피곤함으로 알았던 증상들이었지만 자신이 암환자임을 진단받고부터는 갑자기 암환자로서 시작되는 신체적 · 정신적 증상으로 더욱 힘든 시기를 경험하였다. 참여자들은 본격적인 치료가 시작되기 전 진단과 동시에 온몸으로 다양한 증상을 경험하였다.

“저한테 그러더라고요. 갑자기 미친 사람처럼 화를 낼 때가 있을 거라고. 본인의 의지와 상관없이 호르몬이 그렇게 중요한 거라고. 나한테 그렇게 이야기 하면서 주위사람한테 충분히 나에 대한 것을 인지를 시키라고 하더라고요. 그래야 오해가 없고 또 본인도 덜 미안할거라고 하시더라고요. 그러니까 감정조절이 잘 안되니까 일단 화를 버럭 낸다든가 또 몸이 좀 안 좋다든가 아프기도 하고 그럴 거라고 나한테 언지하셔서 마음의 준비는 이제 했어요. 실은 하고

있는데 나타날 때마다 내가 이거를 도대체 얼마나 해야 돼? 라고 나한테 반문하게 되고 선생님 말로는 죽을 때까지라고 했어요. 그러니까 이제 그거에 대한 절망이 있어요. 죽을 때 까지 내가 정말 이렇게 병적인 증세를 보인다고…”(참여자 1)

“약을 먹고 있는데 밤 11시에 먹어요. 알람 맞춰놓고 먹는데 어찌다 피곤해서 잠들면 알람에 아~ 약 먹어야지 하고 깨서 먹고 자는데… 시간에 맞춰 먹는게 좀 힘들어요.”(참여자 3)

“수술을 기다리는 그 시간이 그렇게 힘들었어요. 내가 수술을 하고 집에 올 수 있을까 없을까 이제 그런 염려 같은 게 있잖아요. 마취에서 못 깨어 날까봐 그리고 믿기로 했어요. 의사선생님 손길을 통해서 실수하지 않고 잘 하실 수 있도록 기도했어요.”(참여자 4)

“그 때는 너무 외로웠어요. 그리고 방사선요법이 중요한 게 아니고, 그 전에 식이요법이 너무 힘들었어요. 식이요법을… 요오드를 많이 뺀 음식들하고, 저염에 간장류를 못 먹고, 김치도 젓갈이 들어가 있어서 못 먹고, 식이요법이 있잖아요… 그 식이요법을 얼마 동안 하고 오라고 돼 있었을 거예요. 기간은 정확히 생각은 안 하는데 그 기간이 너무 힘들었어요. 왜 그러냐면 만약에 병원에 있었으면 저염식 챙겨주고 했었을 건데, 집에서 식구들 따로 저 따로 애들이 있어버리니깐 사실 간장류, 된장류 이런 거를 젓갈류 그러면은 먹을 게 없어요. 진짜 생야채만 씹어 먹던지 이렇게 해야 되는데, 사실은 식욕하고 상관 없는 병이잖아요. 속병이 아니니깐… 그리고 반찬을 따로 한다는 자체가 너무 힘들고, 누구는 주문해서 먹는다고는 하지만 그렇게까지 할 건 아니고 이중으로 비용도 드니깐 그래 가지고 그런 거 반찬 해먹는 거 그런 거 때문에 식이요법이 너무 힘들었고.”(참여자 5)

“들어가기 2주 전 요오드식이 힘들었어요. 내가 정말 암환자구나 실감했어요. 식이조절하면서 그 전에는 내가 수술하고도 암환자라는 생각을 안했는데 식이조절을 하면서 음식을 못 먹게 되면서 내가 암환자구나 인지하게 됐어요. 2박3일 혼자 있게 되다 보니까 외롭고 주는 밥이 맛이 없고 입맛이 없으니까 환자구나라는 것을 자각하게 됐어요.”(참여자 7)

“저염식이 할 때가 가장 힘들었던 것 같아요. 혼자서 나를 위해서 해먹기는 진짜 힘들더라고요. 그것을 내가 배우자나 가족을 위해서 음식을 준비해야 하고 또 나는 저염식을 나를 위해서 준비를 한다는 게 잘 안되더라고요.”(참여자

9)

“수술하면 다 끝날 줄 알았지요. 그런데 옥소치료 또 받고 또 이럴 줄은 생각을 못했는데 막상 또 입원을 하고 났더니 또 입원을 해야 하고 점점 그러면 재발까지 일어날 수 있겠다라는 생각... 착잡했어요. 이게 끝이라고 하는데 또 검사하라고 하고 또 뭐가 나오지 않을까 두려움이 생기더라고요. 아 이것만 하면 괜찮아질 거야라고 생각을 했는데 결과지를 보면 0... 확률이 있다 보통 안 해도 되는데 옥소치료를 해서 안전하게 가자 권하시더라고요...”(참여자 12)

“가장 힘들었던 때는 갑상선암 시기였어요. 음식 조절해야 하니까 가족들 거 만들고 내거 따로 만들어야 하니까 저염식이 때부터 방사성치료 때까지었던 것 같아요.”(참여자 12)

“입덧이 많이 심하지 않았어요. 두 아이를 낳았지만 입덧이란 게 이렇게 심한지 몰랐어요. 속이 울렁거리고 메스거리고 이런 거를 정말 격리치료를 해서 거실에 각각 음식이 들어와도 한사람씩 가져가거든요. 그런데 음식조차도 못 가져가겠다고요. 냄새가 메스거리어서 울렁거리어서 움직이기만 해도 막 울렁거리가지고 가만히 있어야지만 살 것 같더라고요.”(참여자 13)

“매일 먹는 게 너무 불편해요. 주사 한방을 맞으면 한 달이 간다던지 이런 것처럼... 처음에는 그런 생각이 들었어요. 이 치료를 받으면 평생을 약을 먹어야 된다고... 그랬을 때 갑자기 전쟁이 나면 어떡해. 내가 갑자기 여행을 갔는데 발이 묶였을 때 약을 어떻게 구하지 막 이런 생각에 겁이 나더라고요. 항상 어디를 가더라도 약을 조금 더 챙겨가고 이렇게 되더라고요. 그런 거에 대한 설명이라던가 아니면 이런 거에 대한 약이 나왔으면 좋겠다는 생각이 들더라고요.”(참여자 13)

“갑상선호르몬제라고 하는 신지로이드를 3주 전부터 끊고요. 수술하기 2주 전부터 식이요법 들어가거든요. 저 옥소식해가지고 그때 힘들었죠.”(참여자 15)

“음식조절이 너무 힘들었어요. 반찬도 소금기 없는 걸로 먹어야 하고 저는 소금기 없는 걸로 뭐든지 잘 먹어요. 잘 먹는데 소금기 없는 걸 제가 만들지를 모르잖아요. 우리 친구한테 부탁했어요. 해 주더라고요 그것이 남자로서 고민이 되더라고요. 그것이 조금 힘들더라고요.”(참여자 16)

“그런데 이런 건 좀 있어요. 평생 갑상선이 없으니까 그 대응을 약으로 한다. 어차피 뭔가를 해야 되는데 약으로 한다, 평생 먹어야 한다, 약을 찾아야 한다, 이런 것이 좀 있죠. 약이 없으면 안 되잖아요. 약에 대한 의존도...우리 보통

사람은 안 먹어도 되잖아요. 그런데 나는 그 약만큼은 먹어야 되잖아요.”(참여자 16)

“약을 안 먹으면 안 된다는 강박관념. 그래서 항상 약을 챙겨먹고 아침에 못 먹으면 오후에라도 먹고 처음엔 약을 잘 안 챙겨 먹었어요. 그런데 지금은 약이 없으면 안 된다는 강박관념이 있어요. 안 먹고 싶어요. 약을 안 먹고 살았으면 좋겠어요.”(참여자 17)

“그게 켈 힘들었던 것 같아요. 사실은 집에 애들이 있다 보니까 그걸 먹고 격리하는 것도 되게 힘들었고 이 방사성치료를 하기 전에 음식 조절해야 하는 부분이 사실 진짜 수술하고 입원하는 거는 아무것도 아닌 것 같아요. 오히려 이 부분이 제일 힘든 것 같아요. 주부이다 보니까 제가 먹을 수 있는 것만 먹을 순 없잖아요. 다른 사람 음식도 준비해야 되고 하는데 식이요법할 때는 그런 음식 먹으면 안 되잖아요. 그래서 이 부분이 힘들었던 것 같아요. 가족을 위해서도 음식을 해야 하고 또 나를 위해서도 음식을 챙겨서 먹어야 한다는 거, 따로 소금도 사야 되고, 따로 된장도 사야 되고, 이런 제대로 된 식단을 챙겨서 먹기가 저는 힘들었지요.”(참여자 18)

“방사능치료를 해야 하니까 요오드음식을 먹으면 안돼요. 한 달 동안... 한 달 동안 호르몬제도 먹으면 안돼요. 거기에도 요오드가 들어있으니까 그러므로 인해서 몸이 일단은 호르몬이 안 생기는 상태잖아요. 그러니까 몸이 붓는거예요. 몸이 안 좋아요. 어딘가 모르게 몸이 아파요. 기운도 없고 아무튼 안 좋아요. 그 때도 똑같아요. 수술하기 전이나 똑같아요. 이때도 아팠어요. 수술하기 전이나 수술 후나 똑같이 아팠어요. 호르몬제가 안 들어가는 시기라... 그때도 기운도 없고... 다른 사람은 안 그랬다고 하더라고요. 저는 안 그랬어요. 너무 기운이 없이 힘든 거예요. 약 먹을 때까지 힘들었어요. 아팠어요. 아프다고 말해야 하나 기운이 없다고 말해야 되나 아무튼 수술 전이나 수술 후 하고 차이가 없었어요.”(참여자 21)

(2) 외모변화로 인한 자존감 저하

참여자들은 갑상선암 수술 후 상처로 인하여 자신감 저하 등의 부정적인 영향을 받고 있었다. 수술 후 목 중앙에 난 작은 상처지만 남녀 참여자 모두에게 유독 크게 느껴졌고 이를 감추기 위하여 노력하였다.

“목 부위와 가슴 쪽으로 하는 방법이 있는데 가장 잘하는 분이 강남 ○○병원에 있다 그래서 가봤어요. 방법에 대해서 흉터가 걱정이 됐어요. 수술 안하고 약물치료나 전절제수술 했어요. 목으로 학생들이 볼 거고, 학생들이 계속 바뀔 거고, 남자지만 혐오스러울 수 있고, 제 직업이 체육교사인데 직업과 관련해서 흉터가 걱정이 됐어요.”(참여자 6)

“여자니까 미용에 신경을 안 쓸 수는 없잖아요. 차후에 흉을 없앨 수 있거나 하는 방법도 제시해 주시면 어떨까 흉이 그대로 남아있으니까 예쁘게 남은 사람은 그렇게 표가 안 나지만 살성마다 다르잖아요. 도드라지게 수술 자국이 보이니까 그런 것까지 고려해 주셨으면 하는 바램이에요.”(참여자 11)

“흉 나는 것도 너무 무서웠고. (중략) 하나하나가 다 무서웠죠. 칼 수술하는 것도 무섭고 알아 가면서도 무섭고 그랬죠.”(참여자 13)

“로봇을 선택하게 된 것은 아무래도 미용적인 부분. (중략) 여자이니깐 그런 면에서.”(참여자 13)

“지금도 흉터가 큼니다. 그래서 미용적인 부분을 미처 생각을 못 했던 거고 지금은 남자니깐 벗고 다니는데.”(참여자 16)

2. 군중 속의 고독

참여자들의 갑상선암 질병 경험 두 번째 범주는 ‘군중속의 고독’이었다. 이에 대한 주제군은 ‘사회적 고립을 느낌’, ‘혼자만의 사투’ 2개였다. 갑상선암 환자들의 치료 경험은 최선의 치료 과정 속에서 발생하는 수술의 위험성과 부작용, 흉터에 대한 걱정이었다. 또한 검사결과로만 바라보는 의료진의 시선과 환자대접을 해주지 않는 가족과 주위 사람들의 서운함을 경험하였다고 하였다.

1) 사회적 고립을 느낌

연구참여자들은 불안과 고통의 감내를 통해서 자신이 암환자임을 실감하였다고 하였

다. 참여자들의 불안과 고통은 ‘전염병환자처럼 나를 대함’, ‘스스로 주변사람을 멀리함’으로 나타났다.

(1) 전염병환자처럼 나를 대함

참여자들은 수술을 위해 병원에 입원을 하면서부터 비로소 암환자임을 느꼈다고 하였다. 방사성요오드 치료를 위해 격리입원을 하는 참여자들은 그 누구도 올 수 없고 세상과 단절되는 격리병실의 환경에서 죄를 짓고 벌을 받는 느낌을 경험하였다. 의료진의 보호 장비와 행동이 나를 전염병 환자처럼 대하는 것 같아 힘들었다고 토로하였다.

“저렇게 은박지 옷을, 은박지를 저렇게 입고, 나한테 할 줄은 생각도 못한 거예요. 그런 거에 대한 배신감 정말 의사이던지 약 주는 사람은 그냥 약을 주는 사람이겠지만 아 저 정도로 자기는 무서운 걸 나한테 맨입으로 먹으라 하네. (중략) 그 때 당시는 정말 기분 나빴어요. 기분 나쁜 게 제일 먼저였던 것 같아요. 그 어떤 대하는 자세 자체가 꼭 정말 주면 안되는 걸 나한테 꼭 독약 먹이는 사람처럼 그렇게 하고 자기는 썩하니 도망갔다니까요. 물하고 약을 놓고 자기는 그 은박지 옷을 입고 있으면서도 썩하니 방 밖을 나가는 거예요. 이거 드시고 그냥 약 먹고 바로 물을 삼키래요. 그리고 바로 그냥 집에 가시면 되요 라고 하고 자긴 나가버렸어요. 뭐야 저 사람은 내가 저렇게 옷 입고 있으면 내 옆에 있어도 되겠구만 세상에 저렇게 심하게 그리고 딱 옆에 보면 컵 버리는 데가 있어요. 그것도 완전히 밀폐돼 가지고 아예 딱 컵 하나만 넣고 뚜껑을 딱 닫게 이렇게 생긴 함이 있더라고요. 아 이게 기분 나쁘구나 기분이 드립구나 이런 생각 제일 그 생각이 많이 들었어요.”(참여자 1)

“격리가 너무 힘들어요. 처음에 딱 들어갈 때 철문이드만 문을 딱 보고 가족도 누구도 올 수 없잖아요. 그래도 제가 믿음이 없었으면 굉장히 견디기 힘들었을 것 같아요. 2박 3일 기도를 하러 간다 그 생각을 하고 거기를 들어갔어요. 그렇지 않음 힘들어요. 우리한테 위협적이잖아요. 철문이 닫혀지면 거기서 나 혼자 있어야 하잖아요. (중략) 간혀 있다는 거 분리돼 있다는 거 혼자 분리를 시키는 그것이 그렇게 힘들어요. 일반 가족이나 모든 사람하고 격리를 시키잖아요. 가족과 분리가 아니라 모든 사람하고 혼자… 혼자서 간혀 있는 그런

거 때문에 단절돼 있고 우리 아는 사람도 ○○에서 했는데 혼자 있는 게 그게 제일 힘들었네요.”(참여자 4)

“너무 무서웠어요. 가장 중요한 것은 모든 걸 다 일회용으로 싸서 사람을 처참하게 만들었어요. 혼자 있는 것은 나쁘지 않았어요. 식판이랑 모든 게 다 일회용 그건 이해가 됐는데 음식물도 비닐로 씌워서 배달이 되니까 그걸로 인한 저는 그래서 한 끼도 못 먹고 반 끼 정도만 먹고 다 내냈어요. 일단은 물을 먹고 방사능을 빼야 된다는 그것만 일회용으로 주는 자체가 의료진들이 나를 대하는 방법이 그 일회용으로 주는 게 일회용으로 주는 자체가 서운하더라고요. (중략) 제가 무섭고 힘들었던 것은 충분히 일회용에 줄 거라는 미리 말이 있었다면 모르는데 아무튼 일회용으로 주니까 처참하더라고요. 내가 이렇게 손도 대면 안 되는 관계자들이 만지면 안 되는 것으로 취급을 하니까 철저하게 선을 그어서 이 사람은 방사선을 받은 환자 이런 식으로 대우하는 자체가 그게 조금 환자들한테는 안 좋았던 것 같아요. 주변에 다 말 들어보면 나를 격리하고 그런 것에 대한 서글프고 치료도 치료지만 그것이 되게 나빴던 것 같아요. 저는 그 나름대로 다시는 제 기억 속에는 대개 공포적이었던 생각이 드는 거예요. 격리실을 들어가는 건 괜찮았는데 그 안에서 나를 대하는 거에 대해서는 철저하게 격리하고 그런 것이 더 공포스러웠던 것 같아요. 그래서 계속 울었던 것 같아요. 치료 차원이라고 말했는데 이걸 치료가 아니라 만지면 안 되는 걸로 그렇게 하니까 계속 눈물만 흘렸던 것 같아요. 그 때부터 신세 한탄 오히려 암을 처음 알았을 때 보다 눈물이 더 많이 나왔던 것 같아요.”(참여자 9)

“동위원소를 줄 때 벽면에서 주더라고요. 이렇게 손으로 꼭 굳이 그렇게 해야 되나 이게 직선적으로 방사능이 나오는 건가 이런 생각이 들었어요. 왜냐면 마시고 들어가면 그때 발산하지 않나 아 이게 저 사람한테는 독하구나 이해는 하지만 나는 이게 약이 될 수 있겠구나.”(참여자 10)

“사람취급 못 받는다 그런 느낌이었어요. 약간 감옥 같고 왜 철문이고 그렇잖아요. 병실 같지 않고 아무리 병실같이 꾸며 봤다 해도 저는 거기 가서 먹고만 나왔는데 그냥 무섭다 병실이 무섭게 생겼어요. 거기 있는 사람도 무서워요. 약간 사람취급 안 하더라고요. 약을 주더라도 자기들은 누출이 될까봐 그럴 수도 있겠지만 좀… 방송으로 따서 드세요 물 마시세요.”(참여자 19)

“밥도 따로 주지 캡슐도 가지고 들어가서 이렇게 해서 마셔라 그러지 그런 건

당연한 거니까 따지고 보면 기분 나쁠 수도 있는데 그건 기분 나빠할 건 아니고 그냥 당연히 받아들였었고.”(참여자 20)

“격리실에서 한 알 먹고 집으로 왔어요. 그 분도 약 주시는 분도 당연히 옷 완전 무장하고 장갑 끼고 완전 빠른 실내에 빨리 먹으라고 당연히 먹어야 한다고 생각했어요. 이걸 먹어야 산다. 이걸 먹어야 산다라는 생각을 했어요. 어쨌든 나를 위해서 그 분이 해주는 거니까 그런 환경임에도 불구하고 나를 위해서 그런 완전무장을 하고 그렇게 해주는 거에 감사를 했죠. 어쨌든 간에 그런 위험한 약물임에도 머리까지 다 쓰고 눈만 내놓고 핀셋으로 입에 넣어줘요. 그리고 얼른 삼키라 그래요.”(참여자 21)

(2) 스스로 주변사람을 멀리함

참여자들은 갑상선암 치료 후 방사선이 아이들과 가족, 주위 사람들에게 피폭될까봐 걱정하였다. 격리입원 치료를 마치고 권고 기간이 지났음에도 사람들에게 피해를 줄까봐 스스로 주위 사람들과 접촉을 피하며 관계가 위축됨을 경험하기도 하였다.

“일주일 정도는 좀 떨어져 있으라고 하더라고요. 그래서 ○○병원에 입원을 했죠. 그 쪽도 딱히 저한테 오지 않았어요. 저한테 해줄게 딱히 없으니까 식사 그 부분만 주고 피폭 때문에 들어오거나 그러지 않았어요. 저는 당연한 거라고 생각했어요. 다른 사람한테 피해를 주고 그러면 그 정도는 우리가 이해를 하고 지켜줘야 되니까 당연히 그렇겠다. (중략) 요오드 치료가 끝나고 한 달정도 쉬는데 정신적으로 더 힘들었어요. 삶의 의욕이 없고 우울증처럼 사람 만나는 것도 빨리 끝났으면 좋겠고.”(참여자 2)

“혹여라도 가족이나 이웃에게 피해 갈까봐 철두철미하게 했어요. 그게 힘들었어요. 귀가하고는 괜찮다고는 했는데 가족을 위해서 격리를 좀했죠.”(참여자 4)

“며칠 동안 앓아 누웠어요. 이불을 뒤집어쓰고 안 나왔어요. 한 3, 4일 사람들은 위로를 하는데, 갑상선암은 효자암이라고 위로를 하는데, 나도 이제 간호사이니깐 알면서도 가족들이 원망스럽고 나를 이렇게 피곤하게 해서 애들한테 원망가고, 신랑한테 원망이 가면서 다 밉더라고요. 그래서 모든 사람이 다 싫고 아무리 다른 사람들이 위로를 해도 위로가 안 되고, 그냥 그 당시에는 이

게 유방암이 됐던 상태가 안 좋은 암이 됐던 갑상선이 가벼운 암이 됐던 그것에 상관없이 그냥 똑같은 암환자의 마음. (중략) 그냥 집 밖을 안 나갔고 신랑이 있는데 남자들은 별로 표현을 많이 못하기 때문에 남편도 똑같이 다른 사람들이 하는 말처럼 그 정도이지 그 때는 전화도 안 받았던 거 같아요.”(참여자 5)

“집으로 갔어요. 그래서 그 걱정 때문에 퇴원을 하면 애들을 데리고 와서 신랑이 애들 데리고 자고, 먹는 거는 따로 챙겨주고, 그러려고 했는데 아무래도 접촉이 걱정이 되더라고요. 그래가지고 어느 정도 퇴원할 때 되면 2박 3일이니깐 타인에 대한 영향은 거의 없다고 하더라고요. 그래도 마음이 내가 방사선 치료를 받아가지고 그 사람들이 나 때문에 방사선에 노출이 될까봐 그 사람들이 조금 꺼림직하게 생각할까... 그 생각을 저 병원에 나오면서 생각을 하게 된 거예요. 지인들이 내가 갔다 온 걸 아니깐 퇴원할 때 되면 거의 이제 배출이 돼버리고 남에게 끼치는 영향은 거의 없다고 가족들은 접촉을 오랫동안 하니까 조금은 문제가 될 수 있어서 주의사항을 주고 이러는 것을 매번 설명할 수도 없는 일이고 신경이 쓰여서 사람은 안 만나야겠다 스스로 병원 문 나오면서 그 생각을 한 거예요.”(참여자 5)

“개인병원으로 갔어요. 저도 방사선을 받고 온 거라서 다른 환자분한테 조금은 미안하기도 했는데 그냥 그 안에서 치유하고 했던 것 같아요. 아이들 걱정이 엄마로서 항상 늘 있었어요. 앞으로 나가서 약으로 의존해야 된다는 마음가짐을 바꾸는 과정도 그러고 그런 것들이 같이 잘 할 수 있을까 하는 걱정들이 있었어요.”(참여자 9)

“저는 소량이어서 캡슐 먹고 집으로 걸어갔어요. 최대한 접근 못하게 하면서 아이들과 같이 생활했어요. 사람 없는 곳을 피하면서 산책과 운동을 했어요. 아이들한테 방사선이 갈까봐 그게 좀 두렵고 걱정이었어요. 아이가 어려서. (중략) 방사선치료 후 산책 삼아 장거리를 걸어왔던 것 같아요. 음식조절이랑 방사능은 사람들에게 피해주는 것 보다 제가 조심해야 될 것 같았어요.”(참여자 11)

“옥소치료 준비할 때는 거의 그냥 나물에 밥만 먹은 것 같아요. 신랑은 회사에서 먹고 오고 애들은 친정엄마가... 그 때는 병원에도 들어가 볼까 생각했는데 애들이 걸리니까 옥소치료하고 나서도 병원에 들어가려고 했는데 안 들어가고 집에 혼자 있었지요. 애들하고 신랑은 친정 가서 있고 그냥 저 혼자 그때는

치료해야 되니까.”(참여자 19)

“바로 집으로 왔어요. 아이들과 접촉하지 말라고 해서 2주 떨어져 있었어요. 저 같은 경우 저용량이라 오래 안 떨어져 있어도 된다고 했는데 혹시 몰라 아이들 걱정 때문에 남편도 가라고 보냈어요. 친정으로 그리고 그때 혼자 있을 때 진짜 우울하더라고요. 진짜 우울증 걸릴 것 같았어요. 밖에도 못나가죠. 그건 사람이 사는 게 아니에요. 밖에 나만 생각하면 나갈 수도 있어요. 저 사람들이 내가 그걸 먹었는지 안 먹었는지 모르잖아요. 그런데 또 나돌아 다닐 순 없고 집에만 있으니까 사람이 딱 죽은 사람이더라고요. 나만 생각하면 나갈 수도 있었는데 내가 이렇게 차 마시고 친분 있는 사람들에게 피해주면 안되지 않아요. 그래서 내가 좀 참자 하다보니까 2주 있다 보니까 사람이 그 때 딱 우울증 오는 것 같아요.”(참여자 19)

“방사선 치료 받고 바로 집으로 못가니까 다른 병원에 한 일주일 입원했다가 집에 갔어요. 다른 가족들 피폭될까봐.”(참여자 20)

2) 혼자만의 사투

연구참여자들은 갑상선암의 치료과정을 경험하며 갑상선암에 대한 치료를 대수롭지 않게 생각하는 가족이나 주변의 이해부족에 힘겨워 하였으며, 혈액검사 결과로만 자신을 진료하는 의료진의 시선에 서운함을 표현하였다.

(1) 인정받지 못하는 서러운 병

참여자들은 가족이나 주위사람들이 자신의 병을 알아주지 못하고 가볍게 생각하는 시선과 태도에 서운함을 느꼈다고 표현하였다. 일부 참여자들은 자신을 안쓰럽게 바라보는 시선이 불편했고, 갑상선암에 걸린 것이 자존심이 상하는 것이었다고 표현했다. 그러나 대부분의 참여자들은 갑상선암 치료를 끝내고 퇴원한 이후에도 힘든 치료를 하고 있는 암환자처럼 대해주고 이해해주시기를 바랬지만 가장 가까운 배우자마저도 퇴원과 동시에 아무 일이 없었던 것처럼 일상생활을 하도록 했었다고 힘들었음을 표현하였다.

“수술 전 검사들로 인해 몸은 몸대로 지치고 일상으로 돌아와 가정은 돌봐야 되고 아이들 엄마의 입장, 아내의 입장이 돼야 되고, 여러 가지 어떤 것들이 다 몰려오는 거예요. 2주 동안에 그런 것들을 나 혼자 다 챙겨가면서 다 알아서 하니까 식구들도 물론 힘들게 생각했지만 정작 자기들 몸이 아니니까 그렇게까지는 와 닿지가 않는 거죠. 그 과정들이 저한테는 다 힘들게 느껴지고 그랬던 것 같아요.”(참여자 9)

“배우자가 너무 가벼운 암으로 생각하니까 방송이나 마스크이 잘못됐더라고요. 솔직히 암은 암인데 가벼운 거니까 금방 잘 될 거라고… 보호자들이 갖는 마음가짐이 너무 약했어요. 그냥 별거 아니라고 간단하게 생각을 하니까 사실은 지금도 그 마음은 제가 늘 말하고 싶은 게 뭐냐면 너무 갑상선암을 하찮은 걸로 생각을 하는 거예요. 저는 평생을 약을 먹어야 되고 약이 아니면 막말로 의사선생님께 약을 안 먹으면 어떻게 되요? 하니까 죽어요~ 이렇게 대놓고 말씀을 하시더라고요. 이제 그래서 그럴 정도로 약이 아니면 제 호르몬 리듬이 깨져서 저는 힘든 건데 주변에서 너무 가볍게 생각을 하니까 배우자나 주위 사람들 친인척 이런 사람들이 너무 가볍게만 생각하니까 자기들은 예후가 좋은 암이라고 하니까 무조건 다 좋은 줄만 알고 그냥 암환자 대우도 안해줄 뿐더러 가볍게 생각하니까 환자복 입을 때만 환자지 환자복 벗으니까 똑같이 일상생활을 똑같이 하라는 거예요.”(참여자 9)

“가족들이 특히 남편한테 서운함을 느꼈어요. 그래도 나 환자였는데 너무 아무렇지 않게 그런 섭섭함이 있었어요. 너무 가볍게 여기는 건 아닌가, 날 좀 더 수술 전 보다는 위해줬으면 좋겠는데, 나도 물론 가볍게 생각하는데 남이 가볍게 생각하면 더 섭섭한 것 같아요. 가족들 남편이.”(참여자 18)

“갑상선암도 어쨌든 아무것도 아니라고 하지만 본인은 너무나 힘들고 고통스럽다는 거, 그리고 평생 약을 먹고 수술을 한 다음에도 기운이 계속 빠진다는 거, 잠깐잠깐은 기운이 빠진다는 거, 그런 증상들이 있고 그리고 죽지 않은 병이라고 하잖아요. 죽지는 않지만 환자는 굉장히 힘들다는 거 본인 나름대로 굉장히 힘들다는 거.”(참여자 21)

“암이라는 그 자체에 사람이 무슨 암이 됐든 간에 누구는 그래요. 갑상선암 별거 아니야 지금은 그러긴 한데 별거 아니야 그거 괜찮아 그러는데 실상 자기가 암이면 그게 아니거든요. 그런 말들이 쉽게 툭 뱉을 말은 아닌데 한 번씩

갑상선암 별거 아닌데 왜 그래 그러면 상처를 받기도 했는데 그때만 해도 갑상선암은 좀 큰 거였거든요. 지금은 아니지만 그런 별거 아니야 교수님도 그러는데 제 땀에는 별거 아니야 하는 소리가 오히려 더 서운하더라고요. 나를 좀 아프다는 걸 인정해주면 좋겠는데.”(참여자 22)

(2) 의료진의 무관심이 서운함

참여자들은 갑상선암을 진단받을 때부터 갑상선암을 대수롭지 않게 생각하는 의료진의 인식과 태도를 시작으로 치료에 임하게 된다고 하였다. 참여자들은 수술과 갑상선암 치료를 끝내고 병원을 떠난 후에도 다양한 신체적 · 정신적 변화로 힘들지만 정기검진 때마다 혈액검사 결과로만 자신들을 대하는 의료진의 태도가 힘들었으며 의료진마저도 갑상선암을 대수롭지 않게 생각하는 암에 대한 차별이 있음을 경험하였다고 말하였다.

“갑상선암이라고 사실 쉽게 생각하는데 처음에 그랬다고 했잖아요. 제가 다른 사람만 그렇게 생각할 뿐이지 본인은 자기들도 암환자이거든요. 암환자인데...”(참여자 5)

“의사선생님들은 너무 많은 사람들을 보기 때문에 이게 당연히 돼버리는 당연히 그건 그러지 수술했잖아 그러나 처음 수술한 사람은 이게 어떤 느낌인지 경험을 해가면서 아 이런 느낌이 드는구나라고 알게 되는 거지요. 그냥 느낌이 나는데 나한테는 항상 새로운 느낌이고 그런데 의사 선생님들은 그런 수술 후의 새로운 느낌들을 말을 안 해주고.”(참여자 10)

“암에 대한 차별이 있어요. 중대한 암과 일반암에 대한 차별성 방치해 두는 게 많았어요. 수술하고 이후에 나는 내 입장에서는 중요한데 의료진 입장에서는 갑상선암은 아무것도 아니야 그런 느낌을 받았어요. 어떤 행위라기보다는 별로 관심이 없죠. 입원해서 자주 환자의 상태를 체크해야 하는데 그런 거에서 조금 소홀했다는 거 소홀하지 않았나 하는 생각이 들어요. 내 아이도 입원을 해보면 잠잘 시간이 없이 간호사가 환자의 상태를 체크하잖아요. 그런 반면에 너무 한가로이 조용한 거... 모르겠어요. 쉬라는 의미였는지...”(참여자 12)

“약을 먹는 게 너무 불편해요. 수술하고 나서 중간 중간에 갑자기 맥이 빠지는

경우가 있어요. 제가 몸에서 먹는 거하고 호르몬 수치 병원에 가서 재는 것 하고는 다르게 나오더라고요. 저는 저하증 증상이 나오는데 피검사에서는 항진증으로 나오니깐 약을 더 줄 수가 없네요. 저 같은 경우는 너무 춥고 무기력하고 저는 정말로 일 때문에 운동을 많이 하거든요 운동하니깐 체중감량이 되는 거지 저같이 운동을 아주 안한다면 이것 저하증 증상이 있을 것 같은데 항진증으로 보고 약을 줬구나 약을 자꾸만 안 주시더라고요. 그래서 저는 무기력해지고 힘든 게... 이럴 거 같으면 수술을 안 했을 거라는 생각을 그게 제일 들어요. 병원에서는 피검사 데이터만 보고 나는 이렇게 힘든데 데이터만 보고 컨트롤을 안 해주는 게. (중략) 저 같은 경우에는 의사선생님이 건들지 않았다고 하는데 칼슘이 부족한 절임 증상이 와서 병원에서 끊자고 했는데 끊고 나서 나온 게 마비가 와서 갑자기 주사를 맞아야 돼요... 그래서 칼슘제를 다시 늘렸어요. 그런 것처럼 저한테는 이게 일상의 데이터로만 같고 저를 바라보는 게 그래서 저는 별로 권하고 싶지가 않더라고요. 그러니깐 안 할 수 있으면 안 하는 게.”(참여자 13)

“제가 메모를 해 가지고 가서 질문한 적이 있는데 의사선생님들은 여러 사람들을 상대로 하기 때문에 그냥 이야기를 하고 끝내고 다음 다음 하잖아요. 그런데 나는 질문도 해보고 싶고 하지만 뒤에 다른 사람도 있기 때문에 안 되는 거예요. 그럼 그 많은 정보는 간호사나 의사한테 안 것이 아니라 사실 인터넷에서 더 많이 알아요. 카페에서 더 많은 정보를 얻고 있어요.”(참여자 16)

“대학 교수님들은 물어보고 싶어도 환자는 엄청 밀려있지 교수님 자체가 간단 명료한 거, 필요한 거만 말해버리지 더 이상 안 알려 주려고 하니까 그게 좀 안타깝더라고요. 나는 아프고 힘들고 증상이 나타나는데 이야기를 하면 아무것도 아니라고 괜찮다고 이런 식으로 해버리니까 더 이상 말이 안 나와요. 물어보고 싶어도 괜찮다고 아무것도 아니라고 교수님 혹시 그런 경우도 있나요. 그러면 괜찮다고 그런 거 없다고 아무것도 아니라고 말해 버리면 난 아닌데 난 심각한데.”(참여자 17)

“제가 약 타러 가서 불편한데 없냐고 물어봐서 불편한 데를 말하면 수치상 아무 이상 없네요. 이렇게 말을 하고 딱 말을 못하게 해요. 그러면 나는 힘들어 죽겠는데 근데 어떤 분은 증상 말하면 수치와 상관없이 조금 올려주기도 해요. 의사선생님들은 수치에 너무 민감한 것 같아요. 나는 힘든데 수치는 이상이 없다고 하고 그러니까 카페 같은데 보면 그런 말이 많이 올라와요. 나는

힘든데 수치상 이상이 없다고 한다 그러니까 그게 문제죠. 왜 사람도 다 틀리잖아요.”(참여자 19)

3. 가치관의 긍정적 변화

참여자들의 갑상선암 치료 경험 세 번째 범주는 ‘가치관의 긍정적 변화’로 나타났다. 이에 대한 주제군은 ‘삶에 대한 적극적 자세’, ‘삶의 버팀목’ 2개였다. 연구참여자들은 자신이 사라질지도 모른다는 두려움과 살기위한 불안과 고통을 감내하며 갑상선암 치료를 통해서 자신이 긍정적으로 변화하면서 암환자로 살아가고 있음을 경험하였다.

1) 삶에 대한 적극적 자세

연구참여자들은 갑상선암 치료 과정을 견디며 자신에게 암이 발생한 이유에 대해 긍정적으로 생각하려고 하였다. 참여자 대부분은 남편과 자식만을 위해 살아 온 자신의 삶을 되돌아보며 자신의 존재를 소홀히 했던 지난 삶을 후회했고 일만하며 살아온 자신의 삶을 반성하며 변화된 삶을 계획하게 되었다.

(1) 건강을 더 챙기게 됨

참여자들에게 갑상선암 질병 경험은 자신의 삶을 되돌아보고 건강을 더 챙기기는 계기가 되었다. 수술과 갑상선암 치료 후 재발 방지와 건강한 생활을 유지하기 위해 생활습관과 식습관의 변화를 계획하였으며 갑상선암 치료가 끝난 후에도 추후 관리에 대한 꾸준한 정보를 탐색하였다.

“만약에 이런 일이 없었다면 내 몸을 더 돌보지 않았을 것 같아요. 건강에는 자신 있었고 이려고 나서는 건강, 콜레스테롤 이런 거 신경 쓰고 제가 변했어요. 갑상선암 때문에 여러 가지로 제가 다른 거 많은 좋은 쪽으로 생각을 하게 돼가지고 다른 건강을 챙기려고 생각해요.”(참여자 4)

“음식 생각 생활패턴들을 많이 바꿨어요. 직장환경이라든지 스스로 많이 바꾸

고 나서 지금은 만족한 삶을 살고 있어요. 운동도 100프로 들어갔어요. 운동 별로 안했죠. 채소도 많이 들어가고 비타민이라든지.”(참여자 7)

“오히려 이것 때문에 한번 경각심이 생겨서 생활습관이라 던지 이런 걸 더 잘 해서 아무래도 정말 더 건강에 신경을 쓰는 것 같아요. 운동이라던가, 먹는 거 라던가.”(참여자 13)

“아프고 나서는 제 건강을 챙겼던 것 같아요. 아프기 전에는 제 건강에 대한 생각이 아예 없었어요. 그랬는데 수술하고 나서는 내가 내 건강을 챙겨야 하고 내가 없으면 나도 우리 가족도 아무 의미가 없구나. 그러면서 운동 열심히 하고 한 3년은 맨 날 산에 다니고, 식이요법 해가지고 밖에서 음식 아예 안 먹고 고기 안 먹고 야채만 먹었어요. 야채만 한 3년 먹고 그러다 보니까 살이 10킬로 빠지고 그러면서 많이 건강해졌어요. 지금도 음식이라든지 이런 건 좀 조심히 먹어요. 신경을 많이 쓰죠. (중략) 그 전에 아무거나 먹고 몸에 좋은 거, 안 좋은 거, 안 가리고 먹었어요. 그런데 지금은 몸에 안 좋다 하면 안 먹 게 돼요. 고기 종류라든지 책에 나와 있는 거 인스턴트, MSG 들어간 거 일반적으로 안 좋은 거 채소 위주로 먹어요. 내가 중요한 거예요. 그 전에는 남편 아이들부터 생각하고 그랬는데 지금은 나부터 생각해요.”(참여자 17)

“그래서 검진 더 챙겨서 하게 되고 그래요. 다른 건 잘 모르겠는데 자궁과 유 방은 더 챙기려고 해요. 자궁은 예전에 조그만 혹 때 내서 챙기게 되고 유방 도 양성종양으로 때 낸 적이 있어서 유독 챙기게 되고 또 이런 암들이 더 무 겁다고 느껴져요. 여자여서 그런 건 아니에요.”(참여자 18)

“많이 변했죠. 진단받기 전에는 내 몸을 혹사를 시켰잖아요. 지금은 휴식이 반 드시 필요하다는 거 그 때 그 때 필요하면 항상 쉬어주고 지금 같은 경우는 될 수 있으면 음식을 하루 한 개씩 달걀 먹으려고 노력하고 우유도 한 컵씩 먹으려고 노력하고 어찌다 고기 한번 당기면 그땐 살코기만 먹고 그래요. 살 이 찢어도 고기를 별로 안 좋아해요. 그 전에도 안 좋아했던 것 같아요. 제철 과일 챙겨먹을라고 노력을 하고요. 샐러드 과일 먹으려고 노력해요. 그 전에는 그냥 있는 대로 닥치는 대로 먹었던 것 같아요. 사람이 아파 보니까 먹는 것 이 굉장히 중요한 거예요. 먹는 거에 따라서 사람이 굉장히 많은 것을 좌우하 더라고요.”(참여자 21)

(2) 긍정적으로 받아들이려 노력함

참여자들은 앞으로는 스트레스 상황을 최대한 만들지 않고 마음의 여유를 가지고 생활하겠다고 생각하였으며, 모든 상황을 가능한 긍정적으로 생각하고 판단하려 노력한다고 하였다.

“우리가 인생을 100세 시대라고 하잖아요. 거의 100세까지 살기에는 무리인 것 같고 제가 봤을 때 인생을 딱 절반을 산 시점에서 이렇게 알게 된 거잖아요. 앞으로는 좀 더 여유를 갖고 나를 좀 더 위하면서 살아야겠다. 그런 생각했던 것 같아요. 그런 점은 좋았던 것 같아요. 계기가 있어서 사람은 다시 되잖아요. 그런데 안 걸렸으면 좋았겠죠. 암이 안 걸렸으면 좋았겠는데 그나마 위암이나 폐암 걸려가지고 4기 되고 막 석 달 밖에 못 살아요. 뭐 이런 거에 비하면 평생 호르몬제를 먹고 이 증세가 계속 있어야 된다고는 하지만 그래도 석 달밖에 못 살아요. 보다는 뭐 엄청 나은 거니까 감사해야죠.”(참여자 1)

“남편에 대한 걱정은 안했어요. 잘 살 수 있을 거라 생각이 들었어요. 그런데 나보다는 걱정됐어요. 지금은 제가 많이 생각을 안 하려고 노력해요. 나 먼저 생각하려고 먹고 싶은 것도 남편 안 간다고 하면 그냥 저 혼자 가서 먹고 와요. 이렇게 지금은 많이 바뀌었어요.”(참여자 3)

“기독교를 다니지만 많이 믿지는 않아요. 와이프 때문에 다니지만 하나님이 어떤 테스트를 하시는 것 같기도 하고 나중에 더 큰 병 오기 전에 한번 병을 주면서 조금 조심하라는 뜻으로 받아들였고 인생이 언제 끝날지 모르니까 재미있게 살자 하는 마음은 좀 가졌던 것 같아요.”(참여자 6)

“수술은 비밀비제했고 수술보다는 이 수술로 인해 주변인에 대한 고마움을 느낀 게 컸어요. 생활관... 기존의 혼자만의 생활을 하다가 더불어 생활을 많이 하게 되고 가족이든 배우자를 찾게 되고 좀 더 적극적으로 배우자를 찾게 되고 일만 하던 삶에서 취미생활이나 기타생활을 즐기는 상황으로 바뀌게 됐어요. 여행도 많이 계획하게 되고.”(참여자 8)

“어떻게 보면 다른 분들 큰 수술에 비해서 남들은 수술이 아니다 라고 그렇게 이야기들을 하시는데 그래도 저는 생전 처음 대수술이었기 때문에 새로운 생명을 사는 것 같은 감사함도 있고 정말 새 삶이 감사하고 달리 보였던 것 같아요. 운동을 하면서 기쁘기도 하고 주어진 삶에 감사하게 되고.”(참여자 11)

“새로운 삶을 얻었다고 했잖아요. 그런다고 해서 제 성격이 확 바뀌고 그러진 않았는데 누구나 다 언제 어떻게 될지 모르잖아요. 어떤 상황이든 안 좋은 상황이든 좋은 상황이든 이시간이 다시 오지 않을 거라는 그런 생각에 아무래도 좀 힘들거나 그러면 그래 지금 내가 할 수 있을 때 잘 하자라는 마인드로 좀 바뀐 것 같아요.”(참여자 11)

“저는 환경에 적응을 너무 잘 합니다. 어디를 가나 군대생활도 너무 잘했고, 2박3일 격리 그래 잠시 바쁠 때 여기서 한번 쉬어가자 이런 생각 했어요. 저는 거기도 아주 편하게 있다 왔어요. 다른 사람은 힘들었다 하는데 주는 음식 잘 먹고, TV 보고, 신문 봤던 것 같아요. 너무 좋았는데 길어지면 안 될 것 같더라고요. 그 정도는 딱 좋았다.”(참여자 16)

“성격이 많이 변했어요. 그 전에는 화를 못 참았어요. 화를 못 참으니까 싸우게 되잖아요. 그러니까 저는 더 스트레스를 받는 거예요. 그래서 하고 싶은 거 하고 하기 싫음 안하고 남이 뭐 나쁘게 생각하던지 말든지 그 전에는 인식을 하고 살았는데 그러던지 말든지 그러니까 저 엄마는 왜 애들 공부를 안 시키지 이럴 수 있겠잖아요. 애가 안한다는데 뭐 이런 식으로 조바심 안내기.”(참여자 19)

“먹는 거 보다는 운동보다는 감정적인 조절을 많이 하려고 애썼어요. 감정적인 면으로 스트레스를 많이 받을 일이 생긴다 그러면 긍정적으로 생각하는 거죠. 관심을 안 가져버리거나 아니면 그래 그럴 수 있어 뭐 그래버리거나 어떻게 보면 포기상태가 되는 것처럼 마음을 비워버리니까 그렇더라고요.”(참여자20)

2) 삶의 버팀목

삶의 버팀목은 ‘가족의 지지로 힘을 얻음’, ‘나에 대한 믿음으로 참아냄’ 2가지로 확인 되었다.

(1) 가족의 지지로 힘을 얻음

참여자들은 갑상선암 치료를 위해 격리병실에 입원했을 때 감옥 같은 차가운 환경에

무서움을 느꼈다. 가족도 그 누구도 올 수 없는 단절됨에 다시는 가고 싶지 않은 곳이라고 토로하였으며, 가족과 의료진의 지지로 힘든 치료과정을 버텼다.

“가족의 지지가 가장 나를 견디게 했어요.”(참여자 4)

“나를 견디게 해 준 게 있다면… 신앙과 가족. 가족과 신앙.”(참여자 7)

“일단은 가족이고 천주교를 믿는데 신에 대한 감사함.”(참여자 10)

“나를 여기까지 견디게 해준 건 가족 아니겠습니까… 남편과 아이들이죠.”(참여자 15)

“의사라는 직업을 가진 분들이 있기 때문에 내가 이렇게 살았고 또 이렇게 병을 치료했구나. 그런 부분에 있어서 나는 감사하고 있어요. 또 이제 가족들의 힘 남편의 힘 뭐 이런 것도 나를 견디게 해줬고 가족이 있었기 때문에 제가 잘 이겨냈던 것 같아요.”(참여자 17)

(2) 나에게 대한 믿음으로 참아냄

힘든 갑상선암 치료 과정에서 자신에 대한 믿음은 가족이나 종교에 대한 믿음만큼이나 참여자들이 치료과정을 잘 견디고 긍정적인 암환자로 살아갈 수 있도록 해주는 힘의 근원이었다.

“나를 돌아볼 수 있는 좋은 기회였던 것 같아요. 암에 걸리기를 정말 재수가 없다 재수가 없었다라고 생각할 수도 있지만 또 다르게 생각하면 나를 다시 돌아볼 수 있는 계기도 됐어요. 왜냐면 너무 바쁘게 살아서 내 몸을 내가 돌볼 시간이 없었는데 딱 그렇게 아프고 나니까, 아 내가 너무 자만했구나.”(참여자 1)

“저는 저를 좀 믿는 편이에요. 나를 믿기에 문제없을 거라 생각했어요.”(참여자 6)

“수술을 하러가는구나. 내가 암이라는 걸 걸렸구나. 내가 암이 걸려서 이렇게 수술하러 가는데 미치겠다, 그러나 수술해야 된다, 수술해야 건강이 다시 회복이 될 것이고, 이것이 나를 살리는 길이 되겠구나… 이렇게 생각을 다지는 거예요. 내 스스로 마인드 컨트롤을 더 강하게 했어요. 왜 이래야 되나 생각하기

전에 그래 이걸 해야 내가 좋아진단다, 이걸 해야 낫는단다, 좀 힘들더라도 내가 이걸 해야 살아 남는다... 이렇게 자기암시...”(참여자 10)

“생존일까요 내 자신인거 같아요. 그리고 책임감... 저는 가족은 없지만 부모님에 대한 책임감이 많이 강하거든요. 제가 장남이다 보니까 저는 제가 우리 집의 모든 중심이라고 생각했기 때문에.”(참여자 16)

“내 인내 난 그게 최고라고 생각을 해요. 내 성격이 이렇게 인내가 없고 무디지 않고 정말 예민한 성격이고 그랬다면 더 힘들지 않았을까 싶어요. 난 그렇게 생각을 해요.”(참여자 20)

V. 논의

본 연구는 갑상선 전 절제술 후 갑상선암 치료를 받은 갑상선암 환자들의 경험의 의미와 본질을 규명하는 것으로 Colaizzi (1978)의 현상학적 방법을 사용하여 분석하였다. 본 연구에서 갑상선암 환자의 질병 경험은 ‘망가진 삶’, ‘군중 속의 고독’, ‘가치관의 긍정적 변화’의 3개의 범주로 나타났으며, 이를 중심으로 범주와 주제군의 의미구조에 대해 논의하고자 한다.

A. 망가진 삶

갑상선암 환자의 질병 경험에 대한 첫 번째 범주는 ‘망가진 삶’으로, 참여자들의 갑상선암 경험은 갑작스런 암 진단으로 인한 충격과 전이와 죽음에 대한 불안함이었다. 참여자들은 암으로 진단받았을 때 갑상선암이 치료결과가 좋고 생존율이 높기 때문에 착한 암이라는 일반적인 인식(Easley, 2013; Sawka, 2009)과 달리 암이라는 이유만으로 공포와 충격을 경험하였다. 이러한 결과는 암환자는 암의 진단과정에서 자신의 병명에 대한 인식여부와 관계 없이 심리적 신체적으로 불안을 가지게 된다는 결과와 일치하는 것이다(김말성, 2000; Sellick & Edwardson, 2007). 또한 갑상선암 환자의 불안이 높은 생존율에도 불구하고 다른 암환자와 비슷하거나 약간 높게 나온 연구 결과(양지연, 이명선, 2015; 유선희, 최스미, 2013)를 토대로 갑상선암이라는 진단 자체가 이들에게 큰 충격임을 짐작할 수 있다. 연구참여자들은 수술하기 전까지 계속해서 암이 전이될 것 같은 불안감을 느꼈다고 하였는데 김태연(2014)의 갑상선암 환자를 대상으로 한 연구에서 암 진단 시 수술하기 이전까지 암이 전이되거나 예후가 더 나빠지는 것은 아닐지에 대해 계속해서 불안감을 가진다는 연구 결과와 일치한다. 이는 갑상선암을 진단받고 단순히 암이라는 인식 때문에 불안이 더 증가함을 알 수 있다. 그러므로 갑상선암 환자들이 암이라는 이유로 갖게 되는 막연한 불안을 완화시키기 위해 진단 초기부터 불안 감소를 위한 정서적 지지체계와 질병에 대한 정보제공 프로그램이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구참여자들은 남겨지게 될 가족에 대해 걱정을 나타냈으며, 암 치료가 성공적으로 끝났음에도 불구하고 재발과 혹여 자식들에게 유전되지 않았을까 하는 유전적 성향에 대한 걱정으로 불안하고 두려운 심리적 경험을 하였다. 가족은 상호의존적 존재로서 한 구성원의 변화는 다른 구성원의 변화에 기여하게 되고, 질병 및 암의 발병은 가족구성의 체계와 기능 및 구조의 변화를 가져온다(Ramsey & Lewis, 1990). 가족관계 변화는 가족 구성원 중 암환자가 발생하게 됨에 따라 가족 안에서 역할을 분담하는 과정에서 가족 내 부딪힘이 발생하게 되고, 특히 암과 같이 생명을 위협하는 질환은 가족구성원 내에 불안을 일으키고, 종종 가족 내 역할과 의사소통을 부정적 형태로 변화시킨다고 하였다(김주성, 김명희, 1996; Woods, Yates, & Primomo, 1989). 보통 암환자뿐만 아니라 인간은 자신이 인격적이고 가치 있는 존재로 인정할 때 기본적인 기능들이 이루어지며, 자신 스스로 가치 있는 존재임을 인정하지 않게 되면서부터 부정적인 느낌과 생각을 가지게 된다(김용태, 2000). 그러나 본 연구에서는 이와 다른 결과로 갑상선암 진단으로 인한 환자 자신의 부재는 가치의 존재를 인정하지 않는 부정적인 것이 아니라 가족 구성원 누구도 아닌 환자 자신의 부재로 인하여 자녀가 누리지 못하는 돌봄 및 걱정 등을 표현하였다. 이는 갑상선암 환자들에게 가족이라는 존재가 질병을 이겨낼 수 있는 원동력임을 알 수 있다. 그러므로 본 연구에서 갑상선암 환자들의 가족 지지가 중요하게 나타났으므로 지속적인 가족지지의 강화와 지지체계의 확대가 필요할 것이다.

참여자들은 갑상선암을 진단받고 ‘착한 암’, ‘거북이 암’이라는 생각에 대수롭지 않게 생각하였으나 수술 날짜를 잡고부터 자신이 암환자임을 실감한다고 하였다. 참여자들은 수술 후 생긴 흉터에 대해 걱정하였으며, 여성 참여자들은 스카프나 목걸이로 흉터를 가린다고 하였고, 남성 참여자들은 흉터를 가리기 위해 일부러 목이 있는 옷을 입는다고 하였다. 이러한 결과는 갑상선 암이 수술 후 외모 변화로 인한 신체상, 자아개념 변화를 야기시킨다는 선행연구와 일치한다(이경민, 이금주, 2013; Kobayashi et al., 2009). 또한 국내의 장루보유자를 대상으로 한 연구에서 신체상이 부정적으로 나타났는데(남선영, 2015; 홍경숙, 2012; Benua, Cicale, Sonenberg, & Rawson, 2015), 이는 수술로 인한 외모의 변화를 직접 눈으로 확인할 수 있기 때문이라는 연구결과와 관련지어 생각할 수 있다(이수정, 2015). 장루를 가진 환자의 신체상에 관한 남선영(2018)의 연구에서 남성보다 여성의 신체상이 부정적이었으며 홍경숙(2012)의 연구에서는 여성보다 남성의 신체상이 부정적이었다. 이러한 결과는 보이는 흉터를 가리기 위해 노력한다는 본 연구결과를 뒷받침하며, 특히 참여자들이 흉터가 최대한 남지 않는 방법으

로 수술방법을 결정했다는 것과 관련하여 남녀 갑상선암 환자의 경험에서 간과해서는 안 될 것으로 사료된다.

암 생존자들은 진단 직후부터 투병 및 완치 이후 현재에 이르기까지 다양한 이유와 변화들로 인하여 불안을 느끼는데, 특히 암환자들에게서 가장 중요하게 작용하는 불안 요소는 죽음과 재발이었으며, 또한 성공적이지 못한 치료 및 전이 등을 생각하면서 불안과 두려움을 경험하였다고 한다. 이는 ‘죽음’이라는 단어를 떠올리며 충격을 받게 되고 치료과정 동안 여러 가지 심리적 변화를 경험한다(정혜숙, 2003)는 연구결과와 일치한다. 또 다른 연구에서는 암 생존자들은 치료와 관련하여 발생하는 부작용, 질병에 대한 불확실성, 심리사회적 스트레스, 재발 및 전이 대한 공포, 감소된 자아정체감 및 신체상 등 다양한 심리 사회적 문제를 가진다고 보고하였다(김학주, 임정원, 신성현, 2011). 이를 뒷받침하여 주는 연구 결과로 암환자가 죽음에 대한 불안이 심각하여 병명 자체만으로도 심리적으로 어려움을 겪게 되며, 수술이라는 과정을 거치면서 수술로 인한 어려움과 부작용 및 죽음에 대한 고통 등을 직면하게 되고, 암진단을 받게 되면서부터 병명으로 인한 삶의 의지를 상실하게 되고 심리적으로 압박감을 느끼게 되고 심지어 자살을 시도하게 된다(김명현, 1996; 조성진, 2007; Burton & Watson, 1998; Lee, 1998)는 연구가 있다. 갑상선암 환자들은 암 덩어리가 몸에서 제거되어 홀가분함을 느꼈지만 갑상선이 사라짐으로 인해 수술 후 나타날 수 있는 체중 변화, 체력저하, 피로감 등 신체변화에 대하여 불안을 경험하였으므로 이들에게 적절한 정보를 제공하고 불안을 완화시킬 수 있는 지지체계가 필요할 것이다. 또한 갑상선암, 유방암, 방광암 환자를 대상으로 수술 전 불안과 불확실성의 관계를 파악한 선행연구에서 두 변수 간에 상관관계가 있다(박유진, 2015; 이지은, 2013)고 한 연구결과에 근거하여 불안이 높은 수술 전 시기에 갑상선암 환자에게 적절한 간호 중재가 필요하리라 생각된다. 또한 갑상선암 환자를 대상으로 갑상선암 치료에 대한 전체적인 정보를 전달하며 정서적 지지를 강화할 수 있는 방안 모색이 필요하다.

참여자들은 갑상선암 치료를 위한 준비과정에서 저요오드식이 조절이 가장 힘든 경험이었다고 하였다. 저요오드 식이는 1일 50 μ g 이하로 요오드섭취를 제한하는 것으로 체내 요오드량의 감소를 통해서 방사성요오드의 섭취율을 높여 잔여 갑상선 조직의 제거율을 높이기 위한 절차이다. 노지호 등(2006)은 저요오드 식이를 위한 허용식품 목록과 적용 기간, 식단 예시가 있는 엄격한 저요오드 식이가 체내 요오드량을 감소시킨다고 하였다. 본 연구참여자들은 저요오드 식이 기간 중 실제로 먹을 수 있는 식단에 대한 구체적인 예시가 없어 실천하기 어려웠다고 하였으며 이는 갑상선암 치료와 관련하

여 신체적·정신적 어려움이 크다는 선행연구들의 결과(김주성, 손현미, 2010; 유선희, 최스미, 2013; 이경민, 이금주, 2013; Huang, Lee, Chien, Liu, & Tai, 2004)를 뒷받침한다. 이러한 결과를 통해 환자들이 일상생활에서 쉽게 접할 수 있도록 요오드 함유 식품에 대한 보다 구체적인 교육과 더불어 저요오드 식이의 다양한 식단 제시와 접근의 용이성을 높이기 위한 노력이 필요하다. 또한 참여자들은 갑상선호르몬제 중단으로 인한 다양한 신체적·심리적 증상을 경험하였는데 이는 갑상선암 환자들이 피로, 부종, 소화불량 등의 갑상선기능 저하증으로 힘들어 하고(김주성, 손현미, 2010; 이경민, 이금주, 2013), 갑상선암 치료의 부작용으로 나타나는 피로, 구강건조증, 침샘염, 위염 등의 증상을 호소한다(곽근혜, 2009; 유선희, 최스미, 2013; Van, 2009) 선행연구들의 결과를 뒷받침한다. 이러한 갑상선 기능저하에 따른 부작용을 해결하기 위하여 유전자 재조합 인간 갑상선자극호르몬(rhTSH) 주사를 맞는 방법이 있지만 아직까지 가격이 비싸고 급여가 제한적이라는 단점이 있다(이가희 등, 2016). 본 연구의 참여자들도 다양한 증상으로 힘들어 하였으므로 치료과정에서 발생할 수 있는 충분한 정보 제공과 증상을 적절히 조절할 수 있는 간호중재가 필요할 것으로 생각된다. 그리고 갑상선암 치료의 부작용을 예방하기 위하여 신 음식을 먹어야 하는 어려움을 나타냈는데, 이는 우리나라 음식의 특성상 저요오드 식이에 적합한 음식이 제한적이며 식이 조절에 어려움이 있고(이경민, 이금주, 2013), 의료기관에서 저요오드 식이에 대한 구체적인 정보가 부족하다는 선행연구들(김영순, 김순구, 김기련, 2006; 김주성, 손현미, 2010)을 뒷받침하고 있다. 따라서 갑상선암 환자들에게 갑상선암 치료 전 구체적인 식이 등 치료 전 관리에 대한 다양한 정보를 제공하여 저요오드 식이 조절에 대한 어려움을 해결해야 할 필요가 있다.

B. 군중 속의 고독

갑상선암 환자의 질병 경험에 대한 두 번째 범주는 ‘군중 속의 고독’이다. 갑상선암 환자들은 일반적인 암환자가 겪는 수술, 항암 치료, 방사선 치료와 달리 수술 뿐 아니라 저요오드 식이의 병행과 2박 3일 동안 격리되어 갑상선암 치료를 받으며 신체적·심리적 어려움을 경험하게 된다.

방사성 요오드 치료를 받는 갑상선암 환자는 갑상선암 입원 기간인 2박 3일 동안 격리 병실에서 외부와 차단된 상태로 홀로 병실에 머물러야 한다. 뿐만 아니라 갑상선암 치료 후 퇴원해도 주변 사람들에 대한 불필요한 방사선 노출을 피하기 위해 일정 기간 생활 속 격리를 해야 한다(대한갑상선학회, 2014). 이로 인해 환자들은 격리되어 치료 받는 특수 환경(곽근혜, 2009; 김영순, 김순구, 김기련, 2006; 김주성, 손현미, 2010; 전나미, 2012)과 스스로 권고 격리 시간보다 과하게 많은 시간을 격리하며 불안, 두려움 및 고립감 등 정서적 고통을 가중시킨다. 격리 치료는 갑상선암 환자들에게 수술보다 충격적이고(Easley, Miedema, & Robinson, 2013), 여성 갑상선암 환자에서 방사성 동위원소 치료를 받는 것과 격리 병실에 남는 것이 스트레스로 작용된다는(Taieb et al., 2009) 선행연구들의 결과와 일치한다. 그러나 본 연구에서 남성 참여자들은 격리치료 시에 휴가를 보내는 듯한 느낌을 받거나 잠시 쉬어갈 수 있는 기회였다고 표현하여 선행연구와 차이를 보였다. 이에 모든 참여자들이 격리 치료 시에 편안함을 느낄 수 있도록 배려할 필요가 있다.

갑상선암 치료는 저용량(30mCi 이하)의 경우 복용 후 바로 귀가하게 되지만, 고용량(30mCi 초과)의 경우 타인에게 방사선 피폭을 일으킬 수 있기 때문에 반드시 격리입원이 필요하며, 식사 반입을 포함한 의료진의 방문은 남으로 차폐된 시설을 통하게 되고 장시간의 대화와 방문 또한 허락되지 않는다(김원배 등, 2013). 갑상선암 치료 후에는 투여량에 따라 차이가 있지만 성인의 경우 1~2일 정도 일정 거리(약 2m) 이상을 유지하도록 권고하고 있다(김원배 등, 2013). 그러나 본 연구의 참여자들은 방사선 피폭에 대한 불안함으로 권고안보다 오랫동안 가족이나 주위사람들에 대한 격리를 스스로 시행하여 걱정과 외로움을 경험하고 있었으므로, 이로 인한 참여자들의 필요 이상의 격리를 감소시키기 위하여 이들을 위한 적절한 교육과 잠시 요양을 할 수 있는 의료기관과의 연계가 필요하리라 생각된다.

참여자들은 갑상선암 치료를 위해 격리병실에서 홀로 치료과정을 견뎌야 함에 외로

움과 두려움을 경험하였으며, 차가운 감옥에 갇힌 죄인처럼 느껴진다고 하였다. 이는 외부와 단절된 채 격리치료를 받아야 하는 환경과 관련하여 정신적 어려움을 나타낸 선행연구(김영순, 김순구, 김기련, 2006; 전나미, 2012; Stajduhar et al., 2000)와 유사하다. 따라서 참여자들이 격리병실에서 편안함을 느끼고, 가족이나 의료진과의 접촉을 보다 자유롭게 하며, 병실 창문을 통해 외부를 간접적으로 체감할 수 있도록 환경적 측면의 개선과 간호학적 지지가 필요할 것으로 생각되어 진다.

연구참여자들은 갑상선암의 치료과정을 이해하지 못하고 환자대접을 해주지 않는 가족과 주위 사람들에게 서운함을 경험하였으며 진료 시에도 같은 암환자이지만 암에 대한 차별이 있다고 토로하였다. 이는 갑상선암이 ‘착한 암’, ‘거북이 암’이라는 인식으로 갑상선암을 대수롭지 않게 생각하는 주변 사람들의 인식에서 부정적인 경험을 하였다는 선행연구들의 결과와 맥락을 같이 한다(강경옥, 김현경, 김지영, 임석태, 2016; Easley, Miedema, & Robinson, 2013). 가족이나 친지, 주변사람들의 이해 부족으로 갑상선암 치료가 힘들어질 수 있으므로 관련 정보 교육 및 다양한 홍보 프로그램을 통해 갑상선암에 대한 인식을 개선할 필요가 있다고 생각되어진다.

참여자들은 다른 암환자들의 치료와 달리 갑상선암 치료과정을 대수롭지 않게 생각하는 가족 및 주위사람들, 의료인들에게 서운함을 느꼈다. 이는 주위사람들의 이해 부족이 갑상선암 환자들에게 부정적 측면으로 나타난 선행 연구결과와 맥락을 같이 한다(김영순, 김순구, 김기련, 2006; 전나미, 2012; Roerink, 2013). 암환자들은 진단을 받기 전에는 가장 중요시 생각하는 것을 건강과 자식문제 및 경제문제 순서였지만, 암 치료 후 91.7%의 환자들은 자신의 건강문제를 가장 중요한 것으로 꼽았으며, 경제적 상태는 중요하게 생각하지 않았고, 완치만 된다면 경제적 손실은 감수할 수 있으며 또한 국가적 차원에서의 경제적 지원의 중요성을 시사하고 있다(변재광 등, 2006). 따라서 갑상선암은 생존율이 높고 치료 결과와 예후가 좋은 질환(국가암정보센터, 2015)이므로 이들을 이해하기 위한 정서적 지지와 중재가 필요하다고 생각된다.

C. 가치관의 긍정적 변화

갑상선암 환자의 질병 경험에 대한 마지막 범주는 ‘가치관의 긍정적 변화’이다. 본 연구참여자들은 삶에 대한 적극적 자세와 가족의 지지, 그리고 자신에 대한 믿음으로 암환자로 나아가고 있었다.

본 연구에서 참여자들은 암을 치료하는 과정에서 그 동안 살아온 자신의 삶을 되돌아 보는 시간을 갖게 되었다. 그 동안 일만 하며 자신의 삶이 없었음을 생각하며 후회하게 되고, 질병 치료의 과정을 삶의 또 다른 중요한 과정이라고 생각하고 감사함을 표현하였다. 이는 국외의 갑상선암 치료 경험과 관련한 선행연구 결과(Easley, Miedema, & Robinson, 2013; Sawka et al., 2009)에서는 확인된 바가 없지만 국내 대장암 환자를 대상으로 한 김현정(2010)의 연구에서 대장암 환자들이 신체적, 정신적, 사회적, 영적 자기관리를 통해 대장암을 받아들이고 감사하고 긍정적으로 살아간다는 연구 결과를 토대로 이해할 수 있다. 또한 암환자들은 질병으로 인하여 자신의 몸을 소중하게 생각하여 건강을 더 챙기게 되고, 주변을 긍정적으로 바라보고 변화된 삶을 계획한다는 선행연구(박은영, 이명선, 2009) 결과를 뒷받침한다. 환자들이 치료과정을 받아들이고 견디면서 자신의 지난날을 반성하고, 미래를 계획하는 시간을 갖게 됨으로 보다 긍정적인 방향으로 의미를 부여하고 치료과정을 잘 이겨낼 수 있도록 시기적절한 지지가 필요하겠다.

연구참여자들은 갑상선 전 절제술 후 갑상선암 치료를 통해 자신에 대해 알아가는 긍정적 측면의 기회를 갖게 됨과 동시에 앞으로 갑상선호르몬제를 평생 동안 복용해야 하는 불편함과 구속감을 표현하였다. 이는 평생의 약복용에 구속감을 느낀다는 이경민, 이금주(2013)의 연구결과를 뒷받침하고 있으며, 참여자들이 갑상선호르몬제의 평생 복용에 대하여 큰 부담을 가지고 있으므로 추후관리의 차원에서 인식의 개선과 함께 지속적인 추후 관리를 실천할 수 있도록 방안을 마련할 필요가 있다. 참여자들은 갑상선암 치료 과정을 통해서 자신의 건강을 돌보지 않고 일만 했던 지난날을 반성하고 자신의 건강을 더 챙기게 되었다. 또한 엄마, 아내, 며느리 등으로서만 살아온 지난 날을 후회했으며, 자신이 젊어지고 있던 많은 역할들을 내려놓고 자신의 존재를 확인하게 되었다. 이는 암환자들이 질병으로 인하여 자신의 삶을 긍정적으로 계획한다는 선행연구(유선희, 최스미, 2013)를 뒷받침한다. 가족 문제와 관련해서 한국 여성 암 생존자들은 치료가 끝난 후, 그들의 가족이 암이 발병되기 전과 같은 아내로서 또는 엄마로서

의 역할과 기능을 해줄 것을 기대하고 있다는 점에 대해 많은 스트레스를 경험하고 있을지 모른다(Lim & Zebrack, 2008). 따라서 이 기간을 통해 참여자들이 자신의 건강을 돌아보고 건강을 유지할 수 있도록 적절한 정서적 지지와 사회적 지지체계를 제공 할 필요가 있다. 즉, 삶에 대한 반성적 자세는 암 생존자로 하여금 가족을 비롯한 주변 사람들의 사랑과 지지 그리고 매사에 감사하는 마음을 갖게 하고, 이를 토대로 건강한 삶을 위한 자발적이고 적극적인 노력을 기울이게 하는 것으로 해석된다. 더 나아가 암 생존자들은 죽음의 문턱에서 살아 돌아온 생존자로서의 자부심을 가지고 살아가게 되는데, 이는 그들의 앞으로의 삶에 대한 믿음과 성숙된 자세 등 긍정적 변화를 예측할 수 있게 한다.

다음으로 본 연구참여자들은 암 치료 과정을 통해 자신의 건강한 삶을 위해 적극적인 노력을 하는 것으로 나타났다. 암 환자의 대부분은 진단을 받고 수술과 갑상선암 치료를 진행하면서 매우 힘겨운 시간을 갖게 되는데, 이때 환자 자신의 의지도 중요하지만, 환자 못지 않게 그들 주변 사람들의 관심과 지지가 중요하며 가족들은 치료를 마치고 다시 일상으로의 복귀할 수 있도록 많은 도움을 준다(김학주, 임정원, 신성현, 2011). 본 연구에서도 참여자들은 가족의 힘으로 힘든 치료과정을 견딜 수 있었다고 하였는데 이는 가족의 지지가 치료과정을 잘 극복하게 한다는 연구결과와 일치한다(강경옥, 김현경, 김지영, 임석태, 2016; 권안나, 2016). 다음으로 독일의 조기 암 환자들은 진단과 치료에 있어서 가족 구성원의 조기 참여와 계획을 통해 암 환자의 예후 및 치료와 관련하여 더 많은 정보를 제공하면 환자는 상황에 대한 현실적인 판단을 함에 따라 가족은 최선의 지지를 할 수 있다고 하였다. 이러한 연구결과를 볼 때 친밀한 가족 관계에 있는 환자는 가족의 지지를 만족하기 위하여 치료를 끝까지 유지하는 경향이 있었으나, 가족이 아닌 친척의 개입은 환자의 예후가 좋지 않거나 치료를 오래 유지하지 못하였다고 보고하고 있다(Laryionava et al., 2018). Williams (2018)은 미국에서 암 환자로 살아간다는 것은 신체적, 인지적 및 심리적 손상, 실업으로 인한 재정 문제, 사회적으로 격리되며, 생존과 관련한 질문은 가족 및 친구에게 상처를 줄 수 있다고 하였다. 현재 건강관리 시대로 암 환자 진단과 적극적인 치료를 받으나 그 가족은 사실상 의료진과 파트너가 되면서 암 가족 간병인이 되며, 두 번째 환자가 될 수 있다고 보고하고 있다. 이란 여성의 유방 건강관리 행동연구 결과를 살펴보면, Mazloomy-Mahmoodabad, Khodayarian, Morowatisharifabad, Lamyian과 Tavangar (2017)는 대부분 가족 구성원 간에 원만하고 화목하며 안정된 가족 구성원에게 문제가 생겼을 때 가족의 지지를 받는다고 하였으며, 가족 구성원 중 남편의 지지를 강조하고

있다. 그 예로 여성이 유방암 진단을 받을 때 남편 또한 정서적, 심리적으로 결과는 다양하게 나타났으나, 배우자 사이에 사랑이 없을 때 서로의 건강에 관심을 기울이지 않는 것으로 나타났다. 따라서 가족 지지와 관련한 선행연구들로서 독일의 경우는 암 환자의 진단과 치료에 있어 직계가족이 의료진과의 충분한 대화를 통하여 조기 참여 및 치료에 있어 치료의 방향과 지지를 이끄는 반면, 미국의 경우는 암 환자의 진단 및 치료 등에 있어 지지보다는 그 가족구성원이 아닌 또 다른 가족 간병인 또는 두 번째 환자로 역할이 전환되어 암 환자의 치료보다는 그 가족 즉, 간병을 하는 가족과 간병하는 주변 가족의 심리적, 육체적, 경제적 등의 이유로 간병의 부담을 줄이기 위해 수행된 중재 연구에 대한 연구들이 많았다. 이란의 경우는 암 진단과 예방에 있어서 가족 구성원의 지지가 무엇보다 중요하며 특히, 여성의 경우에 있어서 배우자의 지지를 강조하였다(Laryionava et al., 2018). 우리나라의 경우는 암 진단 및 치료에 있어서 무엇보다 가족의 지지를 강조하고 있다(강경옥, 김현경, 김지영, 임석태, 2016: 권안나, 2016). 특히, 사회적 지지 중 가족 지지가 무엇보다 중요하다고 하였으며(김지숙, 김지수, 2013; 김창희, 2006), 암환자를 대상으로 한 연구에서도 가족 지지는 암환자의 삶에 새로운 의미를 부여해 줄 수 있다고 하였다(김경혜, 정복례, 김경덕, 변혜선, 2009; 주명진, 손수경, 2008; 김금순, 이명선, 방경숙, 조용애, 이정립, 이은, 2013). 선행연구에서는 갑상선암 환자의 가족지지 정도가 다른 암 환자들보다 낮게 나타났는데(김미정, 2016) 본 연구에서는 가족의 지지가 중요하다고 하였다. 이를 근거로 볼 때, 갑상선암 환자의 가족 지지를 지속적으로 강화시킬 필요가 있다고 생각되어진다. 또한 가족의 지지가 신체적 · 심리적 증상뿐 아니라 질병회복과 건강한 삶의 유지를 위해 필요하므로 가족의 특성을 고려한 사회적 지지 기반의 확충이 필요할 것으로 생각된다.

VI. 결론

본 연구는 갑상선 전 절제술 후 갑상선암 치료를 받은 갑상선암 환자의 질병 경험을 좀 더 깊이 있게 이해하고 그들에게 적절한 지지와 간호를 제공하기 기초자료를 제공하기 위하여 실시되었다. 본 연구에서는 갑상선암 환자의 질병 경험에 관한 의미 있는 진술과 재진술로부터 총 13개의 주제가 도출되었다. 이에 대한 주제로부터 6개의 주제군과 3개의 범주로 분류되었다. 확인된 범주는 ‘망가진 삶’, ‘군중 속의 고독’, ‘가치관의 긍정적 변화’였다. 지금까지 살펴본 바와 같이 갑상선암 환자들의 질병 경험은 갑작스런 암 진단에 대한 충격과 죽음에 대한 불안으로 시작된다. 갑상선암 환자들은 홀로 묵묵히 치료과정을 견뎌내며 암환자임을 실감하였으며 갑상선암 치료 후에는 긍정적 삶의 변화를 계획하며 암환자로 나아가고 있었다. 이에 질병 초기 갑상선암 환자의 부정적 정서 완화를 위한 정서적지지 제공과 삶의 질 향상을 위한 노력이 필요하다.

이상의 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언을 하고자 한다. 첫째, 갑상선 전 절제술 후 갑상선암 치료를 받은 갑상선암 환자들의 갑상선암 경험을 토대로 무엇보다 불안 감소를 위한 정보제공과 치료과정에서 경험하는 시기 별(진단, 수술, 갑상선암 치료) 신체적·심리적 증상에 대한 간호중재 프로그램의 개발이 요구된다. 둘째, 갑상선암 치료를 받는 환자들은 홀로 지내는 격리 병실에서 불안과 고립감을 경험한다고 하였으므로 고립감 해결을 위한 지지체계 구축과 중재프로그램 개발이 필요하다. 셋째, 갑상선암 환자의 경험만을 다루었으나 좀 더 구체적이고 폭넓은 이해를 위해 가족의 경험을 포함한 연구를 제언한다.

참고문헌

- 곽근혜(2009). 여성 갑상선암 환자의 질병관련 스트레스와 삶의 질. 가톨릭대학교 석사학위논문.
- 강건욱(2013). 갑상선암 전이의 갑상선암 치료. *대한갑상선학회지*, 6(1), 49-55.
- 강경옥, 김현경, 김지영, 임석태(2016). 갑상선암 환자의 갑상선암 치료경험. *동서간호학연구지*, 22(2), 148-157.
- 장미경, 서은영(2013). 내관 지압과 심상요법이 방사성요오드치료를 받는 갑상선암 환자의 오심, 구토, 헛구역질 및 식욕부진에 미치는 효과. *중앙간호연구*, 13(4), 184-192.
- 강성민, 김병일, 김인주, 범희승, 이가희, 이재태 등(2012). 갑상선질환 환자의 방사성요오드 치료시 방사선 안전관리. *대한갑상선학회*, 5(1), 6-14.
- 권안나(2016). 유방암 수술 환자의 수술 후 불편감, 상실감, 가족지지가 회복력에 미치는 영향. 인제대학교 석사학위논문.
- 국가암정보센터(2015). <http://www.cancer.go.kr>. 암발생률.
- 국립암센터(2014). <http://www.ncc.re.kr>. 갑상선암의 진단.
- 김경혜, 정복례, 김경덕, 변혜선(2009). 암환자가 지각한 가족지지와 삶의 질. *중앙간호학회지*, 9(1), 52-59.
- 김금순(2012). 갑상선암의 표적치료. *생화학분자생물학회*, 32(3), 89-93.
- 김금순, 이명선, 방경숙, 조용애, 이정림, 이은(2013). 폐암 환자의 활동상태, 불안, 우울, 사회적지지, 증상경험과 기능적 상태의 관계: 불쾌감이론 기반이론 기반으로. *간호학의 지평*, 10(2), 87-96.
- 김명현(1996). 소화기암환자의 사회적 지지와 삶의 질과의 관계-항암요법을 받은 환자 대상. 한양대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 김미정(2016). 방사성요오드치료를 받은 갑상선암 환자의 삶의 질 영향요인. 고신대학교 석사학위논문.
- 김분한, 탁영란, 전미영(1996). 호스피스 간호 시 말기 암환자의 임종 현상 연구-독립형 호스피스 센터를 중심으로-. *간호학회지*, 26(3), 668- 677.
- 김병일(2007). 방사성요오드 치료의 방사선피폭과 규제. *46 대한핵의학회 춘계학술대회 연수 교육*, 21-26.

- 김영숙, 이병숙(2013). 저용량 방사성옥소치료를 받는 갑상선암 환자의 피로와 삶의 질 및 관련 요인. *경북간호과학지*, 17, 63-76.
- 김용태(2000). *가족치료 이론: 개념과 방법들*. 서울: 학지사.
- 김원배(2009). 갑상선암의 치료 지침. *대한내과학회지*, 77(5), 552-558.
- 김원배, 석주원, 김민희, 김병일, 박영주, 이규언 등(2013). 갑상선암 치료에 관한 환자 안내서-제 1 판. *대한갑상선학회*, 6(1), 12-25.
- 김주성, 김명희(1996). 만성질환자가족의 불안 및 가족기능에 관한 연구. *기본간호학회지*, 3(1), 19-36.
- 김주성, 손현미(2010). 갑상선암 환자의 갑상선암 치료 경험 분석. *한국산학기술학회논문지*, 11(12), 4935-4944.
- 김지숙, 김지수(2013). 방사성요오드 치료 환자의 자가간호와 자기효능감 및 사회적 지지. *한국콘텐츠학회논문지*, 13(11), 261-268.
- 김창희(2006). *갑상선암 환자의 증상경험 및 건강관련 삶의 질 영향요인*. 연세대학교 박사학위논문.
- 김태연(2014). *여성 갑상선암 생존자의 불안 극복경험에 관한 현상학적 연구*. 경성대학교 석사학위논문.
- 김학주, 임정원, 신성현(2011). 암 진단을 받은 생존불자의 삶의 질과 사회적 지지에 대한 연구 -불교사회복지적 관점에서 본 삶의 질 향상방안을 중심으로-. *인도철학회지*, 33, 241-268.
- 김현정(2010). *대장암 환자의 질병여정에 따른 자기관리*. 중앙대학교 박사학위논문.
- 김효진, 김동희(2011). 갑상선암 수술환자의 퇴원교육 요구 - 환자 vs. 간호사 -. *한국간호교육학회지*, 17(2), 287-295.
- 남선영, 이향규, 김수, 이령아(2018). 장루보유 대장암 환자의 신체상과 성생활의 영향 요인. *중앙간호학회지*, 18(1), 1-10.
- 노지호, 김병일, 하지수, 장세중, 신혜영, 최준혁 등(2006). 갑상선암의 방사성요오드치료를 위한 저요오드 식이 방법 차이에 따른 소변 중 요오드/크레아티닌 비의 비교. *핵의학 분자영상*, 40(6), 322-326.
- 대한갑상선학회(2014). 2008-2012. 우리나라 갑상선암의 치료양상 분석. *대한갑상선학회지*, 7(2), 167-171.
- 대한갑상선학회(2017). *갑상선암 치료에 관한 환자안내서*.
- 민헌기, 최영길, 고창순, 허갑범, 이태희, 이홍규(1999). *내분비학*. 서울: 고려의학.

- 박유진(2015). *수술 전 암환자의 불확실성과 사회적지지 및 불안과의 상관관계 연구*. 서울대학교 석사학위논문.
- 박은영, 이명선(2009). 페미니스트 현상학을 이용한 한국 유방암 환자의 질병체험. *성인간호학회지*, 21(5), 504-518.
- 변재광, 이정필, 박진영, 김용미, 이은희, 장기홍 등(2006). 임상연구: 자궁 경부암 환자에 있어서 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *대한산부인과학회*, 49(12), 2564-2573.
- 신경림(1996). 질적연구 평가기준. *간호학회지*, 26(2), 497-506.
- 신경림, 조명옥, 양진향(2004). *질적 간호연구방법*. 이화여자대학교 출판부.
- 안병철, 배진호, 정신영, 이재태, 이규보(2003). 갑상선암 환자에서 원격전이 예측. *제42차 대한핵의학회 추계학술대회*, 76.
- 양지연, 이명선(2015). 갑상선암 수술 환자들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *중앙간호연구*, 15(2), 59-66.
- 유선희, 최스미(2013). 갑상선암 치료를 받는 갑상선암 환자의 삶의 질 변화와 영향요인. *대한간호학회지*, 43(6), 801-811.
- 윤병숙, 백지은, 이준상, 박미정, 임영미(2008). 갑상선절제술을 받은 중년여성과 받지 않은 중년여성의 신체상, 우울, 갱년기 증상 비교. *임상간호연구*, 14(3), 5-14.
- 원경숙(2015). 저용량 대 고용량 방사성요오드 치료. *대한갑상선학회*, 8(1), 14-18.
- 이가희, 이은경, 강호철, 고운우, 김선옥, 김인주 등(2016). 대한갑상선학회 갑상선 결절 및 암 진료 권고안 개정안. *대한갑상선학회지*, 9(2), 59-126.
- 이경민, 이금주(2013). 갑상선절제술을 받은 여성의 경험에 대한 현상학적 연구. *중앙간호학회지*, 13(3), 152-162.
- 이남인(2003). '현상학과 해석학의 철학적 이해'. *한국질적연구센터 워크숍*.
- 이미혜(2013). *지시적 심상요법이 갑상선암 치료를 받는 갑상선암 환자의 스트레스와 피로에 미치는 효과*. 부산대학교 석사학위논문.
- 이소우, 김주현, 이병숙, 이은희, 정면숙(2009). *간호이론의 이해*. 서울: 수문사.
- 이수정(2015). *장루환자의 신체상, 지각한 사회적 지지와 외상 후 스트레스 장애의 관계*. 연세대학교 석사학위논문.
- 이지은(2013). *유방암 환자의 수술 전 불확실성, 수술 전·후 불안과 수술후 통증에 관한 연구*. 한양대학교 석사학위논문.
- 이지인(2010). *관해된 갑상선 분화암 환자의 삶의 질*. 성균관대학교 석사학위논문.
- 이혜경, 양영희, 구미옥, 은영(2005). *간호연구개론*. 서울: 현문사.

- 이현정(2012). 호르몬 대체요법 경험. 고려대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 전나미(2012). 고용량 방사성요오드(I131)치료를 받는 갑상선암 환자의 우울, 불안이 증상에 미치는 영향. *중앙간호연구*, 12(4), 297-304.
- 정재훈(2006). 갑상선 분화암의 수술 후 갑상선암 투여를 위한 전처치 기간. *대한내분비학회지*, 21(1), 90.
- 정혜숙(2003). 암 환자의 삶의 의미와 죽음불안 및 역기능적 의사소통과의 관계. 경상대학교 석사학위논문.
- 조경숙, 김희경, 박순옥, 배영숙, 황옥남, 권보은 등(2013). *성인간호학*. 서울: 현문사.
- 조보연(2014). *임상갑상선학 제2판*. 서울: 고려의학.
- 조성진(2007). 암 환자와 가족에 대한 정신의학적 · 심리사회적 개입. *신경정신의학*, 46(5), 430-446.
- 주명진, 손수경(2008). 입원 말기 암 환자가 지각한 가족 지지와 삶의 질의 관계. *중앙간호학회지*, 8(1), 31-39.
- 최남희(1991). 간호학의 방법론적 원리와 철학적 배경. *질적간호학회지*, 22(4), 491-505.
- 최영희(1993). *질적 간호연구*. 서울: 수문사.
- 홍경숙(2012). *장루 유형에 따른 신체상, 자아 존중감, 우울 증상에 대한 연구*. 이화여자대학교 석사학위논문.
- Benua, R. S., Cicale, N. R., Sonenberg, M., & Rawson, R. W. (1962). The relation of radioiodine dosimetry to results and complications in the treatment of metastatic thyroid cancer. *The American Journal of Roentgenology, Radium Therapy, and Nuclear Medicine*, 87, 171-82.
- Burton, M., & Watson, M. (1998). *Counselling people with cancer*. Chichester: Wiley.
- Chen, M. L., & Tseng, H. C. (2006). Symptom clusters in cancer patients. *Support Care Cancer*, 14, 825-30.
- Cohen, M. Z. (1987). A historical overview of the phenomenological movement. *The Journal of Nursing Scholarship*, 19(1), 31-34.
- Colaizzi, P. F. (1978). Existential-phenomenological alternatives for psychology.
- Cooper, D. S., Doherty, G. M., Haugen, B. R., Kloos, R. T., Lee, S. L., Mandel, S. J., et al. (2009). Revised American Thyroid Association Management Guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*,

19(11), 1167-214.

- Crotty, M. (1996). *Phenomenology and nursing research*. Melbourne: Churchill Livingstone.
- Easley, J., Miedema, B., & Robinson, L. (2013). It's the "good" cancer, so who cares? Perceived lack of support among young thyroid cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*, 40(6), 596-600.
- Gning, I., Trask P. C., Mendoza, T. R., Harle, M. T., Gutierrez, K. A., Kitaka S. A., et al., (2009). Development and initial validation of the thyroid cancer module of the M. D. Anderson Symptom Inventory. *ONCOLOGY*, 76(1), 59-68.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1985). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Huang, S. M., Lee, C. H., Chien, L. Y., Liu, H. E., & Tai, C. J. (2004). Postoperative quality of life among patients with thyroid cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 47(5), 492-499.
- Hugen, B. R., Alexander, E. K., Bible, K. C., Doherty, G. M., Mandel, S. J., Nikiforov, Y. E., et al., (2015). American Thyroid Association Management Guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*, 26(1), 1-133.
- Laryionava, K., Pfeil, T. A., Dietrich, M., Reiter-Theil, S., Hiddemann, W., & Winkler, E. C. (2018). The second patient? Family members of cancer patients and their role in end-of-life decision making. *BMC Palliat Care*, 17(1), 29.
- Lawrence, J. W., Fauerbach, J. A., Heinberg, L., & Doctor, M. (2004). The 2003 clinical research award: visible vs hidden scars and their relation to body esteem. *The Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 25(1), 25-32.
- Lee, E. H. (1998). *The relationships of fatigue and hope to psychosocial adjustment to breast cancer in Korean women receiving post-surgical follow-up treatment*. Unpublished doctoral dissertation, New York University, School of Education.
- Lee, J. I., Kim, S. H., Tan, A. H., Kim, H. k., Jang, H. W., Hur, K. Y., et al. (2010). Decreased health-related quality of life in disease-free survivors of

- differentiated thyroid cancer in Korea. *Health and quality of life outcomes*, 8, 101.
- Lim, J. W., & Zebrack, B. (2008). Different pathways in social support and quality of life between American and Korean Breast and Gynecological Cancer Survivors. *Quality of Life Research*, 17(5), 679-689.
- Lombardi, C. P., Raffaelli, M., De Crea, C., D'Alatri, L., Maccora, D., Marchese, M. R., et al. (2009). Long-term outcome of functional post-thyroidectomy voice and swallowing symptoms. *Surgery*, 146(6), 1174-1181.
- Madjar, I., & Walton, J. (1999). Phenomenology and nursing. In I. Madjar & J. Walton (Eds.). *Nursing the experience of Illness, phenomenology on practice* (pp. 1-16). London & New York: Routledge.
- Mazloomi-Mahmoodabad, S. S., Khodayarian, M., Morowatisharifabad, M. A., Lamyian, M., & Tavangar, H., (2017). Iranian Women's Breast Health-Seeking Behaviors: Husband's Role. *Cancer Nursing*, 14.
- Moon, J. A., Yoo, C. H., Kim, M. H., Lee, S. M., Oh, Y. J., Ryu, Y. H., et al. (2012). Knowledge, self-efficacy, and perceived barriers on the low-Iodine diet among thyroid cancer patients preparing for radioactive iodine therapy. *Clinical Nutrition Research*, 1(1), 13-22.
- Morse, J. M., & Field, P. A. (1995). *Qualitative research methods for health professionals*.
- Kirkova, J., Rybicki, L., Walsh, D., & Aktas, A. (2012). Symptom prevalence in advanced cancer: age, gender, and performance status interaction. *The American journal of hospice & palliative care*, 29(2), 139-45.
- Kobayashi, M., Ohno, T., Noguchi, W., Matsuda, A., Matsushima, E., et al., (2009). Psychological distress and quality of life in cervical cancer survivors after radiotherapy: Do treatment modalities, disease stage, and self-esteem influence outcomes? *International journal of gynecological cancer*, 19(7), 1264-8.
- Omery, A. (1983). Phenomenology: A Method for Nursing Research, *Advanced in Nursing Science*, 5(2), 49-63.
- Pfleiderer, A. G., Ahmad, N., Draper, M. R., Vrotsou, K., & Smith, W. K. (2009). The timing of calcium measurements in helping to predict temporary and

- permanent hypocalcaemia in patients having completion and total thyroidectomies. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 91(2), 140-146.
- Roerink, S. H., de Ridder, M., Prins, J., Huijbers, A., de Wilt, H. J., Marres, H., et al. (2013). High level of distress in long-term survivors of thyroid carcinoma: results of rapid screening using the distress thermometer. *Acta oncologica*, 52(1), 128-137.
- Ruggieri, M., Straniero, A., Mascaro, A., Genderini, M., D'Armiento, M., Gargiulo, P., et al. (2005). The minimally invasive open video-assisted approach in surgical thyroid diseases. *BMC Surgery*, 27, 5-9.
- Sawka, A. M., Thephamongkhol, K., Brouwer, M., Thabane, L., Browman, G., & Gerstein, H. C. (2004). Clinical review 170: A systematic review and meta analysis of the effectiveness of radioactive iodine remnant ablation for well-differentiated thyroid cancer. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 89(8), 3668-3676.
- Schultz, P. N., Beck, M. L., Stava, C., & Vassilopoulou-Sellin, R. (2003). Health profiles in 5836 long-term cancer survivors. *International Journal of Cancer*, 101(4), 488-495.
- Sherman, S. I. (2003). Thyroid carcinoma. *Lancet*, 8(361), 501-511.
- Stajduhar, K. I., Neithercut, J., Chu, E., Pham, P., Rohde, J., Sicotte, A., et al (2000). Thyroid cancer: Patients' experiences of receiving iodine-131 therapy. *Oncology Nursing Forum*, 27(8), 1213-1218.
- Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M., Erim, Y., Bockisch, A., Senf, W., et al. (2006). Health-related quality of life, depression and anxiety in thyroid cancer patients. *Quality of Life Research*, 15(4), 695-703.
- Taieb, D., Sebag, F., Cherenko, M., Baumstarck-Barrau, K., Fortanier, C., Farman-Ara, B., et al (2009). Quality of life changes and clinical outcomes in thyroid cancer patients undergoing radioiodine remnant ablation (RRA) with recombinant human TSH (rhTSH): A randomized controlled study. *Clinical Endocrinology*, 71(1), 115-123.
- Tan, L. G., Nan, L., Thumboo, J., Sundram, F., Tan, L. K. (2007). Health-related

- quality of life in thyroid cancer survivors. *Laryngoscope*, 117(3), 507-510.
- Van, Manen. (1990). *Researching Lived Experience, Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*, London, Ontario: Althouse.
- Van, Nostrand. D. (2009). The benefits and risks of I-131 therapy in patients with well-differentiated thyroid cancer. *Thyroid*, 19(12), 1381-1391.
- Veroux, P., Fazzi, C., Cavallaro, A., Veroux, M., & Cannizzaro, M. A. (1997). Differentiated Cancer of the Thyroid: Prognostic Aspects. *Chirurgia italiana*, 49(1-2), 37-41.
- Williams AL. (2018). Family Caregivers to Adults with Cancer: The Consequences of Caring. *Recent Results Cancer Res*, 210, 87-103.

<부록 1>

피험자 설명서

연구과제명: 갑상선암 환자의 질병 경험에 대한 연구

본 연구는 ‘갑상선암 환자의 질병 경험’에 대한 질적연구입니다. 귀하는 본 연구에 참여할 것인지 여부를 결정하기 전에, 설문서와 동의서를 신중하게 읽어보셔야 합니다. 이 연구가 왜 수행되며, 무엇을 수행하는지 귀하가 이해하는 것이 중요합니다. 이 연구를 수행하는 신정하 연구책임자가 귀하에게 이 연구에 대해 설명해 줄 것입니다. 이 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행 될 것입니다. 다음 내용을 신중히 읽어보신 후 참여 의사를 밝혀 주시길 바라며, 필요하다면 가족이나 친구들과 의논하시기 바라며, 의논하실 분이 없으신 경우 조선대학교 연구윤리심의위원회에 공정한 입회자를 요청할 수 있습니다. 담당 연구원은 이 연구에 관한 귀하의 어떠한 질문에 대해서도 자세하게 설명해 줄 것입니다. 귀하의 서명은 귀하가 본 연구에 대해 그리고 위험성에 대해 설명을 들었으며, 귀하께서 자신(또는 법정대리인)이 본 연구에 참가를 원한다는 것을 의미합니다.

1. 연구의 배경과 목적

우리나라 암 중 갑상선암이 가장 많이 발병하고 있으며, 남녀 각각의 암에서도 가장 높은 증가율을 보이고 있습니다. 갑상선암의 일차치료는 수술이며, 최선의 치료는 갑상선암 치료를 받는 것입니다. 그로인해 많은 환자들이 신체적, 심리적 부작용을 경험하고 있습니다. 이에 본 연구자는 갑상선암 수술 후 갑상선암 치료를 받은 환자의 경험에 대해 이해하고 그 의미를 파악하고자 합니다.

2. 연구 참여 대상자수

본 연구에는 갑상선암 수술 후 갑상선암 치료를 받은 5년이내의 대상자로 할 것이며, 자료가 포화될 때까지 참여자를 선정할 것입니다.

3. 연구 방법 및 예측 결과(효과)

본 연구는 갑상선암 수술 후 갑상선암 치료를 받은 환자의 경험에 대한 질적 연구입니다. 모든 면담에서 비구조적인 심층면담을 통해 자료를 수집하고 면담 장소는 참여자가 원하는 장소에서 이루어 질 것입니다. 면담 초기에는 참여자들의 경험을 이끌기 위하여 개방형 질문을 하고 연구 참여자의 비언어적 표현과 특징을 관찰해 기록할 것입니다.

4. 연구 참여 기간

귀하는 본 연구를 위해 최초면담은 2시간을, 2-3회는 1시간을 넘지 않게 하고, 면담의 횟수는 2-4회를 할 것입니다. 내용이 불충분하고 이해하기 어려운 내용인 경우 1-2회 전화면담이나 후속 면담을 진행 하여 자료가 포화될 때까지 할 것입니다.

5. 연구 참여 도중 중도탈락

귀하는 연구에 참여하신 후에도 언제든지 도중에 그만 둘 수 있습니다. 만일 귀하가 연구에 참여하는 것을 그만 두고 싶다면 담당 연구원이나 연구책임자에게 즉시 말씀해 주십시오.

6. 연구 참여로 인해 발생 가능한 부작용(위험요소)

본 연구는 침습적이지 않아 위험성은 없습니다.

7. 연구 참여에 따른 혜택

귀하가 이 연구에 참여하는데 있어서 직접적인 이득은 없으며, 어떠한 금전적 보상도 없습니다. 그러나 귀하가 제공하는 정보는 갑상선암 수술 후 갑상선암 치료를 받은 환자의 경험에 대한 이해를 증진하는데 도움이 될 것입니다.

8. 연구에 참여하지 않을 시 받을 수 있는 불이익과 다른 치료방법의 잠재적 위험과 이익 귀하가 본 연구에 참여하지 않기로 결정할 수도 있습니다. 그로 인한 불이익은

전혀 없습니다.

9. 피험자의 권리와 비밀보장

본 연구를 통해 얻은 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 제공 될 수도 있습니다. 또한 모니터 요원, 점검 요원, 연구윤리심사위원회는 피험자의 비밀보장을 침해하지 않고 관련규정이 정하는 범위 안에서 본 연구의 실시 절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위해 연구 결과를 직접 열람할 수 있습니다. 그리고 귀하의 조사연구 지속 참여 의지에 영향을 줄 수 있는 새로운 정보가 수집되면 적시에 귀하 또는 대리인에게 알려질 것입니다. 귀하가 본 동의서에 서명하는 것은, 이러한 사항에 대하여 사전에 알고 있었으며 이를 허용한다는 의사로 간주될 것입니다.

10. 연구 참여로 인한 피해발생시 조치사항과 피해보상 규정

본 연구 참여로 인해 개인적인 상해가 발생하는 경우에는 일반적으로 적용되는 것과 동일한 응급 치료가 귀하에게 행해지지만, 이 치료에 대한 비용 지불은 본 연구진이 책임지게 됩니다. 그러나 본 연구진은 임금손실과 같은 기타 상해 관련 또는 질병 관련 비용은 배상하지 않습니다.

11. 연구 중단 사유: 다음의 경우 연구책임자의 판단 하에 연구가 중단될 수 있습니다.

- * 효과불충분으로 책임자가 중지가 필요하다고 판단한 경우
- * 이상반응이 발현되어 책임자가 중지가 필요하다고 판단한 경우
- * 등록 후 피험자가 투여 및 검사를 거부하거나 동의를 철회하는 경우
- * 등록 후 대상환자로 부적절하다고 판단한 경우
- * 등록 후 피험자의 사정상 검사 또는 연구의 실시가 불가능하다고 판단한 경우

12. 연구 문의

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

연구 책임자(성명): 신 정 하 전화번호: 010-7963-0279
또는 만일 어느 때라도 피험자로서 귀하의 권리에 대한 질문이 있다면 다음의 조선대학교 기관생명윤리위원회에 연락하십시오.

조선대학교 기관생명윤리위원회(IRB) 전화번호: 062-230-6692

끝까지 읽으셨다면 연구담당자(연구원)에게 충분히 질문하고 참여 여부를 결정해 주시기 바랍니다.

- 본 설명문은 동의서 사본과 함께 귀하에게 1부를 드립니다. “피험자용 설명서과 동의서(사본)”을 연구 참여 종료시까지 보관하셔야 합니다.

<부록 2>

동 의 서

동의서에 서명하시기 전에 다음 사항을 다시 한번 확인하시고 해당 칸에 직접표기하여 주시기 바랍니다.

- | | |
|--|--------------------------|
| | “예” |
| 1. 나는 이 연구에 대한 설명문을 읽었으며 담당 연구원과 이에 대하여 충분히 의논하였습니다. | <input type="checkbox"/> |
| 2. 나는 이 연구참여로 인해 발생할 수 있는 위험(불이익)과 이득(혜택) 그리고 부작용 발생시 조치사항에 대하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다. | <input type="checkbox"/> |
| 3. 나는 연구 진행 과정에서 나에 대한 새로운 정보를 수집하거나, 동의 당시 설명받은 위험 이외의 불이익이 발생한 경우 연구자가 나에게 즉시 보고해야 한다는 것을 알고 있습니다. | <input type="checkbox"/> |
| 4. 나는 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의하며, 어떠한 강제나 부당한 영향을 받지 않았습니다. | <input type="checkbox"/> |
| 5. 나는 이 연구에서 수집될 나(피험자)에 대한 정보의 종류와 범위에 대한 설명을 들었으며, 이는 현행 법률과 연구윤리심사위원회 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리한다는 것을 충분히 이해하였습니다. | <input type="checkbox"/> |
| 6. 나는 담당 연구자나 위임 받은 대리인이 연구를 진행하거나 결과 관리를 하는 경우와 보건 당국, 학교 당국 및 한국보건의료연구원 연구윤리심사위원회가 실태 조사를 하는 경우에는 비밀로 유지되는 나의 개인 신상 정보를 직접적으로 열람하는 것에 동의합니다. | <input type="checkbox"/> |
| 7. 나는 언제라도 이 연구의 참여를 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 불이익도 되지 않을 것이라는 것을 알고 있습니다. | <input type="checkbox"/> |
| 8. 나의 서명은 이 동의서의 사본을 받았다는 것을 뜻하며 연구 참여가 끝날 때까지 사본을 보관하겠습니다. 그리고 성명, 서명 그리고 날짜 모두 자필로 기록하였습니다. | <input type="checkbox"/> |
| 9. (대리인인 경우) 피험자는 이 연구에 대해 이해할 수 없는 상태이고 자필로 동의할 수 없어 대리인이 대신 충분히 이해하고 자필로 서명하였습니다. | <input type="checkbox"/> |
| 10. (공정한 입회자인 경우) 피험자와 대리인이 동의서 서식, 피험자설명서 및 기타 문서화된 정보를 읽을 수 없어서 동의 전과정에 참여하였으며 피험자(대리인)의 자유의사로 이 연구 참여에 동의하였다는 것을 확인하였습니다. | <input type="checkbox"/> |

피험자 성명		피험자 서명	
대리인 성명(필요시)		대리인 서명	
대리 상황 및 사유			
입회자 성명(필요시)		입회자 서명	
입회 상황 및 사유			

● 대리인은 법적 대리인을 의미합니다.

 < 점선 아래는 연구책임자(담당 의사) 기재란입니다. >
 연구책임자는 본 조사연구의 목적, 방법, 환자의 권리, 비밀보장 등에 대해서 상세히 상기 환자에게 설명해 주었고, 환자 스스로 이 연구에 참여할 것을 결정하고 서명하였음을 확인합니다.

2016 년 월 일

책임/공동연구자 성명		책임/공동연구자 서명	
-------------	--	-------------	--

8. 귀하 가정의 총 월수입은 무엇입니까?

- ① 100만원 미만 ② 100-200만원 미만 ③ 200-300만원 미만
 ④ 300-400만원 미만 ⑤ 400-500만원 미만 ⑥ 500만원 이상

8-1. 귀하 가정의 월 수입구성원들은 누구입니까?()

9. 귀하는 언제 갑상선암 진단을 받았습니까? ()년도 ()월

10. 귀하는 언제 수술을 받았습니까? ()년도 ()월

11. 귀하의 갑상선암 종류는 무엇입니까?

- ① 유두암 ② 여포암 ③ 수질암 ④ 역형성암

12. 귀하의 갑상선암 크기는 어느 정도였습니까? ()Cm

13. 귀하는 언제 갑상선암 치료를 받았습니까? ()년도 ()월

14. 귀하의 방사성요오드치료 용량은 어느 정도 였습니까?

- ① 고용량 (30mCi 초과, 입원이 필요함)
 ② 저용량 (30mCi 이하, 입원이 필요치 않음)
 ③ 잘 모르겠다.

15. 귀하의 갑상선암 치료 횟수는 몇 번 입니까? ()번

수고하셨습니다.