



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](#)

전 나 미 교수지도
석사학위 청구논문

수술 전 구조화된 정보제공이
복강경하 전자궁적출술 환자의
수술대기 중
불안과 불확실성에 미치는 효과

2015

성신여자대학교 대학원

간호학과

조 윤 희

수술 전 구조화된 정보제공이
복강경하 전자궁적출술 환자의
수술대기 중
불안과 불확실성에 미치는 효과

전 나 미 교수지도

이 논문을 석사학위논문으로 제출함

2014년 11월

성신여자대학교 대학원

간호학과

조 윤 희

인 준 서

조윤희의 석사학위 논문으로 인준함

2014년 11월

심사위원장 _____ 인

심 사 위 원 _____ 인

심 사 위 원 _____ 인

성신여자대학교 대학원

논문 개요

자궁수술을 앞둔 대상자들은 다른 수술을 받는 환자보다 불안이 더욱 가중된다. 지금까지 정보에 대한 요구와 불안 감소를 위한 여러 가지 간호중재가 시도 되었으나 구조화된 정보제공이 수술대기 중 불안 및 불확실성에 미치는 효과에 대한 연구는 부족한 상황이다. 본 연구의 목적은 구조화된 정보제공이 수술대기 중 불안과 불확실성에 미치는 효과를 파악하기 위함이다.

대상자는 2014년 6월부터 2014년 10월까지 경기도 소재 C 대학병원에서 복강경으로 전자궁적출술이 예정되어 있는 환자 60명으로 각 군당 30명씩 배정하였다. 두 군의 확산효과를 배제하기 위해 실험군 모집 후 15일간 시차를 두고 대조군을 모집하였다. 수술 전날 시청각 자료를 이용하여 수술준비 및 과정에 대한 정보를 제공하였다. Inspiro-meter 와 IV-PCA 는 실물모형을 이용하여 사용법에 대한 정보를 제공한 후 수술실 입구까지 이동경로를 체험하였다.

수술 전 구조화된 정보제공의 효과를 검증하기 위하여 상태불안, 불확실성, 생리적 지표로 혈압과 맥박수를 측정하였다.

수집된 자료를 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 수술 전 구조화된 정보를 제공 받은 실험군과 일반정보를 제공받은 대조군의 수술 직전 상태불안 정도는 두 군 간에 유의한 차이를 보였다.
2. 수술 전 구조화된 정보를 제공 받은 실험군과 일반정보를 제공 받은 대조군의 수술 직전 불확실성은 두 군 간에 유의한 차이를 보였다.
하부영역 중 애매모호성, 불일치성, 불예측성에서 두 군 간에 유의한 차

이를 보였고, 복잡성에서는 두 군 간에 유의한 차이를 보이지 않았다.

3. 수술 전 구조화된 정보를 제공 받은 실험군과 일반정보를 제공 받은 대조군의 수술 직전, 수술실 입실 후 혈압, 맥박수는 두 군 간에 유의한 차이를 보이지 않았고 맥박수는 수술실 입실 후 측정시점에서 두 군 간에 유의한 차이를 보였다.

이상의 결과로 수술 전 구조화된 정보제공이 복강경하 전자궁적출술 환자의 수술대기 중 불안, 불확실성, 애매모호성, 불일치성, 불예측성을 감소시키고 맥박수의 증가를 예방하는 효과가 있음을 확인하였다.

본 연구결과를 기반으로 다양한 종류의 수술을 앞 둔 환자를 대상으로 불안 및 불확실성을 감소시키기 위한 구조화된 정보를 제공하고 그 효과를 알아보는 연구를 확대할 것을 제언한다.

목 차

논문개요

I . 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구 목적	4
3. 연구 가설	4
4. 용어의 정의	5
5. 연구의 제한점	7
II . 문헌고찰	8
1. 수술환자의 불안	8
2. 수술환자의 불확실성	9
3. 수술 전 정보제공의 효과	11
III . 연구방법	14
1. 연구설계	14
2. 연구대상 및 표집방법	14
3. 연구의 윤리적 측면	16
4. 연구도구	16
5. 연구절차	17
6. 자료분석방법	24

IV. 연구결과	25
1. 대상자의 일반적 특성 및 동질성 검증	25
1) 일반적 특성 및 동질성 검증	25
2) 연구변수에 따른 동질성 검증	27
2. 가설검증	29
1) 제 1가설 검증	29
2) 제 2가설 검증	30
3) 제 3가설 검증	31
V. 논의	33
VI. 결론 및 제언	37
1. 결론	37
2. 제언	38

참고문헌

ABSTRACT

부록

표 목 차

표1. 연구설계	14
표2. 정보제공 자료의 영역별 구성	20
표3. 환자가 인식한 영역 내 정보제공 요구	21
표4. 대상자의 일반적 특성에 따른 동질성 검증	26
표5. 연구변수에 따른 동질성 검증	28
표6. 상태불안에 대한 그룹 간 차이검증	29
표7. 불확실성에 대한 그룹 간 차이검증	31
표8. 혈압, 맥박수에 대한 그룹 간 차이검증	32
그림1. 연구진행 순서도	23

I. 서론

1. 연구의 필요성

자궁수술은 전 세계적으로 여성이 받는 수술 중 제왕절개술 다음으로 많이 시행되는 수술로 2014년 국내 주요 수술통계에 의하면 연간 49,450명의 여성에게 시행되었다(국가통계포털, 2014). 이는 여성생식기계 수술 중 47%를 차지하며 Organization for Economic Cooperation and Development(OECD) 회원국 평균인 10만 명당 115.9명과 비교해 볼 때, 우리나라 여성은 198.1명으로 OECD의 평균보다 높다(건강보험심사평가원, 2014).

자궁은 여성만이 가지고 있는 장기로 여성스러움을 유지하고 생식에 관여하면서 성 정체감을 갖게 하며 여성으로서의 의미와 역할을 부여하는 장기이기 때문에 자궁수술을 앞둔 환자들은 다른 수술을 받는 환자보다 불안이 더욱 가중된다(최미선, 이은자, 2012). 자궁적출술을 받은 여성은 수술 후 통증, 오심, 구토, 피로감 등의 신체적 증상을 호소한다. 이러한 증상과 일상생활에 지장을 경험하는 자궁적출술을 받은 여성에게 더욱 고통스러운 것은 신체적 증상과 더불어 경험하게 되는 우울, 불안, 여성성 상실감 등의 심리적 증상이다(김영란, 2010). 수술 후 폐경증후군이나 성생활의 장애가 나타날 것에 대해 걱정과 염려가 있어 자연폐경 된 여성보다 더 많은 심리적 불안을 경험하게 된다(신혜숙, 송영아, 2006). 또한 자궁절제술이 신체적 손상이라는 점에서 다른 외과적 손상과 비슷하나 절제술 이후 신체기능의 저하로 인한 성 정체성과 신체 이미지 손상을 경험하여 수술 후 여성의 삶의 질에 부정적인 영향을 미친다(강경숙, 전은미, 2010).

이러한 자궁질환을 앓고 있는 여성은 진단과정에서부터 불확실성을 경험

하게 된다(Lemaire, 2004). 질병에 대한 불확실성의 인지는 부정적인 정서를 초래하여 질병에 대해 효과적인 대처와 적응을 방해하여 질병 회복에 부정적 영향을 미친다(Mishel, 1981). Kagan 과 Bar-Tal (2008)에 의하면 수술 전 중등도의 불안이 있는 상태에서 수술이라는 과정을 경험하게 되는 환자는 질병과 예후에 대한 불확실성은 병원이라는 낯선 환경과 수술에 대한 막연한 두려움, 의사소통의 단절을 느끼게 됨으로써 더욱 심화된다고 하였다. 불확실성은 애매모호하고 일치하지 않으면서 예측할 수 없는 질병과 관련된 개인의 지각으로 이는 감정적 스트레스를 증가시키며, 병에 대한 적응을 감소시킨다(Mishel, 1990). 또한 불확실성의 증가는 자기 조절력과 자원동원력을 감소시키고 질병과 관련된 상황을 통제할 수 있는 능력을 방해하는 결과를 초래한다(Cox et al., 2003).

이와 같이 자궁수술이 계획되어져 있는 여성은 불안이나 불확실성과 같은 심리적 증상으로 인해 수술 전후의 어려움이 가중되는 것으로 보고되고 있다. 수술 중 불안을 감소시키기 위해서는 적절한 시기에 다양한 방법을 통한 정보제공이 요구되는데(Halkett et al., 2012), 때로는 부적절하거나 불충분한 정보로 인하여 불안과 불확실성은 더욱 증가한다. 특히 수술이 계획되어 있는 환자의 불안과 불확실성은 수술이 결정된 후, 병실에서 대기할 때 보다 수술실에 도착하여 수술대기 중에 더욱 증가한다(Jakobsen & Fagermoen, 2005). 수술대기 중 불안은 가족과의 분리, 낮은 수술실 온도, 밝은 불빛, 낮설고 유쾌하지 못한 소리, 모자와 마스크로 가려진 의료진들로부터 환자 자신이 개인화 되어지는 듯한 상황 등으로 인해 더욱 증가된다. 또한 전신마취 중에는 환자의 의식이 없으므로 불안이나 공포를 느끼지 못하지만 수술대기 중에는 모든 현상을 보고, 듣고 경험하게 되므로 느끼는 불안이나 불편감이 더욱 크다(이은주 등, 2004).

이러한 수술환자의 불안, 불확실성을 감소시키기 위하여 임상에서는 수

술 전에 다양한 시점과 방법으로 정보를 제공하고 있다. 자궁수술을 받는 환자를 대상으로 한 정보제공에 대한 지금까지의 연구를 살펴보면, 오유경 (2012)은 복강경 질식자궁적출술 환자를 위한 질병과 치료과정, 퇴원 후 자가 관리에 관한 전반적인 내용을 포함한 입원안내 지침서를 이용하여 수술 전날 정보를 제공한 후 수술 후 2일째 불안을 측정한 결과 정보를 제공 받은 실험군이 대조군보다 수술 후 불안정도가 유의하게 낮게 측정되었음을 보고하였다. 반면 강경숙과 전은미 (2010)의 연구에서는 동영상 교육 프로그램을 이용하여 입원 시 관리와 퇴원 후 관리 내용을 수술 전날 개별 교육을 통해 정보를 제공하고 교육 직후에 상태불안을 측정한 결과, 복식자궁적출술 환자의 불안감소 효과에 통계적으로 유의한 효과를 보이지 않아 상이한 결과를 가져왔다. 또한 수술 환자의 불안과 불확실성을 감소시키기 위한 간호중재로 정보제공과 교육에 대한 다양한 연구들이 진행되어 왔으나, 대부분이 수술 전 교육의 효과를 수술 전이나 수술 후 병실에서 측정한 연구였으며(최미정, 박정숙, 2013; 구은정, 김주성, 2011; 김현정, 2011; 김은영, 2010; 송승희, 2008; 황연자 등, 2004) 수술대기 중 환자를 대상으로 불안과 불확실성 등의 효과를 확인하는 연구는 거의 없었다.

지금까지의 정보제공 방법은 입원안내 지침서, 동영상 교육 등 강의 중심의 정보제공이 대부분 이었다(최미정, 박정숙, 2013; 조경숙, 노창래, 2012; 구은정, 김주성, 2011; 황연자 등, 2004). 그러나 학습자의 인식과 행동의 변화를 유도하기 위해서는 경험학습이 효과적임을 고려할 때(이영미, 2012), 체험 중심의 구조화된 정보제공이 필요하다.

따라서 본 연구에서는 복강경하 전자궁적출술 환자를 대상으로 수술 전날 시청각 자료를 이용한 정보제공과 수술 후 합병증예방과 통증조절을 위해 사용하게 될 기구의 실물모형을 이용한 실습, 수술실 이동경로에 대한 체험 등을 포함하는 구조화된 정보제공을 제공하여 수술대기 중 불안과 불

확실성에 미치는 영향을 파악하고자 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 복강경하 전자궁적출술을 받는 환자를 대상으로 수술 전날 시청각 자료, 실물모형을 이용한 실습, 수술실 이동경로 체험에 대한 구조화된 정보제공이 수술 직전 불안과 불확실성의 정도에 미치는 영향을 파악하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 수술 전 구조화된 정보제공 자료를 개발한다.
- 2) 수술 전 구조화된 정보제공이 복강경하 전자궁적출술 환자의 수술 직전 상태불안에 미치는 효과를 파악한다.
- 3) 수술 전 구조화된 정보제공이 복강경하 전자궁적출술 환자의 수술 직전 불확실성에 미치는 효과를 파악한다.
- 4) 수술 전 구조화된 정보제공이 수술 직전 혈압과 맥박수에 미치는 효과를 파악한다.

3. 연구가설

본 연구의 가설은 다음과 같다.

제 1가설. 수술 전 구조화된 정보를 제공 받은 실험군과 일반정보를 제공 받은 대조군의 수술 직전 상태불안 정도는 차이가 있을 것이다.

제 2가설. 수술 전 구조화된 정보를 제공 받은 실험군과 일반정보를

제공 받은 대조군의 수술 직전 불확실성 정도는 차이가 있을 것이다.

제 3가설. 수술 전 구조화된 정보를 제공 받은 실험군과 일반정보를 제공받은 대조군의 수술 직전, 수술실 입실 후 혈압, 맥박수는 차이가 있을 것이다.

4. 용어의 정의

1) 구조화된 정보제공

① 이론적 정의: 수술 전후 수술대상자에게 수술 전 불안을 조절하고 수술 후 건강을 유지·증진하는데 필요한 지식, 태도, 기술과 환자에게 지속적인 지지와 도움을 주기위한 내용과 방법이 구체적으로 계획되고, 조직된 교육 프로그램에 의해 교육하는 것을 의미한다(최의순, 1992).

② 조작적 정의: 본 연구에서 구조화된 정보제공은 복강경하 자궁절제술 환자의 간호 정보제공을 의미하며 수술 준비 및 과정에 대한 내용, 실물모형을 이용한 실습, 수술실 이동경로 체험에 대한 내용으로 선행연구, 문헌고찰 및 사전조사를 통해 본 연구자가 개발한 교육 자료를 이용하여 정보를 제공하는 것을 의미한다.

2) 상태불안

- ① 이론적 정의: 불특정적이며 의식적으로 인식할 수 없는 위협에 대한 정서적인 반응으로 생리적 각성과 여러 가지 유형의 행동으로 표현되는 걱정과 감정의 주관적인 느낌을 의미한다(Spielberger, 1972).
- ② 조작적 정의: Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (1983) 중에서 상태불안척도를 이장호, 한덕웅과 전경구(1996)가 한국인에 맞게 번역하여 측정한 점수를 말하며, 점수가 높을수록 상태불안 정도가 높은 것을 의미한다.

3) 불확실성

- ① 이론적 정의: 질환과 수술에 관하여 어떤 것이 중요한지 알 수 없는 상황이거나 인식하더라도 판단과 구분을 정확히 예측할 수 없는 상황에 있어서 의미를 결정할 수 없는 무능력을 의미한다(Mishel, 1988).
- ② 조작적 정의: Mishel 이 개발한 33개 문항의 Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS)를 정재원(2005)이 번역한 도구로 측정한 점수를 말하며, 점수가 높을수록 불확실성 정도가 높음

을 의미한다.

5. 연구의 제한점

본 연구는 일개 대학병원 산부인과 병동에 입원한 복강경하 자궁적출술 환자만을 대상으로 하였으므로 확대 해석에 신중을 기해야 한다.

II. 문헌고찰

1. 수술환자의 불안

수술은 신체적 불편과 심리적 부담을 동반하는 사건으로 대부분의 환자에게 있어서 불안을 초래하는데(김상립, 김영경, 2011) 수술의 중증도에 관계없이 불안을 가지게 된다(황연자 등, 2004). 통증, 불편감, 죽음, 신체손상, 마취 후 의식소실에 대한 두려움, 가족과의 분리에 대한 불안감, 수술의 성공여부, 수술실의 낯선 환경 등 심한 스트레스 상황으로 인하여 불안이 야기된다(김선화, 이해진, 2013; 신호연, 이명선, 2005). 또한 수술환자의 수술 전 불안 수준은 정상 성인이나 입원환자 보다 높아 중재가 필요하며 초기에 중재하지 않으며 증가하는 경향이 있기 때문에 불안은 초기에 중재되어야 한다(김정미, 2000). 이러한 불안은 교감신경계의 활성화로 혈압, 호흡, 심박동수를 상승시키고, 심리적으로도 지각능력과 집중력의 저하, 무력감과 부적절함, 소외감 그리고 불안정 같은 반응을 일으킨다(김금순 등, 2012). 또한 수술 후 의식 회복과 행동문제 등에도 부정적 영향을 미치는 요소로 불안에 대한 중재의 필요성이 강조되고 있다(유혜숙, 2003).

수술 전 불안이 높은 시기는 수술 전날과 수술 직전으로 알려져 있으며, 불안의 정도는 대상자의 따라 다양하지만 수술 전 불안으로 인해 생리적 기능의 변화 뿐 만 아니라 질병 치유에 영향을 미치게 된다고 하였다(오유경, 2012). 수술이 계획되어 있는 환자들은 수술실 현장에서 발생하는 불안감소를 위해 각 환자의 수술에 직접 참여하고 간호수행을 담당하는 마취 또

는 수술실 간호사가 수술과 마취에 관계된 내용을 수술 받는 환자에게 교육함으로써 정서적 지지에 긍정적인 효과를 제공할 수 있다(김분한 등, 2000).

수술과 관련된 불안에 대한 선행연구를 살펴보면, 광미경, 김윤경과 홍해숙 (2011)은 상·하지 수술환자를 대상으로 복식호흡을 시행하여 수술 전에 불안 정도가 유의하게 낮게 측정되었음을 보고하였고, 김선화와 이혜진 (2013)은 인공 고관절 수술환자를 대상으로 지지간호중재를 적용한 후 불안이 감소되었다고 하였다. 또한 김은영과 최의순(2010)의 연구에서 자궁적출술 환자에게 수술 전에 두정부 마사지를 시행한 후 불안을 측정한 결과 효과가 있음을 보고하였으며, 황순정 등(2012)은 선호하는 음악을 청취한 실험군에서 마취 직전 불안이 증가하지 않음으로서 불안 차단 효과가 있음을 보고하였다. 선행연구에서 알 수 있듯이 수술 환자의 불안 감소를 위해 많은 연구가 수행되어져 왔지만 수술 환자의 수술 전 심리적 불안감이 질병 경과 및 예후, 수술 후 회복정도에 중요한 영향을 미치므로 수술 환자의 불안이 가장 고조되는 수술대기 중 불안을 감소시킬 수 있는 간호중재 개발이 필요하다.

2. 수술환자의 불확실성

Mishel (1981)은 입원 후에 겪는 불안요인의 하나로 질환에 대하여 사실을 충분히 파악하거나 적절하게 구조화하고 분류하지 못하는 질환에 대한 불확실성을 들고 있다. 불확실성(uncertainty)이란 사건이 의미하는 바를 이해하지 못하거나 발생한 사건의 결과를 예측할 수 없을 때 발생하는 인지상태로 의사결정자가 한정된 정보를 다른 사건에 할당할 수 없는 상황 속에서 발생하는 질병과 관련된 사건들의 의미를 결정할 수 없는 능력이라고 정의하였다(Michel, 1988). Mishel (1981)은 불확실성을 측정하기 위한 도구를 개발

하였고, 질병에서의 불확실성 이론을 제시하였으며, 이 이론의 주요개념은 불확실성을 일으키는 선행요인들, 불확실성을 위험이나 기회로 평가하는 과정, 위험으로 평가된 과정을 감소시키기 위한 대응이나 기회로 평가된 불확실성을 유지하려는 노력, 효율적인 대응으로 인한 적응상태이다. 또한 불확실성과 관련된 두 요인으로 애매모호성과 정보부족을 확인하였고, 이후 불확실성을 애매모호성(ambiguity), 복잡성(complexity), 불일치성(inconsistency), 불예측성(unpredictability)으로 규명하였다. 불확실성은 4가지 하부영역으로 구성되는데, 질병의 상태와 관련된 애매모호성은 불확실성의 가장 일반적인 특징으로 범위 내에서 사건을 처리하지 못하는 무능력 상태로 자극이 애매모호하게 판단될 때 불확실성은 더욱 가중된다. 치료와 간호시스템의 복잡성은 친숙하지 않은 의학용어의 사용 등으로 인한 불완전한 설명이나 환자와 가족의 경험 제한된 지적능력 등으로 인한 이해 부족의 결과로 나타난다. 진단과 질병의 심각함에 대한 정보부족 또는 정보의 불일치성, 질병과 예후 과정의 불예측성의 개념을 포함한다(김달숙 등, 2012).

Mishel (1988)은 불확실성이 위험으로 인지될 때는 불확실성을 감소시켜 주는 중재법이, 불확실성이 기회로 인지된 경우에는 불확실성을 지지해 주는 중재법이 개발되어야 할 것이라고 제안하였다.

수술은 위기상황 중 하나로 불확실성은 수술환자 교육 및 관리에 우선적으로 고려되어야 하는 간호문제로 수술 후 회복과 퇴원 후의 준비를 받아들이는 것에 긍정적 영향을 줄 수 있으므로 매우 중요하다(Kagan & Bar-Tal, 2008). Mishel (1981, 1988)은 수술이라는 과정이 질병과 예후에 대한 불확실성과 낮은 환경, 수술에 대한 두려움, 의사소통의 단절로 인해 심리적 압박감이 가중되며 개인의 상황을 잘못 인식하거나 정확하게 인식하지 못해 불확실성이 커짐에 따라 불안도가 증가한다고 하였다.

수술환자의 불확실성과 관련된 선행연구는 인공 고관절 수술환자(김선화,

이혜진, 2013), 허리 척추 수술환자(전명희, 정지영, 김민숙, 2012), 유방암 수술환자(이지은, 2013), 만성중이염 수술환자(김은영, 2010) 등 다양한 질환을 가진 환자를 대상으로 하고 있다. 다양한 연구를 통해 수술은 불확실한 예후로 인해 불확실성의 정도가 높으며 이는 심리적 스트레스의 주된 요인이 될 뿐 아니라 앞으로 치료과정에서 일어날 일에 대한 염려와 막연함, 수술에 대한 정보부족 등으로 인해 불확실성을 느끼게 된다는 것을 알 수 있다. 이러한 간호중재를 통해 수술이 예정되어 있는 대상자의 불안과 불확실성을 감소시키는 것이 수술 후 치료와 합병증 예방, 예후에도 영향을 미치므로 체계적이고 실현 가능한 중재를 개발하여 수술 전·후 간호과정에 반드시 포함되어야 할 것이다.

3. 수술 전 정보제공의 효과

세계수술간호사협회(AORN: Association of Perioperative Registered Nurses, 2009)는 수술 전에 환자 뿐 아니라 가족구성원이나 주보호자를 대상으로 수술에 대한 설명, 환자 준비, 금식의 필요성, 투약 등 수술 과정에 따른 간호문제를 포함하는 정보를 수술 준비 단계에서부터 제공할 것을 권고하고 있다. 이는 각 단계별 시간, 다른 간호 제공자들, 수술 전 투약, 수술 후 통증과 오심, 구토 및 배액관 관리와 연계되어진 간호서비스를 포함하는 것을 의미하며 수술 후 합병증 감소와 회복을 위한 구체적인 내용이 포함되어야 함을 시사한다(구은정, 김주성, 2011). Hoermann (2001)은 정형외과 환자 60명을 대상으로 수술 전 정보요구를 조사한 연구에서 수술결정과 입원시점에서 정보제공 요구가 각각 30%를 차지하였으며, 위험에 대한 정보보다는 수술과 회복에 대한 정보요구도가 높은 것으로 확인하였다. 이는 정보제공자는 대상자의 특성에 따른 정보요구를 파악하고 이에 적절한 정보를 제공해야

함을 의미한다.

수술 전 정보제공 방법으로 대부분 주변의 도움 없이도 환자가 스스로 반복적인 학습을 통해 정보를 얻을 수 있는 소책자나 인쇄물 중심으로 제공되고 있다(강명경, 손경희, 이갑녀, 2011). 그러나 효율적인 정보제공을 위해서는 간호사가 환자를 직접 방문하여 설명을 제공함과 동시에 동영상, 슬라이드 등을 이용한 정보를 제공할 것을 제안하고 있다(김영미 등, 2013). 특히 시청각 매체들은 실제 당면하게 될 수술실의 환경을 역동적으로 감지할 뿐 아니라 문맹자에게 쉽게 접근할 수 있어 환자가 교육내용을 기억하고 실천하는데 도움을 줄 수 있는 우수한 매체로서 정보획득의 수단이 되어 그 사용이 증가하고 있다(강경숙, 전은미, 2010).

최근 간호정보 제공방법이 다양하게 개발되고 있는데 크게 구조적 방법과 비구조적 방법으로 나눌 수 있다. 구조적 방법은 교육용 책자, 녹음테이프, 녹음된 메시지와 화면이 동시에 이용하기 위해 시청각 자료를 이용하는 방법으로 비구조적 방법으로 제공하는 것보다 훨씬 효과적임을 알 수 있다(강미숙, 박경민, 박청자, 2000; 강경숙, 전은미, 2010; 오유경, 2012).

최미정과 박정숙(2013)은 구조화된 수술 전 정보제공이 백내장 수술 환자의 수술 전 불안을 감소시켰으며 수술 후 자가 간호 수행에 더 효과적이라고 하였다. 또한 구은정과 김주성(2011)은 척추 수술 환자를 대상으로 수술 전에 동영상을 통해 정보를 제공받은 환자가 인쇄물을 통한 수술 관련 정보를 제공받은 환자보다 상태불안은 유의하게 감소하였다. 또한 CD-ROM을 이용한 정보제공이 단기입원 환자의 수술 전 불안을 통계적으로 유의하게 감소시키지는 못하였으나 자가 간호에 필요한 지식을 향상시키는 결과를 나타내었다(황연자 등, 2004). 이와 같이 간호중재 방법 중 정보제공은 수술환자의 불안을 감소시키기 위한 중재로 가장 빈번하게 시도되었고 여러 연구에서 긍정적인 불안 경감 효과를 보였다(박향숙, 2005; 임연호, 서인선, 정승희,

2010; 임정순, 정복례 2007; 윤혜상, 2006; 장영미, 한진숙 2011; 홍희정, 이명선 2004).

또한 부적절한 정보제공은 불확실성에도 영향을 미치는데, 정보가 부족하거나 의사소통이 단절되었다고 인식 할 경우 불확실성은 더욱 가중된다(김선화, 이해진, 2013). 불확실성은 질환 및 치료와 관련된 친숙하지 않은 사건이나 예측 할 수 없는 증상, 복잡하고 불명확한 설명이나 정보부족으로 인하여 상황을 잘못 인식하므로 치료과정에 부정적인 영향을 미친다(Mishel, 1988). 정보제공이 불확실성에 미치는 영향을 살펴보면, 김은영(2010)은 만성중이염 수술환자 50명을 대상으로 수술 전 간호정보를 제공하고 수술 후 5 일째에 불확실성정도를 측정한 결과 두 군 간에 유의한 차이를 보였고, 송영신(2002)은 천식환자를 대상으로 천식관리 프로그램을 시행함으로써 불확실성이 감소되어 천식관리 프로그램을 통해 정보제공의 중요성을 강조하였다. 또한 이민정(2009)은 시술이나 수술 전에 질병에 대한 정보를 제공함으로써 대상자가 현재 처한 상태를 파악하고 치료과정에 대해 예측할 수 있어 불확실성이 감소한다고 보고하였다. 입원환자에게서 질병과 치료과정에서 불확실성은 피할 수 없는 현상으로 스트레스를 유발하고 대처와 적응을 방해하는 요인이 되므로 불확실성을 효과적으로 관리하기 위해 정보제공이 필요하다(이윤정, 함은미, 김금순, 2001).

따라서 복강경하 전자궁적출술 환자를 위한 구조적이고 체계적인 정보제공 프로그램을 통하여 수술에 대한 그릇된 생각을 올바르게 변화시키고 불안과 불확실성을 감소시켜 수술 후 나타날 수 있는 문제점을 감소시키고 빠르게 대처하므로 회복과 적응을 도울 수 있을 것으로 여겨진다. 또한 환자의 특성에 맞는 정보제공매체의 선택과 수술 현장에서 각 수술에 따른 정례적인 프로토콜의 개발과 개별화된 수술 간호에 대해 설명할 수 있도록 수술 교육 자료를 만들어 정보를 제공 할 필요가 있을 것으로 사료된다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 구조화된 정보제공이 복강경하 전자궁적출술 환자의 수술 직전 불안과 불확실성에 미치는 효과를 규명하기 위한 비동등성 대조군 전후 실험 설계의 유사 실험연구이다. 연구 설계에 대한 모식도는 표1 과 같다.

표1. 연구설계

그룹	사전	중재	사후1	사후2
실험군	Ye1	X	Ye2	Ye3
대조군	Yc1		Yc2	Yc3

Y1: 수술 전일 불안, 불확실성, 혈압, 맥박수 측정

X: 수술 전 구조화된 정보제공

Y2: 수술대기 중 불안, 불확실성, 혈압, 맥박수 측정

Y3: 수술실 입실 후 혈압, 맥박수 측정

2. 연구대상 및 표집방법

본 연구는 경기도 소재 C대학병원에서 2014년 6월부터 2014년 10월까지 복강경하 전자궁적출술을 받기위해 입원한 환자를 대상으로 하였으며, 실험군에서 사전조사를 완료한 후 대조군을 모집하였다. 구체적인 선정기준과 제외기준은 다음과 같다.

1) 선정기준

- ① 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여하기로 한 자
- ② 만 20세 이상, 만 65세 미만인 자
- ③ 미국 마취과학회 (American Society of Anesthesiology, ASA) 신체상태 I 군 또는 II 군에 해당하는 자로, 수술에 필요로 하는 병소의 진행을 포함하여 전신질환이 없고 수술부위가 국한되어 있는 건강한 환자 또는 수술질환이나 동반질환으로 경도나 중증도의 전신질환을 가진 환자
- ④ 전신마취로 복강경하 전자궁적출술이 계획된 자
- ⑤ 지남력 장애가 없으며 의사소통이 가능한 자

2) 제외기준

- ① 응급으로 수술을 한 자
- ② 정신질환이 있는 자

본 연구에 필요한 표본의 크기는 G*Power 3.1 프로그램을 이용하여 독립 표본 t 검정을 기준으로 유의수준 $\alpha = .05$, 검정력 0.8로 하고, 효과크기는 김선화, 이혜진(2013)의 결과를 토대로 0.8로 설정하여 산출한 결과 그룹당 최소 표본수는 실험군 26명, 대조군 26명으로 산출되었다. 탈락률 30%를 고려하여 실험군 35명, 대조군 35명, 총 70명을 대상으로 하였으며 최종적으로 선정기준에 부합하는 대상자는 총 68명이었다. 68명의 대상자 중 수술실 입실 전 수술방법 및 수술시간 변경 2명, 중도에 연구 참여를 거부한 6명을 제외한 최종 대상자는 총 60명으로 실험군이 30명, 대조군이 30명이었다.

3. 연구의 윤리적 측면

본 연구는 대상자의 보호를 위하여 해당 기관의 생명윤리위원회(IRB, institutional review board)의 심의를 거쳐 승인(UC13FISI0085)을 받아 실시하였다. 대상자에게는 연구 내용, 연구자료 분석의 익명성, 사생활 보장 및 연구 참여 중도 포기 가능성을 설명한 후 동의서에 서명을 받았다. 연구의 내용 설명 시에 일부 질병관련 특성을 확인하기 위한 전자의무기록 자료 수집 가능성에 대한 설명을 포함하였다.

4. 연구도구

1) 대상자의 특성

자가 보고형 설문지에 일반적 특성으로 연령, 학력, 직업유무, 종교, 결혼상태를, 질병관련 특성으로 과거 수술 경험 유무, 폐경유무를 포함하였다. 과거 수술 경험 유무, 폐경유무는 전자 의무기록을 통하여 설문지 응답 내용과 비교하여 확인하였다.

2) 상태불안

Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (1983)를 이장호, 한덕웅과 전경구(1996)가 한국인에 맞게 번역하여 타당도와 신뢰도를 검증한 도구를 해당 기관으로부터 승낙을 받은 후 사용하였다. 상태불안 척도는 20문항 4점 척도로 현재상태의 불안 정도를 '전혀 아니다' 1점부터 '매우 그렇다' 4점으로 하여 점수가 높을수록 불안정도가 높은 것을 의미한다. 각 문항의 점수는 합산하였으며 1, 2, 5, 8, 10, 11,

15, 16, 19, 20번 문항은 역환산 하였다. 본 도구의 Cronbach' s a 는 개발 당시 .92였으며 본 연구에서는 .87이었다.

3) 불확실성

불확실성은 Mishel (1981)이 개발한 후 타당도와 신뢰도를 검증한 Mishel Uncertainty in Illness Scale(MUIS)을 정재원(2005)이 번역한 도구로 번역자의 승낙을 받은 후 사용하였다. 본 도구는 불확실성의 4개 하부영역인 애매모호성 13문항, 복잡성 7문항, 불일치성 7문항, 불예측성 5문항과 4개의 하부영역에 포함되지 않은 1개의 문항으로 총 33문항으로 구성되었다. '전혀 아니다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점까지로, 하부영역에 포함되지 않은 1개 문항은 총점 계산 시 제외하였으며 범위는 최저 32점에서 최고 165점까지이다. 점수가 높을수록 불확실성 정도가 높은 것을 의미한다. Mishel의 연구에서 Cronbach' s a 는 .93 이었으며, 정재원의 연구에서는 .85이었고, 본 연구에서는 .85이었다.

5. 연구절차

본 연구는 2단계로 진행하였다.

1단계는 수술 전 구조화된 정보제공 자료를 개발하는 단계로 2014년 4월부터 5월까지이며, 2단계는 정보제공 적용 및 효과 검증 단계로 2014년 6월부터 10월까지이다.

1) 복강경하 전자궁적출술 환자의 수술 전 구조화된 정보제공 자료 개발

- ① 2014년 4월, 본 연구자가 선행 연구와 문헌을 참고로 내용을 선정한 후 산부인과 전문의 1인, 간호학 교수 1인, 10년 경력이상의 마취과 간호사 1인, 수술실 간호사 1인, 병동 unit manager 1인의 자문을 얻어 복강경하 전자궁적출술의 시청각 매체를 이용한 일차 수술 전 정보제공 시나리오를 제작하였다. 내용은 자궁의 해부학적 구조, 복강경하 전자궁적출술의 이해, 수술준비, 수술과정, 수술 후 주의사항 및 부작용 예방과 관련사항으로 구성되었다.
- ② 2014년 5월, 예비조사 단계로 복강경하 전자궁적출술이 예정되어 있는 환자 10명을 대상으로 일차 개발된 수술 전 정보를 제공한 후 참여자의 요구도를 반영하여 내용에 수술 후 통증관리방법, 배액관 관리방법, 수술 소요시간, 수술실 이동 경로, 회복 과정에 대한 내용을 추가하였다. 참여자의 요구도는 표3 과 같다.
- ③ 최종적으로 개발된 수술 전 정보제공 자료를 산부인과 전문의 1인, 간호학 교수 1인, 10년 경력이상의 마취과 간호사 1인, 수술실 간호사 1인, 병동 unit manager 1인의 자문을 통해 수정 보완하여 최종 구조화된 정보제공 자료를 확정하였다.

2) 수술 전 구조화된 정보제공 자료 내용

수술 전 구조화된 정보제공 내용은 시청각 자료, 실물모형을 이용한 실습, 수술실 이동경로에 대한 체험의 세 가지 요소를 포함한다.

① 시청각 자료

시청각 자료의 영역별 구성은 다음과 같으며 파워포인트를 이용하여

제작하였다. 수술 전날 병동 간호사가 수술에 대한 일반적 정보를 제공하기 전 인 오후 5시 전후에 연구대상자를 대상으로 회의실에서 10~15분 정도 시청각 자료를 시청하게 하였다.

② 실물모형을 이용한 실습

시청각 교육 중 도뇨관과 배액관은 실물모형을 준비하여 직접 만져 보도록 하고 수술 후 관리방법, 제거시기에 대해 설명하였다. Inspiro-meter 와 IV-PCA 는 실물모형을 이용하여 사용목적과 방법에 대해 설명한 후 직접 실습하였다. 실습 후 의문사항에 대한 질의응답 순서로 진행하였다.

③ 수술실 이동경로 체험

정보제공 후 교육 참석자를 대상으로 연구자와 동행하여 3층 수술실 입구까지 이동하여 수술실 위치와 이동경로 체험을 실시하였으며 소요 시간은 15분 정도 소요되었다.

표2. 정보제공 자료의 영역별 구성

영역	구체적인 내용	방법
여성 내부생식기의 구조	· 여성 내부생식기의 구조	강의
수술	· 복강경하 전자궁적출술의 적응증 · 복강경 수술 방법	강의
수술 전 준비	· 수술복 착용 방법 · 악세사리, 틀니 제거 · 수술 전 금식	강의
수술실 이동	· 수술실 이동 직전 준비 · 수술실 환경에 대한 사항 · 수술실 위치 안내 · 수술소요시간 · 수술 중 보호자 대기 공간 위치안내 · 회복실 위치 안내	강의 실습 체험
대기실 도착	· 환자이름, 수술부위 재확인	강의
수술실 입실	· 환자감시장치 부착 · 마취유도과정 · 수술준비과정 소개	강의
회복실 입실	· 회복실환경에 대한 사항 · 회복간호 · 회복 소요 시간 · 회복실에서 병실로 이동과정	강의
수술 후 통증조절, 배액관, 도뇨관 관리 방법	· Inspiro-meter, IV-PCA 사용 방법 · 배액관 관리방법 및 제거 시기 · 도뇨관 관리 방법	강의 실습
수술 후 회복과 합병증 예방	· 심호흡과 기침 · 조기이상	강의 실습

표3. 환자가 인식한 영역 내 정보제공 요구

영역	문항
수술실 이동	<ul style="list-style-type: none"> · 언제 수술실로 이동하는지 알고 싶다. · 수술실/회복실 위치는 어디인지 알고 싶다. · 수술실에 가족이 동행할 수 있는지 알고 싶다. · 수술과정을 보호자가 알 수 있는지 알고 싶다.
대기실 도착	<ul style="list-style-type: none"> · 수술실에서 얼마나 기다려야 하는지 알고 싶다.
수술실	<ul style="list-style-type: none"> · 수술실 내부는 어떻게 생겼는지 알고 싶다. · 수술준비는 어떻게 하는지 알고 싶다. · 수술시간은 얼마나 걸리는지 알고 싶다. · 수술 중 아프지 않는지 알고 싶다. · 마취는 어떻게 하는지 알고 싶다. · 마취 중 의식이 있는지 알고 싶다.
회복실	<ul style="list-style-type: none"> · 수술 후 어디로 가는지 알고 싶다. · 회복시간은 얼마나 걸리는지 알고 싶다. · 마취 후 의식이 돌아오지 않으면 어떻게 하는지 알고 싶다. · 회복실에 보호자가 함께 있을 수 있는지 알고 싶다. · 회복 후 병실로 언제 오는지 알고 싶다.
수술 후 관리	<ul style="list-style-type: none"> · 수술 후 아프면 어떻게 해야 하는지 알고 싶다. · 수술 후 얼마나 아픈지 알고 싶다.
회복, 합병증 관리	<ul style="list-style-type: none"> · 도뇨관과 배액관을 언제 제거하는지 알고 싶다.

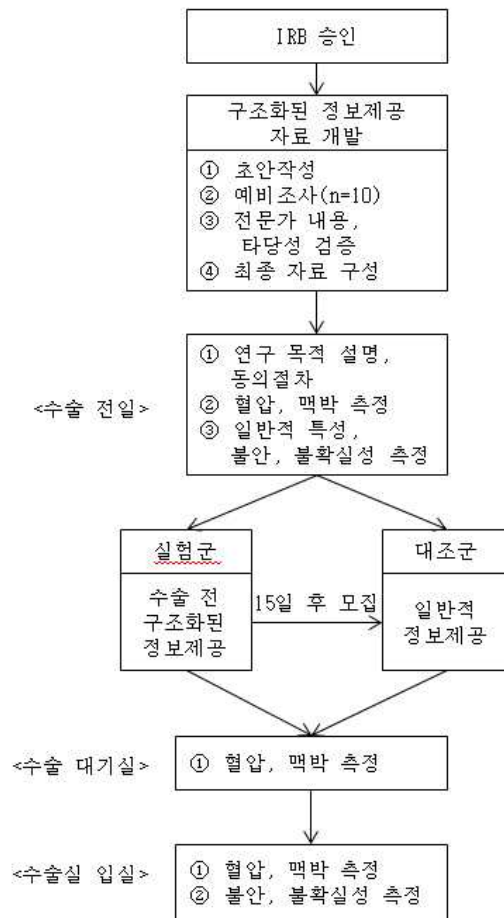
3) 연구진행

- ① 경기도 소재 C대학병원의 산부인과 집도의, 해당 병동 unit manager 에게 연구의 목적을 설명하고 동의를 구하였다.
- ② 임상시험 심사위원회(Institutional Review Board, IRB)에서 연구에 대한 승인을 받았다(UC13FISI0085).
- ③ 복강경으로 전자궁적출술을 받기 위해 입원한 환자를 대상으로 수술 전날 연구자가 방문하여 연구 목적을 설명하고 동의를 구하였다.
- ④ 연구 참여에 대한 동의서를 서면으로 받은 후 사본은 대상자가 보관하도록 하였으며 혈압과 맥박수를 측정하였다. 혈압과 맥박수는 Potable patient monitor (IntelliVue MP2, PHILIPS)를 이용하였으며 측정시마다 동일한 장비를 사용하였다. 사전조사는 연구대상자와 면담을 통해 일반적 특성, 불안, 불확실성 정도를 측정하였으며 설문응답 시간은 15분 정도 소요되었다.
- ⑤ 실험군에게는 사전조사 후 시청각 자료와 실물모형으로 구성된 자료를 이용하여 15~20분간 사전 정보를 제공한 후 수술실 입구까지 동행하여 이동경로 체험을 통하여 구조화된 정보를 제공하였다.
- ⑥ 대조군에게는 병동의 담당간호사가 수술 전 일반적인 정보제공 간호를 제공하였다. 수술 전 일반적인 정보는 금식, 심호흡과 기침의 필요성에 대해 구두 설명을 포함한다.
- ⑦ 실험군의 사후 조사는 수술 당일 수술대기실에서 불안과 불확실성 정도, 혈압, 맥박수를 측정하였으며 설문응답 시간은 10분 정도 소요되었다.
- ⑧ 대조군의 사전·사후 조사는 실험군과 동일한 시점에 같은 방법으

로 수행하였다.

- ⑨ 자료수집 중 편중을 배제하기 위해 수술 전날 정보제공은 연구자가 직접 수행하였다.
- ⑩ 자료수집은 대상자간 처치의 확산효과를 배제하기 위해 시차를 두고 진행하며 실험군 자료수집 후 15일 후에 대조군을 모집하였다.

그림1. 연구진행 순서도



6. 자료분석방법

자료분석은 SPSS 20.0 프로그램을 이용하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수, 백분율, 평균, 표준편차를 구하였다.
- 2) 두 군 간의 일반적 특성에 따른 동질성 검증은 χ^2 -test, t-test로 하였다.
- 3) 두 군 간의 불안, 불확실성, 혈압, 맥박수의 차이는 t-test로 하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성 및 동질성 검증

1) 일반적 특성 및 동질성 검증

본 연구에 참여한 대상자의 일반적 특성과 동질성 검증은 표4와 같다. 대상자의 일반적인 특성으로 연령, 학력, 직업유무, 종교, 결혼상태, 수술 과거력, 폐경여부는 모두 두 군 간에 유의한 차이가 없어 동질하였다.

대상자의 평균 연령은 실험군 54.6 (± 6.7)세, 대조군 54.6 (± 7.8)세였다. 학력은 실험군은 고졸 이하가 30명(100%), 대조군은 고졸 이하가 27명(97%)이었다. 직업은 '없다'가 실험군은 24명(80.0%), 대조군은 25명(83.3%)이었으며, 종교는 실험군은 가톨릭 9명(30.0%), 기독교 9명(30.0%), 불교 7명(23.3%), 무교 및 기타 5명(16.6%)으로 조사되었으며, 대조군은 가톨릭 5명(16.7%), 기독교 8명(26.7%), 불교 8명(26.7%), 무교 및 기타 9명(30.0%)으로 나타났다. 결혼상태는 실험군은 25명(83.3%), 대조군은 28명(93.3%)이 기혼이었다. 과거 수술 경험 유무는 실험군은 '수술경험이 없다' 24명(80.0%), 대조군은 23명(76.7%)이었다. 폐경여부는 실험군은 22명(70.0%), 대조군은 23명(76.7%)이 폐경 상태였다.

표4. 대상자의 일반적 특성에 따른 동질성 검증

(N=60)

특성	구분	실험군	대조군	x ² /t	p
		(n=30)	(n=30)		
		M(SD)/n(%)			
연령(세)		54.6(6.7)	54.6(7.8)	.05	.958
학력	초졸	2(6.7)	0(0)	5.19	.158
	중졸	13(43.3)	11(36.7)		
	고졸	15(50.0)	16(53.3)		
	대졸이상	0(0)	3(10.0)		
직업유무	있다	6(20.0)	5(16.7)	.11	.739
	없다	24(80.0)	25(83.3)		
종교	가톨릭	9(30.0)	5(16.7)	2.42	.659
	기독교	9(30.0)	8(26.7)		
	불교	7(23.3)	8(26.7)		
	무교	4(13.3)	7(23.3)		
	기타	1(3.3)	2(6.7)		
결혼상태	미혼	2(6.7)	0(0)	2.37	.306
	기혼	25(83.3)	28(93.3)		
	기타	3(10.0)	2(6.7)		
수술 과거력	없다	24(80.0)	23(76.7)	.13	.936
	1회	4(13.3)	5(16.7)		
	2회 이상	2(6.7)	2(6.7)		
폐경여부	예	22(70.0)	23(76.7)	.34	.559
	아니오	8(30.0)	7(23.3)		

2) 연구변수에 따른 동질성 검증

연구에 참여한 대상자의 상태불안과 불확실성, 수축기 혈압, 이완기 혈압, 맥박수에 대한 동질성 검증 결과는 표5 와 같다. 상태불안에 대한 평가는 총 80점 만점에 실험군 평균 46.0 (± 3.1)점, 대조군 평균 45.6 (± 3.9)점으로 두 군 간에 차이가 없었다($t = -.37$, $p = .717$). 불확실성에 대한 평가는 총 165점 만점에 실험군 99.4 (± 7.4)점, 대조군 99.5 (± 8.7)점으로 두 군 간에 유의한 차이가 없었다($t = .03$, $p = .975$). 불확실성 하부영역 중 애매모호성은 실험군 46.5 (± 3.5)점, 대조군 46.4 (± 4.8)점으로 두 군 간에 유의한 차이가 없었다($t = -.15$, $p = .879$). 복잡성은 실험군 17.9 (± 3.0)점, 대조군 17.1 (± 3.9)점으로 두 군 간에 유의한 차이가 없었다($t = -.97$, $p = .338$). 불일치성은 실험군 18.7 (± 3.1)점, 대조군 19.2 (± 3.3)점으로 두 군 간에 유의한 차이가 없었다($t = .52$, $p = .607$). 불예측성은 실험군 16.2 (± 2.7)점, 대조군 16.8 (± 2.8)점으로 두 군 간에 유의한 차이가 없었다($t = .94$, $p = .350$). 수축기 혈압은 실험군 125.9 (± 16.1)mmHg, 대조군 126.7 (± 15.2)mmHg 이었으며($t = .19$, $p = .851$), 이완기 혈압은 실험군 76.6 (± 13.2)mmHg, 대조군 78.2 (± 13.0)mmHg ($t = .48$, $p = .632$)으로 두 군 간에 유의한 차이가 없었다. 맥박수는 실험군 분당 69.4 (± 11.5)회, 대조군은 분당 69.3 (± 10.1)회로 두 군 간에 유의한 차이가 없었다($t = -.04$, $p = .972$).

표5. 연구변수에 따른 동질성 검증

(N=60)

변수	실험군	대조군	t	p
	(n=30)	(n=30)		
	M(SD)			
상태불안	46.0(3.1)	45.6(3.9)	-.37	.717
불확실성	99.4(7.4)	99.5(8.7)	.03	.975
애매모호성	46.5(3.5)	46.4(4.8)	-.15	.879
복잡성	17.9(3.0)	17.1(3.9)	-.97	.338
불일치성	18.7(3.1)	19.2(3.3)	.52	.607
불예측성	16.2(2.7)	16.8(2.8)	.94	.350
수축기 혈압(mmHg)	125.9(16.1)	126.7(15.2)	.19	.851
이완기 혈압(mmHg)	76.6(13.2)	78.2(13.0)	.48	.632
맥박수(/min)	69.4(11.5)	69.3(10.1)	-.04	.972

2. 가설검증

1) 제 1가설 검증

제 1가설 “수술 전 구조화된 정보를 제공 받은 실험군과 일반정보를 제공 받은 대조군의 수술대기 중 상태불안 정도는 차이가 있을 것이다.”에 대한 가설 검증 결과는 표6 과 같다. 실험군 대조군 간의 사전·사후 상태불안 차이를 분석한 결과 실험군 5.1 (± 3.1)점, 대조군 -4.8 (± 3.9)점으로 두 군 간에 유의한 차이가 있었다($t=11.86$, $p=.001$). 따라서 제 1가설은 지지되었다.

표 6. 상태불안에 대한 그룹 간 차이검증

(N=60)						
변수	그룹	사전	사후	전후차이 (pre-post)	<i>t</i>	<i>p</i>
		M(SD)				
상태불안	실험군 (n=30)	46.0(3.1)	40.9(2.4)	5.1(3.1)	11.86	.001
	대조군 (n=30)	45.6(3.9)	50.5(3.7)	-4.8(3.9)		

2) 제 2가설 검증

제 2가설 “수술 전 구조화된 정보를 제공 받은 실험군과 일반정보를 제공 받은 대조군의 수술대기 중 불확실성 정도는 차이가 있을 것이다.”에 대한 가설 검증 결과는 표7 과 같다. 실험군과 대조군 간의 사전·사후 불확실성과 하부영역의 차이를 분석한 결과 불확실성의 전후 차이는 실험군 18.2 (± 10.7)점, 대조군 -5.5 (± 5.8)점으로 두 군 간에 유의한 차이가 있었다($t=10.67$, $p<.001$). 4개의 하부 영역 점수의 전후 차이는 애매모호성은 실험군 15.7 (± 9.6)점, 대조군 -3.0 (± 2.8)점($t=9.60$, $p<.001$), 불일치성은 실험군 .57 (± 2.0)점, 대조군 -1.5 (± 1.7)점($t=3.00$, $p=.004$), 불예측성은 실험군 1.57 (± 2.3)점, 대조군 .20 (± 2.5)점($t=3.49$, $p=.001$)으로 3개 영역에서 두 군 간에 유의한 차이를 보였다. 그러나 복잡성 영역에서는 실험군 .33 (± 1.0)점, 대조군 -1.2 (± 2.1)점으로 두 군 간에 유의한 차이를 보이지 않았다($t=.97$, $p=.335$). 따라서 제 2가설은 복잡성을 제외한 불확실성과 3개 하부영역에서 지지되었다.

표7. 불확실성에 대한 그룹 간 차이검증

(N=60)						
변수	그룹	사전	사후	사후차이 (pre-post)	t	p
		M(SD)				
불확실성	실험군	99.4(7.4)	81.2(10.5)	18.2(10.7)	10.67	<.001
	대조군	99.5(8.7)	105.1(6.2)	-5.5(5.8)		
애매모호성	실험군	46.5(3.5)	30.8(9.9)	15.7(9.6)	9.60	<.001
	대조군	46.4(4.8)	49.4(3.6)	-3.0(2.8)		
복잡성	실험군	17.9(3.0)	17.6(2.8)	.33(1.0)	.97	.335
	대조군	17.1(3.9)	18.3(2.8)	-1.2(2.1)		
불일치성	실험군	18.7(3.1)	18.2(2.8)	.57(2.0)	3.00	.004
	대조군	19.2(3.3)	20.6(3.6)	-1.5(1.7)		
불예측성	실험군	16.2(2.7)	14.6(2.2)	1.57(2.3)	3.49	.001
	대조군	16.8(2.8)	16.6(2.3)	.20(2.5)		

3) 제 3가설 검증

제 3가설 “수술 전 구조화된 정보를 제공 받은 실험군과 일반정보를 제공받은 대조군의 수술 직전, 수술실 입실 후 혈압, 맥박수는 차이가 있을 것이다.” 에 대한 가설 검증 결과는 표8 과 같다. 수축기 혈압은 병실, 대기실, 수술실의 순으로 실험군은 125.9 (± 16.1)mmHg, 123.6 (± 13.5)mmHg, 127.6 (± 12.1)mmHg, 대조군은 126.7 (± 15.2)mmHg, 128.7 (± 19.1) mmHg, 133.7 (± 13.5)mmHg 로 두 군 간에 모든 시점에서 차이가 없었다($t=.18, p=.851/ t=1.17, p=.244/ t=1.86, p=.068$). 이완기 혈압은 병실, 대기실, 수술실의 순으로 실험군은 76.6 (± 13.2)mmHg, 76.7

(± 13.3)mmHg, 76.3 (± 11.9)mmHg, 대조군은 78.2 (± 13.0)mmHg, 79.2 (± 12.7)mmHg, 82.5 (± 16.8)mmHg 로 두 군 간에 모든 시점에서 차이가 없었다($t=.48, p=.632/ t=.75, p=.455/ t=1.65, p=.104$). 분당 맥박수는 병실, 대기실, 수술실의 순으로 실험군은 69.4 (± 11.5)회, 69.4 (± 11.5)회, 70.6 (± 9.9)회, 대조군은 69.3 (± 10.1)회, 75.2 (± 17.5)회, 82.6 (± 18.7)회로 수술실 입실 후 측정 시점에서 유의한 차이가 있었고 병실과 대기실에서 측정 시점에서는 유의한 차이가 없었다($t=-.03, p=.972/ t=1.5, p=.139/ t=3.12, p=.003$). 따라서 제 3가설은 맥박수는 수술실 입실 측정 시점에서 두 군 간의 차이가 있었으나 그 외 시점에서 수축기 혈압, 이완기 혈압, 맥박수에 차이가 없어 부분적으로 지지되었다.

표 8. 혈압, 맥박수에 대한 그룹 간 차이검증

		(N=60)			
변수	구분	실험군	대조군	t	p
		(n=30)	(n=30)		
		M(SD)			
수축기 혈압 (mmHg)	병실	125.9(16.1)	126.7(15.2)	.18	.851
	대기실	123.6(13.5)	128.7(19.1)	1.17	.244
	수술실	127.6(12.1)	133.7(13.5)	1.86	.068
이완기 혈압 (mmHg)	병실	76.6(13.2)	78.2(13.0)	.48	.632
	대기실	76.7(13.3)	79.2(12.7)	.75	.455
	수술실	76.3(11.9)	82.5(16.8)	1.65	.104
맥박수 (/min)	병실	69.4(11.5)	69.3(10.1)	-.03	.972
	대기실	69.4(11.5)	75.2(17.5)	1.5	.139
	수술실	70.6(9.9)	82.6(18.7)	3.12	.003

V. 논 의

본 연구는 복강경하 전자궁적출술이 예정된 환자를 대상으로 수술 전 시청각 자료, 실물모형을 이용한 실습 및 연구자가 동행하는 수술실 이동경로 체험 등으로 구성된 구조화된 정보제공이 수술대기 중 불안과 불확실성에 미치는 효과를 파악하기 위하여 수행되었다. 중재를 제공받은 대상자와 제공받지 않은 대상자 간에 불안, 불확실성 및 수술 직전 맥박수에 차이가 있어 본 연구에서 적용된 구조화된 정보제공이 효과적인 중재임을 확인할 수 있었다.

구조화된 정보제공 중재 효과를 검증하기 위하여 실험군과 대조군 간의 중재 전후의 상태불안의 차이를 분석한 결과 두 군 간에 유의한 차이를 보였다. 이와 같은 결과는 인공 고관절 수술 환자를 대상으로 지지간호중재 후 불안과 불확실성을 측정한 김선화와 이혜진(2013)의 연구, 척추환자를 대상으로 동영상 교육프로그램 적용 후 수술 후 불안을 측정한 구은정과 김주성(2011)의 연구, 백내장 수술 환자를 대상으로 구조화된 교육을 제공한 최미정과 박정숙(2013)의 연구에서 연구대상자는 다르지만 간호정보를 제공한 후 불안이 감소하였다는 결과와 맥락을 같이 한다. 이는 대상자가 얻고자 하는 정보 요구도를 파악한 후 대상자가 병실을 출발하여 수술실 입실 흐름에 따라 개발한 자료를 이용하여 수술과정에 대한 포괄적인 절차에 대해 제공한 정보가 수술준비 및 진행과정에 대해 정확하게 예측하므로 낮은 수술실 환경, 가족과의 분리 등 수술 직전에 발생할 수 있는 불안을 감소시킬 수 있었을 것으로 사료된다. 또한 수술전날 병실에 방문하여 것이 대상자와 사전에 라포 형성을 함으로써 수술대기실에 도착했을 때 불안

을 낮추는 효과를 가져왔을 것으로 사료된다.

반면, 복강경하 전자궁적출술 환자를 대상으로 동영상을 이용하여 간호 정보제공을 실시한 강경숙과 전은미(2010)의 연구, 황연자(2004), 임연호, 서인선과 정승희(2010)의 연구에서 수술 전 불안에 영향을 미치지 못하여 본 연구결과와 상반된 결과를 보여 주었다. 이는 수술 전 제공되는 정보의 명료성, 정보제공 방법의 차이와 제공 시기, 정보제공 시 간호사와 대상자 간의 치료적인 대인관계 형성 및 신뢰를 포함하여 개인적 요인 등 여러 요인들에서 비롯된 차이가 있었을 것으로 생각된다. 이러한 결과는 수술 전 교육의 경우 교육매체의 다양화가 요구되며 추가적인 설명이나 대상자와의 충분한 라포 형성, 정보제공 대상자가 원하는 정보에 대해 사전조사가 필요할 것으로 사료된다.

다음으로 본 연구에서 수술 전날 정보를 제공받은 실험군의 불확실성 점수는 수술 전날보다 수술대기 중 감소하였으나, 대조군은 수술 전날에 비해 오히려 증가하였다. 이와 같은 정보제공 방법은 다르지만 자궁절제술 환자를 대상으로 정보제공과 향기요법을 적용한 한인자(2010)의 연구, 고관절 인공 치환술 환자를 대상으로 한 김남순(2011)의 연구결과와 맥락을 같이한다. 이는 수술 전에 적절한 정보를 제공함으로써 대상자가 수술에 대한 막연한 두려움과 낯선 환경에 대해 명확하게 인식하므로 수술 환자의 애매모호한 감정을 줄여주어 불확실성이 감소된 것으로 사료된다. 또한 불확실성 하부 4개 영역 중 애매모호성, 불일치성, 불예측성은 유의하게 감소한 반면 복잡성은 차이가 없었다. 이와 같은 결과는 수술 전 정보제공의 효과를 불확실성 하부영역별로 분류하여 진행한 선행연구를 찾기 어려워 비교할 수는 없지만 수술 전 정보를 제공하므로 대상자의 애매모호한 감정을 줄여주고 질병에 대한 정보부족 또는 정보의 불일치성, 질병과 예후 과정의 예측불가능한 감정 감소에 효과가 있음을 알 수 있었다. 그러나

복잡성에 차이가 없는 것은 본 연구의 수술 전 제공된 정보가 수술실에서 이루어지는 치료 및 간호과정을 중심으로 제작되어 수술실 외의 병동에서 이루어지는 치료 및 간호과정 중 발생하는 불완전한 설명이나 환자의 경험 이 제한된 결과라 여겨진다. 따라서 복잡성을 감소시키기 위한 대상자의 정보제공은 입원기간 동안 연속성을 가지고 이루어져야 하는 것으로 병동 이나 수술실 등 특정 장소나 질환에 제한이 있어서는 안 될 것으로 사료된다. 향후 병동에 입원 시점부터 검사 혹은 수술과정을 포함하여 퇴원 시점 까지 연속성을 가지고 정보를 제공한 연구가 필요할 것으로 여겨진다.

마지막으로 수술 전 구조화된 정보제공이 복강경하 전자궁적출술을 받는 환자의 수축기 혈압, 이완기 혈압은 실험군이 대조군보다 낮았으나 시점에 따른 두 군 간의 유의한 차이가 없었다. 맥박수는 수술실 입실 시 측정된 결과가 두 군 간에 유의한 차이가 있어 정보제공이 불안을 감소시켜 맥박 수 증가를 예방하는 결과가 나타난 것으로 사료된다. 수술 직전 수축기 혈압과 이완기 혈압의 경우 실험군과 대조군 모두 상승하였는데 혈압 측정시기가 마취 직전이라서 수술이라는 상황으로 인해 두 군 모두 수축기 혈압, 이완기 혈압이 상승한 것으로 보인다(Yasunari et al., 2006). 맥박수는 실험군에서는 병실, 대기실, 수술실에서 측정한 결과가 거의 유사하였으나 대조군에서는 측정시점 마다 계속 상승하는 결과를 나타냈다. 이는 부인과 환자에게 수술당일 감각정보를 제공 후 혈압과 맥박수를 측정한 결과 유의한 차이가 없었다는 홍정연(2001)의 연구와 유사하나 맥박수에서 차이가 발생하는 까닭은 반복 측정한 횟수의 차이 때문일 것으로 여겨진다. 이은주 등(2004)의 연구에서는 척추마취 환자를 대상으로 예비적 감각정보를 제공한 결과 수술실 입실 전 대기실에서 측정한 혈압은 유의하게 감소하였으나 맥박수의 변화는 유의하지 않게 나타났다. 최미정과 박정숙(2013)의 연구에서는 백내장 수술 환자를 대상으로 수술 당일 교육을 실시 후 수술

직전 혈압과 맥박수를 측정한 결과 실험군이 대조군보다 낮았으나 두 군간의 유의한 차이는 없었다. 이와 같이 수술 전 정보제공이 수술 전 혈압과 맥박수에 미치는 영향에 대한 일관되지 않은 결과는 수술의 종류, 대상자, 수술 전 정보제공 시점, 혈압과 맥박수를 측정한 시점 및 횟수의 차이 등의 요인으로 인한 것으로 해석할 수 있겠다.

결론적으로 복강경하 전자궁적출술 환자에게 수술 전날 시청각 자료, 실물모형을 이용한 실습과 수술실 이동경로에 대한 체험을 포함하는 구조화된 정보제공이 수술대기 중 상태불안과 불확실성 정도를 감소시키는 효과적인 간호중재로 확인되었다. 다양한 수술을 앞둔 환자에게 구조화된 맞춤형 정보를 제공함으로써 수술 전 환자의 불안 및 불확실성을 감소시키고 결과적으로 수술 후 회복을 촉진시키는 효과를 가져 올 수 있으리라 기대한다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 수술 전 구조화된 정보제공이 복강경하 전자궁적출술 환자의 수술대기 중 불안 및 불확실성에 미치는 효과를 알아보기 위해 시도된 비동등성 대조군 전후실험 설계의 유사 실험연구이다. 복강경하 전자궁적출술 환자의 불안과 불확실성 감소를 위해 수술준비과정, 수술 후 도뇨관과 배액관 관리 방법, 수술실 및 회복실내부 전경은 시청각 자료를 활용하였으며 수술실 후 사용하게 될 Inspiro-meter, IV-PCA 는 실물모형을 준비하여 실습하도록 하였다. 그 후에 수술실까지 이동경로를 동행하여 체험할 수 있도록 하였다.

수술 전 구조화된 정보를 제공받은 실험군은 일반적인 수술 전 정보를 제공받은 대조군보다 수술 직전 상태불안 점수와 불확실성 점수가 낮게 나타났다. 그러나 생리적 불안지표 중 혈압은 실험군이 대조군보다 낮게 나타나나 통계적으로 유의하지는 않았다. 맥박수는 측정시점마다 실험군이 대조군보다 낮게 측정되었으나 수술실 입실 후에 측정한 결과만이 통계적으로 유의하였다. 이상의 결과로 볼 때, 수술 전날 구조화된 정보제공이 불안수준이 높은 수술 직전 상태불안 감소와 불확실성 정도 감소, 수술 직전 맥박수 증가를 예방하는데 효과적인 간호중재로 나타나 수술 전 환자를 위해 실무에서 활용할 수 있을 것으로 생각된다.

2. 제언

본 연구결과를 근거로 다양한 종류의 수술 환자를 대상으로 하는 수술 전 정보제공 프로그램을 개발한 후 그 효과를 확인하는 연구를 할 것을 제언한다.

참 고 문 헌

- 건강보험심사평가원 (2014). 통계정보, 질병통계 . Retrieved June 30, 2014, from 건강보험심사평가원 Web site: <http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020045010000>
- 강경숙, 전은미 (2010). 동영상 교육 프로그램이 복강경하 전자궁적출술 환자의 잔뇨량, 가스배출 및 상태불안에 미치는 효과. *여성건강간호학회지*, 16(4), 409-418.
- 강미숙, 박경민, 박청자 (2000). 정보제공과 음악요법이 심혈관조영술 환자의 불안에 미치는 영향. *한국간호과학회지*, 30(2), 380-390.
- 강명경, 손경희, 이갑녀 (2011). 동영상 프로그램이 관상동맥조영술 환자의 질병지식과 환자 역할 이행에 미치는 효과. *한국간호교육학회지*, 17(1), 100-109.
- 곽미경, 김윤경, 홍해숙 (2011). 복식호흡이 상·하지 수술 환자의 수술 전 불안과 혈압에 미치는 효과. *기초간호자연과학회지*, 13(1), 23-28.
- 구은정, 김주성 (2011). 척추환자 대상 수술 전 구조화된 동영상 교육프로그램이 수술 후 불안과 자가간호 이행에 미치는 효과. *근관절건강학회지*, 18(1), 39-49.
- 국가통계포털 (2014). 주제별 통계, 연령별/성별/수술종류별 수술현황. Retrieved November 31, 2014 from 국가통계포털. Web site: <http://kosis.kr/>
- 국민건강보험공단 (2014). 2013 주요수술통계연보. Retrieved December

31, 2014 from 국민건강보험공단. Web site:

<http://www.nhis.or.kr/menu/boardRetrieveMenuSet.xx?menuId=F3326>

김금순, 김영숙, 최경옥, 현경선, 윤은자, 김숙영 외 (2012). *성인간호학*. 서울:수문사.

김남순 (2011). *수술 전 교육이 고관절치환술환자의 수술 직전 불안과 불확실성에 미치는 효과*. 석사학위논문, 경희대학교.

김달숙, 안숙희, 강경아, 고성희, 김명애 (2012). (이론개발과 적용을 위한) *중범위 간호이론*. 서울: 대학서림.

김분한, 정연, 강화정, 이순우, 김진순, 이묘섭 (2000). 수술 전 교육프로그램이 환자의 정서 상태에 미치는 영향. *성인간호학회지*, 12(3), 407-417.

김상립, 김영경 (2011). 귀마개 적용이 수술 소음으로 인한 불쾌감 및 불안에 미치는 효과. *임상간호연구*, 17(3), 319-328.

김선화, 이해진 (2013). 인공 고관절 수술 환자에서 지지간호중재가 고관절 기능, 불안 및 불확실성에 미치는 효과. *임상간호연구*, 19(3), 419-431.

김영란 (2010). 자궁절제술을 받은 여성의 삶의 질과 사회적 서비스 지원. *한국가족복지학*, 15(4), 49-71.

김영미, 김민영, 권언경, 김호숙, 박승현, 천명숙, 한혜정 (2013). 대장암 수술 후 퇴원 환자에게 적용한 컴퓨터 기반 애니메이션 동영상 교육의 효과. *재활간호학회지*, 16(1), 37-46.

김은영 (2010). *수술 전 간호정보제공이 만성중이염 수술환자의 수술 후 불확실성 및 불안에 미치는 효과*. 석사학위논문, 을지대학교 임상간호대학원.

김은영, 최의순 (2010). 두경부 마사지가 자궁적출술 환자의 불안, 통증

- 및 불편감에 미치는 효과. *여성건강학회지*, 16(1), 60-68.
- 김정미 (2000). 손마사지가 자궁절제술 환자의 수술직전 불안에 미치는 효과. *한국간호과학회*, 30(2), 476-487.
- 김현정 (2011). *수술 전 정보제공이 수술 후 통증과 불안, 간호만족도에 미치는 효과*. 석사학위 논문, 을지대학교 임상간호대학원.
- 박향숙 (2005). 사전 간호정보제공과 수술 직전 신체접촉이 환자의 불안에 미치는 영향. *충남대 간호학술지*, 8(2), 63-75.
- 송승희 (2008). *간호 정보 제공과 손마사지가 복강경 담낭절제술 환자의 수술 전 불안에 미치는 영향*. 석사학위 논문, 고려대학교 교육대학원
- 송영신 (2002). *천식관리 프로그램이 대상자의 불확실성, 대처 및 삶의 질에 미치는 효과*. 박사학위 논문, 충남대학교 대학원.
- 신혜숙, 송영아 (2006). 수지요법이 폐경증상과 태도에 미치는 효과. *동서간호학연구지*, 12(1), 25-32.
- 신효연, 이명선 (2005). 수술 중 음악요법이 국소마취 수술환자의 불안에 미치는 효과. *기본간호학회지*, 12(1), 131-138.
- 오유경 (2012). *수술 전 정보제공 프로그램 개발인 복강경 질식자궁적출술 환자의 상태에 미치는 효과(불안감과 간호 만족도 중심으로)*. 석사학위 논문, 아주대학교 대학원.
- 유혜숙 (2003). *동영상을 이용한 사전정보제공과 가운요법이 수술 전 불안감소에 미치는 효과*. 석사학위논문, 한양대학교 행정대학원.
- 윤혜상 (2006). 마취간호사의 수술 전 방문교육이 편도선절제술 환자의 불안 완화에 미치는 효과. *한국간호과학회*, 2006(11), 139-139.
- 이민정 (2009). 퇴원 후 회복기 관상동맥 우회술 대상자의 불확실성, 불확실성에 대한 평가 및 건강 관련 삶의 질. *간호과학*, 21(1),

49-63.

- 이영미 (2012). 의료 커뮤니케이션 교육에서 도전과제: 개인적 경험과 성찰을 토대로. *한국의학교육학회*, 20(1), 65-68.
- 이은주, 박희경, 최경란, 김수영, 신현주 (2004). 척추마취 환자를 위한 예비적 감각정보 제공이 수술직전 불안에 미치는 영향. *임상간호연구*, 9(2), 136-147.
- 이윤정, 함은미, 김금순 (2001). 일개지역 암환자의 불확실성과 대처 및 우울에 관한 연구. *대한간호학회지*, 31(4), 244-256.
- 이장호, 한덕용, 전경구 (1996). Spielberger의 상태-특성 불안검사 Y형의 개발. *한국심리학회지 건강*, 1(1), 1-14.
- 이지은 (2013). *유방암 환자의 수술 전 불확실성, 수술 전·후 불안과 수술 후 통증에 관한 연구*. 석사학위 논문, 한양대학교 임상간호정보대학원.
- 임연호, 서인선, 정승희 (2010). 간호정보제공이 당일수술 환자의 불안과 간호만족도에 미치는 효과. *성인간호학회지*, 22(1), 1-10.
- 임정순, 정복례 (2007). 정보제공 방법에 따른 암수술환자 가족의 간호요구 만족도와 불안. *대한중양간호학회*, 7(2), 162-168.
- 장영미, 한진숙 (2011). 사전정보제공과 진정제투여가 기관지내시경 검사 대상자의 불안 감소에 미치는 영향. *한국산학기술학회*, 12(9), 4061-4067.
- 전명희, 정지영, 김민숙 (2012). 허리 척추수술환자의 수술 후 불확실성에 미치는 영향요인. *근관절건강학회지*, 19(3), 294-307.
- 정재원, 김문정, 이미현, 도혜경 (2005). 항암화학요법을 받는 부인암 환자의 기능상태와 사회심리적 적응. *여성건강간호학회지*, 11(1), 58-66.

- 조경숙, 노창래 (2012). 통원 백내장 수술 후 개별 교육이 불안과 자가관리 수행에 미치는 효과. *대한안과학회지*, 53(2), 412-419.
- 최미선, 이은자 (2012). 수술실 소음차단이 산부인과 복강경 수술 환자의 불안과 활력징후에 미치는 영향. *한국직업건강간호학회지*, 21(3), 317-325
- 최미정, 박정숙 (2013). 구조화된 수술 전 교육이 백내장 수술 환자의 불안과 자가간호 수행에 미치는 효과. *성인간호학회지*, 25(4), 473-482.
- 최의순 (1992). 자궁적출 환자와 배우자를 위한 수술전후 교육이 수술 후 적응수준에 미치는 효과. *간호과학*, 4, 109-136.
- 한인자 (2010). *수술 전 간호정보제공과 아로마 향기흡입이 부인과 수술환자의 불안과 불확실성에 미치는 영향*. 석사학위논문, 가톨릭대학교 보건대학원.
- 황순정, 서남례, 최미아, 임경자, 변주나 (2012). 선호 음악 감상이 수술 전 환자의 불안에 미치는 효과. *스트레스연구*, 20(1), 31-40.
- 황연자, 박연환, 박인선, 김남이, 김정미, 김진영 (2004). CD ROM을 이용한 교육프로그램이 단기입원수술 환자의 수술 전 불안과 수술 전 불안과 수술 후 자가 간호 수행을 위한 지식에 미치는 효과. *성인간호학회지*, 16(1), 82-89.
- 홍정연 (2001). 감각정보 제공이 외래환자의 수술 전 불안에 미치는 영향. *대한마취과학회*, 40(4), 435-442.
- 홍희정, 이명선 (2004). 수술대기실 환자현황판을 이용한 수술진행 정보제공이 환아 어머니의 불안에 미치는 효과. *성인간호학회지*, 16(3), 388-397.
- AORN (2009). *Perioperative Standards & Recommended Practices*. Denver

CO: AORN Inc.

- Cox,H., Henderson,L., Andersen,N., Cagliarini,G., & Ski,C. (2003). Focus group study of endometriosis: Struggle, loss and the medical merry-go-round. *Internationnal Journal of Nursing Practice, 9(1)*, 2-9.
- Halkett,G.K., Kristjanson,L.J., Lobb,E., Little,J.. Shaw,T., Taylor,M., et al. (2012). Information needs and preferences of women as they proceed through radiotherapy for breast cancer. *Patient Education and Counseling, 86(3)*, 396-404.
- Hoermann,S. (2001). Patinet's need for information before surgery. *PPMP, 51(2)*, 56-61.
- Jakobsen V.H., & Fagermoen M.S. (2005). Environmental factors in the operating theater and their impact on patient's operative anxiety(Norwegian). *Tidsskrift For Sykepleieforskning, 7(4)*, 4-17.
- Kagan I., & Bar-TalY.(2008). The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing. 17(5)*, 576-583.
- Lemaire,G.S. (2004). More than just menstrual cramps: Symptoms and uncertainty among women with endometriosis. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 33(1)*, 71-79.
- Mishel,M.H. (1981). The measurement of unccertainty in illness. *Nursing research, 30(5)*, 258-263.
- Mishel,M.H (1988). Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship, 20(4)*, 225-232.

- Mishel, M.H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty illness theory. *Image Journal Nursing School, 22(4)*, 256-262.
- Spielberger, C.D. (1972). *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Yasunari, K., Matsui, T., Maeda, K., Nakamura, M., Watanabe, T., & Kiriike, N. (2006). Anxiety-induced plasma norepinephrine augmentation increases reactive oxygen species formation by monocytes in essential hypertension. *American Journal of Hypertension, 19 (6)*, 573-578.

ABSTRACT

Effect of Structured Information on Immediate
Preoperative Anxiety and Uncertainty in Patient
Undergoing Total Laparoscopic Hysterectomy

Cho, Youn Hee

Department of Nursing Science

The Graduate School

Sungshin University

Directed by Professor Chun, Nami, RN, Ph.D.

Patients undergoing total laparoscopic hysterectomy experience more anxiety and uncertainty than those for other surgery during the preoperative period. A variety of nursing interventions to relieve patients' preoperative anxiety or uncertainty have been developed and provided. However, little has been known to the effect of the program on the immediate preoperative anxiety or uncertainty in patient undergoing hysterectomy. This study aims to identify the effect of structured information on immediate preoperative anxiety and uncertainty in patient undergoing total laparoscopic hysterectomy.

60 patients who were admitted for total laparoscopic hysterectomy were recruited at a university hospital in Gyeonggi-do from June to October 2014. Of them, 30 were assigned to either of the experimental or the control group. The patients in the experimental group were provided structured information which consists of visual and auditory materials about surgical preparation and process, practical experience on devices such as IV-PCA pump and Inspiro-meter and actual experience on route to go to the operating room.

State-anxiety, uncertainty, and blood pressure and pulse rate as biological indicators were measured before and after the intervention to examine the effect. Post measurement were taken at the holding area for all variables and in the operating room for biological indicators. The results were as follows:

1. Significant group difference was found on state anxiety at the holding area.
2. Significant group difference was found on uncertainty including ambiguity, inconsistency, and unpredictability at the holding area. However, there was no difference on the level of complexity between two groups.
3. There were no differences on blood pressure or pulse rate at the holding area between two groups. However there was a significant difference on pulse rate in the operating room between two groups.

The findings demonstrated that the structured information provided to the patients undergoing total laparoscopic hysterectomy preoperatively was effective on immediate preoperative anxiety and uncertainty. Clinical nurses may contribute to decreasing anxiety and uncertainty by utilizing this structured information pre-operatively.

부 록

<설문지>

I. 일반적 특성

※ 다음은 귀하의 일반적 특성을 알아보려고 하는 것입니다.

각 문항의 해당 항목에 ()에 ○ 표하거나 기술하여 주시기 바랍니다.

1. 연령: 만 ()세

2. 학력

초졸 () 중졸 () 고졸 () 대졸이상 ()

3. 직업

유 () 무 ()

4. 종교

가톨릭 () 기독교 () 불교 () 무교 () 기타 ()

5. 결혼상태

미혼 () 기혼 () 기타 ()

6. 과거수술경험

유 () 회 무 ()

수술명:

수술년도:

7. 폐경유무

유 () 무 ()

II. 불안

※ 아래에는 사람들이 자신을 표현할 때 사용하는 문항들이 적혀 있습니다. 각 문항을 읽고, 당신이 바로 지금 이 순간에 느끼고 있는 자신의 상태를 가장 잘 나타내는 정도에 따라서 번호에 동그라미 표시(○)를 해주시기 바랍니다.

질문에는 옳고 그른 답이 없습니다. 어느 한 문장에 답하는 데 너무 오랜 시간을 보내지 마시고, 지금 현재 당신의 느낌을 가장 잘 나타낸다고 생각하는 정도에 따라서 번호에 동그라미 표시(○)를 해 주시기 바랍니다.

번호	문항	전혀 아니다	조금 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
1	나는 평안하다.*	1	2	3	4
2	나는 안정된 느낌이다.*	1	2	3	4
3	나는 긴장감을 느낀다.	1	2	3	4
4	나는 심하게 긴장된다.	1	2	3	4
5	나는 마음이 편하다.*	1	2	3	4
6	나는 속상하다.	1	2	3	4
7	나는 불행이 닥쳐올까 봐 걱 정이다.	1	2	3	4
8	나는 흡족하다.*	1	2	3	4
9	나는 두렵다.	1	2	3	4

번호	문 항	전혀 아니다	조금 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
10	나는 편안하다.*	1	2	3	4
11	나는 자신감을 느낀다.*	1	2	3	4
12	나는 안절부절 못한다.	1	2	3	4
13	나는 초조하다.	1	2	3	4
14	나는 무엇을 어찌해야 좋을지 모르겠다.	1	2	3	4
15	나는 느긋한 기분이다.*	1	2	3	4
16	나는 만족감을 느낀다.*	1	2	3	4
17	나는 불안하다.	1	2	3	4
18	나는 혼란스럽다.	1	2	3	4
19	나는 마음이 동요되지 않고 안정되어 있다.*	1	2	3	4
20	나는 기분이 좋다.*	1	2	3	4

* 역환산 문항

III. 불확실성 정도 평가

※ 다음 질문들은 귀하가 질병이나 치료 진행과정에 대해 어떻게 생각하고 있는지에 대한 것입니다. 가장 가깝다고 생각되는 번호에 동그라미 표시(○)를 해 주시기 바랍니다.

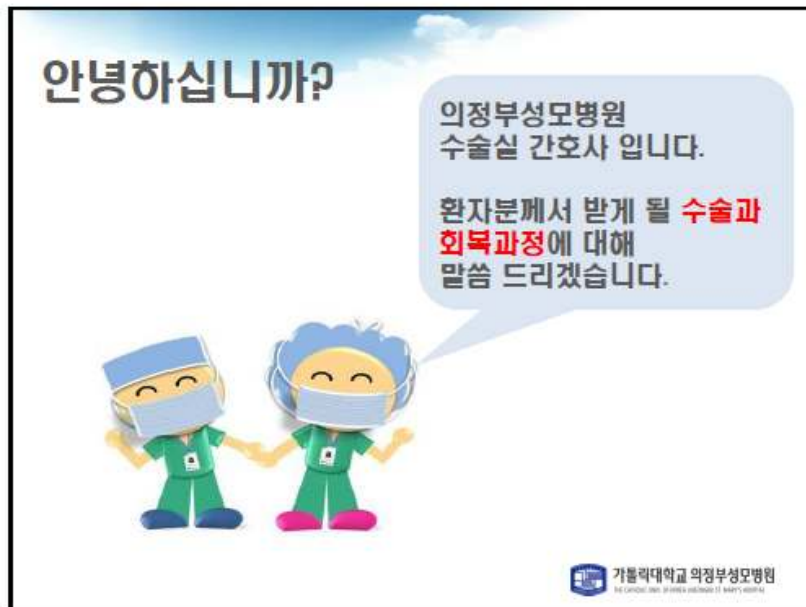
번호	문항	매우 그렇다	그렇다	그저 그렇다	아니다	전혀 아니다
1	내 건강상태가 얼마나 나쁜지 모르겠다.	5	4	3	2	1
2	질병이나 치료에 대하여 궁금한 것이 많다.	5	4	3	2	1
3	내 병이 더 좋아질지, 나빠질지 확신이 없다.	5	4	3	2	1
4	통증이 얼마나 심해질지 모르겠다.	5	4	3	2	1
5	의료진이 내 병에 대해 설명한 것을 이해하지 못한다.	5	4	3	2	1
6	내가 왜 이 치료를 받는지 알고 있다.	5	4	3	2	1
7	통증이 있을 때, 내 상태가 어떤지를 안다.	5	4	3	2	1

번호	문항	매우 그렇다	그렇다	그저 그렇다	아니다	전혀 아니다
8	어떤 처치나 시술을 언제 받게 될 지 예상할 수가 없다.	5	4	3	2	1
9	내 증상들은 계속해서 바뀐다.	5	4	3	2	1
10	나는 설명들은 내용을 모두 이해한다.	5	4	3	2	1
11	의사들이 내게 설명한 것들은 혼란스럽다.	5	4	3	2	1
12	나는 내 병이 얼마나 오래 갈지 안다.	5	4	3	2	1
13	내가 받는 치료는 너무 복잡해서 이해하기 어렵다.	5	4	3	2	1
14	내가 받는 치료나 약물이 내게 효과가 있을지 없을지 모르겠다.	5	4	3	2	1
15	의료진들이 너무 많아 누가 무엇을 책임지는지 알 수 없다.	5	4	3	2	1
16	내 상태가 계속 변하므로 앞날을 계획할 수 없다.	5	4	3	2	1
17	내 병의 경과가 계속 바뀌므로 좋은 날도 있고 안좋은 날도 있다.	5	4	3	2	1

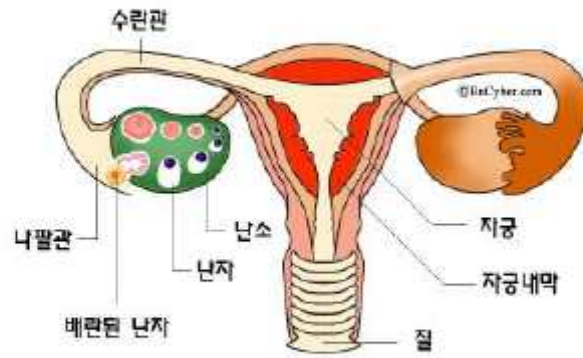
번호	문항	매우 그렇다	그렇다	그저 그렇다	아니다	전혀 아니다
18	치료로 생기는 부작용을 어떻게 관리해야 할 지 모르겠다.	5	4	3	2	1
19	내게 무엇이 문제인지에 대해 서로 다른 이야기를 들은 적이 있다.	5	4	3	2	1
20	앞으로 내게 무슨 일이 생길지 확실치 않다.	5	4	3	2	1
21	대개 나는 그날 그날 내 상태가 좋을지 나쁠지 안다.	5	4	3	2	1
22	검사 결과가 검사 때마다 다르다.	5	4	3	2	1
23	내가 받는 치료가 효과가 있을지 모르겠다.	5	4	3	2	1
24	내가 언제쯤 나 자신을 스스로 돌볼 수 있게 될지 모르겠다.	5	4	3	2	1
25	나는 대체로 내 병의 경과를 안다.	5	4	3	2	1
26	치료 때문에 내가 할 수 있는 일과 할 수 없는 일이 계속 달라진다.	5	4	3	2	1

번호	문항	매우 그렇다	그렇다	그저 그렇다	아니다	전혀 아니다
27	의료진이 더 찾아낼만한 다른 문제는 없다고 확신한다.	5	4	3	2	1
28	내가 받는 치료는 전에 다른 사람들에게 효과가 있었던 치료이다.	5	4	3	2	1
29	의료진은 나에게 정확한 진단명을 말해 주지 않았다.	5	4	3	2	1
30	나는 내가 언제 좋아질지 혹은 나빠질지 안다.	5	4	3	2	1
31	내가 필요로 할 때마다 간호사들이 나를 도와 줄 것이라고 믿는다.	5	4	3	2	1
32	나는 내 병이 어느 정도 심각한지 안다.	5	4	3	2	1
33	의사와 간호사들은 내가 이해할 수 있는 용어를 사용한다.	5	4	3	2	1

<교육자료>



자궁의 구조는?



출처: 두산백과사전 [EnCyber & EnCyber.com]

자궁적출술의 적응증은?

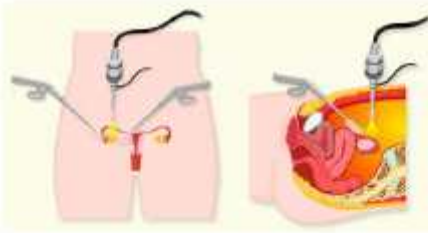


- 자궁근종 및 자궁선근증
- 자궁 질 탈출
- 악성종양
- 자궁출혈

출처: 두산백과사전 [EnCyber & EnCyber.com]

그림출처: 국문건강정보포털 의학정보

복강경 수술은 어떻게 하나요?



- 전신마취를 시행합니다.
- 복부에 구멍을 3개 만들어 복강 안으로 의료용 가스를 주입합니다.
- 주입된 가스는 수술 중 모두 제거하며 남은 가스는 체내로 흡수됩니다.
- 질을 통해 자궁을 제거합니다.



그림출처: 국립건강정보포털 의학정보

수술 전 준비는 어떻게 하나요?



- 동의서를 작성합니다.
- 복압을 낮추기 위해 관장을 합니다.
- 감염예방을 위해 수술부위를 면도합니다.
- 저녁식사 이후 금식합니다.
(물, 커피, 음료수를 포함하여 금식)
- 혈압약은 소량의 물과 복용합니다.
- 흡연도 안됩니다.

그림출처: <http://mongfactory.history.com/210>

수술 전 준비는 어떻게 하나요?



- 수술복을 착용하고 병실에서 대기하고 계시면 수술실에서 연락 후 이동합니다.
- 평소와 마찬가지로 세수, 양치를 합니다.
- 물니, 안경, 보청기는 모두 제거합니다.



수술시간은 얼마나 걸리나요?



- 이동침대를 타고 3층 수술실로 이동합니다.
- 마취/수술은 3시간 정도 소요되며 개인차이가 있습니다.
- 보호자는 함께 들어가실 수 없으며 1층 대기실에서 기다립니다.



대기실에 입실하시면...



- 이름, 생년월일을 확인 합니다.
- 금식여부와 수술할 부위를 확인합니다.
- 수술준비가 완료되면 수술방으로 이동합니다.

수술실에 입실하시면...



- 환자상태를 파악할 수 있는 감시장치 부착합니다.
- 감염예방을 위해 피부를 소독하고 멸균방포를 덮습니다.
- 수술 중에는 마취과 의사와 간호사가 환자 상태를 확인합니다.
- 수술 중 방만 평만으로 예방하기 위해 소변줄을 삽입합니다.

회복실에서는...



- 환자감시장치 부착합니다.
- 따뜻하게 담요와 온풍기 제공합니다.
- 회복시간은 30분~1시간 정도 소요되며 개인마다 차이가 있습니다.
- 마취과 의사가 완전히 회복하신 것을 확인 후 직원이 안전하게 병실로 모셔다 드립니다.

수술 후 통증조절은...



- 수술 후 24시간 까지 가장 심합니다.
- 자가통증조절장치의 **단추** 누르면 통증이 조절됩니다.
- 통증이 심할 경우 추가로 간호사에게 진통제 요청합니다.
- 오심, 구토 등의 증상이 나타날 수 있습니다.

배액관/소변줄은 어떻게 관리하나요?



- 배액관은 수술 후 2~4 일 후에 배액량이 감소하면 제거합니다.
- 간호사가 배액된 양을 확인합니다.
- 소변은 일정시간에 직원이 비워드립니다.
- 소변줄 제거 후 소변을 볼 때 통증, 불편감이 나타날 수 있습니다.

심호흡과 기침은 어떻게 하나요?



- 수술 다음 날 부터 운동 시작합니다.
- 천천히 움직이며 자리에서 일어나 앉기, 화장실 다녀오기 등
- 운동량은 점차적으로 증가합니다.
- trifold incentive spirometer (호흡 연습기)를 사용하여 숨을 들이쉬어 공이 올라가도록 합니다.
- 숨을 깊게 들이마시고 천천히 내쉽니다.
- 심호흡 4~5회 반복한 후 기침을 합니다.

감사의 글

제게 석사과정의 처음과 끝을 허락하신 하느님께 감사드립니다.

학위를 위한 연구가 아닌 진심으로 수술환자에게 도움이 되는 연구를 하고 싶었습니다. 수술대기 중 불안한 가운데서도 질문에 응해 주신 여성분들에게 고개 숙여 감사드립니다.

진행과정에서 좌절도 하고 포기도 하고 싶었지만 격려해 주시고 끝까지 세심하게 지도해 주신 전나미 교수님께 죄송한 마음과 더불어 깊은 존경과 감사를 드립니다. 자녀가 부모의 사랑으로 성장 하 듯 논문도 지도교수님의 관심과 사랑에 연구자의 노력으로 탄생되는 것임을 절실히 느꼈습니다. 바쁘신 가운데도 심사를 맡아 주신 양승애 교수님, 김동희 교수님께도 진심으로 감사드립니다. 그 어느 때 보다 열정적으로 공부할 수 있도록 지도해 주신 임경춘 교수님, 정명실 학장님께도 감사드립니다.

바쁜 임상에서 학업을 마칠 수 있도록 배려해주신 임성자 간호부장님, 긍정의 힘을 주시는 김옥희 팀장님과 저의 role model 송우정 선생님께도 감사드립니다. 저의 부족함을 항상 곁에서 묵묵히 채워주시는 mentor 김희승 선생님, 친구 같은 후배이자 대학원 동기 이수진에게도 고마움을 전합니다. 제가 바쁜 동안 정말 잘 알아서 업무에 임해준 우리 수술실, 마취간호 간호사들에게도 감사드립니다.

존재만으로 제게 힘이 되는 사랑하는 우리 아버지, 주부로서의 빈자리를 부족함 없이 채워주시는 어머니, 우리 신부님, 내 동생 조대희와 올케, 우리 도련님과 동서, 더 많이 함께 하지 못해 늘 미안한 사랑하는 아들 최준형, 공부에 전념할 수 있도록 늘 맛난 간식과 식사준비로 섬겨 준 신랑 최종진과 작지만 행복한 순간을 함께 하고 싶습니다. 감사합니다. 그리고 사랑합니다.