

위암환자의 건강증진행위 및 관련 요인

윤혜민¹, 김건엽^{2*}, 이태용^{1,3}, 김현지¹, 김광환⁴, 김대경⁵

¹충남대학교 보건대학원, ²경북의대 예방의학교실, ³충남의대 예방의학교실,

⁴건양대학교 병원관리학과, ⁵목원대 스포츠산업과학부

The Factors Affecting Health Promotion Behavior among Stomach Cancer Patients

Hye-Min Yun¹, Keon-Yeop Kim^{2*}, Tae-Yong Lee^{1,3}, Hyun-Jee Kim¹,
Kwang-Hwan Kim⁴ and Dae-Kyung Kim⁵

¹School of Public Health, Chungnam National University,

²Department of Preventive Medicine, School of Medicine, Kyungpook National University,

³Department of Preventive Medicine, School of Medicine, Chungnam National University,

⁴Department of Hospital Management, Konyang University

⁵Department of Sports Industry & Science, Mokwon University

요약 본 연구는 위암환자를 대상으로 건강증진행위 정도와 건강신념, 가족지지, 자아존중감 등 건강증진행위에 영향을 미치는 관련 요인을 살펴보고자 하였다. 2008년 6월부터 7월까지 대전광역시 2개 병원에 내원한 위암환자 153명을 대상으로 일반적 특성, 위암질환 관련 특성, 질환에 대한 건강신념 및 가족지지, 자아존중감에 관하여 면담 설문조사를 하였다. 다변량 회귀분석 결과 건강증진행위에 영향을 미치는 관련 요인으로는 연령, 치료방법, 유익성, 장애성, 가족지지, 자아존중감이었으며, 이들의 설명력은 66.6%이었다. 위암환자들의 건강증진행위를 향상시키기 위해서는 유익성과 가족지지, 자아존중감은 높이고, 장애성은 낮추는 보건의료적인 중재 프로그램을 개발하여 적용하는 것이 필요하다.

Abstract The purpose of this study is to examine the degree of health promotion behavior among stomach cancer patients and its relevant factors, such as belief, family support, and self-esteem etc. To investigate factors affecting health promotion behavior among stomach cancer patients, a survey was conducted through personal interviews with 153 stomach cancer patients who came to two hospitals in Daejeon from June to July, 2008. Questions were about respondents' general characteristics, properties related to stomach cancer, health belief & family support for the disease, and self-esteem. According to the results of multi-variate regression analysis, factors affecting health promotion behavior included age, treatment type, benefit, barrier, family support, and self-esteem which explained 66.6%. Public health and medical interventions are necessary to improve health promotion behavior among stomach cancer patients by improving benefit, family support, and self-esteem and reducing barrier.

Key Words : Stomach cancer, Health promotion behavior, Health belief, Family support, Self-esteem

1. 서론

최근 암의 진단 및 치료 기술이 급속도로 발전하고 있
으나 현재 암으로 인한 사망은 국내 전체 사망원인 중 가

장 높다. 그 중 위암으로 인한 사망률은 점차 감소되고
있지만[1], 발생률은 15.7%로 여전히 1위를 차지하고 있
다[2]. 위암은 우리나라에서 가장 흔히 발생하는 악성종
양으로 발병요인의 많은 부분이 생활습관과 관련되어 있

*교신저자 : 김건엽(pmkky@knu.ac.kr)

접수일 11년 08월 31일

수정일 11년 09월 23일

게재확정일 11년 10월 06일

어[3], 예방 및 관리가 가능한 중요한 보건의료적 문제라고 할 수 있다. 암환자는 장기간의 치료과정에서 일상적인 생활 스트레스와는 다른 신체 및 심리적 스트레스를 경험하며 불투명한 질병 예후와 치료의 부작용 등으로 위축되기 쉽다. 암환자는 암 진단으로 생활습관의 변화와 재발 예방과 발병속도를 늦추기 위한 적극적인 관리가 요구되는 등 지속적인 건강증진행위가 필요하다[4].

생활습관이란 개인이 매일의 삶을 살아가는 방식을 말하며, 개인의 전체적인 행위로 구성되므로 건강증진 관련 행위들이 생활습관의 한 부분을 차지한다고 할 수 있다 [5]. 생활습관에 있어서의 건강증진이란 개인의 습관이나 환경의 변화를 촉진하는 과정을 통해서 높은 수준의 안녕을 향해 나아가는 건강관리를 말하며[6], 건강증진행위란 최고 수준의 개인의 안녕을 실현하려는 적극적인 접근이며 그와 같은 생활습관은 질병을 피하고자 함이 아니라 만족스럽고 즐거운 삶을 추구하려는 것이라고 할 수 있다[7]. 따라서 건강증진 상태를 추구하기 위해서는 인간의 건강에 대한 행위와 태도변화에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 규명하는 작업이 필요하다.

이러한 건강행위를 설명하기 위한 대표적인 모형으로 건강신념모형이 있다. 건강신념은 질병통제 행위를 하기 위해 인간이 지니고 있는 것으로, 지각된 민감성(susceptibility), 심각성(seriousness), 유익성(benefit) 및 장애성(barrier)으로 구분되어 설명된다[8]. 국내에서도 건강신념에 관한 연구들이 수행되었으며[9], 건강신념의 각 변수들과 건강증진행위간의 관계는 조금씩 다른 결과를 나타내고 있지만 건강신념은 건강증진행위를 예측하는 중요한 변수임을 알 수 있었다.

암환자는 가족 구성원들에게 매우 의존적이며, 가족은 환자의 불안을 감소시켜주고 그들이 경험하고 있는 힘든 치료과정을 돕고, 감정변화를 조절하고 치료에 적응하도록 지지해 주기에 암환자에게는 적극적인 가족지지가 요구된다[10]. 가족 구성원의 건강 문제는 상호관련적이어서 사회적, 정신적 질병이나 장애는 가족들 간에 파급되며, 구성원들 내에서 영향을 미친다. 또한 Cobb[11]은 인생의 종말이 가까워질수록 사회적 지지의 대부분은 가족 구성원으로부터 획득된다고 하였다. 가족지지에 대한 선행연구를 살펴보면 Samarel과 Fawcett[12]는 가족지지는 증상완화, 정서적 스트레스 감소, 신체기능 상태의 향상과 대인관계의 질을 높였으며, 항암화학요법 환자의 가족지지와 자가간호행위에 대한 선행연구[13]에서 가족지지가 자가간호행위에 유의한 영향을 주는 변수임을 알 수 있었다. 또한 가족지지와 건강증진행위와의 연구[14]에서 가족지지가 건강증진행위에 영향을 미치는 중요한 요인임을 알 수 있었다.

건강증진행위과의 관련 요인 연구[15,16]에서 자아존중감이 주요 영향 요인으로 나타났다. 자아존중감이란 자아개념의 평가적 요소로서 자신을 긍정적으로 수용하고 가치있는 인간으로 인지하는 것을 말한다[17]. 위암을 대상으로 한 오복자[18]의 연구에서도 자아존중감이 건강증진행위의 중요한 관련 변수였다.

이에 본 연구에서는 위암환자를 대상으로 건강증진행위 정도를 살펴보고 이와 관련된 요인들 중 기존에 밝혀진 건강신념, 가족지지, 자아존중감 등을 중심으로 관련성을 살펴보고자 한다.

2. 연구방법

2.1 조사대상

조사대상은 2008년 6월 17일부터 2008년 7월 31일 사이에 대전광역시 소재한 500병상 이상인 C, S병원에서 위암진단을 받고 수술 또는 항암요법을 받기 위해 내원한 병동환자 및 외래환자 153명을 대상으로 설문조사하였다.

2.2 조사방법

조사는 연구자 및 훈련받은 조사자가 병동과 외래를 방문하여 외래 진료 차트를 확인한 후, 설문조사에 동의한 환자를 대상으로 직접 면담하는 방식으로 시행되었으며 수술 후 한 달 이내의 환자는 조사대상에서 제외시켰다.

2.3 연구에 사용한 변수

설문지의 내용은 대상자의 일반적 특성 7문항, 질량 관련 특성 4문항, 건강신념 24문항, 가족지지 11문항, 자아존중감 9문항, 건강증진행위 38문항으로 구성하였으며, 구체적인 조사내용은 다음과 같다.

2.3.1 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성 항목으로는 성별, 연령, 결혼상태, 학력, 종교, 직업, 월수입 등을 조사하였다. 연령은 「39세 이하」, 「40~49세」, 「50~59세」, 「60~69세」, 「70세 이상」으로 구분하였고, 결혼 상태는 「미혼」, 「기혼」, 「이혼 또는 사별」로 구분하였다. 학력은 「초졸 이하」, 「중졸」, 「고졸」, 「대졸 이상」으로 구분하였고, 종교와 직업은 유무로 구분하였다. 월수입은 「200만원 이하」, 「201~300만원」, 「301~400만원」, 「401~500만원」, 「500만원 이상」으로 구분하였다.

2.3.2 질환 관련 특성

질환 관련 특성으로는 위암으로 진단받은 후 경과기간, 병기, 치료방법, 재발유무 등을 조사하였다. 유병기간은 「1년 미만」, 「1~3년」, 「3~5년」, 「5년 이상」으로 구분하였고, 병기는 「조기~1기」, 「2~3기」, 「4기」로 구분하였다. 치료방법은 「수술」, 「수술과 항암요법」, 「수술과 항암요법, 방사선요법」, 「항암요법」으로 구분하였고, 재발은 유무로 구분하였다.

2.3.3 건강신념

위암과 관련된 건강신념을 측정하기 위하여 문정순[19]의 건강신념 측정도구에서 건강신념과 관련된 문항들과 건강증진행위의 선행연구[20]에 기초하여 오복자[18]가 수정한 도구를 사용하였다. 내용은 민감성 및 심각성 6문항, 유익성 8문항, 장애성 10문항으로 구성하였다. 건강신념의 척도는 “전혀 그렇지 않다” 1점, “그렇지 않다” 2점, “보통이다” 3점, “그렇다” 4점, “매우 그렇다” 5점의 점수를 부여하였으며 민감성 및 심각성, 유익성은 점수가 높을수록, 장애성은 점수가 낮을수록 건강신념이 높은 것으로 평가하였다. 오복자[18]의 연구에서 민감성 및 심각성, 유익성, 장애성 도구의 신뢰도(Cronbach's α)는 각각 0.79, 0.83, 0.77 이었으며 본 연구에서의 신뢰도는 0.78, 0.90, 0.76 이었다.

2.3.4 가족지지

가족지지를 측정하기 위하여 Cobb[11]가 만성질환자를 대상으로 작성한 도구를 강현숙[21]이 수정 보완한 도구를 사용하였다. 가족지지의 척도는 “전혀 그렇지 않다” 1점, “그렇지 않다” 2점, “보통이다” 3점, “그렇다” 4점, “매우 그렇다” 5점의 점수를 부여하였으며, 긍정형 문항 9개, 부정형 문항 2개로 점수가 높을수록 가족지지가 높은 것으로 평가하였다. Cobb[11]가 개발할 당시 도구의 신뢰도(Cronbach's α)는 0.86이었으며, 강현숙[21]의 연구에서는 0.86이었고, 본 연구에서는 0.94이었다.

2.3.5 자아존중감

위암환자의 자아존중감을 측정하기 위하여 Rosenberg[22]의 자아존중감 측정도구를 전병재[23]가 번안, 오복자[18]가 수정한 것을 본 연구자가 수정한 후 사용하였다. 이 도구는 9개 문항으로 4점 척도로 구성되어 있으며, 3개는 부정형 문항으로 점수가 높을수록 자아존중감이 높은 것으로 평가하였다. 오복자[18]의 연구에서 도구의 신뢰도(Cronbach's α)는 0.74이며 본 연구에서는 0.89 이었다.

2.3.6 건강증진행위

위암환자의 건강증진행위 측정은 Walker[20] 등이 개발한 48문항의 건강증진 생활양식도구를 오복자[18]가 수정한 38문항의 도구로 측정하였다. 건강증진행위는 영양관리, 자아실현, 대인관계, 건강책임, 스트레스 관리 및 운동의 6개 영역으로 구분되었고, 점수가 높을수록 건강증진행위의 빈도가 높은 것을 의미한다. 오복자[18]의 건강증진행위에 대한 신뢰도(Cronbach's α)는 0.89이었으며, 본 연구에서는 0.93이었다.

2.4 자료처리 및 통계분석

수집된 자료는 SPSSWIN(13.0판) 프로그램을 사용하여 통계 처리하였으며, 일반적 특성, 질환관련 특성에 따른 건강증진행위 점수비교는 t-test와 ANOVA로 검정하였다. 대상자의 건강신념, 가족지지, 자아존중감, 건강증진행위의 하위영역간의 상관관계는 Pearson 상관분석을 사용하여 분석하였으며, 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 변수를 파악하기 위해 단계적 다변량 회귀분석(Stepwise multiple regression)을 실시하였다. 모든 통계량의 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였다.

3. 연구결과

3.1 대상자의 인구사회학적 특성에 따른 건강증진행위 점수 비교

전체 조사대상자의 인구사회학적 특성에 따른 건강증진행위 점수는 표 1과 같다. 전체 조사 대상자 153명의 성별 분포는 남자가 72.5%, 여자가 27.5%이었고, 건강증진행위 점수는 남자 3.46점, 여자 3.33점으로 차이가 없었다. 연령별 분포는 39세 이하가 3.3%, 40~49세가 15.7%, 50~59세가 24.8%, 60~69세가 28.8%, 70세 이상이 27.5%의 비율이었으며 건강증진행위 점수는 39세 이하가 3.28점, 40~49세가 3.61점, 50~59세가 3.57점, 60~69세가 3.49점, 70세 이상이 3.13점으로 연령이 증가할수록 건강증진행위 점수가 낮은 경향을 보였다($p=0.000$). 결혼상태는 미혼이 3.9%, 기혼이 88.9%, 이혼 또는 사별이 7.2%이었고, 건강증진행위 점수는 기혼이 3.46점 미혼이 3.33점, 이혼 또는 사별이 3.01점으로 기혼이 미혼과 이혼 또는 사별에 비해 유의하게 높았다($p=0.011$). 학력은 초졸 이하가 36.6%로 가장 많았으며 고졸 26.1%, 대졸이상이 19%, 중졸 18.3% 순이었고, 대졸이상이 3.63점, 고졸이 3.58점, 중졸이 3.32점, 초졸 이하가 3.26점으로 학력이 높을수록 건강증진행위 점수가 높아지는 경향

을 나타냈다($p=0.001$). 종교는 58.2%가 있다고 대답하였으며, 종교가 있는 대상자가 3.51점, 없는 대상자가 3.31점으로 종교가 있는 대상자가 없는 대상자보다 건강증진행위 점수가 유의하게 높았다($p=0.013$). 월수입이 200만원 이하가 61.4%, 201~300만원이 20.9%, 301~400만원이 11.1%, 401~500만원이 4.6%, 500만원 이상이 2.0%로 나타났고, 건강증진행위 점수는 200만원 이하가 3.32점, 201만원~300만원이 3.58점, 301만원~400만원이 3.65점, 401만원~500만원이 3.64점, 500만원 이상이 3.17점으로 월수입이 높을수록 건강증진행위 점수가 높은 경향을 보였다($p=0.011$).

3.2 대상자의 질환 관련 특성에 따른 건강증진행위 점수 비교

대상자의 질환 관련 특성은 유병기간, 병기, 치료방법, 재발유무 등이며 건강증진행위 점수 비교는 표 2와 같다. 유병기간은 1~3년이 37.3%로 가장 많았고, 1년 미만

35.3%, 3~5년이 15.0%, 5년 이상이 12.4%로 나타났으며, 건강증진행위 점수는 1년 미만인 3.53점, 1년~3년이 3.25점, 3년~5년이 3.52점, 5년 이상이 3.54점으로 1년 미만에서는 건강증진행위 점수가 높았다가 1년~3년 미만에서 낮아졌다가 3년 이상에서 다시 높아지는 경향이 있었다($p=0.009$). 병기는 초기~1기가 56.9%, 2기~3기가 35.3%, 4기는 7.8%이었고, 건강증진행위 점수는 초기~1기가 3.44점, 2기~3기가 3.39점, 4기가 3.50점으로 병기에 따른 건강증진행위 점수에는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 치료방법은 수술이 62.1%로 가장 많았으며 수술과 항암요법을 받는 대상자가 26.8%, 수술과 항암요법, 방사선요법을 받는 대상자가 7.8%, 항암요법만 받는 대상자가 3.3%순이었고, 건강증진행위 점수는 수술만 받은 대상자가 3.40점, 수술과 항암요법을 받는 대상자가 3.57점, 수술, 항암, 방사선을 모두 받는 대상자가 3.21점, 항암요법만 받는 대상자가 3.15점으로 치료방법에 따른 점수의 유의한 차이는 없었다. 재발유무에 있어서는 재발

[표 1] 인구사회학적 특성에 따른 건강증진행위 점수의 비교

[Table 1] The Comparison of mean in health promotion behavior among stomach cancer patients according to general characteristics

특성	구분	빈도(%)	건강증진행위	p-값
성별	남	111(72.5)	3.46±0.52	0.129
	여	42(27.5)	3.33±0.42	
연령	39세 이하	5(3.3)	3.28±0.42	0.000
	40~49	24(15.7)	3.61±0.53	
	50~59	38(24.8)	3.57±0.49	
	60~69	44(28.8)	3.49±0.39	
	70세 이상	42(27.5)	3.13±0.47	
결혼상태	미혼	6(3.9)	3.33±0.78	0.011
	기혼	136(88.9)	3.46±0.44	
	이혼 또는 사별	11(7.2)	3.01±0.75	
학력	초졸 이하	56(36.6)	3.26±0.50	0.001
	중졸	28(18.3)	3.32±0.43	
	고졸	40(26.1)	3.58±0.36	
	대졸 이상	29(19.0)	3.63±0.59	
종교	유	89(58.2)	3.51±0.46	0.013
	무	64(41.8)	3.31±0.52	
직업	유	56(36.6)	3.52±0.47	0.059
	무	97(63.4)	3.37±0.50	
월수입	200만원 이하	94(61.4)	3.32±0.47	0.011
	201~300만원	32(20.9)	3.58±0.42	
	301~400만원	17(11.1)	3.65±0.62	
	401~500만원	7(4.6)	3.64±0.51	
	500만원 이상	3(2.0)	3.17±0.56	
계		153(100.0)	3.42±0.49	

[표 2] 질환 관련 특성에 따른 건강증진행위 점수 비교

[Table 2] The Comparison of mean in health promotion behavior among stomach cancer patients according to properties related to the disease

특성	구분	빈도(%)	건강증진행위	p-값
유병기간	1년 미만	54(35.3)	3.53±0.46	0.009
	1년~3년	57(37.3)	3.25±0.52	
	3년~5년	23(15.0)	3.52±0.52	
	5년 이상	19(12.4)	3.54±0.36	
병기	조기~1기	87(56.9)	3.44±0.43	0.750
	2기~3기	54(35.3)	3.39±0.57	
	4기	12(7.8)	3.50±0.59	
치료방법	수술	95(62.1)	3.40±0.45	0.057
	수술+항암	41(26.8)	3.57±0.51	
	수술+항암+방사선	12(7.8)	3.21±0.68	
	항암	5(3.3)	3.15±0.46	
재발유무	유	6(3.9)	3.15±1.05	0.536
	무	147(96.1)	3.44±0.46	
계		153(100.0)	3.42±0.49	

된 경우가 3.9%, 재발안된 경우가 96.1%이었고, 건강증진행위 점수는 각각 3.15점, 3.44점으로 재발유무에 따른 점수의 유의한 차이는 없었다.

3.3 대상자의 건강신념, 가족지지, 자아존중감, 건강증진행위의 정도

대상자의 건강신념 정도의 전체 평균점수는 3.16±0.37점이었으며 하위영역별 평균점수는 유익성이 4.05±0.56점으로 가장 높았고, 민감성 및 심각성이 3.27±0.77점, 장애성이 2.39±0.51점으로 가장 낮았다. 가족지지 평균점수는 3.95±0.64점이었고, 자아존중감은 2.95±0.46점이었다.

건강증진행위의 총점수는 3.42±0.49점이었다. 건강증진행위를 영양관리, 자아실현, 대인관계, 건강책임, 스트레스관리, 운동의 6개 영역으로 나누어 분석한 결과 대인관계가 3.60±0.65점으로 가장 높았으며, 영양관리가 3.58±0.47점, 자아실현이 3.36±0.67점, 스트레스관리가 3.35±0.58점, 운동이 3.30±0.94점, 건강책임이 3.24±0.61점 순위로 나타났다[표 3]

[표 3] 건강신념, 가족지지, 자아존중감 및 건강증진행위의 평균값

[Table 3] The mean of health belief, family support, self-efficacy and health promotion behavior

변수	문항수	평균±표준편차
건강신념	24	3.16±0.37
민감성 및 심각성	6	3.27±0.77
유익성	8	4.05±0.56
장애성	10	2.39±0.51
가족지지	11	3.95±0.64
자아존중감	9	2.95±0.46
건강증진행위	38	3.42±0.49
영양관리	10	3.58±0.47
자아실현	8	3.36±0.67
대인관계	5	3.60±0.65
건강책임	5	3.24±0.61
스트레스관리	6	3.35±0.58
운동	4	3.30±0.94

[표 4] 건강신념, 가족지지, 자아존중감과 건강증진행위와의 상관관계

[Table 4] The correlations between health belief, family support, self-efficacy and health promotion behavior

건강증진행위	민감성 심각성	유익성	장애성	가족지지	자아존중감
영양관리	0.095	0.447**	-0.264**	0.344**	0.402**
자아실현	0.016	0.664**	-0.318**	0.580**	0.737**
대인관계	-0.047	0.585**	-0.443**	0.634**	0.666**
건강책임	0.115	0.601**	-0.243**	0.446**	0.481**
스트레스관리	0.142	0.566**	-0.238**	0.475**	0.566**
운동	-0.068	0.500**	-0.362**	0.398**	0.445**
총 점수	0.051	0.705*	-0.390**	0.602**	0.699**

* p<0.05, ** p<0.01

3.4 대상자의 건강신념, 가족지지, 자아존중감과 건강증진행위와의 상관관계

대상자의 건강신념, 가족지지, 자아존중감과 건강증진행위와의 상관관계를 파악하기 위해서 Pearson 상관분석으로 분석한 결과는 표 4와 같다. 건강증진행위와 유익성($r=0.705, p<0.05$), 가족지지($r=0.602, p<0.01$), 자아존중감($r=0.699, p<0.01$)은 유의한 양의 상관관계를 보였고, 장애성($r=-0.390, p<0.01$)은 유의한 음의 상관관계를 보였다. 건강증진행위의 하부영역에서도 같은 결과를 나타내었다.

3.5 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 관련 요인

대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 관련변수들을 독립변수로, 건강증진행위 점수를 종속변수로 하여 단계적 다변량 회귀분석을 실시하였다. 그 결과는 표 5와 같다. 건강증진행위에 영향을 미치는 관련 요인으로는 일반적 특성 중 연령에서 30-49세에 비해 70세 이상의 대상자들이 건강증진행위 점수가 낮게 나타났고, 질환관련 특성 중 치료방법에서 수술만 하는 대상자에 비해 항암 치료를 받는 대상자들이 건강

증진행위 점수가 낮음을 알 수가 있었다. 건강신념 요인으로는 유익성, 장애성이 관련 요인이었고, 자아존중감, 가족지지도 건강증진행위에 영향을 주는 관련요인임을 알 수 있었다. 전체 설명력은 66.6%였다.

4. 고찰

현재 인구 및 질병구조의 변화로 암환자가 매년 증가하여 국민 건강을 위협하는 주요 요인으로 대두됨으로 국가 차원의 장기적이고 종합적인 암 관리대책이 추진되고 있다. 암 중에서 위암은 사망률이 점차 감소되고 있으나 가장 흔한 질환이며[1], 발병요인의 상당부분이 우리의 생활특성과 관련되어 있는 것으로 알려져[3] 예방 및 관리를 위해 건강한 생활습관의 변화가 요구되고 있다. Walker[20] 등은 건강한 생활습관을 개인의 안녕수준, 자아실현 그리고 자아성취를 유지증진하기위해 기여하는 자기창조적인 행동과 다차원적인 유형으로 보고 건강증진 생활습관 측정도구를 개발하였으며 많은 연구 및 문헌[24-26]들이 건강증진행위와 인구사회학적인 요인 및 조정요인과의 관련성을 검증하기 위해 이 도구를 사용하

[표 5] 건강증진행위에 영향을 미치는 관련 요인

[Table 5] The result of stepwise multiple regression to the dependent variable as health promotion behavior

변수	B	SE	Beta	t	p 값	R ²
유익성	.311	.057	.350	5.455	.000	.494
자아존중감	.376	.071	.348	5.262	.000	.626
장애성	-.111	.051	-.114	-2.184	.031	.638
연령						
70세 이상 / 30-39세	-.151	.057	-.137	-2.659	.009	.650
치료방법						
항암 / 수술	-.302	.131	-.109	-2.304	.023	.658
가족지지	.107	.051	.139	2.121	.036	.666

고 있다. 따라서 본 연구에서는 선행연구에서 건강증진행위에 유의하게 영향을 주는 변인으로 밝혀진 건강신념, 가족지지, 자아존중감을 중심으로 위암환자들의 건강증진행위와의 상관관계 및 관련 요인을 조사하였다.

대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 점수는 연령, 결혼상태, 학력, 종교, 월수입에서 유의한 차이가 있었다. 연령에 있어서는 대체적으로 젊을수록 건강증진행위 점수가 높았고, 기혼이 미혼, 이혼 또는 사별에 비해 건강증진행위 점수가 높은 것으로 나타났다. 학력에 있어서 학력이 높아질수록 건강증진행위 점수가 높았으며, 종교가 있는 대상자가 없는 대상자에 비해 건강증진행위 점수가 높았다. 타 연구결과를 살펴보면 위·장관 암 환자를 대상으로 한 성애숙[27]의 연구 결과 교육정도에 따라 유의한 차이를 보였다. 대상자가 암환자가 아니지만 만성요통 환자를 대상으로 한 박형숙 [28]등의 연구 결과에서는 교육수준, 결혼상태, 경제상태에 따라 유의한 차이가 있었고, 유방절제술 환자를 대상으로 한 정경숙, 박금자[29]의 연구에서는 종교, 경제상태, 교육정도에 따라 유의한 차이가 있었다. 이는 연령이 낮고, 교육정도와 경제상태가 높을수록 건강증진행위에 대한 정보수집 및 교육참여 정도, 실천기회가 높기 때문인 것으로 보여진다. 기혼인 경우 배우자를 포함한 가족지지의 영향을 많이 받고, 종교가 있을수록 삶을 긍정적으로 보며 정서적인 안정을 가져 건강증진행위에 도움을 줄 것으로 생각된다.

건강신념과 건강증진행위와의 상관관계를 살펴보면 유의성이 높고, 장애성이 낮을수록 건강증진행위 점수가 높은 것으로 나타나 일반적인 상식에 부합한 결과를 보여주었다.

가족지지 평균점수는 3.95점으로 혈액종양 환자를 대상으로 한 신은영[13]의 연구에서 평균점수 4.49점 보다 낮았는데 이는 암의 종류 및 중증도 등에 따른 차이로 보여진다. 가족지지의 경우 건강증진행위와 유의한 상관관계를 보여주었는데, 만성질환인 당뇨병환자를 대상으로 한 김영주[30]의 연구와 일치하는 결과를 보여주었다. 가족지지는 암이나 당뇨병과 같은 만성질환자의 건강증진행위 증진을 위한 효율적인 중재방법임을 알 수 있다.

자아존중감의 평균점수는 2.95점으로 오복자[18]의 연구결과인 2.82점 보다 높은 것으로 나타났다. 자아존중감은 건강증진행위와 유의한 상관관계를 보였고 이는 윤진 [15], Duffy[16], 오복자[18] 등의 선행연구들과 일치하는 결과를 나타내었다.

대상자의 건강증진행위의 총 평균점수는 3.42점으로 나타났다. 이는 같은 도구로 측정한 오복자[18]의 위암환자들을 대상으로 한 연구(평균 2.85점), 안현주[25]의 암환자를 대상으로 한 연구(평균 2.57점), 김현주[24]의 위

방절제술을 받은 여성으로 대상으로 한 연구(평균 2.69점)보다 높은 것으로 나타났다. 이는 대상 질병이 다르고 환자의 특성 차이, 연구시기의 차이 등인 것으로 생각된다. 영역별 점수를 보면 대인관계가 3.60점으로 가장 높았으며 영양관리 3.58점, 자아실현 3.36점, 스트레스관리 3.35점, 운동 3.30점, 건강책임 3.24점 순으로 나타났다. Walker[20] 등의 노년층에 대한 건강증진행위 측정연구에서는 자아실현, 영양관리, 대인관계, 건강책임, 스트레스관리, 운동 영역의 순이었으며, Speak[31] 등의 연구에서는 자아실현, 대인관계, 영양관리, 스트레스관리, 건강책임, 운동 순으로 나타났고, 오복자[18]의 연구에서는 자아실현, 영양관리, 운동, 스트레스관리, 건강책임, 대인관계 순으로 나타났다. 안현주[25]의 암환자를 대상으로 한 연구에서는 건강증진행위 점수가 가장 높은 영역이 영양관리이며, 대인관계, 자아실현, 스트레스관리, 건강책임, 운동 순이었고, 유방절제술을 받은 여성을 대상으로 한 연구[24]에서는 영양관리, 자아실현, 대인관계, 스트레스관리, 건강책임, 운동 순이었다. Pender[26] 등의 근로자들을 대상으로 한 연구에서는 자아실현, 대인관계, 영양관리, 스트레스관리, 건강책임, 운동의 순이었으며 이 같은 연구 결과들을 볼 때 대부분의 연구에서 자아실현, 대인관계, 영양관리들이 높은 편에 속하며, 스트레스관리, 건강책임, 운동 등이 낮은 것으로 나타나 본 연구와 일치하는 결과를 보였다.

건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위한 단계적 다변량 회귀분석에서 연령, 치료방법, 유익성, 장애성, 가족지지, 자아존중감 등이 유의한 변수로 나타났다. 특히 유익성, 자아존중감, 장애성의 설명력이 높았다. Janz과 Becker[32] 연구에서 장애성은 건강신념모형에 기초한 건강행위에서 가장 중요한 영향요인으로 확인되었다. 타 연구에서도 유익성과 장애성이 중요한 영향요인으로 확인되어 본 연구결과는 질병예방행위와 관련된 선행연구와 일치하는 결과를 보여주었다[26,33]. 자아존중감은 건강증진행위의 선행연구에서 중요한 영향요인으로 보고되었다[15,16,18].

본 연구는 일개 지역 2개 병원 위암환자만을 대상으로 함으로써 본 연구결과를 전체 위암환자에 대한 일반적인 결과로 해석하기에는 한계가 있다. 또한 암환자의 건강증진행위에 영향을 줄 수 있는 다양한 변수들을 고려하였다고 하지만 환자의 의학적 상태나 객관적인 관련 지표 측정이 부족하였다. 하지만 본 연구결과들이 기존의 알려진 국내외 연구결과들과 일치하고 암환자를 대상으로 한 연구의 현실적인 어려움과 암환자의 건강증진이라는 비교적 국내에서 부족한 연구를 시도하였다는 점에서 의미가 있다고 생각한다. 향후 좀 더 대표성 있는 표본과 표

본수를 대상으로 객관적인 지표를 포함한 다양한 관련요인에 대한 추가 연구가 있어야 할 것이다.

따라서 보건의로 전문가들은 위암환자들을 대상으로 의학적인 치료와 더불어 건강신념에 대한 유의성은 높이고 장애성을 낮추고, 가족지지 및 자아존중감을 강화하고 증진시킬 수 있는 프로그램을 개발하여 적용한다면 보다 효과적으로 암 환자의 건강관련 삶의 질을 증진시킬 수 있을 것이다.

References

- [1] The Statistics Korea, Annual Report on the Cause of Death Statistics in 2009, The Statistics Korea, 2010.
- [2] The Ministry of Health and Welfare, National Report on Cancer Registry Statistics in 2008, The Ministry of Health and Welfare 2009.
- [3] Lee JK, Case-control study of gastric cancer and diet in Korea, The Graduate school Seoul National University, 1992.
- [4] Suh SR, Kim HJ, "The Resourcefulness and the Health-Promoting Behaviors of Cancer Patients", The Korean Academic Society of Adult Nursing, 12(1), pp. 112-121, 2000.
- [5] Singer JE, The Need to Measure Life-Style, Int Rev Psychiatry, 31, pp. 303-315, 1982.
- [6] Brubaker BH, "Health Promotion: a Linguistic Analysis", Adv Nurs Sci, 1, pp. 1-13, 1983.
- [7] Walk SN, Volkan K, Sechrist KR & Pender NJ, "Health Promoting Life Styles of Older Adults", Adv Nurs Sci, 11(1), pp. 76-90, 1988.
- [8] Becker MH, The health belief model and sick role behavior: The health belief model and personal health behavior, New Jersey, Charles B Slac. Inc, 1974.
- [9] Lee MH, A study on the relationships between health belief and sick role behavior of patients with Coronary Heart Disease. Department of Nursing Science The Graduate school of Ewha Womans University, 2001.
- [10] Kim KH, Chung BY, Kim KD, Byun HS, "Perceived Family Support and Quality of Life in Patients with Cancer", Korean Oncology Nursing Society, 9(1), pp. 52-59, 2009.
- [11] Cobb S, "Social support as a moderator or life stress", Psychol Health Med, 38(5), pp. 300-314, 1976.
- [12] Samarel N & Fawcett J, "Enhancing adaptation to breast cancer the addition of coaching to support groups", Oncology Nurs Forum, 19, pp. 591-596, 1992.
- [13] Shin EY, The relationships among self care knowledge, family support and self care behavior hemato-oncologic patients, Department of Nursing Graduate school Chonnam National University, 2002.
- [14] Kim KS, A Study on the Relationship Between Perceived Family Support and Quality of Life of Cancer Patients, Department of Public Administration Graduate School Daejeon University, 2003.
- [15] Yoon J, Determinants of Health Promoting Behavior of industrial workers, Department of Nursing The Graduate school of Ewha Womans University, 1990.
- [16] Duffy ME, "Determinants of Health Promotion in Midlife Women", Nurs Res, 37(6), pp. 358-362, 1988.
- [17] Samuel SC, Enhancing Self-Concept in Early Childhood, New York, Hum Sci, pp. 33-36, 1977.
- [18] Oh PJ, Model for health promoting behaviors and quality of life in people with stomach cancer, Seoul National University, 1994.
- [19] Moon JS, Study of instrument development for health belief of Korean adults, The Graduate school of Yonsei University, 1990.
- [20] Walker SN, Sechrist KR & Pender NJ, "The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics", Nurs Res, 36(2), pp. 76-81, 1987.
- [21] Kang HS, Experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities, The Graduate school of Yonsei University, 1984.
- [22] Rosenberg, Society and adolescent self-image, Princeton, NJ, princeton University Pres, 1965.
- [23] Jeon BJ, "Self-Esteem: A Test of Its Measurability", Yonsei Nonchong, 11, pp. 107-129, 1974.
- [24] Kim HJ, So HS, "A Study on Health Promoting Behavior In Post-Mastectomy Patients", The Korean Academic Society of Adult Nursing, 13(1), pp. 82-95, 2001.
- [25] Ann HJ, A Study Influencing Health Promoting Behaviors with Cancer Patients, Department of Nursing The Graduate school Kyunghee University, 1999.
- [26] Pender NJ, Walker SN, Sechrists KR & Stromborg MF, "Predicting health-Promoting Lifestyles in the Workplace", Nurs Res, 39(6), pp. 326-331, 1990.

[27] Sung AS, Relationships among Performed Health Behaviors, Health Belief, and Nursing Needs in Gastro-Colorectal Cancer Patients, Department of Nursing Science Graduate school of Public Health Kosin University, 2004.

[28] Park HS, Kang YS & Park KY, "A Study on Health Perception and Health Promoting Behavior in Chronic Back Pain Patients", Journal of Korean Academy of Nursing, 36(3), pp. 439-448, 2006.

[29] Jeong KS & Park GJ, "Relationships among Body Image, Self-esteem and Health Promotion Behavior in Mastectomy Patients", Korean Oncology Nursing Society, 7(1), pp. 36-46, 2007.

[30] Kim YJ, A Study on the Relation Between Family Support and Self-care Behavior of Type II Diabetics, Department of Health Care Administration Major in Nursing Administration Graduate school of Public Administration Kyunghee University, 2000.

[31] Speak DL, Cowart ME & Pellet K, "Health perception and lifestyles of Elderly", Nur Res, 12, pp. 93-100, 1989.

[32] Janz W & Becker M, "The health belief model: A decade later", Health Edu Behav, 11(1), pp. 1-47, 1984.

[33] Lee ES, Na BJ, Lee MS, Lee JY, Hong JY & Lim YS, "Related Factors to Health Behavior by Patients With Hyperlipidemia Based on Health Belief Model", Proceedings of the KAIS Fall Conference, pp. 1057-1060, 2011.

윤혜민(Hye-Min Yun)

[정회원]



- 2009년 2월 : 충남대학교 보건대학원(보건학 석사)
- 2005년 9월 ~ 2009년 12월 : 대전 선병원 간호사
- 2011년 8월 ~ 현재 : 충남대학교 병원 임상시험센터 연구간호사

<관심분야>

건강증진, 노인보건, 임상연구

김건엽(Keon-Yeop Kim)

[정회원]



- 1997년 2월 : 경북대학교 의과대학 의학과(의학석사)
- 2003년 2월 : 경북대학교 의과대학 예방의학교실(의학박사)
- 2003년 5월 ~ 2007년 2월 : 건양대의대 교수
- 2007년 3월 ~ 2009년 2월 : 충남의대 교수
- 2009년 3월 ~ 현재 : 경북의대 교수

<관심분야>

건강도시, 건강증진, 지역사회의학, 건강영향평가

이태용(Tae-Yong Lee)

[정회원]



- 1981년 2월 : 충남대학교 의과대학(의학사)
- 1984년 8월 : 연세대학교 대학원(보건학석사)
- 1985년 2월 : 예방의학 전문의
- 1990년 8월 : 연세대학교 대학원(보건학박사)
- 1990년 3월 ~ 현재 : 충남대학교 의학전문대학원 예방의학과 교수

<관심분야>

역학(심혈관, 암, 전염병)

김현지(Hyun-Jee Kim)

[정회원]



- 2000년 2월 : 충남대학교 보건대학원(보건학 석사)
- 2009년 8월 : 충남대학교 대학원 보건학과(보건학박사)
- 2010년 3월 ~ 현재 : 혜천대학 간호과 겸임교수

<관심분야>

건강증진, 노인건강과 간호, 장수노인

김 광 환(Kwang-Hwan Kim)

[정회원]



- 2001년 2월 : 계명대학교 보건학 박사
- 2006년 3월 ~ 현재 : 건양대학교병원 의무기록실장
- 2006년 3월 ~ 현재 : 건양대학교 조교수

<관심분야>

의무기록정보, 보건관리, 병원관리

김 대 경(Kim Dae Kyung)

[정회원]



- 1999년 8월 : 목원대학교 사회체육학과(체육학학사)
- 2002년 2월 : 원광대학교 보건환경대학원 보건학과(보건학석사)
- 2005년 2월 : 건양대학교 대학원 의학과 예방의학전공(의학박사)
- 2007년 3월 ~ 2010년 2월 : 목원대학교 스포츠산업과학부 교수

- 2005년 3월 ~ 현재 : 한국스포츠산업개발원장

<관심분야>

건강증진, 건강도시, 보건복지, 스포츠산업