

## 위암환자의 생활양식, 건강신념 및 건강 통제위\*

소희영\*\* · 김현리\*\*

### I. 서론

#### 1. 연구의 필요성

위암은 세계적으로 폐암 다음으로 빈도가 높은 암으로 우리나라 국민 10만명당 발생율은 18.9명이고, 사망원인 순위의 4번째를 차지한다(통계청, 1997).

1992년 보건 복지부의 암환자 조사보고서에 따르면 우리나라 암환자수는 약 10만명이며 인구 10만명당 유병율은 230.66명이고 위암이 인구 10만명당 55.46으로 가장 많은 것으로 보고되고 있다. 이렇듯 위암은 우리나라의 악성신생물중 가장 높은 구성비를 차지 하지만 감소추세를 보여 1987년의 32.8명에서 1996년 25.5명으로 0.8배수준을 보이고 있다.

우리나라에서 위암으로 인한 인구 10만명당 사망률은 남자의 경우 32.0명을 차지하여 일본(50.2명), 포르투갈(33.5명), 헝가리(32.3명) 다음으로 높고, 여자의 경우 18.9명으로 일본(27.2명), 헝가리(20.6명), 포르투갈(20.4명), 오스트리아(19.8명), 이탈리아(19.4명) 다음으로 높은 것으로 나타났다(통계청, 1997).

암은 조기발견하여 치료하지 않으면 치사율이 높기 때문에 암으로 인한 사망자도 큰 비중을 차지하고 있다. 이에 범 국가차원의 암 정책계획을 수립하였고, 암정복

10개년 계획에서 첫째 암의 증가율을 예상증가치의 1/2 수준으로 억제하고 둘째, 암의 조기진단을 현재 약 15% 수준에서 약 40-50%수준으로 향상시키고, 셋째, 암치료를 현재의 30%에서 50-60%수준으로 높이는 계획을 제시하였다(유영학, 1997).

현대의학의 발전에 힘입은 암치료율의 증가에도 불구하고 위암은 5년 생존율이 조기위암에서 90%이상이나, 진행성위암은 30%수준에 불과하여, 위암환자의 경우 지속적인 건강생활양식 유지를 통한 재발예방과 건강한 사람들의 경우에도 최고의 건강수준의 향상 및 유지가 필요하다.

특히 위암은 예방이 가능하고 정기검진을 통해 조기발견하면 치료율도 높기 때문에 간호사는 교육과 홍보를 통해 암이 예방과 치료가 가능한 것으로 인식을 전환시켜야 한다.

위암환자의 생활양식과 삶의 질과의 관계를 확인한 연구(오복자, 1994)와 음식섭취나 생활행태를 조사한 연구(안윤옥, 1992)들이 있었으나 위암의 원인요소로 추정되는 생활양식 전반에 관한 조사와 인지변수간의 관련성을 확인한 연구는 우리나라에서 이루어 지지않았는데 특히 위암환자의 건강통제위 건강신념, 생활양식에 관한 포괄적인 연구가 아직 없으며 위암환자에 대한 중재를 위해서는 암환자의 특성에 대한 이해를 기반으로 해야하

\* 충남대학교 학술진흥재단 연구비지원

\*\* 충남대학교 의과대학 간호학과

므로 위암환자의 생활양식과 환자 특성 중 건강통제위, 건강신념과의 관계를 파악하고자 이 연구를 진행하였다.

## 2. 연구목적

- 1) 인구사회학적 특성에 따른 조기위암(EGC)과 진행성 위암(AGC)의 차이를 알아본다.
- 2) 대상자의 건강신념과 건강통제위 사이의 관계를 알아본다.
- 3) 대상자의 특성에 따른 건강신념의 차이를 알아본다.
- 4) 조기위암과 진행성 위암 환자간의 생활양식의 차이를 알아본다.

## II. 문헌 고찰

본 연구의 이론적 배경이 되는 건강신념, 건강통제위, 생활양식에 대한 선행연구를 고찰한다.

### 1. 건강신념

공중보건문제에 대한 개인의 예방행위를 설명하기 위해 사회심리학자에 의해 개발된 건강신념 모형은 질병행위, 환자역할 행위를 설명하는 모형으로도 적합한 것으로 연구에 적용된 예가 많다.

오복자(1994)의 연구에서는 위암환자의 건강증진 행위에 지각된 장애성이 유의한 영향을 미치고, 지각된 유익성, 지각된 민감성, 심각성은 건강증진 행위의 매개변수에 영향을 준다고 보고하였다.

Delaney(1998)는 50세 이상의 소화불량 환자가 의사에게 상담하는 이유를 탐색한 결과 암에 대한 지각된 위협과 재확신의 필요성이 주요 영향이었고 상담이 늦게 이루어진 사람들의 경우는 노령, 양념이 많은 음식 때문에 오는 증상으로 여겼기 때문이라고 하였다.

Tonai & Hata(1994)는 도시, 산촌, 어촌에 거주하는 1120명의 40대에게 건강행동에 영향을 주는 요인을 검증한 결과 지각된 장애성을 높은 대상자가 건강행동의 실천수준이 낮은 것으로 보고되어 건강행동의 가장 강한 결정요소였고 성별, 직업적 차이도 건강행동의 설명변수였고, 암을 비롯한 질병에 대한 지각된 유해성이 건강행위 실천율이 낮은데 기여했다고 보고하였다.

### 2. 건강통제위

Bundek, Marks, Richardson(1993)은 스페인 노년여성의 암 선별검사서 건강통제위의 역할을 검토하여 내적 통제위를 가진 사람이 선별행동에 정적으로 관계가 있었다고 하면서 건강통제위와 예방행동 사이의 관계의 구체성이 의학적 선별검사에 건강통제위가 중요성을 보인다고 보고하였다.

Andrykowski & Brady(1994)는 암환자의 건강통제위와 심리적 불편사이의 관계를 설명하기 위해 69명의 골수이식환자의 건강 통제위를 사정한 바 질환의 심각성과 치료 성패여부에서 보통정도의 관계를 보였으나 건강통제위와 심리적 적응사이 주요과는 없었다고 보고하였다.

De Valck & Vinck(1996)는 폐암 환자의 건강통제위와 삶의 질 연구에서 폐암환자는 건강인보다 더 내적 통제위를 경향을 보였고 건강인은 외적 통제위를 보였다고 보고하였다.

### 3. 생활양식

생활양식 중에서 위암의 위험요인으로 흡연(Lee, Park, Yoo, Ahn, 1995; Burns, Swanson, 1995; Gajalakshmi, 1996; Ji 등, 1996), 또는 흡연과 음주(Ji 등, 1996; De Stefani, Boffetta, Carzoglio, Mendilaharsu, Deneo-Pellegrini, 1998; Inoue 등, 1994)이 지적되었고, 음주 및 식품과 위암 발생과의 관계는 질산, 아질산염이 위내에서 발암물질을 생성하고, 콜레스테롤 함유 음식이 불에 타면 강력한 산화물질이 되어 발암요인이 된다고 보고되고 있다.

고염식품도 위점막손상을 유발하여 발암에 관련되는 요인으로 이정권(1992)은 이를 한국인의 위암발병의 주요원인이라고 했다. 반대로 과일과 채소는 강력한 항산화제 역할을 하여 암예방에 중요역할을 하는 것으로 위의 연구결과들은 위암의 중요 발생요인은 식품임을 알 수 있게 한다. 인구사회학적 특성으로서 사회경제적 수준이 높고, 장기 교육배경은 위암의 위험을 낮추는 한편 Watabe, Nishi, Miyake, Hirata(1998)는 빠른 식사, 강한 스트레스, 많은 발치수가 위암의 고위험요인으로 보고하고 있다.

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구설계

구조화된 설문지를 통한 서술적 조사연구이다.

#### 2. 연구대상

수술요법을 목적으로 처음 일반외과 외래를 방문한 환자와 일반외과 입원실에 수술요법을 받은 환자와 내과 입원실에서 화학요법으로 입원치료를 받고 있는 조기위암 40명, 진행위암 환자 90명으로 전체 대상자 130명이 연구되었다.

자료수집기간은 1998년 8월부터 1999년 2월까지였고, 자료수집은 간호학과 3학년에 재학중인 학생 2인에게 조사방법에 관한 교육을 시킨 후 수집하였다.

#### 3. 연구도구

건강신념도구는 Becker의 개념들을 기반으로 문정순(1990)이 개발한 건강신념 도구를 위암환자에 맞게 수정한 것이다. 유익성은 개발당시 Cronbach  $\alpha$ 가 .6672-.7327 이었으며 본 연구에서 .8852였고, 민감성은 개발당시 Cronbach  $\alpha$ 가 .6846-.7316 이었고, 본 연구에서 .7434, 장애성은 개발당시 Cronbach  $\alpha$ 가 .6193-.7163, 본 연구에서 .5779, 심각성은 개발당시 Cronbach  $\alpha$ 가 .7822-.8142, 본 연구에서 .8792이었다.

건강통제위 도구는 Wallston & Wallston, DeVellis(1978)의 다차원도구를 사용하였으며 이는 건강통제위 도구를 예측력과 설명력이 약하여 보완하기 위해 개발된 6점 Likert 척도로서 내적, 우연, 강력한 타인척도 각 6문항으로 모두 18문항으로 이루어졌으며 각 문항에 대한 반응은 "전혀 그렇지 않다"를 1점, "매우 그렇다"를 6점으로 하며 각각의 도구에 의해 얻어진 점수가 높을수록 측정하고자 하는 차원의 성향이 높음을 의미한다.

개발당시 Cronbach  $\alpha$ 가 .67-.77였으며, 본 연구에서 내적통제위의 Cronbach  $\alpha$ 가 .6313 였고 외적통제위의 Cronbach  $\alpha$ 는 .4600, 우연통제위의 Cronbach  $\alpha$ 가 .7072였다. 외적통제위는 도구의 신뢰도가 낮아 분석에서 제외하였다.

생활양식에 관한 도구는 흡연, 운동, 음주에 관한 내

용으로 이루어진 것이다. 그의 식습관 및 음식의 기호등 기술적 자료를 위한 내용은 연구자가 관련문헌을 참조하여 작성하였다.

#### 4. 자료분석

자료는 편의를표집하였고 SAS program의 빈도, ANOVA, t-test, Pearson correlation coefficient,  $\chi^2$  test를 이용하여 분석하였다.

### Ⅳ. 연구 결과

#### 1. 대상자의 인구사회학적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성을 살펴보면 성별에서 남성이 여성보다 2배이상 우세하게 많았고, 연령은 22세에서 88세까지 조기위암은 저연령층이 11.6%로 많고, 진행위암은 고 연령층이 15.6%로 많았으며, 평균 58.76±13.95세 이었다.

체중은 조기위암은 60kg이상이 14.6%로 많았고 진행위암은 55kg 이하군이 35.8%로 가장 많았으며, 34kg에서 84kg 범위이며 평균 56.83±9.34 kg였다.

신장은 조기위암은 166cm 이상이 9.5%였고 진행위암은 23.0%로 가장 빈도가 컸고, 평균 161.2±10.9cm였다.

거주지는 광역시가 51.5%로 많았으며, 혈액형은 A형이 51.4%로 가장 많았다. 종교는 기독교가 43.5%로 많았고, 교육수준은 초등학교가 39.2%로 가장 많았고 한달 소득은 49만원이하가 38.7%로 가장 많았고, 한달 수입은 평균111.96±93.14원 이었다. 직업은 무직이 34.6%로 가장 많았으며, 자녀수는 진행위암군의 자녀가 조기위암환자보다 약 2배 가량 많았으나 통계적으로 유의한 차이(P=.084)가 없었는데, 자녀수는 평균 3.92±1.76명이었다. 형제수는 평균 4.90±2.22명이었고, 대상자의 출생순위는 첫째가 43.1%의 분포를 보였고, 첫째에서 8번째까지의 범위로 평균 2.42±1.76였다. 의료보험은 지역의료보험과 직장 보험의 빈도가 비슷한 분포를 보였다.

흡연정도는 평균 9.78±10.71개피였으며, 흡연기간은 평균 17.93±18.99년이었고, 금연기간은 평균 13.75±62.00개월, 음주기간은 개월당 평균 5.78±10.10일이었다.

〈표 1〉 Demographic characteristics of subjects

| Demographic                | Characteristics        | EGC(%)   | AGC(%)   |
|----------------------------|------------------------|----------|----------|
| Sex                        | Male                   | 20(15.4) | 57(43.9) |
|                            | Female                 | 20(15.4) | 33(25.4) |
| Age                        | <50                    | 15(11.6) | 19(14.7) |
|                            | 51-60                  | 8( 6.2)  | 17(13.2) |
|                            | 61-70                  | 9( 7.0)  | 33(25.6) |
|                            | >71                    | 8( 6.2)  | 20(15.5) |
| Weight (kg)                | <55                    | 15(12.2) | 44(35.8) |
|                            | 55-60                  | 7( 5.7)  | 19(15.4) |
|                            | >60                    | 18(14.6) | 20(16.3) |
| Height (cm)                | ≤155                   | 8( 6.4)  | 20(15.9) |
|                            | 156-160                | 9( 7.1)  | 14(11.1) |
|                            | 161-165                | 11( 8.7) | 23(18.3) |
|                            | ≥166                   | 12( 9.5) | 29(23.0) |
| Living place               | Metropolitan           | 22(16.9) | 45(34.6) |
|                            | City                   | 8( 6.2)  | 24(18.5) |
|                            | Rural                  | 10(7.7)  | 21(16.2) |
| Blood type                 | A                      | 22(16.9) | 45(34.5) |
|                            | B                      | 8( 6.2)  | 24(18.5) |
|                            | O                      | 6( 4.6)  | 14(10.8) |
|                            | AB                     | 4( 3.1)  | 7( 5.4)  |
| Religion                   | Christian              | 16(12.9) | 38(30.6) |
|                            | Buddhist               | 4( 3.2)  | 20(16.1) |
|                            | Others                 | 19(15.3) | 27(21.8) |
| Educational level          | None                   | 8( 6.2)  | 17(13.1) |
|                            | Elementary             | 10( 7.7) | 41(31.5) |
|                            | Middle                 | 9( 6.9)  | 8( 6.2)  |
|                            | Highschool             | 8( 6.2)  | 12(9.2)  |
|                            | College                | 5( 3.8)  | 12(9.2)  |
| Monthly income (10,000Won) | ≤49                    | 9( 6.9)  | 27(21.8) |
|                            | 50-99                  | 8( 6.2)  | 17(13.1) |
|                            | 100-149                | 9( 6.9)  | 20(15.4) |
|                            | 150-199                | 5( 3.8)  | 11( 8.5) |
| ≥200                       | 9( 6.9)                | 14(10.8) |          |
| Occupation                 | White collar           | 5( 3.9)  | 14(11.0) |
|                            | Business               | 8( 6.3)  | 13(10.2) |
|                            | Agricultural & fishery | 10( 7.9) | 25(19.7) |
|                            | None                   | 16(12.6) | 28(22.0) |
|                            | Others                 | 1( 0.8)  | 7( 5.5)  |
| Health insurance           | MIPIW                  | 19(15.1) | 46(36.5) |
|                            | MIPSE                  | 21(16.7) | 40(31.7) |

|                  |        |          |          |
|------------------|--------|----------|----------|
| No. of offspring | 1-3    | 22(17.2) | 32(25.0) |
|                  | 4-5    | 10( 7.8) | 39(30.5) |
|                  | ≥6     | 8( 6.3)  | 17(13.3) |
| Birth order      | First  | 14(10.8) | 42(32.3) |
|                  | Second | 9( 6.9)  | 18(13.8) |
|                  | ≥Third | 17(13.1) | 30(23.1) |
| Insight          | Yes    | 35(26.9) | 73(56.2) |
|                  | No     | 5( 3.9)  | 17(13.0) |

MIPIW : Medical Insurance Program for Industrial Workers & Government Employee and Private School Teachers

MIPSE : Medical Insurance Program for Self-Employed

AGC : Advanced gastric cancer

EGC : Early gastric cancer

## 2. 건강신념과 건강통제위의 관계

건강신념의 하위영역과 건강통제위의 상관관계를 살펴본 결과〈표 2〉 통계적인 유의성이 없었다.

〈표 2〉 Pearson correlation coefficient between subset of health belief and Locus of control

|      | Benefit | Barrier | Sensitivity | Severity |
|------|---------|---------|-------------|----------|
| ILOC | .2021   | .1301   | .2515       | .1141    |
| CLOC | -.2554  | .1452   | -.0241      | -.1235   |

## 3. 위암분류에 따른 생활양식

대상자의 생활양식을 위암 종류에 따라 살펴본 결과 표 3에서 보는 바와 같이 운동, 흡연, 음주, 커피, 식사의 규칙성, 짠음식, 양념이 많은 음식, 채소섭취 정도, 우유 마시는 빈도, 과일 섭취정도에 따라 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

대상자의 식사관련 자료를 빈도에 따라 서술적으로 살펴보면 다음과 같다.

대상자의 식사빈도는 79.2%가 하루 3회 식사를 했고 2회가 12.3% 였고, 음식은 짜게 먹는편이 44.6%였고 보통은 34.6%, 싱겁게 먹는다가 16.9%를 차지하였다.

매운 음식을 39%가 좋아하고 보통은 31.5%, 매운 음식을 싫어함이 16.9% 였고, 채소섭취 빈도는 주당 6-5회가 33.1%, 매일이 24.6%, 주당 1-2회가 21.5%였다.

〈표 3〉 Difference of lifestyle according to a kind of gastric cancer

| Lifestyle              |            | EGC      | AGC      |
|------------------------|------------|----------|----------|
| Exercise               | Yes        | 11( 8.5) | 19(14.7) |
|                        | No         | 29(22.5) | 70(54.3) |
| Smoking                | Smoker     | 19(14.6) | 51(39.2) |
|                        | Nonsmoker  | 21(16.2) | 39(30.0) |
| Drinking               | Drinker    | 18(13.8) | 37(28.5) |
|                        | Nondrinker | 22(16.9) | 53(40.8) |
| Coffee                 | Yes        | 23(17.7) | 43(33.1) |
|                        | No         | 17(13.1) | 47(36.2) |
| Regularity of meal     | Yes        | 6( 4.6)  | 21(16.2) |
|                        | No         | 34(26.2) | 69(53.1) |
| Salty food             | Yes        | 22(16.9) | 41(31.5) |
|                        | No         | 18(13.8) | 49(37.7) |
| Spicy food             | High       | 25(19.2) | 39(30.0) |
|                        | Mod        | 9( 6.9)  | 32(24.6) |
|                        | Low        | 6( 4.6)  | 19(14.6) |
| Frequency of vegetable | High       | 21(16.2) | 54(41.5) |
|                        | Mod        | 7( 5.4)  | 16(12.3) |
|                        | Low        | 12( 9.2) | 20(15.4) |
| Frequency of milk      | Often      | 6( 4.6)  | 19(14.6) |
|                        | Mod        | 8( 6.2)  | 18(13.8) |
|                        | No         | 26(20.0) | 53(40.8) |
| Frequency of fruit     | Daily      | 9( 6.9)  | 12( 9.2) |
|                        | Moderate   | 29(22.3) | 62(47.7) |
|                        | No         | 2( 1.5)  | 16(12.3) |

우유를 마시는 빈도는 마시지 않는 사람이 60.8%로 매우 높았고 매일 마시는 경우가 19.2%, 주당 1-2회 마시는 경우가 13.8%였다. 과일섭취 빈도는 주당 1-2회가 40.0%였고 그 다음이 주당 3-4회 23.1%였고, 매일 섭취하는 경우는 16.2%였으며 섭취하지 않는 경우도 13.8% 였다. 첫갈류는 56.2%가 "싫어한다"고 했고 43.8%가 "좋아한다" 였다.

대상자가 좋아하는 음식은 다양하게 제시되었으나 이를 낱낱이 열거하기가 어려워 크게 대별하여 보면 채소가 43.1%, 육류가 29.2%, 장류 26.2%, 생선이 20%, 밀가루 음식이 17.7%이었으며, 싫어하는 음식은 육류가

26.9%, 생선이 12.3%, 밀가루 음식은 7.7%, 장류는 6.2%, 채소류 5.4%라고 하였다.

#### 4. 인구사회학적 특성과 건강신념

대상자의 인구사회학적 특성에 따른 건강신념의 하위 개념을 살펴본 결과 표4 에서 보는 바와 같이 체중에 따라 지각된 민감성( $F=5.46$ ,  $P=.0053$ )에 통계적으로 유의한 차이가 있었고 Scheffe 검증상 55kg이하군 보다 56-60kg 군의 지각된 민감성이 높았다.

교육수준에 따라서는 지각된 민감성( $F=6.35$ ,  $P=.0005$ )에 통계적으로 유의한 차이가 있었으며

Scheffe 검증결과 대학교육집단이 초등학교 집단보다 지각된 민감성이 더 높아 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

직업에 따라 심각성이 통계적으로 유의한 차이( $F=3.28$ ,  $P=.0136$ )가 있었으며 Scheffe 검증에서 상업, 사업군보다 무직군의 지각된 심각성이 유의하게 더 높았다. 출생순위에 따라 민감성에 통계적으로 유의한 차이( $F=4.71$ ,  $P=.0106$ )가 있었고 Scheffe 검증에서 첫째보다 3째 이상에서 지각된 민감성이 더 높았다.

#### 5. 대상자의 식생활과 생활양식 및 건강신념

위암발생은 식생활과 밀접한 관계가 있어 대상자의 식사와 관련해 광범위하게 서술적 자료를 수집한 결과 다음과 같다.

음식을 짜게 먹는 집단과 그렇지 않은 집단의 건강신념의 차이를 검증한 결과 짜게 먹지 않는 집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있어 지각된 민감성( $t=-2.59$ ,  $P=.0108$ )을 더 크게 지각했다. 매운 음식기호에 따른 건강신념의 차이를 분석한 결과 매운 음식 기호정도(상중하)에 따라 지각된 심각성( $F=7.99$ ,  $P=.0005$ )에 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

채소섭취 정도와 우유마시는 정도에 따라서는 건강신념의 하위영역에서 통계적 유의성이 없었다. 과일섭취정도(상중하)에 따라 건강신념의 차이를 검증한 결과 지각된 민감성( $F=3.23$ ,  $P=.0429$ ), 지각된 심각성( $F=4.79$ ,  $P=.0099$ )이 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 지각된 심각성은 Scheffe 검증결과 매일 과일을 섭취하는 집단이 섭취하지 않는 집단보다 지각된 심각성을 더 높게 지각했다.

〈표 4〉 Difference of health belief according to demographic characteristics

| Demographics      | characteristics        | N  | Benefit  | Sensitivity | Barrier  | Severity |
|-------------------|------------------------|----|----------|-------------|----------|----------|
| Sex               | Male                   | 77 | 35.6±5.2 | 27.9±5.5    | 25.7±3.4 | 27.7±5.9 |
|                   | Female                 | 53 | 34.4±4.8 | 27.7±4.8    | 25.6±4.4 | 27.9±5.8 |
| Age               | <50                    | 44 | 35.2±5.3 | 28.7±5.2    | 26.0±3.6 | 27.9±6.0 |
|                   | 51-60                  | 25 | 36.7±5.1 | 29.2±5.0    | 24.4±4.6 | 26.5±6.1 |
|                   | 61-70                  | 40 | 34.6±4.8 | 27.1±5.4    | 26.5±3.0 | 27.3±5.5 |
|                   | >71                    | 28 | 34.5±5.2 | 26.6±4.9    | 25.2±4.3 | 29.6±6.0 |
| Weight (kg)       | ≤55                    | 59 | 34.3±4.4 | 26.4±4.6    | 25.9±3.8 | 27.3±5.4 |
|                   | 56-60                  | 26 | 35.3±5.8 | 29.8±5.2    | 26.2±4.0 | 26.5±6.1 |
|                   | ≥61                    | 44 | 36.3±5.3 | 28.8±5.3    | 25.2±3.8 | 27.6±6.6 |
| Height (cm)       | ≤155                   | 28 | 34.8±4.9 | 27.4±3.8    | 25.8±4.4 | 28.3±6.5 |
|                   | 156-160                | 23 | 33.8±4.8 | 27.2±5.5    | 25.8±4.0 | 27.2±5.9 |
|                   | 161-165                | 34 | 35.8±5.2 | 27.8±5.5    | 25.0±3.5 | 28.2±4.8 |
|                   | ≥166                   | 41 | 36.0±5.2 | 28.8±5.4    | 25.9±3.6 | 27.4±6.4 |
| Living place      | Metropolitan           | 67 | 34.9±5.4 | 28.6±5.5    | 25.4±4.0 | 28.2±5.8 |
|                   | City                   | 32 | 35.7±5.4 | 27.6±4.5    | 26.1±3.4 | 26.3±6.2 |
|                   | Rural area             | 31 | 35.0±4.0 | 26.4±5.1    | 26.0±3.8 | 28.4±5.5 |
| Blood type        | A                      | 52 | 34.6±5.8 | 27.7±5.3    | 24.9±3.5 | 26.5±5.3 |
|                   | B                      | 22 | 36.2±4.8 | 26.5±5.7    | 26.7±3.3 | 27.1±5.1 |
|                   | O                      | 35 | 34.9±3.9 | 28.9±4.6    | 26.3±3.9 | 29.3±5.0 |
|                   | AB                     | 16 | 36.9±5.3 | 28.0±4.9    | 24.4±4.6 | 28.8±8.7 |
| Religion          | Christian              | 24 | 35.3±5.6 | 28.2±5.5    | 25.5±4.6 | 27.8±5.9 |
|                   | Buddhist               | 46 | 34.7±4.9 | 27.9±4.9    | 25.8±3.6 | 28.3±6.2 |
|                   | None                   | 54 | 35.0±5.1 | 27.1±5.4    | 25.6±3.8 | 27.2±5.5 |
| Educational level | None                   | 25 | 34.1±5.9 | 26.4±4.6    | 26.6±4.4 | 27.2±6.6 |
|                   | Elementary             | 48 | 34.1±4.1 | 26.1±4.3    | 26.0±3.7 | 26.7±5.3 |
|                   | Mid. & High            | 40 | 35.9±4.9 | 29.6±5.6    | 25.6±3.5 | 29.5±6.1 |
|                   | College                | 17 | 37.7±5.6 | 30.6±5.4    | 23.6±3.6 | 26.9±4.9 |
| Monthly income    | ≤49                    | 36 | 33.9±4.3 | 26.9±4.7    | 26.4±3.7 | 27.9±6.5 |
|                   | 50-99                  | 25 | 36.4±4.3 | 27.9±4.9    | 26.8±4.1 | 28.2±5.5 |
|                   | 100-149                | 29 | 34.8±6.0 | 28.6±5.7    | 25.2±4.5 | 28.2±6.6 |
|                   | 150-199                | 16 | 34.5±5.8 | 28.8±4.9    | 24.1±3.8 | 25.5±5.8 |
|                   | ≥200                   | 23 | 36.8±4.8 | 27.9±5.6    | 25.0±2.5 | 28.3±4.3 |
| Occupation        | White collar           | 19 | 34.9±5.7 | 29.5±6.2    | 25.7±4.0 | 28.6±4.8 |
|                   | Business               | 21 | 35.9±5.9 | 28.4±5.1    | 24.5±3.9 | 25.2±6.0 |
|                   | Agricultural & Fishery | 35 | 35.4±4.9 | 26.7±5.5    | 25.7±2.9 | 26.4±5.8 |
|                   | None                   | 44 | 34.2±4.4 | 27.9±5.6    | 26.0±4.4 | 29.9±5.8 |
| Health insurance  | Employee               | 65 | 35.1±5.1 | 27.9±5.5    | 25.2±3.7 | 27.5±5.4 |
|                   | Self-employer          | 61 | 35.0±4.9 | 27.6±4.9    | 26.0±3.9 | 27.9±6.4 |

|                          |     |    |          |          |          |          |
|--------------------------|-----|----|----------|----------|----------|----------|
| No. of offspring         | 1-3 | 54 | 35.9±5.4 | 29.1±5.1 | 25.5±3.8 | 27.3±5.8 |
|                          | 4-5 | 49 | 34.9±5.2 | 27.4±5.0 | 26.4±3.6 | 28.1±6.2 |
|                          | ≥6  | 25 | 33.8±3.9 | 26.3±5.3 | 25.1±4.1 | 28.6±5.3 |
| Birth order              | 1   | 56 | 34.4±4.9 | 26.5±4.4 | 25.8±3.3 | 26.8±4.8 |
|                          | 2   | 27 | 35.3±5.6 | 27.6±5.4 | 24.9±4.4 | 27.8±7.0 |
|                          | ≥3  | 47 | 35.9±4.9 | 29.6±5.6 | 26.1±4.1 | 29.0±6.1 |
| Classification of cancer | EGC | 40 | 35.7±4.4 | 28.5±4.5 | 25.4±4.8 | 27.7±6.1 |
|                          | AGC | 90 | 34.9±5.3 | 27.5±5.5 | 25.8±3.3 | 27.8±5.8 |

녹차마시는 정도와 식사의 규칙성, 커피 마시는 여부에 따라서는 건강신념의 하위영역에서 통계적 유의성이 없었다.

흡연여부, 음주여부에 따라서는 건강신념의 하위영역에서 통계적 유의성이 없었다.

운동하는 군과 운동하지 않는 군 사이에 지각된 유익성 ( $t=2.23$ ,  $P=.0303$ )에 통계적으로 유의한 차이를 보여 운동을 하는 집단이 유익성을 더 크게 지각했다. 지각된 민감성( $t=3.49$ ,  $P=.0011$ )도 통계적으로 유의한 차이를 보여 운동을 하는 집단이 유익성을 더 크게 지각했으며, 지각된 심각성( $t=3.80$ ,  $P=.0004$ )이 통계적으로 유의한 차이를 보여 운동을 하는 집단이 지각된 심각성을 더 크게 지각했다.

대상자의 질병행동을 빈도에 따라 살펴보면, 병원에 늦게 온 이유는 "별증상이 아닌줄 알았다"가 47.7%였고, "일차병원에서 오진해서"가 11.5%였고 "암진단이 두려워"의 경우도 10%를 차지했다. 이번에 병원에 온 이유는 "1차 병원에서 권해서"가 45.4%, "증상이 너무 불편해서"가 23.1%, "내시경을 하고나서"가 16.9%를 차지했다. 증상을 대상자가 어느정도 심각하다고 지각하는지를 0-5점 척도로 알아본 결과 4점이 25.4%, 3점이 21.5%, 2점이 20.0%, 5점이 15.4%를 차지했다. 하루중 증상이 발생하는 시간을 살펴본 결과 야간이 23.7%, 낮동안이 19.5%, 오전이 17.8%였다.

대상자가 본인의 증상에 대해 상의한 사람은 가족이 62.5%였고, 의사가 32.8%였고, 평소에 소화제를 복용하는 사람이 34.6%, 과거 질병력을 가진 사람이 47.7%였고 나머지는 없었다. 대상자 가족중 암의 병력이 있는 경우에서 진단을 보면 폐암이 31.6%, 간암이 26.3%, 유방암과 식도암이 각각 10.5%였다. 대상자 가족중 위암환자가 있는 경우가 대상자의 31.5%였다. 대상자 가족중 암진단 받은 사람과의 관계는 친부인 경우가 16.7%로 가장 많았다.

위내시경을 실시한 이유는 58.5%가 "증상이 있어서"였고, "의사의 권유"인 경우는 14.6%, 확진과 종합검진에서 한 경우가 각각 10.8%였다. 위내시경을 권유한 사람은 의사가 58.5%, 스스로가 14.6%, 가족이 10.8%였다.

병원에 온 횟수는 처음인 경우가 23.1%, 2회가 20.0%, 1회가 19.2%, 다수가 13.1%였다. 증상 자각 이후 내시경할 때까지 걸린 기간의 범위는 0주에서 960주 까지이고 평균  $25.34 \pm 94.52$ 주였다. 증상 자각후 병원에 올 때까지 걸린 시간의 범위는 0에서 1104주였고 평균  $41.27 \pm 134.24$ 주였다. 위내시경후 병원에 오기까지 걸린 시간의 범위는 0-99주였고 평균  $3.32 \pm 13.48$ 주였다.

## V. 논 의

대상자의 인구사회학적 특성에 따라 보면, 우리나라 국민의 성별이 1996년 기준으로 남성은 50.34%, 여성이 49.66%인데 비해 대상자는 남성이 59.3%, 여성이 40.7%를 차지하여 남성이 높았으며, 위암발생률의 성별도 남성이 높다.

교육수준에서 초등학교 이하가 58.5%를 차지하고, 한달 소득은 우리나라 평균 가계 소비가 1996년에 1,425,000원이고 대상자는 1,119,600원으로 평균보다 낮은 수준임을 보이고 있는데, Hansson 등(1994)은 위암환자의 위험지표에서 사회경제적 수준과 고등교육이 위암의 위험을 감소시킨다고 하여 이를 부분적으로 뒷받침하고 있다.

혈액형은 A형이 51.4%로 가장 많은 빈도를 차지한 바 다른자료와 같은 결과를 보이고 있다.

자녀수에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었는데 앞으로 더 많은 연구가 필요하다고 본다.

본 연구에서 대상자의 건강신념과 통제위와의 관계는

통계적으로 유의한 차이가 없었으나 위암환자가 대상인 오복자(1994)의 보고에서는 내적통제위와 지각된 유의성 사이에 유의한 정상관관계를 보였지만 내적통제위와 지각된 장애성, 지각된 민감성과 심각성과는 유의한 관계를 보이지 않아 본 연구결과를 부분적으로 뒷받침하고 있다.

1976년 Canada의 Laronde Report와 1979년 미국의 Surgeon General's Report에서 건강생활양식이 건강결정요인의 50-60%를 차지한다고 하였으며 위암발생과도 생활양식의 관계가 중요하여 이를 중심으로 살펴본바 본 연구 대상자인 위암환자중 운동을 안하는 사람이 76.8%를 차지하였는데 Le Marchand 등(1997)은 오락적 신체활동이 대장결장암 위험과 역상관이 있다고 하여 본 연구결과를 간접적으로 지지하고 있다.

Inoue 등(1994)과 Lee 등(1995), Gazalakshmi & Shanta(1996)은 흡연이 위암의 위험을 증가시키고, 흡연과 음주의 연합효과가 위암발생에 중요역할을 한다고 하였으며, De Stefani 등(1998)도 담배와 술이 위암의 발암물질이라고 하였으나 본 대상자에서는 흡연자가 53.8%를 보였고 음주가가 41.4%였고 비음주가가 56.7%를 차지하여 일관적인 결과를 보이지 않고 있다.

식사의 규칙성에서 하루 3회 규칙적인 식사를 하는 사람이 20.8%인데 비해 하루 1-2회, 4-5회 불규칙한 식사를 하는 사람이 79.2%로 매우 높았다.

Lee 등(1995)과 이정권(1992)은 한국인의 위암 발병에 소금섭취가 위암위험과 연관이 있다고 하였으나, 본 연구에서는 짠음식 섭취여부에 대한 주관적 평가에서 짜게 먹지 않는다고 답변한 집단이 더 많은 분포를 보이고 있어 추후에는 객관적인 염분섭취정도를 파악한 자료를 확인하는 작업이 필요하다고 본다. 신선한 채소섭취가 위암위험과 무관하다고 했으나 본 연구에서는 채소 섭취빈도가 높다고 답한 사람이 57.7%를 차지하여 앞으로 지속적인 연구가 필요하다고 본다.

병원에 늦게온 이유는 "별증상이 아닌줄 알았다"가 가장 높았는데 Delaney(1998)도 50세 이상의 위암진단을 늦게받은 소화불량 환자를 대상으로 한 질적탐구에서 증상의 우선순위가 낮았다고 했고 치료가 두려워서라고 하여 유사한 결과를 보이고 있다.

인구학적 특성에 따른 건강신념의 차이를 보면 체중에 따라 지각된 민감성에 차이가 있었는데 혈액형에 따라 지각된 장애성에 차이가 있었고, 교육수준에 따라 지각된 민감성과 지각된 장애성에 차이가 있었는데 본연구

대상자와는 다르지만 김강미자와 김병두(1986)는 항암요법을 수행하는 암환자를 대상으로한 보고에서 교육수준에 따라 지각된 장애성을 보고하여 본 연구 결과를 뒷받침하고 있다.

직업에 따라 지각된 심각성이 상업, 사업군보다 무직군에서 높았는데 상업, 사업군은 심각성이 지각되면 건강진단을 받는다는 하는 예방행동을 할 수 있으나 무직인 경우 의료기관 검진의 접근이 어려워 더욱 심각하게 여기리라고 생각한다.

자녀수에 따라, 출생순위 3째이상에서 지각된 민감성이 높았는데 이는 앞으로 계속적인 연구가 필요하다고 본다.

## VI. 결론 및 제언

### 1. 결론

조기위암과 진행위암 환자의 건강신념과 건강 통제위, 생활양식을 알아보기 위해 위암진단을 받고 대전 광역시 충남대학교 병원의 일반외과 외래에 수술을 받기 위해 처음 내원한 대상자 130명을 중심으로 구조화된 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 조기위암이 40명, 진행위암 90명이었고 자료수집기간은 1998년 7월부터 1999년 2월까지였다.

연구도구는 문정순(1990)이 개발한 건강신념 도구와 건강통제위 도구는 Wallston, Wallston,

DeVellis(1978)의 다차원도구를 사용하였다.

자료는 SAS program을 이용하여 빈도,  $\chi^2$ -test, Pearson's correlation coefficient,

ANOVA, Scheffe-test, t-test를 통하여 분석되었고 결과는 다음과 같다.

- 1) 대상자의 30.8%는 조기위암이었고 69.2%는 진행성 위암이었다. 대상자 본인이 위암 진단을 아는 경우는 83.1%였고, 16.9%는 본인의 진단을 모르는 경우였다.
- 2) 대상자의 건강신념과 통제위 사이에 상관관계가 지지되지 않았다.
- 3) 조기위암과 진행위암 대상자 사이의 생활양식에 유의한 차이가 지지되지 않았다.
- 4) 대상자의 인구사회학적 특성중 건강신념과의 관련성을 보면 체중, 교육수준, 출생순위에 따라 지각된 민감성, 교육수준에 따라 지각된 장애성, 직업에 따라 지각된 심각성이 통계적으로 유의한 차이가 있었다.



위의 결과에서 위암 중 조기위암인 경우 생존율이 높으므로 조기위암의 발견을 위한 대중교육에 대한 의료진의 노력이 더욱 요구되고 특히 내시경의 검사방법을 확대보급하여 조기발견율을 더욱 높여야겠으며 조기위암과 진행성 위암 사이에 생활양식에 차이가 없었으므로 누구에게나 식사와 관련된 위암의 발암요인에 관한 보건교육이 이루어져 재발방지와 지속적인 건강수준 유지를 위한 간호중재로서 제공되어야 한다고 생각한다.

건강신념 모형중 많은 연구에서 지지받고 있는 지각된 유익성이 지지되지 않아 이는 앞으로 더욱 연구되어야 할 과제라 생각된다.

## 2. 제언

본 연구와 같은 변수를 정상인에게 적용하여 위암환자와 비교연구가 필요하다.

## 참 고 문 헌

김강미자, 김병우 (1986). 항암요법을 수행하는 암환자의 환자역할행위에 관한 연구. 전남의대잡지. 23(1), 9-26.

보건복지부 (1996). 보건복지 통계연보. 제42호.

안윤옥 (1992). 위암의 원인과 예방. 대한의학협회지. 35(7), 820-827.

오복자 (1994). 위암환자의 건강증진 행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 대학원 간호학 박사학위논문.

문정순 (1990). 성인의 건강신념 측정 도구 개발연구. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.

유영학 (1997). 질병구조의 변화와 향후 정책방향. 보건복지 포럼, 9, 53-61.

이정권 (1992). 한국인의 위암 발병요인에 관한 환자-대조군 연구. 서울대학교 대학원 의학박사학위논문.

통계청 (1997). 1996년 사망원인 통계연보.

Andrykowski, M. A., Brady, M. J. (1994). Health locus of control and psychological distress in cancer patients: interactive effects of context. J Behav Med. 17(5), 439-58.

Bundek, N. I., Marks, G., Richardson, J. L. (1993). Role of health locus of control in cancer screening of elderly Hispanic women.

Health Psycho. 12(3), 193-9.

Burns, Swanson (1995).

Delaney, B. C. (1998). Why do dyspeptic patients over the age of 50 consult their general practitioner? a qualitative investigation of health beliefs relating to dyspepsia. Br J Gen Pract. 48(433), 1481-5.

De Stefani, E., Boffetta, P., Carzoglio, J., Mendilaharsu, S., Deneo-Pellegrini, H. (1998). Tobacco smoking and alcohol drinking as risk factors for stomach cancer. Cancer Causes Control. 9(3), 321-9.

Gajalakshmi, C. K., Shanta, V. (1996). Lifestyle and risk of stomach cancer: a hospital-based case-control study. Int J Epidemiology. 25(6), 1146-1153.

Hansson, L. E., Baron, J., Nyr, N. O., Bergstrom, R., Wolk, A., Lindgren, A., Adami, H. O. (1994). Early-life risk indicators of gastric cancer. a population-based case-control study in Sweden. Int J Cancer. 57(1), 32-7.

Inoue, M., Tajima, K., Hirose, K., Kuroish, T., Gao, C. M., Kitoh, T. (1994). Life-style and substitute of gastric cancer-joint effect of smoking and drinking habits. Int J Cancer. 56, 494-99.

Ji, B. T., Chow, W. H., Yang, G., McLaughlin, J. K., Gao, R. N., Zheng, W., Shu, X. O., Jin, F., Fraumeni, J. F., Gao, Y. T. (1996). The influence of cigarette smoking, alcohol and green tea consumption on risk of carcinoma of the cardia and distal stomach in Shanghai, China. Am Cancer Soc. 77(12), 2449-2457.

Le Marchand, L., Wilkins, L. R., Kolonel, L. N., Hankin, J. H., Lyu, L. C. (1997). Association of sedentary lifestyle, obesity, smoking, alcohol use, and diabetes with the risk of colorectal cancer. Cancer Research. 57, 4787-4794.

Lee, J. K., Park, B. J., Yoo, K. Y., Ahn, Y. O.

- (1995). Dietary factors and stomach cancer: a case-control study in Korea. Int J Epidemiology, 24(1), 33-41.
- Tonai, S., Hata, E. (1994). Factors affecting health behavior of the people aged forties : a test of health belief model. Nippion Koshu Eisei Zasshi, 41(4), 362-9.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., De Vallis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control(MHLC) scale. Health Education Monographs, 6, 160-71.
- Watabe, K., Nishi, M., Miyake, K., Hirata, K. (1998). Lifestyle and gastric cancer : a case-control study. Oncol Rep, 5(5), 1191-98.
- Welch, D. (1981). Planning nursing intervention for family members of adults cancer patients. Cancer Nursing, 14, 365-368.

- Abstracts -

Key concept : Gastric cancer, Life style, Health belief, Health locus of control

## A study on the life style, locus of control and health belief of gastric cancer patients

So, Heeyoung\* · Kim, Hyunli\*

This study was conducted to explore the relationship between locus of control and health belief, the life style of gastric cancer patients. The subjects of this study were 40 of the early gastric cancer and 90 of the advanced gastric cancer who first visiting patient to general surgery out patient department of Chungnam University Hospital for operation.

The data was collected with structured

questionnaire from July, 1998 to Feb. 1999

The tool were Moon's Health Belief Scale and Multiple Locus of Control of Wallston, Wallston, DeVellis.

The data was analysed by SAS program using frequency,  $\chi^2$ -test, Pearson's correlation coefficient, ANOVA, Scheffe-test, t-test.

The results were as follows

1. 30.8% of subjects were early gastric cancer and 69.2% were advanced gastric cancer. The subject knowing about diagnosis was 83.1%, 16.9% didn't know about diagnosis.
2. The relationship between Health belief and Locus of control of subjects was not supported.
3. There was statistically no difference of life style between early and advanced gastric cancer patients.
4. There were statistically significant differences in perceived sensitivity according to weight, educational level, and birth order, in perceived barrier according to educational level, and in perceived severity according to occupation among demographic characteristics of study subjects.

From above results, health professional has to educate general population to detect gastric cancer early to improve survival rate because early gastric cancer is high in survival rate, and to prevent recurrence and to maintain continuing healthy status.

In the future, gastroscopy also has to expand to detect early. For there was no difference in life style between early and advanced gastric cancer, carcinogen related to diet should be emphasized through education.

The perceived benefit among health belief model was not supported in this study therefore further study and comparison between gastric cancer and normal population are needed.

\* Dept. of Nursing, Chungnam National University College of Medicine

This paper was supported for CNU Research Fund