

## 암환자와 건강인의 건강위험요인 비교\*

이향련\*\*·김윤희\*\*·한상숙\*\*·백승남\*\*·원정숙\*\*·김시영\*\*\*·장미희\*\*\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

최근 국민의 의료수준과 생활수준이 향상되면서 평균 수명은 현재 남자 74.4세, 여자 81.2세에서 2010년 남자 77.5세, 여자 84.1세로 연장되고 국민의 건강에 대한 욕구가 증대되면서 국민의 생활양식이 변화되고 있다. 또한 인구의 고령화에 따른 만성질환의 증가로 질병의 양상이 바뀌어 가고 있어 치료위주의 관리로는 대처가 많이 어려운 실정이다(Korea Institute for Health & Social Affairs, 2002).

따라서 우리나라는 1995년 국민 건강증진법령을 제정하였고 2002년에는 국가 보건 의료 전략으로 ‘국민건강증진종합계획’을 수립하고, 종합대책을 제시하였다(Korea Institute for Health & Social Affairs, 2002). 국민건강증진의 목표는 만성질환으로 인한 조기 사망방지와 예방, 그리고 국민의 건강증진과 수명연장에 두고 이러한 목표 달성을 위한 중점적인 관리 방법으로 건강한 생활실천 즉, 운동, 영양, 흡연, 음주 및 약물남용, HIV/AIDS, 안전생활, 스트레스와 심혈관질환, 암, 당뇨 등과 같은 질병예방을 위한 의료서비스 제공, 건강

지원적 환경(식·의약품 안전 확보, 산업·환경보건, 국민건강 감시 및 정보체계 구축)제공 등을 선정하였다(Korea Institute for Health & Social Affairs, 2002).

특히 2010년 국민건강증진 목표 설정을 위해 우리나라에서 집중관리를 요하는 주요 질환은 심혈관질환, 암, 당뇨, 간질환, 관절염, 사고, 구강보건, 정신건강의 순위로 8개가 선정되었다. 그 중 중앙암등록자료에 따르면 신규 암환자는 1992년 6만1,900여명에서 2002년에 9만9,025명으로 최근 10년간 1.8배 늘었다. 또 2002년 총 사망자 24만7,000여명 가운데 6만3,000여명이 암으로 사망해 사망률 1위로 나타났다(Korea National Statistical Office, 2003).

2001년 암환자 진료건수는 171만여건으로 전체의 0.6%이고 암 진료비는 7,900여억원으로 전체의 6.3%를 차지했다. 그러나 건강보험에 포함되지 않는 의료비 등을 감안할 경우 암으로 인한 사회경제적비용은 훨씬 많을 것으로 추산된다(National Health Insurance Corporation, 2002)

정부에서는 건강을 결정하는 주요요인으로 생활습관(50%), 유전적 요인(20%), 환경적 요인(20%), 의료서비스 이용(10%) 등으로 보고하였으며 이중에서도

\* 본 논문은 2003년도 경희대학교 학술연구조성비 보조에 의한 것임  
\*\* 경희대학교 간호과학대학 교수  
\*\*\* 경희대학교 의과대학 내과교수  
\*\*\*\* 경희대학교 간호과학대학 시간강사(교신처자 E-mail: mhjang2006@hanmail.net)  
투고일 2004년 9월 22일 심사외리일 2004년 9월 23일 심사완료일 2005년 6월 10일

개인의 생활습관은 건강의 주요 결정요인으로 선정하였다. 따라서 국민 스스로가 건강한 생활양식을 실천하도록 유도하여 상존하는 건강위험 요인을 감소시키고 또한 주변 여건을 향상시킴으로써 모든 국민들의 건강이 증진될 수 있는 잠재력을 키워나가는 것을 건강증진 정책의 기본방향으로 하였다.

미국을 비롯한 주요 선진국에서는 국민의 건강증진을 이미 보건의료 분야의 주요 정책으로 설정하고 국가적 차원에서 이미 역점을 두고 추진해 오고 있다. 그러나 우리나라는 2000년부터 국민의 건강증진을 위한 사업이나 성인병 예방사업, 국민 건강생활 지침 배포 및 홍보, 보건소와 민간단체의 보건교육 활동 등이 산발적이고 단편적으로 진행되고 있을 뿐 건강증진사업 구축을 위한 체계적 연구는 아직 미흡한 상태이다. 더욱이 암 발병과 관계된 건강위험 요인인 개인 건강생활습관, 스트레스 생활사건, 의료서비스이용 등의 연구는 미흡한 실정이다.

지금까지 암환자의 선행연구를 요약하면 암환자의 삶의 질, 스트레스, 가족의 대처방안, 화학요법에 대한 연구들과 암 종류별 역학조사, 암 종류별 위험요인 및 대체요법에 대한 부분적 연구들이 대부분이다(Choi, Hiroak & Shim, 1992; Doh & Lee, 1998; Oh, 1994; Ryu, Choi & Choi, 2003).

따라서 본 연구는 암환자와 건강인을 대상으로 대상자의 특성, 건강관련생활습관, 건강증진행위, 생활사건 스트레스, 의료서비스 이용정도를 포함하여 암발생 위험요인과 관련된 총체적인 요인들을 건강인과 비교 파악함으로써 국민건강증진 통합대책의 기초자료를 제공하는 데 있다.

## 2. 연구목적

본 연구는 암환자들의 건강위험 요인을 탐색하여 암으로 인한 조기사망과 발병을 예방하고 국민의 건강수준과 수명 연장에 도움을 주는데 목적을 두고 있다. 이러한 목적달성을 위한 구체적 목표는 다음과 같다.

- 1) 암환자와 건강인의 일반적 특성 및 건강관련 생활습관의 차이를 확인한다.
- 2) 암환자와 건강인의 건강증진행위·건강지각·의료서비스이용정도의 차이를 확인한다.
- 3) 암환자와 건강인의 생활사건스트레스의 차이를 확인한다.

## 3. 용어의 정의

- 1) 건강증진행위 : 생활양식의 구성요소가 되는 지속적인 활동으로 더 높은 수준의 건강을 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것을 의미하며, 안녕수준 뿐 아니라 자아실현, 자기성취를 증진시키기 위한 행위이다. 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강책임, 대인관계, 자아실현이 하위개념으로 구성된다(Walker, Sechrist & Pender, 1987). 본 연구에서는 Walker 등(1987)의 건강증진 생활양식 측정도구를 Oh(1994)가 암환자에게 적합하게 수정한 도구로 측정된 점수이다.
- 2) 건강지각 : 현재의 건강상태를 주관적으로 평가한 것을 말하며(Oh, 1994), 본 연구에서는 Lawston, Moss, Fulcomer 및 Kleban(1982)의 건강상태 자가평가(Health Self-Rating) 도구를 Oh(1994)가 수정 사용한 도구를 보완하여 측정된 점수를 말한다.
- 3) 의료서비스 이용 : 건강관련문제에 대한 의료서비스 이용 및 치료추구행위를 말한다(Kim, 1997). 본 연구에서는 연구자가 작성한 7문항으로 구성된 도구로 측정된 점수를 말한다.
- 4) 생활사건스트레스 : 1970년에 Holmes와 Rahe가 경험적 연구결과에 기초하여 1~2년 동안에 생활사건에 따른 스트레스량을 점수로 나타낸 것으로(Kim et al., 2001), 본 연구에서는 이를 표준화한 도구로 측정된 것을 말한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 암환자와 건강인의 건강증진행위, 건강지각, 의료서비스이용 및 생활사건스트레스를 비교 분석한 후향적 비교조사연구(retrospective comparison survey study)이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상은 K의료원과 A종합병원에 입원해 있거나 통원치료 받고 있는 암 발병 기간이 2년 내외인 암환자와, 서울시에 거주하고 있으며 암이 없고 특정질환으로 고통 받고 있지 않는 일반 건강인을 대상으로 연구

의 목적에 동의하고 참여를 허락한 자를 편의표집하였다. 암환자와 건강인의 각 집단에 필요한 최소한의 표본수는 Cohen의 공식에 근거하여 유의수준 .05, 검정력은 .80, 효과의 크기를 .6으로 하여 산출한 표본수는 집단별 118명이었으며 본 연구에서는 암환자 129명 건강인 121명 총 250명을 연구대상으로 하였다.

### 3. 연구도구

- 1) 건강증진행위 : 건강증진행위 측정도구는 Walker 등 (1987)이 개발한 48문항의 건강증진 생활양식도구 (HPLP)를 Oh(1994)가 암환자에게 적합하게 수정한 38문항의 도구로 측정하였다. 본 연구에서는 4점 척도로 6개영역 즉 적절한 영양관리 10문항, 운동 4문항, 휴식 및 스트레스 조절 6문항, 대인관계 5문항, 건강책임행위 5문항, 자아실현 8문항으로 구성되어 있으며 가능한 점수는 36~144점이며 점수가 높을수록 건강증진행위정도가 높은 것을 의미한다. Oh(1994)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 값은 .891이었으며, 본 연구에서는 .888이었다.
- 2) 건강지각 : 본 연구에서는 Oh(1994)가 Lawston, Moss, Fulcomer와 Kleban(1982)의 건강상태 자가평가(Health Self-Rating) 도구를 수정사용한 도구를 연구자가 수정하여 현재의 건강상태를 묻는 총 3문항 5점척도로 가능한 점수는 3~15점이며 점수가 높을수록 지각된 건강상태가 좋은 것을 의미한다. Oh(1994)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 값은 .686이었으며, 본 연구에서는 .922이었다.
- 3) 의료서비스 이용 : 건강관련문제에 대한 의료서비스 이용 및 치료추구행위로 본 연구에서는 연구자가 작성한 총 6문항의 4점 척도로 구성된 질문점수를 말하며, 가능한 점수는 4~24점이며, 점수가 높으면 의료서비스 이용정도가 높은 것을 말한다. 본 도구의 요인분석 결과 구성타당도는 61.42%의 설명력을 나타내었고 최종 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$ 값은 .721이었다.
- 4) 생활사건스트레스 : Holmes와 Rahe(1970)의 생활사건에 따른 스트레스량을 점수로 나타낸 것으로 총 43개 문항으로 구성되었으며 상대적 점수로 점수화하고 평위평정척도로서 점수에 따라 분류한 것으로 150점 이상인 경우를 생활위기라고 정의하였고, 150~199점을 경한 생활위기, 200~299점을 중등

도 생활위기, 300점 이상을 중중도 생활위기로 분류하였다.

### 4. 자료수집방법

#### 1) 사전조사

본 연구의 사전조사는 2003년 8월 1일부터 30일까지로 연구도구의 신뢰도 및 내용타당도를 확인하기 위해 암환자 20명, 건강인 23명 총 43명을 대상으로 실시하였으며 설문지의 문항 중 모호한 내용이나 이해가 어려운 문항에 대해 그 내용을 수정하였고 각 도구의 Cronbach's  $\alpha$ 값을 확인하여 낮은 신뢰도 값을 보인 도구의 내용을 수정 보완하였다.

#### 2) 본 조사

본 연구의 자료수집은 2003년 9월부터 12월까지 4개월동안 진행되었고, 연구참여에 동의한 암 환자와 건강인을 대상으로 구조화된 질문지에 자가 기술하게 하여 수집하였으며, 설문지 내용을 이해하기 힘들어하는 노인 암환자는 자료수집 연구보조원인 병원의 연구간호사의 면담으로 측정하였으며, 수집된 자료 중 내용이 불충분한 14부를 제외한 250부가 최종 분석에 사용되었다.

### 5. 연구분석방법

자료분석은 SPSS PC+ 11.0을 이용하여, 연구목적과 변수의 특성에 따라 백분율과 평균 및 표준편차,  $\chi^2$ -test, t-test, ANOVA 및 Scheffe 검증으로 분석하였다.

## III. 연구 결과

### 1. 암환자와 건강인의 일반적 특성 및 건강관련 생활습관 비교

암환자(129명)와 건강인(121명)의 일반적 특성을 비교하기 위하여 성별, 연령, 결혼상태, 교육정도, 종교, 직업, 성격, 가정월수입을 측정된 결과 교육정도, 직업, 월수입에서 두 군간의  $p < .05$ 수준에서 유의한 차이를 나타내었다. 또한 건강관련 생활습관을 비교하기 위하여 흡연정도, 흡연기간, 음주정도, 음주량, 음주기간, 식생활내용, 자극적 음식 선호도, 규칙적인 식사, 규칙적 운동정도, 체중상태, 수면시간, 수면습관, 휴식정도를 측정

한 결과 유의한 차이를 나타낸 변수는 흡연정도, 음주기간, 규칙적 운동정도에서 차이를 나타내었다. 유의한 차이를 나타낸 변수만을 제시한 그 결과는 <Table 1>과 같다.

대상자의 일반적 특성에서 교육정도의 경우 암환자는 중졸이하(38.8%)와 고졸(40.4%)이 건강인은 고졸(24.8%)과 대졸이상(52.9%)이 많은 것으로 나타나 두 군간에 학력에서 차이가 있는 것으로 나타났다( $\chi^2=27.589$ ,  $p=.000$ ). 직업은 암환자의 경우 41.1%, 건강인의 경우 77.7%가 있었으며 두 군간에 유의한 차이를 나타내었다( $\chi^2=34.525$ ,  $p=.000$ ). 가정월수입을 보면 암환자의 경우 200만원미만(58.9%), 201~300만원(25.6%), 301만원이상(15.5%)이었고, 건강인의 경우는 200만원미만(37.2%), 301만원이상(37.2%), 201~300만원(25.6%) 순으로 나타나 월수입이 두 군간에 유의한 차이를 나타내었다( $\chi^2=17.382$ ,  $p=.000$ ). 성별을 보면 암환자나 건강인 모두 여자가 많았으나, 암환자의 경우 남자(47.3%)가 건강인(39.7%)보다 많았

다. 연령은 암환자의 경우 50~60대(48.1%), 30~40대(31.8%), 29세 이하(14.0%), 70세 이상(6.2%)순이었고, 건강인은 30~40대(42.1%), 50~60대(34.7%), 29세 이하(17.4%), 70세 이상(5.8%)순이였다. 결혼상태는 암환자, 건강인 모두에서 기혼이 대부분이었으며 유의한 차이가 없었다.

암환자의 질병관련 특성을 살펴보면, 위암(19.4%), 유방암(12.4%), 폐암(11.6%), 대장암(3.9%), 간암(3.1%)으로 나타났고 백혈병, 췌장암, 식도암, 골수암, 난소암 등의 기타 암이 49.6%로 나타났다. 유병기간은 1년 미만이 59.7%로 대부분을 차지하였고, 암진단 전 병력은 84.5%에서 없었던 것으로 나타났다. 진단받기 전까지 이용한 의료기관 수는 1개(69.0%)가 가장 많았다. 진단 후 치료방법으로는 수술+화학요법을 받고 있는 대상자가(27.1%) 가장 많았으며, 72.9%가 재발 경험이 없었고, 76%는 가족력이 없는 것으로 나타났다.

암환자와 건강인의 건강관련 생활습관의 차이를 비교해 본 결과, 흡연정도는 암환자의 경우 전혀 안 피움

<Table 1> The Comparison of general characteristics and health-related lifestyles between cancer patients and healthy people

Characteristics	Classification	Cancer Patient(N=129)	Healthy people(N=121)	$\chi^2$ , P
		N(%)	N(%)	
Education	≤ middle school	50(38.8)	27(22.3)	$\chi^2=27.589$ $p = .000^*$
	High school	52(40.4)	30(24.8)	
	≥ college	27(20.9)	64(52.9)	
Occupation	Yes	53(41.1)	94(77.7)	$\chi^2=34.525$ $p = .000^*$
	No	76(58.9)	27(22.3)	
Household income ('000₩)	~ 2,000	76(58.9)	45(37.2)	$\chi^2=17.382$ $p = .000^*$
	2,001 ~ 3,000	33(25.6)	31(25.6)	
	3,001 ~	20(15.5)	45(37.2)	
Smoking (pack/day)	Not at all	92(69.8)	103(85.1)	$\chi^2=9.287$ $p = .010^*$
	1/2 ~ below 1	25(19.4)	14(11.6)	
	1 ~	14(10.9)	4( 3.3)	
Alcohol drinking (month)	~ 100	14(10.9)	22(18.2)	$\chi^2=13.152$ $p = .001^*$
	101 ~ 300	24(18.6)	27(22.3)	
	301 ~	29(22.5)	8( 6.6)	
Physical exercise (times)	Not at all	68(52.7)	45(37.2)	$\chi^2=10.632$ $p = .014^*$
	1 /week	14(10.9)	23(19.0)	
	2~3 /week	25(19.4)	38(31.4)	
	Regular daily	22(17.1)	15(12.4)	
Sleep (hours/day)	≤ 4	10( 7.8)	5( 4.1)	$\chi^2=21.014$ $p = .000^*$
	5~6	31(24.0)	63(52.1)	
	7~8	88(68.2)	53(43.8)	
Rest	Moderate	88(68.2)	56(46.3)	$\chi^2=12.302$ $p = .000^*$
	Insufficient	41(31.8)	65(53.7)	

\*  $p<.05$

(69.8%), 1/2~1갑/일(19.4%), 1갑 이상/일(10.9%) 순이었고, 건강인은 전혀 안피움(85.1), 1/2~1갑/일(11.6%), 1갑 이상/일(3.3%)순으로 암환자의 흡연율이 더 높게 나타났다( $\chi^2=9.287, p=.010$ ). 음주자 중 음주기간에 있어서는 암환자의 경우 100개월 이하(10.9%), 101~300개월(18.6%), 301개월 이상(22.5%)이었고 건강인은 100개월 이하(18.2%), 101~300개월(22.3%), 301개월 이상(6.6%)로 나타나 암환자의 경우에 있어 음주기간이 오래되었음을 보였고 두 군간의 유의한 차이를 나타내었다( $\chi^2=13.152, p=.001$ ). 운동습관에 있어서는 암환자의 경우 전혀 하지 않음(52.7%), 주 1회(10.9%), 주 2~3회(19.4%), 매일 규칙적(17.1%)이었고, 건강인은 전혀 하지 않음(37.2%), 주 1회(19.0%), 주 2~3회(31.4%), 매일 규칙적(12.4%)으로 나타나 건강인이 주 2~3회 이상 운동하는 비율이 더 높았다( $\chi^2=10.632, p=.014$ ). 수면시간은 암환자의 경우 하루에 7~8시간(68.2%), 5~6시간(24.0%), 4시간 이하(7.8%)이었고, 건강인은 7~8시간(43.8%), 5~6시간(52.1%), 4시간 이하(4.1%)로 나타났다( $\chi^2=21.014, p=.000$ ). 휴식정도를 보면 암환자의 경우 적당하다(68.2%), 부족하다(31.8%)이었고, 건강인은 적당하다(46.3%), 부족하다(53.7%)로 나타났으며 두 군간의 유의한 차이를 나타내었다( $\chi^2=12.302, p=.000$ ).

흡연기간은 암환자와 건강인에서 101~300개월이 각각 14.7%, 11.4%로 가장 많았고, 음주정도는 암환자의 경우 전혀 안마심(39.5%), 월 1~4회(30.2%), 2~4회(27.1%)이었고, 건강인의 경우는 전혀 안마심(43.0%), 월 1~4회(40.5%), 2~4회(16.5%)로 암환자의 경우에 음주횟수정도가 많은 것으로 나타났다. 음주량에 있어서는 암환자의 경우 1~4잔(29.5%), 5~9잔(18.6%), 10잔이상(14.0%)이었고, 건강인의 경우는 1~4잔(34.7%), 5~9잔(15.7%), 10잔이상(9.1%)순으로 두 군간에 차이가 없었다. 식생활에 있어서는 암환

자나 건강인 모두 '골고루 섭취' 응답(47.3%, 59.5%)이 많았으며, 그 다음으로 채식위주, 육류위주, 생선위주 순이었다. 자극적인 음식의 경우 암환자나 건강인 모두 좋아한다고 응답한 비율이 각각 58.1%, 54.5%로 나타났다. 규칙적인 식사의 경우, 암환자가 55.0%, 건강인 54.5%에서 규칙적으로 식사하는 것으로 나타나 두 군간에 차이가 없었다.

## 2. 암환자와 건강인의 건강증진행위·건강지각·의료서비스이용정도에 대한 비교

암환자와 건강인에게 평소 생활습관에 대해 조사한 건강증진행위와 건강지각 및 의료서비스이용정도의 차이를 비교한 결과는 <Table 2>와 같다.

암환자와 건강인의 건강증진행위를 비교한 결과 암환자의 건강증진행위의 평균은 4점 만점에서 2.41이었고, 건강인은 2.43으로 건강인의 건강증진행위정도가 약간 높게 나왔으나 통계적으로는 유의한 차이를 나타내지 않았다( $t=-.51, p=.609$ ). 건강증진행위의 하부요인인 영양관리, 대인관계, 자아실현, 휴식 및 스트레스조절, 건강책임행위, 운동에 따른 건강증진행위정도를 비교한 결과에서도 두 군간에 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다.

암환자와 건강인의 건강지각정도를 비교한 결과 암환자의 건강지각 평균은 5.0 만점에 2.39이었고, 건강인은 3.22로 나타나 건강인의 경우 자신이 건강하다고 지각하고 있고, 암환자의 경우는 비교적 좋지 않은 것으로 지각하고 있어, 두 군간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=-7.79, p=.000$ ).

암환자와 건강인의 의료서비스이용정도를 비교한 결과 암환자는 4점 만점에 평균 1.83이었고, 건강인은 2.18로 나타나 건강인이 평소 의료서비스이용정도가 높은 것으로 밝혀졌으며, 두 군간에 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다( $t=-4.02, p=.000$ ).

<Table 2> The comparison of health promoting behaviors, perceived health status and health care seeking behaviors between cancer patients and healthy people (N=250)

Variables	Cancer patient	Healthy people	t	p
	(N=129) M(SD)	(N=121) M(SD)		
Health promoting behaviors	2.41(.44)	2.43(.40)	-.51	.609
Perceived health status	2.39(.95)	3.22(.72)	-7.79	.000*
Health care seeking behaviors	1.83(.72)	2.18(.63)	-4.02	.000*

\* p<.05

<Table 3> The comparison of life event stress between cancer patients and healthy people

Classification	Cancer patients	Healthy people	total	result
	N(%)	N(%)	N(%)	
Slightly life crisis ( ~ 149)	67(59.8)	85(71.4)	152(65.8)	$\chi^2=7.597$ p = .055
Mild life crisis (150 ~ 199)	22(19.6)	13(10.9)	35(15.2)	
Moderate life crisis (200 ~ 299)	18(16.1)	11( 9.2)	29(12.6)	
Severe life crisis (300 ~ )	5( 4.5)	10( 8.4)	15( 6.5)	
total	112(100)	119(100)	231(100)	

\* p<.05

3. 암환자와 건강인의 생활사건스트레스 비교

암환자와 건강인의 생활사건스트레스정도를 비교한 결과는 <Table 3>과 같다. 암환자의 경우 생활사건스트레스 점수 150이상의 생활위기를 경험한 비율은 40.2%이고, 건강인의 경우는 28.5%로 암환자의 경우가 생활위기를 경험한 생활사건스트레스 정도가 많았던 것으로 나타났다으나 p<.05 수준에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다( $\chi^2=7.597$ , p=.055).

IV. 논 의

본 연구는 암환자들의 건강위험요인을 탐색하기 위해 그들의 발병 전 건강관련 생활습관, 건강증진행위, 건강지각, 의료서비스 이용 및 스트레스 생활사건을 건강인과 비교분석하였다.

암환자와 건강인의 일반적 특성을 비교한 결과 두 군간에 교육정도, 직업, 가정월수입에 있어서 암환자가 건강인보다 교육정도와 경제력에 있어서 낮은 수준을 보였다. 하지만 교육정도가 직접적인 암발병 요인으로 확인된 바 없으며, 직업이나 가정 월수입에서 차이를 나타낸 것은 암환자의 경우 투병과 관련해 58.9%가 직업이 없어 가족내 월수입이 감소되었을 것으로 예측해 볼 수 있다.

암환자와 건강인의 평소 건강관련 생활습관을 비교한 결과, 흡연정도, 음주기간, 규칙적인 운동정도, 수면시간, 휴식정도에 유의한 차이를 나타내었다. 흡연을 하루 반 갑 이상 하는 경우에 있어 건강인은 14.9%인데 반해 암환자는 30.3%로 암환자의 경우 훨씬 흡연율이 높게 나타났다. 따라서 흡연이 암발병의 위험요인이 됨을 다시 한번 확인할 수 있었다. 흡연은 여러 암의 위험요인으로 여겨지고 있으며 특히 구강암, 인두암, 후두암, 폐암, 식도암 발생과 강한 연관성을 보이는 것으로 보고된 바 있다(Choi, Hiroak, Shim, 1992). Nam(2002)이 2001년 “국민건강 및 보건의식행태조사”에서 보고한 바

를 보면 우리나라 성인의 흡연율이 전체 30.4%이고 남자 65.4%, 여자 3.9%라 하였는데 본 연구에서의 암환자 흡연율 30.3%와 비슷하게 나타났다. 우리나라에서 건강증진사업의 일환으로 흡연을 추방하려는 노력이 국가적으로 시도되고 있고 흡연자 역시 92%가 금연할 의사를 갖고 있음에도 불구하고 금연시도율에 비해 성공률이 매우 낮은 것으로 보고되고 있다(Chang, 2004). 따라서 암발생의 위험요인이 되는 금연을 돕는 프로그램의 다양한 개발이 요구된다고 할 수 있다.

암환자와 건강인의 음주정도를 조사한 결과 음주횟수나 음주량에는 유의한 차이를 나타내지 않았으나 음주기간에는 차이를 나타내었다. 우리나라 성인 음주율이 전체 50.6%로 보고된 자료(Nam, 2002)와 비교할 때 암환자는 57.3% 건강인은 57%로 본 연구 조사대상에서 다소 음주율이 높게 나타났다. 음주기간을 볼 때 암환자의 경우가 301개월 이상이 22.5%로 건강인의 6.6%보다 3.4배 높아 암환자의 경우에서 음주를 오랫동안 해 온 것을 확인할 수 있었다. 이는 암환자의 연령이 건강인보다 높은 결과와 관련될 것으로 사려된다. 음주는 남자의 구강암, 인두암, 후두암, 식도암, 직장암 그리고 간암과 관련성이 있고, 음주횟수가 빈번할수록 그리고 음주량이 증가할수록 암 발생위험도가 증가한다(Choi et al., 1992). 따라서 흡연과 음주와 같은 건강 위해행위가 암발병의 위험요소가 될 수 있으므로 이에 대한 적극적인 홍보 및 교육이 더욱 강조되어야 할 것이며, 개인, 직장, 지역사회내 건강증진 프로그램에 포함시킬 필요가 있다.

건강실천행위로서 암환자와 건강인의 규칙적인 운동정도를 비교한 결과, 평상시 전혀 운동을 하지 않는 비율이 암환자에게서 건강인 37.2%보다 높은 52.7%를 보여 건강인이 평소 운동을 많이 하는 것으로 나타났고, 주 2~3회 이상하는 비율에서도 건강인의 경우가 더 많았다. 이 결과는 20세 이상 성인의 72.5%는 평소에 운동을 하지 않는다는 보고(Nam, 2002)보다는 낮은 비

을 나타내고 있었다. 최근 적당한 운동은 모든 원인으로 인한 사망의 위험을 감소시킴으로써 수명을 연장시킨다는 보고(Chave, Morris, Moss & Semmence, 1998)가 있었으며, Lee와 Suh(1995)의 연구에서는 규칙적인 운동을 하는 사람들은 하지 않는 사람들에 비해 건강상태가 유의하게 더 양호하다는 결과를 보고하였다. 따라서 본 연구에서 건강인과 암환자의 평상시 규칙적인 운동정도에 있어 차이를 나타낸 바와 같이 평소 운동과 관련된 건강실천행위가 더욱 강조될 필요가 있다고 본다. 또한 수면과 휴식정도를 비교한 결과에서는 암환자는 하루 7~8시간, 혹은 4시간 이하로 수면하는 비율이 높았고, 건강인은 하루 5~6시간 수면하는 경우가 많아 두 군간의 차이를 보였다. 보통 권장되는 하루 7~8시간의 수면은 암환자의 경우에서 높게 나왔으며 또한 휴식정도에 있어서도 건강인보다는 암환자의 경우에 적당히 휴식한 것으로 나타났다. 따라서 암환자들의 휴식과 수면상태가 더 좋았다고 비교되는데 이는 암환자의 경우 건강인보다 직업이 없는 경우가 더 많았던 것과 관련성이 있는 것으로 사려된다. 하지만 자료응답시 암환자의 경우 질병발생전의 수면과 휴식상태로 응답하지 않고 암발병후 현재 시점으로 응답했을 가능성을 배제할 수 없어, 이에 대해서는 암환자의 질병발생전의 수면과 휴식상태에 대한 좀 더 정확한 조사 및 대상자를 넓힌 반복연구가 필요할 것으로 본다. Kripke, Simons, Garfinkel과 Hammond(1979)는 수면시간이 극히 짧거나 긴 경우 심장질환, 뇌졸중, 암 등의 비율이 더 높았다고 보고하였다. 수면은 인간의 신체적, 심리적 기능을 회복시키는 작용이 있는 것으로 알려져 있고 최근 연구(Irwin, Mascovich, Gillin, Willoughby, Pike & Smith, 1994)에 의하면 정상적인 수면시간이 약간 감소되더라도 인체의 면역기능에 손상을 줄 수 있는 것으로 보고되고 있다. 따라서 건강유지를 위해 하루 7~8시간의 충분한 수면이 강조되어야겠다.

암환자와 건강인의 건강증진행위정도는 총 평균 4점 만점에서 암환자가 2.41, 건강인이 2.43으로 건강인이 약간 점수가 높았으나 통계적으로는 유의한 차이가 없었다. 이는 Woo(1995)의 중년남성을 대상으로 한 연구의 2.27보다 높았으며, Lee(1989)와 Lee(1998)의 일반 성인 남녀와 중년기 성인을 대상으로 한 연구에서 보인 2.69와 2.82보다 낮은 수준이었고 또한 Park(2002)이 갱년기 여성을 대상으로 한 2.83과 Kim(1997)의 대학생을 대상으로 한 연구에서의 2.57, 노인을 대상으로 한

Kim(2002)의 연구에서 보인 3.06(최고 5점)보다 약간 낮은 수준을 보였다. 그 동안의 건강증진행위에 대한 연구들의 대상은 주로 건강한 성인, 청소년, 대학생, 근로자, 중년여성 및 남성이었고 생활양식의 변화가 필요한 고혈압, 위암, 관절염, 당뇨 및 암환자를 대상으로 한 연구들로 건강증진행위의 영향요인을 확인하고 Pender의 건강증진모형의 일부를 검증하는 논문이 대부분이었으나 암환자의 질병 발생전 건강증진 행위와 건강인의 건강증진행위를 비교한 연구는 거의 없었다. 비록 본 연구에서 두 군간의 건강증진행위의 통계적 차이를 나타내지는 않았지만, 여러 가지 건강관련습관에서의 차이를 나타낸 바, 건강증진행위에 대한 도구를 재구성해서 후향적 비교조사해보는 반복연구가 필요하다고 본다.

건강증진행위의 하위영역인 영양관리, 대인관계, 자아실현, 휴식 및 스트레스 조절, 건강책임행위, 운동에 있어서도 통계적으로 유의한 차이는 없었지만, 건강인이 대인관계, 자아실현, 건강책임행위 및 운동을 더 잘하는 것으로 나타났다. 암환자와 건강인 모두 건강책임행위, 운동영역의 점수가 낮았으며 이 결과는 대부분의 건강증진행위 연구에서 보인 결과들(Kim, 2000; Lee, 1989; Lee, 1998)과 유사하였다. 따라서 스스로 건강에 대한 책임을 느끼고 적절한 건강관리 행위를 할 수 있는 방안이 필요하다고 본다.

암환자와 건강인의 평소 건강지각점수를 비교한 결과, 건강인은 평균 3.22로 보통정도로 건강하다고 지각하였고, 암환자는 2.39로 비교적 좋지 않은 것으로 지각하고 있었다. 표에 제시하지는 않았으나 암환자와 건강인의 건강지각상태(좋다, 보통이다, 나쁘다)에 따른 건강증진행위간에 차이를 분석한 결과 통계적으로 유의한 차이를 나타내(암환자/ $F=6.64$ ,  $p=.002$ , 건강인/ $F=5.60$ ,  $P=.005$ ) 건강지각이 좋을 경우 건강지각이 보통이하인 경우보다 건강증진행위점수가 높게 나타났다. 이는 건강인을 대상으로 한 Park(1995), Pender, Walker와 Frankstormborg(1990)의 연구결과와 유사하였다. 위 암환자를 대상으로 한 Oh(1994)의 연구에서는 위암으로 인한 수술후 회복기동안에 자신의 건강상태를 나쁘게 지각할수록 건강증진행위실천이 높은 것으로 나타나 건강상태지각은 질환의 특성, 질병단계에 따라 다르게 건강행위에 영향을 미치는 것으로 보여진다.

암환자와 건강인의 평소 의료서비스이용정도를 비교한 결과, 건강인과 암환자간에 유의한 차이를 나타내었고 건강인이 평소 의료서비스이용정도가 좋은 것으로 나타

난 바는 주목할만한 점으로 건강행위실천과 관련된 암환자의 간접적인 건강위험요인으로 여겨진다. 그 중 의료서비스이용에서 특히 문항별 유의한 차이를 보인 내용은 '평소 암이나 질병관련 정보수집에 관심이 많다' '건강관련 문제를 의논할 주변 사람이 있다' '의료서비스 이용기관을 찾기가 용이하다'로 나타났는데, 건강인이 건강관련 정보수집 및 의료서비스 가용자원이 더 많은 것을 확인할 수 있었다. 따라서 평소 정기적인 건강검진이나 암검진을 포함한 의료서비스 이용과 건강관련 정보수집과 같은 건강실천행위가 중요함을 확인할 수 있었다. 또한 건강인과 암환자간의 의료서비스이용에 대한 차이를 확인할 수 있는 반복연구를 통해 건강증진행위실천과의 관련성도 파악할 수 있는 진행된 연구가 필요하다고 본다.

한편 암환자와 건강인의 생활사건스트레스를 비교한 결과 두 군간의 생활사건스트레스 정도는 유의한 차이를 나타내지는 않았다. 그러나 경한 생활위기 이상을 나타낸 비율은 건강인 28.5%보다 암환자가 40.2%로 1.4배 높게 나타나 암환자의 경우가 지난 1년간 생활사건스트레스 정도가 많았음을 알 수 있었다. Doh와 Lee(1998)는 암환자 81명의 과거 5년간 생활사건스트레스 점수를 정상인 87명의 것과 비교한 결과 암환자의 스트레스가 현저히 높았으며 이 결과는 유방암환자가 중앙 발견 이전 1~6년 사이에 정상인보다 생활사건이 더 많았다는 Bleiker, Hendriks와 Ader(1996)의 연구와도 일치하고 있었다. 또한 Ryu, Choi와 Choi(2003)는 암환자 192명을 대상으로 암에 대한 원인지각을 조사한 연구에서 암환자가 지각한 원인요인으로 스트레스가 42.7%로 운명, 과도한 업무, 잘못된 식습관, 성격, 유전보다 높게 나타나 암환자들은 암의 원인을 스트레스로 많이 지각하고 있는 것으로 나타난 바와 같이 암환자들에게서 스트레스가 문제시됨을 알 수 있었다. 본 연구에서는 최근 1년간의 스트레스 생활사건을 조사하였기 때문에 암환자의 발병전 스트레스 정도를 정확히 파악할 수 없었다는 제한점이 있었으므로, 이에 대한 반복연구가 필요하다고 본다.

본 연구를 종합해 볼 때 암환자와 건강인의 건강위험요인으로는 암환자에 있어서는 특히 흡연정도, 음주기간, 운동 및 의료이용서비스정도가 건강인과 비교해 유의한 차이를 보임으로써 직·간접 위험요인이 됨을 재확인할 수 있었다. 따라서 이런 건강관련 행위 및 습관에 대한 문제점을 인식하고 최적의 건강상태를 유지·증진하고 질병을 예방할 수 있도록 이런 요인에 대한 교육과 실천이 건강증진행위 관련 프로그램에 적용될 수 있어야겠다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 암환자와 건강인의 건강증진행위, 건강지각, 의료서비스이용 및 생활사건스트레스를 비교분석한 후향적 비교조사연구이다. 본 연구를 위한 자료수집은 2003년 9월부터 12월까지로 본 연구에 참여를 동의한 암환자와 건강인 총250명을 대상으로 질문지를 통해 조사하였다. 본 연구의 도구로 건강증진행위는 Walker등(1987)의 건강증진생활양식 측정도구를 Oh(1994)가 암환자에게 적합하게 수정한 도구와, Oh(1994)가 사용한 건강지각도구를 수정한 건강지각 그리고 연구자가 개발한 의료서비스 이용과, Holmes & Rahe(1970)의 생활사건스트레스 도구를 사용하였다. 자료분석은 SPSS PC+ 11.0을 이용하여 빈도와 백분율, t-test, ANOVA, Scheffe 검증을 사용하여 분석하였으며, 그 결과는 다음과 같다.

1. 암환자와 건강인의 일반적 특성을 비교한 결과 두 군간에 교육정도, 직업, 가정월수입에 있어 차이를 나타냈는데 암환자가 건강인보다 교육정도와 경제력에 있어 낮은 수준이었고 암환자의 경우 직업이 없는 경우가 더 많았다. 또한 건강관련 생활습관을 비교한 결과에서는 암환자의 경우에 흡연정도, 음주기간이 건강인보다 높게 나타났으며, 운동에 있어서는 건강인보다 수행정도가 더 낮았으며, 수면과 휴식정도는 암환자의 경우가 더 적절한 것으로 나타났다.
2. 암환자와 건강인의 건강증진행위는 통계적으로 유의한 차이는 없었으나, 건강인의 경우가 암환자보다 약간 높게 나왔으며, 그 하위영역 역시 건강인이 대인관계, 자아실현, 건강책임행위 및 운동을 약간 더 잘하는 것으로 나타나 유의한 차이는 없었다. 건강지각에 있어서는 암환자보다 건강인의 건강지각 정도가 높았으며, 의료서비스이용에 있어서는 암환자보다 건강인의 의료서비스 이용을 더 잘하는 것으로 나타났다.
3. 암환자와 건강인의 생활사건스트레스를 비교한 결과 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았지만, 암환자의 경우가 경한 생활위기 이상정도의 스트레스점수 비율이 건강인보다 높게 나타났다.

본 연구를 종합해 볼 때 암환자와 건강인의 건강위험요인을 비교분석한 결과 암환자에 있어서는 특히 흡연정도, 음주기간, 규칙적인 운동정도 및 의료서비스이용정도가 직·간접 위험요인이 됨을 확인할 수 있었다. 따라서 이런 건강관련 습관에 대한 문제점을 인식하고 최적의



건강상태를 유지·증진하고 질병을 예방할 수 있도록 이런 요인에 대한 교육과 실천이 건강증진행위관련 프로그램에 적용될 수 있어야겠다

본 연구결과에 근거하여 다음과 같이 제언한다.

1. 본 연구에서 사용한 건강증진행위를 측정하는 도구가 위암환자의 특성을 고려해 제작된 연구 도구였기 때문에 일반 건강인을 대상으로하는 좀 더 정확한 건강증진행위를 확인하기 위한 건강증진행위 도구를 개발하여 반복 연구해 볼 것을 제언한다.
2. 암환자와 건강인의 건강위험요인을 확인하기 위해 본 연구에서 사용되지 못한 제변수들에 대한 확인과 그런 변수들을 포함한 반복연구가 필요할 것으로 본다.
3. 추후연구에서는 암환자와 건강인의 대상자 수를 최대한 반복연구가 필요하다.

## References

- Bleiker, E. M., Hendriks, J. H., & Ader, H. J. (1996). Personality factors and breast cancer development : a prospective longitudinal study. *J Nat Cancer Inst*, 88(2), 1478-1482.
- Chang, S. O. (2004). The concept development of smoking temptation. *J Korean Acad Nurs*, 34(1), 160-171.
- Chave, S. P. W., Morris, J. N., Moss, S., & Semmence, A. M. (1979). Vigorous exercise in leisure time and the death rate : a study of male civil servants. *J Epidemiol Community Health*, 32, 239-423.
- Choi, S. Y., Hiroak, K., & Shim, Y. S. (1992). Effect of cigarette smoking and alcohol drinking on risk of cancers. *Korean J Epidemiol*, 14(1), 35-53.
- Doh, B. N., & Lee, M. K. (1998). Stressful life events, social support, and coping method in cancer patients. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 7(2), 407-416.
- Irwin, M., Mascovich, A., Gillin, J. C., Willoughby, R., Pike, J., & Smith, T. L. (1994). Partial sleep deprivation reduces natural killer cell activity in humans. *Psychosomatic Med*, 56, 493-498.
- Kim K. A. (2002). *A study on the relationship of perceived health status, ADL, and health promoting behavior the elderly*. Master's thesis, The Hanyang University of Korea, Seoul.
- Kim, G. J. (2000). *Prediction model for health promotion behaviors in middle-aged men*. Unpublished doctoral dissertation, The Hanyang University of Korea, Seoul.
- Kim, M. O. (1997). *A study on health promoting lifestyles and body image of college students*. Master's thesis, The Hanyang University of Korea, Seoul.
- Kim, Y. C. (1997). The influence of women of the health care-seeking behavior of men. *J Korean Acad Fam Med*, 18(10), 1062-1077.
- Kim, Y. H., Kim, S., Lee, G. J., Lee, S. W., Yyu, S. J. (2001). *Psychiatric and Mental Health Nursing(4th edi.)*. Seoul : Sumunsa.
- Korea Institute for Health & Social Affairs (2002). *Health promoting program for Seoul citizen*. Counterplan Report.
- Korea National Statistical Office. (2003). *Statistical report of mortality causes in 2002*. Seoul. Korea.
- Kripke, D. F., Simons, R. N., Garfinkel, L., & Hammond, E. C. (1979). Short and long sleep and sleeping pills: Is increased mortality associated. *Arch Gen Psychiatry*, 36, 103-116.
- Lawston, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J Gerontol*, 37(1), 91-99.
- Lee, M. Y. (1998). *A study on the relations between health promoting behaviors and self-efficacy/preceived health status*. Master's thesis, Chung-Ang University of Korea, Seoul.
- Lee, S. Y., & Suh, I. (1995). Relationship of health status and health practices. *Korean J*

*Epidemiol*, 17(1), 48-63.

- Lee, T. H. (1989). *Determinants of health promotion behavior-centered on well adults living in Seoul*. Master's thesis, Yonsei University of Korea, Seoul.
- Nam, J. J. (2002). *Current trends and desirable direction of changes in health behaviors in Korea*. Korea Institute for Health & Social Affairs, Seoul, Korea.
- National Health Insurance Cooperation. (2002). *Medical treatment actual state of health insurance cancer patients in 2001*. Seoul, Korea.
- Oh, P. J. (1994). *A model for health promoting behaviors and quality of life in people with stomach cancer*. Unpublished doctoral dissertation, The Seoul National University of Korea, Seoul.
- Park, I. S. (1995). *A study on health promoting lifestyles*. Unpublished doctoral dissertation, The Pusan National University of Korea, Pusan.
- Park, M. H. (2002). Health promoting lifestyles and self-empowerment in climacteric women. *Korean J Women Health Nurs*, 8(2), 201-211.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Schrist, K. R., & Frankstormborg, M. (1990). Predicting health promoting lifestyle in work place. *Nurs Res*, 39(6), 326-331.
- Ryu, E. J., Choi, S. Y., & Choi, K. S. (2003). Clusters analysis accordings to causal attribution in patients with cancer. *J Korean Oncol Nurs*, 3(1), 66-74.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile : Development and psychometric characteristics. *Nurs Res*, 36(2), 76-81.

- Abstract -

## A Comparative Study on Health Risk Factors between Cancer Patients and Healthy People

Lee, Hyang-Yeon\*Kim, Yoon-Hee\*

Han, Sang-Sook\*Paik, Seung-Nam\*

Won, Jeong-Suk\*\*Kim, Si-Young\*\*

Jang, Mi-Heui\*\*\*

**Purpose:** The purpose of this study was to provide the basic data of a comprehensive counter-plan to promote health for people by comparing various factors related to cancer outbreak factors including general characteristics, health-related lifestyles, health promoting behaviors, perceived healthy status, life event stress and health care seeking behaviors with cancer patients and health people. **Method:** The study was designed to be a retrospective-comparison-survey-study and its data was collected through 5 types of questionnaires from September 2003 to December 2003. **Results:** Cancer patients had lower education and household income, and many of them had no occupation. Cancer patients had a higher rate of smoking and drinking periods. Exercise level was higher in healthy people. However, Cancer patients were better in sleep and rest. In comparison with health promoting behaviors, it was higher in healthy people than in cancer patients but the two groups had no significant differences statistically. The perceived health status was higher in healthy people than in cancer patients. The health care seeking behaviors were higher in healthy people than in

\* Professor, College of Nursing Science, Kyung Hee University

\*\* Professor, College of Medicine, Kyung Hee University

\*\*\* Instructor, College of Nursing Science, Kyung Hee University

cancer patients. Cancer patients and healthy people's life event stress had no significant differences statistically. **Conclusion:** As a result of comparative analysis of cancer patients and healthy people's health risk factors, smoking, drinking period, regular exercise and health care seeking behaviors were suggested as direct or indirect risk factors for cancer patients. These

finding can be applied to health promoting behavior programs to keep and promote optimal health status as well as to prevent cancer disease.

Key words : Cancer, Risk factor, Health behavior, Health promotion, Lifestyles