주요개념 : 유방절제술을 받은 여성, 건강증진행위

유방절제술을 받은 여성의 건강증진행위에 관한 연구*

김 현 주**·소 향 숙***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대의학의 발전에도 불구하고 해결되지 못한 대표적인 질병중의 하나는 암이다. 인종, 성별, 사회경제적 상태나 문화 등에 상관없이 발병하지만 그 원인이 뚜렷하게 밝혀지지 않은 채 암 발생률과 사망률은 증가하고 있다(홍근표, 이원희, 이영희, 1997).

우리나라 여성암 발생률은 발생부위별로 자궁경부암 21.1%, 위암 16.1%, 다음으로 유방암이 11.9%이며, 이 비율은 자궁경부암과 위암 발생률은 1983년에 비하여 감소되었으나 유방암 발생률은 1983년 9.9%에 비하여 1995년 11.9%로 증가추세를 보이고 있다(보건복지부, 1997). 유방암으로 인한 사망률도 1983년 인구 10만명당 2.0명이던 것이 1995년에는 4.0명으로 2배 가량 증가하였다(통계청, 1997).

유방암과 그 치료과정으로 흔히 경험하게 되는 통증, 환측 팔의 경축으로 인한 운동력의 제한, 임파 부종, 피로감, 그리고 보조요법으로 인한 오심, 구토, 탈모와 불안, 우울, 미래에 대한 불확실성, 이차적 암이나 암 재발 및 전이에 대한 두려움, 사회적 고립감, 부자연스러운 대인관계 등 신체적, 사회적, 심리적 문제들은 그들의 신체기능력을 손상시키고 독립성을 저하시키며 궁극적으로 삶의 질에 부정적인 영향을 미치게 된다(Ferrell, Grant, Dean, Funk & Ly, 1996; Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green & Garcia, 1997a, 1997b; Longman Braden & Mishel, 1999; Winningham et al., 1994).

유방암으로 진단받은 후 5년 생존률이 암 병기 Ⅰ기에서는 95%이고, 근치적 절제술이 가능한 암 병기 Ⅱ기에서는 70-85%(Lester & Fulton, 1998)로 유방암을 경험하는 생존자가 많아지고 있으나 수술한 후 8년이 된 유방암 장기 생존자들도 지속적인 정신적인 증상과 신체적 불편감을 호소하고 있다(Polinsky, 1994). 따라서 유방암 치료가 종료된 환자일지라도 지속적인 건강생활양식을 통해 재발예방과 건강유지가 필요하다.

생활양식에 있어서의 건강증진행위란 최고수준의 개인의 안녕을 실현하려는 적극적인 접근이며, 그와 같은 생활양식은 질병을 피하고자 함이 아니라 만족스럽고 즐거운 삶을 추구하려는 것(Walker, Sechrist & Pender, 1987)으로 Pender(1987)의 건강증진모형(Health Promotion Model)에 따르면 건강에 대한 인지지각적 요인이 건강증진행위에 가장 영향을 미치는 요인이었으며, 이 모형은 사회인지이론에 근거하여 건강신념모형, 이성적 행위이론, 자기효능이론 및 여러 건강관련행위의

* 본 논문은 1999년 후학기 전남대학교 석사학위논문임
** 전남대학병원 집중치료실 간호사
*** 전남대학교 간호학과 교수·간호과학연구소

연구결과를 기초로 개념을 도출하여 종합하였으므로 복잡한 건강증진행위를 예측하기에 적합한 모형으로 평가되어왔다.

건강증진행위에 대한 선행연구들은 건강한 성인(노태영, 1997; 박나진, 1997; 이태화, 1989; 윤 진, 1990; 허은희, 1998; Duffy, 1988; Pender, Walker, Sechrist, & Frank-Stromborg, 1990; Weitzel, 1989), 중년여성 및 노인(박재순, 1994; 박명희, 1997; 박은숙 등, 1998), 보행 가능한 암환자(Frank-Stromborg, Pender, & Walker, 1990), 위암환자(오복자, 1994)를 대상으로 하여 활발하게 이루어지고 있고, 건강한 여성들의 유방검진에 관련된 건강행위에 대한 연구(Hallal, 1982; Wehrwein & Eddy, 1993)는 있으나 유방암 환자를 대상으로 한 건강증진행위에 관한 국내외 연구는 거의 찾아보기 힘들다.

따라서 본 연구는 선행연구의 고찰을 근거로 건강증진행위에 영향력 있는 중요변수를 중심으로 그 영향력의 정도를 규명하여 신체적, 심리적, 사회적으로 다양한 위기를 경험하는 유방절제술을 받은 여성의 건강증진 생활양식을 추구하는 효과적인 간호중재법 개발에 기틀을 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

1) 대상자의 특성, 지각된 건강상태, 자아 존중감, 자기효능감, 건강증진행위 정도를 파악한다.
2) 대상자의 특성에 따라 건강증진행위의 점수 차이를 파악한다.
3) 지각된 건강상태, 자아존중감, 자기효능감과 건강증진행위 정도와의 관계를 확인한다.
4) 건강증진행위를 설명하는 예측변인을 규명한다.

3. 용어의 정의

1) 지각된 건강상태(perceived health status)

현재의 건강상태를 주관적으로 평가한 결과를 의미하는 것(Lawston, Moss, Fulcomer, & Kleban, 1982)으로 Lawston 등(1982)의 건강상태 평가척도를 연구자가 수정 보완하여 현재의 전반적인 건강상태가 일상생활에 영향을 주는 정도를 측정한 점수이다.

2) 자아존중감(self-esteem)

자아개념의 평가적 요소로서 자신을 긍정적으로 수용하고 가치있는 인간으로 인지하는 것(Rosenberg, 1965)으로 Rosenberg의 자아존중감 측정도구(Self-Esteem Scale)를 전병재(1974)가 번안한 도구로 측정한 점수이다.

3) 자기효능감(self-efficacy)

결과를 산출하기 위하여 요구되어지는 행위를 성공적으로 수행할 수 있다는 자신감으로 어떤 목표를 성취하기 위한 행위를 수행하는 자신의 능력에 대한 신념을 말하는 것(Bandura, 1977)으로 건강증진 행위와 관련된 구체적인 자기효능은 오복자(1994)가 개발한 도구를 유방절제술 환자에게 적합하게 수정 보완한 도구로 측정된 점수이고, 일반적 자기효능은 Sherer와 Maddux (1982)의 도구를 오복자(1994)가 수정한 도구로 측정한 점수이다.

4) 건강증진행위(health promoting behavior)

인간의 실현화 경향(actualizing tendency)의 표현으로, 개인의 안녕상태, 자아 실현, 개인적 만족감을 유지하거나 증진하는 방향으로 향하는 행위를 말하는 것(Pender, 1982)으로 Walker 등(1987)의 건강증진생활양식 측정도구를 본 연구자가 번안한 후 문헌(Ellerhorst & Goeldner, 1992; Humble, 1995; Otto, 1994)을 토대로 적합하게 수정한 도구로 측정한 점수이다.

Ⅱ. 문헌 고찰

간호는 건강을 간호의 중심개념으로 보고 간호의 목표로 삼고 있다. 또한 건강관리에 있어서 주요 관심은 치료나 질병예방에서 벗어나 단지 수명연장이 아니라 대상자의 건강수준과 안녕을 증진시키고 삶의 질을 개선하는데 있으므로(Brubarker, 1983; Meleis, 1990) 전문직 간호실무의 목적은 건강증진이다(Smith, 1990).

Brubaker(1983)는 건강증진 개념의 이론적 명료화를 위하여 개념분석을 시도한 결과 '건강증진' 개념을 개인의 습관이나 살아가는 환경이 변화하도록 북돋는 과정을 통해 이루어지는 최고수준의 안녕상태를 지향하는 건강관리로 정의하였다. 이는 건강이 획득된 후에 건강증진이 요구되어지고, 질병예방이나 건강유지를 그 선행조건이나 부산물로 가정하게 된다.

변영순과 장희정(1992)은 1980년도 이후 건강증진

에 관한 국내·외 문헌을 분석하여 건강증진 개념의 속성으로 안녕 지향성, 힘이 있음, 주관성, 변화성 및 확장성을 확인하였고, 그 건강증진의 결과 수명이 연장되고 인간의 잠재력, 자아 실현, 안녕수준의 증가 및 삶의 질이 고양된다고 하였다. Pender(1982)에 따르면 건강증진행위는 인간의 실현화 경향(actualizing tendency)의 표현으로 개인의 안녕상태, 자아 실현, 개인적 만족감을 유지하거나 증진하는 방향으로 향하는 행위이며 보다 나은 삶을 위하여 자신의 생활속에서 스스로가 이행해야 할 긍정적이고 지속적인 행위라고 하였다.

건강증진행위를 설명하기 위하여 Pender는 생활양식의 건강증진요소를 설명하고 예측하는 인과 모형을 제시하였는데, 이 모형은 사회인지이론에 기초하여 여러 건강관련행위의 연구결과와 건강행위이론(건강신념모형, 이성적 행위이론, 자기효능이론)에서 개념을 도출한 것으로 개인의 특성과 경험, 인지·지각요인, 행위의 결과로 구성되어 있다.

Walker 등(1987)은 952명의 성인을 대상으로 Pender(1982)의 LHHA(Lifestyle and Health Habit Assessment)의 신뢰 타당성 검증을 하여 건강증진 생활양식도구(Health Promotion Lifestyle Profile : HPLP)를 개발하여 요인분석한 결과 6요인으로 자아실현, 건강책임, 영양, 운동, 대인관계, 스트레스 관리가 추출되었으며, 총 설명변량은 47.1%였다.

1982년 Pender의 건강증진모형에는 자아존중감이 인지·지각요인에 포함되었으나 1987년 자아존중감이 실증적 증거가 부족하다는 이유로 제외되었다. 그러나 그 이후 수 편의 연구보고에서 자아존중감과 건강증진행위간의 관계가 보고되어온 실정이고, 더불어 자아존중감이 건강증진모형에 포함되어야 할 것을 연구결과와 논의에서 제안하고 있다(이태화, 1989; 윤 진, 1990; 오복자, 1994; Muhlenkamp &Sayles, 1986; Duffy, 1988).

그리하여 본 연구자는 연구대상자가 유방절제술을 받은 여성인 관계로 그들의 건강증진행위를 설명함에 자아존중감을 매우 중요한 변수로 지적된바 본 연구의 설명변수로 사용하였으며 더불어 1996년 수정된 건강증진모형에서 Pender가 제시한 개인특성 관련요인(생물학적, 심리적, 사회문화적)에 자아존중감과 지각된 건강상태 등을 포함시켰기에 본 연구의 결과변수인 건강증진행위에 대한 설명변수로 자아존중감과 지각된 건강상태를 채택하고 또한 행위·인지 관련요인으로 자기효능감을 채택하였다.

다음은 지각된 건강상태, 자아존중감, 자기효능감을 건강증진행위에 미치는 영향요인으로 보는 선행연구의 고찰을 근거로 살펴보았다.

지각된 건강상태는 건강증진행위의 중요한 동기적 요인으로 건강증진행위의 빈도와 강도를 결정하는 중요한 역할을 한다. 좋지 않은 증상의 지속적인 경험은 확인된 질병이 없을 지라도 위협이 되며, 두려움과 회피를 가져오고 긍정적인 건강행위를 하는데 대한 개인적 능력을 감소시키게 된다. 반면 안녕상태가 지속되고 건강상태가 호전되면 건강의 가치가 강화되고, 흔히 개인에게 어렵게 인식되는 생활양식에 긍정적인 변화를 촉진시킨다(Pender, 1982). Duffy(1988)에 의하면 중년여성을 대상으로 한 조사에서 현재의 건강 그리고 건강에 대한 걱정과 근심이 건강증진행위를 각각 2%정도 설명하였고, Weitzel(1989)은 근로자를 대상으로 한 연구에서 지각된 건강상태가 건강증진행위를 9%로 가장 많은 설명력을 지닌 변수로 보고하였다.

자아존중감은 건강증진행위의 동기적 요인으로, 개인의 가치에 대한 신념이 높을수록 자기발전에 시간을 보내고 이기심이나 죄의식으로부터 자유로워진다. 대상자의 자아존중감은 건강교육의 반응에 대한 가장 중요한 결정인자가 되고, 자아존중감이 높을수록 건강한 적응과 자기실현화에 더욱 동기화가 된다. 또한 자아존중감은 개인적 특성으로 시간에 따라 발전하고 변화될 수 있다고 하였다(Pender, 1982). Hallal(1982)의 연구에서도 자존감이 높은 대상자에게서 유방자가검진 시행횟수가 더 많은 것으로 나타났고, Muhlenkamp와 Sayles(1986)는 사회적지지와 자아존중감 그리고 긍정적인 건강행위간의 관계를 확인한 결과 사회적 지지와 긍적적인 건강행위의 점수가 높을수록 자아존중감이 높았으며, 자아존중감과 사회지지는 긍정적인 건강행위의 중요한 지침이 된다고 하였다. Duffy (1988)의 중년여성을 대상으로 건강증진행위를 설명코자 시도한 연구에서 자아존중감이 6%의 설명력을 보였고, 이태화(1989)의 직장인을 대상으로 한 연구에서도 자아존중감이 14%로 가장 영향력 있는 변인이었으며, 윤 진(1990)의 근로자를 대상자로 한 연구에서도 자아개념이 자아존중감과 직접적인 상관이 있었으며, 자아개념은 건강증진행위를 16.7% 정도의 설명력을 보였다. 또한 오복자(1994)는 Pender 모형의 예측력을 높이기 위해 자아존중감의 개념을 인지지각요인에 포함시킬 것을 제안하였으며, 위암환자를 대

상으로 한 연구에서도 자아존중감이 건강증진행위의 유의한 직접적인 영향요인으로 확인하였다.

자기효능 개념은 사회학습이론에서 인간행동 변화의 주요 결정인자임을 Bandura (1977)가 제안하였다. 자기효능은 어떤 목표를 성취하기 위한 행위를 수행하는 자신의 능력에 대한 신념으로 새로운 행위의 습득, 습관적 행위의 중단, 중단한 행위의 재개 등 행위에 영향을 준다. 자기효능감은 Weitzel(1989), Pender 등(1990)의 연구에서 다른 인지지각 변수와 함께 건강증진행위의 주요 변수임이 확인되었고, Wehrwein과 Eddy(1993)의 유방암 검진을 위해 외래를 방문하는 여성을 대상으로 한 조사에서도 자기효능감이 건강증진행위의 가장 중요한 예측인자였다. 우리나라에서도 구미옥(1992)은 자기효능이 당뇨병 환자의 자기간호행위에 중요한 예측요인이며, 오복자(1994)의 연구에서도 자기효능감이 위암환자의 건강증진행위에 가장 중요한 요인임을 보고하였고, 박나진(1997), 노태영(1997), 박은숙등(1998), 허은희(1998) 그리고 조루시아(1998)의 연구보고에서도 건강증진행위에 대한 중요변수로 나타났다.

건강증진행위에 영향을 주는 인구사회학적 특성 중 교육수준은 1%와 2%의 설명력에 불과하였고(박재순, 1995; 윤진, 1990; Duffy, 1988; Weitzel, 1989), 연간 수입과 의학적 진단 등의 인구사회학적 특성이 건강증진행위에 대하여 12%의 설명력을 지닌다(Abijevych & Bernhard, 1994).

유방암과 관련된 건강증진행위에 관한 연구는 건강한 여성을 대상으로 유방검진관련의 건강행위에 대한 연구와 유방암을 경험한 여성과 건강한 여성사이의 비교를 통해 지각된 건강상태, 자아존중감, 건강습관, 신체상 등의 차이점을 살펴본 것으로 다음과 같다. Hallal(1982)은 207명의 여성을 대상으로 조사한 연구에서 유방자가검진을 실행하는 여성(165명, 80%)이 실행하지 않는 여성(42명, 20%)보다 건강신념과 자아개념의 정도가 높았으며, 타인의존 통제위가 더 낮은 경향을 나타내었고, BSE 실행의 가장 강력한 예측인자는 자아개념이었다고 보고하였다. 또한 Wehrwein 등(1993)은 유방검진과 유방촬영술을 위해 외래를 방문하는 86명의 여성들을 대상으로 조사한 연구에서 지각된 자기효능감이 건강증진행위의 가장 중요한 예측인자였으며, 건강증진행위와 건강통제위가 유방자가검진과 유방촬영술을 시행하기 위한 의지에 가장 영향력있는 인자였음을 보고하였다.

Nelson(1991)은 stage Ⅰ의 유방암과 그 치료를 경험한 여성과 건강한 여성을 대상으로 조사한 연구에서 지각된 건강상태, 자아존중감, 건강습관에는 두 집단간의 유의한 차이가 없었으나 운동에 대한 지각된 이익과 장애의 경우는 stage Ⅰ의 유방암과 그 치료를 경험하지 않은 여성에서 유의하게 높은 점수를 보였다.

유방절제술을 받고 유방보형물을 착용한 여성 64명과 유방성형술을 한 31명 여성, 유방절제술을 경험하지 않은 78명의 여성의 신체상, 자아개념, 전체적인 자아상, 자아존중감을 비교한 연구(Reaby, Hort, & Vandervord, 1994)에서는 신체상과 전체적인 자아상, 자아존중감은 유방보형물을 착용한 여성과 유방성형술을 한 여성이 유방절제술을 경험하지 않은 여성에 비해 더 긍정적인 느낌을 가지는 것으로 나타났으며, 자아개념은 세 그룹간에 유의한 차이가 없었다. 결과가 시사하는 바는 유방절제술로 인한 신체상의 변화가 자동적으로 정신질환을 초래하리라는 일반적인 가정에 정면으로 도전하는 것으로, 그동안 의료인들이 유방절제술 여성들에게 지녔던 편견을 버릴것을 제안하고 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이 건강증진행위에 관한 연구는 다양한 대상자를 대상으로 조사되었으나 암환자에 관한 연구는 희소하며, 특히 유방암 환자의 건강증진행위에 관한 연구는 거의 찾아볼 수 없었다. 따라서 선행연구에서 건강증진행위에 유의하게 영향을 주는 공통적 변인인 지각된 건강상태, 자아존중감, 자기효능감 및 대상자의 특성이 유방암환자의 건강증진행위를 어느정도 설명하는지를 파악하고자 한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 유방절제술 환자의 건강증진행위 정도를 파악하고 그에 영향을 미치는 변수를 규명하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 표집대상은 광주광역시에 소재한 C대학교 병원에서 유방암으로 진단받고 유방절제술을 받은 환자 중 다음의 기준에 해당된 자로 51명을 편의표집 하였다. 대상자의 선정기준은 1) 암 병기 Ⅰ기, Ⅱ기에 해당된 자 2) 정맥주사 화학요법이나 방사선 요법이 끝난 자 3)

중증 심혈관질환, 급만성 폐질환이 없는 자 4) 당뇨병 등 전신질환이 병발되지 않는 자 5) 65세 이하인 자 6) 연구참여에 동의한 자이다.

3. 자료수집방법

예비조사는 본 연구도구의 신뢰도와 타당도를 검증하기 위해서 유방절제술을 받은 여성 20명을 대상으로 하였으며, 본 연구를 위한 자료수집기간은 1999년 3월 10일부터 1999년 6월 10일까지였다. 자료수집방법은 C대학교병원의 의무기록실과 전산실에 의뢰하여 환자명부를 작성하여 대상자 선정기준에 부합되는 자를 의무기록지 열람으로 확인한 후 전화방문을 하여 연구에 참여키로 동의를 구한 후 안내문과 설문지를 우송하였다. 표집대상 198명중 주소가 불분명한 자 52명, 전이된 환자 31명, 결핵환자가 4명, 당뇨환자 4명, 심장질환자 3명, 설문에 응답을 거부한 경우 3명을 제외한 101명에게 설문지를 우송하여 총 53부가 반송 회수되었다. 이 중 부적절한 응답을 한 2부를 제외한 51부가 자료 분석에 이용되었고, 글자가 명확하지 않거나 유사한 질문에 대한 응답의 일관성이 없는 경우는 전화로 다시 확인하여 수정하였다.

4. 연구도구

1) 지각된 건강상태

유방절제술 환자의 지각된 건강상태를 측정하기 위하여 Lawston(1982)등의 건강상태 자가평가 측정도구를 본 연구자가 다시 수정 보완하여 3문항의 도구로 작성하여 사용하였다. 본 연구에서 사용된 문항은 현재의 전반적인 건강상태에 대한 지각 1문항 4점 척도, 현재 상태가 일상생활 수행에 영향을 주는 정도 1문항 4점척도, 현재의 자신의 건강상태를 visual analogue scale에 0점에서 9점까지 표시하게 한 결과, 세 문항을 합한 점수는 최소 2점에서 최고 17점까지 점수를 획득할 수 있으며, 점수가 높을수록 건강상태가 양호하다고 지각됨을 의미한다. Lawston등의 도구는 개발당시 Chronbach's α값 .76이었고, 오복자(1994)의 연구에서는 Chronbach's α값 .686이었다. 본 연구에서는 .790이었다.

2) 자아존중감

유방절제술 환자의 자아존중감을 측정하기 위하여 Rosenberg(1965)의 자아존중감 측정도구를 전병재(1974)가 번안한 도구를 사용하였다. 이 도구는 10문항의 4점척도로 구성되어 있으며 이 중 5개문항은 부정적인 문항으로 역산하였다. 점수는 최소 10점에서 최고 40점으로 점수가 높을수록 자아존중감이 높다는 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Chronbach's α값 .687이었다.

3) 자기효능감

자기효능감은 구체적인 영역과 일반적인 영역으로 구성되어 있다. 구체적인 자기효능은 위암환자를 대상으로 오복자(1994)가 개발한 도구와 선행연구를 참고로(신영희, 1995; 안윤옥 등,1999; 홍근표 등,1997; Ellerhorst-Ryan & Goelder, 1992; Kelsey, 1979; Leslie, 1995) 유방절제술 환자에게 적합하게 수정보완하였다. 이 도구는 6개 문항으로 문항당 최저 1점에서 최고 10점으로 평점하도록 되어있으며, 오복자(1994)의 연구에서는 Cronbach's α값 .859였으며, 본 연구에서는 .815였다. 일반적 자기효능은 Sherer 등(1982)의 도구를 오복자(1994)가 번안하여 수정한 10개 문항으로 최저 1점에서 최고 10점으로 평점하도록 되어있다. Cronbach's α값은 .874(오복자, 1994), .86(조루시아, 1998)이었으며 본 연구에서는 .902였다. 자기효능감의 점수범위는 16점에서 160점으로, 점수가 높을수록 자기효능감이 높다는 것을 의미한다.

4) 건강증진행위

Walker 등(1987)의 건강증진 생활양식도구(Health Promoting Lifestyle Profile; HPLP)를 본 연구자가 번안하여 수정 보완한 38문항 도구로 측정하였다. 본 도구의 구성타당도를 검증하기 위해 탐색적 요인 분석으로 Principal Component Analysis와 Vaimax Rotation을 사용한 결과 요인특정가 1.0이상인 여섯 요인이 추출되었고, 채택된 32문항의 요인부하치의 범위는 0.831에서 0.301이였으며 총 설명변량은 58.4%였다. 각 요인별 명명은 요인별로 가장 크게 부하된 문항의 의미에 근거하였으며(Waltz & Bausell, 1981), 요인Ⅰ은 「자아실현」, 요인Ⅱ는 「영양관리」, 요인Ⅲ은 「스트레스 관리」, 요인Ⅳ는 「운동」, 요인Ⅴ는 「건강책임」, 요인Ⅵ은 「대인관계」였다. 각 표에 제시된 점수는 표준화된 인자점수(factor score)이다. Walker의 도구개발당시 Cronbach's α값은 .922였고 6개 요인의 신뢰도

계수는 .702에서 .904였으며, 본 연구의 신뢰도 계수는 .891이었다. 가능한 점수의 범위는 38점에서 152점이었다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SAS PC+ 프로그램을 이용하여 전산통계 처리했으며, 자료분석을 위해서는 다음과 같은 통계 분석방법을 이용하였다.

1) 대상자의 특성, 지각된 건강상태, 자아존중감, 자기효능감, 건강증진행위의 정도는 빈도, 백분율 또는 산술평균, 평균평점으로 산출하였다.
2) 건강증진행위의 구성타당도는 Principle Component Analysis로 검증하였고, 내적 일관성 신뢰도 계수는 Cronbach's α값을 산출하였다.
3) 대상자의 특성에 따른 지각된 건강상태, 자아존중감, 자기효능감, 건강증진행위 정도와의 차이검정은 t-test와 ANOVA를 사용하였다.
4) 지각된 건강상태, 자아존중감, 자기효능감 및 건강증진행위간의 상관관계를 파악하기 위해 Pearson correlation coeffcients를 산출하였다.
5) 건강증진행위를 설명하는 변인들의 예측력을 분석하기위해 Stepwise Multiple Regression Analysis를 사용하였다.

Ⅳ. 연구 결과

1. 대상자의 특성

대상자의 연령은 50대 이후가 45.1%였고 40대·30대순이었으며, 고졸이 33.3%였고, 국졸이하, 중졸순이었다. 종교는 기독교가 31.4%였고 불교, 천주교, 무종교가 고루 분포하였고, 대상자의 90.2%가 배우자가 있었다. 유방암 가족력이 있는 경우는 13.8%였으며, 자매, 어머니, 이모 순이었다. 초경연령은 16~17세 사이가 49%였고 14-15세, 18세 이상순이었고, 폐경전 여성이 64.7%였고, 그 중 월경이 규칙적인 여성이 75.8%이었으며, 폐경연령은 50세 미만이 72.2%였다. 임신 횟수는 3회 이상이 54.9%였고, 초산연령은 51%가 25세 이상이었으며, 수유형태는 66.7%가 모유수유를, 그리고 9.8%가 비수유부였다. 과거 흡연경험은 대부분이 없었으며, 과거 음주경험은 66.7%가 없었다. 경구피임제를 복용한 사람은 17.6%에 불과했으며 이 중 6개월 이상 복용이 77.8%를 차지하였고, 과거 호르몬 치료를 받은 경우는 3.9%뿐이었다. 대상자의 입원당시 비만지수는 25%이상인 경우가 25.5%를 차지하였다. 유방절제술 후 경과기간은 1년 미만이 19.6%였고, 1년 이상 2년 미만이 41.1%, 2년 이상이 39.2%였다. 치료형태는 수술후 항암치료만을 받았던 군이 68.6%로 과반수 이상이었다.

2. 대상자의 지각된 건강상태, 자아존중감, 자기효능감의 정도

대상자들이 응답한 지각된 건강상태의 점수범위는 5~17점으로 산술평균 11.33점이었고, 자아존중감의 점수범위는 18~37점으로 산술평균 29점이었으며, 자기효능감의 점수범위는 69~153점으로 산술평균 110.10이었다<표 1 참조>.

<표 1> 대상자의 지각된 건강상태, 자아존중감, 자기효능감의 점수 (N=51)

변 수	산술평균±표준편차
지각된 건강상태	11.33±2.51
자아존중감	29.00±4.20
자기효능감	110.10±19.19

3. 대상자의 건강증진행위 점수

대상자가 응답한 건강증진행위 점수범위는 58~117점으로 산술평균 85.92점 그리고 평균평점 2.69±0.42점이었다. 건강증진행위의 영역별 평균평점을 보면, 영양관리 영역이 3.20점, 자아실현 2.59점, 스트레스 관리 2.58점, 대인관계 2.58점, 건강책임 2.49점, 운동 2.34점순으로 나타났다<표 2>.

4. 대상자의 특성에 따른 건강증진행위 요인별 점수

대상자의 특성 중 결혼상태, 월경규칙성, 임신횟수, 수유형태, 과거음주력은 건강증진행위의 각 요인별 인자점수가 유의수준 $p<0.05$에서 유의한 차이가 있었으나, 기타 대부분의 대상자의 특성은 건강증진행위의 어떠한 요인별 인자점수도 차이가 없었다〈표 3참조〉.

요인Ⅰ 자아실현은 임신횟수에 따라 유의한 차이가 있

<표 2> 대상자의 건강증진행위의 점수 (N=51)

영 역	최소값	최대값	산술평균±표준편차	평균평점±표준편차
자아실현	11	36	23.13± 6.14	2.59±0.68
영양관리	14	28	22.37± 3.69	3.20±0.53
스트레스관리	7	20	12.91± 3.00	2.58±0.60
운 동	3	12	7.01± 2.25	2.34±0.75
건강책임	5	16	9.96± 2.56	2.49±0.64
대인관계	5	16	10.33± 2.66	2.58±0.66
총 점	58	117	85.92±13.54	2.69±0.42

었다(F=3.06, p=.037). 요인Ⅱ 영양관리는 과거 음주 여부에서 통계적으로 유의한 차이를 보여, 과거에 음주를 했던 경우가 낮은 점수를 보였다(t=-2.26, p=.028). 요인Ⅲ 스트레스 관리는 월경이 불규칙인 여

<표 3> 대상자 특성에 따른 건강증진행위 영역별 점수 (N=51)

특성	구분	요인Ⅰ		요인Ⅱ		요인Ⅲ	
		평균±표준편차	t or F(p)				
결혼상태	유배우자	-.10±1.06	1.41	-.08±1.03	.39	-.02± .99	1.49
	이혼.별거	-1.22±0	(.255)	.88±0	(.676)	-.96±0	(.235)
	사별	-0.63±0.26		.97± .75		.67±2.46	
월경규칙성 여 부	규 칙	-.03±1.00	-.29	.02±1.10	.17	-.20±1.00	-2.12*
	불규칙	. 09±1.05	(.775)	-.05± .62	(.864)	.62± .76	(.042)
임신횟수	0	-.16± .96		.27± .88		.40± .60	
	1~2회	.42± .82	3.06*	.06±1.13	1.07	.12±1.09	0.49
	3~4회	-.41±1.00	(.037)	.07± .94	(.369)	-.16± .90	(.688)
	5회이상	.43±1.13		-.74± .74		-.02±1.45	
수유형태	비수유부	.04± .87		-.05±1.04		.35± .53	
	혼합수유	.50± .82		-.02± .97		-.21± .88	
	모유수유						
	1회	.12±1.31	1.10	.23±1.16	0.34	.28±1.31	1.31
	2회	.07± .83	(.374)	.29±1.22	(.887)	.35± .79	(.279)
	3회	.40± .86		-.11± .85		-.47±1.07	
	4회이상	-.20±1.28		-.33±1.16		.39± .81	
과거음주 경험여부	있다	.24± .82	1.23	-.43±1.02	-2.26 *	.10±1.17	.51
	없다	-.12±1.06	(.223)	.22± .93	(.028)	-.05± .92	(.612)

특성	구분	요인Ⅳ		요인Ⅴ		요인Ⅵ	
		평균±표준편차	t or F(p)				
결혼상태	유배우자	.06± .91	5.03*	-.04±1.09	.48	-.12±1.03	1.36
	이혼.별거	-1.56±0	(.010)	.28±0	(.624)	1.33±0	(.266)
	사별	-1.09± .13		-.06±1.01		.24± .75	
월경규칙성 여 부	규 칙	-.02±1.03	-025	.20± .90	2.18*	-.11± .99	-1.14
	불규칙	.08±1.00	(.804)	-.63±1.09	(.037)	.35±1.00	(.262)
임신횟수	0	.78±1.79		-.37±1.44		-.04±1.09	
	1~2회	-.27± .88	1.46	-.11± .88	.59	-.15±1.18	.25
	3~4회	.02±1.00	(.238)	.06± .95	(.623)	.09± .96	(.858)
	5회이상	.31± .28		.44±1.42		.18± .36	
수유형태	비수유부	.35±1.82		-.35±1.25		.12±1.00	
	혼합수유	.01± .76		.23± .72		.10±1.01	
	모유수유						
	1회	-.91± .55	2.64*	.04±1.22	.34	-.51±1.38	.69
	2회	-.04±1.00	(.036)	-.24± .67	(.884)	.25± .67	(.633)
	3회	.19± .86		.08±1.18		.19±1.03	
	4회이상	.68± .74		-.16±1.05		-1.20± .40	
과거음주 경험여부	있다	.03±1.00	.14	-.26± .98	-1.34	-.30± .77	-1.56
	없다	-.01±1.01	(.889)	.13±1.00	(.187)	.15±1.07	(.125)

*p<.05

성이 규칙적인 여성보다 점수가 유의하게 높았다(t=-2.12, p=.042). 요인Ⅳ 운동은 결혼상태 및 수유형태에서 유의한 차이를 보였다(F=5.03, p=.010; F=2.64, p=.036). 요인Ⅴ 건강책임은 월경이 불규칙한 경우가 건강책임의 점수가 유의하게 낮았다(t=2.18, p=.037). 요인Ⅵ 대인관계는 대상자의 특성의 어떤 변인과도 유의한 차이가 없었다.

5. 지각된 건강상태, 자아존중감, 자기효능감과 건강증진행위 점수와의 상관관계

대상자의 지각된 건강상태는 자아존중감과 순상관을 보여서 지각된 건강상태가 좋을수록 자아 존중감이 높았다(r=.531, p=.001). 대상자의 지각된 건강상태, 자아존중감, 자기효능감의 정도와 건강증진행위 총점수간의 상관관계를 살펴보면, 자아존중감이 높을수록 그리고 지각된 건강상태가 좋을수록 건강증진행위가 높았다(r=.610, p=.001; r=.378, p=.006). 또한 대상자의 지각된 건강상태, 자아존중감, 자기효능감의 정도와 건강증진행위의 요인별 인자점수간의 상관관계를 보면, 요인Ⅰ 자아실현의 경우 자아존중감이 높을수록 그리고 지각된 건강상태가 높을수록 자아실현이 높았다(r=.556, p=.0001; r=.343, p=.013). 나머지 요인들은 어느 변인과도 관계가 없었다〈표 4 참조〉.

6. 건강증진행위 점수를 설명하는 예측변인

연구대상자의 제 특성과 자아존중감, 건강상태 및 자기효능감 변인들을 독립변인으로 두고 다중회귀분석을 한 결과를 살펴보면 건강증진행위의 총점은 자아존중감이 37.1%를 설명하여 가장 영향력 있는 변인으로 나타났다(β=2.239, p=.0001). 건강증진행위의 각 요인별로 설명력이 있는 예측변인을 살펴보면, 요인Ⅰ 자아실현은 자아존중감이 30.9%를 그리고 유방암 가족력이 없는 경우 6.3%가 추가되어 총 37.2%가 설명되었다(β=.131, p=.0001; β=.718, p=.034). 요인Ⅱ 영양관리는 폐경전이 13.1%, 음주 경험이 있는 경우가 9.5% 추가되어 총 22.6%가 설명되었다(β=.763, p=.006; β=.780, p=.028). 요인Ⅳ 운동은 유배우자가 17%, 불교인 경우가 9.8%, 비수유부가 5.2%로 총 32%가 설명되었다.

<표 4> 대상자의 지각된 건강상태, 자아존중감, 자기효능감과 건강증진행위 요인별 인자점수와의 상관관계 (N=51)

	지각된 건강상태	자아존중감	자기효능감
	r(p)		
지각된 건강상태	1.000 (0.0)		
자아존중감	.531* (.0001)	1.000 (0.0)	
자기효능감	.264 (.061)	.049 (.733)	1.000 (0.0)
건강증진행위 총 점	.378* (.006)	.610* (.001)	.147 (.302)
자아실현	.343* (.013)	.556* (.000)	.128 (.372)
영양관리	.254 (.072)	.214 (.132)	-.083 (.561)
스트레스 관리	.074 (.608)	.234 (.098)	-.037 (.798)
운 동	-.048 (.737)	.135 (.345)	-.001 (.995)
대인관계	-.256 (.069)	-.033 (.817)	.003 (.981)

* p<.05

<표 5> 대상자의 건강증진행위에 대한 다중회귀분석 (N=51)

	독립변인	R^2	β	F	p
건강증진 행위총점	자아존중감	.371	2.239	28.990	.000
요인 Ⅰ 자아실현	자아존중감	.309	.131	23.390	.000
	유방암가족력이 없는 경우	.372	.718	4.770	.034
요인 Ⅱ 영양관리	폐경전	.131	.763	8.140	.006
	음주경험있는 경우	.226	.780	8.290	.028
요인 Ⅳ 운 동	유배우자	.170	1.164	15.250	.000
	불 교	.268	.776	7.120	.011
	비수유부	.320	.911	4.540	.038

Ⅴ. 논　　의

여성에게 있어 유방은 수유기능나 성적 기능 그 이상의 상징적 의미를 지니기 때문에 여성의 유방 상실은 여성으로서의 정체성 상실의 요인이 될 수있다(신경림, 1995). 따라서 유방암 진단과 그 치료의 경험은 자아개념과 일상생활 속의 건강습관에 많은 영향을 주게되므로(Nelson, 1991), 본 연구에서는 선행연구에서 건강증진행위에 유의하게 영향을 주는 변인으로 밝혀진 지각된 건강상태, 자아존중감, 자기효능감 및 대상자의 인구학적·질병관련특성을 중심으로 유방절제술을 받은 여성들의 건강증진행위와의 상관관계 및 설명력을 파악하였다.

본 연구대상자의 건강증진행위의 총 평균평점은 2.69점(4점척도) 또는 총 평균 85.92점(38-118점 점수범위)으로 기존결과는 본 연구보다 점수가 높거나(박재순, 1995; 오복자, 1994; 조루시아, 1998; Pender et al, 1990) 낮았다(박나진, 1997; Ahijevych et al, 1994).

본 연구대상자인 유방암 여성들의 건강증진행위의 영역중 영양관리 영역이 3.2점으로 가장 높았는데, 이는 위암 환자를 대상으로 한 오복자(1994)의 연구결과와 일치하였다. 반면 건강한 성인을 대상으로 한 대부분의 연구에서 영양관리 영역이 2.37점~2.94점으로 3~4번째의 순위를 차지하였다(박나진, 1997; 박명희, 1997; 박재순, 1995; 이태화, 1989; 조루시아, 1998; Ahijevych et al., 1994; Duffy, 1988; Peder et al., 1990; Weitzel, 1989). 이는 항암제 투여 후 퇴원 이후 기간에 대부분의 음식종류에서 선호도가 회복되었으나 육류에서 사골을 제외한 쇠고기, 돼지고기, 닭고기는 회복되지 않았다고 보고한 류성미(1998)의 연구결과는 본 대상자가 보여준 영양관리 영역, 즉 '동물성 지방음식(쇠고기, 돼지고기, 닭고기 등)의 섭취를 가능한 줄인다'(외 6문항)의 높은 점수와 일치된다고 본다. 따라서 일반인들에 비해 암환자들이 영양관리에 대한 관심과 이행정도가 높은것으로 나타났다.

다음으로 높은 점수는 자아실현(2.59)영역이었는데, 자아실현 영역은 직장인(이태화, 1989), 중년후기 여성(박재순, 1995), 중년여성(박명희, 1997), 산업장 근로자(박나진, 1997) 그리고 회사의 건강증진 프로그램에 등록한 직장인(pender et al., 1990)등을 대상으로 한 모든 연구에서 건강증진행위의 하위영역중 가장 높은 점수를 보였으며 Duffy(1988)와 Weitzel (1989)의 보고에서도 유사한 결과를 보였다.

건강책임 영역(2.49)과 운동영역(2.34)이 낮은 순위를 보였는데, 이는 18-60세 사이의 직장인(이태화, 1989), 중년후기 여성(박재순, 1995), 중년여성(박명희, 1997), 산업장 근로자(박나진, 1997), 아프리카계 미국인 흡연여성(Ahijevych et al., 1994)에서도 가장 낮은 순위를 차지하여 본 연구결과와 유사한 결과를 보였다. 이는 유방상실로 인한 신체상 손상으로 평소에 행했던 운동, 수영, 공중목욕탕의 출입이나 참여가 소극적이 되거나 기피하게 되므로 유방절제술을 받은 여성들이 거리낌없이 참여할 수 있는 건강증진 프로그램의 개발과 보급이 절실함을 시사해준다.

본 조사에서는 자아존중감이 높을수록, 지각된 건강상태가 좋을수록 건강증진행위 하위영역인 자아실현 영역의 점수가 높았고 또한 건강증진행위와도 순상관을 보였다. 이는 이태화(1989), 윤진(1990), 박명희(1997), 박은숙 등(1998)의 연구보고와 유사하였고, 건강상태를 양호하게 지각하는 사람이 건강증진행위 점수가 높다는 Duffy(1988), Weitzel(1989), Pender(1990)의 연구결과와도 유사하였다.

유방절제술을 받은 여성의 건강증진행위를 설명하는 가장 큰 예측변인은 자아존중감(37.1%)이었는데, 이는 Duffy(1988), 이태화(1989), 윤진(1990), 오복자(1994), 박은숙 등(1998)의 선행연구에서도 자아존중감이 중요한 영향요인으로 나타난 결과와 일치하고, Hallal(1982)의 연구에서 자아존중감이 건강증진행위의 한 행위인 유방자가검진 수행도의 가장 강력한 예측인자로 보고된것과 유사하다.

지각된 건강상태를 자아존중감과 함께 독립변인에 삽입하여 건강증진행위에 대한 설명력을 보고자 하는 다중회귀분석한 결과에서 지각된 건강상태의 설명력이 유의하지 않았던 점은 지각된 건강상태와 자아존중감간의 강한 상관성으로 인해 그 영향력이 삭감된 결과라고 할 수 있겠다. 이는 위암환자를 대상으로 한 오복자(1994)의 연구와 일치하며, 보고된 다른 연구를 고찰한 결과에서도 지각된 건강상태는 자아존중감 변인의 삽입여부에 따라 그 설명력이 달라졌음을 볼 수 있었다. 즉 Duffy(1988)의 연구에서는 자아존중감이 6%, 지각된 건강상태가 2%로 나타났고, Weitzel (1989)의 연구에서는 자아존중감이 독립변인으로 포함되지 않았기 때문에 지각된 건강상태가 9%를 설명하였다. 이태화(1989)의 연구에서는 자아존중감이 14.18%, 지각된 건강상태

3%를 차지하였다. Pender(1990)와 박나진(1997)의 보고에서도 자아존중감이 삽입되지 않은 상태에서 지각된 건강상태가 유의한 영향요인으로 보고되었다.

자기효능감은 건강증진행위의 선행연구(노태영, 1997; 박나진, 1997; 박은숙 등, 1998; 조루시아, 1998; Pender et al., 1990; Weitzel, 1989)에서는 일관되게 유의한 영향요인으로 보고되었으나, 본 연구에서는 건강증진행위의 하위영역중 건강책임 영역에서만 유의한 상관관계가 있었을뿐 건강증진행위 총점수와는 상관관계가 없어서 특히 위암 환자를 대상으로 조사한 오복자(1994)가 자기효능감을 가장 강력한 건강증진행위의 설명요인으로 보고한 것과 전혀 다른 결과를 나타냈다. 따라서 자기효능감이 유방절제술을 받은 여성의 건강증진행위에 대한 예측력이 없는 것인지를 파악하기 위해 다양한 연구대상을 통하여 확대 반복연구가 필요하다고 본다.

본 연구결과를 통하여 볼 때 유방절제술을 받은 여성의 건강증진행위를 강력하게 설명하는 변인이 자아존중감이었기에 유방절제술을 받은 여성의 자아존중감을 강화하고 증진시킬수 있는 프로그램을 개발하여 적용함으로서 보다 효율적으로 건강증진행위를 증진시킬수 있으리라 사료된다.

Ⅵ. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 유방절제술을 받은 여성들의 건강증진행위 정도와 이를 예측 설명하는 변인을 확인하고자 시도된 서술적 상관관계 연구로, 연구대상은 광주광역시에 소재한 C대학교 병원에서 유방절제술을 받은 총 51명(회수율 50%)의 여성이었다.

연구도구는 지각된 건강상태 측정도구(Lawston, 1982), 자아존중감 측정도구(Rogenberg, 1965), 자기효능감 측정도구(Shere & Maddux, 1982), 수정된 건강증진행위 측정도구(Walkwr et al, 1987)를 사용하였다. 자료분석은 SAS Program을 이용한 t-test, ANOVA, Pearson Correlation coefficients, Stepwise Multiple Regression을 사용하였으며, 건강증진행위 측정도구의 구성타당도를 검증하기위해 Principal Component Analysis와 Varimax Rotation을 시행하였고 인자점수를 산출하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1. 대상자 연령은 50세 이상이 45%, 40대군이 39%였으며, 폐경전 여성군이 64.7%, 과거음주경험이 있는 군이 33.3%, 모유수유군이 66.7%였다.
2. 대상자의 건강증진행위의 영역별 평균평점은 영양관리 3.20점, 자아실현 2.59점, 스트레스 관리 2.58점, 대인관계 2.58점, 건강책임 2.49점, 운동 2.34점 순이었다.
3. 대상자의 특성에 따른 건강증진행위의 요인별 인자점수 분석결과는 요인1 자아실현은 임신횟수가 적은 군이 임신횟수가 잦은 군보다 높은 경향을 보였다(F=3.06, p=.037). 요인2 영양관리는 과거 음주군이 영양관리 점수가 낮았고(t=-2.26, p=.028), 폐경전 여성군이 폐경후 여성군보다 높은 점수 경향을 보였다(F=2.69, P=.078). 요인3 스트레스 관리는 월경이 불규칙인 여성군이 규칙적인 여성군보다 점수가 높았다(t=-2.12, p=.042). 요인4 운동은 불교군이 기독교와 무종교군보다 높은 점수의 경향을 보였으며(F=2.49, p=.072), 이혼과 별거·사별군이 유배우자군보다 낮은 경향을 보였다(F=5.03, p=.010). 요인5 건강책임은 월경이 불규칙한 군이 규칙적인 군보다 낮았다(t=2.18, p=.037).
4. 건강증진행위 총점수는 자아존중감과 지각된 건강상태간에 순상관을 보였다(r=.610, p=.001; r=.378, p=.006). 요인 1 자아실현 점수는 자아존중감과 지각된 건강상태에서 순상관을 보였다(r=.556, p=.001; r=.343, p=.013).
5. 건강증진행위를 가장 크게 예측하는 변인은 자아존중감으로 37.1%의 설명력이 있었다. 각 요인별 예측요인과 설명력을 보면, 요인1 자아실현은 자아존중감이 30.9%를 설명하였고, 유방암 가족력이 없는 경우가 추가되어 37.2%를 설명하였다. 요인2 영양관리는 폐경 전과 음주경험이 있는 경우가 각각 13.1%와 9.5%로 총 22.6%가 설명되었다. 요인4 운동은 기혼군이 17%, 불교 9.8%, 비수유부 5.2%로 총 32%가 설명되었다.

본 연구결과를 통하여 볼때 유방절제술을 받은 여성을 위한 자아존중감을 높이는 간호중재를 계획, 수행함으로써 그들의 건강증진행위를 높이는 효과를 기대할 수 있으리라 사료된다.

본 연구를 기반으로 다음과 같이 제언한다.

1) 본 연구는 광주광역시에 소재한 1개의 종합병원에 국한되었으므로 보다 많은 대상으로 한 확대, 반복연구가 필요하다.
2) 건강증진행위 중 가장 낮은 점수를 보인 운동영역을 발달시키기 위해 유방절제술을 받은 여성을 위한 건강증진운동 프로그램의 개발이 요구된다.

참 고 문 헌

노태영 (1997). 일부 종합병원 간호사의 건강증진 행위와 그 결정요인에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.

류성미 (1998). 항암화학요법을 받는 암환자의 시기별 음식섭취 및 음식선호도에 관한 연구. 경상 대학교 석사학위논문.

박나진 (1997). 산업장 근로자의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인 분석. 부산대학교 석사학위논문.

박명희 (1997). 중년여성의 건강증진생활양식 관련요인 분석. 여성건강간호학회지, 3(2), 139-157.

박은숙, 김순자. 김소인, 전영자, 이평숙, 김행자, 한금선 (1998). 노인의 건강증진행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 대한간호학회지, 28(3), 638-649.

박재순 (1995). 중년후기 여성의 건강증진행위 모형구축. 여성건강간호학회지, 2(2), 257-284.

보건복지부 (1997). 한국인 암등록조사 자료분석보고서.

신경림 (1995). 유방암 절제술을 경험한 중년여성의 체험연구. 대한간호학회지, 25(2), 295-315.

신영희 (1995). 한국여성에서의 식이습관과 유방암 발생위험과의 관련성에 관한 환자 대조군 연구. 서울대학교 박사학위 논문.

안윤옥, 오재환, 노동형, 유근영 (1999). 유방암의 병인론. 유방학, 서울: 일조각.

오복자 (1994). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 박사학위논문.

윤 진 (1990). 산업장 근로자의 건강증진행위와 그 결정요인에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위 논문.

이태화 (1989). 건강증진행위에 영향을 미치는 변인 분석-서울 지역 일반 성인 남녀를 중심으로. 연세대학교 석사학위 논문.

전병재 (1974). Self-Esteem : A Test of Its Measurability. 연세논총. 11. 107-129.

조루시아 (1998). 산욕부의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인조사. 전남대학교 석사학위논문.

통계청 (1997). 사망원인 통계연보.

허은희 (1998). 대학생의 건강증진행위와 자기효능감과의 관계 연구. 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위논문.

홍근표, 이원희, 이영희 (1997). 암 간호-원리와 실제-. 서울: 수문사.

Ahijevych, K., & Bernhard, L. (1994). Health-promoting behaviors of African American Women. Nursing Research, 43(2), 86-89.

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 84(2), 191-215.

Brubaker, B. H. (1983). Health Promotion : a Linguistic Analysis. Advanes in Nursing science, 5(3), 1-13.

Duffy, M. E. (1988). Determination of Health Promotion in Middle Women. Nursing Research. 37(6), 358-362.

Ferrell, B. R., Grant, M., Dean, G. E., Funk, B., & Ly, J. (1996). "Bone Tired" : The experience to fatigue and its impact on quality of life. Oncology Nursing Forum, 23, 1539-1547.

Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., & Garcia, N. (1997a). Quality of life in breast cancer, Part Ⅰ: Physical and social well-being. Cancer Nursing, 20(6), 398-408.

Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., & Garcia, N. (1997b). Quality of life in breast cancer, Part Ⅱ: Psychological and spiritual well-being. Cancer Nursing, 21(1), 1-9.

Frank-Stromborg, M., Pender N. J., & Walker S. N. (1990). Determinants of health-promoting lifestyles in ambulatory cancer patients. Social Science and Medicine, 31, 1159-1168.

Hallal, J. C. (1982). The relationship of Health Beliefs, Health Locus of Control, and Self-Concept to the Practice of Breast Self-Examination in Adult Women. Nursing

Research, 31(3), 137-142.

Kelsey, J. L., & Gammon, M. D. (1990). Epidemiology of breast cancer. Epidemiologic Reviews, 12, 228-240.

Lawston, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A Research and Service oriented Multilevel Assessment Instrument. Journal of Gerontology, 37(1), 91-99.

Lester, J., & Fulton, J. S. (1998). Breast cancer: Advances in diagnosis and surgical treatment. AJN, Supplement, April, 8-11.

Leslie, N. S. (1995). Role of the Nursing Practitioner in Breast and Cervical Cancer Prevention. Cancer Nursing, 18(4), 251-257.

Longman, A. J., Braden, C. J., & Mishel, M. H. (1999). Side-effects burden, psychological adiustment, and life quality in women with breast cancer: pattern of association overtime. Oncology Nursing Forum, 26(5), 909-915.

Meleis, A. I. (1990). Being and Becoming health : The core of nursing knowledge. Nursing Science Quarterly, 3(3), 107-114.

Muhlenkamp, A. F., & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practice. Nursing Research, 35(6), 334-338.

Nelson, J. P. (1991). Perceived health, self-esteem, health habits, and perceived benefits and barriers to exercise in women who have and who have not experienced stage I breast cancer. Oncology Nursing Forum, 18(17), 1191-1197.

Pender, N. J., & Pender, A. R. (1982). Health promotion in nursing practice. Norwalk, Conn: Appleton & Lange.

Pender, N. J., & Pender, A. R. (1987). Health promotion in nursing practice. 2nd ed. Norwalk, Conn: Appleton & Lange.

Pender, N. J. (1996). Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Stemford, Conn: Appleton & Lange.

Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrists, K. R., & Stromborg, M. F. (1990). Predicting Health-Promoting Lifestyles in the Workplace. Nursing Research, 39(6), 326-331.

Polinsky, M. (1994). Functional status of long-term breast cancer surviors: Demonstrating chronicity. Health and Social Work, 3, 166-173.

Reaby, L. L., Hort, L. K., & Vandervord, J. (1994). Body image, self-concept, and self-esteem in women who had a mastectomy and either wore an external breast prosthesis or had breast reconstruction and women who had not experienced mastectomy. Health Care for Women International, 15(5), 361-375.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolesent self image. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Sherer, M., & Maddux, J. E. (1982). The Self-Efficacy Scale : Construction & Validation. Psychological Reports, 51, 663-667.

Smith, M. C. (1990). Nursing's unique focus on health promotion. Nursing Science Quarterly, 3(3), 105.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile : Development and Psychometric Characteristics. Nursing Research, 36(2), 76-81.

Weitzel, M. H. (1989). A test of the Health Promotion Model with Blue Collar Workers. Nursing Research, 38(2), 99-104.

Wehrwein, T. C., Eddy, M. C. (1993). Breast health promotion: behaviors of midlife women. Journal of Holistic Nursing, 11(3), 223-236.

- Abstract -

Key concept : Post-mastectomy patients, Health Promoting Behavior

A Study on Health Promoting Behavior In Post-Mastectomy Patients*

*Kim, Hyun Ju** · So, Hyang Sook****

The purpose of this study was to examine the relationship among perceived health status, self-esteem, self-efficacy and health promoting behavior, and to determine the predictors of health promoting behavior in post-mastectomy patients. The study, a descriptive correlational study, was done with structural questionnaires.

A total of 51 post-mastectomy subjects from C university hospital in Kwang-ju, South Korea completed mail-in self-reporting questionnaires during a three month period from March to June, 1999. The data were collected using Lawstone's(1982) perceived health status scale, Rosenberg's(1965) self-esteem scale, the modified self-efficacy scale(Shere et al, 1982), and the modified health promoting lifestyle profile (Walker et al, 1987). The data obtained were analyzed according to percentage, mean and standard deviation, principal component analysis, varimax rotation, t-test, ANOVA, Pearson's correlation, and stepwise multiple regression.

The results were as follows:

1. The health promoting behavior measurement resulted in six factors. Each factor was labelled as follows: self-actualization, nutrition, stress management, exercise, health responsibility and interpersonal support. The total percent of variance explained by the six factors was 58.4%.
2. The mean score of health promoting behavior was 85.92(range 58~117). The scores of six factor were nutrition 3.20, self-actualization 2.59, stress management 2.58, interpersonal support 2.58, health responsibility 2.49, and exercise 2.34 on a four point scale.
3. When the score of health promoting behavior factors were compared by general characteristics. Factor Ⅰ: self-actualization, differed significantly by the frequency of pregnancy (F=3.06, p=.037). FactorⅡ: nutrition differed significantly by drinking experience(t=-2.26, p=.028) and the pre- or post stage of menopause(F=2.69, p=078). FactorⅢ: stress management differed significantly depending on regularity of mensturation(t=-2.12, p=.042). FactorⅣ: exercise differed significantly by type of religion (F=2.49, p=.072), marital status(F=5.03, p=.010), and feeding type (F=2.64, p=.036). FactorⅤ: health responsibility differed significantly by regularity of mensturation(t=2.18, p=.037).
4. The total health promoting behavior score was significantly related to self-esteem and perceived health status(r=.610, p.006; r=.378, p=.006). The score of self-actualization also corresponded with self-esteem and perceived health status(r=.556, p=.001; r=.343, p=.013).
5. The predictor to explain the score of health promoting behavior was self-esteem, which accounted for 37.1% of the total variance. The predictor to explain the score of self-actualization was self-esteem, which accounted for 30.9% of the total variance. The score of nutrition was primarily affected by both premenopause and drinking

* Master's thesis in the year 1999 Chonnam National University
** Nurse, Chonnam University Hospital
*** Professor, Nursing Department, Chonnam National University & Chonnam Research Institute of Nursing Science

experience, which accounted for 13.1% and 9.5% respectively. Finally, the score of exercise was dictated by marriage, Buddhism, no experience of breast feeding, which accounted for 17%, 9.8%, & 5.2% respectively.

In conclusion, self-esteem is the main predictor for health promoting behavior in post-mastectomy women. These findings suggest a need for nursing strategies which promote self-esteem in such patients.