

서울 지역 일부 중년 성인의 건강정보이해능력 (health literacy) 실태와 관련 요인에 대한 연구

강수진*, 이태화***, 김광숙**, 이주희**

* 대구대학교 간호학과

** 연세대학교 간호대학

The Levels of Health Literacy and Related Factors among Middle-aged Adults in Seoul, Korea

Soo Jin Kang*, Tae Wha Lee***, Gwang Suk Kim**, JuHee Lee**

* *Division of Nursing and Public Health, Daegu University*

** *College of Nursing, Yonsei University*

<Abstract>

Objectives: This study was performed to identify the level of health literacy and to investigate the relationship between the health literacy and preventive health care use in middle-aged adults in Korea. **Methods:** A total of 315 adults aged 40 to 64 years living in Seoul participated in the study. Data were collected from December 15-24, 2010 from outpatient hospitals, clinics, workplaces and other locations in the community. Health literacy was measured using the Functional Health Literacy and Self-rated Health Literacy Questionnaires. Preventive health service use was defined as receiving screening (general health checkups, gastric and colorectal cancer, mammogram, and pap smear) and influenza vaccination. Descriptive analysis, t-test, and ANOVA were used. **Results:** The mean of functional health literacy was 3.87 (score range 0-6) and the self-rated health literacy was 60.08 (score range 16-80). The most difficult items of the self-rated questionnaires were patient educational materials provided by health care providers and medical forms. The most difficult items of functional health literacy were information-based, including nutritional facts and clinical schedules. Association between health literacy and preventive health service use was not found. **Conclusions:** Further study is necessary with larger samples and with considerations for their education level, age, and preventive health care use.

Key words: Health literacy, Preventive health service use

I. 서론

1. 연구의 필요성

건강정보이해능력(health literacy)은 개인이 의료 서비스를 이용할 때 적절한 의사결정을 내릴 수 있도록 건강관련 정보를 얻고, 생각하고, 이해하는 능력을 의미한다(Institute

of Medicine[IOM], 2004). 세계보건기구(WHO)의 ‘건강의 사회적 결정 요인 위원회(Commission on Social Determinants of Health, 2008)’에서 발표한 보고서에는 건강정보이해능력을 건강 상태를 결정짓는 주요 요인으로 보고, 개인 차원에서 확장하여 일반 대중의 능력 향상을 위한 정책적 활동이 필요한 영역임을 제기하며 그 중요성이 강조되고 있다

Corresponding author: Tae Wha Lee

College of Nursing, Yonsei University

250 Seongsanno, Seodaemun-gu, Seoul 120-752, Korea

서울특별시 서대문구 성산로 250 연세대학교 간호대학

Tel: 82-2-2228-3305 Fax: 82-2-392-5440 E-mail: twlee5@yuhs.ac

* 본 연구는 보건장학회의 지원을 받아 수행되었음[과제번호 없음]

This study was financially supported by the Health Fellowship Foundation.

▪ 투고일: 2012.9.3

▪ 수정일: 2012.9.17

▪ 게재확정일: 2012.9.18

(Kickbusch, Wait & Maag, 2006). 건강정보이해능력은 다인종과 이민자 등과 같이 의사소통에 어려움이 있는 취약 집단이 의료와 관련된 의사결정에 영향을 미치게 되는 위험요인(risk factor)에서, 건강과 함께 사회적, 환경적 건강 문제를 통제할 수 있는 자산(asset)으로 인식됨에 따라 (Nutbeam, 2008) 개인 및 사회 전체의 건강 증진의 영역에서 폭넓은 주목을 받게 되었다.

지금까지 국내외에서 발표된 건강정보이해능력에 관한 연구 결과를 살펴보면, 건강정보이해능력이 낮은 사람일수록 건강과 관련된 정보를 이해하는데 어려움을 경험하며 복약 이행과 만성질환관리가 잘 되지 않고(Davis et al., 2006; Williams, Baker, Parker, & Nurss, 1998), 암 검진과 같은 예방 행위 실천이 잘 되지 않은 것으로 보고되었다 (Scott, Gazmararian, Williams, & Baker, 2002). 또한 기본적인 건강정보를 얻고 이해하는 것에 어려움을 느끼므로 적절한 의사결정을 내리지 못함에 따라 건강에 부정적인 영향을 미치게 되므로 병원입원율과 응급실방문 등 더 많은 의료 비용을 소모하는 것으로 밝혀졌다(Agency for Healthcare Research and Quality, 2010).

미국 교육청은 2003년 실시된 국민 문해력 조사(National Assessment of Adult Literacy) 결과에서 성인의 36%가 기본 수준 이하의 건강정보이해능력을 갖고 있으며, 약 9천만 명 이상의 성인들이 약 처방전의 지시 사항을 이해하지 못한다고 보고한 바 있다(U. S. National Center for Education Statistics, 2006). 국내의 경우 2008년 조사된 한국 성인의 문해력 조사 결과를 살펴보면(National Institute of the Korean Language[NIKL], 2008) 성인 중 28.1%가 중학생의 문해력 수준에 미치지 못하며, 31.7%가 복약 설명서의 내용을 제대로 이해하지 못한 것으로 조사된 바 있다. 또한 의료 현장에서 제공되는 각종 정보와 교육 자료의 내용의 수준을 평가한 결과를 살펴보면 장문(長文)과 빈번한 전문 의학 용어의 사용으로 일반인이 이해하기 어렵고(Lee, Kang, Kim, Woo, & Kim, 2011; Yoo, 2001), 웹 사이트와 같은 전자 매체가 인쇄물보다 더 어려운 어휘 수준을 사용하고 있는 것으로 나타났다.(Kim et al., 2007). 따라서 의료인은 제공자 중심의 정보 전달 방식에서 탈피하여 수용자인 대상자들의 건강정보이해능력을 고려하여 각종 안내 및 교육 자료를 제공할 필요가 있다.

국내에서 실시된 건강정보이해능력과 관련된 연구들은

대부분 과거 공교육의 기회가 적었던 노인 집단과(Kim & Lee, 2008; Lee & Kang, 2008) 최근에는 이민자와 같은 취약 계층을 대상으로 하였으며(Lee, Chang, Han, Park, & Kim, 2012), 일반적인 성인을 대상으로 한 연구는 몇 편에 지나지 않는다. 건강정보이해능력에 대한 관심과 중요성에도 불구하고 국내에 관련 연구가 부족한 가장 큰 이유로는 타당화 된 측정 도구의 부족을 들 수 있다. 국내에서 건강정보이해능력을 측정하기 위해 사용된 도구들은 위험 집단을 선별하는 스크리닝 목적의 도구로(Kim, Kim, & Lee, 2005; Kim, 2011) 대상자들이 건강정보와 관련되어 부족한 내용과 기술이 무엇인지에 대한 구체적인 정보를 제공하지는 못한다는 한계를 갖고 있다. 건강정보이해능력이 건강과 관련된 문제를 해결하고 사회에서 적절히 기능하기 위해 필요한 문해력이라면(Schwartzberg, Vangeest, Wang, 2004), 이를 측정하는 도구도 해당 국가나 사회의 의료 환경에서 필요한 기술을 갖고 있는가를 사정할 수 있는 문화적 민감성을 갖출 필요가 있다(IOM, 2009). 본 연구에서 사용한 Kang (2011)의 도구는 Kim et al. (2005)이 외국에서 개발된 건강 관련 용어를 번역하여 주관적 이해 여부를 표시하거나, Kim (2011)의 영양성분표를 이용한 단편적인 측정과는 달리 실제 국내 의료기관에서 사용하고 있는 복약 안내서, 진료 예약서 등과 같은 각종 서식을 활용하여 개발되어 한국 사회를 배경으로 성인들의 건강정보이해능력을 측정하는데 적합하다고 판단되었다.

본 연구는 만성 질환의 위험이 증가하는 40-64세 이하의 중년 성인으로 조사 연령층을 제한하였다. 국내 노인의 경우 24.8%가 기초적인 읽고 쓰기가 부족하여 청년이나 중년층과 기초 문해력에서 큰 차이를 보인다(NIKL, 2008). 일반적으로 기초 문해력이 낮을수록 산문(prose) 보다는 서식(document)을 이해하는데 더 어려움을 겪는 것으로 알려져 있다(Lee et al., 2001). 본 연구는 기초적인 글자를 읽을 수 있는가를 측정하기 보다는 제시된 건강 관련 정보의 목적을 이해하고 적용할 수 있는지를 확인하기 위함이다. 따라서 본 연구에서 사용한 건강정보이해능력 측정 도구가 노인에게 적절한 변별력을 갖기는 어렵다고 판단하여 65세 이상 노인은 자료 수집 대상에서 제외하였다.

중년 이후는 건강에 대한 개인적 관심과 예방적 건강 행위의 필요성이 증가되는 시기로 우리나라의 경우 40대 이후부터 국가건강검진 프로그램이 제공되는 반면 이들의 건

강정보이해능력에 대해서는 거의 알려진 바가 없다. 건강정보이해능력이 개인이 건강관리를 위해 필요한 자산 중 하나라고 간주한다면 성인들이 어떤 건강정보를 어렵다고 지각하며, 실제적으로 활용에 어려움을 갖고 있는지 파악하여 장기적으로 능력 향상을 위한 제도적 방안을 모색할 필요가 있다. 따라서 본 연구에서는 실제적으로 중년 성인들이 지각하는 건강 정보의 어려움과 실제적으로 평가된 정보 이해 능력간의 차이를 비교해 보고자 자가 평가와 객관적 측정의 두 가지 방법을 이용하였다. 또한 건강정보이해능력과 암 예방 실천 행위 간의 차이를 비교하고, 대상자의 특성에 따라 선호하는 건강 정보의 출처를 확인함으로써 향후 대상자의 정보 접근성을 높이기 위한 기초 자료로 활용하고자 하였다. 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 일 지역 중년 성인을 대상으로 자가평가적 건강정보 이해능력과 객관적 건강정보이해 능력을 비교한다.
- 2) 일 지역 중년 성인을 대상으로 예방적 의료 서비스 이용과 선호하는 건강 정보 출처를 조사한다.
- 3) 연구 대상자의 건강정보이해능력 수준과 예방적 의료 서비스 이용, 건강 정보 출처 간의 차이를 비교한다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 일 지역의 중년 성인을 대상으로 건강정보이해능력의 실태를 살펴보고 예방적 의료 서비스 이용과의 관련성을 알아보기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구대상 및 자료 수집 방법

본 연구 대상자는 40-64세의 중년 성인으로 의사소통이 가능하며 한국어가 모국어인 자를 연구 대상으로 하였다. 건강정보이해능력에 영향을 미칠 수 있는 시력 및 청력 손상의 영향을 배제하기 위하여 안경을 쓰고도 교정되지 않은 시력 장애나 청력 장애로 인하여 대화가 어려운 경우는 본 연구 대상에서 제외하였다.

자료 수집은 서울시의 전체 25개 자치구 중 재정자립도 순위가 중간에 해당하는 2개 자치구를 선정하여 의료기관

과 의료 기관을 제외한 지역사회로 수집 장소를 구분한 후 각각 50%씩 표본 추출이 이루어지도록 할당하였다. 의료기관의 선정은 선택된 2개의 자치구 내에 있는 의료기관의 목록을 확인한 후에 무작위 순으로 해당 기관에 자료 수집에 대한 전화 요청을 시도하였고 이 중 종합병원 2곳, 병의원 3곳이 자료 수집을 허락하였다. 3차 의료기관 이용객의 경우 소득수준이 높은 대상자로 편중될 수 있다는 점을 고려하여 해당 자치구내 의료기관 중 사회적 취약 계층이 이용하는 의료기관 1개 병원을 임의로 선택하여 최종 종합병원 3곳, 병의원 3곳의 의료기관을 자료 수집 장소로 선정하였다. 외래 이용자 중 진료과가 세분화되어 있는 3차 의료기관은 만성 질환자가 주를 이루는 호흡기, 내분비, 소화기 내과를 선택하였고, 진료과가 세분화 되어 있지 않은 일차 의료기관은 내과 이용자를 대상으로 하였다. 연구를 수행하기 전 표본으로 일 종합병원의 연구윤리심의위원회에 설문지와 연구계획서를 제출하여 자료 수집에 대한 승인을 얻었으며, 그 외의 기관의 경우는 연구윤리심의위원회가 별도로 구성되어 있지 않아 일 종합병원의 연구윤리심의위원회 결과를 제출하여 자료 수집에 대한 승인을 받아 진행하였다. 자료 수집 기간은 1주일 간 병원의 외래 운영일과 외래 진료 시간에 맞추어 조사를 시행하여 특정 요일이나 시간대에 편중되지 않도록 진행하였다.

의료기관을 제외한 지역사회 내 자료 수집은 선정된 2개 자치구 내의 주민센터와 복지관, 이용객이 빈번한 상가와 시장을 조사한 후 목록표를 만들어 무작위로 16곳을 추출하였다. 추출된 해당 기관과 연락하여 연구의 목적을 설명한 후 장소 활용에 대한 동의가 가능한 6곳을 방문하였고, 해당 기관이나 시설의 대상자들에게는 자료 수집 전 일대일로 연구 목적을 설명하고 참여 동의서를 서면으로 작성한 후 자료 수집을 진행하였다.

자료 수집은 연구자를 제외한 총 9명의 면접 조사자가 자료 수집을 수행하였다. 조사자간의 일치도를 높이기 위하여 자료 수집 방법 및 동의 절차, 조사자의 조력 범위, 각 문항 설문에 대한 구두 지침 등에 관한 설명서를 작성하여 1시간 동안 조사자 교육을 실시하였다. 교육 후 1개 의료기관에서 조사자 1인당 대상자 2명씩 모의 조사를 실시하였고, 조사 과정에서 나타난 질문에 대한 의견을 취합하여 조사 설명서의 내용을 수정하였다. 수정한 내용에 대해서는 본 자료 수집 전 약 20분의 재교육을 실시하였으며, 자료

수집 중 연구자가 해당 자료 수집 장소를 순회하며 조사 과정을 모니터링 하였다.

의료 기관 및 지역 사회 자료 수집 기간은 2010년 12월 15일부터 12월 24일까지 진행되었다. 자료 수집 중 성별의 분포를 고르게 하기 위하여 조사자는 남녀의 순서를 정하여 자료 수집에 대한 의뢰를 하였고, 연령 분포를 고르게 하기 위하여 오전, 오후로 조사된 누계를 통해 부족한 연령대를 보완하도록 하였다. 총 336명이 자료 수집에 동의하였으나 설문 도중 개인적 사유로 포기한 21명을 제외하고 315명을 최종 분석하였다.

3. 연구 도구

1) 자가평가적 (Self-rated) 건강정보이해능력

Chew, Bradley, & Boyko (2004)가 건강정보이해능력이 충분하지 않은 사람들을 선별하기 위해 개발한 16개의 문항을 한국어로 번역하여 사용하였다. Chew et al. (2004)이 제시한 문항은 건강정보이해능력에 대한 응답자의 주관적 평가로 5점의 Likert 척도로 구성되어 있다. 한국어로 번역하기 위하여 영어와 한국어에 능통한 1인이 번역한 후, 이를 관련 전문가 2인에게 자문을 받아 수정 및 보완하여 사용하였다. 16개의 문항은 건강정보에 대한 이해와 활용에 대한 어려움과 자신감, 타인에 대한 도움 요청 여부에 대한 응답자의 주관적 평가이다. 점수 가능 범위는 최소 16점에서 80점까지로 점수가 높을수록 건강정보에 대한 이해력이 높고 건강정보를 활용하는데 어려움이 없음을 의미한다.

Chew et al. (2004)의 문항은 건강정보이해능력이 낮은 사람들을 선별(screening) 목적으로 개발되어 구성 개념과 하부 구조 등은 보고된 바가 없다. 16개의 문항 중 건강정보이해능력의 표준(gold standard)으로 간주되고 있는 s-TOFHLA(Short form of the TOFHLA)(Parker, Baker, & Williams, 1995)와 ROC 분석을 통해 3가지 문항(타인의 도움, 서식 작성에 대한 자신감, 이해에 대한 어려움)이 건강정보이해능력이 충분하지 않은 사람들을 선별하는 위한 효과적인 문항임이 보고되었다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha = .90 이었다.

2) 기능적 건강정보이해능력

Kang (2011)이 건강정보이해능력을 측정하기 위해 개발한 18문항 중 기능적 건강정보이해능력에 해당하는 6문항

을 이용하여 측정하였다. Kang (2011)은 건강정보이해능력의 하부 요소를 기능적(Functional), 상호적(Interactive), 비판적(Critical) 능력으로 구성되어 있다고 보았다. 기능적 건강정보이해능력은 의료 서비스 현장에서 많이 사용하고 있는 각종 서식과 자료를 근거로 개발한 것으로 제시된 정보의 사실적 이해와 간단한 수리 계산을 할 수 있는지를 평가하는 문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서 Kang (2011)의 도구 중 기능적 영역만을 선택한 이유는 기능적 건강정보이해능력에서 평가하는 내용과 Chew et al. (2004)의 문항에 포함된 서식의 이해와 작성의 어려움, 복약 설명 등과 같은 문항의 내용들 간에 유사성이 높아 두 도구간의 차이의 비교가 용이하기 때문이었다.

기능적 건강정보이해능력의 구체적인 문항 내용을 살펴 보면 일반 지역사회 약국에서 제공하는 투약 봉투의 복약 안내서, 병원의 선택 진료 신청서, 외래 진료 시간표, 가공식품의 영양성분표, 복약 설명서의 약물 복용 시간에 대한 정보를 읽은 후 제시된 정보를 잘 이해하였는지에 대한 내용과 간단한 계산과 같은 지침을 수행할 수 있는지를 알아보기 위한 문항으로 구성되어 있다. 답을 맞히면 1점, 틀리면 0점을 부과하며, 무응답인 경우 틀린 것으로 간주한다는 것을 대상자에게 사전 설명하였고 설문지 작성의 시간제한은 두지 않았다. 기능적 건강정보이해능력의 전체 가능 점수의 범위는 0-6점이었다.

3) 예방적 의료 서비스 이용

국민건강영양조사에서 건강검진 설문 조사 내용 중 일부 문항을 이용하여 건강검진, 암검진, 독감 백신 여부를 조사하였다. 건강 검진은 국민건강보험검진과 산업체에 검진, 그리고 본인 부담의 건강 검진을 모두 포함하여 '2년 내 시행 여부'와 '미시행'으로 분류하였다. 암 검진은 40대 이후부터 권고되는 위암 및 대장암 검진과 여성의 경우 유방암, 자궁암 검진 여부를 조사하였다. 암 검진의 경우 '2년 내 검진 경험'과 '2년 이상 검진 경험', '미검진'의 세 가지로 나누어 질문하였다. 독감 백신의 경우는 65세 이상을 권고 대상으로 하고 있으나 조사 대상자 중 고혈압이나 당뇨병과 같은 만성 질환을 갖고 있는 경우가 많아 연령의 제한 없이 조사를 하였고 '2년 내 접종 여부'와 '미접종'으로 분류하여 그 결과를 비교하였다.

4) 선호하는 건강정보 출처

응답자가 건강에 대한 정보를 구하기 위하여 주로 사용하는 매체가 무엇인지를 알아보기 위하여 텔레비전, 책자, 신문, 인터넷 등에서 한 가지를 선택하도록 하여 가장 선호하는 매체를 조사하였다.

4. 자료 분석 방법

본 연구의 구체적인 자료 분석은 SPSS win 18.0 프로그램을 이용하였다. 연구대상자의 일반적 특성, 자가평가지 건강정보이해능력, 기능적 건강정보이해능력, 예방적 의료 서비스 이용과 선호하는 건강정보 출처를 파악하기 위하여 빈도와 백분율, 평균과 표준 편차를 산출하였다. 대상자의 일반적 특성과 예방적 의료 서비스 이용에 따른 자가평가적 및 기능적 건강정보이해능력 점수를 비교하기 위하여 t-test, ANOVA로 분석하였다. 대상자의 건강 정보에 대한 선호 매체는 대상자의 연령, 교육, 성별에 따른 차이를 알아보기 위하여 카이 검증을 이용하여 분석하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

본 연구는 서울지역 의료기관 이용자 168명(53.3%)과 지역사회 거주자 147명(46.7%)을 포함한 총 315명을 최종 분석하였고 결과는 다음과 같았다<Table 1>. 성별은 남성이 173명(54.9%)으로 여성 대상자 142명(45.1%)보다 다소 많았고, 연령은 40대가 134명(42.5%)으로 가장 많았으며, 평균 연령은 51.52(표준편차 7.44)이었다. 교육 정도는 고등학교 졸업이 132명(41.9%)으로 가장 많았으며, 대학 졸업인 경우도 130명(41.3%)으로 조사되었다. 결혼 상태는 기혼이 262명(83.1%)로 대부분이었고, 소득은 함께 동거하고 있는 가족의 총 월평균수입을 조사하였을 때 ‘100-299만원’이 101명(33.4%)으로 가장 많았다. 건강관련 특성에서는 현재 의사로부터 진단 받고 치료 중인 건강관련 질환이 있는지에 대해서는 174명(58.0%)이 질환이 있다고 응답하였다. 응답자의 질환 중 당뇨병이 62명(19.7%)으로 가장 많았고, 고혈압이 55명(17.5%) 순으로 조사되었다.

최근 2년 내 건강 검진 실시에 대해서는 254명(80.9%)이 받았다고 응답하였으며, 암 검진 수진도 202명(64.1%)이었다. 암 검진의 종류로는 위암 검진이 165명(52.4%)으로 가장 많았다. 독감 접종은 연령에 제한 없이 조사한 결과 전체 응답자 중 112명(35.6%)이 독감 접종 백신을 접종한 것으로 조사되었다.

<Table 1> General characteristics

(N=315)

| Variable | Category | Frequency | Percentage (%) |
|-------------|----------------------|--------------|----------------|
| Sex | Male | 173 | 54.9 |
| | Female | 142 | 45.1 |
| Age (years) | 40-49 | 134 | 42.5 |
| | 50-59 | 122 | 38.7 |
| | 60-64 | 59 | 18.7 |
| | Mean (SD) | 51.52 (7.44) | |
| Education | Primary school | 22 | 7.0 |
| | Middle school | 31 | 9.8 |
| | High school | 132 | 41.9 |
| | ≥ College/university | 130 | 41.3 |

| Variable | Category | Frequency | Percentage (%) |
|---|------------------------------|-----------|----------------|
| Marital status | Married | 262 | 83.2 |
| | Single, separated, or others | 53 | 16.8 |
| Monthly household income* (10,000 won) | 99 or less | 45 | 14.9 |
| | 100-299 | 101 | 33.4 |
| | 300-499 | 99 | 32.8 |
| | 500 or more | 57 | 18.9 |
| Health problem* | Yes | 174 | 58.0 |
| | No | 126 | 42.0 |
| Health checkups within 2 years* | Yes | 254 | 80.9 |
| | No | 60 | 19.1 |
| Cancer screening within 2 years | Yes | 202 | 64.1 |
| | No | 113 | 35.9 |
| Gastric cancer screening | Within 2 years | 165 | 52.4 |
| | Over 2 years | 49 | 15.6 |
| | Never | 101 | 32.1 |
| Colon cancer screening | Within 2 years | 114 | 36.2 |
| | Over 2 years | 50 | 15.9 |
| | Never | 151 | 47.9 |
| Mamography† | Within 2 years | 102 | 32.4 |
| | Over 2 years | 23 | 7.3 |
| | Never | 17 | 5.4 |
| Pap smear† | Within 2 years | 63 | 20.0 |
| | Over 2 years | 55 | 17.5 |
| | Never | 24 | 7.6 |
| Influenza vaccination | Yes | 112 | 35.6 |
| | No | 203 | 64.4 |
| Health information source* | Television | 152 | 48.3 |
| | Newspaper or booklet | 56 | 17.9 |
| | Internet | 58 | 18.6 |
| | Others | 46 | 14.7 |

* No answer excluded , † Female

선호하는 건강 정보 출처를 조사한 결과 텔레비전이라고 응답한 사람이 152명(48.7%)으로 가장 많았고, 그 다음

으로는 인터넷이 58명(18.6%)이었다. 선호하는 건강 정보의 이용 출처가 연령, 교육 수준에 따라 차이가 있는지 비

교하였고 결과는 다음과 같았다<Table 2>. 자료원별로 이용 특성을 살펴보면 연령과 교육 수준에 따라 차이가 있었다. 텔레비전은 연령 구성의 비율을 고려해볼 때 50대 연령층에서 가장 많이 선호하였고, 인터넷은 40대가 가장 많이

이용하였으며(72.4%), 가족 및 주변인 등에게 의존하는 경우는 50- 60대가 많았다. 신문이나 인터넷은 40대 연령층과 대학 졸업 이상의 학력자가 더 많이 사용하는 것으로 조사되었다.

<Table 2> Health information source (N=315)

| | | TV | Newspaper/Booklet | Internet | Others | Unit: Number (%) | |
|-------------|----------------------|-----------|-------------------|-----------|-----------|------------------|-------|
| | | | | | | χ^2 | p |
| Age (years) | 40-49 | 58 (37.9) | 23 (41.1) | 42 (72.4) | 9 (19.6) | 39.127 | <.001 |
| | 50-59 | 71 (46.4) | 21 (37.5) | 10 (17.2) | 20 (43.5) | | |
| | 60-64 | 24 (15.7) | 12 (21.4) | 6 (10.4) | 17 (37.0) | | |
| Education | Primary/elementary | 30 (16.6) | 7 (12.5) | 4 (6.9) | 11 (23.9) | 21.338 | .002 |
| | High school | 75 (49.0) | 20 (35.7) | 18 (31.0) | 18 (19.3) | | |
| | ≥ College/university | 48 (31.4) | 29 (51.8) | 36 (62.1) | 17 (37.0) | | |
| Sex | Male | 75 (49.3) | 29 (51.8) | 40 (69.0) | 26 (56.5) | 6.616 | .085 |
| | Female | 77 (48.7) | 26 (46.4) | 18 (31.1) | 20 (43.5) | | |

2. 연구 대상자의 자가평가적 건강정보이해능력

자가평가적 건강정보이해능력의 전체 평균 점수의 범위는 19-80점으로 전체 평균 점수는 60.08점(표준편차 11.46)이었다. 각 문항 당 평균 점수는 3.76점(표준편차 1.32)으로 구체적인 측정 결과는 다음과 같았다<Table 3>. 15개의 자가평가 항목 중 ‘전혀 이해하기 어렵다’ 또는 ‘대부분 이해하기 어렵다’고 응답한 3점미만의 항목은 2개의 문항에 그쳤다. ‘병원에서 사용하는 의료 기록이나 각종 서식에 대한 이해’ 정도가 평균 2.41점(표준편차 1.38), ‘병원에서 제공하는 교육용 건강관리 자료에 대한 이해’가 평균 2.94점(표준

편차 1.23)으로 낮게 나타나 각각 가장 이해하기 어려운 것으로 조사되었다.

응답자의 대부분이 어려움이 없다고 대답한 4점 이상의 항목들을 살펴보면 ‘병원의 진료 예약 안내서의 이해’가 평균 4.17점(표준편차 1.04), ‘약 봉투 및 복약 안내서의 이해’가 평균4.13점(표준편차 1.09), ‘안내문을 읽고 진료 예약을 할 수 있는지 여부’가 평균 4.42점(표준편차 0.92), ‘복약 안내서의 복약 지침의 이해’가 평균 4.34점(표준편차 0.88)이었고, ‘병원 자료의 이해를 위한 타인의 도움이 필요한지 여부’가 평균 4.11점(표준편차 1.10)으로 조사되었다.

<Table 3> Self-rated health literacy skills (N=315)

| | Always | Often | Sometimes | Occasionally | Never | Mean (SD) |
|--|-----------|------------|-----------|--------------|------------|-------------|
| 1. How often are appointment slips written in a way that is easy to read and understand? | 49 (15.6) | 137 (44.8) | 56 (17.8) | 36 (11.8) | 37 (11.7) | 3.40 (1.22) |
| 2. How often are medical forms written in a way that is easy to read and understand? | 23 (7.3) | 68 (21.6) | 48 (15.2) | 53 (16.3) | 123 (39.0) | 2.42 (1.38) |

| | Always | Often | Sometimes | Occasionally | Never | Mean (SD) |
|--|--------------|---------------|--------------|---------------|---------------|----------------|
| 3. How often are medication labels written in a way that is easy to read and understand? | 59 (18.7) | 153 (48.6) | 41 (13.0) | 33 (10.5) | 29 (9.2) | 3.57 (1.19) |
| 4. How often are patient educational materials written in a way that is easy to read and understand? | 22 (7.0) | 108 (34.3) | 70 (22.2) | 60 (19.0) | 55 (17.5) | 2.94 (1.24) |
| 5. How often are hospital or clinic signs difficult to understand? | 10 (3.2) | 31 (9.8) | 59 (18.7) | 79 (25.1) | 136 (43.2) | 3.95 (1.15) |
| 6. How often are appointment slips difficult to understand? | 7 (2.2) | 21 (6.7) | 47 (14.9) | 93 (29.6) | 147 (46.7) | 4.12 (1.04) |
| 7. How often are medical forms difficult to understand and fill out? | 25 (7.9) | 38 (12.1) | 55 (17.4) | 108 (34.3) | 89 (28.3) | 3.62 (1.24) |
| 8. How often are directions on medication bottles difficult to understand? | 10 (3.2) | 22 (7.0) | 42 (13.3) | 84 (26.7) | 157 (49.8) | 4.13 (1.19) |
| 9. How often do you have difficulty understand written information your health care provider (like a doctor, nurse, nurse practitioner) gives you? | 15 (4.8) | 25 (7.9) | 48 (15.2) | 104 (33.0) | 123 (39.0) | 3.94 (1.14) |
| 10. How often do you have problems getting to your clinic appointments at the right time because of difficulty understanding written instructions? | 4 (1.3) | 13 (4.1) | 32 (11.1) | 63 (20.0) | 203 (64.4) | 4.43 (0.92) |
| 11. How often do you have problems completing medical forms because of difficulty understanding the instructions? | 11 (3.5) | 28 (8.9) | 55 (17.5) | 98 (31.1) | 123 (39.0) | 3.93 (1.11) |
| 12. How often do you have problems learning about your medical condition because of difficulty understanding written information? | 6 (1.9) | 32 (10.2) | 48 (15.2) | 107 (34.0) | 122 (38.7) | 3.97 (1.07) |
| 13. How often are you unsure on how to take your medication correctly because of problems understanding written instructions on the bottle label? | 1 (0.3) | 15 (4.8) | 35 (11.1) | 88 (28.0) | 176 (55.9) | 4.35 (0.89) |
| 14. How confident are you filling out medical forms by yourself? * | 52 (16.5) | 140 (44.4) | 49 (15.6) | 49 (15.6) | 25 (7.9) | 3.45 (1.19) |
| 15. How confident do you feel you are able to follow the instructions on the label of a medication bottle? | 81 (25.7) | 138 (43.8) | 45 (14.3) | 37 (11.7) | 14 (4.4) | 3.75 (1.11) |
| 16. How often do you have someone (like a family member, friend, hospital/clinic worker, or caregiver) help you read hospital materials? | 9 (2.9) | 21 (6.7) | 27 (8.6) | 128 (40.6) | 130 (41.3) | 4.11 (1.02) |
| Mean (SD) | | | | | | 60.08 (11.46) |

3. 연구 대상자의 기능적 건강문해능력

대상자의 기능적 건강정보이해능력은 6점 만점에서 평

균 3.87(표준편차 1.70)점이었다. 각 문항에 대해 정답을 선택한 대상자의 비율은 50.5 - 81.0% 이었다. 각 문항의 내용을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다<Table 4>.

<Table 4> Functional health literacy skills (N=315)

| Items | Corrected rate (%) |
|--|--------------------|
| 1. Ability to read the medication envelope that is provided by the pharmacy in order to understand the method for taking the medication according to the written directions | 51.4 |
| 2. Ability to read the content in the treatment request form used in the medical institution and to understand the purpose, writing method, and processing procedure indicated in the form | 59.0 |
| 3. Ability to read the clinical schedule used in the medical institution, and to understand the office hours, medical department, and schedules of the related programs indicated in the clinical schedule | 50.5 |
| 4. Ability to read the content in the nutritional label of processed foods that are sold in regular grocery stores, while also being able to understand the calories indicated in the nutritional label as a single package unit | 50.5 |
| 5. Ability to calculate the next date for taking weekly medication that is prescribed by the doctor | 75.6 |
| 6. Ability to read the presented method of standard weight calculation so that standard weight can be calculated | 81.0 |

첫 번째 문항의 내용은 일반적으로 ‘지역사회 약국에서 제공하고 있는 복용 봉투의 지침 사항의 이해’에 대한 질문이었다. 약 봉투의 복용 지침에 따라 명시된 약물의 1회 투여량, 투약 횟수, 투약 일수, 복용 방법(식간)에 대해 바르게 설명한 것을 선택하도록 하였다. 전체 응답자 중 162명(51.4%)이 복용 봉투 지침을 올바르게 이해하는 것으로 조사되었다.

두 번째 문항은 3차 의료 기관에서 사용하고 있는 서식 중 ‘선택 진료에 관한 신청서’에 관한 질문이었다. 통상적으로 의료기관에서 현재 사용하고 있는 선택 진료서 양식과 이에 대한 설명을 읽고 서식의 용도와 목적, 진료비 산정, 신청자의 책임 등에 대해 응답자가 서식을 제대로 이해하였는지 질문하였다. 응답자 중 186명(59.0%)이 옳은 답을 선택하였으나 서식의 용도를 잘못 이해하고 있는 경우도 91명(28.9%)이 있었다.

세 번째 문항은 ‘진료 시간표’에 관한 질문이었다. 진료 시간표에 제시된 진료과, 의사, 진료 일시, 그리고 기타 질병 관련 교육의 참여 안내를 읽고 이해하고 있는지를 확인하였다. 응답자 중 218명(69.2%)이 옳은 답을 선택하였으나 무응답의 경우도 42명(13.3%)이 있었다.

네 번째 문항은 가공 식품에 표시된 ‘영양성분표’에 관

한 질문이었다. 영양성분표에 기술된 1회 제공량을 기준의 칼로리를 질문했을 때 응답자의 159명(50.5%)이 1회 제공량에 따른 섭취량의 정확한 칼로리를 이해하였다.

다섯 번째 문항은 주 1회 복용하는 ‘약물의 복용 안내서’를 제시한 후 다음 번 복용 날짜를 묻는 기본적인 수리 계산의 문제였다. 응답자 중 238명(75.6%)이 정답을 선택하여 타 문항에 비해 쉬운 난이도의 문제였으나, 25.4%의 오답율을 보여 1주일 복용의 정확한 날짜를 계산하지 못한 것으로 조사되었다.

마지막으로 여섯 번째 문항은 ‘표준 체중 계산법’에 관한 수리 계산 문항이다. 제시된 계산법에 따라 170cm의 성인의 표준 체중을 선택하는 문제로 응답자 중 255명(81.0%)이 정답을 선택하여 가장 난이도가 쉬운 문항이었다.

4. 대상자의 일반적 특성에 따른 자가평가적 및 기능적 건강정보이해능력 수준

대상자의 특성에 따른 기능적 건강정보능력의 차이를 살펴보면 연령, 교육 수준, 월평균소득에서 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며 그 결과는 다음과 같았다 <Table 5>.

<Table 5> Functional health literacy skills and self-rated health literacy skills (N=315)

| Variables | Category | N | Functional health literacy | | | Self-rated health literacy | | |
|--------------------------|------------------------------|-----|----------------------------|--------|-------|----------------------------|--------|-------|
| | | | Mean (SD) | F/t | p | Mean (SD) | F/t | p |
| Sex | Male | 173 | 3.81±1.64 | -0.660 | .510 | 59.59±11.87 | -0.831 | .407 |
| | Female | 142 | 3.94±1.79 | | | 60.67±10.96 | | |
| Age(years) | 40-49 | 134 | 4.55±1.46 | 23.943 | <.001 | 60.08±11.69 | 0.012 | .988 |
| | 50-59 | 122 | 3.56±1.69 | | | 60.16±11.08 | | |
| | 60-64 | 59 | 2.97±1.66 | | | 59.89±11.46 | | |
| Education | Primary, middle | 53 | 2.68±1.58 | 27.850 | <.001 | 55.87±12.41 | 9.296 | <.001 |
| | High school | 132 | 3.69±1.76 | | | 58.81±11.56 | | |
| | College/university | 130 | 4.54±1.36 | | | 63.08±10.20 | | |
| Marital status | Married | 262 | 3.91±1.72 | 0.967 | .334 | 60.68±11.11 | 2.087 | .038 |
| | Single, separated, or others | 53 | 3.66±1.64 | | | 57.09±12.77 | | |
| Monthly household income | 99 or less | 45 | 3.02±1.70 | 7.507 | <.001 | 57.31±11.43 | 5.224 | .002 |
| | 100-299 | 101 | 3.70±1.57 | | | 58.66±13.20 | | |
| | 300-499 | 99 | 4.20±1.68 | | | 60.18±10.07 | | |
| | 500 or more | 57 | 4.37±1.61 | | | 65.11± 9.12 | | |
| Health checkup | Yes | 254 | 3.93±1.73 | 1.081 | .028 | 60.44±11.25 | 1.158 | .248 |
| | No | 60 | 3.67±1.50 | | | 58.53±12.39 | | |
| Gastric cancer screening | Within 2 years | 165 | 3.82±1.84 | 0.146 | .864 | 60.36±11.59 | 0.210 | .811 |
| | Over 2 years | 49 | 3.90±1.53 | | | 60.39±10.45 | | |
| | Never | 101 | 3.93±1.56 | | | 59.47±11.46 | | |
| Colon cancer screening | Within 2 years | 114 | 3.66±1.87 | 2.165 | .116 | 60.35±10.84 | 0.087 | .916 |
| | Over 2 years | 50 | 3.72±1.75 | | | 60.30±11.15 | | |
| | Never | 151 | 3.87±1.70 | | | 59.80±12.08 | | |
| Breast cancer screening | Within 2 years | 102 | 3.91±1.82 | 0.434 | .649 | 61.48±10.21 | 1.004 | .369 |
| | Over 2 years | 23 | 4.22±1.65 | | | 58.83±12.54 | | |
| | Never | 17 | 3.71±1.83 | | | 60.67±10.96 | | |
| Pap smear | Within 2 years | 63 | 3.60±2.03 | 2.154 | .120 | 61.76±10.87 | 0.579 | .562 |
| | Over 2 years | 55 | 4.27±1.59 | | | 59.64±10.59 | | |
| | Never | 24 | 4.04±1.37 | | | 60.17±12.20 | | |
| Influenza vaccination | Yes | 112 | 3.73±1.86 | -1.000 | .318 | 60.76±11.82 | 0.774 | .439 |
| | No | 203 | 3.94±1.61 | | | 59.70±11.27 | | |
| Information source | TV | 152 | 3.68±1.75 | 3.397 | .018 | 59.29±10.98 | 1.058 | .367 |
| | Newspaper/booklet | 56 | 4.14±1.55 | | | 59.84±13.30 | | |
| | Internet | 58 | 4.40±1.51 | | | 62.40± 9.12 | | |
| | Others | 46 | 3.61±1.76 | | | 60.54±13.22 | | |

연령에서는 40-49세가 4.55점으로 가장 점수가 높았고, 60-64세는 2.97점으로 가장 낮아 연령이 높을수록 기능적

건강정보이해능력의 점수가 낮았다($F=23.943, p<.001$). 교육 수준에서는 초등학교 및 중학교를 졸업한 경우가 2.68

점으로 가장 낮았으며, 대학 졸업 이상이 4.54점으로 높게 조사되었다($F=27.850, p<.001$). 월평균 소득의 경우는 99만 원 이하가 3.02로 가장 낮았고 500만 원 이상이 4.37점으로 높아 소득이 높을수록 기능적 건강정보이해력의 점수가 높은 것으로 나타났다 ($F=7.507, p<.001$).

자가평가적 건강정보이해능력과 관련 있는 대상자의 특성은 교육수준, 월 평균 소득이었다. 초등학교 및 중학교 졸업인 경우가 55.87점으로 가장 낮았고, 대졸 이상인 경우 63.08점으로 교육 수준이 낮을수록 자가평가적 건강정보이해능력도 낮은 것으로 나타났다($F=9.296, p<.001$). 소득의 경우 월 평균 99만 원 이하가 57.31점으로 가장 낮았고, 500만 원 이상인 경우가 65.11점으로 가장 높았으며 소득 수준에 따라 점수에 차이가 있는 것으로 나타났다($F=5.224, p=.002$).

대상자가 주로 이용하는 정보 이용 출처에 따라 건강정보이해능력에 차이가 있는지를 비교해보았다. 가장 많이 활용하는 정보 이용 출처로 인터넷이라고 응답한 경우 기능적 건강정보이해능력의 점수가 평균 4.40점(표준편차 1.51)으로 가장 높았고, 자가평가적 정보이해능력의 경우도 62.40점(표준편차 9.12)로 높게 조사되었다. 기능적 건강정보이해능력은 신문과 책자, 텔레비전의 순으로 활용하는 정보의 출처에 따라 유의한 차이가 있었으나($F=3.397, p=.018$), 자가평가적 건강정보이해능력의 경우는 집단 간의 유의한 차이는 보이지 않았다($F=1.058, p=.367$).

기능적 건강정보이해능력과 자가평가적 건강정보이해능력의 점수를 비교해 보면 교육 수준과 월소득에 따라 건강정보이해능력에는 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 교육 수준이 높을수록 그리고 월평균 소득이 높을수록 건강정보이해능력이 높다는 공통점을 갖고 있었다. 반면, 기능적 점수의 경우 연령이 높을수록 점수가 유의하게 낮아지는 것과 달리 자가평가적 점수에서는 연령간의 관계는 나타나지 않았다.

6. 건강정보이해능력과 예방적 의료 서비스 이용과의 관련성

예방적 의료 서비스 이용에 따라 건강정보이해능력에 차이가 있는지 알아보기 위하여 건강검진 유무, 위암과 대장암 검진 수진 유무 그리고 여성인 경우 유방암과 자궁암 검진 유무, 독감 백신 유무에 따른 건강정보이해능력의 점

수를 비교하였다<Table 5>. 건강검진의 경우는 검진을 실시한 집단이 기능적 및 자가평가적 건강정보이해능력이 모두 높았으나 통계적으로는 유의하지 않았다(기능적 $t=1.081, p=.28$; 자가평가적 $t=1.158, p=.248$). 암 검진 시행 여부는 2년 이내 검진한 경우, 검진 후 2년 이상인 경우, 한번도 검진을 하지 않은 경우를 각각 비교한 결과에서 검진 여부에 따른 기능적 및 자가평가적 건강정보이해능력의 점수에는 모두 유의한 차이는 없었다. 독감 접종 유무에 따라 점수를 비교한 경우에 독감 접종을 하지 않은 군이 기능적 점수가 3.94점으로 접종 군보다 점수가 높았지만 그 차이는 통계적으로 유의하지는 않았다($F=-1.000, p=.318$).

IV. 논의

본 연구는 신체의 건강 문제를 경험하기 시작하는 한국의 중년 성인을 대상으로 자가평가적 및 객관적 건강정보이해능력의 수준을 파악하고, 건강검진과 독감 백신 접종과 같은 예방적 의료 서비스 이용과의 관련성을 비교하기 위해 시도되었다. 본 연구는 기존의 국내 선행 연구들이 기초 문해력이 부족한 노인을 주요 대상으로 한 것과는 달리 읽고, 쓰는 것이 가능한 중년 성인들을 대상으로 객관적 및 자가평가적 방법을 모두 이용하여 건강정보이해능력을 확인하는 시도를 하였다는 점에서 의의가 있다.

중년 성인들의 건강정보이해능력의 수준을 살펴본 결과, 성인의 기능적 건강정보이해능력은 0-6점 기준에서 평균 3.87점, 자가평가적 건강정보이해능력은 16-80점 기준에서 평균 60.08점으로 조사되어 두 가지 도구를 이용한 결과 모두 중간 이상 정도의 수준으로 조사되었다. 본 연구에서 사용한 건강정보이해능력 측정 도구는 취약 집단을 선별하기 위한 타당화 된 점수 기준이 마련되어 있지 못하다. 따라서 전체 응답자 중 취약 집단의 비율을 비교하기 위하여 기능적 건강문해능력 측정에 참여한 응답자의 초·중학교 졸업자의 평균 점수인 2.68점을 기준으로 2점 이하를 취약 집단으로 연구자가 임의 설정하였다. 2점을 기준 점수로 적용했을 때 전체 315명 중 69명에 해당하는 21.8%가 취약 집단으로 분류되며, 각각 상이한 도구를 이용하여 측정하였지만 Kim et al. (2005)의 35.5%와 Kim (2011)의 18.25%와 비교할 때 중간 수준에 해당한다.

Kim et al. (2005)은 부산지역 성인 117명을 대상으로 건강정보이해능력을 조사한 결과에서 응답자의 평균이 46.45점(점수 가능 범위 0-66점)으로, 이것은 중학교 1-2학년 수준에 해당하는 경계성(marginal) 범위에 속한다고 보고하였다. 또한 응답자의 35.5%가 부적절한 수준(inadequate)이었고, 43.7%가 경계 수준(marginal)에 속하며, 21.3%만이 적절한 건강정보이해능력을 갖고 있다고 보고하였다. 서울지역 성인 400명을 대상으로 한 Kim (2011)의 연구에서는 건강정보이해능력을 조사한 결과 전체 평균이 3.54점(점수 가능 범위 0-6점)으로, 전체 응답자 중 18.25%가 취약 집단, 24.5%는 취약 가능 집단이었고, 57.25%는 건강정보이해능력이 충분하였다고 보고한 바 있다. 그러나 조사 대상자의 교육 정도나 일반적 특성에 따른 점수를 보고하지는 않았으며, 원 도구인 Newest vital sign(Weiss et al., 2005)의 점수 체계를 그대로 적용하여 위험 집단의 비율만을 제시하였기 때문에 대상자 특성에 따른 점수 차이를 비교할 수 없는 제한점을 갖고 있다.

건강정보의 내용 면에서 살펴보면 대상자들은 의료 기관에서 사용하는 각종 서식을 이해하는데 어려움이 있는 것으로 나타나 노인을 대상으로 한 Kim (2011)의 연구 결과와 일치하였다. 본 연구의 응답자들은 병원에서 사용하는 각종 서식과 건강관리를 위해 제공하는 교육용 자료가 이해하기 어렵다고 주관적으로 평가하였으며 실제 객관적으로 측정된 결과에서도 오답율이 높았다. 이것은 노인을 대상으로 한 Kim (2011)의 연구에서 병원에서 제공하는 교육 자료와 병원 서식자료가 어렵다고 응답한 것과 유사한 결과를 나타내고 있다. 국가 단위의 문해력(literacy)을 평가하는 프로그램인 National Assessment of Educational Progress [NAEP]나 Programme for International Student Assessment[PISA], International Adults Literacy Survey[IALS]는 정보의 내용을 자료의 특성에 따라 크게 산문(prose)과 문서(document) 또는 산술(numeracy) 형태로 구분하여 문해력의 영역을 측정하고 있다. 지금까지 시행된 문해력 조사 결과에 따르면 우리나라 성인들은 일반적으로 산문에 비하여 도표와 그림과 같은 문서에 대한 정보를 더 어려워하는 것으로 조사되었으며 국가 간의 비교에서도 문서 정보에 대한 이해 능력이 일반적인 산문 보다 낮게 보고되고 있다(Korea Educational Development Institute, 2001; NIKL, 2008). Kim (2011)은 노인은 서식의 작성과 이해에 어려움을 갖고 있다고 하였으며,

본 연구에서도 기능적 건강정보이해능력에 대한 문항 중 의료기관의 외래 진료 시간표에 대한 이해, 진료 신청서 서식에 대한 이해의 정답율이 50.5%-59.0%를 보여 서식에 대한 이해가 낮은 것을 알 수 있었다.

의료 서비스 제공자는 대상자가 경험하는 건강정보 이해에 대한 평가와 객관적 평가 간에 차이가 있음을 인지할 필요가 있다. 자가평가적 건강정보이해 능력의 세부 항목들을 살펴보면 약품 설명서, 복약 안내서의 지침의 이해, 복약 내용의 실천에 대하여 1-5점 기준에 3.6점 이상으로 모두 이해하는 데는 어려움이 없다고 하였으며, 복약 설명서를 이해하지 못해 약물을 복용하지 못한다고 응답한 경우는 4.35점으로 나타나 약물 복용 이해 정도에 비해 실행하는 데에는 큰 어려움이 없다고 조사되었다. 그러나 객관적인 방법으로 투약과 관련된 약물 복용법의 이해 정도와 1주일 간격으로 실제 복용 날짜를 계산하는 능력에서는 각각 51.4%와 75.6%의 정답률을 보여 자가평가적 평가에 의한 정보이해능력과 객관적 측정 간에는 차이가 있음을 알 수 있었다. 이상의 결과를 볼 때 객관적으로 약물 설명서 및 복약과 관련된 정보의 이해 정도는 높지 않았지만 대상자는 복약 관련 정보를 전혀 어렵다고 인지하지 않으며 주변의 도움을 필요로 하지 않는 점을 주목할 필요가 있다. 즉, 복약 설명서에 대한 이해는 낮지만 이로 인하여 문제를 경험하지 않는다는 점은 노인을 대상으로 실시한 Kim (2010)의 결과와도 일치한다. 이와 같은 결과는 건강정보이해능력이 낮더라도 다른 요인들이 충족되는 경우 미치는 영향과 성과가 달라질 수 있기 때문에 결과 변수에 영향을 주는 요인들을 파악할 필요가 있다.

본 연구에서는 40-64세의 중년 성인을 대상으로 기능적 및 자가평가적 건강정보이해능력과 건강검진, 암 검진과 독감 접종을 포함하는 예방적 의료 서비스 이용 간 차이가 없는 것으로 조사되어 외국의 선행 연구들의 결과와는 달랐다. Scott et al. (2002)는 65세 이상 노인을 대상으로 한 연구에서 건강정보이해능력과 암 검진, 독감과 폐구균을 포함한 백신 접종 행위 간에 관련성이 있음을 보고한 바 있다. 또한 White, Chen, & Atchison (2008)이 미국 성인 문해력 자료를 이용하여 2차 분석한 결과에 따르면 예방적 의료 서비스 이용과 건강정보이해능력과 관련성을 분석한 결과 40-64세 중년은 정기적 치과 검진과 전립선암 검진만이 유의하였고 암 검진과 같은 다른 예방적 의료 서비스 이

용과의 관련성은 유의하지 않은 것으로 보고된 바 있다. 반면 65세 이상 노인의 경우는 7가지의 건강 행위(정기적 치과 검진, 유방암 검사, 골다공증 검사, 대장암 검사, 전립선 검사, 시력 검사, 독감 접종)가 건강정보이해능력과 유의한 관련이 있다고 보고되었다.

본 연구가 선행 연구 결과와 다른 이유로 연구 대상자인 표본의 특성과 보건의료서비스에 대한 접근성이 높은 사회 환경으로 고려된다. 본 연구는 40-64세 사이의 중년 성인을 모집단으로 하였으나 표출 과정에서 서울 지역에 한정되었고, 응답자 중 약 53.3%가 만성 질환으로 정기적인 병원을 이용하는 사람을 대상으로 하였다는 점에서 차이가 있다고 본다. 그 근거로 본 연구 대상자의 특성과 국민건강영양조사의 표본 특성을 비교하면 본 연구 대상자의 예방적 의료 서비스 이용 정도가 더 높게 조사된 것을 알 수 있다. 2009년도 3차년도 국민건강영양조사 결과에 의하면 우리나라 성인의 건강검진수진율 50.1%와 비교해 본 연구의 대상자는 80.6%로 검진수진율이 높았다. 40세 이상 암 검진 수진율의 경우에서도 2년 내 위암 검진율 52.4%로 국민건강영양조사에서 2년 내 위암 검진 45.3% 보다 높았다. 여성의 유방암 검진율은 32.3%로 국민건강영양조사에서 54.4% 보다 낮았지만 국민건강영양조사의 독감 백신 예방접종률이 26.3%인 것에 비하여 본 연구 대상자들의 백신 접종률은 35.6%로 높은 수준을 보였다(Ministry of Health and Welfare, Korea Centers for Disease Control & Prevention, 2009). 건강검진과 암 검진 수진율의 경우 연령과 교육 수준이 높은 집단에서 서비스 이용이 증가하는 것으로 알려져 있다(Korea Development Institute, 2009). 본 연구자 대상자는 40-64세 이하로 연령을 제한하였고 60세 이후 검진율이 증가하는 것과 비교해 볼 때 60대의 연령 구성이 18.7%인 것을 감안한다면 본 연구대상자들의 의료 서비스 이용이 많은 집단으로 편중되어 있다는 제한점이 있었다.

대상자의 연령, 교육, 성별에 따라 이용하는 건강정보의 출처를 살펴보면 인터넷을 선호하는 경우 건강정보이해능력이 가장 높았으며, 그 다음으로는 신문과 책자의 순으로 나타났다. Kim et al. (2007)이 웹사이트에서 제공하는 건강 정보가 어휘 면에서 더 어렵다고 평가한 것과 같이 인터넷 정보를 선호하는 사람들의 건강정보이해능력이 더 높게 나타났다. 이것은 연령이나 교육, 성별과 상관없이 응답자들은 텔레비전에서 가장 많은 정보를 얻고 있지만 텔레비전

을 선호하는 사람들의 건강정보이해능력은 기능적 또는 자가평가적 평가 모두에서 낮으므로 텔레비전에서 제공하는 건강 정보는 최대한 이해하기 쉽도록 제작될 필요가 있다고 본다. 또한 이차적으로는 인터넷 매체를 선호하는 사람들의 교육 및 사회경제적 지위에 따른 정보 활용의 격차에 대해서는 추후 관련 연구를 통해 확인할 필요가 있다.

본 연구가 서울이라는 한정된 지역에서 특정 연령층을 대상으로 진행된 편의 표출 방식으로 진행된 제한적 연구임에도 불구하고 국내 중년 성인들을 대상으로 건강정보를 얼마나 이해하고 있는지 측정하고자 시도하였다는 점에서 본 연구의 의의가 있다. 기존에 국내에서 시행된 건강정보 이해능력과 관련된 몇 편의 연구가 교육 수준이 낮은 노인 집단을 대상으로 수행된 반면 본 연구에서는 고등학교 졸업 이상의 학력이 다수인 성인을 주 대상으로 하였다. 특히 서울 지역의 경우 중소 도시에 비해 국민들의 교육 수준이 더 높다는 점을 감안할 때 중소 도시와의 차이를 확인할 수 있는 지역과 대상을 확대한 후속 연구를 제안한다.

미국의 경우 국가 문해력 조사에 건강정보이해능력을 문해력의 주요 실천 분야로 포함하고 있다. 이에 반하여 국내의 문해력 조사에서는 아직 건강정보이해능력을 측정하는 것에 대한 논의가 거의 이루어지지 않고 있다. 건강정보 이해능력이 현대 사회에서 적절히 기능하기 위해 필요한 실천적 기술이라는 인식에 보건의료계의 관심이 모아지고 있으나 아직 이에 대한 다학제적 접근에 대한 논의는 부족한 상황이다. 지금까지 몇 편의 선행 연구에서 관심 있는 연구자들에 의해 개별적인 연구로 수행되어 왔으나 건강정보 이해능력에 대한 합의된 개념과 무엇을 측정할 것인지, 그리고 국내와 다른 사회문화적 환경에서 어떻게 측정할 것인지에 대해 충분한 논의가 이루어지지 않고 있다. 따라서 건강정보이해능력에 관심을 갖고 있는 학자들 간의 공동 연구가 필요하다고 본다. 건강정보이해능력의 개념, 측정 내용 및 구체적 측정 방법에 대한 합의가 이루어지지 않은 상태에서는 진단 기준을 제시하기 어렵고 나아가 취약 집단을 선별할 수 없기 때문에 그 중요성에도 불구하고 실무 영역에서 활용할 수 없었다. 본 연구를 통해 조사된 결과가 비록 서울 지역의 일부 연령층에 국한되어 있지만 향후 건강정보이해능력의 개념과 측정 내용과 방법을 구체화시키기 위한 근거 자료가 될 것이라고 생각한다.

건강정보이해능력이 건강관리를 위해 갖고 있는 개인의

자산(asset)이라는 측면에서 본다면 단기적으로 쉽게 변화하지는 않지만 사회의 공식적인 교육 활동과 적절한 환경을 조성함으로써 장기적으로는 변화가 가능한 부분이라는 특성을 갖고 있다. 이것은 대상자들의 건강관리를 지도하는 보건교육자들에게는 새로운 도전의 기회가 될 수 있다고 본다. 연령이나 소득, 교육 수준과 같이 건강정보이해능력에 영향을 미치는 인구사회학적 특성을 통해 위험 집단을 찾아내는 것이 주요 관심이었다면 향후에는 어떠한 교육적 기회를 제공하고 나아가 건강에 필요한 사회적 환경을 조성함으로써 이러한 능력을 향상시킬 수 있을지 보건의료인은 고민할 필요가 있다. 건강정보이해능력은 공식적인 정규 교육 체계에서 어떠한 내용과 수준의 건강 교육을 실천해야 하는지와 밀접한 관계가 있기 때문이다. 따라서 후속 연구에서는 이러한 교육 내용과 기준에 대한 논의가 필요하다고 본다.

V. 결론

현재 보건의료 서비스 환경에서 의료 소비자에게 제공하는 정보나 각종 서식의 형식과 내용이 대상자가 쉽게 이해하기 어렵게 구성되어 있는 것으로 조사되었다. 따라서 대상자에게 제공하는 정보와 문서 형식이 대상자들의 이해 수준을 고려하려 이해하기 쉽도록 내용과 형식을 수정할 필요가 있었다. 이를 위해서는 대상자가 이해하기 쉬운 수준과 범주에 대한 적절한 평가 기준이 필요하며 나아가 대상자의 이해 수준을 고려한 다양한 정보 전달 방식에 대한 연구가 이루어져야 하겠다. 또한 의료기관에서 사용하는 다양한 서식들을 표준화함으로써 이해를 높이기 위한 정책적 노력이 필요하리라 생각된다.

참고문헌

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2010). *Health literacy universal precautions toolkit* (AHRQ No. 10-0046-EF). Retrieved from <http://www.ahrq.gov>
- Chew, L. D., Bradley, K. A., & Boyko, E. J. (2004). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine*, 36(8), 588-594.
- Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of Commission on Social Determinants of Health, Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Davis, T. C., Wolf, M. S., Bass, P. F., Middlebrooks, M., Kennen, E., Baker, D. W., . . . Parker, R. M. (2006). Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 847-851.
- Institute of Medicine. (2004). *Health Literacy: a prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2009). Measures of health literacy: health literacy annual conference workshop summary. Retrieved from <http://www.nap.edu/catalog/12690>
- Kang, S. J. (2011). *Development of the Korean health literacy instrument for adults*. (Unpublished doctoral dissertation) Yonsei University of Nursing, Seoul, Korea.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Magg, D. (2006). *Navigating health: the role of health literacy*. London, UK: Alliance for Health and the Future.
- Kim, J. E. (2011). Measuring the level of health literacy and influence factors: targeting the visitors of a university hospital's outpatient clinic. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 17(1), 27-34.
- Kim, S. H. (2010). Older adults' self-reported difficulty in understanding and utilizing health information. *Journal of the Korean Gerontology Society*, 30(4), 1281-1291.
- Kim, S. H., & Lee, E. J. (2008). The influence of functional literacy on perceived health status in Korean older adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(2), 195-203.
- Kim, S. S., Kim, S. H., & Lee, S. Y. (2005). Health literacy: development of a Korean health literacy assessment tool. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 22(4), 215-227.
- Kim, S. Y., Park, Y. W., Shin, H. C., Kim, C. H., Sung, E. J., & Lee, S. H. (2007). Readability of patient information on hypertension in Korea. *Journal of Korean Academy Family Medicine*, 28(6), 346-351.
- Korea Development Institute. (2009). *Factor analysis in prevention and preventive medical care*. Seoul (KDI publication No. 2009-05). Seoul, Korea: Author
- Korea Educational Development Institute. (2001). *A study on the adult literacy in Korea and International Comparative Survey among OECD Countries*. Seoul, Korea: Author.
- Lee, S. H., Chang, K. H., Han, H. S., Park, B. K., & Kim, S. S. (2012). The relationship of health literacy of female married migrants in Busan with their attitudes toward health, *여성학연구 (Yeoseunghak Yeongu)*, 22(1), 165-200.
- Lee, T. W., & Kang, S. J. (2008). Health literacy in the Korean elderly

- and influencing factors. *Journal of Korean Gerontological Society*, 28(4), 847-863.
- Lee, T. W., Kang, S. J., Kim, H. H., Woo, S. R., & Kim, S. H. (2011). Suitability and readability assessment of printed educational materials on hypertension. *Journal of the Korean Academy of Nursing*, 41, 333-343.
- Lee, H. S., Han, Y. K., Park, H. J., Lee, S. J., Lee, J. H., & Kwon, J. H. (2001). *A study on the adult literacy in Korea and international comparative survey among OECD countries* (Technical Report CR 2001-47). Seoul, Korea: Korean Educational Development Institute.
- Ministry of Health and Welfare, Korea Centers for Disease Control & Prevention. (2009). *National Health Statistics - The 4th Korea National Health & Nutrition Examination Survey*. Seoul, Korea: Author.
- National Institute of the Korean Language. (2008). *Literacy in Korea* (No. 2008-1-57). Seoul, Korea: Author.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072-2078.
- Parker, R. M., Baker, D. W., & Williams, M. V. (1995). The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541.
- Schwartzberg, J. G., Vangeest, J. B., & Wang, C. (2004). *Understanding health literacy: implications for medicine and public health*. American Medical Association.
- Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 40(5), 395-404.
- U.S. National Center for Education Statistics(2006). *The health literacy of America's adults: Result from the 2003 national assessment of adult literacy*. Retrieved from <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., & Pignone, M. P., . . . Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- White, S., Chen, J., & Atchison, R. (2008). Relationship of preventive health practices and health literacy: A national study. *American Journal of Health Behavior*, 32(3), 227-242.
- Williams, M. V., Baker, D. W., Parker, R. M., & Nurss, J. R. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. *Archives of Internal Medicine*, 158(2), 166-172.
- Yoo, H. R. (2001). Readability of printed educational materials used to inform computer tomography. *Journal of Korean Community Nursing*, 12, 670-679.