韓國保健敎育學會誌 第四卷 二號(1987. 12.)
The Journal of Korea Society for Health Education, Vol. 4, No. 2. (1987)

우리나라 일부 중년층 남녀의 암에 대한 예방적 건강행위 이행에 관한 연구

김 은 주, 문 인 옥
(이화여자대학교)

<目 次>

Ⅰ. 序 論
Ⅱ. 이론적배경 및 선행연구
Ⅲ. 硏究方法
Ⅳ. 硏究結果 및 考察
Ⅴ. 結 論
Ⅵ. 參考文獻

Ⅰ. 서 론

A. 문제의 제기

건강은 인간 역사에서 동서고금을 막론하고 꾸준한 관심의 대상이 되어왔고 이러한 건강에 대한 관심은 사회가 변화하고 발전하면서 꾸준히 변모되어 왔다. 이에 모든 사람들로 하여금 적정수준의 건강상태를 유지할 수 있도록 해야 한다는 주장이 크게 대두되었고, 개개인은 질병을 조기에 발견하고 치료하고 사전예방을 통하여 가능한 한 생명을 연장시키고자 하는 수준에서만 생각하지 않고 적극적이고 주체적이고 능동적인 활동을 통하여 자신의 건강을 부단히 창출하고 개발해 나가는 적극적인 자세를 요구하게 되었다.

그러나 최근에 이르러 생활수준의 향상과 의학의 발달로 전염성 질환의 발생과 이로 인한 사망은 현저하게 줄어들고 있으나, 한편으로 만성 퇴행성 질환인 성인병이 급격히 증가하고 있다. 이 중에서도 특히 "암"이라는 질병은 인류의 주요 사망원인으로 대두되어 커다란 보건문제로 등장하고 있다.

United Nations[1]의 보고에 의하면 전통 사회에서의 사인양상은 전염성 또는 호흡기계 질환에 의해 높은 사망률을 나타내고 있는 반면에 오늘날에는 예방 및 치료의학의 발달로 인위적으로 통제할 수 있는 질병을 해결함으로써 중년기 이후의 비전염성 질환인 순환기계 질환, 손상 및 중독, 악성 신생물 등에 의한 사망율이 증가하고 있다고 보고하고 있다. 우리나라에서도 최근 경제기획원의 발표를 보면 암으로 인한 사망이 네번째 순위로 점차 증가추세에 있고[2] 국립의료원의 발표에 의하면 1985년에서 1986년, 1년 동안의 암환자는 전년도 같은 기간보다 34.1%가 증가했다고 보고 하였다.[3]

암은 40대 후반 이후 연령층의 중년들에게서 발생빈도가 높다는 점에서 사회적으로나 개인적으로 매우 중대한 위협이 되고 있어 이 암에 대한 국가적인 관리대책 수립이 절실하며, 정확한 암의 원인이나 치료대책이 명확히 규명되어 있지 않아 암퇴치는 예방적 조치에 많이 의존할 수 밖에 없는 질환이라 하겠다.[4]

그럼에도 불구하고 지금까지 우리나라는 암예방에 관한 전반적인 연구가 부족한 편이며 암의 관리대책 수립을 위한 전국 및 지역사회 규모의 암 사망양상 파악의 기초조사 조차도 미흡한 실정이다.[5] 그러므로 국민보건 향상을 위하여 암퇴치를 위한 예방적인 노력이 시급하며, 암에 대한 예방적인 건강행위 이행에 과학적인 자료를 제시할 필요가 있다고 본다.

이에 본 연구는 건강에 대한 개인의 인지와 건강행위 이행과의 관계를 설명하는 이론으로 최근에 강조되고 있는 「건강신념 모형(Health Belief Model」[6]에 기반을 두어 우리나라 일부 중년층 남녀의 암에 대한 예방적인 건강행위 이행에 영향을 미치는 요인을 분석함과 동시에 예측요인을 발견하여 이행을 증진시키는 데 도움이 되는 효과적인 건강교육 자료를 제시하고자 시도되었다.

B. 연구의 목적

본 연구의 주된 목적은 우리나라 일부 중년층 남녀의 암에 대한 예방적 건강행위 이행에 영향을 주는 요인을 발견하여 효과적인 건강교육 방안을 모색함과 동시에 암의 예방이행율을 높이기 위한 실증적인 자료를 개발하고 제시하는 데 목적을 두고 있다.

이러한 연구목적에는 다음과 같은 구체적인 내용을 포함한다.

1. 건강신념 모형이 예방적 건강행위 이행을 설명할 수 있는가 규명하고, 예방적 건강행위 이행과 상관이 있다고 생각되는 가설을 설정하고 검정한다.
2. 건강신념에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위를 분석한다.
3. 암에 대한 예방적 건강행위 이행을 설명 또는 예측하여 앞으로의 건강교육 계획에 대한 방안을 설정 제시한다.

C. 가설의 설정

본 연구의 목적인 중년층 남녀가 지니고 있는 암에 대한 예방적 건강행위 이행을 규명하기 위하여 다음과 같은 가설을 설정하였다.

<가설1> 암검진 이행자는 비이행자보다 암에 대한 건강신념이 더 높을 것이다.

<가설2> 암검진 이행자는 비이행자보다 암에 대한 예방적 건강행위 이행도가 더 높을 것이다.

<가설3> 암에 대한 건강신념이 높은 사람일수록 예방적 건강행위 이행도가 높을 것이다.

<가설4> 대상자의 일반적 특성에 따라 암에 대한 예방적 건강행위 이행도에 차이가 있을 것이다.

II. 이론적 배경 및 선행연구

A. 예방적 건강행위 및 건강신념 모형(Health Belief Model)

현대과학의 발전과 인간수명의 연장, 경제수준의 향상으로 말미암아 건강에 대한 인간의 요구도 점차 증가하게 되었으며 최적의 건강상태를 유지 증진시키기 위해서는 대상자 스스로가 예방적 건강행위를 이행함으로써 가능하다.[7]

이처럼 일상생활에서부터 건강을 보호 증진하고자 하는 예방적 건강행위는 각 개인에 따라 매우 다양한 양상을 보일 수 있고 이러한 행위를 규명하기 위하여 외국에서는 행동과학이나 사회심리학적인 측면에서 많은 연구들이 진행되어왔다.[8]

건강행위에 대한 관심은 질병을 조기발견할 목적으로 건강계획 Program에 대해 대중의 참여가 낮았던 1950년 초기부터 시작되었다.[9] 즉, 1950년대 이후 미국의 행동과학자들과 건강실무자들은 사람들이 왜 그리고 어떤 상황하에서 질병을 예방 및 치료하는 행동을 취하는 가를 이해할 필요가 있다고 보게 되었다.[10] 그래서 많은 모델이 각 개인의 건강과 관련되어 행위를 설명하려고 개발되었다. 그 중에서 건강신념 모형이(Health Belief Model)이 Becker,[11] Rosenstock 등[12]에 의해 건강행위를 예측하기 위한 Model로 개발되어졌다. 이들은 개인들이 건강상태에 대해 일정한 형태의 반응을 보이므로 특정질환에 대한 개인의 인지와 그에 대한 반응과의 관계를 설명하는 데 이 모형이 적합하다고 보고했고, 또한 건강신념 모형의 변수들이 질병을 알지 못하는 상태에서 예방적 건강행위를 예측하고 이해하는 데 적합하다고 보고하였다.

Becker등은 공중보건과 관련된 문제를 연구함에 있어 건강과 만성질병 또는 특수질병에 관련된 문제들을 건강신념 모형에 기초하여 분석하였다.[13][14][15]

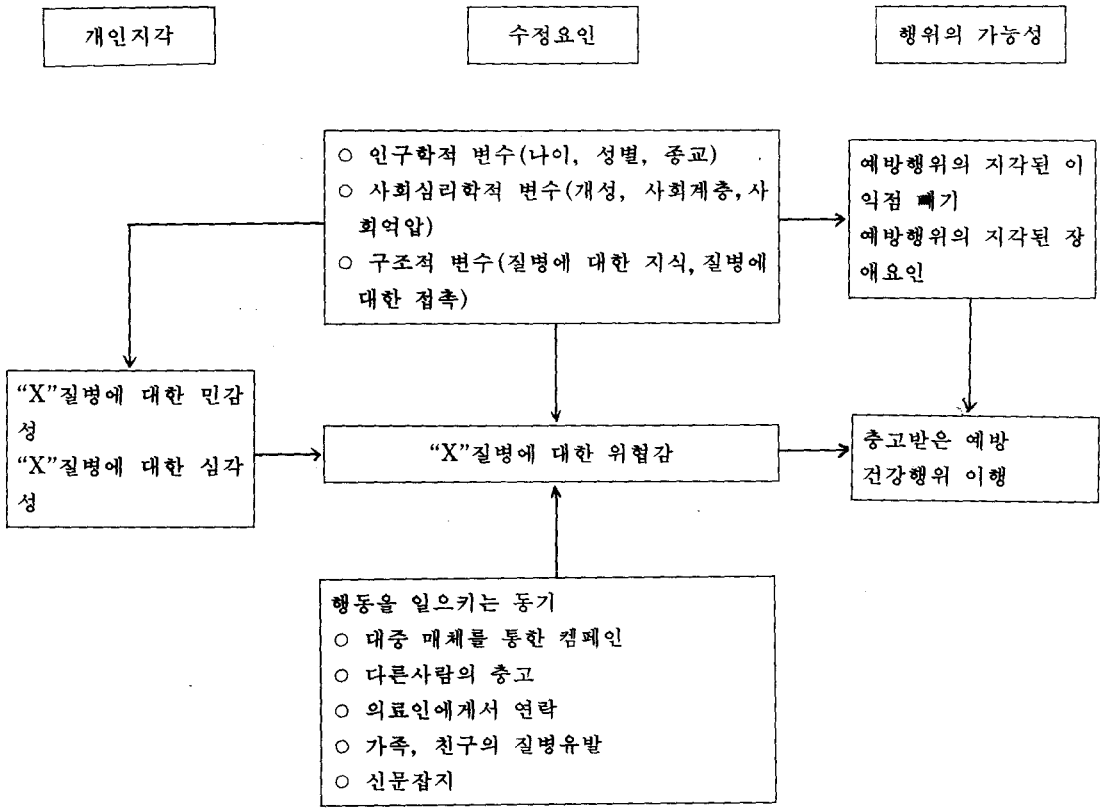
한편 Hein[16]은 신체적 정신적으로 건강한 삶

을 갖는다는 것은 개인의 태도나 신념에 좌우된다고 했으며, 이러한 관점에서 볼 때 예방적 건강행위의 이행은 세균학적 인자나 전염성 인자보다는 인간의 신념(belief)이 행위와 밀접한 관계가 있다[17]고 하였다. 고로 예방적 건강행위 이행을 유도하기 위해서는 물리적 환경을 변화시키기 보다는 인간의 태도와 신념을 변화시키는 노력이 필요하다.[18]

그러므로 적절한 건강행위의 이행은 필연적으로 성공적인 건강결과를 갖게 하며 궁극적으로는 개인으로 하여금 건강의 유지 증진 및 질병회복에 이르게 한다고 할 수 있다.[19] 그리고 건강에 관련된 행위에 대한 이해는 그 행위가 바로 건강결과를 의미한다는 측면에서 볼 때 매우 중요하다.

이 건강신념 모형의 이론적 근거는 인간이 무증상 상태에서 건강행위를 취하도록 하는 데는 몇 가지 신념이 있어야 한다고 지적하였다.[20] 즉, 인간은 스스로 건강하다고 생각하는 상태에서 자신도 특정질병에 걸린다면 질병이 자신의 생활에 불리한 영향을 줄 것이라는 신념, 만약에 어떤 예방적인 조치를 취한다면 질병에 대한 민감성과 심각성이 저하되어 자신에게 유익을 줄 것이라는 신념을 가져야 하며, 예방적인 조치를 취하는데 따를 것으로 예상되는 장애를 작게 인지하여야 예방적 건강행위를 이행할 수 있다고 하였다. 또 이러한 신념은 인구학적 변수(연령, 성, 종족, 인격, 사회경제 상태, 질병에 대한 지식)에 의해 영향을 받으며, 신념의 변화가 일어난 후 행동하고자 하는 인간의 생각을

<그림 1> Original Health belief model(Becker 1974)



Becker : M. H. The Health Belief Model and Sick role Behavior, Health Education Monographs, Vol. 2 No. 4. 1974.

의식수준으로 올려주는 행동의 계기가 주어질 때 비로소 건강행위가 이행된다고 하였다.[21]

이러한 건강신념 모형은 다양한 건강프로그램에 적용되었으며 그 결과들도 건강신념 모형이 설명력과 예측력을 지지하는 근거로 제시하게 되었다.[22]

그러므로 건강신념 모형의 변수들이 예방적 건강행위 이행과 관계 있으므로, 이 외에 예방적 건강행위 이행을 설명해 줄 수 있는 다른 변수들을 발견하여 첨가시킨다면, 건강신념 모형은 건강행위 이행을 설명해 주는 주요 모델이 될 것이다.

예방적 건강행위의 발생을 설명하는 건강신념 모형은 <그림1>과 같다.

B. 건강신념 모형의 적용

건강신념 모형을 근거로 하여 건강신념 모형 내의 제 변수들이 예방적 건강행위 이행을 어느 정도 설명해 주는가를 검토한 선행연구를 살펴보면 다음과 같다.

Hochbaum(1958)은 결핵 검진을 위한 X-ray검진 결정에 작용하는 요인을 알아보기 위해 세 도시에 있는 1,200명 이상의 성인을 대상으로 조사한 결과 질병에 대해 민감하게 인지한 사람의 64%가 자발적으로 X-ray검진에 응했다고 보고하였고[23] Borsky와 Sagen(1959)은 건강진단에 대한 태도 연구에서 질병은 자신의 사회적, 경제적, 가정적 문제에 심각한 영향을 준다고 믿는 경향이 높았다고 보고 하였다.[24]

Kegeles(1961)은 치과방문을 중심으로 한 연구[25]와 암의 조기발견을 위한 세포학적 검진의 연구[26]에서 각각 민감성과 장애성, 유익성이 유의하다고 보고하였고, Scohonfield(1963)는 부모가 자녀에게 투베르쿨린 반응검사를 시키지 않는 이유에 관한 연구에서 유익성이 이행에 영향을 미침을 보고하였다.[27]

Haefner와 Kirscht(1970)는 암·심장질환·결핵 등의 예방을 위한 건강행위 연구에서 각 개인의 지각된 심각성, 민감성, 유익성의 정도가 높아질수록 예방적 건강행위 이행 가능성이 증가된다고 하였고[28] Gillum과 Barsky(1974)는 진단과 치료에 대한 환자의 불이행에 대한 연구에서 심각성이 이행에 영향을 준다고 보고하였다.[29]

또한 Becker등 (1974)은 중이염 환아어머니의 환자역할 행위에 관한 연구에서 자녀가 현재 앓고 있는 질병에 대해 민감성을 느끼는 어머니일수록 자녀에 대한 투약과 추후관리를 더욱 잘 이행하였다고 하였다.[30] 여성의 유암예방을 위한 자가검진에 대한 연구를 한 Stillman(1977)은 대상자 중 민감성을 보인 87%가 이행율을 나타내었다고 밝혔다.[31] 이후에도 건강신념 모형은 예방적 건강행위를 설명하는 데 다양하게 적용되었으며 그 결과들도 건강신념 모형의 설명력과 예측력을 지지하는 근거를 제시하게 되었다.

한편, 건강신념 변수와 예방적 건강행위 이행 간의 관계를 조사한 국내 연구결과를 살펴보면, 영유아 예방접종의 이행에 관한 박 춘자(1979)의 연구[32], 고혈압 환자의 치료지시 이행에 관한 최 영희(1980)의 연구,[33] 암, 심장병, 결핵의 예방을 위한 건강행위에 관한 연구와 예방적 건강행위 이행의 예측인자 발견을 위한 연구를 한 이 종경(1982)[35]의 연구, 자궁내 장치에 의한 피임행위의 이행에 관한 김 은희(1983)의 연구,[36] 그외에도 자궁암 검진행위 이행자와 비이행자간의 건강신념에 관해 비교를 한 이 원희(1985)의 연구,[37] 간염 예방접종 이행의 영향요인에 관한 김 은희(1984)의 연구,[38] 건강신념과 유방자가검진 이행과의 관계에 대해 연구한 김 정순(1985)의 연구[39] 등이 있다.

건강신념 모형을 이용한 국내 선행연구들의 결과에 의하면 대체로 민감성, 심각성, 유익성은 높고 장애성이 낮을 때 건강행위 이행이 높게 나타났다고 볼 수 있다.

이상의 국내·외 연구 결과를 종합해 보면 건강신념 모형의 구성 변수들인 건강신념은 예방적 건강행위 이행에 중요한 영향을 미침을 알수 있다. 그러므로 본 연구에서 건강신념과 예방적 건강행위 이행과의 관계를 최근 중요시 되고 있는 암에 대한 예방적 건강행위 이행과의 관계에서 규명한다면 이행정도를 증진시키는 데 도움이 될 것이라고 생각된다.

같다. <그림2 참조>

C. 본 연구의 이론적 기틀

본 연구 분석을 위한 이론적 기틀은 다음과

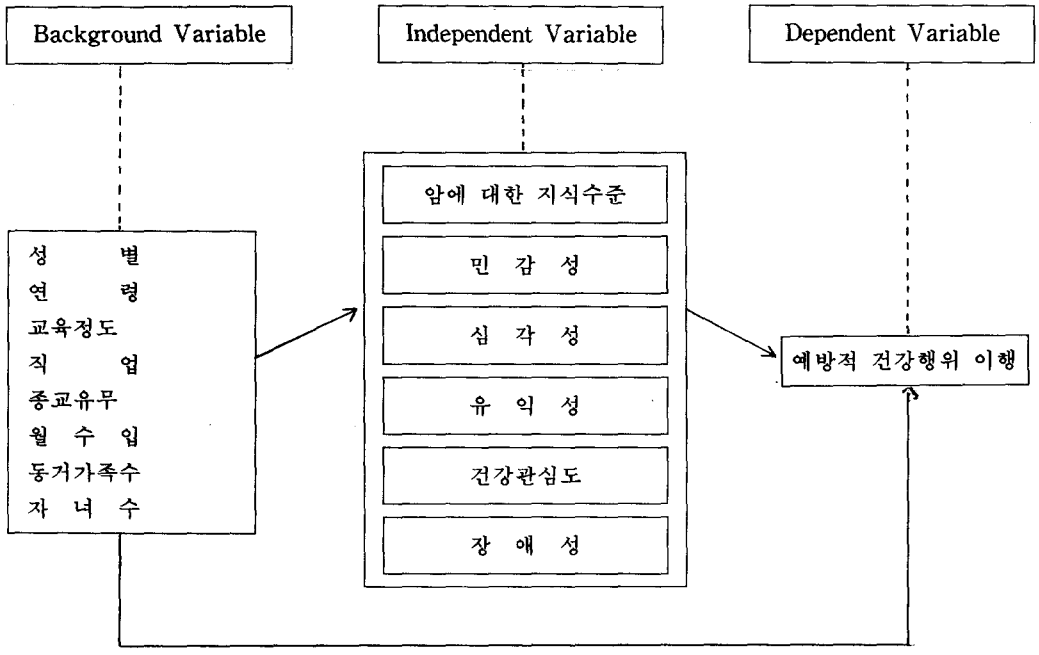


그림2. 본 연구의 이론적 기틀

D. 변수의 선택

<그림 2>에 의해 설정된 변수는 다음과 같다.

1. 건강신념

인간이 자기가 특정 질병에 걸릴 가능성, 질병에 걸리는 경우 받게될 영향 및 특정 질병에 대한 예방책을 이행하는 경우 그 예방책의 효과와 예방책의 수행에 따르는 장애 등에 관하여 인지하는 내용을 뜻하며, 본 연구에서는 암에 대한 지식, 민감성, 심각성, 유익성, 장애성, 건강에 대한 관심을 포함한다.

1) 지식(Knowledge)

바람직한 예방적 건강행위를 이행하는 데 기본이 되는 과학적이고 이론적인 지식으로 암의 호발연령, 암의 예방여부, 예방방법, 암의 전염성 여부, 암 검진 실시 빈도 및 시기를 포함한다.

2) 민감성(Susceptibility)

자신이 어떤 질병에 걸릴 가능성이 있다고 믿는 것으로 자신이 암에 걸릴 가능성,다른 질병에 비해 암에 걸릴 가능성, 다른 사람에 비해 본인이 암에 걸릴 가능성을 포함한다.

3) 심각성(Severity)

어떤 질병에 걸리는 경우 그 질병이 자신의 생명, 가정생활, 사회생활 등에 영향을 줄 것이라고 믿는 것으로 암이 신체적, 심리적, 사회생활, 가정생활에 미치는 영향과 암의 치유 가능성 등을 포함한다.

4) 유익성(Benefit)과 장애성(Barrier)

어떤 질병에 대해서 검진을 이행함으로써 자기 자신에게 있으리라고 기대되는 이득점으로 본 연구에서는 암검진을 이행함으로써 어느 정도 암을 예방할 수 있다고 생각하며, 악화방지 효과, 건강유지에의 효과, 두려움 감소에의 효

과 등을 포함한다.

또한 암검진 이행에 불리한 영향을 주는 요인 즉, 검진비용, 암검진 절차의 복잡성, 암검진에 소요되는 시간이나 노력 등을 장애성이라 정의한다.

5) 건강관심도(Health Concern)

인간이 건강에 대해 가지고 있는 태도와 자신의 건강에 대한 긍정적인 동기화로 정의하며 본 연구에서는 자신의 건강에 대한 염려정도, 가족의 건강에 대한 관심, 건강에 관한 프로그램 청취정도, 영양제나 보약에 대한 관심, 건강의 중요성에 대한 인식정도, 건강교육 요구도 등을 포함한다.

2. 예방적 건강행위

건강하다고 믿고 있는 사람이 질병 예방을 목적으로 증상이 나타나지 않는 상태에서 질병을 조기발견 하거나 예방하기 위해 취하는 행동이다. 또한 위의 목적으로 병원을 방문하거나 규칙적으로 검진을 받아 온 사람을 암검진 이행자, 한번도 검진을 받아본 적이 없는 사람을 비이행자라 하였다.

III. 연구방법

A. 연구대상

본 연구는 우리나라 중년층의 암에 대한 예방적 건강행위 이행을 연구하는 것이 주목적이므로, 모집단은 40-59세의 중년층 남녀가 되나 실시상의 어려움과 시간의 제약으로 인해 서울시내일부 여자 고등학교 학생의 부모를 대상으로 설문조사를 실시하였다.

표출방법은 서울시내 여자고등학교 중 지역적 특성과 사회, 경제적 수준을 고려하여 임의로 5개교를 표출하고 각 학교별로 200명씩, 모두 1,000명을 대상으로 설문지를 배부하였다.

B. 자료수집 기간 및 방법

자료수집 기간은 1987년 8월 26일부터 9월 11일까지 15일간 수집되었으며, 조사방법은 연구자가 직접 설문지를 교실에 갖고 들어가 담당교사에게 양해를 구하고, 중년층의 부모를 가진 학생에게 연구목적과 취지 및 답하는 요령을 설명한 후 학생에게 설문지와 작성요령 방법을 그들의 부모에게 전달하도록 하였다.

학생을 통하여 배부했던 설문지는 총 1,000부였으나 837부(83.7%)가 회수되었다. 회수된 설문지 중 부실응답과 선정기준에 어긋난 9부를 제외하였으므로 자료제공 대상은 828명(82.8%)이었다.

C. 연구도구 및 연구내용

연구도구는 Becker(1974)[40]의 건강신념 모형을 우리나라 실정에 맞게 개발한 이 종경(1982)[41]의 도구를 수정, 보완하여 사용하였으며, 구체적인 연구내용은 <표 1>과 같다.

각 문항은 Likert식의 5점 등간 척도를 이용하여 "매우 동의한다." 5점, "약간 동의한다." 4점, "보통이다" 3점, "별로 동의하지 않는다" 2점, "전혀 동의하지 않는다" 1점의 척도에 의해 측정되어 점수가 많을수록 각 특성이 높게 나타난 것을 의미한다.

한편, 지식에 관한 문항은 정답은 1점, 오답은 0점으로 배당하였고 각 항목에서 얻어진 점수가 높을수록 지식 정도가 높은 것을 의미한다.

<표 1>. 구체적인 연구내용.

영역	문항수	연구내용
지식 수준	6	· 암의 호발연령, 암의 예방여부 · 예방방법 · 암의 전염성 여부 · 암검진 실시빈도 및 시기
민 감 성	5	· 자신이 암에 걸릴 가능성 · 다른 질병에 비해 암에 걸릴 가능성 · 다른 사람에 비해 암에 걸릴 가능성
심 각 성	13	· 암이 자신의 생명에 미치는 영향 · 암으로 인한 신체적 영향 · 암이 가정생활에 미치는 영향 · 암이 사회생활에 미치는 영향 · 암의 치유 가능성

유 익 성	9	· 암검진이 암을 조기발견 하는데 도움주는 정도, 치료에의 효과 · 악화방지에의 효과, 건강유지에의 효과 · 두려움 해소에의 효과 · 대인관계나 사회생활에 도움주는 정도
건강관심도	12	· 자신의 건강에 대한 염려정도 · 가족의 건강에 대한 관심 · 건강에 관한 프로그램 청취정도 · 건강의 중요성 인식정도
장 애 성	9	· 암검진 비용에 관한 태도 · 암검진 절차의 복잡성 · 암검진에 소요되는 시간이나 교통에 소요되는 시간 등
예방적 건강행위 이행	13	· 암을 조기발견하거나 예방하기 위한 목적으로 취하는 행동의 이행정도 · 일상생활에서 건강을 보호 증진하고자 취하는 건강보호행위의 양상 · 개인위생습관 이행정도 · 암을 예방하기 위해 가정에서의 식습관, 휴식, 활동, 체중조절, 금연, 금주 등의 주의사항을 실천한 정도에 대한 스스로의 평가

D. 자료처리 및 분석방법

자료의 분석은 SAS(Statistical Analysis System) Package를 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

첫째, 연구도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha를 이용하여 산출하였으며,

둘째, 대상자의 일반적 특성과 기타 제 특성에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위 비교분석은 X^2-test로 검정하였다.

세째, 대상자의 일반적 특성과 주요 변수간의 관계를 알아보기 위해 ANOVA, t-test로 분석하였다.

네째, 암에 대한 지식수준, 민감성, 심각성, 유익성, 장애성, 건강관심도에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위를 분석하기 위해 t-test로 검정하였으며

다섯째, 예방적 건강행위 이행과 각 독립변수들간의 관계를 Pearson의 상관분석으로 검정하였다.

여섯째, 예방적 건강행위 이행과 각 독립변수들간의 다변수 상관성은 단계적 중회귀 분석(Stepwise Multiple Regression)을 이용하였다.

E. 연구도구의 신뢰도 검사(Cronbach's Alpha)

연구도구의 신뢰도 검사 결과는 <표 2>에서와 같다.

<표 2> 연구도구의 신뢰도 검사.

구분 \ 신뢰도	α
민감성	0.93096
심각성	0.90903
유익성	0.88340
장애성	0.89126
건강관심도	0.88105
예방적건강행위이행	0.88273

연구도구의 타당도(Validity)와 신뢰도(reliability)를 검증하기 위하여 1987년 8월 20일부터 8월 25일까지 대상자 100명을 임의 선정하여 예비조사를 실시한 후 Reliability Test를 해 본 결과 Cronbach's Alpha(α)*가 <표 2>에서 보는 바와 같이 비교적 높은 신뢰도를 보였다.

$$*r=\frac{k}{k-1}\left(1-\frac{\Sigma\sigma i^2}{\sigma y^2}\right)$$

r : Cronbach's alpha(α)

k : 문항수

σi^2 : 각 문항의 변량

σy^2 : 총점의 변량

IV. 연구결과 및 고찰

A. 대상자의 일반적 특성

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에서 종속변수인 예방적 건강행위 이행과 관련이 있는 일반적 특성으로 성별, 연령, 교육정도, 직업, 종교유무, 월수입, 동거가족수, 자녀수를 조사하였다.

대상자의 일반적 특성 분포 상황은 <표 3>과 같다.

<표 3> 대상자의 일반적 특성

일반적 특성	구분	수(명)	백분율(%)
성 별	남	419	50.6
	여	409	49.4
연 령	40-44	189	22.9
	45-49	344	41.6
	50-54	206	24.9
	55-59	89	10.6
교육정도	국졸	27	3.3
	중졸	75	9.1
	고졸	380	45.9
	대졸	282	34.1
	대졸이상	64	7.6
직 업	전문·행정직	92	11.1
	공무원	76	9.2
	상업 및 사업	166	20.1
	회사원	155	18.7
	교직	49	5.9
	가정주부	237	28.6
	기타	53	6.4
종교유무	유	620	74.9
	무	208	25.1
월 수 입	40 ↓	133	15.7
(단위·만원)	40-60	268	32.5
	60-80	192	23.3
	80 ↑	235	28.5
동거가족 수 (명)	1-3	143	17.3
	4-5	455	55.0
	6이상	230	27.7
자 녀 수 (명)	1-2	314	38.1
	3-4	435	52.7
	5이상	79	9.2
계		828	100.0

2. 일반적 특성에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위 비교.

암의 조기진단을 위하여 암검진 행위를 이행하는 자와 이행하지 않는 자를 구분하여 비교, 분석한 결과는 <표4>와 같다.

<표 4> 일반적 특성에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위 비교

일반적 특성	구분	암검진 이행 수(%)	암검진비이행 수(%)	총계 수(%)	X^2
성별	남	179(42.7)	240(57.3)	419(100.0)	5.836*
	여	209(51.1)	200(48.9)	409(100.0)	
연령	40-44	99(52.4)	90(47.6)	189(100.0)	
	45-49	153(44.5)	191(55.5)	344(100.0)	3.329
	50-54	97(47.1)	109(52.9)	206(100.0)	
	55-59	39(43.8)	49(56.2)	89(100.0)	
교육정도	국 졸	2(7.4)	25(92.6)	27(100.0)	
	중 졸	25(33.3)	50(66.7)	75(100.0)	
	고 졸	136(35.8)	244(64.2)	380(100.0)	92.064***
	대 졸	176(62.4)	106(37.6)	282(100.0)	
	대졸 이상	49(76.6)	15(23.4)	64(100.0)	

직업	전문·행정직	49(53.2)	43(46.8)	92(100.0)	
	공 무 원	43(56.6)	33(43.4)	76(100.0)	
	상업 및 사업	77(46.4)	89(53.6)	166(100.0)	14.524*
	회 사 원	68(43.9)	87(56.1)	155(100.0)	
	교 직	30(61.2)	19(38.8)	49(100.0)	
	가정주부	104(43.9)	133(56.1)	237(100.0	
	기 타	17(32.1)	36(67.9)	53(100.0)	
종교유무	유	288(46.5)	332(53.5)	620(100.0)	5.038
	무	100(48.1)	108(51.9)	208(100.0)	
월수입	40 ↓	33(24.8)	100(75.2)	133(100.0)	
(단위·만원)	40−60	101(37.7)	167(62.3)	268(100.0)	
	60−80	112(58.3)	80(41.7)	192(100.0)	66.165***
	80 ↑	142(60.4)	93(39.6)	235(100.0)	
동거가족	1−3	96(67.1)	47(32.9)	143(100.0)	
수(명)	4−5	199(43.7)	256(56.3)	455(100.0)	29.198***
	6이상	93(40.4)	137(59.6)	230(100.0)	
자녀수	1−2	180(57.3)	134(42.7)	314(100.0)	
(명)	3−4	173(39.8)	262(60.2)	435(100.0)	23.280***
	5이상	35(44.3)	44(55.7)	79(100.0)	

(*P<0.05 ***P<0.001)

성별 분포를 보면 이행 집단은 여자가 51.1%로서 남자(42.7%)보다 많았고, 비이행 집단에서는 남자가(57.3%) 여자보다(48.9%) 많은 경향을 보였으며 유의한 차이가 있었다. (p<0.05)

교육정도는 대학졸업자가 이행 집단에서 62.4%, 비이행 집단에서 37.6%로써 암검진 이행 집단이 다소 교육 수준이 높았으며 유의한 차이가 있었다. (p<0.001)

직업별로는 이행 집단에서 가정주부, 상업 및 사업, 회사원들이 비교적 이행율이 높았고(p<0.05), 월수입별로는 80만원 이상이 이행 집단에서 60.4%, 비이행 집단에서 39.6%로써 월수입이 많은 대상자들이 암검진 이행율이 높았다. 이는 장경자(1982),[42] 박춘자(1979)[43] 등의 연구에서 월수입이 많을수록 이행율이 높다는 보고와 일치한다.

동거가족수별로는 두 집단 모두 동거가족수가 4−5명인 경우가 가장 많은 (43.7%, 56.3%)것으로 나타났다.

이는 동거가족수가 많으면 가족들로부터 행위를 취하도록 권유를 받기 때문에 이행율이 높다는 Ogionwo[44]의 보고와 상반되는 결과였다.

자녀수별로는 이행 집단에서 1−2명이 57.3%로 가장 많았고, 비이행 집단에서는 3−4명이 60.2%로 가장 많은 것으로 나타나 비이행 집단의 자녀수가 다소 많게 나타났으며 유의한 차이가 있었다. (p<0.001)

3. 기타 제특성에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위 비교

기타 제특성에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위를 분석하고자 하여 암에 대한 지식여부, 지식을 얻게 된 경로, 주변의 암환자 유무, 자신의 건강염려 정도, 아플때 해결방법 등을 조사하였다. <표5 참조>

<표 5> 기타 제특성에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위 비교분석

특성	구분	암검진 이행	암검진비이행	총계	X^2
		수(%)	수(%)	수(%)	
암에 대한	예	384(46.9)	434(53.1)	818(100.0)	
지식여부	아니오	4(40.0)	6(60.0)	10(100.0)	0.662
암의종류	1-4	25(27.8)	65(72.2)	90(100.0)	
	5-8	92(33.5)	183(66.5)	275(100.0)	
	9-12	112(51.9)	104(48.1)	216(100.0)	65.932***
	13-16	119(66.1)	61(33.9)	180(100.0)	
	17이상	40(59.7)	27(40.3)	67(100.0)	
지식을 얻게된 경로	의료인(의사,간호원, 약사)	69(84.1)	13(15.9)	82(100.0)	
	학교, 직장, 단체에서 하는 보건교육	25(56.8)	19(43.2)	44(100.0)	
	신문, 잡지, 라디오, TV	190(40.6)	278(59.4)	468(100.0)	69.983***
	가족, 이웃, 친구, 친척	91(41.4)	129(58.6)	220(100.0)	
	보건소를 통해	9(100.0)	0(0.0)	9(100.0)	
	기 타	4(80.0)	1(20.0)	5(100.0)	
주변에 암환자	있다	215(46.6)	246(53.4)	461(100.0)	0.021
유무	없다	173(47.1)	194(52.9)	367(100.0)	
자신의건강	매우 건강하다	88(73.3)	32(26.7)	120(100.0)	
상태인지	비교적 건강하다	122(40.9)	176(59.1)	298(100.0)	40.168***
	보통이다	141(44.1)	179(55.9)	320(100.0)	
	건강하지 못하다	37(41.1)	53(58.9)	90(100.0)	
건강염려정도	매우 자신있다	33(56.9)	25(43.1)	58(100.0)	
	약간 염려한다	166(44.6)	206(55.4)	372(100.0)	
	보통이다	132(42.9)	176(57.1)	308(100.0)	15.321***
	매우 염려된다	57(63.3)	33(36.7)	90(100.0)	
아플때 해결방법	병원에 간다	189(60.8)	122(39.2)	311(100.0)	
	약국에 간다	139(41.5)	196(58.5)	335(100.0)	
	한의원에 간다	8(33.3)	16(66.7)	24(100.0)	
	평소보다 영양섭취를 더한다	5(29.4)	12(70.6)	17(100.0)	43.462***
	쉰다	37(37.0)	63(63.0)	100(100.0)	
	내버려 둔다	10(24.4)	31(75.6)	41(100.0)	
보약	비타민류	113(59.1)	78(40.9)	191(100.0)	
	한약	66(49.6)	67(50.4)	133(100.0)	
	특별음식	21(37.5)	35(62.5)	56(100.0)	18.502***

없다	177(42.2)	242(57.8)	419(100.0)
기타	11(37.9)	18(62.1)	29(100.0)

***P<0.001

"암에 대해 들어보신 적이 있읍니까?"라는 질문에 대하여 828명의 응답자중 818명에 해당하는 대다수가 암에 관하여 들은 적이 있다고 답변하고 있다. "무슨 암에 대하여 들어보셨읍니까?"라는 질문에서는 이행 집단에서 13-16종류가 66.1%로 가장 많았고, 이에 비해 비이행 집단에서는 5-8종류에 대해 알고 있다고 응답한 대상자가 66.5%로 가장 많아 이행 집단에서 인지하는 암의 종류가 더 많음을 알 수 있었다.

암에 관하여 지식을 얻게 된 경로를 보면, 두 집단 모두에서 "신문, 잡지, 라디오, TV등 대중매체를 통해서"가 각각 40.6%, 59.4%로 수위이고 그 다음이 "가족, 이웃, 친구, 친척을 통해서가 각각 41.4%, 58.6%로 나타났다.

이는 이종경[45](1982)의 조사에서 암에 대한 정보원으로 대중매체를 통해서 가장 많이 정보를 취득하는 것으로 나타난 것과 비교하면 비슷한 양상을 보였다.

또한 Becker(1974)[46]는 적절한 건강행위를 야기시키기 위하여 대중매체, 이웃, 또는 의료인의 권고가 있어야 한다고 보고 하였고, Ogionwo[47](1973)는 건강행위에 영향을 미치는 인자로서 환경적인 영향을 제시하면서 건강에 대한 필름이나 포스터, 라디오와 같은 매스콤에 노출된 사람이 질병에 대한 지식이 많아져 건강검진을 더 잘 받는다고 하였다.

자신의 건강에 대한 염려정도를 보면 이행 집단에서 매우 염려된다고 인지한 경우가 63.3%로서 비이행 집단(36.7%)보다 많게 나타나 자신의 건강에 대해 매우 염려된다고 인지한 경우가 암검진 이행율이 높았다.

B. 일반적 특성이 건강신념 변수 및 예방적 건강행위 이행에 미치는 영향

대상자의 일반적 특성에 따라 주요변수에 어떤 차이가 있는지의 여부를 알아보기 위해 ANOVA(분산분석) 및 t-test를 실시하였다. <표6 참조>

<표 6> 일반적 특성과 건강신념 변수들과의 관계.

일반적 특성	구분	지식		민감성		심각성		유익성		건강관심도		장애성	
		Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
성별	남	0.756	0.22	3.060	1.29	3.761	0.88	3.828	0.87	3.659	0.80	3.052	1.07
	여	0.743	0.23	2.886	1.21	3.831	0.83	3.832	0.83	3.740	0.79	3.230	0.95
		t=0.844		t=2.002*		t=-1.183		t=-0.227		t=-1.474		t=-2.511*	
연령	40-44	0.766	0.21	3.089	1.23	3.881	0.75	3.941	0.77	3.810	0.75	3.101	1.02
(세)	45-49	0.743	0.22	2.878	1.21	3.766	0.85	3.771	0.88	3.655	0.80	3.201	0.98
	50-54	0.749	0.22	3.089	1.26	3.814	0.88	3.908	0.84	3.725	0.79	3.114	1.02
	55-59	0.740	0.24	3.020	1.43	3.706	0.99	3.705	0.88	3.581	0.87	3.044	1.18
		F=0.480		F=1.330		F=1.130		F=2.820*		F=2.300		F=0.800	
교육정도	국 졸	0.583	0.25	2.080	0.62	3.201	0.70	3.192	0.83	3.153	0.87	3.972	0.70
	중 졸	0.672	0.20	2.509	0.92	3.444	0.92	3.508	0.93	3.408	0.83	3.499	0.97
	고 졸	0.707	0.21	2.657	1.14	3.627	0.89	3.654	0.85	3.549	0.83	3.367	0.98
	대 졸	0.814	0.21	3.475	1.29	4.069	0.69	4.123	0.72	3.933	0.68	2.753	0.98
	대졸 이상	0.878	0.19	3.575	1.21	4.262	0.66	4.302	0.69	4.138	0.53	3.729	0.84
		F=23.080***		F=31.020***		F=24.700***		F=26.690***		F=22.280***		F=27.300***	
직업	전문·행정직	0.813	0.21	3.241	1.27	3.955	0.75	3.964	0.81	3.774	0.81	3.002	0.79

	공무원	0.765	0.23	3.347	1.35	3.840	0.89	3.959	0.91	3.805	0.86	2.817	1.15
	상업및사업	0.744	0.20	2.896	1.19	3.797	0.86	3.883	0.78	3.778	0.76	3.153	1.03
	회사원	0.761	0.23	3.026	1.25	3.715	0.87	3.792	0.91	3.595	0.80	3.125	1.09
	교 직	0.816	0.22	3.445	1.31	4.096	0.82	4.109	0.79	3.886	0.69	2.710	1.14
	가정주부	0.706	0.24	2.703	1.22	3.722	0.88	3.725	0.85	3.635	0.83	3.324	0.96
	기 타	0.730	0.19	2.563	1.03	3.749	0.75	3.658	0.84	3.596	0.64	3.426	0.84
		$F=3.770^{**}$			$F=6.030^{***}$		$F=2.150^{*}$		$F=2.690^{*}$		$F=1.950$		$F=1.170^{***}$
종교유무	유	0.756	0.22	2.990	1.25	3.796	0.88	3.836	0.87	3.685	0.80	3.145	1.02
	무	0.729	0.23	2.926	1.26	3.794	0.78	3.834	0.80	3.740	0.76	3.123	1.04
		$t=1.487$			$t=0.627$		$t=0.044$		$t=0.042$		$t=-0.897$		$t=0.268$
월수입	40이하	0.692	0.22	2.400	1.03	3.521	0.83	3.491	0.89	3.417	0.77	3.589	0.92
(만원)	40-60	0.711	0.21	2.748	1.14	3.724	0.83	3.728	0.79	3.615	0.80	3.248	1.02
	60-80	0.782	0.24	3.269	1.30	3.849	0.90	3.972	0.85	3.763	0.80	2.922	1.05
	80이상	0.793	0.22	3.283	1.29	3.988	0.82	4.034	0.82	3.902	0.74	2.960	0.96
		$F=10.050^{***}$			$F=21.810^{***}$		$F=9.820^{***}$		$F=15.190^{***}$		$F=12.900^{***}$		$F=15.270^{***}$
동거가족	1-3	0.825	0.23	3.713	1.29	3.984	0.79	4.052	0.78	3.886	0.74	2.498	1.17
수(명)	4-5	0.733	0.22	2.860	1.22	3.716	0.90	3.780	0.89	3.637	0.82	3.233	0.97
	6이상	0.735	0.21	2.741	1.14	3.837	0.78	3.810	0.81	3.706	0.76	3.355	0.86
		$F=10.200^{***}$			$F=33.140^{***}$		$F=5.800^{**}$		$F=5.730^{*}$		$F=5.460^{**}$		$F=38.530^{***}$
자녀수	1-2	0.782	0.22	3.369	1.30	3.883	0.88	3.954	0.88	3.802	0.81	2.797	1.11
(명)	3-4	0.727	0.22	2.709	1.16	3.723	0.85	3.759	0.84	3.619	0.79	3.359	0.89
	5이상	0.744	0.21	2.850	1.15	3.837	0.72	3.755	0.82	3.712	0.73	3.285	0.95
		$F=5.710^{***}$			$F=27.270^{***}$		$F=3.350^{*}$		$F=5.160^{**}$		$F=4.910^{**}$		$F=30.670^{***}$

$^{*}p<0.05$, $^{**}p<0.01$, $^{***}p<0.001$

1. 암에 대한 지식수준과 일반적 특성과의 관계

지식수준에 영향을 미치는 일반적 특성으로는 교육정도, 직업, 월수입, 동거가족수, 자녀수였다.

교육정도에 따라 지식수준의 차이는 유의성을 보인다. 교육수준이 높을수록 암에 대한 높은 지식수준을 보였다. ($p<0.001$) 직업별로는 교직이 평균 0.816으로 가장 높았으며($p<0.01$), 가족월수입이 많을수록 지식수준이 높았다($p<0.05$).

또한 동거가족수는 4-5명, 6명이상의 경우에 비해 1-3명의 경우가 지식수준이 높게 나타났다. ($p<0.001$)

이상의 결과를 유방자가검진 이행에 대해 연구한 김 정순(1985)[48]의 결과와 비교해 볼 때 일반적 특성 중 교육정도가 지식에 유의한 차이를 보인 것과 일치하였다.

2. 민감성과 일반적 특성과의 관계

일반적 특성에 따른 민감성을 <표6>에서 보면 성별, 교육정도, 직업, 월수입, 동거가족수, 자녀수가 민감성에 영향을 주는 것으로 나타났다.

성별로는 남자가 여자보다 암에 대해 민감성을 더 높게 지각했고($p<0.05$), 교육정도에서는 대졸 이상의 교육수준이 평균 3.575로 가장 높았으며 유의한 차를 보였다. ($p<0.001$)

직업별로는 교직이 평균 3.445로서 가장 높았으며 공무원, 전문·행정직 순으로 나타났으며 유의한 차를 보였다. ($p<0.001$) 또한 동거가족수는 적을수록 암에 대한 민감성을 더 높게 지각하는 것으로 나타났다. ($p<0.001$) 이는 동거가족수가 많으면 가족들로부터 행위를 취하도록 권유를 받기 때문에 민감성이 높아진다는 Ogionwo(1973)[49]의 보고와는 상반된 차이를 보였다.

3. 심각성과 일반적 특성과의 관계

대상자의 일반적 특성과 심각성과의 관계를 살펴보면, 교육정도, 직업, 월수입, 동거가족수, 자녀수에서 유의한 차가 나타났다.

이 결과를 보면 교육수준이 높고($p<0.001$), 월수입이 많을 수록 ($p<0.001$)암에 대한 심각성을 더 높게 지각하는 것으로 나타났고, 직업별로는 교직에 종사하는 사람들이 심각성을 더 높게 지각하는 경향이 있었다.

이상의 결과들은 인구, 사회, 경제적인 변수가 심각성에 영향을 준다는 Kirscht(1970)[50]의 보고와 일치되고, 학력이 암에 대한 심각성에 영향을 준다는 이 종경(1982)[51]의 결과와도 일치되었다.

4. 유익성과 일반적 특성과의 관계

대상자의 일반적 특성과 유익성과의 관계를 <표 6>에서 보면 성별과 종교유무를 제외한 일반적 특성 모두가 유익성에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

연령별에서는 40-44세의 대상자가 유익성이 가장 높았으며($p<0.05$), 교육정도에서는 대졸 이상이 ($p<0.001$), 직업에서는 교직에서($p<0.05$), 월수입에서는 80만원 이상군에서 유익성을 높게 지각하는 것으로 나타났다.

이 결과는 일반적 특성 중 성별만이 고혈압에 대한 유익성에 영향을 준다는 최 영희(1980)[52]의 결과와 상반된 차이를 보였으나, 폐결핵 환자의 치료지시 이행에 관해 연구한 황 보선(1985)[53]의 결과에서 연령이 유익성의 인지정도에 유의한 차이를 보인 결과와는 일치되었다.

5. 건강관심도와 일반적 특성과의 관계

대상자의 일반적 특성과 건강관심도와의 관계를 <표 6>에서 보면, 건강관심도에 영향을 미치는 일반적 특성으로는 교육정도, 월수입, 동거가족수, 자녀수에서 였다.

즉, 교육수준이 높고($p<0.001$), 가족의 월수입이 많을수록($p<0.001$), 자녀수가 적을수록 ($p<0.01$) 건강관심도가 높은 것으로 나타났다.

이 결과를 임부의 산전간호 이행에 관해 연구한 이 미라(1985)[54]의 결과와 비교해 볼 때 교육수준이 높을수록 건강관심도가 높다고 보고한 바와도 일치하였다.

6. 장애성과 일반적 특성과의 관계

장애성에 영향을 미치는 일반적 특성은 성별, 교육정도, 직업, 월수입, 동거가족수, 자녀수에서 였다.

남자가 여자보다 장애성을 적게 느꼈고($p<0.05$), 교육수준이 높을수록 장애성을 적게 느꼈다. ($p<0.001$)

Kegeles(1961)[55]의 연구에서 개인이 예방행위를 함에 있어 인지한 장애가 높을수록 이행은 낮아진다고 보고 했듯이 본 연구결과를 통해서 장애성은 이행에 중요한 영향을 미치는 변수임을 확인할 수 있었다.

7. 예방적 건강행위 이행과 일반적 특성과의 관계

예방적 건강행위 이행과 일반적 특성과의 관계를 살펴본 결과는 <표7>과 같다.

<표 7> 예방적 건강행위 이행과 일반적 특성과의 관계.

일반적 특성	구분	실수	Mean±S.D	F-value t-value
성별	남	419	3.426±0.79	t=-0.9683
	여	409	3.479±0.76	
연령	40-44	189	3.518±0.74	
(세)	45-49	344	3.417±0.77	F=0.73
	50-54	206	3.465±0.80	
	55-59	88	3.425±0.84	
교육정도	국 졸	27	3.884±0.60	
	중 졸	75	3.127±0.67	

	고 졸	380	3.273±0.78	F=30.43***
	대 졸	282	3.728±0.72	
	대졸 이상	64	3.927±0.62	
직업	전문·행정직	92	3.565±0.77	
	공 무 원	76	3.577±0.83	
	상업및사업	166	3.471±0.77	
	회 사 원	155	3.371±0.80	F=3.13**
	교 직	49	3.752±0.73	
	가정주부	237	3.398±0.77	
	기 타	53	3.225±0.71	
종교유무	유	620	3.464±0.79	t=0.7369***
	무	208	3.417±0.74	
월수입 (만원)	40이하	130	3.023±0.70	
	40-60	268	3.323±0.74	F=29.27***
	60-80	192	3.580±0.76	
	80이상	235	3.722±0.75	
동거가족 수(명)	1-3	143	3.738±0.77	
	4-5	455	3.411±0.79	F=12.31***
	6이상	230	3.356±0.74	
자녀수 (명)	1-2	314	3.631±0.81	
	3-4	435	3.343±0.75	F=14.18***
	5이상	76	3.312±0.71	

**p<0.01, ***p<0.001

예방적 건강행위 이행에 영향을 미치는 일반적 특성으로는 교육정도, 직업, 월수입, 동거가족수, 자녀수에서였다.

교육수준이 높을수록 이행정도가 높았으며 (p<0.001), 동거가족수와 자녀수는 적을수록 예방적 건강행위 이행정도가 높게 나타났다. (p<0.001) 이 결과는 대상자의 인구, 사회, 경제적인 변수가 이행 행위에 관련이 있었다는 보고[56)57)58)59)]와 일치하였다.

Bullough(1972), Green(1971), Rosenstock (1969)은 예방적 건강행위와 사회경제적 상태가 서로 관련성이 있다고 하였으며, Turnball (1978)[60)]은 건강행위를 못하게 방해하는 요인으로 경제적 이유를 지적하였고, Rosenstock (1960)[61)]은 하류층이 이행율이 적다고 보고하여 생활정도와 이행과의 관계를 설명해 주었다.

또한 Becker등 (1977)[62)]도 건강행위는 개인의 인식에 의해 결정되며, 개인의 인식은 인간이 이미 가지고 있는 여러가지 변수 즉, 연령, 성별, 종족, 인격, 사회경제적 상태, 질병에 대한 지식 등에 의해 영향을 받는다는 것을 밝힘으로서 건강행위는 개인이 가지는 여러가지 변수에 의해서도 간접적으로 영향을 받을 수 있음을 시사하여 본 연구결과를 뒷받침해 주었다.

C. 예방적 건강행위 이행에 대한 건강신념 모형 검정

종속 변수인 예방적 건강행위 이행과 주요 변수와의 관계를 규명하기 위하여 t-test와 Pearson's Correlation Coefficient를 산출하였다.

1. 건강신념에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위 분석

종속 변수인 예방적 건강행위 이행과 독립 변수인 암에 대한 지식수준, 민감성, 심각성, 유익성, 건강관심도, 장애성에 대한 가설을 검정하기 위하여 암검진 이행 및 비이행 집단간의 차이를 비교해 본 결과는 <표 8>과 같다.

<표 8> 건강신념에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위 분석

	이 행 (N=388)		비 이 행 (N=440)		t	p
	Mean	S.D	Mean	S.D		
지식	0.8773	0.1568	0.6370	0.2106	18.746	0.0001
민감성	3.9417	1.0053	2.1209	0.7145	29.674	0.0001
유익성	4.4163	0.4799	3.3234	0.7776	24.634	0.0001
심각성	4.3463	0.4516	3.3110	0.8295	22.650	0.0001
장애성	2.4100	0.8382	3.7843	0.6744	−25.766	0.0001
건강관심도	4.2244	0.4160	3.2365	0.7591	23.575	0.0001
예방적 건강행위이행	4.0644	0.4985	2.9127	0.5536	31.493	0.0001

가. 지식수준에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위 분석

지식수준에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위를 분석하기 위하여 암의 호발연령, 예방여부, 예방방법, 암검진 실시 빈도 및 시기에 대한 6문항을 측정하였다.

지식에 대한 총 평균점수는 이행자가 평균 0.8773 표준편차 0.1568, 비이행자는 평균 0.6370 표준편차 0.2106으로 이행자가 비이행자 보다 지식수준이 더 높게 나타났다. (t=18.746, p=0.0001)

이 결과는 Ogionwo[63](1973)가 예방적 행위를 하는 것은 예방법에 대한 지식에 달려 있고, 대부분의 질병은 예방될 수 있다고 믿는 사람들이 건강행위를 더 잘 행한다는 보고와 일치하였다. 또한 Kegeles(1980)[64] 등은 지식이 기초가 되면 건강행위를 적절하게 취하게 된다는 보고도 본 결과를 뒷받침해 주었다.

나. 민감성에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위 분석

민감성에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위를 분석하기 위하여 자신이 암에 걸릴 가능성, 다른 질병보다 암에 걸릴 가능성, 다른 사람에 비해 암에 걸릴 가능성 등의 항목으로 측정하였다.

민감성에 대한 총 평균점수는 이행자에서 평균 3.9417 표준편차 1.0053, 비이행자에서 평균 2.1209 표준편차 0.7145로 이행자가 비이행자보다 민감성치가 훨씬 더 높게 나타났다. (t=29.674, p=0.0001)

Kegeles(1961)[65]는 치과방문에 대한 연구를 한 결과 스스로 민감하다고 인지한 사람 중에서는 58%가 계속적으로 치과방문을 한 반면, 스스로 민감하지 않다고 인지한 사람 중에서는 42%만이 방문한 것으로 나타났다.

또한 임숙희(1984)[66]의 연구에서 간염에 대한 예방적인 건강행위 이행자가 비이행자보다 간염에 대해 지각된 민감성이 더 높다는 결과와도 일치되었다.

다. 심각성에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위 분석

심각성에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위를 분석하기 위하여 암으로 인한 신체적 영향, 가정생활의 영향, 사회생활의 영향, 치유가능성 등의 항목으로 측정하였다.

심각성에 대한 총 평균점수를 보면 이행자가 평균 4.3463 표준편차 0.4516, 비이행자가 평균 3.3110표준편차 0.8295로 이행자가 비이행자보다 심각성치가 더 높게 나타났다. (t=22.650, p=0.0001)

이 결과는 이원희(1985)[67], 이 종경(1982)[68]의 연구에서 자궁암 검진행위 이행자가 비이행자보다 심각성치가 더 높다는 결과와도 일치되었다.

라. 유익성에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위 분석

유익성에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위를 분석 하기 위하여 암검진이 암을 조기발견하는데 도움 주는 정도, 두려움 해소에의 효과, 암

검진 이행이 가정경제에 미치는 영향 등의 항목으로 측정하였다.

유익성에 대한 총 평균점수는 이행자에서 평균 4.4163 표준편차 0.4799, 비이행자에서 평균 3.3234 표준편차 0.7776으로 이행자가 비이행자보다 유익성치가 훨씬 더 높게 나타났다. (t=24.634, p=0.0001)

암의 조기발견과 세포학적 검진에 대한 Kegeles(1965)[69]의 연구에서 조기발견의 이득을 믿는 사람의 48.2%가 암검진을 받았고, 반면에 믿지 않는 사람은 27.5%만이 검사를 받았다고 설명해 준바가 있다. 또한 장경자(1982)[70]의 연구에서 위암에 대한 예방적 건강행위 이행자는 비이행자 보다 유익성이 더 높다는 결과와 일치된 결과를 보여주었다.

마. 건강관심도에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위 분석

건강관심도에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위를 분석하기 위하여 건강의 가치, 가족의 건강에 대한 관심, 영양제나 보약에 대한 관심, 건강에 관한 프로그램 청취정도, 건강의 중요성에 대한 인식정도, 건강교육 요구도 등의 항목으로 측정하였다.

건강관심도에 대한 총 평균점수를 보면 이행자가 평균 4.2244 표준편차 0.4160, 비이행자가 평균 3.2365, 표준편차 0.7591로서 이행자가 비이행자 보다 건강관심도가 훨씬 더 높은 것으로 나타났다. (t=23.575, p=0.0001)

이 결과는 조영임(1982)[71], 임숙희(1984)[72]의 연구에서 간염예방을 위해 예방접종을 이행한자는 비접종자 보다 건강관심도가 높다는 결과와도 일치된다.

또한 Becker(1977)[73] 등은 자녀에 대한 어머니의 건강관심이 비만아의 체중감소에 긍정적인 영향을 미쳤다고 보고하였다.

바. 장애성에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위 분석

장애성에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위를 분석하기 위하여 암검진 비용에 관한 태도, 암검진 절차의 복잡성, 암검진에 소요되는 시간이나 교통에 소요되는 시간 등 암검진 이행에 불리한 영향을 주는 내용의 항목들로 측정하였다.

장애성에 대한 총 평균점수는 이행자에서 평균 2.4100 표준편차 0.8382, 비이행자에서 3.7843 표준편차 0.6744로 이행자가 비이행자보다 장애성치가 더 낮게 나타났다. (t=25.766, p=0.0001)

이처럼 장애성은 암검진 이행에 수반되는 재정적, 심리적 부담 등 예방적 건강행위 이행의 부정적인 면을 말하는 것이므로, 이행에 따르는 장애가 적다고 판단하는 사람일수록 이행을 더욱 잘한다는 점을 본 연구결과에서도 알 수 있었다.

따라서 "암검진 이행자는 비이행자보다 암에 대한 건강신념이 더 높을 것이다"라는 본 연구의 제1가설이 채택되었다.

2. 예방적 건강행위 이행에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위 분석

예방적 건강행위 이행에 따른 암검진 이행 및 비이행 행위를 분석하기 위하여 다음과 같은 내용의 항목으로 측정하였다. 첫째, 암을 조기발견하거나 예방하기 위한 목적으로 취하는 행위의 실천정도, 둘째, 일상생활에서 건강을 보호증진하고자 취하는 건강보호행위의 양상, 세째 개인위생 습관 이행정도, 네째, 암을 예방하기 위해 가정에서의 식습관, 휴식, 활동, 체중조절, 혈압관리, 금연, 금주, 운동, 환경위생 관리, 심리적·정신적 안녕유지, 음식물 주의 등의 사항을 실천한 정도에 대한 스스로의 평가 등으로 분석하였다.

예방적 건강행위 이행에 대한 총 평균점수를 보면, 이행자가 평균 4.0644, 표준편차 0.4985, 비이행자가 평균 2.9127 표준편차 0.5536으로 이행자가 비이행자 보다 훨씬 더 높은 점수를 나타냈다. (t=31.493, p=0.0001)

따라서 "암검진 이행자는 비이행자보다 예방적 건강행위 이행도가 더 높을 것이다"라는 본 연구의 제2가설이 채택되었다.

Hyman과 Woog(1982)[74]에 의하면 건강한 삶을 영위하고자 하는 것이 인간의 기본권리로 대두됨에 따라 건강에 대한 인간의 요구도 점차 증가하게 되었으며, 이러한 최적의 건강상태를 유지 또는 증진시키기 위해서는 대상자 스스로가 예방적 건강행위를 함으로써 가능하다고 하

였다. 그러므로 암의 예방은 사람들로 하여금 건강교육을 통하여 긍정적인 건강행위를 택하도록 도와줘야 한다고 사료된다.

3. 예방적 건강행위 이행과 주요변수들간의 상관관계.

예방적 건강행위 이행이라는 종속변수와 독립변수들간의 관계 규명을 위해 Pearson's Correlation Coefficient를 산출하였으며 그 결과는 <표 9>와 같다.

표9. 예방적 건강행위 이행과 건강신념변수들간의 상관관계.

변수 (variable)	Correlation Coefficient
지 식	0.52630***
민 감 성	0.65417***
심 각 성	0.67487***
유 익 성	0.66774***
건강관심도	0.72886***
장 애 성	−0.63315***

***p<0.001

가. 예방적 건강행위 이행과 암에 대한 지식수준간의 관계

"암에 대한 지식수준이 높은 사람일수록 예방적 건강행위 이행도가 높았다". (r=0.5263, p<0.001)

이 결과는 백 정희(1975)[75]의 연구에서 유암예방에 관한 실천행위를 하는데는 유암에 대한 건강지식과 관련이 있다는 결과와도 일치하였고, 유암에 대한 지식정도가 높을 수록 유방 자가검진을 잘 이행한다고 보고한 김 정순(1985)[76]의 보고와도 일치하였다.

이처럼 암에 대한 예방적 건강행위 이행은 암에 대한 지식수준과 관계가 있음을 볼 때, 예방적 건강행위 이행을 높이기 위해 조직적이고 실천가능한 건강교육이 매우 필요한 것으로 사료된다.

나. 예방적 건강행위 이행과 암에 대한 민감성간의 관계

"암에 대한 민감성이 높은 사람일수록 예방적 건강행위 이행도가 높았다."(r=0.6541, p<0.001)

Hochbaum(1958)[77]은 결핵검진을 위해 X-ray를 찍기로 결정하는 데 영향을 주는 요인을 알아보기 위하여 1,200명의 성인을 대상으로 조사한 결과 민감성을 보인 사람의 64%가 자발적으로 X-ray를 찍었다고 보고 하였다. 한편, 자궁암 세포검사를 이행한 사람이 비이행한 사람보다 민감성이 더 높다고 보고한 이 종경(1982)[78]의 연구도 본 연구 결과를 뒷받침해 주었다.

다. 예방적 건강행위 이행과 암에 대한 심각성간의 관계

"암에 대한 심각성이 높은 사람일수록 예방적 건강행위 이행도가 높았다"(r=0.67487, p<0.001).

심각성과 예방적 건강행위 이행과의 관계는 Borsky와 Sagen(1959)[79]의 연구에서 볼 수 있다. 이 연구에 의하면 건강검진을 받는 사람들은 자신에게 건강검진이 꼭 필요하며, 질병은 자신의 사회적, 경제적, 가정적 문제에 심각한 영향을 준다고 믿는 경향이 높았다고 보고하였다.

한편 예방적 건강행위를 촉진하는 요소로써 심각성은 자신이 이 질병으로 인해 받게 되는 영향을 나타내는 것으로 Becker(1974)[80]가 질병이 위협적이고 심각성이 높을 때 이행율이 높다는 선행연구와도 일치된 결과였다.

라. 예방적 건강행위 이행과 암에 대한 유익성간의 관계

"암에 대한 유익성이 높을수록 예방적 건강행위 이행도가 높았다."(r=0.66774, p<0.001)

Haefner와 Kirscht(1979)[81]는 심장병에 대한 정규적인 검진, 식이조절, 적절한 운동 및 금연에 대한 필림을 보여 주며 health belief에 변화가 생기고 유익성에 대한 지각이 높아져서 예방적 행위를 증가시킬 수 있다고 보고한 바있다.

김 광주(1980)[82] 등의 연구에서도 건강행위에 유익이 있을 때 이행율이 높았다고 한 결과도 본 연구결과를 뒷받침해 주었다.

마. 예방적 건강행위 이행과 건강관심도간의 관계

"건강관심도가 높은 사람일수록 예방적 건강행위 이행도가 높았다."(r=0.72886, p<0.001)

이 결과는 건강에 대한 관심도와 건강관리 실천도가 양의 상관관계를 나타낸다는 기 경숙(1983)[83]의 연구와도 일치하였고, 김 정순(1985)[84]의 연구에서 건강관심도가 높은 대상자가 유방자가 검진을 잘 이행한다는 결과와도 일치하였다.

또한 천식환자 어린이를 대상으로 한 Becker(1978)[85] 등의 연구에서도 환자에 대한 건강관심이 더 클수록 어머니의 치료지시 이행율은 높았다고 보고하였다.

이러한 결과로 볼 때 예방적 건강행위 이행도를 높이려면 건강에 대한 가치관이나 인식, 태도 등을 변화시켜 올바른 건강행위 실천을 이행하도록 해주는 것이 바람직하다고 생각한다.

바. 예방적 건강행위 이행과 암에 대한 장애성간의 관계

"암에 대한 장애성이 낮은 사람일수록 예방적 건강행위 이행도가 높았다."(r=0.63315, p<0.001)

장애성과 이행과의 관계는 Kegeles(1961)[86]의 치과방문 횟수에 대한 연구에서 개인이 행위를 하는 데 있어서 인지된 장애가 높을수록 예방을 위해 치과를 방문하는 횟수가 저하된 것으로 보고 하였다. 즉 치료적 행위 이행시에 필요한 비용, 의사에 대한 불만, 치료에 대한 불만, 두려움 등이 높을수록 치과방문 횟수가 감소된다는 내용과 일치하였으며 이 미라(1985)[87], 조 영임(1982)[88]의 연구에서도 장애성은 이행율 저하시키는 요인으로 나타났다.

D. 예방적 건강행위 이행에 영향을 미치는 주요 변수의 규명

예방적 건강행위 이행과 유의한 상관관계를 가진 건강신념 변수 가운데 예방적 건강행위 이행의 주요 설명변수가 어느 변수인가를 규명하고, 어느정도 설명하여 줄 수 있는 지를 알아보기 위하여 단계적 중회귀 분석(Stepwise Multiple Regression)을 시도하였다.

6개의 독립변수를 대상으로 단계적 중회귀 분석(Stepwise Multiple Regression)에 의하여 각 독립변수가 종속변수에 대하여 설명하는 크기 및 그 의의도를 감안하여 영향력이 큰 변수들을 총 Model의 적합도가 5%의 유의수준에 이를 때까지 추가하여 측정분석한 결과는 <표 10>과 같다.

<표 10> 예방적 건강행위 이행과 각 독립변수들간의 중회귀 분석.

주 요 변 수	회귀계수(B)	다변수 상관계수(R)	R^2	F
건강관심도 (X_1)	0.348822	0.7288	0.5312	97.75
민 감 성 (X_2)	0.158647	0.7967	0.6347	84.09
장 애 성 (X_3)	−0.137152	0.8095	0.6553	41.73
유 익 성 (X_4)	0.094302	0.8138	0.6622	8.67
심 각 성 (X_5)	0.077402	0.8151	0.6644	5.52

제1단계로 예방적 건강행위 이행과 가장 큰 상관성을 갖고 있는 변수인 건강관심도의 평점(X_1)으로 다음과 같은 회귀직선의 방정식을 얻었다.

$Y=0.7169X_1+5.9967$, 다변수 상관계수(R)은 0.7288이며 건강관심도만으로 예방적 건강행위 이행을 53.12%를 설명할 수 있어 건강관심도는 가장 큰 요인으로 작용하고 있음을 알 수 있었다.

제2단계에서 건강관심도 다음으로 예방적 건강행위 이행을 설명하여 주는 변수인 민감성(X_2)을 첨가하였더니 예방적 건강행위 이행을 63.47% 설명할 수 있었다. 중회귀 방정식은 $Y=0.5239X_1+0.2348X_2+0.8157$로서 다변수 상관계수(R)는 0.7967이었으며 건강관심도 다음으로 영향을 미치는 변수였다.

제3단계에서는 장애성(X_3)을 첨가하였더니

예방적 건강행위 이행을 65.53% 설명할 수 있었다. 중회귀 방정식 $Y=-0.1494X_1+0.4664X_2+0.1771X_3+1.6691$, 다변수 상관계수(R)는 0.8095로서 건강관심도, 민감성 다음으로 영향을 미치는 변수였다.

제4단계에서는 유익성(X_4)을 첨가하였더니 예방적 건강행위 이행을 66.22%설명할 수 있었다. 중회귀 직선의 방정식, $Y=0.3869X_1+0.1616X_2-0.1398X_3+0.1222X_4+1.5106$이고, 다변수 상관계수(R)는 0.8138로서 건강관심도, 민감성, 장애성 다음으로 영향을 미치는 변수였다.

제5단계에서는 심각성(X_5)을 첨가하였더니 예방적 건강행위 이행을 66.44% 설명할 수 있었다. 중회귀 직선의 방정식, $Y=0.3488X_1+0.1586X_2-0.1371X_3+0.0943X_4+0.0774X_5+1.4653$이고, 다변수 상관계수(R)는 0.8151로서 건강관심도, 민감성, 장애성, 유익성 다음으로 영향을 미치는 변수였다.

이들 5개의 독립변수들은 종속변수인 예방적 건강행위 이행을 66.44% 설명해 주었다. 그러나 실제로는 Correlation Matrix에서 본 바와 같이 심각성과 건강관심도, 유익성과 건강관심도의 상관계수가 각각 0.7827, 0.7544로 서로 높은 상관을 나타냈기 때문에 이 두변수가 종속변수를 설명한다기 보다는 오히려 중복되므로 건강관심도가 더 높은 설명적 가치가 있음을 알 수 있다.

그러므로 본 연구결과 예방적 건강행위 이행에 관련되는 유용한 설명적 가치와 예견적 가치를 가진 것으로 판명된 것은 건강관심도, 민감성, 장애성인 것으로 밝혀졌다.

이상의 결과를 통해 이 변수들 이외에도 예방적 건강행위 이행에 영향을 미치는 다른 요인이 33.56% 작용하고 있으므로 앞으로도 이에 영향을 미치는 요인에 대한 추후연구가 계속되어야 하겠다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 우리나라 일부 중년층 남녀의 암에 대한 예방적 건강행위 이행과 건강신념 변수와의 관계를 규명하여 예방적 건강행위 이행을 증진시킬 수 있는 방안을 모색하기 의한 목적으로 1987년 8월 26일부터 9월 11일까지 중년층 남녀 828명을 대상으로 설문 조사를 실시한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

A. 예방적 건강행위 이행에 대한 건강신념 모형 검정(가설검정)

종속변수인 예방적 건강행위 이행과 건강신념 변수와의 관계를 규명하기 위해 가설을 검정한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 암검진 이행자가 비이행자 보다 암에 대한 건강신념이 더 높았다. ($p<0.001$)
2. 암검진 이행자가 비이행자 보다 암에 대한 예방적 건강행위 이행도가 더 높았다. ($p<0.001$)
3. 암에 대한 건강신념이 높은 사람일수록 예방적 건강행위 이행도가 높았다. ($p<0.001$)
4. 대상자의 일반적 특성(교육수준, 직업, 월수입, 동거가족수, 자녀수)에 따라 암에 대한 예방적 건강행위 이행도에 차이가 있었다. ($p<0.001$)

B. 예방적 건강행위 이행에 영향을 미치는 주요변수의 규명

예방적 건강행위 이행과 주요변수들간에 단계적 중회귀 분석(Stepwise Multiple Regression)을 시도한 결과 건강관심도 만으로는 이행을 53.12% 설명할 수 있었고, 민감성을 첨가하면 63.47%, 장애성을 첨가하면 65.53%, 유익성을 첨가하면 66.22%, 마지막으로 심각성을 더 추가한 기여도는 모두 66.44%에 불과하였다. 이상의 결과를 통해 이 변수들 이외에도 예방적 건강행위 이행에 영향을 미치는 다른 요인이 33.56% 작용하고 있으므로 앞으로도 이에 영향을 미치는 요인에 대한 추후연구가 계속되어야 하겠다.

본 연구를 통하여 얻은 결과로 미루어 보았을 때, 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 중년층 남녀의 예방적 건강행위 이행에 영향을 미치는 다른 요인을 탐구하는 추후연구가 계속되어야 한다.

둘째, 암에 대한 예방적 건강행위 이행에 필요한 지식을 전달할 수 있는 효율적인 성인 보건교육 Program이 개발되어야 한다.

세째, 암예방을 위한 캠페인이나 홍보활동을 꾸준히 전개시키는 등 암에 관한 국가적인 관리대책 수립이 절실하다.

참 고 문 헌

1) United Nations, ESCAP(1975), Population of the Republic of Korea ; Country Monograph Series, No. 2 Bang-kok ; U. N.
2) 경제기획원 조사통계국(1985) "사망원인 통계연보(인구동태신고에 의한 집계), 경제기획원 p. 184.
3) 국립의료원(1987), 국립의료원 신고환자 상황 조선일보 '87년 10월 27일자.
4) 유 동준(1975), "암 예방의 최근 동향" 「최신의학」 제18권 제4호 pp. 429-432.
5) 이 채언(1987), "우리나라 대도시지역 암 사망자에 대한 분석 -서울, 부산, 인천을 중심으로- 「예방의학회지」 제20권 제1호 p. 85.
6) Becker, M. H(1974), "The Health Belief Model and Sick role behavior" Health Education Monographys Vol. 2 No. 4.
7) Hyman, R. H., Woog, D. (1982) "Stressful life events and illness onset," Research in nursing and health, No. 5 pp. 155-163.
8) 박 계숙(1983), "대학생의 건강관리에 관한 실태조사" -의료체계 이용행태를 중심으로- 연세대학교 석사학위 논문 p. 1.
9) Rosenstock, I. M. (1974), "Historical origins of the health belief model," health education monographs, Vol. 2. No. 4 pp. 328-335.
10) Balanche, Mikbail(1981), "The Health Belief Model ; a review and critical evaluation of the model, research, and practice" Advances in nursing science, october, pp. 65-82.
11) Becker, M. H. (1974), "The health belief model and sick role behavior, the health belief model and personal health behavior, charles B. Slack, New Jersey. p. 82.
12) Rosenstock. I. M. (1974)
13) Kasl, S. V., and Cobb. S(1961), "Health Behavior, illness behavior and sick role behavior, I and II, Archives of environmental health, 12 : pp246-266, 531-541.
14) Becker, M. H(1974).
15) Maiman, L. A., Becker, M. H., (1974) : The health belief model, origins and correlates in psychological theraphy, Health education monographys, Vol. 2. No. 4 p. 348.
16) Hein, E. V., Dana, L. F., Living, Scot, Floresman to Glen view. 1965.
17) Suchman, E. A., (1970), Health attitudes and behavior, Archives of Environmental health, Vol. 20 No. 1 p. 105.
18) Suchman, E. A. (1970), p. 106.
19) Becker, M. H., et al(1977), "selected psychosocial models and correlates of individual health-related behavior," Medical care, Vol. 15, No. 5 p. 31.
20) Becker, M. H(1974).
21) Becker, M. H. (1974).
22) Rosenstock, I. M. (1974).
23) Hochbaum, G. M. (1958), "Public participation in medical screening programs ; a sociopsychological study," Public Health Service.
24) Borsky, P. M., Sagen, O. K. (1959), "Motivations toward health examination," American Journal of Public Health 49(4) pp. 514-527.
25) Kegeles, S. S. (1961), "Why people seek dental care ; American Journal of Public health 51(9), pp. 1306-1311.
26) Kegeles, S. S. et al(1965) "Survey of beliefs about cancer detection and taking papanicolau tests" Public Health Reports, Vol. 80, No. 9. pp. 815-823.
27) Schonfield, J. et al(1963) "Medical attitudes and practices of parents toward a mass tuberculin testing program," American Journal of Public Health, 53(5) pp. 772-781.
28) Haefner, D. P., Kirscht, J. P. (1970), "Motivational and behavioral effects of modifying health beliefs," Public Health Reports, 85(6) pp. 478-486.
29) Gillium, R. F., Barsky, A. J. (1974), "Diagnosis and Management of Patient noncompliance," Journal of American Medical Association, 228(11) pp. 1563-1567.
30) Becker. M. J. (1974)
31) Stillman, M. J. (1977), "Womans health belief about breast cancer and breast self-examination," Nursing Research Vol. 26. pp. 121-127.
32) 박춘자(1979), "영유아 전염성 질병에 대한 어머니의 인식이 예방접종 이행에 미치는 영향에 관한 연구" 연세대학교 석사학위 논문
33) 최 영희(1980), "고혈압 환자의 치료지시 이행에 관한 연구" 「대한간호학회지」, 제10권 제2호 pp, 73-83.

34) 이 종경(1982), "결핵, 암 및 정신병에 대한 지각의 연구조사 -연세대학교 석사학위 논문
35) 이 종경(1982), "예방적 건강행위 이행의 예측인자 발견을 위한 연구"연세대학교 석사학위 논문
36) 김 은희(1983), "자궁내 장치(IUD)에 대한 인식과 이행에 관한 연구" 연세대학교 교육대학원 석사학위 논문
37) 이 원희(1985), "자궁암 검진 행위 이행자와 비이행자 간의 건강통제위 성격과 건강신념에 관한 비교연구"이화여자대학교 대학원 석사학위 논문
38) 김 은희(1984), "간염예방접종 이행의 영향요인에 관한 연구, 중앙대학교 대학원 석사학위 논문.
39) 김 정순(1985), "건강신념과 유방자가 검진 이행과의 관계에 관한 연구" 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.
40) Becker, M.H Prach, R.M., Kirscht, J.P (1974), "A new approach to explaining sick-role behavior in low-income population", American Journal of Pullic Health, Vol.64. No.3. pp.205-216.
41) 이 종경(1982).
42) 장 경자(1982), "예방적 건강행위 이행에 영향을 미치는 요인 발견을 위한 연구 -위암 조기발견을 중심으로- 경희대학교 대학원 석사학위 논문. p.34.
43) 박 춘자(1979)
44) Ogionwo, W. (1973), "Sociopsychological factor in health behavior", International Journal of Health Education Vol.16, pp1-15.
45) 이 종경(1982)
46) Becker, M.H. (1974)
47) Ogionwo, W. (1973)
48) 김 정순(1985)
49) Ogionwo, W. (1973)
50) Kirscht, J.P(1970), "Motivational and Behavioral effect of Modifying Health Beliefs", Public Health Reports, Vol.85. No.6 pp. 478-484.
51) 이 종경(1982)
52) 최 영희(1980)
53) 황 보선(1985), "일부 보건소 폐결핵 환자의 치료지시 이행과 관련요인" 경북대학교 보건대학원 석사학위논문
54) 이 미라(1985)
55) Kegeles, S.S. (1961)
56) 김 광주, 이 향련, 김 귀분(1980), "본태성 고혈압 환자의 조절이행에 관한 연구" 경희대학교 논문집 제10집.
57) 장 경자(1982), "예방적 건강행위 이행에 영향을 미치는 요인 발견을 위한 연구" 경희대학교 대학원 석사학위 논문.
58) 최 영희(1980), "고혈압 환자의 치료지시 이행에 관한 연구"대한간호학회지 제10권 제2호 pp. 73-83.
59) 박 춘자(1979)
60) Turnball, E.M. (1978), "Effect of Basic preventive health practice and mass media on the practice of breast self-examination" Nursing Research Vol.27 No.2 pp.98-102.
61) Rosenstock, I.M. (1960), "Why people use health services", Milbank what research in motivation suggests for public health" American Journal of Public Health Vol.50 No.3 p. 286.
62) Becker, M.H(1977)
63) Ogionwo, W. (1973)
64) Kegeles, S.Martisyhu Weisenberg(1980), "Childrens Health Beliefs and acceptance of the Preventive Activity", Journal of health and social behavior, Vol.21(March) pp.59-74.
65) Kegel, S.S. (1961), "Why people seet dental care : A review of present knowledge" American Journal of Public Health, Vol.51, No.9 pp.1306-1311
66) 임 숙희(1984), "예방적인 건강행위 이행에 영향을 미치는 요인연구 -간염예방접종을 중심으로- 경희대학교 대학원 석사학위논문
67) 이 원희(1985)
68) 이 종경(1982)
69) Kegeles, S.S. et al(1965)
70) 장 경자(1982)
71) 조 영임(1982), "갑상선 기능 항진증 환자의 약물요법 이행에 관한 연구" 경희대학교 대학원 석사학위논문
72) 임 숙희(1984)
73) Becker, M.H. Maiman, L.A., Kirscht, J.P(1977) : The Health Belief Model and Prediction of dietary compliance, Journal of Health Social Behavior : 18 pp.348-386.
74) Hyman, R.H., Woog, D. (1982).
75) 백 정희(1975), "유암에 대한 지식태도 및 예방실천행위에 관한 조사연구" 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.
76) 김 정순(1985).
77) Hochbaum, G.M(1958).
78) 이 종경(1982).
79) Borsky, P.M., Sagen, O.K. (1959).
80) Becker, M.H. (1974).
81) Haefner, D.P., Kirscht, J.P. (1970).
82) 김 광주, 이 향련, 김 귀분(1980), "본태성 고혈압 환자의 조절이행에 관한연구" 경희대학교

논문집 제10집 p. 729.
83) 기 경숙(1983), "중학교 남학생들의 건강관리 실천과 이에 영향을 미치는 요인 조사연구" 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
84) 김 정순(1985).
85) Becker, M. H., Radius, S. M. Rosenstock, I. M., Drachman, R. H. Schubert, K. C., Teets, K. C. (1978) ; Compliance with a medical regimen for asthma, Public Health Reports, 93 : pp. 268-277.
86) Kegeles, S. S. (1961).
87) 이 미라(1985), "임부의 건강신념과 산전간호 이행의 관계연구" 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문.
88) 조 영임(1982).

<ABSTRACT>

A STUDY ON MIDDLE AGED PEOPLE'S COMPLIANCE FOR PREVENTIVE HEALTH BEHAVIOR OF CANCER

KIM, Eun-joo, Moon, In-ok
(Dept. of Health Education
The Graduate School of
Ewha Womans University)

This study was conducted because of the investigator's concern for the high incidence and fatal nature of cancer in prime years of human life.

The purpose of this study was to investigate risk factors on compilance for preventive health behavior of cancer.

The data on which the analysis was based come from a survey of 828 married men & women, 40-59 years old.

The instrument of the study were 'Health Belief Model' by Becker. The Data was analyzed using X--test, t-test, ANOVA, Pearson's Correlation Coefficient, Stepwise Multiple Regression.

The followings were the result ;

1. The examined group had a higher scores than the non-examined group in health belief variables. ($p<0.001$)

2. The higher level of health belief variables, the higher level of compliance for proventive health behavior is. ($p<0.001$)

3. The Stepwise Multiple Regression of compliance for preventive health behavior on the variables in the health belief model ;

Approximataly 65.5% of the variance of compliance for preventive health behavior was accounted for by health concern, susceptibility and barriers in combination.

This meant that other factors seemed to influence preventive health behavior since the linear combination of variables failed to explain the remaining 34.5% of preventive health behavior of cancer.

It tended to cost doubt on the usefulness of 5 variables in this model. Therefore further study to investigate the influential factors preventive health behavior of cancer is necessary.