保健敎育 · 健康增進學會誌 第20卷 第1號(2003. 3) pp.91-109
Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, Vol.20, No.1(2003)

부산시 일개구 지역주민의 위암선별검사 수검 및 반복수검 실태 및 관련요인조사

정인숙* · 배은숙** · 천동환** · 전진호*** · 이화자* · 박남희*
*부산대학교 의과대학 간호학과 · **부산시 수영구 보건소 · ***인제대학교 의과대학 예방의학교실

〈목 차〉

Ⅰ. 서론
Ⅱ. 연구대상 및 방법
Ⅲ. 결과
Ⅳ. 고찰
참고문헌
Abstract

Ⅰ. 서 론

2000년 현재 우리나라의 암에 의한 사망률은 인구 십만 당 123.5명(남 157.1명, 여 89.6명)으로 사망 1위를 차지하고 있으며, 인구구조의 변화로 꾸준히 증가하는 추세를 보이고 있어 국민건강을 위협하는 주요 요인으로 대두되고 있다(국립암센터, 2001). 이 중 위암은 국내 암발생의 20.3%를 차지하여 가장 흔히 발병하는 암이며, 인구 십만당 24.0명(남 31.0명, 여 17.0명)이 위암으로 사망하고 있어 폐암 다음으로 주요한 암사망원인이 되고 있다(국립암센터, 2001).

아직까지는 암의 발생을 예방할 수 있는 방법이 거의 개발되어 있지 못하므로 정기적인 암조기검진을 통해 조기에 발견하는 2차 예방이 암에 대한 최선의 방책으로 고려되고 있다(보건복지부, 2002). 세계보건기구(WHO)에서는 의학적인 관점에서 암 발생 인구의 1/3은 예방 가능하고, 1/3은 조기진단만 되면 완치가 가능하며, 나머지 1/3도 적절한 치료를 한다면 완치가 가능한 것으로 보고있다(보건복지부, 2001). 위암의 경우에도 적극적인 조기 암선별검진은 5년 생존율을 향상시키고(Hisamichi et al, 1995), 사망률을 저하시키는데(Fukao 등, 1995) 효과적임이 보고되고 있다.

한편 암을 조기에 발견하기 위해서는 정기적 · 반복적 검진이 필수불가결하다. 즉 일정 간격에 따라 반복적으로 검진을 받음으로써 가능한 조기단계에서 암이 발견될 수 있고 검진과

교신저자: 정인숙
전화: 051) 240-7763 팩스: 051) 248-2669
이-메일: jeongis74@hotmail.com

검진사이에 발생하는 암(interval cancer)의 발생률을 떨어뜨리고, 암에 의한 사망률을 감소시킬 수 있게 된다(Americal Cancer Society, 1992; Ackermann et al, 1992; Burack & Gimotty, 1997; Halabi et al, 2000; Howe, 1992; Jorgensen et al, 2002; Piani & Scoenborn, 1993; Valanis et al, 2002; US Preventive Services Task Force, 1996).

이처럼 국내에서 위암발생률이 높고, 여러 연구를 통해 위암의 조기검진과 반복 검진의 유용성이 알려짐에 따라, 국가 암관리사업의 하나로 위암에 대한 조기검진을 적극 장려하며 다양한 재정적 지원을 제공하고 있다(보건복지부, 2002). 그러나 아직 위암선별검사의 수검율 또는 반복수검율의 실태 및 이에 관여하는 요인에 대한 연구는 매우 제한적으로(김영복과 이원철, 1999; 한충헌 등, 2001; 황선경 등, 2002), 사업의 효과평가 및 효과적인 사업방안을 개발하기 위해서는 이와 관련한 더 많은 연구가 필요하다. 즉 해당 지역사회의 위암을 조기에 발견하여 효과적으로 관리하기 위해서는 지역주민의 위암수검 및 반복수검 실태 및 수검률과 반복수검률에 영향을 주는 요인을 파악하고 이를 바탕으로 한 위암관리 정책이 수립할 수 있어야 한다.

이에 본 연구는 부산시 일개구에 거주하는 무증상 성인을 대상으로 위암선별검사 수검 및 반복수검 실태를 조사하고 이에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 지역주민의 위암선별검사의 수검률 및 반복수검률 향상을 위한 정책을 수립하는데 기초자료를 제공하고자 한다.

Ⅱ. 연구대상 및 방법

1. 연구설계

부산시 수영구에 거주하는 만 42-69세 주민을 대상으로 한 설문조사를 통해 위암선별검사 수검 및 반복 수검 실태와 이에 관련하는 요인을 파악하기 위한 단면조사연구이다.

2. 연구절차

본 연구는 부산시 수영구의 지역보건의료계획을 위한 기초조사의 일부로 수행된 것으로 다음과 같은 절차를 통해 수행되었다.

1) 조사도구 개발

조사도구는 구조화된 자기-기입식 설문지로, 설문내용은 건강신념모형의 기본 개념과 기존의 연구(Halabi 등, 2000)결과에서 정기적인 암선별검사 수검에 영향을 미치는 것으로 알려진 변수를 고려하였다. 건강신념모형은 질병예방과 관련한 인간의 행위를 설명하는 모형으로 수검 및 반복수검행위의 가능성을 높여주는 요인 및 이를 방해하는 장애요인의 역할을 파악하는데 도움이 되기 때문이다(김영복과 이원철, 1999). 개발된 조사도구는 타당도를 높이기 위해 간호학과 교수 2인의 자문을 구하고, 약 20명의 지역주민을 대상으로 사전 조사를 실시하여 문항의 내용을 수정보완하였다. 질문의 내용이 인간의 심리상태를 측정하는 것이 아니므로 조사도구의 내적일관성은 평가하지 않았다.

최종 설문지에 포함된 내용은 5영역 36문항으로, 인구사회학적 특성 6문항(성별, 연령, 교육수

준, 결혼상태, 직업, 가족중 암여부), 건강행위실천 실태 21문항(흡연, 음주, 규칙적인 운동, 다른 부위 암에 대한 선별검사여부, 암예방행위 실천 등), 건강상태 및 암위험인지 4문항(지각된 건강상태, 지각된 암발생 가능성, 지각된 위암발생 가능성, 타인과 비교시 자신의 암발생 가능성, 암발생에 대한 염려), 암선별검사 수검에 대한 태도 3문항(암선별검사 수검의 필요성, 건강하다고 생각되는 경우 암선별검사 반복수검의 필요성, 암선별검사의 적절한 주기), 최근 5년간 위암선별검사 수검여부 1문항 등이었다.

건강행위실천중 암예방행위 실천은 보건복지부(2002)의 국가 암관리사업지침에 제시된 암예방행위를 중심으로 구성하였으며 총 17문항이다.

건강상태 및 위암위험인지는 건강신념모형의 개인인지도 및 위암에 대한 위협감 요인에서 개발하였다. 지각된 건강상태는 4점 리커트척도('매우 건강하다' 1점, '건강하다' 2점, '건강하지 못하다' 3점, '매우 건강하지 못하다' 4점), 지각된 암발생 가능성, 지각된 위암발생 가능성, 타인과 비교시 자신의 위암발생 가능성은 5점 리커트척도('매우 낮다' 1점, '낮다' 2점, '비슷하다' 3점, '높다' 4점, '매우 높다' 5점), 위암발생에 대한 염려는 5점 리커트척도('전혀 걱정안한다' 1점, '약간 걱정한다' 2점, '보통이다' 3점, '많이 걱정한다' 4점, '매우 많이 걱정한다' 5점)로 구성하였다.

위암선별검사 수검에 대한 태도는 위암선별검사 수검의 필요성과 건강하다고 생각되는 경우 반복적 위암검진의 필요성은 5점 리커트척도('전혀 필요없다' 1점, '필요없다' 2점, '그저 그렇다' 3점, '필요하다' 4점, '매우 필요하다' 5점)로 측정하고, 위암선별검사의 주기는 적절하다고 하는 주기를 선택하도록 하였다. 최근 5년간 위암선별검사 수검여부는 1997년부터 2001년까지 신체검진 목적으로 위내시경 검사를 받은 해를 표시하도록 구성하였다. 이 때 1997년부터 2001년까지 신체검진 목적으로 위암선별검사(위내시경 검사)를 받은 경험이 없으면 비수검군(never), 적어도 1회 이상 검진을 받은 적이 있으면 수검군(ever)으로 구분하고, 검진군 중 2회 이상 반복적으로 위암선별검사를 실시한 군은 반복군(repeat), 그렇지 않은 군은 비반복군(not repeat)으로 정의하였다.

2) 자료 조사요원 선정 및 훈련

자료조사요원들은 각 동의 통장 또는 반장이었는데 이들을 활용한 이유는 첫째 조사대상자의 특성에 대한 이해가 높고, 둘째, 조사지역의 지리적 여건을 잘 인지하고 있으며, 셋째, 주민과의 관계형성이 잘 되어 있어 자료수집상의 마찰이 적을 것으로 판단하였기 때문이다.

자료 조사요원의 훈련은 책임연구자와 연구원 2인(보건소장, 보건소 직원)이 담당하였으며, 총 2회에 걸친 강의와 1회에 걸친 실습을 실시하였다. 강의를 통해 자료수집 목적, 방법, 내용에 대해 설명하고 지역주민과의 면담시 주의사항 및 면담요령 등에 대해 설명하였으며, 구조화된 설문지를 이용하여 조사요원 2인이 1조가 되어 서로 설문조사를 실시해 보는 실습을 하였다.

3) 연구대상자 선정 및 자료수집

(1) 지역보건의료계획 기초조사의 연구대상 및 자료수집

조사대상의 선정에서 각 개인을 표본단위로 하는 단순 무작위 표본추출이 이상적이지만 대상자의 명단 작성이나 개별면담이 불가능하여, 행정단위인 "통"을 표본추출단위로 하는 무작위

집락 추출방법을 활용하였다. 수영구는 총 10개 동에 274개의 통으로 구성되어 있는데 각 동마다 사회경제수준에 차이가 있어 모든 동으로부터 표본을 추출하기 위해 "통"을 표본추출단위로 선정하였다. 먼저 각 동의 통에 일련번호를 매긴 후 난수표를 이용하여 무작위로 각 동 당 1개 통을 선정한 후 선택된 통에 거주하는 지역주민 중 만 20세 이상의 주민 전수를 조사하는 것으로 하였다. 예상 표본수는 약 2400명(남 1100명, 여 1300명)이었으며, 2002년 4월 23일부터 5월 15일까지 자료 조사요원이 가정을 직접 방문하여 자료를 수집한 결과 1786명으로부터 자료수집이 가능하여 74.4%의 응답률을 보였다.

(2) 본 연구(표본조사)의 연구대상 및 자료 수집

본 연구는 이러한 과정을 거쳐 수집된 자료 중 ① 주요 변수(성과 연령, 위암선별검사연도)에 대한 자료를 얻을 수 있는 대상자(935명)중에서 ② 만 42세에서 69세 남녀 주민으로(606명) ③ 위암을 포함하여 다른 부위의 암으로 진단받은 적이 없으며(575명) ④ 위암선별검사의 동기가 무증상의 신체검진목적인 자(403명)를 분석대상으로 하였다.

3. 자료분석

수집된 자료는 코딩 후 엑셀(Microsoft Excel ®)에 입력하였으며, Windows SAS(version 8.0)를 이용하여 분석하였다. 구체적인 분석과정은 다음과 같았다.

(1) 조사대상자의 인구사회학적 특성, 건강상태 및 암위험인지도, 암검진에 대한 태도, 건강행위, 암예방실천행위에 대해서는 기술통계를 수행하여 빈도와 유효백분율, 평균과 표준편차를 구하였다.

(2) 위암선별검사 수검 및 반복수검과 관련된 인자를 알아보기 위해 X^2 검정을 실시하였으며, 교차비(OR)와 이의 95% 신뢰구간을 구하였다. 단 기대치가 5이하인 셀이 있는 경우에는 Fisher의 정확성 검정과 OR의 정확성 신뢰구간을 구하였다.

(3) 각 인자별 교란작용을 보정하기 위해 단변량 분석에서 유의수준 0.1에서 유의하였던 변수로 단계 다중로지스틱회귀분석(stepwise multiple logistic analysis)를 실시하였다.

Ⅲ. 결 과

1. 조사대상자의 인구사회학적 특성

총 조사대상자 403명중 여자가 56.3%로 남자에 비해 다소 많았고, 평균연령은 54세(범위 42-69세)이며 각 연령대별로 비슷한 분포를 보였다. 교육수준은 고등학교 졸업이하가 74.6%이었고, 직업은 있는 경우가 65.1%이었다. 결혼상태는 기혼이 98.7%로 대부분을 차지하였으며, 이 중 배우자가 있는 경우가 88.1%이었다.

2. 위암선별검사 수검 및 반복수검 실태

전체 분석대상자 403명중 조사시점까지 위내시경 검사를 1번이상 받은 경우(검진군)는 96명(23.8%)이었으며, 이 중 2회 이상 반복검진을 받은 대상자(반복군)는 16명(4.0%), 전체 조사대상자의 평균 검진횟수는 0.3회, 검진군의 평균 검진횟수는 1.3회, 반복군의 평균 검진횟수는 2.6회이었다(표 1).

<표 1> 위암선별검사 수검 및 반복 수검실태

(단위: 명, %)

	수검군			비수검군	계
	반복군	비반복군	소계		
빈도(%)	16(4.0)	80(19.8)	96(23.8)	307(76.2)	403
평균 검진횟수(회)	2.6	1.0	1.3	0.0	0.3

3. 위암선별검사 수검 관련요인

성별로는 남성이 20.5%, 여성이 27.8%, 연령별로는 40대가 27.3%. 50대가 24.5%, 60대가 19.0%, 교육수준별로는 고졸이하가 21.4%, 고졸이상이 31.7%이었으며 각 특성에서 수검률에는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다(표 2). 인구학적 특성중 수검율과 관련이 있는 변수는 배우자여부로 배우자가 없는 경우에 비해 있는 경우 3.57배 수검율이 높았다(표 2).

건강행위 중 위암선별검사와 유의한 관련이 있는 변수로는 규칙적인 운동 여부(p=0.006)와 다른 암선별검사 수검 여부(p< .0001)가 있었다. 규칙적인 운동을 하는 군은 그렇지 않은 군에 비해 위암선별검사수검율이 2.26배(95% CI=

<표 2> 인구사회학적 특성과 위암선별검사 수검여부

(단위: 명, %)

인구사회학적 특성	계* (N=403)	수검군 (N=96)	비수검군 (N=307)	OR(95% CI)	p
성					
남	176(43.7)	36(20.5)	140(79.5)		
여	217(56.3)	59(27.8)	158(72.8)	1.46(0.90-2.33)	0.121
연령(세)					
40-49	139(34.6)	38(27.3)	101(72.7)		
50-59	143(35.6)	35(24.5)	108(75.5)	0.86(0.51-1.47)	0.583
60-69	121(29.8)	23(19.0)	98(81.0)	0.62(0.35-1.12)	0.114
교육수준					
고졸이하	299(74.6)	64(21.4)	235(78.6)		
대졸이상	82(25.4)	26(31.7)	56(68.3)	1.70(0.99-2.92)	0.052
직업					
고용직	220(65.1)	55(25.0)	165(75.0)		
무직 또는 비고용직	118(34.9)	30(25.4)	88(74.6)	1.02(0.61-1.71)	0.932
배우자					
없다	45(11.9)	4(8.9)	41(91.1)		
있다	332(88.1)	85(25.6)	247(74.4)	**3.57(1.22-10.00)**	**0.013**
가족구성원중 암여부					
있다	44(13.5)	13(29.5)	31(70.5)		
없다	282(86.5)	60(21.3)	222(78.7)	0.65(0.32-1.31)	0.221

* : The discrepancies of figures represent missing values.

1.25-4.08)이었으며, 위암 외의 다른 암(대장암, 자궁암, 유방암)에 대한 선별검사를 받는 군은 받지 않는 군에 비해 위암선별검사 수검율 5.21배(95% CI=3.13-8.70) 더 높았다(표 3).

건강상태 및 암위험인지 중 스스로 인지하는 건강상태(p< .0001)와 타인에 비교한 자신의 암 발생가능성(p=0.020)은 위암선별검사와 매우 유의한 관련성을 보였다. 스스로를 건강하다고 인식하는 경우에 비해 건강하지 않다고 인식하는 경우 위암선별검사 수검율이 3.01배(95% CI=1.79-5.08)이었으며, 타인에 비해 자신의 암 발생 가능성이 보통 또는 높다고 생각하는데 비해 낮다고 하는 경우 위암선별검사 수검율이 1.92배(95% CI=1.10-3.33)이었다(표 4).

위암선별검사 수검에 대한 필요성 지각, 규칙적인 암선별검사 수검의 필요성 지각, 적절한 위암선별검사 주기에 대한 태도 등은 위암선별검사 수검과 관련이 없었다. 적절한 위암선별검사 주기에 대해서는 2년 이하라고 응답한 경우가 73.3%를 차지하였고 이들에서 위암선별검사 수검율이 더 높았지만 통계적으로 유의한 차이는 아니었다(표 5).

위암선별검사를 받지 않게 하는 요인 중 '자신이 스스로 건강하다'고 생각해서'(p=0.001)가 매우 관련이 있는 변수로 나타났는데, '스스로 건강하다고 생각'하는 경우에 비해 그렇지 않다고 생각하는 경우 위암선별검사 수검율이 4.00배(95% CI=1.79-9.09)이었다. 통계적 유의성은 없었지만 검사결과에 대한 불안도 어느 정도 검진 수검여부에 영향을 미치는 것으로 나타났다(표 6).

위암선별검사를 실행하게 하는 요인으로 가정하였던 '스스로 건강하지 않아서', '가족이나 의료인의 권유로', '주위의 암 발생을 보고', '대중매체의 암관련 보도로', '비용 할인 혜택 및 저비용으로' 등은 위암선별검사 수검과 관련성이 없었다(표 7).

<표 3> 건강행위와 위암선별검사 수검여부

(단위: 명, %)

건강행위	계* (N=403)	수검군 (N=96)	비수검군 (N=307)	OR(95% CI)	p
현재 흡연					
한다	76(22.0)	14(18.4)	62(81.6)		
안한다	269(88.0)	69(25.7)	200(74.3)	1.53(0.81-2.90)	0.193
현재 음주					
한다	135(39.5)	38(28.1)	97(71.9)		
안한다	207(60.5)	44(21.3)	163(78.7)	0.69(0.42-1.14)	0.145
규칙적 운동					
안한다	290(83.1)	64(22.1)	226(77.9)		
한다	59(16.9)	23(39.0)	26(61.0)	**2.26(1.25-4.08)**	**0.006**
다른 암조기검진					
안한다	311(78.3)	50(16.1)	261(83.9)		
한다	86(21.7)	46(53.5)	46(46.5)	**5.21(3.13-8.70)**	**<.0001**

* : The discrepancies of figures represent missing values.

<표 4> 위험인지와 위암선별검사 수검여부

(단위: 명, %)

위험인지	계* (N=403)	수검군 (N=96)	비수검군 (N=307)	OR(95% CI)	p
지각된 건강상태					
건강한 편이다	266(74.7)	50(18.8)	216(81.2)		
건강하지 않은 편이다	90(25.3)	37(41.1)	53(58.9)	**3.01(1.79-5.08)**	**<.0001**
지각된 암발생가능성					
낮다	233(92.5)	52(22.3)	181(77.7)		
보통 또는 높다	20(7.5)	5(25.0)	15(75.0)	1.16(0.40-3.34)	0.783
지각된 위암발생가능성					
낮다	233(96.3)	53(22.7)	180(77.3)		
보통 또는 높다	19(3.7)	7(36.8)	12(63.2)	1.98(0.74-5.29)	0.165
타인과 비교한 암발생가능성					
보통 또는 높다	124(38.9)	23(18.5)	101(81.5)		
낮다	195(61.1)	59(30.7)	136(69.7)	**1.92(1.10-3.33)**	**0.020**
암발생에 대한 염려					
거의 걱정안한다	190(59.0)	48(25.3)	142(74.7)		
중간이상 걱정한다	132(41.0)	35(26.5)	97(73.5)	1.07(0.64-1.77)	0.801

* : The discrepancies of figures represent missing values.

<표 5> 암선별검사 수검에 대한 태도와 위암선별검사 수검여부

(단위: 명, %)

태도	계* (N=403)	수검군 (N=96)	비수검군 (N=307)	OR(95% CI)	p
위암선별검사 수검의 필요성					
불필요 또는 그저그러하다	31(9.2)	4(12.9)	27(87.1)		
필요하다	305(90.8)	80(26.2)	225(73.8)	2.40(0.81-7.09)	0.103
건강할 때 반복적 위암선별검사의 필요성					
불필요 또는 그저그러하다	299(83.5)	71(23.7)	223(76.3)		
필요하다	59(16.5)	17(28.8)	42(71.2)	1.30(0.70-2.42)	0.409
적절한 위암선별검사 주기					
2년 초과마다	88(26.7)	18(20.5)	70(79.5)		
2년 이하마다	241(73.3)	66(27.6)	175(72.6)	0.68(0.38-1.23)	0.202

* : The discrepancies of figures represent missing values.

<표 6> 암선별검사 수검 저해 요인과 위암선별검사 수검여부

(단위: 명, %)

저해 요인	계* (N=403)	수검군 (N=96)	비수검군 (N=307)	OR(95% CI)	p
건강하다는 생각					
예	81(20.1)	7(8.6)	74(91.4)		
아니오	322(79.9)	89(27.6)	233(72.4)	**4.00(1.79-9.09)**	**0.001**
기회가 없음					
아니오	379(94.0)	91(24.0)	288(76.0)		
예	24(6.0)	5(20.8)	19(79.2)	0.83(0.30-2.29)	0.723
시간이 없음					
아니오	392(97.3)	95(24.2)	297(75.8)		
예	11(2.7)	1(9.1)	10(90.9)	0.31(0.04-2.45)	0.471**
비용이 비쌈					
예	27(6.7)	4(14.8)	23(85.2)		
아니오	376(93.3)	92(24.5)	284(75.5)	1.86(0.63-5.53)	0.255
결과에 대한 불안감					
예	20(5.0)	8(40.0)	12(60.0)		
아니오	383(95.0)	88(23.0)	295(77.0)	0.45(0.18-1.13)	0.082

* : The discrepancies of figures represent missing values.
** : Fisher's exact test

<표 7> 암선별검사 수검 촉진 요인과 위암선별검사 수검여부

(단위: 명, %)

촉진 요인	계* (N=403)	수검군 (N=96)	비수검군 (N=307)	OR(95% CI)	p
건강하지 않다는 생각					
아니오	369(91.6)	88(23.8)	281(76.2)		
예	34(8.4)	8(23.5	26(76.5)	0.98(0.43-2.25)	0.967
가족의 권유					
아니오	386(95.8)	91(23.6)	295(76.4)		
예	17(4.2)	5(29.4)	12(70.6)	1.35(0.46-3.94)	0.580
의료인의 권유					
아니오	400(99.3)	95(23.8)	305(76.2)		
예	3(0.7)	1(33.3)	2(66.7)	1.61(0.14-17.90)	0.559**
타인의 암발생 소식					
아니오	392(97.3)	92(23.58)	300(76.5)		
예	11(2.7)	4(26.4)	7(63.6)	1.86(0.53-6.51)	0.301**
대중매체 홍보					
아니오	384(95.3)	90(23.4)	294(76.6)		
예	19(4.7)	6(31.6)	13(68.4)	1.51(0.58-4.08)	0.416
무료 또는 할인혜택					
아니오	389(96.5)	91(23.4)	298(76.6)		
예	14(3.5)	5(35.7)	9(64.3)	1.82(0.59-5.56)	0.288

* : The discrepancies of figures represent missing values.
** : Fisher's exact test

다른 변수의 효과를 보정한 다변량 분석에서 위암선별검사 수검관련요인으로 확인된 것은 교육수준(p=0.011), 규칙적 운동(p=0.006), 다른 암 조기검진(p=0.003), 지각된 건강상태(p=0.003), 타인과 비교한 암발생가능성(p=0.006), 건강하다는 생각(p=0.030)이었다(표 8). 대졸이상(OR=2.44), 규칙적 운동을 하는 경우(OR=2.94), 다른 암조기검진을 하는 경우(OR=2.61), 건강하지 못하다고 생각하는 경우(OR=3.40), 타인과 비교한 암발생가능성이 낮은 경우(OR=2.56), 건강하지 않다는 생각(OR=2.72)을 하는 경우 위암선별검사 수검율이 높았다.

4. 위암선별검사 반복수검 관련요인

위암선별검사 반복수검과 유의한 관련이 있는 인구사회학적 변수는 없었다(표 9).

<표 8> 위암선별검사 수검관련요인에 대한 다변량로지스틱 회귀분석

특성	OR(95% CI)	p
교육수준(고졸이하=0)	2.44(1.23-4.87)	0.011
다른 암조기검진(안함=0)	2.61(1.38-4.92)	0.003
건강하다는 생각((예=0)	2.72(1.01-6.77)	0.030
지각된 건강상태(건강한 편=0)	3.40(1.75-6.62)	0.003
타인과 비교한 암발생가능성(보통 또는 높다=0)	2.56(1.31-5.00)	0.006
규칙적운동(안한다=0)	2.94(1.35-6.38)	0.006

<표 9> 인구사회학적 특성과 위암선별검사 반복수검여부

(단위: 명, %)

인구사회학적 특성	계* (N=96)	반복군 (N=16)	비반복군 (N=80)	OR(95% CI)	p
성					
남	36(37.9)	7(4.0)	29(16.5)		
여	59(62.1)	9(4.1)	50(23.0)	0.75(0.25-2.22)	0.600
연령(세)					
40-49	38(39.6)	4(2.9)	34(24.5)		
50-59	35(36.5)	9(6.3)	26(18.2)	2.94(0.82-10.62)	0.127**
60-69	23(23.9)	3(2.5)	20(16.5)	1.28(0.26-6.29)	1.000**
교육수준					
고졸이하	64(71.1)	11(3.7)	53(17.7)		
대졸이상	26(28.9)	3(3.7)	23(28.0)	0.63(0.16-2.47)	0.749**
직업					
정규직	55(64.7)	7(3.2)	48(21.8)		
무직 또는 비정규직	30(35.3)	5(4.2)	25(21.2)	1.37(0.39-4.76)	0.618
배우자					
없다	4(4.5)	1(2.2)	3(6.7)		
있다	85(95.5)	13(3.9)	72(21.7)	0.54(0.05-5.56)	0.502**
가족구성원중 암여부					
있다	60(82.2)	1(2.2)	12(26.7)		
없다	13(17.8)	11(3.9)	49(17.4)	0.37(0.04-3.16)	0.680**

* : The discrepancies of figures represent missing values.
** : Fisher's exact test

건강행위중에서는 위암 외의 다른 암(대장암, 자궁암, 유방암)에 대한 선별검사 수검(p=0.027) 여부는 위암선별검사 반복수검과 관련이 있었는데, 위암 외의 다른 암에 대한 선별검사를 받는 군은 받지 않는 군에 비해 위암선별검사 반복수검율이 4.06배(95% CI=1.20-13.68) 더 높았다(표 10).

위험인지중 타인에 비해 자신의 암발생 가능성이 보통 또는 높다고 하는 데 비해 낮다고 하는 경우 위암선별검사 반복수검율이 6.25배

<표 10> 건강행위와 위암선별검사 반복수검여부

(단위: 명, %)

건강행위	계* (N=96)	반복군 (N=16)	비반복군 (N=80)	OR(95% CI)	p
현재 흡연					
한다	14(16.9)	1(1.3)	13(17.1)		
안한다	69(83.1)	12(4.5)	57(21.2)	2.74(0.33-22.96)	0.452**
현재 음주					
한다	39(47.6)	4(3.0)	35(25.9)		
안한다	43(52.4)	9(4.3)	34(16.4)	2.32(0.65-8.24)	0.220
규칙적 운동					
안한다	64(73.6)	10(3.4)	54(18.6)		
한다	23(26.4)	4(6.8)	19(32.2)	1.14(0.32-4.06)	1.000**
다른 암조기검진					
안한다	50(52.1)	4(1.3)	46(15.0)		
한다	46(47.9)	12(14.0)	34(39.5)	**4.06(1.20-13.68)**	**0.027****

* : The discrepancies of figures represent missing values.
** : Fisher's exact test

<표 11> 위험인지와 위암선별검사 반복수검여부

(단위: 명, %)

위험인지	계* (N=96)	반복군 (N=16)	비반복군 (N=80)	OR(95% CI)	p
지각된 건강상태					
건강한 편이다	50(57.5)	8(3.0)	42(15.8)		
건강하지 않은 편이다	37(42.5)	8(8.9)	29(32.2)	1.45(0.49-4.30)	0.503
지각된 암발생가능성					
낮다	52(91.2)	9(3.9)	43(18.5)	-	
보통 또는 높다	5(8.8)	0(0.0)	5(25.0)		0.582**
지각된 위암발생가능성					
낮다	53(88.3)	10(4.3)	43(18.5)		
보통 또는 높다	7(11.7)	1(5.3)	6(31.6)	0.72(0.08-6.64)	1.000**
타인과 비교한 암발생가능성					
보통 또는 높다	23(28.0)	1(0.8)	22(17.7)		
낮다	59(72.0)	13(6.7)	46(23.6)	6.25(0.76-50.00)	0.099**
암발생에 대한 염려					
거의 걱정안한다	48(57.8)	10(5.3)	38(20.0)		
중간이상 걱정한다	35(42.2)	4(3.0)	31(23.5)	0.49(0.14-1.72)	0.259

* : The discrepancies of figures represent missing values.
** : Fisher's exact test

(95% CI=0.76-50.00)이었으나 통계적으로 유의하지 않았다(표 11).

위암선별검사 반복수검과 관련이 있는 태도 변수는 없었으며, 1회 이상 위암선별검사를 받은 자 중 70.2%가 적절한 위암선별검사 수검 주기를 2년 이하라고 응답하였지만 2년 초과라고 응답한 사람에 비해 실제로 반복하는 비율은 통계적으로 유의하게 높지 않았다(표 12).

위암선별검사를 받지 않게 하는 요인(표 13)이나 위암선별검사를 실행하게 하는 요인(표 14) 중에서도 위암선별검사 반복 수검과 관련이 있는 변수는 없었다.

<표 12> 암선별검사 수검에 대한 태도와 위암선별검사 반복수검여부

(단위: 명, %)

태도	계* (N=96)	반복군 (N=16)	비반복군 (N=80)	OR(95% CI)	p
위암선별검사 수검 필요성					
불필요 또는 그저그러하다	4(4.8)	0(0.0)	4(12.9)		
필요하다	80(95.2)	15(4.9)	65(21.3)	-	1.000**
건강할 때 반복적 위암선별검사의 필요성					
불필요 또는 그저그러하다	71(80.7)	10(3.3)	61(20.4)		
필요하다	17(19.3)	4(6.8)	13(22.0)	1.88(0.51-6.92)	0.459**
적절한 위암선별검사 주기					
2년 초과마다	18(21.4)	3(3.4)	15(17.0)		
2년 이하마다	66(78.6)	13(5.4)	53(22.0)	1.23(0.31-4.88)	1.000**

* : The discrepancies of figures represent missing values.
** : Fisher's exact test

<표 13> 암선별검사 수검 저해 요인과 위암선별검사 반복수검여부

(단위: 명, %)

저해 요인	계* (N=96)	반복군 (N=16)	비반복군 (N=80)	OR(95% CI)	p
건강하다는 생각					
예	7(7.3)	1(1.2)	6(7.4)		
아니오	89(92.7)	15(4.7)	74(23.0)	1.22(0.14-11.11)	1.000**
기회가 없음					
아니오	91(94.8)	15(4.0)	76(20.1)		
예	5(5.2)	1(4.2)	4(16.7)	1.27(0.13-12.14)	1.000**
시간이 없음					
아니오	95(99.0)	16(4.1)	79(20.2)		
예	1(0.1)	0(0.0)	1(9.1)	-	1.000*8
비용이 비쌈					
예	4(4.2)	1(3.7)	3(11.1)		
아니오	92(95.8)	15(4.0)	77(20.5)	0.58(0.06-6.01)	0.524**
결과에 대한 불안감					
예	8(8.3)	1(5.0)	7(35.0)		
아니오	88(91.7)	15(3.9)	73(19.1)	1.44(0.17-12.57)	1.000**

* : The discrepancies of figures represent missing values.
** : Fisher's exact test

<표 14> 암선별검사 수검 촉진 요인과 위암선별검사 반복수검여부

(단위: 명, %)

촉진 요인	계* (N=96)	반복군 (N=16)	비반복군 (N=80)	OR(95% CI)	p
건강하지 않다는 생각					
아니오	88(91.7)	14(3.8)	74(20.1)		
예	8(8.3)	2(5.9)	6(17.6)	1.76(0.32-9.64)	0.617**
가족의 권유					
아니오	91(94.8)	15(3.9)	76(19.7)		
예	5(5.2)	1(5.9)	4(23.5)	1.27(0.13-12.14)	1.000**
의료인의 권유					
아니오	95(99.0)	16(4.0)	79(19.8)		
예	1(1.0)	0(0.0)	1(33.3)	-	1.000**
타인의 암발생 소식					
아니오	92(95.8)	15(3.8)	77(19.6)		
예	4(4.2)	1(9.1)	3(27.3)	1.71(0.17-17.58)	0.524**
대중매체 홍보					
아니오	90(93.8)	16(4.2)	74(19.3)		
예	6(6.2)	0(0.0)	6(31.6)	-	0.585**
무료 또는 할인혜택					
아니오	91(94.8)	15(3.9)	76(19.5)		
예	5(5.2)	1(7.1)	4(28.6)	1.27(0.13-12.14)	1.000**

* : The discrepancies of figures represent missing values.
** : Fisher's exact test

다른 변수의 효과를 보정한 다변량 분석에서 위암선별검사 수검관련요인으로 확인된 것은 다른 암조기검진(p=0.023)으로 다른 암에 대한 조기검진을 하는 경우(OR=6.33) 위암선별검사 반복수검율이 높았다.

Ⅳ. 고 찰

1. 연구방법에 관한 고찰

대상자 선정 및 자료수집과 관련하여 본 연구는 지역보건의료계획의 일환으로 훈련된 자료조사원을 활용하여 자료의 정확성과 응답율을 높이고, 무작위 집락 추출법을 통해 대상자를 선정함으로써 대표성을 높이고자 하였다. 그러나 조사대상이 본 연구에 국한되지 않아 응답율에 비해 최종 분석가능자의 비율이 낮았으며, 이로 인해 반복수검대상자수가 16명에 불과하여 반복수검율 및 관련요인의 결과를 이해하는데 신중을 기할 필요가 있다고 생각한다. 그러나 대상자 선정 및 탈락이 무작위로 일어났기 때문에 대표성은 유지할 수 있을 것으로 생각한다.

위암선별검사의 정기성을 확인하는 과정에서 주관적 판단에 의존하기보다는 실제 위암선별검사를 받은 연도를 표시하게 함으로써 자료의 객관성과 정확성을 높이고자 하였으며, 특히 최근 5년간의 선별검사 수검실태를 응답하도록 함으

로써 회상편견(recall bias)을 최소하고자 하였다. 그러나 이 경우에도 실제 자신이 수검한 연도를 얼마나 정확히 기억하여 응답하는 지에 대해서는 알기 어렵고, 최근 5년이라는 제한된 기간만을 고려함으로써 정기적 수검실태를 정확히 반영하는데 제한점이 있을 수 있다. 이러한 제한점을 고려하여 본 연구에서는 위암선별검사의 정기적 수검보다는 반복수검에 초점을 두었는데 최근 5년간 적어도 2회 이상반복하는 경우 정기적 수검에 가깝다고 판단하였다.

2. 연구성적에 관한 고찰

1) 위암선별검사 수검 및 반복 수검율

국내 한 도시지역의 초등학교 학부모 270명을 대상으로 한 연구(김영복과 이원철, 1999)에 의하면 위암 선별검사가 위암을 조기에 발견할 수 있는 유용한 방법이라고 응답한 경우가 90%로 위암선별검사의 중요성에 대해 잘 인식하고 있음을 보이고 있다. 그러나 이러한 높은 인식도와는 달리 일생 중에 한번이라도 위암선별검사를 받은 경우는 18.2%(이원철, 1998)에 불과한 것으로 보고되고 있으며, 본 연구에는 23.8%로 다소 증가하였지만, 국내 타 연구의 40.3%(한충헌 등, 2001), 일본의 62%(Hisamichi et al, 1995)에 비하면 상당히 낮은 수준이다. 본 연구에서는 최근 5년이내의 수검만을 고려하였으며, 이러한 기간적 제한을 없애며 수검률은 좀 더 높아질 것으로 생각된다.

위암선별검사의 반복수검율은 더욱 낮아 4.0%로 나타나고 있는데, 한충헌 등(2001)의 연구에서는 11.2%로 보고하고 있어 큰 차이를 보이고 있다. 이러한 차이의 원인으로 고려할 수 있는 것으로 첫째, 위암선별검사의 수검동기의 차이이다. 본 연구에서는 위암 또는 위질병이 의심되어 시행한 모든 위내시경 검사의 수검은 제외하고 신체검진 목적으로 수검한 경우만을 포함하였다. 한충헌 등(2001)의 연구에서도 무증상성인으로 정의하고 있으나 그 엄격성에는 다소 차이가 있을 것으로 생각된다. 둘째, 위암선별검사방법이다. 보건복지부(2002)의 국가암관리사업지침에서는 위내시경과 위장조영술 모두를 위암조기검진으로 인정하고 있으며, 위내시경 검사시의 고통 또는 불편감이 수검률을 떨어뜨릴 수 있으므로(이승주, 1998) 위장조영술을 장려하고 있다. 한충헌 등(2001)의 연구에서는 위장조영술과 위내시경검사 모두를 위암선별검사로 정의한 반면, 본 연구에서는 위내시경검사만을 선별검사로 하였다. 그 이유는 의료기관에서 위암선별검사를 하는 경우 진단의 정확성이 높은 위내시경검사를 선호하고 있어 위장조영술만을 하는 경우는 드물다고 생각하였고, 응답자의 경우 검사를 더 잘 기억하고 있을 것으로 생각하였기 때문이다. 본 연구의 자료수집과정에서 위장조영술 검진여부도 함께 질문하였는데 추가분석결과 대부분에서 두가지 검사를 동시에 시행하였고, 위장조영술을 별도로 수행한 경우는 낮은 빈도를 보였다. 따라서 선별검사방법으로 위장조영술을 포함하지 않았지만 이것이 수검률 및 반복수검률에는 크게 영향을 미치지 않을 것으로 생각된다.

2) 위암선별검사 수검 영향요인

인구학적 특성으로는 배우자 유무(p=0.013)와 교육수준(p=0.052)은 위암선별검사 수검에는 영향을 주지만 반복수검과는 관련성이 없었다. 배우자가 있는 경우 위암선별검사를 받도록 권유하거나 건강관리를 잘 해야 한다는 생각을 더

많이 할 가능성이 높고 따라서 위암선별검사 수검에 영향을 주는 것으로 생각된다. 본 연구에서는 비록 통계적 유의성은 없었으나, 가족구성원이 암검진권유를 하는 경우 위암선별검사 수검율이 조금 더 높게 나타나고 있다. 교육수준의 경우 교육수준이 높은 경우 수검율이 더 높았는데 이러한 경향은 교육수준이 높아짐에 따라 암검진의 중요성에 대해 접할 기회가 증가하며, 사회경제적 수준의 향상으로 지속적인 암선별검사 수검 가능성이 증가하기 때문으로 생각된다. 위암선별검사 수검실태를 조사한 김영복과 이원철(1999)의 연구, 유방암 및 자궁암조기검진 수검실태를 조사한 송미숙 등(1999)의 연구에 의하면 교육수준과 수검율간에는 유의한 관련성이 없는 반면, 위암선별검사의 반복수검에 관한 한충헌 등(2001)의 연구에서는 교육수준에 따라 수검율이 향상되는 것으로 나타나 더 많은 반복연구가 요구된다.

40대와 50대의 수검율이 비교적 높고 60대 이후가 되면서 크게 감소하는 양상을 보였지만 연령과 위암선별검사 수검율 및 반복수검율은 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않아 기존의 연구결과와 일치하였다(김영복과 이원철, 1999). 이번 연구에서는 최근 5년이내의 반복여부만을 조사하였기 때문에 40대 이후 전기간동안의 반복성을 본다면 연령이 낮을수록 반복수검율이 높을 것으로 예상되며, 특히 선별검사 수검의 정기성은 연령이 증가됨에 따라 더욱 감소될 것이다. 따라서 위암조기검진사업을 계획함에 있어 저연령층보다는 고연령층 특히 60대 이상의 연령층에 대해 좀 더 적극적인 암조기검진에 대한 홍보 및 권유가 필요함을 알 수 있다.

성별, 직장의 유형, 가족중 암여부 등은 위암선별검사 수검 및 반복수검과 관련성이 없었는데, 이러한 결과는 기존의 연구(김영복과 이원철, 1999; 한충헌 등, 2001)의 연구와 일치하였다. 직장건강보험대상자인 경우 1-2년마다 신체검진를 하게 되며 이 때 무료 위암검진을 받을 수 있는 기회가 있으므로 정규 직업인에서 더 높은 위암선별검사 수검을 보일 것으로 예상하였으나 직업과 위암조기검진수검과는 관련성이 없었다. 위내시경 검사를 받은 사람 중 검사를 받게 된 동기를 추가로 분석하였을 때 '개인적으로 필요하다고 생각되어'가 85명(88.5%), '직장내 정기신체 검진으로' 7명(7.3%), 기타 4명(4.2%)으로 나타나고 있어 직장에서의 신체검진이 위암선별검사수검율을 향상시키는데는 거의 기여하지 못하는 것으로 생각된다. 가족구성원의 암은 건강신념모형에 의하면 위암에 대한 위협감을 높이는 조정요인이 될 수 있다. 그러나 이러한 위암에 대한 위협이 직접적으로 위암선별검사 수검행위로 연결되지는 않는 것으로 생각되며, 김영복과 이원철(1999)의 연구에서 위암에 대한 위협감과 위암선별검사 참여는 관련이 없었다(p=0.324).

위암선별검사 수검행위는 일종의 건강행위로 다른 건강행위의 실천과의 관련성을 살펴보았을 때 규칙적인 운동여부(p=0.006) 및 타 암에 대한 선별검사 수검여부(p=<.0001)와 매우 유의한 관련성이 있었으며, 타 암에 대한 선별검사 수검은 위암선별검사의 반복수검(p=0.027)에도 유의한 관련성이 있었다. 즉 암선별검사를 수검하는 대상자는 특정 부위 암에서만 선별검사를 받기 보다 한 번에 여러 부위의 암검진을 동시에 실시함을 알 수 있으며, 가능한 동일 장소, 동일 시점에 여러 부위의 암선별검사를 동시에 수행할 수 있도록 검사기관이 준비되어야 할 것이다.

지각된 건강상태는 위암선별검사의 반복 수

검보다는 1회 수검에 영향을 주는 요인으로 나타났는데, 김영복과 이원철(1999)의 연구에서도 스스로 건강하다고 생각하는 군에 비해 그렇지 않다고 지각하는 군에서 위암선별검사 참여비율이 유의하게 증가(OR=3.47, p=0.015)하였다. 그러나 Halabi 등(2000)의 연구에서 지각된 건강상태가 유방암선별검사 수검의 정기성에는 영향을 주지 못하였으며(p=0.22), 한충헌 등(2001)의 연구에서는 오히려 건강상태가 좋다는 군에서 반복수검율이 높았다.

타인에 비한 자신의 암발생가능성은 위암선별검사의 수검율과 관련이 있었으며, 타인에 비해 자신의 암발생가능성이 낮다고 평가하는 경우 그렇지 않는 경우 위암선별검사 수검율이 1.92배이었다. 이러한 결과는 암발생가능성이 낮기 때문에 위암선별검사를 받는 것이 아니라 위암선별검사를 받으므로 특히 반복적으로 받으므로 타인에 비해 암발생가능성이 더 낮다고 응답한 것으로 이해되어야 할 것이다. 타인과 비교하지 않고 앞으로 10년이내 자신에게 암이 발생할 가능성은 위암선별검사 수검유형과 관련성이 없었는데, 이러한 결과는 자신이 위암선별검사를 받아도 어느 정도 암발생이 억제되는지에 대해 알지 못하지만 타인에 비해서는 발생가능성이 낮을 것이라고 인식하고 있음을 시사한다. Halabi 등(2000)의 연구에서도 유방암 선별검사 정기수검율은 자신의 유방암 발생가능성(p=0.05)에 비해 타인에 비한 유방암 발생가능성(p=<0.01)과 더 높은 관련성을 보였다. 암발생에 대한 염려는 건강신념모형의 위암에 대한 위협감을 반영하는데, 가족중 암여부에서 지적하였듯이 위암의 위협감 또는 암발생에 대한 걱정이 실제 위암선별검사 수검행위에까지 영향을 미치지 않음을 보여주고 있다.

암선별검사 수검의 필요성에 대한 인식은 위암선별검사의 수검 또는 반복 수검과 관련이 없었는데, 위암선별검사의 중요성과 필요성에 대해서는 잘 알고 있었고, 조사대상자의 70%이상에서 위암의 적절한 검진 간격을 2년 또는 그 이하로 응답함으로써 대부분이 위암선별검사의 주기에 대해서도 잘 알고 있었다. 그러나 건강할 때 반복적으로 위암선별검사를 받을 필요는 없다는 응답이 80% 이상이었다. 이러한 결과는 위암선별검사를 방해하는 요인중 '스스로 건강하다고 생각하기 때문에'가 위암선별검사 수검에 영향을 미치는 요인으로 확인되는 것과 관련이 있다. 즉 위암선별검사를 하지 않는 이유중 스스로가 건강하다고 생각하기 때문으로 다수의 응답자는 건강할 때 건강을 유지 증진하기 위한 한가지 전략으로 위암선별검사 수검을 고려하기보다는 뭔가 신체에 이상이 느껴질 때 암선별검사를 받은 것으로 생각함을 알 수 있다. 암선별검사는 2차 예방으로 암을 가능한 조기에 발견하여 치료함으로써 암으로 인한 사망률을 낮추는데 그 목적을 두고 있지만 이미 신체에 증상이 나타나는 경우 상당히 암이 진행된 상태일 가능성 또한 배제할 수 없다. 이것은 기존의 연구(김영복과 이원철, 1999; 한충헌 등, 2001)에서 모두 지적되고 있는 사항으로, 보건의료인은 지역주민을 대상으로 한 보건교육 및 홍보를 통해 비록 신체에 증상이 없더라도 일정기간 정기적으로 암선별검사를 받음으로써 암을 조기에 발견할 수 있음을 주지시켜야 할 것이다.

기존의 김영복과 이원철(1999)의 연구에서 위암선별검사 수검 장애요인으로 고비용(11.8%), 시간부족(11.1%) 등이 지적되었는데 본 연구에서는 유의한 영향을 주지 않는 것으로 나타났다. Halabi 등(2000)의 연구에서는 의료인의 암선별

검사 수검 권유가 정기검진율에 매우 유의하게 ($p<0.01$) 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 이외 몇 편의 연구(Johnson & Meischke, 1993; Meissner et al, 1992)에서 사회적 영향으로 의사, 가족 및 친척등의 권고가 정기적 암선별검사 수검율을 높이는 요인으로 지적하여, 본 연구결과와는 차이가 있었다. 즉 위암선별검사가 필요하다고 생각한다면 비용이 비싸더라도 선별검사를 받고자 하며, 타인의 권유, 타인에게 암이 발생하는 것, 대중매체의 광고, 저비용 등이 선별검사 수검 또는 반복 수검을 조금 더 향상시키기는 하지만 직접적으로 영향을 준다고 보기는 어렵다. 한편, Halabi 등(2000)의 연구에서 의료인이 정기적으로 암검진을 받도록 권유한다고 응답한 비율이 23%인 반면 본 연구에서는 0.7%에 불과하여 권유를 받은 군과 그렇지 않은 군간의 차이를 보기는 어려웠다. 그러나 의료인으로부터 권유를 받았다고 응답한 3명중 1명은 정기적으로 수검하고 있음을 고려할 때 의료인들이 선별검사 수검을 권유하는 분위기가 조성되어야 할 것이다.

이상을 종합해 보면 위암선별검사 수검은 배우자 유무, 교육수준, 규칙적인 운동여부, 다른 암조기검진여부, 지각된 건강상태, 타인에 비한 자신의 암발생가능성, 스스로 건강하다는 생각과 관련이 있었으며, 반복수검은 다른 암조기검진여부와 관련이 있었다. 이러한 결과를 건강신념모형에 적용해 보면 개인의 건강상태에 대한 지각만이 위암에 대한 위협감으로 작용하며, 이것은 다른 어떤 요인보다 강하게 영향을 미치므로 스스로 건강상태가 좋지 못하여 위암선별검사를 받아야 한다고 지각하는 경우 다른 장애요인에도 불구하고 위암선별검사를 수검하는 반면, 건강하다고 생각하는 경우에는 필요성을 인식함에도 불구하고 수검할 의도가 거의 없다고 볼 수 있다. 따라서 지역주민의 위암선별검사 수검율 및 반복 수검율을 향상시키기 위해서는 스스로 건강하다고 생각할 때 암선별검사 수검이 더욱 중요함을 알림으로써 위암선별검사수검에 대한 인식의 전환을 도모하는 것이 무엇보다 중요하다. 그리고 위암 및 다른 부위의 암선별검사를 동일한 장소, 시간에서 신속히 받을 수 있도록 함으로써 위암은 물론 다른 부위 암선별검사 수검율을 향상시킬 수 있을 것이다.

본 연구는 일개 지역주민의 위암선별검사 수검 및 반복적 수검실태, 그리고 이와 관련하는 요인을 파악하고자 함으로써 국가 암관리사업을 계획하는데 기초자료로 활용될 수 있을 것이다. 그러나 이번 연구의 몇 가지 제한점을 고려하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구에서는 위암선별검사관련 요인을 이해하기 위해 건강신념모형의 주요개념을 활용하였다. 최근에는 건강신념모형의 기본 개념외에 자기효능을 포함함으로써 인간행동에 대한 설명력이 더 증가되는 것으로 보고되고 있어(Rosenstock, 1990) 자기효능감과 위암선별검사 수검 및 반복수검행위와 관련성을 보는 추후 연구를 제언한다. 둘째, 이번 연구가 일개 시의 지역주민에 국한되어 있으므로 동일한 조사도구를 활용하여 더 많은 대상자로부터 자료를 수집분석하는 추후연구가 요구된다. 셋째, 단면조사연구로 수행됨에 따라 관련요인을 파악하고 해석하는데 한계가 있었다. 전향적 연구 또는 이번에 확인된 영향요인을 적용하고 효과를 평가하는 중재연구가 수행될 수 있어야 할 것이다. 넷째, 본 연구에서는 선별검사의 수검은 물론 반복수검을 정의하고 확인하였으나 이러한 반복수검이 얼마나 정기적으로 일어나는 지에 대해서는 확

인하지 못하였다. 위암은 만 40세 이상에서 2년마다 정기적으로 선별검사를 받도록 권고되고 있으며 이러한 경우 검진간격사이에 발생하는 위암을 조기에 발견하여 치료할 수 있다. 따라서 위암선별검사수검의 반복성은 물론 정기성에 대한 실태 조사 및 관련요인을 파악하는 추가 연구가 요구된다. 다섯째, 본 연구에서는 위암선별검사의 수검 및 반복 수검실태를 파악한 것으로 국가 암관리사업의 대상이 되는 다른 부위의 암에 대해서는 이와 같은 연구가 반복되기를 제언한다. 여섯째 직장에서 제공되는 암선별검사 수검기회는 잘 활용되고 있지 못한 것으로 생각되며 일부 암에 대해 선별검사를 선택항목이 아닌 필수검진 항목으로 선정하는 것 또한 고려해 볼 수 있다.

참고문헌

국립암센터. 한국인 암통계. 2001.

김영복, 이원철. 지역사회 주민의 위암 조기검진 행태 및 그 관련요인에 관한 연구. 한국역학회지 1999;21(1):20-30.

보건복지부. 국가 암관리 사업지침. 2002.

송미숙, 전기홍, 송현종. 수원시 여성들의 여성암 검진에 관한 조사연구. 보건행정학회지 1995;9(1):139-155.

이승주. 위장질환의 진단 및 관리. 한국산업간호협회지. 1998;4(1):19-21.

이원철. 한국에서의 암 집단조기검진 현황과 효과평가. 제24차 한국역학회 춘계학술학술집 1998;1-14.

한충헌 외 7명. 위암 선별검사의 수검과 관련된 인자. 가정의학회지 2001;22(4):528-538.

황선경 외 6명. 부산시 일부지역 중년남녀의 암조기검진 수검 실태조사. 보건교육건강증진학회지 2002;19(3):135-152.

Ackermann SP, Brackbill RM, Bewerse BA, Cheal NE, Sanderson LM. Cancer Screening Behaviors among US Women : Breast Cancer, 1987-1989, and Cervical Cancer, 1988-1989. MMWR 1992;41:17.

American Cancer Society. Update January. The American Cancer Society Suidelines for the Cancer Related Checkup. Cancer 1992;42:44.

Burack RC, Gimotty PA. Promoting Screening Mammography in Inner-City Settings. The Sustained Effectiveness of Computerized Reminders in a Randomized Controlled Trial. Med Care 1997;35(9):921-931.

Fukao A. et al. The evaluation of screening for gastric cancer in Miyagi prefecture, Japan : a population-based case-control study. Int J Cancer 1995;60:45-48.

Halabi S. et al. Factors Associated with Repeat Mammography Screening. J Fam Pract 2000;49(12):1104-1112.

Hisamichi S, Tsubono Y, Fukao A. Screening for gastric cancer : A critical appraisal of the Japanese experience. GI Cancer 1995;1:87-93.

Howe HL. Repeat Mammography among Women over 50 Years of age. Am J Prev Med 1992;8:182.

Johnson JD, Meischke H. Cancer-related channel selection : an extension for a sample of women, sho have had a mammogram. Doctors, Friends/Family, Organizations, and Media. Women Health 1993;20:31-44.

Jorgensen OD, Kronborg O, Fenger CA. Randomised Study of Screening for Colorectal Cancer Using Faecal Occult Blood Testing : Results after 13 Years and Seven Biennial Screening Rounds. Gut 2002;50(1):29-32.

Meissner HI, Potosky Al, Convissor R. How sources of health information related to knowledge and use of cancer screening exams. J Community Health 1992;17:153-165.

Rosenstock IM. The health belief model : explaining health behavior through expectations. In Glanz K, Lewis FM, & Rimer BK(Eds) Health behavior and behavior education. SanFrancisco : Jossey-Bass. 1990.

US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. Baltimore, MD : Williams & Wilkins. 1996.

Valanis BG, et al. Screening HMO Women Overdue for both Mammograms and Pap Tests. Prev Med 2002;34:40-50.

<ABSTRACT>

Stomach Cancer Screening and Repeat Screening Behaviors among Adults in an Urban Area

Ihn-Sook Jeong* · Eun-Sook Bae** · Dong-Hwan Chen**
Jin-Ho Chun*** · Hwa-Ja Lee* · Nam-Hee Park*

* *Department of Nursing, College of Medicine, Pusan National University*
** *Public Health Center of Suyoung Gu, Busan Metropolitan City*
*** *Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Inje University*

The importance of repeat screening for stomach cancer is well known to decrease deaths from stomach cancer. This study was aimed at assessing practice behaviors and to identify related factors in the aspects of demographic factors, health status and cancer risk recognition, attitude to cancer screening, health behaviors, and inhibiting or facilitating factors to stomach cancer screening in an urban area. Data was collected through self-administered questionnaires from 403 people aged 40 to 69 years from April 23th to May 15th, 2002. Practice behaviors were classified as :" ever" or "never", and "repeat" or "not repeat" grouped based on a recent 5 year screening history. The results were as follows:

1. Among the 403 subjects: "the ever group" was 23.8% and "the repeat group" was 4.0%. The rates of screening were 20.5% for men, 27.8% for those women, and 27.3% for aged 40-49, 24.5% for those aged 50-59, 19.0% for those aged 60-69. The rates of repeat screening were 4.0% for men, 4.1% for women, and 2.9% for those aged 40-49, 6.3% for aged 50-59, 2.5% for those aged 60-69.
2. The main factors associated with adherence to gastric cancer screening were education(post high school vs below : OR=2.44), previous cancer screening(yes vs no : OR=2.61), belief in personal health(no vs yes : OR=2.72), health status(unhealthy vs healthy : OR=3.40), possibility of cancer compared to others(low vs not low : OR=2.56), and regular exercise(yes vs no : OR=2.94). The main factor associated with adherence to gastric cancer repeat screening was other cancer screening(yes vs no : OR=6.33).

Consequently, there is a need to change the recognition of the importance and necessity of stomach cancer screening in healthy conditions through health education, and to perform multiple screening tests each visit.

Key words: Screening, Repeat screening, Stomach neoplasms