

한국인 성인의 건강불감증 구조모형 구축*

이 동 숙**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대인의 삶의 질을 위협하는 만성질환들의 대부분은 불건강한 생활습관으로부터 비롯되기 때문에 전 세계적으로 현대 보건의료의 당면한 과제는 국민들의 불건강한 생활습관을 교정하는 것이다. 따라서 건강관련 기관들은 다양한 방법으로 건강증진과 질병예방에 도움이 되는 정보와 서비스를 제공하여 건강한 생활양식을 유도하고자 노력하고 있다(Korean Ministry of Health & Welfare, 2004; WHO, 2004). 최근 우리나라도 막대한 예산을 들여 공공보건기관에 의한 전국적인 건강교육 뿐 아니라 대중매체를 통한 건강 캠페인을 활발히 벌이고 있으나 그 효과가 기대에 미치지 못하고 있다. 그 한 예로 보건복지부와 한국보건사회연구원에서 실시한 '2001 국민건강·영양조사'에서 음주율이 아직 높은 수준이고, 음주정도에 있어서도 건강에 영향을 줄 정도로 마시는 사람이 음주자의 63.4%일뿐 아니라, 대부분 운동을 하지 않는 것으로 나타났다(Korea National Statistical Office, 2002).

일반적으로 사람들은 건강 정보를 접하게 되면 건강위기지각이 높아지고 그 후 불건강 행위를 수정하는 변화

를 시도할 것이라는 통념을 가지고 있다. 그러나 건강정보제공으로 개인의 건강위기지각과 불건강 행위를 변화시킬 수 있는가를 탐색한 연구들(Allard, 1989; Becker & Joseph, 1988; Sweat et al., 1995)에 의하면, 건강정보제공에도 불구하고 건강위기를 지각하지 못하거나 무시하여 여전히 불건강 행위를 지속하는 사람들이 있다는 것이다. 이와 같이 건강정보의 접촉에도 불구하고 건강위기를 지각하지 못하거나 여전히 불건강 행위를 지속하는 복합적인 현상을 Lee와 Lee(2003)는 건강불감증이라고 정의하였다.

건강불감증이라는 용어는 국어사전에 없으나 웹 문서에서는 실제 사용례가 몇 몇 나타나고 있다. 따라서 건강불감증이라는 용어가 실제로는 우리사회에서 그 개념적 의미가 소통되고 있다고 할 수 있겠다. 한편, 학문적으로 연구된 것은 Lee와 Lee(2003)의 개념분석을 제외하고 없는 상태이며 이 연구에서 건강불감증의 속성으로 정의된 것은 '건강위기 지각 장애'와 '불건강 행위'로서 건강불감증은 개인적 요인과 사회 문화적 요인에 의해 매개된다고 하였다. 또한 건강불감증은 건강교육이나 건강캠페인의 효과를 낮추고 질병예방과 건강증진으로 나아가기 위한 불건강한 생활습관의 변화에 장애가 될 수 있다고 하였다.

그러므로 실제로 우리사회에서 그 의미가 소통되

* 이 논문은 2003년도 서울대학교 간호대학원 박사학위 논문임.

** 초당대학교 간호학과 전임강사

투고일 2003년 11월 13일 심사회의일 2003년 11월 19일 심사완료일 2004년 8월 26일

고 있는 개념일 뿐 아니라 이것이 건강교육이나 건강캠페인의 효용성에 관련된다는 점에서 건강불감증은 건강관련 실무에서 고려되어야 할 변수로 사료된다. 이러한 관점에서 건강불감증에 영향을 미치는 요인들의 인과적 모형의 구축은 건강불감증의 증재를 위한 이론적 시각을 제공하며 새로운 개념에 대한 학문적 이해를 높일 수 있다. 또한 본 연구는 선행 연구된 건강불감증 개념 분석(Lee & Lee, 2003)으로부터 나온 이론적 틀을 다시 확인하고 검증하는 작업으로서도 그 의의가 있다고 하겠다.

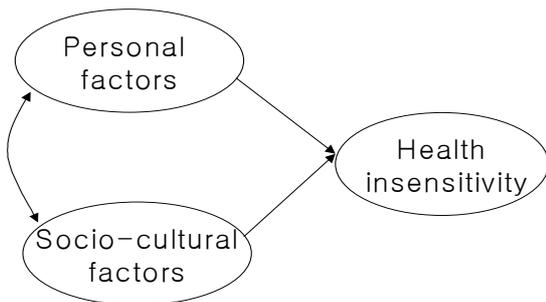
2. 연구의 목적

본 연구는 건강불감증의 개념 분석 결과(Lee & Lee, 2003)를 토대로 건강불감증의 가설적 이론 모형을 구축하고 그 모형의 적합성을 확인함으로써 한국인 성인을 대상으로 한 건강불감증 개념모형을 구축하고자 한다.

II. 연구의 개념적 기틀 및 가설적 모형

1. 연구의 개념적 기틀

본 연구는 건강정보의 접촉시 다양한 개인적 요인과 사회 문화적 요인에 의해 건강불감증이 영향을 받는다는 Lee와 Lee(2003)의 연구결과를 토대로 건강불감증에 두 요인이 영향을 미치는 경로를 설정하였으며 Hofstede(1997)가 제시한 집단의 문화가 개인의 인성 형성에 미치는 영향에 대한 주장을 근거로 두 요인간에도 상관관계 경로를 설정하여 다음과 같은 개념적 기틀을 구성하였다(Figure 1).



<Figure 1> The conceptual framework of the study

2. 가설적 이론 모형

개념적 기틀을 근거로 구성된 가설적 모형은 외생 잠재요인 2개와 내생 잠재요인 1개로 구성되었다. 외생 잠재요인은 개인적 요인과 사회 문화적 요인이고, 내생 잠재요인은 건강불감증이며 매개변수는 설정하지 않았으므로 외생 잠재요인이 내생 잠재요인에 직접효과만 갖는 것으로 가설을 설정하였다(Figure 2). 이 중 개인적 요인은 총 8개의 측정변수를 가지고 있으며 이 중 심리적 예민성(Trobst et al., 2000), 건강관련 경험(Han, 1999; Trobst et al., 2000)은 건강불감증의 인지적 차원인 건강위기지각 장애와 관련된 변수로, 외적 건강 조절위(Crisp & Barber, 1995; Tennen & Affleck, 1987)와 자기효능감 부족(Tennen & Affleck, 1987; Trobst et al., 2000)은 건강불감증의 행위적 차원인 불건강 행위에 기여하는 것으로 보고되고 있기에 포함되었다. 또한 정보회피형 대처성향은 위기지각장애와 정적인 상관관계를 보이며(Muris, Jong & Suvrijn, 1995; Zurren & Wolfs, 1991), 불건강 행위와도 정적인 상관관계를 보이고 있다(Steiner, Erickson, Hernandez & Pavelski, 2002). 건강관련지식은 위기지각장애 및 불건강 행위와의 상관관계에서 선행연구들(Sweat et al., 1995; Trobst et al., 2000)의 일치된 결론을 얻기가 어렵지만 경험적으로 지식부족이 위기지각 장애와 불건강 행위에 영향을 미칠 것으로 생각되며 연령이나 학력과 같은 인구학적 특성별로 건강에 대한 주관적인 평가와 불건강 행위 양상이 다르게 나타나므로(Ministry of Health & Welfare, 1999) 이상의 8가지 변수를 개인적 요인으로 측정하였다. 또 사회 문화적 요인은 불건강 행위 집단의 크기 지각과 불건강 행위에 관련한 사회적 고정관념 등 총 2개의 변수로 측정되었다. 한편, 내생 잠재변인인 건강불감증은 건강위기에 대한 일반적 두려움 부족, 낙관적 편견, 불건강 행위 등 총 3개의 변수로 측정하였다. 이 중 건강위기에 대한 일반적 두려움 부족과 낙관적 편견은 건강불감증의 인지적 차원인 건강위기지각 장애를 측정하는 변수이며 불건강 행위는 건강불감증의 행위적 차원을 측정하는 변수이다. 특히 건강불감증의 인지적 차원인 건강 위기지각을 건강위기에 대한 일반적 두려움 부족과 낙관적 편견으로 분류하여 측정된 이유는 일반적 두려움은 질병이나 사고에 대한 막연한 차원의 위기지각이며, 낙관적 편견은 자기 자신과 비슷한 조건을 가진 다른 사람들에 비해 질병이

나 신체적 위협을 당할 가능성이 적다고 생각하는 경향(Weinstein, 1984)이므로 두 변수가 위기지각과 관련된 중요한 변수이면서 동시에 다른 특성을 지닐 것으로 사료되기 때문이다.

III. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 건강불감증의 구조 모형 분석 연구로서 각 잠재 요인들간의 관계를 검증하기 위한 자료는 조사연구를 통해 얻었다.

2. 연구 대상자 표집

연구 대상자는 연구목적과 방법에 대한 설명을 듣고 동의한 사람으로서 만 19세 이상의 성인 945명이었으며 서울, 경기, 대전, 광주, 전남 지역에서 성별, 연령별, 학력별로 비슷한 비율이 되도록 임의 표출하였다.

3. 자료수집방법

자료수집 방법은 구조화된 자가보고형 설문지를 이용하였으며 2003년 2월부터 3월까지 약 45일간 회수하였다. 설문지는 사전검사에서 50명의 20대 남성이 약 20~28분 정도 걸렸으며 수정과정을 거쳐 설문지가 수정된 후 설문지를 다시 30대 후반의 남성이 서두르지 않고 완전하게 완성하는데 28분이 걸렸다.

4. 연구도구

본 연구의 측정 도구는 일반적 특성(11문항), 건강불감증(28문항), 개인적 요인(91문항), 사회문화적 요인(40문항) 등을 측정하는 도구로 구성되어 있다. 일반적 특성을 제외하고 총 159문항을 조사하였으나 최종적으로 분석에 사용된 문항은 불건강 행위 측정도구의 2문항이 삭제되어 총 157문항이었다. 연구도구에 대한 구체적인 설명은 다음과 같다.

1) 건강불감증 측정

건강위기에 대한 일반적 두려움 부족(6문항), 낙관적 편견(6문항), 불건강 행위(16문항)로 측정하였다.

건강위기에 대한 일반적 두려움 부족(decreased general fear) : 건강위기에 대하여 막연한 염려나 걱정이 부족한 것을 의미하며(Lee & Lee, 2003), 본 연구에서는 한국인의 사망에 기여하는 6가지 주요 질병 및 사고(심장질환, 위암, 폐암, 간암, 교통사고, 에이즈 및 성병)에 대해 '겁'이 나는 정도를 4점 총화평정척도로 측정하였다. 점수가 높을수록 일반적 두려움이 높은 것으로 해석하며 분석에서는 건강위기에 대한 일반적 두려움 부족으로 역코딩하여 사용하였다. 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .92로 나타났다.

건강위기에 대한 낙관적 편견(optimistic bias) : 자기 자신과 비슷한 조건을 가진 다른 사람들에 비해 질병이나 신체적 위협을 당할 가능성이 적다고 생각하는 경향을 의미하며(Weinstein, 1984), 본 연구에서는 한국인의 사망에 기여하는 6가지 주요 질병 및 사고(심장질환, 위암, 폐암, 간암, 교통사고, 에이즈 및 성병)에 대하여 자신과 비슷한 조건을 가진 또래 사람들이 걸릴 가능성과 자신이 걸릴 가능성에 대한 지각으로 측정하였다. 또래 사람들의 위기에 대해 매긴 점수 평균에서 자신의 위기에 대해 매긴 점수 평균을 뺀 점수가 클수록 낙관적 편견이 큰 것으로 해석한다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .73으로 나타났다.

불건강 행위(unhealthy behavior) : 불건강 행위는 건강위험행위를 하는 것과 건강기여행위의 불이행을 포괄하는 개념으로서(Lee & Lee, 2003) 본 연구에서는 음주, 흡연, 식이, 운동, 건강검진, 약물남용, 교통안전, 안전한 성행위 등 8가지 영역에서 각 2문항씩 총 16문항의 4점 총화평정척도로 측정하였다. 분석에서는 긍정적인 문항들을 역코딩한 후에 총점을 구하였으며 점수가 높을수록 불건강 행위가 높은 것으로 해석한다. 구조모형 분석에서는 총 16문항이던 것에서 건강검진과 관련된 2문항이 신뢰도와 탐색적 요인분석에서 제거되어 총 14문항만 이용되었다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .63으로 나타났다.

2) 개인적 요인 측정

심리적 예민성(12문항), 외적 건강조절위(12문항), 정보회피형 대처성향(20문항), 자기 효능감 부족(20문항), 건강관련 경험(6문항), 건강관련 지식부족(21문항) 등의 변수로 측정하였다.

심리적 예민성(neuroticism) : 개인의 성격적 기질중의 하나로서 정서적 안정성에 반대되는 개념으로 공포,

슬픔, 당혹, 분노 등 다양한 불쾌한 감정에 대응하는 패턴을 의미하며(Costa & McCrae, 1992), 본 연구에서는 Costa와 McCrae(1992)에 의해 개발된 성격적 기질 측정 도구인 Five-Factor Inventory의 심리적 예민성 영역에 해당하는 12문항을 이용하여 측정하였다. 도구의 번역은 이 도구의 한국어판을 가지고 있는 PSI 컨설팅(Performance Solution International consulting)이라는 회사의 동의 하에 번역문을 인용하였다. 5점 총화평정척도로 구성되어 있고 점수가 높을수록 심리적 예민성이 높은 것으로 해석한다. 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .70이었다.

외적 건강조절위(external health locus of control) : 자신의 건강상태와 건강행위가 타인이나 우연에 의해 조절된다고 지각하는 개인의 특정한 신념을 말하는 것으로서, 본 연구에서는 Wallston, Wallston과 DeVellis(1978)에 의해 개발된 다차원 건강 통제위 척도에서 타인의존 통제위와 우연 통제위에 해당하는 12 문항으로 측정하였으며 점수가 높을수록 외적 조절위 성향이 강한 것으로 해석한다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .76으로 나타났다.

정보회피형 대처성향(blunting type of habitual coping style of information seeking) : 개인이 보이는 습관적인 정보추구 대처성향 중 하나로서 위기 사건에 직면하였을 때에 정보를 회피하거나 정보추구에 민감하지 못한 성향을 의미하며(Miro, 1997), 본 연구에서는 Miller(1987)가 개발한 MBSS(Miller's Behavioral Style Scale)중에서 정보회피형 대처성향에 해당하는 20문항으로 측정하였으며 점수가 높을수록 정보회피형 대처성향이 강한 것으로 해석한다. 신뢰도 Cronbach's α 는 .79로 나타났다.

자기효능감(self-efficacy) : 개인이 결과를 얻는데 필요한 특정 행동을 성공적으로 수행할 수 있는 자신감의 지각정도를 말하는 것으로서(Bandura, 1977), 본 연구에서는 건강을 지키기 위하여 건강위험행위를 하지 않거나 건강기여 행위를 할 수 있다는 자신감으로 측정하였다. 점수가 높을수록 자기효능감이 높은 것으로 해석하며 분석에서는 자기효능감 부족으로 역코딩하여 사용하였다. 신뢰도 Cronbach's α 는 .89이었다.

건강관련 경험(health related experience) : 건강과 관련된 다양한 사건의 경험을 의미하며 본 연구에서는 6가지의 주요 질병 및 사고(심장질환, 위암, 폐암, 간암, 교통사고, 에이즈 및 성병)를 겪는 가족이나 주위사

람들을 얼마나 많이 보았는가를 4점 총화평정척도로 측정하였으며 점수가 높을수록 경험이 많은 것으로 해석한다. 신뢰도 Cronbach's α 는 .79로 나타났다.

건강관련 지식(health related knowledge) : 건강과 관련된 다양한 지식을 의미하는 것으로 본 연구에서는 한국인의 사망에 기여하는 6가지 주요 질병 및 사고(심장질환, 위암, 폐암, 간암, 교통사고, 에이즈 및 성병)에 대한 위험요인과 예방에 관한 지식에 대하여 예/아니오로 답하는 21문항을 가지고 측정하였으며 정답을 맞춘 개수가 높을수록 지식이 높은 것으로 해석한다. 분석에서는 건강관련 지식부족으로 역코딩하여 사용하였다. 신뢰도 Cronbach's α 는 .78이었다.

3) 사회문화적 요인 측정

불건강 행위 집단의 크기 지각(16문항), 불건강 행위에 관련한 사회적 고정관념(24문항)으로 측정하였다.

불건강 행위 집단의 크기 지각(perceived group size of unhealthy behavior) : 이것은 똑같은 위협에 노출되어 있는 동료의 수에 대한 지각을 의미하는 것으로서(Yamaguchi, 1998), 본 연구에서는 음주, 흡연, 식이, 운동, 건강검진, 약물남용, 안전운전, 안전한 성행위 등 8개 영역의 불건강 행위에 대하여 주위 사람들이 얼마나 많이 그 행위를 하고 있는가에 대한 지각 정도를 측정하였다. 각 영역에 2문항씩 총 16문항을 측정하였으며 4점 총화평정척도로 구성되어 있다. 신뢰도 Cronbach's α 는 .75로 나타났다.

불건강 행위에 관련한 사회적 고정관념(stereotypes of unhealthy behavior) : 이는 음주, 흡연, 식이, 운동, 건강검진, 약물남용, 안전운전, 안전한 성행위 등 8가지 영역에서 불건강한 행위를 수용하는 상징적 의미를 갖고 있는 고정관념들을 측정하는 도구로서 총 24문항의 4점 총화평정척도로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 불건강행위의 수용적 고정관념이 높은 것으로 해석한다. 신뢰도 Cronbach's α 는 .86이었다.

4. 자료분석방법

SPSS-Win 10.0 프로그램을 이용하여 대상자의 인구사회학적 특성 및 연구변수에 대한 빈도분석 및 변수들의 상관관계 분석, 탐색적 요인분석, 도구의 신뢰도 분석을 수행하였으며 LISREL 8.52 프로그램을 이용하여 가설적 모형의 부합도 검증 및 가설 검증을 위한 구조방

정식 모형 분석을 수행하였다. 이때 계산방법은 조사자료가 다변량 정규검정에 쓰이는 Mardia Skewness, Mardia Kurtosis 통계량의 p값이 유의수준 .05보다 작아서 정규성을 만족한다는 귀무가설이 기각되었기에 자료에 대한 분포의 가정 없이 미지수 계산을 가능하게 해주는 가중최소자승법(weighted least square method)으로 하였다. 측정도구 중에서 낙관적 편견 측정도구의 측정 단위가 음의 값에서 시작하며 자기 효능감은 다른 측정도구에 비해 측정단위가 크므로 계산결과가 측정단위에 좌우되지 않도록 상관자료를 분석자료로 사용하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성 및 연구변수의 기술적 통계

본 연구 대상자의 연령은 평균 37세이며 범위는 만

19세~만 64세 이고, 20대(28.8%), 30대(27.8%), 40대(27.1%)에 비해 50대(16.3%)가 약간 적은 편이었다. 성별 분포는 남자 484명(51.2%), 여자 461명(48.8%)이다. 학력은 중졸 이하가 97명(10.4%), 고졸이 458명(49.03%), 대졸 이상이 379(40.6%)로 나타나 고졸이 가장 많았다<Table 1>.

2. 가설적 모형의 검정

1) 측정모형에서의 특징수 추정치

측정 모형의 특징수는 이론변수(잠재변인)에 대한 각각의 측정변수가 적절히 선택되었는지를 보여주는 것으로 측정변수가 2개 이상인 경우에는 하나를 1로 고정시켰다. 이는 1.0으로 고정시킨 측정변수를 기준으로 잠재변인에 대한 다른 측정변수의 상대적인 기여도를 비교하고자 함이며 개인적 요인의 측정변수 중에서는 심리적 예민성을, 사회문화적 요인의 측정변수 중에서는 지각된 불건강 행위 집단의 크기를, 건강불감증의 측정변수 중

<Table 1> Characteristics of the Subjects

Characteristics		Frequency(%)	Mean(SE)
Age(years)	19 ~ 29	272(28.8)	37.24(±0.36)
	30 ~ 39	263(27.8)	
	40 ~ 49	256(27.1)	
	50 ~ 64	154(16.3)	
Gender	male	484(51.2)	
	female	461(48.8)	
Education	middle school or less	97(10.4)	
	high school	458(49.0)	
	college or more	379(40.6)	
Income/year (thousand won)	less than 10,000	90(9.8)	
	10,000 ~ 29,999	267(28.9)	
	30,000 ~ 49,999	421(45.7)	
	more than 50,000	145(15.7)	
No. of family members	1	81(8.8)	
	2	117(12.8)	
	3	206(22.5)	
	4	360(39.3)	
	5 and more	152(16.6)	
Marital status	single or others	305(32.7)	
	married	627(67.3)	
Disease history	some yes	210(22.2)	
	none	724(76.6)	
Religion	none	262(28.4)	
	christian	340(36.8)	
	catholic	109(11.8)	
	buddhist	161(17.4)	
	other	52(5.6)	

<Table 2> LISREL estimates of measurement model

Theoretical Variable	Measurement Variable	Estimates	t-value	SMC
Personal factor	Neuroticism	1.00		0.17
	External health locus of control	1.43*	12.49	0.35
	Blunting style of information seeking	1.28*	11.71	0.28
	Deficit of self-efficacy	1.21*	11.98	0.24
	Health related experience	.66*	7.45	0.07
	Knowledge deficit related to health	.48*	5.79	0.04
	Age	.62*	6.83	0.07
	Education	-.62*	-7.07	0.06
Socio-cultural factor	Perceived group size of unhealthy behavior	1.00		0.64
	Stereotypes of unhealthy behavior	.94*	28.25	0.57
Health insensitivity	Decreased general fear about health risk	.46*	10.98	0.13
	Optimistic bias about health risk	-.13*	-3.28	0.01
	Unhealthy behavior	1.00		0.60

SMC: Squared Multiple Correlations

에서는 불건강 행위를 각각 1.0으로 고정시켰다. 측정모형의 특징수 추정치들은 t-value가 절대값 1.96이상이므로 모두 유의하였다<Table 2>. 특히 사회문화적 요인을 측정하는 불건강 행위 집단의 크기 지각과 불건강 행위와 관련한 사회적 고정관념, 건강불감증을 측정하는 불건강 행위는 다중상관자승치(SMC)가 0.5이상으로 높게 나타나 이론변수의 좋은 측정변수임을 나타내었다.

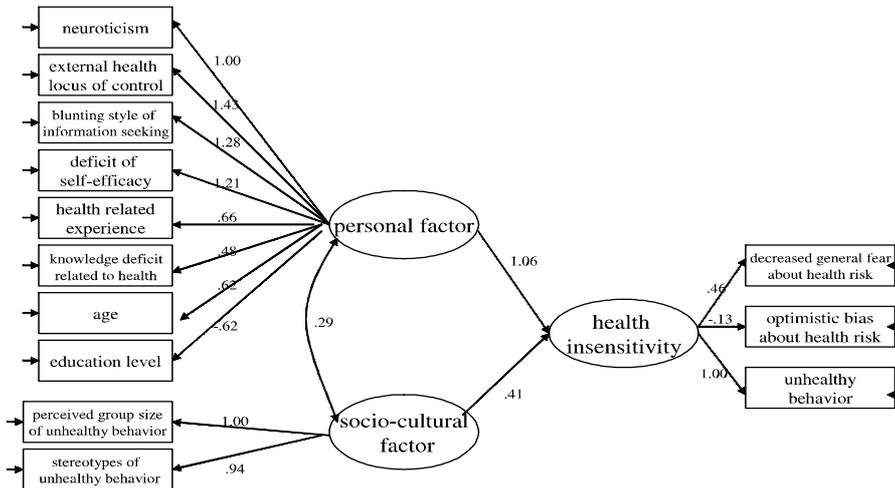
2) 이론모형에서의 특징수 추정치

이론 모형의 특징수 추정값, 표준오차, t-value, 다중상관자승치는 <Table 3>과 같고 가설적 모형의 경로도에는 <Figure 2>와 같다. 개인적 요인이 건강불감증에 영향을 미치는 경로와 사회 문화적 요인이 영향을 미치는 경로가 모두 유의하게 나타났으며 외생잠재변인인 개인적 요인과 사회문화적 요인간의 상관성도 통계적으로

<Table 3> LISREL estimates of theoretical model

Endogenous Variable	Exogenous Variable(Predictor Variable)	Estimates(S.E.)	t-value	SMC
Health insensitivity	Personal factor	1.06(0.20)*	6.05	1.0
	Socio-cultural factor	.41(0.11)*	2.66	
	Relation of exogenous variables	.29(0.02)*	12.67	

S.E.: Standard Error SMC: Squared Multiple Correlations



<Figure 2> The path diagram of the hypothesized model

유의하였다. 이론모형에서의 다중상관자승치는 하나의 내생변수 변량이 외생변수들에 의하여 설명되는 정도를 말하는 본 연구에서는 내생변수인 건강불감증이 외생변수들에 의해 설명되고 남은 오차분산의 값이 -0.04 로 나타나 이것을 0으로 고정하였기 때문에 다중상관자승치 1.0을 설명력으로 그대로 해석하는데는 어려움이 있다.

3) 가설적 모형의 부합도 검증

가설적 모형이 수집된 자료에 부합하는 지를 평가한 부합도 검증 결과는 기초부합지수(GFI)가 .95, 조정부합지수(AGFI)가 .93으로 나타났다. 간명기초부합지수(PGFI)는 기초부합지수(GFI)를 수정하여 구한 값으로 추정모형과 기초모형의 자유도를 토대로 계산된다. 즉 추정모형의 간명도를 기준으로 계산된 값으로 .60이상이면 간명한 것으로 본다. 본 연구에서는 .65로 나타났다.

V. 논 의

본 연구는 개인적 요인과 사회 문화적 요인이 건강불감증에 영향을 미치는 가설적 모형을 검증하기 위해 모형의 적합성을 여러 가지 전반적 부합지수에서 살펴보았을 때 적합도가 좋은 모형으로 나타났다. 따라서 건강불감증을 설명하는 적합한 모형으로 간주할 수 있다. 특히 본 모형에서 건강불감증에 미치는 사회문화적 요인의 영향이 확인된 점은 기존의 건강행위 및 건강위기 지각을 다루어 온 이론적 모형들과 비교해볼 때, 그동안 불건강 행위 및 건강위기 지각 장애의 초점이 되어 왔던 개인적 요인에 비해 상대적으로 간과되어 온 사회문화적 요인이 건강행위에 또한 중요한 변수로서 고려되어야 함을 시사하는 모형이라고 하겠다. 그러나 본 연구에서 건강불감증은 인지와 행위가 복합된 구성개념으로 정의된 것으로서 이러한 요인들이 건강불감증의 인지적 요소에 영향을 미치는지, 행위적 요소에 영향을 미치는지를 구별할 수 없으므로 행위변화를 시도하는 중재의 효과가 이 모형으로 검증할 수 없다는 제한점을 가지고 있다.

건강불감증에 영향을 미치는 요인들의 해석에 있어서, 먼저 개인적 요인들의 경우에 심리적 예민성이 높을수록, 외적 건강 조절위가 강할수록, 정보회피형 대처성향이 높을수록, 자기 효능감이 부족할수록, 건강관련 지식이 부족할수록, 건강관련 경험이 더 많을수록, 연령이 높아질수록, 그리고 학력이 낮을수록 건강불감증에 기여하는 것으로 나타났다. 예상과는 달리, 건강관련경험이 많을수

록 건강불감증이 높아진다는 결과가 나타났는데, 이는 본 연구에서 측정된 건강관련경험이 자신의 건강관련경험이 아니라 '주변사람들이 건강위기를 경험한 것을 본 적이 있느냐'의 간접 경험을 측정한 것이기 때문에 주변 사람들의 건강위기를 관찰할 기회를 많이 갖는 것은 오히려 자신의 건강위기지각을 둔하게 만드는 결과를 가져온 것으로 해석이 된다. 건강불감증에 영향을 미치는 개인적 요인들의 영향의 크기를 특징수 추정치의 값을 근거로 비교해보면, 외적 건강 조절위, 정보회피형 대처성향, 자기효능감 부족, 심리적 예민성, 건강관련경험, 연령, 학력, 건강관련 지식부족의 순으로 영향력이 큰 것으로 해석된다. 또한 건강불감증에 영향을 미치는 사회문화적 요인의 경우에는 첫째로 불건강 행위 집단의 크기 지각이 클수록 건강불감증이 높아지는 결과를 보였는데 이는 Yamaguchi(1998)가 언급한 집단효과와 일치하는 것이다. 즉, 주변에 불건강 행위를 하는 사람들의 수가 많다고 지각할수록 비현실적인 안전감을 느끼기 때문에 건강위기지각이 둔해진다고 할 수 있다. 둘째로 불건강 행위에 관련한 사회적 고정관념이 높을수록 건강불감증이 높아지는 것은 특정 건강위기를 발생시킬 수 있는 어떤 불건강 행위가 사회적으로 허용되고 있기 때문에 사람들은 그 행위가 가져오는 잠재적인 위험에 대하여 지각이 둔해지고 그런 행위를 당연하게 받아들임을 의미한다. 우리나라는 집단주의적 문화가 지배적이기 때문에(Hofstede, 1997) 개인주의 문화가 지배적인 서구 여러 나라보다 이러한 사회적 고정관념의 영향이 더 클 것으로 생각된다.

한편, 건강불감증의 인지적 속성중 하나인 낙관적 편견은 측정모형 검증에서 건강불감증에 기여하는 요인계수 추정치가 음의 값으로 나타나서 낙관적 편견이 건강불감증을 높이는 방향으로 기여하는 변수일 것이라는 선행 연구결과(Lee & Lee, 2003)와 다르게 나타났다. 이러한 결과는 다음의 세 가지 이유로 추측된다: 첫째, Lee와 Lee(2003)에 의하면 건강불감증은 복합적인 것이어서 그 하부 개념에 따라 유형이 여러 가지로 나타날 수 있다고 하였는데, 특히 본 연구에서와 같이 낙관적 편견이 음의 값이고 불건강 행위가 높은 유형을 Lee와 Lee(2003)는 인지부조화형 건강불감증이라고 분류한 바 있다. 본 연구에서 낙관적 편견이 음의 값이면서 불건강 행위 점수가 28점보다 높은 대상자의 수는 전체 945명중 289명을 차지하였다. 28점이라는 불건강 행위 점수는 14문항 중 최소한 1개라도 불건강 행위를 하는

것으로 표시했을 때 얻을 수 있는 최소 점수이다. 반면에 건강위기에 대한 일반적인 두려움 점수는 높으나 반대로 낙관적 편견이 양의 값이고 불건강 행위 점수가 28 점보다 높은 대상자의 수는 전체 945명의 연구 대상자 중에서 265명이었으며 이들을 Lee와 Lee(2003)는 낙관적 편견형 건강불감증이라고 하였다. 만약 이러한 낙관적 편견형 건강불감증을 가진 대상자가 인지부조화형 건강불감증을 가진 대상자보다 많았다면 건강불감증에 기여하는 낙관적 편견의 요인계수가 양의 값으로 나타났을 것으로 추측된다. 또한 본 연구의 구조 모형에서 건강불감증의 측정변수인 세 변수가 모두 양의 값의 요인계수를 보이려면 건강위기에 대한 일반적 두려움 부족, 낙관적 편견, 불건강 행위 점수가 모두 높은 무관심·무지형 건강불감증(Lee & Lee, 2003)을 가진 대상자 수가 월등히 많아야 하는데 무관심·무지형 건강불감증 대상자는 전체 945명 대상자 중에서 30명에 불과하였다. 이와 같이 본 연구의 대상자들은 낙관적 편견이 음의 값이면서도 불건강 행위를 자행하는 인지부조화형 건강불감증 대상자가 낙관적 편견형이나 무관심·무지형 건강불감증 대상자보다 더 많았기 때문에 낙관적 편견이 구조모형 분석에서 실증적 지지를 얻지 못한 것으로 해석된다. 이것은 한국인의 건강불감증이 건강위기지각과는 별로 상관없이 사회문화적 요인에 의해 불건강 행위를 하는 인지부조화 유형이 가장 많다는 것을 의미하기도 한다: 둘째, 낙관적 편견의 문화적 적용의 문제일 수 있다. Heine과 Lehman(1995)은 상호의존적 자아(interdependent self)의 대표적인 집단인 일본인과 독립적인 자아(independent self)를 가진 대표적인 집단인 캐나다인의 낙관적 편견의 정도를 비교하였을 때, 캐나다인이 일본인보다 전반적으로 훨씬 더 강한 낙관적 편견을 나타내었다고 보고한 바 있으며 상호의존적, 집단주의적 문화에서는 낙관적 편견과 같은 자기강화가 별로 가치가 없는 것 같다고 하였다. 전 세계 53개국의 문화적 가치 유형(value pattern) 조사에서 한국은 집단주의적 성향이 매우 높은 나라로 분류가 되었으며(Hofstede, 1997), 한국인은 미국인과 달리 문제해결 방식에서 체면이나 집단주의를 중요시하는 특성을 가지고 있다는 보고(Kim, 1994)를 굳이 근거로 하지 않더라도 한국인은 예로부터 가족 중심적인 공동체 의식이 강하고 ‘우리’라는 개념 속에 ‘나’, ‘너’의 구분이 서양인처럼 명확하지 않은 특성을 가지고 있다. 따라서 건강위기에 대한 낙관적 편견을 답할 때에 같은 또래의 다른 사

람의 건강위기와 자신의 건강위기를 서양인처럼 명확하게 구분지어 생각하지 못할 수 있다는 것이다. 본 연구에서 낙관적 편견의 평균값이 1.38로 낮게 나타났으며 표준오차가 .09로 매우 좁게 나타난 점을 고려해 볼 때 낙관적 편견의 값이 한국인의 집단주의적 문화 성향에 영향을 받았을 것이라고 추측된다: 셋째, 낙관적 편견의 측정의 문제일 수 있다. 자신의 건강상태를 잘 파악하고 적절한 건강관리를 잘 이행하고 있는 사람은 다른 사람들에 비해 자기가 잘 하고 있다고 판단하는 것이 낙관적 편견이 아니라 사실일 수 있는데 이 자료에서는 낙관적 편견점수로 간주되는 문제가 있다. 즉 불안정한 성행위를 하고 있거나 음주운전을 한 경험이 있는 대상자들의 낙관적 편견 점수는 참 낙관적 편견의 점수라고 볼 수 있음에 비하여 본 연구의 정상인의 점수는 그렇지 못할 가능성이 높다는 것이다. 또한 Lee와 Lee(2003)의 건강불감증 개념분석에서는 혼종모형을 이용하여 해당 개념이 매우 잘 드러나는 사람들을 현장연구의 면담 대상으로 했기 때문에 보통의 정상 성인들을 대상으로 한 본 연구자료와는 상이점이 있는 것으로 생각된다.

한편, 본 연구결과의 간호학적 적용에 대한 견해로서 건강불감증은 건강위기지각 장애와 불건강 행위의 복합된 개념이므로 이를 낮추는 중재는 건강위기지각을 높이고 건강한 행위를 유도하는 복합적인 중재가 될 것이며 불건강한 생활습관을 변화시키는데 도움이 될 것이다. 따라서 구조모형에서 검증된 건강불감증에 기여하는 각각의 개인적 요인과 사회 문화적 요인을 조절하거나 중재하는 실제적인 간호중재방법을 모색해 나갈 수 있을 것이다. 건강불감증을 효과적으로 조절하기 위해서는 건강관련 지식 증가와 같은 전통적인 중재방법의 활용 뿐 아니라, 개인의 심리적 예민성, 외적 건강조절위, 정보회피형 대처성향, 자기효능감 등 심리학적 특성과 연령, 학력, 건강관련 경험 등 조작이 불가능한 변수들을 고려하여 맞춤형 중재를 고안할 필요가 있을 것이다. 또한 본 연구 결과는 건강불감증에 영향을 미치는 사회 문화적 요인의 조절과 관련하여서도 의미 있는 간호학적 적용을 끌어낼 수 있을 것으로 생각된다. 대부분의 건강정보제공자들은 개인의 불건강 행위의 원인을 개인의 건강신념에 두고 그것을 변화시키는데 주력해 왔으며 개인의 인지와 행위에 미치는 사회문화적 영향을 상대적으로 간과해 왔다. 그러나 본 연구결과에서는 불건강 행위 집단의 크기 지각이나 불건강 행위에 관련한 사회적 고정관념이 건강불감증에 크게 영향을 미치고 있으며 개인적 요인과

의 상관성이 있기 때문에 개인의 차원을 넘어서 가족이나 개인이 속한 집단, 지역사회 차원의 간호사정과 간호중재가 필요하며 건강정보 제공자들은 불건강 행위를 허용하는 사회의 고정관념을 변화시켜 나가는 노력도 함께 해야할 필요가 있을 것이다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 건강불감증의 가설적 모형을 제시하고 수집된 자료와 가설적 모형과의 적합성을 검증함으로써 모형의 타당성을 제시하였다. 인지적 차원의 건강위기지각 장애와 행위적 차원의 불건강 행위를 그 하부 개념으로 하는 건강불감증(내생 잠재변인)에 개인적 요인과 사회문화적 요인(외생 잠재변인들)이 영향을 미치는 경로와 개인적 요인과 사회 문화적 요인간에 상관관계 경로가 있는 가설적 모형을 설정하였고, 모형의 검증 결과, 개인적 요인과 사회 문화적 요인 경로가 모두 통계적으로 유의하였으며 개인적 요인과 사회문화적 요인간의 상관성도 통계적으로 유의하게 나타나 가설적 모형에서 설정한 연구 가설들이 모두 지지되었다. 가설적 모형이 측정자료에 잘 부합되는지를 평가하기 위하여 모형의 전반적 적합도를 나타내는 절대부합지수(.95)와 기초모형에 대한 경쟁모형의 적합도를 나타내는 증분 부합지수(.93), 모형의 간명성과 관련된 적합도를 나타내는 간명부합지수(.65) 등 세 가지 범주의 지수들로 살펴보았을 때 모형의 적합도가 높아 건강불감증 구조모형의 타당성이 지지되었다.

본 연구결과와 논의를 근거로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 건강증진 및 질병예방을 위한 간호실무에서 개인적 요인과 사회 문화적 요인에 의해 다양하게 영향받는 건강불감증을 중재 또는 조절하기 위한 효과적 방법들이 모색되어야 할 것이다.
2. 본 연구결과에서 건강불감증의 측정 변수였던 낙관적 편견이 실증적 지지를 얻지 못하였으므로 추후 연구에서는 객관적으로 건강위험에 노출된 대상자를 선택하여 건강불감증의 구조모형을 검증하여 과연 낙관적 편견이 집단주의적 문화에서는 중요한 변수가 아닌지를 확인할 필요가 있다.
3. 건강불감증에 대한 선행연구가 많이 누적되지 않은 상태이므로 성별, 연령, 학력, 지역을 구분하여 건강불감증의 구성요소인 각 개념의 정도를 비교해 봄으

로써 대상자의 특성에 따라 어떻게 다르게 나타나는지 확인하고 각 요인들간의 관계를 탐색하고 규명할 필요가 있다.

References

- Allard, R. (1989). Beliefs about AIDS as determinants of preventive practices and of support for coercive measures, *Am J Public Health, 79*, 448-452
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs; New Jersey.
- Becker, M. H., & Joseph, J. G. (1988). AIDS and behavior change to reduce risk: a review, *Am J Public Health, 78*, 394-410
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Professional manual: Revised NEO Personality Inventory(NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory(NEO-FFI)*. Psychological Assessment Resources, Inc.
- Crisp, B. R., & Barber, J. G. (1995). The effect of locus of control on the association between risk perception and sexual risk-taking. *Pers Individ Dif, 19(6)*, 841-845
- Han, M. S. (1999). Perception of risk condition and facilitating factor of optimistic bias. *Korean Journalism & Mass Communication Research, 1(1)*, 177-201
- Heine, S., & Lehman, D. (1995). "Cultural variation in unrealistic optimism: Does the West feel more invulnerable than the East?". *J Pers Soc Psychol, 68*, 595-607
- Hofstede, G. (1997). *Cultures and Organizations: Software of the mind*. UK: McGraw-Hill.
- Kim, Chang-Dae (1994). *The coping process of Koreans as compared to white Americans : The influence of culture*. Unpublished doctoral dissertation. Columbia University. New York.
- Korean Ministry of Health & Welfare (1999). *National Health & Nutritional Report in*

- 1998.
- Korean Ministry of Health & Welfare (2004). [On-line] http://healthguide.kihasa.re.kr/health_life/pages.
- Korea National Statistical Office (2002). *Statistical report of causes of death yearly*.
- Lee, D. S., & Lee, E. O. (2003). Concept analysis of health insensitivity using hybrid model. *Korean J of Health Education and Promotion, 20(2)*, 145-170.
- Miller, S. M. (1987). Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *J Pers Soc Psychol, 52*, 345-353
- Miro, J. (1997). Translation, validation, and adaptation of an instrument to assess the information-seeking style of coping with stress: the Spanish version of the Miller Behavioral Style Scale. *Pers Individ Dif, 23(5)*, 909-912.
- Muris, P., Jong, P. J., & Suvrijn, A.(1995). Monitoring, imagery, and perception of threat. *Pers Individ Dif, 18(6)*, 749-759.
- Steiner, H., Erickson, S. J., Hernandez, N. L., & Pavelski, R. (2002). Coping styles as correlates of health in high school students. *J Adolesc Health, 30(5)*, 326-335.
- Sweat, M. D., Nopkesorn, T., Mastro, D., Sangkharomya, S., MacQueen, K., Pokapanichwong, W., Sawaengdee, Y., & Weniger, B. G. (1995). AIDS awareness among a cohort of young Thai men: exposure to information, level of knowledge, and perception of risk. *AIDS Care, 7(5)*, 573-589.
- Tennen, H., & Affleck, G. (1987). The Costs and benefits of optimistic explanations and dispositional optimism. *J of Personality, 55(2)*, 377-393.
- Trobst, K. K, Wiggins, J. S., Costa, Jr, Paul, T., Herbst, J. H., McCrae, R. R., & Masters, H. L. (2000). Personality, Psychology and Problem Behaviors: HIV risk and the Five-Factor Model. *J of Personality, 68(6)*, 1233-1252.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & Devellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control Scales. *Health Educ Monogr, Spring, 6(2)*, 160-170.
- Weinstein, N. (1984). Why it won't happen to me : Perceptions of risk factors and susceptibility, *Health Psychol, 2(1)*, 11-20.
- W.H.O. (2004). [On-line] <http://www.who.int/topics/en/>
- Yamaguchi, S. (1998). Biased risk perception among Japanese: Illusion of interdependence among risk companions. *Asian J Soc Psychol, 1(2)*, 117-132.
- Zuuren, F. J., & Wolfs, H. M. (1991). Styles of information seeking under threat: Personal and situational aspects of monitoring and blunting. *Pers Individ Dif, 12*, 141-149.

- Abstract -

A Structural Model Development of Health Insensitivity in Korean Adult

Lee, Dong-Suk*

Purpose: The aims of this study were to develop a structural model of health insensitivity and to verify the model of health insensitivity. **Method:** There were three theoretical variables in the hypothetical model. The endogenous variable was health insensitivity which is a concept including bluntness of health risk perception and unhealthy behavior. The exogenous variables were composed of personal factors and socio-cultural factors. In personal factors, neuroticism, external health locus of

* Full-time lecturer, Department of Nursing, Chodang University

control, blunting style of information-seeking, deficit of self-efficacy, knowledge deficit related to health, health-related experience, age and education were included. Whereas socio-cultural factors include perceived group size of unhealthy behavior and stereotypes of unhealthy behavior. **Result:** Personal factors and sociocultural factors were significant in explanation of the health insensitivity. Relationship between personal factors and sociocultural factors was significant, too. However, the optimistic bias as part of health insensitivity was not supported

by these data. GFI, AGFI and PGFI were .95, .92, .65, respectively. Therefore, this model was verified to be a good fit to the data and parsimonious. **Conclusion:** Nursing to change unhealthy behavior has focused on personal factors rather than sociocultural factors. Based on this result, however, the sociocultural factors should be considered as well.

Key words : Health insensitivity, Risk perception, Optimistic bias, Unhealthy behavior