

성인의 건강위기에 대한 낙관적 편견과 건강행위 간의 관계

박수호¹ · 이설희² · 함은미³

¹국립암센터 국가암관리사업단 연구원, ²건국대병원 간호사, ³건국대학교 간호학과 교수

The Relationship between Optimistic Bias about Health Crisis and Health Behavior

Park, Su Ho¹ · Lee, Sul Hee² · Ham, Eun Mi³

¹Researcher, National Cancer Control Research Institute, National Cancer Center, Goyang

²Nurse, Konkuk University Hospital, Seoul

³Professor, Department of Nursing, Konkuk University, Chungju, Korea

Purpose: This study was performed to identify the relationship between optimistic bias about health crisis and health behavior of Korean adults in a crisis of health, and to prepare baseline data for developing a health education and promotion program. **Methods:** Study subjects were 595 adults aged from 19 to 64 who live in Korea. Data were collected through questionnaires administered by one interviewer. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient were calculated using the SPSS program. **Results:** The average score for optimistic bias about health crisis was 2.69, and that for health behavior was 107.05. The optimistic bias about health crisis showed a significantly positive correlation with health behavior ($r=.187, p=.000$). **Conclusion:** To make our results more useful, it is necessary to identify the causal relationship between health attitudes as an explanatory variable and optimistic bias as an outcome variable. In addition, a relatively low score in optimistic bias from this research compared to other studies must be explained through further studies considering unique Korean cultural background. Moreover, research of the relationship between optimistic bias about health crisis and health behavior looking at people who don't have good health behaviors is needed.

Key words: Health behavior, Bias

서론

1. 연구의 필요성

2005년 사망자의 주요 사망원인은 암, 심장질환 등 만성질환이 대부분이며 이들 질환들은 50% 이상이 불건강한 생활습관으로 인해 발생한다(Korea National Statistical Office, 2006; Song, Byeon, Lim, & Oak, 2007). 이러한 불건강한 생활습관을 바꾸기 위해 국가 및 보건기관들은 건강증진에 도움이 되는 정보와 서비스 제공을 위해 많은 인력과 예산을 사용하고 있다.

그러나 많은 건강정보나 서비스의 제공에도 불구하고 우리나라 국민들의 음주와 흡연율은 계속 증가하고 있으며 만성질환 또한 증가하고 있는 추세이다(Ministry of Health and Welfare, 2005). 이와 같이 국가적으로 국민의 건강증진을 위한 꾸준한 노력이 있음에도 불구하고 사람들의 건강행위가 좀처럼 변하지 않는 이유는 자신의 건강에 대한 인식 때문으로 볼 수 있다(Lee, 2003; Yi et al., 2004).

일반적으로 사람들은 자신을 평가할 때 자기를 추켜세우는 정보를 더 선호하여 정확성을 상쇄시키는 경우가 있다. 예를 들어 자신의 과거 행적을 실제보다 더 훌륭했던 것으로 기억하고

주요어 : 건강행위, 낙관적 편견

Address reprint requests to : Ham, Eun Mi

Department of Nursing, Konkuk University, 322 Danwol-dong, Chungju 380-701, Korea
Tel: 82-43-840-3958 Fax: 82-43-840-3958 E-mail: hem2003@kku.ac.kr

투고일 : 2008년 2월 25일 심사위원회일 : 2008년 2월 28일 게재확정일 : 2008년 4월 8일

성공은 당연한 것으로 받아들이며 자신의 실패는 환경 때문이라고 생각하는 경향이 있다(Tennen & Affleck, 1987). 건강에 대한 인식 역시 이와 마찬가지로 사람들은 자기 자신은 다른 사람들에 비해 질병이나 신체적 위협을 덜 겪을 것이라 생각하는 경향이 있는데, Weinstein (1980)은 이러한 현상을 건강위기에 대한 낙관적 편견(optimistic bias about health crisis)이라 정의하였다. 낙관적 편견은 건강행위와 관계되는 중요한 심리적 성향으로서 건강권고(recommendation)의 순응여부에 영향을 미칠 수 있다(Barnoy, Bar-Tal, & Treister, 2003). 즉, 낙관적인 편견을 가지는 경우 자신의 건강에 대해 낙관적으로 생각함으로써 스트레스에 대처할 수 있는 능력을 높여주어 스트레스 요인으로부터 더 빨리 회복할 수 있는 장점(Perloff, 1987; Scheier et al., 1989)이 있는 반면, 어떤 질병에 걸릴 위기에 대해 자신이 다른 사람들보다 위기를 경험하지 않으리라고 지각함으로써 자신을 보호하려는 예방적 활동을 덜 도모하게 된다는 부정적인 측면도 있다(Mikhail, 1981; Weinstein, Marcus, & Moser, 2005; Weinstein, Slovis, & Gibson, 2004).

한편, 건강행위와 낙관적 편견에 대한 연구는 캐나다(Buehler, Messervey, & Griffin, 2005), 미국(Weinstein et al., 2004, 2005), 호주(Clarke, Lovegrove, Williams, & Machperson, 2000) 등 주로 서양에서 진행되어 왔다. 대부분의 서양 연구들은 낙관적 편견과 건강행위 간에 부적 상관관계가 있다고 보고하였으나, 일본과 중국 등 동양인을 대상으로 한 몇몇 연구(Chang & Asakawa, 2003; Lee, 2003)에서는 이와 상반되는 결과를 나타내고 있어 이러한 상반된 연구 결과의 원인이 무엇이며 과연 우리나라에서는 이 두 개념 간에 어떤 양상을 보일지 연구할 필요가 있다. 그러나 아직 우리나라의 경우 낙관적 편견이라는 개념 자체에 대한 연구가 매우 부족한 상태이며 낙관적 편견을 건강행위와 연결하여 분석한 논문은 더욱 부족한 실정이다. 그러나 인간의 행동은 지각을 변화시켜줌으로써 수정가능하며(Atkinson, Wishart, Wasil, & Robinson, 2004), 건강행위 역시 건강에 대한 지각과 밀접한 관련이 있기 때문에(Han & Cho, 2001) 낙관적 편견과 같은 지각적 요인은 바람직한 건강행위를 하는데 매우 중요하다고 판단되는 바, 이 두 개념 간의 관계를 확인할 필요가 있다. 이에 본 연구에서는 한국인의 건강위기에 대한 낙관적 편견 정도를 파악하고 낙관적 편견과 건강행위 간의 관계를 규명하여 바람직한 건강행위의 변화를 유도할 수 있는 건강증진사업 및 관련 교육프로그램의 기초 자료를 마련하고자 한다.

구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 한국 성인의 건강위기에 대한 낙관적 편견과 건강행위

의 정도를 파악한다.

둘째, 한국 성인의 건강위기에 대한 낙관적 편견과 건강행위 간의 관계를 파악한다.

2. 용어정의

1) 건강위기에 대한 낙관적 편견

자기 자신과 비슷한 조건을 가진 다른 사람들에 비해 질병이나 신체적 위협을 당할 가능성이 적다고 생각하는 경향을 말한다(Perloff & Fetzer, 1986).

본 연구에서는 Lee (2003)가 개발한 건강위기에 대한 낙관적 편견 도구를 본 연구자가 수정·보완한 도구로 측정된 점수를 말한다.

2) 건강행위

건강행위는 질병을 피할 수 있다고 스스로 믿는 사람들에 의해서 취해지는 행동이다. 주로 규칙적 생활습관, 휴식, 식이요법 등을 통한 안녕상태를 유지하는 것이 목적이다(Harris & Guten, 1979).

본 연구에서는 Cho (1983)가 개발한 건강행위 측정도구로 측정된 점수를 말한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 우리나라 성인의 건강위기에 대한 낙관적 편견과 건강행위 간의 관계를 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구 대상 및 자료 수집 방법

본 연구에서는 서울, 경기, 강원, 충북에 거주하는 만 19세 이상 64세 미만의 남녀를 편의표집하여 대상자를 선정하였다.

표본크기는 문항 수 52개와 탈락률을 감안하여 550명을 목표 인원으로 하였다. 자료 수집은 2006년 7월 27일부터 8월 24일까지 대학, 사업장, 복지회관 및 종교단체를 방문하여 기관장의 협조를 얻은 후 연구자가 직접 방문하여 연구 목적과 취지를 설명한 다음 설문지를 배포하였다. 총 700부를 배포하여 676부를 회수하였고(회수율 96.6%), 이중 불완전하게 응답한 설문지를 제외한 595부(응답률 88.0%)만을 최종분석에 사용하였다.

3. 연구 도구

1) 건강위기에 대한 낙관적 편견

건강위기에 대한 낙관적 편견은 Lee (2003)가 개발한 건강위기에 대한 낙관적 편견 도구를 수정·보완하여 사용하였다. Lee (2003)는 2003년에 한국인의 주요 질병 및 사고를 심장질환, 위암, 폐암, 간암, 교통사고, 에이즈 및 성병 6가지로 정의하였고 이 6개 항목만을 낙관적 편견 항목으로 구성하였다. 그러나 2006년 Korea National Statistical Office (2006)가 보고한 한국인의 주요 사망원인은 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 자살, 당뇨병, 폐렴, 만성하기도질환, 간질환, 고혈압, 교통사고 10가지에 해당되었다. 이에 본 연구에서는 보다 권위있는 기관인 Korea National Statistical Office (2006)에서 발표한 한국인의 주요 사망원인 10개 항목 모두를 낙관적 편견 항목으로 구성한 다음 전문가 3인(간호학 교수 1인, 예방의학 교수 1인, 보건학 교수 1인)에게 타당도를 확인한 후 도구를 사용하였다.

본 도구는 총 20문항으로 구성되며 측정방법은 첫 번째 질문인 '자신이 X에 걸려 죽게 될 가능성' 과 두 번째 질문인 '자신과 같은 또래의 사람이 X에 걸려 죽게 될 가능성' 을 '매우 높다' 3점에서 '확실히 없다' 0점으로 측정하여 두 번째 질문의 평균값에서 첫 번째 질문의 평균값을 뺀 점수가 낙관적 편견의 점수이다.

해석은 양의 값이면 낙관적 편견이 존재하는 것이며 '0' 또는 음의 값이 나오면 낙관적 편견이 존재하지 않는 것으로 해석한다. 이 값이 커질수록 낙관적 편견이 커짐을 의미한다. 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .92였다.

2) 건강행위

건강행위는 질병예방, 건강유지 및 증진을 위해 취하는 행위의 정도를 측정하는 것으로 Cho (1983)의 도구를 사용하였다. 총 32문항이며 각 문항은 건강행위 실천정도에 따라 '항상한다' 5점에서 '거의 안한다' 1점으로 구성되며 점수범위는 32-160점까지이다. 해석은 총 합계 점수가 높을수록 건강행위를 잘 이행하는 것을 의미한다. 본 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .94였다.

4. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS WIN 12.0 프로그램을 이용하여 다음과 같은 방법으로 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로, 낙관적 편견과 건강행위는 평균과 표준편차로 분석하였

다. 일반적 특성에 따른 낙관적 편견과 건강행위의 차이는 t-test, ANOVA로, 사후검정은 Scheffe의 다중비교방법을 이용하였고, 각 변수 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.

5. 연구의 제한점

본 연구의 대상자 선정 시 무작위표출이 아닌 편의표출하였으므로 본 연구의 결과를 우리나라 전체 성인에게 일반화하는데 신중을 기할 필요가 있다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

일반적 특성을 살펴보면 여성이 남성보다 4.6% 많았으며 대상자의 평균연령은 37.18세였다. 대도시와 중소도시에 거주하는 사람이 대부분이었고 교육수준에서는 전문대 졸업 이상이 60.3%를 차지하였다. 월평균 가족 소득이 200만원 이상인 사람이 약 70%를 차지하였고 건강검진 경험에 대한 응답은 검진을 받은 적이 있는 사람이 약 70%를 차지하였다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of Subjects

Variable		Male n (%)	Female n (%)	Total n (%)
Age (yr)	19-29	84 (14.1)	159 (26.7)	243 (40.8)
	30-39	73 (12.2)	61 (10.3)	134 (22.5)
	40-49	45 (7.6)	34 (5.7)	79 (13.3)
	≥50	82 (13.8)	57 (9.6)	139 (23.4)
	Mean (±SD)=37.18±13.47			
Residence	Metropolitan city	148 (24.9)	148 (24.9)	296 (49.8)
	Urban	101 (17.0)	141 (23.7)	242 (40.7)
	Rural	35 (5.8)	22 (3.7)	57 (9.5)
Marital status	Single or others*	132 (22.2)	179 (30.1)	311 (52.3)
	Married	152 (25.5)	132 (22.2)	284 (47.7)
Religion	Yes	175 (29.4)	202 (33.9)	377 (63.4)
	No	109 (18.3)	109 (18.3)	218 (36.6)
Education	Less than middle school	34 (5.7)	26 (4.4)	60 (10.1)
	High school	97 (16.3)	79 (13.3)	176 (29.6)
	More than college	153 (25.7)	206 (34.6)	359 (60.3)
Income/month (10,000)	≤200	77 (12.9)	104 (17.5)	181 (30.4)
	201-300	110 (18.5)	96 (16.1)	206 (34.6)
	≥301	97 (16.3)	111 (18.7)	208 (35.0)
Exam experience	Yes	183 (30.7)	232 (39.0)	415 (69.7)
	No	101 (17.0)	79 (13.3)	180 (30.3)
Total		284 (47.7)	311 (52.3)	595 (100.0)

*Separation, divorce, separation by death.

Table 2. Optimistic Bias, Health Behavior according to General Characteristics

(N=595)

Variables	n	Optimistic bias				Health behavior			
		Mean±SD	F or t	p	Scheffe	Mean±SD	F or t	p	Scheffe
Gender	Male	284	2.81±0.46	.651	.515	103.12±23.08	-4.138	.000	
	Female	311	2.57±0.43			110.64±21.27			
Age (yr)	19-29 ^a	243	1.46±0.40	17.124	.000	103.74±22.25	4.454	.004	a<c
	30-39 ^b	134	2.54±0.48			108.72±22.34			
	40-49 ^c	79	3.21±0.37			113.76±21.14			
	≥50 ^d	139	4.67±0.45			107.42±22.84			
Residence	Metropolitan city ^a	296	3.04±0.47	1.889	.152	108.99±20.61	7.485	.001	a, b>c
	Urban ^b	242	2.30±0.44			107.16±23.12			
	Rural ^c	57	2.49±0.37			96.56±26.01			
Marital status	Single or others [*]	311	1.82±0.40	-5.074	.000	103.17±22.04	-4.488	.000	
	Married	284	3.63±0.47			111.31±22.16			
Religion	Yes	377	2.90±0.44	1.562	.119	109.20±20.81	3.090	.002	
	No	218	2.31±0.45			103.34±24.64			
Education	Less than middle school	60	3.53±0.48	1.967	.141	101.10±24.76	2.870	.057	
	High school	176	2.93±0.47			106.32±23.28			
	More than college	359	2.43±0.43			108.40±21.50			
Income/month (10,000 won)	≤200 ^a	181	2.17±0.44	1.979	.139	101.59±24.65	8.365	.000	a<b, c
	201-300 ^b	206	2.78±0.42			108.37±20.73			
	≥301 ^c	208	3.05±0.46			110.50±21.28			
Exam experience	Yes	415	2.87±0.43	1.536	.125	111.04±22.22	6.825	.000	
	No	180	2.26±0.47			97.86±20.21			

*Separation, divorce, separation by death.

Table 3. Score of Optimistic Bias, Health Behavior (N=595)

Variable	Possible range	Mean±SD	Min	Max
Optimistic bias	-30~+30	2.69±4.45	-17.0	27.0
Health behavior	32~160	107.05±22.45	32	160

Table 5. Correlation between Optimistic Bias and Health Behavior

	Optimistic bias	
	r	p
Health behavior	.187	.000

Table 4. Health Behavior according to Optimistic Bias (N=595)

Optimistic bias	N (%)	Health behavior			
		Mean±SD	F or t	p	Scheffe
- (a)	121 (20.3)	100.13±23.71	7.423	.001	a<b, c
0 (b)	61 (10.3)	107.97±24.30			
+ (c)	413 (69.4)	108.94±21.43			

2. 일반적 특성에 따른 낙관적 편견과 건강행위

대상자의 낙관적 편견은 연령(F=17.124, p=.000)과 결혼상태(t=-5.074, p=.000)에 따라 유의한 차이가 있었으며 대체적으로 고연령층의 낙관적 편견이 저연령층보다 높았다.

건강행위에 있어서는 성별(t=-4.138, p=.000), 연령(F=4.454, p=.004), 거주지(F=7.485, p=.001), 결혼상태(t=-4.488, p=.000), 종교(t=3.090, p=.002), 소득수준(F=8.365, p=.000), 검진경험(t=6.825, p=.000)에 따라 유의한 차이가 있었다(Table 2).

3. 대상자의 낙관적 편견과 건강행위 정도

건강위기에 대한 낙관적 편견은 2.69±4.45점이었고 건강행위는 평균 107.05±22.45점으로 나타났다(Table 3).

4. 낙관적 편견에 따른 건강행위

건강위기에 대한 낙관적 편견 값을 음, 0, 양으로 범주화한 후 낙관적 편견에 따른 건강행위 점수의 차이를 분석한 결과는 Table 4와 같다. 건강행위는 낙관적 편견에 따라 유의한 차이가 있었으며 낙관적 편견이 높은 집단이 낮은 집단에 비해 건강행위 점수가 높았다(F=7.423, p=.001).

5. 낙관적 편견과 건강행위 간의 관계

대상자의 건강위기에 대한 낙관적 편견과 건강행위 간의 관

계는 정적 상관관계로 나타났다($r=.187, p=.000$)(Table 5).

논 의

본 연구는 우리나라 성인의 건강위기에 대한 낙관적 편견과 건강행위의 정도를 파악하고 두 변수 간의 관계를 규명하기 위해 시도되었다.

본 연구 결과 낙관적 편견 점수에 차이를 보인 변수는 연령과 결혼 상태였다. 즉 연령이 높을수록 건강위기에 대한 낙관적 편견이 높은 것으로 나타났으며 이러한 결과는 한국 성인 남녀를 대상으로 건강위기에 대한 낙관적 편견과 불건강행위 간의 관계를 연구한 Lee (2003)의 연구와 일치하는 결과이다. 또한 배우자가 있는 사람은 배우자가 없는 사람보다 건강위기에 대하여 또래 다른 사람보다 더 긍정적으로 판단하는 것으로 나타났는데 이는 대만의 성인 497명을 대상으로 이혼과 결혼에 대한 낙관적 편견을 연구한 Lin과 Reghubir (2005)의 연구 결과와 일치한다.

한편, 본 연구 결과 건강행위 이행에 유의한 차이가 있었던 변수는 성별, 연령, 거주지, 결혼상태 및 종교유무, 소득수준, 검진 경험인 것으로 나타났다. 이러한 결과는 오스트리아에 거주하는 25세에서 75세 사이의 성인을 대상으로 건강행위에 영향을 미치는 사회경제적 요인을 조사한 연구에서 건강행위가 성, 연령 및 소득수준에 따라 유의한 차이가 있다고 보고한 Stronegger, Freidl과 Rasky (1997)의 연구 결과와 일치한다. 또한 본 연구에서 대도시와 중소도시에 거주하는 사람이 건강행위를 잘 이행하는 것으로 나타났는데, 이는 미국인을 대상으로 건강행위의 구조모형을 개발한 Cohen, Scribner와 Farley (2000)의 연구 결과와 일치하는 결과이다.

한편, 본 연구 대상자의 건강위기에 대한 낙관적 편견점수는 2.69점으로 나타났다. Han (1998)의 해석에 따르면, '0' 점 이하부터 낙관적 편견이 존재하지 않음을 의미하므로 비록 본 연구 대상자들의 낙관적 편견은 존재하지는 않지만 국외 선행 연구(Clarke et al., 2000; Kos & Clarke, 2001; Weinstein et al., 2004, 2005)들의 낙관적 편견 점수와 비교해 볼 때 상대적으로 낮음을 알 수 있다. 즉, 호주 여성을 대상으로 유방암에 걸릴 위험확률을 조사한 연구에서는 낙관적 편견점수가 18.3점이었고(Clarke et al., 2000), Kos와 Clarke (2001)가 호주 성인 613명에게 피부암에 걸릴 위기에 대한 낙관적 편견을 조사한 연구에서도 낙관적 편견 점수가 19.3점으로 높게 나타났다.

그러나 이러한 국외 선행 연구 결과들과 달리 Lee (2003)가 한국 성인을 대상으로 6가지 질병의 위기에 대한 낙관적 편견

을 조사한 연구에서는 건강위기에 대한 낙관적 편견 점수가 1.38점으로 매우 낮았고, Kim, Choi와 Choi (2006)가 한국인 대학생에게 에이즈에 걸릴 위기에 대한 낙관적 편견을 조사한 연구에서도 본 연구 및 Lee (2003)의 연구 결과와 마찬가지로 낙관적 편견 점수가 1.69점으로 낮았다.

이와 같이 서양인과 동양인의 낙관적 편견 점수 간에 차이를 보이는 까닭에 대한 설명으로 Heine과 Lehman (1995)의 연구를 제시할 수 있다. 이들은 캐나다인과 일본인을 대상으로 AIDS에 걸리는 건강상의 위기, 직장에서 해고당하는 것 등의 직업상의 위기에 대한 낙관적 편견을 비교하여 측정된 연구에서 일본인은 자신에게 직접적인 위기가 되는 사건보다 가족이나 친구들이 관련된 위기사건을 보다 심각하게 인식하였으며 그에 따라 일본인은 캐나다인에 비해 낙관적 성향이 덜 나타나는 경향이 있다고 주장하였다.

동양인(한국인, 일본인 등)의 낙관적 편견이 서양인보다 낮은 이유는 동양인의 집단주의 성향 때문이다. 이는 한국이 문화적 가치유형 조사에서 집단주의 성향이 매우 높은 나라로 분류된 사실로 미루어 알 수 있다(Hofstede, 1984 as cited in Lee, 2003). 또한 한국인은 예로부터 가족중심적인 공동체 의식이 강하고, 서양인처럼 '나', '너'라는 구분이 명확하지 않은 집단(Lee, 2003)이기 때문에 건강위기에 대한 인식에서도 또래의 다른 사람의 건강위기와 자신의 건강위기를 명확히 구분하지 않음으로써 서양인의 낙관적 편견에 비해 그 점수가 상대적으로 낮게 나타났을 것이라 추측된다. 또한 낙관적 편견과 건강행위 간에 정적 상관관계를 보인 이유도 이와 같은 맥락으로 생각된다.

이 외에도, 낙관적 편견과 건강행위 간에 정적 상관관계를 보인 또 다른 이유로 건강행위를 잘 이행하고 있는 대상자일수록 자신이 또래 다른 사람보다 질병에 걸릴 위험이 적다고 생각할 것이며 따라서 이들의 건강위기에 대한 낙관적 편견 점수도 높게 나타났을 것으로 생각된다. 이를 뒷받침 해주는 것이 본 연구에서 낙관적 편견을 음, 0, 양의 집단으로 나누어 건강행위 점수에 차이가 있는지를 확인해 본 결과 낙관적 편견 음의 집단에 비해 양의 집단이 건강행위를 더 잘하고 있는 것으로 나타났다. 비록 건강행위 점수의 차이는 미미하였지만 건강행위를 하는 집단이 건강위기에 대한 낙관적 편견을 가질 것이라 예상할 수 있다. 이와 비슷하게 Shapiro와 Han (1994)연구에서도 대상자들이 낙관적 편견을 갖는 이유를 "항상 몸매 가꾸는 운동을 하고 있고", "대체로 규칙적인 정기검진을 받고 있으므로"라고 응답했다고 하였으며, Lee (2003) 역시 낙관적 편견과 건강행위 간에 정적 상관관계를 보인 이유를 이와 비슷하게 언급한

바 있다. 그렇다면 건강행위를 잘 이행하지 않는 사람을 대상으로 낙관적 편견 간의 관계를 연구했다면 다른 결과가 나타나지 않았을까 추측해볼 수 있다. 따라서 추후에는 건강행위를 잘 이행하는 사람과 불건강한 생활습관을 가진 사람들을 대상으로 이들의 건강위기에 대한 낙관적 편견 정도와 건강행위 간의 관계를 비교하는 연구가 필요하다. 만약 추후 연구를 통해 낙관적 편견과 건강행위 간에 부적인 상관관계가 있는 것으로 나타난다면 이러한 대상자들의 건강에 대한 인식을 바람직한 방향으로 유도하기 위한 교육 프로그램 등의 중재가 필요하다고 본다.

결론 및 제언

본 연구는 우리나라 성인을 대상으로 건강위기에 대한 낙관적 편견과 건강행위의 정도를 파악하고 두 변수 간의 관계를 규명하여 건강증진사업 및 교육프로그램을 개발하는데 기초 자료를 마련하기 위한 목적으로 시도되었다.

대상자는 서울, 경기, 강원, 충북에 거주하는 만 19세에서 64세의 남녀 595명으로서 자료 수집 기간은 2006년 7월 27일부터 8월 24일까지였다. 연구 도구는 대상자의 일반적 특성 11문항, 건강위기에 대한 낙관적 편견 20문항, 건강행위 32문항으로 구성된 설문지를 사용하였다.

자료의 분석은 SPSS WIN 12.0 프로그램을 이용하여 빈도와 백분율, 평균과 표준편차, t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficient 및 Scheffe 다중비교방법으로 분석하였다.

첫째, 연구 대상자의 건강위기에 대한 낙관적 편견은 2.69 ± 4.45 점이었고 건강행위는 평균 107.05 ± 22.45 점으로 나타났다.

둘째, 건강위기에 대한 낙관적 편견은 연령($F=17.124, p=.000$)과 결혼상태($t=-5.074, p=.000$)에 따라 유의한 차이가 있었고, 건강행위는 성별($t=-4.138, p=.000$), 연령($F=4.454, p=.004$), 거주지($F=7.485, p=.001$), 결혼상태($t=-4.488, p=.000$), 종교($t=3.090, p=.002$), 소득수준($F=8.365, p=.000$) 및 검진경험($t=6.825, p=.000$)에 따라 유의한 차이가 있었다. 또한 건강행위는 낙관적 편견 음, 0, 양의 집단에 따라 유의한 차이가 있었다($F=7.423, p=.001$).

셋째, 낙관적 편견과 건강행위 간의 관계는 유의한 정적상관관계로 나타났다($r=.187, p=.000$).

따라서 본 연구 결과에 근거하여 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 본 연구에서 건강위기에 대한 낙관적 편견 점수는 국외 선행 연구들과 비교하여 매우 낮았다. 이러한 결과가 한국인의 문화적 특성 때문인지 확인하는 것이 필요하다. 그러므로 인종만 다르고 연령, 성별 등 일반적 특성이나 환경이 비슷한 서

양인과 한국인을 대상으로 건강위기에 대한 낙관적 편견을 비교하는 연구가 필요하다.

둘째, 건강행위와 낙관적 편견의 관계는 정적 상관관계로 나타났는데 그 이유 중 한가지로 실제 건강행위를 이행하고 있는 사람에 대한 점수가 낙관적 편견 점수로 간주될 수 있음을 제시하였다. 그러므로 추후에는 건강행위를 잘 이행하는 사람과 이행하지 않는 사람들 대상으로 낙관적 편견과의 관계를 확인하는 연구가 필요하다.

REFERENCES

- Atkinson, M. J., Wishart, P. M., Wasil, B. I., & Robinson, J. W. (2004). The Self-Perception and Relationships Tool (S-PRT): A novel approach to the measurement of subjective health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes, 2*, 36.
- Barnoy, S., Bar-Tal, Y., & Treister, L. (2003). Effect of unrealistic optimism, perceived control over disease, and experience with female cancer on behavioral intentions of Israeli women to undergo screening tests. *Cancer Nursing, 26*, 363-369.
- Buehler, R., Messervey, D., & Griffin, D. (2005). Collaborative planning and prediction: Does group discussion affect optimistic biases in time estimation? *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 97*, 47-63.
- Chang, E. C., & Asakawa, K. (2003). Cultural variations on optimistic and pessimistic bias for self versus a sibling: Is there evidence for self-enhancement in the West and for self-criticism in the East when the referent group is specified? *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 569-581.
- Cho, W. J. (1983). *An empirical study on Korean adults perception of their health behavior*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Clarke, V. A., Lovegrove, H., Williams, A., & Machperson, M. (2000). Unrealistic optimism and the health belief model. *Journal of Behavioral Medicine, 23*, 367-376.
- Cohen, D. A., Scribner, R. A., & Farley, T. A. (2000). A structural model behavior: A programmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level. *Preventive Medicine, 30*, 146-154.
- Han, A. K., & Cho, D. S. (2001). A study physiological parameters, health behavior of adults in Gyeonggi province area. *Journal of Korean Academy of Nursing, 31*, 631-640.
- Han, M. J. (1998). People's optimistic bias and the effectiveness of a health campaign. *Journal of Korean Social Science, 5*, 381-394.
- Harris, D. M., & Guten, S. (1979). Health-protective behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior, 20*, 17-29.
- Heine, S., & Lehman, D. (1995). Culture variation in unrealistic optimism: Does the West feel more invulnerable than the East? *Jour-*

- nal of Person and Social Psychology*, 68, 595-607.
- Kim, B. C., Choi, Y. H., & Choi, M. I. (2006). AIDS prevention campaign and optimistic bias: Self-esteem and a sense of control as social psychological factors. *Journal of Korean Advertising Society*, 17(2), 43-58.
- Korea National Statistical Office (2005, December). *Death by sex and age according to the 19 chapters classification*. Retrieved June 1, 2006, from <http://www.kosis.kr>
- Kos, J. M., & Clarke, V. A. (2001). Is optimistic bias influenced by control of delay? *Health Education Research*, 16, 533-540.
- Lee, D. S. (2003). *A structural model development of health insensitivity*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Lin, Y. C., & Raghurir, P. (2005). Gender difference in unrealistic optimism about marriage and divorce: Are men more optimistic and women more realistic? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 198-207.
- Mikhail, B. (1981). The health belief model: A review and critical evaluation of the model, research and practice. *Advances in Nursing Science*, 4, 65-82.
- Ministry of Health and Welfare (2005, July 29). *2001 Korean national examination health and nutrition survey*. Retrieved May 20, 2006, from <http://www.mohw.go.kr/user.tdf>
- Perloff, L. S. (1987). *Social comparison and illusions of invulnerability to negative life event*. In C. R. Snyder, & C. Ford (Eds.), *Coping with negative life events: Clinical and social psychological perspectives on negative life events* (pp. 217-242). New York: Plenum Press.
- Perloff, L. S., & Fetzer, B. K. (1986). Self-other judgements and perceived vulnerability to victimization. *Journal of Person and Social Psychology*, 50, 502-510.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., et al. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Shapiro, M., & Han, M. J. (1994). *Thinking aloud about impersonal impact*. Paper presented at the theory & methodology division of the Association for Education, Journalism and Mass Communication Conference, Atlanta, GA.
- Song, M. S., Byeon, Y. S., Lim, K. S., & Oak, J. W. (2007). A study on health behavior in people at risk for a cerebrovascular accident. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 37, 1091-1097.
- Stronegger, W. J., Freidl, W., & Rasky, E. (1997). Health behavior and risk behavior: Socioeconomic differences in an Austrian rural county. *Social Science and Medicine*, 44, 423-426.
- Tennen, H., & Affleck, G. (1987). The costs and benefits of optimistic explanations and dispositional optimism. *Journal of Personality*, 55, 376-393.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.
- Weinstein, N. D., Marcus, S. E., & Moser, R. P. (2005). Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tobacco Control*, 14, 55-59.
- Weinstein, N. D., Slovic, P., & Gibson, G. (2004). Accuracy and optimism in smokers' belief about quitting. *Nicotine & Tobacco Research*, 6, S375-S380.
- Yi, S. E., Oh, K. S., Park, Y. J., Kim, J. A., Kim, H. S., Oh, K. O., et al. (2004). Structural equation model for the health behaviors of university students in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34, 903-912.