Original Article

Korean J Health Promot 2017;17(1):38-46 • pISSN: 2234-2141 • eISSN: 2093-5676
http://dx.doi.org/10.15384/kjhp.2017.17.1.38

지역사회 거주 중장년층의 건강정보 지향 관련 요인

심재란[1], 손연정[2]

[1]한양대학교 간호학부, [2]중앙대학교 적십자간호대학

Factors Influencing Health Information Orientation in Middle-aged Community-dwelling

Jae Lan Shim[1], Youn-Jung Son[2]

[1]College of Nursing, Hanyang University, Seoul, Korea
[2]Red Cross College of Nursing Chung-Ang University, Seoul, Korea

Background: It is important time for middle-aged because they should shift to a healthy elderly by utilization of correct health information and healthy behaviors. The aim of this study was to investigate the level of health information orientation (HIO) and identify the factors influencing HIO according to socio- demographic and health related characteristics of middle aged in community.
Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted by self-reported using structured questionnaires. The data was collected from June to July 2014 with 465 middle aged and 40 to 64 years old living in the community. Multiple stepwise regression analysis was used to examine the determinant of HIO.
Results: In the two sub-domains of HIO, health information engagement mean score was 2.30±1.09 and the health information apprehension level was 1.34±1.15 on average (maximum 4 points). Regression analysis showed that the sub-domains of HIO, the level of health information engagement was significantly higher in the 40-49 age group than 50-64 age group (β=-0.094, P=0.048) and high school or above education level (β=0.224, P<0.001). Those who pay more than 100,000 won per month (β=0.097, P=0.047) were significantly high in the level of health information apprehension.
Conclusions: In order to improve the level of HIO, it is necessary to implement tailored health promotion education considering the sociodemographic and health related characteristics of the subjects. It is required in the future, the development of tools and multidimensional factors that are appropriate for the middle-aged when identifying the factors influencing of health information orientation. **Korean J Health Promot 2017;17(1):38-46**

Keywords: Middle aged, Health promotion, Orientation, Education

서 론

중장년기는 건강에 대한 개인적 관심과 예방적 건강행위의 필요성이 증가되는 시기로 건강관리를 어떻게 실천하는지에 따라 노년기의 건강에 영향을 미치므로 중장년기의 건강관리는 매우 중요하다.[1)] 국내 대사증후군과 같은 성인병 발병률[2)] 및 암 발생률은 중장년층에 급격히 증가하며, 특히, 연령별 암 발생의 경우 15-34세에는 10만 명당 68.3명, 40-65세에는 473명으로 약 7배 증가하여[3)] 이 시기의 효율적인 건강관리에 대한 대대적인 홍보 및 교육이 시급한 상황이다.

최근 인터넷의 발달과 더불어 건강정보에 대한 접근이 용이해지고 다양한 경로를 통해 건강정보 획득이 이루어지면서, 단순히 대량의 정보를 획득하는 것보다 건강정보를 어떻게 이해하고 건강관리에 활용하는 문제가 건강증진 분야에 중요한 이슈로 부각되고 있다.[4,5)] 더욱이 건강정보 활

■ Received: February 2, 2017 ■ Accepted: March 15, 2017
■ Corresponding author : **Youn-Jung Son, PhD**
Red Cross College of Nursing Chung-Ang University, 84 Heukseok-ro, Dongjak-gu, Seoul 06974, Korea
Tel: +82-2-820-5198, Fax: +82-2-210-8651
E-mail: yjson@cau.ac.kr

Copyright ⓒ 2017 The Korean Society of Health Promotion and Disease Prevention
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/) which permits unrestricted noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

용형태는 20-30대는 주로 건강진단, 의료기관 및 의료 서비스 이용수단에 대한 검색이 주된 반면, 실제적인 건강정보에 대한 수요가 높은 40-50대는 관심질환에 대한 구체적 관리내용 및 질환 예방법에 대한 건강정보 습득에 주로 초점을 맞추고 있어,[6] 잘못된 건강정보로 인해 올바른 의사결정을 하지 못할 경우, 건강 악화, 병원입원, 응급실 방문 증가 등과 같은 부정적 건강결과를 초래하게 된다.[4]

건강정보 지향(health information orientation)은 건강 관련 이슈에 대한 정보를 추구하려는 정도 및 태도를 의미하는 것으로,[7] 건강정보 지향이 높은 사람은 적극적으로 건강정보를 검색하고, 수집하여 건강정보에 대한 결정을 하고,[8] 상대적으로 건강정보 지향이 낮은 사람은 건강정보에 대한 방어적인 태도로 두려움과 걱정을 동반하여 효율적인 건강관리를 방해하는 경향이 있다.[9,10] 이러한 건강정보 지향은 건강정보에 대한 관심과 태도에 따라 다르게 나타날 수 있다.[11] 따라서 건강정보 지향 수준은 개인이 건강정보를 찾도록 동기화하기 때문에 건강정보를 검색, 이해하고 건강관리에 활용하는데 능동적으로 참여하는 것과 매우 관련이 높은 것으로 보고되고 있어 최근 보건의료분야에서 중요한 개념으로 언급되고 있다.[12]

건강정보 지향에 관한 국외연구의 경우, 건강정보에 대한 높은 관심과 동기는 적극적인 건강행위와 연결되어 있다고 알려져 있으며,[13] 인터넷 등 건강정보에 접근성이 용이해짐으로 인해 건강 의사결정에 더 잘 참여하게 되면 환자와 의료진 간의 의사소통이 더 원활하게 된다고 보고하였다.[14] 또한, 만성 질환자에게 온라인 또는 인터넷 등으로 약물에 대한 새로운 정보, 질환정보 등의 제공으로 건강정보에 대한 관심과 요구도를 증가시켜 대상자의 질환관리에도 긍정적인 건강결과를 나타냈다는 연구결과도 있다.[13]

국내 연구에서도 건강정보에 대한 적극적인 관심은 질병치료에 중요한 요소로 나타났는데, 건강정보에 대한 이용도와 관심이 높은 사람들은 건강정보 비이용자보다 질병과 관련된 많은 정보를 습득하고 있기 때문에 금주나 금연과 같은 건강행위를 더 잘 실천하는 것으로 보고되었다.[13,15,16] 이처럼 건강정보 추구행위, 매체이용 행태 등에 대한 선행연구는 꾸준히 진행되어 왔지만,[17-19] 실제로 수많은 건강정보에 직면하고 있고 건강정보에 관심이 많은 중장년층을 대상으로 건강정보에 대해 어떻게 인식하고 있는지에 대한 건강정보 지향 관련 연구는 극히 제한적이다.

따라서 본 연구에서는 건강행위 실천의 중요성이 부각되는 지역사회 중장년층을 대상으로 건강정보 지향의 수준을 알아보고 이와 관련된 요인을 인구사회학적 및 건강 관련 특성을 중심으로 확인하고자 하였다.

방 법

1. 연구 대상 및 자료수집 과정

본 연구는 건강정보 지향 정도와 이와 관련된 요인을 파악하기 위한 횡단적 조사연구이다. 본 연구의 대상자는 의식이 명료하며, 일상생활 동작이 가능하고, 언어적, 비언어적 의사소통이 가능하며, 인지기능에 문제가 없고 본 연구의 목적을 이해하고 동의한 만 40-64세 이하의 중장년층을 대상으로 임의표출하였으며, 지역별(서울, 경기, 충청, 전라도, 경상도), 성별, 연령별(40-49세, 50-59세, 60-64세)로 고루 할당하고자 하였다. 설문에 참여한 대상자는 총 480명이었으며, 이 중 불성실한 응답을 한 15부를 제외한 465부가 최종 분석되었다.

자료수집 전 생명윤리 심의위원회로부터 연구승인(IRB No. 201405-BM-018-01)을 받은 후 수행되었으며, 자료수집 기간은 2014년 6월부터 7월까지로 다양한 사람들의 이동이 많은 은행, 대형마트, 역사 주변을 중심으로 일대일 면접에 의해 자가기입식 설문법을 사용하였다.

2. 연구 도구

1) 인구사회학적 및 건강 관련 특성

인구사회학적 특성은 건강정보 지향 관련 선행연구 결과[14,15,20]를 토대로 구성하였으며, 연령, 성별, 교육수준, 배우자, 종교, 월수입, 직업, 거주지를 포함시켰다.

건강 관련 특성은 지각된 건강상태, 1년내 외래진료 최소 1회 이상인지의 여부, 만성 질환 유무,[12] 1개월 이상 약물복용하는지 여부,[15] 월평균 의료비 지출로 조사하였다. 지각된 건강상태는 1문항으로 구성된 1-5점 척도로 점수가 높을수록 전반적인 건강상태가 양호함을 의미한다. 본 연구에서는 Nölke 등[20]의 연구를 참조하여 매우 좋음과 좋음을 좋음으로, 보통을 보통으로, 나쁨과 매우 나쁨을 나쁨으로 하여 세 그룹으로 범주화하였다.

만성 질환의 경우, 6개월 이상 고혈압, 당뇨병, 심장질환, 뇌졸중, 관절염, 호흡기질환 등의 질환을 가지고 있는지 여부로 판단하였다.

한편, 건강정보 출처에 대한 인식 및 이용행태의 경우, 「의료진」, 「병원내 책자」, 「인터넷」, 「보건교육」, 「신문」, 「지인」, 「TV 매체」, 「책 또는 광고전단지」에 대해 가장 선호하는 건강정보의 출처와 가장 이해하기 쉬운 출처로 조사하였으며 이 두 가지에 대해 '예(1)', '아니오(0)'로 중복응답할 수 있게 하였다.

2) 건강정보 지향(health information orientation)

건강정보 지향은 개인이 건강한 삶을 추구하기 위해 건강 관련 정보를 추구하는 정도를 뜻하는 것으로,[7] 본 연구에서는 Miller[21]가 암 환자 보호자 대상으로 개발한 건강정보 추구행위 측정도구인 The Miller Behavioral Style Scale (MBSS)을 DuBenske 등[11]이 암 환자 보호자 중 만성 질환을 갖고 있거나, 자가보고형 설문지에 응답하기 어려운 대상자 등은 제외한, 중장년층의 보호자들을 대상으로 개발한 8문항 5점 척도('매우 그렇지 않다[0점]'에서 '매우 그렇다[4점]')로 측정한 점수를 말한다. 본 도구의 사용은 원저자의 허락을 받아 번역-역번역 과정을 통해 내과전문의 2인, 간호학과 교수 3인으로 구성된 전문가 집단의 내용타당도(content validity index, CVI) 검토를 통해 이루어졌다. CVI는 1-4점의 4첨 척도로, 전문가들이 3점(적합하다) 혹은 4점(매우 적합하다) 점수를 부여한 항목의 비율로 산출되었으며, 모든 문항에서 1.0으로 나타나 최종 설문에서 8문항 모두를 포함하였다.

본 조사에 앞서 본 연구 대상자 선정기준에 적합한 20명을 대상으로 예비조사를 실시하여, 번역된 설문지 내용의 명확성, 문항의 이해도, 문항의 문법적 적절성, 문항의 길이, 설문지 작성에 걸리는 시간 등을 파악하였으며, 예비조사는 2014년 5월 3일부터 30일까지 실시하였으며, 이 때 도구의 신뢰도는 Cronbach' α=0.74였다.

본 도구는 크게 건강정보 참여와 건강정보 걱정의 2개 하위영역으로 나누어지며, 각 영역은 4개 문항으로 구성되어 있다. 먼저 건강정보 참여(information engagement)는 개인이 건강한 삶을 추구하기 위해 건강 관련 정보를 능동적으로 탐색하거나 탐색된 건강정보에 대한 자기조절 및 의사결정을 하는 일련의 과정을 말한다.[22] 각 문항은 '나의 건강이슈에 대해 의사결정 전에 많은 정보를 수집한다', '나의 건강이슈에 대해 의사결정 전에 여러 차례 정보를 확인한다', '나는 건강 관련 정보에 대한 의사결정 후에도 계속해서 관련 정보를 검색한다', '나는 건강 관련 정보에 대한 의사결정을 신속히 내리는 편이다'로 점수가 높을수록 건강정보에 대한 행위가 적극적임을 의미한다. 원 도구개발 당시 신뢰도는 Cronbach' α=0.65였고, 본 연구에서는 Cronbach' α=0.83이었다.

건강정보 걱정(information apprehension)은 건강정보에 대한 방어적인 태도로 두려움과 걱정을 동반하는 상태, 즉 직관적이며 장기적인 중요성을 인식하지 않는 경우를 말한다.[23] 각 문항은 '여러 건강정보 출처로부터 정보를 이해하는데 어려움이 있다', '나는 건강 관련 정보를 검색 중 원하지 않은 정보를 찾을까 걱정된다', '나는 수많은 건강정보로 인해 압박감을 느낀다', '건강정보를 찾는 것은 의사의 일이고 나는 필요치 않다'로 점수가 높을수록 건강정보에 대한 두려움과 걱정이 많음을 의미한다.

원 도구개발 당시 신뢰도는 Cronbach' α=0.67로 본 연구에서는 Cronbach' α=0.78이었다.

3. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS Win 21.0 Program (IBM Corp., New

Table 1. Socio-demographic and health related characteristics of the participants

Characteristics	Total (n = 465)
Age (years)	
40-49	255 (54.8)
50-59	170 (36.6)
60-64	40 (8.6)
Gender	
Women	290 (61.1)
Men	190 (38.9)
Education level	
Middle school or less	55 (9.3)
High school	198 (42.6)
College or above	212 (48.1)
Spouse	
Yes	429 (89.4)
No	51 (10.6)
Religion	
Yes	324 (69.7)
No	141 (30.3)
Monthly income (1,000 Korean won)	
50-99	103 (22.2)
100-199	108 (23.2)
≥200	254 (54.6)
Occupation	
Yes	318 (68.4)
No	147 (31.6)
Living area	
Urban	390 (83.9)
Rural	75 (16.1)
Perceived health status	
Poor	30 (6.5)
Moderate	219 (47.0)
Good	216 (46.5)
Clinic visits within 1 year	
Yes	232 (50.1)
No	233 (49.9)
Chronic diseases	
Yes	307 (66.0)
No	158 (34.0)
Taking medicine (over 1 month)	
Yes	132 (28.4)
No	333 (71.6)
Self-reported medical costs (1,000 Korean won/month)	
<50	381 (81.9)
50-99	58 (12.5)
≥100	26 (5.6)

Values are presented as n (%).

York, NY, USA)을 이용하여 대상자의 인구사회학적 특성 및 건강 관련 특성, 건강정보 지향 수준 및 하위영역별 문항 수준은 기술통계를 이용하여 분석하였다.

인구사회학적 특성 및 건강 관련 특성에 따른 건강정보 지향의 차이는 각각 independent *t*-test와 one-way ANOVA, Scheffé 사후분석으로, 건강정보 지향에 영향을 미치는 요인은 단계적 다중회귀분석을 이용하여 확인하였다.

결 과

1. 인구사회학적 및 건강 관련 특성

대상자의 인구사회학적 및 건강관련 특성은 표 1과 같다. 대상자의 연령은 평균 49.18±6.57세로 40-49세가 255명(54.8%)으로 가장 많았으며, 성별은 여자가 290명(61.1%), 남자 190명(38.9%)으로, 교육수준은 대졸 이상이 212명(48.1%), 배우자가 있다고 응답한 사람은 429명(89.4%)이었다. 월수입은 200만원 이상이 254명(54.6%)으로 과반수 이상을 차지하였다. 직업의 경우 318명(68.4%)이 있다고 응답하였고, 도시 거주자가 390명(83.9%)으로 조사되었다.

건강 관련 특성에서 지각된 건강수준은 '보통이다'라고 응답한 대상자가 219명(47.0%), 1년 이내 병원에서 치료 경험이 있다고 응답한 대상자가 232명(50.1%), 만성 질환을 자진 대상자는 307명(66.0%)으로 나타났다. 1개월 이상 약물을 복용하는 대상자는 132명(28.4%)이었으며 월평균 의료비용의 지출은 5만원 미만이 381명(81.9%)으로 대다수를 차지하였다.

건강정보 출처에 대한 인식 및 이용 행태에서는 건강정보를 가장 많이 취득하는 출처로는 TV매체(48.5%), 인터넷(42.5%), 의료진(36.0%)의 순으로 나타났으며(Figure 1), 건강정보 내용의 가장 이해하기 쉬운 출처로는 의료진(42.8%), TV매체(42.2%), 인터넷(28.3%) 순이었다(Figure 2).

2. 연구 대상자의 건강정보 지향 정도

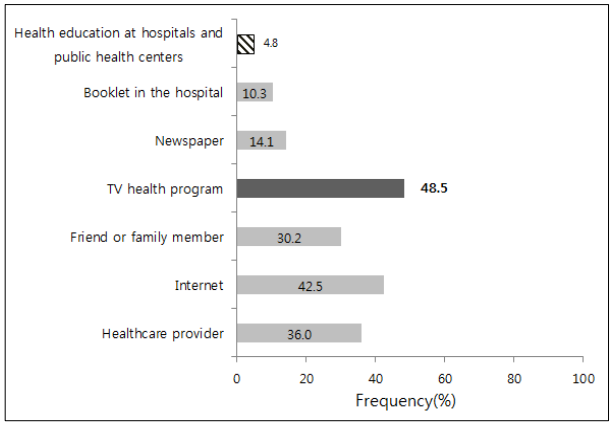
건강정보 지향의 두개 하위영역 중 대상자의 건강정보 참여 수준은 최대 4점 만점에 평균 2.30±1.09점으로, 각 항목별 점수는 「나의 건강이슈에 대해 의사결정 전에 여러 차례 정보를 확인한다」의 문항이 평균 2.43±1.11점으로 가장 높게 나타났고, 「나는 건강 관련 정보에 대한 의사결정을 신속히 내리는 편이다」는 2.18±0.98점으로 가장 낮은 점수를 보였다.

건강정보 걱정 수준은 평균 1.34±1.15점으로, 각 항목별 점수에서 「여러 건강정보 출처로부터 정보를 이해하는데 어려움이 있다」의 문항이 평균 평점 1.52±1.05점으로 가장 높았으며, 「나는 수많은 건강정보로 인해 압박감을 느낀다」는 1.17±1.10점으로 가장 낮은 점수를 나타내었다(Table 2).

3. 인구사회학적 및 건강 관련 특성에 따른 건강정보 지향 수준

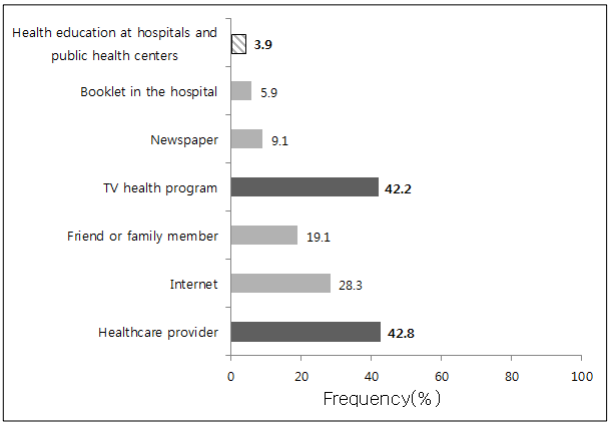
중장년층의 인구사회학적 및 건강 관련 특성에 따른 건강정보 지향의 차이는 먼저 건강정보 참여의 경우, 연령(F=8.256, P<0.001), 교육수준(F=16.716, P<0.001), 배우자 유무(t=-2.327, P=0.023), 월소득(F=3.882, P=0.009), 거주지(t=3.223, P=0.002), 만성 질환 유무(t=-2.217, P=0.027), 1개월 이상 약물 복용 여부(t=2.431, P=0.016)에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다. 한편, 건강정보 걱정

Figure 1. Health information acquisition route[a].



[a]Values are presented as frequency (%), available for multiple response.

Figure 2. Easily understandable health information[a].



[a]Values are presented as frequency (%), available for multiple response.

Table 2. Distribution of health information engagement and health information apprehension by items

Items Description (items)	Not at all (0)	Not so much (1)	Usually (2)	Quite much (3)	Very much (4)	Mean±SD
Health information orientation (8 items)						
Health information engagement (4 items)						
1. Gather information before making decisions	29 (6.2)	57 (12.3)	171 (36.8)	130 (27.9)	78 (16.8)	2.37±1.09
2. Review information multiple times before making decisions	26 (5.6)	65 (14.0)	144 (30.9)	143 (30.8)	87 (18.7)	2.43±1.11
3. After decide, continue looking for related information	39 (8.4)	88 (18.9)	139 (29.9)	132 (28.4)	67 (14.4)	2.21±1.16
4. Make decisions quickly	17 (3.7)	90 (19.4)	198 (42.6)	110 (23.6)	50 (10.7)	2.18±0.98
Subtotal mean±SD: 2.30±1.09						
Health information apprehension (4 items)						
5. Difficulty with multiple information sources	81 (17.4)	161 (34.6)	137 (29.5)	71 (15.3)	15 (3.2)	1.52±1.05
6. Fear finding something I don' want to know	141 (30.3)	119 (25.6)	113 (24.3)	73 (15.7)	19 (4.1)	1.38±1.19
7. Overwhelmed by amount of information available	160 (34.4)	142 (30.5)	98 (21.1)	53 (11.4)	12 (2.6)	1.17±1.10
8. Doctor' job to deal with Information	146 (31.4)	140 (30.1)	102 (21.9)	59 (12.7)	18 (3.9)	1.28±1.28
Subtotal mean±SD: 1.34±1.15						

Abbreviation: SD, standard deviation.
Values are presented as frequency (%) or mean±SD.

정도는 직업(t=-2.004, P=0.042), 월평균 의료비 지출(t=3.862, P=0.022)에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다(Table 3).

4. 중장년층의 건강정보 지향에 영향을 미치는 요인

중장년층의 건강정보 참여와 건강정보 걱정에 영향을 미치는 요인을 각각 파악하기 위해 단계적 다중회귀분석을 시행한 결과, 50-64세의 연령군이 40-49세 연령군에 비해(β=-0.094, P=0.048) 건강정보 참여수준이 낮았고, 고졸 이상의 학력을 가진 군이 중졸 이하 군에 비해(β=0.224, P<0.001) 건강정보 참여가 높은 것으로 나타났다.

건강정보 걱정의 경우, 월평균 의료비 지출이 10만원 이상인 군이 10만원 미만인 군에 비해(β=0.097, P=0.047) 건강정보 걱정의 수준이 높은 것으로 나타났다(Table 4).

고 찰

본 연구는 건강에 대한 개인적 관심과 예방적 행위의 필요성이 증가하는 시기인 지역사회 중장년층의 건강정보 지향의 수준을 알아보고, 이에 영향을 미치는 인구사회학적 및 건강 관련요인을 파악하고자 시도되었다.

본 연구 대상자인 중장년층의 건강정보 참여의 수준은 최대 4점 만점에 평균 2.30±1.09점으로 이는 본 연구의 도구와 유사한 건강정보 지향 도구로 12세 이하의 부모 대상으로 건강정보 지향 정도를 조사한 연구결과,[16] 4점 환산시 평균인 2.72점보다 낮은 점수이고, 대학생 대상의 건강정보 참여 수준을 확인한 Moon 등[24]의 연구결과인 2.16점보다 높았다. 특히 본 연구에서 건강정보 참여의 4개 항목 중 가장 높은 점수를 보인 항목은 「나의 건강이슈에 대해 의사결정 전에 여러 차례 정보를 확인한다」가 평균 2.43점으로 가장 높게 나타났다. 이는 본 연구와 같은 도구를 사용한 선행연구가 없어 직접 비교하기는 어렵지만, 본 연구와 유사한 도구로 입원 아동부모 대상으로 건강정보 지향에 미치는 영향요인을 조사한 Kim과 Lee의 연구[16]에서 「약물 복용 전 약에 대한 작용과 부작용에 대해 가능한 많은 정보를 확인한다」의 항목이 가장 높은 점수로 나타난 결과와 비슷한 맥락이다. 이는 본 연구 대상자 중 66% (307명)가 만성 질환을 가지고 있어 의료환경에 대한 노출이 많아 건강정보에 대한 관심이 높음을 나타내주는 결과로 볼 수 있다.

건강정보 걱정의 수준은 4점 만점에 평균 1.34점으로, 4개의 항목 중 가장 높게 측정된 항목은 「여러 건강정보 출처로부터 정보를 이해하는데 어려움이 있다」의 문항이었다. 이는 중장년층이 여러 가지 정보출처 중 인터넷에 대한 건강정보 검색 및 처리능력에 대한 자기효능감이 젊은 연령층에 비해 낮으므로[17] 여러 건강정보 활용에 대한 어려움이 많음을 나타낸 결과라 생각된다.

건강정보 걱정 영역에서 「나는 수많은 건강정보로 인해 압박감을 느낀다」는 항목이 평균 1.17점으로 가장 낮은 점수를 나타내었는데, 이는 본 연구의 대상자인 중장년층은 지나치게 방대한 정보나 자신과 맞지 않는 정보는 오히려 피로감을 유발하고 건강정보를 획득하는 것을 포기하게 만드는 요인이 될 수 있다는 것을 나타낸 결과이다.[25]

본 연구의 주요 목적인 건강정보 지향의 하부영역인 건강정보 참여와 건강정보 걱정의 각 영향요인을 확인한 결과, 초기 중장년층(40-49세)이 50-64세보다, 고졸 이상의 학력을 가진 대상자가 고졸 미만의 학력을 가진 대상자보다 건강정보 참여수준이 높았다. 이는 연령, 소득, 성별, 거주지 등 인구사회학적 관련 특성이 건강정보 지향에 영향을

Table 3. Differences in health information engagement and health information apprehension according to socio-demographic and health related characteristics of participants[a]

Characteristics	Categories	Health information orientation			
		Health information engagement	*t* or *F* (*P*)	Health information apprehension	*t* or *F* (*P*)
Age (years)			8.256 (<0.001)		0.900 (0.407)
	40-49 (A)	2.41±0.57	A>C[b]	1.37±0.82	
	50-59 (B)	2.24±0.57		1.27±0.81	
	60-64 (C)	1.85±0.79		1.41±1.08	
Gender			0.289 (0.773)		0.432 (0.666)
	Men	2.31±0.61		1.36±0.85	
	Women	2.29±0.60		1.32±0.83	
Education level			16.716 (<0.001)		0.900 (0.407)
	≤Middle school or less (A)	1.83±0.97	A<B<C[b]	1.37±0.82	
	High school (B)	2.22±0.83		1.27±0.81	
	College or above (C)	2.50±0.75		1.41±1.08	
Spouse			-2.327 (0.023)		-1.344 (0.179)
	Yes	2.43±0.60		1.35±0.85	
	No	2.26±0.51		1.19±0.80	
Religion			-1.413 (0.153)		0.732 (0.465)
	Yes	2.34±0.59		1.32±0.82	
	No	2.21±0.63		1.38±0.90	
Monthly Income (1,000 KRW/month)			3.882 (0.009)		0.313 (0.816)
	50-99 (A)	2.11±0.84	A<D[b]	1.28±0.87	
	100-199 (B)	2.24±0.87		1.33±0.76	
	200-299 (C)	2.29±0.75		1.31±0.86	
	≥300 (D)	2.47±0.83		1.38±0.87	
Occupation			-0.775 (0.439)		-2.004 (0.042)
	Yes	2.32±0.84		1.39±0.85	
	No	2.25±0.82		1.22±0.82	
Living area			3.223 (0.002)		0.105 (0.042)
	Urban	2.35±0.59		1.34±0.84	
	Rural	1.99±0.63		1.33±0.87	
Perceived health status[a]			1.351 (0.260)		1.979 (0.139)
	Poor (A)	2.09±0.93		1.61±0.99	
	Moderate (B)	2.30±0.84		1.35±0.82	
	Good (C)	2.35±0.82		1.29±0.85	
Clinic visits within 1 year			0.163 (0.871)		0.050 (0.960)
	Yes	2.29±0.81		1.33±0.89	
	No	2.30±0.86		1.34±0.80	
Chronic disease			-2.217 (0.027)		0.221 (0.825)
	Yes	2.35±0.82		1.33±0.83	
	No	2.17±0.84		1.35±0.88	
Taking medicine (over1 month)			2.431 (0.016)		-0.962 (0.336)
	Yes	2.14±0.87		1.40±0.88	
	No	2.36±0.81		1.31±0.82	
Self-reported medical costs[a] (1,000 KRW/month)			0.148 (0.862)		3.862 (0.022)
	<50 (A)	2.30±0.82		1.33±0.80	
	50-99 (B)	2.26±0.82		1.19±0.93	A, B<C[b]
	≥100 (C)	2.37±1.03		1.74±1.08	

Abbreviations: KRW, Korean won; SD, standard deviation.
[a]Values are presented as mean±SD and Calculated by One-way ANOVA or *t*-test.
[b]Multiple comparison by Scheffe' method.

Table 4. Predictors of health information seeking and health information apprehension[a]

Outcomes	Predictors	Standardized β	t (P)	F (P)	R^2, adjusted R^2
Health information orientation					
Health information engagement	Age[b] (1=50-64 yr)	-0.094	-1.981 (0.048)	14.187 (<0.001)	0.085, 0.079
	Education level[c] (1=high school or above)	0.224	4.790 (<0.001)		
Health information apprehension	Self-reported medical costs[d] (1=≥100) (1,000 KRW/month)	0.097	1.993 (0.047)	9.284 (<0.001)	0.092, 0.082

Abbreviation: KRW, Korean won.
[a]Calculated by Multiple stepwise linear regression analysis adjusted for spouse, living area, occupation, chronic disease.
[b]Age; 50-64 yr=1, 40-49 yr=0.
[c]Education level; high school or above=1, ≤Middle school or less=0.
[d]Self-reported medical costs (1,000 KRW/month); ≥100=1, <100=0.

미친다는 선행연구 결과와 같은 맥락이다.[6,26] 연령이 증가할수록 노화로 인한 시력, 청력 등의 장애로 인해 정보에 대한 이해와 접근성이 젊은 연령층에 비해 상대적으로 떨어지고,[15] 의료서비스를 부적절하게 이용하게 되며 이로 인해 자신의 건강관리 행위에 부정적인 영향을 줄 수 있을 것으로 고려된다.[27] 높은 교육수준은 건강지식과 관련 질환에 대한 건강관리 이행 및 태도에 영향을 주므로,[15,18] 건강정보 지향의 수준을 높이는 영향요인임을 지지하는 연구결과이다.

한편, 건강정보 걱정의 경우 월평균 의료비 지출이 많은 대상자일수록 건강정보 걱정 수준이 높았다. 이러한 결과는 월평균 의료비 지출이 상대적으로 많은 경우, 건강증진 행위에 대한 경제적 부담감에 대한 이유를 생각해볼 수 있다. 또한, 월수입이 높을수록 건강정보 활용능력이 높다는 선행연구[9,28]를 고려해볼 때, 개개인의 의료비 지출과 소득수준을 반영한 국가정책 차원의 다양한 건강증진 프로그램 및 검진제도를 통해 그들의 건강정보 획득 및 실천기회의 확대방안이 필요하다고 본다.

회귀분석 결과에서 유의하지 않았지만 건강정보 지향에 있어서 건강 관련 특성 또한 중요한 영향요인으로,[9,16-20] 본 연구에서 단변량 분석결과 유의한 결과를 보인 변인인 만성 질환 유무와 지각된 건강상태를 중점적으로 살펴보고자 한다.

본 연구에서 만성 질환을 가지고 있는 대상자는 그렇지 않은 건강한 대상자에 비해 건강정보 참여 수준은 높았다. 이는 Nölke 등[20]의 연구결과인 만성 질환을 가진 대상자가 인터넷 검색 등의 건강정보 추구행위가 건강한 대상자에 비해 적극적임을 보고한 결과와 유사하며, 임상에서 만성 질환자들의 건강정보 요구도를 반영한 건강교육이 필요함을 시사하고 있다.

지각된 건강상태 또한 건강정보 지향에 유의한 관련요인으로 나타나지 않았지만, 본 연구에서 지각된 건강상태가 양호할수록 건강정보 참여 수준이 높았다. 이는 지각된 건강상태가 양호할수록 적극적 정보탐색과 적절한 시기의 의료기관 이용의 결과를 나타낸 선행연구를 볼 때,[17,18,29] 지각된 건강상태는 건강정보 참여를 촉진시키는 요인이며, 건강에 대한 긍정적인 태도 및 지각으로 인해 건강에 대한 신념과 건강행위의 증진을 통해 신체기능의 점진적인 향상을 가져오므로[30] 추후 지각된 건강상태와 건강관리에 대한 자기효능감을 향상시킬 수 있는 중재프로그램이 필요하다고 본다.

본 연구는 지역사회 중장년층의 건강정보 지향수준을 확인하고 인구사회학적 및 건강 관련 특성을 중심으로 관련요인을 조사하였다. 건강정보 지향 수준은 최대 4점 만점에 평균 2.30±1.09점으로, 건강정보 지향의 두 개의 하부영역 중 건강정보 참여는 「나의 건강이슈에 대해 의사결정 전에 여러 차례 정보를 확인한다」의 문항이, 건강정보 걱정은 「여러 건강정보 출처로부터 정보를 이해하는데 어려움이 있다」의 문항이 각각 가장 높게 나타내었다. 건강정보 지향의 하위영역 중 건강정보 참여에 영향을 미치는 요인으로는 연령과 교육수준이었으며, 건강정보 걱정의 영향요인으로는 월평균 의료비 지출로 나타났다.

이상의 결과를 바탕으로 전 연령층 대상의 건강정보 지향 수준과 관련 요인을 파악하고 건강정보 지향을 저해하는 요인을 확인하는 포괄적인 연구가 필요하며, 건강정보 지향 수준을 향상시켜 건강증진 행위를 실천할 수 있는 방법론적 연구를 제언한다.

본 연구는 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째, 연구 대상자 선정시 연령구간별 고른 할당을 통해 임의표출하고자 하였으나, 60-64세 연령이 다른 중장년층에 비해 상대적으로 적어, 본 연구결과를 해당 연령층에 일반화하는 데 한계가 있다. 둘째, 본 연구에 사용된 건강정보 지향도구는 도구개발 당시 암 환자 가족을 대상으로 개발된 도구이므로, 추후 일반 성인 대상의 타당도와 신뢰도가 확보된 도구개

발이 요구된다. 셋째, 본 연구는 단면적 조사연구로서 인과관계를 입증하는 데는 한계가 있으며, 사회심리학적 지표를 포함하지 않고 인구사회학적, 건강 관련 특성을 중심으로 영향요인을 파악하였다는 점이 있다. 이러한 몇 가지 제한점에도 불구하고 본 연구는 건강관리에 관심이 많은 중장년층을 대상으로 건강정보 지향과 그 관련요인을 파악한 초기 연구로서 그 의의가 있다고 본다.

요 약

연구배경: 중장년층은 올바른 건강정보 활용 및 건강행위 실천으로 건강한 노년으로 이행해야 하는 중요한 시기이다. 연구의 목적은 지역사회에 거주하는 중장년층을 대상으로 건강정보 지향의 수준을 알아보고 이에 영향을 미치는 인구사회학적 및 건강 관련요인을 파악하기 위함이다.

방법: 구조화된 설문지를 이용한 자가 기입식의 횡단적 서술연구이다. 자료수집은 2014년 6월부터 7월까지로, 지역사회에 거주하는 만 40-64세 이하의 중장년층 465명을 대상으로 하였다. 건강정보 지향에 영향을 미치는 요인은 단계적 다중회귀분석을 실시하였다.

결과: 건강정보 지향의 수준은 건강정보 참여 수준이 평균 2.30±1.09점, 건강정보 걱정 수준이 평균 1.34±1.15점이었다. 회귀분석 결과 중장년층의 건강정보 지향에 영향을 미치는 요인으로 건강정보 참여는 연령이 낮을수록(β=-0.094, P=0.048), 최종학력이 고졸 이상일수록(β=0.224, P<0.001) 높게 나타냈으며, 건강정보 걱정은 월평균 의료비 지출이 많을수록(β=0.097, P=0.047) 높았다.

결론: 건강정보 지향 수준이 낮은 집단에 대해 인구사회학적 및 건강 관련 특성을 고려한 맞춤형 건강증진 교육 프로그램 개발이 요구되며, 추후 중장년층을 대상으로 한 건강정보 추구행위 영향요인 파악시 대상자 특성에 맞는 도구개발 사용 및 다차원적 요인이 함께 고려되어야 할 것이다.

중심 단어: 중장년, 건강증진, 지향, 교육

REFERENCES

1. Shin NM, Choi J, Cho I, Park BJ. Self-management program for heart healthy behavior among middle- and old-aged Korean women at risk for metabolic syndrome. J Cardiovasc Nurs 2017 Mar 17 [Epub ahead of print].
2. National Health Insurance Service. Prevalence of metabolic syndrome by age, sex and risk factors in Korea 2015 [Internet]. Daejeon: National Health Insurance Service; 2017 [Accessd Jan 31, 2017]. Available from: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35007_N139.
3. National Cancer Information Center. Cancer incidence by age group 2014 [Internet]. Goyang: National Cancer Information Center; 2016 [Accessd Dec 20, 2016]. Available from: http://www.cancer.go.kr/mbs/cancer/subview.jsp?id=cancer_040103000000.
4. Jessup RL, Osborne RH, Beauchamp A, Bourne A Buchbinder R. Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire(HLQ). BMC Health Serv Res 2017;17(1):52.
5. Bakker CJ, Koffel JB, Theis-Mahon NR. Measuring the health literacy of the Upper Midwest. J Med Libr Assoc 2017;105(1):34-43.
6. Chon BS, Lee JG. A study on dispositional use motives for facebook and its positive and negative effects: with a focus on changes to interpersonal networks on facebook and facebook addiction among users in the age groups of 2039 and 4059. Speech & Commun 2014:24:112-40.
7. Dutta-Bergman MJ. Primary sources of health information: Comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. Health Commun 2004;16(3):273-88.
8. Basu A, Dutta MJ. The relationship between health information seeking and community participation: the roles of health information orientation and efficacy. Health Commun 2008;23(1):70-9.
9. Howell JL, Shepperd JA. Reducing information avoidance through affirmation. Psychol Sci 2012;23(2):141-5.
10. McQueen A, Vernon SW, Swank PR. Construct definition and scale development for defensive information processing: an application to colorectal cancer screening. Health Psychol 2013;32(2):190-202.
11. DuBenske LL, Burke Beckjord E, Hawkins RP, Gustafson DH. Psychometric evaluation of the health information orientation scale: a brief measure for assessing health information engagement and apprehension. J health Psychol 2009;14(6):721-30.
12. Suziedelyte A. How does searching for health information on the Internet affect individuals' demand for health care services? Soc Sci Med 2012;75(10):1828-35.
13. James DC, Harville C 2nd. eHealth literacy, online help-seeking behavior, and willingness to participate in mHealth chronic disease research among African Americans, Florida, 2014-2015. Prev Chronic Dis 2016;13:E156.
14. Tan SS, Goonawardene N. Internet health information seeking and the patient-physician relationship: a systematic review. J Med Internet Res 2017;19(1):e9.
15. Son YJ, Song EK. Impact of health literacy on disease-related knowledge and adherence to self-care in patients with hypertension. J Korean Acad Fundam Nurs 2012;19(1):6-15.
16. Kim KJ, Lee IS. The influence of health information source credibility and e health literacy on health information orientation of parents of local hospitalized children. J Digit Converg 2016;14(6):295-307.
17. Park DJ, Kwon MS, Choi JH. The Influence of health information orientation, attitude of internet health information, and e-health literacy on personal health behaviors. J Public Relat Res 2013;17(3):379-413.
18. Feinberg I, Frijters J, Johnson-Lawrence V, Greenberg D, Nightingale E, Moodie C. Examining associations between health information seeking behavior and adult education status in the U.S.: an analysis of the 2012 PIAAC Data. PloS One

2016;11(2):e0148751.
19. Ojewola RW, Oridota ES, Balogun OS, Ogundare EO, Alabi TO. Lower urinary tract symptoms: prevalence, perceptions, and healthcare-seeking behavior amongst Nigerian men. World J Mens Health 2016;34(3):200-8.
20. Nölke L, Mensing M, Krämer A, Hornberg C. Sociodemographic and health-(care)related characteristics of online health information seekers: a cross-sectional German study. BMC Public Health 2015;15:31.
21. Miller SM. Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. J Pers Soc Psychol 1987;52(2):345-53.
22. Loiselle CG. Self-evaluation and health information-seeking: a study of self-assessment and self-protection motives [dissertation]. Madison; University of Wisconsin; 1995. English.
23. McQueen A, Vernon SW, Swank PR. Construct definition and scale development for defensive information processing: an application to colorectal cancer screening. Health Psychol 2013;32(2):190-202.
24. Moon IO, Park SK, Kim EG. Influence on health promotion behavior among nursing students according to health information seeking behavior. J Korean Public Health Nurs 2015;29(2):231-43.
25. Fiksdal AS, Kumbamu A, Jadhav AS, Cocos C, Nelsen LA, Pathak J, et al. Evaluating the process of online health information searching: a qualitative approach to exploring consumer perspectives. J Med Internet Res 2014;16(10):e224.
26. Knapp C, Madden V, Wang H, Sloyer P, Shenkman E. Internet use and eHealth literacy of low-income parents whose children have special health care needs. J Med Internet Res 2011;13(3):e75.
27. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? J Health Commun 2010;15 Suppl 2:9-19.
28. Lalazaryan A, Zare-Farashbandi, F. A review of models and theories of health information seeking behavior. Int J Health Syst Disaster Manage 2014;2(4):193-203.
29. McCloud RF, Jung M, Gray SW, Viswanath K. Class, race and ethnicity and information avoidance among cancer survivors. Br J Cancer 2013;108(10):1949-56.
30. Burke KE, Schnittger R, O'Dea B, Buckley V, Wherton JP, Lawlor BA. Factors associated with perceived health in older adult Irish population. Aging Ment Health 2012;16(3):288-95.