



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

언론정보학석사학위논문

위암 맥락에서의 건강불평등에 대한
커뮤니케이션학적 접근

커뮤니케이션 불평등 개념을 중심으로

2016년 8월

서울대학교 대학원

언론정보학과 언론정보학전공

김관호

위암 맥락에서의 건강불평등에 대한
커뮤니케이션학적 접근

커뮤니케이션 불평등 개념을 중심으로

A Communication Inequalities Approach to
Socio-Economic Disparities in Stomach Cancer

국문 초록

본 연구는 건강 관련 정보를 획득하고 처리하는 과정에서 사회경제적 지위의 격차에 의해 발생하는 불평등이 건강불평등에 미치는 영향을 탐색한 연구이다. 이를 위해 본 연구에서는 ① 계획 행동 이론(theory of planned behavior)을 바탕으로 위암 관련 건강 정보를 획득하고 처리하는 일련의 과정에 관한 연구모형을 설정하고, ② 이 모형의 타당성을 구조방정식모형분석(structural equation modeling analysis)으로 검증한 뒤, ③ 다집단분석(multigroup analysis)으로 사회경제적 지위(socioeconomic status)의 변화에 따른 연구모형 내 가설적 경로들의 변화에 관해 탐색해 보았다. 이 분석을 위해 6개월간 총 세 차례에 걸쳐 실시된 1,130명 규모의 온라인 패널조사 자료가 사용되었다. 연구 결과, ① 건강 염려(health consciousness)와 가족 및 중요한 타인의 암 가족력이 위암 관련 정보 획득의 주요 동기이며, ② 위암 관련 정보 획득 빈도가 높아질수록 위암에 대한 지각된 행동 통제감(perceived behavioral control)이 높아지기 때문에, ③ 최종적으로 위암 예방 혹은 치료 행동 의도(위 내시경 검진 의도)가 증가한다는 것을 확인할 수 있었다. 또한 ④ 교육수준이 낮을 때만 위 내시경 검진에 대한 지각된 행동 통제감이 위 내시경 검진 의도의 증가로 이어진다는 것을 발견할 수 있었다. 몇 가지 한계점에도 불구하고, 일련의 발견들은 한국내 위암 맥락에서 발생하는 커뮤니케이션 불평등이 위암 관련 건강불평등의 원인 중 하나임을 시사한다.

핵심어: 건강불평등, 커뮤니케이션 불평등, 계획 행동 이론, 건강 관련 정보 획득, 위암, 구조방정식모형, 다집단분석

학번: 2014 - 20264

목 차

1. 문제제기.....	7
2. 이론적 논의 및 연구 가설.....	9
2.1. 건강불평등의 개념적 정의.....	9
2.2. 커뮤니케이션 불평등.....	11
2.3. 한국의 위암.....	15
2.4. 건강 정보 획득.....	17
2.5. 건강 관련 행동의 내적/외적 동기.....	19
2.6. 계획 행동 이론.....	21
2.7. 연구모형 및 연구가설.....	22
3. 연구방법.....	29
3.1. 자료수집.....	29
3.2. 측정방법.....	31
3.2.1. 암 개인력 및 암 가족력.....	31
3.2.2. 건강 염려.....	31
3.2.3. 건강 정보 획득.....	31
3.2.4. 계획 행동 이론 변인.....	32
3.2.5. 위암 예방 및 치료 행동 의도.....	33
3.2.6. 통제변인.....	34
3.3. 분석전략.....	35
3.3.1. 구조방정식모형분석.....	35
3.3.2. 다집단분석.....	36

4. 분석결과.....	40
4.1. 구조방정식모형분석결과.....	40
4.2. 다집단분석결과.....	44
5. 논의.....	47
6. 본 연구의 한계 및 후속 연구를 위한 제언.....	50
참고 문헌.....	51
외국어 초록(Abstract).....	60

표 및 도식 목차

표 1. 조사 차수별 기술통계치.....	30
표 2. 측정변수들 간의 이변량 상관계수.....	42
그림 1. 위암 관련 건강 정보 획득의 동기와 효과에 관한 개념적 모형.....	23
그림 2. 구조방정식모형 분석결과.....	40
그림 3. 다집단분석 결과(저소득 집단 대 고소득 집단).....	44
그림 4. 다집단분석 결과(낮은 교육수준 집단 대 높은 교육수준 집단).....	45

1. 문제제기

인간의 건강과 수명의 무작위성에 대한 인명재천(人命在天)식의 믿음은 동서를 막론하고 널리 받아들여져 왔다. 그러나 이런 통속적 믿음과 대치되는 ‘건강불평등(health inequality)’이 발생하고 있다는 증거가 1990년대 이래 선진 각국을 중심으로 꾸준히 축적되어 왔다. 물질적 자원과 사회적 자원이 불평등하게 분배되는 사회적 구조 안에서, 그 구조가 투영되는 각 인구 집단의 건강 수준에서 체계적인 격차가 관찰된다는 것이다(Niederdeppe, 2008; Niederdeppe, Bigman, Gonzales, & Gollust, 2013). 전통적인 보건학적 관점에서 건강 수준의 격차를 발생시킨다고 알려진 의료서비스 접근성 격차나 생활습관의 차이 등은 이러한 건강불평등의 발생을 통계적으로 설명하지 못했다(Wilkinson, 2005). 때문에 선진 각국에서는 비교적 최근에 발견된 이 문제에 대응하기 위해 다양한 관점에서 건강불평등의 발생 원인을 찾고 그 해결책을 모색하고 있다.

한편 한국에서는 2000년대 후반에 들어서야 건강불평등 연구의 다각화가 시작되었다(강영호, 2014). 한국의 경우 의료접근성이 명백히 낮은 저개발지역 거주민이나 노년층 등 취약계층이 존재하며, 이제까지 해당 인구집단의 의료실태를 파악하고 개선하는 전통적인 보건학적 연구에 역량이 집중되어 왔기 때문이다(윤태호, 김지현, 2006; 김형용, 2010; 김순양, 윤기찬, 2011; 김진구, 2011, 2012a, 2012b; 김태형, 권세원, 이윤진, 2012; 홍지민, 이수형, 신호성, 2013; 김형용, 최진무, 2014; 김동진 외, 2013). 그러나 최근의 연구들은(김동배, 유병선, 이정은, 2012; 김진구, 2012c; 강영주, 정광호, 2012; 김동진 외, 2013; 김진영, 송예리아, 백은정, 2013; 이용우, 2014) 건강불평등을 보다 다양한 관점에서 연구할 필요성을 암시하고 있다. 한국에서도 의료접근성이나 생활습관 등의 보건학적 요인으로 설명되지 않는 건강불평등이 관측되고 있기 때문이다.

이와 관련해 본 연구에서는 Viswanath(2006)의 커뮤니케이션 불평등 개념에 주목하고자 한다. 그는 커뮤니케이션 불평등을 건강 정보를 획득하고 활용하는 과정에서 각종 요인에 의해 발생하는 인구집단 간의 격차로 정의했으며, 이 격차가 건강불평등의 원인 중 하나가 될 수 있다고 주장했다(Viswanath, 2006). 각 사회의 구조적 불평등을 조명하는 것을 현대적인 건강불평등 연구의 특징으로 본다면(신영전, 2011; NCHS, 2012; 강영호, 2014), 한 사회의 커뮤니케이션 불평등과 건강불평등의 관계를 다루는 것은 커뮤니케이션학적 건강불평등 연구에서 가장 기초적이고 핵심적인 연구 중 하나라고 말할 수 있다. 이에 본 연구에서는 한국 사회의 맥락에서 중요한 의미를 가지는 위암에 관련된 건강 행동, 그 중에서도 위암 예방 및 치료 행동을 연구 대상으로 설정해 커뮤니케이션 불평등과 건강불평등 사이의 관계를 탐색해 보고자 한다. 특히 이 과정에서 Fishbein과 Ajzen이 주장한 계획 행동 이론(theory of planned behavior; Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1985; 1991)을 바탕으로 각 변인들 사이의 가설적 인과관계를 설정하고 이를 통계적으로 검증함으로써, 한국 사회의 건강불평등에 대한 커뮤니케이션학적 해석을 시도하고자 한다.

2. 이론적 논의 및 연구 가설

2.1. 건강불평등의 개념적 정의

본 연구에서 건강불평등은 “사회적 불평등을 반영하는 각 집단들 사이에 존재하는 건강 수준의 격차”로 정의된다(Niederdeppe et al., 2008: 8). 불평등한 사회적 계층 구조 안에서 “특정 개인은 자신이 보유한 물질적 자원, 사회적 자원, 그리고 위신을 의미하는 사회경제적 지위”를 가지게 되며(Niederdeppe, Kuang, Crock, & Skelton, 2008: 1344), 이 지위의 고저에 따라 각 개인이 기대할 수 있는 건강 수준에 체계적인 격차가 발생한다는 것이다. 건강불평등에 대한 이와 같은 개념 정의는 한 사회의 구조적인 불평등과 개인의 건강 간에 직접적인 인과관계가 존재한다는 전환적인 통찰에 기초하며, 이런 사고방식이 등장하기 전까지 보건학 영역 밖의 사회 구조와 같은 요소들은 건강불평등 연구에서 중요하게 다루어지지 않았다(Wilkinson, 2005). 때문에 커뮤니케이션학적 건강불평등 연구의 맥락을 이해하기 위해서는, 우선 건강불평등 개념의 세분화와 이에 따른 연구 영역의 확장에 관해 논할 필요가 있다.

건강불평등에 대한 현대적인 연구의 기원은 20세기 후반의 건강권(right to health)에 관한 법철학적인 논의로 거슬러 올라간다(신영진, 2011). 건강권이란 크게 ‘건강할 권리(right to health),’ ‘보건의료에 대한 권리(right to health care),’ ‘보건의료체계 내에서의 권리(right in health care)’로 구성되는 사회적 기본권으로 정의되는데(문창진, 1997), 이처럼 세련화된 건강권 개념은 1976년에야 확립되었다. 건강권을 명문화하려는 논의가 제 2차 대전 종전 직후인 1948년 국제연합에 의해 ‘세계인권선언(universal declaration of human rights)’이 선포된 이후에 시작되었기 때문이다(정치학대사전편찬위원회, 2002; 신영진, 2011).

세계인권선언의 선포는 인권에 대한 광범위하고 다차원적인 논의, 특히 한 사회 안에서 인간다운 삶을 살 권리인 사회권에 대한 논의를 불러 일으켰다(정치학대사전편찬위원회, 2002). 그 결과 1966년 국제연합 총회에서 채택되고 1976년 발효된 ‘경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제 규약(UN international covenant on economic, social and cultural rights: ICESCR)’에서, 건강권은 의료서비스뿐만 아니라 자연환경, 산업 위생, 건강한 음식, 깨끗한 물, 안전한 작업환경, 공중위생 등의 건강에 관련된 모든 요소들에 대한 자유롭고 공정한 접근을 의미하는 포괄적인 권리로 규정되었다. 건강에 대한 이러한 법철학적 논의와 그 결과로 등장한 건강권 개념은 전통적인 보건학적 관점이 아닌 일종의 사회 구조적 관점에서 건강불평등을 정의하고 분석하는 계기가 되었다(신영진, 2011).

이런 역사적 맥락 속에서 오늘날의 연구자들은 특정 인구 집단 간에 나타나는 건강 관련 지표의 차이를 ① 건강 격차(disparity), ② 건강 불공평(inequity), ③ 건강 불평등(inequality), ④ 건강 부담(burden)의 네 가지로 구분하며, 이는 각각 ① 특정 인구집단 사이에 존재하는 건강 지표상의 단순한 차이, ② 특정 인구집단에 분배된 건강 관련 자원의 불공정한 격차, ③ 사회경제적으로 상하위계에 놓인 인구집단 간에 존재하는 건강 수준의 격차, ④ 서로 규모가 다른 인구집단 간에 존재하는 건강 지표상의 단순한 차이를 의미한다(NCHS, 2012). 이 중 건강 부담을 제외한 나머지 세 가지 개념은 넓은 의미에서 건강불평등으로 포괄되며¹⁾, 실제로 각 개념어를 혼용하는 경우도 적지 않다(NCHS, 2012; 강영호, 2014). 그럼에도 불구하고 오늘날 엄격하게 규정된 건강불평등은, ① 사회경제적 지위를 집단 비교의 기준으로 삼는다는 점에서 특정 기준을 정

1) 건강 부담은 인구집단들의 규모 차에 따른 각종 지표의 차이만을 의미하기 때문에 광의의 건강불평등 개념에 포함되지 않는다. 예컨대 한국인과 일본인의 사망률이 비슷하다고 가정하더라도, 전체 집단 규모가 세 배 정도 차이 있기 때문에 사망자의 절대적 숫자는 일본이 세 배 많을 수밖에 없다. 이런 산술적인 차이는 불평등이라고 말하기 어렵다.

하지 않는 건강 격차와 구분되며, ② 건강 관련 자원의 불공정한 분배 그 자체가 아니라 자원이 불공정하게 분배되는 사회적 구조와 이에 따른 위계적 집단 간의 건강 격차 발생에 초점을 맞춘다는 점에서 다른 두 개념과 구분된다(NCHS, 2012). 요컨대 어떤 사회의 건강 격차나 건강 불공평이 아니라 건강불평등을 연구한다는 것은, 그 사회의 구조적 불평등을 연구한다는 것과 일맥상통한다는 뜻이다.

이런 맥락에서 커뮤니케이션학적 건강불평등 연구는 커뮤니케이션의 차원에서 해당 사회의 구조적 불평등을 조명하고, 나아가 그 불평등이 개인의 삶의 미치는 영향에 관해 탐구하는 작업이라고 바꾸어 말할 수 있다. 그렇기에 본 연구에서는 건강불평등에 대한 최근의 커뮤니케이션학적 논의(Niederdeppe et al., 2013; Cameron, 2013; Rimal, Limaye, Roberts, Brown, & Mkandawire, 2013; Cohen, Scott, White, & Dignan, 2013; Vanderpool, Cohen, Crosby, Jones, Bates, Casey, & Collins, 2013; Murphy, Frank, Chatterjee, & Baezconde-Garbanati, 2013; Greene, Carpenter, Catona, & Magsamen-Conrad, 2013; Dutta, Anaele, & Jones, 2013; Wilkin, 2013; Nagler, Ramanadhan, Minsky, & Viswanath, 2013)에 관련된 이론들 중에서도, Viswanath(2006)의 커뮤니케이션 불평등 개념에 기초해 논의를 진행해 나가고자 한다.

2.2. 커뮤니케이션 불평등

커뮤니케이션 불평등(communication inequality)이란 “정보의 창출(generation), 조작(manipulation), 분배(distribution)에서 나타나는 사회적 집단 간의 차이, 혹은 자신과 관련이 있는 정보에 관한 ① 접근과 사용(access and use), ② 주목(attention), ③ 보유(retention), ④ 행동역량(capacity to act)에서 나타나는 개인차”라고 정의된다(Viswanath & Emmons, 2006: S242). 이 개념은 사회경제적 지위에 따라 지식 보유 및

활용에 격차가 생긴다는 지식 격차 가설과(knowledge gap hypothesis; Tichenor, Donohue, & Olien, 1970), 정보화 시대의 지식 격차를 새로운 커뮤니케이션 테크놀로지에의 접근성에 귀인하는 디지털 격차 논의를(digital divide; Raines, 2008) 건강 커뮤니케이션의 관점에서 발전시킨 것이다. 지식 격차 가설이 다루지 않은 행동의 영역으로 개념적인 저변을 확장하고, 기술 접근성 격차가 지식 격차로 이어지는 과정을 상대적으로 구체적으로 다루어 디지털 격차 논의의 한계점을 보완함으로써, 구체적인 건강 관련 행동의 증진 혹은 감소에 관한 커뮤니케이션 기전(機轉) 연구에 보다 적합한 개념이 되었기 때문이다. 또한 Viswanath(2006)는 커뮤니케이션 불평등이 건강불평등의 주요 원인이 될 수 있다고 주장했다. 건강 정보를 획득하고, 처리하고, 활용하는 일련의 단계에서 사회경제적 격차가 발생한다면, 궁극적으로 건강 수준의 하락, 유지, 상승에 관계되는 여러 행동을 실천하는 수준에 체계적인 차이가 발생할 것이기 때문이다(Viswanath, 2006; Viswanath & Emmons, 2006; Viswanath & Kreuter, 2007).

Niederdeppe et al.(2008)은 금연 캠페인 효과에 대한 메타연구를 통해 Viswanath(2006)의 주장을 발전시키고 이를 실증하고자 시도했다. 구체적으로, Niederdeppe et al.(2008)은 먼저 건강 관련 정보의 활용을 연구의 핵심으로 설정하고 이를 중심으로 금연 캠페인이 금연 행동을 촉진하는 과정을 ① 금연 캠페인에 노출됨, ② 캠페인에 노출됨에 따라 금연 행동 실천 동기에 (긍정적인 / 부정적인) 변화가 생김, ③ 적절한 금연법 등의 관련 정보를 탐색해 (보다 많이 / 보다 적게) 획득함, ④ 획득한 정보를 바탕으로 실제 금연 행동을 (보다 많이 / 보다 적게) 실천하는 네 단계로 구분했다. 연구자들은 이어서 각 단계가 순차적으로 진행되는 과정에서 발생하는 커뮤니케이션 불평등과 그 해결이 건강불평등에 미치는 영향에 관해 아래와 같이 논했다(Niederdeppe et al., 2008: 1346).

① 캠페인에 노출되는 과정: 사회경제적 지위가 낮은 집단이 사회경제적 지위가 높은 집단에 비해 정보 접근성이 열등하다면 (시간의 흐름에 따라) 건강불평등이 심화되고, (적절한 사회적 노력을 통해) 사회경제적 지위가 낮은 집단이 사회경제적 지위가 높은 집단보다 정보 접근성이 높아진다면 건강불평등이 점진적으로 완화될 것이다.

② 캠페인 노출로 인해 건강 정보를 획득하는 동기가 형성되는 과정: 사회경제적 지위가 낮은 집단이 사회경제적 지위가 높은 집단에 비해 (건강 관련 내적 및 외적 요인에 노출되었을 때) 건강 행동을 실천할 동기가 약하다면 (시간의 흐름에 따라) 건강불평등이 심화되고, (적절한 사회적 노력을 통해) 사회경제적 지위가 낮은 집단이 사회경제적 지위가 높은 집단에 비해 더 강한 건강 행동 실천 동기를 가지게 된다면 건강불평등이 점진적으로 완화될 것이다.

③ 획득한 정보를 바탕으로 행동을 실천하는 과정: 사회경제적 지위가 낮은 집단이 사회경제적 지위가 높은 집단에 비해 건강 관련 행동을 실천할 역량이 낮다면 (시간의 흐름에 따라) 건강불평등이 심화되고, (적절한 사회적 노력을 통해) 사회경제적 지위가 낮은 집단이 사회경제적 지위가 높은 집단에 비해 건강 관련 행동을 실천한 역량이 높아진다면 건강불평등이 점진적으로 완화될 것이다.

위와 같은 Niederdeppe et al.(2008)의 논의는 커뮤니케이션 불평등이 발생할 수 있는 상황을 구체적인 변인 간의 관계 속에서 논의했다는 점에서 기존의 논의에 비해 진일보했다고 볼 수 있다. 나아가 Niederdeppe et al.(2008)은 이 주장을 실증하기 위해 세계 각국의 금연 캠페인에 대한 이전 연구들을 메타분석하여, 커뮤니케이션 불평등과 건강불평등의 양상이 각 사회별로 그리고 구체적인 건강 맥락별로 다양하게 나타날 수 있다고 주장하기도 했다(Niederdeppe et al., 2008: 1352-1354). 이러한 일련의 논의는 건강불평등이라는 현상을 탐구하고 극복하는 데 있어서

커뮤니케이션학적 접근의 필요성을 잘 보여주는 동시에, 한국 사회의 맥락에서 건강불평등 연구를 수행할 필요성을 역설한다고 볼 수 있다.

이에 본 연구에서는 Niederdeppe et al.(2008)의 논의를 기반으로 한국에서 발생하는 커뮤니케이션 불평등과 건강불평등의 관계를 살펴보고자 한다. 특히 본 연구에서 주목하고자 하는 것은 건강 관련 내적 외적 요인에 의해 건강 정보 획득 동기가 유발되는 과정에서 발생하는 불평등과, 이 정보를 기반으로 한 실제 건강 관련 행동 실천에서의 불평등이다. Niederdeppe et al.(2008)이 이보다 앞선 단계에서 발생할 수 있다고 제안한 정보에의 접근성 차원에서 발생할 수 있는 불평등은 연구대상에서 제외되었다. 한국의 경우 접근성 논의의 핵심이 되는 최신 커뮤니케이션 테크놀로지의 보급률이 높기 때문에(인터넷 보급률 97.2%: OECD, 2014; 스마트폰 보급률 88%: Poushter, 2016), 여러 사회경제적 요인에 의해 정보 접근성에 큰 격차를 보이는 서구에 비해 해당 논의의 중요성이 상대적으로 높지 않다고 판단했기 때문이다.

결과적으로 본 연구에서는 기존 논의와 관련된 핵심 요인들인 ‘건강 관련 행위 실천 동기’, ‘건강 정보 획득 행위’, ‘실제 건강 행동’ 사이의 관계와, 이를 바탕으로 발생하는 불평등을 주요 연구 대상으로 선정했다. 또한 본 연구에서는 이 변인들 사이의 관계를 실증적으로 다루기 위해 한국 사회에서 가장 중요한 질병 중 하나인 위암 치료 및 예방 맥락으로 연구 범위를 특정하였다. 구체적으로, 본 연구에서는 위암 관련 건강 정보 획득 행동과 위암 예방 및 치료 행동(위 내시경 검진)이라는 건강 관련 행동들을 연구 대상으로 정하여, Niederdeppe et al.(2008)가 구체화한 커뮤니케이션 불평등의 여러 양상이 한국 사회의 위암 맥락에서도 발견되는지 확인하는 것을 목표로 삼았다. 만약 본 연구를 통해 어떤 종류의 커뮤니케이션 불평등이 존재한다는 것이 확인된다면, 이는 기존 논의에 근거하여 한국 사회의 위암 맥락에서 발생하는 건강불평등을 커뮤니케이션학적으로 설명하는 근거가 될 수 있을 것이다.

2.3. 한국의 위암

한국 사회의 커뮤니케이션 불평등과 건강불평등의 관계를 실증적으로 탐색하기 위해 위암 맥락을 선택한 이유는, ① 위암이 한국에서 가장 흔하고 가장 치명적인 질병 중 하나이고, ② 한국의 암 관련 지표에서 사회경제적 지위에 따른 발병률 격차가 확인되고 있으며, ③ 이 격차를 커뮤니케이션 불평등으로 설명할 수 있다고 예측되기 때문이다. 특히 본 연구에서는 기존 문헌을 참고하여(Lee, Zhao, & Pena-y-Lillo, 2015) 위암 예방 및 치료의 핵심인 위 내시경 검진 행동에 관한 일련의 커뮤니케이션 과정을 연구 대상으로 선정했다.

한국인의 건강에서 암이 차지하는 위치는 국민건강보험공단 건강보험정책연구원에서 발표한 <5대 사망원인의 사회경제적 비용 분석(2014)>에서 잘 확인할 수 있다. 이 보고서에 따르면 암은 인구 10만 명 당 146.5명의 사망률을 보여 2위인 심장질환의 52.5명보다 세 배 가량 높은 수치로 1위를 차지했다. 또한 암으로 인한 사회경제적 비용 역시 14조 86억원으로 추산되어 2위인 자살의 6조 47069억원보다 두 배 가량 높은 수치로 역시 1위를 차지했다(건강보험정책연구원, 2015).

개중에서도 위암은 특히 중요한 암이라고 말할 수 있다. 보건복지부 주관으로 발표한 <국가암등록통계 연례보고서(2014)>에 따르면, 조사시점인 2012년 당시 위암 환자는 전체 암 환자 중 16.8%인 207,145명으로 전체 암 환자의 21%인 258,796명을 차지한 갑상선암에 이어 2위였다. 특히 여성 집단에서 유독 많이 발병하는 갑상선암(전체 여성 암 환자 중 31.7%)과 유방암(전체 여성 암 환자 중 19.2%)을 제외하면, 위암은 남성에게는 가장 흔한 암이었고(전체 남성 암 환자의 25.1%), 여성에게 있어서도 대장암(전체 여성 암 환자의 10.2%)과 함께 가장 흔한 암(전체 여성 암 환자의 10.1%)이었다. 또한 2008년부터 2012년 사이 말기 위암 환자의 5년 생존율은 5.7%에 불과하여 생존율이 가장 낮은 4개 암인 췌장암(1.7%), 담낭암(2.4%), 간암(2.8%), 폐암(5.1%)과 큰 차이를 보이지 않

는 것으로 나타났다. 이는 앞서 언급한 말기 갑상선암의 5년 생존율이 71.4%라는 점과 비교했을 때 더욱 두드러진다(보건복지부 외, 2014).

나아가, 비록 전반적인 암 사망률에 관한 연구이지만 김동진 외(2013)는 대졸 이상인 집단에 비해 중졸인 집단의 암 사망 위험성이 남성의 경우 2.1배, 여성의 경우 1.4배 높다고 보고했다(김동진 외, 2013). 또한 김철웅(2005)은 암 발생 위험률이 저소득계층 남성의 경우 고소득계층 남성에게 비해 1.65배, 저소득계층 여성의 경우 고소득계층 여성에게 비해 1.43배 높다고 보고했다(김철웅, 2005). 한국인의 위암 관련 지표들만을 대상으로 한 건강불평등 연구는 현 시점에서 확인된 바 없으나, 전반적인 암 관련 건강 지표에서 나타난 한국의 건강불평등이 위암에서도 관찰될 가능성은 분명 존재한다.

기존 연구들은 커뮤니케이션 불평등이 한국의 암 관련 건강불평등의 원인 중 하나일 수 있다는 점을 직간접적으로 보여주고 있다. 먼저, 미국 국립암센터(national cancer institute)의 HINTS(health information national trend survey) 자료를 분석한 Lee & Chae(2016)는 커뮤니케이션 불평등이 인구집단 간 암 숙명론(cancer fatalism)의 격차를 유발한다고 보고했다(Lee & Chae, 2016). 여기서 암 숙명론이란 ‘암은 아무리 노력해도 예방하거나 치료할 수 없고 환자를 죽음에 이르게 한다’는 믿음을 뜻한다(Powe & Finnie, 2003). 이런 믿음은 암이 실제로는 일정 수준 예방 가능하고 조기에 발견하면 충분히 치료 가능하다는 점에서 사실과 대치되며(Siegel et al., 2012), 사람들의 암 예방 및 치료 행동에 부적 영향을 미치기 때문에(Powe & Finnie, 2003), 적절한 정보 제공을 통해 이를 불식시킬 필요가 있다. 그런데 이 연구에서 Lee & Chae(2016)는 암 관련 정보에의 노출이 암 숙명론에 미치는 영향에 사회경제적 지위에 따른 격차가 발견된다고 보고했다. 사회경제적 지위에 따라 건강 정보 접근성과 이해도 등에서 격차가 발생하기 때문인데, 이는 곧 정보 처리와 관련한 커뮤니케이션 불평등이 미국의 암 관련 건강불평등의 원인 중 하나라는 것을 의미한다(Lee & Chae, 2016).

또한 암 관련 정보에의 노출과 이 정보에 대한 성찰적 통합(reflective integration)이 대표적인 위암 예방 및 치료 행위인 위 내시경 검진을 받을 의도에 미치는 영향을 연구한 Lee et al.(2015)는 각 개인이 암 관련 정보에 그저 노출되었을 때가 아니라, 스스로가 처한 맥락에서 암 관련 정보를 적극적으로 검토해 활용하고자 노력할 때 위암 예방 및 치료 행위를 실천할 의도가 증가한다고 보고했다(Lee et al., 2015). 이 연구에서는 사회경제적 지위가 각 변인 간의 관계에 영향을 미치는지 여부는 살펴보지 않았지만, 일련의 정보 처리 과정이 위 내시경 검진이라는 대표적인 위암 예방 및 치료 행위의 실천 의도에 영향을 미친다는 점을 밝힘으로써 Viswanath(2006)와 Niederdeppe et al.(2008)의 주장을 뒷받침했다고 볼 수 있다. Lee & Chae(2016)와 Lee et al.(2015)가 보고한 이러한 연구 결과들은 한국의 위암 맥락에서도 커뮤니케이션 불평등에 의한 건강불평등이 발생할 수 있다는 점을 암시하며, 위암 관련 정보 처리 과정과 위 내시경 검진 의도 간의 관계를 탐구함으로써 이를 실증할 수 있다는 것 또한 보여준다.

2.4. 건강 정보 획득

상기 논의들을 바탕으로 연구를 진행하기 위해서는 먼저 건강 관련 정보에 노출되는 여러 상황을 정확히 개념화할 필요가 있다. 커뮤니케이션 불평등은 근본적으로 정보 처리라는 커뮤니케이션 행위를 다루고 있는 개념이기 때문이다. 이에 본 연구에서는 건강 정보 획득 행위(health information acquisition behavior)을 연구 대상으로 정했다. 건강 정보 획득 행동이란 미디어나 대인간 대화 등 여러 차원의 커뮤니케이션을 통해 건강 혹은 질병에 관한 각종 정보를 획득하는 행동으로, 환자와 건강인을 막론하고 각 개인이 건강 관련 의사결정을 내리는 과정에서 중요한 역할을 수행한다고 알려져 있다(Shim, Kelly, & Hornik, 2006; Niederdeppe et al., 2007; Kelly, Niederdeppe, & Hornik, 2009; Hornik,

Parvanta, Mello, Freres, Kelly, & Schwartz, 2013; Lee, Ramirez, Lewis, Gray, & Hornik, 2012; Lee et al., 2015).

건강 커뮤니케이션 연구자들은 건강 정보 획득 행동을 ‘건강 정보 추구(information seeking)’와 ‘건강 정보 개관(information scanning)’으로 구분한다(Shim et al., 2006; Niederdeppe et al., 2007; Kelly et al., 2009; Hornik et al., 2013; Lee et al., 2012; Lee et al., 2015). 구체적으로, 두 행동은 각각 ‘건강 관련 목적을 달성하기 위해 건강 정보를 의도적으로 획득하는 행동’과 ‘일상적으로 각종 정보에 노출되고 이를 확인하는 과정에서 건강 정보를 비의도적으로 획득하는 행동’으로 정의된다(Hornik et al., 2013; Lee et al., 2015). 정보 획득 행동에 관한 상기의 구분은 “보다 적은 목적성을 가졌을 때 발생하는 정보 습득의 빈도와 중요성에 관해 인식”하면서 등장했다(Niederdeppe et al., 2007: 154). 특정 목적을 달성하기 위한 의도적인 건강 정보 획득 행동만으로는 각 개인의 건강 관련 행동 실천에 대한 미디어의 영향력을 정확히 설명하지 못했던 것이다(Fishbein & Hornik, 2008). 실제로 암 맥락에서 비의도적으로 획득한 정보의 비중이 의도적으로 획득한 정보의 비중보다 세 배 가량 높고, 그 정보가 암 관련 의사 결정 과정에서 더 큰 역할을 차지한다고 보고되기도 했다(Niederdeppe et al., 2007).

“유의해야 할 점은, 건강 정보 추구하고 건강 정보 개관이라는 구분이 능동적 혹은 수동적 정보 획득이라는 구분과 정확히 일치하지는 않는다는 점이다”(Lee et al., 2015: 3). 건강 정보 추구하고 개관은 정보 획득 행동에서의 적극성의 고저가 아니라 목적성의 강약에 의해 구분된다. 이에 관해 Lee et al. (2015)은 “정보 개관은 어떤 사람이 특정 정보에 충분히 관심을 가져 나중에 재인출할 수 있을 정도로 기억에 남았을 때 일어나기 때문에, 완전히 수동적인 행위라고 볼 수 없다...(중략)...가령 라디오를 들을 때 사람들은 유방암에 관한 건강 정보에 수동적으로 노출될 수 있다. 그러나 여느 때처럼 신문을 훑어 볼 때에는 무엇을 읽고 읽지 않을 것인지 능동적으로 선택하게 된다”(Lee et al., 2015: 3)고 말했다. 목

적성과 적극성이 서로 무관하지는 않겠지만, 건강 정보 추구하고 개관을 구분하는 기준은 어디까지나 목적성의 강약이라는 것이다.

물론 건강 정보 추구하고 건강 정보 개관의 개념에 관해서는 아직 더 논의할 여지가 남아 있다. 이를테면 “몇몇 모형들이 정보 추구하고 ‘정보에 대한 완전히 우연한 노출(purely incidental exposure to information)을 양극으로 하는 스펙트럼상에서 정보 획득 행위가 일어난다고 가정한다면, 다른 개념 정의에서는 정보 추구하고 능동적 회피(active avoidance)를 양극단에 놓는다”(Niederdeppe et al., 2007: 154). 그럼에도 불구하고, “이 몇 가지의 정의들은 넓은 의미에서 정보 추구하고 ‘목적성이 상대적으로 약한 정보 획득(less purposeful information acquisition)’이 구분되어야 한다는 점에서 충분한 합의를 이루고 있다”(Niederdeppe et al., 2007: 154). 실제로 Kelly et al. (2009)은 정보 추구하고 개관을 별도로 측정하는 설문을 개발해 미국 전체 인구에 대한 대표성을 가지는 2,489명의 표본을 대상으로 조사를 실시하여, 정보 추구하고 정보 개관이 독립적으로 측정될 필요가 있다고 주장했다(Kelly et al, 2009). 이상의 논의에 근거해, 본 연구에서도 건강 정보 획득 행동을 건강 정보 추구하고 건강 정보 개관으로 구분할 것이다.

2.5. 건강 관련 행동의 내적/외적 동기

본 연구에서 다룰 또 다른 중요한 개념은 Niederdeppe et al.(2008)의 논의에서 핵심적인 부분을 차지한 건강 행동 실천의 동기이다. 앞서 논했듯이, 커뮤니케이션 불평등은 건강에 관련한 여러 요인에 의해 건강 정보를 획득하는 동기가 발생하는 과정에서도 나타날 수 있기 때문이다(Niederdeppe et al., 2008).

일반적으로 동기(motivation)란 타고난 성향 혹은 주어진 상황에 의해 유발되는 특정 주제에 관한 근본적 관심을 의미한다(Dutta & Feng, 2007). 기존 연구에 따르면, 동기에는 “생래적으로 타고난 경향성 등의 내적 요인을 바탕으로 정보에 노출되는 즉시 유발되는 내적 동기 (intrinsic motivation)와, 주어진 작업 목표 등의 외적 요인에 의해 유발되는 외적 동기(extrinsic motivation)의 두 종류가 있다”(Kim, 2007).

외적 동기는 건강 커뮤니케이션의 관점에서 ‘질병 기반 동기 (disease-based motivation)’라고 칭해지기도 하며, 이는 자신의 생래적 성향과 관계없이 자신 혹은 주변인의 건강이 위협받고 있을 때 발생하는 동기를 지칭한다(Dutta & Feng, 2007). 그러므로 위암 맥락을 다루고 있는 본 연구의 경우, 외적 동기는 본인의 위암 병력(personal cancer history; 이하 ‘암 개인력’으로 표기) 및 가족과 중요한 타인의 위암 병력 (family and important other’s cancer history; 이하 ‘암 가족력’으로 표기)이 위암 관련 건강 행동 실천을 유발하는 외적 동기가 될 수 있다.

한편 내적 동기는 ‘기질 기반 동기(disposition-based motivation)’라고 일컬어지기도 하며, 건강 유지 및 향상에 관련된 내적이고 생래적인 추동을 의미한다(Dutta & Feng, 2007). 또한 이 동기는 건강 염려(health consciousness)라는 포괄적이고 직관적인 개념으로 치환되기도 한다 (Dutta & Feng, 2007; Hong, 2009; 2011). 그런데 Hong(2009; 2011)은 건강 염려라는 개념이 지나치게 직관적인 나머지 “오로지 몇 개의 연구에서만 다른 연구들과의 통일성을 고려해 개념적으로 그리고 조작적으로 정의”됐으며(Hong, 2009: 1), 이를 각 연구자들이 저마다의 맥락에서 서로 다르게 혹은 부분적으로만 사용해 왔다고 지적했다(Hong, 2009).

이에 Hong(2009; 2011)은 기존 연구들을 검토해 건강 염려를 “자기 건강 지각, 자신의 건강에 관해 느끼는 책임감, 그리고 건강 동기라는 세 가지 요인으로 구성된 복합적인 심리적 경향성”이라고 정의했다(Hong, 2011: 345). 즉, 건강 염려란 자신의 상태 혹은 외부 상황과 무관하게 자

신의 건강에 관해 얼마나 많은 관심을 가지고 있는지(Gould, 1988; 1990), 자신의 건강 관리에 관해 얼마나 강한 책임감을 느끼고 있는지(Kraft & Goodell, 1993), 그리고 건강 관련 정보를 얼마나 적극적으로 받아들이고 또 이를 실천할 의지가 있는지(Dutta-Bergman, 2006)라는 서로 다른 세 가지 심리적 요인으로 구성되어 있다는 것이다. 나아가 Hong(2009)은 ① 건강 행동의 실천, ② 스스로의 건강에 대한 태도, ③ 건강 정보 탐색 및 이용, ④ 개인적 책임감, ⑤ 건강 동기라는 서로 다른 다섯 가지 차원을 종합적으로 고려해 건강 염려를 비교적 정확히 조작화하고 측정할 수 있다고 주장했다. 이 주장을 뒷받침하기 위해 Hong(2009)은 시범적인 설문 문항을 작성하고 그 타당도를 통계적으로 검증했으며(Hong, 2009), 건강 염려가 TV 건강 뉴스를 수용하는 과정에서 차지하는 역할에 관한 후속연구를 통해 이 측정방법이 유효하다는 것을 확인한 동시에 내적 동기가 특히 정보 처리 과정에서 중요한 역할을 수행한다는 점을 밝혔다(Hong, 2011).

2.6. 계획 행동 이론

한국의 위암 맥락에서 커뮤니케이션 불평등과 건강불평등의 관계를 실증적으로 다루겠다는 본 연구의 목표를 달성하기 위해서 상기 연구변인들 사이의 가설적 관계를 설정해 검증할 필요가 있다. 이 작업을 위해 유용한 이론적 토대가 될 수 있는 것이 계획 행동 이론(theory of planned behavior)이다. 계획 행동 이론은 Ajzen과 Fishbein의 합리적 행위 이론(theory of reasoned action: Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975)을 발전시킨 이론으로, 인지주의적 관점에서 인간의 행동을 설명하는 고전적인 이론 중의 하나이다.

Fishbein & Yzer(2003)에 따르면, 합리적 행위 이론은 ‘(행동에 대한) 태도(attitude)’와 ‘주관적 규범(subjective norm)’에 의해 ‘행동 의도(behavioral intention)’가 결정되고, 이 행동 의도가 실제 행위(action)로

이어진다고 주장한다. 이 중 행동에 대한 태도는 ‘특정 행동의 결과가 어떤 확률로 얼마나 긍정적 혹은 부정적인 결과를 가지고 올 것인가’에 대한 주관적 판단을 의미하고, ‘주관적 규범’은 ‘특정 행동에 대한 중요한 타인의 의견과, 이 의견에 따르고자 하는 개인의 의지’를 의미한다. 이를 발전시킨 계획 행동 이론에는 ‘지각된 행동 통제감(perceived behavioral control)’이 예측 요인으로 추가되었다. 이 요인은 어떤 행동을 스스로 통제할 수 있다는 믿음을 의미하는데, 이는 개념적으로 Bandura(1977)의 자기효능감(self-efficacy; Bandura, 1977) 개념과 상당히 유사하다고 볼 수 있다(Fishbein & Yzer, 2003).

계획 행동 이론에서는 행동 예측의 요인으로 제안한 행동에 대한 태도, 주관적 규범, 지각된 행동 통제감을 제외한 나머지 요인들의 효과가 이 세 요인을 통해 매개된다고 가정한다(Ajzen, 1985; 1991; Fishbein & Yzer, 2003). 이 가정은 계획 행동 이론을 각종 건강 커뮤니케이션 상황에 적용할 수 있는 범용이론으로 만드는 데 핵심적인 역할을 수행한다. 인간의 행동을 예측한다고 여겨지는 수많은 상황 혹은 요인들이 행동 변화로 이어지는 최종 단계에서는 결국 동일한 인지적 처리과정을 거친다고 가정함으로써, 서로 다른 요인들의 영향을 같은 이론적 틀 안에서 설명할 수 있도록 만들기 때문이다. 때문에 본 연구에서도 계획 행동 이론을 바탕으로 연구모형을 설정하고 이를 통계적으로 검정하는 것을 통해 커뮤니케이션 불평등과 건강불평등의 관계를 탐구하고자 했다.

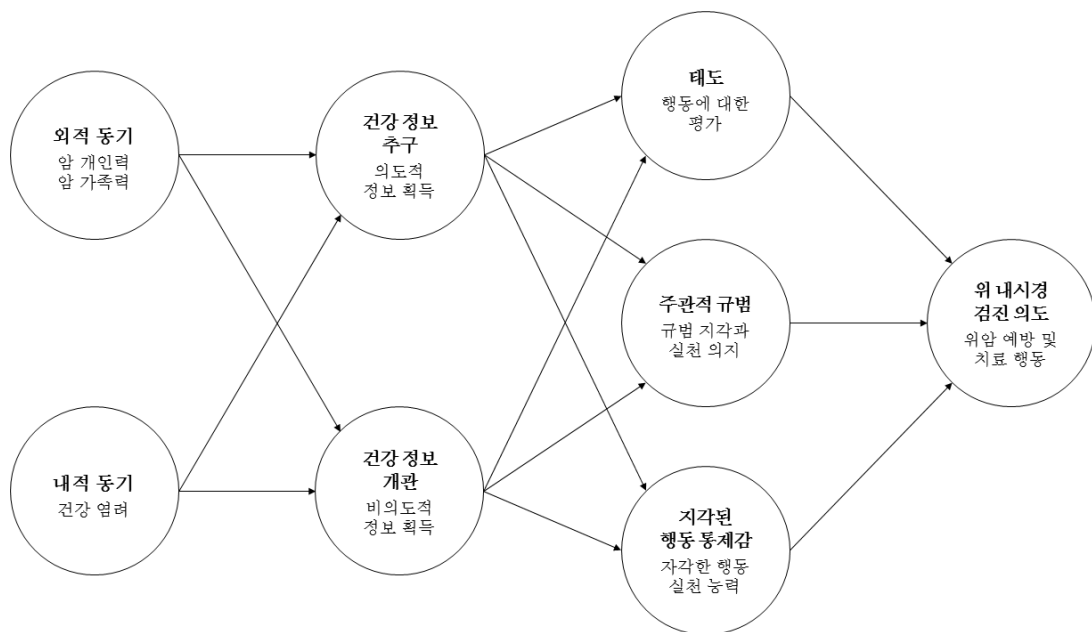
2.7. 연구모형 및 연구가설

계획 행동 이론에 따르면 특정 건강 관련 행동에 대한 태도, 주관적 규범, 그리고 지각된 행동 통제감이 건강 관련 행동 실천 의도에 직접적인 영향을 미치며, 다른 선행 요인의 효과는 이 세 요인에 의해 매개된다(Ajzen, 1985; 1991; Fishbein & Yzer, 2003). 그러므로 본 연구에서 위암 관련 건강 정보 획득 행동이 위 내시경 검진 의도에 미치는 영향 또

한 이 세 요인에 의해 매개될 것이라는 가설을 세울 수 있다. 단, 계획 행동 이론에서는 선행 요인들 간의 관계를 특정하지 않기 때문에, 이 이론만으로는 건강 관련 행동 동기와 위암 관련 건강 정보 획득 행동 간의 관계를 추론할 수 없다.

여기서 커뮤니케이션 불평등의 네 가지 차원이 건강 정보 처리 및 활용 과정의 맥락에서 순차적으로 배열된다는 점에 주목할 필요가 있다 (Viswanath, 2006; Niederdeppe et al., 2008). 한 개인이 건강 정보를 획득하고 활용하는 과정은 ① 정보원이 되는 미디어에 접근한 뒤, ② 특정 건강 정보에 주목해서, ③ 그 정보를 보유하게 된 다음, ④ 이 정보를 바탕으로 자신의 건강 수준 유지 및 향상을 도모하는 행동을 실천하는 과정으로 배열 가능하다는 것이다(Viswanath, 2006; Niederdeppe et al., 2008). 이는 건강 관련 행동 동기와 위암 관련 건강 정보 획득 행동 간에 인과관계가 존재한다는 주장으로 응용될 수 있다.

그림 1. 위암 관련 건강 정보 획득의 동기와 효과에 관한 개념적 모형



따라서 연구대상에 포함되지 않은 정보 접근성 단계를 제외하면, 연구 변인들은 ① 건강에 관한 외적 및 내적 동기의 수준에 따라(건강 정보 주목 단계) ② 위암 관련 건강 정보 획득 행동을 다른 강도로 실천하게 되고(건강 정보 보유 단계), ③ 이 과정에서 획득된 정보로 인해 주관적 태도, 주관적 규범, 지각된 행동 통제감의 수준이 변화해서(계획 행동 이론 단계) ④ 위 내시경 검진 의도가 변화하는 관계를 가진다고 가정해볼 수 있을 것이다. 이를 도식으로 표현하면 앞서 기재한 <그림 1>과 같다.

연구모형의 최초 단계에는 외적 동기(암 개인력/가족력) 및 내적 동기(건강 염려)가 건강 정보 획득에 영향을 미친다는 관계가 표현되어 있다. 이 변인들 사이의 관계는 정적일 가능성이 높다. 먼저 외적 동기의 경우, 각 개인은 외적 동기가 강할 때는 숙의적 사고방식(deliberative-mind set)을, 외적 동기가 약할 때는 도구적 사고방식(implemental mind-set)을 취하게 된다. 외적 동기가 강할 때는 문제가 되는 상황 자체에 주목하고, 외적 동기가 약할 때는 문제가 되는 상황을 어떤 다른 목적을 위한 도구로 생각한다는 것이다(Kim, 2007).

여기서 외적 동기의 강도를 이와 유사한 개념인 관여도의 수준으로 치환하면, 이 주장은 특정 주제에의 관여도의 고저에 따라 각각 중앙처리 경로와 주변처리 경로를 이용하게 된다는 정교화 가능성 모형(ELM; elaboration likelihood model: Petty & Cacioppo, 1986)과 매우 유사해진다(Dutta & Feng, 2007). 이를 바탕으로 외적 동기가 강해 숙의적 사고방식을 취할 때는 고관여도 조건에서 중앙처리 경로를 이용할 때처럼 정확한 판단을 내리기 위해 정보 획득 의지가 높아질 것이며, 반대로 외적 동기가 약해 도구적 사고방식을 취할 때는 저관여도 조건에서 주변처리 경로를 이용할 때처럼 정보 획득 의지의 수준에 변화가 없을 것이다. 이 관계를 연구가설로 표현하면 다음과 같다.

연구가설 1a. 위암 예방 및 치료에 관한 외적 동기가 강할수록 위암 관련 건강 정보 추구가 증가할 것이다.

연구가설 1b. 위암 예방 및 치료에 관한 외적 동기가 강할수록 위암 관련 건강 정보 개관이 증가할 것이다.

한편 내적 동기인 건강 염려 또한 건강 정보 획득과 정적인 관계를 맺고 있을 것이다. 앞서 살펴본 것처럼 ‘건강 관련 정보를 얼마나 적극적으로 받아들이고 또 이를 실천할 의지가 있는지’의 여부 또한 건강 염려의 개념 안에 포함되어 있기 때문이다(Dutta-Bergman, 2006). 이 관계는 아래와 같이 표현될 수 있다.

연구가설 1c. 위암 예방 및 치료에 관한 내적동기가 강할수록 위암 관련 건강 정보 추구가 증가할 것이다.

연구가설 1d. 위암 예방 및 치료에 관한 내적동기가 강할수록 위암 관련 건강 정보 개관이 증가할 것이다.

건강 정보 획득과 건강 유지 및 개선 행동 실천 의도와의 관계는 구체적인 맥락에 변할 수 있기 때문에 단정하기 어렵다(Tan, Lee, & Chae, 2015; Lee et al., 2015). 그러나 건강에 관한 오정보(misinformation)에의 노출이 증가하는 특정 상황을 제외하면(Tan et al., 2015), 건강 정보 획득 행동과 건강 유지 및 개선 행동은 정적인 관계를 맺고 있다는 것이 통설로 받아들여지고 있다(Lee et al., 2015). 따라서 위암 관련 건강 정보 획득과 위 내시경 검진 의도의 관계 또한 정적일 것이다.

다만 앞서 논했듯이 이 관계는 계획 행동 이론의 주요 변인들인 행동에 대한 태도, 주관적 규범, 그리고 지각된 자기 통제감에 의해 매개될 것이다. 또한 계획 행동 이론에서는 ① 세 개의 주요 변인들과 행동 의도 사이에는 정적인 관계가 존재하기 때문에, ② 선행 요인들이 세 개의 주요 변인들 중 하나 이상을 강화할 때 ③ 궁극적으로 행동 의도가 증가한다고 주장한다(Ajzen, 1985; 1991; Fishbein & Yzer, 2003). 그러므로 위암 관련 건강 정보 획득과 위 내시경 검진 의도 사이에 정적인 관계가 존재한다면, 위암 관련 건강 정보 획득 행동 또한 행동에 대한 태도, 주관적 규범, 지각된 자기 통제감 중 최소한 하나 이상과 정적인 관계를 맺고 있을 것이다. 이를 가설적 관계로 정리하면 아래와 같다.

연구가설 2a. 위암 관련 건강 정보 추구가 증가할수록 위 내시경 검진에 대한 태도가 긍정적으로 변할 것이다.

연구가설 2b. 위암 관련 건강 정보 개관이 증가할수록 위 내시경 검진에 대한 태도가 긍정적으로 변할 것이다.

연구가설 2c. 위암 관련 건강 정보 추구가 증가할수록 위 내시경 검진에 관한 주관적 규범이 강해질 것이다.

연구가설 2d. 위암 관련 건강 정보 개관이 증가할수록 위 내시경 검진에 관한 주관적 규범이 강해질 것이다.

연구가설 2e. 위암 관련 건강 정보 추구가 증가할수록 위 내시경 검진에 관한 지각된 행동 통제감이 강해질 것이다.

연구가설 2f. 위암 관련 건강 정보 개관이 증가할수록 위 내시경 검진에 관한 지각된 행동 통제감이 강해질 것이다.

연구가설 3a. 위 내시경 검진에 관한 태도가 긍정적으로 변화할수록 위 내시경 검진 의도도 증가할 것이다.

연구가설 3b. 위 내시경 검진에 관한 주관적 규범이 강화될수록 위 내시경 검진 의도도 증가할 것이다.

연구가설 3c. 위 내시경 검진에 관한 지각된 행동 통제감이 증가할수록 위 내시경 검진 의도도 증가할 것이다.

마지막으로, 본 연구에서 궁극적으로 검증하고자 하는 것은 이런 건강 커뮤니케이션 모형을 바탕으로 커뮤니케이션 불평등의 발생 여부를 탐색하는 것이다. 이 연구모형의 각 경로 중 하나 이상에서 사회경제적 지위에 따른 차이가 발견된다면, 이는 해당 단계에서 커뮤니케이션 불평등이 발생하고 있다고 해석할 수 있을 것이다.

연구문제 1. 위암 예방 및 치료에 관한 동기(내적/외적)가 건강 정보 획득(추구/개관)에 미치는 영향은 사회경제적 지위의 차이에 의해 조절되는가?

연구문제 2a. 건강 정보 획득(추구/개관)이 위 내시경 검진에 대한 태도에 미치는 영향은 사회경제적 지위의 차이에 의해 조절되는가?

연구문제 2b. 건강 정보 획득(추구/개관)이 위 내시경 검진에 대한 주관적 규범에 미치는 영향은 사회경제적 지위의 차이에 의해 조절되는가?

연구문제 2c. 건강 정보 획득(추구/개관)이 위 내시경 검진에 대한 지각된 행동 통제감에 미치는 영향은 사회경제적 지위의 차이에 의해 조절되는가?

연구문제 3a. 위 내시경 검진에 대한 태도가 위 내시경 검진 의도에 미치는 영향은 사회경제적 지위의 차이에 의해 조절되는가?

연구문제 3b. 위 내시경 검진에 대한 주관적 규범이 위 내시경 검진 의도에 미치는 영향은 사회경제적 지위의 차이에 의해 조절되는가?

연구문제 3c. 위 내시경 검진에 대한 지각된 행동 통제감이 위 내시경 검진 의도에 미치는 영향은 사회경제적 지위의 차이에 의해 조절되는가?

3. 연구방법

3.1. 자료 수집

자료수집을 위해 패널조사가 실시되었다. 조사는 2014년 2월, 5월, 그리고 8월에 각각 한 번씩 이루어졌으며, 사회조사 전문업체인 엠브레인(www.embrain.com)에 의해 대행되었다. 조사 대상은 위암 발병 위험성이 상대적으로 높은 40대 이상 한국 성인남녀(국립암센터, 2014)였다. 최초 패널 모집을 위해 2014년 2월 총 5,900명의 40대 이상 성인 남녀를 대상으로 설문조사 웹사이트 주소가 포함된 이메일이 발송되었다. 이 최초 조사의 응답자 수는 1,130명으로, 응답률은 19%였다. 이후 5월 조사에서는 813명(2월 응답자의 72%), 8월 조사에서는 582명(5월 응답자의 71%)이 설문에 참여했다. 최초 조사 대비 최후 조사의 응답률은 51%였다. 참여자들은 매 조사에 참여할 때마다 2천 원의 보상을 받았다.

설문지 작성 과정에서 각 변인을 측정하는 공신력 있는 한국어 문항이 존재할 경우 이를 참고했으나, 그렇지 않을 경우 검증된 영문 문항을 번역 및 참고했다. 모든 문항은 원안을 훼손하지 않는 수준에서 한국내 검증된 조사들의 지침 및 위암 조사의 맥락에 맞게 일부 수정되었다. 각 조사 차수별 기술통계치는 <표 1>에 정리했다.

여기서 본 연구의 표본집단이 한국 전체 인구집단을 대표하지는 못한다는 점을 고려할 필요가 있다. 2016년 7월 현재 최신 공식 통계치를 기준으로 할 때, 한국인의 평균 연령은 38.1세, 월평균 실질 가구소득은 약 412만원, 전체 인구 중 기혼자의 비율은 63.8%(이상 통계청 국가통계포털, 2016년 7월 기준), 대졸자 비율은 42%, 고졸자 비율은 41%였다(산술적으로 평균 교육년수는 대략 13년. 이상 OECD, 2015). 반면 본 조사 1차 응답자들의 평균 연령은 51.9세, 월평균 가구소득은 약 470만원, 전체 응답자 중 기혼자 비율은 84.1%, 평균 교육년수는 14.7년으로, 전체 인구집단에 비해 더 나이 많고, 부유하고, 잘 교육받은 집단이었다.

표 1. 조사 차수별 기술통계치

	1차 (1,130명)	2차 (813명)	3차 (582명)
	평균 (표준편차)	평균 (표준편차)	평균 (표준편차)
연령 (세)	51.92 (8.21)	51.90 (8.21)	52.08 (8.19)
성별	50.2% 남성	51.8% 남성	53.3% 남성
결혼 여부	84.1% 기혼	82.9% 기혼	84.7% 기혼
교육 (년수)	14.70 (2.31)	14.73 (2.29)	14.90 (2.17)
월간 가구소득 (만원)	470.08 (235.70)	457.20 (224.58)	465.55 (230.23)
주관적 건강 상태 ¹⁾	3.32 (.65)	3.24 (.67)	3.26 (.66)
암 개인력	6.5% 병력 있음	6.3% 병력 있음	6.4% 병력 있음
암 가족력	62.8% 병력 있음	63.1% 병력 있음	64.8% 병력 있음
건강 염려 ²⁾	3.88 (.60)	3.81 (.52)	3.88 (.52)
건강 정보 추구 ³⁾	1.94 (1.54)	1.35 (1.20)	1.44 (1.31)
건강 정보 개관 ⁴⁾	2.03 (1.54)	1.36 (1.21)	1.46 (1.26)
태도 ⁵⁾	4.62 (1.24)	4.58 (1.20)	4.71 (1.22)
주관적 규범 ⁶⁾	2.87 (.61)	2.86 (.62)	2.94 (.61)
지각된 행동 통제감 ⁷⁾	4.00 (.97)	4.00 (1.01)	4.10 (1.00)
위 내시경 검진의도 ⁸⁾	3.88 (1.03)	3.90 (1.04)	4.06 (.98)

1) 5점 척도. 1 = 매우 나쁘다, 5 = 매우 좋다

2) 5개 문항에 대한 응답의 평균값. 5점 척도. 점수가 낮을수록 건강 염려 수준이 낮음.

3) 9개 문항에 대한 응답의 평균값. 지난 세 달 간 건강 정보를 추구한 빈도.

4) 9개 문항에 대한 응답의 평균값. 지난 세 달 간 건강 정보를 개관한 빈도.

5) 4개 문항에 대한 응답의 평균값. 7점 척도. 점수가 낮을수록 태도가 부정적임.

6) 3개 문항에 대한 응답의 평균값. 4점 척도. 점수가 낮을수록 주관적 규범이 약함.

7) 5점 척도. 점수가 낮을수록 지각된 행동 통제감이 약함.

8) 2개 문항에 대한 응답의 평균값. 5점 척도. 점수가 낮을수록 의도가 약함.

3.2. 측정방법

3.2.1. 암 개인력 및 암 가족력

위암 맥락에서의 외적 동기를 측정하기 위해 암 개인력과 암 가족력을 조사했다. 참여자들은 “귀하께서는 암으로 진단받은 적이 있습니까?”라는 질문과, “귀하의 가족이나 친한 친구가 암에 걸린 적이 있습니까?”라는 질문에 예 혹은 아니오로 답했다.

3.2.2. 건강 염려

위암 맥락에서의 내적 동기에 해당하는 건강 염려를 측정하기 위해 Dutta-Bergman (2006)이 제안한 건강 염려 측정 영문 문항을 국문으로 번역해 사용했다. 문항은 순서대로 “최상의 건강 상태를 유지하며 사는 것은 내게 매우 중요한 일이다,” “잘 먹고, 운동하고, 각종 예방 조취를 취하면 건강하게 살 수 있다,” “내 건강은 내가 자신을 얼마나 잘 돌보느냐에 달려 있다,” “나는 적극적으로 질병을 예방하기 위해 노력한다,” “나는 건강한 삶을 살기 위해 내가 할 수 있는 모든 것을 하고 있다.”의 다섯 개였다. 앞서 논한 것처럼 건강 염려는 개념적으로 건강에 대한 ‘포괄적’이고 생애적인 우려를 의미하기 때문에 (Dutta & Feng, 2007; Hong, 2009; 2011), ‘위암’이라는 특정 질병의 맥락에 따라 측정 문항을 수정하지 않고 원안을 그대로 사용했다. 참여자들은 각 문항에 대해 5점 척도 (1점 = 전혀 아니다, 5점 = 매우 그렇다) 상에 응답했다. 건강 염려 문항의 크론바하 알파값은 .83이었다.

3.2.3. 건강 정보 획득

위암 관련 건강 정보 획득의 측정은 기존 연구 (Kelly et al., 2009) 에서 검증된 측정법을 위암 맥락에 맞게 수정한 문항을 통해 이루어졌다. 건강 정보 획득 설문란(section)은 “어떤 사람들은 위암에 대한 정보를

찾아보기 위해서 언론 매체를 이용하거나 다른 사람들과 대화를 하고, 또 어떤 사람들은 위암과 관련없는 목적으로 언론 매체를 이용하거나 다른 사람들과 대화를 하던 중 우연히 위암에 관한 정보를 보고 듣습니다.”라는 문구로 시작되었다.

해당 문구에 이어서 곧바로 건강 정보 추구 설문란이 시작되었다. 참여자들은 “지난 3개월 동안, 위암에 대한 특정한 정보를 얻기 위해 총 몇 번이나 다음의 언론 매체를 이용하거나 다른 사람들과 대화를 하셨습니까? (예: 위암의 예방, 위암 증상, 치료 등에 대해 궁금한 것이 있어 인터넷을 검색하거나 의사에게 물어보았다)” 라는 질문을 받았다. 참여자들에게 주어진 언론 매체와 사람은 ① 신문, ② 잡지, ③ TV 뉴스, ④ TV 건강 전문 프로그램, ⑤ 온라인 뉴스, ⑥ 건강 전문 웹사이트, ⑦ SNS 등의 온라인 커뮤니티, ⑧ 가족 및 친구, ⑨ 의사 및 의료 전문가의 9 종류였다. 참여자들은 지난 세 달 간 각 매체 혹은 사람을 통해 정보를 획득한 빈도를 각각 5점 척도 상에 답했다(1 = 전혀 찾지 않았다, 2 = 1~2번, 3 = 3~4번, 4 = 5~6번, 5 = 7번 이상).

다음으로 건강 정보 개관 설문란은 “지난 3개월 동안, 위암과 관련 없는 목적으로 언론 매체를 이용하거나 다른 사람들과 대화를 하던 중, 얼마나 자주 위암에 대한 정보를 우연히 보거나 듣게 되었습니까? (예: 대화 중 우연히 위암 얘기가 나왔다. 텔레비전이나 신문을 보다가 우연히 위암에 대한 정보를 얻게 됐다)”라는 질문으로 시작되었으며, 참여자들은 건강 추구 설문에서와 동일한 방법으로 질문에 답했다. 응답 내용은 이후 분석 과정에서 연속척도로 변환되었다(전혀 찾지 않았다 = 0, 1~2번 = 1.5, 3~4번 = 3.5, 5~6번 = 4.5, 7번 이상 = 7).

3.2.4. 계획 행동 이론 변인: 행동에 대한 태도, 사회적 규범, 지각된 행동 통제감

계획 행동 이론 변인의 측정은 Fishbein & Cappella(2006)의 제안을 바탕으로 작성되었다. 먼저 행동에 대한 태도는 “향후 2년 안에 위암 검

진을 위해 위 내시경 검사를 받는 것은 내게 ~할 것이다”라는 문항에 관한 4개의 의미변별척도로 구성되었다. 이 4개의 의미변별척도는 7점으로 평가되었으며, 각각 ① 매우 나쁘다(1) ~ 매우 좋다(7), ② 매우 불쾌하다(1) ~ 매우 유쾌하다(7), ③ 매우 어렵다(1) ~ 매우 쉽다(7), ④ 매우 해롭다(1) ~ 매우 유익하다(7)로 구성되었다. 크론바하 알파값은 .87이었다.

이어서 주관적 규범은 “나에게 소중한 사람들 (가족, 친구 등) 대부분은 내가 향후 2년 내에 위암 검진 (위 내시경 또는 위 조영술)을 받아야 한다고 생각할 것이다”라는 질문에 4점 척도(1점 = 명백히 아니다, 2점 = 명백히 그렇다)로 답한 뒤, 이어서 “당신과 가장 비슷한 사람들 (성별 나이 사회 경제적 지위 등에서)을 생각할 때, 그 중 얼마나 많은 사람들이 지난 10년간 최소 한 번의 위암 검진을 받았을 거라고 생각하십니까?”, “당신과 가장 비슷한 사람들 (성별 나이 사회 경제적 지위 등에서)을 생각할 때, 그 중 얼마나 많은 사람들이 향후 2년 내에 위암 검진을 받을거라고 생각하십니까?”라는 두 가지 질문에도 4점 척도(1 = 거의 없거나 극소수, 4 = 거의 대부분) 상에 답한 것으로 측정되었다. 이 문항들의 크론바하 알파값은 .81이었다.

마지막으로, 지각된 행동 통제감은 “만약 귀하께서 원할 경우, 향후 2년 내에 위암 검진을 받을 수 있다고 확신하십니까?”라는 질문에 대해 5점 척도(1 = 매우 확신하지 않는다, 5 = 매우 확신한다) 상에 답하는 것으로 측정되었다.

3.2.5. 위암 예방 및 치료 행동 의도: 위 내시경 검진 의도

위암 예방 및 치료 행동 의도를 측정하기 위해 참여자들에게 위 내시경 검진을 받을 의사가 있는지를 물었다. 참여자들은 “나는 향후 2년 안에 위암 검진 (위 내시경 또는 위 조영술)을 받을 의도가 있다,” “나는 향후 2년 안에 위암 검진 (위 내시경 또는 위 조영술)을 받을 계획이다”의 두 개 질문에 대해 5점 척도(1 = 전혀 그렇지 않을 것이다, 5 = 매우 그럴 것이다) 상에 답했다. 두 문항의 크론바하 알파값은 .94였다.

3.2.6. 통제변인

연구변인들 사이의 관계를 보다 엄격하게 검증하기 위해 크게 세 종류의 통제변인이 사용되었다. 첫째는 인구통계학적 변인들로, 생물학적 성별(남/녀), 연령(주관식으로 응답), 결혼여부(기혼/미혼), 취업여부(직업 있음/직업 없음), 가구당 월소득(12점 척도: 1 = 0~99만원, 12 = 1500만원 이상) 그리고 교육수준(6점 척도: 1 = 초졸 이하, 6 = 대학원 졸)이 포함되었다. 가구당 월소득과 교육수준은 측정 당시에는 서열척도로 측정되었으나, 실제 분석 과정에서 연속척도로 변환되었다.²⁾ 둘째는 건강 관련 변인으로, 본 연구에서는 주관적 건강 상태 (“귀하의 건강 상태는 어떻습니까?”라는 질문에 대해 5점 척도: 1점=매우 나쁘다 ~ 5점=매우 좋다 로 응답)가 포함되었다. 마지막으로 기존의 행동 의도나 경향이 현재의 행동 의도나 경향에 미치는 영향을 배제하기 위해, 모형 안에서 종속변인으로 설정된 3차 설문 시점의 행동 의도에 대해 2차 설문 시점의 행동 의도가 미치는 영향을 통제했다. 최종 모형에는 각 내생변수와 유의미한 관계를 가진 통제경로만 모형에 포함되었다. 또한 다집단분석에서 소득수준과 교육수준이 각각 집단구분변수로 사용된 경우에는 통제변수로 사용되지 않았다.

2) 소득수준의 경우 각 소득구간의 중간값으로 변환되었다. 예컨대 1 = 0~99만원은 50만원으로, 2 = 100~199만원은 150만원으로 바뀌었다. 교육수준의 경우 해당 학교를 졸업하기 위해 필요한 정규교육년도의 햇수로 변환되었다. 이를테면 1 = 초등학교 졸 이하는 6년으로, 5 = 대학교 졸 이하는 16년으로, 대학원 졸 이상은 18년으로 바뀌었다.

3.3. 분석 전략

3.3.1. 구조방정식모형분석

연구가설을 검증하기 위해 *Mplus* 7.0을 사용해 구조방정식모형분석을 실시했다. 각 변인의 측정치는 이론적인 인과관계의 구성에 따라 각각 다른 시점에서 측정된 수치들이 사용되었다.³⁾이 과정에서 발생하는 1차 조사 대비 2차 및 3차 조사의 결측치는 FIML (full information maximum likelihood method: 완전정보최대우도법)을 통해 추정되었다.

통제변인을 비롯해 연구모형 작성에 사용된 모든 변인들 중 본인의 암 병력 (skewness = 3.518, kurtosis = 10.392) 만이 정규성 가정을 만족하지 않았다. Muthen & Muthen (2007)은 정규성 가정을 만족하지 않는 하나 이상의 내생변수가 포함된 모형을 분석할 때 MLR (maximum likelihood estimator with robust standard errors: 강건한 최대우도추정법)의 사용을 권하고 있으나, 본인의 암 병력은 외생변수였기에 MLR을 사용하지 않고 보다 보편적으로 사용되는 ML (maximum likelihood estimator: 최대우도추정법)을 추정 방법으로 채택했다.

전체 모형 (full model)을 검증하기 전에, 먼저 5개의 잠재변수들(건강 염려, 태도, 사회적 규범, 행동 의도(2회차, 3회차))과 그 관측변수들로 구성된 측정모형(measurement model)을 대상으로 확인적 요인분석(confirmatory factor analysis)을 실시해 측정의 타당성을 검증했다. 이 과정에서 측정모형의 수정지표(modification index)를 검토한 결과 건강 염려의 4번 항목과⁴⁾ 5번 항목⁵⁾ 사이에, 그리고 사회적 규범의 2번 항목과⁶⁾ 3번 항목⁷⁾ 간에 각각 추정오차 간 상관관계 (error term

3) 동기(1회차), 건강 정보 획득(1회차), 계획 행동 이론의 세 변인(2회차), 행동 의도(3회차)

4) 나는 적극적으로 질병을 예방하기 위해 노력한다

5) 나는 건강한 삶을 살기 위해 내가 할 수 있는 모든 것을 하고 있다

6) 당신과 가장 비슷한 사람들을 생각할 때, 그 중 얼마나 많은 사람들

correlation)가 추가됐다. 각 문항 쌍이 언어적 및 이론적으로 유사할 경우, 이러한 추정오차 간 상관관계를 설정하는 것이 허용되기 때문이다 (Bollen & Lennox, 1991; Rubio & Gillespie, 1995).

확정적 요인분석을 통해 측정모형의 적합성을 확인한 뒤, 나머지 관측 변수가 모두 포함된 전체 모형을 검증했다. 이 과정에서 앞서 말한 것처럼 각 내생변수와 유의미한 상관을 보인 통제경로만이 모형에 포함되었다. 그 결과 ① 행동 의도 (3차)에 행동 의도 (2차), 결혼 여부, 교육 수준이 미치는 영향, ② 태도에 소득 수준이 미치는 영향, ③ 지각된 자기 통제감에 연령이 미치는 영향, ④ 정보 획득에 연령과 소득 수준이 미치는 영향이 통제되었다. 이 전체 모형의 적합성은 Hu와 Bentler (1999)가 제안한 기준에 따라 $CFI \geq .95$, $RMSEA \leq .06$, $SRMR \leq .08$ 의 세 가지 조건을 모두 만족할 때 아주 좋다고(excellent) 평가되었다.

3.3.2. 다집단분석

구조방정식모형분석을 통해 전체 표본집단에서 연구모형이 성립하는지를 검증한 뒤, 사회경제적 지위에 따라 각 가설적 경로에 조절효과가 발생하는지를 탐색했다. 이를 위해 특정 모형의 경로계수나 요인절편 등 여러 추정치의 집단 간 동일성 여부를 검증하는 다집단분석을 사용했다.

기존 연구들을 종합적으로 검토해보면 (Little, 1997; Little, Card, Slegers, & Ledford, 2007; Meredith, 1993; Selig, Card, & Little, 2008; Cooke, Kosson, & Michie, 2001; Marsh, 1994, 2007; Marsh, Hau, Artelt, Baumert, & Peschar, 2006; Bollen, 2014; Klien, 2015), 경로계수

이 지난 10년 간 최소 한 번의 위암 검진을 받았을 거라고 생각하십니까?

7) 당신과 가장 비슷한 사람들을 생각할 때, 그 중 얼마나 많은 사람들이 향후 2년 내에 위암 검진을 받을 거라고 생각하십니까?

동일성 검증을 위한 다집단분석의 절차는 크게 ① 비교집단의 선정, ② 측정동일성 검증, ③ 경로계수 동일성 검증의 세 단계로 구성된다.

먼저 비교집단의 선정은 다집단분석을 통해 비교할 집단들을 선택하는 것이다. 이 연구에서는 사회경제적 지위의 개념이 소득수준 및 교육수준에 근간하고 있다는 점을 근거로, 기존의 표본집단을 ① 평균 가구 소득 수준(470만원)을 기준으로 두 개의 집단으로 구분한 경우와(저소득 집단 = 714명, 고소득 집단 = 416명), ② 평균 교육 수준(14.69년)을 기준으로 두 개의 집단으로 구분한 경우(낮은 교육수준 집단 = 468명, 높은 교육수준 집단 = 662명) 각각에 대해 다집단분석을 실시했다. 이 때 소득수준을 기준으로 한 다집단분석에서는 ① 행동 의도 (3차)에 행동 의도 (2차), 결혼 여부, 교육 수준이 미치는 영향, ② 지각된 자기 통제감에 연령과 주관적 건강 수준이 미치는 영향, ③ 정보 획득에 연령, 결혼 여부, 취업 여부가 미치는 영향이 통제되었고, 교육수준을 기준으로 한 다집단 분석에서는 ① 행동 의도 (3차)에 행동 의도 (2차), 결혼 여부가 미치는 영향, ② 태도에 취업 여부와 소득 수준이 미치는 영향, ③ 지각된 자기 통제감에 연령이 미치는 영향, ④ 정보 획득에 연령과 소득 수준이 미치는 영향이 통제되었다.

다음으로 구조방정식모형분석의 경우와 마찬가지로 확인적 요인분석을 통해 두 집단 간에 측정모형의 적합도에 유의미한 차이가 있는지를 분석하게 되는데, 이는 측정동일성(measurement invariance) 검증이라고 한다. 측정동일성 검증은 ① 형태동일성(configural invariance) 검증, ② 측정단위동일성(metric invariance) 검증, ③ 절편동일성(scalar invariance) 검증, ④ 분산동일성(strict invariance) 검증의 네 단계로 구성되어 있다. 이 검증들은 각각 ① 요인구조의 동일성, ② 요인점수의 동일성, ③ 요인평균의 동일성, ④ 추정오차(분산)의 동일성을 검증하는 것을 의미한다. 만약 측정동일성이 담보되지 않는다면, 다집단분석 결과 경로계수나 잠재평균에서 집단 간 차이가 나타나더라도 이를 신뢰할 수 없다. 두 집단

간에 측정이 동일하게 수행되지 않아 차이가 발생했을 가능성을 배제할 수 없기 때문이다. 어떤 수준의 측정동일성이 담보되어야 하는지에 관해서는 합의된 기준이 없으나, 적어도 형태동일성과 측정단위동일성이 다집단분석의 필요조건이라는 점에는 다수의 학자들이 동의하고 있다 (Little, 1997; Meredith, 1993; Bollen, 2014; Kline, 2015). 특히 실제 연구에서는 절편동일성 검증이나 분산동일성 검증이 지나치게 엄격한 측면이 있기 때문에, 적지 않은 연구자들이 측정단위동일성까지 검증하는 것을 다집단분석의 필요충분조건이라고 여기고 있다(Bollen, 2014; Kline, 2015, Kam & Wang, 2015). 따라서 본 연구에서도 측정단위동일성 수준까지 측정동일성을 검증했다.

측정동일성의 검증은 형태동일성 검증부터 시작됐다. 잠재변수로만 구성된 측정모형이 두 집단 모두에서 자료 설명에 적합하다면, 형태동일성을 만족하는 것으로 판단했다. 이 때 모형 적합성을 판단하는 기준은 앞서 Hu와 Bentler (1999)가 제안한 구조방정식모형의 모형 적합성 평가 기준과 동일했다. 다음으로 측정단위동일성은 모든 추정치가 자유롭게 추정된 모형(이 경우 형태동일성 모형)과, 두 집단 간에 요인점수가 동일하다는 제약을 건 제한모형의 비교를 통해 검증했다. 두 모형의 비교는 χ^2 (카이제곱) 차이 검정 및 CFI 변화량(Δ CFI)을 통해 이루어졌으며, χ^2 (카이제곱) 차이 검정의 영가설(제한모형을 채택한다)이 95% 유의수준에서 기각되지 않았을 때, 그리고 Δ CFI가 .01보다 작을 때 측정단위동일성이 담보된다고 판단했다(Kline, 2011; Cheung & Rensvold, 2002).

측정동일성이 검증된 이후 각 경로계수에 대한 집단 간 비교를 실시했다. 이를 위해 먼저 모든 잠재변수와 측정변수를 포함한 전체 모형을 만들고, 이 모형의 측정동일성을 담보하기 위해 ‘두 집단 간 요인점수에 차이가 없다’는 제약을 부여했다(이 모형을 편의상 ‘기반모형’으로 칭한다). 다음으로, 이 기반모형에 ‘특정 경로계수가 동일하다’는 제약을 추가로 설정한 모형을 만들었다(이 모형을 편의상 ‘비교모형’으로 칭한다. 이후

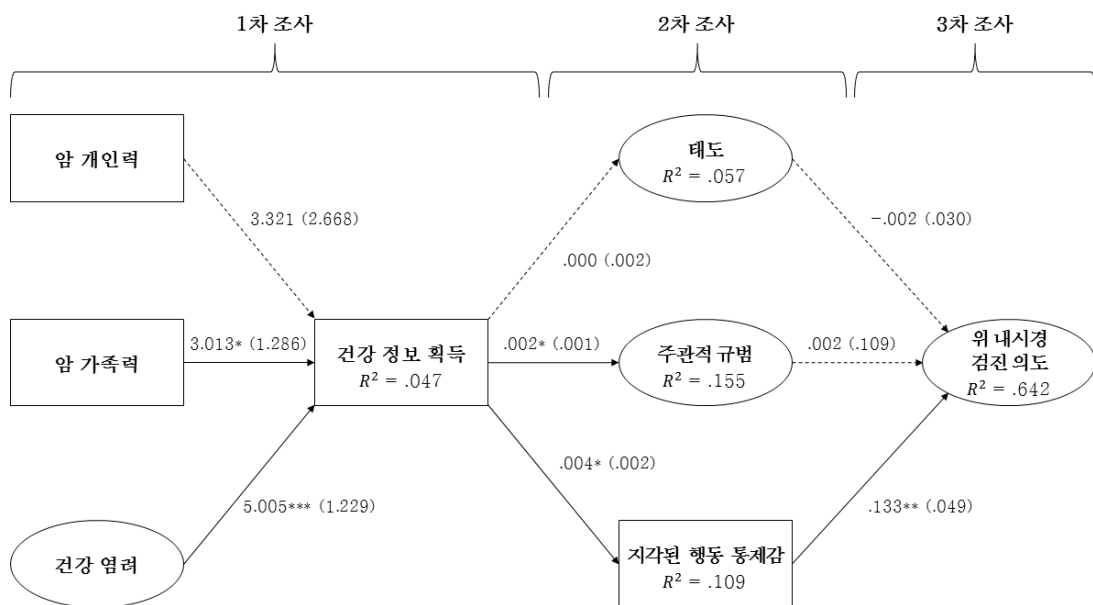
기반모형과 비교모형을 X^2 (카이제곱) 차이 검정을 통해 비교했는데, 구조방정식모형분석 때와는 반대로 영가설(비교모형을 채택한다)이 기각됐을 때 특정 경로계수에 집단 간 차이가 있다고 판단했다. 비교모형은 집단 간 특정 경로계수가 '동일한' 모형이므로, 비교모형을 채택하지 않는다는 것은 '집단 간 특정 경로계수가 동일하지 않다'는 것을 의미하기 때문이다. 이러한 집단 간 경로계수 비교는 각 가설적 경로별로 한 번씩, 총 13회에 걸쳐 실시되었다.

4. 분석결과

본 분석에 앞서 각 연구변인들을 면밀히 검토한 결과, 건강 정보 추구하고 건강 정보 개관은 통계적으로 유의미하게 구분되지 않았다. 이에 본 연구에서는 분석 과정에서 두 행동을 별도의 변인으로 취급하지 않고, 이를 측정된 총 18개 문항에 대한 응답의 평균값을 ‘건강 정보 획득’ 행동의 측정치로 사용했다. 각 측정변수들 간의 상관계수는 <표 2>에 보고했다.

4.1. 구조방정식모형분석결과

그림 2. 구조방정식모형 분석결과



주. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. 각 경로별로 비표준화된 경로계수 및 표준오차를 보고했다. 유의미한 경로는 실선으로, 유의미하지 않은 경로는 점선으로 표기되었다. 통제변인 및 관련 경로는 도식에 포함되지 않았다. 모형적합도는 좋은 것으로 나타났다($X^2(211) = 566.882$, CFI = .967, RMSEA = .039 (90% CI = .035 ~ .042), SRMR = .054).

확정적 요인분석 결과 측정모형의 모형적합성은 좋은 것으로 확인되었다($X^2(92) = 204.504$, CFI = .988, RMSEA = .033 (90% CI = .027 ~ .039), SRMR = .040). 전체 모형 또한 좋은 모형적합성을 나타냈다($X^2(211) = 566.882$, CFI = .967, RMSEA = .039 (90% CI = .035 ~ .042), SRMR = .054). 전체 모형 중 주요 경로의 비표준화된 경로계수는 앞 쪽의 <그림 2>에 보고했다.

<그림 2>에서 보이는 것처럼, 건강 염려($\beta = .128$, $p < .001$)와 암 가족력($\beta = .068$, $p < .05$)이 위암 관련 건강 정보 획득 행동에 미치는 영향은 유의미했다. 그러나 암 개인력($\beta = .038$, $p = .213$)이 정보 획득 행동에 미치는 영향은 유의미하지 않았다. 이어서 위암 관련 건강 정보 획득은 위 내시경 검진에 대한 태도를 제외하고($\beta = .005$, $p = .908$) 주관적 규범($\beta = .089$, $p < .05$)과 지각된 행동 통제감($\beta = .076$, $p < .05$)에 유의미한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 마지막으로, 이 중에서도 위 내시경 검진에 대한 지각된 행동 통제감만이 위 내시경 검진 의도와 유의미한 관계를 가지고 있는 것으로 나타났다($\beta = .141$, $p < .01$).

표 2. 측정변수들 간의 이변량 상관계수

	PCA	FCA	HC1	HC2	HC3	HC4	HC5	INFO	NOR1	NOR2	NOR3	PBC	ATT1	ATT2
PCA	1.000													
FCA	-.029	1.000												
HC1	.072	-.014	1.000											
HC2	.044	.008	.561**	1.000										
HC3	.062	.027	.529**	.652**	1.000									
HC4	.101*	-.015	.352**	.420**	.443**	1.000								
HC5	.141**	-.014	.272**	.360**	.350**	.731**	1.000							
INFO	.072	.057	.145**	.152**	.113**	.230**	.191**	1.000						
NOR1	.072	.101*	.171**	.169**	.142**	.101*	.083*	.144**	1.000					
NOR2	.029	.115**	.199**	.144**	.148**	.114**	.045	.105*	.483**	1.000				
NOR3	.028	.109**	.195**	.151**	.100*	.086*	.001	.136**	.480**	.787**	1.000			
PBC	.044	.101*	.267**	.179**	.162**	.103*	.058	.157**	.442**	.477**	.471**	1.000		
ATT1	-.002	.048	.233**	.154**	.145**	.063	.016	.037	.333**	.307**	.319**	.452**	1.000	
ATT2	.036	.081	.156**	.135**	.103*	.095*	.070	.032	.247**	.225**	.234**	.327**	.620**	1.000
ATT3	.042	.053	.174**	.115**	.115**	.083*	.066	.001	.214**	.181**	.195**	.349**	.576**	.736**
ATT4	-.008	.016	.173**	.127**	.140**	.060	.009	.047	.185**	.191**	.173**	.310**	.556**	.582**
IN1_W2	.045	.097*	.315**	.215**	.197**	.128**	.057	.155**	.491**	.431**	.418**	.712**	.507**	.391**
IN2_W2	.043	.104*	.318**	.210**	.205**	.138**	.061	.163**	.503**	.438**	.448**	.719**	.520**	.406**
IN1_W3	.025	.089*	.315**	.218**	.199**	.114**	.045	.148**	.397**	.351**	.346**	.625**	.434**	.325**
IN2_W3	.051	.092*	.318**	.217**	.220**	.133**	.053	.138**	.395**	.356**	.359**	.621**	.415**	.306**
SEX	.024	-.023	-.038	-.131**	-.085*	-.038	-.067	.000	-.030	.005	.021	.024	-.066	-.012
AGE	.068	.057	.118**	.019	.069	.120**	.085*	.183**	-.044	.055	.067	.088*	-.009	-.018
MAR	.072	.017	.088*	.107**	.026	.000	-.003	.078	.101*	.076	.078	.103*	.070	-.009
EMPL	-.021	.002	.003	.061	.028	-.002	.009	-.026	.026	-.056	-.037	-.005	.059	-.002
EDU	-.020	.027	-.021	-.038	-.029	-.081	.000	-.018	.054	.005	-.009	.004	-.041	-.083*
INCOM	.051	.043	.057	.052	.040	.067	.111**	.095*	.123**	.072	.064	.166**	.027	-.005
HSTAT	.059	-.060	.102*	.129**	.145**	.285**	.327**	-.028	-.068	-.002	-.002	.049	-.033	-.035

주. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. W2 = 2차 조사, W3 = 3차 조사, PCA = 암 개인력, FCA = 암 가족력, HC = 건강 염려, INFO = 위암 관련 건강 정보 추구, NOR = 주관적 규범, PBC = 지각된 행동 통제감, ATT = 태도, IN = 위 내시경 검진 의도, SEX = 성별, AGE = 연령, MAR = 결혼 여부, EMPL = 취업 여부, EDU = 교육수준, INCOM = 소득수준, HSTAT = 주관적 건강 상태.

표 2. 측정변수들 간의 이변량 상관계수(계속)

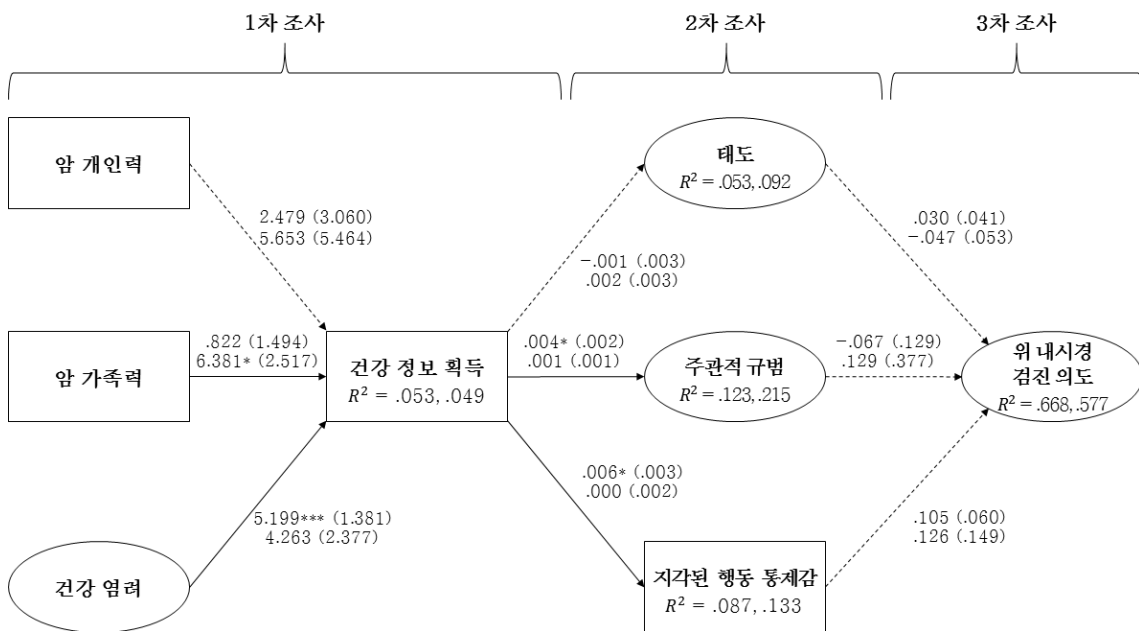
	ATT3	ATT4	IN1_W2	IN2_W2	IN1_W3	IN2_W3	SEX	AGE	MAR	EMPL	EDU	INCOM	HSTAT
ATT3	1.000												
ATT4	.632**	1.000											
IN1_W2	.401**	.367**	1.000										
IN2_W2	.423**	.391**	.940**	1.000									
IN1_W3	.321**	.295**	.729**	.740**	1.000								
IN2_W3	.305**	.268**	.719**	.741**	.934**	1.000							
SEX	-.017	-.021	.007	.004	-.006	-.001	1.000						
AGE	-.030	-.039	.011	-.008	-.007	-.008	-.031	1.000					
MAR	.016	.040	.100*	.101*	.197**	.192**	-.080	.151**	1.000				
EMPL	-.007	.016	.049	.032	.043	.046	-.461**	-.257**	-.073	1.000			
EDU	.002	.019	.038	.040	.016	.029	-.254**	-.137**	.076	.214**	1.000		
INCOM	-.002	.008	.133**	.137**	.187**	.194**	-.069	-.081	.275**	.193**	.272**	1.000	
HSTAT	-.007	-.012	.006	.006	-.001	.005	-.064	.023	.036	.122**	.078	.147**	1.000

주. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. W2 = 2차 조사, W3 = 3차 조사, PCA = 암 개인력, FCA = 암 가족력, HC = 건강 염려, INFO = 위암 관련 건강 정보 추구, NOR = 주관적 규범, PBC = 지각된 행동 통제감, ATT = 태도, IN = 위 내시경 검진 의도, SEX = 성별, AGE = 연령, MAR = 결혼 여부, EMPL = 취업 여부, EDU = 교육수준, INCOM = 소득수준, HSTAT = 주관적 건강 상태.

4.2. 다집단분석 결과

다집단분석을 실시하기 전에 측정동일성 검증이 진행되었다. 잠재변수들만으로 구성된 측정모형을 대상으로 진행된 일련의 검증 결과, 소득수준 및 교육수준 기준 비교 모두에서 측정모형이 집단 간 형태동일성을 만족하는 것으로 확인되었다(소득수준 기준 비교에서 $X^2(184) = 312.143$, CFI = .987, RMSEA = .035 (90%CI = .028, .042), SRMR = .044; 교육수준 기준 비교에서 $X^2(184) = 287.081$, CFI = .989, RMSEA = .031 (90% CI = .024 ~ .038), SRMR = .043). 또한 이어지는 분석 결과, 측정모형은 두 조건 모두에서 측정단위동일성 또한 만족하는 것으로 확인되었다(소득수준 기준 비교에서 $X^2_{diff}(11) = 12.934$, $p = .2977$, $\Delta CFI = .001$; 교육수준 기준 비교에서 $X^2_{diff}(11) = 15.529$, $p = .1595$, $\Delta CFI = .000$). 이에 각 조건에서 집단 간 경로계수에 차이가 존재하는지를 탐색했다.

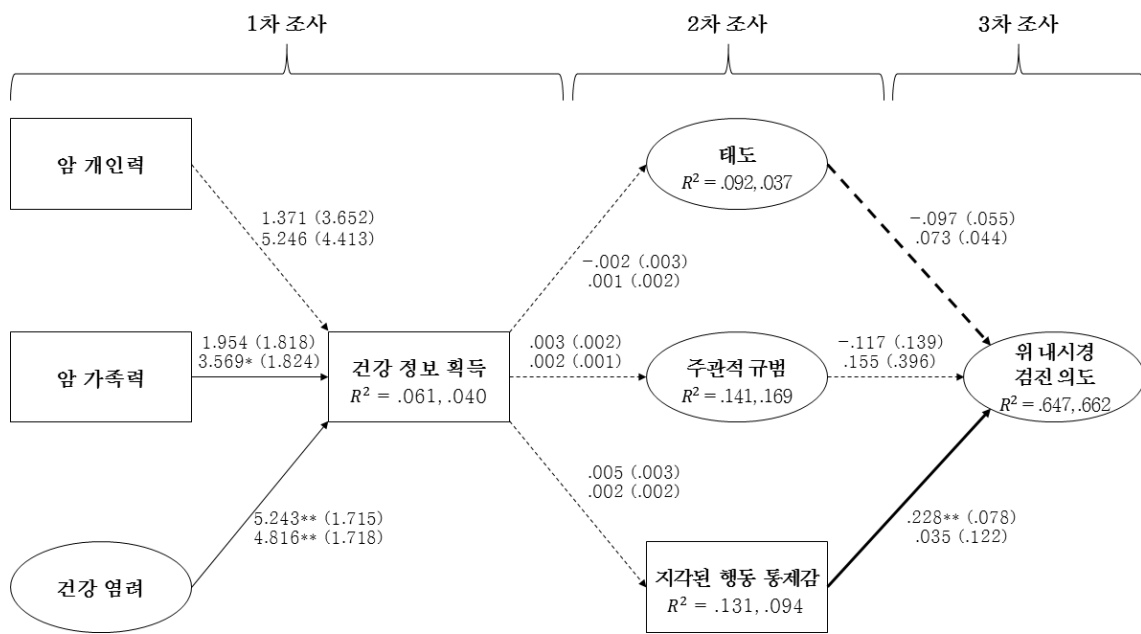
그림 3. 다집단분석 결과(저소득 집단 대 고소득 집단)



주. * $p < .05$, *** $p < .001$. 각 경로별로 비표준화된 경로계수 및 표준오차를 보고했다. 먼저 보고된 수치가 저소득 집단에서의 추정치이고, 나중에 보고된 수치가 고소득 집단에서의 추정치이다. 한 집단에서라도 유의미한 경로는 실선으로, 두 집단 모두에서 유의미하지 않은 경로는 점선으로 표기되었다. 통제변인 및 관련 경로는 도식에 포함되지 않았다. 모형적합도는 좋은 것으로 나타났다($X^2(435) = 819.635$, CFI = .964, RMSEA = .040 (90% CI = .035 ~ .044), SRMR = .059).

먼저 소득 수준을 기준으로 집단을 구분하여 비교한 결과, 저소득 집단에서는 건강 염려가 건강 정보 획득에 미치는 영향과($B = 5.199, p < .001$), 건강 정보 획득이 주관적 규범에 미치는 영향($B = .004, p < .05$) 및 지각된 행동 통제감에 미치는 영향($B = .006, p < .05$)이 통계적으로 유의미했다. 한편 고소득 집단에서는 암 가족력이 건강 정보 획득에 미치는 영향이 통계적으로 유의미했다($B = 6.381, p < .05$). 그러나 저소득 집단과 고소득 집단 사이에 유의미한 차이를 나타낸 경로는 없었다. 자세한 분석 결과는 앞 쪽의 <그림 3>에 보고했다.

그림 4. 다집단분석 결과(낮은 교육수준 집단 대 높은 교육수준 집단)



주. * $p < .05$, ** $p < .01$. 각 경로별로 비표준화된 경로계수 및 표준오차를 보고했다. 먼저 보고된 수치가 낮은 교육수준 집단에서의 추정치이고, 나중에 보고된 수치가 높은 교육수준 집단에서의 추정치이다. 한 집단에서라도 유의미한 경로는 실선으로, 두 집단 모두에서 유의미하지 않은 경로는 점선으로 표기되었다. 특정 경로계수에서 집단 간 차이가 발견된 경우에 실선 혹은 점선을 굵게 표시했다. 통제변인과 각 경로는 그림에 포함되지 않았다. 모형적합도는 좋은 것으로 나타났다($\chi^2(433) = 793.907$, CFI = .967, RMSEA = .038 (90% CI = .034 ~ .043), SRMR = .059).

한편 교육 수준을 기준으로 집단을 비교한 결과, 먼저 교육 수준이 낮은 집단에서는 건강 염려가 건강 정보 획득에 미치는 영향과($B = 5.243, p < .01$) 지각된 행동 통제감이 위 내시경 검진 의도에 미치는 영향이($B = .228, p < .01$) 통계적으로 유의미했다. 교육 수준이 높은 집단에서는 암 가족력과($B = 3.569, p < .05$) 건강 염려가($B = 4.816, p < .01$) 건강 정보 획득에 미치는 영향이 유의미했다. 그러나 교육 수준이 낮은 집단에서 유의미했던 지각된 행동 통제감이 위 내시경 검진 의도에 미치는 영향은 교육 수준이 높은 집단에서는 유의미하지 않았으며($B = .035, p = .776$), 이러한 집단 간 차이는 통계적으로 유의미했다($X_{diff}^2(1) = 4.962, p < .05$). 태도가 위 내시경 검진 의도에 미치는 영향의 집단 간 차이 또한 통계적으로 유의미했으나($X_{diff}^2(1) = 6.551, p < .01$), 각각의 집단에서 그 효과는 유의미하지 않았다(교육수준이 낮은 집단에서 $B = -.097, p = .077$, 교육수준이 높은 집단에서 $B = .073, p = .094$). 전체적인 분석 결과를 앞 쪽의 <그림 4>에 보고했다.

5. 논의

논의에 앞서 다시 정리하면, 본 연구의 궁극적인 목표는 한국의 위암 맥락에서 커뮤니케이션 불평등의 발생 여부를 확인하고, 이 불평등이 건강불평등을 유발할 수 있는 가능성을 실증하는 것이었다. 이를 위해 본 연구에서는 계획 행동 이론을 바탕으로 건강 관련 외적 및 내적 동기, 건강 정보 획득, (위 내시경 검진에 대한) 태도, 주관적 규범, 지각된 행동 통제감, 그리고 위 내시경 검진 의도 간의 인과 모형을 만들고 이를 통계적으로 검증했다. 전체 표본집단을 대상으로 실시한 구조방정식모형분석 결과, 본 연구에서는 ① 암 가족력과 건강 염려가 건강 정보 획득에 정적 영향을 미치고, ② 건강 정보 획득은 주관적 규범과 지각된 행동 통제감에 정적 영향을 미치며, ③ 이 중 지각된 행동 통제감이 위 내시경 검진 의도에 정적 영향을 미친다는 것을 확인하여, 본 연구에서 제안한 위암 관련 건강 커뮤니케이션 모형이 부분적으로 성립한다는 것을 확인할 수 있었다. 또한 이어진 다집단 분석결과, ④ 태도가 위 내시경 검진 의도에 미치는 영향에 교육수준에 따른 차이가 있었으나 그 효과는 교육수준이 높은 낮은 95% 신뢰수준에서 유의미하지 않았고(즉, $p < .05$ 를 만족하지 않았음), ⑤ 지각된 행동 통제감은 교육수준이 낮을 때만 위 내시경 검진 의도에 영향을 미친다는 것을 알 수 있었다.

본 연구에서 발견된 가장 흥미로운 현상은 교육 수준의 차이에 따라 ‘지각된 행동 통제감이 위 내시경 검진 의도에 미치는 영향’에 차이가 발생한다는 것이다. 사람들은 교육 수준이 낮을 경우에만, 자신이 자유롭게 위 내시경 검진을 받을 수 있다고 믿을수록(위 내시경 검진에 대한 지각된 행동 통제감이 높을수록), 위 내시경 검진을 받을 의도가 증가했다. 이는 한국의 위암 맥락에서 보유한 정보를 활용해 행동을 실천하는 역량에서 사회경제적 지위에 따른 격차가 발생한다는 것을 의미한다(Viswanath, 2006; Niederdeppe et al., 2008).

그런데 이 분석 결과는 교육 수준이 ‘낮을 때’ 해당 효과가 유의미하게 나타났다는 점에서 해석에 주의를 요한다. 커뮤니케이션 불평등이라는 개념은 일반적으로 사회경제적 지위가 높을수록 건강 커뮤니케이션의 각 단계에서 보다 큰 이익을 얻는다는 문제의식에서 출발하고 있으며(Viswanath, 2006; Viswanath & Emmons, 2006; Viswanath & Kreuter, 2007), 이는 교육 수준이 ‘높을 때’ 지각된 행동 통제감이 위 내시경 검진 의도에 미치는 영향이 더 클 것이라는 통찰을 전제로 하고 있기 때문이다.

현 시점에서 가장 설득력 있어 보이는 설명은 표본집단의 평균 교육 수준이 지나치게 높아서 기존 이론의 맥락이 적용되지 않는다는 것이다. 본 연구에서는 교육수

준에 따라 집단을 구분할 때 ‘평균 교육수준’을 그 기준으로 사용했다. 그런데 조사 참여자들은 평균적으로 약 14.5년 동안 정규교육을 받은 사람들이었다. 이는 응답자들이 평균적으로 전문대 졸업 혹은 학부 저학년 수준의 교육을 받았다는 것을 의미한다. 즉, 평균 교육수준을 기준으로 집단을 구분하게 될 경우, ‘교육수준이 낮은 집단’과 ‘교육수준이 높은 집단’으로 구분되는 것이 아니라, ‘교육수준이 높은 집단’과 ‘교육수준이 아주 높은 집단’으로 구분된다는 것이다.

이는 커뮤니케이션 불평등 논의가 등장한 서구, 특히 미국의 맥락과 명백히 다르다(Viswanath, 2006; Viswanath & Emmons, 2006; Viswanath & Kreuter, 2007). 앞서 보고했듯이 한국의 25세 이상 성인들 중 대졸자 비율은 41%이다. 이는 OECD 평균인 43%에 근접한 수준으로, 얼핏 특이한 점이 없는 것처럼 보인다. 그러나 교육의 세대차를 고려해보면 본 연구의 표본집단이 편향되어 있다는 점을 발견할 수 있다. 한국의 경우 급속한 경제발전으로 인해 세대가 지날수록 평균 교육수준이 급격히 높아지기에 세대별 교육수준을 살펴봐야 하는데, 본 연구에 참여한 응답자들의 평균연령인 51.92세가 속한 중장년층의 경우 대졸자 비율이 30%에 불과하기 때문이다(OECD, 2015). 즉, 본 연구의 표본집단이 교육수준이 높은 방향으로 편향되어 있기 때문에 기존 연구의 예측과 다른 결과가 나왔을 가능성이 있다는 것이다.

태도가 위 내시경 검진 의도에 미치는 영향이 교육수준에 따라 조절되었으나, 교육수준이 낮은 집단과 높은 집단 모두에서 그 효과가 유의미하지 않았다는 점은 해석에 주의를 기울일 필요가 있다. 구체적으로, 태도가 위 내시경 검진 의도에 미치는 영향은 교육수준이 낮을 때 $B = -.097$, $p = .077$, 교육수준이 높을 때 $B = .073$, $p = .094$ 로, 95% 신뢰수준에서는 유의미하지 않았으나 90% 신뢰수준에서는 유의미했다. 본 연구에서는 95% 신뢰수준을 판단준거로 삼았기 때문에 각 집단에서 태도가 위 내시경 검진 의도에 미치는 영향이 유의미하지 않다고 결론지었으나, 비교적 낮은 유의도 수준 및 집단 간 차이의 유의미성을 고려하면 추후 연구에서 반복 검증이 이루어진 뒤에야 확정적인 해석이 가능할 것으로 판단된다.

기존 이론에 근거한 예측대로, 건강 염려가 정보 획득 행동에 미치는 정적 영향은 상당히 일관적으로 확인되었다(Dutta-Bergman, 2006; Hong, 2009; 2011). 정보 획득 행동이 지각된 행동 통제감에 미치는 영향(Kelly et al., 2009; Hornik et al., 2013; Lee et al., 2015)과, 지각된 행동 통제감이 행동 의도(위 내시경 검진 의도)에 미치는 정적인 영향(Fishbein & Yzer, 2003) 또한 이론적으로 예측과 일관적인 형태로 나타났다. 그러나 정보 획득 행동이 위 내시경 검진에 대한 태도에 미치는 영향은 어떤 분석에서도 유의미하지 않게 나타났고, 위 내시경 검진에 대한 태도와

주관적 규범이 위 내시경 검진 의도에 미치는 영향도 유의미하지 않게 확인되었다.

추측해보자면, 먼저 정보 획득 행동과 위 내시경 검진에 대한 태도 사이의 관계가 유의미하지 않았던 것은 한국내 위암 관련 정보 유통 과정에서 관련 정보가 유통되지 않고 있기 때문이라는 가설을 세워볼 수 있다. 이런 경우라면 위암 관련 정보를 아무리 축적하더라도 위 내시경 검진에 대한 태도가 변하지 않을 것이기 때문이다. 또한, 계획 행동 이론의 세 변인 중 지각된 행동 통제감만이 위 내시경 검진 의도에 영향을 미친 것은 시간차에 따른 조건 변화에 귀인해볼 수 있다. 본 연구에서는 인과관계를 담보하기 위해 태도, 주관적 규범, 지각된 행동 통제감은 2차 조사 결과를, 위 내시경 검진 의도는 세 달 뒤에 실시된 3차 조사 결과를 분석 대상으로 지정했는데, 이 세 달 간 위 내시경 검진을 받을 수 있는 혹은 받아야 하는 여건이 조성되어 내재되어 있던 지각된 행동 통제감의 효과가 나타났다고 이야기해볼 수 있다는 뜻이다. 단, 이런 설명은 어디까지나 추측의 영역에 머물러 있으며, 기존 연구에 반하는 일련의 결과를 설명하기 위해서는 별도의 후속 연구가 필요하다.

기존 연구와 상충하는 몇 가지 분석 결과에도 불구하고, 본 연구에서 설정한 커뮤니케이션 모형의 적합성이 통계적으로 검증되었으며, 일부 가설적 경로에서 사회경제적 지위에 따른 차이가 실증되었다는 점을 조심스럽게 강조하고 싶다. 본 연구에서 설정한 가설적 관계가 모두 유의미하지는 않았고, 집단 간 차이 또한 제한적으로 검증되었음에도 불구하고, 본 연구에서 발견한 몇 가지 지점들은 한국 사회의 건강불평등을 커뮤니케이션학적 관점에서 다룰 수 있으며, 후속 연구를 통해 이를 완화시키는 데 커뮤니케이션 학자들이 충분히 기여할 수 있다는 것을 보여주었다는 점에서 의의를 가질 수 있기 때문이다.

6. 본 연구의 한계 및 후속 연구를 위한 제언

본 연구의 한계점 중 커뮤니케이션학적 건강불평등에 관한 후속 연구 계획 시 참고해야 할 지점이 몇 가지 존재한다. 첫째, 암 개인력과 암 가족력이 위암 맥락에서 측정되지 않고 전체 암 맥락에서 측정되었다는 점이다. 만약 위암 맥락에서 후속 연구를 진행한다면, “귀하는 암으로 진단받은 적이 있으십니까?”가 아니라, “귀하는 위암으로 진단받은 적이 있으십니까?”와 같이 위암에 관해서만 물을 필요가 있다. 본 연구에서처럼 전반적인 암에 관한 측정을 위암 맥락 연구에 사용하면, 위암 맥락에서 측정된 건강 정보 획득 행동과 외적 동기와의 관계가 실제보다 약하게 나타날 가능성이 있기 때문이다.

둘째, 본 연구의 커뮤니케이션 모형이 총 4단계(동기, 정보 획득, 계획 행동 이론 변인, 행동 의도)로 구성된 데 비해, 설문조사는 3차에 걸쳐 진행되었다는 점도 한계라고 볼 수 있다. 변인들 간의 인과관계를 보다 명료하게 밝히기 위해서는 각 단계마다 시간차를 두었어야 했다. 본 연구에서는 이를 만족하지 못했기 때문에, 서로 다른 단계에 위치해 있음에도 불구하고 같은 회차(1회차)의 자료를 사용한 외적 동기, 내적 동기, 그리고 정보 획득 행동 사이의 인과관계를 입증할 수는 없다.

마지막으로, 기존 연구에서(Shim et al., 2006; Niederdeppe et al., 2007; Kelly et al., 2009; Hornik et al., 2013; Lee et al., 2015) 잘 구분된 건강 정보 추구하고 건강 정보 개관이 구분되지 않았다는 점도 후속 연구에서 다루어야 할 문제이다. 현 시점에서는 해당 개념 및 척도가 개발된 미국과 한국의 문화적 차이 때문에 발생한 문제라는 설명만이 가능한데, 이는 추론에 불과하며 후속 연구자들은 사전 조사 등을 통해 그 원인을 파악해 본 조사 전에 조치할 필요가 있다.

참고문헌

국문 참고문헌

- 강영주, 정광호 (2012). 한국사회의 소득불평등과 건강에 관한 실증연구: 한국노동패널 자료를 중심으로. <한국행정학보>, 46권 4호, 265-291.
- 강영호 (2014). 우리나라 건강 불평등 연구와 정책의 과제. <보건복지포럼>, 통권 210호, 2-3.
- 건강보험정책연구원 (2015). <5대 사망원인의 사회경제적 비용 분석>. 서울: 건강보험정책연구원.
- 김동배, 유병선, 이정은 (2012). 노인의 건강불평등: 교육불평등에 따른 건강불평등에 대한 사회참여의 매개효과. <사회복지연구>, 43권 1호, 117-142.
- 김동진, 이소영, 기명, 김영희, 김승섭, 김유미, 윤태호, 장숙량, 정최경희, 채희란, 이정아 (2013). <한국의 건강불평등 지표와 정책과제>. 한국보건사회연구원: 서울.
- 김순양, 윤기찬 (2011). 지방자치단체의 규모별 건강불평등 및 그 영향요인에 관한 연구. <지방정부연구>, 15권 4호, 31-57.
- 김진구 (2011). 소득계층에 따른 의료이용의 격차: 연령집단별 Le Grand 지수 분석을 중심으로. <사회보장연구>, 27권 3호, 91-122.
- 김진구 (2012a). 성, 연령, 지역에 따른 의료이용 형평성의 집단 간 비교. <사회복지연구>, 43권 2호, 319-344.
- 김진구 (2012b). 소득계층에 따른 의료이용 불평등의 지역 간 차이. <사회보장연구>, 28권 2호, 153-180.
- 김진구 (2012c). 2005년-2010년 건강불평등의 변화와 영향요인. <사회보장연구>, 28권 3호, 121-151.

- 김진영, 송예리아, 백은정 (2013). 학력과 주관적 건강의 관계: 노동시장 지위와 경제적 지위를 통한 연결. <한국사회학>, 제 47집 제 2호, 211-239.
- 김철웅 (2005). <소득계층별 암 발생, 암 치명률 및 암 의료이용의 불평등 연구>. 서울대학교 보건대학원 박사학위논문.
- 김태형, 권세원, 이윤진 (2012). 서울시민의 개인 및 지역 효과에 의한 건강불평등. <서울도시연구>, 13권 3호, 15-35.
- 김형용 (2010). 지역사회 건강불평등에 대한 고찰: 사회자본 맥락효과에 대한 해석. <한국사회학>, 제 44집 2호, 59-92.
- 김형용, 최진무 (2014). 서울시 소지역 건강불평등에 관한 연구: 지역박탈에 대한 재해석. <한국지역지리학회지>, 20권 2호, 217-229.
- 문창진 (1997). <보건의료사회학>, 서울: 신광출판사.
- 보건복지부, 중앙암등록본부, 국립암센터 (2014). <국가암등록사업 연례 보고서 (2012년 암등록통계)>.
- 신영전 (2011). 사회권으로서의 건강권: 지표개발 및 적용가능성을 중심으로. <상황과 복지>, 32호, 181-222.
- 윤태호, 김지현 (2006). 도시와 농촌 간 건강불평등. <한국농촌간호학회지>, 1권 1호, 11-20.
- 이용우 (2014). 가구소득과 아동기의 건강 불평등. <보건사회연구>, 34권 3호, 7-32.
- 정치학대사전편찬위원회. (2002). <21세기 정치학대사전>. 서울: 아카데미아리서치
- 통계청 국가통계포털. <http://kosis.kr>
- 홍지민, 이수형, 신호성 (2013). 시군구 지역의 결핍수준과 기대여명의 변화, 2000-2011. <보건과 사회과학>, 33호, 273-298.

영문 참고문헌

- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. Springer Berlin Heidelberg.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organic Behavior Human Decision Process*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A (1977). "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change". *Psychological Review*, 84, 191 - 215.
- Bollen, K. A. (2014). *Structural equations with latent variables*. John Wiley & Sons.
- Bollen, K., & Lennox, R. (1991). Conventional wisdom on measurement: A structural equation perspective. *Psychological bulletin*, 110(2), 305.
- Cameron, K. A. (2013). Advancing equity in clinical preventive services: the role of health communication. *Journal of Communication*, 63(1), 31-50.
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling*, 9(2), 233-255.
- Cohen, E. L., Scott, A. M., White, C. R., & Dignan, M. B. (2013). Evaluation of patient needs and patient navigator communication about cervical cancer prevention in Appalachian Kentucky. *Journal of Communication*, 63(1), 72-94.
- Cooke, D. J., Kosson, D. S., & Michie, C. (2001). Psychopathy and ethnicity: Structural, item, and test generalizability of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) in Caucasian and African American participants.

Psychological assessment, 13(4), 531.

Dutta, M. J., & Feng, H. (2007). Health Orientation and Disease State as Predictors of Online Health Support Group Use. *Health Communication*, 22(2), 181-189.

Dutta, M. J., Anaele, A., & Jones, C. (2013). Voices of hunger: Addressing health disparities through the culture centered approach. *Journal of Communication*, 63(1), 159-180.

Dutta-Bergman, M. J. (2006). A formative approach to strategic message targeting through soap operas: Using selective processing theories. *Health Communication*, 17, 1-16.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Fishbein, M., & Cappella, J. N. (2006). The role of theory in developing effective health communications. *Journal of Communication*, 56(s1), S1-S17.

Fishbein, M., & Hornik, R. (2008). Measuring media exposure: An introduction to the special issue. *Communication Methods and Measures*, 2(1-2), 1-5.

Fishbein, M., & Yzer, M. C. (2003). Using Theory to Design Health Behavior Interventions. *Communication Theory*, 13(2), 164-183.

Greene, K., Carpenter, A., Catona, D., & Magsamen Conrad, K. (2013). The brief disclosure intervention (BDI): facilitating African Americans' disclosure of HIV. *Journal of Communication*, 63(1), 138-158.

Hong, H. (2009, March). *Scale development for measuring health consciousness: Re-conceptualization*. In 12th Annual International Public Relations Research Conference, Holiday Inn University of Miami Coral Gables, Florida.

- Hong, H. (2011). An Extension of the Extended Parallel Process Model (EPPM) in Television Health News: The Influence of Health Consciousness on Individual Message Processing and Acceptance. *Health Communication, 26*(4), 343-353.
- Hornik, R., Parvanta, S., Mello, S., Freres, D., Kelly, B., & Schwartz, S. (2013). Effects of Scanning (Routine Health Information Exposure) on Cancer Screening and Prevention Behaviors in the General Population. *Journal of Health Communication, 18*(12), 1422-1435.
- OECD (2014). *Households with access to the Internet in selected OECD countries*— Last updated July 2012. Retrieved from http://www.oecd.org/internet/ieconomy/Final_6.b_Internet%20Households_2012.xls
- OECD (2015). *Education at a Glance 2015*. OECD Publishing.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1-55.
- Kam, J. A., & Wang, N. (2015). Longitudinal Effects of Best Friend Communication Against Substance Use for Latino and Non Latino White Early Adolescents. *Journal of research on adolescence, 25*(3), 534-550.
- Kelly, B. J., Niederdeppe, J., & Hornik, R. C. (2009). Validating Measures of Scanned Information Exposure in the Context of Cancer Prevention and Screening Behaviors. *Journal of Health Communication, 14*(8), 721-740.
- Kim, Y. M. (2007). How Intrinsic and Extrinsic Motivations Interact in Selectivity: Investigating the Moderating Effect of Situational Information Processing Goals in Issue Public's Web Behavior. *Communication Research, 34*(2), 185-211.

- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford publications.
- Lee, C. J., & Chae, J. (2016). An Initial Look at the Associations of a Variety of Health-Related Online Activities With Cancer Fatalism. *Health communication*, 00(Online first), 1-10.
- Lee, C. J., Ramirez, A. S., Lewis, N., Gray, S. W., & Hornik, R. C. (2012). Looking beyond the Internet: Examining Socioeconomic Inequalities in Cancer Information Seeking Among Cancer Patients. *Health Communication*, 27(8), 806-817.
- Lee, C. J., Zhao, X., & Pena-y-Lillo, M. (2016). Theorizing the pathways from seeking and scanning to mammography screening. *Health communication*, 31(1), 117-128.
- Little, T. D. (1997). Mean and covariance structures (MACS) analyses of cross-cultural data: Practical and theoretical issues. *Multivariate Behavioral Research*, 32(1), 53-76.
- Little, T. D., Card, N. A., Slegers, D. W., & Ledford, E. C. (2007). Representing contextual effects in multiple-group MACS models. *Modeling contextual effects in longitudinal studies*, 121.
- Marsh, H. W., Hau, K. T., Artelt, C., Baumert, J., & Peschar, J. L. (2006). OECD's brief self-report measure of educational psychology's most useful affective constructs: Cross-cultural, psychometric comparisons across 25 countries. *International Journal of Testing*, 6(4), 311-360.
- Meredith, W. (1993). Measurement invariance, factor analysis and factorial invariance. *Psychometrika*, 58(4), 525-543.

- Murphy, S. T., Frank, L. B., Chatterjee, J. S., & Baezconde-Garbanati, L. (2013). Narrative versus nonnarrative: The role of identification, transportation, and emotion in reducing health disparities. *Journal of Communication, 63*(1), 116-137.
- Muthen, L. K., & Muthen, B. O. (2007). *Mplus user's guide*(5th ed.). Los Angeles, CA: Muthen & Muthen.
- Nagler, R. H., Ramanadhan, S., Minsky, S., & Viswanath, K. (2013). Recruitment and retention for community based eHealth interventions with populations of low socioeconomic position: strategies and challenges. *Journal of Communication, 63*(1), 201-220.
- NCHS(National Center for Health Statistics) (2012). *Healthy People 2010 Final Review*. Washington DC: U.S. Government Printing Office.
- Niederdeppe, J. (2008). Beyond Knowledge Gaps: Examining Socioeconomic Difference in Response to Cancer News. *Human Communication Research, 34*, 423-447.
- Niederdeppe, J., Bigman, C. A., Gonzales, A. L., & Gollust, S. E. (2013). Communication About Health Disparities in the Mass Media. *Jornal of Communication, 63*(1), 8-30.
- Niederdeppe, J., Hornik, R. C., Kelly, B. J., Frosch, D. L., Romantan, A., Stevens, R. S., Barg, F. K., Weiner, J. L., & Schwartz, J. S. (2007). Examining the Dimensions of Cancer-Related Information Seeking and Scanning Behavior. *Health Communication, 22*(2), 153-167.
- Niederdeppe, J., Kuang, X., Crock, B., & Skelton, A. (2008). Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: What do we know, what do we need to learn, and what should we do now?. *Social Science & Medicine, 67*, 1343-1355.

- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). *The elaboration likelihood model of persuasion*. New York: Springer.
- Poushter, J. (2016). *Smartphone Ownership and Internet Usage Continues to Climb in Emerging Economies*. Pew Research Center: Global Attitudes & Trends.
- Powe, B. D., & Finnie, R. (2003). Cancer fatalism: the state of the science. *Cancer nursing, 26*(6), 454-467.
- Rains, A. S. (2008). Health at High Speed: Broadband Internet Access, Health Communication, and the Digital Divide. *Communication Research, 35*(3), 283-297.
- Rimal, R. N., Limaye, R. J., Roberts, P., Brown, J., & Mkandawire, G. (2013). The role of interpersonal communication in reducing structural disparities and psychosocial deficiencies: Experience from the Malawi BRIDGE project. *Journal of Communication, 63*(1), 51-71.
- Rubio, D. M., & Gillespie, D. F. (1995). Problems with error in structural equation models. *Structural Equation Modeling, 2*(4), 367-378.
- Selig, J. P., Card, N. A., & Little, T. D. (2008). Latent variable structural equation modeling in cross-cultural research: Multigroup and multilevel approaches. *Multilevel analysis of individuals and cultures, 93-119*.
- Shim, M. S., Kelly, B., & Hornik, R. (2006). Cancer Information Scanning and Seeking Behavior is Associated with Knowledge, Lifestyle Choices, and Screening. *Journal of Health Communication, 11*(1), 157-172.
- Siegel, R., Naishadham, D., & Jemal, A. (2012). Cancer statistics, 2012. *A cancer journal for clinicians, 62*(1), 10-29.

- Tan, A. S., Lee, C. J., & Chae, J. (2015). Exposure to Health (Mis) Information: Lagged Effects on Young Adults' Health Behaviors and Potential Pathways. *Journal of Communication, 65*(4), 674-698.
- Tichenor, P. J., Donohue, G. A., & Olien, C. N. (1970). Mass media flow and differential growth in knowledge. *Public Opinion Quarterly, 34*(2), 159-170.
- Vanderpool, R. C., Cohen, E. L., Crosby, R. A., Jones, M. G., Bates, W., Casey, B. R., & Collins, T. (2013). "1 2 3 Pap" Intervention Improves HPV Vaccine Series Completion Among Appalachian Women. *Journal of Communication, 63*(1), 95-115.
- Viswanath, K. (2006). Public communications and its role in reducing and eliminating health disparities. *Examining the health disparities research plan of the national institutes of health: unfinished business*. Washington, DC: Institute of Medicine, 215-253.
- Viswanath, K., & Emmons, K. M. (2006). Message Effects and Social Determinants of Health: Its Application to Cancer Disparities. *Journal of Communication, 56*, S238-S264.
- Viswanath, K., & Kreuter, W. (2007). Health Disparities, Communication Inequalities, and eHealth. *American Journal of Preventive Medicine, 32*(5), S131-S133.
- Wilkin, H. A. (2013). Exploring the potential of communication infrastructure theory for informing efforts to reduce health disparities. *Journal of Communication, 63*(1), 181-200.
- Wilkinson, R. G. (2005). *The impact of inequality: How to make sick societies healthier*. The New Press.

A Communication Inequalities Approach to Socio-Economic Disparities in Stomach Cancer

Kwan-ho Kim
Department of Communication
The Graduate School
Seoul National University

This study examined the effects of communication inequalities on socio-economic disparities in stomach cancer in South Korea. For this, ① a theoretical model of health-related information processing was created based on the theory of planned behavior, ② the model was tested with structural equation modeling analysis, ③ and the moderating effects of socioeconomic-status on hypothetical paths were explored via multigroup analysis. For this study, the data (n = 1,130) collected among three waves were used.

Four findings were revealed through analyses; ① health consciousness and family cancer history were positively related to stomach cancer-related health information acquisition, ② stomach-cancer related health information acquisition was positively related to perceived behavioral control of mammography scanning, ③ and the intention to take mammography scanning increased when perceived behavioral control increased. Furthermore, ④ this positive relationship between perceived behavioral control and intention was significant only when an individual's education level was relatively low. Even though there are some limitations, this findings showed us that a communication inequalities approach to socio-economic disparities in stomach cancer is necessary to understand the health inequality in South Korea.

Keywords: health inequality, communication inequality, theory of planned behavior, information acquisition, structural equation modeling, multigroup analysis.

Student number: 2014-20264