

연구보고서 2020-24

건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구

최슬기

김혜윤·황종남·채수미·한겨레·유지수·천희란



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



【연구책임자】

최슬기 한국보건사회연구원 부연구위원

【공동연구진】

김혜윤 한국보건사회연구원 전문연구원

황종남 원광대학교 복지·보건학부 교수

채수미 한국보건사회연구원 연구위원

한겨레 한국보건사회연구원 연구원

유지수 한국보건사회연구원 연구원

천희란 중원대학교 보건행정학과 교수

연구보고서 2020-24

건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구

발행일 2020년 12월

발행인 조흥식

발행처 한국보건사회연구원

주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인쇄처 ㈜삼일기획

발|간|사

국민들의 건강에 대한 관심이 높아지면서 각종 언론매체와 인터넷에서 건강정보가 유통되고 있다. 그러나 많은 정보 중 과학적이고 믿을 수 있는 정보를 가리기는 쉽지 않고, 일부 사람들은 여전히 건강정보를 찾는 데 어려움을 겪고 있다. 건강정보에 접근하고, 알맞은 정보를 판별하고, 이해하고, 활용하는 능력인 헬스리터러시(health literacy)는 건강관리 역량과 관련이 있다. 건강불평등을 겪는 취약 계층은 헬스리터러시 수준이 낮은 경우가 많아, 헬스리터러시의 격차가 건강 격차로 이어지는 악순환이 발생하기도 한다. 이에 세계보건기구와 여러 국가는 헬스리터러시를 건강증진과 건강형평성 달성을 위한 주요 전략으로 간주하고, 헬스리터러시를 높이기 위한 여러 정책과 전략을 수립하여 시행하고 있다.

이 연구에서 수행한 선행연구 고찰과 설문조사 결과 우리나라 국민의 헬스리터러시 수준은 건강관리를 위해 충분한 수준은 아닌 것으로 나타났다. 무엇보다도 그동안 헬스리터러시에 대한 국내의 정책적 관심이 부족했다. 국민건강증진종합계획 2030에 '건강이해력제'가 포함되어 국민의 헬스리터러시 향상을 위한 정책적 대응이 시작될 것으로 기대된다.

이 연구는 헬스리터러시 관련 정책의 출발 선상에서, 국외의 헬스리터러시 정책 추진 상황을 살펴보고, 국내 헬스리터러시 현황을 검토하여 국내 헬스리터러시 정책의 방향성을 제시하는 것을 목적으로 수행되었다. 이를 위해 헬스리터러시와 건강의 관계를 이론적으로 고찰하고, 국내 헬스리터러시 연구 현황을 살펴보고, 국민들의 헬스리터러시 수준의 관련 요인을 측정했다. 또한, 주요 국가의 헬스리터러시 향상을 위한 전략과 정책 추진 현황을 검토하고, 시사점을 도출하였다. 그리고 연구 결과를 바탕으로 개인, 지역사회, 교육계, 보건의료계, 정부 등 다양한 분야의 참

여와 협력을 통한 헬스리터러시 향상을 위한 정책적 방향성을 제시하였다. 본 연구 결과가 향후 근거 기반의 건강정보를 제공하고, 건강정보를 제공, 유통, 소비하는 모든 국민과 기관의 역량을 강화하여 국민의 건강권을 보장할 수 있는 헬스리터러시 정책의 기초자료로 활용될 수 있기를 기대한다.

본 연구는 우리 연구원의 최슬기 부연구위원의 책임으로 채수미 연구위원, 김혜윤 연구원, 유지수 연구원, 한겨레 연구원, 황종남 원광대학교 교수, 천희란 중원대학교 교수가 참여하여 수행되었다. 이 연구를 수행하는 동안 귀중한 조언을 해 준 윤난희 한양사이버대학교 교수, 본 연구원의 김수진 부연구위원께 진심으로 감사의 뜻을 표한다. 또한, 문헌고찰에 함께 참여한 원광대학교 오종묵, 이선명 학생에게 깊이 감사드린다. 마지막으로 이 보고서의 내용은 연구원의 공식적인 의견이 아님을 밝힌다.

2020년 12월
한국보건사회연구원 원장
조 흥 식



목 차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



Abstract	1
요 약	3
제1장 서 론	7
제1절 연구 필요성 및 목적	9
제2절 연구 내용 및 방법	13
제2장 헬스리터러시 연구 동향	15
제1절 헬스리터러시의 개념	17
제2절 헬스리터러시와 건강	31
제3절 국내 헬스리터러시 연구 동향	43
제4절 소결	65
제3장 헬스리터러시 현황	69
제1절 일반 국민의 헬스리터러시	71
제2절 대학(원)생의 코로나 관련 디지털 헬스리터러시	92
제3절 소결	104
제4장 헬스리터러시 증진을 위한 정책 및 사업	111
제1절 헬스리터러시 증진을 위한 국내 프로그램	113
제2절 국제기구의 헬스리터러시 제고 전략	123
제3절 주요 국가의 헬스리터러시 관련 정책 및 사업	130
제4절 소결	164

제5장 결론	167
제1절 주요 연구 결과 및 시사점	169
제2절 정책 제언	171
참고문헌	185
부 록	217
부록 1 건강정보문해력(헬스리터러시) 및 관련 요인 조사표(일반국민)	217
부록 2 건강정보문해력(헬스리터러시) 및 관련 요인 조사표(대학(원)생)	224

표 목차



〈표 2-1〉 선행연구에서 제시한 헬스리터러시의 정의	19
〈표 2-2〉 통합적 헬스리터러시 모델의 건강과 헬스리터러시 영역	23
〈표 2-3〉 고찰 대상 연구의 특성	48
〈표 2-4〉 고찰 대상 연구에서 사용한 health literacy 관련 용어	51
〈표 2-5〉 고찰 대상 연구에서 사용한 헬스리터러시 측정 도구	55
〈표 2-6〉 고찰 대상 연구에서 보고한 일반적 헬스리터러시 관련 요인	61
〈표 3-1〉 일반 국민 대상 조사항목	73
〈표 3-2〉 일반 국민 조사 대상자의 인구사회학적 특성	76
〈표 3-3〉 인구사회학적 특성에 따른 헬스리터러시 수준	77
〈표 3-4〉 인구사회학적 특성에 따른 헬스리터러시 점수	79
〈표 3-5〉 건강 행태 및 수준에 따른 헬스리터러시 수준	81
〈표 3-6〉 건강 행태 및 수준에 따른 헬스리터러시 점수	82
〈표 3-7〉 건강정보 검색 경로 우선순위	84
〈표 3-8〉 건강정보 검색 경로별 만족도	85
〈표 3-9〉 건강정보 검색 빈도 및 경험	86
〈표 3-10〉 건강정보 검색 빈도 및 경험과 헬스리터러시 수준	87
〈표 3-11〉 건강정보 검색 경험에 따른 헬스리터러시 점수	88
〈표 3-12〉 헬스리터러시에 따른 건강정보 중요도 인식	89
〈표 3-13〉 건강증진 행동수준에 영향을 미치는 요인	91
〈표 3-14〉 대학(원)생 대상 조사항목	94
〈표 3-15〉 조사 대상 대학(원)생의 인구사회학적 특성	96
〈표 3-16〉 주요 특성에 따른 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 점수	101
〈표 3-17〉 코로나 관련 디지털 헬스리터러시에 따른 코로나 관련 정보 중요도 인식 ..	102
〈표 3-18〉 코로나 관련 정보 만족도에 영향을 미치는 요인	103
〈표 4-1〉 건강문해교육 교과서 단원 구성 및 내용	115
〈표 4-2〉 안산 용신학교 건강문해교실 프로그램 구성 및 기대효과	117
〈표 4-3〉 서울대학교병원 설명간호사 제도 운영 현황	119

〈표 4-4〉 WHO 헬스리터러시 제고 방향	127
〈표 4-5〉 헬스리터러시 정책 분석의 틀	131
〈표 4-6〉 미국 헬스리터러시 향상을 위한 국가 행동계획 7대 목표	136
〈표 4-7〉 미국 헬스리터러시 향상을 위한 국가 행동계획 6대 원칙	137
〈표 4-8〉 호주 Health Literacy Questionnaire 구성요소	145
〈표 4-9〉 호주의 헬스리터러시 정책행위자별 실천 가능한 행동 전략	150
〈표 4-10〉 독일 National Action Plan Health Literacy 구체적 정책 전략	155
〈표 4-11〉 국외 헬스리터러시 정책 요약	162
〈표 5-1〉 좋은 결과를 위한 헬스리터러시 증재 프로그램의 대상과 접근 전략	177
〈표 5-2〉 분야별 헬스리터러시 증진을 위한 실행 전략	183

그림 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



[그림 1-1] 연구 추진 방법	14
[그림 2-1] 통합적 헬스리터러시 모델	22
[그림 2-2] 헬스리터러시와 건강 결과의 원인 경로	32
[그림 2-3] 문헌선정 과정	46
[그림 2-4] 연도별 헬스리터러시 논문의 수	47
[그림 3-1] 지난 4주 동안 코로나 관련 정보 인터넷 검색 경험	98
[그림 3-2] 코로나 관련 정보 검색 경로별 이용 빈도	99
[그림 4-1] 건강문해교육 교과서 자료(일부)	114
[그림 4-2] 코로나19 관련 미디어 리터러시 실천지침	122
[그림 4-3] 국가적 차원에서 요구되는 헬스리터러시 지원 방향	125
[그림 4-4] 헬스리터러시를 둘러싼 다양한 이해관계자	128
[그림 4-5] WHO 헬스리터러시의 관계적 개념	129
[그림 4-6] 미국 Health Literacy Data Map	134
[그림 4-7] 다부문 간 협력을 통한 헬스리터러시 향상을 위한 실천 전략	142
[그림 4-8] 호주의 National Statement on Health literacy 실행전략	148
[그림 4-9] 실천과학을 적용한 독일의 헬스리터러시 국가 전략	153
[그림 4-10] 스코틀랜드 헬스리터러시 향상 전략	160
[그림 4-11] 스코틀랜드 헬스리터러시 향상을 위한 접근법	161



Abstract

A Study for Improving Health Literacy

Project Head: Choi, Seul Ki

This study aimed to suggest policy directions to improve health literacy in Korea. We conducted a scoping review on health literacy research in Korea. We also reviewed domestic and international efforts to improve health literacy. Online surveys were conducted to assess health literacy among 1002 Korean adults aged 19-69.

Our literature review showed that health literacy is associated with health status, health behaviors, and medical service use among Koreans. Although many countries adopt health literacy strategies, such efforts lack in Korea. About 43.3% of survey respondents had limited health literacy.

Based on the literature review, document review on international efforts to improve health literacy, and survey results, we suggest the following policy recommendations: (1) developing an official term of health literacy in the Korean language to help stakeholders and the public better understand the comprehensive, multi-dimensional concept, (2) monitoring

Co-Researchers: Kim, Hyeyun · Hwang, Jongnam · Chae, Sumi · Han, Gyeong · Yu, Jisu · Chun, Heeran

2 건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구

of the health literacy level among Koreans, and (3) coordinating with government, healthcare sector, academia, etc. to develop intersectoral strategies aiming at improving health literacy as well as achieving health equity.

* Key words: health literacy, health information, health promotion



1. 연구의 배경 및 목적

다양한 매체에서 제공하는 정보의 양이 증가하여 국민들의 건강정보에 대한 접근성은 어느 때보다 높다. 그러나 제공되는 정보의 신뢰성과 정보를 생산, 전달, 활용하는 사람들의 역량이 보장되어 있지 사회관계망서비스(SNS: social network service)의 발달로 건강정보의 소비자는 건강정보의 생산자와 전달자의 역할을 동시에 하고 있지만, 개인에게 적합한 건강정보에 접근하고, 적합한 정보를 취사·선택하고, 이해하고, 활용하는 능력에 따라 건강정보의 접근성 격차는 더욱 커질 우려가 있다. 특히 일부 취약 계층의 경우 인터넷과 모바일 접근성이 부족하여, 건강정보의 접근성도 낮아지는 이중격차(double divide)가 발생한다.

헬스리터러시(health literacy)는 '건강증진과 건강 유지를 위하여 정보에 접근하고, 이해하고, 활용하는 개인의 동기와 능력을 규정하는 인지적·사회적 기술'(Nutbeam, 1998)로, 건강 행동, 질병의 이환, 만성질환 관리, 사망률 등 다양한 건강의 영역에 영향을 미친다. 국제기구와 세계 여러 나라에서 헬스리터러시 향상을 국가 보건정책의 주요 의제로 채택하고 국민들의 헬스리터러시 향상을 위한 여러 노력을 하고 있으나, 우리나라는 그동안 헬스리터러시에 대한 정책적 관심이 부족했다.

본 연구는 헬스리터러시 향상을 위한 정책적 방향성을 제안하는 것을 목적으로 한다. 구체적인 목적은 (1) 헬스리터러시와 건강의 관련성에 대한 고찰을 통해 정책적 개입 지점을 파악하고, (2) 외국의 헬스리터러시 제고 전략 고찰을 통해 우리나라 정책에 적용할 함의를 도출하여, (3) 헬스리터러시 향상을 위한 건강정책의 방향성을 제시하는 것이다.

2. 주요 연구결과

국내에서 2010년 1월 1일~2020년 6월 23일 동안 출판된 헬스리터러시 관련 논문 147편을 범주 문헌고찰 결과 대부분의 연구가 노인(74.3%)과 성인(58.5%)을 대상으로 시행되었다. 연구 대상자는 평균 442명이었으며, 22.4%만이 대표성 있는 표본을 대상으로 하였다. 헬스리터러시는 다양한 용어로 사용되고 있었다. 전체 연구의 55.9%가 헬스리터러시를 이해(능)력으로 해석하였다. 고찰 대상 연구에서 보고한 낮은 수준의 헬스리터러시 대상자는 평균 43.2%(최소 25%, 최대 61%)였다. 낮은 수준의 헬스리터러시는 고령, 저소득, 낮은 교육 수준, 비도시 지역 거주와 관련이 있었다. 헬스리터러시는 주관적 건강상태, 질병 이환, 의료 이용 경험, 예방적 의료 이용, 삶의 질, 정신건강, 건강증진행동과 관련이 있는 것으로 보고되었다.

19~69세 성인 1002명을 대상으로 온라인 설문조사를 수행한 결과, 전체 대상자의 43.3%가 부족한 수준의 헬스리터러시, 29.1%만이 적정 수준의 헬스리터러시인 것으로 나타났다. 전반적으로 건강 행동을 하는 사람들의 헬스리터러시가 높았으며, 헬스리터러시가 낮은 사람들은 높은 사람들에 비해 건강정보 검색 시 어려움을 겪는 비율이 유의하게 높았다. 헬스리터러시 수준은 건강증진 행동의 실천에 유의한 영향을 미쳤다.

대학(원)생 501명을 대상으로 온라인 설문조사를 수행한 결과, 조사 대상자의 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 평균 점수는 2.9점으로, 인터넷으로 코로나 관련 정보를 검색하는 것을 '쉽다(3점)'고 느끼는 수준이었다. 코로나 관련 디지털 헬스리터러시가 높은 집단이 낮은 집단에 대해 정보의 최신성, 공식적 출처, 포괄성 등의 중요성을 더 높게 평가하였다.

세계보건기구 유럽지역 사무소, 미국, 캐나다, 호주, 독일, 스코틀랜드의 헬스리터러시 관련 정책과 전략을 고찰한 결과, 제 외국에서는 헬스리

터러시 증진을 위해 분야별 구체적인 실행 전략을 세우고, 여러 이해관계자의 협력을 강조하였다.

3. 결론 및 시사점

국민들의 헬스리터러시 수준은 건강정보의 효율적 활용과 이해, 건강관리, 건강증진, 적절한 의료서비스의 이용을 위해 충분하지 않은 것으로 나타났다. 본 연구 결과에서 도출한 시사점을 바탕으로 헬스리터러시 정책의 방향성에 대해 다음과 같이 제안하고자 한다.

먼저, 헬스리터러시 공식 용어를 통일해야 한다. 현재 학계에서 다양한 용어를 이용하고 있는데 이는 사업 실행자와 국민 모두가 헬스리터러시를 이해하는 데 장애 요인으로 작용할 수 있다. 포괄적이고, 다면적인 헬스리터러시의 개념을 반영하는 용어에 대한 합의가 필요하다. 또한, 국민의 헬스리터러시 수준을 파악하고, 헬스리터러시 취약 계층을 확인하여 정책의 근거로 사용할 수 있는 국가적 차원의 헬스리터러시 수준 모니터링이 필요하다. 이때, 신뢰도와 타당도가 검증된 측정 도구의 선정이 필수적이다. 헬스리터러시 모니터링 결과를 바탕으로, 헬스리터러시 격차로 인한 건강형평성 문제를 해결하기 위한 정책 전략의 개발이 필요하다. 또한, 국민의 헬스리터러시 증진을 위해 교육계, 정부 기관, 의료기관 등의 협력을 바탕으로 한 다분야 전략 수립이 필요하다.

* 주요 용어: 헬스리터러시, 건강정보, 건강증진

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제1장

서론

제1절 연구 필요성 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 필요성 및 목적

다양한 미디어의 발달로 매일 수많은 정보가 쏟아져 나오고 있다. 정보의 홍수 시대에서 사람들은 다양한 정보원을 활용하여 필요한 정보를 찾는다. 언론과 인쇄 매체는 전통적인 정보 제공원이며, 지난 20년 동안 인터넷이 주요 정보 제공원으로 자리 잡았다. 최근에는 온라인 동영상 플랫폼, 팟캐스트, 메신저 서비스 등 정보원이 다양해졌으며, 사회관계망서비스(SNS: Social Network Service)를 이용하여 개인이 스스로 정보를 생산하고 전달하기도 한다(한국언론진흥재단, 2018).

건강정보 역시 다양한 매체를 통해 많은 양이 제공되고 있으며, 건강정보에 대한 사람들의 관심도 높다. 2014년 조사에 따르면, 19가지 뉴스 주제 중 우리나라 20~50대 성인들이 가장 관심을 가지는 주제는 '건강'으로 나타났다. 특히 40~50대 성인들이 20~30대에 비해 건강에 대한 관심이 높았다(양정애, 2015). 많은 사람들이 건강관리와 질병 예방, 치료를 위해 건강정보를 찾고, 주로 언론매체, 인터넷, 의료진, 주위 사람을 통해 건강정보를 얻는다.

인터넷의 발달과 건강에 대한 관심 증가는 소비자의 건강정보에 대한 요구를 높여, 건강정보를 유통하는 데에 양적인 성장이 이루어졌지만, 정보의 질은 보장되어 있지 않다. 언론매체 및 인터넷에서 제공하는 건강정보의 전문성과 신뢰성에 대한 문제는 지속해서 제기되어 왔다. 2006년 대표적인 건강정보 웹사이트 18개에서 제공하는 건강정보에 대해 평가한 연구는 웹사이트에서 제공하는 건강정보의 전문성이 미흡한 것으로 보고

했다(우영운, 조경원, 2007). 또한, 대한의사협회는 방송프로그램에 출연하여 의학적으로 근거가 없는 정보를 제공하거나, 과장된 정보를 전달하는 일부 ‘쇼닥터’에 대한 우려를 표명하며, 의사 방송 출연 가이드라인을 발표하기도 했다(대한의사협회, 2015). 그러나 여전히 과학적 근거가 부족한 건강정보가 언론에서 제공되고 있다(문현숙, 2020.10.21.).

과거에는 전문가와 대중 간 정보의 격차가 존재하였다. 의료환경의 예를 들면, 과거의 환자는 의료진이 제공하는 의료 정보에 의존해야 했지만, 현재는 많은 의료 정보에 접근할 수 있으므로 정보의 불균형이 완화되었다. 그러나 의학적 지식이 없는 대중들이 수많은 정보 중에서 자신에게 적합하고 신뢰성 있는 건강정보를 선별하고, 전문용어를 이해하며, 본인의 건강상태와 생활양식에 맞도록 정보를 활용하기는 쉽지 않다. 또한, 건강정보의 양이 많아지고 제공 매체가 다양화되었으나, 일부 취약 계층의 경우 여전히 인터넷과 모바일 접근성이 부족하여 건강정보의 접근성도 낮아지게 되는 이중격차(double divide)가 발생한다(Renahy, Parizot, & Chauvin, 2008). 디지털헬스가 대두되고 있는 환경에서 개인마다 다른 건강정보에 대한 이해능력과 활용능력, 디지털 기기의 이용 능력은 건강 격차를 증가시킬 우려가 있다.

건강 정책과 건강증진을 위한 중재 전략의 초점이 질병의 치료에서 질병의 예방 및 건강증진으로 이동하면서, 세계 각국에서는 건강 관리를 위해 존재하는 자원의 활용과 건강상태에 격차가 벌어지게 하는 원인에 대응하려는 노력을 하고 있다. 이러한 원인 중 하나로 제시된 것이 낮은 헬스리터러시(health literacy)¹⁾ 수준이다. 헬스리터러시는 “건강증진과

1) 'health literacy'에 대해 연구자마다 다양하게 번역하여 사용하고 있음(본 보고서 49~51쪽 참고). 아직까지 국내에 공식적으로 합의된 용어가 없고, 일부 용어는 health literacy의 다면적 개념을 반영하지 못하므로, 이 보고서에서는 영문을 그대로 표현한 중립적인 의미인 헬스리터러시를 이용하였음.

유지를 위하여 정보에 접근하고, 이해하고, 활용하는 개인의 동기와 능력을 규정하는 인지적·사회적 기술”(Nutbeam, 1998)로 정의된다. 1970년대 개인이 글을 읽고 쓸 줄 아는 문해(文解)능력으로 제시된 헬스리터러시는 최근에는 개인의 건강관리 역량 및 조직, 지역사회, 보건의료 시스템 차원의 개념으로 확장되고 있다(Peerson & Saunders, 2009). 건강관리 역량인 헬스리터러시는 건강 행동, 질병의 이환, 만성질환 관리, 의료 이용, 사망률 등 다양한 건강의 영역과 관련이 있는 것으로 알려져 있다. 특히, 사회경제적 취약 계층은 헬스리터러시 수준이 낮은 경우가 많아 헬스리터러시의 격차가 건강불평등으로 이어질 우려가 있다.

국제기구와 세계 여러 나라에서는 낮은 헬스리터러시를 보건정책 수행과 국민의 건강증진의 장애물로 보고, 헬스리터러시 향상을 보건정책의 주요 의제로 채택해서 국민들의 헬스리터러시 수준을 높일 수 있도록 여러 노력을 하고 있다. 세계보건기구(WHO: World Health Organization)는 상하이 선언(2016 WHO Shanghai Declaration)을 통해 헬스리터러시를 건강증진을 위한 세 가지 주요 전략²⁾ 중 하나로 규정하였다. 또한, 각 국가는 헬스리터러시 증진을 위한 정책 개발과 시행을 위한 강력한 리더십이 필요하다고 강조했으며, 특히 취약 계층의 헬스리터러시에 관심을 기울일 것을 요구하였다. 미국은 헬스리터러시 향상을 위한 국가 행동계획을 수립하고, 헬스리터러시 관련 연구에 국가적인 지원을 지속적으로 하고 있다(U.S. Department of Health and Human Services, 2010). 유럽연합은 회원국의 헬스리터러시 수준을 측정하고 있으며, 영국은 헬스리터러시 향상을 건강형평성 달성을 위한 중요 수단으로 하나로 설정하고, 각 지방정부에서 헬스리터러시 향상을 위한 행동계획과 전략

2) 건강증진을 위한 주요 전략이자 건강증진의 세 기둥(three pillars of health promotion)으로 좋은 거버넌스 체계(good governance), 건강 도시(healthy cities), 헬스리터러시를 제시함.

을 수립하였다(NHS Scotland, 2014; NHS Scotland, 2017).

많은 국가에서 헬스리터러시에 대한 정책적 관심을 가지고, 국민들의 헬스리터러시 향상을 위한 노력을 하고 있으나 그동안 국내에서는 헬스리터러시에 대한 정책적 접근이 부족했다. 정부에서 건강정보포털을 개설하고, 감염병 보도 준칙 등 위기 상황에서 언론의 역할에 대한 대응책을 마련했으나 일부 이슈에 대한 단편적인 대응일 뿐 헬스리터러시를 고려한 포괄적인 정책은 없었다. 2021년부터 시행될 국민건강증진종합계획 2030의 중점과제 ‘건강친화적 환경 구축’의 하나로 ‘건강정보이해력제’가 포함되어(한국건강증진개발원, n.d.), 헬스리터러시에 대한 정책적 접근이 시작되고 있다.

이에 이 연구는 국내외 연구동향 및 헬스리터러시 증진을 위한 노력을 검토하고, 우리나라 국민의 헬스리터러시 수준을 파악하고자 한다. 이를 통해 국민의 건강관리 역량을 향상하고, 건강권을 보호할 수 있는 헬스리터러시 정책의 방향성을 제시하는 것이 연구의 목적이다. 구체적인 목적은 (1) 헬스리터러시와 건강의 관련성에 대한 고찰을 통해 정책적 개입 지점을 파악하고, (2) 외국의 헬스리터러시 제고 전략 고찰을 통해 우리나라 정책에 적용할 함의를 도출하여, (3) 헬스리터러시 향상을 위한 건강정책의 방향성을 제시하는 것이다.

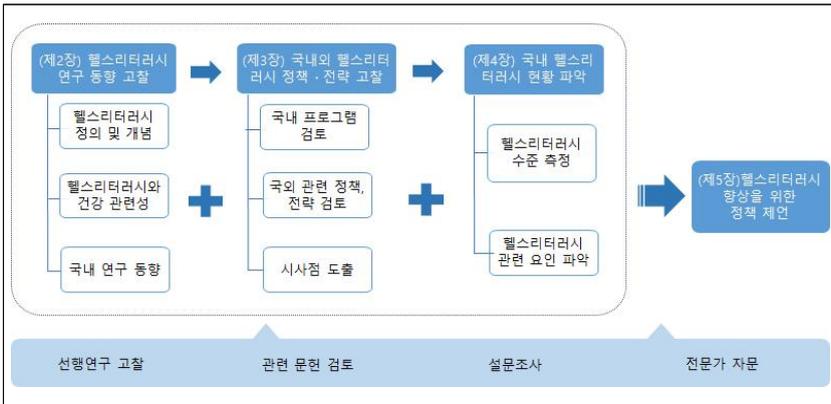
제2절 연구 내용 및 방법

이 보고서의 구성은 다음과 같다. 제2장에서 헬스리터러시의 연구 동향을 살펴보았다. 다양한 헬스리터러시의 정의와 진화하고 있는 헬스리터러시의 개념에 대한 이론적 논의와 측정 도구를 소개하고, 선행연구 고찰을 통해 헬스리터러시와 건강의 관련성에 대해 검토하였다. 또한, 최근 신종 코로나바이러스의 확산으로 인해 부각되고 있는 정보 감염병(infodemic) 상황에서의 헬스리터러시의 역할에 대해 살펴보았다. 국내에서 수행된 헬스리터러시 관련 연구 148편에 대해 범주 문헌고찰을 수행하여 국내 헬스리터러시 연구 동향을 파악하였다. 범주 문헌고찰에서는 국내 선행연구에서 이용된 헬스리터러시 용어, 정의, 측정 도구, 우리나라 국민의 헬스리터러시 수준과 관련 요인, 건강 영향을 살펴보았다. 제3장에서는 일반 국민과 대학생, 대학원생을 대상으로 한 설문조사 결과를 기술하였다. 설문조사는 온라인으로 수행되었으며, 일반 국민 1,002명을 대상으로 헬스리터러시를 측정하고, 대학생과 대학원생 501명을 대상으로 코로나 관련 디지털 헬스리터러시를 측정하였다. 두 설문 모두 헬스리터러시 관련 요인과 헬스리터러시의 영향을 파악할 수 있는 문항을 포함하였다. 제4장에서는 헬스리터러시 증진을 위한 국내의 노력을 살펴보았다. 먼저 국내에서 이루어진 헬스리터러시 증진을 위해 수행된 관련 사업의 사례를 검토하였다. 또한, 국제기구에서 제시하고 있는 헬스리터러시 제고 전략을 살펴보고, 주요 국가의 헬스리터러시 관련 정책 및 사업 현황을 고찰하였다. 다양한 사회경제적 특성과 국민들의 건강 문제가 있는 여러 국가의 사례를 고찰하고, 우리나라 정책에 적용할 함의를 제시하였다. 제5장에서는 외국의 헬스리터러시 정책 고찰에서 도출된 시사점과 헬스리터러시 연구 현황 고찰, 설문조사 결과를 기반으로 헬스

14 건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구

리터러시 제고를 위한 정책 방안을 제시하였다. 헬스리터러시 장애 요인 극복과 헬스리터러시 증진을 위한 개인, 조직, 지역사회, 정부 차원에서의 다분야 정책 방안을 제시하였다.

[그림 1-1] 연구 추진 방법



주: 저자 직접 작성

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제2장

헬스리터러시 연구 동향

제1절 헬스리터러시의 개념

제2절 헬스리터러시와 건강

제3절 국내 헬스리터러시 연구 동향

제4절 소결

제2장 헬스리터러시 연구 동향

제1절 헬스리터러시의 개념

헬스리터러시는 1973년 처음으로 미국의 Simonds에 의해 소개되었다. 질병 예방을 위한 학교 교육과 헬스 커뮤니케이션의 발전 방향에 대한 논의 자리에서 Simonds는 보건교육이 중요한 사회정책으로 다루어져야 하며, 보건의료 분야, 교육계, 커뮤니케이션과 언론계 모두 보건교육을 통해 시민들이 건강한 생활을 할 수 있도록 할 의무가 있다고 주장하였다. 이 논의에서 헬스리터러시를 보건교육의 결과물로 간주하였다(Simonds, 1974, Okan, 2019에서 재인용).

헬스리터러시가 처음 소개된 이후로 개념과 정의, 건강과의 관련성에 대한 많은 연구가 이루어졌으며, 2000년대 들어 관련 연구가 빠르게 증가했다(Sørensen et al., 2012). 헬스리터러시에 대한 연구가 수행된 초반에는 헬스리터러시를 의료 환경에서 제시되는 글을 읽고, 숫자를 이해하는 능력으로 한정했다(Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995; Sørensen et al., 2012). 이러한 개념을 바탕으로 수행된 연구들은 낮은 헬스리터러시 수준이 만성질환자 교육의 장애물이며, 이로 인해 환자들이 의약품 복용 지침을 이해하지 못하는 결과가 발생한다고 보고하였다(Nutbeam, 2000). 헬스리터러시는 협의의 문해 능력에서 점차 확장되어 읽기, 글로 된 건강정보의 활용, 환자-의료인 의사소통, 건강 관련 지침 이해 등 다양한 여러 능력을 포함하게 되었으며, 개인 수준의 능력만이 아닌 조직, 지역사회, 보건의료 시스템의 차원으로 그 영역이 확장되고 있다(Pearson & Saunders, 2009). 이 절에서는 그동안 제안된 헬스리터러시의 정의와 관련 이론에 대해 기술하고자 한다.

1. 헬스리터러시의 정의

헬스리터러시의 정의를 검토하기 전 리터러시(literacy)의 개념을 살펴볼 필요가 있다. 미국 성인의 리터러시 수준을 측정한 조사(NAAL: National Assessment of Adult Literacy)는 리터러시를 과제 중심(task-based) 리터러시와 기술 중심(skill-based) 리터러시로 나누어 설명한다. 과제 중심 리터러시는 사회에서 기능을 발휘하고, 개인의 목표를 성취하고, 지식과 잠재력을 개발하기 위한 인쇄물과 글로 된 정보를 사용하는 능력이다. 기술 중심 리터러시는 과제를 수행하기 위해 반드시 소유해야 하는 능력이다. 해당 능력은 단어를 읽는 기본적인 능력부터 글로부터 적절한 추론을 도출하는 상위 능력까지 포함한다(National Center for Education Statistics, n.d.-a). 나아가 단순히 인쇄물이나 글로 된 정보와 관련된 리터러시 외에 디지털 리터러시, 미디어 리터러시 등 다양한 리터러시가 제안되어 왔다. 이는 리터러시가 활용되는 맥락(context) 및 내용(content)과 밀접한 관계가 있기 때문이다. 즉 과거 인쇄물 위주의 정보 교류에서 나아가 다양한 종류의 언론매체와 인터넷 등 새로운 기술을 통해 정보를 전달할 수 있게 되면서 새로운 상황이 구현되었고, 거기에서 접하는 내용에 관련된 리터러시의 개념으로 확장되어왔다. 즉, 헬스리터러시는 보건의료 환경(상황)에서 건강과 의료(내용)와 관련된 리터러시라고 볼 수 있다(Nutbeam, 2009).

헬스리터러시는 각 기관과 연구자에 따라 다양하게 정의되었다.. <표 2-1>에서 나타나듯이, 헬스리터러시는 개인의 기초적인 읽기, 산술 능력부터 보건의료 시스템과 상호작용하기 위한 개인과 집단의 역량까지 다양하게 정의된다. 관련 연구에서 자주 이용하고 있는 헬스리터러시의 정의는 WHO, 미국 의학협회, 미국 의학연구소(IOM: Institute of

Medicine)에서 제시하는 정의이다(Sørensen et al., 2012). 자주 이용되는 정의는 공통적으로 헬스리터러시를 올바른 건강 관련 결정을 내리기 위해 건강정보와 서비스를 획득하고, 처리하고, 이해하는 개인의 기술로 간주한다(Sørensen et al., 2012). Paasche-Orlow & Wolf(2007)는 헬스리터러시를 개인 차원의 능력으로만 보는 것은 제한적이며, 헬스리터러시의 맥락을 고려해야 한다고 강조하였다. 예를 들어, 헬스리터러시와 건강 관련 결과는 환자와 보건의료 시스템의 특성이 모두 작용하여 나타난다. 이에 따라 개인 수준보다 더 넓은 수준 또는 개인의 역량과 환경의 상호작용을 헬스리터러시의 정의에 포함하기도 한다. 개인이 가정, 지역사회, 조직, 의료시스템 등을 포함한 다양한 환경에서 건강관리를 하기 위한 지식, 기술, 역량 등이 헬스리터러시(Kickbusch et al., 2005; Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005; Ishikawa & Yano, 2008)의 정의에 포함된다. Freedman et al., (2009)은 개인의 역량에 중점을 둔 헬스리터러시보다 광의의 공공 헬스리터러시(public health literacy)를 제안하며, ‘지역사회에 이익이 되는 보건 의사결정을 하는 데 필요한 정보를 얻고, 이해하고, 평가하고, 행동할 수 있는 개인과 집단의 수준’으로 정의했다.

〈표 2-1〉 선행연구에서 제시한 헬스리터러시의 정의

출처	헬스리터러시 정의
세계보건기구 (1997)1)	개인이 좋은 건강상태를 유지하고 증진하기 위하여 정보를 얻고, 이해하고, 사용할 수 있는 개인의 동기와 능력을 결정하는 인지적, 사회적 기술
Nutbeam (1998)	건강증진과 유지를 위하여 정보에 접근하고, 이해하고, 활용하는 개인의 동기와 능력을 규정하는 인지적·사회적 기술
미국의학협회(1999)	보건의료 환경에서 기능하는 데 필요한 기초적인 읽기, 수리 능력
미국 보건부 (2000)2)	개인이 적절한 건강 관련 의사결정을 하는 데 필요한 기본적 건강 정보와 서비스를 얻고, 처리하고, 이해하는 능력

20 건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구

출처	헬스리터러시 정의
미국 의학연구소 (2004)3)	개인이 의료와 관련된 적절한 결정을 스스로 내리는 데 필요한 기본적인 건강정보와 건강 서비스를 제대로 얻고, 처리하고, 이해하는 능력
유럽연합 (2007)	올바른 판단을 하기 위해 필요한 건강정보를 읽고, 선별하고, 이해하는 능력
Pavlekovic (2008)4)	기본적인 건강정보와 서비스를 획득하고, 해석하고, 이해하는 역량과 건강 향상을 위해 정보를 이용하는 숙련도
호주 통계청(2008)	약물, 알코올, 질병 예방과 치료, 안전과 사고 예방, 응급처치, 응급 상황, 건강 유지와 같은 건강 관련 정보를 이해하고 사용하는 데 필요한 지식과 기술
Yost et al. (2009)	건강과 치료에 대해 적절한 결정을 하기 위해 건강 관련 인쇄물을 읽고 해석하고, 그래픽 형식의 자료(차트, 그래프, 표)를 식별하고 이해하고, 산술적 연산을 할 수 있는 개인의 능력
Sørensen et al. (2012)	건강정보에 접근하고, 이해하고, 판단하고, 적용하여, 생애주기 동안 삶의 질을 유지하거나 향상시키기 위해 의료, 질병 예방, 건강 증진과 관련하여 일상에서 내리는 결정을 판단하고, 수행할 수 있도록 하는 지식, 동기, 능력
Zarcadoolas, Pleasant & Greer (2003, 2005, 2006)	건강정보와 개념을 찾고, 이해하고, 평가하고, 사용하여 정보에 따라 선택하고, 정보에 따라 결정을 하고, 건강 위험을 줄이며, 삶의 질을 향상시키기 위해 사람들이 개발하는 광범위한 기술 및 역량
Kickbusch, Wait & Maag (2005)	일상생활의 맥락에서 - 가정, 지역사회, 직장, 의료시스템, 시장 및 정치 영역에서- 건전한 건강 결정을 내릴 수 있는 능력. 사람들이 자신의 건강을 통제하고, 정보를 찾고, 책임을 질 수 있는 능력을 증진 시키는 데 필수적인 역량 강화 전략
Ishikawa & Yano (2008)	의료시스템과 상호작용 하기 위한 지식, 기술 및 능력
Rootman & Gordon-El-Bihbety (2008)	전 생애에 걸쳐 다양한 환경에서 건강을 증진하고 유지하기 위한 방법으로, 정보에 접근하고, 이해하고, 평가하고 소통하는 능력
Freedman et al. (2009)	지역사회에 이익이 되는 보건 의사결정을 하는 데 필요한 정보를 얻고, 이해하고, 평가하고, 행동할 수 있는 개인과 집단의 수준

- 주: 1) 천희란, 이주열. (2020), p.2에서 재인용.
 2) 천희란. (2020), p.87에서 재인용.
 3) 홍인화, 은영. (2012), p.477에서 재인용.
 4) Okan, (2019), p.32에서 재인용.
 5) 이주열. (2019), p.26에서 재인용.

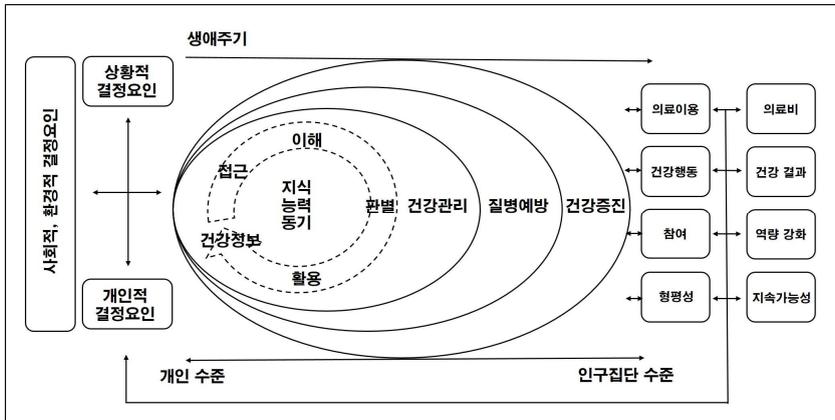
2. 헬스리터러시의 개념

많은 연구자들이 헬스리터러시의 개념과 프레임워크를 제안해왔다. 헬스리터러시 연구에서 가장 많이 이용되는 개념 중 하나는 Nutbeam이 제시한 개념이다(Nutbeam, 2000). Nutbeam은 헬스리터러시를 기능적(functional), 상호작용적(interactive), 비판적(critical)의 3가지 영역으로 구분하였다. 기능적 헬스리터러시는 건강정보를 이해하기 위한 기초적인 읽기와 쓰기 기술이다. 상호작용적 헬스리터러시는 일상 활동에 능동적으로 참여하고, 정보를 얻고, 정보에 대해 토론하고, 변화하는 환경에 적응하는 데 필요한 고도의 의사소통과 사회적 기술이다. 비판적 헬스리터러시는 정보를 비판적으로 분석하고 정보에 기반을 둔 결정을 내릴 수 있는 인지적, 사회적 기술이다.

Sørensen 등(2012)은 헬스리터러시의 다양한 정의와 개념을 고찰하고, 이를 바탕으로 통합적 헬스리터러시의 개념적 틀을 제시하였다(그림 2-1 참조). 이 틀에서 정의하는 헬스리터러시는 ‘건강정보에 접근하고, 이해하고, 판단하고, 적용하여, 생애주기 동안 삶의 질을 유지하고 향상시키기 위해 의료, 질병 예방, 건강증진과 관련하여 일상에서 내리는 결정을 판단하고, 수행할 수 있도록 하는 지식, 동기, 능력’으로 건강의 3가지 영역인 건강관리, 질병 예방, 건강증진을 모두 포함한다. 또한, 건강의 3가지 영역은 다양한 장소에서의 다양한 역할을 포함한다. 이때 다양한 장소는 의료시설(건강관리), 지역사회, 직장, 교육기관(건강증진) 등이고, 다양한 역할은 환자(건강관리), 질병 고위험군(질병 예방), 일반 시민(건강증진)을 포함한다. 통합적 헬스리터러시는 4가지 수행능력을 요구한다. 첫 번째 능력인 ‘접근’은 건강정보를 찾고 획득할 수 있는 능력이며, ‘이해’는 접근한 건강정보를 이해할 수 있는 능력이다. ‘판별’은 접근한

건강정보를 해석하고, 선별하고, 판단하고 평가하는 능력이며, ‘활용’은 건강 유지·증진을 위한 의사결정을 위해 소통하고 정보를 이용하는 능력이다. 4가지 능력은 헬스리터러시를 구성하는 요소라고 할 수 있다. 건강의 3가지 영역과 헬스리터러시의 4가지 영역의 접점은 <표 2-2>와 같다 (Sørensen et al., 2012).

[그림 2-1] 통합적 헬스리터러시 모델



자료: Sørensen et al., (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.

디지털 기술의 발달로 인터넷, 모바일 등 온라인에서 유통되는 정보가 점차 많아지면서, 사람들의 온라인 건강정보 탐색 및 이용도 증가하였다. OECD 국가 국민의 디지털 기술을 활용한 온라인 활동 중 건강정보 탐색은 온라인 구매를 이어 두 번째로 많이 하는 활동이다(OECD, 2017). 이에 따라 온라인 정보에 대한 헬스리터러시의 개념도 등장하였다. 온라인 건강정보를 찾고, 이해하고, 평가하고, 적용하는 능력은 e-헬스리터러시, 디지털 헬스리터러시로 불린다(Norman & Skinner, 2006; van der Vaart & Drossaert, 2017).

〈표 2-2〉 통합적 헬스리터러시 모델의 건강과 헬스리터러시 영역

	건강 관련 정보 접근/획득	건강 관련 정보 이해	건강 관련 정보 처리/판별	건강 관련 정보 활용/이용
건강 관리	건강관리나 임상적 주제에 대한 정보에 접근하는 능력	의료 정보와 의미를 이해하는 능력	의료 정보를 해석하고 평가하는 능력	의료 관련 문제에 대해 정보에 근거한 의사결정을 하는 능력
질병 예방	건강위험요인 관련 정보에 접근하는 능력	건강위험요인 관련 정보와 의미를 이해하는 능력	건강위험요인 관련 정보를 해석하고 평가하는 능력	건강위험요인과 관련하여 정보에 근거한 의사결정을 하는 능력
건강 증진	사회적, 물리적 환경의 건강 결정요인과 관련된 최신 정보를 스스로 찾는 능력	사회적, 물리적 환경의 건강 결정요인과 관련된 정보를 이해하고 의미를 이해하는 능력	사회적, 물리적 환경의 건강 결정요인 관련된 정보를 해석하고 평가하는 능력	사회적, 물리적 환경의 건강 결정요인과 관련하여 정보에 근거한 의사결정을 하는 능력

자료: Sørensen et al., (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.

헬스리터러시에 대한 연구가 이루어진 초반에는 헬스리터러시를 개인의 능력과 기술로 바라보았으나, 낮은 헬스리터러시를 개인의 문제로만 취급하는 것이 헬스리터러시 향상에 한계로 작용한다는 점이 지적되었다. 최근의 연구는 헬스리터러시는 개인, 조직, 지역사회, 사회 전체의 문제이며, 특히 건강불평등과 함께 다루어져야 한다고 강조한다.

3. 헬스리터러시 측정

헬스리터러시의 정의와 개념이 다양한 만큼, 헬스리터러시 측정 도구도 다양하다. 세계 각국의 헬스리터러시 측정 도구에 대한 정보를 제공하는 헬스리터러시 측정 도구 데이터베이스(Health Literacy Tool Shed)에 2020년 12월 8일 기준 총 202개의 측정 도구가 등록되어 있다

(Health Literacy Tool Shed, 2020). 이 데이터베이스는 개인 수준의 헬스리터러시를 측정하고, 동료평가(peer-reviewed) 학술지에 개발 과정이 실린 측정 도구만을 포함하므로, 모든 측정 도구를 포함하고 있지 않다. 또한, 동일한 도구를 다른 언어로 번역하거나, 문항 수가 다른(단축형 등) 경우도 각기 포함하므로(Health Literacy Tool Shed, n.d.), 정확한 헬스리터러시 측정 도구의 수를 파악하는 것은 불가능하나 전 세계적으로 많은 측정 도구가 개발되었음을 알 수 있다. 과거에는 한 가지 영역의 헬스리터러시를 측정하는 도구가 많았으나, 점차 독해력, 산술 능력 뿐만 아니라 의사소통 능력 등 포괄적인 헬스리터러시를 측정하는 도구가 개발되는 추세이다(Altin, Finke, Kautz-Freimuth, & Stock, 2014).

여러 헬스리터러시 측정 도구 중 대표적인 도구 일부와 해당 도구에서 파생되어 개발된 도구는 다음과 같다.

1) Rapid Estimate of Adults Literacy in Medicine(REALM)

REALM은 초기에 개발된 헬스리터러시 측정 도구 중 하나로 조사 대상자에게 66개 의학 관련 용어를 제시하고 소리를 내어 읽을 수 있는지 평가한다. 5초 이내에 정확한 발음으로 읽어야 한다. 올바르게 읽은 용어의 개수에 따라, 61개 이상은 적절(adequate), 45~60개는 경계(marginal), 44개 이하의 부적절(inadequate)한 수준의 헬스리터러시인 것으로 간주한다(Davis et al., 1993).

REALM을 활용하여, 치의학 분야에서는 REALD-99(Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)를 개발하였다(Richman et al., 2007). REALD-99는 REALM과 유사하게 99개의 치의학 관련 용어를 제시하고, 소리 내어 읽을 수 있는지를 측정한다. 올바르게 읽으면 1점, 읽지 못하면 0점을 부여하여 0~99점의 범위 중 점수가 높을수록 치의학

관련 헬스리터러시(dental health literacy)가 높은 것으로 판단한다.

REALM과 REALD-99는 주로 의료환경에서 사용되며, 빠른 시간에 측정할 수 있는 장점이 있다. 그러나 REALM과 이를 기반으로 개발된 측정 도구 모두 헬스리터러시의 다면적 개념을 측정하지 못하며, 대상자가 해당 단어를 이해하는지가 아닌, 단순히 읽을 수 있는지만을 측정하는 것이 한계점이다(Haun, Valerio, McCormack, Sørensen, & Paasche-Orlow, 2014).

2) Test of Functional Health Literacy in Adults(TOFHLA)

기능적 헬스리터러시를 측정하기 위한 도구로 의료환경에서 이용되는 자료를 환자들이 읽고 이해할 수 있는지 평가하는 독해력 50문항과 산술 17문항으로 구성되어 있다. 독해력은 대상자가 검사 안내서, 동의서, 약병의 설명서 등 의료서비스를 이용할 때 접할 수 있는 내용으로 구성된 50개 문장을 읽고 문장의 빈칸에 알맞은 단어를 4개의 보기 중 선택하는 방식으로 평가한다. 산술 능력은 실제 의료현장에서 이용하는 서류 양식과 처방 약병의 라벨을 이용하여, 응답 대상자가 복약 방법, 혈당 모니터링, 진료 예약 등에 대해 이해하는지 평가한다. 독해와 산술 영역 각각 50점 만점으로 환산하여, TOFHLA의 총점은 100점이다(Parker et al., 1995). TOFHLA는 문항이 많아, 측정 시간이 오래 걸려서 임상현장보다는 연구 목적으로 사용하는 데 더 적합하다(Haun et al., 2014). 원 측정 도구를 36개 문항으로 축약한 S-TOFHLA는 23개 문항 이상에 올바르게 응답한 경우 적절(adequate), 17~22개 문항은 경계(marginal), 16개 이하는 부적절(inadequate) 헬스리터러시 수준인 것으로 분류한다(Baker, Williams, Parker, Gazmararian, & Nurss, 1999).

3) Brief Health Literacy Screener(Chew, Bradley, & Boyko, 2004)

Chew et al.(2004)이 개발한 측정 도구로, 제한적인 헬스리터러시 수준을 가진 환자를 대상으로 한 질적 연구에서 도출된 5가지 영역을 기반으로 헬스리터러시를 측정한다. 5가지 영역은 보건의료 체계 탐색, 의료 문서 작성, 복약지도 이행, 의료진과의 상호작용, 예약서 읽기를 포함한다. 해당 도구의 원 문항은 16문항이지만, 8문항, 3문항 등 다양한 단축형이 존재한다. 각 문항의 응답을 5점 리커트 척도로 측정한다. 3문항 도구는 “병원 관련 자료를 읽을 때 얼마나 자주 다른 사람의 도움이 필요합니까?”, “의료 서식을 스스로 작성하는 데 얼마나 자신 있습니까?”, “글로 된 정보를 이해하기 어려워서 귀하의 의학적 상태를 파악하는 데 얼마나 자주 어려움이 있습니까?”를 포함한다. 이 3문항은 경계 수준(marginal)의 헬스리터러시인 사람을 판별하는 데는 부족하지만, 부적절한 수준의 헬스리터러시를 지닌 사람을 선별하는 데 효과적인 것으로 보고되었다(Chew et al., 2004)

4) Single Item Literacy Screener(SILS)

“의사나 약국으로부터 받은 안내문, 팸플릿, 기타 글로 되어 있는 문서를 읽을 때, 얼마나 자주 다른 사람의 도움이 필요합니까?”의 단일 문항으로 헬스리터러시 수준을 측정하는 도구이다. ‘전혀 없음’(1), ‘거의 없음’(2), ‘가끔’(3), ‘자주’(4), ‘항상’(5)의 5점 리커트 척도로 응답하며, 3~5 사이로 응답한 경우 건강정보 관련 문서를 읽을 때 도움이 필요한 수준으로 분류한다(Morris, MacLean, Chew, & Littenberg, 2006). 측

정 시간이 짧고, 자가보고의 형태로 측정을 할 수 있지만, 자가보고 편향 (self-report bias)이 발생할 가능성이 있다(Haun et al., 2014).

5) Newest Vital Sign (NVS)

NVS는 아이스크림의 영양성분표를 제시하고 영양성분표 정보와 관련한 6문항을 통해 독해력과 산술 능력을 측정한다(Weiss et al., 2005). NVS를 이용한 헬스리터러시의 측정은 대면조사로 이루어진다. 6문항 중 4~6문항에 올바른 응답을 한 경우 적절한, 2~3문항은 제한적일 가능성이 있는(possibly limited), 0~1문항은 제한적일 가능성이 높은(high likelihood of limited) 헬스리터러시 수준인 것으로 분류한다(Pfizer Inc., 2011).

NVS는 상대적으로 빠른 시간 내에 헬스리터러시를 측정할 수 있는 장점이 있다(Haun et al., 2014). 그러나 영양성분표의 이해가 산술 능력과 연관이 있는 점을 고려할 때, NVS는 전반적인 헬스리터러시보다는 산술 능력에 중점을 둔 측정 도구라고 할 수 있다(Kirk et al., 2012; Rothman et al., 2006).

6) European Health Literacy Survey Questionnaire(HLS-EU-Q)

EU 회원국 9개국으로 구성된 HLS-EU 컨소시엄에서 회원국 인구집단의 헬스리터러시를 측정하고 비교하고자 하는 목적으로 개발했다. HLS-EU-Q는 기능적 헬스리터러시를 주로 측정하고 있는 기존 측정 도구의 단점을 보완하기 위해 Sørensen 등이 제시한 포괄적 헬스리터러시의 개념적 틀(Sørensen et al., 2012)을 기반으로 다차원적인 헬스리터

러시를 측정한다(Sørensen et al., 2013). 접근, 이해, 판별, 활용의 4가지 영역에서 의료(16문항), 질병 예방(15문항), 건강증진(16문항)의 총 47문항에 대해 ‘매우 어렵다’(1)~‘매우 쉽다’(4)의 4점 리커트 척도로 응답한다. 총점은 50점 만점으로 환산되며, 0~25점은 부적정(inadequate), 26~35점은 문제 수준(problematic), 34~42점은 충분한(sufficient), 43~50점은 우수한(excellent) 헬스리터러시 수준으로 간주한다. 원 도구는 47문항으로 구성되어 있지만, 측정 목적에 따라 다양한 문항 수의 단축형 도구가 개발되었으며, 여러 국가에서 이용되고 있다. 그러나, 원 도구의 문항 수가 많아 측정 시간이 오래 걸리는 것이 단점이며, 자가보고를 할 경우, 이로 인한 편향 발생 가능성이 있다(Haun et al., 2014).

아시아 헬스리터러시 연맹(Asian Health Literacy Association)은 HLS-EU-Q47을 아시아 6개국(대만, 인도네시아, 카자흐스탄, 말레이시아, 미얀마, 베트남) 국민 총 10,024명에게 적용하여 타당도 검증을 한 결과를 바탕으로 아시아 국가에서 활용 가능한 12문항의 단축형 헬스리터러시 측정 도구를 제시했다(HLS-SF12)(Duong et al., 2019).

7) 국내 헬스리터러시 측정 도구

□ 한국형 건강정보이해능력 측정 도구(KHLAT: Korean Health Literacy Assessment Tool)

REALM을 번역한 측정 도구로 총 66개 단어의 의미를 이해하는지 측정한다. 각 단어에 대해 ‘정확히 안다’(1점), ‘정확하게 잘 모른다’(0점)로 응답하게 하여 점수가 높을수록 헬스리터러시 수준이 높은 것으로 판단한다(김성수, 김상현, 이상엽, 2005). 이수현 외(2011)는 설문 대상자들이 KHLAT에 응답할 때, 의료용어의 뜻을 모르지만 들어본 경우, 또는 대강 아는 경우도 ‘정확히 안다’라고 응답한다는 점을 지적하며, 기존의

KHLAT를 응답 항목을 ‘정확하게 안다’(1점), ‘대강 뜻만 안다’(0점), ‘들어는 봤지만, 뜻은 잘 모르겠다’(0점), ‘정확하게 모른다’(0점)의 4가지 항목으로 재구성하였다. 각 단어를 안다고 응답할 경우 1점, 그렇지 않을 경우 0점을 부여하여 66개 단어에 대한 응답 점수의 범위는 0~66점이다. 이 중 0~18점은 초등학교 3학년 수준 이하, 19~44점은 초등학교 4~6학년 수준, 45~60점은 중학교 1~2학년 수준, 61~66점은 중학교 3학년 이상 수준이다(김성수 외, 2005).

□ KFHLT: Korean Functional Health Literacy Test

수리영역과 독해영역의 총 15문항으로 구성되어 있다. 수리영역은 TOFHLA(Parker et al., 1995), 독해영역은 미국 교육부가 시행한 성인의 의료정보 이해 능력에 대한 연구(Kutner, Greenberg, Jin, & Paulsen, 2006)를 기반으로 개발했다. 수리영역은 약물 복용 방법과 혈당검사 수치 판독 등의 7문항에 대해 약 봉투 형태의 시나리오로 만들어서 설문 대상자들에게 제시하여, 올바르게 이해하는지 평가한다. 독해영역은 초음파 검사 예약표, 동의서, 낙상 예방 리플렛 등 의료환경에서 접할 수 있는 자료를 제시하고, 대상자의 이해도를 평가한다. 대면조사로 이루어지며, 조사자가 각 문항에 대한 시나리오를 읽은 후 대상자가 답을 표기한다. 각 문항에 대해 옳은 답은 1점, 틀린 답은 0점을 부여하여, 총점이 높을수록 헬스리터러시가 높은 것으로 간주한다(김수현, 이은주, 2008).

□ HLS-EU-Q

최근의 연구에서 헬스리터러시의 다차원적 영역을 측정하는 HLS-EU-Q를 번역하여 이용하려는 시도가 나타나고 있다. 김준호, 박종연, 강신희(2019)는 HLS-EU-Q47를 번역한 47개 문항을 사용했으며, 김성은

등(2019)은 HLS-EU-Q47를 번역한 후, 확인적 요인분석을 수행하여 모형적합도가 적절한 39개 문항을 최종 측정 도구에 포함했다.

HLS-EU-Q의 문항 수가 많아, 여러 단축형의 개발이 이루어졌다. 천희란, 이주열(2020)은 고령자를 대상으로 한 연구에서 HLS-EU-Q를 16 문항으로 단축한 HLS-EU-Q16(Pelikan & Ganahl, 2017)을 번역하여 사용하였다. HLS-EU-Q16은 포괄적 헬스리터러시의 개념적 틀인 접근, 이해, 판별, 활용의 4가지 영역과 건강관리(7문항), 질병 예방(5문항), 건강증진(4문항) 항목을 모두 포함한다(Pelikan & Ganahl, 2017; 천희란, 이주열, 2020).

□ 고령자 건강정보이해능력 측정 도구

Chew et al.,(2004)의 미국 병원 백인 남성 외래환자를 위한 임상 스크리닝 도구를 기반으로 개발한 도구이다. 원 도구는 16문항이나 번역-역번역 과정을 통해 12문항으로 구성했으며 타당도 분석 결과, 최종적으로 8문항으로 구성하였다. 건강정보 이해와 활용 영역에서 각 4문항을 질문한다. 측정 도구는 건강정보의 이해 영역(4문항)에서 병원 예약증, 병원 서식, 교육자료, 병원 안내판을 이해하는 것이 어느 정도 쉬운지 질문하고, 건강정보 활용 영역(4문항)에서는 병원 서류를 작성하고, 건강상태를 이해하며, 설명서를 보면서 약을 복용하기가 얼마나 어려운지, 병원 자료를 읽기 위해 타인의 도움이 필요한지 묻는다. 각 문항에 대해 항상(5)~전혀 없음(1)의 5점 리커트 척도로 응답한다(천희란 외, 2018).

제2절 헬스리터러시와 건강

1. 헬스리터러시의 건강영향

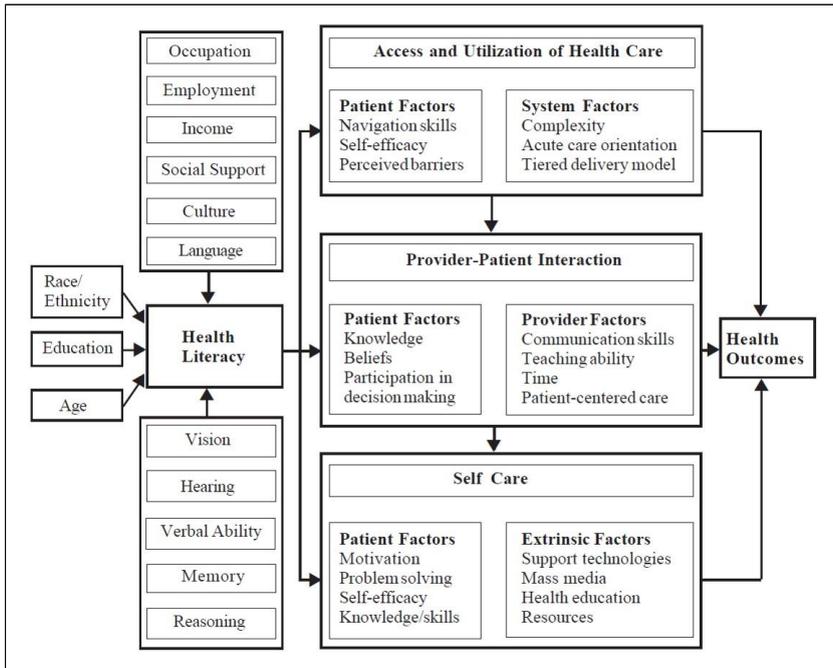
헬스리터러시와 건강의 관련성에 대해 많은 연구가 이루어졌다. 낮은 수준의 헬스리터러시는 높은 입원율과 응급 의료서비스 이용, 예방적 의료서비스(검진 등)의 미이용, 복약 미순응, 부정적인 주관적 건강상태, 만성질환 이환, 비건강 행동, 높은 사망률 등과 관련이 있는 것으로 알려져 있다(Berkman et al., 2011; Zhang, Terry, & McHorney, 2014).

헬스리터러시는 성인과 노인뿐만 아니라 아동의 건강과도 관련이 있다. 헬스리터러시·리터러시와 아동의 건강에 대한 체계적인 문헌고찰 연구(Dewalt & Hink, 2009)는 헬스리터러시와 리터러시 연구를 일부 혼용해서 보고했으나, 전반적으로 헬스리터러시가 낮은 아동은 건강하지 않은 행동을 하는 경향이 있다고 보고했다. 또한, 헬스리터러시가 낮은 보호자는 헬스리터러시가 높은 보호자와 비교했을 때, 건강에 대한 지식 수준이 낮고 자녀의 건강에 부정적인 영향을 미치는 행동을 더 많이 하는 것으로 나타났다.

Paasche-Orlow & Wolf(2007)은 헬스리터러시와 건강 결과의 원인 경로에 대해 [그림 2-2]와 같이 제시했으며, von Wagner et al.(2009)은 Paasche-Orlow & Wolf의 프레임워크에 건강행동이론을 적용하여 헬스리터러시가 건강 행동과 건강상태에 미치는 영향에 대해 설명하였다. 이 두 연구에 따르면 헬스리터러시는 인구사회경제학적 요인과 시력, 청력, 기억력 등 인지능력과 관련된 요인, 사회적 지지, 문화, 언어 등 사회환경적 요인에 의해 영향을 받는다. 헬스리터러시는 의료 접근과 이용, 의료진-환자 상호작용, 자가 관리에 영향을 미치는데, 단지 개인적 요인뿐만 아니라 보건의료 시스템, 의료진, 외부 요인이 모두 작용하여 건강

결과에 영향을 미치게 된다. 헬스리터러시가 건강에 영향을 미치게 되는 과정은 그림 2-2와 같다.

[그림 2-2] 헬스리터러시와 건강 결과의 원인 경로



자료: Paasche-Orlow & Wolf. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*. p.S21.

가. 헬스리터러시에 영향을 미치는 요인

인지 능력, 노화와 관련된 인지 저하, 지식수준 등의 개인적 요인과 환경적 요인(근로 상태, 교육 기회, 학습 기회) 등 외부적 요인은 개인의 읽기와 수리 능력에 영향을 미치게 된다(von Wagner et al., 2009). 이러한 읽기와 수리 능력은 개인이 문자 또는 다른 여러 형태로 이루어진 정

보를 해석하고, 비판적으로 사고하고, 추론하고, 기존의 지식과 함께 활용하는 능력에 영향을 미친다(Anderson, 1985; von Wagner et al., 2009에서 재인용). 읽기와 수리 능력은 알맞은 정보를 찾고, 선택하고, 사용하는 고차원적인 능력과 결합하여 헬스리터러시 수준에 영향을 미친다(Kutner, Greenberg, Jin, & Paulsen, 2006).

헬스리터러시는 전 생애주기에 걸쳐서 형성된다. 헬스리터러시의 기초 능력 중 하나인 읽기와 수리 능력을 기를 수 있는 정규교육 기회의 제공, 부모와 친구, 동료의 영향, 건강 관련 정보원 또는 건강 관련 사건 노출, 성인기 및 노년기 동안 평생학습을 통한 인지능력의 유지 등의 과정은 생애 전반에 걸쳐 헬스리터러시를 형성한다(von Wagner et al., 2009).

나. 의료 접근과 이용

1) 환자 개인 요인

낮은 헬스리터러시 수준은 건강 관련 지식, 태도, 신념과 관련이 있으며 이는 건강과 관련한 결정을 내리는 데에 동기가 된다. 예를 들어, 건강 관련 자료를 읽고, 이해하는 헬스리터러시 능력은 의료 관련 지식을 이해하고, 의료서비스의 필요성을 인식하는 데에 영향을 미치게 된다(von Wagner et al., 2009). 헬스리터러시가 낮은 사람은 질병 예방에 대해 이해하지 못하거나, 질병의 신호나 증상을 알지 못하여 필요한 의료서비스를 이용하는 것이 지연될 수 있다. 또한, 헬스리터러시가 낮은 사람들은 의료 환경에 있을 때, 낮은 리터러시 수준이 드러나는 것에 대한 두려움을 가지고 있기도 한다. 이들은 복잡한 보건의료 시스템에서 본인에게 필요한 의료서비스를 찾는 것을 어려워 하며, 이로 인해 1차 의료 이용 또

는 정기적인 관리를 하는 대신 응급실을 방문하거나, 입원, 재입원을 반복하기도 한다(Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

2) 보건의료 시스템 요인

미국과 같이 영리, 비영리, 정부 의료기관이 혼재되어 있고 보건의료 시스템의 지불 체계가 복잡한 경우 헬스리터러시가 낮은 사람들은 의료 이용에 어려움을 느끼게 된다. 이들은 보험으로 지불 가능한 치료, 보험 적용 방법 등을 이해하는 데 어려움을 겪게 되고, 이는 궁극적으로 의료 서비스를 이용하는 데에 영향을 미친다(Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

다. 의료진-환자 상호작용

1) 환자 개인 요인

헬스리터러시 수준이 낮은 사람들은 본인의 건강상태에 대해 잘 이해하지 못하여 의료진과의 의사소통에 문제가 발생할 수 있다. 또한, 헬스리터러시가 낮다는 것에 대한 부끄러움으로 의료진에게 질문을 하지 않는 경향이 있다. 즉, 낮은 헬스 리터러시 수준은 환자가 자신의 건강관리에서 주체적인 역할(의료진에게 본인의 건강상태에 대해 질문을 하고, 건강을 관리하며 치료 결정 과정에 참여하는 등)을 하는 데 장애물이 된다. 이러한 환자의 수동성은 의료진-환자의 원활한 상호작용을 방해하고, 의사소통에 오류를 일으키기도 한다. 이는 궁극적으로 의료진에 대한 낮은 신뢰, 치료에 대한 회의, 낮은 만족도, 치료의 질에 대한 부정적인 평가로 이어진다(Paasche-Orlow & Wolf, 2007; von Wagner et al., 2009).

2) 의료진 요인

의료진은 환자의 헬스리터러시 수준에 대해 인식하지 못하는 경향이 있으며, 환자와 의사소통하는 방법에 대해 잘 알지 못하는 경우도 있다. 환자와의 원활한 의사소통을 위해서는 의료진이 평이한 용어를 이용하고, 환자의 이해를 돕기 위해 다양한 도구(영상, 그림 등)를 이용하며, 환자가 잘 이해하고 있는지 지속해서 확인해야 한다(Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

라. 자가 관리

1) 환자 개인 요인

헬스리터러시 수준이 낮은 사람들은 질병 관련 지식과 복약법 등 자가 관리에 중요한 실천적, 도구적 지식이 부족하다(Paache-Orlow & Wolf, 2007). 따라서 이들은 복약순응도가 낮은 것으로 알려져 있다. 선행연구는 헬스리터러시 수준은 처방된 대로 복약할 수 있다는 자기효능감과 관계가 있으며, 궁극적으로 복약순응도에 영향을 미치는 것으로 보고하였다. 또한, 복약순응도를 높이기 위한 중재 전략으로 헬스리터러시와 자기효능감 증진을 제시하기도 했다(Huang, Shiyanbola, & Chan, 2018; Zhang, Terry, & McHorney, 2014).

2) 외부 요인

의료기관에서 제공하는 건강 관련 지침은 이해하기 어렵게 기술되어 있는 경우가 많다. 응급실 환자의 헬스리터러시에 대한 체계적 문헌고찰

연구는응급실 방문 환자의 약 40%가 8학년(중학교 2학년) 수준 이하의 헬스리터러시 수준을 가지고 있으나, 환자에게 제공하는 환자 교육자료, 퇴원 안내서, 동의서 등의 서류는 대부분 9학년(중학교 3학년) 수준 이상으로 제공된다고 보고했다(Herndon, Chaney, & Carden, 2011). 즉, 제공되는 자료가 환자의 수준에 적절하지 않을 수 있음을 의미한다.

뉴스, 보건 산업, 광고 등 다양한 매체는 건강에 대해 서로 다르고 복잡한 정보를 제공한다. 헬스리터러시가 낮은 사람들은 어렵고, 복잡하고, 서로 다른 정보 중에서 본인에게 적용할 수 있는 정보를 선택하고 활용하는 능력이 부족하여 적절히 건강을 관리하는 데 어려움이 있다. 이들은 자신의 질병에 대한 이해가 부족하기 때문에 질병 관리를 위한 모니터링 도구(예: 혈압계)의 사용과 모니터링 결과의 해석에도 어려움을 겪는다(Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

2. 헬스리터러시와 신종감염병

2020년 코로나19 팬데믹이 도래함에 따라 새로운 감염병에 대한 정보 및 대응방안에 대한 이해와 실천의 중요성이 높아졌다. 이와 동시에 잘못된 정보를 분별하고 필수적이고 올바른 정보를 습득하는 역량에 대한 필요성도 강조되고 있다(WHO, 2020; Wolf et al., 2020). 또한, 코로나19가 발생한 이후의 연구에 따르면 헬스리터러시가 코로나19와 관련된 건강 생활 실천뿐만 아니라 질환 증상 인식 및 건강 결과에도 영향을 미치는 것으로 나타났다(Broucke, 2020; McCaffery et al., 2020; Nguyen et al., 2020). 이에 최근 당면한 신종감염병 이슈와 관련하여 헬스리터러시의 중요성이 재조명된 배경과 그에 따른 국내외 대응 현황, 건강 생활 실천 및 행동지침 준수와의 관련성을 살펴보고자 한다.

가. 인포데믹 확산에 따른 헬스리터러시 중요성 대두 및 대응 현황

현대사회에서는 정보 제공원이 다양해지고 사회관계망서비스(SNS: Social Network Service)와 같은 네트워크 기반의 정보 매체가 발전함에 따라 정보의 생산과 공유가 손쉽게 이루어지고 있다. 이렇게 제공 과정이 간단해진 만큼 가짜 정보(fake news)의 확산도 빨라졌지만, 유포된 가짜 정보를 바로잡기는 어려워 많은 사회 문제로 이어진다.

최근 신종 코로나바이러스가 유행함에 따라 많은 가짜 정보 역시 함께 퍼져나갔으며 정보 전염병(infodemic, 인포데믹)에 대한 우려가 현실화되었다. WHO는 지난 2020년 2월 코로나 대유행 사태가 정보 전염병을 동반하고 있다고 발표하였고, 온라인의 가짜 정보가 큰 위협으로 이어질 수 있으므로 정보 전염병에 적극 대응하는 것이 코로나 확산 저지에 중요함을 강조하였다(WHO, 2020).

정보 전염병은 정보(information)와 전염병(epidemic)의 합성어로 악성루머나 잘못된 진단과 전망 등이 전염병처럼 급속도로 확산하여 혼란을 초래하는 현상을 의미한다(Rothkopf, 2003). 약 49%의 인구가 하나 이상의 의학적 음모론을 믿고 있는 것으로 알려져 있다. 의학적 음모론에 대한 믿음은 전통적인 의학에 대한 불신과 치료 거부로 이어질 수 있으며 대체의학에 대한 의존을 높일 수 있다(Oliver & Wood, 2014). 코로나 사태와 같이 전염병 대유행에 대응하는 상황에서는 정부나 의학에 대한 불신이 극단적인 피해 사례로 이어질 수 있어 더욱 경계해야 한다. 헬스리터러시는 건강정보를 찾고, 이해하여 활용하는 능력을 포괄하는 개념이므로, 정보 전염병에 대응하는 방법의 하나로 헬스리터러시를 강조하고 있다. 특히 온라인 정보의 활용이 많아짐에 따라 개인의 e-헬스리터러시를 증진하는 것이 중요하게 다뤄지고 있다(Wolf et al., 2020).

최근 유튜브나 인스타그램 등 SNS의 이용자 수나 조회 수가 높아질수

록 높은 수익을 내는 구조의 매체가 증가하고 있어 오로지 많은 사람의 관심을 끌기 위하여 코로나19에 대한 자극적인 정보를 생산하고 유포하는 경우가 늘고 있다. 그러나 코로나19와 같은 신종 감염병은 일반 대중이 정보의 정확도나 신뢰도를 판단하기가 어려워 건강정보를 구분하고 활용할 수 있는 능력이 감염병 예방의 정도에 더욱 큰 영향을 미치게 된다. 또한, 인터넷은 일반 대중이 가장 손쉽게 건강정보를 얻을 수 있는 정보원으로 자리 잡았으나 모든 대중의 읽기 수준(readability)에 맞는 정보를 제공하지 않는다. 미국에서 수행한 연구 결과에 따르면 분석 대상이 된 코로나 관련 온라인 교육자료는 모두 권장 수준(11~12살의 읽기 수준)보다 어려웠다(Szmuda et al., 2020). 또한, 사회적 거리 두기 상황 속에서 특정 집단은 온라인 정보에 대한 접근성이 떨어질 수 있으므로 올바른 정보를 신속하게 전달하여 혼란을 막을 필요가 있다. 따라서 정보감염병을 방지하기 위해 일반 대중의 헬스리터러시 향상에 도움이 될 수 있는 건강정보서비스 및 교육이 필요하며, 온라인에서 유통되는 정보를 검증하고 유용한 정보를 효과적으로 전달할 수 있는 체계를 구축하는 것이 필요하다(한국보건산업진흥원, 2020).

이에 국내외에서 헬스리터러시 수준을 향상하여 코로나19에 대응하고자 하는 노력들이 이루어지고 있다. WHO는 소셜미디어와 웹사이트(웨이보, 트위터, 페이스북, 인스타그램, 링크드인, 핀터레스트, 구글, 아마존 등)를 운영하는 기업과 협력하여 인포데믹에 대응하고 있다. 협력기업의 웹페이지에 신종코로나 바이러스를 검색하면 WHO가 공중위생에 대해 입증된 정보를 공개하고 있는 사이트(Mythbuster: who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters)로 연결된다. 또한, 기업들은 잘못된 정보를 삭제하고 WHO가 제공하는 정보를 눈에 띄는 곳에 게시한다. 구글의 'SOS Alert' 서비

스를 통해 코로나바이러스를 검색하면 WHO의 발표와 자료들로 연결되는데 영어와 프랑스어, 스페인어, 중국, 아랍어, 러시아어 등 다양한 언어의 정보에 접근할 수 있다(동아시아언스, 2020.02.07.).

한편, COVID-19 Health Literacy Project 사이트는 35개국 언어로 코로나19에 대한 일반적인 정보, 예방, 감염 의심 시 대처 방안과 생애주기(임산부, 영유아, 어린이, 청소년)에 맞춘 정보를 제공한다. 해당 사이트는 미국의 의대생들이 주축이 되어 운영하며, 모든 내용은 미국 하버드 대학교 의대 교수진이 검토한다(Covid-19 Health Literacy Project, n.d.).

국내에서도 코로나19와 관련하여 혼란을 초래할 수 있는 보도나 가짜 뉴스에 대해 정부 기관 공식 홈페이지를 통해 정정 보도 및 설명을 제공하고 있다. 그러나 정부의 공식적인 입장을 제공하기까지 시간이 걸려 신속한 대응을 위한 전략과 대책이 부족한 상황이다. 이에 온라인에서 유통되는 정보를 검증하고 확인된 정보를 효과적으로 유통할 수 있는 검증 및 전달체계의 수립이 필요하다(한국보건산업진흥원, 2020).

나. 헬스리터러시와 코로나19 관련 건강 생활 실천의 관련성

앞서 제시한 바와 같이 코로나19 관련 인포데믹 등으로 인해 건강정보를 제대로 습득하고, 식별하며 이를 실천하는 역량이 중시되고 있으며, 헬스리터러시는 개인의 건강을 적극적으로 증진시킬 수 있는 역할을 맡는다(Nguyen et al., 2020; Okan et al., 2020). 즉, 건강과 코로나19 등의 질병에 대한 인식과 지식을 향상시키고, 개인의 전반적인 건강 수준을 높이기 위한 중재 요인으로 작용할 수 있다. 궁극적으로 건강증진을 통해 질병에 대한 강도 높은 예방 행동을 실천하고, 동시에 잠재적인 건

강위험요인에 대처할 수 있는 집단 역량 강화를 이룰 수 있다(Broucke, 2020)

헬스리터러시 수준이 코로나19 대응과 관련이 있는 것으로 보고한 최근의 연구 결과들을 상세히 살펴보면 다음과 같다. 독일에서 16세 이상의 성인을 대상으로 진행한 연구에서는 헬스리터러시 수준이 낮은 사람일수록 코로나바이러스에 대한 정보에 더 큰 혼란을 느끼는 것으로 나타났다. 전체 조사 대상자 중 49.9%는 충분한 수준의 코로나 관련 헬스리터러시를 지니고 있으나 상당수는 코로나19와 관련된 정보를 다루는 데 어려움을 느꼈다. 특히, 코로나바이러스에 대한 정보는 충분하지만, 어떤 정보를 믿을 수 있는지 판단하기 어렵다고 보고하였다. 이는 불확실하고, 신뢰가 보장되지 않은 많은 정보가 제공되는 정보 전염병 상황에서 대중의 헬스리터러시를 높일 필요가 있음을 의미한다(Okan et al., 2020).

또한, 헬스리터러시가 우울과 건강 관련 삶의 질에 코로나19 의심증상이 미치는 영향을 조절하는 효과가 있는 것으로 나타났다(Nguyen et al., 2020). 3,947명의 외래환자 대상 연구 결과, 코로나19 의심증상이 있는 사람들은 더 높은 확률로 우울증을 겪고 낮은 건강 관련 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 코로나19 의심 증상이 있는 경우, 헬스리터러시 수준이 낮은 사람이 헬스리터러시 수준이 높은 사람보다 우울증 가능성이 더 높았으며 건강 관련 삶의 질은 더 떨어졌다. 해당 연구에서는 인과관계에 대한 해석을 제시하지는 않았으나, 헬스리터러시를 높이는 것이 코로나19 유행 기간 동안 정신건강을 지키고 삶의 질을 높이는 데 도움이 될 것으로 제안했다. 그뿐만 아니라 낮은 수준의 헬스리터러시는 코로나19 감염 및 사망에 대한 위험 수준을 높이는 것으로 나타났다(McCaffery et al., 2020).

한편, 보건의료 종사자들의 헬스리터러시 수준과 환자 대응 및 본인들

의 건강 수준 유지·실천과의 상관 관계를 분석한 연구 결과도 있었다(Do et al., 2020; Shojaei & Masoumi, 2020). 특히, 베트남의 보건의로 종사자를 대상으로 한 연구에 따르면 보건의로 종사자의 헬스리터러시나 e-헬스리터러시 수준이 높을수록 봉쇄 기간 동안 감염 예방 및 통제 절차 준수가 더 뛰어났으며, 생활습관이 더 건강했다. 또한, 헬스리터러시 수준이 높을수록 코로나19 의심 증상을 겪을 확률이 적었다. 이는 코로나 19 유행을 방지하는 데 보건의로종사자의 헬스리터러시 수준을 향상시키는 것이 중요함을 시사한다(Do et al., 2020).

이와 더불어 교육 수준이 높은 집단인 대학생을 대상으로 디지털 헬스리터러시 수준을 측정하고 건강 행태와의 관련성을 제시한 연구 결과(Duplaga, 2020; Rosário et al., 2020)가 보고되기도 하였다. 이는 현재 당면한 코로나19를 비롯한 잠재적인 신종감염병 등에 대한 대응을 위해 전반적인 수준의 헬스리터러시 제고뿐만 아니라 디지털 헬스리터러시에 대한 중재가 필요함을 시사한다.

포르투갈 대학생들을 대상으로 진행한 연구(Rosário et al., 2020)는 디지털 헬스리터러시를 높이는 것이 온라인 정보 추구 행위를 높이는 것과 연관이 있음을 보였다. 이 연구의 대상자들은 코로나 대유행 상황이 진행됨에 따라 대상자들은 충분한 디지털 헬스리터러시 수준을 달성하지 못했다. 특히 인터넷 검색 엔진(구글 등), 위키피디아, 소셜미디어(페이스북 등)를 이용하여 정보를 검색하는 대상자가 코로나19 관련 디지털 헬스리터러시 수준이 충분할 확률이 감소하는 것으로 나타났다. 그러나, 공공기관의 웹사이트를 이용할 때에는 코로나19 관련 디지털 헬스리터러시가 충분한 수준일 가능성이 높아졌다. 따라서 정부 차원에서 대중의 헬스리터러시 수준을 높이고 정보의 신뢰성을 높여야 할 필요성이 제시되었다.

반면, Duplaga(2020)의 연구에서는 높은 e-헬스리터러시가 강한 음

모론적 신념과 연관성이 있다는 결과가 보고되었다. 폴란드 성인의 대표성 있는 표본을 대상으로 온라인 조사를 수행한 결과, 헬스리터러시 점수가 1점 증가할 때 코로나와 관련된 음모론에 대한 지지가 0.07점 감소하는 것으로 나타났으나, e-헬스리터러시 점수가 1점 증가할 때 코로나와 관련된 음모론에 대한 믿음이 0.04점 증가하였다. 이는 선행연구와 상반되는 결과이나, 건강정보를 취득하는 방법의 특성이 오프라인과 온라인이 다를 수 있음을 시사한다. 헬스리터러시 증진을 위해서는 정보원의 영역별로 세분된 정책이 필요할 것이다.

제3절 국내 헬스리터러시 연구 동향

1. 범주 문헌고찰의 배경

국내 헬스리터러시 연구는 2000년대부터 시작되었다. 2005년 의료정보이해능력의 한국형 측정 도구 개발을 위한 연구(김성수 외, 2005)를 시작으로, 그 후 약 15년 동안 다양한 분야에서 헬스리터러시와 관련된 많은 연구가 이루어졌다. 일부 선행연구에서 국내에서 수행된 연구를 대상으로 헬스리터러시의 개념, 측정 도구, 관련 변수에 대한 문헌고찰이 이루어졌다(강지숙, 김은미, 김미연, 2020; 김성은, 박동진, 최정화, 2013; 강수진, 이미숙, 2015). 그러나 최근 관련 연구가 급속도로 증가한 점을 감안할 때, 기존의 문헌고찰 연구는 최근의 연구 동향이 반영되지 않았거나(강수진, 이미숙, 2015), 특정 주제에 중점을 두어(강지숙 외, 2020) 현재까지의 전반적인 연구 동향을 파악할 수 있는 문헌고찰 연구는 없다. 이 연구에서는 기존의 문헌고찰보다 영역을 확장하여 특정 영역 대상의 헬스리터러시(예: 구강 헬스리터러시, 정신건강 헬스리터러시)를 포함한 광범위한 헬스리터러시 대상 연구에 대한 범주 문헌고찰(scoping review)을 수행하였다. 범주 문헌고찰은 연구 분야의 주요 개념, 자료, 존재하는 근거의 종류 등을 빠르게 검토하는 것을 목적으로 한다(Mays, Roberts, & Popay, 2001). 그러므로 연구 동향을 파악하고자 하는 이 연구의 문헌고찰 방법으로 적합하다.

2. 연구 방법

이 연구의 범주 문헌고찰은 Arksey & O'Malley(2005)가 제안한 범주형 문헌고찰의 5단계를 따랐다. 각 단계는 다음과 같다.

- (1) 연구 질문 설정
- (2) 관련 연구 선정
- (3) 고찰에 포함할 연구의 선택
- (4) 고찰 결과 기록
- (5) 고찰 결과 분석, 요약, 보고

첫 번째 단계로 연구 질문을 설정하였다. 이 연구에서는 범주 문헌고찰을 통해 국내 선행연구의 동향을 살펴보고, 선행연구에서 보고한 (1) 헬스리터러시의 용어와 정의, 측정 도구, (2) 우리나라 국민의 헬스리터러시 수준, (3) 헬스리터러시 관련 요인과 건강 영향을 파악하고자 하였다.

두 번째와 세 번째 단계인 관련 연구 선정과 고찰에 포함할 연구의 선택 과정은 다음과 같다. 전자데이터베이스(electronic database)를 이용하여 국내에서 수행된 헬스리터러시 연구를 검색하였다. 국내 학술지에 출판된 논문은 한국학술지인용색인(KCI), 한국학술정보(KISS), 학술연구정보서비스(RISS)를 이용하였고, 국외 학술지에 출판된 논문은 Pubmed를 이용하여 검색했다. 국내 연구 데이터베이스에서는 논문의 '제목' 또는 '초록'에 'health literacy'가 포함된 문헌을 검색하였다. Pubmed에서는 제목이나 초록에 'health literacy'와 'Korea'가 모두 포함된 문헌을 검색하였다. 사용한 검색 명령문은 다음과 같다: [Title/Abstract] "health literacy" AND [Title/Abstract]"korea". 2010년 1월 1일부터 검색 당일(2020년 6월 23일)까지 출판된 문헌만 검색되도록 출판일 기준을 설정하였다. 문헌 검색 결과 KCI에서 191편, KISS에서 128편, RISS에서 169편, PubMed에서 50편이 검색되었다. 중복된 문헌을 제외하고, 검색된 문헌은 총 311편이었다.

고찰에 포함할 논문의 선정 기준은 아래와 같다.

〈고찰 포함 기준〉

- 2010년 1월 1일부터 검색일(2020년 6월 23일) 사이에 국내외 학술지에 영어 또는 한국어로 출판된 논문
- 헬스리터러시의 수준을 측정하거나 헬스리터러시 관련 요인, 또는 헬스리터러시와 관련된 건강 변수(건강상태, 건강 행동, 질병이환 등)에 대해 보고한 연구

〈고찰 제외 기준〉

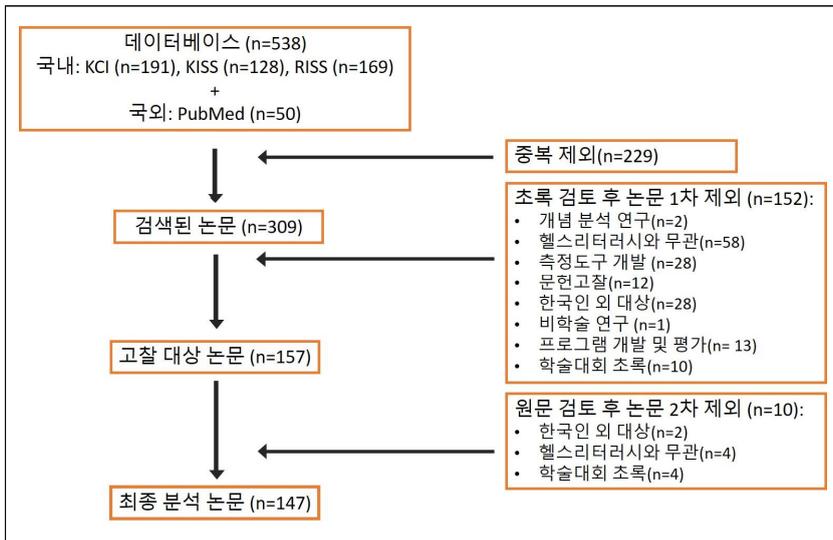
- 문헌고찰 연구(체계적 문헌고찰 등)
- 학술연구가 아닌 연구자의 의견만을 기술한 문헌(editorial, opinion 등)
- 헬스리터러시가 아닌 '리터러시'에만 초점을 맞춘 문헌
- 학술대회 발표집 수록 문헌 및 초록
- 헬스리터러시 측정 도구 개발 또는 도구 타당도 연구
- 국외 지역 대상, 외국인, 이주민, 귀화 외국인, 북한 이탈 주민 대상

국내 거주 외국인과 북한 이탈 주민 대상 연구의 경우, 한국어 이해 능력이 다른 요인에 비해 헬스리터러시 수준에 영향을 크게 미칠 가능성이 있어 이번 범주 문헌고찰에 포함하지 않았다.

1차적으로 검색된 문헌의 약 20%인 60편의 초록을 연구진 2인이 각각 읽고 상기 선정 기준에 따라 전문(full-text)을 고찰할 문헌을 선정하였다. 연구진 간 선정 여부가 다르게 결정된 문헌이 있는 경우, 서로의 선정 기준에 대해 토론을 거쳐 합의점을 찾았다. 그 후 나머지 283편의 초록을 연구진 2인이 절반씩 나눠서 읽으며 전문을 고찰할 문헌을 정했다.

그 후 1차로 선정된 159편의 문헌을 대상으로 전문을 고찰하였다. 연구진 1인이 문헌 10편을 읽고 고찰의 틀을 개발하였다. 그 후 선정된 문헌의 약 10%인 15편의 전문을 연구진 2인이 각자 검토하며, 고찰 틀을 사용한 검토 방식에 대해 토의하였다. 고찰 방식에 대해 합의가 이루어진 후 남은 문헌을 연구진 3명이 나누어 고찰하였다. 동일한 13편의 문헌을 연구진 3인이 읽으며 3인 모두 통일된 고찰 방식으로 합의될 때까지 토의를 거쳤으며, 이후 남은 문헌을 나누어 각자 고찰하였다. 최종적으로 범주 문헌고찰에 포함된 문헌은 147편이었다(그림 2-3).

[그림 2-3] 문헌선정 과정



주: 저자 직접 작성.

범주 문헌고찰의 네 번째 단계인 고찰 결과의 기록과 다섯 번째 단계인 고찰 결과 분석, 기록, 보고의 결과는 다음과 같다.

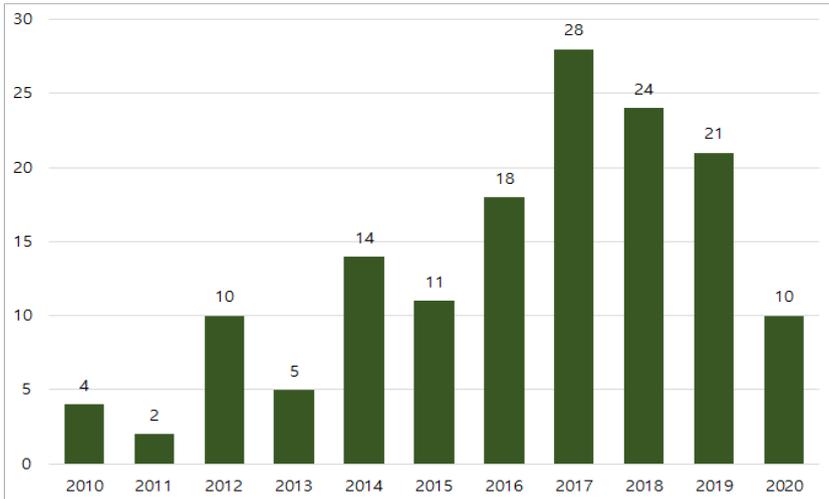
3. 연구 결과

가. 헬스리터러시 연구 방법

범주 문헌고찰에 포함된 연구는 2013년까지 각 연도 당 10편 이하였으나, 2014년부터 증가하였다. 2017년을 정점으로 약간 감소하는 추세이지만, 과거에 비해 헬스리터러시와 관련한 연구의 수가 증가한 것을 알 수 있다(그림 2-4).

[그림 2-4] 연도별 헬스리터러시 논문의 수

(단위: 논문 수)



주: 저자 직접 작성, 2020년은 검색 시점(2020년 6월 23일)까지 온라인으로 확인할 수 있는 문헌만 포함함.

〈표 2-3〉 고찰 대상 연구의 특성

(단위: 논문 수 또는 %)

변수	구분	논문 수	비율(%)
연구 방법	양적 연구	146	99.3
	질적 연구	0	0.0
	혼합 연구	1	0.7
헬스리터러시 관련 건강 영역 ¹⁾	일반적 건강	111	75.5
	정신건강	26	17.7
	구강건강	16	10.9
표본 대표성	없음	114	77.6
	있음	33	22.4
대상 수	<100	7	4.8
	100~199	41	27.9
	200~299	37	25.2
	300~499	23	15.6
	500~999	27	18.4
	1000≤	12	8.2
대상-연령 ¹⁾	노인 ²⁾	110	74.3
	성인	86	58.5
	청소년	7	4.8
	아동	5	3.4
대상-성별 ¹⁾	남성	139	94.6
	여성	147	100.0

주 1) 한 논문이 여러 항목에 해당될 경우 중복으로 표기하여, 비율의 합이 100%를 넘을 수 있음.

2) 해당 연구에서 정의한 노인의 연령 기준을 따랐음. 대부분의 연구가 60세 이상 또는 65세 이상을 노인으로 정의했음.

고찰에 포함된 147편의 논문 중 1편을 제외한 모든 고찰 대상 논문이 양적 방법론을 이용하였다. 1편(0.7%)의 논문은 설문조사에 개방형 질문을 포함하여, 설문조사 결과에 대한 양적 분석과 개방형 질문 응답에 대한 의미연결망 분석을 수행한 혼합 연구(mixed-methods)였다(이하나, 안순태, 2017). 고찰에 포함된 논문의 2/3 이상(n=114)이 대표성 없는 표본을 대상으로 하였으며, 22.4%(n=33)는 대상자가 대표성을 지니도록 추출한 자료를 사용하였다. 본 고찰의 연구 대상자 수는 평균 442.2명(최소 40명, 최대 8910명)이었으며, 절반 이상의 연구의 대상자 수가 100~299명이었다.

헬스리터러시와 관련된 건강 영역의 연구 대상은 일반적 건강, 정신건강, 구강건강으로 나누었다. 당뇨나 고혈압 등 특정 질환과 헬스리터러시 간의 연관성에 대한 논문을 일반적 건강 영역의 문헌으로 포함하였을 때, 일반적 건강 영역 관련 헬스리터러시 연구가 111편(75.5%)으로 가장 많았다. 정신건강이나 구강건강과 헬스리터러시에 관련된 연구도 이루어지고 있다. 고찰한 논문 중 정신건강 관련은 26편(17.7%), 구강건강은 16편(10.9%)이었다. 그중 일반적 건강과 정신건강이 함께 다뤄진 논문은 6편(4.1%)이었다.

연구 대상으로 노인을 포함한 연구가 가장 많았다. 110편(74.8%)의 논문이 노인을 연구 대상에 포함하였으며 52편(35.4%)의 논문은 노인만을 대상으로 연구를 수행하였다. 성인 대상 연구는 86편(58.5%)이었으며, 청소년 대상은 7편(4.8%), 아동 대상은 5편(3.4%)이었다. 전 연령층을 대상으로 한 연구는 없었으며, 청소년부터 노인층까지 모두 포함한 연구는 2건(1.4%)이었다.

고찰 대상 연구의 대부분이 연구 대상에 남성과 여성 모두를 포함하여 진행하였으며, 그 0중 8편의 논문은 대상을 여성으로 한정했다. 여성만을 대상으로 한 논문은 여성 노인과 중년 여성이 만성 퇴행성 질환의 발병 위험이 높은 반면, 건강증진행위가 떨어진다는 점에서 중년층 이상 여성의 효과적인 건강관리를 위한 헬스리터러시에 초점을 맞췄다(이지은, 이서영, 노현경, 이은주, 2015; 이영희, 지은주, 윤옥중, 2019). 또한, 여성 환자 보호자와 유아의 어머니를 대상으로 조사가 이루어진 연구는 가족 구성원의 주된 돌봄 제공자로서 여성의 역할에 중점을 두었다(강유민, 조영식, 2016; 안숙희, 2018).

나. 헬스리터러시 용어, 정의, 측정 도구

1) 사용 헬스리터러시 용어

고찰 대상 연구마다 ‘health literacy’를 다양하게 번역하여 사용하고 있어, 아직 국내에 통용되는 공식적인 국문 용어가 없음을 알 수 있었다. 또한, 헬스리터러시의 개념과 정의 역시 연구마다 다양하게 이용하고 있었다. Health literacy, oral health Literacy, mental health literacy, e-health literacy를 번역하여 사용한 연구에 대해서 <표 2-4>에 각 용어의 빈도를 나타냈다. Functional (oral) health literacy 관련 연구(n=6)는 health literacy 연구에 포함하여 표기했으며, 이 경우 functional의 번역어³⁾는 제외하고 health literacy의 번역어 사용만을 고려하였다. 국문으로 작성되었으나 영문 용어를 그대로 사용한 연구(김지은, 박지경, 2017)와 영문으로 작성한 논문은 <표 2-4>에서 제외하였다. 그 외에 위에서 기술한 4가지 용어가 아닌 다른 용어를 이용한 경우(예: 자살 리터러시)(안순태, 이하나, 2017; 이하나, 안순태, 2017)는 용어 분석에 포함하지 않았다.

Health literacy를 건강정보이해능력으로 번역하여 사용하는 경우가 40편(54.8%)으로 가장 많았다. 헬스리터러시와 의료정보이해능력이 각 6편(8.2%)이었고, 건강문해력, 건강정보문해력, 건강정보이해력이 각 5편(6.8%)으로 뒤를 이었다. 건강정보활용능력은 4편(5.4%), 건강리터러시와 의료정보문해력은 각 1편(1.5%)의 논문에서 사용되었다. 건강정보이해능력이 50% 이상으로 가장 많이 사용되고 있지만 health literacy의 번역 용어는 9가지로 혼용되고 있었다.

3) 모든 연구에서 ‘functional’은 ‘기능적’으로 번역하여 이용하였음.

Mental health literacy 관련 연구는 많지 않으나(n=10), 각 연구가 각기 다른 방식으로 용어를 번역하여 이용하고 있었다. 정신건강이해력이 3편(30.0%)으로 가장 많이 사용되었으나 다른 용어들과 사용 빈도에서 큰 차이가 없었다. Mental health literacy 용어는 이해력, 지식, 정보이해력, 리터러시, 역량 등을 포함하여, 다른 헬스리터러시 관련 용어와 비교하여 리터러시를 가장 다양하게 해석하고 있었다. 또한, <표 2-4>에 포함하지 않았으나 정신건강과 관련된 세분된 분야의 헬스리터러시 용어로 각 1편의 논문에서 우울 건강정보이해능력(depression health literacy)(오두남, 이지윤, 2012)과 자살 리터러시(suicide health literacy)(안순태, 이하나, 2017)를 이용했다.

<표 2-4> 고찰 대상 연구에서 사용한 health literacy 관련 용어 (단위: 논문 수 또는 %)

영문 용어	국문 용어	논문 수 ¹⁾	비율(%) ²⁾
Health Literacy (n=73)	건강정보이해능력	40	54.8
	헬스리터러시	6	8.2
	의료정보이해능력	6	8.2
	건강문해력	5	6.8
	건강정보문해력	5	6.8
	건강정보이해력	5	6.8
	건강정보활용능력	4	5.4
	건강리터러시	1	1.4
	의료정보문해력	1	1.4
Mental Health Literacy (n=10)	정신건강이해력	3	30.0
	정신건강정보이해력	2	20.0
	정신건강지식	2	20.0
	정신건강리터러시	1	10.0
	정신건강역량	1	10.0
	정신건강정보이해능력	1	10.0
Oral Health Literacy (n=15)	구강건강문해력	10	66.7
	구강건강정보이해능력	3	20.0
	구강건강정보이해력	1	6.7
	언어적 구강건강문해력	1	6.7

영문 용어	국문 용어	논문 수 ¹⁾	비율(%) ²⁾
e-Health Literacy (n=14)	e-헬스리터러시	10	71.4
	인터넷 건강정보이해능력	2	14.3
	인터넷 건강정보문해력	1	7.1
	전자 건강문해력	1	7.1

주 1) 한 논문이 여러 항목에 해당할 경우 중복으로 표기함.

2) 헬스리터러시 용어의 비율은 해당 용어를 사용한 논문 중 비율로 계산함.

Oral health literacy나 e-health literacy는 health literacy에 비해 사용되는 용어가 다양하지 않았다. Oral health literacy는 구강건강문해력과 구강건강정보이해능력, 구강건강정보이해력으로 번역되었다. 3가지 용어 중 구강건강문해력을 사용한 연구가 66.7%(n=8)로 가장 많았다. e-health literacy는 e-헬스리터러시로 사용한 연구가 71.4%(n=10)로 가장 많았으며, 그 외에 인터넷 건강정보이해능력, 인터넷 건강정보문해력, 전자건강문해력으로 표현하였다.

영역별로 구분하지 않고 용어 사용을 살펴보면 절반 이상의 연구가 health literacy를 이해(능)력으로 해석하였으며(n=62, 55.9%), 이 중 59편은 정보 이해(능)력, 3편은 이해력으로 해석하였다. 고찰 대상 논문 중 24편은 문해력(21.6%)을 사용했다. 이해(능)력으로 해석한 대부분의 연구가 '정보' 이해(능)력이었던 반면, 문해력으로 해석한 연구 중 29.2%만이(n=7) '정보' 문해력을 사용했다. 고찰 대상 논문의 16.2%(n=18)는 영문 그대로 '리터러시'로 사용하였고, 소수의 연구가 정보 활용능력(n=4, 3.6%), 지식(n=2, 1.8%), 역량(n=1, 0.9%)으로 표현했다.

2) 헬스리터러시 정의

헬스리터러시의 용어가 다양하게 사용된 것처럼 분석 대상 논문은 헬스

리터러시를 다양하게 정의하였고, 대부분은 정의를 기술하였다(n=134, 91.1%). 헬스리터러시의 정의는 선행연구에서 사용된 정의를 인용한 경우가 대부분이었으나, 4편(2.7%)의 논문은 저자가 직접 정의를 내리거나 선행연구를 종합적으로 검토하여 정의하였다(김준호 외, 2019; 서미경, 이민규, 2013; 강유민, 조영식, 2016; Lee, Lee, & Chang, 2018).

분석 대상 논문에서 가장 많이 이용한 헬스리터러시의 정의는 미국 의학연구소(2004)의 정의로 총 15편(10.2%)의 논문에서 인용했다. 해당 연구는 헬스리터러시를 ‘개인이 의료와 관련된 적절한 결정을 스스로 내리는 데 필요한 기본적인 건강정보와 건강 서비스를 제대로 얻고, 처리하고, 이해하는 능력’(Institute of Medicine, 2004; 홍인화, 은영, 2012, p.477에서 재인용)으로 정의했다. 그 외에도 미국 보건부(U.S. Department of Health and Human Services) Healthy People(2010, 2020)에서 명시한 정의인 ‘개인이 적절한 건강 관련 의사결정을 하는 데 필요한 기본적인 건강정보와 서비스를 얻고, 처리하고, 이해하는 능력’(U.S. Department of Health and Human Services, 2010; 천희란, 2020, p.87에서 재인용)은 10편의 논문에서 사용했다.

e-헬스리터러시는 전반적으로 동일한 개념이 통용되고 있는 것으로 나타났다. e-헬스리터러시를 다룬 논문 13편 중 총 12편의 논문에서 Norman and Skinner(2006)의 e-헬스리터러시 정의인 ‘인터넷에서 자신이 원하는 건강정보를 찾고, 이해하고, 평가하고, 건강 문제를 적용하여 해결할 수 있는 능력’(Norman & Skinner, 2006; 김지운, 박지경, 2017, p.303에서 재인용)을 이용하였다. 정신건강 관련 헬스리터러시를 정의한 논문은 정신건강 헬스리터러시를 주로 ‘정신건강에 대한 지식과 믿음 수준’으로 정의하였다. 총 11편의 논문에서 Jorm et al. (1997)과 Jorm (2000)의 문헌을 인용하여 정신건강 헬스리터러시를 정의하였다

이 외에도 Ratzan & Parker(2000), Ratzan & Parker(2006), Nutbeam(1998), Berg & Slayton(2009) 등의 정의가 자주 사용되었다. 특히, Nutbeam(1998)은 헬스리터러시를 ‘건강을 유지하고, 향상하기 위해 정보를 이해하고 사용하는 개인의 능력과 동기를 결정하는 인지적, 사회적 기술’(Nutbeam, 1998; 유은우, 이윤미, 2018, p.377에서 재인용)로 정의하여 헬스리터러시를 단순한 개인의 능력이 아닌 사회적 인 소통의 측면으로 확대하여 접근하고 있다.

3) 헬스리터러시 측정 도구

헬스리터러시 측정은 대부분 외국에서 개발한 도구를 번역하여 이루어졌다. 동일한 도구를 기반으로 번역·수정(문항 수 단축 등)한 경우 같은 도구를 사용한 것으로 간주했을 때, 가장 많이 사용된 도구는 REALM을 기반으로 한 Chew et al.(2004)의 측정 도구와 e-헬스리터러시를 측정하는 도구인 eHEALS(Norman & Skinner, 2006)로 각각 22편의 연구에서 사용되었다. Chew 등의 측정 도구는 S-TOFHLA를 기반으로 개발되었으며, 원 도구는 16문항이며, 다양한 단축형 도구가 활용되고 있다. 고찰에 포함된 연구는 16문항을 모두 활용하거나, 연구 목적 및 대상에 따라 2~15문항을 활용하였다.

온라인 건강정보의 이해와 활용에 중점을 둔 논문들은 공통적으로 eHEALS를 측정 도구로 사용했다. eHEALS는 전통적인 문해력뿐만 아니라 미디어 문해력이나 컴퓨터 문해력 등 인터넷을 통한 정보 습득에 대한 부분을 측정하는 측정 도구로 활용되고 있다. e-헬스리터러시만을 다룬 논문이 아니더라도 스포츠O2O서비스(주형철, 김종희, 권형일, 2018)나 TV 건강 프로그램 시청 의도(최민음, 서필교, 최명일, 백혜진, 2014) 등에 대한 연구에서도 eHEALS를 사용하였다.

또한, KFHLT와 KHLAT가 각각 14편, Korean Health Literacy Scale(KHLS)이 10편의 논문에서 사용되었다. 세 가지 도구 모두 TOFHLA, REALM 등을 참고하여 국내에 적합하게 개발되었다. NVS는 7편, HLS-EU-Q는 4편의 연구에서 사용되었다.

구강건강과 관련한 헬스리터러시 연구는 REALM의 일부를 구강건강 관련 단어로 바꾸어 활용한 REALD(n=8)와 기능적 헬스리터러시를 구강 건강에 맞게 바꾼 TOFHLiD(The Test of Functional Health Literacy in Dentistry)(n=4)를 주로 이용하여 헬스리터러시를 측정했다.

〈표 2-5〉 고찰 대상 연구에서 사용한 헬스리터러시 측정 도구

(단위: 논문 수, %)

측정 도구	활용 문헌 수(%) ¹⁾	활용 문헌
Chew et al.(2004)의 도구	22 (15.0%)	강수진, 이태화, 김광숙, 이주희(2012), 김난희, 양영란, 이명하(2016), 김수진, 김미혜, 김신혜(2020), 김수현(2010), 김영선, 강은나(2017), 김영선, 박병현, 이희운(2014), 박순옥, 김현숙, 김봉정(2015), 손연정, 김소담, 장희정, 윤예림, 김혜미, 박지인, 김선희(2012), 손연정, 송은경(2012), 오지혜, 박은옥(2017), 이윤미, 손연정, 이은주(2012), 정순돌, 이미우, 박채리, 임정숙(2016), 정순돌 외(2016), 천희란(2020), 황경남, 원혜정, 장인순, 이지연(2018), 황혜남(2016), 황혜남(2017), Lee, Lee, & Chung (2017), Lee, Yu, You, & Son(2017), Rhee, Lee, Kim, Han, Lee, & Kim(2017), Son, Kim, Kim, & Son(2017), Son, Shim, Seo, & Seo (2018)
eHEALS	22 (15.0%)	강승미, 안순태(2019), 김경자, 이인숙(2016), 김미나, 유양숙, 황경혜, 조옥희(2019), 김영준, 장경로(2016), 김지은, 박지경(2017), 남영희, 이승민(2018), 남영희, 정인숙(2020), 박동진, 권명순, 최정화(2013), 박정우, 김미영(2017), 송지현, 신수진(2020), 심민선, 조희숙, 정수미(2018), 안순태, 이지윤(2019), 안순태, 정재선(2019), 이병관, 변응준, 임주리(2010), 이성심, 손현정, 이동숙, 강현욱(2017), 이승민, 남영희(2018), 이영희 외(2019), 조규영, 하명남(2019), 주형철 외(2018), 최민음 외(2014), Kim, Kim, & Choi(2018), Park (2019)

56 건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구

측정 도구	활용 문헌 수(%) ¹⁾	활용 문헌
KHLAT (Korean Health Literacy Assessment Tool)	14 (9.5%)	구교만, 김춘중(2017), 김남선, 이규은(2014), 수현(2016), 김지영, 석민현(2016), 박영례, 장은희, 김선화, 박소희, 오희숙(2018), 박현주, 황선경(2014), 백경신(2015), 양정란(2014), 유은우, 이은미(2018), 윤수지(2017), 이선아, 박명화(2010), 이승미, 성종미, 송종화, 서동철(2016), 정은영, 황선경(2015), 홍인화, 은영(2012)
KFHLT (Korean Functional Health Literacy Test)	14 (9.5%)	김유정, 이가연(2014), 김지영, 석민현(2016), 박순주(2017), 박현주, 황선경(2014), 안은정, 권인수(2014), 이명숙(2017), 이선아, 박명화(2010), 이영태, 윤태영, 김상현(2012), 이지은 외(2015), 정은영, 황선경(2015), Kim & Utz(2018), Kim & Youn (2015), Park & June(2011), Song, Lee, Jang, Lee, Kim, Sohn, & Suh(2017)
KHLS (Korean Health Literacy Scale)	10 (6.8%)	고명실, 강경자(2018), 권명순, 노기영, 장지혜(2013), 박영남, 김철규(2019), 배화, 홍남수, 신은경(2019), 신경민, 추상희, 장연수, 강석민(2016), 원양리, 유승현, 유명순(2014), 장지혜, 신용순(2020), 황윤희, 이가연(2019), Lee & Park(2018), Son & Kim(2017)
NVS (Newest Vital Sign)	9 (6.1%)	김정은(2011), 안숙희(2018), 장병순, 김동희(2015), 정정희, 김정순(2014), 조영문, 서연희, 박미정(2018), 천신혜, 나상규, 김하윤, 임희경, 최민규, 노용균(2015), Jeong, & Kim(2016), Jeong, Park, & Shin(2014), Park, Song, Shin, Jeong, & Lee(2018)
REALD (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)	8 (5.4%)	강유민, 조영식(2016), 김선일 외(2017), 백경신(2017), 이규은, 염영희, 김상숙, 한정희(2014), 주현정, 오효원, 김지연, 이홍수(2012), 주현정, 오효원, 이홍수(2013), 주현정, 오효원, 이홍수(2014), 주현정 외(2015)
TOFHLiD (The Test of Functional Health Literacy in Dentistry)	4 (2.7%)	강유민, 조영식(2016), 김선일 외(2017), 주현정 외(2014), 주현정 외(2015)
HLS-EU-Q	4 (2.7%)	김가은, 박현준(2019), 김성은 외(2019), 김준호 외(2019), 이보영, 정수미(2018)

주: 원 도구 이용, 단축형 이용 등 모두 포함.

정신건강 관련 헬스리터러시 연구는 주로 사례를 제시하는 단문(vignette)을 이용하여 헬스리터러시를 측정하였다. 해당 논문들은 주로 정신건강 헬스리터러시를 우울증이나 조현증 등 정신질환에 대한 인지나 질환의 원인에 대한 이해 및 필요한 도움에 대한 인식으로 간주하였다. 이에 따라 정신질환의 특성을 보이는 사례를 단문으로 제시하고 질환에 대해 올바르게 인식하고 있는지 평가하는 방식의 연구가 주를 이뤘다. 정신질환 관련 사례 도구를 측정 도구로 사용한 논문은 8편이었다(고희성, 최희승, 2015; 고희성, 황선영, 2018; 서미경, 이민규, 2013; 오두남, 이지윤, 2012; 이선훈, 서진환, 2010; 이하나, 안순태, 2017; Park et al., 2018; Rim et al., 2019). 일부 연구는 여러 측정 도구를 활용하였으며(강수진, 이태화, 김광숙, 이주희, 2012; 강유민, 조영식, 2016; 김묘성, 정인숙, 2012; 김선일, 박현경, 남지영, 고수연, 김혜진, 2017; 김지영, 석민현, 2016; 박현주, 황선경, 2014; 이선아, 박명화, 2010; 정순둘, 임정숙, 이미우, 정세미, 2016; 정은영, 황선경, 2015; 주현정, 이홍수, 오효원, 2015), 질병에 대한 인식 또는 지식 수준을 측정하고 이를 헬스리터러시로 간주하는 경우도 있었다(Kim et al., 2016).

4. 우리나라 국민의 헬스리터러시 수준 및 관련 요인

가. 헬스리터러시 수준

1) 일반적 헬스리터러시 수준

범주 문헌고찰에 포함된 연구는 각각 측정한 헬스리터러시의 영역이 다양하고, 사용한 측정 도구가 동일하지 않은 경우가 많아 연구 간 직접

적인 비교는 불가능하다. 대표성 있는 표본을 대상으로 한, 일반적 건강 영역의 헬스리터러시 연구 중 성인(노인 포함) 대상 연구는 16편, 노인만을 포함한 연구는 7편이었다. 이 중 성인과 노인을 모두 포함한 연구 2편, 노인 대상 연구 2편만이 낮거나 부적절한 헬스리터러시를 가진 대상의 비율을 보고하였다. 성인과 노인을 모두 포함한 연구는 각각 55.3%와 60.5%의 대상자가 낮거나 부적절한 헬스리터러시 수준인 것으로 나타났다(김준호 외, 2019; Jeong & Kim, 2016). 노인 대상 연구는 대상자의 43.2%가 경계 수준 또는 부적절한 수준의 헬스리터러시라고 보고하였다(최은영 외, 2017).

대표성이 없는 표본을 이용하여 헬스리터러시 수준을 측정한 연구까지 포함했을 때, 고찰에 포함된 연구에서 보고한 낮은 수준의 헬스리터러시 비율은 평균 43.2%로 나타났다. 낮은 수준의 헬스리터러시를 지닌 비율이 가장 높은 연구는 Jeong & Kim(2016)의 연구로서 조사 대상 성인과 노인의 61%가 이에 해당된다. 낮은 수준의 헬스리터러시 비율이 가장 적었던 연구는 25%로 보고했으나, 연구 대상이 대학병원에 입원하여 관상동맥조영술 또는 관상동맥중재술을 받은 환자로 한정 된다(황경남 외, 2018).

2) 정신건강 헬스리터러시 수준

정신건강 관련 헬스리터러시의 연구 중 헬스리터러시 수준이 낮은 집단의 비율을 보고한 논문은 1편이었다. 대표성 있는 표본을 대상으로 사례 도구를 사용해 조사를 진행한 결과 연구 대상 성인과 노인의 55.2%가 정신건강이해력이 낮은 것으로 나타났다(서미경, 이민규, 2013).

정신건강 헬스리터러시 측정을 위해 O'Connor & Casey(2015)의

Mental Health Literacy Scale(MHLS)를 사용한 논문은 3편이었다(김현실, 강은옥, 2019; 조선영, 최송식, 2017; Kim, Yu, & Kim, 2020). MHLS은 최저 35점, 최고 160점으로 측정된다. MHLS를 사용한 논문 중 대학생을 대상으로 한 연구는 평균이 106.8점이었으며(Kim, Yu, & Kim, 2020), 정신장애인을 대상으로 한 연구에서는 104.4점으로 나타났다(조선영, 최송식, 2017). 군 단위 이하 지역사회 공무원을 대상으로 한 연구는 4년제 대학을 졸업한 사무직 여성이 높은 비율로 구성된 집단을 대상으로 했음에도 정신건강 헬스리터러시 점수가 평균 101.5점으로 가장 낮았다(김현실, 강은옥, 2019). 이는 외국에서 이루어진 연구(O'Connor & Casey, 2015)에 비해서도 낮은 점수이다. 대학생과 더불어 중학생, 고등학생까지 포함하여 정신건강 지식을 측정한 연구는 75점 만점 중 평균 41점으로 다소 낮게 나타났다(오미정, 김민자, 장경오, 2020).

3) 구강건강 관련 헬스리터러시 수준

구강건강 관련 헬스리터러시 연구 중 총 4편의 논문에서 구강헬스리터러시 수준이 낮은 집단의 비율을 보고했다. OHLI(Oral Health Literacy Instrument)를 사용한 2편의 논문은 각각 대상자의 44%(이봄이, 김연희, 2014)와 24%(김광희, 정윤숙, 황태윤, 김창윤, 2019)가 구강헬스리터러시가 부족하거나 경계 수준에 있는 것으로 보고하여, 연구 간 차이가 있었다.

이 외에 REALD를 사용하여 분석한 연구의 결과를 살펴보면, 성인의 언어적 구강건강문해력을 살펴본 주현정 외(2012)에서는 대상자의 29.1%가 초등 4~6학년 이하 수준의 구강건강문해력인 것으로 나타났다.

성인을 대상으로 한 또 다른 연구에서는 30.6%가 초등학교 4~6학년 이하 수준의 구강건강문해력으로 비슷한 결과를 보였다(김선일 외, 2017).

4) e-헬스리터러시 수준

e-헬스리터러시는 모든 논문에서 eHEALS를 이용하여, 점수체계는 유사하지만 원 측정 도구의 수정 및 번안 과정에서 점수체계가 달라진 경우가 있었다. 5점 만점을 기준으로 점수를 보고한 9편의 논문 결과를 비교했을 때, e-헬스리터러시 평균은 2.90~3.59점이었다. 대학생을 대상으로 한 논문에서는 평균 3.51점을 다소 낮다고 평가하였으며 이는 장년층에 비해 대학생이 건강에 대한 관심이 적기 때문일 것으로 해석했다(김지은, 박지경, 2017).

나. 헬스리터러시 관련 요인

범주 문헌고찰을 통해 선행연구에서 보고한 일반적 헬스리터러시(구강건강, 정신건강, e-헬스리터러시 제외)와 관련된 인구사회경제학적 요인과 건강 관련 요인은 <표 2-6>과 같다.

〈표 2-6〉 고찰 대상 연구에서 보고한 일반적 헬스리터러시 관련 요인

구분	변수	낮은 헬스리터러시 관련 요인 ¹⁾	참고문헌
인구사회 경제학적 특성	연령	고령	강수진 외(2012), 권명순 외(2013), 김난희 외(2016), 김묘성, 정인숙(2012), 김수현(2010), 김영선 외(2014), 김유정, 이가연(2014), 김정은(2011), 김준호 외(2019), 박순옥 외(2015); 박순주(2017), 박영남, 김철규(2019), 박현주, 황선경(2014), 손연정 외(2012), 신경민 외(2016), 안숙희(2018), 양서희 외(2020), 오지혜, 박은옥(2017), 원앙리 외(2014), 윤수지(2017), 이명숙(2017), 이선아, 박명화(2010), 이영태 외(2012), 이지은 외(2015), 정은영, 황선경(2015), 정정희, 김정순(2014), 조영문 외(2018), 주현정 외(2012), 천희란(2020), 홍인화, 은영(2012), Jeong & Kim(2016), Kim, Lim, & Park(2015), Kim & Utz(2018), Lee & Park(2018), Lee et al.(2017), Park & June(2011), Son et al.(2018)
	소득	저소득	강수진 외(2012), 권명순 외(2013), 김난희 외(2016), 김영선 외(2014), 김유정, 이가연(2014), 김정은(2011), 박영남, 김철규(2019), 신경민 외(2016); 오지혜, 박은옥(2017), 원앙리 외(2014), 유은우, 이윤미(2018), 이명숙(2017), 이보영, 정수미(2018), 이순영, 서순림(2018), 이지은 외(2015), 주현정 외(2012), 정은영, 황선경(2015), 정정희, 김정순(2014), 조성은 외(2017), 조영문 외(2018), 최민음 외(2014), Kim et al.(2015), Lee et al.(2017), Son et al.(2018)
	교육 수준	저학력	강수진 외(2012), 김난희 외(2016), 김묘성, 정인숙(2012), 김수현(2010), 김영선 외(2014), 김영선, 강은나(2017), 김유정, 이가연(2014), 김정은(2011), 김진수(2015), 박순주(2017), 박영남, 김철규(2019), 박현주, 황선경(2014), 손연정, 송은경(2012), 손연정 외(2012), 신경민 외(2016); 안숙희(2018), 양서희 외(2020), 양정란(2014), 오지혜, 박은옥(2017), 원앙리 외(2014), 유은우, 이윤미(2018), 윤수지(2017), 이명숙(2017), 이선아, 박명화(2010), 이영태 외(2012), 이지은 외(2015), 정정희, 김정순

62 건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구

구분	변수	낮은 헬스리터러시 관련 요인 ¹⁾	참고문헌
			(2014), 주현정 외(2012), 정은영, 황선경(2015), 조영문 외(2018), 천희란(2020), 홍인화, 은영(2012), 황혜남(2016), Jeong & Kim(2016), Jeong et al. (2014), Kim et al.(2015), Lee & Park(2018), Lee et al.(2017), Park & June(2011), Son et al.(2018), Song et al.(2017)
	고용상태	비고용 상태	김난희 외(2016), 김진수(2015), 박순주(2017), 손연정, 송은경(2012), 신경민 외(2016); 오지혜, 박은옥(2017), 원앙리 외(2014), 정은영, 황선경(2015), 조성은 외(2017), 홍인화, 은영(2012), Lee & Park(2018)
	직업 특성	농림어업종사자	김준호 외(2019), 이영태 외(2012)
		서비스직	김현실, 강은옥(2019)
	혼인상태	배우자 없음	권명순 외(2013), 김영선 외(2014), 김준호 외(2019), 박현주, 황선경(2014), 이선아, 박명화(2010), 오지혜, 박은옥(2017), 정순돌 외(2016), 정은영, 황선경(2015), 박은옥 외(2015), 홍인화, 은영(2012), Jeong & Kim(2016), Park & June(2011)
건강증진	건강증진 행동	음주	김정은(2011), 손연정 외(2012)
		신체활동 미실천	김난희 외(2016), 김준호 외(2019)
		건강 행동 미실천	고명실, 강경자(2018), 김지영, 석민현(2016), 이성심 외(2017), 이영희 외(2019), 이지은 외(2015), 장병순, 김동희(2015), 정은영, 황선경(2015), 정정희, 김정순(2014)
건강상태	비만	과체중, 비만	손연정, 송은경(2012)
	주관적 건강상태	나쁜 주관적 건강상태	김난희 외(2016), 김영선 외(2014), 김준호 외(2019), 박은옥 외(2015); 박현주, 황선경(2014), 손연정 외(2012), 이순영, 서순림(2018), 이병관 외(2010), 이성심 외(2017), 원앙리 외(2014), 정순돌 외(2016), 정은영, 황선경(2015), Jeong et al.(2014), Jeong & Kim (2016), Kim et al.(2015), Lee et al.(2017), Park & June(2011)

구분	변수	낮은 헬스리터러시 관련 요인 ¹⁾	참고문헌
	질병 이환	질환 유병	김영선 외(2014), 김영선, 강은나(2017), 김정은(2011), 김준호 외(2019), 김진수(2015), 박순옥 외(2015); 손연정 외(2012), 정정희, 김정순(2014), 조영문 외(2018), Jeong & Kim(2016), Jeong et al. (2014), Song et al.(2017)
	삶의 질	낮은 삶의 질	백경신(2017), 주현정 외(2014), Lee, Lee, & Chang(2018), Park et al.(2018)
	정신건강	낮은 정신건강 수준	오미정 외(2020)
		우울	김영선 외(2014), 김영선, 강은나(2017), 최은영 외(2017), Rhee et al.(2017)
건강관리	예방적 의료 이용	건강검진 미수검	김준호 외(2019), 김남선, 이규은(2014), Jeong & Kim (2016)
	복약순응	복약 미순응	조규영, 하명남(2019), Lee et al.(2017), Park et al.(2017)
	의료 이용	의료 이용 증가	김영선 외(2014), 김영선, 강은나(2017), 김유정, 이가연(2014), 김준호 외(2019), 황윤희, 이가연(2019), 윤수지(2017), Kim, Khatiwoda, Park, & Lee(2016); Park & June(2011)
	의료비	의료비의 과부담	조성은 외(2017)

헬스리터러시에 영향을 미치는 인구사회경제학적 요인으로는 공통적으로 나타난 요인은 연령, 소득, 교육 수준, 고용상태, 배우자 유무 여부였다. 낮은 헬스리터러시 관련 요인으로 고령, 저소득, 낮은 교육 수준, 비고용 상태, 배우자가 없는 상태가 많은 연구에서 나타났으며 일부 연구는 직업의 특성에 따라 헬스리터러시 수준이 다르다고 보고하였다(표 2-6). 또한, 도시지역에 거주하는 경우(김영선, 강은나, 2017; 서미경, 이민규, 2013), 동거가족이 있는 경우(김수진 외, 2020; 양서희 외, 2020;

오지혜, 박은옥, 2017; 정은영, 황선경, 2015; 조선영, 최송식, 2017; Lee & Park, 2018), 사회활동에 많이 참여하는 경우(김영선, 강은나, 2017; 김유정, 이가언, 2014; 이명숙, 2017; 정정희, 김정순, 2014, Park & June, 2011), 종교가 있는 경우(김유정, 이가언, 2014; 양서희 외, 2020; 이지은 외, 2015)가 그렇지 않은 경우보다 헬스리터러시 수준이 높은 것으로 보고되었다. 성별의 경우는 남성(김난희 외, 2016; 김묘성, 정인숙, 2012; 김영선 외, 2014; 김영선, 강은나, 2017; 김준호 외, 2019; 박순옥 외, 2015; 박현주, 황선경, 2014; 오지혜, 박은옥, 2017; 신경민 외, 2016; 원앙리 외, 2014; 이명숙, 2017; 이선아, 박명화, 2010; 이순영, 서순림, 2018; 정은영, 황선경, 2015)이 헬스리터러시가 더 높다고 보고한 연구가 많았으나, 여성의 헬스리터러시가 더 높다고 보고하는 연구도 있었다(김정은, 2011; 박지연, 전경자, 2011; 양서희 외, 2020; 이영태 외, 2012). 연령대에 따라 헬스리터러시 수준이 높은 성별에 차이가 있었는데 아동이나 청소년을 대상으로 한 연구에서는 여학생이 남학생보다 헬스리터러시가 높았다(고해숙, 김성희, 2020; 안은정, 권인수, 2014).

건강 관련 요인은 헬스리터러시에 영향을 주는 요인뿐만 아니라 영향을 받는 요인으로도 연구에서 분석되었다. 건강증진, 건강상태, 건강관리, 의료 이용 등 다양한 건강 관련 요인이 헬스리터러시와의 상관성이 나타났다. 특히 건강증진 행동 미실천, 부정적인 주관적 건강상태, 질병이환, 의료 이용 경험, 예방적 의료 이용 미실천 등이 낮은 수준의 헬스리터러시와 관계가 있는 것으로 나타났다.

제4절 소결

이 장에서는 헬스리터러시의 개념과 정의, 헬스리터러시와 건강의 관련성, 국내 헬스리터러시의 연구 동향에 대해 살펴보았다. 헬스리터러시는 진화하는 개념으로, 다양한 정의와 개념이 제시되고 발전되어 왔다. 헬스리터러시에 대한 연구가 축적되면서, 헬스리터러시의 정의는 개인의 읽고 쓰는 능력과 기술에서 건강정보의 탐색부터 이해와 활용까지 아우르는 역량으로 확장해왔다. 또한, 개인의 수준뿐만이 아닌 조직, 지역사회, 보건의료 시스템 등 넓은 영역에서 다루어지고 있다.

헬스리터러시는 건강의 각 영역에서, 건강 관련 결정을 내리고, 건강행동을 수행하게 하는 역할을 하므로 건강격차를 줄이기 위해 수정 가능한 위험요인(modifiable risk factor)으로 간주 된다(Sanders et al., 2009; Stormacq, van den Broucke, & Wosinski, 2019). 그동안 헬스리터러시는 만성질환의 관리, 예방, 의료 이용의 측면에서 강조되어 왔으며, 최근의 코로나 19의 전 세계적인 확산으로 인해, 감염병의 예방 및 관리에서의 헬스리터러시의 역할의 중요성이 주목 받고 있다. 불확실한 상황에서 건강정보를 탐색하고, 본인에게 적용할 알맞은 정보를 찾고, 이해하며, 이와 관련한 결정을 내릴 수 있는 역량의 강화는 감염병의 예방과 확산 방지에 기여할 것이다.

헬스리터러시 관련 연구 범주 문헌고찰을 통해 국내 헬스리터러시 연구 동향을 살펴본 결과, 헬스리터러시 관련 연구가 꾸준히 증가하고 있음을 알 수 있었다. 이 연구는 2010년부터 2020년 6월까지 수행한 헬스리터러시 관련 연구를 문헌고찰의 대상으로 하였고, 148편의 논문을 포함하였다. 고찰 포함 문헌의 기준이 다르지만, 2005~2014년에 출판된 국내 논문을 고찰한 강수진 등(2015)의 연구가 41편을 포함했던 것과 비교

할 때, 헬스리터러시에 대해 연구자들의 관심이 증가했다고 볼 수 있다.

헬스리터러시에 대한 다양한 정의와 개념이 있었듯이, 국내 선행연구에서도 다양한 헬스리터러시 용어와 정의를 사용하고 있었다. 고찰에 포함된 연구들은 개인의 능력으로서의 헬스리터러시를 정의하는 경우가 가장 많았고, Nutbeam(1998)의 정의를 이용하여 헬스리터러시를 사회적, 인지적 기술로 간주하기도 하였다. 헬스리터러시에 대한 정의가 동일하더라도 헬스리터러시 용어는 문해력, 이해 능력, 정보 이해력 등 다양하게 이용되고 있었다. 각기 다른 단어의 사용은 연구자의 의도에 따라 서로 다른 의미를 나타낼 수 있으므로 연구 결과의 해석과 활용에 주의가 필요할 것이다. 헬스리터러시 용어 통일의 필요성은 꾸준히 제기되어 왔으나(강수진 외, 2015; 강지숙 외, 2020; 이주열, 2019) 여전히 통일이 이루어지지 않았다.

헬스리터러시의 정의와 개념이 진화함에 따라 다양한 측정 도구가 개발되었다. 일부 측정 도구는 헬스리터러시의 다양한 영역을 측정하지 못하는 한계가 있으며, 헬스리터러시의 다양한 영역을 측정하는 도구는 문항 수가 많아서 의료현장에서 이용하기 어려운 경우도 있는 것으로 나타났다. 모든 장소에서 모든 사람들에게 헬스리터러시의 다양한 영역을 측정하는 많은 문항 수의 도구를 사용할 필요는 없다. 긴 설문을 수행하기 어려운 장소(예: 병원 등)에서는 간략한 측정 도구를 이용하여 헬스리터러시 취약 고위험군을 스크리닝 할 수 있다. 제1절에서 고찰한 도구 중 SILS는 1문항으로, Chew et al.(2004)의 3문항 도구는 의료현장에서 빠르게 헬스리터러시 취약 계층을 스크리닝하는 데 유용한 것으로 알려져 있다. 전체 인구집단의 헬스리터러시 수준이 건강에 미치는 영향을 심층적으로 분석하여, 중재 개입 지점을 찾아야 할 때는 헬스리터러시의 다면적 개념을 측정할 수 있는 도구를 사용해야 할 것이다. 여러 측정 도구의

장단점을 파악하고, 측정이 필요한 환경과 대상자의 특성을 고려하여 측정 도구를 선택해야 한다.

국내에서도 외국에서 개발된 측정 도구를 활용하여, 타당도 및 신뢰도 검증을 거쳐 국내 인구에게 적용 가능한 측정 도구로 개발하여 이용하고 있다. 그러나, 국내 선행연구에서 사용된 일부 측정 도구는 타당도 검증 없이 단순 번역하여 이용하기도 하였다. 일부 연구는 같은 측정 도구를 국내의 각 연구자가 각자의 방법으로 번역하여 사용하며, 동일 도구를 이용했음에도 불구하고 연구 결과의 비교가 불가능한 경우도 있었다. 측정 도구를 개발하고, 활용할 때에 각 연구의 목적과 대상자의 특성을 고려하고, 도구의 타당도와 신뢰도를 검증해야 할 것이다. 또한, 의료현장에서 활용 가능한 스크리닝 도구, 헬스리터러시와 건강에 대한 심층적인 이해를 위한 다면적 헬스리터러시를 측정할 수 있는 도구 등 다양한 도구를 개발하고, 활용하여 평가하는 연구를 지속할 필요가 있다.

고찰에 포함된 대부분의 연구가 일반적 건강 영역에서의 헬스리터러시를 연구 대상으로 하였으나, 정신건강이나 구강건강, 특정 질환에 중점을 두고 헬스리터러시를 측정하는 연구도 약 28%를 차지하여, 여러 분야에서 헬스리터러시에 대한 연구가 이루어지는 것으로 나타났다.

고찰한 논문의 3/4 이상이 대표성 없는 표본을 대상으로 하였으며, 연구 대상자 수도 약 56%는 300명 미만이었으며, 900명 이상인 논문은 8.8%에 불과했다. 우리나라 국민의 헬스리터러시 수준을 측정하고, 관련 요인에 대한 분석이 이루어지기 위해서는 인구집단의 대표성을 나타낼 수 있는 충분한 수의 연구 대상자 확보가 필요하다. 헬스리터러시 수준을 측정하는 많은 연구가 이루어졌으나, 연구 대상자의 대표성 문제와 적절한 표본 수를 대상으로 한 연구가 부족하여 우리나라 국민의 헬스리터러시 수준을 나타낼 수 있는 연구는 많지 않았다.

인구 고령화가 진행되면서 노인층의 건강관리에 대한 중요성 인식이 커지는 것을 반영하듯이, 노인층 대상 헬스리터러시 연구가 가장 많았다. 헬스리터러시는 평생에 걸쳐 학습되는 과정으로, 어린 시절부터의 헬스리터러시 교육과 헬스리터러시 증진을 위한 환경 형성이 필요하다(Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005; Bröder et al., 2017). 그러나 아동·청소년 대상 국내 연구는 소수에 불과하였다.

헬스리터러시를 측정한 연구들의 경우, 헬스리터러시의 수준(낮음, 보통, 높음 등)을 구분하는 기준을 제시하지 않은 연구들이 많았다. 각기 다른 측정 도구를 사용했기 때문에 절대적인 헬스리터러시 수준의 비교가 불가능하지만, 약 20~60%의 연구 대상자가 부적절한 수준의 헬스리터러시인 것으로 보고되었다. 또한, 국내외 선행연구의 결과와 마찬가지로 일반적으로 알려진 취약 집단(저소득층, 교육 수준이 낮은 사람, 농어촌 거주)의 헬스리터러시가 낮은 것으로 나타났다. 이는 우리나라 국민, 특히 취약 계층의 전반적인 헬스리터러시가 낮을 가능성이 있음을 나타낸다. 헬스리터러시는 건강증진 행위 미실천 또는 부정적인 건강 결과와 영향이 있는 것으로 나타나 우리나라 국민의, 특히 취약 계층의 건강증진, 질병 예방, 건강관리를 위한 헬스리터러시 제고가 필요함을 시사한다.

다음 장에서 이어질 연구는 제1절에서 검토한 Sørensen et al.(2012)의 포괄적 헬스리터러시 모델을 적용하여 수행하고자 한다. 포괄적 헬스리터러시 모델은 건강의 여러 영역에서 헬스리터러시의 영역별 역할을 설정하고 있다. 헬스리터러시의 다면적 개념을 반영하고, 중재를 위한 개입 지점의 파악에 용이하여, 많은 연구에서 사용 빈도가 높아지고 있으며, 유럽연합의 헬스리터러시 관련 정책의 틀로 이용되고 있다. 이 연구에서는 포괄적 헬스리터러시 모델을 이용하여 설문조사를 수행하고(제3장), 정책 제언(제5장)을 하고자 한다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제3장

헬스리터러시 현황

제1절 일반 국민의 헬스리터러시

제2절 대학(원)생의 코로나 관련 디지털 헬스리터러시

제3절 소결

제 3 장 헬스리터러시 현황

제1절 일반 국민의 헬스리터러시

1. 조사 개요

국내에서 수행한 헬스리터러시 관련 연구의 범주 문헌고찰 결과, 우리나라 국민의 헬스리터러시 수준을 측정한 연구는 많이 수행되었으나, 대부분 특정 집단을 대상으로 하는 소규모의 연구였다. 또한, 우리나라 국민의 특성을 반영하여 대표성 있는 표본을 대상으로 한, 포괄적인 헬스리터러시를 측정한 연구는 드물었다. 이에 이 연구에서는 우리나라 국민을 대표할 수 있는 표본을 대상으로 헬스리터러시 수준을 측정하고, 헬스리터러시 수준에 영향을 주는 요인과 헬스리터러시가 미치는 영향을 파악하기 위해 설문조사를 수행하였다.

2. 연구 방법

가. 연구 대상

해당 설문조사는 온라인으로 이루어졌다. 온라인 조사의 특성상, 디지털 접근성이 낮은 노년층의 응답률이 떨어질 것으로 예상하여 70세 이상은 조사 대상으로 포함하지 않았다. 설문조사의 대상은 만 19~69세 성인이며, 목표 표본 수는 1,000명이었다. 성별, 연령별, 지역별 인구 비례에 따라 할당 후 무작위로 표본을 구성하였다. 표본오차는 95% 신뢰수준에

서 $\pm 3.10\%$ p이다. 온라인 조사는 2020년 10월 30일부터 11월 3일까지 5일간 실시하였고, 최종적으로 조사에 응답한 대상자는 1,002명이었다. 본 조사는 한국보건사회연구원 연구윤리위원회 승인(승인번호: 2020-89)을 받고 진행하였다.

나. 측정 도구

본 설문조사는 건강정보 검색 경험 및 헬스리터러시 수준 측정과 더불어 건강상태 및 수준, 건강 행동, 사회적 지지에 대한 문항을 포함하였다.

헬스리터러시는 Sørensen 등(2012)이 제안한 포괄적 헬스리터러시 모형의 3가지 건강 영역과 4가지 헬스리터러시 하위영역을 모두 측정할 수 있는 HLS-EU-Q를 활용하여 측정하였다. HLS-EU-Q의 원도구는 47문항(HLS-EU-Q47)으로 문항 수가 많아 측정의 제한이 있을 것으로 예상하여, 해당 도구를 16문항으로 단축한 HLS-EU-Q16(Pelikan & Ganahl, 2017)을 천희란, 이주열(2020)이 번역한 도구를 이용하였다. HLS-EU-Q16은 건강관리(7문항), 질병 예방 (5문항), 건강증진(4문항)의 3개 하위영역으로 구성된다. 영역별로 관련된 행동을 하는 것에 대해 어려움이 있는지를 ‘매우 어려움’~‘매우 쉬움’의 4점 리커트 척도로 측정한다. ‘매우 어려움’, ‘어려움’으로 응답한 경우 0점, ‘쉬움’, ‘매우 쉬움’으로 응답한 경우 1점을 부여하며, HLS-EU-Q16으로 산출된 헬스리터러시 점수는 0~16점으로 계산된다.

또한, 인지 및 지식에 해당하는 헬스리터러시 수준이 개인의 건강 행동, 의료 이용, 건강상태에 미치는 영향을 파악하기 위하여 흡연, 음주, 식생활, 건강검진 등 건강 행태, 주관적 건강 수준, 이환 여부, 의료 이용 빈도 및 미충족 의료 등의 내용을 포함하였다. 주관적 사회계층은

MacArthur Scale을 이용하여 측정했다(Adler et al., 2000). 해당 측정 도구는 1~10층까지 있는 사다리 중 가장 높은 10층은 가장 잘 사는 사람, 가장 낮은 1층은 가장 가난한 사람을 의미한다고 제시하며, 본인의 가정형편이 사다리의 어디에 위치하는지를 질문하여 주관적 사회계층에 대한 인식을 측정한다. 이외에도 건강정보 탐색 방법 및 경험, 사회경제적 특성 등을 질문하였다.

〈표 3-1〉 일반 국민 대상 조사항목

영역	조사항목	문항 수
건강정보 검색 경험 및 건강정보문해력	건강정보 검색 빈도	1
	건강정보 검색 경험	2
	건강정보 검색 방법의 우선순위	1
	정보 만족도	3
	정보 검색 시 중요도	6
	헬스리터러시	16
건강상태 및 수준	건강상태	3
	건강생활 실천	9
	의료 이용 및 미충족 의료	3
사회적 지지	사회적 지지 및 관계망	6
사회경제적 특성	성별, 연령, 거주지역, 동거가족 수, 혼인 상태, 교육 수준, 고용 상태, 주관적 사회계층, 가구소득	10
합 계		60

다. 분석 방법

조사 대상자의 인구사회학적 특성은 빈도분석을 수행하였고, 인구사회학적 특성, 건강 행태 및 상태, 건강정보 검색 경험 등에 대하여 그룹 간 헬스리터러시 수준(전체, 하위영역별)의 차이를 보기 위해 t-test와 ANOVA를 수행하였다. 헬스리터러시 수준이 건강증진 행동 실천에 미치는 영향을 파악하기 위하여 다변량 회귀분석을 수행하였고, 인구사회학적 특성(모형 1), 건강상태(모형 2), 사회적 지지(모형 3), 헬스리터러시(모형 4) 순으로 단계적으로 변수를 추가하여 변수 간 영향 관계를 분석하였다.

일반 국민 대상 조사에서는 분석을 위해 다음과 같이 조작적으로 변수를 정의하였다. ‘흡연 여부’는 현재 일반 담배를 매일 또는 가끔 피움, 현재 전자담배를 피움에 해당하는 경우 ‘예(흡연)’, 지금까지 살아오는 동안 일반 담배 피운 적 없음, 과거에는 일반 담배를 피웠으나 현재는 피우지 않음, 현재 전자담배를 피우지 않음에 해당하는 경우 ‘아니오(비흡연)’로 구분하였다. ‘폭음 여부’는 최근 1년 동안 술을 마신 경험이 있는 응답자 중 한 번에 7잔 이상 마시는 경우 ‘예(폭음)’, 최근 1년 동안 술을 마신 적 없거나, 술을 마신 경험이 있는 응답자 중 한 번에 7잔 미만 마시는 경우 ‘아니오(비폭음)’로 구분하였다.

‘신체활동 지침 실천 여부’는 주 5일 이상 신체활동을 실천하는 경우 ‘예(실천)’로, 주 5일 미만 신체활동을 하거나 전혀 하지 않는 경우 ‘아니오(비실천)’로 구분하였다. ‘검진 여부’는 최근 2년간 국가 무료검진 또는 개인 비용을 지불하여 건강검진·암 검진·민간 건강검진 중 하나라도 받은 경험이 있는 경우를 ‘예’, 최근 2년간 건강검진을 받은 적 없는 경우를 ‘아니오’로 구분하였다.

‘건강증진 행동 실천’은 개인의 건강 행태 수준을 파악하기 위한 변수로, 비흡연, 비폭음, 건강한 식생활 실천, 신체활동 지침 실천, 검진에 각 1점씩 부여하여 합산한 점수(0~5점)를 활용하였다. 즉, 점수가 높을수록 건강 생활 실천의 수준이 높음을 의미한다. ‘사회적 지지’는 사회적 지지 영역의 6개 문항(ENRICH Social Support Index)에서 ‘예’라고 응답한 경우 각 1점씩 부여하여 6개 문항을 합산한 점수를 활용하였다. 해당 척도 또한 점수가 높을수록 사회적 지지 수준이 높은 것으로 해석한다.

3. 연구 결과

가. 조사 대상자의 인구사회학적 특성

설문조사에 응답한 1002명 중 남성은 508명, 여성은 492명으로 남성 응답자가 50.7%를 차지하였다. 조사 대상자는 평균 44.4세였으며, 대도시 거주자가 53.0%로 가장 많았다.

조사 대상자의 가구 특성은, 2인 이상의 가구가 87.7%로 가장 많았으며, 1인 가구는 12.3%였다. 혼인상태는 기혼 및 사실혼이 55.5%로 절반 이상을 차지하였다. 최종 학력은 대학·대학교 졸업인 대상자가 66.9%로 가장 큰 비중을 차지하였고, 고등학교 졸업 이하 23.2%, 대학원 졸업 이상 10.0%의 분포를 보였다. 주관적 사회계층(가정형편)은 중간층(4~6층)으로 인지하는 경우가 60.4%로 가장 큰 비중을 차지하였고, 하층(1~3층) 26.6%, 상층(7~10층) 13.0% 순이었다. 월평균 가구소득은 401~500만원이라고 응답한 경우가 가장 많았으며(24.8%), 대부분 201~600만원 사이로 응답했다.

〈표 3-2〉 일반 국민 조사 대상자의 인구사회학적 특성

(단위: 명, %)

구분		빈도(명)	비율(%)
전 체		1002	100.0
성별	남성	508	50.7
	여성	492	49.1
	기타	2	0.2
연령	만19~29세	196	19.6
	30~39세	183	18.3
	40~49세	221	22.1
	50~59세	228	22.8
	60~69세	174	17.4
	평균(세) ± 표준편차	44.4 ± 13.0	
교육 수준 (최종 학력)	고등학교 졸업 이하	232	23.2
	대학/대학교 졸업	670	66.9
	대학원 이상 졸업	100	10.0
혼인상태	미혼	386	38.5
	기혼/사실혼	556	55.5
	별거/사별/이혼	60	6.0
거주 지역	대도시	531	53.0
	중소도시	404	40.3
	군/읍/면	67	6.7
주관적 사회계층	하층(1~3층)	267	26.6
	중간층(4~6층)	605	60.4
	상층(7~10층)	130	13.0
1인 가구 여부 (가구원 수)	1인 가구	123	12.3
	2인 이상 다인 가구	879	87.7
월평균 가구소득	200만원 이하	98	9.8
	201~300만원	169	16.9
	301~400만원	183	18.3
	401~500만원	248	24.8
	501~600만원	174	17.4
	601~700만원	89	8.9
	701만원 이상	41	4.1

나. 인구사회학적 특성에 따른 헬스리터러시

헬스리터러시 수준을 부족(0~8점), 경계(9~12점), 적정(13~16점)으로 구분할 때(Röthlin, Pelikan, & Ganahl, 2013, Okan et al., 2020에서 재인용), 전체 조사 대상자의 43.3%가 헬스리터러시가 부족한 수준인 것으로 나타났다. 적정 수준의 헬스리터러시는 29.1%였다. 인구사회학적 특성별 헬스리터러시의 수준은 유의한 차이가 없었다.

〈표 3-3〉 인구사회학적 특성에 따른 헬스리터러시 수준

(단위: 명, %)

구분		부족		경계		적정		p
		N	%	N	%	N	%	
전체		434	43.3	276	27.5	292	29.1	-
성별	남성	231	45.5	139	27.4	138	27.2	.254
	여성	201	40.9	137	27.8	154	31.3	
연령	19~39세	159	42.0	110	29.0	110	29.0	.556
	40~59세	205	45.7	120	26.7	124	27.6	
	60~69세	70	40.2	46	26.4	58	33.3	
교육 수준	고졸 이하	103	44.4	59	25.4	70	30.2	.561
	대졸	282	42.1	189	28.2	199	29.7	
	대학원 졸	49	49.0	28	28.0	23	23.0	
혼인여부	미혼	166	43.0	116	30.1	104	26.9	.288
	기혼	268	43.5	160	26.0	188	30.5	
거주지역	대도시	218	41.1	158	29.8	155	29.2	.305
	중소도시	181	44.8	102	25.2	121	30.0	
	군(읍면)	35	52.2	16	23.9	16	23.9	
주관적 사회계층	하(1~3층)	126	47.2	72	27.0	69	25.8	.256
	중(4~6층)	257	42.5	172	28.4	176	29.1	
	상(7층≥)	51	39.2	32	24.6	47	36.2	
1인 가구 여부	예	53	43.1	36	29.3	34	27.6	.878
	아니오	381	43.3	240	27.3	258	29.4	

헬스리터러시를 전체 점수(16점 만점)와 하위 영역별 점수로 나누어 살펴보았을 때, 조사 대상자의 헬스리터러시는 평균 9.1점이었다. 하위영역은 건강관리 영역(7점 만점), 질병 예방 영역(5점 만점), 건강증진 영역(4점 만점)으로 구분하였으며, 각각의 평균 점수는 3.7점, 2.8점, 2.6점이었다.

전반적으로 남성보다 여성이, 미혼보다 기혼이 대도시에 거주하는 경우, 주관적 사회계층이 높을수록, 2인 이상 가구에 거주하는 경우에 헬스리터러시 점수가 높아지는 경향성을 보였다. 반면, 연령 및 교육 수준에서는 일정한 경향성을 보이지는 않았으며, 60세 이상 고령층에서, 대학·대학교 졸업 집단에서 평균적인 헬스리터러시 점수가 높은 것으로 나타났다.

조사 대상자의 인구사회학적 특성에 따른 헬스리터러시 평균 차이를 분석한 결과, 성별, 연령, 교육 수준, 주관적 사회계층 인식에서 집단 간 평균 차이가 통계적으로 유의한 결과($p < .05$)를 보였다. 반면 혼인 여부 및 1인 가구 여부와 같은 가구 특성이나 거주지역은 유의한 수준의 차이가 나타나지는 않았다.

하위영역별로 살펴보면, 건강관리 영역에서는 인구사회학적 특성 간 유의한 차이가 두드러지지 않았다. 질병 예방 영역에서는 교육 수준과 주관적 사회계층 그룹 간에 통계적으로 유의한 헬스리터러시 수준 차이를 보였고, 교육 수준이 높은 대학·대학교 졸업 집단에서, 주관적 사회계층이 높을수록 헬스리터러시 수준이 높았다. 건강증진 영역에서는 성별과 연령 그룹 간에 유의한 수준 차이가 있는 것으로 나타났고, 여성과 60~69세 집단이 각각 높은 수준임을 파악할 수 있었다.

〈표 3-4〉 인구사회학적 특성에 따른 헬스리터러시 점수

(n=1,002, 단위: 평균, 표준편차)

구분	헬스리터러시(전체)			건강관리 영역			질병예방 영역			건강증진 영역			
	평균	SD	p	평균	SD	p	평균	SD	p	평균	SD	p	
전체	9.1	4.8	-	3.7	2.2	-	2.8	1.7	-	2.6	1.4	-	
성별 ¹⁾	남성	8.9	.120	3.7	2.2	.154	2.8	1.7	.972	2.4	1.4	.004	
	여성	9.4	4.7	3.9	2.2		2.8	1.7		2.7	1.4		
연령	19~39세	9.2	4.6	.141	3.8	2.2	.310	2.8	1.7	.289	2.6	1.4	.048
	40~59세	8.9	4.9		3.7	2.3		2.7	1.7		2.4	1.5	
	60~69세	9.7	4.6		4.0	2.2		3.0	1.7		2.7	1.4	
교육 수준	고졸 이하	9.0	4.9	.042	3.7	2.2	.263	2.8	1.8	.012	2.5	1.5	.074
	대졸	9.3	4.6		3.8	2.2		2.9	1.7		2.6	1.4	
	대학원 출	8.1	5.0		3.5	2.3		2.3	1.8		2.3	1.5	
혼인 여부	미혼	9.0	4.7	.624	3.7	2.2	.702	2.7	1.7	.195	2.6	1.4	.599
	기혼	9.2	4.8		3.8	2.3		2.9	1.7		2.5	1.4	
거주 지역	대도시	9.2	4.8	.535	3.8	2.3	.370	2.8	1.7	.730	2.6	1.4	.823
	중소도시	9.1	4.8		3.8	2.2		2.8	1.7		2.6	1.4	
	군(읍면)	8.5	4.6		3.4	2.0		2.6	1.7		2.5	1.4	
주관적 사회계층	하(1~3층)	8.6	4.9	.058	3.6	2.2	.322	2.5	1.8	.015	2.4	1.5	.097
	중(4~6층)	9.3	4.6		3.8	2.2		2.9	1.7		2.6	1.4	
	상(7층>)	9.6	4.9		3.9	2.4		2.9	1.7		2.7	1.4	
1인 가구 여부	예	8.8	5.0	.439	3.7	2.4	.762	2.7	1.7	.447	2.4	1.4	.236
	아니오	9.2	4.7		3.8	2.2		2.8	1.7		2.6	1.4	

주 1: 성별을 '기타'로 응답한 경우(1명), 평균 분석에서 제외함.

다. 건강 행태 및 수준에 따른 헬스리터러시

헬스리터러시 수준을 부족, 경계, 적정으로 나누었을 때, 주관적 건강 상태가 나쁜 경우, 신체활동을 하지 않는 경우, 건강한 식생활 실천 노력을 하지 않는 경우, 영양표시 확인을 하지 않는 경우, 미충족 의료를 경험한 경우, 사회적 지지 수준이 낮은 경우 부족한 수준의 헬스리터러시로 나타나는 대상자의 비율이 유의하게 높았다. 즉, 건강생활을 실천하는 경우 헬스리터러시 수준이 높은 것으로 나타났다(표 3-5).

헬스리터러시의 점수를 비교했을 때도, 주관적 건강 수준이 높을수록, 만성질환 이환이 없는 경우, 건강 생활을 실천할수록(비흡연, 비음주, 신체활동, 건강한 식생활, 건강검진 수검 등), 적정한 수준의 의료 이용을 하는 경우, 미충족 의료 경험이 없는 경우, 사회적 지지 수준이 높을수록 헬스리터러시 점수가 유의하게 높은 것으로 나타났다.

하위영역별 점수도 전체 헬스리터러시 점수와 유사한 양상을 보였으며, 전체 헬스리터러시 점수 차이가 유의한 변수의 경우 각 하위영역에서도 유의한 차이를 보였다. 다만, 흡연 여부 및 전자담배 사용 여부는 건강 증진 영역의 헬스리터러시 점수에만 유의한 차이를 보였다. 또한, 건강검진 수검 여부는 전체 점수와 건강증진 영역에서 유의한 차이를 보였으며, 건강관리와 질병 예방 영역에서의 평균 점수의 차이는 경계선상에서 유의했다.

〈표 3-5〉 건강 행태 및 수준에 따른 헬스리터러시 수준

(단위: 명, %)

구분		부족		경계		적정		p
		N	%	N	%	N	%	
만성질환	없음	234	42.1	146	26.3	176	31.7	.085
	1가지	140	42.6	104	31.6	85	25.8	
	2가지 이상	60	51.3	26	22.2	31	26.5	
주관적 건강상태	좋음	91	32.3	78	27.7	113	40.1	〈.001
	보통	257	46.1	147	26.3	154	27.6	
	나쁨	86	53.1	51	31.5	25	15.4	
흡연	예	121	45.7	71	26.8	73	27.5	.655
	아니오	313	42.5	205	27.8	219	29.7	
전자담배 사용	예	61	48.8	31	24.8	33	26.4	.417
	아니오	373	42.5	245	27.9	259	29.5	
현재 음주	예	99	44.4	54	24.2	70	31.4	.421
	아니오	335	43.0	222	28.5	222	28.5	
폭음	예	103	46.0	57	25.4	64	28.6	.616
	아니오	331	42.5	219	28.1	228	29.3	
신체활동 ¹⁾	주 5일 이상	48	35.0	36	26.3	53	38.7	.012
	주 1~5일	230	41.9	155	28.2	164	29.9	
	전혀 하지 않음	156	49.4	85	26.9	75	23.7	
건강한 식생활 노력	노력하지 않음	71	49.3	43	29.9	30	20.8	〈.001
	보통	203	48.9	113	27.2	99	23.9	
	노력함	160	36.1	120	27.1	163	36.8	
영양표시 확인	확인하지 않는 편	171	48.4	104	29.5	78	22.1	〈.001
	보통	146	45.1	89	27.5	89	27.5	
	확인하는 편	117	36.0	83	25.5	125	38.5	
검진 여부	예	313	41.5	218	28.9	224	29.7	.096
	아니오	121	49.0	58	23.5	68	27.5	
의료 이용	1달에 1번 이상	92	42.8	60	27.9	63	29.3	.503
	2~3달에 1번	107	40.7	75	28.5	81	30.8	
	6개월에 1번	137	41.5	94	28.5	99	30.0	
	방문하지 않음	98	50.5	47	24.2	49	25.3	
미충족 의료	예	53	53.0	31	31.0	16	16.0	.009
	아니오	381	42.2	245	27.2	276	30.6	
사회적 지지	부족	145	57.5	60	23.8	47	18.7	〈.001
	보통	93	48.4	59	30.7	40	20.8	
	양호	196	35.1	157	28.1	205	36.7	

〈표 3-6〉 건강 행태 및 수준에 따른 헬스리터러시 점수

(n=1,002, 단위: 평균, 표준편차)

구분	헬스리터러시(전체)			건강관리 영역			질병 예방 영역			건강증진 영역		
	평균	SD	p	평균	SD	p	평균	SD	p	평균	SD	p
전체	9.1	4.8	-	3.7	2.2	-	2.8	1.7	-	2.6	1.4	-
만성 질환 없음	9.4	4.8	.083	3.9	2.2	.063	2.9	1.7	.192	2.6	1.4	.294
1가지 질환	9.0	4.6		3.7	2.2		2.8	1.7		2.5	1.4	
2가지 이상 질환	8.4	4.9		3.4	2.3		2.6	1.8		2.4	1.5	
주관적 건강상태 좋음	10.6	4.6	<.001	4.4	2.2	<.001	3.3	1.6	<.001	2.8	1.3	<.001
보통	8.9	4.7		3.6	2.3		2.7	1.7		2.5	1.4	
나쁨	7.7	4.5		3.2	2.0		2.3	1.7		2.2	1.5	
현재 흡연 예	8.8	4.8	.200	3.7	2.3	.660	2.7	1.7	.310	2.4	1.5	.018
아니오	9.3	4.7		3.8	2.2		2.8	1.7		2.6	1.4	
전자담배 사용 예	8.5	5.0	.134	3.5	2.4	.221	2.7	1.8	.650	2.3	1.4	.011
아니오	9.2	4.7		3.8	2.2		2.8	1.7		2.6	1.4	
현재 음주 예	9.1	4.7	.813	3.7	2.2	.524	2.8	1.7	.748	2.6	1.4	.552
아니오	9.2	4.8		3.9	2.2		2.8	1.8		2.5	1.5	
폭음 예	8.8	4.9	.212	3.6	2.3	.248	2.7	1.7	.300	2.5	1.5	.271
아니오	9.2	4.7		3.8	2.2		2.8	1.7		2.6	1.4	
주 5일 이상 신체활동 주 1~5일	10.1	4.8	<.001	4.2	2.3	.003	3.1	1.6	<.001	2.8	1.4	.015
전혀 하지 않음	8.3	4.8		3.4	2.3		2.4	1.8		2.4	1.4	

(n=1,002, 단위: 평균, 표준편차)

구분	헬스리더십(전체)			건강관리 영역			질병 예방 영역			건강증진 영역		
	평균	SD	p	평균	SD	p	평균	SD	p	평균	SD	p
건강한 식생활 노력	8.2	4.7	<.001	3.4	2.2	<.001	2.5	1.7	<.001	2.3	1.5	<.001
	8.5	4.7		3.5	2.2		2.6	1.7		2.4	1.4	
	10.0	4.7		4.1	2.2		3.1	1.7		2.8	1.4	
영양표시 확인	8.5	4.6	<.001	3.5	2.2	.002	2.6	1.7	<.001	2.4	1.4	<.001
	8.8	4.9		3.7	2.2		2.7	1.7		2.4	1.5	
	10.2	4.7		4.1	2.3		3.2	1.7		2.9	1.3	
검진 여부	9.5	4.6	.010	3.9	2.2	.052	2.9	1.7	.089	2.7	1.4	.001
	8.7	4.9		3.6	2.3		2.7	1.8		2.4	1.5	
의료 이용	9.3	4.5	.008	3.8	2.1	.026	2.9	1.7	.022	2.5	1.4	.019
	9.3	4.8		3.8	2.3		2.8	1.7		2.7	1.4	
	9.5	4.5		3.9	2.2		2.9	1.7		2.7	1.4	
	8.1	5.2		3.3	2.4		2.5	1.8		2.3	1.6	
미충족 의료	7.7	4.7	.001	3.0	2.2	<.001	2.5	1.7	.036	2.2	1.5	.016
	9.3	4.7		3.9	2.2		2.8	1.7		2.6	1.4	
사회적 지지	7.4	4.9	<.001	3.2	2.2	<.001	2.2	1.7	<.001	2.0	1.5	<.001
	8.6	4.4		3.5	2.2		2.6	1.6		2.5	1.3	
	10.1	4.5		4.1	2.2		3.1	1.7		2.8	1.4	

라. 건강정보 검색 경험에 따른 헬스리터러시

1) 건강정보 검색 경로 및 만족도

건강정보 검색 경험에 따른 헬스리터러시 수준 차이를 분석하기에 앞서 건강정보 검색 경로와 그에 따른 만족도를 살펴보았다. 건강정보 검색 경로 1~3순위에 대한 응답 비중을 합산한 결과, 인터넷 포털을 이용한 경우가 86.2%로 가장 많았으며(1순위 66.2%, 2순위 15.2%, 3순위 4.9%), 유튜브(합계 39.5%), 텔레비전(합계 33.1%), 건강 관련 의료기관 홈페이지(합계 31.6%) 등의 순이었다. 웹 또는 영상매체를 통한 건강정보 습득이 큰 비중을 차지하고 있었고, 상대적으로 SNS와 건강 관련 앱, 기존 매체 등을 통한 정보탐색은 우선순위가 낮은 것으로 나타났다.

〈표 3-7〉 건강정보 검색 경로 우선순위

(단위: %)

구분	계(1+2+3순위)	1순위	2순위	3순위
인터넷 포털(네이버, 다음 등)	86.2	66.2	15.2	4.9
유튜브	39.5	5.1	19.1	15.4
텔레비전	33.1	13.3	11.4	8.5
건강 관련 의료기관 홈페이지	31.6	3.6	17.4	10.7
가족, 친구 등 지인	25.5	1.5	7.7	16.4
건강 관련 정부 기관 홈페이지	18.9	1.9	7.4	9.6
의료인(의사, 간호사 등)	18.8	1.4	5.9	11.5
건강 관련 앱	15.9	1.2	6.2	8.5
트위터, 페이스북, 카카오톡 등 SNS·메신저	13.6	0.8	4.1	8.7
종이신문	4.8	1.8	1.3	1.7
라디오	4.3	0.8	1.9	1.6
기타	0.3	-	0.1	0.2

건강정보 검색 경로별 만족도를 살펴보면, 우선순위 선호도와 만족도가 일치하지는 않음을 확인할 수 있다. 전체 평균 만족도는 인터넷 포털 3.63점, 유튜브 3.64점이었고, 경로별 만족도 편차는 크지 않았다. 반면, 건강정보 탐색 경로의 우선순위는 낮은 편이었으나, 의료인을 통해 얻은 건강정보에 대한 만족도가 평균 3.91점으로 가장 높았다.

〈표 3-8〉 건강정보 검색 경로별 만족도

(단위: 점)

구분	전체 평균	1순위	2순위	3순위
인터넷 포털(네이버, 다음 등)	3.63	3.65	3.61	3.45
유튜브	3.64	3.96	3.65	3.53
텔레비전	3.57	3.67	3.54	3.47
건강 관련 의료기관 홈페이지	3.65	3.69	3.60	3.70
가족, 친구 등 지인	3.61	4.00	3.64	3.55
건강 관련 정부 기관 홈페이지	3.63	3.74	3.68	3.57
의료인(의사, 간호사 등)	3.91	4.50	4.03	3.77
건강 관련 앱	3.59	4.25	3.74	3.39
트위터, 페이스북, 카카오톡 등 SNS·메신저	3.40	3.13	3.56	3.36
종이신문	3.67	3.72	3.54	3.71
라디오	3.26	3.38	3.32	3.13
기타	3.33	-	4.00	3.00

주: 만족도는 5점 만점으로 측정되었으며, 점수가 높을수록 만족도가 높음을 의미함.

2) 건강정보 검색 경험과 헬스리터러시

건강정보 검색 빈도 및 그에 따른 경험에 대한 응답을 살펴보면, 1주일에 1번 이상이 37.3%로 가장 큰 비중을 차지하였고, 건강정보를 찾아보지 않는다는 응답은 15.5% 였다. 필요한 정보를 찾는 데에 많은 노력이

들었다고 응답한 경우는 68.3%로 과반수보다 많은 비중을 차지하고 있었고, 정보를 찾는 데에 불편함을 느낀 경우도 49.7%를 차지하여 조사 대상자가 건강정보 탐색에 어려움을 느끼는 경우가 많은 것으로 나타났다.

〈표 3-9〉 건강정보 검색 빈도 및 경험

(단위: 명, %)

구분	빈도(명)	비율(%)
전체	1,002	100.0
정보 검색 빈도	1주일 1번 이상	37.3
	1달에 1번 이상	32.3
	6개월에 1번 이상	14.9
	찾아보지 않음	15.5
검색 경험1	동의하지 않음	31.7
	동의함	68.3
검색 경험2	동의하지 않음	49.3
	동의함	49.7

주: 1) 검색 경험1: '필요한 정보를 찾는 데에 많은 노력이 들었다'에 대한 응답.

2) 검색 경험2: '정보를 찾는 과정에서 불편함을 느꼈다'에 대한 응답.

건강정보 검색 시 어려움을 경험한 경우, 부족한 수준의 헬스리터러시를 가진 대상자의 비율이 어려움을 경험하지 않은 경우보다 유의하게 많았다(표 3-10 참조).

조사 대상자의 건강정보 검색 경험에 따른 전체 헬스리터러시 평균 차이를 분석한 결과, 모든 변수에서 집단 간 평균 차이가 통계적으로 유의했다($p < .05$). 하위영역별 결과 또한 전체 헬스리터러시 수준과 유사한 양상을 보였으며, 전체 헬스리터러시 수준 차이가 유의한 변수의 경우 각 하위영역에서도 유의한 차이를 보였다(표 3-11 참조).

〈표 3-10〉 건강정보 검색 빈도 및 경험과 헬스리터러시 수준

(단위: 명, %)

구분		부족		경계		적정		p
		N	%	N	%	N	%	
정보 검색 빈도	1주일 1번 이상	153	40.9	102	27.3	119	31.8	.159
	1달에 1번 이상	135	41.7	104	32.1	85	26.2	
	6개월에 1번 이상	74	49.7	32	21.5	43	28.9	
	찾아보지 않음	72	46.5	38	24.5	45	29.0	
검색 경험1	동의하지 않음	83	26.8	94	30.3	133	42.9	〈.001
	동의함	333	49.9	181	27.1	153	22.9	
검색 경험2	동의하지 않음	134	27.3	154	31.4	203	41.3	〈.001
	동의함	282	58.0	121	24.9	83	17.1	

주: 1) 검색 경험1: '필요한 정보를 찾는 데에 많은 노력이 들었다'에 대한 응답.

2) 검색 경험2: '정보를 찾는 과정에서 불편함을 느꼈다'에 대한 응답.

〈표 3-11〉 건강정보 검색 경험에 따른 헬스리터러시 점수

(n=1,002, 단위: 평균, 표준편차)

구분	헬스리터러시(전체)			건강관리 영역			질병예방 영역			건강증진 영역		
	평균	SD	p	평균	SD	p	평균	SD	p	평균	SD	p
전체	9.1	4.8	-	3.7	2.2	-	2.8	1.7	-	2.6	1.4	-
1주일 1번 이상	9.5	4.7	<.001	3.9	2.3	<.001	3.0	1.7	<.001	2.7	1.4	<.001
정보 검색 빈도	9.2	4.5		3.9	2.1		2.8	1.7		2.6	1.4	
6개월에 1번 이상	8.7	4.8		3.6	2.2		2.6	1.7		2.4	1.4	
찾아보지 않음	8.6	5.3		3.5	2.4		2.6	1.9		2.4	1.6	
검색 경험1	10.9	4.3	<.001	4.6	2.1	<.001	3.3	1.6	<.001	3.0	1.2	<.001
동의하지 않음	8.5	4.7		3.4	2.2		2.6	1.7		2.4	1.4	
검색 경험2	10.9	4.2	<.001	4.6	2.0	<.001	3.3	1.6	<.001	3.0	1.2	<.001
동의하지 않음	7.6	4.6		3.0	2.1		2.3	1.7		2.2	1.5	

주: 1) 검색 경험1: '필요한 정보를 찾는 데에 많은 노력이 들었다'에 대한 응답

2) 검색 경험2: '정보를 찾는 과정에서 불편함을 느꼈다'에 대한 응답

3) 헬스리터러시에 따른 건강정보 중요도 인식

헬스리터러시 점수의 중위값을 기준으로 집단을 이분하여 건강정보 중요도에 대한 인식을 비교하였다. 헬스리터러시 상위 50% 집단에서 공증된 정보에 대한 중요도를 높게 평가하여 유의한 차이를 보였으나, 이외의 항목에 대해서는 유의한 차이를 보이지 않았다.

〈표 3-12〉 헬스리터러시에 따른 건강정보 중요도 인식

(단위: 점)

구분	헬스리터러시 ¹⁾		
	상위 50%	하위 50%	p
최신 정보	3.30	3.24	.119
공증된 정보	3.62	3.54	.037
핵심을 빠르게 학습할 수 있는 정보	3.19	3.14	.262
공식적 출처를 가진 정보	3.44	3.40	.291
다른 의견의 제시 여부	2.97	3.01	.215
주제에 대한 포괄적 내용 포함 여부	3.04	3.00	.349

주 1) 헬스리터러시 중위값을 기준으로 상위 50%, 하위 50% 집단을 구분하여 건강정보 중요도에 대한 점수의 평균을 비교함. 건강정보 중요도는 4점 만점으로 측정했으며, 점수가 높을수록 더 중요하다고 인식함을 의미함.

마. 건강증진 행동 실천에 영향을 미치는 요인

헬스리터러시가 건강증진 행동 실천에 미치는 영향을 파악하기 위하여 다변량 회귀분석을 수행한 결과 연령, 성별, 교육 수준(대학원 졸업 이상), 혼인 여부, 주관적 사회계층, 주관적 건강 수준, 헬스리터러시 수준이 건강증진 행동 수준에 통계적으로 유의한 영향($p < .05$)을 미치는 요인으로 나타났다.

모형 1~4에 따라 인구사회학적 특성, 건강상태, 사회적 지지 수준, 헬

스리터러시 수준을 순서대로 투입 및 통제하였을 때, 설명력이 점차 높아지는 것을 확인할 수 있다. 즉, 연령이 높을수록, 여성인 경우, 교육 수준이 높을수록, 기혼인 경우, 주관적 사회계층이 높을수록, 헬스리터러시 수준이 높을수록 건강 행동 실천 수준이 높았다.

반면, 주관적 건강 수준이 낮을수록 건강증진 행동실천 점수가 더 높은 것으로 나타났다. 주관적 건강 수준이 높을수록 헬스리터러시 수준이 높았던 경향과는 상반되는 양상이다. 사회적 지지 수준은 건강증진 행동 수준과 유의한 관련이 있는 것으로 나타났으나, 헬스리터러시 수준을 투입한 모형 4에서는 유의하지 않은 것으로 나타났다.

〈표 3-13〉 건강증진 행동수준에 영향을 미치는 요인

(n=1,000)

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	B	β	B	β	B	β	B	β
상수	2.090	-	2.551	-	2.369	-	2.241	-
연령	.010	.133	.011	.141	.011	.147	.011	.143
성별(기준: 남성)	.528	.262	.545	.270	.537	.266	.530	.263
교육 수준 (기준: 고졸 이하)								
대졸	.124	.058	.114	.053	.107	.050	.107	.050
대학원 졸업 이상	.242	.072	.233	.069	.234	.069	.252	.075
혼인 여부(기준: 미혼)								
기혼	.204	.099	.202	.098	.178	.086	.183	.089
거주지역(기준: 군/읍/면)								
중소도시	.033	.016	.068	.034	.065	.032	.052	.026
대도시	.097	.047	.141	.069	.135	.066	.122	.059
주관적 사회계층(기준: 하)								
중	.177	.086	.120	.058	.081	.039	.085	.041
상	.436	.146	.317	.106	.275	.092	.281	.094
주관적 건강			-.165	-.124	-.146	-.110	-.129	-.097
사회적 지지					.036	.075	.029	.061
헬스리터러시							.014	.067
R ²	.143		.157		.162		.166	

주: 성별을 '기타'로 응답한 경우(2명), 분석에서 제외함.

제2절 대학(원)생의 코로나 관련 디지털 헬스리터러시

1. 조사 개요

신종 코로나바이러스의 확산 이후 코로나 관련 진단, 치료, 예방법 등에 대한 많은 정보가 온라인을 통해 제공되고 있다. 불확실한 정보 속에서 적절한 정보를 찾고, 이해하고, 평가하고, 사용하는 능력인 헬스리터러시가 그 어느 때보다도 중요한 시기이며, 특히 온라인 정보에 대한 헬스리터러시, 즉 디지털 헬스리터러시에 대한 관심이 높아지고 있다.

전 세계 헬스리터러시 연구자들은 국제 컨소시엄(COVID-HL Consortium)을 구성하여 불확실한 상황에서의 코로나 대응과 관련한 건강 행동과 디지털 헬스리터러시의 관련성에 대한 연구를 수행하고 있다. COVID-HL 컨소시엄은 2020년 11월 기준, 49개 국가 94명의 연구자가 참여하고 있다. 컨소시엄의 대표적인 연구는 대학생(대학원생 포함)을 대상으로 하여 코로나 관련 디지털 헬스리터러시를 측정하는 것으로, 컨소시엄에 참여하는 국가들이 동일한 측정 도구를 이용하여 온라인 설문조사를 수행한다(Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung(IZGK), 2020).

본 연구진은 해당 컨소시엄에 참여하여, 우리나라 대학생의 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 수준을 측정하였다. 디지털 헬스리터러시가 코로나19와 같은 신종감염병의 이해와 대응에 어떠한 영향을 미치는지를 파악하기 위해 온라인 설문조사를 수행했다.

2. 연구 방법

가. 연구 대상

온라인 설문조사 대상은 대학교 또는 대학원에 재학 중인 만 19세 이상 성인이다. 2019년 하반기 교육통계 기준 전국 대학생 성별 인구 비례에 따라 할당 후 무작위로 표본을 구성하였고, 목표 조사 대상자는 500명이었다. 표본오차는 95% 신뢰수준에서 $\pm 4.38\%p$ 이다. 온라인 조사는 2020년 10월 30일부터 11월 5일까지 7일간 실시하였고, 최종적으로 조사에 응답한 대상자는 대학(원)생 501명이었다. 본 조사는 한국보건사회연구원 연구윤리위원회의 승인(승인번호: 2020-89)을 받고 진행하였다.

나. 측정 도구

본 조사에 이용한 설문은 COVID-HL 컨소시엄에서 개발한 설문 문항(Dadaczynski, Okan, & Rathmann, 2020)을 바탕으로 했으며, 국내 상황에 맞도록 일부 문항의 변경이 있었다. 원 설문의 영문판을 연구진이 번역하였고, 원어민의 검토를 거쳐 확정하였다.

코로나 관련 디지털 헬스리터러시(COVID-DHLI)의 측정은 디지털 헬스리터러시 측정 도구(van der Vaart & Drossaert, 2017)에서 건강 관련 정보를 인터넷에서 검색할 때의 경험을 묻는 것을 ‘코로나바이러스와 관련한 주제에 대한 정보’를 찾을 때의 경험을 묻는 것으로 변형하여 시행하였다. 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 측정 도구는 정보 검색(information searching, 3문항), 자기 의사 표현(adding self-generated content, 3문항), 정보 신뢰성 평가(evaluating reliability, 3문

항), 정보 관련성 결정(determining relevance, 3문항)의 4개 영역, 총 12개 문항으로 구성된다.

〈표 3-14〉 대학(원)생 대상 조사항목

영역	조사항목	문항 수
코로나 관련 디지털 헬스리터러시 (COVID-DHLI)	정보 검색	3
	자기 의사 표현	3
	정보 신뢰성 평가	3
	정보 관련성 결정	3
코로나 관련 정보 검색 경험	코로나바이러스 관련 정보 검색 여부	1
	코로나바이러스 관련 정보 검색 방법별 이용 빈도	9
	코로나바이러스 관련 정보에 대한 중요도 판단	6
	코로나바이러스 관련 정보에 대한 만족도	1
건강상태	건강문제 보유 여부	1
	장애 보유 여부 및 정도	2
	웰빙(WHO-5)	5
	건강 불편감	8
현재 생활과 미래에 대한 평가	현재 생활에 대한 평가(sense of coherence)	9
	미래에 대한 불안(future anxiety)	9
대상자 기본정보	대학교/대학원 재학 여부, 성, 연령, 거주지역, 등록 학기, 전공 분야, 동거가족, 주관적 사회계층, 재정상태	11
합 계		74

건강상태 관련 문항으로는 WHO-5 도구를 사용하여 웰빙을 측정하였다. 또한, 지난 6개월간 두통, 복통, 요통, 우울, 짜증/언짢음, 긴장감, 잠들기 어려움/불면증, 어지럼증의 8가지 건강 불편감 빈도를 질문하였다. 주관적 사회계층은 MacArthur Scale을 이용하여 측정했다(Adler et

al., 2000). 이 외에 코로나 관련 정보 검색 경험, 건강상태, 현재 생활 및 미래에 대한 평가에 대한 문항을 포함하였다.

다. 분석 방법

분석 변수의 정의는 다음과 같다. ‘코로나 관련 디지털 헬스리터러시(COVID-DHLI)’는 각 문항의 점수를 합산한 값에 문항 수를 나눈 값을 활용하였다. 웰빙은 5개 문항을 합산한 값의 4배수(100점 만점)를 활용하였다. 점수가 높을수록 양호한 수준의 웰빙 상태를 의미하며, 50점 이하는 우울한 상태를 의미한다. ‘주관적 건강 불편감(subjective health complaints)’은 건강 불편감 관련 8개 문항 중 불면 증상 경험 문항을 제외한 7개 문항을 합산한 값을 활용했으며, 점수가 높을수록 건강 이상 증상의 경험 빈도가 높고 건강 수준이 낮음을 의미한다(Haugland & Wold, 2001). ‘미래에 대한 불안’은 9개의 문항으로 구성된 척도(각 0~6점)를 합산한 점수를 활용하였다. 점수가 높을수록 미래에 대한 불안 수준이 높음을 의미하며, 역문항(하위 7번)은 역코딩을 하여 합산하였다.

조사 대상자의 인구사회학적 특성은 빈도분석을 수행하였고, 인구사회학적 특성, 만성질환 보유, 코로나 관련 정보 검색 만족도 등에 대하여 그룹 간 코로나 관련 디지털 헬스리터러시(전체, 하위영역별)의 차이를 보기 위해 t-test/ANOVA 분석을 수행하였다. 코로나 관련 디지털 헬스리터러시가 코로나 관련 정보 검색 만족도에 미치는 영향을 파악하기 위해 다변량 회귀분석을 수행하였고, 인구사회학적 특성(모형 1), 웰빙(모형 2), 코로나 관련 디지털 헬스리터러시(모형 3) 순으로 단계적으로 변수를 추가하여 변수 간 영향 관계를 분석했다.

3. 연구 결과

가. 조사 대상자의 인구사회학적 특성

조사에 응답한 501명 중 대학생은 444명으로 88.6%를 차지하였고, 대학원생은 57명으로 11.4%였다. 남성은 275명, 여성은 225명으로 남성 응답자가 54.9%를 차지하였다. 조사 대상자의 연령 구성은 만 19~24세 79.6%로 가장 많았고, 25~29세 17.0%, 30세 이상 3.4%이었으며, 평균 연령은 23.0세였다. 거주 지역은 대도시 57.7%, 중소도시 36.5%, 군·읍·면 5.8% 순이었다. 조사 대상자의 전공은 공학 33.5%, 사회과학 및 교육학 23.6%, 인문학 16.8% 등으로 분포되어 있다.

조사 대상자의 가구 특성을 살펴보면, 2인 이상의 가구가 94.0%로 대부분을 차지하였고, 1인 가구는 6.0%였다. 주관적 사회계층(가정형편)은 중간층(4~6층)으로 인지하는 경우가 60.5%로 가장 큰 비중을 차지하였고, 상층(7~10층) 21.8%, 하층(1~3층) 17.8% 순이었다.

〈표 3-15〉 조사 대상 대학(원)생의 인구사회학적 특성

(단위: 명, %)

구분		빈도(명)	비율(%)
전 체		501	100.0
성별	남성	275	54.9
	여성	225	44.9
	기타	1	0.2
연령	19~24세	399	79.6
	25~29세	85	17.0
	30세 이상	17	3.4
	평균(세) ± 표준편차	23.0 ± 2.8	

(단위: 명, %)

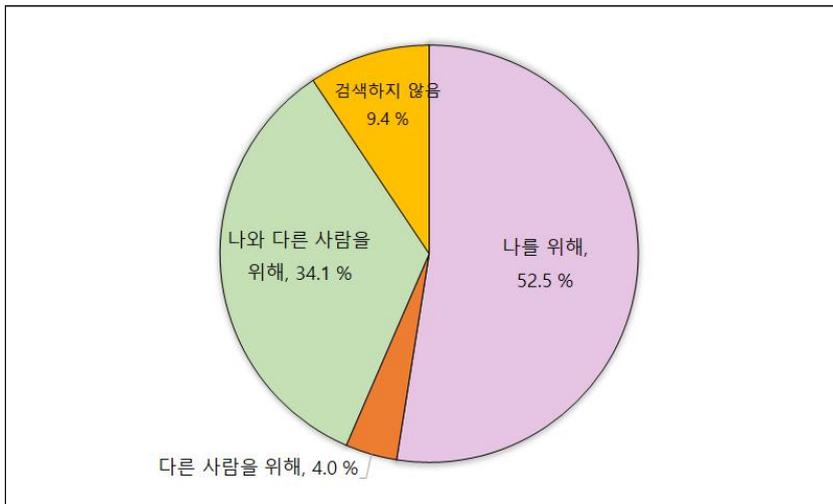
구분		빈도(명)	비율(%)
학력	학부 재학	444	88.6
	대학원 재학	57	11.4
전공 ¹⁾	공학	168	33.5
	인문학	84	16.8
	수학, 자연과학	39	7.8
	의학 및 건강과학 (의학, 간호학, 보건학 등)	58	11.6
	법학, 경제학	55	11.0
	사회과학, 사회복지, 심리학, 교육학	118	23.6
	예체능	31	6.2
	기타	6	1.2
거주 지역	대도시	289	57.7
	중소도시	183	36.5
	군/읍/면	29	5.8
주관적 사회계층	하층(1~3층)	89	17.8
	중간층(4~6층)	303	60.5
	상층(7~10층)	109	21.8
가구 구성	1인 가구	30	6.0
	2인 이상 다인 가구	471	94.0

주 1: 복수 전공인 경우, 모든 전공을 응답했으므로 총계는 501 이상일 수 있음.

나. 코로나 관련 디지털 헬스리터러시와 정보 검색 경험

조사 대상자의 90.6%(n=454)는 지난 4주 동안 코로나와 관련된 정보를 인터넷에서 검색한 경험이 있는 것으로 나타났다. 52.5%는 본인을 위해, 4.0%는 타인을 위해, 34.1%는 본인과 타인을 위해 정보를 검색한 경험이 있었다. 9.6%는 지난 4주 동안 코로나 관련 정보를 검색하지 않았다(그림 3-1).

[그림 3-1] 지난 4주 동안 코로나 관련 정보 인터넷 검색 경험

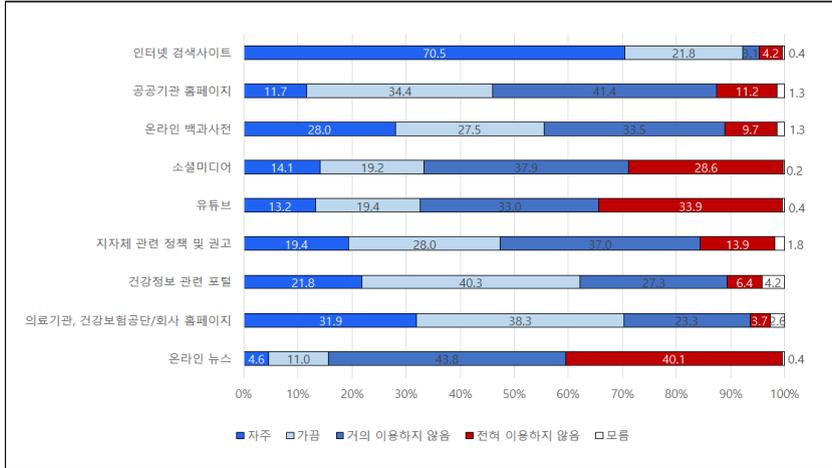


주: 저자 직접 작성.

코로나 관련 정보를 인터넷에서 검색할 때, 인터넷 검색 사이트(네이버, 다음, 구글, 야후 등)를 가장 자주 이용하는 것으로 나타났다. 의료기관 또는 건강보험공단이나 보험회사의 홈페이지, 온라인 백과사전, 건강정보 관련 포털, 온라인 백과사전을 자주 또는 가끔 이용한다는 응답이 50% 이상이었다(그림 3-2).

[그림 3-2] 코로나 관련 정보 검색 경로별 이용 빈도

(단위: %)



주: 저자 직접 작성.

다. 주요 특성에 따른 코로나 관련 디지털 헬스리터러시

지난 2주간 코로나 관련 인터넷 검색 경험이 있는 대상자 454명의 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 총점과 하위 영역별 점수로 나누어 살펴 보았다. 조사 대상자의 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 평균 점수는 2.9점이었다. 이는 인터넷으로 코로나 관련 정보를 검색하는 것을 ‘쉽다’(3점)고 느끼는 수준이다. 정보 검색, 자기 의사 표현, 정보 신뢰성 평가, 정보 관련성 결정의 하위 영역별 평균점수는 각각 3.0점, 2.9점, 2.6점, 2.9점이었다.

조사 대상자의 주요 특성에 따른 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 점수를 비교한 결과, 코로나 관련 정보 만족도에서 집단 간 유의한 차이가 나타났다($p < .05$). 하위영역별 점수는 전체 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 수준과 유사한 양상을 보였으며, 전체 코로나 관련 디지털 헬스리터러시

러시 수준 차이가 유의한 변수의 경우 각 하위영역에서도 유의한 차이를 보였다. 만성질환 보유 여부는 정보 검색 영역에서만 유의한 차이를 보였다(표 3-16).

라. 코로나 관련 디지털 헬스리터러시에 따른 코로나 관련 정보 중요도 인식

코로나 관련 디지털 헬스리터러시 점수 중위값을 기준으로 집단을 이분하여 조사 대상자의 코로나 관련 정보 중요도 인식을 비교하였다. 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 상위 50% 집단에서 최신 정보, 검증된 정보, 핵심을 빠르게 학습할 수 있는 정보, 공식적 출처를 가진 정보, 주제에 대한 포괄적 내용을 포함한 정보의 중요도를 유의하게 높게 평가했다(표 3-17).

〈표 3-16〉 주요 특성에 따른 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 점수

(n=454, 단위: 평균, 표준편차)

구분	코로나 관련 디지털 헬스리터러시(전체)			정보검색			자기의사 표현			정보 신뢰성 평가			정보 관련성 결정			
	평균	SD	p	평균	SD	p	평균	SD	p	평균	SD	p	평균	SD	p	
전체	2.9	0.5	-	3.0	0.6	-	2.9	0.6	-	2.6	0.6	-	2.9	0.5	-	
성별 ¹⁾	남성	2.8	0.5	.368	3.0	0.6	.132	2.9	0.6	.125	2.6	0.6	.072	2.9	0.5	.087
	여성	2.9	0.4		3.1	0.5		3.0	0.6		2.5	0.6		3.0	0.5	
학력	학부 재학	2.9	0.5	.169	3.0	0.6	.406	2.9	0.6	.477	2.6	0.6	.279	2.9	0.5	.065
	대학원 재학	2.8	0.5		3.0	0.6		2.9	0.7		2.5	0.6		2.8	0.6	
거주 지역	대도시	2.9	0.5	.450	3.0	0.5	.642	2.9	0.6	.193	2.6	0.6	.894	2.9	0.6	.731
	중소도시	2.9	0.4		3.0	0.6		3.0	0.6		2.6	0.5		2.9	0.5	
	군(읍면)	2.7	0.5		2.9	0.6		2.7	0.6		2.5	0.6		2.8	0.5	
주관적 사회 계층	하(1~3층)	2.9	0.4	.927	3.1	0.6	.696	2.9	0.6	.917	2.6	0.6	.931	2.9	0.5	.920
	중(4~6층)	2.9	0.4		3.0	0.5		2.9	0.6		2.6	0.6		2.9	0.5	
	상(7층≥)	2.9	0.5		3.0	0.6		3.0	0.7		2.6	0.7		2.9	0.6	
1인 가구	예	2.8	0.5	.666	2.9	0.5	.375	2.9	0.6	.964	2.5	0.6	.700	2.9	0.7	.861
	아니오	2.9	0.5		3.0	0.6		2.9	0.6		2.6	0.6		2.9	0.5	
민성 질환	없음	2.8	0.5	.315	2.9	0.5	.045	2.9	0.7	.611	2.6	0.6	.980	2.9	0.6	.445
	있음	2.9	0.5		3.0	0.6		2.9	0.6		2.6	0.6		2.9	0.5	
코로나 정보 만족도	불만족	2.8	0.5	<.001	2.8	0.7	<.001	2.9	0.7	<.001	2.5	0.7	.001	2.8	0.7	<.001
	보통	2.7	0.4		2.8	0.5		2.8	0.6		2.5	0.5		2.8	0.5	
	만족	3.0	0.4		3.2	0.5		3.1	0.6		2.7	0.6		3.1	0.5	

주: 성별을 '기타'로 응답한 경우(1명), 분석에서 제외함.

〈표 3-17〉 코로나 관련 디지털 헬스리터러시에 따른 코로나 관련 정보 중요도 인식

(단위: 점)

구분	코로나 관련 디지털 헬스리터러시 ¹⁾		
	상위 50%	하위 50%	p
최신 정보	3.56	3.44	.031
공증된 정보	3.69	3.56	.021
핵심을 빠르게 학습할 수 있는 정보	3.44	3.22	<.001
공식적 출처를 가진 정보	3.68	3.47	<.001
다른 의견의 제시 여부	2.97	2.86	.065
주제에 대한 포괄적 내용 포함 여부	3.13	2.94	.003

주: 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 중위값을 기준으로 상위 50%, 하위 50% 집단을 구분하여 건강정보 중요도에 대한 점수(4점 만점)의 평균을 비교함.

마. 코로나 관련 정보 만족도에 영향을 미치는 요인

코로나 관련 디지털 헬스리터러시 수준이 코로나 관련 정보 만족도에 미치는 영향을 파악하기 위하여 다변량 회귀분석을 수행한 결과, 연령, 증상 경험 빈도, 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 수준이 코로나 관련 정보 만족도에 통계적으로 유의한 영향($p < .05$)을 미치는 것으로 나타났다.

모형 1~3에 따라 인구사회학적 특성, 건강상태, 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 수준을 순서대로 투입 및 통제하였을 때, 모형의 설명력이 점차 높아졌다. 코로나 관련 디지털 헬스리터러시는 관련 정보 만족도를 약 6% 설명하는 것으로 나타났다.

연령이 낮을수록, 웰빙 수준이 높을수록, 주관적 건강 불편감 빈도가 적을수록 코로나 관련 정보 만족도가 높았다. 반면, 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 수준이 높을수록 코로나 관련 정보 만족도가 높아지는 것으로 나타났다. 성별, 거주지역, 주관적 사회계층은 코로나 관련 정보 만족도에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

〈표 3-18〉 코로나 관련 정보 만족도에 영향을 미치는 요인

	Model 1				Model 2				Model 3			
	B	SE	β	p	B	SE	β	p	B	SE	β	p
상수	4.177	.322		<.001	4.191	.360		<.001	2.948	.414		<.001
연령	-.033	.012	-.133	.005	-.032	.012	-.128	.006	-.025	.011	-.099	.029
성별(기준: 남성)	-.088	.067	-.062	.189	-.029	.067	-.020	.667	-.051	.065	-.036	.431
거주지역 (기준: 군/읍/면)												
중소도시	.175	.155	.123	.259	.160	.152	.113	.293	.117	.147	.082	.427
대도시	.201	.158	.139	.205	.198	.155	.137	.202	.154	.151	.106	.308
주관적 사회계층 (기준: 하)												
중	-.083	.082	-.058	.315	-.073	.081	-.051	.368	-.068	.079	-.048	.387
상	.004	.105	.002	.970	.062	.104	.034	.555	.049	.101	.027	.631
헬빙					.016	.007	.129	.014	.012	.006	.096	.059
주관적 건강 불편감					-.016	.007	-.123	.019	-.013	.007	-.097	.056
코로나 관련 디지털 헬스리터러시									.390	.070	.253	<.001
R^2 (adjusted R^2)	.027 (.013)				.070 (.053)				.131 (.113)			

주: 코로나 관련 정보 만족도는 1(매우 불만족)~5(매우 만족)의 5점 리커트 척도로 측정했으며, 점수가 높을수록 정보 만족도가 높음.

제3절 소결

본 연구에서는 우리나라 국민의 헬스리터러시 수준을 파악하기 위해 19~69세 성인 대상과 대학생 대상 2가지 온라인 설문조사를 수행하였다.

1. 일반 국민 대상 설문조사 결과 고찰

성인 대상 대표성 있는 표본을 이용하여 헬스리터러시를 측정하는 조사 결과는 선행연구와 유사한 결과와 반대되는 결과를 모두 나타냈다. 본 연구와 동일한 측정 도구를 사용한 국내 선행연구는 총 3편이다. 천희란, 이주열(2020)의 연구는 본 연구에서 사용한 HLS-EU-Q16을 사용하여 60~79세 노인의 헬스리터러시를 측정하였다. 2편의 연구는 본 연구에서 사용한 측정 도구의 원 도구(HLS-EU-Q47)를 이용하여 성인의 헬스리터러시를 측정하였다(김성은 외, 2019; 김준호 외, 2019). 이 중 김성은 외(2019)는 HLS-EU-Q47의 47문항을 이용하여 조사 대상자의 헬스리터러시를 측정하고, 확인적 요인분석을 거쳐 모형적합도가 적절한 수준으로 나타난 39개 문항만을 분석에 이용하였다. 김준호 외(2019)는 47문항 모두 분석에 이용하였다.

동일한 측정 도구를 사용한 선행연구와 본 연구 결과를 비교할 때, 연구 대상자들의 헬스리터러시 평균 점수(9.1점)는 동일하게 HLS-EU-Q16을 사용한 선행연구(천희란, 이주열, 2020)의 대상자의 평균 점수(11.4점)보다 낮았다. 김성은 외(2019)의 연구는 헬스리터러시의 평균 점수 또는 헬스리터러시가 높거나 낮은 대상자의 비율을 제시하지 않아, 본 연구 대상자의 헬스리터러시 수준과 직접 비교가 불가능하였다. 김준호 외(2019)의 연구는 헬스리터러시 수준을 ‘매우 낮음’~‘우수’의 4단계로 구분하여,

전체 조사 대상자의 15.4%가 헬스리터러시 수준이 '매우 낮음', 29.3%는 '문제 있음', 39.5%는 '충분', 15.8%는 '우수'하다고 보고하였다. 해당 연구는 '매우 낮음'과 '문제 있음'을 헬스리터러시가 제한적이라고 간주하였고, 조사 대상자의 44.7%가 제한적인 헬스리터러시 수준인 것으로 나타났다. 본 연구와 헬스리터러시 수준의 분류가 동일하지 않으나, 김준호 외(2019)의 연구에서 제한적인 수준으로 나타난 비율(44.7%)은 본 연구의 '부족'한 수준의 헬스리터러시(43.3%)와 유사한 비율이며, '부족'과 '경계' 수준을 모두 합친 비율(70.9%)보다 낮은 수준이었다. 즉, 연구 대상자의 헬스리터러시 수준이 동일한 측정 도구를 사용한 선행연구보다 전반적으로 낮은 것으로 볼 수 있다.

본 연구와 동일 측정 도구를 사용한 선행연구 간 조사 방법의 차이로 인해 본 연구의 조사 대상자의 헬스리터러시 수준이 낮게 나타났을 가능성이 있다. 이 연구는 온라인 조사로 수행되어, 조사원의 개입이 없이 대상자가 자가 응답을 하였고, 선행연구는 조사원이 설문조사를 수행하였다(김준호 외, 2019; 천희란, 이주열, 2020). 대면 조사는 비대면 조사에 비해 사회적 바람직성(social desirability) 편향의 영향을 받을 가능성이 크다. 헬스리터러시 측정 도구가 대상자가 겪은 '어려움'에 대한 질문이므로, 대면 조사 대상자들은 부정적 응답을 회피하고, 비대면으로 이루어진 이 연구의 대상자들은 상대적으로 솔직하게 응답하여 헬스리터러시 점수가 더 낮았을 가능성이 있다.

선행연구와 본 연구는 인구사회학적 특성에 따른 헬스리터러시가 다르게 나타났다. 동일한 측정 도구를 사용한 김준호 외(2019), 천희란, 이주열(2020)의 연구는 남성, 연령이 높을수록, 교육 수준이 낮을수록 헬스리터러시가 낮은 것으로 보고했다(김준호 외, 2019; 천희란, 이주열, 2020). 이는 국내외 다른 선행연구의 결과와도 일치하는 결과이다(손연정 외,

2012; 박순옥 외, 2015; 정은영, 황선경, 2015; 박지연, 전경자, 2011; Jeong & Kim, 2016). 반면, 본 연구는 부족한 헬스리터러시 수준인 대상자의 비율이 인구사회학적 특성에 따라 차이가 없었다. 또한, 유의하지는 않았으나, 60~69세가 60세 미만보다 헬스리터러시 점수가 높고, 부족 또는 경계 수준의 헬스리터러시인 대상의 비율이 적은 경향성을 나타냈다. 선행연구와 마찬가지로 남성이 헬스리터러시가 낮은 경향성을 보였으나, 교육 수준의 경우, 대학교 졸업인 대상이 대학교 졸업, 고등학교 졸업 이하인 대상자보다 헬스리터러시가 낮은 것으로 나타났다.

국내외 선행연구와 달리, 고령층(60~69세)의 헬스리터러시 수준이 다른 연령층에 비해 높은 것은 조사 방법으로 인한 대상자의 선택 편향(selection bias) 때문으로 추정된다. 온라인 조사로 이루어졌기에, 인터넷 접근성이 없거나 디지털 기기 활용 능력이 떨어지는 사람들은 조사 대상에 포함되지 않았을 것이다. 고령층은 젊은 층에 비해 디지털 접근성과 활용 능력이 부족한 경우가 많으며(과학기술정보통신부, 한국정보화진흥원, 2019), 이는 건강정보의 탐색과 접근에도 영향을 미칠 수 있다. 본 온라인 조사에 참여한 60세 이상 고령층은 디지털 접근성과 활용 능력이 있다고 볼 수 있으며, 이에 따라 정보를 탐색하거나 접근하면서 겪는 어려움이 일반 고령 인구보다 적을 것으로 예상된다. 또한, 연령이 증가하면서 건강에 대한 관심과 건강관리를 하려는 노력이 커지므로 이러한 태도가 건강정보에 대한 탐색, 접근, 이해, 활용에 영향을 미쳐서 다른 연령층보다 헬스리터러시 수준이 높게 나왔을 가능성이 있다.

특히, 40~59세 중장년층의 헬스리터러시가 60~69세와 19~39세 청년층보다 더 낮은 것으로 나타나, 온라인 조사 대상자 중에는 중장년층을 취약 집단으로 분류할 수 있었다.

선행연구는 교육 수준이 높을수록 헬스리터러시 수준이 높은 것으로

보고했으나 본 연구 결과는 대학원 졸업 이상의 학력인 집단이 대학교 졸업 또는 고등학교 졸업 이하 집단보다 헬스리터러시 수준이 낮은 것으로 나타났다. 특히 질병 예방 영역에서 이러한 차이가 컸다. 조사 대상자의 학력 수준에 따른 다른 인구사회학 특성의 차이는 없어서, 이 연구에서는 이러한 결과가 나타난 근거를 제시하지 못했다. 향후 질적 연구 등을 통해 개인의 다양한 특성이 전반적인 헬스리터러시와 헬스리터러시의 각 영역에 어떠한 관련성이 있는지 밝히는 추가 연구가 필요할 것이다.

신체활동과 식생활 관련 건강 행동 실천은 높은 헬스리터러시 수준과 관련이 있는 것으로 나타났다. 반면 음주와 흡연 관련 행동은 헬스리터러시와 관련이 없는 것으로 나타나, 이미 형성된 '행동'보다는 건강 행동을 하려는 '노력'(건강한 식생활 노력)과 '실천'(신체활동 실천, 영양표시 확인)이 헬스리터러시와 더 큰 관련성이 있는 것으로 볼 수 있다. 국내외 선행연구의 결과를 살펴보면 건강 행동 실천과 헬스리터러시의 관련성은 건강 행동의 종류에 따라 다른 양상을 나타냈다. 따라서 헬스리터러시의 영역별로 특정 건강 행동을 수행하는 데에 미치는 영향이 어떻게 다른지, 헬스리터러시의 수준을 높여서 개선할 수 있는 건강 행동이 무엇인지를 파악한다면 헬스리터러시와 건강증진 전략 개발에 도움이 될 것이다.

의료 이용의 경우, 의료 이용을 하지 않는 대상자와 미충족 의료 경험에 있는 대상자의 헬스리터러시 수준이 낮았다. 외국의 경우 낮은 수준의 헬스리터러시는 의료 접근성의 장애 요인으로 알려져 있다. 특히, 의료 서비스에 접근한 후에도 낮은 수준의 헬스리터러시가 의료진과 의사소통을 하고, 보건의료 서비스 체계를 이해하는 행위를 어렵게 하여 환자가 부정적인 의료 서비스 경험을 겪기도 한다. 국내에서도 의료 이용과 헬스리터러시와의 관계에 대한 연구를 지속하여 헬스리터러시가 낮은 사람들이 건강관리를 위한 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 하는 방안을

마련해야 할 것이다.

조사 대상자들은 건강정보 검색을 위해 인터넷 포털을 가장 많이 사용했고, 유튜브, 텔레비전, 건강 관련 의료기관 홈페이지가 뒤를 이었으나 정보 만족도는 낮았다. 건강정보를 찾을 필요가 있을 때, 전문가인 의료인보다는 손쉽게 찾을 수 있는 경로를 활용하지만, 접근성이 좋은 경로를 통해 얻는 정보의 만족도가 낮다고 해석할 수 있다. 정보 만족도가 가장 높은 정보원은 의료인이었다. 해당 분석 결과에서 주목할 점은 건강 관련 정부 기관 홈페이지의 이용률(18.9%)이 건강 관련 의료기관 홈페이지 이용률(31.6%)보다 낮으며, 특히 정부 기관 홈페이지에서 찾은 건강정보에 대한 만족도는 인터넷 포털, 유튜브 등에서 찾는 정보의 만족도와 동일한 수준이었다. 공공영역에서 제공하는 정보의 활용도와 신뢰도, 만족도를 높이기 위해 제공하는 정보의 종류, 내용, 질, 전달 방법, 접근성 등에 대한 재검토가 필요할 것이다. 또한, 응답 대상자의 절반 이상이 필요한 건강정보를 찾을 때 많은 노력이 들거나 불편함을 느꼈으며, 특히 헬스리터러시가 낮을수록 어려움을 경험하는 경우가 많은 것으로 나타났다. 적절한 건강정보를 쉬운 방법으로 찾을 수 있도록 정보를 제공하고, 전달하는 체계의 개선이 필요할 것으로 보인다.

헬스리터러시와 각 건강증진 행동에 대한 관련성을 따로 분석하였을 때는, 인구사회학적 특성 및 건강상태, 사회적 지지를 보정하면 헬스리터러시와 개별 건강증진 행동은 관련성이 없었다. 그러나 복합적 건강증진 행동(여러 건강증진 행동 수행)은 헬스리터러시와 연관이 있는 것으로 나타났다. 이는 통합적 건강관리에 헬스리터러시가 중요한 역할을 하는 것을 암시한다고 할 수 있으며, 통합적 건강증진을 위한 사업 기획 및 정책 요소에 헬스리터러시를 고려해야 할 필요성을 시사한다.

2. 대학(원)생 대상 설문조사 결과 고찰

신종 코로나바이러스와 관련된 불확실한 정보의 확산 속에서 정확한 정보를 찾고, 판별하고, 이해하고, 활용하는 헬스리터러시의 중요성은 더욱 강조되고 있다. 이 연구는 온라인 정보를 자주 활용하는 대학생을 대상으로 코로나 관련 디지털 헬스리터러시를 측정하고, 관련 요인을 파악하고, 정보 만족도와 코로나 관련 디지털 헬스리터러시의 관계를 살펴보고자 했다.

조사 대상 대학생들의 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 수준은 인구사회학적 특성에 따라 다르지 않았다. 조사 대상자가 모두 대학생 또는 대학원생으로 연령, 학력 수준, 건강상태 등이 상대적으로 동질집단이기 때문으로 보인다.

코로나 관련 정보 만족도에 따라 코로나 관련 디지털 헬스리터러시와 그 하위영역의 점수가 다르게 나타났다. 만족도가 높은 그룹이 전체 헬스리터러시와 하위 영역 모두 점수가 높게 나타났다. 인구사회학적 특성을 통제하고 코로나 관련 디지털 헬스리터러시가 정보 만족도에 미치는 영향을 분석하였을 때 역시 헬스리터러시가 높을수록 정보 만족도가 높은 것으로 나타났다. 정보 검색, 자기 의사 표현, 정보 신뢰성 판별, 정보 관련성 판단의 역량을 가진 경우, 적절한 정보를 취사선택하고 이해, 활용할 수 있기에 정보 만족도가 높게 나타난 것으로 보인다.

이 장의 제1절에서 일반 국민을 대상으로 조사한 건강정보를 찾을 때 중요하게 여기는 요소에 대한 인식과 유사한 문항을 코로나 관련 정보를 인터넷에서 찾을 때 중요도에 대한 인식으로 변형하여 대학(원)생을 대상으로 조사하였다. 일반 국민 조사에서는 정보의 최신성, 과학적 근거, 공신력, 포괄성 등에 대한 중요도 인식이 헬스리터러시 수준에 따라 차이가

없었으나, 대학(원)생 조사 결과 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 수준이 높은 그룹이 낮은 그룹에 비해 거의 모든 영역의 정보 중요성을 유의하게 높게 평가했다. 대학(원)생 집단에서 헬스리터러시가 정보의 중요도에 대한 인식에 더욱 큰 영향을 미치는 것으로 보인다. 일반 국민 대상 조사의 경우, 코로나 관련 정보가 아닌 일반적인 건강정보 검색을 했을 때의 경험을 물어보았기 때문에, 최신 이슈인 코로나 정보에 대한 질문을 하면 다른 응답이 도출될 가능성도 있다. 상황과 내용에 따라 다르게 나타나는 헬스리터러시의 특성을 반영하여, 다양한 연구가 이루어질 수 있을 것이다.

두 설문조사 모두 온라인으로 이루어졌다는 데에 조사의 한계점이 있다. 인구집단을 대표하는 표본을 추출하기 위해 노력하였으나, 온라인 접근성이 없는 사람들은 조사 대상에 포함되지 않았을 것이다.

이 연구에서는 각각 다른 대상자에게 헬스리터러시와 디지털 헬스리터러시를 측정했는데, 두 영역을 함께 측정하여 각각의 역할, 취약 집단의 차이와 건강 영향 등을 파악할 필요가 있다.



제4장

헬스리터러시 증진을 위한 정책 및 사업

- 제1절 헬스리터러시 증진을 위한 국내 프로그램
- 제2절 국제기구의 헬스리터러시 제고 전략
- 제3절 주요 국가의 헬스리터러시 관련 정책 및 사업
- 제4절 소결

제4장

헬스리터러시 증진을 위한 정책 및 사업

제1절 헬스리터러시 증진을 위한 국내 프로그램

국내에서 헬스리터러시 향상을 목적으로 한 독립적인 프로그램은 활성화되어 있지 않다. 생활문해력 교육의 하나로 건강문해가 포함되어 있거나 일부 지자체 및 병원 등에서 자체적으로 국민 또는 환자를 대상으로 건강정보를 이해하고, 활용하는 능력을 높이기 위해 중재를 수행하고 있다. 또한, 헬스리터러시 향상을 목적으로 하고 있지는 않아도 국가기관에서 건강정보를 제공하는 온라인 사이트를 운영하기도 한다.

1. 교육부 성인 문해교육 활성화 지원사업

교육부는 기대수명 연장과 정보통신기술 발달 등 사회 변화에 발맞추어, 문해교육의 범위를 기초생활능력 및 문해 능력을 넘어 생활환경 전반에 대한 이해 및 적응까지 확대해야 할 필요성을 제기하였다. 이에 2016년부터 성인 문해교육 활성화 지원사업의 일부로 건강·금융·정보 분야 등을 포괄한 교육을 지원하고 있다. 또한, 기존 문해교육 과정에서 기초생활능력 함양을 위한 교육활동 및 시수를 확대하고, 다양한 지원 콘텐츠를 개발하였다(교육부 평생학습정책과, 2018.3.15.).

2019년 성인 문해교육 활성화 지원 기본계획에 따르면, 포괄적인 문해교육 활성화를 위하여 범부처 간 협력을 통해 질 높은 생활문해교육 콘텐츠를 개발하고, 이를 공공기관 및 기업·민간단체 등에서 적극 활용할 수 있도록 지속적으로 홍보하고, 권장·유도하고 있다(교육부 평생학습정책

과, 2019, p.11). 국가문해교육센터를 중심으로 운영되는 생활문해교육은 기존의 초등 및 중학 문해과정과는 별도로 생활과 밀접한 교통안전, 금융, 정보, 건강, 영어 분야를 중심으로 교육방송과 교과서 등을 개발하고 보급하였다(국가문해교육센터, 2020).

[그림 4-1] 건강문해교육 교과서 자료(일부)

알아보기

1 당뇨병이란?

» 당뇨병이 무엇인지 알아봅시다.
혈액(피)에는 우리가 식사로 섭취한 당이 있습니다. 이 당을 혈당이라고 합니다. 세포는 인슐린의 도움을 받아 혈당을 사용합니다. 만약 인슐린이 부족하거나 기능을 못하면, 혈당이 제대로 이용되지 못해 당뇨병에 걸립니다.

당뇨병: 공복 혈당치 126 mg/dL 이상, 또는 식후 2시간 혈당치 200 mg/dL 이상

당뇨병의 대표적인 증상

- 1 목이 자주 마릅니다.
- 2 소변량이 늘고, 소변을 자주 봅니다.
- 3 배가 자주 고르고, 많이 먹게 됩니다.
- 4 몸무게가 줄어듭니다.

익히기 » 당뇨병에 대해 바르게 알고 있는지 ○, × 위주로 확인해봅시다.

- 1 혈당관리를 잘하려면 합병증없이 건강하게 지낼 수 있습니다. (○)
- 2 당뇨병에 걸리면 소변량이 줄어듭니다. (×)
- 3 비만하면 당뇨병에 걸리기 쉽습니다. (○)
- 4 당뇨병일 때는 동물성 지방을 많이 먹으면 좋습니다. (×)
- 5 당뇨병은 인슐린이 부족하거나 기능을 못하는 병입니다. (○)
- 6 당뇨병일 때는 술은 마셔도 괜찮습니다. (×)

» 아래 식품 중 혈당관리를 위해 '작게 먹어야 할 식품'을 찾아, <부족>의 불임마크를 이용하여 붙여봅시다.

오이 삼겹살 마역 백나누유 양갱

자료: 교육부·국가평생교육진흥원·식품의약품안전처. (2018). 성인 생활문해 교과서: 건강문해교육. p.29, 35.

2018년 개발된 성인 생활문해 교과서 중 '건강문해교육'은 건강상태별 식생활 관리, 건강체중과 운동, 안전한 식품구매, 의약품의 올바른 사용과 폐기 등 10개의 단원으로 구성되어 일상생활에서의 건강 및 식의약품 안전을 교육내용으로 포함하고 있다. 단원별로 학습목표 및 상황제시, 학습내용, 연습문제, 실생활에 적용, 심화내용 등으로 구성되어, 학습자가 내용을 이해하고 개인의 실생활에 적용하여 활용할 수 있도록 제작되었다. 건강문해교육 교과서의 구체적인 단원 구성 및 세부 내용은 표 4-1과 같다.

〈표 4-1〉 건강문해교육 교과서 단위 구성 및 내용

단위 구성	세부내용
I. 일상생활과 건강	
1. 건강한 식생활	여섯 가지 식품군, 식품 구성 자전거, 국민 공통 식생활 지침
2. 건강상태별 식생활 관리(1) 고혈압	혈압 관리의 중요성, 혈압 관리의 생활 습관, 나트륨 섭취를 줄이는 식생활
3. 건강상태별 식생활 관리(2) 당뇨병	당뇨병·당 줄이기, 저혈당 관리
4. 건강상태별 식생활 관리(3) 심뇌혈관질환	심뇌혈관 예방과 관리를 위한 생활 수칙, 이상지질혈증(고지혈증) 예방을 위한 식생활, 심뇌혈관 응급증상
5. 건강상태별 식생활 관리(4) 골다공증과 빈혈	골다공증의 예방과 개선을 위한 식생활, 빈혈의 예방과 치료를 위한 식생활
6. 건강 체중과 운동	나의 건강 체중, 건강 체중을 유지하는 습관, 신체활동과 운동
II. 식의약품 안전	
7. 안전한 식품 구매	안전한 가공식품, 똑똑한 장보기, 식품·영양 표시, 식품품질인증마크
8. 식중독 예방	식중독의 의미와 증상, 식중독 예방 3대 요령, 올바른 손 씻기, 안전한 식품 조리·저장, 냉장고 보관
9. 건강기능식품의 올바른 구매와 섭취	건강기능식품의 정의와 구매 시 유의사항, 안전한 섭취 방법, 구매 후 반품 방법, 떼다방 피해 예방
10. 의약품의 올바른 사용과 폐기	약 사용 설명서, 올바른 약 복용을 위한 좋은 습관, 안전한 약 복용 3단계, 가정상비약

자료: 교육부·국가평생교육진흥원·식품의약품안전처. (2018). 성인 생활문해 교과서: 건강문해교육.

국가문해교육센터는 평생교육법 제39조2(문해교육센터 설치 등)에 따라 문해교육 활성화 및 성인 문해교육 프로그램 운영 지원, 문해교육 실태 조사 실시, 성인학습자 학력 인정 등을 위해 출범되었다. 앞서 언급한 성인 문해교육 활성화 지원사업 등의 하나로 개발된 프로그램 및 교육자료를 보급하고 있으며, 전국 프로그램 운영기관에 프로그램 운영비를 지원

하고 문해교육 교원 양성 및 연수 개최 등의 역할을 수행한다. 문해교육을 수행하는 실질적인 주체는 17개 시도별 평생교육진흥원 및 국가문해교육센터를 통해 선정된 사업기관(프로그램 운영기관)으로, 사회복지관 및 평생학습관 등 2020년 9월 기준 전국 421개이다(국가문해교육센터, 2020).

2. 건강문해교육 프로그램(안산 용신학교 건강문해교실)

안산 용신학교 문해 학습자를 대상으로 설문조사를 한 결과, 건강에 대한 관심 및 교육에 대한 수요도가 가장 높게 나타나 ‘사부작 사부작 건강문해교실’을 운영하게 되었다. 해당 프로그램은 노인기 문해 학습자를 대상으로 한다. 교육내용은 노령의 문해 학습자가 다양한 건강정보를 이해하고 올바른 정보를 선택 및 활용할 수 있는 안목을 길러 스스로 효율적인 건강관리를 할 수 있도록 구성하였다(안산 용신학교, 2019).

안산 용신학교의 건강문해교실은 건강 관련 지식을 제공할 뿐만 아니라 웰빙 가계부, 라인댄스 등 학습자가 주체적으로 일상생활에 적용할 수 있는 활동을 위주로 구성되어 있다는 점에서 타 프로그램과 차별성이 있다. 또한, 참여대상자의 수요를 직접 반영하여 프로그램 내용을 구성하고, 운영하였다는 점이 특징적이다. 참여자를 대상으로 한 설문 결과에서도 참여자 본인이 체감하는 프로그램 효과(건강에 도움이 됨)와 향후 참여 의사에 대한 긍정적 응답이 높게 나타났다.

〈표 4-2〉 안산 용신학교 건강문해교실 프로그램 구성 및 기대효과

구분	세부 내용
프로그램 구성(목차)	
1단원(건강은 건강할 때)	물의 역할과 효능, 건강기능식품, 숨 쉬는 피부(경피독), 내장지방, 세상에서 제일 슬픈 병(치매), 면역 지킴이(혈액과 장), 자가 면역 질환, 체성분(인바디), 심혈관 질환(고혈압), 우울증
2단원(웃음 건강 체조)	웃음 체조의 효능, 건강을 위한 스트레칭, 건강 박수
3단원(내 건강 내가 지키기)	건강 10계명, 웰빙 가계부, 광합성 작용(숲 체험), 요양원 알아보기
4단원(음식이 보약)	세계 5대 장수 음식
5단원(즐거운 라인댄스)	라인댄스 알아보기
기대효과	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 올바른 건강정보를 가려낼 수 있는 안목을 기르고 자신의 문제를 발견하고 스스로 건강관리를 꾸준히 할 수 있습니다. ▪ 노년기의 사회적 소외감 및 우울증을 극복하여 정신적으로 활기차고 건강한 생활을 할 수 있습니다. ▪ 건강한 정신과 건강한 신체 상태를 유지하여 삶의 질을 향상하고 문해 교육에 지속적으로 참여할 수 있습니다. ▪ 노인 스스로 자신의 문제를 해결하고 인간의 존엄성을 유지하며 건강한 삶을 보냄으로써 사회적 비용을 절감할 뿐만 아니라 국가 발전에 기여합니다. 	

자료: 안산 용신학교 (2019). 사부작 사부작 건강문해교실.

3. 서울대학교병원 설명간호사 제도⁴⁾

외래진료 이용이 많은 우리나라 의료 이용 행태의 특성상 종합병원 이상에서는 ‘3분 진료’가 만연하며, 환자는 충분한 건강정보 및 의학적 설명을 제공 받지 못하는 경우가 많다. 이에 환자들에게 충분한 설명을 제공하여 환자와 의료진 간 소통의 간극을 메워주기 위해 설명간호사 제도를 도입하

4) 서울대학교병원 설명간호사실 담당자와의 자문 회의를 기반으로 작성함.

는 의료기관이 늘어나고 있다. 주로 3차 의료기관에서 활용하는 경우가 많으며, 의원급 기관에서도 의료코디네이터 등 유사한 역할을 하는 직역이 확산하는 추세이다(백경희, 안영미, 김남희, 김미란, 2013).

서울대학교병원은 설명간호사 제도를 2007년부터 도입하여 10년 이상 운영해 왔으며, 타 의료기관보다 설명간호사 제도가 활성화되어 있어 해당 병원의 사례를 살펴봤다. 서울대학교병원은 하루 외래환자 수(일반 병동 기준 하루 8천여 명, 2020년 기준)가 많아, 단시간에 많은 환자를 진료해야 하며, 의사, 간호 등 의료 인력이 상시 부족하였다. 이로 인해 외래 진료실에는 주로 간호조무사 혹은 보조원이 배정되어 단순히 안내하는 역할만 가능할 뿐, 환자에게 충분한 설명 및 교육을 제공할 수는 없는 실정이었다. 이에 환자들의 인지적·정서적 수요를 충족시키기 위하여 의학적 설명이 가능한 간호 인력(RN 이상)을 배치하여 설명간호사 제도를 운영하게 되었다(유혜현, 김현미, 배미형 외, 2009).

설명간호사실에는 당뇨, 고혈압, 간 질환 등 정기적인 투약관리가 필요한 환자들이 가장 많이 방문하며, 검사·시술·수술 등에 대한 설명과 부작용, 관련 일정 예약 등을 위해 이용한다. 또한, 진료 과정상 필수적으로 설명간호사를 방문해야 하는 경우도 있으며, 환자 본인이 필요성을 느껴 설명간호사 관련 서비스를 이용할 수도 있다. 연령이 높을수록, 교육 수준이 낮을수록, 시·청력 등 신체기능이 떨어질수록 환자의 이해도가 낮은 경우가 많아, 그림 및 동영상 등을 통해 이해를 돕고, 스스로 실천할 수 있도록 안내한다.

설명간호사는 검사, 수술 등의 방법과 결과, 약 복용, 시술, 치료 방법 등을 설명하고 진료 시 미처 물어보지 못한 내용과 일상생활 관리 등을 설명하고, 건강 상담을 한다. 설명과 상담은 개별 환자의 의무기록을 토대로 이루어진다. 또한, A4 사이즈의 리플렛(인쇄물), 모바일 하이차트(동영상) 등

다양한 교육자료를 활용하여 환자별 맞춤형 정보를 제공하기도 한다. 표준화된 설명 및 상담 제공을 위하여 개별 질병 정보 및 처치 등에 대한 설명간호사 교육 커리큘럼과 프로토콜을 개발하여 활용한다.

〈표 4-3〉 서울대학교병원 설명간호사 제도 운영 현황

구분	상세내용
대상자	<ul style="list-style-type: none"> - 당뇨, 고혈압, 간 수치 등 정기적인 투약관리가 필요한 환자 - 검사/시술/수술 등에 대한 설명 및 부작용, 관련 일정 예약 *진료 프로세스 상(필수) 설명간호사를 방문하는 경우가 있음. - 환자 본인의 필요로 인해 설명간호사 관련 서비스 이용
교육자료	<ul style="list-style-type: none"> - A4 사이즈의 리플렛(인쇄물) - 모바일 하이차트(동영상) 등 *환자별로 맞춤형 정보를 개인 휴대전화로 발송하여 제공
인력 현황 및 자격조건	<ul style="list-style-type: none"> - 일반 병동 설명간호사 수: 13명 (내과 2명, 외과 3명, 심장내과 1명, 비뇨기과 2명 등) *진료 수요가 많은 특정 과에는 전담 설명간호사가 배정되어 있음. **흉부외과/성형외과 등은 수요가 있으나 인력 부족으로 전담 설명간호사가 없음. - 응급 병동 설명간호사 수: 3명 *다만, 더욱 긴급한 업무로 전환하는 경우가 많아, 원활히 운영되지 않음. - 공모를 통해 별도로 채용하는 과정을 거치며, (서울대학교병원의 경우) 평균적으로 임상경력 10년 이상(최소 7년)인 간호사로 구성됨.

자료: 서울대학교병원 담당자와의 인터뷰를 토대로 연구진이 정리함.

설명간호사 제도를 운영함으로써 환자들에게는 질문할 수 있는 창구를 열어주고, 교육과 상담을 진행하면서 정서적 안정감을 주며, 수술 전 상담을 통해 중단해야 할 약물을 공지함으로써 환자 안전사고를 방지할 수 있다. 또한, 병원 입장에서 환자 안전사고를 방지하면서, 의료기관 인증평가 시 환자 경험 및 만족도에 대한 지표 상승, 진료실에서 충족하지 못한 교육을 보완함으로써 진료의 질을 높이는 효과를 얻을 수 있다.

서울대학교병원에서는 설명간호사 제도 외에도 어린이병원 입원과 재택 전이 기간 중 교육 및 관리, 퇴원환자를 대상으로 한 ‘clever call’, 전

문간호사를 통한 병동환자 교육, 모바일 '내 손안에 건강' 콘텐츠 제공, 입원환자 대상 'smart bed station'을 통하여 맞춤형으로 정보를 제공하는 등 환자와 의료진 간 커뮤니케이션 활성화를 위한 노력을 기울이고 있다.

4. 건강정보 제공 공공기관 웹사이트

1) 질병관리청 국가건강정보포털⁵⁾

질병관리청은 전문가가 검증한 정보를 알기 쉽게 제공하며 관련 정보를 통합 연계하여 통합적인 정보를 제공하기 위해 국가건강정보포털을 운영하고 있다. 여기에서 질병정보를 비롯해 건강증진, 검사 및 수술에 관한 정보를 다양하게 찾아볼 수 있다. 특히, 최근 인터넷을 통해서 유포되고 있는 잘못된 건강·의료 정보를 바로잡고 유익한 내용을 전달하고자 한다. 각 기관(식품의약품안전처의 의약품정보, 국립암센터의 국가암정보센터, 국민건강보험의 건강IN, 건강보험심사평가원)에서 분산되어 공개되고 있는 정보를 통합하여 질병정보와 의료기관 정보, 의약품 정보 등 필요한 모든 정보를 한 곳에서 볼 수 있도록 협력 네트워크를 운영하고 있다.

2) 건강IN⁶⁾

건강IN은 국민건강보험에서 운영하는 건강전문 사이트로 질병 및 비

5) 질병관리청 국가건강정보포털

<https://health.cdc.go.kr/healthinfo/biz/health/main/mainPage/main.do>에서 2020.11.20. 인출

6) 건강IN

<https://www.nhis.or.kr/nhis/healthin/wbhaca04500m01.do>에서 2020.11.20. 인출

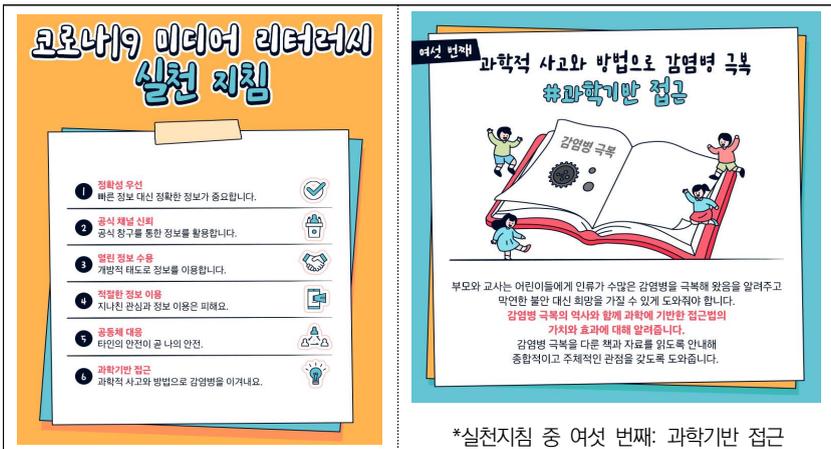
만 개선, 건강나이, 만성질환 관리, 병원, 약국 찾기 등의 정보를 제공하여 국민의 건강증진과 사회적 편익을 극대화하는 것을 목적으로 한다. 이곳에서는 본인과 자녀의 건강검진 안내 및 결과 조회가 가능하며 검진 현황 확인 및 검진표 작성, 건강검진 로드맵을 활용해 건강관리가 가능하다. 그리고, 생활습관과 건강 상태를 예측할 수 있는 각종 서비스를 이용할 수 있으며, 금연프로그램, 비만 개선 프로그램, 대사증후군 프로그램, 복약상담, 건강백세운동교실 등 자가 관리에 도움이 되는 프로그램에 대한 안내를 찾아볼 수 있다. 또한, 검진기관 및 병원 찾기를 통해 가까운 기관 검색이 가능하다. 이외에도 정부 부처가 수집한 식중독 자료, 기상기후자료, 환경자료를 비롯해 민간의 소셜미디어 정보를 연계하여 지역별로 주요 질병의 위험도와 동향, 알람을 제공하는 국민건강 알람 서비스를 운영한다.

5. 기타

건강 도시 구축을 위한 설계에도 헬스리터러시 향상을 위한 요소를 포함하는 추세이며, 이와 관련된 사례로는 서울시 강동구 보건소를 참고할 수 있다. 강동구 보건소의 건강 100세 상담센터는 그 우수성을 인정받아 서울시 및 전국 건강증진 서비스의 모범 모델로 인정받고 있으며, 2018년 제8차 서태평양 건강도시연맹 국제 콘퍼런스에서 ‘비감염성 질환 관리 개선을 위한 건강정보 이해 능력 및 자가 관리 증진 공동체 참여’ 부문에서 우수사례상을 수상하기도 하였다(시정일보, 2018.10.19.). 다만, 헬스리터러시는 건강 행태 실천 및 건강증진의 전 단계인 인지적 단계에 해당하므로, 해당 사례를 헬스리터러시 제고를 위한 단독 프로그램 또는 중재로 포함하기에 한계가 있다.

최근 신종감염병의 대두됨에 따라 정확한 정보를 습득함으로써 개인이 감염병에 대한 불안감을 극복하고 대응하는 것의 중요성이 강조되고 있다. 이에 헬스리터러시 뿐만 아니라 미디어 리터러시 등과 같이 복합적인 정보 이해 및 활용능력을 향상하기 위한 실천지침이 제시되기도 하였다(한국언론진흥재단, 2020).

[그림 4-2] 코로나19 관련 미디어 리터러시 실천지침



자료: 한국언론진흥재단. (2020). 코로나19 미디어 리터러시 실천 지침.
<https://www.forme.or.kr/board/B0003.cs?act=read&bwfId=2888&searchKeyword=&searchCondition=&searchEndDt=&m=34&searchStartDt=&pageIndex=1&pageUnit=15>에서 2020.10.14. 인출.

제2절 국제기구의 헬스리터러시 제고 전략

헬스리터러시는 건강정보를 읽고 단순히 이해할 수 있는 개인의 교육적 수준을 의미하지 않는다. 헬스리터러시의 개념은 광범위하고 다면적인 특성이 있으며, 건강 유지 및 증진을 위해 요구되는 활동을 수행하기 위해 필요한 건강 및 보건의료서비스 정보에 적절히 접근하여 이해하고 적용하는 종합적인 능력이다. 보건의료의 독특한 특성으로 인해 의료 서비스 제공자와 이용자 간의 정보의 비대칭성이 심하며, 의료 이용자가 정보에 접근하더라도 복잡하고 전문적인 내용을 도움 없이 이해하기에는 한계가 있다. 이러한 이유로 정보를 올바르게 이해하고 활용하여 건강을 향상하기 위해서 헬스리터러시의 수준을 높이는 것이 필수적이며 보건정책의 핵심이다. 헬스리터러시 제고를 위한 접근 전략은 개인의 지식 향상과 정보 제공에 국한되지 않는다. 서비스 이용자가 올바른 정보를 기반으로 필요한 의료 서비스 이용을 결정할 때, 보건의료시스템의 효율성도 향상된다는 점에서 헬스리터러시는 국민건강증진을 위한 정책을 추진하는 데에 중요한 요인이며 이는 국가적 차원의 전략이 필요한 이유이다 (Trezona, Rowlands, & Nutbeam, 2018). 따라서 WHO에서는 헬스리터러시 제고를 위한 정책 전략을 제시하고, 실질적인 정책을 실행할 것을 권고하고 있다. 이 절에서는 WHO 유럽지역 사무소(European Regional Office)에서 제시한 헬스리터러시 제고를 위한 국가 정책 전략의 내용에 대해 살펴보고자 한다.

1. WHO의 헬스리터러시 전략 추진 배경

지식을 기초로 하는 현대사회에서 헬스리터러시는 개인, 가족, 지역사회의 건강한 삶을 유지하기 위해 중요하지만, 보건의료 시스템을 둘러싼

다양한 제도와 환경으로 인해 건강 관련 의사결정을 올바르게 할 수 있도록 지원하는 전략을 제시하는 것은 쉬운 일이 아니다(WHO, 2013). 헬스리터러시와 관련된 선행연구를 살펴보면 헬스리터러시가 낮은 집단의 건강 행위 실천율이 헬스리터러시 수준이 높은 집단에 비해 낮고 상대적으로 건강 수준이 더 나쁜 것으로 보고되고 있다(IOM, 2004). 한편 헬스리터러시가 낮은 집단은 만성질환과 같이 지속적인 자가 관리가 필요한 경우 질병 관리와 보건의료 서비스 이용에 대한 의사결정에 어려움을 겪게 되며, 이로 인해 입원율이 상대적으로 높은 것으로 알려졌다(Baker et al., 1998). 낮은 수준의 헬스리터러시는 개인의 건강에 부정적인 영향을 끼치는 데 그치지 않고 보건의료 시스템의 인적·경제적 자원의 고갈을 유발하는 원인으로 지목받고 있다. 선행연구에 따르면 헬스리터러시 수준이 낮은 개인은 의료 이용의 빈도가 높으며 의료 서비스와 관련된 비용을 더 많이 지출하고 있는 것으로 조사되었다(Rasu, Bawa, Suminski, Snella, & Warady, 2015)

헬스리터러시가 건강 및 보건의료 제도에 미치는 광범위한 영향에도 불구하고 유럽을 포함한 주요 국가 국민의 헬스리터러시 수준은 높지 않은 것으로 보고되고 있다. 유럽 8개 국가를 대상으로 실시한 유럽 헬스리터러시 조사(European Health Literacy Survey) 결과에 따르면 조사 대상 성인의 약 50%가 적정 수준 이하의 헬스리터러시 수준인 것으로 나타났다(Sørensen et al., 2015). 그러나 인구집단의 헬스리터러시 제고를 위한 체계적인 정책적 전략은 아직 미비한 실정이다. 특히, 건강한 생활을 실천하고, 필요한 의료 서비스의 적절한 이용과 건강증진과 관련된 정보의 접근과 이해, 평가, 적용을 실천할 수 있는 지식과 기술에 대한 체계적 지원은 부족한 실정이다(WHO, 2013). 그러므로 국가적 차원에서 헬스리터러시의 다양한 정의와 개념, 범위를 포괄하고 개인의 기술과 능

력을 지원하며, 복잡하고 전문화된 현대 보건의료 체계 내에서 요구되는 역량을 강화할 수 있는 정책적 접근이 필요하다(Parker, 2009)(그림 4-3).

[그림 4-3] 국가적 차원에서 요구되는 헬스리터러시 지원 방향



자료: Parker, R. (2009). Measuring health literacy: What? So what? Now what?, p.2, Figure 6-1.

이러한 배경으로 WHO 유럽지역 사무소는 2014년 개인, 가족, 지역사회 차원에서 건강 행위 실천을 도모하고 개인의 건강권을 보호받으면서 양질의 의료 서비스를 받을 수 있도록 역량을 강화하는 헬스리터러시 정책 전략을 수립하여 제시하였다(WHO, 2013). WHO 유럽지역 사무소의 헬스리터러시 정책 전략은 헬스리터러시를 건강의 결정요인 중 하나로 인식해야 함을 강조하고 있으며, 건강에 미치는 영향과 비용 대비 편익과 효율을 고려한 국가별 실천 전략 마련을 위한 큰 정책 로드맵을 제시하고 있다(WHO, 2013).

2. WHO 유럽지역 사무소 헬스리터러시 전략의 주요 내용

WHO 헬스리터러시 전략은 실제 정책을 개발하고 시행할 때에 기본적으로 고려해야 할 헬스리터러시의 개념과 정책 방향의 원칙 등으로 구성되어 있다. WHO 헬스리터러시 전략은 누구도 배제되지 않는 동일한 의

료 서비스의 접근을 보장해야 하며, 질 높은 교육과 평생학습 기회를 제공하는 것을 기본 전제로 삼고 있다. 건강 문제와 관련한 인지와 이해 능력은 특정 기간 습득과 학습을 통해 향상할 수 없기 때문에 정규 교육과 평생 교육 등의 지속적인 교육 기회를 제공하고 국민의 참여를 통해 건강 문제를 해결할 수 있는 개인의 역량과 기술을 익히고 발전시켜 나가야 한다고 제안하였다(WHO, 2013).

WHO 헬스리터러시 전략은 헬스리터러시 정책 개발과 실행을 위해 <표 4-4>에서 제시된 것과 같이 세 가지 영역을 고려할 것을 제안하였다. 첫째, 헬스리터러시 관련 정책 실행의 필요성, 둘째, 헬스리터러시 강화를 위한 환경과 영역의 범위 설정의 필요성, 마지막으로 지역사회, 국가, 지역, 글로벌 단위에서 헬스리터러시의 강화를 지원하기 위한 정책 개발의 필요성을 강조한다(WHO, 2013).

이 보고서에서는 헬스리터러시는 건강의 중요한 결정요인이며 누구나 필요한 기본적인 권리임을 강조한다. 특히 건강의 결정요인으로 헬스리터러시를 인식하고, 헬스리터러시가 미치는 건강과 보건의료의 부정적 영향을 최소화하기 위한 정책을 수립할 것을 제시했다. 이를 위해 정책결정자들은 헬스리터러시 정책 수립과 관련하여 다음의 사항을 고려해야 한다고 제시했다.

〈표 4-4〉 WHO 헬스리터러시 제고 방향

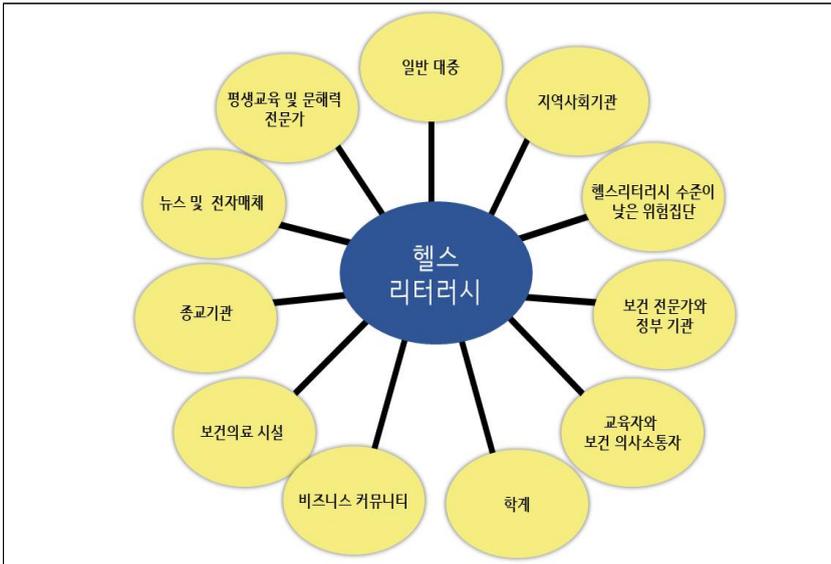
Part A 헬스리터러시 정책의 필요성	Part B 헬스리터러시 실행 전략의 환경과 영역	Part C 지역사회, 국가, 지역, 글로벌 단위 강화 정책
<ul style="list-style-type: none"> • 건강의 결정요인으로 헬스리터러시 인식 • 낮은 수준의 헬스리터러시가 발전을 저해 • 낮은 수준의 헬스리터러시 인구의 증가 • 적정 이하의 헬스리터러시 수준에 따른 인적, 경제적 자원의 고갈 	<ul style="list-style-type: none"> • 일상생활에서 개인이 건강 관련 결정을 할 수 있는 역량 강화로 가정, 지역사회, 사업장, 보건의료 및 교육 체계, 미디어 환경에서 필요한 주요 실행 방향 제시 	<ul style="list-style-type: none"> • 정책결정자부터 보건 분야와 국제기구를 포함한 실천전략 수립 • 공익을 위한 가치와 원칙에 따른 조정 • 헬스리터러시의 공공정책의 의제화 • 헬스리터러시 관련 근거 강화와 유럽지역 수준에서의 협력 강화

자료: World Health Organization Regional Office for Europe. (2013). Health literacy: the solid facts, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>에서 2020.8.6. 인출.

첫째, 헬스리터러시는 하나의 단편적인 보건 정책의 하나로 접근할 수 없으며, 정부와 사회 전체의 문제로 인식하고 접근해야 한다. 헬스리터러시를 개인의 책임이나 보건의료 정책결정자 혹은 전문가의 문제로 국한해서는 안 되며, 관련된 여러 영역의 전문가들과의 노력과 협력이 필요하다. 특히 다양한 이해관계자의 참여와 개인의 일상생활에서 헬스리터러시를 향상하기 위한 프로그램의 기획이 중요하다. 둘째, 헬스리터러시는 다양한 영역의 전문가들이 협력하여 통합적이며 초학제적인 체계로 접근해야 한다. 이를 통해 헬스리터러시를 둘러싼 복잡하고 다양한 이해관계자들과 개인-조직-지역사회 등을 포괄할 수 있도록 수준별로 정책을 개발해야 한다(그림 4-4 참조). 그리고, 문화, 성, 연령 등 문화적 다양성을 고려하여 평이한 용어를 사용하면서 믿을 수 있는 정보를 전달하는 방안을 개발할 것을 제안하고 있다. 마지막으로 헬스리터러시를 정확하게 측정하기 위한 설문 도구의 개발과 효과적인 증재를 위한 연구를 강조하고 있다. 유럽지역 국가들은 헬스리터러시의 정확한 측정을 위해 유럽 헬스

리터러시 조사(European Health Literacy Survey)을 활용하여 인구집단의 헬스리터러시 수준을 주기적으로 측정할 것을 권장한다(WHO, 2013).

[그림 4-4] 헬스리터러시를 둘러싼 다양한 이해관계자



자료: World Health Organization Regional Office for Europe. (2013). Health literacy: the solid facts, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>에서 2020.8.6. 인출.

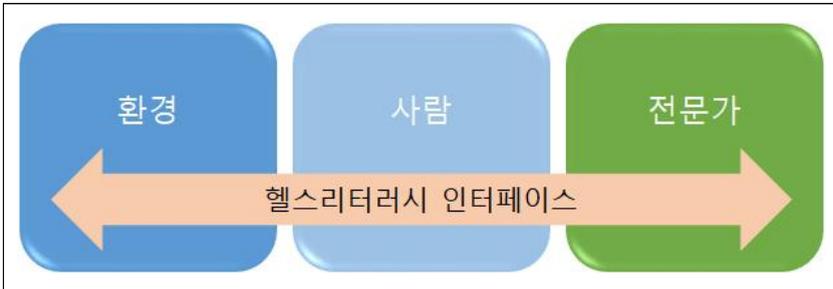
건강불평등 해소를 위해 필수적인 의료 서비스 접근의 보장을 강화하는 것과 같은 맥락으로 헬스리터러시의 접근성은 권리이며, 강화되어야 한다고 제안한다. 따라서 건강불평등을 감소시키기 위하여 헬스리터러시 취약 집단에 대한 역량을 더욱 높일 수 있는 정책이 필요하다. 특히 선행 연구를 통해 헬스리터러시 취약 계층으로 알려진 고령층, 유색인종, 이민자뿐만 아니라 저학력자와 해당 국가의 공용어를 사용하지 않는 등 사회

문화적으로 배제될 수 있는 표적 집단을 파악하고 해당 집단의 헬스리터러시 향상을 위한 체계적 노력을 요구한다(WHO, 2013).

이와 함께 헬스리터러시 친화적 환경의 조성과 이를 위한 실천 전략도 제시하는데, 헬스리터러시를 관계적(relational) 개념으로 소개한다(그림 4-5 참조).

즉, 헬스리터러시의 강화는 개인의 기술과 역량 강화만으로 해결될 수 있는 문제가 아니라 타인과 환경에 대한 상호작용과 개인과 타인과의 권력관계와 의견 교환 등을 통해 이루어질 수 있다고 소개하고 있다. 헬스리터러시의 관계적 개념을 고려하여 일상생활과 보건의료 영역에서 접하게 되는 여러 환경과 다양한 개인과 보건의료 전문가들의 상호 작용을 고려한 정책 및 프로그램 개발과 평가 전략이 각 국가가 정책을 수립할 때 포함되어야 한다고 제안하였다(WHO, 2013).

[그림 4-5] WHO 헬스리터러시의 관계적 개념



자료: World Health Organization Regional Office for Europe. (2013). Health literacy: the solid facts, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>에서 2020.8.6. 인출.

제3절 주요 국가의 헬스리터러시 관련 정책 및 사업

헬스리터러시는 소득, 고용상태, 교육 수준 등과 함께 개인의 건강 수준을 결정하는 주요 변수로 미국과 캐나다 등 북미 국가를 중심으로 개념이 정립되기 시작하여 유럽의 여러 국가까지 인구집단의 건강 수준을 향상하기 위한 주요 보건 정책 분야로 자리 잡기 시작하였다. 의사가 일반적으로 정보를 전달하던 과거 패러다임에서 벗어나 다양한 매체들을 통해 제공되는 정보를 올바르게 이해하고, 이를 바탕으로 건강 행위를 실천하는, 능동적 건강관리의 개념이 중요해짐에 따라 각 나라는 그들의 문화와 특성을 반영한 헬스리터러시 관련 정책과 전략을 수립하고 있다.

이 절에서는 국외 헬스리터러시 현황 및 정책 사례를 살펴보고, 국가별 정책의 방향과 주요 내용을 분석하여 우리나라 헬스리터러시 관련 정책의 개발 및 시행을 위한 함의를 도출하고자 한다.

1. 국외 헬스리터러시 정책 리뷰의 필요성

1) 국외 헬스리터러시 관련 정책 리뷰의 목적

국외 헬스리터러시 정책은 크게 임상학과 보건학적 관점에서의 접근으로 구분할 수 있다. 임상학적 접근은 의사와 환자 간의 상호관계 및 의사소통에 초점을 맞추고 있다면 보건학적 접근은 인구집단의 전반적 건강 수준 향상과 교육기회의 제공에 초점을 맞추고 있다(Sørensen et al., 2012). 국외 헬스리터러시 관련 정책 및 전략은 주로 미국과 캐나다를 포함한 북미 지역과 유럽 국가 등 서구사회를 중심으로 수립되어 시행되고 있으며, 헬스리터러시 관련 연구 또한 활발하게 이루어지고 있다.

이 연구에서는 국외 헬스리터러시 관련 정책 현황을 파악하기 위해 헬스리터러시 정책이 비교적 활발하게 전개되고 있는 미국, 캐나다, 호주를 포함하여 영국과 독일 등 유럽 국가를 중심으로 헬스리터러시 정책 및 전략을 분석하고자 한다.

2) 국외 헬스리터러시 관련 정책 리뷰의 방법

이 연구에서는 국가별 헬스리터러시 관련 정책을 체계적으로 파악하기 위해 Trezona et al.(2018)에서 활용된 분석의 틀을 바탕으로 수정·보완하여 각 국가의 헬스리터러시 정책을 사회문화적·정책적 맥락에서 분석할 수 있는 정책 분석의 틀을 설정하였다(표 4-5 참조).

〈표 4-5〉 헬스리터러시 정책 분석의 틀

-
1. 헬스리터러시 관련 정책의 이름은 무엇인가?
 2. 관련 정책은 언제 제시되었는가?
 3. 관련 정책을 제시한 주체는 누구인가?
 4. 어떠한 정책적 맥락에서 헬스리터러시 관련 정책이 제시되었는가?
 5. 헬스리터러시 정책의 목적과 목표는 무엇인가?
 6. 정책별 헬스리터러시의 정의와 중재 영역은 무엇인가?
 7. 헬스리터러시 향상을 위한 주요 전략은 무엇인가?
 8. 헬스리터러시 정책의 주요 재원은 어디에서 제공되는가?
 9. 해당 정책이 주는 시사점은 무엇인가?
-

자료: Trezona et al. (2018). Progress in Implementing National Policies and Strategies for Health Literacy-What Have We Learned so Far? p.3, Table 1.

국가별 헬스리터러시 정책의 필요성과 방향을 이해하기 위해 국가별 헬스리터러시 현황을 살펴보고, 헬스리터러시 정책 분석의 틀을 활용하

여 북미, 유럽, 오세아니아 등 각 국가에서 개발 및 수립하여 시행하고 있는 정책의 현황을 파악하고자 한다. 국외 정책 고찰을 통해 우리나라 헬스리터러시 관련 정책 및 사업에 주는 시사점을 제시하고자 한다.

2. 미국의 헬스리터러시 현황과 정책

가. 미국의 헬스리터러시 현황

2003년 국가 성인문해력 평가(NAAL: National Assessment of Adults Literacy)에 따르면 19세 이상 성인의 약 53%가 중급(intermediate) 수준의 헬스리터러시의 수준이며, 약 14%는 기본 이하의 헬스리터러시 수준인 것으로 조사되었다. 특히 남자는 여자에 비해 평균적으로 헬스리터러시 수준이 낮은 것으로 파악되었다. 헬스리터러시의 수준이 기본 이하인 비율은 남성 응답자(16%)가 여성 응답자(12%)에 비해 높은 것으로 보고되었다(U.S. Department of Education, 2006).

인종에 따른 헬스리터러시의 차이도 나타났는데, 히스패닉, 흑인, 인디언들의 전반적 헬스리터러시의 수준이 낮았으며, 특히 성인 히스패닉의 경우 다른 인종들과 비교했을 때 평균적으로 더 낮은 것으로 조사되었다. 또한, 취학 전 영어만 사용한 집단과 교육 수준이 높은 집단에서는 상대적으로 헬스리터러시의 수준이 높은 것으로 나타났으며, 노인은 다른 연령 집단과 비교했을 때 헬스리터러시의 수준이 낮은 것으로 알려졌다. 민간보험 가입자가 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid) 가입자와 민간보험 미가입자에 비해 상대적으로 헬스리터러시 수준이 높은 것으로 나타났다(U.S. Department of Education, 2006).

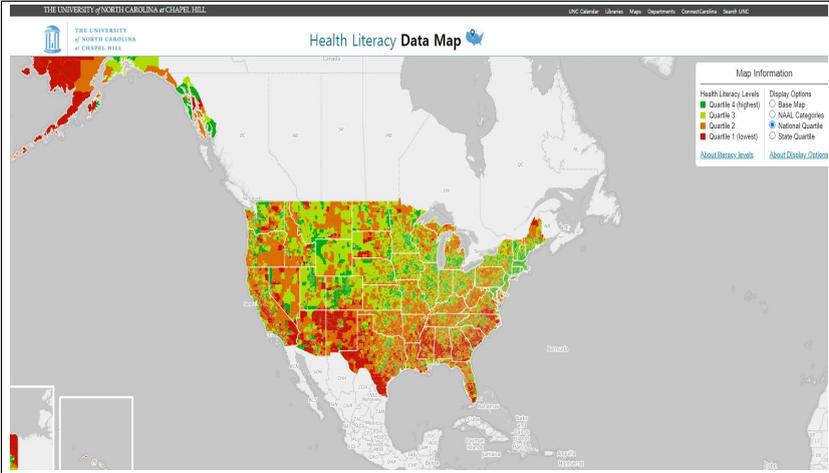
이와 함께 헬스리터러시에 영향을 주는 요인으로 문화를 배제할 수 없

는데, 문화, 또는 문화적 배경은 사람들이 건강정보와 관련한 의사소통과 이해 반응 등에 영향을 줄 수 있는 주요한 요인으로 간주한다. 다양한 문화적 배경을 가진 사람들로 구성된 미국의 사회문화적 특성상 신념의 체계, 커뮤니케이션의 방법과 건강정보에 대한 이해와 반응이 상이할 수 있다. 이 때문에 문화적 맥락에서 헬스리터러시를 이해하고 이를 향상할 수 있는 전략의 필요성을 강조한다(Institute of Medicine, 2004).

한편, 국가적 차원에서 리터러시 수준을 파악하기 위한 정기적 조사를 Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)에서 개발한 Programme for the International Assessment of Adult Competencies(PIAAC)를 활용하여 실시하고 있다. PIAAC는 문해 능력, 산술 능력, 문제해결 능력 등 성인의 종합적인 문해력을 측정하기 위해 개발된 도구로 헬스리터러시만을 측정하기 위해 설계된 도구는 아니다(National Center for Education Statistics, n.d.-b).

이 외에도 헬스리터러시의 지역별 현황을 파악할 수 있는 자료를 노스 캐롤라이나 대학교(University of North Carolina at Chapel Hill)가 공개하고 있다. 2010년 US 센서스 데이터와 2011년 미국 지역사회조사(American Community Survey)를 취합한 자료를 바탕으로 누구나 손쉽게 미국 전역의 지역별 헬스리터러시 현황을 파악할 수 있도록 지도 형태로 제공한다(University of North Carolina at Chapel Hill, n.d.) (그림 4-6 참조).

[그림 4-6] 미국 Health Literacy Data Map



자료: University of North Carolina at Chapel Hill. (n.d.). Health literacy data map. <http://healthliteracymap.unc.edu/>에서 2020. 11. 5. 인출.

나. 미국의 헬스리터러시 정책

21세기 초반, 미국에서 헬스리터러시의 수준을 높이기 위한 정책에 대한 관심이 시작되었으며, 연방정부 차원의 관심과 지지가 아닌 개인 혹은 기관 차원에서의 헬스리터러시 향상 필요성을 인식하고, 이 연방정부의 정책 가이드 등으로 연결되었다(Okan et al., 2019). 미국의 대표적인 헬스리터러시 정책은 2010년 수립한 헬스리터러시 향상을 위한 국가 행동계획(National Action Plan to Improve Health Literacy, 이하 행동계획)이다. 행동계획은 미국 연방정부 보건부에서 기관, 전문가, 정책 결정자, 지역사회 등 헬스리터러시를 높이기 위한 다분야 협력을 위해 제안, 수립되었다(U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010).

행동계획은 헬스리터러시를 ‘개인이 적절한 의사결정을 하는 데 요구

되는 건강 및 서비스에 대한 정보를 구하고 실행하고 이해하는 능력'으로 정의한다. 2003년 NAAL 조사에서 나타난 취약 계층과 유사하게 행동계획에서 제시하는 정책의 주요 대상은 노인(65세 이상), 유색인종, 이민자와 난민, 사회경제적 수준이 낮은 집단, 영어를 모국어로 쓰지 않는 집단이다(U.S. Department of Health and Human Services, 2010). 헬스리터러시 취약 계층으로 분류된 집단은 각종 질병의 유병률과 중증도가 더 높은 것으로 알려져 있으며, 이러한 건강불평등을 궁극적으로 해결하기 위해 헬스리터러시 불평등의 개선을 정책의 목표로 설정하고 있다(Trezona, et al., 2018). 행동계획은 헬스리터러시 향상을 위한 구체적인 실천방안을 상세한 내용을 제시하고 있지는 않지만, 보건의료의 다양한 영역에서 헬스리터러시 향상을 위한 개인과 조직의 목표를 설정하여 활용할 수 있는 비전과 상위 분야에 수립된 목표와 전략 등을 제시하는 프레임 워크라고 할 수 있다(Baur, 2011).

행동계획에서 제시하고 있는 헬스리터러시 향상을 위한 3대 비전은 (1) 정확하며 실천 가능한 건강정보 접근이 가능한 환경 조성, (2) 사람 중심의 건강정보와 서비스 제공, (3) 건강한 삶을 영위할 수 있는 평생학습과 기술 습득 지원이다. 행동계획의 7대 목표는 표 4-6과 같다. 정보의 접근성, 신뢰성부터 보건의료 체계, 교육계 차원의 변화, 가이드라인과 정책의 개발 및 기초 연구 지원 등 다양한 수준의 접근법에 대한 목표를 포함한다(U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010).

〈표 4-6〉 미국 헬스리터러시 향상을 위한 국가 행동계획 7대 목표

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">① 정확하고, 접근할 수 있으며, 실천 가능한 건강과 안전 관련 정보의 구성과 배포② 건강정보와 의사소통을 향상시키며, 정보에 근거한 의사결정과 의료 서비스의 접근성을 향상할 수 있는 보건의료 체계의 변화③ 정확하고 표준에 기초하며 적절한 건강 및 과학정보에 대하여 보육부터 대학 수준에 이르기까지 커리큘럼 구성④ 지역사회 내 문화적 및 언어적으로 적절한 건강정보 서비스를 제공하며, 성인 및 영어 교육을 제공하기 위한 지원⑤ 파트너십 구축, 가이드 라인 개발과 정책의 변화⑥ 헬스리터러시를 향상하기 위한 기초 연구의 지원과 중재안의 개발, 실행, 평가⑦ 근거 기반 헬스리터러시 중재안의 시행과 보급 |
|---|

자료: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). National action plan to improve health literacy. Washington, DC: Author.

미국 행동계획의 특징은 목표별로 연구자, 평가자, 재정부담자, 보건의료 전문가 혹은 관련 학술기관이나 정부 기관에서 추진해야 할 전략 행동을 제시하는 것이다. 또한, 헬스리터러시 향상을 위한 국가적 전략을 실행할 때 참고해야 할 6대 원칙을 표 4-7과 같이 제시한다(U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010). 행동계획의 실행과 관련한 자원 조달에 대한 구체적인 방안과 전략을 제시하고 있지 않으나 헬스리터러시 향상을 위해 다자간 협력을 통한 다양한 정책의 필요성을 원론적으로 강조한다. 특히 헬스리터러시 취약 계층을 보호하고 이로 인한 불평등을 줄이기 위해서는 단편적으로 정책을 실행하기 보다는 통합적 체계를 바탕으로 건강정보와 서비스의 구성, 전달 등 사회 전반이 긴 시간 동안 근본적으로 변화해야 한다고 제시하고 있다 (U.S. Department of

Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010; Baur, 2011)

〈표 4-7〉 미국 헬스리터러시 향상을 위한 국가 행동계획 6대 원칙

- ① 국가적 전략 실행에 있어서 여러 부문 간 협력이 필수적이다.
- ② 전략 실행은 반드시 근거를 기반으로 전략적으로 계획되어야 한다.
- ③ 평가를 통해 전략 실행의 효과를 확인해야 한다.
- ④ 전략은 반드시 지속적인 공공교육과 연계되어 실행해야 한다.
- ⑤ 전략은 반드시 법률과 정책, 관련 기관의 지원을 포함하여 실행해야 한다.
- ⑥ 전략은 반드시 헬스리터러시가 취약한 개인과 지역사회를 포함하여 실행해야 한다.

자료: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). National action plan to improve health literacy. Washington, DC: Author.

3. 캐나다의 헬스리터러시 정책

가. 캐나다의 헬스리터러시 현황

지난 2005년 캐나다 통계청(Statistics Canada)에서 캐나다인의 헬스리터러시를 조사한 결과에 따르면 캐나다 성인의 약 43%가 가장 기본적으로 요구되는 수준인 Level 3 이하인 것으로 나타났다. 특히 65세 이상의 노인의 48%가 Level 3 이하로 건강정보에 대한 이해와 습득이 상대적으로 낮은 것으로 조사되었다(Statistics Canada, 2005). 캐나다인의 전반적인 헬스리터러시의 수준은 미국 등 다른 국가들과의 비교 시 절대적으로 낮은 편은 아니지만, 각 지역에 따른 헬스리터러시 격차가 심한 것으로 보고되었다. 2007년 Canadian Council on Learning(CCL)에서

발간한 'Health Literacy in Canada'에서도 캐나다인의 헬스리터러시 수준은 유사하게 나타났다. 해당 보고서는 캐나다인의 헬스리터러시는 미국보다는 높지만, 높은 수준이라고 결론 내리기 어렵다고 보고하였다(CCL, 2007). CCL의 조사에 따르면 Level 1부터 Level 4까지의 단계에서 Level 3 이상이 헬스리터러시와 관련한 최소한의 수준이라면, 캐나다인의 약 60%가 적절한 수준의 헬스리터러시를 충족하지 못하는 것으로 나타났다(CCL, 2007). 특히 65세 이상의 노인의 약 12%만 적정 수준의 헬스리터러시 능력을 가지고 있는 것으로 조사되었다(CCL, 2007). 노인은 다른 연령 집단에 비해 복합적인 건강문제를 가지고 있기 때문에 낮은 헬스리터러시 수준으로는 적절한 의료 서비스를 제공받고, 질병 관리 등이 제대로 이루어지지 않을 가능성이 높은 것을 나타낸다(Rootman, I & Goron-El-Bihbety, 2008). 지역별 헬스리터러시의 격차도 존재하였는데, 캐나다 서부의 브리티시 컬럼비아, 앨버타의 경우 캐나다 평균보다 높은 수준으로 나타났으나 대서양 인근의 뉴펀들랜드에서는 평균 이하의 헬스리터러시 수준인 것으로 조사되었다(Canadian Public Health Association, 2008).

캐나다 인구 중 헬스리터러시가 취약한 대표적인 집단은 노인과 실업자이다. 이들은 캐나다 전국 평균 이하의 헬스리터러시 수준이며, 이로 인한 건강문제와 적절한 의료 서비스 접근 등에 어려움을 겪고 있는 것으로 알려졌다. 영어와 불어를 공식 언어로 사용하고 있는 캐나다의 특성상 불어만 사용하는 인구집단과 영어를 모국어로 사용하지 않는 이민자와 원주민 집단도 헬스리터러시 취약 계층으로 조사되었다. 이와 함께 교육 수준도 헬스리터러시와 밀접한 관계를 가지고 있는 것으로 조사되었는데, 공식적 교육 수준이 높을수록 헬스리터러시의 수준도 올라가는 경향이 모든 연령대에서 나타났다(Statistics Canada, 2005).

캐나다에서 헬스리터러시 현황을 파악하기 위해 실시한 국가 단위의 설문은 International Adult Literacy Survey(IALS), PIAAC를 사용하고 있다. 이 조사는 원래 헬스리터러시를 위해 개발된 조사는 아니지만, 헬스리터러시 관련 영역을 포함하고 있어 캐나다의 헬스리터러시 현황을 정기적으로 파악하는 데 활용되고 있다. 지난 조사는 16~65세 성인 약 27,000명을 대상으로 실시했으며 다음 조사는 2021년으로 예정되어 있다(Okan et al., 2019).

나. 캐나다의 헬스리터러시 정책

1) 추진 배경

보건의료 분야에서 헬스리터러시와 관련된 정책적 관심은 1989년 온타리오 보건협회(Ontario Public Health Association)에서 발표한 ‘Making the World Healthier and Safer for People Who Can’t Read’에서 출발하였다(Rootman & Ronson, 2005). 이 보고서는 캐나다인의 헬스리터러시 수준과 낮은 헬스리터러시로 인해 발생할 수 있는 건강의 부정적 영향에 대한 기존 연구의 결과를 종합하여 제시하였다. 나아가 헬스리터러시 수준의 향상을 위한 교육과 훈련의 필요성을 강조하며, 헬스리터러시로 인해 유발되는 불평등을 감소하기 위한 사회적 약속과 빈곤과 작업장 안전 환경의 개선, 평이한 용어 사용 등과 같이 사회정책을 통해 해결할 수 있는 방안을 제시하였다. 또한, 헬스리터러시 격차로 인해 발생할 수 있는 문제를 최소화할 수 있는 방안을 연구하는 것을 비롯하여 프로그램 평가 등을 통한 정책 증재 전략의 수립과 시행을 권고하고 있다(Ontario Public Health Association & Frontier College,

1989). 이후 1994년 캐나다 보건협회(Canadian Public Health Association, CPHA)에서 National Literacy and Health Program을 수립하여 관련 단체들과 함께 헬스리터러시의 중요성에 대한 인식을 높이고, 관련 문제에 대해 탐구하며, 헬스리터러시 향상을 위한 관련 자료 등을 개발하는 등의 활동을 폭넓게 수행하였다(Rootman & Ronson, 2005).

인구 고령화와 과학기술의 발달, 다문화 이민자 증가 등과 같은 사회문화적 특성으로 인해 캐나다에서 헬스리터러시는 보건의료 분야에서 주요한 아젠다로 부상하게 된다. 2008년 캐나다 보건원(PHAC: Public Health Agency of Canada)에서 헬스리터러시를 '전 생애에 걸쳐 다양한 환경에서 건강을 증진하고 유지하기 위한 방법으로, 정보에 접근하고, 이해하고, 평가하고 소통하는 능력'이라고 정의하면서 그 중요성이 더욱 두드러졌다(Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008).

2) 정책의 주요 내용과 방향⁷⁾

캐나다에서 헬스리터러시의 향상은 보건정책에서 중요한 의제일 뿐만 아니라 국민건강의 사회적 결정요인으로 인식되고 있다. 따라서 교육, 소득, 문화와 밀접한 관련이 있는 헬스리터러시의 향상을 위한 교육과 지원의 필요성이 지속적으로 제기되고 있다. 캐나다는 보건·의료 제도와 정책이 연방정부와 주(州) 정부의 권한과 역할이 나누어져 있으며, 이로 인해 대부분의 보건·의료 정책은 주 정부 차원에서 시행되고 있다. 헬스리터러

7) Mitic, W. & Rootman, I. (2012). An inter-sectoral approach for improving health literacy for Canadians. Victoria BC: Public Health Association of BC. <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/09/IntersectoralApproachforHealthLiteracy-FINAL.pdf>에서 2020.8.6. 인출한 내용을 바탕으로 정리함.

시 관련 정책의 중요성과 관련 장애 요인 등은 캐나다 보건부(Health Canada), 캐나다 건강정보연구소(Canadian Institute for Health Information)와 PHAC 등 연방정부 및 산하 기관의 보고서를 통해 꾸준히 발표되고 있으나 국가적 차원의 헬스리터러시 정책 수립은 거의 전무한 상태로 다른 국가들과 비교하여 독특한 형태를 보이고 있다.

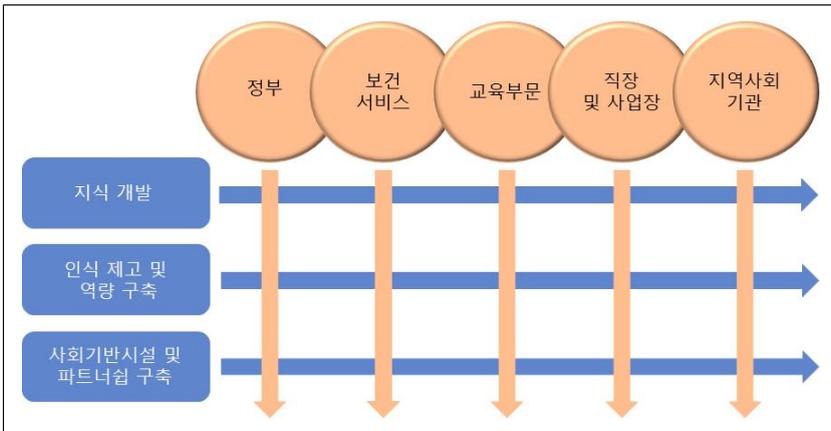
2008년 캐나다 보건협회(CPHA) 전문가 패널을 통해 헬스리터러시 증진을 위한 정책 및 프로그램 개발, 관련 연구의 필요성이 제기되면서 PHAC와 보건부 등의 관련 정부 기관 등을 중심으로 헬스리터러시 관련 정책과 프로그램 개발을 위한 협력적 노력이 강조되었다. 이후 2012년 브리티시 콜롬비아 보건협회(Public Health Agency of BC)에서 다부문 간 협력을 통한 헬스리터러시 향상을 위한 실천 전략(An inter-sectoral approach for improving health literacy for Canadian)을 발표하였다.

한편, 캐나다 실천 전략에서는 헬스리터러시 수준의 차이로 인한 인구 집단 간 건강불평등 심화를 해결하기 위한 헬스리터러시 향상의 필요성을 강조하였으며, 이를 위한 비전, 목적과 가치 등을 다음과 같이 제시하였다. 비전의 경우 헬스리터러시의 증진은 궁극적으로 건강과 안녕의 영위를 위한 건강관련 결정을 할 수 있도록 관련 정보와 서비스에 대해 모든 사람들이 접근하고 이해하고 평가하여 활용할 수 있도록 해야 한다는 것을 제시하고 있다. 이를 위해 다음과 같은 3가지 목적도 함께 제시하고 있다.

- ① 현존하는 가장 최신의 정보에 접근할 수 있는 기본적인 지식 확립과 효율적인 방법으로 헬스리터러시를 향상할 수 있는 근거의 제시
- ② 모든 사람들이 헬스리터러시 수준의 향상이 필요함을 인식하고 헬스리터러시의 향상을 위해 노력

③ 헬스리터러시 향상을 위한 협력적인 접근을 위한 파트너십의 구성
과 기본 구조의 확립

[그림 4-7] 다부문 간 협력을 통한 헬스리터러시 향상을 위한 실천 전략



자료: Mitic, W. & Rootman, I. (2012). An inter-sectoral approach for improving health literacy for Canadians. p.49-50.
<https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/09/IntersectoralApproachforHealthLiteracy-FINAL.pdf>에서 2020.8.6. 인출.

캐나다 실천 전략은 헬스리터러시 향상을 위한 5개의 주요 협력자를 정의하였는데, (1) 연방·주정부 및 지방정부, (2) 보건의료 조직 및 전문가, (3) 공립 및 사립학교, 평생 교육 기관과 영어학습 기관을 포함한 교육 기관, (4) 사업장 및 일반 기업, (5) 도서관, 종교기관과 미디어 매체, 이민 정착 및 노인 지원기관 등 광범위한 지역사회 기관 등을 포함한다.

또한, 헬스리터러시 향상을 위한 실천 방안으로 3개의 기초 구성 분야를 다음과 같이 제시하였다.

- (1) 지식 개발: 헬스리터러시를 효과적으로 향상하기 위한 연구 수행
- (2) 인식 확산과 능력 개발: 통합적 헬스리터러시를 증진할 수 있도록 공공 및 민간 부문, 전문가, 지역사회 구성원의 지식, 이해, 능력을 향상

을 위한 학습기회의 개발과 제공, 더불어 헬스리터러시의 중요성을 전달하고 주요 이해관계자의 관심을 촉진할 수 있는 효과적인 의사소통 전략 수립 및 실행

(3) 세부 구조 및 동반 관계의 구축: 헬스리터러시 향상에 필요한 물적·인적 자원 등의 분배와 더불어 헬스리터러시 향상을 위한 협력적 노력을 위한 동반 관계의 구축 및 이를 통한 전략의 실천

4. 호주의 헬스리터러시 정책

가. 호주의 헬스리터러시 현황

호주의 헬스리터러시 일반적 현황을 파악할 수 있는 통계는 지난 2006년 호주 연방정부 보건부(Australian Government Department of Health)의 지원을 받아 성인 문해력 및 생활기술 조사(Adult Literacy and Life Skills Survey)의 하나로 실시한 'Health Literacy, Australia 2006' 조사 결과이다. 호주 통계청(Australian Bureau of Statistics)에서 17~74세 성인을 대상으로 실시한 이 조사에는 건강증진과 건강 보호, 질병 예방과 관리, 의료제도 탐색 등에 대한 이해와 관련된 광범위한 질문을 토대로 헬스리터러시의 수준을 측정하였다. 조사 결과에 따르면 성인 응답자의 약 41%만이 일상생활을 영위하는 데 필요한 복잡하고 다양한 건강 요구를 해결할 수 있는 적정(level 3) 이상의 헬스리터러시 수준을 가지고 있는 것으로 나타났다(Australian Bureau of Statistics, 2008). 미국과 캐나다와 같이 영어권 이민 국가라는 사회문화적 특성으로 인해 영어를 모국어로 쓰지 않는 인구집단의 헬스리터러시의 수준이 낮은 것으로 나타났다. 이민자 집단의 경우 건강정보와 보건의료 체계에

대한 이해력과 접근성이 비 이민자 집단에 비해 낮으며, 개인의 건강을 스스로 관리할 수 있는 역량이 낮다는 측면에서 헬스리터러시의 취약 계층으로 분류될 수 있다. 본 조사에서 사회경제적 수준에 따른 헬스리터러시의 차이도 확인되었는데, 고학력자와 고소득층의 경우 헬스리터러시의 수준이 높은 것으로 나타났다(Australian Bureau of Statistics, 2008). 성별과 지역에 따라서는 큰 차이가 없는 것으로 나타났으나 연령에 따른 헬스리터러시 수준의 격차가 확인되었다. 30~39세 성인의 경우 약 50%가 헬스리터러시 수준이 적정(level 3) 혹은 우수(level 4)인 것으로 조사되었으나, 60~74세는 조사 대상의 약 22%만이 적정(level 3) 또는 우수(level 4) 수준이었다. 호주의 헬스리터러시 취약 계층은 이민자, 저소득층과 저학력자인 것으로 나타났다.

헬스리터러시의 다양하고 광범위한 개념을 정확하게 반영하고 측정하는 것이 쉽지 않기 때문에 호주의 헬스리터러시 현황과 관련된 통계 및 자료는 2013년 Health Literacy Questionnaire(HLQ)가 개발되고, 활용되기까지 제한적이었다(Hawkins, Gill, Batterham, Elsworth, & Osbourne, 2017). HLQ는 총 9개 구성요소와 44개 항목으로 구성되어 헬스리터러시의 다면적 구조를 반영한 측정 도구이다(표 4-8 참조). HLQ는 단순히 인구집단의 헬스리터러시 현황을 조사하는 것 이외에 헬스리터러시 중재안을 개발하고 중재 결과를 측정하기 위해 개발되었다(Leslie, Hawkins, & Smith, 2020).

2018년 HLQ를 활용하여 실시한 헬스리터러시 현황조사에 따르면 대다수(96%)의 응답자들이 의료 서비스 제공자로부터 지지와 이해를 받고 있다고 응답하였으며, 97%의 응답자들이 본인의 건강을 관리하기 위한 충분한 정보를 가지고 있다고 응답하였다(Australian Bureau of Statistics, 2019). 이뿐만 아니라 86%의 응답자가 보건의료 체계를 탐

색하는 것에 대해 어렵지 않다고 응답하였다. 반면 복합만성질환이나 장애가 있는 경우 개인의 헬스리터러시에 대한 평가가 긍정적이지 않았다.

〈표 4-8〉 호주 Health Literacy Questionnaire 구성요소

Health Literacy Questionnaire의 9개 구성요소
1. 의료 서비스 제공자로부터 지지와 이해를 받았는가? (4개 항목)
2. 본인의 건강을 관리하기 위한 충분한 정보를 가지고 있는가? (4개 항목)
3. 나의 건강을 적극적으로 관리하고 있는가? (4개 항목)
4. 건강을 위한 사회적 지지를 받고 있는가? (5개 항목)
5. 건강과 관련된 정보를 평가할 수 있는가? (5개 항목)
6. 의료 서비스 제공자와 적극적인 관계를 형성할 능력이 있는가? (5개 항목)
7. 보건·의료 체계를 탐색할 수 있는가? (5개 항목)
8. 좋은 건강정보를 찾을 수 있는 능력이 있는가? (5개 항목)
9. 실행으로 옮길 수 있을 만큼 충분히 건강정보에 대해 이해하는가? (5개 항목)

자료: Leslie, Hawkins, & Smith. (2020). Using the Health Literacy Questionnaire (HLQ) with Providers in the Early Intervention Setting: A Qualitative Validity Testing Study, p.3, Table 1.

예를 들어 장애가 있거나, 장기요양이 필요한 경우 의료 서비스 제공자와 적극적으로 관계를 형성하는 것이 쉽지 않은 것으로 조사되었다. 또한, 복합만성질환을 앓고 있거나 장애가 있는 경우 그렇지 않은 집단에 비해 상대적으로 건강과 관련된 사회적 지지가 낮은 경향을 보였다. 2006년 조사와 마찬가지로 교육 수준과 경제적 수준, 이민 여부 등에 따라 의료 서비스인과의 적극적인 관계 형성과 건강에 대한 사회적 지지 등 헬스리터러시의 기술과 지식에서 차이가 있는 것으로 조사되었다.

나. 호주의 헬스리터러시 정책

1) 추진 배경

호주에서 국가 차원의 헬스리터러시 정책은 헬스리터러시를 높은 질의 의료 서비스와 건강 향상을 위한 주요 요소로 인식하면서 시작되었다. 헬스리터러시가 국가적 차원에서 고려해야 할 주요 아젠다로 처음 등장한 것은 1993년 발표한 ‘Goals and Targets for Australia’s Health in the Year 2000 and Beyond’로, 호주 국민 개인의 건강 향상을 위해 필요한 지식과 기술 역량 강화와 함께 보건의료 서비스 이용의 최적화, 이러한 변화를 유도하기 위한 총체적 노력의 필요성에 대한 인식의 결과물이라 할 수 있다(Nutbeam & Wise, 1993). 이후 호주 연방정부는 질병 예방과 건강증진부터 보건의료 제도 탐색과 같은 다양한 수준의 프로그램과 사업을 지속해서 개발하여 추진하였다. 하지만 헬스리터러시 정책의 최종 목표인 건강 향상을 위한 사회적, 경제적, 환경적 요인을 고려한 정책 목표의 설정이 어렵고, 이를 위한 다 부문의 협력이 요구되면서 한계에 봉착하게 되었다.

이후 2008년부터 2013년까지 Australian Charter of Healthcare Rights, Australian Safety and Quality Framework for Healthcare, Australian Safety and Quality Goals for Health Care 등의 호주 연방정부 정책과 보고서에서 환자의 안전과 의료의 질 향상 등을 위해 헬스리터러시 정책의 필요성을 역설하였다. 2014년 호주 보건의료의 안전과 질 위원회(Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, ACSQHC)는 ‘National Statement on Health Literacy’를 발표하고 헬스리터러시 향상을 위해 관련된 여러 부문의 체계적인 협력의 원칙을 제시하였다. 호주의 ‘National Statement on Health Literacy’

는 호주 연방정부의 공식적인 정책을 포함하지 않으나, 연방 및 주 정부의 헬스리터러시 정책의 기본 원칙으로 반영되고 있다.

2) 정책의 주요 내용과 방향⁸⁾

‘National Statement on Health Literacy’는 헬스리터러시를 ‘건강과 보건의료와 관련한 의사결정과 실천을 할 수 있는 정보에 접근하고, 이해하고 응용 및 적용하는 기술과 지식, 동기와 능력’으로 정의한다. 이러한 개인의 헬스리터러시를 향상하기 위해 헬스리터러시 환경 조성이 필요함을 강조한다. 헬스리터러시 환경은 보건의료 제도 내에서 구조, 정책, 과정, 자료, 사람들과 관계 등 보건의료 체계를 구성하는 것을 의미하며, 사람들이 건강과 관련된 정보와 서비스에 접근하고 이해하고 응용 및 적용하는 데에 영향을 미칠 수 있는 것들을 모두 포함한다. 즉 정책의 두 가지 방향성은 개인의 헬스리터러시 증진과 헬스리터러시 환경의 조성이다.

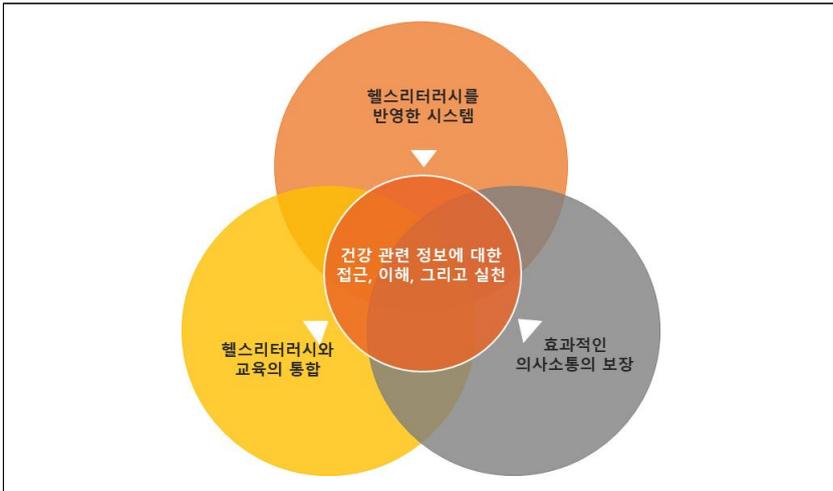
National Statement on Health Literacy의 목표는 세 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 안전과 높은 의료의 질을 보장하기 위한 헬스리터러시의 중요성을 강조하고, 둘째, 헬스리터러시에 대한 체계적인 강조를 위해 보건 영역뿐만 아니라 헬스리터러시와 관련된 다양한 분야의 조직적이며 협력적인 접근을 지원하며, 셋째, 헬스리터러시의 향상을 위해 보건의료 분야의 전문가와 조직이 고려할 수 있는 실천 전략을 제시하는 것이다.

개인의 헬스리터러시 역량 강화와 헬스리터러시 친화 환경을 조성하는 데에는 복잡한 경로를 통해 다양한 요인들이 영향을 미칠 수 있기 때문에

8) Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2014). National statement on health literacy - Taking action to improve safety and quality. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/national-statement-health-literacy-taking-action-improve-safety-and-quality> 에서 2020. 10. 29. 인출한 내용을 요약 및 정리함.

National Statement on Health Literacy에서는 지속 가능한 제도의 변화와 더욱 체계적인 접근을 위한 3가지 실행 전략을 제시한다(그림 4-8).

[그림 4-8] 호주의 National Statement on Health literacy 실행전략



자료: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2014). National statement on health literacy - Taking action to improve safety and quality. p.3. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/national-statement-health-literacy-taking-action-improve-safety-and-quality>에서 2020. 10. 29. 인출.

① 헬스리터러시를 반영하는 시스템

헬스리터러시 향상을 위한 지원을 위해 조직과 사회적 수준에서 제도 및 정책을 개발하고 시행하는 것을 의미한다. 이러한 제도적 접근에는 헬스리터러시 시행과 인식 향상을 위한 재정 할당과 지원의 변화를 비롯하여 보건 프로그램 및 사업을 기획할 때 헬스리터러시를 정책적으로 우선하는 것을 포함하여 일반 대중의 의료기관 이용 가능성과 접근성을 높이기 위한 보건의료 조직의 구성 등이 해당한다.

② 효과적인 의사소통의 보장

이용자의 필요와 요구를 충족시킬 수 있는 인쇄물, 전자 매체와 그 밖의 다양한 방식을 통한 의사소통의 제공을 의미한다. 또한, 보건의료 분야의 서비스 제공자, 관리자, 행정가 등 다양한 전문가와 서비스 이용자 간의 파트너 십과 의사소통, 대인관계 기술 등 효율적인 의사소통을 위한 지원을 포함한다. 해당 지원의 예로 보건의료 전문가와 서비스 이용자 간의 원활한 정보와 의사 교환을 위한 언어 및 비언어적 소통 기술의 개발, 평이한 용어 사용과 의사결정 지원 전략 등을 제시했다.

③ 헬스리터러시와 교육의 통합

인구집단의 보건 프로그램, 건강증진 및 교육전략, 학교보건교육과 사회마케팅 캠페인 등의 여러 형태의 교육방식과 보건의료 서비스 제공자의 공식적인 교육과 훈련을 포함한다. National Statement on Health Literacy의 목표와 실행 전략을 달성하기 위해 환자(소비자), 보건의료 서비스 제공자, 지역사회 보건의료 서비스 제공기관, 보건의료 서비스 제공자를 지원하는 기관과 정부 기관 및 보건정책 관련 기관을 정책행위자로 정의하고 역할별 실천 가능한 행동전략을 제시하였다(표 4-9).

National Statement on Health Literacy는 헬스리터러시의 중재 영역을 설정하고, 헬스리터러시 향상을 위한 목표, 실행 및 행동전략을 제시하며 관련 정책의 필요성과 중요성을 강조하고 있다. 그러나 국가적 차원에서 정책을 수행하기 위한 주요 자원과 정책의 추진 일정 등을 자세히 기술하지 않았다.

〈표 4-9〉 후주의 헬스리터러시 정책행위자별 실천 가능한 행동 전략

정책행위자	실천 가능한 행동전략
환자 (소비자)	<ul style="list-style-type: none"> • 건강정보 및 서비스에 대한 이해가 어려울 때 서비스 제공자와 상의하기 • 커뮤니케이션의 어려움에 대해 가족, 친구, 지원 서비스에 도움 요청하기 • 의료 서비스에 대해 이해가 되지 않는 부분 물어보기 • 의무기록과 의약품에 대해 의료 서비스 제공자에게 개방적이고 솔직해지기 • 교육 참여를 통해 지식과 기술을 향상하기 • 가족, 친구, 지역사회에서 헬스리터러시의 중요성에 대한 인식 높이기 • 건강정보 및 서비스를 계획, 설계, 전달하는 과정에 참여하기
보건의료 제공자	<ul style="list-style-type: none"> • 환자의 필요와 선호도를 파악해 상황에 맞는 의사소통의 필요성 인식 • 많은 사람이 건강정보의 이해와 적용에 어려움을 겪고 있다고 가정 • 대인 커뮤니케이션 전략을 활용하여 정보의 효과적 전달과 수용 확인하기 • 정보에 대한 이해가 어려울 경우 질문하는 것을 권장 • 효과적이라고 알려진 치료법에 대한 위험정보 방법 활용 • 보건의료기관의 물리적 환경 내에서 헬스리터러시 장애 요소를 줄이기 위한 활동에 참여 • 헬스리터러시 교육과 훈련에 참여
지역 수준의 보건의료 서비스를 제공하는 기관	<ul style="list-style-type: none"> • 정보 자료, 물리적 환경 및 지역의료 경로에 대한 헬스리터러시 요구를 줄이기 위해 헬스리터러시 정책 및 과정을 개발, 실행하기 • 보건의료 제공자에게 위협요인 커뮤니케이션 방법을 포함한 헬스리터러시 및 대인관계 의사소통 교육 제공, 지원하기 • 건강 지식과 기술을 발달시키기 위해 소비자에게 교육 프로그램 제공하기
보건의료 공급자 지원 기관	<ul style="list-style-type: none"> • 보건의료 제공자들이 헬스리터러시와 관련된 행동을 이끌고 조정하기 • 헬스리터러시 정책과 상황을 파악하기 위한 도구 개발하기 • 보건의료 제공자를 위한 커뮤니케이션, 환자중심 진료 등과 관련 교육프로그램과 연계하고, 전문적인 개발기회를 지원하고 권장하기 • 보건의료 분야 전반에 걸쳐 전문 분야별 및 영역별 교육과 전략을 공유하는 것을 포함한 헬스리터러시와 관련된 활동 협업하기
정부 기관, 규제자, 보건정책을 조언하는 기관	<ul style="list-style-type: none"> • 헬스리터러시 문제에 대한 인식 수준 높이기 • 건강정책 개발에 헬스리터러시 원칙 포함 • 부문 및 환경 전반을 포함한 보건의료 제도의 탐색과 관련된 복잡성을 줄이기 위한 정책, 경로, 과정에 대한 설계 및 제공 지원 • 보건의료 서비스 계획과 전달의 핵심 사항으로 헬스리터러시를 반영하기 위한 전략의 실행을 포함하는 기회를 탐색 • 헬스리터러시 관해서 조직화된 전략 실행을 촉진하기 위해서 모든 정부 기관이 협업 • 헬스리터러시 계획을 위한 재정 지원 및 자원 분배 지지 • 헬스리터러시 프로그램에 관한 정보를 실행, 평가, 공유하기 • 연구진과 학습 공동체 내 헬스리터러시 연구, 프로그램 정보 교환을 촉진하기 위한 동업 관계 발달시키기

자료: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2014). National statement on health literacy - Taking action to improve safety and quality. p.4. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/national-statement-health-literacy-taking-action-improve-safety-and-quality>에서 2020. 10. 29. 인출.

5. 독일의 헬스리터러시 정책

가. 독일의 헬스리터러시 현황

독일 인구의 전반적인 헬스리터러시의 수준을 파악할 수 있는 자료는 지난 2011년 스페인, 오스트리아, 네덜란드, 아일랜드, 그리스 등 유럽 8개 국가를 대상으로 실시한 European Health Literacy Survey (HLS-EU)의 결과이다(Sørensen et al., 2015). 이 조사는 독일을 포함한 유럽 국가의 전반적인 헬스리터러시를 측정한 첫 번째 조사이다. 조사 결과 15세 이상 조사 대상자의 약 47%가 제한된 헬스리터러시 수준으로, 건강과 관련된 정보에 접근하거나 이해하는 데 상당한 어려움을 겪고 있는 것으로 조사되었다. 독일의 경우 헬스리터러시의 수준이 8개 국가 평균보다 다소 낮은 것으로 조사되었다. 2016년 독일 인구만을 대상으로 HLS-EU의 독일 버전 조사인 HLS-GER 결과도 크게 다르지 않았다. HLS-GER 조사에 따르면 54.3%가 건강과 관련된 정보의 이해나 접근에 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났으며, 약 38.4%만이 걱정, 7.3%만이 우수한 수준의 헬스리터러시인 것으로 밝혀졌다. 헬스리터러시 능력이 60%에 가깝다는 조사 결과는 상당수의 독일 국민이 스스로 건강을 관리하고 증진하기 위한 건강증진 역량이 부족하다는 것을 나타낸다. 특히 백신 접종과 같은 질병 예방 활동부터 생활습관 변화를 통한 건강 행위 실천 등과 같은 전반적인 질병 관리 능력이 낮다는 것을 의미하기도 한다.

미국, 캐나다와 다른 유럽 국가에서 보고된 바와 유사하게 독일 국민의 사회경제적 수준이 헬스리터러시에 영향을 주는 것으로 나타났다. 특히 저학력자의 경우 고학력자에 비해 건강과 관련된 정보를 다루는 데 어려움을 겪는 비율이 높은 것으로 나타났다. 사회경제적 수준이 높은 집단에

서 적정 이하의 헬스리터러시 수준은 약 38%인 반면 사회경제적 수준이 낮은 집단의 경우 78%로 약 2배 많은 것으로 나타났다. 사회경제적 수준에 따른 헬스리터러시의 차이는 사회경제적 불평등이 건강불평등의 심화로 연결되는 악순환을 나타낸다. 또한, 다른 국가와 유사하게 이민자, 고령자, 만성질환자의 헬스리터러시가 더욱 취약한 것으로 나타났다 (Schaeffer, Hurreimann, Bauer, & Koplitzik, 2018).

나. 독일의 헬스리터러시 정책

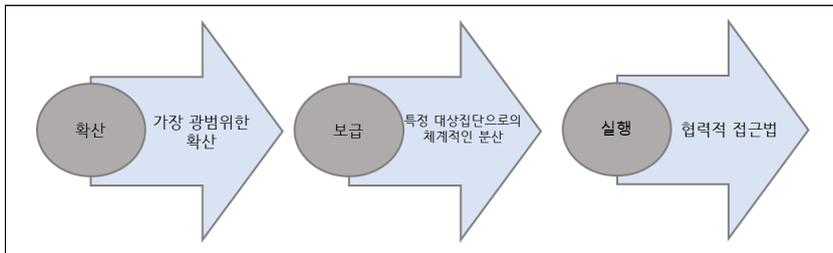
1) 추진 배경

독일의 경우 유럽의 다른 국가들과 마찬가지로 보건의료 분야에서 헬스리터러시의 중요성과 정책 개발의 필요성을 인지하고 있었다. 이후 다른 유럽 국가들이 ‘국가 실천 전략 계획’을 통한 헬스리터러시의 향상 전략을 추진하자 독일에도 헬스리터러시 전략의 필요성이 제기되었다. 독일의 헬스리터러시 국가 실천 전략은 독일 인구의 헬스리터러시 현황에 대한 2017년 Schaeffer, Berens, & Vogt(2017)의 연구가 발표된 이후부터 시작되었다. 해당 연구에 따르면 독일 인구의 약 50% 이상이 적절하지 못한 헬스리터러시 수준인 것으로 조사되어, 이로 인하여 보건의료 분야 전반에 끼치는 부정적인 영향에 대한 우려가 높아졌다. 이에 대한 대응으로 보건학, 의학, 교육학, 사회학, 간호학, 정치학 등 사회 및 보건 정책의 전문가 집단을 중심으로 위원회를 구성하여 독일의 헬스리터러시 강화를 위한 체계적인 프로그램을 개발하기 시작하였으며, 그 결과물이 독일의 헬스리터러시 실천 전략 계획이다.

또한, 독일의 국가 헬스리터러시 전략은 최근 보건학 분야에서 강조되

고 있는 실천과학(implementation science)의 결과물이라고 볼 수 있다. 실천과학은 보건의료 서비스의 질과 효과를 개선하기 위한 연구의 결과와 근거를 실제 현장에서 체계적으로 적용하고, 활용하도록 촉진하기 위한 방법을 과학적으로 연구하는 분야이다. 이러한 이유로 실천과학은 지식과 실제의 차이를 연결하는 것을 주요 목표로 한다. 일반적으로 확산(diffusion) - 보급(dissemination) - 실행(implementation)으로 지식의 전달과정을 개념화할 수 있는데 여기서 확산은 새로운 아이디어나 개념을 표적 집단을 지정하지 않고 일반적으로 퍼트리는 수동적인 의미라면 보급은 표적집단에게 정보를 제공하는 것이다. 최근 보건학 분야를 중심으로 한 연구 결과 제시라는 개념은 단순히 지식의 전달을 넘어 지식을 통합하여 적용하고, 실증적 근거를 활용하는 것을 강조한다. 독일 헬스리터러시 국가 전략은 새로운 개념과 아이디어를 소개하고 필요한 환경에서 적용될 수 있는 접근 방향을 제시한 계획으로, 능동적 형태의 확산과 실천을 기반으로 한 전략으로 평가받고 있다(Schaeffer, Gille, & Hurrelmann, 2020).

[그림 4-9] 실천과학을 적용한 독일의 헬스리터러시 국가 전략



자료: Schaeffer, D., Gille, S., & Hurrelmann, K. (2020). Implementation of the National Action Plan Health Literacy in Germany - Lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4403. Figure 1.

헬스리터러시 국가 전략 수립에 앞서 헬스리터러시 강화를 위한 다분야 전문가 위원회에서 헬스리터러시의 개념과 범위, 기존 연구 및 정책을 과학적인 방법으로 분석하는 과정을 거쳤다. 우선 범주 문헌고찰, 기존 연구와 헬스리터러시 관련 정책을 분석하여 헬스리터러시의 정의와 개념을 정립하였다. 이후 전문가 집단의 연구와 논의를 거친 이후 유럽 헬스리터러시 조사의 프레임 워크 안에서 합의를 통해 헬스리터러시의 정의와 모델을 결정하였다. 이와 함께 헬스리터러시가 단순히 개인에 국한된 것이 아니라 사람 간, 사람과 보건의료 제도 간의 상호작용을 통해 이루어지는 관계적 개념임을 고려하여 실천 전략을 개발 및 수립하였다.

2) 헬스리터러시 정책의 주요 내용

독일 헬스리터러시 국가 전략인 ‘National Action Plan Health Literacy’은 취약 계층을 비롯한 전체 인구집단의 헬스리터러시 수준을 높이기 위해 4개의 영역으로 구성된 실천 전략과 15개의 구체적인 정책 제안을 제시하고 있다. 4개의 실천 전략 영역은 (1) 일상생활 환경, (2) 보건의료 제도, (3) 만성질환, (4) 연구이다.

4개의 실천 전략 영역에 따라 제시한 15개의 구체적인 정책 제안을 요약하면 다음과 같다. 선행연구에 따르면 건강한 일상생활 환경 조성을 통한 건강증진에 대한 정보가 취약한 것으로 나타났는데, 이를 해결하기 위한 교육과 훈련이 필요하다고 제시하고 있다. 특히 교육기관은 헬스리터러시를 향상할 수 있는 주요 자원으로 어린이집부터 대학과 성인교육기관까지 다양한 수준의 교육시스템 내에서 전략을 개발할 수 있다. 이와 함께 보건의료 제도의 헬스리터러시 친화적 환경으로의 변화가 요구되는데 이를 위해서는 보건의료 제도 내 모든 수준에서 헬스리터러시 향상을

위한 방안이 통합적으로 모색되어야 한다고 권고하였다. 특히 의료 서비스 이용자가 필요한 바를 제대로 표현할 수 있는 환경이 되어야 하며, 질병 치료와 관리에 필요한 의사결정에 적극적으로 참여할 수 있는 구조로 전환하기 위해 행정적 장애물을 제거하는 등의 실천이 요구된다.

만성질환과 같이 복잡하고 장기간 관리가 필요한 질병을 앓고 있는 환자의 헬스리터러시 향상을 위한 정책도 제안하는데, 이에는 질병의 악화와 이에 따른 부정적 결과를 효과적으로 관리할 수 있는 개인의 역량 향상 등을 포함한다. 마지막으로 지속 가능한 헬스리터러시 정책과 실천 전략을 수행하기 위한 관련 연구의 필요성을 제시하고 있다. 이를 위해 독일 인구집단 전체와 지역에 따른 헬스리터러시 수준을 확인할 수 있는 정기적 모니터링과 헬스리터러시 평가 도구와 교육 프로그램의 개발 및 평가 등과 관련된 연구 활동의 중요성을 제시하였다.

〈표 4-10〉 독일 National Action Plan Health Literacy 구체적 정책 전략

영역	일상생활 영역에서 헬스리터러시 증진
일상생활 환경	<ul style="list-style-type: none"> • 헬스리터러시의 증진을 위한 조기 교육을 위한 교육적 체계 확립 • 일터에서 헬스리터러시 증진하기 • 소비와 영양 제공과 관련하여 헬스리터러시 강화하기 • 대중매체에서 헬스리터러시를 다룰 수 있도록 촉진하기 • 생활환경에서 헬스리터러시가 강화될 수 있도록 지역사회에 관한 부여
보건의료 제도	<ul style="list-style-type: none"> • 의료제도의 모든 단계에서 헬스리터러시 반영 표준화 • 행정적 장애를 줄이고 투명성을 높여 보건의료 제도 내의 탐색을 용이하게 만들기 • 의료제공자와 사용자가 안정적이고 효과적인 의사소통 도모하기 • 의료사용자 친화적인 건강정보 제공 • 환자의 참여를 강화하고 용이하게 만들기
만성질환	<ul style="list-style-type: none"> • 만성질환 관리에 도움이 될 수 있도록 헬스리터러시 연계 • 질병의 진행 과정과 결과에 대한 이해를 돕기 위한 지원 • 만성질환자와 가족들의 자기관리 능력 강화 • 일상생활과 만성질환관리를 다룰 줄 아는 헬스리터러시 증진
연구	<ul style="list-style-type: none"> • 헬스리터러시 연구 개발

자료: Schaeffer, D., Hurreimann, K., Bauer, U., & Koplatzick, K. (eds). (2018). National action plan health literacy, promoting health literacy in Germany. Berlin: Kompart. p.15-18.

6. 스코틀랜드의 헬스리터러시 정책

가. 스코틀랜드 헬스리터러시의 일반적 현황

헬스리터러시는 스코틀랜드를 비롯한 영국과 보건의료 영역에서 일반적으로 사용되는 용어이다. 스코틀랜드 NHS Tayside에서 발간한 헬스리터러시 보고서는 헬스리터러시를 ‘보건 및 사회서비스에 접근하고 이해하며 평가하고, 사용하면서 탐색할 수 있는 적절한 기술, 지식, 이해와 자신감을 가지고 있는지에 대한 여부’로 정의하였다(NHS Tayside, 2019). 최근 조사 결과에 따르면 영국 내 생산가능 인구의 최소 43%에서 최대 61%가 치료 및 일상생활에서 제공하는 건강정보에 대한 이해가 부족한 것으로 나타났으며 이를 경제적 비용으로 환산하면 영국 보건 예산의 약 3~5%로 추산된다(NHS Tayside, 2019). 스코틀랜드의 헬스리터러시 수준은 영국 평균 수준보다 비슷하거나 다소 낮은 것으로 알려져 있다. 의료 서비스의 이용과 건강관리에 연관된 서면 정보를 읽고 이해하는 능력이나 어려운 용어에 대한 이해 수준이 실제 낮은 것으로 알려져 있다. 조사 결과에 따르면 스코틀랜드 인구의 23%가 서면 정보를 읽고 이해하는 데 어려움을 겪고 있으며 약 32%는 어려운 용어나 익숙하지 않은 용어를 포함하는 정보를 제대로 이해하지 못하는 것으로 나타났다(The Scottish Executive, 2001; St. Clair Tett, & Maclachlan, 2010; NHS Tayside, 2019에서 재인용)

한편 리터러시 수준이 낮지 않더라도 새로운 환경에 대한 적응이 떨어져 건강관리에 문제가 발생할 가능성 또한 높은 것으로 조사되었다. Scottish Survey of Adult Literacies 2009년 조사에 따르면 대상자의 약 26%가 일상생활이나 익숙한 환경에서 리터러시의 수준이나 능력에

심각한 문제가 없더라도 새로운 질병을 진단받거나 새로운 서비스를 이용할 때 어려움을 겪을 수 있는 것으로 나타났다. 이러한 조사 결과는 개인의 안전과 자신의 건강을 스스로 관리할 수 있는 능력이 떨어질 수 있음을 시사하고 있다. 그 밖 헬스리터러시의 수준이 낮을수록 흡연과 음주를 포함한 건강하지 않은 행동을 할 가능성이 높았으며, 우울증 등과 같은 정신질환을 경험할 가능성이 높은 것으로 알려졌다(SGSR, 2010).

스코틀랜드에서 헬스리터러시의 취약 계층으로 분류된 집단은 다른 국가의 취약 집단과 유사하다. 소득과 교육을 비롯한 사회경제적 수준이 낮은 경우 헬스리터러시의 수준이 다소 낮은 것으로 나타났으며, 이민 여부와 연령(고령자) 등이 헬스리터러시에 영향을 주는 주요 요인으로 알려져 있다(Okan et al., 2019).

나. 스코틀랜드 헬스리터러시 정책

1) 스코틀랜드의 정책 추진 배경

스코틀랜드의 헬스리터러시 정책인 ‘Making it Easy’는 여러 국가의 헬스리터러시 정책 계획 중 가장 잘 수립되어 시행되는 모범 사례 중 하나이다(Okan et al., 2019). 스코틀랜드에서 헬스리터러시에 대한 관심과 활동이 과거에 없었던 것은 아니지만 주로 성인 문해력 향상을 위한 국가적 전략 및 사업에 건강 영역을 추가하여 수행하는 정도였고, 공식적으로 헬스리터러시에 중점을 둔 경우는 드물었다.

스코틀랜드 헬스리터러시 정책의 공식적 출발은 2006년 발표된 Patient-focused interventions - A review of the evidence의 영향을 받아 2008년 추진된 헬스리터러시 범주 문헌고찰 연구부터이다(Okan et al.,

2019). 헬스리터러시의 개념, 정책 적용과 실행, 향후 고려 가능한 전략 개발에 대한 문헌고찰 결과, 헬스리터러시의 궁극적 향상을 위해서는 헬스리터러시 단일 정책만으로는 성공할 수 없으며, 여러 정책 영역의 협력과 통합이 필요하다는 것을 확인하였다(Scottish Government, 2009). 이후 2008년 성인 문해력 조사와 2010년 성인 문해력 향상을 위한 전략 가이드 개발에서 낮은 헬스리터러시가 미치는 부정적 영향에 대한 인식의 중요성과 문제 해결의 필요성이 지속해서 제기되었다(Scottish Government, 2011).

‘Making it Easy’가 수립·시행될 수 있었던 주요 계기는 스코틀랜드 정부와 NHS 스코틀랜드가 2011년 추진한, 부적절한 헬스리터러시의 영향에 대한 인식을 높이기 위한 국가 헬스리터러시 실행 그룹(National Health Literacy Action Group)의 구성이다. 이 배경에는 헬스리터러시는 단순히 보건의료 영역의 문제가 아니라 교육체계부터 지역사회까지 미치는 광범위한 영향에 대한 이해와 이에 대응하기 위한 사회적 반응이 있다(Okan et al., 2019).

특히, 개인의 헬스리터러시 능력이 낮은 경우 건강관리와 필수 의료 서비스에 대한 접근이 떨어지고, 고령화와 복합만성질환과 같은 건강관리에 대응할 수 있는 역량이 떨어지게 된다. 이로 인한 인구집단 간의 불평등 등 낮은 헬스리터러시가 미치는 부정적인 영향에 대한 인식이 높아지면서 스코틀랜드 정부 차원의 헬스리터러시 정책의 개발과 시행이 이루어졌다. 한편, 인권과 불평등에 대한 문화적·정치적 높은 관심 역시 헬스리터러시 문제의 중요성을 부각하는데 기여하였다는 분석도 있다(Okan et al., 2019).

2) 정책의 주요 내용과 방향

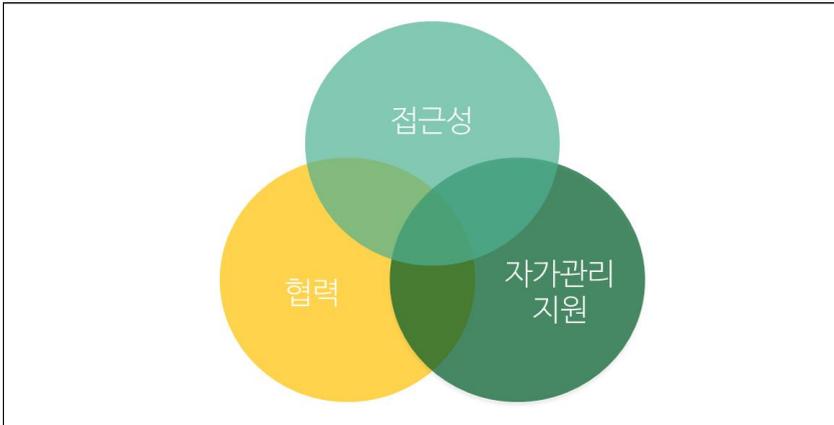
스코틀랜드는 2014년 ‘Making it Easy: A Health Literacy Action Plan for Scotland(Making it Easy-Plan1)’를 수립하였다. Making it Easy- Plan 1의 정책 목표는 보건 및 사회서비스와 관련한 불평등과 건강 향상을 위한 우선순위의 하나로 헬스리터러시를 체계적으로 이해하는 것과 건강한 삶을 영위하기 위한 지식과 이해, 기술 등의 향상이다(NHS Scotland, 2014).

Making it Easy-Plan 1의 실행 전략은 광범위한 정책의제 중 하나로 형성되었는데, 총 4개의 주요 실행 전략 분야가 있다. 4개의 주요 실행 전략 분야는 (1) 헬스리터러시 관련 인식과 능력의 향상, (2) 헬스리터러시 도구, 혁신, 기술의 개발과 확산, (3) 국가 헬스리터러시 자원의 개발, (4) 국가 시범사이트 개발이다. Making it Easy-Plan 1을 통해 궁극적으로 달성하고자 하는 결과는 동일한 접근성의 보장과 협력적 업무, 자가 관리 서비스를 지원하는 문화와 실행의 추구이다(그림 4-10). 스코틀랜드 전략을 통해 필요한 의료 서비스에 쉽게 접근할 수 있고, 의료 서비스 제공자들과 보다 나은 커뮤니케이션을 하며, 스스로 필요한 건강관리를 할 수 있는 역량 강화를 도모하기 위한 것이다(NHS Scotland, 2014).

Making it Easy-Plan 1의 실행과 함께 범국가적 차원에서 헬스리터러시와 관련된 자료를 제공할 수 있는 웹사이트 ‘The Health Literacy Place’를 개설하여 의료현장에서 유용하게 적용할 수 있는 기술과 도구, 사례를 소개하고, 헬스리터러시와 관련된 실행 중심의 근거를 공유하였다(Okan et al., 2019). 또한, Making it Easy-Plan 1에서는 실제 의료현장에서 의료 서비스 제공자들이 적용할 수 있는 4가지 가이드라인을 제시하였다. ‘Teach-back’, ‘Chunk and check’, ‘Use pictures’,

‘Use simple language’로 진료와 상담 시 환자에게 하나씩 설명을 하고, 그림이나 사진을 활용하며, 환자가 이해했는지 확인하기 위해 들은 내용을 환자가 다시 설명하도록 하는 방법을 권고하고 있다(NHS Scotland, 2014). 또한, 어려운 용어나 설명보다는 사진과 평이한 용어의 사용으로 환자들이 쉽게 이해할 수 있는 진료 및 상담 환경의 조성을 제시하였다(Okan et al., 2019).

[그림 4-10] 스코틀랜드 헬스리터러시 향상 전략

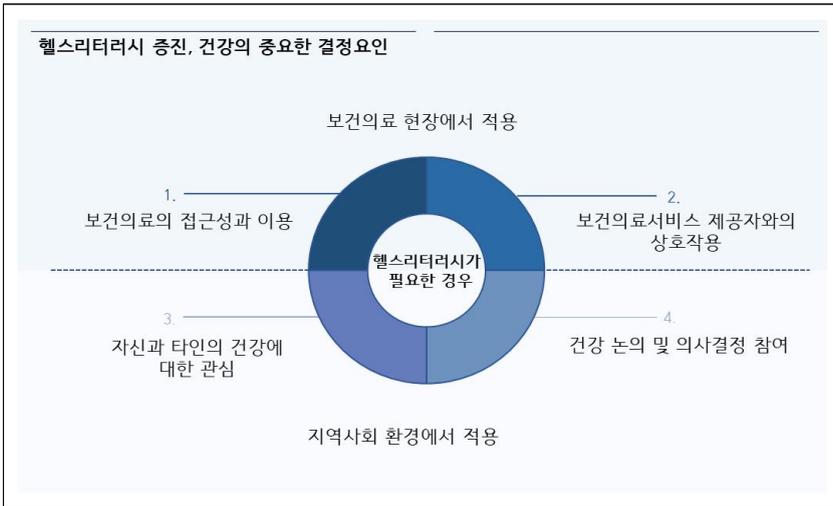


자료: NHS Scotland. (2014). Making it Easy: A Health Literacy Action Plan for Scotland. Scottish Government.

첫 번째 실행 전략에 이어 스코틀랜드 정부는 두 번째 실행 전략인 ‘Making it Easier: A Health Literacy Action Plan for Scotland 2017~2025(Making it Easier-Plan 2)’를 수립하여 헬스리터러시 향상의 장애 요인을 제거하고 보건의료 체계 전반에 걸쳐 헬스리터러시 향상을 위한 체계적 중재안을 제시하였다. 특히 Making it Easier-Plan 2에서는 Plan 1의 경험을 바탕으로 헬스리터러시 향상과 관련된 수요를 받

영한 서비스와 프로그램 기획, 헬스리터러시 수요를 반영한 의료 서비스 디자인 설계와 정보 제공을 주요 목적으로 삼고 4가지의 주요 실천 전략을 제시하였다. 첫째, Making it Easy를 통해 학습한 내용을 공유하는 것, 둘째, 정책과 실행에서 헬스리터러시를 향상할 방안을 적용하는 것, 셋째, 헬스리터러시를 보다 고려하는 조직과 지역사회로 발전시키는 것, 마지막으로 헬스리터러시 수준을 향상하기 위한 지원과 서비스를 기획하는 것이다(NHS Scotland, 2017)(그림 4-11).

[그림 4-11] 스코틀랜드 헬스리터러시 향상을 위한 접근법



자료: Batterham, Hawkins, Collins, Buchbinder, & Osborne. (2016). Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. p.3-12; NHS Scotland. (2017). Making it Easier: A health literacy action plan for Scotland 2017-2025. p.13에서 재인용.

〈표 4-11〉 국외 헬스리터러시 정책 요약

국가	정책 (연도)	주체	정책 배경	목적과 목표	헬스리터러시 정의	주요 중재 영역과 전략
미국	National Action Plan to Improve Health Literacy (2010)	Department of Health and Human Services	- 인구집단 간 건강불평등과 헬스리터러시 수준의 차이	- 헬스리터러시 불평등 개선을 통한 건강불평등의 궁극적 해결	- 개인의 역량 (capacity)	- 헬스리터러시 친화적 환경 조성 - 사람 중심의 건강정보와 서비스 제공 - 평생학습과 기술습득 지원
캐나다	An intersectoral approach for improving health literacy for Canadian(2014)	Public Health Agency of BC	- 헬스리터러시로 인해 발생하는 불평등 감소	- 건강정보와 서비스에 대한 접근성 향상	- 개인의 능력 (ability)	- 헬스리터러시를 향상할 수 있는 근거의 제시 - 헬스리터러시 향상 필요성에 대한 인식과 능력의 향상 - 협력적 접근을 위한 연계와 체계 확립
호주	National Statement on Health Literacy (2014)	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	- 높은 질의 의료 서비스 제공과 인구집단의 건강 향상	- 환자의 안전과 높은 의료의 질을 보장하기 위한 헬스리터러시의 중요성 강화 - 다양한 분야의 조직적이며 협력적인 접근의 필요성 지원 - 헬스리터러시의 향상을 위한 보건의료 전문가와 조직이 취할 수 있는 실천 전략	- 개인의 기술, 지식, 역량 (capacity)과 함께 동기 부여	- 헬스리터러시를 반영하는 의료체계의 확립 - 효과적인 의사소통의 보장 - 헬스리터러시와 교육의 통합

국가	정책 (연도)	주체	정책 배경	목적과 목표	헬스리터러시 정의	주요 중재 영역과 전략
독일	National Action Plan Health Literacy (2018)	Ministry of Health	<ul style="list-style-type: none"> - 유럽의 다른 국가들의 헬스리터러시 전략 수립과 독일 인구집단의 낮은 헬스리터러시 수준 	<ul style="list-style-type: none"> - 취약 계층을 비롯한 전체 인구집단의 헬스리터러시 수준의 향상 	<ul style="list-style-type: none"> - 개인의 기술과 능력 	<p>헬스리터러시 향상을 위한:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 일상생활 환경의 개선 - 보건으로 제도의 개선 - 만성질환의 자가 관리 역량 강화 - 관련 연구 및 모니터링 체계 수립
스코틀랜드	<ol style="list-style-type: none"> 1) Making it Easy (2014) 2) Making it Easier (2017) 	Scottish government/ NHS Scotland	<ul style="list-style-type: none"> - 헬스리터러시 수준 차이에 따른 부정적 영향의 최소화와 분야 간 협력의 필요성 	<ul style="list-style-type: none"> - 보건 및 사회서비스와 관련된 불평등 개선과 건강 향상을 위한 헬스리터러시의 체계적 이해 - 건강한 삶을 영위하기 위한 지식과 이해, 기술 등의 향상 	<ul style="list-style-type: none"> - 개인의 기술과 지식, 이해와 자신감 	<p>Making it easy plan 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - 헬스리터러시에 관련된 인식과 능력의 향상 - 헬스리터러시 도구, 혁신, 기술의 개발과 확산 - 국가 헬스리터러시 자원의 개발 - 국가 시범사이트 개발 <p>Making it easy plan 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Making it Easy를 통해 학습한 내용의 공유 - 정책과 실행에서 헬스리터러시를 향상할 수 있는 방안을 적용하는 것 - 헬스리터러시를 고려하는 조직과 지역사회의 발전 - 헬스리터러시 수준을 향상시킬 수 있는 지원과 서비스의 기획

제4절 소결

제4장에서는 국내외에서 헬스리터러시 증진을 위해 수행하고 있는 정책 및 사업을 살펴보았다. 국내에서 헬스리터러시 증진을 위한 사업이나 프로그램의 운영은 활발하게 이루어지지 않고 있는 것으로 나타났다. 본 연구에서 검토한 헬스리터러시 관련 사업은 헬스리터러시 증진을 주요 목적으로 하기보다는 기존의 사업에 건강정보의 이해에 대한 내용을 포함하거나(성인 문해교육, 안산 건강문해교실), 건강정보를 제공(건강정보 제공 웹사이트)하는 데에 그쳤다. 이는 건강 관련 지식의 증진에 도움이 될 수 있으나, 대상자의 헬스리터러시 수준을 고려하지 않은 정보의 제공과 교육은 효과가 적을 것이다. 대형 종합병원을 중심으로 도입하고 있는 설명간호사 제도의 경우, 환자가 본인의 건강상태를 이해하고, 건강관리를 하는 데 도움이 되도록 환자 개개인에게 맞춤형 정보를 제공하고 있다. 설명간호사 제도는 의료기관을 방문하는 다양한 헬스리터러시 수준인 환자들이 낮은 헬스리터러시로 인한 어려움을 겪지 않도록 하는 데 도움을 주지만, 제한적인 범위 내에서 운영되는 한계가 있다.

본 장에서 고찰한 주요 국가의 헬스리터러시 전략 및 정책은 공통적으로 헬스리터러시가 국민의 건강에 미치는 부정적인 영향에 대한 인식으로 시작되었다. 각 국가에서 관련 정책이나 전략을 마련하게 된 것은 관련 연구의 축적, 헬스리터러시 측정을 통한 국민의 낮은 헬스리터러시 수준에 대한 인식, 또는 인근 국가의 헬스리터러시 정책의 마련이 계기가 되었다. 즉, 헬스리터러시에 대한 정책적 관심은 헬스리터러시가 개인의 건강 및 사회와 보건의료 체계에 미치는 영향에 대한 지속적인 연구가 기반이 되어, 다양한 이해관계자가 헬스리터러시의 중요성에 대해 인식을 할 때 나타날 수 있다.

WHO 유럽지역사무소와 여러 국가는 헬스리터러시와 관련된 이해관계자를 제시하고, 다분야 이해관계자와의 협력을 통한 헬스리터러시 수준 향상을 위해 노력하고 있다. 각 국가의 헬스리터러시 정책 및 전략은 공통으로 헬스리터러시 제고와 헬스리터러시를 고려하는 환경 조성을 위한 영역을 설정하고, 이해관계자가 실천 가능한 행동 전략을 제시하였다. 특히 헬스리터러시 제고를 위한 영역은 단순히 개인의 교육, 병원 등의 의료 환경에서의 정보 제공에 국한되지 않는다. 교육을 통해 전 생애주기를 아우르는 헬스리터러시 역량 강화, 헬스리터러시가 낮은 사람을 고려하고 원활한 의사소통을 할 수 있도록 환경을 조성하고, 정보를 제공하며, 헬스리터러시 관련 연구를 지원하여 개인, 보건의료인, 조직, 지역사회, 보건의료 시스템 차원의 헬스리터러시 역량 증진을 위한 전략을 마련하고 있다. 그러나 고찰한 대부분의 정책 및 전략이 각 사업의 추진 일정과 추진을 위한 재원을 명시하지 않았다. 구체적인 추진 일정과 재원이 없는 정책 및 전략은 선언적 수준에 그칠 우려가 있다.

국외의 헬스리터러시 관련 정책과 전략의 고찰은 향후 국내에서 헬스리터러시와 관련한 정책을 마련하는 데에 많은 시사점을 준다. 국내에서 국민건강을 위한 헬스리터러시 국가 전략과 정책을 마련하기 위해서는, 국외 사례와 같이 헬스리터러시가 건강에 미치는 영향을 이해하고, 헬스리터러시 수준 향상의 필요성에 대한 인식이 높아져야 할 것이다. 또한, 국민의 헬스리터러시 수준 측정을 통한 취약 계층과 중재 개입 지점 파악이 필요하다. 다양한 이해관계자와 협력적 체계를 구축하는 것 역시 헬스리터러시 향상을 위한 중재 전략 마련에 중요할 것이다. 이와 함께, 관련 정책 및 사업을 추진할 수 있는 재원을 마련하고, 수행 주체와 추진 일정을 설정할 때에 실질적으로 실행 가능한 정책을 수립 할 수 있을 것이다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제5장

결론

제1절 주요 연구 결과 및 시사점

제2절 정책 제언

제 5 장 결론

제1절 주요 연구 결과 및 시사점

이 연구는 헬스리터러시 제고를 위한 정책적 방향성을 제시하는 것을 목적으로 하고 있다. 제2장에서는 헬스리터러시에 대한 이론적 검토를 통해 헬스리터러시의 개념이 개인 수준의 읽고 쓰는 능력에서 개인, 조직, 지역사회, 보건의료 시스템 측면에서 건강정보에 접근하고, 이해하고, 판단하고, 적용할 수 있는 지식, 동기, 능력으로 확장되었음을 살펴보았다. Sørensen et al.(2012)의 포괄적 헬스리터러시 모델을 고찰하고, 해당 모델을 이 연구의 설문조사와 정책 제언에 활용하였다. 건강의 여러 영역에서 헬스리터러시의 역할을 살펴보기 위해 선행연구에서 설명하는 헬스리터러시가 건강 결과에 영향을 미치는 경로를 검토하고, 코로나19와 같은 신종감염병 상황에서 헬스리터러시의 역할에 대해 살펴 보았다. 또한, 범주 문헌고찰을 통해 국내 헬스리터러시 연구 동향을 파악한 결과, 그동안 국내에서 많은 연구가 이루어졌지만, 소수의 특정 집단을 대상으로 한 연구가 대부분으로 국민의 헬스리터러시 수준을 대표할 수 있는 연구는 소수인 것으로 나타났다. 선행연구는 건강 취약 계층이 헬스리터러시 역시 취약한 것으로 보고하였다.

제3장에서는 온라인 설문조사를 통해 일반 국민의 헬스리터러시와 대학(원)생의 코로나 관련 디지털 헬스리터러시를 측정했다. 조사 대상 일반 국민의 43.3%가 부족한 수준의 헬스리터러시이며, 29.1%만이 적정 수준의 헬스리터러시인 것으로 나타나 상당수의 국민들이 건강정보에 접근하고, 이해하고 활용하는 능력이 충분하지 않은 것으로 나타났다. 또

한, 건강정보를 검색할 때 인터넷포털을 먼저 사용하지만, 건강정보 검색의 우선순위와 만족도는 일치하지 않았다. 그리고, 건강 관련 정부기관 홈페이지는 건강정보 검색 경로 우선순위가 낮고, 만족도 역시 인터넷 포털과 유사한 수준인 것으로 나타나, 정부 기관에서 제공하는 건강정보의 질과 활용도를 높일 필요가 있을 것으로 보인다. 조사 대상 대학생의 코로나 관련 디지털 헬스리터러시는 코로나 관련 정보를 인터넷에서 찾는 것을 쉽다고 느끼는 수준으로 나타났다. 그러나 코로나 관련 디지털 헬스리터러시 수준이 정보의 만족도와 비례하지 않아, 제공되는 코로나 관련 정보의 질을 높여야 할 필요성 또한 있다.

제4장에서는 국내외에서 수행하는 헬스리터러시 증진을 위한 정책 및 사업을 검토했다. 국내 선행연구의 범주 문헌고찰 결과, 헬스리터러시 관련 연구가 많이 이루어진 것으로 파악되었지만, 헬스리터러시 관련 사업 및 프로그램은 소수로, 헬스리터러시 연구가 대규모 사업이나 프로그램으로 이어지지 않은 것으로 나타났다. 국제적으로는, 여러 국가에서 헬스리터러시를 건강의 결정요인이자 건강형평성 달성의 전략으로 간주하고, 다양한 정책과 실행 전략을 마련하였다. 공통적으로는 국민의 헬스리터러시 수준 모니터링을 위한 측정 도구를 개발하고, 주기적으로 설문조사를 시행하며, 신뢰성 있는 정보를 제공하기 위해 노력하여 헬스리터러시가 정책, 보건의료 시스템, 조직문화 등에 포함될 수 있도록 한다. 또한, 헬스리터러시의 다면적 개념을 반영하여, 교육계, 정부, 의료계 등 여러 분야의 협력을 강조하여, 건강 분야의 다양한 영역과, 이해관계자 간 정책 전략을 수립할 것을 제시한다. 외국 주요 국가에서 먼저 마련하고, 수행하고 있는 정책과 실행 전략의 사례들은 관련 정책을 마련하기 시작한 우리나라에 많은 시사점을 제공할 것이다.

제2절 정책 제언

우리나라 국민들의 건강에 대한 관심이 높으며, 이를 충족시키기 위해 건강과 관련한 많은 정보가 쏟아지고 있다(양정애, 2015). 또한, 우리나라 국민의 고등교육(대학) 이수율은 50.0%로 OECD 평균 39.6%보다 높으며, 특히 청년층의 고등교육 이수율(69.8%)은 OECD 국가 중 2위이다(교육부, 2020.9.8.). 그러나 건강에 대한 관심과 높은 교육 수준은 적절한 수준의 헬스리터러시로 이어지고 있지 않고 있다. 지난 10년간 이루어진 선행연구와 본 연구에서 수행한 설문조사 결과, 우리나라 국민의 헬스리터러시 수준은 건강정보의 효율적 활용과 이해, 건강관리, 건강증진, 적절한 의료 서비스의 이용을 위해 충분하지 않은 것으로 보인다. 국내외 많은 연구 결과를 보면 헬스리터러시는 건강에 영향을 미치며, 건강형평성 달성을 위한 중요한 요인이라는 근거가 충분하다. 그러나 그동안 국내에서 수행된 헬스리터러시 관련 연구는 그 결과가 단순 지식 또는 일부를 대상으로 한 프로그램에만 머무르고, 국가적 차원의 정책이나 집단을 대상으로 한 사업 등 근거를 기반으로 한 실천적 행동으로 이어지는 데 한계가 있었다.

이러한 한계는 곧 극복될 것이라 기대된다. 국민건강증진종합계획 2030의 중점과제 중 하나로 ‘건강정보이해력제’가 포함되면서(한국건강증진개발원, n.d.), 헬스리터러시가 하나의 정책 영역으로 첫 발걸음을 디뎠다. 국민건강증진종합계획 2030은 헬스리터러시 관련 정책의 기초 발판이 될 것이다. 이 연구 결과에서 도출한 시사점을 바탕으로 앞으로 나아갈 헬스리터러시 정책의 방향성에 대해 제안하고자 한다.

우선 정부 기관 관계자, 정책 입안자를 비롯한 보건의료 관계자, 다분야 전문가, 대중 등 여러 이해관계자가 헬스리터러시의 중요성과 정책의

필요성에 대한 인식을 가지는 것이 필요하다. 국민의 낮은 헬스리터러시 수준이 개인의 건강과 지역사회, 보건의료 체계와 국가에 미치는 영향에 대해 인식한다면, 낮은 헬스리터러시가 단지 개인의 문제가 아닌, 사회적 문제로 여겨질 것이다. 헬스리터러시가 건강의 결정요인이자 건강증진의 주요 요소이며, 건강형평성 제고를 위한 도구임을 인지하는 것은 헬스리터러시가 건강정책의 영역에 포함되기 위한 첫 단계이다.

이 외 제안하고자 하는 정책 방향성은 다음과 같다.

1) 헬스리터러시 공식 용어 통일과 개념 정립

헬스리터러시의 정책화를 위해 공식 용어의 통일이 이루어져야 한다. 국내 선행연구 고찰 결과, 연구자마다 헬스리터러시를 다양하게 번역하여 사용하고 있었다. 헬스리터러시 용어 통일의 필요성은 선행연구에서 지속적으로 제안되었으나(강수진 외, 2015; 강지숙 외, 2020; 이주열, 2019), 여전히 합의된 단일 용어가 없는 상황이다. 사업마다, 정책마다 다른 용어를 사용한다면 해당 정책 및 사업에서 의미하는 헬스리터러시의 개념과 정의에 대한 이해가 어려울 것이다. 제4장에서 살펴본 국외 헬스리터러시 정책 및 전략의 사례에서도, 헬스리터러시 전략 수립 이전, 헬스리터러시의 정의와 개념을 정립하는 과정이 선행되었다. 포괄적이고, 다면적인 헬스리터러시의 개념을 반영하는 용어에 대한 합의를 통해 학계와 정부 기관이 협력하여 공식적인 국문 표기와 개념 정의를 제시해야 한다(강지숙 외, 2020).

현재 국민건강증진종합계획에서는 헬스리터러시를 ‘건강정보이해력’으로 사용하고 있다. 이 보고서의 2장의 범주 문헌고찰에 포함된 국내 선행연구도 헬스리터러시를 이해(능)력으로 해석한 경우가 가장 많았다. 해

당 용어가 현재 학계에서 보편적으로 사용되는 단어라 할지라도, 용어가 적절한 지에 대한 검토가 필요하다.

다양한 헬스리터러시의 개념이 존재하지만, 건강정보의 접근, 선별, 이해, 활용을 모두 포함하는 포괄적 헬스리터러시 개념이 최근의 연구 및 여러 국가의 헬스리터러시 정책에서 가장 많이 이용되고 있다. 건강정보에 대한 이해는 정보의 활용(건강 생활 실천, 건강관리 등)으로 이어지지 않을 수 있다. 특히 다양한 요인에 의해 영향을 받는 헬스리터러시의 특성상 이해 능력 증진을 위한 교육적 접근만으로는 수준 향상에 한계가 있음이 지적됐다. 이에 선행연구는 헬스리터러시의 영역 중 ‘활용’을 가장 핵심 능력으로 보고, 국문 용어로 ‘건강정보 활용능력’을 제안하기도 했다(이주열, 2019).

현재 국민건강증진종합계획 2030에서 사용하는 용어가 포괄적인 헬스리터러시의 영역과 다면적 의미를 모두 반영하는지, 학계뿐만 아니라 대중들이 그 뜻에 대해 이해하고 동의할 수 있는지에 대한 검토가 필요하다. 또한, 적절한 용어와 개념이 확립된 후, 해당 용어에 대한 홍보를 통해 용어에 대한 인지도를 높이고, 공식 용어의 활용을 장려해야 한다.

2) 국가적 차원의 헬스리터러시 수준 모니터링

헬스리터러시 관련 정책이나 사업을 기획하기 위해서는 대상자의 헬스리터러시 수준을 우선 파악해야 한다. 제2장의 국내 연구 동향 고찰에서 기술했듯이, 그동안 국내에서 국민들의 헬스리터러시 수준을 측정하려는 시도는 많았으나 대표성 있는 표본을 대상으로 한 측정이 부족하였다. 따라서 헬스리터러시 관련 정책을 수립하기 전, 국가적 차원에서 국민들의 헬스리터러시 수준을 파악하여 정책의 근거자료를 확보하는 것이 필요하다.

다. 특히, 헬스리터러시 수준이 낮은 취약 집단을 찾고, 이들의 특성에 맞는 프로그램을 기획하기 위해서는 국가적 차원, 또는 지역별로 국민·주민의 대표성을 가진 표본을 대상으로 헬스리터러시 수준 측정을 해야 한다. 단순히 일회성 측정이 아닌, 패널 등을 활용한 주기적인 측정을 한다면 정책 및 사업이 국민들의 헬스리터러시 수준에 미치는 영향을 파악하고 헬스리터러시가 건강에 미치는 중장기 영향을 이해하는 데 도움이 될 것이다. 이런 과정을 통해 측정한 국민들의 헬스리터러시 수준에 대한 자료는 헬스리터러시 관련 정책의 목표 설정 및 성과 모니터링을 위한 지표로 활용할 수 있다.

국민의 헬스리터러시 수준을 측정하기 위해서는 측정 도구의 선정이 중요하다. 국내 선행연구는 주로 외국에서 개발한 측정 도구를 활용하여 헬스리터러시 수준을 측정하였다. 외국에서 개발한 도구의 활용은 국제 비교가 가능하다는 장점이 있을 것이다. 유럽의 경우 HLS-EU-Q를 이용하여 EU 회원국 간 헬스리터러시 수준 비교를 하고 있다. 외국에서 개발한 측정 도구의 활용할 때에는 해당 도구를 개발한 국가와 우리나라의 사회, 문화와 보건의료 시스템의 특성이 다른 점을 고려해야 한다. 측정의 결과를 정책적으로 활용할 수 있도록 헬스리터러시의 다면적 개념을 반영할 수 있는 측정 도구를 선정하는 것도 중요하다. 헬스리터러시의 측정 방법은 다양하며, 하나의 표준화된 측정 도구가 존재하지 않는다. 기존의 여러 측정 도구의 장단점을 파악하고, 타당도와 신뢰도를 검증하여 측정하고자 하는 대상의 특성과 국내 상황에 맞는 도구를 선정해야 한다.

국민들의 헬스리터러시 수준 측정과 더불어 조직, 지역사회 수준의 측정 방안의 마련도 필요하다. 헬스리터러시는 단지 개인의 역량만이 아닌 가정, 지역사회, 조직, 의료시스템과의 상호작용에서 형성된다. 외국에서는 헬스리터러시를 보장하는 조직(health literate organization)을 평

가하기 위한 지표를 개발하고, 활용하고 있다. 개인 단위뿐 아니라 조직, 지역사회 등 더 큰 단위의 헬스리터러시의 측정은 개인의 헬스리터러시 역량 강화를 위한 환경 조성 방안 마련에 도움이 될 것이다.

3) 헬스리터러시 증진을 위한 전략 개발 및 시행

헬스리터러시의 측정과 모니터링을 통해 국민의 헬스리터러시 수준과 관련 요인, 취약 계층을 파악할 수 있다. 또한, 측정 결과로 파악한 헬스리터러시 장애 요인에 대응하고, 각 인구집단의 특성, 특히 취약 계층의 특성을 고려한 헬스리터러시 증진 전략 개발이 필요하다.

국내외 선행연구 및 국외 정책에서 공통으로 제시하는 헬스리터러시 취약 계층은 노인, 저소득층, 교육 수준이 낮은 사람이다. 이들은 건강불평등 위험집단으로, 헬스리터러시의 격차가 건강불평등의 악화를 유발할 가능성이 있기에, 취약 계층의 헬스리터러시 증진을 위한 전략 마련이 필요하다. 이 때 이민자, 다문화가정 또한 포함되어야 한다. 제4장, 주요 국가의 헬스리터러시 정책과 전략을 살펴보면 헬스리터러시 취약 계층에 해당 국가의 공식 언어가 모국어가 아닌 사람을 포함하고 있다. 본 연구의 범주 문헌고찰과 설문조사에서는 한국어가 모국어가 아닌 사람들에 대한 고려를 하지 않아, 이들의 취약성을 파악하지 않은 한계가 있다. 국내 거주 이주민 대상의 헬스리터러시 연구 동향을 고찰한 연구에 따르면 (강수진, 형나겸, 2020), 결혼 이주 여성, 이주 근로자, 북한이탈주민 등의 헬스리터러시에 대한 연구가 아직 활발히 이루어지고 있지 않다. 그러나 국내 성인 또는 노인을 대상으로 헬스리터러시를 측정한 도구와 동일한 도구를 사용하여 이주민의 헬스리터러시를 측정한 일부 연구의 결과를 통해 볼 때, 이주민의 헬스리터러시는 국내 성인과 노인보다 낮은 수

준인 것으로 나타났다. 즉, 외국의 사례와 마찬가지로 국내 거주 이주민 역시 헬스리터러시가 취약할 가능성이 있으므로, 이들의 헬스리터러시 수준에 대한 연구 및 장애요인을 줄이기 위한 중재 방안이 필요할 것이다.

4) 헬스리터러시 증진을 위한 다분야 전략 시행

헬스리터러시 향상은 단기간에 이루어지기 어렵다. 헬스리터러시는 다양한 요인들의 영향을 받기 때문에 특정 영역에 기반한 전략 및 정책만으로는 헬스리터러시 증진에 한계가 있다. 예를 들어, 단기 교육을 통해 개인의 건강정보 이해 능력이 향상되었다 하더라도 올바른 건강정보를 제공하는 매체가 존재하지 않거나, 이를 활용하여 건강관리를 할 수 있는 자원이 없거나, 혹은 의료진과 충분한 의사소통을 할 시간이 주어지지 않는 의료환경이라면 해당 교육은 헬스리터러시 증진에 큰 영향을 주지 않을 것이다. 그러므로 장기적인 관점에서 넓은 분야를 대상으로 한 통합적 접근이 필요하다. 캐나다, 호주 등 외국의 정책 역시 환자(소비자), 보건 의료계, 정부 기관 등 여러 이해관계자를 대상으로 한 헬스리터러시 증진 방안을 제시하였다.

헬스리터러시 증진을 위한 중재 전략은 포괄적 헬스리터러시 모델에서 포함하는 3가지 건강 영역인 건강관리, 질병 예방, 건강증진을 모두 고려해야 할 것이다. 이와 함께, 기존 국내 사업에서 주로 이루어지고 있는 단순 정보를 제공하는 접근법을 넘어서서 정보의 접근, 이해, 처리·판별, 활용 능력 등 헬스리터러시의 하위 영역을 모두 증진하기 위한 전략이 필요하다.

헬스리터러시 중재 프로그램 모델은 중재 프로그램이 표 5-1과 같이 중점 요소를 다룰 때, 효과적인 결과를 나타낸다고 설명한다(Geboers, Reijneveld, Koot, & de Winter, 2018).

〈표 5-1〉 좋은 결과를 위한 헬스리터러시 중재 프로그램의 대상과 접근 전략

중점 대상	중재 접근 전략
개인의 맥락	가족, 동료, 보호자, 지역사회 등의 사회적 지지 체계 강화
헬스리터러시가 낮은 사람	역량 강화를 위한 중재(예: 사람 중심의 능력 배양, 자가관리)
개인 특성과 보건의료 체계의 요구도와의 상호관계	개인과 의료진 간 의사소통 향상을 위한 중재
보건의료인	보건의료인의 헬스리터러시 역량 향상(예: 헬스리터러시와 관련된 문제에 대한 인식, 의사소통 기술 증진)
의사소통 향상과 보건의료 체계 접근성 강화	양질의 의료 서비스와 환자 안전을 위한 접근성에 장애가 되는 요인을 감소시키려는 중재나 정책

자료: Geboers, B., Reijneveld, S. A., Koot, J. A. R., & de Winter, A. F. (2018). Moving towards a comprehensive approach for health literacy interventions: the development of a health literacy intervention model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1268.

헬스리터러시 증진을 위한 중재 전략 방안에 대한 검토와 본 연구에서 수행한 주요 국가의 헬스리터러시 정책 및 전략, 국내 선행연구 고찰, 설문조사 결과를 바탕으로 분야별 헬스리터러시 증진을 위한 실행 전략을 다음과 같이 제안하고자 한다.

□ 정부 기관

앞서 기술했듯이, 헬스리터러시 정책 및 전략의 수립을 위해서는 정부 차원의 공식 용어의 통일과 개념 정립, 국가 차원의 헬스리터러시 모니터링이 필요하다. 또한, 관련 연구를 지원하여 헬스리터러시에 대한 이해를 높이고, 연구 결과를 기반으로 한 헬스리터러시 중재 사업 및 프로그램의 개발과 시행, 성공적 프로그램의 정책 사업으로의 확대를 도모해야 한다.

정부 차원에서 공신력 있는 건강정보를 제공함과 동시에 유통되고 있는 건강정보를 모니터링하고, 가짜 정보를 규제하여 신뢰성 있는 건강정

보의 접근성을 높이기 위한 노력 또한 필요하다. 이를 통해 낮은 수준의 헬스리터러시를 가진 사람들이 건강정보 탐색 과정에서 겪을 수 있는 장애물을 낮출 수 있다. 현재 질병관리청 건강정보포털, 국민건강보험공단의 건강IN 등 공공기관에서 운영하는 건강정보 제공 웹사이트가 있으나 웹사이트의 활용성과 대국민 인지도에 대한 연구는 부족하다. 건강정보 포털에 대한 이용자 인식에 대한 선행연구는 웹사이트에서 제공하는 정보와 이용자 관심과의 관련성, 건강 관련 의사결정을 할 때 제공 정보의 유용성, 정보의 효과적 시각화가 건강정보포털의 효과성에 대한 인식과 관련이 있는 것으로 보고하였다(Choung et al., 2017). 즉, 이용자가 필요로 하는 정보를 실제로 활용할 수 있도록, 쉽게 제공하는 것이 건강정보 제공 웹사이트의 효과성을 높이는 방안이라고 할 수 있다. 헬스리터러시 수준과 관계없이, 건강정보를 효율적으로 탐색하고 활용할 수 있도록 하기 위해, 관련 웹사이트의 운영 현황과 제공하는 건강정보의 공신력, 정확성, 활용도에 대한 평가가 먼저 이루어져야 할 것이다. 이러한 평가는 정보 제공의 방식(문자, 그림, 영상 활용)과 정보의 읽기 수준에 대한 평가를 포함해서 헬스리터러시 수준과 관계없이 정보가 잘 이해되는지 평가해야 한다. 싱가포르의 경우 보건부에서 HealthHub 웹사이트를 통해 헬스리터러시가 낮은 사람도 이해할 수 있도록 건강정보를 그림과 영상의 형식으로 제공한다. 헬스리터러시가 낮은 사람들도 활용할 수 있는 방식으로(평이한 용어 사용, 그림, 영상의 활용 등) 웹사이트를 개선하고, 많은 국민들이 활용할 수 있도록 홍보가 필요하다.

또한, 언론 및 인터넷 매체에서 제공하는 부정확한, 특히 건강에 위해를 끼칠 수 있는 가짜 건강정보에 대한 모니터링 및 규제의 강화가 필요하다. 최근의 코로나19와 같이 불확실한 상황에서 올바른지 않은 건강정보가 난립하여, 대중을 선동하고 오히려 건강에 위해를 끼치는 상황도 발

생하고 있다. 건강 관련, 특히 신종질환에 대한 소통은 정확한 정보의 제공을 통해 이루어져야 하나, 정보의 신뢰성 및 정확성의 감소는 헬스리터러시 수준이 낮은 사람들이 올바른 정보를 획득하고 활용하는 데 큰 장애물이다. 그러므로 공공의 영역에서는 건강 관련 과학적인 근거를 기반으로 한 최신 정보를 대중이 쉽게 이해하고 활용할 수 있도록 제공하면서, 부정확한 정보를 막기 위한 노력을 하여, 이로 인해 헬스리터러시가 낮은 사람들이 겪을 수 있는 부정적 영향을 최소화하여야 한다.

상기 기술한 정부 차원의 헬스리터러시 정책의 수립과 이행을 위해서는 관련 자원(예산)의 확보가 필수적일 것이다.

□ 보건의료계

헬스리터러시가 낮은 사람들이 어려움을 겪는 장소 중 하나는 의료현장이다. 진료 관련 서식의 작성부터 의료진과의 의사소통, 치료 결과 및 복용지시서에 대한 이해 등 모든 과정에서 의학 및 건강에 대한 이해 및 의사소통 기술이 필요하지만, 헬스리터러시가 부족한 사람들은 이러한 일을 하는 데 한계가 있다. 의료기관은 환자의 헬스리터러시 수준과 관계 없이 모두가 적절한 의료 서비스를 받고, 본인의 건강 관련 결정에 참여할 수 있는 환경을 조성할 수 있다. 외국의 경우, 관련 협회 차원에서 환자의 헬스리터러시 수준이 적절한 수준이 아닐 수 있음을 사전에 고려하는 접근법(universal precaution approach), 의료 서비스 제공 과정 중 평이한 용어 사용을 위한 가이드라인 및 진료지침, 환자와 의료진 간의 의사소통과 의료 서비스에 대한 이해를 높이기 위한 캠페인(예: Ask Me 3(Institute for Healthcare Improvement, n.d.)) 등을 개발하고, 의료기관과 의료진에게 권장한다.

보건의료계에서도 국내 진료 환경 및 보건의료 체계의 특징을 고려하여, 1~3차 병원에서 환자의 헬스리터러시 수준을 고려할 수 있는 방안을

마련하여 병원 운영과 진료 지침에 반영하고, 환자-의료진 간 효율적 의사소통을 위한 교육자료를 개발하고, 배포할 수 있을 것이다. 이를 통해 보건의료 시설 내 헬스리터러시를 고려하는 환경을 조성하여 건강관리의 장애물을 낮출 수 있다. 이와 함께 보건의료인이 헬스리터러시의 중요성을 인식하고, 헬스리터러시가 환자의 건강, 치료 결과, 의료 서비스의 질과 만족도에 영향을 미친다는 것을 이해하도록 주기적인 교육과 캠페인이 필요하다.

□ 학계

그동안 국내에서 헬스리터러시에 대한 많은 연구가 이루어졌다. 학계와 정부가 협력하여 헬스리터러시 연구 결과를 바탕으로 하여, 중재 프로그램의 개발과 평가를 수행하고, 지속적인 발전을 도모해야 한다. 그리고, 헬스리터러시와 건강에 관련한 연구를 수행하여, 다양한 특성을 가진 인구집단별, 생애주기별, 헬스리터러시 관련 요인의 특징과 헬스리터러시 향상을 위한 중재 개입 지점을 찾는 노력을 지속해야 한다.

□ 교육계

헬스리터러시는 전 생애주기에 걸쳐 개발하고, 유지해야 하는 기술이다. 이는 학교에서의 교육과 학교 밖 평생 교육을 통해 가능하다. 학령기 인구는 학교에서 독해능력, 수리능력을 습득하며, 건강관련 정보를 이해하는 데에 필요한 기본적인 과학 지식과 비판적 사고 능력을 배운다. 그러므로 학교 정규교육은 헬스리터러시 개발을 위한 기초교육을 제공한다고 할 수 있다. 또한, 인지적, 신체적, 정서적 발달이 일어나는 아동·청소년기는 헬스리터러시 증진을 통해 건강 행동과 관련 기술을 형성할 수 있는 시기이므로, 학령기 아동·청소년을 대상으로 한 헬스리터러시 역량 강화는 중요하다. 그러나 국내에서는 이 시기의 헬스리터러시에 대한 관심

이 상대적으로 적었다. 학교에서 이루어지는 보건교육을 강화하고, 교육 과정 안에 헬스리터러시에 대한 이해와 인식을 증진할 수 있는 요소를 포함하여 생애 초반부터 헬스리터러시 역량을 강화시킬 수 있을 것이다. 보건교육뿐만 아니라 정보화 교육, 의사소통 교육 등도 함께 강화하여, 다양한 방식의 건강정보 탐색과 소통 능력을 함께 배양해야 한다.

대학교 역시 헬스리터러시 증진을 위한 장(場)으로 역할을 할 수 있다. 보건의료 계열 전공 교과목에 헬스리터러시 관련 내용을 포함하여, 미래 보건의료 인력의 헬스리터러시에 대한 인식을 높일 수 있다. 관련 학계에서 표준화된 헬스리터러시 교과 내용을 개발하여 보건의료 계열 학과에서 활용할 수 있도록 하는 것이 이상적일 것이다.

학령기 이후의 인구집단은 평생 교육을 통해 헬스리터러시뿐만 아니라 전반적인 리터러시 역량을 강화할 수 있다. 사업장 내 보건교육, 지역사회 캠페인 등으로 올바른 건강정보를 제공하고, 개개인의 역량을 키울 수 있다. 현재 운영 중인 교육부의 성인 문해 사업과 같이, 기본적인 문해 능력을 강화하면서도 헬스리터러시를 고려하는 사업을 확대해야 한다. 특히 헬스리터러시 취약 계층의 역량 강화를 위한 맞춤형 교육이 필요하다. 예를 들어, 노인의 경우 건강정보에 대한 접근성뿐만 아니라 디지털 기술 접근과 활용능력이 부족하다. 건강에 대한 정보 제공과 교육뿐 아니라 디지털 교육을 함께 시행하여, 건강정보에 접근하고, 탐색할 수 있는 실질적인 역량의 강화가 필요할 것이다.

□ 지역사회

지역사회 기관 및 단체(보건소, 지역사회 행정기관, 시민단체 등)는 지역사회 주민의 다양한 특성 및 건강요구도를 파악하고, 주민의 건강관리 역량 강화를 위한 전략을 수립하는 역할을 한다. 건강증진 전략 수립 시

헬스리터러시를 고려하여, 헬스리터러시가 낮은 사람에게도 적합한 사업과 프로그램을 설계할 필요가 있다. 예를 들어, 주민을 대상으로 한 건강교육, 건강정보 제공, 캠페인 등을 시행할 때 이해하기 쉽게 정보를 전달하기 위하여 평이한 용어를 사용하거나 다양한 교육자료(예: 그림, 영상, 상호작용 매체 등)를 활용하는 방안을 고려할 수 있다. 또한, 지역사회 내에서 신뢰성 있고 타당한 건강정보를 제공하고 유통하도록 관련 정보 생산과 유통 과정을 관리·감독하거나 해당 과정에 참여하여 지역사회 주민들이 건강 관리를 위한 올바른 정보에 접근할 수 있도록 도와야 한다. 또한 지역사회 기관 및 단체는 헬스리터러시 증진을 위한 보건교육과 다양한 리터러시 역량 강화 교육 제공과 헬스리터러시 관련 정책과 프로그램의 계획과 시행에 주민의 참여를 장려하는 등 주민 개개인과 지역사회 수준의 헬스리터러시 수준 향상을 위한 노력을 해야 한다.

□ 개인(건강인, 질환자 포함)

개인의 헬스리터러시 수준은 개인의 건강 결과와 직결된다. 개인들은 본인과 가족, 이웃의 건강관리에 있어서 헬스리터러시의 중요성을 인식하고, 헬스리터러시 향상을 위한 노력을 해야 한다. 정부 기관, 교육계, 지역사회 기관 등에서 제공하는 보건교육 및 리터러시 역량 강화를 위한 교육에 적극적으로 참여하여 자가 건강관리 역량과 헬스리터러시 수준을 향상하도록 노력해야 한다. 의료 서비스를 이용할 때 의료진과의 의사소통 하고, 건강과 관련한 결정을 내릴 때 적극 참여하도록 해야 한다.

개인들의 이러한 노력에 앞서, 기술한 정부, 보건의료계, 학계, 교육계, 지역사회 기관의 협력적 지원체계가 선행되어야 할 것이다.

헬스리터러시 향상은 개인의 노력으로만, 일회성 교육으로만, 의료 환경의 개선만으로 가능하지 않다. 전 생애주기에 걸친 헬스리터러시 역량

의 개발 및 강화를 위한 다분야 협력체계가 필요하다. 특히, 이를 위해서는 정부 차원에서 헬스리터러시를 건강정책의 주요 아젠다로 설정하고, 헬스리터러시가 국민의 건강 수준과 건강형평성에 미치는 영향을 고려하는 것이 중요하다.

〈표 5-2〉 분야별 헬스리터러시 증진을 위한 실행 전략

분야	실행 전략
정부 기관	<ul style="list-style-type: none"> • 헬스리터러시 공식 용어 통일과 개념 정립(학계와 협력) • 헬스리터러시 수준 모니터링(측정 도구의 개발 포함) • 헬스리터러시 관련 연구 지원 • 공신력 있는 건강정보의 제공 • 건강정보 모니터링 및 가짜 정보 규제 • 헬스리터러시 관련 정책 및 사업 수행을 위한 재원 확보
보건의료계	<ul style="list-style-type: none"> • 헬스리터러시를 고려하는 환경 조성 • 의료인-환자 간 효율적 의사소통을 위한 노력 • 보건의료인의 헬스리터러시에 대한 이해 증진
학계	<ul style="list-style-type: none"> • 헬스리터러시와 건강 관련 근거자료의 생산 • 헬스리터러시 관련 중재 프로그램의 개발 및 평가
교육계	<ul style="list-style-type: none"> • 생애주기에 걸친 헬스리터러시 증진을 위한 교육 • 보건의료인 교육 과정, 보건의료 계열 대학교 전공 교과목에 헬스리터러시 교육 포함
지역사회	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 주민의 건강요구도 파악을 통한 건강관리 역량 강화 전략 수립 • 지역사회 내 신뢰성, 타당성 있는 건강정보 제공 • 지역사회 헬스리터러시 증진을 위한 보건교육 및 다양한 리터러시 교육 제공
개인 (건강인, 질환자 포함)	<ul style="list-style-type: none"> • 헬스리터러시의 중요성 인식 • 개인, 가족, 이웃의 헬스리터러시 향상을 위한 노력 • 헬스리터러시 관련 교육 참여를 통한 역량 강화 • 의료 서비스 이용 시 의료진과의 의사소통 적극 참여



- 강수진, 이미숙. (2015). 근거 중심의 헬스리터러시 증진 방안: 학술지 연구 동향을 중심으로. 보건교육건강증진학회지, 32(4), 93-108.
- 강수진, 이태화, 김광숙, 이주희. (2012). 서울 지역 일부 중년 성인의 건강정보 이해능력 (health literacy) 실태와 관련 요인에 대한 연구. 보건교육건강증진학회지, 29(3), 75-89.
- 강수진, 형나결. (2020). 국내 이주민 대상의 헬스 리터러시 수준과 연구 동향 고찰. 지역사회간호학회지, 31(3), 322-336.
- 강승미, 안순태. (2019). 정신건강에 대한 위험인식과 모바일 앱 이용의도: e헬스리터러시와 정신과 상담 태도의 영향력. 정신건강과 사회복지, 47(3), 35-61.
- 강유민, 조영식. (2016). 어머니의 구강건강정보이해력이 유아 자녀의 구강건강 상태와 행동에 미치는 영향. 치위생과학회지, 16(1), 26-36.
- 강지숙, 김은미, 김미연. (2020). 'Health Literacy' 개념정의에 대한 체계적 고찰 (SR, Systematic Review). 학습자중심교과교육연구, 20(6), 757-777.
- 고명실, 강경자. (2018). 외래 통원 관상동맥질환 노인환자의 건강정보이해능력, 건강입파워먼트가 건강행위이행에 미치는 영향. 임상간호연구, 24(3), 293-302.
- 고해숙, 김성희. (2020). 청소년의 건강정보 이해능력에 미치는 영향요인에 관한 연구. 한국비블리아학회지, 31(1), 357-377.
- 고희성, 최희승. (2015). 청소년 자녀를 둔 부모와 중·고등학교 교사의 정신건강이해력. 정신간호학회지, 24(3), 168-177.
- 고희성, 황선영. (2018). 육군 초급간부의 정신건강이해력. 군간호연구, 36(2), 41-52.
- 과학기술정보통신부, 한국정보화진흥원. (2019). 2019 디지털정보격차 실태조사. 과학기술정보통신부: 세종, 한국정보화진흥원: 대구.

- 권명순, 노기영, 장지혜. (2013). 고혈압 환자의 건강 문해력과 질환관련 지식 및 치료지시이행에 관한 연구. 한국보건간호학회지, 27(1), 190-202.
- 교육부 평생학습정책과. (2018.3.15.). 5명만 모여도 문해교육 지원 받을 수 있다: 2018년 성인문해교육 활성화 지원 기본계획 마련. 교육부 보도자료.
- 교육부 평생학습정책과. (2019). 2019년 성인문해교육 활성화 지원 기본계획. 교육부. (2020.9.8). 「경제협력개발기구(OECD) 교육지표 2020」결과 발표. <https://www.moe.go.kr/boardCnts/view.do?boardID=294&lev=0&statusYN=W&s=moe&m=0204&opType=N&boardSeq=81851>에서 2020.11. 17. 인출
- 교육부, 국가평생교육진흥원, 식품의약품안전처. (2018). 성인 생활문해 교과서: 건강문해교육. 국가평생교육진흥원 국가문해교육센터.
- 구교만, 김춘중. (2017). 척수장애인의 건강정보이해능력과 운동참여의 관련성. 한국사회체육학회지, 70, 537-546.
- 국가문해교육센터. (2020). 생활문해교육. <https://www.le.or.kr/contentView.do>에서 2020.9.18. 인출
- 국민건강보험공단. 건강IN. <https://www.nhis.or.kr/nhis/healthin/wbhaca04500m01.do>에서 2020.11.20. 인출
- 김가은, 박현준. (2019). 건강정보이해능력과 개인의 특성이 스마트 헬스케어 이용 경험에 미치는 요인 분석. 한국콘텐츠학회논문지, 19(4), 41-53.
- 김경자, 이인숙. (2016). 일부도시 입원 아동 부모의 건강정보원에 대한 신뢰도와 전자 건강문해력이 건강정보지향에 미치는 영향. 디지털융복합연구, 14(6), 295-307.
- 김광희, 정운숙, 황태윤, 김창윤. (2019). 구강건강정보 이해능력이 인지된 구강건강상태에 미치는 영향. 대한구강보건학회지, 43(1), 3-7.
- 김난희, 양영란, 이명하. (2016). 독거노인 당뇨병 환자의 건강정보이해능력과 당뇨지식이 자가간호 이행에 미치는 영향. 지역사회간호학회지, 27(4), 370-379.

- 김남선, 이규은. (2014). 중년기 성인의 암 예방행위 영향요인. *기본간호학회지*, 21(1), 29-38.
- 김묘성, 정인숙. (2012). 고혈압 환자의 건강정보 문해력과 관련 요인. *의료커뮤니케이션*, 7(2), 78-86.
- 김미나, 유양숙, 황경혜, 조옥희. (2019). 직장인의 인터넷 건강정보에 대한 태도, e-헬스리터러시가 건강정보추구행동과 건강관련행위의도에 미치는 영향. *디지털융복합연구*, 17(11), 357-367.
- 김선일, 박현경, 남지영, 고수연, 김혜진. (2017). 일부 성인의 구강건강문해력과 구강보건행태. *한국학교지역보건교육학회지*, 18(3), 69-82.
- 김성수, 김상현, 이상엽. (2005). 의료정보이해능력(health literacy) : 한국형 측정 도구 개발을 위한 예비연구. *보건교육건강증진학회지*, 22(4), 215-217.
- 김성은, 박동진, 최정화. (2019). 일반 성인의 건강문해력의 하위 차원과 건강 관련 행위간의 관계. *보건사회연구*, 39(1), 334-364.
- 김성은, 오진아, 이윤미. (2013). 건강정보 이해능력(Health Literacy)에 대한 개념분석. *한국간호교육학회지*, 19(4), 558-570.
- 김수진, 김미혜, 김신혜. (2020). 농촌노인의 건강정보이해력이 우울에 미치는 영향. *노인복지연구*, 75(1), 159-181.
- 김수현. (2010). 노인의 자가 보고에 따른 의료정보 이해 및 활용수준. *한국노년학*, 30(4), 1281-1292.
- 김수현. (2016). 간호 대학생의 의료정보 이해 수준. *경북간호과학지*, 20(2), 1281-1292.
- 김수현, 이은주. (2008). 노인의 기능적 의료정보 이해능력이 지각된 건강상태에 미치는 영향. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(2), 195-203.
- 김영선, 강은나. (2017). 독거노인과 비독거노인의 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인. *보건과 사회과학*, 46(1), 85-110.
- 김영선, 박병현, 이희운. (2014). 노인의 건강정보이해능력 (Health Literacy)

- 에 영향을 미치는 요인 분석: 앤더슨 행동모형 적용. 노인복지연구, 65, 35-57.
- 김영선, 강은나. (2017). 독거노인과 비독거노인의 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인. 보건과 사회과학, 46(1), 85-110.
- 김영준, 장경로. (2016). 확장된 기술수용모델 (ETAM) 을 적용한 스포츠 O2O 서비스 소비자 이용의도 연구. 한국스포츠산업경영학회지, 21(6), 1-14.
- 김유정, 이가연. (2014). 노인 입원환자의 의료기관 인쇄물에 대한 읽기 쉬운 평가와의료정보 이해능력. 노인간호학회지, 16(1), 9-17.
- 김준호, 박종연, 강신희. (2019). 우리나라 국민의 건강정보이해력 수준과 사회경제적 특성 및 건강 행태와의 관계. 보건행정학회지, 29(2), 146-159.
- 김정은. (2011). 건강정보 이해능력 수준과 영향요인에 대한 고찰: 대학병원 외래 방문객을 대상으로. 임상간호연구, 17(1), 40-47.
- 김지영, 석민현. (2016). 중학생의 건강정보이해능력과 건강증진행위. 한국보건간호학회지, 30(3), 570-582.
- 김지은, 박지경. (2017). e-Health Literacy 수준에 따른 인터넷 건강정보 신뢰도 및 인터넷 의료광고에 대한 태도. 인문사회 21, 8(4), 299-314.
- 김진수. (2015). 소인성 요인, 가능성 요인, 필요성 요인이 노인의 재가복지서비스 이용만족도에 미치는 영향-건강정보이해능력의 매개효과를 중심으로. 한국케어매니지먼트 연구, 17, 1-28.
- 김현실, 강은옥. (2019). 일 지역사회 공무원의 정신건강지식 및 정신건강사업에 대한 태도조사. 한국산학기술학회 논문지, 20(2), 275-285.
- 남영희, 이승민. (2018). 보건계열과 공학계열 학생의 e-헬스 리터러시와 건강행위 비교. 한국디지털콘텐츠학회 논문지, 19(10), 1947-1955.
- 남영희, 정인숙. (2020). 한국과 중국 대학생의 e-헬스 리터러시, 건강정보 신뢰도 및 건강행위가 건강정보 이용 동기에 미치는 영향 비교연구. 한국디지털콘텐츠학회 논문지, 21(3), 513-520.
- 동아사이언스. (2020.02.07.). WHO, 허위 정보와 사투...팬데믹보다 무서운 인포데믹. <http://dongascience.donga.com/news.php?idx=34160>에

- 서 2020.11.19. 인출.
- 대한의사협회. (2015). 의사 방송 출연 가이드라인.
http://www.kma.org/notice/sub1_view.asp에서 2020.10.21. 인출
- 문현숙. (2020.10.21.). 시청자 현혹 '쇼닥터' 폐해 커지는데...징계는 솜방망이.
 한겨레.
<https://news.naver.com/main/tool/print.nhn?oid=028&aid=0002517019>에서 2020.10.21. 인출
- 박동진, 권명순, 최정화. (2013). 개인의 건강정보지향, 인터넷 건강정보에 대한 태도, e-헬스 리터러시 수준과 건강 관련 행위의 관계. *홍보학 연구*, 17(3), 379-413.
- 박순옥, 김현숙, 김봉정. (2015). Y 시 농촌지역 주민의 건강정보이해능력 관련 요인. *Journal of The Korean Data Analysis Society*, 17(3), 1667-1681.
- 박순주. (2017). 입원환자 의료정보이해능력에 대한 환자 자가평가와 간호사 평가. *한국콘텐츠학회논문지*, 17(4), 434-443.
- 박영남, 김철규. (2019). 지방 종합병원을 방문한 허혈성 뇌졸중 노인 환자의 건강정보 활용능력과 뇌졸중 지식이 자가간호 이행에 미치는 영향. *Korean Journal of Adult Nursing*, 31(5), 573-583.
- 박영례, 장은희, 김선화, 박소희, 오희숙. (2018). 노인의 건강정보이해력, 자기 효능감, 사회적 지지가 약물복용이행에 미치는 영향. *근관절건강학회지*, 25(1), 30-38.
- 박정우, 김미영. (2017). 간호대생과 비보건계열 여대생의 e-헬스리터러시와 자가간호역량 비교 연구. *간호행정학회지*, 23(4), 439-449.
- 박지연, 전경자. (2011). 농촌 지역 노인의 기능적 의료정보 이해능력 실태와 영향요인. *지역사회간호학회지*, 22(1), 75-85.
- 박현주, 황선경. (2014). 지역사회 거주 노인의 언어적, 기능적 건강정보이해능력. *글로벌 건강과 간호*, 4(2), 49-58.
- 배화, 홍남수, 신은경. (2019). 보건소 방문건강관리 대상 여성 노인 고혈압 환자

- 의 건강정보 문해력이 혈압조절에 미치는 영향. *Journal of Health Informatics and Statistics*, 44(3), 237-244.
- 백경신. (2015). 지역사회거주 노인 고혈압 환자의 건강정보이해능력이 자가 간호 행위이행에 미치는 영향. *Crisisonomy*, 11(8), 161-178.
- 백경신. (2017). 지역사회거주 노인의 주관적 구강건강상태와 구강건강문해력이 구강건강관련 삶의 질에 미치는 영향에 대한 융합연구. *한국융합학회 논문지*, 8(12), 101-107.
- 백경희, 안영미, 김남희, 김미란. (2013). 설명간호사의 현황과 법적 지위에 관한 고찰. *의료법학*, 14(2), 261-280.
- 서미경, 이민규. (2013). 한국인의 정신건강이해력 평가와 취약집단분석. *한국사회복지학*, 65(2), 313-334.
- 손연정, 김소담, 장희정, 윤예림, 김혜미, 박지인, 김선희. (2012). 지역사회 거주 일반 성인의 건강정보 활용능력 영향요인. *대한임상건강증진학회지*, 12(2), 100-108.
- 손연정, 송은경. (2012). 고혈압 환자의 건강정보 활용능력이 질병관련 지식 및 자가간호 이행에 미치는 영향. *기본간호학회지*, 19(1), 6-15.
- 송지현, 신수진. (2020) 인터넷을 이용하는 지역사회 노인의 e-헬스 리터러시 및 주관적 건강상태가 건강추구행동에 미치는 영향. *디지털융복합연구*, 18(1), 321-332.
- 시정일보. (2018.10.19.). 강동구, WHO 건강도시상 4년 연속 수상.
<http://www.sijung.co.kr/news/articleView.html?idxno=220912>에서 2020.9.10. 인출.
- 신경민, 추상희, 장연수, 강석민. (2016). 노인 심부전 환자의 건강 문해력에 따른 심부전 지식과 자가 간호. *임상간호연구*, 22(1), 28-37.
- 심민선, 조희숙, 정수미. (2018). 인터넷 건강정보이해능력과 정보탐색 유형별 인지된 정보유용성 분석: 다이어트 및 체중조절 관련 정보탐색을 중심으로. *보건행정학회지*, 28(2), 119-127.
- 안산용신학교. (2019). 사부작 사부작 건강문해교실.

- <https://www.le.or.kr/contentDetailView.do>에서 2020.9.24. 인출
안숙희. (2018). 여성 환자보호자의 건강정보 이해능력과 식습관이 식생활 실천
에 미치는 영향. *경북간호과학지*, 22(2), 11-25.
- 안순태, 이지윤. (2019). 모바일 앱 이용을 통한 노인의 건강증진: 자기효능감과
사회적 낙인의 영향. *한국언론학보*, 63(2), 113-142.
- 안순태, 정재선. (2019). 노인들의 사회적 지지와 온라인 건강정보행동: 임파워
먼트의 매개효과와 헬스 리터러시의 조절효과를 중심으로. *한국방송학보*,
33(5), 163-190.
- 안은정, 권인수. (2014). 초등학생의 건강정보문해력. *아동간호학회지*, 20(4),
322-331.
- 양서희, 정은영, 유양숙. (2020). 지역사회 폐결핵 환자의 건강정보 이해능력과
결핵 관련 지식 및 자가간호 수행도. *기본간호학회지*, 27(1), 1-11.
- 양정란. (2014). 만성질환 노인의 건강정보이해능력, 자기효능감이 약물복용이
행에 미치는 영향. *Health & Nursing*, 26(1), 29-38.
- 양정애. (2015). 스마트 미디어 시대 뉴스/정보 콘텐츠 선호. *미디어이슈*, 1(6),
서울: 한국언론진흥재단.
[https://www.kpf.or.kr/synap/skin/doc.html?fn=1432186150.pdf
&rs=/synap/result/upload/uploadDir/C002/](https://www.kpf.or.kr/synap/skin/doc.html?fn=1432186150.pdf&rs=/synap/result/upload/uploadDir/C002/)에서 2020. 8. 7. 인출.
- 오두남, 이지윤. (2012). 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울 건강정보이해능
력과 도움요청의도. *지역사회간호학회지*, 23(3), 276-285.
- 오미정, 김민자, 장경오. (2020). 일 지역사회 학생의 정신건강상태, 정신건강지
식, 정신건강복지센터와 정신건강사업에 대한 인식조사. *한국산학기술학
회 논문지*, 21(3), 427-437.
- 오지혜, 박은옥. (2017). 지역사회 노인 고혈압 환자의 건강정보이해능력이 고혈
압 자가관리행위에 미치는 영향. *보건교육건강증진학회지*, 34(1), 35-45.
- 우영운, 조경원. (2007). 국내 건강정보 웹사이트의 신뢰성과 만족도 현황 분석.
한국콘텐츠학회논문지, 7(3), 110-117.
- 유은우, 이윤미. (2018). 노인 당뇨병 환자의 건강정보이해능력과 자가관리행위:

- 회복탄력성의 매개효과. 성인간호학회지, 30(4), 376-384.
- 유혜현, 김현미, 배미형, 김민정, 우정인, 이은영. (2009). 설명간호사실 운영 활성화를 통한 외래 환자 만족도 증진. 한국의료QA학회지, 15(1), 79-87.
- 윤수지. (2017). 당뇨병 환자의 건강정보이해능력과 복약 순응도 및 자가 관리와의 관계. Health & Nursing, 29(1), 27-38.
- 원양리, 유승현, 유명순. (2014). 제2형 당뇨병 환자의 기능적 헬스 리터러시가 주관적 건강에 미치는 영향: 일개 대학병원 외래 환자를 대상으로. 보건교육건강증진학회지, 31(3), 1-13.
- 의학신문. (2012.12.13.). 똑똑한 설명으로 보답하겠습니다.
<https://doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=84314>
에서 2020.9.10. 인출.
- 이규은, 염영희, 김상숙, 한정희. (2014). 성별에 따른 노인의 구강 건강정보 이해능력 관련요인. 지역사회간호학회지, 25(1), 54-64.
- 이명숙. (2017). 농촌 지역 심뇌혈관질환 노인의 건강정보이해능력과 건강행위. Korean Journal of Adult Nursing, 29(3), 256-265.
- 이병관, 변웅준, 임주리. (2010). 개인의 e-헬스 리터러시 (e-Health Literacy)가 의사-환자 커뮤니케이션에 미치는 영향. 사이버커뮤니케이션학보, 27(3), 89-125.
- 이보영, 정수미. (2018). 지역사회 취약계층 노인의 건강정보 이용현황 및 건강정보 이해능력 관련요인. 농촌의학·지역보건, 43(3), 147-157.
- 이봄이, 김연희. (2014). 성인의 구강건강정보이해능력과 구강건강행동 간의 관련성. 보건과 사회과학, 37(1), 87-102.
- 이선아, 박명화. (2010). 농촌노인의 의료정보문해력과 약물지식 및 약물 오남용 행위. 한국노년학, 30(2), 485-497.
- 이선혜, 서진환. (2010). 한국 성인의 정신건강역량: 우울증과 정신분열병을 중심으로. 사회복지연구, 41(2), 127-158.
- 이성심, 손현정, 이동숙, 강현욱. (2017). e-헬스 리터러시 주관적 건강상태 및 인터넷에서의 건강정보 추구행위가 건강증진행위에 미치는 영향. 한국웰

- 니스학회지, 12(4), 55-67.
- 이수현, 최은혜라, 제민지, 한홍식, 박병규, 김성수. (2011). 한국형 건강정보 이해능력 측정 도구(Korean Health Literacy Assessment Tool)의 비교 및 개선 방안. 보건교육건강증진학회지, 28(3), 57-65.
- 이순영, 서순림. (2018). 간호대학생의 건강정보 이해능력과 자가간호역량이 건강증진 행위에 미치는 영향. 보건정보통계학회지, 43(2), 126-133.
- 이승미, 성종미, 송종화, 서동철. (2016). 의약품 정보 제공 용어의 이해도 평가: 당뇨 및 천식 처방약과 안전상비약을 중심으로. 대한보건연구, 42(4), 21-32.
- 이승민, 남영희. (2018). 보건학전공 대학생의 e헬스 리터러시가 건강행위에 미치는 영. 한국학교지역보건교육학회지, 19(2), 77-86.
- 이영태, 윤태영, 김상현. (2012). 환자의 특성에 따른 기능적 건강정보이해능력(functional health literacy) 과 의료인의 설명이해도. 보건과 사회과학, 32(1), 145-171.
- 이영희, 지은주, 윤옥중. (2019). 여성노인의 건강관심도, 건강정보지향, 인터넷 건강정보 문해력 및 건강행위: 60~70대를 중심으로. 융합정보논문지, 9(4), 39-47.
- 이윤미, 손연정, 이은주. (2012). 당뇨병 환자의 건강정보 활용능력, 질병관련 지식, 자기효능감 및 자가간호행위에 관한 연구. *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 14(6), 3087-3101.
- 이주열. (2019). 건강정보 활용능력 활성화를 위한 선행 과제. 보건교육건강증진학회지, 36(2), 23-35.
- 이지은, 이서영, 노현경, 이은주. (2015). 기능적 의료정보 이해능력이 건강증진 행위에 미치는 영향. 한국데이터정보과학회지, 26(6), 1427-1438.
- 이하나, 안순태. (2017). 정신건강과 자살 리터러시에 대한 탐색: 모바일 인스턴트 메시지를 통한 매개 커뮤니케이션 상황을 중심으로. 커뮤니케이션학연구, 25(4), 5-33.
- 장병순, 김동희. (2015). 학령기 후기 아동의 건강정보 이해능력과 건강증진 행

- 위. 지역사회간호학회지, 26(3), 199-208.
- 장지혜, 신용순. (2020). 지역사회 거주 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인. 한국산학기술학회 논문지, 21(2), 460-469.
- 정순돌, 이미우, 박채리, & 임정숙. (2016). Andersen 과 Newman 모델을 활용한 정신건강정보이해력에 영향을 미치는 요인: 노인집단과 다른 연령집단간 비교. 노인복지연구, 71(3), 193-218.
- 정순돌, 임정숙, 이미우, 정세미. (2016). 노인의 심리사회적 노화인식에 영향을 미치는 요인: 주관적 건강상태 및 정신건강변수와 건강정보이해력 및 정신건강정보이해력을 중심으로. 사회복지연구, 47(1), 123-149.
- 정은영, 황선경. (2015). 관상동맥질환자의 건강정보이해능력과 건강행위이행. 성인간호학회지, 27(3), 251-261.
- 정정희, 김정순. (2014). 노인의 건강정보이해능력, 건강 관련 위험인식과 건강행위. 지역사회간호학회지, 25(1), 65-73.
- 조규영, 하명남. (2019). 고혈압 환자의 질병 관련 지식, 인터넷 건강정보 이해능력과 자가간호 이행의 관계에서 건강신념의 매개효과. 성인간호학회지, 31(6), 638-649.
- 조선영, 최송식. (2017). 정신장애인의 정신건강정보이해능력 (Mental Health Literacy) 에 관한 연구-인구사회학적 요인 및 자아존중감, 가족지지와의 상관성을 중심으로. 보건과 사회과학, 44(1), 165-186.
- 조성은, 김수경, 이수림, 신혜리, 박설우, 김영선. (2017). 노쇠와 과부담의료비의 관계에서 건강정보이해능력의 조절효과. 사회복지 실천과 연구, 14(2), 5-37.
- 조영문, 서연희, 박미정. (2018). 혈액투석 환자의 건강정보이해능력에 따른 질병불확실성, 주관적 건강상태 및 환자역할행위 이행과의 관계. *Korean Journal of Adult Nursing*, 30(4), 437-446.
- 주현정, 오효원, 김지연, 이홍수. (2012). 성인의 구강건강문해력 및 관련 요인에 대한 연구: I. 언어적 구강건강문해력. 대한구강보건학회지, 36(2), 97-105.

- 주현정, 오효원, 이흥수. (2014). 성인의 구강건강문해력과 구강건강관련 삶의 질의 관계. 대한구강보건학회지, 38(4), 220-226.
- 주현정, 오효원, 이흥수. (2013). 전라북도 일부 지역 성인의 구강건강 문해력 및 관련 요인에 대한 연구; II. 기능적 구강건강 문해력. 대한구강보건학회지, 37(2), 81-88.
- 주현정, 이흥수, 오효원. (2015). 구강건강문해력과 구강보건행태의 연관성. 대한구강보건학회지, 39(3), 186~194.
- 주형철, 김종희, 권형일. (2018). 기대확신모형을 적용한 스포츠 O2O 서비스 App 의 지속적 사용의도 연구. 한국체육학회지, 57(2), 195-212.
- 질병관리청. (n.d.). 국가건강정보포털.
<https://health.cdc.go.kr/healthinfo/biz/health/main/mainPage/main.do>에서 2020.11.20. 인출.
- 천신혜, 나상규, 김하윤, 임희경, 최민규, 노용균. (2015). 당뇨병 환자에서 건강 문해력, 당뇨병 지식과 혈당조절의 상관관계. 의료커뮤니케이션, 10(2), 127-134.
- 천희란, 이주열. (2020). 고령자의 헬스리터러시 관련 요인: HLS-EU-Q16 측정 도구 활용. 보건교육건강증진학회지, 37(1), 1-13.
- 천희란. (2020). 고령자의 건강리터러시에서 사회적 격차. 대한보건연구, 46(1), 87-96.
- 천희란, 조성일, 김일호. (2018). 고령자의 건강정보이해능력(Health Literacy) 측정 도구 타당화. 대한보건연구, 44(4), 99-109.
- 최민음, 서필교, 최명일, 백혜진. (2014). 확장된 기술수용모형 (TAM) 을 적용한 TV 건강 프로그램 시청의도 분석. 한국언론학보, 58(6), 362-389.
- 최은영, 윤혜림, 이광혁, 신혜리, 박설우, 이희운, 김영선. (2017). 노인의 건강정보 이해능력과 정신건강의 관계 : 사회적 지지의 조절효과를 중심으로. 노인복지연구, 72(3), 251-282.
- 한국건강증진개발원. (n.d.). HP 2030 소개.
<https://www.khealth.or.kr/board?menuId=MENU00833>에서

2020. 8. 27. 인출.

한국보건산업진흥원. (2020). 포스트 코로나, 스마트라이프와 건강관리서비스. 바이오헬스리포트. 오송: 한국보건산업진흥원.

한국언론진흥재단. (2018). 2018 언론수용자 의식조사.

https://www.kpf.or.kr/front/board/boardContentsView.do?board_id=246&contents_id=000344023AEDE81FA7FAD599D14E9F13에서 2020.8.7. 인출.

한국언론진흥재단. (2020). 코로나19 미디어 리터러시 실천 지침.

<https://www.forme.or.kr/board/B0003.cs?act=read&bwrId=2888&searchKeyword=&searchCondition=&searchEndDt=&m=34&searchStartDt=&pageIndex=1&pageUnit=15>에서 2020.10.14. 인출

홍인화, 은영. (2012). 입원 환자의 건강정보문해력에 관한 연구. *성인간호학회지* 24(5), 477-488.

황경남, 원혜정, 장인순, 이지연. (2018). 건강정보 이해능력에 따른 관상동맥질환 관련 서면정보의 제공이 환자의 건강행위 이행에 대한 자기효능감, 질병 지식, 불안, 교육만족도에 미치는 효과. *의료커뮤니케이션*, 13(2), 233-241.

황윤희, 이가연. (2019). 의료급여수급 노인의 건강정보이해능력과 자가간호 수행이 의료이용에 미치는 영향. *지역사회간호학회지*, 30(4), 484-493.

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs American Medical Association. (1999). Health literacy: report of the council on scientific affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552-557.

Adler, N.E., Epel, E.S., Castellazzo, G., & Ickovics, J.R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. *Health Psychology*, 19(6), 586-592.

Altin, S.V., Finke, I., Kautz-Freimuth, S., & Stock, S. (2014). The

- evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health*, 14(1), 1207.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
- Anderson, R.C. (1985). *Becoming a nation of readers: National Academy of Education, National Institute of Education, and Center for the Study of Reading*. Champaign, IL: Center for the Study of Reading.
- Australian Bureau of Statistics. (2008). *Adult literacy and life skills survey*. Canberra: Australian Bureau of Statistics.
- Australian Bureau of Statistics. (2019). *National health survey: health literacy, 2018*. Canberra: Australian Bureau of Statistics.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2014). *National Statement on Health Literacy - Taking action to improve safety and quality*.
<https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/national-statement-health-literacy-taking-action-improve-safety-and-quality>에서 2020.9.30. 인출.
- Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V., & Clark, W.S. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, 13(12), 791-798.
- Baker, D.W., Williams, M.V., Parker, R.M., Gazmararian, J.A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 33-42.
- Batterham, R.W., Hawkins, M., Collins, P.A., Buchbinder, R., & Osborne, R.H. (2016). *Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities*.

Public Health, 132, 3-12.

- Baur, C. (2011). Calling the nation to act: Implementing the national action plan to improve health literacy. *Nursing Outlook*, 59(2), 63-69.
- Berg, H.J., & Slayton, B.L. (2009). Early child oral health. Iowa: Wiley-Blackwell.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., ... & Jordan, S. (2017). Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17(1), 361.
- Broucke, S.V. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health Promotion International*, 35(2), 181-186.
- Canadian Council on Learning. (2007). Health literacy in Canada: Initial results from the International Adult Literacy and Skills Survey 2007. Ottawa, ON: Canadian Council on Learning.
- Chew, L.D., Bradley, K.A., & Boyko, E.J. (2004). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine*, 36(8), 588-594.
- Covid-19 Health Literacy Project. (n.d.). <https://covid1c9healthliteracyproject.com/#team>에서 2020.11.2. 인출.
- Dadaczynski, K., Okan, O., & Rathmann, K. (2020). COVID-19 health literacy survey in university students (COVIDHL- Survey). questionnaire and scale documentation. Public Health Centre

- Fulda (PHZF) at the Fulda University of Applied Sciences & Interdisciplinary Centre for Health Literacy Research at Bielefeld University: Bielefeld, Germany.
- Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R. B., Murphy, P.W., & Crouch, M.A.C. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25(6), 391-395.
- DeWalt, D.A., & Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*, 124(Supplement 3), S265-S274.
- Do, B.N., Tran, T.V., Phan, D.T., Nguyen, H.C., Nguyen, T.T.P., Nguyen, H.C., ... & Duong, T.V. (2020). Health literacy, eHealth literacy, adherence to infection prevention and control procedures, lifestyle changes, suspected COVID-19 symptoms among health care workers: An online survey during the lockdown. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), e22894.
- Duong, T.V., Aringazina, A., Kayupova, G., Pham, T.V., Pham, K.M., Truong, T.Q., ... & Sørensen, K. (2019). Development and validation of a new short-form health literacy instrument (HLS-SF12) for the general public in six Asian countries. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 3(2), e91-e102.
- Duplaga, M. (2020). The determinants of conspiracy beliefs related to the COVID-19 pandemic in a nationally representative sample of Internet users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7818.
- European Commission. (2007). Together for health: a strategic approach for the EU 2008~2013. <https://joinup.ec.europa.eu/sites/default/files/document/2014~12/media1766.pdf>에서

2020.11.5. 인출.

Freedman, D.A., Bess, K.D., Tucker, H.A., Boyd, D.L., Tuchman, A.M., & Wallston, K.A. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446-451.

Geboers, B., Reijneveld, S.A., Koot, J.A.R., & de Winter, A.F. (2018). Moving towards a comprehensive approach for health literacy interventions: the development of a health literacy intervention model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1268.

Haugland, S. & Wold, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence-reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 24(5), 611-624.

Haun, J.N., Valerio, M.A., McCormack, L.A., Sørensen, K., & Paasche-Orlow, M.K. (2014). Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of Health Communication*, 19(sup2), 302-333.

Hawkins, M., Gill, S.D., Batterham, R., Elsworth, G.R. & Osbourne, R. (2017). The Health Literacy Questionnaire (HLQ) at the patient-clinician interface: a qualitative study of what patient and clinicians mean by their HLQ scores. *BMC Health Services*, 17(1), 309.

Health Literacy Tool Shed. (2020). Find measures.

<https://healthliteracy.bu.edu/all>에서 2020. 12. 8. 인출.

Health Literacy Tool Shed. (n.d.). About the health literacy tool shed.

<https://healthliteracy.bu.edu/about>에서 2020. 12. 8. 인출.

Herndon, J.B., Chaney, M., & Carden, D. (2011). Health literacy and emergency department outcomes: a systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 57(4), 334-345.

- Huang, Y.M., Shiyanbola, O.O., & Chan, H.Y. (2018). A path model linking health literacy, medication self-efficacy, medication adherence, and glycemic control. *Patient Education and Counseling*, 101(11), 1906-1913.
- Institute for Healthcare Improvement. (n.d.). Ask Me 3: Good questions for your good health.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Ask-Me-3-Good-Questions-for-Your-Good-Health.aspx>에서 2020.9.3. 인출.
- Institute of Medicine. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. Washington D.C: The National Academic Press.
- Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK). (2020). COVID-HL-Survey: University students. Scale documentation version 1.5.
- International Adult Literacy and Skills Survey. Ottawa, ON: Author.
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectations*, 11(2), 113-122.
- Jeong, S.H., & Kim, H.K. (2016). Health literacy and barriers to health information seeking: A nationwide survey in South Korea. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1880-1887.
- Jeong, J., Park, N., & Shin, S.Y. (2014). The influence of health literacy and diabetes knowledge on diabetes self-care activities in Korean low-income elders with diabetes. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 25(3), 217-224.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). 'Mental health literacy': a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of*

- Australia*, 166(4), 182~186.
- Jorm, A. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about. *British journal of Psychiatry*, 177(396), 317-327.
- Kickbusch, I., Wait, S. & Maag, D. (2005). Navigating health: The role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future.
- Kim, E.J., Yu, J.H., & Kim, E.Y. (2020). Pathways linking mental health literacy to professional help-seeking intentions in Korean college students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 27(4), 393-405.
- Kim, K.A., Kim, Y.J., & Choi, M. (2018). Association of electronic health literacy with health-promoting behaviors in patients with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(9), 438-447.
- Kim, S., Shin, D. W., Yang, H. K., Kim, S. Y., Ko, Y. J., Cho, B., ... & Park, J. H. (2016). Public perceptions on cancer incidence and survival: a nation-wide survey in Korea. *Cancer Research and Treatment*, 48(2), 775.
- Kim, S. H., & Utz, S. (2018). Association of health literacy with health information-seeking preference in older people: A correlational, descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 20(3), 355-360.
- Kim, S. H., & Youn, C. H. (2015). Efficacy of chronic disease self-management program in older Korean adults with low and high health literacy. *Asian Nursing Research*, 9(1), 42-46.
- Kim, S.W., Park, W.Y., Jhon, M., Kim, M., Lee, J.Y., Kim, S.Y., ... & Yoon, J.S. (2019). Physical health literacy and health-related behaviors in patients with psychosis. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 17(2), 279.
- Kim, Y.C., Lim, J.Y., & Park, K. (2015). Effects of health literacy and

- social capital on health information behavior. *Journal of Health Communication*, 20(9), 1084-1094.
- Kim, Y. S., Khatiwoda, P., Park, B. H., & Lee, H. Y. (2016). Health literacy and its link to healthcare service utilization among older adults in Korea. *Social Work in Public Health*, 31(6), 467-473.
- Kirk, J.K., Grzywacz, J.G., Arcury, T.A., Ip, E.H., Nguyen, H.T., Bell, R.A., ... & Quandt, S.A. (2012). Performance of health literacy tests among older adults with diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), 534-540.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006~483). Washington, DC: National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education.
- Lee, C., & Park, Y. H. (2018). Health literacy and participation among older adult patients with heart failure in Korean culture. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(5), 429-440.
- Lee, E.J., Lee, H.Y., & Chung, S. (2017). Age differences in health literacy: Do younger Korean adults have a higher level of health literacy than older Korean adults?. *Health & Social Work*, 42(3), 133-142.
- Lee, S.H., Lee, K.H., & Chang, S.J. (2018). Do health literacy and self-care behaviours affect quality of life in older persons with lung cancer receiving chemotherapy?. *International Journal of Nursing Practice*, 24(6), e12691.
- Lee, Y. M., Yu, H. Y., You, M. A., & Son, Y. J. (2017). Impact of health literacy on medication adherence in older people with chronic diseases. *Collegian*, 24(1), 11-18.

- Leslie, C.J., Hawkins, M., & Smith, D.L. (2020). Using the Health Literacy Questionnaire (HLQ) with providers in the early intervention setting: A qualitative validity testing study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2603.
- Mays, N., Roberts, E., & Popay, J. (2001). Synthesising research evidence. In *Studying the organisation and delivery of health services. Research Methods*, 220.
- McCaffery, K.J., Dodd, R.H., Cvejic, E., Ayr, J., Batcup, C., Isautier, J.M., ... & Wolf, M.S. (2020). Health literacy and disparities in COVID-19-related knowledge, attitudes, beliefs and behaviours in Australia. *Public Health Research & Practice*, 30(4): 30342012.
- Mitic, W. & Rootman, I. (2012). An inter-sectoral approach for improving health literacy for Canadian. Victoria BC: Public Health Association of BC.
<https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/09/IntersectoralApproachforHealthLiteracy-FINAL.pdf>에서 2020.8.6. 인출.
- Morris, N.S., MacLean, C.D., Chew, L.D., & Littenberg, B. (2006). The Single Item Literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Family Practice*, 7(1), 21.
- National Center for Education Statistics. (n.d.-a). National Assessment of Adult Literacy(NAAL).
https://nces.ed.gov/NAAL/fr_definition.asp에서 2020. 10. 19. 인출.
- National Center for Education Statistics. (n.d.-b). What is PIAAC?.
<https://nces.ed.gov/surveys/piaac/>에서 2020. 10. 19. 인출.
- Nguyen, H.T., Do, B.N., Pham, K.M., Kim, G.B., Dam, H.T.B., Nguyen, T.T., ... & Duong, T.V. (2020). Fear of COVID-19 scale—associations of its scores with health literacy and health-related

- behaviors among medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4164.
- NHS Scotland. (2014). Making it easy: A health literacy action plan for Scotland. Scottish Government.
- NHS Scotland. (2017). Making it easier: A health literacy action plan for Scotland 2017~2025, Scottish Government.
- NHS Tayside. (2019). Improving health literacy and reducing people's risk of. Director of Public Health Annual Report 2018/2019 NHS Tayside.
https://www.nhstaysidecdn.scot.nhs.uk/NHSTaysideWeb/idcplg?IdcService=GET_SECURE_FILE&dDocName=PROD_332728&Recondition=web&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&noSaveAs=1에서 2020.10.29. 인출.
- Norman, C.D. & Skinner, H.A. (2006), eHEALS: the ehealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4): e27.
- Nutbeam, D., & Wise, M. (1993). Australia: planning for better health. Opportunities for health promotion through the development of national health goals and targets. *Promotion & Education*, 1(4), 19-24.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, 349e64.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54, 303-330.

- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale(MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229, 511-516.
- Okan, O. (2019). From Saranac Lake to Shanghai: A brief history of health literacy. *International handbook of health literacy*, 21.
- Okan, O., Bauer, U., Pinheiro, P., Sørensen, K., & Levin, D. (2019). *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the life-span*. Great Britain: Policy Press.
- Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E-M., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 5503.
- Oliver, J.E. & Wood, T. (2014). Medical conspiracy theories and health behaviors in the United States. *JAMA Internal Medicine*, 174, 817-818.
- Organization for Economic Cooperation and Development(OECD). (2017). *Digital economy outlook 2017*. OECD Publishing: Paris.
- Ontario Public Health Association & Frontier College. (1989). *Literacy and Health Project Phase one- making the world healthier and safer for people who can't read*. Toronto: Ontario Public Health Association.
- Paasche-Orlow, M.K., & Wolf, M.S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), S19-S26.
- Park, B.K. (2019). Factors influencing ehealth literacy of middle school students in Korea: A descriptive cross-sectional study. *Healthcare Informatics Research*, 25(3), 221-229.

- Park, J. H., Park, E. K., Koo, D. W., Lee, S., Lee, S. H., Kim, G. T., & Lee, S. G. (2017). Compliance and persistence with oral bisphosphonates for the treatment of osteoporosis in female patients with rheumatoid arthritis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1), 152.
- Park, J. Y., & June, K. J. (2011). Influencing factors on functional health literacy among the rural elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 22(1), 75-85.
- Park, N.H., Song, M.S., Shin, S.Y., Jeong, J.H., & Lee, H.Y. (2018). The effects of medication adherence and health literacy on health-related quality of life in older people with hypertension. *International Journal of Older People Nursing*, 13(3), e12196.
- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V., & Nurss, J.R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541.
- Parker, R. (2009). Measuring health literacy: What? So what? Now what? PowerPoint presentation at the Institute of Medicine workshop on measures of health literacy.
- Pavlekovic, G. (2008). 'Health literacy, programmes for training on research in public health for South Eastern Europe', in D. Donev, G. Pavlekovic & L.Z. Kragelj (eds) Vol 4: Health promotion and disease prevention: A handbook for teachers, researchers, health professionals and decision makers, 4.3.1, Lage: Hans Jacobs Publishing Company.
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. *Health Promotion International*, 24(3), 285-296.
- Pelikan, J.M., & Ganahl, K. (2017). Measuring health literacy in

- general populations: primary findings from the HLS-EU consortium's health literacy assessment effort. *Study in Health Technology and Informatics*, 240, 34-59.
- Pfizer Inc. (2011). Newest Vital Sign toolkit.
https://pfe-pfizercom-d8-prod.s3.amazonaws.com/health/nvs_flipbook_english_final.pdf에서 2020. 8. 3. 인출.
- Rasu, R.S., Bawa, W.A., Suminski, R., Snella, K., & Warady, B. (2015). Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. *International Journal of Health Policy Management*, 4(11), 747-755.
- Ratzan, S.C., & Parker, R.M. (2000). Introduction. In National library of medicine current bibliographies in medicine. In C. R. Seldon, M. Zorn, S. C. Ratzan & R. M. Parker (Eds.).
- Ratzan, S.C., & Parker, R.M. (2006). Health literacy: Identification and response. *Journal of Health Communication*, 11(8), 713-715.
- Renahy, E., Parizot, I., & Chauvin, P. (2008). Health information seeking on the Internet: a double divide? Results from a representative survey in the Paris metropolitan area, France, 2005-2006. *BMC Public Health*, 8(1), 69.
- Rhee, T.G., Lee, H.Y., Kim, N.K., Han, G., Lee, J., & Kim, K. (2017). Is health literacy associated with depressive symptoms among Korean adults? Implications for mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(4), 234-242.
- Richman, J.A., Lee, J.Y., Rozier, R.G., Gong, D.A., Pahel, B.T., & Vann Jr, W.F. (2007). Evaluation of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD? *Journal of Public Health Dentistry*, 67(2), 99-104.

- Rim, S.J., Park, S., Lee, Y., & Kim, C.E. (2019). Mental Health Literacy of Autism Spectrum Disorder in Korea: Recognition, Etiology, Treatment, *Psychiatry Investigation*, 16(3), 213-219.
- Rothkopf, D.J. (2003.5.11.). When the buzz bites back. The Washington Post.
<https://www.washingtonpost.com/archive/opinions/2003/05/11/when-the-buzz-bites-back/bc8cd84f-cab6-4648-bf58-0277261af6cd/>에서 2020.10.30. 인출.
- Rothman, R.L., Housam, R., Weiss, H., Davis, D., Gregory, R., Gebretsadik, T., ... & Elasy, T.A. (2006). Patient understanding of food labels: the role of literacy and numeracy. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(5), 391-398.
- Rootman, I., & Ronson, B. (2005). Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go? *Canadian Journal of Public Health*, 96(Suppl 2), S62-77.
- Rootman, I., & Goron-El-Bihbety, D. (2008). A vision for a Health Literate Canada: Report of the expert panel on health literacy. Ottawa ON: Canadian Public Health Association.
https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/healthlit/report_e.pdf에서 2020.8.6. 인출.
- Rosário, R., Martins, M.R.O., Augusto, C., Silva, M.J., Martins, S., Duarte, A., ... Dadaczynski, K. (2020). Associations between COVID-19-related digital health literacy and online information-seeking behavior among Portuguese university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8987.
- Röthlin, F., Pelikan, J., & Ganahl, K. (2013). Die Gesundheitskompetenz von 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der

- österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV); Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH: Vienna, Austria.
- Sanders, L.M., Shaw, J.S., Guez, G., Baur, C., & Rudd, R. (2009). Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy. *Pediatrics*, 124(Supplement 3), S306-S314.
- Schaeffer, D., Berens, E.M., & Vogt, D. (2017). Health Literacy in the German Population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(4): 53-60.
- Schaeffer, D., Hurreimann, K., Bauer, U., & Koplatzik, K. (eds). (2018). National action plan health literacy: Promoting health literacy in Germany. Berlin: Kompart. <http://www.hlca-consortium.de/wp-content/uploads/2018/06/National-Action-Plan-Health-Literacy.pdf>에서 2020.8.6. 인출.
- Schaeffer D., Gille, S., & Hurrelmann, K. (2020). Implementation of the national action plan health literacy in Germany—Lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 4403.
- Scottish Government. (2011). Adult literacies in Scotland 2020: Strategic guidance. Edinburgh: Scottish Government. <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2010/12/adult-literacies-scotland-2020-strategic-guidance/documents/0112382-pdf/0112382-pdf/govscot%3Adocument/0112382.pdf> 에서 2020.10.29. 인출.
- Scottish Government. (2009). Health literacy - A scoping study final report. <https://www.nls.uk/scotgov/2009/9780755977840.pdf>에서

2020.10.29. 인출.

- Shojaei, S.F., & Masoumi, R. (2020). The importance of mental health training for psychologists in COVID-19 outbreak. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 7(2), e102846.
- Simonds, S.K. (1974) 'Health education as social policy', Proceedings of the Will Rogers Conference on Health Education, Saranac Lake, New York, 22~23 June, Health Education Monographs, 2, Suppl 1, 1-10.
- Son, H. & Kim, G.S. (2017). Health empowerment of older adults with high-risk of cardio-cerebrovascular diseases. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 28(4), 410-420.
- Son, Y.J., Kim, S.H., Kim, G.Y., & Son, H. (2017). Associations between health literacy, cancer-related knowledge, and preventive health behaviors in community-dwelling Korean adults. *Journal of Health Communication*, 22(12), 999-1006.
- Son, Y. J., Shim, D. K., Seo, E. K., & Seo, E. J. (2018). Health literacy but not frailty predict self-care behaviors in patients with heart failure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2474.
- Song, S., Lee, S. M., Jang, S., Lee, Y. J., Kim, N. H., Sohn, H. R., & Suh, D. C. (2017). Mediation effects of medication information processing and adherence on association between health literacy and quality of life. *BMC Health Services Research*, 17(1), 661.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Falcon, M. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.

Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.

Sørensen, K., van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1), 948.

St. Clair, R., Tett, L., & Maclachlan, K. (2010). Scottish survey of adult literacies 2009. Edinburgh: The Scottish Government.

Statistics Canada. (2005). Building on our Competencies: Canadian Results of the International Adult Literacy and Skills Survey, Ottawa, ON: Statistics Canada.

Stormacq, C., van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, 34(5), e1-e17.

Szmuda, T., Özdemir, C., Ali, S., Singh, A., Syed, M.T., & Sloniewski, P. (2020). Readability of online patient education material for the novel coronavirus disease (COVID-19): a cross-sectional health literacy study. *Public Health*, 185, 21-25.

The Scottish Executive. (2001). Adult literacy and numeracy in Scotland. Edinburgh: Scottish Executive Publications.

Trezona A, Rowlands G, & Nutbeam D. (2018). Progress in Implementing National Policies and Strategies for Health Literacy-What Have We Learned so Far? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1554.

- University of North Carolina at Chapel Hill. (n.d.). Health literacy data map. <http://healthliteracymap.unc.edu/>에서 2020. 11. 5. 인출.
- U.S. Department of Education. (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy. DC: National Center for Education Statistics.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2011). Healthy People 2020. <http://www.healthypeople.gov/2020/about/default.aspx>에서 2020.8.6. 인출.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). National action plan to improve health literacy. Washington, DC: Author.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy People 2010. With understanding and improving health and objectives for improving health. (2nd ed., Vols. 2). Washington, DC: Author.
- van der Vaart, R., & Drossaert, C. (2017). Development of the digital health literacy instrument: Measuring a broad spectrum of health 1.0 and health 2.0 skills. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), e27.
- von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, 36(5), 860-877.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., ... & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.

- WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. (1997). Promoting health through schools: Report of a WHO expert committee on comprehensive school health education and promotion, WHO technical report series. Geneva: WHO.
- Wolf, M.S., Serper, M., Opsasnick, L., O'Connor, R.M., Curtis, L.M., Benavente, J.Y., Wismer, G., ... Bailey, S.C. (2020). Awareness, attitudes, and actions related to COVID-19 among adults with chronic conditions at the onset of the U.S. outbreak. A cross-sectional survey. *Annals of Internal Medicine*, 173, 100-109.
- World Health Organisation. (2020). Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report-13, Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2013). Health literacy: the solid facts, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>에서 2020.8.6. 인출.
- Yost, K.J., Webster, K., Baker, D.W., Choi, S.W., Bode, R.K., & Hahn, E.A. (2009). Bilingual health literacy assessment using the talking touchscreen/la Pantalla Parlanchina: development and pilot testing. *Patient Education and Counseling*, 75(3), 295-301.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A.F., & Greer, D.S. (2003). Elaborating a definition of health literacy: a commentary. *Journal of Health Communication*, 8(3), 119-120.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A.F., & Greer, D.S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20, 195-203.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A.F., & Greer, D.S. (2009). Advancing

- Health Literacy: A framework for understanding and action.
New York: Jossey-Bass Public Health.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A.F., & Greer, D. (2006). Advancing health literacy: A framework for understanding and action. San Francisco: Jossey Bass.
- Zhang, N.J., Terry, A., & McHorney, C.A. (2014). Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*, 48(6), 741-751.



[부록 1] 국민대상 헬스리터러시 및 관련 요인 조사 설문지

건강정보문해력(헬스리터러시) 및 관련 요인 조사: 일반 국민

안녕하세요?

본 조사는 한국보건사회연구원에서 수행 중인 '건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구'의 일환으로, **우리 나라 국민의 건강정보문해력을 이해하고 관련된 요인을 파악**하는 데에 목적이 있습니다. 이에 국민들을 대상으로 건강정보문해력, 현재 건강 행태 및 질환 등에 대해 여쭙고자 연락드렸습니다.

설문조사는 **약 20분 정도 소요**될 예정이며, 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 되며 언제라도 동의를 철회하고 참여를 중단할 수 있습니다. 본 조사를 통해 수집된 개인정보와 응답하신 내용은 통계법 제33조(비밀의 보호 등)에 의거하여 비밀이 보장되고, 연구 목적 외에는 사용되지 않을 것을 약속드립니다.

귀하의 응답은 연구의 귀중한 기초자료로 활용되오니 조사에 참여해 주시기를 부탁드립니다.

○ 연구책임자: 한국보건사회연구원 최슬기 부연구위원(044-287-8415)

○ 담당연구원: 한국보건사회연구원 김혜윤 전문연구원(044-287-8409)

대상자 스크리닝

문1. 귀하의 성별은 무엇입니까?

- ① 남성 ② 여성 ③ 기타

문2. 귀하의 나이는 만으로 몇 세입니까? 만()세

문3. 귀하가 현재 살고 계신 시도는 어디입니까?

- ① 서울특별시 ② 부산광역시 ③ 대구광역시 ④ 인천광역시 ⑤ 광주광역시
⑥ 대전광역시 ⑦ 울산광역시 ⑧ 세종특별자치시 ⑨ 경기도 ⑩ 강원도
⑪ 충청북도 ⑫ 충청남도 ⑬ 전라북도 ⑭ 전라남도 ⑮ 경상북도
⑯ 경상남도 ⑰ 제주특별자치도

문4. 귀하가 거주하는 지역은 다음 중 어디에 해당됩니까?

- ① 대도시 ② 중소도시(~동) ③ 군(읍면)

건강정보 탐색 경험 및 건강정보문해력

문5. 귀하는 건강정보 또는 의료정보를 얼마나 자주 찾아보십니까?

- ① 거의 매일 ② 1주일에 1번 이상 ③ 1달에 2~3번
- ④ 1달에 1번 ⑤ 2~3달에 1번 ⑥ 6개월에 1번 정도
- ⑦ 거의 찾아보지 않는다 ⑧ 한 번도 찾아본 적 없다 (→ 9번 문항으로)

문6. 가장 최근에 건강정보나 의료정보를 찾았을 때를 생각해보십시오. 아래의 문장에 어느 정도 동의하십니까?

	매우 동의한다	약간 동의한다	약간 동의하지 않는다	매우 동의하지 않는다
1. 필요한 정보를 찾는 데 많은 노력이 들었다.	④	③	②	①
2. 정보를 찾는 과정에서 불편함을 느꼈다	④	③	②	①

문7. 귀하는 건강정보나 의료정보를 찾을 필요가 있을 때 어떠한 방법을 이용하십니까? 주로 이용하는 방법의 순서대로 아래에서 3가지 선택해주시시오.

1순위: _____ 2순위: _____ 3순위: _____

- ① 종이신문 ② 텔레비전 ③ 라디오 ④ 인터넷 포털(네이버, 다음 등)
- ⑤ 건강 관련 의료기관 홈페이지 ⑥ 건강 관련 정부 기관 홈페이지
- ⑦ 유튜브 ⑧ 트위터, 페이스북, 카카오톡 등의 SNS, 메신저 ⑨ 건강 관련 앱
- ⑩ 의료인(의사, 간호사 등) ⑪ 가족, 친구 등 지인 ⑫ 기타()

↳ 7-1. 귀하가 건강정보나 의료정보를 찾기 위해 사용하는 방법을 통해 찾은 정보에 대해 얼마나 만족하십니까?

	매우 만족한다	약간 만족한다	만족하지도, 불만족하지도 않는다	약간 불만족한다	매우 불만족한다
1순위 방법	⑤	④	③	②	①
2순위 방법	⑤	④	③	②	①
3순위 방법	⑤	④	③	②	①

문8. 귀하가 건강정보나 의료정보를 찾을 때 아래의 항목을 얼마나 중요하게 생각하는지 응답해주시시오.

	매우 중요하다	중요하다	중요하지 않다	전혀 중요하지 않다
1. 최신의 정보	④	③	②	①
2. 공증된 정보(공신력 있는 정보)	④	③	②	①
3. 가장 중요한 것을 빠르게 배울 수 있는 것	④	③	②	①
4. 공식적인 출처를 가진 정보	④	③	②	①
5. 다른 의견이 제시되어 있는지 여부	④	③	②	①
6. 주제에 대해 포괄적으로 다루고 있는지 여부	④	③	②	①

문9. 귀하는 다음 사항이 얼마나 쉽고 생각하십니까? '매우 어렵다'부터 '매우 쉽다'까지 표시해 주십시오.

		매우 어려움	어려움	쉬움	매우 쉬움
1	자신이 염려하는 질병에 대한 치료 정보 찾기	①	②	③	④
2	아플 때 자신을 도와줄 의료전문가(전문병원) 찾기	①	②	③	④
3	진료 시 의사가 설명하는 내용 이해하기	①	②	③	④
4	처방받은 약의 복용방법에 대한 의사나 약사의 지시를 이해하기	①	②	③	④
5	의사의 진료를 받은 후 다른 의사에게 진료를 또 받을 필요가 있는지 판단하기	①	②	③	④
6	자신의 질병 치료에 대한 의사결정을 하기 위해 의사가 준 정보를 이용하기	①	②	③	④
7	의사나 약사가 지시하는 건강관리, 복약지도 내용 따르기	①	②	③	④
8	스트레스나 우울과 같은 정신건강 문제 관리 방법에 대한 정보 찾기	①	②	③	④
9	흡연, 운동 부족, 과음과 같은 건강에 위험한 행동으로 인한 경고 증상 이해하기	①	②	③	④
10	건강검진의 필요성 이해하기	①	②	③	④
11	건강 위험에 대한 미디어 정보의 신뢰성 판단하기	①	②	③	④
12	미디어 정보를 활용하여 개인 건강관리 방법 결정하기	①	②	③	④
13	정신건강에 좋은 신체활동 찾기	①	②	③	④
14	가족이나 친구가 알려주는 건강정보를 이해하기	①	②	③	④
15	미디어에서 알려주는 건강증진 정보를 이해하기	①	②	③	④
16	일상 생활습관과 나의 건강과의 관련성 판단하기	①	②	③	④

건강상태 및 수준

① 건강상태

문10. 평소에 본인의 건강은 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 좋다 ② 좋다 ③ 보통이다 ④ 나쁘다 ⑤ 매우 나쁘다

문11. 귀하는 의사의 진단을 받고 현재 앓고 있는 만성질환이 있습니까?

- ① 없음 ② 있음, 1가지 질환 ③ 있음, 2가지 질환 ④ 있음, 3가지 질환 이상

② 건강 행동

문12. 지금까지 살아오는 동안 피운 일반 담배(궐련)의 양은 총 얼마나 됩니까?

- ① 5갑(100개비) 미만 (→12-2번 문항으로)
- ② 5갑(100개비) 이상
- ③ 피운 적 없다 (→12-2번 문항으로)

↳ 문12-1. 귀하는 현재 일반 담배(궐련)를 피우십니까?

- ① 현재 매일 피움 ② 가끔 피움 ③ 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않음

↳ 문12-2. 귀하는 현재 전자담배를 피우십니까?

(니코틴이 포함된 액상형 전자담배, 궐련형 전자담배, 예: 아이코스, 글로, 릴 등)

- ① 예 ② 아니오

문13. 최근 1년 동안 술을 얼마나 자주 마십니까?

- ① 지금까지 살아오면서 술을 마셔본 적이 없다(제사, 차례 때 몇 모금 마셔본 것 제외)(→ 14번 문항으로)
- ② 최근 1년간 전혀 마시지 않았다 (→ 14번 문항으로)
- ③ 한 달에 1번 미만
- ④ 한 달에 1번
- ⑤ 한 달에 2~4번
- ⑥ 일주일에 2~3번
- ⑦ 일주일에 4번 이상

↳ 문13-1. 한 번에 술을 얼마나 마십니까?

※ 소주, 양주 구분 없이 각각의 술잔으로 계산합니다. 단 캔맥주 1개(355cc)는 맥주 1.6잔과 같습니다.

- ① 1~2잔
- ② 3~4잔
- ③ 5~6잔
- ④ 7~9잔
- ⑤ 10잔 이상

문14. 최근 1주일 동안 평소보다 몸이 힘들거나 숨이 가쁜 신체활동을 30분 이상 했던 날은 며칠입니까? (걷기 제외)

※ 신체활동의 예시

- 중등도(중강도) 신체활동: 천천히 하는 수영, 복식테니스, 배구, 배드민턴, 탁구, 가벼운 물건 나르기 등의 직업 활동 및 체육활동
- 격렬한(고강도) 신체활동: 달리기(조깅), 등산, 빠른 속도로 자전거 타기, 빠른 수영, 축구, 농구, 줄넘기, 스쿼시, 단식테니스, 무거운 물건 나르기 등의 직업 활동 및 체육활동

- ① 1일 ② 2일 ③ 3일 ④ 4일 ⑤ 5일 ⑥ 6일 ⑦ 7일(매일)
⑧ 전혀 하지 않는다

문15. 귀하는 평소에 건강에 좋은 식생활을 하려고 얼마나 노력하십니까?

- ① 전혀 노력하지 않는다 ② 노력하지 않는 편이다 ③ 보통이다 ④ 노력하는 편이다 ⑤ 매우 노력한다

문16. 귀하는 외식할 때나 가공식품을 구입할 때 영양표시를 확인하십니까?

- ① 전혀 확인하지 않는다 ② 확인하지 않는 편이다 ③ 보통이다 ④ 확인하는 편이다 ⑤ 항상 확인한다

문17. 최근 2년 동안 건강에 특별한 문제는 없으나 건강상태를 알아보기 위해 국가에서 무료로 제공하는 건강검진이나 개인적으로 비용을 지불한 건강검진을 받았습니까? 해당되는 것에 모두 응답해주시시오. (복수응답)

- ① 국가 무료 건강검진을 받았다(암 검진 제외)
② 개인 비용을 지불하고 민간 건강검진을 받았다(암 검진 제외)
③ 국가 무료 암 검진을 받았다
④ 개인 비용을 지불하고 민간 암 검진을 받았다
⑤ 지난 2년 동안 건강검진을 받은 적이 없다

③ 의료 이용 및 미충족 의료

문18. 귀하는 2019년에 진료를 받기 위해 의료기관을 얼마나 자주 방문하셨습니다까? (임원, 응급실, 치과 방문은 제외해주시시오)

- ① 1주일에 1번 이상 ② 1달에 2~3번 ③ 1달에 1번
④ 2~3달에 1번 ⑤ 6개월 1번 정도 ⑥ 방문하지 않았다.

문19. 귀하는 2019년에 병·의원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 적이 있습니까?

- ① 예
② 아니오(→21번 문항으로)
③ 병·의원 진료(검사 또는 치료)가 필요한 적이 없었다(→21번 문항으로)

↳ 문19-1. 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 시간이 없어서(내가 원하는 시간에 문을 열지 않아서, 직장 등을 비울 수 없어서, 아이를 봐줄 사람이 없어서 등)
- ② 증세가 가벼워서(시간이 지나면 좋아질 것 같아서)
- ③ 경제적인 이유(진료비가 부담되어서)
- ④ 교통편이 불편해서, 거리가 멀어서
- ⑤ 병·의원에서 오래 기다리기 싫어서
- ⑥ 병·의원 등에 예약을 하기가 힘들어서
- ⑦ 진료(검사 또는 치료) 받기가 무서워서
- ⑧ 기타()

문20. 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

사회적 지지

문21. 누군가에게 이야기 하고 싶을 때 말을 들어줄 수 있고 의지할 수 있는 사람이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

문22. 문제가 있을 때 좋은 조언을 해 줄 수 있는 사람이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

문23. 관심과 애정을 가지고 귀하를 대해주는 사람이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

문24. 필요할 때 소소한 일이나 집안일을 도와달라고 부탁할 사람이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

문25. 중요한 결정을 해야 할 때나 힘들 때 마음으로 도와주는 사람이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

문26. 귀하가 신뢰하는 사람으로, 필요할 때마다 얼마든지 연락할 수 있는 가까운 사람이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

대상자 기본정보

문27. 귀하의 가구에 함께 살고 있는 사람은 귀하를 포함하여 총 몇 명입니까? ()명

문28. 귀하의 혼인상태는 다음 중 무엇에 해당됩니까?

- ① 결혼한 적 없다
- ② 배우자가 있으며 함께 살고 있다(사실혼 포함)
- ③ 배우자가 있으나 함께 살고 있지 않는다(출장 등 일시적 상태 제외)
- ④ 사별, 이혼 등으로 배우자가 없다

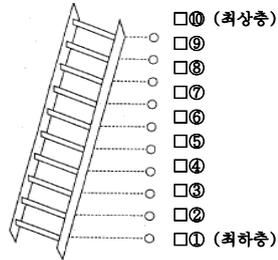
문29. 귀하의 최종 학력은 어떻게 되십니까?

- ① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업
- ④ 고등학교 졸업 ⑤ 대학/대학교 졸업 ⑥ 대학원 이상 졸업

문30. 귀하께서 하시는 일은 다음 중 무엇입니까?

- ① 임금 근로자(아르바이트 포함)
- ② 고용주, 자영업자
- ③ 일주일에 18시간 이상 가족이 운영하는 사업체에서 무급으로 일함(무급가족종사자)
- ④ 주부
- ⑤ 학생
- ⑥ 경제활동을 하고 있지 않음(은퇴, 진학·취업 준비, 일할 의사 없음 등)
- ⑦ 기타()

문31. 오른쪽 사다리의 맨 위쪽 10층은 가장 잘 사는 분들을 말합니다. 사다리의 맨 아래쪽 1층은 가장 가난한 분들을 말합니다. 현재 귀하의 가정형편은 사다리의 어디에 위치한다고 생각하십니까? ()층



문32. 귀댁의 월 평균 가구소득은 얼마나 되십니까?

- ① 100만원 이하 ② 101~200만원 ③ 201~300만원 ④ 301~400만원
- ⑤ 401~500만원 ⑥ 501~600만원 ⑦ 601~700만원 ⑧ 701~800만원
- ⑨ 801~900만원 ⑩ 901~1000만원 ⑪ 1001만원 이상

실문에 응답해주셔서 대단히 감사합니다.
본 조사의 내용은 통계법에 의해 엄격하게 보호되며 통계적 목적만을 위해 사용될 것입니다.

[부록 2] 대학(원)생 대상 헬스리터러시 및 관련 요인 조사 설문지

건강정보문해력(헬스리터러시) 및 관련 요인 조사: 대학(원)생

안녕하세요?

본 조사는 한국보건사회연구원에서 수행 중인 '건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구'의 일환으로, 우리나라 국민의 건강정보문해력을 이해하고 관련된 요인을 파악하는 데에 목적이 있습니다. 이에 국민들을 대상으로 코로나19 관련 디지털 건강정보문해력과 현재 건강 행태 및 질환 등에 대해 여쭙고자 연락드렸습니다.

설문조사는 약 20분 정도 소요될 예정이며, 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 되며 언제라도 동의를 철회하고 참여를 중단할 수 있습니다. 본 조사를 통해 수집된 개인정보와 응답하신 내용은 통계법 제33조(비밀의 보호 등)에 의거하여 비밀이 보장되고, 연구 목적 외에는 사용되지 않을 것을 약속드립니다.

귀하의 응답은 연구의 귀중한 기초자료로 활용되오니 조사에 참여해 주시기를 부탁드립니다.

○ 연구책임자: 한국보건사회연구원 최슬기 부연구위원(044-287-8415)

○ 담당연구원: 한국보건사회연구원 김혜윤 전문연구원(044-287-8409)

대상자 스크리닝

문0. 귀하께서 하시는 일은 다음 중 무엇입니까?

- ① 임금 근로자(아르바이트 포함)
- ② 고용주, 자영업자
- ③ 일주일에 18시간 이상 가족이 운영하는 사업체에서 무급으로 일함(무급가족종사자)
- ④ 주부
- ⑤ 학생
- ⑥ 경제활동을 하고 있지 않음(은퇴, 진학·취업 준비, 일할 의사 없음 등)
- ⑦ 기타

문1. 귀하는 현재 대학교 또는 대학원에 재학 중이십니까?

- ① 대학생(대학교 재학)
- ② 대학원생(석사과정)
- ③ 대학원생(석박사 통합과정)
- ④ 대학원생(박사과정)
- ⑤ 아니오 (→ 설문 대상 아님, 설문 종료)

문2. 귀하의 성별은 무엇입니까?

- ① 남성 ② 여성 ③ 기타

문8. 코로나바이러스 관련 메시지를 SNS나 카카오톡 등을 이용하여 온라인에 올릴 때, 다음과 같은 상황을 얼마나 자주 접하십니까?

	전혀 없음	한 번	몇 번 정도	자주
1 내가 작성한 메시지를 누가 보는지 판단이 어려움	①	②	③	④
2 (의도적으로 혹은 의도하지는 않았지만) 나의 개인정보(이름이나 주소 등)를 유출하는 것	①	②	③	④
3 (의도적으로 혹은 의도하지는 않았지만) 타인의 개인정보를 유출하는 것	①	②	③	④

※ 다음의 질문에 응답할 때 한국과 전 세계의 코로나바이러스 확산에 대한 현재 상황을 생각하십시오. 다음의 질문은 코로나바이러스 관련 검색과 코로나바이러스가 귀하의 삶에 미치는 영향에 대한 질문입니다.

문9. 아래의 표에 코로나바이러스와 관련 주제에 대한 정보를 인터넷에서 찾는 다양한 방법이 나타나 있습니다. 현재 귀하가 아래의 방법들을 얼마나 자주 이용하는지 응답하십시오.

	자주	가끔	거의 이용하지 않음	전혀 이용하지 않음	모름
1 인터넷 검색 사이트(예: 네이버, 다음, 구글, 야후 등)	④	③	②	①	⑤
2 공공기관 홈페이지(예: 질병관리청, 보건복지부, 국립보건원)	④	③	②	①	⑤
3 온라인 백과사전(예: 위키피디아, 나무위키 등)	④	③	②	①	⑤
4 소셜미디어(예: 페이스북, 인스타그램, 트위터)	④	③	②	①	⑤
5 유튜브	④	③	②	①	⑤
6 지방자치단체 관련 정책 및 권고 사항(예: 거주지 시청/주민센터 홈페이지의 안내사항)	④	③	②	①	⑤
7 건강정보 관련 포털사이트(예: 국가건강정보포털)	④	③	②	①	⑤
8 의료기관/의사 홈페이지 또는 건강보험공단/건강보험회사의 홈페이지	④	③	②	①	⑤
9 온라인 뉴스(예: 온라인 신문기사, 온라인 뉴스 영상 등)	④	③	②	①	⑤

문10. 귀하가 코로나바이러스와 관련 주제에 대한 정보를 인터넷에서 찾을 때 아래의 항목을 얼마나 중요하게 생각하는지 응답해주세요.

		매우 중요하다	중요하다	중요하지 않다	전혀 중요하지 않다
1	최신의 정보	④	③	②	①
2	과학적으로 확인된 정보	④	③	②	①
3	가장 중요한 것을 신속히 배울 수 있는 것	④	③	②	①
4	공식적인 출처를 가진 정보	④	③	②	①
5	다른 의견이 제시되어 있는지 여부	④	③	②	①
6	주제에 대해 포괄적으로 다루고 있는지 여부	④	③	②	①

문11. 귀하가 인터넷에서 찾은 코로나바이러스와 관련된 정보에 대해 얼마나 만족하십니까?

- ① 매우 불만족한다
- ② 불만족한다
- ③ 만족하지도, 불만족하지도 않는다
- ④ 만족한다
- ⑤ 매우 만족한다

건강상태

문12. 귀하는 알고 있는 만성질환이나 장기적인 건강 문제*가 있습니까?

(*지속적인 문제가 있거나 6개월 이상 지속될 것으로 예상되는 질환이나 건강문제를 의미합니다)

- ① 예
- ② 아니오

문13. 귀하는 건강 문제로 인해 활동이나 일상생활에 영구적인 장애가 있습니까?

- ① 예
- ② 아니오 (→ 14번 문항으로)

↳ 문13-1. 활동이나 일상생활에 어느 정도의 장애가 있습니까?

- ① 심각한 장애
- ② 가벼운 장애

문17. 아래의 문장은 미래에 대한 귀하의 태도입니다. 각 항목 질문에 귀하의 생각이나 느낌과 일치하는 정도에 따라 “확실히 아니다(1점)”에서 “확실히 그렇다(7점)” 중 골라주세요.

	확실히 아니다 (1점)	●●●● (2점)	●●●● (3점)	보통이다 (4점)	●●●● (5점)	●●●● (6점)	확실히 그렇다 (7점)	
1	현재 나를 곤란하게 하는 문제들이 오랫동안 지속될까 봐 두렵다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2	내가 삶의 위기나 어려움을 종종 겪을 것이라는 생각에 무섭다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3	미래 나의 삶의 더욱 나빠질까 봐 두렵다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4	경제적, 정치적 상황 변화가 나의 미래에 위협이 될까 봐 걱정이 된다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5	미래에 나의 목표를 달성하지 못할 것이라 생각하면 불안해진다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6	나는 미래에 대해 생각하면 긴장이 되고 불안하다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7	나는 미래에 인생에서 가장 중요한 목표(가치)를 성취할 것이라고 확신한다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8	세상이 망하고 있다는 느낌이 든다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9	갑작스러운 사고를 당하거나 심각한 질병(예: 암, 코로나19)에 걸릴 수 있다는 생각에 불안하다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

대상자 기본정보

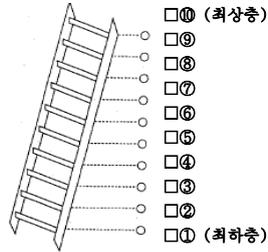
문18. 현재 학기를 포함하여, 귀하는 재학 중인 학교에 몇 학기 째 등록하셨습니까? (1년에 두 학기 기준, 예를 들어 '2학년 1학기'라면 '3학기'로 입력) () 학기

문19. 귀하의 전공에 속하는 분야를 아래에서 골라주십시오. (복수의 전공을 하시는 경우 모두 골라주십시오)

- ① 공학
- ② 인문학
- ③ 수학, 자연과학
- ④ 의학 및 건강과학 계열(의학, 간호학, 보건학 등)
- ⑤ 법학, 경제학
- ⑥ 사회과학, 사회복지, 심리학, 교육학
- ⑦ 예체능 계열
- ⑧ 기타: _____

문20. 귀하의 가구에 함께 살고 있는 사람은 귀하를 포함하여 총 몇 명입니까? () 명

문21. 오른쪽 사다리의 맨 위 쪽 10층은 가장 잘 사는 분들을 말합니다. 사다리의 맨 아래쪽 1층은 가장 가난한 분들을 말합니다. 현재 귀하의 가정형편은 사다리의 어디에 위치한다고 생각하십니까? ()층



문22. 귀하는 필요할 때 쓸 돈이 얼마나 충분합니까?

- ① 아주 충분하다 ② 충분하다
- ③ 약간 충분하다 ④ 충분하지 않다

설문에 응답해주셔서 대단히 감사합니다.
본 조사의 내용은 통계법에 의해 엄격하게 보호되며 통계적 목적만을 위해 사용될 것입니다.

간행물 회원제 안내

회원제에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「국제사회보장리뷰」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

회원 종류

전체 간행물 회원

120,000원

보건 분야 간행물 회원

75,000원

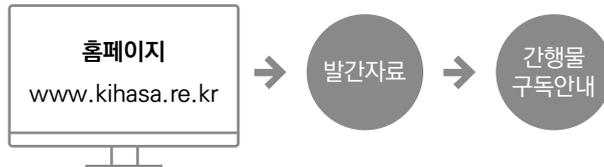
사회 분야 간행물 회원

75,000원

정기 간행물 회원

35,000원

가입방법



문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지
사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>