

## 일반 성인의 건강문해력의 하위 차원과 건강 관련 행위간의 관계

김 성 은  
(한림대학교)

박 동 진  
(한림대학교)

최 정 화\*  
(한림대학교)

건강정보 과잉시대에 건강문해력(Health Literacy)은 개인이 건강관리를 위해 갖추어야 할 능력 중 하나이다. 건강문해력을 일차원적으로 접근했던 기존 연구와 달리, 본 연구는 건강문해력의 다차원적 개념에 주목, 각각의 차원이 의료서비스 이용자의 다양한 건강 관련 행위에 어떠한 영향을 미치는지를 탐색하고자 하였다. 구체적으로 건강문해력의 네 가지 역량 차원(건강정보에 대한 접근, 이해, 판별, 활용 능력)이 건강 관련 행위(인터넷 건강정보 이용, 건강관리 행위, 의사-환자 커뮤니케이션 효능감, 닥터 쇼핑)에 어떻게 영향을 미치는지 살펴보았다. 전국 성인남녀(N=685)를 대상으로 실시한 온라인 설문조사를 분석한 결과, 접근 역량은 인터넷 건강정보 이용과, 활용 역량은 건강관리 행위와, 판별 역량은 닥터쇼핑과 정적 관계를 보였다. 의사-환자 커뮤니케이션 효능감의 경우 이해 및 활용 능력 모두와 유의미한 정적 관계를 보였다. 이러한 본 연구의 결과는 개별 건강 관련 행위와 건강문해력 역량 차원 간의 관계를 밝힘으로써 건강문해력 교육을 위한 전략적 지침을 제공한다.

주요 용어: 건강문해력, 인터넷 건강정보 이용, 건강관리, 의사-환자 커뮤니케이션, 닥터 쇼핑

본 연구는 제1저자(김성은)의 석사학위논문(헬스 리터러시가 의료소비자 행위에 미치는 영향에 관한 연구) 일부를 수정 및 재구성한 것임. 이 논문은 2018년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2018S1A3A2074932).

IRB No. HIRB-2015-106, 한림대학교

\* 교신저자: 최정화, 한림대학교(jhchoi@hallym.ac.kr).

■ 투고일: 2018.9.16    ■ 수정일: 2018.12.25    ■ 게재확정일: 2019.1.9

## I. 서론

건강문해력은 일상생활에서 건강 관련 문제를 통제하기 위해 요구되는 다양한 능력을 포괄하는 개념이라고 볼 수 있다(Nutbeam, 2008). 건강문해력은 개인의 건강상태에 대한 자각과 이해는 물론 건강검진 및 예방 접종, 약물 복용 이행 등의 행위에도 영향을 미치는 것으로 알려지고 있다(Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011). 또한 건강문해력의 격차는 건강불평등의 원인으로 지목되고 있다(Sudore, Yaffe, Satterfield, Harris, Mehta, Simonsick, et al., 2006). 이처럼 건강문해력이 갖는 개인적 사회적 영향력을 고려했을 때, 건강문해력에 대한 다각적이고 심층적인 논의가 필요하다.

건강문해력에 대한 학문적 관심은 증가하고 있으나 최근까지의 국내 연구들은 의료 서비스를 활용하는 환자의 역량에만 초점을 맞춘, 즉 건강문해력에 대한 단일 차원적 접근법에 기반하고 있다는 점에서 한계가 있다. 예를 들면, 그 동안 국내 연구에서 많이 활용된 건강문해력 측정도구인 KHLAT(Korea Health Literacy Assessment Test: Kim, Kim, & Lee, 2005)는 미국에서 개발된 REALM(Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine; Davis, Crouch, Long, Jackson, Bates, George, et al., 1991)에 기반하고 있는데, 의학용어에 대한 읽기 능력 측정에 초점을 두고 있다. TOFHLA(Test of Functional Health Literacy in Adults; Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995) 또한 빈번히 이용되는 측정도구인데, 의료정보에 대한 독해력과 수치이해력을 측정하고 있다. 이처럼 건강문해력을 의료서비스 관련 정보의 독해 및 이해 능력으로 한정시켜 개념화하는 접근법에 대해 국내외 여러 학자들이 그 한계를 지적한 바 있다. 예를 들어 Haun과 그 동료들(2014)은 51개의 건강문해력 측정도구를 검토한 결과 많은 도구들이 상당히 좁은 범위의 개념적 차원에 한정되어 있음을 문제로 제기했다. 건강문해력에 관한 국내 연구를 대상으로 문헌고찰을 수행한 강수진과 이미숙(2015) 역시 국내 연구의 이러한 한계성을 지적하며 보다 포괄적인 건강문해력 측정도구를 활용 및 적용하는 연구가 필요함을 제언한 바 있다. 이에 본 연구는 Sørensen과 그의 동료학자들(Sørensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska, et al., 2012)이 개발한 유럽건강문해력 측정도구(European Health Literacy Survey: HLS-EU-Q)에 주목하였다. HLS-EU-Q는 보다 일반적이고 포괄적인 건강관리 상황에 적용할 수 있는 건강문해력을 측정하고자 개발되

었다. 건강문해력을 건강정보에 대한 접근, 이해, 판별, 활용의 네 가지 차원으로 개념화 하였으며, 유럽 및 아시아 여러 나라의 건강문해력 평가에 활용되어 타당함이 검증된 바 있다. 그러나 선행 연구들이 탐색적 차원에서 건강문해력의 국가별 수준 및 차이에 주목한 반면, 해당 하위 차원들이 각각 어떠한 역할을 하는지에 대한 후속 연구는 제한적으로 진행되었다.

건강문해력에 대한 포괄적 접근법의 필요성을 인식하며, 본 연구는 국내 일반인들을 대상으로 HLS-EU-Q의 유용성을 탐색하고자 한다. 즉, 접근, 이해, 판별, 활용이라는 HLS-EU-Q의 하부 차원들이 개인의 다양한 건강 관련 행위와 어떠한 관련이 있는지 탐색함으로써, 각각의 건강문해력 차원이 개인의 건강행위 실천에 있어서 어떠한 고유한 함의를 갖는지 살펴볼 것이다. 이를 통해 본 연구는 특정 건강행위 실천 및 촉진에 있어서 어떠한 건강문해력 교육이 필요한지에 대한 실무적 함의를 제공하고 건강문해력 관련 이론의 정교화에 기여할 수 있을 것으로 기대한다.

## II. 문헌연구

### 1. 건강문해력과 HLS-EU-Q

건강문해력(health literacy)에 대한 다양한 개념적 및 조작적 정의가 존재해 왔다. 미국의학협회(American Medical Association, AMA)는 건강문해력을 의료 환경에서 필요한 기본적인 읽기 및 수치해석 능력으로 좁게 정의(Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, 1999)한 반면, 국제보건기구(WHO)는 개인이 좋은 건강상태를 유지하고 증진하기 위한 방법으로 건강정보를 이해하고 활용하는데 있어 접근할 수 있는 능력과 동기를 반영하는 인지적 사회적 기술로 폭넓게 정의한 바 있다(Nutbeam, 1998). 이처럼 서로 다른 관점이 존재해왔지만, 시간이 흐름에 따라 건강문해력에 대한 보다 포괄적 정의와 접근법에 대한 학문적 합의가 이루어져왔다고 볼 수 있다. 예를 들어 Zarcadoolas와 동료들은 건강문해력을 사람들이 건강 위험을 줄이고 삶의 질을 높이기 위해 건강정보와 개념을 찾고 이해하고 평가하고 활용하기

위해 개발하는 다양한 기술과 역량으로 정의하고 있고(Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2003; 2005), 셀든과 동료들 역시 건강에 관한 적절한 의사결정을 위해 개인이 기본적인 건강정보와 서비스를 획득하고 처리하며 이해할 수 있는 능력 수준을 건강문해력으로 정의하고 있다(Selden et al., 2000). 이들 정의는 기존의 읽기 및 해석 능력을 넘어 개인의 건강정보에 대한 접근, 이해, 활용 역량을 포괄하는 것으로, 오늘날 건강문해력은 올바른 건강 관련 의사결정을 위해 필요한 다양한 능력을 포괄적으로 지칭하는 개념으로 일반적으로 이해되고 있다(Baker, 2006).

이러한 개념의 변화에 따라 건강문해력의 측정 역시 다양한 도구가 개발되어 활용되어 왔다. 그 중 대표적으로 많이 활용되어 온 것이 REALM과 TOFHLA, 그리고 NVS(Newest Vital Sign; Weiss, Mays, Martz, Castro, DeWalt, Pignone, Mockbee, et al., 2005)이다. 이들 도구는 건강문해력을 기본적인 읽기 및 수치해석 능력으로 정의한 제한적 시각에 기반하고 있다. REALM은 조사대상자가 66개의 의학 관련 용어를 목소리로 소리 내어 읽을 수 있는지를 평가하며, TOFHLA는 각종 검사 안내서 및 동의서와 같은 의료서비스 이용과 관련된 자료를, NVS는 영양 성분표를 이용하여 독해력과 수치해석 능력을 측정하였다. 국내의 경우 REALM에 기반한 KHLAT이 많이 활용되었다. 이들 도구를 통해 건강문해력 연구의 기초가 제공되었으나 건강문해력에 대한 개념 확장의 필요성이 제기되면서(Baker, 2006) 새로운 도구의 개발이 요구되었다.

이에 국제보건기구 유럽지부(WHO Europe)의 소렌슨과 그의 동료학자들(Sørensen et al., 2012)은 19개의 선행연구에 나타난 17개의 건강문해력 정의를 내용 분석하여 포괄적인 정의를 새로 도출하였다. 이들은 건강문해력을 사람들이 일생동안 질병을 예방하며 건강을 관리하고 증진하기 위해 건강정보를 찾고 이해하고 판별하고 활용하기 위한 지식과 동기 그리고 역량으로 정의했다. 이러한 포괄적 정의 아래, 건강문해력이 필요한 상황을 건강관리, 질병 예방, 건강증진으로 구분하고 네 가지 역량의 차원(접근, 이해, 판별, 활용)을 제시하였다. 그리고 이를 측정하기 위해 47개의 문항(HLS-EU-Q47)을 개발하였다. ‘접근(access)’ 역량은 건강정보를 구하고 찾으며 획득할 수 있는 능력을, ‘이해(understand)’ 역량은 접근한 건강정보를 이해하는 능력을 말한다. ‘판별(appraise)’ 역량은 접근한 건강정보를 해석하고 걸러내며 판단 및 평가할 수 있는 능력이며, ‘활용(apply)’ 역량은 건강을 유지하고 향상시키기 위한 의사결정에서 정보를 이용하고 소통할 수 있는 능력으로 개념화 된다.

HLS-EU-Q는 공중 보건의 관점에서 건강문해력 수준을 측정한다는 점에서 유용하며 국가 간 비교 연구를 통해 신뢰성 및 타당성이 검증된 측정도구로 평가되고 있다. 예를 들어, 오스트리아, 불가리아, 독일, 그리스, 아일랜드, 네덜란드, 폴란드, 스페인 등 8개 국가 건강문해력 수준 측정 및 비교 연구가 진행되었으며(Sørensen, Pelikan, Röthlin, Ganahl, Slonska, Doyle, et al., 2015), 아시아 권역에서도 인도네시아, 카자흐스탄, 말레이시아, 대만, 베트남 등 6개국에서 이를 활용하여 건강문해력을 측정하고 국가 간 건강문해력 수준을 비교한 연구가 수행되었다(Duong, Aringazina, Baisunova, Pham, Pham, Truong, et al., 2017). 일본에서는 HLS-EU-Q를 활용하여 선행된 유럽 8개 국가의 연구와 비교하여 일본의 건강문해력 수준이 유럽 국가에 비해 낮다는 결론을 도출하였다(Nakayama, Osaka, Togari, Ishikawa, Yonekura, Sekido, et al., 2015). 반면 HLS-EU-Q를 활용한 국내 연구는 거의 찾아볼 수 없다. 또한 HLS-EU-Q가 건강문해력을 다차원적으로 접근하고 있으나 이들 하위 차원에 주목하여 수행된 연구는 매우 소수이다. van der Heide 등(2013)의 연구가 그 중 하나인데, 접근, 이해, 판별, 활용 능력이 교육, 수입, 나이, 성별과 같은 인구통계학적 요인에 따라 차이를 보여주는 정도에 그치고 있으며, 구체적인 건강관련 결과물(outcome)과 관련시켜 수행한 연구는 찾아보기 어렵다. 기존의 측정도구와 비교했을 때 HLS-EU-Q의 강점이 건강문해력에 대한 다차원적 접근을 취했다는 점에 있다는 측면에서, 그 유용성을 확인하기 위해서는 각각의 하위 차원의 역할에 대한 연구가 필요하다.

## 2. HLS-EU-Q의 하위 차원과 건강 관련 행위와의 관계

정보처리이론의 측면에서 보면 접근-이해-판별-활용은 정보처리과정의 단계를 반영하며, 각 단계는 고유하며 구체적인 인지적 및 동기적 특성으로 정의된다(Magasi, Durkin, Wolf, & Deutsch, 2009). 따라서 이들 네 가지 차원은 특정 종속변인에 대해 갖는 예측력에 있어서 차이가 나타날 것으로 기대해 볼 수 있다. 본 연구는 네 개의 건강문해력 차원의 예측력이 다르게 나타날 것으로 예상되는 네 개의 종속변인(즉 인터넷 건강정보 이용, 건강관리 행위, 의사-환자 커뮤니케이션 효능감, 닥터 쇼핑)에 대하여 그 효과를 검증해 보고자 한다. 이들 네 개의 종속변수는 선행연구 및 건강관련 모형에서 일반적으로 건강문해력과 관련이 있는 것으로 제시되어 왔다. 이에 건강문해력의

어떠한 측면이 이들 행동에 주효하게 작용하는지를 탐색함으로써 다차원적 건강문해력 모형의 유용성을 검증해 볼 수 있을 것이다.

## 가. 건강문해력과 인터넷 건강정보 이용

건강정보 추구는 건강과 관련된 정보를 획득하기 위한 적극적인 행동을 말한다. 건강 정책 패러다임이 질병 치료 중심에서 사전 예방 중심으로 전환되면서 적극적인 건강관리를 위해 건강정보를 추구하는 행동의 중요성이 커지고 있다. 건강이슈나 행위에 대한 적극적인 정보추구는 정보에 대한 체계적 사고를 하게 만드는 것으로 알려지고 있으며 (Griffin, Dunwoody, & Neuwirth, 1999), 이는 해당 정보에 대해 더 비판적으로 수용할 가능성을 높게 된다. 또한 건강정보추구는 장기적으로 건강에 긍정적인 영향을 미친다는 것이 여러 연구를 통해 밝혀지고 있다(Dutta-Bergman, 2004). 최근에는 인터넷을 통해 방대한 양의 건강정보가 유통되면서, 인터넷 건강정보 활용 능력이 중요해지고 있다. 인터넷을 통한 건강정보 검색행위는 이미 광범위하게 이루지고 있으며, 의료소비자들은 건강관련 의사결정을 하거나 의사와 소통하는데 있어서 인터넷 정보의 영향을 받는 것으로 나타나고 있다(김정은, 김석화, 신윤주, 2007). 인터넷 건강정보 이용은 이처럼 중요한 건강행위이지만, 낮은 건강문해력 수준은 인터넷 건강정보 이용의 진입장벽으로 작용하고 있다. 건강문해력이 낮을수록 특정 건강 주제에 대한 정보추구 행동이 낮다는 것을 밝힌 연구결과들이 이를 뒷받침한다(Lee, Hoti, Hughes, & Emmerton, 2014). 임신부를 대상으로 진행한 연구에서 건강문해력은 인터넷 건강정보추구 활동 및 정보추구에 대한 자기효능감과 정적 관계가 있는 것으로 나타났다(Shieh, Mays, McDanie & Yu, 2009). 국내에서도 비슷한 연구결과를 찾아볼 수 있는데, 박동진 등(2013)의 연구에 따르면, e-헬스리터러시가 높은 그룹은 낮은 그룹에 비해 인터넷 건강정보의 지속적 이용의도가 높게 나타나서 e-헬스리터러시가 높을수록 인터넷 건강정보를 많이 이용할 가능성이 있음을 시사하고 있다.

건강문해력과 인터넷 건강정보 이용은 일반적으로 정적 관계를 보이나, 접근-이해-판별-활용이라는 건강문해력의 하위 차원을 구분하여 생각해 볼 때, 접근 역량과 가장 밀접하게 관련 될 것으로 예상해 볼 수 있다. 이는 인터넷 건강정보를 이용하는 행위 자체가 기본적으로 건강정보에 접근하고자 하는 행위라고 볼 수 있기 때문이다. 인터넷

상의 방대한 정보 가운데서 정확하고 관련성 있는 정보를 찾아내기 위해서는 적절한 경로와 검색어를 통해 정보를 찾아낼 수 있는 역량이 중요할 수밖에 없으며, 이는 인터넷을 활용한 건강정보 이용 정도에 크게 영향을 미칠 수밖에 없을 것이다. 따라서 건강문해력의 접근 역량이 높을수록 인터넷 건강정보 이용을 더욱 적극적으로 할 것으로 예상된다. 건강문해력의 다른 차원들도 인터넷 건강정보 이용에 긍정적 영향을 미칠 수는 있겠으나, 인터넷 건강정보 이용과 관련해서 '접근' 역량이 그 중 가장 일차적이고 직접적인 건강문해력의 차원이 될 것으로 생각된다. 이에 우리는 다음과 같은 연구문제를 제안한다.

연구문제 1. 건강문해력의 (a)접근, (b)이해, (c)판별, (d)활용 역량은 인터넷 건강정보 이용에 영향을 미칠 것인가?

## 나. 건강문해력과 건강관리행위

최근 비만, 당뇨, 심혈관질환과 같은 만성질환이 급격히 증가함에 따라 소요되는 국가적 비용도 역시 증가하고 있다. 이러한 만성질환은 생활습관에 크게 영향을 받는 것으로 나타나고 있어, 건강한 생활양식 및 건강관리행위 증진의 중요성이 국제적으로 강조되고 있다(World Health Organization, 2002). 정부의 공중보건 정책도 이러한 경향에 따라 질병의 치료중심에서 사전에 질병의 발생을 예방하여 위험 요인들을 감소시키는 예방중심으로 전환되고 있다. 이러한 예방중심의 건강정책은 개인의 일상적 건강관리행위의 중요성을 강조한다.

개인의 일상적 건강관리 행위가 건강문해력의 영향을 받는다는 것은 다수의 연구들을 통해 확인되고 있다. 건강문해력 수준이 낮은 환자는 질병의 조기 발견 및 치료의 중요성을 알지 못하기 때문에 유행성 감기나 폐렴 구균과 같은 전염성 질환의 예방 접종과 정기적인 암 검진 등 질병 예방 관련 서비스를 덜 이용하는 것으로 확인되었다(Scott, Gazmararian, Williams & Baker, 2002). 이러한 사례는 국내 연구에서도 밝혀지고 있다. 심뇌혈관질환자 노인을 대상으로 한 이명숙(2017)의 연구에 따르면, 건강문해력 수준이 높은 노인일수록 질병 예방과 같은 건강 행위를 적극적으로 실천하는 것으로 나타났다. 65세 이상 노인층을 대상으로 한 정정희와 김정순(2014)의 연구에서도 유사한

결과를 보였다.

이처럼 건강문해력이 개인의 건강관리행위에 긍정적 영향을 미치는 것으로 밝혀지는 가운데, 그 중에서도 ‘활용’ 차원의 역량을 주목할 필요가 있다. 건강정보에 접근하고 이해하는 것은 행위의 실천을 위한 중요한 단계이나 반드시 행위의 실천으로 이어진다고 볼 수는 없다. 계획된 행동이론(Theory of Planned Behavior; Ajzen, 1985)에 따르면 개인이 대상 행위에 대해 긍정적인 태도를 가지고 있고 우호적인 사회적 분위기를 인식하고 있다 하더라도, 개인이 그러한 행동을 할 수 있는 기회나 자원이 없다면 행위의도가 행위로 전환되는 데는 어려움 있을 수 있다. 예를 들면, 운동이나 채식, 금연을 포함한 건강 행위에 관한 많은 연구에서는 행동 실행에서 자기 효능감이 중요한 역할을 함을 보여주고 있는데(e.g., Norman, Conner, & Bell, 1999; Sallis, Pinski, & Grossman et al., 1998), 이러한 연구결과들은 개인의 건강 행위에 대한 지식과 이해를 넘어서 이를 활용(apply)하는 역량이 개인의 건강 행위 실천에 있어서 중요함을 시사하고 있다. 국내에서도 이를 지지하는 연구를 찾아볼 수 있는데, 건강정보 커뮤니티에 참여하거나 정보를 제공하는 등 적극적 건강정보 이용행위를 하는 사람들일수록 웰빙 행동을 더 많이 실천하는 것으로 나타났다(박상희, 이수영, 2011). 그러므로 건강문해력 중 ‘활용’ 능력이 특히 건강관리 행위의 실천과 밀접하게 관련이 있을 것으로 예측된다. 이에 다음과 같은 연구문제를 제안한다.

연구문제 2. 건강문해력의 (a)접근, (b)이해, (c)판별, (d)활용 역량은 건강관리행위에 영향을 미칠 것인가?

#### 다. 건강문해력과 의사-환자 커뮤니케이션 효능감

의사-환자 커뮤니케이션은 의사와 환자가 정보를 교환하고 관계를 구축하며 치료에 관한 중요한 의사결정을 공유하는 과정이라고 할 수 있다(Ong, De Haes, Hoos, & Lammes, 1995). 의사-환자 커뮤니케이션은 환자의 의사에 대한 신뢰 및 만족도에 영향을 미치고, 치료에 대한 순응 및 자기관리에 긍정적 영향을 미침으로써, 나아가 환자의 건강 결과에 영향을 미칠 수 있다는 점에 있어서 중요한 의료행위 요소라 할 수 있다(Fox, Heritage, Stockdale, Asch, Duan, & Reise, 2009). 성공적인 의사-환자 커뮤니케

이션을 위해서는 의사의 커뮤니케이션 능력뿐만 아니라 환자의 커뮤니케이션 효능감 또한 중요하다. 이는 환자의 커뮤니케이션 효능감에 따라 커뮤니케이션에 대한 참여와 이해도가 달라질 수 있기 때문이다. 한 연구결과에 따르면 환자가 적극적으로 대화에 참여할수록 의사 또한 더 많은 정보와 조언을 제공하는 것으로 나타났다(Cegala, Street & Clinch, 2007). 이는 환자의 커뮤니케이션 효능감이 직접적으로 의사-환자 커뮤니케이션의 질에 영향을 미친다는 것을 시사한다.

일반적으로 건강문해력 수준이 낮은 환자일수록 의료진에게 질문을 하거나 새로운 정보를 찾는 경향이 적은 것으로 나타났다(Katz, Jacobson, Veledar, & Kripalani, 2007), 의료진과의 커뮤니케이션에서 수동적인 자세로 가부장적인 커뮤니케이션 행위를 수용하는 것으로 보고되고 있다(Arthur, Geiser, Arriola, & Kripalani, 2009). 인터넷 건강 정보 문해력인 e-건강문해력(e-health literacy)을 연구한 이병관 등(2010)은 e-건강문해력(e-health literacy)이 의사-환자 커뮤니케이션에 정(+)적 영향을 미치는 요인임을 밝혔다. 이것은 건강문해력이 낮을수록 환자의 커뮤니케이션 효능감이 낮아진다는 연구결과와 일치한다(Clayman, Pandit, & Bergeron et al., 2010).

이처럼 기존 연구는 건강문해력이 의료소비자의 커뮤니케이션 효능감을 높인다는 것을 시사하지만, 이러한 관계는 건강문해력의 차원에 따라 다르게 나타날 수도 있을 것이다. 건강문해력의 네 가지 차원 중 특히 '이해 영역이 중요할 것으로 생각해 볼 수 있는데, 이는 의사와의 커뮤니케이션이 원활하기 위해서는 의사의 질문과 답변을 이해하거나 관련 건강정보를 이해하고 이에 기반하여 질문 및 대화를 할 수 있어야 하기 때문이다. 이에 본 연구는 다음과 같은 연구문제를 제시한다.

연구문제 3. 건강문해력의 (a)접근, (b)이해, (c)판별, (d)활용 역량은 의사와의 커뮤니케이션 효능감에 영향을 미칠 것인가?

## 라. 건강문해력과 닥터 쇼핑

닥터 쇼핑은 동일한 질병에 대해 의사의 권유나 소견 없이 자율적으로 다른 의사를 방문하는 것을 말한다(Kasteler, Kane, Olsen, & Thetford, 1976). 의료소비자가 다양한 의료서비스 대안을 비교하고 스스로 병원 및 의사를 선택하는 것은 시장경제체제에서

매우 자연스러운 일이다. 이를 통해 의료서비스 기관 간 자발적인 경쟁이 유도되어 서비스 질의 향상에 기여할 수 있으며, 특기 암과 같은 중증 질환의 경우 오진 또는 불필요한 수술 및 처치를 최소화하는데 도움이 될 수 있다(Mellink, van Dulmen, Wiggers, Spreeuwenberg, Eggermont, & Bensing, 2003). 그러나 닥터쇼핑이 환자 및 의료인력의 시간낭비와 높은 헬스 케어 비용 발생을 야기한다는 지적도 있다(Wang & Lin, 2010). 특히 우리나라와 같이 환자의 진료 비용 부담이 적은 경우, 중복 및 과다진료로 인해 건강보험 재정에 부담이 되는 측면도 있으며, 이중처방으로 인한 약물 오남용도 우려된다(Hsu, Yeh, Chen, Liu, & Liu, 2011). 이처럼 닥터쇼핑이 갖는 사회경제적 편익 및 위험성을 고려할 때, 닥터쇼핑 행위에 관한 학문적 관심이 필요한 상황이다.

건강문해력과 닥터쇼핑과의 관계를 직접적으로 검증한 연구는 찾아보기 어려우나, 몇몇 연구를 통해 그 관계를 추론해 볼 수 있다. 닥터 쇼핑에 영향을 미치는 요인들을 살펴 본 김주미 등(2017)의 연구에 따르면, 온라인 건강정보 활용을 많이 하는 의료소비자일수록 닥터 쇼핑을 더 많이 하는 경향을 보였다. 김정은과 동료들 (2007)의 연구에서는 환자들이 사전에 찾은 정보에 대한 판단을 구하기 위한 목적으로 여러 병원을 내원하는 경향이 있음을 밝혀냈다. 환자의 건강정보 이용이 의사-환자 관계에 미치는 영향에 대한 의사들의 인식을 조사한 결과 과반이 넘는 의사들이 환자가 진료 시 특정 건강 이슈에 관해 질문을 하거나 사전에 획득한 건강정보에 대한 판단을 구하는 경우가 많다고 응답한 것으로 나타났다. 이러한 연구결과에 비추어 볼 때 건강문해력이 높아서 질병 및 의료서비스기관에 대한 정보가 많은 사람들일수록 닥터쇼핑을 더 많이 할 가능성이 있음을 시사한다.

특히 닥터쇼핑과 관련 건강문해력 중 '판별' 역량이 중요한 역할을 할 것으로 생각된다. 닥터쇼핑을 하는 사람들은 기본적으로 건강정보에 대한 접근 역량도 높을 것으로 예상되나, 그렇게 수집한 정보들을 평가하여 본인이 원하는 서비스나 의사를 선별해 내는 역량이 매우 중요하게 작용할 것으로 보인다. 요즘에는 인터넷 검색창에 방문할 병원 명을 검색하면 병원 정보를 비롯하여 홍보성 글, 진료, 시술, 심지어 수술 후기에 이르기까지 병원에 대한 각종 정보를 확인할 수 있다. 이러한 정보 탐색 과정이 의료소비자의 실제 방문으로 이어지면서, 병원의 의료소비자 유치를 위해 과장된 진료 및 시술 후기, 실제 진료 가격을 속이고 할인된 가격 정보를 공개하는 등 잘못된 건강 관련 정보로 인한 부작용의 사례 또한 증가하고 있다. 이러한 상황에서 여러 병원과 의사를 비교

해 보고 이익과 혜택을 따지며 정보의 진실성을 평가할 수 있는 능력에 대한 자기 확신이 강할수록 닥터쇼핑을 더 많이 할 가능성이 높을 것이다. 이에 본 연구는 다음과 같은 연구문제를 제시한다.

연구문제 4. 건강문해력의 (a)접근, (b)이해, (c)판별, (d)활용 역량은 닥터쇼핑에 영향을 미칠 것인가?

### III. 연구방법

#### 1. 자료 수집

본 연구는 지역사회의 건강관리와 테크놀로지의 활용을 주제로 실시한 온라인 설문 조사를 통해 수집한 자료의 일부 문항에 대한 응답을 활용하였다. 해당 조사는 전국적 패널을 가진 전문조사기관에 의뢰하여 2016년 1월 19일부터 29일까지 10일 동안 진행하였다. 자료 수집은 전국 18세 이상 성인 1,000명을 대상으로 온라인 설문 방식으로 수행됐다. 표집은 조사대상자의 거주지를 기준으로 대도시, 중소도시, 농어촌 지역으로 균등할당표집을 했다. 수집된 응답 중 건강문해력과 의사-환자 커뮤니케이션 효능감에 관한 문항에 “잘 모르겠다” 또는 “해당되지 않는다”고 응답한 설문 315부를 제외한 685부를 최종 분석에 활용하였다. 이는 온라인 설문조사의 특성상 면접조사에 비해 설문문항이 많을 경우 중도포기가 높은 편이며, 참여자 스스로 문항별로 참여 여부를 결정 (self-selected)하는 경우가 더 쉽게 나타날 수 있어 최종 응답률이 낮아진 것으로 보인다. 그러나 685명이라는 참여자의 수는 탐색적 연구로서 분석과 결과해석에 충분하다고 판단되어 분석을 진행하였다.

## 2. 변수의 측정

### 가. 건강문해력

건강문해력 즉 건강정보에 대한 접근, 이해, 판별, 활용 능력은 국제보건기구 유럽지부(WHO Europe)에서 개발한 HLS-EU-Q47 문항(Sørensen et al., 2012)을 활용하였다. 전문연구원으로 구성된 대학의 헬스커뮤니케이션 연구팀에서 HLS-EU-Q47 설문 문항의 영어와 일본어 버전을 각각 한글로 번역하여 대조하여 기존에 번역된 설문도구와 의미의 동질성이 유지되도록 하였으며, 번역된 설문문항에 대해 대학원생과 관련 전문가의 사전 검증 및 내용 타당도 검증이 실시되었다. 각 능력별 요인의 타당도를 검증하기 위해서 AMOS 20.0을 이용한 확인적 요인 분석이 수행하였다. 이는 해당 측정도구에 대한 타당도는 해외 여러 연구(Sørensen et al., 2015; Duong, et al., 2017)에서 검증된 바 있으나, 해당 요인 모형이나 측정항목이 국내에서도 적합한지를 검증한 연구가 없었기 때문이다. 47개의 문항을 확인적 요인분석을 수행한 결과, 최초 모형 적합도는 적정 수준에 못 미치는 것으로 나타났다( $\chi^2 = 4560.494$ , CFI = .827, IFI = .827, RMSEA = .072, RMR = .035, SRMR = .0527). 이에 요인 부하량을 검토한 결과, 8개 문항의 요인 부하량이 적정 기준(>.05)을 넘지 않는 것으로 확인되어 이를 제외하고 39개의 문항을 분석하였다. 그 결과 모형 적합도가 적정 수준으로 나타나( $\chi^2 = 2198.809$ , CFI = .904, IFI = .905, RMSEA = .058, RMR = .025, SRMR = .0527) 39개의 문항을 분석에 활용하였다. 사용된 문항은 <표 1>과 같으며, 모든 문항에 동의하는 정보를 “매우 어렵다”(1)에서 “매우 쉽다”(4)의 4점 척도로 측정하였다(건강정보 접근M = 2.86, SD = .50,  $\alpha$  = .89, 이해M = 2.98, SD = .46,  $\alpha$  = .87, 판별M = 2.72, SD = .54,  $\alpha$  = .90, 활용M = 2.82, SD = .49,  $\alpha$  = .87)

표 1. HLS-EU-Q47 문항

변수명	측정문항
건강 관리	걱정되는 질병의 증상에 대한 정보를 찾는 것은
	걱정되는 질병의 치료에 대한 정보를 찾는 것은
	아플 때 전문적인 도움을 받을 수 있는 곳을 알아내는 것은
	응급상황에서 무엇을 해야 하는지 아는 것은
건강정보 '접근'	내가 꼭 받아야 하는 예방접종과 건강검진에 관한 정보를 찾는 것은
	스트레스, 우울증과 같은 정신건강 문제를 관리하는 방법에 관한 정보를 찾는 것은
	비만, 고혈압, 고지혈 등과 같은 질환을 예방하거나 관리하는 방법을 찾는 것은
	흡연, 운동부족, 과음과 같이 건강에 해로운 행동을 관리하는 방법에 대한 정보를 찾는 것은*
건강 증진	나의 이웃이 어떻게 더 건강 친화적일 수 있는지 관련 정보를 찾는 것은
	나의 정신건강에 유익한 활동에 관해 알아내는 것은
	직장에서 나의 건강을 증진시킬 수 있는 방법에 대해 아는 것은
	운동, 건강식품, 영양섭취와 같이 건강한 활동에 대한 정보를 찾는 것은*
건강 관리	건강에 영향을 미칠 수 있는 정책의 변화에 대해 아는 것은*
	의사가 내게 말한 것을 이해하는 것은
	약에 붙어 있는 설명서를 이해하는 것은
	처방된 약의 복용 방법에 대한 의사나 약사의 지시를 이해하는 것은
건강정보 '이해'	처방된 약의 복용 방법에 대한 의사나 약사의 지시를 이해하는 것은*
	나에게 왜 예방접종이 필요한지를 이해하는 것은
	나에게 왜 건강검진이 필요한지를 이해하는 것은
	흡연, 운동부족, 과음에 대한 건강 관련 경고 메시지를 이해하는 것은
건강 증진	식품 포장에 있는 정보를 이해하는 것은
	어떻게 하면 더 건강할 수 있는지 미디어가 제공하는 정보를 이해하는 것은
	정신건강을 유지할 수 있는 방법에 대한 정보를 이해하는 것은
	건강에 대한 가족과 친구의 조언을 이해하는 것은*
건강 관리	여러 치료법의 장점과 단점을 판단하는 것은
	주치의 외에 다른 의사의 진단을 추가로 받을 필요가 있는 때가 언제인지 판단하는 것은
	미디어에서 얻은 질병관련 정보가 신뢰할 만하지를 판단하는 것은
	의사로부터 얻은 정보가 나에게 어떻게 적용되는지 판단하는 것은*
건강정보 '판별'	흡연, 운동부족, 과음과 같은 건강 관련 경고 메시지가 얼마나 신뢰할만한지 판단하는 것은
	병원을 방문하여 의사의 진료를 받아야 할 때가 언제인지 판단하는 것은
	나에게 필요한 예방접종이 무엇인지 판단하는 것은

변수명	측정문항
	내게 필요한 건강검진이 무엇인지 판단하는 것은
	흡연, 운동부족, 과음과 같은 건강 관련 경고 메시지가 얼마나 신뢰할만한지 판단하는 것은*
건강 증진	사는 곳(주거환경)이 어떻게 나의 건강과 웰빙에 영향을 미치는지 판단하는 것은
	나의 주거수준이 얼마나 나의 건강 유지에 도움이 되는지 판단하는 것은
	나의 일상적 행동이 내 건강과 어떤 관련이 있는지 판단하는 것은
건강 관리	응급상황시 구급차를 부르는 것은
	의사나 약사의 지시를 따르는 것은
	내 질병에 관한 의사 결정을 할 때 의사로부터 얻은 정보를 활용하는 것은
건강정보 '활용'	처방전의 복용지시를 따르는 것은*
	내가 독감 예방 접종을 해야 할지를 결정하는 것은
	가족과 친구의 조언에 따라 질병으로부터 나를 어떻게 보호할 수 있는지 결정하는 것은
건강 증진	미디어에서 얻은 정보에 따라 질병으로부터 나를 보호하는 방법을 결정하는 것은
	나의 건강 증진을 위해 의사결정을 하는 것은
	나의 건강과 웰빙에 영향을 미치는 생활 환경을 바꾸는 것은
	내가 원할 때 스포츠 클럽이나 운동교실에 참여하는 것은
	지역사회에서 건강 및 웰빙 증진을 위한 활동에 참여하는 것은

Note. \* 요인분석에 따라 본 연구에서 제외된 문항

## 나. 건강관리 행위

건강관리 행위 측정은 두타-버그만(Dutta-Bergman, 2005)이 개발한 건강 지향(health orientation) 문항 가운데 건강관리 관련 네 개 문항을 활용하였다. “나는 평소에 건강관리를 잘 한다”, “나는 동일한 연령의 다른 사람들에 비해 건강관리를 잘 한다”, “나는 질병을 예방하기 위해 적극적으로 노력한다”, “나는 나의 건강을 유지하기 위해 할 수 있는 모든 것을 한다”이며, 각 문항에 대해 동의하는 정도를 “전혀 그렇지 않다”(1)에서 “매우 그렇다”(5)의 5점 척도로 측정하였다( $M = 3.35, SD = .51, \alpha = .817$ ).

## 다. 인터넷 건강정보 이용

인터넷 건강정보 이용 정도 측정은 단일 항목으로 측정되었다. 응답자들은 “귀하는

지난 한 달간 건강 및 의료 관련 기사를 읽거나, 프로그램 시청 또는 정보를 얻기 위한 인터넷 이용에 얼마나 많은 시간을 사용했는지 말씀해주시기 바랍니다”라는 질문에 대해, ‘사용안함’, ‘1시간 미만’, ‘1시간 이상 2시간 미만’, ‘2시간 이상 4시간 미만’, ‘4시간 이상 6시간 미만’, ‘6시간 이상 10시간 미만’, ‘10시간 이상의 7점 척도에 따라 응답했다(M = 3.39, SD = .60). 단일 측정 항목을 사용했으므로 별도의 신뢰도 측정은 수행하지 않았다.

## 라. 의사-환자 커뮤니케이션 효능감

의사-환자 커뮤니케이션 효능감 측정하기 위해 Cantor와 동료학자들(Cantor, Coa, Crystal-Mansour, Davis, Dipko, & Sigman, 2011)이 수행한 ‘Health Information National Trends Survey(HINTS) 2007’ 설문 문항 중 헬스케어 경험 관련 문항 일부를 활용했다. 총 네 개의 문항으로 측정되었으며, “나는 간호사나 의사에게 질문을 하는 것이 편안하다”, “나는 의사에게 내 주장을 확실하게 할 수 있다”, “나는 의사에게 무슨 질문을 해야 할지 안다”, “나는 의사가 말하는 것을 이해한다”와 같은 항목을 구성하여 측정하였으며, 각 문항에 동의하는 정도를 “전혀 그렇지 않다”(1)에서 “매우 그렇다”(4)의 4점 척도에 따라 응답하도록 했다(M = 2.90, SD = .48,  $\alpha = .773$ ).

## 마. 닥터 쇼핑

닥터 쇼핑은 자체 개발한 세 개 문항을 활용해 측정하였다. 응답자들은 다음 문항에 대해 동의하는 정도를 “전혀 그렇지 않다”(1)에서 “매우 그렇다”(5)의 5점 척도에 따라 응답했다. “나는 가능하면 여러 병원을 찾아보는 편이다”, “나는 되도록 여러 병원에서 진단을 받아보는 편이다”, “나는 가능하면 여러 의사들로부터 의견을 듣는 편이다”(M = 2.31, SD = .72,  $\alpha = .906$ ).

그 밖에 통제요인으로 성별, 나이, 교육수준, 거주지(대도시, 중소도시, 농어촌), 가구 소득수준 등 인구통계학적 변인을 포함하였다. 기술적 통계와 주요 변인 간 상관관계는 <표 2>와 같다.

표 2. 연구 변인 간 상관분석 결과(N=685)

	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8
1. 건강문해력-접근	2.86	.50	1							
2. 건강문해력-이해	2.98	.46	.689**	1						
3. 건강문해력-판별	2.72	.54	.697**	.675**	1					
4. 건강문해력-활용	2.82	.49	.672**	.679**	.809**	1				
5. 인터넷 건강정보 이용	3.39	.60	.137**	.072	.109**	.094**	1			
6. 건강관리 행위	3.35	.51	.273**	.252**	.275**	.337**	.175**	1		
7. 의사-환자 커뮤니케이션 효능감	2.90	.48	.311**	.370**	.350**	.394**	.045	.293**	1	
8. 닥터 쇼핑	2.31	.72	.023	.009	.102**	.076*	.172**	.187**	.084*	1

\*  $p < 0.05$  , \*\*  $p < 0.01$

## IV. 연구결과

### 1. 인구통계학적 특성

연구대상자의 인구통계학적 특성(표 3)을 살펴보면, 685명의 성인 중 남성은 361명(52.7%), 여성은 324명(47.3%)이었다. 연령별로는 19-29세가 126명(18.4%), 30대 169명(24.7%), 40대 220명(32.1%), 50대는 170명(24.8%)으로 조사되었다. 최종학력은 대졸 432명(63.1%), 고졸이하 189명(27.6%), 대학원 졸 64명(9.3%) 순으로 대학 졸업자가 가장 많은 것으로 나타났다. 도시 규모에 따른 응답자 비율은 대도시 253명(36.9%), 중소도시 209명(30.5%) 농어촌 223명(32.6%) 이었다. 응답자 가구의 월 소득수준은 200만원 미만인 103명(15.0%), 200만원 이상 300만원 미만인 151명(22.0%), 300만원 이상 400만원 미만인 154명(22.5%), 400만원 이상 500만원 미만인 115명(16.8%), 500만원 이상이 162명(23.6%)으로 조사되었다.

표 3. 인구통계학적 특성 (N = 685)

항목	분류
성별	남성, n=361 (52.7%) 여성, n=324 (47.3%)
연령	19-29세, n=126 (18.4%), 30대, n=169 (24.7%), 40대, n=220 (32.1%), 50대, n=170 (24.8%)
최종학력	대졸, n=432 (63.1%), 고졸이하, n=189 (27.6%), 대학원 졸, n=64 (9.3%)
도시규모	대도시, n=253 (36.9%), 중소도시, n=209 (30.5%) 농어촌, n=223 (32.6%)
월 가구소득	200만원 미만, n=103 (15.0%), 200만원 이상-300만원 미만, n=151 (22.0%), 300만원 이상-400만원 미만, n=154 (22.5%), 400만원 이상-500만원 미만, n=115 (16.8%), 500만원 이상, n=162 (23.6%)

## 2. 연구문제 검증

본 연구에서는 설정한 연구문제를 검증하기 위해 SPSS/WIN 21.0을 활용하여 685부의 설문 자료를 분석하였다. 질병 예방 행위, 건강정보 추구, 의사-환자 커뮤니케이션 효능감, 닥터 쇼핑을 종속변인으로 네 번의 회귀분석이 실시되었다. 각각의 관계를 살펴 보기 위해 2단계에 걸쳐 변인을 투입시켰다. 첫 번째 단계에는 성별, 나이, 교육수준, 가구소득수준, 거주지역 등 인구통계학적 변인을, 두 번째 단계에는 독립변수인 건강문해력의 세부 요인들인 건강정보에 대한 접근, 이해, 판별, 활용을 포함시켰다. 공선성 통계량은 모두 VIF<4로 다중공선성의 문제는 크게 없는 것으로 나타났다. 다중회귀분석 결과는 <표 4>와 같다.

표 4. 건강문해력과 건강행위 간의 관계(다중회귀분석결과)

	종속변인							
	온라인 건강정보 이용		건강관리행위		의사-환자 커뮤니케이션 효능감		닥터쇼핑	
	β	t	β	t	β	t	β	t
Block1								
성별(남=1, 여=0)	-.030	-.791	.016	.448	.058	1.522	-.024	-.624
나이	.032	.833	.056	1.557	-.048	-1.241	-.069	-1.784
교육수준(고졸이하=0, 대졸이상=1)	-.025	-.639	.098	2.708**	-.027	-.690	.057	1.458
가구소득수준	.022	.542	.148	3.947***	.080	2.074*	-.013	-.322
거주지(농어촌 = 0)								
거주지1(중도시=1)	.028	.613	-.028	-.665	-.067	-1.507	.007	.149
거주지2(대도시=1)	.007	.155	-.058	-1.359	-.001	-.027	.005	.701
R <sup>2</sup>	.012		.052		.016		.007	
Block2								
건강문해력-접근	.147	2.463*	.062	1.124	-.010	-.192	-.069	-1.152
건강문해력-이해	-.070	-1.184	.009	.165	.187	3.465**	-.096	-1.630
건강문해력-판별	.054	.764	-.018	-.270	.027	.423	.185	2.638**
건강문해력-활용	-.001	-.010	.295	4.587***	.250	3.957***	.042	.609
ΔR <sup>2</sup>	.028**		.108***		.169***		.020**	
Total R <sup>2</sup>	.040**		.159***		.185***		.027**	
Total Adjusted R <sup>2</sup>	.025**		.147***		.173***		.013**	

N = 685, \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

먼저 인구통계학적 변인과 종속변인과의 관계를 살펴보았을 때, 교육수준은 건강관리 행위에 정적 영향을 미치는 것으로 나타났다( $\beta = .098, p < .01$ ). 즉 대졸이상의 학력자들이 고졸이하의 학력자들에 비해 건강관리 행위를 더 많이 실천하고 있었다. 가구 소득은 건강관리행위 및 의사-환자커뮤니케이션 효능감과 긍정적 관계를 보였다. 즉 가구소득이 높을수록 건강관리행위를 더 많이 하는 것으로 나타났고 ( $\beta = .148, p < .001$ ), 의사-환자 커뮤니케이션 효능감 또한 높은 것으로 나타났다 ( $\beta = .08, p < .05$ ). 성별이나 나이, 거주지와 종속변인 간의 관계는 통계적으로 유의미하지 않았다.

연구문제1은 건강문해력과 인터넷 건강정보 이용의 관계에 관한 것이었다. 분석결과

인터넷 건강정보 이용 정도는 건강문해력의 '접근' 역량과 통계적으로 유의한 정(+)적 관계를 보였다( $\beta_{\text{접근}} = .147, p = .014$ ). 즉, 건강정보에 접근할 수 있는 능력이 높을수록 인터넷을 활용하여 건강정보를 찾는데 더 많은 시간을 쓴 것으로 나타났다. 반면 건강문해력의 다른 역량 차원은 인터넷 건강정보 이용과 통계적으로 유의미한 관계를 보이지 않았다( $\beta_{\text{이해}} = -.070, p = .237, \beta_{\text{판별}} = .054, p = .445, \beta_{\text{활용}} = -.001, p = .992$ ).

연구문제2는 건강문해력과 건강관리행위 간의 관계를 탐색하고자 했다. 분석결과 건강문해력의 '활용' 역량은 건강관리행위와 통계적으로 유의한 정(+)적 관계를 보였다( $\beta_{\text{활용}} = .295, p < .000$ ). 즉, 건강정보를 건강관련 의사결정에 적용할 수 있는 능력이 높을수록 실질적으로 건강관리활동에 더 적극적인 것으로 나타났다. 반면 다른 건강문해력 역량은 인터넷 건강정보 이용에 통계적으로 유의미한 영향을 보이지 않았다( $\beta_{\text{접근}} = .062, p = .261, \beta_{\text{이해}} = .009, p = .165, \beta_{\text{판별}} = .018, p = .788$ ).

연구문제3는 건강문해력과 의사-환자 커뮤니케이션 효능감 간의 관계를 제시하였다. 분석결과 건강문해력의 '이해' 역량은 커뮤니케이션 효능감과 통계적으로 유의한 정(+)적 관계를 보였다( $\beta_{\text{이해}} = .187, p = .001$ ). 즉, 건강정보를 이해할 수 있는 능력이 높은 사람들일수록 의사와의 커뮤니케이션에 있어서 더 자신감을 보이는 경향이 있었다. 한편, 활용 역량 또한 커뮤니케이션 효능감과 유의한 정(+)적 관계가 있는 것으로 나타났다( $\beta_{\text{활용}} = .250, p < .000$ ). 즉, 건강정보를 건강관련 의사결정에 적용할 수 있는 능력이 높을수록 의사와의 커뮤니케이션에 있어서도 더 자신감을 나타냈다. 나머지 접근 역량과 판별 역량은 통계적으로 유의미한 영향을 보이지 않았다( $\beta_{\text{접근}} = -.010, p = .848, \beta_{\text{판별}} = .027, p = .672$ ).

마지막으로, 연구문제4는 건강문해력과 닥터쇼핑 간의 관계를 탐색하고자 했다. 분석결과 건강문해력의 '판별' 역량은 닥터쇼핑과 통계적으로 유의한 정(+)적 관계를 보였다( $\beta_{\text{판별}} = .185, p = .009$ ). 즉, 건강정보를 판단하고 평가할 수 있는 능력이 높은 사람들일수록 의료서비스 이용에 있어서 닥터쇼핑 성향이 더 높은 것으로 나타났다. 반면 나머지 건강문해력 역량은 통계적으로 유의미한 영향을 보이지 않았다( $\beta_{\text{접근}} = -.069, p = .249, \beta_{\text{이해}} = -.096, p = .104, \beta_{\text{활용}} = .042, p = .542$ ).

## V. 결론 및 논의

본 연구는 다차원적 건강문해력 모형인 HLS-EU-Q을 활용하여, 건강문해력의 각 하위 차원들(접근, 이해, 판별, 활용)이 국내 의료소비자의 건강 관련 행위 즉, 인터넷 건강 정보 이용, 건강관리 행위, 의사-환자 커뮤니케이션 효능감, 닥터 쇼핑에 어떻게 관련되는지를 실증적으로 검증해보고자 했다. 본 연구의 주요 결과는 다음과 같이 요약해 볼 수 있다.

첫째, 건강문해력의 ‘접근(access)’ 역량은 인터넷 건강정보 이용에 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 건강정보에 대한 접근 역량이 높은 사람일수록 인터넷 상 건강정보 이용 시간이 길다는 이러한 결과는, 인터넷 상의 방대한 건강정보를 이용하기 위해서는 건강정보를 찾아내는 능력이 일차적으로 요구되는 것임을 시사한다. 따라서 일반 대중들이 인터넷을 건강정보원으로 이용할 수 있도록 하기 위해서는 인터넷 상 어디서 어떻게 신뢰할 수 있는 건강정보를 획득할 수 있는지에 대한 교육이 필수적인 것으로 생각된다. 국가나 공공기관이 공신력 있는 건강정보 포털사이트를 운영하고 이에 대한 홍보를 적극적으로 하는 것도 한 방법이 될 수 있을 것이다.

둘째, 건강문해력의 ‘이해(understanding)’ 역량은 의사-환자 커뮤니케이션 효능감에 정(+)적인 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 즉 건강정보에 대한 이해력이 높은 사람일수록 의사와의 건강 상담에서 의사의 말을 이해하거나 질문을 하는데 높은 자신감을 보인다는 것이다. 이러한 결과는 온라인 건강정보에 이해가 높은 사람일수록 의사-환자 커뮤니케이션에 적극적인 참여 경향이 있다는 선행연구 결과와 일치한다(이병관, 임용준, 임주리, 2010). 따라서 의료소비자들의 진료 커뮤니케이션 효능감 향상을 위해서는 이들이 쉽게 이해할 수 있는 방식으로 의학 및 질병관련 정보를 제공함으로써 이해도를 제고시키는 것이 무엇보다 중요한 것으로 보인다.

셋째, 건강문해력의 ‘판별(appraise)’ 역량은 닥터 쇼핑과 정(+)적인 관계에 있는 것으로 확인되었다. 즉 건강정보의 신뢰성을 판단할 수 있는 능력이 높을수록 여러 의사나 병원의 진단을 구하는 경향이 있었는데, 이는 판별 역량이 높을수록 의료 전문가의 다양한 의견을 종합적으로 판단할 수 있기에 닥터쇼핑 경향이 높아지는 것으로 풀이된다. 닥터쇼핑의 원인에는 여러 가지 원인이 있을 수 있고 그에 따라 닥터쇼핑의 결과가 긍정적 혹은 부정적일 수도 있다. 예를 들어 닥터쇼핑이 의료전문가에 대한 불신이나 개인적

불안감에 의한 것이라면 중복진료로 인한 낭비가 될 수도 있을 것이다. 반면 판별 역량이 높아서 닥터쇼핑을 하는 경우, 의사의 과잉진료를 예방하고 환자의 치료에 대한 비판적이고 합리적 의사결정을 유도하는 긍정적 결과가 있을 수도 있다. 본 연구에서 이 부분에 대해서는 답변할 수 없지만, 닥터쇼핑이 갖는 긍정적인 효과가 개인의 판별 역량의 강화로 촉진될 수 있다면, 의료서비스나 건강정보의 평가 기준에 대한 정확한 정보제공을 통해 의료소비자들이 판별 역량을 강화할 수 있도록 교육하는 것이 필요해 보인다.

넷째, 건강문해력의 '활용(apply)' 역량은 예상대로 건강관리 행위에 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 이 뿐만 아니라 의사-환자 커뮤니케이션 효능감에도 정(+)적으로 유의미한 영향을 주는 것으로 나타났다. 즉 건강정보를 건강관련 의사결정에 활용할 수 있는 능력이 높은 사람들일수록, 스스로 건강관리를 더 잘 했으며 의사와의 커뮤니케이션에서도 더욱 적극성을 보였다. 이는 실질적인 개인의 질병 예방 및 건강 증진 행위 향상을 위해서는 건강정보에 접근하고 이해하는 정도를 넘어서 건강정보를 응용하고 활용하는 역량이 중요한 역할을 함을 시사한다. 결론적으로 이러한 본 연구의 결과는 건강문해력 하위 차원들이 개념적으로 다르며, 건강행위의 종류에 따라 유효한 건강문해력의 종류가 다르다는 점을 시사한다.

이러한 본 연구의 결과는 효과적인 건강증진 교육 프로그램의 설계를 위한 실무적 함의를 제공한다. 본 연구는 건강문해력이 특정 건강 관련 행위에 미치는 영향이 건강문해력의 차원에 따라 다를 수 있다는 점을 시사한다. 이에 따라 특정 건강행위 증진을 위한 건강문해력 향상 프로그램을 설계할 때, 건강문해력의 특정 차원에 집중하여 교육 및 정보 프로그램을 설계하는 것이 보다 효과적일 수 있다. 앞서 언급했듯이, 온라인 건강정보 활용 증진이 목표라면 접근 역량을 높일 수 있는 교육프로그램으로, 의료서비스나 치료/예방법에 대한 합리적 선택을 돕는 것이 목표라면 판별 역량을 높이는 데에 주안점을 두고 교육프로그램을 설계하는 것이 필요할 것이다. 이러한 실무적 함의와 더불어, 본 연구는 다차원적 건강문해력 모형을 채용하여 건강문해력의 각 하위 차원과 건강 관련 행위 간의 관계를 살펴본, 국내에서는 선도적 연구라는 점에 학술적 의의를 갖는다. 기존의 국내 건강문해력 연구가 건강문해력을 일차원적으로 다룬 것에 비해, 본 연구는 건강문해력에 대한 확장된 이해에 기반하여 다차원적 모델을 수용함으로써 건강문해력의 역할에 대해 보다 심도 깊은 탐색이 필요함을 보여주었다. 본 연구를 계기로 다차원적 건강문해력 모델을 활용한 다양한 국내 건강문해력 연구들이 촉진되기를

기대해 본다.

이러한 이론적, 실무적 함의에도 불구하고, 본 연구는 다음과 같은 한계를 지니며 해당 연구결과는 이러한 점을 고려하여 해석 및 평가되어야 할 것이다. 첫째, 본 연구의 자료수집방법에서 기인한 한계이다. 먼저 본 연구는 다른 연구를 위해 수집된 자료를 이차적으로 활용하였기 때문에 각 종속변수별 통제요인을 세세하게 고려하지 못한 부분이 있다. 예를 들어 닥터쇼핑의 경우 의료서비스 만족도나 의사-환자 커뮤니케이션 만족도와 같은 심리적 요인도 영향을 미친다는 연구(김주미 등, 2017)가 있는데 본 연구는 이러한 요인까지 통제하지는 못했다. 또한 인터넷을 통해 설문조사를 수행했기 때문에, 상대적으로 인터넷 사용이 미숙한 참여자들이 배제되었을 가능성이 있다. 본 연구의 종속변인 중 하나인 인터넷 건강정보이용은 이러한 개인의 인터넷 이용 역량에 영향을 받을 수 있기 때문에, 이러한 참여자의 특성이 해당 결과에 영향을 미쳤을 가능성을 배제할 수 없다. 또한 본 연구에서 사용한 자료는 지역별 비교를 목적으로 수집된 것으로 조사 목적에 근거하여 인구통계학적 특성에 따른 비례할당 방식이 아닌 지역 균등할당(대도시, 중소도시, 농어촌) 방식으로 수집되었다. 2016년 인구통계조사 자료에 따르면 농어촌 인구분포 비율은 7.3%로 집계되었으며 본 연구의 농어촌 인구분포 비율은 32.6%로 나타나 농어촌 지역이 과대표집(over-sampling)된 경향이 있다. 본 연구는 이러한 영향력을 최소화하고자 지역별 요인을 통제했으나, 표본 추출 방식에서 오는 차이가 나타날 가능성을 배제할 수 없다.

둘째, 본 연구는 HLS-EU-Q를 활용하였으나 요인 분석 결과 요인부하량이 낮은 8개 문항을 제외하여 분석에 활용하였다. 이에 따라 원 도구와는 측정항목에 있어서 약간의 차이가 생겼고, 이는 HLS-EU-Q를 활용한 다른 연구결과와의 비교를 어렵게 하는 측면이 있다. HLS-EU-Q는 해외에서는 여러 나라에서 활용되며 그 타당성에 대한 근거가 축적되고 있으나, 본 문항이 국내 의료환경에 적합한지에 대해서 아직까지 검증된 바가 없다. 따라서 후속 연구를 통해 HLS-EU-Q의 국내 적용 타당성에 대한 추가적 검증이 필요하다고 생각되며, 특히 국내에서 많이 사용되었던 KHLAT과 비교한 타당성 연구가 필요해 보인다.

셋째, HLS-EU-Q는 개인이 인지하고 있는 자신의 능력을 주관적으로 측정하기 때문에 객관적인 건강문해력 측정과는 차이가 존재할 수 있다. 이러한 관계를 일부 연구에서 밝힌 바 있는데, 인터넷 건강정보를 이해하고 활용하는 능력인 e-건강문해력(e-health

literacy)의 실제 활용 능력과 개인이 인지하고 있는 능력 사이에 차이가 존재한다는 것이 확인되었다(Stellefson, Hanik, Chaney, Chaney, Tennant, & Chavarria, 2011). 다만 HLS-EU-Q가 객관적 건강문해력 테스트에 가까운 TOFHILA와 비교해서도 타당성이 있음이 검증된 바 있기는 하지만(Toçi, Burazeri, Sørensen, Kamberi, & Brand, 2015), 주관적 평가라는 점에서 종속변인과의 관계 추정이 부정확할 수 있다.

마지막으로, 본 연구는 횡단 연구로 변인간의 인과관계를 입증하기 어렵다. 예를 들어 접근 역량이 인터넷 건강정보 이용에 미친 정적 영향력은 그 반대로 해석될 수도 있다. 즉, 인터넷상 건강정보 검색에 많은 시간을 쓴 사람들일수록 그 결과 건강정보를 쉽게 그리고 잘 접근하게 될 수도 있기 때문이다. 향후 실험연구나 종단연구를 통해 이러한 인과관계에 대한 추가적 검증이 이루어져야 할 필요가 있다.

본 연구는 다차원적 건강문해력 모형을 채용한 탐색적 연구라 할 수 있으며, 이에 다양한 변인들과의 관계를 구체적으로 검증하는 후속 연구들이 필요하다. 첫째, 본 연구에서 살펴본 네 가지 건강 관련 행위 외에도 다양한 건강 관련 행위들(예를 들면, 복약 순응도나 대체의학의존도)이 있기에 이들을 대상으로 다차원적 건강문해력 모형의 유용성을 검증해 볼 필요가 있다. 둘째, HLS-EU-Q의 네 가지 역량이 어떻게 강화될 수 있는지에 대한 후속 연구가 필요하다. 본 연구는 네 가지 문해력 역량이 질적으로 다름을 시사하고 있는데, 그런 만큼 각각의 역량을 향상시키기 위해서는 다른 접근법이 요구될 것으로 예상된다. 따라서 각각의 역량을 강화할 수 있는 교육 및 커뮤니케이션 프로그램의 설계에 실천적인 함의를 제시할 수 있는 연구가 필요하다. 마지막으로, 본 연구는 온라인 조사방식으로 인해 60세 이상의 고령층이 설문 참여에 한계가 있을 것으로 판단되어 19세 이상 60세 미만 성인을 조사대상으로 선정했다. 고령일수록 의료서비스에 대한 수요는 높은 만큼 건강문해력 수준은 낮을 수 있기 때문에, 고령층의 건강문해력 수준별 맞춤형 교육을 위한 기초 자료조사가 중요하다. 이에 향후 연구에서 60세 이상 고령층을 포함한 후속 연구가 필요하다.

김성은은 한림대학교에서 인터랙션디자인학과 석사학위를 받았으며, 주요 관심분야는 헬스커뮤니케이션을 위한 뉴미디어의 활용과 건강정책이다.

(E-mail: seongeunkimn@gmail.com)

박동진은 미국 알라배마대학교에서 광고홍보학 박사학위를 받았으며, 현재 한림대학교 광고홍보학과 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 헬스커뮤니케이션 테크놀로지이며, 건강문제에 있어서 뉴미디어와 테크놀로지의 역할에 대해 연구하고 있다.

(E-mail: dongjinpark@hallym.ac.kr)

최정화는 미국 미시간주립대학교에서 광고홍보학 박사학위를 받았으며, 현재 한림대학교 광고홍보학과 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 헬스커뮤니케이션이며, 건강문제에 있어서 미디어의 역할과 메시지 효과에 대해 연구하고 있다.

(E-mail: jhchoi@hallym.ac.kr)

## 참고문헌

---

- 강수진, 이미숙. (2015). 근거 중심의 헬스 리터러시 증진 방안: 학술지 연구 동향을 중심으로. *보건교육건강증진학회지*, 32(4), pp.93-108.
- 김정은, 김석화, 신윤주. (2007). 인터넷 건강정보가 의사-환자 관계에 미치는 영향에 대한 의사들의 인지도 조사. *사이버커뮤니케이션학보*, 21(2), pp.279-301.
- 김주미, 노기영, 최정화. (2017). 닥터쇼핑 행동에 영향을 미치는 요인 연구. *사이버커뮤니케이션학보*, 34(3), pp.5-40.
- 박동진, 권명순, 최정화. (2013). 개인의 건강정보지향, 인터넷 건강정보에 대한 태도, e-헬스 리터러시 수준과 건강 관련 행위의 관계. *홍보학연구*, 17(3), pp.379-413.
- 박상희, 이수영. (2011). 질병태도와 인터넷에서의 건강정보추구행태에 기반한 건강정보 이용자 유형에 관한 탐색적 연구. *한국언론학보*, 55(4), pp.105-133.
- 이명숙. (2017). 농촌 지역 심혈관질환 노인의 건강정보이해능력과 건강행위. *성인간호학회지*, 29(3), pp.256-265.
- 이병관, 변웅준, 임주리. (2010). 개인의 e-헬스 리터러시(e-Health Literacy)가 의사-환자 커뮤니케이션에 미치는 영향. *사이버커뮤니케이션학보*, 27(3), pp.89-125.
- 이성심, 손현정, 이동숙, 강현욱. (2017). e-헬스 리터러시, 주관적 건강상태 및 인터넷에서의 건강정보 추구행위가 건강증진행위에 미치는 영향. *한국웰니스학회지*, 12(4), pp.55-67.
- 정정희, 김정순. (2014). 노인의 건강정보이해능력, 건강 관련 위험인식과 건강행위. *지역사회간호학회지*, 25(1), pp.65-73.
- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), pp.552-557.
- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action Control: From Cognition to Behavior* (pp. 11-39). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Arthur, S. A., Geiser, H. R., Arriola, K. R. J., & Kripalani, S. (2009). Health literacy

- and control in the medical encounter: a mixed-methods analysis original communication. *Journal of the National Medical Association*, 101(7), pp.677-683.
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), pp.878-883.
- 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), pp.97-107.
- Cantor, D., Coa, K., Crystal-Mansour, S., Davis, T., Dipko, S., & Sigman, R. (2009). *Health information national trends survey (HINTS) 2007*. Rockville, MD: Westat.
- Cegala, D. J., Street, R. L., & Clinch, C. R. (2007). The Impact of Patient Participation on Physicians' Information Provision During a Primary Care Medical Interview. *Health Communication*, 21(2), pp.177-185. doi:10.1080/10410230701307824
- Clayman, M. L., Pandit, A. U., Bergeron, A. R., Cameron, K. A., Ross, E., & Wolf, M. S. (2010). Ask, understand, remember: a brief measure of patient communication self-efficacy within clinical encounters. *Journal of Health Communication*, 15(S2), pp.72-79.
- Davis, T. C., Crouch, M., Long, S. W., Jackson, R. H., Bates, P., George, R. B., et al. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family Medicine*, 23(6), pp.433-435.
- Duong, T. V., Aringazina, A., Baisunova, G., Pham, T. V., Pham, K. M., Truong, T. Q., et al. (2017). Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology*, 27(2), pp.80-86.
- Dutta-Bergman, M. J. (2004). Health attitudes, health cognitions, and health behaviors among Internet health information seekers: population-based survey. *Journal of medical Internet Research*, 6(2), e15.
- Dutta-Bergman, M. J. (2005). The relation between health-orientation,

- provider-patient communication, and satisfaction: an individual-difference approach. *Health Communication*, 18(3), pp.291-303.
- Fox, S. A., Heritage, J., Stockdale, S. E., Asch, S. M., Duan, N., & Reise, S. P. (2009). Cancer screening adherence: Does physician - patient communication matter? *Patient Education and Counseling*, 75(2), pp.178-184.
- Griffin, R. J., Dunwoody, S., & Neuwirth, K. (1999). Proposed model of the relationship of risk information seeking and processing to the development of preventive behaviors. *Environmental Research*, 80(2), S230-S245.
- 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), pp.302-333.
- Hsu, M.-H., Yeh, Y.-T., Chen, C.-Y., Liu, C.-H., & Liu, C.-T. (2011). Online detection of potential duplicate medications and changes of physician behavior for outpatients visiting multiple hospitals using national health insurance smart cards in Taiwan. *International Journal of Medical Informatics*, 80(3), pp.181-189.
- Kasteler, J., Kane, R. L., Olsen, D. M., & Thetford, C. (1976). Issues underlying prevalence of "doctor-shopping" behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 17(4), pp.328-339.
- Katz, M. G., Jacobson, T. A., Veledar, E., & Kripalani, S. (2007). Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6), pp.782-786.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), pp.349-364.
- Kim, S. S., Kim, S. H., & Lee, S. Y. (2005). Health literacy: Development of a Korean health literacy assessment tool. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 22(4), pp.215-227.
- Lee, K., Hoti, K., Hughes, J. D., & Emmerton, L. (2014). Dr Google and the consumer: a qualitative study exploring the navigational needs and online

- health information-seeking behaviors of consumers with chronic health conditions. *Journal of Medical Internet Research*, 16(12), e262.
- Magasi, S., Durkin, E., Wolf, M. S., & Deutsch, A. (2009). Rehabilitation consumers' use and understanding of quality information: a health literacy perspective. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(2), pp.206-212.
- Mellink, W., Van Dulmen, A., Wiggers, T., Spreeuwenberg, P., Eggermont, A., & Bensing, J. (2003). Cancer patients seeking a second surgical opinion: results of a study on motives, needs, and expectations. *Journal of Clinical Oncology*, 21(8), pp.1492-1497.
- Nakayama, K., Osaka, W., Togari, T., Ishikawa, H., Yonekura, Y., Sekido, A., et al. (2015). Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health*, 15(1), 505.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of medical Internet Research*, 8(4), e27.
- Norman, P., Conner, M., & Bell, R. (1999). The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health Psychology*, 18(1), pp.89-94.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), pp.2072-2078.
- Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), pp.903-918.
- 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), pp.537-541.
- Sallis, J. F., Pinski, R. B., Grossman, R. M., Patterson, T. L., & Nader, P. R. (1988). The development of self-efficacy scales for healthrelated diet and exercise behaviors. *Health Education Research*, 3(3), pp.283-292.
- Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health

- literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 40(5), pp.395-404.
- Selden, C. R., Zorn, M., Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2000). *Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. Bethesda, MD: National Library of Medicine.
- Shieh, C., Mays, R., McDaniel, A., & Yu, J. (2009). Health Literacy and Its Association With the Use of Information Sources and With Barriers to Information Seeking in Clinic-Based Pregnant Women. *Health Care for Women International*, 30(11), pp.971-988. doi:10.1080/07399330903052152
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), pp.1053-1058.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., & Chavarria, E. A. (2011). eHealth literacy among college students: a systematic review with implications for eHealth education. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e102.
- Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., et al. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), pp.806-812.
- Toçi, E., Burazeri, G., Sørensen, K., Kamberi, H., & Brand, H. (2015). Concurrent validation of two key health literacy instruments in a South Eastern European population. *European Journal of Public Health*, 25(3), pp.482-486. doi:10.1093/eurpub/cku190

- van der Heide, I., Rademakers, J., Schipper, M., Droomers, M., Sørensen, K., & Ueters, E. (2013). Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*, 13(1), pp.179. doi:10.1186/1471-2458-13-179
- Wang, M.-J., & Lin, S.-P. (2010). Study on doctor shopping behavior: insight from patients with upper respiratory tract infection in Taiwan. *Health Policy*, 94(1), pp.61-67.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., et al. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*, 3(6), pp.514-522.
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization, Geneva.
- Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M., & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Family Medicine*, 34(5), pp.383-389.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2003). Elaborating a definition of health literacy: a commentary. *Journal of Health Communication*, 8(S1), pp.119-120.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), pp.195-203.

## The Relationship between Sub-dimensions of Health Literacy and Health-Related Behaviors among Korean Adults

**Kim, Seongeun**  
(Hallym University)

**Park, Dong-Jin**  
(Hallym University)

**Choi, Jounghwa**  
(Hallym University)

---

In the age of abundant health information, health literacy has become one of the required skills to manage one's own health. While previous studies have often taken a unidimensional approach to health literacy, this study focused on the multi-dimensionality of health literacy and its relationships with various health-related behaviors. Specifically, this study explored how the different sub-dimensions of health literacy (i.e., access, understanding, appraisal, and application) relate with health information usage on the Internet, health management behaviors, doctor-patient communication efficacy, and doctor shopping. Our analysis of an online survey of 685 Korean adults revealed that each sub-dimension of health literacy uniquely relates to health-related behaviors: access capacity was positively related with health information usage on the Internet; understanding capacity was positively related with doctor-patient communication; appraisal capacity was positively related with doctor shopping; application capacity was positively related with health management behaviors and doctor-patient communication. By identifying specific types of health literacy that are relevant to a particular health behavior, the present study provides strategic guidance for health promotion and health literacy education.

---

**Keywords:** Health Literacy, Health Information Usage on the Internet, Health Management Behaviors, Doctor-Patient Communication Efficacy, Doctor Shopping