



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



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

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

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

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

[Disclaimer](#)

보건학 석사학위 논문

50세 이상 일부 성인의 대장내시경
검진 수행 관련요인

Factors related to the Performance of Colonoscopy
Examination in a Community of Adults aged
50 years and older

아주대학교 보건대학원

보건학과/보건정책과 관리 전공

정 해 숙

50세 이상 일부 성인의 대장내시경 검진 수행 관련요인

Factors related to the Performance of Colonoscopy
Examination in a Community of Adults aged
50 years and older

지도교수 이 윤 환

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함.

2016년 6월

아주대학교 보건대학원

보건학과/보건정책과 관리 전공

정 해 숙

정해숙의 보건학 석사학위 논문을 인준함.

심사위원장 이 윤 환 (인)

심 사 위 원 이 순 영 (인)

심 사 위 원 박 재 범 (인)

아주대학교 보건대학원

2016년 6월 20일

50세 이상 일부 성인의 대장내시경 검진 수행 관련요인

아주대학교 보건대학원 보건학과

정 해 숙

(지도교수 : 이 윤 환)

본 연구는 대장내시경 검진률을 향상시키고자 50세 이상 일부 성인을 대상으로 건강신념모델을 이용하여 대장내시경 검진 수행과 관련된 요인을 규명하기 위해 시도된 서술적 조사연구이다.

임의표본추출한 50대 이상 성인 남녀를 대상으로 Lee 등(2002)이 한국형으로 개발한 유방암 건강신념 측정도구(K-CHBMS)와 Rawl 등(2001)이 개발한 Colonoscopy Benefits and Barriers Scale을 사용하여 설문조사 하였으며, 수집된 자료는 총 119부였고, SPSS Window를 사용하여 통계분석 하였다.

일반적 특성과 건강신념과의 관련성을 파악하기 위해 건강신념 평균의 차이를 비교한 결과 성별, 연령, 학력, 수입, 민영보험 가입여부, 건강관심도, 규칙적 운동여부에서 통계적으로 유의한 차이를 보였고, 일반적 특성과 대장내시경 검진과의 관련성을 파악하기 위해 카이제곱을 실시한 결과 수입과 건강관심도에서 유의한 관련이 있는 것으로 나타났다. 대장내시경 검진여부와 건강신념간의 관련성을 파악하기 위해 그룹간 건강신념 평균의 차이를 비교한 결과 심각성, 유익성, 장애성, 자기효능감에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 대장내시경 검진 수행에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 일반적 사항을 통제한 후 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 심각성, 장애성, 자기효능감이 유의한 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 따라서, 대장내시경 검진률을 향상시키기 위해서는 심각성, 자기효능감을 높게 인지하고, 장애성을 낮출수 있는 중재 프로그램과 교육 개발이

필요할 것으로 사료된다.

핵심어 : 대장내시경, 건강신념, 심각성, 자기효능감, 장애성



차 례

국문요약

I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	4
3. 용어의 정의	5
II. 문헌고찰	8
1. 건강신념모델	8
2. 대장암 검진행위와 관련된 건강신념	11
III. 연구방법	14
1. 연구설계	14
2. 연구대상자 및 표본	14
3. 자료수집방법 및 절차	15
4. 연구도구	15
5. 분석방법	18
IV. 연구결과	19
1. 대상자의 일반적 특성	19
2. 대상자의 건강신념	21
3. 대상자의 대장내시경 검진 여부	23
4. 일반적 특성과 건강신념	23
5. 대장내시경 검진여부와 건강신념	28
6. 일반적 특성과 대장내시경 검진	30
7. 대장내시경 검진 관련요인	32

V. 논의 35

VI. 결론 39

참고문헌 - 40

부록 46

영문초록 58



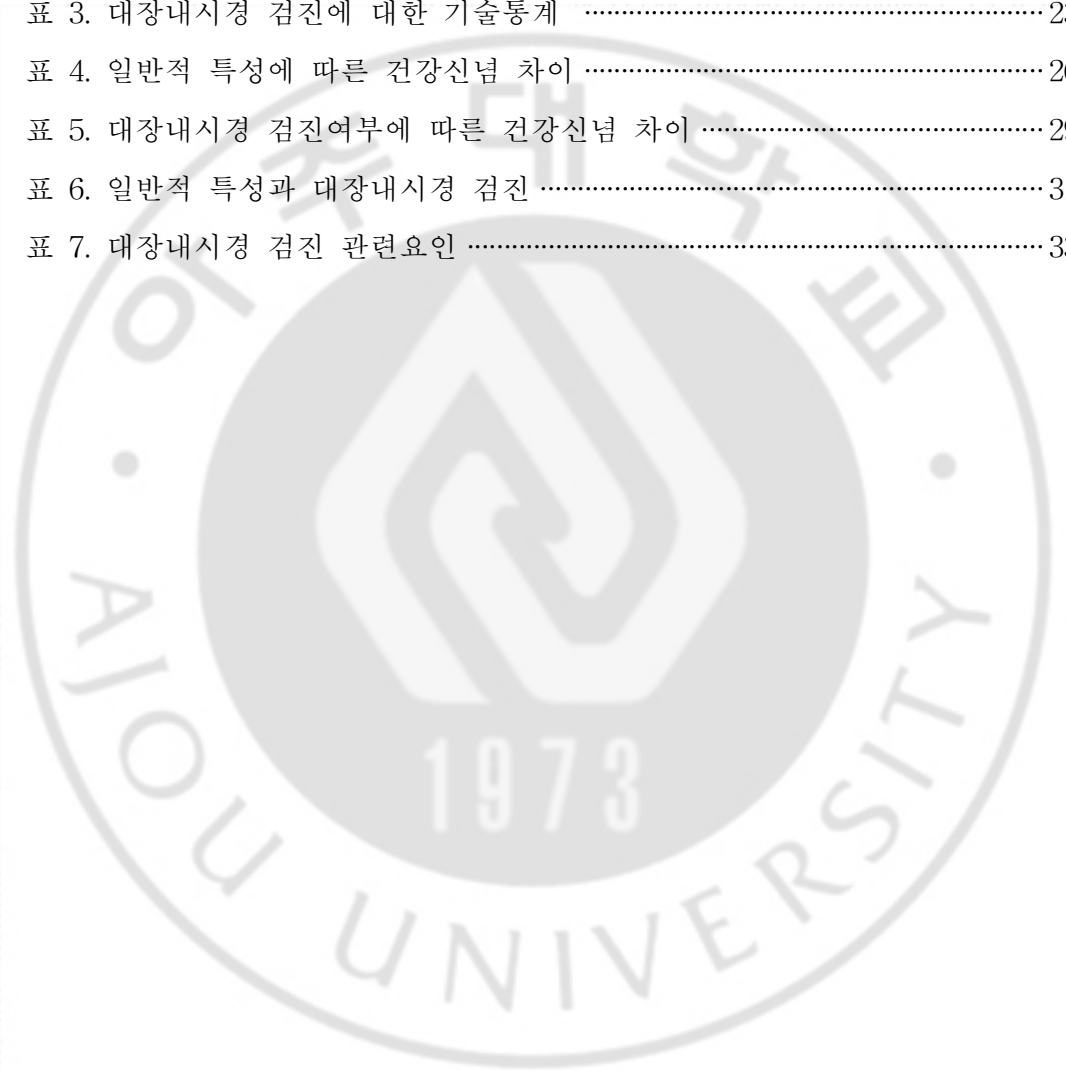
그림 차례

그림 1. 본 연구의 개념적 기틀 14



표 차례

표 1. 대상자의 일반적 특성	20
표 2. 건강신념에 대한 기술통계	22
표 3. 대장내시경 검진에 대한 기술통계	23
표 4. 일반적 특성에 따른 건강신념 차이	26
표 5. 대장내시경 검진여부에 따른 건강신념 차이	29
표 6. 일반적 특성과 대장내시경 검진	31
표 7. 대장내시경 검진 관련요인	33



I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라는 산업화와 현대의학의 발달로 생활수준이 향상되고 평균수명이 연장되면서 고령화 사회로 진입하였다. 이는 질병양상의 변화뿐만 아니라 사망원인의 구조적 변화로 이어져 우리나라 10대 사인 중 암이 차지하는 비중은 해마다 높아지고 있다(우해영, 2008). 통계청 자료에 따르면 2013년 우리나라 주요 사망원인은 악성 신생물(암), 뇌혈관 질환, 심장 질환, 고의적 자해(자살), 당뇨병 순으로 악성 신생물(암)은 사망원인 1순위를 지속적으로 유지해 오고 있으며, 인구 10만명당 사망률은 악성 신생물(암) 149명, 뇌혈관 질환 50.3명, 심장질환 50.2명, 고의적 자해(자살) 28.5명, 당뇨병 21.5명으로 악성 신생물(암)로 인한 사망률은 월등히 높고, 매년 증가하는 추세를 보이고 있다(통계청, 2014).

대장암은 결장 또는 직장에서 발생하는 악성 종양(선암)으로 대부분 점막에서 발생하며, 암이 발생하는 위치에 따라 결장에 생기는 경우에는 결장암, 직장에 생기는 경우에는 직장암 이라 하며, 이를 통칭하여 대장암이라고 한다. 우리나라는 최근 식생활이 서구화되면서 대장암의 발병률 및 사망률이 급속도로 증가하고 있다. 대장암은 인구 10만명당 발생률이 1999년 21.2명, 2005년 31.9명, 2012년 38.5명으로 지속적인 증가추세에 있으며, 2012년 연령군별 암발생 순위에서도 갑상선암을 제외할 때 35~64세 성인에서 위암 다음으로 발생빈도가 높았고, 65세 이상의 성인에서는 위암, 폐암에 이어 세 번째로 높은 발생빈도를 보였다(중앙암등록본부, 2014).

대장암의 발병 원인은 매우 다양하지만, 불규칙적이고 서구화된 식습관 및 음주, 흡연 등 잘못된 생활습관이 발병률을 높이는 위험요소로 알려져 있다. 하지만 대장암의 경우 5년 생존율이 72% 정도로 다른 암에 비해 비교적 높은 편이고, 특히 조기에 발견된 대장암의 경우 5년 생존율이 90% 이상으로 매우 높다.

따라서, 대장암의 위험요인을 이해하여 바른 식생활 습관을 갖고, 초기 악성 종양에서는 대부분 자각 증상이 없으므로 조기발견을 위해 정기 검진을 받는 것이 매우 중요하다고 할 수 있다(대한대장항문학회, 2014).

대장암의 진단검사에는 직장수지검사, 분별잠혈반응검사, 암태아성 항원검사(CEA), 대장조영술, 대장내시경 검사 등이 있으며, 우리나라 국가암 검진사업에서는 대장암의 경우 만50세 이상에서 1년마다 분별잠혈검사를 받은 후 양성판정자는 대장내시경 또는 대장조영검사를 선택하여 받게 하고 있다. 그러나, 국가암 검진대상인 위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암 중 대장암의 수검률은 30% 내외로 가장 낮은 수검률을 보이고 있어 국가적 차원에서 대장암 선별검사로서의 역할을 제대로 수행하지 못하고 있는 실정이다(통계청, 2015).

대장암 조기 진단방법 중 하나인 대장내시경검사는 종양에 대한 명확한 정보 제공 및 암 유발 가능성이 있는 문제가 확인되었을 때 직접 시술이 가능한 장점이 있다(Davila et al, 2006). 국립암센터와 대한대장항문학회에서도 대장내시경 검사는 항문을 통해 내시경을 대장에 삽입하여 대장 전체를 직접 관찰하는 검사로 대장암의 가장 정확한 진단방법이며, 대장암 조기발견을 위하여 5~10년 주기로 대장내시경검사 검사를 받도록 권고하고 있다. 그러나, 우리나라는 50세 이상 남녀의 10년 이내 대장내시경 수검률은 25.1%로 선진국에 비해 저조한 편이다(계수연, 2010). 장청결액 복용 등 검사전 처치나 검사도중 발생하는 통증 등에 대한 두려움이 대장내시경을 받지 않는 가장 큰 이유로 알려져 있다(김영호, 2008). 따라서, 대장암을 조기에 진단하기 위한 대장내시경 검진 수행에 영향을 미치는 관련요인을 규명할 수 있다면, 각 요인에 적합한 중재 방안을 마련할 수 있을 것으로 보인다.

암 예방검진과 같은 예방적 건강행위를 예측하기 위해 개발된 이론으로 건강신념모델(Health Belief Model)을 들 수 있다. 건강신념모델은 예방접종이나 자궁경부암 검진을 비롯한 각종 검진을 잘 받지 않는 것을 설명하기 위해 미국 공중보건사업에 참여한 사회심리학자들에 의해 최초로 개발되었다(Becker, 1974). 건강신념모형은 가치-기대 이론으로 질병을 피하기 위한 또는 회복하기 위한 욕구

(가치)와 어떤 사람이 선택할 수 있는 어떤 특정 건강행위가 질병을 예방한다는 믿음(기대)로 해석될 수 있다(Janz, Champion & Strecher, 2002). 건강신념모델의 구성요소로는 자신이 어떤 질병에 걸릴 위험이 있다고 지각하는 민감성, 어떤 상태나 후유증이 얼마나 심각한가에 대해 지각하는 심각성, 위험이나 심각성을 줄이기 위한 행동의 효과에 대해 지각하는 유익성, 어떤 건강행위를 하려고 할 때 그 건강행위의 잠재적인 부정적 측면에 대해 지각하는 장애성, 건강 행동을 유발하는 행동 촉발요소가 되는 행동계기, Rosenstock 등이 초기 개념에 추가한 어떤 행동을 성공적으로 수행할 수 있다고 믿는 자신감인 자기효능감이 있다(신윤희, 2014).

외국에서는 대장암 검진행위에 영향을 미치는 요인을 규명하고자 건강신념모델을 적용하여 활발한 연구가 이루어지고 있다. 미국에서도 대장암 검진행위에 대한 영향요인을 규명하기 위한 연구의 이론적 기틀로서 건강신념 모델이 가장 많이 적용되고 있다(Beydoun, 2008). 대장암 검진행위에 대한 관련요인을 규명한 연구(Jacobs LA, 2002; Hay JL et al, 2003; Menon U et al, 2003; Zahra Taheri-Kharamah et al, 2015)에서 연구결과는 다소 차이를 보였으나, 지각된 장애성은 대부분의 연구에서 대장암 검진행위의 강력한 영향요인으로 나타났다. 그러나, 분별잠혈반응검사와 직장내시경, 대장내시경 검사를 구분하여 각 검진행위에 대한 영향요인을 보고한 사례는 많지 않고, 특히 대장내시경검사에 대한 건강신념을 파악한 연구는 거의 없는 실정이다. 검진행위를 구분하여 분석한 연구에서도 분별잠혈반응검사와 직장경검사를 실시한 그룹에서는 장애성이 유의한 음의 관계를 보였고, 직장경 또는 대장경 검사를 실시한 그룹에서는 유익성은 유의한 양의 관계를 보였으나 분별잠혈반응검사는 유의하지 않은 것으로 나타나 각 검진행위에 대한 건강신념에 차이가 있음이 보고되었다(James AS, 2002).

국내의 경우를 살펴보면, 대장암 검진행위에 영향을 미치는 요인을 파악한 연구(우혜영, 2008; 임지혜, 2011; 박수호, 2012; 김미진, 2012 등)는 다수이나 건강신념모델을 적용한 연구는 유방암 검진, 자궁암 검진에 비해 부족한 실정이다. 대장암 검진에 건강신념 모델을 적용한 연구로는 중년여성을 대상으로 암 예방

적 건강행위의 관련 요인을 파악한 연구(박은희, 2009)와 중·노년 대상자의 대장암 검진행위와 건강신념을 측정된 연구(이주현, 2006), 성인의 대장암에 대한 건강신념과 대변잠혈반응검사의 연관성을 측정된 연구(배나영, 2012) 등으로 보고된 연구가 적다. 대장암의 경우 다른암에 비해 검진방법이 다양하고, 검진방법마다 시술시간, 비용, 검사 전·후 처치, 시술 과정 등이 다르므로 대상자가 각 검진방법에 대해 지각하는 유익성과 장애성, 자기효능감은 차이가 있을 수 있다. 그러나 대부분의 연구에서 검진방법에 대한 구분 없이 대장암 검진에 대한 건강신념을 파악하거나, 검진방법에 따른 특이 측정도구가 사용되지 않아 관련요인의 영향력에 대한 설명을 희석시킬 우려가 있다. 또한, 검진방법 중 대장내시경 검사에 대한 특이도구를 사용하여 건강신념을 파악한 연구는 거의 없는 실정이다.

이에 본 연구에서는 50세 이상의 성인을 대상으로 대장암 검진행위 중 대장내시경검사에 대한 건강신념 측정도구를 사용하여 민감성, 심각성, 유익성, 장애성, 자기효능감, 행동계기가 대장내시경 검진에 영향을 미치는 요인인지 확인하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 건강신념모델을 적용하여 50세 이상 일부 성인의 대장내시경 검진 시행에 영향을 미치는 관련요인을 파악하고자 하는 것이다.

구체적인 연구목표는 다음과 같다.

첫째, 대상자의 일반적 특성을 파악한다.

둘째, 대상자의 건강신념을 파악한다.

셋째, 일반적 특성, 건강신념, 대장내시경 검진 여부의 관련성을 파악한다.

넷째, 건강신념모델을 적용하여 대장내시경 검진에 영향을 미치는 관련요인을 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 민감성

① 이론적 정의

어떠한 건강문제나 질병에 걸릴 위험성을 주관적으로 지각하는 것을 말한다(Janz, Champion & Strecher, 2002).

② 조작적 정의

본 연구에서 민감성은 대장암에 걸릴 가능성이 있다고 지각하는 것으로, Champion(1993)이 개발한 유방암 검진 건강신념도구(Champion Health Belief Model Scale, CHBMS)를 Lee(2002) 등이 한국형으로 수정 보완한 도구에서 “유방암”을 “대장암”으로 대체하여 사용하였으며, 총 5문항으로 구성되어 있다.

2) 심각성

① 이론적 정의

어떠한 건강문제나 질병의 후유증 또는 결과가 얼마나 심각할지에 대하여 주관적으로 지각하는 것을 말한다(Janz, Champion & Strecher, 2002).

② 조작적 정의

본 연구에서 심각성은 대장암의 후유증 또는 결과의 심각성에 대하여 지각하는 것으로, Champion(1993)이 개발한 유방암 검진 건강신념도구(Champion Health Belief Model Scale, CHBMS)를 Lee(2002) 등이 한국형으로 수정 보완한 도구에서 “유방암”을 “대장암”으로 대체하여 사용하였으며, 총 7문항으로 구성되어 있다.

3) 유익성

① 이론적 정의

질병에 대한 건강행위 수행이 질병의 위협을 감소시키고 자신에게 유익하고 효과적이라고 지각하는 것을 말한다(Janz, Champion & Strecher, 2002).

② 조작적 정의

본 연구에서 유익성은 대장내시경 검진 시행의 이익과 효과에 대하여 지각하는 것으로, Rawl 등(2001)이 개발한 Colonoscopy Benefits and Barriers Scale을 사용하였으며, 총 5문항으로 구성되어 있다.

4) 장애성

① 이론적 정의

건강행위에 대한 부정적인 지각으로 건강행위에 잠재된 부정적 측면을 의미한다(Janz, Champion & Strecher, 2002).

② 조작적 정의

본 연구에서 장애성은 대장내시경 검진 시행의 장애요소에 대하여 지각하는 것으로, Rawl 등(2001)이 개발한 Colonoscopy Benefits and Barriers Scale을 사용하였으며, 총 10문항으로 구성되어 있다.

5) 자기효능감

① 이론적 정의

자신이 어떤 결과를 얻는데 필요한 행동을 성공적으로 수행할 수 있다고 믿는 자신감을 의미한다(Bandura, 1977).

② 조작적 정의

본 연구에서 자기효능감은 대장내시경 검진 수행에 대한 자신감으로, Champion(1993)이 개발한 유방암 검진 건강신념도구(Champion Health Belief Model Scale, CHBMS)를 Jacobs(2002)가 대장암 검진으로 수정·보완한 도구를

사용하였으며, 총 5문항으로 구성되어 있다.

6) 행동계기

① 이론적 정의

어떠한 행동 유발의 계기가 되는 자극을 의미한다(Janz, Champion & Strecher, 2002).

② 조작적 정의

이 연구에서는 대장내시경 검진에 영향을 줄 수 있는 외적 사항으로 주위의 권고 여부로 조작화하였다.

7) 대장내시경 검진

① 이론적 정의

대장내시경 검사는 신축성 있는 내시경을 이용하여 항문을 통해 직장, 하행결장, 횡행결장, 상행결장, 회맹관 등을 검사하여 점막의 염증, 종양, 출혈 및 장폐색의 유무를 육안으로 직접 관찰하는 검사이다(정인섭, 2004).

② 조작적 정의

본 연구에서는 대장암 검진방법 중 대장내시경 검사의 수검여부를 말하며, 최근 10년 이내에 “대장내시경 검사를 받은적이 있다”와 “대장내시경 검사를 받은적이 없다”로 분류하였다.

II. 문헌고찰

1. 건강신념모델

건강신념모델(Health Belief Model, HBM)은 건강행위 이행을 설명하는 개념적 틀로서 가장 폭넓게 사용되어온 이론으로, 1950년대에 사람들이 예방적 건강검진을 잘 받지 않는 것을 설명하기 위하여 미국 공중보건사업에 참여한 사회심리학자들에 의해 최초로 개발되었다. 건강신념모델은 가치-기대 이론이다. 가치기대 이론은 대상자에 의해 주어진 주관적인 가설 또는 기대의 역할을 강조한다. 이런 관점에서 행동은 어떤 결과의 주관적 가치이고 주관적 개연성 또는 주관적인 기대이다. 기대-가치를 건강행위와 관련 시켜보면, 질병을 피하기 위한 또는 회복하기 위한 욕구(가치)와 어떤 사람이 선택할 수 있는 어떤 특정 건강행위가 질병을 예방한다는 믿음(기대)로 해석될 수 있다(Janz, Champion & Strecher, 2002). 즉, 건강신념모델에 의하면 행위를 결정하는 것은 개인의 주관적 지각에 의존하며, 행위는 개인이 특정한 결과를 부여하는 가치와 주어진 행동이 그러한 결과를 초래할 것이라는 기대에 의해 영향을 받는다. 건강신념모델은 다음과 같은 구성요소로 이루어져 있다.

1) 지각된 민감성(Perceived Susceptibility)

어떠한 건강문제나 질병에 걸릴 위험성을 주관적으로 지각하는 것을 말한다. 한 개인의 특성이나 행위에 근거하여 개개인의 위험을 개별화하는 것으로 질병에 노출될 수 있음을 자각하는 것이다. 민감성의 정도는 개인마다 차이가 있고 민감성 정도에 따라 건강행위를 할 가능성이 달라질 수 있다.

2) 지각된 심각성(Perceived Severity)

어떠한 건강문제나 질병의 후유증 또는 결과가 얼마나 심각할지에 대하여 주관적으로 지각하는 것을 말한다. 질병을 치료하지 않고 그냥 둘 때 죽음이나 장

애, 가족생활과 사회적 관계에 문제가 생길 것이라고 심각하게 생각하는 것을 말한다. 개인이 지각하는 심각성 정도에 따라 건강행위를 할 가능성이 달라질 수 있다.

3) 지각된 이익(Perceived Benefits)

위험이나 심각성을 줄이기 위해 행한 행동의 효과에 대한 견해를 말한다. 건강 문제에 대하여 민감하고 심각하게 느낀다 하더라도 어떤 건강행동이 질병의 위협을 감소시키는 것이 가능하고 효과적이라고 믿을 때 행동을 하게 된다. 즉, 어떠한 건강행위에 대한 효과가 크다고 지각할수록 행위를 할 가능성이 높아지게 된다.

4) 지각된 장애(Perceived Barriers)

어떤 건강행위를 하려고 할 때 그 건강행위의 잠재적인 부정적 측면(비용, 위험성, 부작용, 시간소요, 습관의 변화, 불편함 등)이 건강행동을 방해한다. 즉, 어떤 행동의 실제적이고 심리적인 대가에 대한 개인의 지각을 말한다. 어떠한 건강행위에 대한 부정적 측면이 크다고 생각할수록 행위를 할 가능성은 낮아지게 된다.

5) 자기효능감(Self-efficacy)

자신이 어떤 결과를 얻는데 필요한 행동을 성공적으로 수행할 수 있다고 믿는 자신감이라고 정의한다(Bandura, 1977). Rosenstock 등은 건강신념모형의 기존 개념인 민감성, 심각성, 유익성, 장애성과는 구분되는 요소로 자기효능감을 건강신념모형에 추가할 것을 제안하였다(Janz, Champion & Strecher, 2002).

6) 행동계기

어떠한 행동 유발의 계기가 되는 자극을 의미한다. 행동이 일어나는 준비는 대중매체광고, 병원에서 보내주는 엽서, 가족의 질병, 의사의 권유, 건강교육 등과

같이 행동을 유발하는 계기에 의해 강력해 질 수 있다. 이것은 행동의 촉발요소로서 부각되고 있긴 하지만 체계적으로 검증하는 것이 쉽지는 않다.

즉, 건강신념모델은 지각된 민감성, 심각성, 이익성, 자기효능감이 높을수록, 그리고 지각된 장애성이 낮을수록 건강행위를 할 가능성이 높으며, 여기에 행동 유발의 계기가 주어졌을 때 건강행위로 이행된다고 설명하고 있다.

1974년 건강신념모델과 건강행위가 사회적으로 이슈화 되면서 이후 10년 동안 건강신념모델은 건강행위 수행을 예측하고 설명하기 위한 중요한 개념적 기틀을 제공하였으며(Becker, 1974), Janz & Becker는 1974년부터 1984년까지 건강신념모델을 적용한 논문을 메타분석한 결과 건강행위에 가장 유의한 영향을 주는 요인으로는 지각된 장애성, 지각된 이익, 지각된 심각성 순이었으며, 지각된 심각성은 가장 미약한 영향요인으로 나타났다(Janz and Becker, 1984). 또한, 건강신념모형을 적용한 한국인 건강관련행동연구에 대한 메타분석(조희숙 등, 2004) 연구결과, 건강행동의 경우 건강신념을 구성하는 모든 요소들이 유효하게 영향을 주는 것으로 나타났고, 특히 지각된 장애성이 가장 강력한 영향요인으로 확인되었으며, 환자역할행동의 경우 교육을 통한 행동계기 제공이 가장 큰 효과를 보였고, 지각된 이익이 치료순응도 향상에 효과가 있는 것으로 확인되었다. 이처럼 건강신념모형을 적용하여 모형의 구성요소와 건강행위와의 관련성을 규명하는 연구는 질병예방행동, 건강증진 행동, 환자역할 행동 등 전반적인 영역에서 다양한 대상을 통해 이루어지고 있다.

2. 대장암 검진행위와 관련된 건강신념

우리나라는 최근 불규칙적이고 서구화된 식습관, 음주, 흡연 등 잘못된 생활습관으로 대장암의 발생률 및 사망률이 급속히 증가하고 있다(중앙암등록본부, 2014). 대장암의 경우 조기발견시 5년 생존율이 90% 이상으로 매우 높게 보고되고 있다. 따라서, 대장암 선별검사를 통해 대장암을 조기에 발견함으로써 대장암으로 인한 발병률과 사망률을 감소시킬수 있다(대한대장항문학회, 2014). 대장암 선별검사 중 대장내시경검사는 검사 전후의 불편감, 위험에도 불구하고 암 또는 전암 병변을 정확하게 진단하고 대장 전체를 육안으로 확인하며, 용종제거 및 조직검사를 통해 대장암 발생률을 급격히 감소시킬수 있어 대장암 선별검사로서 선호되어지는 검사이다(Davila, 2006).

그러나, 우리나라 대장암 검진 수검률은 국가암 검진의 경우 30%내외로 5대암 중 가장 낮은 수검률을 보이고 있고(통계청, 2015), 50대 이상 남녀의 10년 이내 대장내시경 수검률 또한 25.1%로 선진국에 비해 저조한 편이다(계수연, 2010). 대장암검진 미수검 이유를 조사한 결과 ‘건강하기 때문에(42.2%)’ 라는 응답이 가장 많았고, ‘시간적 여유가 없어서(23.4%)’, ‘검사과정이 힘들어서(16.1%)’, ‘암 발견의 두려움(7.6%)’ 순으로 나타났다(국립암센터, 2015). 또한, 장청결액 복용 등 검사전 처치나 검사도중 발생하는 통증 등에 대한 두려움이 대장내시경 검사를 받지 않는 가장 큰 이유로 알려져 있다(김영호, 2008). 연령을 포함한 인구학적 요인 및 사회 경제적 수준 등은 개인의 노력이나 의지로 수정하기 어렵고 빠른 효과를 얻을수 없는 반면, 건강행위에 대하여 개인이 가지는 건강신념과 같은 사회인지적 요인들은 수정이 가능하기 때문에 예방행동 수행의 중요한 영향요인으로 제안되고 있다(김혜민, 2012).

대장암 검진행위에 건강신념모델을 적용한 선행연구를 살펴보면, Jacobs(2002)는 대장암 진단을 받은 60세 이하 환자의 직계가족 90명을 대상으로 대장암 및 대장내시경검진에 대한 건강신념을 조사하였는데 교육수준이 높을수록, 심각성이 높을수록, 장애성이 낮을수록 대장내시경 검진 수행 정도가 높은

것으로 나타났다. James, Campbell & Hudson(2002)은 노스캐롤라이나주에서 교회 건강증진 프로그램에 참여한 850명의 아프리카계 미국인을 대상으로 대장암 검진 방법을 구분하여 지각된 이익성과 장애성이 대장암검진의 예측요인인지를 조사하였는데 분별잠혈반응검사는 이익성과는 관련이 없고, 장애성은 낮을수록 시행 정도가 높고, S상 결장경검사는 이익성이 높을수록, 장애성이 낮을수록 시행 정도가 높으며, 대장내시경의 경우 이익성이 높을수록 시행 정도가 높으나, 장애성과는 관련이 없는 것으로 나타났다. Menon et al(2003)은 직장 대장암 검진 프로그램에 참여한 40대 이상 성인 220명을 대상으로 분별잠혈반응검사와 대장내시경검사와 관련된 건강신념을 조사하였는데 분별잠혈반응검사는 여성인 경우, 장애성이 낮을수록, 의사의 권유를 받은 경우 수행 정도가 높은 것으로 나타났고, 대장내시경 검사는 지식이 높을수록, 장애성이 낮을수록, 자기효능감이 높을수록, 의사의 권유를 받은 경우 일수록 수행 정도가 높은 것으로 나타났다. Hay JL et al(2003)이 정기적인 유방암 검사를 받고 있는 50대 이상 성인 여성 280명을 대상으로 한 연구에서는 유익성, 장애성, 자기효능감, 의사의 권유가 대장암검진 수행의 예측변수로 나타났고, 그 중 의사의 권유가 가장 큰 영향요인으로 확인되었다.

국내에서는 박은희(2009)가 40-64세 중년여성 390명을 대상으로 건강신념이 암 예방적 건강행위에 미치는 영향을 파악하였는데, 정기적인 검진을 이행함에 있어 건강신념은 영향요인으로 나타나지 않았다. 이주현(2006)의 중·노년 대상자의 대장암 검진행위와 건강신념에 대한 연구에서는 수입, 건강동기, 자기효능감이 유의한 영향 요인으로 확인되었고, 성인의 대장암에 대한 건강신념과 대변잠혈반응검사의 연관성 관한 배나영(2012)의 연구에서는 민감성, 심각성, 장애성, 건강동기가 대장암 검진의 영향 요인으로 확인되었다. 건강신념 구성요소 중 자기효능감만을 적용하여 대장내시경 검진의도에 영향을 미치는 요인을 파악한 김미진(2012)의 연구에서는 자기효능감이 가장 강력한 영향요인으로 확인되었다. 그러나 현재 대장암 검진과 건강신념의 관련성을 조사한 연구는 다른 암에 비해 부족한 실정이다.

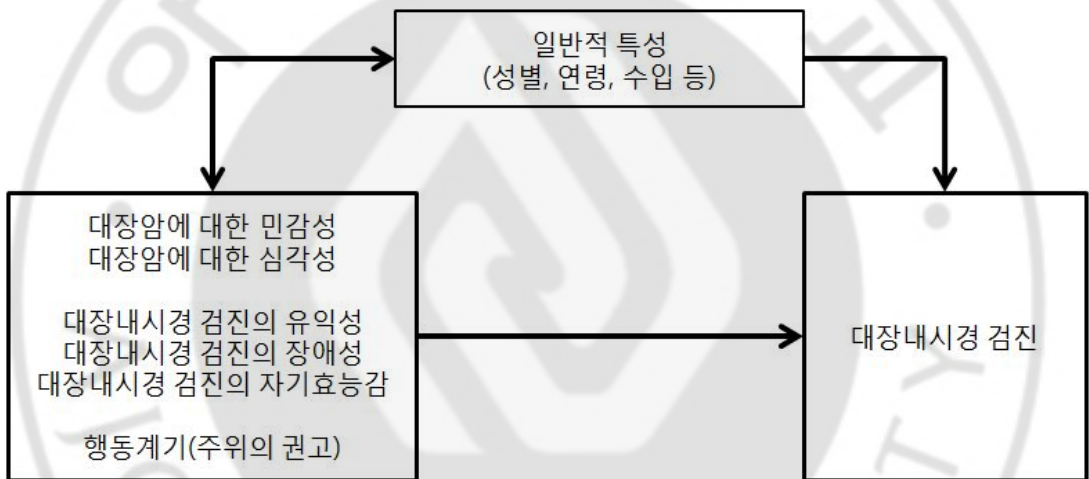
본 연구에서는 대장암 검진률을 향상시키기 위하여 건강신념모델의 구성요소인 민감성, 심각성, 유익성, 장애성, 자기효능감, 행동계기(주위의 권고)가 대장내시경검진 수행에 영향을 미치는 요인인지를 살펴보고자 한다.



Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 50세 이상 성인을 대상으로 질문지법을 사용하여 대장내시경 검진 수행에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.



<그림 1> 본 연구의 개념적 기틀

2. 연구 대상자 및 표본

본 연구의 대상자는 50세 이상 성인 남·녀로서, 아래의 대상자 선정기준에 맞는 대상자를 임의추출하였다.

대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 대장암 진단을 받은 적이 없는 자
- 2) 본 연구의 목적, 내용, 진행과정에 동의하고 연구에 참여 의사를 밝힌 자
- 3) 질문지의 내용을 이해하며 의사소통이 가능한 자

총 수집된 자료 125명 중 무성의한 응답자 6명을 제외하고 최종 본 연구에 참여한 대상자는 119명이었다. Cohen(1987)의 회귀분석을 이용한 공식을 사용하여 G-power 3.1에서 유의수준 $\alpha=0.05$, 효과크기 $f^2=0.15$, 검정력=0.80, 예측변수 8개를 반영하였을 때 요구되는 연구대상자가 114명이었으므로 본 연구의 대상자는 충분한 것으로 확인되었다.

3. 자료수집방법 및 절차

기관연구윤리심의위원회(Institute Review Board)의 승인을 받은 후(승인번호 : AJIRB-MED-SUR-16-081) 수원시 소재 성당에서 50세 이상 성인 남녀를 대상으로 2016년 4월 20일부터 4월 30일까지 자료를 수집하였다. 연구의 목적, 연구 참여의 자율성 및 비밀보장, 연구내용 및 진행과정에 대해 설명한 후 연구목적을 이해하고 참여의사를 밝힌 대상자에게 준비된 설문지를 배부하여 직접 작성토록 하였다. 설문에 소요된 시간은 10분 가량 이었으며, 작성을 완료한 후에 설문지의 완성도를 연구자가 확인하였다.

4. 연구도구

1) 민감성 측정도구

본 연구에서 민감성은 Champion(1993)이 개발한 유방암 검진 건강신념도구 (Champion Health Belief Model Scale, CHBMS)를 Lee(2002) 등이 한국형으로

수정 보완한 도구에서 “유방암”을 “대장암”으로 수정하여 사용하였으며, 도구개발자인 Champion과 Lee에게 E-mail을 통해 사용허락을 받았다. 대장암에 걸릴 가능성에 대한 문항으로 총 5문항으로 구성되며, 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 대장암에 대한 민감성이 높은 것을 의미한다. CHBMS(1993) 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α .93, Lee(2002) 등의 한국판 CHBMS의 신뢰도는 Cronbach's α .92였으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α .94로 나타났다.

2) 심각성 측정도구

본 연구에서 심각성은 Champion(1993)이 개발한 유방암 검진 건강신념도구 (Champion Health Belief Model Scale, CHBMS)를 Lee(2002) 등이 한국형으로 수정 보완한 도구에서 “유방암”을 “대장암”으로 수정하여 사용하였으며, 도구개발자인 Champion과 Lee에게 E-mail을 통해 사용허락을 받았다. 대장암의 후유증 또는 결과의 심각성에 대한 문항으로 총 7문항으로 구성되며, 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 대장암에 대한 심각성이 높은 것을 의미한다. CHBMS(1993) 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α .80, Lee(2002) 등의 한국판 CHBMS의 신뢰도는 Cronbach's α .85이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α .87로 나타났다.

3) 유익성 측정도구

본 연구에서 유익성은 Rawl 등(2001)이 개발한 Colonoscopy Benefits and Barriers Scale을 사용하였으며, 도구개발자인 Rawl에게 E-mail을 통해 사용허락을 받았다. 대장내시경 검진 시행의 이익과 효과에 대한 문항으로 총 5문항으로 구성되며, 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 대장내시경 검진에 대한 유익성이 높은 것을 의미한다. 도구 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α .70이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α .90으로 나타났다.

4) 장애성 측정도구

본 연구에서 장애성은 Rawl 등(2001)이 개발한 Colonoscopy Benefits and Barriers Scale을 사용하였으며, 도구개발자인 Rawl에게 E-mail을 통해 사용허락을 받았다. 대장내시경 검진 시행의 장애요소에 대한 문항으로 총 10문항으로 구성되며, 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 대장내시경 검진에 대한 장애성이 높은 것을 의미한다. 도구 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α .77이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α .82로 나타났다.

5) 자기효능감 측정도구

본 연구에서 자기효능감은 Champion(1993)이 개발한 유방암 검진 건강신념도구(Champion Health Belief Model Scale, CHBMS)를 Jacobs(2002)가 대장암 검진으로 수정·보완한 도구를 사용하였다. 대장내시경 검진 수행의 자신감에 대한 문항으로 총 5문항으로 구성되며, 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 대장내시경 검진에 대한 자신감이 높은 것을 의미한다. 도구 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α .88이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α .85로 나타났다.

6) 행동계기

주위의 권고(주위에서 대장내시경 검진을 권하는 사람이 있습니까) 여부를 '있다', '없다'로 분류하였다.

7) 대장내시경 검진

종속변수로 지난 10년 이내에 대장내시경 검사를 받은 적이 있는가에 대한 응답으로 “대장내시경 검사를 받은적이 있다”와 “대장내시경 검사를 받은적이 없다”로 분류하였다.

5. 분석방법

본 연구에서 수집된 자료의 분석은 SPSS Window를 이용하였다. 연구대상자의 일반적 특성과 건강신념 정도를 알아보기 위해 기술통계분석을 실시하였고, 일반적인 특성, 대장내시경 검진여부, 건강신념과의 관계는 독립 t-검정 (Independent t-test), 일원분산분석(Analysis of variance, ANOVA), χ^2 -test를 이용하여 분석하였다. 대장내시경 검진에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 로지스틱 회귀분석(logistic regression analysis)을 사용하여 분석하였다. 각 측정도구에 대한 신뢰도는 Cronbach's α 로 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자는 만 50세 이상 성인 남녀로서, 그 특성은 <표1>과 같다. 연구에 참여한 대상자는 총 119명이었다. 대상자의 평균연령은 59.46(±8.24)세이고, 연령분포는 50~59세가 69명(58.0%)으로 가장 많았고, 60~69세 35명(29.4%), 70~79세 12명(10.1%), 80~89세 3명(2.5%) 순이었다. 남녀의 비율은 남성이 60명(50.4%), 여성이 59명(49.6%) 이었다. 학력은 초등학교 졸업 9명(7.6%), 중학교 졸업 12명(10.1%), 고등학교 졸업 43명(36.1%), 대학교 졸업 이상 55명(46.2%)으로 대학교 졸업 이상이 가장 높은 비율을 차지하였다. 직업이 있는 경우가 68명(57.1%), 직업이 없는 경우가 51명(42.9%)로 직업이 있는 경우가 많았으며, 월수입은 200만원 미만이 40명(33.6%), 200만원 이상~300만원 미만이 18명(15.1%), 300만원 이상~400만원 미만이 17명(14.3%), 400만원 이상이 44명(37.0%)로 월수입이 400만원 이상인 경우가 가장 많았다. 민영보험에 가입한 경우가 80명(67.2%)으로 가입하지 않은 경우 39명(32.8%)보다 많았으며, 건강관심도는 ‘많다’가 42명(35.3%), ‘보통이다’가 65명(54.6%), ‘거의없다’가 12명(10.1%)로 ‘보통이다’가 가장 높게 나타났다. 평소 운동상태에 대해서는 규칙적인 운동을 하는 경우가 57명(47.9%), 가끔씩 운동을 하는 경우가 42명(35.3%), 하지 않는 경우가 20명(16.8%)으로 규칙적인 운동을 하는 경우가 가장 많았다. 암 가족력이 있는 경우가 50명(42.0%), 가족력이 없는 경우가 69명(58.0%)로 암 가족력이 없는 경우가 많게 나타났다.

<표1> 대상자의 일반적 특성

(N=119)

변 수	구 분	빈 도(명)	백분율(%)
연령	50~59세	69	58.0
	60~69세	35	29.4
	70~79세	12	10.1
	80~89세	3	2.5
성별	남자	60	50.4
	여자	59	49.6
학력	초졸	9	7.6
	중졸	12	10.1
	고졸	43	36.1
	대졸 이상	55	46.2
직업유무	있다	68	57.1
	없다	51	42.9
월 수입(만원)	200미만	40	33.6
	200이상-300미만	18	15.1
	300이상-400미만	17	14.3
	400이상	44	37.0
민영보험 가입유무	가입	80	67.2
	미가입	39	32.8
건강관심도	많다	42	35.3
	보통이다	65	54.6
	거의 없다	12	10.1
평소 운동상태	규칙적	57	47.9
	가끔씩	42	35.3
	하지 않는다	20	16.8
암가족력	있다	50	42.0
	없다	69	58.0

2. 대상자의 건강신념

1) 민감성

민감성의 점수범위는 5~25점으로 평균 10.87점(± 3.88)이었다<표2>. 민감성 중 가장 높은 점수를 나타낸 문항은 ‘나는 언젠가는 대장암에 걸릴 것 같은 생각이 든다’로 2.30점(± 0.926)이었으며, 가장 낮은 점수를 나타낸 문항은 ‘나는 10년 안에 대장암에 걸릴 가능성이 있다’로 2.07점(± 0.778)으로 나타났다. 문항별 구체적인 결과는 <부록1>과 같다.

2) 심각성

심각성의 점수범위는 7~32점으로 평균 21.26점(± 5.36)이었다. 심각성 중 가장 높은 점수를 나타낸 문항은 ‘만약, 대장암에 걸린다면 내 전 인생은 변할 것이다’로 3.45점(± 1.015)이었으며, 가장 낮은 점수를 나타낸 문항은 ‘대장암에 대해 생각을 하면, 보통때보다 심장이 빠르게 뛴다’로 2.45점(± 0.936)으로 나타났다.

3) 유익성

유익성의 점수범위는 9~25점으로 평균 19.66점(± 3.10)이었다. 유익성 중 가장 높은 점수를 나타낸 문항은 ‘대장내시경 검사는 대장암의 조기 발견에 도움을 줄 것이다’로 4.09점(± 0.713)이었으며, 가장 낮은 점수를 나타낸 문항은 ‘조기에 발견한다면, 대장암 치료는 어렵지 않을 수도 있다’로 3.86점(± 0.751)으로 나타났다.

4) 장애성

장애성의 점수범위는 11~40점으로 평균 26.24점(± 6.02)이었다. 장애성 중 가장 높은 점수를 나타낸 문항은 ‘대장내시경 검사 전 식이조절과 자세척하는 것이 힘들다’로 3.38점(± 1.066)이었으며, 가장 낮은 점수를 나타낸 문항은 ‘검사비용 때문에 대장내시경 검사를 받을 수가 없다’로 2.10점(± 0.858)으로 나타났다.

5) 자기효능감

자기효능감의 점수범위는 8점~25점으로 평균 18.53점(±3.38)이었다. 자기효능감 중 가장 높은 점수를 나타낸 문항은 ‘만약 정기적으로 대장내시경 검사를 받는다면 대장암을 조기에 발견할 수 있을 것이다’로 3.98점(±0.676)이었으며, 가장 낮은 점수를 나타낸 문항은 ‘만약 필요하다면, 정기적으로 대장내시경 검사 일정을 잡을 자신이 있다’로 3.55점(±0.937)으로 나타났다.

6) 행동계기(주위의 권고)

주변에서 대장내시경을 권하는 사람이 있는 경우가 61명(51.3%), 없는 경우가 58명(48.7%)으로 나타났다.

<표2> 대상자의 건강신념 수준

(N=119)

변수	평균	표준편차	실제범위	가능범위
민감성	10.87	3.88	5-25	5-25
심각성	21.26	5.36	7-32	7-35
유익성	19.66	3.10	9-25	5-25
장애성	26.24	6.02	11-40	10-50
자기효능감	18.53	3.38	8-25	5-25

(N=119)

변수	구분	빈도(명)	백분율(%)
주위 암검진 권유자	있다	61	51.3
	없다	58	48.7

3. 대상자의 대장내시경 검진여부

전체 대상자 119명 중 60명(50.4%)이 최근 10년 이내 대장내시경 검진을 받은 적이 있었고, 59명(49.6%)이 받은 적이 없는 것으로 나타났다<표3>.

<표3> 대상자의 대장내시경 검진여부

(N=119)

변 수	구 분	빈 도(명)	백분율(%)
최근 10년 이내 대장내시경검진	받은적 있다	60	50.4
	받은적 없다	59	49.6

4. 일반적 특성과 건강신념

연구대상자의 일반적 특성과 건강신념과의 관계를 분석하기 위해 독립 t-검정 (Independent t-test)와 일원분산분석(ANOVA)를 실시하였으며, 결과는<표4>와 같다.

민감성은 성별에서 유의한 차이를 보였다. 남자의 민감성 점수(M=11.98, SD=4.37)는 여자의 민감성 점수(M=9.74, SD=2.94)보다 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났고(t=3.27, p<0.01), 심각성은 일반적 특성과 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

유익성은 민영보험 가입여부와 연령, 학력, 수입, 건강관심도에서 유의한 차이를 보였다. 민영보험에 가입한 경우 유익성 점수(M=20.35, SD=2.66)는 가입하지 않은 경우 유익성 점수(M=18.25, SD=3.46)보다 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다(t=3.63, p<.01). 연령대별 유익성 평균은 50대 20.76점(SD=2.34), 60대 18.54점(SD=3.35), 70대 17.58점(SD=3.44), 80대 15.66점(SD=3.05)이었으며 연

령대별로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=9.64, p<.01$). 학력별 유익성 평균은 초졸 15.88점($SD=3.37$), 중졸 17.91점($SD=4.01$), 고졸 19.90점($SD=2.74$), 대졸 20.47점($SD=2.53$)으로 학력별로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=8.37, p<.01$). 수입정도별 유익성 평균은 200만원 미만 18.55점($SD=3.65$), 200만원 이상~300만원 미만 19.61점($SD=3.18$), 300만원 이상~400만원 미만 19.94점($SD=2.22$), 400만원 이상 20.59점($SD=2.51$)이었으며 수입정도에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=3.25, p=0.02$). 건강관심도별 유익성 평균은 많은 경우 20.45점($SD=2.76$), 보통인 경우 19.63점($SD=3.18$), 거의없는 경우 17.08점($SD=2.46$)이었으며 건강관심도에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=5.98, p<.01$).

장애성은 수입, 건강관심도에서 유의한 차이를 보였다. 수입정도별 장애성 평균은 200만원 미만 27.50점($SD=4.99$), 200만원 이상~300만원 미만 29.22점($SD=6.51$), 300만원 이상~400만원 미만 25.88점($SD=4.31$), 400만원 이상 24.02점($SD=6.56$)이었으며 수입정도에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=4.40, p<.01$). 건강관심도별 장애성 평균은 많은 경우 24.21점($SD=6.55$), 보통인 경우 27.00점($SD=5.64$), 거의 없는 경우 29.25점($SD=3.95$)이었으며 건강관심도에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=4.65, p=0.01$).

자기효능감은 민영보험 가입여부, 연령, 학력, 수입, 건강관심도, 평소 운동상태에서 유의한 차이를 보였다. 민영보험에 가입한 경우 자기효능감 점수($M=19.15, SD=2.99$)는 가입하지 않은 경우($M=17.28, SD=3.80$)보다 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다($t=2.91, p<.01$). 연령대별 자기효능감 평균은 50대 19.20점($SD=2.93$), 60대 18.45점($SD=3.22$), 70대 15.83점($SD=4.30$), 80대 15.00점($SD=5.00$)이었으며 연령대별로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=5.00, p<.01$). 학력별 자기효능감 평균은 초졸 14.77점($SD=3.76$), 중졸 17.00점($SD=4.97$), 고졸 18.90점($SD=2.73$), 대졸 19.20점($SD=2.94$)으로 학력별로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=6.10, p<.01$). 수입정도별 자기효능감 평균은 200만원 미만 17.70점($SD=3.87$), 200만원 이상~300만원 미만 17.33점($SD=3.72$), 300

만원 이상~400만원 미만 18.88점(SD=2.44), 400만원 이상 19.65점(SD=2.74)이었으며 수입정도에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=3.44$, $p=0.01$). 건강관심도별 자기효능감 평균은 많은 경우 19.33점(SD=3.27), 보통인 경우 18.69점(SD=3.04), 거의없는 경우 14.91점(SD=3.50)이었으며 건강관심도에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=9.22$, $p<.01$). 평소 운동 상태별 자기효능감 평균은 규칙적인 운동을 하는 경우 18.84점(SD=2.61), 가끔하는 경우 18.95점(SD=3.51), 하지 않는 경우 16.80점(SD=4.51)이었으며 규칙적인 운동 시행여부에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=3.30$, $p=0.04$).



<표4> 일반적 특성에 따른 건강신념 차이

(N=119)

변 수	민감성		심각성		유익성		장애성		자기효능감		
	Mean (SD)	t/F (p)	Mean (SD)	t/F (p)	Mean (SD)	t/F (p)	Mean (SD)	t/F (p)	Mean (SD)	t/F (p)	
성별	남자	11.98 (4.37)	3.27 ($<.01$)	21.18 (5.49)	-0.17 (.86)	19.60 (3.00)	-.22 (.82)	26.25 (6.67)	.011 (.99)	18.71 (3.16)	0.58 (.56)
		9.74 (2.94)		21.35 (5.27)		19.72 (3.21)		26.23 (5.35)		18.35 (3.60)	
직업	있다	11.26 (4.13)	1.26 (.20)	21.54 (5.84)	0.64 (.52)	20.04 (2.86)	1.55 (.12)	25.91 (6.38)	-0.69 (.49)	18.66 (3.37)	0.46 (.64)
	없다	10.35 (3.50)		20.90 (4.68)		19.15 (3.35)		26.68 (5.54)		18.37 (3.42)	
민영 보험	가입	10.51 (3.71)	-1.46 (.14)	21.65 (5.24)	1.11 (.26)	20.35 (2.66)	3.63 ($<.01$)	25.61 (6.33)	-1.64 (.10)	19.15 (2.99)	2.91 ($<.01$)
	미가입	11.61 (4.17)		20.48 (5.58)		18.25 (3.46)		27.53 (5.17)		17.28 (3.80)	
암 가족력	있다	10.46 (3.67)	-.989 (.32)	21.34 (5.89)	0.12 (.90)	19.80 (3.00)	0.40 (.68)	26.22 (6.66)	-0.03 (.97)	18.44 (3.54)	-0.26 (.79)
	없다	11.17 (4.03)		21.21 (4.99)		19.56 (3.18)		26.26 (5.56)		18.60 (3.28)	
연 령	50대	10.73 (3.72)		21.52 (5.23)		20.76 (2.34)		25.23 (6.41)		19.20 (2.93)	
	60대	11.22 (4.85)	0.17 (.91)	21.74 (6.01)	1.28 (.28)	18.54 (3.35)	9.64 ($<.01$)	27.57 (5.73)	1.57 (.19)	18.45 (3.22)	5.00 ($<.01$)
	70대	10.83 (1.74)		19.58 (4.07)		17.58 (3.44)		27.91 (4.23)		15.83 (4.30)	
	80대	10.00 (0.00)		16.66 (2.30)		15.66 (3.05)		27.33 (1.15)		15.00 (0.00)	
학 령	초졸	11.22 (3.30)				20.22 (4.40)				15.88 (3.37)	
	중졸	12.25 (4.37)	1.76 (.15)	23.58 (4.85)	1.27 (.28)	17.91 (4.01)	8.37 ($<.01$)	28.33 (6.65)	1.94 (.12)	17.00 (4.97)	6.10 ($<.01$)
	고졸	11.48 (3.53)		21.72 (4.76)		19.90 (2.74)		27.02 (5.91)		18.90 (2.73)	
	대졸	10.03 (4.01)		20.58 (5.95)		20.47 (2.53)		24.89 (6.19)		19.20 (2.94)	

수 입	200미만	11.05 (3.59)		20.62 (4.57)		18.55 (3.65)		27.50 (4.99)		17.70 (3.87)	
	200이상~300미만	11.55 (3.66)	0.39	22.27 (4.90)	0.44	19.61 (3.18)	3.25	29.22 (6.51)	4.40	17.33 (3.72)	3.44
	300이상~400미만	10.23 (4.64)	(.75)	21.05 (6.14)	(.72)	19.94 (2.22)	(.02)	25.88 (4.31)	(<.01)	18.88 (2.44)	(.01)
	400이상	10.68 (3.99)		21.52 (5.95)		20.59 (2.51)		24.02 (6.56)		19.65 (2.74)	
	건강 관심도	많다	10.73 (4.08)		21.92 (5.67)		20.45 (2.76)		24.21 (6.55)		19.33 (3.27)
	보통이다	11.01 (3.93)	0.10 (.90)	21.10 (5.27)	0.77 (.46)	19.63 (3.18)	5.98 (<.01)	27.00 (5.64)	6.65 (.01)	18.69 (3.04)	9.22 (<.01)
	거의 없다	10.58 (3.11)		19.83 (4.74)		17.08 (2.46)		29.25 (3.95)		14.91 (3.50)	
평소 운동 상태	규칙	10.82 (4.02)		21.12 (4.69)		20.07 (2.15)		25.85 (5.75)		18.84 (2.61)	
	가끔	11.14 (3.90)	0.22 (.80)	21.50 (6.12)	0.06 (.94)	19.50 (3.95)	1.24 (.29)	26.00 (5.95)	0.85 (.42)	18.95 (3.51)	3.30 (.04)
	하지 않음	10.45 (3.59)		21.20 (5.69)		18.85 (3.31)		27.85 (6.93)		16.80 (4.51)	

5. 대장내시경 검진여부와 건강신념

연구대상자의 대장내시경 검진 여부와 건강신념과의 관계를 분석하기 위해 독립 t-검정(Independent t-test)을 실시하였으며, 결과는 <표5>과 같다.

10년 이내 대장내시경 검진여부에 따라 심각성, 유익성, 장애성, 자기효능감은 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 검진을 한 경우 심각성 점수(M=22.55, SD=5.63)는 하지 않은 경우의 심각성 점수(M=19.96, SD=4.77)보다 통계적으로 높았고($t=2.69$, $p<.01$), 유익성의 점수도 검진을 한 경우의 점수(M=20.35, SD=2.71)가 하지 않은 경우의 점수(M=18.96, SD=3.33)보다 통계적으로 높았으며($t=2.48$, $p=0.01$), 장애성의 점수는 검진을 한 경우의 점수(M=23.96, SD=6.51)가 하지 않은 경우의 점수(M=28.55, SD=4.46)보다 통계적으로 낮게 나타났다($t=-4.49$, $p<.01$). 자기효능감은 검진을 한 경우의 점수(M=20.03, SD=2.74)가 하지 않은 경우의 점수(M=17.01, SD=3.30)보다 통계적으로 높게 나타났다($t=5.40$, $p<.01$).

<표5> 대장내시경 검진여부에 따른 건강신념 차이

변 수	구분	민감성		심각성		유익성		장애성		자기효능감	
		Mean (SD)	t (p)	Mean (SD)	t (p)	Mean (SD)	t (p)	Mean (SD)	t (p)	Mean (SD)	t (p)
10년이내 대장내시경 검진여부	있다	11.41 (4.20)	1.54 (.12)	22.55 (5.63)	2.69 (<.01)	20.35 (2.71)	2.48 (.01)	23.96 (6.51)	-4.49 (<.01)	20.03 (2.74)	5.40 (<.01)
	없다	10.32 (3.48)		19.96 (4.77)		18.96 (3.33)		28.55 (4.46)		17.01 (3.30)	

6. 일반적 특성과 대장내시경 검진

대상자의 일반적 특성과 대장내시경 검진의 관련성을 알아보기 위해 피어슨 카이제곱(Pearson Chi-Square)을 실시하였다. 만일 최고 기대빈도가 5미만일 경우는 Fisher 검정(Fisher's exact test) 결과를 사용하는 것이 더 적절하다고 하였으므로(이은현, 정영해, 김진선, 송라운, 황규윤, 2006), 5미만의 기대빈도가 존재하는 연령, 학력 변수는 Fisher 검정(Fisher's exact test)을 실시하였다. 일반적 특성 중 수입($\chi^2= 9.636, p=.022$)과 건강관심도($\chi^2= 7.722, p=.021$)가 대장내시경 검진 유무와 통계적으로 유의한 관련이 있는 것으로 나타났다<표6>. 월 수입이 200만원 미만인 경우 35%에서 대장내시경 검진을 시행하였고, 65%는 시행하지 않은 반면, 300만원이상~400만원 미만인 경우는 70.6%에서 대장내시경 검진을 시행하였고, 400만원 이상인 경우는 61.4%에서 대장내시경 검진을 시행하였다. 결론적으로 월 수입이 많은 경우 대장내시경 검진을 더 많이 받고 있었다. 건강관심도의 경우 평소 건강에 대한 '관심이 많다'라고 응답한 대상자의 61.9%에서 대장내시경 검진을 시행하였고, '거의 없다'라고 응답한 대상자의 16.7%에서 대장내시경 검진을 시행하였다. 평소 건강에 대한 관심도가 많은 경우 대장내시경 검진을 더 많이 받고 있는 것으로 나타났다.

<표6> 일반적 특성과 대장내시경 검진

(N=119)

변 수	구분	있다	없다	χ^2 (p-value)	Fisher's exact test
		빈도(%)	빈도(%)		
연령	50~59세	39(56.5)	30(43.5)	0.075 (0.784)	3.121 (0.407)
	60~69세	16(45.7)	19(54.3)		
	70~79세	4(33.3)	8(66.7)		
	80~89세	1(33.3)	2(66.7)		
성별	남자	31(51.7)	29(48.3)	0.075 (0.784)	
	여자	29(49.2)	30(50.8)		
학력	초졸	2(22.2)	7(77.8)	4.101 (0.247)	
	중졸	7(58.3)	5(41.7)		
	고졸	20(46.5)	23(53.5)		
	대졸이상	31(56.4)	24(43.6)		
직업	있다	36(52.9)	32(47.1)	0.403 (0.525)	
	없다	24(47.1)	27(52.9)		
수입	200만원 미만	14(35.0)	26(65.0)	9.636 (0.022)	
	200이상~300만원 미만	7(38.9)	11(61.1)		
	300이상~400만원 미만	12(70.6)	5(29.4)		
	400만원 이상	27(61.4)	17(38.6)		
민영보험	가입	44(55.0)	36(45.0)	2.048 (0.152)	
	미가입	16(41.0)	23(59.0)		
건강관심도	많다	26(61.9)	16(38.1)	7.722 (0.021)	
	보통이다	32(49.2)	33(50.8)		
	거의없다	2(16.7)	10(83.3)		
평소 운동상태	규칙적	33(57.9)	24(42.1)	2.594 (0.273)	
	가끔	19(45.2)	23(54.8)		
	하지않음	8(40.0)	12(60.0)		
암가족력	있다	25(50.0)	25(50.0)	0.006 (0.938)	
	없다	35(50.7)	34(49.3)		

7. 대장내시경 검진 관련 요인

공차한계(Tolerance)는 .275~.847로 0.1이상이었고 분산팽창인자(Variance inflation factor;VIF)는 1.181~3.641로 10보다 작아 로지스틱 회귀분석을 수행하는데 다중공선성의 문제는 없었다. 대상자의 일반적 특성에서 건강신념과 대장내시경 검진에 유의한 차이를 보인 연령, 성별, 수입, 건강관심도, 학력, 민영보험가입, 규칙적 운동상태를 통제하고 연구변수를 넣어 이항 로지스틱 회귀분석을 한 결과 대장내시경 검진 수행에 영향을 미치는 요인은 심각성, 장애성, 자기효능감으로 파악되었다<표7>.

다른 예측변수들이 일정할 때, 심각성이 1단위 증가하면 대장내시경 검진을 시행할 승산이 1.12배 증가하고, 장애성이 1단위 증가하면 대장내시경 검진을 시행할 승산이 0.85배 감소하며, 자기효능감이 1단위 증가하면 대장내시경 검진을 시행할 승산이 1.35배 증가하는 것으로 나타났다.

<표7> 대장내시경 검진^a 관련요인

단 계	변 수	OR	p	
1단계	일반적 특성			
	나이	1.04	0.30	
	성별	(남자)		
		여자	0.86	0.73
	수입	(200만원 미만)		
		200만원 이상~300만원 미만	1.30	0.71
		300만원 이상~400만원 미만	5.50	0.32
		400만원 이상	4.57	0.02
	건강관심도	(관심이 없다)		
		보통이다	7.01	0.35
		많다	9.99	0.01
	학력	(초졸)		
		중졸	5.02	0.16
		고졸	1.09	0.93
		대졸이상	1.21	0.86
	민영보험가입	(미가입)		
		가입	1.46	0.49
규칙적운동	(하지않는다)			
	가끔 한다	0.67	0.56	
	규칙적으로 한다	1.04	0.95	
Cox & Snell=0.171, Nagelkerke=0.171, $\chi^2=22.25$ p<0.05				

2단계	일반적 특성		
	나이	1.08	0.10

성별	(남자)		
	여자	0.91	0.87
수입	(200만원 미만)		
	200만원 이상~300만원 미만	2.44	0.33
	300만원 이상~400만원 미만	14.07	0.01
	400만원 이상	4.68	0.06
건강관심도	(관심이 없다)		
	보통이다	4.58	0.20
	많다	4.00	0.27
학력	(초졸)		
	중졸	8.15	0.15
	고졸	0.85	0.91
	대졸이상	1.12	0.89
민영보험가입	(미가입)		
	가입	1.14	0.85
규칙적운동	(하지않는다)		
	가끔 한다	0.38	0.32
	규칙적으로 한다	0.68	0.71
건강신념			
민감성		1.06	0.46
심각성		1.12	0.04
유익성		1.00	0.93
장애성		0.85	0.00
자기효능감		1.35	0.01
권유자	(없다)		
	있다	0.86	0.78

Cox & Snell=0.385, Nagelkerke=0.514, $\chi^2=57.87$, $p<0.001$

^a 검진여부(받은적 없다 -0, 받은적 있다 -1)는 더미변수로 처리

V. 논의

우리나라는 최근 식생활이 서구화되고 음주, 흡연 등 잘못된 생활습관 등의 원인으로 인해 대장암 발생률이 급속도로 증가하고 있다. 대장암의 경우 조기 발견 시 5년 생존율이 90% 이상으로 매우 높은 것으로 보고되고 있다. 대장암의 경우 초기 악성 종양에서 대부분 자각 증상이 없으므로 조기 발견을 위해 정기 검진을 받는 것이 매우 중요하다고 할 수 있다. 대장암 검진 방법 중 대장내시경 검사는 대장 전체를 직접 관찰하는 검사로 대장암의 가장 정확한 진단 방법이다. 대장내시경 검진률을 향상시키기 위해서는 먼저 대장내시경 검진에 영향을 미치는 관련요인들에 대한 이해가 요구된다. 본 연구에서는 건강신념모델(Health Belief Model)을 기틀로 하여 대장내시경 검진에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 연구를 실시하였다.

대장내시경 수검률은 전체 대상자 119명 중 60명이 10년 이내에 받은 적이 있다(50.4%)라고 대답하였고, 59명(49.6%)가 받은 적이 없다라고 대답하였다. 우리나라의 대장암에 대한 국가암 수검율이 30% 내외이고(통계청 2015), 10년 이내 대장내시경 수검율이 25.1%(국립암센터, 2009)이었던 점, 대학병원 외래 방문객을 대상으로 한 송현숙(2008)의 연구에서 499명의 대상자 중 145명(29.1%)이 검진경험이 있는 것과 비교할 때 높은 검진율을 나타내었다. 그러나, 대상자의 직업종류나 주거지역, 가족형태, 병력의 구분 없이 임의추출로 이루어져 50세 이상을 대표한다고 보기는 어렵다. 그러므로 향후 연구에서는 다양한 집단과 연령대 별로 세분화된 연구가 필요할 것으로 생각된다.

대장내시경 검진에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 심각성, 장애성, 자기효능감이 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인으로 나타났다($p < 0.05$).

심각성은 다른 변수의 값을 일정하게 놓고 심각성이 1단위 증가할 때 검진을 받을 승산이 1.12배 증가하는 것으로 나타나 대장내시경 검진의 주요 영향요인으로 확인되었다($OR=1.12, p < 0.05$). Jacobs(2002)의 연구에서도 심각성이 높을수록

대장암 검진 수검률이 증가하는 것으로 보고되었고, Han 등(2011)의 연구에서도 대장암에 대한 두려움이 대장내시경 검진을 받는 가장 큰 이유이며, 최근 대장내시경 검진을 한 경우에서 추후 재검진 의도 또한 높은 것으로 나타나 본 연구결과를 지지하였다. 그러나, 배나영(2012)의 연구에서는 심각성을 높게 지각할수록 분별잠혈반응검사를 시행할 가능성이 낮아지는 것으로 나타났고, 대장암 검진 예측요인에 대하여 152개 문헌을 메타분석한 Beydoun(2008)의 연구에서도 심각성이 유의한 예측변수로 확인되지 않았다. 대장암 검진은 다른 암에 비해 검진방법이 다양하고 각 검진마다 개인의 시행의도가 다를 수 있기 때문에 심각성에 대한 상반된 연구결과에 대해서는 검진방법 등에 따른 세분화된 연구를 통하여 심각성과 검진행위의 관계를 규명할 수 있도록 추후 연구가 더 필요할 것으로 보인다.

장애성 또한 대장내시경 검진수행에 있어 영향요인으로 나타났다. 다른 변수의 값을 일정하게 놓고 장애성이 1단위 증가할 때 대장내시경 검진을 시행할 승산이 0.85배 감소하는 것으로 확인되었다(OR=0.85, $p<0.05$). 장애성은 건강행위수행의 가장 강력한 영향요인으로 보고되고 있는데, 이것은 장애성이 증가할수록 대장내시경 검진을 받지 않은 것으로 해석되며, 이전 연구에서도 동일한 결과를 보여 본 연구결과를 지지하였다(Beydoun, 2008; Jacobs, 2002; Menon, 2003; Hay, 2003; 배나영, 2012).

자기효능감은 다른 변수의 값을 일정하게 놓고 자기효능감이 1단위 증가할 때 검진을 받을 승산이 1.35배 증가하는 것으로 확인되어 대장내시경 검진의 가장 강력한 영향요인으로 나타났다(OR=1.305, $p<0.05$). 이는 이전 연구와 일관된 연구결과를 보여 자기효능감이 대장암 검진행위에 영향을 미치는 중요한 변수임을 알 수 있었다(이주현, 2006; 김미진, 2012; Menon et al, 2003; Hay, 2003). 자기효능감이 높을 경우 건강행위로 이어질 확률이 커지며, 행동의 지속성에도 영향을 미치므로 검진에 대한 자신감을 향상시킬수 있는 방안이 필요하다고 하겠다.

유익성은 James, Campbell & Hudson(2002)과 Hay JL et al(2003)의 연구에서는 대장암 검진 영향요인으로 나타났으나, 박은희(2009)의 연구 결과와 같이 본

연구에서도 유의성은 대장암 검진에 영향을 미치지 못하였고, 민감성은 배나영(2012)의 연구에서는 대장암 검진의 영향요인으로 나타났으나 본 연구에서는 통계적으로 유의하지 않았다. 이는 대장암 및 대장내시경 검진의 지식부족과 대장암 검진방법의 다양성이 결과에 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 김봉기(2010)의 연구에서 암검진에 대한 지식정도가 높을수록 암검진 수검의도가 높은 것으로 나타났고, 송현숙(2008)의 연구에서도 대장암에 대한 지식정도가 대장암 검진시행에 유의한 영향을 주는 것으로 보고되었다. 자궁경부암 검진의 경우에도 지식정도가 높은군에서 낮은군에 비해 검진을 이행할 승산이 8.03배 높은 것으로 나타났다(오은주, 2006), 이귀연(2010)의 연구에서도 위내시경검사의 지식정도가 위내시경 수검에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이에 대장암과 대장암 검진에 대한 지식정도가 유의성과 민감성에 영향을 미쳤을 것으로 추측해 볼 수 있겠다. 또한, 민감성의 경우 건강신념 하부 척도 중 가장 낮은 점수를 나타냈는데 이는 국민들의 정서상 자신은 암에 걸리지 않을 것이라고 믿고 싶은 경향에 기인한 것으로 생각된다. 양명희(2012)의 연구에서 5대암 중 대장암에 대한 발생 위험성 지각정도가 가장 낮은 것으로 나타났고, 직업상태는 암 발생 위험성 지각에서 유의한 차이를 나타냈다. 그러나, 민감성이 건강행위 수행에 중요한 요소임은 많은 연구에서 확인된 부분이다(Beydoun, 2008). 배상수 등(2008)의 연구에서도 40세 이상 성인에서 암발생 불안감이 높은 경우 암검진 수검률이 51.2%이고, 암발생 불안감이 낮은 경우 암검진 수검률이 33.3%로 나타나 암발생 불안감이 높은 경우 암검진을 더 많이 받는 것으로 보고되었다. 따라서, 연령군 또는 직종군별로 세분화하여 유의성, 민감성과 검진수행과의 관련성에 대한 추후 연구가 필요하며, 선행연구결과를 참조 위험 집단을 파악하여 대장암과 대장내시경 검진에 대한 교육과 정보제공을 통해 대장암 위험도와 대장내시경검진의 유의성을 높게 인지하도록 한다면 대장내시경 검진률 향상을 유도할 수 있을 것으로 보인다.

이전 많은 연구에서 의사의 권고가 대장암 검진의 예측요인으로 나타났으나(Janz, 2003; Hay, 2003; Menon, 2003; Honda, 2004; Gilbert, 2005), 본 연구에서

는 대장내시경 시행을 예측하지 못하였다. Klabunde CN(2003)에 의하면 미국 의사의 98%가 대장암 조기검진 권고하는 반면에, 우리나라는 이은정 등(2007)의 연구에서 서울지역 개원의의 대장암 조기검진 권고 실태를 조사한 결과 50세 이상 무증상 성인에게 대장암 조기검진을 권고한다고 응답한 경우는 47.2%로 나타났다. 우리나라의 경우는 주치의제도가 발달되어 있지 않아 무증상 성인에게 의사를 통한 예방적 관리가 쉽지 않은 실정이다. 또한, 배상수 등(2008)의 연구에서는 가족이 암검진을 자주 권유하는 경우 수검 확률이 4.30배, 가끔 권유하는 경우 수검 확률이 1.66배 높은 것으로 나타나 가족의 암검진 권유가 암검진 실천에 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서, 대장암에 대한 정확하고 전문적인 지식을 가진 의료인과 가족의 적극적인 검진 권유는 검진률 향상에 큰 영향을 줄 수 있으므로 환자와 의사 모두를 고려하고 가족단위 검진주기를 활용한 검진 권고안 및 프로그램 개발이 필요할 것으로 사료된다.

본 연구의 결과는 우리나라 대장암 발생률이 증가 추세에 있음에도 불구하고 대장암 검진행위에 영향을 주는 요인과 관련한 중재프로그램이 부족한 상황에서 건강신념모델을 적용하여 대장내시경 검진에 영향을 미치는 요인을 규명하고, 검진률 향상을 위한 중재의 필요성을 제기한 기초연구가 되었다는 점에서 의의가 있다고 사료된다.

그러나, 본 연구는 표본수가 적고 대상자가 임의추출로 선정되어 연구결과를 전체 50세 이상 성인에게 일반화 하기에는 한계가 있다. 또한, 본 연구는 단면적 연구로 독립변수와 종속변수의 시간적 차이로 인한 변수들간의 관계와 영향력에 차이가 발생할 가능성이 있다. 추후 좀 더 구체적이고 세분화된 집단을 대상으로 검진시기에 지각하는 건강신념을 파악하고, 변수들간의 상호 관련성과 영향요인을 고려하여 대장내시경 검진수행에 영향을 줄 수 있는 관련요인을 규명할 필요가 있겠다.

VI. 결론

본 연구는 대장내시경 검진률을 향상시키고자 건강신념모델(Health Belief Model)을 이용하여 민감성, 심각성, 유익성, 장애성, 자기효능감, 행동계기가 대장내시경 검진 수행과 관련된 요인인지를 규명하기 위한 서술적 조사연구로서, 연구대상자는 50세 이상 성인 남녀 119명을 임의표본추출 하였다.

연구 결과 대상자의 건강신념 중 가장 높은 점수를 나타낸 요인은 장애성이고, 가장 낮은 점수를 나타낸 요인은 민감성이었다. 최근 10년 이내 대장내시경 검진 여부에 대해서는 “받은적이 있다”라고 응답한 경우가 60명, “받은적이 없다”라고 응답한 경우가 59명이었고, 주위 암 검진을 권유하는 자가 있는 경우가 61명, 없는 경우가 58명으로 나타났다. 대장내시경 검진 시행에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 유의한 차이를 보인 일반적 사항을 통제한 후 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 심각성, 장애성, 자기효능감이 유의한 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 이상의 결과에서 대장암 진단을 위한 가장 정확한 검사방법인 대장내시경 검진률을 향상시키기 위해서는 대상자가 인지하는 대장암에 대한 심각성과 대장내시경 검진 수행의 자기효능감을 높이고, 장애성을 낮춰 줄수 있는 교육 및 프로그램이 필요함을 확인할 수 있었다. 본 연구의 주요 결과는 향후 지역사회 50세 이상 성인에서 대장내시경 검진율을 높이기 위한 효율적인 프로그램 구축과 교육의 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

마지막으로 중요한 변수임에도 본 연구에서 다루지 못한 대장암 및 대장암 검진의 지식수준에 대한 타당도 있는 도구를 찾아 검진수행과의 연관성을 검증해 볼 것을 제언하며, 연구 대상자 선정기준을 구체적으로 세분화하여 대장암 검진에 대한 집단간의 건강신념의 차이를 파악하여 차별화된 중재프로그램을 통해 검진의 불편함을 객관적으로 받아들이고 수용함으로써 대장암 검진율을 높일수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

강성욱, 유창훈, 권영대. 민간검진 서비스의 이용 현황과 결정요인. 예방의학회지 2009;42(3):177-182.

계수연, 문인옥. 대장암검진 수검 결정요인 분석모형 개발. 보건교육건강증진학회지 2010;27(2):79-93.

김미진, 이영휘, 김화순, 함옥경. 대장내시경 검진의도에 영향을 미치는 요인. 성인간호학회지 2012;24(3):266-273.

김봉기. 지식-동기부여-행위술기 이론에 근거한 암 검진 영향요인[석사학위 논문]. 강원대학교 대학원; 2010.

김영호. 편안하고 정확한 대장내시경을 위한 팁. 대한소화기내시경학회지 2008;36(1):28-33.

김혜민, 이민규, 박기수, 성한기. 국가암 조기검진 대상자의 유방암 수검 행동을 설명하기 위한 건강행동 모형의 탐색. 한국심리학회지 2012;17(4):979-996.

대한대장항문학회. 알기쉬운 대장암. 대한대장항문학회; 2014.

박수호, 김광숙, 원종욱, 박창기. 비사무직 근로자의 대장암 검진 현황 및 예측요인. 중앙간호연구 2012;12(2):166-174.

박은희. 건강신념이 중년 여성의 암 예방적 건강행위에 미치는 영향[석사학위논문]. 인제대학교 대학원; 2009.

배나영. 성인의 대장암에 대한 건강신념과 대변잠혈검사의 연관성[석사학위논문]. 경희대학교 대학원; 2012.

배상수, 조희숙, 김동현 등. 사회생태학적 모형에 기반한 한국인 위암검진 수검의 관련 요인. 예방의학회지 2008;41(2):100-106.

송현숙. 일개 병원 외래방문객의 대장암의 지식수준 및 대장암 검진에 영향을 미치는 요인[석사학위 논문]. 카톨릭대학교 대학원; 2008.

신윤희. Health Promotion. 계축문화사; 2014. 쪽 103-107.

양명희. 암 조기발견 지식·암발생 위험성 지각과 암 조기검진 수검 여부와의 관계: 40세 이상 일반인 대상으로. 중앙간호학회지 2012;12(1):52-60.

오은주. 기혼여성의 자궁경부암에 대한 예방적 건강검진 행위 관련요인[석사학위 논문]. 고신대학교 대학원; 2006.

우혜영. 위암과 대장암의 조기 검진 행위 영향 요인에 관한 연구[박사학위논문]. 한양대학교 대학원; 2008.

윤순녕, 이갑순, 이홍자 등. 건강증진. 서울: 수문사; 2000.

이귀연. 건강검진자의 위내시경 수검 관련요인[석사학위 논문]. 고신대학교 대학원; 2010.

이나래. 건강검진 수검 및 종류별 수검여부에 영향을 미치는 요인: 국민건강영양조사 제4기 자료를 대상으로[석사학위 논문]. 고려대학교 보건대학원; 2012.

이은정, 성은주, 신호철, 박용우, 김철환, 김수연. 서울지역 개원의의 대장암 조기 검진 권고 실태. 가정의학회지 2007;28:17-23.

이주현. 중 노년 대상자의 대장암 검진행위와 건강신념에 관한 연구[석사학위논문]. 이화여자대학교 대학원; 2006.

이은현, 정영해, 김진선, 송라윤, 황규윤. 보건통계분석. 서울: 군자출판사; 2006.

임지혜, 김선영. 대장암 조기 검진 행위에 영향을 미치는 요인 - 제4차 2기(2008년) 국민건강영양조사 자료를 중심으로-. 보건교육건강증진학회지 2011; 28(1):69-80.

전은정, 장숙량, 조성일, 조영태, 문옥륜. 사회경제적 위치에 따른 건강검진 수진율의 차이: 서울시 성인 거주자를 대상으로. 예방의학회지 2007;40(5):345-350.

정인섭. 대장내시경검사의 최신지견. 대한방사선기술학회지 2004;27(1):13-16.

조희숙, 김춘배, 이희원, 정현재. 건강신념 모형을 적용한 한국인 건강관련 행동 연구에 대한 메타분석. 한국심리학회지 2004;9(1):69-84.

중앙암등록본부. 2012년 국가암등록 통계. 중앙암등록본부; 2014.

통계청. 2014 한국의 사회지표. 통계청; 2014.

통계청. 연령별_성별_암검진대상 및 수검인원 현황. 통계청; 2015.

태은숙. 건강검진 수검의도 관련 요인[석사학위논문]. 인제대학교 보건대학원; 2012.

Bandura A. Self efficacy: The exercise of control. New York: W.H Freeman; 1997.

Becker MH. The Health Belief Model and personal health behaviors. Health Education Monographs 1974;2:324-508.

Beydoun HA, Beydoun MA. Predictors of colorectal cancer screening behavior among average-risk older adult in the United States. Cancer Causes Control 2008 May;19(4):339-59.

Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. Nursing Research 1993;42(3):139-143.

Davila RE, Rajan E, Baron TH. ASGE guideline: colorectal cancer screening and surveillance. Gastrointestina Endoscopy 2006;63(4):546-557.

Gilbert A, Kanarek N. Colorectal cancer screening: physician recommendation is influential advice to Marylanders. Preventive Medicine 2005;41(2):367-379.

Han MA, Choi KS, Kim Y, Park EC, Lee HY. Factors associated with the intention to have colorectal cancer screening in Korean adults. European Journal of Cancer Care 2011;20:475-482.

Hay JL, Ford JS, Klein D, Primavera LH. Adherence to colorectal cancer screening in mammography-adherent older woman. Journal Behavioral Medicine 2003 Dec;26(6):553-76.

Honda K. Factors associated with colorectal cancer screening among the US urban Japanese population. *American Journal of Public Health* 2004;94(5):815-822.

Jacobs LA. Health belief of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visit: a population based survey. *Cancer Nursing* 2002 Aug;25(4):251-65.

James AS., Campbell MK., Hudson MA. Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior?. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 2002 Jun;11(6):529-34.

Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. The health belief model. *Health Behavior and Health Education* 2002;3:45-66.

Janz NK, Becker MH. The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly* 1984;11:1-47.

Janz NK, Wren PA, Schottenfeld D, Guire KE. Colorectal cancer screening attitudes and behavior: a population-based study. *Preventive Medicine* 2003;37(6 Pt 1):627-634.

Klabunde CN, Frame PS, Meadow A, Jones E, Nadel M, Vernon SW. A national survey of primary care physician's colorectal cancer screening recommendation and practices. *Preventive Medicine* 2003;36:352-362.

Lee EH, Kim J.S, Song MS. Translation and validation of the Champion's Health Belief Scale in Korean women. *cancer Nurse* 2002;25(5),391-395.

Menon U, Champion VL, Larkin GN, Zollinger TW, Gerde PM, Vernon SW. Beliefs Associated With Fecal Occult Blood Test and Colonoscopy Use at a Worksite Colon Cancer Screening Program. *Journal of Occupational Environmental Medicine* 2003;45(8):891-898.

Rawl S, Champion V, Menon U, Loehrer PJ, Vance GH, Skinner CS. Validation of Scales to Measure Benefits of and Barriers to Colorectal Cancer Screening. *Journal of Psychosocial Oncology* 2001;19(3/4):47-64.

Zahra Taheri-Kharameh., Farsad Noorizadeh. Factors Associated with Adherence to Colorectal Cancer Screening among Moderate Risk Individuals In Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 16(18), 8371-8375.

부 록

<부록 1> 각 도구의 문항별 평균과 표준편차

1. 민감성 평균과 표준편차

문 항	평 균	표준편차
1. 나는 대장암에 걸릴 것 같다.	2.18	0.863
2. 나는 언젠가는 대장암에 걸릴 것 같은 생각이 든다.	2.30	0.926
3. 나는 10년 안에 대장암에 걸릴 가능성이 있다.	2.07	0.778
4. 나는 대장암에 걸릴 가능성이 크다	2.16	0.854
5. 나는 다른 사람들보다 더 대장암에 걸릴 것 같다.	2.16	0.844

2. 심각성 평균과 표준편차

문 항	평 균	표준편차
1. 대장암에 대해 생각을 하면 겁이 난다.	3.22	1.010
2. 대장암에 대해 생각을 하면, 보통때보다 심장이 빠르게 뛴다.	2.45	0.936
3. 대장암에 대해 생각하는 것이 무섭다.	2.93	1.047
4. 대장암에 걸리면, 이로 인해 경험하게 될 문제들이 오랫동안 지속될 것이다.	3.30	1.038
5. 대장암은 내 배우자(또는 연인)와의 관계를 위태롭게 할 것이다.	3.10	1.108
6. 만약, 대장암에 걸린다면, 내 전 인생은 변할 것이다.	3.45	1.015
7. 만약 대장암에 걸린다면, 나는 5년이상 살지 못할 것이다.	2.82	0.939

3. 유익성 평균과 표준편차

문항	평균	표준편차
1. 대장암을 조기에 발견한다면, 나는 살 수 있을 것이다.	3.87	0.683
2. 조기에 발견한다면, 대장암 치료는 어렵지 않을 수도 있다.	3.86	0.751
3. 대장내시경 검사는 대장암의 조기 발견에 도움을 줄 것이다.	4.09	0.713
4. 대장내시경 검사는 대장암으로 사망할 가능성을 감소시킬 것이다.	3.91	0.759
5. 대장내시경 검사는 대장암에 대한 걱정을 줄여 줄 것이다.	3.93	0.745

4. 장애성 평균과 표준편차

문항	평균	표준편차
1. 이상소견이 발견될까봐 대장내시경 검사를 받는 것이 두렵다.	2.88	1.075
2. 대장내시경 검사는 부끄럽고 민망하다.	2.74	1.061
3. 대장내시경 검사를 받을 시간이 없다.	2.36	0.954
4. 검사비용 때문에 대장내시경 검사를 받을 수가 없다.	2.10	0.858
5. 나는 아무 이상이 없기 때문에 대장내시경검사를 받을 필요가 없다.	2.66	1.012
6. 대장내시경 검사가 어떤 것인지 잘 모르기 때문에 검사를 받는 것이 두렵다.	2.33	0.894
7. 대장내시경 검사는 아프다.	2.82	0.983
8. 대장내시경 검사 전 식이조절과 장세척(하제복용/관장) 하는 것이 힘들어서 검사를 받을 수가 없다.	3.38	1.066

9. 장출혈이나 장손상 같은 부작용이 생길까봐 대장내시경 검사를 받는 것이 두렵다.	2.87	0.947
10. 검사를 위해 오고 가는 차편에 문제가 있어 대장내시경 검사를 받을 수가 없다.	2.12	0.865

5. 자기효능감 평균과 표준편차

문항	평균	표준편차
1. 나는 정기적으로 대장내시경 검사를 받는 방법을 알고 있다.	3.57	0.962
2. 만약 필요하다면, 정기적으로 대장내시경 검사 일정을 잡을 자신이 있다.	3.55	0.937
3. 만약 대장암에 걸릴 것 같으면, 나는 정기적으로 대장내시경 검사를 받을 것이다.	3.86	0.826
4. 나의 배변습관이 정상인지 비정상인지 알 수 있다.	3.58	0.828
5. 만약 정기적으로 대장내시경 검사를 받는다면 대장암을 조기에 발견할 수 있을 것이다.	3.98	0.676

50세 이상 일부 성인의 대장내시경
검진수행 관련요인 조사



I. 아래의 질문은 일반적 사항에 대한 것입니다.

해당하는 항목에 직접 기록하거나 √ 표시 해주십시오.

1	귀하의 나이는 몇 살입니까? 만_____세
2	귀하의 성별은 무엇입니까? ① 남자 ② 여자
3	귀하의 최종학력은 무엇입니까? ① 초등학교 졸업 ② 중학교 졸업 ③ 고등학교 졸업 ④ 대학교 또는 대학원 졸업 ⑤ 기타 _____
4	귀하의 결혼상태는 무엇입니까? ① 기혼 또는 동거 ② 미혼 ③ 사별/이혼/별거 ④ 기타 _____
5	현재 귀하는 직업이 있습니까? ① 있음 ② 없음
6	귀 가정의 한 달 수입은 어느 정도입니까? ① 200만원 미만 ② 200만원 이상 ~ 300만원 미만 ③ 300만원 이상 ~ 400만원 미만 ④ 400만원 이상
7	귀하는 현재 의료비를 보조해 주는 민영보험(암보험, 실비보험 등) 상품에 가입되어 있습니까? ① 그렇다 ② 아니다 ③모름
8	귀하는 평소 건강에 대한 관심정도가 어떠하십니까? ① 관심이 아주 많다. ② 보통이다. ③ 관심이 거의 없다.
9	귀하는 평소 규칙적인 운동을 하고 계십니까? ① 규칙적인 운동을 하고 있다. ② 가끔 생각날때마다 하고 있다. ③ 운동을 하지 않는다.
9	귀하는 현재 흡연 상태는 어떻습니까? ① 현재 담배를 피우고 있다. ② 과거에는 피웠으나 현재는 피우지 않는다. ③ 담배를 피운적이 없다.

II. 다음은 암 병력과 대장암 검진과 관련된 질문입니다.

해당하는 항목에 직접 기록하거나 √ 표시 해주십시오.

1. 귀하는 암 진단을 받은적이 있는지에 대한 질문입니다. 만약 있다면, 진단받은 암 유형(예 : 위암, 자궁암, 유방암, 전립선암.... 등)을 써주십시오.

① 있다. (암 유형 : _____)

② 없다.

2. 가족, 친척중에 암진단을 받거나 암으로 사망하신 분이 있는지에 대한 질문입니다. 만약, 있다면 본인과의 관계(예 : 부, 모, 조부모, 형제..... 등)와 진단받은 암 유형(예 : 대장암, 위암, 자궁암, 유방암, 전립선암.... 등)을 적어주십시오

① 있다. (본인과의 관계 : _____, 암 유형 : _____)

② 없다.

3. 의료인, 가족, 친구 등 주위에서 대장내시경 검진을 권하는 사람이 있습니까? 만약, 있다면 누구입니까?

① 있다. (누구입니까? _____)

② 없다.

4. 귀하께서는 평생동안 대장암검진을 위해 대장내시경 검사를 한번이라도 받아본 적이 있습니까?

① 받아본 적이 있다. ② 한번도 받아본 적이 없다.

4-1. 받아본 적이 있다면, 최근 10년 이내에 대장암 검진을 위해 대장내시경견사를 받은 적이 있습니까?

① 있다. ② 없다.

4-2. 받아본 적이 있다면, 대장내시경 검사의 실시주기는 어떻게 되십니까?

① 정기적으로(5~10년 단위로) 검사를 받고 있다.

② 정기적으로는 아니지만 생각날 때마다 검사를 받고 있다.

③ 정기적으로 받고 있지 않다.

Ⅲ. 다음부터는 대장암과 대장내시경 검진에 대한 건강신념을 측정하는 질문입니다.

1. 대장암에 대한 민감성에 관한 질문입니다.

해당하는 항목에 √ 표시해 주십시오.

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1. 나는 대장암에 걸릴 것 같다.					
2. 나는 언젠가는 대장암에 걸릴 것 같은 생각이 든다.					
3. 나는 10년 안에 대장암에 걸릴 가능성이 있다.					
4. 나는 대장암에 걸릴 가능성이 크다					
5. 나는 다른 사람들보다 더 대장암에 걸릴 것 같다.					

2. 대장암에 대한 심각성에 관한 질문입니다.

해당하는 항목에 √ 표시해 주십시오.

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1. 대장암에 대해 생각을 하면 겁이 난다.					
2. 대장암에 대해 생각을 하면, 보통때보다 심장이 빠르게 뛰는다.					
3. 대장암에 대해 생각하는 것이 무섭다.					
4. 대장암에 걸리면, 이로 인해 경험하게 될 문제들이 오랫동안 지속될 것이다.					
5. 대장암은 내 배우자(또는 연인)와의 관계를 위태롭게 할 것이다.					
6. 만약, 대장암에 걸린다면, 내 전 인생은 변할 것이다.					
7. 만약 대장암에 걸린다면, 나는 5년이상 살지 못할 것이다.					

3. 대장내시경 검진의 **유익성**에 관한 질문입니다.

해당하는 항목에 √ 표시해 주십시오.

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1. 대장암을 조기에 발견한다면, 나는 살 수 있을 것이다.					
2. 조기에 발견한다면, 대장암 치료는 어렵지 않을 수도 있다.					
3. 대장내시경 검사는 대장암의 조기 발견에 도움을 줄 것이다.					
4. 대장내시경 검사는 대장암으로 사망할 가능성을 감소시킬 것이다.					
5. 대장내시경 검사는 대장암에 대한 걱정을 줄여 줄 것이다.					

4. 대장내시경 검진의 **장애성**에 관한 질문입니다.

해당하는 항목에 √ 표시해 주십시오.

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1. 이상소견이 발견될까봐 대장내시경 검사를 받는 것이 두렵다.					
2. 대장내시경 검사는 부끄럽고 민망하다.					
3. 대장내시경 검사를 받을 시간이 없다.					
4. 검사비용 때문에 대장내시경 검사를 받을 수가 없다.					
5. 나는 아무 이상이 없기 때문에 대장내시경검사를 받을 필요가 없다.					

6. 대장내시경 검사가 어떤 것인지 잘 모르기 때문에 검사를 받는 것이 두렵다.					
7. 대장내시경 검사는 아프다.					
8. 대장내시경 검사 전 식이조절과 장세척(하제 복용/관장) 하는 것이 힘들어서 검사를 받을 수가 없다.					
9. 장출혈이나 장손상 같은 부작용이 생길까봐 대장내시경 검사를 받는 것이 두렵다.					
10. 검사를 위해 오고 가는 차편에 문제가 있어 대장내시경 검사를 받을 수가 없다.					

5. 대장내시경 검진의 **자기효능감**에 관한 질문입니다.
해당하는 항목에 √ 표시해 주십시오.

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇 다	매 우 그렇다
1. 나는 정기적으로 대장내시경 검사를 받는 방법을 알고 있다.					
2. 만약 필요하다면, 정기적으로 대장내시경 검사 일정을 잡을 자신이 있다.					
3. 만약 대장암에 걸릴 것 같으면, 나는 정기적으로 대장내시경 검사를 받을 것이다.					
4. 나의 배변습관이 정상인지 비정상인지 알 수 있다.					
5. 만약 정기적으로 대장내시경 검사를 받는다면 대장암을 조기에 발견할 수 있을 것이다.					

수고하셨습니다.

<부록 3> 기관연구윤리심의위원회(IRB) 승인서



심 의 결 과 통 지 서

우 16499 수원시 영통구 월드컵로 164번지 아주대학교병원 별관 5층 기관연구윤리심의실 / ☎ 031-219-7065 / 전송 -- / 담당 안미희

수 신	연구책임자	연구의뢰기관	없음
		연구비지원기관	없음
		임상시험대행기관	없음

2016년 06월 20일에 접수된 연구계획변경심의의뢰서에 대하여 기관연구윤리심의위원회에서 신속심의를 통해 아래와 같이 결정하였음을 통지합니다.

연구 승인번호	AJIRB-MED-SUR-16-081		임상시험 단계	
연구과제명 및 번호	50세 이상 성인의 대장내시경 걸진 수행 관련요인			
연구 예정기간	2016년 04월 08일 ~ 2016년 12월 31일			
승인일자	2016년 06월 21일			
지속심의 보고주기	<ul style="list-style-type: none"> ● 경도의 위험성 또는 안전한 연구-년 1회(12개월 마다) ○ 중증도의 위험성을 내포한 연구-분기별 또는 년 2회(6개월 마다) ○ 예측 불가능 또는 예측 가능한 심각한 위험을 내포한 연구-(예)매 피험자 연구 종결 시 또는 단계 별 연구 종료 시) ○ 기 타 			
IRB 승인 유효 만기일	2017년 04월 07일			
연구책임자	이윤환			
연구의뢰기관	없음			
연구비 지원기관	없음			
임상시험 대행기관	없음			
위원회 심의				
심의일자	2016년 06월 21일	심의 장소	-	
심의 결과				
● 승인 ○ 시정승인 ○ 보완후 신속심의 ○ 보완후 정기심의 ○ 부결 ○ 사전조정				

아주대학교병원 기관연구윤리심의위원회



심 의 결 과 통 지 서

우 16499 수원시 영통구 월드컵로 164번지 아주대학교병원 별관 5층 기관연구윤리심의실 / ☎ 031-219-7065 / 전송 -- / 담당 안미희

내 용
1. 심의내용 (별첨1)
2. 심의문서 목록 (별첨 2)
* 참고사항
<p>※ 본 위원회는 ICH-GCP, 생명윤리 및 안전에 관한 법률, 의약품 임상시험, 의료기기 임상시험, 생물학적 동등성시험 관리기준에 관련 법규를 준수합니다.</p> <p>※ 본 통지서에 기재된 사항은 아주대학교병원 기관연구윤리심의위원회에 기록된 내용과 일치함을 증명합니다.</p> <p>※ 본 연구와 이해갈등관계가 있는 위원이 있을 경우 해당위원은 배제하였습니다.</p> <p>※ 본 임상시험실시기관은 미국 보건부 임상연구안전국 「OHRP(Office for Human Research Protections)」에서 아래와 같이 등록/인증을 득하였습니다.</p> <p>* OHRP 시험기관 등록번호: IORG0001988</p> <p>* OHRP 임상시험심사위원회(IRB) 등록번호: IRB00002500</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajou U Hosp IRB #1 (Location of the IRB #1 22404) - Ajou U Hosp IRB #2 (Location of the IRB #2 22405) - Ajou U Hosp IRB #3 (Location of the IRB #3 22406) - Ajou U Hosp IRB #4 (Location of the IRB #4 22559) <p>* OHRP 미 연방 임상시험실시기관 자격인증번호: FWA00002740 (Federal wide Assurance)</p>

승인일자 : 2016 년 06월 21일

기관연구윤리심의위원회 위원장 전미선 :



끝.

아주대학교병원 기관연구윤리심의위원회

<부록 4> 도구사용 승인

RE: please request permission to use health belief scale of breast cancer screening

보낸사람 Gettie, Darlene

받는사람 haeso95

첨부파일 3개 (2MB) 모두 지움

Haee-Sook Jung.doc 496KB
Champion HBM .pdf 11KB
Self Efficacy.doc 26KB

Dear Ms. Jung,

Attached are the permission letter and scales you requested. You have permission to translate and use the instruments as long as you cite Dr. Champion's work and send Dr. Champion an abstract once your study is completed.

Thank you,

RE: 유방암 건강신념 측정도구 사용 허락을 부탁드립니다.

보낸사람 정해숙

받는사람 정해숙

정해숙 선생님,

Champion 박사로부터 원문에 대한 동의를 일차적으로 받으셨으므로, 선생님 논문에 극한해서 Korean version 사용을 허락합니다. 좋은 성과를 달성하십시오.

이 드림

From: 정해숙

Sent: Monday, March 28, 2016 4:18 PM

To:

Subject: 유방암 건강신념 측정도구 사용 허락을 부탁드립니다.

안녕하십니까 교수님

저는 아주대학교 보건대학원 석사과정생 정해숙입니다.

교수님께서 개발하신 한국판 유방암 건강신념 도구 사용허락을 영광차 연락드립니다.

RE: Please request permission to use 'benefits and barriers scale of colorectal cancer screening'

보낸사람 Rawl, Susan M

받는사람 정해숙

Thank you for your interest in our work and I am very excited it will be translated into Korean. You have my permission and please let me know if you need anything else.

[ABSTRACT]

Factors Related to the Performance of Colonoscopy Examination in a Community of Adults Aged 50 years and Older

Hae sook Jung

Graduate School of Public Health

Ajou University

(Supervised by Professor Yunhwan Lee, M.D., Dr.P.H)

This study is a descriptive survey research attempted to investigate factors related to colonoscopy examination performance using health belief model on the subject of some adults over 50 years of age to improve colonoscopy examination rates.

The survey was conducted on the subject of both sexes in their 50's and over by convenient sampling using Breast Cancer Health Belief Scale(K-CHBMS) developed by Lee et al. (2002) and Colonoscopy Benefits and Barriers Scale developed by Rawl et al. (2001). A total of 119 copies were collected and they were put through statistical analysis using SPSS Windows.

Comparing the differences in health belief means to grasp the relations between general characteristics and health belief showed statistically significant differences for gender, age, education, income, (yes or no) subscription to private insurance, health concern, and (yes or no) regular exercise. Chi-square conducted to grasp the relations between general characteristics and colonoscopy examination performance revealed significant

correlations in the subjects' income and health concern. Comparing the differences in health belief means among groups to grasp the relations between colonoscopy examination performance and health belief showed statistically significant differences for severity, benefits, barriers and self-efficacy. The result of conducting logistic regression analysis after controlling general items to understand factors influencing colonoscopy examination performance revealed that severity, barriers and self-efficacy are significant influences. Therefore, to improve colonoscopy examination rate, it is considered needed to develop intervention program and education that allows higher recognition of severity and self-efficacy and lower barriers.

Keywords: colonoscopy, health belief, severity, self-efficacy, barriers