

성인의 직업분류와 건강정보이해능력 간의 관계

최령
동신대학교 보건행정학과

Relationship between Occupational Classification and Health Literacy of the Adult

Ryong Choi
Department of Health Administration, Dongshin University

요약 본 연구는 질병관리청의 2021년 지역사회건강조사 자료를 이용하여 19세 이상 성인 8,773명을 대상으로 직업분류와 건강정보이해능력과의 관계를 분석하기 위하여 시행되었다. 건강정보이해능력 영향 요인을 분석하기 위해 SPSS 27.0을 이용하여 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 연구결과 의료진 설명 건강정보이해능력/글로 작성된 건강정보이해능력의 경우 단순노무종사자에 비해 관리자 3.097배/3.296배, 전문가 및 관련종사자 3.420배/5.366배, 사무종사자 2.464배/4.456배, 서비스종사자 1.633배/2.212배, 판매종사자 1.839배/2.639배, 농림어업종사자 1.177배/1.162배, 기능원 및 관련 기능 종사자 1.486배/1.907배, 장치기계조작 및 조립종사자 1.547배/1.992배 영향 요인으로 분석되었다. 연구결과를 바탕으로 직업분류에 따라 건강정보이해능력이 향상 될 수 있는 전략적 정책마련과 정부와 기초지방자치단체-기업-지역사회의 조직적인 연계성과 사회적 공감대 형성 그리고 건강정보 지식과 기술 역량을 갖춘 인력과 지속적인 교육이 병행되어야 할 것이다.

Abstract This study analyzed the relationship between occupational classification and health information literacy among 8,773 adults aged ≥ 19 using data from the 2021 Community Health Survey of the Korea Disease Control and Prevention Agency. Logistic regression analysis was conducted using SPSS 27.0 to analyze factors influencing health information literacy. The abilities to understand medical staff's explanations and written health information were: 3.097 times/3.296 times for managers, 3.420 times/5.366 times for professionals and related workers, 2.464 times/4.456 times for office workers, 1.633 times/2.212 times for service workers, 1.839 times/2.639 times for sales workers, 1.177 times/1.162 times for agricultural, forestry and fishing workers, 1.486 times/1.907 times for technicians and related skill workers, and 1.547 times/1.992 times for device machine operation and assembly workers. The results show that 1) strategic policies are required that can improve health information literacy according to occupational classification, 2) organizational links and social consensus are needed between government, local governments, companies, and the community, and 3) health information knowledge and technical capabilities should be further developed.

Keywords : Health Literacy, Occupation Classification, Written Health Information, Medical Staff's Explanations, Community Health Survey

*Corresponding Author : Ryong Choi(Dongshin Univ.)

email: choir33@naver.com

Received March 18, 2024

Accepted June 7, 2024

Revised April 12, 2024

Published June 30, 2024

1. 서론

건강정보이해능력은 질병관리, 질병예방 및 건강증진에 관한 판단을 내리고 결정을 내리기 위해 정보를 찾고 얻을 수 있는 접근능력, 접근한 정보를 이해하는 능력, 접근한 정보를 해석, 판단하는 능력과 결정을 내리기 위해 정보를 전달하고 사용하는 능력으로 정의하고 있다[1]. 건강정보이해능력은 의료기관에서 질병에 관련하여 흔히 사용되는 용어에 대한 이해 능력에 중점을 둔 언어적 건강정보이해능력[2]과 기본적인 건강정보와 건강관련 자료를 읽고 이해하며, 적절한 건강행동을 할 수 있는 능력에 중점을 둔 기능적 건강정보이해능력[3]으로 구분된다. 언어적 건강정보이해능력은 건강과 관련된 다양한 의사소통을 이해하고, 새로운 정보에 적극적으로 대응하기 위해 인지 및 사회적 기술을 적용하는 것을 의미하며[4], 기능적 건강정보이해능력은 처방전 같은 문자로 된 건강정보에 대한 독해 능력, 병원에서 제시하는 양식을 채울 수 있는 능력, 복용 약물의 용량 등의 수리 능력으로 측정하였다[5,6].

건강정보이해능력은 제9차 상하이 선언을 전후로 미국, 캐나다, 독일, 스코틀랜드 등에서 건강정보이해능력을 활용한 보건정책을 제시하는 것으로 이어졌으며[7], 한국에서도 제5차 국민건강증진종합계획의 건강친화적 환경 구축의 한 분야로 '건강정보이해력 제고'를 추가하였다[8].

성인은 다양한 직업을 갖고 경제적 보상, 사회적 위신과 존경, 권력, 지위 이동의 가능성 등과 같은 사회적 자원이 직업 위계가 형성된다[9]. 이때 각 영역에서는 전문적인 지식이나 기술뿐만 아니라 생산·소통 활동에 중점을 두고 직업이해능력(job literacy) 교육이 필요하며[10], 개인이 어떤 직업을 가지고 있는가는 그 사람이 수행하고 있는 일의 종류에 대한 정보 제공 및 사회적 평가[11]뿐만 아니라 질병을 예방하고 건강을 유지 및 실천할 수 있는 중요한 요인이 될 수 있다.

건강정보이해능력과 관련된 선행연구를 살펴보면 한국 노인의 건강 문해 영향 요인에 관한 연구에서 교육수준, 연령, 동거유형, 월소득이 건강문해와 관련이 있는 것으로 나타났다[12], 노인의 건강정보이해능력과 사망률에 관한 연구에서 건강정보이해능력과 위험노출비율 그리고 사망률과 관련이 있는 것으로 나타났다[13]. 입원 환자의 건강정보이해능력에 관한 연구는 연령, 교육수준이 언어적 건강정보이해능력 및 기능적 건강정보이해능력과 관련이 있는 것으로 나타났다[14]. 지역사회 거주

노인의 건강정보이해능력 수준에 관한 연구는 언어적 건강정보이해능력은 연령, 교육수준, 안경사용, 보청기사용과 관련이 있었으며, 기능적건강정보이해능력은 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 동거가족, 지각된 건강상태와 관련이 있는 것으로 나타났다[15]. 지역사회 거주 노인의 건강정보이해능력과 건강상태 간의 관계에 관한 연구는 노인 대상의 1/3 이상이 언어적·기능적 건강정보이해능력이 낮았으며, 거주지, 배우자유무, 동거가족 유무, 교육수준, 직업 유무, 월평균 가족 소득수준, 보유질환 개수에 따라 건강정보이해능력에 차이가 있는 것으로 나타났다[16].

이상의 연구에서 살펴본 바와 같이 건강을 효과적으로 관리하기 위해서는 정확한 건강정보를 제공함은 물론 건강정보를 올바르게 이해시킬 필요가 있으며, 이를 위해서는 대상자의 건강정보이해능력을 파악하는 것이 중요하다[17]. 그러나 대부분의 연구들은 일반적특성이나 질병을 중심으로 건강정보이해능력 영향 요인 또는 건강정보이해능력을 언어적·기능적 건강정보이해능력으로 구분하여 연구가 이루어지고 있으나 노동시장에서 경제활동의 기준이면서 건강관리·질병예방 그리고 의료이용에 직접적 영향을 줄 수 있는 직업과 건강정보이해능력 간의 관계에 관한 선행연구는 전무하다.

따라서 본 연구는 건강정보이해능력을 의사의 설명 이해 능력과 글로 작성된 건강정보 이해능력으로 각각 구분하고, 직업분류와 건강정보이해능력 간의 관계를 분석하여 건강정보이해능력 정책개발 및 프로그램개발에 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구방법

2.1 연구대상

본 연구는 질병관리청의 2021년 지역사회건강조사(Community Health Survey)를 이용하였다. 지역사회 건강조사는 지역보건법에 따라 지역보건의료계획을 수립 및 평가하고, 조사수행 체계를 표준화하여 비교 가능한 지역 건강 통계를 생산하고자 2008년부터 매년 전국 보건소에서 실시하고 있다. 2021년 지역사회건강조사는 만 19세 이상 성인을 대상으로 2021년 8월 16일부터 2021년 10월 31일까지 훈련된 조사원이 표본으로 설정된 가구에 직접 방문하여 1:1 면접조사(Computer Assisted Personal Interviewing, CAPI)로 진행되었으며, 조사 참여자는 총 229,242명이다.

본 연구에서는 직업을 통해 경제적 활동을 하고 있는 19세 이상 성인을 대상으로 결측값을 제외한 총 8,773명을 최종 분석하였다.

2.2 측정변수

2.2.1 직업분류

직업의 위치나 위계를 나타내는 용어는 다양하나 일반적으로 직업의 사회경제적 지위는 직업과 결부되어 있는 지표들(교육이나 수입, 기술정도 등)에 따른 평가로써 객관적 지표들에 의해 나타내어지는 위상이라고 할 수 있다[18]. 한국표준직업분류[19] 및 2021년 지역사회건강조사 자료는 10개의 직업으로 분류하고 있으며[20], 2021년 지역사회건강조사는 '귀하께서 종사하고 계신 직업은 무엇입니까?'로 직업을 측정하고 있다. 직업분류 질문에 대해 '1=관리자', '2=전문가 및 관련종사자', '3=사무종사자', '4=서비스종사자', '5=판매종사자', '6=농림어업종사자', '7=기능원 및 관련기능종사자', '8=장치, 기계조작 및 조립종사자', '9=단순노무종사자', '10=군인(직업군인)'으로 응답이 구성되어 있다. 본 연구에서는 특수직업군에 해당하는 군인을 제외한 총 9개 직종을 연구에 사용하였다.

2.2.2 건강정보이해능력

2021년 지역사회건강조사는 '의사, 간호사, 한의사 혹은 다른 의료진이 말로 설명하는 내용을 이해하는 능력'과 '신문, 인터넷, 안내자료 등 글로 쓰인 정보를 이해하는 능력'으로 건강정보이해능력을 측정하고 있으며, 본 연구에서는 두 설문 문항을 사용하였다.

'의사, 간호사, 한의사 혹은 다른 의료진이 말로 설명하는 내용을 이해하는 것이 얼마나 어렵습니까?'라는 질문에 대해 '1=아주 쉽다', '2=어느 정도 쉽다', '3=다소 어렵다', '4=매우 어렵다'로 응답이 구성되어 있으며, 본 연구에서는 '3'과 '4'는 '0=어렵다', '1'과 '2'는 '1=쉽다'로 재구성하고 '의료진이 말로 설명하는 건강정보이해능력'으로 정의하였다. '신문, 인터넷, 안내자료 등 글로 쓰인 건강정보를 이해하는 것이 얼마나 어렵습니까?'라는 질문에 대해 '1=아주 쉽다', '2=어느 정도 쉽다', '3=다소 어렵다', '4=매우 어렵다', '5=글로 쓰인 건강정보에 주의를 기울이지 않는다'로 응답이 구성되어 있으며, 본 연구에서는 '3'과 '4'는 '0=어렵다', '1'과 '2'는 '1=쉽다'로 재구성하고 '글로 쓰인 건강정보이해능력'으로 정의하였다. 한편, 건강정보이해능력은 질병 용어, 건강교육자료,

건강상태 설문지 및 동의서 등의 언어적 이해능력과 약물투약, 검사설명 등의 기능적 이해능력 수준을 연구하기 위해서 개인의 자의적 판단 소지가 있는 '5=글로 쓰인 건강정보에 주의를 기울이지 않는다' 문항은 결측 처리하였다.

2.2.3 일반적 특성

일반적 특성 중 성별은 '0=남성', '1=여성', 연령은 '0=19-29세', '1=30대', '2=40대', '3=50대', '4=60대', '5=70대', '6= ≥ 80 세', 가구원수는 '0=1명', '1=2명', '2=3명', '3= ≥ 4 명', 교육수준은 '0=초등학교 이하', '1=중학교', '2=고등학교', '3= \geq 대학 이상', 기초생활수급자는 '0=예', '1=아니오'로 구분하였다. 가구소득(월)은 '0= < 50 만원', '1=50만원 \leq < 100 만원', '2=100만원 \leq < 200 만원', '3=200만원 \leq < 300 만원', '4=300만원 \leq < 400 만원', '5=400만원 \leq < 500 만원', '6=500만원 \leq < 600 만원', '7= ≥ 600 만원', 주관적건강수준은 '0=나쁘다', '1=보통', '2=좋다', 만성질환수는 '0=1개', '1=2개', '2=3개 이상'으로 구분하였다.

2.3 분석방법

자료분석은 SPSS 27.0을 이용하여 직업분류 및 일반적 특성과 건강정보이해능력과의 관련성을 분석하기 위해 교차분석을 시행하였다. 건강정보이해능력 영향 요인을 분석하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 시행하였으며, 모든 검증을 $p=.05$ 에 대해 유의성을 검토하고, 유의수준은 95% 신뢰구간으로 하였다.

3. 연구결과

3.1 의료진 설명 이해 능력과의 관련성

'의료진이 설명하는 것이 어렵다'고 응답한 대상자 중 직업분류는 단순노무종사자 33.2%로 가장 많았으며, 농림어업종사자 21.4%, 서비스종사자 10.5%, 장치기계조작 및 조립종사자 10.1% 순이었다. 성별은 남성 56.3%, 연령은 60대 32.6%, 70대 26.3%, 50대 22.1% 순이었다. 가구원수는 2명 50.0%, 1명 20.3%, 교육수준은 초등학교 이하 36.9%, 고등학교 29.6% 순이었다. 기초생활수급자는 아니오 96.5%, 평균가구소득(월)은 100만원 이상-200만원 미만 23.9%, 200만원 이상-300만원 미만 17.5%, 50만원 이상-100만원 미만 16.6% 순이었다.

주관적건강수준은 보통 51.5%, 나쁨 29.1%, 만성질환수는 3개 이상 44.1%, 2개 31.9% 순이었다. 직업분류, 성별, 연령(p=.000), 가구원수, 교육수준, 기초생활수급자, 평균가구소득(월), 주관적건강수준, 만성질환수는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다(Table 1).

3.2 글로 작성된 건강정보 이해 능력과의 관련성

‘글로 작성된 건강정보를 이해하는 것이 어렵다’고 응답한 대상자 중 직업분류는 단순노무종사자 35.8%로 가

장 많았으며, 농림어업종사자 23.7%, 장치기계조작 및 조립종사자 9.6%, 서비스종사자 9.4% 순이었다. 성별은 남성 52.8%, 연령은 60대 34.3%, 70대 30.1%, 50대 18.2% 순이었다. 가구원수 2명 51.4%, 1명 22.5%, 교육수준은 초등학교 이하 43.3%, 고등학교 25.8% 순이었다. 기초생활수급자는 아니오 96.4%, 평균가구소득(월)은 100만원 이상-200만원 미만 25.4%, 50만원 이상-100만원 미만 19.2%, 200만원 이상-300만원 미만 17.7%순, 주관적건강수준은 보통 50.4%, 나쁨 29.5%,

Table 1. Relevance to medical staff's explanations health literacy

Section	Medical staff's explanations health literacy						z ²	p	
	Difficult		Easy		Total				
	N	%	N	%	N	%			
Job classification	Managers	37	1.9	279	4.1	316	3.6	180.549	.000
	Expert Laborer	73	3.8	608	8.9	681	7.8		
	Office Laborer	94	4.9	564	8.2	658	7.5		
	Service Laborer	202	10.5	803	11.7	1,005	11.5		
	Selling Laborer	130	6.7	582	8.5	712	8.1		
	Agriculture-Fishing Laborer	413	21.4	1184	17.3	1,597	18.2		
	Functional Laborer	144	7.35	521	7.6	665	7.6		
	Device-Machine-Assembly Laborer	195	10.1	749	10.9	844	10.8		
Gender	Simple Laborer	639	33.2	1556	22.7	2,195	25.0	45.005	.000
	Male	1,085	56.3	4,427	64.7	5,512	62.8		
Age	Female	842	43.7	2,419	35.3	3,261	37.2	149.936	.000
	19-29	6	0.3	29	0.4	35	0.4		
	30's	51	2.6	199	2.9	250	2.8		
	40's	160	8.3	750	11.0	910	10.4		
	50's	426	22.1	1,879	27.1	2,305	26.3		
	60's	629	32.6	2,505	36.6	3,134	35.7		
Number of household members	70's	507	26.3	1,261	18.4	1,768	20.2	38.894	.000
	≥80	148	7.7	223	3.3	371	4.2		
	1	391	20.3	1,108	16.2	1,499	17.1		
	2	963	50.0	3,242	47.4	4,205	47.9		
Education level	3	324	16.8	1,315	19.2	1,639	18.7	359.905	.000
	≥4	249	12.9	1,181	17.3	1,430	16.3		
	≤Elementary School	712	36.9	1,322	19.3	2,034	23.2		
	Middle School	375	19.5	1,083	15.8	1,458	16.6		
National basic livelihood	High School	571	29.6	2,482	36.3	3,053	34.8	5.840	.016
	≥College	269	14.0	1,959	28.6	2,228	25.4		
Average household income(month) (Ten thousand won)	Yes	67	3.5	169	2.5	236	2.7	170.597	.000
	No	1,860	96.5	6,677	97.5	8,537	97.3		
	<50	41	2.1	98	1.4	139	1.6		
	50≤-<100	319	16.6	632	9.2	951	10.8		
	100≤-<200	460	23.9	1,265	18.5	1,725	19.7		
	200≤-<300	337	17.5	1,166	17.0	1,503	17.1		
	300≤-<400	263	13.6	1,054	15.4	1,317	15.0		
	400≤-<500	141	7.3	670	9.8	811	9.2		
Subjective health status	500≤-<600	168	8.7	785	11.5	953	10.9	76.327	.000
	≥600	198	10.3	1,176	17.2	1,374	15.7		
	Not good	560	29.1	1,429	20.9	1,989	22.7		
Number of chronic disease	Normal	992	51.5	3,587	52.4	4,579	52.2	92.979	.000
	Good	375	19.5	1,830	26.7	2,205	25.1		
	1	463	24.0	1,278	18.7	1,741	19.8		
Total	2	615	31.9	1,703	24.9	2,318	26.4	8,773	100.0
	≥3	849	44.1	3,865	56.5	4,714	53.7		
		1,927	100.0	6,846	100.0	8,773	100.0		

만성질환수는 3개 이상 44.7%, 2개 32.3% 순이었다. 직업분류, 성별, 연령, 가구원수, 교육수준, 기초생활수급자, 평균가구소득(월), 주관적건강수준, 만성질환수는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다(Table 2).

3.3 건강정보이해능력 영향 요인

의료진 설명 이해 능력 영향 요인을 분석한 결과 직업

분류는 단순노무종사자에 비해 관리자(OR=1.595[95% CI=1.094-2.324]), 전문가 및 관련 종사자(OR=1.665[95% CI=1.246-2.226]), 사무종사자(OR=1.308[95% CI=1.000-1.711]), 농림어업종사자(OR=1.185[95% CI=1.016-1.381])에서 의료진이 설명하는 건강정보를 쉽게 이해하는 것으로 분석되었다. 교육수준은 초등학교 이하에 비해 중학교(OR=1.338[95% CI=1.140-1.570]), 고등학교

Table 2. Relevance to written health literacy

Section	Written health literacy							χ ²	p
	Difficult		Easy		Total				
	N	%	N	%	N	%			
Job classification	Managers	51	2.1	265	4.1	316	3.6	430.794	.000
	Expert Laborer	72	3.0	609	9.5	681	7.8		
	Office Laborer	82	3.4	576	9.0	658	7.5		
	Service Laborer	224	9.4	781	12.1	1,005	11.5		
	Selling Laborer	138	5.8	574	9.0	712	8.1		
	Agriculture-Fishing Laborer	564	23.7	1,033	16.2	1,597	18.2		
	Functional Laborer	166	7.0	499	7.8	665	7.6		
	Device-Machine-Assembly Laborer	228	9.6	716	11.2	944	10.8		
Gender	Simple Laborer	852	35.8	1,343	21.0	2,195	25.0	141.668	.000
	Male	1,254	52.8	4,258	66.6	5,512	62.8		
Age	Female	1,123	47.2	2,138	33.4	3,261	37.2	399.193	.000
	19-29	5	0.2	30	0.5	35	0.4		
	30's	48	2.0	202	3.2	250	2.8		
	40's	170	7.2	740	11.6	910	10.4		
	50's	432	18.2	1,873	29.3	2,305	26.3		
	60's	815	34.3	2,319	36.3	3,134	35.7		
	70's	716	30.1	1,052	16.4	1,768	20.2		
Number of household members	≥80	191	8.0	180	2.8	371	4.2	138.260	.000
	1	534	22.5	965	15.1	1,499	17.1		
	2	1,221	51.4	2,984	46.7	4,205	47.9		
	3	352	14.8	1,287	20.1	1,639	18.7		
Education level	≥4	270	11.4	1,160	18.1	1,430	16.3	935.643	.000
	≤Elementary School	1,030	43.3	1,004	15.7	2,034	23.2		
	Middle School	473	19.9	985	15.4	1,458	16.6		
	High School	614	25.8	2,439	38.1	3,053	34.8		
National basic livelihood	≥College	260	10.9	1,968	30.8	2,228	25.4	9.774	.002
	Yes	85	3.6	151	2.4	236	2.7		
Average household income(month) (KRW)	No	2,292	96.4	6,245	97.6	8,537	97.3	442.858	.000
	<50	51	2.1	88	1.4	139	1.6		
	50≤-<100	456	19.2	495	7.7	951	10.8		
	100≤-<200	604	25.4	1,121	17.5	1,725	19.7		
	200≤-<300	421	17.7	1,082	16.9	1,503	17.1		
	300≤-<400	311	13.1	1,006	15.7	1,317	15.0		
	400≤-<500	149	6.3	662	10.4	811	9.2		
	500≤-<600	169	7.1	784	12.3	953	10.9		
≥600	216	9.1	1,158	18.1	1,374	15.7			
Subjective health status	Not good	702	29.5	1,287	20.1	1,989	22.7	103.473	.000
	Normal	1,199	50.4	3,380	52.8	4,579	52.2		
	Good	476	20.0	1,729	27.0	2,205	25.1		
Number of chronic disease	1	547	23.0	1,194	18.7	1,741	19.8	107.935	.000
	2	767	32.3	1,551	24.2	2,318	26.4		
	≥3	1,063	44.7	3,651	57.1	4,714	53.7		
Total		2,377	100.0	6,396	100.0	8,773	100.0		

교(OR=2.023[95% CI=1.716-2.386]), 대학 이상(OR=3.071[95% CI=2.469-3.821]), 주관적건강수준은 나쁨에 비해 보통 (OR=1.525[95% CI=1.305-1.783]), 좋음(OR=1.211[95% CI=1.067-1.375]), 만성질환수는 1개 이하에 비해 3개 이상(OR=1.609[95% CI=1.406-1.841])에서 의료진이 설명하는 건강정보를 쉽게 이해하는 것으로 분석되었다. 직업분류, 교육수준, 주관적건강수준, 만성질환수는 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

글로 작성된 건강정보 이해 능력 영향 요인을 분석한 결과 단순노무종사자에 비해 직업분류는 전문가 및 관련

종사자(OR=1.859[95% CI=1.392-2.481]), 사무종사자(OR=1.673[95% CI=1.269-2.206]), 서비스종사자(OR=1.473[95% CI=1.221-1.775]), 판매종사자(OR=1.484[95% CI=1.190-1.850]), 농림어업종사자(OR=1.161[95% CI=1.003-1.343])에서 의료진이 설명하는 건강정보를 쉽게 이해하는 것으로 분석되었다. 성별은 여자에 비해 남자(OR=.848[95% CI=.753-.955]), 교육수준은 초등학교 이하에 비해 중학교(OR=1.715[95% CI=1.476-1.993]), 고등학교(OR=3.009[95% CI=2.574-3.517]), 대학 이상(OR=4.915[95% CI=3.977-6.073]), 주관적건강수준은

Table 3. Factors influencing health information literacy

Section		Ability to understand medical staff's explanations			Literacy of written health literacy		
		OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Job classification	Managers	1.595	1.094-2.324	.015	1.227	.875-1.721	.236
	Expert Laborer	1.665	1.246-2.226	.001	1.859	1.392-2.481	.000
	Office Laborer	1.308	1.000-1.711	.050	1.673	1.269-2.206	.000
	Service Laborer	1.211	.998-1.468	.052	1.473	1.221-1.775	.000
	Selling Laborer	1.232	.984-1.541	.069	1.484	1.190-1.850	.000
	Agriculture/Fishing Laborer	1.185	1.016-1.381	.030	1.161	1.003-1.343	.045
	Functional Laborer	1.030	.821-1.290	.800	1.023	.823-1.271	.841
	Device-Machine-Assembly Laborer	1.088	.887-1.334	.417	1.049	.863-1.275	.632
Gender	Simple Laborer	1(ref)			1(ref)		
	Male	1(ref)			1(ref)		
Age	Female	.986	.872-1.116	.828	.848	.753-.955	.007
	19-29	1(ref)			1(ref)		
	30's	.741	.288-1.905	.533	.638	.232-1.751	.383
	40's	.933	.376-2.314	.881	.706	.267-1.868	.483
	50's	.9683	.400-2.417	.970	.872	.332-2.292	.781
	60's	1.272	.516-3.318	.602	.953	.362-2.509	.922
Number of household members	70's	1.079	.435-2.677	.870	.761	.288-2.015	.583
	≥80	.780	.308-1.976	.600	.627	.232-1.629	.356
	1	1(ref)			1(ref)		
	2	.958	.822-1.117	.588	1.030	.890-1.193	.689
Education level	3	.885	.725-1.080	.229	.998	.822-1.210	.980
	≥4	.923	.740-1.152	.480	.985	.794-1.223	.894
	≤Elementary School	1(ref)			1(ref)		
National basic livelihood	Middle School	1.338	1.140-1.570	.000	1.715	1.476-1.993	.000
	High School	2.023	1.716-2.386	.000	3.009	2.574-3.517	.000
	≥College	3.071	2.469-3.821	.000	4.915	3.977-6.073	.000
Average household income(month) (KRW)	Yes	1(ref)			1(ref)		
	No	1.087	.802-1.472	.590	1.102	.820-1.482	.518
	<50	1(ref)			1(ref)		
	50≤-<100	.993	.665-1.484	.974	.778	.526-1.152	.210
	100≤-<200	1.089	.733-1.617	.673	.939	.638-1.381	.748
	200≤-<300	1.081	.720-1.622	.708	.884	.595-1.315	.544
	300≤-<400	1.117	.736-1.694	.603	.900	.599-1.352	.611
400≤-<500	1.245	.803-1.931	.327	1.107	.720-1.703	.643	
Subjective health status	500≤-<600	1.163	.751-1.800	.499	1.061	.691-1.631	.786
	≥600	1.332	.860-2.062	.199	1.068	.696-1.638	.764
	Not good	1(ref)			1(ref)		
Number of chronic disease	Normal	1.525	1.305-1.783	.000	1.412	1.216-1.640	.000
	Good	1.211	1.067-1.375	.003	1.206	1.066-1.365	.003
	1	1(ref)			1(ref)		
-2LogL(p)	2	1.097	.948-1.270	.214	1.054	.912-1.217	.477
	≥3	1.609	1.406-1.841	.000	1.570	1.376-1.791	.000
		8705.428(.000)			9115.766(.000)		

나쁨에 비해 보통 (OR=1.412[95% CI=1.216-1.640]), 좋음(OR=1.206[95% CI=1.066-1.365]), 만성질환수는 1개 이하에 비해 3개 이상(OR=1.570[95% CI=1.376-1.791])에서 글로 작성된 건강정보를 쉽게 이해하는 것으로 분석되었다. 직업분류, 성별, 교육수준, 주관적건강수준, 만성질환수는 통계적으로 유의한 차이가 있었다 (Table 3).

4. 논의

본 연구는 직업분류에 따라 의료진의 설명에 의한 건강정보를 이해하는 능력과 글로 작성된 건강정보를 이해하는 능력과의 관련 요인을 분석하였으며 주요 결과는 다음과 같다.

첫째, 건강정보 이해능력과의 관련성을 분석한 결과 모든 변수가 의료진의 설명에 의한 건강정보 이해 능력과 유의한 관련성이 있는 것으로 분석되었다. 글로 작성된 건강정보 이해능력과의 관련성을 분석한 결과 모든 변수가 글로 작성된 건강정보이해능력과 유의한 관련성이 있는 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 연령, 교육수준이 언어적 건강정보이해능력과, 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 지각된 건강상태가 기능적 건강정보이해능력과 관련[15]이 있고, 성별, 교육수준, 만성질환수, 외래이용이 건강정보이해능력과 관련[21]이 있으며, 거주지, 배우자유무, 동거가족 유무, 교육수준, 직업유무, 월평균가구소득, 보유질환개수가 언어적 건강정보이해능력과, 거주지, 배우자유무, 동거가족 유무, 교육수준, 월평균가족소득이 기능적 건강정보이해능력과 관련[16]이 있다는 선행연구와 부분적으로 일치하였다.

둘째, 의료진 설명 이해 능력 영향 요인을 분석한 결과 직업분류는 단순노무종사자에 비해 관리자 1.595배, 전문가 및 관련 종사자 1.665배, 사무종사자 1.308배, 농림어업종사자 1.185배 의료진이 설명하는 건강정보를 쉽게 이해하는데 영향을 주는 것으로 분석되었다. 교육수준은 초등학교 이하에 비해 중학교 1.338배, 고등학교 2.023배, 대학 이상 3.071배, 주관적건강수준은 나쁨에 비해 보통 1.525배, 좋음 1.211배, 만성질환수는 1개 이하에 비해 3개 이상 1.609배 의료진이 설명하는 건강정보를 쉽게 이해하는데 영향을 주는 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 성별, 교육수준, 소득, 질환, 건강행위, 주관적건강상태, 의료서비스 접근성이 언어적 건강정보이해능력과 관련[21]이 있고, 교육수준, 연령이 언어적 건

강정보이해능력과 관련[14] 있다는 선행연구와 부분적으로 일치하였다.

글로 작성된 건강정보 이해 능력 영향 요인을 분석한 결과 직업분류는 전문가 및 관련 종사자 1.859, 사무종사자 1.673, 서비스종사자 1.473, 판매종사자 1.484배, 농림어업종사자 1.161배, 성별은 여자에 비해 남자, 교육수준은 초등학교 이하에 비해 중학교 1.715배, 고등학교 3.009배, 대학 이상 4.915배, 주관적건강수준은 나쁨에 비해 보통 1.412배, 좋음 1.206배, 만성질환수는 1개 이하에 비해 3개 이상 1.570배 글로 작성된 건강정보를 쉽게 이해하는데 영향을 주는 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 성별, 결혼상태, 거주지역, 연령, 교육정도, 월수입이 기능적 건강정보 이해능력과 관련[22]이 있고, 교육수준, 연령이 기능적 건강정보이해능력과 관련[14]이 있다는 선행연구와 부분적으로 일치하였다.

직업분류와 건강정보이해능력과 일치하는 연구는 확인되지 않았으나 직업유무가 건강정보이해능력과 관련이 있었다[16]. 직업은 생계유지를 위해 경제적 활동을 의미하며, 직업의 종류가 아닌 그 자체가 위계가 있는 것은 아니다. 직업특성에 따라 의료비지출에 관한 연구에서는 농림어업속련종사자 및 단순노무종사자에 비해 관리자, 전문가 및 관련종사자, 사무종사자에서 의료비지출이 상대적으로 낮은 것으로 분석되었으며, 이는 직종 본연의 업무 강도, 업무 환경 및 특성과 함께 건강검진 등 다양한 예방활동이 선행되고 있기 때문이다[23]. 본 연구에서는 ‘의료진 설명 이해 능력’은 단순노무종사자에 비해 타 직종에서 최하 1.185배에서 최대 3.420배, ‘글로 작성된 건강정보 이해 능력’은 단순노무종사자에 비해 타 직종에서 최하 1.161배에서 최대 5.366배 건강정보이해 능력에 영향을 주는 것으로 분석되었다. 건강정보이해능력은 질병예방 및 질병관리를 위해 매우 중요한 요소로서 이러한 결과는 직업분류에 따라 건강정보이해능력에 불형평성이 있다는것을 확인할 수 있으며, 국민의 건강형평성 제고에 영향을 주는 요인으로 해석할 수 있다.

본 연구결과를 바탕으로 제언을 하면, 첫째, 건강정보 이해능력은 궁극적으로 질병예방 행동을 실천하고, 잠재적인 건강위험요인을 감소시키는 집단 수준의 역량 강화와도 관련이 있다[24]. 이에 개인보다 더 광범위한 조직의 역량과 환경과의 상호작용을 포함하여 맥락을 이해하고[25], 개인의 책임이 아니라 조직적으로 지속 추진해야 한다[26]. 둘째, 건강정보이해능력은 의료이용 및 의료비지출과 반비례관계에 있기 때문에 건강정보이해능력이 낮은 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 더 오래 입원하고

있다[27]. 이에 낮은 건강정보이해능력으로 인한 사회적 비용 부담의 감소를 위해 건강정보이해능력 향상 정책에 더 많은 전략적 투자와 재원배분[28] 등 정부와 기초지방자치단체의 강력한 정책 의지 그리고 기업 및 지역사회와 함께 사회적 공감대가 형성되어야 한다. 셋째, 직업분류와 일반적 특성을 고려한 건강정보 프로그램 및 차별화된 교육방법이 개발되어야 한다. 또한 건강정보이해능력 향상을 위해 의료진 설명 이해 능력과 글로 작성된 건강정보 이해 능력을 각각 고려하여 차별화된 정책과 접근방법이 필요하다. 넷째, 1차 건강정보제공자인 의료인의 역할과 책임을 강조함과 동시에 보건교육사 등 보건 의료인력을 양성하여 2차 건강정보제공자의 역할을 할 수 있도록 하여야 한다. 또한 건강정보 지식과 기술역량을 갖출 수 있도록 지속적인 교육이 병행되어야 한다.

본 연구의 제한점은 첫째, 지역사회건강조사 자료를 이용한 연구이므로 직업분류와 건강정보이해능력과의 인과관계가 대표성을 가진다고 해석하기에는 한계가 있다. 둘째, 2021년도 자료만을 활용함으로써 지역사회건강조사 자료의 특성을 반영하지 못하였으며, 직업분류 구성원 모두의 견해라고 해석하기에는 한계가 있다. 셋째, 직업분류와 건강정보이해능력에 관한 연구가 전무하여 고찰을 기술하는데 어려움이 있었으며, 건강정보이해능력 영향요인을 주는 다양한 요인들을 반영하지 못하였다. 그럼에도 불구하고 본 연구는 경제활동의 기본이 되는 직업분류에 따라 의료진 설명 이해능력과 글로 작성된 건강정보 이해능력으로 구분하여 영향 요인에 관한 연구를 시도 및 분석하였다는데 의의가 있다.

References

- [1] World Health Organization, Health promotion glossary of terms 2021, World Health Organization, Geneva, 44.
- [2] T. W. Lee, S. J. Kang, H. J. Lee, S. I. Hyun, "Testing health literacy skills in older Korean adults", *Patient education and counseling*, Vol.75, No.3, pp.302-307, 2009.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.002>
- [3] D. Baker, M. Wolf, J. Feinglass, J. Thompson, J. Gazmararian, et al., "Health literacy and mortality among elderly persons", *Journal of the American Medical Association*, Vol.167, No.4, pp.1503-1509, 2007.
DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.167.14.1503>
- [4] D. Nutbeam, Discussion paper on promoting, measuring and implementing health literacy implications for policy and practice in noncommunicable disease prevention and control, World Health Organization, 2017, 29.
- [5] R. M. Parker, D. W. Baker W. M. Williams, J. R. Nurss, "The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills", *Journal of General Internal Medicine*, Vol.10, No.10, pp.537-541, 1995.
DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02640361>
- [6] D. Nutbeam, "Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century", *Health Promotion International*, Vol.15, No.3, pp.259-267, 2000.
DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- [7] J. N. Hwang, S. K. Choi, "A Review of International Health Literacy Initiatives : Policy Implications for Improving the Nation's Health", *Alcohol and Health Behavior Research*, Vol.22, No.1, pp.57-70, 2021.
DOI: <https://doi.org/10.15524/KSAS.2021.22.1.057>
- [8] Ministry of Health and Welfare, The 5th National Health Plan, Korea Health Promotion Institute, 2022, 145.
- [9] H. J. Yoo, *Sociology of Occupations*. Kyungmoonsa, 2016, pp.388
- [10] T. T. Yim, W. H. Cho, "Exploring the factors of job literacy required for a public officials(Grade 9)", *The Korean Journal of Literacy Research*, Vol.13, No.3, pp.111-152, 2022.
DOI: <https://doi.org/10.37736/KJLR.2022.06.13.3.04>
- [11] C. Yang, *Korean Society: Hierarchy and Dynamics*, Korea university press, 2000, 312.
- [12] T. W. Lee, S. J. Kang, "Health Literacy in the Korean Elderly and Influencing Factors", *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol.28, No.4, pp.847-863, 2008. G704-000573.2008.28.4.019
- [13] B. D. Waker, M. S. Wolf, J. Feinglass, J. A. Thompson, "Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons", *Journal of General Internal Medicine*, Vol.23, No.6, pp.723-726, 2008.
DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0566-4>
- [14] I. H. Hong, Y. Eun, "Health Literacy of Inpatients at General Hospital", *The Journal of Korean Academic Society of Adult Nursing*, Vol.24, No.65, pp.477-488, 2012.
DOI: <https://doi.org/10.7475/kjan.2012.24.5.477>
- [15] H. J. Park, S. K. Hwang, "Linguistic and Functional Health Literacy among Community-dwelling Old Adults", *Global Health & Nursing*, Vol.4, No.2, pp.49-58, 2014.
DOI: <https://kiss.kstudy.com/Detail/Ar?key=3257820>
- [16] I. S. Yang, "Relationship between Health Literacy and Health status among Community-dwelling Elderly", *Journal of Convergence for Information Technology*, Vol.11, No.1, pp.62-70, 2021.
DOI: <https://doi.org/10.22156/CS4SMB.2021.11.01.062>

[17] M. R. Andrus, M. T. Roth, "Health literacy: A review", *Pharmacotherapy*, Vol.22, No.3, pp.282-302, 2002.
DOI: <https://doi.org/10.1592/phco.22.5.282.33191>

[18] H. J. Yoo, W. H. Kim, "A Study on the Occupational Status in Korea", *Journal of Employment and Skills Development, Health Literacy in the Korean Elderly and Influencing Factors* Vol.5, No.2, pp.35-66, 2002.
<https://www.krivet.re.kr:8443/repository/handle/201303/1058>

[19] https://kssc.kostat.go.kr:8443/ksscNew_web/index.jsp#

[20] <https://chs.kdca.go.kr/chs/qt/qtMain.do>

[21] Y. S. Kim, B. H. Park, H. Y. Lee, "A Study on Predicting Health Literacy of Korean Elderly Using Andersen's Health Behavior Model", *Korean Society of Gerontology Social Welfare*, Vol.19, No.4, pp.558-870, 2017.
DOI: <http://doi.org/10.21194/kjgsw..65.201409.35>

[21] R. Sudore, K. Yaffe, S. Satterfield, T. Harris, K. Mehta, et al., "Limited literacy and mortality in the elderly: The health, aging, and body composition study", *Journal of General Internal Medicine*, Vol.21, No.8, pp.806-812, 2006.
DOI: <http://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00539.x>

[22] S. H. Kim, E. J. Lee, "The Influence of Functional literacy on Perceived Health Status in Korean Older Adults", *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.38, No.2, pp.195-203, 2008.
DOI: <http://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.2.195>

[23] R. Choi, "Influence Factors on Medical Expenditure according of Occupation Classification", *Journal of Digital Convergence*, Vol.17, No.4, pp.203-210, 2019.
DOI: <http://doi.org/10.14400/JDC.2019.17.4.203>

[24] S. Van den Broucke, "Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa", *Health Promotion International*, Vol.35, No.2, pp.181-186, 2020. DOI: <http://doi.org/10.1093/heapro/daaa042>

[25] M. K. Paasche-Orlow, M. S. Wolf, "The causal pathways linking health literacy to health outcomes", *American Journal of Health Behavior*, Vol.31, No.1, pp.S19-S26, 2007.
DOI: <http://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.supp.S19>

[26] H. S. Jo, N. Y. Yoon, "Global trends in organizational health literacy and their application to Korea", *Korean Journal of Health Education and Promotion*, Vol.38, No.2, pp.85-93, 2021.
DOI: <http://doi.org/10.14367/kjhep.2021.38.2.85>

[27] J. Vandenbosch, S. Van den Broucke, S. Vancorenland, H. Avalosse, R. Verniest, et al., "Health literacy and the use of healthcare services in Belgium", *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol.70, No.10, pp.1032-1038, 2016.
DOI: <http://doi.org/10.1136/jech-2015-206910>

[28] K. Sorensen, Health literacy is a political choice: A health literacy guide for politicians, *Global Health Literacy Academy*, 2016, 35.
DOI: <https://www.researchgate.net/publication/31145>

[5482 Health literacy is a political choice A health literacy guide for politicians](#)

최 령(Ryoung Choi)

[정회원]



- 2008년 8월 : 경북대학교 보건대학원 역학 및 건강증진학과 (보건학석사)
- 2013년 8월 : 경북대학교 일반대학원 보건학과 (보건학박사)
- 2014년 3월 ~ 현재 : 동신대학교 보건행정학과 부교수

<관심분야>

보건행정, 보건관리, 병원경영, 보건정책