

한국여성의 자궁암 검사 이용행위와 관련된 요인에 대한 분석연구

김 정 희

광주여자대학교 환경보건학과

〈 목 차 〉

I. 서 론
II. 연구 방법
III. 연구 결과

IV. 토의 및 결론
참고문헌
영문초록

I. 서 론

한국보건사회연구원에 의해 1989년에 실시된 제1차 전국 보건행태조사는 20-59세 한국여성의 17%만이 조사 전년도에 자궁암 검사를 해 본 경험이 있다고 보고하였다 (송건용 외, 1990).

흔히 자궁암 검사라 불리는 자궁경부암 검사 (Papanicolaou smear screening test)의 낮은 이용률은 자궁 경부암 사망률과 발생률의 증가와 직접적으로 관련이 있다고 알려져 왔다 (Dewar et al., 1992; Duelberg, 1992; Eddy, 1990, Herrero et al., 1992; Lerman et al., 1990; Mamom et al., 1990; Perucci et al., 1990; Ronco et al., 1991; Solomon, 1993). 우리 나라에서 1957년이래 실

시 보급되어 (김순덕 외, 1988) 30년이 지난 현재 보편적으로 이용이 가능한 이 검사에 대한 낮은 이용률은 한국 여성의 건강에 위협이 되는 심각한 문제가 아닐 수 없다. 1980년부터 시작된 우리 나라의 암등록 사업 보고서에서 모든 여성 암 사례 중 자궁경부암이 장기별 발생빈도가 가장 높아 매년 첫 번째 순위를 점해 왔으며 (보건복지부, 1993), 사망률에 있어서는 비록 그 연구 대상지역이나 연구 방법에 따라 다소의 차이는 있으나 2-5번째 순위로 지속적으로 보고되고 있는 것은 (경제기획원, 1990; 김정순, 1989; 이무송, 1991; 정승필, 1992) 이 암의 저조한 검사율과 관련하여 시사하는 바가 크다 할 것이다.

자궁경부암 검사는 자궁경부의 전암장해를 발견하는데, 0부터 4까지의 5단계의 임상적 진

행단계 중 임상단계 0 (intraepithelial neoplasia and carcinoma in situ; 전 침입 단계)에서 발견되고 진단되면 생존율은 거의 100%에 이른다고 국내외의 학자들이 보고 해 왔다 (이효표 등, 1993; Cha et al., 1992 ;Davis, 1991; Mandelblatt etl al., 1991). 한국에서 실시된 대부분의 연구가 자궁경부암 1기 환자를보다 2기 환자들이 더 높다고 밝히고 있는 점 (이효표 외, 1993; 장부용 외, 1982) 또한 자궁경부암 검사가 이용 가능함에도 불구하고 이 검사가 충분히 이용되어 오지 않았음을 뒷받침하고 있다.

사실상 자궁경부암 발생의 필요충분 조건을 채워주는 단일 원인이 아직 알려져 있지 않기 때문에 (Baquet et al., 1987; Herrington, 1995; Miller, 1992) 제 위험요인들에 대한 지식의 습득만으로는 사망률과 발생률의 효과적인 감소를 기대하기란 현실적으로 어렵다. 또한 자궁경부암 초기단계에 있어서는 대부분의 환자들이 무증상을 보이므로 (이효표, 1992; 박찬규, 1992), 외국의 많은 연구자들이 자궁경부암 검사를 한번도 받지 않은 것 자체가 자궁경부암의 가장 중요한 위험요인이라고 지적하고 있는 실정이다 (Liaw et al., 1995; Herrero et al., 1992; Ronco et al., 1991).

그러므로 제한된 재정자원으로 최대한의 자궁경부암 예방을 달성하기 위해서는, 자궁경부암 검사 이용률을 높이는 것이 급선무일 것이다. 이를 위해 검사 이용률을 높여야 하는 표적집단을 알아내고 그들의 특성을 확인할 수 있는, 이용 가능한 기초 정보가 무엇보다 우선된다고 사료된다.

따라서 본 연구는 대표성 있는 표본을 이용하여 1)자궁암 검사 이용률의 변화와, 2)자궁경부암 검사이용자와 비이용자 사이의 특성의 차이여부를 확인하고 3) 자궁암 검사 이용과 관련

된 예측 요인을 제공하여 실용적인 자궁암 관리를 위한 기초자료를 제시하고자 하는 목적으로 실시되었다.

II. 연구 방법

1. 이용자료

본 연구는 한국보건사회연구원에서 1992년에 실시한 제2차 한국보건행태조사 자료를 기초로 하여 실시되었다.

한국보건행태조사의 표본은, 국민건강조사를 위하여 1990년 인구 총조사로부터 얻어진 185,149개의 조사구로부터 추출된 110개 (시부에서 67개, 군부에서 43개)의 표본 조사구 및 6,661개의 표본 가구수가 기본이 되어 추출되었다. 국민건강조사에서 선정된 가구표의 첫 번째 가구로부터 시작하여 매 두 번째 가구에서 한국보건행태조사의 표본가구가 다시 추출되었다. 표본 가구원으로는 조사대상 가구 중 20-59세의 조사 대상자가 있는 가구에서 출생월일이 가장 빠른 사람이 선택되었다. 연구의 속성상 여성 표본 가구원과 관련된 자료만이 분석대상으로 사용되었다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 한국보건행태조사 표본으로 추출된 20-59세의 한국 성인 여성 중 자궁암검사와 관련된 질문에 응답을 완료한 1,489명이었다.

3. 연구도구

한국보건행태조사는, 국민건강조사로부터 수집된 자료를 사용한 사회적 요인과, 건강관련행

위 및 건강의 3가지 조사내용으로 구성되어 있다. 사회적 요인 내용으로부터 '거주지(시부/군부)', '연령(20-29/30-39/40-49/50-59)', '결혼상태(미혼/유배우/이혼, 사별, 기타)', '교육수준(무학/국졸/중졸/고졸/전문대졸/대졸이상)', '의료보장(없음/공공의료보험/직장의료보험/지역의료보험/의료보호 및 부조)', 자신이 인지한 가구의 '생활수준(상/중/하)', '상용치료원(없음/병의원/보건소및보건지소/한의원/보건진료소/기타)'이, 건강 내용으로부터는 자신이 인식하는 '평소 건강상태(안 좋음/보통/ 좋음)', '만성질환유무(없음/있음)'의 세부항목이 이용되었다. 건강관련행위 중에서는 검진과 관련된 '신체검사여부(아니오/예)', '신체검사종류(단체/개인종합검진)', '자궁암검사(비검사자/검사자)' 항목과 '규칙적운동', '보건지식원(없음/TV및라디오/이웃및친지/신문/주간및월간잡지/책자및포스터)' 항목이 선택되었다. 각 변수의 명칭, 정의 및 분류는 대부분 보건행태조사의 예를 따랐으나 '규칙적운동' 항목은 '건강을 위한 노력(안함/함)'이라는 새명칭과 함께 분류를 축소하는 쪽으로 재부호화되었다.

본 연구를 위하여 선택된 총 14개의 변수 중 '자궁경부암 검사'가 독립변수로, 나머지 13개의 변수는 종속변수로 이용되었다. '자궁암 검사'는 보건행태조사의 예를 따라 비이용자/이용자 집단으로 분류되었으며, 이용자/비이용자의 정의는 "지난 1년간"의 경험에 국한되었다. '신체검사여부'의 정의 또한 "지난 1년간"의 신체검사 경험으로 제한되었다.

4. 자료수집 및 분석

한국보건행태조사의 자료수집은, 조사표에 기

초한 면접원의 가구면접조사 방법에 의해 1992년 6월 11일-7월 10일까지 1개월 동안 수집되었으며, 그 응답률은 95.9% 였다.

본 연구 자료의 분석을 위하여 SAS software version 6.08 mainframe 통계프로그램이 이용되었으며, 1) 빈도와 백분율을 통해 자궁암 검사 이용률과 연구대상의 특성을 묘사하려 하였고, 2) 자궁암 검사이용에 영향을 미치는 예측인자를 찾기 위해서 로지스틱 회귀분석방법이 이용되었다. 로지스틱 모델은 변수들 사이의 interaction term 들이 모델의 변형을 가져오는지 여부가 시험된 후 변형 원인 변수들은 마지막 모델에서 제외되었다. 따라서, 13개 독립변수 중 '거주지', '연령', '결혼상태', '교육수준', '의료보장', '상용치료원', '생활수준', '신체검사여부', '보건지식원'의 9개 변수들만이 자궁암 검사 이용에 영향을 미치는 예측인자를 찾기 위해 최종적으로 이용되었다. 최종 모델의 결정기준은 다음과 같다. 1) 위에서 설명한 바와 같이 변수선정을 위한 interaction terms 이용 기준, 2) log likelihood statistics와 score statistics와 같은 모델 적합성 기준, 3) hosmer과 lemeshow goodness of fit test, 4) 연구관심에 따른 변수 선정 등이다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 자궁암 검사 이용률

20-59세 사이의 한국여성 1,489명인 본 연구 대상의 조사전 1년간의 자궁암 검사 이용률은 단지 조사대상자의 27.9%에 (415명) 그친 반면, 72.1%는 (1,074명) 비이용자였다.

2. 연구 대상자의 특성

표 1에서 보여주고 있는 것처럼 대다수의 연구 대상자가 시부에 거주 (65.1%) 하고 있었다.

30-39세 연령군 (32.2%)이 가장 큰 비율을 차지하고 있었으며, 다른 연령군은 비교적 유사한 크기로 분포되어 있었다.

유배우 여성 (77.2%)은 미혼 여성 (13.8%)에 비해 현저하게 높은 비율을 보였다.

교육수준에 있어서는, 고졸자가 (36.7%) 연구 대상의 가장 많은 부분을 차지하고 있는 반면, 전문대 졸자는 (4.2%) 가장 적은 집단이었다.

어떤 종류의 의료보장 혜택도 받지 못하고 있는 대상자는 단지 5.2%였다. 의료보장 혜택을 받고 있는 대상자 중에서는 지역보험 (47.1%)과 직장보험 (35.6%) 수혜자가 가장 많았다. 66.6%에 이르는 연구대상자가 상용치료원이 없다고 답변했으며, 병/의원 이용자 (18.9%)의 비율이 그 다음으로 많았다.

절반 이상의 연구 대상자가 자신들의 생활수준이 중간정도라고 답변했다.

단지 24.1%의 대상자가 자신들의 건강상태가 좋지않다고 답했으며, 자신의 건강을 위해 노력을 기울이는 사람 (42.9%)은 그렇지 못한 사람 (57.1%)에 비해 적었다.

연구 대상의 대부분이 (78.1%) 보건행태조사 전 1년간 신체검사를 받지 않았으며, 동기간 동안에 신체검사를 받은 사람들은 (21.9%) 집단검진 (47.5%)에 비해 개인종합검진 (52.5%)을 받는 경향을 보였다.

텔레비전과 라디오는 가장 보편적인 보건관련지식원 (54.9%) 으로 나타난 반면, 보건지식원이 없는 이들도 13.1%에 달했다.

본 연구 대상자의 34.1%가 만성질환을 가지고 있다고 응답했다.

3. 자궁암 검사 비이용자와 이용자의 일반적 특성 비교

시부에 살고 있는 비율은 자궁암 검사 이용자 (70.6%)가 비이용자 (63.0%)에 비해 높았다.

이용자 집단에서는 30-39세 연령군이 가장 높은 비율을 차지했으며 (45.5%), 비이용자 집단에서의 주된 연령군은 20-29세사이의 여성들이었다 (30.6%). 이용자 집단에서는 50-59세 연령군이 가장 적은 비율을 나타냈으며 (13.5%) 그 다음이 20-29세 연령군 (14.2%) 이었다.

이용자의 약 90%가 유배우자 였으며, 이용자의 단지 3.4%만이 미혼자였다. 그러나, 비이용자 집단에서의 미혼자의 비율은 12.8%로 이용자 집단의 미혼자 비율의 거의 4배에 달하였다. 게다가 비이용자 집단에서 유배우자의 비율은 이용자 집단의 유배우자의 것보다 훨씬 적었다.

이용자 집단의 교육수준은 비이용자 집단에 비해 높은 편이었다. 무학비율은 비이용자 집단 (11.0%)에 비해 이용자 집단 (4.3%)이 매우 낮았다.

아무런 의료보장 혜택을 받지 못하고 있는 이용자 (2.9%)의 비율은 비이용자 (6.1%)에 비해 적었다.

병/의원을 상용치료원으로 하고 있는 비율은 자궁암 검사 이용자 (26.3%)가 비이용자 (16.1%)에 비해 더 높았다. 이용자의 57.6%, 비이용자의 70.1%가 상용치료원이 없었다.

자신의 생활수준에 대한 인식은 이용자가 비이용자에 비해 더 높다고 인식하는 경향이 컸다.

이용자 (32.0%)가 비이용자 (18.0%)에 비해

〈표 1〉 자궁암 검사 비이용자와 이용자의 일반적 특성 비교

변 수	구 분 N (%)	자궁암 검사					
		계		비이용자		이용자	
		(1,489)	(100.0)	(1,074)	(100.0)	(415)	(100.0)
거주지							
시부		970	(65.1)	677	(63.0)	293	(70.6)
군부		519	(34.9)	397	(37.0)	122	(29.4)
연령							
20-29		388	(26.1)	329	(30.6)	59	(14.2)
30-39		479	(32.2)	290	(27.0)	189	(45.5)
40-49		300	(20.2)	189	(17.6)	111	(26.7)
50-59		322	(21.6)	266	(24.8)	56	(13.5)
결혼상태							
미혼		205	(13.8)	191	(12.8)	14	(3.4)
유배우		1150	(77.2)	777	(72.3)	373	(89.9)
기타		134	(9.0)	106	(9.9)	28	(6.7)
교육수준							
무학		136	(9.2)	118	(11.0)	18	(4.3)
국졸		346	(23.3)	258	(24.1)	88	(21.2)
중졸		271	(18.3)	176	(16.5)	95	(22.9)
고졸		544	(36.7)	390	(36.5)	154	(37.1)
전문대졸		62	(4.2)	47	(4.4)	15	(3.6)
대졸이상		125	(8.4)	80	(7.5)	45	(10.8)
의료보장							
없음		78	(5.2)	66	(6.1)	12	(2.9)
공/교		106	(7.1)	76	(7.1)	30	(7.2)
직장		530	(35.6)	363	(33.8)	167	(40.2)
지역		701	(47.1)	510	(47.5)	191	(46.0)
의료보호/의료부조		74	(5.0)	59	(5.5)	15	(3.6)
상용치료원							
없음		983	(66.6)	747	(70.1)	236	(57.6)
병/의원		279	(18.9)	171	(16.1)	108	(26.3)
보건소/보건지소		23	(1.6)	14	(1.3)	9	(2.2)
한의원		18	(1.2)	11	(1.0)	7	(1.7)
보건진료소		31	(2.1)	20	(1.9)	11	(2.7)
기타		141	(9.6)	102	(9.6)	39	(9.5)
생활수준							
하		538	(36.5)	420	(39.4)	118	(28.8)
중		868	(58.8)	603	(56.6)	265	(64.6)
상		70	(4.7)	43	(4.0)	27	(6.6)
평소건강상태							
안 좋음		359	(24.1)	255	(23.8)	10	(25.1)
보통		440	(29.6)	321	(29.9)	119	(28.7)
좋음		689	(46.3)	497	(46.3)	192	(46.3)

〈표 1〉 자궁암 검사 비이용자와 이용자의 일반적 특성 비교(계속)

변 수	구 분 N (%)	자궁암 검사					
		계		비이용자		이용자	
		(1,489)	(100.0)	(1,074)	(100.0)	(415)	(100.0)
건강을 위한 노력							
안함		850	(57.1)	628	(58.5)	222	(53.5)
함		639	(42.9)	446	(41.5)	193	(46.5)
신체검사여부							
아니오		1163	(78.1)	881	(82.0)	282	(68.0)
예		326	(21.9)	193	(18.0)	133	(32.0)
신체검사종류							
단체		153	(47.5)	105	(55.0)	48	(36.6)
개인종합검진		169	(52.5)	86	(45.0)	83	(63.4)
보건지식원							
없음		195	(13.1)	154	(14.3)	41	(9.9)
TV/라디오		817	(54.9)	594	(55.3)	223	(53.7)
이웃/친지		161	(10.8)	114	(10.8)	45	(10.8)
신문		127	(8.5)	81	(7.5)	46	(11.1)
주간지/월간잡지		41	(2.8)	30	(2.8)	11	(2.7)
책자/포스터		148	(10.0)	99	(9.2)	49	(11.8)
만성질환여부							
없음		981	(65.9)	732	(67.2)	259	(62.4)
있음		508	(34.1)	352	(32.8)	156	(37.6)

신체검사를 더 받는 것으로 나타났다. 신체검사를 받은 이들 중에서는 이용자 (63.4%)가 비이용자 (45.0%)보다 개인종합검진을 받는 경향이 높은 것으로 나타났다.

보건지식원의 경우, 이용자 (9.9%)에 비해 비이용자 (14.3%)는 보건지식원이 없는 비율이 높은 것으로 나타났다.

평소 건강상태, 건강을 위한 노력, 및 만성질환여부와 같은 세 개의 변수는 비이용자와 이용자간의 눈에 띄는 차이가 발견되지 않았다.

4. 자궁암 검사 이용과 독립변수사이의 관계 (unadjusted association)

자궁암 검사 이용과 본 연구에서 이용된 각 독립변수사이의, 조정되지 않는 이변량관계의

〈표 2〉 자궁암 검사이용과 각 독립변수사이의 이변량 분석 결과

변 수	자궁암 검사	
	X ²	P
거주지	7.548	.006 *
연령	92.971	.001 *
결혼상태	60.308	.001 *
교육수준	26.987	.001 *
의료보장	11.812	.019 *
상용치료원	27.075	.001 *
생활수준	16.503	.001 *
평소건강상태	0.364	.834
건강을 위한 노력	3.029	.082
신체검사	34.692	.001 *
신체검사종류	10.472	.001 *
보건지식원	11.126	.049 *
만성질환여부	3.088	.079

* = P < .05

결과는 '평소 건강상태', '건강을 위한 노력', 및 '만성질환여부'의 세변수를 제외한 모든 변수들이 chi-squared test에 의해 $P < .05$ 의 수준에서 통계적으로 유의한 것으로 나타났다 (표2).

5. 자궁경부암 검사 이용 행태와 관련된 예측요인

표 3은 본 연구에서 이용된 13개의 독립변수 중 interaction terms의 테스트 결과 선정되어 logistic regression analysis를 위한 최종 모델에 이용된 9개의 변수들 중 $P < .05$ 수준에서 통계적으로 유의한 변수들만을 결과로부터 요약한 것이다. 최종 모델에 이용된 변수들 중 '연령', '결혼상태', '상용치료원', '생활수준', 및 '신체검사'의 다섯 변수가 조사 1년전의 자궁암검사 이용을 예측하는데 의미 있는 변수로 나타났다.

20-29세 연령군에 비해 30-39세 연령군이 2.3배, 40-49세 연령군은 2.1배 더 자궁암 검사를 받을 가능성이 있었다. 그러나, 50-59세 연령군은, 통계적으로 유의하게 나오지는 않았지만, 자궁암 검사를 받지 않을 위험에 노출되어 있는 것으로 보인다.

미혼여성에 비해 유배우 여성은 7.1배, 기타에 속하는 여성은 6.4배 자궁암 검사를 받을 것이 예측되었다.

병/의원, 보건소/보건지소, 및 보건진료소는 자궁암 검사와 유의한 관련이 있는 상용치료원이었다. 상용치료원이 없는 여성에 비해서 보건진료소 이용자는 3.3배, 보건소/보건지소 이용자는 2.6배, 병/의원 이용자는 1.6배 자궁암 검사를 할 가능성이 있었다.

자신의 생활수준이 높다고 인식하는 사람은 낮다고 인식하는 사람에 비해 2.1배 더 이 검사를

받을 가능성이 있었다.

신체검사를 한 여성이 자궁암 검사를 할 확률은 그렇지 않은 여성에 비해 2.6배였다.

표3 하단 부에 보이는 것처럼 이 모델은 자료에 적합한 것으로서, $-2 \log$ likelihood ratio test, the score test, and the hosmer and lomeshow goodness of fit test 모두에 의해서 증명되어졌다.

IV. 고찰 및 제언

20-59세 한국여성의 조사전 1년간의 자궁암 검사 이용률은 1989년의 1차 보건행태조사에서는 17%에 불과하던 것이 (송건용 등, 1990), 1992년의 2차 보건행태조사 자료를 이용한 본 연구 결과에서는, 지난 3년 동안에 10.9%의 증가를 하여, 27.9%로 현저히 증가된 것으로 나타났다.

1959년부터 1987년까지 서울대학병원 산부인과에 등록된 자궁경부암환자를 대상으로 한 이효표 등 (1993)의 연구결과에 의하면 2기환자(41.4%)가 1기환자(38.0%)에 비해 많았다. 그러나 대한 산부인과학회에서 지정된 전공의 수련병원에 내원한 환자를 대상으로 실시하고 있는 부인암 등록사업 자료를 분석한 이효표의 연구(1993)에서는, 1990년부터 1992년까지의 자궁경부암 환자의 3년평균 1기 환자를(42.4%)이 2기환자를(39.2%)에 비해, 또한 매해의 1기환자률이 2기환자률에 비해 많아진 것으로 나타났다. 물론, 연구대상이 다른 이들 연구 결과가 자궁암 검사이용률의 증가에 기인한다는 증거는 없다. 그러나 앞으로 한국에서 시간의 변화에

〈표3〉 자궁암 검사 이용 행태와 관련된 예측요인

변 수 (N=1,489)	Parameter	P	Odds	95% CI	
	Estimate	X ²	Ratio	Lower	Upper
연령	Reference Group				
20-29	.8500	1.E-05 *	2.340	1.595	3.431
30-39	.7192	.0012 *	2.053	1.327	3.176
40-49					
50-59	-.0860	.7539	.918	.536	1.571
결혼상태	Reference Group				
미혼	1.9610	2.E-09 *	7.106	3.759	13.435
기혼	1.8640	5.E-06 *	6.449	2.895	14.367
기타					
상용치료원	Reference Group				
무					
병의원	.4805	.0027 *	1.617	1.181	2.214
보건소/보건지소	.9614	.0439 *	2.615	1.027	6.662
한의원	.6555	.2272	1.926	.665	5.581
보건진료소	1.1836	.0053 *	3.266	1.421	7.507
기타	.0019	.9929	1.002	.664	1.511
생활수준	Reference Group				
못사는편					
보통	.1963	.1783	1.217	.914	1.620
잘사는편	.7312	.0098 *	2.078	1.193	3.618
신체검사	Reference Group				
안했다					
했다	.9610	3.E-10 *	2.614	1.941	3.521

N= 1,489

-2 Log L = 231.379 with 28 DF (p=0.E+00): Chi-Square for Covariates

Score = 208.294 with 28 DF (p=0.E+00)

Hosmer and Lemeshow Goodness of Fit Test: Statistic=6.7882 with 8 DF (p=0.5596)

* = P < .05

따른 자궁경부암 환자의 병기별 분포와 자궁암 검사 이용률의 변화에 대한 상관관계가 밝혀진다면, 자궁암 검사의 조기진단과 생존율에 관련된 정보가 이 암의 예방사업과 예방행태에 미치는 긍정적인 효과가 매우 클 것이라 사료된다.

빈도와 백분율을 통해본 본 연구 대상자의

자궁암 검사 이용 행태에 있어 비이용자와 이용자간의 특성에는 차이가 있었다. 이 검사 비이용자는 이용자에 비해 교육수준이 낮은, 20-29 세 사이의 지역이나 직장 의료보험 수혜자이며, 자신이 중간 생활수준에 있다고 인식하는, 미혼의 도시 거주자의 모습으로 그려질 수 있을 것

이다. 만약 이들이 신체검사를 했다면 이용자와는 달리 그것은 집단검진의 한 부분인 경향을 띠는 것이다. 다른 변수들에 있어서는 이용자들의 것에 비해 약한 관계를 보인 것을 제외하고는 유사한 모습을 보였다. 비이용자는 이용자에 비해 생활수준이 낮다고 인식하는 군부 거주자이며, 의료보장 혜택을 받지 못하고, 신체검사를 받지 않았으며 보건지식원이 없는 여성일 것이다. 자신의 평소 건강상태, 건강을 위한 노력, 및 만성질환여부는 비이용자와 이용자 사이의 차이가 없었다. chi-squared test에 의해서도 이 세 변수는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다.

Logistic regression analysis에 의해 확인된 본 연구 대상자의 자궁암 검사 이용행위와 관련된 예측요인은 연령, 결혼상태, 상용치료원, 생활수준, 및 신체검사의 5개 변수였다. 자궁암 검사를 받지않는 위험군은, 소득수준이 상대적으로 낮다고 인식하며, 상용치료원이 없고 신체검사를 받지 않은 50-59세 연령군에 속하거나 미혼여성일 가능성이 크다하겠다.

많은 연구자들이 연령이 높은 여성이 젊은 여성에 비해 자궁암 검사를 받지 않을 위험이 높다고 보고해 왔으며 본 연구에서는 20대를 제외한 연령군에서 일치되는 경향을 보였다 (50대 > 20대 > 40대 > 30대). 농촌 여성만을 대상으로 한 김순덕의 연구와 (1988) (20대 > 50대 이상 > 40대 > 30대) 최창현의 연구중 (1990) 농어촌 여성에 대한 분석 (20대 > 50대 > 30대 > 40대)은 20대가 가장 위험한 군으로, 50대가 그 다음으로 나타나는 경향을 보였다. 35세 이상 여성만을 대상으로한 의료보험연합회의 보건예방사업 실적분석보고서에서도 (1992) 45-49세 연령층을 제외한 연령층에서는 연령이 높을수록 자궁암

검사 비용의 위험이 높은 것으로 나타났다 (70세 이상 > 65-69세 > 60-64세 > 45-49세 > 50-54세 > 55-59세 > 40-44세 > 35-39세). 이효표는 50대에서 자궁경부암 환자가 가장 많이 발생하며 (전체환자의 29.3%) 이는 외국의 예와 유사함을 보고하고 있다 (1993). 보건사회부의 암등록조사자료 (1993) 또한 40대(26.8%) > 50대(25.6%) > 30대(23.5%) > 20대(3.5%)의 순으로 암환자가 발생함을 보고하고 있다. 그러므로 특히 50대 여성을 우선 대상으로 하는 암검사 이용률 증진 방안이 조속히 모색되어야 할 것이다. 여기서, 국내외의 대부분의 연구가 간과하고 있는 연령층은 60대 이상의 노년층이다. 미국에서도 60대 이상의 여성 중 소수만이 자궁암 검사를 함을 지적하기 시작하였다 (Davis, 1991). 사실상 이 질병을 제거하기 위해서는 노년층을 포함한, 성경험이 있는 모든 연령의 여성에 대한 정기적인 자궁경부암 검사가 필요하다는 것이다. 우리 나라의 암등록환자 중 60대 이상의 여성이 무려 전체의 20.1%에 달한다는 사실에 앞으로의 연구자는 반드시 주목할 필요가 있으리라 생각된다 (보건복지부, 1993).

미혼이 다른 결혼상태에 비해 자궁암 검사 비용의 위험이 높다는 본 연구결과와 여타 연구결과와의 부조화는 보이지 않았다. 대부분의 연구에서 나이를 자궁암검사와 관련된 가장, 혹은 보다 중요한 예측요인으로 보고하고 있으나 한국 여성에게 있어서는 결혼상태가 이 검사 이용에 중심적인 역할을 할 것으로 여겨진다. 외형적으로 한국문화의 이중적인 성윤리가 여성에게 혼전의 성과 관련된 활동을 기대하지 않으므로 성과 관련된 신체기관의 검진을 하지 않게 하는 장애가 될 수도 있기 때문이다. 여성과가 아닌 산부인과의 명칭 또한 여성에게 성과 관련

된 기관을 검진하기 위한 의사의 방문은 결혼 이후, 특히 임신과 함께 시작해야 하는 시점으로 생각해 할 수 있다. 또한 이 사고는 50대 이상의 가임기가 끝난 폐경이후의 여성에게 산부인과 의사의 방문은 더 이상 필요치 않다고 생각하게 할지도 모른다. 이것이 본 연구에서 50-59세의 연령군이 왜 자궁암 검사 이용과 관련해 가장 취약한 위치에 있는지에 대한 한 설명이 되지 않을까 한다. 이혼이나 사별 등의 상황에 있는 여성은 이전에 사회적으로 승인된 상황하에서 산부인과 방문이 가능했기 때문에 결혼상태의 변화가 있었어도 보다 용이하게 산부인과 방문이 가능했을 수도 있다. 그래서 본 연구에서 기타에 속하는 이혼/사별의 결혼상태가 자궁경부암 검사 이용의 긍정적인 예측인자로 나타났는지도 모른다. 보건의식행태조사를 제외한 한국에서 행해진 유사한 다른 연구들은 연구표본에 유배우 여성을 중심으로 하였다 (주난경, 1988; 김미향, 1992; 김순덕, 1988). 최창현 (1990)이 그의 연구에서 “독신 여성에서는 검진의 속성상 이행률이 낮을 수밖에 없었다.”고 언급하였고, 또 신양식 (1977)의 연구에서는 연구대상이었던 가정주부와 여자대학생 중 의도적으로 여자대학생을 자궁경부암 이용과 관련된 분석에서 제외한 것도 이를 반영하는 것인지도 모른다. 외국의 연구에서도 몇몇 안되는 연구들이 자궁경부암 검사의 장애로서 작용할지도 모르는 요인으로서 문화적인 측면을 적절한 설명이 없이 단순히 언급했을 뿐이다 (Harlan et al., 1991; Lunt, 1984). 그러므로 후속 연구들은 자궁경부암 검사의 이용과 관련된 특정 문화적 영향의 가능성에 대해서도 고려할 필요가 있을 것이며, 또한 현재의 성행태 조사 자료 등을 반영한 연구방법이나 연구도구의 개발이 요구된다

할 것이다.

상용치료원 변수에 대한 본 연구 결과는 자궁경부암 검사에 있어 상용치료원이 있음의 중요성을 밝혀낸 타 연구결과와 일치한다 (Harlan et al., 1991; Kirkman et al., 1992). 상용치료원이 있는 사람가운데서는 의사가 있는 치료원이 중요한 요인이었다. 그러한 치료원은 병원, 산부인과, 보건소 등이다. 놀랍게도 보건진료소가 유의한 요인으로 나타났는 데, 이것은 자가채취기를 가지고 시료를 채취한 후 보건진료소 관리자에 의해 결과를 알기 위해 보건소로 보내진 경우까지 포함되었을 수도 있을 것이다. 몇몇 대학에 의해 농촌지역에서 운영되는 건강 시범사업이 또다른 이유일지도 모른다. 만약 자궁경부암 검진사업이 그 시범사업 내용에 포함되어 있다면, 해당 마을 보건요원 등이 그런 중재인으로 작용했을 수도 있다. 그래서, 군부에 사는 여성들에게 그들의 상용치료원이 보건소인지 보건진료소인지 등의 혼란을 야기 시켰을 수도 있지 않을까 한다.

본 연구에서는 자신이 인지한 생활수준이 자궁경부암 검사의 유의한 예측요인으로 나타났으나 김순덕 (1988)의 연구에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 이채언과 김준연 (1987)은 가족의 월수입이 높을수록 자궁암 검사 이행률이 높다고 보고했다.

신체검사는 자궁암 검사 이용률을 높이는 데 긍정적인 변수로 나타났다. 공교의료보험이 40세 이상의 피부양자에 대한 건강진단을 실시하고 이 건강진단에 자궁경부암 검사를 포함시킨 것이라든가 (의료보험관리공단, 1993), 직장의료보험에서 1991년부터 성인병 검진시 35세 이상의 여성에게 부인과 검진 (자궁경부암검사)을 병행하도록 하는 것은 (의료보험연합회, 1992) 이점

에서 매우 바람직하며 앞으로 그 대상 연령이나 대상자수를 확대해 갈 것이 요망된다. 그러나 이 성인병 검진 여자 계획인원의 평균수검률이 26.4%라는 점은 저비용으로 검진기회를 제공한다고 해서 모두 이용하는 것이 아님을 명확히 알려주는 결과이다 (의료보험연합회, 1992). 따라서 건강검진을 하지 않는 이유에 대한 앞으로의 연구결과가 건강검진을 이용한 자궁암 검사 이용률의 증가에 많은 영향을 미칠 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

1. 경제기획원 조사통계국: 사망원인통계연보. 1981-1990.
2. 김미향: 자궁경부암 검진행위 수행에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 전남대학교 석사학위논문, 1992.
3. 김순덕: 일부 농촌부인의 자궁경부암 집단검진시 수진과 관련된 결정요인의 분석연구, 고려대학교 박사학위논문, 1988.
4. 김순덕, 윤용태, 이명숙: 일부 농촌 부인의 자궁경부암 집단검진시 수진과 관련된 결정 요인의 분석 연구, 고의대논집, 1988, 25(3) 649-664.
5. 김정순: 우리나라 사망원인의 변천과 전망, 한국역학회지, 1989, 11(2), 155-174.
6. 보건복지부: 한국인 암등록 조사자료 분석보고서, 1993.
7. 박찬규: 자궁경암의 외과적 처치, 대한의학협회지, 1992, 35(3), 307-316.
8. 송건용, 남정자, 최창수, 김태정: 1989년도 국민건강 및 보건의식행태조사, 한국보건사회연구원, 1990.
9. 신양식: 자궁경부암 예방에 대한 지식, 태도, 실천에 관한 조사연구 - 가정주부와 여자대학생을 중심으로, 경희대학교 석사학위논문, 1977.
10. 안순덕, 김양희, 이영세, 이민진, 제갈정: 여성의 의식과 생활실태에 관한 연구, 한국여성개발원, 1991.
11. 의료보험관리공단, 건강진단실시지침 - '93 피부양자, 1993
12. 의료보험연합회: '91직장의료보험조합 보건 예방사업 실적분석보고서, 1992
13. 이무송: 한국인 암사망률의 추정에 관한 연구 - 경상남도 지역을 중심으로, 서울대학교 석사학위논문, 1991.
14. 이채연, 김준연: 우리나라 대도시 지역 암사망자에 대한 분석 - 서울, 부산, 대구, 인천을 중심으로, 예방의학회지, 20(1), 1987
15. 이효표: 자궁경부암 진단의 최근 진전, 대한의학협회지, 1992, 35(3), 300-306.
16. 이효표 외 8명: 자궁경부암 환자의 임상적 양상 및 치료후 5년생존율, 대한산부회지, 1993, 36(6), 854-862.
17. 장부용 외 6명: 자궁경암 - 17년간 임상 경험의 재조사, 대한산부회지, 1982, 25(7), 853-874.
18. 정승필: 한국인 암사망률의 추정에 관한 연구 - 경상북도 지역을 중심으로, 서울대학교 석사 학위논문, 1992.
19. 주난경: 자궁경부암 검진에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 - 30, 40대 주부를 중심으로, 이화여자대학교 석사학위논문, 1988.
20. 최창현: 한국 일부 도시, 농어촌지역 여성의 자궁암 세포검진 이행에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 연세대학교 석사학위논문, 1990.

21. 통계청: 한국의 사회지표, 1993.
22. Baquet, C. and Ringen, K.: Health policy: Gaps in access, delivery, and utilization of the Pap smear in the United States, *The Milbank Quarterly*, 1987, 65(Suppl.2), 322-347, 1987.
23. Cha, C-H, Yeom, Y-T, Lee, M-S, and Cho, B-H: The approach of primary health care by urban and rural area, Korea University, Committee for community health development, 1992.
24. Davis, J.M.: Pap tests needs for women of all ages. *Postgraduate Medicine*, 1991, 89(1), 27-30.
25. Dewar, M.A., Hall, K., & Perchalski, J.: Cervical cancer screening: Past success and future challenge, *Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening*, 1992, 19(3), 589-606.
26. Duelberg, S.I.: Preventive health behavior among black and white in urban and rural areas, *Soc. Sci. Med.*, 1992, 34(2), 191-198.
27. Eddy, D.M.: Screening for cervical cancer, *Annals of Internal Medicine*, 1990, 113(3), 214-226.
28. Harlan, L.C., Bernstein, A.B., and Kessler, L.G.: Cervical cancer screening: Who is not screened and why?, *American Journal of Public Health*, 1991, 81(7), 885-890.
29. Herrero, R., Brinton, L.A., Reeves, W.C., Brenes, M.M., deBritton, R.C., Gaitan, E., & Tenorio, F.: Screening for cervical cancer in Latin America: A case-control study, *Int. J. Epidemiol*, 1992, 21(6), 1050-1056.
30. Herrington, C.S.: Human papillomaviruses and cervical neoplasia. II. Interaction of HPV with other factors, *J. Clin. Pathol.*, 1995, 48, 1-6.
31. Kirkman-Liff, B. & Kronenfeld, J.J.: Access to cancer screening services for women, *American Journal of Public Health*, 1992, 82(5), 733-735.
32. Lerman, C., Caputo, C., & Brody, D.: Factors associated with inadequate cervical cancer screening among lower income primary care patients, *J. Am. Board. Fam. Pract.*, 1990, 3, 151-156.
33. Liaw, K-L., Hsing, A.W., Chen, C-J, Schiffman, M.H., Zhang, T.Y., Hsieh, C-Y, Greer, C.E. et al.: Human papillomavirus and cervical neoplasia: A case-control study in Taiwan, *Int. J. Cancer*, 1995, 62, 565-571.
34. Lunt, R.: Worldwide early detection fo cervical cancer, *Obstetrics & Gynecology*, 1984, 63(5), 708-713.
35. Mamom, J.A., Shediak, M.C., Crosby, C.B., Sanders, B., Matanoski, G.M., & Celentano, D.D.: Inner-city women at risk for cervical cancer: Behavioral and utilization factors related to inadequate screening, *Preventive Medicine*, 1990, 19, 363-376.
36. Mandelblatt, J., Schechter, C., Fahs, M., and Muller, C.: Clinical implications of screening for cervical cancer under Medicare: The natural history of cervical cancer in the elder: What do we know? What do we need to know?, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1991,

- 164(2), 644-651.
37. Miller, A.B.: Cervical cancer screening programs: Managerial guidelines, World Health Organization: Jeneva, 1992.
38. Perucci, C.A, Rapiti, E, Davoli, M, Lagorio, S, Arca, M, & Miller, A.B.: Rome women's screening study: Knowledge, attitude and practices of women regarding screening for breast and cervical cancer, *Tumori*, 1990, 76, 365-369.
39. Ronco, G., Segnan, N., & Ponti, A.: Who has Pap tests?: Variables associated with the use of Pap tests in absence of screening programs, *International Journal of Epidemiology*, 1991, 20(2), 349-353.
40. Solomon, D.: Screening for cervical cancer: Prospects for the future, *Journal of the National Cancer Institute*, 1993, 85(13), 1018-1019.

〈Abstract〉

Secondary Prevention Health Behavior on Cervical Cancer in Korea

Jeoung Hee Kim

Department of Environment and Health, Kwang Ju Women's University

The purpose of this explanatory study was to provide baseline information on the secondary prevention health behavior of cervical cancer in Korea which was related to the utilization of the Papanicolaou (Pap) smear screening test.

The secondary data from the 1992 Korean Health Behavior Survey was used for analysis in order to determine sociodemographic profiles and the predictor variables. The sample analyzed for this study contained 1,489 Korean women residing in Korea aged 20-59 selected by multi-stage sampling method from the 1990 Korean census.

Univariate, bivariate, and logistic regression analysis were performed to produce the findings of this study.

Only 27.9% of the study sample had had a Pap test in 1992. It was found that the relative sociodemographic profiles of the Pap test between users and non-users were distinctive. The predictors variables were age, marital status, educational status, usual source of care, perceived household economic status, health check-up, and presence of chronic diseases