

신뢰수준으로 측정된 사회적 자본과 암 검진 수검 간의 관계

정백근*†, 황인경**, 손혜숙***, 고광욱****, 윤태호**, 임정훈*****

* 경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실 및 건강과학연구원, ** 부산대학교 의학전문대학원 예방의학 및 산업의학교실,
*** 인제대학교 의과대학 예방의학교실, **** 고신대학교 의과대학 예방의학교실, ***** 서울대학교 보건대학원

The Relationship between Trust as Social Capital and Participation in Cancer Screening

Baek-Geun Jeong*†, In-Kyoung Hwang**, Hae-Sook Sohn***,
Kwang-Wook Koh****, Tae-Ho Yoon**, Jeong-Hun Lim*****

* Department of Preventive Medicine, School of Medicine, Gyeongsang National University · Institute of Health Science

** Department of Preventive Medicine & Occupational Medicine, School of Medicine, Pusan National University

*** Department of Preventive Medicine, College of Medicine Inje University

**** Department of Preventive Medicine, College of Medicine Kosin University

***** School of Public Health, Seoul National University

<Abstract>

Objectives: This study was conducted to investigate the relationships between trust and participation in cancer screening. **Methods:** Data from 2004 Busan Health Survey were analysed for the study. Multiple logistic regression was performed on participation in cancer screening by trust level with potential confounders (sex, age, education, monthly mean household income, subjective health status, smoking, alcohol intake, exercise, and daily eating habits). **Results:** In a total of 7,423 participants, 2,078 (28.0%) were classified as cancer screening participants. High horizontal trust was associated with increased likelihood of cancer screening participation (OR (men) = 1.20, 95% CI 1.00-1.45) and (OR (women) = 1.19, 95% CI 1.02-1.39), after multiple adjustments. Respondents with high trust in health care system had significantly higher odds ratios for participation in cancer screening: 1.60 (95% CI 1.27-2.02) among men and 1.18 (95% CI 0.97-1.44) among women, after multiple adjustments. **Conclusions:** Trust was significantly associated with higher odds of cancer screening participation and could be a potent arena for increasing cancer screening participation.

Key words: Horizontal trust, Vertical trust, Cancer screening, Social capital

I. 서론

사회적 자본은 집합적 행동을 촉진함으로써 사회의 효율성을 향상시킬 수 있는 사회조직의 특징이며 신뢰, 규범, 네트워크와 같은 것들이 예가 될 수 있다(Putnam 등, 1993). 공중보건학 영역에서 사회적 자본은 중요한 건강결정요인으로 받아들여지고 있으며 최근에는 건강 간의 관

계에 대한 근거들이 증가하고 있다(Knack과 Keefer, 1997; Kawachi 1999; Kawachi와 Berkman, 2000; Yip, 2007; Hurtado 등, 2010; d'Hombres 등, 2011). 또한, 사회적 자본의 중심적인 개념에 해당하는 사회 응집력, 지역사회 참여 등은 건강증진과 관련하여 적절한 전략으로 평가받고 있다(Sapag와 Kawachi, 2007).

사회적 자본은 다양한 경로를 통하여 건강에 영향을 미

교신저자 : 정백근

경상남도 진주시 칠암동 92번지 경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실

전화: 055-751-8794 Fax: 055-755-2445 E-mail: jbbkkr@yahoo.co.kr

* 본 연구는 부산광역시의 지원으로 수행되었음.

▪ 투고일 : 2011.04.05

▪ 수정일 : 2011.06.09

▪ 게재확정일 : 2011.06.11

친다(Coleman, 1990; Putnam 등, 1993; Wilkinson, 1996; Scheffler와 Brown, 2008). 첫째, 미시적 수준에서 사회적 자본은 개인들 간의 협동과 상호작용을 증가시킨다. 이러한 과정을 통하여 이들 중 누군가가 질병에 걸리거나 갑작스런 실업, 생계를 책임지던 가장의 죽음, 자연재해와 같은 고난을 겪을 경우에는 상부상조가 가능하게 된다. 둘째, 상부상조와 사회적 상호작용은 건강 관련 정보의 흐름을 촉진한다. 셋째, 다른 사람들과의 긍정적인 상호작용은 정신적 안녕 수준을 증가시킨다(d'Hombres 등, 2011). 또한 사회적 자본은 건강한 사회를 만들어나가는 데 있어서 핵심적인 자원으로 기능할 수 있다는 주장도 있다(Yuasa 등, 2007).

사회적 자본은 신뢰, 상부상조의 규범과 같은 인지적 차원과 조직 참여와 같은 행태적 또는 구조적 차원으로 구분할 수 있으며 그 수준을 각각의 측면에서 측정할 수 있다(Harpham, 2008). 이러한 맥락에서 많은 연구들에서 사회적 자본은 조직 참여 정도나 사회적 신뢰 정도로 측정되어 왔다(Putnam, 2000; Lindström, 2003-2005; Veenstra, 2005; Poortinga, 2006; Lindström과 Janzon, 2007). 그러나 조직 참여 정도가 높다고 해서 해당 사회의 신뢰수준이 높은 것은 아니며 조직 참여 정도는 높지만 사회적 신뢰가 낮은 사회는 오히려 건강에 해로운 비정상적인 행동들이 많이 발생하는 경우가 있다는 보고들도 있다(Lindström, 2003-2005). 이러한 맥락에서 신뢰는 조직 간, 개인 간 관계에서 협력 수준을 높이고 사회적 자본을 축적하는 중심적인 수단으로 인식되고 있다(Rindfleisch, 2000).

신뢰란 측면에서 본다면, 사회적 자본이 풍부한 사회의 구성원들은 타인에 대한 수평적 신뢰수준이 높을 뿐만 아니라 제도나 공공기관에 대한 수직적 신뢰수준도 높다(Lindström, 2003). 또한, 신뢰 수준은 건강과도 밀접한 연관성이 있는데 신뢰 수준이 높을수록 주관적 건강상태, 정신건강 상태를 비롯한 건강 결과 지표들이 좋다는 다양한 연구결과들이 있다(Lindström, 2004; De Silva 등, 2005; Kim과 Subramanian, 2008). 신뢰 수준은 건강행태와도 연관성이 있는데, 신뢰 수준이 높을수록 흡연률이 낮고 금연 성공률이 높아지며 알코올 섭취량이 낮다고 보고되고 있다(Lindström 2003, 2005; Lundborg, 2005; Lindström과 Janzon, 2007). 또한 신뢰수준이 높은 사람들은 건강검진과 같은 2차 예방 활동에 참여할 확률도 높은 것으로 보고되고 있다(정백근 등, 2010). 특히 의료제도에 대한 신뢰도가 높은

사람들은 보건의료서비스를 적절하게 이용하고, 전문가들의 충고와 처방을 잘 따르며 건강에 이로운 행태를 하는 것으로 알려져 있다(Tokuda 등, 2009). 이상과 같이 신뢰수준이 높은 구성원들로 이루어진 사회는 건강수준이 높을 뿐만 아니라 다양한 예방적 활동들이 성공할 가능성이 높다.

이에 본 연구에서는 대표적인 2차 예방 행태인 암 검진 수검과 신뢰 수준 간의 관계를 파악하고자 하였다. 본 연구에서 다양한 건강 관련 행태 중에서 암 검진을 선택한 이유는 암은 우리나라의 주요 사망원인이고 조기 발견 및 치료가 예후에 결정적인 작용을 하는 중요한 보건문제일 뿐만 아니라 암 검진 수검률 향상을 위하여 정부가 지속적인 노력을 수행하고 있기 때문에 연구 결과의 보건학적 함의가 큰 주제이기 때문이었다.

II. 연구방법

본 연구에 활용된 자료원은 2004년 부산시민 건강조사 자료이다. 2004년에 수행된 부산시민 건강조사는 부산광역시 16개 구군의 대표성을 고려하여 부산광역시에 소재하고 있는 모든 읍면동이 포함되도록 층화비례확률추출법으로 선정한 표본조사이다. 조사기간은 2004년 9월에서 10월까지 총 2개월이었고 조사가구 수는 총 10,400가구, 조사완료율은 75.3%이었다. 표본가구로 선정된 모든 가구원에 대하여 인구학적, 사회경제적 요인, 건강수준, 의료이용 등에 대한 면접조사를 수행하였다. 또한 건강행태 및 보건의료제도에 관련된 조사는 만 20세 이상의 가구원들 중 생일이 가장 빠른 대상자를 선정하여 자기기입을 원칙으로 하였다. 본 연구는 전체 조사 대상자들 중에서 건강행태 및 보건의료제도와 관련된 설문에 응답한 만 20세 이상 7,834명 중 암 검진 수검 여부 및 본 연구에서 필요한 변수에 응답하지 않은 411명을 제외한 7,423명을 대상으로 설정하였다.

암 검진에 영향을 미치는 요인은 소인성 요인과 가능성 요인, 욕구요인으로 구분하였는데, 소인성 요인으로 성, 연령, 흡연, 음주, 운동, 식습관을 고려하였다. 흡연 변수는 현재 흡연자와 과거흡연자, 비흡연자로 구분하였으나 분석 과정에서 과거 흡연자와 비흡연자는 하나의 범주로 합

쳤다. 음주 변수는 알코올 문제 선별도구인 CAGE(Cut-Annoyed-Guilty-Eye) 설문지를 활용하였다(Ewing, 1984). CAGE 설문은 4개의 문항으로 되어 있고, ‘예’라고 응답한 문항이 많을수록 음주와 관련된 문제가 많은 것으로 평가 하는데, 본 연구에서는 2개 이상의 문항에서 ‘예’라고 응답한 사람들을 ‘문제음주자’로 정의하였다. 운동의 경우에는 여가시간에 고강도 신체활동을 주 3회 20분 이상 하거나 중등도 신체활동을 주 3회 30분 이상 하는 사람을 ‘규칙적 운동 실천자’로, 식습관의 경우에는 하루에 세 끼를 일정하게 먹는 사람들을 ‘규칙적 식습관을 가진 자’로 정의하였다. 가능성 요인으로는 사회경제적 요인으로 교육 수준과 소득을 고려하였다. 교육수준은 무학, 초등학교 졸업, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 전문대 재학 이상으로 구분하였고 소득은 월평균가구소득을 사분위수로 구분하여 4계층으로 구분하였고 가장 소득이 높은 경우를 1계층으로 정하였다. 또한 욕구요인으로는 주관적 건강상태를 포함하였다.

수평적 신뢰 정도는 영국의 국가사회조사센터(National Centre for Social Research)에서 개발한 설문 중 ‘귀하께서는 이 동네에 사는 대부분의 사람들이 믿을 만하다고 생각하십니까, 아니면 경계해야 한다고 생각하십니까?’ 라는 질문을 통하여 파악하였다(Bajekal과 Purdon, 2001). 본 연구에서는 이 질문에 대하여 ‘믿을 만하다’고 응답한 사람들을 수평적 신뢰가 높은 사람으로, ‘매우 경계해야 한다’와 ‘모르겠다’로 응답한 사람들을 수평적 신뢰가 높지 않은 사람으로 구분하였다.

보건의료체계에 대한 수직적 신뢰 정도는 ‘귀하께서는 정부가 국민의 건강권 보장을 위해 얼마나 노력하고 있다고 생각하십니까?’란 질문에 대한 응답을 통해 파악하였는데 이는 기존 연구결과(정백근 등, 2010)에 근거한 것이었다. 이 때, ‘매우 노력함’과 ‘노력하는 편’은 ‘높음’으로 구분하였고 ‘보통’은 ‘보통’으로, ‘노력하지 않는 편’과 ‘전혀 노력하지 않음’은 ‘낮음’으로 구분하였다.

암 검진 여부는 ‘지난 2년 동안 암의 조기 발견을 위해

검사를 받으신 적이 있습니까?’라는 질문에 대한 대답으로 구분하였다. 이 때, 남자는 위암, 간암, 폐암, 대장암의 4가지 종류의 암을 대상으로 하였고, 여자는 유방암, 자궁경부암을 추가한 6가지 종류의 암을 대상으로 설문하였다. 남녀 모두 어느 하나의 암에 대해서라도 검사를 받았다고 응답한 사람은 암 검진을 받은 사람으로 정의하였는데 이는 김민경 등(2006)의 방식과 동일한 것이었다.

각 변수에 따른 암 검진 수검률의 차이를 파악하기 위하여 카이제곱분석을 실시하였다. 또한, 각 성별로 암 검진 여부를 종속변수로 한 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하여 다른 관련 요인들을 보정한 상태에서 암 검진 여부에 영향을 미치는 요인들과 그 상대적인 크기를 분석하였다. 로지스틱 회귀분석 결과는 백분율과 오즈비(Odds ratio), 오즈비의 95% 신뢰구간으로 표시하였다. 본 연구의 모든 분석은 통계 패키지 프로그램인 SAS v9.1을 이용하였다.

Ⅲ. 연구결과

조사대상자들 중 남자는 46.1%, 여자는 53.9%로 여자가 다소 많았으며 연령은 40대가 24.8%로 가장 많았다. 교육 수준은 고졸이 36.5%로 가장 많았으며, 월 가구 소득은 가장 빈곤한 계층인 4분위가 37.1%로 가장 많았으며 소득이 많을수록 그 비율은 감소하는 경향을 보였다. 현재 흡연을 하는 사람은 27.5%였으며 고위험 음주의 비율은 8.3%이었다. 규칙적으로 운동을 하는 사람들의 비율은 10.3%이었고 규칙적 식습관을 가진 사람들의 비율은 54.1%이었다. 주관적 건강상태가 좋은 사람들의 비율은 55.1%였으며 수평적 신뢰도와 수직적 신뢰도가 높은 사람들은 각각 전체 응답자의 54.9%, 20.7%에 해당하였다. 지난 2년 동안 암 검진을 받은 사람들의 비율은 28.0%에 해당하였다<표 1>.

<표 1> 조사대상자의 일반적 특성

	항목	빈도	%
성	남	3,422	46.1
	여	4,001	53.9
연령(세)	20-29	1,009	13.6
	30-39	1,673	22.5
	40-49	1,841	24.8
	50-59	1,184	16.0
	60-69	1,035	13.9
	70≤	681	9.2
교육수준	전문대 재학 이상	2,142	28.9
	고졸	2,706	36.5
	중졸	1,059	14.3
	초졸	867	11.7
	무학	649	8.7
월 가구 소득	상위	798	10.8
	중상	1,491	20.1
	중하	2,381	32.1
	하위	2,753	37.1
현재 흡연 여부	예	2,039	27.5
	아니오	5,310	71.5
	결측치	74	1.0
문제 음주 여부	예	619	8.3
	아니오	6,804	91.7
규칙적 운동 실천 여부	예	768	10.3
	아니오	6,306	85.0
	결측치	349	4.7
규칙적 식습관 여부	예	4,019	54.1
	아니오	3,312	44.6
	결측치	92	1.2
주관적 건강상태	좋음	4,089	55.1
	보통	1,857	25.0
	나쁨	1,435	19.3
	결측치	42	0.6
수평적 신뢰 수준	높음	4,077	54.9
	높지 않음	3,346	45.1
수직적 신뢰 수준 (보건의료체계에 대한 신뢰 수준)	높음	1,539	20.7
	보통	2,943	39.7
	낮음	2,941	39.6
지난 2년 간 암 검진 여부	예	2,078	28.0
	아니오	5,345	72.0
합계		7,423	100.0

각 변수별 암 검진 수검률을 살펴보면 남자는 21.7%, 여자는 33.4%가 지난 2년 간 암 검진을 받은 것으로 밝혀졌다. 연령이 증가할수록 암 검진 수검률이 증가하지만 60대 이후로는 감소하는 경향을 보였다. 교육수준별로 보면 중학교 졸업자가 31.2%로 암 검진 수검률이 가장 높았으며 소득이 높을수록 암 검진 수검률도 증가하는 양상을 보이고 있다. 건강행태별로 살펴보면 현재 흡연을 하지 않는

사람(31.2%), 문제음주를 하지 않는 사람(28.6%), 규칙적 운동을 하는 사람(35.8%), 규칙적 식습관을 가진 사람들(30.7%)처럼 건강행태가 좋은 사람들의 암 검진 수검률이 그렇지 않은 사람들보다 높은 양상을 보였다. 주관적 건강상태가 나쁠수록 암 검진 수검률이 높았고, 수평적 신뢰수준과 보건의료체계에 대한 신뢰도가 높을수록 암 검진 수검률이 높은 양상을 보였다<표 2>.

<표 2> 조사대상자의 특성에 따른 지난 2년 간 암 검진 수검 여부(카이 자승 분석 결과)

항목		암 검진 안 함		암 검진 함		합계	
		빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)
성**	남	2,681	(78.3)	741	(21.7)	3,422	(100.0)
	여	2,664	(66.6)	1,337	(33.4)	4,001	(100.0)
연령(세)**	20~29	919	(91.1)	90	(8.9)	1,009	(100.0)
	30~39	1,256	(75.1)	417	(24.9)	1,673	(100.0)
	40~49	1,162	(63.1)	679	(36.9)	1,841	(100.0)
	50~59	742	(62.7)	442	(37.3)	1,184	(100.0)
	60~69	730	(70.5)	305	(29.5)	1,035	(100.0)
	70≤	536	(78.7)	145	(21.3)	681	(100.0)
교육수준**	무학	520	(80.1)	129	(19.9)	649	(100.0)
	초졸	621	(71.6)	246	(28.4)	867	(100.0)
	중졸	729	(68.8)	330	(31.2)	1,059	(100.0)
	고졸	1,877	(69.4)	829	(30.6)	2,706	(100.0)
	전문대 재학 이상	1,598	(74.6)	544	(25.4)	2,142	(100.0)
월 가구 소득**	하위	2,113	(76.8)	640	(23.2)	2,753	(100.0)
	중하	1,757	(73.8)	624	(26.2)	2,381	(100.0)
	중상	1,007	(67.5)	484	(32.5)	1,491	(100.0)
	상위	468	(58.6)	330	(41.4)	798	(100.0)
현재 흡연 여부**	예	1,638	(80.3)	401	(19.7)	2,039	(100.0)
	아니오	3,651	(68.8)	1,659	(31.2)	5,310	(100.0)
문제음주 여부**	예	485	(78.4)	134	(21.6)	619	(100.0)
	아니오	4,860	(71.4)	1,944	(28.6)	6,804	(100.0)
규칙적 운동 실천 여부**	예	493	(64.2)	275	(35.8)	768	(100.0)
	아니오	4,581	(72.6)	1,725	(27.4)	6,306	(100.0)
규칙적 식습관 여부**	예	2,786	(69.3)	1,233	(30.7)	4,019	(100.0)
	아니오	2,495	(75.3)	817	(24.7)	3,312	(100.0)
주관적 건강상태*	나쁨	990	(69.0)	445	(31.0)	1,435	(100.0)
	보통	1,313	(70.7)	544	(29.3)	1,857	(100.0)
	좋음	3,013	(73.7)	1,076	(26.3)	4,089	(100.0)
수평적 신뢰 수준**	높지 않음	2,566	(76.7)	780	(23.3)	3,346	(100.0)
	높음	2,779	(68.2)	1,298	(31.8)	4,077	(100.0)
수직적 신뢰 수준** (보건의료체계에 대한 신뢰 수준)	낮음	2,161	(73.5)	780	(26.5)	2,941	(100.0)
	보통	2,137	(72.6)	806	(27.4)	2,943	(100.0)
	높음	1,047	(68.0)	492	(32.0)	1,539	(100.0)

* p<0.01, ** p<0.001

다중 로지스틱 회귀분석 결과, 남녀 모두 연령이 증가할수록 암 검진 수검률은 증가하였으나 남자는 70대 이후, 여자는 60대 이후로는 감소하는 경향을 보였다. 남녀 모두 교육수준과 월 가구 소득이 증가할수록 암 검진 수검률이 증가하는 경향을 보였으며, 주관적 건강수준이 좋지 않고 평가한 사람들의 암 검진 수검률이 가장 높았다. 남자의 경우, 현재 흡연자가 아닌 사람들의 암 검진 수검률은 현재 흡연자들의 1.25배였으며, 여자의 경우에는 1.42배이었다. 남녀 모두 문제음주 여부와 규칙적 식습관 여부에 따른 암 검진 수검률의 차이는 없었으나 여성의 경우에는

규칙적 운동 실천자가 그렇지 않은 사람들에 비해서 암 검진률이 1.64배 높았다. 남녀 모두 수평적 신뢰 수준이 높은 사람이 그렇지 않은 사람보다 암 검진 수검률이 각각 1.20배, 1.19배 높았다. 남자의 경우, 보건의료체계에 대한 신뢰도가 낮은 사람에 비해서 보통인 사람은 1.30배, 높은 사람은 1.60배 암 검진 수검률이 높았다. 여자의 경우, 보건의료체계에 대한 신뢰도가 낮은 사람에 비하여 높은 사람은 1.18배 암 검진 수검률이 높았으나 이는 통계적으로 유의하지 않았다<표 3><표 4>.

<표 3> 암 검진 수검에 영향을 미치는 요인에 대한 다중 로지스틱 회귀분석 결과(남)

항목	교차비(95% 신뢰구간)	
연령(세)	20~29	1.00
	30~39	3.40(2.05- 5.61)***
	40~49	7.18(4.40-11.70)***
	50~59	9.56(5.71-15.99)***
	60~69	9.72(5.69-16.61)***
	70≤	9.35(5.12-17.09)***
	교육수준	무학
초졸		1.36(0.77-2.40)
중졸		1.73(1.01-2.96)*
고졸		2.23(1.31-3.78)***
전문대 재학 이상		2.73(1.58-4.72)***
월 가구 소득	하위	1.00
	중하	1.48(1.16-1.89)**
	중상	1.82(1.39-2.39)***
	상위	2.71(1.97-3.73)***
현재 흡연 여부	예	1.00
	아니오	1.25(1.04-1.50)*
문제음주 여부	예	1.00
	아니오	1.15(0.88-1.49)
규칙적 운동 실천 여부	아니오	1.00
	예	1.18(0.90-1.54)
규칙적 식습관 여부	아니오	1.00
	예	1.13(0.93-1.37)
	중음	1.00
주관적 건강상태	보통	1.48(1.11-1.97)*
	나쁨	1.38(1.07-1.78)**
	높지 않음	1.00
수평적 신뢰 수준	높음	1.20(1.00-1.45)*
	낮음	1.00
수직적 신뢰 수준 (보건의료체계에 대한 신뢰 수준)	보통	1.30(1.06-1.60)*
	높음	1.60(1.27-2.02)**

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

<표 4> 암 검진 수검에 영향을 미치는 요인에 대한 다중 로지스틱 회귀분석 결과(여)

항목	교차비(95% 신뢰구간)	
연령(세)	20~29	1.00
	30~39	3.65(2.69-4.96)***
	40~49	5.74(4.17-7.90)***
	50~59	5.99(4.18-8.58)***
	60~69	4.03(2.68-6.04)***
	70≤	2.41(1.52-3.84)**
교육수준	무학	1.00
	초졸	1.46(1.08-1.99)*
	중졸	1.68(1.20-2.35)**
	고졸	1.93(1.37-2.73)***
	전문대 재학 이상	1.77(1.21-2.59)**
월 가구 소득	하위	1.00
	중하	1.16(0.96-1.40)*
	중상	1.82(1.36-2.11)***
	상위	2.71(1.61-2.75)***
현재 흡연 여부	예	1.00
	아니오	1.42(1.02-1.97)*
문제음주 여부	예	1.00
	아니오	0.95(0.62-1.47)
규칙적 운동 실천 여부	아니오	1.00
	예	1.64(1.31-2.05)***
규칙적 식습관 여부	아니오	1.00
	예	1.14(0.98-1.33)
주관적 건강상태	좋음	1.00
	보통	1.27(1.02-1.56)*
	나쁨	1.55(1.27-1.90)**
수평적 신뢰 수준	높지 않음	1.00
	높음	1.19(1.02-1.39)*
수직적 신뢰 수준 (보건의료체계에 대한 신뢰 수준)	낮음	1.00
	보통	1.00(0.85-1.17)
	높음	1.18(0.97-1.44)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

IV. 논의

우리나라의 인구 10만 명 당 암 사망률은 1999년 114.2명이던 것이 2007년에는 137.5명, 2009년에는 140.5명으로 지속적으로 증가하고 있다(http://kostat.go.kr). 뿐만 아니라

우리나라에서 암은 최근 10년간 지속적으로 사망원인 1위를 차지함으로써 가장 우선순위가 높은 보건문제로 인식되고 있다. 세계보건기구(WHO)에서는 암의 3분의 1은 예방가능하고 3분의 1은 조기진단만 되면 완치가 가능하며, 나머지 3분의 1의 환자도 적절한 치료를 하면 완화가 가능

한 것으로 보고 있다(WHO, 2003). 이러한 맥락에서 2차 예방 행태에 해당하는 암 검진 수검은 암으로 인한 보건학적 부담을 해결하는데 있어서 중요한 조치이며 정부에서도 위암, 유방암, 자궁경부암, 간암, 대장암에 대한 검진체계를 구축하고 운영하고 있다. 이러한 노력에 기반하여 우리나라의 암 검진 수검률은 지속적으로 상승하고 있으나 여전히 주요 선진국들에 비해서는 암 검진 수검률이 낮다(김록범 등, 2010).

암 검진행태는 복잡한 행태이며, 개인적인 요소뿐만 아니라 사회적, 환경적 요인의 영향을 받기 때문에 암 검진 수검률 향상을 위한 조치들은 이러한 다양한 요인들을 고려하면서 수행되어야 한다. 본 연구에서는 암 검진 수검행태에 영향을 미치는 다양한 요인들 중 사회적 자본 지표 중 신뢰수준의 영향력을 파악해 보고자 하였다.

사회적 자본과 건강행태 간의 관계를 주제로 한 연구는 대부분 개인수준이 아닌 집단수준의 사회적 자본에 초점을 맞춘 것이 대부분이었다(임재영 등, 2010). 그러나 본 연구와 같이 사회적 자본이 개개인의 암 검진 수검에 미치는 영향을 분석하기 위해서는 집단수준의 사회적 자본보다는 개인수준의 사회적 자본을 분석단위로 이용할 필요가 있을 것이다. 이에 본 연구에서는 다차원적 속성을 가지고 있는 사회적 자본 중 개인의 신뢰 수준이 암 검진 수검에 미치는 영향을 파악하고자 하였다.

신뢰는 사회적 자본 중 인지적 형태의 사회적 자본으로 분류되며 이는 수평적 차원과 수직적 차원으로 구분될 수 있다(유희정과 이숙중, 2010). 수평적 신뢰수준이 높은 경우에는 주관적 건강상태에 대한 평가가 좋고 건강에 이로운 행태를 실천할 확률이 높으며, 정신건강을 포함한 건강수준이 좋은 것으로 알려져 있다(De Silva 등, 2005; Poortinga, 2006; Kim과 Subramanian, 2008; 임재영 등, 2010). 그러나 수평적 신뢰수준과 건강간의 관계에 대한 연구에 비하여 수직적 신뢰수준과 건강 간의 관계에 대한 연구는 상대적으로 부족한 실정이다. 이에 본 연구에서는 수평적 신뢰수준과 수직적 신뢰수준 각각이 암 검진 수검에 미치는 영향을 파악하고자 하였다.

사회적 자본의 구성요소로서 신뢰는 협력을 촉진시키기 위한 중요한 요소로서 사회적 관계를 통하여 획득된 사회적 자산이다(Putnam, 1993). 또한 신뢰는 개인이나 제도가 정당하고, 공정하고, 개방적으로 작동할 것이라는 것에 대한 기대

를 반영할 뿐만 아니라 그 자체가 사회적 자본의 축적을 증진하는 중심적인 수단이다(Putnam, 2000; Rindfleisch, 2000).

본 연구 결과 수평적 신뢰 수준이 높은 사람들은 그렇지 않은 사람들보다 암 검진 수검을 할 확률이 높았는데, 이는 수평적 신뢰가 사람들 간의 협력과 사회적 상호작용을 증가시키고 그 결과 발생한 네트워크에 의해서 암 검진 수검과 관련된 정보의 흐름이 촉진되었기 때문으로 해석할 수 있다.

뿐만 아니라 신뢰는 거시적 수준에서 제도 및 정부의 성과 수준에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(유희정과 이숙중, 2010). 그러므로 정부가 암과 관련된 보건문제를 해결하기 위하여 국가 암 검진 체계 운영을 포함한 다양한 제도적, 정책적 노력을 기울인다면 신뢰는 정부의 성과를 높일 수 있는 중요한 요인으로 작용할 수 있음을 의미한다. 본 연구에서 보건의료체계에 대한 신뢰도가 높은 사람들의 암 검진 수검률이 높았던 결과는 이와 맥을 같이 하는 것이다.

Portes(1998)는 사회적 자본은 사회조정, 가족적 지원, 네트워크 형성을 통하여 다양한 장점들을 발현함으로써 타인과 제도에 대한 신뢰를 증가시키고 법률 및 규칙에 대한 시민들의 자발적 순응을 촉진시킨다고 하였다. 신뢰가 사회적 자본의 대표적인 지표라고 할 때 신뢰도가 높은 사람들이 암 검진 수검을 많이 한다는 것은 이들이 정부의 암 검진 수검률 향상을 위한 다양한 조치에 순응할 확률이 높기 때문이라고 해석할 수 있을 것이다. 이러한 경향은 건강검진의 경우에도 적용되는데 정병근 등(2010)의 연구에서는 신뢰수준이 높은 사람들의 건강검진 수검률이 신뢰수준이 높지 않은 사람들에 비해서 높다는 사실을 보고하였다. 본 연구결과, 다른 관련요인들을 보정한 경우, 남녀 모두 보건의료체계에 대한 신뢰도가 높은 사람들의 암 검진 수검률이 가장 높았으나 여성의 경우에는 통계적으로 유의하지 않았다. 이는 보건의료체계에 대한 신뢰도가 암 검진으로 이어지는 경로에서 성별 차이가 존재한다는 것을 의미하는 것이기 때문에 정부가 국민의 건강권 보장을 위한 노력을 통하여 암 검진률을 향상시키는 정책을 강구하기 위해서는 그 원인에 대한 추가적인 연구가 필요할 것으로 판단된다.

이 외에 소득수준과 교육수준이 높은 사람들, 주관적 건

강상태에 대한 평가가 좋지 않은 사람들의 암 검진 수검률이 높았는데 이는 기존 연구결과들과 일치하는 결론이었다(이명숙, 2008; 오은주 등, 2010; 이창현 등, 2010). 연령의 경우에는 50대까지는 연령이 증가할수록 암 검진 수검률이 증가하다가 남성의 경우 70대, 여성의 경우 60대 이후부터는 감소하는 경향을 보였는데 이는 우리나라의 일부 도농복합지역 여성들을 대상으로 수행한 선행 연구결과(황태윤 등, 2008)와 동일한 것이다. 건강검진의 경우, 노년기 이후에는 건강검진에 대한 관심도가 떨어져서 60대 이후부터 수검률이 감소하는 경향을 보인다는 기존 연구 결과들(김용익과 조영채, 2004; 정백근 등, 2010)이 있는데, 건강검진을 한 경험이 있는 사람들이 암 검진을 할 확률이 높다는 다른 연구결과(오은주 등, 2010)에 근거해 볼 때, 암 검진의 경우에도 이러한 경향이 반영된 것으로 유추할 수 있다.

건강행태의 측면에서 보면, 본 연구에서는 남성의 경우에는 현재 비흡연자, 여성의 경우에는 현재 비흡연자와 규칙적인 운동습관을 가진 자들의 암 검진률이 높았으며 이는 통계적으로 유의하였다. 그러나 건강행태는 일상생활과 밀접한 생활양식에 해당하는 것인데 비하여 암 검진은 수년의 주기를 두고 이루어지는 것이므로 이 두 가지 행태는 서로 다른 차원의 것으로 해석해야 한다는 연구 결과도 있다(이건세 등, 1999).

본 연구는 다음의 몇 가지 한계가 있다.

첫째, 보건의료체계에 대한 수직적 신뢰수준을 중앙과 지방으로 구분하여 측정할 필요가 있음에도 불구하고 본 연구에서는 자료의 한계 때문에 이를 구분하지는 못하였다. 사회구성원들의 건강권을 보장하기 위한 노력은 중앙정부 차원에서만 이루어지는 것이 아니며 지방정부 차원에서도 진행되고 있다. 또한 지방정부는 주민들의 일상적인 생활과 관련된 것을 효율적으로 처리하는 일선기관인 반면, 중앙정부는 지방정부에서 처리하기 어려운 영역, 즉, 국가 전체적인 이익을 도모해야 하는 영역을 처리하는 기관이기 때문에 지역주민의 입장에서 보면 중앙정부와 지방정부에 대한 신뢰수준에는 차이가 있을 것이다.(소진광 등, 2008).

둘째, 본 연구에서 분석한 자료는 우리나라를 대표하지 못하는 단면 조사 자료라는 점이다. 보건의료체계에 대한 신뢰도는 정부의 국민 건강권 보장을 위한 다양한 노력들

의 결과이나 본 자료는 특정 공간에 거주하는 사람들의 어느 한 시점의 응답 결과를 토대로 구성되었다는 측면에서 본질적인 한계를 가지고 있다.

셋째, 국가 암 조기검진 차원에서 진행되는 암 검진과 개인이 전액을 부담하는 개인 암 검진의 경우 각각에 영향을 미치는 요인이 다를 수 있다. 그러나 본 연구에서는 자료의 한계상 이를 구분하지는 못하였다.

넷째, 검진의 권고안은 성별, 암종별에 따라서 다양하나 본 연구에서는 이러한 요인들을 보다 세밀하게 고려하지 못하였다.

향후 이러한 한계들을 반영하여 신뢰 수준과 암 검진 수검 간의 관계에 대한 보다 심도 깊은 연구가 진행된다면 국가차원의 암 관리 정책에 활용될 수 있는 양질의 근거들이 확보될 수 있을 것으로 판단된다.

V. 결론

본 연구는 신뢰수준과 암 검진 수검 간의 관계를 파악하기 위하여 수행된 연구로서 2004년 부산시민 건강조사에 참가한 만 20세 이상 7,423명을 대상으로 하였다.

남성의 경우 60대 연령층, 현재 흡연을 하지 않는 사람들의 암 검진 수검률이 높았으며 교육수준과 소득수준이 높을수록, 주관적 건강상태가 좋지 않을수록 암 검진 수검률이 증가하였다. 여성의 경우에는 50대 연령층, 현재 흡연을 하지 않는 사람들, 규칙적으로 운동을 실천하는 사람들의 암 검진 수검률이 높았으며, 교육수준과 소득수준이 높을수록, 주관적 건강상태가 좋지 않을수록 암 검진 수검률이 증가하였다.

남녀 모두 수평적 신뢰수준과 보건의료체계에 대한 수직적 신뢰수준이 높을수록 암 검진 수검률이 높았으나 여성의 경우에는 보건의료체계에 대한 수직적 신뢰수준은 암 검진 수검률과 통계적으로 유의한 관계를 보이지는 않았다.

향후 신뢰 수준과 암 검진 수검 간의 관계에 대한 보다 심도 깊은 연구가 진행된다면 국가차원의 암 관리 정책에 활용될 수 있는 양질의 근거들이 확보될 수 있을 것으로 판단된다.

참고문헌

- 김록범, 박기수, 홍대용, 이철현, 김장락. 국가 암 조기검진 대상자의 암 검진 수검의도 관련 요인. *예방의학회지* 2010;(43)1:62-72.
- 김민경, 남은우, 진기남. 원주지역 주민의 암 검진에 미치는 요인 분석. *보건교육건강증진학회지* 2006;23(3):85-97.
- 김용익, 조영채. 일부 도시·농촌지역 고령자의 건강검진 추진 행동에 관련된 요인. *한국농촌의학회지* 2004;29(1):1-14.
- 소진광 외 7인. 한국지방자치의 이해. 박영사, 2008.
- 오은주, 이영은, 이선옥. 기혼여성의 자궁경부암 조기 검진행위와 관련요인. *한국모자보건학회지* 2010;14(1):12-23.
- 정백근 외 5인. 보건의료체계에 대한 신뢰도와 건강검진 수진률 간의 관계. *농촌의학·지역보건* 2010;35(4):395-404.
- 유희정, 이숙중. 사회참여가 정부성과 인식에 미치는 영향, 사회신뢰의 매개를 통하여. *한국정책학회보* 2010;19(3):29-55.
- 이건세, 구혜원, 이원진, 장성훈, 유근영. 일부 농촌 지역 여성의 자궁경부암 조기검진에 영향을 미치는 요인. *예방의학회지* 1999;32(2):147-154.
- 이명숙. 도서 지역 주민의 암 조기검진과 영향요인. *중앙간호학회지* 2008;8(2):138-146.
- 이창현, 김현주, 김영임. 외래내원 여성의 적극적 유방암 조기 검진행위 영향 요인. *여성건강간호학회지* 2010;16(2):126-136.
- 임재영 외 5인. 사회자본이 저소득층의 건강생활실천에 미치는 영향. *한국사회정책* 2010;16(2):131-180.
- 통계청 홈페이지 <http://kostat.go.kr>
- 황태운, 강복수, 이경수, 황인섭. 도농복합지역 여성의 암검진 수검 및 유소견자 검진 실태. *한국모자보건학회지* 2008;12(1):116-125.
- Bajekal M, Purdon S. *Social capital and social exclusion : development of a condensed module for the Health Survey for England*. London. National Centre for Social Research:2001.
- Coleman J. *Foundations of social theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1990.
- De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR. Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2005;59(8):619-627.
- d'Hombres B, Rocco L, Suhrcke M, Haerper C, McKee M. The influence of social capital on health in eight former Soviet countries: why does it differ? *Journal of Epidemiology & Community Health* 2011;65(1):44-50.
- Ewing JA. Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire. *The Journal of the American Medical Association* 1984;252:1905-1907.
- Harpham T. The Measurement of community social capital through surveys. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editors. *Social capital and health*. New York: Springer, 2008.
- Hurtado D, Kawachi I, Sudarsky J. Social capital and self-rated health in Colombia: the good, the bad and the ugly. *Social Science & Medicine* 2011;72(4):584-590.
- Kawachi I, Berkman LF. Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000. pp.174-190.
- Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self rated health: A contextual analysis. *American Journal Public Health* 1999;89:1187-1193.
- Kim D, Subramanian SV, Kawachi I. Social capital and physical health: a systematic review of the literature. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editors. *Social capital and health*. New York: Springer, 2008. pp.139-190.
- Knack S, Keefer P. Does social capital have an economic payoff? A cross-country investigation. *Quarterly Journal of Economics* 1997;112:1251-1288.
- Lindstrom M. Social capital and the miniaturization of community among daily and intermittent smokers: A population-based study. *Preventive Medicine* 2003;36:177-184.
- Lindstrom M. Social capital, the miniaturization of community and cannabis smoking among young adults. *European Journal of Public Health* 2004;14:204-208.
- Lindstrom M. Social capital, the miniaturization of community and high alcohol consumption: a population-based study. *Alcohol and Alcoholism* 2005;40:556-562.
- Lindstrom M, Axen E. Social capital, the miniaturization of community and assessment of patient satisfaction in primary healthcare: a population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2004;32:243-249.
- Lindstrom M, Janzon E. Social capital, institutional (vertical) trust and smoking: A study of daily smoking and smoking cessation among ever smokers. *Scandinavian Journal of Public Health* 2007;35:460-467.
- Lundborg P. Social capital and substance use among Swedish adolescents - an explorative study. *Social Science & Medicine* 2005;61(6):1151-1158.
- Poortinga W. Social capital: an individual or collective resource for health? *Social Science & Medicine* 2006;62(2):292-302.
- Portes A. Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology* 1998;24:1-24.
- Putnam RD. *Bowling Alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster, 2000.
- Putnam RD, Leonardi R, Nannetti RY. *Making democracy work civic traditions in modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1993.

- Rindfleisch A. Organizational trust and interfirm cooperation: an examination of horizontal versus vertical alliances. *Marketing Letters* 2000;11:81-95.
- Sapag JC, Kawachi I. Social capital and health promotion in Latin America. *Revista de Saúde Pública* 2007;41(1):139-149.
- Scheffler RM, Brown TT. Social capital, economics, and health: new evidence. *Health Economics, Policy, and Law* 2008; 3:321-331.
- Tokuda Y, Fujii S, Jimba M, Inoguchi T. The relationship between trust in mass media and the healthcare system and individual health: evidence from the AsiaBarometer Survey. *BMC Medicine* 2009;7(4):1-10.
- Veenstra G. Location, location, location: contextual and compositional health effects of social capital in British Columbia, Canada. *Social Science & Medicine* 2005;60(9): 2059-2071.
- Yip W, Subramanian SV, Mitchell AD, Lee DT, Wang J, Kawachi I. Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China. *Social Science & Medicine* 2007;64:35-49.
- Yuasa M, de Sá RF, Pincovsky S, Shimanouchi N. Emergence model of social and human capital and its application to the healthy municipalities project in northeast Brazil. *Health Promotion International* 2007;22(4):292-298.
- Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.
- World Health Organization. *International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report*. Geneva: WHO, 2003.