

집합적 효능과 건강의 상호관계에 관한 연구

임 훈 민
(경희대학교)

김 중 백*
(경희대학교)

건강분야의 많은 연구에서 개인의 건강을 설명하는 요인으로 제시한 사회경제적, 인구학적 특성과 생애경험 등은 개인이 속한 환경의 맥락적인 효과를 고려하지 못 한다는 한계점을 가지고 있다. 사회 해체이론은 지역의 사회경제적, 구조적 특성들이 사회통합 요인에 영향을 미쳐 개인의 건강과 안녕(well-being)에 영향을 미치는 사회생태학적 관점에 주목한다. 본 논문에서는 사회 해체이론의 관점을 바탕으로 지역사회와 공동 이익을 위하여 개입하려는 사람들의 의지와 상호 신뢰의 결합을 의미하는 집합적 효능 개념이 개인의 우울증상과 주관적 건강평가로 측정되는 건강과 어떠한 관계를 가지는지 살펴본다. 하지만 횡단면 자료만으로는 건강이 좋은 사람들이 집합적 효능이 높은 지역에 거주할 가능성을 배제할 수 없기에 집합적 효능과 건강간의 역인과관계를 동시에 분석한다. 2010년 한국일반사회조사(KGSS)를 이용하여 집합적 효능이 개인의 우울증상과 주관적 건강평가의 관계를 인과관계와 역인과관계를 고려하여 분석한 결과 집합적 효능이 개인의 건강에 기여하는 긍정적인 효과가 있는 것으로 나타났다. 개인의 인구사회적 특성과 건강과 관련된 변수를 통제한 상황에서도 집합적 효능은 개인의 우울증상을 낮추고 주관적 건강평가를 높이고 있는 것으로 나타났다. 역인과관계의 측면에서 우울증이 낮으며 주관적 건강평가가 높을 수록 집합적 효능이 높은 지역에 거주하는 것으로 나타났다. 본 연구의 결과는 집합적 효능과 건강이 상호관계를 가지고 있다는 점을 밝히는 동시에 생활환경에 대한 개인들의 평가와 인지 정도로 측정된 집합적 효능 개념이 우리 사회의 건강 격차를 설명하는 요인으로 고려되어야 함을 제시한다.

주요용어: 집합효능, 건강, 우울, 주관적 건강평가, 역인과관계

본 논문은 2013 한국사회학회 후기사회학대회에서 발표한 내용을 수정, 보완한 것입니다.

* 교신저자: 김중백, 경희대학교(jkim64@khu.ac.kr)

■ 투고일: 2014.5.21 ■ 수정일: 2014.8.29 ■ 게재확정일: 2014.10.7

I. 연구의 필요성

건강 분야의 연구들은 개인의 사회경제적, 인구학적 특성 또는 생애경험이 개인 간의 건강 수준의 차이를 설명하는 유형에 관심을 가져왔다. 하지만 이러한 관심은 개인의 행동과 특성이 개인이 속해있는 넓은 의미의 사회적 맥락 안에서 결정된다는 사회생태학적 시각을 고려하지 못한다는 한계점을 가지고 있다. 브론펜브레너(Bronfenbrenner, 1979)에 의해 주도적으로 발전된 사회생태학(social ecology)은 개인의 행동과 속성을 사회적 환경과의 상호작용의 결과로 이해해야한다고 주장하면서 사회적 맥락의 중요성을 강조한다. 이러한 사회생태학적 관점의 영향 아래 다양한 사회적 맥락이 개인 간의 건강격차를 설명하는 구조적 요인으로 연구되어 왔으며 그 가운데 개인이 거주하고 있는 지역사회의 사회경제적 특징은 개인 간의 건강격차를 설명하는 요인으로 심도있게 연구되어 왔다. 지역 혹은 이웃(neighborhood)은 일상적인 생활공간으로 개인이 거주하는 지리적 공간을 의미한다. 생태학적 관점을 바탕으로 하는 연구들은 이웃의 집합적 특성들, 가령 저소득 계층의 집중 정도, 한부모 가정의 집중 정도 등이 개인적 측면과 구분되는 독립적인 맥락 효과(contextual effect)를 가진다고 주장한다.

미국을 중심으로 하는 서구의 사회학 연구 전통에서 1987년 윌슨(Wilson)이 발표한 “Truly Disadvantaged”는 지역의 사회경제적 요인이 개인에 미치는 영향에 대해 체계적으로 주장한 중요한 업적으로 인정받고 있다. 윌슨의 주장에 따르면 도시의 확장 과정에서 백인들의 교외 이주는 흑인들을 경제적으로 자원이 부족한 도심 안에 고립시켰으며, 미국의 인종 간 불평등과 편견은 이러한 지역의 사회경제적 특성에 크게 기인한다고 한다. 윌슨의 연구는 이후 이루어진 건강이나 범죄의 불균형한 분포를 지역 간 불평등으로 설명하려는 대부분의 연구에 핵심적인 이론을 제공하였다. 지역수준의 사회경제적 자원의 불균형한 분포는 사회적 불평등을 생산하는 중요한 기제 가운데 하나이다. 사회생태학적 관점에서 건강격차를 연구하는 가장 대표적인 경향은 지역의 사회경제적 곤란 정도(neighborhood disadvantage)와 지역의 무질서한 정도(neighborhood disorder)가 개인의 사회경제적, 인구학적 특성을 통제한 상황에서도 건강수준의 차이를 설명한다는 것이다. 이미 다양한 자료를 사용한 국내외의 연구들이 이러한 연구 가설을 뒷받침하고 있다 (김윤희 · 조영태, 2008; 김형용, 2010; Robert, 1999; Hill et al., 2005; Kim, 2010).

그렇다면 이러한 사회적 맥락으로서의 이웃의 사회경제적 특성이 개인에 건강에 영향을 미치는 사회적 메커니즘은 무엇인가? 이에 대한 가장 대표적인 이론은 집합적 효능(collective efficacy) 이론이다. 집합적 효능 이론은 사회해체 이론(social disorganization theory)에서 출발한 것으로 샘슨(Sampson)과 동료들이 미국 시카고 지역의 범죄 현상을 밝히기 위해 집대성한 개념이다. 사회해체 이론에 따르면 사회경제적 자원이 부족한 지역공동체는 구성원들의 공동의 가치와 목적을 달성할 수 있는 공동체 구조를 가지기 어려우며 이에 따라 효과적으로 공동체를 관리할 수 없다(Sampson & Groves, 1989; Kawachi et al., 1999). 집합적 효능은 집합의 목표를 달성하기 위한 집단 수준의 능력 혹은 효능감을 의미하며 개인 수준이 아닌 집합적 수준에서 발현되기 때문에 집단의 상호작용과 사회적 관계에서 발현한다(Sampson et al., 1997). 사회 규범 및 사회적 유대의 정도는 집합적 효능의 정도를 결정하는 중요한 요소이다. 샘슨이 제시한 집합적 효능 개념은 지역사회 수준에서의 구조적인 불리함과 사회적 네트워크의 확산에 대한 강조를 바탕으로 지역사회의 공공 이익을 위해 개입하려는 사람들의 의지와 상호 신뢰의 결합을 의미한다. 집합적 효능과 건강의 관계를 밝힌 서구의 연구들은 대부분 집합적 효능의 수준이 높은 지역에 거주하는 사람들의 건강수준이 다른 지역에 거주하는 사람들의 건강수준보다 높다는 점을 발견하였다. 이러한 연구들은 건강의 위험요인 억제에 작용하는 사회적 기제로서 집합적 효능의 측면을 밝혔다고 할 수 있다(Browning & Cagney, 2002a; Cohen et al., 2006; Ahern & Galea, 2011). 따라서 집합적 효능은 지역공동체와 개인의 건강에 대한 관계를 설명하는 중요한 이론적 논의이다.

우리나라에서 집합적 효능 개념은 사회학, 행정학 등의 분야에서 일부 소개되었다. 실증적인 분석을 통해 우리나라 환경에서 소득과 거주안정성, 지역 조직 참여가 집합적 효능의 향상에 긍정적인 기여를 한다는 것이 밝혀졌으며 환경행동의 결정요인으로서 집합적 효능의 역할이 보고되었다(곽현근·유현숙, 2005; 곽현근, 2008; 박진홍·박희재, 2012). 하지만 집합적 효능에 대한 국내 연구는 탐색적인 수준에 불과하며, 건강과 관련한 분야에서는 연구가 부족한 실정이다. 미국과 비교해 보았을 때 한국은 지역적으로 매우 밀접하게 연결되어 있으며 행정구역간의 구분이 크지 않기 때문에 이웃의 사회경제적 자원의 불균형한 분포와 개인의 건강 불평등을 설명하기 어려운 여건이다. 하지만 집합적 효능은 이러한 한계를 극복할 수 있는 측면을 가지고 있다. 왜냐하면 집합적 효능은 어떤 제한적인 지리적 특성이 아니라 실질적으로 생활하는 공간 안에서 어떻게 공동

체 구성원들이 공동 목적인 사회적 조정을 달성하는지 여부에 초점을 두고 있기 때문에 오히려 우리 사회의 경우에서 더욱 적용 가능한 개념이라고 할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 국내 자료를 바탕으로 집합적 효능과 건강의 관계에 대해 분석하고자 한다.

본 연구는 집합적 효능이 건강 불평등에 미치는 효과가 반드시 인과관계가 아닐 수도 있다는 점에도 주목한다. 집합적 효능이 개인들의 건강격차를 설명하는 인과적 논리가 가능하나 그 반대로 이미 건강이 좋은 사람이 집합적 효능이 높은 동네를 선택해 거주할 가능성에 대한 고려도 필요하다. 이러한 상호효과(reciprocal effect)는 건강 불평등의 사회적 원인을 분석하는 기존의 문헌들에서도 발견된다. 가령 자원봉사가 개인의 안녕감을 높이는 효과가 있다고 보고되지만 그 반대로 안녕감이 이미 높은 사람이 자원봉사를 더 할 경우를 배제할 수 없다(Thoits & Hewitt, 2001). 특히 횡단면 자료가 아닌 횡단면 자료를 사용할 때 이러한 상호효과를 배제하기 어렵다. 왜냐하면 횡단면 자료에서는 인과관계의 설정에 한계를 가지기 때문이다. 따라서 본 연구는 집합적 효능과 건강간의 일방적인 관계가 아닌 상호관계를 살펴볼 것이다. 따라서 건강에 대한 집합적 효능의 영향력이 일관되지 않고 국가에 따라 다르게 나타난다는 선행연구의 지적을 바탕으로 신뢰성 있는 전국단위의 자료를 사용하여 집합적 효능과 건강의 상호 관계를 규명하는 것이 본 연구의 의의라 할 수 있다(Skrabski et al., 2004; Ahern & Galea, 2011).

II. 선행연구 검토

1. 사회 해체이론과 건강

사회 해체이론을 바탕으로 지역의 사회적 속성에 대한 연구들은 인구사회적 특성과는 별개로 개인의 삶의 질에 영향을 미치는 관계적 속성의 효과를 조명하고 있다. 사회 해체이론은 사회통합에 대한 관심에서 발전한 것으로 사회규범 및 사회적 유대에 대한 관심을 확장시켰다. 사회적 네트워크(social network)와 집단 애착(group attachments), 공유된 규범(shared norms)은 사회해체이론에서 논의되는 주요 요인들이다. 사회적 네트워크와 집단애착, 공유된 규범은 개인의 속성을 벗어나 사회적으로 조직된 구조적

특성이며 지역 커뮤니티에 기반을 두는 사회적 속성이다. 특히 도시지역에 대한 많은 연구들은 사회적 연결(social tie)이 지역 커뮤니티의 사회적 특성에 영향 받는다고 주장한다. 쇼와 맥케이(Shaw & McKay, 1942)의 미국 내 도시지역에 대한 연구는 시간의 흐름에 따른 인종적, 민족적 구성의 변화에도 불구하고 사회경제적 자원이 부족한 지역에서 지속적으로 청소년의 비행이 많이 발생한다는 점을 밝힘으로서 개인의 경험과는 별개로 범죄율에 영향을 미치는 거주지역의 맥락효과(contextual effects)의 이론적 기반을 제공하였다. 이러한 발견을 바탕으로 범죄를 비롯한 사회적 문제에 영향을 미치는 주요한 요소로 소득과 같은 사회경제적 구조 이외에 지역사회의 거주안정성이나 인구집단 구성, 지역사회 조직의 영향력에 대한 관심이 커졌다(Kawachi et al., 1999). 따라서 사회해체이론의 관점에서는 지역의 사회경제적·구조적 특성들이 개인들 간의 신뢰와 유대, 지역에서의 소속감과 같은 사회통합 요인에 영향을 미쳐 개인의 건강과 안녕(well-being)의 불평등 정도를 설명하는 사회생태학적 과정에 주목한다.

지역의 네트워크와 공유 규범에 기반한 사회적 연결(social tie)은 개인의 삶에 영향을 미친다. 사회적 연결은 범죄와 문제적인 행위들에 대해 사회적으로 통제(social control)하는 기능을 수행하며 빈곤, 거주안정성, 인구집단 구성과 같은 지역사회 요인들은 지역사회의 사회적 연결을 형성되는 과정에 영향을 미친다(Shaw & McKay, 1942). 빈곤은 가족, 교회, 학교, 봉사조직과 같이 지역사회에서 개인들의 교류를 촉진하는 시설을 유지하기 위한 자원의 부족이라는 문제와 결부된다. 또한 거주불안정은 지속적인 관계의 유지와 지역에서의 소속감 형성에 부정적인 영향을 미친다. 마지막으로 인구집단 구성은 태생(national origin)과 인종적 차이로 인하여 교류가 저해되면서 지역사회의 공동의 목표 수행을 방해받는 과정과 관련이 있다(Browning & Cagney, 2002b; 2003).

사회해체이론에 기반을 두어 제시된 거주지역의 맥락적 효과가 개인의 삶에 미치는 영향은 범죄의 발생을 설명하려는 목적에서 출발하였으나 이러한 논리는 건강의 불평등을 설명하는 데에도 적용될 수 있다. 여러 경험적인 연구들은 호혜성, 신뢰, 사회참여, 사회응집력과 같은 사회적 연결이 거주 지역 내 개인들의 다양한 사망요인 및 지역의 사망률을 감소시키는 효과를 가지는 것을 보고하였다(Kawachi & Kennedy, 1997; Kennedy et al., 1996; Lochner et al., 2003). 또한 집합적 신뢰와 사회적 네트워크가 주관적 건강상태와 관련이 있다는 것을 밝힌 연구도 있다(Rose, 2000; Veenstra, 2000).

사회 해체이론의 발전과 함께 거주지역의 맥락적 효과에 대한 관심이 커지면서 개인

의 건강을 포함하는 사회적 문제에 대한 주요한 요인으로 공간이 고려되고 있다. 사회학자들과 사회생태학자들이 건강의 불평등에 대하여 거주지역의 공간적 효과에 대해 조명하면서 지역의 맥락효과가 개인의 행위에 미치는 영향을 설명하는 사회적 기제로서 집합적 효능 개념을 제시하였다(Browning & Cagney, 2002b). 본 연구에서는 지역의 사회적 특성과 건강격차의 관계를 설명하는 이론적 개념으로서 집합적 효능이 개인의 건강에 미치는 영향을 살펴본다.

2. 집합적 효능과 건강

집합적 효능은 개인의 삶 또는 사회적 관계의 질과 관련되는 무형의 요소이다. 샘슨과 동료들은 사회 해체의 관점에서 지역사회 수준에서의 구조적인 불리함과 사회적 네트워크의 확산에 대해 강조하였고 지역사회의 공동 이익을 위하여 개입하려는 사람들의 의지와 사람들 사이의 상호 신뢰의 결합을 집합적 효능이라는 개념으로 제시하였다(Sampson, et al., 1997). 사회적 자본이 네트워크를 기반으로 하는 개인들 간의 유대에 초점을 두고 개인들 간의 신뢰와 유대를 강조하고 있다면, 집합적 효능은 행위에 대한 기대라는 비공식적 사회통제까지 포함하는 개념이다(Sampson et al., 1997; Sampson et al., 1999). 지역사회의 공동 목표를 달성하기 위한 지역사회 수준의 역량의 핵심은 기존에 존재하는 네트워크와는 별개로 서로의 이익을 위해 개입하고자 하는 거주자들의 의지와 결합하여 나타나는 지역사회에 대한 애착이다. 따라서 집합적 효능과 사회적 자본은 구분되는데 집합적 효능이 사회적 자본에서의 신뢰와 결속의 정도에 더하여 특정한 결과를 나타내는 집합적인 역량을 포함하기 때문에 보다 포괄적인 개념이라고 할 수 있다(Sampson et al., 1999; Browning & Cagney, 2002b). 선행연구를 통해서 집합적 효능이 나타내는 실제적인 효과들이 제시되고 있다. 선행연구들에 따르면 집합적 효능은 범죄발생 인지와 범죄피해, 살인율에 부(-)적인 영향을 미치며 범죄뿐만 아니라 배우자에 대한 폭력과 위험한 성행위와도 부적의 관계가 있다는 것이 제시되었다(Browning, 2002; Browning et al., 2008).

최근의 연구들은 집합적 효능이 조기사망, 심혈관 질환 사망, 주관적 건강평가, 비만, 우울증과 같은 건강의 여러 측면과 관련이 있다는 것을 보고하면서 집합적 효능이 일탈

적인 행동 또는 범죄를 통제하는 것 이상의 효과를 넘어 개인 간의 건강 수준의 차이를 설명하고 있음을 보여준다(Browning & Cagney, 2002a; Lochner et al., 2003; Cohen et al., 2006; Ahem & Galea, 2011). 집합적 효능이 건강에 미치는 효과는 일반적으로 긍정적인 것으로 나타난다. 생태학적 관점에서 시행된 연구들은 호혜성, 신뢰, 사회참여, 사회응집력이 거주지역 내 개인들의 다양한 사망요인 및 지역의 사망률을 감소시키는 긍정적인 효과를 가지는 것을 보고하였다(Kawachi & Kennedy, 1997; Lochner et al., 2003). 또한 사람들 사이의 신뢰와 네트워크 정도가 주관적 건강상태와 관련이 있다는 것을 밝힌 연구도 있다(Rose, 2000; Veenstra, 2000). 집합적 효능이 미치는 건강에 대한 효과는 신체건강에만 국한되는 것이 아니고 정신건강에도 적용된다. 일반적으로 정신건강에 대한 연구는 개인의 특성 또는 생애경험 등과 같은 개인과 관련된 수준에서 연구가 진행되었으나 최근에는 정신건강에 영향을 미치는 요인으로 집합적 효능에 대한 관심이 커지고 있으며 집합적 효능은 우울증상을 감소시키는 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타난다(Vega et al., 2011; Dupere et al., 2012)

집합적 효능이 건강에 기여하는 긍정적인 효과는 일탈 행위에 대한 비공식적 사회통제, 건강과 관련된 서비스와 시설에 대한 접근가능성, 거주지역의 물리적 무질서(위험)에 대한 관리와 정신적인 과정을 포함하는 복합적인 메커니즘을 통해서 나타난다(Kawachi & Berkman, 2000; Pickett & Pearl, 2001; Browning & Cagney, 2002b). 첫째, 집합적 효능은 일탈적인 행위에 대한 비공식적 사회통제의 효과를 보여준다(Sampson et al., 1997). 일반적으로 일탈적인 행위는 불법 약물 사용, 음주, 어린이와 노인에 대한 학대, 난폭한 행동 등이 포함되는데 이러한 행위들이 집합적 사회통제의 영향을 받게 되면서 스트레스 요인으로 작용할 수 있는 무질서한 환경이나 공포감 등이 감소하게 되어 개인의 건강에 긍정적인 영향을 미치게 된다. 둘째, 집합적 효능이 높은 지역사회는 잠재적으로 건강과 관련된 시설을 유지하고 유치하는데 효과적이다. 또한 기반시설이나 건축물들의 유지 및 보수에 긍정적인 영향을 주는 잠재적인 자원으로서의 기능을 수행한다(Browning & Cagney, 2002). 잠재적으로 위험성을 가지는 환경을 개선하기 위한 주민들의 개입과 거주지역 환경에 대한 지속적인 관심은 건강에 기여할 수 있는 안정적인 환경을 만드는데 도움이 된다. 거주지역의 무질서가 개인의 건강에 미치는 영향은 신체 건강과 정신건강의 영역에서 모두 부정적인 영향을 나타내는 것으로 보고되고 있다(Ross & Mirowsky, 2001; Hill et al., 2005; Kim, 2010). 따라서 개인의

건강에 부정적인 영향을 미치는 물리적 환경을 개선할 수 있는 잠재적 자원으로서 집합적 효능은 건강에 기여할 수 있다. 마지막으로 사회적 지지를 위한 잠재적인 요소로 집합적 효능의 역할을 고려할 수 있다. 지역유대와 결속력, 지역 조직력이 강할 때 그 지역특성은 사회적 약자들이 경험할 수 있는 다른 여러 위험의 부정적 효과를 완화해주는 사회적 지지의 역할을 제공한다는 것이다. 즉 경제적으로 어려운 사람, 노인, 이혼한 사람들은 건강의 위험에 노출되어 있음에도 불구하고 그들이 거주하고 있는 지역성원들의 유대가 강하고 자원봉사활동 등 지역조직이 활성화되어 있을 경우 물질적으로나 정신적으로 지원을 제공받을 수 있어 건강에 도움이 될 수 있다(Robert, 1998; Lin et al., 1999).

3. 기존연구의 제한점

이렇게 집합적 효능이 건강에 미치는 영향은 기존 연구에서 자세하게 밝혀져 있으나 여전히 두 가지 측면에서 제한점을 보인다. 먼저 집합적 효능이 건강에 기여하는 긍정적인 효과에도 불구하고 그 효과는 국가적 혹은 거시적 사회구조에 따라 다를 수 있다. 예를 들면, 집합적 효능과 성별 사망률에 관계를 밝힌 헝가리의 연구에서는 집합적 효능이 사망률에 미치는 영향이 성별에 따라 차이가 있다는 것을 밝히고 있는데 여성의 사망률에는 부적인 영향을, 남성의 사망률에는 정적인 영향을 미치는 것으로 보고되었다. 또한 사회경제적 특성과, 사회적 자본, 집합적 효능의 사망률에 대한 설명력도 남성의 경우 67.6%인 반면 여성은 27.3%에 불과했다(Skrabski et al., 2004). 국내 연구를 검토해본 결과 아직까지 집합적 효능과 건강의 관계를 살펴본 문헌은 발견하지 못하였다. 서구 사회에 비하여 좁은 지역에 많은 사람들이 거주하며 지역 공동체를 형성하고 유지하는 방식도 차이가 나는 우리의 상황에서 집합적 효능의 개념을 그대로 적용하는 것이 적절하지 않을 수도 있으나 지역의 사회적 질서와 통제 정도가 건강에 어떤 방식으로 영향을 미칠지 연구하는 것은 기존의 연구의 영역을 확장시키는 결과를 가져올 수 있기에 연구의 의의를 찾을 수 있다.

또한 집합적 효능과 건강에 대한 연구들은 인과관계를 중심으로 진행되었으나 역인과관계의 가능성을 배제할 수 없다. 즉 집합적 효능이 건강에 영향을 미칠 수도 있지만 이미 건강이 좋은 사람이 집합적 효능이 높은 지역에 거주할 가능성도 존재하기 때문이

다. 이는 특히 횡단면 자료를 이용한 분석에서 나타날 수 있다. 건강의 사회적 불평등을 다룬 기존 문헌에서도 사회적 자원과 건강의 상호 관계의 가능성을 제시하고 있다(Li & Ferraro, 2006). 건강이 집합적 효능에 미치는 영향을 크게 두 가지 방식으로 나타낼 수 있다. 첫째로, 신체건강이 좋지 않은 사람은 행동의 제약으로 인하여 이웃들과의 교류에 어려움을 겪게 되고 이로 인하여 기대되는 행위양식을 습득하거나 이웃과의 신뢰를 형성하지 못하기 때문에 낮은 집합적 효능을 경험할 수 있다. 마찬가지로 정신건강이 좋지 않아 우울, 불안을 느낄 경우에도 이웃과의 교류에 부정적인 영향을 미쳐 낮은 집합적 효능을 경험할 수 있다. 둘째, 개인의 건강이 노동시장 참여와 같은 부의 축적에 영향을 미쳐 그 결과로 인하여 집합적 효능이 낮은 거주 지역에 거주하는 결과를 야기할 수 있다. 경제학자들은 노동시장 참여, 임금, 부에 부정적인 영향을 미치는 건강의 효과에 대하여 실증적인 연구결과들을 보고하고 있다(Chirikos & Nestel, 1985; Smith, 1999; 2004). 부정적인 건강으로 인해 사회경제적으로 불리한 개인들은 사회경제적으로 불리한 거주 지역에 집중되게 되면서 여러 자원에 대한 접근에 어려움을 경험하게 된다(Massey, 1996). 불리한 거주 지역은 지역사회의 낮은 사회경제적 지위, 빈곤과 여성가구주의 집중으로 대표되며 이러한 요인은 집합적 효능의 형성에 부정적인 영향을 미칠 수 있다(Sampson et al., 1999). 본 연구에서는 이러한 문제의식을 바탕으로 집합적 효능과 건강을 인과관계 뿐만 아니라 역인과관계를 포함하는 상호관계의 측면에서 분석하여 논의의 폭을 넓힐 것이다. 따라서 본 연구는 집합적 효능이 가지는 한국 사회에서의 설명력을 확인하는 동시에 집합적 효능과 건강의 관계에 대한 함의를 제공할 것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 분석자료

본 연구의 분석자료는 2010년 한국일반사회조사(Korean General Social Survey, 이하 KGSS)이다. KGSS는 매년 시행되는 대단위 전국표본조사 사업으로 18세 이상의 성인을 대상으로 하는 횡단조사 자료이다. 다단계지역확률표본추출 방법에 의거해 조사

대상을 추출하여 직접 방문에 의한 면접조사로 진행되었다. 2010년 KGSS는 개인의 우울증상 및 주관적 건강평가, 집합적 효능에 관련된 문항을 포함하고 있어 본 연구의 문제를 검증하는데 장점이 있다.

2. 주요변수의 측정

가. 종속변수

우울증상

본 연구는 건강의 다차원적 측면을 평가하기 위하여 정신건강 측정도구인 우울증과 신체건강 측정도구인 주관적 건강평가를 함께 사용한다. 2010년도 KGSS는 응답자의 감정 및 상황을 묻는 3가지 문항을 포함하고 있다. 차분하고 평온한 느낌, 활력, 낙심 및 우울은 일반적 정신건강 혹은 심리학적 안녕감을 측정하는 것으로 정신건강을 대표하는 지표로 사용할 수 있다. 모든 문항은 “항상 그랬다”(1점)에서 “전혀 그렇지 않다(5점)”의 5점 척도로 측정되었다. 정신건강을 측정하기 위한 각 문항은 지난 1달간의 감정 및 상황을 묻는 것으로 “나는 차분하고 평온한 느낌이었다”, “나는 활력이 있다고 느꼈다”, “나는 낙심하였고, 우울하다고 느꼈다”이다. 차분함 및 평온함, 활력을 묻는 질문은 역부호화하여 모든 문항의 값이 클수록 우울증상의 정도가 큰 것을 나타내도록 했다. 3문항의 평균값을 분석에 활용하였으며 신뢰도 계수는 0.734로 높은 수준이다.

주관적 건강평가

주관적 건강평가는 개인의 건강상태를 측정하기 위하여 일반적으로 사용되고 있으며 많은 논문들이 주관적 건강평가가 건강상태를 측정하는 변수로서 가지는 타당성에 대하여 입증하고 있다(Browning & Cagney, 2002b). 예를 들면 주관적 건강평가는 이후의 사망과 건강상태의 변화를 예측하는 것으로 나타나며 만성질환과 낮은 주관적 건강평가가 관련이 있는 것으로 보고되었다(Ferraro et al., 1997; McGee et al., 1999; Burström & Fredlund, 2001; Molarius & Janson, 2002; Singh-Manoux et al., 2007). 따라서 주관적 건강평가는 응답자의 건강상태를 대표하는 지표로 사용하기에 적합하다. “전반

적으로 귀하의 건강 상태는 어떻습니까?”라는 문항에 대하여 “매우 좋다”(1점)에서 “매우 나쁘다”(5점)의 5점 척도로 측정된 것을 역부호화하여 값이 클수록 건강상태에 대한 평가가 긍정적임을 의미하도록 했다.

나. 독립변수

집합적효능

집합적 효능은 비공식적 사회 통제와 사회적 결속, 신뢰의 두 하위 개념으로 측정된다. 2010년도 KGSS에서도 비공식적 사회통제와 사회적 결속, 신뢰에 관한 총 5개의 문항을 통해 거주지역의 집합적 효능을 측정하고 있다. 모든 문항은 “매우 동의”(1점)에서 “매우 반대(5점)”의 5점 척도로 측정되었으며, 이를 역부호화하여 값이 클수록 거주지역의 집합적 효능이 크다는 것을 의미하도록 했다. 측정을 위한 문항은 거주하고 있는 집을 중심으로 1km 지역에 대한 것으로 구체적인 문항은 “내가 사는 동네에는 조깅이나 걷기 같은 운동을 하기에 적합하다”, “내가 사는 동네에는 공공시설(주민자치센터, 도서관, 공원 등)이 충분히 있다”, “내가 사는 동네는 안전하다”, “내 동네 사람들은 서로 관심을 보인다”, “내 동네 사람들은 내가 도움이 필요할 때 기꺼이 도와주려 한다”이다. 집합적 효능의 개념은 사회적 통제와 사회적 결속 및 신뢰의 두 하위개념으로 이루어진 결합물이기 때문에 두 개념의 측정을 독립적으로 사용하지 않고 5문항의 평균값을 분석에 활용하였다. 5문항의 신뢰도 계수는 0.681이다.

KGSS의 문항들이 집합적 효능을 측정하는 기존의 연구와 차이가 있기 때문에 변수의 측정이 제대로 이루어졌는지 확인하기 위한 추가적인 논의가 필요하다. 집합적 효능 개념을 제시한 샘슨이 측정을 위해 사용한 문항은 (i)‘아이들이 학교를 무단결석하거나 골목에서 어슬렁거리는 경우가 많다’ (ii)‘아이들이 동네 건물에 스프레이로 낙서를 한다’ (iii)‘아이들이 어른을 무시하는 태도를 보인다’ (iv)‘집 앞에서 싸움이 난다’ (v)‘예산삭감으로 소방서가 집 근처에 없다’의 다섯 문항이다. 또한 사회적 결속, 신뢰를 측정하기 위하여 사용된 문항은 (i)‘이웃 사람들이 서로 도움을 주려고 한다’ (ii)‘이웃 사람들끼리 거리감이 없고 서로 관심을 보인다’ (iii)‘이웃사람 들끼리 서로 믿을 수 있다’ (iv)‘이웃사람들끼리 서로 혼자 내버려두지 않는다’ (v)‘이웃사람들끼리 같은 가치를 공유한다’의 다섯 문항이다(Sampson et al., 1997). KGSS의 문항들을 샘슨이 제시한 문항들을 한국

적 상황을 고려하여 수정 적용한 것이다. 특히 사회적 통제를 측정하는 문항의 경우 우리나라에서는 아이들이 동네 건물에 스프레이로 낙서를 하거나 기물을 파손하는 경우가 드물다는 점을 고려해야 한다. 또한 아이들이 학교에 결석하고 거주지역에서 어슬렁거리는 것은 대중교통이 발달한 한국의 도시상황에서 사회적 통제를 측정하는데 적합하지 않다. 따라서 조깅이나 운동을 하기에 적합한지, 안전하다고 느끼는지에 관한 문항은 한국 사회의 맥락에서 거주지역의 사회적 통제를 측정하기에 적합하다고 생각할 수 있다(박진홍·박희제, 2012). 사회적 결속 및 신뢰를 묻는 문항들은 이웃간의 교류와 신뢰의 정도를 묻는 것으로 샘슨(1997)에 의해 제시된 문항들과 매우 유사하다.

다. 통제변수

인구사회학적 변수 및 사회경제적 변수로 성별, 거주지역, 혼인여부, 개인소득, 교육수준을 통제하고 추가적으로 건강과 관련된 만성질환, 흡연과 음주여부를 통제하였다. 성별은 여성을 '1', 남성을 '0'으로, 거주단위는 대도시를 '1'로 그 외 지역을 '0'으로 코딩하였다. 혼인 여부는 기혼을 기준으로 사별, 이혼, 별거의 경우와 미혼 및 동거인 경우를 더미변수로 구성하였다. 개인소득은 백만 단위의 연속변수로 사용하였으며, 교육수준은 변수 해석의 의미를 고려하여 응답자의 최종학력을 기준으로 대학이상을 '1'로 그 미만을 '0'으로 코딩하였다. 건강과 관련하여 만성질환이 있는 경우 '1'로 없는 경우는 '0'으로 코딩하였으며 흡연과 음주 여부는 서열변수로 측정한 것을 연속변수로 가정하여 값이 클수록 자주 흡연과 음주를 하는 것을 나타내도록 하였다. 흡연과 음주여부를 더미변수로 처리할 수도 있으나 그러한 처리가 독립변수의 유의성에 영향을 미치지 않고, 이 변수들이 통제변수로 사용되기 때문에 모형의 의미 설정에 큰 차이가 없다고 판단하여 연속변수로 가정하여 분석하였다.

3. 분석방법

본 연구에서 거주지역의 집합적 효능과 건강의 인과관계와 역인과관계를 확인하기 위하여 다중회귀분석을 사용하였으며 통계적 분석을 위하여 STATA 12.0을 활용하였

다. 집합적 효능은 거주지역의 비공식적 사회통제와 사회적 결속 및 신뢰에 대한 개인의 인지를 기반으로 측정되었다. 많은 연구들이 거주지역의 무질서의 인지와 집합적 효능이 건강에 미치는 영향을 확인하였지만 건강이 거주지역 인지에 미치는 영향에 대해서는 분명하게 밝혀진 바가 없다. 따라서 건강의 부정적인 결과로 인해 거주지역에 대한 평가가 달라지는 역인과관계에 대한 고려가 필요하다. 예를 들면 정신건강이 좋지 않아 우울 및 불안의 정도가 높다면 이웃에 대한 신뢰가 낮을 수 있으며 건강상의 이유로 활동에 제약이 발생한다면 이웃과의 교류가 이루어지지 않아 집합적 효능을 구성하는 하위개념들을 부정적으로 인지할 수 있기 때문이다. 따라서 본 연구에서는 먼저 분석에서 사용된 변수들의 특징을 나타낸 기술통계를 제시하며 주관적 건강평가와 우울증상을 종속변수로, 집합적 효능을 독립변수로 분석하는 인과관계 모형을 제시한다. 그리고 역인과관계 모형을 검증하기 위하여 집합적 효능을 종속변수로, 주관적 건강평가와 우울증상을 독립변수로 사용한 회귀모형 결과를 제시한다. 모형의 추정은 종속변수를 연속형 변수로 간주하는 일반선형회귀모형(OLS Regression Model)을 사용한다. 한 가지 논의해야 하는 점은 주관적 건강평가를 종속변수로 사용하는 모형이다. 주관적 건강평가는 5점척도로 구성된 서열변수로서 일반적으로 서열 로지스틱 회귀 분석을 활용하여 분석할 수 있지만 집합적 효능이 우울증상과 건강평가에 미치는 경향성을 파악하려는 본 논문의 목적과 분석의 통일성을 고려하여 연속변수로 가정하고 선형회귀분석을 실시하였다.¹⁾ 주관적 건강상태를 서열변수가 아닌 연속변수로 다룬 사례는 본 논문 이외에도 건강 분야의 다양한 연구에서 소개되었다(김명일 외, 2013; 김은령, 2013; 김진영 외, 2013; 민주홍 외, 2013).

IV. 분석결과

<표 1>은 분석에 사용된 변수들의 기술통계를 요약한 결과이다. 분석에 포함된 1,365명의 집합적 효능의 평균은 3.405이며 우울증상 척도의 평균은 2.504, 주관적 건강평가

1) 추가로 분석해본 결과 서열 로지스틱 회귀분석의 결과는 선형회귀분석과 방향성이나 통계적 유의성에서 유사한 결과를 나타냈다(결과는 요청에 따라 제공 가능함).

의 척도의 평균은 3.415이다. 다른 통제변수들의 특성을 간단히 살펴보면 남성이 48.4%, 여성이 51.6%이며 평균연령은 45.3세이다. 거주지역은 대도시에 거주하는 응답자가 전체의 28.1%에 해당하며, 대학이상의 교육을 받은 사람은 31.7%이다. 결혼상태는 기혼인 경우가 65.6%로 절반 이상이 기혼상태를 유지하고 있으며 그 외에 비혼은 11.8%, 미혼은 22.6%를 차지한다. 만성질환은 가진 응답자는 30.6%에 해당하며 흡연과 음주정도의 평균은 각각 2.085와 2.455이다.

표 1. 분석에서 사용되는 변수들의 기술통계

변수	사례 수	평균	표준편차	백분율(%)
집합적 효능	1356	3.405	0.814	
우울증상	1356	2.504	0.929	
주관적 건강평가	1356	3.415	1.223	
성별	남성	656		48.378
	여성	700		51.622
연령	1356	45.348	16.148	
거주지역	그 외 지역	974		71.829
	대도시	382		28.171
결혼상태	기혼	889		65.560
	비혼	160		11.799
	미혼	307		22.640
가구소득	1356	3.682	3.813	
교육수준	대학 미만	926		68.289
	대학 이상	430		31.711
만성질환	없음	941		69.395
	있음	415		30.605
흡연	1356	2.085	1.759	
음주	1356	2.455	1.407	

<표 2>에서는 회귀분석 모형에 따른 결과를 순서대로 제시하였으며 집합적 효능이 개인의 우울증상 및 주관적 건강평가에 미치는 영향을 확인하였다. 모형1에서는 통제변수들을 투입하여 개인의 인구사회적 변수와 건강행위가 우울증상에 미치는 영향을 확인하였다. 여성이 남성에 비하여, 만성질환이 있는 사람이 그렇지 않은 사람에 비하여

우울증상이 크게 나타났으며 건강행위 중 하나인 흡연 여부는 우울증상에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 소득은 우울 증상과 부(-)적 관계를 갖는 것으로 나타나는데 소득이 높을수록 스트레스에 대처할 수 있는 자원이 늘어나기 때문에 정신건강에 긍정적으로 기여하는 것으로 생각할 수 있다. 모형2에서는 집합적 효능 변수를 추가하였다.

표 2. 집합적 효능이 우울증상과 주관적 건강평가를 설명하는 다중회귀모형

	우울증상		주관적 건강평가	
	모형1	모형2	모형3	모형4
집합적 효능		-0.196*** (0.031)		0.167*** (0.036)
성별 (여성=1)	0.308*** (0.061)	0.322*** (0.060)	-0.248*** (0.070)	-0.260*** (0.069)
연령	-0.002 (0.002)	0.001 (0.002)	-0.020*** (0.003)	-0.022*** (0.003)
거주지역 (대도시=1)	-0.085 (0.055)	-0.051 (0.054)	0.092 (0.063)	0.063 (0.063)
혼인여부 (기혼이 기준 범주)				
비혼	0.143+ (0.084)	0.121 (0.083)	0.017 (0.096)	0.036 (0.096)
미혼	0.116 (0.072)	0.087 (0.071)	-0.165* (0.082)	-0.140+ (0.082)
개인소득	-0.019** (0.007)	-0.016** (0.007)	0.020** (0.008)	0.018* (0.008)
교육수준 (대학이상=1)	-0.084 (0.057)	-0.059 (0.056)	0.076 (0.066)	0.055 (0.065)
만성질환 (1=있음)	0.434*** (0.058)	0.433*** (0.057)	-0.962*** (0.067)	-0.961*** (0.066)
흡연	0.053** (0.016)	0.045** (0.016)	-0.062** (0.019)	-0.055** (0.019)
음주	-0.008 (0.019)	-0.005 (0.019)	0.053* (0.022)	0.050* (0.022)
상수	2.276*** (0.149)	2.819*** (0.170)	4.642*** (0.171)	4.180*** (0.197)
N	1356	1356	1356	1356
R ²	0.097	0.123	0.312	0.323
수정된 R ²	0.090	0.116	0.307	0.317

인구사회학적 변수 및 건강행위 변수가 통제된 상황에서 집합적 효능은 우울증상에 유의미한($p < 0.001$) 부적(-) 영향을 갖는 것으로 나타났다. 즉 집합적 효능이 높다고 보고한 개인은 낮은 우울증상을 나타낸다. 우울증상은 교육과 성별, 나이와 건강행위에도 영향을 받을 수 있는데 이러한 변수들이 통제된 상태에서 유의미한 영향을 나타낸다는 점은 집합적 효능과 우울증상의 관계가 허위가 아님을 나타낸다. 이는 미국의 선행연구와도 일치하는 것으로(Ahern & Galea, 2011), 우리 사회에서도 집합적 효능이 건강에 대한 독립적인 효과를 가진다는 것을 나타낸다. 따라서 개인의 정신건강을 설명하는 한 요인으로서 집합적 효능이 고려되어야 한다는 것을 알 수 있다.

모형 3은 통제변수를 투입하여 인구사회적 변수와 건강행위 변수가 개인 건강의 대리 지표인 주관적 건강평가에 미치는 영향을 확인하였다. 남성에 비하여 여성이, 기혼자에 비하여 미혼자가, 나이가 많을수록 자신의 건강에 대해 부정적인 것으로 나타났다. 우울증상에 대한 영향과 마찬가지로 개인소득은 건강평가에 긍정적으로 기여하는 것으로 나타났으며, 만성질환과 흡연과 음주와 같은 건강행위는 건강평가에 부정적으로 작용하고 있다. 모형4에서는 통제변수에 더하여 집합적 효능을 추가하였다. 다른 변수들의 영향력은 유지되는 상황에서 집합적 효능은 건강 평가에 긍정적으로 기여하고 있는 것으로 나타난다. 다른 변수들의 영향력이 유지되는 상황에서 집합적 효능이 건강 평가에 유의미한($p < 0.001$) 정적(+) 효과를 나타내는 것은 집합적 효능이 자기건강 평가에 미치는 독립적인 효과가 있음을 나타낸다. 즉 집합적 효능이 높다고 보고한 개인은 더 좋은 수준의 주관적 건강평가를 내리고 있음을 뜻한다. 따라서 모형 2와 모형 3의 결과는 집합적 효능이 건강에 영향을 미친다는 인과관계가 존재함을 의미한다. 집합적 효능이 높은 지역에 거주하는 개인일수록 더 좋은 수준의 건강 상태를 보이게 되는 것이다.

<표 3>은 건강이 집합적 효능에 주는 영향을 살펴보기 위한 것이다. 건강의 수준이 낮은 사람이 집합적 효능이 낮은 지역에 거주할 가능성이 높다는 역인과관계의 탐색을 통해서 건강과 집합적 효능이 가지는 관계에 대한 이해의 폭을 넓힐 수 있다. 모형5의 결과를 보면 우울증상이 집합적 효능에 부(-)적으로 영향을 미치는 것을 확인할 수 있다. 이는 우울증상이 높은 개인은 집합적 효능이 낮은 지역에 거주하게 된다는 것이다.

표 3. 우울증상과 주관적 건강평가가 집합적 효능을 설명하는 다중회귀모형

	모형5	모형6	모형7	모형8
우울증상	-0.149*** (0.023)	-0.150*** (0.024)		
주관적 건강평가			0.088*** (0.019)	0.097*** (0.021)
성별 (여성=1)	0.175*** (0.043)	0.118* (0.053)	0.160*** (0.044)	0.096+ (0.053)
연령	.013*** (0.002)	0.012*** (0.002)	0.015*** (0.002)	0.014*** (0.002)
거주지역 (대도시=1)	0.167*** (0.048)	0.163*** (0.047)	0.171*** (0.048)	0.167*** (0.048)
혼인여부 (기혼이 기준 범주)				
비혼	-0.100 (0.072)	-0.090 (0.072)	-0.123+ (0.073)	-0.113 (0.073)
미혼	0.124* (0.062)	-0.133* (0.062)	-0.125* (0.062)	-0.134* (0.062)
개인소득	0.013* (0.006)	0.013* (0.006)	0.014* (0.006)	0.014* (0.006)
교육수준 (대학이상=1)	0.118* (0.049)	0.114* (0.049)	0.125* (0.050)	0.119* (0.050)
만성질환 (1=있음)		0.062 (0.051)		0.090+ (0.054)
흡연		-0.035* (0.014)		-0.037* (0.014)
음주		0.012 (0.017)		0.008 (0.017)
상수	3.000*** (0.117)	3.117*** (0.139)	2.226*** (0.140)	2.327*** (0.161)
N	1356	1356	1356	1356
R ²	0.120	0.125	0.106	0.113
수정된 R ²	0.114	0.118	0.101	0.106

모형 6에서는 만성질환과 건강행위 변수를 투입하였다. 이는 우울증상과 집합적 효능의 관계가 신체적 건강과 건강관련 행위를 고려해 보았을 때 허위인지를 판단하기 위해서이다. 만성질환과 건강행위 변수가 투입된 모형6에서도 우울증상의 효과는 일관되게 나타난다. 즉 우울증상이 높은 사람들이 집합적 효능이 낮은 지역에 거주하게 경향을 보인다는 것이다. 모형7과 모형8은 우울증상 대신 주관적 건강평가와 집합적 효능의 관계를 나타내고 있다. 모형7의 결과에 따르면 우울증상이 집합적 효능과 부적(-)인 관계를 갖는 것과 같은 논리로 건강평가가 높은, 즉 건강한 사람일수록 집합적 효능이 높은 지역에 거주하고 있는 것으로 나타났다. 이는 반대로 스스로 건강하지 않다고 평가하는 사람은 집합적 효능이 낮은 지역에 거주하게 됨을 뜻한다. 이러한 주관적 건강평가와 집합적 효능의 관계는 만성질환과 건강행위를 투입한 후에도 유사한 결과를 보인다. 만성질환과 집합적 효능은 통계적으로 유의미하지 않은 관계를 나타낸다.

만성질환과 건강행위는 본 논문의 핵심 연구 변수는 아니지만 우울증상과 밀접한 관계를 가지고 있기 때문에 우울증상과 함께 모형에 투입되었을 때 집합적 효능의 변이를 설명하는 결과에 대한 논의가 필요하다. 일반적으로 우울증상과 만성질환은 정(+)의 상관관계를 보이고 있다는 점을 감안해 보았을 때 누가 집합적 효능이 낮은 지역에 거주하는지 설명하는 사회적 메커니즘은 신체건강(만성질환)보다는 정신건강(우울증상)으로 설명됨을 알 수 있다. 또한 음주는 집합효능과 유의미한 관계를 나타내지 않았지만 흡연은 부(-)의 관계를 나타냈다. 즉 흡연을 더 많이 하는 사람이 집합적 효능이 낮은 지역에 거주하게 된다. 흡연과 집합적 효능간의 관계는 아직 선행연구에서 다루어지지 않았으며 향후 연구에서는 이러한 건강행위가 집합적 효능의 수준과 관계를 맺는 이론적 논의가 이루어져야 할 것이다. 결론적으로 <표 3>의 결과는 집합적 효능이 개인의 건강에 미치는 인과관계뿐만 아니라 건강의 부정적(공정적)인 결과로 인하여 개인이 집합적 효능이 낮은(높은)에 거주하게 되는 메커니즘에 대한 고려도 필요하다는 것을 시사한다.

V. 결론 및 논의

건강의 불평등을 설명하는 사회생태학적 개념에는 어떤 것이 있을까? 본 연구에서는 사회해체이론과 사회생태학적 이론에 근거하여 집합적 효능이 개인 간의 건강격차를 설명하는 과정을 분석하였다. 또한 집합효능과 건강 간의 역인과관계의 가능성을 고려하여 건강이 좋은 사람이 집합효능이 높은 지역에 거주하게 되는 관계를 탐구하여 집합적 효능과 건강의 상호 관계를 연구하였다. 이러한 시도는 국내 자료를 사용한 연구 가운데에는 처음이며 개인들의 건강에 대해 새로운 관점에서 바라보는 효과를 기대할 수 있다. 우울증상과 주관적 건강평가를 건강의 측정도구로 사용하였는데 집합효능은 우울증상과 주관적 건강평가에 서구에서 발간된 기존의 연구 결과와 비슷한 결과를 나타내었다. 즉 집합적 효능이 높은 지역에 사는 사람이 인구, 사회적 배경변수를 모두 통제한 상황에서도 더 낮은 우울증상을 나타냈고 더 높은 주관적 건강평가 정도를 나타내었다. 이 결과는 집합적 효능과 건강간의 인과관계가 존재할 수 있음을 의미하고 우리나라의 상황에서도 집합적 효능이 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 판단할 수 있다. 역인과효과를 판단하기 위하여 우울증상과 주관적 건강평가를 독립변수로, 집합적 효능을 종속변수로 사용한 분석결과에 따르면 우울증상이 낮으며 주관적 건강평가가 높을수록 집합적 효능이 높다는 것을 알 수 있다. 이는 건강이 좋은 사람이 집합적 효능이 좋은 지역에 거주하고 있음을 의미하며 이는 인과관계가 허위일 수도 있음을 의미한다. 따라서 본 연구의 결과는 집합적 효능과 건강이 상호관계를 가지고 있다는 점을 밝히며 집합적 효능이 우리나라의 사회적 맥락에서도 건강에 긍정적인 효과를 가지고 있다는 점을 보여주었다는 의의를 가진다.

따라서 본 연구는 집합적 효능과 건강의 관계를 한국적 맥락에서 검증하였다는 데 큰 의의가 있다. 본래 집합적 효능의 개념은 미국의 지역적 특성을 고려하여 제안된 개념이기 때문에 지역 공동체 속성이나 형성 과정, 그리고 지리적 요건의 특성이 매우 다른 우리나라의 경우에 그대로 적용되기 어려운 한계점을 본질적으로 가지게 된다. 또한 2010년도 현재 전국 기준으로 아파트 거주 가구 비율이 47.1%로 단독주택 거주 비율인 39.6%보다 높으며 이는 단독주택 거주가 주를 이루는 미국의 상황과는 차이를 가진다. 이러한 차이에도 불구하고 집합적 효능은 건강 불평등을 유의미하게 설명하고 있으며 이는 통제변수를 고려한 후에도 여전히 유지된다. 이는 우리 사회의 경우에도

지역 공동체 구성원의 사회적 참여 정도와 지역 환경에 대한 주관적 평가가 건강에 독립적 영향을 미치고 있다고 하겠다. 물론 역인과관계의 가능성 자체를 배제할 수 없는 자료로 분석하였기 때문에 인과적 관계를 단언할 수는 없다. 하지만 집합적 효능을 구성하는 사회적 결속과 신뢰가 건강과 연관을 가지고 있음은 확인할 수 있다. 이는 삶의 질에 대한 관심이 증가하고 기대 수명의 연장보다는 건강수명의 연장에 더욱 큰 의미를 가지는 현대 한국 사회에서 정책적 함의를 가진다. 즉 지역 공동체 구성원들의 유대를 강화하고 지역의 공공선 구현에 참여를 이끌어 낼 수 있는 제도적 장치가 마련된다면 이는 곧 건강의 증진과 삶의 질 향상으로 이어질 수 있음을 시사한다. 또한 제도의 보완 이외에도 공동체 참여를 활성화 시킬 수 있는 비영리조직의 지원 역시 집합적 효능을 증가시켜 결국에 건강에 긍정적 효과를 가져올 수 있다.

본 연구는 본 연구는 몇 가지 제한점을 가지고 있고 이러한 제한점 들은 향후 연구에서 다루어져야 할 부분으로 생각된다. 먼저 본 연구는 집합적 효능이 건강과 상호 관계를 가진다는 점을 밝혔다는 기여가 있으나 동시에 건강 연구에서 가장 중요한 부분인 건강 불평등을 설명하는 사회적 요인간의 인과 관계를 완전히 밝히지 못하였다는 한계를 가지고 있다. 따라서 패널데이터를 활용하여 종단면 연구를 시행할 필요가 있으며 이러한 연구는 집합효능과 건강의 인과관계를 밝히는데 기여할 것이다. 또한 집합적 효능과 건강 간의 관계는 일정하지 않을 수 있기 때문에 이를 고려하는 것이 필요하다. 가령 집합적 효능이 건강에 미치는 영향이 개인이 가지고 있는 교육, 자산과 같은 사회적 자원이나 사회적 지지 혹은 가족 관계와 같은 관계적 자원의 정도에 따라 차이를 보일 수 있다. 이는 사회적 자원이나 관계적 자원의 상쇄효과(buffering effect)를 통해 검증할 수 있다. 이러한 분석은 중요한 의미를 가질 수 있다. 왜냐하면 집합적 효능에 따른 건강 불평등을 경감할 수 있는 자원이 무엇인지 검증할 수 있기 때문이다. 그리고 집합적 효능은 거주 환경의 사회적 속성에 대한 주관적 판단이기 때문에 거주 지역의 사회경제적 상황이나 무질서 상황을 분석에 포함시켜 집합적 효능과 지역 특성이 개인 간의 건강 격차를 독립적으로 설명하는지 검증할 필요가 있다. 그러나 본 연구에서 사용된 KGSS의 한계로 이 연구에서는 집합적 효능과 지역 특성의 효과를 동시에 분석할 수 없었다. 향후 다수준연구(multi-level analysis)를 염두에 둔 자료 수집을 통해 이러한 한계를 극복할 필요가 있다. 마지막으로 집합적 효능의 의미는 그 지역의 사회 경제적 인프라와도 밀접하게 관련되어 있기 때문에 조사에 응답한 응답자들이 거주하는 곳에

지역 공동체를 위한 사회적 시설이나 질서유지 관련 공공기관이 얼마나 있는지 분석에 고려할 필요가 있다. 집합적 효능이 건강에 미치는 영향은 이러한 시설의 유무에 따라 달라질 수 있다. 따라서 지역의 사회적 특징을 분석에 고려할 수 있다면 집합적 효능이 가지는 의미를 좀 더 자세하게 밝혀낼 수 있으며 우리나라의 상황을 반영하는 집합적 효능 문항을 개발하여 더욱 엄밀한 측정을 통한 연구가 가능할 것이다.

임훈민은 경희대학교 일반대학원 사회학 석사과정에 재학 중이며, 주요 관심분야는 혼인 및 출산, 건강, 거주지역 등이다. (E-mail: mintenger@gmail.com)

김중백은 미국 텍사스 주립대에서 사회학 박사학위를 받았고 현재 경희대학교 사회학과 부교수로 재직하고 있다. 주요 관심분야는 건강불평등, 저출산, 이혼 및 결혼 등이며, 현재 자원봉사와 건강불평등 간의 관계에 대해 연구하고 있다. (E-mail: jkim64@khu.ac.kr)

참고문헌

- 곽현근(2008). 지역사회 사회자본에 미치는 동네효과에 관한 연구. *지방정부연구*, 11(4), pp.59-86.
- 곽현근, 유현숙(2005). 지역사회 주민조직 참여의 영향요인과 집합적 효능감. *한국사회와 행정연구*, 16(1), pp.347-376.
- 김명일, 이상우, 김혜진(2013). 서울시 거주노인의 주관적 건강인식 연구. *보건사회연구*, 33(3), pp.327-360.
- 김윤희, 조영태(2008). 지역특성이 취약집단 건강에 미치는 영향 분석. *한국인구학*, 31(1), pp.5-30.
- 김은령(2013). 만성 관절염 노인환자의 주관적 건강상태와 우울 간의 관계에 미치는 사회적 자본의 상호작용 효과. *보건과 사회과학*, 33, pp.59-83.
- 김진영, 송예리아, 백은정(2013). 학력과 주관적 건강의 관계. *한국사회학*, 47(2), pp.211-239.
- 김형용(2010). 지역사회 건강불평등에 대한 고찰. *한국사회학*, 44(2), pp.59-92.
- 민주홍(2013). 한국 노인의 사회참여가 주관적 건강 및 건강 변화에 미치는 영향에 대한 종단연구. *보건사회연구*, 33(4), pp.105-123.
- 박진홍, 박희제(2012). 환경행동 결정요인으로서의 지역사회의 집합적 효능. *환경사회학 연구 ECO*, 16(2), pp.147-180.
- Ahern, J., Galea, S. (2011). Collective Efficacy and Major Depression in Urban Neighborhoods. *American Journal of Epidemiology*, 173(12), pp.1453-1462.
- Browning, C. R. (2002). The span of collective efficacy: Extending social disorganization theory to partner violence. *Journal of Marriage and Family* 64(4), pp.833-850.
- Browning, C. R., Cagney, K. A. (2002a). Neighborhood Structural Disadvantage, Collective Efficacy, and Self-Rated Physical Health in an Urban Setting. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(4), pp.383-399.
- Browning, C. R., Cagney, K. A. (2002b). Neighborhood structural disadvantage, collective efficacy, and self-rated physical health in an urban setting. *Journal*

- of *Health and Social Behavior*, 43(4), pp.383-399.
- Browning, C. R., Cagney, K. A. (2003). Moving beyond poverty: Neighborhood structure, social processes, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(4), pp.552-571.
- Browning, C. R., Burrington, L. A., Leventhal, T., Brooks-Gunn, J. (2008). Neighborhood structural inequality, collective efficacy, and sexual risk behavior among urban youth. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(3), pp.269-285.
- Burström, B., Fredlund, P. (2001). Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Epidemiology and Community Health* 55(11), pp.836-840.
- Chirikos, T. N., Nestel, G. (1985). Further Evidence on the Economic Effects of Poor Health. *The Review of Economics and Statistics*, 67(1), pp.61-69.
- Cohen, D. A., Finch, B. K., Bower, A., Sastry, N. (2006). Collective efficacy and obesity: the potential influence of social factors on health. *Social science & medicine*, 62(3), pp.769-778.
- Dupéré, V., Leventhal, T., Vitaro, F. (2012). Neighborhood processes, self-efficacy, and adolescent mental health. *Journal of health and social behavior*, 53(2), pp.183-198.
- Ferraro, K. F., Farmer, M. M., Wybraniec, J. A. (1997). Health trajectories: Long-term dynamics among Black and White adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), pp.38-54.
- Hill, T. D., Ross, C. E., Angel, R. J. (2005). Neighborhood disorder, psychophysiological distress, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(2), pp.170-186.
- Joongbaeck Kim. (2010). Neighborhood disadvantage and mental health: The role of neighborhood disorder and social relationships. *Social Science Research*, 39(2), pp.260-271.
- Kawachi, I., Berkman, L. (2000). Social cohesion, social capital, and health. *Social epidemiology*, pp.174-190.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P. (1997). Health and social cohesion: why care about income inequality?. *BMJ : British Medical Journal*, 314, pp.1037-1040.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Wilkinson, R. G. (1999). Crime: social disorganization

- and relative deprivation. *Social science & medicine*, 48(6), pp.719-731.
- Kennedy, B. P., Kawachi, I., prothrow-stith, D. (1996). Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *BMJ : British Medical Journal*, 312(7037), pp.1004-1007.
- Li, Y., Ferraro, K. F. (2006). Volunteering in middle and later life: Is health a benefit, barrier or both?. *Social forces*, 85(1), pp.497-519.
- Lin, N., Ye, X. L., Ensel, W. M. (1999). Social support and depressed mood: A structural analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(4), pp.344-359.
- Lochner, K. A., Kawachi, I., Brennan, R. T., Buka, S. L. (2003). Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago. *Social science & medicine*, 56(8), pp.1797-1805.
- Massey, D. S. (1996). The age of extremes: Concentrated affluence and poverty in the twenty-first century. *Demography*, 33(4), pp.395-412.
- McGee, D. L., Liao, Y., Cao, G., Cooper, R. S. (1999). Self-reported health status and mortality in a multiethnic US cohort. *American journal of epidemiology*, 149(1), pp.41-46.
- Molarius, A., Janson, S. (2002). Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of clinical epidemiology*, 55(4), pp.64-370.
- Pickett, K. E., Pearl, M. (2001). Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(2), pp.111-122.
- Robert, S. A. (1998). Community-level socioeconomic status effects on adult health. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(1), pp.18-37.
- Rose, R. (2000). How Much Does Social Capital Add to Individual Health?. *Social science & medicine*, 51(9), pp.1421-1435.
- Ross, C. E., Mirowsky, J. (2001). Neighborhood disadvantage, disorder, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, pp.258-276.
- Sampson, R. J., Groves, W. B. (1989). Community structure and crime: Testing

- social-disorganization theory. *American journal of sociology*, 94(4), pp.74-802.
- Sampson, R. J., Morenoff, J. D., Earls, F. (1999). Beyond Social Capital_Spatial Dynamics of Collective Efficacy for Children. *American Sociological Review*, 64(5), pp.633-660.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277(5328), pp.918-924.
- Singh-Manoux, A., Guéguen, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Marmot, M., Shipley, M. (2007). Self-Rated Health and Mortality: Short- and Long-Term Associations in the Whitehall II Study. *Psychosomatic Medicine*, 69(2), pp.138-143.
- Skrabski, A., Kopp, M., Kawachi, I. (2004). Social capital and collective efficacy in Hungary: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(4), pp.340-345.
- Smith, J. P. (1999). Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status. *The Journal of Economic Perspectives*, 13(2), pp.145-166.
- Smith, J. P. (2004). Unraveling the SES: health connection. *Population and Development Review*, 30, pp.108-132.
- Thoits, P. A., Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of health and social behavior*, 42(2), pp.115-131.
- Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Social Science & Medicine*, 50(5), pp.619-629.
- Vega, W. A., Ang, A., Rodriguez, M. A., Finch, B. K. (2011). Neighborhood protective effects on depression in Latinos. *American Journal of Community Psychology*, 47(1-2), pp.114-126.
- Wilson, W. J. (1987). *The Truly Disadvantaged: The Inner City, the Underclass, and Public Policy*. Chicago: Univ. Press, Chicago.

Reciprocal Relationships between Collective Efficacy and Health

Lim, Hoonmin

(Kyung Hee University)

Kim, Joongbaeck

(Kyung Hee University)

Previous studies of health inequality has rarely paid attention to social contexts in relation to health distribution. Social disorganization theory focuses upon what neighborhood social and structural characteristics are associated with collective social integration and health disparity as a result. This article examines whether collective efficacy is associated with health status using KGSS(Korea General Social Survey) data. We investigate not only causal relationship but also reverse causal relationship between collective efficacy and health because we cannot exclude the selection mechanism that healthier people reside in neighborhoods with high collective efficacy while employing cross-sectional data. Our findings document both causal and reverse-causal relationships with adjustment for demographic and socioeconomic background variables; (1) collective efficacy is associated with better health , and (2) people with better health status is more likely to report higher levels of collective efficacy. Therefore this study suggests that collective efficacy should be considered a critical factor to account for health inequality in Korea case.

Keywords: Collective Efficacy, Health, Self-rated Health, Depression, Reverse-causal Relationship