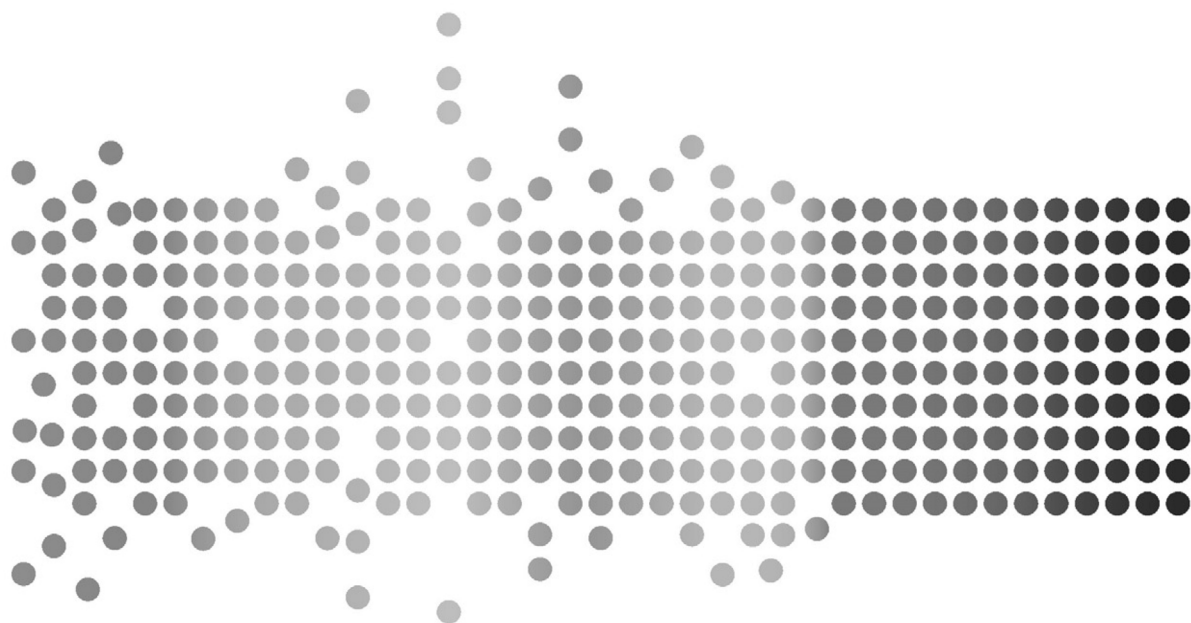


건강증진서비스이용에 대한 개인의 사회적 자본의 영향력 분석

Social Capital and its Impact on Health
Promoting Behavior

최은진 · 유승현 · 손창균 · 오영인 · 여지영



연구보고서 2012-49-4

**건강증진서비스이용에 대한 개인의 사회적 자본의
영향 연구**

발행일	2012년
저자	최은진 외
발행인	최병호
발행처	한국보건사회연구원
주소	서울특별시 은평구 진흥로 235(우: 122-705)
전화	대표전화: 02) 380-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등록	1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처	경성문화사
가격	5,000원

© 한국보건사회연구원 2012

ISBN 978-89-8187-913-6 93510



머리말

건강영향평가는 정책이나 사업, 개발프로젝트가 인간의 건강의 결정요인에 미치는 영향에 대하여 사전에 검토하는 과정의 정책이다. 건강영향평가는 지역사회의 취약계층의 건강문제를 부각시킬 수 있다는 점에서 건강의 형평성 제고에 한 몫을 하고 있는 정책이기도 하다. 건강영향평가는 개인의 신체적 건강뿐만 아니라 사회환경적, 정신적 심리정서적 부분까지 고려한다는 점에서 정책이나 사업의 지속가능성을 사전에 점검할 수 있는 기회를 주는 정책이기도 하다.

우리나라는 과거 어느 때 보다도 빠른 인구변화의 시기를 경험하고 있다. 저출산, 고령화, 도시화 등은 이러한 우리나라 인구변화의 다양한 면모를 보여주는 단어이다. 다른 나라에 비해 우리나라는 단기간에 이러한 변화를 경험하고 있다는 것 또한 특징이며 많은 위험요인을 가중시키고 사회적 부담이 가중될 수 있다는 것을 암시하는 지표가 된다. 빠른 인구변화와 더불어 사회환경변화 또한 인간생활에 다양한 영향을 주고 있다.

공공부문에서 개인에게 제공하는 건강증진정책이나 사업이 개인의 변화하는 건강요구에 부합하기 위해서는 개인의 신체적 요구뿐만 아니라 심리정서적, 사회환경적 요구도 평가해야 한다. 만성질환의 예방관리에 핵심사업으로 자리잡고 있는 금연, 절주, 영양 및 식생활, 신체활동 등 네가지 건강생활실천사업이 제대로 효과를 거두기 위해서는 개인 및 인

구집단의 사회환경적 요소를 평가하고 적절한 관리 또는 지원을 해주어야 한다. 개인의 건강증진을 지원하는 역할은 국민건강보호를 위해 필수적인 정부의 책임이기도 하기 때문이다.

개인의 건강생활영역은 전통적으로는 개인과 가족의 책임영역이었다. 사회환경변화에 따라 독신자, 독거노인이 많아지는 상황에서 개인의 건강생활영역도 공공부문의 지원대상이 되는 시대에 와 있다. 한편 공공부문에서 주는 공식적인 지원의 한계를 평가하고, 미충족 요구를 찾아내는 것 또한 현 정부의 중요한 과업이기도 하다. 따라서 개인의 건강생활실천영역에 영향을 주는 사회환경적 요인은 정책이나 사업의 개입 이전에 점검되어야 한다. 이러한 차원에서 본 연구는 빠르게 변화하는 사회속에서 개인의 건강생활실천영역에 영향을 주는 사회자본의 역할을 분석해 본다는 데 의의가 있다.

본 연구를 추진하는데 기술적 협력을 해주신 National University of Singapore, Department of Sociology의 Paulin Strauhan 교수, 손준모 교수, 김민혜 박사과정생에게 감사드린다. 아울러 본 보고서를 검독해주신 송현종 박사, 김영복 교수, 최정수 연구위원, 광노성 부연구위원께 감사드린다. 끝으로 본 보고서에 수록된 내용은 연구진의 의견이며 본원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2012년 12월

한국보건사회연구원장

최 병 호

Abstract	1
요 약	3
제1장 서론	17
제1절 연구의 배경 및 목적	17
제2절 연구의 내용 및 방법	21
제3절 기대효과	27
제2장 건강생활실천정책 관련 사회적 영향요인 고찰	31
제1절 건강생활실천정책에서 사회적 영향요인의 중요성	31
제2절 사회적 건강결정요인의 해석과 적용	33
제3절 소결	55
제3장 50·60대 성인의 건강신념	59
제1절 건강관련 일반적 요인	59
제2절 건강신념과 관련요인	71
제3절 소결	81
제4장 50·60대 성인의 사회적 자본	85
제1절 직업지위 지수의 영향	85
제2절 사회적 관계망과 사회적 지원	95
제3절 소결	100
제5장 결론 및 정책제언	103
제1절 결론	103
제2절 정책제언	105
참고문헌	109

표 목차

〈표 1- 1〉 서울특별시의 권역별 분류	23
〈표 1- 2〉 조사대상의 층화 분류기준	23
〈표 2- 1〉 사회적 건강결정요인	35
〈표 2- 2〉 사회적 건강결정요인 영역별 정책 방향	39
〈표 2- 3〉 지역사회 역량 영역	42
〈표 2- 4〉 지역사회 역량 영역 유형 분류	45
〈표 2- 5〉 지역사회 역량 강화 전략	47
〈표 2- 6〉 사회적 자본의 유형과 건강기여 경로	50
〈표 3- 1〉 50대 및 60대 조사대상의 연령별 성별 현황	59
〈표 3- 2〉 전체 응답자의 성별, 연령별 일반적 특성	61
〈표 3- 3〉 남자 응답자의 일반적 특성	63
〈표 3- 4〉 여자 응답자의 일반적 특성	65
〈표 3- 5〉 성별연령별 응답자의 흡연음주현황	68
〈표 3- 6〉 검진종류별 3년 이내 수검현황	68
〈표 3- 7〉 주관적 건강과 만성질환여부, 운동실천의 현황	69
〈표 3- 8〉 건강검진관련 건강신념의 장애요인 요소별 응답현황	72
〈표 3- 9〉 건강검진의 유익성과 자기 효능감에 대한 응답현황	73
〈표 3-10〉 건강신념의 자기효능감과 장애요인의 극복간의 상관관계 ..	77
〈표 3-11〉 건강관련 정보원에 대한 신뢰정도	80
〈표 4- 1〉 직업지위지표의 점수기준	86
〈표 4- 2〉 직업지위지표 응답자의 연령, 학력, 월수입의 상관관계 ..	87
〈표 4- 3〉 직업지위지표별 응답자의 연령별 관계현황	87
〈표 4- 4〉 직업지위별 건강조언에 대한 연령별 응답현황	90

〈표 4- 5〉 직업지위지표의 아는 직업수와건강신념의 관련성	91
〈표 4- 6〉 직업지위지표의 아는 직업수와 성공적 노화의 관련성	91
〈표 4- 7〉 직업지위지표의 점수와 성공적 노화의 상관관계	92
〈표 4- 8〉 직업지위지표의 점수와 건강신념과의 상관관계	93
〈표 4- 9〉 직업지위지표의 점수와 삶의 만족도의 상관관계	94
〈표 4-10〉 가까운 가족, 친구, 친척의 범위	96
〈표 4-11〉 지난 1년간 자녀로부터 돌봄 및 지원을 받은 경험	96
〈표 4-12〉 가까운 친구나 친척 수에 따른 심리정서적 지원의 가능성	97

그림 목차

[그림 2-1] 건강의 결정요인	35
[그림 3-1] 서울시 권역별 연령대별 조사대상의 분포	60
[그림 3-2] 조사대상자의 성별 연령별 고용상태의 변화	70
[그림 3-3] 응답자의 일반적 특성별 건강신념의 정도	71
[그림 3-4] 암검진 수검기간별 건강신념요인의 변화	74
[그림 3-5] 삶과 죽음에 대한 운명론 연령별 응답현황	77
[그림 3-6] 성공적 노화에 관한 중요도 현황	78
[그림 3-7] 삶의 만족도 관련요인의 현황	79
[그림 4-1] 연령별 타인의 신뢰도 응답자수	95
[그림 4-2] 연령별 심리정서적 지원 받은 경험의 정도	97
[그림 4-3] 연령별 자발적 단체참여자의 비율	98

An abstract graphic consisting of a central dark grey cloud-like shape with several smaller, lighter grey cloud-like shapes floating around it.

Abstract

Social Capital and its impact on Health promotion

As life expectancy has increased in Korea, it has been expected that people would live more days with chronic illness and disability. Longevity impose serious complications on eldercare costs. The onset of chronic illness which result in disabilities suffered by many older adults can be prevented or delayed if they adhere to health promotion guidelines. This study proposes a study on the social capital and cognitive barriers to health behavior among Korean citizen.

The purpose of this study was to explore theoretical relationships among health perceptions, health behavior, and social capital in this regard. Our final research aim is to construct overall and systematic measures of successful ageing.

We posit that lay perceptions which are reinforced by social network members bay to a large extent cause attitudinal barriers to such health promoting behaviors. Such barriers in include health beliefs on preventive behaviors such as health screening, and social variables. We focus on the effects of social support networks on

health and well-being.

We conducted a face to face interview survey of 1,203 individuals aged between 50 and 69 living in Seoul. The survey was approved by the IRB in June and conducted in July and August in 2012.

Results of the study showed that about one third of the respondents reported they face barrier when they go for a health screening. About 60% of the respondents have some social network with people of selected occupation. The occupations were based on the Treiman's Standard International Occupation Prestige Scale(SIOPS), Ganzeboom et al's International Socio-Economic Index of Occupational Status(ISEI). Self-efficacy of getting regular health screening was significantly associated with the occupational prestige scores, successful aging, and satisfaction with life.

It is suggested that government may incorporate and support informal social network in health promotion policy. Further research needs to get empirical evidence of social capital and healthy aging of the population.

요약

1. 연구의 배경 및 목적

- 우리나라의 만성질환 유병률이 증가하고 있고, 이로 인한 진료비도 증가하고 있음. 2008년 전체건강보험진료비는 34조8천억원이었는데, 이 가운데 12조1천억원이 만성질환진료비로 지급되었음(정영호, 2010).
- 인구의 고령화와 더불어, 질병의 조기발견이 증가함에 따라 만성질환유병률은 계속 증가할 것으로 전망됨. 질환발견자의 조기치료는 임상수준을 개선시키고, 질환의 정상회복률을 높이는 것으로 보고된 바 있음. 건강에 이상이 없어도 생활습관에 문제가 있는 사람에게는 지속적인 건강유지의지와 기술을 습득하도록 유도하는 건강증진사업이 뒷받침되어야만 효과를 거둘 수 있기 때문임.
- 건강은 개인적 노력과 함께 집합적 노력이 함께 조화될 때 보다 성공적으로 달성될 수 있음. 건강증진에 대한 사회적 자본의 영향이 크며, 이것을 지역사회의 중요한 건강증진역량으로 보고 있음. 사회자본은 지역사회주민들이 정체성을 가지는 수단이 되고, 연대감과 협력을 이루는 데 도움을 줄 수 있음. 결과적으로 건강문제를 해결해 나가는데에소 중요한 역할을 하게 됨(조병희 등, 2006).

4 • 건강증진서비스이용에 대한 개인의 사회적 자본의 영향 연구

- 최근 정부에서는 국민건강증진종합계획2020을 수립하여 새로운 사업추진을 앞두고 있으나 근거기반의 정보가 부족하여 성과를 기대하기 어려운 상황임.
 - 건강증진요구도에 대한 분석이 공급자측면에서 주로 이루어져 왔기 때문에 생활현장에서 건강증진행동의 선택과 결정에 영향을 주는 사회적 요인에 대한 연구정보가 거의 없기 때문에 효과를 기대하기 어려움.
 - 장년층에서 노년층으로 이전하는 단계에 있는 세대에 대한 예방적 측면의 연구가 부족하며, 강화된 건강증진지원을 위한 연구가 필요함.
- 본 연구의 목적은 국민건강증진을 통합적으로 지원하는 정책을 개발하기 위하여 소비자 측면에서 건강행동의 결정에 영향을 주는 사회적 요인을 연구하여 건강증진서비스의 정책개선에 활용할 수 있도록 하는데 있음.
 - 첫째, 개인의 건강증진서비스 활용에 영향을 주는 사회적 건강결정요인을 분석하며 사회 자본과 사회환경적 요인을 연구함
 - － 만성질환예방을 위하여 건강검진 및 건강생활실천과 관련된 건강증진연구를 통하여 건강한 노화에 영향을 주는 사회적 결정요인을 연구함.
 - － 장년기와 노년기의 건강생활과 만성질환예방과 관련된 사회적 요인을 연구함.
 - － 건강생활과 관련하여 개인, 가족, 지역사회의 연결망에 영향을 주는 인구사회학적 요인을 연구함.
 - 둘째, 개인의 건강증진 관련 성과를 지속가능하게 하기 위한 사회환경적 정책전략 개발.

□ 연구내용 및 방법

○ 연구내용

- 사회적 건강결정요인에 대한 문헌고찰
- 개인의 건강신념이 건강증진서비스이용에 주는 영향에 대한 분석
- 개인의 사회적 자본과 건강생활실천요인에 주는 영향에 대한 분석
- 50대와 60대 서울시민의 건강증진 인식 분석
 - 건강한 노화를 위한 준비정도
 - 주요 만성질환에 대한 감수성(건강신념모형기준)
 - 주관적 건강상태, 질병예방의 행동 : 건강생활, 의료기관이용, 한방서비스, 인터넷이용 등, 건강관리의 비용 등
 - 사회자본 : 사회적 네트워크, 사회적지지(가족돌봄), 주요 건강정보원, 자발적 단체활동참여
 - 인구학적 특성 : 결혼상태, 응답자 및 배우자의 인구학적 정보, 월수입정도

○ 연구방법

- 사회자본 활용정책 관련 국내외 문헌고찰
- 개인의 사회적 자본과 건강증진서비스이용에 대한 설문조사
 - 조사대상 : 서울시민 1,203(50-69세 남녀성인)
 - 조사방법 : 가구단위 면접설문조사
 - 표본추출방법 : 서울시 25개 구를 권역별 특성에 따라 강남권, 강북권, 강동권, 강서권 등 4개 권역을 층화하여 각 층별로 조사대상 연령에 따라 비례배분함. 각 표본가구내 에서 만 50~69세 조사대상자 1인을 조사함. (한 가구에서 조사대상자가 두 명이상일 때 생일이 7월1일에 가까운 사람으로 선정함.)
 - 조사를 위한 IRB 승인 : 공용IRB를 신청하여 심사를 거쳐 최종 승인을 득한 후 조사를 실시함.

II. 연구결과

□ 건강에 대한 사회적 영향요인은 사회적 건강결정요인(social determinants of health)으로 종합됨. 사회적 건강결정요인에 의한 사회적 격차, 사회적 연결망과지지, 사회적 응집성, 신뢰와 참여 등은 지역사회 역량 및 사회적 자본과도 연결되어 있음.

○ 지역사회 역량은 건강증진과 삶의 질 향상을 위한 수단인 동시에 그 자체가 곧 건강의 결과, 즉 지역사회 건강의 대리지표로서의 가능성을 인정받고 있음

○ 사회적 자본은 공통의 관심사에 대한 의사결정을 위해 권한과 자원을 활용할 수 있게 하는 신뢰, 호혜주의, 사회적 연결망과 사회적지지, 참여, 규범, 가치, 조직 등의 집합체(Putnam, 2000), 자원이자 사람들 간에 집합적 행동을 촉진하는 사회구조의 특성(Landström, 2010)으로 정의됨. 가치, 규범, 신념 등은 청소년기와 성인기의 알코올과 약물 사용에 영향을 미치고, 특히 신뢰는 과음, 불법음주, 대마사용에 보호효과가 있음. 신체활동 수준은 지역사회의 물리적 환경, 즉 경치, 보행로와 산책로, 녹지 등과 주로 긍정적 관계가, 지역사회의 범죄율과는 부정적 관계가 있음. 사회적 자본(응집성, 신뢰)과 신체활동과의 긍정적 관계는 미국의 연구에서 주로 보고되고 있음.

○ 사회적 영향요인들은 상호 전략적으로 연관됨. 따라서 사회적 영향요인 개선·발전 전략에는 보건, 의료, 복지, 가족, 교육, 경제, 건설, 식품, 노동, 환경, 행정 등 다양한 부문 간의 전략적 연계와 조정이 필수적이고, 다부문간(multi and intersectoral) 협력을 통해 종합적으로 개발되고 실행 및 모니터링 되어야 함. 또한 사회적 영향요인의 변화와 형성에는 시간이 소요된다는 점이 간과되거나 무시되어서는 안 되고, 참여와 거버넌스의 원칙이 존중되어야 함. 보건학에 적용기간이 비교적 짧은 지역사회 역량, 사회적 자본분야의 경우 측정도구, 연구

기법과 설계 측면의 개발과 정립이 요구됨. 앞으로 건강생활실천에 영향을 미치는 사회적 영향요인으로서 한국적 맥락을 반영하여 한국 사회의 사회적 영향을 파악하고 대안을 제시할 수 있는 다양한 분야의 체계적이고 종합적인 연구들이 필요함.

□ 건강신념의 영향

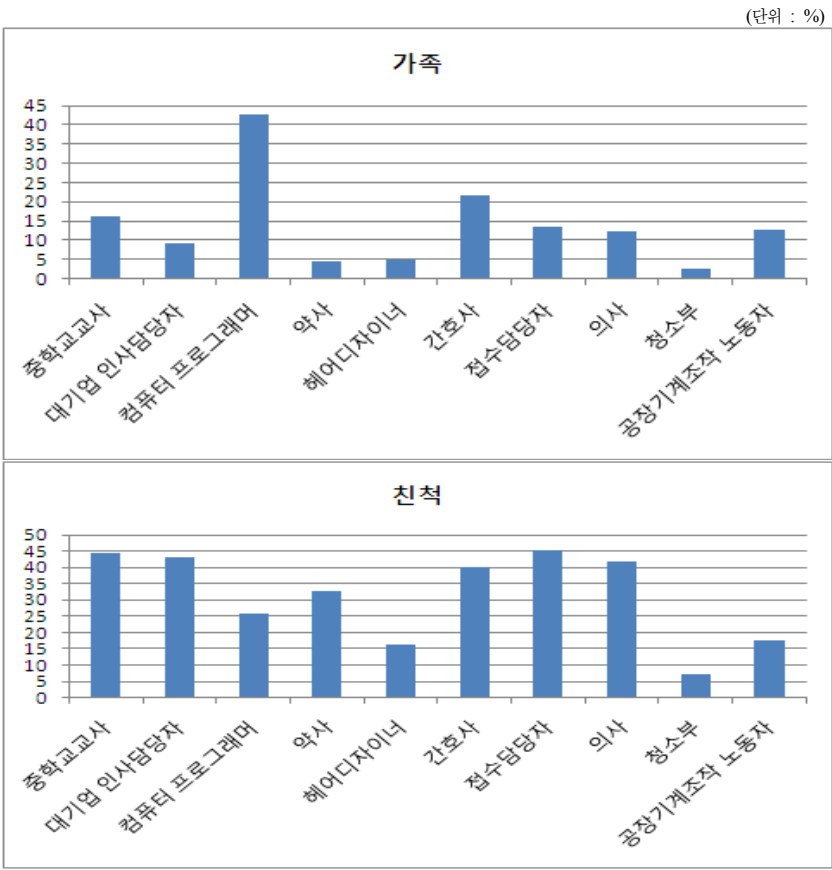
- 50대 초반에서 약 1/3정도는 건강검진받는데 장애요인을 많이 인지하는 것으로 나타났음. 질병에 대한 민감성 및 감수성도 낮게 나타났지만 건강검진에 대한 유익성은 높은 것으로 나타났음.
- 암검진수검과 건강신념의 자기효능감 변수를 분석했을 때 인지된 유익성과 효능감이 높을수록 3년 이내 수검의 경향이 높았음.
- 장애요인의 극복가능성이 높을수록 주관적 건강수준과 운동실천율 등이 유의하게 관련이 있었음.
- 남자의 정상체중자 비율은 50대 초반에서 75.0%였고, 60대 후반은 71.1%로 나타났음. 여자의 정상체중자 비율은 50대 초반에서 78.2%였고, 60대 후반에서 59.8%로 감소하였음. 비만으로 나타난 비율도 여자에서 높았음. 60대 후반 남자의 비만비율은 28.9 %였는데, 여자의 비만비율은 36.4%로 높았음.
- 흡연율과 연간 음주율은 각각 16.0% 35.4%였고, 남자의 흡연율은 44.6%, 여자의 흡연율은 4.1%였음. 연령증가와 더불어 남자의 흡연율은 감소하는 경향을 보였음. 연간음주율도 60대에서는 감소하는 경향을 보였음.

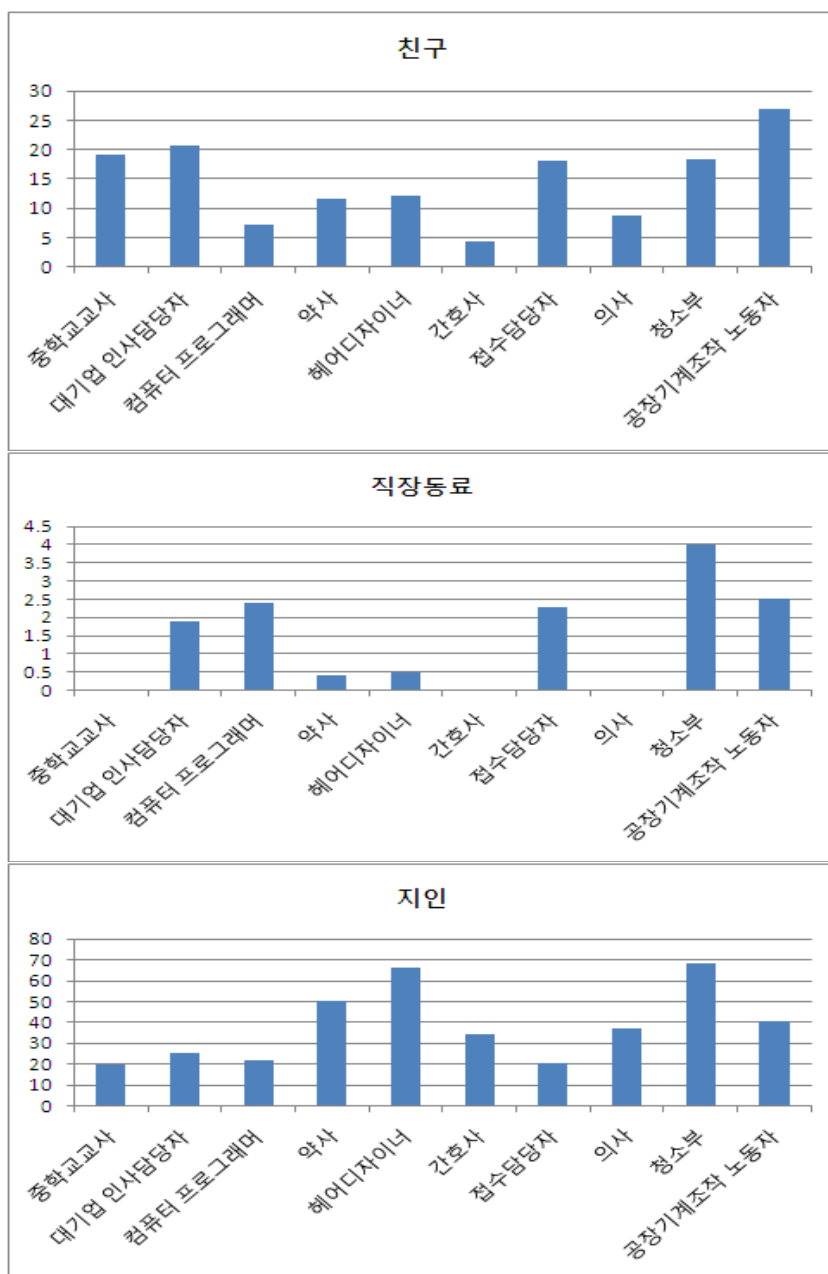
□ 사회적 자본의 영향

- 본 연구에서는 사회적 자본의 영향을 알아보기 위하여 직업지위지표를 사용한 사회적 관계망과 비공식적인 사회적 지원, 자발적 단체참여 등에 대하여 조사하였음.

- 본 조사의 응답자들중 711명(59%)만이 10가지 직업 중 한가지 이상의 직업을 가진 사람을 안다고 응답하였음. 즉 41%의 사람들은 한가지 직업도 아는 사람이 없다고 응답하였음. 아는 사람의 직업에 대한 응답이 저조했던 이유는 본 조사의 대상이 50-69세로 제한되어 있었고, 조사결과 여자 응답자(70.7%)가 많았기 때문인 것으로 해석됨.
- 직업지위점수가 학력, 개인월수입, 가구월수입과 양의 상관관계가 유의하게 나타났음.

[그림 1] 직업지위표별 사회관계의 현황





III. 결론 및 정책제언

□ 결론

- 본 연구는 국민건강증진을 지원하기 위한 정책과 사업이 보다 효과적이고 효율적이 되도록 하기 위해 사회적 자본의 연계가능성을 점검하는 데 초점을 두었음. 건강증진서비스를 이용하는 소비자 측면에서 건강행동의 결정에 영향을 주는 사회적 요인을 연구하여 건강증진서비스의 정책개선에 활용할 수 있도록 하는데 주된 목적이 있었음.
- 사회적 자본 현황과약을 위하여 사회적 관계망과 사회적 관계의 정도를 조사하였음. 또한 사회적 관계의 질적인 측면에서 돌봄과 지원을 받는 정도를 분석하였음. 건강행동을 지속가능하게 하기 위한 개인의 주관적 인식을 측정하는 건강신념을 핵심변수로 하여 그 관련성을 점검하였음. 본 연구의 결과에서는 사회적 자본의 요소들이 건강신념의 요소를 지원하는 관련성이 있다는 것을 확인할 수 있었음.
- 사회적 자본은 개인의 건강과 사회적 정치적 경제적 활동의 참여에 모두 영향을 주는 요인임. 사회적 참여를 증진하는 측면에서 사회적 자본을 인위적으로 생산하지 못한다 하더라도 기존의 사회적 자본을 활성화시키는데 정책이 지원할 수 있는 여지가 많음. 사회적 자본의 특성을 고려하여 지역주민의 역량강화와 지역사회 건강증진참여를 지원한다면 보다 효율적이고 효과적인 건강증진정책의 성과를 얻을 수 있을 것으로 전망됨.
- 본 연구에서 포함한 사회적 자본의 요소는 지역사회 차원에서 개인의 관계망을 활용하는 데 도움을 줄 수 있음. 최근의 국가 건강증진사업의 동향을 지역사회역량강화에 초점을 맞추고 있고, 지역의 건강증진도우미 등의 자원을 개발하려고 하고 있음. 이러한 측면에서 볼 때 지역주민의 사회적 관계를 활용하고, 또 지원함으로써 지역자원이 보다 효율적으로 활용되고, 개발될 수 있을 것임. 지역사회의 다양한

사회관계가 건강증진과 관련하여 지원하는 방법도 다양해질 것으로 전망됨.

- 본 연구의 조사대상자인 50대와 60대는 장년기와 노년기의 세대를 같이 포함하고 있었음. 따라서 고용상태, 직업상태 등은 불안정한 상태임을 알 수 있었음. 일종의 이전단계에 있는 사람들이 많았기 때문임. 경제적 안정상태를 측정하는 항목인 국민연금의 가입상태등 소득보장의 상태에 대한 항목을 포함시키지 않은 것은 본 연구의 제한점으로 남아 있음.
- 장년층과 노년층을 대상으로 한 지역사회의 건강증진역량개발을 위해서는 사회적 관계의 다이내믹한 역할을 항상 고려해야 함. 사회적으로 소외되거나 고립되는 사람이 많은 지역사회에서는 특히 사회적 자본을 개발하는 데 지원해야 함.
- 끝으로 사회적 자본의 건강증진역할을 개발하기 위해 지속적인 근거기반연구가 필요함. 본 연구는 단면적인 조사연구였지만 사회관계망의 지속성과 역할을 보다 종단적인 차원에서 연구할 필요가 있음.

□ 정책제언

- 건강검진에 대한 접근성을 제고하기 위해서는 건강검진 서비스에 대한 물리적 접근성을 높이는 것도 과제이지만, 건강검진의 결과로 발생하는 치료비부담, 후속적인 관리에 대한 사회적 지원 등이 보다 안정적으로 보장되어야 할 것임.
- 지속적인 건강관리를 위해 건강검진서비스를 받음으로써 얻어지는 결과에 대한 유익성이 중요한 역할을 하기 때문에 개인이 인지하는 유익성을 높이기 위한 정책적 방안마련이 필요함. 건강검진을 받음으로써 질병의 조기치료와 효과적인 건강관리에 필요한 사회적 지원방안의 마련이 필요함.

- 개인의 건강생활실천을 지원하기 위해서 사회의 개개인이 중요한 역할을 할 수 있기 때문에 다양한 집단과 집단에 속한 개인을 건강도우미로 육성할 필요가 있음. 특히 사회적으로 직업지위지표로 대표되는 집단의 사람들이 중요한 건강증진추진체가 될 수 있도록 지원하는 방안도 고려해야 함.
- 사회적 관계망 중에서 비공식적인 지원의 기능은 앞으로도 건강증진 분야에 많은 역할을 할 수 있을 것으로 전망됨. 왜냐하면 아직까지는 건강증진분야의 공식적인 서비스가 보건소 등 매우 제한적 자원에 의존하기 때문임. 민간자원을 활용해야 하는 상황에 있으나, 민간산업의 연계는 보다 많은 비용을 부담해야 하는 결과를 가져올 수 있음. 사회적 지원의 역할을 하는 자발적 단체와 집단에 대한 지원은 보다 적은 비용으로 많은 효과를 가져올 가능성이 큼.
- 고령화 사회에서 독거노인이 증가하는 시점에서 사회적 고립이나 소외는 앞으로 더 큰 과제로 이슈가 될 전망이다. 이러한 상황에서 비공식적인 사회적 지원의 유형을 지속적으로 모니터링하고 지원방안을 개발해야 함. 또한 사회적으로 소외되는 계층을 위해서 새로운 관계망을 개발하고 지원할 수 있는 시스템이 마련되어야 함.

사회적 자본을 건강증진정책분야에서 보다 효율적, 효과적으로 활용하기 위해서는 향후 추가적인 연구가 필요하며, 주요 내용은 다음과 같음.

- 사회적 응집력과 사회참여에 대한 경험적인 연구필요
- 사회적 응집력과 사회참여에 대한 경험적인 연구필요
 - － 사회적 정치적 활동과 관련된 관계망을 강화하는 요인과 저해하는 요인들에 대한 추가적인 연구가 필요함.
 - － 사회적 응집력은 심리정서적 지원 가능성과 건강증진의 역량강화면에서 중요한 변수이며, 사회적 자본과도 관련된 요인임.

- 사회적 신뢰는 본 연구에서는 제한적으로 다루었지만 중앙정부에서 나오는 정보에 대해서는 신뢰도가 높은 것을 알 수 있었음. 이외에 사회적 정신적 건강을 지원하는 측면에서도 사회적 신뢰에 대하여 보다 심도있는 조사연구가 필요함.

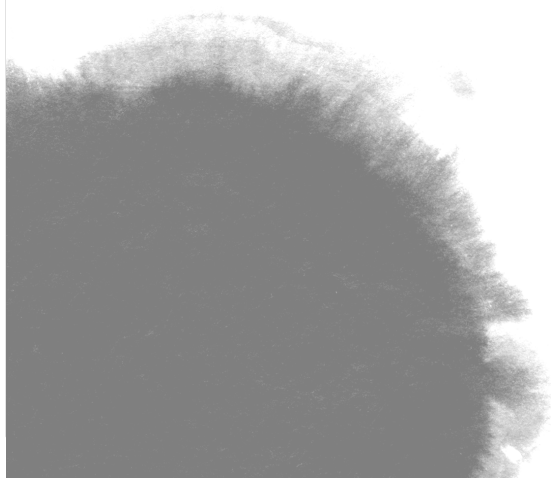
○ 사회적 자본과 관련된 정책과 사업의 지원방향에 관한 연구필요

- 사회적 관계망은 비공식적인 돌봄과 지원의 기능을 하는 것은 잘 알려져 있음. 지역주민의 자발적 참여를 기반으로 하는 건강증진 정책과 사업의 성과를 극대화하기 위해서는 건강증진과 관련된 비공식적인 지원에 대하여 보다 구체화된 조사와 연구가 필요함. 사회적 관계망은 자녀돌봄, 건강관리, 다문화언어의 문제, 심리정서적 문제의 지원, 기타 의식주생활의 문제 등에 대한 다양한 요구도와 건강증진 지원의 필요성을 찾게 해줄 것임.
- 사회적 관계망을 통해 비공식적인 정보공유와 활용을 하는 현황을 지속적으로 모니터링함으로써 건강증진과 관련된 새로운 업무, 과제, 일자리 등의 창출이 가능해질 것임.
- 심리정서적 지원방안과 관련하여 비공식적인 지원의 형태에 대하여 다각적인 연구를 함으로써 공식적인 지원서비스를 보다 효율적이고 효과적으로 할 수 있게 될 것임.
- 행동변화를 강화할 수 있는 중요한 타인에 대한 지속적 연구를 통하여 건강증진정책을 추진하는 데 advocate과 key player를 확장하도록 해야 함.

*주요용어: healthy aging, social capital

1장

서론



제1장 서론

제1 절 연구의 배경 및 목적

1. 연구의 배경

인구의 고령화와 더불어, 질병의 조기발견이 증가함에 따라 만성질환 유병율은 계속 증가할 것으로 전망된다. 질환발견자의 조기치료는 임상 수준을 개선시키고, 질환의 정상회복률을 높이는 것으로 보고된 바 있다. 건강에 이상이 없어도 생활습관에 문제가 있는 사람에게는 지속적인 건강유지의지와 기술을 습득하도록 유도하는 건강증진사업이 뒷받침되어야만 효과를 거둘 수 있기 때문이다. 우리나라의 만성질환 유병률이 증가하고 있고, 이로 인한 진료비도 증가하고 있다. 2008년 전체건강보험 진료비는 34조8천억원이었는데, 이 가운데 12조1천억원이 만성질환진료비로 지급되었다(정영호, 2010).

생활습관에 대한 정부차원의 건강증진사업(금연, 절주, 만성질환, 운동 등)은 개인중심의 행동변화를 추구하며 동시에 주민의 자발적 참여를 요구하고 있다. 따라서 사회환경적요인과 건강검진 결과에 근거한 맞춤형, 밀착형, 통합적, 지속가능한 사업관리체제로 재구조화할 필요가 있다.

세계보건기구의 제1차국제건강증진대회(1986)에서 발표한 오타와 헌장에서는 건강증진에 대하여 “사람들이 건강에 대한 스스로의 건강관리

능력을 높이고, 자신의 건강을 향상시킬 수 있도록 하는 과정”이라고 정의하였음. 건강증진을 위해서 지역사회의 자원활용이 건강증진을 도모하는 데 중요한 역할을 하는 것으로 평가하고 있다. 학교, 가정, 직장, 지역공동체의 환경에서, 교육적, 전문적, 상업적, 자발적 조직들의 협력을 바탕으로 개인의 건강증진능력을 향상시키는 부분이 개인기술개발(develop personal skill)에 속하는 영역이다).

건강은 개인적 노력과 함께 집합적 노력이 함께 조화될 때 보다 성공적으로 달성될 수 있다. 건강증진에 대한 사회적 자본의 영향이 크며, 이것을 지역사회의 중요한 건강증진역량으로 보고 있다. 사회자본은 지역사회 주민들이 정체성을 가지게 하고, 연대감과 협력을 이루어 건강문제를 해결해 나가는 데 영향을 주는 역할을 한다(조병희 등, 2006).

지역사회의 건강증진역량에는 지역주민의 참여가 필수적이다. 주민참여의 유형은 자원봉사, 투표행위, 동호회 활동가입, NGO 활동가입 등이 있다. 지역사회에서 조직의 연결망이 다원화되고 강화되게 되면 사회자본이 축적되는 것을 의미하며 지역사회의 질병예방을 위한 건강증진행위를 증가시킬 가능성이 높아져 결과적으로 개인의 건강증진을 도모하게 된다(조병희 등, 2006).

고령화 시대에 노인인구집단은 새로운 세대를 형성하고 있으며, 가족이나 사회차원에서 의존집단으로 평가될 가능성이 있어 사회적 주체로서 역할이 과소평가될 가능성이 높으며 동시에 건강의 취약성은 커지고 있는 시기여서 건강증진을 지원하는 다양한 방안을 강구해야 한다(장경섭, 2001).

우리나라의 가족이 조직적 안정성과 지속가능성을 잃어가고 있으나 건강증진을 추진하는데는 가족을 중요한 건강자원으로 인식하고 지원해

1) <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>

야 한다. 인구집단대상의 예방중심 건강증진정책과 사업에서는 가족이 지역공동체의 다양한 조직과 함께 자율적이면서 긴밀하게 상호작용하는 것이 긍정적인 역할을 할 수 있다(최은진, 2008).

한편 독거노인증가 등 독거자의 증가추세가 뚜렷해지면서 가족자체의 내구력이 감소하면서 건강생활의 기반도 약화될 가능성이 있어 건강관리 에 심각한 문제를 초래할 수 있다. 특히 전통적인 가족돌봄의 유형이 변화되고 있음. 독거노인을 포함한 다양한 가족에 대한 건강증진차원의 정책적 지원이 필요하다(장경섭, 2006).

노인의 연령에 따른 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인에 대한 연구에 의하면 55-59세 사이의 삶의 만족도에 영향을 미치는 가장 큰 요인은 배우자 요인이며, 60-64세까지는 배우자와 건강요인 등으로 나타났다(유정이, 2006)

은퇴의 결정, 은퇴후 생활, 노년기의 배우자의 역할은 건강증진적 측면과 전반적인 삶의 질에 많은 영향을 주는 것으로 보고된 바 있다. 경제적 문제, 종교, 여가, 자녀문제 등 노년기에 갈등을 가질 수 있는 다양한 문제에 대해 인구학적 변수가 관련성을 가지고 있다. 특히 노년기의 건강에는 성별, 연령별, 지역별, 소득수준, 직업상의 지위 등이 많은 관련성이 있는 것으로 보고된 바 있다(이소정 등, 2011).

우리나라 정부에서는 국민의 건강향상을 위하여 국민건강증진종합계획, 국가건강검진사업 등 국가적 차원의 건강증진정책과 사업을 추진하고 있다. 그러나 이러한 예방적인 건강증진서비스에 성과평가가 제대로 이루어지지 않고 있어서 근거가 불충분하다.

정부에서는 건강관리서비스를 제도화하여 만성질환위험요인 감소를 위한 생활습관개선 및 건강정보제공, 건강상태의 지속적 모니터링 등의 서비스를 일반국민이 자비로 이용할 수 있도록 추진하고 있다. 최근 정부에서는 국민건강증진종합계획2020을 수립하여 새로운 사업추진을 앞두

고 있으나 근거기반의 정보가 부족하여 성과를 기대하기 어려운 상황이다. 일자리창출에 중점을 둔 건강관리서비스가 공급적 측면에서 제도화 되더라도 이용자 입장에서 지속가능한 효과성이나 효율성을 기대하기 어려운 상황이다.

건강증진요구도에 대한 분석이 공급자측면에서 주로 이루어져 왔기 때문에 생활현장에서 건강증진행동의 선택과 결정에 영향을 주는 사회적 요인에 대한 연구정보가 거의 없기 때문에 효과를 기대하기 어렵다.

정부의 건강증진정책과 사업에 대한 접근성은 대상자 주변의 사회적 환경적 지지(친구, 이웃 등)가 영향을 주는 것으로 보고되고 있으며 사회적 지지체계는 건강증진을 활성화시키는 데 중요한 결정요인이 될 수 있다(윤희상, 2007).

최근에 많은 건강증진정책과 사업관련연구가 “통합” 또는 “맞춤형”이라는 주제하에 진행되어 온 것은 사실임. 그러나 서비스들을 모아놓은 형태로 개인별 맞춤형을 지향할 경우 건강증진수요를 충족하기 어렵고 비용만 높이는 결과를 초래할 것이다.

대상자의 건강행동과 건강위험행동의 반복성을 고려하지 않고 공급에 치중하고 있으며, 지속적 참여를 독려할 수 있는 시스템이 결여되어 있어, 건강증진성과의 지속성을 보장하기 어렵다.

의료비상승을 억제하기 위해서 지속가능성 위주로 건강증진정책개선이 시급하며, 이를 위해 수요자측면의 건강행동의 결정요인에 대한 심층적인 연구가 필요하다.

독거노인이 증가하고 있고, 전통적인 가족의 돌봄역할이 변화하고 있어 개인의 건강관리능력에 위협요인으로 작용하고 있다. 따라서 가족과 지역사회와 사회적 자본의 건강증진적 영향에 대한 연구가 필요하다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 국민건강증진을 통합적으로 지원하는 정책을 개발하기 위하여 소비자 측면에서 건강행동의 결정에 영향을 주는 사회적 요인을 연구하여 건강증진서비스의 정책개선에 활용할 수 있도록 하는데 있다.

- 첫째, 개인의 건강증진서비스 활용에 영향을 주는 사회적 건강결정요인을 분석하며 사회 자본과 사회환경적 요인을 연구함
 - 만성질환예방을 위하여 건강검진 및 건강생활실천과 관련된 건강증진연구를 통하여 건강한 노화에 영향을 주는 사회적 결정요인을 연구함.
 - 장년기와 노년기의 건강생활과 만성질환예방과 관련된 사회적 요인을 연구함.
 - 건강생활과 관련하여 개인, 가족, 지역사회의 연결망에 영향을 주는 인구사회학적 요인을 연구함.
- 둘째, 개인의 건강증진 관련 성과를 지속가능하게 하기 위한 사회환경적 정책전략 개발.

제2절 연구의 내용 및 방법

본 연구의 내용은 사회적 건강결정요인과 그 영향력에 대한 이론적 고찰과 면접설문조사를 통한 소비자 중심의 건강증진서비스이용에 대한 사회적 자본의 영향력을 분석하는 것 등으로 크게 두 가지로 구분된다. 사회적 건강결정요인에 대한 고찰에서는 사회자본과 지역주민의 건강증진역량강화에 영향을 주는 관련요인들에 대한 연구동향을 분석하였다.

건강증진서비스의 소비자 대상조사는 다음의 내용을 포함하였다.

- 건강한 노화를 위한 준비정도
- 주요 만성질환에 대한 감수성(건강신념모형기준)
- 주관적 건강상태, 질병예방의 행동 : 건강생활, 의료기관이용, 한방서비스, 인터넷이용 등, 건강관리의 비용 등
- 사회자본 : 사회적 네트워크, 사회적지지(가족돌봄), 주요 건강정보원, 자발적 단체활동참여
- 인구학적 특성 : 결혼상태, 응답자 및 배우자의 인구학적 정보, 월수입정도

설문조사방법은 다음과 같다.

- 조사대상 : 50세- 69세 1,203명
- 조사기간 : 2012년 7월-8월
- 조사방법 : 훈련된 조사원에 의한 가구방문 면접설문조사
(조사원이 가구를 방문하여 각 가구의 50-69세 성인 1인에게 조사참여에 대한 동의를 구하고, 설명서를 보여주고 설명을 한 후 구두동의를 얻으면 진행함. 조사원이 설문을 읽어주고 대상자가 응답하면, 조사원이 조사지에 응답을 기록함.)
- 조사자료는 설문지의 항목별로 구분되어 수집됨. 설문지는 약25페이지임.
- 조사 소요시간 : 조사 대상 1인당 45분에서 1시간 소요

샘플의 추출방법은 서울시의 자치구별 아파트, 주택구성에 따라 비례추출하였다.

- 목표 모집단 : 서울지역에 거주하는 만 50~69세 이하의 성인 남녀

- 조사모집단 : 2009년 서울시 주민등록 자료
- 표본규모 : 서울시 거주 만 50~69세 성인 남녀 1,200명
- 허용오차 : 서울시 전체 $\pm 2.2\%$
- 층화 및 표본배분
- 서울시 25개 구를 권역별 특성에 따라 강남권, 강북권, 강동권, 강서권 등 4개 권역을 층화하여 각 층별로 조사대상 연령에 따라 비례배분함.

〈표 1-1〉 서울특별시의 권역별 분류

권역별	구
강북권	종로구, 중구, 용산구, 성북구, 강북구, 도봉구, 노원구
강남권	동작구, 관악구, 서초구, 강남구, 송파구
강서권	은평구, 서대문구, 마포구, 양천구, 강서구, 구로구, 금천구, 영등포구
강동권	중랑구, 성동구, 광진구, 동대문구, 강동구

〈표 1-2〉 조사대상의 층화 분류기준¹⁾

권역별	계	남	여
계	2,454,432	1,184,808	1,269,624
강북권	573,224	274,854	298,370
강남권	602,807	288,407	314,400
강서권	798,647	386,653	411,994
강동권	479,754	234,894	244,860

권역별	세대 ²⁾	집락(반) ³⁾
계	4,192,752	87,823
강북권	957,157	19,578
강남권	1,077,012	22,446
강서권	1,350,633	29,181
강동권	807,950	16,618

주: 1) 2011년 서울시 주민등록인구, 만 50~69세

2) 2011년 서울시 주민등록세대,

3) 2009년 주민등록자료의 통반 수)

□ 표본추출의 과정

- 25개 구를 4개 권역으로 층화하고, 1차 추출단위를 통/반, 2차 추출단위를 세대로 정의하여, 표본 통반에서 20가구씩을 계통추출하고, 각 표본가구내에서 만 50~69세 조사대상자 1인을 조사함. (한 가구에서 조사대상자가 두 명이상일 때 생일이 7월1일에 가까운 사람으로 선정함.)
- 조사대상에 대한 정보는 가구를 방문하기 전에는 알 수 없고, 조사대상 가구의 선정과정에서 사전에 가구에 관한 정보는 조사원이나 연구자 모두에게 알려져 있지 않다.

□ 개인정보 보호대책

- 설문조사시 조사원이 설명서를 보여주고, 설명서 내용을 설명해주고 구두동의를 얻은 후 면접설문조사를 진행함.
- 설명서에는 추가정보수집을 위해 전화번호를 기입하는 란이 있는데, 설문참여에 구두동의한 사람이 자의의사에 따라 전화번호를 적을 수 있도록 함. 전화번호를 적지 않고 설문조사에 참여할 수도 있음.
- 설명서의 끝부분에 개인전화번호를 기입하도록 되어 있고, 설문조사가 끝나면 전화번호가 적혀 있는 설명서 부분은 설문조사지와 구별하여 연구책임자가 따로 보관함. 코드로만 식별되는 설문지를 코딩 및 데이터입력 작업을 하게 됨.
- 전화번호가 적혀 있는 설명서 및 조사표는 연구종료 3년후 폐기하게 됨.

□ 조사참여 사례비 영수증의 관리

- 개별조사 완료시 답례품(농협상품권 5천원권)을 지급하게 되며 수령증에 성명, 주소와 전화번호를 기입하고 서명함.

- 조사참여 사례비 영수증은 연구책임자가 따로 보관하게 됨. 보관하는 장소는 연구책임자 연구실의 잠금장치가 있는 캐비닛에 보관하게 되며, 연구책임자만 열쇠를 가지고 있음. 다른 연구원은 캐비닛을 열 수 없음.
- 영수증은 연구기관의 감사때 필요하면 감사증빙자료로 보여줄 수 있음. 보관된 영수증은 연구종료 3년후 폐기하게 됨.

□ 조사자료의 입력 및 코드화

- 조사자료는 코드화하여 엑셀화일에 입력됨.
- 조사대상의 식별은 코드화된 번호만으로 식별됨.

□ 통계분석방법

- 코드화되어 엑셀화일에 입력된 변수들을 사회적, 문화적 영향요인 별로 세분화하여 연령별로 분석함.
- 성공적인 건강한 노화와 관련된 인구학적 변수, 주관적 건강, 건강행동, 사회적 자본의 관련성을 분석함.
 - 50에서 59세의 연령층은 퇴직했거나 퇴직을 준비중인 연령층이며 만성질환과 관련된 건강문제를 조기발견하기 위한 건강검진에 관심이 많은 인구집단임.
 - 60에서 69세의 인구집단은 대부분 퇴직한 경우가 많고, 정기적인 건강검진 및 건강생활의 결과를 다양하게 경험하는 집단임.
 - 연령별 성별 건강검진행동 및 건강생활수준, 주관적 건강과 활동제한의 정도, 우울감 등의 연관성을 분석함
- 성공적인 건강한 노화에 관련된 건강행동에 영향을 주는 사회적 요인을 분석함.

- 건강검진과 건강생활, 의료서비스의 선택, 건강보조제의 선택 등 개인이 스스로 선택하여 행동하는 요인들과 인구학적 변수(교육수준, 근로경험, 종교 등), 사회자본, 사회적 관계, 등의 연관성을 분석함.

본 연구를 위한 설문조사를 위하여 공용IRB에 심사신청을 하여 최종 승인을 받은 후 조사를 실시하였다.

통계분석은 SPSS 12.20를 사용하였다. 주된 통계분석방법은 기술적 통계와 Correlation, Anova 등을 사용하였다.

□ 설문항목의 개발

본 조사에서 설문항목의 개발은 건강증진서비스 이용과 관련된 항목과 개인의 건강신념, 노화에 대한 주관적 인식과 삶의 만족도, 사회자본 등으로 크게 구성하였다. 주요 내용은 다음과 같다.

- 건강검진의 수검 행동 : 일반건강검진, 5대 암검진
- 주관적 건강
- 건강신념
- 성공적 노화
- 삶의 만족도
- 건강생활 : 흡연, 음주, 신체활동, 비만도 등
- 건강정보원과 신뢰도
- 사회적 관계망과 관계의 정도
- 사회적 지원
- 자발적 단체 참여

본 조사에 포함된 성공적 노화의 척도는 건강한 노화를 포함한 개념이며 건강의 포괄적 의미를 지향하는 차원에서 성공적 노화로 표현된다 (Depp & Jeste, 2009). 싱가포르에서 조사한바 있는 성공적 노화의 개념은 임상적인 건강관리와 예방적인 프로그램을 포함하는 개념이었다 (Pin Ng et al, 2009).

□ 샘플의 범위선정의 제한점

본 연구의 조사에서 샘플의 연령범위는 50대와 60대로 한정하였다. 은퇴, 일자리변화 등 연령과 관련된 사회적 변화가 큰 시기이고, 노년기에 접어드는 시기이기도 한 연령대를 선정하였다.

조사대상의 지역은 예산상의 제약 때문에 서울에 거주하는 주민을 대상으로 조사하였다.

제3절 기대효과

예상되는 학술적 기여도는 다음과 같다.

- 건강행동의 결정요인에 영향을 주는 사회적 요인에 대하여 국내외적으로 기여
- 우리나라 국민의 건강증진의 현실을 재진단하여 문제점을 심층분석하는데 기여함.
- 급격한 사회변화와 고령화 사회 속에서 건강행동결정에 대한 세대별 차이분석을 통해 학술적으로 기여함.
- 대표성 있는 표본조사를 통해 적용 가능한 정책대안 개발의 모델 개발에 기여함.

예상되는 정책적 기여도는 다음과 같다.

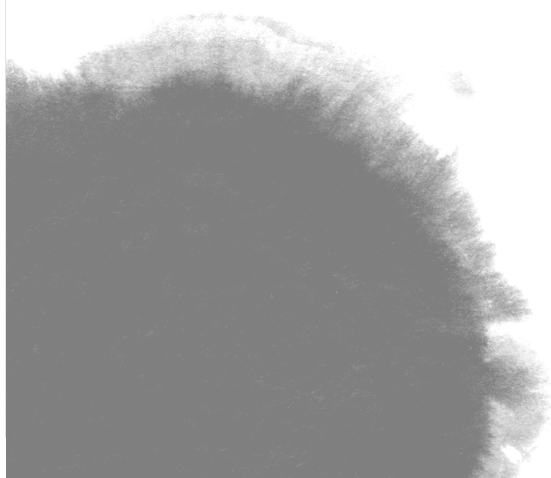
- 이용자중심으로 포괄적인 접근정책개발
- 미충족 수요의 파악 및 개선
- 건강행동의 우선순위와 결정요인에 근거하여 보다 합리적인 정책 개발에 기여
- 개인의 건강생활실천에 보다 효율적으로 대응하는 지속가능한 정책시스템 개발
- 다양한 건강증진서비스를 개발하고 보다 개인의 요구에 적합하도록 개발함.
- 건강증진정책에 대한 국민의 인식개선 및 제고
- 사회시스템에 맞는 효과적인 건강영향평가의 적용방법에 활용
- 효과적인 건강영향평가 과정 개발에 활용
- 성과증대를 위한 건강영향평가 사업모델 개발에 활용

기타 기대효과는 다음과 같다.

- 국민의료비 감소
- 건강증진의 지속가능성으로 건강수명의 증가
- 국민건강보험체계에서 예방서비스(건강검진 및 사후관리 등)의 접근성 개선
- 건강정책의 재편 및 제고

2장

건강생활실천정책 관련 사회적 영향요인 고찰



제2장 건강생활실천정책 관련 사회적 영향요인 고찰

제1 절 건강생활실천정책에서 사회적 영향요인의 중요성

건강생활실천은 1974년 캐나다의 라론드 보고서에서 건강증진과 질병 예방을 위한 생활습관의 중요성을 강조함과 함께 건강증진의 대표영역으로 부각되었고(Lalonde, 1974), 이에 대한 정책과 사업이 집중되었다. 그러나 서구에서는 이미 1980년대부터 개인차원의 건강행동 개선 위주의 건강증진 전략의 한계성을 논의해왔고, 이후 건강도시나 생활터 중심 건강증진 사업 등은 개인의 건강생활실천과 관련된 여건과 제도 등을 고려한 확장된 건강증진 전략으로 현재까지 적용되고 있다.

한편 성별, 교육수준, 취업 여부와 직업 및 고용 유형, 소득수준 등 사회경제적 위치(socio-economic position)에 따라 건강상태와 건강생활 실천 정도에 차이가 있음은 다수의 건강생활실천 연구, 보건과 복지 분야의 연구에서 밝혀진 바이다. 최근에는 개인의 사회경제적 지위 뿐 아니라 거주 지역에 따라 건강격차가 발생한다는 분석 결과가 나오고 있고, 건강과 건강생활실천이 개인차원의 실천과 책임 문제만이 아니라 상황, 여건, 제도, 환경, 인식, 문화 등 사회적 요인과의 영향관계에 있음이 널리 인식되고 있다. 예를 들어 건강한 식습관이란 1차적으로는 식품 선택과 섭취라는 개인 차원의 문제이지만 가정이나 급식 장소에서 식단 구성과 식자재 구매를 누가 어떻게 해서 어떤 조리법으로 얼마의 가격

에 제공하는지에 따라 나머지 구성원들의 식품 선택의 범위가 한정되게 된다. 그리고 식단 구성과 식자재 구매는 지역사회 내에서 건강하고 안전한 식자재가 물리적으로나 가격적으로 접근 가능한지에 의해 영향을 받으며, 이는 생산, 유통, 식품안전성 관리, 가격제도 등의 복합적인 문제이다. 또한 식품 선호는 방송, 매체에서 어떤 식품을 어떻게 부각하는지에 의해서도 영향을 받고 유행이 형성된다.

이처럼 건강관련 생활습관은 개인의 지식, 태도, 기술과 그 개인이 속한 집단, 조직, 지역사회, 제도와의 관계 속에서 복합적으로 영향을 주고받는 현상인데, 현대인의 건강, 질병과 삶의 질이란 특정 몇몇 건강행동의 실천에 한정되는 것이 아니고 운동, 식이, 체중관리, 절주, 금연, 스트레스 관리, 정신건강, 환경보호, 안전, 사회적 관계 유지를 비롯하여 다방면, 다측면의 관리와 유지, 증진을 평생 동안 실천하고 지속해야 하는 일이다. 따라서 건강생활실천전략과 정책은 개인, 조직, 제도 차원의 사회적 영향요인을 파악하고 분석한 근거 위에 이들 요인을 개선, 보완, 활용하는 방향으로 개발되고 실행되어야 한다.

이에 본 장에서는 건강증진을 위한 건강생활실천정책에서 고려해야 할 주요 사회적 영향요인을 파악하고, 각 요인들의 정의, 유형, 건강생활실천과의 관련성, 정책적 의미를 논의하는 것에 목적을 둔다. 이러한 목적에 맞춰 문헌고찰을 실시하였고, 건강증진 정책제안을 하고 있는 보건기구, 연구기관 등의 보고서, 연구문헌을 대상으로 하였다. 가능한 한 종합적인 문헌고찰, 연구사례 간 종합비교, 정책이나 현장전략 제언을 포함한 발행된 지 10년 이내의 문헌에 집중하였다.

제2절 사회적 건강결정요인의 해석과 적용

건강에 대한 사회적 영향요인, 즉 사회경제적 위치, 사회경제적 격차, 교육, 수입, 직업, 주거 등은 사회적 건강결정요인(social determinants of health)으로 종합된다. 세계보건기구를 위시하여 미국, 호주, 영국, 캐나다 등 서구권에서는 건강형평성 향상과 건강증진의 지속가능성을 목표로 사회적 건강결정요인의 중요성을 부각하고 있다. 세계보건기구에서 발간한 사회적 건강결정요인에 대한 일련의 보고서들(“Solid Facts”, “Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health”, “Equity, social determinants, and public health programs” 등), 세계보건기구 사회적 건강결정요인 세계대회(World Conference on Social Determinants of Health, 2011년 10월 브라질 리우데자네이루), 미국 NIH 산하 국립 소수계층 건강과 건강불평등 센터(National Institute on Minority Health and Health Disparities)의 사회적 건강결정요인 격차와 건강불평등 관련 연구지원 프로그램인 사회적 건강결정요인 계획(Social Determinants of Health Initiative) 등은 사회적 건강결정요인이 건강증진 정책개발과 실행에서 차지하는 비중과 관심을 반증한다. 사회적 건강결정요인은 국내에서도 건강형평성, 참여형 건강증진에 대한 관심과 함께 논의가 전개되고 있는 영역이고, 이는 우리나라 국민건강증진종합계획 2020의 목적과도 바로 연결된다. 사회적 건강결정요인 중 사회적 연결망, 사회적 소외, 시민참여, 지역성과 다양성, 신뢰 등은 지역사회 역량, 사회적 자본의 틀에서도 활발한 국제적 논의가 이루어지고 있으므로, 본 연구에서는 문헌고찰의 결과를 크게 (1) 사회적 건강결정요인, (2) 지역사회 역량, (3) 사회적 자본의 영역에서 정리하였다.

1. 사회적 건강결정요인

가. 개념과 유형

사회적 건강결정요인은 개인과 집단의 건강상태에 영향을 미치는 사회경제적 여건과 그러한 여건의 분포, 격차를 말한다(Marmot 등, 2008). 건강에 영향을 미치는 사회경제적 여건의 차이는 자원과 권력의 불균등 분포에 의해 발생하고, 사회적 건강결정요인에 의해 건강불평등이 발생한다. 사회적 격차에 따른 건강의 격차, 즉 사회경제적 수준이 높으면 건강 수준도 높은 현상은 부유국과 빈곤국, 부유층과 빈곤층이라는 양극단을 비교할 때에만 나타나는 것이 아니라 같은 직종 내에서도 직급이 낮을수록 건강위험이 높아지는 등 사회 전반에 해당된다(Marmot, 2006). 이러한 격차의 원인을 이해하기 위해서는 사람들이 살아가는 환경, 상황, 여건 - 즉, 사회적 건강결정요인을 살펴보고 이해해야 한다.

건강생활실천의 입장에서 보면 사회적 건강결정요인은 ‘원인들의 원인(Marmot, 2006)’, 다시 말해 근본원인, 또는 상위차원 원인에 해당한다(그림 2-1). 식이, 신체활동, 스트레스 관리, 음주, 흡연 등의 건강관련 생활습관은 우연이나 취향에 의한 개인의 선택이라고만 볼 수 없는 것이, 예를 들어 사람들이 염분 함량이 많은 반찬, 포화지방 함량이 많은 과자, 당분 함량이 많은 음료를 섭취하는 것은 식품과 외식 업계의 정책, 소비시장에서의 접근 가능성과 구매할 만한 가격, 유통과 공급 체계, 외식과 가정식의 식문화와 유행, 식문화에 대한 사람들의 태도와 인식, 매체를 통한 광고에 의해 식이환경과 문화가 염분, 포화지방, 당분이 많은 식음료를 선택하기 쉽게 형성되어있기 때문인 것이다. 다시 말해, 사회적 건강결정요인은 건강문제의 주요 원인인 건강관련 생활습관에 영향을 미치는 근본원인, 상위차원 원인이다.

[그림 2-1] 건강의 결정요인



주: Braveman, Egerter와 Williams, 2011; p.383

〈표 2-1〉 사회적 건강결정요인

출 처	요 인	
Public Health Agency of Canada (2002)	- 소득 불평등 (Income inequality) - 사회통합과 배제 (Social inclusion & social exclusion) - 취업과 직업 안정성 (Employment & job security) - 작업 조건 (Working conditions) - 사회경제의 기여 (Contribution of the social economy) - 초기 아동기의 양육 (Early childhood care) - 교육 (Education) - 식품 안전성 (Food security) - 주거 (Housing)	
Ansari 등 (2003)	사회경제적 결정요인	연령, 성별, 인종, 교육, 직업, 취업(실업), 소득, 종교, 주거
	사회심리적 위험 요인	사회적 연결망의 부족, 자아존중감 부족, 자아효능감, 우울, 불안(anxiety와 insecurity), 통제감 부족, 신체적·심리적 부담 과다, 만성 스트레스, 소외, 분노, 대응, 인식과 기대
	지역사회·사회 차원 특성	사회적 연결망과 사회적지지 구조, 사회참여, 시민역량강화, 신뢰, 다양성의 인정, 자선·자발적 연결망, 빈곤, 거주지(도시, 농촌), 소득 불균형, 범죄율, 가정폭력, 실업률

출 처	요 인
Wilkinson & Marmot (세계보건기구, 2003)	- 사회적 편차 (Social gradient) - 유·청소년기 (Early life) - 직업 (Work) - 실업 (Unemployment) - 사회적지지 (Social support) - 중독 (Addiction) - 식품 (Food) - 교통 (Transport)
Dahlgren & Whitehead (2007)	- 연령, 성별, 체질적 특성 - 개인 생활습관 요인 - 사회·지역사회 연결망 - 생활 및 작업 여건 (농업과 식품생산, 교육, 근무환경, 수질과 위생, 보건의료 서비스, 주거) - 사회경제적, 문화적, 환경적 일반 특성
Commission on Social Determinants of Health (세계보건기구, 2008)	- 사회경제적·정치적 맥락 (거버넌스, 정책(거시경제적, 사회, 건강), 사회문화적 규범과 가치) - 사회적 위치 (교육, 직업, 소득, 성별, 인종/민족) - 물질적 여건 - 사회적 응집성(social cohesion) - 사회심리적 요인 - 행동 - 생물학적 요인 - 보건의료체계

주: Yoo, 2010

나. 사회적 건강결정요인과 건강행동

심뇌혈관계질환, 암, 호흡기질환의 중요 위험요인인 흡연을 예로 들면, 사회경제적 건강결정요인에 해당하는 특성인 실업자일수록, 직업상 지위가 낮을수록, 세입자일수록, 자가용을 소유하지 않을수록, 밀집된 주거지에 살수록, 이혼/별거 상태일수록 남녀 공히 흡연 가능성이 높아진다는 보고가 있었다(Jarvis와 Wardle, 2006). 영양과 식이 측면에서도 저소득층, 노인, 실업자인 경우 건강한 식습관을 가질 가능성이 낮다. 교통정책은 자동차 의존도 감소, 보행과 자전거이용 장려, 대중교통 확장에 관

여하여 좌식생활 개선, 신체활동 증가, 우울 예방과 관리에 영향을 미친다. 빈곤과 사회적 배제는 중독, 우울, 질병, 고립, 장애와의 악순환을 형성한다(Wilkinson과 Marmot, 2003).

세계보건기구가 제시한 범주에서 사회적 건강결정요인과 건강행동과의 관계는 생애주기에 따라 논의되기도 해서, 예를 들어 중년기의 건강은 사회적 위치, 문화, 경제적 한계에 의해 영향을 받는데, 은퇴를 경험하는 노년기에는 중년기에 비해 사회적 지위와 건강행동 간의 관련성이 상대적으로 줄어든다(McMunn, Breeze, Goodman, Nazroo & Oldfield, 2006). 노년기에는 낮은 교육수준과 경제수준이 흡연, 비음주, 좌식생활과 관련이 있다. 그 외의 사회적 건강결정요인과 건강생활실천과의 관계에 대한 연구결과는 다음과 같다.

○ 교육

- 건강한 생활습관은 양질의 교육과 관련이 있다(Wilkinson과 Marmot, 2003).
- 교육을 통해 건강관련 지식, 읽고 쓰고 이해하는 능력, 행동기술, 통제감(sense of control), 사회적지지가 함양되어 식이, 운동, 음주, 흡연, 약물사용, 건강 및 질병관리 역량이 강화된다. 교육수준에 따라 이러한 요소들에 격차가 있어서, 교육수준이 높을수록 건강증진행동을 하는 경향이 있다(Braveman 등, 2011).

○ 사회적 관계

- 유년기의 학대 경험, 가정의 불안정, 부모와의 관계 불화, 가정 폭력이 이후 청소년기와 초기 성인기의 행동장애, 폭력성, 우울, 반사회성, 자살생각, 자살행동 등의 위험을 증가시킨다.

- 유년기의 신경과민, 행동장애는 성인기의 우울, 사회적 소외, 약물과 알코올 의존성 등의 정신건강과 행동 문제로 이어질 수 있고, 이는 성인기의 직장 생활, 개인 생활에 부정적인 영향을 미치게 된다(Wadsworth와 Butterworth, 2006).
- 문화적 박탈을 겪고 있거나 개인·가정 상황이 원만하지 못하고 스트레스가 많은 경우 흡연율이 높다(Jarvis와 Wardle, 2006).
- 사회적 차별과 배제는 (건강관련) 교육과 훈련 참여, 서비스 이용을 방해한다(Wilkinson과 Marmot, 2003),
- 사회적 박탈은 높은 흡연율, 낮은 금연율과 각각 연관되어 있다(Wilkinson과 Marmot, 2003),

○ 실업과 직업

- 실업이 건강에 위해가 되는 행동에 관련되는지에 대해서는 연구 결과가 상반되고 있는 편이다. 다만 실업은 주거 불안정, 결혼생활의 위기 등 다른 부정적 생애사건의 발생가능성을 높이고, 실업 상황은 이러한 위기에 대응할 심리적, 사회적 대응자원의 부재 또는 축소와도 이어진다(Bartley, Ferrie & Montgomery, 2006).
- 실업상태인 사람일수록 흡연율이 높고, 취업자 중에서도 비숙련 육체노동자일수록 상대적으로 흡연율이 더 높다(Jarvis와 Wardle, 2006).
- 사무직 또는 육체노동자의 경우 현재흡연율이 높고 고강도 신체활동 실천율이 낮지만 음주율이 낮을 가능성도 크다는 보고가 있다(McMunn 등, 2006).

다. 건강생활실천정책에의 적용전략

사회적 건강결정요인 전략은 건강생활 형성과 실천에 영향을 미치는 근본원인을 개선하고 발전시키는 것을 목적으로 한다. 세계보건기구는 사회적 건강결정요인과 관련된 건강불평등에 대한 주요 전략으로 (1) 일상의 생활여건 개선, (2) 권력, 예산, 자원의 불균등 분포 해소, (3) 사회적 건강결정요인과 건강불평등 문제의 측정, 해석, 그리고 해소활동의 평가를 제시하였다. 세계보건기구가 제시한 사회적 건강결정요인 영역에 대한 정책적 방향은 <표 2-2>에 정리되어 있다.

<표 2-2> 사회적 건강결정요인 영역별 정책 방향

영역	정책 방향
사회적 격차	- 사회적 안전망 제공 - 유년기의 박탈상태를 상쇄할 수 있게 하는 사회, 교육정책, 교육기회 제공, 취업 및 고용 안정, 주거 기준 개선
스트레스	- 학교, 기관 등에서 소속감, 가치, 존중을 느낄 수 있는 사회적 환경 조성 - 물질적 + 사회심리적 요구를 충족하는 보건복지정책
유년기	- 양질의 교육 제공 - 교육에 대한 동등한 기회 보장 - 모성건강, 영유아 건강증진 - 양질의 영양 - 보건교육, 예방 및 건강관리 서비스 - 부모-자녀 관계, 부모교육 및 지원 프로그램
사회적 배제	- 최저임금보장 관련 제도, 법규, 서비스 - 빈곤퇴치 프로그램 - 차별, 배제로부터 소수 및 취약계층 보호법 - 보건의료서비스, 사회서비스, 적정가격의 주거에 대한 공공보건정책 - 사회격차감소를 위한 노동시장, 교육, 가족복지 정책
근로	- 근로환경 관련 의사결정에 참여 기회 마련 · 조직관리 기술 · 근골격계 부상, 장애 부담 감소, 인체공학적 적합성 · 산업보건서비스, 제도, 법률

영역	정책 방향
실업	- 사업안정화 제도 - 근로시간 제한 - 직업훈련 기준과 질 관리 - 실업수당 제도 - 신용협동조합 제도
사회적지지	- 직장, 학교, 지역사회를 비롯한 다양한 장소/경로에서 지지적 분위기 형성 - 사람들 간의 만남, 사회적 상호작용이 가능한 지역사회 내 장소 마련 - 사회적 배척, 차별을 저지하는 제도와 정책
중독	- 합법, 불법 약물의 관리 - 약물 가격, 등록허가 정책 · 보건교육 · 중독자 대상의 효과적인 치료 프로그램 - 약물남용, 불법약물유통에 대한 경제, 사회정책과의 연계
식품	- 식품체계에 보건학적 시가 도입 - 식품규제제도의 책무성 - 지속가능한 농업과 식품 생산 - 건강한 식문화, 영양, 조리에 대한 학교보건교육 - 어린이와 가족 대상의 식품, 영양, 건강정보 제공 - 식품 및 영양정책의 개발과 실행을 위한 과학적 정보, 영양지침 활용
교통	- 도로안전 - 대중교통수단의 개선 - 도로건설, 대중교통, 주차 관련 인센티브와 벌금 제도 - 공원, 녹지, 보행로, 자전거도로, 버스차선 확보 관련 토지이용 계획

주: Wilkinson과 Marmot, 2003

이후 2011년 브라질 리우데자네이루에서 개최된 사회적 건강결정요인 세계 대회에서는 리우 정치선언(Rio Political Declaration of 2011)을 채택하여 (1) 건강과 개발을 위한 거버넌스의 개선, (2) 정책 개발과 수행에 참여 장려, (3) 건강증진과 건강불평등 개선을 목적으로 보건의료 영역의 방향 재정립, (4) 국제 거버넌스와 협력의 강화, (5) 진행경과의 모니터링과 책무성 강화 에 대한 참가국의 관심과 책임을 강조하였다 (WHO, 2012).

2. 지역사회 역량 (Community Capacity)

가. 개념과 유형

지역사회 역량은 ‘지역사회의 건강결정요인을 다루기 위해 필요한 지역사회와 구성원의 능력(Bopp, GermAnn, Bopp, Baugh Littlejohns & Smith, 2000)’, ‘지역사회의 문제에 대응하고 장점을 살려 발전시키는데 효과적으로 사용될 수 있는 지역의 자원, 기술, 의지의 종합(Aspen Institute, 1996)’, ‘지역사회의 사회문제와 보건문제를 파악하고 해결하는 능력에 영향을 미치는 지역의 특성(Goodman 등, 1998)’, ‘지역사회 건강증진을 위한 지역의 역동적인 특성과 자원(Wendel 등, 2009)’에 해당한다. 연구에 따라 지역사회 역량의 정의와 구성영역은 부분적으로 차이가 있지만(표 3 참조), 각 영역이 동일하게 일치하지는 않더라도 어느 정도 유사성을 찾아볼 수 있다. Liberato 등(2011)은 지역사회 역량의 정의와 영역을 탐색한 선행연구들을 검토, 분석하여 지역사회 역량은 (1) 과정 또는 접근방법으로 정의되고 (2) 여러 영역, 특징의 집합체 개념이며 (3) 지역사회 역량의 정의에는 무엇을 위한 지역사회 역량인지의 목적과 결과가 명시된다고 종합하였다. 또한, 선행 연구결과를 기반으로 지역사회 역량의 세부영역을 학습기회와 기술개발, 자원동원, 파트너십/연계, 리더십, 참여적 의사결정, 자산기반 접근법, 공동체의식, 의사소통, 개발경로로 분류하였다.

〈표 2-3〉 지역사회 역량 영역

출처	역량 영역
Goodman 등 (1998)	공동체 의식, 자원, 기술, 시민참여, 리더십, 비판적 성찰(critical reflection), 지역사회 영향력(community power), 사회적·조직 간 연결망, 지역사회 역사의 이해, 역사회 가치
Easterling 등 (1998)	지식과 기술, 리더십, 효능감(sense of efficacy), 사회적 자본, 학습적·개방적 문화(culture of learning and openness)
Bopp 등 (2000)	비전 공유, 공동체 의식, 참여, 리더십, 자원, 지식, 기술, 의사소통, 지속적 학습
Laverack (2001)	자원 동원, 참여, 리더십, 문제 진단, ‘왜’라고 묻기, 사람들, 조직들 간 연계, 조직 구조, 외부요원의 역할(role of outside agents), 프로그램 관리
Chaskin (2001)	공동체 의식, 지역사회 구성원의 책임과 헌신 수준, 문제해결 능력, 자원 접근성
Liberato 등 (2011)	학습기회와 기술개발, 자원동원, 파트너십/연계, 리더십, 참여적 의사결정, 자산기반 접근법, 공동체의식, 의사소통, 개발경로, 비전과 목적 공유, 지역사회 요구조사, 과정과 결과 모니터링, 지속가능성

주: Smith, Baugh Littlejohns & Roy, 2003

선행연구에서 공통적으로 제시한 주요 지역사회 역량 영역들을 보다 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

- 참여: 지역사회 역량으로서의 참여는 지역사회 구성원들이 소속 사회의 다양한 공공의 이슈에 관심을 가지고 개입하는 것으로, 참여의 범위, 깊이, 강도가 관건이 된다. 자원봉사, 투표, 의견 개진, 거버넌스 참여 등 다양한 형태로 나타날 수 있으며 강력하고 넓은 참여 기반, 주인의식, 능동적 참여, 자리 채우기 수준의 명목상의 참여가 아닌 기획이나 판단, 방향과 의견 제시, 진행 차원의 참여가 주요 특징이다.

- 리더십: 리더십은 지역사회 건강증진 활동의 방향제시, 조직력, 참여 장려, 유연성과 융통성, 집중력, 의사소통력, 큰 그림과 세부사항을 동시에 볼 수 있는 능력, 다른 리더들과의 네트워크, 조정능력 등을 아우르는 영역이다. 기존의 리더십 역량만큼이나 새로운 리더를 발굴하고 양성하는 시각과 능력도 리더십의 중요한 요소이다.
- 기술: 기술 영역은 지역사회가 건강증진을 위한 전략적 기획을 하고 이와 관련된 대인 및 조직 차원 의사소통, 집단과정(group process)을 수행하는데 필요한 지식과 기법들을 포함한다. 문제해결, 분석, 자원 획득과 활용, 의사소통, 갈등해소, 기획, 토론과 논의 진행 등의 기술이 이 영역에 해당한다.
- 자원: 지역사회 자원이란 지역의 내부와 외부의 유형 및 무형(신뢰, 자신감, 협력, 참여 등)의 자원을 모두 일컫는 것으로서, 역량으로서의 자원은 이러한 자원들을 발굴하고 활용하고 공유하는 능력을 말한다. 다만 지역사회가 외부의 자원에 전적으로 의존하는 것은 지역사회 역량에 반하는 것이고, 외부자원을 발굴하여 지역의 지식과 기술, 결정으로 그 자원들을 활용하고 내부자원과 연계할 수 있는 능력이 지역사회 역량으로서의 외부자원 활용에 해당한다.
- 네트워크, 협력: 기본적으로 지역사회는 사람들 간, 사람들로 구성된 조직 간의 관계를 근간으로 하고 있고, 역량으로서의 사회적 관계란 지지적 상호작용, 협력적 의사결정, 협력과 연대를 형성할 수 있는 능력, 상호호혜적 관계, 상부상조를 통한 시너지 효과 창출을 의미한다.

- 공동체 의식: 지역사회 구성원 간의 탄탄한 유대와 소속감이 바탕이 되면 지역사회와 건강문제에 관심을 가지고 지역사회의 문제거나 또는 특정 일부만의 문제가 아니라 지역사회 모두의 문제라는 공감대를 형성하고 연대의식을 발휘하여 발전적인 노력을 만들 수 있고, 소속감을 통한 만족과 충족이 발전적인 선순환을 형성하게 된다.
- 비판적 성찰: 비판적으로 생각하고 기존의 생각이나 활동을 되돌아볼 수 있는 능력을 말한다. 현 상황이나 문제점에 대해 원인, 영향요인 등을 논리적으로 이해하는 능력, ‘왜?’라고 묻고 그에 답을 찾는 과정에서 갈등이나 모순에 대한 변증법적 사고를 통해 과거의 경험으로부터 교훈을 얻고 발전적인 변화를 도모하게 된다.

선행연구에서 제시한 이상의 지역사회 역량 영역들을 유형 별로 분류하는 시도도 있어왔다. 유형 분류의 명칭이나 관점에 차이가 있더라도 기술/자원/능력의 수준과 동원력, 리더십, 사회적 관계의 특성과 관계의 확장, 의사소통, 비판적 성찰, 참여, 문제해결 능력, 조직 구조와 과정 등이 핵심 역량으로 설정되고 있음을 알 수 있다(표 2-4).

〈표 2-4〉 지역사회 역량 영역 유형 분류

Wendel 등 (2009)	Verity (2007)
• 리더십 • 시민 참여 • 가치체계 • 사회적 관계의 성질 - 공동체 의식, 상호 호혜성 - 책임과 헌신, 자신감 - 신뢰, 사회적 자본 • 지역사회 의사소통 구조와 작동기전 - 사회적 연결망, 조직간 연결망 - 문제해결 기제, 조직 구조 - 의사소통, 프로그램 관리 • 학습 문화 - 비판적 성찰, ‘왜’라고 묻기 - 지역사회의 과거와 현재 이해 • 기술과 자원 - 지식, 기술 - 자원 접근성, 자원 동원력	• 지역사회 영역 - 역사, 프로파일 - 리더십, 참여, 권력, 갈등 • 조직 영역 - 영향력, 발언권 - 자원, 정책, 담론, 반응 • 연계 영역 - 공식-비공식 체계 간 연결망 - 조직, 체계 내부 상호작용 - 협력, 지역사회 요구에 대응 • 지식 영역 - 비판적 성찰, 권한에 대한 인식 - 변화 추진 과정 - 지역사회 요구의 인식 • 기술, 능력 영역 - 리더십, 자신감, 문제해결 능력 • 자원 이전 영역 - 자원 동원

나. 건강생활실천과 지역사회 역량의 관계

건강에 영향을 미치는 요인을 다양한 각도에서 조명하게 되고, 지역사회의 환경, 문화, 여건, 사회 분위기, 제도 등이 사람들의 생각, 행동과 상호작용하여 주요한 건강영향요인이 된다고 이해하게 됨에 따라, 사람들이 생활하는 장소이자 보건서비스가 제공되는 장(場)으로서 뿐 아니라 건강증진을 위한 발전적 변화를 추진하는 주체로서의 지역사회의 의미가 부각되고 있다. 건강결정요인에 대한 개인과 지역사회의 통제력과 결정권, 건강관리와 보호에 관련된 개인과 집단의 기술, 사회의 자원은 세계보건기구가 ‘모두를 위한 건강(health for all)’이라는 목적 달성을 위해 강조해온 바이다(WHO, 1984; 1986). 지역사회는 생활터이자 자원이기

도 하고 지역사회 보건사업의 대상이기도 하기에, 지역사회가 보유하고 개발해야할 능력과 특성으로서의 지역사회 역량은 건강생활실천정책을 고려함에 있어 빼놓을 수 없는 중요한 사회적 영향요인이다(Wendel, Burdine, McLeroy, Alaniz, Norton & Felix, 2009).

지역사회 역량은 지역사회 건강의 대리지표로서의 가능성을 인정받고 있다(Maclellan-Wright 등, 2007; Smith, Baugh Littlejohns, & Roy, 2003; Smith, Baugh Littlejohns, & Thompson, 2001). 지역사회 역량의 입장에서 보면 지역사회 구성원들(개인, 조직, 기관 등 다중영역을 포함)이 건강생활실천에 관심을 가지고 참여하고, 관련 지식과 기술을 함양하고 정착시켜 지역사회가 공감하는 하나의 가치관을 형성하고, 건강생활실천에 관련된 자원과 네트워크를 발굴하고 형성하고, 지역사회 건강증진을 위한 인식을 키워 발언권을 가지고 정책, 제도 개발과 실행에 개입하게 되는 것이 지역사회 역량강화이다. 지역사회 역량강화는 과정인 한편으로 그 자체로서 건강증진의 결과물에 해당하고, 강화된 지역사회 역량은 지역사회 건강 수준의 향상과 관련된다고 보는 것이 현재 지역사회 건강증진학의 입장이다. 다만 지역사회 역량을 측정하는 방법과 도구의 개발과 검증, 지역사회 역량의 변화와 역량-건강 간의 관계를 규명할 연구 설계 측면에서 정교화가 요구되고 있다.

다. 건강생활실천에의 적용전략

지역사회 역량강화 전략은 협력, 조직화, 지식·기술·자원 개발, 리더십 강화 등 주요 역량영역들을 핵심으로 한다고 볼 수 있다. Crisp, Swerissen과 Duckett(2000)은 지역사회 역량강화 전략을 정책, 조직, 제도차원에서 추진되어 현자에 적용되는, 소위 위에서 아래로 그 영향효과가 파급되는 하향적 전략과 실무담당자의 능력개발과 현장의 의견,

생각들로부터 시작하는 상향적 전략, 그리고 수평적인 협력과 지역사회
의 동등한 참여 전략으로 분류하여 제시하였다. 한편 Verity(2007)는
지역사회 역량 영역에 따라 지역사회에 대한 이해, 기관과 제도 차원,
네트워킹, 지식과 인식 차원, 거버넌스와 문제해결 등의 기술과 능력,
자원 동원력의 차원에서 지역사회 역량강화 전략영역을 설명하고 있다
(표 2-5).

〈표 2-5〉 지역사회 역량 강화 전략

출 처	전 략	
Crisp, Swerissen & Duckett (2000)	하향적	- 정책 개발 - 자원 배분 - 조직 차원의 변화 - 순응, 준수에 대한 제재와 장려책
	상향적	- 인력, 전문가 양성 - 담당자의 기술, 이해, 참여, 책임 강화 - 다양한 발상의 생성과 채택, 실행
	파트너십	- 지역사회 활성화 - 조직, 기관 간 협력과 정보 공유 - 네트워크 밀도 향상 - 개별 기관의 서비스, 프로그램의 방향 재설정
	지역사회 조직화	- 지역사회 주요 지도자의 참여 - 취약계층의 참여 - 지역사회의 소유권, 주인의식
Verity (2007)	지역사회	- 지역사회 자원 파악 - 교육, 훈련 - 지역사회 현황 파악 - 요구도 조사 - 지역사회 조직
	기관, 제도	- 정책적지지 - 균형적, 참여적 사회 기획 (social planning) - 자원 배분 - 물적, 인적, 서비스 자원의 투자 - 조직 개발

출 처	전 략	
	연계	- 옹호, 주창 활동 (advocacy) - 연계 기회와 경로 개발 - 협력 전략 개발 - 공동 기획 - 의사소통 - 정책 피드백의 순환
	지식	리더십 형성 비판적 사고 기법 전문가적 지식과 경험적 지식의 연계 인식 제고 (consciousness raising)
	기술, 능력	리더십 형성 갈등 해소 문제 해결 멘토링 거버넌스 기술 지역사회 활동 기술
	자원 동원	지역사회 자원 파악 적정 자금 확보 사회적지지 지역사회 기반과 조직 형성

3. 사회적 자본 (Social Capital)과 건강생활실천

가. 개념과 유형

건강행동에 영향을 주는 사회적 여건은 건강결정요인의 하나이다. 사회적 여건, 또는 사회적 환경은 사회적으로 받아들여지는 규범을 형성하고, 사회적으로 통제를 행사하기도 하며, 스트레스의 원인이 되거나 스트레스에 대한 완충 역할을 하기도 하고, 건강관련 행동을 하게끔 또는 하지 않게끔 하는 영향력을 행사함으로써 건강결정요인으로 작용한다.

사회적 자본은 공통의 관심사에 대한 의사결정을 위해 권한과 자원을 활용할 수 있게 하는 신뢰, 호혜주의, 사회적 연결망과 사회적지지,

참여, 규범, 가치, 조직 등의 집합체(Putnam, 2000), 신뢰, 관계형성, 연결망 등 공통의 목적을 추구하는 역량(Fukuyama, 1995)이다. 또한 사회적 자본은 자원이자 사람들 간에 집합적 행동을 촉진하는 사회구조의 특성(Landström, 2010)을 말하는데, 유대형, 가교형, 연계형으로 나뉘볼 수 있다(Szreter와 Woolcock, 2004). 그리고 사회적 자본은 규범, 사회심리학적 강화, 사회적지지, 범죄율 감소를 통해 건강에 도움을 주게 된다(표 6 참조). 공유되는 사회적 규범은 사회구성원들의 인식, 신념 등에 영향을 미침으로써 행동에도 영향을 미치게 된다. 사회적 연결망이 양적, 질적으로 우수할수록 사회적 자본에도 긍정적인 영향이 있는데, 특히 신뢰, 상호관계성, 협동은 사회적 자본의 핵심요소로 알려져 있다(Simons-Morton, McLeroy & Wendel, 2012). 사회적 자본은 사회구성원들 간의 관계와 상호작용의 특성을 말하는 것이지 사회구성원들의 특성을 일컫는 것이 아니다. 사회적 자본은 불평등, 차별, 양극화 등 사회적 갈등이 없고 연대가 강력하며 갈등 관리제도를 가진 사회의 특성이라고 설명되는 사회 응집성(social cohesion)의 하부구조로도 이해할 수 있다(Kawachi와 Berkman, 2000). 사회적 자본은 우울, 폭력, 건강수준과 관련이 있다는 연구보고가 있고(Kawachi, Kennedy & Glass, 1999; Putnam, 2000), 청소년 임신 예방 효과가 있다고도 g한다(Crosby & Holtgrave, 2006). 사회적 자본 수준과 당뇨, 비만 유병율(Holtgrave & Crosby, 2006), AIDS, 결핵 같은 감염성 질환 유병율(Holtgrave & Crosby, 2003, 2004)과도 반비례 관계로 보고되었다.

〈표 2-6〉 사회적 자본의 유형과 건강기여 경로

유형	유대형 사회적 자본 (bonding social capital)	정체성을 공유하는 구성원 간의 신뢰와 협력적 관계
	가교형 사회적 자본 (bridging social capital)	연령, 인종, 민족, 사회계층 등 인구사회학적 특성이나 정체성이 다른 사람들 간의 상호관계와 존중
	연계형 사회적 자본 (linking social capital)	공식적이고 고착된 사회의 권한격차 계층에 걸쳐서 상호작용을 하고 있는 사람들 간의 신뢰, 존중의 관계와 네트워크
건강 기여 경로	건강관련 행동에 영향을 주는 규범과 태도를 통해	
	자기효능감, 자신감, 통제감을 강화하는 사회심리학적 기제를 통해	
	보건요서비스와 시설 접근성을 향상시키는 역할을 하는 사회적지지를 통해	
	범죄율 감소 효과를 통해	

나. 사회적 자본과 건강행동(Landström, 2010)

청소년기에 흡연환경에 노출된 경우 성장하면서 흡연자가 될 가능성이 높아진다. 학교나 지역사회차원의 사회적 특성이 흡연과 관련되어 있다는 다수준분석(multi-level analysis) 연구들이 있으나, 이들 연구 중에서는 개인차원 차이를 보정하고 나면 그 관련성이 사라지는 경우들이 있었다. 가치, 규범, 신념 등은 청소년기에 심리사회적으로 형성되어 청소년기와 성인기의 알코올과 약물 사용에 영향을 미친다. 청소년기 이전에 형성된 신뢰는 이후까지 지속되어 과음, 불법음주, 대마사용에 보호 효과가 있다. 지역사회의 물리적 환경, 즉 경치, 보행로와 산책로, 녹지 등은 신체활동 수준과 긍정적 관계가 있다. 또한 신체활동은 지역사회의 범죄율과도 관련되어있다. 그런데 사회적 맥락 차원으로서의 사회적 자본(응집성, 신뢰)과 신체활동과의 긍정적 관계는 미국의 연구에서 주로

보고되는 반면 유럽이나 타 지역의 연구는 상대적으로 적은 편이다. 영양/식이 분야는 건강행태 영역에서 사회적 자본과의 관련성에 대한 연구가 가장 시급한 분야라고 할 수 있다. 성행동 연구에서는 사회적 자본 지표가 청소년의 성취위험행동, 성병감염과 부정적 관계이면서 보호적 행동과는 긍정적인 관계에 있었다. 다수의 연구들이 인종/민족, 사회계층에 따른 성취위험행동과 성병감염률 차이를 제시하고 있는데, 이는 인종, 민족, 사회계층의 사회적 맥락, 여건, 환경의 차이 관점에서 접근해야 할 문제이다. 보다 구체적인 사회적 자본 영역과 건강행동과의 관계에 대한 선행연구결과들은 다음과 같다.

○ 사회적 박탈

- 사회경제적 박탈은 청소년기 흡연 시작과 관련되어있다.
- 약물남용은 사회적 박탈과의 관계가 가장 강력한 건강행동영역이다.
- 사회적 자본이 근린지역차원의 박탈과 건강식이 간의 관계에서 어떠한 매개 작용을 하는지에 대한 연구는 아직 부족한 실정이다.

○ 사회적 관계

- 흡연환경에서 성장한 어린이는 흡연자가 될 가능성이 높다.
- 종교집단에 지역사회차원 사회적 자본에 상응하는 성향이 있는 경우 흡연자가 피우는 담배개비 수와 강력한 반비례관계가 있었으나, 흡연율과는 유의한 관계가 발견되지 않았다.
- 부모의 지도관찰 수준이 낮으면 아동기 중 어린 나이에 약물, 담배, 술 남용을 시작할 가능성이 높다.

- 또래집단의 사회적 맥락, 학교에서의 지지적 관계, 규범, 학교활동에 참여는 알코올이나 약물남용 위험과 관련이 있다.
- 타인에 대한 일반적 신뢰수준은 신체활동을 하고자 하는 경향에 영향을 미칠 수도 있다.

○ 사회적 응집성

- 이웃, 근린의 사회적 응집성 수준은 청소년의 알코올 관련 범죄와 높은 관련성을 보인다.

○ 사회경제적 위치

- 성인에게서 사회경제적 위치와 흡연, 신체활동, 식이는 반비례관계가 있으나, 음주는 사회경제적 위치와 정비례관계라는 연구보고가 있다. 연구에 따라서는 사회경제적으로 중상층이고 중상(中上)수준의 사회참여를 하지만 신뢰수준이 낮은 경우에 고도음주, 불법 음주, 과거 대마사용 경험 가능성이 높다고 한다.
- 수입 불평등은 청소년 음주 및 주취(drunkenness) 빈도와도 관련이 있다.
- 사회경제적 위치가 낮은 경우(육체노동자, 실업자) 좌식생활 위험이 높고, 사회경제적 격차는 신체활동시설 접근성(교통편, 자금)과 관련이 있다.
- 유럽과 개발 국가의 경우, 사회경제적 위치가 낮은 가정의 과일/채소 소비율이 낮고 고열량/당분 식품 소비율이 높다.

○ 사회 참여

- 공식/비공식 모임 참여, 문화 활동 참여는 중요한 금연 결정요인이다.

- 대학생의 자원봉사 경험은 알코올 폭음에 대한 보호효과가 있다.
- 사회참여와 신되는 흡연 및 불법약물남용과 반비례관계가 있다는 연구보고가 있다. 그러나 높은 사회참여는 알코올 남용과 연관되어있다고도 한다.
- 사회활동에 참여하는 사람은 신체활동에 참여하는 가능성이 높다.
- 종교에 참여하고 종교적으로 성실한 경우 건강식이실천 가능성이 높다.
- 청소년과 젊은 층에서는 참여집단의 성적관념에 따라 사회참여가 높을수록 성병이나 성적위험 가능성이 높게 나타난다.

다. 건강생활실천정책에의 적용전략

개인 대상의 건강생활실천사업이 개인 차원의 변화 도출에는 효과적일 수 있으나 지역사회 전반의 건강향상으로 이어지기까지에는 사업의 규모나 범위 측면에서 한계가 있다. 예를 들면 서구의 경우 일부 지역 기반 단체, 자선기관, 종교집단 차원에서 저소득 가정을 위한 프로그램을 통해 건강한 식재료 접근성 개선, 건강한 식품선택 교육 등의 노력을 하고 있으나, 식품의 생산, 유통, 안전성 관리, 가격 정책 등은 도시, 국가와 같이 더 큰 차원에서 종합적인 식품 및 영양 정책으로 다뤄져야 할 문제이다(Landström, 2010). 따라서 사회적 환경을 감안하고 사회적 환경 차원의 변화를 포함한 지역사회 수준의 건강증진사업이 권장되고 있으나 사회적 자본의 개념이 비교적 최근에 보건학에 적용되었기에 아직 그 성과에 대한 연구문헌은 미미한 상황이다. 그리고 사회적 자본을 국가, 지방 등 macro 수준, 근린, 동네, 도시 구역 등 meso 수준, 사회적 연결망과 사회참여 등 micro 수준, 신뢰와 같은 개인의 심리사회적 수

준으로 구분할 때(Landström, 2010), 학자와 연구에 따라 다루고 있는 수준이 다르다는 점을 고려해야 한다.

사회적 자본이 건강에 영향을 미치는 기전에 따른 전략으로는 건강생활실천에 대한 사회적 규범과 태도가 형성·수용·채택되도록 사회의 인식과 공감을 유도하기 위한 사회적 마케팅(social marketing), 옹호·주창(advocacy) 활동, 건강관련 정보와 의제를 확산하고 교류하는 보건교육과 보건의사소통(health communication) 전략 등이 있다. 또한 지역사회에서 자신들의 맥락과 배경에 맞게 사회적 분위기를 형성하고 주도해 갈 수 있는 지역사회 조직 활동 장려, 지역사회 리더십 강화, 비판적 성찰과 지역사회 가치 형성 등 역량강화 전략 등도 해당된다.

자기효능감, 자신감, 통제감을 강화하는 사회심리학적 기제를 활성화하기 위해서는 건강행동이론에 입각한 보건교육과 보건의사소통 전략, 사회적지지의 형성과 제공, 일반인 건강지도자(lay health advisor)의 활용, 건강생활실천 시도를 통해 경험적 동기화가 이루어지고 자기효능감, 통제감 강화가 가능하도록 사회적·물리적 환경과 여건의 제공, 실천기술의 강화 등이 필요하다. 보건의료서비스와 시설 접근성 향상을 위한 사회적 연결망과 사회적지지 강화는 사회심리학적 기제 활성화와 함께 보건의료서비스를 비롯한 건강정책과 제도가 수반되어야 한다. 제도·정책차원의 보완과 조정은 보건과 건강분야에만 한정된 것이 아니라 사회제도에 대한 신뢰, 범죄나 실업 등에 대응하고 지역사회 구성원들을 보호하는 사회적 보호와 안전망, 사회경제적 배제와 박탈에 대한 대안 형성, 사회참여에 대한 기회와 경로 마련에도 해당된다.

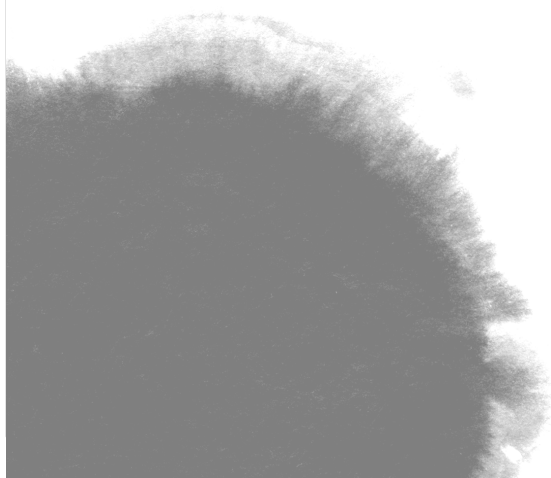
제3절 소결

본 고찰에서 다룬 사회적 영향요인들 - 사회적 건강결정요인, 지역사회 역량, 사회적 자본은 건강행동과 건강생활실천에 원인이자 전략, 그리고 개선되어야 할 결과로서 작용하고, 각각의 요인들끼리 상호 전략적으로 연관된다. 사회적 영향요인들을 개선·발전시키기 위한 전략은 보건의료정책에 한정되지 않고 복지, 가족, 교육, 경제, 건설, 식품, 노동, 환경, 행정 등에 다양하게 관련되므로 부문 간 전략적 연계와 조정이 필수적이다. 건강생활실천 자체가 다면성을 가지고 있고, 사회적 영향요인 또한 개인-집단-사회-제도에 걸쳐 여러 차원과 측면에서 작용하기 때문에 이러한 요인들에 대한 정책적 고려와 접근은 다부문간(multi and intersectoral) 협력을 통해 종합적으로 개발되고 실행 및 모니터링 되어야 할 것이다.

또한 이러한 사회적 영향요인들은 변화와 형성에 시간이 소요된다는 점이 간과되거나 무시되어서는 안 되고, 참여와 거버넌스의 원칙이 존중되어야 한다. 시간과 과정이 소요된다는 특성은 사회적 영향요인의 개선 효과 연구에도 영향을 미친다. 더구나 보건학 분야에서의 평가연구에 적용된 기간이 비교적 짧은 지역사회 역량, 사회적 자본분야의 경우 측정 도구, 연구기법과 설계 측면의 개발과 정립이 요구된다. 지금까지 국내 보건학 분야의 지역사회 역량이나 사회적 자본 관련 연구는 최근 5년간 주로 등장하기 시작했는데, 여러 종류의 지역사회 역량지표와 사회적 자본 측정도구를 이용한 단면연구에서 주관적 건강상태나 일부 건강행태와의 관련성을 조사하거나 외국에서 개발된 측정도구의 한국형 변환작업에 관한 연구가 주류를 이루고 있다. 앞으로 건강생활실천에 영향을 미치는 사회적 영향요인으로서 한국적 맥락을 반영하여 한국 사회의 사회적 영향을 파악하고 대안을 제시할 수 있는 다양한 분야의 체계적이고 종합적인 연구들이 기대된다.

3장

50·60대 성인의 건강신념



제3장 50·60대 성인의 건강신념

제1 절 건강관련 일반적 요인

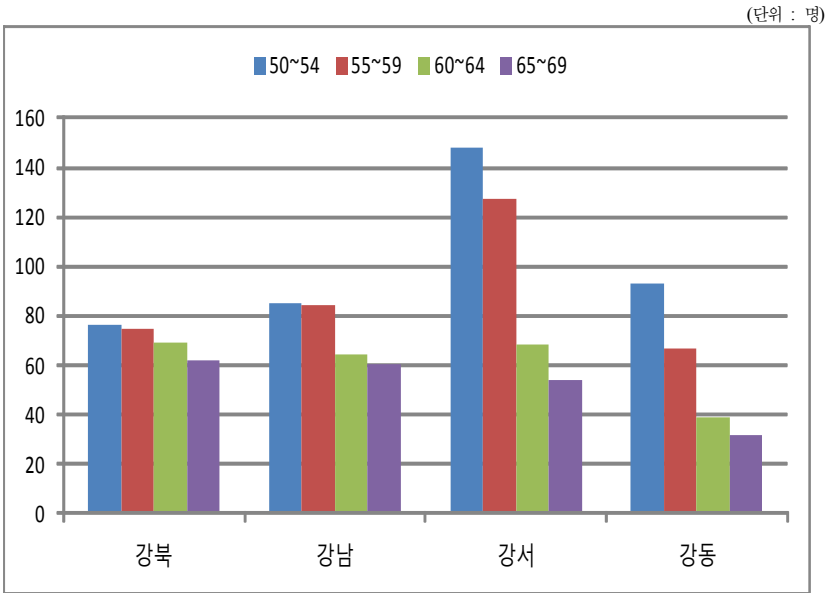
본 조사는 2012년 7월-8월 두달간 실시한 가구단위 면접설문조사였고, 최종적으로 1,203명이 유효한 표본으로 응답하였다. 성별 비율은 남자 29.3%, 여자 70.7%였다. 서울특별시의 50,60대 성인의 성별인구분포는 남자 48.3%, 여자 51.7%인 것을 고려할 때 여자의 응답률이 높았던 것으로 해석된다. 권역별 응답률은 강북권 23.4%, 강남권 24.4%, 강서권 33.0%, 강동권 19.2% 등으로 나타나 강서권의 응답률이 높았다.

〈표 3-1〉 50대 및 60대 조사대상의 연령별 성별 현황

연령	빈도			비율(%)		
	남자	여자	전체	남자	여자	전체
50	19	46	65	29.2	70.8	100.0
51	25	60	85	29.4	70.6	100.0
52	16	72	88	18.2	81.8	100.0
53	15	55	70	21.4	78.6	100.0
54	29	65	94	30.9	69.1	100.0
55	16	64	80	20.0	80.0	100.0
56	19	44	63	30.2	69.8	100.0
57	23	58	81	28.4	71.6	100.0
58	33	41	74	44.6	55.4	100.0
59	24	31	55	43.6	56.4	100.0

연령	빈도			비율(%)		
	남자	여자	전체	남자	여자	전체
60	19	48	67	28.4	71.6	100.0
61	13	29	42	31.0	69.0	100.0
62	13	20	33	39.4	60.6	100.0
63	15	36	51	29.4	70.6	100.0
64	13	34	47	27.7	72.3	100.0
65	15	41	56	26.8	73.2	100.0
66	9	24	33	27.3	72.7	100.0
67	13	32	45	28.9	71.1	100.0
68	13	22	35	37.1	62.9	100.0
69	10	29	39	25.6	74.4	100.0
총계	352	851	1203	29.3	70.7	100.0

〔그림 3-1〕 서울시 권역별 연령대별 조사대상의 분포



〈표 3-2〉 전체 응답자의 성별, 연령별 일반적 특성

(단위: %, 명)

구 분		전체(N)	연령대			
			50~55세	56~60세	61~65세	66~69세
전 체		100.0(1,203)	33.4(402)	29.3(353)	20.0(240)	17.3(208)
성별	남	29.3(352)	25.9	32.6	30.4	28.8
	여	70.7(851)	74.1	67.4	69.6	71.2
거주지 (권역별)	강북권	23.4(282)	18.9	21.2	28.8	29.8
	강남권	24.4(293)	21.1	23.8	26.7	28.8
	강서권	33.0(397)	36.8	36.0	28.3	26.0
	강동권	19.2(231)	23.1	19.0	16.3	15.4
학력	초등졸 이하	18.6(224)	4.7	9.3	32.9	44.7
	중학교 졸업	18.5(222)	11.9	22.7	22.5	19.2
	고등학교 졸업	47.6(573)	64.2	49.6	34.2	27.9
	전문대졸 이상	15.1(182)	18.9	18.1	10.4	8.2
	기 타	0.2(2)	0.2	0.3	-	-
직업	사무직 등 ¹⁾	15.0(181)	18.7	16.1	10.8	11.1
	서비스업	39.3(473)	41.3	40.8	37.9	34.6
	노동직 등 ²⁾	19.6(236)	12.2	16.4	27.5	30.3
	기타	26.0(313)	27.9	26.6	23.8	24.0
고용 상태	전일근무	45.7(549)	48.4	51.0	41.7	36.1
	시간제근무	6.1(73)	7.0	4.2	7.1	6.3
	전업주부	40.0(481)	39.9	39.4	39.2	42.3
	구직중/은퇴/실업	8.2(99)	4.7	5.4	12.1	15.4
결혼 유무	미혼	1.4(17)	0.7	1.7	2.9	0.5
	기혼	82.6(994)	93.0	85.8	72.5	68.8
	별거/이혼/사별	16.0(192)	6.2	12.5	24.6	30.8
종교	불교	19.2(231)	13.4	21.5	25.0	19.7
	기독교	28.5(343)	28.1	27.8	29.2	29.8
	가톨릭	10.6(128)	8.0	10.8	12.5	13.5
	기타	0.4(5)	0.2	0.3	0.4	1.0
	종교없음	41.2(496)	50.2	39.7	32.9	36.1

구 분		전체(N)	연령대			
			50~55세	56~60세	61~65세	66~69세
개인 월소득	100만원 이하	51.4(584)	47.9	46.8	54.7	62.1
	101~200만원	22.4(254)	22.3	20.4	25.4	22.1
	201~300만원	14.7(167)	13.3	18.3	13.4	12.8
	301~400만원	6.4(73)	7.7	7.8	5.2	3.1
	401만원 이상	5.1(58)	8.8	6.6	1.3	-
가구 월소득	100만원 이하	10.8(129)	4.2	6.3	16.7	24.0
	101~200만원	17.6(211)	8.0	13.7	31.3	26.9
	201~300만원	19.7(236)	15.0	22.9	20.0	23.1
	301~400만원	20.4(244)	27.2	22.0	13.3	12.5
	401~500만원	16.6(199)	23.7	19.7	8.8	6.7
	501만원 이상	15.0(180)	21.9	15.4	10.0	6.7
주거유형	자가	68.7(826)	77.4	68.3	61.3	61.1
	세입	30.7(369)	22.6	31.4	37.9	36.5
	무상	0.7(8)	-	0.3	0.8	2.4
출신지역	특별시/광역시- 구, 군	34.5(415)	38.6	36.0	27.9	31.7
	도-시,군	65.0(782)	60.9	63.7	71.7	67.3
	기타	0.5(6)	0.5	0.3	0.4	1.0
BMI ³⁾	저체중	1.6(19)	1.0	0.6	3.3	2.4
	정상	72.7(875)	75.9	77.1	68.3	64.4
	비만	25.7(309)	23.1	22.4	28.3	33.2

주: 1) 사무직 등 : 교위공무원, 관리자, 전문직, 기술직, 사무직

2) 노동직 등 : 농어업, 기능공, 공장 및 기계조작, 육체노동자, 군인, 직업미분류군로자

3) BMI:체질량지수 기준 저체중 18.5 미만, 정상 18.5- 25미만, 비만 25이상 분류

〈표 3-3〉 남자 응답자의 일반적 특성

(단위 : %, 명)

구분		전체(N)	연령대			
			50~55세	56~60세	61~65세	66~69세
성별	남	100.0(352)	29.5(104)	32.7(115)	20.7(73)	17.0(60)
거주지 (권역별)	강북권	24.1(85)	16.3	26.1	31.5	25.0
	강남권	30.7(108)	31.7	24.3	31.5	40.0
	강서권	28.1(99)	36.5	29.6	19.2	21.7
	강동권	17.0(60)	15.4	20.0	17.8	13.3
학력	초등졸 이하	13.9(49)	5.8	6.1	30.1	23.3
	중학교 졸업	17.6(62)	11.5	21.7	15.1	23.3
	고등학교 졸업	47.2(166)	50.0	51.3	42.5	40.0
	전문대졸 이상	21.0(74)	32.7	20.0	12.3	13.3
	기 타	0.3(1)	-	0.9	-	-
직업	사무직 등 ¹⁾	26.7(94)	36.5	23.5	23.3	20.0
	서비스업	36.9(130)	39.4	40.9	28.8	35.0
	노동직 등 ²⁾	31.0(109)	17.3	31.3	42.5	40.0
	기타	5.4(19)	6.7	4.3	5.5	5.0
고용상태	전일근무	74.1(261)	82.7	82.6	64.4	55.0
	시간제근무	5.7(20)	4.8	3.5	6.8	10.0
	전업주부	2.0(7)	2.9	1.7	1.4	1.7
	구직중/은퇴/실업	18.2(64)	9.6	12.2	27.4	33.3
결혼유무	미혼	2.6(9)	2.9	2.6	4.1	-
	기혼	85.8(302)	92.3	85.2	79.5	83.3
	별거/이혼/사별	11.6(41)	4.8	12.2	16.4	16.7
종교	불교	13.1(46)	15.4	11.3	12.3	13.3
	기독교	22.7(80)	22.1	27.0	17.8	21.7
	가톨릭	8.0(28)	2.9	11.3	9.6	8.3
	기타	-	59.6	50.4	60.3	56.7
	종교없음	56.3(198)	59.2	54.2	58.0	51.1

구분		전체(N)	연령대			
			50~55세	56~60세	61~65세	66~69세
개인 월소득	100만원 이하	24.1(84)	18.3	17.9	32.9	35.6
	101~200만원	22.1(77)	15.4	17.9	32.9	28.8
	201~300만원	26.1(91)	19.2	34.8	21.9	27.1
	301~400만원	14.7(51)	21.2	15.2	9.6	8.5
	401만원 이상	12.9(45)	26.0	14.3	2.7	-
가구 월소득	100만원 이하	10.0(35)	7.7	8.8	11.0	15.0
	101~200만원	18.0(63)	8.7	13.3	27.4	31.7
	201~300만원	21.4(75)	15.4	26.5	23.3	20.0
	301~400만원	19.7(69)	24.0	19.5	15.1	18.3
	401~500만원	16.9(59)	21.2	20.4	9.6	11.7
	501만원 이상	14.0(49)	23.1	11.5	13.7	3.3
주거유형	자가	65.9(232)	65.4	67.0	64.4	66.7
	세입	33.5(118)	34.6	32.2	35.6	31.7
	무상	0.6(2)	-	0.9	-	1.7
출신지역	특별시/광역시- 구,군	32.4(114)	35.6	29.6	28.8	36.7
	도-시,군	67.3(237)	64.4	70.4	69.9	63.3
	기타	0.3(1)	-	-	1.4	-
BMI ³⁾	저체중	1.1(4)	-	0.9	4.1	-
	정상	73.0(257)	76.0	70.4	75.3	70.0
	비만	25.9(91)	24.0	28.7	20.5	30.0

주 : 1) 사무직 등 : 교원공무원, 관리자, 전문직, 기술직, 사무직

2) 노동직 등 : 농어업, 기능공, 공장 및 기계조작, 육체노동자, 군인, 직업미분류근로자

3) BMI:체질량지수 기준 저체중 18.5 미만, 정상 18.5- 25미만, 비만 25이상 분류

〈표 3-4〉 여자 응답자의 일반적 특성

(단위 : %, 명)

구분		전체(N)	연령대			
			50~55세	56~60세	61~65세	66~69세
성별	여	100.0(851)	35.0(298)	28.0(238)	19.6(167)	17.4(148)
거주지 (권역별)	강북권	23.1(197)	19.8	18.9	27.5	31.8
	강남권	21.7(185)	17.4	23.5	24.6	24.3
	강서권	35.0(298)	36.9	39.1	32.3	27.7
	강동권	20.1(171)	25.8	18.5	15.6	16.2
학력	초등졸 이하	20.6(175)	4.4	10.9	34.1	53.4
	중학교 졸업	18.8(160)	12.1	23.1	25.7	17.6
	고등학교 졸업	47.8(407)	69.1	48.7	30.5	23.0
	전문대졸 이상	12.7(108)	14.1	17.2	9.6	6.1
	기 타	0.1(1)	0.3	-	-	-
직업	사무직 등 ¹⁾	10.2(87)	12.4	12.6	5.4	7.4
	서비스업	40.3(343)	41.9	40.8	41.9	34.5
	노동직 등 ²⁾	14.9(127)	10.4	9.2	21.0	26.4
	기타	34.5(294)	35.2	37.4	31.7	31.8
고용상태	전일근무	33.9(288)	36.4	35.7	31.7	28.4
	시간제근무	6.2(53)	7.7	4.6	7.2	4.7
	전업주부	55.8(474)	52.9	57.6	55.7	58.8
	구직중/은퇴/실업	4.1(35)	3.0	2.1	5.4	8.1
결혼유무	미혼	0.9(8)	-	1.3	2.4	0.7
	기혼	81.3(692)	93.3	86.1	69.5	62.8
	별거/이혼/사별	17.7(151)	6.7	12.6	28.1	36.5
종교	불교	21.7(185)	12.8	26.5	30.5	22.3
	기독교	30.9(263)	30.2	28.2	34.1	33.1
	가톨릭	11.8(100)	9.7	10.5	13.8	15.5
	기타	0.6(5)	0.3	0.4	0.6	1.4
	종교없음	35.0(298)	47.0	34.5	21.0	27.7

구분		전체(N)	연령대			
			50~55세	56~60세	61~65세	66~69세
개인 월소득	100만원 이하	63.5(500)	59.2	61.5	64.8	73.5
	101~200만원	22.5(177)	25.0	21.7	22.0	19.1
	201~300만원	9.6(76)	11.0	10.0	9.4	6.6
	301~400만원	2.8(22)	2.6	4.1	3.1	0.7
	401만원 이상	1.6(13)	2.2	2.7	0.6	-
가구 월소득	100만원 이하	11.1(94)	3.0	5.1	19.2	27.7
	101~200만원	17.4(148)	7.7	13.9	32.9	25.0
	201~300만원	19.0(161)	14.8	21.1	18.6	24.3
	301~400만원	20.6(175)	28.3	23.2	12.6	10.1
	401~500만원	16.5(140)	24.6	19.4	8.4	4.7
	501만원 이상	15.4(131)	21.5	17.3	8.4	8.1
주거유형	자가	69.8(594)	81.5	68.9	59.9	58.8
	세입	29.5(251)	18.5	31.1	38.9	38.5
	무상	0.7(6)	-	-	1.2	2.7
출신지역	특별시/광역시- 구,군	35.4(301)	39.6	39.1	27.5	29.7
	도-시,군	64.0(545)	59.7	60.5	72.5	68.9
	기타	0.6(5)	0.7	0.4	-	1.4
BMI ³⁾	저체중	1.8(15)	1.3	0.4	3.0	3.4
	정상	72.6(618)	75.8	80.3	65.3	62.2
	비만	25.6(218)	22.8	19.3	31.7	34.5

주 : 1) 사무직 등 : 교원공무원, 관리자, 전문직, 기술직, 사무직

2) 노동직 등 : 농어업, 기능공, 공장 및 기계조작, 육체노동자, 군인, 직업미분류근로자

3) BMI:체질량지수 기준 저체중 18.5 미만, 정상 18.5- 25미만, 비만 25이상 분류

본 조사의 대상은 서울시에 거주하는 시민이었고, 응답자의 출신지역은 특별시 및 광역시보다는 도지역 출신이 많아 65%로 나타났다.

조사대상의 학력은 고졸 47.6%, 고졸이하 37.1%, 전문대졸 이상이 15.1% 등의 순으로 많았다. 66-69세 연령층에서는 초등졸이하가 44.7%로 높게 나타난 반면, 50-55세 연령층에서는 초등졸 이하가 4.6%로 가장 낮았다. 즉 연령대가 낮을수록 전문대졸이상의 비율이 높고, 고등학교 졸업자의 비율도 높은 경향이 뚜렷하게 나타났다. 직업별로는 전체적으로는 서비스업 39.3%, 노동직(농어업, 지공공, 공장 및 기계조작, 육체노동자, 군인 기타근로자) 19.6%, 사무직 15.0% 등이었다. 노동직의 비율이 연령이 높아질수록 높아지는 경향이 있었다. 기타로 구분된 직업은 가정주부 등 직업분류상의 직종에 해당하지 않은 경우인데, 여자 응답자가 많아서 기타비율이 많았던 것으로 추측된다.

결혼상태는 기혼이 82.6%였다. 연령대가 증가할수록 기혼자의 비율이 감소하여 66-69세에서는 기혼자 비율이 68.4%정도로 낮아졌다. 종교는 기독교 28.8%, 불교 13.9%, 가톨릭 7.9% 등이었다. 개인별 월소득은 연령대가 증가할수록 감소하는 경향이 있었다. 가구 월소득도 연령대 증가와 더불어 감소하는 경향을 보였다.

이번 조사에서 키와 몸무게를 자가응답으로 받았는데, 연령대별로 정상체중자의 비율은 감소하는 경향을 보였다. 남자의 경우 보다 여자의 경우에서 정상체중자의 비율 감소폭이 컸다. 남자의 정상체중자 비율은 50대 초반에서 75.0%였고, 60대후반은 71.1%로 나타났다. 여자의 정상체중자 비율은 50대초반에서 78.2%였고, 60대후반에서 59.8%로 감소하였다. 비만으로 나타난 비율도 여자에서 높았다. 60대후반 남자의 비만비율은 28.9 %였는데, 여자의 비만비율은 36.4%로 높았다.

흡연율과 연간 음주율은 각각 16.0% 35.4%였다. 남자의 흡연율은 44.6%, 여자의 흡연율은 4.1%였다. 연령증가와 더불어 남자의 흡연율

은 감소하는 경향을 보였다. 연간음주율도 60대에서는 감소하는 경향을 보였다(표 3-5 참조).

조사 응답자의 건강검진의 수검현황은 <표 3-6>과 같다. 최근3년이내 건강검진을 받은 사람의 분포를 보면 일반건강검진항목인 당뇨병, 고지혈증, 고혈압 등의 검진 수검율이 높은 편이다. 5대암검진의 여성암의 수검율이 높았다. 유방암검진을 83.1%, 자궁경부암검진 79.2%였다.

<표 3-5> 성별연령별 응답자의 흡연음주현황

(단위 : %, 명)

	현재흡연			연간음주율		
	전체	남	여	전체	남	여
전체	16.0(192)	44.6	4.1	35.4(426)	64.5	23.4
50-54	14.7(59)	49.0	2.7	36.3(146)	73.1	23.5
55-59	18.4(65)	47.0	4.6	43.9(155)	69.6	31.5
60-64	17.1(41)	42.5	6.0	30.0 (72)	52.1	20.4
65-69	13.0(27)	35.0	4.1	25.5(53)	55.0	13.5

<표 3-6> 검진종류별 3년이내 수검현황

(단위 : %)

3년 이내	50~54	55~59	60~64	65~69	전체	남자	여자
당뇨	82.6	84.4	89.6	90.4	85.9	86.4	85.7
고지혈	82.8	82.2	87.9	88.9	84.7	82.4	85.7
혈압	95.3	94.3	96.7	98.1	95.8	93.8	96.6
대장암	61.4	63.7	65.8	65.4	63.7	63.4	63.8
위암	79.6	76.2	81.3	76.4	78.4	73.6	80.4
간암	56.2	55.8	59.6	53.4	56.3	59.1	55.1
자궁*	83.2	76.1	79.6	75.7	79.2		79.2
유방*	85.6	81.1	84.4	79.7	83.1		83.1

N=1,203

주: (*) 여자 응답자중 해당비율

본 조사 응답자의 주관적 건강상태는 78.3%가 좋은 편으로 분석되었다. 연령증가와 더불어 건강이 좋지 않다는 응답이 증가하였다. 만성질환이 있다고 응답한 사람은 남자 44.3%, 여자 42.9%였다. 10분이상운동이나 여가활동을 주3일 이상하는 사람은 78.2%, 주5일 이상 하는 사람은 37.3% 등으로 나타났다(표 3-7 참조).

만성질환이 있다고 응답할수록 건강이 안 좋다고 응답하였고 통계적으로 유의하였다. 건강이 안 좋다고 응답할수록 운동실천일수가 많은 것으로 나타났고, 통계적으로도 유의하였다($p<.05$). 만성질환유무와 운동실천은 유의한 관계는 나타나지 않았다.

〈표 3-7〉 주관적 건강과 만성질환여부, 운동실천의 현황

(단위: %, 명)

구분	전체	남	여	연령대			
				50~54세	55~59세	60~64세	65~69세
매우 좋음	7.2(87)	7.1	7.3	9.7	6.8	6.7	3.8
좋은 편	71.1(855)	71.0	71.1	77.1	73.9	64.2	62.5
나쁜 편	17.7(213)	16.2	18.3	9.7	14.4	25.8	29.3
매우 나쁨	1.5(18)	4.0	1.9	1.2	2.8	2.5	4.3

만성질환	전체	남	여	연령대			
				50~54세	55~59세	60~64세	65~69세
있음	43.3(521)	44.3	42.9	28.1	40.5	56.7	62.0

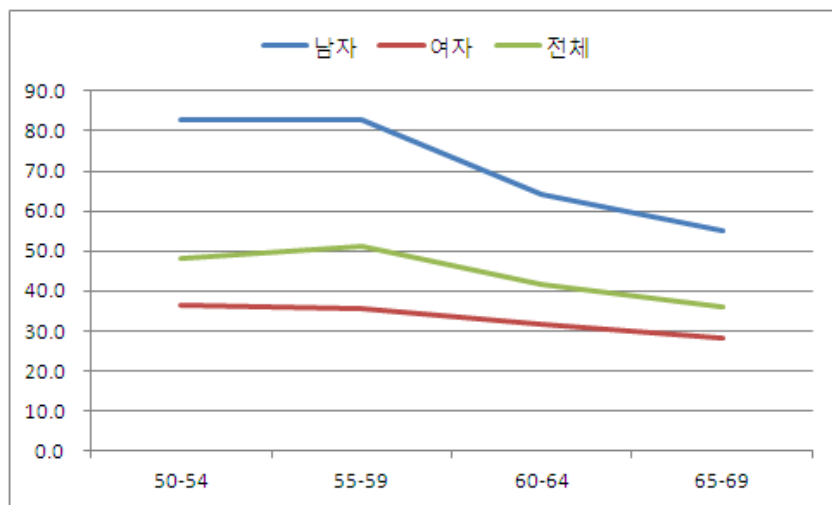
운동	전체	남	여	연령대			
				50~54세	55~59세	60~64세	65~69세
주3일 이상	78.2(678)	75.0	79.7	71.9	76.6	86.4	82.9
주5일 이상	37.3(678)	38.9	36.6	27.7	33.0	48.6	49.6

조사응답자들은 고용상태에서 불안정한 면을 보였다. 50~69세 연령층이 은퇴연령을 포함하고 있기 때문인 것으로 사료된다. 전일제 고용율은 감소하는 반면 시간제 고용은 50대 후반과 60대 초반에는 증가하였다.

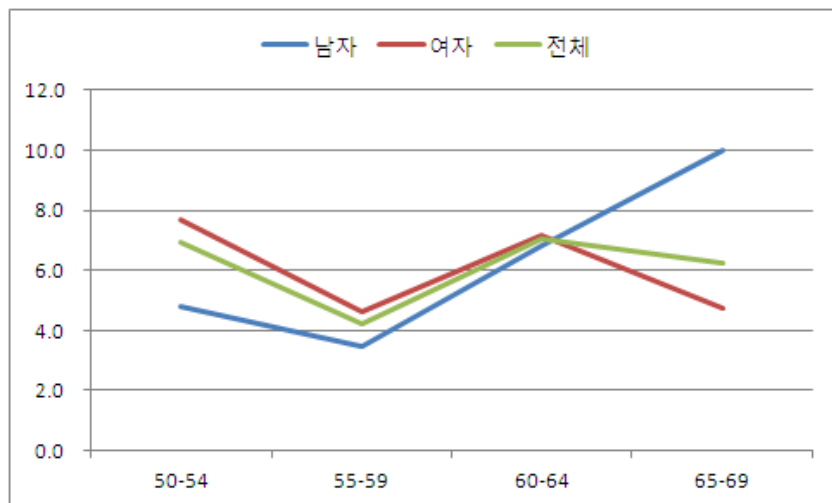
[그림 3-2] 조사대상자의 성별 연령별 고용상태의 변화

(단위 : %)

(전일제 고용)



(시간제 고용)



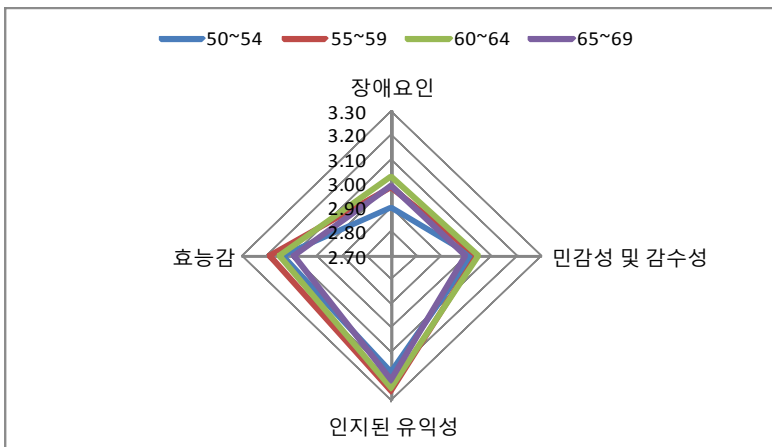
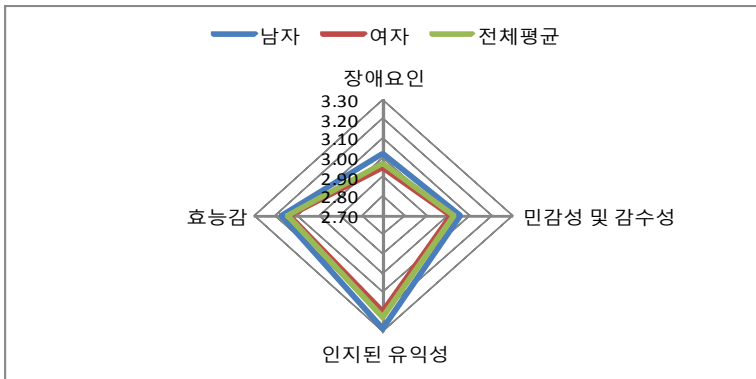
제2절 건강신념과 관련요인

1. 건강신념에 대한 응답현황

본 연구에서 건강신념 항목의 조사에서는 건강검진과 관련된 건강신념을 중심으로 질문하였다. 장애요인의 극복가능성이 가장 낮게 나타났다(그림 3-3 참조).

[그림 3-3] 응답자의 일반적 특성별 건강신념의 정도

(단위 : 4점척도 점수)



연령대별로는 50대초반에서 건강검진받는데 장애요인을 더 많이 인지하는 것으로 나타났다(표 3-8). 질병에 대한 민감성 및 감수성도 낮게 나타났지만 건강검진에 대한 유익성은 높은 것으로 나타났다. 장애요인에 대한 부담을 느끼는 정도는 적게는 17%, 많게는 29%정도로 인식하는 것으로 나타났다.

〈표 3-8〉 건강검진관련 건강신념의 장애요인 요소별 응답현황

(단위 : %, 명)

구분	전체	남	여	연령대			
				50~54	55~59	60~64	65~69
병원 방문시간 내기 어려움	28.2 (339)	25.6	29.3	31.1	30.6	22.7	21.7
병원방문시 일을 대신 해 줄 사람 없음	22.4 (269)	17.6	24.3	24.3	20.3	20.1	24.3
건강검진을 위해 병 원에 데려다 줄 사람 을 찾기 어려움	17.3 (208)	13.6	18.8	18.0	15.9	16.2	19.7
치료비 부담으로 검진받기 어려움	29.4 (354)	29.8	29.3	27.6	30.9	31.9	28.3
검진기관까지 거리가 멀다.	28.6 (344)	26.7	29.4	34.2	24.4	25.3	25.0

주: 매우그렇다, 그렇다 응답비율

〈표 3-9〉 건강검진의 유익성과 자기 효능감에 대한 응답현황

(단위 : %, 명)

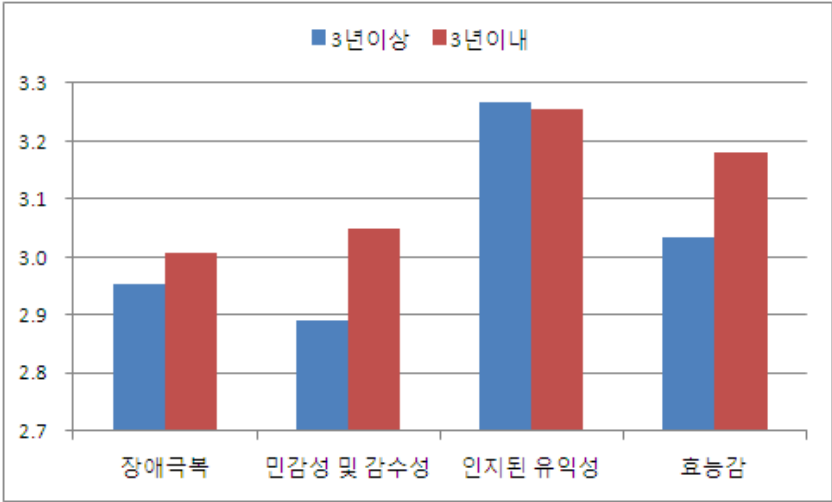
구분	전체	남	여	연령대			
				50~54	55~59	60~64	65~69
자신의 행동에 따라 질병은 예방가능	93.3 (1,123)	94.3	92.9	95.2	92.6	90.4	93.4
자신을 잘 돌봄으로써 건강해짐	93.1 (1,120)	95.2	92.2	92.9	93.8	92.6	92.8
건강검진은 질병조기 발견에 도움이 됨.	93.9 (1,130)	96.3	92.9	93.2	95.6	93.4	93.4
질병조기발견시 치료 가능성이 높음	95.6 (1,150)	98.3	94.5	96.5	94.1	95.6	96.1
건강검진으로 더 건강하게 오래살 수 있음.	90.9 (1,094)	92.6	90.2	91.9	89.7	89.5	92.8
국가암검진을 정기적으로 받으면 암조기 발견에 도움이 됨.	90.8 (1,092)	92.9	89.9	88.4	91.5	93.0	93.4
정기적인 암검진을 받을 수 있음.	90.9 (1,094)	93.2	90.0	90.2	91.8	91.3	90.8
암검진을 받으면 건강 관리에 자신감이 생김.	93.5 (1,125)	95.5	92.7	93.6	92.4	93.9	95.4
정기적으로 암검진을 받으려 노력할 것임.	91.2 (1,097)	90.3	91.5	93.2	91.2	88.2	89.5

주: 매우그렇다, 그렇다 응답비율

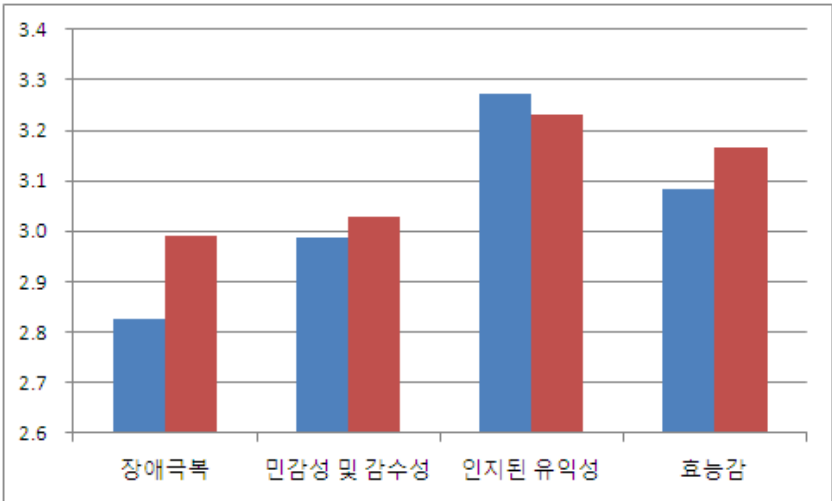
[그림 3-4] 암검진 수검기간별 건강신념요인의 변화

(단위 : 4점척도 점수)

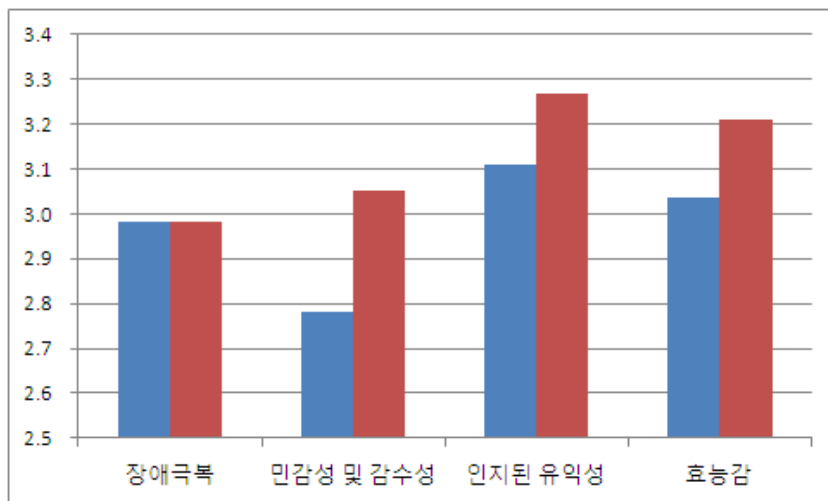
(위 암)



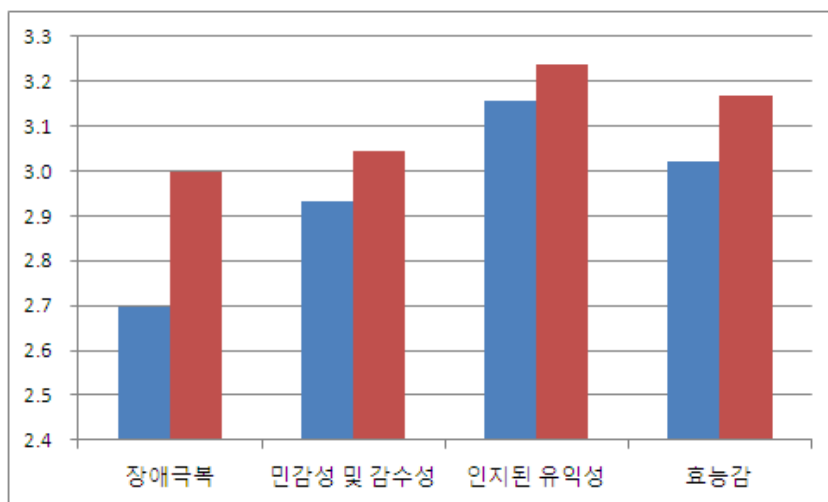
(대장암)



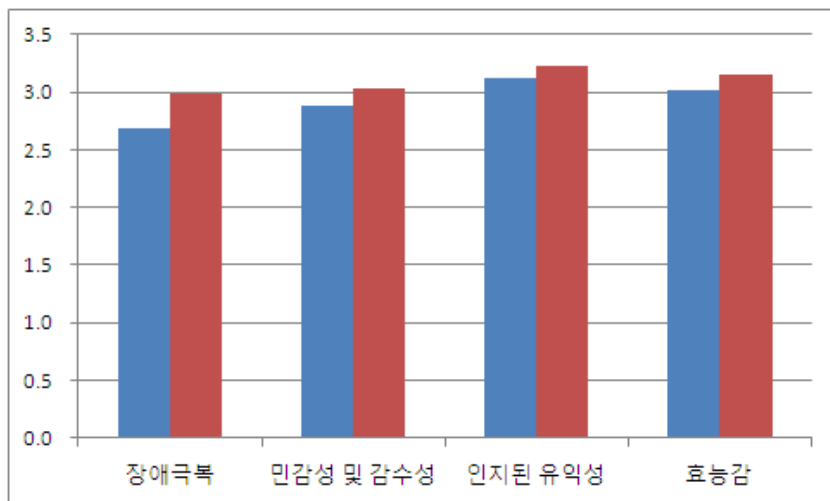
(간 압)



(자궁경부암)



(유방암)

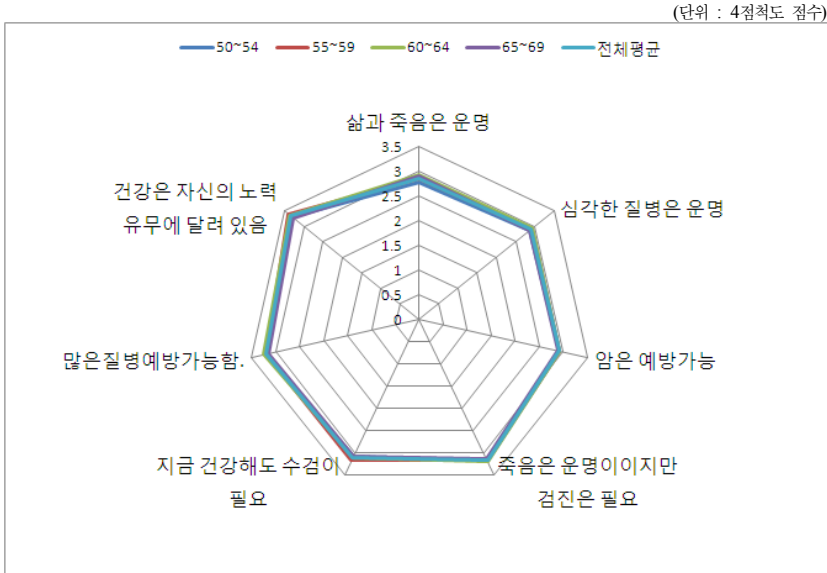


2. 건강신념의 자기효능감과 관련요인의 현황

건강신념의 변수중 자기효능감은 건강증진서비스이용에 직접적으로 많은 영향을 주는 중요한 변수이다. 이 절에서는 자기효능감과 관련된 다른 변수들의 상관관계를 분석하였다. 자기효능감은 주관적 건강수준이 좋을수록 높은 것으로 나타났다. 또한 장애요인의 극복가능성과도 유의한 관계가 있었다(표 3-10). 장애요인의 극복가능성은 운동실천, 주관적 건강 등과 관련성이 유의하게 있었다.

건강신념과 관련된 변수 중 삶과 죽음에 대한 운명론과 관련된 변수만을 선별하여 보면 전체적으로 0에서 4점중 3에 가까운 응답이 많았고, 연령별, 성별 차이는 유의하게 나타나지 않았다. 건강과 질병에 대한 운명론 관련 변수들은 자기 효능감 관련 변수들과 상관관계가 모두 유의한 것으로 분석되었다(그림 3-5).

[그림 3-5] 삶과 죽음에 대한 운명론 연령별 응답현황



주: 점수가 낮을수록 운명론자임.

〈표 3-10〉 건강신념의 자기효능감과 장애요인의 극복간의 상관관계

	1주일 동안 운동빈도	효능감	주관건강수준	장애요인극복
1주일 동안 운동빈도	1			
효능감	0.074	1		
주관건강수준	-0.094*	0.027	1	
장애요인의 극복	0.121**	0.347 **	0.111***	1

주: * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

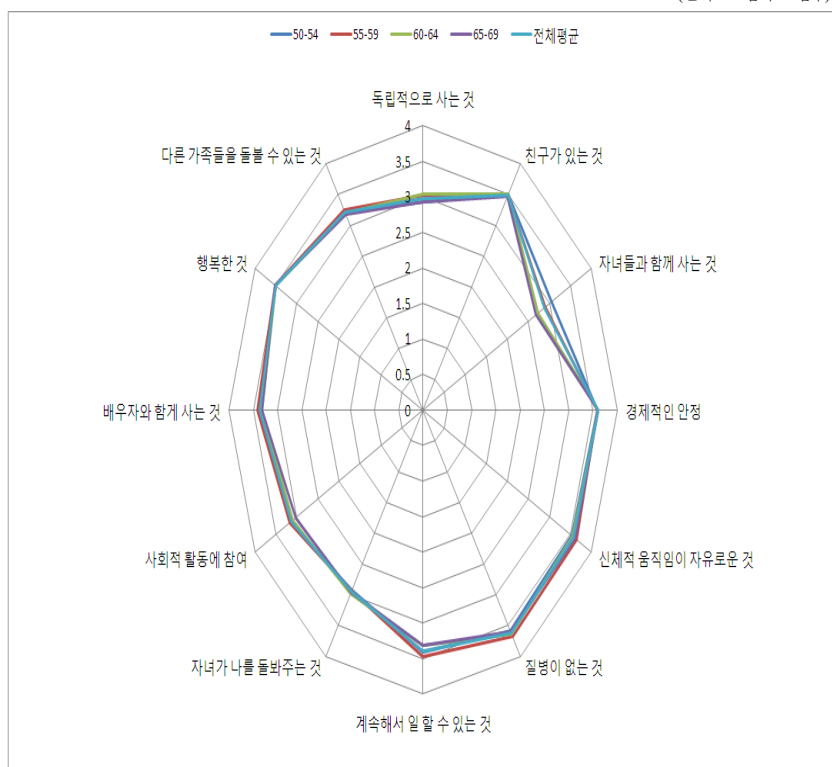
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

성공적 노화, 삶의 만족도 관련요인과 건강신념의 관련성을 분석하였다. 성공적 노화는 총 12가지 문항으로 구성되어 있었다(그림 3-6). 이 변수들중 중요도가 높은 변수는 경제적 안정, 신체적 움직임이 자유로운 것, 질병이 없는 것, 계속 일을 할 수 있는 것, 행복한 상태 등의 변수

였다. 자녀들과 함께 사는 것을 중요하게 생각하는 것은 연령이 낮을수록 높았고, 연령이 높아지면서 중요도는 낮아지는 경향을 보였다. 이 변수들은 자기효능감과도 긍정적인 유의한 관련성을 보였는데, 독립적으로 사는 것에 대한 변수만 유의성이 없는 것으로 나타났다.

[그림 3-6] 성공적 노화에 관한 중요도 현황

(단위 : 4점척도 점수)

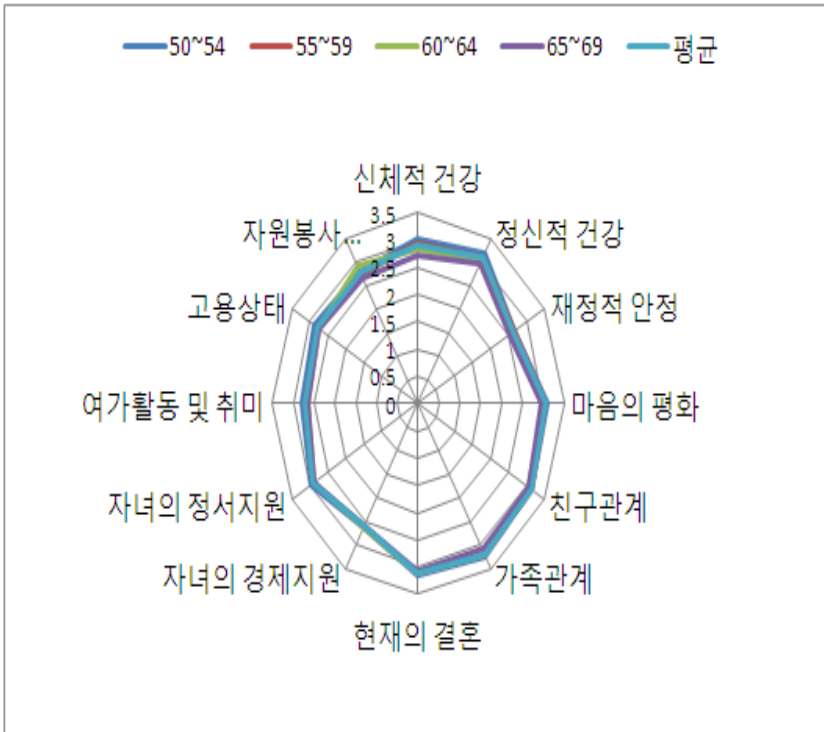


주) 점수분포 : 1 전혀 중요하지 않음 2. 중요하지 않음 3. 중요함 -4 매우 중요함

현재의 삶의 만족도와 관련된 요인으로는 신체적, 정신적 건강, 마음의 평화, 친구관계, 가족관계, 현재의 결혼, 자녀의 정서적 지원 등이 중요한 변수로 나타났다. 여기서 성별, 연령별 차이는 유의하게 나타나지 않았다(그림 3-7).

[그림 3-7] 삶의 만족도 관련요인의 현황

(단위 : 4점척도 점수)



주) 점수분포 : 1 전혀 만족하지 않음 2. 만족하지 않음 3. 만족함 4 매우 만족함

일반적인 건강관련 정보원에 대하여 신뢰하는 매체로는 일반광고, 보건복지부와 같은 정부부처나 공공기관을 꼽았다. 그 외에 자신의 주치의, 친구 등이 중요한 정보원의 역할을 하였다. 연령층이 높을수록 친구, 주치의로부터 듣는 정보를 중요하게 인식하는 것으로 나타났다(표 3-11).

〈표 3-11〉 건강관련 정보원에 대한 신뢰정도

(단위 : %, 명)

구분	전체	남	여	연령대			
				50~54	55~59	60~64	65~69
국내신문	84.5 (1,017)	82.7	85.3	87.8	83.6	84.6	79.8
외국신문	88.1 (1,060)	84.7	89.5	48.5	43.3	41.3	32.2
국내 TV	44.6 (536)	47.4	43.4	89.1	87.5	87.1	88.5
외국뉴스미디어	39.5 (475)	40.1	39.2	54.2	42.5	41.3	33.2
인터넷	44.1 (531)	44.3	44.1	45.8	41.9	32.5	31.3
광고	92.4 (1,111)	92.0	92.5	44.8	44.2	44.2	42.8
보건복지부	93.2 (1,121)	92.3	93.5	91.3	94.1	92.5	91.3
질병관리본부/ 건강보험공단	94.4 (1,136)	93.5	94.8	92.8	93.2	95.4	91.3
나의 주치의	92.9 (1,118)	89.5	94.4	93.3	94.6	95.4	95.2
나의 친구	97.7 (1,175)	96.0	98.4	95.5	92.6	92.1	89.4
나의 가족	42.7 (514)	43.2	42.5	98.3	98.3	97.1	96.2

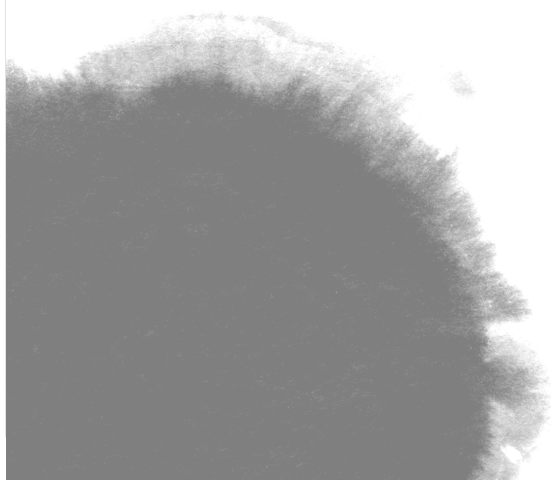
주: 매우 신뢰 & 신뢰로 응답한 비율

제3절 소결

건강신념모델은 다양한 연구분야에서 정책이나 사업에 참여하는 데 장애요인을 분석하는 데 사용되며 예방적인 암검진 사업의 참여에 관련된 개인의 내재적 요인을 분석하는데 가장 많이 사용되고 있다. 이 장에서는 50대와 60대 서울시민의 건강검진과 관련된 건강신념과 관련된 변수를 중심으로 살펴보았다. 건강신념의 요인은 자기효능감, 심리적 효용성, 부정적 역할수행, 기능적 효용성, 질병위협감 등으로 분류되기도 한다. 김영복(2003)의 연구에 의하면 자기효능감은 유방암 수검행위단계에서 유지단계에서 유의하게 높은 것으로 분석된 바 있다. 건강신념의 요소들은 요소들간의 관련성보다는 질병예방을 위한 개인의 행동변화에 영향을 줄 수 있는 신념을 찾아내는 데 더 의미가 있다. 즉 건강신념의 변수들은 각각 독립적이라는 견해가 더 강한 편이다. 중요한 것은 건강행동의 결과와의 관련성이다(Becker, 1974). 본 연구에서는 Factor 분석결과에서는 인지된 위협감과 질병에 대한 운명론, 자기효능감의 요인이 유의한 요인으로 분석되었다. 건강검진에 대한 자기효능감은 성공적 노화와 삶의 만족도 등 다른 인지적 변수와의 관련성도 긍정적으로 유의한 것을 알 수 있었다.

4장

50·60대 성인의 사회적 자본



제4장 50·60대 성인의 사회적 자본

앞서 2장에서 살펴본 바와 같이 건강의 사회적 결정요인은 건강생활 실천에 보다 많은 영향을 줄 수 있다. 만성질환예방을 위하여 행동변화에 영향을 줄 수 있는 대책에 대한 요구도가 높아지고 있는 상황에서 사회적 자본과 관련하여 사회관계와 연결망에 대한 변수를 분석하였다. 사회적 관계망, 타인으로부터의 지원, 자발적 단체참여 등이다. 사회적 관계망은 직업지위를 나타내는 대표 직업에 대해 이는 사람의 여부, 중요한 문제를 의논한 사람에 대한 질문, 타인으로부터 도움이나 지원의 가능정도, 자발적 단체참여 등이다.

제1 절 직업지위 지수의 영향

1. 직업지위지표 관련 특성

본 조사에서 사용된 직업지위지표는 중학교교사, 대기업인사담당자, 컴퓨터프로그래머, 약사, 헤어디자이너, 호텔, 병원, 기업등의 접수담당자, 의사 청소부, 공장기계조작 노동자 등 10개 직종이다. 직업지위지표의 점수부여는 Treiman's Standard International Occupational Prestige Scale(SIOPS)과 Ganzeboom et al.'s International Socio-Economic

Index of Occupational Status(ISEI) 두가지를 사용하였다. 두가지 지표 점수의 기준이 다르며, 두가지 기준 모두 국제적으로 통용되는 기준이기 때문이다. 두가지 지표의 공통된 부분을 보면 의사, 약사, 중학교교사가 가장 높은 점수를 나타내는 것을 알 수 있다.

〈표 4-1〉 직업지위지표의 점수기준

Position	SIOPS ¹⁾	ISEI ²⁾
1. Secondary school teacher	60	70
2. Personnel manager in a large company	60	69
3. Computer programmer	51	71
4. Pharmacist	64	74
5. Hairdresser	32	29
6. Nurse	54	43
7. Receptionist	38	52
8. Medical doctor	78	88
9. Cleaner	21	16
10. Operator in a factory	34	31

주 : 1) Treiman's Standard International Occupational Prestige Scale (SIOPS)

2) Ganzeboom et al.'s International Socio-Economic Index of Occupational Status (ISEI).

본 조사의 응답자들중 711명(59%)만이 10가지 직업 중 한가지 이상의 직업을 가진 사람을 안다고 응답하였다. 즉 41%의 사람들은 한가지 직업도 아는 사람이 없다고 응답하였다. 아는 사람의 직업에 대한 응답이 저조했던 이유는 본 조사의 대상이 50-69세로 제한되어 있었고, 조사결과 여자 응답자(70.7%)가 많았기 때문인 것으로 해석된다.

직업지위지표에 응답한 711명의 응답자의 연령과 학력, 개인 월수입의 정도, 가구월수입의 정도를 직업지위 점수와 비교분석하였다(표 4-2 참조). 직업지위점수가 학력, 개인월수입, 가구월수입과 양의 상관관계가

유의하게 나타났다. 연령과도 양의 상관관계를 보였는데, 이것은 본 조사 응답자의 특성에 따른 부분이 내재되어 있었을 것으로 해석된다. 학력과 개인 및 가구월수입은 연령과 음의 상관관계가 유의한 것으로 나타난 것을 알 수 있다.

〈표 4-2〉 직업지위지표 응답자의 연령, 학력, 월수입의 상관관계

	연령	학력	월수입 (개인)	월수입 (가구)	SIOPS	ISEI
연령	1.000	-0.389*	-0.170**	-0.375**	0.093*	0.108**
학력		1.000	0.287*	0.418*	0.137	0.133*
개인월수입			1.000	0.340*	0.077*	0.100*
가구월수입				1.000	0.040	0.042
SIOPS					1.000	0.949*
ISEI						1.000

주: **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

N=711

〈표 4-3〉 직업지위지표별 응답자의 연령별 관계현황

(단위 : %)

중학교 교사	50-54세	55-59세	60-64세	65-69세	전체
가족	6.8	18.7	25.0	21.9	16.4
친척	48.6	44.0	34.1	50.0	44.4
친구	25.7	22.7	11.4	6.3	19.1
지인	18.9	14.7	29.5	21.9	20.0
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
대기업 인사담당자	50-54세	55-59세	60-64세	65-69세	전체
가족	2.6	10.5	16.7	15.4	9.3
친척	44.7	36.8	55.6	38.5	43.0
친구	31.6	21.1	11.1		20.6
직장동료	2.6			7.7	1.9
지인	18.4	31.6	16.7	38.5	25.2
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

컴퓨터 프로그래머	50-54세	55-59세	60-64세	65-69세	전체
가족	25.0	51.7	46.2	58.3	42.7
친척	25.0	27.6	23.1	25.0	25.6
친구	17.9	3.4			7.3
직장동료		3.4	7.7		2.4
지인	32.1	13.8	23.1	16.7	22.0
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
약사	50-54세	55-59세	60-64세	65-69세	전체
가족	4.2	3.8	3.9	8.8	4.7
친척	37.5	34.6	31.4	20.6	32.8
친구	11.1	7.7	21.6	5.9	11.5
직장동료				2.9	0.4
지인	47.2	53.8	43.1	61.8	50.6
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
헤어디자이너	50-54세	55-59세	60-64세	65-69세	전체
가족	6.5	2.9	3.2	8.0	5.1
친척	16.3	15.9	12.9	20.0	16.1
친구	15.2	10.1	6.5	12.0	12.0
직장동료	1.1				0.5
지인	60.9	71.0	77.4	60.0	66.4
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
간호사	50-54세	55-59세	60-64세	65-69세	전체
가족	23.1	16.4	22.7	31.6	21.6
친척	29.5	49.3	43.2	42.1	39.9
친구	6.4	3.0	4.5		4.3
지인	41.0	31.3	29.5	26.3	34.1
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

호텔·병원등의 접수담당자	50-54세	55-59세	60-64세	65-69세	전체
가족	11.8	12.5	25.0		13.6
친척	58.8	37.5	25.0	66.7	45.5
친구	17.6	18.8	25.0		18.2
직장동료		6.3			2.3
지인	11.8	25.0	25.0	33.3	20.5
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
의사	50-54세	55-59세	60-64세	65-69세	전체
가족	10.5	6.3	15.6	19.4	12.3
친척	44.7	47.9	35.6	38.7	42.0
친구	18.4	8.3	6.7		8.6
지인	26.3	37.5	42.2	41.9	37.0
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
청소부	50-54세	55-59세	60-64세	65-69세	전체
가족		3.0	2.6	4.8	2.4
친척	15.2	6.1	5.1		7.1
친구	12.1	15.2	23.1	23.8	18.3
직장동료	3.0	9.1		4.8	4.0
지인	69.7	66.7	69.2	66.7	68.3
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
공장기계조작 노동자	50-54세	55-59세	60-64세	65-69세	전체
가족	12.1	7.9	12.5	42.9	12.6
친척	24.1	5.3	18.8	28.6	17.6
친구	31.0	31.6	6.3	14.3	26.9
직장동료	1.7	2.6	6.3		2.5
지인	31.0	52.6	56.3	14.3	40.3
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

2. 직업지위지표의 건강행동에 대한 영향력

본 연구의 조사응답자들은 직업지위의 사람들이 건강에 대하여 조언할 경우 이것을 수용할 의사가 있는지 응답하였다. 설문조사에서는 건강검진을 권유할 경우에 대하여 수용의사를 물어보았다. 직업별로 보면 의가와 약사의 조언을 수용할 가능성이 가장 크고, 간호사, 교사, 대기업인 사담당자의 조언을 수용할 가능성이 높게 나타났다.

〈표 4-4〉 직업지위별 건강조언에 대한 연령별 응답현황

(단위 : %)

	연령				Total
	50-54	55-59	60-64	65-69	
중학교 교사-건강조언	74.3	89.3	77.3	84.4	81.3
컴퓨터 프로그래머-건강조언	75.0	72.4	76.9	83.3	75.6
대기업 인사담당자-건강조언	84.2	71.1	83.3	69.2	77.6
약사-건강조언	90.3	88.5	92.2	91.2	90.2
헤어디자이너-건강조언	68.5	66.7	61.3	64.0	66.4
간호사-건강조언	83.3	95.5	84.1	84.2	87.5
호텔 병원등의 접수담당자-건강조언	88.2	75.0	75.0	66.7	79.5
의사-건강조언	92.1	93.8	100.0	96.8	95.7
청소부-건강조언	66.7	78.8	59.0	42.9	63.5
공장기계조작 노동자-건강조언	63.8	52.6	56.3	85.7	60.5

〈표 4-5〉 직업지위지표의 어느 직업수와 건강신념의 관련성

	장애요인 극복	인지된 민감성	인지된 유익성	효능감	주관건강	어느 직업수
장애요인 극복	1.000	0.357**	0.380**	0.347**	0.111**	0.047
인지된 민감성		1.000	0.409**	0.309**	0.095**	0.120**
인지된 유익성			1.000	0.506	0.024	0.141**
효능감				1.000	0.027	0.091**
주관건강					1.000	0.070**
어느 직업 수						1.000

주: ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

〈표 4-6〉 직업지위지표의 어느 직업수와 성공적 노화의 관련성

	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
어느직업수	1.000	
독립적으로 사는 것	0.015	0.603
친구가 있는 것	0.003	0.919
자녀들과 함께 사는 것	-0.001	0.964
경제적인 안정	-0.030	0.291
신체적 움직임이 자유로운 것	0.029	0.323
질병이 없는것	0.075**	0.009
계속해서 일을 할 수 있는 것	0.097**	0.001
자녀가 나를 돌봐주는 것	-0.020	0.489
사회적 활동에 참여	0.083**	0.004
배우자와 함께 사는 것	0.101**	0.000
행복한 것	0.089**	0.002
다른 가족을 돌볼 수 있는 것	0.071**	0.014

주: ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

직업지위지표의 이는 직업수와 성공적 노화에 대한 인식의 변수들과는 유의한 관련성을 보이는 변수들이 있었고, 직업지위의 점수로 환산해서 비교했을 때에도 성공적 노화의 인식과 관련있는 변수들이 있었다(표 4-7).

〈표 4-7〉 직업지위지표의 점수와 성공적 노화의 상관관계

	점수SIOPS	점수SEI
독립적으로 사는 것	0.003	-0.014
친구가 있는 것	0.043	0.023
자녀들과 함께 사는 것	0.017	0.022
경제적인 안정	0.040	0.037
신체적 움직임이 자유로운 것	0.130**	0.100**
질병이 없는것	0.068	0.054
계속해서 일을 할 수 있는 것	0.087**	0.095**
자녀가 나를 돌봐주는 것	0.035	0.026
사회적 활동에 참여	0.083*	0.067
배우자와 함께 사는 것	0.089*	0.100**
행복한 것	0.076*	0.065
다른 가족을 돌볼 수 있는 것	0.036	0.030

주: 현재 본인의 건강상태와는 유의한 상관성이 없었음. N=711
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

직업지위지표의 점수는 건강신념의 변수들과도 유의한 관련성을 보이고 있었다(표 4-8). 장애요인의 극복가능성, 자기효능감 등이 유의한 관련성을 보였다. 현재의 삶의 만족도의 항목들도 현재의 결혼상태, 자원봉사참여정도 등을 제외하면 대부분 유의한 관련성을 보였다(표 4-9).

〈표 4-8〉 직업지위지표의 점수와 건강신념과의 상관관계

	점수SIOPS	점수SEI
병원 방문시간을 내기 어렵다	0.094*	0.112**
병원 방문 시 대체자를 찾기 어렵다	0.091*	0.091*
병원 방문 시 데려다줄 사람을 찾기 어렵다	0.038	0.042
죽음은 미리 정해져 있다	0.094*	0.093*
심각한 병은 운명으로 정해져 있다	0.072	0.076*
암에 걸릴 운명이라면 걸릴 것이다	0.028	0.040
병이나 사고로 죽게 마련이니 건강검진은 필요 없다	0.031	0.052
건강검진을 통해 굳이 문제를 찾을 필요 없다	0.097*	0.084*
많은 병들은 예방이 가능하다	-0.058	-0.049
내 건강은 자신을 얼마나 잘 돌보느냐에 달려있다	-0.054	-0.069
내 나이에 예방적 건강검진은 필요없다	0.100**	0.098**
건강검진은 질병조기발견에 도움이 된다	-0.077*	-0.058
질병 조기 발견 시 치료가능성이 높아진다	-0.088*	-0.069
건강검진은 건강하고 활동적인 삶에 도움을 준다	-0.065	-0.034
경제적 여유가 없기 때문에 건강검진이 무의미하다	0.034	0.033
건강검진결과를 신뢰하지 않는다	0.109*	0.086*
정기국가암검진을 통해 암을 조기에 발견할 수 있다	-0.040	-0.024
의료기관까지 거리가 멀어 불편하다	0.160**	0.139**
의료기관을 이용하는 것은 어렵지 않다	-0.102**	-0.098**
내 의지에 따라 암검진을 받을 수 있다	-0.123**	-0.120**
자기 건강관리에 더 자신감이 생길 것이다	-0.113**	-0.116**
정기적인 암검진을 받도록 노력할 것이다	-0.150**	-0.136**

주: 항목별 응답은 점수가 높을수록 “그렇지 않다”임. N=711

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

〈표 4-9〉 직업지위지표의 점수와 삶의 만족도의 상관관계

	점수SIOPS	점수SEI
현재 신체적 건강	0.099**	0.096*
현재 정신적 건강	0.177**	0.177**
재정적 안정	0.207**	0.194**
신체적 움직임 자유로움	0.142**	0.153**
마음의 평화	0.109**	0.102**
친구관계	0.108**	0.084*
가족관계	0.109**	0.101**
현재의 결혼	-0.031	-0.030
자녀로부터 경제적 지원	0.148**	0.129
자녀로부터 정서적 지원	0.083*	0.083*
여가활동 및 취미	0.098**	0.094*
고용상태	0.149**	0.165**
자원봉사 참여정도	0.058	0.041
전반적 행복과 삶에 대한 만족도	0.177**	0.157**

주: ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

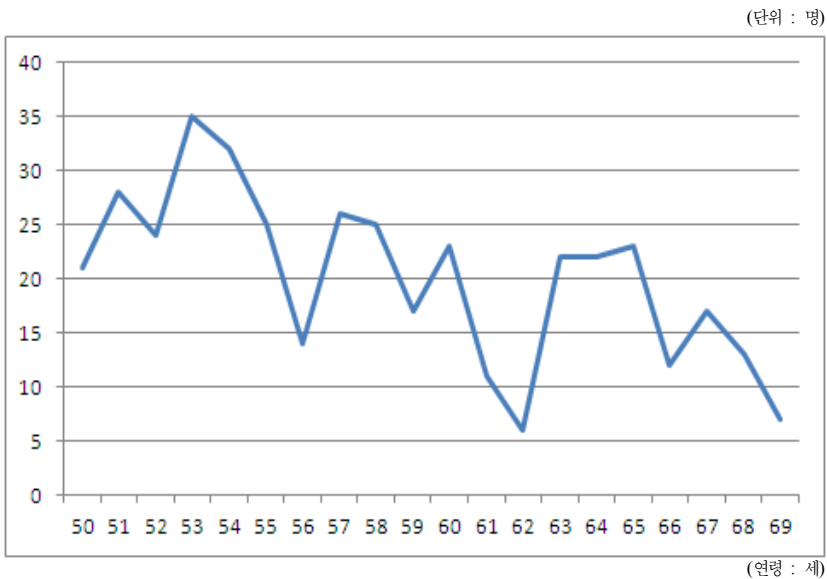
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

N=711

제2절 사회적 관계망과 사회적 지원

본 조사에서 응답자들이 생각하는 우리 사회의 타인에 대한 신뢰도는 연령증가와 더불어 감소하는 경향이 있는 것으로 나타났다.

[그림 4-1] 연령별 타인의 신뢰도 응답자수



대상자들이 지난 6개월 동안 중요한 문제를 의논했던 사람을 최대 5명까지 말해보라고 했을 때 아무도 없다고 응답한 사람은 14.5%여 Trhm, 연령이 증가할 수록 이 비율도 증가하였다.

자녀가 있는 경우, 지난 1년간 자녀로부터 돌봄을 받아본 경험을 한 사람의 비율은 전체적으로는 14.5%였고, 평균일수는 3.5일이었다. 연령이 높아지면서 돌봄을 받은 날수가 증가하지는 않았고, 여자가 남자보다 더 돌봄을 받을 경험이 많은 것으로 나타났다. 자녀로부터 경제적 지원을 받아본 경험은 24%로 나타났고, 남자보다는 여자가 더 지원받은 경험이 있는 것으로 응답하였다.

〈표 4-10〉 가까운 가족, 친구, 친척의 범위

(단위 : %, 명)

구분		전체	남	여	연령대			
					50~54세	55~59세	60~64세	65~69세
지인수	5명	28.1(338)	25.6	29.1	36.3	29.5	22.1	16.8
	4명	11.1(133)	11.1	11.0	13.4	11.9	10.0	6.3
	3명	14.0(169)	13.4	14.3	13.9	10.5	15.4	18.8
	2명	11.9(143)	13.9	11.0	9.7	11.6	12.9	15.4
	1명	20.4(245)	20.5	20.3	15.7	22.1	24.6	21.6
	0명	14.5(175)	15.6	14.1	10.9	14.4	15.0	21.2

〈표 4-11〉 지난 1년간 자녀로부터 돌봄 및 지원을 받은 경험

(단위 : %, 명)

구분	전체	남	여	연령대			
				50~54세	55~59세	60~64세	65~69세
자녀가 돌봄제공	14.5(170)	13.5	15.0	11.6	13.3	17.4	19.3
돌봄일수	3.15(170)	2.95	3.22	4.1	3.6	2.3	2.4
경제적지원	24.0(280)	21.6	24.9	6.5	21.2	43.0	41.1

주: 자녀가 있는 경우에 한해 응답함.

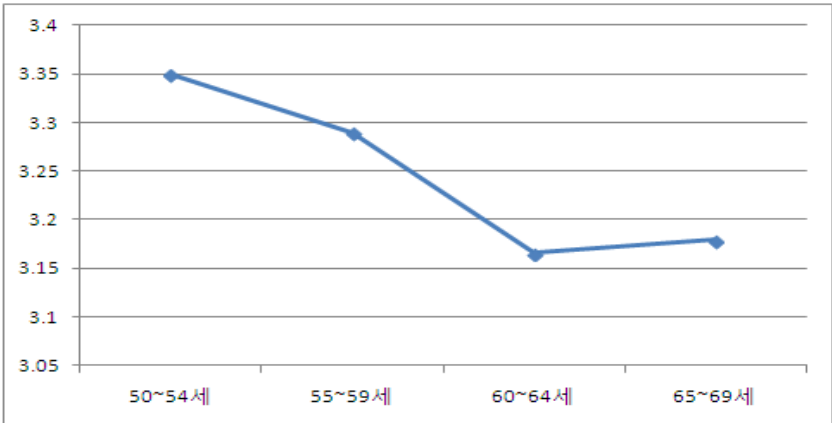
심리정서적 지원의 가능성은 가까운 친구나 가까운 친척이 많을 수록 높은 것으로 나타났고, 이러한 관련성은 통계적으로도 유의하게 나타났다(표 4-12 참조). 심리정서적 지원의 빈도의 정도는 연령대별로 큰 차이는 없었으나 연령이 증가하면서 다소 감소하는 경향을 보였다(그림 4-2). 자발적 단체참여는 활동회원과 비활동회원을 모두 합했을 때 종교 단체참여가 60%정도로 가장 많았고, 스포츠여가단체 가입이 20%정도로 그 다음으로 많았다. 그 외의 단체참여는 5% 내외를 나타내었다.

〈표 4-12〉 가까운 친구나 친척 수에 따른 심리정서적 지원의 가능성

	가까운 친구나 친척 수
가까운 친구나 친척 수	1.000
지원여부-아파 누워있을 때 도와줄 사람	0.081**
지원여부-사랑과 애정을 줄 사람	0.091**
지원여부-함께 있으면 즐거운 사람	0.111**
지원여부-비밀을 털어놓을 수 있는 사람	0.091**
지원여부-나를 안아주는 사람	0.112**
지원여부-마음이 편한 사람	0.130**
지원여부-식사준비를 대신 해주는 사람	0.086**
지원여부-아플 때 집안일을 도와주는 사람	0.110**
지원여부-고민이나 두려움을 나눌수 있는 사람	0.090**
지원여부-조언이 필요할 때 의지하는 사람	0.083**
지원여부-즐거운 일을 함께 하는 사람	0.139**
지원여부-내가 사랑하고 나를 필요로 한다고 느껴지는 사람	0.110**

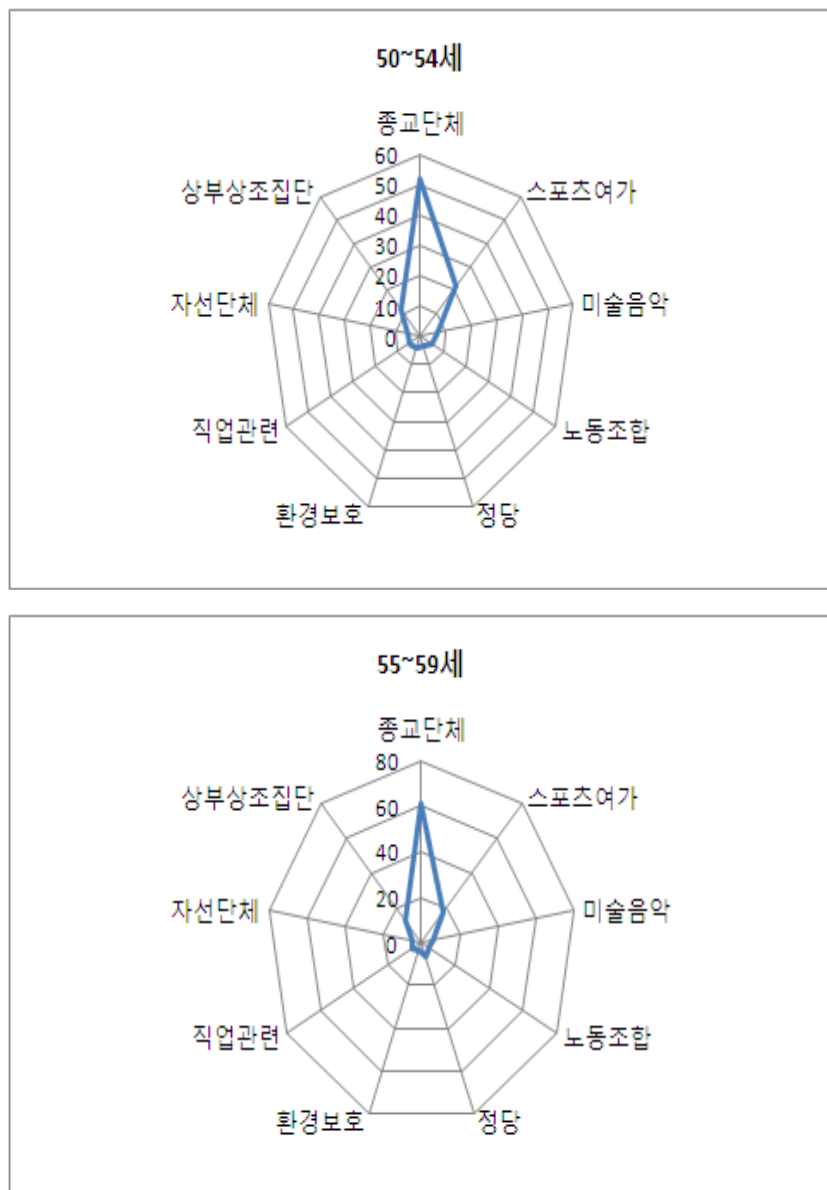
주: ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

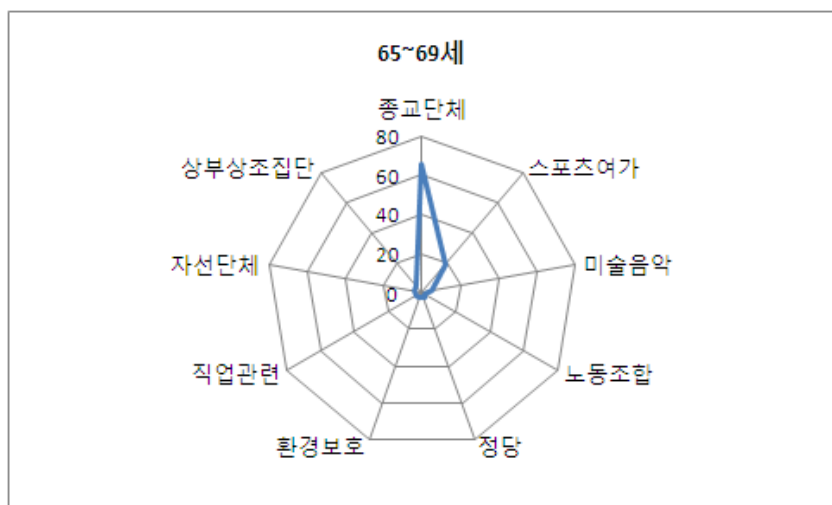
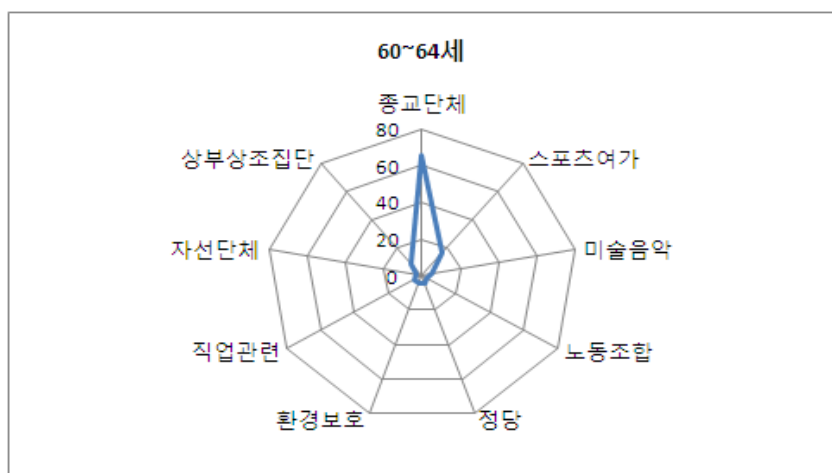
〔그림 4-2〕 연령별 심리정서적 지원 받은 경험의 정도



주: 척도 내용 :1) 전혀 없다. 2) 가끔 있다. 3) 종종 있다. 4) 자주있다. 5) 항상있다.

[그림 4-3] 연령별 자발적 단체참여자의 비율





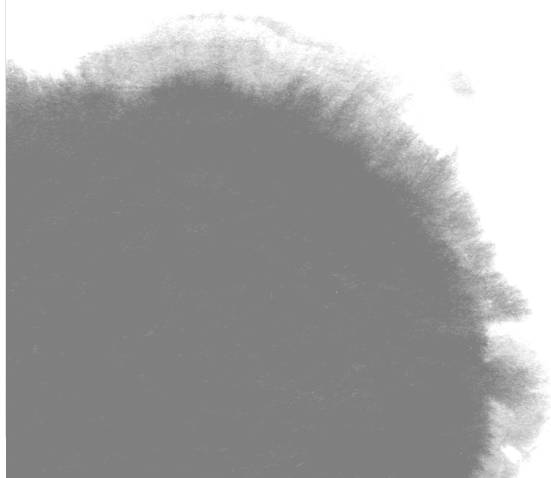
제3절 소결

본 장에서는 사회적 자본의 동향과 건강신념 및 관련 변수들의 상관성을 중심으로 분석하였다. 건강행동을 실천하는 데 중요한 것은 장애요인의 극복가능성, 자기효능감 등이다. 이러한 변수들은 사회적 자본과 관련이 있는 것으로 나타났다. 사회적 관계와 그 관계의 질적인 면이 건강생활실천에 중요한 견인차가 될 수 있다는 것을 확인할 수 있었다. 이번 연구에서 사회적 자본에 포함시킨 변수는 사회적 관계망과 관련하여 직업지위지표, 가까운 사람의 수, 사회적 지원의 정도 등이고, 자발적 단체참여 등이 포함되었다. 직업지위지표는 국제적으로 사용되는 지표를 사용했기 때문에 국내의 다양한 직업지위를 대표할 수는 없었다. 그러나 전반적으로 직업지위지표의 점수가 높은 사람의 건강조언 영향력은 큰 것을 알 수 있었다.

본 조사대상의 연령대별로 볼 때, 사회적으로 타인에 대한 신뢰도가 낮아지는 경향을 볼 수 있었고, 가까운 사람의 수가 적어지는 경향을 보였다. 한편 자녀들로부터 지원을 받은 경험은 연령과 더불어 증가하는 것을 알 수 있었다. 연령증가와 더불어 사회적 지원의 요구도는 높아지는 반면 비공식적인 사회적 지원의 가능성을 더 적어진다고 평가할 수 있다. 자발적 단체참여의 경우도 그 참여의 폭이 연령증가와 더불어 좁아지는 것을 확인할 수 있었다.

5장

결론 및 정책제언



제5장 결론 및 정책제언

제1절 결론

본 연구는 국민건강증진을 지원하기 위한 정책과 사업이 보다 효과적이고 효율적이 되도록 하기 위해 사회적 자본의 활용 및 연계가능성을 점검하는 데 초점을 두었다. 따라서 건강증진서비스를 이용하는 소비자 측면에서 건강행동의 결정에 영향을 주는 사회적 요인을 연구하여 건강증진서비스의 정책개선에 활용할 수 있도록 하는데 주된 목적이 있었다.

사회적 자본의 현황과악을 위해 사회적 관계망과 관계의 질을 조사하는 데 중점을 두었고, 비공식적인 사회적 지원의 정도를 조사하였다. 직업지위지표를 이용하여 사회적 관계의 정도를 분석하여 보았다. 또한 사회적 관계의 질적인 측면에서 비공식적인 돌봄과 지원을 받는 정도를 분석하였다. 건강행동을 지속가능하게 하기 위한 개인의 주관적 인식을 측정하는 건강신념을 핵심변수로 하여 그 관련성을 점검하였다. 본 연구의 결과에서는 사회적 자본의 요소들이 건강신념의 요소를 지원하는 관련성이 있다는 것을 확인할 수 있었다.

사회적 자본은 개인의 건강과 사회적 정치적 경제적 활동의 참여에 모두 영향을 주는 요인이다. 사회적 참여를 증진하는 측면에서 사회적 자본을 인위적으로 생산하지 못한다 하더라도 기존의 사회적 자본을 활성화 및 연계시키는데 정책이 지원할 수 있는 여지가 많다. 사회적 자본

의 특성을 고려하여 지역주민의 역량강화와 지역사회 건강증진참여를 지원한다면 보다 효율적이고 효과적인 건강증진정책의 성과를 얻을 수 있을 것으로 전망된다(보건복지부, 2012).

본 연구에서 포함한 사회적 자본의 요소는 지역사회 차원에서 개인의 관계망을 활용하는 데 도움을 줄 수 있다. 최근의 국가 건강증진사업의 동향을 지역사회역량강화에 초점을 맞추고 있고, 지역의 건강증진도우미 등의 자원을 개발하려고 하고 있다. 이러한 측면에서 볼 때 지역주민의 사회적 관계를 활용하고, 또 지원함으로써 지역자원이 보다 효율적으로 활용되고, 개발될 수 있을 것이다. 지역사회의 다양한 사회관계가 건강증진과 관련하여 지원하는 방법도 다양해질 것으로 전망된다.

본 연구의 조사대상자인 50대와 60대는 장년기와 노년기의 세대를 같이 포함하고 있었다. 따라서 고용상태, 직업상태 등은 불안정한 상태임을 알 수 있었다. 일종의 이전단계에 있는 사람들이 많았기 때문이다. 경제적 안정상태를 측정하는 항목인 국민연금의 가입상태등 소득보장의 상태에 대한 항목을 포함시키지 않은 것은 본 연구의 제한점으로 남아 있다.

사회적 건강결정요인, 지역사회 역량, 사회적 자본은 건강행동과 건강생활실천에 영향을 주기도 하고 원인이 되기도 한다. 또한 건강행동의 결과로 나타나기도 하고, 각각의 요인들끼리 상호 전략적으로 연관된다. 사회적 영향요인들을 개선·발전시키기 위한 전략은 보건의료정책에 한정되지 않고 복지, 가족, 교육, 경제, 건설, 식품, 노동, 환경, 행정 등에 다양하게 관련되므로 부문 간 전략적 연계와 조정이 필수적이다. 건강생활실천 자체가 다면성을 가지고 있고, 사회적 영향요인 또한 개인-집단-사회-제도에 걸쳐 여러 차원과 측면에서 작용하기 때문에 이러한 요인들에 대한 정책적 고려와 접근은 다부문간, 수직적, 수평적 협력을 통해 종합적으로 개발되고 실행 및 모니터링 되어야 할 것이다.

사회적 자본을 건강증진적 차원에서 지속적으로 모니터링하고 그 질적인 측면을 점검함으로써 자살, 정신적 문제, 알코올중독 등 현재 사회적으로 부각되는 문제들을 해결하기 위한 대안개발에 기여할 것으로 전망된다. 사회적 관계망의 특성을 이해하고 지원함으로써 기존의 정신사회적 문제를 보다 사전예방적 측면에서 접근할 수 있을 것이다.

장년층과 노년층을 대상으로 한 지역사회의 건강증진역량개발을 위해서는 사회적 관계의 다이내믹한 역할을 항상 고려해야 한다. 사회적으로 소외되거나 고립되는 사람이 많은 지역사회에서는 특히 사회적 자본을 개발하고 연계하기 위한 지원을 해야 한다. 정책이나 사업을 통해 사회 관계를 새롭게 구성하는 것을 지원할 수도 있다.

끝으로 사회적 자본의 건강증진역할을 개발하기 위해 지속적인 근거 기반연구가 필요하다. 본 연구는 단면적인 조사연구였지만 사회관계망의 지속성과 역할을 보다 종단적인 차원에서 연구할 필요가 있다.

제2절 정책제언

본 연구에서는 사회적 자본과 관련된 제한된 조사를 기반으로 한 결론을 도출하였다. 국민건강증진을 지원하기 위해서는 보다 다양한 사회적 건강결정요인과 관련된 변수를 점검하고, 사회환경적 지원을 위한 정책개발에 반영할 필요가 있다. 정책개발을 위한 제언은 다음과 같다.

- 건강검진에 대한 접근성을 제고하기 위해서는 건강검진 서비스에 대한 물리적 접근성을 높이는 것도 과제이지만, 건강검진의 결과로 발생하는 치료비부담, 후속적인 관리에 대한 사회적 지원 등이 보다 안정적으로 보장되어야 할 것이다.

- 지속적인 건강관리를 위해 건강검진서비스를 받음으로써 얻어지는 결과에 대한 유익성이 중요한 역할을 하기 때문에 개인이 인지하는 유익성을 높이기 위한 정책적 방안마련이 필요하다. 건강검진을 받음으로써 질병의 조기치료와 효과적인 건강관리에 필요한 사회적 지원방안의 마련이 필요하다.
- 개인의 주관적 건강은 건강생활실천과 밀접한 관련이 있고 사회적 관계망과도 밀접한 관련이 있었다. 개인의 건강생활실천을 지원하기 위해서 사회의 개개인이 중요한 역할을 할 수 있기 때문에 다양한 집단과 집단에 속한 개인을 건강도우미로 육성할 필요가 있다. 특히 사회적으로 직업지위지표로 대표대는 집단의 사람들이 중요한 건강증진추진체가 될 수 있도록 지원하는 방안도 고려해야 한다.
- 사회적 관계망중에서 비공식적인 지원의 기능은 앞으로도 건강증진분야에 많은 역할을 할 수 있을 것으로 전망된다. 왜냐하면 아직까지는 건강증진분야의 공식적인 서비스가 보건소 등 매우 제한적 자원에 의존하기 때문이다. 민간자원을 활용해야 하는 상황에 있으나, 민간산업의 연계는 보다 많은 비용을 부담해야 하는 결과를 가져올 수 있다. 사회적 지원의 역할을 하는 자발적 단체와 집단에 대한 지원은 보다 적은 비용으로 많은 효과를 가져올 가능성이 크다.
- 고령화사회에서 독거노인이 증가하는 시점에서 사회적 고립이나 소외는 앞으로 더 큰 과제로 이슈가 될 전망이다. 이러한 상황에서 비공식적인 사회적 지원의 유형을 지속적으로 모니터링하고 지원방안을 개발해야 한다. 또한 사회적으로 소외되는 계층을 위해서 새로운 관계망을 개발하고 지원할 수 있는 시스템이 마련되어야 한다.

사회적 자본을 건강증진정책분야에서 보다 효율적, 효과적으로 활용하기 위해서는 향후 추가적인 연구가 필요하며, 주요 내용은 다음과 같다.

○ 사회적 응집력과 사회참여에 대한 경험적인 연구필요

- 투표하는 행위와 같은 사회참여의 행동은 사회적 관계망을 확장하는 기회가 될 수 있다. 사회적 정치적 활동과 관련된 관계망을 강화하는 요인과 저해하는 요인들에 대한 추가적인 연구가 필요하다.
- 사회적 응집력은 심리정서적 지원 가능성과 건강증진의 역량강화 면에서 중요한 변수이며, 사회적 자본과도 관련된 요인이다.
- 사회적 신뢰는 본 연구에서는 제한적으로 다루었지만 중앙정부에서 나오는 정보에 대해서는 신뢰도가 높은 것을 알 수 있었다. 이 외에 사회적 정신적 건강을 지원하는 측면에서도 사회적 신뢰에 대하여 보다 심도 있는 조사연구가 필요하다.

○ 사회적 자본과 관련된 정책과 사업의 지원방향에 관한 연구필요

- 사회적 관계망은 비공식적인 돌봄과 지원의 기능을 하는 것은 잘 알려져 있다. 지역주민의 자발적 참여를 기반으로 하는 건강증진정책과 사업의 성과를 극대화하기 위해서는 건강증진과 관련된 비공식적인 지원에 대하여 보다 구체화된 조사와 연구가 필요하다. 사회적 관계망은 자녀돌봄, 건강관리, 다문화언어의 문제, 심리정서적 문제의 지원, 기타 의식주생활의 문제 등에 대한 다양한 요구도와 건강증진 지원의 필요성을 찾게 해줄 것이다.
- 사회적 관계망을 통해 비공식적인 정보공유와 활용을 하는 현황을 지속적으로 모니터링함으로써 건강증진과 관련된 새로운 업무, 과제, 일자리 등의 창출이 가능해질 것이다.

- 심리정서적 지원방안과 관련하여 비공식적인 지원의 형태에 대하여 다각적인 연구를 함으로써 공식적인 지원서비스를 보다 효율적이고 효과적으로 할 수 있게 될 것이다.
- 행동변화를 강화할 수 있는 중요한 타인에 대한 지속적 연구를 통하여 건강증진정책을 추진하는 데 advocate과 key player를 확장하도록 해야 한다.

참고문헌

- 강은정·서미경·정영호·김동진(2007). 국민건강증진정책 중장기 전략수립을 위한 연구. 한국보건사회연구원, 건강증진사업지원단
- 국민건강증진법(제6조 국민건강생활의 지원 등, 제14조 보건교육의 개발 등)
- 김영복 등(2003). 국가 암조기검진사업의 활성화를 위한 대상중심형 암검진교육프로그램 개발. 서남대학교 건강증진기금사업지원단
- 박성희 등(2010). 건강증진 연구성과 평가체계 구축 및 지침개발 연구. 한중대학교 건강증진사업지원단
- 보건복지부(2012). 건강생활실천사업안내
- 유승현·김혜경(2010). 대사증후군 상태개선을 위한 생활습관 중재프로그램의 프로그램이론 평가. 보건교육건강증진학회지, 27(4), pp.165-175
- 유정이(2006). 노인의 연령에 따른 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인: 일, 건강, 배우자 요인을 중심으로. 복지행정연구, 제22집, pp.241-254. 안양대학교복지행정연구소
- 윤석준 등(2007.) 지역사회 건강증진 서비스 확충을 통한 일자리 창출 기대효과에 관한 연구. 고려대학교, 건강증진사업지원단
- 윤희상(2007). 보건소건강증진 프로그램 이용에 대한 사회생태모형분석. 이화여자대학교 박사학위논문
- 이강숙 등(2010). 보건소 건강생활실천사업 통합모형개발. 가톨릭대학교, 건강증진사업지원단

- 이소정·정경희·오영희·정홍원·박지승·박보미·이금룡(2011). 노후준비 종합진단 프로그램연구개발. 국민연금공단, 한국보건사회연구원
- 이정서(2010). 배우자부양자의 부양부담에 영향을 미치는 요인:성별차이를 중심으로. 한국지역사회생활과학회지, 21(4), pp.469-479.
- 장경섭(2001). 압축성 근대성과 노인문제의 재인식: ‘신세대’로서의 노인. 가족과 문화, 13(1), pp.1-29.
- 장경섭(2006.5.12). 한국인의 가족피로:압축성 근대성과 탈가족화 추세. 대화문화아카데미세미나 발표문
- 정경희·오영희·이윤경·박보미(2011). 베이비부머의 삶의 다양성에 관한 연구. 한국보건사회연구원
- 정영호(2010). 질병비용과 건강친화적 재정정책. 보건복지 Issue & Focus, 제50호, 한국보건사회연구원
- 조병희·정민수·민상희·장사랑(2006). 도봉구 지역사회 역량평가 및 개발. 서울대학교 보건대학원 건강증진연구센터, 서울대학교 보건사업소
- 최은진·장경섭·노정미(2008). 능동적 복지구현을 위한 건강투자전략. 한국보건사회연구원
- Ansari, Z., Carson, N. J., Ackland, M. J., Vaughan, L., & Serraglio, A.(2003). “A public health model of the social determinants of health.” *Social & Preventive Medicine*, 48(4), pp.242-251.
- Bartley, M., Ferrie, J., & Montgomery, S. M.(2006). *Health and labor market disadvantage: unemployment, non-employment, and job insecurity* (pp. 78-96). In M. Marmot & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health*, 2nd Ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press.
- Becker, M.H(1974) *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*, Charles B Slack Inc., Thorofare, NJ, U.S.A.

Bopp, M., GermAnn, K., Bopp, J., Baugh Littlejohns, L., & Smith, N.(2000). *Assessing Community Capacity for Change*. Alberta, Canada: David Thompson Health Region & Four Worlds Centre for Development Learning.

Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R.(2011). "The social determinants of health: Coming of age". *Annual Review of Public Health*, 32, pp.381-398.

Chaskin, R. J.(2001). "Building community capacity: A definitional framework and case studies from a comprehensive community initiative". *Urban Affairs Review*, 36(3), pp.91-323.

Commission on Social Determinants of Health.(2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

Crisp, B. R., Swerissen, H., & Duckett, S. J.(2000). "Four approaches to capacity building in health: consequences for measurement and accountability". *Health Promotion International*, 15(2), pp.99-107.

Crosby, R. A., & Holtgrave, D. R.(2006). "The protective value of social capital against teen pregnancy". *Journal of Adolescent Health*, 38, pp.556-559.

Dahlgren, G., & Whitehead, M.(2007). *Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO - strategy paper for Europe*. Institute for Future Studies.

Retrieved from:

[http://www.gamtidsstudier.se/filebank/files/20080109\\$110739\\$fil\\$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf](http://www.gamtidsstudier.se/filebank/files/20080109$110739$fil$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf)

- Depp C.A. & Jeste D.V.(2006). "Definitions and Predictors of Successful Aging, a comprehensive review of larger quantitative studies". *Amrican Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(1), pp.137-150
- Easterling, D., Gallagher, R., Drisko, J., & Johnson, T.(1998). *Building healthy by promoting community capacity: Summary*. Denver: The Colorado Trust.
- Fukuyama, F.(1995). *Trust : the social virtues and the creation of prosperity*. London: Hamish Hamilton.
- Goodman, R. M., Speers, M. A., McLeroy, K., Fawcett, S., Kegler, M., Parker, E., . . . Wallerstein N.(1998). "Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement". *Health Education and Behavior*, 25(3), pp.258-278.
- Holtgrave, D. R., & Crosby, R. A.(2003). "Is social capital a protective factor against obesity and diabetes? Findings from an exploratory study". *Annals of Epidemiology*, 16, pp.406-408.
- Holtgrave, D. R., & Crosby, R. A.(2003). "Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhea, syphilis, chlamydia and AIDS case rates in the United States". *Sexually Transmitted Infections*, 79, pp.62-64.
- Holtgrave, D. R., & Crosby, R. A.(2004). "Social determinants of tuberculosis case rates in the United States". *American Journal of Preventive Medicine*, 26, pp.159-162.
- Jarvis, M. J., & Wardle, J.(2006). *Social patterning of individual health behaviors: the case of cigarette smoking* (pp.224-237). In M. Marmot & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health*, 2nd Ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press.

- Kawachi, I., & Berkman, L. F.(2000). *Social cohesion, social capital, and health*. In L. F. Berkman & I Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp.174-190). Oxford: Oxford University Press.
- Kawachi, I., Kennedy, B., & Glass, R.(1999). "Social capital and self-rated health: A contextual analysis". *American Journal of Public Health*, 89(8), pp.1187-1193.
- Lalonde, M.(1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Ottawa: Government of Canada.
- Landström, M.(2010). *Social capital and health-related behaviors* (pp.215-238). In I. Kawachi, S. V. Subramanian, & D. Kim, *Social capital and health*. New York: Springer.
- Laverack, G.(2001). "An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment". *Community Development Journal*, 36(2), pp.40-52.
- Liberato, S. C., Brimblecombe, J., Ritchie, J., Ferguson, M., & Coveney, J.(2011). "Measuring capacity building in communities: A review of the literature". *BMC Public Health*, 11: 850. doi: 10.1186/1471-2458-11-850
- Maclellan-Wright, M. F., Anderson, D., Barber, S., Smith, N., Cantin, B., Felix, R., Raine, K.(2007). "The development of measures of community capacity for community-based funding programs in Canada". *Health Promotion International*, 22(4), pp. 299-306.
- Marmot, M.(2006). *Introduction* (pp.1-5). In M. Marmot & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health*, 2nd Ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S.(2008). "Closing the gap in a generation: health equity

- through action on the social determinants of health". *Lancet*, 372, pp.1661-1669.
- McMunn, A., Breeze, E., Goodman, A., Nazroo, J., & Oldfield, Z.(2006). *Social determinants of health in old age* (pp.267-296). In M. Marmot & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health*, 2nd Ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press.
- Pin Ng T.Broekman B.F.P., Niti M. Gwee X, Kua EH(2009) "Determinants of Successful Aging Using a Multidimensional Definition Among Chinese Elderly in Singapore". *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(5), pp 407-416.
- Public Health Agency of Canada.(2002). *The social determinants of health: an overview of the implications for policy and the role of the health sector*. Retrieved from:
http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/01_overview_e.pdf
- Putnam, R. D.(2000). *Bowling alone. The collapse and revival of American community*. New York, London: Simon and Schuster.
- Putnam, R. D.(2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York, NY: Touchstone
- Simons-Morton, B., McLeroy, K. R., Wendel, M. L.(2012). *Behavior theory in health promotion practice and research*. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning,
- Smith, B. N., Baugh Littlejohns, L., & Roy, D.(2003). *Measuring community capacity: State of the field review and recommendations for future research*. Health Policy Research Program Project no. 6795-15-1001/4440001, Final Report. Alberta, Canada: David Thompson Health Region, Red Deer.
- Smith, B. N., Baugh Littlejohns, L., & Thompson, D.(2001). "Shaking

- out the cobwebs: insights into community capacity and its relation to health outcomes". *Community Development Journal*, 36(1), pp.30-41.
- Szreter, S., & Woolcock, M.(2004). "Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health". *International Journal of Epidemiology*, 33, pp.650-667.
- Verity, F.(2007). *Community capacity building - A review of the literature*. Government of South Australia.
- Wadsworth, M., & Butterworth, S.(2006). *Early life* (pp.31-53). In In M. Marmot & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health*, 2nd Ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press.
- Wendel, M. L., Burdine, J. N., McLeroy, K. R., Alaniz, A., Norton, B., & Felix, M. R. J. *Community capacity: Theory and application* (pp.227-302). In R. J. DiClemente, Crosby, R.A., & Kegler, M. C. (Eds.) *Emerging theories in health promotion practice and research*, 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wilkinson, R., & Marmot, M.(2003). *Social determinants of health: the solid facts*, 2nd ed. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization.(1984). *Health promotion: A discussion on the concepts and principles*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization.(1986). *Ottawa charter for health promotion*. Ottawa, Canada.
- World Health Organization.(2012). *Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health*. Retrieved from:
http://www.who.int/sdhconference/background/news/EB_130.R11_resolution/en/index.html

Yoo, S.(2010). *Community-based participatory research for health equity*. (pp. 106-117). In T. Muto, Nam, E. W. & Nakahara, T. (Eds.) *Asian perspectives on health promotion and education*. Japan: Springer.

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 235 한국보건사회연구원
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8157)

Kihasa 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-01	u-Health 현황과 정책과제	송태민
연구 2011-02	보건의료분야 여건변화에 따른 의료기관의 지출 및 수입구조 분석	조재국
연구 2011-03	천서민 건강관리서비스 확충을 위한 건강관리서비스제도 활성화 방안	이상영
연구 2011-04	약제비 지출의 효율화를 위한 고비용 의약품 관리방안	박실비아
연구 2011-05	식품안전 환경변화에 대응하기 위한 국가 아젠다 개발 등 추진전략 수립	정기혜
연구 2011-06	소비자 중심의 유기식품의 관리체계 및 개선방안 -유기농식품 표시제 중심으로-	곽노성
연구 2011-07	저소득층 아동비만 및 저체중 문제의 진단과 대응방안	김혜련
연구 2011-08	치료에서 예방으로의 패러다임전환에 따른 건강증진정책 개선방안에 관한 연구	최은진
연구 2011-09	인구집단별 의료이용의 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인 분석	김동진
연구 2011-10	통일대비 북한 위기상황에 따른 보건복지 대응방안	황나미
연구 2011-11	건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안	신영석
연구 2011-12	노후준비 실패를 반영한 노후소득보장체계 구축방안: 노후소득보장제도와 관련 복지제도간 연관성을 중심으로	윤석명
연구 2011-13	사회보장재정과 재원조달에 관한 연구	최성은
연구 2011-14	보편적 복지와 선별적 복지의 조화적 발전방안에 관한 연구	유근준
연구 2011-15	장애인연금제도 발전방안 연구 -장애·장해·장애인 연금간 효과적인 역할정립 중심으로-	신화연
연구 2011-16-1	선진국의 아동사례관리체계비교연구: 영국, 미국, 뉴질랜드를 중심으로	김미숙
연구 2011-16-2	호주 사회보장체계 연구	여유진
연구 2011-17-1	정부의 복지재정지출 DB구축방안에 관한 연구(5차년도): 복지수요와 사회복지재정에 관한 연구	고경환
연구 2011-17-2	노인복지서비스 공급방식의 변화와 복지경영 -지방정부를 중심으로-	고경환
연구 2011-17-3	2011 사회예산분석	최성은
연구 2011-17-4	2011 보건복지제정의 정책과제	유근준
연구 2011-17-5	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명
연구 2011-17-6	사회복지 재정추계 모형개발 연구	원종욱
연구 2011-17-7	건강친화적 재정정책 구축을 위한 연구	정영호
연구 2011-18	공정사회를 위한 천서민정책 개선방안	이태진
연구 2011-19	한국인의 복지의식에 대한 연구: 사회통합을 위한 정책과제	노대명
연구 2011-20	계층구조 및 사회이동성 연구	여유진
연구 2011-21	한국복지패널 연계 질적패널 구축을 위한 기초연구 -저소득층 양적 & 질적 연계 패널조사-	최현수
연구 2011-22	기초생활보장제도 재정평가 및 재정추계 기본모형 개발연구	김태완
연구 2011-23	공공부조 정책 내용과 집행의 상호조응성 분석-TANF의 배경과 그 집행의 특징-	이현주
연구 2011-24	2011 빈곤연계연보	김문길
연구 2011-25	사회복지제도 운영체계 국제비교 연구: 호주·뉴질랜드·캐나다 영국을 중심으로	강혜규
연구 2011-26	중산층가족의 복지제감도 증진방안 연구	김유경
연구 2011-27	다문화가족아동의 사회적응실태 및 아동복지서비스 지원방안 연구	김미숙
연구 2011-28	지역별 건강수명의 형평성 분석과 정책과제	변용찬

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-29	장애노인 서비스 연계방안 연구	김성희
연구 2011-30	장애인 복지지표를 통해 살펴 본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구	김성희
연구 2011-31	사회적기업의 사회복지서비스 제공 실태 및 운영 구조 연구	강혜규
연구 2011-32	저출산·고령사회에서 외국인 유입의 파급효과 분석	이삼식
연구 2011-33	건강지표 산출을 위한 보건기관통합정보시스템 활용 및 제고방안	정영철
연구 2011-34	보건복지통계의 품질관리 표준화 방안 연구	손창균
연구 2011-35	사회복지 통계생산 효율화방안 연구	도세록
연구 2011-36	한국의 보건복지동향 2011	장영식
연구 2011-37-1	출산율예측모형개발	이삼식
연구 2011-37-2	저출산에 대한 만혼의 영향과 정책과제	김태홍(외부)
연구 2011-37-3	출산관련 행태 변화에 따른 신생아건강 동향과 정책과제	최정수
연구 2011-37-4	소득계층별 출산·양육 행태 분석 및 정책방안	김은정
연구 2011-37-5	보육의 공공성 강화를 위한 정책방안	백선희(외부)
연구 2011-37-6	일가정양립정책과 보육정책간 연계방안 연구	이삼식
연구 2011-37-7	자방자치단체 저출산 대책의 효율적인 운영방안 연구	박종서
연구 2011-37-8	외국의 이민정책 변천과 사회경제적 영향	임정덕(외부)
연구 2011-37-9	베이비 부머의 삶의 다양성에 관한 연구	정경희
연구 2011-37-10	저출산고령화 시대의 노인인력 활용 패러다임 모색: 연금제도와 고령자 경제활동의 관계를 중심으로	이소정
연구 2011-37-11	노인장기요양보험제도의 형평성 평가	이윤경
연구 2011-37-12	노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안	선우 덕
연구 2011-37-13	예방적 관점에서의 효과적인 노인건강관리서비스의 개발 연구 -M시 종적연구기반(I)	오영희
연구 2011-37-14	고령친화 여가산업 활성화 방안	김수봉
연구 2011-37-15	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구	오영희
연구 2011-37-16	저출산대책 관련 국제동향 분석 -스페인·폴란드 판	이삼식
연구 2011-37-17	선진국 고령사회 대응정책 동향	정경희
연구 2011-37-18	저출산고령사회 대응관련 쟁점연구 -저출산고령사회 정책 사각지대 분석-	이소정
연구 2011-37-19	출산행동의 동향분석을 위한 출산관련 조사자료DB구축	신창우
연구 2011-37-20	결혼이주여성의 성공적 정착과 농촌사회 지속가능한 다문화사회 구축방안 연구	김기홍(외부)
연구 2011-37-21	북한인구의 동태적 및 정태적 특징과 사회경제적 합의	정영철(외부)
연구 2011-37-22	저출산 시대 아동의 안전한 사회 환경 조성방안	이미정(외부)
연구 2011-38	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2006-2010년 결과 보고서-	오영호
연구 2011-39-1	건강영향평가의 제도화 방안 연구	이상영
연구 2011-39-2	건강도시산업의 건강영향평가 및 기술지원	김동진
연구 2011-39-3	아태 지역 유럽 지역의 건강영향평가와 정책동향	최은진
연구 2011-39-4	건강영향평가 DB 구축	김동진
연구 2011-40-1	기후변화 관련 건강문제 적응대책에 대한 평가체계 개발	김남순
연구 2011-40-2	기후변화에 따른 식품안전사고 위기대응방안 연구	김정선
연구 2011-41-1	아시아 국가의 사회보장제도	홍석표
연구 2011-41-2	한국 보건의료분야 공적개발원조(ODA)의 효율적 운영방안 연구	홍석표

4 • 간행물위원회 안내 및 발간목록

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-42	취약 위기 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (2차년도)	김승권
연구 2011-43	친사민정책으로서의 사회서비스일자리 확충 전략 I 아동분야 사회서비스를 중심으로	김미숙
연구 2011-44-1	2011년 한국복지패널 기초분석 보고서	남상호
연구 2011-44-2	2011년 한국복지패널 자료를 통해 본 한국의 사회지표	강신욱
연구 2011-45	2009년 한국의료패널 기초분석보고서(Ⅱ)	정영호
연구 2011-46	2011년 인터넷 건강정보 게이트웨이 시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2011-47	2011년 보건복지통계정보시스템구축 및 운영(3년차)	이연희

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-01	주요국의 사회보장제도(12권)	정기혜
연구 2012-02	보건의료분야 시장개방 이슈와 대응방안 연구 -한미FTA중심으로	김대중
연구 2012-03	초·중·등 고등학교 교과서에 수록된 식품(안전) 내용에 관한 분석 및 개선방안 도출	김정선
연구 2012-04	식품안전분야 연구개발사업 효율화 방안에 관한 연구	곽노성
연구 2012-05	근거중심보건의료에 대한 정책분석과 개선방안	김남순
연구 2012-06	약제비 지출의 목표관리를 위한 예산제의 국가별 비교 연구	박설비아
연구 2012-07	제약산업 구조분석과 발전방향	윤강재
연구 2012-08	건강형평성 강화를 위한 의료서비스 전달체계 개선방안	신호성
연구 2012-09	건강증진서비스 전달체계 다원화 방안 연구	이상영
연구 2012-10	다문화가족 여성과 아동의 건강실태 및 건강서비스 지원방안 연구	김혜련
연구 2012-11	농어촌 지역 주민의 건강증진을 위한 지역사회 자원 조직화 방안	김동진
연구 2012-12	정신건강고위험자 관리체계 정립방안에 관한 연구	정진욱
연구 2012-13	식품안전분야 인식조사 개선을 위한 조사시스템 구축방안	정기혜
연구 2012-14	건강보장체계의 New Paradigm 전환에 따른 기반 구축 연구	신영석
연구 2012-15	보험자 내부경쟁을 통한 효율화 방안 연구	김진수
연구 2012-16	국민연금 적정부담 수준에 관한 연구	윤석명
연구 2012-17	건강보험 노인의료비의 효율적 관리방안	신현웅
연구 2012-18	장애인소득보장제도간 급여의 형평성 제고방안 연구	신화연
연구 2012-19	사회정책목표의 실질적 달성을 위한 중장기 복지재정 운용방향	유근춘
연구 2012-20	사회환경에 따른 복지지출 수요와 경제주체별 재정부담능력에 관한 연구	원종욱
연구 2012-21	복지지출 수준에 따른 사회현상과 정책과제	고경환
연구 2012-22	중앙과 지방의 사회복지 재원분담	최성은
연구 2012-23	지방정부의 복지재정과 발전방안에 관한 연구-지방정부의 복지수준과 욕구의 대응성 분석	고경환
연구 2012-24	2012년 사회예산 분석	최성은
연구 2012-25	2012 보건복지재정의 정책과제	유근춘
연구 2012-26	공무원연금 등 직역연금 재정평가와 정책현안 분석: 군인연금과 노르딕 모델을 중심으로	윤석명·신화연
연구 2012-27	OECD 국가의 사회복지지출과 재정건전성 비교연구	원종욱
연구 2012-28	국민기초생활보장제도 개편에 따른 저소득층 소득지원제도 발전방향	강신욱
연구 2012-29	청년층 근로빈곤 실태 및 지원방안 연구	김태환
연구 2012-30	중고령자의 소득 자산 분포와 노후빈곤 가능성 분석	남상호

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-31	현대 노인의 빈곤 실태 및 소득보장 방안 연구	김미곤
연구 2012-32	빈곤에 대한 대안적 접근: 욕구변주를 고려한 다차원성에 대한 분석	이현주
연구 2012-33	빈곤층 라이프스타일 분석 및 복합적 커뮤니티 케어 제공방안 연구	염주희
연구 2012-34	사회정책과 사회통합의 국가비교: 아시아 국가를 중심으로 I (터키)	이현주
연구 2012-35	인구구조변화가 불평등에 미치는 영향에 대한 연구	김문길
연구 2012-36	한국복지패널 연계 질적연구(2차): 빈곤층의 삶과 탈빈곤 노력을 중심으로	김미곤
연구 2012-37	2012년 빈곤통계연보	김문길
연구 2012-38	사회서비스 바우처사업의 정책효과 분석 연구	장혜규
연구 2012-39	아동복지지출실태 및 적정 아동복지지출 규모 추계	김미숙
연구 2012-40	수요자 중심 장애인복지정책 개발을 위한 연구: 2011년 장애인 실태조사 심층분석	김성희
연구 2012-41	다문화가족의 변화와 사회적 대응방안 연구	김유경
연구 2012-42	장애인의 소득보장과 사회서비스 연계동향 및 정책과제-개발, 고용서비스를 중심으로	박수지
연구 2012-43	보건복지부문의 소셜미디어 활용 현황 및 정책과제	정영철
연구 2012-44	한국의 보건복지 동향 2012	장영식
연구 2012-45	의료이용 통계생산 개선에 관한 연구	도세록
연구 2012-46	보건복지분야 통계조사 선진화 방안에 관한 연구	손창균
연구 2012-47-1	미래 성장을 위한 저출산부문의 국가책임 강화 방안	이삼식
연구 2012-47-2	국가 사회 정책으로서 통합적인 저출산 정책 추진 방안	신윤정
연구 2012-47-3	중앙정부와지방정부의저출산정책연계방안	이상림
연구 2012-47-4	여성근로자의 노동조건에 따른 출산수준 차이와 정책방안	김현식
연구 2012-47-5	친가족기업 지표개발과 적용방안: 가족친화인증제도의 성과점검과 향후과제	이철선
연구 2012-47-6	한국사회 결혼규범이 저출산에 미치는 영향 분석: 다출산 가정을 중심으로	염주희
연구 2012-47-7	주거행태와 결혼·출산 간 연관성 분석	이삼식
연구 2012-47-8	임신 및 출산을 위한 난임 사술비 지불보상 현황과 정책방향: 인공수정 대상	황나미
연구 2012-47-9	신생아기 저출생체중아 사망영향요인과 관리방안	최정수
연구 2012-47-10	둘째자녀 출산제약 요인분석과 정책방안	정은희
연구 2012-47-11	저출산 고령화에 따른 유산상속 동기변화 전망과 정책과제	김현식
연구 2012-47-12	고령화·저출산에 따른 지역별 인구분포와 변화요인 분석과 정책과제	(이현창)
연구 2012-47-13	남북한 통합시 인구이동 전망과 대응과제	이상림
연구 2012-47-14	2011년도 노인실태조사 심층분석	정경희
연구 2012-47-15	100세 시대 건강한 노화의 양상과 정책과제 - M시 종적연구(II)	오영희
연구 2012-47-16	노인 장기요양서비스 전달체계의 평가 및 개선방안: 재가서비스를 중심으로	선우덕
연구 2012-47-17	노인장기요양요구필요도측정방식개발	이윤경
연구 2012-47-18	고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(MIPAA) 이행실태 및 평가	정경희
연구 2012-47-19	복지용구사업시장규모추계와활성화방안	김대중
연구 2012-47-20	저출산현상의동태적분석을위한지역사례조사	박종서
연구 2012-47-21	백세시대 대응 고령화 지역 연구	이윤경
연구 2012-47-22	저출산대책 관련 국제동향분석: 미국·영국 편	이삼식
연구 2012-47-23	선진국의 고령사회정책 유럽각국의 활기찬고령화(active ageing)정책을 중심으로	선우덕
연구 2012-47-24	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구(II)	오영희

6 • 간행물위원회 안내 및 발간목록

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-47-25	가족구조 변화와 정책적 함의: 1인가구 증가와 생활실태를 중심으로	정경희
연구 2012-47-26	출산력시계열자료 구축 및 분석	신창우·이삼식
연구 2012-47-27	저출산고령화에 따른 사회복지공적 전달체계 개편 방안: 공적전달체계의 수직적편제와 수평적배열의 재구조화	정홍원
연구 2012-47-28	부모에 대한 경제적 의존과 자녀의 만혼화	(이만우)
연구 2012-47-29	저출산에 대응한 영유아 보육·교육 정책 방안	신윤정
연구 2012-47-30	농업인의 노후준비실태와 정책대안	(최경환)
연구 2012-47-31	저출산 고령화 대응 영세자영업자 생활실태 연구	박종서
연구 2012-48	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 - 2006년 및 2011년 결과 보고서 -	오영호
연구 2012-49-1	중앙정부의 문화정책에 대한 건강영향평가	이상영
연구 2012-49-2	지방자치단체환경보건정책에 대한 건강영향평가	김동진
연구 2012-49-3	아태지역 및 유럽지역의 건강영향평가 동향 및 정책과제	최은진
연구 2012-49-4	건강증진서비스이용에 대한 개인의 사회적 자본의 영향 연구	최은진
연구 2012-50-1	지역사회 기후변화 관련 건강적응대책 발전방안	김남순
연구 2012-50-2	기후변화 대응을 위한 식품접객업소의 위생관리 개선 방안	김정선
연구 2012-51	아시아 국가의 사회정책 비교연구: 빈곤정책	홍석표
연구 2012-52	취약·위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (3차년도)	김승권
연구 2012-53	친서민정책으로서의 사회서비스 일자리확충 전략II: 영유아돌봄 및 초등 방과후서비스를 중심으로	김미숙
연구 2012-54	2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	김승권
연구 2012-55-1	2012년한국복지패널기초분석:한국의복지실태	최현수
연구 2012-55-2	2012년한국복지패널심층분석:인구집단별생활실태와복지욕구동태분석	남상호
연구 2012-56-1	2012년 한국의료패널 기초분석보고서(I)	정영호
연구 2012-56-2	2012년 한국의료패널을 활용한 의료이용 심층연구	김대중
연구 2012-57	2012년 인터넷 건강정보평가시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2012-58	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영(4년차)	이연희
연구 2012-59	의료분쟁조정중재제도 활성화를 위한 정책과제와 대책	이상영
연구 2012-60	북한주민의 생활과 보건복지실태	황나미
연구 2012-61	사회보장 재정추계 방법론 개발을 위한 기초연구	원종욱
연구 2012-62	미래 보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구	신영석
연구 2012-63	보건의료 분야 법령 현황과 주요 과제	윤강재
연구 2012-64	우리나라의 자살급증 원인과 자살예방을 위한 정책과제	이상영
연구 2012-65	복지정책의 지속가능성을 위한 조세·재정정책 정립 방향 - 스웨덴, 프랑스, 영국을 중심으로 -	고경환
연구 2012-66	OECD 보건통계로 본 한국의 보건의료 위상과 성과 및 함의	김혜련
연구 2012-67	보건복지 지표·지수 연구	남상호
연구 2012-68	2012년 지역복지개발평가센터 운영보고서	김승권
협동 2012-1	2012년 사회보건분야 기후변화 취약성 평가 및 적응역량 강화	신호성
협동 2012-2	2012년 비영리법인 제도의 개선방안에 관한 연구	오영호