

# 사회자본 정도 및 건강행동이 한국인의 주관적 건강에 미치는 영향 분석

송에리아\*, 남은우\*\*†

\* 연세대학교 의료복지연구소 건강도시연구센터

\*\* 연세대학교 보건과학대학 보건행정학과

## I. 서론

최근 국내에서도 사회자본(social capital)과 건강의 관계에 대한 관심이 증가하고 있다. 사회자본에 대하여는 다양한 정의가 존재하지만, 그 중에서 대표적인 WHO(1998)의 정의를 살펴보면, 사회자본이란 지역사회에 존재하는 사회적 융화 정도를 나타내는 것으로써, 상호이익을 위해 네트워크, 규범, 그리고 사회적 신뢰를 구축하고, 사람들 사이의 조정과 협력을 촉진하는 과정이라고 제시하고 있다. 이 정의에서 살펴볼 수 있는 바와 같이, 사회자본은 사람 사이의 관계 속에 존재하는 특징을 갖고 있으며, 조직 사이의 관계에서도 생성될 수 있다. 특히, 여러 관계 중에서도 사회자본의 주요한 생성원으로 언급되는 곳은 가정, 이웃, 학교, 직장, 지역사회(Australian Bureau of Statistics, 2002)처럼 일반적으로 사람들이 친밀한 관계를 형성할 수 있는 생활환경이다.

Social capital은 직역하면 사회자본이 되나, 한국과 일본에서는 도로나 항만 등의 사회기반으로 생각하는 경우가 많다(콘도, 2005). 내용상으로는 인간관계자본이라고 번역하는 것이 더 가까울 수 있으나, 본 연구에서도 사회자본으로 사용하였다.

사회자본과 건강을 주제로 한 여러 연구에서는 사회자본이 전염성 질환을 포함한 신체적 건강, 정신적 건강 등, 건강의 다양한 측면에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 제시하고 있다(De Silva et al., 2007; Hyyppä & Mäki, 2001<sup>a</sup>; Lofors &

Sundquist, 2007; Veenstra, 2002). 또한 개인을 대상으로 한 연구뿐만 아니라 지역을 연구단위로 수행한 연구에서도 사회자본이 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 제시되고 있다(Australian Bureau of Statistics, 2002; Bolin et al., 2003; Kim & Kawachi, 2006; Mohan et al., 2005; Yip et al., 2007). 사회자본과 정신건강의 관계에 대한 연구로, 페루, 이디오피아, 베트남, 인도의 Andhra Pradesh주의 지역사회를 대상으로 수행된 연구(De Silva et al., 2007)에서는 사회자본이 정신장애 감소와 관계있는 것으로 제시하고 있다(Lofors & Sundquist, 2007). 이외의 연구들(Bolin et al., 2003; Kim & Kawachi, 2006; Mohan et al., 2005)에서도 사회자본이나 사회자본 관련 변수가 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 제시하고 있다.

선행연구들은 사회자본이 건강에 영향을 미치는 기전에 대하여 일부 설명을 제시하고 있다(Coleman, 1988). 사회자본은 스트레스의 부정적 영향을 감소시킬 수 있고(Poortinga, 2006), 사회적 관계를 통해 건강정보가 보다 잘 전파될 수 있도록 한다. 또한 사회자본은 사회적 규범 등을 통해 건강행동을 촉진할 뿐만 아니라, 좋지 않은 습관을 억제시키는 효과가 있다. 게다가 사람들이 잘 융화되어 있는 경우에는 건강한 정책의 수립을 위해 협력하기가 보다 용이해진다.

건강행동(health behavior)은 개인 또는 집단의 건강 유지 및 증진에 도움이 되는 행동으로 정의되는데(남철현 등, 2005), 이러한 건강행동은 일상생활에서의 의도된 행동과 습관적 행동에 의해 이루어지고 있다. 건강행동을 구성하

교신저자: 남은우

강원도 원주시 흥업면 매지리 234 연세대학교 보건행정학과

전화: 033-760-2413 팩스: 033-762-9562 E-mail ewnam@yonsei.ac.kr

▪ 투고일 09.06.04

▪ 수정일 09.09.17

▪ 게재확정일 09.09.19

는 요인은 금연, 금주, 식사, 신체활동 등이 있다.

사회자본과 건강의 관계에 대한 연구와는 달리, 사회자본과 건강행동을 함께 분석한 연구는 아직 많지 않지만, 건강행동(김의수 등, 1999; Bridy & Nies, 1999; Hulme et al., 2003; Lalonde, 1974; Lantz et al., 1998; Poortinga, 2006; Rimpelä et al., 1999; Szaflarski, 2001)은 이미 주요한 건강결정요인으로 꼽히고 있다.

이상과 같이 사회자본이나 건강행동이 각각 건강에 미치는 영향에 대하여 여러 연구가 이루어져왔다. 그러나 국내 보건 분야에서의 사회자본에 대한 연구는 아직 미흡한 상태이며, 사회자본과 건강행동의 영향을 함께 고려한 연구는 많지 않다. 이러한 상황에서 이 연구는 사회자본과 건강행동이 한국인의 주관적 건강에 미치는 영향을 파악하고, 이를 통해 건강증진사업 개발을 위한 건강행동 관련 사항을 제공하고자 시도되었다. 이의 결과는 보건교육 프로그램 개발과 의사소통 전략 개발에 유용할 것이다.

## II. 연구방법

### 1. 연구대상

이 연구에서는 통계청의 2006년 사회통계조사 결과를 사용하여 분석하였다. 사회통계조사는 계통추출법을 적용하여, 표본규모 33,000 가구내 15세 이상 가구원 약 7만명을 대상으로 수행되었으며, 전국의 평균 표본 추출률은 약 1/440이었다.

이 연구에서는 이 가운데에서 30세 이상 59세 이하 인구 중 결혼 경험이 있는 36,266명을 추출하여 분석하였다. 29세 이하나 60세 이상인 경우에는 교육이나 소득의 변화가 있는 경우가 많고, 그 의미가 연령에 따라 다름을 고려하여 연령별 연구 대상을 제한하였다.

### 2. 연구모형 및 변수의 설정

건강에 대한 이웃의 사회자본 과정에 대하여 Carpiano의 연구(2007)에서 제시된 모형을 참고하여 분석모형을 설정하였다. 종속변수인 주관적 건강에 영향을 미치는 요인으로 독립변수인 사회자본과 건강행동을 설정하고, 통제변수로는 일반적 특성을 설정하였다.

#### 1) 종속변수

본 연구에서는 건강 수준을 나타내는 종속변수로 주관적 건강을 설정하였다. 주관적 건강이란 본인이 생각한 자기 자신의 건강 수준이며, 1 '매우 좋다', 2 '좋은 편이다', 3 '보통이다', 4 '나쁜 편이다', 5 '매우 나쁘다'로 측정되었다. 1~3을 묶어 '양호'로, 4~5를 '불량'으로 분류하였다.

#### 2) 독립변수

건강행동 변수로는 식사, 운동, 금연, 금주를 사용하였는데, 식사는 점심식사 결식률이 5.9% 정도이나 저녁식사 결식률 4.1%에 비하여 아침식사 결식률이 21.4%로 세 배 이상 높은 현실을 고려하여(보건복지가족부·질병관리본부, 2007) 식습관이 좋은 경우와 좋지 않은 경우를 보다 잘 구분하여 보일 수 있는 것으로 판단되는 아침식사 여부로 측정하였다. 아침식사를 '실천한다'고 응답한 경우와 '실천하지 않는다'고 응답한 경우로 나누어 측정되었다. 운동은 '귀하는 평소 본인의 건강증진을 위해 다음 각 항목을 실천하십니까?'라는 질문에 대하여 '규칙적 운동'을 제시하고, 이에 대하여 '실천한다'고 응답한 경우와 '실천하지 않는다'고 응답한 경우로 나누어 측정되었다.

현재 흡연상태를 변수로 사용한 선행연구(Poortinga, 2006; Siahpush et al., 2006; Szaflarski, 2001)들을 참고하였다. 금연은 현재 담배를 피우는지 묻는 문항에 대하여 '과거에는 피웠으나 현재 피우지 않는다'와 '피워본 적이 없다'로 응답한 경우를 '금연'으로, '피운다'로 응답한 경우를 '흡연'으로 구분하였다. 금주에 대해서는 음주자와 비음주자로 구분한 기존 연구(김금이, 2006; 박남희, 2005)를 참고하였다. 지난 1년 동안 술을 한 잔 이상 마신 적이 있는지를 묻는 문항에 대하여 '없다'로 응답한 경우를 '금주'로 분류하였으며, 이는 '1년전에는 마셨다'와 '지금까지 한 번도 마셔본 적이 없다'고 응답한 경우를 포함한다. 그리고 같은 질문에 대하여 '있다'로 응답한 경우를 '음주'로 구분하였다.

이 연구에서는 사회자본을 '서로 접촉이 있는 사람이나 단체와의 관계를 통한 사회적 응화(cohesion)의 정도를 의미하며, 상호이익을 위해 사회적 신뢰, 규범, 그리고 네트워크를 구축하고, 조정과 협력을 촉진하는 과정'으로 정의하였다. 사회자본에 대한 선행연구를 참고하여, 가족 구성원간 관계를 나타내는 사회자본 변수로 가족구조(Bianchi Robinson, 1997; Ferguson, 2006; Furstenberg & Hughes, 1995;

Sampson et al., 1999; Teachman et al., 1996; Teachman et al., 1997), 결혼(Bolin et al., 2003; Carpiano, 2007; Folland, 2006; Lofors & Sundquist, 2007), 가족관계 만족도(Ferguson, 2006)를, 지역사회내 다른 사람이나 조직과의 관계를 나타내는 변수로 기관신뢰(Andrew, 2005; Drukker et al., 2005; Gold et al., 2002; Holtgrave & Crosby, 2003; Hyypää & Mäki, 2001<sup>b</sup>; Kennelly et al., 2003; Kim & Kawachi, 2006; Turrell et al., 2006; Van der Linden et al., 2003), 경제적 지지(Andrew, 2005; Brabec et al., 2007; Poortinga, 2006; Runyan et al., 1998), 봉사(Brabec et al., 2007; Holtgrave & Crosby, 2003; Kennelly et al., 2003; Kim & Kawachi, 2006; Yip et al., 2007), 시민참여(Andrew, 2005; Berntsson et al., 2006; Gold et al., 2002; Holtgrave & Crosby, 2003; Hyypää & Mäki, 2001<sup>b</sup>; Kim & Kawachi, 2006; Poortinga, 2006; Veenstra, 2002; Yip et al., 2007), 종교활동(Ferguson, 2006; Helliwell, 2006; Hyypää & Mäki, 2001<sup>b</sup>; Kim & Kawachi, 2006)을 변수로서 설정하였다.

가족구조에서는 부모님 존재 여부를 0 ‘안계심’, 1 ‘한 분만 계심’, 2 ‘두 분 모두 계심’으로 분류하였다. 결혼은 ‘미혼’, ‘배우자 있음’, ‘사별’, ‘이혼’으로 측정되었는데, ‘사별’과 ‘이혼’은 결혼 후에 발생한 결혼관련 문제로 고려하여 하나로 묶고, 나머지 그렇지 않은 경우인 ‘배우자 있음’의 두 가지 경우로 나누어 분석하였다. 가족관계 만족도는 1 ‘매우 만족’, 2 ‘만족’, 3 ‘보통’, 4 ‘불만’, 5 ‘매우 불만’으로 측정되었는데, 1~3을 묶어 ‘만족’으로 구분하고, 4~5를 묶어 ‘불만’으로 구분하였다.

신뢰에 대해서는 동사무소, 시청, 군청 등과 같은 공공기관에서 받은 민원서비스에 대한 만족을 나타내는 기관신뢰가 1~5의 값으로 측정되었는데, 이를 ‘매우 만족’, ‘만족’, ‘보통’을 하나로 묶고, ‘불만’, ‘매우 불만’인 경우를 하나로 묶어 두 가지로 구분하였다. 지지에 대해서는 정치후원금을 제외한, 직접 관계없는 사람이나 단체에 대한 금전이나 물건의 연평균 제공 횟수를 측정하여 경제적 지지 변수로 사용하였다. 또한 참여에 대해서는 지난 1년간의 봉사 횟수를 계산하여 변수로 선정하였으며, 각종 참여 단체의 수를 측정하여 시민참여 변수로 제시하고, 또한 종교단체에 대한 참여 여부를 측정하여 종교활동 변수를 나타내도록 하였다.

### 3) 통제변수

본 연구에서는 대상자의 일반적 특성을 통제변수로 설

정하였으며, 연구에 포함된 통제변수는 성, 연령, 교육, 소득이다. 교육은 졸업을 기준으로 초등학교, 중학교, 고등학교, 전문대(2~3년제), 대학교, 대학원의 여섯 단계로 구분되어 측정되었는데, 이를 ‘초등학교’, ‘중학교’, ‘고등학교’, ‘전문대 이상’으로 분류하였다. 소득은 가구 전체의 소득이며, ‘50만원 미만’, ‘50 ~ 100만원 미만’, ‘100 ~ 200만원 미만’, ‘200만원 이상’으로 구분하였다.

## 3. 분석방법

수집된 자료의 분석을 위하여 SAS 9.1을 이용하였다. 사회자본과 건강행동에 따른 주관적 건강의 차이를 규명하기 위하여 카이제곱검증을 실시하였다. 카이제곱검증시 성과 연령의 영향을 통제하기 위하여, 연구대상자 전체를 표준인구로 사용하여, 행 및 열의 분류에 따른 모든 경우에 직접법을 사용하여 표준화하였다. 사회자본과 건강행동이 주관적 건강에 미치는 영향을 규명하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

본 연구에서 사용된 변수들의 공차한계(Tolerance)와 분산팽창요인(VIF)을 구한 결과, 공차한계는 .524~.980이었고, 분산팽창요인은 1.020~1.907이어서, 다중공선성이 분석에 문제가 되지 않는 것으로 나타났다.

## III. 연구결과

### 1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성을 분석한 결과, 남자 16,880명(46.5%), 여자 19,386명(53.5%)으로 비슷한 비율이었다. 연령별로는 ‘40~49세’인 경우가 14,742명(40.6%)으로 가장 많았고, 다음으로는 ‘30~39세’ 11,187명(30.8%), ‘50~59세’ 10,337명(28.5%)의 순이었다. 교육수준별로는 ‘고등학교’가 46.1%로 절반 정도를 차지하여, 가장 많았으며, 다음으로는 ‘전문대 이상’ 27.0%, ‘중학교’ 15.0%, ‘초등학교’ 11.9%의 순으로 많았다. 소득수준에 따라서는 ‘200만원 이상’인 경우 31.7%, ‘100~200만원 미만’ 15.0%, ‘~100만원’ 5.8%의 순이었고, ‘50만원 미만’은 1.8%에 불과하였다<표 1>.

<표 1> 연구대상자의 일반적 특성

변수	구분	명(%)
성	남자	16,880(46.5)
	여자	19,386(53.5)
연령	30~39	11,187(30.8)
	40~49	14,742(40.6)
	50~59	10,337(28.5)
교육수준	초등학교	4,308(11.9)
	중학교	5,437(15.0)
	고등학교	16,717(46.1)
	전문대(초급대) 이상	9,804(27.0)
소득수준	~ 50만원 미만	635( 1.8)
	50~100만원 미만	2,087( 5.8)
	100~200만원 미만	5,449(15.0)
	200만원 이상	11,511(31.7)
	결측값	16,584(45.7)
계		36,266(100.0)

## 2. 사회자본에 따른 주관적 건강

사회자본에 따라 주관적 건강의 차이를 분석한 결과, 주관적 건강이 ‘양호’인 경우가 ‘가족구조’에서 ‘두 분 계심’인 경우에 89.78%로 가장 많았고, ‘한 분 계심’에는 87.48%, ‘안계심’인 경우에는 84.49%의 순이었으며( $p < 0.001$ ), ‘결혼’에서 ‘배우자 있음’인 경우에는 88.06%로 ‘사별, 이혼’인 경우 77.08%보다 높았다( $p < 0.001$ ). 가족관계 만족도에서 ‘만족’인 경우에 88.38%로 ‘불만’인 경우의 72.97%보다 높았다( $p < 0.001$ ).

‘기관신뢰’에서 ‘만족’인 경우에는 88.09%로 ‘불만’인 경우의 85.00%보다 높았다( $p < 0.001$ ). ‘경제적 지지’에서는 ‘1~5회’인 경우에 90.6%, ‘6~10회’ 89.7%로 다른 경우보다 높았고, ‘0회’ 86.6%로 낮았으나, 차이는 크지 않았다( $p < 0.001$ ). 봉사에서는 ‘1~5회’인 경우에 90.6%로 가장 높았고, ‘11회~’ 88.9%로 낮아서, 횟수가 낮을수록 감소하는 경향이었으나 차이가 크지 않았고, ‘0회’인 경우가 86.6%로 가장 낮았다( $p < 0.001$ ). ‘시민참여’에서는 참여단체수가 ‘3’인 경우에 94.01%, ‘2’인 경우 91.56%, ‘1’ 88.64%, ‘0’ 86.45%의 순으로 높아져서, 참여단체수가 많은 경우에 ‘주관적 건강’이 ‘양호’인 경우가 많은 것으로 나타났다( $p < 0.001$ ). 종교활동에서는 ‘참여함’인 경우에 89.34%로 ‘참

여안함’의 86.73%보다 높았으며, 차이가 통계적으로 유의하였다( $p < 0.001$ ) <표 2>.

## 3. 건강행동에 따른 주관적 건강

건강행동에 따른 주관적 건강을 살펴보면, ‘식사’에서는 ‘아침식사함’인 경우에 ‘양호’ 88.23%로, ‘아침식사하지 않음’ 82.73%보다 많았다( $p < 0.001$ ). ‘운동’에서는 ‘규칙적으로 운동함’인 경우에 ‘양호’ 90.89%로, ‘규칙적으로 운동하지 않음’의 85.43%보다 많았으며( $p < 0.001$ ), ‘흡연’에서는 ‘금연’인 경우에 87.82%로, ‘흡연’인 경우의 80.10%보다 많은 것으로 분석되었다( $p < 0.001$ ). 식사, 운동, 금연에서는 건강행동이 긍정적인 경우에 부정적인 경우보다 ‘양호’가 많았다. 그러나 ‘금주’에서는 술을 마시는 경우에 양호가 88.24%로, 마시지 않는 경우의 82.84%보다 커서, 술을 마시는 경우에 주관적 건강이 더 좋은 것으로 분석되었으며, 통계적으로 유의하였다( $p < 0.001$ ) <표 3>.

## 4. 사회자본과 건강행동이 주관적 건강에 미치는 영향

주관적 건강에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과, 남자에 비해 여자의 경

<표 2> 사회자본에 따른 주관적 건강

(단위: %)

변수	구분	주관적 건강		x <sup>2</sup>	
		양호	불량		
<b>가정</b>					
가족구조 (부모님)	안계심	84.49	15.51	459.024 ***	
	한 분 계심	87.48	12.52		
	두 분 계심	89.78	10.22		
결혼	배우자 있음	88.06	11.94	1518.959 ***	
	사별, 이혼	77.08	22.92		
가족관계 만족도	불만	72.97	27.03	2761.946 ***	
	만족	88.38	11.62		
<b>지역사회</b>					
<b>신뢰</b>					
기관신뢰	불만	85.00	15.00	149.337 ***	
	만족	88.09	11.91		
<b>지지</b>					
경제적 지지 (회)	0	85.14	14.91	161.250 ***	
	1~ 5	90.61	9.42		
	6~10	89.80	10.22		
	11~	89.92	10.13		
<b>참여</b>					
봉사 (회)	0	86.60	13.42	47.920 ***	
	1~ 5	90.64	9.43		
	6~10	89.71	10.32		
	11~	88.93	11.11		
시민참여 (단체수)	0	86.45	13.55	1,343.836 ***	
	1	88.64	11.36		
	2	91.56	8.44		
	3	94.01	5.99		
종교활동	참여안함	86.73	13.27	117.459 ***	
	참여함	89.34	10.66		
		계(명)		31,561	4,705

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

<표 3> 건강행동에 따른 주관적 건강

(단위: %)

변수	구분	주관적 건강		x <sup>2</sup>	
		양호	불량		
식사	아침식사하지 않음	82.73	17.27	442.232 ***	
	아침식사함	88.23	11.77		
운동	규칙적으로 운동하지 않음	85.43	14.57	517.217 ***	
	규칙적으로 운동함	90.89	9.11		
금연	흡연	80.10	19.90	802.769 ***	
	금연	87.82	12.18		
금주	음주	88.24	11.76	428.588 ***	
	금주	82.84	17.16		
		계(명)		31,561	4,705

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

<표 4> 사회자본과 건강행동이 주관적 건강에 미치는 영향

		변수	OR	95% CI		p value
일반적 특성	성	남자	1.000			
		여자	0.826	0.756	0.903	< 0.001
	연령	30~39	1.000			
		40~49	2.881	2.569	3.231	< 0.001
		50~59	1.662	1.536	1.799	< 0.001
	교육	초등학교	1.000			
		중학교	1.413	1.281	1.559	< 0.001
		고등학교	1.963	1.785	2.159	< 0.001
		전문대 이상	2.706	2.381	3.075	< 0.001
	소득	50만원 미만	1.000			
		50~100만원 미만	1.846	1.511	2.256	< 0.001
		100~200만원 미만	2.676	2.204	3.251	< 0.001
200만원 이상		3.289	2.706	3.998	< 0.001	
사회자본	가정					
	가족구조	안 계심	1.000			
		한 분만 계심	1.118	1.034	1.209	< 0.01
		두 분 모두 계심	1.321	1.196	1.458	< 0.001
	결혼	사별·이혼	1.000			
		배우자 있음	1.214	1.095	1.346	< 0.001
	가족관계 만족도	불만	1.000			
		만족	2.207	2.009	2.424	< 0.001
	지역사회					
	기관신뢰	불만	1.000			
		만족	1.307	1.176	1.452	< 0.001
	경제적 지지 (회)	0	1.000			
		1~ 5	1.023	0.874	1.199	N.S.
		6~10	1.196	1.006	1.422	< 0.05
		11~	1.199	0.970	1.483	N.S.
	봉사 (회)	0	1.000			
		1~ 5	0.983	0.807	1.197	N.S.
		6~10	1.183	0.941	1.487	N.S.
		11~	1.019	0.745	1.393	N.S.
	시민참여 (단체수)	0	1.000			
		1	1.333	1.078	1.649	< 0.01
		2	1.352	1.070	1.710	< 0.05
	3	1.531	1.051	2.231	< 0.05	
종교활동	참여안함	1.000				
	참여함	1.138	0.988	1.312	N.S.	
건강행동	식사	아침식사하지 않음	1.000			
		아침식사함	1.431	1.326	1.546	< 0.001
	운동	규칙적으로 운동하지 않음	1.000			
		규칙적으로 운동함	1.356	1.252	1.470	< 0.001
	금연	흡연	1.000			
		금연	1.086	0.986	1.197	N.S.
	금주	음주	1.000			
		금주	0.648	0.602	0.698	< 0.001

R<sup>2</sup>=0.170, -2LL=24,483.873, x<sup>2</sup>=3,505.083, df=21, p<0.001

우에는 주관적 건강이 양호한 경우가 0.826배 낮은 것으로 분석되었으며( $p < 0.001$ ), 연령이 증가할수록 주관적 건강이 양호한 경우가 감소하는 것으로 나타났다( $p < 0.001$ ). 교육에 따라서는 초등학교인 경우에 비해 전문대 이상인 경우가 2.706배( $p < 0.001$ ), 고등학교인 경우는 1.963배 높아서( $p < 0.001$ ), 교육수준이 높을수록 주관적 건강이 양호한 경우가 많았다. 소득에 따라서는 50만원 미만인 경우에 비해 200만원 이상인 경우 3.289배 높았고( $p < 0.001$ ), 100~200만원 미만인 경우 2.676배( $p < 0.001$ ), 50~100만원 미만인 경우 1.846배( $p < 0.001$ )의 순이어서, 소득수준이 높을수록 주관적 건강이 양호한 경우가 많은 것으로 분석되었다.

다음으로 사회자본과 관련한 결과를 살펴보면, 가족구조에서 부모님이 안 계시는 경우에 비해 ‘두 분 모두 계심’인 경우 주관적 건강이 양호한 경우가 1.321배 많았다( $p < 0.001$ ). 사별·이혼인 경우보다 ‘배우자 있음’인 경우( $p < 0.001$ ), 가족관계에서 불만인 경우보다 만족인 경우( $p < 0.001$ ), 기관신뢰에서 불만인 경우보다 만족인 경우에 주관적 건강이 양호한 경우가 많았다( $p < 0.001$ ). 경제적 지지를 많이 할수록 주관적 건강이 양호한 경우가 많은 것으로 나타났고, ‘0회’인 경우에 비하여 ‘6~10회’인 경우에 1.183배 많았다( $p < 0.05$ ). 시민참여를 많이 할수록( $p < 0.05$ ), 종교활동에 참여하는 경우에 주관적 건강이 양호한 경우가 많았다( $p < 0.05$ ).

건강행동에서는 아침식사를 하는 경우( $p < 0.001$ ), 규칙적으로 운동하는 경우에 그렇지 않은 경우보다 주관적 건강이 양호한 경우가 많아서( $p < 0.001$ ), 건강행동이 긍정적인 경우에 주관적 건강도 좋은 경우가 많은 것으로 분석되었다. 그러나 음주와 관련하여서는 금주인 경우가 그렇지 않은 경우보다 0.648배 적은 것으로 분석되어, 오히려 음주하는 경우에 주관적 건강이 양호한 경우가 더 많은 것으로 나타났고, 이는 통계적으로 유의하였다( $p < 0.001$ ) <표 4>.

#### IV. 고찰

이 연구에서 사회자본과 건강행동에 따른 주관적 건강에 대하여 분석한 결과, 가족구조에서 부모님이 안 계시는 경우에 비해 ‘두 분 모두 계심’인 경우, 사별·이혼인 경우보다 ‘배우자 있음’인 경우, 가족관계에서 불만인 경우보다 만

족인 경우, 기관신뢰에서 불만인 경우보다 만족인 경우에 주관적 건강이 양호한 경우가 많았다. 경제적 지지를 많이 할수록, 시민참여를 많이 할수록, 종교활동에 참여하는 경우에 주관적 건강이 양호한 경우가 많았다. 건강행동에서는 아침식사를 하는 경우, 규칙적으로 운동하는 경우에 그렇지 않은 경우보다 주관적 건강이 양호한 경우가 많았다. 그러나 금주와 관련하여서는 오히려 음주하는 경우에 주관적 건강이 양호한 경우가 더 많은 것으로 나타났는데, 이것은 기존의 연구결과와 일치하였다(Ahnquist et al., 2008; Bolin et al., 2003; Coleman, 1988; Das, 2004; Hampson et al., 2007).

본 연구에서는 사회자본을 생산할 수 있는 사회 네트워크를 고려하기 위해 가정, 지역사회 영역의 사회자본을 포함하였다. 가정 사회자본은 가족 구성원간 관계에 대한 사회자본이며, 지역사회 사회자본은 가정외의 지역사회 구성원과의 관계에서 생성된 사회자본을 의미한다. 사회자본을 이해하려 할 때, 흔히 가정에 대한 부분을 제외하고, 지역사회의 사회자본이 사회자본의 전부인 것으로 생각하기 쉽다.

그러나 사회자본은 여러 곳에서 생성될 수 있으며, 모든 사회자본이 중요하기는 하지만, 가정은 사회자본의 가장 기초적인 요소로 더욱 중요시되고 있다. 가정은 사회자본의 중요한 원천으로써(Buloz, 2001), 대부분의 사람이 생활하는 사회적 구조이며, 사회적 역할을 학습하고 개발하는 중심 부분에 있다. 특히 부모의 역할은 사회자본을 특징짓는 호혜주의, 신뢰, 그리고 협력과 같은 가치의 발전에 중요한 영향을 미친다(Kawachi et al., 1997). 유아기로부터 사람들은 가정을 통하여 신뢰, 협력 등 기본 가치를 배우게 되는데, 이 때에 적절한 도움을 얻지 못하면 사람들에게 대한 신뢰가 성장하지 못한다. 부모, 형제, 자매, 친척들과의 관계에서의 사회자본 형성은 사회적 가치의 모형을 만들고, 발전시키는 데에 있어서 사회에 핵심적인 역할을 한다고 할 수 있다.

가정의 사회자본으로는 부모가 자녀에게 투자하는 시간, 노력, 자원, 그리고 에너지를 포함하는 부모와 자녀간 관계를 언급할 수 있다(Coleman, 1988). 가정 사회자본의 지표로는 가족구조, 부모와 자녀간 관계의 질, 자녀에 대한 부모의 관심, 부모의 자녀에 대한 보살핌, 확장된 가정의 교환 및 지지 등이 있다(Ferguson, 2006). 가족구조는 편부모 가정인지, 양부모 가정인지, 가정내 부모의 존재 여부, 부모가 모두 직장생활하는지, 한 사람만 하는지 등을 사용하여 측정할 수 있는 지표이다. 부모와 자녀간 관계의 질은, 일주 평균 부모

가 자녀의 숙제를 도와주는 횟수, 일주 평균 부모와 자녀가 함께 활동하는 횟수, 일주 평균 부모가 자녀를 격려하는 횟수, 가정내 형제, 자매의 수 등을 통해 측정되고 있다.

가정 사회자본은 자녀의 성장 및 성공과 관련이 있으며, 양부모 가정이 어린이나 젊은이의 전체적인 발달과 긍정적인 관계가 있다(Croll, 2004; Ferguson, 2006; Runyan et al., 1998; Sampson et al., 1999). 이는 사회경제적 수준이 낮은 경우에 더욱 그러하며(Hango, 2007), 특히 초기에는 어린이의 행동에 더 중요한 영향(Parcel & Menaghan, 1994)을 미치는 것으로 분석되었다. 부모의 자원이 가정 사회자본을 통해 자녀가 긍정적인 결과를 얻을 수 있도록 기여하는 것으로 나타났다(Buloz, 2001).

사회자본이라 할 수 있는 가족체계를 구성하도록 하는 결혼도 사회자본 형성에 영향이 크다(Teachman et al., 1997). 결혼은 사람들이 더 큰 네트워크 안에 있도록 하기 때문에, 다른 사람들과 더 잘 연결될 수 있도록 한다. 결혼은 다른 사람들과 연결되어 있는 사람을 배우자로 얻는 것이다. 이혼이나 사별과 같은 결혼상태의 변화는 가족체계에 커다란 변화를 주게 되며, 이로 인하여 본인이나 자녀가 경제적 어려움을 겪을 수도 있고, 경제적 어려움으로 인해 다른 사람과의 관계가 소원해지고, 이것은 사회자본의 감소로 이어지는 경향이 있다(Sohn, 2004; Waldron et al., 1997; Wickrama et al., 2006). 또한 일반적으로 이에 따라 건강수준이 낮아지는 경향이 있다.

실제로 남편 없이 홀로 자녀를 양육하는 어머니와, 배우자와 함께 하는 어머니의 건강수준을 비교하여 연구한 결과, 상대 배우자가 있는 경우의 건강이 더 좋은 것으로 나타났다(Westin & Westering, 2007). 이 밖에 결혼상태와 관련한 다른 연구결과를 살펴보면, 스웨덴 국민들을 대상으로 조사한 패널자료를 사용한 연구(Bolin et al., 2003)에서는 이혼이 주관적 건강에 유의하게 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다.

가정이 아닌 일반적인 환경에서도 사회자본을 구성하는 필수적 요소는 신뢰이다(Lyon, 2000). 이는 상대방이 앞으로 어떻게 행동할 지에 대한 기대에 근거한 자발적인 행위(Gilson, 2003)이다. 신뢰는 사람이나 체제의 신뢰성에 대한 확신으로써, 사람이나 조직이 예상되거나, 약속된 방식으로 행동할 것이고, 다른 존재의 이익을 고려할 것이라는 기대에 근거한다. 신뢰를 그 대상에 따라서, 대상이 사람인

경우를 ‘사람에 대한 신뢰’(trust in people), 대상이 기관인 경우를 ‘기관에 대한 신뢰’(trust in institution; institutional trust)의 두 가지 경우로 구분할 수 있다. 기관(institution)은 개인간 신뢰를 보증할 뿐만 아니라, 사회 질서 유지에 중요한 역할을 하는, 전체 사회 체계의 자산으로써, 신뢰의 기반을 제공하기도 한다. 사회내 일반 대중의 생활을 형성하고 사회 구성원의 산출에 영향을 미치는 많은 기관이 있는데, 기관 신뢰는 개인이 정부, 경찰, 병원, 법원과 같은 다양한 사회기관에 대하여 가지는 신뢰 수준이다. 이것은 또한 이러한 업무 수행을 합리적으로 할 수 있는 기관의 역량에 대한 확신이다. 신뢰는 사회자본의 중심 개념인, 상호이익을 위한 협력을 가능하게 하는 전제조건으로써, 지금까지 사회자본에 대한 여러 연구에서 일반적인 하나의 지표로 사용되어 왔다(Ferguson, 2006).

사람들은 기관 구성원에 대한 접촉 등을 통해 기관신뢰를 형성하게 된다. 즉 기관내의 각 사람은 신뢰성 및 이의 지속적인 확신을 가능하게 하는, 사회 체계에 대한 접촉점이 된다. 그러므로 사회체계내에 있는 사람들과의 긍정적인 상호작용은 그 사회체계에 대한 신뢰를 강화시킨다. 그리고 신뢰는, 건강을 생산하기 위해 필요한, 사회체계내 협력을 강화한다. 이 연구의 변수인 기관신뢰와 관련된 연구 결과를 살펴보면, 스웨덴의 2004 공중보건서비스 조사 데이터를 사용하여 수행한 연구(Mohseni & Lindstrom, 2007)에서 보건의료체계에 대한 기관신뢰의 수준이 낮은 것이, 낮은 수준의 주관적 건강과 관련이 있는 것으로 나타나 있다. 이외에 신뢰 및 건강수준과 관련하여 이루어진 연구에서도 일치하는 결과를 보여주었는데, 미국의 40개 지역사회 주민을 대상으로 수행한 연구(Kim & Kawachi, 2006) 등에서는 신뢰가 주관적 건강에 유의하게 긍정적인 영향을 미치는 것으로 제시하였다(Hyyppä & Mäki, 2001<sup>a</sup>; Kawachi et al., 1997; Poortinga, 2006).

이렇게 사회에 긍정적인 영향을 주는 신뢰의 수준을 향상시킬 수 있는 방안에 대하여 수행한 연구(Richey, 2007)가 있는데, 시민의 봉사를 통한 참여에 대해 포상하는, 건강도시 사업을 추진하고 있는 일본의 이치가와시에서 수행한 프로그램이 개인간 신뢰를 증진시키는 것으로 나타나, 지방정부의 프로그램이 신뢰를 생성할 수 있음을 보여주었다. 이는 개인 수준을 넘어서 보다 넓은 단위에서 신뢰 수준을 향상시키기 위한 노력 및 그 실현 가능성을 보여준 사례이다.



한편 네트워크는 지역사회의 여러 단체에 대한 참여를 통해, 유지되고, 구축될 수 있다. 이러한 사회 참여가 건강에 긍정적인 영향을 주는 것으로 제시한 연구들이 있는데, 우리나라의 2003 사회통계조사 데이터를 사용한 연구(Lee et al., 2008)에서는 모든 연령에서 사회적 참여가 주관적 건강과 강한 연관이 있는 것으로 분석되었으며, 특히 연령이 높거나 여성인 경우에 그렇지 않은 경우보다 영향이 큰 것으로 보고하고 있다. 영국의 Health Survey 데이터를 사용하여 수행한 연구(Poortinga, 2006)에서는 가입단체의 수와 주관적 건강과의 관계가 유의한 것으로, 개인 수준에서의 참여가 주관적 건강에 유의한 영향을 미치는 것으로 분석되었으며(Andrew, 2005; Kim & Kawachi, 2006; Kritsotakis & Gamarnikow, 2004), 건강 및 사회자본에 긍정적인 효과가 있는 것으로 제시되었다.

종교활동에 따라서도 건강수준에 차이가 있는 것으로 여러 연구에서 제시되고 있는데, 핀란드 Ostrobothnian에 거주하는 성인을 대상으로 수행한 연구(Hyyppä & Mäki, 2001<sup>a</sup>)에서는 종교단체의 회원인 경우에 그렇지 않은 경우보다 주관적 건강수준이 높은 것으로 분석되었으며, 종교가 건강에 긍정적인 영향을 주는 것으로 제시하였다(Helliwell, 2006; Kim & Kawachi, 2006; Meyer & Lobao, 2003; Seybold & Hill, 2001). 이외의 연구(Coleman & Hooper, 1987)에서도 학교 커뮤니티 내 학부모 네트워크는 종교를 통한 연결로 인해 촉진되고, 부모는 학교를 위해 가치 있는 사회자본을 제공하는 것으로 나타났고, 종교활동이 긍정적인 영향을 미치는 것으로 확인되었다.

또한 이 연구에서 사회자본과 함께 건강행동을 독립변수로 사용하였는데, 이는 건강행동이 건강에 미치는 영향을 확인하려는 것보다는 건강행동의 영향을 통제된 상태에서 사회자본의 영향을 파악하고자 한 것이다. 이미 건강행동과 건강수준의 관계에 대한 여러 연구(Chen et al., 2002; Hampson et al., 2007; Lim et al., 2007)에서 영양 섭취나 운동과 같은 건강행동이 좋은 경우에 건강수준도 높은 것으로 보고하였으며, 이것은 이 연구의 결과와 일치한다. 건강결정요인으로써 건강행동의 중요성은 Lalonde (1974)의 건강장 개념이 등장한 이후 부각되었으며, 특히 흡연과 같은 행동이 폐암을 위시한 각종 질병의 원인이 됨이 밝혀지면서, 건강행동과 건강과의 관계에 사람들은 많은 관심을 기울여 왔고(김의수 등, 1999), 지금도 이의 개선을 위한 노력을 지속적으로 하고

있다. 한국에서는 특히, 김길용 등(2009)이 사회적 자본이 일부 경기도 주민의 신체활동 변화단계에 미치는 영향을 분석하였는데, 모임참여 횟수, 네트워크, 연대의식의 수준이 높은 경우에 신체활동 수준이 높은 결과를 제시하였다.

이 연구에서는 식사, 운동, 금연과 달리, 음주하는 것으로 응답한 경우에 그렇지 않은 경우보다 주관적 건강수준이 높은 것으로 나타났다. 이것은 음주에 대한 사회문화적 영향으로, 음주를 매개로 하여 사회적으로 다른 사람과의 교제가 이루어지는 경우가 많기 때문인 것으로 생각되며, 이것은 Los Angeles Family and Neighborhood Survey의 데이터를 사용하여 분석한 연구(Carpiano, 2007)에서 사회적 용화가 높은 경우에, 그렇지 않은 경우보다 음주를 많이 하는 것으로 분석된 결과와 일치한다. 그러나 이러한 결과는 음주 변수를 어떻게 측정했는지에 따라 바뀔 수 있는 것으로 생각된다. 이상의 연구에서는 음주 여부를 측정하여 변수로 사용하였지만, 건강에 위협이 될 수 있는 고위험음주 같은 변수를 사용한 경우에는, 사회자본 수준이 높은 경우에 위험음주를 적게 하는 것으로 제시되고 있다(Hyyppä & Mäki, 2003).

향후 연구에서는 음주 정도에 따른 사회자본 및 건강의 관계에 대한 심층분석이 이루어진다면 보다 효과적인 절주 정책의 수립이 가능할 것이다.

이 연구는 우리나라 국가수준에서 사회자본이 건강에 미치는 영향을 파악하고자 시도한 것에 의의가 있다고 생각된다. 그러나, 본 연구의 한계로서 연구에 사용된 자료상의 문제점으로써, 사회자본 연구를 위한 자료가 아닌 사회통계조사 자료를 사용하여서 본 연구의 목적에 맞도록 변수를 선정하는 데에 한계가 있었다. 또한 연구하기 위하여 준비된 것이 아닌, 단문항으로 측정된 데이터이어서 자료의 신뢰도 및 타당도 검증에 한계가 있었다.

## V. 결론 및 제언

### 1. 결론

이 연구는 사회자본과 건강행동이 주관적 건강에 미치는 영향을 파악하고자 시도되었다. 2006년 사회통계조사 원자료를 사용하였으며, 이 가운데에서 30세 이상 59세 이하 인구 중 결혼 경험이 있는 36,266명을 추출하여 분석하였다. 사회자본, 건강행동에 따른 주관적 건강의 차이를 살

피기 위하여 카이제곱검증을 실시하였으며, 사회자본과 건강행동이 주관적 건강에 미치는 영향을 파악하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

첫째, 사회자본 변수와 주관적 건강과의 관련성을 분석한 결과, 가족구조에서 부모님이 안 계시는 경우보다 ‘두 분 모두 계심’인 경우, 사별·이혼인 경우보다 ‘배우자 있음’인 경우, 가족관계에서 만족인 경우, 기관신뢰에서 만족인 경우, 경제적 지지나 시민참여를 많이 한 경우, 종교활동에 참여하는 경우에 그렇지 않은 경우보다 주관적 건강이 양호한 경우가 많았다.

둘째, 건강행동과 주관적 건강과의 관련성을 분석한 결과, 아침식사나 규칙적인 운동을 하는 경우에 그렇지 않은 경우보다 주관적 건강이 양호한 경우가 많았다. 그러나 금주 변수에서는 오히려 술을 마시는 경우에 주관적 건강이 양호한 경우가 더 많았다.

결론적으로, 본 연구를 통하여 한국인은 사회자본과 건강행동이 긍정적인 경우에 주관적 건강상태가 양호한 것을 알 수 있었다. 다만, 금주 변수에서는 술을 마시는 경우에 그렇지 않은 경우보다 주관적 건강이 좋은 것으로 나타나, 향후 연구에서는 음주 여부보다는 음주 정도를 변수로 사용한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

## 2. 제언

이 연구의 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 사회자본이 건강에 긍정적 영향을 주는 것이 분명한 만큼, 건강증진사업과 보건교육 프로그램 개발시 사회자본을 고려하여, 이의 유지 및 증진을 통해 건강수준의 긍정적인 변화를 유도하는 것이 필요하다. 사회자본의 증대를 위한 방안으로는 물리적 환경이나 사회적 문화 개선을 고려할 수 있다. 건강한 지역사회를 만들기 위하여 사람들이 건강한 만남을 가질 수 있도록 돕는 카페와 같은 장소, 신체활동과 교류를 동시에 할 수 있는 공원, 소공원 조성, 걷기 환경 조성, 경로당을 통한 노인들의 만남의 기회 증대 등과 같은 건강도시사업이 유익할 것으로 생각된다. 특히 절주 사업에서는 개인을 대상으로 하는 사업 이외에, 전반적인 사회 음주문화의 변화를 이끌어내는 사회적 문화에 대한

고려가 필요할 것으로 생각된다. 예를 들면, 노알코올(no alcohol) 카페와 같은 시설을 지원하는 정책에 대한 검토가 요망된다.

또한 사회자본의 주요 생성원 중의 하나인 가정에서의 건강한 사회자본 형성을 위하여, 관련 정책의 적절한 방향 정립 및 정책과제 개발 등, 사회적 관심 및 지원이 필요하다. 가정에서의 사회자본을 증대할 수 있도록 우리 사회에 건강한 가정문화를 형성하고, 건강한 가정을 위한 지원을 확대하는 노력이 요구된다.

## 참고문헌

- 김금이. 지역 주민의 음주행태 및 관련요인. 보건교육·건강증진학회지. 2006;23(1):23-43.
- 김길용, 김은미, 배상수. 사회자본과 신체활동 행위변화단계. 보건교육·건강증진학회지. 2009;26(1):63-80.
- 김의수, 이규성, 김영호. 건강증진과 건강교육 : 건강한 21C의 준비. 도서출판 흥경, 1999.
- 남철현, 김덕성, 박천만, 이주열. 보건교육론. 계축문화사, 2005. p203.
- 박남희. 성별에 따른 청소년의 흡연, 음주와 심리사회적 요인과의 관계연구. 보건교육·건강증진학회지. 2005;22(4):123-136.
- 보건복지가족부·질병관리본부, 2007 국민건강통계. 2008.
- 콘도 카츠노리. 건강격차사회. 의학서원, 2005. p143(일본어).
- Ahnquist J, Lindström M, Wamala SP. Institutional trust and alcohol consumption in Sweden: The Swedish National Public Health Survey 2006. *BMC Public Health* 2008;13(8):283.
- Andrew MK. Social capital, health, and care home residence among older adults: a secondary analysis of the Health Survey for England 2000. *European Journal of Ageing* 2005;2(2):137-148.
- Australian Bureau of Statistics. Social capital and social wellbeing. Australian Bureau of Statistics, 2002.
- Berntsson L, Köhler L, Vuille J-C. Health, economy and social capital in Nordic children and their families: A comparison between 1984 and 1996. *Child Care Health Dev.* 2006;32(4):441-451.
- Bianchi SM, Robinson J. What did you do today? Children's use of time, family composition, and the acquisition of social capital. *Journal of Marriage and Family* 1997;59(2):332-344.
- Bolin K, Lindgren B, Lindstrom M, Nystedt. Investments in social capital-Implications of social interactions for the production of health. *Social Science & Medicine* 2003;56:2379-2390.
- Brabec M, Godoy R, Reyes-García V, Leonard WR. BMI, income, and

- social capital in a native Amazonian society: Interaction between relative and community variables. *American Journal of Human Biology, the Official Journal of the Human Biology Council* 2007;19(4):459-474.
- Bridy B, Nies MA. Health-promoting lifestyles and exercise: a comparison of older African American women above and below poverty level. *Journal of Holistic Nursing* 1999;17(2): 197-207.
- Bubolz MM. Family as source, user, and builder of social capital. *The Journal of Socio-economics* 2001;30(2):129-131.
- Carpiano RM. Neighborhood social capital and adult health: an empirical test of a Bourdieu-based model. *Health & Place* 2007;13(3): 639-655.
- Cheng YH, Chi I, Boey KW, Ko LSF, Chou KL. Self-rated economic condition and the health of elderly persons in Hong Kong. *Social Science & Medicine* 2002;55(8): 1415-1424.
- Coleman J, Hooper T. Public and private high schools: the impact of communities, New York, U.S., 1987. In Australian Bureau of Statistics. Social capital and social wellbeing. Australian Bureau of Statistics, 2002.
- Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology* 1988;94 (Suppl): S95-S120.
- Croll P. Families, social capital and educational outcomes. *British Journal of Educational Studies* 2004;52(4):390-416.
- Das RJ. Social capital and poverty of the wage-labour class: problems with the social capital theory. *Transactions of the Institute of British Geographers* 2004;29(1): 27-45.
- De Silva MJ, Huttly SR, Harpham T, Kenward MG. Social capital and mental health: a comprehensive analysis of four low income countries. *Social Science & Medicine* 2007;64:5-20.
- Drukker M, Buka SL, Kaplan C, McKenzie K, Van OJ. Social capital and young adolescents' perceived health in different sociocultural settings. *Social Science & Medicine* 2005;61(1): 185-198.
- Ferguson KM. Social capital and children's wellbeing: a critical synthesis of the international social capital literature. *International Journal of Social Welfare* 2006;15(1):2-18.
- Folland S. Value of life and behavior toward health risks: An interpretation of social capital. *Health Economics* 2006;15(2): 159-171.
- Furstenberg FF, Hughes ME. Social capital and successful development among at-risk youth. *Journal of Marriage and the Family* 1995;57:580-592.
- Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine* 2003;56(7):1453-1468.
- Gold R, Kennedy B, Connell F, Kawachi I. Teen births, income inequality, and social capital: developing an understanding of the causal pathway. *Health & Place*, 2002;8(2):77-83.
- Hampson SE, Goldberg LR, Vogt TM, Dubanoski JP. Mechanisms by which childhood personality traits influence adult health status: educational attainment and healthy behaviors. *Health Psychol* 2007;26(1):121-125.
- Hango D. Parental investment in childhood and educational qualifications: can greater parental involvement mediate the effects of socioeconomic disadvantage? *Social Science Research* 2007;36 (4):1371-1390.
- Helliwell JF. Well-being, social capital and public policy: what's new? *The Economic J* 2006;116: p34-45.
- Holtgrave DR, Crosby R. Is social capital a protective factor against obesity and diabetes? Findings from an exploratory study. *AEP* 2006;16(5):406-408.
- Holtgrave, D. R., Crosby, R. A. (2003) Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhoea, syphilis, chlamydia and AIDS case rates in the United States, *Sexually Transmitted Infections*, 79(1): 62-64
- Hulme PA et al. Health-promoting lifestyle behaviors of Spanish-speaking Hispanic adults. *Journal of Transcultural Nursing* 2003;14 (3): 244-254.
- Hyypää MK, Mäki J. Why do Swedish-speaking Finns have longer active life? an area for social capital research. *Health Promotion International* 2001<sup>a</sup>;16 (1): 55-64.
- Hyypää MT, Mäki J. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Preventive Medicine* 2001<sup>b</sup>;32(2):148-155.
- Hyypää MT, Mäki J. Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Education Research* 2003;18(6): 770-779.
- Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality and morbidity. *American Journal of Public Health* 1997;87(9):1491-1499. In Australian Bureau of Statistics. Social Capital and Social Wellbeing. Australian Bureau of Statistics, 2002.
- Kennelly B, O'Shea E, Garvey E. Social capital, life expectancy and mortality: a cross-national examination. *Social Science & Medicine* 2003;56(12):2367-2377.
- Kim D, Kawachi I. A multilevel analysis of key forms of community- and individual-level social capital as predictors of self-rated health in the United States. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2006;83(5):813-826.
- Kritsotakis G, Gamarnikow E. What is social capital and how does it relate to health? *International journal of nursing studies* 2004;41(1):43-50.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974. In Dever GEA. Community Health Analysis. Gaithersburg, Aspen Publication, 1991.
- Lantz PM et al. Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US

- adults. *JAMA: the Journal of the American Medical Association* 1998;279(21): 1703- 1708.
- Lee HY, Jang SN, Lee S, Cho SI, Park EO. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2008;45(7):1042-1054.
- Lim WY, Ma S, Heng D, Bhalla V, Chew SK. Gender, ethnicity, health & self-rated health in Singapore. *BMC Public Health* 2007;7;184.
- Lofors J, Sundquist K. Low-linking social capital as a predictor of mental disorders: a cohort study of 4.5 Million Swedens. *Social Science & Medicine* 2007; 64:21-34.
- Lyon F. Trust, networks and norms: the creation of social capital in agricultural economies in Ghana. *World Development* 2000; 28(4):663-681.
- Meyer K, Lobao L. Economic hardship, religion and mental health during the midwestern farm crisis. *Journal of rural studies* 2003;19(2):139-155.
- Mohan J, Twigg L, Barnard S, Jones K. Social capital, geography and health: a small-area analysis for England. *Social Science & Medicine* 2005;60(6):1267-1283.
- Mohseni M, Lindstrom M. Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study. *Social Science & Medicine* 2007;64 (7):1373-1383.
- OECD. The well-being of nations: the role of human and social capital - executive summary. Paris, France, 2001.
- Parcel TL, Menaghan EG. Early parental work, family social capital, and early childhood outcomes. *The American journal of sociology* 1994 ;99(4):972-1009.
- Poortinga W. Do health behaviors mediate the association between social capital and health? *Preventive Medicine* 2006;43(6):488-493.
- Richey S. Manufacturing trust: community currencies and the creation of social capital. *Political Behavior* 2007;29(1):69-88.
- Rimpelä AH, Rimpela MK, Koivusilta LK. Health-related lifestyle in adolescence-origin of social class differences in health? *Health Education Research Theory & Practice* 1999;14(3):339-355.
- Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics* 1998;101(1):12-18.
- Sampson RJ, Morenoff JD, Earls F. Beyond social capital: spatial dynamics of collective efficacy for children. *American Sociological Review* 1999;64:633-660.
- Seybold KS, Hill PC. The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science : A Journal of the American Psychological Society* 2001;10(1): 21-24.
- Siahpush M, Borland R, Taylor J, Singh GK, Ansari Z, Serraglio A. The association of smoking with perception of income inequality, relative material well-being, and social capital. *Social Science & Medicine* 2006;63(11):2801-12.
- Sohn B. The long-term effects of parental divorce or separation on childhood, adolescent and adult psychosocial health in UK. *International journal of human ecology* 2004;5(2):51-59.
- Szaflarski M. Gender, self-reported health, and health-related lifestyles in Poland. *Health Care for Women International* 2001;22:207-227.
- Teachman JD, Paasch K, Carver K. Social capital and dropping out of school early. *Journal of Marriage and the Family* 1996;58:773-783.
- Teachman JD, Paasch K, Carver K. Social capital and the generation of human capital. *Social Forces* 1997;75(4):1343-1359.
- Turrell G, Kavanagh A, Subramanian SV. Area variation in mortality in Tasmania (Australia): The contributions of socioeconomic disadvantage, social capital and geographic remoteness. *Health & Place* 2006;12(3):291-305.
- Van der Linden J, Drukker M, Gunther N, Feron F, van Os. Children's mental health service use, neighbourhood socioeconomic deprivation, and social capital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003;38(9):507-514.
- Veenstra G. Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance. *Social Science & Medicine* 2002;54(6):849-868.
- Waldron I, Weiss CC, Hughes ME. Marital status effects on health: are there differences between never married women and divorced and separated women. *Social Science & Medicine* 1997;45(9): 1387-1397.
- Weitzman ER, Chen YY. Risk modifying effect of social capital on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse, harms, and secondhand effects: national survey findings. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59(4):303-309.
- Westin M, Westerling R. Social capital and inequality in health between single and couple parents in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 2007;35(6):609-617.
- WHO. Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization, 1998.
- Wickrama KAS et al. Changes in family financial circumstances and the physical health of married and recently divorced mothers. *Social science & medicine* 2006;63(1):123-136.
- Yip W et al. Does social capital enhance health and wellbeing? evidence from rural China. *Social Science & Medicine* 2007;64:35-49.

<ABSTRACT>

## The Influence of Social Capital and Health Behaviors on Self-rated Health in South Korea

Yea-Li-A Song, Eun-Woo Nam<sup>†</sup>

*Healthy City Research Center, Institute of Health and Welfare, Yonsei University, Wonju*

**Objectives:** This study intended to examine the influence of social capital and health behaviors on self-rated health in Korea.

**Methods:** The data of the social statistics survey that the Korea National Statistical Office conducted in 2006 were chosen and 36,266 people from them, who were 30~59 years old were sampled. This paper made logistic regression analysis to examine the effect of social capital and health behaviors on self-rated health.

**Results:** Odds ratios of social capital are family structure(1.321), marriage(1.214), satisfaction with family relationship(2.207), reliability of institutions(1.307), economic support(1.199), citizen's participation(1.531), and religious activity(1.138). Odds ratios of health behaviors are meal(1.431), exercise(1.356), and no drinking(0.648).

**Conclusion:** Based on the results, this paper can suggest that the plan of keeping and building up social capital should be considered in the whole aspects of the society and the project of moderation in drink is required to consider social culture more.

**Key words:** Social capital, Health behavior, Self-rated health, Healthy city