

보건의료체계에 대한 신뢰도와 건강검진 수진율 간의 관계

정백근¹⁾, 황인경²⁾, 손혜숙³⁾, 고광욱⁴⁾, 윤태호²⁾, 임정훈⁵⁾
경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실 및 건강과학연구원¹⁾,
부산대학교 의학전문대학원 예방의학 및 산업의학교실²⁾,
인제대학교 의과대학 예방의학교실³⁾, 고신대학교 의과대학 예방의학교실⁴⁾, 서울대학교 보건대학원⁵⁾

The Relationship between Trust in Healthcare System and Health Examination Participation

Baek Geun Jeong¹⁾, In-Kyoung Hwang²⁾, Hae-Sook Sohn³⁾, Kwang Wook Koh⁴⁾,
Tae-Ho Yoon²⁾, Jeong-Hun Lim⁵⁾

Department of Preventive Medicine, School of Medicine, Gyeongsang National University · Institute of Health Science¹⁾

Department of Preventive Medicine & Occupational Medicine, School of Medicine, Pusan National University²⁾

Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Inje University³⁾

Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Kosin University⁴⁾

School of Public Health, Seoul National University⁵⁾

= Abstract =

Objectives: This study was conducted to investigate the relationship between vertical trust in the healthcare system and participation in routine health examinations.

Method: Data from the 2008 Pusan Health Survey were analyzed for this study. Multiple logistic regression analyses were performed to investigate the influence of possible confounders (sex, age, education, monthly mean household income, horizontal trust) on participation in routine health examinations according to trust in the healthcare system.

Result: In a total sample of 7,683 participants, 3,756 (48.9%) were classified as health examination participants. Respondents with high trust in the healthcare system had significantly higher odds ratios of participation, 1.17 (95% CI 1.03-1.33), after multiple adjustments.

Conclusion: Vertical trust in the healthcare system was significantly associated with higher odds of participation in routine health examinations. Improvements to the healthcare system have potential for increasing participation in routine health examinations.

Key words: Vertical trust, Health examination, Social capital

* 접수일(2010년 11월 8일), 수정일(2010년 12월 15일), 게재확정일(2010년 12월 20일)

* 교신저자: 정백근, 경상남도 진주시 칠암동 92번지 경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실
Tel: 055-751-8794, Fax: 055-755-2445, E-mail: jjbkkr@yahoo.co.kr

* 본 연구는 부산광역시의 지원으로 수행되었음.

서 론

사회적 자본은 지역사회에서의 사회적 상호작용의 양과 질을 나타내는 개념으로 개발되었고, 최근에는 건강의 중요한 결정요인으로서 대두되고 있다[1]. 사회적 자본이 풍부한 사회는 지역주민들의 사회적 참여 수준이 높고, 지역주민 간에 신뢰도가 높을 뿐만 아니라 사회제도나 조직에 대한 신뢰수준도 높다[2].

사회적 자본은 효과적인 상호 지지, 상호 존경, 지역 서비스에 대한 접근성 향상, 비정상적인 행동과 폭력에 대한 사회적 통제, 건강 정보와 건강에 이로운 행태의 효과적 전파 등과 같은 다양한 기전을 통하여 건강을 향상시킬 수 있는 요인으로 평가되고 있다[3,4,5].

일반적으로 사회적 자본은 사회 참여 정도나 사회적 신뢰 정도로 측정되어 왔다[2]. 그러나 최근의 연구들에서는 사회적 참여 정도는 높지만 사회적 신뢰가 낮은 사회는 건강에 해로운 비정상적인 행동들이 많이 발생하는 경우가 있다고 보고하였다[6,7,8,9]. 이러한 맥락에서 신뢰는 조직 간, 개인 간 관계에서 협력을 성취하고, 사회적 자본의 축적을 증진하는 중심적인 수단으로 인식되고 있다[10].

신뢰는 개인이나 제도가 정당하고, 공정하고, 개방적으로 작동할 것이라는 것에 대한 기대를 반영하는데, 이는 수평적 신뢰와 수직적 신뢰의 두 가지 차원으로 구분할 수 있다[2,10]. 수평적 신뢰는 일반적인 사람들 사이의 신뢰이며, 수직적 신뢰는 한 사회의 공공제도들에 대한 사람들의 신뢰이다[11]. 이와 같은 사람이나 제도를 신뢰하는 능력의 개발은 성공적인 사회 적응의 필수적인 요인이고, 건강과 정신적 안녕의 중요한 예측인자로 간주된다[12,13].

수직적 신뢰가 높은 사람들은 공공제도나 기관은 믿을만한 사회 자원이라고 간주하는 경향이 있다. 한 제도에 대한 신뢰 수준은 사람들마다 다르며 중요한 공공제도 중의 하나인 보건의료체계에 대한 수직적 신뢰도도 개인별로 다를 수 있다. 보건의료체계에 대한 신뢰도는 건강과도 밀

접한 관련성이 있는데, 보건의료체계에 대한 수직적 신뢰 수준이 높은 사람은 주관적 건강상태를 좋게 평가할 가능성이 높은 것으로 알려져 있다[14]. 또한 보건의료체계에 대한 신뢰도가 높은 환자들은 보건의료서비스를 적절하게 이용하고, 중요한 의학적 정보를 서비스 공급자에게 제공하고, 전문가들의 충고와 처방을 잘 따르는 경향이 있다. 뿐만 아니라, 이들은 흡연을 하지 않거나 금연을 할 확률이 높을 뿐만 아니라, 고위험음주를 하지 않는 등 건강에 이로운 행태를 수행하는 경향이 있다는 보고들이 있다[15]. 이는 만약 대중들이 보건의료체계에 대하여 강한 신뢰감을 가지고 있는 경우에는 이 체계 안에서 시행되는 다양한 예방적 활동들이 성공할 가능성이 높다는 것을 암시한다. 이에 본 연구에서는 대표적인 2차 예방 행태인 건강검진 수검과 보건의료체계에 대한 수직적 신뢰 정도와의 관계를 밝히기 위하여 수행되었다. 본 연구에서 여러 예방 활동 중 건강검진 수검을 선택한 이유는 금연, 절주 등 일반적인 예방적 활동과는 달리 건강검진은 의료기관에서 제공하는 서비스이므로 보건의료체계에 대한 신뢰도와 상대적으로 연관성이 높을 것으로 판단했기 때문이다.

대상 및 방법

본 연구에 활용된 자료원은 2004년 부산시민 건강조사 자료로써 이는 부산광역시 16개 구군의 대표성을 고려하여 부산광역시에 소재하고 있는 모든 읍면동이 포함되도록 층화비례확률추출법으로 선정한 표본조사이다. 조사기간은 2004년 9월에서 10월까지 총 2개월이었고 조사가구 수는 총 10,400가구, 조사완료율은 75.3%이었다. 표본가구로 선정된 모든 가구에 대하여 인구학적, 사회경제적 요인, 건강수준, 의료이용 등에 대한 면접 조사를 수행하였고, 건강행태 및 보건의료제도에 관련된 조사는 만 20세 이상의 가구원들 중 생일이 가장 빠른 대상자를 선정하여 자기기입을 원칙으로 하였다. 본 연구는 전체 조사 대상자들 중에서 건강행태 및 보건의료제도와 관련된 설문

에 응답한 만 20세 이상 7,834명 중 건강검진 수검 여부 및 본 연구에서 필요한 변수에 응답하지 않은 151명을 제외한 7,683명을 대상으로 설정하였다.

건강검진에 영향을 미치는 요인은 소인성 요인과 가능성 요인, 욕구요인으로 구분되는데 [16] 본 연구에서는 소인성 요인으로 성과 연령을 고려하였으며, 가능성 요인으로는 사회경제적 요인으로 교육수준과 소득을 고려하였다. 교육수준은 무학, 초등학교 졸업, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 전문대 재학 이상으로 구분하였고 소득은 월 평균가구소득을 사분위수로 구분하여 4계층으로 구분하였고 가장 소득이 높은 경우를 1계층으로 정하였다. 또한, 욕구요인으로는 주관적 건강상태를 포함하였다.

수평적 신뢰 정도는 ‘귀하께서는 이 동네에 사는 대부분의 사람들이 믿을 만하다고 생각하십니까, 아니면 경계해야 한다고 생각하십니까’ 라는 질문을 통하여 파악하였다. 이 설문은 영국의 국가사회조사센터(National Centre for Social Research)에서 사회적 자본과 사회 배제 정도를 파악하기 위하여 개발한 설문지 중 수평적 신뢰를 측정하는 문항으로 활용된 바 있다[17]. 본 연구에서는 이 질문에 대하여 ‘믿을 만하다’고 응답한 사람들을 수평적 신뢰가 높은 사람으로, ‘매우 경계해야 한다’와 ‘모르겠다’로 응답한 사람들을 수평적 신뢰가 높지 않은 사람으로 구분하였다.

보건의료체계에 대한 수직적 신뢰 정도는 ‘귀하께서는 정부가 국민의 건강권 보장을 위해 얼마나 노력하고 있다고 생각하십니까?’란 질문에 대한 응답을 통해 파악하였다. 이 때, ‘매우 노력함’과 ‘노력하는 편’은 ‘높음’으로 구분하였고 ‘보통’은 ‘보통’으로, ‘노력하지 않는 편’과 ‘전혀 노력하지 않음’은 ‘낮음’으로 구분하였다.

건강검진 여부는 ‘지난 2년 동안 건강을 위해 신체검사 또는 건강검진을 받은 적이 있습니까?’라는 질문에 대한 응답으로 구분하였다.

건강검진에 영향을 미치는 요인들을 파악하기 위하여 건강검진 여부를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 단변량 분석을 실시하여

각 요인별 건강검진 여부에 영향을 미치는 요인을 분석하였고, 다변량 분석을 실시하여 다른 관련 요인들을 보정한 상태에서 건강검진 여부에 영향을 미치는 요인들과 그 상대적인 크기를 분석하였다. 로지스틱 회귀분석 결과는 백분율과 오즈비(Odds ratio), 오즈비의 95% 신뢰구간으로 표시하였다. 본 연구의 모든 통계분석은 통계 패키지 프로그램인 SAS v9.1을 이용하였다.

결 과

조사대상자들 중 남자는 46.4%였고 여자는 53.6%였으며 연령대는 40대가 24.8%로 가장 많았다. 교육수준은 고졸 학력자가 36.4%로 가장 많았고 월 가구 소득은 하위에 해당하는 사람들의 비율이 37.2%로 가장 많았으며 상위에 해당하는 사람들의 비율이 10.7%로 가장 적었다. 주관적 건강상태에 대한 평가에서 ‘건강하다’고 응답한 사람들이 비율이 55.1%로 가장 많았고, 수평적 신뢰와 수직적 신뢰가 높은 사람들은 각각 전체 응답자의 54.8%, 20.8%에 해당하였다(Table 1).

전체 대상자 중에서 지난 2년간 건강검진을 받은 사람은 전체 응답자의 48.9%였고, 남자 53.9%, 여자 44.6%로서 남자가 다소 많았다. 연령별로 보면 지난 2년간 건강검진 수진율이 가장 높았던 연령층은 50대로서 전체의 60.5%가 이에 해당하였고, 대학 이상의 고학력자들의 수진율이 51.6%로 가장 높았다. 월 가구 소득이 낮을수록 수진율이 감소하는 경향을 보였고, 주관적 건강상태가 나쁠수록 수진율이 증가하는 경향을 보였다. 수평적 신뢰 수준과 수직적 신뢰 수준이 높은 사람들의 건강검진 수진율은 각각 53.0%, 52.9%이었다(Table 2).

단변량 분석 결과 모든 변수에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 남성은 여성보다 1.44배 건강검진 수진율이 더욱 높았고, 20대에 비해서 나머지 모든 연령층의 건강검진 수진율이 높았으나 60대 이후부터는 그 차이가 줄어드는 경향을 보였다($p < 0.001$). 교육수준별로 보면 무학을 기준으로 하였을 때, 고졸 학력을 가진 사람들의 건강

Table 1. General characteristics of the study subjects

	Variables	N	%
Gender	Male	3,562	46.4
	Female	4,121	53.6
Age	20-29	1,047	13.6
	30-39	1,731	22.5
	40-49	1,907	24.8
	50-59	1,224	15.9
	60-69	1,067	13.9
	70≤	707	9.2
	Educational level	College graduated≤	2,223
High school graduated		2,797	36.4
Middle school graduated		1,099	14.3
Elementary school graduated		897	11.7
Ungraduated		667	8.7
Monthly household income	1st	820	10.7
	2nd	1,537	20.0
	3rd	2,471	32.2
	4th	2,855	37.2
Subjective health status	Good	4,233	55.1
	Moderate	1,909	24.8
	Poor	1,494	19.4
	Missing	2	0.03
Horizontal trust	High	4,210	54.8
	Not high	3,473	45.2
Vertical trust	High	1,589	20.8
	Middle	3,031	39.7
	Low	3,016	39.5
Health examination participation within the last 2 years	Yes	3,756	48.9
	No	3,927	51.1
	Total	7,683	100.0

Table 2. Health examination participation by subject's characteristics

Variables	Non-participants	Participants	Total	
	N(%)	N(%)	N(%)	
Total	3,927 (51.1)	3,756 (48.9)	7,683 (100.0)	
Gender	Male	1,642 (46.1)	1,920 (53.9)	3,562 (100.0)
	Female	2,285 (55.4)	1,836 (44.6)	4,121 (100.0)
Age	20-29	686 (65.5)	361 (34.5)	1,047 (100.0)
	30-39	1,001 (57.8)	730 (42.2)	1,731 (100.0)
	40-49	875 (45.9)	1,032 (54.1)	1,907 (100.0)
	50-59	483 (39.5)	741 (60.5)	1,224 (100.0)
	60-69	513 (48.1)	554 (51.9)	1,067 (100.0)
	70≤	369 (52.2)	338 (47.8)	707 (100.0)
Educational level	College graduated≤	1,075 (48.4)	1,148 (51.6)	2,223 (100.0)
	High school graduated	1,482 (53.0)	1,315 (47.0)	2,797 (100.0)
	Middle school graduated	542 (49.3)	557 (50.7)	1,099 (100.0)
	Elementary school graduated	449 (50.1)	448 (49.9)	897 (100.0)
	ungraduated	379 (56.8)	288 (43.2)	667 (100.0)
Monthly household income	1st	297 (36.2)	523 (63.8)	820 (100.0)
	2nd	673 (43.8)	864 (56.2)	1,537 (100.0)
	3rd	1,315 (53.2)	1,156 (46.8)	2,471 (100.0)
	4th	1,642 (57.5)	1,213 (42.5)	2,855 (100.0)
Subjective health status	Good	2,227 (52.6)	2,006 (47.4)	4,233 (100.0)
	Moderate	998 (52.3)	911 (47.7)	1,909 (100.0)
	Poor	682 (45.6)	812 (54.4)	1,494 (100.0)
Horizontal trust	High	1,979 (47.0)	2,231 (53.0)	4,210 (100.0)
	Not high	1,948 (56.1)	1,525 (43.9)	3,473 (100.0)
Vertical trust	High	749 (47.1)	840 (52.9)	1,589 (100.0)
	Medium	1,580 (52.1)	1,451 (47.9)	3,031 (100.0)
	Low	1,573 (52.2)	1,443 (47.8)	3,016 (100.0)

검진 수진율이 통계적으로 유의하지 않은 것을 제외하면 모든 경우에 통계적으로 유의하게 높았다($p<0.05$, $p<0.001$). 월 가구 소득이 높을수록 건강검진 수진율이 증가하였으며 주관적 건강상태를 '건강하다'고 평가한 사람들에 비해서 '건강하지 못하다'고 평가한 사람들의 수진율이 높았다($p<0.01$, $p<0.001$). 수평적 신뢰수준이 높은 사람은 그렇지 않은 사람들에 비해서 1.44배 건강검진 수진율이 높았으며($p<0.001$), 보건의료체계에 대한 신뢰도가 높은 사람들은 낮은 사람들에 비해서 1.22배 건강검진 수진율이 높았다($p<0.01$). 그러나, 보건의료체계에 대한 신뢰도에 대하여 '보통'이라고 응답한 사람들은 신뢰도가 낮은 사람들과 건강검진 수진율에 있어서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 다변량 분석 결과 역시 모든 변수에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 남성은 여성보다 1.33배 건강검진 수진율이 높았고 50대까지는 건강검진 수진율이 높아졌다가 60대 이후로 감소하는 경향을 보였다($p<0.001$). 단변량 분석의 경우에는 무학에 비해서 고졸 학력의 건강검진 수진율이 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았으나, 다변량 분석의 경우에는 교육수준이 높을수록 건강검진 수진율이 통계적으로 유의하게 증가하는 경향을 보였다($p<0.05$, $p<0.001$). 주관적 건강상태를 '건강하다'고 평가한 사람에 비하여 '보통'이라고 응답한 사람들의 건강검진 수진율은 통계적으로 유의한 차이가 없었으나 '건강하지 못하다'고 응답한 사람들의 수진율은 1.49배 통계적으로 유의하게 높았다($p<0.001$). 수평적 신뢰수준이 높은 사람은 그렇지 않은 사람들에 비하여, 보건의료체계에 대한 신뢰수준이 높은 사람은 낮은 사람에 비하여 건강검진 수진율이 각각 1.23배($p<0.001$), 1.17($p<0.05$)배 높았다. 그러나, 단변량 분석결과와 마찬가지로 보건의료체계에 대한 신뢰도가 '보통'인 사람과 낮은 사람 간에는 건강검진 수진율에 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 3).

고 찰

사회적 자본은 상호 이익을 위한 집합적 행동

을 촉진시키는 상부상조의 규범, 신뢰, 공식적, 비공식적 관계 및 시민 참여로 정의되는 다차원적 개념이다[18].

사회적 자본은 사회심리적 스트레스를 감소시키고 규범과 가치 등을 매개로 하여 건강관련행태를 건강에 이롭게 만들고 보건의료서비스와 다양한 편의시설들에 대한 접근성을 증가시키는 등의 경로를 통하여 건강을 증진시키는 것으로 알려져 있다[5].

일부 학자들은 사회적 자본을 사회적 연결망 및 개인들 간의 신뢰와 관련된 미시적 특성을 가진 것이라고 평가하지만 대부분의 학자들은 사회적 자본의 맥락적 특성을 강조한다[19]. 이와 같이 사회적 자본은 일차적으로는 맥락적 개념이기 때문에 국가나 지역과 같은 거시적 수준에서 분석될 수 있다. 그러나 이는 이웃사회와 같은 중간적 수준, 사회 참여 및 개인의 사회적 연결망과 같은 미시적 수준에서도 분석될 뿐만 아니라, 신뢰와 같은 심리적 수준에서도 분석될 수 있다[20]. 신뢰의 영역에 국한해 볼 때 사회적 자본은 개인들 간의 신뢰와 같은 수평적 차원 뿐만 아니라 개인과 제도들 사이의 신뢰와 같은 수직적 차원도 가지고 있다[21]. 또한 수평적 신뢰나 수직적 신뢰는 사회의 특징을 반영할 뿐만 아니라 개인적 차원의 심리적 특징도 반영하는 것이다[20].

신뢰 수준은 일반적인 건강수준, 정신건강 및 건강관련행태와 연관성이 있는 것으로 알려져 있다[6,22]. 그러나, 수평적 신뢰수준과 건강간의 관계에 대한 연구에 비하여 신뢰의 또 다른 측면인 수직적 신뢰수준과 건강과의 관계에 대한 연구는 그리 많지 않다[14,23]

스웨덴에서 이루어진 연구에서는 스웨덴 의회에 대한 정치적 신뢰도는 주관적 건강상태 및 정신건강상태와 연관성이 있다고 보고하였다[24,25]. 또한 정치적 신뢰도는 건강통제위(health locus of control)에 영향을 줌으로써 건강관련행태 및 건강에 영향을 미친다는 보고가 있으며 대중매체와 보건의료체계에 대한 수직적 신뢰도가 높은 사람들일 수록 주관적 건강상태가 좋다는 연구결과도 발표되었다[25]. 또한 수직적 신뢰도는

Table 3. Adjusted odds ratio from the logistic regression on affecting factors the participation rate of the study subjects

Variables	Crude OR	Adjusted OR
	OR(95% CI)	OR(95% CI)
Gender		
Female	1.00	1.00
Male	1.44(1.32-1.58)***	1.33(1.21-1.47)***
Age		
20~29	1.00	1.00
30~39	1.74(1.43-2.11)***	3.02(2.24-3.74)***
40~49	2.05(1.72-2.45)***	3.03(2.43-3.78)***
50~59	2.92(2.46-3.45)***	3.67(3.00-4.49)***
60~69	2.24(1.92-2.62)***	2.38(2.00-2.83)***
70≤	1.39(1.18-1.63)***	1.45(1.23-1.71)***
Educational level		
Ungraduated	1.00	1.00
Elementary school graduated	1.31(1.07-1.61)**	1.27(1.02-1.57)*
Middle school graduated	1.35(1.11-1.64)**	1.32(1.05-1.65)*
High school graduated	1.17(0.99-1.38)	1.49(1.19-1.86)***
College graduated≤	1.41(1.18-1.67)***	2.06(1.61-2.62)***
Monthly household income		
4th	1.00	1.00
3rd	1.19(1.07-1.33)**	1.34(1.18-1.51)***
2nd	1.74(1.53-1.97)***	1.88(1.63-2.17)***
1st	2.38(2.03-2.80)***	2.40(2.00-2.87)***
Subjective health status		
Good	1.00	1.00
Moderate	1.01(0.91-1.13)	1.02(0.91-1.15)
Poor	1.32(1.17-1.49)***	1.49(1.23-1.71)***
Horizontal trust		
Not high	1.00	1.00
High	1.44(1.32-1.58)***	1.23(1.12-1.36)***
Vertical trust		
Low	1.00	1.00
Medium	1.00(0.91-1.11)	1.03(0.92-1.14)
High	1.22(1.08-1.38)**	1.17(1.03-1.33)*

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

‘매일 흡연’ 및 ‘금연’과도 매우 밀접한 연관성을 가지고 있는 것으로 보고되고 있다[6,27]

본 연구에서는 대표적인 2차 예방행태인 건강검진 수검과 보건의료체계에 대한 신뢰도 간의 관계를 살펴보았다. 단변량 및 다변량 분석 결과 모두에서 수평적 신뢰도와 수직적 신뢰도가 높은 사람들의 건강검진 수진율이 높았는데 이는 개인의 신뢰도가 건강관련행태와 양의 상관관계가 있다는 기존의 연구결과들과 맥을 같이 하는 것이었다. 특히 보건의료체계에 대한 수직적 신뢰도의 경우에는 보건의료체계에 대한 신뢰도가 높은 사람들의 수진율이 가장 높았는데 이에 대한 가능한 설명 중의 하나는 건강검진은 정부가 국민들의 건강향상을 위하여 권장하는 중요한 예방행태이고, 보건의료체계에 대한 높은 신뢰도는 정부의 권고사항에 대한 신뢰도를 증가시키기 때문일 것으로 판단된다. 또한, 이러한 결과는 보건의료체계에 대한 신뢰도가 높은 사람들은 전문가들의 조언을 따르고 건강정보를 확보하기 위하여 노력할 확률이 높다는 기존 연구결과[15]에 의해서도 설명된다.

본 연구 결과에서 다소 특이한 점은 보건의료체계에 대한 신뢰도가 높은 사람들은 건강검진 수진율이 가장 높았던 것에 비하여 ‘보통’이라고 응답했던 사람들의 경우에는 보건의료체계에 대한 신뢰도가 낮은 사람들에 비하여 수진율에 큰 차이가 없다는 것이다. 이는 국민들의 건강검진 수진율 향상이라는 측면에서 보면 보건의료체계에 대한 국민들의 신뢰도를 높이기 위한 정부의 노력이 매우 커야 함을 의미한다. 그러나 본 연구 결과에서 밝혀진 바와 같이 아직까지 보건의료체계에 대한 신뢰도가 높은 사람들은 20.8%밖에 되지 않으므로 향후 정부의 국민들의 건강권을 보장하기 위한 노력에 대한 신뢰를 국민들로부터 확보하기 위한 다양한 방안들이 요구된다 하겠다. 하지만 보건의료체계에 대한 신뢰도는 개인적 차원의 심리적 요인과 특성을 또한 반영한다. 이는 ‘상대방이 신뢰할 만하다는 일반적인 기대를 이끄는 신뢰자의 안정적인 심리요인’에 해당하는 것으로 신뢰성향으로 정의되는 바 신뢰

성향이 정부의 노력에 대한 신뢰도에 영향을 미칠 수 있다[28,29]. 그러므로 정부의 노력과 이에 대한 국민들의 신뢰가 반드시 일치하지 않을 수도 있다는 점도 고려되어야 한다. 향후 이 둘 사이의 관계를 매개하는 변수가 무엇인지는 추후의 연구과제로 설정되어야 할 것으로 판단된다.

이 외에 남성, 소득수준과 교육수준이 높은 사람들, 주관적 건강상태에 대한 평가가 좋지 않은 사람들의 건강검진 수진율이 높았는데, 이는 기존의 연구결과들과 일치하는 결과들이었다[30,31,32]. 연령별로 살펴보면 50대까지는 연령이 증가할 수록 건강검진 수진율이 증가하다가 60대로 넘어가면 반대의 현상이 나타났다. 이는 연령이 많을 수록 건강검진에 대한 관심이 적어진다 는 기존 연구결과와도 일치하는 것이었는데 우리나라에서 60세 이상 노인들을 대상으로 수행된 연구의 경우에도 60대 이후에는 건강검진 수진율이 감소함을 보고하였다[32].

본 연구는 몇 가지 한계가 있다.

첫째, 부산광역시를 대표하는 자료를 분석한 결과이긴 하나 이는 우리나라 전체를 대표하는 자료가 아니라는 것이다. 우리나라의 경우 중앙행정기관에 대한 국민의 신뢰가 거주지역에 따라 다르고 지역별로 정치적 지지 집단이 다르다[33]는 측면에서 이는 연구의 한계라고 판단된다.

둘째, 보건의료체계에 대한 신뢰도는 정부의 국민 건강권 보장에 대한 다양한 노력들의 결과임에도 불구하고 본 연구는 어느 한 시점의 단면 조사연구이므로 이러한 측면들을 모두 반영하지는 못했다.

셋째, 국민건강보험공단에서 실시하는 건강검진과 개인이 전액을 부담하는 종합건강검진 수검에 영향을 미치는 요인들은 각각 다를 수 있다. 특히 사회경제적 위치가 낮은 경우에는 시간과 비용을 들이는 개인 부담의 종합건강검진에 대한 접근성이 더 낮을 수밖에 없다. 그러나 본 연구에서는 자료의 한계상 이를 구분하지는 못하였다.

그럼에도 불구하고 본 연구는 정부의 국민 건강권 보장을 위한 노력이 건강검진 수진율에 영향을 미칠 수 있음을 밝힌 최초의 연구이다. 향

후 국민들의 보건의료체계에 대한 신뢰도에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 파악하고 이러한 요인들이 국민들의 건강검진 수진율에 영향을 미치는 경로를 파악한다면 국민 보건에 이바지할 수 있는 다양한 방안들이 마련될 수 있을 것으로 판단된다.

요 약

본 연구는 건강검진 수검과 보건의료체계에 대한 신뢰 수준 간의 관계를 파악하기 위하여 수행된 연구로서 2004년 부산시민 건강조사에 참가한 만 20세 이상 7,683명을 대상으로 하였다.

그 결과 남성과 50대 연령층의 건강검진 수진율이 높았으며 교육수준과 소득수준, 수평적 신뢰수준이 높을수록, 주관적 건강상태가 좋지 않을수록 수진율이 증가하였다. 또한 보건의료체계에 대한 신뢰도가 높은 사람들이 낮은 사람들에게 비하여 건강검진을 받을 확률이 높았다.

향후 국민들의 보건의료체계에 대한 신뢰도에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 파악하고 이러한 요인들이 국민들의 건강검진 수진율에 영향을 미치는 경로를 파악한다면 국민 보건에 이바지할 수 있는 다양한 방안들이 마련될 수 있을 것으로 판단된다.

참고문헌

1. Petrou S, Kupek E. Social capital and its relationship with measures of health status: evidence from the Health Survey for England 2003. *Health Econ* 2007;17:127-143
2. Putnam RD. *Bowling Alone: The collapse and revival of American community*. New York, Simon & Schuster, 2000
3. Helliwell JF, Putnam RD. The social context of well-being. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2004;359:1435-1446
4. Yip W, Subramanian SV, Mitchell AD, Lee DT, Wang J, Kawachi I. Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China. *Soc Sci Med* 2007;64:35-49
5. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *Am J Public Health* 1999;89:1187-1193
6. Lindstrom M. Social capital and the miniaturization of community among daily and intermittent smokers: A population-based study. *Prev Med* 2003;36:177-184
7. Lindstrom M. Social capital, the miniaturization of community and cannabis smoking among young adults. *Eur J Public Health* 2004;14:204-208
8. Lindstrom M, Axen E. Social capital, the miniaturization of community and assessment of patient satisfaction in primary healthcare: a population-based study. *Scand J Public Health* 2004;32:243-249
9. Lindstrom M. Social capital, the miniaturization of community and high alcohol consumption: a population-based study. *Alcohol Alcohol* 2005;40:556-562
10. Rindfleisch A. Organizational trust and interfirm cooperation: an examination of horizontal versus vertical alliances. *Marketing Lett* 2000;11:81-95
11. Wellman B, Salaff J, Dimitrova D, Garton L, Gulia M, Haythornthwaite C. Computer networks as social networks: collaborative work, telework, and virtual community. *Annu Rev Sociol* 1996;22:213-238
12. Suedfeld P, Soriano E, McMurtry DL, Paterson H, Weiszbeck TL, Krell R. Erikson's "components of a healthy personality" among Holocaust survivors immediately and 40 years after the war. *Int J Aging Hum Dev* 2005;60:229-248
13. Barefoot JC, Maynard KE, Beckham JC, Brummett BH, Hooker K, Siegler IC. Trust, health, and longevity. *J Behav Med* 1998;21:517-526
14. 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. *Soc Sci Med* 2007;64:1373-1383
15. Tokuda Y, Fujii S, Jimba M, Inoguchi T. The relationship between trust in mass media and the healthcare system and individual health: evidence from the AsiaBarometer Survey. *BMC Med* 2009 Jan;7(4):1-10
 16. Park JH, Lee JS, Lee JY, Hong JY, Kim SY, Kim SO, Cho BH, Kim YI, Shin YS, Kim Y. Factors affecting National Health Insurance Mass screening participation in the disabled. *J Prev Med Public Health* 2006;39(6):511-519 (Korean)
 17. Bajekal M, Purdon S. Social capital and social exclusion: development of a condensed module for the Health Survey for England. London, National Centre for Social Research, 2001
 18. Lindstrom M. Invited commentary: social capital, social contexts, and depression. *Am J Epidemiol* 2008 May 15;167(10):1152-1154
 19. Woolcock M. The place of social capital in understanding social and economic outcomes. *Can J Policy Res* 2001;2:11-17
 20. Macinko J, Starfield B. The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Q* 2001;79:387-427
 21. Narayan D, Cassidy M. A dimensional approach to measuring social capital: development and validation of social capital inventory. *Curr Sociol* 2001;49:49-93
 22. Lindstrom M. Social capital, the miniaturization of community and self-reported global and psychological health. *Soc Sci Med* 2004; 59(3):595-607
 23. Lindstrom M, Janzon E. Social capital, institutional (vertical) trust and smoking: A study of daily smoking and smoking cessation among ever smokers. *Scand J Public Health* 2007;35:460-467
 24. Mohseni M, Lindstrom M. Social capital, political trust and self-rated health: a population-based study in southern Sweden. *Scand J Public Health* 2008;36(1):28-34
 25. Lindstrom M, Mohseni M. Social capital, political trust and self reported psychological health: a population-based study. *Soc Sci Med* 2009;68(3):436-443
 26. Lindstrom M. Social capital, political trust, and health locus of control: A population-based study. *Scand J Public Health* 2000; 28:200-208
 27. Lindstrom M, Hanson BS, Ostergren PO, Berglund G. Socioeconomic differences in smoking cessation: The role of social participation. *Scand J Public Health* 2000 Sep;28(3):200-208
 28. Lee HS. The public trust in civil servants of Korea. *Korean Public Admin Rev* 1999; 33(2):37-56 (Korean)
 29. Lee SH, Yang GM, Seo JH, Kim JH. A study of factors related to Korean physicians' trust in the government: on the target for board members of physicians' associations. *J Prev Med Public Health* 2010;43(5):411-412 (Korean)
 30. Chun EJ, Jang SN, Cho SI, Cho YT, Moon OR. Disparities in participation in health examination by socio-economic position among adult Seoul residents. *J Prev Med Public Health* 2007;40(5):345-350 (Korean)
 31. Hofer TP, Katz SJ. Healthy behaviors among women in the United States and Ontario: The effect on use of preventive care. *Am J Public Health* 1996;86(12):1755-1759
 32. Kim YI, Cho YC. The associated factors of health examinations behaviors among some elderly persons in urban and rural areas. *Korean J of Rural Med* 2004;29(1): 1-14 (Korean)
 33. Park HB, Lee HC, Cho YS. An analysis on the properties and determinants of trust in government in Korea. *Korean Public Adm Rev* 2003;37(3):45-66 (Korean)