

# 사회적 자본과 건강정보, 의료 커뮤니케이션 요인이 농어촌 지역의 건강상태에 미치는 영향에 대한 구조모델

장한진, 노기영  
한림대학교 대학원 인터랙션디자인

## Structural Model of health status in Rural Community: Social Trust, Medical Communication, and Health Information

Han-Jin Jang, Ghee-Young Noh

Dept. of Interaction Design, Graduate School, Hallym University

**요약** 농어촌 지역은 산업화·도시화로 도시보다 건강관리가 미흡하며 이에 따른 지역 간 건강불균형 문제가 중요한 사회적 아젠다가 되었다. 이 연구는 사회적 자본과 건강정보, 의료 커뮤니케이션 요인들이 지역사회 건강상태에 어떠한 영향을 미치는지를 구조방정식 모델을 통해서 검증하고자 하였다. 먼저 사회적 자본은 의료진과의 의사소통성에 영향을 미치는 것으로 나타났고, 의료진과의 의사소통성은 건강상태에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 건강정보추구는 건강행위, 인터넷 건강정보이용에 영향을 미치는 것으로 확인되었으며, 인터넷 건강정보이용을 매개로 건강상태에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 마지막으로 인터넷 건강정보이용과 건강행위는 건강상태에 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 이 연구는 사회적 요인과 커뮤니케이션 요인이 농어촌 건강상태에 영향을 미치는 선형 경로 구조를 형성하고 있다는 점을 검증함으로써 지역사회 건강상태의 결정요인에 대한 설명력을 한층 풍부하게 하는 데 기여하고 있다.

**주제어** : 사회적 자본, 의료진과의 의사소통성, 건강정보추구, 건강행위, 건강상태, 융합

**Abstract** Industrialization and urbanization have caused health inequality between rural areas and cities. Health care in rural area is insufficient comparing to urban areas. This study examined the effects of social capital, Health Information, and medical communication factors on Health status in rural community using structural equation modeling. First, social capital has an effect on medical communication with physicians and medical communication impacts on health status. Second, health information orientation has an impact on health behavior and Internet health information. Lastly, health information orientation influenced by Internet health information as a mediator affects health status. As a whole, this study contributes to theoretical explanation about determinants of health status in communities by examining structural path of the effects of social factors and communication factors on health status in rural area

**Key Words** : Social Capital, Medical Communication, Health information Orientation, Health Behavior, Health Status, Convergence

\* 본 논문은 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2012S1A1A2330480)

Received 28 May 2015, Revised 6 July 2015

Accepted 20 August 2015

Corresponding Author: Ghee-Young Noh(Hallym University)

Email: gnoh@hallym.ac.kr

© The Society of Digital Policy & Management. All rights reserved. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## 1. 문제의 제기

경제성장이 어느 수준에 이르면 건강격차나 의료격차와 같은 불균형현상이 사라질 것이라는 낙관적 입장에도 불구하고 현실은 그렇지 않다. 절대적 빈곤층이 줄어들고 항생제를 비롯한 의학기술의 놀라운 발전 속도에 덕분에 농어촌지역에서도 전염병이나 절대빈곤과 같은 문제가 사라지고 있지만 건강과 의료의 격차는 지속되고 있다. 질병의 양상이 전염병에서 만성 질환으로 바뀌었고, 건강에 대한 주요 위험요인이 영양실조나 위생환경에서 운동으로 바뀌었을 뿐, 사회적·지리적 조건이 열악한 취약계층의 건강과 의료상태는 상대적으로 여전히 불균형하다.

농어촌 지역은 도시지역에 비해 의료접근성이 떨어지며, 예방적 보건의료 서비스 및 건강생활을 위한 관련시설의 접근성이 불리한 환경이다[1]. 더욱이 대형병원이나 첨단 의료시설 등은 대부분 도시에 편중되어 있고 농촌은 건강문제와 관련된 기초시설이 부족하여, 사회의 발전에 따른 보건복지 서비스에 대한 욕구를 충족시켜주지 못하는 형편이다. 이러한 인구구조적 특성, 물리 사회적 환경 등에 의해 농어촌 지역의 건강수준은 대도시에 비해 상대적으로 열악할 것으로 예상된다. 선행연구에 의하면 도시와 농촌 지역 간에 건강수준의 격차에 대해서 보고하고 있다. 그러나 측정하고자 하는 건강수준에 따라 또한 연구하는 국가와 지역 간에 따라 상이한 연구결과가 제시되고 있기도 하다. 국내연구의 경우도 농촌이 도시보다 건강상태와 건강행태 등이 더 낮은 수준으로 보고되고 있다[2].

이러한 이유는 도시화나 산업화로 인해 지역 간의 사회경제적 격차가 형성되었고 이러한 격차가 건강 격차로 이어지고 있기 때문이다. 경제적 조건과 수준이 높은 도시지역에서는 농어촌 지역보다 의료접근성이 높아 건강을 위한 많은 예방활동을 할 수 있기 때문에 건강상태도 상대적으로 양호하게 된다. 반면 농어촌 지역은 산업화·도시화로 인해 지역 간 경제적 불균형이 심화되었고 이러한 환경에 따라 도시보다 건강관리가 미흡한 실정이다. 따라서 이러한 상황에서 농어촌 지역의 건강상태에 영향을 미치는 결정요인을 파악해보는 것은 매우 의미 있는 일이라 할 수 있다. 특히 이 연구는 기존의 경제요인이나 의료접근성에 대한 분석 외에 사회적 자본과 같은 사회

적 요인과 커뮤니케이션 요인이 지역의 건강상태에 어떠한 영향을 미치는지를 분석하고자 한다.

## 2. 이론적 배경

### 2.1 사회적 자본

현대사회가 점점 복잡하고 다원화되어가면서 사회 구성원 간의 교류는 지역공동체를 초월하여 이루어지거나 비대면적 속성을 띠는 경우가 많아졌다. 즉, 사회적인 활동의 범위가 넓어지면서 인간관계를 맺고 상호 교류하거나 거래를 하는 과정에서 불확실성이 증가하게 되었다. 이러한 연유에서 정치학, 경제학, 사회학, 경영학을 비롯하여 다양한 학문 분야에서 상호 간의 불확실성을 감소시키고 거래비용을 줄여줄 수 있는 매개체로서의 사회적 자본에 대한 논의가 활발하게 이루어지고 있으며, 금융 자본, 인적·물적 자본과 같은 전통적 자본 이상으로 그 중요성이 크게 대두되고 있다.

Putnam은 사회적 자본을 사람들의 협력 행동을 활발하게 하는 것에 의해 사회의 효율성을 개선시킬 수 있는 신뢰, 규범, 네트워크라는 사회적 조직의 특징이라고 정의하고 있다[3]. 이러한 사회적 자본은 사람들의 사회관계 속에서 나타나기 때문에 개인의 교육이나 지식에 의해 습득될 수 없고, 개인이 소유할 수 없는 형태로 존재하고 있다. 그리고 사회적 자본에 의해 발생하는 이익은 다른 자본과 달리 사회전반에 미치는 파급효과가 있으며, 공공재로서의 성격을 가진다. 특히 사회적 자본은 익명성이 보장되는 도시지역과는 달리 농어촌에서 효과가 극대화된다. 농어촌 지역은 구성원들이 서로 친밀한 관계 속에서 개방된 생활을 영위하기 때문에 구성원들간의 교류가 많아지고 신뢰가 형성되기 때문에 사회적 자본이 개인의 태도와 독립적으로 주어진 행위 수행 여부에 영향을 주게 되며, 자신에게 주요한 타인들의 기대지각과 그들의 기대를 따르려는 순응동기에 영향을 주게 되는 경향이 있다[4].

한마디로, 사회적 자본이 풍부한 사람의 경우에는 매우 다양한 메커니즘을 통하여 사회적으로나 개인적으로 바람직한 결과가 산출된다. 신뢰, 규범, 네트워크 그리고 협조적 행위와 같은 사회적 자본이 작동하면 서로가 좀 더 효율적인 의사소통이 가능해지며, 이로써 공동의 문

제를 보다 쉽게 해결하는 것이 가능해진다. 즉, 사회적 자본이 높은 구성원은 자신을 도우려 하는 사람에 대한 신뢰가 형성되어, 사회구성원이나 자신을 도우려하는 의료진과의 의사소통을 원활하게 해준다. 이렇게 형성된 사회적 자본은 타인과의 상호작용과 신뢰를 촉진시키고 내부적인 소속감과 결합의지를 강화시켜, 다양한 변화 속에서도 개인이 타인을 도울 수 있게 하며, 원활한 의사소통을 이끌어 낸다[5]. 즉, 사회적 자본이 풍부한 구성원이 속해있는 사회는 전체적으로 사회적 균형이 실현되며, 그 파급효과로 사회적 자본을 갖지 못한 사회구성원에게도 영향을 미치고, 결과적으로 삶의 질을 높일 수 있는 가능성을 가진다고 볼 수 있다. 사회적 자본은 다른 자본과 달리 그 미치는 파급효과가 공공재로서의 성격을 가진다. 따라서 사회적 자본을 갖지 못한 사회구성원에게도 영향을 미치게 되어 구성원들간의 교류가 많아지고 신뢰가 형성되게 된다. 특히 농어촌 지역은 이웃들이 서로 개방된 생활을 영위하기 때문에 삶의 질을 높이려 하거나 건강과 관련한 정보들을 찾거나 할 때, 이웃들이나 자신의 건강을 살펴줄 수 있는 사람들의 영향을 많이 받게 된다. 이러한 건강정보추구 행위는 어떠한 구체적 건강정보를 찾아보기 위해 본인이 평소 가지고 있는 미디어 이용 패턴을 벗어나 추가적으로 이웃이나 사회구성원을 통해 찾아보는 의미를 가질 수 있다. 따라서 사회적 자본과 건강정보추구 사이에는 상관관계가 존재할 것이라 예측이 가능하다. 다시 말해 사회적 자본이 높은 구성원들의 집단은 그렇지 않은 집단보다 의사소통이 높으며 많은 것을 성취할 수 있고, 삶의 질 역시 높을 것이라고 예측해 볼 수 있다. 특히 삶의 질의 경우, 경제적 유복함 뿐만 아니라 범죄로부터의 상대적인 자유, 깨끗한 환경의 즐길, 개인의 정신적 육체적 건강상태로까지 확대되어 있다. 따라서 이와 같은 논의를 바탕으로 본 연구에서는 농어촌 지역에서의 사회적 자본에 대한 다음과 같은 가설을 제시한다.

H1: 사회적 자본은 의료진과의 의사소통성과 정적인 관계를 가질 것이다.

H2: 사회적 자본은 건강상태와 정적인 관계를 가질 것이다.

## 2.2 의료진과의 의사소통성

의료에 대한 대중들의 관심이 높아지면서 의료진과의

의사소통성 기대 수준이 향상되고 있다. 그 이유는 의료진과의 의사소통성을 통해 의료진과 환자 간의 신뢰를 확인 할 수 있고 진료의 만족도와 치료의 효과 또한 기대할 수 있게 하는 요인으로 작용하기 때문이다[6]. 따라서 의료진은 의료과정의 내용을 환자에게 충분하고 정확하게 이해시키고 커뮤니케이션해야하며 환자 스스로가 자신의 진료과정을 선택할 수 있게끔 도와주어야 한다. 의료진과의 의사소통성에서 제일 중요한 행위자는 의료진과 환자이며, 이들의 관계는 수평적이고 능동적이어야 한다. 일반적으로 의료진과의 의사소통성은 의료진이 환자에게 하는 일방적인 과정이다. 비록 의료진과의 의사소통성은 일방향이지만 의사소통성의 목표는 이해와 공유라는 양방향 의사소통성을 알아야 한다. 효과적인 공유와 이해과정은 감정적 영역 안에서 일어난다. 따라서 의료진은 이를 잘 활용하여 환자가 어떤 이야기를 할지 잘 들을 준비가 되어 있어야 한다. 예를 들면 환자의 표정, 말투, 손동작 등을 보고 환자의 심리적 정보를 눈치 있게 살펴봐야 한다는 것이다. 환자를 이해하고 환자의 상태를 공유하는 과정[7]은 환자가 앓고 있는 질환에 대하여 핵심적인 원인을 파악할 수 있기 때문이다. 이러한 의료진과의 의사소통과정을 통해 환자는 어떤 형태로든 변하게 되는데, 그것이 꼭 의료진들이 바라고 기대하는 대로 변하지는 않더라도 환자는 이해라는 측면에서 변화를 겪게 된다. 진료 후에는 어떤 식으로든 관계가 만들어 지는데 나약하고 쉽게 변하는 관계일수도 있고 양측 모두 책임감을 갖는 진정한 협력관계일수도 있다. 일반적으로 대부분의 환자들은 의료진이 끝까지 자신과 함께 하면서 자신의 건강이나 질환에 관여해 주기를 기대한다. 이렇게 환자와 의료진과의 적극적인 의사소통이야말로 환자의 건강행위를 한 층 높일 수 있다. 특히 의료진과의 적극적인 의사소통은 환자에게 신뢰와 확신을 줄 수 있어 환자의 건강행위에 효과적인 결과를 기대할 수 있게 한다. 특히 의료진과의 친밀한 의사소통은 단순히 환자를 치료하는 것 그 이상을 넘는 것으로 이를 통해 의료진은 자신의 의무와 책임감을 고찰하고 환자는 의료진에게 의지하고 신뢰하여 건강행위를 증진시키게 된다[8]. 이에 따라 본 연구는 농어촌 지역에서의 의료진과의 의사소통성은 건강행위에 영향을 미친다는 가설을 제시한다.

H3: 의료진과의 의사소통성은 건강행위와 정적인 관계를 가질 것이다.

### 2.3 건강정보추구

다양한 매체의 발전과 보급으로 건강정보의 양과 확산 속도는 기하급수적으로 커지고 있다. 특히 이러한 건강정보는 우리의 생활과 밀접하게 연결되어 있어 정보화의 필요성은 더욱더 커지고 있으며 제공되어지는 정보도 다양해지고 있다. 건강정보는 건강, 보건, 의료 등 인간의 건강에 관련된 모든 정보를 포괄하며 일반인, 보건의료 전문가, 학생, 환자 및 환자가족 등을 대상으로 제공되는 보건의료 분야의 모든 정보를 지칭하는 개념으로[9], 일반적으로 건강증진·질병예방, 진단·치료에 대한 내용을 뜻하고 인터넷 건강정보는 보건의료서비스 제공자, 관련 공공기관, 보건의료산업체, 보험자, 공공연구기관, 개인 등이 인터넷상에 제공하는 정보로서 인간의 건강에 영향을 주는 포괄적인 정보를 의미한다[10]. 이러한 건강정보와 관련한 연구로 건강정보를 적극적으로 추구하는 행위의 필요성을 제시하고 탐구한 Hornik 등[11]과 Niederdeppe 등[12]의 연구가 있다. 그 중에서도 Niederdeppe는 건강정보추구행위에 주목해왔다. Niederdeppe와 그의 동료들[12]은 서로 다른 정보획득 방식 두 가지를 구분하기 위해 ‘정보추구(information seeking)’와 ‘정보탐색(information scanning)’ 개념을 제시했다. 정보추구는 암 진단과 같은 상황에 처했을 때 발생하는 특정 정보를 얻기 위한 적극적 노력이라 할 수 있다[13]. 그리고 정보탐색은 의사결정의 일부로써 정보를 얻기 위해 소비자가 행하는 노력, 제품 또는 서비스를 구매하기 전에 여러 가지 정보를 찾아내는 것이라 할 수 있다[14].

Niederdeppe와 그의 동료들은 건강정보추구를 일상적 미디어 이용 및 대인 커뮤니케이션을 벗어나 원하는 특정 정보를 얻기 위해 적극적으로 노력하는 행위로 정의했다. 이렇듯 건강정보추구 행위는 어떠한 구체적 건강정보를 찾아보기위해 본인이 평소 가지고 있는 미디어 이용 패턴을 벗어나 추가적으로 건강정보를 찾아보는 행위를 의미한다. 예컨대, 건강과 관련된 특별 프로그램을 시청하거나 신문, 잡지 등을 구독하고, 특정 건강 주제와 관련된 정보를 찾기 위해 인터넷에서 검색하는 행위를 지칭한다[12].

이러한 건강정보추구 연구는 주로 환자들이 다양한 건강상태에 따라 어떻게 건강정보를 추구하고 이용하는지를 다루어왔다. 이들 연구들은 질병 진단을 받은 환자

들을 대상으로 하거나 만성적 질환을 관리하기 위한 동기를 주로 다루어 왔다[15]. 하지만 상당수의 개인들은 건강한 생활을 증진시키기 위한 정보(wellness information)를 적극적으로 추구하기도 한다. 기존의 연구들은 건강정보추구 행위가 건강이 위협된 상황에 대한 반응으로서 추구되는 것뿐만 아니라 긍정적인 건강행위나 건강상태를 증진시키거나 건강한 개인이 긍정적 건강성과를 최대화하기 위해 정보를 추구할 수 있다는 점을 주목하지 못했다.

특히 건강정보추구 행위에 영향을 미치는 요인으로 고려해야 할 중요한 요소 중 하나가 정보이용자의 건강행위와 건강상태이다. 기존 연구에 따르면 건강 및 질병 관련 문제를 인식하는 사람들의 건강행위나 상태가 건강정보 필요성이 발생했을 때 건강정보추구 행위에 영향을 미치는 중요한 요소라는 논의가 있다[16]. 다시 말해, 건강 이슈와 관련하여 기존에 형성된 사람들의 건강정보추구 행위가 건강행위나 건강상태에 영향을 미칠 수 있다는 것이다. 또한 건강정보추구가 높을수록 질병 관련 인터넷 정보 활용 정도도 높다는 연구도 있다. 다른 전통적인 대중매체보다 인터넷을 기반으로 하는 질병 관련 정보의 추구행위가 그 이용가능성과 활용성이 크다는 것이다[17]. 그 이유는 텔레비전과 같은 수동적 매체보다 인터넷이라는 능동적인 매체는 수용자들의 정보처리과정에서 높은 관여도를 필요로 하기에 건강정보에 관심이 있는 사람들은 능동적 채널을 통해 건강정보를 습득하고 그 매체를 주요한 정보채널로 인식하기 때문이다[18]. 이에 따라 앞서 살핀 논의를 토대로 건강정보추구와 건강행위, 건강상태, 인터넷 건강정보이용과의 관계에 대한 다음과 같은 가설을 설정하였다.

- H4: 건강정보추구는 건강행위와 정적인 관계를 가질 것이다.
- H5: 건강정보추구는 건강상태와 정적인 관계를 가질 것이다.
- H6: 건강정보추구는 인터넷 의료정보의 이용과 정적인 관계를 가질 것이다.
- H7: 인터넷 건강정보이용은 건강상태와 정적인 관계를 가질 것이다.

### 2.4 건강행위와 건강상태

건강행위는 건강을 유지하거나 질병을 피하기 위한

개인적 행동양식이다. 건강행위에 영향을 미치는 요인은 건강 중요성, 자아개념, 건강에 대한 정의, 건강상태 등의 요인들이 포함된다[19]. 그리고 건강상태란 신체적, 정신적, 사회적 기능을 적절하고 효과적으로 수행할 수 있는 인간의 총체적 안녕 상태이며, 변화되는 환경에 적응하는 상태, 역할을 수용하고 사회적 과업을 수행해 내는 능력이 있는 상태, 인간과 환경간의 균형을 이룬 상태라 할 수 있다. Ware[20]는 이러한 건강상태에 대하여 건강행위를 지배하는 의미로 두 요인간의 관계가 밀접하게 이루어져있다고 주장한다. 많은 선행연구에서도 건강행위와 건강상태간에는 상관관계가 있음을 지적하였고, Pallas 등[21]도 건강행위가 건강상태를 좌우하는 변수로 보고하고 있다. 특히 건강행위가 증가할수록 건강상태가 좋아지는데 그 이유는 건강행위가 증가할수록 건강상태에 대한 자기평가가 좋아지게 되고 그로 인해 자기결정과 내적동기가 강화되며 결과적으로 건강문제에 대한 능력감이 증가하여 건강상태에 영향을 미치기 때문이라고 보고하고 있다[22]. 특히 건강상태는 진료를 평가하는 한 요소로서, 진료의 과정이나 공급자의 특성에 대조되는 개념으로 환자의 진료 결과(outcomes)라는 측면에서 중요한 의미를 가진다. 그리고 건강행위나 의료이용 등의 관계를 본다면 시간의 경과에 따른 건강의 변화를 알아보기 위해 건강상태를 측정하게 된다. 즉, 건강상태 측정은 건강의 변화에 대한원인과 결과를 이해하기 위해서 이루어진다.

Kasl[23]은 건강행동을 질병이 없는 상태에서 질병을 예방하는 목적으로 자신을 건강하다고 믿는 사람들이 하는 활동이라고 정의하면서 건강 행위를 임상적인 면에서 세 가지로 분류하였다. 첫 번째로 예방적인 건강 행동은 자신이 건강하다고 믿는 사람들이 질병의 증상 없이 다만 건강을 지키기 위한 목적으로 행하는 행동을 말한다. 두 번째로 질병 행동은 질병의 증상을 인지한 사람들이 자신의 건강상태를 확인하고 치료방법을 찾기 위해 하는 행동을 말한다. 마지막으로 병 역할행동은 질병이 있는 사람이 치료하기 위한 목적으로 하는 행동으로 의사로부터 어떠한 치료를 받아서 행동하는 것을 의미한다[24]. Breslow 등[25]의 건강행위와 건강수준의 관련성을 밝힌 연구에 의하면, 이들은 10년 이상의 추적조사를 통해 나쁜 건강행위를 하는 사람들은 좋은 건강행위를 하는 사람에 비해 50% 이상 더 높은 장애와 사망률을 경험했음

을 보고하고 있다. 또한 건강증진행위를 실천하는 사람들은 기능적 건강상태가 양호한 것으로 연구되어[26], 건강행위의 실천이 건강상태에 직접적인 영향을 미치고 있음을 알 수 있었다. 이에 따라 앞서 살핀 논의를 토대로 건강행위와 건강상태의 관계에 대한 다음과 같은 가설을 설정하였다.

H8: 건강행위는 건강상태와 정적인 관계를 가질 것이다.

### 3. 연구방법

#### 3.1 연구설계

건강상태에 대한 영향요인을 확인하고 그 요인의 효과를 검증하기 위해 설문조사를 실시하였다. 설문지의 문항과 실행을 위한 사전 조사와 준비 작업을 거쳐 설문지를 완성하였고 전문조사기관이 보유하고 있는 전국 패 널을 활용하여 2013년 4월에 10일간 걸쳐 전국 온라인 설문조사를 실시하였다. 응답 대상자는 성별, 연령별로 할당하였으며 서울, 경기/강원권, 충청권, 호남권, 경북권, 경남권의 6대 권역에 따른 군의 비율을 기준으로 할당표집을 하였다. 응답자는 1200명이었다. 전체 응답자 중 농어촌 지역은 301명(25.1%)의 분포를 보였으나, 이 중 유효응답자는 243명(20%)이었다. 성별로는 남자가 100명(41.2%), 여자가 143명(58.8%)이었다. 최종학력은 고졸이하가 86명(35.4%), 대졸 140명(57.6%), 대학원졸 17명(7%)로 나타났다. 응답자의 나이는 19세부터 59세에 걸쳐 분포했고 평균나이는 35.7세, 연평균소득은 1,837만원으로 조사됐다.

#### 3.2 측정

##### 3.2.1 사회적 자본

사회적 자본에 대한 문항은 강내원[27]의 문항을 재구성하여 ‘대부분의 이웃들은 서로가 돕고 보살핀다.’, ‘대부분의 이웃들은 정직하다.’, ‘대부분의 이웃들은 남을 도와 주려 한다.’, ‘대부분의 이웃들은 믿을 수 없다.’ 등으로 구성되었다. 사회적 자본에 대한 신뢰도  $\alpha$ 계수는 .827이었다.

##### 3.2.2 의료진과의 의사소통성

의료진과의 의사소통성에 대한 문항은 David 등[28]

의 문항을 재구성하여 ‘의료진은 건강관리를 위해 필요한 사항들을 확실히 이해시켜 주었다.’, ‘의료진은 나의 느낌과 감정에 따라 필요한 관심을 주면서 대화를 하였다.’, ‘의료진은 진료에 대한 결정을 할 때 내가 원하는 만큼 관여할 수 있게 하였다.’, ‘의료진은 내가 건강관리에 대해 불확실하게 느낄 때 이를 잘 다룰 수 있도록 도왔다.’의 4개 문항으로 구성되었으며, 신뢰도  $\alpha$ 계수는 .867로 나타났다.

### 3.2.3 건강정보추구

건강정보추구에 대한 문항은 Bergman[29]의 문항을 재구성하여 ‘나의 건강과 관련한 의사 결정에 앞서, 나는 관계되는 가능한 모든 정보를 찾는다.’, ‘나는 건강관련 이슈에 대해 배우는 것을 정말 좋아한다.’, ‘건강을 유지하기 위해서는 건강 이슈에 대해 잘 알고 있어야 하는 것이 중요하다.’, ‘나는 늘 건강 관련 기사(정보)를 읽거나 보곤 한다.’의 4개 문항을 사용하였다. 신뢰도  $\alpha$ 계수는 .813으로 나타났다.

### 3.2.4 건강행위

건강행위에 대한 문항은 Bergman[29]의 문항을 재구성하여 ‘지방이 낮은 음식을 먹는다.’, ‘매일 물을 많이 마신다.’, ‘규칙적으로 운동을 한다.’, ‘체중을 건강하게 유지한다.’의 4개 문항이 포함되어 있으며, 신뢰도  $\alpha$ 계수는 .691로 나타났다.

### 3.2.5 건강상태

건강상태에 대한 문항은 Ock[30]의 문항을 재구성하여 ‘나는 평소에 건강하다고 생각한다.’, ‘나는 동일한 연령의 다른 사람들에 비하여 건강관리를 잘 한다.’, ‘나는 동일한 연령의 다른 사람들보다 건강하다.’, ‘나는 평소에 건강관리를 잘 한다.’의 4개 문항을 사용하였으며, 신뢰도  $\alpha$ 계수는 .850으로 나타났다.

Analysis)을 수행하였다. 이 연구의 변인관계를 구조화한 연구모형에서 분석을 위해 사용된 측정변수는 26개였으며, 21개의 외생변수와 5개의 내생변수를 포함해 총 26개의 변수에 대해 최대우도 추정법(maximum likelihood estimate)을 이용하여 확인적 요인분석을 실시하였다. 구조방정식 모델은 전반적인 적합도를 나타내는 최상의 지수가 무엇인지에 대해 연구자들의 일관된 견해가 존재하지 않기 때문에 여러 가지의 적합도 지수를 함께 제시할 필요가 있다. 따라서 이 연구에서는 구조방정식 모델의 적합도 평가를 위해 절대적합지수(absolute fit index)로  $\chi^2$ 검정, 표준  $\chi^2$ , 표준화 잔차평균 자승이중근(SRMR)과 증분적합지수(incremental fit index)로는 증분적합지수(IFI), 터커 루이스지수(TLI), 비교적합지수(CFI)를 사용했고, 마지막으로 모형오류와 간명성을 동시에 평가하는 적합도인 근사평균 자승오차인 RMSEA를 제시하였다.<sup>1)</sup>

확인적 요인분석의 적합도 지수는  $\chi^2=267.305$   $df=175$ ,  $p<.00$ ,  $CMIN/DF = 1.527$ ,  $SRMR=.047$  이었으며, 증분적합지수는  $IFI=.958$ ,  $TLI=.949$ ,  $CFI=.958$ 로 모델의 적합도 수준이 매우 양호한 것으로 나타났다. RMSEA지수는 .047로 매우 양호한 수용범위인 .05보다 낮게 나타나 전반적인 모델의 적합도 지수를 평가할 때 본 연구모형은 매우 양호한 것이라 할 수 있다. 이렇듯 CFA 결과에 따라 본 연구에서 분석대상으로 한 26개의 변수를 토대로 한 요인들은 단일차원성을 확보하고 있는 것으로 확인되었다. 또한 모든 잠재변수들의 신뢰도가 .69 이상으로 나타났다으며, 평균추출분산값이 0.35이상으로 나타나, 집중타당성을 확보하고 있는 것으로 나타나, 지표들의 분산이 잠재개념을 적합한 수준에서 설명하고 있는 것으로 확인되었다<Table 1>. 일반적으로 집중타당성은 평균추출분산값이 0.5이상이고, 개념신뢰도 값이 0.7 이상일 경우 집중타당성이 있다고 판단되어지고 있다. 하지만 0.5나 0.7은 절대적인 기준은 아니다. Burt의 연구에 의하면 이러한 접근방식은 종종 요인 적재량의 다른 추정을 초래할 수 있다고 지적하고 있다[31].

## 4. 연구결과

### 4.1 연구모형에 사용된 잠재변수 타당성 검토

측정도구들의 구성타당성을 검증하기 위해 AMOS 22를 이용하여 확인적 요인분석(Confirmatory Factor

1) Hair등 (2006)은  $\chi^2$ , CFI, TLI, RMR, RMSEA등을 구조방정식 모델의 적합도 평가를 위해 추천하고 있다.

(Table 1) Confirmatory factor analysis and reliability of the measured variable

Latent variable	observed variable	S.R.W <sup>a</sup>	R.W <sup>b</sup>	S.E <sup>c</sup>	C.R <sup>d</sup>	Rel <sup>e</sup>	A.V. E <sup>f</sup>
Social Capital	Q30_6	.372	1.000			.827	.452
	Q30_5	.904	2.122	.361	5.874***		
	Q30_4	.920	2.197	.373	5.889***		
	Q30_2	.841	2.009	.347	5.796***		
	Q7_9	.706	1.000				
Medical Communication	Q7_5	.839	1.305	.111	11.714***	.867	.418
	Q7_3	.784	1.183	.107	11.086***		
	Q7_11	.819	1.159	.101	11.499***		
	Q5_17	.686	1.000				
Health Information Orientation	Q5_13	.667	.955	.107	8.905***	.813	.422
	Q5_12	.834	1.219	.119	10.271***		
	Q5_11	.708	1.069	.114	9.350***		
	Q28_1	.477	1.000				
Health Behavior	Q28_3	.439	1.048	.216	4.843***	.691	.384
	Q28_5	.725	1.795	.290	6.197***		
	Q28_6	.726	1.639	.264	6.199***		
	Q5_1	.591	1.000				
Health Status	Q5_5	.831	1.339	.143	9.348***	.850	.436
	Q5_14	.792	1.319	.145	9.110***		
	Q5_18	.830	1.346	.144	9.344***		

<sup>a</sup>SRW: Standardized Regression Weights, <sup>b</sup>RW: Regression Weights, <sup>c</sup>SE: Standard Error, <sup>d</sup>CR: Construct Reliability, <sup>e</sup>Rel: Reliability

판별타당성 분석은 Fornell과 Locker[32]의 기준에 따라, 평균분산추출(average variance extracted)값이 각 개념들 간의 상관계수의 제곱 값을 상회하는지의 여부를 통해 검토하는 방법을 채택하였다. 이 판별타당성 분석법은 서로 다른 잠재변수 간의 차이를 나타내는 정도로서, 잠재변수간 낮은 상관관계를 갖는다면 판별타당성이 있는 것이다. 또한 판별타당성을 나타내는 수치가 높아서 판별타당성이 없다는 의미는 잠재변수들이 독립된 형태의 구성개념이 아니라는 것을 뜻한다. 본 연구에서는 판별타당성 분석법 중 잠재변수의 평균분산추출값과 상관계수의 제곱값을 비교하는 분석법을 택했으며, 이 분석법은 잠재변수의 평균추출분산값이 상관계수의 제곱보다 모두 크다면 판별타당성이 있는 것으로 해석할 수 있다. 특히, 이 판별타당성 분석법은 비제약모델이나 제약모델간의  $\chi^2$ 차이를 비교하여  $\chi^2$ 값의 유의미한 차이를 나타내는 판별타당성 분석법보다 더 높은 판별타당성 분석법이다[24]. <Table 2>에서 제시된 것처럼 모든 개념들의 쌍에 대한 판별타당도에 대한 검사를 통해 모델에 사용된 개념들에 대한 판별타당도가 있음을 확인하였다.

(Table 2) Results for discriminant validity

latent variables to compare	A.V.E	Corr <sup>f</sup>	Corr <sup>2</sup>	D.V <sup>g</sup>	
S.C <sup>a</sup>	MC	.418	.351	.123	Yes
	H.I.O	.422	.164	.027	Yes
	HB	.384	.170	.029	Yes
	H.Se	.436	.309	.095	Yes
M.C <sup>b</sup>	H.I.O	.422	.293	.086	Yes
	HB	.384	.267	.071	Yes
	HS	.436	.280	.078	Yes
H.I.O <sup>c</sup>	HB	.384	.313	.098	Yes
	HS	.436	.234	.055	Yes
H.B <sup>d</sup>	HS	.384	.436	.382	Yes

<sup>a</sup>S.C: Social Capital, <sup>b</sup>M.C: Medical Communication, <sup>c</sup>H.I.O: Health Information Orientation, <sup>d</sup>H.B: Health Behavior, <sup>e</sup>HS: Health Status, <sup>f</sup>Corr: Correlation, <sup>g</sup>D.V: Discriminant Validity

#### 4.2 구조방정식모형검증과 가설검증결과

5개의 잠재변수들의 단일차원성과 판별타당성 검사를 통해 타당성의 확보를 확인한 이후 사회적 자본, 의료진과의 의사소통성, 건강정보정향, 건강행위, 인터넷 건강정보이용이 건강상태에 어떠한 경로를 통해 영향을 미치는지 구조방정식 모형을 통해 검증하였다.

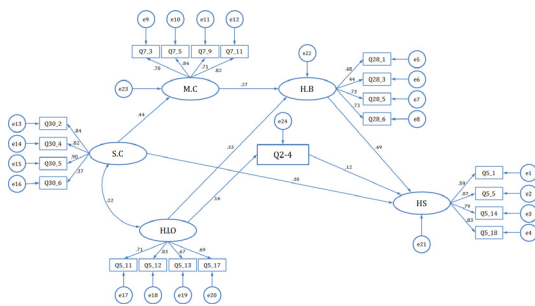
측정변수는 26개이며, 표본의 크기는 243이고 추정될 미지수의 개수는 오차변수를 포함하여 50개로 최대우도 추정법을 이용하여 모델을 검증하였다. 최종 구조모형의 적합도 지수는  $\chi^2=285.523$ ,  $df=182$ ,  $p<.00$ ,  $CMIN/DF=1.569$ ,  $SRMR=.056$ 이었으며 증분적합지수는  $IFI=.953$ ,  $TLI=.945$ ,  $CFI=.953$ 으로 모델의 적합도 수준이 양호한 것으로 나타났다. RMSEA지수는 .05이하인 .048로 나타나 전반적인 모델의 적합도 지수를 평가할 때 본 연구모형은 적합도는 수용의 수준에서 매우 적합하다고 할 수 있다. 8개의 개별적인 연구가설에 대한 검증결과 <Table 3>를 살펴보면 먼저 건강상태 수용모델을 검증하기 위해서 사회적 자본이 의료진과의 의사소통성에 미치는 영향을 가설화하였다. 구조방정식 모형을 통한 분석결과 의사소통성에 대한 사회적 자본은 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타나 가설1은 지지되었다( $\beta=.444$ ,  $t=4.321$ ,  $p<.00$ ). 또한, 사회적 자본은 건강상태에 정적인 영향을 미칠 것이라는 가설2도 유의미한 효과가 나타나 지지되었다( $\beta=.298$ ,  $t=3.352$ ,  $p<.00$ ). 둘째로 의료진과의 의사소통성이 건강행위에 영향을 미칠 것이라는 가설3은 정적인 영향을 미치는 것으로 확인되어 지지되었다( $\beta=.270$ ,  $t=3.195$ ,  $p<.00$ ). 셋째로 건강정보정향 가설은 의료

정보이용, 건강행위, 건강상태에 대한 효과를 검증하는 가설로 구성되었다. 분석결과 건강정보정향은 인터넷 건강정보이용에 정적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 확인되어 가설4는 지지되었다( $\beta=.161, t=2.277, p<.05$ ). 또한 건강정보정향은 건강행위에 정적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 확인되어 가설5는 지지되었으나( $\beta=.332, t=3.640, p<.00$ ), 건강상태에는 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되어 가설6은 기각되었다( $\beta=.062, t=0.398, ns$ ). 마지막으로 인터넷 건강정보이용과 건강행위가 건강상태에 미치는 영향을 살펴보기 위해 검증을 시도하였다. 분석결과 인터넷 건강정보이용과 건강행위는 건강상태에 정적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 확인되어 가설7,8은 지지되었다( $\beta=.119, t=2.013, p<.05$ ) ( $\beta=.489, t=4.635, p<.00$ ).

<Table 3> Parameter Estimates of the Structural Equation Modeling Results

Variable	S.R.W	R.W	S.E	C.R	H.T <sup>a</sup>
H1 S.C → M.C	.444	.512	.118	4.321***	Yes
H2 S.C → H.S	.298	.295	.083	3.352***	Yes
H3 M.C → H.B	.270	.222	.069	3.195***	Yes
H4 H.I.O → I.H.I	.161	.482	.212	2.277**	Yes
H5 H.I.O → H.B	.332	.287	.079	3.640***	Yes
H6 H.I.O → H.S	.062	.056	.066	.398	No
H7 I.H.I → H.S	.119	.036	.018	2.013**	Yes
H8 H.B → H.S	.489	.511	.110	4.635***	Yes

<sup>a</sup>H.T: Hypothesis Testing, <sup>b</sup>I.H.I:Internet Health Information



[Fig. 1] Structural Equation Model

## 5. 결론 및 논의

이 연구는 농어촌지역의 건강상태에 영향을 미치는 사회적 자본과 건강정보, 의료 커뮤니케이션 요인을 체

계적으로 규명하고자 하였다. 구체적으로 사회적 자본과 건강정보추구, 의료진과의 의사소통성, 인터넷 건강정보 이용, 건강행위와 건강상태에 대한 영향관계를 확인하기 위해 구조방정식을 통해서 검증하였다.

첫째로 구조방정식 모형을 통한 분석결과 사회적 자본은 의료진과의 의사소통성에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 건강상태에도 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 사회적 자본의 영향을 많이 받을수록 주변인들에 대한 태도가 긍정적으로 형성되어 의료진과의 의사소통성이나 건강상태가 커진다는 것이 확인되었음을 의미한다. 이는 선행연구들에서 사회적 자본의 영향력을 강조한 것과 같은 맥락으로 볼 수 있다[33]. 또한 사회적 자본은 서로 친밀한 관계 속에서 서로의 생활을 공유하는 농어촌 지역 주민들에게 개인의 건강관리에도 서로 중재하는 사회적 장치로 기능한다는 전통적인 관점을 지지하는 연구결과이기도 하다. 하지만 지역기반으로 사회적 자본을 분석한 건강 관련 국내 연구는 미비한 수준이며, 대부분 노인의 질병과 관련해 포괄적으로 논의되고 있거나 사회적 유대 수준에서 다루어지고 있다. 이러한 노인들의 질병이나 노인들을 대상으로 하는 관점에 입각해서만 바라볼 것이 아니라 지역사회전반에 입각하여 성인이나 청소년에게도 사회적 자본의 영향력에 대한 연구를 추진하고 다른 요인들과의 관계를 찾는 등 사회적으로 구성된 구성원들에 대해 주목할 필요가 있다. 둘째로 의료진과의 의사소통성은 건강소비자들의 직접적인 건강행위와 건강상태에 상관성을 가질 것으로 추론하였다. 연구결과 의료진과의 의사소통성이 높을수록 건강상태에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 의사소통은 정보의 교환과 공유를 의미한다. 더욱이 의료진과의 의사소통은 건강정보의 교환을 촉진하여 치료방법을 결정할 수 있다. 일반적으로 의료 커뮤니케이션의 목적은 의사와 환자 간의 관계를 형성한다. 좋은 관계의 형성은 치료의 출발점이 되며 최대의 치료효과를 기대하는데 절대적인 조건이다. 그리고 현재 질환의 치료방향을 설명하거나 문제를 해결하도록 하여 치료계획에 대한 개선사항을 설정하고 호전적인 방향으로 진행하고 유지시키도록 하는 것이 목적이다. 특히 건강소비자들은 건강상태에 대한 욕구가 강할수록 의료진과 같은 전문가에게 자신의 질병 예방활동을 적극적으로 조언 받고 활용하여 자신의 건강활동을 관리해 나간다. 이러한 관계형성은



의료진과 환자의 상호작용을 이끌어내어 성공적인 건강행위로 이어질 수 있다. 셋째로 건강정보추구가 인터넷 건강정보이용, 건강행위, 건강상태에 영향을 미치는 경로구조를 확인하였다. 분석결과 건강정보추구 행위가 강할수록 의료정보를 이용하는 경향이 증가하였고, 건강행위에도 긍정적인 영향을 보였으며 건강상태에도 긍정적인 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 이는 의료 커뮤니케이션 연구에서 건강정보를 적극적으로 추구하는 행위의 필요성을 제시하고 탐구한 Niderdeppe의 연구의 결과와 일치하는 결과이기도 하다[12].

마지막으로 인터넷 건강정보이용과 건강행위는 건강상태에 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 앞서 언급했듯이 건강상태는 진료를 평가하는 한 요소로서, 진료의 과정이나 진료 결과라는 측면에서 중요한 의미를 가진다. 그리고 건강행위나 의료이용 등의 관계를 본다든지 시간의 경과에 따른 건강의 변화를 알아보기 위해서도 건강상태를 측정하게 된다. 이는 개인의 건강상태에 따라 인터넷 건강정보의 이용은 긍정적이거나 부정적으로 영향을 미칠 수 있음을 시사한다. 그렇기 때문에 건강이 좋지 않거나 환자에게는 과도한 건강정보의 노출을 줄임으로써 건강에 도움이 될 것이라 판단된다. 하지만 본 연구에서는 이러한 건강상태를 중요하게 생각하고 건강이 삶의 질을 향상시켜 준다고 확신할수록 의료정보이용에 대한 관심은 높아지게 된다는 기존의 연구[26]와 동일한 연구 결과를 보이고 있어 인터넷 건강정보에 대한 영향력을 확인하였다.

이 연구는 농어촌 지역의 건강소비자들이 건강상태에 영향을 미치는 중요한 요인들을 구조방정식모형을 통해서 그 설명력을 입증하였다는 점에서 의의가 있다. 특히 다른 도시지역과 다르게 농어촌 지역의 건강소비자들은 서로 자신의 생활이 개방되어있는 상황에서 주변인들과의 믿음과 신뢰가 건강상태에 중요하게 영향을 미치는 점은 향후 연구의 새로운 이론의 융합과 확장에 기여할 것으로 판단된다. 나아가 농어촌 지역의 현실을 직시하여, 대도시의 다양한 인적·물적 네트워크 형성과 지원을 모색하는 것도 농어촌 지역의 복지방안이 될 수 있겠다. 국가나 지자체 등도 농어촌 지역의 건강증진을 위해서 도움을 줄 수 있는 인적·물적 네트워크 형성과 지원을 강구해 나감으로써, 종합적인 건강사회가 실현되도록 해야 할 것으로 보인다.

## ACKNOWLEDGMENTS

This study was supported by the National Research Foundation of Korea Grant, funded by the Korean Government(NRF-2012S1A3A2033480).

## REFERENCES

- [1] S. M. Lee, C. M. Seo, M. J. Kim, S. H. Kim, Effect of health calisthenics program of body composition, blood pressure and serum Lipid Living in the rural elderly women, *KAHPERD*, Vol.45, No.6, pp.514-554, 2007.
- [2] J. M. Lee, G. S. Kwon, J. H. Lee, G. S. Jeon, A Study on Health Behavior of the Populations in Urban and Rural Area. *Korean Society for Agricultural Medicine and Community Health*, Vol.30, No.2, pp.213-225, 2005.
- [3] R. D. Putnam, *The Prosperous Community: Social Capital and Public Life*. *The American Prospect* Vol.13, pp.35-52, 1993.
- [4] Ajzen, From intention to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhr, J. Beckman(Eds.), *Action-control: From cognition to behavior*(pp.11-39). New York: Springer-Verlag, 1985.
- [5] R. D. Putnam, *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York, Simon & Schuster, 2000.
- [6] J. H. Lee, C. J. Kim, Effect of Patient-centered Communication of Doctor on Patient Participation : Focusing on Moderating Effect of Trust, *Doctoral Dissertation*, Chonbuk National University, pp.278-279, 2013.
- [7] T. Peter, *Doctor's Communication Handbook*, Radcliffe Medical Press, 2014.
- [8] P. S. Seo, *The Impact of Doctors' Communication Styles on Patient Satisfaction: Empirical Examination*, Dong-A University, pp.12-13, 2011.
- [9] J. H. Park, ·B. Y. Joe, Y. I. Kim, Y. S. Shin, Y. Kim,

- Assessing the quality of internet health information based on DISCERN. The Korean Society of preventive medicine. Issue 78, 2004.
- [10] Y. C. Jung, Self-regulation of a Health Information On the Internet, Korean Academy of Health Policy and Management, Vol.12, No.2, pp.92-114, 2002.
- [11] R. Hornik, S. Parvanta, S. Mello, D. Freres, B. Kelly, S. Schwartz, Effects of Scanning (Routine Health Information Exposure) on Cancer Screening and Prevention Behaviors in the General Population. Journal of Health Communication, Vol.18, No.12, pp.1422-1435, 2013.
- [12] J. Niederdeppe, R. Hornik, B. Kelly, D. Frosch, A. Romantan, R. Stevens, F. Barg, J. Weiner, & Sanford, J., Examining the Dimensions of Cancer-Related Information Seeking and Scanning Behavior. Health Communication, Vol.22, No.2, 153-167, 2007.
- [13] R. Czaja, C. Maanfredi, J. Price, The Determinants and Consequences of Information Seeking Among Cancer Patients. Journal of Health Communication, Vol.8, No.6, pp.529-562, 2003.
- [14] M. O. Gang, Consumer Satisfaction According to Consumer's Information search Elements, Konkuk University Ph. D. Dissertation, pp.8-9, 1997.
- [15] G. J. Huang, D. F. Penson, Internet health resources and the cancer patient. Cancer Invest, Vol.26, No.2, 202-207, 2008.
- [16] J. C. Shim, J. H. Jang Testing the Links between Health Belief Model, Optimistic Bias, and Behavioral Intention: The Case Study of Foot-and-Mouth Disease, Mad Cow Disease, and H1N1 Flu. Korean society for journalism & communication studies, Vol.57, No.1, pp.111-137, 2013.
- [17] M. G. Lee, Y. E. Kim, A Study on effects of disease information use on the internet: Based on the protection motivation theory. Korea regional Communication Research Association, Vol.9, No.4, pp.506-539, 2009.
- [18] S. K. Hong, The Effects of Cancer-related Information Search From Media as Communication Cues on Health Behavior. Korean Academy of Nursing Administration, Vol.19, No.1, pp.76-86, 2013.
- [19] J. J. Oh, Comparative Study on the Health Behaviour and Related Factors of the Korean Elderly and non-elderly Adults. The Journal of Korean Academic Society of Adult Nursing, Vol.9, No.2, pp.286-296, 1997.
- [20] J. E. Ware, On health status and quality of life assessment and the next generation of outcomes measurement: Interview by Marcia Stevic and Katie Berry. Journal Healthc Qual, Vol.21, No.5, 12-17, 1999.
- [21] L. O. Pallas, A. Baumann, G. Donner, G. Y. Murphy, J. L. Gerlach, M. Luba, Forecasting models for human resources in health care. Journal of Advanced Nursing, Vol.33, No.1, pp.120-129, 2001.
- [22] J. J. Jun, Y. H. Kim, Correlational Study of Health Promoting Life Styles, Self Esteem and Perceived Health Status of Adulthood. The Journal of Korean Academic Society of Adult Nursing, Vol.8, No.1, pp.41-54, 1996.
- [23] S. V. Kasl, S. Cobb, Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior. I. Health and illness behavior, Arch. Environ. Health, Issue 12, 246-266, 1966.
- [24] Y. S. jun, Health status of the Elderly in korea According to the Type of Household, Ewha Womans University, 2009.
- [25] L. Breslow, N. Breslow, Health practices and disability: Some evidence form Alameda County. Preventive Medicine, Vol.22, No.1, 89-95, 1983.
- [26] M. E. Duffy, E. McDonald, Determinants of functional health of older persons. The Gerontology, Vol.30, No.4, 503-509, 1990.
- [27] N. W. Kang, An Inquiry into Conceptual and Methodological Aspects of Trust as a Dimension of Social Capital. The Journal of Public Policy & Governance, Vol.2, No.1, pp.1-19, 2008.

- [28] C. David, C. Kisha, C. M. Susan, D. Terisa, D. Sarah, S. Richard, Health Information National Trends Survey 2007. Westat, 2009.
- [29] M. J. Dutta-Bergman, Primary sources of health information: Comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. Health Communication, Vol.16, No.3, pp.273-288, 2004.
- [30] C. M. Ock, A study on the relationship between the health practices and health status among university students in Seoul. Unpublished master's thesis. Ewha Womans University, Seoul, 2001.
- [31] R. S. Burt, Interpreting Confounding of Unobserved Variables in Structural Equation Models. Sociological Methods and Research, Vol.5, pp.3-52, 1973.
- [32] C. Fornell, D. Larcker, Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error, Journal of Marketing Research, Issue 18, 39-50, 1991.
- [33] K. E. Fisher, C. M. Naumer, J. C. Durrance, L. Stromski, T. Christiansen, Something old, something new: Preliminary findings from an exploratory study about people's information habits and information grounds. Information Research, Vol.10, No.2, pp.223, 2003.

#### 장 한 진(Jang, Han Jin)



- 2009년 2월 : 한림대학교 인터넷미디어 학사
  - 2013년 8월 : 한림대학교 언론정보학 석사
  - 2012년 9월 ~ 현재 : 한림대학교 헬스커뮤니케이션연구소 간사
  - 2013년 9월 ~ 현재 : 한림대학교 대학원 인터랙션디자인 박사과정
- 관심분야 : 디지털게임, 인터랙션디자인, 소셜미디어
- E-Mail : ff7cloud5@naver.com

#### 노 기 영(Noh, Ghee Young)



- 1995년 5월 : 美 텍사스대학교 방송영상학(석사)
- 2000년 5월 : 美 미시간주립대학교 매스미디어 (박사)
- 2000년 9월 ~ 현재 : 한림대학교 언론정보학부 교수
- 관심분야 : 뉴미디어, 헬스커뮤니케이션, 디지털콘텐츠
- E-Mail : gnoh@hallym.ac.kr