

노인의 주관적 건강과 사회적 지지가 사회적 자본 형성에 미치는 영향

백정만* · 전상남**†

*동양대학교 행정학과 박사과정, **동양대학교 보건의료행정학과 교수

The Effects of elderly's Perceived Health and Social Support on Social Capital Formation

Jeong Man Back* · Sang Nam Jeon**†

*Doctor's course, Dept. of Administration, Dongyang University

**Professor, Dept. of Public Health & Medical Administration, Dongyang University

ABSTRACT

Objectives: The purpose of this study was to identify factors(perceived health and social support) affecting social capital formation of the elderly.

Methods: Samples consisted of 184 people aged over 65 years old in one county of Kyungsangbukdo. Data were analyzed with t-test, ANOVA and regression analysis.

Results: First, social support(both emotional support and instrumental support) were significantly different by economic status. Secondly, regression analysis showed that perceived health affected a positive influence on social capital in Model1, which analyzed only perceived health. However, Model2, which analyzed perceived health and social support(emotional support, instrumental support) at the same time, showed that only instrumental support affected social capital formation.

Conclusions: It was suggested to develop customized health promotion and job creation are required for social capital formation of the elderly.

Key words: Health promotion, Perceived health, Social support, Social capital, The elderly

I. 서론

우리나라 전체 인구는 2019년 현재 약 5170만 9천명으로 2028년까지 계속 증가 후 감소할 것으로 예상되는 반면, 65세 이상 인구는 약 768만 5천명으로 전체 인구 중 14.9%를 차지하고 2050년(190만7천명)까지 지속적으로 증가될 것으로 전망된다(통계청, 2019). 이러한 고령화는 의학의 발달과 생활수준의 향상으로 평균수명이 높아지는 현상에 기인하고 있다. 문제는 우리나라의 고령화 속도는 다른 나라에 비해 상당히 빠르게 진행되고 있다는 데 있다. 고령화의 속도를 따라가지 못해 노인 복지시설은 턱없이 부족한 실정이며, 자녀들의 노인 부양 기피 현상 등으로 인해 혼자 생활하는 노인 단독 가정이 늘어나면서 노인 스스로 문제를 해결하고 능동적으로 대처해야 할 많은 상황들이 생겨났다(이지원, 2017). 하지만 빈곤, 질병, 소외, 무위의 사중고를 겪고 있는 노인이 스스로 문제를 해결하기에는 한계를 가질 수밖에 없으며, 이에 가족 및 사회에 의존하고 개입이 필요한 실정이다(신학진, 2011).

그러나, 가족 및 사회가 노인 문제에 개입한다고 하여도 노인이 이를 받아들이고 해결해 나가려는 스스로의 노력을 하지 않는다면 문제의 근본적 해결에는 한계를 갖는다. 여기에서 살펴볼 수 있는 것이 바로 사회적 자본의 형성이다. 사회적 자본은 일상적인 삶과 인간관계에서 발생하는 각종 불편함과 장애를 극복함과 동시에 개인이 원하는 욕구를 충족시킬 수 있는 효과적인 기제로 작용할 수 있다(김혜연, 2011). 구체적으로 사회적 자본에 대해 살펴보면, 사회적 자본은 정치학, 사회학, 경제학 등 사회과학 모든 분야에서 사용되고 있는 개념이지만 명확하게 합의된 정의를 가지고 있지 못하다. 다만, 여러 연구에서 제시되는 공통점을 보면, 사회적 자본은 사회적 관계를 통해 형성되고 상호 호혜, 신뢰, 참여, 네트워크, 규범과 같이 개인이나 집단의 목적 실현을 위해 사용되는 사회적 형태의 자원으로 정의될 수 있다(이

성균, 2006; Coleman, 1988; 진재문 등, 2017). 노년기는 신체적, 정신적인 노화와 더불어 친구의 죽음, 사별, 은퇴 등의 사회적 변화로 인해 사회적 자본의 수준이나 특성이 변화하게 된다. 구체적으로 노인 세대는 연결망의 크기와 종류가 상대적으로 제한되며 약해지게 되고, 사회참여의 질적 측면은 양적 측면에 비해 제한적이며, 신뢰수준이 현저히 낮아 사회적 자본을 유지하거나 획득할 기회가 줄어들게 된다(전상남, 2019). 즉, 노인들은 신체적 건강이 나빠져서 발생하는 이동의 제한이나 가족 및 사회적 관계로부터 받는 사회적 지지의 제한 등으로 인해 사회참여의 횟수나 네트워크의 유지의 정도가 낮아지는 사회적 자본 감소 현상을 경험하게 된다. 이러한 사회적 자본의 감소로 노인들의 문제를 노인 스스로 해결하기 어려운 상황에 직면하게 될 경향이 높다. 실증적으로 노인의 사회적 자본과 사회참여의 관계에 있어서 김태준 등(2009)은 노인들의 정치참여, 신뢰와 같은 사회적 자본은 활동적 고령화 경험 즉, 자원봉사, 구직 활동 등과 정적인 관계를 가진다고 하였고, 이현기(2010)는 사회적 자본이 공식적 상호작용 즉, 자발적 결사체의 맥락에서 노인자원봉사를 촉진한다고 하였다(이현주 등, 2013, 재인용).

또한 노인은 일반적으로 만성질환으로 어려움을 경험하고 있으며 한번 걸리면 쉽게 낫지 않는 특성을 가지고 있다(신학진, 2011). 2018년 우리나라 건강보험 전체 진료비 77조 9,141억원 중 65세 이상 고령자의 진료비는 전체의 39.9%인 31조 1,173억으로 2017년 대비 14.7%로 증가하였으며, 향후 지속적으로 증가할 것으로 예상된다. 아울러, 65세 이상 1인당 진료비는 438만7천원으로 2017년 대비 10%가 증가하였다(통계청, 2019). Rowe & Kahn(1997)은 성공적 노화이론에서 질병의 부재를 포함한 신체적 건강을 다른 요인들의 선행요인으로 보았다. 따라서 노인 문제에 있어 신체적 건강에 대한 강조는 매우 중요한 의미를 갖으며, 사회적 자본의 형성에 있어서도 중요한 선행지표로 작용하고 있다. 한편 의료

가 질병치료의 중심에서 건강 중심으로 패러다임이 변화함에 따라 주관적 건강이 매우 중요한 변수로 작용하고 있다. 주관적 건강이란 자신의 건강 상태에 대한 주관적인 평가로 매우 복합적인 개념이다 (Smith et al., 1994; 강윤희 등, 2008; 신학진, 2011). 최윤정 등(2004)은 노인들이 자신의 건강상태의 좋고 나쁨에 대해 구체적인 판단을 할 수 있는 중요한 지표라고 설명하고 있다. 실제 통계청에서도 주관적 건강을 노인의 건강상태를 파악하는 주요 지표로 설명하고 있는데, 2018년 노인들이 스스로 평가하는 자신의 건강상태에서 대해 '건강이 좋다'는 22.8%, '건강이 나쁘다'는 43.5%로 주관적 건강 상태를 부정적으로 평가하는 비율이 20.7% 높게 나타났다(통계청, 2019). 이러한 현실은 실제 노인들의 만성질환 및 기타 질병의 유병률과 더불어 주관적으로 건강이 안 좋고 이에 삶에 어려움을 느끼고 있다는 점에서 노인문제를 해결하고 사회적 자원을 형성하는 연구에 반드시 필요한 변수임을 의미하고 있다.

아울러 노인은 직장에서의 은퇴, 친구의 사망, 사별, 자녀의 혼인으로 인한 분가 등으로 인해 지위 및 역할의 상실을 경험하게 되며, 사회에서 소외받고 있다고 인지할 가능성이 커지게 된다. 이러한 지지체계의 상실을 극복하기 위해 노년기의 삶에서 새로운 지지체계를 형성하거나 기존의 사회적 지지를 유지하는 것은 삶의 활력이 되는 중요한 요소이다. 사회적 지지는 여러 사회에서 공통적으로 통용되는 행복감의 예측요인으로 긍정적인 사고와 신념이 강해지므로 행복감이 높아지기 때문에 노년기의 행복감은 사회적 지지가 큰 영향을 미친다고 볼 수 있으며 (Diener, 2012), 나아가 자아통합감을 높여줌으로써 행복감을 갖게 하는 중요한 요인으로 주목받고 있다 (Orkibi et al., 2014; Gallager & Vella-Brodrick, 2008; Yoon et al., 2008; 이화, 2015). 또한 사회적 지지는 개인의 인간관계에서 획득하는 긍정적 자원으로써 가족, 친구, 이웃 등에 의해 제공된 여러 형태의 도움과 원조이며 노인의 심리적 건강에 도움을

주는 것으로 확인되었다(전길양과 김정옥, 2000; 박지원, 1985; Cohen & Hoberman, 1983). 이렇듯, 사회적 지지는 관계를 통해 행복감을 증진시키며, 심리적인 안정을 도와 궁극적으로 정신적인 건강을 도모하고 사회의 일원으로 참여할 수 있는 사회적 자원을 형성할 수 있도록 도움을 주는 변수인 것이다. 이에 건강과 같이 노인의 지위의 상실 및 고독으로 인한 노인 문제를 해결할 수 있는 사회적 자원을 형성하는 데에 있어 중요한 의미를 갖는 변수임을 의미한다.

하지만 그간의 주관적 건강, 사회적 지지, 사회적 자본과 관련한 연구에서는 주관적 건강과 사회적 지지, 주관적 건강과 사회적 자본, 사회적 지지와 사회적 자본 등의 각각의 개념에 대해서만 주로 연구되어, 주관적 건강, 사회적 지지, 사회적 자본이 총체적으로 어떠한 관계를 갖는지를 측정하는 연구가 거의 없는 실정이다. 이에 본 연구에서는 초고령 사회에 대비하여 선행변수인 주관적 건강 및 사회적 지지와 노인 문제 해결을 위해 인간관계의 극복과 개인의 욕구 충족을 위한 효과적인 기제인 사회적 자본이 어떠한 관계를 갖는지 실증적으로 분석함으로써 사회적 자본 형성을 위한 보건의학적 함의를 찾고자 한다.

II. 연구방법

1. 조사대상

2019년 6월 3일부터 22일까지 경상북도 00군 소재 3개 노인복지관과 4개 경로당을 방문한 65세 이상 노인을 편의 표본추출하여 1:1 설문을 시행하였다. 경상북도 00군은 2019년 현재 노인인구의 비율이 39.7%로 전국에서 두 번째로 노인 인구비율이 높게 나타나고 있다. 이는 고령화에 따른 문제를 시급히 해결해야 하는 지역으로 연구 대상 지역으로서의

의미를 갖는다.

본 연구는 D대학교 생명윤리위원회의 승인(1041495-201904-HR-02-01)을 받아 시행하였다. 연구대상자의 표본 수는 G*Power 3.1 프로그램을 활용하여 유의수준 0.05, 효과크기 0.15, 검정력 0.95로 하였을 때 총 173명이 산출되었다. 김종기와 전진환(2009)은 연구모형의 안정적 추정을 위해 표본크기가 최소 200개 이상이 되어야만 실질적 의의를 가진다고 하였다. 이에 불완전한 자료를 고려하여 200명을 대상으로 무작위 선정하였다. 최종적으로 본 연구에서는 16부의 불성실한 응답을 제외하고 184부가 분석에 사용되었다.

2. 측정도구

본 연구의 주요 변수는 인구사회학적 특성, 주관적 건강, 사회적 지지(정서적 지지, 도구적 지지), 사회적 자본이다.

1) 인구사회학적 특성

본 연구에서 분석과정에 포함된 노인의 인구사회학적 특성은 성별, 연령, 학력, 주관적 경제상태, 종교이다. 연령은 65세 이상 75세 미만, 75세 이상 85세 미만, 85세 이상으로 세분화하였으며, 주관적 경제상태는 상, 중, 하로 구분하였다. 종교는 기독교, 불교, 천주교, 기타, 없음으로 구분하였다.

2) 주관적 건강

주관적 건강상태란 개인이 지각하는 스스로에 대한 건강 수준을 의미한다(Farmer & Ferraro, 1997). 객관적 측정법에 의한 자료는 임상결과와 참고치를 근거로 해서 해석되어지고 질병치료에 현실적으로 기여하고 있으나, 질병중심의 사고에 기반을 두고 있어 건강중심의 신체적 기능, 안녕 수준, 삶의 질을 근거로 한 측정은 아니다(고상백 등, 1997). 따라서 건강증진 중심으로 건강에 대한 패러다임의 변화를 감

안하여 주관적 건강수준의 측정을 통해 복잡한 건강상태를 반영하고자 하였다.

본 연구에서는 Northern Illinois University에서 개발한 Health Rating Scale을 이금재와 박혜숙(2006)이 번안하여 사용한 도구를 사용하였다. 본 척도는 자신이 지각하는 현재 건강상태 1문항, 1년 전과의 건강상태를 비교한 1문항의 총 2문항으로 구성되었다. Likert 5점 척도를 사용하여 평균값을 사용하여 분석하였으며, 이금재와 박혜숙(2006)의 연구에서의 Cronbach's α 값은 0.87이었다. 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 0.83으로 나타났다.

3) 사회적 지지

사회적 지지는 여러 행태로 존재하지만 크게 정서적 지지와 도구적 지지로 나눌 수 있다(성혜영과 조희선, 2006). 정서적 지지는 애정의 표현과 존경 및 존중을 포함하는 것으로 그 사람이 가치 있는 사람임을 확인시켜 준다. 도구적 지지는 직접적인 행위로서 신체적으로 도움을 주거나, 일상적인 일들을 해주거나 도와주는 것, 교통편의를 제공해 주는 것 또는 돈을 주거나 빌려주는 것을 포함한다(이금옥, 2007). 본 연구에서는 Seeman 등(1996)이 개발한 총 16개 문항의 사회적 지지 척도를 사용하였다. 정서적 지지는 8개의 문항으로 배우자, 자녀, 친구, 친척들로부터 사랑과 보호를 받고 있다는 느낌 및 자신의 고민을 잘 들어준다는 느낌의 정도로 구성되어 있다. 도구적 지지 역시 8개의 문항으로 배우자, 자녀, 친구, 친척들로부터 일상생활에 필요한 일들에 대해 구체적인 도움을 받거나 정보를 제공받는 느낌의 정도로 구성되어 있다. 도구적 지지와 정서적 지지 모두 배우자가 없는 경우를 고려해 각 공통 문항별 평균값을 분석에 투입하였다. 본 척도를 활용하여 연구한 성혜영과 조희선(2006)의 연구에서는 정서적 지지의 Cronbach's α 값은 0.80이었고, 도구적 지지의 Cronbach's α 값은 0.83이었다. 이금옥(2007)의 연구에서는 정서적 지지는 0.79이었고, 도구적 지지는

0.85이었다. 본 연구에서는 정서적 지지 0.82, 도구적 지지는 0.86으로 나타났다. Likert 5점 척도를 사용하여, 각 영역간 5점만점의 평균값을 사용하여 분석하였다.

4) 사회적 자본

본 연구의 대상이 된 농촌 노인은 일평생 대부분 같은 마을 안에서 네트워크를 쌓고 마을 내의 모임에 적극적으로 참여하면서 살아왔으며, 이러한 네트워크와 참여는 노인에게 마을 공동체에 대한 신뢰와 규범을 느끼게 하는 역할을 해왔다(김기홍, 2006; 김주희, 2011; 하성규와 박기덕, 2011, 전상남, 2019). 따라서 농촌 노인에게 대한 사회적 자본은 신뢰, 규범, 네트워크, 참여의 네 가지 영역으로 공통된 변인을 도출할 수 있다(오영은, 2017). 이에 본 연구에서는 이 네 영역의 사회적 자본을 측정하기 위해 Putnam (1993)과 Cloeman(1988)의 연구를 기초로 하여 신근영(2016)이 수정 보완한 총 12문항의 척도를 사용하였다. 각 영역별로 신뢰 3문항, 규범 3문항, 참여 3문항, 네트워크 3문항이었다. 오영은(2017)의 연구에서의 각 영역별 Cronbach's α 값은 신뢰 0.85, 규범 0.72, 참여 0.74, 네트워크 0.86으로 나타났다. 본 연구에서는 4개 영역을 하나로 합하여 연구에 사

용하였으며, Cronbach's α 값은 0.91로 나타났다. 모두 Likert 5점 척도를 사용하여, 5점만점의 평균값을 사용하여 분석하였다.

3. 자료처리 및 통계분석

성별, 학력, 주관적 경제상태, 종교 등의 인구사회학적 특성을 살펴보기 위하여 빈도분석을 실시하였다. 또한 인구사회학적 변수에 따른 주관적 건강, 사회적 지지, 사회적 자본에 차이를 파악하기 위해 t-test와 Duncan의 사후분석을 활용한 ANOVA 분석을 실시하였다. 마지막으로 주관적 건강과 사회적 지지가 사회적 자본 형성에 미치는 영향을 분석하기 위해서 인구사회학적 변수를 통제변수로 하여 다중회귀분석을 실시하였다. 통계패키지로는 SPSS Window 22.0을 이용하여 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 연구대상자의 인구사회학적 특성

연구 대상자의 성별, 연령, 학력, 주관적 경제상태, 종교를 살펴보면 <표 1>과 같다.

<표 1> 연구대상자의 인구사회학적 특성

구분		(n=184)	
		빈도(명)	비율(%)
		평균 ± 표준편차	
성별	남	39	21.2
	여	145	78.8
연령	≥65세, <75세	77	41.8
	≥75세, <85세	93	50.5
	≥85세	14	7.6

구분		빈도(명)	비율(%)
		평균 ± 표준편차	
학력	초졸 이하	26	14.1
	중졸	136	73.9
	고졸 이상	22	12.0
주관적 경제상태	하	29	15.8
	중	131	71.2
	상	24	13.0
종교	기독교	25	13.6
	불교	64	34.8
	천주교	9	4.9
	기타	3	1.6
	없음	83	45.1

성별로는 남자 39명(21.2%), 여자 145명(78.8%)으로 나타났다. 연령대별로는 65세 이상 75세 미만 77명(41.8%), 75세 이상 85세 미만 93명(50.5%), 85세 이상 14명(7.6%)으로 나타났다. 학력은 초졸 이하 26명(14.1%), 중졸 136명(73.9%), 고졸 이상 22명(12.0%)으로 나타났다. 다음으로 주관적 경제 상태는 '하'라고 응답한 사람이 29명(15.8%), '중'이라고 응답한 사람이 131명(71.2%), '상'이라고 응답한 사람이 24명(13.0%)으로 나타났다. 종교는 기독교 25명(13.6%), 불교 64명(34.8%), 천주교 9명(4.9%), 기타 3명(1.6%), 없음 83명(45.1%)으로 나타났다.

2. 주관적 건강, 사회적 지지와 사회적 자본의 기술통계

연구 대상자의 주관적 건강, 사회적 지지와 사회적 자본에 대한 기술통계(최소값, 최대값, 평균 및 표준편차) 및 정규분포 가정을 위한 왜도, 첨도값은 <표 2>와 같다.

먼저, 주관적 건강, 사회적 지지(정서적 지지, 도구적 지지), 사회적 자본 변수들에 대한 정규 분포 가정을 살펴보기 위해 왜도와 첨도를 확인한 결과, 주

관적 건강의 왜도가 0.24로 가장 높았으며, 도구적 지지의 첨도가 -0.41로 가장 높게 나타났다. Curran 등(1996)은 일반적으로 왜도가 2이하, 첨도가 7이하 일 때 각 변수들의 정규분포가 가정된다고 하였다. 이에 본 연구 변수 모두 정규분포를 가정하는 것으로 나타났다.

주관적 건강, 사회적 지지(정서적 지지, 도구적 지지), 사회적 자본의 평균값을 살펴보면, 주관적 건강은 5점 만점 중 3.31점(±1.04), 사회적 지지 중 정서적 지지는 5점 만점 중 3.86점(±0.72), 도구적 지지는 3.87점(±0.78)으로 나타났다. 마지막으로 사회적 자본의 평균값은 5점 만점에 3.91점(±0.65)으로 나타났다.

3. 인구사회학적 변수별 주관적 건강, 사회적 지지와 사회적 자본 인식 정도

연구대상자의 인구사회학적 특성에 따른 차이를 살펴보기 위해, t-test 및 Duncan의 사후분석을 활용한 ANOVA 분석을 실시하였다. 이에 대한 결과는 <표 3>과 같다.

〈표 2〉 주관적 건강, 사회적 지지와 사회적 자본의 기술통계 및 왜도, 첨도

	최소값	최대값	평균±표준편차	왜도	첨도	
주관적 건강	1.00	5.00	3.31±1.04	0.24	-0.95	
사회적 지지	정서적 지지	2.38	5.00	3.86±0.72	0.15	-0.82
	도구적 지지	1.63	5.00	3.87±0.78	-0.19	-0.41
사회적 자본	2.25	5.00	3.91±0.65	0.05	-0.56	

〈표 3〉 인구사회학적 변수별 주관적 건강, 사회적 지지와 사회적 자본 인식 정도

구분		주관적 건강	사회적 지지		사회적 자본
			정서적 지지	도구적 지지	
		평균±표준편차			
성별	남	3.39±1.02	3.86±0.69	3.81±0.83	3.87±0.59
	여	3.29±1.05	3.86±0.74	3.89±0.76	3.87±0.59
t		-0.53	0.01	0.48	0.49
연령	≥65, <75	3.32±1.09	3.84±0.75	3.87±0.80	3.92±0.68
	≥75, <85	3.31±1.01	3.86±0.72	3.86±0.79	3.92±0.64
	≥85	3.32±0.99	3.96±0.63	3.95±0.71	3.86±0.68
F		0.01	0.09	0.04	0.05
학력	초졸이하	3.36±1.06	3.83±0.75	3.88±0.77	3.90±0.68
	중졸	3.13±0.94	3.90±0.66	3.90±0.78	4.00±0.56
	고졸이상	3.22±1.06	3.92±0.73	3.80±0.87	3.89±0.62
F		0.63	0.14	0.09	0.27
주관적 경제상태	하	3.25±0.99	3.21±0.46	3.20±0.64	3.67±0.58
	중	3.31±1.06	3.90±0.69	3.92±0.75	3.97±0.65
	상	3.39±1.02	4.18±0.75	4.15±0.77	3.90±0.72
F		0.11	9.03***	7.52**	2.48
종교	기독교	3.40±1.01	3.60±0.66	3.56±0.78	4.04±0.54
	불교	3.47±1.11	3.95±0.75	3.95±0.81	4.01±0.65
	천주교	3.11±1.13	3.91±0.63	3.71±0.83	3.83±0.54
	기타	3.50±1.32	4.29±0.64	4.25±0.66	4.55±0.56
	없음	3.18±0.98	3.85±0.74	3.92±0.74	3.79±0.68
F		0.84	1.11	1.21	2.11

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

먼저 성별, 연령, 학력, 종교에서 보면, 주관적 건강, 사회적 지지(정서적 지지, 도구적 지지), 사회적 자본 간에 평균의 차이는 통계적으로 유의하지 않게 나타났다. 성별에서는 주관적 건강은 남성이, 도구적 지지는 여성이 다소 높게 나타났으나, 통계적으로 유의하지 않았으며, 정서적 지지와 사회적 자본은 남녀 간 평균값이 동일하게 나타났다. 연령에서는 정서적 지지와 도구적 지지가 연령대가 높아질수록 다소 높아지는 경향을 보였으며, 사회적 자본은 다소 낮아지는 경향을 보였으나 이 역시 통계적으로 유의하지 않았다. 학력에 있어서도 학력이 높아질수록 정서적 지지는 높아지는 경향을 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다. 주관적 건강, 도구적 지지, 사회적 자본 등은 연령대의 증가와 무관하게 나타났다. 종교 역시 종교별로 주관적 건강, 정서적 지지, 도구적 지지, 사회적 자본 정도가 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 다만, 주관적 경제상태는 사회적 지지 중 정서적 지지(F=9.03, p<0.001)와 도구적 지지(F=7.52, p<0.01) 모두 주관적으로 경제상태가 좋다고 느낄수록 통계적으로 유의하게 높아지는 경향을 보이고 있었다.

4. 변수간 상관관계

주관적 건강, 사회적 지지와 사회적 자본의 다중공선성 검증을 위해 실시한 상관관계 분석을 보면

(표 4)과 같다.

먼저, 가장 높은 상관관계를 보인 것은 사회적 지지 중 정서적 지지와 도구적 지지로 나타났다 (r=0.83). 주관적 건강, 사회적 지지, 사회적 자본 모두 상관계수는 모두 정(+)적인 관계를 보이고 있었고, 주관적 건강과 정서적 지지를 제외하고 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 변수들의 상관관계의 절대값이 0.9 이상이면 다중공선성의 문제를 제기할 수 있으나(조선배, 1996), 본 연구의 가장 큰 상관계수는 0.83으로 나타나 다소 높긴 하나 기준치보다는 낮음으로 전체 변수에서 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다.

이를 확증하기 위해 다중공선성 진단을 위해 가장 많이 쓰이는 분산팽창계수(VIF)를 산출하였는데, 사회적 지지 중 도구적 지지가 8.53으로 가장 큰 분산팽창계수를 보였다. 모두 기준치인 10을 넘지 않아 전체 변수에서 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다.

5. 주관적 건강 및 사회적 지지가 사회적 자본에 미치는 영향

주관적 건강과 사회적 지지의 하위 영역인 정서적 지지, 도구적 지지가 사회적 자본에 어떠한 영향을 미치는지 살펴보기 위하여, 인구사회학적 변수를 통제변수로 하여 다중회귀분석을 실시하였다(표 5).

〈표 4〉 상관관계 분석

	주관적 건강	사회적 지지		사회적 자본
		정서적 지지	도구적 지지	
주관적 건강	1			
사회적 지지	정서적 지지	0.12	1	
	도구적 지지	0.19*	0.83***	1
사회적 자본	0.29***	0.57***	0.64***	1

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

〈표 5〉 주관적 건강, 사회적 지지가 사회적 자본에 미치는 영향

구분	모델1		모델2		
	B	β	B	β	
인구 사회학적 변수 (통제변수)	성별(ref=여)	-0.32	-0.24*	-0.26	-0.19*
	연령(ref= ≥ 85)				
	$\geq 65, < 75$	0.23	0.02	0.05	0.04
	$\geq 75, < 85$	0.10	0.01	-0.03	-0.03
	학력(ref=고졸이상)				
	초졸이하	-0.41	-0.03	-0.04	-0.03
	중졸	-0.52	-0.03	-0.11	-0.07
	주관적 경제상태(ref=상)				
	하	-0.29	-0.16	0.14	0.80
	중	0.11	0.08	0.12	0.18
	종교(ref=없음)				
	기독교	-0.05	-0.03	0.11	0.07
	불교	-0.09	-0.07	-0.10	-0.81
	천주교	-0.35	-0.14	-0.20	-0.08
	기타	0.48	0.12	0.36	0.09
주관적 건강(독립변수)	0.13	0.22*	0.08	0.13	
사회적 지지 (독립변수)	정서적 지지		-0.06	-0.07	
	도구적 지지		0.54	0.68**	
R ²	0.19		0.50		
수정된 R ²	0.09		0.44		
F	2.02*		7.51***		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

분석결과, 통제변수인 연령, 학력, 주관적 경제상태, 종교에서는 모델1과 모델2 모두 사회적 자본에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 다만, 성별에 따라서는 모델1($\beta=-0.24$)과 모델2($\beta=-0.19$) 모두에서 사회적 자본에 영향을 주는 것으로 나타났다.

한편, 주관적 건강 변수만을 투입한 모델1에서는 주관적으로 건강하다고 느낄수록 사회적 자본에 통계적으로 유의하게 정(+)적인 영향을 주는 것으로 나타났다($\beta=0.22$). 주관적 건강과 사회적 지지 모두를 투입한 모델2에서는 주관적 건강과 사회적 지지의 하위 영역인 정서적 지지는 통계적으로 유의성을 보

이지 않았으나, 도구적 지지는 통계적으로 유의하게 정(+)적으로 영향을 주는 것으로 나타났다($\beta=0.68$). 즉, 모델1에서는 주관적으로 건강하다고 느낄수록 사회적 자본이 높아진다고 인식하는 반면에, 주관적 건강과 사회적 지지 모두를 투입한 모델2에서는 주관적 건강과 사회적 지지의 정서적 지지는 사회적 자본에 영향을 주지 않았고, 사회적 지지 중 도구적 지지가 높아질수록 사회적 자본이 높아진다는 것으로 나타났다.

두 모델은 모두 통계적으로 유의한 것으로 나타났으며, 사회적 자본을 설명하는 모델 중 주관적 건강을 투입한 모델1은 전체 설명력이 9%이고, 주관적 건강과 사회적 지지 모두를 투입한 모델2의 경우 전체 설명력은 44%로 나타났다. 모델1에 비해 모델2는 35%가 증가한 설명력을 보여주었다.

IV. 논의 및 결론

한 나라의 보건의료수준을 평가하는 주요 지표로 활용되고 있는 것이 평균수명이다. 그러나 최근 들어 평균수명 보다 중요한 지표로 활용되고 강조되는 것은 건강수명이다(전상남과 송현중, 2017). 건강수명에서의 건강은 세계보건기구에서 정의한대로 '신체적, 정신적, 사회적 안녕'을 의미하므로 건강수명의 증가는 이 세 영역이 조화를 이루어 질병과 그로 인한 장애없이 삶의 만족을 느끼며 살아가는 상태를 의미한다. 고령화로 인한 노화현상으로 질병에 쉽게 노출되고, 빈곤과 고독, 역할상실로 인해 사중고를 겪는 노인들에게 단순히 오래 사는 것만이 중요한 것이 아니라 질병없이 신체적, 정신적, 사회적으로 건강하게 삶을 유지하는 것이 개인과 가족은 물론 국가적인 차원에서도 중요한 가치이다. 하지만 우리 사회는 급속한 고령인구에 증가에 비해 개인적, 사회적 준비 부족으로 전체 의료비 중 노인이 차지하는 의료비와 자살율은 매년 증가하는 추세를 보이고

있으며, 주관적 건강상태는 나빠진다고 인식하고 있다. 이러한 상황에 대한 해결없이 초고령사회에 직면하게 된다면 노인 개개인과 그 가족의 문제를 넘어서 우리 사회는 노인 부양에 따른 비용, 노동 생산성 감소로 인한 경제 여건 악화 등의 위험한 상황에 직면하게 될 것이 자명하다. 이를 해결하기 위해서는 노인 스스로 노인 문제를 해결할 수 있도록 하는 것이 필요한데, 사회적 자본의 형성은 일상적인 삶과 인간관계에서 발생하는 각종 불편함과 장애를 극복함과 동시에 개인이 원하는 욕구를 충족시킬 수 있는 효과적인 기제이다. 여기에서 건강과 사회적 지지는 중요한 선행변수로서의 역할을 할 수 있는 바, 본 연구에서는 사회적 자본 형성을 위해 건강과 사회적 지지가 어떠한 영향을 미치는가를 분석하였다. 이는 일부나마 노인이 더 이상 문제 및 보호의 대상이 아닌 국가발전의 중요한 역할을 담당하는 일원으로 만들어 나가고자 하는 실증적 자료를 제시했다는 측면에서 의의를 가진다.

본 연구의 주요 결과 및 이에 따른 시사점을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 인구사회학적 변수 그룹별로 주관적 건강, 사회적 지지(정서적 지지, 도구적 지지), 사회적 자본 각각에 대해 통계적 유의성이 나타난 것을 중심으로 비교해 보면, 경제상황이 좋다고 생각할수록 사회적 지지의 두 영역인 정서적 지지와 도구적 지지 모두 높아지는 경향을 보이고 있었다. 개인들은 자신의 사회경제적 지위에 따라 각기 다른 생애 사건을 경험하게 되며, 이는 사회적 지지의 측면에서도 격차를 야기한다(Mickelson & Kubzansky, 2003). 구체적으로 이는 높은 경제적 지위의 개인들은 더 많은 유대관계를 쌓고 더 많은 사회적 지지를 인지함으로써 삶에 대한 긍정적 자원들을 획득하는 반면 낮은 경제적 지위의 개인들은 상대적으로 사회적 고립과 사회적 자원의 결핍을 경험하기 쉽다는 결론을 지은 손주희(2017)의 연구와 그 맥을 같이 한다.

둘째, 모델1에서는 주관적 건강이 사회적 자본에

영향을 주는 정도를 회귀분석으로 검증하였는데, 통제변수로 투입된 성별에서 보면 남성이 여성에 비해 사회적 자본의 정도가 통계적으로 유의하게 낮게 나타났다. 이는 사회적 지지를 추가로 투입한 모델2에서도 같은 결과를 보였다. 이와 관련하여 Liu(2000)는 연구를 통해 성별로 사회적 네트워크와 배태된 자원에 중요한 차이가 있음을 발견하였다. 가족 간 연결망 구축에 있어 남성과 여성은 한 가족으로서 동일한 네트워크를 형성하고 있지만 남성과 여성의 네트워크의 방식은 서로 다른 측면을 가지고 있다는 것이다. 구체적으로 여성은 가족 및 친척과의 관계에 보다 긴밀히 연결되어 있는 경향이 있는 반면, 남성은 사회적 자본 형성에 있어서 보다 직장 동료에 연결되어 있는 경향이 있다(Marsden, 1987; 최민정, 2015). 이에 남성들이 직장생활을 하는 동안에는 여성에 비해 사회적 자본 수준이 높을 수는 있지만, 남성들이 노년이 되어 퇴직한 이후로는 남성의 사회적 자본은 급격히 소멸되는 반면 가족 중심의 사회적 자본을 형성한 여성은 상대적으로 높은 사회적 자본을 유지한다는 결론을 얻을 수 있게 된다. 다음으로 통제변수를 제외하고 주관적 건강이 사회적 자본에 정(+)적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 개인의 건강 상태는 생산적 활동에 긍정적으로 유의한 영향이 있었다고 보고한 Jeon 등(2012)의 연구결과와 일치한다. 결과적으로 건강은 사회적 자본을 형성하는데 있어 중요한 선행 변수로 작용한다는 의미로 해석될 수 있다.

셋째, 인구사회학적 변수를 통제변수로 하여 주관적 건강과 사회적 지지(정서적 지지, 도구적 지지)가 사회적 자본에 미치는 영향에 대해 검증하였다. 독립변수인 주관적 건강과 사회적 지지 모두를 투입하였을 때 주관적 건강에서는 사회적 자본에 대한 통계적 유의성이 나타나지 않았고, 사회적 지지의 경우 두 개의 하위 영역 중 도구적 지지에서만 통계적으로 유의하게 영향을 주는 것으로 나타났다. 사회적 자본은 개인이나 집단의 목적 실현을 위해 사용되는

참여와 네트워크 등을 포함한 사회적 형태의 자원이다. 좀 더 구체적으로는 사별과 같이 가까운 대인관계가 단절된 경우에 필요한 소속감과 같은 정서적 지지에 의해 영향을 받기보다 일 또는 작업과 관련된 지지의 제공(Cohen, 1987; 장유미, 2012) 즉, 도구적 지지에 의해 영향을 받는 것으로 해석될 수 있다. 장유미(2012)의 연구에서도 노인 일자리 사업에 참여한 노인들을 대상으로 사회적 자본을 연구한 결과, 도구적 지지와 유사한 개념인 물질적 지지가 노인의 사회적 자본 형성에 영향을 준 것으로 설명하고 있다.

이를 통한 제언을 정리하면 아래와 같다.

우리는 고령화로 인해 발생하는 노인 문제를 얘기할 때, 의료비 상승은 건강보험의 보장성 강화와 노인장기요양보험의 대상 및 시설 확대를 통해 해결하려고 하고 있으며, 노인의 빈곤 문제는 주택 보급과 단기적인 일자리 정책 등을 통해 해결하려고 하고 있다. 그러나, 이는 막대한 비용의 지출과 함께 다음 세대에 대한 부담의 증가로 이어질 수 밖에 없고, 저출산의 추세가 지속될 것으로 예상되는 바 그 부담은 더욱 커질 것으로 예상된다. 이에 노인 스스로 빈곤, 고독, 질병, 무위의 노인의 사중고를 해결할 수 있도록 정책 및 프로그램을 개발하고 운영하는 것이 필요하다. 여기에서 주목할 것이 바로 사회적 참여를 이끌 수 있는 노인 개개인에 대한 사회적 자본의 형성이다. 본 연구를 통해 건강과 사회적 지지 중 도구적 지지는 사회적 자본의 형성에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 이에 지역사회의 특성을 반영한 맞춤형 노인건강증진사업과 노인들이 실제적으로 도움을 받을 수 있도록 도구적 지지의 여건을 확충하는 프로그램을 개발하고 운영하는 것이 필요하다고 하겠다.

먼저, 그간 지역사회에서는 보건소 및 복지관을 중심으로 다양한 노인건강관리사업을 진행하고 있다. 그러나, 프로그램이 기관별로 겹치는 경우가 많고, 기관간 협업체계가 제대로 이루어지지 않는 경우

가 많다. 이 뿐만 아니라 노인보건사업의 일환으로 시행되고 있는 건강증진사업, 건강검진사업, 만성질환관리사업, 기능재활사업을 분석하여 보면 거의 대부분이 건강노인집단을 대상으로 한 사업이 중심을 이루고 있음을 알 수 있고, 허약노인집단을 대상으로 한 사업이나 프로그램은 상당히 미흡한 실정이다(선우덕 등, 2014). 이러한 방향으로 지속적으로 추진된다면, 건강에 대한 불평등이 지금보다 늘어날 수 있으며, 노인의 건강 문제를 해결하기에는 여러 가지 한계를 갖게 된다. 따라서, 지역사회에 여건에 따라 노인을 건강상태에 따라 분류하고 기관간 데이터를 공유하고 사각지대에 있는 노인들을 발굴하여, 그들에게 적절한 노인건강관리프로그램에 참여시킴으로써 노인 모두가 건강한 노후를 맞이하는데 도움을 줄 수 있을 것이며, 사회적 자본의 형성에 기초가 되는 건강 상태를 유지할 수 있을 것이다.

아울러, 장서진(2013)은 도구적 지지를 실제적인 조언, 의료시스템, 치료제 등 실질적으로 제공받는 물리적 지원물이라고 지칭하였다. 이에 노인의 도구적 지지 확충을 위해서 노인들이 실제로 체감할 수 있는 확충 프로그램을 개발하고 지원하는 것이 필요하다. 예를 들어, 일자리를 통한 사회참여와 소득보장은 노인에게 실제적인 물리적 지원물의 여러 방안 중 하나일 것이다. 그러나, 노인에 대한 일자리 프로그램은 그간 보충적 소득보장정책의 일환으로 추진되는 경우가 많았다. 하지만 이를 넘어서 실질적인 소득보장정책으로 목표를 전환하고 국가지원에 대한 의존에서 벗어나 독립적인 생활 기반을 마련할 수 있는 일자리 프로그램을 만들어 가는 것이 필요하다고 하겠다(장유미, 2012). 이를 위해 특히 농촌 지역의 지자체에서는 지역 특산물, 관광자원 등과 연계한 6차 산업의 활성화를 통한 노인 일자리를 창출하려는 노력이 필요하다 하겠다.

이러한 건강과 사회적 지지 중 특히 도구적 지지의 확보를 통해 사회적 자본이 형성되면 궁극적으로 이 자본을 활용하여 성공적 노화를 이룰 수 있을 것

이며, 우리사회가 당면한 고령화에 따른 문제를 일부나마 해결하는 효과를 거둘 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 건강을 측정하기 위해 주관적 건강을, 사회적인 안정감을 측정하기 위해 사회적 지지를, 사회적 건강정도를 살펴보기 위해 사회적 자본을 측정하였다. 각각의 개념에 따라 하나의 지표만을 선정하여 측정함으로써, 실제 다른 지표들에 측정에서는 다른 결과가 나타날 수 있는 가능성을 배제할 수 없다. 아울러, 사회적 자본은 신뢰, 규범, 참여, 네트워크의 하위 개념으로 분류되는 바, 이를 각각으로 나누어 분석하는 것이 좀 더 심층적인 영향 요인을 살펴볼 수 있을 것이다. 따라서, 측정도구를 좀 더 다양화하고, 변수를 세분화한 후행연구를 진행할 필요가 있다.

둘째, 본 연구의 조사대상은 노인 인구가 전체 인구의 40%에 육박하는 대표적인 노인 도시를 1개군을 편의 추출하였으므로, 이의 결과를 모든 노인이 갖는 인식이라고 일반화하기 어렵다. 따라서 표본을 확대하여 보완적 연구를 수행할 필요가 있다.

마지막으로 자기기입식 설문에 의해 측정된 것으로 응답자들의 주관적 판단 및 주변 상황에 의해 기입되었을 가능성이 있다. 이에 보다 정확한 연구결과를 위해서는 지역사회 건강지표, 면접 등의 다양한 측정 자료를 가지고 연구할 필요가 있다.

본 연구는 노인의 주관적 건강과 사회적 지지가 사회적 자본 형성에 미치는 영향에 대해 실증적으로 분석해 봄으로써, 급속한 고령화에 따른 사회적인 문제를 그간의 보호에 대상에서 벗어나 노인 주체적으로 문제를 해결할 수 있도록 보건학적 함의를 찾는 데 그 목적이 있다. 연구 결과, 노인의 주관적 건강과 사회적 지지 중 도구적 지지는 노인의 사회적 자본 형성에 중요한 역할을 하고 있는 것으로 나타났다. 이에 노인의 맞춤형 노인건강관리사업을 통해 건강 불평등을 없애고, 실질적인 소득보장이 가능한 노인 일자리 사업 추진함으로써 사회적 자본 확장을 통한 성공적 노화로 이끌려는 노력이 필요하다.

참고문헌

1. 강윤희, 김미영, 이에리자. (2008). 재가노인의 주관적 건강, 일상생활 수행능력, 영양상태간의 관계. *대한간호학회지*, 38(1), 122-130.
2. 고상백, 장세진, 강명근, 차봉석, 박종구. (1997). 직장인들의 건강수준 평가를 위한 측정도구의 신뢰도와 타당도 분석. *예방의학회*, 30(3), 540-554.
3. 김기홍. (2006). 한국농촌마을 사회자본의 특징에 관한 연구: Trust&Network를 중심으로[박사학위논문]. 서울: 고려대학교 대학원.
4. 김태준, 최상덕, 장근영, 이기홍, 전주혜. (2009). *한국의 사회적 자본 실태 분석 연구*. 충북: 한국교육개발원.
5. 김혜연. (2011). 사회적 자본이 지역주민의 삶의 만족도에 미치는 영향에 관한 연구: 지역사회 민간 자원 연계사업 참여 주민을 중심으로. *한국사회복지행정학*, 13(3), 1-29.
6. 박지원. (1985). 사회적 지지척도 개발을 위한 일 연구[박사학위논문]. 서울: 연세대학교 대학원.
7. 선우덕 외 5명. (2014). *노인 보건사업의 현황과 개선방안*. 세종: 한국보건사회연구원.
8. 성혜영, 조희선. (2006). Rowe와 Kahn의 구성요소를 활용한 성공적 노화 모델. *한국노년학*, 28(1), 105-123.
9. 손주희. (2017). 노인의 경제적 지위가 주관적 삶의 질에 미치는 영향: 사회적 지지를 통한 간접효과를 중심으로[석사학위논문]. 서울: 고려대학교 대학원.
10. 신근영. (2016). 노인의 자기효능감이 노후준비에 미치는 영향: 사회적 자본의 매개 효과를 중심으로[박사학위논문]. 강릉: 가톨릭관동대학교 대학원.
11. 신학진. (2011). 노인의 사중고가 우울을 매개로 자살생각에 미치는 영향: 경로당 이용자를 중심으로. *한국노년학*, 31(3), 653-672.
12. 오영은. (2017). 농촌노인의 고독감과 자기효능감에 영향을 미치는 변인연구: 사회적 자본의 매개효과를 중심으로[박사학위논문]. 광주: 전남대학교 대학원.
13. 이금옥. (2007). 농촌노인의 성공적인 노화요인 구조분석[박사학위논문]. 서울: 서울대학교 대학원.
14. 이성균. (2006). 한국 자영업자의 사회적 자본과 소득수준. *한국사회학*, 4(5), 178-206.
15. 이지원. (2017) 초고령사회에 따른 노인건강의료 분야의 문제점과 개선방안. *법학연구*, 25(4), 181-203.
16. 이현기. (2010). 노인 자원봉사활동과 사회자본: 사회 자본효과를 중심으로. *노인복지연구*, 50, 263-290.
17. 이현주, 정순돌, 김고은. (2013). 노인복지관을 이용하는 저소득층 노인의 사회적 자본 경험과 의미. *노인복지연구*, 60, 143-168.
18. 이화. (2015). 노년기 사회적 지지와 주관적 안녕감의 관계: 스트레스와 삶의 의미의 매개효과[석사학위논문]. 서울: 이화여자대학교 대학원.
19. 장서진. (2013). 사회자본과 사회적 지지의 지각수준이 치매 예방 행동의도에 미치는 영향: 한국 문화적 특성인 가족 건강성의 조절효과[석사학위논문]. 서울: 이화여자대학교 대학원.
20. 전길양, 김정옥. (2000). 배우자 사별노인의 자기효능감, 사회적 지지 및 심리적 적응에 관한 연구. *대한가정학회지*, 38(1), 155-170.
21. 전상남. (2019). 노인의 우울 및 사회적 자본이 성공적 노화에 미치는 영향. *한국학교지역보건교육학회지*, 20(3), 29-42.
22. 전상남, 송현중. (2017). 노인의 건강관련 삶의 질(EQ-5D)과 적정수면시간과의 관련성. *대한보건연구*, 43(1), 2017.
23. 조선배. (1996). *LISREL 구조방정식 모델*. 서울: 영지문화사.
24. 진재문, 김수영, 문경주. (2017). 노인차별에 대한 사회적 자본의 영향에 관한 연구- 공동체 의식의 매개효과를 중심으로. *사회적경제와 정책연구*

- 구, 7(2), 135-166.
25. 최민정. (2015). 중고령 여성의 사회적 자본과 경제적 자본의 관계에 관한 연구. *보건사회연구*, 35(2), 124-163.
 26. 최윤정, 박유신, 김찬, 장유경. (2004). 서울 및 경기지역 노인의 건강자가평가에 따른 기능적 건강 및 영양 위험 평가. *한국영양학회지*, 37(3), 223-235.
 27. 통계청. (2019). *고령자 통계*. 대전: 통계청.
 28. 하성규, 박기덕. (2011). 사회적 자본의 영향요인과 주거공동체 활성화: 서울 아파트단지과 여주 농촌 마을 비교 연구. *한국지방자치연구*, 12(4), 133-153.
 29. Coleman J. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94, 94-121.
 30. Cohen S. (1987). Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. In A. Baum, (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 1-32). New York: Lawrence Erlbaum.
 31. Cohen S, Hoberman HM. (1983). Positive events and social support as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 79-125.
 32. Diener E.(2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *American Psychology*, 69, 851-864.
 33. Farmer MM, Ferraro KF. (1997). Distress and perceived health: Mechanisms of health decline. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(3), 298-311.
 34. Gallagher EN, Vella-Brodrick DA.(2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 44, 1551-1561.
 35. Jeon SN, Shin H, Lee HJ. (2012). Dynamics of Constructs in Successful Aging of Korean Elderly: Modified Rowe and Kahn's Model. *Osong public health and research perspectives*, 3(3), 137-181.
 36. Lin N. (2000). Inequality in Social Capital. *Contemporary Sociology*, 29(6), 785-795.
 37. Marsden PV. (1987). Core Discussion Networks of Americans. *American Sociological Review*, 52(1), 122-131.
 38. Mickelson KD, Laura DK. (2003). Social distribution of social support: The mediating role of life events. *American journal of community psychology*, 32(3), 265-281.
 39. Orkibi H, Ronen T, Assoulin N. (2014). The subjective well-being of israeli adolescents attending specialized school classes. *Journal of Educational Psychology*, 106, 515-526.
 40. Putnam R. (1993). The Prosperous Community: Social Capital and Public Life. *The American Prospect*, 13, 35-42.
 41. Rowe JW, Kahn RL. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
 42. Seeman TE, Bruce ML, McAvay GJ. (1996). Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful aging. *The Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51(4), 191-200.
 43. Smith, AM, Shelley JM, Dennerstein L. (1994). Self-rated health: biological continuum or social discontinuity?. *Social Science and Medicine*, 39(1), 77-83.
 44. Yoon E, Lee RM, Goh M. (2008). Acculturation, social connectedness, and subjective well-being. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14, 246-255.