

# 사회자본이 저소득층의 건강생활실천에 미치는 영향\*

임재영\*\* · 이태진\*\*\* · 배상수\*\*\*\* ·

이기홍\*\*\*\*\* · 강경화\*\*\*\*\* · 황연희\*\*\*\*\*

(2009.11.24. 접수 / 2010.1.3. 1차수정 / 2010.1.18. 게재확정)

## - 요약 -

저소득층은 흡연, 음주 등과 같은 건강위해행위의 빈도가 타 계층에 비해 상대적으로 높고, 운동이나 규칙적인 식습관 등과 같은 건강생활실천 정도와 사회자본의 수준이 상대적으로 낮아서 타 계층에 비해 덜 건강한 것으로 알려져 있다.

본 연구는 저소득층의 건강생활실천의 결정요인으로 사회자본에 집중하여 분석하는 데 목적이 있다.

저소득층들의 건강생활실천 실태 및 관련 요인을 파악하기 위한 자료원으로 2006년 4월부터 7월까지 3개월간, 경기도 성남시 중원구

---

\* 이 논문은 보건복지가족부 국민건강증진기금으로 수행되었음(05-44).

\*\* 고려대학교 식품자원경제학과 교수(jylimecon@korea.ac.kr)

\*\*\* 서울대학교 보건대학원 교수

\*\*\*\* 한림대학교 사회의학연구소 교수

\*\*\*\*\* 한림대학교 사회학과 교수

\*\*\*\*\* 한림대학교 간호학과 교수

\*\*\*\*\* 고려대학교 식품자원경제학과 석사과정

의 저소득층 350명을 표본추출하여 개별 면접조사를 수행한 설문조사 결과를 사용하였다.

분석결과, 개인, 공동체, 제도수준에서 각각 측정된 저소득층의 사회자본 수준은 금연, 절주, 규칙적인 식습관 등의 건강생활실천 영역에는 통계적으로 유의하게 긍정적인 영향을 미친다는 결과가 도출되었지만, 규칙적인 운동실천, 건강검진 수검, 체중관리 등의 영역에는 통계적으로 유의한 영향이 발견되지 않았다.

결론적으로, 이들 연구결과를 통해 저소득층의 사회자본 축적정도가 이들 계층의 건강생활실천에 영향을 미치는 요인들 중의 하나로 인식될 수 있으며, 이러한 맥락에서 이들 계층의 건강수준을 증진하기 위한 정책방안으로 이들 계층의 사회자본 수준을 증대시키기 위한 전략마련이 필요하다 할 수 있다.

주제어 : 사회자본, 건강생활실천, 저소득층

## 1. 연구의 필요성

건강증진과 관련되어 수행된 기존 연구결과를 고찰해보면, 저소득층은 사회·경제적으로 취약한 상태에 있으며 건강수준과 건강생활실천 정도가 상대적으로 낮은 것으로 보고되고 있다. 예컨대, Kawachi et al. (2008)은 저소득층의 취약한 건강수준은 이들 계층의 건강생활실천 정도가 다른 계층에 비해 낮기 때문인 것으로 보고하였다. 아울러 건강생활실천과 관련된 국내연구에서도(강은정, 2005) 소득 수준이 낮을수록 흡연, 음주 등과 같은 건강위해행위의 빈도가 타 계층에 비해 상대적으로 높고, 운동이나 건강검진 수검 등과 같은 건강생활실천 정도가 낮은 것으로 나타났다.

일반적으로 개인의 건강생활실천은 사회·인구학적 요인(성, 연령, 소득 등)과 개인의 사회심리학적 요인(개인의 자기 효능감, 자기통제 능력 등), 사회 문화적 요인(가족 동료 등으로부터의 사회적 지지) 및 지역 사회의 환경 및 정책요인(건강생활실천을 위한 공간, 도시계획 등)의 영향을 받는 것으로 알려져 있다(Sallis and Hovell, 1990; Sallis et al., 1992; Seefeldt et al., 2002). 이들 요인 중, 사회·인구학적 요인을 제외한 나머지 요인들은 최근 건강문제 연구에서 주목받는 사회자본이라는 관점에서 통합적으로 고찰할 수 있을 것이다(김길용 외, 2009).

사회자본에 대해서는 다양한 정의가 존재하지만 그중 대표적인 WHO(1998)의 정의를 고찰해보면, 사회자본이란 지역사회에 존재하는 사회적 융화 정도를 나타내는 개념으로, 상호이익을 위해 네트워크, 규범, 그리고 사회적 신뢰를 구축하고, 사람들 사이의 조정과 협력을 촉진하는 과정이라고 제시하고 있다. 이 과정에서 자신의 속성과 다른 측면을 보유한 사회적 행위자와의 관계 형성, 또는 그 관계로써 결정되는 상대적 위치, 즉 관계적 자원이 개개인의 건강생활실천과 관련된 의사결

정과정에 필요한 정보원 혹은 행동변화를 위한 동기로서 작용한다면, 이러한 관계 및 관계적 자원들을 통칭하는 사회자본이 개개인의 건강생활실천 정도를 결정하는 하나의 독립변수로서 고찰될 수 있을 것이다.

사회자본이 개개인의 건강을 결정짓는 요인 중의 하나가 될 수 있음을 밝히고자 했던 여러 연구(De Silva et al., 2007; Lofors et al., 2007)에서는 사회자본이 건강의 다양한 측면에 긍정적인 영향을 미치고 있는 것으로 제시하고 있다. 선행연구들은 사회자본이 건강에 영향을 미치는 기전과 관련하여 첫째, 사회자본은 스트레스의 부정적 영향을 감소시킬 수 있고(Poortinga, 2006) 둘째, 사회적 관계를 통해 건강정보가 보다 원활하게 전달될 수 있도록 하며 셋째, 사회자본은 사회적 규범을 통해 건강생활실천 행동을 권장할 뿐만 아니라 건강위해행위를 억제시키는 효과가 있다고 주장하고 있다.

아울러 건강생활실천은 이미 주요한 건강결정요인으로 밝혀져 왔으며(Poortinga, 2006; Rimpelä et al., 1999; Szaflarski, 2001), 최근 연구(송예리나 외, 2009)에서는 사회자본과 건강생활실천이 개개인의 주관적인 건강에 미치는 영향을 함께 분석하여 사회자본과 건강생활실천 모두 개개인의 주관적인 건강에 유의한 영향을 미치고 있음을 밝히고 있지만 사회자본과 건강생활실천과의 관계에 대한 고찰은 이루어지지 않았다. 따라서 사회자본이 건강에 미치는 영향과 관련된 연구 분야에서, 사회자본이 개개인의 건강생활실천 정도를 결정하는 하나의 독립변수로서 고찰될 수 있음을 밝힌다면, 이는 사회자본이 건강에 미치는 영향을 파악함에 있어 개개인의 건강생활실천 정도가 매개변수로 작용할 수 있음을 나타낸다고 할 수 있을 것이다.

앞서 사회자본에 대한 WHO(1998)의 정의에서 살펴볼 수 있는 바와 같이 사회자본은 개인 간 관계 속에 존재하는 특징을 갖고 있으며, 조직 사이의 관계에서도 생성될 수 있다(송예리나 외, 2009). 특히 여러 관계 중에서도 사회자본의 주요 생성원으로 언급되는 것은 가정, 이웃, 지역

사회처럼 일반적으로 개개인이 친밀한 관계를 형성할 수 있는 생활환경이라고 할 수 있다. 즉 사회자본의 주된 생성원으로서의 가정은 가족 구성원간 관계에 대한 사회자본이며, 지역사회 사회자본은 가정 외의 지역사회 구성원과의 관계에서 생성된 사회자본을 의미한다. 그런데 그간 사회자본과 건강생활실천 혹은 건강수준을 주제로 한 연구는 대부분 개인수준이 아닌 집단수준의 사회자본에 초점을 맞춘 것이 대부분이었다(Fukuyama, 1995). 즉 기존 연구는 사회자본에 대한 거시적 관점, 즉 상호간 이익을 위한 협동과 협력을 촉진시키는 연결망, 규범, 혹은 사회적 신뢰와 같은 사회조직의 특성에 초점을 두고 수행되었다. 그렇지만 사회자본에 대한 미시적 관점, 즉 사회자본은 개인이 사회적 관계를 통해 다른 사람의 관심이나 도움을 얻을 수 있는 자원을 동원할 수 있는 능력(Lin, 2001)이라고 정의하는 관점을 고려한다면, 그리고 앞서 서술하였듯이 사회자본은 여러 관계 속에서 생성될 수 있으며 모든 사회자본이 중요하기는 하지만, 개개인 간 가장 친밀하고 긴밀한 관계를 맺을 수 있는 가정이 사회자본 생성의 중요한 원천이라는(Bubolz, 2001) 사실을 고려한다면, 본 연구의 목적인 사회자본이 개개인의 건강생활실천 정도에 미치는 영향을 실증적으로 분석하기 위해선 집단수준의 사회자본보다 개인 수준의 사회자본을 분석단위로 이용할 필요가 있을 것이다.

이에 본 논문에서는 저소득계층을 주 연구대상으로 설정하여 개개인의 사회자본 축적 정도가 개개인의 건강생활실천 정도의 차이를 발생시키는 원인이 될 수 있음을 밝히기 위한 실증분석을 수행하고자 한다. 저소득계층을 분석대상 인구집단으로 선정한 이유는 저소득계층의 상대적으로 낮은 건강생활실천 정도를 고려할 때, 이들 계층을 대상으로 한 분석이 향후 이들 계층을 대상으로 한 건강증진정책의 방향을 정함에 있어 기초적인 자료로서 필요하며, 이러한 맥락에서 마련된 정책방안의 시행을 통해 저소득계층의 건강증진 효과를 극대화할 수 있기 때문이다.

## 2. 선행연구 고찰

### 1) 저소득층 건강생활 실천 현황

국내외 선행연구들은, 사회경제적으로 취약한 계층인 저소득층의 건강수준이 다른 소득계층에 비해 상대적으로 안 좋으며 특히, 건강증진을 위해 필수적인 건강생활 실천 정도 또한 낮은 것으로 보고하고 있다. 저소득층의 금연, 절주, 운동, 식습관, 비만관리, 건강검진 및 치과검진과 같은 예방활동 등 건강생활 실천 행위에 대한 국내외 연구들을 요약하면 다음과 같다.

사회계층과 건강에 대한 연구를 보면 사회경제적 지위(Socioeconomic status: SES)가 낮은 계층의 흡연율이 높고 운동실천 정도가 낮으며 식습관행태가 적절하지 않은 등 상대적으로 건강생활 실천 정도가 낮은 것으로 나타났다(Rose et al., 1981; Macintyre, 1997). Hausteин (2005)은 독일 저소득층을 대상으로 흡연실태를 조사한 결과 무직자, 혼자 사는 사람의 경우 흡연율과 음주율이 높았으며 소득의 20%를 담배를 구입하는 데에 소비하는 것으로 발표하였다. 아울러 사회적으로 취약 계층에 있는 아동은 체중과 신체 활동에 있어 다른 계층에 비해 상대적으로 과체중 상태의 아동비율이 높고 신체활동이 낮았으며 아동의 과체중과 건강생활 실천 정도는 사회계층과 관계가 있으며 부모의 과체중이 아동의 과체중의 위험요소가 될 수 있음을 보고하였다(Langnase et al., 2002).

한편, 우리나라의 경우, 김혜련 외(2004)는 「1998년 국민건강·영양조사」의 자료를 분석하여 건강수준과 사회계층간 차이를 분석한 연구에서 소득 수준이 낮을수록 흡연, 음주등 건강위해활동이 증가하는 것으로 보고하였다. 윤태호(2000)는 우리나라의 사회계층간 건강행태 차이를 분석한 연구에서 상위계층일수록 비흡연율과 규칙적인 운동 실천

이 뚜렷하게 높아지는 경향이 있음을 보고하였고 음주는 소득수준에 따라 차이를 보이지 않았고 비만은 여성의 경우 직업군 별로 유의한 차이가 있는 것으로 보고하였다. 김진희(2005)의 연구에서도 사회경제적 지위가 높을수록 금연, 운동, 건강검진 등 바람직한 건강생활행위가 증가하는 것으로 나타났고 음주의 경우는 일관된 결과를 보이지 않았다.

## 2) 건강생활실천 영향 요인

건강생활실천에 영향을 주는 요인에 대한 연구는 국내·외적으로 꾸준히 연구되어 왔다(김금자, 2000; 박현정, 2000; 윤순영 외, 1999; 이선희 외, 1999; 노태영, 1997; 박소영, 1997; 박인숙, 1995; 서연옥, 1995; 박미영, 1993; 이태화, 1989; Hardy et al., 1999; Famer et al., 1996). 이러한 연구들은 건강행위와 영향요인들을 포함하는 건강관련 이론(건강신념모형, 건강증진모형, 계획적 행동이론, 건강통제이론 등)에 기초하여 영향요인을 규명하고자 하였다. 이들 선행 국내연구를 종합해볼 때, 건강생활실천에 영향을 주는 요인으로 연령, 성별, 종교, 결혼상태 등과 같은 사회·인구학적 요인과 지각된 건강상태, 지각된 장애성, 지각된 피로도 및 건강 혹은 건강생활에 대한 견해 등과 관련된 인지적 요인, 그리고 최근에는 사회적 요인으로 사회적 지지 등과 같은 사회적 건강자원에 대한 연구가 증가하는 추세이다.

Hardy et al. (1999)은 건강생활실천에 대한 연구에서 영국과 네덜란드를 대상으로 실시한 조사 결과를 토대로 사회적, 경제적, 정치적 요소와 건강관리 체계의 구조와 과정, 문화적 요소 등을 건강생활실천에 주된 영향을 미치는 요인들로 밝히고 있다. 그리고 Farmer et al. (1996)은 미국인을 대상으로 한 연구에서 백인보다 상대적으로 취약한 계층인 멕시코계에서 사회적 지지의 역할이 더욱 중요함을 보여주어 사회적 관계 혹은 지지 등과 같은 사회적 요인의 중요성을 언급하고 있으며, Adler et al.

(1993)은 사회·경제적으로 열악한 상태에 있는 공무원의 흡연율이 그렇지 않은 공무원 집단에 비해 높고 운동 실천 정도가 낮은 등 건강위해 행위에 더 많이 노출되어 있는 것으로 나타났으며, 10년 뒤 추적 조사결과 이들 집단의 사망률이 다른 집단에 비해 높았다고 밝히고 있다.

건강증진활동과 관련된 국내·외 선행연구들을 고찰해보면, 건강생활실천 정도의 결정요인으로 사회적 요인이 강조됨을 알 수 있으며, 국내의 경우에도 사회적 요인이 건강에 미치는 영향 혹은 건강생활실천에 미치는 영향에 대한 연구(송예리나 외, 2009; 김길용 외, 2009; 임재영 외, 2008; 서지원, 2005)가 이루어지고 있지만, 선행 연구들 대부분이 연구대상을 저소득층과 같은 특정 인구집단에 한정된 것이 아니고 일반 인구집단을 대상으로 한 바, 이들 선행연구결과를 저소득층의 경우에 적용하는 것은 다소 제한적일 것이다. 그리고 최근 각 사회계층의 계층적 특성에 기초하여 사회계층별 건강수준과 건강행위의 실천 정도의 차이에 대한 관심이 증대되기 시작했지만, 저소득층만을 대상으로 건강생활실천 정도와 결정요인을 파악한 연구는 찾기 어려운 실정이다.

### 3) 건강생활실천 결정요인으로서 사회자본

사회자본 연구의 기원은 일차적으로 이른바 경제적 자본(economic capital)과 차별되는 비경제적 자본(non-economic capital)을 논하는 문제에서 출발하였다. 개인 수준에서 경제적 이익을 얻도록 작용하는 자원으로서의 자본이 일반적으로 생각하는 화폐와 현물과 같은 경제적 자본보다 더욱 다양한 형태를 지닐 수 있음을 주장한 Bourdieu (1986)의 이론이 대표적인데, 그는 비경제적 자본의 한 예로 개개인이 맺고 있는 사회적 관계가 개인 수준의 이익으로 전환될 수 있다고 주장하였으나 이를 사회자본의 개념으로 전환하여 설명하지는 않았다. Coleman (1988)은 사회자본이 사회적 관계를 통해 정보에 대한 잠재적 접근성을 제고하여 정

보획득과 관련된 거래비용을 줄이는 효과적인 수단이 될 수 있어 사회적 관계가 개별 주체의 경제적인 이익을 산출할 수 있는 자원이 될 수 있음을 심층적으로 논의하였다<sup>1)</sup>.

전술한 사회자본에 대한 의미를 토대로 사회자본이 사회구성원의 건강 및 공중보건에 미치는 영향에 대한 부분은, Durkheim (1966[1897])의 자살과 같은 사회병리학적 현상과 관련된 논의에서 촉발되었고, 최근에는 Kawachi et al. (2000)에 의해 더욱 체계적으로 논의되었다. 이를 구체적으로 고찰해보면, Durkheim은 사회적 통합도와 자살 간의 관계를 근대적 시각으로 규명하면서 결혼, 종교적 활동 등을 통해 다른 사람 또는 조직과 잘 연결되어 있는 사람들이 그렇지 않은 사람들에 비해 정신 건강상태가 양호하므로 자살할 확률이 낮다고 주장하였다. Durkheim의 시각을 직접 계승하였다고 보기는 어려우나, 사회관계와 질병 위험과의 관계는 Cassel (1976), Cobb (1976) 등의 역학자들에 의해 연구되었는데, 그들은 초기 연구에서 사회관계의 부족을 사망률을 높이는 요인으로 결론지으며, 지속적으로 축적되어 형성된 사회관계가 사회심리적 기전을 통해 개인의 건강생활실천을 제고한다는 인과관계를 정립하였다(Kawachi et al., 2000). Kawachi et al. (2000)의 연구와 비슷한 맥락에서 Rogers (1983)와 Sampson et al. (1997)의 연구는, 사회자본의 형성을 토대로 구축된 개인 간 네트워크를 통해 건강정보의 확산이 보다 용이하게 이루어질 수 있으며, 사회 응집력이 강한 지역사회일수록 긍정적인 외부효과가 큰 공중보건서비스의 확충이 이루어져 이들 서비스에 대한 지역 거주민의 접근성이 높아진다는 현상에 주목하여 사회자본이 개인의 건강생활실천 정도에 의미 있는 영향을 미칠 수 있음을 밝히고 있다.

---

1) 사회자본을 바라보는 시각과 이에 대한 접근은 매우 다양하므로 본 논문에서 제시하고 있는 선행연구 결과는 사회자본과 관련된 전체 논의를 고려할 때 다소 제한적이라고 할 수 있다. 따라서 본 논문에서 사회자본과 관련하여 언급되지 못한 여러 다양한 부분들을 고려할 때 이하본 논문의 연구결과에 대한 해석에 주의를 기울여야 할 것이다.

이를 종합하면 사회자본이 건강생활실천 정도에 미치는 인과관계는, 첫째 사회자본 축적 정도가 양호한 지역일수록 건강생활의 실천을 통해 기대되는 건강상의 편익에 대한 양질의 정보가 해당 지역사회에 광범위하게 확산될 가능성이 높아 각 사회구성원들이 이들 정보를 쉽게 구득하게 되어 건강생활실천 정도가 제고될 수 있다는 측면과, 둘째 사회자본 축적 정도가 양호한 지역사회일수록 지역민들로 하여금 그들의 건강생활실천을 위해 필요한 공중보건서비스의 소비를 장려하기 때문에 예를 들어 체력단련장의 확충이나 예방접종률 혹은 건강검진 수검율의 제고 등이 예상되어 지역주민의 건강 상태가 증진될 수 있다는 것이다. 따라서 본 논문에서는 전술한 사회자본 축적 정도와 건강생활실천 정도 간 인과관계를 저소득층을 대상으로 조사된 자료를 토대로 한 실증분석을 통해 밝히고자 한다.

### 3. 연구 방법

#### 1) 자료원

본 논문에서는 저소득층들의 건강생활실천 실태 및 관련 요인을 파악하기 위한 자료원으로 경기도 성남시 중원구 주민을 대상으로 한 설문조사 결과를 이용하였다. 동 설문조사는 보건복지부 건강증진기금 연구사업의 일환으로 진행되었으며 2006년 4월부터 7월까지 3개월간 한림대학교 사회의학연구소에서 실시하였다.

본 설문조사의 대상 지역인 성남시 중원구는 구 성남시 지역으로서 행정동 10동, 272통, 1,638반으로 구성되어 있다. 중원구 인구는 2005년 말 기준으로 총 세대수는 104,200세대, 인구는 남자 134,720명, 여자 130,251명으로 총 264,971명이다. 본 연구의 설문조사 대상 표본의 크기

는 저소득층 350명이며 표본추출은 중원구의 각 동별 기초생활수급자 가운데 성별, 연령별 비례할당 방식으로 조사대상자를 선정한 뒤 이들을 대상으로 개별 면접조사를 수행하였다.

본 논문에서 사용한 표본수의 적절성과 관련해서 다음의 논의를 참고하였다. Greene (1997)에 의하면 이하에 소개되고 있는 본 논문의 추정방법인 Ordered Probit 모형을 적용할 때 종속변수의 값이 변함에 따라 모든 계수(coefficient)가 일정하다는 가정, 즉 Parallel Regression 이라는 가정이 성립해야 하며 이들 가정의 성립여부는 표본수에 영향을 받는다. 따라서 본 논문에서는 이러한 가정의 성립 여부를 테스트하기 위해 Brant Test method를 사용하였으며 Test 결과 건강생활실천을 나타내는 6개 영역 중, 일부 영역을 제외한 모든 영역에서 전술한 가정이 성립함을 알 수 있었다. 그러므로 본 논문에서 사용한 표본수는 적절한 것으로 사료된다. 그렇지만, 보다 많은 수의 표본을 활용하지 못한 점은 본 논문의 제한점이라고 할 수 있을 것이다.

## 2) 건강생활실천 추정모형

### (1) 추정모형

저소득층의 건강생활실천 추정모형은 선행연구에서 밝혀진 저소득층의 건강생활실천에 영향을 미치는 요인들을 토대로 아래의 회귀식 (1)을 이용하여 구축되었다. 이하에서 소개할 건강생활실천을 나타내는 종속변수가 서수적인 성격을 갖는 이산변수라는 특성을 감안하여 Ordered Probit 추정방법에 의해 추정하였다.

$$H_i^* = \beta_0 + \beta_1' X_i + \beta_2 S_i + \epsilon_i, \epsilon_i \sim N(0,1) \quad (1)$$

$$H_i = \begin{cases} 0 & 0 \leq H_i^* < A_1 \\ 1 & A_1 \leq H_i^* < A_2 \\ 2 & A_2 \leq H_i^* < \infty \end{cases}$$

위 추정식 (1)에서  $H_i^*$ 는 개인  $i$ 의 건강생활실천을 나타내는 변수이며 이하에 소개되는 6개 건강생활실천 영역의 실천정도를 임계치 ( $A_i, i=1,2$ )로 설정하여 0부터 2까지의 값을 갖는 것으로 하였다.  $X_i$ 는 앞서 선행연구에서 고찰한 건강생활실천에 영향을 미치는 요인들의 벡터이며  $S_i$ 는 개인  $i$ 의 사회자본을 측정할 지표를 나타내고,  $\beta$ 는 추정하고자 하는 모수(parameter)이며  $\epsilon_i$ 는 식 (1)의 오류항으로 Ordered Probit 방법에 의한 추정을 위해 정규분포를 가정하여 0의 평균과 1의 분산을 갖는 것으로 가정하였다.

저소득층의 건강생활실천 측정을 위해 본 논문에서는 건강생활실천 정도를 금연, 절주, 운동, 식습관, 건강검진 및 체중관리 등 6개의 영역으로 나누고, 각 개별 영역에서의 건강생활실천 정도를 측정하였다. 이들 6개 건강생활실천 영역은 각기 그 실천정도에 따라 0~2점씩이 부여되었으며 그 자세한 부여방식은 <표 1>에 제시되어 있다. 이들 변수의 분포를 살펴보면, 금연영역의 경우 현재 흡연하고 있다고 응답한 사람의 비율이 22.6% 정도로 나타났고, 절주영역의 경우 월 1회 이상 음주한다고 응답한 사람의 비율이 97.4%로 나타나 응답자 대부분 최소 월 1회 이상 음주하고 있는 것으로 나타났다. 그리고 현재 규칙적으로 운동하고 있지 않다고 응답한 사람의 비율은 79.1%로 나타났지만 체중조절을 위해 현재 노력을 하거나 향후 구체적인 행동을 취할 예정이라고 응답한 사람의 비율은 98.3%로 높게 나타났다. 아울러 규칙적으로 하루 세끼를 먹는 사람의 비율은 70.6%였지만 건강검진의 경우 정기검진과 암검진 모두 수검하지 않은 사람의 비율이 57.7%로 비교적 높게 나타났다.

건강생활실천을 나타내는 6개의 개별영역에 대한 응답자의 응답내용

이 연속변수의 성격을 띠고 있다면 이를 그래도 종속변수의 값으로 설정하는 것이 가장 바람직하지만 본 논문에서 이용한 설문조사의 관련 항목은 모두 범주형으로 구성되어 있었기 때문에, 건강생활실천 정도의 대소를 나타내기 위해 0~2점의 점수를 부여하였다. 진술하였듯이 본 논문에서 사용한 추정방법은 Ordered Probit 방법이므로 종속변수에 부여한 값의 크기 및 부여한 값 사이의 차이는 불편추정치를 구함에 있어 유의한 영향을 미치지 않다고 사료된다(Greene, 1997).

그렇지만 본 논문에서는 각 영역에 대한 건강생활실천 정도를 나타내는 방법의 적합성을 평가하기 위해, 건강생활실천 정도와 개별 응답자의 건강상태 간 상호 유의한 상관관계가 있을 것이라는 가정 하에, 각 영역별 실천 정도를 기준으로 응답자의 주관적 건강상태 및 만성질환 유병상태 등에서 통계적으로 유의한 차이가 나타나는지 조사하였다. 즉 응답자의 주관적 건강상태정도에 따라 전체 표본을 건강군, 보통군 및 불건강군으로 구분하고 만성질환 유병상태에 따라 보유군과 비보유군으로 구분하여, 6개 각 영역의 실천지수별로 각 집단 간 주관적 건강상태와 만성질환 유병상태에 있어 통계적으로 유의한 차이가 존재하는 지 여부를 분석하였다. 분석 결과, 체중관리 영역을 제외한 전 영역에서 각 집단 간 통계적으로 유의한 차이가 발견되었다. 예를 들어 금연 영역의 경우, 현재 흡연하고 있는 집단의 경우(실천지수=0) 불건강군에 속한 응답자의 비율이 9.3%를 나타낸 반면 6개월 미만 금연한 집단의 경우(실천지수=1)는 19.1%, 담배를 피운 적이 없거나 6개월 이상 금연한 집단의 경우(실천지수=2)는 71.1%로 나타나, 실천지수별 불건강군에 속한 비율이 각 집단별로 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 또한 만성질환 유병상태에 있어서도 실천지수가 0인 집단의 만성질환 유병률은 21.1%, 실천지수가 1인 집단은 9.3%, 그리고 실천지수가 2인 집단은 4%에 불과해 각 집단별 만성질환의 보유에 있어서도 유의한 차이를 나타냈다. 물론 건강생활실천을 나타내는 각 영역별 고유한 특징이 존재함

을 고려할 때, 각 영역별 연구결과의 일차원적인 비교 및 함의를 도출하는 작업은 신중하게 이루어져야 하겠지만, 본 논문에서 사용한 실천지수 산정방식의 자의적인 설정으로 인한 추정상의 문제는 심각하지 않은 것으로 사료된다.

위 회귀식 (1)의  $X_i$ 로 나타낸, 선행연구에서 고찰한 건강생활실천에 영향을 미치는 요인들과 관련하여, 건강생활실천에 영향을 주는 요인은 전술한대로 사회·인구학적 요인, 인지적 요인 및 사회적 요인 등이라고 할 수 있다. 이들 중, 사회적 요인은 본 논문에서 사회자본으로 표시되고 있는 바, 이외 두 요인들은 아래 소개되는 세 영역으로 구분하였다. 첫 번째 영역은 응답자의 건강상태이다. 본 논문에서는 응답자의 건강상태를 나타내는 변수로 첫째 응답자의 주관적인 건강상태, 둘째 응답자가 현재 보유하고 있는 만성질환의 개수와 셋째 응답자의 체중 및 신장을 이용하여 계측한 체질량지수(Body Mass Index)를 이용하였다. 두 번째 영역은 응답자의 사회인구 및 경제적 상태이다. 응답자의 사회인구 및 경제적 상태를 나타내는 변수로는 응답자의 연령, 성별, 결혼상태, 교육정도, 취업여부, 응답자 가구의 가구원 수 및 가구 전체의 월 평균 소득 등이다. 세 번째 영역은 응답자의 건강생활에 대한 견해이다. 응답자의 건강생활에 대한 견해를 나타내는 변수로는 “건강생활이 성인병 예방에 효과적이다.”, “건강생활이 자신감을 준다.”, “운동을 하면 기분이 좋아진다.” 및 “금연을 하는 것은 즐거운 일이다.” 라는 네 가지 질문에 대한 응답자의 동의여부를 5점 척도로 측정된 변수를 사용하였다.

## (2) 추정상의 문제

위 식(1)의 추정과정에서 문제점으로 지적될 수 있는 사항은 저소득층의 사회자본을 나타내는 변수  $S_i$ 의 내생성(Endogeneity) 문제이다. 즉 저소득층의 사회자본은 그들과 관계를 맺고 있는 사람들, 그리고 그들이 거주하고 있는 공동체 및 제도적인 측면 등 여러 다른 요인들에 의해 결

정되는 변수이므로, 이러한 내생화된 변수를 건강생활실천 추정식, 즉 식 (1)의 추정과정에 독립변수로 사용할 경우, 연구자에 의해 관찰되지 못한 개별 응답자의 이질적인 여러 특징(Unobserved Heterogeneity)들이 건강생활실천 정도에 미치는 영향으로 인해 연구결과가 편이(bias)되어 불편추정치(unbiased estimate)를 얻지 못하게 될 문제점이 발생할 수 있다.

이를 해결하기 위해 본 논문에서는 Dubin et al. (1984)과 Cameron et al. (1988)이 제안한 방법을 사용하였다. 이 방법은 사회자본 결정모형을 아래식 (2)와 같이 구축하여, 첫째 식 (2)의 추정을 통해  $S_i$ 의 추정치(predicted value)를 구하고, 둘째 이를 식 (1)의 추정에 사용하는 일종의 2 Step Least Square (2SLS) 방법이다. 다만 두 회귀식의 식별을 위해, 식 (2)의 추정에 새로운 두 영역의 변수군을 도구변수로 사용한 식별방법(exclusion restriction)을 적용하였으며, 아울러 2SLS 방법에 의하여 추정된 표준오차의 경우 편이될 가능성이 있어(Murphy 등, 1985) 본 논문에서는 이분산성(Heteroscedasticity)을 고려한 표준오차를 추정하였고 이를 이용하여 통계적인 추론을 하였다.

아울러 본 논문에서는 도구변수로 선정한 변수가 도구변수로서의 기능을 잘 수행하는 지를 평가하여 분석결과의 신뢰도를 제고하였다. 즉 첫째, 도구변수로 고려한 변수가 1st stage regression에서 사회자본에 미치는 영향이 통계적으로 유의함을 보이기 위해 t-test를 통해 각 변수의 통계적 유의성을 검증하고 아울러 F-test를 통해 도구변수 전체가 사회자본에 통계적으로 유의한 영향을 미치고 있음을 입증하였다. 그리고 두 번째로 2nd stage regression에서 도구변수가 건강생활 실천정도에 미치는 영향이 유의하지 않음을 보이기 위해 i) 도구변수를 독립변수로 분석에 이용한 경우 이들 변수가 건강생활 실천정도에 미치는 영향이 통계적으로 유의하지 않음을 보이고, ii) 도구변수를 독립변수로 분석에 이용한 경우의 Likelihood 값과 분석에 이용하지 않은 경우의 Likelihood 값

을 토대로 Likelihood Ratio Test를 수행하여 두 경우의 Likelihood가 같다는 귀무가설을 기각할 수 없음을 보여 이들 변수들이 건강생활 실천정도에 미치는 영향이 유의하지 않았음을 보였다.

### 3) 사회자본 추정모형

아래의 회귀식(2)는 전술한대로 저소득층의 사회자본 추정모형을 나타낸다. 앞서 언급한 세 가지 각기 다른 수준의 지표화된 사회자본이 연속변수이므로 최소자승추정법(Ordinary Least Square)이 추정을 위해 이용되었다.

$$S_i = \delta_0 + \delta_1' X_i + \delta_2' Z_i + \mu_i \quad (2)$$

위 식 (2)에서  $S_i$ 는 개인  $i$ 의 사회자본을 지표화한 수치이며,  $X_i$ 는 전술한대로 앞서 선행연구에서 고찰한 건강생활실천에 영향을 미치는 요인들의 벡터이며,  $Z_i$ 는 저소득층의 사회적 자본에 영향을 미치는 요인들의 벡터를 나타내며,  $\delta$ 는 추정하고자 하는 모수(parameter)를 나타내며 마지막으로  $\mu_i$ 는 식(3)의 오류항으로 정규분포를 가정하여 0의 평균과  $\sigma_\mu^2$ 의 분산을 갖는다.

본 논문에서 저소득층의 사회자본 결정모형 구축에 사용된  $Z_i$ 에 해당하는 변수들은 크게 두 영역으로 다음과 같다. 첫 번째 영역은 응답자의 자기효능감에 대한 견해이다. 응답자의 자기효능감에 대한 견해를 나타내는 변수로는 “나는 어떤 일을 계획할 때 그 일을 할 수 있다고 확신한다.”, “나는 결심하면 바로 그 일을 시작한다.”, “나는 나의 능력을 확신한다.” 등의 세 가지 질문에 대한 응답자의 동의여부를 5점 척도로 측정

한 변수를 사용하였다. 자기효능감은 개인의 의사결정과정에 영향을 줄 뿐만 아니라 결심을 하게하고 이를 유지하게 하는데 영향을 주는 중요한 요인이다(윤은성, 2001). 사회자본의 경우 개인이 사회적 관계를 통해 다른 사람의 관심이나 도움을 얻을 수 있는 자원을 동원할 수 있는 능력(Lin, 2001)이라고 한다면, 자기효능감의 경우 사회적 관계를 맺고자 하는 개인의 의사결정과정 뿐만 아니라 형성된 관계를 유지하고자 하는 측면에서도 유의한 영향을 미칠 것으로 예상할 수 있다. 그리고 두 번째 영역은 응답자의 정보취득행위와 관련된 부분이다. 선행연구결과(Kawachi et al., 2000)에 의하면 사회구성원의 사회적 자본의 양과 보유하고 있는 정보의 양 사이에는 의미 있는 상관관계가 있음을 밝히고 있다. 응답자의 정보취득행위를 나타내는 변수로는 응답자의 일반적인 사항의 정보에 대한 관심도 및 건강과 관련된 정보에 대한 관심도를 5점 척도로 나타낸 것과 응답자가 건강정보를 취득할 수 있는 정보원의 수 등을 이용하였다.

아울러 전술한 두 영역에 속하는 변수들은 추정식 (1)과 (2)를 식별(identification)하기 위해 설정된 변수들이라고 할 수 있다. 즉 이들 변수들이 식별변수로 작동하기 위해선 이들 변수들이 저소득층의 사회적 자본 축적 정도에 미치는 영향이 통계적으로 유의해야 하며, 반면 이들 변수들이 저소득층의 건강생활실천 정도에 미치는 영향은 통계적으로 유의하지 않아야 한다. 실제 연구결과 이들 변수군들은 전술한 식별변수로서의 기능을 잘 수행하고 있음을 알 수 있으며 이런 이유로 사회자본 추정식의 설명변수로 활용되었다.

사회자본 측정과 관련하여, 그동안 사회자본에 관한 논의와 경험적 연구는 지속적으로 늘고 있지만 Paxton et al. (1999)이 지적한 바와 같이 사회자본의 의미가 때로는 불분명하거나 다양하게 정의되어 온 관계로 경험적 연구마다 사용한 조작적 정의가 일치하지 않는 경우도 있다. 이에 본 논문에서는 Grootaert et al. (2004)이 세계은행 자료의 질문들을 변

형하여 측정하는 방법을 준용하였다. Grootaert et al. (2004)은 그간 여러 선행연구에서 사회자본 측정을 위해 사용된 변수를 총망라하고 이들 변수 중에서 가장 빈번하게 사용된 변수들만을 선별한 후, 이들 변수를 개인이 인지한 수준 혹은 측면에 따라 첫째 개인적으로 신뢰하는 사람과의 관계를 중심으로 한 ‘개인 수준의’ 사회자본, 둘째 응답자가 거주하는 마을/동네에 대한 신뢰를 중심으로 한 ‘공동체 수준의’ 사회자본, 셋째 응답자의 거시적 제도들에 대한 신뢰를 중심으로 한 ‘제도 수준의’ 사회자본으로 구분하였다. 이하에서는 각 수준별 사회자본을 측정하는 방법을 소개하기로 한다.

#### (1) 개인 수준의 사회자본(Personal Level of Social Capital)

개인 수준의 사회자본은 신뢰하는 사람의 수와 그들과의 연락 및 방문 빈도를 종합하여 측정한다. 이는 구체적으로 신뢰자들의 수, 그들에 대한 능동적 및 피동적 방문과 연락 빈도를 아래 식 (3)과 같이 결합하여 개인 수준의 사회자본을 나타내는 지표를 구성한다.

개인수준의 사회자본 =

$$\text{신뢰자의 수} \times (\text{능동적 방문} + \text{능동적 연락} + \text{피동적 방문} + \text{피동적 연락}) \quad (3)$$

위의 지표 구성 방식은 신뢰하는 사람의 수가 많을수록, 그들과의 능동적 또는 피동적 방문 및 연락 빈도가 높을수록 개인 수준의 사회자본이 많다고 보는 시각을 반영하고 있다. 이러한 시각은 기존의 여러 사회조사들에서처럼 단순히 신뢰자의 수가 많아야 사회자본이 양적으로 많은 것이 아니라, 그들과 방문하고 연락하는 관계가 빈도 높게 유지되어야 그러한 관계들이 필요시에 이익을 가져다주는 자본의 기능을 더욱 충실히 수행할 수 있다는 가정이 들어감으로써 사회자본의 개념이 더욱 풍성해질 수 있다.<sup>2)</sup> 개인 수준의 사회자본은 일차적으로는 위의 식과 같

이 계산한 후, 분석의 편의를 위해 최소값이 0이고 최대값이 100인 지표로 변환하였다.<sup>3)</sup>

## (2) 공동체 수준의 사회자본(Community Level of Social Capital)

공동체 수준의 사회자본은 응답자가 사는 공동체 즉 마을/동네에 대한 견해를 묻는 질문들을 요소로 하였다. 이들 질문항목은 <표 2>에 제시되어 있다. 그런데 <표 2>에 제시되어 있는 두 번째와 네 번째 질문은 동의하는 정도가 클수록 거주 공동체에 대한 불신을 나타내므로 사회자본의 정의에 반하게 된다. 따라서 값 6에서 응답치를 제하여 역부호화한 후 네 질문에 대한 결과를 더하여, 공동체에 대한 신뢰가 공고할수록 높은 점수를 나타내는 공동체 수준의 사회자본 변수를 만들었다. 이후 앞에서 개인 수준의 사회자본 지표 생성 방법과 마찬가지로 범위가 0-100인 지표를 생성하였다.

## (3) 제도 수준의 사회자본(Institutional Level of Social Capital)

제도 수준의 사회자본은 일반적으로 제도 신임(institutional confidence)이라고도 하는 거시적 제도에 대한 신뢰를 가리킨다. 여기서는 여러 거시적 기관 또는 제도를 어느 정도 신뢰하느냐에 대한 답을 종합하여 제도 수준의 사회자본을 측정하는 지표를 구성하였다. 10개의 응답을 더

---

2) 위 계산방식에서 방문 및 연락 항목에 동일한 가중치를 두는 문제와 관련하여 본 논문에서는 방문 부분과 연락부분에 상이한 가중치를 두고, 아울러 능동적인 부분과 피동적 부분에 상이한 가중치를 두고 추정하였지만 연구결과에 유의할 정도의 차이는 발견되지 않았다.

3) 이렇게 일차적으로 생성된 변수에서 최소값을 빼고, 범위로 나눈 후 100을 곱하면 범위가 0-100인 변수로 변환된다. 이후에 등장하는 다른 사회자본 지표들도 범위가 0-100인 변수로 변환할 때에 같은 방식을 사용하였다.

한 후, 앞에서 다른 수준의 사회자본 지표들을 형성할 때와 마찬가지로 범위가 0-100인 제도 수준의 사회자본 지표로 변환하였다. Grootaert et al. (2004)이 제안하고 본 논문에서 준용한 거시적 기관 또는 제도는 <표 4>에 제시되어 있다.

다만 본 논문에서 활용한 제도 수준의 사회자본을 측정하는 방식은 분석 대상 지역에 존재하는 사회기관에 대한 각 지역별 분포 현황에 대한 고려를 담고 있지 못하다. 예를 들어 행정 중심 지역을 대상으로 설문 조사를 하게 되면 이 지역의 거주자들은 각 사회기관에 대한 보다 많은 개인적인 경험을 할 수 있게 되며, 외곽지역에 거주하는 사람들의 경우 개인적인 경험에 의존한 응답보다는 주위 사람으로부터 전해들은 간접 경험을 기초로 하여 응답하게 될 가능성이 크기 때문에 이러한 부분에 대한 고려가 이루어지지 않은 부분은 본 논문에서 사용한 제도 수준의 사회자본 측정 방식의 한계점으로 지적될 수 있다.

## 4. 연구결과

### 1) 분석에 이용된 변수의 기술통계

본 분석에 이용된 설문조사는 저소득층 350명을 대상으로 하여 이루어졌다.<sup>4)</sup> 건강생활실천을 나타내는 6개 영역의 각 항목에 대한 응답자의 응답결과는 0점에서 2점까지 분포하는데, 특기할 사항은 다른 항목들에 비해 규칙적인 운동정도, 건강검진 수검 및 체중관리 영역의 평균치가 다른 영역에 비해 통계적으로 유의하게 낮다는<sup>5)</sup> 사실이다. 저소득

---

4) 본 논문에서는 전술했듯이 기초수급 생활보호 대상자를 저소득층으로 간주하였다.

5) paired t-test 결과, 이들 세 영역은 다른 영역에 비해 유의수준 1%에서 통계적으로

층의 경우 6개월 이상 규칙적으로 운동한다고 응답한 사람의 비율이 20.9%였고, 지난 2년간 건강검진을 받은 사람의 비율도 저소득층의 경우 36.9%였다. 마지막으로 체중관리의 경우에도 저소득층의 13.7%만이 체중감소를 위해 노력한다고 응답하였다.

응답자의 주관적 건강상태를 나타내는 변수의 경우 5점 척도로 구분하여 점수가 상승할수록 주관적으로 평가한 자신의 건강상태가 양호함을 나타낸다. 아울러 응답자가 현재 보유하고 있는 만성질환의 개수를 나타내는 변수(NCD)의 경우 최고 6개의 질환을 보유하고 있다고 응답한 응답자가 있었으며, 체질량지수(BMI)의 경우 커질수록 비만도가 증가함을 나타내는 지수인데 12.98에서 33.32의 범위를 나타냈다. 소득변수의 경우 월 평균 가구소득이 65만원으로 응답자가 저소득층임을 잘 반영하고 있다. 아울러 상대적으로 낮은 교육정도, 낮은 취업률 및 낮은 유배우자 비율 등은 저소득층의 특징을 잘 나타내고 있다.

아울러 각 영역별 변수들 간 상관관계를 나타내는 상관계수행렬이 <표 5>에 제시되어 있다. 분석에 사용된 변수들 간 상관관계가 상당히 존재한다면 다중공선성 문제가 발생하여 편이된(biased) 연구결과를 얻을 수 있을 것이다. 본 논문에서는 이러한 문제가 존재하는지 규명하기 위해 Variation Inflation Factor (VIF) 지수를 계산하였는데, 각 영역별 추정과정에서 계산된 VIF 값 중 최대값이 6.9로 다중공선성 문제로 인한 연구결과의 편이 문제는 그리 심각하지 않았다.

## 2) 저소득층의 사회자본 결정모형 연구결과

본 논문에서는 앞서 언급하였듯이 저소득층의 사회적 자본 상태를 나타내는 변수  $s_i$ 의 내생성을 통제하기 위해 2SLS 방법을 사용하였기 때문에, 즉 건강생활실천 모형의 추정을 위해  $s_i$ 의 추정치를 추정과정에 사

---

유의하게 낮았다.

용해야 하므로 우선 저소득층의 사회자본 결정모형의 연구결과를 소개하기로 한다. 이는 <표 6>에 제시되어 있다.

이 연구결과에서 우선 특기할만한 사항은, 모든 수준의 사회적 자본에서 자기 효능감을 나타내는 영역과 정보취득 행위를 나타내는 영역의 변수들이 통계적으로 유의하게 저소득층의 사회자본 상태에 영향을 미치고 있다는 것이다. 즉 자기 자신에 대한 긍정적인 평가를 하는 사람일수록 사회자본 형성이 더 많이 이루어졌으며, 일반적인 사항 혹은 건강 관련 정보에 대한 관심이 높고 보다 많은 정보원을 보유한 사람일수록 사회자본 형성 상태가 양호했다. 이는 자기 자신에 대한 긍정적인 평가가 폭넓은 대인관계의 기반이 되어 사회자본 형성이 양호하며, 아울러 정보취득정도와 사회자본 형성이 밀접한 상관관계가 있음을 주장한 선행연구결과(Coleman, 1990)와 일치하는 결과라고 할 수 있다. 아울러 앞서 언급한대로 이들 두 영역의 변수들이 사회자본 축적 정도에 통계적으로 유의한 영향을 미쳤다는 것은 이들 변수들이 도구변수로서의 기능을 충실히 수행하고 있음을 보여주는 결과라고 해석할 수 있다. 또한 이들 도구변수 전체의 유의성을 F-test를 통해 검증한 결과 자기효능감을 나타내는 변수군의 경우 F value가 14.09, 정보취득 행위와 관련된 변수군의 경우 11.71로 계산되어 두 변수군 모두 사회자본에 유의한 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

이외 개인 수준의 사회자본 상태에는 건강증진행위에 대한 견해를 나타내는 변수가 통계적으로 의미 있는 영향을 미쳤으며, 공동체 수준의 사회자본 상태에는 건강상태를 나타내는 변수 중 체질량지수가 통계적으로 의미 있는 영향을 미쳤다. 체질량지수가 증가한다는 것은 비만도가 심화된다는 것을 고려할 때, 비만의 원인을 실내거주시간의 증가로 인한 신체활동의 부족에서 찾을 수 있다면 이러한 결과는, 실내거주 및 정태적 생활양식으로 인해 비만도가 심해지고 이로 인해 타인들과의 관계 및 교류가 정체되어 사회자본 축적 정도가 부실해질 수 있는 가능성

이 존재함을 나타낸다고 할 수 있다. 그렇지만 본 연구에서 사용된 표본의 체질량지수의 평균치가 22.9 이며 전체 분포가 13.3~33.3이며 과체중을 의미하는 25이상의 값을 갖는 표본의 비율이 15%에 불과하므로 결과를 확대해석함에 주의할 기울여야 할 것이다.

제도 수준의 사회적 자본 상태에는 연령, 교육, 소득, 취업상태 등과 같은 사회인구 및 경제적 변수들이 통계적으로 유의한 영향을 미치고 있음을 알 수 있으며 영향의 방향도 대부분 선행연구 결과(Kawachi et al., 2000)와 일치하였다.

### 3) 저소득층의 건강생활실천 추정모형 연구결과

저소득층의 건강생활실천 추정모형에 대한 연구결과는 <표 7>과 <표 8>에 6개 영역, 즉 금연항목, 절주항목, 운동항목, 식습관, 건강검진시행여부, 체중관리영역별로 제시되어 있다. 전술한대로 사회자본을 개인, 공동체, 제도 수준으로 나누어 각 수준별 사회자본 축적 상태가 저소득층의 건강생활실천 정도에 미치는 영향에 대한 실증분석을 수행하였으며, 사회자본의 내생성 문제를 해결하기 위해 저소득층의 사회자본 결정모형의 추정을 통해 얻은 사회자본의 추정치를 설명변수로 활용하였다.

또한 전술하였듯이 본 논문에서 활용한 Ordered Probit Model의 경우 종속변수의 값이 변함에 따라 모든 계수(coefficient)가 일정하다는 가정 즉, Parallel Regression 가정이 성립해야 하므로 이를 테스트하기 위해 Brant Test method를 사용하였으며, 테스트한 결과, 체중관리와 건강검진 영역에서만 이들 가정이 성립하지 않아 이들 2개 항목은 Generalized Ordered Probit 모형으로 추정하였으며 아래 <표 8>에 제시된 해당 항목에 대한 연구결과는 이 모형에 의해 도출되었다.

### (1) 금연 영역

<표 7>에 제시된 금연 영역의 연구결과를 보면, 우선 사회적 자본을 어떤 수준으로 측정하든 간에 사회자본 상태가 저소득층의 금연 행위에 통계적으로 유의하게 양의 영향을 미쳤음을 알 수 있다. 이러한 연구결과는 저소득층의 사회자본 상태가 양호할수록 더욱 적극적으로 금연행위를 실천한다는 사실을 의미한다. 아울러 이러한 결과가 사회자본을 정의하는 방법에 관계없이 모든 수준에서 발견된 것은 사회자본이 저소득층의 금연 실천 행위에 미치는 주요한 요인 중의 하나임을 의미한다.

사회자본을 개인수준으로 정의하여 추정된 연구결과를 보면, 건강상태를 나타내는 변수들 중 금연행위에 통계적으로 유의한 영향을 미친 변수는 발견되지 않았으며, 사회인구 및 경제적 변수들 중에서는 여러 변수들이 유의한 영향을 나타냈다. 즉 연령이 낮을수록, 남성보다는 여성이, 배우자가 없는 사람보다 배우자가 있는 사람이, 가구원 수가 적을수록 금연행위가 활발하게 이루어짐을 알 수 있다. 아울러 건강증진행위에 대한 견해를 나타내는 항목 중 두 개 항목이 금연행위에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

다음으로 사회자본을 공동체 수준으로 정의하여 추정한 결과를 살펴 보면, 앞서 개인 수준의 사회자본의 경우와 마찬가지로, 건강상태를 나타내는 변수들은 유의한 영향을 미치지 않았으며, 사회인구 및 경제적 변수들 중 성별, 결혼상태 및 가구원 수 등이 통계적으로 유의한 영향을 미쳤으며 영향의 방향은 개인 수준의 경우와 동일하였다. 사회자본을 제도 수준으로 정의하여 추정한 결과에서도 앞서 개인 및 공동체 수준의 사회자본의 경우와 마찬가지로, 건강상태를 나타내는 변수들은 유의한 영향을 미치지 않았으며 사회인구 및 경제적 변수들 중 연령, 성별, 결혼상태, 가구원 수, 소득, 취업 정도가 통계적으로 유의한 영향을 미쳤으며 방향은 개인 및 공동체 수준의 경우와 동일하였다.

## (2) 절주 영역

<표 7>에 제시된 절주 영역의 연구결과를 보면, 앞서 금연 영역과 마찬가지로 사회자본을 어떤 수준으로 측정하든 간에 사회자본 상태가 저소득층의 절주 행위에 통계적으로 유의하게 양의 영향을 미쳤음을 알 수 있다. 즉 이러한 결과는 저소득층의 사회자본 상태가 양호할수록 더욱 적극적으로 절주행위를 실천한다는 사실을 의미하며, 이러한 결과가 사회자본을 정의하는 방법에 관계없이 모든 수준에서 발견된 것은 앞서 금연영역과 마찬가지로 절주영역에서도 사회자본이 저소득층의 절주 실천에 영향을 미치는 주된 요인 중의 하나임을 의미한다.

사회자본을 개인수준으로 정의한 경우 특기할만한 사항은 앞서 금연 영역과 상이하게 건강상태를 나타내는 변수들 중 주관적인 건강상태가 절주행위에 통계적으로 유의한 영향을 미쳤다는 사실이다. 즉 스스로 인지하는 건강상태가 양호하지 못할수록 절주행위를 적극적으로 실천하고 있어 저소득층의 경우 음주로 인한 건강상의 폐해에 대한 인지도가 어느 정도 형성되어 있음을 알 수 있다. 사회경제적 변수들에 대한 연구결과는 앞서 금연 영역의 연구결과와 비슷하게 도출되었다.

다음으로 사회자본을 공동체 수준으로 정의하여 추정한 결과를 살펴 보면, 개인 수준의 사회자본의 경우와 마찬가지로, 주관적인 건강상태가 절주행위에 유의한 영향을 미쳤으며 사회인구 및 경제적 변수들의 영향을 앞서 개인 수준으로 사회자본을 정의한 경우와 동일하였다. 사회자본을 제도 수준으로 정의하여 추정한 결과에서도 앞서 개인 및 공동체 수준의 사회자본의 경우와 마찬가지로, 주관적인 건강상태가 유의한 영향을 미쳤으며, 사회경제적 변수들과 관련된 연구결과도 앞서 개인 및 공동체 수준의 경우와 유사하였다.

특히 절주 영역의 경우, 취업여부가 저소득층의 건강생활 실천정도에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 이는 저소득층의 고용상태가 다른 소득계층에 비해 열악하기 때문에 나타난 결과로 해석할 수 있

다. 즉 본 논문에서 이용한 설문조사 결과, 저소득계층 중 정규직으로 고용된 사람의 비율이 15.6%로 현재 우리나라 노동시장에서 정규직으로 고용된 사람의 비율<sup>6)</sup>에 비해 낮고 아울러 시간제로 고용된 사람의 비율이 62.3%였다는 사실은 저소득층의 고용상태가 불안하다는 것을 의미한다. 따라서 이러한 고용상태의 불안함이 저소득층의 스트레스 원인이 될 수 있으며 이로 인해 저소득층의 건강생활 실천정도가 낮아진 것으로 해석할 수 있다.

### (3) 운동실천 영역

<표 7>에 제시된 운동실천 영역의 연구결과를 보면, 앞서 금연 및 절주 영역과는 상이하게 사회적 자본을 어떤 수준으로 측정하든 간에 사회자본 상태가 저소득층의 규칙적인 운동실천 정도에 미친 영향이 통계적으로 유의하지 않았다. 따라서 이러한 상이한 결과는 건강생활실천을 나타내는 각 영역에 대한 저소득층의 특성을 감안한 고찰이 이루어져야 할 필요성을 나타낸다.

이외 건강상태, 사회인구 및 경제적 변수와 건강 증진행위에 대한 견해를 나타내는 변수들과 관련된 연구결과는 사회자본을 어떤 수준으로 정의하든 간에 관계없이 유사한 방향 및 유의성을 나타냈다. 특히 가구 전체의 월평균 소득이 규칙적인 운동실천 정도에 미치는 영향이 통계적으로 유의했다는 것은 다른 영역과 차별되는 면이다. 즉 소득수준이 상승할수록 생계유지를 위한 부담이 경감될 수 있기 때문에 규칙적인 운동 수행 정도가 증가할 수 있을 것이다. 다만, 가구전체 월평균 소득은 가구원수를 고려하지 못한 한계가 있기 때문에 본 논문에서는 가구원수를 고려하여 가구소득을 표준화한 후 이를 분석에 활용하였다. 그렇지만 기존의 연구결과와 유의한 차이가 발견되지 않아 가구소득의 표준화

6) 통계청 자료에 의하면, 2009년 12월 현재 우리나라 전체 취업자 중, 정규직 고용상태를 유지하고 있는 취업자의 비중은 63.1%였다.

작업과 관련된 부분이 연구결과의 편이에 미치는 영향은 그리 크지 않다고 할 수 있다.

#### (4) 규칙적인 식습관

<표 8>에 제시된 규칙적인 식습관 영역의 연구결과를 보면, 앞서 금연 및 절주 영역과 마찬가지로 사회자본을 어떤 수준으로 측정하든 간에 사회자본 상태가 저소득층의 규칙적인 식습관에 통계적으로 유의한 영향을 미쳤음을 알 수 있다. 앞서 운동실천 영역에서 기술하였듯이 건강생활실천을 나타내는 각 영역별 특성에 대한 고찰을 통해 이러한 상이한 연구결과에 대한 해석이 가능할 것으로 사료된다.

이외 건강상태, 사회인구 및 경제적 변수 및 건강 증진행위에 대한 견해를 나타내는 변수들과 관련된 연구결과는 사회자본을 어떤 수준으로 정의하든 간에 관계없이 유사한 방향 및 유의성을 나타냈다.

#### (5) 건강검진 수검

<표 8>에 제시된 건강검진 수검 영역의 연구결과를 보면, 사회자본 상태가 저소득층의 건강검진 수검에 미친 영향이 통계적으로 유의하지 않았음을 알 수 있다. 아울러 건강상태를 나타내는 변수가 건강검진 수검 정도에 통계적으로 유의한 영향을 미친 사실을 고려할 때 저소득층의 경우 건강검진에 대한 수요가 질병발생 전 즉 건강한 상태에서 질병의 유무를 점검하기 위한 목적으로 이루어진 것이라기보다 질병으로 인한 건강상의 문제가 발생한 이후 치료 및 처치가 이루어지기 전 의료진의 권유로 시행되는 것임을 알 수 있다. 즉, 본 논문에서 이용한 설문조사결과에서 건강검진을 시행한 저소득계층을 대상으로 검진 사유를 묻는 문항에 ‘몸이 아파서’ 혹은 ‘의사의 권유’라고 응답한 비율이 37.2%였고, ‘정기적 검진의 중요성’이라고 응답한 비율이 저소득계층의 경우 11.6%였다는 사실은 이러한 추론을 가능케 할 것이다. 아울러 건강검진

영역의 경우 사회인구 및 경제적 변수는 사회자본을 어떤 수준으로 정의하든 간에 관계없이 수검여부에 통계적으로 유의한 영향을 나타내지 않았다는 사실도 특기할만한 사실이다.

#### (6) 체중관리 영역

마지막으로 <표 8>에 제시된 체중관리 영역의 연구결과를 보면, 사회자본 상태가 저소득층의 체중관리에 미친 영향이 통계적으로 유의하지 않았음을 알 수 있다. 이 부분도 전술하였듯이 건강생활실천을 나타내는 각 영역별 특성과 관련되어 고찰할 수 있을 것이다. 저소득층의 경우 전술하였듯이 건강관리를 위한 체중관리의 실천도가 다른 소득계층에 비해 낮기 때문에 이들 영역에서 사회자본의 영향이 유의하지 않았을 것으로 이해할 수 있다.

#### 4) 도구변수의 타당성

전술하였듯이 본 논문에서는 도구변수의 타당성을 테스트하기 위해 6개 영역의 건강생활 실천 추정 과정에 도구변수를 설명변수로 포함시킨 경우, 각 변수들의 통계적 유의성을 t-test로 평가하고 도구변수 전체를 설명변수로 포함시킨 경우와 포함시키지 않은 경우의 우도값(Likelihood value)을 토대로 Likelihood Ratio Test를 수행하여 도구변수로 설정된 두 변수군이 건강생활 실천 정도에 미치는 영향이 유의한지를 평가하였다.

도구변수를 6개 영역의 건강생활 실천 추정과정에 설명변수로 포함시킨 경우 각 변수들의 통계적 유의성을 t-test로 평가한 결과, 자기효능감을 나타내는 변수군을 보면 6개 영역들 중, 오직 규칙적인 식사습관 영역에서만 ‘새로운 일에 대한 확신감(PLAN)’과 ‘결심하면 바로 일을 시작함(DECIDE)’을 나타내는 변수들이 통계적으로 유의하게 영향을 미쳤

을 뿐, 이를 제외한 모든 다른 영역에서는 도구변수로 설정된 변수들의 통계적인 유의성이 입증되지 못하였다. 아울러 정보취득행위를 나타내는 변수군을 보면, 변수군 중 ‘일반사항정보에 대한 관심도(GENINFO)’를 나타내는 변수가 절주정도 및 규칙적인 식사습관 영역에서, 그리고 ‘건강정보에 대한 관심도(HLTINFO)’를 나타내는 변수는 규칙적인 식사습관 영역과 체중관리를 나타내는 영역에서, ‘건강정보원 개수(NINFO)’를 나타내는 변수는 오직 규칙적인 식사습관 영역에서만 통계적으로 유의하게 종속변수에 영향을 미쳤다. 이를 종합하면 자기효능감을 나타내는 변수군의 경우 전체 54개<sup>7)</sup> 개별 추정과정에서 오직 2개 과정에서만 이들 변수군에 속하는 변수의 종속변수에 미친 영향이 통계적으로 유의하여 도구변수로서 갖추어야 할 조건 중의 하나의 exclusion restriction 가정을 위반한 경우가 단지 3.7%에 불과했으며, 정보취득행위를 나타내는 변수군의 경우는 24%였지만 그 경우가 6개 전체 영역에 걸쳐 발생한 것이 아니고 단지 절주, 규칙적인 식사습관 및 체중관리 영역에 한정되어 있어, 이들 두 변수군이 본 논문에서 수행한 도구변수로서의 역할이 제한적이라고 말하기는 어려울 것이다.

또한 도구변수 전체를 설명변수로 포함시킨 경우와 포함시키지 않은 경우의 우도값(Likelihood value)을 토대로 Likelihood Ratio Test를 수행하여 도구변수로 설정된 두 변수군이 건강생활 실천 정도에 미치는 영향이 유의한지를 평가한 결과, 우선 자기효능감을 나타내는 변수군의 경우 총 6개 건강생활 실천 영역 중 어느 영역에서도 이들 변수군을 포함시킨 경우와 포함시키지 않은 경우의 우도값이 통계적으로 유의하게 상이하지 않아 이들 변수군이 종속변수에 미친 영향이 통계적으로 유의하지 않았음을 알 수 있다. 그리고 정보취득행위를 나타내는 변수군의 경우,

---

7) 본 논문에서 고찰한 건강생활 실천 영역이 총 6개, 개인, 공동체 및 제도 수준 등 3개 수준의 사회자본과 자기효능감을 나타내는 변수가 총 3개이므로 본 논문에서는 총 54번의 개별 추정과정이 존재함.

오직 절주, 규칙적인 식사습관 및 체중관리 영역에서 제도수준을 나타내는 사회자본을 활용한 경우의 추정과정에만 두 경우의 우도값이 통계적으로 유의하게 상이한 것으로 나타났다. 이러한 결론은 상기의 경우를 토대로 고찰한 것과 같이 정보취득행위를 나타내는 변수군의 경우 제한된 범위, 즉 제한된 건강생활 실천영역과 사회자본 개념 하에서만 도구변수의 타당성(Validity)에 문제가 있을 뿐, 전반적으로는 양 변수군의 도구변수로서의 역할 수행을 의심할 만한 논거가 불충분함을 알 수 있다.

## 5. 고찰

사회자본이 건강생활실천 정도에 미치는 인과관계는 앞서 선행연구 고찰 부분에서 기술되었듯이 사회자본 축적 정도가 높을수록, 첫째 건강생활의 실천을 통해 기대되는 건강상의 편익에 대한 양질의 정보가 해당 지역사회에 광범위하게 확산될 가능성이 높아지게 되어 각 사회구성원들이 이들 정보에 쉽게 접근할 수 있게 되고 이들 정보를 토대로 건강생활실천 정도가 제고될 수 있다는 것과, 둘째 지역사회 거주민들로 하여금 긍정적인 외부효과가 큰 공중보건서비스, 예를 들어 예방접종 혹은 건강검진 수검 등의 소비를 장려하기 때문에 건강생활실천 정도를 제고할 수 있다는 것 등이다.

이러한 인과관계를 토대로 저소득층을 대상으로 수행된 실증분석결과를 정리해보면, 건강생활실천을 나타내는 6개 항목 중 금연, 절주 및 규칙적인 식사습관 영역의 경우 사회자본을 어떤 영역으로 정의하든 간에 저소득층의 사회자본 축적정도가 이들 영역의 실천 정도에 통계적으로 유의한 양의 영향(positive effect)을 미친 반면, 규칙적인 운동 정도, 건강검진 수검 및 체중 관리 영역에는 양의 영향을 미치지 않았지만 통계적

유의성은 확보되지 못하였다.

이렇듯 일부 건강생활실천 영역에서 사회자본이 건강생활실천 정도에 미친 효과의 통계적 유의성이 확보되지 못한 이유를 고찰해보면 다음과 같다. 통계적 유의성이 확보되지 못한 운동이나 건강검진 수검 등의 영역은 사회적 인프라가 이들 영역의 실천정도에 미치는 영향이 다른 항목에 비해 상대적으로 큰 항목이라고 할 수 있다. 즉 이들 항목의 경우 실천정도의 제고를 위해선 시설이나 공간 확보문제 등이 중요하다. 예를 들어 규칙적인 운동영역의 경우, 저소득층이 거주하는 지역적 특성상 거주민들이 규칙적으로 운동할 수 있는 공간 및 환경이 제대로 마련되어 있지 않으며 또한 이들 지역사회의 거주민들이 생계유지를 위해 근로하는 시간이 타 지역사회에 비해 길기 때문에 규칙적인 운동 시행정도가 상대적으로 낮을 것이다. 이를 뒷받침해줄 수 있는 근거로 <표 9>에 제시된 연구결과를 보면, 소득이 높고 가구원의 수가 적을수록 규칙적인 운동의 실천 정도가 높다는 것을 들 수 있다. 그러므로 이들 영역의 실천에 있어 저소득층이 거주하는 지역의 사회적 인프라의 미비 혹은 이들 계층의 경제적인 제약이 혼란효과(confounding effect)를 일으켰다고 추론할 수 있다. 즉 저소득층의 사회자본이 규칙적인 운동 실천 정도에 미치는 영향에 전술한 특성들이 일종의 혼란변수로 작용하여 그 효과가 통계적으로 유의하지 않을 것으로 추론할 수 있다. 체중관리 영역도 규칙적인 운동 실천 영역과 비슷한 맥락에서 생계유지 부담이 높은 저소득층의 경우 체중관리 영역에 대한 사회자본의 효과가 유의하지 못했다고 예상할 수 있다.

그렇지만 이에 비해 통계적인 유의성이 확보된 금연, 절주 및 규칙적인 식습관 영역의 경우 사회적 인프라가 이들 영역의 실천정도에 미치는 영향은 다른 영역에 비해 상대적으로 크지 않고 대신 개인적인 책임 하에 실천이 이루어지는 영역이라고 할 수 있다. 따라서 앞서 언급했듯이 사회자본 축적정도가 높아 건강생활실천을 통해 기대되는 건강상

의 편익에 대한 양질의 정보가 해당 지역사회에 광범위하게 확산되어 있을 가능성이 높고, 이들 양질의 정보를 저렴한 비용으로 얻을 수 있다면 이들 영역의 실천정도를 제고시키기 위한 개인의 노력이 다른 지역에 비해 배가되었을 것이라고 추론할 수 있을 것이다.

그렇지만 본 논문에서 활용한 설문조사 항목에, 사회자본이 이들 영역의 건강생활 실천정도에 미치는 영향에 있어 매개 작용을 할 것으로 상정한 양질의 정보 확산여부 혹은 정보의 접근성 용이 등을 측정할 수 있는 변수가 포함되어 있지 않기 때문에 이에 대한 확인, 즉 양질의 정보 확산 혹은 접근성 용이 등을 매개로 한 사회자본의 건강생활 실천정도에 미치는 영향을 분석하는 매개분석은 본 논문에서 수행되지 못하였으며 추후 연구를 통해 이루어져야 할 것이다. 따라서 전술한 내용의 확대 해석에 주의할 것을 기울여야 할 것이다.

## 6. 결론 및 제한점

앞서 본 논문의 본문에서는 저소득층을 대상으로 사회자본이 과 건강생활실천 정도에 미치는 영향을 실증분석하였으며 금연, 절주 및 규칙적인 식습관 영역의 경우 개인, 공동체 및 제도수준의 사회자본이 통계적으로 유의하게 저소득계층의 건강생활실천 정도에 양의 영향을 미치고 있음을 보였다.

그렇지만 아래 제시한 사항들은 본 연구와 관련되어 지적될 수 있는 제한점인 동시에 향후 추가되어야 할 논의사항이라고 할 수 있다.

우선 본 연구의 결과는 성남시 중원구에 거주하는 저소득층 350명을 대상으로 수행된 설문조사에 근거한 것이다. 따라서 이 지역에서 추출된 표본을 대상으로 수행된 설문조사 결과를 활용한 본 논문의 분석결과를 전체 저소득계층의 경우로 일반화하기 위해선 신중할 필요가 있

다. 즉 단일 지역에서 추출된 설문조사결과는 해당 지역의 지역적인 특성을 담고 있기 때문에 이러한 부분이 통제되어야만 본 논문의 분석결과를 다른 지역의 경우에 적용할 가능성이 생길 것이다.

아울러 본 논문의 분석 결과, 사회자본이 건강생활실천 정도에 미치는 영향은 건강생활실천을 나타내는 모든 영역에 걸쳐 통계적 유의성이 입증되지는 않았다. 이러한 연구결과에 대하여 고찰부분에서 일부 논의가 이루어졌지만 연구자가 관찰하지 못한 저소득층의 특성 혹은 설문대상 지역의 지역적 특성에 대한 보다 면밀한 고려가 있어야 할 것이다.

또한 본 논문에서 활용한 사회자본을 정의하고 측정하는 방식은 세계은행에서 개발된 방식을 준용한 것이지만, 본 논문의 성격상 건강과 관련된 부문에 보다 초점을 둔 사회자본 측정도구를 개발할 필요성이 있다. 예를 들어 의료인, 의료제도 등 건강 및 보건문제와 보다 직접적으로 관련된 대상들에 대한 태도를 중심으로 한 사회자본의 개념화가 이루어지면 사회자본이 건강증진 및 건강에 미치는 영향을 더욱 명확하게 규명할 수 있을 것으로 사료된다. 아울러 본 논문에서 활용한 방식 이외 상이한 여러 다른 사회자본 측정방식을 활용하여 각기 다른 방식을 적용할 때, 연구결과가 어떻게 변할 수 있는지를 분석하는 민감도 분석의 수행을 통해 분석결과의 신뢰성을 높여야 할 것이다.

본 연구에서와 같이 사회자본을 기초로 한 연구가 기존의 건강증진 관련 연구에 개인적 관계망 혹은 신뢰 중심의 요인들을 추가했다는 데 의의가 있지만, 연구결과의 해석에 있어 사회자본과 다른 변수들과의 복잡한 인과관계로부터 비롯된 제한점이 있을 수 있다. 즉 사회자본과 건강증진 관련 요인들과의 이론적 관계를 상정할 때, 전통적 사회자본 연구에서는 관계망 및 신뢰를 나타내는 사회자본이 주로 원인에 해당하였지만, 그것이 건강과의 상대적 관계에서는 얼마든지 결과가 될 수 있는 역인과관계(reverse causality)의 가능성도 있으므로 사회자본을 기초로 한 연구가 본 연구의 단계보다 더욱 심화되기 위해 보다 다양한 입체

적 인과관계들을 염두에 두어야 하고 이는 추후 연구의 주된 주제가 될 것이다.

## 참고문헌

- 강은정, 2005, 『2005년 국민건강·영양조사 건강면접조사 및 보건의식행태조사 진행보고서』, 보건복지부.
- 김금자, 2000, "중년남성의 건강증진행위 예측모형", 박사학위논문, 한양대학교.
- 김길용·김은미·배상수, 2009, "사회자본과 신체활동 행위변화단계", 『보건교육·건강증진학회지』 26(1), pp.63-80.
- 김진희, 2005, "남녀 근로자의 사회경제적 지위에 따른 건강행위와 건강수준 분석", 박사학위논문, 연세대학교.
- 김혜련·강영호·윤강재·김창석, 2004, 『건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향』, 한국보건사회연구원 연구보고서 2004-03.
- 노태영, 1997, "일부 종합병원 간호사의 건강증진행위와 그 결정요인에 관한 연구", 박사학위논문, 서울대학교.
- 박미영, 1993, "대학생의 건강증진생활양식과 관련요인 연구", 석사학위논문, 서울대학교.
- 박소영, 1997, "초등학교 양호교사의 건강증진 생활양식 실천 정도와 영향요인에 관한 연구", 석사학위논문, 서울대학교.
- 박인숙, 1995, "건강증진 생활양식에 관한 연구", 박사학위논문, 부산대학교.
- 박현정, 2000, "일부 종합병원 간호사의 건강증진 생활양식에 대한 실천 정도와 영향요인에 관한 연구", 석사학위논문, 서울대학교.
- 서연옥, 1995, "중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형", 박사학위논문, 경희대학교.
- 서지원, 2006, "중고령기 건강에 대한 인적자본과 사회자본의 효과", 『대한가정학회지』 44(10), pp. 133-144.
- 송예리나·남은우, 2009, "사회자본 정도 및 건강행동이 한국인의 주관적 건강에 미치는 영향 분석", 『보건교육·건강증진학회지』 26(3), pp.1-13.
- 윤순영·김정희, 1999, "제조업 여성근로자의 건강증진행위 관련요인 분석

- Pender의 건강증진모형 적용”, 『한국산업간호학회』 8(2), pp.130-140.
- 윤태호, 2000, "우리나라 사회계층간 건강행태 차이", 석사학위논문, 서울대학교 보건대학원.
- 이선희·조희숙, 1999, "이성적 행동이론에 의한 도시지역 주민들의 일부 건강증진행태 관련 요인 분석”, 『예방의학회지』 32(2), pp.183-190.
- 이태화, 1989, "건강증진행위에 영향을 미치는 변인분석-서울지역 일반 성인 남녀를 중심으로”, 석사학위논문, 연세대학교.
- 임재영·조창익, 2008, "The Effect of Social Capital on Smoking and Drinking behaviors of the Elderly”, 『보건경제와 정책연구』 14(2), pp.73-92.
- Adler, N. E., Boyce, W. T., Chesney, M. A., Folkman, S. and Syme, S. L., 1993, "Socioeconomic inequalities in health: No easy solution”, *JAMA* 269(24), pp.3140-3145.
- Bourdieu, P., 1986, The Forms of Capital. In J. G. Richardson(ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education*, Greenwood Press, pp.241-258
- Bubolz, M., 2001, "Family as source, user, and builder of social capital", *The Journal of Socio-economics* 30(2), pp.129-131.
- Cameron, A., Trivedi, P., Milne, F., and Piggott, J., 1988, "A Microeconomic Model of the Demand for Health Care and Health Insurance in Australia.” *Review of Economic Studies*, pp.85-106.
- Cassel, J., 1976, "The Contribution of the Social Environment to Host Resistance”, *American Journal of Epidemiology* 104, pp.107-123.
- Cobb, S., 1976, "Social Support as a Moderator of Life Stress”, *Psychosomatic Medicine* 38, pp.300-314.
- Coleman, J., 1988, "Social Capital in the Creation of Human Capital”, *American Journal of Sociology* 94(s), pp.S95-S120.
- \_\_\_\_\_, 1990, *Foundations of Social Theory*, Harvard University Press.
- De silva, M., Huttly, S., Harpham, T., and Kenward, M., 2007, "Social capital and mental health: a comprehensive analysis of four low income countries”, *Social*

- Science and Medicine* 64, pp.5-20.
- Dubin, J. A. and D. L. McFadden (1984), "An Econometric Analysis of Residential Electric Appliance Holdings and Consumption", *Econometrica*, Vol. 52, pp.345-362.
- Durkeim, E., 1966[1897], *Suicide*, The Free Press.
- Farmer, I. P., Meyer, P. S., Ramsey, D. J., Goff, D. C., Wear, M. L. and Labarthe, D. R. et al., 1996, "Higher level of social support predict greater survival following acute myocardial infarction: the corpus christi heart project", *Behav Med* 22, pp.59-66.
- Fukuyama, F., 1995, *Trust*, Hamish Hamilton.
- Greene, W., 1997, *Econometric Analysis*, New York : Prentice-Hall Press.
- Grootaert, C., Narayen, D., Jones, V. and N. M. Woolcock., 2004, "Measuring Social Capital", *World Bank Working Paper*, World Bank 18.
- Hardy et al., 1999, "Inter-agency services in England and The Netherlands: A comparative study of integrated care development and delivery", *Health Policy* 48, pp.87-105.
- Haustein, K. O., 2006, "Smoking and poverty", *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 13(3), pp.312-318.
- Kawachi, I. and Berkman, L., 2000, *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
- Kawachi, I., Kim Daniel and S. V. Subramanian., 2008, *Social Capital and Health*. 1st ed. New York: Springer.
- Langnase, K., Mast, M. and Muller, M. J., 2002, "Social class differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany". *Int J Obes Relat Metab Disord* 26(4), pp.566-572.
- Lin, N., 2001, *Social Capital: A theory of social structure and action*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Lofors, J. and Sundquist, K., 2007, "Low-linking social capital as a predictor of mental disorders: a cohort study of 4.5 Million Swedens", *Social Science and Medicine* 64, pp.21-34.
- Macintyre, S., 1997, "The Black report and beyond: What are the issues?", *Social*

- Science & Medicine* 44, pp.723-745.
- Murphy, K. and Topel, R., 1985. "Estimation and Inference in Two-Step Econometric Models". *Journal of Business and Economic Statistics* 3, pp.370-379.
- Paxton, P., 1999, "Is Social Capital Declining in the United States? A Multiple Indicator Assessment", *American Journal of Sociology* 105(1), pp.88-127.
- Poortinga, W., 2006, "Do healthy behaviors mediate the association between social capital and health?", *Preventive Medicine* 43(6), pp.488-493.
- Rimpelä, A., Rimpela, M., and Koivusilta, L., 1999, "Health-related lifestyle in adolescence-origin of social class differences in health?", *Health Education Research Theory & Practice* 14(3), pp.339-355.
- Rogers, E., 1983, *Diffusion of Innovation*, New York: Free Press.
- Rose, G. and Marmot., 1981, "Social class and heart diseases", *Brit Heart J* 15, pp.13-19.
- Sallis, J. and Hovell, M., 1990, "Determinants of exercise behavior", *Exercise and Sport Science Reviews* 18, pp.307-330.
- Sallis, J., Hovell, M., and Hofstetter, C., 1992, "Predictors of adoption and maintenance of vigorous physical activity in men and women", *Preventive Medicine* 21(2), pp.237-251.
- Sampson, R., Raudenbush, S. and F. Earls., 1997, "Neighborhoods and Violent Crime: A Multilevel Study of Collective Efficacy", *Science* 277, pp.918-924.
- Seefeldt, V., Malina, R., and Clark, M., 2002, "Factors affecting levels of physical activity in adults", *Sport Medicine* 32(3), pp. 143-168.
- Szaflarski, M., 2001, "Gender, self-reported health, and health-related lifestyles in Poland", *Health Care for Women International* 22, pp.207-227.
- WHO, 1998, *Health Promotion Glossary*, World Health Organization.

<표 1> 건강증진실천지수의 구성

	0	1	2
금연	흡연	6개월 미만 금연	피운 적 없거나 6개월 이상 금연
절주	매일 마심	기타 음주자	현재 마시지 않음 또는 월 1회 미만 음주자
운동	운동 없음	6개월 미만 규칙적 운동	6개월 이상 규칙적 운동
비만	지난 한 달간 체중조절을 위한 노력을 하지 않고 목표체중을 달성하기 위해 향후 6개월 이내에 구체적인 행동을 취할 예정이 없는 경우	지난 한 달간 체중조절을 위한 노력을 하거나 혹은 목표체중을 달성하기 위해 향후 6개월 이내에 구체적인 행동을 취할 예정이 있는 경우	지난 한 달간 체중조절을 위한 노력을 하고 목표체중을 달성하기 위해 향후 6개월 이내에 구체적인 행동을 취할 예정이 있는 경우
식습관	불규칙한 식사	규칙적으로 하루 2끼	규칙적으로 하루 3끼
건강검진	정기검진과 암검진 모두 받지 않음	암검진 또는 정기검진 받음	암검진과 정기검진 모두 받음

<표 2> 공동체 수준의 사회자본 구성 요소

질문	척도	역부호화
내 마을/동네의 주민들을 대부분 신뢰할 수 있다	매우 그렇다 (5) 그렇다 (4) 그저 그렇다 (3) 그렇지 않다 (2) 전혀 그렇지 않다 (1)	
내 마을/동네에서는 다른 사람들을 경계해야 하거나, 누군가 나를 이용할 듯하다.		○
내 마을/동네의 대부분의 사람들은 내가 도움이 필요할 때 기꺼이 도와준다.		
내 마을/동네에서는 사람들이 서로 돈을 빌려주고 받는 데 대하여 서로 신뢰하지 않는다.		○

<표 3> 수준의 사회자본 구성 요소

질 문	척 도
정당 및 국회	매우 신뢰함 (5) 신뢰함 (4) 그저 그러함 (3) 신뢰하지 않음 (2) 전혀 신뢰하지 않음 (1)
사법기관(법원, 검찰 등)	
중앙행정부	
광역, 기초 자치단체(경기도와 성남시)	
민간 의료기관: 병원 또는 의원	
보건소	
자원봉사단체(적십자, 성남시사회복지협의회 등)	
직능단체, 협회(대한제과협회성남시지부 등)	
전국적 시민사회단체(환경연합, 경실련, YMCA, 참여연대 등)	
노동조합(한국노총성남지부, 민주노총 성남지구협의회 등)	

<표 4> 분석에 이용된 변수의 기초통계량

variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
<b>건강생활 실천정도</b>					
금연정도(ISMK)	350	1.5428	0.8376	0	2
절주정도(IDRK)	350	1.7171	0.5049	0	2
규칙적인 운동정도(IACT)	350	0.3914	0.7782	0	2
규칙적인 식사습관(INUT)	350	1.5685	0.7218	0	2
건강검진 수검(ITEST)	350	0.6514	0.8283	0	2
체중 관리(IFAT)	350	0.2885	0.6767	0	2
<b>건강상태</b>					
주관적인 건강상태 <sup>1)</sup> (SHS)	350	2.5429	1.0717	1	5

보유 만성질환 개수(NCD)	350	1.2286	1.2866	0	6
체질량지수(BMI)	348	22.8566	0.1127	12.9822	33.3276
<b>사회인구 및 경제적 상태</b>					
연령(AGE)	350	53.1286	16.5487	20	89
성별(0:남성, 1:여성)(GENDER)	350	0.6057	0.4894	0	1
결혼상태(0:무배우자, 1:유배우자)(MARRIAGE)	350	0.26	0.4393	0	1
가구원수(NFM)	350	2.4714	1.6370	1	10
교육정도 <sup>2)</sup> (EDU)	350	3.0086	1.1981	1	7
가구 전체 월평균 가구소득(단위: 만원)(INCOME)	347	65.5389	46.5919	0	350
취업여부(0:무직, 1:취업)(JOB)	350	0.2543	0.43608	0	1
<b>건강생활에 대한 견해</b>					
성인병예방에 효과적임 <sup>3)</sup> (EFFECTIVE)	350	2.9771	0.4343	1	4
자신감을 줌 <sup>3)</sup> (CONFIDENT)	350	2.9943	0.5665	1	4
기분이 좋아짐 <sup>3)</sup> (HAPPY)	350	2.7657	0.6027	1	4
금연은 즐거운 일임 <sup>3)</sup> (NONSMK)	350	2.8286	0.6143	1	4
<b>자기효능감</b>					
새로운 일에 대한 확신함 <sup>4)</sup> (PLAN)	350	2.2029	0.7581	1	4
결심하면 바로 일을 시작함 <sup>4)</sup> (DECIDE)	350	2.1629	0.9143	1	4
내 능력을 확신함 <sup>4)</sup> (ABILITY)	350	2.1171	0.8734	1	4
<b>사회자본</b>					

개인수준의 사회자본(PSCI)	350	7.7661	9.8137	0	60.6742
공동체수준의 사회자본(CSCI)	350	44.4935	17.2809	0	100
제도수준의 사회자본(ISCI)	350	60.875	13.0919	25	93.75
<b>정보취득행위</b>					
일반사항정보에 대한 관심도 <sup>5)</sup> (GENINFO)	350	2.6629	0.8157	1	4
건강정보에 대한 관심도 <sup>5)</sup> (HLTINFO)	350	3.2114	0.8229	1	5
건강정보원 개수(NINFO)	350	1.6171	0.6994	1	4

- 1) 1: 매우 건강하지 못한 편, 2: 건강하지 못한 편, 3: 보통, 4: 건강한 편, 5: 매우 건강한 편
- 2) 1: 무학, 2: 초졸, 3: 중졸, 4: 고졸, 5: 전문대졸, 6: 대졸, 7: 대학원이상
- 3) 1: 거의 그렇지 못함, 2: 대체로 그렇지 못함, 3: 대체로 그러함, 4: 매우 그러함.
- 4) 1: 전혀 그렇지 않음, 2: 가끔 그러함, 3: 자주 그러함, 4: 언제나 그러함.
- 5) 1: 전혀 없음, 2: 별로 없음, 3: 보통임, 4: 많음, 5: 매우 많음.

<표 5> 분석에 이용된 변수의 상관관계

건강생활 실천정도	ISMK	IDRK	IACT	INUT	ITEST	IFAT
ISMK	1.0000					
IDRK	0.3708	1.0000				
IACT	0.0643	0.0638	1.0000			
INUT	0.0520	-0.0292	0.0362	1.0000		
ITEST	0.0092	0.1267	0.0967	-0.022	1.0000	
IFAT	0.0128	-0.0365	-0.0830	0.1244	0.0361	1.0000
경제적 요인		EDU		INCOME		JOB
EDU		1.0000				
INCOME		0.3846		1.0000		
JOB		0.2492		0.4358		1.0000

건강생활에 대한 견해	EFFECTIVE	CONFIDENT	HAPPY	NONSMK
EFFECTIVE	1.0000			
CONFIDENT	0.2907	1.0000		
HAPPY	0.1546	0.1807	1.0000	
NONSMK	0.3075	0.3018	0.4019	1.0000
자기효능감	PLAN	DECIDE	ABILITY	
PLAN	1.0000			
DECIDE	0.3708	1.0000		
ABILITY	0.0643	0.0638	1.0000	
사회자본	PSCI	CSCI	ISCI	
PSCI	1.0000			
CSCI	0.1630	1.0000		
ISCI	0.2271	0.2000	1.0000	
정보취득행위	GENINFO	HLTINFO	NINFO	
GENINFO	1.0000			
HLTINFO	0.2132	1.0000		
NINFO	0.3155	0.4547	1.0000	

<표 6> 저소득층의 사회 자본 결정모형 연구결과

	PSCI		CSCI		ISCI	
	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.
<b>건강상태</b>						
주관적인 건강상태	0.4688	0.5522	-1.0958	1.0377	-0.6110	0.7616
보유중인 만성질환 갯수	-0.2708	0.4794	-.3483	0.9008	0.3554	0.6612
체질량지수	-0.2379	0.1596	-0.5830*	0.3000	0.0997	0.2202
<b>사회인구 및 경제적 변수</b>						
연령	0.0305	0.0404	.0391	0.0759	0.1472***	0.0557
성별	1.6736	1.0340	-2.9901	1.9429	2.3102	1.4260
결혼상태	-0.1908	1.1892	-.9673	2.2346	-0.1770	1.6401
총 가구원 수	0.4525	0.3772	.1951	0.7088	-0.4841	0.5202
교육정도	0.4859	0.5073	1.2442	0.9533	1.5389**	0.6996
월평균 가구소득	0.0082	0.0137	.0276	0.0258	0.0330*	0.0189
취업여부	-0.3611	1.2602	1.7486	2.3680	5.0277***	1.7380
<b>건강 증진행위에 대한 견해</b>						
성인병예방에 효과적임	2.6770*	1.2017	2.0658	2.2581	-1.9671	1.6573
자신감을 줌	0.8450	0.9215	-.9071	1.7315	0.3128	1.2708
기분이 좋아짐	1.0775	0.9139	-1.3826	1.7173	1.6744	1.2604
금연은 즐거운 일임	.0118	0.9100	.4704	1.7100	1.3859	1.2550
<b>자기 효능감</b>						
새로운 일에 대한 확신함	0.8794	1.0346	6.8266***	1.9440	5.5381***	1.4268
결심하면 바로 일을 시작함	1.8123**	0.8843	3.4451**	1.6617	1.2557	1.2196

내 능력을 확신함	1.7455*	1.0070	3.6647*	1.8922	-2.0872	1.3888
<b>정보취득 행위</b>						
일반사항정보에 대한 관심도	0.0263	0.7018	3.6122***	1.3188	-1.0816	0.9679
건강정보에 대한 관심도	3.0745***	0.6712	-1.3051	1.2612	2.6776***	0.9257
건강정보원 갯수	2.4062***	0.8650	.4498	1.6253	0.4447	1.1930
상수	5.5920	6.6202	40.2084	12.4398	44.6652	9.1301
R-Square		0.2672		0.1561		0.2007
adjusted R-Square		0.2219		0.1040		0.1514

\* : 유의수준 10%에서 통계적으로 유의함.

\*\* : 유의수준 5%에서 통계적으로 유의함.

\*\*\* : 유의수준 1% 에서 통계적으로 유의함.

<표 7> 저소득층의 건강생활실천 추정모형의 연구결과 (I)

	금연행위			절주행위			규칙적인 운동실천		
	개인 수준	공동체 수준	제도 수준	개인 수준	공동체 수준	제도 수준	개인 수준	공동체 수준	제도 수준
	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)
<b>건강상태</b>									
주관적인 건강상태	-0.0874 (0.1100)	-0.0330 (0.1068)	-0.0387 (0.1069)	-0.2249** (0.0901)	-0.2187** (0.0883)	-0.2162** (0.0880)	0.1860* (0.0968)	0.2084** (0.0943)	0.2035** (0.0939)
보유 만성 질환 갯수	0.0859 (0.0967)	0.0872 (0.0958)	0.0541 (0.0969)	0.0615 (0.0802)	0.0612 (0.0799)	0.0550 (0.0810)	0.0598 (0.0799)	0.0638 (0.0799)	0.0563 (0.0811)
체질량지수	0.0078 (0.0308)	0.0085 (0.0308)	-0.0081 (0.0308)	-0.0216 (0.0259)	-0.0253 (0.0262)	-0.0253 (0.0260)	0.0136 (0.0281)	0.0187 (0.0286)	0.0100 (0.0280)
<b>사회인구 및 경제적 변수</b>									
연령	-0.0138* (0.0075)	-0.0115 (0.0075)	-0.0185** (0.0080)	-0.0024 (0.0063)	-0.0026 (0.0064)	-0.0036 (0.0067)	-0.0003 (0.0070)	0.0009 (0.0070)	-0.0008 (0.0075)
성별	1.7015*** (0.2081)	1.8543*** (0.2172)	1.6866*** (0.2082)	0.6483*** (0.1624)	0.6494*** (0.1617)	0.6424*** (0.1629)	-0.2644 (0.1764)	-0.1922 (0.1753)	-0.2477 (0.1767)
결혼상태	0.7191*** (0.2438)	0.7119*** (0.2428)	0.6975*** (0.2425)	0.0480 (0.1880)	0.0675 (0.1882)	0.0459 (0.1880)	-0.2641 (0.2117)	-0.2750 (0.2120)	-0.2551 (0.2115)

가구원수	-0.1826*** (0.0678)	-0.1660** (0.0677)	-0.1323* (0.0705)	-0.0461 (0.0562)	-0.0504 (0.0568)	-0.0341 (0.0597)	-0.1535** (0.0731)	-0.1370* (0.0732)	-0.1437* (0.0750)
교육정도	0.0203 (0.0950)	0.0831 (0.0925)	-0.0130 (0.1008)	-0.0264 (0.0817)	-0.0210 (0.0797)	-0.0388 (0.0873)	-0.0189 (0.0889)	0.0053 (0.0851)	-0.0117 (0.0950)
전체 가구의 월평균소득	0.0203 (0.0950)	0.0015 (0.0025)	0.0043* (0.0024)	0.0019 (0.0020)	0.0024 (0.0021)	0.0025 (0.0020)	0.0068*** (0.0023)	0.0061*** (0.0023)	0.0072*** (0.0023)
취업여부	-0.2715 (0.2407)	-0.3472 (0.2393)	-0.5413** (0.2641)	-0.5399*** (0.1875)	-0.5351*** (0.1883)	-0.6036*** (0.2112)	-0.5273** (0.2201)	-0.5731*** (0.2218)	-0.5688** (0.2444)
<b>건강 증진행위에 대한 견해</b>									
성인병 예방 에 효과적임	0.1455 (0.2359)	0.3616* (0.2212)	0.2098 (0.2273)	0.3816* (0.1979)	0.3940** (0.1911)	0.3838** (0.1938)	0.0295 (0.2152)	0.1227 (0.2063)	0.0707 (0.2091)
자신감을 증 가	0.0735 (0.1767)	0.1572 (0.1730)	0.1130 (0.1726)	0.0658 (0.1471)	0.0789 (0.1441)	0.0720 (0.1449)	0.2663* (0.1563)	0.2981* (0.1562)	0.2812* (0.1556)
기분이 좋아짐	0.3787** (0.1838)	0.1947 (0.1680)	0.3555** (0.1809)	0.2189 (0.1557)	0.1978 (0.1460)	0.2268 (0.1564)	0.4786*** (0.1699)	0.5356*** (0.1596)	0.5042*** (0.1730)
금연은 즐거움 일임	0.4453*** (0.1738)	0.4206** (0.1738)	0.3869** (0.1761)	0.2248 (0.1434)	0.2473* (0.1454)	0.2086 (0.1480)	0.0836 (0.1561)	0.0893 (0.1549)	0.0897 (0.1607)
<b>사회자본</b>									
개인수준 사회자본의 추정치	0.0567*** (0.0244)			0.0092** (0.0037)			0.0161 (0.0211)		
공동체수준 사회자본의 추정치		0.0279* (0.0155)			0.0065* (0.0039)			0.0199 (0.0141)	
제도수준 사회자본의 추정치			0.0516** (0.0245)			0.0057** (0.0029)			0.0064 (0.0211)
number of obs	345	345	345	345	345	345	345	345	345
R-Square	0.2948	0.2890	0.2922	0.1291	0.1292	0.1294	0.1179	0.1213	0.1167

\*, \*\*, \*\*\* : 각각 유의수준 10%, 5%, 1% 에서 통계적으로 유의함.

<표 8> 저소득층의 건강생활실천 추정모형의 연구결과 (II)

	규칙적인 식습관			건강검진 수검			체중관리		
	개인 수준	공동체 수준	제도 수준	개인 수준	공동체 수준	제도 수준	개인 수준	공동체 수준	제도 수준

	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)	Coef. (Std. Err.)
<b>건강상태</b>									
주관적인 건강상태	0.0998 (0.0845)	0.2085* (0.0944)	0.2035** (0.0939)	-0.1287* (0.0627)	-0.1309 (0.0871)	-0.1085 (0.0754)	0.1388 (0.1295)	0.0765 (0.1073)	0.0928 (0.1031)
보유 만성 질환 갯수	-0.0804 (0.0692)	0.0639 (0.0799)	0.0563 (0.0811)	0.1054** (0.0618)	0.1371** (0.0627)	0.1267* (0.0740)	-0.0405 (0.0867)	-0.0292 (0.0859)	-0.0129 (0.0741)
체질량지수	0.0258 (0.0226)	0.0187 (0.0286)	0.0100 (0.0280)	-0.0229 (0.0387)	-0.0109 (0.0297)	-0.0167 (0.0272)	0.1896*** (0.0455)	0.2035*** (0.0509)	0.2318*** (0.0617)
<b>사회인구 및 경제적 변수</b>									
연령	-0.0061 (0.0061)	0.0010 (0.0070)	-0.0008 (0.0075)	0.0054 (0.0053)	0.0077 (0.0096)	0.0063 (0.0081)	-0.0481*** (0.0088)	-0.0531*** (0.0099)	-0.0389*** (0.0191)
성별	-0.3069* (0.1630)	-0.1922 (0.1753)	-0.2477 (0.1767)	0.0297 (0.1470)	0.0654 (0.1945)	0.0264 (0.1484)	0.3154** (0.1359)	0.4059* (0.2395)	0.4708** (0.2241)
결혼상태	0.3625* (0.1864)	-0.2750 (0.2120)	-0.2551 (0.2115)	0.1638 (0.1720)	0.1789 (0.1723)	0.1569 (0.1722)	-0.0645 (0.3419)	-0.0779 (0.3495)	-0.0980 (0.3476)
가구원수	-0.0436 (0.0577)	-0.1370* (0.0732)	-0.1437* (0.0750)	-0.0063 (0.0609)	0.0268 (0.0712)	0.0147 (0.0627)	0.0499 (0.0778)	0.0397 (0.0879)	0.0289 (0.0818)
교육정도	-0.0300 (0.0798)	0.0054 (0.0851)	-0.0117 (0.0950)	0.1807 (0.1041)	0.1549 (0.1201)	0.1799 (0.1387)	0.2174 (0.1869)	0.1988 (0.1739)	0.1779 (0.1642)
전체 가구의 월평균소득	-0.0010 (0.0023)	0.0062*** (0.0024)	0.0072*** (0.0023)	0.0091 (0.0088)	0.0078 (0.0079)	0.0081 (0.0078)	-0.0052 (0.0041)	-0.0019 (0.0039)	-0.0018 (0.0040)
취업여부	0.0047 (0.2027)	-0.5731*** (0.2219)	-0.5688** (0.2444)	0.0297 (0.2163)	-0.0124 (0.1875)	-0.0527 (0.1942)	-0.4771 (0.3391)	-0.3486 (0.3423)	-0.3738 (0.3695)
<b>건강 증진행위에 대한 견해</b>									
성인병 예방에 효과적임	0.5643*** (0.2086)	0.1227 (0.2063)	0.0707 (0.2091)	0.0171 (0.0729)	0.1376 (0.1775)	0.0872 (0.1931)	0.4629 (0.3898)	0.4159* (0.2516)	0.2997 (0.2547)
자신감을 줌	0.4947*** (0.1542)	0.2982* (0.1563)	0.2812* (0.1556)	0.0279 (0.0694)	0.0355 (0.0798)	0.0269 (0.0662)	0.4478* (0.2710)	0.4899* (0.2824)	0.4318* (0.2822)
기분이 좋아짐	0.2178 (0.1464)	0.5356*** (0.1596)	0.5042*** (0.1730)	0.0377 (0.0871)	0.0478 (0.0917)	0.0058 (0.1005)	0.2910 (0.2037)	0.3008 (0.2248)	0.2388 (0.2099)
금연은 즐거운 일임	0.2538* (0.1415)	0.0509 (0.1592)	0.0897 (0.1607)	0.1859* (0.1151)	0.1877* (0.1110)	0.1935* (0.1155)	0.6755*** (0.2009)	0.5995*** (0.2011)	0.5914*** (0.2024)
<b>사회자본</b>									
개인수준 사회자본 의 추정치	0.0657*** (0.0195)			0.0361 (0.0287)			0.1930 (0.2111)		
공동체수준 사회자본 의 추정치		0.0199** (0.0101)			0.0291 (0.0233)			0.2541 (0.1991)	

제도수준 사회자본 의 추정치	0.0064* (0.0037)				0.0097 (0.0158)				0.2387 (0.2137)
number of obs	345	345	345	345	345	345	345	345	345
R-Square	0.1152	0.1213	0.1167	0.0706	0.0871	0.0852	0.3095	0.2997	0.2988

\*, \*\*, \*\*\* : 각각 유의수준 10%, 5%, 1% 에서 통계적으로 유의함.

<Abstract>

## The Effect of Social capital on Health-Promoting Behaviors of the Poor

Lim, JaeYoung\* · Lee, TaeJin\*\* · Bae, SangSoo\*\*\* ·  
Yi, GiHong\*\*\*\* · Kang, KyeongHwa\*\*\*\*\* · Hwang, YeonHee\*\*\*\*\*

It is known that the poor are usually less healthy than the rich, that the poor are more actively engaged in smoking and drinking, and less actively in exercise, good diet, and so on, and that the poor usually have less social capital than the rich.

This study aimed primarily to investigate the determinants of health-promoting behaviors of the poor, particularly focusing on their social capital. For this purpose, face-to-face interview survey was carried out among a sample of 350 residents of Joongwon-Gu, Seongnam-city in May 2006. The study subjects were sampled from the poor under a poverty line, and using the data obtained from the survey, various models were specified to determine the factors affecting health-promoting behaviors.

The main results of the study are as follows; the social capital of the poor,

---

\* Professor, Department of Food and Resource Economics, Korea University  
(jylimecon@korea.ac.kr)

\*\* Professor, School of Public Health, Seoul National University

\*\*\* Professor, Hallym Health Services Research Center, Hallym University

\*\*\*\* Professor, Department of Sociology, Hallym University

\*\*\*\*\* Professor, School of Nursing, Hallym University

\*\*\*\*\* Graduate Student, Department of Food and Resource Economics, Korea University

measured at personal, communal, and institutional level, was found to have a statistically significant positive effect on their health-promoting behaviors, such as stopping smoking, reducing drinking, and regular diet, while the social capital of the poor was not found to have a statistically significant effect on regular exercise, undergoing medical examination, and controlling weight.

In conclusion, increasing the social capital of the poor is expected to contribute to enhancing health-promoting behaviors, and consequently health of the poor.

key words : the social capital, health-promoting behaviors, the poor