



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

2017년 8월

박사학위논문

노인의 건강태도와 건강증진행동 관계에 사회적 자본의 매개효과

The elders attitude for their health and the mediatoted
effect in social capital related to health- enhancement
relationship

조선대학교 대학원

사회복지학과

윤동화

노인의 건강태도 와 건강증진행동 관계에 사회적 자본의 매개효과

The elders attitude for their health and the mediatoted
effect in social capital related to health- enhancement
relationship

2017년 8월 25일

조선대학교 대학원

사회복지학과

윤동화

노인의 건강태도 와 건강증진 행동 관계에 사회적 자본의 매개효과

The elders attitude for their health and the mediatoted
effect in social capital related to health- enhancement
relationship

지도교수 이 영 선

이 논문을 사회복지학박사 학위신청 논문으로
제출함.

2017년 4월

조선대학교 대학원

사회복지학과

윤동화

윤동화의 박사학위논문을 인준함.

심사위원장 조선대학교 교수 강인호 (인)

심사위원 조선대학교 교수 김정석 (인)

심사위원 동신대학교 교수 박영석 (인)

심사위원 조선대학교 교수 이계반 (인)

심사위원 조선대학교 교수 이영선 (인)

2017년 6월!

조선대학교 대학원

목 차

국문초록	
제1장 서론	1
제1절 연구의 필요성 및 연구문제	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 문제	3
제2장 이론적 배경	4
제1절 노인건강증진 행동	4
1. 노인건강증진 행동개념	4
2. 노인건강증진 선행연구	6
제2절 건강신념 과 태도	14
1. 건강신념 과 태도에 대한 개념	14
2. 건강신념 과 태도에 대한 선행연구	15
제3절 노인의 사회적 자본	16
1. 사회적 자본의 개념	16
2. 사회적 자본이 측정	19
3. 사회적 자본의 구성 요소	26
4. 사회적 자본의 매개 효과	28
제3장 연구 설계	35
제1절 연구모형의 정립	35
제2절 연구가설의 설정	36
제3절 변수의 측정 및 신뢰도	37
1. 건강태도	37
2. 사회적 자본	39
3. 건강증진행동	41
4. 자료수집	43
5. 자료분석	44

제4장 실증 분석	45
제1절 연구 대상자의 일반적 특성 및 변수 특성	45
1. 연구 대상자의 일반적 특성	45
2. 주요 변수들의 기술적 통계 및 정규성 검증	47
3. 상관 관계 분석	49
제5장 가설의 검증	51
제1절 연구모형의 분석 결과	51
1. 구성개념에 대한 확인적 요인분석	51
2. 잠재 변수의 개념 타당도 검증	55
3. 구조 모형의 검증	56
제6장 결론 및 요약	60
제1절 연구의 결론	60
제2절 정책적 제언	62
제3절 연구의 한계 및 장래연구	64
참고문헌	65
영문초록	77
부록	80

표 목 차

〈표 2-1〉 사회적 자본의 정의 및 접근방법	18
〈표 2-2〉 사회적 자본의 특성	19
〈표 2-3〉 대표적인 학자들의 사회자본구성	27
〈표 2-4〉 국내학자들의 연구주제에 따른 사회적자본 구성요소	27
〈표 3-1〉 건강 신념의 문항 구성 및 신뢰도 (n=315)	37
〈표 3-2〉 건강신념 탐색적 요인분석	38
〈표 3-3〉 사회적 자본의 신뢰성 문항 구성과 신뢰	39
〈표 3-4〉 사회적 자본의 관계망 문항구성 및 신뢰도	40
〈표 3-5〉 건강증진행동 및 문항구성과 신뢰도	41
〈표 3-6〉 건강증진행동 및 탐색적 요인분석	42
〈표 3-7〉 설문지 배부 및 회수현황	43
〈표 4-1〉 조사 대상자의 일반적 특성	46
〈표 4-2〉 주요변수의 기술 통계량	48
〈표 4-3〉 변수 간 상관 관계분석	50
〈표 5-1〉 측정 모형의 적합지수	52
〈표 5-2〉 확인적 요인분석의 신뢰도와 타당도	53
〈표 5-3〉 구성개념의 개념타당도 분석 결과	55
〈표 5-4〉 연구 모형 검증 결과	57
〈표 5-5〉 매개 효과 검증	58

그림목차

〈그림 2-1〉 사회적 자본의 구성요소의 상호관계	26
〈그림 3-1〉 연구모형	35
〈그림 5-1〉 측정모형	54
〈그림 5-2〉 측정모형	54
〈그림 5-3〉 연구모형	59

국문초록

노년층 사이에서 건강태도와 건강증진행위 사이의 사회자본관계의 매개효과에 관한 연구

현재의 연구목적은 사회자본의 매개효과와 노년층 사이의 건강태도와 건강증진행위 사이의 사회적 연결 관계를 조사하는 것이다. 이 연구는 어떻게 인간의 태도가 건강에 영향을 미치는지를 조사한다. 삶에 대한 긍정적인 정서와 태도의 관점에서, 사회자본에 영향을 미치는 것과, 결과적으로 어떻게 사회자본이 개인의 건강증진행위에 영향을 미치는지를 연구한다.

노년층 사이에서 건강신념모형 또는 계획적 행동이론에 근거를 둔 건강증진행위의 요소에 대한 많은 연구가 진행되어져 오고 있다. 그러나 많은 연구가 개인의 건강증진행위에 사회자본의 효과(영향)에 초점을 맞추지는 않는다. 특히 연구들이 노년층을 위한 개인과 사회자본의 태도요소의 효과로 거의 수행되지 않고있다. 현재의 연구는 건강행위(태도)의 이러한 요소들과 관련있는 영향들을 조사하는 것이다.

65세 이상의 광주, 전남지역에 거주하는 노년층이 이 연구에 참여하였다. 설문조사는 지역 센터, 경로당(노인센터), 설문조사 받는 어르신들 자택등에서 실시되었다. 350개의 질문으로 나누어진 설문지315개가 수거됐다. 완벽하게 끝난 설문지가 아닌 것은 제외하고 그 중 310개의 설문지가 최종분석 하는데 사용되었다.

알게 된 점은 다음과 같다.

첫째: 대부분의 설문참가자들은 적어도 한 가지 만성질환을 가진 사람들이다. 그리고 그들의 삶의 수준은 70%이상이 평균이하이다. 식습관과 운동에 관련된 그들의 건강태도로 본다면 그들은 매우 낮은 수준의 식습관과 건강태도를 보여준다.

둘째: 건강태도요인으로 본다면 건강에 대한 긍정적 생각(감정)과 질병예방, 그들의 삶에 대한 태도는 건강증진행위에 중요한 영향을 미친다. 그 결과는 노년층이 그들의 삶과 건강에 대해, 긍정적인 감정을 가질 때나 질병예방이나 건강증진에 관해 강한 믿음을 가질 때 그들의 식습관을 개선하는 관점에서, 개인적 위생상태를

증진시킨다든지 질병을 관리한다든지 그들은 건강에 대해 많은 노력을 한다.

셋째: 건강에 대한 태도가 긍정적일때 사회자본의 신뢰, 사회 연결망에 긍정적인 영향을 미치고 신뢰, 믿음에 큰 영향을 드러내는 것으로 보인다.

노년층이 건강에 대해 긍정적인 생각을 가진다면 그들은 우정이나 인간관계, 활동에 사용할 수 있는 강한 사회 자본을 얻는다는 결과를 보여준다. 단지 지인이나 가족뿐만 아니라 공공단체나 기관과 함께 즉 개인과 사회가 함께 사회자본을 증가시키는 것은 개인의 건강에 대한 태도는 신뢰에 관한 긍정적인 효과를 가진다고 볼 수 있다.

넷째: 사회자본은 개인의 건강에 긍정적인 영향을 준다. 그러나 사회 연결망은 미래의 연구에 드러나겠지만 부정적인 효과도 있다.

이러한 연구의 발견은 국가와 지방정부의 정책영향을 제시한다. 단지 사회자본을 늘리는 것 대신에 정부의 정책노력과 투자는 사회자본에 영향을 줄 수 있는 긍정적인 건강노력을 강화하는데 발휘되어야 한다.

이렇게 하기위해 정부는 노년층이 삶을 사는데 있어 건강한 길로 이끌어야 하고, 노년층이 사는 환경을 건강하게 가꾸며 지역사회를 교육시키고, 활동프로그램을 늘려야하며, 질병예방서비스를 강화하여야 한다. 덧붙여서 신뢰할 수 있는 사회자본의 증가를 위해서 지역사회 모임활동을 지탱하는데 투명성이 보호되어야 한다. 그리고 정보를 공유하고 활동적인 활동을 하는 것을 격려하는 것이 필요하다.

현재의 연구는 노년층의 건강태도와 건강증진행위의 특정하고 차원적 측면에서 한계가 있다. 사회관계망과 건강증진행위를 근거로 한 미래의 과학적 연구(조치)가 이루어져야 하고 조사되어야 한다.

덧붙여서 사회심리학적인 요인을 통해서 개인의 건강태도(행위)의 사회자본의 효과(영향)의 철저한 연구가 필요되어진다.

제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 연구문제

1. 연구의 필요성

행복한 노년을 보내는 것은 노인 개인은 물론 노인 가족들의 바람이며, 급격한 노인인구의 증가 속에서 행복한 사회를 구축하기 위한 과제이기도 하다. 노인의 건강은 “질병이 없을 뿐 아니라, 지역사회에서 효과적으로 살고 기능하는 능력과 자기신뢰와 자율성을 최대한으로 실행할 수 있는 능력이기도 하다”(Antonacci, 2002). Rowe와 Kahn(1999)이 말하는 ‘성공적 노화’의 기본적 구성요소이기도 하다. 한편 “노인은 보편적으로 회복력이 감소하고, 질병에 걸릴 위험성이 증가하며, 노인의 질병은 집중적인 단기치료보다 지속적인 관리를 요하게 된다”(최명애 외, 1997, 김영미, 2005). “노인이 건강을 상실할 경우 노인 자신의 생계를 위협하고 삶의 질을 저하시킬 뿐 아니라 요양기간의 장기화는 이들을 부양하여야 하는 가족과, 지역사회에도 영향을 미치기 때문에, 노인의 건강은 특별한 관심이 필요하다”(권중돈, 2007: 이현지, 2007; 원영신 외 2006).

“건강신념은 자신이 특정한 질병에 걸릴 가능성과 질병에 걸리는 경우 받게 될 영향 및 특정한 질병에 대한 예방책을 이행하여 건강상태를 완수해 가는 의지”라고 한다. 이를테면 건강 신념이 높을수록 건강행위 이행에 대한 유익성과 장애성이 영향을 받는다는 것이다. 또한 “건강 증진 행동은 자신이 건강하다고 생각하는 개인이 자각증상이 없는 상태에서 질환을 예방하거나 발견하기 위한 목적에서 행하는 모든 행동이다.” 자신이 아프다고 인지하는 개인이 자신의 건강상태를 정의하고 적절한 도움을 찾으려는 목적에서 행하는 모든 행동이다.

이러한 논의를 바탕으로 하면, 개인의 건강태도가 건강증진행동에 상당한 영향을 미칠 수 있다는 것을 추정할 수가 있다. 그런데 건강태도에 대한 인식은 개인사정에 따라 다를 수가 있다. 또한 노인들이 자기생활에 대한 신뢰, 사회적 관계망, 활발한 사회참여 등의 사회적 자본에 영향을 받을 수가 있다. 이러한 의미에서 사회자본이 건강태도와 건강증진행동 간의 관계에 어떤 작용을 하는지를 분석할 필요성이 있다. 즉 건강태도의 자각과 건강증진 행동과는 상호 관계가 있는데 그 관계가 강, 약, 정(+), 부(-)의 관계 등으로 진행

할 수도 있다. 이러한 관계 진행에서 사회자본이 매개 효과로서 어떻게 작용하고 역할을 수행하고 있는지를 규명해 볼 필요성이 있다.

본 연구는 광주광역시, 전라남도 영암군, 나주시, 영광군, 해남군, 담양군, 함평군, 고흥군, 화순군, 무안군에 거주하고 있는 65세 이상의 노인들을 대상으로 했다. 이들 노인들을 대상으로 건강신념과, 태도, 건강증진행동의 관계에 사회적 자본이 매개효과로서 어떻게 작용을 하고 있는지를 분석 검증하고자 한다.

2. 연구의 문제

노인들의 건강태도와 건강증진행동의 관계와 관련하여 사회적 자본이 건강과 관련된 감정, 질병예방과 건강한 생활양식에 대한 태도, 더 건강하기 위한 행동을 하위요인을 구성하였다. 사회적 자본은 어려울 때 도움 받을 수 있는 친구, 이웃, 가족단위 모임(계모임), 반사회, 지역사회행사, 동문 및 동호회 모임, 지역사회연고 스포츠 팀 경기 참여 정도 등으로 구성하였다. 이를 통한 연구문제는 다음과 같다.

[연구문제1] 노인들의 건강태도가 건강 증진행동에 영향을 미치는가?

[연구문제2] 노인들의 건강태도가 건강증진행동에 미치는 영향에서 사회적 자본인 신뢰성과 관계망이 매개효과로 작용하는가?

제2장 이론적 배경

제1절 노인 건강증진 행동

1. 노인건강증진 행동개념

“건강증진행동은 일상생활양식의 구성요소가 되는 지속적인 활동을 통하여, 건강한 생활양식을 증가시키기 위한 개인 또는 지역사회의 활동이다. 즉 건강증진행동은 개인의 안녕 정도, 자아실현 그리고 개인의 욕구충족을 돕기 위해 취해지는 행위이며 또한 수명을 연장시키고 삶의 질을 향상시키는 기본이 된다.(Pender, 1996; Heidrich, 1988; 이경자 등, 2001에서 재인용).”

“건강증진행동의 실천은 개인, 가족, 지역사회의 잠재 능력을 최대한으로 발휘하여 개인적 안녕 뿐만 아니라 사회적 안녕의 수준을 동시에 향상시킬 수” 있는 것이다(최영희, 1999; 손화희, 2004). 또한 노인의 건강증진에서 보편적 노화의 개념과 정도의 문제가 중요시 되고 있는데, 보편적 노화는 대부분 생활습관에 의해 야기되며, 신체적 변화가 가능하다. 이는 노인 본인 스스로 건강증진을 위해 행동을 실천할 수 있도록 변화되어야 하며 이를 통해 노인은 성공적 노화에 도달할 수 있는 것이다.(Rowe & Kehn, 1999를 최혜경·권유경 역, 2001에서 재인용). 따라서 건강증진행동의 실천을 통해 노인의 질병을 감소시키고, 기능적 능력을 유지하여 건강을 증진시키는 것은 매우 중요하다(서현미, 2001; 김혜경, 2002)”.

“건강증진행동은 Pender(1996)에 의하면 “개인이 건강의 유지 향상을 위해 조화로운 정서와 긍정적인 삶의 태도를 가지며, 질병치료 및 관리에 주도적으로 참여하는 것을 의미한다.” Pender가 제시하고 있는 건강증진 모형은 건강증진 행동의 최종 결과인 동시에 행동의 결과인 것이다. Pender가 설명하고 있는 경로는 대상자가 긍정적인 결과를 얻을 수 있도록 이끌어 주는 수단이며, 삶의 모든 것이 생활양식과 통합될 때, 그 경로를 통해 전 생애에 걸쳐 긍정적인 영향을 줄 수 있다“는 것이다(Pender, 1996).”

“Belloc & Breslow(1972)는 건강증진행동에 포함될 수 있는 행동으로 7가지를 건강행위로 선정·제시하고 있다. 그들에 따르면, 7가지 건강행동 실천 여부에 따라 평균수명이 11년까지 늘어날 수 있다고 하고 있다. 즉 흡연, 음주, 운동, 체중, 수면, 아침식사, 간식 여부 등에 따라 평균수명이 11년까지 차이가 있다는 것이다(김혜경, 2004에서 재인용). 또한 국제보건기구(WHO)는 “①건강증진사업에 식이 및 영향관리, ②운동 및 체중관리, ③금연 및 금주,

④약물·약초·미신 등의 오용방지, ⑤스트레스와 우울증 관리, ⑥노인 및 장애자관리, ⑦예방접종 및 관련보건사업, ⑧정기건강검진, ⑨생활양식 및 질병생활수준 개선” 등 9가지 구성요소를 제시하고 있다(조소영, 1996에서 재인용). 건강증진행동에 대한 또 다른 정의로 Kasl과 Cobb(1966)의 예방적 건강증진행동(breventive health behavior)과 질병 행동(illness behavior)을 들 수 있다”. “Kasl과 Cobb(1966)의 예방적 건강증진행동은 개인이 자각증상을 느끼지 못하고 있는 상태로 자신이 건강하다고 막연하게 생각하고 있는 상태이다. 이러한 예방적 건강증진행동은 개인의 자각증상이 없는 상태에서 질환을 예방하거나 발견하기 위한 목적에서 행하는 모든 행동이다. 질병행동은 자신이 아프다고 인지하는 상태에서 이를 해소하기 위해 적절한 도움을 찾으려는 행위이다. 즉 자신이 아프다고 인지하는 동시에 이를 해소하기 위해 개인이 행할 수 있는 모든 행동을 포함하는 것이다. 그러나 Kasl과 Cobb(1966)의 건강행동의 분류는 건강의 문제를 단순하게 질병의 유무로 따지고 있다는 점에서 한계를 갖고 있다”.

“WHO는 건강을 정의할 때 질병이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태로 보고 있다. 최근 학계의 건강에 관한 연구들도 WHO의 정의에 따라 건강을 보다 폭넓게 이해하고 있다. 이러한 의미에서 건강행동과 관련한 최근 연구들은 건강관련 행동을 건강증진행동(health enhancing behaviors)과 건강위험행동(health compromising behavior)으로 구분하고 있다. 즉 각각의 행동에 대한 대처를 통해 어떻게 건강증진에 기여할 것인지에 대해 관심을 가지고 있다는 것이다(Flay et al., 2009). 즉, 건강증진행동을 촉진하기 위한 방법과 건강에 위협을 끼치는 행동을 방지하거나 줄이도록 하는 것이 중요하다는 것이다. Vickers와 그의 동료들은 (1990)은 건강행동을 예방적 행동과 위험행동으로 구분하고 있다. 그들은 건강행동을 구분이 되면서도 서로 다른 행동군집을 통해 발생한다고 보았다. Vickers와 그의 동료들은 (1990)은 예방적 행동(preventive behaviors)은 건강을 유지하기 위해 필요한 모든 행위와 또한 사고를 억제하고 예비하려는 모든 행동을 포함되는 것으로 이해하고 있으며, 위험행동(risk behaviors)은 사고와 관계된 모든 위험한 행동들뿐만 아니라 위험한 물질에 노출됨으로써 건강에 위협을 끼칠 수 있는 행위들로 설명하고 있다”.

“Lee와 Yuen과 Loke(2005)는 건강증진행동을 개인이 자신의 건강에 대해 책임을 지는 것 그리고 신체활동을 하는 것과 좋은 영양섭취 습관을 유지하는 것을 포함하고 있다. 즉 건강증진행동이란 “생활양식의 변화를 통해 자신의 건강을 관리할 수 있는 능력을 향상시키는 행위”라고 할 수 있다(정남옥·이명하, 2010에서 재인용). 즉 Lee와 Yuen과 Loke(2005)은 건강증진행동을

“공동적으로 개인의 건강이 향상되거나 좋은 건강상태가 유지될 것이 기대되는 행동”들로 설명하고 있다”.

“건강증진행동의 개념은 쉽게 건강저해행동이 무엇인가를 살펴봄으로서 알 수가 있다. 건강손상행동(health compromising behavior)은 건강위험행동(health-risk behaviors), 위험감수행동(risk-taking tendency)등과 같은 용어로 혼용되고 있다. 건강증진행동은 결과로서 개인의 건강이 악화되거나 나쁜 건강상태가 예상되는 행동들을 설명하고 있다. 대표적인 건강위험행동(health risk behavior)은 과체중, 흡연, 위험한 음주행동 등이다.(Coupset.et.al., 2004). 이러한 건강위험행동은 질병 및 사망에 이르고 사회적인 문제로 야기될 수 있다.(Brener et al., 2003). 위험감수행동(risk-taking tendency)은 건강에 좋지 않은 영향을 주는, 흡연과 같은 것으로 정의되고 있다.(Kear, 2002). 따라서 이런 행동들을 건강에 손상을(health-compromising) 주는 모든 행위로 정의 될 수 있다. 즉 Lee와 Yuen과 Loke(2005)가 제시하고 있는 건강에 도움이 되지 않는 잘못된 습관들, 부적절한 영양섭취, 휴식을 취하지 않거나 운동하지 않는 것, 흡연, 불법 약물 사용 등을 들 수 있다”

2. 노인건강증진 선행연구

1)이론적 모형

“건강증진행위를 설명하기 위한 이론들은 인간행동의 동기를 설명하고자 하는 것이다. 개인적 측면의 동기와 관련해서 질병과 장애라는 부정적 상태를 ‘회피’하고자 하는 건강 보호적 관점과 ‘긍정적 상태로 접근’하려는 건강증진적 관점이 있으며(Pender, 1996; 최명애·이인숙 역, 1997), 환경적 측면의 동기와 관련해서 환경의 다차원 체계들은 각 체계의 수준에서 변화의 동기를 제공할 뿐 아니라 변화된 행동을 지속할 수 있도록 영향을 미친다.” 따라서 구체적인 이론들을 살펴보면 다음과 같다”.

(1) 건강신념 모델

“건강신념 모델은 1950년 경 질병예방행위를 설명하고 예측하기 위해 행동과학자들의 그룹에 의해 개발되었다(Strecher & Rosestock, 1997).이 모델은 기대가치 이론에 바탕을 두고 개인적이고 심리적 차원에서 건강관련 행동을 설명하기 위한 방법으로 전문가의 지각보다 환자의 지각에 초점을 둔다(Ryan, 1992)”.

“건강신념 모델에서 인간의 건강관련 행위를 결정하는 요인은 4개로 구성되었다. 즉 어떤 질병에 걸릴 민감성, 병에 걸렸을 때 나타날 결과의 심각성, 건강행동에 대해 개인이 인지하는 행동의 ‘유익성’과 행동을 하기 위해 추여해야 할 물리적, 재정적 및 기타 비용으로서의 ‘장애성’을 포함하고 있다. 이후 장기간의 변화를 요구하는 생활습관 행동에도 모델이 적용되면서 행동의 계기와 지각된 자기효능감이 추가되어 6개의 요인이 되었다(Strecher & Rosenstock, 1997).

건강신념 모델은 ‘회피’를 변화의 동기로 하므로 건강보호나 질병예방 행위에의 패러다임으로는 적합하지만 안녕과 자아실현을 향상시키기 위해 취해지는 접근적 행위인 건강증진행위의 패러다임으로는 부적합하다는 비판을 받고 있다(Pender, 1996). 그러나 건강신념 모델은 수많은 연구가 이루어졌으며 건강증진모형(Pender, 1996)에서 건강증진행위에 영향을 미치는 행위관련 인지의 구성요소로 인용되고 있다”.

(2) 합리적 행동이론과 계획적 행동이론

“합리적 행동이론과 계획적 행동이론은 기대가치이론의 전통에 기반하며, 특정행동을 실행하기 위한 개인적 동기에 초점을 두고, 개인의 건강보호와 건강증진 두 가지 측면을 모두 고려한다. 합리적 행동이론(Aizen & Fishbein, 1980)은 행동에 대한 개인의 의도는 행위에 대한 개인의 태도와 다른 사람의 기대에 대한 그들의 신념의 기능으로서 인과관계를 가진다고 가정한다, (Montano & Kasprzyk, 2002). 이 이론은 행동 수행에 대한 개인의 요인 외에 다른 요인을 고려하지 않는 단점이 있다(Shumaker, 1999; 송예리아, 2005 재인용)”.

“계획적 행동이론은 행동에 영향을 미치는 요인에 지각된 행동통제를 추가한 것이다(Ajzen, 1991). 즉 행동의 실행은 행위의도인 동기와 행위능력으로서의 행동적 상태 하에서 어떻게 행동을 실행할 수 있는가에 대한 개인의 판단과 관련된 Bandura(1977)의 자기효능감의 구성과 유사하며(Montano et al., 2002). 태도와 주관적 규범 사이에서 정적 관계를 보여준다(Ajzen & Fishbein, 1980; Ryan, 1992 재인용). 즉 태도 · 신념과 함께 통계로서의 개인의 행동실행의 어려움이나 쉬움에 대한 지각은 행동의도에 영향을 준다는 것이다.”

2) 건강증진 행위와 태도

건강하게 오래 사는 것은 모든 사람의 바람이며 삶의 목표를 성취 하는데 중요하다. 노인들은 건강을 가장 가치 있는 것으로 여기며 건강은 “모든 것”을 의미한다(Davis et al, 1991). “오늘날 대부분의 노인들은 의료기술의 발달, 경제수준의 향상, 영양상태의 증진 등으로 평균수명이 연장되고 있다(Jang, 2002). 노인들의 수명이 연장됨에 따라 노인의 삶의 질이 중요한 과제가 되었고 노인 개개인에게 노화하는 조건에서 최대한 자립성을 보호하고 유지하는 것이 노인건강관리의 목표가 되었기 때문에 건강행위가 중요한 관심사항이 되었다(Kim, Park, & Kim, 2000). 흡연이나 음주, 수면, 운동, 식습관 등 노인의 건강관리 행위는, 질병예방과 건강상태의 개선을 통하여 노인이 건강하게 생활할 수 있는 기간을 연장시키고 기능장애의 기간을 줄이며 독립적이고 의미 있는 일에 참여할 수 있게 함으로써 삶의 질을 높일 수 있다(Kim & Chon, 2002”).

“건강행위란 건강한 생활양식을 증진시키기 위한 활동으로 자아실현과 만족감을 유지하고 증진시키기 위해 행하여지는 행위를 말한다(Pender, Murdaugh, & Persons, 2001). 노인의 건강행위에서는 한 개인에게 내재되어 있는 건강에 대한 인식, 가치, 태도 등은 행위로 나타나고 그 행위는 상호적으로 개인의 건강에 영향을 준다(Min, 2011). 한편, Chin (2002)은 생활습관의 교정은 고혈압의 예방뿐만 아니라 치료에 효과적이지만, 고혈압 환자의 실천율은 매우 낮으며, 이것은 오랜 시간동안 굳어진 생활습관을 교정하는 것이 쉬운 일이 아니기 때문이라고 하였다”.

“고혈압 환자의 건강행위 연구를 살펴보면, 고혈압 노인의 자기 효능감, 자가 간호 행위 및 혈압에 미치는 효과 연구에서 자기 효능감, 동기, 가족지지가 건강행위와 긍정적 관계를 보였으며(Yu, Song., & Lee. 2001), Kim, (2000) 과 You(2004)의 연구에서는 주관적으로 인지하는 건강상태가 건강행위에 결정적인 요인이라고 하였다”.

“선행연구들에서 나타나는 공통적인 특징은, 건강증진행동과 건강저해행동은 일상생활에서 행해지는 다양한 생활양식을 통해 나타난다. 또한 이 행동들은 전반적으로 건강 결과에 영향을 줄 수 있는 행동들로서 질병에 대한 예방에 대한 예방이나 치료를 목적으로만 행해지는 것은 아니다. 개인이 건강행위에 대해 갖는 의미나 개인이 처한 상황, 맥락에 따라 건강행위는 달라지며, 건강행위에 대한 개념은 문화적 요소 등에 의해 영향을 받게 되므로 건강행위는 문화적 배경과 환경 내에서 이해해야 한다(Leininger, 1984: Steel & McBroom, 1972: 조계화 외, 2000 재인용).”

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(Socioeconomicstatus:SES)가 낮은 계층의 흡연율이 높고 운동실천 정도가 낮으며 식습관형태가 적절하지 않은 등 상대적으로 건강생활 실천 정도가 낮은 것으로 나타났다.(Rose et al., 1981; Macintyre, 1997) Haustein(2005)은 독일 저소득층을 대상으로 흡연 실태를 조사한 결과 무직자, 혼자 사는 사람의 경우 흡연율과 음주율이 높았으며 소득의 20%를 담배를 구입하는 데 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 건강생활실천 정도는 사회계급과 관계가 있으며 부모의 과체중이 아동의 과체중의 위험요소가 될 수 있음을 보고하였다(Langnase et al.,”

“한편, 우리나라의 경우, 김혜련 외(2004)는 1998년 국민건강, 영향조사. 의 자료를 분석하여 건강수준과 사회계층간 차이를 분석한 연구에서 소득수준이 낮을수록 흡연, 음주 등 건강위해 활동이 증가하는 것으로 보고하였다. 윤태호(2000)는 우리나라의 사회계층간 건강형태 차이를 분석한 연구에서 상위계층일수록 비 흡연율 과 규칙적인 운동실천이 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 건강생활실천에 영향을 주는 요인에 대한 연구는 국내외적으로 꾸준히 연구되어 왔다.(김금자, 2000: 박현정, 2000:윤순정 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 대

한 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 멕시코 계에서 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 경우에도 사회적 요인이 건강에 미치는 영향 혹은 건강생활실천에 미치는 영향에 대한 연구(송예리나 외,2009: 김길용 외,2009: 임재영 외, 2008: 서지원 외,2005 재인용)가 이루어지고 있지만, 선행 연구들 대부분이 연구대상을 일반 인구집단을 대상으로 한 바, 이들 선행연구결과를 저소득층의 경우에 적용하는 것은 다소 제한적으로 보일 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”.

“최영희 와 김순이(1997)는 인간의 행위는 특수한 개인적인 심리상황에서 나타나기 때문에 개별적으로 설명되어야 한다고 하면서 한국노인의 건강행위 사정도구를 개발하였다. 이 도구는 체력 유지학, 적절하게 일하기, 적당하게 몸을 움직이기, 몸의 휴식, 노인다운 마음유지, 평안한 마음 유지하기, 관계망 형성, 신앙생활 하기의 8가지 요인으로 구성되어 있다.(최영희·김순이, 1999).

한국노인의 건강행위사정 도구를 이용하여 건강증진행위를 측정 한 연구들을 살펴보면, 재가 노인들은 ‘보통 이상’의 건강행위를 하고 있었고, 노인의 삶은 건강추구행위로 이루어졌으며, 신체적인 쇠약한 자각과 더불어 건강의 중요성을 인식하게 되는 역동적인 현상을 보여준다고 한다. 재가노인 과 시설노인을 비교 분석한 연구에서 시설노인은 재가노인에 비해 건강증진 행위가 높았는데, 하부영역에서 시설노인은 영양섭취와 휴식하기가 높았으나, 재가노인은 관계망 형성이 더 높게 나타났다.(최영애, 2003). 구미옥(2006)은 한국노인의 건강행위사정도구를 사용한 문헌 10편을 분석한 결과, 노인들은 건

강증진행동을 ‘대체로’ 수행하고 있으며, 하부영역에서 체력유지하기, 관계망 형성, 노인다운 마음과 평안한 마음 유지하기를 잘하는 편이었으나 적당하게 몸을 움직이기와 신앙생활하기의 수행은 저조했다고 보고하였다.”

“노인들은 건강증진행동을 대체로 수행하고 있으며, 하위 영역에서 영양섭취는 잘 수행하고 있으나 운동은 잘 이루어지지 않고 있었다. 운동은 전국노인생활실태조사(정경희 등, 2005)에서도 노인의 36.9%만이 실천하고 있는 것으로 나타나 가장 우선적인 중재가 요구된다고 보고되고 있다. 미국에서도 65세 이상 노인의 51%가 비활동적이라고 보고되어 신체활동은 ‘건강한 사람 2010’에서 중점 영역으로 강조되고 있다.(US. 1997: Jancey, Clarke, Howat, Lee, Shilton & Fisher, 2008)”

“건강증진행동은 실천하지 않을 경우 ‘보통의 노화’ 현상을 겪게 되고 (최혜경 등 역, 2001), 질병에 잘 걸리게 되므로 건강증진행동은 궁극적으로 모든 노인이 적극적으로 실천하는 상태를 목표로 할 것이다. 또한 건강증진행동은 지역사회를 바탕으로 한 일상 생활 속에서 습관화되어야 하므로 생태체계적인 관점에서 건강증진행동에 영향을 주는 요인들을 분석하여야 할 뿐 아니라 이를 통해 다차원적이고 통합적인 서비스가 제공되어야 한다. 건강증진행동은 개인이 건강의 유지 향상을 위해 조화로운 정서와 긍정적인 삶의 태도를 가지며, 질병치료 및 관리에 주도적으로 참여하는 것을 말한다. (Poinder,1996). 건강증진 행동은 건강증진 모형의 최종 결과로서 행위의 결과이다. 이러한 경로는 대상자가 긍정적인 결과를 얻을 수 있도록 이끌어 줄 것이며, 삶의 모든 측면을 포함한 건강한 생활양식과 통합될 때, 전 생애에 걸쳐 긍정적인 영향을 미칠 것이다.(Pender,1996;최명애 등 역,1997)”

“건강증진에 대해 오타와 헌장(1986)에서는 ‘사람들이 자신들의 건강관리 능력을 향상시켜 건강을 개선시킬 수 있도록 하는 과정’이라고 정의 하고 있다.(김화중 등, 2002: 김혜경, 2004 재인용). 즉 건강증진은 건강에 대한 어떤 특별한 위험을 제거하기 위함보다는 건강에 적응하는 수준을 높이는 것으로서 건강한 생활양식 즉 건강증진행위를 통해서 얻어질 수 있다.(Pender, 1996: 김혜경, 2002). 한편 WHO(1986 재인용)는 건강증진이란 건강한 생활양식 격려, 건강에 지지적인 환경 창조, 지역사회 활동 강화, 건강한 공공정책의 수립을 포함하고 있으며 개인 뿐 아니라 가족과 그들이 살고 있는 지역사회를 대상으로 한다고 정의하고 있다.(Pender, 1996). 특히 노인의 건강증진은 장수와 삶의 질을 동시에 추구하며, 행동에서의 독립성을 유지하는 것을 목적으로 한다.(Heidrich, 1998: Antonacci, 2002). 또한 건강 비용을 증가시키지 않고 건강과 수명을 증진하는 것으로, 건강상태가 좋은 노인은 나쁜 노인들보다 더 긴 기대수명을 가짐에도 불구하고, 사망할 때까지 건강보호에 들어

가는 총비용이 유사하다고 보고되었다.(Lubitz, Cai Kramarow, & Lentzer, 2003)”.

“건강증진을 위하여 각국은 국가차원 및 지역사회차원에서 다양한 노력을 기울이고 있다. 미국의 보건사회복지국(DHHS)에서 발표한 ‘건강국민(Health People 2000)’과 ‘건강국민 2010’은 건강증진, 건강보호, 예방서비스의 세 가지 범주로 정의된 목표를 제시하고 국민의 건강향상을 위한 정책을 추진하고 있다(Pener, 1996: U.S. DHHS, 1997: Steven, 2003: 이경자 등, 2001: 지역보건 연구회, 2005). 일본에서는 골드플랜과 신 골드 플랜 등을 통해 노인에 대한 보건복지사업 정책을 정립하여 왔는데(이경자 등, 2001), 2005년도부터 시작 되는 제2기 개호보험에서도 ‘예방 중시형 시스템’으로의 제도개혁을 강조하고 있다.(장병원, 2008).”

“우리나라에서는 1995년 국민건강증진법을 제정하면서 국가주도의 건강증진사업이 시작되었으며 2002~2010년까지 국민건강증진종합계획 ‘Health Plan 2010’을 추진하고 있다. 이 계획은 건강증진사업을 국민생활실천, 예방중심, 인구집단별 건강관리, 건강환경조성의 4대 분야로 분류하고 과제와 세부사업을 선정하였다. 이 중 노인보건의 과제는 노인 일차건강검진 도구의 개선 및 보급, 치매조기 발견 및 등록 관리 사업 강화, 노인개안수술의 지원강화, 노인건강대축제로 구성되었으며, 세부사업으로 보건소를 통한 운동사업·영양 지원 사업 등이 실시되고 있다.(보건복지가족부, 2008)”. 따라서 노인의 건강증진행위를 촉진하기에는 실질적 추진내용이 미약한 현실이며 노인복지법은 제1조에서 ‘노인의 질환을 사전예방 또는 조기발견하고 질환상태에 따른 적절한 치료·요양으로 심신의 건강을 유지하고, 노후의 생활안정을 위하여 필요한 조치를 강구함으로써 노인의 보건복지증진에 기여함을 목적으로 한다고 명시하고 있다. 이에 따라 노인복지관의 필수사업으로 보건소로 재활 등의 사업이 포함되며, 건강증진사업으로 질환을 예방하기 위한 신체활동 지도와 노화 및 질환·중풍 등으로 인하여 일상생활에 곤란을 겪고 있는 노인들의 기능 회복을 위하여 건강증진을 설치·운영하도록 규정되어 있다.(보건복지가족부, 2008). 한편 노인들의 노인복지관 이용 동기는 ‘친구를 사귀기 위해’의 순으로 나타나(이혜선 등, 2008). 노인복지관이 지역사회 노인의 건강증진을 위해 더 많은 관심을 가져야할 필요성이 있음을 알 수 있다.

다시 말하면 우리나라의 노인 건강증진서비스는 국민건강 증진 법에 의한 사업은 보건소를 중심으로 진행되고 있으며, 노인복지법에 의한 사업은 노인복지관을 중심으로 제공되고 있다. 그러나 보건소와 노인복지관의 서비스가 각각 분산되어 제공되고 있어 노인의 욕구를 중심으로 한 통합적이고 연속적인 건강증진 서비스를 제공하는 데는 어려움이 있다.

“건강증진에 영향을 주는 요인에 대한 연구는 국내·외적으로 꾸준히 연구되어 왔다.(김금자, 2000: 윤순경 외, 1999: 이선희 외, 1999: 노태영, 1997: 박소영, 1997: 이 사회적 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, 건강증진에 영향을 주는 요인으로 연령, 성별, 종교, 결혼상태 등과 같은 사회·인구학적요인과 지각된 건강상태, 지각된 장애성, 지각된 피로도 및 건강 혹은 건강증진에 대한 견해 등과 관련된 인지적 요인, 그리고 최근에는 사회적 요인으로 사회적 지지 등과 같은 사회적 건강자원에 대한 연구가 증가하는 추세이다.”

“건강증진활동과 관련된 국내·외 선행연구들을 고찰해보면, 건강증진 정도의 경우에도 사회적 요인이 건강에 미치는 영향 혹은 건강증진에 미치는 영향에 대한 연구(송예리나 외,2009: 임재영 외,2008: 서지원 외,2005 재인용)가 이루어지고 있지만, 선행 연구들 대부분이 연구대상을 노인층과 같은 특정 인구집단에 한정된 것이 아니고 일반 인구집단을 대상으로 한 바, 이들 선행 연구결과를 노인층의 경우에 적용하는 것은 다소 제한적일 것이다. 그리고 최근 각 사회계층의 계층적 특성에 기초하여 사회계층별 건강수준과 건강증진 정도의 차이에 대한 관심이 증대되기 시작했지만, 노인층만을 대상으로 건강증진정도와 결정요인파악 연구는 찾기 어려운 실정이다”.

제2절 건강신념 과 태도

1. 건강신념과 태도에 대한개념

“건강신념모형은 1950년대 초 Hochbaum, Kegeles, Leventhal, Rosenstock에 의해 인간의 행위는 객관적, 논리적 사고과정에 의해 결정된다는 가정 하에 개인차원의 건강관련행위를 설명하기 위해 개발되었다. 건강신념모형은 Lewin의 현장이론(field theory)을 기반으로 하고 있고, 개인의 행위수행여부를 결정하는 요인은 객관적 환경이 아니라 개인의 주관적인 지각세계라는 현상학적 접근 방법을 취하고 있으며(Rosenstock, 1974), 가치 기대가치이론으로 분류되고 있다(Maiman & Becker, 1974)”.

사회심리학 문헌에 따르면 신념과 행위간의 관계는 오랫동안 직접적인 관계가 있는 것으로 간주되어 왔으며, 한 개인의 신념이나 태도에 관한 지식은 주어진 행위를 정확하게 예측할 수 있다고 하였다(Maiman & Becker, 1974). 건강신념모형의 주요개념은 설명변수로서는 민감성, 심각성, 유익성, 장애성의 지각의 건강태도, 중재변수로서 행동의 계기, 선행변수인 건강동기로 발전 구성되어 왔는데, 이는 여러 가지 정서적 유발요인이 되는 일부 자극의 종류들이 행위에 영향을 미치기 때문이다. 이외에도 인구학적 요인, 구조적 요인(지시된 처방의 복잡성, 비용, 기간, 부작용 등) 신념 요인(의료인, 치료절차 및 시설에 대한 만족도), 상호작용요인(의료인과 환자관계), 가능성 요인(질병, 처방, 건강관련행위에 대한 과거 경험 즉, 조언과 의뢰)들이 제시되고 있다(Loretta, 1988). 여러 학자들은 신념과 행위간의 관계를 역학적, 인구통계학적, 사회 심리적으로 설명하고 있는데, 이는 개인의 성격 요소 및 사회 심리적 기질과 행위간의 관련성에 영향을 미치는 요인이 다양하기 때문이다. 행위란 다양한 태도, 신념, 동기, 개인의 기술 등에 의해 결정되며, 때로는 태도나 신념보다는 상황에 대한 인식으로부터 영향 받기도 하므로 행위예측은 신념, 동기, 태도, 상황인식을 통해서 강해진다(Johnson & Matross, 1975).”

“더 나아가 신념과 행위간의 관계설명은 Becker(1974)에 의해 지지되었는데, 내적인 힘(성격, 신념, 태도)과 외적인 힘(상황요인과 집단관련성)간의 균형 및 상호작용으로 설명하였다. 건강신념외에 상황요인을 포함시킨 행위변화 연구에서 신념과 행위간의 관계를 충분히 설명해 주는 개념화가 나타났으며, 여러 학자에 의해 행위는 개인의 신념이나 혹은 상황요인의 수정에 따라 영향을 받는다는 사실이 연구된 바 있다(Becker, 1985 ; Counte & Christman, 1981 ; Maiman & Becker, 1974).”

2, 건강신념과 태도에 대한 선행연구

“건강신념요인에 대한 연구는 지난 10년 동안 Janz와 Becker에 의해 연구 되어 왔으며, 건강신념요인이 관계가 있음이 경험적으로 지지되었다(Janz & Becker, 1974부터 지난10년) 이들 연구에서는 장애성의 지각이 예방적 건강 증진행동 과 예측하는 가장 중요한 건강태도 요인으로 확인되었으며, 민감성의 지각은 예방적 건강행동에서 더 중요한 요인으로 확인되었다”.

“Janz와 Becker(1984)는 이러한 결과는 연구마다 연구대상자 수가 다르고 건강신념을 측정하는 도구의 수정, 보완 및 표준화 작업이 부족했기 때문이라고 지적하면서, 이러한 문제점은 연구결과와의 비교 및 해석상의 어려움과 제한점의 결과라고 보고하였다. 건강신념 요인 외 에 상황요인을 포함하는 모형을 사용하여 실험연구로 설계해야 된다고 보고 하였다.이는 중재방법에 관한 연구는 건강신념의 변화를 목적으로 사용하는 중재방법의 효과성을 평가하기 위해서 이미 많이 수행되었는데, 우편물을 이용한 기억상기(post card reminders, Larson, Bergman & Hendrick, 1982), 의사의 개별지도(Iniu 등, 1976), 영양사에게 의뢰하는 등의 방법을 사용한 연구가 있다(Becker, Haefner & Maiman, 1977).”

“건강신념 모형 외에 설명하는 모형으로는 Ajzen과 Fishbein(1980)의 모형 이 태도와 행위간의 관계를 설명하는 개념적 모형으로서 건강신념과 관계 및 개인의 의도적 행위간의 관계 검토를 위한 연구목적에 사용되어 왔다. 이 모형의 이론적 기본 전제는 개인은 이성적 존재이므로 어떤 행위를 수행할 것 인지를 결정하기 전에 자신의 행동을 이성적으로 고려한다는 것으로 행위의 의도(intention)를 측정하는 모형이다. 그러나 개인의 의도적 행위는 행위를 주도하는 중요한 요인으로 설명하고 있으나 행위 이행의 변화를 유지시켜 주지는 못한다(Loretta, 1988)고 지적되기도 한다”.

건강신념모형은 고혈압, 당뇨병, 관상동맥질환, 혈액투석 환자와 같은 서로 다른 만성질환 환자에 대한 연구의 이론적 틀로 많이 사용되었다.

제3절 노인의 사회적 자본

1. 사회적 자본의 개념

“사회적 자본(social capital)이란 사회적이라는 의미와 자본이라는 의미를 함축한다. 한 개인에 배타적으로 소유되는 것이 아니라 관계적인 것(relational)이며 집단에 의해서 공유되는 공공재(public good)이기도 하다. 또한 시간과 노력의 사회적 투자에 의해 산출되는 것이지만 인적, 물적 자본투자와는 다소 덜 직접적인 방식의 투자이다. 또한 사회적 자본은 문화와 행동 규범의 산출이기도 하기 때문에 ‘사회적’이다. 이상과 같은 복합적 의미를 반영하듯이 사회적 자본에 대한 단일의 정의는 존재하지 않고 다양한 시각에서 정의되고 있다. 개인보다는 사회적 관계 속에서 존재하며 오랜 시간 동안 경제적 이익을 창출할 수 있는 자원으로서의 의미를 지닌다”.

“가장 일반적이 균거인 콜만(Coleman)과 퍼트남(Putnam)에 따르면 사회적 자본은 한 개인이 참여함으로써 특정한 행동을 가능하게 해주는 사회구조 혹은 사회적 관계의 한 측면으로(Coleman, 1990), 구조화된 행위를 촉진함으로써 사회의 효율을 높일 수 있는 신뢰, 규범, 연결망 등과 같은 사회구조적 특성으로 규정된다(Putnam, 1993). 사회적 자본은 친근감이나 서로 잘 아는 관계가 제도화된 것으로 개인이나 집단이 실질적 혹은 가상적으로 얻게 되는 이점이나 기회된 것으로 개인이나 집단이 실질적 혹은 가상적으로 얻게 되는 이점이나 기회(Bourdieu & Wacquant, 1992)를 의미한다, 그러나 구체적으로 어떠한 연결이 사회적 자본을 형성하는가에 대해서는 의견의 일치는 보지 못했다”.

“콜만은 사회적 자본의 구성적 특징을 물적 자본(physical capital)과 인적 자본(human capital)과의 구별을 통해 정리하고 있다. 물적 자본과 인적 자본이 한 개인의 능력으로 환원되는 것과는 대조적으로 사회적 자본은 개인들 간의 관계에 내재한다는 점에서 한 개인의 능력으로 환원 불가능한 성격을 특징으로 한다. 다시 말해 물적 자본과 인적 자본은 개인의 속성인 것에 반해 사회적 자본은 개인들 간의 관계인 것이다. 한편 사회적 자본은 인적자원, 물적 자원과 다른 집단이 공유하는 공공재이면서 시간과 노력이 투입되는 사회적 투자이기도 한다.”

“Woolcock(1998)에 의하면 사회적 자본의 유형은 bonding(결속형), bridging(가교형), linking(연개형)으로 구분할 수 있는데 결속형은 개별 집단 내에서, 가교 형은 집단 간, 연개 형은 국가 간 차원에서 적용시킬 수 있다고 보면서 다양한 수준의 사회적 자본을 측정할 수 있는 실마리를 제공하고 있

다. 흔히 사회적 자본이란 경제, 정치, 사회적 자원의 동원을 가능하게 하는 사회관계를 지칭하는 것으로서 정보의 교환 및 유대감, 통제를 통해 사회적 자원의 동원을 효율적으로 제고시키는 점에서 ‘신뢰’는 대표적인 사회적 자본으로 일컬어진다. 조직차원에서 공공재로서의 신뢰는 조직의 효율성을 증대시키는 자본의 기능을 담당한다. 그 이유는 사회나 집단의 구성원들이 정확한 정보를 탐색하기 위해 소비해야 하는 시간이나 비용 즉 거래비용을 절감시키고 비예측적인 위험을 피할 수 있게 하기 때문이다.”

“사회적 자본은 다양한 계층위의 사회적 집단, 가정, 학교, 시민사회 등을 통해 형성된다. 첫째 가정은 사회적 자본 변화의 초석이다. 가족 내의 인적 관계는 물질적 . 정서적 필요충족 및 호혜성에 기초하며 그것은 가정 외에서 다른 사람들이나 사회기관과의 신뢰와 협력을 촉진한다. 가족구성원 간에 공유하는 물질적 . 정서적 지원이 가정 안팎에 그러한 지원을 서로 주고받을 수 있는 암묵적 헌신과 기대를 끊임없이 조성하기 때문이다. 가정은 가족구성원들에게는 배움의 자원이기도 하다. 우선 정규교육기관에서의 학업성취를 위한 잠재적 촉매로 가능한 일에서부터 지역공동체의 일어나는 사회적 자본의 축적에 이르기까지 다양한 방향으로 사회적 자본의 형성에 긍정적인 영향을 미친다. 둘째 학교를 위시한 여러 교육기관 역시 가정과 마찬가지로 사회적 자본의 조성에 기여한다. 학교는 사람들에게 다양한 사회적 관계가 교차될 수 있는 접점들을 제공할 뿐만 아니라 협력의 가치도 고양시킨다. 학교, 대학이나 성인교육기관들은 사회의 여러 이질적인 단체나 구성원들을 연계하는 사회적 자본 변화의 구심점 역할을 할 수 있다. 셋째 학교뿐만 아니라 각종 교육훈련기관, 교습소, 각종 교육산업과 같은 사교육, 민간교육부문 역시 사회적 자본형성의 자원으로 활용된다. 넷째 시민 사회는 사회적 자본의 또 다른 원천이다. 시민사회는 사회적 이익을 증진시키기 위해 정부와 독립적으로 형성된 공식적 혹은 비공식적 그룹이나 조직을 말한다. 퍼트남의 연구에 따르면 상호조직이나 협회 활동을 통한 상호활동은 사회참여의 네트워크를 제공하고 공동체의 생산성과 삶의 질에 영향을 줄 수 있게 한다. 마지막으로 공공복지, 책무성을 기반으로 하는 공공 거버넌스도 사회적 자본을 강화시켜 주는 신뢰와 사회적 융합의 기초가 된다”.

사회적 자본이 자본일 수 있는가 하는 질문에 대해 그것이 생산적이라는 점에서 자본으로 볼 수 있다. 이를 테면 사회적 자본은 그것이 없을 때 하지 못했던 새로운 활동을 가능하게 하고 새로운 목표를 성취할 수 있도록 하기 때문이다. “(Coleman, 1990).마찬가지로 구성원들이 상호 신뢰하는 집단은 그 사회적 자본이 자본일 수 있는가 하는 질문에 대해 그것이 생산적이라는 점에서 자본으로 볼 수 있다. 이를 테면 사회적 자본은 그것이 없을 때 하지

못했던 새로운 활동을 가능하게 하고 새로운 목표를 성취할 수 있도록 하기 때문이다(Coleman, 1990). 즉 사회적 자본은 사람들 간의 상호작용 속에서 공유되는 규범, 가치, 상호호혜성, 신뢰, 네트워크가 사회에 긍정적으로 작용하여 자본으로서 역할을 수행한다.”

사회적 자본은 시민사회의 형성과정도 밀접한 관련성을 지닌다. 일찍이 토크빌(Tocqueville)은 산업화 초기 미국의 민주적 시민사회가 발전한 배경에는 여러 시민단체의 역할이 있었기 때문이라고 말했다. 또한 퍼트남은 이탈리아의 지역 사회를 비교하면서 경제적으로 낙후된 남부지역이 경제적으로 발전된 중부와 북부보다 역사적으로 지역신문, 문학, 음악, 스포츠 등과 같은 시민결사체 모임이 적다는 것을 지적하면서, 시민참여와 경제발전이 연관관계가 있음을 주장하였다. 퍼트남은 사회적 자본을 협력적 행위를 촉진시켜 사회적 효율성을 향상시킬 수 있는 사회조직의 속성이라고 말한다(Putnam, 1993). 시민참여란 공동체 생활과 연계되어 있는 상태로 이웃들과의 모임이나 합창단, 스포츠클럽 등과 같이 일상생활과 관련된 단체의 회원으로 가입하는 것을 의미하는 것이다. 사회적 자본이 일상생활 영역에서 구성원들 사이의 성실한 계약 이행, 정보 및 노하우의 교환, 위험의 분담, 위기 발생 시 공동대처 등 긴밀한 협력관계의 근간을 이룬다. 따라서 사회적 자본은 삶의 질을 결정하는 사회관계의 중요한 구성요소인 것이다.

“이렇듯 사회적 자본을 연구한 대표적인 학자들의 사회적 자본에 대한 정의와 접근방법은 <표2-1> 과 같이 비교할 수 있다.

<표2-1> 사회적 자본의 정의 및 접근방법

연구자	정의	접근방법
Bourdieu(1986)	공공재에 대한 접근을 제공하는 자원	개인(미시)
Coleman(1990)	행위자가 그들의 이익을 달성하는 자원으로 사회 구조적 측면	가족/개인 (미시)
Putnam(1995)	상호편익을 위한 협조를 가능하게 하는 신뢰, 규범, 연결망	국가/지역사회 (거시)
Woolcook(1998)	사회적 연계망에 내재하는 신뢰 및 호혜적 규범	개인/집단/공동체/국가(혼합)

또한 이를 토대로 사회적 자본의 특성을 살펴보면, <표2-2> 와 같다.

〈표2-2〉 사회적 자본의 특성

구분	사회적 자본
이론적 의미	개인이 아닌 사회적 관계속에서 파생되는 자본
자본의 소유자	집단(사회집단)
이익	정보의 취득, 사회적 연대와 결속의 창출
자본의 존재 형태	개별 행위자가 아닌 사회적 관계 속에 존재하는 신뢰와 결속관계
연구의 핵심	개인 혹은 집단 사이의 관계 유형
분석수준	개인/집단

출처:유석춘·장미혜, 2002, 수정

〈표 2-2〉에서 보는 바와 같이 사회적 자본의 소유자는 사회집단으로 볼 수 있으나 분석수준은 개인을 통해 사회적 자본의 관계를 공유하고 있는 집단을 평가 할 수 있다.”

2. 사회적 자본의 측정

1). 신뢰(trust)

신뢰는 신뢰성의 정도와 의무 준수정도라는 두 가지 요소로 나누어지는데 신뢰성 정도는 의무가 반드시 수행된다는 사회적 환경에 대한 신뢰 정도를 말한다. 반면 의무 준수 정도는 실제로 의무가 지켜지는 정도를 말한다. 환경에 대한 신뢰정도와 의무가 지켜지는 정도는 각 사회구조마다 차이가 있다. 이러한 차이는 욕구의 차이, 자원의 존재, 풍족함의 정도, 도움에 대한 인식 차이, 관계망의 폐쇄성 정도, 사회 계약의 논리 등의 요인들로부터 비롯된다. 특히 콜만이 주시하고 있는 것은 관계망의 폐쇄성이다. 관계망의 폐쇄성은 신뢰 생성에 중요한 요소라고 주장한다. 이는 개방된 사회 구조에서는 의무나 평판 같은 것이 중요하지 않을 수 있다는 가능

성을 시사해 준다.

신뢰는 세 가지 유형으로 분류되는데(Coleman, 1988), 즉 친근하고 사적인 관계에서의 신뢰, 알지 못하는 사람과의 관계에서의 신뢰, 제도에 대한 신뢰이다. 사적인 관계에서의 신뢰와 상호부조는 구체적인 상황이 가지고 있는 관계의 구조적 측면을 이해하지 않고서는 설명될 수 없다. 반면 잘 알지 못하는 사람들과의 관계에서의 신뢰와 상호부조는 일반화된 신뢰와 상호부조라고 명명하여, 이는 잘 알지 못하지만 고유된 가치나 행동에 대한 기초를 전제로 한다는 것이다. 따라서 이러한 관계에서는 협력을 위한 규범이나 가치가 사회에 어떻게 영향을 미치고 합의되는지에 대해 자연스럽게 관심을 갖게 된다(Stolle, 2003). 제도에 대한 신뢰와 상호부조는 공식적인 거버넌스 제도 및 시장에 대한 신뢰에 초점을 두고, 규범의 공정성과 공식적 절차, 쟁점의 해결이나 자원배분 등에 의해 형성되는 신뢰와 상호부조를 말한다(안성호, 2004)

사회적 자본의 아직 초기 단계이다. 베트남은 미국인들의 사회적 자본을 측정하기 위해 5가지 지표를 활용했다. ① 지역사회나 조직생활에 대한 참여의 강도 ② 투표 등과 같은 정치 참여나 관심 ③ 지역사회 자원봉사 활동 ④ 친구관계와 같은 비형식적인 사교성 ⑤ 대인관계에 있어서 신뢰와 같은 지표를 포함시키고 있다. 이러한 지표들은 개인의 태도나 주관적인 응답에 의존했기 때문에 사회적 자본을 정확하게 측정할 수 있는지에 대해서는 확신할 수 어렵다는 입장이다. 왜냐하면 신뢰의 기준 자체가 문화적인 맥락에 따라 다르기 때문에 국가들 간의 비교나 문화 간의 비교가 어려운 것이 사실이다.

세계은행 1990년대 후반이래로 사회적 자본에 관심을 갖기 시작하였다. 당시에는 보건, 교육, 신뢰를 강화하고 빈곤을 퇴치하기 위한 핵심역량 강화정책을 찾기 위한 행정적 관점이 지배적이다. 그리고 각 나라마다 다양한 정치, 조직, 문화적 다양성을 갖고 있기 때문에 집단행동의 결정요소로써 사회적 자본이 중요한 상황변수가 된다는 점에 관심을 갖기 시작했다. 이 같은 접근은 사회적 자본의 인지, 구조적, 제도적 요소의 결합한 접근이다. 특히 개인의 성향을 강조한다. 세계은행이 실증적 관점에서 실시한 사회적 자본 조사는 특정 개발과정에서 사회적 자본이 어떤 작용을 하는지 알아보기 위한 소규모 케이스 조사였다.

“사회적 자본 변화의 측정은 사회의 역기능, 사회 협력의 부재 측정을 통해서도 이루어진다. 후쿠야마는 범죄율, 가족붕괴, 신뢰의 변화를 통해 사회적 자본의 변화를 측정한다. 영국의 국가통계청(ONS: office for National Statistics)은 사회적 자본 측정을 위한 통합 설문지(Harmonized Question Set)를 개발한 바 있다. World Values Study는 OECD국가를 대상으로 ‘대부

분 사람들을 신뢰할 수 있는가'라는 질문을 통해 신뢰를 직접적으로 측정하였다. 국가마다 '신뢰(trust)'와 '대부분 사람들(the most people)'에 대한 해석이 명확하지 않아 신뢰를 측정하는데 어려움으로 작용하였다.

한편, Coleman(1988,1990)은 사회적 자본을 신뢰를 통해 형성된 관계자로서의 긍정적 기능을 강조하며, 강한 신뢰관계의 형성은 거래비용의 감소와 효용의 극대화를 가져온다고 주장하였다(이재열, 2006; 35). 또한, 사회적 자본은 단일한 실체가 아니라 한 사회구조의 어떤 측면으로 구성되고 그러한 구조 안에 개인 또는 단체적 행위자들의 어떤 행동들을 촉진하는 다양한 실체들로 보고 있다. 즉, 두 개 이상의 요소와 함께 사회구조 안에서 행위자들의 이익이 되는 행동을 촉진하며, 타인들과 관계를 맺고 신뢰함으로써 다양한 혜택을 얻기도 한다. 한편 사회참여가 높은 개인일수록 사회관계망의 효과성을 인식하고, 장기적인 관점으로 그 행위를 선택하는 데 있어 합리성을 기본 바탕으로 한다(박희봉, 2005; 이기홍, 2007; 서지원, 2008: 135; 이재열, 2008: 35; 신광철 외, 2012)."

이처럼 사회적 자본이 네트워크나 신뢰적 관계로 인해 얻어지는 경제적인 이익과 거래비용의 감소 효과가 있는 긍정적인 측면도 있지만, 집단이익단체나 개인적인 사익을 추구하는 도구로써 활용되는 부정적인 측면도 고려되어야 한다. 강한 신뢰를 바탕으로 하는 유대감은 폐쇄성이나 배타성이 강한 공동체로서 소집단의 이익만을 추구하는 경우가 있으며, 이러한 과정에 있어 여타 집단에서 배제된 사회구성원과 사회 전체의 이익을 해칠 수도 있기 때문이다(하민철, 2009: 6). 콜만(1990)역시 신뢰관계를 통한 효과성을 주장하면서 소수집단 내부 구성원 사이의 높은 신뢰가 항상 전체공동체에 긍정적으로 작동하지만은 않는 사회자본의 부정적인 측면을 우려 하였다(Coleman, 1990, 하민철, 2009: 4에서 재인용).

"Putnam은 사회적 자본의 개념을 그 동기 및 성향에서 공공의 영역으로 확대하여 해석하고 정치 분야, 시민참여, 비영리 활동 등 공동의 목적을 달성하는 공동체 주의로서 네트워크, 규범, 신뢰와 같은 요소들을 포함하는 것으로 보고 있다(임경수·소진광, 2005: 40; 이기홍, 2007: 63; 김일석·곽현금, 2007:

158; 이재, 2008: 37). 특히, 집단적 신뢰는 공공선의 구현으로 작용하며, 시민의식을 토대로 집단행동의 딜레마를 극복하고 집단의 조화된 행동을 촉진해 지역사회 효율성을 향상할 수 있다(김상민, 2005: 160; 정순돌 외, 2012: 224). 또한, 퍼트남은 사회적 자본의 개념으로 공급이 많아지고 사용하지 않으면 고갈되는 현상을 나타내며, 신뢰관계에 참여하는 사람들이 많아질수록 공동체 성원 전체의 효과는 커진다. 그리고 사회적 자본은 도덕적 자원의 특

성도 포함하고 있다. 도덕적 자원의 가치형성을 위해서는 많은 시간과 노력이 필요하며, 일단 형성된 후에는 관여하는 모든 사람에게 일정한 효과가 있는 것으로 본다(Putnam, 1992, 2000, 이재열, 2006: 38에서 재인용).”

한편, 전통적인 관점에서 이루어진 사회적 자본의 연구에서는 지역사회의 문화적인 현상을 강조하기도 한다. 문화적인 측면은 사회 안에서 비교적 일관성을 갖는 가치가 작동하는 것으로서 주로 Putnam적 전통에 있는 학자들에 의해 연구됐다. 문화적 사회 자본은 인지적 사회 자본으로 표현되기도 하며, 구조적 사회자본과 구별되기도 한다. 문화(인지적)적 사회 자본은 네트워크를 비롯한 역할, 규칙, 절차와 관련되어 정치적 구조나 제도적 차원의 사회적 자본형성에 영향을 미친다(Uphoff, 2000; Fpley & Edwards, 1999, 김일석·곽현근, 2007: 159에서 재인용). 그 외 토크빌(Tocqueville), 후쿠야마(Fukuyama), 힐리(Healy)도 사회적 자본을 지역사회 공동의 문제에 대한 시민의 자발적인 참여, 공공재에 대한 개인의 책무와 소속감을 중요하게 보았으며, 사회구성원 간의 신뢰를 바탕으로 한 자발적인 결사체는 지역사회 발전에 이바지할 수 있다는 견해이다(서순탁, 2002: 76).

2). 관계망(network)

사회적 관계망의 개념과 측정방법은 학자들마다 의견을 달리하며 지금까지도 확실한 개념적 정의가 이루어지지 않고 있다(이원숙, 1995). Mitchell(1969)은 사회적 관계망을 ‘한정된 일군의 사람들 간에 존재하는 특정한 연계의 집합’으로 정의하였다. Ell (1984)은 사회적 관계망을 개인이 맺는 모든 사회적 인간관계라고 정의하며 배우자, 친척, 친구, 이웃 이외에 종교집단, 지역사회 단체와 같은 공식적 지원자 등도 포함되는 개념이라고 하였다. 이와는 다르게 Garbarino(1983)는 사회적 관계망과 사회적 지지망을 동일시하며 사회적 관계망을 ‘개인에게 정보, 감정적 확신, 물질적·경제적 부조 그리고 관심을 제공하는 대상으로서 자아감을 제공하는 대인관계의 교환의 범위뿐만 아니라 도움의 구조와 규칙적인 양태’로 정의 하였다. 하지만 Israel과 Rounds(1987)는 사회적 관계망과 사회적 지지망을 동일시하는 개념정의가 바람직하지 못하며, 사회적 지지는 사회적 관계망이 제공할 수도 혹은 하지 않을 수도 있는 사회적 관계망의 한 기능적 특성으로 사회적 관계망은 사회적 지지 뿐만 아니라 그 밖의 다른 사회적 관계의 기능이나 특성까지 포함할 수 있음을 지적한다. Morgan(1989)은 지지적 양상에만 초점을 맞출 경우에 개인이 맺고 있는 사회적 관계가 지지를 제공할 때만 의미가 있는 것으로 왜곡될 위험성을 경고하였다.

사회적 관계망은 관계를 맺고 있는 대상의 속성에 따라 유형을 분류할 수 있다. 이러한 분류방식은 개인이 맺고 있는 사회적 관계망의 전체적인 양상을 파악하기에 용이하고 각 유형별 관계망의 특성에 따라 노인의 건강증진행동에 미치는 영향을 파악하는데도 도움이 된다. Litwak(1985)는 기능부담이론(Theory of shared function)을 통해 과업특정 모델을 제시하며 비공식적 1차 집단과 서비스 관료제의 2차 집단이 각각 효율적으로 수행할 수 있는 사회적 지지의 과업이 다르다고 주장했다. Litwak 에 따르면 비공식적 1차 집단은 대면접촉, 애정, 장기간 지속가능성 등을 특징으로 지리적 근접성이나 지속적 헌신이 필요한 대면 접촉을 수행하는 데 이점이 있고, 서비스 관료제의 2차 집단은 전문성을 특징으로 기술적 숙련을 필요로 하는 과업을 수행하는데 더 효율적이어서 사회적 관계망의 유형을 구분할 필요가 있다. McLeroy(2001)는 사회적 지지가 건강증진행동에 미치는 영향을 분석한 연구에서 서로 다른 관계망의 구성원들은 서로 다른 양과 종류의 사회적 지지를 제공한다는 것을 밝혔다. House(1981)의 연구에서는 노인의 건강행동의 노인에게 제공된 사회적 지지의 출처에 따라 다른 영향을 미치고 있음을 확인하였다.

노인의 사회적 관계망의 각 유형별 특성을 살펴보면 첫째, 친족관계는 혈연적 친밀성에 근거하며, 다른 어떤 유형의 사회적 관계보다 접촉빈도나 친밀도가 크다(이경희, 1988). 다른 사회적 관계의 유형에 비해 장기적이고 정서적이며 규범적인 유대를 가지며, 크고 심각한 문제에 대처하는데 필요한 지원을 제공하는 기능이 특징적이다(Litwak & Szwenyi, 1969). 둘째, 친구관계는 자유롭게 공유되는 공통의 관심과 경험을 가진 사람들 사이에서 발달하는 사회적 관계이다(Ishii-Kuntz & Seccombe, 1989). 혈연적 친밀성이나 의무적 속성이 존재하지 않아 비교적 약한 유대를 보인다. 하지만 친구관계는 자발성과 상호성을 바탕으로 정서적인 친밀성이 높은 것이 특징적이다(Litwak & Szelenyi, 1969). 노인에게 있어서 친구관계는 자아가치의 재확인과 자아검증을 위한 수단으로 기능하며 노인을 부정적인 자기평가로부터 보호하여 일상적 사기를 높이는데 유효한 상호작용을 가능하게 한다(Mancini 외, 1980; 조용하, 2004). 셋째, 공식적 관계 혹은 직장, 종교단체 혹은 사회적 단체 관계는 특수한 목적을 달성하고자 형성된 공식적이고 구조화된 집단의 참여에 근거하여 발달된 사회적 관계이다.

사회적 자본에서 관계망의 존재는 자연적 측면이나 사회적 측면에서 보면 반드시 자연발생적으로 형성되는 것으로 보기는 힘들다. 오히려 제도화라는 최초의 행위를 통해 성립된다고 할 수 있는데, 관계망은 제도적 수준에서의 부단한 노력의 산물이며 제도적 의례의 산물이기도 하다. 이는 관계망이 의

식적·무의식적 사회관계를 수립하거나 재생산하려는 개인이나 변형적 교환은 집단을 재생산한다는 것은, 교환과정에서 상호인식과 상호승인을 통해 집단 구성원으로 인정되는 과정을 말한다. 집단 범위를 재확인 한다는 것은 새 구성원들이 결합하면 집단 전체는 재정이 되고 자신들의 경계와 정체성에 대한 위협과 수정변질의 과정을 반드시 거치게 된다는 것이다. 이러한 과정을 통해 집단의 범위는 다시 확인된다는 것을 말한다.

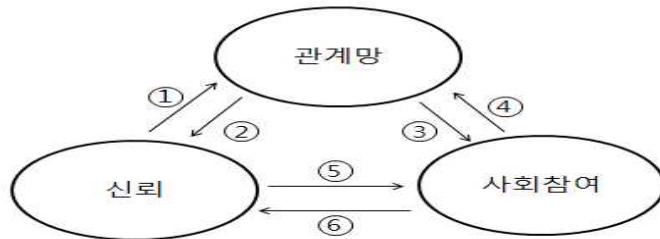
한편 퍼트남은 시민참여 관계망을 중심으로 관계망 논의를 전개하고 있다. 사회적 자본은 시민참여의 규범과 관계망에 포함되었다고 보면서 이는 경제적 발전뿐만 아니라 효율적인 정부를 위한 전제조건이라고 주장하였다. 퍼트남에 있어 관계망이란 개인들 사이의 대면 적이고 자발적이며 수평적인 관계로 특징 지어 지는 결사체들(associations)로 대표되며, 이러한 관계망들이 신뢰와 상호부조의 규범 및 시민참여의 역량을 생성한다고 보고 있다. 퍼트남은 사회적 자본을 유대적 사회적 자본과 가교적 사회적 자본으로 구분하여 관계망 구성원의 이질성과 다양성이 이러한 사회적 자본의 가교적 역량을 향상시킬 수 있다고 지적한다(Gittell & Vidal, 1998). 유대적 관계망은 구성원이 동질성을 가지고 있으며 이미 형성된 신뢰속에서 이루어지는 관계망이며, 가교적 관계망은 구성원이 이질성이나 다양성을 가지고 있으면서 서로간의 자원을 교환하는 방식에서 이루어지는 관계망이다. 사회적 자본을 논의하는데 있어, 관계망에 관심을 갖는 이유는 신뢰와 상호부조가 속해 있는 관계망의 구조적 특성에 따라 사회적 자본의 성격이 변하기 때문이다.

3). 사회참여(social participation)

사회참여에 대한 논의는 시민의식(civic engement)과 연관 지어 설명될 수 있다. 시민공체의 역사적 기원은 놀라울 정도로 오래된 것이다. 지속적인 시민적 사회참여와 사회적 연대의 전통은 오늘날 시민적 사회참여와 성공적인 정부를 향유하고 있는 공동체 즉, 볼로냐(BoLogna), 플로렌스(Florence), 제노아(Genoa)와 같은 지방에서 자치제 공화국이 형성된 11세기까지 약 1000년을 거슬러 올라갈 수 있다. 이러한 사회적 유산의 핵심에는 조직된 상호성과 시민적 연대의 풍부한 연결망이 있는데 이들은 중세 행정구 내에 존재했던 자체방위를 위한 감시조직, 신도회, 길드 그리고 12세기의 협력적인 상호원조단체, 침묵단체, 성가대 등에서 그 기원을 찾을 수 있다. 시민적 사회참여의 규범과 연결망에 포함된 사회적 자본은 경제적 발전뿐만 아니라 효율적인 정부를 위한 전제조건처럼 보이기도 한다. 따라서 시민적인 사회참여는 매우 중요하다.

토크빌이 제시한 구성요소는 공식적으로 조직 내에서 일어나는 대면적인 상호작용이 시민들 속에서 민주적 규범을 만드는 데 필수적이라고 본다. 그 조직을 통해 시민들은 신뢰, 절제, 합의 호혜성과 같은 시민적 덕목을 교육받으며 민주적 토론과 조직 운영의 기술을 훈련받게 되는데 이러한 현상을 내부효과라고 할 수 있다(Tocqueville, 1968). 동시에 존재하는 외부효과는 다층적이고 중첩적인 집단의 형성이 그 자체의 내부적 분과를 통해서 외부적으로 사회를 묶어주는 교차적인 연대를 형성하고 서로 다른 이익 사이에서 다원적인 경쟁을 만들어 낸다. 이렇듯 시민적 사회참여의 연결망은 협력과 의사소통을 용이하게 하며, 다른 개인들의 신뢰성에 관한 정보를 확산시킨다. 사회적 상호작용의 두터운 연결망 내에 경제적, 정치적, 거래가 배제되었을 때 기회주의와 부정행위의 유혹은 감소된다. 결국 시민적 사회참여는 과거의 성공을 협력으로 구체화 한다. 이러한 연결망은 미래의 협력을 위한 문화적인 기틀로서도 기여할 수 있다.

3. 사회적 자본의 구성요소



<그림2-1> 사회적 자본 구성요소의 상호관계

사회적 자본을 구성하는 개념요소는 서로 떼어놓고 생각할 수 없을 정도로 얽혀있지만, 본 연구에서 사용한 구성요소들의 관계를 도식화 하면<그림1>과 같다.

따라서 본 연구의 사회적 자본 구성요소간의 상호관계를 살펴보면,

① 신뢰의 축적은 관계망의 결속을 강화하고, 불신 대상자는 연결망에서 배제하거나 제재를 가해 관계망 내의 위험요인을 제거한다.

② 관계망은 신뢰가 축적되는 중요한 장으로서, 관계망 안에서의 누적적인 상호 작용의 경험을 통해서 신뢰가 생겨나고 안정화 된다.

③ 사회참여는 반복적인 상호작용의 관계망 안에서 빠르게 생성된다.

④ 사회참여는 일탈행위를 억제함으로써 관계망의 결속을 다져서 생산성을 증가 시키고, 공공재화를 비교적 쉽게 만들 수 있도록 한다.

⑤ 신뢰가 사회참여에 미치는 영향은 공동체 구성원들이 전체의 이익에 헌신하도록 하는데 있다.

⑥ 사회참여는 시민의식을 통하여 개인이나 집단에게 신뢰와 협동을 유도한다.

대표적인 학자들의 사회적 자본 구성요소와 국내 학자들의 사회적 자본과 건강 및 환경 관련 연구에서 사용되는 구성요소들을 살펴보면 아래 <표 2-3> <표2-4 >과 같다.

<표2- 3> 대표적인 학자들의 사회적 자본 구성요소

* 출처: 서순탁, 2002에서 재구성

학자	구성요소
토크빌	자발적 참여, 시민적 연대
콜만	사회적 관계구조, 규범, 제재
퍼트남	네트워크, 사회적 규범, 신뢰
후쿠야마	신뢰
인스	지적자본, 정치적 자본, 관계자본
힐리	지식, 관계자원(네트워크), 동원능력
로히	신뢰, 시민관여, 네트워크, 효과적 집단 활동

<표2- 4> 국내학자들의 연구주제에 따른 사회적 자본의 구성요소

학자	연구주제	사회적 자본의 구성요소
곽현근(2007)	지역사회 주민조직의 주민 자치센터의 참여의 영향요인과 사회 심리적 효과	동네애착, 조직분위기, 정서적 효능감, 분권화인식, 집합적 효능감
김일석·곽현근(2007)	동네주민조직 유형별 사회적 자본 분포에 관한 탐색	이웃과의 비공식적 유대, 관용성, 정치적 참여, 제도의 신뢰
김동배·박서영(2010)	노인의 사회관계망 특성과 자살생각 관계-우울의 매개효과 검증-	외부도움정도, 비 동거 자녀접촉 여부, 사회활동 참여 여부
전용식·이종호(2007)	사회적 자본이 주민참여에 미치는 영향 -충남정보화마을-	네트워크, 규범, 신뢰
박미진(2012)	노인우울과 지지네트워크가 삶의 만족감에 미치는 영향	지역통합형 지지네트워크, 지역사회 초점형, 독립형, 가족 의존형, 고립형
정순돌 외(2012)	중산층 남녀노인의 사회적 자본경험과 의미	사회참여, 네트워크
임재영 외(2010)	사회자본이 저소득층의 건강생활실천에 미치는 영향	개인수준, 공동체수준, 제도수준의 사회자본
김용민(2008)	지역사회복지 거버넌스 구축전략	신뢰, 규범, 네트워크, 참여, 거버넌스
이숙중·최준규·유희정(2008)	종로구의 사회자본 연구-사회적 특성과 행위변수를 중심으로-	일반신뢰, 사적신뢰, 대인신뢰, 지역사회신뢰, 공공기관신뢰, 민간기간 신뢰
김상민(2005)	주민환경운동과 사회적 자본의 상호작용에 관한 연구	신뢰, 네트워크, 사회적규범
강소량·문상호	가족관계사회적자본이 중.	가족 관계망형태, 상호작용

(2012)	고령노인의 삶의 질에 미치는 영향	용빈도, 상호작용내용
정민수·조병희 (2007)	지역사회역량이 주민 건강 수준에 미치는 영향	지역사회정체성, 사회적 연결망, 신뢰와 상호관계, 사회적결속력, 지역사회참여

출처: PerKing & Long(2002)과Woldoff(2002)곽현근(2007재인용)

위의 표에서 알 수 있듯이 다양한 구성요소는 사회적 자본으로서 포함할 수 있거나 사회적 자본과 상관관계가 있다고 생각되는 일련의 개념들을 서로 분리하여 측정하는 방법들을 사용하고 있다.

이에 본 연구에서는 사회적 자본의 여러 구성요소 중 신뢰, 관계망, 사회참여를 통해 노인에게 있어 사회적 자본의 형성으로 검토하는 것이다.

4. 사회적 자본의 매개 효과

1). 매개효과

“사회적 자본이라는 용어는 Hanifan에 의하여 1916년에 처음 사용된 것으로 알려져 있지만(Chung, Choi & Lee,2014) 크게 주목받지 못하다가 Jacobs, Loury, Bourdieu 등에 의해 체계적인 논의가 이루어지고, Coleman과 Putnam에 의해 주목을 받기 시작하였다. 특히 Bourdieu, Coleman과 Putnam은 개인적 집단의 사회적, 정치적 행위에 관해 기존의 경제적 모형으로는 적절히 설명될 수 없었던 한계를 극복할 수 있는, 새로우면서도 적절한 통찰력을 제공한다는 점에서 그 가치를 인정받는다(김정미,2004)”

그러나 사회적 자본이 최근 다양한 학문분야에서 다양한 맥락과 방식으로 연구자의 특정한 관점이 개입되어 사용되고 있다는 지적도 있다. 즉 사회적 자본의 개념에 명확성이 부재하고, 너무 많은 것을 설명하려는 위험을 내포한 채 무차별적으로 채택되고 부정확하게 적용된다는 것이다(김종미, 2004: 이영현·나영선·김안국·이재혁, 2006).

따라서, 사회적 자본이 최근의 사회과학분야에서 호소력 있게 주목받는 개념 중 하나이지만 사실상 단일한 합의가 이루어지지 않은 채 사용되고 있기 때문에, 연구에 적용하기 위해서는 사회적 자본에 대해 주요 학자의 개념정의와 공통적으로 강조되는 바를 살펴볼 필요가 있다.

먼저 사회적 자본 관련 연구를 선도한 프랑스의 Bourdieu(1986)는 사회적 자본을 자속적인 네트워크 또는 서로 알고 지내거나 상호 인정이 제도화된 관계 즉, 특정 집단의 성원이 됨으로써 획득되는 실제적 혹은 잠재적 자원의 총합으로 보았다(유석춘·장미혜·정병은·배영 편역, 2003). Bourdieu의 개념에서 사회적 자본은 사회적 관계망의 산물이며, 그 양은 개인이 동원할 수 있게 된다. 사회적 자본을 이처럼 도구적인 관점으로 바라볼 때 개인이 사회적 자본을 통해 주변 자원을 자기의 이해관계에 얼마나 적합하게 효율적으로 동원하는가를 놓고 사회적 자본의 정도를 측정하게 된다(이영현 외, 2006).

한편 Ccleman(1988)은 사회적 자본이 특정한 하나의 실체가 아니라 두 가지 특정을 공유하는 다양한 실체로 구성된다고 본다. 하나는 그것들이 모두 사회구조의 일면으로 구성된다는 것이고, 다른 하나는 그 구조에 속하는 행위자들의 특정 행위를 용이하게 만드는 것을 의미한다. 즉 Ccleman은 사회구조적 맥락에서 사회적 자본을 기능적으로 정의하고, 그것을 개인 소유가 아니라 동원할 수 있는 자원이라고 규정한다(김용학, 2004). 이에 따르면 신뢰 및 신뢰에 기반하는 의무와 기대, 제재 및 효과적인 제재를 동반하는 규범, 사회적 네트워크 등 사회구조로부터 오는 다양한 실체가 사회적 자본이 된다(이상일, 2007: 정순돌·이현주·최혜진·김고은·이소영, 2012). 그는 사회적 자본 자체보다는 그것이 가져다주는 효과를 중심으로 사회적 자본에 접근하며, 그렇기 때문에 신뢰나 규범을 공유하는 집단이라면 사회적 자본은 어디에서나 존재하게 된다(유석춘·장미혜 2002).

사회적 자본 개념을 사회과학분야에 대중화시킨 것으로 유명한 Putnam(1993)은 사회적 자본의 공공재 성격을 강조한다. 그는 조화로운 행위를 가능하게 하여 사회의 효율성을 증가시키는 신뢰, 규범, 네트워크 등의 사회조직의 특징을 사회적 자본으로 본다. 그의 주장에 따르면 사회적 자본이 축적된 사회나 공동체에서는 시민들의 참여 네트워크가 구성 원간 신뢰를 증진시키고 호혜성의 배양을 용이하게 한다. 또 그러한 네트워크를 의사소통, 조정을 활성화하여 집단행위를 통한 문제해결을 수월하게 만든다(유현숙, 2004)

경제자본과 달리 사회적 자본이 보이는 가장 큰 특징은 경제자본이 물리적 형태를 갖는 반면 사회적 자본은 반드시 그렇지는 않다는 점이다. 사회적 자본은 행위자들이 개별 소유하는 것이 아니라 행위자들의 관계 속에 내재하는 사회적 자원(social resources)이라는 점에서도 차이를 보인다. 또한 사회적 자본을 지속적으로 보유하기 위해서는 이를 유지하려는 노력이 필요하다. 바꾸어 말하면 한 개인이 특정시점에 보유하고 있는 사회적 자본은 타인 것이다. 그리고 경제적 거래처럼 등가물의 교환이 아니기 때문에 신뢰를 서로 주

고받았다고 해서 거래 당사자 사이의 신뢰가 준 것만큼 줄거나 받은 것만큼 늘어나는 영합(zero-sum)관계로 나타나지 않으며(Adler & Kwon, 2000). 오히려 사용할수록 총량이 늘어나는 특성을 보인다(Putnam,1993). 마지막으로, 사회적 자본의 교환은 동시성을 전제로 하지 않는다. 즉 적절한 기회가 왔을 때 나중에 보상을 받고, 이를 위해서는 이러한 비동시적 교환방식에 대한 믿음이 필요하다는 것이 특징적이라 할 수 있다(유석춘 외 편역, 2003)

사회적 자본이 서구의 개인주의적 지향성을 어떻게 하면 공동체적인 관심으로 교체할 수 있는가 하는 논의에서 빠짐없이 거론되고, 사업화를 성취한 나라들이 사회적 자본을 주요 화두로 삼는 것은 이러한 관계와 공유, 호혜성을 기반으로 하는 특성 때문인 것으로 보인다. OECD(2001)와 같은 정책지향의 국제기구에서도 한나라의 복지에 있어 사회적 자본의 중요성을 강조한다. 이는 사회적 자본을 통해 국가·사회 차원에서나 개인 차원 모두에서 만족스러운 삶, 높은 수준의 삶의 질 확보하고자 하는 기대에 다름 아니다. 인간이 사회적 동물이라는 특성을 갖는다는 점에서 개인이나 집단 간 관계에서 비논리가 확장되는 것도 이와 같은 맥락에서 이해할 수 있을 것이다. 실제로 가족이나 친지, 이웃 등 전통적인 공동체의 역할이 점차 축소되어 가는 상황에서 사회적 자본은 개인들에게 소속감 또는 정체성, 결속력을 제공해 주는 효율적인 장치로 인식되고 있다(유석춘 외 편역, 2003)

많은 연구자들은 사회적 자본이 지금까지 심리학, 사회학, 경영학, 경제학의 분야에서 다루기가 쉽지 않았던 관계 또는 신뢰 등의 개념을 재해석한다는 점에서 관심을 갖는다. 그러한 분야에서 사회적 자본을 분석적 개념으로 활용하고자 한다면 연구자들은 사회적 자본의 현상과 효과를 분리할 필요가 있다. 사회적 자본이라는 현상과 사회적 분야를 연결해 연구를 진행할 경우에는 사회적 자본이 사회복지의 실천과 정책이라는 두 영역을 있는 분석의 틀이 될 수도 있기(정영택, 2001) 때문에 더욱 관심의 대상이 된다.

그런데 사회적 자본은 관계에서 비롯되는 공통성을 지니면서도 다차원적인 개념들로 설명된다. 또 사람들 간의 관계 속에 존재하며 집단에 의해 공유되고 관습이나 문화의 영향 아래 있기 때문에(김태준·최상덕·장근영·이기홍·전주혜, 2009). 그 개념의 적용을 위해서는 이런 복합성을 고려해야 한다. 특히 그 개념적 정의가 실제 측정을 위한 것으로 구체화될 때는 더욱 그러하고, 사회적으로나 전문분야별로 일관성 있게 합의된 하위 개념과 측정도구를 사용하고 있지 않으며, 2차 자료를 사용 시에는 수집된 자료의 제한으로 인해 연구자에 따라 측정내용과 결과에 차이를 보이기도 한다. 따라서 연구자들은 연구주체에 적합한 사회적 자본의 개념을 무엇을 구성할지 결정해야만 한다(소진관, 2004).

이에 본 연구에서는 전통적으로 사회적 주요 개념요소로 다루어지는 것은 물론 사회복지영역에서도 중요하게 다루어진 것 이며 신뢰에 주목한다. 인간은 사회적 동물이므로 신뢰를 통한 인간관계에서 만들어지고 구성원들이 바라는 결과를 산출하는 사회적 자본이 삶의 만족에 영향을 미칠 것이라는 논의의 비중이 커지고 있고 이러한 사회적 자본이 일상적인 삶에서 인간관계 속에 발생하는 불편과 장애를 극복하고 개인의 욕구를 충족시킬 수도 있다 (박희봉 · 이희창, 2005)

그런데 은퇴 후 노년기에 진입하는 노인들의 경우에는 특히 은퇴 이후 사회경제적 지위의 상실과 함께 공식적 · 비공식적 변화를 경험하게 된다. 은퇴 후 삶에 가장 크게 영향을 미치는 것은 재산이나 건강이 아니라 바로 ‘사회적 유대관계의 폭’ 이다(이주형 역, 2004). 한편 노인들은 자녀와의 유대관계나 사회적 접촉의 수준 등 사회적 지원망이 축소될 때 심리사회적 고립감이 높아지고, 관계에 대한 주관적 평가가 삶의 주요한 척도가 된다(이가옥, 2002). 따라서 가족, 친지, 이웃 등 공동체의 역할이 과거에 비해 축소된 오늘날의 상황에서 노년기에 사람들 사이의 관계망이 같은 의미와 작용을 배제할 수 없는 것이다.

또한 우리 사회에서는 각종 참여를 통하여 집단과 사회, 개인에게 유익한 자원들이 제공되고 있기 때문에 참여는 그 자체로서 사회적 자본의 중요한 개념요소가 된다(이정규, 2009). 사회적 자본으로서 참여를 다루는 연구자들은 개인을 중심으로 해서 가족이나 친구, 이웃과의 모임, 각종 단체, 제도, 국가에 대한 정치적 행위 등에 이르기까지 미시적인 차원 뿐 아니라 거시적인 차원에 달하는 다양하고 폭넓은 참여의 유형과 방식을 상정한다. 예를 들면 미국의 SCCBS(Social Community Benchmark Survey)는 사회적 자본을 8개 영역 11개 구성요인으로 나누면서 참여를 청치 참여, 유관기관 참여, 신앙 활동 참여로 세분화하여 적용하였고, 영국의 통합설문지(Harmonized Question)에서는 사회적 자본과 관련한 World Bank의 연구고서들은 공공서비스나 지역사회 단위의 거버넌스에 대한 참여를 주요 측정지표로 하고 있다(홍영란 · 김태준 · 현영섭 · 소진광 · 이승희, 2007 재인용) 이것은 참여의 개념을 적용하는데 있어서 나타날 수 있는 폭넓은 스펙트럼을 보여주는 것이다, 또한 한국 직업능력개발원이나 한국교육개발원 등 사회적 자본 지표 개발을 위한 국내 연구에서도 미시, 중시, 거시적 차원의 참여 또는 지역참여와 시민참여 등으로 구분하여 참여를 측정하기 위한 항목을 포함시키고 있다. 이는 사회적 자본의 측정 및 활용성에서 참여가 갖는 중요성에 주목하고 있는 것으로 해석된다.

신뢰 또한 마찬가지로 사회적 자본의 핵심 개념으로 볼 수 있다. 신뢰는 모

든 사회적 자본의 근간이 된다(이현주·정순돌·김고은, 2013). 신뢰란 나인이 행동할 때 나의 이해를 고려할 것이라는 기대(이온죽, 2004) 또는 배신의 가능성이 있더라도 위험을 무릅쓰고 상대방에게 호의를 베푸는 것을 뜻 한다(Coleman, 1988).

“일부 연구에서는 신뢰를 사회적 자본의 가장 중요한 요소로 보기도 하고, 사회적 자본과 동일한 의미로 사용하기도 한다(유석춘·장미혜, 2002: Fukuyama, 1995). 때로는 신뢰가 사회적 자본을 생산하는 촉진요인 중 하나로 간주되거나, 거꾸로 사회적 자본의 결과로 규정되기도 하는데, 이는 신뢰를 개인의 심리적인 상태로 보는 미시적인 현상과 사회적 자본이라는 거시적인 현상으로 구분하지 않고 사용하기 때문에 생기는 혼란이다(유석춘·장미혜, 2002). 이 때문에 신뢰의 유형구분은 다양하게 나타날 수밖에 없다. Zucker처럼 지속적 상호작용으로 형성되는 과정의 존경 신뢰, 개인의 귀속적 특성에 의한 특성 의존적 신뢰, 공식적 제도가 제공하는 제도 의존적 신뢰로 구분하기도 하고, Giddens처럼 제도와 사람에 대한 신뢰로 나누기도 한다(유석춘·장미혜, 2002: 임우석, 2009). Pagden은 구성원들 간의 사적 신뢰와 구성원들의 조직에 대한 공적 신뢰로 구분하였으며(이영현 외, 2006).

Coleman은 사적 관계에서의 신뢰, 모르는 타인과의 관계에서의 신뢰, 제도에 대한 신뢰로 3구분한 뒤 상호부조와 같은 요소로 간주하면서 개인들 간에 이루어지는 지속적인 관계를 통해서 신뢰가 형성된다고 보았다(홍현미라, 2005).”

국내외서는 유석춘 등(2002)이 사람과 제도에 대한 신뢰로 나누어 연구하였는데, 그는 사회가 발전할수록 일차적 인간관계보다 이차적 인간관계가 지배적인 조직 원리로 정착된다는 믿음에 의문을 제기 하면서, 사회가 발전해도 일차적인 인간관계의 중요한 요소임을 보여주었다. 한편 사람에 대한 신뢰가 가장 기본적인 것이지만 낯선 사람의 의도까지 믿을 수 없어 학연, 지연, 혈연, 등 폐쇄적 이익집단으로 변질될 우려가 있으므로 사회적으로는 이를 넘어서는 형태의 신뢰가 요구된다는 점을 들어 제도에 대한 신뢰의 필요성이 논의되기도 한다(김용학, 2004).

2). 선행연구

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, 그

는 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 정보획득과 관련된 거래비용을 줄이는 효과적적인 수단이 될 수 있어 사회적 관계가 개별 주체의 경제적 이익을 산출할 수 있는 자원이 될 수 있음을 심층적으로 논의하였다. 전술한 사회 자본에 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 근 적 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 사회 심리적 기전을 통해 개개인의 건강생활실천을 제고한다는 인과관계를 정립하였다.(Kawachiet al., 2000), Kawachi et al. (2000)의 연구와 비슷한 맥락에서 Rogers(1983)와 Sampson et al. (1997)의 연구는, 사회자본의 형성을 토대로 구축된 개개인 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 개개인의 건강증진행동 정도에 의미 있는 영향을 미칠 수 있음을 밝히고 있다.

사회적자본이 건강증진행동 정도에 미치는 인과관계는, 첫째 사회자본 축적 정도가 양호한 지역일수록 건강증진행동을 통해 기대되는 건강상의 편익에 대한 양질의 정보가 해당 지역사회에 광범위하게 확산될 가능성이 높아 각 사회구성원들이 이들 정보를 쉽게 구득하게 되어 건강증진행동 정도가 제고될 수 있다는 측면과, 둘째 사회자본 축적 정도가 양호한 지역사회일수록 지역민들로 하여금 그들의 건강증진행동을 위해 필요한 공중건서비스의 소비를 장려하기 때문에 예를 들어 체력단련장의 확충이나 예방접종을 혹은 건강검진 구검율의 제고 등이 예상되어 지역주민의 건강 상태가 증진될 수 있다는 것이다. 사실 지금까지 사회복지학에서 사회적 자본이라는 용어를 직접 사용하지는 않았지만 사회적 자본과 깊은 연관성을 갖고 다수의 연구가 특히 사회적 지지는 긍정적인 효과를 유발하는 요인으로서 연결망과 개인 간 관계를 고찰한다. 사회적 연결망과 사회적 지지에 대한 연구는 사회적 지지 망이라는 유형으로 융합되어 나타나는데, 이 때 연구의 내용은 사회적 자본 그 자체를 측정하는 것과 사회적 자본의 효용을 포함하는 것으로 구분된다(이원숙, 1995).

“사회적 자본은 자원을 강화하고 자원의 손실을 가능한 방어하는 수단이 되는데, 그러한 결과로서 나타나는 보상 가운데 하나가 바로 삶에 대한 만족이 될 수 있기 때문이다(김동윤·오

소현 역, 2008) 지금까지 관계망, 연결망, 연계망, 지지망 등의 용어로 사용되면서 개인의 주관적인 삶의 만족에 대한 영향요인으로 밝혀져 왔다. 사회적 관계의 양과 지지의 정도는 삶의 만족도와 비례하며, 가족의 지지와 같은 가족 역시 삶의 만족도와 정(+)의 관계를 갖는다(김귀분 · 최대은 · 석고현, 2007; 김민영, 2013; 김혜령 외, 2008; 림금란 · 김희경 · 안정선, 2011; 장영희, 2013; Kang & Kim, 2011; Berg, Hassing, McClearn, & Johansson, 2006). 공식적 · 비공식적 모두 노인의 삶의 만족도에 영향을 미칠 것이다.(임우석, 2009; 장수지, 2010; 강소량 · 문상호, 2012). 사회적 네트워크를 포함하는 사회적 자본 변수는 취약계층의 자아, 정서적 안정에 긍정적인 영향을 끼치며(이영현 외, 2006), 사회적 연결이 잘 되어 있는 사람들이 그렇지 않은 사람들보다 행복할 가능성이 더 높다(Woolcock, 2001). 특히 사회적 접촉 빈도나 사회적 관계망의 질, 사회적 지지 등은 네트워크의 중요한 측면이며, 낮은 사회적 지지는 낮은 삶의 만족으로 이어진다(Newsom & Schulz, 1996).

연령이 증가하면서 사람들은 사회적 접촉의 빈도는 줄어 들지만(Lang & Carstensen, 1994) 사회적 관계망을 확대시킴으로써 삶의 만족도를 증가시킬 수 있다(Lansford, Sherman, & Antonucci, 1998; Berg, Hassing, McClearn, & Johansson, 2003). 이런 점에서 노인의 연계망이 청장년층이 갖는 연계망의 2/3 수준에도 미치지 못한다는 연구결과(정경희, 1995)는 네트워크 부족으로 인한 노인의 삶의 만족도 저하를 우려하게 한다. 서구에 비해 가족주의 전통이나 비공식적인 조직과 연계를 강조해 온 우리나라에서는 개인이 소유한 사회적 자본으로서의 네트워크와 삶의 만족에 더 뚜렷한 인과관계를 존재할 수 있다(이홍직, 2009). 이는 공식적 · 비공식적 네트워크가 노인의 삶의 만족도에 영향을 주고 있음이 밝혀진 연구(임우석, 2009)를 통해서도 실증되고 있다.”

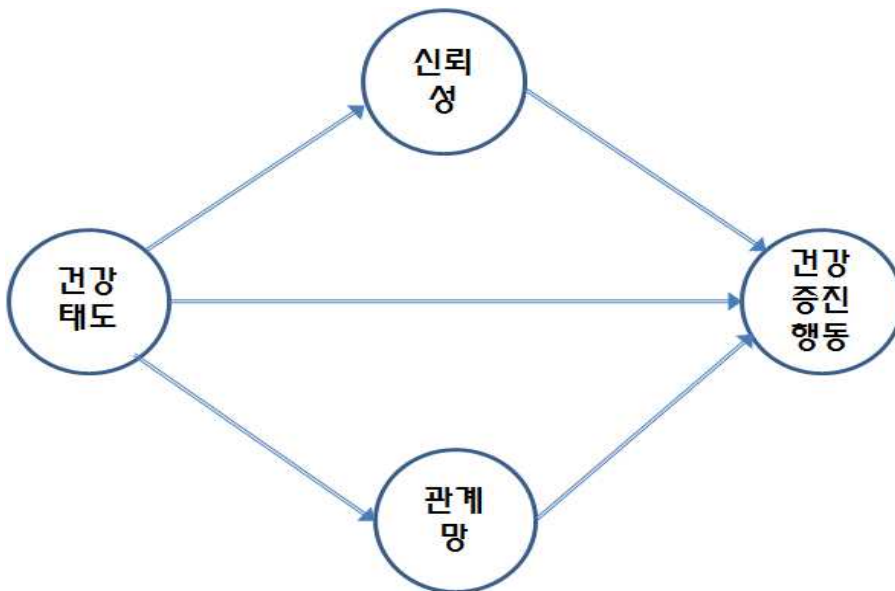
따라서 본 논문에서는 사회자본 축적 정도와 건강증진행동, 건강태도, 신뢰성, 관계망, 등 정도간 인과관계를 노인층을 대상으로 조사된 자료를 토대로 밝히고자 한다.

제 3 장 연구설계

제1절 연구모형의 정립

본 연구에서는 만65세 이상의 노인을 대상으로 노인들의 건강태도가 건강증진행동에 어떠한 영향을 미치는지를 파악하고 사회적 자본의 신뢰성과 관계망이 노인들의 건강증진행동에 매개역할로 작동하는가를 알아보고자 한다. 이러한 연구의 목적을 달성하기 위하여 노인의 증진건강 행동과 관련한 연구 변수들은 노인의 건강태도, 그리고 노인들이 지니고 있는 사회적 자본의 신뢰성과 관계망을 배경으로 하여 연구모형을 정립하였다.

따라서 이 연구에서는 이러한 논의를 바탕으로 하여 <그림 3-1>과 같은 연구모형을 정립하였다.



<그림 3-1> 연구모형

제2절 연구 가설의 설정

노인들의 건강 증진 행동의 관계와 관련하여 건강태도는 건강과 관련된 감정, 질병예방과 건강한 생활양식에 대한 신념, 더 건강하기 위한 행동을 하기 위한 의도로 하위요인을 구성하였고, 사회적 자본에서 신뢰성은 친근 신뢰, 비친근 신뢰, 제도신뢰, 관계망은 가교적 관계, 유대적 관계 등으로 선정하여 연구문제와 가설을 설정하였다.

[가설1] 건강태도, 사회적 자본이 건강 증진행동에 영향을 미치는가?

가설1-1 노인의 건강태도에 대한 의식이 높을수록 건강증진 행동은 높아질 것이다
 가설1-2 노인의 건강태도에 대한 의식은 사회적 자본의 신뢰성에 긍정적 영향을 미칠 것이다.

가설1-3 노인의 건강태도에 대한 의식은 사회적 자본의 관계망에 긍정적 영향을 미칠 것이다.

[가설2] 건강태도가 건강 증진행동에 영향을 미치는 과정에서 사회적 자본의 신뢰 망과 관계망은 매개효과로 작용하는가?

가설 2-1 노인의 사회적 자본의 신뢰성은 건강 증진행동에 긍정적 영향을 미칠 것이다.

가설 2-2 노인의 사회적 자본의 관계망은 건강증진행동에 긍정적 영향을 미칠 것이다.

제3절 변수의 측정 및 신뢰도

본 연구에 도입된 변수는 독립변수로 노인들의 건강 태도를 종속변수는 노인들의 건강증진 행동이다. 이들 변수들 관계에서 사회적 자본의 신뢰성과 관계망이 매개효과로 작용하지를 알아보는 것이다.

1. 건강 태도

1) 건강태도 측정도구

건강태도의 측정도구는 Torabi et al.(2004)의 건강태도척도(Health Attitude Scale)를 개발하였으며 본 척도로 김학령(2015) 이 척도는 건강에 대한 태도를 측정하기 위한 것으로 건강과 관련한 감정(문항번호 1-5), 질병예방과 건강한 생활양식에 대한 신념(6-10), 건강하기 위한 행동 의도(11-15)의 하위요인으로 구성하였다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 ‘전혀 아니다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점으로 점수가 높을수록 건강 신념이 높은 것을 의미한다. 이에 대한 타당도 검사를 실행한 결과<표 3-2> 본 연구에서는 요인으로 묶이지 않는 1번, 5번, 9번, 10번, 13번 문항을 제거하였다. 이 척도에 대한 문항구성 및 신뢰도는 <표3-1>과 같다. 건강태도의 내적 일치도인 Cronbach의 α 는 .843으로 나타나 신뢰도는 무난한 수준으로 판단된다.

<표3-1>건강태도의 문항구성 및 신뢰도(n=315)

하위요인	항목	항목수	
건강 감정	2 ~ 4	3	.653
질병예방 및 건강 생활양식 신념	6 ~ 8	3	.741
건강하기 위한 행동 의도	11,12,14,15	4	.818
전체		10	.843

* 역채점 문항: 1, 5, 10, 13

2) 측정도구의 타당성 검증

건강신념에 대한 구성개념의 내용타당도 검증을 위해 탐색적 요인분석 결과, 건강 감정의 요인은 2,3,4,(2요인)번의 문항으로 처리하였고, 질병예방 및 건강 생활양식 신념의 요인은 6,7,8번 문항(3요인),그리고 건강행동 의도의요인은 11,12,13,14,15(1요인)번으로 처리하여 구성하였다. 한편 요인으로 묶이지 않는 1번, 5번, 9번, 10번, 13번 문항을 제거하였다.

<표3-2> 건강태도 탐색적 요인분석

	성분		
	1요인	2요인	3요인
태도-1			
태도-2	.739		
태도-3	.789		
태도-4	.772		
태도-5			
태도-6		.568	
태도-7		.733	
태도-8		.634	
태도-9			
태도-10			
태도-11			.786
태도-12			.767
태도-13			
태도-14			.689
태도-15			.686

2. 사회적 자본

사회적 자본의 측정도구는 장 유미(2011)가 개발한 척도로써 노인들의 대상으로 사회적 자본을 신뢰성, 관계망으로 측정하였다.

1) 신뢰성

사회적 자본의 신뢰성은 1)친근하고 사적인 관계로 배우자 신뢰, 친구신뢰, 가까운 이웃 신뢰로 구성하였고, 2) 알지 못하는 관계에서의 신뢰는 모르는 이웃 신뢰, 3) 제도에 대한 신뢰는 정부신뢰, 지역협의 내용 신뢰로 구성하였다. 측정점수는 점수가 높을수록 신뢰성과 관계망이 높은 것을 의미한다. 사회적 자본의 신뢰성에 대한 내적 일치도인 Cronbach의 α 는 .742으로 나타나 신뢰도는 무난한 수준으로 판단된다.

<표3-3>사회적 자본의 신뢰성의 문항구성 및 신뢰도(n=310)

하위요인	항목	항목수	
친근 신뢰	문항(1) 1 ~ 3	3	
비친근 신뢰	문항(1) 4	1	
제도신뢰	문항(1)5, 문항(2)	2	
전체		6	.742

2) 관계망

사회적 자본의 관계망은 유대적 관계망과 가교적 관계망으로 구분하여 유대적 관계망은 친구 연락 횟수, 친척연락 횟수, 주변 이웃 연락 횟수, 도움 친구 수 도움 친척 수, 전화번호 기록 수, 가족단위 모임으로 구성하였고 이를 다시 친구연락, 친척연락, 주변이웃 연락, 도움 친구, 도움 이웃, 대화가능 이웃의 연속변수를 각각 서열변수(0=1, 1~5회/명 =2, 6~10회/명=3, 11~15회/명 =4 16회/명 이상=5)로 재구성하여 전화번호 기록, 가족단위 모임 등을 합산하여 연속변수로 처리하였다. 가교적 관계망은 반사회, 주민행사 관련 모임, 동문 및 동호회 모임, 운동모임 등을 합산하여 연속변수 처리하였다.

사회적 자본의 관계망의 문항별 내적 일치도인 Cronbach의 α 는 관계망은 .767으로 각 문항은 5점 Likert 척도로 나타났다.

<표3-4> 사회적 자본의 관계망의 문항구성 및 신뢰도(n=310)

하위요인	항목	항목수	
유대적 관계	문항(3) 1 ~ 3, 문항(4), 문항(5), 문항(6), 문항(7), 문항(8) 1	8	
가교적 관계	문항(8) 2~4	4	
전체		12	.767

3. 건강증진 행동

1) 건강증진 행동 측정도구

건강증진 행동 측정은 양옥경과 김학령(2015)이 개발한 신체건강행동척도를 사용하였다. 이 척도의 개발은 사회복지실천 현장에서 일상생활의 신체건강행동을 측정하기 위하여 개발되었다. 척도는 증진행동 6가지 요인으로 신체건강관리, 신체활동, 위생관리, 건강음식섭취, 수면관리와 식습관 요인으로 총 18문항으로 구성되어 있다. 모든 문항은 5점 Likert 척도로 ‘전혀 아니다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점으로 점수가 높을수록 신체 건강행동이 높을 것을 의미한다. 이 척도에 대한 문항구성 및 신뢰도는 <표 3-5>과 같다. 건강신념의 내적 일치도인 Cronbach의 α 는 .878로 나타나 신뢰도는 무난한 수준으로 판단된다.

<표 3-5> 건강증진행동 문항구성과 신뢰도

	문항번호	항목 수	Cronbach α
식습관	2, 3	2	.761
건강 음식섭취	4, 5, 6	3	.847
신체활동	7, 8, 9, 10	4	.790
위생관리	1, 11, 12, 13	4	.889
질병예방	14, 15, 16	3	.742
수면	17, 18	2	.770
전체		18	.878

2) 건강증진 행동의 타당성 검증

건강증진 행동에 대한 구성개념의 내용타당도 검증을 위해 탐색적 요인분석 결과, 1요인은 식습관, 2요인은 건강음식섭취, 3요인은 신체활동 4요인은 위생관리, 5요인은 질병예방, 6요인은 수면으로 처리하였다.

<표3-6> 건강증진 행동 탐색적 요인분석

	성분					
	1요인	2요인	3요인	4요인	5요인	6요인
행동_1				.656		
행동_2	.658					
행동_3	.512					
행동_4		.536				
행동_5		.676				
행동_6		.734				
행동_7			.561			
행동_8			.470			
행동_9			.710			
행동_10			.631			
행동_11				.645		
행동_12				.646		
행동_13				.668		
행동_14					.650	
행동_15					.604	
행동_16					.550	
행동_17						.679
행동_18						.593

4. 자료의 수집

본 논문에서는 노인의 건강태도와 건강증진행동의 관계에서 사회적 자본의 신뢰성과 관계망의 매개효과를 파악하기 위한 자료 원으로 광주광역시, 전라남도, 영암, 나주시, 영광, 해남, 담양, 함평, 고흥, 화순, 무안 등에 거주하는 만65세 이상 노인을 대상으로 2016년 7월1일부터 8월30일 까지 직접 방문하여 설문조사를 실시하였다. 각 지역 노인병원이나 요양원에 계신 어르신들은 의사소통이 힘들어 마을회관이나 경로당을 방문하였다. 또한 가정집과 보건소를 방문하여 설문조사를 실시하였다. 자료수집 전에 자료수집기관에 전화로 연구의 취지와 설문계획을 설명하고 허락을 받은 후, 직접 방문하여 협조문을 가지고가 자료 수집을 허락 받았다. 이어서 설문조사 모집 공고문을 자료수집 기관의 입구에 부착 후, 자발적 연구 참여를 지원한 65세 이상의 노인을 대상으로 설문지를 진행하였다. 설문지 작성은 노인이 직접 설문지를 읽어주고 응답하게 하였다. 설문지 작성에 소요된 시간은 약 15분 정도였으며, 설문지 작성 후 소정의 사례 품을 제공하였다. 설문지 배부 및 회수현황은 <표3-7> 같다.

<표 3-7> 설문지 배부 및 회수현황

설문지 배부	설문지 회수	설문지 회수율	분석대상 제외	분석활용 자료
350부	315부	90.0%	5부	310부

5. 자료의 분석

본 연구의 분석 방법은 SPSS 18.0 통계 프로그램과 Amos 18.0 을 이용하여 분석하였다.

첫째, 응답자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 건강 태도와 사회적 자본, 건강증진 행동 변인은 기술통계 분석을 하였으며, 타당도 검증을 위해 탐색적 요인분석을 실시하여 실시방법은 베리맥스 기법을 도입하였다.

둘째, 주요 변인들의 관계 정도를 검증하기 위하여 상관관계 분석 기법을 실시하여 다중공선성을 확인하였으며, 또한 변인들의 내적 일관성을 검증하기 위해 Cronbach의 α 분석을 하였다..

셋째, 구조 모형 검증을 위해 Amos 18.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다. 분석내용은 측정모형 검증을 위해 확인적 요인분석(CFA)과 본 연구에 따른 신뢰도 및 타당도를 확인하였다. 독립변수인 건강 태도가 종속변수인 건강증진 행동에 미치는 영향력을 파악한 후, 사회적 자본의 신뢰성과 관계망이 이들 관계에서 매개효과가 있는지를 검증하고 통계적 유의성 검증을 위한 부트스트랩을 실시하였다

제 4 장 실증분석

제1절 연구대상자의 일반적 특성 및 변수 특성

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구 대상자들에 대한 일반적 특성을 구체적으로 살펴보면 <표 4-1>과 같다. 조사 대상자 310명으로 성별에서는 남자 170명(55.2%), 여자 138명(44.8%)의 빈도를 보였으며, 조사 대상자 어르신들의 나이는 65세에서 70세 이하가 112명(36.1%)으로 가장 높은 빈도를 보이고 71세에서 75세 이하 어르신은 102명(32.9%), 76세 이상 어르신은 96명(30.9.9%)의 분포를 보였다. 어르신들의 교육수준은 무학이 10명(3.2%), 초등학교 졸업자는 63명(20.3%), 중학교 졸업자가 75명(24.2%), 고등학교 졸업자가 68명(21.9%), 대학교 졸업자는 73명(23.5%), 대학원 이상 졸업자는 21명(6.8%)로 나타났다. 어르신들의 종교는 기독교가 103명(33.2%), 천주교가 39명(12.6%), 불교가 33명(10.6%), 기타가 63명(20.3%), 그리고 종교가 없는 경우가 72명(23.2%)로 나타났다.

조사 대상자 어르신의 결혼 상태는 기혼이 229명(73.9%), 이혼이 8명(2.6%), 그리고 기타인 경우가 73명(23.5%)의 분포를 보였고, 동거가족은 혼자 사는 경우가 38명(12.3%), 배우자와 함께 사는 경우가 175명(56.5%), 배우자와 자녀가 함께 사는 경우가 54명(17.4%), 자녀와 거주하는 경우가 20명(6.5%)로 나타났다.

어르신들의 경제수준은 좋지 않는 경우가 30명(9.7%), 그저 그런 경우가 183명(59.0%), 부유한 편이 경우가 97명(31.3%)으로 그저 그런 편이 가장 높은 빈도를 보였다. 어르신들의 한 달 용돈은 30만원 미만이 67명(21.6%), 31만원에서 50만원 미만이 79명(25.5%), 51만원에서 70만원 이하가 60명(19.4%), 71만원에서 100만원 이하가 87명(28.1%), 그리고 101만원 이상이 17

명(5.5%)로 나타났다.

어르신들의 신체질환 수는 1개 앓고 있는 경우가 137명(45.4%), 2개를 앓고 있는 경우는 108명(35.8%), 3개를 앓고 있는 경우는 54명(17.9%), 4개 이상 앓고 있는 경우는 3명(1.0%)의 빈도를 보였다.

<표 4-1> 조사대상자의 일반적 특성

N=310

		N	%			N	%
성별	남자	170	55.2		혼자	38	12.3
	여자	138	44.8		배우자	175	56.5
나이	65~70세	112	36.1	동거가족	배우자와 자녀	54	17.4
	71~75세	102	32.9		자녀	20	6.5
	76세 이상	96	30.9		기타	23	7.4
교육수준	무학	10	3.2	경제수준	좋지 않다	30	9.7
	초졸 이하	63	20.3		그저 그렇다	183	59.0
	중졸 이하	75	24.2		부유한 편이다	97	31.3
	고졸 이하	68	21.9	한달돈	30만원미만	67	21.6
	대졸 이하	73	23.5		31~50만원미만	79	25.5
	대학원 이상 졸	21	6.8		51~70만원미만	60	19.4
결혼상태	기혼	229	73.9		71~100만원미만	87	28.1
	이혼	8	2.6		101만원이상	17	5.5
	기타	73	23.5		종교	기독교	103
질병수	1개	137	45.4	천주교		39	12.6
	2개	108	35.8	불교		33	10.6
	3개	54	17.9	무교		72	23.2
	4개 이상	3	1	기타		63	20.3

2. 주요변수들의 기술적 통계 및 정규성 검증

본 연구의 주요변수들에 대한 기술통계와 정규성 검증 결과는 <표4-2>와 같다. 그 결과 주요변수 중 종속변수인 건강증진 행동(식습관, 건강음식 섭취, 신체행동, 위생관리, 질병관리, 수면), 매개변수인 사회적 자본의 신뢰성(도움 받을 친구, 도움 받을 이웃, 가족단위(계)모임), 사회적 자본의 관계망(반사회, 지역민간 행사, 동문 및 동호회 모임, 스포츠 경기), 그리고 독립변수는 건강 태도(건강 감정, 질병예방과 생활양식 신념, 건강행동 의도)로 구성되었다. 또한 주요변인들에 대한 정규성 충족 여부를 확인하기 위해 왜도와 첨도를 측정하였다. 왜도는 자료의 대칭성 정도를 나타내고, 첨도는 정규분포곡선에서 점수의 비율이 어느 정도인지를 나타내는 것이다. 정규분포의 적합한 기준은 왜도<2, 첨도<7이다(West, Finch & Curran, 1995). 본 연구의 주요변수들에 대한 왜도 절대 값이 $-0.731 \sim 0.688$ 이고, 첨도 절대 값은 $-1.519 \sim 0.328$ 수준으로 왜도가 2 보다 작고, 첨도가 7보다 작아 정규성 분포의 가정이 충족되었다고 할 수 있다.

주요변수들에 대한 기술통계 분석결과 <표 4-2>를 살펴보면 첫째, 건강 신념의 평균은 $3.34(sd .47)$ 으로 중앙값 3.5보다 낮은 분포로 나타났다. 이들 하위변인들에서는 질병예방과 건강생활양식 신념의 평균이 $3.53(sd .52)$ 으로 가장 높고 다음으로 건강행동 의도 평균이 $3.37(sd .53)$, 건강 감정 평균 $3.30(sd .49)$ 으로 건강신념에서 가장 낮게 나타났다.

둘째, 사회적 자본에서 신뢰성은 친근 신뢰의 평균값이 $3.37(SD .98)$. 비친근 신뢰 평균이 $2.78(sd .72)$, 제도적 신뢰 평균은 $3.27(sd .61)$ 이었으며, 관계망에서 유대적 관계망 평균은 $2.38(sd .50)$, 가교적 관계망 평균은 $2.81(sd .71)$ 으로 나타났다.

셋째, 종속변수인 건강증진 행동의 평균은 $3.33(sd .49)$ 로 중앙값 3.0보다 높은 수준으로 나타났다. 이들 하위요인에서는 식습관 평균이 $3.82(sd .76)$ 으

로 가장 높고 다음으로 위생관리 평균이 3.81(sd .67), 질병관리 평균이 3.68(sd .59)로 중앙값 3.5(식습관, 위생관리, 질병관리)이고 신체행동 평균이 2.75(sd .71)로 중앙값 2.0보다 높게 나타났으나, 수면 평균이 3.20(sd .73), 건강음식 섭취 평균이 3.00(sd .70)로 중앙값(건강음식 섭취 3, 구강관리와 수면 3.5)이 평균값과 같거나 낮게 나타났다.

<표 4-2> 주요변수의 기술통계량

N=310

		최소값	최대값	평균	표준편차	왜도	첨도
건강 신념	건강 감정	2	5	3.30	0.48	0.688	-0.631
	질병예방과 생활양식 신념	2	5	3.53	0.51	-0.060	-1.473
	건강행동 의도	2	4	3.37	0.52	0.068	-1.032
	건강신념 계	3	4	3.34	0.47	0.700	-1.519
신뢰 성	친근 신뢰	1	5	3.37	0.98	-.082	-.531
	비친근 신뢰	1	5	2.78	0.72	.108	-.313
	제도 신뢰	1	5	3.27	0.61	-.731	.328
	신뢰성 계	1	5	3.10	0.64	-.515	-.391
관계 망	유대적 관계	2	4	2.38	0.50	.636	-1.216
	가교적 관계	1	5	2.81	0.71	.241	-.633
	관계망계	2	4	2.56	0.50	-.172	-1.784
건강 증진 행동	식습관	2	5	3.82	0.75	-0.535	0.246
	건강 음식 섭취	2	4	3.00	0.70	0.004	-0.970
	신체행동	1	4	2.75	0.71	0.049	-0.464
	위생관리	2	5	3.81	0.66	-0.155	-0.044
	질병관리	2	5	3.68	0.59	0.050	-0.390
	수면	2	5	3.20	0.73	0.155	-0.291
	건강증진 행동 계	2	4	3.33	0.49	0.397	-1.089

3. 상관관계 분석

이 연구의 연구모형에 따른 주요 구성 개념들의 인과관계와 매개효과를 검증하기 위한 사전절차로써 가장 보편적으로 사용되는 피어슨 상관계수 (Pearson product-moment correlation coefficient) 분석방법을 시도하였다. 분석결과 <표4-3> 종속변수인 건강증진 행동의 하위변인들과 통계적으로 유의미한 변수들을 살펴보면, 첫째, 건강증진 행동의 식습관 관리에서는 건강감정 ($r=.60$), 건강의도($r=.50$), 친근신뢰($r=.66$), 비친근신뢰($r=.11$), 제도신뢰($r=.28$), 가교적 관계($r=.20$), 에서 정적인 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉 건강 감정이 높을수록, 건강 의도가 높을수록, 신뢰성이 높을수록, 그리고 가교적 사회적 자본이 높을수록 식습관 관리가 증가하였다.

둘째, 위생관리에서는 건강 감정($r=.34$), 건강의도($r=.24$), 친근신뢰($r=.39$), 제도신뢰($r=.20$), 가교적 관계($r=.17$)등이 정적인 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉, 건강 감정 태도가 높을수록, 건강의도 높을수록, 신뢰성이 높을수록, 가교적 관계망이 높을수록 위생관리 행동은 높았다.

셋째, 질병관리에서는 건강 감정($r=.32$), 건강의도($r=.25$), 친근신뢰($r=.28$), 비친근신뢰($r=.15$), 제도신뢰($r=.11$), 가교적 관계($r=.11$)등이 정적인 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉, 건강 감정 태도가 높을수록, 건강의도 높을수록, 신뢰성이 높을수록, 가교적 관계망이 높을수록 질병관리 행동은 높았다.

넷째, 수면에서는 건강 감정($r=.35$), 건강의도($r=.22$), 친근신뢰($r=.24$)등이 정적인 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉, 건강 감정 태도가 높을수록, 건강의도 높을수록, 친근 신뢰성 높을수록, 수면관리 행동은 증가하는 것으로 나타났다.

<표 4-3> 변수 간 상관관계 분석

	감정	생활	의도	친근 신뢰	비친 근신뢰	제도 신뢰	유대 적 관계	가교 적 관계	식습 관	위생	질병	수면
감정	1											
생활	.18 **	1										
의도	.48 ***	.31 ***	1									
친근 신뢰	.40 ***	.05	.60 ***	1								
비친 근신뢰	.15 **	.22 ***	.31 ***	.32 ***	1							
제도 신뢰	.15 **	.02	.14 **	.40 ***	.09	1						
유대 적 관계	.11 *	.30 ***	.37 ***	.16 **	.31 ***	-.06	1					
가교 적 관계	.19 ***	.15 **	.18 ***	.30 ***	.21 ***	.21 ***	.25 ***	1				
식습 관	.60 ***	-.09	.50 ***	.66 ***	.11 *	.28 ***	-.12	.20 ***	1			
위생	.34 ***	-.04	.24 ***	.39 ***	-.01	.20 ***	-.05	.17 **	.54 ***			
질병	.32 ***	-.01	.25 ***	.28 ***	.15 ***	.11 *	-.03	.11 *	.48 ***	.52 ***	1	
수면	.35 ***	.06	.22 ***	.24 ***	.10	.02	.04	.02	.41 **	.42 ***	.56 ***	1

제5장 가설의 검증

제1절 연구모형의 분석결과

본 연구는 노인의 건강증진 행동에 영향을 미칠 것이라고 예측이 되는 건강 신념의 변수를 선행변수로 하여 선행변수가 신뢰성과 사회적 관계망에 미치는 영향을 검증하고, 후속하여 건강증진행동에 미치는 영향을 검증하고자 한다. 또한 건강신념과 건강증진행동의 영향 관계에서 신뢰성과 사회적 관계망의 매개적 효과를 밝히고자 한다.

1. 구성개념에 대한 확인적 요인분석

본 연구는 확인적 요인분석의 모형을 검증하기 위하여 Amos 18.0 version을 이용하여 구조방정식모형 분석을 실시하였다. 확인적 요인분석인 측정모형을 제시하기 위해 도출된 모형 적합도(overall model fit)지수와 신뢰도에 대한 분석을 <그림5-1>과 같이 실시하였다. 측정모형의 적합도를 확인하기 위하여 절대적합지수인 카이제곱 값(χ^2)지수를 비롯한 기초적합지수(GFI), 원소간 평균차이(RMR)와 증대적합지수인 표준적합지수(NFI), 증대적합지수(IFI), 비교적합지수(CFI) 그리고 간명적합지수인 조정적합지수(AGFI)를 사용하여 연구모형의 적합성을 판단하였다.

본 연구를 위해 측정모형을 <그림 5-1>과 같이 설정하여 분석을 실시한 결과 $\chi^2=441.69$ df/71(p=.000), GFI=.823, IFI=.687, CFI=.683, SRMR=.130로 나타나 모든 적합지수가 기준치를 충족하지 못하는 것으로 나타나 측정모형이 적합하지 않는 것으로 판단되었다. 따라서 측정모형의 수정이 필요한 것으로 판단되어 일부 항목들을 제거함으로써 지수를 향상시키고자 건강증진 행동에서 건강음식 섭취와 신체행동의 하위변인을 제거하여 모형을 수정한 결과,

전반적인 적합도 지수는 측정모형을 처리하기에 적합한 것으로 판단된다<그림 5-2>. 측정모형을 수정한 결과, 먼저 카이제곱(χ^2)값은 145.94(df=48), p=.000으로 유의확률 값이 .05보다 낮게 나타나 χ^2 값이 유의하게 나타났으며 기초적합지수(GFI=.928), 조정적합지수(AGFI=.883), 표준적합지수(IFI=.903), 비교적합지수(CFI=.901) 등이 .9에 근접하게 나타났다. 또한 SRMR=.064로 나타나 수정된 측정모형은 적합한 것으로 나타났다.

<표 5-1> 측정모형의 적합지수

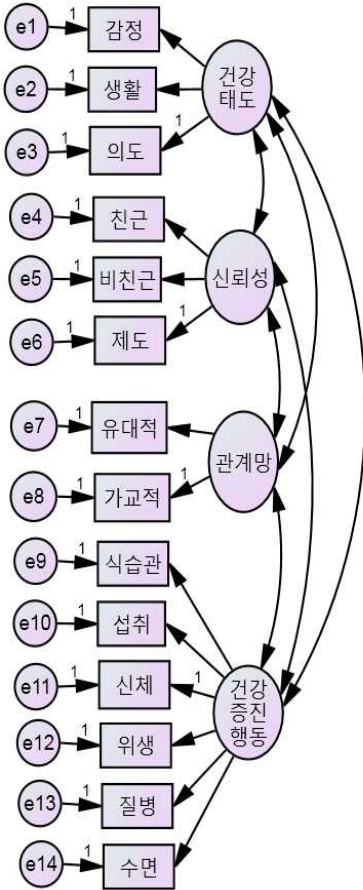
	χ^2	df	GFI	AGFI	NFI	IFI	CFI	SRMR
기준값	-	-	$\geq .88$	$\geq .86$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$	$< .08$
측정모형	441.6 9(p=.000)	71	.823	.756	.692	.687	.683	.130
수정모형	145.9 4(p=.000)	48	.928	.883	.861	.903	.901	.064

그리고 측정모형의 측정치를 평가하는 방법 중 하나의 자료의 내적 일관성을 측정하는 개념 신뢰도 방법과 다른 하나는 개념에 대해 지표가 설명할 수 있는 분산의 크기를 나타내는 평균분산추출(AVE)방법이 있다(배병열, 2009: 260-261). 개념 신뢰도¹⁾ 수준은 .7이상을 이상을 둘 수 있고, 평균분산추출(AVE)은 .5이상이어야 신뢰도가 있는 것으로 볼 수 있다. 본 연구의 측정모형에서는 개념 신뢰도가 .7이상이고 평균분산추출(AVE)²⁾이 .5에 근접하게 나타나 연구의 측정모형을 통해 인과관계를 분석하기에 적합한 것으로 판단된다<표5-2>.

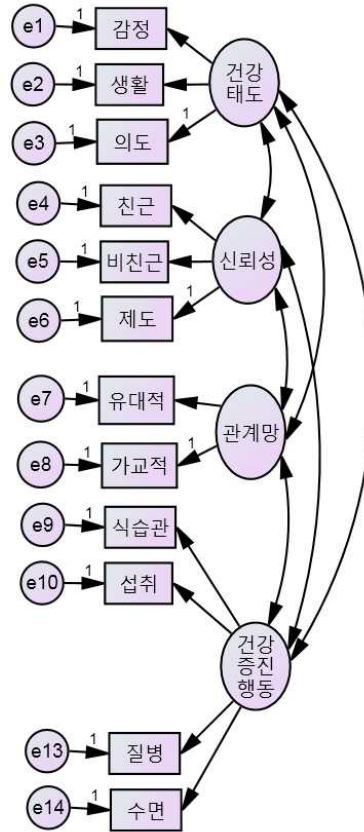
-
- 1) 구성개념 신뢰도 (construct reliability)= $\frac{(\text{표준화된 요인적재치의 합})^2}{(\text{표준화된 요인적재치의 합})^2 + \text{측정오차 합}}$
- 2) 분산추출값(extracted variance)= $\frac{\text{표준화된 요인적재치 자승합}}{\text{표준화된 요인적재치의 자승합} + \text{측정오차 합}}$

<표 5-2> 확인적 요인분석의 신뢰도와 타당도

연구단위	측정항목	Unstand-ard Estimate	S.E.	C.R.	Standard Estimate	개념 신뢰성	AVE
건강태도	행동의도	1			0.748	0.723	0.467
	생활신념	0.693	0.079	8.797	0.691		
	건강감정	0.677	0.082	8.279	0.604		
신뢰성	친근신뢰	1			0.86	0.717	0.468
	비친근신뢰	0.488	0.07	6.96	0.549		
	제도신뢰	0.629	0.041	5.656	0.602		
관계망	가교적관계	1			0.692	0.682	0.518
	유대적관계	1.385	0.207	6.686	0.746		
증진행동	식습관	1			0.651	0.792	0.489
	위생관리	1.828	0.192	9.54	0.693		
	질병관리	1.231	0.122	10.074	0.763		
	수면관리	1.033	0.109	9.474	0.686		



<그림5-1> 측정모형



<그림 5-2> 수정 측정 모형

2. 잠재변수의 개념 타당도 검증

본 연구의 잠재변수의 개념타당도를 평가하기 위해서 검증한 집중타당도와 판별타당도 분석은 <표5-3>과 같다. 측정모형의 검증에서 집중타당도는 ‘동일 개념을 측정하는 다중의 척도가 어느 정도 일치하는가?’이고, 판별타당도는 서로 다른 개념들 간에는 그 측정치에도 확실한 차이가 있어야 함을 의미한다. 본 연구의 측정모형에서 잠재변수인 건강 태도, 사회적 자본의 신뢰성과 관계망, 건강증진 행동의 집중타당도의 AVE>.5 근접하게 나타나 집중타당도가 있는 것으로 판단된다. 또한 판별타당도는 평균분산 추출값(AVE)이 모든 구성개념 간 상관자승치(squared correlation)보다 커야 한다는 검증방법을 통해 검증을 실시한 결과, <표5-3>에 나타난 것과 같이 모든 변수에서 상관자승치보다 평균분산추출값이 더 크게 상회하여 판별타당도를 확인하였다. 이러한 결과들을 통해 연구 단위들 간의 인과관계를 분석하기에 적합한 것으로 판단하였다.(Fornell and Robinson, 1983).

<표5-3> 구성개념의 개념타당도 분석결과

상관관계	AVE (평균분산추출값)	개념간 상관계수(ρ)	ρ^2	판별 타당도
건강태도↔신뢰성	건강태도=.467 신뢰성=.468	0.443	0.196	있음
건강태도↔관계망	건강태도=.467 관계망=.518	0.533	0.284	있음
신뢰성↔관계망	신뢰성=.468 관계망=.518	확인	기재	필요
신뢰성↔건강증진행동	신뢰성=.468 증진행동=.489	0.214	0.046	있음
관계망↔건강증진행동	관계망=.518 증진행동=.489	0.111	0.012	있음
건강태도↔건강증진행동	건강태도=.467 증진행동=.489	0.103	0.011	있음

3. 구조모형의 검증

본 연구의 검증을 위해 Amos 18.0을 이용하여 구조방정식 분석을 실시하였다. 연구에서 제시된 잠재변수들 사이의 경로관계 가설검증은 측정한 표본의 측정치를 이용하여 독립변수, 매개변수, 종속변수 등 구성개념 간의 영향관계를 통해 획득한 표본의 특성치인 경로계수와 고정지수 값을 가지고, 유의수준 ($|C.R.| > 1.96$ $\alpha = 0.05$)에서 채택여부를 검증하였다. 연구모형의 적합도를 검증한 결과, 모형 적합지수에서 $\chi^2=188.108$, $df=42$, $p=.000$, $GFI=.913$, $AGFI=.868$, $IFI=.888$, $CFI=.886$ 등이 모델 수용수준 .9에 근접하게 나타났고, $SRMR=.078$ 로 모델 적합도 .08이하로 모델을 수용하는 것에는 무리가 없을 것으로 판단된다.

1) 연구가설의 검증

연구모형<그림5-3>의 결과는 <표5-4>과 같다. 이를 구체적으로 살펴보면, 첫째, 건강태도는 신뢰성에 긍정적인(+) 영향을 미치고 경로계수 값은 .366이며 통계적 유의수준은 $p<.001$ 수준에서 채택되었고, 즉 건강태도가 높을수록 사회적 자본의 신뢰성이 높은 것으로 나타났다.

둘째 건강태도는 관계망에 긍정적인(+) 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 경로계수 값은 .211이며 통계적 유의수준은 $p<.001$ 수준에서 채택되었다. 즉 건강태도가 높을수록 사회적 자본의 관계망 또한 높아짐을 알 수 있다.

셋째, 건강태도는 건강증진 행동에 긍정적인(+) 영향을 미치고 경로계수 값은 .423, $p<.001$ 수준에서 채택되었다. 즉 건강태도가 높을수록 건강증진 행동이 다는 것을 의미하였다.

넷째, 사회적 자본의 신뢰성은 건강증진 행동에 긍정적인(+) 영향을 미치고, 경로계수 값은 .579, $p<.001$ 수준에서 채택되었다. 즉 사회적 자본의 신뢰성이 높을수록 건강증진 행동이 높은 것으로 나타났다.

다섯째, 사회적 자본의 관계망은 건강증진 행동에 부정적인(-) 영향을 미치고, 경로계수 값은 -.443, $p < .001$ 수준에서 채택되었다. 즉 사회적 자본의 관계성이 높을수록 건강증진 행동은 감소하였다.(가설설정에서 긍정적 영향이라면 기각으로 되어야 함. 가설설정의 방향성을 명확하게 정립되어야 할 것임 ->전체 가설설정의 방향성이 제시되어있지 않았음. 만약 부(-)의 영향관계가 맞다면 왜 그렇게 나왔는지에 대한 논리적 설명이 제시되어야 할 것임)

<표 5-4> 연구모형 검증 결과

가설경로	Estimate	S.E.	C.R	표준화 Estimate	P-value	가설 채택 여부
건강태도→신뢰성	0.366	0.036	10.282	0.763	.000	채택
건강태도→관계망	0.211	0.068	3.120	0.367	.002	채택
신뢰성→건강증진 행동	0.579	0.191	3.025	0.382	.002	채택
건강태도→건강증진 행동	0.423	0.101	4.179	0.583	.000	채택
관계망→건강증진 행동	-0.443	0.079	-5.607	-0.35	.000	기각
Model Fit Summary	$\chi^2=188.108(df=42)$ $p=.000$ $GFI=.913$ $AGFI=.868$ $IFI=.888$ $NFI=.860$ $CFI=.886$ $SRMR=.068$					

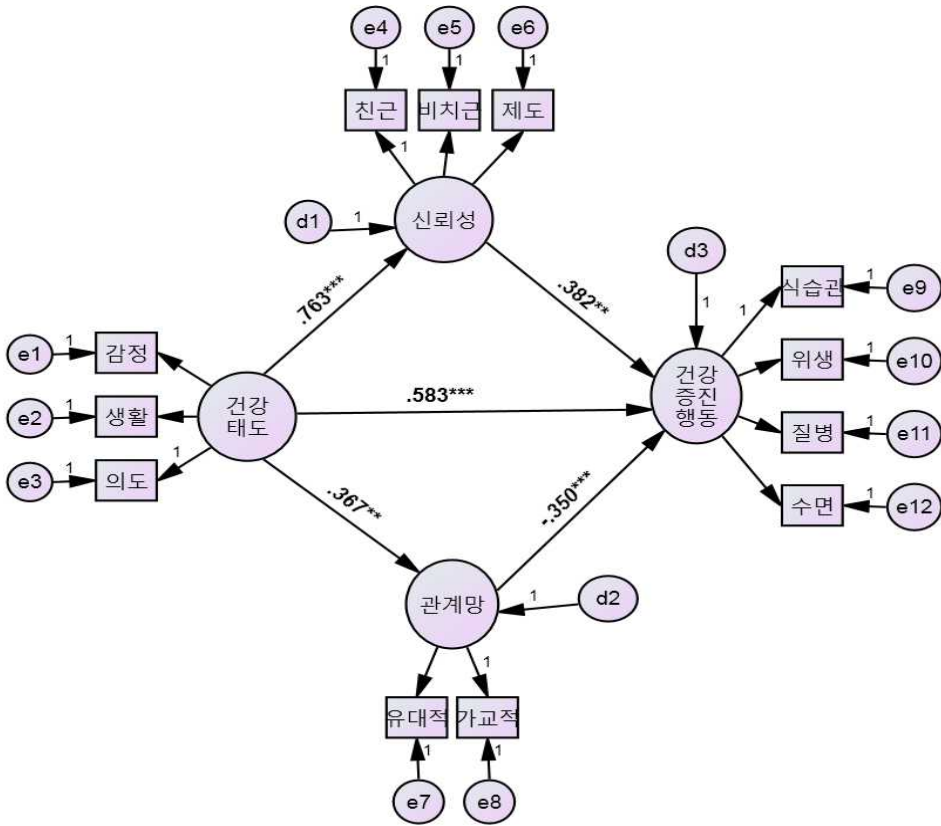
** $p < .01$, *** $p < .001$

2) 매개효과 검증

본 연구의 매개효과 검증으로는 Amos 18.0 통계기법에서 Bootstrap을 실시하여 유의성을 검증하였다. 그 결과 건강태도는 사회적 자본의 신뢰성과 관계성을 통하여 건강증진 행동에 부분 매개하는 것으로 나타났다. 건강신념의 직접효과는 .583, 간접효과는 .163로 총 효과는 .746이며 통계적으로 $p < .01$ 수준에서 유의미하였다.

<표5-5> 매개효과 검증 유의성

경로	Total Effect	Direct Effect	Indirect Effect	Bias-corrected
건강신념 → 건강증진행동	.746	.583	.163	-.703~1.146**



<그림5-3> 연구모형

제 6장 결론 및 요약

제1절 연구의 결론

현대사회는 과학 의료기술의 발달로 인간의 평균수명이 점진적으로 연장되고, 우리나라 전체 인구 중 65세 이상의 비율이 2015년에 13.1%에서 2060년 40%까지 급속히 증가될 전망이다. 이같이 노인 평균수명이 크게 늘어 개인의 수명 연장과 같은 긍정적 측면이 있으나 사회적 비용증가와 노인 본인의 경제적 부담 증가 등 여러 문제점들이 대두되고 있다. 이 같은 인구 통계적 대변혁의 시대에 노인의 건강한 생활과 건강증진 행동은 매우 중요한 연구주제가 되며, 최근 이 분야의 연구도 비약적으로 축적되고 있는 상황이다. 하지만 노인은 개인적인 건강 신념 및 태도가 노인의 건강 증진 행동에 미치는 영향에 대한 선행이론인 건강신념모형 및 계획적행동이론 등을 적용한 실증연구는 많았으나 사회적 자본으로서 개인의 건강 행동 또는 커뮤니티 건강 수준에 대한 연구는 임재영 외(2010) 및 정민수·조병희(2007) 등 몇몇 연구에 그치고 있어 특히 노인을 대상으로 한 개인의 태도적 요인과 사회적 자본 연구구성 요인과 연계된 통합적 연구를 통해 이들 요인들의 건강행동의 미치는 상대적 영향력 및 인과관계적 연구를 수립하여 연구의 기여도를 높이고자 하였다. 또한 본 연구는 실증분석 결과 노인들의 건강증진 행동을 개선 및 향상시킬 수 있는 실천적 측면과 정책적 측면을 제시하고자 한다. 본 연구의 실증분석 결과는 다음과 같다.

첫째, 본연구의 노인 응답자들은 주관적인 경제 상태수준은 보통이하 수준이 70%정도이며 약 50% 정도가 가용 용돈수준이 50만원 이하였으며 거의 모든 응답노인들이 1개 이상의 만성질환을 가지고 있는 것으로 나타나 매우 열악한 경제적, 신체적 상태임을 알 수 있다. 이들 노인의 대졸 이상이 30% 이상인 점을 감안 한다면 학력과 무관하게 상당히 열악한 경제, 건강관련 상태인 것으로 판단된다. 건강증진행동은 식습관, 위생관리, 질병관리, 수면 등

과 비교하여 섭식 및 운동과 관련된 건강식 섭취와 신체건강 행동은 매우 낮은 수준을 보이고 있어 건강증진 행동의 핵심 행동부분이 미흡한 수준으로 분석되었다.

둘째, ‘건강태도가 긍정적일 수록 건강 증진 행동은 높을 것이다’라는 가설은 채택되었다. 건강에 대한 태도는 건강과 관련한 긍정적 감정, 질병예방과 생활방식에 대한 태도, 건강 행위의도로 구성되었는데 건강증진행동과의 매우 높은 인과계수($r=0.583$)를 보이고 있으며 실제 건강증진행동의 가장 중요한 설명요인이 되고 있다. 이는 Fishbein & Ajzen(1980)의 계획적행동이론을 뒷받침하고 있다. 즉 노인들의 건강증진 행동을 높이려면 일상생활에 있어 자신의 건강에 대한 긍정적 감정과 생활방식 태도를 보이고 질병예방 및 건강행위 목표설정이나 향상하려는 신념이나 태도를 갖게 되면 행동측면에서 건강행동을 위한 식습관 개선 및 위생질병 관리 등 건강행동을 더 하게 된다는 것이다.

셋째, 건강태도는 사회적 자본인 신뢰성($r=0.763$)과 사회적 관계($r=0.367$)에 긍정적 영향을 보이고 있으며 신뢰성에 더 큰 영향을 미치고 있는 것으로 분석되었다. 이는 한 노인 개인이 자신의 건강과 관련하여 긍정적 감정 및 생활건강 태도를 갖게 되면 친근감이나 유대관계를 높이는 사회적 자본을 갖게 되고 공공재를 공유 활용하고자 한다는 것이다. 개인의 건강태도가 공공의 사회적 자본인 신뢰와 사회적 관계망에 소속되거나 활용하려는 지각과 행위를 하는 것으로 해석된다. 즉 개인건강과 관련한 태도가 가까운 가족 또는 지인의 그치지 않고 공공의 조직이나 기관에 대한 신뢰에까지 긍정적인 영향을 미친다는 것으로 개인과 사회적 자본이 상호작용하여 사회적 자본을 더욱 증가시킬 수 있다는 것을 보여주고 있다. 건강태도가 신뢰를 높이는 방식은 정보교환을 늘리고 유대감을 높인다는 것은 개인의 건강한 감정과 생활방식이 사회적 자본을 증가시킨다는 것이다. 따라서 개인의 건강에 대한 긍정적 태도는 사회적 이익을 크게 할 수 있게 공식적 또는 비공식적 조직과 상호작용을 높이고 사회참여와 공동체의 생산성을 높이는 사회적 관계망을 넓히는

것이다. 이는 Coleman(1990) 이 말하는 사회적 자본이 사람들이 밀접히 만나 상호작용하면 공유되는 신뢰, 네트워크, 규범이나 가치가 사회의 긍정적으로 작용하여 궁극적으로 사회적 자본으로서 역할을 담당하게 되는 것과 같은 맥락이다. 사회적 신뢰가 축적되고 상호작용이 많아지면 건강에 도움이 되는 정보를 더 많이 교환하게 되며 건강증진행위에도 함께 참여하는 행동 등으로 증진 행위가 이루어진다는 것을 보여주고 있다. 사회적 신뢰성이 높은 지역 사회 및 개인적인 주변 환경일수록 긍정적인 외부 효과가 나타나 건강시설 및 서비스 접근성이 높아지게 되며 결과적으로 개인의 건강증진행위는 높아진다는 것이다. 예컨대 신뢰도가 높아지면 예방 접종이나 건강검진을 정기적으로 받게 되고 공공의 체력 단련이나 걷기대회 참가가 많아지는 것으로 사회적 자본의 개인 건강에 긍정적 효과를 명확히 보여주고 있다.

마지막으로 사회적 관계망은 예측과 달리 개인의 건강증진 행동에 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이를 해석하기는 용이하지 않지만 노인의 사회적 관계망이 상대적으로 낮은 수준에 머문 것에 기인하지 않았다. 추측되며, 가교적 관계망은 특히 매우 제한되며 유대적 관계망도 비교적 낮은 수준에 머문 노인 샘플 특성을 반영하지 않았다. 추측된다. 무엇보다 건강증진 행동의 측정으로서 사회적 관계망과 관련성이 높은 신체운동과 건강음식 공동섭취 관련 척도 등이 분석에서 제외된 것에서 기인하지 않았나 생각된다. 후속 연구에서는 노인의 사회적 관계망이 사회 심리적 기재를 통해 건강행동에 미치는 관계를 심층적으로 연구할 필요성이 제기된다.

제2절 정책적 제언

본 연구의 목적은 노인의 건강태도와 건강증진행동과의 관계에 있어 사회적 자본의 매개효과를 밝히고자 하였으며, 사회적 자본에 영향을 미치는 개인의 건강태도를 검증하고자 하였다. 개인이 건강에 대한 긍정적 감정과 생활태도를 가지면 주변의 자원을 자기의 이익에 부합시키기 위해 효율적으로 동

원하려는 사회적 자본을 검증하고자 하였다. 개인이 자신의 소유가 아닌 공공재를 동원하는데 있어 신뢰나 신뢰에 기반한 기대 및 규범이나 사회구조 속에서의 네트워크망인 사회적 자본을 어떻게 활용하는가를 밝히고자 하였다.

실증분석의 결과로서 도출되는 정책적 시사점은 개인의 건강에 대한 긍정적 감정과 질병예방에 대한 신념, 건강생활방식에 대한 태도는 사회적 자본인 신뢰와 사회적 관계망을 넓히는 것으로 단순히 사회적 자본을 높이려는 노력보다는 선행요인인 건강태도를 위한 건강한 생활방식을 유도하고 건강을 지원하는 주변생활 환경창조, 지역사회 교육 및 활용프로그램 강화나 예방서비스 강화는 사회적 자본을 증가시키므로 이에 대한 투자가 우선되어야 할 것이다.

사회적자본인 신뢰성은 개인의 심리적 과정을 통해 개인의 건강생활 방식 및 실천행동에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 사회적 신뢰성은 정부기관이나 공공기관에 그치지 않고 개인의 가까운 가족과 지인, 그리고 지역 커뮤니티 및 동호회도 구성주체가 되므로 지역커뮤니티 및 동호회 활동 등의 지원에 있어 신뢰성을 제고할 수 있도록 투명성을 제고하거나 사전 정보의 공개 및 적극적 참여 등을 유도하는 방안이 모색되어야 할 것이다. 사회적 신뢰성을 높일 수 있도록 지역사회 참여 및 역할부여 기회를 넓히고 건강서비스 및 시설 접근성을 제고하여 사회적자본이 개인의 건강행동 증진에 밀접히 이어질 수 있도록 정책적 배려가 있어야 한다.

마지막으로 우리사회는 급격한 노령화와 핵가족 중심 및 독거노인 가족 등 가족구조의 변화로 노인의 부양과 보살핌 및 지원이 사회적 몫으로 대두되었다. 따라서 지역사회에 있는 지자체 및 공공기관들이 민간단체와 연계하여 지원의 영역을 넓혀야 한다. 지역의 노인들이 적은 비용으로 비교적 쉽게 접근할 수 있는 기관은 지역보건소 및 요양원이 될 것이므로 이들의 역할이 심층화되고 확대되어야 한다. 이들 기관이 노인을 대상으로 지속적이며 효율적인 건강관련 교육 및 서비스를 제공하도록 노력하여야 하며 노인들의 참여를

높이는 방안이 제시되어야 한다. 이를 위해 충분한 홍보와 지속적인 정보제공과 보건건강교육이 실시되어야 한다. 이를 통해서 노인들의 건강에 대한 긍정적 태도를 높일 수 있으며, 사회적 자본인 신뢰도를 제공하여 노인건강행위 증진으로 이어지도록 해야 할 것이다.

제3절 연구의 한계 및 장래연구

본 연구는 노인의 건강태도와 관련하여 연구구성을 신념과 구별하지 않고 이론화 및 조작화를 하였으나 향후 연구에서는 인지적인 건강에 대한 신념속성과 정서적 태도와 구별된 심층연구가 필요하다. 또한 노인건강증진행동 측정에 있어서도 건강운동, 섭식, 건강위험행동에 대한 척도 미흡으로 식습관이나 위생질병 관리 등에 그친 점이 한계점으로 나타났다. 향후 연구에서는 WHO가 제안한 것처럼 ①식이 및 영양관리 ②운동 및 체중관리 ③금연 및 금주 ④약물 오용 ⑤스트레스와 우울증 관리 ⑥노인 및 장애관리 ⑦예방접종, 정기건강검진 생활양식 및 질병생활수준 개선 등이 포함된 척도를 사용하여 사회적자본과의 관계성을 규명할 필요가 있다. 사회적 관계망이 본 연구에서 건강행동과 부정적 관계가 있는 것으로 나타났는데 이에 대한 재조사 분석이 필요하다.

마지막으로 사회적자본이 어떤 사회 심리적 기제를 통해 개인의 건강행동에 영향을 미치는지에 대한 심층연구가 필요하며, 사회적관계망이 네트워크 형성 및 활성화에 따라 건강정보 및 공동 건강 활동에 영향을 미치는 관계도 조사가 필요하다. 커뮤니티 측면에서 사회적 신뢰 및 관계망이 어떻게 전파되고 결속되어 개인의 행동으로 이어지는지에 대한 실증분석이 요구된다.

참고문헌

1. 국내문헌

- 강영실,김은실,구미옥 등 (2003). “여성노인의 건강상태와 건강관련 서비스 요구”. 『한국간호학회지』, 제 17권 제1호, 47-57.
- 강은영,2005, 『국민건강·영양조사 건강면접조사 및 보건의식행태조사 진행보고서』
- 강혜련 (2014). “노인의 자본이 삶의 질에 미치는 영향 : 인적자본, 사회자본 및 문화자본을 중심으로.” 한서대학교 대학원 박사학위논문.
- 고경훈·안영훈·김건위 (2012). “지방자치단체의 사회적 자본 측정 및 증진방안. 한국지방행정연구원.”
- 구미옥(2006). “한국 노인의 건강증진행위에 대한 문헌분석 연구”. 『간호학의 지평』, 제13권 제1호, 17-34.
- 김강호(2010). “사회적 자본이 심리적 복지감에 미치는 효과, 도농 간 비교”, 『농업교육과 인적자원개발』, 42(2): 81-97.
- 김금자, 2000, “중년남성의 건강증진행위 예측모형”, 박사학위논문, 한양대학교.
- 김길용·김은미·배상수,2009, “사회자본과 신체활동 행위변화단계”, 『보건교육·건강증진학회지』
- 김대업(2008), 『Amos A to Z : 논문작성절차에 따른 구조방정식 모형분석』. 서울:학현사.
- 김동배·권중돈 (2001). “인간행동이론과 사회복지실천”. 학지사.
- 김동배·유병선·이정은 (2012). “노인의 건강불평등: 교육 불평등에 따른 건강불평등에 대한 사회참여의 매개효과”. 『사회복지연구』, 43(1),
- 김미희(2006). “재가 편마비 환자의 건강증진행위 설명 모형”, 연세대학교박사학위 논문.
- 김민영 (2013). “장애특성과 사회경제적 지위가 장애인의 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구 : 사회적 자본 매개효과를 중심으로. 서울시립대학교대학원 박사학위논문.

- 김선희·천현숙·서연미·윤윤정(2008) “국토관리분야의 사회적 자본 확충 방안: 사회적 자본 영향요인 분석”. 국토연구원 연구보고서.
- 김숙영(2003). “노인의 건강증진행위와 영향요인 : 자기효능, 사회적 지지, 우울을 중심으로”. 『노인간호학회지』, 제5권 제2호, 171-181.
- 김영미(2005). “여가스포츠 참여노인의 건강행태와 정서적 행복감의 관계”, 대구대학교 박사학위논문.
- 김영범, 이승훈(2008). 연구논문; “한국 노인의 사회활동과 주관적 안녕감; 서울 및 춘천 노인을 대상으로.” 한국노년학, 28(1), 1-18.
- 김은원, 이인정, 주애란 (2003). “노인대학 프로그램이 노인의 일상생활 능력과 건강노화노력에 미치는 영향”, 『노인복지연구』, 제20권 여름호, 49-67.
- 김진구(2012). “소득계층에 따른 노인들의 건강 불평등 측정, EQ-5D 척도를 중심으로”, 『한국노년학』, 32(3): 759-776.
- 김진희, 2005, “남녀 근로자의 사회경제적 지위에 따른 건강행위와 건강수준 분석”, 박사학위논문, 연세대학교.
- 김학령,(2015) “정신장애인의 신체건강행동에 영향을 미치는 요인:TTI의 적용을 중심으로”
- 김혜경(2002). “노인의 건강행위 및 관련요인 성별차이를 중심으로”, 한림대학교 박사학위논문.
- 김혜경(2004). “범이론적 모형에 근거한 성인의 건강증진 실천행위에 대한분석”, 이화여자대학교 박사학위 논문.
- 김혜련·강영호·윤강재·김창석, 2004, 『건강수준의 사회계층간차이와 정책 방향』, 한국보건사회연구원 연구보고서 2004.
- 김효정, 채선옥, 박영숙 등 (2001). “노인의 인지된 건강상태 및 건강개념과 건강증진 행위와의 관계”, 『한국보건간호학회지』, 제15권 제2호, 262-274.
- 김희자, 김주현, 박연환(2000). “일 지역 농촌 노인들의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인”, 『성인간호학회지』, 제12권 제4호, 573-583.
- 김희주(1998), “ 입원환자를 돌보는 가족원의 건강증진행위의 관련요인”, 성인간호학회지, 제10권 1호, 198-207.

- 권구영·박공식. 2007. “노인일자리사업의 효과성에 관한 연구”, 『한국노년학』 제27집 3호 한국노년학회. pp. 527-547.
- 권영숙·이영민(2011). “지역사회 자원봉사활동 특성 유형과 사회적 자본 형성의 관계 분석”, 『지방행정연구』, 25(1): 137-156.
- 권중돈·손의성. 2010. “노인의 자기인식과 차별경험이 노인의 사회참여에 미치는 영향과 자기효능감의 매개효과”, 『노인복지연구』 제49호, 한국노인복지학회, pp. 81-106
- 노태영, 1997, “일부종합병원 간호사의 건강증진행위와 그 결정요인에 관한 연구”, 박사학위논문, 서울대학교
- 박경민, 하은경(2004). 도시지역 기초생활 수혜노인의 자기관리 능력과 건강증진행위. 대한보건연구. 30(1, 96-103.)
- 박미진(2012). “노인의 우울과 지지네트워크가 삶의 만족감에 미치는 영향, 빈곤노인과 비빈곤노인의 비교“, 『정신보건과 사회사업』, 40(1); 207-233.
- 연구환·박병현(2010). “지역사회거주 빈곤 노인의 건강증진행위에 대한 영향 요인 연구”, 『노인복지연구』, 48; 205-228.
- 박미진, 연구환, 박병현(2010). “지역사회거주 빈곤 노인의 건강증진행위에 대한 영향 요인 연구. 노인복지연구”. 48(단일호), 205-227.
- 박인숙, 1995, “건강검진 생활양식에 관한 연구”
- 박보윤(2008), “중년여성의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인 연구”, 이화여자대학교 대학원, 석사학위논문
- 박석돈·박순미·이경희(2008). 『노인복지론』, 양서원.
- 박순미 (2011). “노인의 건강상태가 삶의 만족도에 미치는 영향 : 사회참여와 경제활동의 매개효과와 조절효과를 중심으로. 노인복지연구,” 53, 291-318.
- 박영주,이숙자,박은숙 등 (1999). “한국노인의 건강행위 예측모형 구축”, 『대한간호학회지』, 제29권 제2호, 281-292.(2013).
- 박오장(1987). “사회적 지지가 당뇨병환자의 역할행위 이행에 미치는 영향에 관한 연구”, 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 박은옥(2008). “지역사회 보건사회지표를 이용한 지역사회 건강수준 관련 요인 분석”, 『지

- 역사회간호학회지』, 19(1); 13-25.
- 박준기. “노인일자리 사업이 참여자의 생성감과 자아통합감에 미치는 영향에 관한 연구”.
강남대학교 박사학위 논문.
- 박정숙,이혜란(2003), “일반노인과 저소득층 노인의 건강증진행위와 지각된 건강상태비
교”, 지역사회간호학회지, 제14권 1호, 157-166.
- 배병렬(2007). 『구조방정식모델링 원리와 실제』, 서울:도서출판 청람.
- 박희봉 · 이희창 · 전지용. (2008). “가족 사회자본이 집단가치와 삶의 만족에 미치는 영향”.
현대사회와 행정. 18(3): 51-56.
- 보건복지부(2007). 『2007년 노인보건복지사업 안내』 .
- 보건복지가족부(2008). 『국민건강증진종합계획(2006-2010) 2008실행계획』 .
- 사회적 지지연구회 역(2002). 『사회적 지지와 건강』, 서울: 현문사.
- 서문자,박영임,유세순 등 (2000). 『건강증진과 건강교육』, 서울: 수문사.
- 서혜숙. (2007). “사회자본과 지역사회 복지서비스 수혜자의 만족에 관한 연구”. 동아대학
교 박사학위논문.
- 서현미(2001). “노인의 건강증진 행위 모형구축”. 서울대학교 박사학위 논문.
- 서현미,하양숙(2004).“노인의 건강증진생활양식에 영향을 미치는 요인 -Pender의 건
서연옥, 1995, “중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형”, 박사학위 논문, 경희대학
교.
- 성기옥(2016).노후불안과 자아통합감이 삶의 만족에 미치는 영향 :사회적 자본의 매개모형
(P 8~9 59~61) 건강증진모형 적용 -”. 『대한간호학회지』, 제34권 제7호,
1288-1297.
- 석말숙(2004). “노인의 주관적 안녕감에 대한 생태체계적 접근 -지역사회거주 재가노인을
중심으로”. 『노인복지연구』, 제26권 겨울호, 237-261.
- 성미혜,임영미(2003), “노인의 건강증진생활 양식에 관한 연구”, 대한 간호학회지, 제33권 6
호, 762-771
- 손기영 · 김민규 · 김지연 · 나세원 · 위지영 · 이유리 · 정예지 · 천유진 · 김채윤 (2010). “농촌
지역 주민의 사회자본과 건강관련 삶의 질과 관련성. 대한임상건강증진학회”,

- 10(3), 113-122.
- 손덕순,이홍직(2006). “노인의 심리적 안정감 결정요인에 관한 연구-생태체계 요인을 중심으로”, 『노인복지연구』, 봄호, 제31호,181-205.
- 손화희(2004). “서울 지역 노인의 건강증진행위와 관련된 생태학적 변인에 관한 연구”, 『대한가정학회지』, 제42권 제12호, 77-92.
- 신경림,김정선(2004) .“도시지역 여성노인의 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태 및 건강증진행위와의 관계 연구”. 『대한간호학회지』, 제34권 제5호, 869-880.
- 심미숙(2005),“저소득 노인의 자아 존중감, 사회적 지지, 건강증진행위에 관한 연구”, 성인간호학회지, 제7권 1호, 63-70.
- 이경자,윤종률,고일선 등 (2001). “노인의 질병예방 및 건강증진행위 실천을 위한 예측모형 구축”. 서울 연세대학교. 보건복지부.
- 이미자(2002). “산업장 근로자의 건강증진행위 모형 구축”. 중앙대학교 박사논문.
- 이석구,전소연(2006). “지역사회 노인들의 신체적 기능상태와 관련 요인”. 『한국노년학』, 제26권 제4호, 929-947.
- 이은영 외(1991). “간호·의료연구와 통계분석”, 『수문사』 .
- 이은자(1988). “계획된 당뇨교육이 환자역할행위 이행에 미치는 영향”, 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 이은경(2011). “고령화와 노인의료비연구”, 연구발간자료, 웹문서(www. kipf.re.kr).
- 이은남(1998). “건강신념 및 효능기대증진 프로그램이 류마티스 관절염환자의 골다공증 예방행위에 미치는 영향”. 류마티스 건강학회지, 5(2), 174-190
- 이영역(1995). “인간발달생태학”. 서울: 교육문화사.
- 이영휘(1999), “중년 남성의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인분석”, 성인간호학회지, 제11권 4호, 557-569.
- 이태화, 1989, “건강증진행위에 영향을 미치는 변인분석-서울지역 일반 성인 남녀를 중심으로”, 석사학위논문, 연세대학교.
- 이태화, 이정렬, 김희순, 함옥경(2005). “건강증진사업 시범여부에 따른 지역주민의 사업인식과 참여도, 건강행위 비교 연구”. 대한간호학회지, 35(3), 461.

- 이학식, 임지은(2007), “구조방정식 모형과 Amos6.0”, 법문사
- 이현지(2007). “부양책임이 부양부담과 향후 부양의지에 미치는 영향”, 『한국노년학』, 제27권 제4호, 1015-1030.
- 우경숙 · 서제희 · 김계수 · 신영진(2012). “노인의 사회자본과 건강의 영향”, 『보건행정학회지』, 22(4): 497-521.
- 여구환 · 박병현(2010). “지역사회거주 빈곤 노인의 건강증진행위에 대한 영향 요인 연구”, 『노인복지연구』, 48: 205-228.
- 임우서. (2009). “사회적 자본과 노인의 생활만족도의 관계에 관한 연구: 서울특별시를 중심으로”. 서울시립대학교 박사학위논문.
- 장인순(2006). “일부 지역사회 독거노인의 여가활동유형과 건강상태, 자아 존중감, 사회적 지지와의 관계 연구”. 『한국보건간호학회지』, 제20권 제2호, 130-140.
- 전은영, 김귀분(2006). “노인의 거주유형별 건강증진 행위 영향요인 비교”. 『대한간호학회지』, 제36권 제3호, 475-483.
- 정경희, 오영희, 석재은 등 (2005). “2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사”, 서울: 한국보건사회연구원.
- 조소영(1996), “건강과 의료”. 함세남 황재하 이창석 조소영 김일태 정희성 (편). 『복지정책의 논점』, 393-398. 서울; 학문사.
- 조희숙, 김춘배, 이희원 등 (2004). “건강신념 모형을 적용한 한국인 건강관련행동 연구에 대한 메타분석”. 『한국심리학회지』, 제 9권 제1호, 69-84.
- 진해정(2008), “경로당 이용 노인의 주관적 건강상태, 건강관심도, 건강행위간의 관계”, 전남대학교 박사학위논문
- 장백기. (2011). “노인의 취업활동이 주관적 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구: 사회적 자본의 매개효과를 중심으로”. 한성대학교 박사학위논문.
- 장영의. (2013). “도시지역 노인의 사회적 관계망과 사회심리적 요인이 삶의 질에 미치는 영향”. 조선대학교 박사학위논문.
- 장유미. (2011). “노인고용정책이 노인 삶의 질에 미치는 영향: 사회적 자본을 중심으로”. 경상대학교 박사학위논문.

- 장정은. (2011). “노인의 건강상태와 삶의 만족도 관련요인”. 경원대학교 박사학위논문.
- 장주효. (2010). “노인의 생활영역만족이 삶의 만족도에 미치는 영향관계 연구”. 대구대학교 박사학위논문.
- 정순돌·이은진. (2013). “사회적 자본과 고용 및 복지서비스 인지의 관계: 청년·중년·노년집단 비교”. 한국노년학, 33(1), 125-141.
- 정현주(2005). “건강수준에 따른 건강행위 분석”. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 최명애,이인숙 역(1997). “건강증진과 간호실무”. 서울:현문사.
- 최성재,장인협(2005). 『노인복지론』. 서울: 서울대학교 출판부.
- 최영애,하양숙,김금순 등 (2008). “중년 여성의 운동행위, 운동환경 및 사회적 지지에 관한 연구”. 『대한간호학회지』, 제38권 제1호, 101-110.
- 최영희,김순이(1997). “한국노인의 건강행위 사정도구 개발”. 『대한간호학회지』, 제27권 제3호, 601-613.
- 최영희,김순이(1999). “노인의 건강행위 평가 연구”. 『한국노년학』, 제19권 제1호, 119-130.
- 최혜경,권유경 역(2001). 『성공적 노화』.서울:신정 출판사.(Rowe and Kahn,(1999). Successful aging.
- 최혜숙(2006). “여성노인의 건강증진행위 모형구축”. 한양대학교 박사학위 논문.
- 통계청(2008). 『2008 고령자 통계』.
- 통계청(2006), 『2005 생명표』.
- 한창완,배숙경,이은주 등 (2000). “재가고령자의 일상생활동작과 관련 요인에 관한 연구”. 『노인복지연구』, 겨울호, pp.233-246.
- 홍영란. (2005). “사회적 자본의 측정에 관한 고찰”. 서울: 한국교육개발원.

2. 국외 문헌

- Antonacci, C. B.(2002). "The effect of health beliefs on health-promoting behavior in the rural elderly". Doctoral. dissertation, State University of New York.
- Bandura, A . 1986. Social foundations of thought and action: A Social cognitive theory. Englewwod Cliffs, NJ:Prentice-Hall
- Baker, W. (1990). Market networks and coporate behavior. *American Journal of Sociology*, 96; 589-625.
- Becker, M. H.(1974). The health belief model and sick role behavior, *Health Education Monographs* 2(4).
- Becker, M. H(1985). Patient adherence to prescribed therapies, *Medical Care*, 23(5), 539-555.
- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J.P.(1974). A New approach to explaining, sick role behavior in low income population, *American Journal of Public Health*, 64(3), 205-216.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge, Mass: Havard University Press.
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). "Positive events and social support as buffers of life change stress". *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Christensen, D.B.(1978). Drug-taking compliance ; A review and synthesis, *Health Seruices Research*, Summer, 171-187.
- Davis, D. C., Boothe, A., Douglass, M., Faria, S., KeneΩ, D., Kitchens, E., & Weaver, M. (1991). An interactive perspective on the health beliefs and practices of rural elders. *JGN*, 17(5), 11-16
- Fornell, C. and William T. Robinson(1983), "Industrial Organization and Comnsuer Satisfaction and Dissatisfaction," *Journal of Consumer Research*, 9(4), 403-412.
- Gatewood, J. G., Litchfield, R. E., Ryan, S. J., Myers, G. J. D.,

- Gielen A. C., & McDonald E. M. (2002). "Using the PRECEDE-PROCEED Planning model to apply health behavior theories". In K. Glanz B. K. Rimer, & F. M. Lewis(Eds.). Health behavior and health education: theory, research, and practice (3rd. ed), 409-436. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Gochman. D. S., 1997. "Health behavior research; Defintions and diversity". 3-20. in Handbook of Health Behaiour Research, Vol I. Personal and Social Determinants, edited by Gochman, D. S., New York; Plenum Press.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (2004). Health program planning. An educational and ecological approach (4th. ed). New York: McGraw-Hill.
- Grzywacz, J. G., & Fuqua, J. (2000)." The social ecology of health: Leverage points and linkages". Behavioral Medicine, 26(3), 101-115.
- Heaney, C. A. & Isreal B. A. (2002). "Social networks and social support". In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis(Eds.), Health behavior and health education: theory, research, and practice (3rd. ed.), 185-263. San Fransisco: Jossey-Basss.
- Jancey, J. M., Clarke, A., Howat, P. A., Lee, A. H., Shilton, T., & Fisher, J.(2008). "A physical activity program to mobilize older people: A practical and sustainable approach". The Gerontologist, 48(2), 251-257.
- Jang, S. Y. (2002). A study on living conditions of the middle-class aged major in educational administration. The Graduate School of Education Yonsei University, Seoul.
- Johnson, W. & Matross, R.P(1975). Attitude modification methods, In F. H. Kanfer & A..P. Goldstein(Eds.), Helping people change, (pp.51-88), New York ; Press.
- Kahn. J. R., and Fazio. E. M., 2005. "Economic status over the life course and racial disparities inhealth". Journal of Gerontogy ; Social Sciences. 60B: S76-S84.
- Kim, J. H., & Kin, H. J. (2000). Factors Influencing Health Promting Behavior of the

- Elderly The Korean Academic Society of Adult Nurisng 12(4), 573-583.
- Kim, M. H., & Chon, M. Y. (2002). An Exploration of Adult Women Health-Behaviors. Journal of Korean Public Health Nursing, 16(2), 239-253.
- Lawton M. P., Moss M., & Fulcomer M. (1982). A research and service oriented multilebel assessment instrument. Journal of Gerontology, 37, 91-99.
- Larson, E. B., Bergman, J., & Hendrick, F.(1982). Do postcard reminders improve influenza vaccination compliance? Medical Care 20, 639-648.
- Lee CH, Kim HJ, Kim YI. Factors affecting active early detection behaviors of breast cancer in outpatients. Korean journal of women health nursing, 2010;16(2):126-136.
- Loretta, L. A.(1988). Health beliefs and health behavior in elderly, chronically ill males, Rush University Doctoral Dissertation.
- Marshall, V. W., & Altpeter, M. (2005). "Cultivating social work leadership in health promotion and aging: Strategies for active aging interventions". Health & Social Work, 30(2), 135-144.
- Maiman, L. A., & Becker, M. A., (1974). The health belief model; Origins and correlates in psychological theory, Health Education Monographs, 2(4), 336-353.
- States. Newson J. T., Kaplan, M. S., Huguet, N., & McFarland, B. H. (2004). "Health behaviors in a representative sample of older canadians: prevalences, reported change, motivation tochange, and perceived barriers". The Gerontologist, 44(2), 193-205.
- Pender, N. J. (1996). Hwalth promotion in nursing practice (3rd ed.), Appleton and Lange Stamford, Conneticut.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Persons, M. A. (2001). Health promotion in nursing practice(4th ed). Upper Saddle River, NJ; Prentice Hall.
- Rowe, J.w. & Kahn, R.L. (1999). Successful aging. Dell Published Company.

- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the health belief model. *Health Education & Behavior*, 2(4), 328-335.
- Sallis, J. F. & Owen, N. (2002). "Ecological model of health behavior". In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis(Eds.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice*(3rd ed.), 462-484. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sherer, M., & Maddux, J. E. (1982). "The self-efficacy scale construction and validation". *Psychological Reports*, 51, 663-667.
- Staten, R. R., Miller, K., Noland, M. P., & Rayens, M. K. (2005). "College students' physical activity: Application of an ecological perspective". *American Journal of Health Studies*, 20(1/2), 58-65.
- Stockert, P. A. (2000). *The determinants of a health-promoting lifestyle in older adults*. Doctoral dissertation, Saint Louis University, United States.
- Statistics Korea, (2014). *Elderly statistics of population projections 2011*. Suh, I. S. (2000). *Health Knowledge level and health - promoting behavior and the factors affecting those of the elderly* Department of Public Health Graduate School Kyungsan University, Kyungsan.
- Suwonnarop, N. (1999). "Health Promoting behaviors in older adult: the effect of social support, perceived health status, and personal factors". Doctorial dissertation, Case Western Reserve University.
- U.S. Department of Health and Human Services (1997). *Developing objectives for healthy people 2010*. Washington D.C.: Office of Disease Prevention and Health Promotion.
- Vaughm, S. (2004). *Factors influencing middle-aged and older latin American women's participation in physical: Doctorial dissertation*, California University of Sandiego.
- Yu, S, J., Song, M. S., & Lee, Y. J.(2001). *The Effects of Self-efficacy Promotion and*

Education Program on Self-efficacy, Self-Care Behavior, and Blood Pressure for Elderly Hypertensives, 13(1), 108-122.

영문초록

A Study on the Mediating Effect of Social Capital on the Relationship Between Health Attitude and Health Promoting Behavior Among Senior Citizens

The objectives of the current study was to investigate the mediating effect of the social capital of trustworthiness and social network on the relationship between health attitude and health promoting behavior among senior citizens. The study attempted to examine how individual's attitude toward health, in terms of positive emotions and attitude toward life, affects social capital, and in turn, how social capital influences individual's health promoting behavior. There has been a large volume of research on the factors of health promoting behavior among senior citizens based on the health belief model or the theory of planned behavior. However, not many studies have focused on the effect of social capital on individual's health promoting behavior. In particular, little research has been conducted on the effect of the attitude factor of individuals and social capital for senior citizens. The current study was conducted to examine the relative effects of these factors on health behavior.

Senior citizens of 65 years of age or older residing in Gwangju and Junnam Province participated in the study. Questionnaires were administered at community centers, senior citizen centers, and participant's homes. Of 350 questionnaires distributed, 315 questionnaires were collected, of which 310 questionnaires were used in the final analysis, excluding incomplete ones.

The findings were as follows. First, most participants were found to suffer from at least one chronic disease, and for more than 70 percent of them the standard of living was below the middle. As to their health behavior related to diet

and exercise, they showed a very low level of healthy diet and physical health behavior. Second, as to health attitude factors, positive emotions about health, disease prevention, and attitude toward their life showed a significant effect on health promoting behavior. The results indicate that when senior citizens have positive emotions and attitude about their health and life, and stronger belief in disease prevention and health promotion, they put greater effort into health behavior, in terms of improving their diet, promoting personal hygiene, and controlling diseases. Third, health attitude was shown to positively affect the social capital of trustworthiness and social network, revealing a great effect on trustworthiness. The results show that when senior citizens have positive attitude toward health, they seek social capital that strengthens friendliness or relationships, exercising efforts to utilize it. This means that individual's attitude toward health has a positive effect on trustworthiness not just about acquaintances or family members but also about public organizations or institutes, with individuals and the society together further increasing social capital. Fourth, of social capital, trustworthiness positively affected individual's health promoting behavior, but, unlike the prediction, social network revealed a negative effect, calling for further research in the future.

The findings of the study suggest policy implications to the state and local government: instead of simply increasing social capital, government policy efforts and investment should be exerted in order to enhance positive health effort, which affects social capital. To this end, the government should lead senior citizens to healthy way of living, create health promoting environment in their neighborhood, educate the community, promote activity programs, and strengthen disease prevention services. In addition, to increase the social capital of trustworthiness, transparency should be secured in supporting the local communities and club

activities, and sharing information and encouraging active participation are also necessary.

The current study has a limitation in specific and dimensional measurement of health attitude and health promoting behavior of senior citizens. More scientific measures should be developed in future studies, based on which the relationship between social network and health promoting behavior needs to be further investigated. In addition, in-depth studies are called for on the effect of social capital on individual's health behavior through socio-psychological factors.

<부록> 설문지

<설문지>

안녕하십니까?

바쁘신 가운데 시간을 내주셔서 감사드립니다.

저는 조선대학교 대학원 사회복지학박사 과정을 수료한 운동화입니다.

이 설문은 노인의 건강신념과 건강생활 실천의 관계에 사회적 자본의 매개 효과에 관한 연구로 구성되어 있습니다. 노인의 행복한 삶의 만족도를 위한 것으로 설문지의 내용에는 좋거나 나쁜 답이 없으므로 생각하신 그대로 한 문항도 빠짐없이 응답해 주시면 감사하겠습니다.

귀하께서 응답해주신 개인 및 가구에 관한 모든 사항은 통계법에 따라 비밀이 보장되며, 이 내용은 연구 자료로만 사용됩니다.

바쁘신 시간에도 불구하고 설문조사에 참여해 주심에 깊이 감사드리며 귀하의 가정에 건강과 행복이 가득하시길 기원 드립니다.

2016년 7월

조선대학교 대학원 사회복지학과

조사자: 운동화(이메일: xxxxxx@hanmail.net/ 전화: 01x-xxx-xxxx)

지도교수: 이영선

1. 다음은 건강과 관련된 어르신의 태도를 묻는 질문입니다. 평소 생각과 가장 일치하는 곳에 ○표시를 해주세요.

질문 문항		전혀 아니다	아니 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
1	건강한 생활양식을 실천하는 것은 거추장스럽다.	①	②	③	④	⑤
2	나는 나의 매일의 내 삶을 즐긴다.	①	②	③	④	⑤
3	건강하게 사는 것은 나에게 매우 신나는 일이다.	①	②	③	④	⑤
4	건강하다고 느끼는 것은 나에게 중요하다.	①	②	③	④	⑤
5	나는 나의 건강을 돌보는 것이 이기적이라고 느껴진다.	①	②	③	④	⑤
6	건강한 생활양식을 실천하는 것은 삶의 질을 높인다.	①	②	③	④	⑤
7	나는 내가 나의 건강을 조절할 수 있다고 믿는다.	①	②	③	④	⑤
8	건강한 것은 나에게 있어 삶의 질의 가장 중요한 부분이다.	①	②	③	④	⑤
9	질병은 예방될 수 있다.	①	②	③	④	⑤
10	어떤 사람들은 일찍 죽을 운명에 있다.	①	②	③	④	⑤
11	나는 나의 건강이 좋아질 수 있다면 무엇이든 할 것이다.	①	②	③	④	⑤
12	나는 더욱 건강해지기 위해 무엇이든 하고자 한다.	①	②	③	④	⑤
13	나는 나의 건강에 위해하다고 알려진 행동을 기꺼이 하고자 한다.	①	②	③	④	⑤
14	나는 나의 건강에 대해 책임질 것이다.	①	②	③	④	⑤
15	나는 건강한 생활양식을 취하고자 한다.	①	②	③	④	⑤

2. 다음은 어르신의 신체건강행동에 대한 질문입니다. 평소 일치하는 정도에 ○표시를 해주세요.

질 문 문 항		전 혀 아 니 다	아 니 다	보 통 이 다	그 렇 다	매 우 그 렇 다
1	하루에 3회 이상 이를 닦는다.	①	②	③	④	⑤
2	매일 일정한 시간에 세 끼 식사 (아침, 점심, 저녁)를 한다.	①	②	③	④	⑤
3	식사 시 적당량을 먹는다.	①	②	③	④	⑤
4	생과일이나 익히지 않은 야채를 매일 먹는다.	①	②	③	④	⑤
5	채소류, 해조류, 버섯 등으로 만든 반찬을 최소 한 가지 이상 매일 먹는다.	①	②	③	④	⑤
6	콩, 두부, 생선, 고기, 계란 등으로 만든 반찬을 최소 한 가지 이상 매일 먹는다.	①	②	③	④	⑤
7	달리기, 요가, 에어로빅, 배드민턴, 축구, 등산 등 유산소운동을 일주일에 3회 이상 한다.	①	②	③	④	⑤
8	윗몸일으키기, 팔굽혀펴기, 아령 운동 등 근력운동을 일주일에 3회 이상 한다.	①	②	③	④	⑤
9	매일 30분 이상 산책 등 걷기운동을 한다.	①	②	③	④	⑤
10	일상생활에서 틈틈이 맨손체조나 스트레칭을 한다.	①	②	③	④	⑤
11	화장실을 이용한 후에는 반드시 손을 씻는다.	①	②	③	④	⑤
12	식사 전에는 반드시 손을 씻는다.	①	②	③	④	⑤
13	외출 후 귀가 시 반드시 손을 씻는다.	①	②	③	④	⑤
14	의사나 약사로부터 처방을 받으면 지시를 정확히 따른다.	①	②	③	④	⑤
15	감기 등 증상이 지속되거나 회복이 되지 않을 때 의료기관을	①	②	③	④	⑤

	통해 치료를 받는다.					
16	몸이 아프거나 이상이 생길 것 같은 느낌이 있을 때 적절한 조치를 취한다.	①	②	③	④	⑤
17	일정한 시간에 잠들고, 일정한 시간에 깨어 일어난다.	①	②	③	④	⑤
18	나는 잘 잤다는 느낌으로 매일 아침 일어난다.	①	②	③	④	⑤

3. 다음은 어르신들의 '사회적 자본'에 대한 질문입니다.

(1) 어르신은 다음 각각의 대상에 대해 어느 정도 신뢰하십니까. 평소 일치하는 정도에 ○표시를 해주시기 바랍니다.

신뢰정도 대상	거의 신뢰하지 않는다	비교적 신뢰하지 않는다	보통이다	비교적 신뢰한다	매우 신뢰한다
배우자	①	②	③	④	⑤
친구	①	②	③	④	⑤
가까운 이웃	①	②	③	④	⑤
모르는 이웃	①	②	③	④	⑤
정부기관 및 공직자	①	②	③	④	⑤

(2) 어르신은 지역사회 주민들이 합의한 사항을 어느 정도 신뢰 하십니까

- () ① 거의 신뢰하지 않는다
- () ② 비교적 신뢰하지 않는 편이다
- () ③ 보통이다
- () ④ 비교적 신뢰하는 편이다
- () ⑤ 전폭적으로 신뢰한다.

(3) 어르신은 다음 각각의 대상들과 한 달 평균 몇 번 정도나 연락(만남,

전화통화, 이메일 등 모두 포함)을 주고받습니까? ()안에 직접 기입해 주십시오.

- ① 친구()회
- ② 친척()회
- ③ 주변이웃()회

(4) 어르신은 어려움에 처했을 때 도움을 받을 수 있는 친구가 몇 명이나 되십니까? ()명

(5) 어르신은 어려움에 처했을 때 도움을 받을 수 있는 이웃이 몇 명이나 되십니까? ()명

(6) 어르신은 대화 가능한 이웃이 몇 명이나 되십니까? ()명

(7) 어르신은 기록하여 보관 중인 친구나 동료의 전화번호(휴대폰저장, 수첩기록 등 모두포함)가 몇 개나 되십니까?

- ()① 50개미만 ()② 50-100개미만 ()③ 100-200개미만
- ()④ 200-400개미만 ()⑤ 400개 이상

(8) 어르신은 다음의 경우 얼마나 교류하고 계시는지 해당란에 ○표시를 해 주시기 바랍니다.

구 분	거의 교류하지 않는다	비교적 교류하지 않는다	보통이다	비교적 자주 교류한다	매우 자주 교류한다
가족단위 모임(계모임 등)	①	②	③	④	⑤
반사회	①	②	③	④	⑤
지역사회 민행사(지역축제, 음악회 등)	①	②	③	④	⑤
동문 및 동호회 모임	①	②	③	④	⑤
지역사회 연고 스포츠팀 경기	①	②	③	④	⑤

(9) 어르신은 친구, 친척, 직장동료 등과 얼마나 자주 사교적 모임을 가지십니까?

- ① 전혀 안 한다 ② 한달에 1번 미만
 ③ 한달에 1번 정도 ④ 한달에 여러 번
 ⑤ 일주일에 한번 정도 ⑥ 일주일에 여러 번
 ⑦ 매일
4. 다음의 어르신의 일반적인 특성에 관한 질문입니다. 질문 중 해당하는 것에 ○표시를 해주시기 바랍니다.
- (1) 어르신의 성별은 무엇입니까? ① 남 ② 여
- (2) 어르신의 연세는 어떻게 되십니까? _____ 세
- (3) 어르신의 학력은 어떻게 되십니까?
 ① 무학 ② 초졸 이하 ③ 중졸 이하 ④ 고졸 이하
 ⑤ 대졸 이하 ⑥ 대학원졸 이상
- (4) 어르신의 종교는 무엇입니까?
 ① 기도기독교 ② 천주교 ③ 불교 ④ 무교
 ⑤ 기타()
- (5) 현재 어르신의 결혼상태는 어떠하십니까?
 ① 기혼 ② 이혼 ③ 사별 ④ 별거 ⑤ 미혼
- (6) 현재 누구와 함께 살고 계십니까?
 ① 혼자 ② 배우자 ③ 배우자와 자녀 ④ 자녀
 ⑤ 기타()
- (8) 어르신의 경제적 수준은 어느 정도라고 생각하십니까?
 ① 매우 좋지 않다 ② 좋지 않다 ③ 그저 그렇다
 ④ 부유한 편이다 ⑤ 매우 부유하다
- (9) 어르신이 순수하게 사용하는 한 달 용돈은 평균 어느 정도입니까?

_____만원

(10) 다음은 어르신의 신체질환에 대한 질문입니다. 해당하는 것에 번호를 기입하여 주시기 바랍니다. ()

【질병종류】

- ① ② 관절염, 요통, 좌골통, 디스크 ③ 위염, 위궤양, 십이지장궤양 등
 ④ 만성간염, 간경변 ⑤ 당뇨병 ⑥ 갑상선질환
 ⑦ 고혈압, 저혈압 ⑧ 중풍, 뇌혈관지환 ⑨ 심근경색증, 협심증
 ⑩ 폐결핵, 결핵 ⑪ 만성기관지염(심한가래, 기침) ⑫ 천식
 ⑬ 백내장, 농내장 ⑭ 만성중이염 ⑮ 만성신부전증(만성신장질환)
 ⑯ 골졸, 탈골 및 사고로 인한 후유증 ⑰ 골다공증 ⑱ 기타 질병()

● 설문에 협조해 주셔서 진심으로 감사드립니다. ●