

사망률이 높은 지역사회에서 임파워먼트 및 사회적 자본과 주관적 건강수준의 연관성

김장락, 정백근, 박기수, 강윤식
경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실 및 건강과학연구원

The Associations of Empowerment and Social Capital with Self-Rated Health in Communities with Poor Health

Jang-Rak Kim, Baekgeun Jeong, Ki-Soo Park, Yune-Sik Kang
*Department of Preventive Medicine, School of Medicine and Institute of Health Sciences,
Gyeongsang National University*

= Abstract =

Objectives: This study was performed to identify the associations of empowerment and social capital (such as social participation and trust) with self-rated health in Korean communities with poor health.

Methods: This study used the data from community health interviews conducted at 29 administrative sections (dong, eup, or myeon) with high mortality from August to October in both 2010 and 2011 as part of the Health Plus Happiness Plus Projects in Gyeongsangnam-do Province. The study subjects comprised 6,383 individuals composed of approximately 220 adults randomly sampled from each administrative section. The empowerment was measured with five-point Likert scale responses to seven perceived control questions (two at the individual level, five at the community level). The social participation was measured with 'participation in formal and/or informal group' and trust using responses to three questions about trust of others.

Results: The high empowerment scores at both individual and community levels, social participation in informal groups, and high trust level had independent and significant associations with good self-rated health after adjusting for socio-demographic factors (sex, age, marital status, occupation, and food affordability) and health behaviors (smoking, alcohol drinking, and exercise) in the logistic regressions. There were weak but significant associations among empowerment, social participation, and trust levels.

Conclusions: Empowerment, social participation, and trust were weakly inter-related and significantly associated with self-rated health. More studies are warranted for empowerment and other social capital indices in health promotion.

Key words: Empowerment, Social participation, Trust, Community organization, Self-rated health

* 접수일(2012년 5월 14일), 수정일(2012년 9월 4일), 게재확정일(2012년 9월 7일)
* 교신저자: 김장락, 경남 진주시 칠암동 92 경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실
Tel: 055-772-8092, Fax: 055-772-8099, E-mail: jrkim@gnu.ac.kr
* 이 연구는 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업을 위한 기초조사 자료를 분석함

서 론

WHO의 Ottawa 헌장(1986)에 따르면 건강증진은 '사람들로 하여금 건강에 대한 통제력을 증가시켜 건강수준을 향상시킬 수 있도록 하는 능력을 배양하는 과정'이다[1]. 건강증진 영역에서 임파워먼트(empowerment)는 자주 '자신들의 삶에 영향을 미치는 요인에 대한 통제력을 행사하는 것을 도우는 과정'으로 정의된다[2]. 이렇게 볼 때 지역사회 임파워먼트는 건강증진의 중심 개념이다[3].

임파워먼트에 따른 건강증진 사업을 지역사회 조직화(community organizing)라고 하며, 이는 구성원이 스스로 문제점을 규명하고, 자원을 동원하고, 전략을 수립하고, 사업을 수행하는 과정을 통하여 공동의 목표를 달성하게 도와주는 과정이다[4]. 특히, 가난과 같은 건강의 사회적 결정요인에 따른 건강 불평등 완화를 위해서는 지역사회 임파워먼트 전략이 적절하다[5,6]고 한다. 가난한 환경에 수반하는 무기력(powerlessness)은 '자신의 운명에 대한 통제력 부족'을 말하는 것으로 나쁜 건강의 핵심적인 사회적 결정요인이기 때문이다[7].

지역사회 임파워먼트는 그것을 과정 또는 결과로 이해하는지, 그리고 사람 간의 현상, 광범위한 사회-정치적 맥락, 또는 다수준에서의 변화의 상호작용으로 이해하는지에 따라 다양하게 해석되어 왔다. 임파워먼트는 이론적으로는 잘 다루어졌지만, 문제는 이 개념이 여러 가지 세팅과 문화적 맥락 속에서 건강증진 프로그램에 실제 적용되기 위해 필요한 실제적인 방법론이 부족하다는 것이다[8]. Israel 등[9]은 12개(개인 수준 2개 항목, 조직 수준 5개 항목, 지역사회 수준 5개 항목)의 인지된 통제력을 묻는 설문 항목에 대한 4점 척도 응답으로 이루어진 임파워먼트 지표를 개발하였다. 이와 같이 다수준의 인지된 통제력을 측정하는 것은 지역사회 임파워먼트의 유용한 측정 지표의 하나로 인정된다[4].

사회적으로 배제된 인구집단 즉 여성, 청소년, HIV 감염자와 AIDS 환자, 가난한 사람 대상의

많은 연구를 검토한 결과에 따르면 임파워먼트 전략은 임파워먼트의 수준을 높여서 궁극적으로는 건강 불평등을 완화한다고 한다[10]. 심리적 임파워먼트 수준을 측정된 연구에서도 인지된 통제력은 주관적 건강수준의 독립적 예측요인[11]이고, 건강에 대한 스트레스의 부정적 영향을 완화할 수 있다[12]고 한다.

근래 건강증진 분야에서 임파워먼트(empowerment)에 대한 관심은 지역사회 역량(capacity)과 사회적 자본(social capital)이라는 연관되면서 겹치는 개념으로 이동하고 있다[8]. Bourdieu(1986)는 사회적 자본을 사회적 연결망의 측면에서 정의하였지만, 이제는 다양하고 광범위한 개념으로 발전되어 일반적으로 사회적 연결망, 사회적 지지, 참여, 신뢰, 인지된 통제력 등을 포함한다[13]. 이와 같이 넓은 의미에서 보면 임파워먼트의 지표인 인지된 통제력도 사회적 자본의 한 요소라고 할 수 있어서, 임파워먼트를 사회적 자본과 구분 없이 사용하기도 한다[10,14]. 사회적 자본은 개인의 건강과 건강행태의 연관성을 넓고도 복잡한 사회적 맥락에서 새롭게 이해하는 이론적 틀의 개발을 위하여 많이 연구되고 있다[13]. 특히 사회적 자본 중에서도 사회 참여와 신뢰가 주관적 건강(self-rated health)에 긍정적인 영향이 있다는 것은 잘 알려져 있다[15-20]. 건강 수준의 지표로 가장 많이 사용되고 있는 주관적 건강 수준은 한 문항으로 구성되어 측정이 매우 용이하면서도 많은 지역사회 연구에서 지속적인 사망의 독립적인 예측요인으로 나타나 사망과의 연관성이 잘 정립되어 있다[21,22].

경상남도에서는 2010년부터 상대적으로 사망 수준이 높은 지역사회의 건강불평등 완화를 위하여 지역사회 조직화 전략인 건강플러스 행복플러스 사업을 [23]을 수행하고 있다. 이러한 지역사회 조직화 사업의 큰 단점의 하나는 사업 이후의 과정 및 결과 평가가 부족하다는 것이다[4]. 이에 이 연구는 건강플러스 행복플러스 사업의 기초 자료를 활용하여 우리나라 지역사회에서 인지된 통제력으로 측정된 임파워먼트 및 사회적 자본(사회 참여 및 신뢰)의 주관적 건강 수준과의 연관성을 규명하고자 한다.

대상 및 방법

1. 연구대상자 및 자료수집

경상남도는 2007년 발표된 2005년 시도별 기대수명이 16개 광역시도 중 가장 낮은 것으로 나타났다[24]. 이에 도는 2010년부터 표준화사망비가 상대적으로 가장 높은 40개 읍면동을 대상으로 지역 간 건강불평등 완화사업에 해당하는 ‘건강플러스 행복플러스 사업’(지역별 사업 기간 6년)을 추진하고 있으며, 이 중 2010년에 17개, 2011년에 12개, 총 29개 읍면동에서 사업이 시작되었다. 사업지역 주민들의 건강수준 및 삶의 질을 높이기 위한 방안을 강구하고, 향후 사업의 평가를 위한 기초자료를 확보하기 위하여 가정방문 건강면접 조사를 시행하였다.

지역별로 주민등록명부를 근거로 첫 번째 가구를 임의로 지정한 후에 일정한 숫자만큼 더하는 체계적 표본추출에 따라 대상자를 선정하였다. 지역별 표본 가구의 수는 220이었지만 조사대상자를 만날 수 없는 경우를 대비하여 총 330 가구를 추출하였다. 조사방법은 구조화된 설문지에 따라 1:1로 조사원이 직접 면접을 하고 대상자가 직접 또는 간접 기입하는 방식이었다. 전문교육을 받은 조사원이 표본가구를 방문하여 19세 이상 성인 중에서 가장 생활일이 빠른 사람을 조사대상자로 하였다. 조사대상자의 부재 시에는 시간을 달리 하여 최소 3회 재방문을 실시하였으며, 면접소요 시간은 1시간 이내(약 45분)였다.

조사원은 해당 지역 주민 중에서 모집하였으며, 각 지역별 조사팀장(코디네이터)을 중심으로 활동하였다. 조사가 완료된 설문지는 일일 단위로 코디네이터의 일차 검수를 통해 누락분, 잘못 조사된 부분 등의 재조사를 통해 보완하였다. 최종 조사가 완료된 것 중 조사 대상자의 10% 이상을 추출하여 실제 방문조사여부를 파악한 후 조사하지 않은 것으로 판명되면 재조사를 실시하였고, 코딩 데이터의 분석을 통해 누락 및 오류가 있으면 재조사를 실시하여 조사 자료의 질을 높였다.

건강면접조사를 시행한 결과 2010년은 17개 지역의 실제 조사율은 74.8%, 2011년은 72.0%였다. 표본 가구에서 조사대상자를 면접하지 못한 경우

에는 미리 선정해둔 예비 가구의 조사대상자로 대체하였다. 2개 지역에서 3명을 초과하여 면접하였기 때문에 최종 조사대상자는 6,383명이었다. 조사기간은 2010년과 2011년의 8-10월 사이에 읍면동 지역별로 이루어졌다.

‘건강플러스 행복플러스 사업’ 및 지역사회 가구방문면접조사의 구체적인 내용은 Jeong 등[23]이 보고한 바 있다.

2. 변수의 측정

1) 임파워먼트지표

임파워먼트는 Israel 등[9]이 개발한 12개(개인 수준 2개 항목, 조직 수준 5개 항목, 지역사회 수준 5개 항목)의 인지된 통제력을 묻는 설문 항목에 대한 4점 응답(매우 그렇다, 그렇다, 그렇지 않다, 전혀 그렇지 않다)으로 측정하였다. 단, 이 연구에서는 다수준 중에서 조직 수준 항목은 연구 대상 지역 실정과 맞지 않아서 제외하였으며, 4점 대신 5점 응답(매우 그렇다=5, 그렇다=4, 보통이다=3, 그렇지 않다=2, 전혀 그렇지 않다=1) Likert 척도를 사용하였다. 이 지표는 국내 연구에서 활용된 바가 없어서 연구자가 번역한 후 사전조사를 거쳐 수정한 문항을 사용하였다. Table 1의 임파워먼트 설문 7문항은 각각 ‘나의 인생에 중요한 결정(예: 자녀 결혼, 이사 등)은 내가 한다’, ‘위 문항에서 대답하신 귀하가 결정하는 정도에 대해 만족하십니까?’, ‘우리 지역사회(읍, 면, 동, 또는 마을) 공동체(우리 마을 사람들)는 내 인생의 결정(예: 자녀 결혼, 이사 등)에 영향을 많이 미친다’, ‘나는 우리 지역사회(읍, 면, 동, 또는 마을)의 결정(예: 마을 행사, 문제 해결 등)에 영향을 미친다’, ‘위 문항에서 대답하신 귀하의 영향력의 정도에 대해 만족하십니까?’, ‘함께 일하면 우리 지역사회(읍, 면, 동, 또는 마을)의 사람들은 지역사회의 중요한 결정(예: 마을 행사, 문제 해결 등)에 영향을 미칠 수 있다’, ‘함께 일하면 우리 지역사회(읍, 면, 동, 또는 마을)의 사람들은 국가 정책에 영향을 미칠 수 있다’로 번역되었다. 개인 수준의 임파워먼트 점수는 2개 항목 점수를 더한 것으로 최저 2점에서 최고 10점, 지역사회수준의 임파워먼트 점수는 5개 항목 점수를 더한 것으로

최저 5점에서 최고 25점이었으며, 점수가 높을수록 임파워먼트 수준이 높은 것을 의미한다.

원 지표의 내적 신뢰도 Cronbach's α 값은 개인 수준 2항목 0.66, 지역사회 수준 5항목 0.63, 전체 12개 항목에 대해서는 0.71이었다. 이 연구의 자료로 분석한 Cronbach's α 값은 개인 수준 2항목 0.82, 지역사회 수준 5항목 0.87, 전체 7개 항목에 대해서는 0.85이었다.

2) 사회적 자본 지표

이 연구의 사회적 자본은 개인적 수준에서 사회적 참여와 신뢰 두 가지 측면에서 측정하였다.

(1) 사회적 참여

사회적 참여는 공식 집단인 정당, 학교운영위원회, 종교모임, 여성 단체, 환경 단체, 청년모임(지역 청년회 등), 자원봉사모임, 노동조합(또는 학생회), 자치방법대, 비공식집단인 노인 모임(지역 노인회 등), 친목 모임(동창회, 계모임, 향우회, 경로당 노인 모임 등), 학습 또는 강좌를 받는 모임(평생교육원 강좌, 주민자치센터 강좌, 학원 강좌 모임 등), 운동 모임, 기타 모임에 참여하는 여부를

묻고, 참여하는 경우는 참여 강도에 따라 5점 응답(1=매우 그렇다, 2=그렇다, 3=보통이다, 4=그렇지 않다, 5=전혀 그렇지 않다)로 대답하게 하였다.

(2) 신뢰 수준

이 연구에서 신뢰 수준은 영국의 국립 사회조사센터의 설문[25] 3항목을 우리말로 번역하여 측정하였다. 즉 Table 1과 같이 '귀하께서는 대부분의 사람들이 믿을만하다고 생각하십니까, 아니면 경계해야 한다고 생각하십니까?'라는 질문에 대해서는 '믿을만하다', '경계해야 한다', '모름'으로, '사람들은 대부분의 시간을 남에게 도움을 주기 위하여 노력한다고 생각하십니까, 아니면 자기 자신만을 돌보려고 노력한다고 생각하십니까?'라는 질문에 대해서는 '남에게 도움을 주기 위하여 노력한다', '자기 자신만을 돌본다', '모름'으로, '대부분의 사람들은 당신이 허점을 보이는 등의 기회를 주면 당신을 이용하려 한다고 생각하십니까? 아니면, 그런 기회가 생겨도 솔직하려고 노력한다고 생각하십니까?'라는 질문에 대해서는 '이용하려고 한다', '솔직하려고 노력한다', '모름'으로 대답하게 하였다.

Table 1. Seven perceived control scale items as a measure of the multilevel concept of empowerment and three questions as a measure of trust

Domain	Questions	Responses	Reference
Empowerment	<Individual level>		
	I have control over the decisions that affect my life.		
	I am satisfied with the amount of control I have over decisions that affect my life.		
	<Community level>		
	My community has influence over decisions that affect my life.	1=Disagree strongly	[9]
	I can influence decisions that affect my community.	2=Disagree	
I am satisfied with the amount of influence I have over decisions that affect my community.	3=Neither nor		
By working together, people in my community can influence decisions that affect the community.	4=Agree		
People in my community work together to influence decisions on the state or national level.	5=Agree strongly		
Trust	Generally speaking, would you say that most people can be trusted or you can't be too careful in dealing with people?	① Can be trusted ② Can't be too careful ③ Don't know	[25]
	Would you say that most of the time people try to be helpful or just look out for themselves?	① Try to be helpful ② Look out for themselves ③ Don't know	
	Do you think most people would take advantage of you if they got the chance or would they try to be fair?	① Take advantage ② Try to be fair ③ Don't know	

3) 주관적 건강수준

주관적 건강수준(self-rated health)에 대한 질문의 정확한 문장과 대답의 유형은 약간씩 다르다[21]. 이 연구에서는 ‘평소에 본인의 건강은 어떻게 생각하십니까?’이란 단일 질문에 대하여 5점 척도로 구성된 대답(매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨)으로 측정하였다.

4) 그 외 독립변수

인구사회학적 특성으로는 성, 연령, 결혼상태, 교육수준, 직업을 측정하였다. 연령은 주민등록상의 생년에 따라 구하였고, 결혼 상태는 결혼 여부와 결혼한 경우는 ‘배우자와 같이 살고 있는지’, ‘사별, 별거, 이혼 등으로 별거하고 있는지’를 질문하였다. 자료 분석에서는 연령은 연속변수를 사용하였으며, 결혼 상태는 ‘사별, 별거, 또는 이혼’, ‘배우자와 동거’, ‘미혼’의 세 범주로 구분하였다. 교육수준에 대해서는 무학부터 대학원 이상까지 각급 학교를 졸업했는지 또는 중퇴했는지 등을 질문한 후, ‘무학’, ‘초등학교’, ‘중, 고등학교’, ‘전문대 이상’의 네 범주로 구분하였으며, 중퇴인 경우도 졸업과 같은 범주에 포함하였다. 직업은 제 6차 한국표준직업분류에 따라 질문한 후, 관리자, 전문가 및 관련종사자, 사무종사자, 서비스종사자, 판매종사자는 ‘관리/사무직’으로, 농, 임, 어업종사자는 ‘농어업’으로, 기능원 및 관련기능종사자, 장치, 기계조작 및 조립종사자, 단순노무종사자, 직업군인, 학생, 주부, 무직은 ‘기타/무직’으로 하여 세 범주로 구분하여 분석하였다.

건강행태 변수로는 식생활, 흡연, 음주, 그리고 운동 및 신체활동을 측정하였다. 식생활에 대해서는 최근 1년 동안 식생활 형편이 ‘식구 모두가 원하는 만큼의 충분한 양과 다양한 종류의 음식을 먹을 수 있었다’, ‘식구 모두가 원하는 만큼의 충분한 양의 음식을 먹을 수 있었으나, 다양한 종류의 음식은 먹지 못했다’, ‘경제적으로 어려워서 가끔 먹을 것이 부족했다’, 또는 ‘경제적으로 어려워서 자주 먹을 것이 부족했다’인지 질문하였다. 흡연에 대해서는 흡연 시기, 흡연량, 금연 여부를 상세하게 질문한 후 ‘흡연’, ‘금연’, ‘비흡연’으로 구분하여 분석하였다. 음주에 대해서는 알코올 의존 자가진단법(Alcohol Use Disorder Identification

Test, 이하 AUDIT) 10문항[26]을 우리말로 번역하여 질문하였다. 분석에서는 비음주, 보통 음주(AUDIT 점수 0-7점), 문체음주(8-40점)의 세 범주로 구분하였다. 운동 및 신체활동은 최근 1주일을 기준으로 평소보다 매우 힘들거나 숨이 많이 가쁜 격렬한 신체활동을 10분 이상 했던 날의 수, 평소보다 조금 힘들거나 숨이 약간 가쁜 중등도 신체활동을 10분 이상 했던 날의 수, 그리고 하루 적어도 10분 이상 걸었던 날의 수 등을 질문하였다. 분석에서는 최근 1주일 동안 격렬한 신체활동 10분 이상 했던 날이 3일 이상이거나, 중등도 신체활동을 10분 이상 했던 날이 5일 이상이거나, 또는 하루 적어도 10분 이상 걸었던 날이 5일 이상인 경우를 ‘한다’로, 그 외의 경우는 ‘하지 않는다’로 이분화하였다.

3. 통계 처리

임파워먼트 및 사회적 자본(사회적 참여와 신뢰)이 주관적으로 좋은 건강에 영향을 미치는지 알아보기 위하여 단순분석으로는 χ^2 검정, 다변량분석으로는 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 실시하였다. 종속 변수인 주관적 건강수준은 다른 연구[27]와 같이 ‘매우 좋음’, ‘좋음’은 좋음으로 ‘보통’, ‘나쁨’, ‘매우 나쁨’은 나쁨으로 이분화하여 분석하였다.

임파워먼트 점수는 개인 및 지역사회 수준 둘 다 높음, 개인 수준만 높음, 지역사회수준만 높음, 둘 다 낮음의 네 가지 범주로 나누어 분석하였다. 개인수준은 중앙값인 8점 이상(8-10점)은 높음으로, 7점 이하(2-7점)는 낮음으로 구분하고, 지역사회수준은 중앙값인 13점 이상(13-25점)은 높음으로, 12점 이하(5-12점)는 낮음으로 구분하였다. 사회적 참여는 공식 및 비공식집단 둘 다 참여, 공식집단만 참여, 비공식집단만 참여, 둘 다 미참여의 네 가지 범주로 분석하였다. 사회적 활동에 참여하는 경우라도 참여 강도가 ‘그렇지 않다’와 ‘전혀 그렇지 않다’인 경우는 미참여에 포함하였다. 신뢰 수준은 3가지 질문에 대한 긍정적인 답변(‘믿을 만하다’, ‘남에게 도움을 주기 위하여 노력한다’, ‘솔직하려고 한다’)의 수(0-3개)로 분석하였다.

임파워먼트, 사회적 참여, 그리고 신뢰수준 상호간의 연관성은 Spearman의 상관계수로 구하였다.

이를 위하여 임파워먼트 점수는 개인 및 지역사회 수준 둘 다 낮은 경우 1, 개인 수준 또는 지역사회 수준만 높은 경우는 2, 둘 다 높은 경우는 3으로 코딩하였다. 사회적 참여는 공식 및 비공식 집단 둘 다 미참여인 경우는 1, 공식집단 또는 비공식 집단만 참여하는 경우 2, 둘 다 참여하는 경우는 3으로 코딩하였다. 신뢰수준은 긍정적인 답변의 수(0-3개)를 그대로 사용하였다.

로지스틱 회귀분석은 독립변수에 따라 세 가지 모형으로 시행하였다. 모형 1은 독립변수로 임파워먼트 및 사회적 자본(사회적 참여와 신뢰)만을 포함하였다. 모형 2에서는 모형 1의 독립변수에 인구사회학적 변수(성, 연령, 결혼상태, 교육수준, 직업, 그리고 식생활 형편)를 추가하였다. 식생활 형편 변수는 건강행태로 측정되었으나, 분석에서는 대상자의 경제적 상태를 나타내는 대리변수로 취급하였다. 모형 3에서는 모형 2의 독립변수에 건강행태(흡연, 음주, 그리고 운동 및 신체활동) 변수를 추가하였다.

분석 결과는 주관적으로 좋은 건강 수준에 대한

교차비(odds ratio)의 추정치와 95% 신뢰구간으로 제시하였다. 조 및 정정 교차비(crude and adjusted odds ratio)는 로지스틱 회귀분석 모형에서 구하였다. 교차비의 값이 1보다 클수록 해당 독립변수가 주관적으로 좋은 건강 수준과의 연관성이 크다는 것을 의미한다. 모든 자료 분석은 윈도우용 SPSS 15판(SPSS Inc., 2006)을 이용하였다.

연구 결과

연구대상자는 총 6,383명으로 남자가 3,021명(47.3%), 여자는 3,362명(52.7%)였다. 연령별로는 60대(23.7%)와 50대(22.5%)가 많았으며, 여자들이 상대적으로 더 고령층에 분포하였다. 결혼상태는 배우자와 같이 살고 있는 경우가 57.3%, 학력수준은 중, 고등학교가 38.4%, 직업으로는 농, 어민이 25.1%로 가장 많았으며, 행정구역은 면부가 79.3%로 동부보다 많았다(Table 2).

Table 2. Socio-demographic characteristics of the study subjects

		Total N (%)	Men N (%)	Women N (%)
Age(years)	≤29	6383 (100.0)	3021(100.0)	3362 (100.0)
	30 - 39	536 (8.4)	313 (10.4)	223 (6.6)
	40 - 49	857 (13.4)	526 (17.4)	331 (9.8)
	50 - 59	1183 (18.5)	653 (21.6)	530 (15.8)
	60 - 69	1439 (22.5)	661 (21.9)	778 (23.1)
	≥70	1511 (23.7)	580 (19.2)	931 (27.7)
Marital Status	Not married	857 (13.4)	288 (9.5)	569 (16.9)
	Live with spouse	628 (9.9)	436 (14.6)	192 (5.7)
	Divorced, separation by death, or others	3626 (57.3)	2138 (71.7)	1488 (44.4)
Educational level	No	2078 (32.8)	409 (13.7)	1669 (49.8)
	Elementary	1309 (20.5)	188 (6.2)	1121 (33.4)
	Middle, or high	1579 (24.7)	635 (21.0)	944 (28.1)
	≥ Junior college	2452 (38.4)	1520 (50.3)	932 (27.7)
Occupation	1040 (16.3)	677 (22.4)	363 (10.8)	
	Manager, professional, or clerk	689 (10.8)	438 (14.5)	251 (7.5)
	Sales, or service	650 (10.2)	311 (10.3)	339 (10.1)
	Farmer, or fisherman	1604 (25.1)	957 (31.7)	647 (19.2)
	Blue collar worker	789 (12.4)	589 (19.5)	200 (5.9)
	House wife	1321 (20.7)	0 (0.0)	1321 (39.3)
Administrative section	Other, or unemployed	1330 (20.8)	726 (24.0)	604 (18.0)
	Myeon	5061 (79.3)	2407 (79.7)	2654 (78.9)
	Dong	1322 (20.7)	614 (20.3)	708 (21.1)

Table 3. Spearman's correlation coefficients among empowerment, participations in organization, trust, and age

Indices	Empowerment*	Participations in organization†	Trust‡
Participations in organization	0.20 [§]	-	-
Trust	0.15 [§]	0.11 [§]	-
Age	-0.03	-0.12 [§]	0.19 [§]

* Low scores at both community and individual level=1; high scores at community level or individual level=2; high scores at both community and individual level=3

† Neither=1; informal or formal organization=2; both informal and formal organization=3

‡ Number of positive responses to the 3 question items of trust domain in table 1

§ p<0.01

|| p<0.05

임파워먼트, 사회적 참여, 신뢰, 그리고 연령 간의 상호 연관성을 Spearman의 상관계수 값으로 보면, 임파워먼트와 사회적 참여 간 0.20, 임파워먼트와 신뢰 수준 간 0.15, 임파워먼트와 연령 간 -0.03, 사회적 참여와 신뢰 수준 간 0.11, 사회적 참여와 연령 간 -0.12, 신뢰 수준과 연령 간 0.19로 전부 유의하였다(Table 3).

임파워먼트 점수가 지역사회 및 개인 수준에서 둘 다 낮은 경우 주관적으로 좋은 건강의 비율은 30.7%, 지역사회 수준만 높은 경우 33.3%, 개인 수준만 높은 경우 34.2%, 그리고 둘 다 높은 경우는 40.2%로 높아졌다. 둘 다 낮은 경우를 기준으로 할 때 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비는 지역사회 수준만 높은 경우 1.13(95% 신뢰구간, 0.95-1.33), 개인 수준만 높은 경우 1.17(95% 신뢰구간, 1.00-1.37), 그리고 개인 및 지역사회 수준 둘 다 높은 경우는 1.52(95% 신뢰구간, 1.32-1.74)로 높아졌다. 사회적 참여를 보면, 공식 및 비공식집단 둘 다 미참여하는 경우 주관적으로 좋은 건강의 비율은 29.7%, 비공식집단만 참여하는 경우 36.7%, 공식집단만 참여하는 경우 37.6%, 둘 다 참여하는 경우 40.7%로 높아졌다. 둘 다 미참여하는 경우를 기준으로 할 때 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비는 비공식집단만 참여하는 경우 1.37(95% 신뢰구간, 1.21-1.56), 공식집단만 참여하는 경우 1.43(95% 신뢰구간, 1.13-1.81), 그리고

둘 다 참여하는 경우 1.63(95% 신뢰구간, 1.40-1.89)으로 높아졌다. 신뢰수준과 주관적 건강상태와의 연관성을 보면, 신뢰수준이 0인 경우 주관적으로 좋은 건강의 비율은 35.5%, 1인 경우 36.2%, 2인 경우 35.1%, 3인 경우 35.3%로 연관성이 관찰되지 않았다(Table 4).

로지스틱 회귀분석의 결과를 보면 모형 1에서는 임파워먼트 점수가 둘 다 낮은 경우를 기준으로 할 때 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비는 개인 및 지역사회 수준 둘 다 높은 경우 1.42(95% 신뢰구간 1.24-1.64)로 유의하였다. 사회적으로 공식 및 비공식집단 둘 다 미참여하는 경우를 기준으로 할 때 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비는 비공식집단만 참여하는 경우 1.33(95% 신뢰구간, 1.17-1.51), 공식집단만 참여하는 경우 1.41(95% 신뢰구간, 1.11-1.79), 그리고 둘 다 참여하는 경우 1.54(95% 신뢰구간, 1.32-1.79)로 높아졌다. 신뢰수준의 경우는 유의한 연관성이 없었다(Table 5).

모형 2에서는 임파워먼트 점수가 둘 다 낮은 경우를 기준으로 할 때 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비는 개인 및 지역사회 수준 둘 다 높은 경우 1.23(95% 신뢰구간 1.05-1.44)로 유의하였다. 사회적으로 공식 및 비공식집단 둘 다 미참여하는 경우를 기준으로 할 때 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비는 비공식집단만 참여하는 경우 1.24(95% 신뢰구간, 1.07-1.43)에만 유의하였다.

Table 4. Association of empowerment, social participation, and trust with self-rated good health

Indices	Category	Self-rated good health* N (%)	Total N	Crude odds ratio (95% CI)
Empowerment [†]	Low scores at both community and individual level	469 (30.7)	1528	1
	High scores at only community level	364 (33.3)	1094	1.13 (0.95-1.33)
	High scores at only individual level	469 (34.2)	1372	1.17 (1.00-1.37)
	High scores at both community and individual level	958 (40.2)	2386	1.52 (1.32-1.74)
Participations in organization	Neither	570 (29.7)	1922	1
	Only in informal	1030 (36.7)	2809	1.37 (1.21-1.56)
	Only in formal	132 (37.6)	351	1.43 (1.13-1.81)
	Both	528 (40.7)	1298	1.63 (1.40-1.89)
Trust [‡]	0	420 (35.5)	1184	1
	1	372 (36.2)	1028	1.03 (0.87-1.23)
	2	458 (35.1)	1304	0.99 (0.84-1.16)
	3	1010 (35.3)	2864	0.99 (0.86-1.14)
Total		2260 (35.4)	6380	

* very good, or good

[†] High scores at the community level, ≥ 13 ; High scores at the individual level, ≥ 8 [‡] Number of positive responses to the 3 question items of trust domain in table 1

신뢰수준의 경우에도 0인 경우를 기준으로 할 때 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비는 신뢰수준이 높을수록 높아져서, 신뢰수준이 3인 경우 1.34 (95% 신뢰구간 1.14-1.58)로 유의하였다(Table 5).

모형 3에서는 임파워먼트 점수가 둘 다 낮은 경우를 기준으로 할 때 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비는 개인 및 지역사회 수준 둘 다 높은 경우 1.21(95% 신뢰구간 1.03-1.42)로 유의하였다. 사회적으로 공식 및 비공식집단 둘 다 미참여하는 경우를 기준으로 할 때 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비는 비공식집단만 참여하는 경우 1.23 (95% 신뢰구간, 1.07-1.43)에만 유의하였다. 신뢰수준의 경우에도 0인 경우를 기준으로 할 때 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비는 신뢰수준이 높을수록 높아져서, 신뢰수준이 3인 경우 1.29 (95% 신뢰구간 1.09-1.52)로 유의하였다(Table 5).

고 찰

이 연구 결과 사망률이 상대적으로 높은 지역 사회에서 임파워먼트, 사회적 참여, 그리고 신뢰는 서로 연관되어 있으면서 각각 독립적으로 주관적 건강수준과 연관되어 있음을 알 수 있었다. 단순 분석에서 나타난 주관적 건강수준과의 연관성은 사회인구학적 변수 및 건강행태 변수를 통제한 이후에도 약화되기는 하였지만 유지되었다. 다만, 신뢰수준은 단순분석에서는 주관적 건강수준과의 연관성이 보이지 않았으나, 인구사회학적 변수를 통제한 이후에야 비로소 유의한 연관성을 보였다.

건강증진에서 임파워먼트 개념을 측정하는 것은 어려운 일이며, 실제로 임파워먼트 프로그램을 운영하는 것도 어렵고 모호하다. 지역사회 임파워먼트는 보통 동적인 연속선(개인적 임파워먼트,

Table 5. Adjusted odds ratios (95% CI) of empowerment, social participation, and trust with self-rated good health* using logistic regression

Indices	Category	Model 1		Model 2		Model 3	
		OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Empowerment †	Low at both	1		1		1	
	High at community level	1.07	0.91-1.27	0.98	0.81-1.18	0.98	0.81-1.18
	High at individual level	1.13	0.97-1.32	1.02	0.85-1.21	1.00	0.84-1.20
	High at both	1.42	1.24-1.64	1.23	1.05-1.44	1.21	1.03-1.42
Participation	Neither	1		1		1	
	Only in informal	1.33	1.17-1.51	1.24	1.07-1.43	1.23	1.07-1.43
	Only in formal	1.41	1.11-1.79	1.09	0.84-1.42	1.06	0.81-1.39
	Both	1.54	1.32-1.79	1.00	0.84-1.19	1.00	0.84-1.19
Trust ‡	0	1		1		1	
	1	0.96	0.81-1.15	1.02	0.84-1.24	1.01	0.83-1.23
	2	0.89	0.75-1.05	1.12	0.93-1.35	1.10	0.91-1.32
	3	0.88	0.76-1.02	1.34	1.14-1.58	1.29	1.09-1.52
Sex	Men			1		1	
	Women			0.80	0.70-0.91	0.63	0.53-0.74
Age in years			0.963	0.96-0.97	0.96	0.96-0.97	
Marital	Not married			1		1	
	Married			1.15	0.98-1.33	1.11	0.95-1.29
	Separated etc.			1.23	.95-1.59	1.16	0.89-1.50
Education	No			1		1	
	Elementary			1.22	0.96-1.51	1.19	0.96-1.47
	Middle or high			1.73	1.38-2.18	1.69	1.34-2.13
	≥Junior college			1.94	1.45-2.58	1.84	1.38-2.45
Occupation	No, or other			1		1	
	Farmer, or fisherman			1.35	1.17-1.56	1.33	1.15-1.55
	Managerial, or clerk etc			1.26	1.09-1.47	1.27	1.09-1.48
Food	Various and enough			1		1	
	Enough but not various			0.71	0.63-0.80	0.72	0.64-0.81
	Sometimes shortage			0.48	0.37-0.63	0.49	0.38-0.65
	Frequent shortage			0.38	0.22-0.66	0.40	0.23-0.69
Smoking	No					1	
	Ex-smoking					0.74	0.60-0.92
	Current smoking					0.70	0.59-0.83
Drinking	No					1	
	Usual drinking					1.14	1.00-1.31
	Problem drinking					0.95	0.80-1.13
Regular exercise	No					1	
	Yes					1.25	1.12-1.41
Hosmer and Lemeshow test		$\chi^2=2.08$ (p=0.978)		$\chi^2=10.89$ (p=0.208)		$\chi^2=7.81$ (p=0.452)	

* very good, or good

† High scores at the community level, ≥13; High scores at the individual level, ≥8

‡ Number of positive responses to the 3 question items of trust domain in table 1

소집단의 결성, 지역사회 조직, 파트너십, 그리고 사회적 및 정치적 활동)의 형태 속의 한 과정으로 볼 수 있다. 지역사회 임파워먼트의 잠재력은 이 연속선 상에서 개인에서 집단 활동으로 사람들이 나아갈 때 점차 커지는 것이다[8]. Wiggins는 지역사회 임파워먼트를 세 차원의 모델로 이해하였다. 첫 번째 차원은 수준으로서 개인, 조직, 그리고 지역사회 수준이 있다. 두 번째 차원은 임파워먼트의 위치로서 내부와 외부로 나눌 수 있다. 세 번째 차원은 구성요소로서 과정과 결과를 포함한다. 임파워먼트는 가장 개인적 수준의 내부에서 나타나서 가장 집단적이고 외부로 발전하게 된다고 보는 것이다[28].

이 연구에서는 Israel 등[9]이 제시한 대로 개인 수준과 지역사회 수준에서의 개인의 인지된 통제력 정도로 심리적 임파워먼트 수준을 측정하였다. 임파워먼트 지표의 내적 신뢰도 Cronbach's α 값은 개인 수준 2항목 0.66, 지역사회 수준 5항목 0.63, 조직 차원을 포함한 전체 12개 항목에 대해서는 0.71이었다. 반면, 이 연구의 자료로 분석한 Cronbach's α 값은 개인 수준 2항목 0.82, 지역사회 수준 5항목 0.87, 전체 7개 항목에 대해서는 0.85로 더 높았는데, 이것은 이 연구에서는 각 문항에 대한 답변을 5점 척도로 측정하였기 때문으로 생각된다. 이 연구에서 사용된 인지된 통제력 지표는 세 수준에서 측정할 수 있다. 하지만, 조직적 및 지역사회 수준의 영역에서는 조직과 지역사회에 대한 개인의 인지된 영향력을 의미하는 것으로, 실제 통제력을 측정하는 것은 아니다. 이 연구에서 개인수준의 인지된 통제력과 지역사회 수준의 인지된 통제력 간의 상관계수는 0.42로 Israel 등[9]의 연구의 0.22에 비하여 높았다. 개인수준과 지역사회 수준의 인지된 통제력은 약간의 연관성은 있지만 서로 다른 구성개념이라 할 수 있다.

이와 같이 개인의 보고로 측정하는 임파워먼트 지표는 실제적인 통제력과 영향력을 직접 측정하는 것이 아니기 때문에 조직적 및 지역사회 수준에서 일어나는 과정을 온전히 파악하기 힘들다[4,31]. Zimmerman도 임파워먼트에 대한 보편적이고 단일한 지표는 그 효과를 역동적인 경험이 아닌 정

적인 결과로 이해하게 만듦으로써 임파워먼트의 이해를 혼란스럽게 한다고 주장하였다. 왜냐하면 임파워먼트는 모든 사람, 조직, 또는 지역사회에 똑 같은 것을 의미하는 것이 아니기 때문이다 [8]. 이러한 제한점에도 불구하고 지각된 통제력 변수는 지역사회 임파워먼트 사업을 위한 기초 조사와 평가를 위해 유용한 도구가 될 수 있다 [9]. 다만, 지역사회 임파워먼트 전략을 온전하게 평가하기 위해서는 나타난 변화의 맥락과 기전, 그리고 상황의 개선, 새로운 정책, 참여, 그리고 정치적 목소리와 같은 결과에 대한 이해를 높일 수 있는 질적 접근이 아울러 필요하다. 또는 지역사회가 스스로 개발한 자신들의 임파워먼트 지표로 평가할 수도 있다[4].

이 연구에서 인지된 통제력으로 측정된 임파워먼트 수준은 단순분석, 다른 사회적 자본 변수를 통제한 분석(모형 1), 사회적 자본 및 인구사회학적 변수를 통제한 분석(모형 2), 그리고 건강행태까지 통제한 분석(모형 3)에서 모두 주관적 건강수준과 유의한 연관성이 있었다. Wiggins[28]에 따르면 사람들이 자신들의 삶에서 통제력을 얻는다는 것은 전에는 관심을 가지지 않던 구성원이 지역사회 일에 참여하고 지도적 역할까지도 한다는 것으로 건강과 연관되어서도 건강증진행위의 변화, 건강지식, 건강정보 이해능력(health literacy)의 향상을 의미한다고 한다. 이러한 맥락에서 이 연구에서 나타난 인지된 통제력과 주관적 건강수준과의 연관성을 설명할 수 있을 것이다.

사회적 참여는 공식 및 비공식집단 참여에 관계없이 단순분석 및 다른 사회적 자본 변수를 통제한 분석(모형 1)에서 주관적 건강수준과 유의한 연관성이 있었다. 그러나 인구사회학적 변수와 건강행태변수를 통제한 모형 2, 3에서는 비공식집단에서의 참여만이 유의한 연관성을 유지하였다. 사회적 참여와 주관적 건강수준과의 연관성에 대해서는 다른 연구[13, 15-19,29]에서도 규명된 바 있거니와 특히, Ronconi 등[15]은 비공식적 사회적 상호작용은 주관적 건강수준에 인과적인 효과가 있다고 하였다. 국내의 다른 연구[29]에서도 인구사회학적 변수와 건강행태변수를 통제하면 비공식집단에서의 참여만이 주관적 건강수준과

유의한 연관성을 유지하였다.

신뢰수준은 단순분석 및 임파워먼트와 사회적 자본 지표만 분석한 모형 1에서는 주관적 건강수준과의 연관성이 보이지 않았다. 그러나 모형 1에 더하여 연령을 통제한 결과, 유의한 연관성(신뢰수준 0에 비해 신뢰수준 3인 경우 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비가 1.42[95% 신뢰구간, 1.21-1.67, 자료 미제시])을 나타내었다. 연령에 더하여 다른 인구사회학적 변수를 통제한 모형 2와 건강행태 변수까지 통제하는 모형 3에서는 연령만 통제할 때보다는 연관성의 크기가 약화되었지만, 유의한 연관성이 유지되었다. 단순분석에서 유의성이 보이지 않았던 것은 연령의 교란 효과 때문으로 생각된다. 즉 연령은 신뢰수준과는 양의 연관성($r_s=0.19$)이 있는 반면, 주관적 건강과는 상당한 음의 연관성($r_s=-0.46$, 자료 미제시)이 있어서, 연령을 통제하지 않을 때는 신뢰수준과 주관적 건강수준과의 연관성이 감추어진 것이다.

사회적 자본이 건강에 영향을 미치는 기전의 하나는 사회적 관계를 통해 건강 정보를 습득함으로써 건강에 바람직한 행태가 촉진될 수 있다는 것이다[30]. 그러나 이와 같이 바람직한 건강행태가 사회적 자본과 좋은 건강 사이의 매개체 역할을 한다는 설명은 이 연구에서는 입증되지 않았다. 즉, 사회적 자본 및 인구사회학적 변수를 통제한 모형 2와 여기에 건강행태 변수까지 통제한 모형 3의 결과가 거의 차이가 없었다. 사회적 자본이 건강에 영향을 미치는 다른 기전은 사회적 자본이 부족하면 외로움과 스트레스의 증가로 인해 건강상태와 건강행태가 나빠지는 반면, 사회적 자본은 상호 존중과 지지와 같은 심리학적 과정에 영향을 미쳐서 나쁜 건강행태를 못하게 하는 대신 건강과 질병의 인지도를 높여서 전반적인 건강상태를 향상시킨다는 것이다[30].

이 연구에서 임파워먼트, 사회적 참여, 그리고 신뢰 수준 상호 간의 연관성은 유의하기는 하지만 미약한 수준으로 세 지표는 서로 구분되는 구성개념(construct)이라고 할 수 있었다. 흑인 여성 대상의 다른 연구[31]에서도 사회적 참여를 하는 사람들은 인지된 통제력의 수준이 높았다고 하나, 다른 지표 간의 연관성에 대한 연구는 찾기

힘들었다. 최근에는 임파워먼트보다 사회적 자본이라는 용어가 언론과 건강증진 문헌에서 더 자주 언급되는 경향이 있다고 한다. 그러나 이 용어는 신뢰와 사회적 참여가 의미하는 바와 같이 이웃 또는 지역사회 구성원 사이의 수평적 관계에 집중하게 함으로써 임파워먼트와는 달리 지역사회와 바깥 세계 사이의 권력과 수직적 관계라는 쟁점을 무시하는 문제점이 있다[7].

이 연구의 주 관심사는 아니지만, 주관적 건강수준의 가장 큰 연관요인은 교육수준(예를 들어, 전문대 이상의 학력의 경우 무학에 비해 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비가 1.84)과 사회경제적 수준의 대리 변수라고 할 수 있는 식생활 형편(예를 들어, 경제적으로 어려워서 자주 먹을 것이 부족한 경우 식구 모두가 원하는 만큼의 충분한 양과 다양한 종류의 음식을 먹을 수 있는 경우에 비해 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비가 0.40)이었다. 이 연구에서도 사회경제적 수준이 낮을수록 건강은 나쁘다는 사실이 다시 한번 확인되었으며, 건강 불평등의 근본적인 해결책은 일상의 생활 수준을 향상시키는 것[32]일 것이다.

이 연구는 사망률이 높은 지역사회의 자료를 이용하여 우리나라에서 처음으로 임파워먼트 수준을 개인 및 지역사회 수준에서의 인지된 통제력 척도로 측정하고 주관적 건강수준과의 연관성을 규명하였다는 점에서 의의가 있다. 임파워먼트 지표는 이 연구에서 처음으로 이용되었기 때문에 저자가 번역한 측정 도구의 타당도와 신뢰도에 대해서 더 많은 검토가 필요하다. 아울러 우리나라에서도 지역사회 조직화 전략이 임파워먼트의 수준을 높이고, 궁극적으로는 건강행태와 건강수준을 향상시키는지에 대한 개입 연구가 요청된다. 만약 기존의 지역사회 소속감의 수준이 매우 낮거나 구조적 장애가 너무 큰 경우는 건강증진 사업이 짧은 시간 내에 지역사회 수준의 임파워먼트에 이를 수 있다고 기대하기는 힘들다. 따라서 임파워먼트를 위한 사업 기간은 길어야 하는데, 임파워먼트의 개발 단계와 개인의 임파워먼트가 지역사회 수준으로 이동하기 위해서는 시간(전형적으로 7년 이상 소요된다)이 필요하기 때

문이다[8, 28].

이 연구의 다른 제한점은 단면연구로 수행되었기 때문에 임파워먼트 및 사회적 자본과 주관적 건강수준의 연관성에 대한 시간적 선후관계가 불분명하다는 것이다. 그렇지만 7년 간의 경시적 연구[20]에서도 사회적 자본은 주관적 건강수준의 독립적인 예측인자라고 한다.

결론적으로 임파워먼트는 사회적 자본, 인구사회학적 변수, 그리고 건강행태와는 독립적으로 주관적 건강수준과 연관성이 있었으며, 사회적 자본인 사회적 참여와 신뢰 수준과도 약하지만 유의한 연관성이 있었다. 건강증진 사업에서 임파워먼트 및 사회적 자본 지표에 대해서는 더 많은 연구가 필요하다.

요 약

이 연구는 상대적으로 사망 수준이 높은 지역 사회를 대상으로 인지된 통제력으로 측정된 임파워먼트 및 사회적 자본(사회적 참여와 신뢰)의 주관적 건강수준과의 연관성을 규명하고자 수행되었다.

경상남도에서 표준화사망비가 상대적으로 가장 높은 29개 읍, 면, 동에서 체계적 표본 추출로 선정된 220 가구의 구성원 중 가장 생월일이 빠른 19세 이상 성인을 대상으로 직접 면접 방법으로 자료를 수집하였다. 자료 수집 기간은 2010년과 2011년의 8-10월이었으며, 최종 자료 분석 대상자는 6,383명이었다. 임파워먼트 수준은 Israel 등이 개발한 인지된 통제력 설문(개인 수준 2개 항목, 지역사회 수준 5개 항목)에 대해 5점 응답(매우 그렇다, 그렇다, 보통이다, 그렇지 않다, 전혀 그렇지 않다)의 Likert 척도로 측정하였다. 사회적 참여는 공식 집단 또는 비공식 집단에 참여하는 여부로, 신뢰수준은 영국의 국립 사회조사센터의 신뢰 설문 3항목을 번역한 질문에 대한 긍정적 답변의 수로 구하였다. 평소 본인의 건강에 대해 좋거나 매우 좋게 생각하는 경우를 주관적 건강수준(self-rated health)이 좋은 것으로 구분하였다.

임파워먼트, 사회적 참여, 그리고 신뢰 간의

Spearman의 상관계수 값은 임파워먼트와 사회적 참여 간 0.20, 임파워먼트와 신뢰수준 간 0.15, 사회적 참여와 신뢰수준 간 0.11로 약한 연관성이 유의하였다. 로지스틱 회귀분석 결과 인구사회학적 및 건강행태 변수를 보정한 후에도 임파워먼트 점수가 둘 다 낮은 경우를 기준으로 할 때 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비는 개인 및 지역사회 수준 둘 다 높은 경우 1.21(95% 신뢰구간 1.03-1.42)로 유의하였다. 사회적으로 공식 및 비공식집단 둘 다 미참여하는 경우를 기준으로 할 때 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비는 비공식집단만 참여하는 경우 1.23(95% 신뢰구간, 1.07-1.43)으로 유의하였다. 신뢰수준의 경우에도 0인 경우를 기준으로 할 때 주관적으로 좋은 건강에 대한 교차비는 신뢰수준이 높을수록 높아져서, 신뢰수준이 3인 경우 1.29(95% 신뢰구간 1.09-1.52)로 유의하였다.

결론적으로 임파워먼트는 사회적 자본, 인구사회학적 변수, 그리고 건강행태와는 독립적으로 주관적 건강수준과 연관성이 있었으며, 사회적 자본인 사회적 참여와 신뢰 수준과도 약하지만, 유의한 연관성이 있었다. 건강증진 사업에서 임파워먼트 및 사회적 자본 지표에 대해서는 더 많은 연구가 필요하다.

참고문헌

1. Laverack G. Building capable communities: experiences in a rural Fijian context. *Health Promotion International* 2003;18(2):99-106
2. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs* 1991;16(3):354-361
3. Eisen A. Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. *Health Education Quarterly* 1994;21(2):235-252
4. Minkler M, Wallerstein N, Wilson N. Improving health through community organization and community building. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health behavior and*

- health education. San Francisco, John Willey & Sons, Inc., 2008, p.287-288, p.298-299
5. Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *J Health Popul Nutr* 2006;24(1):113-120
 6. CART Project Team. Community action for health promotion: a review of methods and outcomes 1990-1995. *Am J Prev Med* 1997;13(4):229-239
 7. Wallerstein N. Empowerment to reduce health disparities. *Scand J Public Health* 2002;30(Suppl. 59):72-77
 8. Laverack G, Wallerstein N. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International* 2001;16(2): 179-185
 9. Israel BA, Checkoway B, Schulz A, Zimmerman M. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Education Quarterly* 1994;21(2):149-170
 10. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO, 2006 [cited 2012 July 23]. Available from: URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf
 11. Parker EA, Lichtenstein RL, Schulz AJ, Israel BA, Schork MA, Steinman KJ, James SA. Disentangling measures of individual perceptions of community social dynamics: results of a community survey. *Health Education & Behavior* 2001;28(4): 462 - 486
 12. Becker AB, Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Klem L. Age differences in health effects of stressors and perceived control among urban African American women. *J Urban Health* 2005;82(1):122-141
 13. Morgan A, Swann C, editors. Social capital for health : issues of definition, measurement and links to health. Health Development Agency, 2004, p.2-3, pp.19-20, p.144, p.148
 14. 이명순, 김장락, 조종희, 강민정, 황영신, 이경혜, 인은주, 이지영, 김종현. 건강증진을 위한 지역사회 주민 참여전략 및 방법 개발: 도시지역 주민자치센터의 참여를 기반으로. 성균관대학교 의과대학, 건강증진사업지원단, 2008, p. 16
 15. Ronconi L, Brown TT, Scheffler RM. Social capital and self-rated health in Argentina. *Health Econ* 2012;21(2):201-208
 16. Nieminen T, Martelin T, Koskinen S, Aro H, Alanen E, Hyypää MT. Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *Int J Public Health* 2010;55(6):531-542
 17. Nummela O, Sulander T, Karisto A, Uutela A. Self-rated health and social capital among aging people across the urban-rural dimension. *Int J Behav Med* 2009;16(2):189-194
 18. Fujiwara T, Kawachi I. Social capital and health. A study of adult twins in the U.S. *Am J Prev Med* 2008;35(2):139-144
 19. Lee HY, Jang SN, Lee S, Cho SI, Park EO. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2008;45(7):1042-1054
 20. Giordano GN, Jonas Björk J, Lindström M. Social capital and self-rated health - A study of temporal (causal) relationship. *Social Science & Medicine* 2012; doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.011
 21. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* 2009;69(3):307 - 316
 22. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*

- 1997;38(1):21-37
23. Jeong BG, Kim JR, Kang YS, Park KS, Lee JH, Jo SR, Seo GD, Sang-Jun Joo SJ, Oh ES, Kim SJ, Jo SJ, Kim SM, Yeum DM, Sim MY. <Field action report> The strategies to address regional health inequalities in Gyeongsangnam-Do : Health Plus Happiness Plus projects. *J Agric Med Community Health* 2012;37(1):36-51 (Korean)
 24. Korea National Statistical Office. 2005 Life tables for provinces. Daejeon, National Statistical Office, 2007, p.11 (Korean)
 25. Bajekal M, Purdon S. Social capital and social exclusion: development of a condensed module for the Health Survey for England. London, National Center for Social Research, 2001, p.37
 26. Babor HF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test. WHO, 2001[cited 2012 April 4], Available from: URL:http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf
 27. Lima-Costa MF, Cesar CC, Chor D, Proietti FA. Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10-year follow-up of the Bambuí Cohort Study of Aging. *Am J Epidemiol* 2012;175(3):228 - 35
 28. Wiggins N. Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. *Health Promotion International* doi:10.1093/heapro/dar046 [cited 2012 May 7]. Available from: URL:http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2011/08/11/heapro.dar046.abstract
 29. Paeng KY. The influence of individual-level social capital on self-rated health [dissertation]. Jinju, Gyeongsang National University, 2011 (Korean)
 30. Cramm JM, Nieboer AP. The influence of social capital and socio-economic conditions on self-rated health among residents of an economically and health-deprived South African township. *Int J Equity Health* 2011;10:51 doi:10.1186/1475-9276-10-51
 31. Becker AB, Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Klem L. Predictors of Perceived Control Among African American Women in Detroit: Exploring Empowerment as a Multilevel Construct. *Health Education & Behavior* 2002;29(6):699-715
 32. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008, pp.1-2