

필리핀 지역주민의 빈곤이 주관적 건강상태에 미치는 영향: 건강행태와 가족 및 친구 지지의 매개된 조절효과 분석

김재우¹ · 김도형^{1,3} · 남은우^{2,3}

¹연세대학교 대학원 보건행정학과, ²연세대학교 보건행정학과, ³연세대학교 연세글로벌헬스센터

The Impact of Poverty on Self-Rated Health in Philippines: A Mediated Moderation Model of Health Behaviors and Family and Friend Support

Jae Woo Kim¹, Dohyeong Kim^{1,3}, Eun Woo Nam^{2,3}

¹Department of Health Administration, Yonsei University Graduate School; ²Department of Health Administration, Yonsei University; ³Yonsei Global Health Center, Yonsei University, Wonju, Korea

Background: Socio-economical status, represented by poverty, is a potent factor in predicting health status, because preventable illness and death occurs due to poverty and socio-economical situation. This study aims to provide information towards on the correlation between poverty and self-rated health in consideration of elements of health behaviors and family and friend support in Philippines.

Methods: Data was collected on 15th to 28th of February 2011 by using structured questionnaire through interview method. Study area is Antipolo and Tondo in Manila, Philippines. Sample size was 1,100 but only 658 cases was analyzed due to incomplete questionnaire.

Results: Results show that the poverty has direct negative influence on self-rated health, while the presence of family and friend support decreased negative influence. And through the analysis of mediated moderation model, similarly poverty has also indirect negative effect on self-rated health by health behaviors and family and friend support. Especially, regular exercise was found to be a major variable that mediates poverty and self-rated health.

Conclusion: In conclusion, to improve the self-rated health state of respondents need to provide emotional support especially from family and friends. Also regular exercise should be encouraged by raising health awareness through continuous health education and promotion for the residents in order to develop health behaviors.

Keywords: Family and friend support; Health behavior; Poverty; Self-rated health

서론

세계보건기구(World Health Organization)에 의하면 건강불평등과 관련된 요소를 개인적, 사회적, 경제적, 환경적 4가지 요소로 정의하고 있는데, 이는 건강한 행동양식, 생활양식, 경제수준, 사회적 지위, 교육, 고용과 업무환경, 적절한 보건의료서비스 이용, 물리적 환경을 포함하는 의미로 규정하고 있다. 최근 들어 건강과 사회

적 결정요소의 중요성이 강조되고 있는데, 예를 들어, 스트레스, 성장과정, 소외계층, 실업, 복지, 중독 등 사회적 불평등과 사회·경제적 상황은 한 개인의 건강에 큰 영향을 미치고 특히 사회적 지지기반이 약하면 건강한 삶을 기대할 수 없다[1].

특히 개인이 사회에서 차지하고 있는 사회경제적 위치는 건강을 예측하는 강력한 인자이며, 회피가능한 질병과 사망도 가난으로 인해 겪기 때문에 사회경제적 상황은 개인의 건강에 영향을 미치

Correspondence to: Eun Woo Nam

Department of Health Administration, Yonsei University, 1 Yeonsedae-gil, Wonju 26493, Korea
Tel: +82-33-760-2413, Fax: +82-33-762-9562, E-mail: ewnam@yonsei.ac.kr

Received: October 26, 2015 / Revised: March 10, 2016 / Accepted after revision: March 31, 2016

© Korean Academy of Health Policy and Management

It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permit unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

고 빈곤은 건강의 큰 위협요인으로 작용한다[2].

기존의 연구에서 빈곤과 건강의 상호관계는 여러 차례 입증되었다. 빈곤과 건강행태에 관한 Hart [3]의 연구에 따르면 빈곤계층의 경우 빈곤과 같은 스트레스를 해소하기 위해 섭생, 규칙적인 운동 등과 같은 건강유지 행동보다는 상대적으로 술, 담배 등과 같은 일시적이고 부적절한 건강행태를 보였다. 또한 빈곤의 경험은 그 지속 기간에 크게 상관없이 주관적 건강상태에 부정적인 영향을 미치고, 나아가 사망의 위험을 높인다[4,5].

빈곤이 건강에 미치는 부정적인 영향은 기존의 국내의 연구에서 많이 다루어져 왔다. 국외의 연구에 따르면 빈곤층은 상류계층에 비해 높은 교육, 직업훈련, 사회적 자원 등을 확보할 기회가 적어 그들의 주관적 건강상태에 부정적인 영향을 미쳤다[6,7]. 또한 낮은 수준의 임금, 재정적 어려움, 그리고 지역사회의 낮은 경제수준 등은 높은 만성질환, 기능장애, 질병 등 전체적으로 낮은 수준의 주관적 건강상태와 관련이 있다[8-10]. 국내 연구들도 이와 비슷한 결과를 보여주었는데, 월평균 가구소득이 낮을수록 건강상태에 대한 인식이 부정적이었으며, 연령이 높고, 교육수준이 낮은 경우에 건강상태에 대한 부정적인 인식이 높았다[11]. 또한 저학력, 저임금 노동자들은 자신의 건강이 나쁘다고 인식하는 경향이 높았다[12].

사회경제적 지위는 고소득층의 금연, 절주, 운동 등 건강에 필수적인 생활양식뿐만 아니라 건강에 이로운 식재료의 구입과 다양한 건강 및 의료서비스 선택이 가능하게 하여 건강한 건강행태를 보이지만[13], 빈곤층 내지 사회경제적 지위가 낮은 사람들은 건강증진 행위에 대한 지식과 자원의 부족으로 불건강한 건강행태(과도한 흡연 및 음주, 규칙적인 운동의 부족 등)를 선택할 가능성이 높다[14].

또한 건강행태요인들도 주관적 건강상태에 밀접한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 과도한 흡연, 음주, 운동부족 등은 신체적 기능 저하와 낮은 주관적 건강상태에 영향을 미쳤다[15]. 국내 연구결과 역시 건강증진행위가 주관적 건강상태와 상관관계가 있다는 결과[16]를 보여주었으며, 흡연, 음주, 비만, 규칙적 운동 등의 건강행태변수들이 신체 및 정신건강을 결정짓는 주요한 요인으로 밝혀졌다[17].

필리핀의 경우 세계은행이 정한 절대빈곤지표 1일 1달러 미만으로 살아가는 인구비율이 14.6%이고[18], 필리핀에서 자체적으로 정한 국내 빈곤지표 1인당 연간소득 16,841페소 미만으로 살아가는 인구의 비율은 2012년 27.9%에 달했다[19]. 그간 필리핀 지역주민의 건강과 관련하여 발표된 연구를 보면 필리핀의 사회적 자본, 보건의료이용 및 건강생활 실천에 관한 연구에서 남성이 여성보다 사회적 자본지수가 높고, 친한 친구 수가 많고 이웃과 자주 이야기하며, 이웃을 자주 방문하는 것으로 나타났고[20], 종교적 이유로 피임을 하지 않거나 가족계획과 관련된 지식이 부족한 것이 필리핀 내 가족계획사업의 확산에 장애가 되는 것으로 조사된 연구도 있

다[21]. 또한 필리핀 사춘기 학생들의 건강위험행동에 관한 연구가 있었고[22], 필리핀 어린이들의 주관적 건강상태와 바이오마커를 비교한 연구가 있었다[23]. 그 밖에 국제결혼한 필리핀 이주여성의 건강상태연구나[24] 필리핀 근로자의 건강관리실태를 보고한 연구는[25] 있었으나, 아직까지 필리핀 지역주민의 빈곤과 건강문제에 대하여 연구 보고한 자료는 거의 없는 실정이다.

최근에 발표된 몇 개 국가의 주관적 건강 관련 연구를 살펴보면 콩고민주공화국의 경우 임신 경험이 있는 여성들을 대상으로 조사하였는데, 교육수준, 문해력, 영양교육 경험 유무가 주관적 건강에 영향을 미치는 것으로 나타났고 경제적 상태와 주관적 건강상태 사이의 관계에서는 사무직에 종사하는 사람의 주관적 건강상태가 더 좋았다[26]. 한국의 경우 부모님 생존 여부, 배우자 상태, 가족관계, 시민사회 참여, 종교활동 참여, 아침식사, 규칙적인 운동에 영향을 받았다[27]. 일본에서는 개인의 소득수준이 주관적 건강에 영향을 미치는 것으로 나타났고[28], 방글라데시의 경우 성별, 연령, 교육수준, 경제적 수준이 주관적 건강에 영향을 미쳤다[29].

본 연구에서는 필리핀 지역주민의 빈곤과 주관적 건강 사이의 관계에서 개인의 건강행태요인들(흡연, 음주, 규칙적인 운동)뿐만 아니라 가족 및 친구지지를 고려하여 빈곤과 주관적 건강상태 사이의 상관관계를 포괄적으로 밝히고자 한다. 이를 통해 필리핀 지역주민의 건강증진 및 빈곤을 감소시키고, 국제협력사업 개발을 위한 기초자료를 제공에 도움을 줄 것으로 기대한다.

본 연구에서는 필리핀 지역주민의 빈곤과 건강행태요인들(흡연, 음주, 규칙적인 운동) 그리고 주관적 건강상태 사이의 상관관계를 포괄적으로 규명하여 향후 필리핀 대상 보건 분야 공적개발원조 (official development assistance) 개발에 필요한 정보를 제공하고자 하며, 이를 위한 구체적인 연구목적은 다음과 같다. 첫째, 빈곤과 건강행태가 주관적 건강상태에 미치는 직접적인 영향을 알아본다. 둘째, 건강행태의 매개변수를 통한 빈곤이 주관적 건강상태에 미치는 영향을 알아본다. 셋째, 빈곤이 주관적 건강상태에 미치는 영향을 건강행태와 가족 및 친구 지지의 매개된 조절효과를 통해서 살펴본다.

방 법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구대상은 필리핀의 수도인 마닐라 중 빈곤층이 많이 거주하는 Antipolo시와 Tondo시를 대상으로 하였다. 자료수집은 2011년 2월 15일부터 28일까지 인터뷰에 따른 구조화된 설문지를 통하여 수집하였으며, 설문지는 총 1,100부를 배포하였다. 회수된 설문지 874부 중 응답이 미흡한 216부를 제외한 658부를 분석하였다.

2. 연구도구

설문 내용은 사회인구학적 특성, 사회적 자본, 보건의료 이용, 건강생활 실천으로 구성되어 개발하였다. 먼저 한국어판을 완성한 후 영어로 번역한 영문판과, 현지 번역 전문가가 영문판을 필리핀어로 번역한 필리핀어판의 두 가지 버전으로 제작하여 응답자가 선호하는 언어로 조사하였다. 설문을 위해 필리핀어판 설문지를 조사대상 인근지역 주민 50명을 대상으로 2011년 2월 6일 예비조사를 실시하여 내적 타당도를 검토하였고, 그 결과를 토대로 일부 문항을 수정하여 설문지를 최종 수정하였다.

3. 변수의 정의와 측정

1) 종속변수

본 연구의 종속변수는 응답자의 주관적 건강상태를 (1) 매우 건강하지 않음, (2) 건강하지 않음, (3) 보통, (4) 건강함, (5) 매우 건강함 가운데 하나를 선택하게 하여 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋은 것으로 해석하였다. 종속변수는 단일 질문으로 구성하였으며, 기존의 많은 연구에 의해 본인이 생각하는 주관적 건강상태는 질병이나 사망률의 타당한 지표로 활용되고 있다[30-32].

2) 독립변수

본 연구의 독립변수는 필리핀 지역주민의 빈곤상태 여부이다. 빈곤상태는 필리핀에서 자체적으로 정한 국내 빈곤지표 1인당 연간 소득 16,841페소를 기준으로 16,841페소 이상은 비 빈곤, 16,841페소 미만은 빈곤 1로 코딩하였다.

3) 매개변수

건강행태 중 흡연, 음주, 규칙적인 운동 여부를 빈곤과 주관적 건강상태를 매개하는 변수로 설정하였다. 흡연 여부는 최근 30일 동안 1일 이상 흡연한 흡연자는 1, 비흡연자는 0으로 코딩하였고, 음주 여부는 최근 30일 동안 1잔 이상 음주를 하는 경우 1로, 그렇지 않은 경우는 0으로 코딩하였다. 마지막으로 규칙적인 운동 여부는 1회 운동 시 30분 이상 규칙적으로 운동을 하는 경우 1, 그렇지 않은 경우 0으로 코딩하였다.

4) 조절변수

빈곤이 건강행태 및 건강에 미치는 부정적인 영향을 완충하는 조절변수로 가족 및 친구 지지를 선정하였다. 응답자가 정서적으로 친밀하다고 인식하는 가족과 친구의 수를 측정하였고, 이를 평균하여 점수화하였다. 평균 점수가 높을수록 가족 및 친구 지지가 높은 것으로 해석하였다.

4. 분석방법

본 연구에서 수집된 자료는 통계프로그램 PASW SPSS ver. 18.0

(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 이용하여 분석하였고 다음의 절차로 실시하였다.

필리핀 지역주민의 빈곤상태가 건강행태를 통해 주관적 건강상태에 미치는 효과를 파악하기 위해 구조방정식모형(structural equation modeling)을 사용하였다. 구조방정식모형은 AMOS ver. 6.0 (SPSS Inc.)의 최대우도법(maximum likelihood)을 사용하여 모형검증을 실시하였으며, 모형의 적합도(fit measure)는 일반적합도(goodness of fit index, GFI), 평균제곱잔차제곱근(root mean square residual, RMR), 비교부합지수(comparative fit index, CFI), 오차평균차이(root mean square error of approximation, RMSEA)를 사용하였다. 기본적인 절대적합도지수 카이사승통계량은 본 연구에서 고려하지 않았다. 그 이유는 본 연구의 표집은 658명이고, 카이사승통계량은 일반적으로 100-200명의 표집에 대해서 적절히 수용될 수 있는 통계량이기 때문이다. 본 연구의 표집이 200명을 넘기 때문에 입력공분산행렬과 추정공분산행렬 간의 작은 차이에도 민감하여 적합도가 낮게 나타날 가능성이 있다. 따라서 본 연구에서는 타 적합도지수의 기준들을 살펴보기로 하였다.

Table 1. General characteristics of subjects

Category	No. (%)
Sex	
Male	206 (31.3)
Female	452 (68.7)
Age (yr)	
10-19	279 (42.4)
20-29	68 (10.3)
30-39	112 (17.1)
40-49	110 (16.7)
≥ 50	89 (13.5)
Level of education	
None	9 (1.4)
Elementary	105 (16.0)
Middle	13 (2.0)
High	387 (58.8)
Above college	144 (21.8)
Marital status	
Single	302 (45.9)
Married	286 (43.5)
Others (remarriage, divorce, separation, bereavement)	70 (10.6)
Job	
Civil servant	13 (2.0)
Agriculture, forestry, fishing industry	6 (0.9)
Self-employed, service industry	51 (7.8)
Specialized job (doctor, lawyer, teacher, etc.)	18 (2.7)
Businessman	30 (4.6)
Others	540 (82.0)
Smoking	
Yes	130 (19.8)
No	528 (80.2)
Drinking	
Yes	150 (22.8)
No	508 (77.2)
Exercise	
Yes	200 (30.4)
No	458 (69.6)
Total	658 (100.0)

결 과

1. 대상자의 인구통계학적 특성 및 건강행태 관련 특성

대상자의 일반적 특성은 다음과 같다. 성별은 남자 206명(31.3%), 여자 452명(68.7%)으로 나타났으며, 연령은 10대가 279명(42.4%)으로 가장 많았고 30대가 112명(17.1%)으로 그 뒤를 이었다. 최종학력은 고등학교 재학 또는 졸업자가 387명(58.8%)으로 가장 많았고, 결혼 여부는 미혼 302명(45.9%), 기혼 286명(43.5%), 기타 70명(10.6%)으로 나타났다. 직업은 기타(학생, 주부, 무직 등)가 540명(82.0%)으로 가장 많았고 자영업, 서비스업이 51명(7.8%)으로 그 뒤를 이었다. 건강행태와 관련하여 흡연자는 130명(19.8%), 음주자는 150명(22.8%), 규칙적으로 운동하지 않는 사람은 458명(69.6%)으로 나타났다(Table 1).

2. 주관적 건강상태에 대한 구조적 연구모형의 적합도

연구모형의 적합도는 양호한 것으로 나타났다. GFI는 0.945, RMR은 0.016, CFI는 0.958, RMSEA는 0.022였다. 따라서 본 연구의 구조방정식 모형은 적합하다고 할 수 있다(Table 2).

3. 독립변수와 매개변수가 주관적 건강상태에 미치는 직접효과

독립변수인 빈곤과 매개변수인 건강행태가 주관적 건강상태에 미치는 직접적인 효과는 다음과 같다. 첫째, 빈곤한 필리핀 지역주민이 그렇지 않은 경우보다 주관적 건강상태를 부정적으로 평가하

였다. 둘째, 건강행태변수들 중에서는 흡연과 운동 여부가 주관적 건강상태에 직접적인 영향을 미쳤다. 흡연을 하는 필리핀 지역주민이 그렇지 않은 경우보다 주관적 건강상태를 부정적으로 평가하였고, 운동을 하는 필리핀 지역주민은 그렇지 않은 경우보다 주관적 건강상태를 긍정적으로 평가하였다. 마지막으로, 가족과 친구로부터 지지가 있을 때는 빈곤이 주관적 건강상태에 미치는 부정적인 영향이 완충된다는 것을 확인할 수 있었다. 즉 빈곤상태는 주관적 건강상태에 부정적 영향을 미치지만 가족과 친구로부터의 지지는 빈곤이 주관적 건강상태에 미치는 부정적 영향을 완화하였다(Table 3).

4. 빈곤과 주관적 건강상태의 매개된 조절효과 분석

연구대상자의 빈곤상태, 건강행태, 가족 및 친구 지지, 주관적 건강상태 사이의 상관관계를 포괄적으로 규명하기 위하여 다음과 같이 연구모형을 수립하고 구조방정식모형 분석을 실시하였다. 각 변인에 대한 표준화 회귀계수 및 유의성은 다음과 같다(Figure 1).

빈곤은 건강행태변수 중 규칙적인 운동을 매개로 하여 주관적 건강상태에 영향을 미친다. 즉 빈곤한 필리핀 지역주민은 빈곤하지 않은 경우보다 규칙적인 운동을 하지 않는 경향이 있으며, 이로 인해 주관적 건강상태를 부정적으로 인식한다고 할 수 있다. 또한 가족 및 친구의 지지 역시 규칙적인 운동을 매개로 하여 주관적 건강상태에 영향을 미쳤다. 다시 말해 빈곤한 필리핀 지역주민이 가족

Table 2. Goodness of fit test for research model

	Goodness of fit	Recommended cut-off value
Goodness of fit index	0.945	> 0.9
Root mean square residual	0.016	< 0.08
Comparative fit index	0.958	> 0.9
Root mean square error of approximation	0.022	< 0.08

Table 3. The direct effect of independent variable on self-rated health

Variable	Standardized coefficient	t-value
Poverty	-0.189	-5.093***
Smoking	-0.093	-2.519*
Drinking	0.016	0.425
Exercise	0.091	2.435
Poverty×family and friend's support	0.201	5.420**

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

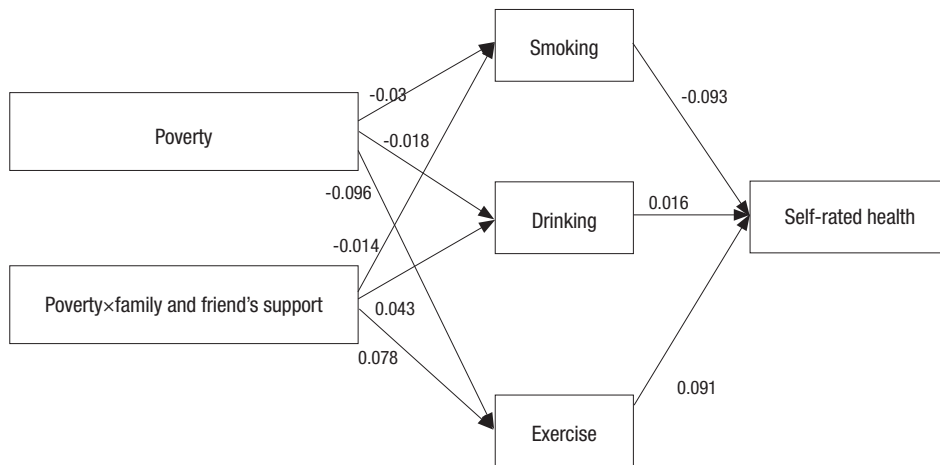


Figure 1. Structural equation model.

및 친구의 지지를 통해 규칙적인 운동에 더 참여하게 되고 결과적으로 빈곤이 건강에 미칠 수 있는 부정적인 영향을 완화하는 역할을 한다고 할 수 있다.

고 찰

본 연구는 필리핀의 수도인 마닐라 중 빈곤층이 많이 거주하는 Antipolo시와 Tondo시를 대상으로 그들의 빈곤이 주관적 건강상태에 미치는 영향 정도를 파악하기 위해 시도되었다. 특히 주관적 건강상태에 영향을 줄 수 있는 건강행태변수들, 가령, 흡연, 음주, 그리고 규칙적인 운동 여부를 매개변수로 설정하였다. 또한 빈곤상태가 건강에 미치는 부정적인 영향을 완화 내지는 완충할 수 있는 가족 및 친구지지변수를 설정하여 그 조절효과를 매개효과와 더불어 동시에 분석하였다. 연구의 주요결과는 다음과 같다.

첫째, 구조방정식 모형 검증을 통한 빈곤과 주관적 건강 사이의 직접적 효과의 분석결과 빈곤 자체는 주관적 건강상태에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 지역의 빈곤수준이 건강을 취약하게 만드는 요인이며, 사회경제적 상황은 개인의 건강에 영향을 미치고 빈곤은 건강에 큰 위협요인으로 작용함을 밝힌 기존의 연구결과를[2] 지지한다. 또한 빈곤층은 상류계층에 비해 높은 교육, 직업훈련, 사회적 자원 등을 확보할 기회가 적어 그들의 주관적 건강상태에 부정적인 영향을 미치는 것으로 보고한 연구결과와 [6,7] 낮은 수준의 임금, 재정적 어려움, 그리고 지역사회의 낮은 경제수준 등은 높은 만성질환, 기능장애, 질병 등 전체적으로 낮은 수준의 주관적 건강상태와 관련이 있다고 보고한 선행연구[8-10]와 비슷한 결과이다. 국내·외 다른 연구들도 이와 비슷한 결과를 보여주었는데, 국내의 경우 월평균 가구소득이 낮을수록 건강상태에 대한 인식이 부정적이었고, 연령이 높고, 교육수준이 낮은 경우에 건강상태에 대한 부정적인 인식이 있는 것으로 나타났으며[11], 저학력, 저임금 노동자들은 자신의 건강이 나쁘다고 인식하는 경향이 높다고 보고한 바 있다[12]. 국외의 경우에서도 콩고민주공화국에서 교육수준이 높을수록, 사무직일수록 주관적 건강수준이 높았고[27], 연령이 낮고, 교육수준 및 경제적 수준이 높을수록 건강에 긍정적인 인식이 있는 것으로 조사된 방글라데시의 경우와도 일치하는 것으로 나타났다[29]. 이렇듯 빈곤 자체는 건강에 부정적인 영향을 미치지만, 가족 및 친구의 지지를 받으면 그 부정적 효과가 완화된다는 사실을 확인할 수 있었다. 이는 인지된 가족으로부터의 도움이 주관적 건강에 긍정적인 영향을 미친다는 기존의 연구[33]와 유사한 결과로 가족 및 친구를 통한 정서적 지지도 주관적 건강에 매우 중요한 요소이기 때문에 가족과 연계하여 물질적, 정서적 서비스를 제공할 필요가 있다.

둘째, 매개된 조절효과분석은 빈곤과 주관적 건강상태 사이에 건강행태변수들과 가족 및 친구 지지변수들의 다양한 간접효과를

동시에 보여주었다. 특히 규칙적인 운동 여부는 빈곤과 주관적 건강을 매개하는 주요변수로 나타났다. 이는 주관적 건강상태를 인식하는 요인으로 사회경제적인 측면도 관련이 있지만, 개인의 건강행태 측면도 주관적 건강상태를 부정적으로 인식하게 만드는 주요 요인임을 확인하였다. 이는 규칙적인 운동이 주관적 건강수준을 향상시킨다는 국내의 연구결과와도 일치하며[27], 건강한 생활습관을 형성함으로써 빈곤층의 건강을 증진시킬 수 있을 것으로 생각한다. 따라서 바람직한 방향으로 생활양식을 변화시킬 수 있는 방안으로 지속적인 주민교육과 홍보를 통하여 건강에 대한 인식을 개선하고 일상생활에서 실천할 수 있도록 자조모임을 통해 주민들 스스로 노력할 수 있게 지원할 필요가 있다.

본 연구의 제한점 및 추후 연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 필리핀 수도인 마닐라 중 Antipolo시와 Tondo시만을 연구대상으로 조사하였기 때문에 연구결과를 필리핀 지역 주민 전체의 특성으로 일반화하기 위해서는 기타 조건들을 신중히 고려해야 할 필요가 있다. 둘째, 본 연구에서 제시된 요인 외에 주관적 건강상태에 영향을 미칠 수 있는 다양한 요인들에 대해서는 함께 다루지 못하였기 때문에 관련 영향요인들에 대한 추가적인 연구가 필요하다. 셋째, 횡단면 자료를 이용하여 분석하였기 때문에 인과관계의 의미를 부여하는 데는 한계가 있다. 넷째, 빈곤에 대한 개념을 연구 시점의 빈곤선을 기준으로 나누어 조사하였으나 이를 한 시점이 아닌 생애사나 세대 간 이행으로 분석시간을 늘리거나 경제적인 측면만이 아닌 사회적 측면으로 분석범위를 넓혀 볼 수도 있겠다[34].

본 연구는 아직까지 필리핀 지역주민의 빈곤과 건강문제에 대하여 연구 보고한 자료가 없는 실정에서 필리핀 지역주민의 건강증진 및 빈곤을 감소시키고, 국제협력사업 개발을 위한 기초자료를 제공하기 위해 그들의 빈곤과 건강행태, 가족 및 친구지지, 주관적 건강상태의 관계를 파악하였다는 데 연구의 의의가 있다. 또한 기존의 빈곤이 건강에 미치는 영향을 보고한 기존의 연구와 비교하여 개인의 건강행태요인(흡연, 음주, 규칙적인 운동)뿐만 아니라 가족 및 친구지지를 고려하여 빈곤과 건강상태 사이의 상관관계를 포괄적으로 분석하였다는 점에서 의미하는 바가 크다고 하겠다. 향후 본 연구의 결과를 바탕으로 사회적 자본, 질병 예방 및 의료이용 등 다양한 요인을 추가하여 연구할 필요성이 있다.

감사의 글

이 논문은 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2013S1A5B8A01055336).

REFERENCES

1. Park CH. A study on analysis of health determinants and Healthy City Projects: focus on Healthy City Jinju [master's thesis]. Jinju: Gyeongsang

- National University; 2010.
2. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2003.
 3. Hart N. Sociology of health and medicine Lancashire: Cauway Books; 1998.
 4. McDonough P, Sacker A, Wiggins RD. Time on my side?: life course trajectories of poverty and health. *Soc Sci Med* 2005;61(8):1795-1808. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.03.021>.
 5. Waitzman NJ, Smith KR. Phantom of the area: poverty-area residence and mortality in the United States. *Am J Public Health* 1998;88(6):973-976. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.88.6.973>.
 6. Hatch SL. Conceptualizing and identifying cumulative adversity and protective resources: implications for understanding health inequalities. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2005;60 Spec No 2:130-134. DOI: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/60.special_issue_2.s130.
 7. Shuey KM, Willson AE. Cumulative disadvantage and black-white disparities in life-course health trajectories. *Res Aging* 2008;30(2):200-225. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027507311151>.
 8. Kahn JR, Fazio EM. Economic status over the life course and racial disparities in health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2005;60 Spec No 2:76-84. DOI: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/60.special_issue_2.s76.
 9. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordstrom E, Eriksson HG, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health* 2007;17(2):125-133. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckl070>.
 10. Yao L, Robert SA. The contributions of race, individual socioeconomic status, and neighborhood socioeconomic context on the self-rated health trajectories and mortality of older adults. *Res Aging* 2008;30(2):251-273. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027507311155>.
 11. Lee CG. Health inequalities and counter policies in Korea. *J Asiat Stud* 2006;49(1):66-103.
 12. Kim YH, Cho YT. Impact of area characteristics on the health of vulnerable populations in Seoul. *Korea J Popul Stud* 2008;31(1):1-26.
 13. Kim HY. Community inequalities in health: the contextual effect of social capital. *Korean J Sociol* 2010;44(2):59-92.
 14. Pampel FC, Rogers RG. Socioeconomic status, smoking, and health: a test of competing theories of cumulative advantage. *J Health Soc Behav* 2004; 45(3):306-321. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/002214650404500305>.
 15. Lynch JW, Kaplan GA, Shema SJ. Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. *N Engl J Med* 1997;337(26):1889-1895. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/nejm199712253372606>.
 16. Park ES, Kim SJ, Kim SI, Chun YJ, Lee PS, Kim HJ, et al. A study of factors influencing health promoting behavior and quality of life in the elderly. *J Korean Acad Nurs* 1998;28(3):638-649.
 17. Kim SG. The socioeconomic status and the self-reported health of the aged. *J Welf Aged* 2005;28:187-206.
 18. Asian Development Bank. Metro Manila: Asian Development Bank; 2003.
 19. Philippine National Statistical Coordination Board. Metro Manila: Philippine National Statistical Coordination Board; 2012.
 20. Nam EW, Moon JY, Kim DH, Sim BR, Kim CB, Kim YJ, et al. A study of social capital, health care utilization and health life style in Metro Manila, the Philippines by difference. *Int Dev Coop Rev* 2014;6(1):87-107.
 21. Nam EW, Kim DH, Moon JY, Sarita D, Chung YI, Kim PS. Review of South Korea's family planning program: implication for the Philippines. *Int J Matern Child Health* 2014;2(2):55-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.12966/ijmch.05.05.2014>.
 22. Peltzer K, Pengpid S. Health risk behaviour among in-school adolescents in the Philippines: trends between 2003, 2007 and 2011: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2015;13(1):E73. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph13010073>.
 23. Butrick E, Peabody JW, Solon O, DeSalvo KB, Quimbo SA. A comparison of objective biomarkers with a subjective health status measure among children in the Philippines. *Asia Pac J Public Health* 2012;24(4):565-576. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1010539510390204>.
 24. Jeong AH, Kim HJ, Jeong HJ. A study on the health status, social support and acculturative stress of Filipino marriage-migrant women. *J Korea Acad-Ind Coop Soc* 2011;12(12):5509-5517.
 25. Bae JS. The actual conditions of health care and problem of Filipino workers [dissertation]. Seoul: Ewha Womans University; 2007.
 26. Lee HI, Nam EW, Song JS. West African pregnancy experienced women's self-rated health and related factors: case of Democratic Republic of the Congo. *Health Policy Manag* 2014;24(1):85-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.4332/kjhp.2014.24.1.85>.
 27. Song YL, Nam EW. The influence of social capital and health behaviors on self-rated health in South Korea. *Korean J Health Educ Promot* 2009; 26(3):1-13.
 28. Shibuya K, Hashimoto H, Yano E. Individual income, income distribution, and self rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample. *BMJ* 2002;324(7328):16-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7328.16>.
 29. Razzaque A, Nahar L, Akter Khanam M, Kim Streatfield P. Socio-demographic differentials of adult health indicators in Matlab, Bangladesh: self-rated health, health state, quality of life and disability level. *Glob Health Action* 2010;3:70-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v3i0.4618>.
 30. Bergner M, Rothman ML. Health status measures: an overview and guide for selection. *Annu Rev Public Health* 1987;8(1):191-210. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.8.1.191>.
 31. 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2955359>.
 32. Idler E, Leventhal H, McLaughlin J, Leventhal E. In sickness but not in health: self-ratings, identity, and mortality. *J Health Soc Behav* 2004; 45(3):336-356. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/002214650404500307>.
 33. Yoon KA, Jin KN, Sung KT. Study of strain, social support, and subjective well-being in the Korean elderly. *J Korea Gerontol Soc* 1992;12(1):56-64.
 34. Lee SM, Lee SC. A study on alternative conceptualization of poverty. *J Korean Reg Dev* 2010;19(2):153-178.