

일부 농촌주민의 사회적 지지, 사회조직망과 건강행태와의 관련요인 분석

이무식* · 김대경* · 김은영* · 나백주* · 성태호**

* 건양대학교 의과대학 예방의학교실 · ** 전북대학교 의과대학 예방의학교실

〈목 차〉

I. 서론	IV. 요약 및 결론
II. 연구대상 및 방법	참고문헌
III. 연구결과	Abstract
IV. 고찰	

I. 서론

최근 건강행태에 있어 사회적인 지지 또는 사회조직망과 같은 지역사회 중심의 사회적 지지 체계가 긍정적인 영향을 주고 있음이 밝혀지고 있다. 사회적인 지지의 개념은 어떤 개인이 다른 사람들 또는 집단과의 공식적인 또는 비공식적인 접촉을 통해서 이용가능하다고 인식하는 안락, 도움과 정보로 정의할 수 있다(Wallston et al., 1983). 그리고 사회조직망이란 어떤 한 개인이 자신의 사회적인 환경에 연결되어 있는 범위와 특성으로 정의된다(Bland et al., 1991). Cassel(1976)이 사회적인 지지 및 사회조직망과 질병과의 관련을 보고한 이후로 혈압, 관상동맥 질환, 사망률, 우울증 등과 같은 질병과 연관이 있는 것으로 보고되고 있어 조직망구조와 조직

망 구성원들이 제공하는 사회적인 지지 또는 갈등에 따라 특정한 질병상황에 영향을 준다는 사실을 알 수 있다(Berkman et al., 1992). 사회적인 지지가 건강에 미치는 기전 중 하나가 행동학적인 매개자로 작용하는 경우로 사회적인 지지가 좋은 자는 건강한 행동을 하도록 장려 받고 건강한 행동에 대해 정보를 얻고, 문제해결에 대한 정보, 충고와 안내를 받을 수 있고, 직접적인 수단적 도움을 받을 수 있다는 것이다(Ganster & Victor, 1988). 따라서 건강증진 프로그램을 비롯한 보건사업에서 지속적인 건강행태로의 변화에 사회적 지지와 사회조직망이 영향을 미칠 수 있을 것으로 예측된다.

사회적인 지지가 건강에 영향을 미치는 기전으로 볼 때 크게 3가지로 요약된다(Ganster & Victor, 1988). 첫째는 행동학적 매개자(behavioral mediators)로 작용하는 경우로서 건강

에 유리하게 행동이 변화되도록 장려함으로써 건강을 증진시키거나 또는 스트레스 유발인자가 건강에 미치는 나쁜 영향을 감소시키는 것이다. 지지적인 제삼자는 스트레스 유발인자에 반응하는데 사용되는 결정 또는 문제해결방식에 대한 정보, 충고와 안내를 해 줄 수 있고, 정신적인 그리고 심리적인 치료를 찾고 이용하는 제안을 해 줄 수 있고, 직접적으로 집안 일을 도와주거나, 치료를 받을 수 있게 교통수단을 제공해주거나 또는 돈을 빌려주는 것과 같은 수단적인 지지를 해 줄 수 있다. 둘째로 심리적인 매개자(psychological mediators)로서 사람들이 도움을 줄 것이라는 지각이 긍정적인 정서와 더 나은 심리적인 상태를 유지시켜서 육체적, 정신적 건강이 더 나아진다는 것이다. 이것을 일반적인 지각된 애정 이득(general perceived affiliation benefit)이라고 한다. 마지막으로 생리적인 매개자(physiological mediators)인데 이는 스트레스 인자가 일반적으로 유발시킨다고 보고 있는 혈압 상승, 심박출량 증가, 카테콜라민 상승과 같은 과도한 자극과 면역반응의 억제와 같은 나쁜 영향을 사회적인 지지가 완충시킴으로써 건강에 좋은 영향을 미치게 된다는 것이다.

본 연구는 지역사회에서 건강증진에 대한 요구에 부응하기 위하여 지역사회의 보건의료인력 및 기타 공공 및 민간의 사회적 지원을 극대화하며, 동시에 지역주민의 적극적인 참여를 유도하는 방안을 제시하기 위한 기초연구로 일개 농촌형 군 지역주민의 사회적 지지 및 사회조직망 실태를 평가하고 분석하여 추후 건강증진사업에서의 사회적 지지 및 사회조직망 등의 지원을 확대할 객관적 자료를 얻고자 함이다.

본 연구는 지역 사회 주민들의 일반적 특성과 사회적 지지와 사회 조직망을 조사하고 건강증

진 행태와의 관련성을 파악함으로써 이들 지역 사회에서 건강 증진에 대한 요구에 부응하고 지역 보건사업 및 건강증진 사업을 위한 계획 수립시 방향설정에 필요한 기본자료를 제공하고자 하였다.

구체적 연구목적으로 첫째, 조사 대상자의 일반적 특성과 일반적 특성별 사회적 지지 및 사회 조직망 분포를 파악하고 둘째, 조사 대상자의 일반적 특성과 건강행태에 대한 관계 및 건강행태에 대한 사회적 지지 및 사회 조직망과의 관련성을 파악하는 것으로 설정하였다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구의 조사대상자를 선정하기 위한 조사 대상마을의 선정은 무작위 추출에 의한 각 4개 읍·면을 선정한 다음, 자연마을 단위의 무작위 추출하여 선정된 마을의 세대별로 조사하였다. 따라서 본 연구의 대상자 모집단은 충청북도 1개 군 지역에 주소를 둔 주민중 세대주 또는 배우자 1명을 대상으로 하였으며, 세대주 또는 배우자가 없을 경우에는 30세 이상 성인 가구원 1명으로 제한하였다. 최종 분석에 이용된 조사대상 인원은 총 744명이었다.

2. 연구내용

본 연구는 지역보건사업 및 건강증진 프로그램의 진행을 위하여 필요한 기초연구의 일환으로 수행된 단면적인 조사연구이다.

1) 조사방법

조사는 2000년 7월 말 약 6일간 확률수표를 이용한 전수 또는 다단계표본 추출법으로 선정된 세대별 직접 방문조사를 통하여 실시하였다. 조사는 1개 의과대학 의학과 학생 40여명을 이용하여 농촌형 1개 군 지역의 지역사회진단 및 기초조사 사업지침서를 사용한 조사원 사전교육을 통하여 설문조사법과 혈압 조사법 등 조사에 필요한 기본 지식과 수기를 교육하였다. 혈압은 수은혈압계를 사용하였으며, 면담조사는 사전에 개발된 구조화된 면담지를 이용하였다. 방문은 오전 9시부터 저녁 9시까지 다양하게 실시하였으며, 대상 가정이 부재중이었거나 부적절한 답을 한 경우에는 재방문 또는 전화 통화를 통하여 보완하였다.

2) 조사내용

사회적 지지(Social support)는 Strogaz와 James(1986)가 개발한 척도를 이용하였는데 이 스케일의 구성은 물질적 사회적 지지와 정서적 사회적 지지로 구성되어 있다. 물질적 사회적 지지는 간단한 집안일(예: 청소나 집수리)을 일당을 주지 않고 도움을 얻을 수 있는지, 차를 일주일간 쓸 수 없게 되었을 때 필요할 때마다 얻을 수 있는지, 상당히 많은 액수의 돈을 빌릴 수 있는 사람이나 은행이 있는지 여부를 조사한다. 감정적 사회적 지지는 중요한 개인적인 일로 고민이 있을 때 상담할 수 있는 사람이 있는지를 측정한다. 이들 모든 문항은 ‘항상 있다’, ‘대부분 있다’, ‘때때로 있다’, ‘결코 없다’의 4 단계로 측정하였으며, 물질적 사회적지지 조사결과 는 ‘결코 없다’가 1개 이상인 경우 부적절한 지지로 판정하였으며, 정서적 사회적 지지는 ‘때때로 있다’

및 ‘결코 없다’를 부적절한 지지로 판정하였다.

사회 조직망(Berkman & Syme 1979; Seeman & Syme 1987)은 배우자 유무, 한 달에 최소한 한번이상 보거나 이야기하는 가까운 친구와 친척 수, 주마다 규칙적인 종교행사(교회, 법회, 미사 등)에 참석여부, 구성원으로 있는 공식적인 모임의 수로 측정하였다. 유배우자일 경우 1점, 친구와 친척 수는 3분위로 나누어 1, 2, 3점으로 하며, 종교행사 참석시 1점, 공식적 모임이 없을 경우 0점, 1개일 때 1점, 2개 이상 일 때 2점으로 한다. 이들 사회조직망 각 문항 점수를 모두 더하여 3점수 군으로 분류하였는데 I 군은 1~2점, II 군은 3~5점, III 군은 6점 이상으로 하였다. 본 연구에서의 사회적 지지 및 사회조직망 구성 설문항군을 Cronbach's Alpha로 내적 신뢰도를 검정했을 때 0.92 및 0.76으로 비교적 높은 신뢰도 수준이었다.

건강행태는 미국 질병통계센터(CDC)의 BRFSS (Behavioral Risk Factor Surveillance System) (Jackson et al, 1991)를 수정하여 개발된 한국판 BRFSS 설문지를 사용하였으며(한양의대 예방의학교실, 1998), 본 연구의 조사에서는 다양한 건강행태 요인을 조사하였으나 최종 분석에 사용된 것은 흡연, 음주, 운동 및 비만도 등 주요 건강행태 변수를 중심으로 분석하였다. 또한 흡연, 음주 및 운동 등에서는 Prochaska (1992)의 행동수정의 단계적 변화론 모형 (Transtheoretical Model)의 6단계로 수정하여 측정함을 추가하였다(이무식 등, 2000). 행동수정 변화 6단계는 흡연 및 금연단계를 기준으로 하여 측정하였는데 즉, 1단계는 ‘장차(6개월 이내) 금연할 의도가 없다’, 2단계 ‘장차 금연하려는 의도는 있지만 실제 금연을 실천할 준비가 없다’, 3단계 ‘조만간(1개월 이내) 금연하기 위해 구

체적인 계획을 세워놓고 있다', 4단계 '금연한지 6개월 미만이다', 5단계 '금연한지 6개월 이상 되었거나 간혹 흡연의 유혹을 느끼고 있다', 6단계 '금연한지 6개월이 지나고 동시에 흡연의 유혹이 없다'로 하였다.

3) 분석방법

수집된 자료는 SPSS/PC 8.0 을 이용하여 사회 지지와 사회 조직망 변수의 도수와 백분율을 구하였으며, 필요한 경우 인구특성문항별 검정으로 분석하였으며, 아울러 주요한 기여변수를 도출하기 위하여 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연령은 60세 이상이 490명으로 66.0%였으며, 성별로 남성의 경우 181명(62.6%)이었으며, 여성의 경우 309명(68.2%)으로 대상자의 대다수가 노령자로 농촌인구의 구성과 조사 당시 방문 면담 대상자가 대부분 노인이 많음이 반영되는 결과임을 알 수 있다. 학력은 초등학교 졸업이하가 남성 181명(62.4%), 여성이 383명(84.3%)이었고 전체적으로도 초등학교 졸업이하가 564명(65.8%)이나 되었고 전문대학 졸업 이상자는 16명(3.0%) 뿐이었다. 그 중 무학의 경우 남성은 63명(21.7%)인데 반하여 여성은 209명(46.0%)인 점은 농촌 노인에서 여성의 학력이 남성보다 낮음을 대변 해주는 결과라 하겠다($p < 0.001$). 결혼 상태는 유배우자가 남성의 경우 257명(88.6%),

여성은 277명(61.1%)으로 성별로 유의한 차이가 있었으며($p < 0.001$), 직업은 전체적으로 농업이 568명(76.3%)으로 가장 높았으며, 성별로는 남성이 243명(83.8%), 여성 325명(71.6%)으로 성별로 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$). 연 가구 총수입은 전체적으로 1000만원 이하가 408명(54.7%)이었으며, 성별로는 남성 155명(57.2%), 여성 253명(69.5%)으로 여성이 남성에 비해 유의하게 더 많았다. 동거가족수는 2명 이하가 456명(61.3%)이었으며, 남성은 172명(59.5%), 여성 284명(62.6%)으로 성별로 유의한 차이가 있었다. 과거 농촌의 경우 대가족이 많았지만 본 연구에서는 5명 이상의 가족은 114명(15.4%)에 불과하여 젊은 층의 이농현상을 간접적으로 시사하는 증거라 하겠다. 또한 거주기간이 20년 이상이 전체 83.0%로 가장 많았고 1년 미만은 2.2%에 불과 하였다.

이상과 같은 일반적인 특성을 고려해 볼 때 조사대상자가 농촌지역 노인인구로 학력은 대부분 초등학교 이하이고 동거가족도 노인부부나 독거자로 한 지역에서 20년 이상 거주한 인구가 많고 수입도 월 30만원 정도였다(표 1).

2. 성별간 사회적 지지의 분포

성별간 사회적 지지를 받는 분포를 살펴보면, 물질적 사회적 지지에서는 집안일 도움은 '결코 없다'가 남성의 경우 132명(45.7%), 여성의 경우 233명(51.7%)으로 가장 높은 비율을 보였으며, '때때로 있다'를 포함한 경우 '전혀 없거나 때때로 있는 경우'가 높음을 알 수 있었다($p < 0.001$). 차량도움도 결코 없는 경우가 102명(35.2%), 여성은 218명(48.3%)이었다. 반면 항상 있는 경우는 남성은 69명(23.5%), 여성은 89명(19.7%)으로

<표 1> 조사대상자의 일반적 특성

구분	성 별		계	p-값
	남 성	여 성		
연령(세)				0.374
30 - 39	20(6.9)	24(5.2)	44(5.9)	
40 - 49	32(11.1)	38(8.4)	70(9.4)	
50 - 59	56(19.4)	82(18.1)	138(18.6)	
60 -	181(62.6)	309(68.2)	490(66.0)	
학력				0.000
무학	63(21.7)	209(46.0)	272(36.6)	
초등학교	118(40.7)	174(38.3)	292(29.2)	
중학교	56(19.3)	38(8.4)	94(12.6)	
고등학교	37(12.8)	27(5.9)	64(8.6)	
전문대 -	16(5.5)	6(1.3)	22(3.0)	
결혼상태				0.000
유배우자	257(88.6)	277(61.1)	534(71.9)	
무배우자	33(11.4)	176(38.9)	209(28.1)	
직업				0.000
농업	243(83.8)	325(71.6)	568(76.3)	
비농업	47(16.2)	129(28.4)	176(23.7)	
년가구 총수입(만원)				0.000
- 299	58(21.4)	130(35.7)	188(25.2)	
300 - 999	97(35.8)	123(33.8)	220(29.5)	
1000 -	116(42.8)	111(30.5)	227(30.5)	
동거 가족 수(명)				0.000
독거	19(6.6)	118(26.0)	137(18.4)	
2	153(52.9)	166(36.6)	319(42.9)	
3	37(12.8)	60(13.2)	97(13.1)	
4	36(12.5)	40(8.8)	76(10.2)	
5	30(10.4)	41(9.0)	71(9.6)	
6 -	14(4.8)	29(6.4)	43(5.8)	
거주기간(년)				0.783
- 1	5(1.7)	11(2.4)	16(2.2)	
1 - 5	19(6.6)	22(4.9)	41(5.5)	
6 - 10	11(3.8)	14(3.1)	25(3.4)	
11 - 20	16(5.5)	28(6.2)	44(5.9)	
20 -	239(82.4)	378(83.4)	617(83.0)	

여자보다는 남자가 차량도움을 더 받을 수 있는 것으로 나타났으며, 성별간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($p < 0.01$). 많은 액수의 돈이 필요할 때 도움을 받을 수 있는 경우 남성은 '항상 있다'가 111명(38.4%)으로 가장 높았으며, 반면 여성은 '결코 없다'가 174명(38.4%)으로 가장 높았고 전체적으로는 '결코 없다'가 240명(32.3%)이고, '항상 있다'가 233명(31.4%)으로 유사한 비율을 보였다. 성별에 따라서도 유의한 차이가 나타나($p < 0.01$) 금전적 도움이 남성이 여성보다 낫다고 할 수 있다. 정서적 지지로서 '고민 상담자가 있는가'에서는 남성은 '항상 있다'가 91명

(31.4%), '결코 없다'가 89명(30.7%), '때때로 있다'가 58명(20.0%), '대부분 있다'가 52명(17.9%)인 반면 여성은 '결코 없다'가 164명(36.1%), '항상 있다'가 119명(26.2%), '때때로 있다'가 103명(22.7%), '대부분 있다'가 68명(15.0%)으로 나타났다. 성별에 따라서는 유의한 차이가 없어 비슷한 양상을 보인다고 할 수 있다.

이상의 결과를 종합해 볼 때 여성이 남성보다 물질적 지지에서는 더 부정적인 것으로 나타났으며, 정서적 지지에서는 비슷한 양상을 보였으나 부적절한 지지가 남성이 157명(50.7%)이고, 여성은 267명(58.8%)으로 나타났다(표 2).

<표 2> 성별간 사회적 지지의 분포

	남 성	여 성	계	p-값
단위: 명(%)				
물질적 사회적 지지				
집안일 도움				0.000
항상 있다	69(23.9)	91(20.2)	160(21.6)	
대부분 있다	5(17.6)	63(14.0)	114(15.4)	
때때로 있다	37(12.8)	64(14.2)	101(13.6)	
결코 없다	132(45.7)	233(51.7)	365(49.3)	
차량 도움				0.003
항상 있다	69(23.5)	89(19.7)	158(21.3)	
대부분 있다	65(22.4)	67(14.8)	132(17.8)	
때때로 있다	54(18.6)	78(17.3)	132(17.8)	
결코 없다	102(35.2)	218(48.3)	320(43.1)	
금전적 도움				0.005
항상 있다	111(38.4)	122(26.9)	233(31.4)	
대부분 있다	65(22.5)	83(18.3)	148(19.9)	
때때로 있다	47(16.3)	74(16.3)	121(16.3)	
결코 없다	66(22.8)	174(38.4)	240(32.3)	
정서적 사회적 지지				
고민 상담자 존재				0.190
항상 있다	91(31.4)	119(26.2)	210(28.2)	
대부분 있다	52(17.9)	68(15.0)	120(16.1)	
때때로 있다	58(20.0)	103(22.7)	161(21.6)	
결코 없다	89(30.7)	164(36.1)	253(34.0)	

3. 성별간 사회적 조직망의 분포

성별간 사회조직망의 분포정도를 살펴보면, 배우자에서는 남성은 '있다'가 257명(88.6%), '없다'가 33명(11.4%)인 반면 여성은 '있다'가 277명(61.1%), '없다'도 176명(38.9%)이었으며 전체적으로는 534명(71.9%)이 배우자가 있었다($p < 0.001$). 친구 수에서는 남성은 114명(39.7%)이 상층 수위를 차지한 반면 여성은 168명(37.4%)이 하층 수위를 차지하였고 성별로 유의한 것으로 나타났다($p < 0.001$). 종교행사에의 참석여부는 남성은 '없다'가 206명(71.0%)이었는데 반해 여성은 '없다' 256명(56.5%)이었고, '있다'도 197명(43.5%)이었다($p < 0.001$). 공식적인 모임 수의 경우 남성은 2개 이상이 152명(52.4%)인데 반해 여성은 '없다'가 260명(57.3%)으로 비교적 높게 나타났다($p < 0.001$)(표 3).

결과적으로 성별간 사회조직망은 우리나라 현 사회현상을 반영하듯 인적차원에서는 남성이 우

위이나 종교행사는 여성이 더 우위임을 보여주었다. 남성보다 여성이 배우자가 없는 경우가 많으며, 친구의 수는 여성보다는 남성이 많았다. 또한 공식적 모임의 경우에는 여성보다는 남성이 더 사회적 활동을 하고 있는 것으로 볼 수 있다.

4. 성별 사회적지지 및 조직망의 분포요약

물질적 사회적 지지가 적절한 남성은 121명(41.9%)이고, 여성은 135명(29.9%)으로 남성이 더 많았으며, 성별간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며($p < 0.001$), 여성보다는 남성이 물질적 사회적 지지가 높다고 할 수 있으나 전체적으로는 '부적절'한 것으로 나타났다. 정서적 사회적 지지가 '적절'한 남성은 143명(49.3%)으로 여성의 187명(41.2%)에 비해 약간 더 높았다($p < 0.05$). 성별간에는 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며($p < 0.05$), 남성의 경우 '적절' 및 '부적절'이 비슷한 양상을 보인 반면 여성은 상

<표 3> 성별간 사회조직망의 분포

	남성	여성	계	p-값
단위 : 명(%)				
배우자 유무				0.000
있다	257(88.6)	277(61.1)	534(71.9)	
없다	33(11.4)	176(38.9)	209(28.1)	
친구 수(삼분위)				0.000
하	65(22.6)	168(37.4)	233(31.7)	
중	108(37.6)	156(34.7)	264(35.9)	
상	114(39.7)	125(27.8)	237(32.5)	
종교행사 참석유무				0.000
없다	206(71.0)	256(56.5)	462(62.2)	
있다	84(29.0)	197(43.5)	281(37.8)	
공식적 모임 수				0.000
없다	95(32.8)	260(57.3)	355(47.7)	
1개	43(14.8)	84(18.5)	127(17.1)	
2개이상	152(52.4)	110(24.2)	262(35.2)	

대적으로 '부적절'이 다소 많았다. 전체적으로 정서적 지지가 적절하는 경우가 230명(44.4%)으로 물질적 지지가 적절한 경우의 256명(34.5%)에 비해 더 높게 나타났다. 사회 조직망은 남성에서 상위분포가 101명(34.8%)인데 비해 여성에서 64명(14.1%)이 상위 조직망에 분포되어 있어 남성이 여성에 비해 사회조직망이 더 높은 경향을 보였다. 성별간 차이검정에서는 유의한 차이가 있는 것으로 나타나($p < 0.001$) 여성보다는 남성이 사회조직망이 더 높은 경향을 보였다. 결과적으로 사회적 지지와 조직망분포를 요약했을 때, 물질적 지지는 전체적으로 485명(65.5%)이 '부적절하다'고 응답하였으며 정서적 지지는 230명(44.4%)이 '적절'한 것으로 나타났고 414명(55.6%)이 '부적절하다'고 응답하였다. 사회적 조직망은 II가 407명(54.8%)으로 가장 높은 것으로 나타났다(표 4).

5. 일반적 특성별 사회적지지 및 조직망의 분포

일반적 특성에 따른 사회적 지지 및 조직망의 분포에 대하여 살펴보면, 연령이 증가함에 따라 물질적 및 정서적 사회적 지지는 적절한 사람과

부적절한 사람 모두 증가하였는데 물질적 사회적 지지의 부적절함이 60대 이후에 351명(72.4%)으로 적절함이 137명(53.7%)에 비해 더 높았다. 사회 조직망의 분포도 사회적 지지와 비슷한 양상을 보였다. 학력별로는 저학력일수록 부적절한 사회적 지지와 낮은 사회조직망의 분포 경향을 보였다. 결혼상태로는 유배우자일수록 사회적 지지와 사회조직망의 분포가 높은 양상을 보였고, 직업별로는 농업일 경우가 비농업에 비해 사회적 지지와 사회조직망이 낮은 분포를 보였다. 가구 총수입별로도 고수입 가구일수록 사회적 지지와 조직망이 높은 경향을 보였다. 동거가족 수별로는 독거일 때 사회적 지지와 사회조직망 분포가 낮음을 보였고, 거주기간별로는 별다른 차이를 보이지 않았으나 거주기간이 짧을수록 낮은 사회적 지지와 낮은 사회조직망의 분포를 보이는 경향이였다. 물리적 지지와 정서적 지지는 모두 성별, 연령 학력, 결혼상태, 가구총수입, 동거 가족 수에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 또한 사회조직망의 경우 거주기간을 제외한 모든 변인에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(표 5, 표 6).

<표 4> 사회적지지 및 조직망의 분포 요약

	남 성	여 성	계	단위 : 명(%) p-값
물질적 사회적 지지				0.001
적절	121(41.9)	135(29.9)	256(34.5)	
부적절	168(58.1)	317(70.1)	485(65.5)	
정서적 사회적 지지				0.030
적절	143(49.3)	187(41.2)	230(44.4)	
부적절	147(50.7)	267(58.8)	414(55.6)	
사회조직망				0.000
I(하)	34(11.7)	137(30.2)	171(23.0)	
II(중)	155(53.4)	252(35.6)	407(54.8)	
III(상)	101(34.8)	64(14.1)	165(22.2)	

<표 5> 일반적 특성별 사회적지지 분포

	물질적 사회적 지지		p-값	정서적 사회적 지지		p-값
	적 절	부적절		적 절	부적절	
성별			0.001			0.000
남	121(47.3)	168(34.6)		143(43.3)	147(35.5)	
여	135(52.7)	317(65.4)		687(56.7)	267(64.5)	
연령(세)			0.000			0.007
30 - 39	24(9.4)	20(4.1)		29(8.8)	15(3.6)	
40 - 49	44(17.3)	26(5.4)		32(9.7)	38(9.2)	
50 - 59	50(19.6)	88(18.1)		68(20.7)	71(17.1)	
60 -	137(53.7)	351(72.4)		200(60.8)	290(70.0)	
학력			0.000			0.000
무학	67(26.2)	202(41.6)		91(27.6)	181(43.6)	
초등학교	99(38.7)	193(39.7)		139(42.1)	153(36.9)	
중학교	41(16.0)	53(10.9)		46(13.9)	48(11.6)	
고등학교	36(14.1)	29(6.0)		42(12.7)	23(5.5)	
전문대 -	13(5.1)	9(1.9)		12(3.6)	10(2.4)	
배우자 유무			0.000			0.000
유배우자	205(80.1)	327(67.4)		265(80.3)	270(65.2)	
무배우자	51(19.9)	158(32.6)		65(19.7)	144(34.8)	
직업			0.272			1.000
농업	201(78.5)	364(74.9)		244(73.9)	244(73.9)	
비농업	55(21.5)	122(75.1)		86(26.1)	86(26.1)	
년가구 총수입(만원)			0.000			0.045
- 299	42(18.0)	146(36.4)		83(28.2)	105(30.7)	
300 - 999	70(30.0)	149(37.2)		91(31.0)	129(37.7)	
1000 -	121(51.9)	106(26.4)		120(40.0)	108(31.6)	
동거 가족 수(명)			0.000			0.002
독거	20(7.8)	117(24.1)		41(12.5)	96(23.1)	
2	10(43.0)	209(43.1)		139(42.)	181(43.6)	
3	37(14.5)	60(12.4)		48(14.6)	49(11.8)	
4	37(14.5)	38(7.8)		39(11.9)	37(8.9)	
5	32(12.5)	38(7.8)		37(11.2)	34(8.2)	
6 -	20(7.8)	23(4.7)		25(7.6)	18(4.3)	
거주기간(년)			0.114			0.434
- 1	3(1.2)	13(2.7)		9(2.7)	7(1.7)	
1 - 5	21(8.2)	20(4.1)		18(5.5)	23(5.6)	
6 - 10	8(3.1)	17(3.5)		13(3.9)	12(2.9)	
11 - 20	17(6.6)	27(5.6)		24(7.3)	20(4.8)	
20 -	207(80.9)	409(84.2)		266(80.6)	352(85.0)	

<표 6> 일반적 특성별 사회조직망 분포

	사회조직망			p-값
	I (하)	II (중)	III (상)	
성별				0.000
남	34(19.9)	155(39.1)	101(61.2)	
여	137(80.1)	252(61.9)	64(38.8)	
연령(세)				0.000
30 - 39	5(2.9)	23(5.7)	16(9.7)	
40 - 49	5(2.9)	36(8.9)	29(17.6)	
50 - 59	18(10.5)	82(20.2)	39(23.6)	
60 -	143(83.6)	265(65.3)	81(49.1)	
학력				0.000
무학	105(61.4)	142(34.8)	24(14.5)	
초등학교	52(30.4)	170(41.7)	70(42.4)	
중학교	7(4.1)	49(12.0)	38(23.0)	
고등학교	6(3.5)	36(8.8)	23(13.9)	
전문대 -	1(0.6)	11(2.7)	10(6.1)	
결혼상태				0.000
유배우자	55(32.4)	322(78.9)	158(95.8)	
무배우자	15(67.6)	86(21.7)	7(4.2)	
직업				0.001
농업	113(66.1)	319(78.2)	136(82.4)	
비농업	58(33.9)	89(21.8)	29(17.6)	
년가구 총수입(만원)				0.000
- 299	66(48.9)	106(30.1)	16(10.7)	
300 - 999	49(36.6)	125(35.5)	46(30.9)	
1000 -	20(14.8)	121(34.4)	87(58.4)	
동거 가족 수(명)				0.000
독거	78(45.6)	54(13.3)	4(2.4)	
2	43(25.1)	20(49.1)	77(46.7)	
3	22(12.9)	51(12.5)	24(14.5)	
4	13(7.6)	42(10.3)	21(12.7)	
5	10(7.8)	38(9.3)	23(17.9)	
6 -	5(2.9)	22(5.4)	16(9.7)	
거주기간(년)				0.198
- 1	4(2.4)	10(2.5)	2(1.2)	
1 - 5	8(4.7)	23(5.6)	10(6.1)	
6 - 10	3(1.8)	15(3.7)	7(4.2)	
11 - 20	10(5.9)	17(4.2)	17(10.3)	
20 -	145(85.3)	129(84.1)	129(78.2)	

6. 사회적지지 및 조직망 수준별 흡연 및 금연행태

사회적 지지 및 사회조직망 수준별 보건의식 행태로 흡연과의 관계를 본 결과, 담배를 피운 적이 없다고 응답한 비율이 사회적 지지 및 사회조직망 수준별 모두에서 가장 높았으나 현재 피우고 있는 경우도 물질적 사회적 지지의 '적절'에서 34.8%, '부적절'에서 29.4%, 그리고 정서적 사회적 지지는 '적절'에서 35.5%, '부적절'에서 27.7%를 나타냈으며, 사회조직망 I, II, III수준에서도 각각 22.8%, 31.9% 그리고 38.2%를 나타냈다. 흡연은 정서적 사회적 지지에서와

사회 조직망에서 각각 유의한 차이를 보였다. '현재 피우고 있다'의 경우 정서적 사회적 지지가 '적절'에서, 사회조직망 수준이 높을수록 더 높게 나타났으며 '피운 적이 없다'의 경우 그 반대 양상을 띠었다. 금연시도는 수준별 모두에서 60%이상이 노력한 것으로 나타났으며, 흡연 자증 금연변화 단계는 현재 1, 2단계 수준, 즉 '6개월 이내 금연할 의도가 없거나, 금연할 의도는 있지만 실제 금연 실천 준비가 안 되어 있는 경우'가 응답 비율이 가장 높았고, 6단계 즉 '금연 6개월이 지났고 동시에 흡연의 유혹이 없다'고 응답한 비율도 수준별 모두에서 14%에서 26.8%까지 있었다(표 7, 표 8).

<표 7> 사회적 지지 수준별 흡연 및 금연행태

	물질적 사회적 지지		p-값	정서적 사회적 지지		p-값
	적 절	부적절		적 절	부적절	
흡연			0.253			0.000
현재 피우고 있다.	89(34.8)	143(29.4)		117(35.5)	115(27.7)	
현재는 피우고 있지 않다.	24(9.4)	58(11.9)		36(10.9)	47(11.3)	
피운 적이 없다.	143(55.9)	285(58.7)		117(53.6)	253(61.0)	
금연시도			0.726			0.992
예	62(60.2)	101(62.3)		80(61.5)	83(61.5)	
아니오	41(39.8)	61(37.7)		50(38.5)	52(38.5)	
금연 변화단계(흡연자 중)			0.294			0.878
1단계	49(45.4)	76(39.6)		62(41.3)	63(41.7)	
2단계	36(33.3)	60(31.3)		50(33.3)	46(30.5)	
3단계	5(4.6)	5(2.6)		6(4.0)	4(2.6)	
4단계	1(0.9)	6(3.1)		3(2.0)	4(2.6)	
5단계	1(0.9)	8(4.2)		3(2.0)	6(4.0)	
6단계	16(14.8)	37(19.3)		26(17.3)	28(18.5)	

주: 1단계 : 장차(6개월 이내) 금연할 의도가 없다, 2단계 : 장차 금연하려는 의도는 있지만 실제 금연을 실천할 준비가 없다, 3단계 : 조만간(1개월 이내) 금연하기 위해 구체적인 계획을 세워놓고 있다, 4단계 : 금연한지 6개월 미만이다, 5단계 : 금연한지 6개월 이상 되었거나 간혹 흡연의 유혹을 느끼고 있다, 6단계 : 금연한지 6개월이 지나고 동시에 흡연의 유혹이 없다.

<표 8> 사회 조직망 수준별 흡연 및 금연행태

	사회조직망			p-값
	I(하)	II(중)	III(상)	
흡연				0.016
현재 피우고 있다	39(22.8)	130(31.9)	63(38.2)	
현재는 피우지 않는다	18(10.5)	43(10.5)	22(13.3)	
피운 적이 없다	114(66.7)	235(57.6)	80(48.5)	
금연시도				0.669
예	24(55.8)	95(63.3)	44(61.1)	
아니오	19(44.2)	55(36.7)	28(38.9)	
금연 변화단계(흡연자 중)				0.263
1 단계	26(46.4)	70(42.7)	29(35.8)	
2 단계	14(25.0)	54(32.9)	28(34.6)	
3 단계	0	5(3.0)	5(6.2)	
4 단계	1(1.8)	5(3.0)	1(1.2)	
5 단계	0	6(3.7)	3(3.7)	
6 단계	15(26.8)	24(14.6)	15(18.5)	

주: 1단계 : 장차(6개월 이내) 금연할 의도가 없다, 2단계 : 장차 금연하려는 의도는 있지만 실제 금연을 실천할 준비가 없다, 3단계 : 조만간(1개월 이내) 금연하기 위해 구체적인 계획을 세워놓고 있다, 4단계 : 금연한지 6개월 미만이다, 5단계 : 금연한지 6개월 이상 되었거나 간혹 흡연의 유혹을 느끼고 있다, 6단계 : 금연한지 6개월이 지나고 동시에 흡연의 유혹이 없다.

7. 사회적 지지 및 조직망 수준별 음주 및 절주행태

사회적 지지 및 사회조직망 수준별 음주분포의 분석 결과, 음주빈도에서도 ‘적절 및 부적절’한 사회적 지지 및 사회조직망 수준과 차이 없이 술을 마시지 않는다고 답한 응답비율이 가장 높았다. 아마 총 응답자 744명 중 여성이 292명 39.2% 비율을 차지하였는데 이 영향이 작용하였을 것으로 보인다. 음주자중 금주 변화단계에서는 장차(6개월 이내) 금주할 의도가 없는 1단계가 가장 높았고, 그 다음 장차 금주하려는 의도는 있지만 실제 금주를 실천할 준비가 없는 경우도 18.7%~22.7% 범위로

나타났다. 금주 6개월이 지난 경우도 전체 수준에서 8명에서 27명 범위였다(표 9, 표 10).

8. 사회적 지지 및 조직망 수준별 비만도 분포

사회적 지지 및 사회 조직망 수준별에 따라 보건 의식 행태로서 비만도 분포를 분석한 결과, 비만도에서는 전체 수준 모두에서 정상으로 나온 비율이 가장 높았고 과체중도 수준별 고루 유사하게 나왔으며 그 범위는 16.4%~25.8% 범위이었다. 비만도는 사회조직망에서 유의한 차이가 나타났으며(p<.001), 조직망 I(하)이 정상인 경우 가장 낮게 나타났다(표 11, 표 12).

<표 9> 사회적 지지 수준별 음주 및 절주행태

	물질적 사회적 지지			정신적 사회적 지지		
	적 절	부적절	p-값	적 절	부적절	p-값
음주 분포			0.052			0.060
거의 매일	32(12.5)	48(9.9)		47(14.3)	34(8.2)	
4-5회/주	13(5.1)	11(2.3)		11(3.3)	13(3.1)	
2-3회/주	29(11.4)	35(7.2)		27(8.2)	37(8.9)	
1회/주	18(7.1)	36(7.4)		24(7.3)	30(7.2)	
2-3회/월	17(6.7)	30(6.2)		16(4.9)	31(7.5)	
1회/월	15(5.9)	46(9.5)		33(10.0)	28(6.7)	
술을 마시지 않음	131(51.4)	280(57.6)		171(52.0)	242(58.3)	
금주 변화단계(음주자 중)			0.222			0.277
1 단계	96(72.2)	142(60.7)		107(60.8)	132(68.4)	
2 단계	22(16.5)	53(22.6)		39(22.2)	36(18.7)	
3 단계	3(2.3)	4(1.7)		6(3.4)	1(0.5)	
4 단계	1(0.8)	5(2.1)		2(1.1)	4(2.1)	
5 단계	0	3(1.3)		2(1.1)	2(1.0)	
6 단계	11(8.3)	27(11.5)		20(11.4)	18(9.3)	

주; 1단계 : 장차(6개월 이내) 금주할 의도가 없다, 2단계 : 장차 금주하려는 의도는 있지만 실제 금주를 실천할 준비가 없다, 3단계 : 조만간(1개월 이내) 금주하기 위해 구체적인 계획을 세워놓고 있다, 4단계 : 금주한지 6개월 미만이다, 5단계 : 금주한지 6개월 이상 되었거나 간혹 음주의 유혹을 느끼고 있다, 6단계 : 금주한지 6개월이 지나고 동시에 음주의 유혹이 없다.

<표 10> 사회 조직망 수준별 음주 및 절주행태

	사회조직망			p-값
	I (하)	II(중)	III(상)	
음주 분포				0.000
거의 매일	15(8.8)	42(10.3)	24(14.6)	
4-5회/주	3(1.8)	13(3.2)	8(4.9)	
2-3회/주	9(1.3)	29(7.1)	26(15.9)	
1회/주	11(6.4)	32(8.1)	10(6.1)	
2-3회/월	11(6.4)	26(6.4)	10(6.1)	
1회/월	11(6.4)	37(9.1)	13(7.9)	
술을 마시지 않음	11(6.4)	228(55.9)	73(44.5)	
금주 변화단계(음주자 중)				0.000
1 단계	47(67.1)	13(64.9)	61(62.9)	
2 단계	10(14.3)	43(21.3)	22(22.7)	
3 단계	1(1.4)	2(1.0)	4(4.1)	
4 단계	1(1.4)	3(1.5)	2(2.1)	
5 단계	2(2.9)	2(1.0)	0	
6 단계	9(2.9)	21(10.4)	8(8.2)	

주; 1단계 : 장차(6개월 이내) 금주할 의도가 없다, 2단계 : 장차 금주하려는 의도는 있지만 실제 금주를 실천할 준비가 없다, 3단계 : 조만간(1개월 이내) 금주하기 위해 구체적인 계획을 세워놓고 있다, 4단계 : 금주한지 6개월 미만이다, 5단계 : 금주한지 6개월 이상 되었거나 간혹 음주의 유혹을 느끼고 있다, 6단계 : 금주한지 6개월이 지나고 동시에 음주의 유혹이 없다.

<표 11> 사회적 지지 수준별 비만도 분포

	물질적 사회적지지			정서적 사회적지지		
	적 절	부적절	p-값	적 절	부적절	p-값
비만도			0.830			0.560
저체중(20미만)	53(21.1)	103(23.1)		66(20.8)	92(24.1)	
정상(20이상-25미만)	148(59.0)	255(57.2)		187(58.8)	216(56.7)	
과체중(25이상)	50(19.0)	88(19.7)		65(20.4)	73(19.2)	

<표 12> 사회 조직망 수준별 비만도 분포

	사회조직망			
	I (하)	II(중)	III(상)	p-값
비만도				0.000
저체중(20미만)	50(32.7)	85(22.2)	23(14.1)	
정상(20이상-25미만)	70(45.8)	235(61.4)	98(60.1)	
과체중(25이상)	33(21.6)	63(16.4)	42(25.8)	

9. 사회적 지지 및 조직망 수준별 운동 분포

사회적 지지 및 조직망과 운동과의 관계를 분석한 결과, '평소 건강을 위해 특별히 하는 운동이 없다'고 답한 경우가 최하 사회조직망Ⅲ에서 63.6%, 최고 정서적지지 적절 그룹에서는 91.2%였다. 운동하는 경우는 17.1%(정서적지지 부적절)에서 28.8%(정서적지지 적절)였다.

1회 운동시 운동시간은 '안한다'가 수위의 비율을 나타냈는데 정서적 지지 '부적절'에서는 81.8%까지 나타났다. 물론 지난 한 달간 신체 활동참여도 '아니오' 라고 답한 비율이 전체에서 고루 높았다. 운동시간은 대체적으로 20분 이상임을 알 수 있었다. 운동 변화단계는 1단계

가 사회조직망 Ⅲ를 제외하고는 가장 순위가 높았고, 그 외 2단계, 6단계도 물질적지지 적절, 정서적지지 적절, 그리고 사회조직망 Ⅲ에서 29.6%, 28.7%, 36.7%로 나타났다. 물리적 사회적 지지의 경우 지난 한 달 간 신체참여활동에서 유의한 차이가 있었으며, 정서적 사회적 지지의 경우 평소 건강을 위한 운동과 지난 한 달 간 신체 참여활동에서 유의한 차이를 나타내었다. 또한 사회적 조직망의 경우 평소 건강을 위한 운동과 지난 한 달간 신체 참여활동에서 유의한 차이를 나타내었다(표 13, 표 14).

<표 13> 사회적 지지 수준별 운동행태

	물질적 사회적 지지			정서적 사회적 지지		
	적 절	부적절	p-값	적 절	부적절	p-값
평소 운동유무			0.1069			0.000
예	66(25.8)	100(20.6)		95(28.8)	71(17.1)	
아니오	190(74.2)	386(79.4)		235(91.2)	344(82.9)	
적정 운동빈도¹			0.403			0.000
전혀하지 않는다.	211(82.7)	418(86.5)		271(82.6)	36(87.4)	
가끔한다.	8 (3.1)	15 (3.1)		9(2.7)	14(3.4)	
1회/주	7(2.7)	5(1.0)		9(2.7)	3(0.7)	
2회/주	5(2.0)	9(1.9)		6(1.8)	8(1.9)	
3회/주	8(3.1)	13(2.7)		13(4.0)	8(1.9)	
4-5회/주	5(2.0)	3(0.6)		4(1.2)	4(1.0)	
매일	11(4.3)	20(4.1)		16(4.9)	15(3.6)	
1회 평균 운동시간			0.171			0.010
14분 이하	11(4.3)	20(4.1)		17(5.2)	14(3.4)	
15-19분	4(1.6)	15 3.1)		8 (2.4)	11(2.7)	
20-29분	8(3.1)	10(2.1)		8(2.4)	10(2.4)	
30분 이상	43(16.9)	56(11.6)		59(18.0)	40(9.7)	
안한다.	188(74.0)	382(79.1)		235(71.9)	338(81.8)	
지난 한달간 신체활동 참여유무			0.000			0.000
예	48(19.7)	46(10.0)		58(18.7)	36(9.1)	
아니오	196(80.3)	413(90.0)		252(81.3)	359(90.9)	
운동 변화단계분포			0.065			0.011
1 단계	54(35.5)	133(48.5)		74(35.4)	114(52.3)	
2 단계	36(23.7)	57(20.8)		49(23.4)	44(20.2)	
3 단계	9(5.9)	12(4.4)		13(6.2)	8(3.7)	
4 단계	6(3.9)	17(6.2)		11(5.3)	12(5.5)	
5 단계	2(1.3)	2(0.7)		2(1.0)	2(0.9)	
6 단계	45(29.6)	53(19.3)		60(28.7)	38(17.4)	

¹ 숨이 가쁘고, 땀이 날 정도의 운동

주; 1단계 : 장차(6개월 이내) 운동할 의도가 없다, 2단계 : 장차 운동하려는 의도는 있지만 실제 운동을 실천할 준비가 없다, 3단계 : 조만간(1개월 이내) 운동하기 위해 구체적인 계획을 세워놓고 있다, 4단계 : 운동을 시작한지 6개월 미만이다, 5단계 : 운동을 시작한지 6개월 이상 되었거나 간혹 중단의 유혹을 느끼고 있다, 6단계 : 운동을 시작한지 6개월이 지나고 동시에 중단하고 싶은 유혹이 없다.

<표 14> 사회 조직망 수준별 운동행태

	사회조직망			p-값
	I	II	III	
평소 운동유무				0.000
예	31(18.1)	75(18.4)	60(36.4)	
아니오	140(81.9)	333(81.6)	105(63.6)	
적정 운동빈도¹				0.019
전혀하지 않는다.	153(90.0)	352(86.9)	126(76.4)	
가끔한다.	3(1.8)	15(3.7)	5(3.0)	
1회/주	2(1.2)	3(0.7)	7(4.2)	
2회/주	1(0.6)	7(1.7)	6(3.6)	
3회/주	4(2.4)	11(2.7)	6(3.6)	
4-5회/주	1(0.6)	3(0.7)	4(2.4)	
매일	6(3.5)	14(3.5)	11(6.7)	
1회 평균 운동시간				0.001
14분 이하	6(3.5)	15(3.7)	10(6.1)	
15-19분	5(2.9)	8(2.0)	6(3.6)	
20-29분	5(2.9)	11(2.9)	2(1.2)	
30분 이상	15(8.8)	44(10.9)	40(24.2)	
안한다.	139(81.8)	326(80.7)	107(64.8)	
지난 한달간 신체활동참여 여부				0.000
예	12(7.7)	42(10.9)	40(24.7)	
아니오	143(92.3)	345(89.1)	122(75.3)	
운동 변화단계분포				0.000
1 단계	53(55.8)	110(49.3)	25(22.9)	
2 단계	14(14.7)	51(22.9)	28(25.7)	
3 단계	5(5.3)	6(2.7)	10(9.2)	
4 단계	7(7.4)	11(4.9)	5(4.6)	
5 단계	1(1.1)	2(0.9)	1(0.9)	
6 단계	15(15.8)	43(19.3)	40(36.7)	

¹숨이 가쁘고, 땀이 날 정도의 운동

주; 1단계 : 장차(6개월 이내) 운동할 의도가 없다, 2단계 : 장차 운동하려는 의도는 있지만 실제 운동을 실천할 준비가 없다, 3단계 : 조만간(1개월 이내) 운동하기 위해 구체적인 계획을 세워놓고 있다, 4단계 : 운동을 시작한지 6개월 미만이다, 5단계 : 운동을 시작한지 6개월 이상 되었거나 간혹 중단의 유혹을 느끼고 있다, 6단계 : 운동을 시작한지 6개월이 지나고 동시에 중단하고 싶은 유혹이 없다.

10. 사회적지지 및 조직망 수준별 건강행태 관련지표

사회적 지지 및 조직망과 건강행태 지표와 관계를 본 결과, 흡연율은 물질적 사회적 지지에서 '부적절'한 경우에 더 높았으며, 정서적 지지에서는 반대의 결과를 보였다. 금연시도는 물질적 사회적 지지가 낮을수록 시도율이 더 높아 흡연율의 차이에서 기인한 것으로 판단된다. 정서적 사회적 지지에서 금연 시도율은 남녀별로 차이를 보여 여자에서 정서적 지지가 높을수록 금연 시도율이 더 높았다. 음주율은 남녀별로 다른 양상을 보였는데 남자의 경우 물질적 사회적지지가

'적절'할수록 더 높았으며, 정서적 사회적 지지에서도 '적절'할수록 음주율이 더 높은 결과를 보였다. 비만율은 남녀모두 물질적 지지가 '적절'할수록 더 높았으며, 정서적 지지에서는 남녀별로 다른 양상을 보였다. 운동율에서는 물질적, 정서적 지지 모두에서 '적절'할수록 더 높은 결과를 보였다. 스트레스율은 물질적 사회적지지에서는 '부적절'할수록 더 높았으나 정서적 사회적 지지에서는 비슷한 결과를 보였다. 건강인지도에서는 사회적지지가 적절할수록 좋게 인식하고 있는 율이 더 많았다. 사회조직망에서는 흡연율이 성별로 차이를 보였는데 여성은 조직망이 낮을수록 흡연율이 높았으나 남성에서는 혼재된 결과

<표 15> 사회적지지별 건강행태 관련지표

		물질적 사회적 지지			정서적 사회적 지지		
		적 절	부적절	p-값	적 절	부적절	p-값
흡연률	남	63.6	65.5	0.879	67.8	61.2	0.185
	여	8.9	10.1		10.7	9.4	
금연시도 ¹	남	59.2	60.0	0.491	59.8	59.6	0.844
	여	50.0	61.3		60.0	56.5	
음주율 ²	남	72.5	62.5	0.000	68.3	65.3	0.785
	여	7.4	31.9		32.6	28.8	
비만율 ³	남	14.3	13.9	0.861	12.1	15.9	0.260
	여	25.0	23.2		27.0	21.3	
운동율 ⁴	남	32.2	26.8	0.986	35.0	23.1	0.782
	여	20.0	17.4		24.1	13.9	
자가 건강인지도				0.342			0.533
	좋음	48.0	37.7		43.6	39.5	
	보통	20.3	22.0		23.3	20.0	
	나쁨	31.7	40.3	33.1	40.5		

¹ 금연시도 = (금연을 시도한 적이 있는 경우/현 흡연자)×100

² 1회/주 이상

³ 기준 : BMI ≥ 25

⁴ 월 3-4회이상

<표 16> 사회 조직망 분포별 건강행태 관련지표

		사회조직망			p-값
		I	II	III	
흡연률	남	52.9	69.7	60.4	0.849
	여	15.3	8.3	3.1	
금연 시도 ¹	남	55.6	58.3	63.3	0.065
	여	52.4	60.0	100.0	
음주율 ²	남	61.8	65.2	71.0	0.955
	여	28.5	31.3	31.2	
비만율 ³	남	18.2	12.6	14.9	0.119
	여	22.5	19.0	43.5	
운동율 ⁴	남	26.5	23.9	37.6	0.495
	여	16.1	15.1	34.4	
자가 건강인지도	좋음	38.0	38.7	51.5	0.042
	보통	16.4	23.0	23.0	
	나쁨	45.6	38.2	25.5	

¹ 금연 시도 = (금연을 시도한 적이 있는 경우/현 흡연자)×100

² 1회/주 이상

³ 기준 : BMI ≥ 25

⁴ 월 3-4회 이상

를 보였다. 음주율은 일정한 양상을 보이지 않았으며, 비만율과 운동율, 스트레스율 모두에서 혼재된 결과를 보였다. 건강인지도에서는 사회 조직망이 높을수록 좋게 인식하는 율이 더 많았다 (표 15, 표 16).

11. 건강증진 행태에 대한 로지스틱 회귀분석

음주, 흡연, 운동, 식생활 섭취 등의 건강관련 행태와 관련된 문항을 분석하여 총 점수를 이분위 하여 건강관련 행태를 '좋다'와 '나쁘다'의 이분위로 나눈 후 로지스틱 회귀분석을 실시한 결

과, 연령에서는 60세 이상보다 49세 이하의 연령층에서 교차비가 0.58(95% C.I=0.36-0.96)로 건강행태의 실천을 적게 하는 것으로 나타났으며, 이는 통계적으로도 유의하였다. 또한 물질적 지지정도에서는 물질적 지지가 부적절한 것에 비하여 적절한 경우 교차비가 1.84로 건강증진 행태를 많이 하는 것으로 나타났다. 건강에 대하여 조금 염려하는 경우에 비하여 많이 하는 경우 교차비가 1.74이었으며(p<0.01), 건강에 대한 염려정도가 보통인 경우가 조금 염려하는 경우에 비하여 교차비가 1.60으로 나타났다(p<0.05)(표 17).

<표 17> 건강증진 행태에 대한 로지스틱 회귀분석

연구변수	B	S. E.	95%CI	Exp(B)	p-값
연령					
60세 이상	-	-	-	1	-
49세 이하	-0.5364	0.2535	0.36-0.96	0.5848	0.0343
50-59세	0.0237	0.2251	0.66-1.59	1.0239	0.9163
성					
여자	-	-	-	1	-
남자	-0.4272	0.1684	0.47-0.91	0.6524	0.0112
배우자유무					
있음	-	-	-	1	-
없음	-0.1478	0.2475	0.53-1.40	0.8626	0.5504
월평균 가구수입					
1000만원	-	-	-	1	-
299만원	-0.3046	0.2469	0.45-1.20	0.7374	0.2172
300-999만원	-0.2939	0.2128	0.49-1.13	0.7453	0.1671
물질적 지지					
부적절	-	-	-	1	-
적절	0.6117	0.1914	1.27-2.68	1.8435	0.0014
정서적지지					
부적절	-	-	-	1	-
적절	0.0098	0.1747	0.71-1.42	1.0098	0.9555
사회적 조직망					
상	-	-	-	1	-
중	-0.4215	0.2872	0.37-1.15	0.6561	0.1422
하	-0.0715	0.1931	0.63-1.36	0.9310	0.7112
건강에 대한 염려정도					
조금	-	-	-	1	-
많이	0.5584	0.2116	1.15-2.65	1.7479	0.0083
보통	0.4704	0.1986	1.08-2.36	1.6006	0.0179

12. 건강증진 행태에 대한 사회적지지 및 사회조직망지수 로지스틱 회귀분석

물질적 지지정도와 정서적 지지정도 그리고 사회적 조직망의 변수를 투입하여 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 물질적 지지가 '부적절'한 경우에 비하여 '적절'한 경우 교차비가

1.47(C.I.=1.07-2.02)이었으며, 이는 통계적으로 유의하였다(p<0.05). 또한 사회적 조직망의 경우 '상'인 경우에 비하여 '하'인 경우 교차비가 0.70(C.I.=0.50-0.99)으로 오히려 건강행태의 실천을 적게하고 있었으며, 이는 통계적으로도 유의하였다(p<0.05)(표 18).

<표 18> 건강증진 행태에 대한 사회적지지 및 사회조직망지수 투입 로지스틱 회귀분석

연구변수	B	S. E.	95%CI	Exp(B)	p-값
물질적 지지					
부적절	-	-	-	1	0.0172
적절	0.3881	0.1629	1.07-2.02	1.4742	
정서적지지					
부적절	-	-	-	1	0.8396
적절	-0.0303	0.1495	0.72-1.30	0.9702	
사회적 조직망					
상	-	-	-	1	0.0427
하	-0.3483	0.1719	0.50-0.99	0.7059	
중	-0.1411	0.1299	0.07-1.12	0.8684	

IV. 고 찰

본 연구는 지역사회 의 보건의료인력 및 기타 공공 및 민간의 사회적 지원을 극대화하며, 동시에 지역주민의 적극적인 참여를 유도하는 방안을 제시하기 위한 기초연구로 일부 농촌주민에서 사회적지지, 사회조직망 지수와 건강행태와의 관련성을 보고자한 연구이다.

본 연구의 결과에서도 선행 연구의 결과방향과의 관계 가능성을 상당부분 드러난 것으로 보인다. 비록 일부 농촌지역에 한정하여 연구한 것으로 해석에 제한점이 있으나 다른 선행연구에서처럼(박오장, 1984; 서승미, 1989; 정경애와 박오장, 1996; 이가영과 박태진 2000; Berkman & Syme 1979; Norbeck & Sheiner, 1982) 사회적 지지와 사회조직망이 긍정적인 관계가 있고, 대체적으로 사회적 지지와 사회조직망이 많을수록 긍정적인 건강행태를 보이고 있음을 알 수 있다. 즉 사회적 지지에 따라 그리고 사회 조직망의

분포에 따라 유의한 차이가 나타나고 있음을 알 수 있다. 즉 사회적 지지는 사회적 지지망에 의해 제공되는 물질적·정서적 도움을 포함하는 상호 호혜적인 특징을 지닌 복합적이고 다차원적인 행태로 나타나고 있음을 알 수 있었다.

본 연구에서 전체적으로 정서적 지지가 적절한 경우가 44.4%로 물질적 지지가 적절한 경우인 34.5%에 비해 더 높게 나타나 이영자와 김태현(1999)의 연구에서 정서적 지지가 제일 높게 나타난 결과와 같은 양상으로 본 연구의 대상지역이 농촌적인 특성과 고령인구의 특성이 반영된 것으로 판단된다. 연구대상자의 일반적 특성에 따른 물질적·사회적 지지와 사회조직망 분포에서 성별로 구분하여 보았을 때, 상대적으로 여성이 부적절한 사회적 지지를, 남성은 높은 사회조직망을 보였다. 연령은 증가할수록 높은 사회조직망을 보였다. 학력은 낮을수록 부적절한 사회적 지지와 낮은 사회조직망을 보였으며, 유배우자일수록 사회적 지지와 사회조직망의 분포가 높은 양상을 보였고, 농업일 경우가 비농업에

비해 사회적 지지는 낮았으나 사회조직망이 높은 분포를 보였다. 그리고 농촌에서의 거주기간이 길수록 높은 사회조직망을 보이고 있다. 이러한 결과는 사회적 지지의 지지원으로 Cobb(1976)이 말한 가족 구성원, 직장의 동료, 지역사회를 돕는 구성원으로의 정의와 Norbeck 등(1981)이 말한 배우자, 가족 또는 친척, 친구, 직장 또는 학교의 동료, 이웃, 의료제공자, 상담자 및 성직자를 포함하는 지지원 등이 포함한다고 한 것을 감안할 때, 특히 농업이 주업인 농촌 사회의 특성상 협동체계의 전통적 사회조직망의 존재와 생애주기에 따른 사회적지지 및 조직망을 고려할 때 일치된 결과라 하겠다. 그리고 본 연구에서와 같이 사회적 지지와 사회조직망과의 관계는 약간의 차이는 있지만 매우 밀접한 상관관계가 있음을 알 수 있다. 즉 사회적 지지내용은 사회적 관계망과 분리해서 생각할 수 없음을 증명하고 있는 결과이다.

건강문제와 관련한 연구결과에서 흡연을 하지 않은 사람이 높은 사회적 지지와 사회조직망을 보였으며, 음주에서도 술을 마시지 않은 사람에게서 사회조직망이 높게 나타났다. 운동에 있어서 응답자의 대다수가 운동을 하지 않은 비율이 높았는데 이는 농촌의 경우 체육·운동시설이 부족한 것도 그 원인이라 생각되며, 농업에 종사하는 사람들이 평소의 일에 벗어나 따로 운동할 여지가 없는 것으로도 보인다. 따라서 운동하는 사람과 하지 않는 사람과의 차이에 의미할 만한 차이를 보이지 못했다. 따라서 운동에 대한 사회적 지지 및 사회조직망에서 농촌지역은 적절하지 않음을 제시하는 결과라 하겠다.

사회적 지지가 건강에 미치는 영향에 대해 연구한 많은 보고에서 가장 일관성 있고 강력하게 지지를 받은 결과를 요약하면, 첫째 사회적 지

는 스트레스 발생을 예방 혹은 경감하고, 둘째 사회적 지지는 인간의 기본욕구인 사회적 욕구를 충족시켜줌으로써 건강자체를 증진시키며, 셋째 사회적 지지는 스트레스의 강도를 완충시키는 작용을 함으로써 건강에 긍정적 영향을 미치는 것으로(House, 1981) 사회적 지지가 있는 사람이 지지가 없는 사람에 비해 우울 정도가 낮고, 생활만족도가 높으며, 심리적, 정신적 안정에서 차이가 있고, 면역계에 긍정적인 효과를 미치며, 각종 질병에 걸릴 확률도 낮추며, 또한 질병에 걸렸다하여도 환자역할 이행에 영향을 미쳐 회복을 빠르게 하는데 영향을 주고 있다(오가실과 한정석, 1990; 이숙희, 1989; Caldwell, 1970; Brim, 1974; Kiritz & Moos, 1974; Walker et al., 1977; Pilisuk & Kinship, 1978; Turner, 1981; Sarason et al., 1983). 또한 사회적지지, 특히 배우자의 지지여부는 운동, 식습관 등 건강증진 행위에도 많은 영향을 미치는 것으로 나타나고 있어 본 연구 결과의 방향과 대부분 일치되는 결과라 하겠다. 그러나 일부 항목 또는 남녀별, 사회적 지지와 사회조직망 하위개념별에서 일정한 양상을 보이지 않거나 혼재된 결과의 방향을 보이는 데 이는 연구대상의 불안정성 또는 설문답에 대한 이차적 이득에 기인한 것 등으로 판단되며, 초기분석 단계시 일부 상관관계 또는 관련성을 보였던 사회적지지 및 사회 조직망과 건강행태와의 관계는 로지스틱 회귀분석결과 통계적 유의성을 갖지 않았는데 이는 본 연구가 가지고 있는 몇 가지 제한점과, 다음과 같은 이유에서 연관성이 나타나지 않았을 가능성을 배제할 수 없다. 첫째, 사회적지지 및 조직망이 건강행태를 수정한다는 가설은 아직 완전히 받아들여지지 않는 가설이다. 둘째, 설문조사가 사회적지지 및 조직망과 건강행태와의 관계를 밝히

는데 충분하지 못했다. 응답자들은 질문의 의미를 제대로 파악하지 못하고, 가족 내 문제보다는 친구나 이웃 주민들과의 관계에 좀 더 비중을 두어 대답하였을 가능성이 있다. 셋째, 가족 내 문제와 관련이 있을 인자에 대한 평가가 정확히 이루어지지 않았다. 예를 들어 고민상담(counselling service), 재정적 지원(financial support)에 대한 평가는 낮은 가계수입과 낮은 교육 수준 등으로 평가가 어려웠으며, 넷째, 다른 연구들이 시행된 지역과 이번 연구 지역 간에는 몇 가지 문화적 차이(cultural difference)가 존재한다. 우리나라 농촌의 특성상 품앗이, 계 등의 활동을 통해 비교적 이웃, 친구, 동료들로 구성된 사회적지지 구조(social support structures)가 비교적 강하다는 것이다. 다섯째, 이 연구는 단면적 조사연구 디자인(cross-sectional design)의 단점을 지니고 있다. 추적연구(follow-up study)가 있게 된다면 이러한 연관성을 밝히는 데 더 많은 정보를 얻을 수 있을 것이다. 따라서 추후 농촌 인구에 대한 구조적, 역동적 상호작용 등의 가능한 기전을 조사할 필요가 있다고 여겨진다.

사회적 지지체계는 특수한 사회적 욕구를 만족하기 위하여 상호관계를 갖는 개인들의 집합으로 한 개인이 타인과 관련을 맺거나 결합하게 되는 사회적 지지는 인간경험의 중요한 측면의 하나로 높은 수준의 건강과 생의 만족을 유지하고 성취하게 한다(Gore, 1978). 국내에서는 1980년대부터 사회적 지지에 대한 관심이 증가되면서 많은 연구가 이루어졌는데 사회적 지지의 의미가 “정부의 보조와 지원의 의미”로 해석된 경우도 있다(박지원, 1985).

결론적으로 본 연구를 통하여 지역사회에서 사회적지지 및 조직망 지수와 건강행태와의 관

련성을 파악함으로써 이들 지역사회에서 건강증진에 대한 욕구에 부응하기 위해 기초자료로 제시할 수 있는 사실은 앞서 연구된 선행논문과 마찬가지로 그 의미를 찾을 수 있으리라 판단된다.

제한된 일부 항목에서 혼재된 결과를 보이긴 하지만 대체로 사회적지지 특히, 물질적 사회적 지지와 사회조직망이 높을수록 긍정적인 건강행태 및 영향의 결과를 보였다. 결과적으로 본 연구 및 많은 선행 연구들이 사회적 지지와 사회조직망이 건강행태와 긍정적인 관계가 있음을 일부 확인하였다. 그러나 일부 항목에서 혼재된 결과를 보인 결과와 선행연구와 불일치된 결과들은 추후 연구에서 재확인되어야 할 필요가 있다.

따라서 사회적 지지는 사회적 지지망에 의해 제공되는 사회적, 심리적, 물질적 도움을 포함하는 상호 호혜적인 특징을 지닌 복합적이고 다차원적인 개념으로 개인의 안녕을 증진시키는 긍정적 효과가 있다는 점에서 적극적 사회적지지 및 조직망에 대한 중재와 지원방안이 강구되어야 할 것으로 믿어진다.

본 연구의 제한점으로 연령이 너무 좁아 세대간의 사회적지지 및 사회조직망과 건강행태와 큰 차이를 관찰할 수는 없었다. 추후 좀 더 넓은 연령층을 망라한 대상을 조사하여 세대간의 사회조직망의 차이를 조사해 보아야 할 것이다. 또한 남녀간에 사회생활을 하면서 형성하는 사회조직망이 서로 다름을 의미하므로 건강결과에 대한 영향이 각기 다름을 의미하므로 지역사회에서 보건사업 및 건강증진 사업을 진행할 때 반드시 고려해야 할 사항으로 사료된다. 본 연구의 장점은 조사대상지역이 농촌지역인 관계로 사전 교육을 통하여 세대별 직접 방문 조사를 통하여 이루어진 점, 조사 대상자 가정이 부재중

이거나 부적절한 답을 한 경우 재 방문과 전화 통화로 보완한 점, 지역사회와 거주하는 주민들을 대상으로 한 점, 그리고 건강행태에 사회적 지지 및 사회조직망 지수를 투입하여 다변수 분석 기법을 이용, 혼재시킬 수 있는 변수를 통제하였다는 점이다. 반면에 단점으로는 조사대상인구의 구성비가 60%이상 노인이 많음을 알 수 있었고 학력과 직업이 편중되어 있어 이에 따른 변수를 통제할 수 없었다는 점과 사회적인 지지와 사회조직망의 척도가 우리나라 지역사회에 적절한 지에 대한 의문이 남아있어 추후 이에 대한 보완적인 연구가 있어야 할 것으로 판단된다.

V. 결 론

사회적 지지와 사회조직망이란 한 개인을 중심으로 그를 둘러싸고 있는 가족, 친척, 친구, 이웃, 전문가, 각종단체 등으로부터 제공받는 도움으로 신체적, 정신적 스트레스로부터 보호해주고 건강을 증진시켜 궁극적으로 삶의 질을 높여주는 인간과 인간사이의 사회적 관계를 의미한다.

본 연구는 연구의 대상이 1개 농촌 군지역을 대상으로 한 건강증진사업의 기초연구로 진행된 직접 면담방식의 단면조사 연구이다. 조사는 2000년 7월 말 약 6일간 확률수표를 이용한 전수 또는 다단계표본 추출법으로 선정된 세대별 직접 방문조사를 통하여 실시되었으며, 조사는 1개 의과대학 의학과 학생 40여명이 지역사회진단 및 기초조사 사업지침서를 사용한 조사원 사전교육을 통하여 설문조사법과 혈압조사법 등 조사에 필요한 기본 지식과 수기를 교육하였다.

혈압은 수은혈압계를 사용하며, 면담조사는 사전에 개발된 구조화된 면담지를 이용하였다. 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 조사대상자의 일반적 특성별로 직업, 거주기간을 제외한 모든 변수에서 사회적 지지 및 조직망의 분포는 유의한 차이가 있었다($p < 0.05$).

둘째, 사회적 지지 및 조직망 분포별로 항목별로 다소의 차이는 있었으나 흡연 및 운동 등에서는 유의한 차이가 있었는데($p < 0.05$) 흡연은 사회적 지지와 조직망이 높을수록 오히려 더 많아 다른 특성을 나타내었다. 음주 및 비만 등의 항목에서는 조직망 분포별로 유의한 차이가 있었다($p < 0.05$).

셋째, 사회적 지지와 건강행태 지표와의 관계에서는 대부분의 항목에서 남녀별, 사회적 지지 하위개념별로 혼재된 결과를 나타내었으며, 사회조직망과 건강행태와의 관계에서도 일정한 양상을 보이지 않거나 혼재된 결과를 나타내었다.

넷째, 건강증진 행태에 대한 로지스틱 회귀분석결과, 고령, 물질적 지지가 클수록, 건강에 대한 염려도가 클수록 건강행태 실천이 더 컸으며, 건강행태에 대한 사회적지지 및 사회조직망 투입 로지스틱 회귀분석결과, 물질적 지지가 적절할수록, 사회조직망이 높을수록 건강행태 실천이 높게 나타났다.

제한된 일부 항목에서 혼재된 결과를 보이긴 하지만 대체로 사회적지지 특히, 물질적 사회적 지지와 사회조직망이 높을수록 긍정적인 건강행태 및 영향의 결과를 보였다. 결과적으로 본 연구 및 많은 선행 연구들이 사회적 지지와 사회조직망이 건강행태와 긍정적인 관계가 있음을 일부 확인하였다. 그러나 일부 항목에서 혼재된 결과를 보인 결과와 선행연구와 불일치된 결과들은 추후 연구에서 재확인되어야 할 필요가 있다.

참고문헌

- 박오장. 사회적 지지가 당뇨 환자의 역할 행위 이행에 미치는 영향에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위 논문. 1984.
- 박지원. 사회적 지지척도 개발을 위한 일 연구, 연세대학교 대학원 박사논문, 1985.
- 서승미. 고혈압 환자의 역할 행위 이행에 관한 조사연구. 전남대학교 대학원 석사학위논문. 1989.
- 오가실, 한정석. 스트레스 생활사건, 건강문제, 대응, 사회적 지지의 관계 - 청소년을 대상으로. 대한간호학회지 1990; 20(3): 414-429.
- 이가영, 박태진. 농촌지역 노인들의 사회적 지지와 건강 상태의 관련성. 가정의학회지 2000; 21(5) : 672-683.
- 이무식, 이영성, 신현화, 이진세, 윤석준, 정기현, 김은영, 천병철. 행동수정의 단계적 변화론 모형에 의한 일부농촌성인의 흡연, 음주 및 운동행태 분포와 상호관련성, 한국농촌의학회지 2000; 25(1): 113-131.
- 이숙희. 당뇨병 환자의 환자 역할 행위 이행에 관한 조사. 전남대학교 대학원 석사학위논문 1989.
- 이영자, 김태현. 단독가구 노인의 스트레스와 우울감 - 사회적 지지의 완충효과를 중심으로, 한국노년학회 1999; 19(3): 79-93.
- 정경애, 박오장. B형 만성 간염 환자의 역할 행위 이행에 관한 연구. 전남의대 잡지 1996; 32(2): 313-321.
- 한양의대 예방의학교실. 구리시 뇌졸중 예방을 위한 건강증진사업, 1998. 12.
- Balnd SH, Krogh V, Winkelstein W. Social network and blood pressure: A population study. Psychosom Med 1991; 53(6): 598-607.
- Berkman LF, Syme SL. Social Network, Host Resistance and Mortality : A Nine Year Follow-up Study of Alameda Country Residents. American Journal of Epidemiology 1979; 109(2): 186-204
- Berkman LF, Oxman TE, Seeman TE. Social networks and social support among the elderly: Assessment issues, in Wallace RB, Woolson RF(eds) : The Epidemiologic Study of the Elderly, New York, Oxford University Press, 1992
- Brim JA. Social Network Correlates of Avowed Hapiness. Journal of Nervous and Mental disease 1974; 158(6): 432-439.
- Caldwell JR. The Dropout Problem in Anti-Hypertensive Treatment : A Pilot study of Social-Emotional Factors Influencing a Patients Ability to Follow Anti-Hypertensive Treatment. Journal of Chronic Disease 1970; 22(8): 579-592
- Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. Am J Epidemiol 1976; 104(2): 107-123.
- Cobb. S. Social supports as a moderator of life stress. Psycholosomatic Medicine 1976; 38(5): 300-314.
- Ganster DC, Victor B. The impact of social support on mental and physical health. Brit J Med Psychol 1988; 61(Mar): 16-36.
- Gore S. The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment, Journal of Health and Social Behavior, 1978; 19(June): 157-165.
- House JS. Work stress and social support. Addison-Welsey Publishing Co., Massachusetts, 1981.
- Jackson C, Jatulis DE, Fortmann SP : The behavioral risk factor survey and the Standord five-city project survey: a comparison of cardiovascular risk behavior estimates. Am J Public Health 1991; 82: 412-416.
- Kiritz S., Moos RH. Physiological Effects of Social Environments. Psychosomatic Medicine 1974; 36(2): 94-114.
- Norbeck JS, Lindsey A, Carriere V. The development of an instrument to measure social suport. Nursing Research 1981;

- 30(5): 264-269.
- Norbeck JS, Sheiner M. Sources of Social Support Related to Single-Parent Functioning. *Research in Nursing and Health* 1982; 5(4): 3-12
- Pilisuk M, Kinship FC. Social Networks, Social Support and Health. *Social Science and Medicine* 1978; 12(4): 273-280
- Prochaska JO : Stage paradigm for integrating clinical and public health approaches to smoking cessation. *Add Behav* 1996; 21(6): 721-732.
- Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing Social Support : The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social psychology* 1983; 44(1): 127
- Seeman TE, Syme SL. Social networks and coronary artery disease: A comparison of the structure and function of social relations as predictors of disease. *Psychosom Med*, 1987; 49(4): 341-354.
- Steinbach U. Social Networks, Institutionalization and mortality among elderly people in the United States. *J Of Gerontology* 1992; 47(4): S183-190
- Turner RJ. Social Support as a Contingency in Psychological Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior* 1981; 22: 357-367
- Wallston BS, Alagna SW, DeVellis BM. Social support and physical health. *Health Psychol* 1983; 4: 367-391.
- Walker KN, McBride A, Vachon ML. Social Support Networks and the Crisis of Bereavement. *Social Science and Medicine* 1977; 11(1): 35-41

<ABSTRACT>

A Study on the Relationship between Social Support, Social Network and Health Behaviors among Some Rural Peoples

Moo-Sik Lee* · Dae-Kyung Kim* · Eun-Young Kim* · Baek-Joo Na* · Tae-Ho Sung**

* *Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Konyang University*

** *Department of Preventive Medicine, School of Medicine, Chonbuk National University*

This study was carried out to investigate the relationship between social support, social network and health behaviors as surveyed by cross-sectional study in 744 rural people aged above 30 of a community dwelling sample of one county for 6 days of July in 2000. Objectives of this study was in order to establish an effective health promotion. The sample was accrued by face to face interview of direct visiting from clustered sampling method. Interview was conducted by trained medical students with the questionnaire consisted of socio-demographic data, health behavior, social support and social network based on previous literature. The summarized results were as follows:

1. There were significant difference in the level of social support and social network by general characteristic variables except occupation and residency type($p<0.05$).
2. There were significant difference in knowledge about hypertension, smoking status, status of physical exercise, diet patterns by social support and social network in spite of variation of social support and social network subconcept($p<0.05$). And there were significant difference in alcohol drinking status, body weight control and diet pattern according to level of social network($p<0.05$). But smoking status by social support and network results opposite direction($p<0.05$).
3. There were no regular or consistent result in the relationship between social support, social network and health behavior.
4. Major predictors for health behavior on the multiple logistic regression that included general characteristic, social support and social network were age, instrumental social support and worry about health. Significant variables of multiple logistic regression for health behavior that included social support(instrumental and emotional) and social network were instrumental social support and social network.

These results suggest that only a instrumental element and social network may be associated with health behavior. Inconsistent with prior research in these some item, a positive consistent relationship was not found between social support, social network and health behavior. So the study should be replicated to determined the reliability of our findings.

Key words : social support, social network, health behaviors, relationship, rural peoples