

일부 도시 저소득층 주민의 사회적 지지와 자가평가 건강수준

임민경, 김명희¹⁾, 신영진, 유원섭, 양봉민²⁾

한양대학교 의과대학 예방의학교실, 을지외과대학 예방의학교실¹⁾, 서울대학교 보건대학원²⁾

Social Support and Self-rated Health Status in a Low Income Neighborhood of Seoul, Korea

Min Kyoung Lim, Myoung Hee Kim¹⁾, Young Jeon Shin, Weon Seob Yoo, Bong Min Yang²⁾

Department of Preventive Medicine, Hanyang University College of Medicine;
Department of Preventive Medicine, Eulji University School of Medicine¹⁾;
Seoul National University Graduate School of Public Health²⁾

Objectives : To assess the distribution of social support, and explore its effects on self-rated health status in a low income neighborhood of Seoul, Korea.

Methods : In September 2001 we conducted a survey in a low income neighborhood of Seoul, Korea, in which 862 residents, aged 18 years or over, participated. We measured the general sociodemographic characteristics, self-rated health status and social support with the instrument developed from Korean translation of the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) scale of the US. Logistic regression was used to identify the determinants of social support, and explore its effects on self-rated health status.

Results : Lower social class, women or divorced people had much less social support compared to higher social class, men or those

never married, respectively. Those families on much lower income also received less social support. Social support has a positive impact on the self-rated health status, which remains statistically significant even when other relevant variables are adjusted.

Conclusions : This study suggests that social support has an important role in health, and the socially disadvantaged have lower social support. Therefore, to improve the health status of the poor, it is necessary to encourage community participation, and develop strategies that could strengthen their provision of social support.

Korean J Prev Med 2003;36(1):54-62

Key Words: Social support, Self-rated health status, Low income neighborhood

서론

인구집단의 건강을 결정짓는 요인에는 생물학적 요인, 개인의 건강 행동이나 의료이용, 사회적 환경 등이 존재한다 [1]. 근래에는 개인적인 위험요인들에 집중하던 접근방법의 한계들이 인식되면서, 사회적 요인들의 중요성이 부각되고 있다. 그 중에서도 사회적 지지(social support)는 다른 사회적 요인들보다 일찍이 그 중요성을 인정받았고, 다양한 건강결과와 관련된 연구들이 진행 중이다 [2-4]. 사회적 지지가 건강에 영향을 미치는 기전은 직접 효과(direct effects)와 완충 효과(buffering effects)로 나눌 수 있는데 [5, 6], 정신 건강은 물론 신체적 건강에도 긍정적인 작용을 하는 것으로 알려져 있

며 [7], 총사망률 [8-10]을 낮추는 것은 물론, 임산부의 합병증 [11], 심혈관 질환 [12-15], 정신 질환 [16] 등 특정 질환에 대해서도 효과가 있다고 한다. 사회적 지지는 일종의 유용한 건강자원이라 할 수 있는데, 이는 다른 자원들과 마찬가지로 여러 가지 사회적인 요인에 따라 다른 분포를 갖는다 [1]. 이를테면 성별 [17,18], 연령 [6], 결혼상태 [6], 사회 계층 [19], 고용상태 및 직업 [18,19] 등이 주요한 결정 요인으로 알려져 있다.

사회경제적 상태가 취약한 계층은 그렇지 않은 계층에 비해 건강수준이 상대적으로 낮다고 알려져 있다 [20]. 사회경제적으로 취약하다는 것은 생계와 사회적 존엄성을 유지하기 위한 물질적인 자원과 고용기회나 건강 등과 관련한 여러

정보를 얻을 수 있는 인간자본(human capital)의 개발을 막고, 사회적 유대와 같은 사회조직을 붕괴하고, 심리적으로 박탈감을 갖게함으로써 건강에 영향을 미친다고 알려져 있다 [4]. 즉 건강에 있어서 절대적인 물질적인 자원 뿐만 아니라 사회심리적 자원도 중요하다는 것이다. 그러므로 물질적 조건이 취약한 저소득층에서 사회심리적 자원을 확보하는 것은 그들의 건강 수준 향상에 도움이 될 수 있다. Farmer 등 [14]은 미국인을 대상으로 한 연구에서 백인보다는 멕시코계 경우 사회적 지지의 역할이 더 중요하다는 것을 보여줌으로써 상대적으로 건강이 취약한 계층에서 사회적 지지가 더욱 중요할 수 있음을 시사하였다. 이러한 사회적 지지는 빈곤과 건강과의 관계에 대한 중요한 기전으로 알려져 있으며 [21], 저소득층과 같은 사회취약계층의

건강을 이해하고 개선시키기 위한 주요한 하나의 자원이라 할 수 있다.

국내에서도 근래에 들어 사회적 지지에 대한 연구가 활발히 이루어지고 있는데, 정신질환자나 암 환자, 혹은 그 가족들을 대상으로 사회적 지지 수준과 건강 결과를 살펴보거나 [22-24], 농촌지역의 노인을 대상으로 한 연구들 [25,26], 사무직 근로자들을 대상으로 스트레스와의 연관성을 살펴본 연구 [27,28] 등이 있다. 이처럼 국내에서는 주로 사회적 지지와 특정 질환과의 관계를 살펴보거나 노인층, 사무직 노동자들에 집중되는 경향을 보였으며 지역사회 주민들을 대상으로 사회적 지지와 전반적 건강 상태를 살펴보고 지지의 결정 요인을 탐구하는 연구는 비교적 드물었다. 사회적 지지가 여러 가지 경로를 통해 건강에 유익한 영향을 주는 자원이라면, 그 자원의 분포에 영향을 주는 요인들이 무엇인지를 밝혀 건강 증진에 활용할 수 있어야 한다. 이 연구에서는 서울의 일개 지역 저소득층 주민들을 대상으로, 그들의 사회적 지지와 건강 상태를 측정하고, 사회적 지지가 건강에 미치는 영향을 평가하며, 사회적 지지 수준에 영향을 주는 사회적 요인들을 밝히고자 한다. 만일 사회경제적 조건이 비교적 동질적이라고 생각되는 이들 사이에서 사회적 지지, 건강 수준, 사회적 지지 결정 요인의 분포가 다르게 나타난다면, 사회 전체에서 그 차이의 크기는 훨씬 클 것이고, 이를 통해 건강 증진의 유효한 중재 지점을 찾아내는데 도움이 될 것이다.

연구방법

1. 연구 대상

우리는 2001년 9월에 서울 S구 한 지역에 위치한 임대아파트 8개 동 1,700여 가구에 대하여 훈련된 조사원이 개별 방문하여 일대일 대면면접조사를 시도하였다. 그러나 귀가 시간이 늦는 일부 조사대상자들에게는 설문지의 취지와 방법을 설명한 후 설문지를 배부하여 그 다음날 회수하였다. 조사 지역은 한국의 개화와 함께 농촌 인구의 도시 유입으로 발생한 도

시 빈민들이 밀집되어 살아온 곳 중 하나로, 1980년대부터 저소득층을 위한 임대주택단지 건설이 활발하게 이루어지고 있는데, 조사 대상 아파트는 1999-2000년도에 입주가 이루어졌다. 조사 기간 동안 735 가구, 873명이 설문에 응하였으며 (응답률 42.4%), 완성도가 낮은 설문을 제외하고 총 862명의 자료를 분석하였다.

2. 조사 내용

설문은 가구 대상과 개인 대상으로 구분하였다. 가구 대상 설문에서는 모든 가구원들의 성별, 연령, 교육 수준, 종교, 결혼상태, 직업, 고용상태, 의료 보험 종류와 월평균 가구소득과 재산 등 사회인구학적 특성을 조사하였다. 개인 설문에서는 자가 평가 건강수준, 사회적 지지, 정신건강 및 스트레스, 의료이용실태, 건강 행동, 보건사업 요구도 등을 조사하였다. 건강의 지표로는 자가평가 건강수준으로 측정하였으며, 1998년 국민건강영양조사 [29]에서 사용했던 문항인, "스스로 생각 하시기에 같은 연령의 다른 사람과 비교하여 자신의 건강이 어떻다고 생각하십니까?"에 대한 5점 척도 평가(1=매우 건강하지 못한 편, 5=매우 건강한 편)를 사용하였다. 사회적 지지는 기능적 지지와 구조적 지지를 측정하였는데, 기능적 지지는 1991년 MOS팀 [30]에 의해 개발된 Medical Outcomes Study Social Support Survey(MOS-SSS)도구를 번역하여 사용하였다. MOS-SSS는 이미 타당도와 신뢰도가 증명된 도구로써, 수용된 지지보다는 인지된 지지를, 구조적 측면보다는 기능적 영역을 다루고 있다. 물질적(4문항)·애정적(3문항)·긍정적 상호작용(4문항)·정서적/정보적 지지(8문항)의 4개 영역으로 이루어져 있으며, 총 19개 항목에 대하여 각각 5점 척도로 구성되어 있다. 지지의 구조적 측면을 측정하기 위해서는 도움을 받을 수 있는 친한 사람의 수를 측정하였다. 또한 주요한 사회적 지지의 결정요인으로 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 월평균 가구소득, 직업을 포함하였고, 건강의 결정요인으로는 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 월평균 가구소득,

직업, 사회적 지지를 포함하였다.

3. 분석방법

빈도와 백분율을 이용하여 대상자의 특성에 따른 사회적 지지와 자가평가 건강수준을 살펴보고, ANOVA 검정을 이용해 평균값을 비교하였다. 사회적 지지에 영향을 미치는 요인을 알아보고, 자가평가 건강수준에 대한 사회적 지지의 효과를 측정하기 위해 선형 회귀 분석을 사용하였다. 이때 자가평가 건강수준과 기능적 지지 수준은 측정값을 그대로 사용하고, 구조적 지지는 25%, 75% 백분위수를 기준으로 하여 구분하고 연속변수로 취급하여 분석하였다. 독립변수간의 다중공선성을 배제하기 위해 강한 상관관계를 보이는 변수들은 제외하였으며, 분석은 SPSS 11.0®을 이용하였다.

연구결과

1. 조사도구의 특성

MOS-SSS 도구의 신뢰도는 Crohnbach's α 값을 이용한 내적 일치도(internal consistency)로 평가하였다. 전반적인 내적 일치도는 0.9708이었으며, 영역별로 살펴본 경우 물질적 지지 0.8959, 애정적 지지 0.8744, 긍정적 상호작용 0.8140, 정서적/정보적 지지 0.9571로 나타났다. 타당도는 사회적 지지와 관련이 있는 개념인 친한 사람 수, 연간 친척방문회수, 연간 친구방문회수와 같은 구조적 사회적 지지와의 관련성을 분석함으로써 사회적 지지의 동시타당도를 평가하였다. 25%, 75% 백분위수로 구분한 구조적 지지와 의 피어슨 상관 계수로 타당도를 살펴보았으며, 상관계수는 친한 사람 수 0.20-0.34 ($p < 0.001$), 연간 친척방문회수 0.17-0.27 ($P < 0.001$), 연간 친구방문회수 0.20-0.26 ($P < 0.001$)로 나타났다.

2. 연구대상자의 특성

조사대상자의 사회인구학적 특성은 Table 1과 같다. 남성보다는 여성의 비율이 높았으며(63.5%), 연령별로는 40-50대의 중장년층의 인구가 많았고(39.0%),

교육 수준은 남녀 모두에서 중졸이하가 가장 많았다(각각 41.3%, 54.2%). 직업을 육체/비육체 노동으로 구분했을 때 남성은 비육체노동(32.9%)이, 여성은 육체노동(24.0%)의 비율이 높았다. 월평균 가구 소득은 남녀 모두 50-100만원군이 가장 많았다(각각 30.0%, 32.7%). 결혼상태에 따라서 남녀 모두 유배우자 군이 가장 많았다(각각 65.3%, 59.7%) (Table 1).

3. 사회적 지지의 결정요인

친한 사람의 숫자로 표현된 구조적 측면의 사회적 지지는 성별에 따른 차이를 보이지 않았다 ($p=0.114$). 연령에 따라서는 18세 이상의 20대의 남녀가 가장 친한 사람이 가장 많았고, 60세 이상에서 가장 적었으나 여자에서만 유의하였다 ($p<0.001$). 결혼상태를 살펴본 경우, 남녀 모두에서 미혼군, 유배우군, 이혼·별거·사별군 순으로 많았으나 이 또한 여성에서만 유의한 차이가 나타났다 ($p<0.001$). 교육수준에 따라서는 남녀 모두 중졸이하가 가장 적고 대졸이상이가 가장 많은 것으로 나타났다 ($p<0.001$). 월평균 가구 소득에 따라서는 남녀 모두에서 소득이 낮은 군이 친한 사람의 수가 가장 적은 것으로 나타났다 (각각 $p<0.05$, $p<0.001$). 직업에 따른 차이는 관찰되지 않았다 (Table 2).

기능적 지지의 경우, 4개 영역 모두에서 남자가 여자보다 높았는데, 이는 모든 연령대에서 동일하게 나타났다. 남자의 경우는 30대에서 사회적 지지가 가장 높았고, 40대 이후 연령 증가에 따라 지지의 수준도 낮아지다가 60대 이상에서 약간 높아지는 것으로 나타났으며, 여성의 경우도 연령 증가에 따라 지지 수준이 낮아졌다 (각각 $p<0.05$, $p<0.001$). 결혼 상태를 살펴보면, 남자에서는 유배우군이 미혼군보다, 여자에서는 미혼군이 유배우군보다 사회적 지지의 수준이 높았다 (남, 녀 모두 $p<0.001$). 교육수준과 월 평균 가계 소득이 높아질수록 남녀 모두에서 사회적 지지 수준이 높아졌다 (남, 녀 모두 $p<0.001$). 남녀 모두 육체 노동에 비해 비육체 노동자의 지지 수준이 높았고,

Table 1. Sociodemographic characteristics of the study subject

Variables	Men N(%)	Women N(%)	Total N(%)	p
Gender	315(36.5)	547(63.5)	862(100.0)	
Age(yr)				0.209
18-29	66(21.0)	83(15.2)	149(17.3)	
30-29	61(19.4)	109(19.9)	170(19.7)	
40-49	64(20.3)	128(23.4)	192(22.3)	
50-59	59(18.7)	96(17.6)	155(18.0)	
≥60	65(20.6)	131(23.9)	196(22.7)	
Total	315(100.0)	547(100.0)	862(100.0)	
Education				0.000
≤middle	129(41.3)	296(54.2)	425(49.5)	
high	125(40.1)	192(35.2)	317(36.9)	
≥college	58(18.6)	58(10.6)	116(13.5)	
Total	312(100.0)	546(100.0)	858(100.0)	
Occupation				0.000
white-color	103(32.9)	51(9.4)	154(18.0)	
blue-color	87(27.8)	130(24.0)	217(25.4)	
unemployed	71(22.7)	35(6.5)	106(12.4)	
the others	52(16.6)	326(60.1)	378(44.2)	
Total	313(100.0)	542(100.0)	855(100.0)	
Employment				0.011
employer	12(6.5)	4(2.2)	16(4.3)	
self-employed	35(18.9)	26(14.1)	61(16.5)	
unpaid servicemen	1(0.5)	8(4.3)	9(2.4)	
wageworkers	137(74.1)	147(79.5)	284(76.8)	
Total	185(100.0)	185(100.0)	370(100.0)	
family Income(10,000 won)				0.382
<50	52(17.2)	110(20.6)	162(19.3)	
50-100	91(30.0)	175(32.7)	266(31.7)	
100-150	83(27.4)	131(24.5)	214(25.5)	
≥150	77(25.4)	119(22.2)	196(23.4)	
Total	303(100.0)	535(100.0)	838(100.0)	
Insurance Type				0.447
insurance	274(87.8)	484(88.5)	758(88.2)	
medical aid	32(10.3)	58(10.6)	90(10.5)	
the others	6(1.9)	5(0.9)	11(1.3)	
Total	312(100.0)	547(100.0)	859(100.0)	
Marital Status				0.000
Never Married	82(26.1)	70(12.9)	152(17.7)	
Married	205(65.3)	325(59.7)	530(61.8)	
Widowed/Divorced/				
Seperated	27(8.6)	149(27.4)	176(20.5)	
Total	314(100.0)	544(100.0)	858(100.0)	
Religion				0.002
Christian	95(30.2)	187(34.2)	282(32.7)	
Catholic	24(7.6)	63(11.5)	87(10.1)	
Buddhist	61(19.4)	133(24.3)	194(22.5)	
Not religion	131(41.6)	155(28.3)	286(33.2)	
the others	4(1.3)	9(1.6)	13(1.5)	
Total	315(100.0)	547(100.0)	862(100.0)	

실업군에서 낮게 나타났다. 이러한 양상은 기능적 지지의 4개 측면에서 모두 비슷하였다 (Table 3).

성별, 연령, 결혼상태, 교육 수준, 월평균 가구소득, 직업이 각각의 다른 변수들을 보정한 상태에서 사회적 지지에 어떤

Table 2. Structural social support(number of close persons) by sociodemographic characteristics

	Men			Women		
	N	Mean(S.D)	p	N	Mean(S.D)	p
Gender [†]	311	2.3(0.6)		544	2.2(0.6)	0.114
Age [†]						
18-29	66	2.4(0.6)	0.124	82	2.4(0.6)	0.000
30-39	60	2.3(0.6)		109	2.3(0.5)	
40-49	63	2.2(0.7)		128	2.2(0.7)	
50-59	58	2.2(0.7)		94	2.2(0.6)	
≥60	64	2.2(0.6)		131	2.0(0.7)	
Marital status [†]						
never married	82	2.3(0.6)	0.455	69	2.4(0.7)	0.000
married	201	2.2(0.6)		323	2.2(0.6)	
the others	27	2.1(0.7)		149	2.0(0.7)	
Education [†]						
≤middle	127	2.1(0.7)	0.012	295	2.0(0.7)	0.000
high	125	2.3(0.6)		190	2.3(0.6)	
≥college	58	2.4(0.6)		58	2.5(0.6)	
Family income [†]						
<50	51	2.0(0.6)	0.002	109	2.0(0.7)	0.000
50-100	90	2.2(0.6)		174	2.1(0.6)	
100-150	82	2.4(0.7)		131	2.2(0.6)	
≥150	77	2.3(0.6)		118	2.3(0.5)	
Occupation [†]						
white-color	101	2.3(0.6)	0.680	51	2.3(0.6)	0.491
blue-color	86	2.2(0.7)		130	2.2(0.6)	
unemployed	71	2.2(0.6)		34	2.2(0.8)	
the others	52	2.3(0.7)		324	2.2(0.7)	

[†] by T-test, * by ANOVA
note: structural support: low=0, middle=1, high=2

한 영향을 미치는 지를 살펴본 결과가 Table 4에 제시되어 있다. 구조적 지지로써 친한 사람수를 종속변수로 한 경우에 성별과 연령별, 결혼상태별로는 유의한 차이가 없었으며, 교육수준이 높을수록(p<0.001), 월평균 가구소득수준이 높을수록 사회적 지지가 높았다(p<0.01). 그러나 직업별로는 유의한 차이가 없었다. 각각의 기능적 지지를 종속변수로 한 경우에, 성별로는 물질적 지지만 여성이 남성보다 사회적 지지가 유의하게 낮았으며(p<0.01), 연령에서는 물질적 지지만 연령이 높을수록 높았으나(p<0.01), 다른 지지 영역에서는 연령별로 유의한 차이는 없었다. 결혼상태는 미혼군에서 사별·이혼·별거군으로 갈수록 사회적 지지가 유의하게 낮았다(각각 p<0.001). 교육수준별로는 교육수준이 높을수록 지지가 높았는데, 물질적 지지에서만 유의하지 않았다. 월평균 가구소득수준에 따라서는 월평균 가구소득수준이 높을수록

모든 기능적 지지가 유의하게 높았다(각각 p<0.001). 직업별로는 유의한 기능적 지지의 차이가 없었다. 그러나 사회적 지지 수준에 대한 성별, 연령, 결혼상태, 교육 수준, 월평균 가구소득, 직업의 설명력은 그다지 높지 않았는데, 4개의 지지 영역 중 정서적/정보적 지지에 대한 설명력이 가장 높은 것으로 나타났다(R²=0.197). 연령, 성별, 결혼상태, 가구소득, 직업은 모든 사회적 지지에서 유의하였으나, 서로를 보정하였을 경우에는 효과의 크기가 작아졌고, 결혼상태, 교육수준, 월평균 가구소득만이 여전히 유의하였다. 그러나 구조적 지지에서 결혼상태는 다른 모든 설명변수를 보정한 후에는 유의하지 않았다(Table 4).

4. 자가평가 건강수준의 결정요인

자가평가 건강수준은 남자가 여자보다 높았으며(p<0.001), 연령별로는 남녀 모두 연령이 증가함에 따라 낮아지는 경향

을 보였다(남,녀 모두 p<0.001). 결혼상태별로는 남녀 모두에서 미혼, 유배우, 사별·이혼·별거군 순으로 높았고(각각 p<0.05, p<0.001). 교육수준과 월평균 가구소득이 높을수록 자가평가 건강수준이 높은 것으로 나타났다(각각 p<0.001)(Table 5).

성별, 연령, 결혼상태, 교육 수준, 월평균 가구소득, 직업 등 사회인구학적 요인들을 보정한 상태에서 사회적 지지가 자가평가 건강수준에 미치는 영향을 살펴본 결과가 Table 6에 제시되어 있다. 기능적 지지의 경우, 전반적 지지 수준은 물론 4개 영역 각각이 이들 사회인구학적 특성을 보정한 경우에도 유의한 효과가 있는 것으로 나타났다(p<0.001). 그러나 자가평가 건강수준에 대한 사회적 지지의 설명력은 높지 않았는데, 4개 영역 중 애정적 지지의 설명력이 가장 높은 것으로 나타났다(R²=0.262). 성별, 연령, 결혼상태, 월평균 가구소득, 직업의 경우 지지 수준을 보정하여도 여전히 유의한 것으로 나타났다. 단 그 효과의 크기는 작아졌다. 하지만 교육 수준은 4개 영역과 전반적 지지를 보정하면 더 이상 유의하지 않았다. 구조적 지지 수준을 모형에 포함시켰을 때 이 외 비슷한 결과를 관찰할 수 있었다(Table 6).

고 찰

1. 조사대상자의 특성

조사대상자의 연령 분포는 서울시 전체, 혹은 조사지역 전체 구의 연령 분포와 비교해 볼 때 노령층의 구성비가 높았다[31]. 월평균 가구소득의 경우 50만원 미만, 혹은 150만원 미만군이 대부분을 차지하여 전국의 평균 가구소득 분포와 비교할 때 상당히 낮았으며, 교육 수준 또한 전국에 비교하여 낮게 나타났다[31,32]. 이러한 특성은 교육, 월평균 가구소득 수준이 낮은 중년층 이상이 집중되어 있는 저소득층 밀집 지역의 전형적인 모습이라 할 수 있다.

Table 3. Functional social support by sociodemographic status characteristics

	Tangible			Affectionate			Interaction			Emo_imf [†]			Overall		
	n	Mean(S.D)	p	n	Mean(S.D)	p	n	Mean(S.D)	p	n	Mean(S.D)	p	n	Mean(S.D)	p
Gender															
Men	310	73.5(25.6)	0.00	310	66.7(27.6)	0.00	309	58.7(21.8)	0.00	310	65.3(25.5)	0.00	306	66.1(23.2)	0.00
Women	544	63.2(26.6)		543	62.6(27.7)		543	52.8(23.2)		540	59.9(27.0)		535	59.9(24.4)	
Age															
Men															
18-29	66	74.7(21.6)	0.38	66	71.5(25.0)	0.01	66	63.7(18.7)	0.01	66	71.4(23.2)	0.00	66	70.3(20.3)	0.02
30-29	60	75.8(24.2)		60	75.0(22.6)		60	64.9(18.2)		60	72.6(19.3)		60	72.1(19.2)	
40-49	63	69.1(27.7)		63	60.7(28.1)		62	55.0(21.8)		62	60.5(26.6)		61	61.6(24.5)	
50-59	57	70.8(28.5)		58	62.1(29.1)		58	54.0(23.3)		58	58.1(27.8)		57	61.2(24.8)	
≥60	64	76.9(25.8)		63	64.2(30.6)		63	55.6(24.4)		64	63.5(27.2)		62	64.5(25.4)	
Women															
18-29	82	74.8(24.8)	0.00	81	75.8(23.0)	0.00	82	65.2(18.8)	0.00	82	73.9(24.4)	0.00	81	72.7(21.5)	0.00
30-29	109	65.4(23.1)		108	73.0(23.6)		109	60.1(19.6)		108	69.3(22.7)		107	67.3(20.6)	
40-49	127	61.0(25.9)		128	62.9(27.4)		127	51.7(23.2)		128	59.0(25.6)		126	58.9(23.6)	
50-59	95	61.6(27.3)		95	57.7(28.1)		94	49.9(22.8)		94	56.4(26.6)		93	56.4(24.7)	
≥60	131	57.5(28.4)		131	49.2(26.9)		131	42.1(23.3)		128	46.6(27.0)		128	49.1(24.3)	
Maritalstatus															
Men															
Never married	81	69.1(24.8)	0.00	81	65.4(26.8)	0.00	81	58.9(21.1)	0.00	81	67.4(24.5)	0.00	81	65.2(22.9)	0.00
Married	201	78.8(22.9)		201	70.2(26.5)		200	61.0(20.4)		202	67.0(24.6)		198	69.3(21.5)	
The Others	27	47.0(28.5)		27	43.5(27.2)		27	40.0(24.3)		26	45.1(27.4)		26	42.8(23.6)	
Women															
Never married	69	74.7(26.0)	0.00	68	73.2(26.7)	0.00	69	63.6(22.3)	0.00	69	72.4(26.6)	0.00	68	71.3(24.0)	0.00
Married	324	64.9(24.6)		323	68.6(24.8)		322	57.5(20.3)		320	64.6(25.0)		317	64.1(22.1)	
The Others	148	54.9(28.1)		149	45.4(26.5)		149	38.2(22.6)		148	44.4(24.9)		147	46.0(23.3)	
Education															
Men															
≤middle	126	70.2(27.0)	0.16	126	58.5(27.9)	0.00	126	52.7(22.6)	0.00	126	58.2(26.4)	0.00	123	59.4(24.0)	0.00
high	124	76.1(25.0)		124	71.3(26.8)		124	62.2(20.7)		124	69.3(24.6)		124	69.7(22.1)	
≥college	58	75.5(22.9)		58	75.0(23.6)		58	63.6(18.6)		58	72.4(21.3)		58	71.6(20.4)	
Women															
≤middle	294	59.4(27.9)	0.00	295	55.8(28.3)	0.00	294	46.6(23.8)	0.00	292	52.4(28.0)	0.00	290	53.7(25.1)	0.00
high	191	65.9(24.0)		189	69.4(24.5)		190	58.5(19.7)		189	67.0(22.5)		186	65.6(20.9)	
≥college	58	73.2(24.1)		58	74.9(25.4)		58	65.3(20.7)		58	74.2(23.3)		58	71.9(22.3)	
Familyincome															
Men															
<50	51	59.6(31.4)	0.00	51	49.3(28.0)	0.00	51	43.1(23.6)	0.00	51	49.9(26.3)	0.00	51	50.5(25.7)	0.00
50-100	90	69.5(25.6)		89	60.7(27.9)		90	54.0(20.3)		90	59.8(26.0)		89	60.8(22.4)	
100-150	82	76.0(22.8)		83	72.2(25.2)		81	64.7(18.9)		82	70.2(22.8)		79	71.0(20.5)	
≥150	76	82.4(20.0)		76	76.5(23.2)		76	65.7(18.3)		76	73.7(21.4)		76	74.6(18.5)	
Women															
<50	110	50.5(27.4)	0.00	109	44.5(27.5)	0.00	109	38.6(23.8)	0.00	108	41.8(27.1)	0.00	106	44.0(24.7)	0.00
50-100	174	59.6(28.0)		174	59.3(27.4)		174	50.3(22.8)		172	56.6(25.9)		172	56.5(24.3)	
100-150	131	68.8(22.3)		130	70.0(24.3)		131	59.1(21.0)		131	67.4(24.0)		130	66.4(21.1)	
≥150	117	74.0(21.3)		118	76.1(21.4)		117	62.9(17.5)		117	72.7(21.5)		115	72.0(17.8)	
Occupation															
Men															
White-color	101	79.9(20.2)	0.02	100	73.0(26.1)	0.01	100	64.6(18.2)	0.00	101	71.9(21.8)	0.01	99	72.6(19.8)	0.00
Blue-color	85	71.4(27.2)		86	67.3(27.7)		86	58.6(22.6)		85	63.7(26.8)		84	65.1(23.9)	
Unemployed	71	71.0(30.0)		71	62.9(27.9)		71	54.5(23.6)		71	62.2(27.7)		71	62.7(25.5)	
the others	52	67.5(23.7)		52	58.2(27.5)		51	52.6(20.9)		52	59.0(24.5)		51	58.9(22.0)	
Women															
White-color	51	71.7(22.1)	0.12	51	71.6(25.4)	0.07	51	61.0(20.8)	0.06	51	70.8(23.4)	0.02	51	68.8(21.2)	0.05
Blue-color	130	61.5(26.7)		130	61.3(27.6)		129	51.4(23.0)		129	59.0(26.0)		128	58.3(24.4)	
Unemployed	34	62.9(28.5)		33	67.4(25.6)		34	54.2(22.1)		34	56.5(27.9)		33	60.7(24.6)	
the others	324	62.9(26.7)		324	61.4(28.1)		324	52.1(23.4)		321	59.0(27.6)		318	59.2(24.5)	

[†] by T-test. * by ANOVA. [‡] Emotional & Informational Support

2. 조사도구의 특성

사회적 지지는 실제로 발생한 것인지 기대되는 것인지에 따라 수용된 지지와 인지된 지지로 구분하거나, 양적인 측면과 질적인 측면에 따라 구조적 지지

(structural social support)와 기능적 지지(functional social support)로 구분하기도 한다 [2]. 구조적 지지 또는 양적인 지지의 측정은 타인과의 접촉 빈도, 상호 작용하는 사람 수와 같이 '양(amount)'을 측

정하는 반면, 기능적 지지(functional social support) 또는 질적인 지지는 상호 접촉에 대해서 적당하다고 판단하거나 인식하는 것과 같은 '질적 유용성'(goodness)을 측정한다 [33]. 최근의 사회적 지

Table 4. Regression coefficients of explanatory variables for social support

	tangible support		affectionate support		interaction support		emotional/infomational support		overall		structural support	
	crude		crude		crude		crude		crude		crude	
gender	-10.32***	-5.96**	-4.09*	1.02	-5.90***	-1.13	-5.42**	-0.15	-6.18***	-1.22	-0.07	0.00
age	-2.47***	2.67**	-5.42***	0.22	-4.65***	0.21	-5.45***	0.20	-4.55***	0.75	-0.09***	0.00
marital status	-9.37***	-6.75***	-12.54***	-6.68***	-11.72***	-6.72***	-12.96***	-6.85***	-11.68***	-6.67***	-0.18***	-0.06
education	6.23***	2.67	10.32***	4.35**	8.93***	3.51**	10.68***	4.87**	9.12***	3.86**	0.20***	0.14***
family income	7.98***	7.41***	10.02***	7.99***	8.03***	6.08***	9.54***	7.34***	8.98***	7.23***	0.12***	0.08**
occupation	-0.91***	-0.22	-0.869**	-0.16	-0.82***	-0.16	-0.92***	-0.20	-0.86***	-0.17	-0.01	0.00
R ²	0.143		0.186		0.194		0.197		0.201		0.071	

* p<0.05 ** p<0.01, *** p<0.001

† Variables used in this study

gender: men=0, women=1

age (Year): 18-29=1, 30-39=2, 40-49=3, 50-59=4, ≥60=5

marital status: never married=0, married=1, divorced · seperated · widow=2

education: ≤middle school=0, high school=1, ≥college=2

family income (10,000 won): ≤50=0, 50-100=1, 100-150=2, ≥150=3

occupation: white color=0, blue color=1, unemployed=2, the others=3

structural support (N. of close persons): low=0, middle=1, high=2

Table 5. Self-rated health by sociodemographic characteristics

	Men			Women		
	N	Mean(S.D)	p	N	Mean(S.D)	p
Gender†	315	3.0(1.1)		547	2.7(1.0)	0.000
Age†						
18-29	66	3.5(0.9)	0.000	83	3.2(0.8)	0.000
30-29	61	3.3(0.8)		109	3.2(0.9)	
40-49	64	2.8(1.1)		128	2.8(0.9)	
50-59	59	2.6(1.2)		96	2.4(1.0)	
≥60	65	2.7(1.1)		131	2.2(1.0)	
Marital status†						
Never Married	82	3.3(1.0)	0.014	70	3.0(0.9)	0.000
Married	205	2.9(1.1)		325	2.8(1.0)	
Widowed/Divorced/Seperated	27	2.7(1.2)		149	2.3(1.0)	
Education†						
≤middle	129	2.7(1.1)	0.000	296	2.5(1.1)	0.000
high	125	3.1(1.0)		192	2.9(0.9)	
≥college	58	3.3(1.1)		58	3.3(0.8)	
Family income†						
<50	52	2.0(1.0)	0.000	110	2.1(1.0)	0.000
50-100	91	2.9(1.0)		175	2.6(1.0)	
100-150	83	3.2(0.9)		131	3.0(1.0)	
≥150	77	3.4(1.0)		119	3.2(0.8)	
Occupation†						
white-color	103	3.4(0.9)	0.000	51	3.0(0.7)	0.000
blue-color	87	3.1(0.9)		130	2.7(0.9)	
unemployed	71	2.3(1.1)		35	3.3(1.1)	
the others	52	2.9(1.3)		326	2.6(1.0)	

† by T-test, † by ANOVA

지에 대한 연구경향은 수용된 지지가 요구(need)와 관련하여 혼동될 우려가 있다는 측면에서 [34] 인지된 지지와 기능적 지지 개념을 측정하는 쪽으로 흐르고 있다. 이러한 흐름에 따라 이 연구에서는 인

지된 지지이면서 기능적 지지를 측정하는 MOS-SSS 도구를 사용하였고, 이의 타당도를 평가하기 위하여 구조적 지지를 반영한다고 볼 수 있는 친한 사람수, 연간 친척방문회수, 연간 친구방문회수와

의 동시타당도를 구하였다. 그 결과 0.17-0.34로 모두 유의한 관계가 있는 것으로 나타났지만 상관계수의 크기가 낮았다. 이는 기능적 사회적 지지를 측정하는 사회적 지지도구의 타당도를 측정할 때 구조적 지지와의 상관계수를 평가한 Sherbourne과 Stewart [34]의 연구와 비슷한 결과이다. 당시 이들의 연구에서는 상관계수가 유의하기는 했지만 0.18-0.23로 낮게 측정되었는데, 이는 기능적·구조적 지지 간에 상호 관련성은 있지만 다른 구성개념이라는 것을 보여주는 결과로 해석되었다. 따라서 이 연구 결과는 한국어판 MOS-SSS 도구가 원래의 의도대로 기능적 지지를 제대로 반영하고 있음을 보여주는 것이다. 내적 일치도로 평가한 신뢰도의 경우도 Sherbourne과 Stewart [34]의 결과와 비슷하게 만족스러운 수준을 보여주었다. 또한 도구의 횡문화적 비교 가능성을 높이기 위해 전문가에 의한 번역과 역번역의 과정을 거쳤고, 개발자들이 제시한 채점기준을 그대로 따랐다.

3. 사회적 지지의 결정요인

서구에서 이루어진 연구들에서는 대개 남자에 비해 여자의 사회적 지지 수준이 더 높은 것으로 알려져 있다 [6,18,19, 35,36]. 국내 연구의 경우, Cha 등 [27], Seo 등 [37]은 성별에 따른 사회적 지지의 차이가 없다고 보고하였으며, Ryu 등

Table 6. Regression coefficients of explanatory variables for self-rated health[§]

variables	crude	tangible support	affectionate support	interaction support	emotional/informational support	overall	structural support
Gender	-0.270***	-0.129	-0.171*	-0.157*	-0.167*	-0.152*	-0.167*
Age	-0.261***	-0.172***	-0.159***	-0.159***	-0.156***	-0.169***	-0.157***
Marital status	-0.367***	0.124	0.140*	0.154*	0.143*	0.161*	0.098
Education	0.409***	0.089	0.067	0.067	0.067	0.073	0.076
Family income	0.383***	0.233***	0.203***	0.208***	0.206***	0.199***	0.259***
Occupation	-0.057***	-0.022*	-0.021*	-0.022*	-0.022*	-0.020*	-0.024*
Tangible support	0.010***	0.006***					
Affective support	0.014***		0.009***				
Interaction support	0.017***			0.011***			
Emotional/informational support	0.014***				0.009***		
Overall support	0.016***					0.010***	
N. of close persons	0.021***						0.184***
R ²		0.236	0.262	0.261	0.253	0.257	0.228

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

[§] Self-rated health: very poor=1, poor=2, middle=3, good=4, excellent=5

[25]은 남자가 여자보다 사회적 지지가 높다고 하였다. 이 연구에서는 구조적 지지와 기능적 지지 모두에서 일관되게 남자의 지지 수준이 높은 것으로 나타났는데, 이는 서구와 달리 전반적으로 가부장적인 사회분위기와 사회적 지지의 중요한 원천이 될 수 있는 직업활동을 하지 않는 비율이 여자에게서 높은 것도 여자가 남자보다 사회적 지지가 낮은 데에 한 몫하고 있는 것으로 해석할 수 있다. Shye 등 [36]은 여자가 남자에 비해 사회적 네트워크의 크기가 더 컸으며, 접촉빈도도 컸지만 여자보다 낮은 수준의 사회적 지지에서도 남자가 더 많은 이익을 본다고 지적하였다. 이 결과를 그대로 적용한다면 본 연구 대상 집단의 경우 여자에서 지지 수준 자체가 낮은 것은 상당히 우려스러운 일이 아닐 수 없다. 또한 성별에 따른 자가평가 건강수준의 차이가 사회적 지지를 보정했을 때 상당히 감소한다는 것은 남녀의 자가평가 건강수준 차이의 상당 부분이 사회적 지지에 의해 설명 가능하다는 것을 시사하는 결과이기도 하다.

연령에 따른 사회적 지지의 분포의 경우, 연령 증가에 따른 물질적 지지의 상승 이외에 다른 영역의 차이는 관찰되지 않았다. Ren 등 [38]도 연령이 증가할수록 사회적 지지가 증가한다고 하였으며, 같은 아시아권인 상하이에서 이루어진 Lai [39]의 연구에서도 연령이 높아질수록 재

정 문제에서 도움을 받은 비율이 높아진다는 것을 보여주었다. 하지만, Broadhead 등 [6]은 연령이 높아지면서 사회 네트워크와 정보적 지지의 양은 감소하고, 사회적 지지에 대한 기대 수준도 낮아지는 경향이 있으며, 건강악화로 인해 지지의 주요한 제공 경로인 사회적 네트워크 접촉에 제한을 받는다고 하였다. 그러나 저소득층에서 빈곤의 악순환과 연결될 수 있는 젊은 층의 지지 부족은 고령층의 지지 부족 이상으로 더 문제일 수 있을 것이다. 이러한 결과들은 사회적 지지 수준을 평가할 때 지지 유형을 구분해야 함을 보여주는 것이다.

결혼상태에 따른 지지 수준을 살펴보았을 때, 미혼군에서 사별·별거·이혼군으로 갈수록 모든 유형의 지지가 유의하게 낮았다. 그러나 Turner와 marino [19], Ren 등 [38], Norbeck [40], Kim [41]의 연구에서는 미혼군보다 유배우군의 지지 수준이 높다고 보고하였으며, Broadhead 등 [6]도 유배우자군의 경우 비공식적인 지지를 더욱 많이 받는다고 하였다. 이 연구가 기존의 결과들과 다른 것은, 이 조사 결과에서 미혼군에서 유배우군이나 사별·별거·이혼군보다 활발한 사회 활동이 있는 것으로 보아 지지를 얻을 수 있는 기회가 더 많았기 때문으로 보인다. 또한 여성의 경우 애정적 지지 조차도 유배우군이 더 낮게 나타났는데, 이는 빈곤한 삶의 조건 속에서 통상적으로 기대되는

결혼생활의 애정 관계를 유지하기가 힘들다는 것을 보여주는 것이라 할 수 있다.

교육과 월평균 가구소득 수준의 경우, 전반적으로 높아질수록 사회적 지지의 수준도 높아지는 것으로 나타났다. Krause 등 [35]은 교육수준과 소득수준이 높은 군에서 친구를 만나는 빈도, 제공받은 사회적 지지에 대한 만족도가 높다고 보고하였고, Turner와 Marino [19]는 교육수준이 높고, 소득수준이 높을수록 더 넓은 네트워크를 형성한다고 하였으며, Lee 등 [26]은 구조적 지지가 교육수준 및 소득수준과 관련이 있다고 하였다. Leon 등 [20]에 의하면 소득 수준이 낮은 집단의 경우 사회적 분위기로 인해 사회적 지지에 대한 기대 수준이 낮거나, 사회적 지지를 제공할 경로의 차단 또는 결핍으로 인해 실제 지지의 수준이 낮다고 하였다. 그러나 이 연구에서는 주관적인 판단에 근거한 건강수준과 사회적 지지 인지를 평가하였으므로, 주위 환경을 긍정적으로 바라보는 사람이 실제의 지지나 건강 수준과는 무관하게 건강 수준을 높게 평가할 가능성이 있다. 또한 건강수준이 사회적 지지에 대한 인식에 영향을 미칠 수도 있음은 한계점이라 할 수 있다 [6].

4. 자가평가 건강수준의 결정요인

건강에 대한 사회적 지지의 효과는 스트레스 수준과 상관없이 사회적 지지가 건강을 직접적으로 향상시키는 직접효과

(direct effects)와 외부의 스트레스 충격을 완화시키는 완충효과(buffering effects)가 있다 [5, 6, 42, 43]. 이 중 직접효과는 도움을 줄 수 있는 타인을 인식하는 그 자체가 긍정적인 효과를 주며 자아, 안정, 환경조절능력을 상승시켜 면역체계 기능과 신경내분비계에 영향을 미쳐 신체적인 질환에 대한 감수성에 영향을 미친다고 알려져 있다 [7]. 이 연구에서는 우선 그 자체의 보호효과를 측정하고자 하였다. 그러나 직접적인 보호효과가 나타난다고 해서 완충효과의 가능성을 배제하는 것은 아니며, 추가적인 연구를 통해 완충효과의 가능성을 살펴보아야 할 것이다.

사회적 지지의 건강에 대한 직접효과를 살펴보기 위해 사망률의 좋은 예측인자로 알려져 있는 자가평가 건강수준(self-rated health)을 건강의 지표로 분석하였다 [44-46]. 그 결과 사회적 지지가 다른 변수들과 독립적으로 자가평가 건강수준에 긍정적인 영향을 미치고 있으며, 사회경제적 지위가 낮을수록 자가평가 건강수준이 낮았다. 특히, 애정적 지지와 긍정적 상호작용이 자가평가 건강수준에 대한 설명력이 가장 높았는데, 순차(stepwise)분석을 하였을 때도 긍정적 상호작용, 애정적 지지, 친한 사람 수가 자가평가 건강수준을 가장 잘 설명하는 것으로 나타났다. 따라서 애정적 지지와 긍정적 상호작용이 다른 지지보다 자가평가 건강수준과 연관성이 더 높았으며, 친한 사람 수로 측정된 구조적 지지 또한 기능적 지지와 마찬가지로 자가평가 건강수준과 연관이 있는 것으로 나타났다. 사회적 지지 외에도 성별, 연령, 월평균 가구소득, 직업이 자가평가 건강수준과 연관이 있는 것으로 나타났다. 이 중에서도 사회적 지지와 월평균 가구소득과 같은 사회적 변수들이 중요한 변수였다.

또한 이 연구에서는 비교적 사회경제적 특성이 비슷한 저소득계층 안에서도 사회경제적 특성에 따른 자가평가 건강수준의 차이와 사회적 지지 수준의 차이를 발견할 수 있었다. 비슷한 예로써, 비교적 사회경제적 수준이 안정된 집단을

대상으로 한 화이트홀 연구, 위스콘신 연구, NSFH(National Survey of Families and Households) [47] 연구에서도 사회경제적 특성에 따라 자가평가 건강수준의 차이를 보고하고 있다. Marmot 등 [47]은 이 결과에 따라 사회적 환경에 따른 자가평가 건강수준의 차이를 영국의 사무직 근로자(화이트 홀 연구)에 제한된 것이 아니라 상대적으로 사회경제적 특성이 안정된 미국인을 대상으로 한 연구(위스콘신 연구, NSFH)에서도 사회적 요소가 자가평가 건강수준에 영향을 미치며 이 결과를 일반화할 수 있다고 하였다. 이와 마찬가지로 이 연구에서 발견된 저소득층 계층에서의 자가평가 건강수준의 차이가 취약 계층에만 국한된 것이 아니라 사회인구학적 특성의 차이가 더 다양한 일반인구 집단에서 자가평가 건강수준과 사회적 지지의 차이가 더 클 가능성을 시사하고 있는 것이다. 그러나 이 연구에서는 단면 연구의 한계에 따라 이를 증명할 수 없으므로 이에 대한 추후 연구가 필요할 것이다.

요약 및 결론

이 연구는 도시 지역의 일부 저소득층을 대상으로 사회적 지지의 분포와 자가평가 건강수준에 미치는 영향을 살펴보았다. 대상자들은 고연령, 저소득, 낮은 교육 수준으로 특징 지워지는 사회적 취약 계층이었는데, 그 동질성에도 불구하고 사회인구학적 특성에 따라 사회적 지지의 수준이 다른 것으로 나타났다. 사회적 지지는 다른 사회인구학적 특성을 보정한 이후에도 자가평가 건강수준에 독립적으로 직접효과를 나타냈으며, 이러한 사회적 지지를 설명하는 주요 변수로는 월평균 가구소득과 교육수준, 결혼상태가 있었다. 월평균 가구소득, 교육수준과 결혼상태와 같은 사회경제학적 특성은 자가평가 건강수준에 영향을 받을 수 있는데, 자가평가 건강수준을 보정한 후에도 사회경제학적 특성에 따라 이러한 사회적 지지의 차이는 여전하였다. 이는 취약한 사회적 지지를 개선할 수 있는 자원이

부족한 사회경제학적 특성이 낮은 저소득층에게는 개인의 노력보다는 사회적 지지의 향상을 위한 사회적 노력이 필요함을 시사하는 결과이다. 비교적 사회인구학적 특성이 비슷한 집단 내에서도 사회인구학적 특성에 따라 자가평가 건강수준과 사회적 지지의 차이가 나타난 것은 사회인구학적 특성의 차이가 더 다양한 인구조로 구성이 될 일반인구집단에서는 자가평가 건강수준과 사회적 지지의 차이가 더 클 가능성이 크다. 따라서 건강지표의 하나인 자가평가 건강수준을 저소득층에게서 향상시키기 위해서는 건강과는 다소 무관해 보이는 사회적 요인, 이를테면 지역사회 주민들의 상호교류의 공간 확대 등 지역사회 조직화 사업의 활성화로 사회적 지지를 향상시킬 수 있는 환경을 조성하는 것이 필요할 것이다. 또한 사회적 취약 계층의 건강 수준을 평가하고 건강 증진을 위한 보건계획이나 정책 수립 시, 개인 차원의 접근은 물론, 사회적 지지 같은 사회적 환경의 조성 또한 간과해서는 안 될 것으로 보인다. 그러나 단면 연구인 이 연구에서는 사회적 지지와 건강수준에 대한 원인적 연관성을 밝힐 수 없었고, 건강수준도 자가평가 건강수준이라는 주관적 건강상태만을 평가하고 있어 향후 연구에서는 객관적 건강수준이 함께 고려된 전향적 연구가 필요할 것이다.

참고문헌

1. Adler NE, Marmot M, McEwen BS, Stewart J. Socioeconomic status and health industrial nations: social, psychological, and biological pathways. *Ann NY Acad Sci* 1999
2. 이원숙. 사회적 지지망과 사회적 지지이론. 홍익재; 1997
3. Cassel J. The contribution of social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976; 104(2): 107-123
4. Berkman LF, Kawachi I. *Social epidemiology*. Oxford University Press; 2000
5. Marmot M, Wilkinson RG. *Social determinants of health*. Oxford University Press; 1999
6. Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Schoenbach VJ, Grimson R, Heyden S, Tibblin G, Gehlbach SH. The

- epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983; 117(5): 521-537
7. Cohen S, Syme SL. Social support and health. *Academic Press Inc*; 1985
 8. Blazer DG. Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epidemiol* 1982; 115(5): 684-694
 9. Berkman LF, Syme SL. Social network, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109(2): 186-204
 10. Sugisawa H, Liang J, Liu X. Social network, social support, and mortality among older people in Japan. *J Gerontol: Soc Sci* 1994; 49(1): S3-S13
 11. Nuckolls KB, Cassel J, Kaplan BH. Psychosocial assests, life crisis and the prognosis of pregnancy. *Am J Epidemiol* 1972;95:431-441
 12. Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI. Emotional Support and Survival after Myocardial Infaction. A prospective, population-based study of the Elderly. *Ann Internal Med* 1992; 117: 1003-1009
 13. William WD, Barieiro MC, Dos Santos JE. The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. *Culture Med Psychiatry* 1997; 21 :303-335
 14. Farmer IP, Meyer PS, Ramsey DJ, Goff DC, Wear ML, Labarthe DR, Nichaman MZ. Higher level of social support predict greater survival following acute myocardial infaction: the corpus christi heart project. *Behav Med* 1996; 22: 59-66
 15. Orth-Gomer K, Rosengen A, Wilhelmsen L. Lack of social suppot and incidence of Coronary Heart Disease in middle aged Swedish Men. *Psychocomatic Med* 1993; 55: 37-43
 16. Pescosolido BA, Wright ER, Alegria M, Vera M. Social networks and patterns of use among the poor with mental health problems in Puerto Rico. *Med Care* 1998; 36(7): 1057-1072
 17. Fuhrer R, Stansfeld SA. How gender affects of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple sources of support from "close persons". *Soc Sci Med* 2002; 54: 811-825
 18. Matthews S, Stansfeld S, Power C. Social support at age 33: the influence of gender employment status and social class. *Soc Sci Med* 1999; 49: 133-142
 19. Turner RJ, Marino F. Social support and social structure: a descriptive epidemiology of a central stress mediator. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 193-212
 20. Leon DA, Walt G. Poverty, inequality, and health: An International Perspective. Oxford University Press; 2001
 21. Cattell V. Poor people, poor Places, and poor health; the mediating role of social networks and social capital. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1501-1516
 22. Kim HJ. The Relationship Between Perceived Social Support and The Mental Health Status of Persons Receiving Psychiatric Care as Out-Patient. *J Korean Academy Psychiatric Nurs* 1992; 1; 51-67 (Korean)
 23. Son DS. A study on the family stress and social support of mentally disabled. *Yong-In Psychiatry Bull* 1998; 5(2): 158-175 (Korean)
 24. Lee DS, Lee EO. Social support need and perceived social support of patients having gastric cancer. *Seoul J Nurs* 1997; 11(2): 175-190
 25. Ryu SY, Lee CG, Park J, Kim GS. Association of Blood Pressure with the Social Support of Some Rural Residents. *Korean J Prev Med* 2001; 34(4): 437-443 (Korean)
 26. Lee GY, Park TJ. The association between social support and health status in the rural elderly. *J Korean Acad Fam Med* 2000; 21(5): 672-682 (Korean)
 27. Cha BS, Chang SJ, Park JK. Social support and phychosocial distress among white-collar workers. *Korean J Prev Med* 1992; 25(4): 429-447 (Korean)
 28. Choi JM, Kim JH, Kim S Y. Work stress and social support according to type of personality: a study of clerical workers. *Seoul J Nurs* 1999; 13(2): 149-163
 29. 보건복지부. 1998년도 국민건강 · 영양조사. 1999
 30. McDowell I, Newell C. Measuring health, a guide to rating scales and questionnaires. Oxford University Press. 1996
 31. <http://www.nso.go.kr>
 32. 서울대학교 보건대학원 보건정책학교실, 한양대학교 의과대학 예방의학교실, 성동구 보건의료계획; 1997
 33. Wallston BS, Alagna SW, DeVellis BM, DeVellis RF. Social support and physical health. *Health Psychology* 1983; 2(4): 367-391
 34. Sherbourne D, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med* 1991; 32(6): 705-714
 35. Krause N, Borawski-Clark E. Social class differences in social support among older adults. *Gerontologist* 1995; 35(4): 498-508
 36. Shye D, Mullooly JP, Freeborn DK, Pope CR. Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort. *Soc Sci Med* 1995; 41(7): 935-947
 37. Seo SY, Im YS, Lee SH, Park MS, Y TW. A study for the development of Korean version of the Duke-UNC functional social support questionnaire. *J Korean Acad Fam Med* 1997; 18(3): 250-260 (Korean)
 38. Ren XS, Skinner K, Lee A, Kazis L. Social support, social selection and self-assessed health status: results from the veterans health study in the United States. *Soc Sci Med* 1999; 48: 1721-1734
 39. Lai G. Social support networks in urban Shanghai. *Social Networks* 2001 ;23: 73-85
 40. Norbeck JS, Lindsey AM, Carrieri VL. Further development of the Norbeck Social Support Questionnaire: normative data and validity testing. *Nurs Res* 1983; 32(1): 4-9
 41. Kim SS. A Study on the perceived Social Support in the Elderly. *Korean J of rural med* 1999; 24(2): 233-243
 42. Kaplan BH, Cassel JC. Social support and health. *Med Care* 1977; 15(5): 47-58
 43. Kornblith AB, Herndon JE, Zuckerman E, Viscoli CM, Horwitz RI, Cooper MR, Harris L, Tkaczuk KH, Perry MC, Budman D, Norton L, Holland JC. Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Am Cancer Soc* 2001; 91: 443-454
 44. Veenstra G. Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Soc Sci Med* 2000; 50: 619-629
 45. 보건복지부. 한국인의 보건의식행태-1995년도 국민건강 및 보건의식행태조사. 보건사회연구원; 1995
 46. Kweon SS, Kim SY, Im JS, Sohn SJ, Choi JS. Self-rating perceived health: The influence on health care utilization and death risk. *Korean J Prev Med* 1999; 32(3): 355-360 (Korean)
 47. Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, Shipley M, Marks NF. Social inequality in health: next questions and converging evidence. *Soc Sci Med* 1997; 44(6): 901-910