



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



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

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

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

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

[Disclaimer](#)

보건학 석사 학위논문

사회계층에 따른 주요 건강행위  
실천과 주관적 건강상태의  
불평등 추이: 2003-2012  
노동패널자료를 중심으로

**Trends in Socioeconomic Health Inequalities  
in Korea between 2003-2012**

2016년 2월

서울대학교 보건대학원  
보건학과 보건정책관리학 전공  
이 영 실

사회계층에 따른 주요 건강행위  
실천과 주관적 건강상태의  
불평등 추이: 2003-2012  
노동패널자료를 중심으로

**Trends in Socioeconomic Health Inequalities  
between 2003-2012 in Korea**

지도교수 이 태 진

이 논문을 보건학 석사학위논문으로 제출함

2015년 11월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

이 영 실

이영실의 석사학위논문을 인준함

2015년 12월

위 원 장	<u>          김 창 엽          </u>	(인)
부 위 원 장	<u>          조 병 희          </u>	(인)
위 원	<u>          이 태 진          </u>	(인)

## 요약(국문초록)

건강불평등은 사회경제적 위치에 따른 건강수준의 격차를 의미하기 때문에 사회경제적 상황의 변화에 따라 그 크기 역시 함께 변화할 수밖에 없다. 지난 10년간 한국 사회는 무시하기 어려운 수준의 직업과 고용구조 변화를 겪어왔고, 따라서 본 논문에서는 직업과 종사상 지위에 따른 건강수준 격차의 크기와 그 변화추이를 확인해보고자 하였다.

본 연구는 한국노동패널(2003-2012년) 자료를 활용하여 흡연, 음주, 신체활동, 주관적 건강 인식에 있어 직업과 종사상 지위에 기반한 사회계층별로 건강불평등이 어떻게 변화되는지 검토하고자 하였다. 주관적 건강상태의 불평등은 경사불평등지수(SII)와 상대불평등지수(RII)를 이용하여 그 추이를 검토하였다.

분석대상은 만 20세 이상 성인만을 대상으로 하였으며 각 연도별로 약 6~7천 명의 대상자가 포함되었다. 통계패키지는 STATA 12.0을 사용하였다.

분석 결과, 2005년과 2012년 사이 종사상 지위와 정규직 여부, 사회계층의 구성에 변화가 있는 것으로 나타났으며 사회계층의 분포는 성별과 교육수준 등에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 주관적 건강수준, 신체활동, 흡연, 음주는 모두 사회계층에 따라 유의한 차이가 있었으나 신체활동, 흡연, 음주는 사회계층과 그 건강수준의 결과가 선형관계를 보이지는 않았으며 주관적 건강수준은 비교적 선형관계를 나타냈다.

주관적 건강수준의 SII와 RII를 산출한 결과 2003-2012년 사이 SII는 최소 0.37 (2005년), 최대 0.57 (2010년)이었으며 통계적으로 유의한 변화가 있는 것으로 나타났다. RII는 최소 0.11 (2005년), 최대 0.16 (2010년)이었으며 역시 통계적으로 유의한 변화가 있는 것으로 나타났다. 남녀를 분리하여 분석한 결과도 이와 유사하였다.

이와 같은 결과는 우리 사회의 건강불평등이 해결되지 못하고 오히려 심화되고 있음을 나타내며 따라서 건강불평등을 해소하기 위한 적극적인 정책적 노력이 필요한 것으로 보인다.

주요어 : 건강불평등, 사회계층, 직업, 종사상 지위,  
주관적 건강상태, 흡연, 음주, 신체활동

학 번 : 2014-23339

이 논문은 2015년도 대한의사협회 의료정책연구소 석·박사 학위논문 연구비 지원 사업으로 연구되었음

# 목 차

제1장 서론 .....	1
제1절 연구배경 및 필요성 .....	1
제2절 연구의 목적 .....	4
제2장 이론적 고찰 .....	5
제1절 건강불평등 .....	5
제2절 사회경제적 위치와 건강 .....	7
제3절 경사불평등지수(SII)와 상대불평등지수(RII) .....	18
제4절 건강불평등의 추이변화를 살펴본 선행연구 .....	19
제3장 연구방법 .....	26
제1절 자료원 및 연구대상 .....	26
제2절 변수 정의 .....	27
제3절 분석방법 .....	30
제4장 연구결과 .....	31
제1절 연구대상자의 특성 .....	31
제2절 연구대상자의 일반적 특성에 따른 사회계층의 분포 .....	34
제3절 연구대상자의 일반적 특성에 따른 주관적 건강수준, 한 달 평균 운동시간, 흡연율과 음주 정도 .....	36
제4절 사회계층에 따른 주관적 건강수준, 한 달 평균 운동시간, 흡연율과 음주 정도 .....	39
제5절 흡연율, 다빈도음주율, 신체활동량의 변화 추이 .....	41
제6절 주관적 건강수준의 SII와 RII 추이 .....	45

제5장 결론 및 고찰 .....	50
제1절 연구결과에 대한 고찰 .....	50
제2절 연구의 제한점 .....	52
참고문헌 .....	53
Abstract .....	59

## 표 목차

표 1. 전통적인 사회경제적 지위 지표들의 특징과 장단점 .....	7
표 2. 직업 지표를 이용한 국내 건강불평등 연구 .....	10
표 3. 종사상 지위 지표를 이용한 국내 건강불평등 연구 .....	13
표 4. 직업과 종사상 지위를 지표로 활용한 국내 건강불평등 연구 ..	16
표 5. 연구대상자의 일반적 특성 .....	33
표 6. 연구대상자의 특성에 따른 사회계층의 분포 .....	35
표 7. 연구대상자의 특성에 따른 주관적 건강수준, 한 달 평균 운동시간, 흡연율과 음주 정도 .....	38
표 8. 사회계층에 따른 주관적 건강수준, 한 달 평균 운동시간, 흡연율과 음주 정도 .....	40
표 9. 주관적 건강수준의 SII, RII 추이 .....	46
표 10. 남성의 주관적 건강수준의 SII, RII 추이 .....	48
표 11. 여성의 주관적 건강수준의 SII, RII 추이 .....	49

## 그림 목차

그림 1. 사회계층의 분류 .....	29
그림 2. 계층별 남성 흡연율의 변화 추이 .....	41
그림 3. 계층별 남성 다빈도음주율의 변화 추이 .....	42
그림 4. 계층별 남성 신체활동량의 변화 추이 .....	43
그림 5. 계층별 여성 신체활동량의 변화 추이 .....	44



# 제 1 장 서론

## 제1절 연구배경 및 필요성

사회 전체적인 건강의 절대수준은 점차 향상되고 있으나, 건강수준이나 건강증진에 관련된 혜택은 사회구성원들 사이에 상대적인 차이가 나고 그 격차가 오히려 증가하는 추세라는 사실이 의료사회학의 주요 쟁점이 되고 있다. 건강수준 격차에 대한 논의는 사회경제적 지위, 성별, 인종 또는 지리적 위치와 같은 전통적인 사회구조적 불평등 요인이 건강수준의 차이에 관련되는 것에 주목하고 이를 건강의 사회적 불평등(Social Inequality in Health) 또는 건강불평등(Health Inequality)으로 개념화하고 있다(이미숙, 2005).

건강불평등은 사회경제적 위치에 따른 건강수준의 격차를 의미하기 때문에 사회경제적 상황의 변화에 따라 그 크기 역시 함께 변화할 수밖에 없다. 한국 사회 역시 다양한 내부적·외부적 요인의 영향으로 사회적·경제적 변화를 겪고 있는데 이 중 직업 및 고용구조의 변화 또한 무시할 수 없는 사회변화이다.

조동기와 조희경(2002)이 1999년 개정된 직업분류방식에 따라 1995년과 2000년의 직업구조 변화를 비교한 결과에 따르면 1995년에 비해 2000년 전체 근로자 중 의회의원, 고위임직원 및 관리자, 전문가, 사무 종사자, 서비스 종사자, 단순노무 종사자의 비율은 증가하였고, 기술공 및 준전문가, 판매 종사자, 농업, 임업 및 어업 숙련 종사자, 기능원 및 관련 기능 종사자는 감소하였으며, 장치, 기계조작 및 조립 종사자와 군인은 같은 비율을 유지하였다.

좀 더 최신 자료를 이용하여 한국의 직업구조 변화와 직업이동에 대한 연구를 수행한 방하남, 김기현과 신인철(2011)에 따르면 지난 30년간 전문가, 기술공 및 준전문가의 종사자 비율 상승과 농림어업직 종사자의 비율 감소가 두드러지게 나타나고 있다. 전문가, 기술공 및 준전문가는 1983년 4.76%에서 1990년 6.89%, 2000년 16.12%, 2010년 18.87%로 증가

하였고, 농림어업직은 1983년 29.03%에서 1990년 17.52%, 2000년 10.03%로 1983년에 비해 3분의 1 가량 낮아졌고 2010년에는 5.85%를 기록하였다.

또한 1999년도에 개정된 한국표준직업분류와 홍두승(1983)의 계층분류 방식을 적용하여 계급을 중상계급, 신중간계급, 구중간계급, 근로계급, 하류계급, 독립자영농계급, 농촌하류계급으로 나누었을 때 1960~2000년 사이 중상계급, 신중간계급, 구중간계급, 근로계급, 하류계급의 비율은 꾸준히 증가하였고, 독립자영농계급과 농촌하류계급은 꾸준히 감소한 것으로 나타났다(조동기와 조희경, 2002).

2001년부터 매년 경제활동인구조사 부가조사를 분석하여 비정규직의 규모와 실태를 밝혀온 김유선(2003)의 연구에 따르면 2003년 임금노동자 중 비정규직의 비율은 55.4%였고, 비정규직의 직업별 분포는 10명 중 8명 가량(76.5%)이 단순노무직과 기능직, 서비스직, 판매직, 사무직에 몰려 있었으며 특히 서비스직, 판매직, 단순노무직은 각각 83.6%, 89.7%, 85.7%가 비정규직이었다. 이를 2015년 결과와 비교해보면 2015년의 전체 임금노동자 중 비정규직 비율은 44.6%였으며, 직업별 비정규직 분포는 여전히 단순노무직과 판매서비스직에 몰려있었으나, 직업별 비정규직 비중은 서비스직 69.3%, 판매직 68.0%, 단순노무직 83.1%로 2003년보다 감소한 모습을 보였다. 그러나 관리직의 비정규직 비중이 15.5%인 것과 비교하면 여전히 매우 높은 수치로 직업별로 매우 상이한 고용구조를 지니고 있는 것으로 볼 수 있다. 조사가 이뤄진 기간(2001-2015) 사이의 전체 비정규직 비율은 2007년 3월 55.8%를 정점으로 2015년 3월에는 44.6%로 8년 사이 11.2%포인트 감소한 것으로 나타났다(김유선, 2015).

비정규직의 비율이 줄어들고, 비교적 좋은 일자리로 여겨지는 직업군의 비율이 증가했다고 해서 반드시 ‘일자리 질’이 향상되었다고 볼 수는 없는데 이병희, 허재준, 김혜원, 윤윤규와 김동현(2008)은 노동공급 측면에서 갈수록 초대졸 이상의 학력을 지닌 고학력자들이 노동시장에 많이 진입하고 있음을 고려하면 전반적으로 고용률이 증가하더라도 노동시장 참여자들이 고용사정이 좋지 않다고 느낄 가능성이 높을 것임을 지적한

바 있다. 1995년에는 노동시장 진입자 중 초대졸 이상 학력자가 약 26%였음에 비해 2005년에는 그 비율이 약 50%에 달하고 있다.

또한 오히려 상용직 증가와 일용직 감소로 인해 전체 임금근로자의 불평등도가 증가하고 있어 노동시장을 통한 임금소득의 분배가 악화되고 있다는 반정호(2010)의 연구결과도 있다. 그의 연구결과에 따르면 상용직 증가 및 일용직 감소 등의 고용변동이 전체 임금근로자의 임금불평등을 확대 혹은 감소시키는데 가시적인 효과를 보이지는 않지만 상용직 고용비중의 증가가 전체 불평등을 확대시키는데 일정 정도의 영향을 미친 것으로 나타났다.

이러한 실태를 종합해 볼 때 최근 10년간 우리나라의 직업 및 종사상 지위의 객관적 지표가 나빠졌다 보기는 어려우나 그 계층간의 불평등은 고착되었거나 오히려 악화되었을 수도 있을 것으로 예측된다. 따라서 본 연구에서는 2003년부터 2012년까지 직업 및 종사상 지위에 따른 건강수준 격차의 크기를 측정해보고 그 변화추이를 알아보려 한다.

## 제2절 연구의 목적

본 연구에서는 직업과 종사상 지위를 기반으로 하여 사회계층을 나누고 이러한 사회계층에 따른 주관적 건강상태와 주요 건강행위 실천 정도의 차이가 연도별로 어떻게 변화하고 있는지, 즉 사회계층에 따른 건강불평등의 추이를 살펴보고자 한다. 이를 위해 한국노동패널 자료에서 우리나라 성인의 직업과 종사상 지위를 기반으로 한 사회계층의 분포를 확인하고, 이 사회계층에 따른 주관적 건강상태와 주요 건강행위 실천 정도의 불평등 정도가 어떻게 변화하고 있는지 확인하고자 한다. 연구문제를 구체화하면 다음과 같다.

1. 직업과 종사상 지위를 기반으로 한 사회계층에 따라 주요 건강행위 실천 정도의 불평등이 존재할 것이다.
2. 직업과 종사상 지위를 기반으로 한 사회계층에 따라 주관적 건강상태의 불평등이 존재할 것이다.
3. 직업과 종사상 지위를 기반으로 한 사회계층에 따른 주요 건강행위 실천 정도의 불평등이 심화, 완화 혹은 유지되고 있을 것이다.
4. 직업과 종사상 지위를 기반으로 한 사회계층에 따른 주관적 건강상태의 불평등이 심화, 완화 혹은 유지되고 있을 것이다.

## 제 2 장 이론적 고찰

### 제1절 건강불평등

#### 1. 건강불평등의 개념

건강불평등이란 무엇인가? 건강불평등을 이야기할 때 흔히 의료서비스에 대한 접근성 차이를 떠올리기 쉬우나 이는 보건의료의 불평등으로 건강불평등에 영향을 미치는 일부일 뿐이고 실제 건강불평등은 건강수준에 차이가 있는 모든 상황을 건강불평등이라 할 수 있다.

건강불평등의 개념을 좀 더 명확히 하기 위해서는 건강불평등(health inequality)과 건강형평성(health equity)의 차이에 대해 짚어볼 필요가 있다. 건강의 불평등(inequalities)과 불형평(inequities)을 구분하는 것은 다소 논쟁적일 수 있으나 Woodward와 Kawachi는 나쁜 건강이 건강의 사회적 결정요인의 불공정한 분배의 결과일 때 불평등이 “불공정(unfair)”해진다고 이야기한다(Woodward와 Kawachi, 2000). 또한 Whitehead는 “건강에서의 불형평이란 피할 수 있고(avoidable), 불필요하고(unnecessary), 불공정한(unfair) 불평등이다”라고 정의하고 있다(Whitehead, 1991). 따라서 본 연구에서 살펴보고자 하는 사회계층에 따른 건강수준의 차이는 개념적으로 건강형평성의 문제에 가까우나 편의상 여기에서는 건강불평등 또한 형평에 어긋나는 상황을 이야기하는 것으로 한다.

#### 2. 건강불평등과 정의

왜 건강불평등을 줄여야 하는가? Woodward와 Kawachi는 건강불평등을 줄여야 하는 이유에 대해 다음과 같은 세 가지로 요약하고 있다. ① 불평등은 불공정하다. ② 불평등은 모두에게 영향을 미친다. ③ 불평등은 피할 수 있는 것이다. 이들은 건강불평등이 불공정한 분배의 결과이기

때문에 그 자체로 불공정한 것일 수 있으며, 건강불평등을 악화시키는 조건은 사회의 전 구성원들에게 나쁜 영향을 미치고, 건강불평등이 정부의 정책을 통해 피할 수 있는 것이기 때문에 마땅히 줄이고자 노력하여야 한다고 주장한다(Woodward와 Kawachi, 2000).

의미하는 바는 다소 다르지만 이는 Daniels가 말하는 공정한 기회(fair opportunity)와도 연결되는데 Daniels는 건강이 공정한 기회를 보장한다고 하였으며(Daniels, 2001), 모든 사람에게 공정하게 평등한 기회가 주어지는 것이 정의(justice)라는 롤스(Rawls)의 정의론에 입각하여 이를 해석하면 모든 사람들이 평등한 건강을 누리도록 하는 건강형평의 이념은 정의의 측면에서도 논리적 타당성을 갖는다.

### 3. 건강불평등의 측정

그렇다면 건강불평등 문제를 해결하기 위해 우리는 무엇을 해야 하는가? 건강불평등 문제를 해결하기 위한 다양한 프레임워크가 있지만 그 중 Whitehead가 도식화하여 제시한 건강불평등의 행동 스펙트럼에 따르면 건강불평등 문제를 해결하기 위한 행동은 측정(measurement), 인식(recognition), 의식 증가(awareness raising)에서 시작된다(Whitehead, 1998). 이 중에서도 가장 첫 번째 단계가 되는 것이 바로 측정으로, 다양한 지표와 방법론을 활용한 불평등 측정연구의 축적이 사회 구성원들과 정책 입안자들에게 문제의 심각성을 인식하도록 만들고, 이것이 이어져 실제 행동과 정책으로 발전할 수 있다.

## 제2절 사회경제적 위치와 건강

### 1. 사회경제적 지위 지표

건강과 사회경제적 지위 사이의 관계를 밝히는 연구는 지난 수백 년 동안 이어져왔다. 이 때 주로 사용된 전통적인 사회경제적 지위 지표로는 직업, 소득, 교육, 부 등을 들 수 있는데 이러한 지위척도들은 사회구조를 지배하는 사회적·경제적 힘에 비하면 상대적으로 제한된 지표라 할 수 있다(Berkman, 2003). 하지만 이런 제한적인 지표들만으로도 건강의 사회적 결정요인의 중요성은 일관되면서도 강력하게 입증되어왔으며 건강의 사회적 결정요인 혹은 건강불평등을 연구하고자 하는 연구자들은 이러한 전통적 지표들의 장단점에 대해 충분히 살펴보고 숙지할 필요가 있다. 각 지표의 특징, 장점과 단점은 표 1과 같다.

본 연구는 이 중에서도 특히 ‘직업’을 지표로 사용했을 때의 장점 즉, 성인기 삶의 대부분을 좌우하며, 생산과정과 인간 간에 가장 긴밀하고 안정적인 관계를 갖고 있다는 점에 주목하고, 직업 지표를 활용한 건강 불평등 연구의 중요성에 주목하게 되었다.

표 1. 전통적인 사회경제적 지위 지표들의 특징과 장단점

지표	내용
특징	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 소득과 건강의 관계는 극단적인 가난에만 해당되는 것이 아니라 소득수준에 따라 단계적인 차이를 보임</li> </ul>
장점	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강에 영향을 주는 물질적 조건과 직접적 관계</li> </ul>
소득	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 평생에 걸친 소득수준 변화의 폭은 매우 큰데 대부분의 연구에서는 성인기의 단 한 지점에서만 소득을 측정</li> </ul>
단점	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 역인과관계의 가능성</li> <li>• 65세가 넘으면 소득-건강의 연관성이 약해지는 것으로 나타남</li> </ul>

지표	내용	
교육수준	특징	<ul style="list-style-type: none"> <li>교육기회 자체는 부모의 사회경제적 지위를 반영하지만 교육수준은 부모에게서 받은 지위로부터 본인이 획득한 지위로의 이행을 의미</li> </ul>
	장점	<ul style="list-style-type: none"> <li>남녀 모두에게 사용할 수 있고 소수를 제외한 전체 인구에서 측정 가능</li> <li>성인이 된 후 건강으로 인해 사회계층이 하락하는 것의 영향을 덜 받음</li> </ul>
	단점	<ul style="list-style-type: none"> <li>저개발국에서 유용</li> <li>교육에 대한 경제적 보상은 인종·민족·성 집단에 따라 현저히 다름</li> <li>교육 년수를 안다고 해서 교육의 질이나 그에 대한 사회적·경제적 평가를 알 수 있는 것은 아님</li> <li>교육성취는 그것이 이루어진 시기나 문화에 따라 다른 사회적 의미와 결과</li> </ul>
	특징	<ul style="list-style-type: none"> <li>교육과 소득 사이의 중요한 연결고리</li> </ul>
직업	장점	<ul style="list-style-type: none"> <li>직업은 성인기 삶의 대부분을 좌우하는 생산과정과 인간 간의 가장 명백하고 긴밀하면서도 안정적인 관계</li> <li>직업을 얻거나 잃는 것이 사람들의 삶을 어떻게 구조화시키는지 이해하지 않고는 사회경제적 계층화나 그 건강결과를 이해하기 어려움</li> </ul>
	단점	<ul style="list-style-type: none"> <li>정규고용에 편입되지 않은 사람들이나 노동할 수 없는 이들의 지위까지 포괄할 수 있는 정교한 직업구분의 틀이 필요</li> </ul>

버크먼과 가와치, 2003, 『사회 역학』에서 요약 및 정리



## 2. 직업 지표를 이용한 건강불평등 연구

이승미(2002)는 전국 노인실태 및 복지욕구조사를 이용한 한국 노인의 사회계층별 건강상태와 사회적 지원 연구에서 사회계층이 사회적 지원을 매개로 하여 건강상태에 영향을 미치고 있음을 밝혀냈다. 또한, 손미아(2002)는 국민건강조사를 자료원으로 한 사회계층과 건강행위가 유병률에 미치는 영향 연구에서 육체노동자, 교육수준이 낮은 그룹, 그리고 저소득층에서 만성질환 유병률이 높고, 주관적 건강상태가 나쁨을 확인하였다.

이미숙(2005)의 2001 국민건강영양조사 자료를 이용한 한국 성인의 건강불평등 연구에서는 교육과 직업지위가 각기 독립적으로 주관적 건강인식과 만성질환 이환에 관련되어 있으며 특히 고교 학력이 건강수준의 분기점이 되고, 직업별로는 관리·전문직이 건강의 수혜집단인 것으로 나타났다.

같은 2001 국민건강영양조사 자료를 이용하여 직업계층에 따른 운동소모열량의 관계를 관찰한 최영옥 등(2005)의 연구에서는 직업계층별로 비육체노동군의 운동소모열량이 가장 높았으며, 비경제활동군Ⅱ, 비경제활동군Ⅰ, 실업군, 육체노동군 순으로 운동소모열량이 높은 것으로 나타났다.

또한, 통계청 자료를 이용하여 우리나라의 1995-2004년 출생코호트에서의 부모의 사회계층이 영아사망률과 소아사망률에 미치는 영향을 연구한 손미아 등(2006)의 연구에 따르면 초등학교 이하의 학력을 가진 부모를 둔 코호트가 대졸 이상 부모를 둔 코호트보다 사망률이 약 3배 가량 높았다(표 2).

표 2. 직업 지표를 이용한 국내 건강불평등 연구

문헌	자료원	종속변수	독립변수	주요 결과
이승미 (2002)	1998 전국 노인실태 및 복지욕구 조사	일상생활수행능력(ADL), 주관적 건강평가	교육수준, 직업, 부	사회계층이 사회적 지원을 매개로 하여 건강상태에 영향을 미치고 있음
손미아 (2002)	1995 국민건강 조사	만성질환 유무, 자각적 건강상태	직업, 교육수준, 가구소득	육체노동자, 교육수준이 낮은 그룹, 저소득층에서 만성질환 유병률이 높고, 주관적 건강상태가 나빴음
이미숙 (2005)	2001 국민건강 영양조사	주관적 건강상태, 만성질환 이환 및 급성질환	교육수준, 소득, 직업	교육과 직업지위가 각기 독립적으로 주관적 건강인식과 만성질환 이환에 관련
최영옥 등 (2005)	2001 국민건강 영양조사	주당 소모열량	직업계층	직업계층별 운동소모열량은 비육체노동군이 가장 높았고, 비경제활동군Ⅱ, 비경제활동군Ⅰ, 실업군, 육체노동군 순으로 높았음
손미아 등 (2006)	1995-2004 통계청 출생신고 자료와 사망통계자료	사망률	부모의 직업, 교육수준	초등학교 이하의 학력을 가진 부모를 둔 코호트가 대졸 이상 부모를 둔 코호트보다 사망률이 약 3배 높았음

### 3. 종사상 지위 지표를 이용한 건강불평등 연구

최근 위에서 언급한 전통적 지표들 외에 직업 불안정성과 실직 위협이 건강에 미치는 영향이 주목받고 있다. 이런 흐름의 배경으로는 신자유주의 물결에서 비롯된 고용불안정성의 증가, 글로벌 경제위기로 인한 실직 위협의 증가 등을 들 수 있는데 직업 불안정성이 건강에 미치는 영향은 전통적 지표들만큼 많은 연구가 이루어져 있지는 않으나 초기 연구부터 최근의 연구들까지 일관적으로 건강에 좋지 않은 영향을 미침이 입증되어 왔다.

고용불안정성을 반영하기 위해 사용되는 지표 중 대표적인 것은 ‘종사상 지위’이다. 종사상 지위를 독립적인 변수로 사용하여 이루어진 국내 건강불평등 연구는 다음과 같다(표 3).

김진영 등(2012)은 자체 표본조사(n=738)를 이용한 고용형태와 성별에 따른 주관적 건강 격차의 연구에서 정규직 남성에게 비해 비정규직 남성, 정규직 여성, 비정규직 여성이 자신의 건강을 좋지 않게 평가함을 발견하였다.

2011년 근로환경조사자료를 이용한 김영선(2014)의 연구에서는 고용 유연성이 근로자의 건강에 미치는 영향을 분석하였는데 상용근로자보다 비상용근로자에 사회적 취약계층의 점유율이 높으며 물리적 위험인자에도 높게 노출되고 있는 것으로 나타났다.

한국복지패널(2007-2010) 자료를 이용하여 미취업자들의 취업으로 인한 우울증상의 변화를 살펴본 Kim 등(2013a)의 연구에 따르면 미취업자였다가 full-time으로 영구고용된 집단이 계속해서 무직상태인 집단보다 우울증상이 있을 가능성이 적은 것(RR: 0.27, 95% CI: 0.08, 0.86)으로 나타났다.

또한, 한국노동패널자료(2003-2008)를 이용한 Kim 등(2013b)의 연구는 고용상태와 사망률 간의 관계를 추적했는데 고용상태에서 비고용상태로 경제상태 변화를 겪은 집단의 사망률이 고용상태를 유지한 집단보다 유의하게 높은 것(OR=4.31)으로 나타났다.

마찬가지로 노동패널자료(2008)를 이용한 Kim과 Cho (2015)의 연구는 임금근로자의 업무환경과 여가시간 신체활동 간의 관계를 분석했는데 남성의 경우 육체노동, 불안정한 고용상태, 초과근무, 비교대근무일 때 여가시간 신체활동 참여가 적었고, 여성은 육체노동과 초과근무만이 유의한 요인으로 나타났다.

Min 등(2015)은 2008년 지역건강조사를 이용하여 불안정 고용과 자살사고 및 시도 위험성 간의 관계를 분석하였는데 고용이 불안정한 집단은 안정한 집단보다 자살사고를 할 가능성이 높았고(OR=1.41; 95% CI: 1.28-1.55), 자살시도를 할 가능성도 높았다(OR=1.52; 95% CI: 1.02-2.27).

노동패널자료(1998-2001)를 이용하여 임금근로자 내의 고용 불안정성에 의한 건강격차를 분석한 Jung (2013)의 연구에서는 다른 변수들을 통제한 후에도 고용형태의 변화가 건강상태에 유의한 역효과를 미치는 것이 드러났다(OR=1.47, 95% CI: 1.10-1.96).

표 3. 종사상 지위 지표를 이용한 국내 건강불평등 연구

문헌	자료원	종속변수	독립변수	주요 결과
김진영 등 (2012)	표본조사 (N=738)	주관적 건강	고용형태	정규직 남성에 비해 비정규직 남성, 정규직 여성, 비정규직 여성이 자신의 건강을 좋지 않게 평가
김영선 (2014)	2011 근로환경 조사자료	업무로 인한 건강문제	고용유형	상용근로자보다 비상용근로자에 사회적 취약계층의 점유율이 높으며 물리적 위험인자에 높게 노출되고 있음
Kim 등 (2013a)	2007-10 한국 복지패널	우울증상	고용상태	full-time으로 영구 고용된 집단이 계속해서 무직상태인 집단보다 우울증상이 있을 가능성이 적음
Kim 등 (2013b)	2003-08 한국 노동패널	사망률	고용상태, 교육수준, 소득	고용상태에서 비고용상태로 경제상태변화를 겪은 집단의 사망률이 고용상태를 유지한 집단보다 높았음
Kim과 Cho (2015)	2008 한국 노동패널	신체활동	고용상태	남성의 경우 육체노동, 고용불안정성, 초과근무, 비교대근무일 때 여가시간 신체활동에 참여가 적었고, 여성은 육체노동과 초과근무만이 유의한 요인으로 나타남
Min 등 (2015)	2008 지역건강 조사	자살사고, 자살시도	고용안정 성, 소득, 교육	고용이 불안정한 집단은 안정집단보다 자살사고와 자살시도를 할 가능성도 높았음
Jung (2013)	1998-2001 한국 노동패널	주관적 건강	고용 불안정성, 교육, 소득	고용형태의 변화가 건강상태에 유의한 역효과를 미침

#### 4. 직업과 종사상 지위 지표를 동시에 이용한 건강불평등 연구

종사상 지위 혹은 종사상 지위의 변화를 독립적인 변수로 사용할 수도 있으나 종사상 지위를 기존의 직업 지표와 혼합하여 사용하게 되면 직업 지표의 장점에 더해 기존 직업 지표의 단점이었던 정규고용에 편입되지 못한 이들과 아우를 수 있다는 장점이 있으며 고용의 불안정성이 건강에 미치는 영향 또한 일부 반영할 수 있다. 직업과 종사상 지위를 함께 사회경제적 지위 지표로 사용한 국내 연구들은 다음과 같다(표 4).

윤태호 등은 국민건강 및 보건의식행태조사 자료를 이용한 2000년 연구에서 직업과 종사상 지위를 고려하여 우리나라의 사회계층을 6개로 구분하고, 이 사회계층에 따라 건강행태에 상당한 정도의 차이가 있음을 밝혀냈다. Alameda 7을 근거로 하여 흡연, 음주, 운동, 비만, 수면 양상에 사회계층별로 차이가 있음을 밝혀냈는데 이들 변수를 통합하여 지표화한 종합지표와 사회계층 사이에 강한 연관성이 있음을 확인하였다(윤태호 등, 2000).

박은옥과 송효정(2003) 또한 윤태호 등(2000)의 연구와는 그 분류가 다소 다르나 직업과 종사상 지위를 기반으로 하여 사회계층을 분류하고, 1999년 사회통계조사를 자료원으로 하여 사회계층과 주관적 건강상태의 관계를 파악하였는데 사회계층별로 주관적 건강상태에 차이가 있는 것으로 나타났다.

윤태호 등(2000)의 분류와 2001년 서울시민보건지표조사를 이용하여 사회계층별 만성질환 유병률과 주관적 건강수준을 보고자 했던 김혜련(2005)은 다변량 로지스틱 회귀분석을 사용하여 낮은 교육수준, 낮은 소득수준, 낮은 사회계층에서 만성질환 유병 위험도와 주관적 건강수준이 나쁜 위험도가 뚜렷하게 증가함을 밝혀내기도 했다.

신순철과 김문조(2007)는 노동패널 자료(2, 4~7차)를 이용하여 직업과 고용형태가 주관적 건강상태에 미치는 영향을 결합시계열회귀분석방법을 이용하여 분석하였는데 고용형태의 경우 비정규직 종사자·자영업자 및 고용주·무급가족 종사자의 건강이 상용직 종사자에 비해 나쁘고, 직업의

경우 서비스직·농업 및 어업·단순노무직 집단이 전문가 집단에 비해 유의하게 건강수준이 낮은 것으로 나타났다.

같은 노동패널자료의 좀 더 최신자료(8~9차)를 이용하고 건강행태 변수를 포함한 김근희 등(2010)의 연구에서는 대상자를 근로형태에 따라 A 집단(비정형직을 제외한 상용직), B집단(비정형직을 제외한 임시·일용직), C집단(비정형직)으로 분류하여 주관적 건강상태를 비교하였는데 B 집단(OR:1.45, C.I:1.00~2.11)과 C집단(OR:1.69, C.I:1.35~2.10) 남성들이 A 집단 남성들에 비해 주관적 건강상태가 나쁘고, A와 C집단의 건강수준 차이에 영향을 미치는 요인은 작업환경(15.7%)과 인구사회적 요인(26.1%)인 것으로 나타났다.

2005년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 한국인의 사회경제적 불평등에 따른 주관적 건강수준의 차이와 건강행태 기여요인을 분석한 김민경 등(2010)은 사회경제적 지위의 차이에 따라 주관적 건강의 불평등이 존재하나 건강행위 요소에 의해 이 차이가 완화되고 있으므로 사회경제적 불평등에 의한 주관적 건강상태의 불평등을 건강행위의 증진을 통해 효과적으로 교정할 수 있다고 주장하기도 하였다.

같은 국민건강영양조사 자료(2007-09)와 사회계층 분류를 이용한 임경태 등(2012)은 건강관련 삶의 질(EQ-5D)을 종속변수로 층화분석을 실시하여 남자와 여자 모두 신중간층(Ⅱ계층)의 건강관련 삶의 질 점수가 가장 높았으며 상위 및 중상위계층(Ⅰ계층), 노동계층(Ⅳ계층), 구중간층(Ⅲ계층), 하위계층(Ⅵ계층), 농촌자영자층(Ⅴ) 순으로 그 점수가 낮아짐을 확인했다.

윤태호 등(2000)의 직업계층 분류에 더해 교육수준과 소득수준까지 고려하여 연령층별 사회경제적 계층에 따른 건강행위 실천과 주관적 건강수준을 분석한 이정민 등(2012)에 따르면 주관적 건강수준은 사회경제적 계층이 낮을수록 낮았으며 청장년층일수록 더 많은 건강행위가 사회경제적 계층에 따라 차이를 보였다.

표 4. 직업과 종사상 지위를 지표로 활용한 국내 건강불평등 연구

문헌	자료원	종속변수	독립변수	주요 결과
윤태호 등 (2000)	1995 국민건강 및 보건의식 행태조사	건강행태 변수	사회계층 (직업과 종사상 지위)	건강행태 지표와 사회계층 사이에 강한 연관성
	박은옥, 송효정 (2003)	1999 사회통계 조사	주관적 건강상태	사회계층에 따라 주관적 건강상태에 차이가 있음
김혜련 (2005)	2001 서울시민 보건지표 조사	만성질환 유병수준, 주관적 건강수준	사회계층 (윤태호 분류), 건강행태지표	낮은 교육수준, 소득수준, 직업계층에서 만성질환 유병률이 높아지고 주관적 건강수준이 나빠짐
신순철, 김문조 (2007)	한국 노동패널 2-7차	주관적 건강상태	종사상 지위, 직업 종류 등	상용직 종사자에 비해 비정규직 종사자, 자영업자 및 고용주, 무급가족 종사자의 건강이 나쁘고, 전문가 집단에 비해 서비스직, 농업 및 어업, 단순노무직의 건강이 나쁨
김근희 등 (2010)	한국 노동패널 8-9차	주관적 건강상태	근로형태, 직업계층 등	A집단(비정형직을 제외한 상용직)에 비해 B집단(비정형직을 제외한 임시·일용직)과 C집단(비정형직) 남성들의 주관적 건강상태가 나쁨



김민경 등 (2010)	2005 국민건강 영양조사	주관적 건강수준	사회계층 (윤태호 분류)	사회경제적 지위의 차이에 따라 주관적 건강의 불평등이 존재하나 건강행위 요소에 의해 완화 남자와 여자 모두 신중간층(Ⅱ계층)의 점수가 가장 높았으며 상위 및 중상위계층(Ⅰ계층), 노동계층(Ⅳ계층), 구중간층(Ⅲ계층), 하위계층(Ⅵ계층), 농촌자영자층(Ⅴ) 순이었음 주관적 건강수준은
임경태 등 (2012)	2007-09 국민건강 영양조사	EQ-5D	사회계층 (윤태호 분류)	사회경제적 계층이 낮을수록 낮았으며 청장년층일수록 더 많은 건강행위가 사회경제적 계층에 따라 차이
이정민 등 (2012)	2008 국민건강 영양조사	주관적 건강수준, 건강행위	교육수준, 소득수준, 직업계층 (윤태호 분류)	

### 제3절 경사불평등지수(SII)와 상대불평등지수(RII)

건강불평등의 크기를 측정하는 방법은 매우 다양하다. Harper와 Lynch (2005)는 Healthy People 2010의 암 관련 목표를 예로 들어 다양한 건강 불평등 측정방법을 소개하고 있는데 이 중 비교 집단이 셋 이상일 때 유용한 회귀분석 기반 측정도구로 경사불평등지수(Slope Index of Inequality; SII)와 상대불평등지수(Relative Index of Inequality; RII)를 소개하고 있다.

경사불평등지수(이하 SII)는 대표적인 회귀분석 기반 측정도구로 SII를 계산하려면 먼저 한 집단에 속한 하위 사회집단들을 서열에 따라 낮은 서열에서 높은 서열로 배열해야 한다. 이 때 각 하위 사회집단의 크기는 전체 집단의 인구 누적 분포 중 일정한 범위로 표현되며 각 하위 사회집단은 그 범위의 중간값을 부여받는다. 다음으로 이 중간값에 대하여 그 사회집단의 건강수준을 그래프에 표시하고, 이렇게 그래프에 표시된 자료에 대하여 회귀선을 적합시킨 후 얻는 회귀선의 기울기가 SII 값이 된다. SII는 각 하위 사회집단의 크기를 반영하고 있으므로 가중치가 부여된 불평등 지수(weighted index of inequality)라고 할 수 있으며 결과적으로 SII의 값은 하위 사회집단 분포 상 서열이 가장 낮은 경우와 가장 높은 경우의 건강수준의 절대적 차이로 해석된다(한국건강형평성학회, 2008).

상대불평등지수(이하 RII)는 SII를 전체 집단의 평균 건강수준으로 나눈 값이다. RII의 해석은 SII와 비슷하나 사회경제적 수준이 가장 높은 하위 집단과 가장 낮은 하위집단 간의 절대적 차이가 아니라 전체 집단의 평균 건강수준에 대한 절대적 차이의 비(ratio)를 측정한다. 예를 들어 흡연율의 RII 값이 -0.74라면 이는 가장 낮은 하위집단에서 가장 높은 하위집단으로 이동했을 때 흡연율이 74% 감소함을 의미한다(한국건강형평성학회, 2008).

## 제4절 건강불평등의 추이변화를 살펴본 선행연구

### 1. 흡연율의 건강불평등 추이

Cho, Song, Smith와 Ebrahim (2004)은 1990년부터 1998년까지 30-49세 사이의 공무원 남성 322,291명을 대상으로 한 대규모 전향적 연구를 통해 흡연 행위의 사회경제적 차이의 추이변화를 관찰하였다. 연구 결과 월급을 많이 받을수록 흡연율이 낮은 것으로 나타났으며, 월급을 기준으로 그룹을 나누었을 때 가장 높은 그룹과 낮은 그룹의 흡연율 차이는 1990년 13.0%에서 1998년 16.1%로 증가했다. 1990년 소득에 따른 흡연 행위의 RII는 1.91이었고 1998년 2.13까지 증가하였다.

마찬가지로 흡연의 사회경제적 불평등을 살펴본 Khang과 Cho (2006)의 연구는 1989-2003년 통계청 사회통계조사를 이용하여 교육과 직업에 따른 흡연의 사회경제적 불평등을 관찰하였다. 남녀 모두 교육수준이 낮을수록 흡연율이 높았으며, 육체노동직업에 종사하는 이들이 비육체직보다 높은 흡연율을 보였는데 RII를 산출해봤을 때 20-44세 남녀는 교육수준에 따른 흡연율 불평등의 RII가 통계적으로 유의하게 증가한 것으로 나타났으며, 45-64세 남녀와 65세 이상 남성에게서는 유의하게 감소한 것으로 나타났다. 육체직/비육체직 구분에 따라서는 유의한 변화가 관찰되지 않았다.

김혜련(2007)은 1998년, 2001년, 2005년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 교육수준별, 직업유형별 흡연율 차이와 RII를 이용한 변화추이를 분석하였다. 모든 연도에서 교육수준과 소득수준이 낮을수록 그리고 육체직 노동자에서 흡연율이 높은 양상이 뚜렷하였으며, 3개 연도를 비교한 결과 25-64세 남성에서 교육수준에 따른 흡연율의 RII가 유의하게 증가(1.85->2.75->2.87)함이 관찰되었다. 25-64세 남성의 경우 소득수준에 따라서도 불평등의 크기가 커지고 있음이 확인하였다.

Khang, Yun, Cho와 Jung-Choi (2009)는 1995년 건강증진법 제정에서 비롯된 정부의 금연정책이 흡연율의 사회경제적 격차에 미친 영향을 알아보기 위해 1995년과 2006년 사이의 4개 연도 사회통계조사 자료를 이용하여 교육, 직업계층, 고용지위, 가구소득에 따른 흡연율 불평등을 분

석하였다. 그 결과 1995-2006년 사이 연령보정 흡연율의 절대적 사회경제적 격차는 증가한 것으로 나타났으며, 특히 남성의 경우 4가지 사회경제적 지위 지표 모두에서 RII가 증가한 것으로 나타났다. 여성에서는 교육과 소득에 따른 RII의 증가가 통계적으로 유의한 것으로 나타났다.

김일호, 박기수, 천희란과 Samuel Noh (2011)는 1992-2006년 사회통계 조사를 바탕으로 산업군별 고용형태에 따른 근로자 흡연율 변화 추이를 관찰하였다. 연구기간 내 전체적으로 흡연율이 감소했으나, 특히 정규직 노동자의 흡연율이 가장 크게 감소한 것으로 나타났다. 고용형태에 따른 절대적 흡연율 차이는 정규직과 일용직 사이에서 가장 컸다. 비정규직의 상대적 흡연율은 제조업, 건설업, 도소매업, 서비스업에서 통계적으로 유의하게 증가하였다. 즉, 전체적인 흡연율 감소에도 불구하고 산업별, 고용형태별로 그 감소가 평등하게 이뤄지지 않았다.

## 2. 사망률 및 이환율의 건강불평등 추이

교육수준을 사회경제적 지위 지표로 사용하여 사망률과 이환율의 불평등 추이를 분석한 Khang, Lynch, Yun과 Lee (2004)의 연구에 따르면 1989-1999년 사이 사회경제적 사망률 불평등의 RII는 변화하지 않은 것으로 나타났다. 반면, 주관적 건강상태의 불평등은 남녀 모두에서 시간에 따라 증가(남성 1.67->2.26, 여성 0.96->1.94)한 것으로 나타났다. 대부분의 건강불평등 증가는 1995년에서 1999년 사이에 일어났고, 주관적 급성 질병경험의 불평등 또한 10년간 증가한 것으로 나타났다.

김기혜 등(2007)은 1993-2004년 사망등록자료를 이용해 20-64세 남성의 직업과 교육수준에 따른 사망원인별 비례사망비를 분석하였다. 그 결과 육체적 노동자는 간암과 교통사고에서 높은 비례사망비를 보였고, 교육수준이 낮은 그룹도 마찬가지였다. 특히 이 연구에서는 간암, 교통사고, 당뇨, 뇌혈관질환에서 사회경제적 지위가 낮은 그룹과 높은 그룹 사이의 격차가 점점 증가하는 경향을 보였다. 뇌혈관질환, 당뇨, 심장질환, 교통사고, 간질환으로 인한 사망률은 높은 사회계층보다 낮은 사회계층에서 매년 증가하는 경향을 보였다.

이준혁(2007)은 1995년, 2000년, 2005년 센서스 자료와 사망원인통계를 이용하여 교육수준별, 직업계층별 사망률 격차와 3개 연도의 변화추이를 관찰하였다. 그 결과 교육수준별 사망률은 3개 연도의 남녀 모두에서 총사망률과 사망원인별 사망률에서 사망률의 차이가 나타났으며, 그 차이가 시간이 흐를수록 증가하는 양상을 보였다. 직업계층별 사망률에 있어서는 남성의 경우 총사망률에서 육체노동자가 비육체노동자보다 높은 사망률을 보였지만 상대분율은 점차 감소하였으며 2005년 자료에서는 거의 비슷해지는 양상을 보였고, 사망원인별 사망률도 비슷한 경향을 띄었다. 여성의 경우에는 큰 경향성을 보이지 않았으며 신생물에 의한 사망률의 경우 오히려 비육체노동자가 육체노동자보다 사망률이 높은 것으로 나타났다.

### 3. 주관적 건강상태의 불평등 추이

신호성(2009)은 과부담의료비 지출, 규범적 의료서비스 이용여부, 미충족의료, 주관적 건강상태를 종합하여 사회적 배제와 관련된 건강불평등 지표를 산출한 바 있다. 이 중 주관적 건강상태의 불평등 추이의 경우 1998, 2001, 2005, 2007년 국민건강영양조사를 이용하여 산출하였는데 모든 연도에서 저소득집단이 일반집단에 비해 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 비율이 높았고, 교육수준에 따라 비교했을 때도 저학력집단(중등교육 이하 집단)이 일반집단에 비해 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 비율이 높았다. 또한, 소득보다 교육수준에 따라 비교했을 때 두 집단 간의 차이가 큰 것으로 나타났다.

2001년과 2005년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 연령별 만성질환 이환여부와 주관적 건강상태의 불평등 변화추이를 관찰한 박나영(2010)의 연구 결과 심화되고 있는 경제적 불평등 양상에도 불구하고 노년기에 건강불평등의 격차가 완화되는 수렴양상이 나타났다. 남성과 여성을 구분하여 분석한 결과에서는 전체적으로 건강격차가 감소하는 것으로 나타났으나, 여성의 경우 교육변수에서 연령이 증가함에 따라 격차의 크기가 증대되고 있는 것으로 나타났다.

Kim, Khang, Cho, Chun과 Muntaner (2011)는 1995-2006년 성별, 전문직 여부, 고용패턴 변화에 따른 주관적 건강의 불평등을 분석하였다. 전문직인지 아닌지에 따라 고용관련 건강불평등의 변화를 성별로 나눠서 분석하였는데 전문직 여부와 성별에 따라 구분하고 나자 고용관련 건강 불평등의 서로 다른 패턴이 관찰되었다. 전문직에서는 절대적 불평등이 증가한 반면, 비전문직에서는 상대적 건강불평등이 증가하였고, 특히 여성에서 증가폭이 컸다.

Chun, Cho, Khang, Kang과 Kim (2012)은 1992-2010 통계청 사회통계 조사를 사용하여 성별 주관적 건강상태의 건강불평등 분석하였다. 1992년 이후 성별에 따른 주관적 건강상태의 불평등은 수렴하는 경향을 보였고, 특히 25-44세 청장년층에서 45-64세 집단에 비해 빠른 속도로 성별 격차가 줄어들고 있었다. 저자들은 여성의 교육수준 향상과 노동시장에서의 지위 향상을 그 원인으로 꼽았다.

#### 4. 경제위기 전후의 건강불평등 추이

Khang, Lynch와 Kaplan (2005)은 경제위기가 특정 질병의 사망률에 미친 영향에 대해서도 연구한 바 있다. 이는 90년대 후반 우리나라가 경험한 급격한 경제쇠퇴 경험과 거시적인 경제변화가 전체 혹은 특정 질병의 사망률의 변화에 영향을 줄 것이라는 가정을 배경으로 한다. 연구결과 전체 사망률은 남성과 여성 그리고 전체 연령군에서 경제위기 기간 동안 줄어드는 모습을 보였다. 급성 뇌혈관질환, 위암, 간암이 이러한 사망률 감소에 가장 큰 공헌을 했다. 교통사고 사망률의 놀라운 감소 또한 관찰되었다. 가장 두드러지게 사망률이 증가한 것은 자살이었다. 자살, 폐렴, 알코올 의존으로 인한 사망률이 경제위기 기간 동안 증가하였으나 이러한 것들은 전체 사망률의 아주 작은 부분만을 차지하였다. 따라서 저자들은 한국의 경제위기가 사망률에 미친 단기적 효과는 상대적으로 작았고, 큰 감소를 보이는 다른 질병들(뇌졸중, 위암, 간암 등)의 힘에 가려지는 것으로 보인다고 하였으나 이 연구는 즉각적인 효과에 중점을 둔 연구이기 때문에 향후 장기적인 추적연구가 요구된다 하였다.

강영호 등(2005)은 경제위기에 따른 사망률 불평등의 변화를 지역의 사회경제적 위치 지표를 활용하여 다른 각도로 분석하였는데 지역의 인구당 세금 수입을 지역의 사회경제적 위치 지표로 사용하였다. 행정구역(시·군·구)을 지표산출결과에 따라 순위를 매기고 인구수가 같도록 사분위로 구분하였고, 성별과 연령보정 사망률을 사용하였다. 그 결과 RII를 활용한 전체 사망률의 지역간 불평등은 1998-2001년 사이 증가하지 않았다. 성별과 연령군을 구분한 분석에서도 마찬가지였다. 그러나 경제위기에서 비롯된 외부적 요인으로 인한 특정 질병의 사회경제적 사망률 불평등은 존재하는 것으로 나타났다. 남성에서는 교통사고와 의도적 자해로 인한 사망률의 RII가 1995-2001년 사이 증가한 것으로 나타났으며, 여성에서는 같은 기간 동안 의도적 자해로 인한 사망률의 RII가 증가한 것으로 나타났다. 즉, 한국의 경제위기는 주요 외부적 요인으로 인한 사망률의 지역간 불평등을 악화시킨 것으로 나타났다.

## 5. 자살률의 건강불평등 추이

Lee 등(2009)은 1995, 2000, 2005 센서스 자료와 사망률 자료를 이용하여 교육수준에 따른 자살률의 상대적/절대적 차이를 35세 이상 인구를 대상으로 성별, 연령별로 분석하였다. 그 결과 연간 평균 자살률은 1993-1997년에서 2003-2006년까지 꾸준히 증가하였으며, 이는 거의 모든 성별, 연령, 교육 그룹에서 동일했다. 교육수준에 따른 자살률의 RII와 SII는 45세 이상 남녀에서 증가하는 경향을 보였다. 35-44세 남녀에서는 RII는 증가하지 않았으나, SII는 유의하게 증가하는 경향을 보였다.

Hong, Knapp과 Mcquire (2011)는 IMF 경제위기 이후 10년간의 소득 불평등에 따른 우울증 유병률과 자살사고 및 시도의 불평등 추이를 추적하였다. 소득불평등 정도를 측정하기 위해 집중지수를 사용하였고, 자료원은 국민건강영양조사 자료를 사용하였는데 그 결과 일관되게 고소득층에 유리한 불평등이 우울증, 자살사고, 자살시도에서 관찰되었으며 이 기간 동안 불평등의 정도는 두 배로 증가하였다.

## 6. 그밖의 건강불평등 추이변화

Yoo, Cho와 Khang (2010)은 1998-2007년 성별과 사회경제적 지위에 따라 비만율과 복부비만율에 차이가 있는지 국민건강영양조사 자료를 이용하여 살펴보았다. 사회경제적 지위 지표로는 교육, 직업, 고용상태와 소득을 사용하였는데 그 결과는 다음과 같다. 연구기간 동안 한국 남성의 비만율과 복부비만율은 통계적으로 유의하게 증가하였으나 여성에서는 그렇지 않았다. 남성에서 높은 사회경제적 지위는 비만 및 복부비만과 관계가 있었으나 그 차이의 크기는 연구기간 동안 변하지 않았다. 여성에서는 낮은 사회경제적 지위가 비만과 연관이 있었으며 특히 교육과 소득수준에 따른 복부비만율 불평등의 정도가 증가하고 있는 것으로 나타났다.

장숙량 등(2007)은 질병예방행위인 자궁경부암 검진 수검률의 불평등 추이를 관찰하였다. 교육수준, 가구소득, 직업 지위에 따른 연령표준화 참여율을 오즈비와 RII를 이용하여 사회경제적 격차의 정도를 연령군별로 조사하고, 1995년과 2001년 사이에 격차의 개선이 있었는지 살펴보았다. 그 결과 교육수준이 낮은 여성은 선별검사에 참여할 가능성이 낮았고, 교육수준에 따른 격차는 60세 이상 여성에서 가장 두드러졌다. 60세 이상 여성의 RII는 1995년 3.64, 1998년 4.46, 2001년 8.64였다. 소득 분류에 따라서는 가장 소득수준이 높은 그룹에서 참가율이 높은 것으로 나타났다. 특히 40대와 50대 중년 여성에서 눈에 띄게 높았다. 직업 수준에 따라서는 일관된 경향의 참가율이 발견되지 않았다.

김태일(2008)은 1985-2005년 도시가구지출조사 자료를 이용하여 입원비, 외래비, 의약품 관련 비용을 합산한 의료비의 소득계층별 부담 추이를 연구하였다. 이 때, 식품에 대한 소비를 제외하고 가구 소비의 40% 이상을 의료비가 차지하면 이를 재난적 의료비로 정의하였다. 그 결과 절대적인 의미에서 가장 낮은 소득그룹의 상대적 의료접근성은 지난 20년간 다른 소득그룹에 비해 향상되었으나 의료비 지출의 재정적 부담과 재난적 의료비를 경험하는 가구의 비율은 가장 낮은 소득그룹에서 증가해왔다. 소득그룹 사이의 의료비의 재정적 부담 차이는 2000년까지 감소



하였으나 2005년 악화되었다.

김철신과 전지은(2013)은 2000-2010 국민구강건강실태조사와 지니계수를 사용하여 12세 아동의 구강건강불평등 추이를 분석하였다. 그 결과 전반적인 구강건강은 향상되었으나 구강건강의 불평등은 증가한 것으로 나타났다. 구강건강지표로 보정한 지니계수가 2000년 0.53에서 2010년 0.16으로 증가하였으며, 썩은 이와 유실된 이의 증가가 구강건강불평등 증가에 가장 강하게 영향을 미친 것으로 나타났다.

이토록 다양한 선행연구들이 진행되었음에도 불구하고, 직업계층을 기반으로 하여 건강불평등의 추이를 살펴본 연구는 많지 않은 편이며 특히 직업계층에 따른 주관적 건강상태의 불평등 추이를 분석한 연구는 더욱 찾아보기 어려웠다. 따라서 본 연구에서는 직업과 종사상 지위를 기반으로 하여 사회계층을 나누고 이러한 사회계층에 따른 주관적 건강상태와 주요 건강행위 실천 정도의 차이가 연도별로 어떻게 변화하고 있는지를 알아보고자 한다.

## 제 3 장 연구방법

### 제1절 자료원 및 연구대상

한국노동패널 자료를 이용한다. 한국노동패널조사(Korean Labor & Income Panel Study)는 비농촌지역에 거주하는 한국의 가구와 가구원을 대표하는 패널표본구성원(5,000가구에 거주하는 가구원)을 대상으로 1년 1회 경제활동 및 노동시장 이동, 소득활동 및 소비, 교육 및 직업훈련, 사회생활 등에 관하여 추적조사하는 종단면조사(longitudinal survey)이다. 노동시장관련 기초조사자료의 미흡 및 부재의 문제를 해소하고 나아가 분석적인 노동시장 연구를 활성화시킴으로써 보다 합리적이고 정확한 노동시장 및 고용정책의 수립과 평가에 기여하고자 1998년 처음 시작되었다(한국노동패널, 2015).

본 연구에서는 직업과 종사상 지위 등 노동 관련 지표를 주요 변수로 사용하고 있고 다년간의 추이를 보고자 하는 연구이기 때문에 노동과 소득에 대하여 자세한 정보를 제공하며 한국에서 가장 오래된 패널조사인 한국노동패널 자료가 자료원으로 가장 적합하다고 판단하였다. 현재 한국노동패널조사는 17차까지 진행되었으며 자료공개는 15차까지 되어있다. 본 연구는 이 중 건강관련 변수가 포함된 8차부터 15차까지 8개 년도 자료를 이용하여 각 연도별 SII와 RII를 산출하고, 그 추이를 살펴볼 예정이다. 미성년자는 직업에 기반한 사회계층을 나누는 것에 어려움이 있어 제외하고, 만 20세 이상 성인만을 대상으로 하였다.

## 제2절 변수 정의

### 1. 종속변수

#### 가. 주요 건강행위 실천

건강행위 실천 관련 변수로는 Alameda 7(흡연, 음주, 운동, 비만, 아침 식사, 수면, 간식) 중 특히 건강수준과 밀접한 관련성이 있다고 알려져 있고 자료원을 통해 접근가능한 운동, 흡연, 음주 여부를 이용하였다.

이 중 운동 변수는 “규칙적으로 운동을 하고 계십니까?”라는 질문에 “규칙적으로 한다” 혹은 “불규칙적으로 또는 수시로 한다”라고 응답한 이들을 대상으로 “한 달 평균 운동 횟수”와 “1회당 평균 운동시간”을 곱하여 “한 달 평균 운동시간”을 변수로 사용하였다.

흡연 변수는 “평소에 담배를 피우십니까?”라는 질문에 “피운다”라고 응답한 경우 흡연자로 “과거에는 피웠으나 현재에는 피우지 않는다”와 “피워본 적이 없다”는 비흡연자로 분류하였다.

‘음주’ 변수는 “술을 얼마나 자주 드십니까?”라는 질문에 “월1회 이하”라고 응답한 경우 1점, “월 2~3회”라고 응답한 경우 2점, “주 1~2회”라고 응답한 경우 3점, “주 3~4회”라고 응답한 경우 4점, “거의 매일”이라고 응답한 경우 5점으로 매기는 5점 척도를 사용하였다.

#### 나. 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 질병의 존재유무를 넘어선 전반적인 육체적 안정상태를 반영하고 있다는 이유로 개인의 건강상태를 파악하기 위한 총체적 척도로 널리 인정받아 왔다. 상류층에서 보다 과장되는 등 소정의 한계점을 지니고 있음이 밝혀지기도 했으나 의사의 진단을 통해 인지된 건강상태보다 더욱 적절한 것으로 평가되고 있다(신순철·김문조, 2007). 본 연구에서는 “OOO님의 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?”라는 질문에

“건강이 아주 안 좋다”라고 응답한 경우 1점, “건강하지 않은 편이다”라고 응답한 경우 2점, “보통이다”라고 응답한 경우 3점, “건강한 편이다”라고 응답한 경우 4점, “아주 건강하다”라고 응답한 경우 5점으로 매기는 5점 척도를 사용하였다.

#### 다. 불평등 크기의 측정

불평등 크기의 측정은 회귀분석 기반 측정도구인 SII와 RII를 사용하였다. 사회계층과 건강수준 사이에 선형 관계가 성립하고, 이 도구들이 한 시점의 건강불평등 정도의 요약에 유용하다는 장점(한국건강행평성학회, 2008)이 있기 때문에 각 연도별로 불평등 크기를 산출하여 추이를 보고자하는 본 연구의 목적에 가장 부합한다고 판단하였다.

## 2. 독립변수 - 사회계층

사회계층의 구분은 여러 연구자들이 서로 다른 분류기준을 임의적으로 사용하고 있어 어느 것을 표준적이라고 말하기는 어려우나 본 연구에서는 직업과 종사상 지위를 기반으로 한 사회계층에 따른 건강불평등 분야의 국내 연구에서 가장 많이 이용되고 있는 윤태호 등(2000)의 분류기준을 사용하였다. 이 분류는 홍두승의 계층분류법(홍두승과 구해근, 2001)과 한국표준직업분류(2000)에 근거하여 사회계층을 Class 1~6까지 6단계로 서열화하여 나타낸다. 이 분류를 적용했을 때 건강행태, 만성질환 유병률, 주관적 건강수준, 건강관련 삶의 질 등에 계층별 차이가 존재한다는 선행연구들이 존재한다(윤태호 등, 2000; 김혜련, 2005; 김민경 등, 2010; 임경태 등, 2012). 자세한 분류는 그림 1과 같다.

상류 및 중상계층에 속하는 Class 1은 입법공무원, 고위임직원 관리자 이면서 종사상의 지위가 자영업자, 고용주, 상용근로자 또는 전문가로 즉, 종사상 지위에 크게 상관없이 상위 직업군에 속하는 경우다. 중간층은 신중간층이라 할 수 있는 Class 2와 구중간층인 Class 3로 나뉘어 있

는데 그 구분은 주로 종사상 지위에 근거한다. Class 2는 주로 고용주이거나 근로자인 경우이며, Class 3는 Class 2와 직업군은 동일하면서 자영업자인 경우이다. Class 4는 노동계층으로 주로 서비스 종사자와 육체노동 종사자로 구성되어 있고, Class 5는 농업/어업에 종사하면서 자영업자인 경우이다. 마지막으로 Class 6는 하류계층으로 단순노무근로자이면서 자영업자인 경우와 임시 및 일용 근로자인 경우이며, 무직인 경우 본래 윤태호 등(2000)의 연구에서는 최종학력이 중졸 이하인 경우 무직에 포함시켰으나 본 연구에서는 최종학력과 관계없이 최근 한 달 이내에 취업을 위한 노력을 해봤으면서 미취업 상태인 자를 무직으로 분류하였다.

	자영업자	고용주	상용근로자 - 전일제	상용근로자 - 시간제	일용 및 임시직	기타
의회의원, 고위임직원 및 관리자	Class I					
전문가			Class II			
기술공 및 준전문가		Class II				
사무 종사자	Class III		Class II			
서비스 및 판매 종사자			Class IV			
농업, 임업 및 어업 숙련 종사자	Class V		Class VI			
기능원 및 관련 기능 종사자			Class IV			
장치, 기계조작 및 조립 종사자	Class III	Class II	Class IV			
단순노무종사자	Class VI		Class IV		Class VI	
무직						Class VI

그림 1 사회계층의 분류(윤태호 등, 2000)

### 제3절 분석방법

본 연구에서는 각 변수들의 분포를 확인하기 위한 빈도분석과 사회계층에 따른 대상자의 주관적 건강상태 및 주요 건강행위 실천여부의 차이를 확인하기 위한 빈도분석 및 카이제곱검정과 ANOVA test를 실시하고, 최종적으로 건강불평등 크기의 추이를 확인하기 위해 경사불평등지수(SII)와 상대불평등지수(RII)를 각 연도별로 산출하여 불평등 크기의 변화가 있는지 살펴보았다. 통계패키지로는 STATA 12.0을 사용하였다.

## 제 4 장 연구결과

### 제1절 연구대상자의 특성

연구대상자의 일반적 특성은 아래 표 5와 같다. 연구대상자는 결측값으로 인해 사회계층 분류가 불가능하거나 미성년자인 자를 제외하고, 2005년 8차 조사에서 5,646명, 2006년 9차 조사에서 5,777명, 2007년 10차 조사에서 5,848명, 2008년 11차 조사에서 5,810명, 2009년 12차 조사에서 7,024명, 2010년 13차 조사에서 7,043명, 2011년 14차 조사에서 7,064명, 2012년 15차 조사에서 7,223명을 추출하였다.

이 중 2012년 대상자 7,223명의 일반적 특성을 살펴보면 남성이 4,506명(62.4%), 여성이 2,717명(37.6%)으로 남성 대상자와 여성 대상자의 비율이 약 6:4 정도였다. 연령대를 청년층(20-44세), 장년층(45-64세), 노년층(65세 이상)으로 구분했을 때는 청년층이 3,617명(50.1%), 장년층이 2,918명(40.4%), 노년층이 688명(9.5%)으로 청년층이 가장 많고, 장년층, 노년층의 순으로 줄어드는 모습을 보였으나 2005년 자료와 비교하면 청년층의 비율이 줄고, 장년층과 노년층의 비율이 늘어났음을 관찰할 수 있었다.

교육수준은 중졸 이하, 고졸, 전문대졸, 대졸, 석사 이상의 5가지로 분류하였는데 중졸 이하가 1,642명(22.7%), 고졸이 2,549명(35.3%), 전문대졸이 1,236명(17.1%), 대졸이 1,524명(21.1%), 석사 이상이 270명(3.7%)으로 고졸이 가장 많고, 중졸 이하, 대졸, 전문대졸, 석사 이상 순으로 많았다.

월평균 소득은 임금근로자의 경우 세후 월평균소득에 따라 200만 원 이하, 201-300만 원, 301-400만 원, 401-500만 원, 500만 원 이상의 5가지로 분류하였고, 비임금근로자의 경우 매출에서 제반비용을 제외한 순이익이 적자인 경우는 의미있는 결과를 얻기에 대상자 수가 불충분하여 결

측값으로 처리하고, 순이익이 흑자인 경우는 임금근로자의 경우와 같이 분류하였다. 그 결과 월평균 소득이 200만 원 이하인 대상자는 4,113명(58.0%), 201-300만 원인 대상자는 1,560명(22.0%), 301-400만 원인 대상자는 734명(10.3%), 401-500만 원인 대상자는 393명(5.5%), 500만 원 이상인 대상자는 296명(4.2%)으로 월평균 소득이 200만 원 이하인 대상자가 가장 많았으며 소득계층이 높아질수록 그 비율이 급격히 줄어드는 모습을 보였고, 2005년에 비해 저소득계층의 비율은 줄어들고, 고소득계층의 비율이 늘어남을 관찰할 수 있었다.

종사상 지위는 비임금근로자는 제외하고 임금근로자만을 상용직, 임시직, 일용직으로 분류하였는데 상용직이 3,854명(73.6%)으로 가장 많았고, 임시직 819명(15.6%), 일용직 562명(10.7%) 순이었다. 이 때 2005년 자료와 비교하여 그 비율이 유의하게 달라진 것으로 나타났는데, 상용직이 4.2%p, 일용직이 1.1%p 줄어들고, 임시직이 5.2%p 증가함이 관찰되었다. 대상자가 인지한 정규직/비정규직 여부에 따라 정규직과 비정규직을 나뉘었을 때 정규직이 3,331명(63.6%), 비정규직이 1,904명(36.4%)으로 정규직과 비정규직의 비율이 약 6:4 정도 되는 것으로 나타났다. 종사상 지위와 마찬가지로 2005년 자료와 비교했을 때 유의한 비율 변화가 나타난 것이었는데 정규직이 6.8%p 줄어들고, 비정규직이 6.8%p 늘어남이 관찰되었다.

직업과 종사상 지위를 기반으로 하여 구분한 사회계층은 Class 1(가장 상위계층)이 851명(11.8%), Class 2가 1,952명(27.0%), Class 3가 913명(12.6%), Class 4가 2,360명(32.7%), Class 5가 370명(5.1%), Class 6(가장 하위계층)이 777명(10.8%)으로 Class 4, Class 2, Class 3, Class 1, Class 6, Class 5 순으로 많았다. 사회계층에서도 2005년 자료와 비교했을 때 유의한 비율 변화가 나타났는데 특히 Class 3이 3.1%p 감소하여 가장 큰 폭의 변화를 보였고, Class 6이 2.3%p 증가하여 그 다음으로 큰 변화를 보였다.



표 5. 연구대상자의 일반적 특성

		2005년		2012년		X <sup>2</sup>
		N	%	N	%	
성별	남	3,580	63.4	4,506	62.4	5.42
	여	2,066	36.6	2,717	37.6	
연령	20-44	3,421	60.6	3,617	50.1	352.76***
	45-64	1,932	34.2	2,918	40.4	
	65+	293	5.2	688	9.5	
교육수준	중졸 이하	1,468	26.0	1,642	22.7	58.97***
	고졸	2,074	36.7	2,549	35.3	
	전문대졸	865	15.3	1,236	17.1	
	대졸	1,089	19.3	1,524	21.1	
	석사 이상	149	2.6	270	3.7	
월평균 소득 (만 원)	<200	4,044	73.8	4,113	58.0	620.59***
	201-300	895	16.3	1,560	22.0	
	301-400	311	5.7	734	10.3	
	401-500	141	2.6	393	5.5	
	>500	86	1.6	296	4.2	
종사상 지위	상용직	3,048	77.8	3,854	73.6	190.22***
	임시직	406	10.4	819	15.6	
	일용직	463	11.8	562	10.7	
정규직 여부	정규직	2,759	70.4	3,331	63.6	130.61***
	비정규직	1,158	29.6	1,904	36.4	
사회계층	Class 1	640	11.3	851	11.8	139.81***
	Class 2	1,541	27.3	1,952	27.0	
	Class 3	884	15.7	913	12.6	
	Class 4	1,859	32.9	2,360	32.7	
	Class 5	240	4.3	370	5.1	
	Class 6	482	8.5	777	10.8	
총합		5,646	100	7,223	100	

주) \*\*\*= $p < 0.001$

## 제2절 연구대상자의 일반적 특성에 따른 사회계층의 분포 (2012년 기준)

이어서 연구대상자의 일반적 특성에 따른 사회계층 분포는 다음과 같다 (표 6). 성별, 연령, 교육수준, 월평균 소득, 종사상 지위, 정규직 여부에 따라 사회계층 분포에 유의한 차이가 있었으며, 여자보다는 남자가, 장년층·노년층보다는 청년층이 더 높은 사회계층에 위치하는 경향을 보였다. 교육수준에 따라서는 교육수준이 높을수록 높은 사회계층에 위치하는 경향을 보였으며, 월평균 소득이 높을수록 높은 사회계층에 위치할 가능성이 높았다. 종사상 지위와 정규직 여부는 자영업자만이 포함되어 있는 Class 3과 Class 5를 제외하고, Class 1, Class 2, Class 4, Class 6의 분포만을 살펴볼 수 있었는데 사회계층이 높을수록 상용직, 정규직일 가능성이 높았다.

표 6. 연구대상자의 특성에 따른 사회계층의 분포 (2012년)

		Class 1	Class 2	Class 3	Class 4	Class 5	Class 6	$\chi^2$
성별	남	528	1,143	604	1,526	285	420	79.77***
	여	323	809	309	834	85	357	
연령	20-44	627	1,347	258	1,199	14	172	2.5×10 <sup>3***</sup>
	45-64	213	568	537	1,082	125	393	
	65+	11	37	118	79	231	212	
교육수준	중졸 이하	8	107	295	555	274	403	3.5×10 <sup>3***</sup>
	고졸	56	577	392	1,159	72	293	
	전문대졸	157	503	100	427	8	41	
	대졸	454	694	116	209	13	38	
	석사 이상	176	70	10	10	3	1	
월평균 소득 (만 원)	<200	213	856	554	1,512	296	682	1.2×10 <sup>3***</sup>
	201-300	247	485	206	552	31	39	
	301-400	191	269	75	186	7	6	
	401-500	107	172	36	62	13	3	
	>500	82	150	17	41	6	0	
종사상 지위	상용직	675	1,363	-	1,659	-	157	1.3×10 <sup>3***</sup>
	임시직	0	173	-	405	-	241	
	일용직	0	14	-	296	-	252	
정규직 여부	정규직	675	1,250	-	1,399	-	7	1.7×10 <sup>3***</sup>
	비정규직	0	300	-	961	-	643	

### 제3절 연구대상자의 일반적 특성에 따른 주관적 건강 수준, 한 달 평균 운동시간, 흡연율과 음주 정도

연구대상자의 일반적 특성에 따른 주관적 건강수준, 한 달 평균 운동시간, 흡연율과 음주 정도는 다음과 같다(표7). 성별에 따라 주관적 건강수준, 한 달 평균 운동시간, 흡연율, 음주 정도에 유의한 차이가 있었으며, 남성이 여성보다 주관적 건강수준이 높고, 운동량이 많으며, 흡연율이 높고, 음주를 많이 하는 것으로 나타났다.

연령에 따라서는 주관적 건강수준과 흡연율, 음주정도에 유의한 차이가 있었는데 연령군이 낮을수록 주관적 건강수준이 높았으며, 노년층에 비해 청장년층의 흡연율이 높았고, 연령군이 높을수록 음주를 더 많이 하는 것으로 나타났다. 한 달 평균 운동시간은 노년층에서 청장년층에 비해 높은 경향이 있었으나 유의하지 않았다( $p=.432$ ).

교육수준에 따라 주관적 건강수준과 흡연율, 음주 정도에 유의한 차이가 있었는데 교육수준이 높을수록 주관적 건강수준이 높은 것으로 나타났으나 대졸과 석사 이상에서는 유의한 차이가 없었으며, 흡연율은 고졸과 전문대졸에서 가장 높게 나타났고, 음주 정도는 전문대졸 이상(전문대졸, 대졸, 석사 이상)에 비해 고졸 이하(중졸 이하, 고졸)에서 높게 나타났다.

월평균 소득에 따라서는 주관적 건강수준과 흡연율, 음주 정도에 유의한 차이가 있었는데 월평균 소득이 200만 원 이하인 최하위계층에서 가장 낮은 주관적 건강수준을 보였으나 흡연율과 음주 정도 또한 가장 낮은 모습을 보였다.

종사상 지위에 따라서도 주관적 건강수준과 흡연율, 음주 정도의 차이가 나타났다. 상용직, 임시직, 일용직 순으로 주관적 건강수준이 높게 나

타났으며, 흡연율과 음주 정도는 일용직, 상용직, 임시직 순으로 높은 모습을 보였다.

마지막으로 정규직 여부에 따라서는 주관적 건강수준과 흡연율만이 유의한 차이를 보였는데 주관적 건강수준은 정규직이 비정규직에 비해 유의하게 높았으며, 흡연율 또한 정규직에서 더 높은 모습을 보였다.

표 7. 연구대상자의 특성에 따른 주관적 건강수준, 한 달 평균 운동시간, 흡연율과 음주 정도 (2012년)

		주관적 건강수준 M±SD	T or F	한 달 평균 운동시간 M±SD	T or F	흡연율 (%)	X <sup>2</sup>	음주 정도 M±SD	T or F
성별	남	3.6±0.65	7.33***	18.9±15.76	2.94**	52.0	1.9×10 <sup>3</sup> ***	2.6±1.00	26.23***
	여	3.5±0.70		16.6±14.30		1.8		1.8±0.85	
연령	20-44	3.7±0.58	366.50***	18.1±16.66	0.84	35.4	72.78***	2.3±0.93	25.44***
	45-64	3.5±0.67		18.1±14.13		33.7		2.5±1.07	
	65+	3.1±0.79		19.9±12.93		18.8		2.6±1.27	
교육수준	중졸 이하	3.2±0.76	204.73***	17.8±13.29	0.56	28.5	44.77***	2.5±1.20	10.23***
	고졸	3.6±0.63		18.8±17.43		36.7		2.5±1.02	
	전문대졸	3.7±0.56		18.6±17.57		35.2		2.3±0.95	
	대졸	3.8±0.57		18.0±13.37		32.0		2.3±0.90	
	석사 이상	3.8±0.58		16.9±11.54		23.7		2.3±0.87	
월평균 소득 (만 원)	<200	3.5±0.71	60.05***	18.7±17.82	1.67	25.6	221.51***	2.3±1.05	13.87***
	201-300	3.7±0.57		16.5±12.70		43.3		2.5±0.99	
	301-400	3.8±0.55		18.4±13.08		42.8		2.5±0.94	
	401-500	3.7±0.62		18.4±14.32		41.7		2.6±1.01	
	>500	3.8±0.54		20.2±12.89		41.2		2.6±0.93	
종사상 지위	상용직	3.7±0.59	115.20***	17.4±13.76	0.10	32.8	68.27***	2.3±0.95	12.41***
	임시직	3.5±0.69		17.9±15.33		22.1		2.2±0.99	
	일용직	3.3±0.73		17.7±15.43		42.9		2.6±1.13	
정규직 여부	정규직	3.7±0.58	14.92***	17.6±13.80	0.53	34.2	16.57***	2.3±0.95	0.01
	비정규직	3.5±0.70		17.2±14.72		28.7		2.3±1.05	

주) \*\*=p<0.01, \*\*\*=p<0.001

## 제4절 사회계층에 따른 주관적 건강수준, 한 달 평균 운동시간, 흡연율과 음주 정도

사회계층에 따른 주관적 건강수준, 한 달 평균 운동시간, 흡연율과 음주 정도는 모두 계층별로 유의한 차이가 있었다(표 8). 주관적 건강수준은 대체로 사회계층이 높을수록(Class 1) 건강수준 또한 높은 것으로 나타났으나 Class 1, Class 2, Class 4, Class 3, Class 6, Class 5의 순으로 나타나 계층별로 완벽한 선형관계를 이루지는 않는 것으로 나타났다.

한 달 평균 운동시간은 Class 3, Class 4, Class 1, Class 6, Class 2, Class 5의 순으로 나타나 계층과 운동시간 사이에 선형관계가 있다기보다는 중간계층인 구중간층(Class 3)과 노동계층(Class 4)의 운동량이 비교적 많은 것으로 나타났다.

흡연율 역시 Class 4, Class 3, Class 6, Class 2, Class 5, Class 1의 순으로 나타나 최상위계층이 가장 낮은 흡연율을 보이기는 하나 계층과 흡연율 사이에 선형관계가 있다고 보기는 어려웠고, 노동계층(Class 4)과 구중간층(Class 3)의 흡연율이 높은 것으로 나타났다.

음주 정도는 Class 5, Class 3, Class 2,4,6, Class 1의 순으로 높게 나타나 역시 계층과의 선형관계를 확인하기 어려웠으나 자영농층(Class 5)의 음주 정도가 특히 높음을 확인할 수 있었다.

표 8. 사회계층에 따른 주관적 건강수준, 한 달 평균 운동시간, 흡연율과 음주 정도 (2012년)

	주관적 건강수준 M±SD	T or F (p)	한 달 평균 운동시간 M±SD	T or F	흡연율 (%)	X <sup>2</sup>	음주 정도 M±SD	T or F
사회계층	Class 1	3.8±0.58	17.8±13.79	4.26***	24.1	75.40***	2.2±0.91	11.33***
	Class 2	3.7±0.58	17.3±14.48		31.1		2.4±0.99	
	Class 3	3.5±0.70	22.5±21.93		37.2		2.6±1.08	
	Class 4	3.6±0.63	18.0±14.36		38.0		2.4±0.99	
	Class 5	3.1±0.86	16.6±13.50		26.8		2.8±1.25	
	Class 6	3.3±0.76	17.4±12.18		31.4		2.4±1.08	

주) \*\*\*= $p < 0.001$



## 제5절 흡연율, 다빈도음주율, 신체활동량의 변화 추이

주요 건강행위인 흡연, 음주, 운동량은 사회계층과 선형관계를 이루지 않는 것으로 나타나 SII, RII를 산출하는 대신 성별로 하위그룹을 나누어 그래프를 통해 그 변화 추이를 살펴보았다.

남성 흡연율의 경우 노동패널이 건강행위에 대한 조사를 시작한 2005년부터 가장 최근인 2012년까지 가장 흡연율이 높은 계층과 가장 낮은 계층 사이의 격차는 거의 비슷하게 유지되고 있는 것으로 관찰되었다. 그러나 2011년을 기점으로 몇몇 계층의 흡연율이 역전되는 현상이 관찰되었는데 이는 최하위계층(Class 6)의 흡연율은 감소추세인 반면, 신중간층(Class 2)과 노동계층(Class 4)의 흡연율은 교착상태이고, 구중간층(Class 3)의 흡연율은 오히려 증가하는 등 계층별 흡연율 변화추이의 차이 때문인 것으로 보인다. 여성의 경우 흡연 여성의 수가 너무 적어 의미있는 결과를 도출해내기 어려웠다.

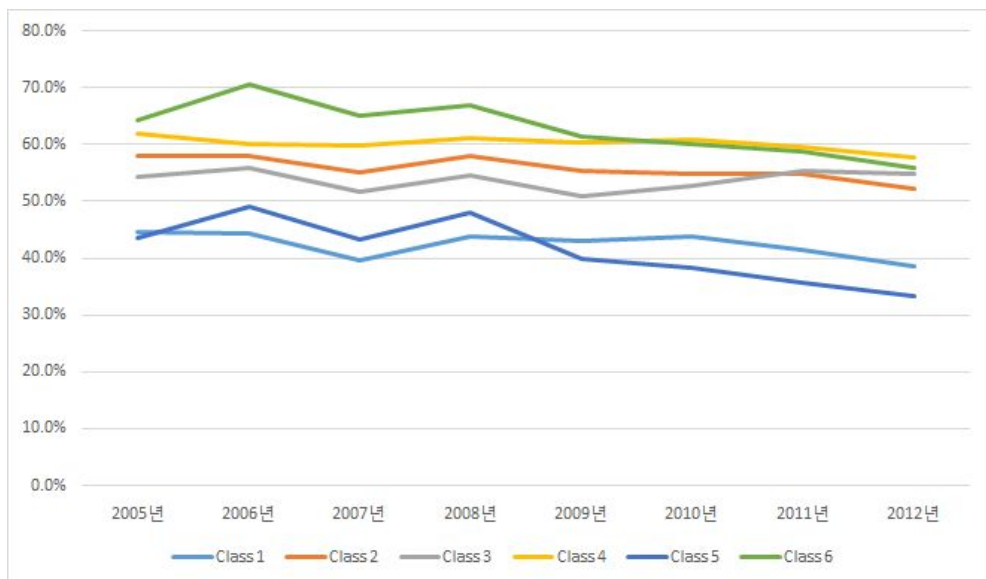


그림 2. 계층별 남성 흡연율의 변화 추이

거의 매일 술을 마신다고 응답한 대상자의 비율을 의미하는 다빈도음주율의 경우 남성에서 다빈도음주율이 가장 높은 계층과 가장 낮은 계층 사이의 격차가 상당히 줄어든 것으로 나타났다. 가장 다빈도음주율이 높은 계층인 자영농층(Class 5)은 2008년 25.4%를 정점으로 이후 큰 폭으로 감소하는 추세이다. 자영농층(Class 5)을 제외한 계층별 격차는 격년으로 증가와 감소를 반복하는 모습을 보였다. 여성의 경우 흡연과 마찬가지로 다빈도음주에 해당되는 여성의 수가 너무 적어 의미있는 결과를 도출해내기 어려웠다.

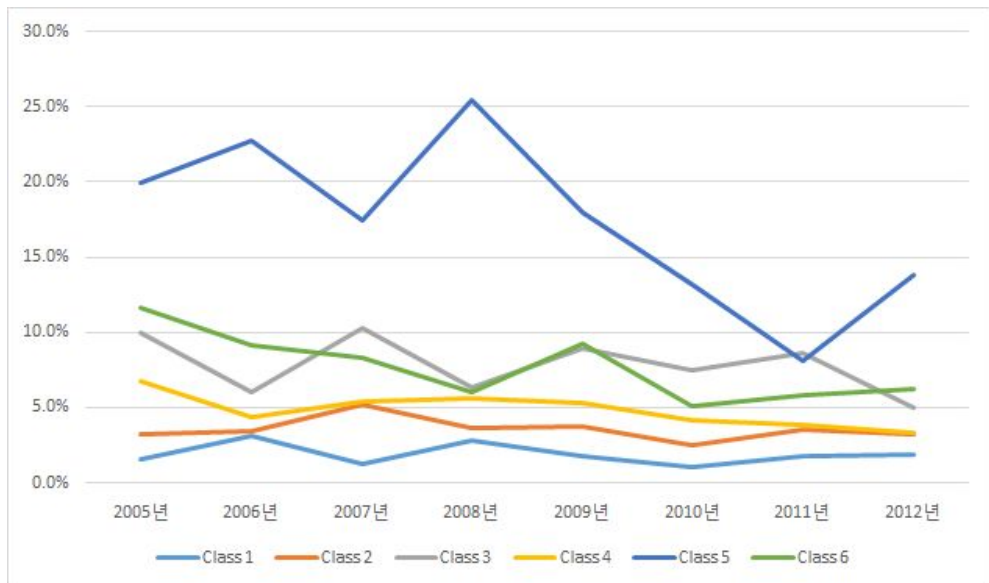


그림 3. 계층별 남성 다빈도음주율의 변화 추이

한 달 평균 운동시간을 이용하여 알아본 신체활동량의 변화 추이는 다음과 같다. 남녀 모두 일정한 추세를 관찰하기 어려운 모습을 보였으며, 불평등 크기에 어떤 변화가 있다고 말하기 어려운 모습을 보였다. (여성 Class 5의 경우 대상자 수가 너무 적어 의미있는 감소라 보기 어려웠다.)

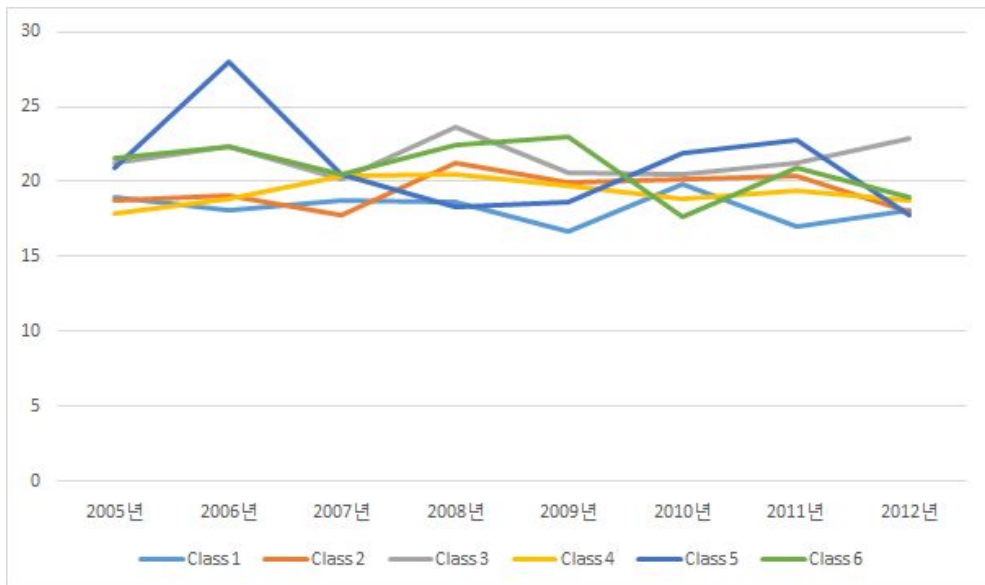


그림 4. 계층별 남성 신체활동량의 변화 추이

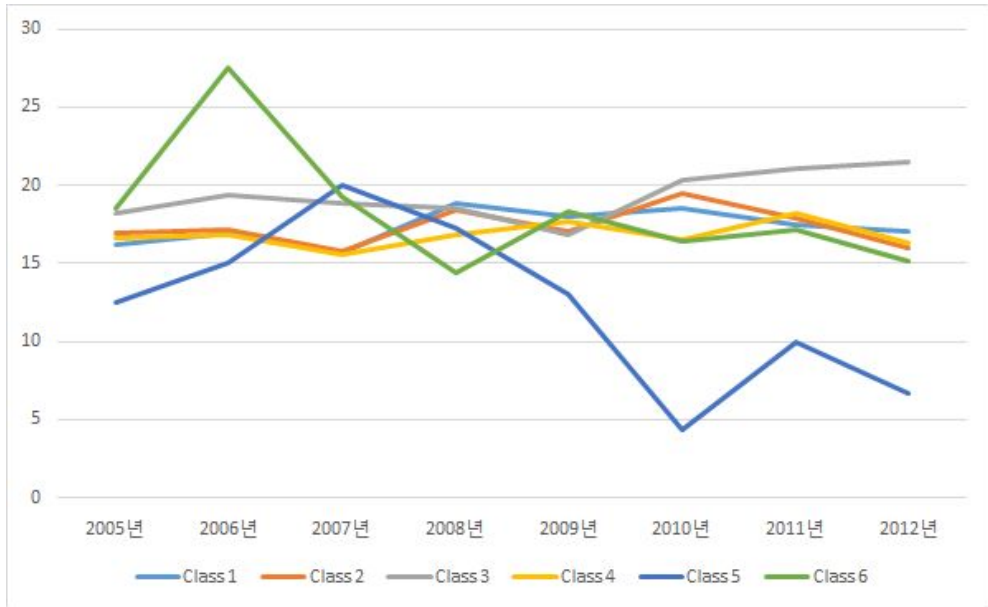


그림 5. 계층별 여성 신체활동량의 변화 추이

## 제6절 주관적 건강수준의 SII와 RII 추이

주관적 건강수준의 연도별 SII와 RII는 다음과 같다(표 9). 2003년 직업과 종사상 지위에 기반한 사회계층에 따른 주관적 건강수준의 불평등은 SII가 0.55(95% CI: 0.47-0.62)로 이는 사회계층 상에서 서열이 가장 낮은 경우와 가장 높은 경우의 주관적 건강수준의 절대적 차이가 0.55 가량임을 의미한다. RII는 0.15(95% CI: 0.13-0.18)로 나타났으며 이는 가장 높은 하위집단에서 가장 낮은 하위집단으로 이동했을 때 주관적 건강수준이 15% 감소함을 의미한다.

이후 SII는 2004년 0.48, 2005년 0.37, 2006년 0.49, 2007년 0.40, 2008년 0.55, 2009년 0.55, 2010년 0.57, 2011년 0.50, 2012년 0.53으로 통계적으로 유의한 변화가 있는 것으로 나타났다( $p < .001$ ).

RII 역시 2004년 0.14, 2005년 0.11, 2006년 0.14, 2007년 0.11, 2008년 0.15, 2009년 0.15, 2010년 0.16, 2011년 0.14, 2012년 0.15로 통계적으로 유의한 변화가 있는 것으로 나타났다( $p < .001$ ).

표 9. 주관적 건강수준의 SII, RII 추이

	2003년 Mean(95% CI)	2004년 Mean(95% CI)	2005년 Mean(95% CI)	2006년 Mean(95% CI)	2007년 Mean(95% CI)
Class 1	3.7(3.7-3.8)	3.7(3.7-3.8)	3.7(3.6-3.7)	3.8(3.7-3.8)	3.8(3.7-3.8)
Class 2	3.7(3.7-3.7)	3.7(3.6-3.7)	3.6(3.6-3.6)	3.7(3.7-3.7)	3.7(3.7-3.7)
Class 3	3.4(3.3-3.4)	3.4(3.3-3.4)	3.4(3.4-3.5)	3.4(3.3-3.4)	3.5(3.4-3.5)
Class 4	3.5(3.5-3.6)	3.6(3.5-3.6)	3.6(3.5-3.6)	3.6(3.5-3.6)	3.6(3.6-3.6)
Class 5	3.0(2.9-3.1)	3.0(2.9-3.1)	3.1(3.0-3.2)	3.1(3.0-3.2)	3.2(3.1-3.4)
Class 6	3.2(3.1-3.3)	3.2(3.2-3.3)	3.2(3.2-3.3)	3.2(3.2-3.3)	3.3(3.2-3.4)
전체	3.5(3.5-3.6)	3.5(3.5-3.6)	3.5(3.5-3.5)	3.6(3.5-3.6)	3.6(3.6-3.6)
SII (95% CI)	0.55 (0.47-0.62)	0.48 (0.41-0.54)	0.37 (0.30-0.44)	0.49 (0.42-0.56)	0.40 (0.34-0.47)
RII (95% CI)	0.15 (0.13-0.18)	0.14 (0.11-0.15)	0.11 (0.09-0.13)	0.14 (0.12-0.16)	0.11 (0.09-0.13)
	2008년 Mean(95% CI)	2009년 Mean(95% CI)	2010년 Mean(95% CI)	2011년 Mean(95% CI)	2012년 Mean(95% CI)
Class 1	3.8(3.8-3.9)	3.8(3.8-3.9)	3.8(3.7-3.8)	3.8(3.7-3.8)	3.8(3.8-3.8)
Class 2	3.8(3.7-3.8)	3.8(3.7-3.8)	3.8(3.7-3.8)	3.7(3.7-3.7)	3.7(3.7-3.8)
Class 3	3.5(3.4-3.5)	3.5(3.4-3.5)	3.5(3.4-3.5)	3.5(3.4-3.5)	3.5(3.4-3.5)
Class 4	3.6(3.6-3.6)	3.6(3.6-3.7)	3.6(3.6-3.6)	3.6(3.5-3.6)	3.6(3.6-3.6)
Class 5	3.1(3.0-3.2)	3.0(2.9-3.1)	3.1(3.0-3.2)	3.2(3.1-3.2)	3.1(3.1-3.2)
Class 6	3.3(3.2-3.4)	3.3(3.2-3.4)	3.3(3.2-3.3)	3.3(3.3-3.4)	3.3(3.2-3.4)
전체	3.6(3.6-3.6)	3.6(3.6-3.6)	3.6(3.6-3.6)	3.6(3.6-3.6)	3.6(3.6-3.6)
SII (95% CI)	0.55 (0.48-0.61)	0.55 (0.49-0.61)	0.57 (0.51-0.62)	0.50 (0.44-0.55)	0.53 (0.48-0.59)
$p < .001$					
RII (95% CI)	0.15 (0.13-0.17)	0.15 (0.14-0.17)	0.16 (0.14-0.17)	0.14 (0.12-0.15)	0.15 (0.13-0.16)
$p < .001$					

표 10과 표 11은 표 9의 분석을 성별로 하위집단을 구분하여 분석한 것이다. 남성과 여성 모두 2003-2012년 사이 주관적 건강상태의 절대적 불평등과 상대적 불평등의 크기가 통계적으로 유의하게 변화한 것으로 나타났다. 다만 그 구체적 숫자에 있어서는 차이가 있었는데, 남성의 경우 격차가 가장 작을 때의 SII가 0.25, 가장 클 때의 SII가 0.47로 여성의 0.57, 0.79와 상당한 차이를 보였다.

RII의 경우도 마찬가지로 남성은 격차가 가장 작을 때의 RII가 0.07, 가장 클 때의 RII가 0.13으로 비교적 작은 편이었고, 여성은 각각 0.16, 0.23으로 남성의 거의 두 배에 가까웠다. 상위계층의 경우 남성과 여성의 주관적 건강수준이 비슷했지만, 하위계층의 경우 여성의 상대적인 주관적 건강수준이 눈에 띄게 감소하는 것으로 나타났다. 즉, 하위계층 여성의 나쁜 주관적 건강이 계층별 건강불평등에 상당부분 기여하고 있었다.

남녀의 건강불평등 크기 차이에도 불구하고 연도별 변화양상은 성별로 비슷하게 나타났다. 남녀 모두 2005년에 건강불평등의 크기가 가장 작은 것으로 나타났으며, 2008-2010년 사이 건강불평등 정도가 매우 높은 것으로 나타났다.

표 10. 남성의 주관적 건강수준의 SII, RII 추이

	2003년 Mean(95% CI)	2004년 Mean(95% CI)	2005년 Mean(95% CI)	2006년 Mean(95% CI)	2007년 Mean(95% CI)
Class 1	3.7(3.7-3.8)	3.8(3.7-3.8)	3.7(3.6-3.7)	3.8(3.7-3.8)	3.8(3.7-3.9)
Class 2	3.7(3.7-3.7)	3.7(3.7-3.7)	3.6(3.6-3.6)	3.7(3.7-3.8)	3.7(3.7-3.8)
Class 3	3.4(3.4-3.5)	3.4(3.4-3.5)	3.5(3.4-3.5)	3.4(3.4-3.5)	3.5(3.5-3.6)
Class 4	3.6(3.6-3.7)	3.6(3.6-3.6)	3.6(3.6-3.6)	3.6(3.6-3.7)	3.7(3.6-3.7)
Class 5	3.1(3.0-3.2)	3.1(3.0-3.2)	3.2(3.1-3.3)	3.2(3.1-3.3)	3.4(3.3-3.5)
Class 6	3.3(3.2-3.4)	3.3(3.2-3.4)	3.3(3.2-3.4)	3.4(3.3-3.5)	3.4(3.3-3.5)
전체	3.6(3.5-3.6)	3.6(3.6-3.6)	3.5(3.5-3.6)	3.6(3.6-3.6)	3.6(3.6-3.7)
SII (95% CI)	0.43 (0.34-0.52)	0.41 (0.33-0.50)	0.25 (0.17-0.34)	0.37 (0.29-0.46)	0.32 (0.24-0.40)
RII (95% CI)	0.12 (0.09-0.15)	0.11 (0.09-0.14)	0.07 (0.05-0.10)	0.10 (0.08-0.13)	0.09 (0.06-0.11)
	2008년 Mean(95% CI)	2009년 Mean(95% CI)	2010년 Mean(95% CI)	2011년 Mean(95% CI)	2012년 Mean(95% CI)
Class 1	3.9(3.8-3.9)	3.8(3.8-3.9)	3.8(3.7-3.8)	3.8(3.7-3.8)	3.8(3.8-3.8)
Class 2	3.8(3.8-3.8)	3.8(3.7-3.8)	3.8(3.7-3.8)	3.7(3.7-3.8)	3.8(3.7-3.8)
Class 3	3.6(3.5-3.6)	3.5(3.5-3.6)	3.5(3.4-3.6)	3.5(3.5-3.6)	3.5(3.4-3.6)
Class 4	3.7(3.7-3.7)	3.7(3.7-3.8)	3.7(3.6-3.7)	3.6(3.6-3.7)	3.6(3.6-3.7)
Class 5	3.2(3.1-3.3)	3.1(3.0-3.3)	3.1(3.1-3.2)	3.2(3.1-3.3)	3.2(3.1-3.3)
Class 6	3.4(3.3-3.5)	3.4(3.3-3.5)	3.4(3.3-3.4)	3.4(3.3-3.4)	3.4(3.3-3.5)
전체	3.7(3.7-3.7)	3.7(3.6-3.7)	3.6(3.6-3.6)	3.6(3.6-3.6)	3.6(3.6-3.6)
SII (95% CI)	0.46 (0.37-0.54)	0.42 (0.34-0.50)	0.47 (0.40-0.55)	0.42 (0.35-0.49)	0.43 (0.36-0.49)
$p < .001$					
RII (95% CI)	0.12 (0.10-0.15)	0.11 (0.09-0.14)	0.13 (0.11-0.15)	0.12 (0.10-0.14)	0.12 (0.10-0.14)
$p < .001$					



표 11. 여성의 주관적 건강수준의 SII, RII 추이

	2003년 Mean(95% CI)	2004년 Mean(95% CI)	2005년 Mean(95% CI)	2006년 Mean(95% CI)	2007년 Mean(95% CI)
Class 1	3.7(3.7-3.8)	3.7(3.6-3.8)	3.7(3.6-3.8)	3.7(3.7-3.8)	3.7(3.6-3.8)
Class 2	3.7(3.7-3.8)	3.6(3.6-3.7)	3.6(3.6-3.7)	3.7(3.6-3.7)	3.6(3.6-3.7)
Class 3	3.2(3.1-3.4)	3.3(3.2-3.4)	3.4(3.3-3.4)	3.3(3.2-3.4)	3.4(3.3-3.5)
Class 4	3.4(3.3-3.5)	3.4(3.4-3.5)	3.4(3.4-3.5)	3.5(3.4-3.5)	3.5(3.4-3.5)
Class 5	2.7(2.4-2.9)	2.8(2.5-3.0)	2.9(2.6-3.1)	2.8(2.5-3.0)	2.7(2.4-2.9)
Class 6	3.1(3.0-3.2)	3.1(3.0-3.2)	3.1(3.0-3.2)	3.0(2.9-3.2)	3.2(3.1-3.3)
전체	3.5(3.4-3.5)	3.5(3.4-3.5)	3.5(3.4-3.5)	3.5(3.5-3.5)	3.5(3.5-3.5)
SII (95% CI)	0.74 (0.62-0.86)	0.59 (0.49-0.70)	0.57 (0.46-0.68)	0.71 (0.60-0.82)	0.57 (0.46-0.68)
RII (95% CI)	0.21 (0.18-0.25)	0.17 (0.14-0.21)	0.16 (0.13-0.20)	0.20 (0.17-0.23)	0.16 (0.13-0.19)
	2008년 Mean(95% CI)	2009년 Mean(95% CI)	2010년 Mean(95% CI)	2011년 Mean(95% CI)	2012년 Mean(95% CI)
Class 1	3.8(3.7-3.9)	3.8(3.7-3.8)	3.8(3.7-3.8)	3.8(3.7-3.8)	3.8(3.8-3.9)
Class 2	3.7(3.7-3.8)	3.8(3.7-3.8)	3.7(3.7-3.8)	3.7(3.6-3.7)	3.7(3.6-3.7)
Class 3	3.3(3.2-3.4)	3.4(3.4-3.5)	3.4(3.4-3.5)	3.4(3.4-3.5)	3.4(3.3-3.5)
Class 4	3.5(3.4-3.5)	3.4(3.4-3.5)	3.4(3.4-3.5)	3.4(3.4-3.5)	3.5(3.4-3.5)
Class 5	2.7(2.5-3.0)	2.7(2.5-2.9)	2.8(2.6-3.0)	2.9(2.7-3.1)	2.9(2.7-3.1)
Class 6	3.2(3.1-3.3)	3.2(3.1-3.3)	3.2(3.1-3.2)	3.3(3.2-3.3)	3.2(3.1-3.2)
전체	3.5(3.5-3.6)	3.5(3.5-3.5)	3.5(3.5-3.5)	3.5(3.5-3.5)	3.5(3.5-3.5)
SII (95% CI)	0.72 (0.61-0.82)	0.79 (0.69-0.89)	0.73 (0.63-0.82)	0.62 (0.53-0.72)	0.71 (0.62-0.79)
$p=.009$					
RII (95% CI)	0.21 (0.17-0.23)	0.23 (0.20-0.25)	0.21 (0.18-0.23)	0.18 (0.15-0.21)	0.20 (0.18-0.23)
$p=.011$					

## 제 5 장 결론 및 고찰

### 제1절 연구결과에 대한 고찰

본 연구는 직업과 종사상 지위에 기반하여 분류한 사회계층에 따라 주관적 건강상태 및 건강행위 실천 정도에 차이가 있는지 확인하고, 그 차이의 정도를 연도별로 산출해보고자 하였다. 분석은 2005-2012년 한국노동패널자료를 통해 계층 산출이 가능한 만20세 이상 성인을 대상으로 하였다.

사회계층은 통계청의 한국직업분류와 홍두승의 계층분류법을 근거로 한 윤태호 등(2000)의 분류를 따랐으며 이를 통해 직업과 종사상 지위에 따라 Class 1부터 Class 6까지 6개 사회계층이 범주화되었다.

분석 결과 2005년과 2012년 사이 종사상 지위와 정규직 여부, 사회계층의 구성에 변화가 있는 것으로 나타났으며 사회계층의 분포는 성별과 교육수준 등에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 어찌 보면 당연한 것이라 여겨질 수도 있으나 직업선택과 밀접한 관련이 있는 교육수준뿐 아니라 성별에 따라서도 유의한 직업계층의 차이가 나타나는 것은 아직 우리 사회에서 남녀 사이의 직업적 측면의 불평등이 분명히 존재하고 있음을 나타내는 것이기도 하다.

주관적 건강수준, 신체활동, 흡연, 음주는 모두 사회계층에 따라 유의한 차이가 있었으나 신체활동, 흡연, 음주는 사회계층과 그 건강수준의 결과가 선형관계를 보이지는 않았으며 주관적 건강수준은 비교적 선형관계를 나타냈다.

이는 선행연구에서 같은 분류를 통해 건강행태, 만성질환 유병률, 주관적 건강수준, 건강관련 삶의 질 등에 계층별 차이가 존재함을 밝혔던 것과 일관된 맥락을 보인 것이다. 다만 윤태호 등(2000)이나 김혜련(2005)의 연구와 달리 건강행태와 계층의 선형관계를 확인할 수는 없었던 점이 달랐다.

이는 방법론적인 차이의 영향도 있을 수 있지만 그보다는 특정 계층의

건강수준이 10여 년 사이에 급격히 나빠진 것 때문일 가능성이 있다. 표 8의 사회계층에 따른 주관적 건강수준을 보면 Class 3과 4, Class 5와 6의 역전현상이 나타나는데 Class 3과 5는 자영업자만으로 이루어진 계급이라는 공통점이 있다. 즉, 자영업자들의 건강이 과거에 비해 다른 근로자들에 비해 특히 악화되었을 가능성이 있다. 특히 Class 5 즉, 자영업층은 한 달 평균 운동시간이 가장 적고, 음주 정도는 가장 높은 것으로 나타나 이들을 위한 건강증진 정책의 필요성이 요구된다.

주관적 건강수준의 SII와 RII를 산출한 결과 2003-2012년 사이 SII는 최소 0.37 (2005년), 최대 0.57 (2010년)이었으며 통계적으로 유의한 변화가 있는 것으로 나타났다. RII는 최소 0.11 (2005년), 최대 0.16 (2010년)이었으며 역시 통계적으로 유의한 변화가 있는 것으로 나타났다. 남녀를 분리하여 분석한 결과도 이와 유사하였다.

전체적인 경향성을 살펴보면 2003-2012년 사이 절대불평등과 상대불평등 모두 그 크기가 감소하였다가 다시 증가한 것을 확인할 수 있는데 직접적인 비교는 어려우나 비슷한 시기 직업에 따른 흡연율, 특정원인 사망률에서 불평등 정도가 증가함을 밝혔던 선행연구들(Khang 등, 2009; 김일호 등, 2011; 김기혜 등, 2007)의 존재로 미루어보아 직업계층에 따른 건강불평등이 한국 사회에서 아직 해결되지 않은 미해결 영역의 문제로 남아있음을 확인할 수 있었다.

이에 더해 2000년대 중반 불평등 정도가 가장 낮아졌다가 이후 다시 이전 수준으로 회복되는 경향을 보였는데 각 연도의 불평등 정도에 영향을 미친 요인 정책적 혹은 사회적 요인이 있었을 것으로 추측되며 이를 분석하는 후속연구가 이어진다면 정책 제언이 좀 더 도움이 될 것으로 보인다.

## 제2절 연구의 제한점

첫째로 본 연구는 사회계층의 분류와 관련한 한계를 갖는다. 본 연구에서 사용한 분류가 만들어진 2000년에 비해 한국 사회의 직업적, 사회적 특성이 상당히 달라졌음에도 불구하고 그것을 충분히 반영하지 못하였다. 2010년대 한국의 상황을 반영하는 새로운 계층분류법 연구가 필요하다.

둘째로, 본 연구는 단순히 2003-2012년 사이 불평등 지수의 변화가 있었는지만 확인했을 뿐 지수의 변화를 가져온 원인의 탐색은 이루어지지 못하였다. 직업계층에 따른 건강불평등 지수의 변화를 가져온 정책적, 사회적 원인을 분석하는 후속연구가 필요한 것으로 보인다.

## 참고문헌

- 강영호, 윤성철, 황인아, 이무송, 이상일, 조민우, & 이민정. (2005). 경제 위기에 따른 사망률 불평등의 변화: 지역의 사회경제적 위치 지표의 활용. *J Prev Med Public Health*, 38(3), 359-365.
- 김근희, 정현중, 장성훈, 김형수, 노대희, & 정최경희. (2010). 상이한 분류 기준에 따른 근로형태별 자가평가건강수준 : 한국노동패널조사 자료를 이용한 패널회귀분석. *대한직업환경의학회지*, 22(3), 240-250.
- 김기혜, 이경학, 이상민, 이승연, 이예승, 임경리, . . . 손미아. (2007). 직업 및 교육수준에 따른 사망원인별 비례사망비의 연도별 추이: 1993-2004년 우리나라 사망등록자료의 분석. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 40(1), 7-15.
- 김민경, 정우진, 임승지, 윤수진, 이자경, 김은경, & 고난주. (2010). 한국인의 사회경제적 불평등에 따른 주관적 건강수준의 차이와 건강행태 기여요인 분석. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 43(1), 50-61.
- 김영선. (2014). 고용 유연성이 근로자 건강에 미치는 영향. *보건과 사회과학*, 36, 201-222.
- 김유선. (2003). 쟁점 : 비정규직 규모와 실태 - 통계청, "경제활동인구조사 부가조사"(2003.8) 결과. *노동사회*, 82(0), 24-50.
- 김유선. (2015). 쟁점과 대안 : 비정규직 규모와 실태 통계청, "경제활동인구조사 부가조사" (2015.3) 결과. *노동사회*, 183(0), 54-92.
- 김일호, 박기수, & 천희란. (2011). 산업군별 고용형태에 따른 근로자 흡연을 변화 추이. *보건교육·건강증진학회지*, 28(4), 15-25.
- 김진영, 임인숙, 송예리아, & 한신원. (2012). 고용형태와 성별에 따른 주관적 건강에서의 격차. *한국인구학*, 35(1), 181-209.
- 김철신, & 전지은. (2013). 지니계수를 활용한 한국 12 세 아동의 구강건강불평등 추이연구. *Journal of Korean Academy of Oral*

- Health*, 37(3), 154-160.
- 김태일, & 허순임. (2008). 소득 계층별 의료비 부담의 추이와 정책과제. *보건행정학회지*, 18(4), 23-48.
- 김혜련. (2005). 만성질환 유병과 주관적 건강수준의 사회계층별 차이와 건강행태의 영향. *보건사회연구*, 25(2), 3-35.
- 김혜련. (2007). 우리나라에서 흡연율의 사회계층별 불평등과 변화추이. *보건사회연구*, 27(2), 25-43.
- 리사 F. 버크먼, & 가와치, 이. (2003). *사회 역학*. 서울: 한울아카데미.
- 박나영. (2010). *사회경제적 수준에 따른 연령별 건강 불평등 변화추이*. 서울대학교 보건대학원.
- 박은옥, & 송효정. (2003). 직업과 종사상의 지위를 기준으로 구분한 사회계층에 따른 건강수준의 차이. *한국직업건강간호학회지*, 12(2), 171-176.
- 반정호. (2010). 고용구조 변화와 임금불평등: 종사상지위를 중심으로. *월간 노동리뷰*, 7, 49-62.
- 방하남, 김기현, & 신인철. (2011). *한국의 직업구조 변화와 직업이동 연구*. Retrieved from 서울:
- 손미아. (2002). 사회계층과 건강행위가 유병률에 미치는 영향. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 35(1), 57-64.
- 손미아, 오주환, 최용준, 공정옥, 최지숙, 진은정, . . . 성주현. (2006). 우리나라의 1995-2004 년도 출생코호트에서 부모의 사회계층이 영아사망률과 소아사망률에 미치는 영향. *예방의학회지*, 39(6), 469-476.
- 신순철, & 김문조. (2007). 직업과 고용형태가 주관적 건강상태에 미치는 영향. *보건과 사회과학*, 22, 205-224.
- 신호성. (2009). 건강분야 사회적 배제 변화추이. *Issue & Focus*, 16, 1-8.
- 윤태호, 문옥륜, 이상이, 정백근, 이신재, 김남순, & 장원기. (2000). 우리나라의 사회계층별 건강행태의 차이. *Journal of Preventive*

- Medicine and Public Health*, 33(4), 469-476.
- 이미숙. (2005). 한국 성인의 건강불평등. *韓國社會學*, 39(6), 183-209.
- 이병희, 허재준, 김혜원, 윤윤규, & 김동현. (2008). 노동시장의 구조변화와 고용변동 (87년 이후 노동 20년 연구시리즈). 서울:
- 이승미. (2002). 한국 노인의 사회계층별 건강상태와 사회적 지원의 영향에 관한 연구. *韓國老年學*, 22(3), 135-157.
- 이정민, 김원중, 손혜숙, 전진호, 이명진, & 박현숙. (2012). 연령층별 사회경제적 계층에 따른 건강행위 실천과 주관적 건강수준에 미치는 영향. *한국콘텐츠학회논문지*, 12(6), 317-327.
- 이준혁. (2007). 사회경제적 사망률 불평등과 그 변화 추이: 교육수준과 직업계층 변수를 통한 1995, 2000, 2005 년의 비교. 서울대학교 보건대학원.
- 임경태, 권인선, 김순영, 조영채, & 남해성. (2012). 우리나라 사회계층별 건강관련 삶의 질의 차이와 관련요인. *한국산학기술학회논문지*, 13(5), 2189-2198.
- 조동기, & 조희경. (2002). 지식 정보화 에 따른 직업 구조 의 변화 와 특성: 정보 통신 정책 연구원.
- 최영옥, 정성현, 김덕진, 김용규, & 김주호. (2005). 직업계층에 따른 건강습관실천 및 운동소모열량에 관한 연구. *한국스포츠학회지*, 3(2), 21-32.
- 한국건강형평성학회. (2008). 건강 형평성 측정 방법론. 과주: 한울 :
- 한국노동패널. (2015). 한국노동패널조사 소개. Retrieved from <http://www.kli.re.kr/klips/ko/about/introduce.jsp>
- 홍두승, & 구해근. (2001). *사회계층·계급론* (제2판.. ed.). 서울: 다산출판사.
- Cho, H., Song, Y., Smith, G. D., & Ebrahim, S. (2004). Trends in socio-economic differentials in cigarette smoking behaviour between 1990 and 1998: a large prospective study in Korean men. *Public Health*, 118(8), 553-558.

- Chun, H., Cho, S.-I., Khang, Y.-H., Kang, M., & Kim, I.-H. (2012). Trends in gender-based health inequality in a transitional society: a historical analysis of South Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 45(2), 113-121.
- Daniels, N. (2001). Justice, health, and healthcare. *American Journal of Bioethics*, 1(2), 2-16.
- Harper, S., & Lynch, J. (2005). Methods for measuring cancer disparities: using data relevant to Healthy People 2010 cancer-related objectives.
- Hong, J., Knapp, M., & McGuire, A. (2011). Income related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10 year trend following economic crisis. *World Psychiatry*, 10(1), 40-44.
- Jang, S.-N., Cho, S.-i., Hwang, S.-S., Jung-Choi, K., Im, S.-Y., Lee, J., & Kim, M. K. (2007). Trend of socioeconomic inequality in participation in cervical cancer screening among Korean women. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 40(6), 505-511.
- Jung, M. (2013). Health Disparities among Wage Workers Driven by Employment Instability in the Republic of Korea. *International Journal of Health Services*, 43(3), 483-498.
- Khang, Y.-H., & Cho, H.-J. (2006). Socioeconomic inequality in cigarette smoking: trends by gender, age, and socioeconomic position in South Korea, 1989 - 2003. *Preventive medicine*, 42(6), 415-422.
- Khang, Y.-H., Lynch, J., Yun, S., & Lee, S. (2004). Trends in socioeconomic health inequalities in Korea: use of mortality and morbidity measures. *Journal of epidemiology and community health*, 58(4), 308-314.



- Khang, Y.-H., Lynch, J. W., & Kaplan, G. A. (2005). Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. *International journal of epidemiology*, *34*(6), 1291-1301.
- Khang, Y.-H., Yun, S.-C., Cho, H.-J., & Jung-Choi, K. (2009). The impact of governmental antismoking policy on socioeconomic disparities in cigarette smoking in South Korea. *Nicotine & Tobacco Research*, *11*(3), 262-269.
- Kim, C., & Cho, Y. (2015). Working conditions and leisure-time physical activity among waged workers in South Korea: A cross-sectional study. *Journal of occupational health*(0).
- Kim, I.-H., Khang, Y.-H., Cho, S.-I., Chun, H., & Muntaner, C. (2011). Gender, professional and non-professional work, and the changing pattern of employment-related inequality in poor self-rated health, 1995-2006 in South Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, *44*(1), 22-31.
- Kim, J. M., Son, N.-H., Park, E.-C., Nam, C. M., Kim, T. H., & Cho, W.-H. (2013). The relationship between changes in employment status and mortality risk based on the Korea Labor and Income Panel Study (2003-2008). *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 1010539513486923.
- Kim, S. S., Muntaner, C., Kim, H., Jeon, C. Y., & Perry, M. J. (2013). Gain of employment and depressive symptoms among previously unemployed workers: A longitudinal cohort study in South Korea. *American journal of industrial medicine*, *56*(10), 1245-1250.
- Lee, W. Y., Khang, Y.-H., Noh, M., Ryu, J.-I., Son, M., & Hong, Y.-P. (2009). Trends in educational differentials in suicide mortality between 1993-2006 in Korea. *Yonsei medical journal*, *50*(4), 482-492.

- Min, K.-B., Park, S.-G., Hwang, S. H., & Min, J.-Y. (2015). Precarious employment and the risk of suicidal ideation and suicide attempts. *Preventive medicine, 71*, 72-76.
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International, 6*(3), 217-228.
- Whitehead, M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Quarterly, 76*(3), 469-492.
- Woodward, A., & Kawachi, I. (2000). Why reduce health inequalities? *Journal of epidemiology and community health, 54*(12), 923-929.
- Yoo, S., Cho, H.-J., & Khang, Y.-H. (2010). General and abdominal obesity in South Korea, 1998 - 2007: gender and socioeconomic differences. *Preventive medicine, 51*(6), 460-465.

## Abstract

### **Trends in Socioeconomic Health Inequalities in Korea between 2003-2012**

Lee, Young Sil

Dept. of Public Health policy and Management

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

Purpose : The aim of this study is to examine the trend of Korean health inequality especially focusing on job and employment status.

Method : Korea Labour and Income Panel Study (KLIPS) from 2003-2012 was used. Social class was classified by job and employment status. Smoking rate, alcohol consumption, physical activity and self-rated health were used as health variables. Minors (under age 20) were excluded.

Result : Between 2005-2012 the composition of social class has changed significantly. The distribution of social class differed from sex and education. Self-rated health and social class had a rough linear relationship and others not. Between 2003-2012, the Slope Index of Inequality (SII) of self-rated health was 0.37-0.57. Relative Index of Inequality (RII) was 0.11-0.16. And its trends were both significant. It showed similar results when separated by sex.

Conclusion : This results show that Korean society has unsolved health inequality problem and even it is getting worse. Thus we need active health equity policy to reduce the increasing health inequalities.

Keywords : Health inequality, Social class, Occupation,  
Employment status, Self-rated health, Smoking,  
Alcohol drinking, Exercise

*Student Number* : 2014-23339

This Research has been conducted by the research grant of Research Institute for Healthcare Policy, KMA in 2015.