



저작자표시-비영리-동일조건변경허락 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



동일조건변경허락. 귀하가 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공했을 경우에는, 이 저작물과 동일한 이용허락조건하에서만 배포할 수 있습니다.

- 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

주관적 계층의식이 건강위험행동 및
주관적 건강상태에 미치는 영향

The effects of subjective social status on
health-risk behaviors and self-rated health

2014 년 2 월

서울대학교 보건대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

양 동욱

주관적 계층의식이 건강위험행동 및 주관적 건강상태에 미치는 영향

지도교수 이 태 진

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함
2013년 10월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
양 동 욱

양동욱의 석사 학위논문을 인준함
2013년 12월

위 원 장 조 병 희 (인)

부위원장 김 창 엽 (인)

위 원 이 태 진 (인)

국문초록

본 연구는 한국의 만20세 이상 성인의 주관적 계층의식의 분포를 파악하고, 주관적 계층의식과 건강위험행동 및 주관적 건강상태의 관계를 분석하고자 한다. 한국의료패널 2011년 연간통합자료를 이용하였고, 직접 설문에 응답한 11,467명을 연구의 대상으로 하였다.

연구대상자의 특성에 따른 건강위험행동과 주관적 건강상태 및 주관적 계층의식의 분포를 확인하기 위한 기술통계와 주요 변수들 간의 상관분석을 실시하였다. 건강위험행동 및 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

분석 결과, 주관적 계층의식은 여성에 비해 남성이, 연령이 어릴수록, 배우자가 있고, 만성질환은 없는 경우에 상대적으로 높은 것을 알 수 있었다. 로지스틱 회귀분석의 결과를 살펴보면, 주관적 계층의식이 “하”인 경우에 비해 “중”인 경우 남성은 1.25배, 여성은 2.38배 흡연할 가능성이 적은 것으로 나타났다. 고위험음주는 연구의 가설과 반대로 남성의 경우 주관적 계층의식이 높을수록 더 많이 하는 것으로 나타났으며, 여성의 경우 유의한 영향이 없었다. 주관적 건강상태는 주관적 계층의식이 “하”인 경우에 비해 “상”인 경우 남성은 2.13배, 여성은 2.17배 더 주관적 건강상태가 좋을 가능성이 높은 것으로 나타났다.

인구사회학적 변수와 객관적인 사회경제적 위치 변수를 통제한 후에도 주관적 계층의식은 건강위험행동과 주관적 건강상태에 유의한 관계를 갖는 것으로 나타났다. 따라서 사회 계층에 따른 건강 격차를 줄이기 위해 객관적인 사회경제적 위치뿐만 아니라 개인의 인식 측

면 역시 중요하게 고려할 필요가 있다고 할 수 있다. 또한, 건강 격차를 개선하기 위해 상대적 박탈감을 줄이고 사회적 지지를 향상시킬 수 있는 접근이 필요하다.

주요어 : 주관적 계층의식, 맥아더스케일, 건강위험행동, 주관적 건강
상태

학 번 : 2012-21866

목 차

제 1 장 서론	1
제 1 절 연구의 배경	1
제 2 절 연구의 목적	3
제 2 장 이론적 배경	4
제 1 절 주관적 계층의식	4
1. 계급과 계층	4
2. 주관적 계층의식	5
3. 사회경제적 위치와 건강	8
4. 주관적 계층의식과 건강	10
제 2 절 건강위험행동과 주관적 건강상태	16
1. 건강위험행동	16
2. 주관적 건강상태	18
제 3 장 연구 방법	19
제 1 절 자료원 및 연구 대상	19
제 2 절 연구 모형 및 연구 가설	21
1. 연구가설	21
제 3 절 변수 정의	22
1. 종속변수	22
2. 독립변수	23
제 4 절 분석 방법	30
제 4 장 연구 결과	31
제 1 절 연구 대상자의 특성	31
1. 연구 대상자의 일반적 특성	31
2. 연구 대상자의 특성에 따른 주관적 계층의식의 분포	34
3. 건강위험행동 및 주관적 건강상태의 분포	37
제 2 절 주요 변수들의 상관분석	42
제 3 절 건강위험행동에 영향을 미치는 요인	44
1. 현재 흡연 여부에 영향을 미치는 요인	44

2. 고위험음주 여부에 영향을 미치는 요인	48
제 4 절 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인	52
제 5 장 고찰	56
제 1 절 연구 결과에 대한 고찰	56
제 2 절 연구의 제한점	62
제 6 장 결론 및 제언	64
참고문헌	67
Abstract	75

표 목차

표 1. 주관적 계층의식과 건강의 관계에 대한 국내 연구	14
표 2. 세계보건기구에서 권고하는 하루 음주량과 위험도	17
표 3. 주관적 계층의식의 분포	25
표 4. 직업 지위의 분류 방법	27
표 5. 변수 정의	29
표 6. 연구 대상자의 일반적 특성	33
표 7. 연구 대상자의 특성에 따른 주관적 계층의식의 분포	36
표 8. 연구 대상자의 특성에 따른 현재 흡연 여부의 분포	38
표 9. 연구 대상자의 특성에 따른 고위험음주 여부의 분포	39
표 10. 연구 대상자의 특성에 따른 주관적 건강상태의 분포	41
표 11. 주요 변수들의 상관계수 (Spearman's rho)	43
표 12. 남성의 현재 흡연 여부에 영향을 미치는 요인	46
표 13. 여성의 현재 흡연 여부에 영향을 미치는 요인	47
표 14. 남성의 고위험음주에 영향을 미치는 요인	50
표 15. 여성의 고위험음주에 영향을 미치는 요인	51
표 16. 남성의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인	54
표 17. 여성의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인	55

그림 목차

그림 1. 연구 모형	21
-------------------	----

제 1 장 서론

제 1 절 연구의 배경

사회경제적 위치가 낮을수록 건강수준이 낮다는 명제는 다수의 건강불평등 연구를 통해 입증되어 왔다. 이 연구들에서는 사회경제적 위치를 나타내는 전통적인 지표인 소득, 직업, 교육 수준 등 객관적인 지표들을 사용하여 건강불평등을 밝혀냈다(Marmot et al., 1978; Townsend, & Davidson, 1982 등).

하지만 객관적인 지표가 나타내는 사회경제적 위치와 개인이 사회위계 속에서 스스로 인식하는 주관적인 위치가 항상 같은 것은 아니다. OECD의 기준에 따른 우리나라 중산층의 객관적인 월 가치분소득은 약 354만원, 자산규모는 약 2.5억원이지만, 국민들이 생각하는 중산층의 월 가치분소득은 약 500만원, 자산규모는 약 7.8억원으로 실제 인식과 괴리가 크다는 것을 알 수 있다(현대경제연구원, 2013).

한편, 사회 정책이 단지 물질적인 문제에만 국한된 것이 아니라 사고방식과 같은 영역의 문제 또한 그 목표로 하고 있기 때문에 주관적인 요소는 소홀히 할 수 없다(Veenhoven, 2002). 계층에 대한 인식은 계층과 관련된 태도나 행동, 연대 등과 이어진다는 점에서 계층현상 가운데서도 중요한 본질적인 문제라고 할 수 있다(차종천, 1995). 즉, 주관적 계층의식은 사회계층구조와 주체의 행위를 매개하는 핵심적인 연결고리(Crompton 1993, 김병조 2000)로서 중요한 요소이지만 건강과 관련된 연구에서 이러한 측면의 고려는 부족하였다.

한국 사회는 1997년 외환위기 이후 사회 전반에서 거대한 구조 변동을 겪었다. 산업 구성과 고용 구조, 생활 방식 등이 급격하게 재편되었고, 사회불평등과 양극화의 경향이 심각해져 우리사회가 당면한 주요 사회문제로 부각되었다(이병훈 & 윤정향, 2006). 이 기간 국민들의 주관적 계층의식은 객관적인 수준과 별개로 하락하였다. 스스로를 사회의 중산층으로 여기는 중산층 귀속의식은 외환위기 직전 41.1%였던 것이 10년 후인 2007년에는 28%로 급감하는 등 사회 구성원들의 계층 지위도 크게 변화하였다(남은영, 2012). 사회양극화로 인한 상대적 박탈감이나 불평등의 경험은 비슷한 물질적인 수준에서도 개인이 인식하는 주관적인 위치를 더 낮게 만들 수 있고, 이것은 건강에도 영향을 미칠 수 있으며, 나아가 사회결속을 약화시킬 수도 있다(Marmot, 2004).

최근에 들어 이러한 주관적 계층의식과 건강의 관계에 대한 연구가 활발하게 이루어지고 있다(Adler et al., 2000, Singh-Manoux et al., 2003; Lundberg et al., 2008; Camelo et al., 2013). 이들 연구에서는 주관적 계층의식이 객관적인 지표를 보정한 후에도 건강관련 요소와 보다 더 일관적이고 강하게 연관되어 있는 것으로 드러났으나, 인종이나 민족에 따라서는 다른 결과가 나타나기도 하였다. 국내에서도 주관적 계층의식과 건강의 관계를 분석한 몇몇 연구가 있다(심경선, 2007; 윤인진 & 김상돈, 2008; 신승배, 2009 등). 하지만 특정 연령층에서 비만이나 삶의 질 등을 분석하는데 그쳐, 전체 성인층을 대상으로 한 연구가 필요하다.

따라서 본 연구에서는 우리나라 만20세 이상 성인을 대상으로 주관적 계층의식의 분포를 살펴보고, 건강위험행동과 주관적 건강상태와의 관계를 분석하고자 한다.

제 2 절 연구의 목적

본 연구에서는 주관적 계층의식과 건강위험행동 및 주관적 건강상태의 관계를 밝히고자 한다. 이를 위해 한국의료패널 자료에서 조사된 우리나라 성인의 주관적 계층의식의 분포를 확인하고, 주관적 계층의식을 상-중-하로 나누어 각각의 분류에 따른 흡연 여부와 고위험음주 여부 및 주관적 건강상태의 차이를 확인하고자 한다. 구체적인 연구 문제는 다음과 같다.

1. 우리나라 성인의 주관적 계층의식의 분포를 확인한다.
2. 우리나라 성인의 주관적 계층의식과 고위험음주 및 흡연의 관계를 파악한다.
3. 우리나라 성인의 주관적 계층의식과 주관적 건강상태의 관계를 파악한다.

제 2 장 이론적 배경

제 1 절 주관적 계층의식

1. 계급과 계층

사회구조 안에서 개인이나 집단이 차지하고 있는 위치에 영향을 미치는 사회적·경제적 요인을 사회경제적 위치(socioeconomic position)라고 한다(Berkman & Kawachi, 2003). 사회경제적 위치 이외에 사회경제적 지위(socioeconomic status), 사회적 지위(social status), 사회계급(social class), 사회계층(social stratification) 등도 사용되는데, 이와 같은 용어들은 호환되기도 하지만 서로 다른 역사적·학문적 배경을 가지고 있다(Choi et al., 2007).

사회학에서는 인간 사회에서 개인이나 집단 사이에 존재하는 불평등을 사회 계층(social stratification)이라는 말로 표현하고, 이러한 계층은 재산이나 소유와 관련지어 이해되지만 성별, 나이 혹은 종교 등 다른 속성들에 기초하여 사회 계층화가 일어나기도 한다(Giddens, 2011). 사회 불평등 현상인 사회 계층화를 이해하는 개념으로 ‘계급’과 ‘계층’이라는 용어가 사용되고, 연구자마다 다르게 규정하고 있거나 양자를 크게 구분하지 않고 사용하기도 한다.

2. 주관적 계층의식

주관적 계층의식은 사회 구성원 스스로가 자신의 사회경제적 위계상 위치를 인지하고 판단하는 것을 의미한다. 즉 주관적 계층의식은 사회의 위계속에서 자신의 위치를 자리매김하거나, 특정 계층지위에 주관적인 일체감을 귀속시키는 것으로 정의할 수 있다(Davis, 1956; Jackman & Jackman, 1973; 이정훈 & 윤정향, 2006).

서구에서 주관적 계층의식은 흔히 주관적 계급 귀속감 혹은 주관적 계급 일체감으로 불리어지고 있고, 이는 한 사회의 구조 내에서 특정한 계급(계층)에 느끼는 심정적 일체감 또는 다른 계급을 향한 적대감을 뜻한다. 서구에서 진행된 계층의식에 대한 이론적 논의는 크게 구조적 시각과 사회경제적 시각으로 나누어 살펴볼 수 있다. 구조적 시각은 전통적으로 형성 배경을 바탕으로 주로 작업장 내의 권력 관계에 의해 규정된다고 보는 입장이고, 사회경제적 시각은 주로 소득, 직업, 교육 등 사회경제적 시장자원의 보유 수준을 강조한다(장상수, 1996).

이러한 두 가지 관점뿐만 아니라 비교적 최근에 들어서는 계층의식 혹은 계급 정체성이 위에서 언급한 생산관계의 구조나 사회경제적인 지위에 의해 단편적으로 결정되는 것이 아니라, 일상생활에서 이루어지는 공통 경험과 정치·교육·문화 등의 영역에서 의도적인 상호 행위를 통해 이루어지는 것과 관련지어 이해하려는 과정적 접근 방식이 중요하게 부각되고 있다(안치민, 1992; 이병훈 & 윤정향, 2006에서 재인용). 과정적 분석관점에서는 계층의식이 생산관계적 위치 및 직업, 소득, 교육 등과 같은 사회경제적 위상뿐만 아니라 생활양식과 소비행태의 선택과 구별 짓기(distinction)의 문화적 상징

등 보다 다양한 사회적 요인들에 의해 영향을 받아 형성되는 것으로 본다. 이에 따르면 계층이나 계급이 주어지는 고정적 실체가 아니라 생활체험과 담론적 실천에 의해 그 정체성이 형성, 변용되는 구성체로 논의함으로써 계층의식에 대한 보다 정교한 분석의 실마리를 제공하고 있다(신광영, 1997).

이와 유사하게 Bourdieu는 계급 개념에 있어서 경제적 자본이 여전히 중요하지만, 그 이외에도 생활양식과 선택 기호로 표현되는 문화적, 사회적, 상징적 자본 또한 중요하다고 주장한다(Giddens, 2011). 그의 계급이론의 핵심 중 하나인 아비투스(habitus)는 “개인 행위의 의식적·무의식적 실천논리이자, 특정한 사회적 환경에 의해 획득된 개인의 성향, 사고, 인지, 판단과 행동의 체계를 일컫는 개념”이고, 이는 개인 수준을 넘어 집합적 수준에서 형성된 사회적 구성물로서 존재한다. 사회적 맥락에 의해 전수되어진 아비투스의 존재로 사회 구조 속의 위치, 다시 말해 각각의 계급이나 계층에 따라 기본 생활에서부터 문화 상품의 소비까지 광범위한 영역에서의 생활양식과 소비 행위의 차이가 발현된다고 주장한다(조돈문, 2005; 송한나, 2013).

즉, 주관적 계층의식은 사회적 맥락에 다양하게 영향을 받는 가변적인 것이고, 그러한 의식은 스스로가 속한다고 느끼는 계층이나 계급이 공유하는 생활양식이나 태도, 행동 등의 실천으로 이어진다고 볼 수 있으므로 개인이 스스로 갖는 주관적 계층의식은 개인의 생활양식이나 태도, 행동 등에 영향을 미친다는 점에서 매우 중요하다. 또한, 사회 구조 속에서 개인의 객관적인 위치와 주관적 계층의식이 일치하지 않더라도 계층에 대한 인식은 행위에 많은 영향을 미칠 수 있는 것이기 때문에, 사회 불평등에 있어서도 중요하며, 이는 곧 건

강행동과도 관련이 있으므로 건강문제에 있어서도 주관적 계층의식은 간과해서는 안 되는 요소이다.

주관적 계층의식과 관련된 기존의 연구는 크게 두 가지 방향에서 이루어지고 있는데, 한 가지는 사회구성원이 자신을 계층구조 속 어디에 자리매김하느냐에 대한 연구, 즉 “계층관”에 대한 연구이며, 다른 한 가지는 특정 계층이 어떤 의식을 갖는지에 대한 연구, 즉 “계층성향”에 대한 연구로 구분할 수 있다. 계층성향에 대한 연구는 특정 계층이 어떠한 사회의식·정치의식·집단행동과 관련된 의식을 갖고 있는가를 연구하는 것이다. 그리고 이러한 연구는 모두 계층의식의 결정요인에 대한 탐구로 이어진다(김병조, 2000).

주관적 계층의식의 결정요인에 대한 서양의 대표적인 연구로 거론되는 Jackman & Jackman(1983)의 연구는 다양한 변수를 독립변수로 하여 주관적 계층의식의 결정요인을 분석하였고, 그 결과 계층의식을 결정하는 요인은 직업(직업위세), 소득, 교육의 순서인 것으로 나타났다(Jackman & Jackman, 1983).

주관적 계층의식의 결정요인에 대한 국내 연구들에서도 연구자에 따라서 영향력 크기의 순서 차이는 있지만 직업, 소득, 교육 수준이 일차적으로 중요한 변수임이 밝혀졌다(김경동 & 최태룡, 1983; 장상수, 1996; 김병조, 2000; Yoon & Seok, 1996).

이와 같이 주관적 계층의식의 형성에 직업, 소득, 교육 수준 같은 객관적인 요소가 주로 영향을 미치지만, 주관적 계층의식은 스스로가 자신의 사회경제적 위치를 인지하고 판단하는 것이므로, 이러한 객관적인 요소뿐만 아니라 과거의 사회경제적 위치, 미래에 대한 전망, 가구의 자원, 사회에서의 경험과 기회, 위세(prestige)와 같은 비경제적인 기준 또한 반영한다고 할 수 있다(Singh-Manoux et al.,

2003). Andersen et al.(2012)의 연구에서 소득 불평등은 주관적 계층 의식에도 부정적인 영향을 주어서, 경제가 개발되고 평균적인 가계 소득이 증가하더라도 소득불평등이 커진다면 소득 증가와 반대로 계층의식이 감소하여 전체적인 계층의식의 분포가 양극화된다는 것을 밝혔다.

또한, 주관적 계층의식은 박탈의 경험에 대한 스스로의 평가 (Demakakos et al., 2008)나 상대적 박탈의 과정(Schnittker & McLeod, 2005)을 반영하기 때문에 건강에 대해 객관적인 사회경제적 위치 지표보다 민감하고 포괄적인 것으로 보기도 한다(Adler, 2009).

3. 사회경제적 위치와 건강

영국과 미국 등 서구에서는 인구 집단의 사회경제적 수준의 차이에 따른 건강 수준의 격차, 불평등에 대한 연구가 활발히 이루어져왔다. 영국에서 1967년에 시작된 1차 화이트홀 연구(Whitehall I study)와 1980년에 발표된 블랙리포트(Black Report), 1985년에 시작된 2차 화이트홀 연구(Whitehall II Study) 등을 통하여 직업, 소득, 교육수준에 따라 구분한 그룹별로 사망과 질병에 있어서 상당한 격차가 존재한다는 사실을 밝혀냈고, 건강 결정요인으로써 사회경제적 요인에 대한 관심을 불러일으켰다(Marmot et al., 1978; Townsend, & Davidson, 1982; Marmot et al., 1991; Mackenbach et al., 1997). 이러한 사회경제적 수준에 따른 건강 수준의 차이는 건강 격차 (health disparities), 건강불평등(health inequality), 건강형평성 (health equity)등으로 통용되기도 한다(강영호, 2007).

이러한 논의들이 건강불평등의 이유를 사회경제적인 격차 (disparities)에만 돌리는 것은 아니다. 건강불평등은 사회경제적 격차뿐만 아니라 생물학적 차이의 결과이기도 하다. 하지만 전자에 더 주목하는 이유는 이것의 효과가 더 크기 때문이 아니라 이것이 피할 수 있고, 본질적으로 부당한 문제이기 때문이다(Adler & Rehkopf, 2008a).

사회경제적 건강불평등에 대한 가장 중요한 역사적 문헌으로 평가받는 블랙리포트는 영국이 국가공영의료체계인 NHS(National Health Service)하에서도 건강불평등이 지속되는 원인을 규명하고자 하였다. 블랙리포트는 건강불평등의 설명틀(mechanism, pathway)을 제시하였다는 점에서 역사적, 학술적으로 큰 의의가 있다(김혜련 등, 2004). 사회경제적 건강불평등의 설명틀로서 (1) 인조설(artifact), (2) 자연/사회 선택(nature/social selection), (3) 문화적/행태적 요인(cultural/behavioral), (4) 물질적/구조적 요인(material/structure)을 제시하였는데, 부분적인 변화가 있지만 현재까지도 건강불평등의 설명틀로 사용되고 있다(강영호, 2007).

1967년에 시작된 1차 화이트홀 연구는 영국의 40~64세 남성 공무원 18,403명을 추적하여 직업계층 간 관상동맥질환 사망률의 차이를 밝힌 연구이다. 연구 결과, 관상동맥질환의 위험요인으로 알려진 흡연, 수축기혈압, 혈중 콜레스테롤, 과체중, 혈당을 보정한 후에도 사망률 차이의 상당 부분은 설명되지 않았다(Marmot et al., 1978). 연구의 대상자들이 모두 직업을 가지고 있었고, 영국 NHS의 무상 의료서비스를 제공받고 있었기 때문에 물질적 박탈이나 절대적 빈곤 속에서 생활하고 있다고 생각할 수 없음에도 불구하고, 계단형의 사망률 불평등이 나타났다. 이는 빈곤과 건강에 대한 기존 관념을 바

뛰, 절대적 빈곤이나 물질적 박탈 뿐만 아니라 다양한 위험요인이 사망률에 영향을 미친다는 판단을 가능하게 하였다(김혜련 등, 2004; 강영호, 2007). 이후 건강의 사회경제적 불평등의 설명방법으로 심리사회적 요인이 주목받기 시작했고 2차 화이트홀 연구는 관상동맥 질환 발생에 있어 심리사회적 요인의 역할에 초점을 두어 진행되었다. Marmot 등은 건강불평등의 기전으로 심리사회적 요인의 역할이 매우 중요하다는 점을 밝혔다(Marmot et al., 1997; 김혜련 등, 2004에서 재인용).

4. 주관적 계층의식과 건강

사회경제적 위치와 건강의 관계에 대해서 다양한 연구가 이루어졌지만, 아직 그 경로는 완벽히 정립되지 않았다(Adler & Rehkopf, 2008a). Wilkinson은 그의 연구에서 건강에 있어 사회경제적 위치의 절대적인 수준이 중요한 것이 아니라 상대적인 위치에 따른 불평등이 더 중요하다고 주장하였다(Wilkinson, 1999). 이에 따르면 개인이 스스로 인식·평가하는 주관적 계층의식이 건강에 강력하게 연관된 것으로 생각 할 수 있다.

앞서 언급한 것처럼, 주관적 계층의식은 객관적인 지표로 잡아 낼 수 없는 사회적 관계나 경험의 다양한 측면을 반영할 수 있기 때문에 건강에 대해 전통적인 사회경제적 위치 지표보다 포괄적이고 민감한 것으로 생각된다. Adler는 주관적 계층의식이 건강에 영향을 미치는 심리사회적인 경로에 주목했는데(Adler, 2009), 낮은 사회경제적 위치와 관련된 부정적인 심리와 스트레스는 흡연이나 약물사용과 같은 건강에 해로운 대처행동(coping)을 하게 만들고, 스트레스에 대

한 회복력을 낮추고, 건강에 위험한 생리학적인 변화를 일으킴으로써 건강에 좋지 않은 영향을 줄 수 있다(Lundberg & Kristenson, 2008; Wolff et al., 2010).

스트레스와 관련된 주장들은 절대적인 박탈보다 상대적 박탈에 주목한다. 높은 위치에 있는 계층을 포함한 거의 대부분의 사람들은 사회경제적 위계 속에서 끊임없이 다른 사람과 비교를 하고, 보다 높은 수준에 있는 사람과의 비교를 통해 느끼게 되는 부정적인 사회비교(social comparison)는 스트레스를 해소하기 위한 보상행동으로서 건강위험행동을 하게 만들기도 하며, 궁극적으로는 사회 전체의 결속을 약화시키기도 한다(Marmot, 2004). 즉, 높은 수준의 사회적 불평등은 상대적 박탈감을 악화시키고 건강행동에 있어서 사회경제적 위치에 따른 격차, 건강행동의 불평등을 발생시키게 된다(Wilkinson, 1996; Pampel et al., 2010에서 재인용).

이러한 시각에서 주관적 계층의식과 건강의 연관성에 대해 분석한 연구는 2000년대에 들어 Adler et al.(2000)의 연구를 비롯하여 활발하게 이루어졌다. 그 이전에도 사회 구조 속에서 개인이 스스로 인지하는 상대적인 위치를 측정하기 위한 시도는 있었다. 이들 연구에서는 주로 하위계급(lower class), 중간계급(middle class), 상위계급(upper class)의 3분류나, 여기에 노동계층(working class)을 포함한 4분류로서 계층의식을 측정하였다(Centers, 1949; Jackman & Jackman, 1973; 김병조, 2000에서 재인용). 하지만 이러한 가치판단적인 분류(value-laden label)에 의한 조사에서는 대부분의 응답이 중간계층으로 수렴하는 경향이 있었다(Nobles et al., 2013).

Adler et al. (2000)의 연구에서는 이러한 경향을 피하고자 가치판단적인 요소가 덜한 시각척도(visual analogue scale)를 개발하여 주

관적 계층의식을 측정하고자 하였다. MacArthur Scale로 불리는 이 척도는 Cantril(1965)의 연구에서 사용한 척도와 비슷한 10계단의 사다리 모양의 척도로 가장 위쪽 계단은 그 사회에서 가장 잘 사는 -돈이 가장 많고, 가장 교육 수준이 높고, 가장 존경 받는 직업을 가진- 사람을 나타내고, 아래로 내려올수록 그 수준이 낮아져서 가장 아래쪽 계단에서는 그 사회에서 가장 못 사는 사람을 나타내는 척도로써, 개인이 스스로 사회 구조 속에서 인식하는 자신의 위치를 표시하는 방식으로 측정이 이뤄진다(Adler et al., 2000).

국외에서는 주관적 계층의식과 건강의 관련성에 대한 다양한 연구가 이루어졌다. 앞서 언급한 Adler et al. (2000)의 연구에서는 30-46세의 미국 백인 여성을 대상으로 연구가 이루어졌는데, 그 결과 주관적 계층의식이 높을수록 심리학적인 기능과 주관적 건강상태가 높았고, 이러한 관계는 객관적인 사회경제적 위치 지표보다 더 일관되고 강한 관련성을 보였다.

그 이외에도 영국에서 2차 화이트홀 연구 참가자를 대상으로 한 연구 (Singh-Manoux et al., 2003)나 미국이나 헝가리의 국가 표본 자료를 이용한 연구(Operario et al., 2004; Kopp et al., 2004), 스웨덴에서 45-69세의 성인을 대상으로 한 연구(Lundberg & Kristenson, 2008), 대만이나 브라질의 고령층을 대상으로 한 연구(Hu et al., 2005; Camelo et al. 2013) 등에서도 주관적 계층의식이 높을수록 다양한 변수로 측정된 건강 수준이 높은 것으로 나타났고, 이러한 연관성은 객관적인 사회경제적 위치 지표를 보정한 상태에서도 유의한 것으로 나타났다.

하지만 연구에 따라서 다른 결과가 나타나기도 하였다. 미국에서 다양한 민족 출신의 임신부를 대상으로 주관적 계층의식과 건강의

연관성을 분석한 Ostrove et al.(2000)의 연구 결과, 일부 민족 출신의 임신부에서는 객관적인 사회경제적 위치 지표를 통제하면 주관적 계층의식과 건강의 관계가 유의하지 않은 것으로 밝혀졌다. 2차 화이트홀 연구에 참여한 영국의 공무원과 미국의 CARDIA(Coronary Artery Risk Development in Young Adults) 연구에 참여한 백인과 흑인을 비교한 Adler et al.(2008)의 연구에서는 미국의 흑인 집단의 경우 다른 집단에 비해 주관적 계층의식과 건강의 연관성이 약한 것으로 나타났다.

이상에서 살펴보았듯, 주관적 계층의식과 건강관련 변수의 연관성을 분석한 결과, 객관적인 사회경제적 위치 지표를 통제한 상태에서도 주관적 계층의식과 건강은 유의한 연관성을 나타냈지만, 민족이나 인종에 따라서 그 영향력이 다르게 나타나기도 하였다.

국내에서도 주관적 계층의식과 건강의 연관성을 분석한 몇몇 연구가 이루어졌다(표1). 심경선(2007)의 연구에서는 인천 지역 중·고등학생을 대상으로 객관적인 사회경제적 위치 지표로서 가계소득이나 부모의 직업과 교육수준 등과 주관적 계층의식이 청소년 비만에 미치는 영향에 대해 분석하였는데, 청소년의 주관적 계층의식이 높을수록 비만도가 낮아지는 유의한 연관성을 보였다. 윤인진과 김상돈(2008)의 연구에서는 주관적 계층의식과 생활만족도의 관계는 고급 여가활용이 매개한다는 것을 밝혔고, 신승배(2009)는 장애인의 생활만족도에 미치는 요인에 대한 분석에서, 전반적인 생활만족도는 삶의 객관적인 조건에는 영향을 받지 않고, 주관적 계층의식이 큰 영향을 미친다는 것을 확인하였다.

표 1. 주관적 계층의식과 건강의 관계에 대한 국내 연구

문헌	자료원 및 대상	독립변수	종속변수	주요 결과
심경선 (2007)	인천 지역 중·고등학생	주관적 계층의식, 가계소득, 부모직업, 부모교육	BMI	주관적 계층의식이 청소년의 비만도와는 유의한 관련성 보임
윤인진·김상돈 (2008)	KGSS 2007	주관적 계층의식 소득, 직업, 교육, 고급여가활용	생활만족도	주관적 계층의식과 생활만족도는 고급여가활용이 매개함
신승배 (2009)	장애인고용패널조사 1차자료(2008)	주관적 계층의식, 장애종류, 장애정도, 교육, 소득, 직업, 중증여부	직업생활만족도 일상생활만족도	주관적 계층의식이 직업생활만족도와 유의한 관련성
오현복 (2010)	고령화패널조사 2차 자료(2008)	주관적 계층의식, 교육, 가구총소득, 가구총자산, 주택소유여부	삶의 질 만족도, 건강상태 만족도, 우울(CES-D10)	주관적 계층의식이 종속변수 모두와 큰 연관성을 보임
김연옥 등 (2012)	장애인고용패널조사 4차자료(2011) - 여성장애인	주관적 계층의식, 교육, 소득, 취업여부, 장애유형, 장애정도	일상생활만족도	주관적 계층의식과 일상생활만족도는 유의한 연관성
조광덕 (2012)	KGSS 2009	주관적 계층의식 (동거)가족구성원 수	우울(PHQ-9)	주관적 계층의식이 낮을수록, 가구원수가 적을수록 우울증과 유의한 결과
Ha et al. (2012)	Korea Youth Risk Behavior Web-Based Survey	subjective social status, weight perception, weight control behavior	weight status	낮은 주관적 계층의식과 과체중의 위험과의 관계는 여학생에서만 나타남
최령 등 (2013)	한국의료패널 3차자료(2009)	주관적 계층의식 소득계층, 가구소득, 스트레스인지, 장애유무, 외래입원진단	외래 및 입원이용횟수 및 의료비	의료이용에 있어서 소득계층과 주관적 계층 간 큰 차이 없음

주관적 계층의식과 건강의 연관성을 분석한 국내 연구는 대부분 청소년이나 고령층, 장애인 등 특정 인구집단을 대상으로 분석하였다. 그리고 건강관련 변수로 생활만족도, 우울, 비만 등 건강의 일부

만을 종속변수로 분석하였고, 전반적인 건강 상태나 건강 행동 등에 미치는 영향에 대한 분석은 이루어지지 않았다.

국외 연구에서 인종과 민족에 따라서 주관적 계층의식과 건강의 연관성이 다를 수 있음을 확인하였으나 국내에서는 아직 그에 대해 충분한 분석이 이루어지지 않았으므로, 전체 성인을 대상으로 주관적 계층의식과 전반적인 건강 상태 및 건강 행동의 관계에 대해서 분석하는 것이 필요하다.

제 2 절 건강위험행동과 주관적 건강상태

1. 건강위험행동

1960~80년대의 Framingham 연구, Alamada County 연구 등을 비롯한 대규모 역학조사에서 건강행동이 건강에 영향을 미치는 중요요인임이 밝혀져 오고 있다. 블랙리포트에서도 건강불평등을 설명하는 방식의 하나로 건강행동의 중요성을 제시한 바 있다.

최근의 연구들에서는 사회경제적 위치가 낮을수록 흡연이나 음주 같은 건강위험행동을 많이 하고 있고, 건강실천 수준이 사회경제적 위치에 따라 차이를 보인다는 점이 주목받고 있다. 사회 계층에 따라서 건강실천이나 건강위험행동이 집단적으로 차별화된다는 것이다 (Macintyre, 1997). 건강불평등의 상당 부분은 사회경제적 위치에 따른 건강행동의 차이이며, 이러한 차이만 사라져도 건강불평등은 크게 감소될 수 있다(Adler, 2009; Pampel et al., 2010).

스트레스를 매커니즘으로 주목하는 관점에서, 낮은 사회경제적 위치는 그 자체로 고난의 원천(source of adversity)이며 대처 능력을 소진시킨다. 경제적으로 박탈되거나 낮은 사회경제적 위치에 있으면 일상생활에서 다양한 스트레스원을 접하게 되며, 그러한 스트레스가 과식이나 음주, 흡연 등의 보상 행동을 하게 만든다(Marmot, 2004).

사회경제적 건강불평등에 영향을 미치는 대표적인 건강행동 요인으로 흡연, 음주, 영양, 신체활동 등을 꼽을 수 있다. 특히 흡연은 건강행동 중에서도 가장 사회계층 별 격차가 큰 대표적인 건강위험행동이다. 국내의 경우에도 이러한 흡연의 사회경제적 위치에 따른 차이가 나타나는데, 전반적인 흡연을 감소 양상에서, 고소득층은 큰 폭

으로 흡연율이 하락했지만 저소득층에서는 상대적으로 감소폭이 적어 흡연율 하락에 있어서도 사회경제적 불평등이 나타난다(김혜련, 2009). 기존의 연구들에서 낮은 소득수준에서 흡연율이 높다고 보고하기도 하지만(Khang et al., 2006; 김혜련, 2009), 소득과 흡연율이 유의한 관계가 없다는 연구 결과도 있다(Kim et al., 2012). 또한, 교육수준을 흡연의 강력한 예측인자로 보기도 하지만, 그 방향성이 연구에 따라 다르기도 하다(강은정, 2007; Kim et al., 2012). 흡연이 사회경제적 위치가 낮은 집단에서 정신적인 스트레스를 해결하는 기능적 흡연(functional use of tobacco)의 역할을 하기 때문에 이 집단에서 흡연율을 높인다고 설명하기도 한다(Graham, 1994).

음주에 있어서 약간의 음주는 오히려 건강에 도움을 준다는 연구 결과도 있듯이, 음주여부 그 자체보다는 고도 음주나 위험 행동을 유발하는 음주양상이 문제가 된다. 건강행동 중 음주는 분류에 대한 논란이 많은 변수인데(김혜련, 2005), 본 연구에서는 세계보건기구(WHO)에서 정한 위험도 기준을 따르기로 한다. WHO에서는 건강 위협의 정도에 따라 하루 섭취하는 알코올량을 분류하여 위험도를 구분하고 있다(표2). 이에 따르면 고위험 음주는 1회 술자리에서 남자의 경우 소주 7잔 이상, 여자의 경우 소주 5잔 이상을 마시는 경우가 해당된다.

표 2. 세계보건기구에서 권고하는 하루 음주량과 위험도

성별	위험도			
	낮음	중간	고위험	매우 고위험
남성	1-40g	41-60g	61-100g	101g 이상
여성	1-20g	21-40g	41-60g	61g 이상

자료: WHO, 2000.

2. 주관적 건강상태

스스로 본인의 전반적인 건강에 대해서 평가하는 주관적 건강상태는 전반적인 건강수준을 나타내는 정확하고 믿을 만한 건강수준 지표로서, 특히 사망률을 예측하는데 유용한 것으로 알려져 있다(Idler & Benyamini, 1997). 측정 방법에 있어서 내용이 단순하고 조사 대상자들이 이해하고 해석하는데 어려움이 적을 뿐만 아니라, 의료인을 거치지 않고 현장에서 조사할 수 있다는 간편성을 갖춘 도구이자, 임상적으로 증상이 나타나기 이전단계까지 포함하고 있어, 전반적인 건강수준과 질병의 중증도를 포괄적으로 반영하는 신뢰성 있는 지표라는 평가가 있다(Idler & Benyamini, 1997; 김혜련 등, 2004). OECD Health Data에서도 각 나라의 건강수준을 비교하는 지표로 주관적 건강상태를 사용하고 있으며, 이러한 측면에서 측정하기 용이하고 타당한 지표라고 할 수 있지만 제한점 또한 갖고 있다.

그 제한점은 지표의 특성 상 임상 검사보다 주관적인 측면이 있어서 동일한 개인의 평가도 주어진 상황에 따라 달리 평가되기도 하여서 신뢰도에 대한 의문이 존재하기도 한다는 것이다(김민경 등, 2010).

제 3 장 연구 방법

제 1 절 자료원 및 연구 대상

본 연구에서는 한국의료패널 2011년 연간통합데이터 β -version 2.0을 사용하였다. 한국의료패널은 보건의료 이용실태와 의료비 지출, 건강 수준 및 건강행태 등에 관한 기초자료를 생산하기 위해 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 컨소시엄을 구축하여 전국 규모로 수행하고 있는 조사사업으로 2008년에 1차 조사를 시작으로 2013년 현재 8차 조사가 진행 중에 있다.

한국의료패널의 표본은 층화변수를 16개 광역 시·도와 2개 동부 및 읍면 부로 하여 1단계로 표본 조사구를 추출하고, 2단계에서는 표본 조사구 내 표본 가구를 추출하는 확률비례 2단계 층화집락추출 방식으로 추출하였다. 전국 규모의 대표성을 유지하기 위해 통계청이 조사한 「2005년 인구·주택 총조사」의 90% 전수가구 자료를 표본 추출틀로 사용하여, 시도단위의 의료이용 및 의료비 통계를 산출하기 위한 최소한의 표본의 규모로 약 8,000여 가구로 설정하였다(정영호 등, 2011).

한국의료패널 2011년 연간통합데이터의 대상 가구 수는 5,741가구이고, 대상 가구원 수는 17,035명이다. 이 중 본 연구에서는 주요 관심 변수인 주관적 계층의식과 건강 행동 및 주관적 건강상태 등을 설문한 부가조사에 직접 응답한 성인가구원을 분석대상으로 하였다.

부가조사는 2009년 3차 조사부터 시작하여 매년 1회씩 만18세 이상 성인을 대상으로 설문이 수행되었다. 한국의료패널 조사의 본 조

사에서는 응급·외래·입원 서비스의 이용과 의료비 및 의약품 이용 등의 의료이용과 민간의료보험 등을 주로 질문하고, 부가조사에서는 건강생활습관, 삶의 질, 의료접근성, 활동제한, 계층인지도 등을 질문한다.

본 연구에서는 10세 단위로 연령을 구분하여 사용하므로, 만 20세 이상 성인만을 대상으로 하였고, 주요 관심 변수에 결측치를 갖는 경우는 제외하고, 총 11,467명을 대상으로 분석하였다.

제 2 절 연구 모형

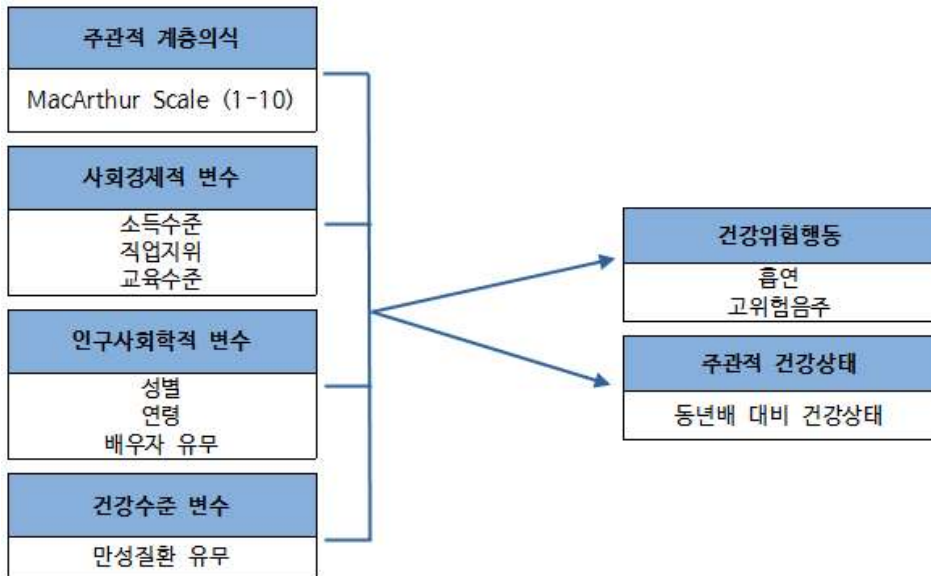


그림 1. 연구 모형

1. 연구 가설

이론적 배경에서 관련 변수들을 고찰한 결과를 토대로 본 연구는 다음의 연구 가설을 설정하였다.

1. 주관적 계층의식은 건강위험행동에 영향을 미칠 것이다.
 - 1-1. 주관적 계층의식이 낮을수록 흡연 비율이 높을 것이다.
 - 1-2. 주관적 계층의식이 낮을수록 고위험음주가 많을 것이다.
2. 주관적 계층의식은 주관적 건강상태에 영향을 미칠 것이다.
 - 2-1. 주관적 계층의식이 낮을수록 주관적 건강상태가 나쁠 것이다.

제 3 절 변수 정의

1. 종속변수

본 연구에서는 건강위험행동과 주관적 건강상태를 종속변수로 삼으며, 건강위험행동은 여러 건강행동 중 음주와 흡연에 대해서 분석한다.

가. 흡연

건강위험행동 중 흡연은 현재 흡연 여부를 기준으로 흡연과 비흡연으로 나눈다. 건강 생활습관 영역에서 흡연과 관련된 문항 중 “현재 담배를 피우고 계십니까?” 라는 질문에 “현재 매일 피움”과 “가끔 피움”이라고 응답한 경우 “흡연”으로 분류하고, “과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음(앞으로도 계속 금연)”과 “피운적 없음”에 응답한 경우에는 “비흡연”으로 분류하였다.

나. 고위험 음주

건강위험행동 중 음주는 최근 한 달간 고위험음주 여부를 기준으로 분류하였다. 제2장 제2절에서 기술한 것처럼 WHO에서는 음주량을 중심으로 남성의 경우 알코올 61g 이상, 여성의 경우 알코올 41g 이상 섭취를 고위험음주(high-risk drinking)로 정의한다. 이는 한 번의 술자리에서 남성은 소주 7잔 또는 맥주 355cc 5캔 이상, 여성은 소주 5잔 또는 맥주 355cc 3캔 이상을 마신 경우를 뜻하며, 우리나라

의 국민건강영양조사에서도 이와 같은 분류를 사용하여 고위험음주율을 보고하고 있다. 다만 국민건강영양조사에서는 최근 1년 동안 1회 술자리에서의 평균 음주량과 평균 음주 횟수를 기준으로 분류하였고, 본 연구에서는 최근 한 달간 1회 술자리에서의 고위험음주 여부에 따라 분류하였다.

건강 생활습관 영역에서 음주와 관련된 문항 중 “최근 한 달간 한 번의 술좌석에서 <남성: 소주 7잔 또는 맥주 355cc 5캔/ 여성: 소주5잔 또는 맥주 355cc 3캔> 이상을 마신 횟수는 얼마나 되십니까?”라는 질문에 “전혀 없다”와 “한 달에 1번 미만”으로 응답한 경우를 “고위험음주 월1회 미만”으로 분류하고, “한 달에 1번 정도”, “한 달에 2번-3번 정도”, “1주일에 1번 정도”, “1주일에 2-3번 정도”, “거의 매일”로 응답한 경우에는 “고위험음주 월1회 이상”으로 분류하였다.

다. 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 “ 좋음”과 “나쁨”으로 분류하였다. 삶의 질과 관련된 문항 중 “귀하께서는 동년배 분과 비교하여 현재 본인의 건강상태가 어떠하다고 생각하십니까?”라는 질문에 “매우 좋음”이나 “ 좋음”이라고 응답한 경우에 “주관적 건강 상태 좋음”으로 분류하고, “보통”, “나쁨”이나 “매우 나쁨”으로 응답한 경우에는 “주관적 건강 상태 나쁨”으로 분류하였다.

2. 독립변수

독립변수로서는 주관적 계층의식과 소득, 교육 수준 등의 사회경

제적 변수와 인구사회학적 변수를 설정하였다.

가. 주관적 계층의식

주관적 계층의식은 제2장 제1절에서 기술한 것처럼 MacArthur Scale을 사용하여 측정되었다. 이 척도는 열 계단의 사다리 모양의 척도로 가장 위쪽 계단은 그 사회에서 가장 잘 사는- 돈이 가장 많고, 가장 교육 수준이 높고, 가장 존경 받는 직업을 가진- 사람을 나타내고, 아래로 내려올수록 그 수준이 낮아져서 가장 아래쪽 계단에서는 그 사회에서 가장 못 사는 사람을 나타낸다. 주관적 계층의식을 측정할 때 제시된 계층 구분에 사용된 용어 및 계층 구분 수에 따라서 분포에 큰 차이가 나타나는데(김병조, 2000), MacArthur Scale의 경우 시각화 된 척도(visual analogue scale)로서 계층을 구분하는데 사용된 용어에 따른 문제는 발생하지 않는다고 할 수 있으나, 1부터 10까지의 열 계단으로 측정한 후 어떻게 범주화하여 분석하느냐에 따라서 분석 결과는 달라질 수 있다. MacArthur Scale을 사용한 국외 연구들에서도 명확하게 정립된 절사점(cutoff point)이 존재하지 않았고, 주관적 계층의식의 분포에 따라서 절사점을 설정하고 범주를 나누어서 분석하였다(Camelo et al., 2013). 하지만 본 연구에서는 분석의 용이함을 위한 분포에 대한 고려보다는 개인이 스스로 느끼는 본인의 위치를 상-중-하라는 범주 하에 최대한 반영하기 위해 김병조(2000)의 연구를 참고하여 MacArthur Scale 1부터 3은 주관적 계층의식 “하”, 4부터 6은 “중”, 7부터 10은 “상”으로 분류하였다. 이와 같은 분류에 따르면 주관적 계층의식 “하”에 속하는 사람은 4,590명(40.0%), “중”에 속하는 사람은 6,367명(55.5%), “상”에 속하는 사

람은 510명(4.5%)였다.

본 연구의 분석 대상의 주관적 계층의식의 분포는 아래의 표와 같다(표3).

표 3. 주관적 계층의식의 분포

MacAthur Scale	빈도	백분율 (%)	누적 백분율(%)
1(최하)	795	6.9	6.9
2	1,154	10.0	17.0
3	2,641	23.0	40.0
4	2,578	22.5	62.5
5	2,794	24.4	86.9
6	995	8.7	95.6
7	381	3.3	98.9
8	98	0.9	99.7
9	17	0.2	99.9
10(최상)	14	0.1	100
총합	11,467	100	

나. 사회경제적 요인

사회경제적 요인으로 소득 수준과 교육 수준 및 직업 지위를 변수로 활용하였다.

먼저, 소득 수준은 각 개인이 속한 가구의 근로 소득과 자산 소득을 합한 연간 총소득을 가구원 수를 보정하여 활용하였다. 이를 가구 균등화 소득이라고 하는데, 이는 가구 총소득을 가구원 수의 제곱근으로 나누어 산출하며, 분석에는 가구균등화소득을 3분위로 나누어 소득 수준 “상”, “중”, “하”로 분류하였다.

교육 수준은 최종학력을 기준으로 나누었다. “전문대졸 이상”, “고졸”, “중졸 이하”로 구분하여 변수를 구성하였다. 졸업을 기준으로 최종학력을 판단하였으므로, 휴학이나 재학 또는 중퇴 등은 그 이전 단계의 학교 졸업을 최종학력으로 구분하였다. 예를 들어 대학교 휴학이나 재학 또는 중퇴 등은 고등학교 졸업을 최종학력으로 보았다.

사회경제적 요인 중 직업은 종사상 지위(고용상태)와 한국표준직업분류에 근거한 직업 종류를 이용하여 변수를 구성하였다. 사회경제적 계층 간 건강행위의 차이를 분석한 윤태호 등(2000)의 연구나 사회경제적 요인별 만성질환 유병과 건강수준의 차이 및 건강행태의 영향을 분석한 김혜련(2005)의 연구에서도 이와 같이 직업 지위를 분류하였다. 여기에 개정된 한국표준직업분류를 반영한 이정민(2011)의 연구를 참고하여 주부와 은퇴자 등의 비경제활동 인구를 그룹Ⅶ에 포함시켜 그룹Ⅰ-Ⅶ까지 7개로 구분하였고, 무급가족종사자는 임시/일용직과 같은 그룹으로 처리하였다. 또한, 직종에 군인으로 응답한 8명은 분석 대상에서 제외하였다.

표 4. 직업 지위의 분류 방법

종사상지위 직업종류	자영자	고용주	임금근로자		기타
			정규/ 상용직	임시/ 일용직	
관리직	그룹 I			그룹 II	
전문가 및 관련 종사자					
사무 종사자	그룹 III	그룹 II	그룹 IV		
서비스 종사자					
판매 종사자					
농림어업 숙련종사자	그룹 V		그룹 VI		
기능원 및 관련 기능종사자	그룹 III	그룹 II	그룹 IV		
장치·기계 조작 및 조립 종사자					
단순노무 종사자	그룹 VI	그룹 VI		그룹 VI	그룹 VII
비경제활동					

다. 인구사회학적 변수

본 연구에서는 인구사회학적 변수로 성별, 연령, 혼인상태(배우자 유무)를 사용하였다. 연령은 만20세부터 10세 간격으로 구분하였고, 만70세 이상은 모두 “만70세 이상”으로 묶었다. 혼인상태는 배우자 유무에 따라서 “배우자 있음”, “배우자 없음”으로 구분하여 변수를 구성하였다.

라. 건강관련 변수

건강관련 변수는 만성질환 수를 사용하였다. 만성질환 수는 조사 시점을 기준으로 의사에게 진단받은 적이 있는 만성질환을 기준으로 파악되었고, 분석에서는 만성질환 수를 연속변수로 사용하였다.

표 5. 변수 정의

변수 설명		측정 방법		
종속 변수	건강위험 행동	흡연 (현재 흡연여부) 0=비흡연 1=흡연		
	주관적 건강상태	고위험음주 0=월1회 미만(없음) 1=월1회 이상(있음)		
		동년배 대비 0= 좋음 1= 나쁨		
		주관적 계층의식 (MacArthur Scale, 1-10) 0=하(1-3) 1=중(4-6) 2=상(7-10)		
설명 변수		소득수준 (가구균등화소득 3분위) 0= 하, 1=중, 2=상		
	사회경제 적 변수	직업 지위 (윤태호,2000; 김혜련, 2005)	0=관리자, 전문직·준전문직 고용주 <그룹 I> 1=전문직·준전문직 근로자, 사무직 근로자 (고용주), 서비스·판매·기능·장치·기계 고용주 <그룹 II> 2=사무·서비스·판매 자영자, 기능·장치·기계 자영자 <그룹 III> 3=서비스·판매·기능·장치·기계 근로자 <그룹 IV> 4=농림어업 숙련직 자영자 <그룹 V> 5=농림어업 숙련직 종사자, 단순노무 자영자 <그룹 VI> 6=주부, 은퇴자, 비경제활동 인구 등 <그룹 VII>	
		교육수준	0=중졸이하 1=고졸 2=전문대졸 이상	
		성별	0=여 1=남	
		인구사회 학적 변수	연령	20세-29세, 30세-39세, 40세-49세, 50세-59세, 60세-69세, 70세 이상
			배우자 유무	0= 없음 1= 있음
		건강변수	만성질환	만성질환 수

제 4 절 분석 방법

본 연구에서는 각 변수들의 분포를 확인하기 위한 빈도분석과 연구 대상자의 특성에 따른 주관적 계층의식의 차이를 확인하기 위한 빈도분석 및 카이검정을 실시하고, 최종적으로 가설 검정을 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

건강행동과 주관적 건강상태에 있어서 남녀 간의 차이가 뚜렷하다는 선행연구들을 참고하여 모든 분석은 성별에 따라 나누어 실시하였다.

통계패키지로는 SAS 9.3과 STATA 12 프로그램을 사용하였다.

제 4 장 연구 결과

제 1 절 연구 대상자의 특성

1. 연구 대상자의 일반적 특성

먼저, 연구 대상자의 일반적 특성은 아래의 표6과 같다. 전체 연구 대상자 11,467명 중 남성은 5,167명, 여성은 6,300명으로 여성이 차지하는 비율(54.9%)이 남성(45.1%)보다 높았다. 연령으로 구분했을 때 40대(만40-49세)가 전체의 22.1%로 가장 많았고, 20대(만20-29세)는 전체의 9.8%로 가장 적었으며, 이러한 분포는 남녀 모두에서 동일하였다.

배우자 유무에 따라서 분류하면 전체의 73.7%가 배우자가 있었고, 25.3%는 배우자가 없었다. 성별에 따라서 비교하면 여성의 경우 배우자가 없는 비율이 남성에 비해 높았는데, 이는 여성의 기대여명이 남성보다 더 길기 때문으로 설명할 수 있다. 본 연구의 대상자가 남성보다 여성의 비율이 높고, 대상자의 분포가 저 연령층에서 고 연령층 쪽으로 치우쳐있으며, 연령이 증가할수록 이혼·별거·사별·실종 등의 이유로 “배우자가 없다”라고 응답한 비율이 높아지는 것을 확인할 수 있다.

연구 대상자의 교육 수준을 최종학력을 기준으로 분류해보면, 전

문대졸 이상은 29.5%, 고졸은 35.9%, 중졸 이하는 34.6% 이었다. 성별에 따라서 구분해 보면 전문대졸 이상은 남성(34.6%)이 여성(25.4%)보다 그 비율이 높았으며, 중졸 이하는 여성(41.4%)이 남성(26.3%)보다 높았다.

연간 가구균등화소득을 바탕으로 세 구간으로 나눈 소득 수준에서 “상”에 속하는 가구의 가구균등화소득은 평균 3673.3만원이었고, “하”에 속하는 가구는 918.2만원이었다.

직종과 종사상 지위에 따라서 그룹 I -그룹 VII까지 분류한 직업 지위를 보면 주부와 은퇴자 등 비경제활동 인구를 나타내는 그룹 VII이 연구 대상자 전체의 38.8% 정도이고, 여성의 51.0%가 이에 해당한다.

연구 대상자의 만성질환 수는 남성의 경우 평균 1.57개였고, 여성의 경우 2.23개로, 여성이 평균적으로 만성질환 수가 더 많은 것으로 나타났다.

표 6. 연구 대상자의 일반적 특성

		남성 (n=5,167)		여성 (n=6,300)		전체 (n=11,467)	
		N	%	N	%	N	%
연령	20-29	481	9.3	646	10.3	1,127	9.8
	30-39	911	17.6	1,158	18.4	2,069	18.0
	40-49	1,228	23.8	1,303	20.7	2,531	22.1
	50-59	951	18.4	1,162	18.4	2,113	18.4
	60-69	861	16.7	1,057	16.8	1,918	16.7
	70+	735	14.2	974	15.5	1,709	14.9
배우자 유무	없음	1,112	21.5	1,899	30.1	3,011	25.3
	있음	4,055	78.5	4,401	69.9	8,456	73.7
교육 수준	중졸 이하	1,361	26.3	2,607	41.4	3,968	34.6
	고졸	2,022	39.1	2,095	33.3	4,117	35.9
	전문대졸 이상	1,784	34.6	1,598	25.4	3,382	29.5
연 가구균등화소득, mean±SD (단위: 만원)							
소득 수준	하	918.2 ± 330.7					
	중	1930.6 ± 288.9					
	상	3673.3 ± 1312.5					
직업 지위	그룹 I	405	7.8	137	2.2	542	4.7
	그룹 II	947	18.3	890	14.1	1,837	16.0
	그룹 III	502	9.7	220	3.5	722	6.3
	그룹 IV	1,249	24.2	875	13.9	2,124	18.5
	그룹 V	444	8.6	152	2.4	596	5.2
	그룹 VI	376	7.3	816	13.0	1,192	10.4
	그룹 VII	1,244	24.1	3,210	51.0	4,454	38.8
만성 질환수	(mean±SD)	1.57±2.06		2.23±2.51		1.93±2.34	

2. 연구대상자의 특성에 따른 주관적 계층의식의 분포

상·중·하로 범주화 한 주관적 계층의식의 분포를 연구대상자의 특성에 따라 나누어 확인하였다. 각각의 특성별로 주관적 계층의식의 분포를 빈도분석을 통해 살펴보았다.

먼저, 전체 연구대상자의 주관적 계층의식을 살펴보면, “상”에 속하는 대상자는 510명(4.5%), “중”에 속하는 대상자는 6,367명(55.5%), “하”에 속하는 대상자는 4,590명(40.0%)이다.

성별에 따른 주관적 계층의식의 분포를 살펴보면 남성이 여성에 비해 “상”이나 “중”에 속하는 비율이 높고, “하”에 속하는 비율은 낮은 것을 알 수 있다.

연령에 따른 주관적 계층의식의 분포를 살펴보면 “상”에 속하는 비율이 20대에서는 6.2%이지만 70대 이상에선 2.1%로 연령층이 높아질수록 감소하는 것을 알 수 있다. 반대로 “하”에 속하는 비율은 20대에서는 27.3%이지만 70대 이상에서는 61.2%로 연령층이 높아질수록 증가하는 것을 알 수 있다. 즉, 주관적 계층의식은 저 연령층으로 갈수록 “상”에 속하는 경우가 많았으며, 고 연령층으로 갈수록 “하”에 속하는 경우가 많아지는 것을 확인 할 수 있었다.

배우자 유무 따른 주관적 계층의식의 분포를 살펴보면, 배우자가 있는 경우는 배우자가 없는 경우에 비해, 주관적 계층의식이 “상”에 속하는 비율이 높고 “하”에 속하는 비율은 낮았다.

교육 수준에 따른 주관적 계층의식의 분포를 살펴보면 교육 수준이 높을수록 주관적 계층의식이 높아지는 것을 확인 할 수 있다. 주관적 계층의식이 “상”에 속하는 경우는 전문대졸 이상에서는 9.0%이

지만 교육수준이 낮아질수록 감소하여 중졸 이하에서는 1.8%이고, 반대로 주관적 계층의식이 “하”에 속하는 경우는 전문대졸 이상에서는 21.6%이지만 교육수준이 낮아질수록 증가하여 중졸 이하에서는 59.1%로 나타난다.

소득수준에 따른 주관적 계층의식의 분포를 살펴보면, 소득 수준이 높을수록 주관적 계층의식이 “상”에 속하는 비율이 높고 소득 수준이 낮을수록 주관적 계층의식이 “하”에 속하는 비율이 높아진다. 소득 수준이 “상”이지만 주관적 계층의식이 “하”에 속하는 비율이 18.1%로 적지 않다.

직업지위에 따른 분포에서는 상대적으로 높은 지위라고 생각할 수 있는 그룹 I 이 주관적 계층의식이 높은 것으로 나타났고, 그룹 VI으로 내려갈수록 주관적 계층의식이 “상”에 속하는 비율이 감소하고 “하”에 속하는 비율은 증가하는 양상을 보였다. 이러한 경향은 그룹 VII에서는 이어지지 않았는데, 이는 그룹 VII에 속하는 대상자가 비경제활동 인구이지만 은퇴자의 은퇴 전 직업이나 주부 또는 다른 비경제활동 인구로 분류되는 개인이 속한 가구의 다른 가구원의 직업을 반영할 수 없기 때문이다.

만성질환 수는 주관적 계층의식이 “상”인 경우에는 평균 1.28개였고, “하”인 경우에는 평균 2.48개로 나타났다.

표 7. 연구 대상자의 특성에 따른 주관적 계층의식의 분포

		주관적 계층의식					
		상		중		하	
		N	%	N	%	N	%
전 체		510	4.5	6,367	55.5	4,590	40.0
성별	남	249	4.8	2,915	56.4	2,003	38.8
	여	261	4.1	3,452	54.8	2,587	41.1
연령	20-29	70	6.2	749	66.5	308	27.3
	30-39	104	5.0	1,327	64.1	638	30.9
	40-49	148	5.9	1,555	61.4	828	32.7
	50-59	102	4.8	1,210	57.3	801	37.9
	60-69	50	2.6	898	46.8	970	50.6
	70+	36	2.1	628	36.8	1,045	61.2
배우자	없음	106	3.5	1,428	47.4	1,477	49.1
유무	있음	404	4.8	4,939	58.4	3,113	36.8
교육 수준	중졸 이하	71	1.8	1,551	39.1	2,346	59.1
	고졸	134	3.3	2,470	60.0	1,513	36.8
	전문대졸 이상	305	9.0	2,346	69.4	731	21.6
소득 수준	하	67	1.7	1,333	34.6	2,453	63.7
	중	87	2.3	2,268	59.7	1,446	38.0
	상	356	9.3	2,766	72.5	691	18.1
직업 지위	그룹 I	63	11.6	382	70.5	97	17.9
	그룹 II	154	8.4	1,302	70.9	381	20.7
	그룹 III	22	3.1	396	54.9	304	42.1
	그룹 IV	58	2.7	1,178	55.5	888	41.8
	그룹 V	21	3.5	296	49.7	279	46.8
	그룹 VI	14	1.2	509	42.7	669	56.1
	그룹 VII	178	4.0	2,304	51.7	1,972	44.3
만성 질환수	(mean±SD)	1.28±1.81		1.59±2.07		2.48±2.63	

3. 건강위험행동 및 주관적 건강상태의 분포

가. 연구대상자의 특성에 따른 건강위험행동의 분포

먼저, 연구 대상자의 특성에 따른 현재 흡연 여부의 분포(표8)를 살펴보면, 연구대상자 중 남성의 44.7%, 여성의 2.7%가 현재 흡연을 하고 있는 것으로 나타났다. 국민건강영양조사 2011년 자료에 따르면 남성의 경우 현재 흡연율은 46.8%이고 2005년 추계인구로 연령표준화 했을 때 47.3%이며, 여성의 경우 현재 흡연율은 6.5%이고 연령표준화 후 6.8%였다(보건복지부·질병관리본부, 2012). 이와 비교하면, 연구대상자 중 여성의 흡연율이 국민건강영양조사에서의 흡연율에 비해 낮게 조사된 것을 알 수 있다.

남성의 경우 연구 대상자의 특성에 따라 현재 흡연 여부에 차이가 있었으며, 이는 모두 통계적으로 유의하였다. 여성의 경우에는 직업지위와 만성질환 보유 여부를 제외한 다른 특성에 따라 현재 흡연율에 차이가 있고 통계적으로 유의하였다.

연구 대상자의 특성에 따른 고위험음주 여부의 분포(표9)를 살펴보면, 남성의 경우 43.2%가 월 1회 이상 고위험음주량 이상 음주를 하는 것으로 나타났고, 여성의 경우 9.7%가 이에 해당하였다. 남성의 경우 배우자 유무에 따른 고위험음주 여부의 차이는 통계적으로 유의하지 않았지만, 다른 특성에 따른 차이는 통계적으로 유의하였으며, 여성의 경우는 연구 대상자의 특성에 따라 고위험음주여부에 차이가 있는 것으로 나타났다.

표 8. 연구 대상자의 특성에 따른 현재 흡연 여부의 분포

		남성 (n=5,167)			여성 (n=6,300)		
		비흡연	흡연	χ^2	비흡연	흡연	χ^2
		N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
전체		2,857(55.3)	2,310(44.7)		6,131(97.3)	168(2.7)	
연령	20-29	260(54.1)	221(45.9)	241.64***	634(98.1)	12(1.9)	15.27**
	30-39	381(41.8)	530(58.2)		1,139(98.4)	19(1.6)	
	40-49	573(46.7)	655(53.3)		1,267(97.2)	36(2.8)	
	50-59	547(57.5)	404(42.5)		1,130(97.3)	32(2.7)	
	60-69	547(63.5)	314(36.5)		1,028(97.3)	29(2.7)	
	70+	549(74.7)	186(25.3)		933(95.8)	41(4.2)	
배우자 유무	없음	528(47.5)	584(52.5)	34.97***	1,812(95.4)	87(4.6)	37.54***
	있음	2,329(57.4)	1,726(42.6)		4,319(98.1)	82(1.9)	
교육 수준	중졸 이하	821(60.3)	540(39.7)	31.66***	2,506(96.1)	101(3.9)	35.59***
	고졸	1,027(50.8)	995(49.2)		2,040(97.4)	55(2.6)	
	전문대졸 이상	1,009(56.6)	775(43.4)		1,585(99.2)	13(0.8)	
소득 수준	하	923(52.3)	688(42.7)	8.75*	2,144(95.6)	98(4.4)	42.93***
	중	928(52.5)	839(47.5)		1,987(97.7)	47(2.3)	
	상	1,006(56.2)	783(43.8)		2,000(98.8)	24(1.2)	
직업 지위	그룹 I	229(56.5)	176(43.5)	89.74***	135(98.5)	2(1.5)	4.39
	그룹 II	519(54.8)	428(45.2)		873(98.1)	17(1.9)	
	그룹 III	276(55.0)	226(45.0)		216(98.2)	4(1.8)	
	그룹 IV	573(45.9)	676(54.1)		850(97.1)	25(2.9)	
	그룹 V	264(59.5)	180(40.5)		147(96.7)	5(3.3)	
	그룹 VI	197(52.4)	179(47.6)		792(97.1)	24(2.9)	
	그룹 VII	799(64.2)	445(35.8)		3,118(97.1)	92(2.9)	
만성 질환	mean±SD	1.90±2.21	1.16±1.77		2.21±2.49	2.99±2.95	
주관적 계층의식	하	1,053(52.6)	950(47.4)	9.88**	2,466(95.3)	121(4.7)	67.29***
	중	1,660(57.0)	1,255(43.0)		3,406(98.7)	46(1.3)	
	상	144(57.8)	105(42.2)		259(99.2)	2(0.8)	

주) * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

표 9. 연구 대상자의 특성에 따른 고위험음주 여부의 분포

	남성 (n=5,167)			여성 (n=6,300)		
	없음 N(%)	있음 N(%)	χ^2	없음 N(%)	있음 N(%)	χ^2
전 체	2,934(56.8)	2,233(43.2)		5,689(90.3)	611(9.7)	
연 령	20-29	251(52.2)	230(47.8)	514(79.6)	132(20.4)	317.70***
	30-39	430(47.2)	481(52.8)	972(83.9)	186(16.1)	
	40-49	544(44.3)	684(55.7)	1,129(86.7)	174(13.4)	
	50-59	498(52.4)	453(47.6)	1,078(92.8)	84(7.2)	
	60-69	586(68.1)	275(31.9)	1,026(97.1)	31(2.9)	
	70+	625(85.0)	110(15.0)	970(99.6)	4(0.4)	
배우자 유무	없음	618(55.6)	494(44.4)	1,687(88.8)	212(11.2)	6.66*
	있음	2,316(57.1)	1,739(42.9)	4,002(90.9)	399(9.1)	
교 육 수 준	중졸 이하	944(69.4)	417(30.6)	2,495(95.7)	112(4.3)	123.18***
	고졸	1,088(53.8)	934(46.2)	1,802(86.0)	293(14.0)	
	전문대졸 이상	902(50.6)	882(49.4)	1,392(87.1)	206(12.9)	
소 득 수 준	하	1,096(68.0)	515(32.0)	2,116(94.4)	126(5.6)	138.14***
	중	975(55.2)	792(44.8)	1,815(89.2)	219(10.8)	
	상	863(48.2)	926(51.8)	1,758(86.9)	266(13.1)	
직 업 지 위	그룹 I	205(50.6)	200(49.4)	122(89.1)	15(10.9)	215.27***
	그룹 II	413(43.6)	534(56.4)	743(83.5)	147(16.5)	
	그룹 III	278(55.4)	224(44.6)	197(89.6)	23(10.4)	
	그룹 IV	642(51.4)	607(48.6)	740(84.6)	135(15.4)	
	그룹 V	281(63.3)	163(36.7)	146(96.1)	6(3.9)	
	그룹 VI	218(58.0)	158(42.0)	750(91.9)	66(8.1)	
	그룹 VII	897(72.1)	347(27.9)	2,991(93.2)	219(6.8)	
만 성 질 환	mean± SD	1.93±2.26	1.10±1.64	2.35±2.56	1.10±1.60	
주 관 적 계 층 의 식	하	1,269(63.4)	734(36.7)	2,388(92.3)	199(7.7)	63.34***
	중	1,552(53.2)	1,363(46.8)	3,077(89.1)	375(10.9)	
	상	113(45.4)	136(54.6)	224(85.8)	37(14.2)	

주) * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

나. 연구 대상자의 특성에 따른 주관적 건강상태의 분포

연구 대상자의 특성에 따른 주관적 건강상태의 분포(표10)를 살펴 보면, 남성의 경우 “좋음”에 해당하는 경우는 전체의 49.0%였고, 여성의 경우는 40.1%로 상대적으로 남성에서 “주관적 건강상태가 좋다”라고 응답한 비율이 더 높았다. 여성의 배우자 유무에 따른 분포를 제외하고, 주관적 건강상태는 각각의 특성에 따라 차이가 나는 것으로 나타났다.

표 10. 연구 대상자의 특성에 따른 주관적 건강상태의 분포

		남성 (n=5,167)			여성 (n=6,300)		
		좋음	나쁨	χ^2	좋음	나쁨	χ^2
		N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
전 체		2,529(49.0)	2,638(51.0)		2,523(40.1)	3,777(59.9)	
연령	20-29	307(63.8)	174(36.2)	98.36***	341(52.8)	305(47.2)	179.14***
	30-39	498(54.7)	413(45.3)		548(47.3)	610(52.7)	
	40-49	626(51.0)	602(49.0)		584(44.8)	719(55.2)	
	50-59	434(45.6)	517(54.4)		447(38.5)	715(61.5)	
	60-69	376(43.7)	485(56.3)		340(32.2)	717(67.8)	
	70+	288(39.2)	447(60.8)		263(27.0)	711(73.0)	
배우자 유무	없음	598(53.8)	514(46.2)	13.24***	751(39.6)	1,148(60.5)	0.29
	있음	1,931(47.6)	2,124(52.4)		1,772(40.3)	2,629(59.7)	
교육 수준	중졸 이하	497(36.5)	864(63.5)	115.36***	778(29.8)	1,829(70.2)	204.81***
	고졸	1,063(52.6)	959(47.4)		939(44.8)	1,156(55.2)	
	전문대졸 이상	969(54.3)	815(45.7)		806(50.4)	792(49.6)	
소득 수준	하	662(41.1)	949(58.9)	62.59***	720(32.1)	1,522(67.9)	127.31***
	중	895(50.7)	872(49.4)		810(39.8)	1,224(60.2)	
	상	972(54.3)	817(45.7)		993(49.1)	1,031(50.9)	
직업 지위	그룹 I	210(51.9)	195(48.2)	64.40***	74(54.0)	63(46.0)	94.01***
	그룹 II	536(56.6)	411(43.4)		453(50.9)	437(49.1)	
	그룹 III	243(48.4)	259(51.6)		94(42.7)	126(57.3)	
	그룹 IV	653(52.3)	596(47.7)		397(45.4)	478(54.6)	
	그룹 V	204(46.0)	240(54.0)		54(35.5)	98(64.5)	
	그룹 VI	175(46.5)	201(53.5)		292(35.8)	524(64.2)	
	그룹 VII	508(40.8)	736(59.2)		1,159(36.1)	2,051(63.9)	
만성 질환	mean±SD	1.12±1.70	2.00±2.27		1.48±2.00	2.73±2.69	
주관적 계층의식	하	812(40.5)	1,191(59.5)	101.62***	817(31.6)	1,770(68.4)	149.84***
	중	1,559(53.5)	1,356(46.5)		1,553(45.0)	1,899(55.0)	
	상	158(63.5)	91(36.5)		153(58.6)	108(41.4)	

주) * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

제 2 절 주요 변수들의 상관분석

본 연구의 가설 검증에 앞서 주요 변수들 간의 상관관계를 파악하기 위해 스피어만 상관계수(Spearman's rank correlation coefficient)를 이용한 상관분석을 실시하였다(표11). 주관적 계층의식과 다른 변수들과의 상관계수를 살펴보면 상관계수 모두가 통계적으로 유의하였고, 변수들 중 교육수준(.3193)과 소득수준(.3893)과의 상관계수가 가장 크고, 이들과 상당한 상관성을 갖는 것을 확인 할 수 있었다.

연령은 만성질환 수(.6231)와 교육수준(.6140)과 상당한 상관관계를 보이고 교육 수준은 소득수준(.4109)과 만성질환 수(.4690)와 상당한 상관성을 보인다.

건강행동과 관련된 변수인 흡연여부와 고위험음주 간에도 약간의 상관성(.3273)이 있음을 보이고 이는 통계적으로도 매우 유의하였다. 주관적 건강상태와 다른 변수들과의 상관 분석 결과는 만성질환 여부와 약간 관련성을 보이는 것으로 나타났다.

표 11. 주요 변수들의 상관계수(Spearman's rho)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
A. 주관적 계층의식	1.0000									
B. 연령	-0.2176***	1.0000								
C. 배우자유무	0.1085***	0.1676***	1.0000							
D. 만성질환 수	-0.1869***	0.6231***	0.0553***	1.0000						
E. 교육수준	0.3193***	-0.6140***	0.0181*	-0.4690***	1.0000					
F. 소득수준	-0.3893***	0.3472***	0.0809***	0.2720***	-0.4109***	1.0000				
G. 직업지위	-0.1647***	0.3051***	-0.0988***	0.3032***	-0.3750***	0.3258***	1.0000			
H. 주관적 건강상태	-0.1487***	0.1519***	0.0090***	0.2540***	0.1680***	0.1291***	0.1280***	1.0000		
I. 흡연여부	-0.0324**	-0.0929***	-0.0097*	-0.1633***	0.0741***	-0.0077*	-0.1779***	-0.0464***	1.0000	
J. 고위험음주	0.0897***	-0.2038***	0.0187*	-0.2157***	0.1797***	-0.1386***	-0.2460***	-0.0687***	0.3273***	1.0000

*=p<0.05, **=p<0.01, ***=p<.0001

제 3 절 건강위험행동에 영향을 미치는 요인

연구 대상자의 건강위험행동과 주관적 건강상태에 미치는 요인을 분석하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 성별에 따른 차이를 고려하여 회귀분석은 각각 남녀를 나누어 실시하였고, 인구사회학적 변수와 객관적인 사회경제적 위치지표만으로 회귀분석을 실시하고(모형 I) 주관적 계층의식을 추가하여 재차 회귀분석을 실시하였다(모형 II).

1. 현재 흡연 여부에 영향을 미치는 요인

현재 흡연 여부에 영향을 미치는 요인에 대한 분석 결과는 다음의 표와 같다(표12, 표13)

먼저, 모형 I 을 기준으로 결과를 살펴보면, 남성의 경우 다른 요인을 보정했을 때 20대에 비해 30대는 2.14배 더 흡연을 하였고, 40대의 경우 1.85배 더 흡연을 하였으며, 70대 이상의 경우는 1.82배(교차비: 0.55) 덜 흡연을 하는 것으로 나타났고, 이는 통계적으로 유의하였다. 50대와 60대의 경우 통계적으로 유의하지 않았지만 교차비는 30대 이후 감소하는 경향이 나타났다. 이는 앞의 빈도분석의 결과와 같이 남성의 경우 30대에서 흡연율이 가장 높고 이후 연령층이 높아질수록 감소하는 것으로 설명할 수 있다. 여성의 경우에는 40대를 제외하고는 크게 유의하지 않았다.

남녀 모두에서 배우자가 있는 경우에는 배우자가 없는 경우에 비해 통계적으로 유의하게 흡연을 덜 하는 것으로 나타났다. 남자의 경우 교차비는 0.75이고, 여자의 경우는 0.77이다.

남성의 경우 소득 수준이 “하”에 속하는 그룹보다 “상”에 속하는 그룹에서 1.27배(교차비 0.79) 덜 흡연을 하는 것으로 나타났고, 주관적 계층의식을 추가한 모형Ⅱ에서도 90% 신뢰수준에서 유의하였다(교차비 0.85). 여성의 경우 모형Ⅰ에서 소득 수준 “하”에 비해 “상”에 속하는 그룹이 2.56배(교차비 0.39)만큼 흡연을 덜 하는 것으로 나타났고, 모형Ⅱ에서도 유의하였으나 교차비(0.54)는 모형Ⅰ에 비해 증가하는 것으로 나타났다.

교육 수준은 남녀 모두에서 중졸 이하에 비해 전문대 졸 이상인 경우 흡연을 덜하는 것으로 나타났고, 통계적으로 유의하였으며 모형Ⅰ과 모형Ⅱ에서 모두 비슷한 결과였다.

모형Ⅱ에서 주관적 계층의식을 모형에 추가하여 회귀분석을 한 결과, 전체적으로 교차비가 조금 변하긴 하지만 방향성이 달라지거나 유의성이 크게 달라지지는 않았다. 남성의 경우 주관적 계층의식이 “하”인 경우에 비해 “중”인 경우 흡연을 1.25배(교차비 0.80) 덜 하는 것으로 나타났고, “상”인 경우에는 통계적으로 유의하지 않았다. 여성의 경우는 주관적 계층의식 “하”에 비해 “중”인 그룹에서 2.38배(교차비 0.42) 흡연을 덜 하는 것으로 나타났다. 주관적 계층의식 “상”인 경우는 “하”인 경우에 비해 3.45배(교차비 0.29) 흡연을 덜 하는 것으로 나타났고, 90% 신뢰수준에 유의했다. 주관적 계층의식 변수가 추가된 모형Ⅱ가 모형Ⅰ에 비해 더 적합한지를 확인하기 위해 모형 적합도를 검정하였고, 그 결과 남녀 모두에서 모형적합도가 개선된 것으로 나타났다.

표 12. 남성의 현재 흡연 여부에 영향을 미치는 요인(ref. 흡연 안함)

변수	모형 I		모형 II		
	OR	95% CI	OR	95% CI	
연령	20-29	(reference)		(reference)	
	30-39	2.14***	1.65-2.78	2.08***	1.60-2.70
	40-49	1.85***	1.41-2.41	1.79***	1.37-2.34
	50-59	1.15	0.87-1.53	1.12	0.84-1.49
	60-69	0.90	0.67-1.23	0.88	0.65-1.20
	70+	0.55***	0.39-0.77	0.53***	0.38-0.74
배우자 유무	없음	(reference)		(reference)	
	있음	0.75**		0.77**	0.64-0.92
만성질환 수		0.89***	0.86-0.92	0.89***	0.85-0.92
소득 수준	하		(reference)		(reference)
	중	0.89	0.76-1.04	0.93	0.79-1.08
	상	0.79*	0.67-0.94	0.85†	0.71-1.01
직업 지위	그룹 I		(reference)		(reference)
	그룹 II	0.94	0.74-1.20	0.95	0.74-1.21
	그룹 III	0.98	0.74-1.30	0.96	0.72-1.28
	그룹 IV	1.14	0.90-1.46	1.13	0.88-1.44
	그룹 V	1.13	0.83-1.55	1.14	0.83-1.57
	그룹 VI	1.14	0.83-1.56	1.10	0.80-1.52
	그룹 VII	0.96	0.73-1.27	0.95	0.72-1.26
교육 수준	중졸 이하		(reference)		(reference)
	고졸	0.87	0.73-1.03	0.90	0.76-1.07
	전문대졸 이상	0.59***	0.48-0.73	0.62***	0.72-1.26
주관적 계층의식	하				(reference)
	중			0.80**	0.71-0.92
	상			0.88	0.66-1.18
Wald χ^2		342.58***		350.99***	
-2logL		6719.59		6708.72	
LR χ^2			10.88*		

주1) OR=Odds Ratio, 95% CI= 95% Confidence Interval

주2) † =p<0.1, *=p<0.05, **=p<0.01, ***=p<0.001

표 13. 여성의 현재 흡연 여부에 영향을 미치는 요인(ref. 흡연 안함)

변수	모형 I		모형 II		
	OR	95% CI	OR	95% CI	
연령	20-29	(reference)		(reference)	
	30-39	1.37	0.64-2.94	1.24	0.58-2.68
	40-49	1.98†	0.95-4.14	1.79	0.85-3.74
	50-59	1.19	0.53-2.68	1.10	0.49-2.49
	60-69	0.70	0.30-1.67	0.65	0.27-1.55
	70+	0.66	0.28-1.55	0.62	0.26-1.47
배우자 유무	없음	(reference)		(reference)	
	있음	0.37***	0.26-0.53	0.41***	0.29-0.59
만성질환 수		1.04	0.98-1.12	1.03	0.97-1.11
소득 수준	하	(reference)		(reference)	
	중	0.64*	0.44-0.94	0.75	0.51-1.11
	상	0.39***	0.24-0.65	0.54*	0.32-0.91
직업 지위	그룹 I	(reference)		(reference)	
	그룹 II	1.13	0.25-5.05	1.06	0.24-4.75
	그룹 III	0.47	0.08-2.68	0.44	0.08-2.53
	그룹 IV	0.81	0.18-3.59	0.72	0.16-3.20
	그룹 V	0.56	0.10-3.13	0.58	0.10-3.21
	그룹 VI	0.72	0.16-3.26	0.66	0.15-2.97
	그룹 VII	0.80	0.19-3.44	0.76	0.18-3.28
교육 수준	중졸 이하	(reference)		(reference)	
	고졸	0.63†	0.39-1.03	0.69	0.42-1.13
	전문대졸 이상	0.18***	0.08-0.40	0.22***	0.10-0.48
주관적 계층의식	하			(reference)	
	중			0.42***	0.29-0.61
	상			0.29†	0.07-1.22
Wald χ^2		94.40***		112.48***	
-2logL		1449.82		1426.28	
LR χ^2			23.54***		

주1) OR=Odds Ratio, 95% CI= 95% Confidence Interval

주2) † =p<0.1, *=p<0.05, **=p<0.01, ***=p<0.001

2. 고위험음주에 영향을 미치는 요인

고위험음주에 영향을 미치는 요인에 대한 분석 결과는 다음의 표와 같다(표14, 표15)

모형 I 을 기준으로, 남성의 경우 60대와 70대 이상에서 교차비가 유의한 것으로 나타났다. 다른 요인을 통제한 상태에서, 60대는 20대에 비해 고위험음주를 1.85배 덜하고(교차비: 0.54), 70대 이상에서는 4.17배(교차비: 0.24) 덜 하는 것을 알 수 있다. 여성의 경우는 연령층이 증가할수록 고위험음주를 덜 하는 것으로 나타났고, 30대를 제외하고 모두 통계적으로 유의했다.

여성은 배우자가 있는 경우에 비해 배우자가 없는 경우 고위험음주 발생이 1.54배 감소하는 것으로 나타났다.

남녀 모두에서 소득 수준이 “하”인 경우에 비해 “상”인 경우 고위험음주를 더 하는 것으로 나타났는데, 모두 통계적으로 유의하였고 모형II에서도 비슷하였다.

직업 지위는 남성의 경우 그룹 I(관리자, 전문직 고용주)에 비해 그룹 II(전문직 근로자, 사무직 근로자·고용주 등)나 그룹IV(서비스·판매·기능·장치·기계 근로자)에서 유의(90% 신뢰수준)하게 고위험음주를 더 많이 하는 것으로 결과가 나왔지만 다른 그룹은 유의하지 않았고, 영향력의 방향도 일치하지 않았으며, 여성의 경우에는 모든 그룹에서 유의하지 않았다.

교육수준은 여성에 있어서 중졸 이하에 비해 전문대 졸 이상인 경우 고위험음주를 1.67배(교차비 0.60) 덜 하는 것으로 나타났다. 남성의 경우에는 교육 수준은 유의한 변수가 아니었다.

주관적 계층의식을 추가한 모형II를 살펴보면 교차비와 유의성에

는 큰 변화는 없다. 주관적 계층의식은 남성에서 고위험음주에 유의한 영향이 있는 것으로 나타났다. 주관적 계층의식 “하”에 비해 “상”은 고위험음주를 1.47배 더 하는 것으로 나타났으며, 이는 소득수준에서의 결과와 비슷하였다. 여성에 경우는 주관적 계층의식이 유의한 변수가 아니었고, 변수의 추가로 모형 적합도가 개선되지 않았으나, 남성의 경우 모형 I에 비해 모형 II에서 모형적합도가 개선되었다.

표 14. 남성의 고위험음주 여부에 영향을 미치는 요인(ref. 없음)

변수	모형 I		모형 II		
	OR	95% CI	OR	95% CI	
연령	20-29	(reference)		(reference)	
	30-39	1.05	0.81-1.37	1.08	0.83-1.40
	40-49	1.15	0.88-1.50	1.18	0.91-1.55
	50-59	0.88	0.67-1.17	0.90	0.78-1.20
	60-69	0.54***	0.39-0.73	0.55***	0.40-0.75
	70+	0.24***	0.17-0.34	0.24***	0.17-0.35
배우자 유무	없음	(reference)		(reference)	
	있음	1.19†	0.99-1.42	1.15	0.96-1.38
만성질환 수		0.92***	0.89-0.96	0.92***	0.89-0.96
소득 수준	하	(reference)		(reference)	
	중	1.13	0.97-1.32	1.10	0.94-1.29
	상	1.36**	1.15-1.61	1.27*	1.07-1.52
직업 지위	그룹 I	(reference)		(reference)	
	그룹 II	1.25†	0.98-1.58	1.25†	0.98-1.59
	그룹 III	0.97	0.73-1.29	1.00	0.76-1.33
	그룹 IV	0.98	0.77-1.25	1.01	0.80-1.29
	그룹 V	1.32†	0.96-1.82	1.33	0.96-1.83
	그룹 VI	1.15	0.84-1.58	1.20	0.88-1.65
	그룹 VII	0.84	0.64-1.12	0.86	0.65-1.14
교육 수준	중졸 이하	(reference)		(reference)	
	고졸	1.08	0.91-1.29	1.06	0.89-1.26
	전문대졸 이상	0.93	0.75-1.14	0.89	0.72-1.09
주관적 계층의식	하			(reference)	
	중			1.17*	1.02-1.33
	상			1.47**	1.10-1.97
Wald χ^2		415.86***		423.30***	
-2logL		6552.51		6543.58	
LR χ^2			8.93*		

주1) OR=Odds Ratio, 95% CI= 95% Confidence Interval

주2) † =p<0.1, * =p<0.05, ** =p<0.01, *** =p<0.001

표 15. 여성의 고위험음주 여부에 영향을 미치는 요인(ref. 없음)

변수	모형 I		모형 II		
	OR	95% CI	OR	95% CI	
연령	20-29	(reference)		(reference)	
	30-39	0.99	0.74-1.33	0.99	0.74-1.33
	40-49	0.72*	0.52-0.99	0.72*	0.52-0.99
	50-59	0.34***	0.23-0.51	0.34***	0.23-0.51
	60-69	0.15***	0.09-0.24	0.15***	0.09-0.25
	70+	0.02***	0.01-0.06	0.02***	0.01-0.06
배우자 유무	없음	(reference)		(reference)	
	있음	0.65***	0.51-0.83	0.65***	0.51-0.82
만성질환 수		0.95†	0.89-1.01	0.96†	0.90-1.01
소득 수준	하		(reference)		(reference)
	중	1.15	0.90-1.47	1.15	0.90-1.48
	상	1.40**	1.09-1.80	1.38*	1.07-1.79
직업 지위	그룹 I		(reference)		(reference)
	그룹 II	1.30	0.73-2.31	1.32	0.74-2.33
	그룹 III	1.39	0.69-2.84	1.40	0.69-2.85
	그룹 IV	1.60	0.89-2.88	1.62	0.90-2.91
	그룹 V	1.04	0.38-2.88	1.05	0.38-2.89
	그룹 VI	1.47	0.78-2.74	1.48	0.79-2.77
	그룹 VII	0.95	0.54-1.68	0.95	0.54-1.68
교육 수준	중졸 이하		(reference)		(reference)
	고졸	0.92	0.68-1.24	0.91	0.68-1.24
	전문대졸 이상	0.60**	0.42-0.85	0.59**	0.41-0.84
주관적 계층의식	하				(reference)
	중			1.01	0.83-1.24
	상			1.30	0.87-1.94
Wald χ^2		259.25***		260.91***	
-2logL		3569.83		3568.18	
LR χ^2		1.64			

주1) OR=Odds Ratio, 95% CI= 95% Confidence Interval

주2) † = $p < 0.1$, *= $p < 0.05$, **= $p < 0.01$, ***= $p < 0.001$

제 4 절 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인

주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인에 대한 분석은 앞에서 종속변수로 사용한 건강위험행동을 각각 건강행동 측면의 독립변수로서 모형에 포함시켜 분석하였다. 결과는 다음의 표와 같다(표16, 표17).

모형 I 을 기준으로 다른 요인을 통제했을 때 남성의 경우 20대에 비해 30대, 40대, 50대는 주관적 건강상태가 각각 1.61배, 1.72배, 1.53배 정도 나쁠 가능성을 갖는 것으로 분석되었다. 하지만 다른 연령층에서는 유의하지 않았으며, 여성의 경우엔 연령 변수 전체가 유의하지 않았다.

배우자 유무는 남녀 모두에서 주관적 건강상태에 유의한 영향을 미치지 못했다.

남성의 경우 만성질환 수가 1개 늘어날수록 주관적 건강상태가 안좋을 확률이 1.24배 더 컸고, 여성의 경우에는 1.25배 더 컸으며 모형 II에서도 이는 크게 변하지 않았다.

소득 수준은 여성에 있어서 유의한 영향을 보였다. 소득 수준 “하”에 속하는 경우에 비해 “상”에 속하는 경우 주관적 건강상태가 나쁠 가능성이 1.37배(교차비 0.73) 낮았다. 남성의 경우에는 소득 수준이 “하”에 속하는 경우에 비해 “상”에 속하는 경우 주관적 건강상태가 나쁠 가능성이 1.22배(교차비 0.82) 낮았다.

남녀 모두에서 교육수준이 높을수록 주관적 건강상태가 나쁠 확률은 낮았고, 모형 II에서도 비슷하였다.

주관적 계층의식이 추가된 모형 II의 결과를 살펴보면, 주관적 계층의식이 높을수록 주관적 건강상태가 나쁠 가능성이 낮았으며, 남

성에서는 주관적 계층의식이 “하”인 경우에 비해 “상”인 경우 2.13배 (교차비 0.47), 여성의 경우 2.17배(교차비 0.46) 가능성이 낮았다. 남녀 모두에서 모형 I 에 비해 모형 II에서 모형 적합도가 개선된 것으로 나타났다.

표 16. 남성의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인(ref. 좋음)

변수	모형 I		모형 II		
	OR	95% CI	OR	95% CI	
연령	20-29	(reference)		(reference)	
	30-39	1.61***	1.23-2.10	1.51**	1.16-2.00
	40-49	1.72***	1.31-2.26	1.64***	1.24-2.14
	50-59	1.53**	1.15-2.03	1.47**	1.10-1.96
	60-69	1.06	0.78-1.44	1.01	0.74-1.38
	70+	0.91	0.65-1.27	0.86	0.62-1.20
배우자 유무	없음	(reference)		(reference)	
	있음	1.01	0.86-1.22	1.09	0.91-1.31
만성질환 수		1.24***	1.20-1.29	1.24***	1.19-1.21
소득 수준	하		(reference)		(reference)
	중	0.87†	0.75-1.01	0.93	0.80-1.09
	상	0.82*	0.69-0.97	0.95	0.80-1.13
직업 지위	그룹 I		(reference)		(reference)
	그룹 II	0.87	0.68-1.10	0.86	0.68-1.09
	그룹 III	0.97	0.73-1.29	0.91	0.69-1.21
	그룹 IV	0.94	0.74-1.20	0.89	0.70-1.13
	그룹 V	0.83	0.61-1.13	0.82	0.60-1.13
	그룹 VI	0.98	0.72-1.34	0.90	0.66-1.23
	그룹 VII	1.33*	1.02-1.75	1.29†	0.98-1.70
교육 수준	중졸 이하		(reference)		(reference)
	고졸	0.59***	0.50-0.70	0.62***	0.52-0.74
	전문대졸 이상	0.61***	0.50-0.74	0.66***	0.54-0.81
현재 흡연여부	비흡연		(reference)		(reference)
	흡연	1.09	0.97-1.23	1.07	0.95-1.21
고위험음주	없음		(reference)		(reference)
	있음	0.98	0.86-1.10	0.99	0.88-1.12
주관적 계층의식	하				(reference)
	중			0.69***	0.61-0.79
	상			0.47***	0.35-0.63
Wald χ^2		300.71***		335.29***	
-2logL		6813.56		6771.53	
LR χ^2			42.03***		

주1) OR=Odds Ratio, 95% CI= 95% Confidence Interval

주2) † =p<0.1, *=p<0.05, **=p<0.01, ***=p<0.001

표 17. 여성의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인(ref. 좋음)

변수	모형 I		모형 II		
	OR	95% CI	OR	95% CI	
연령	20-29	(reference)		(reference)	
	30-39	1.10	0.89-1.37	1.08	0.87-1.35
	40-49	1.05	0.84-1.31	1.04	0.83-1.31
	50-59	0.91	0.71-1.17	0.91	0.71-1.17
	60-69	0.78	0.58-1.03	0.77	0.59-1.02
	70+	0.77	0.56-1.03	0.76	0.57-1.01
배우자 유무	없음	(reference)		(reference)	
	있음	1.07	0.93-1.24	1.11	0.97-1.28
만성질환 수		1.25***	1.21-1.29	1.24***	1.21-1.28
소득 수준	하		(reference)		(reference)
	중	0.98	0.85-1.12	1.04	0.90-1.19
	상	0.73**	0.63-0.85	0.83*	0.71-0.97
직업 지위	그룹 I		(reference)		(reference)
	그룹 II	1.21	0.83-1.74	1.18	0.82-1.71
	그룹 III	1.13	0.72-1.76	1.10	0.70-1.72
	그룹 IV	1.10	0.75-1.60	1.05	0.72-1.53
	그룹 V	1.05	0.64-1.73	1.06	0.65-1.75
	그룹 VI	1.19	0.81-1.76	1.15	0.78-1.69
	그룹 VII	1.36	0.95-1.94	1.35	0.94-1.93
교육 수준	중졸 이하		(reference)		(reference)
	고졸	0.71***	0.60-0.85	0.74**	0.62-0.88
	전문대졸 이상	0.66***	0.54-0.81	0.72**	0.59-0.89
현재 흡연여부	비흡연		(reference)		(reference)
	흡연	1.03	0.73-1.44	0.96	0.62-1.35
고위험음주	없음		(reference)		(reference)
	있음	1.15	0.96-1.38	1.17	0.97-1.40
주관적 계층의식	하				(reference)
	중			0.73***	0.64-0.82
	상			0.46***	0.35-0.61
Wald χ^2		415.21***		450.30***	
-2logL		7989.69		7946.57	
LR χ^2			43.12***		

주1) OR=Odds Ratio, 95% CI= 95% Confidence Interval

주2) † =p<0.1, * =p<0.05, ** =p<0.01, *** =p<0.001

제 5 장 고찰

제 1 절 연구 결과에 대한 고찰

본 연구는 주관적 계층의식이 건강위험행동과 주관적 건강상태에 미치는 영향에 대해 분석해보고자 하였다. 2011년 한국의료패널 연간통합자료를 이용하여 우리나라의 만20세 이상 성인을 연구의 대상으로 하였다.

주관적 계층의식은 열 계단으로 이루어진 사다리 모양의 MacArthur Scale로 측정되었고, 분포에 따라 상-중-하의 세 가지로 범주화하였다.

주관적 계층의식은 사회 구조 속에서 스스로가 자신의 위치를 인지하고 판단하는 것으로, 스스로가 속한다고 느끼는 계층이나 계급이 공유하는 생활양식이나 태도, 행동 등의 실천으로 이어지는데, 이는 건강행동과도 연결될 수 있다는 점에서 중요하다. 또한, 주관적 계층의식이 건강에 영향을 미치는 이유를 심리사회적 경로로서 설명할 수 있는데, 상대적으로 낮은 사회적 위치에 대한 인식과 관련된 불안감, 스트레스, 불평등 등은 건강에 영향을 주는 심리적 반응과 관련이 있고(Baum et al., 1999), 이와 같은 부정적 심리효과는 대처능력을 소진시키고, 회복력을 낮추고, 당장의 안락을 위해 과식이나 음주, 흡연이나 약물사용과 같은 해로운 보상행동을 하게 만든다. 반대로, 높은 사회적 위치에 대한 인식에서 나오는 안전감(feeling of security)이나 희망 등은 스트레스에 대해 심리적인 완충제 역할을 한다(Segerstrom et al., 1999). 즉, 주관적 계층의식은 이러한 심리사

회적인 경로를 통해 건강에 영향을 미칠 수 있다(Operario et al., 2004; Adler, 2009).

연구대상자의 특성에 따라 분류한 결과 우리나라 성인의 주관적 계층의식은 여성에 비해 남성이, 연령은 어릴수록, 배우자가 있고, 만성질환은 없는 경우에 상대적으로 높은 것을 알 수 있었다. 전통적인 사회경제적 위치 지표인 소득, 직업, 교육 수준이 높을수록 주관적 계층의식이 높은 것도 확인하였다.

건강위험행동 및 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석 결과에서 연령층은 남녀 모두에서 고위험음주 여부에 유의한 영향을 보였는데, 남녀 모두에서 연령이 증가할수록 고위험음주를 할 가능성이 감소하였다.

배우자의 유무는 특히 여성의 흡연 여부에 더 큰 영향을 미쳤는데, 이는 여성이 남성보다 혼인이라는 환경 변화에 민감하기 때문이다(서미경, 2009). 이러한 결과는 Cho et al.(2008)의 연구 결과와 같은데, 유교적인 문화가 남아있는 한국 사회에서 결혼은 여성에게 담배를 끊도록 하는 강한 동력이다. 이러한 설명은 여성의 고위험음주에도 적용이 가능할 것이다. 분석 결과 여성의 경우 고위험음주 여부도 현재 흡연 여부와 같이 배우자 유무가 유의한 영향을 미쳤다.

여성뿐만 아니라 남성에서도 배우자가 있는 경우 현재 흡연 가능성이 유의하게 적은 것은 배우자의 사회적 지지로 인해 긍정적 심리 사회적 기전이 작용하여 건강에 유익한 영향을 미치는 것으로 설명할 수 있다(김잔디 등, 2013).

기존의 연구(강은정, 2007; Kim et al., 2012; Pampel et al., 2012)에서 교육이 흡연의 중요한 예측 변수였으나 그 방향은 연구별로 서로 달랐는데, 본 연구에서는 남녀 모두에서 교육수준이 높아질수록 흡

연 정도가 감소하는 것을 알 수 있었다. 교육은 여성의 고위험음주에도 유의한 영향을 미쳤는데, 교육 수준이 낮을수록 고위험음주를 더 많이 하는 것으로 나타났다. 이는 여성의 경우 교육 수준이 높을수록 음주율이 높은 경향을 보인 김혜련 등(2004)의 결과와는 반대되는 결과이다. 반면, 남성의 경우에는 고위험음주와 교육 수준은 유의한 관계를 보이지 않았다.

소득 수준이 높을수록 고위험음주는 오히려 증가하는 것으로 나타났다. 연구 대상자의 특성에 따른 흡연과 고위험음주 여부의 분포(표 8, 표9)를 살펴보면 소득 수준에 따라 현재 흡연에는 큰 차이가 없지만 고위험음주의 경우 소득 수준이 높을수록 고위험음주가 증가하는 것을 확인 할 수 있다. 이용철과 임복희(2010)의 연구에서도 소득이 증가할수록 문제음주나 알코올남용·의존 비율이 높은 것으로 나타났지만, 김혜련 등(2004)의 연구에서는 소득 수준에 따른 음주율의 차이가 나타나지 않았다. 국민건강영양조사 2011년 자료를 통해 자세히 살펴보면 음주율과 1회 음주량은 소득이 높을수록 증가하지만 음주빈도와 고위험음주¹⁾는 소득이 높을수록 감소하는 것으로 나타났다(보건복지부·질병관리본부, 2012). 앞서 기술한 것처럼 음주는 분류에 대한 논란이 많은 변수로서(김혜련, 2005), 변수를 어떻게 구성하느냐에 따라 소득수준과의 관계가 변하였다. 또한, 한국 사회에서는 술에 대해 관대하여 과음 및 폭음으로 인한 비이성적인 행동이나 실수에 대해서 너그러운 입장이고(신명식, 2002), 음주가 업무나 사회관계를 형성하고 유지하는 중요한 요소이므로 흡연이나 기타 건강 행동과는 다른 양상을 보일 수 있다.

직업 지위는 본 연구 모형에서 크게 유의한 영향은 없는 것으로

1) 국민건강영양조사에서 고위험음주는 평균 음주량이 WHO 기준에 의한 고위험음주량 이상이고 평균 음주 횟수가 주2회 이상인 경우

나타났다. 본 연구에서와 같이 직업 지위를 연구에 활용한 김혜련 (2005)의 연구에서도 일부에서만 유의하게 나타났다. 직업은 매우 복잡하여 하나의 분류로 세우기 어렵고 아직 합의된 기준이 존재하지 않아서 사회경제적 위치를 나타내는데 어려움이 있지만(Adler et al., 2008b), 직업의 종류와 고용 상태, 고용·피고용 여부 등을 반영하여 하나의 지위 척도로서 나타내고자 하였으나 건강위험행동 및 주관적 건강상태에 대한 결과는 유의하지 않은 것으로 나타났다.

기존의 사회 계층별 건강불평등 연구에서 주로 사용되었던 독립변수들과 함께 주관적 계층의식을 모형에 추가하는 것이 의미 있는 것인지를 통계적으로 검정하기 위해 주관적 계층의식을 제외한 인구사회학적 변수와 사회경제적 위치 변수만을 모형에 포함한 모형 I 과 여기에 주관적 계층의식을 추가한 모형 II을 구성하고 각각 회귀분석을 실시하여 우도비검정을 통해 모형 적합도를 비교하였다.

그 결과, 여성의 고위험음주 여부에 미치는 요인 분석을 제외한 나머지 분석에서 모두 주관적 계층의식이 추가된 모형 II의 적합도가 더 높아서 주관적 계층의식의 추가가 의미가 있는 것으로 나타났다.

각각의 분석 결과를 살펴보면, 남녀 모두 주관적 계층의식이 높을수록 흡연을 덜 하는 것으로 나타났고, 남성의 경우 주관적 계층의식이 “하”인 경우에 비해 “중인 경우는 1.25배(교차비 0.8), 여성의 경우는 2.38배(교차비 0.42) 흡연을 덜 하는 것으로 나타났다.

주관적 계층의식은 남성의 고위험음주에 있어서 유의한 관계를 보였는데 주관적 계층의식이 높을수록 고위험음주를 할 가능성이 증가하는 것으로 나타났다. 이는 남성의 고위험음주에 영향을 미치는 요인 중 소득 수준과 같은 결과로서 현재 흡연여부와는 달리 연구에서 세운 가설과 반대되는 결과이다. 여성에서는 고위험음주 여부에 주

관적 계층의식이 유의한 영향이 없었다.

주관적 계층의식이 높을수록 주관적 건강상태는 좋은 것으로 나타났다. 남자의 경우 주관적 계층의식 “하”와 비교했을 때 “중”과 “상”에 속하는 경우 주관적 건강상태가 나쁠 가능성은 각각 1.45배(교차비 0.69), 2.13배(교차비 0.47)가 더 적었다. 여성의 경우는 주관적 계층의식이 “하”에 속하는 경우에 비해 “중”이나 “상”에 속하는 경우에는 주관적 건강상태가 나쁠 가능성이 각각 1.37배(교차비 0.73), 2.17배(교차비 0.46)이었다.

건강위험행동과 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 남성과 여성을 나누어 분석한 결과, 연령과 배우자 유무 등 인구사회학적 변수와 소득, 직업, 교육 수준을 보정한 후에 주관적 계층의식은 현재 흡연 여부와 주관적 건강상태와 유의한 관계를 보였다. 주관적 계층의식이 높을수록 흡연을 덜하고 주관적 건강상태가 좋을 것으로 나타나 연구 가설이 입증되었다.

반면, “주관적 계층의식이 낮을수록 고위험음을 더 할 것이다”라는 가설은 기각되었다. 여성의 경우 주관적 계층의식이 고위험음주와 유의한 관계가 없었으며, 남성의 경우에는 고위험음주와 유의한 관계를 보였으나, 주관적 계층의식이 높으면 고위험음을 할 가능성이 높은 것으로 나타나 연구 가설과 반대되는 결과가 나왔다.

즉, 주관적 계층의식은 개인의 행동에 영향을 미치고, 심리사회적 경로를 통해 건강위험행동을 하게 만들 것이라는 본 연구의 가설은 본 연구 모형에서 일부 입증되었다. 또한, 건강위험행동 중 음주와 흡연은 서로 다른 방향으로 관계를 갖는 것으로 나타났다.

우리나라 성인의 주관적 계층의식의 분포를 살펴보면 1부터 10까지 중 평균값이 3.9로 주로 3, 4, 5로 응답한 경우가 많았다. 같은 도

구를 이용해 주관적 계층의식을 측정한 국외 연구와 비교해 보면, 스웨덴에서 이루어진 Miyakawa et al.(2011)의 연구에서는 7과 8에 가장 빈도가 높은 분포를 이루었고, 영국에서 이루어진 Demakakos et al.(2008)이나 2차 화이트홀 연구 대상자의 경우에도 6, 7 또는 8에 가장 빈도가 높은 분포를 이루는 것을 확인 할 수 있었다(Adler et al., 2008b). 주관적 계층의식의 형성과 분포가 국가나 민족 등에 따라 서로 다른 맥락에서 이루어지므로(Adler et al., 2000) 직접적인 비교는 어렵지만, 우리나라에서는 상대적으로 주관적 계층의식이 낮은 쪽으로 치우친 분포를 이루는 것을 확인할 수 있다. 이와 같은 분포로 인해 주관적 계층의식이 “상”에 속하는 사람의 비율이 매우 낮아서 김병조(2000)의 연구를 참고하여 본 연구에서 분류한 범주에 따르면 주관적 계층의식 “상”은 전체의 4.5% 정도 밖에 되지 않았다.

제 2 절 연구의 제한점

본 연구에서 사용한 한국의료패널조사 자료는 전국 규모의 대표성을 유지하기 위해 다양한 표본추출 방법을 사용하여 표본을 추출하고 조사를 진행한다. 하지만 본 연구의 주요 변수인 주관적 계층의식, 건강위험행동, 주관적 건강상태 등은 모두 만 18세 이상 성인을 대상으로 한 부가조사에서 묻고 있는 항목으로서, 연구 대상자는 부가조사에 직접 응답한 성인만을 선정하였다. 결과적으로 대표성에 있어서는 애초에 설계된 것과 달라졌을 가능성이 존재한다.

본 연구에서 주관적 계층의식은 1부터 10까지의 열 계단으로 이루어진 사다리로 시각화 된 척도인 MacArthur Scale로 측정되었다. 문제는 이러한 척도로 조사된 결과에 대해 어떻게 분류하고 해석할 것인지에 대해 아직 명확히 정립된 게 없다는 점이다. 때문에 같은 척도를 사용하여 분석한 국외 연구에서는 대부분 조사된 결과의 분포에 맞게 절사점(cutoff point)을 설정하여 범주화 후 사용하거나 드물게는 연속변수로 그대로 사용하기도 하였다.

본 연구에서 사용한 자료에 따르면 연구 대상자의 주관적 계층의식의 분포는 앞의 표7과 같고, 이를 분포에 맞게 3분위로 범주를 나누었다. MacArthur Scale의 1부터 3, 4부터 6, 7부터 10까지로 구분하였는데, 이와 같은 분류에 따르면 주관적 계층의식 “하”에 속하는 사람은 4,590명(40.0%), “중”에 속하는 사람은 6,367명(55.5%), “상”에 속하는 사람은 510명(4.5%)이었다. 김병조(2000)에 따르면 주관적 계층의식을 측정할 때 계층 구분에 사용된 용어뿐만 아니라 계층 구분수와 방법에 따라 분포에 차이가 발생하고 분석 결과에도 영향을 주기 있는데 이러한 점에서 본 연구는 제한점을 갖는다. 본 연구의 대

상자들의 주관적 계층의식의 분포가 왼쪽으로 크게 치우쳐져 있는 형태이고, 그로 인해 주관적 계층의식 “상”에 속하는 경우가 매우 적으므로 이것이 분석 결과에도 영향을 미쳤을 수도 있다. 따라서 보다 정교한 분석을 위해서는 MacArthur Scale이나 그와 유사한 방법으로 측정된 주관적 계층의식을 어떻게 범주화하여 분석할 것인지에 대한 추가적인 연구가 필요하다.

또한 종속변수 중 하나로 사용된 주관적 건강상태는 연구의 핵심 변수인 주관적 계층의식과 같은 시점에 같은 조사에서 측정된 변수로서, 이와 같이 같은 조사에서 측정된 자가보고 변수를 분석을 할 경우 동일방법편의(common method bias)가 발생할 가능성이 있다. 이러한 동일방법편의를 해소하기 위한 방법들이 몇 가지 제시되고 있지만(Podsakoff et al., 1986), 본 연구에서는 자료의 한계로 해결하지 못했다. 하지만 전반적인 건강상태를 나타내는 변수로서 주관적 건강상태의 사용이 필요함으로 이와 관련된 결과를 해석할 때는 동일방법편의의 가능성을 염두에 두고 해석해야 한다.

제 6 장 결론 및 제언

주관적 계층의식은 사회의 위계 속에서 스스로 자신의 위치를 인지하고 판단하는 것으로, 사회경제적 위치의 객관적인 요소뿐만 아니라 사회관계나 개인의 경험 같은 다양한 측면을 반영하는 포괄적인 지표이다. 또한, 주관적 계층의식은 박탈의 경험이나 상대적 박탈의 과정을 반영할 뿐만 아니라, 소득 불평등과 같은 사회 불평등에도 영향을 받으며, 개인의 태도를 변화시키고 행동에도 영향을 미친다.

본 연구에서는 우리나라 성인을 대상으로 이러한 관계를 확인하고자 주관적 계층의식과 건강위험행동 및 주관적 건강상태의 관계를 분석하였다. 남녀를 나누어 분석한 결과, 인구학적 변수와 사회경제적 위치 변수를 통제한 상태에서 남녀 모두에서 주관적 계층의식이 높을수록 흡연을 덜하고, 주관적 건강상태가 좋은 것으로 나타났다. 즉, 이론에서 살펴본 것처럼 주관적 계층의식이 낮을수록 흡연을 더 하는 것으로 결과가 나타났기 때문에, 주관적 계층의식이 건강위험행동에 대한 태도에 영향을 미치거나 심리사회적 경로를 통해 흡연을 더 많이 할 것이라고 생각할 수 있다. 또한, 남성의 경우 주관적 계층의식이 높을수록 고위험음주를 많이 하는 것을 확인할 수 있었다.

이러한 주관적 계층의식의 형성에 영향을 미치는 요인들에 대해 다시 상기할 필요가 있다. 관련 연구 결과에서 객관적인 사회경제적 위치 지표인 소득, 직업, 교육 수준의 영향력이 크지만, 이것뿐만 아니라 상대적 박탈감이나 불평등 같은 개인의 경험과 그에 대한 평가 또한 주관적 계층의식을 형성하는데 반영되는 것으로 나타났다.

사회 계층에 따른 건강 격차를 줄이기 위해 그동안 객관적인 지표를 기준으로 절대선 아래에 있는 집단에 주로 관심을 두었는데, 앞으로는 개인의 인식 측면 역시 고려할 필요가 있다. 또한, 이를 개선하기 위해 상대적 박탈감을 줄이고 사회적 지지를 향상시킬 수 있는 거시적인 접근도 필요할 것이다.

참 고 문 헌

- 강영호. (2007). 건강 불평등 연구의 역사적 발전. 예방의학회지, 40(6), 422-430.
- 강은정. (2007). 흡연, 음주, 신체활동을 사용한 한국 성인의 건강행태 군집의 분류. 보건사회연구, 27(2), 44-66.
- 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..
- 김병조. (2000). 한국인 주관적 계층의식의 특성과 결정요인. 한국사회학, 34, 241-268.
- 김연옥. (2012). 여성장애인의 사회경제적 지위 및 인구사회학적 특성에 따른 일상생활만족도의 차이. 직업재활연구, 22(3), 49-65.
- 김잔디, 서제희, 신영진, & 김창엽. (2013). 저소득층의 흡연 행태와 관련 요인. 보건사회연구, 33(1), 577-602.
- 김혜련, 강영호, 윤강재, & 김창석. (2004). 건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향, 한국보건사회연구원, 연구보고서 2004-03.
- 김혜련. (2005). 만성질환 유병과 주관적 건강수준의 사회계층별 차이와 건강행태의 영향.
- _____. (2009). 건강형평성에서 건강행태의 함의와 정책과제. 보건복지포럼 통권, (149), 2009-3.
- 남은영. (2012). 외환위기 이후 사회적 위험과 주관적 계층의식. 한국사회학회 사회학대회 논문집, 67-80.
- 보건복지부·질병관리본부. (2012). 2011 국민건강통계 - 국민건강영양조사 제5기 2차년도.
- 서미경. (2009). 여성흡연의 현황 및 시사점. 보건복지포럼 통권, (152), 2009-6.
- 신명식. (2002). 한국 성인의 문제음주행태 관련 요인 분석. 한국알코올과학회지, 3(1), 111-130.
- 신승배. (2009). 장애인의 사회경제적 지위가 생활만족에 미치는 영향. 세미나·토론회, 2009(11), 285-312.
- 심경선. (2007). 주관적, 객관적 사회적 지위와 청소년 비만의 연관성. (국내석사학위논문), 서울대학교 보건대학원.
- 안치민. (1992). 한국사회의 계급구조화 연구. 한국사회학, 26, 59-81.
- 오현복. (2010). 사회경제적지위에 대한 주관적 인지가 삶의 질에 미치는 영향 .

- 전반적인 삶의 질 만족도 및 건강상태 만족도를 중심으로-. (국내 석사학위논문), 서울대학교 보건대학원.
- 윤인진, & 김상돈. (2008). 사회경제적 지위와 주관적 계층의식이 생활만족에 미치는 영향: 고급여가활용의 매개효과분석. 도시행정학보, 21(2), 153-185.
- 윤탤희, 문옥륜, 이상이, 정백근, 이신재, 김남순, & 장원기. (2000). 우리나라의 사회계층별 건강행태의 차이 Differences in Health Behaviors among the Social Strata in Korea. 예방의학회지, 33(4), 469-476.
- 이병훈, & 윤정향. (2006). 사회계층의식의 변동에 관한 연구. 경제와 사회, (70).
- 이용철, & 임복희. (2010). 성인 남녀의 음주정도에 영향을 미치는 요인 및 음주정도에 따른 건강행위 비교분석. 한국알코올과학회지, 11(2), 107-123.
- 이정민. (2011). 한국인의 연령층별 사회경제적 계층에 따른 Alameda 7 건강행위 실천 수준과 이들의 주관적 건강수준에 미치는 영향. (국내박사학위논문), 인제대학교 대학원.
- 장상수. (1996). 한국 사회에서의 주관적 계층위치. 사회와 역사, 49, 180-212.
- 정영호, 고숙자, 손창균, 김은주, 서남규, 한은정, & 황연희. (2011). 2009년 한국 의료패널 기초분석보고서(Ⅱ). 한국보건사회연구원·국민건강보험공단, 연구보고서 2011-45.
- 조광덕. (2012). 계층의식과 가족으로 보는 건강불평등. (국내석사학위논문), 경희대학교 대학원.
- 조돈문. (1994). 노동계급의 계급의식의 물질 기초- 한국, 스웨덴, 미국의 비교연구. 경제와 사회, 23, 45-81.
- _____. (2005). 한국사회의 계급과 문화: 문화자본론 가설들의 경험적 검증을 중심으로. 한국사회학, 39(2), 1-33.
- 차종천. (1995). 현대 한국사회의 계층. 한국사회론: 제도와 사상(장상수 편.), 서울: 사회비평사.
- 최령. (2013). 소득계층과 주관적 계층인식에 따른 의료이용. 보건과 사회과학, 33, 85-107.
- 현대경제연구원. (2013). OECD기준 중산층과 체감중산층의 괴리. 현대경제연구원 경제연구본부 보고서. Available at: "http://hri.co.kr/storage/newReList.asp"
- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and

- physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. *Health psychology*, 19(6), 586.
- Adler, N. E., & Rehkopf, D. H. (2008)^a. US disparities in health: descriptions, causes, and mechanisms. *Annu. Rev. Public Health*, 29, 235-252.
- Adler, N., Singh-Manoux, A., Schwartz, J., Stewart, J., Matthews, K., & Marmot, M. G. (2008)^b. Social status and health: a comparison of British civil servants in Whitehall-II with European-and African-Americans in CARDIA. *Social science & medicine*, 66(5), 1034-1045.
- Adler, N. E. (2009). Health disparities through a psychological lens. *American Psychologist*, 64(8), 663.
- Andersen, R., & Curtis, J. (2012). The polarizing effect of economic inequality on class identification: Evidence from 44 countries. *Research in Social Stratification and Mobility*, 30(1), 129-141.
- Baum, A., Garofalo, J. P., & YALI, A. (1999). Socioeconomic status and chronic stress: Does stress account for SES effects on health?. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 131-144.
- Berkman, L. F., & Kawachi, I. (2003). 『사회 역학』. (신영진 외, 옮김). 서울: 한울 아카데미. (원서출판 2000).
- Camelo, L. V., Giatti, L., & Barreto, S. M. (2013). Subjective social status, self-rated health and tobacco smoking. *Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil)*. *Journal of health psychology*.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns* (Vol. 4). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Centers, R. (1949). *The psychology of social classes: A study of class consciousness* (Vol. 7). Taylor & Francis.
- Cho, H. J., Khang, Y. H., Jun, H. J., & Kawachi, I. (2008). Marital status and smoking in Korea: the influence of gender and age. *Social science & medicine*, 66(3), 609-619.
- Choi, Y. J., Jeong, B. G., Cho, S. I., Jung-Choi, K., Jang, S. N., Kang, M., & Khang, Y. H. (2007). A review on socioeconomic position

- indicators in health inequality research. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 40(6), 475-486.
- Davis, J. A. (1956). Status symbols and the measurement of status perception. *Sociometry*, 19(3), 154-165.
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., & Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Social science & medicine*, 67(2), 330-340.
- Giddens A. (2011). 『현대사회학』. (김미숙 외, 옮김). 서울: 을유문화사. (원서 출판 2009).
- Graham, H. (1994). Gender and class as dimensions of smoking behaviour in Britain: insights from a survey of mothers. *Social science & medicine*, 38(5), 691-698.
- Ha, Y., Choi, E., Seo, Y., & Kim, T. G. (2013). Relationships Among Subjective Social Status, Weight Perception, Weight Control Behaviors, and Weight Status in Adolescents: Findings From the 2009 Korea Youth Risk Behaviors Web-Based Survey. *Journal of School Health*, 83(4), 273-280.
- Hu, P., Adler, N. E., Goldman, N., Weinstein, M., & Seeman, T. E. (2005). Relationship between subjective social status and measures of health in older Taiwanese persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(3), 483-488.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.
- Jackman, M. & Jackman, R. (1973). An interpretation of the relation between objective and subjective social status. *American Sociology Review*, 38, 569-582.
- Jackman, M. & Jackman, R. (1983). *Class Awareness in the United States*. Berkeley, CA: University of California Press.
- 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.
- Kim, Y. N., Cho, Y. G., Kim, C. H., Kang, J. H., Park, H. A., Kim, K. W., ...

- & Park, N. Y. (2012). Socioeconomic indicators associated with initiation and cessation of smoking among women in Seoul. *Korean journal of family medicine*, 33(1), 1-8.
- Kopp, M., Skrabski, A., Rethelyi, J., Kawachi, I., & Adler, N. E. (2004). Self-rated health, subjective social status, and middle-aged mortality in a changing society. *Behavioral Medicine*, 30(2), 65-72.
- Lundberg, J., & Kristenson, M. (2008). Is subjective status influenced by psychosocial factors?. *Social indicators research*, 89(3), 375-390.
- Macintyre, S. (1997). The Black Report and beyond what are the issues?. *Social science & medicine*, 44(6), 723-745.
- Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A. E., Groenhof, F., & Geurts, J. J. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*, 349(9066), 1655-1659.
- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M., & Hamilton, P. J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of epidemiology and community health*, 32(4), 244-249.
- Marmot, M. G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., ... & Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387-1393.
- Marmot, M. G., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., & Stansfeld, S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *The Lancet*, 350(9073), 235-239.
- Marmot, M. (2004). *The status syndrome: how your social standing affects your health and life expectancy*. Bloomsbury, London.
- Miyakawa, M., Hanson, L. L. M., Theorell, T., & Westerlund, H. (2012). Subjective social status: its determinants and association with health in the Swedish working population (the SLOSH study). *The European Journal of Public Health*, 22(4), 593-597.
- Nobles, J., Weintraub, M. R., & Adler, N. (2013). Subjective socioeconomic status and health: Relationships reconsidered. *Social Science &*

Medicine.

- Operario, D., Adler, N. E., & Williams, D. R. (2004). Subjective social status: Reliability and predictive utility for global health. *Psychology & Health, 19*(2), 237–246.
- Ostrove, J. M., Adler, N. E., Kuppermann, M., & Washington, A. E. (2000). Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample of pregnant women. *Health Psychology, 19*(6), 613.
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual review of sociology, 36*, 349.
- Podsakoff, P. M., & Organ, D. W. (1986). Self-reports in organizational research: Problems and prospects. *Journal of management, 12*(4), 531–544.
- Schnittker, J., & McLeod, J. D. (2005). The social psychology of health disparities. *Annual Review of Sociology, 75*–103.
- Segerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of personality and social psychology, 74*(6), 1646.
- Singh-Manoux, A., Adler, N. E., & Marmot, M. G. (2003). Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Social science & medicine, 56*(6), 1321–1333.
- Townsend, P., & Davidson, N. (1982). *Inequalities in health (the Black Report)*. Harmondsworth, Middlesex, England: Penguin Books.
- Veenhoven, R. (2002). Why social policy needs subjective indicators. *Social Indicators Research, 58*(1-3), 33–46.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy Societies: The afflictions of inequality*. London: Routledge.
- _____. (1999). Health, hierarchy, and social anxiety. *Annals of the New York Academy of Sciences, 896*(1), 48–63.

World Health Organization. (2000). International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: WHO, 51-55.

Abstract

The effects of subjective social status on health-risk behaviors and self-rated health

Yang Dong-Wook

Department of Health Policy and Management

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

The purpose of this study is to identify the distribution of adult's subjective social status(SSS) in Korea, and to analyze the effects of SSS on their health-risk behaviors and self-rated health. Using the 2011 Korea Health Panel annual integrated data, 11,467 people who responded to the survey personally were analyzed.

Descriptive statistics to identify the distribution of health-risk behaviors and self-rated health which is related with the characteristics of each of target population and correlation analysis were performed. Logistic regression was performed to analyze the factors that affect health-risk behaviors and self-rated health.

As the results, SSS is relatively higher in men, younger, who has spouse, and who doesn't have chronic disease. According to the results of logistic regression, SSS is negatively associated with smoking and positively associated with self-rated health. People who have SSS

“middle” are 1.25 times less likely to smoke in males and 2.38 times less likely to smoke in females than people who have SSS “low”. However, opposite to the assumption, the result shows that people who have SSS “high” are more likely to have high-risk drinking in males. And there was no statistically meaningful effects of SSS on high-risk drinking in females.

SSS has statistically significant effects on health-risk behaviors and self-rated health after demographic variables and socioeconomic variables were controlled. According to the results, the aspects of personal perception as well as objective socioeconomic position should be considered to diminish health disparities. Also, efforts to decrease the sense of relative deprivation and enhance the social support are needed to improve it.

keywords : Subjective social status, MacArthur scale, health-risk behaviors, self-rated health

Student Number : 2012-21866