

보건의료의 질 제고를 위한 보건의료 수요 및 공급 체계 개선

- 근로생활의 질을 중심으로* -

김 동 건** · 김 병 섭**

< 목 次 >

- | | |
|------------------------|----------------------|
| I. 연구목적 및 필요성 | III. 보건의료 분야 삶의 질 실태 |
| II. 삶의 질과 보건의료의 이론적 논의 | IV. 근로생활의 질과 건강 |
| | V. 결 론 |

< 요 약 >

보건의료서비스의 질 제고는 수요측면과 공급측면에서 살펴볼 수 있는데, 지금까지 많은 의료보전정책 연구는 주로 보건의료서비스 공급측면에 치중된 연구를 해왔다. 본 연구는 다소 소홀하게 취급되어 왔던 수요측면에 초점을 맞추어, 보건의료에 대한 수요 자체를 줄여서 궁극적으로 의료보전 분야의 삶의 질을 제고하고자 한다. 보건의료 수요에 영향을 미치는 요인들은 교통사고, 환경악화 등 여러 가지가 있지만 그 중에서 특히 우리 인간 생활의 거의 반을 차지하는 근로와 관련하여 발생하는 의료 수요를 줄이는데 주목하였다. 분석결과 근로생활의 질이 질병 또는 육체적 증상에 영향을 미치고 있다는 것을 확인하였다. 그리고 근로생활의 질은 직업안정성과 역할갈등 및 업무과다, 그리고 보상의 공정성과 조직내 집권화와 관계있는 것으로 나타났다. 이를 토대로 근로생활을 질을 제고하기 위한 처방을 제시하였다.

I. 연구목적 및 필요성

선진국에서 “삶의 질”(quality of life)에 관한 관심이 높아진 것은 1960년대부터이

* 본 연구는 한국학술진흥재단('97 및 '98 인문·사회과학 중점영역연구)의 연구지원에 의하여 이루어졌음

** 서울대학교 행정대학원 교수

다. 이 시기에 삶의 질에 대한 사회적, 학문적 관심이 높아지게 된 것은 지속적인 경제성장에도 불구하고 각종 사회문제들이 심각한 상태에 이르게 되었기 때문이다. 즉 경제적 여건만 향상되면 사회 구성원의 복지와 행복이 증대되는 것으로 전제하였으나 그러한 전제는 잘못된 기대였던 것이 밝혀졌기 때문이다(Bauer, 1966). 우리나라에서도 경제적인 성장에도 불구하고 증대되고 있는 각종 도시 및 사회문제와 관련하여 1970년대부터 삶의 질에 대한 학문적 및 정책적 관심이 일게 되었다.

삶의 질의 제고는 그 개념 및 범위의 다양성으로 인해 여러 가지 측면에서 시도될 수 있지만 그 가운데서도 국민의 생활과 밀접한 관련을 갖는 보건의료분야의 삶의 질이 중요한 요소의 하나임은 부인할 수 없다(양봉민, 1994). 현재 우리나라 보건의료 서비스는 양적인 측면에서 아직도 선진국에 비해서는 많이 부족한 것이 사실이지만, 짧은 기간동안에 병원, 병상 및 의사의 수 등 여러 면에서 크게 개선되어왔다. 뿐만 아니라 1989년 의료보험이 전국적으로 확대 실시되어 국민의 보건의료 서비스의 질이 높아진 것이 사실이다.

그러나 보건의료 서비스의 이러한 양적 외형적 성장에도 불구하고 질적인 측면에서는 아직까지도 국민에게 편리한 그리고 국민이 원하는 만큼의 만족할만한 수준에는 이르지 못했다는 것이 일반적인 평가이다(고경석, 1996).

따라서 보건의료서비스의 질적 상태 개선을 통한 삶의 질 제고가 필요하고, 이것이 본 연구의 목적이라고 할 수 있다. 보건의료서비스의 개선은 수요측면과 공급측면에서 살펴볼 수 있다. 수요측면은 보건의료 서비스에 대한 수요가 발생하지 않도록 하는 것이 중요하다는 것이고, 공급측면은 발생된 의료서비스에 대한 수요를 충족시키는 측면을 의미한다. 그런데 지금까지 많은 의료보건정책 연구는 주로 보건의료서비스 공급측면에 치중된 연구를 해왔다. 본 연구는 다소 소홀하게 취급되어 왔던 수요측면에 초점을 맞추어 보건의료서비스 개선을 살펴보고자 한다. 즉 보건의료에 대한 수요 자체를 줄여서 궁극적으로 의료보건 분야의 삶의 질을 제고하고자 한다.

보건의료 수요에 영향을 미치는 요인들은 교통사고, 환경악화 등 여러 가지가 있지만 그 중에서 특히 우리 인간 생활의 거의 반을 차지하는 근로와 관련하여 발생하는 의료 수요에 주목하고자 한다. 이를 위해서 먼저 삶의 질과 의료보건분야의 삶의 질을 개념적으로 정의하고, 둘째 이러한 개념적 토대를 중심으로 우리나라 의료보건 분야의 삶의 질 실태를 살펴보고자 한다. 그리고 셋째 핵심적인 변수인 근로생활의 질(Quality of Working Life)을 중심으로 하여 근로생활의 질이 질병에 어떻게 영향을 미치며, 근로생활의 질의 정도가 어떤지 그리고 근로생활

의 질을 개선하기 위한 전략을 모색하고자 한다.

Ⅱ. 삶의 질과 보건의료의 이론적 논의

1. 삶의 질(Quality of Life)

삶의 질에 대한 연구는 선진국에서는 이미 70년 이상의 오랜 역사를 가지는데 이러한 연구들은 대부분 삶의 질에 대한 정확한 측정을 토대로 바람직한 사회 발전을 도모하는 정책개발에 관심을 가져왔다. 따라서 많은 연구들이 어떻게 하면 사회적 삶의 질을 정확하고 객관적으로 측정할 수 있는지의 문제에 초점을 두어 왔으며, 이러한 관심은 객관적인 측면에서 삶의 질을 측정할 수 있는 양적 지표들, 즉 '사회 지표들' (social indicators)의 추출과 체계화로 결집되었다.

1920년대부터 시작된 사회지표 연구는 계속 발전하여 국가간 비교연구에까지 이르게 된다. 즉 삶의 질에 대한 객관적 측정을 위한 노력의 결과 1966년 UN 산하의 RISS (Research Institute for Social Development)에서 The Level of Living Index가 만들어졌고, 1973년에는 OECD 중심으로 8가지 하위 영역별로 기본적인 사회적 관심 사항들을 모아 지표 체계의 종합화를 위한 시도가 이루어졌으며, 1975년에는 UN에서 Towards a System of Social and Demographic Statistics라는 보고를 통해 모두 11개 영역에 걸친 지표화 작업이 이루어졌다(김병관 외, 1996).

사회지표 체계들이 계속 발전되고 자료들이 축적되어 감에 따라 삶의 질에 대한 연구는 두 가지 측면에서 지적성장이 이루어지게 된다. 하나는 지표체계에 포함되는 변수들이 확대되는 것이고 다른 하나는 객관적 지표 이외에 주관적 지표가 포함되는 것이다. 먼저 단순한 경제적 상태나 인구학적 지표들의 변화 뿐 아니라 과학 기술, 경제, 환경, 건강 등과 같은 부문별 영역들로 확대되어 갔다. 이러한 영역의 확대는 대두된 것 중의 하나가 바로 근로생활의 질이다.

그리고 또 다른 하나의 지적 성장은 주관적 평가의 증가이다. 삶의 질에 대한 주관적 평가가 요구되는 이유는 객관적인 삶의 수준이 높다고 해서 반드시 삶의 질에 대한 주관적 평가를 높여주지 않기 때문이다. 삶의 질은 객관적 차원도 중요하지만 이러한 상황적 조건 속에서 사람들이 느끼는 주관적 의식과 밀접히 연관되어 있기 때문에 사람들의 심리적인 만족감이나 행복감, 안정감 등의 측정이 필요하게 된 것이다.

이러한 변화를 반영하여 현재 국제기관이 제시하고 있는 삶의 질 구성요소를 정리하면 먼저, 경제부문의 요소는 국민총생산량, 자원의 사용, 소득 및 소비, 고용, 실업 등이며, 교육부문은 교육과 학습 등이고, 보건부문은 건강, 사망, 보건의료서비스 등이다. 문화부문은 인구, 사회, 도시화, 가족, 여가 등이며, 복지부문은 사회보장 및 복지서비스 등이다. 앞에서 지적한 바와 같이 객관적 중심의 지표에서 주관적 지표까지 포괄하는 것으로 변화되고 있음을 알 수 있다. 특히 문화와 인간개발 등의 지표가 포함되고 있음을 알 수 있다. 그리고 공해의 심각성을 반영하여 환경과 공해, 도시화 등의 문제를 반영하기 위한 지표가 포함되고 있음을 알 수 있다.

우리나라의 삶의 질에 관한 연구는 선진국들과 비교해 볼 때 50여년 정도의 큰 격차가 있다. 하지만 국내 연구 역시 서구에서 이루어진 연구의 맥락과 매우 유사한 경향을 보이고 있다. 경제의 양적 성장만 된다면 삶의 질은 당연히 높아질 수 있다는 믿음이 있었으나 이것이 환상으로 끝나면서 70년대 중반에 이르면 우리나라에서도 삶의 질 문제가 점차 중요한 관심사로 등장하게 된다. 빈부격차, 환경오염, 빈곤, 복지문제, 노사문제 등 경제개발의 과정에서 가려져 온 사회적 문제들이 속속 우리사회의 전면에 등장하게 됨에 따라 삶의 질 문제는 국민 대중이나 정책 당국자들이 결코 소홀히할 수 없는 중요한 문제로 부각되기 시작하였으며, 80년대 후반 부터는 경제 발전 전략 수립에 있어서도 결코 간과할 수 없는 요인이 되었다. 삶의 질 문제가 점점 더 중요한 관심사가 되어감에 따라 이에 대한 연구 역시 매우 빠른 속도로 증가하고 있다.

2. 보건부문의 삶의 질(Quality of Life)

보건과 건강은 삶의 질의 주요구성부분으로 오래 전부터 자리잡아 왔다. 보건 부문 삶의 질의 요소는 크게 삶은 량과 질로 구성된다고 할 수 있다. 삶의 길이는 평균수명과 기대여명으로 나타낼 수 있으며, 그 집단의 건강의 질은 간접적이긴 하지만 비례사망지수, 상병률, 사망률, 사인별 사망률과 같은 다양한 보건지표들로 표시될 수 있다. 이런 연유로 하여 보건영역에서 삶의 질의 개념은 건강 개념과 동일시하는 경향이 있어 왔다.

1960년대 초까지 보건의 질에 대한 의미있는 측정방법은 사망률이었으며, 이후 1960년대 중반에 접어들면서는 상병률도 보편적인 측정방법으로 추가적으로 활용되었다. 1968년에 보건지표에 대한 광범위한 논의가 거듭되면서, 생화학적·생의

학적인 측면뿐 아니라 의료서비스의 이용성과 건강활동일수 등의 보건지표가 중시되었다. 그리고 1970년대 초에는 건강여명의 개념이 보건상태의 측정방법 중 하나로 제시되었다(Bergner, 1985). 특히 건강여명은 건강한 삶의 질을 직접적으로 나타내 주는 지표가 되었다. 이러한 보건부문의 삶의 질 지표변화를 정리하면 다음 <표 1>와 같다. 각 기관에서 제시하고 있는 보건 부문 삶의 질 지표를 구성요소별로 정리하면 첫째 사망 및 상병관련 지표가 있다. 영아사망률, 연령별 사망률, 사인별 사망률, 상병률 등이 여기에 해당된다. 둘째 기대여명 관련지표가 있다. 기대여명 관련지표란 평균수명, 평균수명의 한계치, 직업여명, 직업활동여명, 건강여명, 상병여명 등으로, 이러한 기대여명 관련지표들은 단일수치로 그 사회의 삶을 집약적으로 표현해 준다. 정부의 공식자료의 신뢰성만 확보된다면

<표 1> 보건분야 사회지표체계의 구성항목 비교

UNRISD ¹⁾	OECD ²⁾	Drewnowski의 생활수준 구성요소 ³⁾	Terleckyj의 삶의 질 영역 ⁴⁾	IMD의 삶의 질 지표 ⁵⁾
1. 병원이용	1. 기대수명	1. 의료시설접근성	1. 평균수명	1. 건강관련 중앙 정부지출액
2. 의료이용	2. 주산기사망률	2. 예방(전염성·기생충성 질환에 의하지 않은 사망률)	2. 활동장애 인구비율	2. 의사 1인당 인구수
3. 예방수단의 정도	3. 일시적장애자	3. 비례사망률	3. 인구 10만명당 강력범죄 발생건수	3. 간호사 1인당 인구수
4. 국민건강상태 (생물학적 시험에 의한)	4. 영구적장애자	4. 영양상태(질병으로부터 해방)		
5. 건강(질병으로부터 해방)		5. 평균수명		
6. 평균수명		6. 신체적 적응(신체적응검사)		

주 1) Drewnowski, J.: *Studies in the measurement of level of living and Welfare*. UNRISD:Geneva, 1970.
 2) OECD: *The OECD List of Social Indicators (Part II : Selected Social Indicator Disaggregations)*, Paris, 1982.
 3) Drewnowski, J.: *On Measuring and Planning the Quality of Life*, Mouton, 1974.
 4) Terleckyj, N.E.: *Improvements in the Quality of Life: Estimates of Possibilities in the United States*, 1974~83, National Planning Association, Washington, D.C., 1975.
 5) IMD(International Institute for management Development), *The World Competitiveness Report*: 1995.
 자료: 천성수(1999)로부터 재인용.

산출이 용이한 장점을 가지고 있다. 셋째는 보건의료체계에 대한 지표이다. 이 지표는 그 지역주민의 보건의료욕구를 어느 정도 충족시킬 수 있는가에 대한 지표이다. 이 또한 직·간접적으로 보건부문의 삶의 질을 반영한다. 이 지표에 해당하는 것은 의료이용률, 예방수단의 정도, 의료시설의 접근성, 의료시설 및 인력 비율, 정부의 공공보건의료비 지출 규모 등이 여기에 해당된다. 넷째는 국민의 보건의식 및 행태 지표이다. 이 지표는 건강 및 보건의료에 대한 주관성 및 객관성이 반영된 지표로 건강에 대한 인식, 건강행동에 대한 태도, 음주율, 흡연율 등이 이에 해당된다.

이러한 보건의료분야의 삶의 질 지표 중에서 본 연구에서는 세가지를 중심으로 살펴보고자 한다. 첫번째는 질병이 발생했을 경우 질병에 대한 의로서비스의 공급 측면에서 삶의 질이고 두 번째는 사망과 질병의 상태에 관한 삶의 질이고 세 번째는 수요 측면 중 근로생활의 질을 중심으로 한 삶의 질이 그것이다.

Ⅲ. 보건의료 분야 삶의 질 실태

1. 공급측면의 삶의 질

보건의료분야의 삶의 질 중에서 앞에서 살펴본 바와 같이 공급측면은 국민 건강에 영향을 미치는 보건의료 조직, 보건의료 인력, 보건의료 분야의 재정, 그리고 보건의료 시설 및 장비 등을 의미한다. 보건의료 조직은 국가간 삶의 비교의 의미

〈표 2〉 우리나라 보건의료인력의 연도별 변화 (단위: 명)

연도별 \ 지 표	의 사 1인당인구	치과 의사 1인당인구	약 사 1인당인구	간 호 사 1인당인구	병상당 인 구
1990	887	4,457	1,155	482	320
1991	838	4,268	1,127	454	300
1992	791	3,869	1,104	432	287
1993	746	3,620	1,080	408	277
1994	714	3,436	1,057	389	244
1995	681	3,278	1,036	372	246
1996	663	3,169	1,022	358	218
1997	641	2,992	1,003	343	-

자료: 보건복지부

가 크지 않으므로 주로 논의는 보건의료 인력 및 재정, 시설에 집중되고 있다.

보건의료인력은 크게 나누어 의사, 치과의사, 한의사, 조산원(助産員), 간호사, 약사, 의료기사(醫療技士), 의무기록사(醫務記錄士), 간호조무사 등으로 볼 수 있다. 아래 <표 2>에서 나타나는 것처럼 대부분의 보건의료인력 1인당 인구가

<표 3> 의료인력 등의 선진국과 비교

국 명	GDP대비 보건총지출	인구천명당 의사수	인구천명당 간호사수	인구천명당 병상수(개)	입원환자 1인당 평균입원일수(일)
오스트레일리아	8.4	2.5	-	-	-
오스트리아	8.3	2.9	8.8	9.1	10
벨기에	7.6	-	-	-	-
캐나다	9.2	2.1	7.6	4.2	-
체코	7.2	3.0	8.1	9.0	12
덴마크	8.0	-	-	4.6	-
핀란드	7.4	3.0	13.5	-	-
프랑스	9.6	3.0	5.9	8.5	11
독일	10.7	3.4	9.5	9.4	13
그리스	8.6	-	-	-	-
헝가리	6.5	3.5	5.0	8.3	10
아이슬란드	7.9	3.3	-	-	-
아일랜드	6.3	2.1	15.3	3.7	-
이탈리아	7.6	5.8	-	-	-
일본	7.2	-	-	16.4	43
한국	6.0	1.2	2.9	4.8	13
룩셈부르크	7.0	2.4	-	8.1	-
멕시코	4.7	1.3	1.1	1.1	4
네덜란드	8.5	-	-	11.5	32
뉴질랜드	7.6	2.2	9.0	-	-
노르웨이	7.5	2.5	9.3	14.7	-
폴란드	5.2	-	-	5.4	10
포르투갈	7.9	3.1	3.7	4.1	9
스페인	7.4	-	-	-	-
스웨덴	8.6	-	-	5.2	-
스위스	10.0	-	-	-	-
터키	4.0	-	-	2.5	6
영국	6.8	-	-	-	-
미국	13.9	2.7	8.3	-	-

자료: OECD 「OECD Health Data 1999」

줄어듦을 볼 수 있다. 1990년도 의사일인이 담당하는 국민이 수는 887명인데 1997년도는 661명으로 줄어들고 있으며, 이러한 현상은 치과의사, 약사, 간호사 등 다른 보건의료 인력의 경우에도 마찬가지로 나타나고 있다. 이러한 보건의료 인력의 증가는 논쟁의 여지가 전혀 없는 것은 아니나 보건의료의 질적인 측면에서는 바람직한 현상이라고 하겠다. 그러나 다른 선진국에 비해 아직도 우리나라의 보건의료인력은 많이 부족한 것으로 분석된다. <표 3>에서 볼 수 있는 바와 같이 인구천명당 우리나라 의사의 수는 1.2명으로 이탈리아나 독일 등의 선진국에 비해서 약 3분의 1정도 수준이다. 그리고 간호사의 경우도 인구 천명당 2.9명으로 아일랜드나 핀란드 독일 미국 등에 비해서 현저히 낮은 것으로 나타나고 있다.

한편 보건의료시설의 경우 대표적인 지표 중의 하나인 병상당 인구를 보면 <표 2>에서 볼 수 있는 바와 같이 1990년도의 320명에 비해 1996년도의 경우 218명으로 나타나 시설 여건이 점차 개선되고 있음을 알 수 있다. 그러나 이 시설의 경우에도 선진국의 수준에 비하면 아직도 열악하다고 할 수 있다. 우리나라의 경우 인구 천명당 병상의 수가 4.8개로 멕시코 등의 국가에 비해서는 높지만 일본의 16.4개나 노르웨이의 14.7개에 비해서 상당히 부족한 것을 알 수 있다. 그리고 다른 선진국의 경우 가령 미국이나 독일 등의 경우에도 우리나라 보다 병상의 수가 많은 것을 알 수 있다.

그리고 보건의료분야의 재정을 보게 되면, 1997년 우리나라 총예산규모는 81조 4830억원으로 이중 일반회계는 67조 5786억원, 특별회계는 13조 9044억원이다. 일반회계의 항목별 구성비를 보면, 경제발전이 25.4%로 가장 높고 다음이 방위비(21.2%), 교육비(18.2%)순으로 나타나고 있다. 보건복지부문 일반회계예산은

<표 4> 사회복지 분야 예산

(단위:억 원)

	98예산	99예산	증감	%
생활보호	11,188	18,059	6,871	61.4
취약계층지원	5,763	6,073	310	5.4
의료보험	11,116	11,526	410	3.7
국민연금등	1,152	1,307	155	13.5
보건의료	3,021	2,912	-109	-3.6
구가유공자지원	10,047	10,336	289	2.9
직업훈련등	4,638	3,616	-1,022	-22.0
합 계	46,925	53,828	6,903	14.7

자료: 기획예산위원회·예산청, 「한국의 재정」, (매일경제신문사, 1999).

정부예산의 4.2%에 불과한 2조 8512억원으로 다른 부문에 비해 매우 낮은 수준을 보이고 있다. 특히 보건 의료 분야에서는 <표 4>에서 볼 수 있는 바와 같이 예산이 오히려 감소하고 있다. 국가간 비교를 하더라도 <표 3>에서 볼 수 있는 바와 같이 GDP 대비 보건지출 비중이 우리나라의 경우 미국, 독일, 일본 등에 비해서 낮은 것을 알 수 있다.

이와같이 보건의료의 공급 측면에서 볼 때 우리나라는 개선이 되고 있기는 하지만 그럼에도 불구하고 여전히 낮은 수준임을 알 수 있다. 이와같이 보건의료 재정, 보건의료인력 및 시설의 부족은 보건의료서비스가 제대로 제공될 수 없다는 문제점을 낳게 된다. 건강권이 국민의 기본권인 점을 생각해 볼 때 이는 심각한 문제점이 아닐 수 없다.

더구나 보건의료서비스가 양적 외형적으로 많은 성장을 해왔음에도 불구하고 국민들의 보건의료서비스에 대한 만족도는 오히려 낮아지고 있다. <표 5>에서 보는 바와 같이 통계청에서 발표한 한국의 사회지표조사에 의하면 의료서비스에 대하여 만족한다는 응답자의 비율이 15.3%이던 1989년에 비하여 1992년에는 9.1%로 상당히 떨어지고 있다. 대신 불만인 사람들의 비중은 38.3%에서 44.3%로 증가하고 있다. 따라서 보건의료 서비스의 외형적인 성장에도 불구하고 주관적인 측면에서의 보건의료서비스의 삶의 질은 오히려 나빠지고 있다는 것을 알 수 있다.

이러한 불만의 이유를 살펴보면 <표 6>에서 제시된 바와 같이 의료기관의 불친절과 비용과다가 가장 큰 비중을 차지하고 있다. 치료가 미흡하다는 것도 또한

<표 5> 의료서비스에 대한 만족도 (단위: %)

	매우 만족	약간 만족	보통	약간 불만	매우 불만
1989	2.9	12.4	46.4	31.2	7.1
1992	1.3	7.8	46.6	37.9	6.4

자료: 통계청, 「한국의 사회지표」, 1994.

<표 6> 의료서비스에 대한 불만이유 (단위: %)

	지역편재	시설미비	불친절	비용과다	치료미흡	기타
1989	11.3	7.3	31.5	32.2	16.1	1.6
1992	10.8	11.1	32.2	23.2	20.9	1.8

자료: 통계청, 「한국의 사회지표」, 1994.

중요한 불만사항으로 나타나고 있다. 그리고 의료서비스의 지역편재에 대해서도 11% 정도의 국민이 불만을 표시하는 것으로 나타나고 있다. 민간의료 중심의 의료정책은 의료기관 및 의료인의 수입증대, 의료기관의 의료인 확보, 의료인의 도시근무 선호경향 등에 의해 도시의 집중 경향을 가져와 지역간의 불균형을 초래하였다. 의료서비스의 지역간 편재를 보다 구체적으로 살펴보면 1994년말 현재 의료기관은 시부에 89.8%가 모여 있으며 병상도 85.9%가 집중되어 있다. 특히 종합병원의 경우에는 90.5%로서 나머지 9.5%도 정부의 지원하에 설립된 취약지 민간병원이 대부분인 것을 감안하면 도시의 편재가 더욱 심하다고 하겠다. 의료인의 경우는 92.1%가 시부지역의 의료기관에서 종사하고 있으며 이 가운데 의사는 93.5%, 간호사는 93.9%, 약사는 95.2%가 집중되어 있다(보건복지부, 95 주요업무자료, 1995). 또한 농어촌지역은 공중보건외와 보건진료원이 대부분의 의료를 제공하고 있는 바, 공중보건의 낮은 생산성과 낮은 교육수준, 계속적인 이동은 양질의 진료를 원하는 농어민의 욕구를 충족시키지 못함으로써 지역간 불균형을 더욱 심화시키고 있다(문옥륜, 1994). 따라서 보건의료서비스의 공급 측면에서 볼 때 삶의 질 수준은 물론 형평성 문제가 있는 것을 알 수 있다.

2. 건강 수준으로 본 삶의 질

건강상태의 삶의 질을 측정하는 지표에는 이환률(morbidity), 사망률(mortality)이 흔히 사용되고 있으며 최근 기능상태(functional status)를 측정하는 도구가 도입되어 사용되고 있다.

이환률은 특정 시점 또는 일정 기간에 존재하는 이환자의 비율을 의미한다. 이 이환률 지표는 흔히 사용되지만 진단명의 모호성, 상병분류의 차이 등의 몇 가지 제약요인으로 인해서 객관성이 떨어지는 단점이 있다.

사망률은 단위인구당 일정기간의 사망수로 표시된다. 사망에 대한 각종 측정치들은 자료의 획득이 상대적으로 용이하고, 특히 국내적으로 시간의 경과에 따른 추세를 분석하고 한 시점에서 각국의 실태를 비교하기에 용이하다. 그러나 이환률은 높고 치명률은 낮은 질병에 의한 건강상실을 반영하지 못하는 단점이 있다.

그리고 기능상태는 이환률이나 사망률보다 건강상태를 더욱 정밀하게 평가할 수 있다는 장점이 있기 때문에 최근 임상연구 및 의료서비스 연구의 결과변수로 흔히 사용되고 있으나(Scholten et al. 1992), 우리나라에는 아직 그 사용 정도가 신뢰도와 타당도 문제로 인하여 그리 많지 않다.

〈표 7〉 기대여명

(단위: 세)

연도	0세			65세		
	전체	남	여	전체	남	여
1971	62.3	59.0	66.1	12.5	10.2	14.6
1975	63.8	60.2	67.9	12.6	10.3	14.9
1979	65.2	61.3	69.5	12.8	10.4	15.1
1983	67.1	63.2	71.5	13.2	10.9	15.2
1987	70.0	65.8	74.0	13.9	11.7	15.8
1991	71.7	67.7	75.9	14.7	12.6	16.4
1995	73.5	69.6	77.4	15.4	13.3	17.0
1997	74.4	70.6	78.1	15.8	13.6	17.3

자료: 보건복지부, 「99보건복지부통계」, 1999.

이러한 보건부문의 삶의 질 지표 중 지금까지 강조되어 왔던 것들은 주로 사망률과 평균수명(0세에서의 기대여명) 지표 등이다. 평균수명은 삶의 질이 아니라 삶의 양을 나타내 주는 지표임에도 불구하고 삶의 질의 측정지표 속에 포함되어 있다. 그것은 장수에 대한 욕망이 인류의 공통적인 염원이기 때문에 국가와 지역에 관계없이 삶의 질을 표현하는 것이며, 수명 속에는 필연적으로 삶의 과정이 압축되어 있기 때문이다. 그리고 또 평균수명은 특정 지역의 보건수준을 측정하는 것이 용이하고 또 그래서 비교가능성이 높기 때문에 많이 이용되어 왔다. 평균수명을 삶의 질의 지표로 이용할 경우 우리나라 보건분야의 삶의 질은 지속적으로 개선되어 왔다고 할 수 있다. 1971년의 경우 남녀 통틀어 62세의 평균수명이던 것이 1997년도에는 74세로 증가하고 있어 평균수명이 약 10세 이상 증가하였다.

그러나 질병의 패턴이 변화되어 과거에는 급성·전염성질환이 주요 상병이었으나 근래에는 만성·퇴행성질환이 주요 상병이 되어, 평균수명은 연장되었으나 상병 상태에 있는 시간의 길이도 더 늘어났다. 따라서 인간의 평균수명의 증가가 유행병의 감소를 수반하는 것인지 아니면 불능과 의존의 기간을 증가시키는 것인지에 대해 여러가지 논란이 있다.

사실 우리나라 국민들의 평균수명은 앞에서 지적한 바와 같이 괄목할 정도로 늘어났으나 건강상태는 오히려 과거에 비해 점차 나빠지고 있다. 건강에 대한 개인의 주관적인 평가를 살펴보면 1986년도에 비해 해가 갈수록 건강하다고 인식하는 응답자의 수가 감소하고 있다. 즉 1986년도에는 건강하다고 응답한 사람들의

〈표 8〉 건강에 대한 개인의 평가(1986-1995) (단위: %)

	매우 건강함	건강한 편	보통	건강치 못함	매우 나쁨
1986	8.9	39.8	34.7	14.5	2.1
1989	11.2	43.6	27.4	15.6	2.2
1992	5.8	40.7	35.3	16.3	1.9
1995	6.1	37.6	36.9	17.3	2.2

자료: 한국보건사회연구원, 「한국의 보건복지지표」, 1998.

〈표 9〉 진료자수 및 치료일수(조사직전 2주간) (단위: 명, 일)

	진료자수(천명당)			환자의 1인당 치료일수		
	1986	1989	1992	1986	1989	1992
전국	57.5	80.9	97.1	4.5	4.5	4.7

자료: 통계청, 「한국의 사회지표」, 1994.

비중이 약49%에 이르렀지만, 1995년에는 43% 정도로 줄어들고 있다. 건강하지 못하다는 의견도 16.6%에서 19.5%로 늘어나고 있다.

그리고 또 〈표 9〉에서 보는 바와 같이 1986년도에 천명당 진료자수가 57.5명이던 것이 1992년에는 천명당 97.1명으로 대폭 증가하고 있다. 물론 이러한 진료자수의 증가는 의료보험의 확대 등과 같은 의료서비스의 성장에도 그 원인이 있겠지만 동시에 국민들의 나빠진 건강상태를 보여주는 증거로도 해석될 수 있다.

따라서 보건 분야의 삶의 질은 수명의 길이와 함께 수명의 질 즉 질병이나 장애 없는 건강한 삶으로 측정해야 할 것이다. 즉 사망자료에 더해서 질병, 장애, 생활형태(life style) 등 여러 관련 자료를 분석해야만 의료보건의 상태를 보다 완전하게 그려낼 수 있다(Kaprio, 1996). 이러한 생존기간 동안의 수명의 질을 나타낼 수 있는 지표가 상병여명과 건강여명이다. 이는 평생동안 상병상태에 있을 기대여명과 평생동안 건강하게 지낼 기대여명을 의미하는 것이다. 물론 건강여명 개념은 이미 1960년대에 등장하였지만 측정방법이 비교적 구체화된 것은 Sullivan(1971)에 의해서이다. 건강여명은 평균여명 중에서 상병으로 인한 기간을 제외하고 건강한 상태로 지내게 될 것으로 기대되는 여명을 말한다.

이러한 상병여명 및 건강여명을 국내에서 측정한 것으로는 천성수(2000)의 연구가 있다. 그에 의하면 〈표 10〉에 보는 바와 같이 다른 나라와 비교하는 경우 평균수명에 있어서는 차이를 보이지 않지만, 건강여명은 선진국에 비해서 현저하

〈표10〉 세계 각국의 평균수명과 건강여명

지역 및 국가(년도)	남			여		
	평균수명	건강여명	비율(%)*	평균수명	건강여명	비율(%)*
New Brunswick (1970)	70.0	56.7	81.0	78.1	61.1	78.2
United States (1980)	70.1	55.5	79.2	77.6	60.4	77.8
France (1982)	70.7	61.9	87.6	78.9	67.2	85.2
The Netherlands (1981-5)	72.8	58.8	80.8	79.5	60.7	76.4
England and Wales (1985)	71.8	58.7	81.8	77.7	61.5	79.2
Canada (1986)	73.0	61.3	84.0	79.8	64.9	81.3
Quebec (1987)	72.1	64.0	88.8	79.5	68.7	86.4
Korea (1989)	66.7	50.7	76.0	74.9	49.9	66.7
Korea (1995)	69.5	48.5	70.0	77.4	47.1	61.0

*: 건강여명/평균수명의 비율임

자료: 천성수, 「기대여명 관련지표를 통한 보건부문 삶의 질에 관한 연구」, 서울대학교 박사학위논문, 1999.

게 낮은 것을 알 수 있다. 남녀 공히 평균수명은 70세와 77세 전후로 비슷하게 나타나고 있지만 건강여명은 약 10년 정도 낮은 것을 알 수 있다. 그리고 다른 나라의 경우 평균수명과 건강여명이 모두 여성이 더 높지만 우리나라의 경우 평균수명은 여성이 높은 반면 건강여명은 여성이 낮은 것을 나타냈다.

Ⅳ. 근로생활의 질과 건강

1. 보건의료서비스의 수요와 근로생활

우리는 앞에서 평균수명도 중요하지만 이에 못지 않게 건강여명과 상병여명이 보건의료분야의 삶의 질을 측정하는 보다 정확한 지표라는 것을 살펴보았다. 그리고 비록 남녀간의 차이를 통해서 밝힌 것이기는 하지만 평균수명은 길지만 건강여명은 오히려 짧은 경우를 살펴보았다. 따라서 건강을 유지하고 평균수명을 길게 하는데 기여하는 원인을 규명할 필요가 있다.

이러한 사실은 국민보건 영역의 삶의 질을 제고하기 위해서는 보건의료 서비스의 개선도 필요하지만 그러한 서비스가 이루어지기 전의 국민 건강상태에 대한 관심도 필요함을 보여주고 있다. 다시 말해서, 발생된 의료수요에 대해서 어떻게

서비스를 잘하여 보건의 질을 높이느냐 하는 것도 중요하지만 의료수요가 발생하지 않도록 하여 보건의 질을 높이는 방법도 이에 못지 않게 중요하다는 것이다.

그런데 지금까지 보건의료서비스에 대한 연구는 주로 전자의 입장에서 진행되어 왔다. 가령 의료인력의 양과 질은 충분하고 적절한지(예: 이두호 외, 1992), 의료시설과 장비는 제대로 공급되고 있는지(예: 문옥륜, 1991), 의료서비스의 지역간 형평성(예: 명지영, 1995)과 소득계층간 형평성(예: 장동민, 1996) 등이 연구되어 왔다. 그러나 의료서비스에 대한 수요를 사전적으로 완화하는 연구는 제한되어 있다. 따라서 보건의료서비스의 수요를 줄이는 측면의 연구가 많이 필요하다.

그런데 보건의료 수요에는 범죄, 교통, 환경, 노령사회 등 인간이 살아가는 거의 모든 요소가 영향을 미친다. 이러한 모든 요소를 모두 다 연구하는 것은 연구자의 인지적, 시간적, 물질 능력으로 볼 때 거의 불가능하다고 할 수 밖에 없다. 따라서 보건의료 수요에 대한 영향요인을 제한적으로 연구할 수 밖에 없는데 본 연구에서는 다음과 같은 몇가지 이유 때문에 직장 내 근로생활에 초점을 맞추고자 한다.

첫째, 오늘날 우리 사회를 조직화된 사회(organizational society)라고 하는 Prethus(1962)의 지적처럼 사람들이 조직 또는 조직과 관련해서 보내는 시간의 비중이 활동시간 중 가장 많은 비중을 차지하고 있기 때문이다. 따라서 삶의 질(quality of life)의 주요부분을 근로생활의 질(quality of working life)이 결정한다고 할 수 있다. 아울러 질병을 유발하는 요인에는 여러 가지가 있겠지만 그 중에서 특히 우리 인간 생활의 거의 반을 차지하는 근로와 관련하여 발생하는 질병이 많기 때문이다.

둘째, 직업과 사망률 사이의 연관성을 보여주는 연구가 많이 이루어져왔다. 미국에서는 Kitagawa 및 Antonovski 등의 연구가 일찍부터 이루어졌으며(Kitagawa et al, 1973; Antonovski, 1967), Black 등은 영국 국영의료체계의 도입 이후 전 사회계층에서 사망률이 감소하였지만 사회계층 사이의 사망률의 차이는 더욱 커졌다는 사실을 보고함으로써 엄청난 논쟁을 유발하였다(Townsend et al, 1982; Whitehead, 1988; Marmot, et al. 1991; Wilkinson, 1986; Pamuk, 1985). 이와 유사한 결과가 프랑스, 헝가리에서도 제시되었다. 그러나 스웨덴, 노르웨이, 덴마크와 핀란드에서는 사망률의 차이가 증가하지 않고 그대로 유지되었다는 보고도 있다(Lahelma, Valkonen, 1990) 더구나 이런 직업에 따른 사망률의 차이 증가는 성인에서만 나타나는 것이 아니고 영아사망률, 사산율, 모성사망률, 아동사망률 등에

〈표 11〉 연령별 주요 사인순위('98)

(단위: 명, 인구10만명당)

연령	1위	2위	3위	4위	5위
전체	뇌혈관질환 34,355(74.0)	심장질환 17,950(38.7)	운수사고 11,957(25.7)	간질환 11,497(24.8)	위암 11,102(23.9)
0	선천성 기형 350(56.1)	주산기질환 208(33.3)	영아급사증후군 100(16.0)	심장질환 83(13.3)	폐염 49(7.8)
1~9	운수사고 630(10.3)	사고성익수 240(3.9)	선천성기형 124(2.0)	추락사고 91(1.5)	백혈병 76(1.2)
10~19	운수사고 954(13.1)	자살 455(6.2)	사고성익수 262(3.6)	심장질환 152(2.1)	백혈병 124(1.7)
20~29	운수사고 1,926(22.3)	자살 1,505(17.4)	심장질환 313(3.6)	사고성 익수 305(3.5)	추락사고 191(2.2)
30~39	운수사고 1,952(22.3)	자살 1,889(21.5)	간질환 991(11.3)	심장질환 801(9.1)	뇌혈관 질환 585(6.7)
40~49	간질환 2,706(43.7)	운수사고 1,754(28.3)	자살 1,712(27.6)	뇌혈관질환 1,563(25.2)	심장질환 1,464(23.6)
50~59	뇌혈관질환 3,589(85.1)	간질환 3,352(79.5)	간및간내담관암 2,641(62.7)	심장질환 2,414(57.3)	위암 1,950(46.3)
60~69	뇌혈관질환 8,084(288.9)	심장질환 3,723(133.1)	기관,기관지및폐암 3,328(118.9)	위암 3,313(118.4)	당뇨병 2,876(102.8)
70+	뇌혈관질환 20,249(1134.2)	심장질환 8,927(500.0)	당뇨병 4,727(264.8)	만성하기도질환 4,373(244.9)	위암 4,174(233.8)

주: 사망순위 선정은 제 3차 한국표준질병사인분류중 WHO가 각 나라에 사용을 권고한 일반 사망 80항목중 나머지 악성신생물 나머지 순환기계질환, 나머지 호흡기계질환, 모든기타 질환, 모든 기타 외인을 제외하고 허혈성 심장질환과 기타 심장질환을 심장질환으로 통합하고 자궁경부암과 상세불명자궁암을 자궁암으로 통합한 뒤, 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상(R00-R99)중에서 영아급사증후군을 선택하여 조정한 73항목 분류를 사용하였음.

자료: 통계청, 「'98사망원인통계연보」, 1999.

서도 나타나고 있다(Walter, 1980; Hart, 1991) 직업으로 구분한 사회계층간 사망률 차이는 비교적 안정된 고용상태에 있는 공무원에서도 나타났다. 영국 런던에 근무하는 사무직 공무원을 대상으로 한 연구에서 10년간 추적 관찰 한 결과, 가

장 높은 직위에 있는 공무원의 사망률은 가장 낮은 직위에 있는 공무원의 1/3에 불과하다는 사실이 밝혀졌다(Marmot, 1984).

다음 <표 11>는 연령별 주요 사인을 밝혀주고 있다. 연령별로 볼 때 태어나서 39세까지는 운수사고와 자살이 주요한 사인이 되고 있지만 40대 이후부터는 각종 질환이 주요한 사망원인이 되고 있다. 물론 이러한 질환이 직업에서 연유한다고 단정지을 수는 없지만 직장에 근무하는 기간이 길어짐에 따라 질병으로 인한 사망이 늘어나는 것으로 보아 간접적으로는 직업과 사인과의 관계를 다시 한 번 밝혀주는 것이라고 여겨진다.

셋째, 질병은 여러 연령층에서 문제가 되겠지만 특히 40 대 이상의 연령층에서 문제가 되고 있다. 기존 통계자료를 중심으로 하여 현재까지 조사된 바에 의하면, 40 대이상의 국민들에서 질병이 급격하게 상승하고 있는 것으로 나타났다. 고혈압은 30대에서 1000명당 9.38명의 발병에 그치던 것이 40대에는 35%가량 급속하게 증대하고 있다. 그리고 당뇨병도 100명당 4.69에서 23명으로 발병율이 증대되고 있다. 이러한 경향은 심장병에서 같은 경향을 보이고 있다.

이러한 통계수치는 신문 방송을 통하여 자주 접하고 있는 바와 같이 과로사의 문제를 부각시켜준다. 일반적으로 40대와 50대는 사회 전반에 걸쳐서 주도적으로 이 사회를 이끌어 가고 있는 연령계층이기 때문에, 이들의 질병은 국가사회의 생산성과 관련되어 있다. 그래서 이웃 일본에서는 유아사망률이 예전부터 지역의 건강수준을 나타내는 가장 좋은 지표의 하나로 되어 왔었지만, 최근에는 사회복지나 보건의료의 측면에서 유아에 대한 대책이 상당히 강화되었기 때문에, 오히려 사회경제요소와 관련이 깊은 중년기남자의 사망률이 지역전체의 사회경제상태를 보다 강하게 반영하는 지표로서 이용할만하다고 한다(이영환, 1981; 逢坂隆子, 1980; 南澤孝夫, 1979).

<표 12> 주요 성인질환 유병률(1995) (단위: 천명당)

	계	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-69세	70세이상
위 압	0.66		0.25	0.33	0.86	4.23	3.90
당뇨병	16.10	1.67	4.69	23.02	46.59	79.75	49.76
고혈압	26.73	2.22	9.38	34.69	82.83	112.91	101.46
중 풍	5.73	0.28	0.25	3.34	12.51	31.05	43.90
심장병	11.55	2.22	5.43	16.68	30.20	39.52	44.88
간질환	11.95	13.89	13.58	18.01	21.57	23.99	8.78

자료: 한국보건사회연구원, 「국민건강 및 보건의식행태조사」, 1995.

이들 연령 계층의 질병은 과로를 포함한 복합적인 관련 요인들이 관련되어 있다. 예를 들면, 개인의 건강상태, 직업의 종류, 근무환경, 업무로 인한 스트레스 정도, 가족의 병력, 성, 연령 등의 다양한 요인들을 생각할 수 있다. 이러한 요인들은 거의 대부분 근로생활과 관련되어 있다. 따라서 근로생활의 질이 질병과 밀접히 연관되어 있을 가능성을 시사해주고 있다.

다섯째, 근로생활의 질과 질병과의 관계에 대하여 많은 기존 문헌이 지적을 해주고 있기 때문이다. 조직내에서 勤勞生活의 質(Quality of Working Life)을 나타내는 주요한 指標로서 많이 이용되는 것 중의 하나가 스트레스이다(예, Staw, 1984). 그런데 정신적 스트레스가 여러가지 좋지 않은 육체적 증상을 초래한다는 것이 계속해서 밝혀지고 있다. 또한 스트레스가 각종 육체적 질환을 야기한다는 보고는 수없이 많다(예: Cottington & House, 1987; Kahn & Byosiere, 1992). 가령 고혈압, 두통, 요통, 위장병, 동반한다고 한다(예: Fried, et al., 1984; Lester, 1981) 또 미국에서 심각한 성인병의 하나인 심장병의 주원인이 스트레스라고 한다(예: Silbert, 1982). 그리고 또 日국립공중위생원 역학부가 근로자 약 2만명을 대상으로 하여 1년반에 걸쳐 실시한 연구 결과에 의하면 스트레스가 당뇨병의 원인이라고 한다(조선일보, 1994. 12. 4). 그리고 또 스트레스는 좋지 않는 행태적 반응을 초래하기도 한다. 스트레스를 많이 받으면, 음주벽, 약물중독 등에 걸리기도 한다(예: Dishlacoff, 1976; Unkovic and Brown, 1978). 또 가정불화와 이혼율(예: Rafsky, 1974; Durner et. al., 1975), 자살률(예: Danto, 1978; Somodevilla et al., 1978) 등도 스트레스와 관련이 있다고 한다. 스트레스가 미치는 신체적 및 행태적 영향에 관한 이러한 언급은 그야말로 예시적인 언급에 불과하다고 할 수 있다. 그런데 이러한 육체적 질병과 행태적 반응은 보건의료 서비스를 야기하는 요인이 됨은 말할 필요도 없기 때문에 결국 보건의료 수요를 줄이고 국민 보건의 질을 높이는 방법은 조직내 스트레스를 해소하고 근로생활의 질을 높이는 것이다.

국내의 연구에서도 이러한 것이 밝혀지고 있는데, 공무원, 교직원 의료보험대상자 기준으로 볼 때 주요 만성퇴행성질환 진료건수가 전체 진료건수에서 차지하는 비율은 '90년 7.3%에서 '97년 9.5%로 연평균 11.6%씩 증가하여 전체 진료건수 연평균증가율(7.4%)보다 1.6배 높은 증가율을 나타내고 있다. 고혈압성질환, 뇌혈관질환이 연평균 21.0%, 25.0%씩 증가하여 만성퇴행성 질환 중에서도 증가가 가장 두드러지는 것으로 나타났다. 이와 같이 만성퇴행성 질환에 의한 진료건수 및 진료비 점유율이 매년 증가하고 있는 것은 여러 가지 이유가 있겠지만

근대화 및 산업화의 영향으로 생활양식의 변화, 환경오염, 정신적 스트레스 등 여러가지 위험요인에 노출기회가 많아졌기 때문이라고 한다.

그런데 이들 연구들은 스트레스와 질병과의 관계는 규명하고 있지만 직장내 근로생활의 조건과 스트레스 그리고 질병과의 관계를 분석하지 않고 있다. 그러나 기존 연구들에 의하면 (a) 열악한 조직 환경 → (b) 스트레스의 증가 → (c) 신체적 이상의 증가로 이어지고 있다는 보고가 많다.

그리고 또 직업별 질병의 정도를 규명하는 것도 직업분류 가령 블루칼라 여부라든지(이주현, 2000), 서비스직 판매직 등의 분류에 의존하고 있어서 개별 조직의 경우 관리개선 전략을 위한 시사점을 제공하여 주지 못하고 있다.

따라서 본 연구는 근로생활의 조건과 질 그리고 질병과의 관계를 직업별 조직내 특성별로 분류하여 규명하고 이를 통하여 관리개선의 시사점을 도출하고자 한다.

2. 연구설계

1) 조사대상

조사대상은 정부부문과 민간부문으로 나누어 자료를 수집하였다. 민간부문에는 기업체(176명)와 은행(97명)을 대상으로 하였으며, 정부부문은 경찰청(284명), 소방서(54명), 세무서(69명), 병원(67명)을 대상으로 하여 모두 747명을 조사하였다. 응답자들의 사회경제적 배경을 살펴보면, 먼저 평균연령은 35세이며 공공부문 종사자의 연령이 민간부문에 비해서 통계적으로 유의미하게 많은 것으로 나타났다. 평균 근무년수는 9년이 조금 넘는 것으로 나타났다. 근무년수에 있어서도 공공부문 종사자의 기간이 상대적으로 길고 민간부문은 상대적으로 짧은 것으

〈표 13〉 응답자의 사회경제적 특성

	연령	근무년수	학력	성별
세무서	36.0	11.8	3.6	1.2
소방서	39.0	12.2	3.2	1.0
경찰서	38.6	13.0	3.2	1.0
병원	30.6	7.2	3.8	1.8
은행	30.4	5.5	3.8	1.3
기업	31.6	5.2	4.1	1.2
전체	35.0	9.5	3.6	1.2

로 나타났다. 즉 조사대상 경찰과 소방직 공무원의 경우는 평균근무년수가 10년을 넘는 반면, 은행과 기업은 5년을 조금 넘는 것으로 나타나 계속적인 근무년수가 민간부문이 많이 떨어지는 것으로 조사되었다. 학력은 반대로 민간부문의 학력수준이 상대적으로 더 높은 것으로 나타났다. 즉 소방서와 경찰서는 응답자의 학력수준이 고졸수준에 가까운 반면 은행의 경우는 대졸수준이 평균으로 나타났다. 그리고 성별의 경우는 병원의 경우는 대부분의 응답자가 여성인 반면, 소방서와 경찰서의 경우는 거의 남성으로 분포되어 있다. 병원의 경우는 간호사의 응답비중이 높았기 때문에 보인다. 전체적으로는 남자 응답자 81%, 여성이 19%를 차지하는 것으로 나타났다.

2) 측정도구의 조작화

근로생활의 질(Quality of working life: QWL)은 크게 다음 두 가지의 관점에서 정의되고 있다. 하나는 바람직한 조직의 조건 또는 상태를 QWL로 보는 것이다. 다시 말하면 직무충실화, 의사결정과정에서의 종업원 참가, 안전한 작업조건 등과 같은 근로자를 위한 조직관리상의 제조건과 상태를 QWL로 보는 입장이 있다. 그리고 또 다른 하나는 조직에서 개별 근로자가 느끼는 행복의 정도를 QWL로 보는 입장이 있다. 전자는 객관적 상태를 그리고 후자는 주관적 상태를 지칭하는데, 보다 일반적인 정의는 후자의 정의이다. 본 연구에서도 후자의 입장을 따라서 근로생활의 질은 주관적 만족도 또는 스트레스 정도를 의미하는 것으로 정의하고, 조직의 객관적 상태는 이들 주관적 근로생활의 질에 영향을 미치는 요인으로 삼고자 한다.

주관적 상태로서의 근로생활의 질은 만족도와 스트레스로 개념적 정의되는데 이것의 조작적 정의는 다음과 같다. 먼저 스트레스의 개념 정의에 대해서는 학자들 간에 합의가 이루어지지 않아 스트레스의 정도를 재는 측정도구도 다양한데, 본 연구에서는 이렇게 많은 척도 중에서 Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981, 1986)를 사용하고자 한다. 왜냐하면, 이 척도는 단순히 스트레스 정도만이 아니라 그 결과 심리적으로 탈진된 상태를 측정하고 또 아울러 동료 및 고객을 비인간적으로 다루는 정도도 측정할 수 있기 때문이다. 이 도구는 광범위한 조사연구에 의하여 높은 신뢰도와 타당도를 가진 것으로 이미 평가된 척도이다(참조: Golembiewski & Munzenrider, 1988). 인자분석 결과 전체 23개 항목 중에서 하나의 항목을 제외하고는 Golembiewski와 그의 동료들이 제시하고 있는 것과 같은 세가지 하위 차원을 보여주어 높은 구성타당도를 보여주고 있다. 즉,

세가지 하위 차원(sub-dimensions)은 감정의 소진(Emotional Exhaustion) 차원, 낮은 성취감(Personal Accomplishment) 차원, 비인간성 차원(Depersonalization)으로서 이들은 각각 7개, 8개, 8개 항목으로 구성되어 있다. 심리적 탈진 이론가들은 이들 세가지 하위 차원을 별개의 척도로 사용하기도 하고 종합하여 하나의 단일한 척도로 사용하기도 한다. 별개의 독립된 척도로 사용하는 이유는 비인간성 척도(Depersonalization)에서 높은 점수를 보인 사람이 언제나 감정의 소진(Emotional Exhaustion) 척도에서도 높은 점수를 보인다고 할 수 없기 때문이다. 마찬가지로 논리로, 각각의 하위척도는 그것의 원인변수 또는 결과변수간의 관계에 있어서도 서로 상이한 인과관계를 가질 것으로 기대되기 때문이다. 하나의 단일한 척도로 사용하는 경우에는 여러가지 혼합방식이 존재할 수 있으나(Kim, 1990), 일반적으로 두가지 방식으로 사용된다. 하나는 Maslach와 Jackson(1981, 1986) 등이 사용하는 것으로 세가지 하위차원을 단순합계하는 방식이다. 또 다른 방식은 Golembiewski와 그의 동료들이 사용하는 심리적 탈진의 단계모형(phase model of burnout)이다. 이것은 개개인의 점수를 각각의 하위차원마다 高(High)와 低(Low)의 두 단계로 나눈 다음, 세가지 차원의 조합에 따라 다음 <그림 1>와

단계 하위차원	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
비인간성	저	고	저	고	저	고	저	고
낮은 성취감	저	저	고	고	저	저	고	고
감정의 소진	저	저	저	저	고	고	고	고

<그림 1> 심리적 탈진의 단계

같이 심리적 탈진의 단계를 설정하는 모형이다. 즉 2단계가 1단계 보다 그리고 3단계가 2단계보다 심리적으로 더 탈진한 상태를 나타내며 8단계는 가장 심리적으로 탈진한 상태를 나타낸다. 각 차원에서 高低 구분의 기준이 되는 점수는 이들이 미국에서 37개 조직 약 13, 000명을 대상으로 실시한 조사 결과를 토대로 하고 있는데 비인간성 차원은 18점, 낮은 성취감 차원은 26점, 감정의 소진 차원은 22점이라고 한다.

그리고 직무만족도는 Smith, Kendall, and Blood의 Job Descriptive Index(1969)를 사용하였는데 분석에서는 이중에서 직무만족도만 만족도로 사용하였다. 질병을 나타내는 육체적 증상은 일반적으로 이 분야의 연구에서 많이 사용되는 Quinnn

의 척도를(Quinn & Shepard, 1974; Quinn & Staines, 1979) 사용하였다. 육체적 증상의 Cronbach's Alpha값은 .9157로 나타나 상당히 높은 신뢰도를 보여주고 있다. 그리고 근로생활의 상태와 관련된 변수로는 보상과 공정성, 직업안정성, 역할갈등과 업무과다, 집권화와 공식화 등을 기존 연구를 참조하여 포함시켰다. 독립변수 중에서 보상과 공정성에 관한 변수는 Cross의 Work Opinion Survey(1973) 중에서 각각 단일항목을 선정 사용하였다. 직업안전성은 위험의 정도를 측정하는 Suwell(1981)의 조사표 등이 있으나 이것도 항목이 15개로 많아서 직업의 안전성이라는 단일항목을 사용하였다. 조직 내 스트레스 요인들 중 역할갈등은 Rizzo 등의 척도(1970)를 수정한 Kang(1990)의 척도를 사용하였다. 이 척도의 Alpha값은 .7191로 나타났다. 그리고 업무과다는 Caplan 등의 척도(1975)를 사용하였다. 이 척도의 Alpha값은 .8179로 나타났다. 그리고 조직구조의 집권화와 공식화는 Kahn의 척도(1964) 중에서 사용하였는데, Cronbach's alpha값은 각각 .8115와 .7133으로 나타났다.

〈표 14〉 직업별 육체적 증상

항 목	세무서	소방서	경찰서	병원	은행	기업	전체
1. 두 통	2.43	2.48	2.42	2.38	2.55	2.37	2.43
2. 기침이나 감기	2.69	2.75	2.57	2.51	2.57	2.57	2.59
3. 피로감	1.78	2.01	1.69	1.80	1.76	1.73	1.75
4. 아침에 일어나기가 어려움	2.02	2.26	2.21	2.03	1.87	1.75	2.03
5. 손에 땀이 많이 남	2.81	3.12	2.71	3.27	3.02	2.70	2.83
6. 신경이 날카로움	2.36	2.26	2.23	2.46	2.47	2.20	2.29
7. 지친다는 느낌	2.00	2.30	2.05	2.04	2.07	1.95	2.04
8. 식욕부진	2.77	2.94	2.74	2.90	3.08	2.81	2.83
9. 심장이 고통스러움	3.12	3.35	3.03	3.33	3.38	3.16	3.17
10. 가슴이 조여드는 느낌	3.04	3.29	2.97	3.28	3.18	3.07	3.08
11. 숨쉬기가 어려움	3.36	3.46	3.22	3.42	3.45	3.29	3.31
12. 심장이 놀리는 듯한 느낌	3.18	3.40	3.11	3.35	3.32	3.16	3.20
13. 다리가 절립	2.95	3.09	2.76	2.77	2.98	2.92	2.88
14. 무릎이 부풀어오름	3.45	3.48	3.19	3.29	3.39	3.32	3.30
15. 등이 아픔	2.88	3.16	2.87	2.68	2.74	2.87	2.86
16. 잠들기가 힘들	3.03	2.91	2.81	2.92	3.13	2.99	2.93
17. 졸리는 상태	2.31	2.29	2.17	2.43	2.36	2.11	2.22
전 체	46.2	48.8	44.8	47.0	47.2	45.2	45.8

3. 자료의 분석

먼저 본 연구의 주된 관심 변수인 질병의 대변수(proxy variables)로 육체적 증상을 분석하였다. 자주 그런 증상을 보이는 경우의 점수를 1, 그리고 전혀 그렇지 않은 경우를 4점으로 하여 살펴본 결과, <표 14>에서 보는 것처럼, 전체적으로 볼 때 심장이 고통스럽다거나(3.17점) 숨쉬기가 어렵다(3.31점)는 증세 등은 일반적으로 나타나지 않는 것으로 보이지만, 피로감(1.75점)과 아침에 일어나기 어렵다거나(2.03점) 지친다는 느낌(2.04점) 등은 가끔 겪는 것으로 조사되었다. 경찰(44.8점)과 기업체 근로자(45.2점)의 육체적 증상이 상대적으로 심한 반면, 나머지 집단은 비슷한 것으로 나타났다.

다음 근로생활의 질이 육체적 증상이 어떠한 영향을 미치는지를 살펴보았다. 근로생활의 질은 직무만족과 스트레스로 측정되기 때문에, 이들 변수들이 육체적 증상이 미치는 영향을 살펴보기 위해서 교차분석과 회귀분석을 실시하였다. 육체적 증상의 여러 측면 중 피로감과 스트레스와의 관계를 교차표를 이용하여 분석하였다. 결과는 <표 15>에서 보는 바와 같이, 심리적 탈진이 많이 진전되지 않은 I, II, III 단계에서는 피로를 느끼지 않는 응답자의 비율이 35%에서 40%정도를 차지하고 있으나 심리적 탈진이 많이 진전된 IV, VII, VIII단계에서는 피로를 느끼지 않는 응답자의 비중이 10%이하로 떨어지고 있고 피로를 느끼는 응답자의 비중이 90%를 넘고 있다. Chi-Square값이 136.21117로 df = 21에서 .00000 수준

<표 15> 심리적 탈진단계와 피로감의 교차분석

피로감 심리적탈진	자주 그렇다	가끔 그렇다	거의 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
1 단계	3(7.1%)	24(57.1%)	12(28.6%)	3(7.1%)
2 단계	1(4.5)	15(68.2)	3(13.6)	3(13.6)
3 단계	3(9.7)	15(48.4)	11(35.5)	2(6.5)
4 단계	12(23.5)	25(49.0)	12(23.5)	2(3.9)
5 단계	7(25.0)	16(57.1)	5(17.9)	
6 단계	60(50.4)	51(42.9)	4(3.4)	4(3.4)
7 단계	9(42.9)	11(52.4)	1(4.8)	
8 단계	193(51.6)	160(42.8)	17(4.5)	4(1.1)
전 체	288(41.9)	317(46.1)	65(9.4)	18(2.6)

*Chi-Square값, 136.21117 d.f. = 21 significance level = .00000

Gamma 지수 = -.44836

〈표 16〉 직무만족도와 피로감의 교차분석

심리적탈진 \ 피로감	피로감			
	자주 그렇다	가끔 그렇다	거의 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
매우 만족	4(19.0%)	9(42.9%)	5(23.8%)	3(14.3%)
만족	53(29.1)	100(54.9)	24(13.2)	5(2.7)
보통	156(39.9)	186(47.6)	43(11.0)	6(1.5)
불만	59(54.6)	37(34.3)	8(7.4)	4(3.7)
매우 불만	25(80.6)	4(12.9)	2(6.5)	-
전체	297(40.5)	336(45.8)	82(11.2)	18(2.5)

* Chi-Square 값, 60.45510 d.f. = 12 significance level = .00000

Gamma 지수 = -.30908

의 유의성을 보이는 것으로 나타났다. 그리고 Gamma 값도 -.448 로 나타나 두 변수간의 관계가 상당한 관계를 가지는 것으로 나타났다.

다음 직무만족도와 피로감과의 관계를 교차분석한 결과, 심리적 탈진단계와 마찬가지로 직무만족도가 매우 높은 경우는 피로감을 느끼지 않는 경우 38%에 이르지만 직무만족도가 매우 낮은 경우는 피로감을 느끼지 않는 경우가 10%에도 이르지 못하고 피로감을 느끼는 정도가 90%를 넘는 것으로 나타났다. 그리고 Chi-Square값은 60.45로 .0000 수준에서 의미있는 관계를 보이는 것으로 나타나고 있으며 Gamma값도 -.309로 상당한 상관관계를 보여주고 있다.

이러한 근로생활의 질과 육체적 증상과의 분명한 관계는 회귀분석에 의해서도 그대로 나타나고 있다. 사회경제적 변수를 회귀방정식에 포함하는 경우에도 심리적 탈진과 직무만족도는 육체적증상에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 피로

〈표 17〉 육체적증상에 대한 영향요인의 회귀분석 결과

Variable	Beta	Sig T
심리적탈진	-.467	.000
직무만족도	-.115	.004
직업	-.015	.700
성별	-.009	.795
학력	.044	.235
연령	.001	.978

감을 포함한 육체적 증상의 전체항목에 대한 직무만족도와 심리적탈진의 회귀분석을 한 결과, 심리적 탈진과 직무만족도가 육체적 증상에 통계적으로 의미있는 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다.

근로생활의 질이 보건의료 서비스의 수요에 미치는 영향에 대하여 살펴보았다. 물론 이 두 변수의 관계에 대해서는 보다 정밀한 연구가 더 있어야 할 것이지만, 잠정적으로는 관계가 있는 것으로 간주할 수 있다. 그렇다면 현재 우리나라 조직들의 근로생활의 질은 어떠한가?

먼저 조직내 스트레스의 정도를 살펴보았다. 스트레스는 앞에서 지적한 바 있는 Golembiewski와 그의 동료들이 사용하는 심리적 탈진의 단계모형(phase model of burnout)을 사용하였다. 즉, Golembiewski와 Munzenrider(1988)가 제시한 기준 점수를 토대로 하여 심리적 탈진단계를 살펴본 결과 우리나라 근로자들은 심리적 탈진단계가 매우 높은 것으로 나타났다. 전체 응답자의 54.3%가 가장 심각한 탈진 상태를 나타내는 8단계에 속하는 것으로 나타났다. 일반적으로 심리적 탈진이 많이 진행된 상태라고 하는 6, 7, 8단계를 합치면 응답자의 75% 이상이 이들 단계에 속하는 것으로 나타나 충격을 주고 있다. 이러한 수치는 총 13,000명에 이르

〈표 18〉 조사대상별 심리적 탈진의 단계 및 그 분포

탈진단계 연구대상	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
경찰공무원(108)	3.7	4.6	0.0	5.6	4.6	21.3	0.9	59.3
미국주정부공무원(91)	31.9	13.2	6.6	8.8	1.1	16.5	2.2	19.8
캐나다공무원대학(424)	18.4	7.5	16.3	4.0	7.3	9.0	5.7	31.8
한국공무원(296)	9.8	9.5	4.7	12.9	2.4	13.6	1.4	45.8
연구의 종합(13,000)	25.9	5.7	11.2	9.8	4.7	14.3	8.7	20.2
세무서	9.7	6.5	3.2	16.1	1.6	16.1	4.8	41.9
소방서	4.1	2.0	14.3	10.1	8.2	18.4	4.1	38.8
경찰서	7.4	4.7	4.3	5.0	3.1	25.2	2.3	48.1
병원	6.2	1.5	4.6	10.8	9.2	12.3	1.5	53.8
은행	9.8	2.2	5.4	8.7	3.3	12.0	3.3	55.4
기업	1.2	1.2	2.4	4.9	3.7	10.4	3.7	72.6
전체(747)	6.1	3.2	4.6	7.4	4.1	17.4	3.0	54.3

주: 괄호안의 수자는 표본의 크기를 의미한다.

출처: Golembiewski & Kim(1990): Burke & Deszca(1986): 김병섭(1994): Golembiewski & Munzenrider(1988).

는 미국에서의 기존 연구들의 종합편에 비교해 볼 때 매우 높은 편이다. 즉 연구의 종합편에서 보면 8단계에 속하는 응답자의 비중이 20%에 머물고 있는 반면 우리나라는 50%를 넘고 있으며, 6, 7, 8단계를 종합할 경우 미국의 경우는 40%를 조금 넘는 반면, 본 조사의 응답자는 거의 두배에 해당하는 75%를 넘고 있다.

이러한 심리적 탈진단계의 분포가 직업별로 상이하게 나타나는지 살펴보았다. 결과는 예상과 다르게 나타났다. 상대적으로 탈진이 많이 진전되었을 것으로 기대되는 경찰은 예상과 그런대로 비슷하게 나타났다. 즉 탈진단계가 많이 진전된 응답자(6, 7, 8단계)의 비중이 75%를 넘어 높은 것으로 밝혀졌다. 그러나 예상과 달리 기업체에서 심리적 탈진단계가 높은 사람들의 비중이 85%를 넘는 것으로 나타나 충격을 주고 있다. 왜 이러한 결과가 나타났는지에 대해서는 보다 정밀한 분석이 필요하겠지만 그 이유야 어찌되었던 간에 기업조직의 근로생활의 질이 결코 높지 않고 문제가 심각함을 지적하는 경향으로 받아들여야 할 것 같다.

공무원의 경우에도 일선기관의 근무자를 대상으로 한 것이기는 하지만, 상대적인 관점에서 볼 때 매우 높은 것으로 나타나고 있다. 물론 이러한 결과는 한국공무원에 대한 기존 연구와는 큰 차이를 보이지 않는다. 그러나 심리적 탈진단계가 높은 응답자의 비중이 많은 것은 주목해야 할 사항이다. 즉 미국 주정부 공무원에 비해서는 그래도 8단계에 속하는 응답자의 분포가 많은 캐나다의 공무원과 비교하더라도 (8단계 31.8%) 59.3%는 대단히 심각한 것이다.

다음 직무만족도를 조사하여 보았다. 직무만족도는 전체적으로 볼 때 만족하는 응답자의 비중이 만족하지 않는 응답자의 비중보다 많은 것으로 나타났다. 그리고 직업별로 보면 은행이 상대적으로 높은 반면, 세무서와 경찰서에 근무하는 공무원의 직무만족도 낮은 것으로 나타났다.

〈표 19〉 조사대상별 직무만족도의 분포

연구대상	직무만족도				
	매우높음	높음	보통	낮음	매우낮음
세무서	3.7	16.4	73.1	7.5	3.0
소방서	3.3	33.3	44.4	14.8	3.7
경찰서	4.5	16.3	55.8	17.4	7.2
병원	4.2	27.3	54.5	13.6	-
은행	1.7	36.8	46.3	11.6	1.1
기업	2.9	30.9	48.3	15.2	3.9
전체 (747)	-	24.7	53.4	14.7	4.3

〈표 19〉 직업별 근로생활의 질의 영향요인

	전체 Beta Sig	소방서	세무서	경찰서	병원	은행	기업							
보상	.014	.742	.062	.663	.237	.172	.007	.917	.353	.025	.289	.006	.059	.517
공정성	-.156	.000	-.244	.096	-.522	.007	-.093	.160	-.354	.032	-.154	.156	-.225	.012
안전성	.176	.000	-.067	.613	-.087	.613	.167	.017	-.187	.306	-.043	.690	.041	.663
집권화	.133	.002	.135	.342	.107	.538	-.018	.800	.231	.174	.441	.000	.188	.059
공식화	-.041	.375	-.073	.618	.009	.957	.026	.733	-.260	.166	-.111	.293	-.029	.776
역할갈등	.175	.000	.037	.797	-.185	.295	.307	.000	.144	.335	.341	.001	.088	.327
업무과다	-.150	.000	-.154	.316	-.444	.006	-.168	.007	-.140	.353	.014	.887	-.065	.466
성별	.025	.543	.016	.908	-.041	.776	.003	.949	-.084	.564	-.072	.573	-.217	.053
학력	-.001	.974	-.148	.316	-.203	.176	.001	.979	-.013	.928	-.087	.460	-.102	.304
근무년수	.085	.329	-.214	.510	.087	.754	-.033	.872	.217	.275	.143	.467	.142	.176
연령	-.161	.069	-.391	.242	-.076	.788	.078	.700	-.215	.270	.023	.914	-.28	.031

본 연구의 응답자가 모든 근로자를 대표하는 것은 아니지만 그래도 직무만족도만을 볼 때는 우리나라 근로생활의 질은 그렇게 심각한 것은 아닌 것처럼 보인다. 그런데 질병과의 관계에 있어서는 앞의 〈표 15〉 〈표 16〉 〈표 17〉에서 볼 수 있는 것처럼 직무만족도 보다는 스트레스가 더 많은 영향을 미치는 것으로 나타나고 있으므로 스트레스를 토대로 하여 근로생활의 질을 평가하여야 하지 않나 생각된다. 다시 말해서 본 연구의 관심주체인 보건의료서비스의 수요측면을 고려해 볼 때 스트레스를 줄이는데 더 많은 비중을 주어야 하지 않나 생각된다.

그래서 다시 스트레스에 영향을 미치는 영향요인들을 회귀분석한 결과 〈표 19〉와 같이 나타났다. 전체적으로 볼 때, 업무과다와 역할갈등 등이 심리적 탈진에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 그리고 공정성과 직업안전성, 또 집권화 등이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 공식화와 보수수준은 예상한 것과 달리 심리적 탈진에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 그러나 개별조직에 따라서 심리적 탈진에 미치는 영향요인이 다른 것으로 나타났다. 가령 보수수준은 은행조직에서는 영향을 미치는 것으로 나타났다. 인사의 공정성은 세무서와 병원 기업조직에서 영향을 미치는 것으로 나타났다. 직업의 안전성은 경찰조직에서만 영향요인으로 나타났다. 그리고 또 집권화는 은행조직에서 두드러진 영향요인으로 작용하고 있고, 역할갈등과 업무과다는 경찰조직에서 두드러지게 나타나고 있다.

V. 결 론

1. 요약 및 정책적 함의

지금까지의 연구결과는 다음과 같은 몇 가지 중요한 함축적 의미를 제시하고 있다.

첫째, 보건의료서비스의 공급수준에 있어서 개선이 많이 이루어지고 있으나 여전히 상대적으로는 선진국에 비해서 열악한 실정이다.

둘째, 건강의 수준과 관련된 삶의 질을 볼 때 평균수명은 늘어나고 있으나 상병기간 및 건강여명을 오히려 줄어 들고 있다.

셋째, 따라서 건강에 영향을 미치는 근로생활의 질에 주목할 필요가 있다. 분석결과 근로생활의 질과 질병과의 관계는 유의미한 것으로 나타났다. 근로생활의 질이 질병 또는 육체적 증상에 영향을 미치고 있다는 것을 확인하였다. 이러한 연관성 고리는 스트레스가 심리적, 신체적 손실뿐만 아니라 경제적 손실도 야기시킬 수 있음을 암시한다. 즉 스트레스의 정도가 심해질수록 질병 발생의 가능성이 높아지고, 이에 따라 생산성 저하나 의료비 지급 등의 경제적 손실이 발생하게 된다. 따라서 의료서비스의 수요 요인을 줄여 궁극적으로 보건의료 분야의 삶의 질을 제고하면서 동시에 국가전체의 의료비 절감을 위해서 조직내 근로생활의 특성에 유의할 필요가 있다.

넷째, 그런데 우리나라 조직의 근로생활의 질은 심리적 탈진단계 수준을 기준으로 하였을 때 매우 심각한 것으로 나타났다. 따라서 근로생활의 질이 보건의료서비스의 수요를 결정한다는 것을 가정할 때 보건의료서비스에 대한 수요를 줄이기 위해서는 근로생활의 질을 개선할 필요가 있다는 것을 확인하였다.

다섯째, 그러면 어떻게 하면 근로생활의 질을 개선할 수 있는가? 기존의 선행연구에 의해서 확인된 것과 본 연구의 경험적 분석에서 밝혀진 것은 직업안정성과 역할갈등 및 업무과다가 많은 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그리고 또 보상의 공정성과 조직내 집권화가 영향요인을 나타났다. 따라서 근로생활의 질을 개선하여 보건의료서비스 수요를 원천적으로 줄이기 위해서는 과다한 업무를 줄이는 것이 필요하다. 그리고 또 역할모호성에서 오는 역할갈등을 줄이도록 하여야 할 것이고 또 근로생활에서의 안전에 대해서도 고려를 해야할 것이다. 그리고 또 여러 학자들에 의해서 이미 지적된 바와 같이 권한을 하부로 위임하는 과정

즉 조직내 직무충실화 등과 조치가 필요하다.

여섯째, 그러나 이러한 영향요인들은 개별 조직에 따라서 다를 수밖에 없다. 따라서 근로생활의 질을 개선하기 위해서는 개별 조직의 진단과 처방이 요구된다고 하겠다.

일곱째, 앞으로 보건의료 분야의 삶의 질 측정 및 비교는 QWL지수도 고려할 필요가 있다. 그래서 조직간, 직업간, 국가간 비교연구의 주요 지표로 활용할 필요가 있다.

2. 연구의 한계

조직특성과 스트레스의 정도 그리고 신체적 이상간의 관계를 좀더 객관적으로 살펴보기 위해서는 신체적 이상에 대한 응답자의 자기 보고 이외에 건강진단서와 같은 객관적인 자료가 추가적으로 필요하다. 즉 단순히 응답자의 자기 보고에만 의존할 게 아니라 응답자의 건강상태에 대한 좀더 객관적인 자료가 뒷받침되어야 한다. 이것은 응답자가 자신의 신체적 이상 유무에 대해 보고하는 과정에서 그의 주관이 개입될 수 있기 때문이다. 따라서 객관적 자료를 이용하지 못하고 주관적 자료(조직특성, 스트레스, 신체적 이상 등에 대해서)만으로 분석한 것이 본 연구의 한계이다. 따라서 앞으로 직장 건강진단 조사결과를 토대로 하여 각종 성인병의 분포를 살펴본 다음, 이들의 분포와 조직내 근로생활의 질과의 관계를 규명할 필요가 있다고 하겠다.

그리고 질병은 조직내 특성과 근로생활의 질 뿐만 아니라 다른 요인에 의해서도 영향을 받으므로 이들 변수의 영향을 통제할 필요가 있다. 가령 연령이나 대기오염 등에 의해서도 발생할 수 있으므로 이들 변수간의 진정한 관계를 규명하기 위해서는 이들 제3의 변수들에 대한 통제가 필요하다. 이를 위해서 분석에는 연령, 지역 등의 통제변수가 포함될 것이다.

아울러 이와 같이 여러 변인들을 통제하기 위해서는 보다 많은 표본을 이용한 연구가 필요하다고 여겨진다.

참고문헌

- 고경석, "건강한 삶 : 의료복지 측면의 삶의 질," 「한국행정연구」 제 5 권 1호, 서울: 한국행정연구원, 1996.

- 김병섭, “공무원의 복지부동과 직무몰입도-동기이론과 스트레스 이론을 중심으로,” 「한국행정학보」 28(4), 1994.
- 김병섭, “경찰공무원의 스트레스와 심리적 탈진,” 「한국행정연구」 3(4): 129-152, 1995.
- 김 응 「中高齡層의 死因構造 分析研究」, 서울대학교 保健大學院 석사학위 논문, 1997.
- 김호석 「남녀의 평균수명 차이에 관한 연구」, 서울대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1997.
- 명지영, 「의료 이용의 형평성에 관한 실증적 연구」, 서울: 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1995.
- 문옥륜, “의료장비의 수급과 정부의 역할,” 서울: 보건행정학회 춘계 학술세미나 발표논문, 1991.
- 문옥륜, 「한국의료보험체계의 개혁」, 서울: 도서출판 고려의학, 1994.
- 박수필, 「대도시 영세지역의 의료수용 태도 및 의료이용과 관련된 요인 연구」, 서울: 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1982.
- 박정용, 「사회적 스트레스와 관련된 건강위험 인자 연구」, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1999.
- 서은정, 「건강행위간의 상호관계에 관한 연구: 성·연령별 차이를 중심으로」, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 2000.
- 양봉민, “보건의료를 통한 삶의 질 제고,” 「정책논단」, 서울: 한국외교문제연구원 창간호, 1994.
- 오장균, 「한 사업장 근로자들의 스트레스, 건강실천 행위 및 건강수준간의 구조 분석」, 연세대학교 대학원 박사학위 논문, 1998.
- 윤병식 외, 「한국인의 「삶의 질」 현황과 정책과제」, 한국보건사회연구원, 1996.
- 윤태호, 「우리나라 사회계층간 건강행태 차이」, 서울대학교 보건대학원 석사학위 논문, 2000.
- 이금이, 「소득 불평등과 건강 수준에 관한 다단계 분석 연구」, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1999.
- 이두호·차홍봉·엄영진·배상수·오근식, 「국민의료보장론」, 서울: 나남, 1992.
- 이상호, “쾌적한 삶: 환경 측면의 삶의 질,” 서울: 한국행정연구원 「한국행정연구」 제5권 1호, 1996.
- 이주현, 「우리나라 사망자료를 이용한 사망양식이 역학적 특성에 관한

- 연구], 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 2000.
- 임희섭, “삶의 질의 개념적 논의,” 서울: 한국행정연구원 「한국행정연구」 제 5 권 1호, 1996.
- 조홍준, 「공·교 의료보험 피보험자의 사회계층별 사망을 차이에 관한 연구」, 서울대학교 보건대학원 박사학위논문, 1997.
- 천성수, 「기대수명 관련지표를 통한 보건부문 삶의 질에 관한 연구」, 서울대학교 대학원 박사학위논문, 1999.
- 국민의료보험관리공단, 「1998년도 건강진단 결과분석」, 1998.
- Adams, J.S., “Toward an understanding of inequity,” *Journal of Abnormal and Social Psychology* 67: 422-436, 1963.
- Ashkenas, R. N., & Jick, T. D., “Productivity and QWL success without ideal conditions,” *National Productivity Review* 1(4): 381-388, 1982.
- Bauer, R.A.ed., *Social Indicators*, Cambridge Mass. MIT Press, 1966.
- Bentley, M. T. & Hansen, G. B., “Improving productivity via QWL centers,” *Training and Development Journal* 34(3): 30-37, 1980.
- Boisvert, M., “The quality of working life: An analysis,” *Human Relations* 30(2): 155-160, 1977.
- Bonjean, C. & Grimes, M., “Bureaucracy and alienation: A dimensional approach,” *Social Forces* 48: 365-73, 1970.
- Cacioppe, R. & Mock, P., “A comparison of the quality of work experience in government and private organizations,” *Human Relations* 37(11): 923-940, 1984.
- Caplan, R.D., Cobb, S., French, J.R.P., Harrison, R.U, and Pinneau, S.R., *Job Demands and Worker Health*, NIOSH Research Report, 1975.
- Cherns, A., “Perspectives on the quality of working life,” *Journal of Occupational Psychology* 48(3): 155-167, 1975.
- Chivnall, J.T. and C. Taft, “The Quality of Life Scale: Preliminary Study with Chronic Pain Patients,” *Psychology and Health*, Vol. 4: pp. 283-292, 1990.
- Chubon, R.A., “Development of Quality-of-Life Fating Scale for Use in Health Care Evaluation,” *Evaluation and the Health Professions*, Vol. 10: pp. 186-200, 1987.
- Cooper, C. L. & Marshall, J., “Occupational sources of stress: A review of the literature relating coronary heart disease and mental in health,” *Journal of Occupational Psychology*

- 49: 11-28, 1976.
- Cummings, T. G. & Molloy, E. S. & Glen, R., "Intervention strategies for improving productivity and the quality of work life," *Organizational Dynamics*: pp. 52-68, 1977. summer.
- Davidson, M. J. and Venno, A., "Stress and the policeman," in Cooper and Marshall(eds.), *White Collar and Professional Stress*, N.Y.: Wiley, 1980.
- Durner. et. al., "Divorce-another occupational hazard," *The Police Chief* 42(11): 48-53, 1975.
- Frisch, M.B., J. Cornell, M. Villamueva and P.J. Retzlaff, "Clinical Validation of the Quality of Life Inventory: A Measure of Life Satisfaction for Use in Treatment Planning and an Outcome Assessment," *Psychological Assessment*, Vol. 4: pp. 92-101, 1992.
- Golembiewski, R. T. & Munzenrider, R. F., *Phases of Burnout*, New York: Praeger, 1988.
- Kahn, R. L. et al., *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*, New York: Wiley, 1964.
- Kang, S.C., "An Empirical Analysis of Causal Relationships among Quality of Work Life Factors in End User Computing," Unpublished Doctoral Dissertation, University of Nebraska-Lincoln, 1990.
- Kaprio, J. et al., "Total and occupationally active life expectancies in relation to social class and marital status in men classified as healthy at 20 in Finland," *Journal of Epidemiology and Community Health* 50: 653-660, 1996.
- Kroes, W. H., *Society's Victims-The Police*, Springfield, Ill & Charles C. Thomas, Sewell, J. D. (1981), "Police stress," *FBI Law Enforcement Bulletin* 50(4): 7-11, 1985.
- Lawler, E. E., III. & Ledford, G. E., "Productivity and the quality of work life," *National Productivity Review* 1(1): 23-36, 1981-82. Winter.
- Maslach, C., *Burnout: The Cost of Caring*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1982.
- Organ, D. W. & Greene, C. N., "The effects of formalization on professional involvement: A compensatory approach," *Administrative Science Quarterly* 26: 237-51, 1981.
- Quick, J. C. & Quick, J. D., *Organizational Stress and Preventive Management*, New York: McGraw-Hill, 1984.
- Rizzo, J. R., House, R. J. and Lirtzman, S. I., "Role conflict and ambiguity in complex organizations," *Administrative Science Quarterly* 15(2): 150-163, 1970.
- Somodevilla, et al., "The psychologist's role in the police department," *The Police Chief*

45(4): 21-23, 1978.

Staw, B. M., "Organizational behavior: A review and reformulation of the field's outcome variables," *Annual Review of Psychology* 63: 627-666, 1984.

Taylor, J. C., "Job satisfaction and quality of working life: A reassessment," *Journal of Occupational Psychology* 50(4): 243-252, 1977.

Thurow, L. C., "Equity versus efficiency in law enforcement," *Public Policy*: 451-462, 1970.

Walton, R., "Improving the Quality of Working Life," *Harvard Business Review* 54: 1-12, 1974.

Westley, W. A., "Problems and solutions in the quality of work life," *Human Relations* 32(2): 113-123, 1979.