

우리나라 국민의 사회계층 분류와  
건강상태 관련성 분석

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

김민경

우리나라 국민의 사회계층 분류와  
건강상태 관련성 분석

지도 정 우 진 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2007년 12월 일

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

김 민 경

김민경의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원 \_\_\_\_\_ 인

심사위원 \_\_\_\_\_ 인

심사위원 \_\_\_\_\_ 인

연세대학교 보건대학원

2007년 12월 일

## 감사의 글

먼저 대학원을 다닐 수 있도록 모든 환경을 인도하시고, 오늘에 이를 수 있는 용기와 지혜를 허락하신 하나님께 감사드립니다. 미흡한 논문이 완성되기까지 따뜻한 보살핌과 도움을 주신 모든 분들께 지면으로나마 감사의 뜻을 전하고 싶습니다.

학자로서의 기본자세를 배우게 해 주신 정우진 교수님, 세심하고 꼼꼼한 지도로 마음까지 함께 해주셨던 윤수진 교수님, 따뜻한 격려로 지도해주셨던 이자경 교수님, 많은 것들을 돌아보게 하셨던 오희철 교수님 진심으로 감사드립니다.

보건대학원에서 적을 두고 공부하며 배울 수 있는 기회를 주신 채영문 교수님을 비롯한 ICUH 멤버들과 함께 있는 것만으로도 힘이 되는 연구강사, 조교 선생님들께 감사드립니다.

귀한 비전을 따라 각자의 자리에서 열심히 준비하고 있는 우리 동기들, 논문을 쓰면서 여러 일들을 함께 했던 논문 동기 김은경, 고난주 선생님을 비롯하여 귀한 만남인 국제보건학과 선생님들께 감사드립니다.

좋은 교회에서 신앙생활 함이 기쁨인 등촌교회 지체들, 특별히 새가족부 팀들과 학사생들..다 거론할 수 없지만 귀한 동역자로 나아가는 사랑하는 친구들과 평요 지체들께 감사합니다.

함께 믿음의 가정을 든든히 세워나갈 사랑하는 남편과 친 딸처럼 예뻐해 주시는 시아버지, 시어머니 감사합니다.

특히 논문을 쓰는 시점 암진단을 받으시고 투병하셨던 사랑하는 아버지.. 그러나 병간호를 하는 가운데 많은 시간을 함께 보낼 수 있어 감사했고, 다시 목회의 자리에 서실 수 있음이 은혜입니다. 또한 곁에서 현숙한 아내로, 엄마로, 사모로 섬기고 계신 사랑하는 어머니.. 진심으로 감사드립니다. 부모님의 귀한 기도와 가르침을 따라 하나님 나라와 의를 위해 사랑하며 섬기는 사람이 되겠습니다. 늘 힘이되어 주는 사랑하는 동생 민정이네 부부, 화평이에게도 감사드립니다.

본 논문의 완성을 새로운 시작의 걸음으로 알고 좀 더 겸허한 자세로 나아가겠습니다.

김민경 올림

# 차 례

국문요약 .....	iv
<b>I. 서론</b> .....	1
1. 연구의 배경 및 필요성 .....	1
2. 연구의 목적 .....	6
<b>II. 문헌고찰</b> .....	7
1. 주관적 건강상태 .....	7
2. 사회계층 .....	9
3. 주관적 건강상태 관련 요인 .....	11
가. 생활습관변수 .....	11
나. 인구사회학적 변수 .....	13
<b>III. 연구방법</b> .....	16
1. 연구 설계 .....	16
2. 연구 대상과 자료 .....	18
3. 변수의 선정 .....	20
4. 연구가설 .....	24
5. 분석방법 .....	25
<b>IV. 결과</b> .....	26
1. 연구대상자의 특성 .....	26
가. 대상자의 인구사회학적 특성 .....	26
나. 대상자의 생활습관 특성 .....	28
2. 특성에 따른 주관적 건강상태와의 관계 .....	30
가. 사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태 .....	30
나. 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강상태 .....	32
다. 생활습관에 따른 주관적 건강상태 .....	34
3. 주관적 건강상태에 영향을 주는 요인 분석: 모형별 .....	36

가. 사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태 .....	36
나. 사회계층 분류 및 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강상태 .....	37
다. 전체변수에 따른 주관적 건강상태 .....	38
라. 가설검정 .....	40
<b>V. 고찰</b> .....	41
가. 연구방법에 대한 고찰 .....	41
나. 연구결과에 대한 고찰 .....	42
<b>VI. 결론</b> .....	47
<b>참고문헌</b> .....	50
<b>부    록</b> .....	56
<b>영문초록</b> .....	58

## 표 차 례

표 1. 사회계층분류 .....	21
표 2. 대상자의 특성에 따른 변수 .....	23
표 3. 대상자의 인구사회학적 특성 .....	27
표 4. 대상자의 생활습관 특성 .....	29
표 5. 사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태 .....	31
표 6. 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강상태 .....	33
표 7. 생활습관에 따른 주관적 건강상태 .....	35
표 8. 주관적 건강상태에 영향을 주는 요인 분석: 모형별 .....	39

## 그 립 차 례

그림 1. 연구의 틀 .....	17
-------------------	----

## 부 록 차 례

부록 1. ROC curve-사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태 .....	56
부록 2. ROC curve-인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강상태 .....	56
부록 3. ROC curve-전체변수에 따른 주관적 건강상태 .....	57

## 국 문 요 약

주관적 건강상태는 전반적인 건강수준을 나타내는 정확하고 믿을 만한 건강수준 지표로서 사망과의 긴밀한 관련성 때문에 인구집단의 건강상태를 측정하는 데 있어서 광범위하게 활용되어 온 대표적인 건강결과 변수이다.

본 연구는 사회계층에 따른 주관적 건강상태의 차이를 분석하고, 인구사회학적 특성 및 건강상태와 관련된 생활습관 변수가 주관적 건강상태에 미치는 영향을 알아보기 위해 시행되었다.

‘2005년 국민건강영양조사 자료’를 이용하여 전국 19세 이상을 대상으로 조사한 보건 의식행태 조사를 마친 7,801명 중 주관적 건강상태 문항에 응답한 7,701명을 대상으로 SAS 8.2를 사용해 분석하였다. 자료 분석은 주관적 건강상태를 종속변수로, 인구사회학적 특성 및 건강상태를 나타내는 생활습관 변수를 독립변수로 하여 각 관련 요인에 따른 건강 상태를 chi-square test로 분석하였고, 요인 간 영향을 배제하기 위해 Logistic 분석을 실시하였다.

연구 결과는 다음과 같았다.

첫째, 주관적 건강상태에 대해서는 대상자의 40.40%(3,111명)이 ‘좋다’ 혹은 ‘매우 좋다’라는 긍정적인 대답을 하였다. 사회계층과 주관적 건강상태만 분석하였을 때는 신중간층을 제외한 모든 계층이 상위 및 중상위계층에 비해 주관적 건강상태가 낮은 것으로 나타났으나, 다른 모델에서는 하위계층의 주관적 건강상태가 다른 사회계층에 비해 낮은 것을 볼 수 있었다. 이는 인구사회학적 변수와 생활습관 변수가 혼동변수로 작용함을 알



수 있다.

둘째, 주관적 건강상태와 관련이 있는 요인은 성별, 연령, 교육, 표준화 소득, 거주지, 결혼상태, 흡연, 급성 위해 유발 음주 위험, 스트레스, 운동이었다. 가구원수, 음주는 단변량 분석에서 연관성을 보여주었으나 로지스틱 분석에서는 연관성이 없었다.

본 연구의 결과에서 알 수 있듯이 우리나라의 사회 계층간 건강수준의 차이가 존재하며 여기에는 인구사회학적 특성 및 건강상태와 관련된 생활 습관 변수가 함께 작용함을 알 수 있었다. 이들에 대한 정책적 접근을 위해서는 우선 변수들이 건강수준에 영향을 미치는 기전에 대한 세밀한 연구가 필요할 것으로 판단된다.

조직에서 시행되는 건강관련 프로그램들이 사회계층이나 건강요소 및 지각에 따라 차별성 있는 효과적인 프로그램 설계로 전환될 것이 요구된다. 또한 노동시장의 계층 간 차별구조를 개선하여 비정규직 및 하류계층에 대한 처우개선 및 경제 활성화가 필요하다.

마지막으로 건강 불평등을 극복할 정책 및 지속적 연구가 필요하고, 건강수준 및 삶의 질 향상에 대해 조직뿐만이 아닌 국가 차원에서 보다 더 적극적인 개입과 지원이 이루어져야 할 것이다.

---

핵심어 : 주관적 건강상태, 사회계층, 급성 위해 유발 음주 위험

# I. 서 론

## 1. 연구의 배경 및 필요성

최근 현대의학의 눈부신 발달과 경제발전에 따른 생활수준의 향상 및 생활습관의 개선 등으로 인하여 평균수명이 연장되었고, 건강문제가 치료적인 차원에서 탈피하여 예방적인 차원에서 보다 적극적인 관심의 대상이 되었다. 2005년 78.6세이었던 평균수명이 2030년에는 81.9세로 증가할 전망이다(Korea National Statistical Office (KNSO), 2005). 평균수명의 연장과 함께 노인 인구층이 급격히 증가하였으나, 건강수명은 68.6세(2005년)로서 남은 생애를 각종 질병에 시달리며 살아가고 있다. 이는 질병에 따른 활동 제한과 더불어 질병치료를 위한 의료비부담을 증가시켜 삶의 질을 저하시킬 뿐 아니라 사회적으로도 큰 손실을 초래한다.

이러한 현상은 전 세계적으로 건강수준이 향상되고, 국가의 주요 사인과 건강위험요인 분포가 다름에도 불구하고 소득, 직업, 교육수준, 지역, 성별 등 사회경제적 지위에 따라 일관되게 나타나는 현상들을 보이고 있다.

소득과 직업 등 사회경제적 지위와 질병 유병의 높은 연관성에 대해서는 많은 연구가 이루어져 왔다. 낮은 소득과 직업 계층에서 유병률이 높을 뿐 아니라 질병의 중증도와 빈도가 높은 것으로 알려져 있어 'double suffering'으로 표현되고 있으며(Blank와 Diderichen, 1996; Eachus et al, 1999), 실제로 빈곤층의 건강수준이 지역의 사회경제적 요인의 영향을 더 많이 받는다는 연구들이 계속 발표되고 있다(Marmot and Wilkinson

2000).

현대 보건의료기술로 문제를 해결할 수 있음에도 불구하고 사회, 경제적 수준에 따라 상대적으로 양질의 보건의료혜택을 필요한 때에 받지 못하는 경우도 있다. The Whitehead Cahlgren Model에 따르면 의료에 있어 1단계는 연령, 성, 유전적 요인 등과 같은 개인별 요인들에 의해, 2단계는 사회와 지역사회의 영향에 의해서, 3단계는 생활, 노동환경에 따라서, 4단계는 일반적인 사회경제적, 문화적, 환경적 상태에 따라 불평등이 존재할 수 있다고 한다(이용재, 2006).

사회구조적 요인에 따른 건강수준의 차이는 이미 19세기 중엽 영국의 노동계급 연구에서 다루어져, 경제적 하위계층이 상위계층에 비해 상대적으로 치명적인 질환이나 만성질환에 걸리기 쉽다는 사실이 입증된 바 있다 (Sarah Nettleton, 1997).

사회경제적 지위가 높은 노인이 자신의 건강상태를 대체로 높게 평가하는 경향이 있으며, 교육 수준이 높을수록, 수입이 많을수록 상대적으로 건강상태를 좋게 평가하는 것으로 나타났다(Knesebeck, Luschen, Cocherham, & Siegrist 2003; Otiniano, Du, Ottenbacher & Markides, 2003; Louh & Herzog, 2002; Idler, 1990). 사회경제적 지위가 낮은 계층의 사람들은 상대적으로 질병 이환율과 사망률이 높고 기타 건강문제의 보유 가능성이 높다는 연구가 많이 있다(Borg and Kristensen, 2000).

소득과 교육수준으로 사회경제적 지위를 분석한 연구에서 건강수준의 차이가 우리나라에도 분명히 존재하고 있음을 알 수 있다(남정자, 조맹제, 최은진 1996; 손미아 2002a; 손미아 2002b; 이선민 1996).

우리나라의 2001년 국민건강영양조사 결과에 의하면 소득계층간에 건강

수준의 차이가 현저하게 나타남을 알 수 있다(보건복지부, 2002). 먼저, 주관적 건강수준인식 조사항목을 보면, 월 가구소득 100만원 이하인 가구에서 약 26%가 ‘건강상태가 나쁘다’고 응답한데 비해, 301만원 이상인 가구에서는 약 6%만이 ‘건강상태가 나쁘다’고 응답하였다. 2주간 만성질환 유병도 마찬가지로 월 가구소득 100만원 이하인 가구에서는 10.71일 인데 비해, 301만원 이상인 가구에서는 8.8일 이었으며, 2주간 유병자당 활동제한일수도 각각 1.7일과 0.6일로 나타나서 저소득계층의 의료필요가 고소득 계층에 비해 더 큼을 알 수 있다.

사회적 양극화로 양산된 비정규직 혹은 근로빈민층은 이들이 정상 생활을 영위할 수 없음으로써 투입해야 할 국가복지비용이나 잠재 성장치의 손실, 양으로 평가하기 어려운 사회적 대가를 요구하고 있다. 양극화는 사회적 측면에서 빈민층의 고통이 가중되게 함으로써 실업, 빈곤, 이혼, 범죄, 자살로 이어지는 사회적 문제를 증가시킨다(김유선, 2005).

비정규직 고용의 증가는 일면 고용구조의 유연화를 통하여 기업의 국제 경쟁력을 강화하고 복잡하고 다양한 노동시장의 변화에 신속적으로 대응함으로써 기업의 성장에 기여한 것은 사실이나 비정규직 근로자들은 임금수준과 기업복지에서 정규직 근로자에 비해 부당한 차별대우를 받아 왔다. 비정규직 근로자에 대한 차별은 사회적, 법적 정의에 반할 뿐만 아니라 노동시장의 건전한 발전을 저해하고 있기 때문에 비정규직 근로자에 대한 차별개선은 노사관계의 양극화를 해소하기 위한 필수요건이다. 이는 노동시장의 유연성과 비정규직 근로자의 근로조건 개선과 고용불안을 해소할 수 있도록 하는 입법적 보완이 이루어져야 할 것을 말한다(윤기택, 한경식, 2007).

국민 성인병 건강진단 연구 결과에서도 본인은 건강하다고 생각하고 있으나 건강진단 결과 유질환 판정을 받은 사람이 평균 5.63%로 나타났다(건강보험관리공단, 1998). 이는 자신의 건강 위협도를 인지하지 못하고 자신을 건강하다고 생각하고 있는 사람들에게 대해 건강 인식의 전환과 행동양식의 변화 유도가 필요함을 말해준다.

건강 인식이란 인간의 건강 행위를 지배하는 개인적 인식을 말하는 것으로 건강 인식과 건강 행위는 밀접한 관계가 있음을 시사하였다(Ware, 1979). Duffy(1988)는 자신의 현재 건강상태가 좋다고 보고한 사람은 건강 증진 생활양식 중 자아실현, 영양, 대인과의 영역에서 많은 이행을 보였다고 하였다. Kuster 등(1993)은 본인이 건강하다고 인식할수록 건강 증진 생활양식 실천에서 긍정적 관련성이 있다고 보고하였다.

Maddox 등(1973)는 실제의 건강 상태는 자신의 건강 상태에 대하여 인식하는 것과 일치한다고 주장했으며, 다른 연구에서도 건강 인식도가 그들의 사기와 회복정도에 영향을 미친다고 했다.

개인의 건강상태 인식은 주관적이어서 주어진 상황에 따라 동일한 개인의 평가도 달리 나타나게 된다. 인식이란 인간의 행동을 지배하는 주관적이고 행동주의적인 용어로서, 지각 심리학에 의하면 인간의 모든 행동은 객관적인 상황에 의해서만 결정되는 것이 아니라 동일 상황 속에서도 타인과 다른 개인만이 지니고 있는 특유의 지각방식에 의해서도 결정되며, 따라서 현재의 인식을 변화시켜줌으로써 인간의 행동을 수정할 수 있다고 한다(최정훈, 1972).

이는 단지 건강인식 변화를 통한 행동수정과 더불어 건강이 개인의 책임이나 능력만이 아닌 사회·경제·문화적 조건들을 함께 변화시켜나가는

노력이 동시에 필요하게 된다는 것이다.

이러한 맥락에서 1997년 자카르타대회에서는 건강증진을 위해서 건강을 위한 사회적 책임 및 투자 증대, 지역사회 능력 증대 및 개인 역량강화, 건강증진을 위한 구조 확보 등이 필요함을 역설하고 있다.

한 국가의 보건의료체계가 궁극적으로 지향하는 최고의 가치는 국민건강수준의 향상으로, 보건의료와 관련된 모든 국가의 활동들은 건강을 결정하는 요인들과 그 영향기전을 밝혀 관련 요인들을 어떻게 통제하고 관리하여 모든 사회구성원들의 건강을 유지, 증진시킬 것인가에 초점을 두어야 한다.

현재 국민들의 건강수준이 어느 정도 수준인지를 파악하고, 건강수준에 영향을 미치는 인자들 가운데 가용한 자원의 범위 내에서 가장 실행가능성이 높고 영향이 큰 인자들로부터 우선순위를 정하여 건강수준의 향상을 꾀하는 정책을 추진하여야 할 것이다. 이를 위해서 학자들은 적절한 연구를 수행하고 그 결과를 정책 결정자들에게 효과적으로 전달할 수 있어야 한다. 또한 정책 결정자들은 이러한 자료를 토대로 효율적 정책을 입안하고 집행하여야 하며 이러한 모든 정책과정은 평가를 통해서 환류될 수 있어야 한다(이상규, 2002; Peabody et al. 1999).

따라서 이 논문에서는 사회 계층별 차이를 고려하여 건강의 불평등에 영향을 미치는 요인들을 알아보고, 건강행태를 이용하여 건강의 불평등을 극복하는 방안을 연구함으로써 건강수준의 향상을 꾀하고자 한다.

또한 우리나라 국민의 주관적 건강 인식 결정 요인들의 규명을 통하여 생활 습관을 개선시키고 건강 상태 인식을 건강하게 유지함과 동시에 질병의 조기 진단, 치료 및 건강 증진에 기여하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 2005년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 사회계층에 따른 주관적 건강상태의 차이를 분석하고, 인구사회학적 특성 및 건강상태와 관련된 생활습관 변수에 따른 주관적 건강상태 인식 관련 요인들을 조사함으로써 향후 우리나라 건강증진 정책 개발에 필요한 기초적인 정보를 제공하는 데 있다. 연구의 세부적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 우리나라 국민의 사회계층을 분류하고, 인구사회학적 특성과 건강상태와 관련된 생활습관 변수에 대해 조사한다.

둘째, 사회계층이 주관적 건강상태 인식에 영향을 미치는 결정 요인들을 파악하고, 관련성을 알아본다.

셋째, 위의 연구결과를 토대로 사회계층별 차이를 파악하고 향후 건강증진사업의 사회계층별 접근 방향성을 모색하여 우리나라에서의 건강증진 정책 방향을 제시한다.

## II. 문헌고찰

### 1. 주관적 건강상태

건강 수준 지표중 하나는, 건강을 장애, 만성질환 및 증상 등의 신체적 건강스펙트럼(physical health spectrum)에 따라 건강의 수준을 측정하는 것이고 다른 하나는 본인 스스로 건강의 수준(주관적 건강상태)을 측정하는 것이다(Belloc 등, 1972). 일반적으로 스스로가 인식하는 건강의 수준은 정확하고 믿을 만한 지표이다(Ware, 1986).

주관적 건강상태는 객관적으로 측정된 임상검사보다 주관적인 면이 있으나 이러한 제한점에도 불구하고 사망과의 긴밀한 관련성 때문에 인구집단의 건강상태를 측정하는 데 있어서 광범위하게 활용되어 온 대표적인 건강결과 변수이다. 일반적으로 사회경제적 지위가 낮은 사람들의 건강상태가 좋지 않은 것과 마찬가지로 주관적 건강상태도 사회경제적 지위의 영향을 받는 것으로 보고되고 있다. 낮은 교육수준, 물질적 빈곤, 낮은 사회계층 등의 요인들이 건강상태에 대한 부정적 평가에 많은 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 스스로 인식하는 주관적 건강상태는 전반적인 건강수준을 나타내는 정확하고 믿을 만한 건강수준 지표로서 사망률을 예측하는데 유용한 지표로 알려져있다(Idle & Benyamini, 1997; Kaplan & Camacho, 1983). 신체적 기능은 물론 사망률, 만성질환의 유병률 예측에 중요하며, 민감한 지표로 사용가능하다는 추적 연구 결과가 보고되었다(Idle 등, 1991; Pijls 등, 1993; 지선하 등, 1994).

주관적 건강수준은 급성 및 만성, 치명적 혹은 비치명적 질병에 대한



주관적 경험의 종합이다(Ross & Bird, 1994). 즉, 주관적 건강이란 의학적 건강수치나 체력검사 점수 등 객관적으로 측정된 건강지표가 아니고, 개인이 인지하는 건강수준을 나타내는 자가 평가적 건강개념이다(구해모 외, 2001). 주관적 건강은 자신의 건강에 대한 주관적 판단에 근거한 변인이지만, 의료검진 등 객관적인 건강지표의 영향을 받을 가능성이 내재되기 때문에(박재홍, 1991) 건강을 평가하는 한 변인으로 여겨질 수 있다(김남진, 2000).

주관적 건강수준은 본인의 신체적, 생리적, 심리적, 사회적 측면에 대한 포괄적인 평가를 내림으로써 의학적인 방법으로 측정할 수 없는 건강 상태에 대한 개인적인 견해를 보여주는 것이다(Ware, 1987).

주관적 건강 상태 인식이란 스스로 평가한 자신의 현재 건강 상태를 의미하며, 건강 상태는 건강과 질병의 신체적인 측면과 정신적인 측면 또는 건강과 질병에 대한 주관적, 객관적 관심 사이의 복잡한 관계에 의해 영향을 받는다(Kaplan, 1988).

개인이 인지하는 자신의 건강상태는 보건학적으로 중요한 의미를 갖는다. 노인의 주관적 건강평가는 신체기능의 변화와 사망을 예측하는 지표이며(Lee, 2000), 부정적인 주관적 건강상태는 신체기능 저하와 사망률의 증가와 밀접한 관련이 있다(유승흠, 2007).

최근에 임상적인 사정대신에 인식된 건강 상태를 이용한 연구에서 자신의 건강 상태를 좋게 평가하는 것이 건강 증진 행위에 큰 영향이 있다고 하여 자가 평가 한 건강 상태가 임상적인 사정결과보다 더 신뢰할 수 있다고 보고하였다(Cokerham 등, 1983). 사망률에 대한 위험도의 크기를 보면 임상검사를 통해 객관적으로 얻어진 지표보다도 개인이 인지한 건강상태의

위험도 크기가 훨씬크다는 데에서 기인한다(지선하, 오희철, 김일순, 1994; Idler et al., 1990; Kaplan et al., 1988; Maddox 1973). 향후 인지한 건강상태의 변화기전과 임상적 진단과의 상호작용에 관한 연구가 필요하다고 본다.

## 2. 사회계층

사회계층이란 동일한 또는 비슷한 정도의 희소성가치를 향유하는 사람들의 집단, 또는 거기에 따라서 비슷한 사회적 평가를 받는 사람들의 범주를 가리키는 말이며, 희소성가치가 동일하게 또는 비슷하게 분배되는 지위들, 또는 그러한 지위의 점유자들을 한데 묶어 그 각각을 사회계층(social stratum)이라고 부른다(김채윤, 권태환, 홍두승, 1989).

홍두승교수는 자신이 제안하였던 계급분류모형을 이용하여 1992년 한국표준직업분류를 근거로 한 사회계층에 따른 계급분류를 시도하였다. 김영모교수가 직업대분류만을 이용한 것과는 달리 중분류와 소분류를 이용하여 보다 세밀하고 분석적인 방법을 이용하여 분류하였음을 알 수 있다. 그리고 같은 직업군에서도 피용과 자영 등 종사상의 지위에 따라 사회계급을 달리 분류하였음을 알 수 있다.

직업계층은 사회계층 지표 중 사망률과 유병율의 차이를 보기 위해 가장 많이 사용하는 지표이다. 영국의 국가보건서비스(NHS)는 국민들의 전반적인 건강수준 향상뿐만 아니라 건강불평등을 줄이려는 배경 하에 사회계층을 직종과 지위에 따라 6개로 표준화 하여 사망증명서에 직업기록을 의무화하고 있다(김창엽 외, 2003).

실제로 사회경제적 요인에 따른 건강수준의 차이를 규명하는 경험적 연구에서 계층에 따른 건강행동의 차이가 고려되어 왔다. 연구의 결과는 교육과 소득 수준이 각기 높을수록 금연, 운동, 건강한 식생활 등 건강증진행동을 많이 하는 반면에, 교육과 소득이 낮은 집단에서 흡연, 과음, 불건강한 식생활 등 건강위험 행동이 많은 것으로 나타났다(Ross and Wu,1995).

노인을 대상으로 한 국내 건강행동 연구에서도 교육수준과 경제 상태에 따라 흡연, 음주, 운동, 수면, 식생활 등에서 건강실천 경향이 높고, 한편으로 건강행동 실천과는 독립적으로 교육 및 경제 수준에 따라 주관적 건강 상태에 차이가 있는 것으로 나타났다(강희숙, 2002; 손덕옥 외 2002).

사회계층에 따른 건강수준의 차이를 설명하는 또 하나의 개념은 심리사회적 위험요인인데 이는 건강에 대한 심리사회적 위험 요인은 치명적 또는 만성적 스트레스에 대한 노출 위험도나 이에 대응할 수 있는 사회적 자원이 계층에 따라 차이가 나는 점에 초점을 둔다. 이 이론의 주요 논제는 낮은 계층의 사람들이 생활 사건이나 만성적인 스트레스와 같은 위험 요인에 노출될 가능성이 더 많고, 이에 대응할 수 있는 대처 자원이나 사회적 지원을 확보하기에 상대적으로 어려운 조건에 놓이게 됨으로써 결과적으로 건강을 손상할 가능성이 높다는 것이다(Grzywacz et al. 2004). 주로 정신건강에 대한 경험적 연구에서 사회계층이 낮은 집단에서 주관적 건강인식이나 신체적 건강에 대한 뚜렷한 차이를 보이고 있으며 국내의 연구에서도 교육수준이 낮고 생산직에 종사하는 남성들이 생활사건, 직무스트레스 및 가족스트레스에 대한 노출 위험이 크고 정신건강의 수준이 낮은 것으로 보고되고 있다(이미숙, 2001).

계층 간 사회 경제적 생활의 양극화 문제에 대한 정책적 대응으로 전체

사회계층의 부가가치 창출과 생산성을 향상시킬 수 있도록 노동시장 차별 구조를 개선하여 계층별 지위의 상향이동을 돕는 계층 통합적인 정책 마련을 위해 노, 사, 정의 공동노력이 요구된다.

새로 도입되는 비정규관련법상 차별금지제도에서는 고용형태를 이유로 한 차별금지를 근로기준법의 균등대우의 원칙과 독립하여 특별법으로 규정하였다. 노동시장의 계층 간 차별관행 해소법안의 입법 및 개입이 사회 각 계층의 소득과 생산적 지위향상에 기여할 수 있어야 하며, 노동자들의 정규직화, 처우개선, 차별해소를 통한 국가적 노력의 생산적 복지효과는 전체 사회구성원의 경제 활성화와 사회적인 삶의 질적인 향상에 이바지하게 될 것이다(맹진학, 2006).

### 3. 주관적 건강상태 관련 요인

#### 가. 생활습관 변수

Berkman과 Breslow(1983)는 1960년 중반에 미국 캘리포니아주 Alameda 지역에서 개인의 건강 행위를 조사하기 위해 사용된 7가지 건강 습관(Alameda 7 : 금연, 절주, 수면, 운동, 적정 체중 유지, 간식 제한, 규칙적인 아침 식사)이 개인의 건강에 미치는 잠재적 효과가 있다고 하였다. 이순영과 서일(1995)의 연구에서도 금연, 적당량의 음주, 규칙적인 운동, 7~8 시간의 수면 및 정상체중유지가 건강을 향상시키는 건강행태로 나타났다.

Belloc과 Breslow(1992)는 미국 Ala meda 지역의 cohort자료를 통하여 노인의 신체적 건강상태와 건강행위와의 관계를 분석하는 연구에서 금연, 충분한 신체적 활동, 절주 또는 금주, 적절한 체중의 유지, 야간에 7시간 내지 8시간의 취침, 정규적인 아침식사, 간식 안먹기 등의 건강행위 중 처음 5가지 건강행위가 신체적 건강상태와 연관성이 있는 것으로 나타났다고 보고하면서, 개인의 일상생활 중 건강과 관련된 건강행위가 신체기능과 수명에 많은 영향을 미친다고 하였다.

Otiniano, Du, Ottenbacher와 Markides(2003)는 높은 흡연율이나 술 등과 같은 생활양식과 기능적 능력의 감퇴사이에 유의미한 관련성이 있다는 것을 보고하고 있다. 기능적 능력의 감퇴는 노인의 주관적 건강평가에 악영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. 이밖에 아침식사를 거르거나 혹은 너무 과식하는 등 불규칙한 식습관은 건강에 유해한 요인으로서 비만과 직결되며, 규칙적 식사습관은 건강유지에 많은 기여를 하는 것으로 나타났다(Himes, 2000).

1999년도 자료에 의하면, 우리나라 남자들의 출생시 기대여명은 71.71세로 여자의 79.22세에 비해 7.51년이나 짧았으며 각종 암으로 인해 사망할 확률도 23.3%로 13.0%인 여자에 비해 10% 이상 높았다. 또한 각종 사고로 사망할 확률도 여자에 비해서 4.4% 남자가 높았다(통계청 2001). 물론 이러한 남녀간의 건강수준의 차이는 일정부분 생물학적인 차이에 기인하는 측면도 있으나 흡연이나 음주, 위험한 행동 등 생활양식이 중요한 역할을 하고 있으며 이와 관련해서 많은 연구들이 이루어지고 있다(Walsh, Sorensen, and Leonard 1995).

## 나. 인구사회학적 변수

연령이 주관적 건강상태에 미치는 영향은 연구에 따라 차이를 보인다. 연령이 증가함에 따라 건강을 나쁘게 인식한다는 연구 결과도 있고(Luoh & Herzog, 2002), 연령과 주관적 건강 인식과는 아무런 관련성이 없다는 결과도 있다(Hoeymans et al., 1997). 그러나 대부분 연령이 증가할수록 노인은 자신의 건강을 더 긍정적으로 평가하는 것으로 나타났다(Hoeymans et al., 1997; Stoller, 1984). 다른 변수들을 통제한 후 주관적 건강평가에 대한 성별 차이는 없는 것으로 나타나고 있다(Leinonen et al., 1998; Luoh & Herzog, 2002). 다만 Fillenbaum(1979)의 연구에는 주관적 건강평가에 성별 차이는 없으나 여성이 남성보다 건강 문제가 더 많은 것으로 응답하고 있다.

Anna-Lena Uden의 연구에서는 주관적 건강상태가 사망률의 확실한 예측인자임에 더불어 여성보다 남성에서 더 강한 설명력을 가진다고 말한다. 그리고 주관적 건강상태와 생물학적 연관성을 말하고 있다. 남성은 교육수준, 신체활동, 문화생활 등이 여성은 수면, 진료 등이 건강상태 판단에 결정적인 영향을 주는 것으로 나타났다.

Jones와 Duncan(1995)은 영국 396개 지역(ward)의 9,003명을 대상으로 한 연구에서 개인수준의 변수들을 통제한 상태에서 지역에 따라 주관적 건강상태에 유의한 차이가 존재함을 발견하였다.

Subramanian 등(2001)은 앞의 연구들보다 지역을 보다 넓게 정의하여 미국의 주를 단위로 해 18세 이상 성인 144,692명을 대상으로 한 연구에서 낮은 임금, 인종, 흡연상태 등에 따른 주관적 건강상태의 차이를 보여주었

다. 또한 개인의 특성을 보정한 이후에도 주의 일인당 중위소득(per capita median income)에 따라 주민들의 주관적 건강상태에 유의한 차이가 있었음을 보고하면서 주의 사회환경요인이 주관적 건강상태에 유의한 영향을 미친다고 하였다. 또한 18세 이상 101,374명을 대상으로 한 연구에서 개인적, 285 지역사회와 13 주로 나누어 연구하였다. 개인적 예측 인자를 통제하였을 때 소득과 낮은 주관적 건강상태의 연관성을 나타내었으나, 지역사회 소득과 주관적 건강상태는 선형적으로 유의하지는 않았다.

Reijneveld(1998)은 네덜란드의 암스테르담 주민 5,121명을 대상으로 한 연구에서 개인수준의 변수로 나이와 성만을 모형에 포함시켰을 때 주관적 건강상태의 4.9%가 지역수준의 변동에 의해 설명되었으나 소득, 교육수준, 직업과 같은 개인 수준의 사회경제적 변수들을 모형에 포함시켰을 때는 지역수준의 변동에 의해 설명되는 부분이 1.1%로 감소하였다는 결과를 제시하면서 개인의 건강수준에 영향을 미치는 것은 대부분 개인적 특성이며 사회환경요인은 별다른 영향을 미치지 못한다고 하였다.

Blakely 등(2002)은 미국의 232개 대도시 지역을 단위로 지니 계수로 측정된 지역의 소득불평등과 지역의 평균소득을 사회환경요인으로 고려한 연구에서 개인수준의 변수들을 통제하였을 때, 지역의 평균소득이 개인의 주관적 건강상태에 유의한 영향을 미쳤으나, 지역의 물가수준을 고려하여 지역의 평균소득과 개인의 소득을 보정하였을 때는 지역의 평균소득이 주관적 건강상태에 유의한 영향을 미치지 못하였음을 보고하였다.

Humphreys와 Carr-Hill(1991)은 영국 206개 지역(ward)의 4,352명을 대상으로 한 연구에서 개인의 나이와 성별, 기타 사회경제적 요인들을 다단계 분석 모형에서 통제 한 상태에서 개인의 주관적 건강상태 변동의 약 3%

가 지역수준의 변동에 의해 설명되었으며 지역의 자동차 비소유 가구의 비율과 비숙련가장 가구의 비율이 이러한 지역수준의 변동과 관련이 있음을 보고하였다. 그러나 이 연구에서는 사회환경요인이 개인의 주관적 건강상태에 어떠한 영향을 미치는지에 대해서는 실증적 결과를 보여주지 못하였다.

지리적 위치에 따른 건강수준의 차이는 보건정책적 함의를 가진다고 할 수 있다. 우선 지역에 따른 건강수준의 차이를 파악하고 그 결정요인을 파악함으로써 보건 정책 과정에서 가장 중요한 부분인 자원의 배분과 관련된 결정을 내리는데 필요한 기준을 제공해 줄 수 있다. 각 지역의 특성을 고려한 보건정책의 수립이 요구되는 상황이라는 점을 감안해 볼 때 큰 중요성을 가질 수 있을 것이다. 지역의 보건사업을 위해 투입되고 있는 자원과 그 지역의 건강수준을 지역별로 비교함으로써 현재 시행되고 있는 보건정책의 상대적인 효율성을 평가할 수 있게 될 것이며 보건정책 수립의 기초가 되는 지역의 보건의료 수요를 간접적으로 파악할 수 있을 것이다 (Britton 1990).



### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구설계

본 연구는 사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태의 차이를 분석하고, 주관적 건강상태에 미치는 영향을 분석하였다. 인구사회학적 특성과 건강상태와 관련된 생활습관 변수가 주관적 건강상태에 직접적으로 영향을 주기도 하지만 인구사회학적 특성이 생활습관에 영향을 주어 간접적으로 주관적 건강상태에 영향을 주기도 할 것이다. 본 연구에서는 주관적 건강상태에 대한 직접 영향만을 분석 대상으로 하였다.

먼저, 문헌고찰을 통하여 주관적 건강상태에 미치는 요인들을 분석하고, 결정요인들을 이용하여 연구가설을 설정하였다. 가설을 설정한 후, 이들 각각의 요인들을 분석할 수 있는 설문문항을 선별하여 변수로 사용하였다. 또한 사회계층 분류를 위해 우리나라 국민의 직업관련 변수인 경제활동분야 및 종사상의 지위를 이용하였고, <그림 1>과 같이 사회계층에 따른 주관적 건강상태 결정요인을 통계적인 분석방법을 통하여 검정하였다.

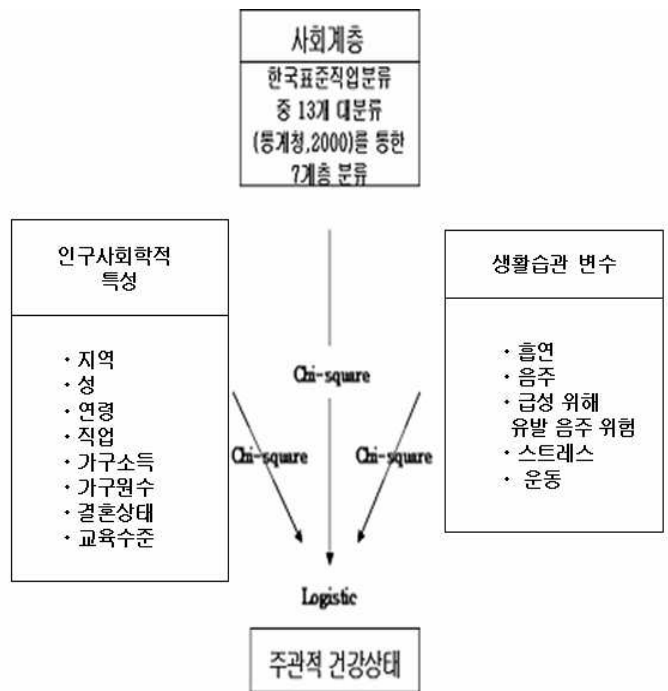


그림 1. 연구의 틀

## 2. 연구 대상과 자료

본 연구의 분석자료는 2005년 국민건강영양조사 자료이다. 국민건강영양조사는 1995년에 공표된 국민건강증진법 제 16조에 의거하여 1998년부터 3년 주기로 시행되는 전국규모의 건강 및 영양조사이다. 현재의 국민건강영양조사는 독립적으로 시행하던 영양조사('69년부터 매년 실시)와 건강조사('83년부터 주기적 실시)를 1998년에 통합한 것이며 지금까지 제1기(1998), 제2기(2001), 제3기(2005)의 조사가 실시되었다. 국민건강영양조사는 2006년 8월 보건복지부 보건정책팀으로부터 질병관리본부 만성병조사팀으로 이관되어 만성병조사팀에서 국민건강영양조사의 조사수행 및 자료관리를 담당하고 있다.

국민건강영양조사의 목적은 건강수준, 건강관련 의식 및 행태, 식품 및 영양섭취 실태에 대한 전국 규모의 대표성과 신뢰성이 있는 통계를 산출하는 데 있다. 또한 국민건강증진을 위한 목표설정 및 평가와 건강증진사업 프로그램 개발에 필요한 기초 자료를 생산하기 위해 수행되었다.

국민건강영양조사는 건강설문조사, 검진조사 및 영양조사로 구성되었다. 건강설문조사는 건강면접조사와 보건의식행태조사가 있으며, 건강면접조사는 면접조사원이 가구를 방문하여 조사하였고, 보건의식행태조사는 자기기입방식이나 자기기입이 불가능한 경우에는 면접조사원이 조사하였다. 검진조사는 조사지역 근처의 검진장소에서 검진조사원에 의해 실시되었고, 영양조사는 영양조사원이 가구방문 면접조사를 통해 실시하였다.

건강면접조사는 전국의 600개 조사구의 12,001가구, 19세 이상 성인

25,487명, 아동 및 청소년 8,658명이 조사에 참여하였다. 보건의식행태조사는 전국의 200개 조사구(건강면접조사구의 3분의 1)의 3,749가구, 12세 이상 19세 미만 1,033명, 19세 이상 성인 7,801명이 조사를 완료하였다.

이 중 건강면접조사와 보건의식행태조사가 완료된 자로써 분석변수에 결측치가 없는 7,701명을 최종 분석하였다.

### 3. 변수의 선정

#### 가. 종속변수

종속변수는 우리나라 국민의 주관적 건강상태이다. “스스로 생각하시기에 같은 연령의 다른 사람과 비교하여 자신의 건강이 대체로 어떠하다고 생각하십니까?”의 질문에 1점(매우 건강한 편), 2점(건강한 편), 3점(보통인 편), 4점(건강하지 못한 편), 5점(매우 건강하지 못한 편)까지 응답하도록 하였으며 2점 이하(건강군), 3점 이상(불건강군) 2그룹으로 범주화 하였다.

#### 나. 독립변수

독립변수로는 선행 연구들에서 유의한 연관이 있었거나 의미 있었다고 보고된 변수 중에서 인구사회학적 특성 변수(성별, 연령, 교육, 표준화소득, 가구원수, 거주지, 결혼여부)와 건강상태와 관련된 생활습관 변수(흡연, 음주 및 음주량, 스트레스, 운동)로 분류하였으며 특성에 따른 변수와 그 내용은 다음 <표 2>에서 제시하였다.

사회계층은 한국표준직업분류 중 13개 대분류(통계청, 2000)와 사회계층간 건강행위의 차이를 분석한 윤태호(2000)의 연구와 사회계층 및 건강행위와 만성질환 유병과의 연관성을 분석한 김혜련(2003)의 연구에 근거하여 I 계층은 상위 및 중상위 계층, II 계층은 신중간층, III 계층은 구중간층, IV 계층은 노동계층, V 계층은 농촌자영자, VI 계층은 하류계층, VII 계층은 기타 직업으로 분류하였다. 그 내용은 다음 <표 1>에서 제시하였다.

<표 1> 사회계층분류

직업 지위	1. 자영업자	2. 고용주	3. 상용근로자 -전일제	4. 상용근로자 -시간제	5. 임시근로자	6. 일용근로자	7. 무급가족종사자	8. 비해당
1. 고위임직원	I 계층	I 계층	I 계층					
2. 전문가	I 계층	I 계층	I 계층	I 계층				
3. 기능공	III 계층	II 계층	II 계층	II 계층	II 계층	II 계층		
4. 사무종사자	III 계층	II 계층	II 계층	II 계층	II 계층	II 계층		
5. 서비스/ 6. 판매근로자	III 계층	II 계층	IV 계층	IV 계층	IV 계층	IV 계층		
7. 농업, 어업	V 계층		VI 계층	VI 계층	VI 계층	VI 계층		
8. 기능원 및 관련기능원	III 계층	II 계층	IV 계층	IV 계층	IV 계층	IV 계층		
9. 장치기계 조작원	III 계층	II 계층	IV 계층	IV 계층	IV 계층	IV 계층		
10. 단순노무 근로자	VI 계층		IV 계층	IV 계층	VI 계층	VI 계층		
11. 군인/ 12. 학생								VII 계층
13. 주부							VII 계층	VII 계층
77. 무직								VII 계층

인구사회학적 특성 중 대상자의 연령은 19~29세, 30~39세, 40~49세, 50~59세, 60세 이상의 5그룹으로 범주화하였다. 교육수준은 초등졸업이하, 중학교 이상, 고등학교 이상, 대학 이상으로 분류하였고, 거주 지역은 대도시, 농어촌, 소도시로 분류 하였다.

가구의 표준화소득은 사분위수로 구분하였고, 가구원수는 1명, 2명, 3명, 4명, 5명이상의 5그룹으로 분류하였다. 결혼상태는 미혼, 유배우, 사별·이혼·별거로 분류하였다.

흡연여부는 비흡연, 과거흡연, 현재흡연으로 분류하였다. 음주여부는 비음주와 음주로 분류하였고, 급성 위해 유발 음주 위험을 저위험 음주(low risk drinking), 중간위험 음주(medium risk drinking), 고위험 음주(high risk drinking), 초고위험 음주(very high risk drinking)로 분류하였다. 운동여부는 여가시간에 건강을 위해 규칙적 운동을 주 3회 이상하는 군을 정규적 운동으로 나머지는 비정규적 운동으로 분류하였다. 스트레스는 대단히 많이 느낌, 많이 느낌, 조금 느낌, 거의 안 느낌으로 분류하였다.

**급성 위해 유발 음주 위험:** 음주일 당 알코올 소비의 위험에 대한 기준에 따라, 음주일 평균 순수 알코올 소비량에 의해 급성 위해 유발 음주 위험을 분류하였다(WHO, 2000).

각 주종별 도수 즉 단위 용량 당 알코올 농도는 대한 주류 공업 협회의 제시 자료를 이용한 선행 연구(정우진 등, 2003)의 기준을 사용하여 25%로 정하여 사용하였다. 소주를 대표로 하여 1잔의 용량은 최은영(1998)의 연구와, 한국 음주 문화 연구 센터(2002)가 제시한 기준을 사용하여 50ml로 정하여 사용하였다.

음주일의 평균 알코올 소비량의 계산은 다음과 같다.

$$\text{음주일의 마시는 량(잔)} \times \text{표준 1잔의 용량(ml)} \times \text{도수(\%)} \times 0.79(\text{ml})$$

남자는 음주일의 순수 알코올 소비량이 40g 이하이면 저위험 음주(low risk drinking), 60g 이하이면 중간위험 음주(medium risk drinking), 100g 이하이면 고위험 음주(high risk drinking), 101g 이상이면 초고위험 음주

(very high risk drinking)로 분류하였다. 여자는 음주일의 순수 알코올 소비량이 20g 이하이면 저위험 음주(low risk drinking), 40g 이하이면 중간위험 음주(medium risk drinking), 60g 이하이면 고위험 음주(high risk drinking), 61g 이상이면 초고위험 음주(very high risk drinking)로 분류하였다.

<표 2> 대상자의 특성에 따른 변수

변수	변수의 내용	
사회계층	1.상위 및 중상위 계층, 2.신중간층, 3.구중간층, 4.노동계층, 5.농촌자영자, 6.하류계층, 7.기타	
인구	성별	1.남, 2.여
	연령	1.19-29세, 2.30~39세, 3.40~49세, 4.50~59세, 5.60세 이상
	지역	1.대도시, 2.농어촌, 3.소도시
사회학적	교육수준	1.초등졸업 이하, 2.중학교, 3.고등학교, 4.대학이상
특성	표준화소득	1.0-70, 2.71-113, 3.115-172, 4.173 이상
	가구원수	1.1명, 2.2명, 3.3명, 4.4명, 5.5명 이상
	결혼상태	1.미혼, 2.유배우, 3.사별·이혼·별거
생활습관	흡연여부	1.비흡연, 2.과거흡연, 3.현재흡연
	음주여부	1.비음주, 2.음주
	급성위해	1.low risk drinking, 2.medium risk drinking, 3.high risk drinking, 4.very high risk drinking
	유발음주위험	
	운동여부	1.비정규적 운동, 2.정규적 운동
	스트레스	1.대단히 많이 느낌, 2.많이 느낌, 3. 조금 느낌, 4.거의 안느낌



#### 4. 연구가설

가설 1. 사회계층이 주관적 건강상태에 영향을 미칠 것이다.

가설 2. 개인의 인구사회학적 특성이 주관적 건강상태에 영향을 미칠 것이다.

남성, 저연령층, 고소득자, 고등교육인 자가 주관적 건강상태가 더 좋을 것이다.

가설 3. 개인의 생활습관 변수가 주관적 건강상태에 영향을 미칠 것이다.

비흡연자, 비음주자, 정규적 운동자, 저스트레스인 사람이 주관적 건강상태가 더 좋을 것이다.

## 5. 분석방법

자료의 분석은 SAS(Statistical Analysis System) 8.2를 이용하였으며 자료의 분석 과정은 다음과 같다.

기술적인 분석을 통하여 조사대상자의 사회계층, 인구사회학적 특성, 건강상태와 관련된 생활습관 변수들을 통해 주관적 건강상태에 미치는 영향을 파악하고자 한다.

로지스틱 분석을 통하여 사회계층, 인구사회학적 특성, 건강상태와 관련된 생활습관 변수들을 살펴보고 우리나라 국민의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 한다.

분류된 각 변수에 따른 주관적 건강상태의 건강, 불건강 여부를 알아보기 위하여 카이제곱 검정을 실시하였다. 다음, 주관적 건강상태 결정에 유의미한 영향을 미치는 변수들을 알아보기 위하여 로지스틱 분석을 실시하였다.

## IV. 결 과

### 1. 연구대상자의 특성

#### 가. 대상자의 인구사회학적 특성

2005년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 사회계층에 따른 우리나라 국민의 주관적 건강수준의 차이를 살펴보면 <표 3>과 같다.

전체 7,701명의 대상자 중 사회계층 분류결과 기타, 하류계층, 노동계층이 각 26.57%, 23.62%, 16.73%로 많았으며 그 다음은 신중간층, 구중간층, 상위 및 중상위 계층, 농촌자영자 순이었다.

성별은 여성이 55.14%, 남성이 44.86%로 여성이 더 많았다.

연령은 40-49세가 24.04%로 가장 많았으며, 그 다음은 30-39세, 60세 이상, 50-59세, 19-29세 순이었다.

교육수준별로는 고등학교 이상이 46.15%로 가장 많았고, 그 다음은 대학교이상, 중학교 이상, 초등졸업 이하 순이었다.

표준화소득은 4분위수 범위를 사용하였기에 각각의 %가 비슷하였다.

가구원수는 4명이 30.05%로 가장 많았으며, 현 거주지 별로는 45.94%가 대도시에 거주하였다. 결혼을 한 대상자가 전체의 68.34%로 가장 많았다.

<표 3> 대상자의 인구사회학적 특성

(단위: n, %)

변수	분류	합계	
		빈도	백분율
사회계층	상위 및 중상위계층	376	4.88
	신중간층	1,142	14.83
	구중간층	720	9.35
	노동계층	1,288	16.73
	농촌자영자	310	4.03
	하류계층	1,819	23.62
	기타	2,046	26.57
성별	남	3,455	44.86
	녀	4,246	55.14
연령	19-29	1,207	15.67
	30-39	1,730	22.46
	40-49	1,851	24.04
	50-59	1,215	15.78
	60세 이상	1,698	22.05
교육	초등졸업이하	518	6.73
	중학교	1,157	15.02
	고등학교	3,554	46.15
	대학교이상	2,472	32.10
표준화소득 소득/sqrt(가구원수)	0-70	1,876	24.36
	71-114	1,909	24.79
	115-172	1,865	24.22
	173 이상	2,051	26.63
가구원수	1명	711	9.23
	2명	1,767	22.95
	3명	1,885	24.48
	4명	2,314	30.05
	5명 이상	1,024	13.30
거주지	대도시	3,538	45.94
	농어촌	1,547	20.09
	소도시	2,616	33.97
결혼	미혼	1,393	18.09
	유배우	5,263	68.34
	사별,이혼,별거	1,045	13.57

#### 나. 대상자의 생활습관 특성

대상자의 건강상태와 관련된 생활습관의 특성을 보면 <표 4>와 같다.

대상자 7,701명 중 현재흡연자는 4,386명(56.95%)였으며, 비흡연자는 2,059명(26.74%), 과거흡연자는 1,256명(16.31%) 순이었다.

음주자는 6,642명(86.25%)이었으며, 비음주자는 1,059명(13.75%)이었다.

급성 위해 유발 음주 위험에 있어서는 저위험 음주(low risk drinking)가 4,451명(57.80%)로 가장 많았고, 그 다음은 중간위험 음주(medium risk drinking), 고위험 음주(high risk drinking), 초고위험 음주(very high risk drinking) 순이었다.

스트레스는 조금 느낀다고 응답한 비율이 3,865명(50.19%)로 가장 많았고, 그 다음은 많이 느낌, 거의 안느낌, 대단히 많이 느낌 순이었다.

여가운동을 하는 군은 3,555명(46.16%)이었고, 여가운동을 하지 않는 군은 4,146명(53.84%)이었다.

<표 4> 대상자의 생활습관 특성

(단위: n, %)

변수	분류	합계	
		빈도	백분율
흡연	비흡연	2,059	26.74
	과거흡연	1,256	16.31
	현재흡연	4,386	56.95
음주	비음주	1,059	13.75
	음주	6,642	86.25
금성 위해 유발 위험	low risk drinking	4,451	57.80
	medium risk drinking	1,210	15.71
	high risk drinking	1,118	14.52
	very high risk drinking	922	11.97
스트레스	대단히 많이 느낌	510	6.62
	많이 느낌	2,202	28.59
	조금 느낌	3,865	50.19
운동	거의 안느낌	1,124	14.60
	여가 운동안함	4,146	53.84
	여가 운동함	3,555	46.16

## 2. 특성에 따른 주관적 건강상태와의 관계

### 가. 사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태

대상자의 사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태를 보면 <표 6>과 같고, 사회계층별로 주관적 건강상태와의 관련성을 알아본 결과 유의수준 <.0001에서 통계적으로 유의하였다.

전체 인구 중 주관적 건강상태의 분포는 <표 5>과 같고, 건강으로 대답한 군이 3,111명(40.40%)으로 나타났고, 불건강으로 대답한 군이 4,590명(59.60%)이었다.

상위 및 중상위계층, 신중간층, 구중간층, 노동계층에서는 불건강군보다 상대적으로 건강군의 비율이 높았고, 농촌자영자, 하류계층, 기타에서는 불건강군의 비율이 상대적으로 높았다.

<표 5> 사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태

	주관적 건강상태						chisq	p-value
	계	건강군		불건강군				
계	7,701(100%)	3,111(100%)	4,590(100%)					
사회계층								
상위 및 중상위계층	376 (5%)	213 (7%)	163 (4%)	315.95	<.0001			
신중간층	1,142 (15%)	636 (20%)	506 (11%)					
구중간층	720 (9%)	314 (10%)	406 (9%)					
노동계층	1,288 (17%)	565 (18%)	723 (16%)					
농촌자영자	310 (4%)	87 (3%)	223 (5%)					
하류계층	1,819 (24%)	493 (16%)	1,326 (29%)					
기타	2,046 (27%)	803 (26%)	1,243 (27%)					



## 나. 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강상태

대상자의 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강상태를 보면 <표 6>과 같다. 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강상태를 분석한 바 성, 연령, 교육, 중위소득, 가구원수, 거주지, 결혼여부가 모두 주관적 건강상태와 연관이 있는 것으로 나타났다.

성별로는 건강군에서 남성이 51%로 많았고, 불건강군에서는 여성이 59%로 많았으며 이는 유의수준 <.0001에서 통계적으로 유의하였다.

연령은 건강군에서 40-49세가 26%로 많았고, 불건강군에서는 60세 이상이 29%로 많았으며 이는 유의수준 <.0001에서 통계적으로 유의하였다.

교육수준은 건강군에서 대학교 이상이 45%로 많았고, 불건강군에서는 고등학교가 47%로 많았으며 이는 유의수준 <.0001에서 통계적으로 유의하였다.

표준화소득은 건강군에서 115-172, 173이상 군에서 28%, 33%로 많았고, 불건강군에서 0-70에서 31%로 많았으며 이는 유의수준 <.0001에서 통계적으로 유의하였다.

거주지는 건강군에서 소도시와 대도시가 37%, 47%로 많았으며 이는 유의수준 <.0001에서 통계적으로 유의하였다.

결혼여부는 건강군에서 미혼이 25%로 많았고, 불건강군에서 유배우자가 69%로 많았으며 이는 유의수준 <.0001에서 통계적으로 유의하였다.

<표 6> 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강상태

		주관적 건강상태			chisq	p-value
		계	건강군	불건강군		
	계	7,701(100%)	3,111(100%)	4,590(100%)		
성*	남	3,455 (45%)	1,581 (51%)	1,874 (41%)	74.43	<.0001
	여	4,246 (55%)	1,530 (49%)	2,716 (59%)		
연령	19-29	1,207 (16%)	704 (23%)	503 (11%)	468.05	<.0001
	30-39	1,730 (22%)	829 (27%)	901 (20%)		
	40-49	1,851 (24%)	801 (26%)	1,050 (23%)		
	50-59	1,215 (16%)	398 (13%)	817 (18%)		
	60세 이상	1,698 (22%)	379 (12%)	1,319 (29%)		
교육	초등졸업이하	518 (7%)	82 (3%)	436 (10%)	589.63	<.0001
	중학교	1,157 (15%)	233 (7%)	924 (20%)		
	고등학교	3,554 (46%)	1,403 (45%)	2,151 (47%)		
	대학교이상	2,472 (32%)	1,393 (45%)	1,079 (24%)		
표준화소득 소득/sqrt (가구원수)	0-70	1,876 (24%)	448 (14%)	1,428 (31%)	339.53	<.0001
	71-114	1,909 (25%)	744 (24%)	1,165 (25%)		
	115-172	1,865 (24%)	880 (28%)	985 (21%)		
	173 이상	2,051 (27%)	1,039 (33%)	1,012 (22%)		
가구원수	1명	711 (9%)	216 (7%)	495 (11%)	114.28	<.0001
	2명	1,767 (23%)	574 (18%)	1,193 (26%)		
	3명	1,885 (24%)	839 (27%)	1,046 (23%)		
	4명	2,314 (30%)	1,051 (34%)	1,263 (28%)		
	5명 이상	1,024 (13%)	431 (14%)	593 (13%)		
거주지	large city	3,538 (46%)	1,460 (47%)	2,078 (45%)	69.37	<.0001
	rural area	1,547 (20%)	488 (16%)	1,059 (23%)		
	small city	2,616 (34%)	1,163 (37%)	1,453 (32%)		
결혼	미혼	1,393 (18%)	785 (25%)	608 (13%)	265.77	<.0001
	유배우	5,263 (68%)	2,075 (67%)	3,188 (69%)		
	사별, 이혼, 별거	1,045 (14%)	251 (8%)	794 (17%)		

\* 연속성 수정 카이제곱 검정

#### 다. 생활습관에 따른 주관적 건강상태

대상자의 생활습관에 따른 주관적 건강상태를 보면 <표 7>과 같다.

흡연은 전체적으로 현재 흡연군이 비흡연, 과거 흡연군보다 비율이 높고, 현재 흡연군에서 58%로서 불건강군의 비율이 높았고, 비흡연과 과거 흡연군에서 27%, 17%로 건강군의 비율이 높았다.

음주여부는 음주군에서 건강군의 비율이 90%로 높았고 이는 유의수준 <.0001에서 통계적으로 유의하였다.

급성 위해 유발 음주 위험에 있어서는 저위험 음주(low risk drinking) 군이 중간위험 음주(medium risk drinking), 고위험 음주(high risk drinking), 초고위험 음주(very high risk drinking)보다 비율이 높고, 모든 군에서 불건강군의 비율이 높았다.

스트레스를 조금 느끼는 군과 거의 안느끼는 군에서 건강군의 비율이 56%, 16%로 높았고, 많이 느끼는 군과 대단히 많이 느끼는 군에서는 불건강군이 8%, 32%로 높았으며 이는 유의수준 <.0001에서 통계적으로 유의하였다.

여가 운동을 하는 군에서 건강군의 비율이 52%로 높았으며 이는 유의수준 <.0001에서 통계적으로 유의하였다.

<표 7> 생활습관에 따른 주관적 건강상태

		주관적 건강상태			chisq	p-value
		계	건강군	불건강군		
계		7,701(100%)	3,111(100%)	4,590(100%)		
흡연	비흡연	2,059 (27%)	854 (27%)	1,205 (26%)	5.07	0.079
	과거 흡연	1,256 (16%)	532 (17%)	724 (16%)		
	현재 흡연	4,386 (57%)	1,725 (55%)	2,661 (58%)		
음주*	비음주	1,059 (14%)	307 (10%)	752 (16%)	65.81	<.0001
	음주	6,642 (86%)	2,804 (90%)	3,838 (84%)		
급성 위해 유발 음주 위험	low risk drinking	4,451 (58%)	1,596 (51%)	2,855 (62%)	91.56	<.0001
	medium risk drinking	1,210 (16%)	568 (18%)	642 (14%)		
	high risk drinking	1,118 (14%)	531 (17%)	587 (13%)		
	very high risk drinking	922 (12%)	416 (13%)	506 (11%)		
스트레스	대단히 많이 느낌	510 (7%)	147 (5%)	363 (8%)	127.48	<.0001
	많이 느낌	2,202 (29%)	719 (23%)	1,483 (32%)		
	조금 느낌	3,865 (50%)	1,748 (56%)	2,117 (46%)		
	거의 안느낌	1,124 (15%)	497 (16%)	627 (14%)		
운동*	여가 운동안함	4,146 (54%)	1,479 (48%)	2,667 (58%)	83.26	<.0001
	여가 운동함	3,555 (46%)	1,632 (52%)	1,923 (42%)		

\* 연속성 수정 카이제곱 검정

### 3. 주관적 건강상태에 영향을 주는 요인 분석: 모형별

사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태의 차이를 분석하고(model 1), 사회계층 분류와 인구사회학적 특성에 해당하는 변수를 선택한 경우(model 2), 사회계층분류, 인구사회학적 특성에 건강행태와 관련된 생활습관 변수를 합쳐 전체변수를 독립변수로 선택한 경우(model 3)로 나누어 연구를 실시하였다.

#### 가. 사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태

<model 1>에서 다른 변수를 보정하지 않고, 사회계층 분류와 주관적 건강상태가 유의한 관련성을 보여주고 있다(표 8).

상위 및 중상위계층을 기준으로 분석하였으며, 모든 계층에서 odds ratio가 1 이하였다.

상위 및 중상위계층에 비해 하류계층은 0.285배, 농촌자영자계층은 0.299배, 기타는 0.494배, 노동계층은 0.598배, 구중간층은 0.592배 주관적 건강상태가 낮았으며 이는 통계적으로 유의하였다(p-value <.0001). 신중간층의 경우 주관적 건강상태와 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

## 나. 사회계층 분류 및 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강상태

<model 2>에서 사회계층 분류 및 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강상태와의 관련성을 보여주고 있다(표 8).

각각의 변수를 통제된 상태에서 사회계층은 하류계층에서 0.771배 주관적 건강상태가 낮았고, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value 0.0533).

남성에 비해 여성은 0.876배 주관적 건강상태가 낮았고, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value <.0001).

연령이 증가할수록 주관적 건강상태가 낮아졌고, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value <.0001).

교육수준은 고등학교 이상과 대학교 이상에서 주관적 건강상태가 높았으며, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value 0.0005, <.0001).

표준화 소득이 높을수록 주관적 건강상태가 높아졌고, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value <.0001).

거주지는 대도시 거주자에 비해 소도시 거주자가 1.114배 주관적 건강상태가 높았으며 이는 통계적으로 유의하였다(p-value 0.0503).

미혼에 비해 유배우자가 주관적 건강상태가 0.774배 낮았으며, 사별·이혼·별거인 사람은 0.819배 주관적 건강상태가 낮았으며 이는 통계적으로 유의하였다(p-value 0.0034, 0.0969).

#### 다. 전체 변수에 따른 주관적 건강상태

각각의 변수를 통제된 상태에서 사회계층은 하류계층에서 0.749배 주관적 건강상태가 낮았고, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value 0.0336).

남성에 비해 여성은 0.661배 주관적 건강상태가 낮았고, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value <.0001).

연령이 증가할수록 주관적 건강상태가 낮았고, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value <.0001).

교육수준은 고등학교 이상과 대학교 이상에서 주관적 건강상태가 높았으며, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value <.0001).

표준화 소득이 높을수록 주관적 건강상태가 높았으며, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value <.0001).

거주지는 대도시 거주자에 비해 소도시 거주자가 1.100배 주관적 건강상태가 높았으며, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value 0.0905).

급성 위해 유발 음주 위험에 있어서는 저위험 음주(low risk drinking)군에 비해 중간위험 음주(medium risk drinking)군이 1.257배 주관적 건강상태가 높았으며, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value 0.0016).

현재흡연자는 비흡연자에 비해 주관적 건강상태가 1.323배 높았으며, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value 0.0011).

스트레스를 조금 느끼거나 거의 느끼지 않는 군에서 주관적 건강상태가 높았고, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value <.0001).

여가 운동을 하는 군은 여가 운동을 하지 않는 군에 비해 주관적 건강상태가 높았고, 이는 통계적으로 유의하였다(p-value <.0001).

<표 8> 주관적 건강상태에 영향을 주는 요인 분석: 모형별

		model 1			model 2			model 3					
		Odds	95%신뢰구간		p-value	Odds	95%신뢰구간		p-value	Odds	95%신뢰구간		p-value
		Ratio	하한값	상한값		Ratio	하한값	상한값		Ratio	하한값	상한값	
사회계층	상/중상위	1.00				1.00				1.00			
	신중간층	0.962	(0.76 ,	1.22)	0.7458	0.997	(0.78 ,	1.27)	0.9807	1.031	(0.81 ,	1.33)	0.7848
	구중간층	0.592	(0.46 ,	0.76)	<.0001	1.064	(0.81 ,	1.40)	0.6563	1.131	(0.86 ,	1.49)	0.3854
	노동계층	0.598	(0.47 ,	0.75)	<.0001	0.957	(0.74 ,	1.24)	0.7360	0.976	(0.75 ,	1.27)	0.8544
	농촌자영자	0.299	(0.22 ,	0.41)	<.0001	1.004	(0.70 ,	1.45)	0.9833	0.950	(0.65 ,	1.38)	0.7880
	하류계층	0.285	(0.23 ,	0.36)	<.0001	0.771	(0.59 ,	1.00)	0.0533	0.749	(0.57 ,	0.98)	0.0336
	기타	0.494	(0.40 ,	0.62)	<.0001	0.912	(0.71 ,	1.66)	0.4613	0.862	(0.67 ,	1.11)	0.2439
성별	남					1.00				1.00			
	여					0.876	(0.83 ,	0.93)	<.0001	0.661	(0.56 ,	0.78)	<.0001
연령	19-29					1.00				1.00			
	30-39					0.779	(0.65 ,	0.94)	0.0074	0.783	(0.65 ,	0.94)	0.0097
	40-49					0.750	(0.62 ,	0.91)	0.0038	0.717	(0.59 ,	0.87)	0.0010
	50-59					0.620	(0.50 ,	0.77)	<.0001	0.582	(0.47 ,	0.73)	<.0001
	60세이상					0.522	(0.42 ,	0.65)	<.0001	0.462	(0.37 ,	0.58)	<.0001
교육	초등졸업이하					1.00				1.00			
	중학교					1.026	(0.77 ,	1.37)	0.8603	1.024	(0.76 ,	1.37)	0.8743
	고등학교					1.659	(1.66 ,	2.21)	0.0005	1.561	(1.17 ,	2.09)	<.0001
	대학교이상					2.457	(2.46 ,	3.34)	<.0001	2.291	(1.68 ,	3.13)	<.0001
표준화	0-70					1.00				1.00			
소득	71-114					1.629	(1.40 ,	1.90)	<.0001	1.555	(1.33 ,	1.82)	<.0001
	115-172					1.985	(1.68 ,	2.35)	<.0001	1.825	(1.54 ,	2.16)	<.0001
	173 이상					2.035	(1.70 ,	2.44)	<.0001	1.831	(1.53 ,	2.20)	<.0001
가구원수	1명					1.00				1.00			
	2명					1.039	(0.83 ,	1.30)	0.7375	1.029	(0.82 ,	1.29)	0.8025
	3명					1.091	(0.87 ,	1.37)	0.4447	1.124	(0.90 ,	1.41)	0.3160
	4명					0.912	(0.73 ,	1.15)	0.4317	0.947	(0.75 ,	1.16)	0.6446
	5명이상					0.887	(0.69 ,	1.14)	0.3416	0.936	(0.73 ,	1.20)	0.6052
거주지	large city					1.00				1.00			
	rural area					0.978	(0.85 ,	1.13)	0.7644	0.968	(0.84 ,	1.12)	0.6693
	small city					1.114	(1.00 ,	1.24)	0.0503	1.100	(1.00 ,	1.23)	0.0905
결혼	미혼					1.00				1.00			
	유배우					0.774	(0.65 ,	0.92)	0.0034	0.789	(0.66 ,	0.94)	0.0081
	사별,이혼,별거					0.819	(0.65 ,	1.04)	0.0969	0.878	(0.69 ,	1.12)	0.2889
음주	음주									1.00			
	비음주									1.082	(0.92 ,	1.28)	0.3508
금성위해	Low Risk									1.00			
	Medium Risk									1.257	(1.09 ,	1.45)	0.0016
	High Risk									1.107	(0.95 ,	1.29)	0.1897
	Very High Risk									1.045	(0.89 ,	0.23)	0.5970
흡연	비흡연									1.00			
	과거흡연									1.113	(0.95 ,	1.30)	0.1777
	현재흡연									1.323	(1.12 ,	1.57)	0.0011
스트레스	대단히 많이 느낌									1.00			
	많이 느낌									1.129	(0.90 ,	1.41)	0.2901
	조금 느낌									1.764	(1.42 ,	2.18)	<.0001
	거의 안느낌									2.682	(2.10 ,	3.43)	<.0001
운동	여가 운동함									1.00			
	여가 운동안함									0.789	(0.71 ,	0.87)	<.0001
Area under ROC (c statistics)		0.614			0.690			0.710					



## 라. 가설검정

본 연구에서 설정된 가설검정의 결과는 다음과 같다.

가설 1. 사회계층이 주관적 건강상태에 영향을 미칠 것이다.

다른 변수를 보정하지 않은 모델 1에서는 신중간층을 제외한 모든 계층에서 상위 및 중상위계층에 비해 주관적 건강상태가 낮았고, 인구사회학적 특성 및 생활습관 변수를 추가한 모델 2와 모델 3에서는 하류계층에서 주관적 건강상태가 낮았다. 가설 1은 로지스틱 분석을 통해 지지되었다.

가설 2. 개인의 인구사회학적 특성이 주관적 건강상태에 영향을 미칠 것이다.

남성과 저연령층에서, 표준화 소득이 높을수록, 고등학교 교육 이상인자가 주관적 건강상태가 더 좋게 나타났다. 가설 2는 로지스틱 분석을 통해 지지되었다.

가설 3. 개인의 생활습관 변수가 주관적 건강상태에 영향을 미칠 것이다.

정규적 운동자, 스트레스를 거의 안느끼거나 조금 느끼는 사람이 주관적 건강상태가 더 좋게 나타났다. 그러나 흡연과 음주에 있어서 흡연자와 음주자가 주관적 건강상태가 더 좋게 나타났다. 이는 흡연과 음주가 주관적 건강상태와의 관계에서 원인과 결과가 될 수 있기 때문이다. 가설 3은 일부 기각되었다.

## V. 고 찰

### 1. 연구방법에 대한 고찰

본 연구는 2005년도 국민건강영양조사 자료를 이용하여 우리나라 국민의 사회계층과 건강상태 관련 요인을 분석하기 위해 실시되었다. 사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태의 차이를 분석하고, 인구사회학적 특성 및 생활습관 특성 변수에 따른 주관적 건강상태 인식 관련 요인들을 분석하였다.

국민건강영양조사는 건강설문조사, 검진조사 및 영양조사로 이루어져 있는데 이 중 건강설문조사를 분석하였다. 건강설문조사는 건강면접조사와 보건의식행태조사로 이루어져 있는데, 건강면접조사는 면접조사원이 가구를 방문하여 조사하였고, 보건의식행태조사는 자기기입방식으로 하였으며 자기기입 방식이 불가능한 경우에는 면접조사원이 조사하였다.

본 연구에서 방법상의 제한점은 다음과 같다. 본 연구는 2005년 조사 시점에서 사회계층과 건강상태 관련 요인을 분석한 단면연구이다. 그러므로 관련된 요인에 대한 인과관계를 명확히 기술하는데 부족함이 있다. 향후 같은 대상자를 주기적으로 추적 분석하여 단면 연구의 한계를 극복하는 연구가 이어지기를 기대한다.

또한 그 결과를 일반화하는데 한계가 있다. 그러나 사회계층에 따른 주관적 건강상태를 이해하는 하나의 통로가 될 수 있을 것이다.

## 2. 연구결과에 대한 고찰

여러 문헌에서 보고된 바와 같이 주관적 건강상태는 사망과의 긴밀한 관련성 때문에 인구집단의 건강상태를 측정하는데 있어 광범위하게 활용되어 온 대표적인 건강결과 변수이다. 주관적 건강상태는 OECD Health Data에서도 각 국가의 건강수준을 비교하는 지표로 사용되므로, 이러한 측면에서 볼 때 타당한 지표라고 판단되며, 측정하기가 용이하므로 자료를 얻기가 쉬우나 몇 가지 제한점을 가지고 있다.

임상 검사보다 주관적인 면이 있으며 사회경제 수준이 높은 사람들은 자신의 건강상태를 높게 평가하는 경향이 있다는 것이다(Idler et al, 1990).

또한 개인의 건강상태는 주관적이어서 주어진 상황에 따라 동일한 개인의 평가도 달리 나타나게 된다(최정훈, 1972). 자신의 건강에 대한 위험도를 인지하지 못하고, 주관적 건강상태를 더 좋게 인식하여 실제의 건강상태와 차이가 날 수 있다.

주관적 건강상태는 응답자의 주관적 판단에 의한 것이므로 신뢰도에 대한 의문을 제기할 수 있으며, 향후 연구에 있어서는 만성질환 이환이나 유병률과 같은 변수가 함께 고려되어야 할 것으로 본다.

본 연구에서는 사회계층분류에 따른 주관적 건강상태의 관련성을 분석하고자 하였다. 그러나 공식적으로 검증된 사회계층분류가 없기에 사회계층별 불평등에 대한 연구가 활성화 되지 못하였고, 우리나라에서 건강의 불평등에 대한 관심도 그다지 높지 않았다. 현행 국민건강영양조사 자료에 의하면 직업을 통하여 사회계층을 추정하기에는 많은 제약조건이 있다. 특

히, 직업을 묻는 설문문항이 한국표준직업분류 13개의 대분류만을 사용하였기 때문에 보다 정교한 사회계층분류에 필요한 직업의 분류 자료는 구할 수가 없다.

비록 우리나라의 실정에 꼭 맞는 사회계층 분류가 없기는 하지만 여러 분야에서 사회계층 및 계급분류가 고안되었고, 실증적 자료로 이용되고 있다(김영모, 1982; 홍두승, 1983). 이에 윤태호(2000)와 김혜련(2003)의 연구에 근거하여 한국표준직업분류 중 13개 대분류를 통하여 7계층으로 분류하고 이를 모델 1,2,3으로 나누어 분석하였다.

분석결과 다른 변수를 보정하지 않은 모델 1은 인구사회학적 변수를 보정한 모델 2, 전체 변수를 보정한 모델 3과 차이가 있었다. 모델 1에서는 로지스틱 분석을 통해 다른 변수를 보정하지 않고, 사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태만을 분석하였다. 신중간층을 제외한 모든 계층에서 상위 및 중상위계층에 비해 주관적 건강상태가 낮았고, 통계적으로 유의하였으나 모델 2, 모델 3에서는 하류계층에서만 통계적으로 유의하였다. 이는 인구사회학적 특성 변수 및 생활습관 변수가 중요한 혼동변수를 담당하고 있음을 말한다.

또한 기타계층을 주부와 무직, 기타로 구분하였을 때는 주부가 주관적 건강상태가 낮았고 이는 통계적으로 유의하였으나 모형구축에 있어 성별과의 상관관계를 고려하여 기타로 함께 분류하였다.

직업과 종사상 지위로 분류한 사회계층과 관련하여 급속하게 확산되는 세계화와 정보통신 기술의 발달은 근로자 개인에게는 고용불안, 지속학습의 요구, 급박한 업무처리와 같은 압박으로 다가오는 경우가 많다(Campbell, 1999). 조직과 직무의 변화에 도전에 직면한 근로자는 일상의

심리적 긴장도가 증가하고 이는 심리적, 신체적 건강에 위협을 준다. 특히 비정규근로자는 일반적으로 기계적인 단순노동으로 인해 지루하고 품위를 유지하기 어려우며 아웃사이더임을 느끼게 된다. 또한 미래에 대한 고용불안이 존재하고, 직무에 대한 정보도 상대적으로 빈약한 편이다(Feldman, Doerpinghaus & Turnley, 1994).

일부의 조직에서는 이런 현상에 주목하여 기존의 인적자원의 개발이나 관리에 관한 방법으로 개인의 업무능력 개발을 돕는 것과 더불어 조직 구성원들이 보다 잘 적응할 수 있도록 지원하는 방안의 중요성을 점차 인식하고, 그 해결방안으로 교육과 프로그램들을 실행하고 있다. 그러나 현재 조직에서 시행되고 있는 건강관련 프로그램은 대체로 건강한 근로자가 건강을 유지하는데 도움을 주는 정도의 프로그램인 경우가 많기에 직무의 종류나 계층에 따라 건강요소 및 지각에 대한 내용들이 다를 수 있을 것이다. 이는 향후 효과적인 프로그램 설계에 대한 연구가 필요하다는 점을 시사하며(한태영, 2007), 근로자의 건강과 질병에 관하여 조직이 더 적극적으로 개입하여야 함을 말한다.

거주지에 대해서는 모델 2와 모델3에서 대도시에 비해 소도시가 주관적 건강상태가 높게 나타났다. Bentham(1984)의 연구에서는 도시외곽이나 읍지역에 사는 사람들의 건강수준이 가장 높으며 산간벽지나 도시 내부에 사는 사람들의 건강수준이 낮음을 보고하고 있다. 도시화 정도와 건강수준 간의 비선형적인 관계는 도시화의 정도에 따라 건강수준에 영향을 미치는 사회환경요인들이 서로 다른 기전이나 정도로 주민들에게 영향을 미치고 있음을 시사한다고 하겠다.

최근 우리나라의 대도시들을 중심으로 나타나고 있는 현상이기도 하나

그린벨트 정책이나 신도시 개발 등에 의해 도시 내부보다는 도시외곽에 보다 경제적인 수준이 높은 사람들이 거주할 가능성이 높아진 것도 이러한 결과를 설명해 줄 수 있을 것이다. 그러나 어떠한 요인들이 어떠한 기전을 통해서 각각의 주민들에게 영향을 미치는지에 대해서는 아직 많은 연구가 이루어지지 않았다(이상규, 2002).

연령이 증가함에 따라 주관적 건강상태가 낮게 나타났는데 60세 이상의 연령에서는 19-29세 연령보다 주관적 건강상태가 0.462배 낮게 나타났다. 노인의 주관적 건강수준을 향상시키기 위해 건강행태를 좋은 방향으로 유도하기 위한 정책 및 지역사회 프로그램과 사회활동을 꾸준히 할 수 있는 기전이 마련되어야 함을 제언한다.

교육 수준은 고등학교 이상과 대학교 이상에서 주관적 건강상태가 높게 나타났다. 고등교육의 효과에 대한 검증 결과, 고등학교 학력이 한국 성인의 건강수준의 차이를 만드는 분기점인 것으로 드러났다. 이는 고등학교 대상의 보건교육의 강화가 필요함을 말한다. 또한 건강증진 정책이나 사회 프로그램에서 고등학교 이하의 학력자들이 취약집단으로 고려되어야 하며, 동시에 전 국민이 고등교육을 받을 수 있는 교육 제도와 사회적 구조의 개선이 국민건강증진을 위한 근본적인 조건이 될 수 있음을 시사한다(이미숙, 2005).

결혼상태는 유배우자에서 주관적 건강상태가 낮게 나타났다. 이는 우리나라와 같이 아직도 사회에 혼재된 전통가치관으로 가사와 자녀양육, 노동에 대한 이중의 어려움을 겪으며 살고 있는 주부들의 현실을 반영함을 알 수 있다.

모델 3에서는 인구사회학적 특성 변수 및 생활습관 변수 전체를 보정하

였다. 생활습관 변수와 관련하여 흡연, 음주, 운동, 비만 등 건강 행위와 주관적 건강상태의 관련성에 관하여는 선행 연구에서도 논란이 많은데(정영미 2002, 김남진 2000, 김귀분 1998), 이는 분석에 투입하였던 여러 가지 특성과 주관적 건강수준이 서로 원인과 결과가 될 수 있기 때문이다. 주관적 건강상태가 낮은 군에서 건강상태가 낮은 경우도 있지만, 반대로 주관적 건강상태가 낮은 군에서 보다 적극적인 건강행위(금연, 금주, 운동 등)를 할 수 있기 때문이다.

건강생활양식에서 가장 많이 지적되는 흡연에 대해 2001년 국민건강영양조사 자료를 분석한 이미숙(2005)의 연구에서는 사회계층을 통제했을 때 주관적 건강수준과 관련이 없는 것으로 나타났다. 그러나 본 연구에서는 비흡연자에 비해 현재흡연자의 경우 주관적 건강상태가 높게 나타났고, 향후 금연 확산을 위한 대책의 필요성이 제기된다.

흡연 뿐 아니라 음주의 경우도 급성 위해 유발 음주 위험도에 따른 주관적 건강상태 차이는 있지만 음주군에서 주관적 건강수준이 높았다. 이것은 한국의 성인들에게 음주가 건강행동이기 보다는 보편적인 문화행동으로 인식되는 경향을 반영하는 것으로서, 음주에 대한 인식과 문화의 개선이 필요함을 말한다. 또한 평소 운동실천의 필요성도 제기되며, 스트레스의 근원에 대한 규명 및 해소방안 마련을 위한 노력이 필요하다.

## VI. 결 론

본 연구는 2005년 국민건강영양조사 자료를 이용해 사회계층 분류를 통해 우리나라 국민의 주관적 건강상태에 대해 조사하였다. 전체 대상자 7,701명 중 남자는 3,455명(44.86%), 여자는 4,246명(55.14%)으로 여자가 더 많았다. 연령은 19세 이상의 대상자 중 40-49세 연령층이 1,851명(24.04%)로 가장 많았다. 사회계층분류 결과 상위 및 중상위 계층은 376명(4.88%), 신중간층은 1,142명(14.83%), 구중간층은 720명(9.35%), 노동계층은 1,288명(16.73%), 농촌자영자는 310명(4.03%), 하류계층은 1,819명(23.62%), 기타는 2,046명(26.57%)이었다. 주관적 건강상태에 대한 응답은 매우 건강한편, 건강한편을 건강군으로, 보통인편, 건강하지 못한편, 매우 건강하지 못한편을 불건강군으로 범주화하였고, 조사 대상자의 3,111명(40.40%)가 건강군에 속하였다.

사회계층 분류를 통해 주관적 건강상태에 영향을 주는 요인을 분석한 모델과 인구사회학적 특성을 추가하여 주관적 건강상태를 분석한 모델, 생활습관 변수 등 전체변수를 추가한 모델로 구분하여 로지스틱 분석을 실시하였다.

분석결과 사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태에서는 신중간층을 제외한 모든 계층에서 상위 및 중상위계층에 비해 주관적 건강상태가 낮은 것으로 나타났으나 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강상태와 전체 변수에 따른 주관적 건강상태에서는 하류계층에서만 주관적 건강상태가 낮은 것으로 나타났다. 이는 사회계층분류에 따른 주관적 건강상태를 분석하는데 인구사회학적 변수와 생활습관 변수가 혼동변수로 작용함을 알 수 있



다.

사회계층 및 인구사회학적 변수를 추가하였을 때 남성에 비해 여성이 주관적 건강상태가 낮았으며, 연령이 증가할수록 주관적 건강상태가 낮았다. 또한 미혼보다 유배우자에서 주관적 건강상태가 낮았다. 교육수준은 고등학교 이상과 대학교 이상에서 주관적 건강상태가 높았고, 표준화소득이 높을수록 주관적 건강상태가 높았다. 대도시 거주자에 비해 소도시 거주자가 주관적 건강상태가 높았다.

전체 변수에 따른 주관적 건강상태에서는 급성 위해 유발 음주 위험을 WHO 권고기준에 따라 4단계로 분류하였을 때 중간 위험 음주(Medium Risk)에서 주관적 건강상태가 높게 나타났다. 현재흡연자는 비흡연자에 비해 주관적 건강상태가 높았고, 스트레스를 조금 느끼거나 거의 느끼지 않는 군에서 주관적 건강상태가 높았다. 정기적인 운동을 하는 사람이 정기적인 운동을 하지 않는 사람에 비해 주관적 건강상태가 높았다.

위 결과를 정리하면 사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태와 관련이 있는 요인은 성별, 연령, 교육, 표준화 소득, 거주지, 결혼상태, 흡연, 급성 위해 유발 음주 위험, 스트레스, 운동이었다. 가구원수, 음주(음주, 비음주 여부)는 단변량 분석에서 연관성을 보여주었으나 로지스틱 분석에서는 연관성이 없었다.

본 연구의 결과에서 알 수 있듯이 하류계층에서 주관적 건강상태가 낮는데 관한 대책 수립이 필요하다. 현재 조직에서 대체로 건강한 근로자의 건강유지에 도움을 주기 위해 실시되는 건강관련 프로그램들이 사회계층이나 건강요소 및 지각에 따라 차별성 있는 효과적인 프로그램 설계로 전환될 것이 요구된다. 또한 노동시장의 계층 간 차별구조를 개선하여 비정규

직 및 하류계층에 대한 처우개선 및 경제 활성화가 필요하다.

마지막으로 건강 불평등을 극복할 정책 및 지속적 연구가 필요하고, 건강수준 및 삶의 질 향상에 대해 조직뿐만이 아닌 국가 차원에서 보다 더 적극적인 개입과 지원이 이루어져야 할 것이다.

## 참고문헌

- 김귀분, 전은영. 일반성인의 지각된 건강상태 및 건강증진 생활양식이 생활 만족도에 미치는 영향. 성인간호학회지 1998; 10(3): 548-558
- 김남진. 예비노인 집단과 노인집단의 건강 관심도 및 건강행위, 주관적인 건강상태와의 관련성 연구. 건강증진학회지 2000; 17(2): 99-106
- 김유선. 노동소득 분배구조 개선을 위한 정책과제. 2005; 54-85
- 김채윤, 권태환, 홍두승. 사회학개론, 서울: 서울대학교 출판부. 1989
- 김혜련 외. 한국인의 사망과 질병 및 의료이용의 요인 분석과 정책과제, 한국보건사회연구원 2006
- 김혜련 외. 건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향. 한국보건사회연구원 2006
- 남정자, 조맹제, 최은진. 한국인의 건강수준에 미치는 영향분석. 서울: 한국보건사회연구원.1996.
- 맹진학. 위계성장모델을 이용한 한국의 사회계층 간 양극화 양상에 대한 연구, 사회보장연구. 22(1); 1-28. 2006
- 박실비아, 문옥륜. 의료보험의 재원조달과 의료이용의 형평성에 관한 연구. Korean Health Economic Review. 1996; 2: 20-41
- 손미아. 사회계층과 건강행위가 유병률에 미치는 영향. 예방의학회지, 2002a; 35(1): 57-64
- 손미아. 직업, 교육수준, 그리고 물질적 결핍이 사망률에 미치는 영향. 예방의학회지, 2002b; 35(1): 76-82

- 송미숙 외. 경로당 등록 노인의 주관적 건강수준과 관련 요인. *Journal of the Korea Gerontological Society*. 2004; 23(4): 127-142
- 오영희 외. 우리나라 노인의 주관적 건강인식과 신체적 및 정신적 기능상태의 관련성 연구. *Journal of the Korea Gerontological Society*. 2006; 26(3): 461-476
- 윤기택, 한경식. 기간제 근로자의 차별처우금지제도에 관한 고찰, 한국법학회. *법학연구*, 2007
- 윤태호. 우리나라의 사회계층간 건강행태 차이. 서울대학교 보건대학원석사학위 논문, 2000
- 이미숙, 40대 남성사망률: 사회적 관련 요인에 대한 탐색. *한국사회학*; 2001;35(4): 189-212
- 이미숙. 한국 성인의 건강불평등. *한국사회학*; 2005;39(6): 183-209
- 이병한. 한국여성에서 체질량지수와 주관적 건강상태 인식의 관련성. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 2000
- 이상규. 사회환경요인이 지역별 사망률과 개인의 주관적 건강상태에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위 논문, 2002
- 이상이, 홍성철. 직장건강보험 가입 제주도 주민의 소득계층별 의료이용의 형평성. *보건과 사회과학*. 2003;13: 147-168
- 이순영, 서일(1995). 주요 건강 실천 행위가 건강수준에 미치는 영향. *한국역학회지*, 1995;27: 48-63
- 이순영. 한국인의 건강관심도, 건강 실천 행태 및 건강 수준간의 구조 분석. 연세대학교 대학원 박사학위 논문, 1993
- 이용재 외. 소득계층별 건강보험 본인부담과 이용의 형평성. *사회복지정책*,

2006;24(4): 173-199

이용재. 노인의 지역간 건강보험 이용의 형평성에 관한 연구. 노인복지연구, 2006;31: 27-47

정영미, 김주희. 건강증진 프로그램이 노인의 건강행위, 지각된 상태 및 생활만족도에 미치는 효과. 성인간호학회지 2002;14(3): 327-336

정우진, 유태우, 이선미. 음주 주종과 급성위해 유발 음주 위험도. 예방의학회지 2003;36(4): 383-389

지선하, 오희철, 김일순. 노인 스스로 인지한 건강 상태와 사망률에 관한 연구. 한국역학회지 1994;16(2): 172-180

최경혜. 일부 군 간부의 건강 증진과 관련된 건강 행태와 건강수준. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1999

최정훈. 지각형성과 표준화에 관한 연구. 연세논총 1972;9: 87-101

한태영, 질병, 스트레스, 및 직무결과 간의 영향과정: 당뇨병 근로자 대상의 생리심리사회적 접근. 한국심리학회지, 2007;20(3): 197-218

Anna-Lena Unden. Do different factors explain self-rated health in men and women. Gender Medicine, 2006; 3(4): 295-308

Britton M, Fox A, Goldblatt P, Jones K, and Rosato M "The influences of socio-economic and environmental factors on geographic variation in mortality." In Britton M.(ed) Mortality and geography: a review in the mid-1980s England and Wales. London: Office of Population Censuses and Surveys. 1990; 57-78

Baker JL, Van Der Gagg J. Equity in health care and health care

- financing: evidence from five developing countries. Oxford: Oxford University Press; 1993; 356-394
- Bentham G. Mortality rates in the more rural areas of England and Wales. *Area*, 1999; 16: 219-226
- Campbell, J. P. The definition and management of performance in the new age. *the changing nature of performance*, 399-397. 1999
- Cockerham, W. C. *Medical Sociology*. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 1998
- Grzywacz, J. C. et al. Socio-economic Status and Health: A Micro-level analysis of Exposure and Vulnerability to Daily Stressors. *Journal of Health and Social behavior*. 2004; 45(March): 1-16
- Fillenbaum, G. G.(1979). Social context and self-assessments of health among the elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 20,45-51.
- Feldman, Doeringhaus & Turnley. *Managing Temporary Workers: A Permanent HRM challenge* *Organizational Dynamics*. 1994; 23(Autumn), pp. 49-63
- Idler EL, et al. Self-evaluated health and mortality among the elderly New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Countries, Iowa, 1982-1986. *Am J Epidemiol*, 1990;131(1): 91-103
- Idler EL, Benyamini Y, Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social*

Behavior, 1997; 38:21-37

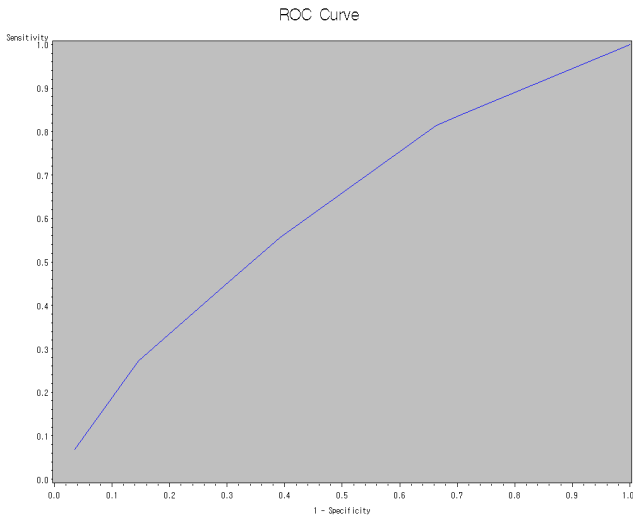
- Jeanne E. Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *Am J Prev Med*, 2000; 19(4): 302-307
- Kaplan G, Barell V, Lusky A. Subjective state of health and survival in elderly adults. *J Gerontology* 1988; 43(4): 114-120
- Kaplan G, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983;117(3): 292-304
- Khang YH et al. Trends in Socioeconomic health inequalities in self-assessed health in Korea: Use of mortality and morbidity measures. *J Epidemiol Community Health*, 2004b; 58:308-314
- Khang YH, Hong-Jun Cho, Socioeconomic inequality in cigarette smoking: Trends by gender, age, and Socioeconomic position in South Korea, *Preventive Medicine*, 2006; 42:415-422
- Klea D. Bertakis et al. Gender Differences in the Utilization of Health Care Services. *Journal of Family Practice*, 2000; 49(2)
- Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health*. 2000; 54(2): 123-129
- Luoh MC, Herzog AR. Individual consequences of volunteer and paid work in old age: health and mortality.
- Maddox GL, Douglass EB. Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects. *J Health Soc Behav*, 1973;14: 87-93

- Otiniano, M. E., Du, X. L., Ottenbacher. K., & Markides, K. S. (2003).  
The effect of diabetes combined with stroke on disability,  
self-rated health, and mortality in older Mexican Americans.  
Academy of Physical Medicines and Rehabilitation, 84,  
725-730
- Peabody et al. Policy and health: implications for development in Asia.  
New York: Cambridge University Press: 1999; 31-73
- Sarah Nettleton, 건강과 질병의 사회학 서울: 한울아카데미. 1997
- S. V. Subramanian et al. Does the state you live in make a difference?  
Multilevel analysis of self-rated health in the US. Social  
Science & Medicine, 2001; 53: 9-19
- Ware JE. Health perception questionnaire, Instruments for measuring  
nursing practice and other care variables. Hyattsville,  
Maryland: DHEW Publication, 1979; 158-161
- Ware JE. The assessment of health status: Applications of social science  
to clinical medicine and health policy. New Brunswick, Rutgers  
University Press, 1986; 204-228
- WHO. International guide for monitoring alcoholic consumption and  
related harm. 2000

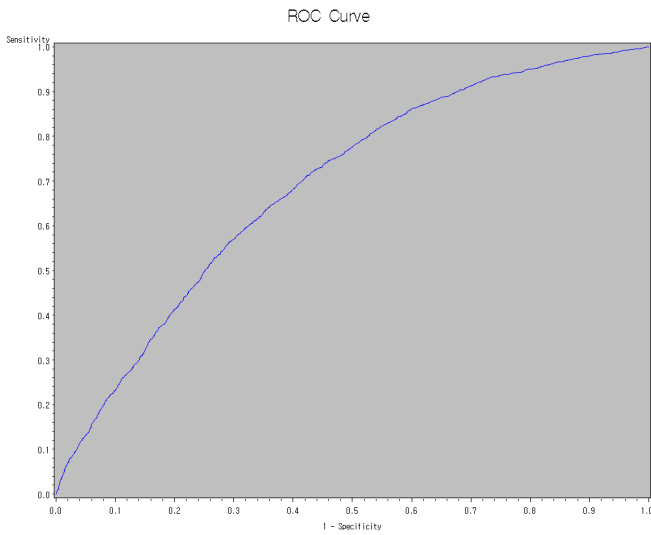


## 부 록

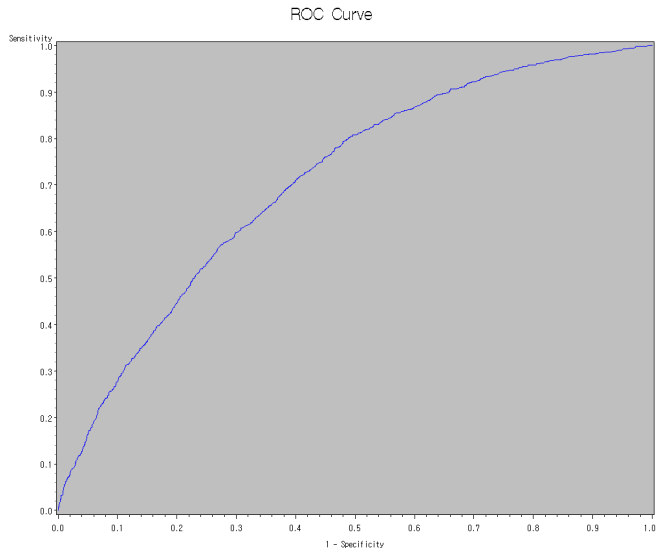
<부록 1> ROC Curve - 사회계층 분류에 따른 주관적 건강상태



<부록 2> ROC Curve - 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강상태



<부록 3> ROC Curve - 전체 변수에 따른 주관적 건강상태



## **Abstract**

### **The Analysis of the self-rated health status among social stratum groups in Korea**

Min Kyung Kim

Dept. of International Health

The Graduate School of Public Health

Yonsei University

**(Supervised by Professor Woojin Chung, Ph.D.)**

The self-rated health status is an independent predictor of mortality, despite the inclusion of numerous specific health status indicators and other relevant covariates known to predict mortality.

The purpose of this study is to investigate whether the social stratum is related the self-rated health status. The factors are calculated and the relations between socio-economic characters and health behavior are investigated.

This study is based on data from National Survey of Health and Nutrition 2005 carried by Ministry of Health and Welfare. Among 7,801 samples answering health behavior survey part, 7,701 samples(3,455 men

and 4,246 women) over 19 years old had been excluded answering self-rated health.

The data were analyzed by using SAS 8.2. The chi-square test and Logistic analysis models were used to see the relationships between variables. The results are as follows:

First, The positive self-rated health is 40.40%(3,111 samples). The self-rated health of the lower social stratum group is lower than other groups.

Second, Another factors which affect the self-rated health is the gender, age, education, standardization income, residence, marital status, smoking, high risk drinking for chronic harm, stress, exercise. The number of family and drinking are affecting factors according to the chi-square test but not to the Logistic analysis.

From the above results, it is concluded that there are health inequalities among social stratum groups in Korea and part of this difference is due to the contextual effects of factors. But to make policy to tackle these contextual effects possible, we need more elaborate research to explain the mechanisms how the contextual factors influence on health.

Further researches to investigate the effects on cause specific mortality and effects to reveal the work mechanism of self-rated health status by longitudinal study are highly expected.

---

Key words : self-rated health, socio-economic characters, high risk drinking  
for chronic harm