

2010

R e g i o n a l
G r o w t h
N a t i o n a l
P r o s p e r i t y
G l o b a l
P a r t n e r s h i p

기본연구 2010-12

**저소득 취약계층
건강 보호 방안 연구**

Policy Suggestions to Increase Health care
for the Low-income bracket

김희연

연구책임 김희연 (경기개발연구원 연구위원)

공동연구 임지영 (경기개발연구원 연구위원)

기본연구 2010-12

저소득 취약계층 건강 보호 방안 연구

- 인 쇄 2010년 11월
- 발 행 2010년 11월
- 발 행 인 좌승희
- 발 행 처 경기개발연구원
- 주 소 (440-290) 경기도 수원시 장안구 파장동 179
- 전 화 031)250-3522 / 팩스 031)250-3117
- 홈페이지 www.gri.kr

등록번호 제 99-3-6호 © 경기개발연구원, 2010
I S B N 978-89-8178-572-7 93330 정가 : 11,000원

※ 위 보고서는 실비로 보급하고 있습니다.
필요하신 분은 정부간행물판매센터 혹은 지식정보팀으로 문의하시기 바랍니다.
문의처 : 031-250-3261

머리말

건강은 어떤 것에도 우선하는 가치이다. 동서고금, 지위고하를 막론하고 모두에게 공통된 관심사인 건강은 행복의 전제 조건이다. 질병은 평소에 개인이 자유롭게 누렸던 것들을 불편하게 만들고, 육체적으로나 심리적으로 위축되게 하여 행복을 느끼기 어렵게 하기 때문이다. 무엇보다도 건강은 다른 기능을 선택하고 성취할 수 있는 기회를 보장하므로써 개인 발전의 원동력이 된다는 점에서 중요하다.

소득이 낮은 계층은 건강에 취약하다. 가난할수록 건강하지 못하고 각종 질병에도 잘 걸리고 생애 전반에 걸쳐 영향을 미치므로 조기에 사망할 확률이 높다는 사실은 건강관련 연구의 일관된 결과이다. 가난한 사람이 아니더라도 질병에 걸렸을 때 사회적인 대처 수단이 없다면 쉽게 빈곤에 빠질 수 있다. 질병이 노동력 상실이나 가족자원의 상실, 경제적 부담을 초래하기 때문이다. 건강과 빈곤의 악순환을 끊기 위해서 적절한 대안이 필요하다. 그럼에도 불구하고 저소득층의 불건강의 변화 추이와 양상에 대해서 정밀하게 분석된 연구는 제한적이고 특히, 지역 수준의 연구는 부족하여 구체적으로 어떤 건강서비스를 제공해야 하는지 알지 못한다.

이에 본 연구는 저소득층의 불건강 패턴과 양상을 구체적으로 밝히고, 지역 차원의 저소득층 건강정책과 사업의 방향 수립을 뒷받침할 근거 자료를 제공하기 위해 저소득층 건강 실태를 분석하였다. 지역 차원의 건강 실태 자료가 부족한 현실에서 저소득층의 건강 보호를 위한 지방정부 차원의 정책방안을 마련하는데 중요한 기초자료로 활용될 것으로 기대한다.

마지막으로, 본 과제에서 제시된 정책 방향에 대한 후속 연구가 진행되기를 바라며, 방대한 자료를 분석하느라 고생한 경기개발연구원 연구진과 조언을 주신 관련 전문가들에게 감사의 마음을 전한다.

2010. 11. 30

경기개발연구원장

좌 승희



저소득 취약계층 건강 보호 방안 연구

건강은 생존의 목적 외에 일상생활에 잘 대처할 수 있는 정신적·사회적 안녕 상태를 의미하는 것으로 삶의 구성하는 핵심요소이면서 다른 기능을 선택하고 성취할 수 있는 필요조건이다. 그래서 누구나 건강하기를 바라고 최상의 건강을 권리로 보장받기를 원한다. 그럼에도 특별한 건강문제를 가지고 있거나, 경제적 능력을 포함해 보건의료서비스 이용에 장애를 갖는 등의 이유로 건강할 권리가 침해되기 쉬운 취약계층이 존재하며, 대표적인 집단이 바로 저소득층이다.

본 연구는 건강의 사각지대에 놓여 있는 저소득층을 위해 지방정부 차원의 보호 방안을 제안하는데 목적이 있다. 연구결과는 다음과 같다. 첫째, 소득수준이 낮을수록 주관적 건강상태나 건강관련 삶의 질 수준이 떨어지는 것으로 나타났고, 임금근로자일 때, 고용상태가 상용직일 때 건강상태 질이 높은 반면, 농림어업이나 단순노무직과 같이 육체노동에 종사하는 사람들의 주관적 건강상태 및 건강관련 삶의 질 수준이 가장 낮은 것으로 조사되었다.

둘째, 성별로는 여성이 남성보다 건강상태 질이 낮고, 연령이 높아질수록 주관적 건강상태 및 건강관련 삶의 질 수준이 낮아지는 것으로 나타났다. 특히 소득수준이 낮은 60대의 건강관련 삶의 질 수준이 가장 낮은 것으로 분석되었다. 또한 교육수준이 높아질수록 건강상태 질도 높아지는 것으로 나타났다.

셋째, 흡연실태를 보면 고등학교 학력의 30대 남성의 흡연율이 가장 높은 것으로 나타났으며, 70대와 80대에 흡연율은 다시 증가하는 경향을 보이고 있다. 소득수준이 낮을수록 흡연율이 떨어지는 것으로 나타났는데 이는 높은 담배 값 때문으

로 이들의 건강상태 질도 낮은 것으로 나타났다. 음주실태를 보면 남성이 여성보다 음주빈도가 잦고, 연령이 높아질수록 그리고 교육수준이 낮을수록 음주빈도는 낮았다. 음주빈도가 높다고 해서 주관적 건강상태 및 건강관련 삶의 질 수준이 낮지 않았는데, 이는 음주가 불건강행태라기 보다는 보편적 문화행동으로 인식되고 있기 때문이다. 운동실천과 관련해서 소득수준이 낮을수록 격렬한 신체활동이나 중등도 신체활동은 하지 않으며, 걷기운동은 거의 매일하고 있는 것으로 조사되었으며, 건강관련 삶의 질 수준도 전혀 견지 않는다고 응답한 사람들에 비해 높게 나타났다. 영양과 식생활실태를 소득계층별로 보면 소득수준이 낮은 계층일수록 식생활지침에 대한 인지정도가 낮았으며, 먹을 것이 부족하고 다양한 음식을 먹지 못하는 형편에 놓여있는 것으로 나타났다. 건강검진 실태를 보면 소득수준이 높은 계층일수록 건강검진 수진 비율이 더 높게 나타났고 그에 따라 삶의 질 수준도 높게 나타났다. 저소득층의 경우 독감예방접종 비율이 높게 조사되었는데 이는 무료로 지원되기 때문이다. 정신건강관련 실태를 보면 소득수준이 낮은 계층일수록 스트레스를 대단히 많이 느끼거나 거의 느끼지 않는다는 응답이 다른 소득계층에 비해 높았다. 모든 소득계층에서 스트레스를 조금 느끼는 편인 사람들의 주관적 건강상태 및 삶의 질 수준이 더 높게 나타났다.

넷째, 상기 요인들을 회귀분석한 결과 건강상태 질에 영향을 미치는 요인은 월평균소득이 높을수록, 종사상 지위가 임금근로자일수록, 고용형태는 상용직일수록, 직업은 서비스직이나 기능기계직일수록 건강보험가입종류는 직장의료보험가입자일수록, 민간의료보험을 가입한 사람일수록, 연령이 낮을수록, 남성일수록, 교육수준은 높을수록, 음주빈도는 1개월에 3~4번, 음주량은 3~4잔 이상일수록, 2주일간 우울감 지속이 안될수록, 스트레스 인지정도가 낮을수록 건강상태는 높아지고, 좋아지는 것으로 나타났다. 소득변수를 조절변수로 해서 투입하여 조절회귀분석을 실시한 결과 소득수준에 따라 다양한 건강영향요인들이 긍정적 혹은 부정적으로 건강에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 이는 소득수준에 따라 건강불평등이 발생할 수 있음을 의미한다.

이러한 결과를 토대로 본 연구는 다음과 같은 정책을 제안하였다. 건강 취약계층에 대한 의료 안전망 확충을 위해 무한돌봄사업을 통한 의료비 지원시 소득기준 대신 질환 여부만을 판단하여 지원하는 한편, 사업 범위를 건강보험료 지원사업까

지 확대하며, 경기도의료원의 저소득계층 프로그램을 강화하고, 모성건강에 초점이 맞춰진 여성건강정책을 생애주기별 전략으로 전환하며, 건강이 취약해지기 시작하는 50대에 초점을 맞춘 고령자 맞춤형 건강사업을 진행하고, 건강행태 개선을 위해 금연과 절주사업의 지속 및 확대가 필요하며, 예방적 차원의 건강검진체계 구축, 비만에 대한 인식제고를 위한 교육, 지역특성에 맞는 정신건강증진 등의 정책 추진을 통해 저소득층 건강을 보호하여야 한다.

키워드 저소득층, 건강, 주관적 건강상태, EQ-5D, 건강영향요인, 물질적 요인, 인구사회적 요인, 건강행태적 요인



차례

■ 제1장 서론 / 3

| | |
|----------------------|---|
| 제1절 연구 배경 및 목적 | 3 |
| 1. 연구 배경 | 3 |
| 2. 연구 목적 및 내용 | 7 |
| 제2절 연구 방법 | 8 |

■ 제2장 저소득 취약계층과 건강보장 / 13

| | |
|----------------------|----|
| 제1절 건강보장과 건강권 | 13 |
| 1. 건강의 가치 | 13 |
| 2. 건강권의 개념 | 14 |
| 3. 건강보장의 기능 | 16 |
| 제2절 저소득층의 건강보장 | 18 |
| 1. 빈곤과 건강 | 18 |
| 2. 저소득층의 건강보장 | 21 |
| 제3절 건강 결정 요인 | 23 |
| 1. 물질적 측면 | 23 |
| 2. 인구사회적 측면 | 29 |
| 3. 건강행태적 측면 | 38 |
| 4. 물리적 환경 측면 | 50 |

■ 제3장 저소득 취약계층 건강 실태 분석 / 59

| | |
|---------------------|----|
| 제1절 분석 설계 | 59 |
| 1. 조작적 정의 | 59 |
| 2. 분석 자료 | 62 |
| 3. 분석 변수 및 내용 | 64 |

| | |
|--------------------------------|-----|
| 제2절 물질적 측면과 저소득층 건강 실태 | 66 |
| 1. 소득수준별 건강상태 | 67 |
| 2. 직업에 따른 건강상태 | 72 |
| 3. 가구 구성 형태에 따른 건강상태 | 79 |
| 제3절 인구사회적 측면과 저소득층 건강 실태 | 82 |
| 1. 성별에 따른 건강상태 | 82 |
| 2. 연령에 따른 건강상태 | 84 |
| 3. 교육수준에 따른 건강상태 | 87 |
| 제4절 건강행태적 측면과 저소득층 건강 실태 | 91 |
| 1. 흡연에 따른 건강실태 | 91 |
| 2. 음주와 건강실태 | 98 |
| 3. 영양 및 식생활과 건강실태 | 104 |
| 4. 신체활동과 건강실태 | 113 |
| 5. 건강검진과 건강실태 | 119 |
| 6. 정신건강과 건강실태 | 123 |
| 7. 만성질환 유병 실태 | 128 |

■ 제4장 저소득 취약계층 건강 영향 요인 분석 / 135

| | |
|------------------------------------|-----|
| 제1절 저소득층 건강에 영향을 미치는 요인 | 135 |
| 1. 건강에 영향을 미치는 물질적 요인 | 135 |
| 2. 건강에 영향을 미치는 인구사회적 요인 | 138 |
| 3. 건강에 영향을 미치는 건강행태적 요인 | 139 |
| 제2절 소득의 조절효과 검증을 통한 건강 영향 분석 | 142 |
| 1. 조절효과 검증을 통한 물질적 영향 요인 | 142 |
| 2. 조절효과 검증을 통한 인구사회적 영향 요인 | 146 |
| 3. 조절효과 검증을 통한 건강행태적 영향 요인 | 148 |

■ 제5장 결론 및 정책 제언 / 153

| | |
|------------------------|-----|
| 제1절 요약 및 정책적 시사점 | 153 |
| 1. 연구 요약 | 153 |
| 2. 정책적 시사점 | 158 |

| | |
|-----------------------------------|-----|
| 제2절 저소득 취약계층 건강보호를 위한 정책 제언 | 160 |
| 1. 건강취약계층에 대한 의료 안전망 확충 | 160 |
| 2. 생애주기별 여성 건강관리 전략 마련 | 162 |
| 3. 50대 이후 연령에 건강관리 집중 | 163 |
| 4. 건강행태 개선을 위한 금연 운동의 지속 | 164 |
| 5. 음주행태 및 문화의 개선 | 165 |
| 6. 예방적 차원의 건강검진체계 구축 | 166 |
| 7. 비만에 대한 인식 제고 | 166 |
| 8. 지역 특성이 반영된 정신건강증진 사업 추진 | 168 |

■ 참고문헌 / 169

■ Abstract / 173

■ 표차례

| | |
|---|----|
| <표 1-1> 무한돌봄 지원 결정 이유(2010. 7. 30) | 5 |
| <표 1-2> 무한돌봄 지원 내용 | 5 |
| <표 2-1> 질병으로 인한 직·간접 의료비용(2008) | 22 |
| <표 2-2> 소득에 따른 건강 수준 비교 | 25 |
| <표 2-3> 건강수준별 EQ-5D 기술통계 | 26 |
| <표 2-4> 육체노동에 따른 EQ-5D 기술통계 | 28 |
| <표 2-5> 직업에 따른 건강수준비교 | 29 |
| <표 2-6> 소득계층별 연령보정 성별 만성질환 유병율(65세 이상) | 30 |
| <표 2-7> 성별에 따른 EQ-5D 기술통계 | 30 |
| <표 2-8> 조사대상 농촌노인의 성별 이환 및 건강상태 | 31 |
| <표 2-9> 연령에 따른 주관적 건강평가·우울감·행복감 | 34 |
| <표 2-10> 연령별 EQ-5D 기술통계 | 35 |
| <표 2-11> 교육 수준에 따른 건강수준비교 | 36 |
| <표 2-12> 건강불평등 구조 분석 요약 : 하위차원과 통합모델 | 37 |
| <표 2-13> 조사대상 농촌노인의 성별 만성질환과 교육수준 | 38 |
| <표 2-14> 흡연과 사회경제적요인의 연관성 | 40 |
| <표 2-15> 식사결식률(만 1세 이상 전체) | 44 |
| <표 2-16> 사회계층별 연령보정 현음주율(25-64세)(2001년) | 45 |
| <표 2-17> 규칙적운동관 사회경제적요인의 연관성 | 48 |
| <표 2-18> 거주지역에 따른 건강수준비교 | 51 |
| <표 2-19> 조사대상 노인의 거주상태별 건강정도 | 52 |
| <표 2-20> 건강자각 증상 발생빈도 | 54 |
| <표 3-1> 저소득층 구분 | 60 |
| <표 3-2> 2007년도 최저생계비 | 60 |
| <표 3-3> 선택형 소득 응답에 대한 각 범주별 할당 월소득 | 61 |
| <표 3-4> 분석에 사용된 전체 자료의 수 | 63 |

| | |
|--|----|
| <표 3-5> 분석에 활용될 변수 목록 | 65 |
| <표 3-6> 분석대상자의 인구사회적 특성(전국 및 경기도) | 66 |
| <표 3-7> 전국 및 경기도 저소득층 규모 | 67 |
| <표 3-8> 주관적 건강상태 | 68 |
| <표 3-9> 소득계층별 EQ-5D index | 69 |
| <표 3-10> 건강보험 가입 종류별 소득 분포(전국 및 경기도) | 70 |
| <표 3-11> 소득계층별 민간의료보험가입여부 | 71 |
| <표 3-12> 종사상 지위별 소득 분포(전국 및 경기도) | 72 |
| <표 3-13> 종사상 직위별 주관적 건강상태 | 73 |
| <표 3-14> 종사상 지위별 EQ-5D index | 74 |
| <표 3-15> 종사상 지위와 주관적 건강상태(1층) | 74 |
| <표 3-16> 종사상 지위와 EQ-5D index(1층) | 75 |
| <표 3-17> 고용형태별 소득계층 분포 | 75 |
| <표 3-18> 고용형태별 건강상태 | 76 |
| <표 3-19> 고용형태별 EQ-5D index | 77 |
| <표 3-20> 고용형태와 EQ-5D index(1층) | 77 |
| <표 3-21> 소득계층별 직업분포 | 78 |
| <표 3-22> 직업과 주관적 건강상태(1층) | 78 |
| <표 3-23> 직업별 EQ-5D index(1층) | 79 |
| <표 3-24> 세대별 주관적 건강상태 | 80 |
| <표 3-25> 세대별 EQ-5D index | 80 |
| <표 3-26> 한부모 및 조손가정의 주관적 건강상태 | 81 |
| <표 3-27> 한부모 및 조손가정의 EQ-5D index | 81 |
| <표 3-28> 성별에 따른 소득계층 | 82 |
| <표 3-29> 성별에 따른 주관적 건강상태 | 83 |
| <표 3-30> 소득계층별 성(性)과 EQ-5D index | 84 |
| <표 3-31> 연령과 주관적 건강상태 | 85 |
| <표 3-32> 소득계층별 연령과 EQ-5D index | 86 |
| <표 3-33> 연령별 EQ-5D index | 87 |
| <표 3-34> 소득계층별 교육수준(전국 및 경기도) | 88 |

| | |
|--|-----|
| <표 3-35> 교육수준별 주관적 건강상태 | 89 |
| <표 3-36> 소득계층별 교육수준과 EQ-5D index | 90 |
| <표 3-37> 흡연실태 | 92 |
| <표 3-38> 소득계층별 현재 흡연 여부 | 93 |
| <표 3-39> 소득계층별 흡연여부와 EQ-5D index | 93 |
| <표 3-40> 소득계층별 흡연자의 주관적 건강상태 | 94 |
| <표 3-41> 현재흡연자의 1개월 내 금연계획 | 95 |
| <표 3-42> 소득계층별 금연이유 | 96 |
| <표 3-43> 소득계층별 금연방법 | 97 |
| <표 3-44> 음주 실태(전국 및 경기도) | 99 |
| <표 3-45> 만 12세 이상 1년간 음주빈도 | 100 |
| <표 3-46> 음주빈도와 주관적 건강상태 | 101 |
| <표 3-47> 소득계층별 음주빈도와 EQ-5D index | 102 |
| <표 3-48> EQ-5D index와 한번에 마시는 음주량 | 103 |
| <표 3-49> 식생활지침 인지여부 | 105 |
| <표 3-50> 식생활지침 실천율 | 106 |
| <표 3-51> 소득계층별 식생활형편 | 107 |
| <표 3-52> 소득계층별 아침식사 결식 이유 | 108 |
| <표 3-53> 성별에 따른 주관적 체형인식 | 110 |
| <표 3-54> 주관적 체형인식 | 110 |
| <표 3-55> 소득계층별 체질량 지수 | 111 |
| <표 3-56> 1년간 체중조절 여부 | 111 |
| <표 3-57> 소득계층별 EQ-5D index와 주관적 체형인식 | 112 |
| <표 3-58> 소득계층별 1주일간 격렬한 신체활동일수 | 114 |
| <표 3-59> 소득계층별 1주일간 중등도 신체활동일수 | 114 |
| <표 3-60> EQ-5D index와 1주일간 격렬한 신체활동 일수(1층) | 115 |
| <표 3-61> EQ-5D index와 1주일간 중등도 신체활동 일수(1층) | 115 |
| <표 3-62> 신체활동(1주일간 걷기 일 수) | 117 |
| <표 3-63> 소득계층별 1주일간 걷기일수 | 118 |
| <표 3-64> EQ-5D index와 1주일간 걷기일수(1층) | 119 |

| | |
|--|-----|
| <표 3-65> 소득계층별 건강검진 수진여부 | 120 |
| <표 3-66> 소득계층별 EQ-5D index와 건강검진수진여부 | 121 |
| <표 3-67> 2년간 암검진 여부 | 121 |
| <표 3-68> 소득계층별 EQ-5D index와 2년간 암검진여부 | 122 |
| <표 3-69> 인플루엔자 예방접종 여부 | 123 |
| <표 3-70> 소득계층별 평소스트레스 인지정도 | 124 |
| <표 3-71> 소득계층별 EQ-5D index와 평소스트레스 인지정도 | 125 |
| <표 3-72> 2주 이상 연속 우울감 여부 | 126 |
| <표 3-73> 소득계층별 EQ-5D index와 2주이상 연속 우울감 여부 | 126 |
| <표 3-74> 소득계층별 1년간 정신문제상담 여부 | 127 |
| <표 3-75> 질환별 유병여부 및 의사진단 여부 | 129 |
| <표 3-76> 질환별 유병여부 및 의사진단 여부 (1층) | 131 |
| | |
| <표 4-1> 건강에 영향을 미치는 물질적 요인 | 137 |
| <표 4-2> 건강에 영향을 미치는 인구사회적 요인 | 138 |
| <표 4-3> 건강에 영향을 미치는 건강행태적 요인 | 140 |
| <표 4-4> 물질적 측면의 조절효과검증(EQ-5D index) | 143 |
| <표 4-5> 물질적 측면의 조절효과검증(주관적 건강상태) | 145 |
| <표 4-6> 인구사회적 측면의 조절효과검증(EQ-5D index) | 146 |
| <표 4-7> 인구사회적 측면의 조절효과검증(주관적 건강상태) | 147 |
| <표 4-8> 건강행태적 측면의 조절효과검증 (EQ-5D index) | 149 |
| <표 4-9> 건강행태적 측면의 조절효과검증 (주관적 건강상태) | 150 |

■ 그림차례

| | |
|--|----|
| <그림 2-1> 소득 수준별 연령 보정 만성질환 유병율(25~64세) | 25 |
| <그림 2-2> 직업유형별 연령보정 만성질환 유병율(25~64세) | 27 |
| <그림 2-3> 연령 · 교육수준 · 직업에 따른 성별 비만유병율 | 33 |
| <그림 2-4> 교육수준별 연령보정 만성질환 유병율(25~64세) | 36 |
| <그림 2-5> 교육수준별 흡연율 및 교차비, 남자 25~64세 | 40 |
| <그림 2-6> 교육수준별 흡연율 및 교차비, 여자 25~64세 | 41 |
| <그림 2-7> 직업유형별 흡연율 및 교차비, 남자 25~64세 | 41 |
| <그림 2-8> 소득수준별 흡연율 및 교차비, 남자 25~64세 | 42 |
| <그림 2-9> 영양소별 영양섭취 기준 미만 섭취율 분율 | 44 |
| <그림 2-10> 연령별 문제음주율(좌) 및 알코올 의존율(우) | 47 |
| <그림 2-11> 교육 및 소득수준별 연령표준화 운동실천율(25~64세) | 48 |
| <그림 2-12> 직업유형별 연령보정 운동실천율(25~64세) | 49 |
| | |
| <그림 3-1> 국민건강영양조사 내용(2007) | 64 |
| <그림 3-2> 소득계층별 민간의료보험가입률 | 71 |

제 1 장

서론

- 제 1 절 연구 배경 및 목적
- 제 2 절 연구 방법

제 1 장

서론

제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경

한국어 위키 백과사전에 따르면, 건강(健康)은 단지 병이나 결함 없이 생물이 본래의 기능을 다하는 신체적 상태만을 의미하는 것이 아니라 정신적·사회적 안녕의 상태까지 포함한 것으로 건강은 생존의 목적 외에 일상생활에 잘 대처할 수 있는 능력을 강조하는 긍정개념이라고 하였다. 다시 말해, 건강은 그 자체로 삶을 구성하는 핵심요소인 동시에 다른 기능을 선택하고 성취할 수 있는 필요조건이라는 것이다. 그러므로 건강하지 못하면 교육을 제대로 받을 수 없고 공동체 생활에 참여하는 기회도 제약을 받는다.

이와 같이 건강은 우리 삶의 질을 높이는 매우 중요한 가치이므로 누구나 건강하기를 바라고 건강을 향상시키는 보건의료서비스에의 접근을 보장받기를 원한다. 이에 세계보건기구는 “사람은 누구나 최상의 건강을 누릴 권리를 가진다”고 천명하였으며, UN인권선언에서는 건강을 보호, 증진하는 데 필수적인 “보건의료서비스는 모든 국민이 누려야 할 기본권”이라고 명시하고 있다. 우리나라의 헌법에서도 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다(제36조 3항)”라고 하였고, 보건의료기본법에서는 “자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다(제10조 1항)”고 명시하고 있다(박정환, 2002). 건강은 국가가 보장해야 할 국민의 기본적인 권리인 것이다.

그럼에도 불구하고 특별한 건강문제를 가지고 있거나, 경제적 능력을 포함해 보건의료서비스 이용에 장애를 갖는 등의 이유로 건강할 권리가 침해되기 쉬운 취약계층이 존재한다. 이러한 건강 취약계층의 대표적 집단으로 저소득층¹⁾을 꼽을 수 있다. 취약계층은 매우 다양한 의미를 가진 중층적(中層的) 개념으로 저소득층

만을 취약계층이라고 정의하기는 어렵다. 그러나 빈곤층이 취약계층 중 가장 큰 비중을 차지하고 있고 많은 건강관련 정책에서 주요한 대상이 된다는 점에서 저소득층을 중심으로 건강보호방안을 논의하고자 한다.²⁾

저소득층의 경우 주거, 영양상태, 작업환경, 위생상태 등이 열악하기에 ‘빈곤이 병을 부르고 병이 빈곤을 부르는 악순환’에 처해 있음을 쉽게 짐작할 수 있다. 즉, 빈곤은 건강과 직접적인 관련이 있는 여러 가지 물질적 조건, 예를 들면 부적절한 주택, 영양부족, 농업과 식량생산의 낙후, 영악한 작업환경, 비위생적인 식수관리 (James et al., 1997) 등의 악화를 가져와 불건강 상태에 빠진다는 것이다. 김창엽 (2009)은 이러한 물질적 요인 외에 빈곤이 보건의료서비스에 대한 접근을 어렵게 하여 건강수준을 악화시킨다고 하였다. 즉, 보건의료 필요(needs)가 있는데도 경제적 지위가 낮아 서비스를 이용하지 못하여 불건강을 초래한다는 것이다.

한편, 질병이나 장애 등 불건강이 빈곤의 원인이 될 수 있다는 것도 명백하다. 반드시 가난한 사람이 아니더라도 질병에 걸렸을 때 사회적인 대처 수단이 없다면 쉽게 빈곤에 빠질 수 있다. 질병이 노동력 상실이나 가족자원 상실, 경제적 부담 증가 등을 가져오기 때문이다. 과도한 의료비 지출로 인해 빈곤에 빠지는 것은 드문 일이 아니라는 것이다. Xu 외(2007)는 세계적으로 일억 이상의 인구가 의료비로 인해 빈곤에 빠지는 것으로 추정하고 있다. Baeza & Packard(2006)에 따르면 한 해 동안 의료비 지출 때문에 새로 빈곤층이 된 인구가 아르헨티나 5%, 칠레 1%, 에콰도르 11%, 온두라스 4%에 이른다고 하였다. 아시아 11개 나라를 대상으로 한 조사에서는 보건의료비 지출 때문에 2.7%의 인구가 빈곤(하루 1인당 1달러 이하 지출)에 빠지는 것으로 밝혀졌다(van Doorslaer et al., 2006).

경기도에서도 이 같은 사례를 찾아볼 수 있다. 다음 표에서 보는 바와 같이 질병이나 부상으로 경제적 위기에 처하게 되었고, 그로 인해 무한돌봄사업³⁾을

1) 저소득층은 연구자에 따라 다양하게 정의하고 있으나 본 연구에서는 저소득층은 소득만을 기준으로 최저생계비의 150% 이하계층으로 정의한다. 실태분석시 최저생계비 이하계층(1층), 최저생계비 초과~최저생계비 120% 계층(2층), 최저생계비 120초과~150%이하 계층(3층) 등으로 세분하여 분석할 것이다. 최저생계비 이하계층(1층)을 제외한 두 계층은 현재 수급자가 아니라도 언제든지 수급자가 될 수 있는 ‘잠재적인 빈곤층’이며 이들이 불건강으로 인해 절대빈곤층으로 전락하지 않도록 지원방안을 마련하는 것도 중요한 연구 목적 중 하나이기 때문이다.

2) 취약계층의 건강보호 논의는 주로 경제적 약자인 저소득층을 중심으로 진행하며, 필요한 경우에 다른 집단을 언급하기도 한다.

신청한 사례가 17.3%에 달한다는 것이다. 빈곤한 상황에 처하게 되는 중요한 이유 중 하나가 불건강이라는 사실을 뒷받침해주는 결과라고 할 수 있다.

<표 1-1> 무한돌봄 지원 결정 이유(2010. 7. 30)

| 지원 사유 | 총 계 | 소득자 사망, 가출, 행불, 구금 등 | 중한 질병 또는 부상 | 방임, 유기, 학대, 가정폭력, 성폭력 | 주택 화재 등 | 주 소득자와 이혼 | 실직으로 소득 상실 | 사업 실패로 소득 상실 | 120% 이하 빈곤 가구 |
|---------|----------------|----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------|------------|--------------|---------------|
| 가구수 (%) | 11,131 (100.0) | 366 (3.3) | 1,922 (17.3) | 68 (0.6) | 26 (0.3) | 112 (1.0) | 855 (7.7) | 194 (1.7) | 7,588 (68.2) |

자료 : 경기도 복지정책과 무한돌봄 지원실적 보고자료(2010. 7. 30일 현재)

무엇보다도 위기에 처한 가정에게 지급된 의료비는 약 20억원으로 2010년 7월 현재 무한돌봄사업 지원액의 25.2%를 차지한다. 무한돌봄사업이 경제적으로 위기상황에 처한 가구를 대상으로 한다는 점에서 빈곤가구의 가장 큰 욕구는 생계 비이며, 그 다음은 의료비임을 알 수 있다.

<표 1-2> 무한돌봄 지원 내용

(단위 : 건, 가구, 천원)

| 구분 | 생계비 | | 의료비 | | 주거비 | | 교육비 | | 사회복지시설 이용 지원 | | 그밖의 지원 | |
|----|-----------------|-----------|-----------|-----------|---------|-------|---------|-------|--------------|-----|-----------|-------|
| | 건수 (가구) | 금액 | 건수 (가구) | 금액 | 건수 (가구) | 금액 | 건수 (가구) | 금액 | 건수 (가구) | 금액 | 건수 (가구) | 금액 |
| 합계 | 17,782 (11,465) | 5,919,553 | 874 (855) | 2,004,508 | 15 (13) | 4,906 | 34 (30) | 2,435 | 1 (1) | 422 | 344 (282) | 7,457 |

자료 : 경기도 복지정책과 무한돌봄 지원실적 보고자료(2010. 7. 30일 현재)

이와 같이 빈곤은 건강과 밀접한 연관을 가진다. 빈곤이 건강문제의 가장 중요한 원인의 하나이고 또한 질병과 장애가 빈곤의 중요한 원인이 된다는 것에는 이론(異論)의 여지가 없다. 빈곤과 건강간의 밀접한 관계에도 불구하고 저소득층의 건강을 보호하기 위한 보건의료시스템은 많은 한계를 가진다. 저소득층을 위한 대표

3) 2008년 11월 시작된 무한돌봄사업은 글로벌 경기 침체로 위기상황에 처한 가구나 현행 법·제도상으로 지원을 받을 수 없는 가정을 지원하여 기본적인 생활을 유지하도록 하는데 목적이 있다.

적인 건강보장정책은 의료급여제도이다. 최저생계비이하의 계층에 대해 국가가 최소한의 의료서비스를 제공하는 제도이지만, 저소득층의 건강권을 보장하는데 많은 문제를 가지고 있다는 것이 의료전문가들의 전반적인 의견이다. 즉, 인권적 관점에서 상기 제도는 본인부담금의 부담이 너무 크다. 의료급여 대상자⁴⁾ 중 절대빈곤층인 1종 수급권자에게도 본인부담금(1차 의료기관 방문은 1,000원, 2차 의료기관은 1,500원, 3차 의료기관은 2,000원이고 약국은 500원)을 부담하게 한다. 식비가 모자라 하루 한 끼는 무료급식으로 해결하는 절대빈곤층에게 이러한 수준의 본인부담금은 의료접근을 제한하는 수준이 될 수밖에 없다(명숙, 2007). 과다한 본인부담 수준은 의료급여 수급권자의 경제수준을 악화시키는 요인이기도 하지만, 과다한 본인부담을 우려한 환자가 치료를 기피 또는 포기하거나 의료공급자로 하여금 적절한 치료를 제공하지 못하게 하는 요인이 될 수 있어 ‘빈곤이 병을 부르고 병이 빈곤을 부르는’ 악순환에 빠지게 된다. 또한 2종 수급권자의 경우 고액의 진료비 부담이 발생하게 되면 재원의 한계⁵⁾로 급여를 받지 못하는 문제도 발생할 수 있다(김희연 외, 2008). 이 같은 상황은 저소득층과 같은 취약계층의 건강보호를 위한 제도 보완이 필요함을 보여주는 것이라고 할 수 있다.

경기도가 추진하고 있는 의료보호제도는 ‘공공의료등록사업’과 무한돌봄사업을 통한 의료비 지원이 있다. 공공의료등록사업은 의료접근성이 상대적으로 저하된 취약계층을 등록하여 의료 서비스를 제공함으로써 진료비 지불능력여부와 관계없이 진료 받을 수 있도록 사회 안전망을 구축하는데 목적이 있다. 현재 경기도의료원 6개 병원(수원, 의정부, 파주, 이천, 안성, 포천)에서 사업을 수행중이며, 예산은 등록사업 관련 예산범위 내에서 시행함을 원칙으로 하되, 필요시 의료원의 수입으

4) 의료급여 대상자는 1종 수급권자와 2종 수급권자로 구분되며 상이한 자격기준과 급여내역을 적용하고 있다. 1종 대상자는 국민기초생활보장법에 의한 근로능력 세대인 기초수급권자와 111개 희귀·난치성 질환자가 속한 세대, 시설수급권자, 타법적용자(이재민, 의사상자, 국가유공자, 중요무형문화재 보유자, 북한이탈주민, 518민중화 운동관련자, 18세미만 입양아동 등임), 그리고 행려환자와 희귀난치성 질환자를 포함한 차상위 수급권자로 구분된다. 2종 수급권자는 국민기초생활보장법에 의한 근로능력세대인 기초수급권자, 만성질환자, 18세 미만아동을 포함한 차상위 수급권자가 포함된다.

5) 의료급여제도의 재원은 시·도의 일반회계와 구분하여 의료급여기금을 설치하고 있으며, 급여비용은 전부 또는 일부를 의료급여기금에서 부담한다. 의료급여기금은 국고보조금과 지방자치단체 출연금, 상환 받은 대불금, 부당이득금, 과징금, 기금의 결산산 잉여금 및 그 밖의 수입금으로 조성되며(보건복지가족부, 2007), 재원 부담률은 국고보조금의 비율 80%, 지방자치단체출연금 20%(서울 50%)이다. 의료급여법 제10조에 의하면 급여비용은 전부 또는 일부를 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지의 비용은 본인이 부담하도록 하고 있는 바 2종 수급권자는 일부 부담에 해당된다.

로 충당할 수 있도록 하고 있다. 지원대상의 경우 기존의 의료급여대상자 및 일부 차상위계층만 포함하고 있어 실제적으로 긴급한 의료서비스가 필요한 대상자들은 배제된 상태이며, 지원내용에 있어서도 본인부담 비급여 부분을 별도로 지급해주고 있으나, 입원의 경우 제한이 있으며, 등록환자가 많을 경우 예산이 빨리 소진되는 문제점이 발생하여 전반적으로 사업예산이나 지원수준 측면에서 열악하다고 할 수 있다(김희연 외, 2008). 무한돌봄사업의 경우 각종 검사 및 치료 등에 따른 의료비용을 무제한으로 지원하고 있다. 의료비의 경우 일부 본인부담금이 있음에도 불구하고, 금액과 상관없이 의료비를 지원함으로써 의료비 부분에서는 상당히 높은 급여수준이 보장된다고 할 수 있다. 다만, 소득 및 재산 기준을 정하고 이 기준 이하에 속한 계층에게만 지원된다는 점에서 보편적이고 예방적인 사업이 되지 못한다는 한계를 갖는다.

상기에서 살펴본 바와 같이 저소득층은 불건강에 노출이 심한 취약계층이며, 이로 인한 사회적·경제적 부담은 가중될 수 있다(석재은 외, 2006). 따라서 사회경제적으로 낮은 계층에 속한 집단의 ‘낮은 건강 수준’을 끌어올리는 것이 바로 사회전체적인 건강수준을 높이는 방법인 것이다. 이에 본 연구는 건강 취약계층인 저소득층의 건강을 보호해야 하는 이유를 건강권이라는 개념에서 찾는 한편, 저소득층의 건강 실태를 분석하여 기본권으로서의 건강권을 보호하기 위한 방안을 고민하는 것이다.

2. 연구 목적 및 내용

본 연구는 건강은 누구나 보편적으로 보장받아야 할 기본적 권리임에도 불구하고 경제적 지위나 개인의 특성 등의 이유로 건강 사각지대에 놓여 있는 저소득층의 건강 보호를 위해 지방정부 차원의 방안을 제안하는데 목적이 있다. 이와 같은 연구 목적을 달성하기 위하여 다음과 내용으로 연구를 수행하고자 한다.

첫째, 건강보장과 관련한 이론적 논의를 진행한다. 건강의 가치와 기본권으로서의 건강권에 대한 다양한 관점을 검토하여 정부에 의한 취약계층 건강보장의 필요성을 보여준다. 즉, 건강은 국가가 보장해야 하는 기본권인지, 생애에 걸쳐 도달해야 하는 개인의 목표인지를 선행 연구 검토를 통해 각 관점의 논거와 한계를

규명하고 본 연구에서 견지해야 할 입장을 정한다. 무엇보다도 건강취약계층으로서의 저소득층에 대한 건강보호의 필요성을 적시하기 위해 빈곤의 결과로서의 불건강과 빈곤의 원인으로서의 불건강의 관계에 대한 논의를 진행한다.

둘째, 저소득 취약계층의 건강에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 선행연구를 통해 검토한다. 건강에 영향을 미치는 요인으로 물질적 요인, 인구사회적 요인, 건강행태적 요인 등을 검토할 것이다.

셋째, 저소득 취약계층의 건강상태를 분석한다. 건강상태분석은 건강에 영향을 미치는 세 가지 요인을 중심으로 분석할 것이다. 분석은 국민건강영양조사(2007) 자료를 활용한다. 상태분석을 토대로 저소득층의 불건강에 영향을 주는 요인을 찾아 낼 것이다. 이 과정에서 빈곤정도가 저소득층의 건강상태를 얼마나 강화시키는지에 대한 분석도 이루어질 것이다.

넷째, 상기 분석결과를 토대로 저소득 취약계층 건강보호를 위한 정책과제를 제안한다.

제2절 연구 방법

본 연구의 목적을 달성하기 위해 문헌연구와 통계분석, 그리고 전문가 자문회의를 실시한다.

먼저, 문헌 연구이다. 건강과 빈곤간 관계를 다양한 차원에서 분석한 선행 연구를 검토하여 본 연구에 맞는 이론적 논거를 찾는다. 구체적으로 건강보장과 관련한 이론적 논의를 검토하여 건강의 가치와 기본권으로서의 건강권에 대한 다양한 관점을 정리하여 취약계층 건강보장의 필요성을 보여준다. 또한 저소득층의 건강은 빈곤의 결과로서의 불건강이 초래된 것인지 빈곤의 원인으로서의 불건강이 전제된 것인지에 대한 관계에 대한 논의를 통해 빈곤층의 건강보장의 필요성을 규명하고, 이를 위해 제공되어야 할 보건의료서비스는 무엇인지 검토한다. 특히 저소득 취약계층 건강상태 분석의 근거를 마련을 위해 건강에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 선행연구를 통해 정리한다.

둘째, 저소득 취약계층의 건강상태 파악을 위한 통계분석을 한다. 이를 위해서

는 실제 실태조사가 가장 바람직하지만 여건상 그러하지 못하고 기존의 자료로 2차 분석한다. 활용할 자료는 “국민건강영양조사”(2007년)이다. 통계분석은 건강에 영향을 미치는 물질적 측면, 인구사회적 측면, 건강행태적 측면과 건강수준을 교차 분석을 하며, 어떤 요인이 건강상태에 가장 큰 영향을 미치는가를 분석하기 위해 회귀분석을 실시하는 한편, 빈곤이 건강에 영향을 미치는 요인들과의 상관성을 검토하기 위해 소득을 조절변수로 투입하여 분석한다. 분석에 대한 연구 설계는 3장에서 자세하게 다룬다.

셋째, 전문가 자문회의를 개최한다. 전문가 자문은 모두 세 차례에 걸쳐 이루어진다. 먼저, 연구설계과정에서 연구 범위에 대한 논의를 이미 실시하였고, 다음으로 실증분석결과에 대한 논의를 위해 진행될 것이다. 마지막으로 분석결과를 토대로 경기도 저소득 취약계층의 건강보호를 위한 효과적인 정책방안을 모색하기 위해 진행된다.

제 2 장

저소득 취약계층과 건강보장

- 제 1 절 건강보장과 건강권
- 제 2 절 저소득층의 건강보장
- 제 3 절 건강 결정 요인

제2장

저소득 취약계층과 건강보장

제1절 건강보장과 건강권

1. 건강의 가치

건강은 동서고금을 막론하고 어느 시대 어느 사회에서도 모든 사람의 관심이다. 그러나 건강에 대한 사람들의 생각은 시대와 환경에 따라 다르게 나타나 공통된 정의를 내리기 어렵다. 가장 널리 알려진 건강에 대한 정의는 세계보건기구(WHO)가 1946년 정의한 것으로 “건강이란 단순히 질병이 없거나 허약하지 않다는 것에 그치지 않고 완전한 신체적·정신적 및 사회적 안녕”이라고 하였다. 건강이 일정기간 지속되어 축적되면 노동생산성을 증가시켜 소득과 저축을 늘리고 금융자본이 형성되어 노후생활의 안정과 소비를 촉진시키는 건강 선순환(virtuous circle)을 초래하여 전체적으로 사회적 안녕이라는 긍정적인 외부효과를 발생시킨다는 점에서 중요하다.

이렇게 건강 선순환을 가능하게 하는 것은 건강이 ‘기회’를 보장하기 때문이다. 다시 말해, 건강이 중요한 가치를 갖는 이유는 사회적으로 공정한 ‘기회’를 보장하는 핵심적인 요소이기 때문이다(김창엽, 2009). 정확히 말하면 보건의료서비스가 건강을 향상시키고 건강은 다시 기회를 보호하는데 기여한다는 것이다(Daniels, 2008: 29~30). 이러한 기회는 롤스(Rawls)가 말하는 공정하게 평등해야 할 기회(fair equality of opportunity)로 동등한 능력과 의욕과 동기를 가진 사람은 직책과 직위에서 동등한 삶의 전망을 가질 수 있어야 하며 이를 위한 필요조건이 바로 건강이라는 것이다.

Sen(1992)은 건강은 하나의 기능이자 능력으로, 모든 사람이 동등한 능력을 가지는 것이 사회정의에 부합한다고 주장한다. 즉, 건강은 그 자체로 삶을 구성하는

핵심요소(기능)인 동시에 다른 기능을 선택하고 성취할 수 있는 자유와 연관된다는 것이다. 예를 들면, 건강이 나쁘면 핵심적인 기능 중 하나인 교육을 제대로 받을 수 없고 공동체 생활에 참여하는 것도 제약을 받는다(김창엽, 2009). 이런 점에서 건강은 인간답게 살기 위한 필수조건이며 누구나 누려야 할 보편적인 권리로 보장되어야 한다.

2. 건강권의 개념

앞서 언급한 바와 같이 누구나 건강하게 살 권리 즉, 건강권(right to health)을 갖는다. 건강권의 개념은 역사가 오래되었다고는 하지만, 사실 정확한 개념은 없고 규범적이거나 모호하다(Leary, 1994). 김창엽(2009: 78)은 건강권과 가장 밀접한 관련을 가진 개념이자 가치인 인권(Human rights)에서 출발하여 건강권의 개념을 논의하였다. 본 연구도 김창엽의 논의를 좇아 건강권의 개념을 인권에서 찾아 본다. 인권의 정의도 건강권과 마찬가지로 다양하지만 가장 보편성을 가졌다고 할 수 있는 국제연합(UN)의 세계인권선언에 나타난 인권의 개념을 참고한다. 세계인권선언에서 인권은 “모든 인류 구성원의 천부의 존엄성과 동등하고 양도할 수 없는 권리”라고 하였다. 인간으로서 존엄을 유지할 수 없는 상황이라면 이를 보장받기 위해 타인(국가)에 대해 당연히 요구할 수 있는 자격이 부여된 것이 바로 인권인 것이다.

그렇다면 건강권도 천부인권(天賦人權)이라고 할 수 있는가? 세계인권선언 제 25조에는 “모든 사람은 의식주, 의료 및 필요한 사회복지를 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리와 실업, 질병, 장애, 배우자 사망, 노령 또는 기타 불가항력의 상황으로 인한 생계 결핍의 경우에 보장을 받을 권리를 가진다”고 명시하고 있다. 세계인권선언에서 더 나아가 UN은 경제사회문화 권리에 관한 국제규약 제12조에서 “성취할 수 있는 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 누릴 권리”가 있음을 인정하고 있다. 이와 같이 건강권은 인간의 보편적이고 근원적인 건강에 대한 요구(needs)로 당연히 존중받아야 하는 사회권이라고 할 수 있다.

권리로서 보장받아야 하는 건강권 혹은 ‘건강할 권리’의 수준은 어느 정도인

가? 앞서 언급한 최고 수준이란 현실적으로 가능한가? 건강권을 포함한 사회권은 대부분 경제적 성격을 띠기 때문에 보장 수준은 한 나라의 경제적 능력에 좌우될 수밖에 없고 상황에 따라서는 사회구성원이 요구하고 그 요구가 조정되는 과정을 거친 상대적 수준에서 보장된다. 이 과정에서 사회적 힘이 약한 저소득층의 건강권 보장 수준은 낮아질 수밖에 없을 것이다.

구체적으로 우리나라 건강권 보장 수준은 어느 정도인가? 이상윤(2010 : 24~27)은 가용성, 접근성, 수용성, 질 등 네 가지 기준을 통해 건강권 보장 수준을 평가하고 있다. 먼저, ‘가용성’으로 이는 ‘건강할 권리’보장을 위해서는 한 국가 내에 제대로 기능하는 공공보건의 의료시설, 재화, 서비스 및 프로그램이 충분한 양으로 이용 가능해야 함을 의미한다. 지난 20년간 우리나라는 보건의료시설, 재화, 서비스에 대한 급격한 투자가 이루어져서 병상 수나 의료기기 수 등의 가용성은 OECD 국가의 평균수준을 상회하고 있다. 다만, 공공의료기관과 보건의료부에서 공공재원의 가용성이 매우 낮다. 2006년 우리나라의 국민의료비 지출 중 공공 부문에 의한 지출은 55.1%이지만, OECD 회원국의 평균 지출비율은 73.0%이다. 그러다보니 한국은 국민의료비 중 가계본인 부담 지출이 상대적으로 높고, 이를 부담할 능력이 떨어지는 저소득층은 불건강상태에 빠질 수밖에 없다.

다음으로 ‘접근성’은 보건의료시설, 재화, 서비스프로그램이 차별 없이 누구에게나 접근 가능하여야 한다는 것으로 보건의료에 대한 동등한 접근 즉 “보건의료에 대한 권리(right to health care)”로 이해될 수 있으며, 경제적 접근성, 물리적 접근성, 정보접근성의 원칙을 포함한다. 이 중 가장 중요한 것은 경제적 수준에 따른 이용의 차이를 의미하는 경제적 접근성이다. 우리나라의 건강보험 보장율은 2008년 현재 62.2%에 불과하여 경제적 수준에 따라 접근성의 차이가 발생할 것은 자명하다. 실제 소득수준에 따른 의료이용량을 측정해본 결과 하위계층의 의료이용량은 상위계층의 1/3에 불과한 것으로 나타났다. 또한 하위 10% 소득계층은 월 소득의 20%이상을 보건의료지출에 사용하는 비율이 2001년 10.4%에서 2005년 22.3%로 급증하여 저소득층에 의료비 부담이 불균등하게 부과되고 있음을 알 수 있다. 이와 같이 저소득층의 건강보장을 위한 경제적 접근이 제대로 보장되고 있지 못하다.

마지막으로 ‘질’의 문제이다. 보건의료시설, 재화, 서비스가 문화적으로 수용

가능하여야 할 뿐 아니라, 과학적 및 의학적으로 적절하여야 하며, 양질이어야 한다. 수용성과 질의 문제를 평가할 수 있는 대표적 지표는 병원에 고용되어 있는 ‘의료인력의 수’이다. 의료서비스는 휴면서비스인 만큼 인력의 질이 곧 의료서비스의 질이기 때문이다. OECD 보건지표자료(2009)에 따르면 인구 천명당 활동의사 수는 OECD 평균 3.1명(그리스 5.4명, 이탈리아 3.7명)인데 비해 한국은 1.7명으로 절반수준이다. 인구 천명당 활동간호사 수도 OECD 평균 9.6명이지만 한국은 4.2명에 불과하여 최고 수준인 노르웨이 31.9명의 약 1/8수준에 지나지 않는다.

전반적으로 우리나라의 건강권 보장 수준은 최고수준이라고 말할 수 없다. 저소득층은 건강할 권리가 침해되기 쉬운 취약 계층인데 여기에 낮은 건강보장 수준이 더해진다면 이중의 고통을 당하고 있다고 할 수 있다. 그러므로 이들에 대해서는 특별한 정책적 접근이 필요한 것이다.

3. 건강보장의 기능

건강권은 성취할 수 있는 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 누릴 권리이며, 이러한 권리는 스스로 보장하는 것이 아니라 국가에 대하여 요구할 수 있는 힘이다. 건강은 각 개인이 능력을 발휘할 수 있는 ‘기회’를 제공한다는 점에서 개인은 최고 수준의 건강보장을 국가에 대해 요구할 수 있는 자격이 있고, 국가는 개개인의 건강을 보장해야 하는 의무가 있다는 것이다. 따라서 건강보장, 좀 더 구체적으로 보건 의료에 대한 접근 보장은 각 개인이 정상적인 기능과 능력을 발휘할 수 있도록 국가로부터 보장받아야 한다. 이에 국가는 각 개인의 건강을 보장하기 위해 다양한 제도를 만들고 정책을 실현하여야 한다.

김창엽(2009: 87~99)은 국가가 만든 건강보장제도는 빈곤을 예방하고, 개인의 인적 자본 축적에 긍정적인 영향을 미치는 등의 기능을 수행한다고 하였다. 구체적으로 먼저, 빈곤의 예방이다. 보건의료비 지원과 같은 건강보장제도가 빈곤완화에 미치는 영향은 이미 잘 알려져 있다. 예를 들면 아시아 11개 나라를 대상으로 한 조사에서 보건의료비 지출 때문에 2.7%의 인구가 빈곤(하루 1인당 1달러 이하 지출)에 빠지는 것으로 나타났으며(van Doorslaer et al., 2006; 김창엽, 2009 재인용), 빈곤이 되는 원인 중 보건의료 혹은 건강이 차지하는 비중이 압도적으로

크다(Krishna, 2007)는 사례도 발견되었다.

다음으로 인적 자본의 향상이다. 건강은 질 높은 인적 자본을 확보하기 위한 필수요소이다. 건강보장제도가 인적 자본(Human Capital)의 축적에 미치는 직접적인 영향은 평가하기 어렵지만, 높은 건강수준이 인적 자본의 축적에 긍정적인 영향을 미친다는 것에는 많은 연구자들이 동의한다. 건강은 노동자의 생산성에 직·간접적인 영향을 미친다. 건강수준이 높을수록 교육과 노동 경험에 좌우되는 노동시장에서의 성과가 더 커지고, 건강할수록 교육과 노동 경험에 투자하는 정도도 커진다. 또한 건강할수록 기대 수명이 길어지고 이는 은퇴 이전 시기의 저축을 촉진하는 역할을 한다. 증가된 저축은 소비를 촉진시키고 노후생활의 안정을 도모하는 간접적인 성과도 기대할 수 있다(Bloom & Canning, 2003).

이처럼 건강은 빈곤을 예방하고 인적 자본을 향상시켜 삶의 질을 제고시키므로 이를 보장하기 위한 노력이 필요하다. 그렇다면 건강 유지를 위해 활용할 수단은 무엇인가? 즉, 어떤 것을 통해 건강을 보장해야 하는가? 가장 먼저 생각할 수 있는 것은 건강보험이다. 건강보험은 건강을 보장하기 위해 대부분의 나라에서 채택되고 있는 제도이지만 건강에 미친 영향에 대해서는 일관된 결과가 도출되지 않았다(김창엽, 2009: 85). 그러나 이러한 선행연구결과를 바탕으로 건강보험이 건강수준향상에 기여하는 바가 없다고 결론내릴 수 없다. 건강수준은 다양한 요인이 동시에 작용하고 효과가 나타나기까지 장기간이 소요되기 때문에 인과관계를 규명하는 것은 쉽지 않다. 그러므로 건강보장 급여의 대상자, 급여의 범위와 수준, 운영방식 등에 따라 미치는 영향은 달라질 수 있음을 고려한 정책설계가 필요하다. 본 연구와 관련해서 정리해보면 소득수준에 따라 건강보험의 영향정도는 달라질 수 있고, 건강보험 중 어떤 급여(provision)를 주느냐에 따라 저소득층의 건강보장은 달라질 수 있다. 그러나 건강보험 운영방식에 대해 지방정부의 책임이 거의 없다는 점에서 본 연구의 주요 내용으로 다루지 않을 것이다.

다음으로 생각할 수 있는 것은 의료서비스이다. 적절한 의료서비스에 쉽게 접근할 수 있을 때 건강은 보장될 수 있다. 최근 사망률의 저하나 수명의 연장은 전적으로 의학발전과 기술적 진보에 의해 이루어진 것이다. Cutler 외(2006)는 1960년에서 2000년 사이에 미국에서 7년의 수명연장이 있었는데, 그 중 70%는 심혈관 질환으로 인한 사망률 감소 때문이고, 심혈관 질환으로 인한 사망률 감소의 약 2/3

는 의학발전으로 인한 것으로 추정했다. 또 Nolte와 McKee(2004)는 1980년대 일어난 영아사망률 감소, 중년과 노년의 사망률 감소는 효과적인 보건의료서비스를 통한 것이라고 분석했다. 그러나 건강보장의 궁극적인 목적이 최고수준의 신체적·정신적 건강이라면 의료서비스 외에 영양이나 공중보건도 중요하다. Fogel(2004)에 따르면 18세기 말부터 19세기 말까지 전체 사망률 감소와 그 이후 사망률 감소의 절반은 영양 개선 때문에 가능했다고 주장한다. 또한 Preston(1979)은 공중보건의 발전이 사망률을 줄이는 데 결정적으로 기여한 것으로 분석하고, 1930년대와 1960년대 사이에 늘어난 평균수명이 기여한 것은 15%에 지나지 않는다고 했다.

제2절 저소득층의 건강보장

저소득층은 건강할 권리가 침해되기 쉬운 계층이다(이상윤, 2010). 저소득층의 건강보장을 위해 의료급여제도를 운영하고 있지만, 2007년 현재 의료급여 1종의 보장율은 94.1%, 의료급여 2종(근로 능력이 있는 대상자)의 보장률은 87.0% 수준이어서 저소득층 본인이 부담하지 못하는 경우 불건강을 초래할 가능성이 크다. 불건강한 저소득층은 소득을 확보할 ‘기회’를 잃게 되고 극빈층으로 떨어질 수 있다. 따라서 저소득층에게 있어서 건강보장은 중요하다.

본 절에서는 건강보장이 저소득층에게 어떤 의미를 갖는지 살펴보기 위해 빈곤과 건강의 관계를 알아보려고 한다.

1. 빈곤과 건강⁶⁾

이미 널리 알려진 바와 같이 빈곤은 건강과 밀접한 연관을 갖는다. 빈곤이 건강 문제의 가장 중요한 원인의 하나이고 질병과 장애가 빈곤의 중요한 원인이 된다는 것에는 이론이 없다(김창엽, 2009).

6) 김창엽(2009: 555~562)의 내용을 중심으로 정리함.

1) 빈곤의 결과로서의 불건강

빈곤의 결과로서 나타나는 불건강(질병, 사망, 장애 등)은 빈곤과 건강의 관련성 중 가장 자주, 그리고 명확하게 제시되는 현상이다. 개인 차원에서 빈곤이 건강 수준을 낮춘다는 것은 거의 대부분의 연구에서 일관되게 나타난다. 빈곤이 불건강을 초래하는 경로와 기전은 빈곤의 원인만큼이나 복잡하고 다양하다. 흔히 거론되는 요인은 다음과 같다.

먼저, 물질적 요인이다. 빈곤이 건강을 악화시키는 기전 중에서 가장 중요한 것은 역시 노동과 생활의 조건을 비롯한 여러 환경에 의해 결정되는 물질적 요인이다. 물질적 요인에 속한 것이 부적절한 주택, 영양부족, 열악한 작업환경, 비위생적인 식수관리 등이다. 예를 들면 노동자의 건강에 결정적인 영향을 미치는 물질적 조건은 직업적 조건과 불평등에 의해 초래된다. 직업선택은 다시 선행요인인 교육수준이나 나이, 성 등에 의해 영향을 받는다. 빈곤이 다시 교육수준에 영향을 주는 것을 고려하면, 빈곤과 건강은 빈곤-교육-직업-물질적 조건-건강의 순서로 이어지는 순환 고리 관계를 맺고 있다. 대부분 사회에서 절대적 빈곤을 극복하더라도 건강에 대한 악영향은 사라지지 않고 계층간의 건강 불평등으로 나타난다. 소득격차는 여러 다른 사회적 자원(교통, 의료, 주택, 교육, 공공시설 등)의 격차를 반영하는 지표라는 점에서 전반적인 물질적 조건이 더 나쁘기 때문에 건강수준의 격차가 생긴다고 볼 수 있다.

다음으로 보건의료 자원의 제한이다. 이는 보건의료서비스에 대한 접근과 관련된 문제이다. 보건의료에 대한 필요(needs)가 있는 데도 경제적 수준이 낮거나 의료자원이 희소한 지역이거나 아니면 낮은 교육으로 인해 건강에 대한 지식이 풍부하지 못하는 등의 이유로 보건의료서비스를 이용하지 못하면 건강수준이 악화되는 것은 당연하다. 예를 들면, 교육의 영향은 단지 좋은 직업과 높은 소득을 얻는 것 외에도 가족의 영양, 개인적인 건강습관의 형성, 건강과 관련된 인지능력의 획득 등 여러 측면에 걸쳐 있다. 즉, 건강에 대한 지식자원을 풍부하게 가질수록 건강과 관련된 기술능력, 유해한 환경에 대한 대처 능력, 스스로의 자긍심 등이 커지고 그 결과로서 건강수준이 향상될 가능성이 더 높아지는 것이다. 빈곤으로 인한 교육수준의 저하와 이로 인한 지식자원의 제한이 결국 건강수준의 저하를 가져온다.

마지막으로 심리적·행태적·사회적 관계 요인이다. 식습관, 흡연, 술이나 마약의 남용, 우울증, 자살, 반사회적 행동과 폭력 등이 빈곤층에서 흔히 나타나고, 이런 요인들이 건강수준을 낮추는 것은 의심의 여지가 없어 보인다. 자긍심, 빈곤문화, 가족관계, 어린이 양육과 가족 구성원의 지원 등도 건강과 밀접한 관련을 가지고 있고, 빈곤층의 경우 이러한 요인들이 부정적으로 나타나 건강수준 향상에 장애가 되는 것이다. 이러한 요인들에 근거한 접근은 불건강에 대한 생물학적 설명이 용이하고 현실적인 대책(행태나 개인의 습관 등 개인의 요인을 수정하는 방식으로)을 마련하기 쉽다는 장점이 있다. 다만, 행태적·심리적 요인만으로 불건강을 전부 설명할 수 없다는 한계를 갖는다.

이러한 불건강의 요인보다 더 중요한 것은 빈곤상태가 단지 삶의 일순간에만 영향을 미치는 것이 아니라 전생애에 걸쳐 영향을 미치며, 축적효과를 나타낸다는 것이다. 김창엽 외(2003)는 심혈관계질환을 사례로 하여 사회경제적 지위가 생애 전반에 걸쳐 어떻게 영향을 미치는지 분석하였다. 빈곤과 질병과의 관계는 빈곤이 1차적으로 질병을 초래하고 이는 생애 전반에 걸쳐 영향을 미치며, 빈곤을 퇴치하지 않는 이상 이런 악순환은 계속 반복될 수밖에 없다는 것이다.

2) 빈곤의 원인으로서는 불건강

가난한 사람이 아니라도 질병에 걸렸을 때 사회적인 대처 수단이 없다면, 쉽게 빈곤에 빠질 수 있다. 질병이 노동력 상실이나 가족자원 상실, 경제적 부담의 증가 등을 가져오기 때문이다.

현재 자본주의적 노동시장 구조에서 질병과 장애가 노동력의 질을 떨어뜨리고, 이로 인해 취업의 기회를 제한당하거나 상대적으로 불리한 노동조건에서 일하게 될 가능성이 많다는 것은 당연하다.

이상의 논의를 종합해보면, 빈곤과 불건강은 불가분의 관계를 가지고 있기 때문에 소득불평등이 건강문제에도 영향을 초래할 가능성이 크다. 특히, 빈곤층이 더 많은 의료필요를 가지고 있지만 경제적 능력 부족으로 건강문제를 악화시키게 되고, 이는 소득상실로 이어져 다시 빈곤을 악화시킨다. 빈곤과 불건강은 악순환의 고리로 맺어져 있다고 할 수 있다.

3) 건강과 불평등

불평등이 불건강에 영향을 미치는 것이 최근 밝혀지고 있다. 영국 케임브리지 대학 사회학부 연구팀은 ‘활발한 경제성장이 특히 개발도상국에서 공중보건 수준을 자동적으로 개선시킬 것’이라는 이론을 검증하기 위해 22개 중남미 국가의 약 50년(1960~2007)에 걸친 자료들을 분석하였다. 연구팀은 이 같은 이론이 사안을 지나치게 단순화한 것으로, 몇몇 국가의 경우 국민소득이 증가해도 공중보건은 오히려 악화됐으며 이는 정책 당국자들이 경제성장에 더 집착하면서 빈곤과 불평등 문제를 간과했기 때문이라고 지적했다. 연구팀은 경제성장의 기준으로 1인당 GDP(국내총생산)를, 공공보건의 기준으로는 기대수명과 유아사망률, 결핵사망률 등 3가지 사항을 각각 분석했다. 초기 결과들을 보면 GDP가 1% 상승할 때마다 유망사망률은 1.2%씩 떨어지고 기대수명은 약 22일씩 늘어 전통적인 이론의 정당성이 입증되는 듯했다. 그러나 부와 건강 사이의 상관관계를 전체 연구 기간에 걸쳐 조사하고 부의 분배 문제들을 포함했을 때 아주 다른 모습이 나타났다. 예컨대 불평등이 확대된 시기의 경우 GDP 1% 상승은 유망사망률을 단지 0.9% 낮추는 데 그쳤고 결핵사망률과 기대수명에는 전혀 영향이 없었다. 그러나 불평등이 축소된 기간에는 GDP 1% 상승이 유아사망률과 결핵사망률은 각각 1.5%와 1.8% 낮추었으며, 기대수명은 평균 51일 늘리는 등 부의 증대는 훨씬 양호한 결과를 냈다(연합 뉴스 인터넷판, 2010. 7. 7).

이러한 연구 결과는 빈곤 축소나 불평등 해소보다 성장에 초점을 두면 삶의 질의 실질적인 후퇴로 이어질 수 있음을 보여주고 있다. 즉, 나라가 부유해지면 자연히 국민 건강도 개선될 것이라는 주장은 꼭 맞는 사실은 아니며, 불평등 해소가 더욱 중요하다는 것으로 해석될 수 있다.

2. 저소득층의 건강보장

빈곤과 불건강의 인과관계를 명확하게 밝혀내기는 어렵다. 그렇지만 많은 선행 연구들을 통해 분명하게 알 수 있는 사실은 건강은 기본권으로 보장되어야 하며, 빈곤에 빠지는 것을 방지해주기 위해서 보장되어야 한다는 것이다.

건강보장의 주요한 내용 중 하나가 바로 의료비에 대한 보장이다. 과도한 의료

비 지출은 빈곤의 중요한 원인이 된다는 연구결과는 많다(Xu et al., 2007; Baeza and Packard, 2006; van Doorslaer et al., 2006; Himmelstein et al., 2005). 다음 표에서 보는 바와 같이 질병으로 인한 직·간접 의료비용은 38.4조원으로 2010년 보건복지부 예산(31조원)보다도 많다. 이 중 진료비 비중은 58.9%로 의료비에 대한 저소득층의 부담정도가 매우 높을 수 있음을 쉽게 추측해 볼 수 있다.

〈표 2-1〉 질병으로 인한 직·간접 의료비용(2008)

| 총계 | 직접비용 | | | | 간접비용 | | |
|-------|-------|-------|------|------|-------|-------|------|
| | 계 | 진료비 | 간병비 | 교통비 | 계 | 소득손실 | 작업손실 |
| 38.4조 | 22.5조 | 20.0조 | 1.6조 | 0.9조 | 15.9조 | 11.1조 | 4.8조 |

자료 : 보건복지부(2008). 『제3차 사회보장 장기발전방향』

이같이 의료비 지출이 크더라도 건강보장의 혜택을 받을 수 있다면 빈곤에 빠지는 것을 방지할 수 있다. 그렇다면 어떤 방식으로 저소득층의 건강을 보장할 수 있는가? 김창엽(2009)은 긴급의료지원이나 무료진료, 바우처 지급과 같은 단편적이고 부분적인 방법 외에 조세를 재원으로 하는 공공서비스를 제공해서 경제적 부담능력에 상관없이 모든 사람이 서비스에 접근할 수 있도록 하는 전략을 마련하는 것이 필요하다고 하였다. 그러나 이러한 전략은 재정적 부담이 매우 클 뿐만 아니라 지방정부 수준에서 다루기에는 한계가 있다. 따라서 건강과 관련해서 저소득층에게 가장 큰 부담이 되는 의료비를 얼마나 지원해줄 것인지 혹은 의료비를 발생시키는 불건강을 어떻게 완화시킬 수 있는가를 고민하는 것이 필요하다.

제3절 건강 결정 요인

건강한 삶은 인간의 생존과 직결되므로 인권적인 측면에서 접근하는 것이 바람직하다. 보편적 인권보장의 측면에서 보면, 보편주의에 근거한 의료보장제도를 확립하는 것이 가장 중요하다. 하지만, 보편주의 의료보장제도가 확립된다고 해서 모든 사람의 건강이 보장되는 것은 아니다. 의료보장제도 외에 더 강력하게 사람들의 건강에 영향을 미치는 요인들이 존재하기 때문이다(김철웅 외, 2010). 그렇다면 건강에 영향을 주는 요인들은 무엇일까? Bartley(2004)에 따르면 건강을 결정하는 요인은 생물학적 특성 즉, 체질적인 측면과 물질적인 측면, 사회심리적 측면, 건강행태측면, 그리고 물리적 환경 측면 등 다섯 가지를 제시하고 있다. 이 중 체질적인 측면은 개개인의 생물학적 특성으로 인해 건강수준의 차이가 나타난다는 것으로 건강하지 못한 것은 유전적으로 타고난 것이라는 생의학적 모형에 근거한다. 따라서 체질적 측면과 건강과의 관계를 규명하기 위해서는 유전적 요인을 추적하여야 하지만 이러한 과정은 본 연구방법으로는 불가능하므로 제외하고자 한다.

사회심리적 측면은 물질적 요인이 비교적 충족된 상태임에도 사람들 간의 건강수준에 상당한 차이가 나타나는 이유는 사회적 관계나 사회적 지위 등이 더 큰 영향을 미치기 때문이라는 주장이다. 사회심리적 측면의 건강에의 영향정도를 측정해내기 위해서는 개개인의 사회적 지원이나 관계를 규명해야 한다. 그러나 본 연구에서 실태분석 자료로 활용하고자 하는 건강행태조사에는 사회적 관계와 관련된 질문이 없어 이를 측정해내기가 어렵다.

따라서 본 연구는 건강에 영향을 미치는 요인 중 체질적인 측면과 사회심리적 측면을 제외한 나머지 세 측면, 물질적 측면, 건강행태적 측면, 물리적 환경 측면 등을 위주로 저소득 취약계층과 그렇지 않은 계층에 어떤 영향을 얼마큼 미치는가를 분석할 것이다. 그리고 개인의 객관적 특성이라고 할 수 있는 성(性), 연령, 그리고 학력과 같은 인구사회적 특성을 함께 고려하여 분석할 것이다.

1. 물질적 측면

경제적 능력을 측정하는 대표적인 수단 즉, 소득은 건강에 미치는 영향 및 건강

불평등을 낳는 주요 요인으로 간주되고 있다(김철웅 외, 2010; 최용준, 2007; 이준협 외, 2007; 이미숙, 2005). 또한 소득은 개인이 사용가능한 물질적 차원을 직접 측정할 수 있는 사회경제적 위치 지표다. 소득은 생애에 걸쳐 누적효과를 지니는 한편, 단기적으로도 변화할 수 있는 역동적 지표이다. 소득은 그 자체가 직접 건강에 영향을 미친다기보다는 소비지출형태로 건강을 향상시키는 물품과 서비스를 구매·이용함으로써 건강에 이로운 효과를 발생시킨다(최용준 외, 2007). 이는 앞서 빈곤의 원인과 결과로서의 건강의 문제에서 이미 논의를 한 내용으로 인간으로서 살아가는 데 필요한 기본적인 물질적 여건이 충족되지 못하면 삶의 여유가 없어지고 각종 스트레스에 시달리게 된다. 뿐만 아니라 열악한 주거환경, 노동환경 등 불건강한 환경에 노출되기 쉽고, 불건강한 행위를 하기 쉽게 된다. 아무리 국민 1인당 평균소득이 높아지더라도 전반적인 물가 역시 동시에 상승하게 되므로 여전히 물질적 결핍에 시달리는 계층은 존재하기 마련이며, 이러한 계층의 사람들이 건강하지 못한 생활을 하게 됨은 어렵지 않게 짐작할 수 있다(김철웅 외, 2010).

1) 소득수준별 건강상태

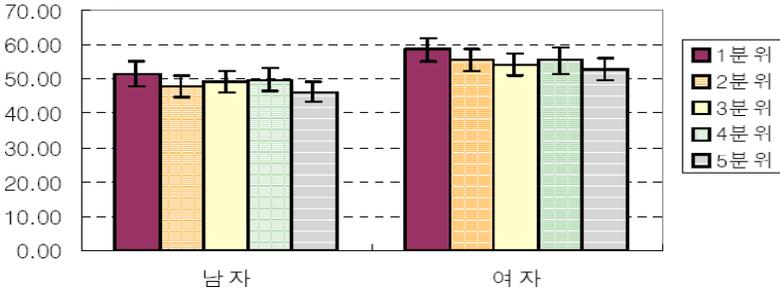
가난할수록 건강하지 못하고, 각종 질병에도 잘 걸리고 조기에 사망할 확률이 높다는 사실은 건강 관련 연구의 일관된 결과이다(김철웅 외, 2010).

최용준 등(2007)은 소득은 건강에 영향을 미치는 다양한 물질적 자원에 대한 접근성에 영향을 미침으로써 건강에 영향을 준다고 소득과 건강의 경로를 분석하고 있다. 최용준 등의 연구에 따르면 소득은 주택, 식량과 같은 양질의 물질적 자원들을 구매할 수 있게 하고, 보건의료서비스와 여가생활에 대한 접근성을 향상시켜 건강에 영향을 미친다. 또한 부모의 소득은 자녀 교육의 양적·질적 수준을 높임으로써 간접적으로 건강에 영향을 미친다. 무엇보다도 소득은 사회참여와 관련된 자부심을 키워주고 사회적 위치를 보장함으로써 건강에 이로운 영향을 미친다고 설명하고 있다(최용준 외, 2007).

김혜련 외(2004)는 건강수준의 사회계층간 차이를 분석하는 그의 연구에서 만성질환과 소득의 관계를 분석했다. 다음 그림에서와 같이 소득을 총 5개 분위로 나누어 분석한 결과 소득이 낮은 1분위일수록 만성질환의 유병율이 높게 나타났

며, 소득이 높을수록 낮게 나타나는 경향을 보였다. 또한 소득과 만성질환 유병율은 여성의 소득에 더 영향을 많이 미치고 있는 것으로 나타났다.

<그림 2-1> 소득 수준별 연령 보정 만성질환 유병율(25~64세)(2001년)
유병율(%)



자료: 김혜련 등(2004)

이미숙(2005)은 소득수준과 주관적 건강상태, 만성질환 유병율, 급성질환 유병율의 세 수준으로 구분되는 건강수준을 비교한 결과 소득수준이 주관적 건강상태 및 만성질환 유병율에 유의미한 영향을 미치고 있다고 분석했다. 두 개 수준에 대해 소득이 낮을수록 건강수준이 낮은 것을 확인할 수 있었으며, 특히 만성질환 유병율이 100만원 이하 가구에서 46.5%로 거의 50%에 달하는 것으로 나타났다.

<표 2-2> 소득에 따른 건강 수준 비교

| 월 가구소득 수준 | 건강수준 | | |
|-----------|------------|-------------|-----------|
| | 주관적 건강상태 | 만성질환 유병율 | 급성질환 유병율 |
| 100만원 이하 | 2.94(1.01) | .465(.499) | .09(.29) |
| 100~200만원 | 3.31(.85) | .260(.439) | .08(.27) |
| 200~300만원 | 3.45(.81) | .207(.405) | .08(.27) |
| 300만원 이상 | 3.53(.77) | .191(.394) | .06(.24) |
| N=2,445 | F=47.9*** | F=46.6*** | F=0.91 |

주: 1) 통계적 유의도 *p<.05, **p<.01, ***p<.001

2) 주관적 건강상태는 5점 척도(1=매우 건강하지 않다; 2=건강하지 못한 편; 3=보통; 4=건강한편; 5=매우 건강하다)의 범주별 평균임

3) 만성질환 유병율 2개 이상, 급성질환 유병율 1개 이상의 유병인구의 범주별 비율임.

자료: 이미숙(2005): 194 일부 발췌

상기 표에서 보는 바와 같이 이미숙(2009)은 소득수준에 따른 건강수준의 차이가 검증됨으로써, 소득보장제도에서도 소득보전과 함께 건강증진의 효과가 동시에 고려될 수 있는 방안에 대한 검토가 필요하다고 보았다.

이준협 등(2007)은 EQ-5D⁷⁾를 활용, 건강영역을 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울, 기능악화의 6개로 구분하고, 집중지수⁸⁾를 이용하여 6개 건강영역별 건강불평등의 기여도를 살펴봤는데, 그 결과 평균가치점수 0.879, 집중지수 0.035로 양수(+)값을 갖는 것으로 나타나 건강이 상위 소득계층에 집중되어 있다고 분석했다. 또한 다음 표에서 나타나듯이, 통증/불편(-0.055), 불안/우울(-0.028), 기능악화(-0.021)가 운동능력(-0.0028), 자기관리(-0.0030)에 비해 소득별 불평등이 높은 것으로 나타났다⁹⁾.

〈표 2-3〉 건강수준별 EQ-5D 기술통계

| 건강수준 | 평균가치점수 | 표준편차 | min | max | 집중지수 |
|----------|----------|---------|---------|-----|---------|
| 운동능력 | -0.00283 | 0.02613 | -0.3932 | 0.0 | -0.4223 |
| 자기관리 | -0.00297 | 0.01790 | -0.2220 | 0.0 | -0.4580 |
| 일상활동 | -0.01084 | 0.03482 | -0.2980 | 0.0 | -0.4064 |
| 통증/불편 | -0.05475 | 0.08468 | -0.2960 | 0.0 | -0.1668 |
| 불안/우울 | -0.02794 | 0.06157 | -0.2660 | 0.0 | -0.1889 |
| 기능악화 | -0.02108 | 0.07265 | -0.4710 | 0.0 | -0.4399 |
| EQ-5D 점수 | 0.87882 | 0.18862 | -0.2290 | 1.0 | 0.0349 |

자료: 이준협 외(2007)

김진영(2007)은 소가구당 월간평균소득을 보고한 것을 가구수입의 하위 30%, 중위 40%, 상위 30%의 세 수준으로 구분하여 만성질환이환비율과 주관적

7) EQ-5D는 건강관련 삶의 질을 측정하는 도구로서 임상과 경제성 평가를 목적으로 단순하면서도 전반적인 건강을 측정할 수 있으며, EuroQoL Group에 의해 개발되었다(The EuroQoL Group, 1990; 보건복지부, 2006; 이준협 외, 2007). EQ-5D는 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울의 5개 차원에 대해서 문제없음, 다소 문제 있음, 심각한 문제 있음의 3가지 수준으로 평가하도록 구성되어 있다(울산대학교 의과대학 예방의학교실, 2009).

8) 집중지수는 소득별 건강불평등도를 측정하는 도구로서 광범위하게 이용되어 왔으며(Wagstaff et al.,; Mackenbach et al., 1997; Kakwani et al., 1997; Clarke et al., 2003; 이준협 외, 2007 재인용), 집중곡선과 대각선 사이의 면적에 2를 곱함으로써 계산할 수 있으며 $-1 \leq C \leq 1$ 의 값을 가져 절대값이 클수록 불평등도가 커짐을 의미한다(이준협 외, 2007).

9) 6개 개별 건강영역의 평균건강값 음수(-)는, 전체 건강에 대한 기여도가 아니고 완전한 건강상태(1)에서 감해지는 건강의 감소점수, 즉 불건강의 평균적 크기를 나타낸다(이준협 외, 2007).

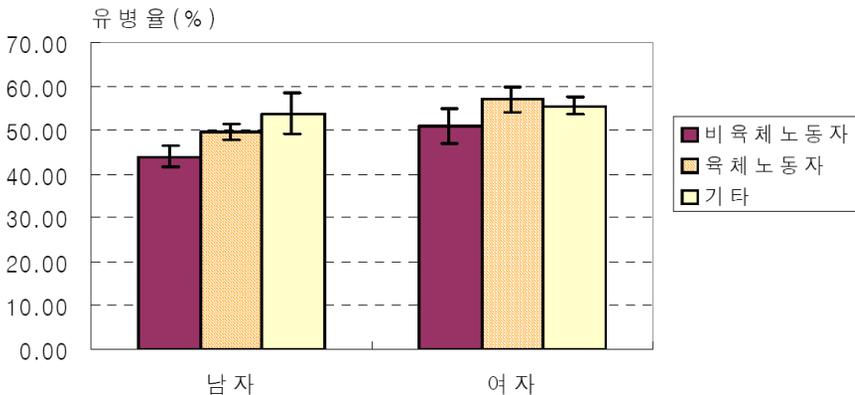
건강인식과의 관계를 분석한 연구를 통해, 하위 30%에서 만성질환이환비율이 높고 주관적 건강인식 수준이 낮은 것을 설명해 기존의 이론을 지지하고 있다. 아울러, 일정수준까지의 수입은 건강에 큰 영향을 끼치나 어느 선 이상에서는 수입의 건강보호 효과가 약화된다고 분석하고 있다.

2) 직업

의료사회 및 공중보건학 연구들에서 건강수준의 차이와 관련하여 가장 많이 그리고 일관되게 제시되어 온 사회구조적 요인은 계층이라고 할 수 있다. 보다 구체적으로 설명하면, 사회경제적 지위가 낮은 계층의 사람들이 상대적으로 질병이환율과 사망률이 높고 기타 건강문제의 보유가능성이 높다는 것이다(이미숙, 2005). 직업은 사회계층을 나타내는 대표적인 지표 중 하나이며, 육체노동과 비육체노동의 구분처럼 단순하게 분류하거나 직업의 종류를 나열하는 방식으로 구분하여 분석할 수 있다(김혜련 외, 2004; 울산대학교, 2009; 이미숙, 2005).

먼저, 직업을 육체노동과 비육체노동으로 구분하여 만성질환 유병율을 살펴본 김혜련 외(2004)의 연구에서는 아래 그림에서와 같이 육체노동자가 비육체 노동자에 비해 만성질환 유병율이 높은 것으로 확인되었다.

<그림 2-2> 직업유형별 연령보정 만성질환 유병율(25~64세)(2001년)



자료: 김혜련 외(2004)

또 다른 육체·비육체 노동의 건강차이에 대한 연구는 EQ-5D를 활용한 울산대학교 의과대학 예방의학교실(2009)의 연구로 5개의 분류수준에 대한 분석결과, 육체노동자들이 운동능력, 일상활동, 자기관리, 통증/불편, 불안/우울의 모든 항목에서 비육체 노동자에 비해 건강수준이 낮은 것으로 응답되었으며, 특히 운동능력에 대한 건강수준의 차이가 높은 것을 확인할 수 있었다.

〈표 2-4〉 육체노동에 따른 EQ-5D 기술통계

| 직업 | 운동능력 | | | 자기관리 | | | 일상활동 | | | 통증/불편 | | | 불안/우울 | | |
|------|------|------|-----|------|-----|-----|------|------|-----|-------|------|-----|-------|------|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 전체 | 78.1 | 21.2 | 0.7 | 94.2 | 5.2 | 0.6 | 84.1 | 14.7 | 1.2 | 64.9 | 30.4 | 4.7 | 80.2 | 18.1 | 1.7 |
| 비육체 | 94.1 | 5.8 | 0.1 | 99.4 | 0.5 | 0.1 | 96.2 | 3.7 | 0.1 | 78.3 | 21.2 | 0.5 | 86.8 | 13.2 | 0.0 |
| 육체노동 | 77.8 | 21.8 | 0.4 | 95.8 | 4.0 | 0.1 | 86.8 | 13.2 | 0.0 | 64.5 | 32.2 | 3.3 | 84.0 | 14.3 | 1.7 |
| 기타 | 69.5 | 29.3 | 1.2 | 90.6 | 8.4 | 1.1 | 76.2 | 21.5 | 2.4 | 57.8 | 34.6 | 7.6 | 74.8 | 22.5 | 2.6 |

자료: 울산대학교 의과대학 예방의학교실(2009) 중 발췌

직업을 보다 구체적으로 유형화하여 건강수준을 주관적 건강상태, 만성질환 유병율, 급성질환 유병율의 세 개 수준으로 분석한 이미숙(2005)의 연구에서는 주관적 건강상태와 만성질환 유병율에서 유의미한 차이를 보이고 있는 것으로 나타났다. 이 연구 결과에서 눈에 띄는 것은 무직과 관리직/전문직과의 차이인데, 무직의 경우 주관적 건강상태 및 만성질환 유병율이 각각 평균 2.8과 53%로 관리직/전문직이나 사무직/준전문직에 비해 월등히 낮은 것을 확인할 수 있었다(이미숙, 2005). 이 결과를 토대로 이미숙(2005)은 관리·전문직이 근무환경이나 근무조건 면에서 다른 집단과 차이가 난다고 하면서, 여타 직업군에서 근로자의 건강문제가 생산성의 차원에서 뿐만 아니라 사회 비용의 측면에서도 근로조건의 한 부분으로 고려될 필요가 있음을 시사한다고 설명하였다.

〈표 2-5〉 직업에 따른 건강수준비교

| 직업 | 건강수준 | | |
|-----------|------------|-------------|-----------|
| | 주관적 건강상태 | 만성질환 유병율 | 급성질환 유병율 |
| 무직 | 2.79(.64) | .530(.500) | .09(.29) |
| 주부 | 3.19(.90) | .301(.459) | .08(.27) |
| 단순노무 | 3.12(.96) | .410(.494) | .12(.32) |
| 서비스/판매/기능 | 3.31(.86) | .298(.458) | .08(.27) |
| 사무직/준전문 | 3.43(.75) | .178(.384) | .09(.28) |
| 관리직/전문직 | 3.67(.63) | .117(.323) | .06(.23) |
| N=2,506 | F=33.7*** | F=31.4*** | F=0.85 |

주: 1) 통계적 유의도 *p<.05, **p<.01, ***p<.001

2) 주관적 건강상태는 5점 척도(1=매우 건강하지 않다; 2=건강하지 못한 편; 3=보통; 4=건강한편; 5=매우 건강하다)의 범주별 평균임

3) 만성질환 유병율은 2개 이상, 급성질환 유병율은 1개 이상의 유병인구의 범주별 비율임.

자료: 이미숙(2005: 194) 일부 발췌

2. 인구사회적 측면

1) 성별

건강상태에 대한 성별분석이 필요한 것은 남성과 여성이 처한 사회적 관계가 다르고, 그에 따른 건강에의 영향 정도가 다르기 때문이다. 즉, 많은 사회영역에서 남성의 경험을 곧 보편인간의 경험인 것으로 전제하며 여성들의 경험을 배제시키는 경우가 많았고, 건강정책에서도 성중립적인 정책이 추진되어 왔다는 것이다.

남성과 여성의 건강측면을 살펴봤을 때, 남성이 여성보다 건강관련 지표에서 긍정적으로 나타나는 경향을 보이며(울산대학교 의과대학 예방의학교실, 2009; 조유향, 2009), 여성의 경우 사회경제적 조건에 의한 건강측면의 변화가 남성보다 큰 경향을 보이고 있었다(한경혜 외, 2003; 표정선, 2009).

김진영(2007)의 연구에서도 성별비교에서 여성의 건강평가가 남성보다 높고 주관적 건강평가 또한 남성보다 더 나빴다.

김혜련 외(2004)는 연령을 더 세분하여 성별에 따른 건강상태를 분석하였다. 1998년 65세 이상 남자노인의 연령보정만성질환 유병율은 소득계층 1분위 84.7%, 2~5분위 83.4%로서 그 차이가 약 1.3% 포인트에 불과하였으나, 2001년

에는 1분위 86.1%, 2~5분위 79.4%로서 그 차이가 약 6.7% 포인트로 확대되었다. 여자노인도 각각 3.5% 차이를 보였다. 이는 1997년 말에 발생한 경제위기와 시간이 경과하면서 계층 간 건강격차로 이어지고 있음을 보여주고 있는 것이다.

〈표 2-6〉 소득계층별 연령보정 성별 만성질환 유병율(65세 이상)

| 소득분위 | | 남자 | 여자 |
|-------|-------|------|------|
| 2001년 | 1분위 | 86.1 | 93.0 |
| | 2~5분위 | 79.4 | 89.5 |
| 1998년 | 1분위 | 84.7 | 93.4 |
| | 2~5분위 | 83.4 | 89.9 |

자료: 김혜련 외(2004)

울산대학교 의과대학 예방의학교실(2009)은 EQ-5D를 활용해 2005년과 2007년의 수치를 비교한 연구를 통해 통증/불편 지표에서 ‘다소문제가 있다’가 29.6%와 ‘심각한 문제가 있다’가 2.2%로 5개 지표 중 조사대상자들이 가장 불편함을 겪고 있는 항목으로 확인되었다. 성별로는 여성이 남성보다 5개 지표 모두에서, 2005년과 2007년 결과 모두에서 건강수준이 더 낮은 것으로 나타났다.

〈표 2-7〉 성별에 따른 EQ-5D 기술통계

| 연도 | 성별 | 운동능력 | | | 자기관리 | | | 일상활동 | | | 통증/불편 | | | 불안/우울 | | |
|------|----|------|------|-----|------|-----|-----|------|------|-----|-------|------|-----|-------|------|-----|
| | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 2005 | 전체 | 88.2 | 11.2 | 0.6 | 97.2 | 2.2 | 0.5 | 90.3 | 8.9 | 0.8 | 68.2 | 29.6 | 2.2 | 80.8 | 17.7 | 1.5 |
| | 남성 | 91.9 | 7.5 | 0.6 | 97.6 | 1.9 | 0.6 | 92.5 | 6.7 | 0.9 | 74.8 | 23.4 | 1.8 | 86.1 | 12.6 | 1.2 |
| | 여성 | 85.0 | 14.4 | 0.6 | 97.0 | 2.6 | 0.5 | 88.4 | 10.9 | 0.7 | 62.5 | 34.9 | 2.5 | 76.3 | 22.0 | 1.7 |
| 2007 | 전체 | 78.1 | 21.2 | 0.7 | 94.2 | 5.2 | 0.6 | 84.1 | 14.7 | 1.2 | 64.9 | 30.4 | 4.7 | 80.2 | 18.1 | 1.7 |
| | 남성 | 83.7 | 15.6 | 0.6 | 95.4 | 3.7 | 0.9 | 87.8 | 10.9 | 1.3 | 74.0 | 23.6 | 2.4 | 87.9 | 11.0 | 1.1 |
| | 여성 | 74.1 | 25.1 | 0.8 | 93.3 | 6.3 | 0.4 | 81.4 | 17.4 | 1.1 | 58.5 | 35.2 | 6.3 | 74.7 | 23.1 | 2.1 |

자료: 울산대학교 의과대학 예방의학교실(2009) 중 발췌

건강의 성별차이는 노인집단에 대해서도 같은 결과를 보이는데, 조유향(2009)은 농촌노인 770명을 대상으로 만성질환, 급성질환, 주관적 건강상태, 인지기능, 우울상태, ADL, IADL의 지표를 사용하여 성별 차이를 분석하였다. 그 결과 급성질환을 제외하고 7개 지표 모두에서 통계적으로 유의한 수준에서 여성이 남성보다

건강상태가 낮다는 것을 확인할 수 있었다. 특히 조사대상 여성의 60%가량이 수단적 일상생활 수행능력 IADL에 대한 수발이 필요하다고 응답했으며, 70%에 가까운 여성노인이 만성질환을 경험하고 있는 것으로 나타났다.

<표 2-8> 조사대상 농촌노인의 성별 이환 및 건강상태

| 지표 | | 남자노인 | 여자노인 | 합계 | X2-test |
|---------------------|-----------|------------|------------|------------|-----------|
| 만성질환 | 있다 | 199(50.3) | 256(68.3) | 455(59.1) | 16.329*** |
| | 없다 | 196(49.7) | 119(31.7) | 315(40.6) | |
| 급성질환 | 있다 | 46(11.6) | 45(12.0) | 91(11.8) | 2.506 |
| | 없다 | 349(88.4) | 330(88.0) | 679(88.2) | |
| 주관적 건강상태 | 매우건강 | 9(2.3) | 2(0.5) | 11(1.4) | 30.675*** |
| | 건강 | 43(10.9) | 12(3.2) | 55(7.1) | |
| | 보통 | 157(39.7) | 129(34.4) | 286(37.1) | |
| | 허약 | 171(43.3) | 207(55.2) | 378(49.1) | |
| | 매우허약 | 15(3.8) | 24(6.4) | 40(5.2) | |
| 인지기능 | 정상 | 370(93.7) | 281(74.9) | 651(84.3) | 52.981*** |
| | 경도 인지기능장애 | 19(4.8) | 82(21.8) | 101(13.4) | |
| | 치매 | 6(1.5) | 12(3.2) | 18(2.3) | |
| 우울상태 | 정상 | 369(93.4) | 316(84.2) | 685(89.0) | 17.854*** |
| | 경증우울 | 8(2.0) | 22(5.9) | 30(4.0) | |
| | 심한우울 | 7(1.8) | 19(5.1) | 26(3.4) | |
| | 매우 심한우울 | 5(1.3) | 11(2.9) | 16(2.1) | |
| ADL ¹⁰⁾ | 정상 | 343(86.8) | 277(73.9) | 620(80.5) | 20.627*** |
| | 수발필요 | 52(13.2) | 98(22.1) | 150(19.5) | |
| IADL ¹¹⁾ | 정상 | 214(54.2) | 155(41.3) | 369(48.0) | 12.479*** |
| | 수발필요 | 181(45.8) | 219(58.7) | 400(52.0) | |
| 전체 | | 395(100.0) | 375(100.0) | 770(100.0) | |

*** p<.001

자료 : 조유향(2009)

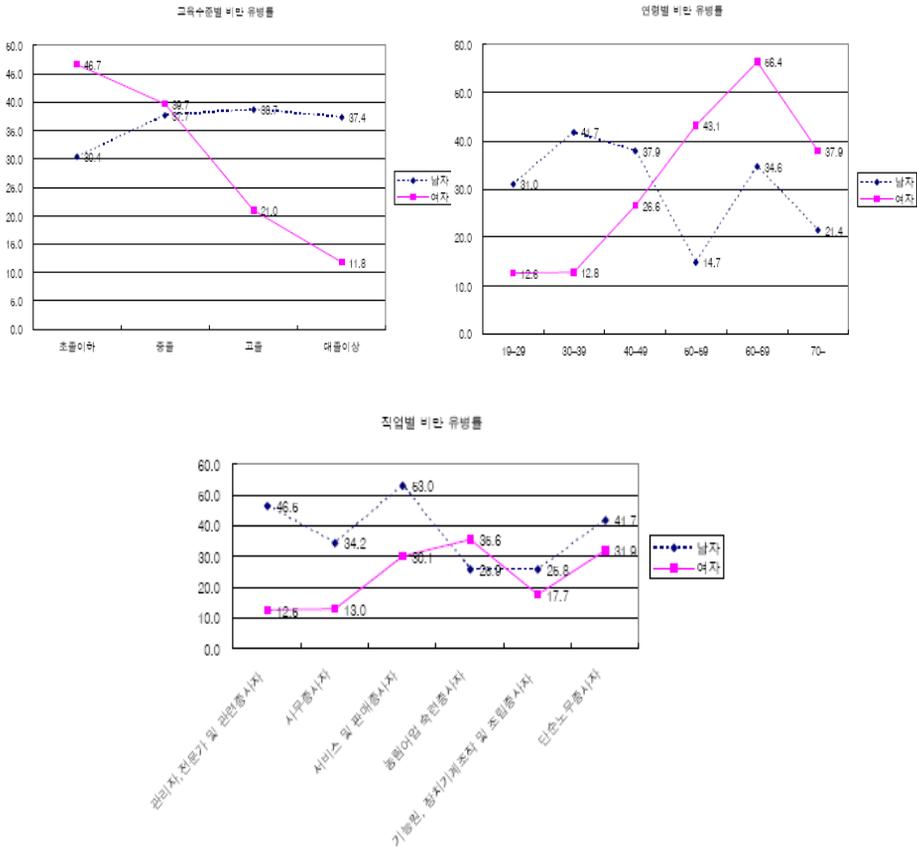
10) ADL(Activities of Daily Living): 일상생활 수행능력. 이동하기(앉고 서기), 화장실 이용, 옷갈아입기, 목욕하기, 식사하기, 개인위생(세면) 항목으로 구성

11) IDAL(Instrumental Activities of Daily Living): 수단적 일상생활 수행능력. 가사(집안일하기), 전화사용, 교통수단이용(버스나 전철타기), 시장보기(일상용품 사러가기) 항목으로 구성

그러나 비만, 간기능, 혈압, 혈당, 당뇨 등 만성질환 중 일부는 남성이 높은 것으로 나타났는데, 한경혜 외(2003)는 객관적인 신체적 건강상태를 혈압, 혈당, 심장, 위장, 기관지 및 호흡기, 간기능, 관절의 상태에 대해 조사한 결과, 혈압, 혈당, 간기능 등에서 남성이 여성보다 나쁘고, 심장, 위장, 관절 등에서 여성이 남성보다 기능이 나쁜 것으로 분석하고 있다. 그러나 만성질환 종류별 차이가 있음에도 주관적 건강평가는 남성이 여성보다 긍정적이라고 분석했다. 또한 정신건강을 살펴 보기 위해 우울감과 행복감에 대한 분석을 한 결과 역시 남성이 긍정적인 수치를 나타내고 있었다.

표정선(2009)은 정신건강(우울증), 만성질환을 성별을 통해 분석한 결과, 우울증의 경우 여성의 16.6%가 우울증상을 겪고 있는 것으로 나타나 8.1%의 남성보다 높은 경향을 확인할 수 있었다. 반면, 구체적인 만성질환의 경우, 비만, 고혈압, 당뇨, B형간염 등은 남성이 여성보다 유병율이 높았으며, 빈혈, 관절염, 비염 등은 여성의 유병율이 높다고 분석하고 있다. 그러나 표정선은 이 분석에서 중요한 것은 성별에 따른 유병율이 아니라 성별 사회경제적 변수와의 관계에서 만성유병율의 차이라고 설명하는데, 남성에 비해 여성은 사회경제적 변수에 의해 유병율이 크게 영향 받는 것으로 나타나고 있다고 하였다. 아래 그림은 연령, 교육수준별, 직업별 비만 유병율을 성별에 따라 그 차이를 비교한 것이다. 먼저, 연령별 비만유병율을 비교하면 여성의 경우 40대 이후 비만율이 급속히 증가하여 50대 이후에는 남성보다 높아지는 것으로 나타났다. 다음으로 학력별로는 남성의 경우 학력에 따른 비만 유병율이 큰 차이를 보이고 있지 않은 반면 여성의 경우 학력이 높을수록 비만율이 급속히 떨어지는 것으로 나타났다. 마지막으로 직업별로는 농어업종사자를 제외하고 모든 직업군에서 남성의 비만율이 높게 나타났다. 이러한 결과를 토대로 40대 이후 교육수준이 낮은 여성 농어업종사자의 비만 발병율이 가장 높은 것을 알 수 있다.

<그림 2-3> 연령·교육수준·직업에 따른 성별 비만유병률



자료: 표정선(2009)

2) 연령

연령은 건강과 유의미한 영향을 갖는 대표적인 변수이다. 직업이나 집단 환경에 따라 차이가 있을 수 있으나 일반적으로 연령이 높아질수록 건강정도가 낮아지는 경향을 보인다(한경혜, 2003; 김진영, 2007; 표정선, 2009; 울산대학교, 2009).

한경혜(2003)는 연령을 30대, 40대, 50대로 나누어 혈압, 혈당, 심장, 위장, 기관지 및 호흡기, 간기능, 관절 등 객관적 신체기능에 대한 조사를 한 결과, 연령이 높아질수록 객관적 신체기능이 저하된다고 분석했다. 그러나 주관적 건강평가와

우울감, 행복감으로 살펴본 정신건강에 대한 분석 결과, 주관적 건강평가에서는 연령이 젊을수록 높게 평가하였다. 반면, 우울감은 연령이 높을수록 높게 나타났고, 행복감은 연령이 낮을수록 높게 나타나는 결과를 보여주었다.

<표 2-9> 연령에 따른 주관적 건강평가 · 우울감 · 행복감

| N=1,667 | 주관적 건강 (F=23.78**) | 우울감 (F=20.40***) | 행복감 (F=5.74**) |
|---------|-----------------------|---------------------|-------------------|
| 30대 | 3.60 | 14.34 | 19.31 |
| 40대 | 3.48 | 15.09 | 18.64 |
| 50대 | 3.26 | 15.35 | 18.39 |

자료: 한경혜(2003) 재구성

김진영(2007) 역시 성인 8,084명을 대상으로 사회경제적 지위가 만성질환 및 주관적 건강인식 수준에 미치는 영향을 분석한 연구를 통해 연령이 만성질환 및 주관적 건강인식 수준에 유의미한 영향을 미치는 것으로 분석하고 있으며, 표정선(2009)도 연령이 높아질수록 우울증상을 경험하는 확률이 높아진다고 하였다.

울산대학교 의과대학 예방의학교실(2009)은 2005년 국민건강영양조사 3기 조사와 2007년 4기 1차년도 조사 자료를 활용, EQ-5D의 5개 지표에 대한 건강상태를 비교했다. 이 연구결과 역시 기존의 이론을 지지하고 있는데, 연령별로 조사 횟수별 차이는 있었으나, 연령이 높아질수록 건강상태가 낮은 것으로 나타나는 경향은 같은 것으로 나타났다. 아래 <표 2-10>은 2007년 조사 결과만을 나타낸 것이며, 30대와 40대에서 ‘심각한 문제 있음’이라고 응답한 비중은 중간에 역변동이 있기는 하지만, ‘다소문제 있음’ 항목과 ‘심각한 문제 있음’ 항목의 합은 연령이 높아질수록 높아지는 경향이 있어 연령이 높아질수록 건강수준이 낮다고 말할 수 있다.

<표 2-10> 연령별 EQ-5D 기술통계

| 연령 | 운동능력 | | | 자기관리 | | | 일상활동 | | | 통증/불편 | | | 불안/우울 | | |
|-------|------|------|-----|------|------|-----|------|------|-----|-------|------|------|-------|------|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 전체 | 78.1 | 21.2 | 0.7 | 94.2 | 5.2 | 0.6 | 84.1 | 14.7 | 1.2 | 64.9 | 30.4 | 4.7 | 80.2 | 18.1 | 1.7 |
| 19-29 | 96.8 | 3.2 | 0.0 | 99.4 | 0.6 | 0.0 | 97.3 | 2.7 | 0.0 | 84.4 | 15.0 | 0.6 | 87.3 | 12.1 | 0.6 |
| 30-39 | 96.5 | 3.3 | 0.2 | 99.4 | 0.5 | 0.1 | 97.3 | 2.5 | 0.2 | 78.6 | 20.8 | 0.6 | 87.1 | 12.9 | 0.0 |
| 40-49 | 91.2 | 8.8 | 0.0 | 97.9 | 2.1 | 0.0 | 93.8 | 5.8 | 0.4 | 72.0 | 26.0 | 1.9 | 83.0 | 16.3 | 0.7 |
| 50-59 | 80.8 | 18.8 | 0.4 | 97.2 | 2.6 | 0.2 | 88.5 | 10.9 | 0.6 | 65.1 | 31.3 | 3.6 | 80.2 | 19.0 | 0.8 |
| 60-69 | 59.2 | 38.9 | 1.6 | 89.8 | 8.6 | 1.6 | 71.0 | 26.4 | 2.7 | 48.7 | 44.0 | 7.4 | 72.2 | 23.3 | 4.5 |
| 70-79 | 40.3 | 57.5 | 2.2 | 82.5 | 16.1 | 1.3 | 54.0 | 42.5 | 3.5 | 40.1 | 44.9 | 15.1 | 68.6 | 26.1 | 4.3 |
| 80- | 30.3 | 65.8 | 3.9 | 65.8 | 30.3 | 3.9 | 44.7 | 50.0 | 5.3 | 36.8 | 47.4 | 15.8 | 73.7 | 22.4 | 3.9 |

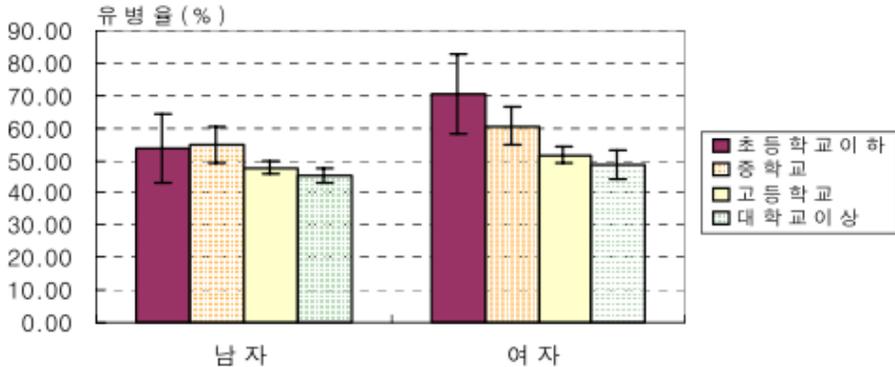
자료: 울산대학교 의과대학 예방의학교실(2009) 중 발췌

3) 교육 수준

교육 수준은 개인의 성인기 건강에 대한 어린 시절 환경의 장기적 영향 뿐 아니라 성인기에 개인이 보유한 자원이 건강에 미치는 영향을 함께 파악할 수 있게 한다. 교육을 통하여 획득한 지식과 기술은 개인의 인지 능력에 영향을 미쳐 보건교육이 전달하는 메시지에 잘 반응하게 할 뿐만 아니라 적절한 보건의료서비스를 이용하는 데 도움을 준다(최용준 외, 2007). Winkleby 등(1992)은 교육수준은 소득이나 직업보다 역학연구에서 사회계층을 가장 일관성 있고 강력하게 측정하는 변수로 규정하였다. 특히 여러 국가의 건강불평등 수준을 비교하는 사회경제 계층지표로서 교육수준은 직업에 비하여 자료수집이 객관성 있고 용이하며 지역간·국가간 비교연구에서도 타당성이 높은 사회적 지표로 파악되었다(김혜련 외, 2004).

김혜련 외(2004)는 교육수준과 만성질환과의 관계를 살펴본 그의 연구를 통해 교육수준이 낮을수록 만성질환 유병율이 높다고 분석했으며, 그 차이는 아래 그림에서 확인할 수 있는데, 특히 여성에서 더욱 뚜렷하게 나타나고 있다. 이러한 결과는 앞서 성별에 따른 비만실태를 조사한 표정선(2009)의 연구결과와 일치한다.

<그림 2-4> 교육수준별 연령보정 만성질환 유병율(25~64세) (2001년)



자료: 김혜련 외(2004)

이미숙(2005)은 건강수준을 주관적 건강상태, 만성질환 유병율, 급성질환 유병율로 구분하여 분석한 결과, 교육수준이 각 건강 수준에 유의미한 영향을 미치고 있다고 분석했는데, 교육수준이 높아질수록 주관적 건강수준이 높아지는 경향이 뚜렷하다고 분석하고 있다.

<표 2-11> 교육 수준에 따른 건강수준비교

| 교육수준 | 건강수준 | | |
|-----------|------------|-------------|-----------|
| | 주관적 건강상태 | 만성질환 유병율 | 급성질환 유병율 |
| 무학+무학국문해독 | 2.42(.98) | .730(.445) | .12(.32) |
| 초등학교 | 2.87(.99) | .556(.498) | .10(.30) |
| 중학교 | 3.14(.91) | .388(.488) | .12(.32) |
| 고등학교 | 3.36(.82) | .224(.417) | .06(.24) |
| 대학교 이상 | 3.53(.77) | .246(.353) | .07(.25) |
| N=2,600 | F=93.5*** | F=122.0*** | F=4.56** |

주: 1) 통계적 유의도 *p<.05, **p<.01, ***p<.001

2) 주관적 건강상태는 5점 척도(1=매우 건강하지 않다; 2=건강하지 못한 편; 3=보통; 4=건강한편; 5=매우 건강하다)의 범주별 평균임

3) 만성질환 유병율은 2개 이상, 급성질환 유병율은 1개 이상의 유병인구의 범주별 비율임.

자료: 이미숙(2005): 194 일부 발췌

이미숙(2009)은 「2006년 고령화연구패널 제1차 기본조사」 원자료를 활용한 또 다른 연구에서 65세 이상 노인의 건강을 정신적 건강, 기능적 건강, 의료적 건

강, 주관적 건강의 4개 차원으로 세분화하여 성별·연령·거주 지역(도시)·교육 연한·월평균가구소득 변수를 사용하여 분석하였다. 이중 교육 연한 변수만이 4개 차원 모두에 유의미한 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타나, 건강의 다양한 차원에서 교육이 매우 중요하게 기능하고 있음을 발견했다(이미숙, 2009).

〈표 2-12〉 건강불평등 구조 분석 요약 : 하위차원과 통합모델

| 변수 | 분석 모델 | | | 정신적 건강 | | | 기능적 건강 | | | 의료적 건강 | | | 주관적 건강 | | | 건강(통합) | | |
|----------------|-------|----|----|--------|----|----|--------|----|----|--------|----|----|--------|----|----|--------|----|----|
| | Dr | I1 | I2 | Dr | I1 | I2 | Dr | I1 | I2 | Dr | I1 | I2 | Dr | I1 | I2 | Dr | I1 | I2 |
| 성별 | X | O | X | O | X | O | O | O | X | X | O | O | X | O | O | X | O | O |
| 거주지역 | X | O | X | X | X | X | X | O | X | X | O | X | X | O | X | X | O | X |
| 교육연한 | O | O | X | O | X | O | O | O | X | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| 가구소득 | O | O | X | X | X | X | O | O | X | O | O | X | O | O | X | O | O | X |
| 연령 | O | O | X | O | X | O | X | O | X | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| R ² | .125 | | | .125 | | | .032 | | | .156 | | | .147 | | | | | |

주: 1) Dr : 직접효과
 2) I1 : 심리사회적 자원에 의한 간접효과
 3) I2 : 건강위험행동에 의한 간접효과
 4) O : 통계적으로 유의함, X : 통계적으로 유의하지 않음
 자료 : 이미숙(2009)재인용.

조유향(2009)도 농촌노인을 대상으로 건강지표로 만성질환을 설정, 교육수준이 성별에 따라 어떤 영향을 미치는지 교차 분석한 그의 연구에서 남자노인과 여자노인 모두에게 교육수준이 만성질환 유무에 유의미한 영향을 미치고 있다고 분석하고 있다. 남자노인과 여자노인 모두 교육수준이 높아질수록 만성질환을 가지고 있는 비중이 낮았으며, 특히 여자노인의 경우 교육격차별 건강수준의 차이가 크게 나타나, 교육수준이 가장 낮은 경우 만성질환이 있는 비중이 74.7%, 교육수준이 가장 높은 경우의 비중 33.3%보다 41.4%가 높아 남성의 차이 29.2%보다 월등히 높게 나타났다.

〈표 2-13〉 조사대상 농촌노인의 성별 만성질환과 교육수준

(단위: 명(%))

| 교육수준 | 만성질환 유무 | | | |
|----------------|-----------|----------|-----------|----------|
| | 남자노인 | | 여자노인 | |
| | 있다 | 없다 | 있다 | 없다 |
| 무학 | 53(61.6) | 33(38.4) | 183(74.7) | 62(25.3) |
| 초등학교 졸업/중퇴 | 107(58.3) | 92(46.2) | 66(62.3) | 40(37.7) |
| 중학교 졸업/중퇴 | 27(37.0) | 46(63.0) | 6(28.6) | 15(71.4) |
| 고등학교 이상 | 12(32.4) | 25(67.6) | 1(33.3) | 2(66.7) |
| χ^2 -test | 15.405** | | 23.399*** | |

주: 1) 통계적 유의도 *p<.05, **p<.01, ***p<.001

자료: 조유향(2009) 일부 발췌

울산대학교 의과대학 예방의학교실(2009)의 EQ-5D활용 연구에서도 교육수준을 초등학교(혹은 이하)/중학교/고등학교/대학교(혹은 이상)의 4개 수준으로 분류하여 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울의 5개의 건강관련 항목과의 연관관계를 분석한 결과, 교육수준이 높을수록 건강문제를 겪는 비중이 적어지는 것으로 나타나 기존의 연구결과를 지지하고 있다.

3. 건강행태적 측면

건강하기 위해서는 건강한 일상생활 그 자체가 중요하다. 흡연자, 과음주자, 신체적 활동량이 적은 자, 영양결핍 또는 영양과잉인 사람들의 건강수준이 유의하게 낮다는 것은 이미 잘 알려진 사실이다(김철웅 외, 2010).

건강을 결정하는 요인 즉, 건강불평등에 영향을 미치는 요인에 대해서 유럽의 영국, 네덜란드, 북구유럽 국가를 선두로 많은 연구들이 이루어져 왔는데, 1980년 영국의 블랙리포트에서 건강불평등을 초래하는 여러 설명방식의 하나로 건강행태 요인을 포함하여 건강행태의 중요성을 인식한 바 있다.

그런데 건강행태는 그 자체로 불건강에 영향을 미치는 중요한 요인이지만, 이러한 건강행태는 소득수준과 같은 사회경제적 불평등에 의해 강화될 수 있다. 즉, 개인의 건강 위태행태가 사회계층별로 다르게 분포하며, 이들이 건강불평등의 일부를 설명할 수 있으며, 건강행태는 개인의 선택과 습관을 넘어 사회구조와 사회경제

적 요인에 의해서 영향을 받는다는 것이다(김혜련, 2009). 이는 건강위해 행태를 조절함으로써 사회경제적 계층별 건강불평등을 상당히 감소시킬 수 있다는 것으로 해석될 수 있다. 무엇보다도 건강위해 행태는 개인의 노력을 통해 교정이 가능하다는 점에서 최근 건강증진의 가장 핵심적인 요소로 자리매김하고 있다(김철웅 외, 2010). 대표적인 건강위해 행태는 흡연, 영양, 음주, 운동 등이며, 구체적인 내용은 다음과 같다.

1) 흡연

국가의 사회경제적 발전단계나 성별에 따라 다소 차이는 있으나 대부분의 선진국에서 남녀 모두 사회경제적 위치가 낮을수록 흡연율이 높은 경향이 뚜렷하다. 2001년도와 2005년 국민건강영양조사 자료를 이용한 연구에서는 남녀 모두 직업 계층, 교육수준, 소득수준에서의 사회 계층별 흡연율 격차가 존재하는 것으로 보고 되었다(김혜련, 2009).

1998년 및 2001년 국민 건강영양조사 자료를 추적조사한 우리나라의 연구에서도 흡연과 여러 만성질환과의 인과관계가 뚜렷하게 파악되었다. 흡연이 사망위험을 높이며, 폐암, 당뇨 및 만성질환, 전체 암, 뇌혈관질환, 허혈성심질환의 발생위험을 높이는 것으로 분석되었다(김혜련, 2009). 흡연은 이상의 심각한 질환을 유발하는데 결정적 원인이 되며, 이때 흡연율이 높은 사람일수록 질환에 노출될 확률이 높으며 건강하지 못할 것이라는 유추를 가능하게 한다.

그러나 흡연과 건강과의 관계를 고려할 때, 흡연이 사회경제적 요인에 의해 영향을 많이 받는다는 점에 주목해야 한다. 김창엽(2004)은 그의 연구에서 사회경제적 지위가 낮을수록 흡연율이 높아지는 경향이 있다고 하면서, 비육체 노동군에 비해서 육체노동 혹은 실업군의 흡연율이 높으며, 교육수준과 소득수준이 낮을수록 흡연율이 높다고 설명하고 있다(표 2-14 참조).

<표 2-14> 흡연과 사회경제적요인의 연관성: 연령보정위험비(odds ratios) (≥20세)

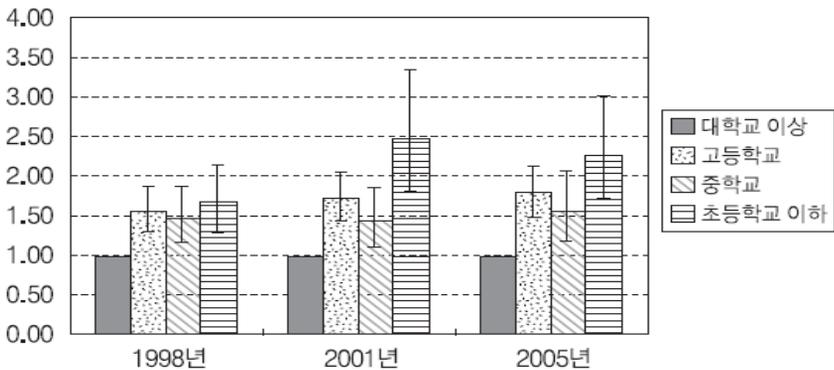
| 변수 | | 남자 | | 여자 | |
|--------------|--------|-----------------|-----|-----------------|-----|
| 직업계층 | 비육체노동군 | 1.00 | | 1.00 | |
| | 육체노동군 | 1.42(1.18-1.71) | *** | 1.43(1.01-2.02) | *** |
| | 실업군 | 1.40(1.08-1.83) | | 2.52(1.69-3.76) | |
| 교육수준 | 초졸이하 | 1.58(1.16-2.15) | | 2.22(1.35-3.64) | |
| | 중졸 | 1.52(1.14-2.03) | *** | 1.27(0.75-2.13) | *** |
| | 고졸 | 1.52(1.26-1.84) | | 1.38(0.93-2.07) | |
| | 전문대졸이상 | 1.00 | | 1.00 | |
| 가구소득 (만원) | ~100 | 1.67(1.23-2.23) | | 2.01(1.22-3.30) | |
| | ~200 | 1.59(1.22-2.08) | | 0.99(0.60-1.63) | |
| | ~300 | 1.31(0.97-1.76) | ** | 0.83(0.47-1.48) | ** |
| | 301~ | 1.00 | | 1.00 | |

주: *<.05, **<.01, ***<.001

자료: 보건복지부(2001년) 『국민건강영양조사』; 김창엽(2004) 재인용

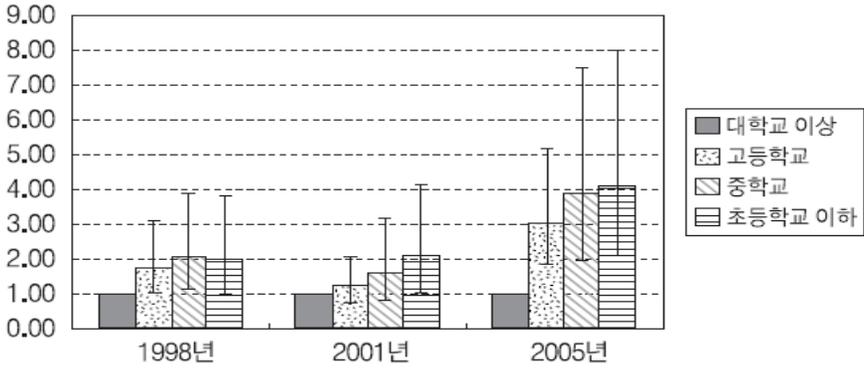
김혜련(2009) 역시 1998년, 2001년, 2005년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 교육수준, 직업유형, 소득수준 등의 변수를 통해 흡연과 사회경제적 요소들과의 인과관계를 분석했다. 먼저, 교육수준과 흡연에 대한 그의 분석에 따르면, 교육수준이 낮을수록 흡연율이 높아지고 있었으며 이런 경향성은 여성일수록 더 뚜렷한 것으로 나타났다. <그림 2-5>와 <그림 2-6>을 통해 교육수준과 흡연율의 시계열 비교와 성별변화를 확인할 수 있다.

<그림 2-5> 교육수준별 흡연율 및 교차비, 남자 25~64세



자료: 김혜련(2009) 재인용

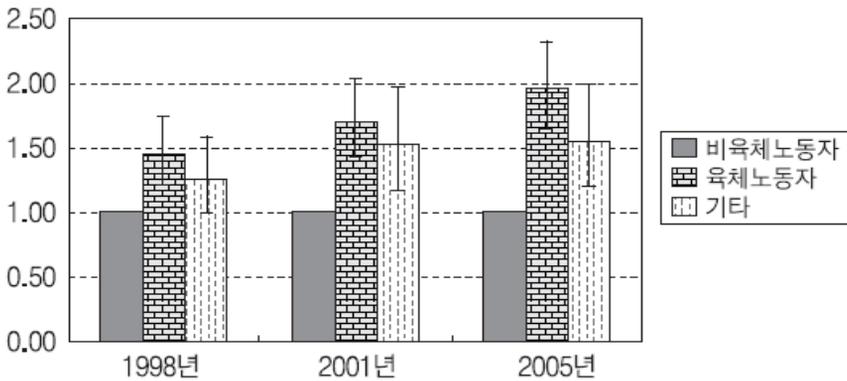
<그림 2-6> 교육수준별 흡연율 및 교차비, 여자 25~64세



자료: 김혜련(2009) 재인용

다음으로, <그림 2-7>을 통해 확인할 수 있듯이, 직업과 흡연의 관계는 남자의 흡연율이 최근 낮아지고 있음에도 육체노동자와 비육체노동자의 격차가 커지고 있음을 확인할 수 있다. 이는 비육체노동자에서 흡연율이 크게 낮아졌지만 육체노동자의 흡연율 감소는 적었기 때문이다(김혜련, 2009).

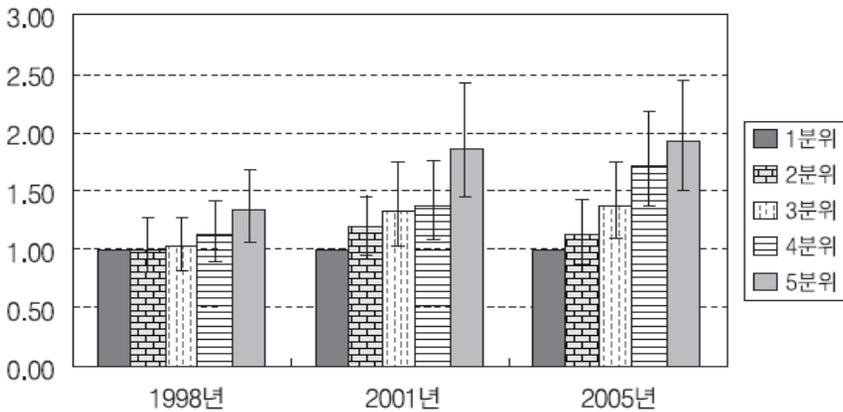
<그림 2-7> 직업유형별 흡연율 및 교차비, 남자 25~64세



자료: 김혜련(2009) 재인용

마지막으로, 소득수준과 흡연의 관계도 비슷한 경향을 보이는데, 흡연율은 1998년에 비하여 2001년, 2005년 감소되고 있으나, 소득이 높은 계층에서는 큰 폭으로 흡연율이 감소한데 비하여 소득이 낮은 계층에서 흡연율 감소가 상대적으로 적어 흡연율 하락에서 소득수준간 차이가 있으며, 이것이 소득수준별 흡연율 불평 등도를 심화시키고 있음을 볼 수 있다(그림 2-8).

<그림 2-8> 소득수준별 흡연율 및 교차비, 남자 25~64세



자료: 김혜련(2009) 재인용

반면 조인경(2009)은 제 4기 1차년도(2007년) 국민건강영양조사 통계를 사용하여 사회경제적 지표인 교육수준과 소득수준이 성별 흡연율의 차이를 발생시키는 지 분석한 결과, 여성의 경우 각 변수에 대해 유의미한 차이 즉 역상관관계를 보였으나, 남성의 경우 지표별 차이를 보이지 않는다고 분석하고 있다. 2007년 이후 국민건강영양조사 자료를 사용하여 흡연율과 사회경제 지표의 관계를 분석한 Khang 등은 2006년과 2009년 연구에서 대부분의 연령에서 남자는 물론 여자에게서도 사회경제적 계층과 흡연율은 역상관관계를 나타내었다고 설명하고 있어 흡연율은 사회경제지표와 역상관관계가 있다고 말할 수 있다. 또한 김혜련(2009)은 Khang Y.H. 외(2006, 2009)의 분석을 인용하여 여러 금연 정책으로 흡연율 자체가 감소되고 있음에도 흡연율의 사회경제적 계층 간 격차는 지속적으로 커진다고 하였다.

2) 영양과 식생활

영양소 섭취 수준과 균형 잡힌 식생활 영위 여부는 건강에 영향을 미치는 다양한 요소 중 가장 기본적이고 중요한 요소 중 하나이다. 김초일(2004)은 1998년과 2001년 국민건강·영양조사의 결과에 근거하여 소득수준에 따른 영양소 섭취 및 식품군별 섭취 수준을 분석하였다. 그 결과 칼슘, 철, 비타민A, 티아민, 리보플라빈, 나이아신, 비타민C 등 모든 영양소에서 소득수준간 격차가 있는 것으로 나타났으며, 3-6세 아동이 소득수준에 의한 영향을 가장 많이 받고 있다고 분석했다. 또한 저소득층일수록 특히 육류와 어패류, 우유류의 섭취량이 낮은 것으로 나타났다. 이 분석을 토대로 미국의 WIC(Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infant and Children) 프로그램과 같이 저소득층의 임신, 수유부, 영유아에 대해 건강 유지와 성장발육에 필수적인 식품을 공급하면서 함께 영양교육을 실시하는 방안의 도입을 제안하였다.

2005년 국민건강영양조사 심층분석 연구에서도 빈곤층, 학력이 낮은 계층, 노동직종에서 영양섭취 적정도(MAR)가 낮은 등 전반적인 영양소 섭취량이 낮은 것으로 나타났다. 또한 독거노인에서는 영양섭취가 더욱 열악하였고, 여성 가장, 저소득 가정, 부모의 학력이 낮은 가정의 아동과 청소년에서 양양상채가 열악한 것으로 파악되어 영양의 사회경제적 불평등도가 취약계층에서 나타난다는 것을 보여주었다(질병관리본부 외, 2007 재인용).

조인경(2009)에 따르면 균형 잡힌 영양섭취에 있어 남녀 간 성별차이가 존재하는 것으로 나타났다. 영양섭취 정도를 살펴보기 위해 식사결식률과 영양소별 영양섭취기준 미만 섭취자 비율, 식이보충제 복용경험률의 세 가지 변수를 사용해 분석한 결과, <표 2-15>에서와 같이 아침·점심·저녁식사 모두에서 여성의 결식률이 높았으며, 저녁식사의 경우 여성이 남성에 비해 3배 가량 결식률을 보이는 것으로 나타났다. 조인경(2009)은 특히 젊은 여성의 경우 빈혈이나 섭식장애 등이 더 많이 나타나는데, 그 이유를 낱싹한 몸매를 갖추는 것이 여성다움으로 간주되는 문화적 요인으로 인해 균형 잡힌 영양상태를 유지하는데 장애가 발생한다고 분석하고 있다.

<표 2-15> 식사결식률(만 1세 이상 전체)

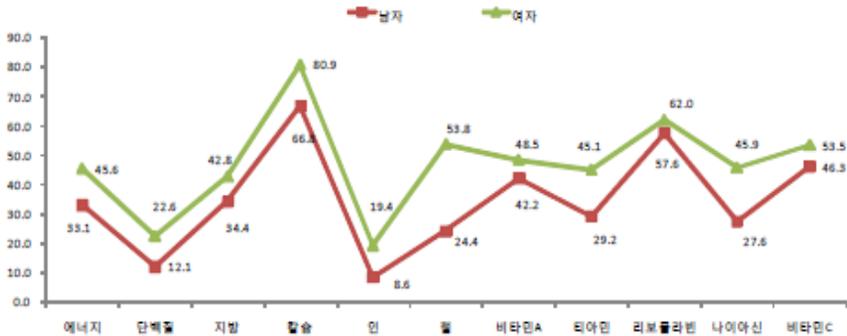
(단위: %)

| 구분 | 전체 | | 남자 | | 여자 | |
|----|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|
| | N | 결식률 (표준오차) | N | 결식률 (표준오차) | N | 결식률 (표준오차) |
| 아침 | 8,176 | 21.4(1.0) | 3,643 | 20.9(1.3) | 4,533 | 21.9(1.1) |
| 점심 | 8,177 | 5.9(0.4) | 3,644 | 5.4(0.6) | 4,533 | 6.3(0.6) |
| 저녁 | 8,177 | 4.1(0.3) | 3,644 | 2.1(0.3) | 4,533 | 6.1(0.5) |

자료: 조인경(2009)

또한 영양소별 영양섭취기준 미만 섭취자 현황도 여성이 높게 나타났는데, 칼슘의 섭취 부족이 가장 적고, 철의 성별격차가 가장 크게 나타났다(그림 2-9). 아울러 조인경(2009)은 보건복지가족부·질병관리본부(2009)의 결과를 인용하여 이 결과는 1일간의 섭취량 조사로부터 산출한 값으로 개개인의 일상적인 섭취수준을 평가하는데 적합하지 않고 영양문제집단의 크기가 과대산출될 가능성이 높다는 한계가 있으나, 문제 영양소 및 영양취약집단 추정을 위한 자료로서 활용할 수 있다고 설명한다.

<그림 2-9> 영양소별 영양섭취 기준 미만 섭취율 분율



자료: 조인경(2009)

마지막으로 최근 1년 이내 비타민/무기질제 혹은 건강기능식품 등의 식이보충제 경험 여부를 묻는 응답에 대한 결과, 여자가 이용률이 38.4%로 남자 28.3%보다 높게 나타났으며, 교육수준과 소득수준이 높을수록 이용률이 증가하는 경향을

보이고 있다.

3) 음주

음주와 관련한 기존의 연구에서는 성별이 중요한 변수로 사용된다. 특히 사회 계층변수와 성별에 따른 음주 연구에서는 여성에서의 차이가 남성에서의 차이보다 더 도드라지는 것으로 보고되고 있다(김혜련 외, 2004; 조인경, 2009).

김혜련 외(2004)의 음주율에 관한 연구에서는 남자에서는 교육수준과 소득에 따른 차이를 볼 수 없으며 이는 다른 국내외 결과와 동일한 것이라고 설명하여, 교육수준, 소득과 음주율의 관계는 남성에게서는 차이를 볼 수 없다고 정리할 수 있다. 다만, <표 2-16>에서 확인할 수 있듯이, 여자의 음주율은 교육수준이 높은 계층에서 약간 높은 경향을 보이며, 65세 이상 노인의 경우 교육수준이 낮고 소득이 낮은 계층에서 여자의 음주율이 높은 것으로 나타났다. 반면 고연령대에서도 남자에서는 사회계층별 음주율의 차이 경향이 뚜렷하게 나타나지 않고 있다.

<표 2-16> 사회계층별 연령보정 현 음주율(25-64세)(2001년)

(단위: 명, %)

| | | 남자 | | | 여자 | | |
|-------------|-------|-------|-------|-------------|-------|-------|-------------|
| | | N | 음주율 | (95% CI) | N | 음주율 | (95% CI) |
| 교육수준 | 초등 이하 | 280 | 59.35 | 40.01-78.69 | 665 | 41.71 | 8.09-75.33 |
| | 중학교 | 373 | 72.35 | 59.92-84.77 | 499 | 28.52 | 20.01-37.02 |
| | 고등학교 | 1,161 | 71.55 | 66.61-76.48 | 1,402 | 30.57 | 27.65-33.50 |
| | 대학 이상 | 1,158 | 72.84 | 67.70-77.98 | 781 | 25.14 | 21.18-29.11 |
| 가정경제력(10분위) | 1분위 | 426 | 69.99 | 61.42-78.56 | 572 | 31.24 | 25.75-36.72 |
| | 2분위 | 529 | 72.03 | 64.72-79.34 | 622 | 28.37 | 24.11-32.62 |
| | 3분위 | 653 | 72.38 | 65.74-79.01 | 702 | 28.24 | 24.31-32.17 |
| | 4분위 | 474 | 72.98 | 65.05-80.75 | 498 | 30.46 | 25.71-35.21 |
| | 5분위 | 727 | 71.54 | 65.33-77.75 | 758 | 29.57 | 25.71-33.43 |
| 직업(10분위) | 비육체 | 1,124 | 73.55 | 68.22-78.87 | 669 | 31.22 | 26.54-35.91 |
| | 육체노동자 | 1,483 | 71.95 | 67.41-76.49 | 924 | 35.54 | 30.79-40.29 |
| | 기타 | 365 | 65.87 | 55.52-76.23 | 1,754 | 26.31 | 23.84-28.78 |

자료: 김혜련 외(2004)

조인경(2009)은 2007년 국민건강영양조사를 활용하여 성별 음주율을 분석한 결과 남성과 여성 모두 연령이 높아질수록, 교육수준이 낮을수록 음주율이 높아진다고 분석하고 있는데, 남성의 차이는 적은 반면, 여성의 차이가 두드러지는 것으로 나타나 기존의 이론을 뒷받침하고 있다.

그러나 음주문제는 음주여부 보다는 고도음주나 문제 행동을 유발하는 음주양상이 문제가 된다. 과도한 음주는 특히 노동자 계층에서 질병은 물론 사고, 폭력과 관련된 사망위험을 높이는 것으로 밝혀져 있다(김혜련, 2009). 이와 관련하여 외국의 연구에서는 대체로 사회경제적 지위가 낮은 집단에서 해로운 음주양상이 많이 나타나는 것으로 보고되며, 음주량이 많은 집단은 농업종사자와 사회경제수준이 낮은 사람들로 파악되었고, 국내 연구에서도 교육수준이 낮은 집단에서 다른 종류의 술에 비해 소주를 많이 마시며, 자영업과 농업종사자의 음주량이 많은 것으로 나타났다(강영호 등, 2006).

조인경(2009)은 그의 연구에서 보건복지가족부·질병관리본부(2009)의 분석결과를 활용하여 음주빈도¹²⁾와 고위험 음주빈도¹³⁾에 있어 여성이 남성에 비해 빈번하지 않은 상황이라고 설명한다. 고위험음주 경험의 경우 여성의 절반에 가까운 43.7%가 전혀 없다고 응답한 반면, 남성들은 한 달에 2~4회 이상 음주하는 비율이 66.9%였으며, 한 달에 1번 이상 고위험 음주를 하는 사람들이 63.4%에 달하는 것으로 나타났다. 또한 <그림 2-10>에서와 같이 문제음주율¹⁴⁾과 알코올 의존율¹⁵⁾을 분석한 결과 문제음주율은 40대 남성과 20대 여성에서 심각한 것으로 나타났으며, 알코올의존율은 같은 결과를 보이고 있다. 특히 여성의 경우 문제음주율과 알코올의존율이 대체로 연령과 소득수준이 낮을수록 높아지는 경향을 보이고 있으며, 특히 20대의 경우 남녀 간의 격차가 가장 적은 것을 확인할 수 있다(조인경, 2009).

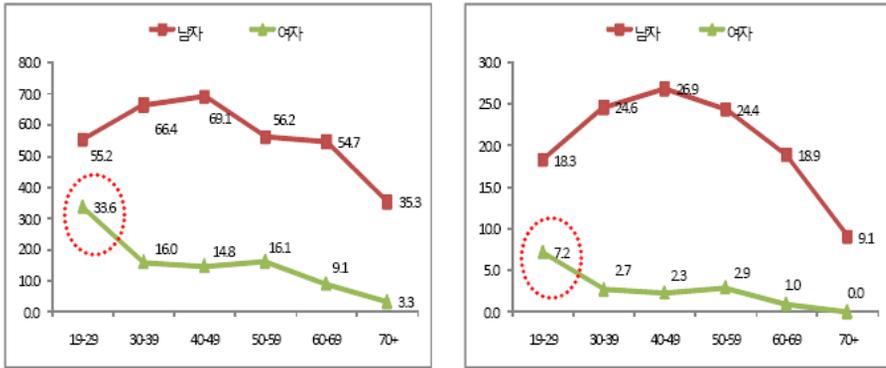
12) 음주빈도 : 현재 음주자의 최근 1년간 음주빈도

13) 고위험음주 : 한 번의 술자리에서 남자의 경우 7잔(또는 맥주 5캔)이상, 여자의 경우 5잔(또는 맥주 3캔) 이상 음주

14) 문제음주율: AUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test) 8점 이상

15) 알코올의존율: AUDIT 16점 이상

<그림 2-10> 연령별 문제음주율(좌) 및 알코올 의존율(우)



자료: 조인경(2009)

음주와 관련한 이미숙(2005)의 분석은 흥미로운 결과를 시사하는데, 흡연과 달리 음주의 경우 음주를 많이 하는 집단에서 주관적 건강수준이 높고, 만성질환 위험은 높았다는 분석을 통해 한국의 성인들에게 음주가 건강행동이기 보다는 보편적 문화행동으로 인식되는 경향을 반영한 결과라고 설명한다. 결국 음주에 대한 인식과 문화의 개선이 필요하다고 제안한다.

4) 운동과 신체활동

운동실천과 신체활동은 여러 건강행태 중에서 흡연과 함께 사회계층에 따라 뚜렷한 차이를 보이는 건강행위이다(김창엽, 2004; 김혜련, 2009).

김창엽(2004)은 지역, 직업계층, 교육수준, 가구소득의 4가지 변수를 사용하여 규칙적인 운동 여부를 분석하였다. 먼저 지역의 경우 도시지역이 읍·면지역에 비해 규칙적으로 운동하는 비중이 높았으며, 직업의 경우 비육체노동군이 육체노동군의 격차는 1.84배에 이르는 것으로 나타났다. 교육수준과 가구소득 역시 교육수준이 높을수록, 가구소득이 높을수록 규칙적으로 운동을 하고 있는 것으로 분석되어, 설정된 모든 지표에서 매우 뚜렷한 불평등을 확인할 수 있는 것으로 나타났다.

<표 2-17> 규칙적운동관 사회경제적요인의 연관성: 연령보정위험비(odds ratios)(≥20세)

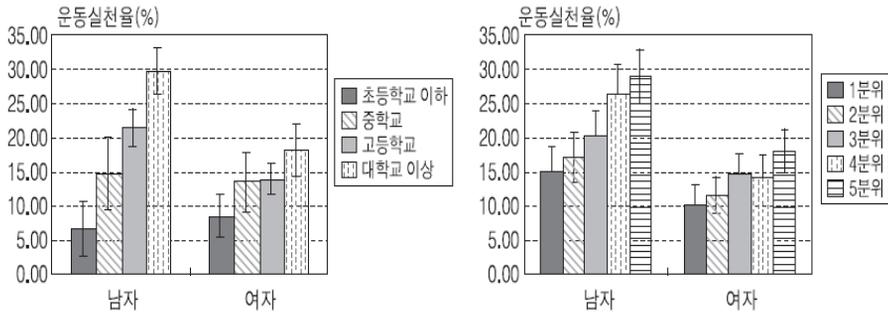
| 변수 | | 남자 | | 여자 | |
|--------------|--------|-----------------|-----|-----------------|-----|
| 지역 | 대도시 | 1.00 | ** | 1.00 | ** |
| | 중소도시 | 0.97(0.76-2.29) | | 0.94(0.76-1.17) | |
| | 읍·면지역 | 1.67(1.24-2.24) | | 1.89(1.39-2.56) | |
| 직업계층 | 비육체노동군 | 1.00 | *** | 1.00 | *** |
| | 육체노동군 | 1.87(1.47-2.31) | | 1.59(1.28-1.99) | |
| | 실업군 | 1.24(0.92-1.68) | | 1.28(0.93-1.75) | |
| 교육수준 | 초졸이하 | 3.99(2.62-6.09) | *** | 3.95(2.60-6.02) | *** |
| | 중졸 | 2.12(1.48-3.04) | | 1.17(0.83-1.66) | |
| | 고졸 | 1.58(1.26-1.98) | | 0.97(0.76-1.25) | |
| | 전문대졸이상 | 1.00 | | 1.00 | |
| 가구소득 (만원) | ~100 | 2.45(1.72-3.50) | *** | 2.23(1.57-3.16) | *** |
| | ~200 | 1.80(1.32-2.45) | | 1.49(1.10-2.03) | |
| | ~300 | 1.36(0.97-1.92) | | 1.11(0.79-1.55) | |
| | 301~ | 1.00 | | 1.00 | |

주: *<.05, **<.01, ***<.001

자료: 보건복지부(2001년) 『국민건강영양조사』; 김창엽(2004) 재인용

김혜련(2009)은 1998년과 2001년 국민건강영양조사 자료를 이용한 연구를 통해 <그림 2-11>에서 보는 바와 같이 운동실천율은 교육수준과 소득수준이 높을수록 뚜렷하게 높은 양상을 보이는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 낮은 사회경제적 위치가 일반적으로 낮은 수준의 신체활동과 관련이 있다는 선행연구결과를 지지하는 것으로 운동실천과 건강과의 인과관계를 다시 확인할 수 있다.

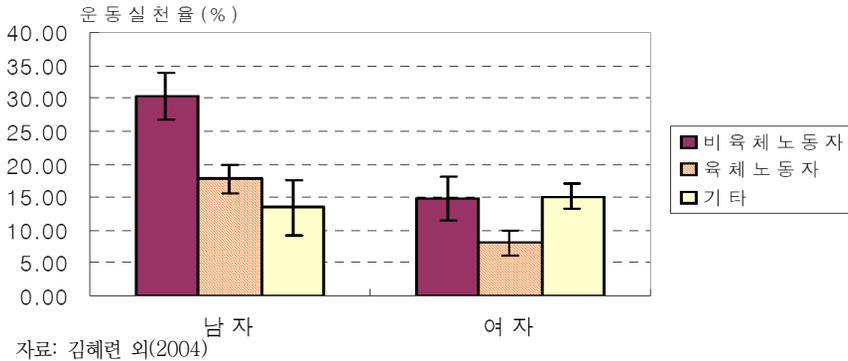
<그림 2-11> 교육 및 소득수준별 연령표준화 운동실천율(25~64세)(2001년)



자료: 김혜련(2009) 재인용

아울러 김혜련 외(2004)는 기존의 연구에서 직업유형별 운동실천율에 대한 연구도 진행한 바 있는데, <그림 2-12>에서와 같이 남성과 여성 모두에서 운동실천율이 비육체노동자군에서 높게 나타났다. 이는 운동실천율은 사회계층변수에 의해 크게 영향을 받고 있음을 뒷받침하고 있다.

<그림 2-12> 직업유형별 연령보정 운동실천율(25~64세)(2001년)



조인경(2009)은 신체활동 실천율을 격렬한 신체활동 실천율, 중등도 신체활동 실천율, 걷기 실천율, 근력운동 실천율, 유연성운동 실천율로 나누어 분석한 결과, 모든 항목에서 여성이 남성보다 낮으며, 특히 근력운동의 경우 남성의 절반에도 미치지 못하는 것으로 분석하고 있어, 운동에 대한 성별 차이가 있다는 기존 이론을 지지하고 있다. 그러나 연령, 거주 지역, 교육수준, 소득수준 등을 이용하여 성별 신체활동을 분석한 결과, 신체활동의 세분화로 인해 각 지표에 대한 유의미한 차이를 발견하지 못했다. 다만, 거주지역이 도시(동)인 경우, 도시가 아닌 지역(읍면)보다 높은 신체활동률을 보이고 있다고 분석하였다.

반면, 김진영(2009)은 운동자체가 만성질환이환비율과 주관적 건강인식에 미치는 영향을 분석했는데, 운동실천률에 미치는 영향과 다르게 운동여부가 두 가지 건강지표에 대해 유의미한 차이를 보이지 않고 있다고 분석하고 있다.

이상의 건강행태들은 일반적으로 사회계층간의 차이를 보인다는 것 즉, 낮은 사회계층에 속하는 집단의 건강수준이 낮다는 데에 이견이 없는 것으로 보인다. 그러나 김혜련(2008)은 그의 글에서 Lantz 등(1998)의 연구를 활용하여 사회경제적 건강 불평등에 대한 건강행태의 영향력이 그리 크지 않다는 점을 설명하고

있다. Lantz 등(1998)이 미국 성인 남녀를 대상으로 7.5년간 사망여부를 추적하여 계층별 사망률 불평등과 건강행태 기여도를 제시한 결과, 사회경제적 건강행태의 차이는 사망률 불평등의 작은 부분만을 설명하기 때문에, 개인의 행태에만 초점을 둔 공중보건정책은 사망률에 있어서의 사회경제적 불평등을 줄이는데 제한적인 효과만을 가질 것이라는 주장을 인용하며, 정책에 있어 광범위한 요소를 고려해야 함을 간접적으로 제안하고 있다.

4. 물리적 환경 측면

1) 거주지역 및 주거상태

생활수준의 전반적인 향상에 의해 격차가 많이 줄어들었음에도 불구하고, 여전히 도시와 농촌사이의 건강격차는 유의미하게 나타나고 있다(이미숙, 2005; 조유향, 2009).

건강의 지역적 불평등 현상은 도시와 농촌 간의 사망률 차이에 대한 연구에서 경험적으로 다루어져 왔다(이미숙, 2005). 김두섭·박효준(2003)은 대도시의 표준화 사망률이 가장 낮고, 다음으로 중소도시, 농촌지역, 해안지역의 순서로 높아지고 있다고 분석하고 있어 농촌의 사망률이 도시보다 높음을 보다 구체적으로 분석하면서 기존의 이론을 지지하고 있다.

이미숙(2005)은 거주지역을 읍면, 시, 5대 광역시, 서울시의 4개 차원으로 분류하여 주관적 건강상태, 만성질환 유병율, 급성질환 유병율의 3개 차원으로 분류된 건강수준에 영향을 미치는지를 살펴봤다. 그 결과 사망률과 마찬가지로 거주지역이 건강수준에 영향을 미치고 있는 것으로 나타났는데, 읍면지역(평균 2.99)이 기타 도시 지역(평균 3.00 이상)에 비해 주관적 건강상태가 낮았으며, 만성질환 유병율과 급성질환 유병율이 각각 47%와 10%로 상대적으로 높은 것으로 분석되었다.

〈표 2-18〉 거주지역에 따른 건강수준비교

| 직업 | 건강수준 | | |
|---------|------------|-------------|-----------|
| | 주관적 건강상태 | 만성질환 유병율 | 급성질환 유병율 |
| 읍면 | 2.99(.98) | .469(.500) | .10(.30) |
| 시 | 3.31(.87) | .301(.459) | .06(.23) |
| 5대 광역시 | 3.28(.91) | .211(.408) | .07(.25) |
| 서울시 | 3.33(.89) | .272(.445) | .11(.32) |
| N=2,604 | F=17.8*** | F=33.4*** | F=6.22*** |

주: 1) 통계적 유의도 *p<.05, **p<.01, ***p<.001

2) 주관적 건강상태는 5점 척도(1=매우 건강하지 않다; 2=건강하지 못한 편; 3=보통; 4=건강한편; 5=매우 건강하다)의 범주별 평균임

3) 만성질환 유병율은 2개 이상, 급성질환 유병율은 1개 이상의 유병인구의 범주별 비율임.

자료: 이미숙(2005 : 194) 일부 발췌

한편 이미숙(2005)은 도시와 농어촌 간의 삶의 질의 차이가 주지의 사실로 인식되고 있으나, 건강불평등의 이론적 모델에 기초하여 거주지역이 사회계층과 개인적인 생활양식을 통제하고서도 건강수준의 차이를 만드는 요인으로 작용하는가에 대한 전국 규모의 연구는 없는 실정이기 때문에, 도시와 농어촌의 구분이 건강수준의 차이를 만드는 구조요인이 되는가 라는 논제는 지속적으로 검증될 필요가 있다고 제안하고 있다.

민경진 외(2001)의 연구에서는 노인의 거주상태를 자택/시설/독거로 구분하고 거주상태가 우울정도, IADL, 근골격계 질환이 수반하는 동통정도에 미치는 영향을 분석하였는데, 그 결과는 아래 〈표 2-19〉와 같다. 조사대상 노인의 거주 상태의 세 집단 간 전체적 점수에 대한 우울정도의 점수에 대한 분산분석으로 조사한 결과 독거노인 50.9점, 시설노인 47.7점의 순으로 독거노인의 경우 우울정도가 다른 두 집단보다 높게 나타났으며, 통계적으로도 유의한 차이가 있었다. IADL정도 점수결과는 시설노인이 21.5점으로 자택, 독거노인에 비하여 낮은 점수로 비독립적임으로 나타났으며, 동통정도의 경우 독거노인이 3.0점으로 자택, 독거노인에 비해 높은 점수로 동통의 정도가 심하다고 분석되었다. 이 결과를 통해 독거노인이 자택노인에 비해 건강정도가 낮다는 것을 확인할 수 있었다.

<표 2-19> 조사대상 노인의 거주상태별 건강정도

| 거주상태 | 우울정도 점수 (Mean±S.D.) | IADL정도 점수 (Mean±S.D.) | 동통정도 점수 (Mean±S.D.) |
|------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| 자택노인 | 43.6(±9.6) | 24.4(±2.3) | 2.6(±1.3) |
| 시설노인 | 47.7(±8.5) | 21.5(±3.8) | 2.6(±1.3) |
| 독거노인 | 50.9(±9.2) | 24.1(±3.0) | 3.0(±1.2) |
| | F=39.604 p=0.000 | F=34.779 p=0.000 | F=7.444 p=0.001 |

자료: 민경진 외(2001) 재구성

2) 환경

대기오염과 수질오염이 건강에 나쁜 영향을 미친다는 것은 잘 알려져 있다. 최근 환경과 자연 생태계에 대한 관심이 폭발적으로 증가하고, 과학기술이 발달함에 따라 전에는 몰랐던 환경적 요인들(예컨대 미세먼지 등)의 건강에 대한 영향들이 속속 밝혀지고 있다. 특히, 지구 온난화는 새로운 전염병을 전파하는 등 생태계 뿐만 아니라 인류의 건강에도 위협을 가하고 있다.

환경과 건강의 관계를 보기 위한 지표는 매우 다양한데, 본 선행연구검토에서는 소음, 석면, 실내환경, 도시개발에 따른 대기환경 변화가 건강에 미치는 영향으로 한정하여 간략하게 살펴보고자 한다.

산업과 문명이 발달할수록 그 지역사회의 소음은 날로 더하여져서 직접 또는 간접으로 주민들의 건강에 좋지 못한 영향을 끼치게 되며, 산업장 소음의 경우 여러 작업공정에서 필연적으로 발생하기 때문에 각종 부작용을 낳고 있다. 김정만(2006)은 산업현장을 중심으로 소음과 건강의 관계를 분석하고 있는데, 산업장의 소음은 소음성 난청의 원인이자 재해의 발생이나 작업능률의 저하 등 직접적인 각종 피해를 야기시킨다고 설명한다. 보다 구체적으로는 소음성 난청, 수면 장애, 작업능률 저하, 회화의 방해, 타액과 위액의 분비, 위운동 억제 등 자율신경계의 변화와 혈압상승, 맥박수 증가, 호흡수 억제, 근육긴장도 증가, 뇌내압, 발한 등의 증상 등이 있다고 설명한다.

강동묵(2009), 윤충식(2009)은 석면이 건강에 미치는 영향에 대하여 분석하였는데, 석면은 불연성, 내마모성, 내산성, 내알칼리성, 절연성이 뛰어나지만 아니라 값이 싸기 때문에 슬레이트, 천정재, 벽면재, 보온단열재 등 건축용 자재의 원료

와 브레이크라이닝, 클러치페이싱 등 자동차 부품에도 쓰이며, 석면방직제품은 실이나 테이프 또는 직포의 형태로 기관이나 배관의 보온단열재로 주로 사용되고 있다고 설명한다(강동목, 2009). 석면은 그 유용성에도 불구하고 서구에서는 이미 오래전에 석면폐와 폐암, 중피종 등의 건강유해성이 보고된 바 있고, 우리나라에서도 1993년에 석면방직공장 근로자에게서 악성 중피종이 산업재해로 인정받은 후, 건설업이나 조선업 근로자 등에서 석면관련 질병이 계속해서 보고되고 있다. 석면으로 인한 노출은 주로 흡입에 의한 호흡기 노출이며, 흡연자에게 석면의 노출은 폐암 위험을 상승적으로 증가시킨다(윤충식, 2009). 석면노출과 관련한 건강영향에 입증된 질환들은 1930년대 석면폐증, 1950년대 석면에 의한 폐암, 1960년대 악성 중피종 등이 석면에 의하여 발생한다는 것이 밝혀졌으며, 세계보건기구에 따르면 2004년 현재 매년 적어도 90,000명이 직업적 노출로 인한 폐암, 중피종 및 석면폐증으로 사망하며, 추가로 적어도 수천명이 그 외 다른 종류의 암과 비직업적 노출로 사망한다고 한다(강동목, 2009).

그러나 석면이 위험한 이유는 석면으로 인한 질병은 잠복기가 최소한 10년~40년 되기 때문에 일반인이 바로 노출되더라도 그 증상을 알 수가 없어(윤충식, 2009), 석면에 의한 질병의 수준이 심각한 이후에 발견될 가능성이 높다는데 있다. 또한 가족 구성원이 석면과 관련한 직업을 가질 경우, 직장에서 입던 작업복을 그대로 집으로 입고 오는 가족에 의해 다른 가족들도 석면에 노출될 수 있어서 위험하다(강동목, 2009).

이경희 외(2006)의 연구에서는 사람들이 하루의 90% 이상의 시간을 주택이나 사무실 등 실내공간에서 보내는 것에 주목, 오피스 빌딩 실내 환경이 인체에 미치는 영향에 대해 분석하고 있다.

〈표 2-20〉 건강자각 증상 발생빈도

| 구분 | 증상없음 | 증상있음 | 증상있음 | | | | |
|-----|---------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|
| | | | 1-3일/월 | 1-2일/주 | 3-4일/주 | 항상 | |
| 일반 | 두통 | 59(34.1) | 114(69.5) | 69(39.9) | 29(16.8) | 14(8.1) | 2(1.2) |
| | 피로 | 11(6.4) | 162(93.6) | 51(29.5) | 70(40.5) | 21(12.1) | 20(11.6) |
| | 무기력 | 21(12.2) | 151(87.8) | 85(49.4) | 41(23.8) | 19(11.0) | 6(3.5) |
| | 집중력저하 | 16(9.2) | 157(90.8) | 101(58.4) | 39(22.5) | 12(6.9) | 5(2.9) |
| | 현기증 | 100(52.8) | 73(47.2) | 48(27.7) | 18(10.4) | 6(3.5) | 1(0.6) |
| 인후두 | 코막힘/콧물 | 52(30.1) | 121(69.9) | 61(35.3) | 42(24.4) | 15(8.7) | 3(1.7) |
| | 목건조/통증 | 33(19.4) | 137(79.2) | 90(52.9) | 35(20.6) | 8(4.7) | 4(2.4) |
| 안자극 | 눈건조 | 38(22.1) | 134(77.5) | 48(27.9) | 48(27.9) | 27(15.7) | 11(6.4) |
| | 눈충혈 | 37(21.4) | 136(78.6) | 51(29.5) | 54(31.2) | 21(12.1) | 10(5.8) |
| | 따가움/가려움 | 57(33.1) | 115(66.5) | 52(30.2) | 46(26.7) | 11(6.4) | 6(3.5) |
| 호흡기 | 감기 | 57(32.9) | 116(67.1) | 79(45.7) | 25(14.5) | 10(5.8) | 2(1.2) |
| | 호흡곤란 | 120(69.4) | 53(30.6) | 38(22.0) | 13(7.5) | 1(0.6) | 1(0.6) |
| 피부 | 건조/가려움 | 52(30.1) | 121(69.9) | 65(47.6) | 41(23.7) | 12(6.9) | 3(1.7) |
| | 붉은반점 | 142(82.1) | 31(17.9) | 23(13.3) | 6(3.5) | 2(1.2) | - |

자료: 이경희 외(2006)

일반 주택과 달리, 대부분의 오피스는 에너지의 손실을 최소화하기 위해 창문을 열수 없거나, 개인차이가 고려되지 않고 중앙집중 관리를 통해 실내 환경이 제어되고 있다고 진단한다. 이로 인해 두통, 구토, 현기증, 피로 등을 발생시킬 수 있으며, 대표적인 증상으로 건물증후군이 있다고 설명한다. 오피스 빌딩 실내 환경이 건강에 미치는 영향을 보기 위해 일반증상군, 인후두증상군, 안자극증상군, 호흡기계증상군, 피부증상군의 5개 수준 14개 항목으로 구분하여 분석한 결과, 현기증과 호흡곤란, 붉은 반점 항목을 제외하고 전 항목에서 문제가 있다고 응답한 비율이 65% 이상으로 나타났으며, 피로감, 집중력저하 항목은 90% 이상이 문제가 있다고 응답하였다. 이 중 피로감은 항상 느낀다는 응답이 10% 이상으로 나타났으며, 일반증상군과 안자극은 주 3~4회 느낀다는 응답이 평균 10% 가량 되는 것으로 나타나 인체에 유해한 영향을 미치는 것으로 확인할 수 있다.

김재철 외(2010)의 연구는 도시개발이 대기환경에 미치는 영향에 착목, 대기환경의 변화가 건강에 미치는 영향에 대하여 분석했다. 일단 도시개발 사업은 많은

인구 집중을 유발하여 그에 따른 교통과 에너지 수요 증가 등 대기질을 악화시킬 요인이 많고, 또한 Landsberg의 연구를 인용, 대규모적인 지표면 열수지의 변화와 에너지 사용에 따른 인공열 발생은 도시내부의 기온을 상승시키는 이른바 도시열섬 현상을 초래하게 된다고 설명한다. 이 같은 대기질 악화와 도시열섬현상은 시민의 건강에 직접적으로 위해를 주게 되는데, 특히 고열이나 저온 등 열로 인한 열스트레스가 증가하면, 주어진 스트레스에 효과적으로 반응하기 위해 체온을 조절하는 심장혈관계에 대한 요구가 많아진다고 설명한다. 심한 열스트레스에 오래 노출되면 병에 걸리거나 사망할 수 있는데, 특히 어린아이나 노인, 호흡기나 심장 질환을 가진 사람은 쉽게 영향을 받을 수 있다고 하여 도시개발과 열섬현상, 그리고 열스트레스의 관계를 설명하고 있다.

제 3 장

저소득 취약계층 건강 실태 분석

- 제 1 절 분석 설계
- 제 2 절 물질적 측면과 저소득층 건강실태
- 제 3 절 인구사회적 측면과 저소득층 건강실태
- 제 4 절 건강행태적 측면과 저소득층 건강실태

제3장

저소득 취약계층 건강실태 분석

제1절 분석 설계

1. 조작적 정의

저소득 취약계층의 건강 실태를 분석하기 위해서 먼저 정해야할 내용은 저소득층의 기준이다. 저소득층을 어떤 소득 수준으로 정하느냐는 연구자에 따라 다양하다. 김선빈(2008)은 저소득층을 ‘하위 20% 소득계층’이라고 정의하고 기초생활보장수급자, 2층 및 잠재적 복지수요계층 등이 포함된다고 주장한다. 즉, 기초생활보장수급자는 소득인정액이 최저생계비를 하회하는 계층이며, 차상위계층은 경상소득이 최저생계비의 120%미만인 계층, 잠재적 복지수요계층은 차상위계층보다는 소득이 높으나(최저생계비의 120%~130%), 가계수지가 적자상태여서 복지혜택이 필요한 계층이고, 기타 차차상위계층은 경상소득이 최저생계비의 130%이상인 일부 계층 등이 있다는 것이다.

본 연구는 상기 구분을 참조하여 저소득층은 소득만을 기준으로 최저생계비 150%까지로 하며, 빈곤수준별 건강양상을 구체적으로 분석하기 위해 최저생계비 이하계층(1층), 최저생계비 초과~최저생계비 120% 계층(2층), 최저생계비 120% 초과~150%이하 계층(3층) 등으로 세분한다. 저소득층 중 최저생계비 이하계층을 제외한 나머지 두 계층은 현재 수급자가 아니라도 언제든지 수급자가 될 수 있는 ‘잠재적인 빈곤층’이므로 이들이 절대빈곤층으로 추락하지 않도록 예방적 차원에서 건강 보호 방안을 마련하는 것은 매우 중요하다. 또한 저소득층의 건강양태를 비교하기 위해 최저생계비 150% 초과 계층을 ‘그외 계층’으로 구분하여 기술한다.

〈표 3-1〉 저소득층 구분

| 구분 | 기준 |
|----|-------------------------------|
| 1층 | 최저생계비 이하 |
| 2층 | 최저생계비 초과 ~ 최저생계비×120% 이하 |
| 3층 | 최저생계비×120% 초과 ~ 최저생계비×150% 이하 |

저소득층의 기준이 되는 최저생계비는 분석자료로 활용할 ‘국민건강영양조사’ 제4기 1차년도 시점인 2007년을 기준으로 한다.

〈표 3-2〉 2007년도 최저생계비

(단위 : 원)

| 구분 | 1인가구 | 2인가구 | 3인가구 | 4인가구 | 5인가구 | 6인가구 |
|------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| 월(月) | 435,921 | 734,412 | 972,866 | 1,205,535 | 1,405,412 | 1,609,630 |
| 연(年) | 5,231,052 | 8,812,944 | 11,674,392 | 14,466,420 | 16,864,944 | 19,315,560 |

자료 : 보건복지부 (<http://www.mw.go.kr/>)

분석 자료로 활용할 국민건강영양조사에서 가구당 소득은 각 가구원의 소득을 합쳐서 나온 것이 아니라 가구원 중 대표 한 사람에게 해당가구의 전체 소득을 질문하였다.¹⁶⁾ 만일 소득에 대해 자세하게 생각나지 않으면 총소득의 범주값을 주고 대략적인 가구의 총소득을 선택하도록 하였다. 이때 ‘소득’항목에 대해서 ‘선택형’으로 응답을 하는 경우 응답결과를 총 26개의 범주로 구분하고 각 범주별 할당 월소득(표 3-3 참조)을 부여하여 소득 자료를 입력하였다. 이렇게 입력된 소득을 기준으로 각 가구의 저소득층 여부를 판단할 것이다. 저소득층 여부를 판단할 때 응답자가 월별 소득이 아닌 연(年)소득으로 응답한 경우 최저생계비의 월별 소득을 연(年)소득으로 환산한 값(표 3-2 참조)을 적용할 것이다.

16) 가구소득에 대한 질문은 “임금, 부동산소득, 연금, 이자, 정부보조금, 친척이나 자녀들의 용돈 등 모든 수입을 합쳐 최근 1년 동안 가구의 총 소득은 대략 얼마입니까? 만일 연간소득을 대답하기 어려운 경우 월평균 액수를 말씀해주세요”이다.

<표 3-3> 선택형 소득 응답에 대한 각 범주별 할당 월소득

(단위 : 만원)

| 범주 | 소득금액(월단위) | 할당 월소득 | 등급간격차 |
|----|-----------|--------|-------|
| 1 | 없음 | 0 | - |
| 2 | 20미만 | 10 | 10 |
| 3 | 20~40미만 | 30 | 20 |
| 4 | 40~80미만 | 60 | 30 |
| 5 | 80~120미만 | 100 | 40 |
| 6 | 120~160미만 | 140 | 40 |
| 7 | 160~200미만 | 180 | 40 |
| 8 | 200~240미만 | 220 | 40 |
| 9 | 240~280미만 | 260 | 40 |
| 10 | 280~320미만 | 300 | 40 |
| 11 | 320~360미만 | 340 | 40 |
| 12 | 360~400미만 | 380 | 40 |
| 13 | 400~440미만 | 420 | 40 |
| 14 | 440~480미만 | 460 | 40 |
| 15 | 480~520미만 | 500 | 40 |
| 16 | 520~560미만 | 540 | 40 |
| 17 | 560~600미만 | 580 | 40 |
| 18 | 600~640미만 | 620 | 40 |
| 19 | 640~680미만 | 660 | 40 |
| 20 | 680~720미만 | 700 | 40 |
| 21 | 720~760미만 | 740 | 40 |
| 22 | 760~800미만 | 780 | 40 |
| 23 | 800~840미만 | 820 | 40 |
| 24 | 840~880미만 | 860 | 40 |
| 25 | 880~920미만 | 900 | 40 |
| 26 | 920이상 | 940 | 40 |

다음으로, 건강에 대한 개념정의이다. 건강이란 단지 질병이 없거나 허약하지 않은 것만을 의미하는 것이 아니라 완전한 신체적, 정신적, 사회적 안녕의 상태를 말한다. 이러한 개념정의는 추상적이므로 분석을 위해서는 객관적이고 수량화할 수 있는 정의로 바꾸어야 한다. 그러나 건강은 주관적이고 상대적인 측면이 있기 때문에 조작화하기는 어려운 측면이 있다. 본 연구에서 활용하고자 하는 ‘국민건강 영양조사’는 건강상태를 5가지 차원으로 구분한 EQ-5D도구를 2005년부터 도입하여 시행하고 있다. EQ-5D는 건강관련 삶의 질 5가지 차원의 기술체계를 종합한 지표이다. EQ-5D는 운동능력(Mobility), 자기관리(Self-care), 일상 활동(Usual activity), 통증/불편감(Pain/Disability), 그리고 불안과 우울(Anxiety

and Depression) 같은 5개 항목에 대한 현 상태를 3개 수준 중 하나로 응답하게 되어있는 비교적 간단한 형태의 설문도구로서 보통 자기기입식 설문조사방식이 주로 권장되고 있다. EQ-5D는 너무 단순하고, 다양한 건강상태에 민감하지 못하다는 비판을 받고 있으나, 많은 연구에서 실용성·신뢰도·타당도 측면에서 좋은 연구 도구로 인정받고 있어 본 연구도 이 측정도구를 통해 건강상태를 '1'에 가까울수록 건강한 것으로 판단할 것이다. 이때 EQ-5D 지표는 건강상태에 건강상태 질가중치(질병관리본부 삶의 질 조사도구)를 반영한 값이다. 또한, 분석내용에 따라 주관적인 건강상태를 묻는 “평소에 000님의 건강은 어떻다고 생각하십니까?”라는 문항을 보완·활용할 것이다. 개개인이 자각하고 있는 건강상태는 단일 문항의 척도임에도 불구하고 신체·정신·사회적 건강을 복합적으로 반영하며, 의사들이 평가하는 객관적 건강척도와 상관이 매우 높고 신뢰성이 높은 것으로 보고되고 있기 때문이다(한경혜 외, 2003).

마지막으로, 분석단위는 개인이다. 건강은 개별적 사안이므로 개인을 분석단위로 하여야 한다. 다만, 소득 수준별 건강실태를 분석해야 하므로 가구단위로 소득을 산출하여 저소득층 여부를 판단하고, 저소득층 가구자료를 별도로 분리하여 저소득층에 속한 개인별 건강실태를 분석할 것이다.

2. 분석 자료

경기도 저소득 취약계층의 건강실태를 분석하기 위해 활용할 자료는 ‘제4기 1차년도(2007년) 국민건강영양조사’이다. 동 자료는 국민건강증진법 제16조에 의거하여 “국민의 건강상태·식품섭취·식생활조사등 국민의 영양”에 관하여 정기적으로 실시되는 조사로서, 1969년 이래 1995년까지 매년 실시되어오던 ‘국민영양조사’와 1962년에 시작되어 1983년, 1989년, 1992년 1995년 조사된 ‘국민건강 및 보건의식행태조사’를 1995년에 통합한 것이다. 조사 통합이후 1998년도에 제1기 조사가 이루어졌으며 3년 주기로 국민의 전반적인 건강과 영양 상태 및 그 추이에 대한 대표성과 신뢰성 있는 통계 산출을 위해 전국 조사로 진행되고 있으며, 산출된 결과는 국민건강증진을 위한 목표설정 및 평가, 효과적인 건강증진 사업 프로그램 개발에 필요한 기초 자료로 활용되고, OECD 회원국으로서 국제

비교가 가능한 통계치를 제공하는 데에도 활용하고 있다. 이러한 국민건강영양조사는 전 국민의 건강과 영양 상태와 그에 영향을 미치는 의식 및 행태에 관한 광범위한 통계 산출을 목표로 하며 우리나라의 보건관련 조사 중 가장 규모가 큰 조사이다.¹⁷⁾

‘국민건강영양조사’ 제4기 1차년도(2007년) 자료는 총 100개의 조사구에 대해서 각각 20~23개의 가구를 층화확률비례추출법에 의해 추출하여 조사표본을 구성한다. 조사에 응답한 응답자를 인식(identification)하기 위한 변수로는 ‘개인아이디’가 있는데, 이는 ‘조사구번호’, ‘주거번호’, ‘가구번호’, ‘가구원번호’의 병렬 결합으로 이루어져 있으므로, ‘개인아이디’를 이용하여 동일 가구여부를 판단할 수 있다. 전체 표본가구의 크기는 1,739 가구이며 조사에 응답한 개인 단위의 개별관측치의 크기는 총 4,594개이다. 그러나 본 연구의 주된 목적이 ‘소득수준’에 따른 분석이며, 소득수준을 구분하기 위한 기준으로는 ‘가구원수별 최저생계비’이므로 부득이하게 ‘소득’ 변수와 ‘가구원수’ 변수에 대해 결측이 존재하는 관측치를 제거한 총 1,603가구 4,295명에 대해서 분석하였다.

〈표 3-4〉 분석에 사용된 전체 자료의 수

| 가구원수 | 가구 기준 | | 가구원수 기준 | |
|-------|----------|--------|---------|--------|
| | 관측치수(가구) | 비율 | 관측치수(명) | 비율 |
| 1인 가구 | 181 | 11.3% | 181 | 4.2% |
| 2인 가구 | 397 | 24.8% | 717 | 16.7% |
| 3인 가구 | 345 | 21.5% | 841 | 19.6% |
| 4인 가구 | 454 | 28.3% | 1547 | 36.0% |
| 5인 가구 | 159 | 9.9% | 667 | 15.5% |
| 6인 가구 | 44 | 2.7% | 213 | 5.0% |
| 7인 가구 | 22 | 1.4% | 122 | 2.8% |
| 8인 가구 | 1 | 0.1% | 7 | 0.2% |
| 합 계 | 1,603 | 100.0% | 4,295 | 100.0% |

국민건강영양조사 자료는 도민의 건강상태를 다양한 차원에서 파악할 수 있고, 소득수준을 통해 저소득층 여부를 구분할 수 있는 유일한 것이라는 점에서 본 연구

17) 국민건강영양조사 사이트 참고 (<http://knhanes.cdc.go.kr/>)

의 실태분석 자료로 활용하였다. 다만, 경기도 자료는 853개에 불과하여 시·군별 분석은 못하고, 전국과 비교를 통하여 경기도 저소득층의 건강양태를 기술한다. 또한 상기 자료는 방대한 질문문항으로 인해 원시자료의 크기가 대단히 크다. 따라서 본 연구 목적인 저소득층 건강실태를 분석하기 위한가구별 소득을 산출하고 건강에 영향을 미치는 변수들만 추출하여 분석한다.

3. 분석 변수 및 내용

‘국민건강영양조사’는 ‘가구조사’, ‘건강설문조사’, ‘검진조사’, ‘영양조사’ 등의 4개 조사로 구성되어 있으며, 본 연구에서 살펴보고자 하는 건강과 관련된 내용은 대부분 ‘건강설문조사’에 포함되며, 일부 항목은 ‘검진조사’ 및 ‘영양조사’에 포함되어 있다. 따라서 본 연구는 관련 조사 항목을 결합하여 별도 자료를 구축하여 분석하였다.¹⁸⁾

<그림 3-1> 국민건강영양조사 내용(2007)



18) ‘국민건강영양조사’를 구성하는 ‘4대조사’는 각각 전국 분포를 추정할 수 있는 가중치변수가 따로 제공되고 있으며, ‘가구조사’항목과 타 조사 항목을 결합하여 분석하고자 하는 경우 각각의 경우에 맞는 ‘연관성가중치’ 변수를 사용해야 함에 유의해야 한다.

본 연구는 선행연구 검토를 통해 저소득층의 건강에 영향을 주는 요인으로 소득수준 등 물질적 수준, 성·연령 등 인구사회적 요인, 흡연·음주 등 건강행태요인, 그리고 주거환경 등 물리적 요인 등이 있음을 앞 장에서 기술하였다. 선행연구를 따라 본 연구도 상기 네 가지 요인 중 분석자료가 불충분한 물리적 요인을 제외한 세 가지 요인을 중심으로 저소득층의 건강양태를 분석할 것이며, 이에 필요한 국민건강영양조사의 변수는 다음과 같이 정리할 수 있다.

〈표 3-5〉 분석에 활용될 변수 목록

| 구 분 | | 변 수 설 명 |
|-----------|-------------------------|---|
| 물질적 측면 | 직업 | ○ 종사상 지위, 고용형태, 직업분류 |
| | 소득 | ○ 가구의 연소득 |
| | 가구구성형태 | ○ 세대구성, 한부모가정, 조손가정 |
| 인구사회적 측면 | 성별 | ○ 여성과 남성 |
| | 연령 | ○ 10세 단위 연령으로 재구성 |
| | 학력 | ○ 최종 학력 |
| 건강 행태적 측면 | 흡연 | ○ 하루 흡연량/흡연 일 수, 과거 흡연자의 흡연기간, 금연계획여부, 금연시도여부, 금연시도이유, 금연방법 |
| | 음주 | ○ 음주 빈도, 한번 섭취 시 음주 량 |
| | 운동 | ○ 격렬한 신체활동 일 수 및 시간, 중등도 신체활동 일 수 및 시간, 걷기 일 수 |
| | 영양 | ○ 식품 안정성 확보, 식생활지침 인지 및 실천여부 |
| | 비만 | ○ 본인인지체형, 최근 1년간 몸무게 조절 여부 |
| | 정신건강 | ○ 주관적 스트레스 수준, 우울감 경험 여부, 상담 여부 |
| | 건강검진 | ○ 인플루엔자 접종여부, 건강검진 수진여부/종류, 암검진 수진여부/종류 |
| 건강상태 | ○ 주관적 건강상태, EQ-5D index | |

제2절 물질적 측면과 저소득층 건강 실태

경제적 능력을 포함해 보건의료서비스 이용에 장애를 갖는 등의 이유로 건강할 권리가 침해되기 쉬운 취약계층이 존재한다. 이러한 건강 취약계층의 대표적 집단으로 저소득층과 노인층, 여성, 아동 등을 꼽을 수 있다. 본 절에서는 이러한 건강 취약계층의 건강실태를 연령이나 성 등을 기준으로 건강 행태 측면에 초점을 맞추어 분석한다. 또한 전국을 기준으로 분석하고 경기도 분석결과를 비교하여 설명한다. 이는 앞서 언급한 바와 같이 경기도의 사례가 많지 않기 때문이다. 전국 및 경기도의 분석대상자의 인구사회적 특성은 다음과 같다.

<표 3-6> 분석대상자의 인구사회적 특성(전국 및 경기도)

(단위 : 명, %)

| 구분 | | 전국 | 경기도 |
|----|---------|--------------|------------|
| 성별 | 합계 | 4,295(100.0) | 853(100.0) |
| | 남자 | 1981(46.1) | 390(45.7) |
| | 여자 | 2314(53.9) | 463(53.9) |
| 연령 | 합계 | 4,295(100.0) | 853(100.0) |
| | 0세~9세 | 638(14.9) | 167(19.6) |
| | 10세~19세 | 573(13.3) | 125(14.7) |
| | 20세~29세 | 348(8.1) | 50(5.9) |
| | 30세~39세 | 700(16.3) | 179(21.0) |
| | 40세~49세 | 595(13.9) | 120(14.1) |
| | 50세~59세 | 515(12.0) | 75(8.8) |
| | 60세~69세 | 503(11.7) | 71(8.3) |
| | 70세~79세 | 347(8.1) | 53(6.2) |
| | 80세이상 | 76(1.8) | 13(1.5) |
| | 평균나이 | 38.0세 | 34.0세 |
| 학력 | 합계 | 3,165(100.0) | 584(100.0) |
| | 서당/한학 | 3(1.2) | 1(0.2) |
| | 무학 | 211(6.7) | 30(5.1) |
| | 초등학교 | 598(19.1) | 101(17.3) |
| | 중학교 | 490(15.6) | 85(14.6) |
| | 고등학교 | 943(30.1) | 190(32.5) |
| | 2/3년제대학 | 308(9.8) | 58(9.9) |
| | 4년제 대학 | 505(16.1) | 105(18.0) |
| | 대학원 | 73(2.3) | 14(2.4) |

1. 소득수준별 건강상태

1) 저소득층 규모

국민건강영양조사 자료를 분석한 결과 저소득층의 규모는 <표 3-7>과 같다. 1층의 경우, 전국은 28.6%, 경기도는 20.5%로 나타났다. 본 분석은 소득만을 기준으로 했기에 최저생계비 이하이면서 재산이 일정기준 이하 계층인 기초생활보장수급자 비율과 비교하면 훨씬 더 높다. 기초생활보장수급자 비율을 구체적으로 살펴보면, 전국의 경우 2007년 수급가구 비율이 5.2%(852,420가구/16,417,423가구)이고, 경기도는 3.4%(120,653가구/3,550,049가구)에 불과하다. 가구원수를 기준으로 비교하면 1층에 속한 전국 가구원 수는 2007년 전국 인구 대비 22.6%인 11,134,778명이고, 경기도는 경기도 인구 대비 15.5%인 1,721,463명이다. 2007년 현재 기초생활수급자 수는 전국의 경우 1,549,848명(3.15%)이고, 경기도의 경우 207,821명(1.87%)으로 큰 차이를 보여주고 있다. 강명순 한나라당 의원이 발표한 기초생활수급자를 선정하는 기준선인 최저생계비 이하인 인구가 6,173,676명으로 전체인구 대비 12.5%에 달한다는 결과와 비교하더라도 약 2배 정도 많은 숫자이다. 이는 앞서 언급한 바와 같이 국민건강영양조사에는 재산에 대한 정보가 없어서 저소득 여부를 전적으로 소득만을 기준으로 하였기 때문이다.

<표 3-7> 전국 및 경기도 저소득층 규모

(단위 : 가구, 명, %)

| 구분 | 1층 | 2층 | 3층 | 그 외 계층 | 합계 |
|-----|-----------|----------|----------|-------------|--------------|
| 전국 | 459(28.6) | 103(6.4) | 145(9.0) | 896(55.9) | 1,603(100.0) |
| | 972(22.6) | 269(6.3) | 397(9.2) | 2,657(61.9) | 4,295(100.0) |
| 경기도 | 61(20.5) | 20(6.7) | 23(7.7) | 194(65.1) | 298(100.0) |
| | 131(15.4) | 59(6.9) | 74(8.7) | 589(69.1) | 853(100.0) |

2) 소득수준에 따른 건강 상태

모든 사람이 동일한 건강상태를 가지지 못하는 중요한 요인 중 하나는 저소득이나 물질적 환경에의 차이 때문이라는 것은 의심의 여지가 없다. 가구의 소득 수준이 가구 구성원의 낮은 건강상태에 영향을 미친다는 것이다. 건강상태는 앞 절에서

언급한 바와 같이 주관적 건강상태(매우 나쁨, 나쁨, 보통, 좋음, 매우 좋음)와 건강 관련 삶의 질 수준(EQ-5D index)으로 구분하여 분석한다.

국민건강영양조사의 주관적 건강상태를 소득수준별로 분석한 결과, 다음 표에서 보는 바와 같이 소득수준이 낮은 계층일수록 주관적인 건강상태가 나쁘다고 응답하였다. 특히, 경기도의 경우 “건강이 매우 나쁘다”고 응답한 사람(19명) 중 89.5%가 저소득층이며, 대부분 1층(68.4%)에 속한 사람들이다. 또한 전국과 경기도를 비교하면 “건강이 매우 나쁘다”고 응답한 비율이 전국에 비해 약 1.7배 더 높게 나타났다. 이는 소득이 낮은 계층일수록 주관적 건강상태에 대해 더 나쁘게 인식하고 있음을 보여주는 결과이며, 이미숙(2005)의 소득수준과 주관적 건강상태를 비교한 연구와 동일한 결과를 보여주고 있다. 그러나 전체적으로 전국과 경기도를 비교해보면 전국에 비해 경기도의 주관적 건강상태가 “좋다”고 응답한 비율이 더 높다. 이는 경기도는 전체적으로 전국에 비해 건강상태가 양호하지만 소득수준이 낮은 계층의 건강상태는 전국에 비해 낮은 것으로 해석할 수 있다.

〈표 3-8〉 주관적 건강상태

(단위: 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|-------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 매우 나쁨 | 58 (6.6) | 13 (11.1) | 11 (4.3) | 3 (5.3) | 11 (3.0) | 1 (1.5) | 26 (1.1) | 2 (0.4) | 106 (2.7) | 19 (2.4) |
| 나쁨 | 205 (23.4) | 21 (17.9) | 34 (13.2) | 3 (5.3) | 64 (17.4) | 7 (10.6) | 251 (10.3) | 65 (11.9) | 554 (14.1) | 96 (12.2) |
| 보통 | 364 (41.5) | 43 (36.8) | 110 (42.8) | 21 (36.8) | 164 (44.8) | 28 (47.4) | 1,105 (45.4) | 236 (43.1) | 1,743 (44.3) | 328 (41.7) |
| 좋음 | 216 (24.6) | 37 (31.6) | 85 (33.1) | 27 (47.4) | 108 (29.4) | 25 (37.9) | 867 (35.7) | 212 (38.8) | 1,276 (32.5) | 301 (38.2) |
| 매우 좋음 | 34 (3.9) | 3 (2.6) | 17 (6.6) | 3 (5.3) | 20 (5.4) | 5 (7.6) | 181 (7.4) | 32 (5.9) | 252 (6.4) | 43 (5.5) |
| 합계 | 879 (100.0) | 117 (100.0) | 257 (100.0) | 57 (100.0) | 368 (100.0) | 66 (100.0) | 2,433 (100.0) | 547 (100.0) | 3,937 (100.0) | 787 (100.0) |

1층만을 대상으로 전국 및 경기도의 주관적 건강상태 결과를 살펴보면, “좋다” 혹은 “매우 좋다”고 응답한 경기도의 비율이 “나쁘다” 혹은 “매우 나쁘다”고 응답한 비율과 비슷한 수준으로 나타나 자신의 건강상태에 대해 양극단으로 나누어지고 있음을 알 수 있다. 다른 소득계층의 경우 대부분 “보통이다” 혹은 “좋다” 이상의

응답에 집중되어 있는 것과 대조적인 결과이다.

주관적 건강상태 외에 저소득층의 건강상태를 살펴보기 위해 건강관련 삶의 질 지표(EQ-5D)를 소득과 교차분석하였다. 다음 표에서 보는 바와 같이 소득이 낮을수록 EQ-5D 지표도 낮아지는 것을 알 수 있다. 즉, 소득이 낮을수록 건강관련 삶의 질이 떨어지는 것으로 나타났다.

전국과 경기도를 비교하면, 1층을 제외한 모든 계층에 속한 경기도민의 건강관련 삶의 질 수준이 전국에 비해 높은 것으로 나타났다. 그러나 1층의 경우 전국에 비해 낮고, 표준편차도 큰 것으로 나타났다. 이는 앞의 주관적 건강상태에서 나타난 결과와 같이 건강상태에 대해 문제가 있다고 인식하고 있는 사람들의 분포가 넓게 퍼져있음을 추정해 볼 수 있다.

전국과 경기도의 평균값을 기준으로 각 소득 계층을 비교해보면, 경기도의 경우 전국에 비해 1층과의 값이 더 큰 차이를 보이고 있다. 이러한 결과는 경기도 1계층이 전국에 비해 건강상태가 더 나쁘고 그에 따른 삶의 질도 떨어지는 것을 의미하는 것이다. 향후 건강수준 제고를 위한 정책 추진 시 정책의 주요 대상은 1층이 되어야 하며, 이를 통해 건강불평등의 문제는 완화될 수 있을 것이다.

〈표 3-9〉 소득계층별 EQ-5D index

(단위: 명)

| 소득수준 | 전국 | | | 경기 | | |
|-------|-------|--------|---------|-----|--------|---------|
| | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 732 | 0.8424 | 0.18566 | 95 | 0.8206 | 0.21502 |
| 2층 | 189 | 0.8950 | 0.13283 | 35 | 0.9123 | 0.11793 |
| 3층 | 255 | 0.9075 | 0.12639 | 42 | 0.9217 | 0.13017 |
| 그외 계층 | 1,642 | 0.9441 | 0.10158 | 345 | 0.9461 | 0.0947 |
| 합계 | 2,818 | 0.9111 | 0.13948 | 517 | 0.9187 | 0.13763 |

3) 소득수준별 건강보험 가입 종류 및 민간보험 가입률

앞서 살펴본 바와 같이 소득수준이 낮은 계층일수록 건강상태가 좋지 않다. 따라서 이들 계층에게 질병 치료를 위한 건강보험은 건강보호를 위한 매우 중요한 수단이 된다. 소득계층별로 가입한 건강보험종류를 분석해 보았다. 다음 표에서

보는 바와 같이 저소득층 특히 1층의 경우 의료급여1종과 2종에 집중되어 있다. 또한 사례수가 적어 일반화하기는 어려우나 미가입자 중 53.8%가 1층에 속한 사람들이다. 그 외 계층은 직장가입자 보험에 가입한 비율이 전국 71.1%, 경기도 80.1%로 상대적으로 매우 높다.

〈표 3-10〉 건강보험 가입 종류별 소득 분포(전국 및 경기도)

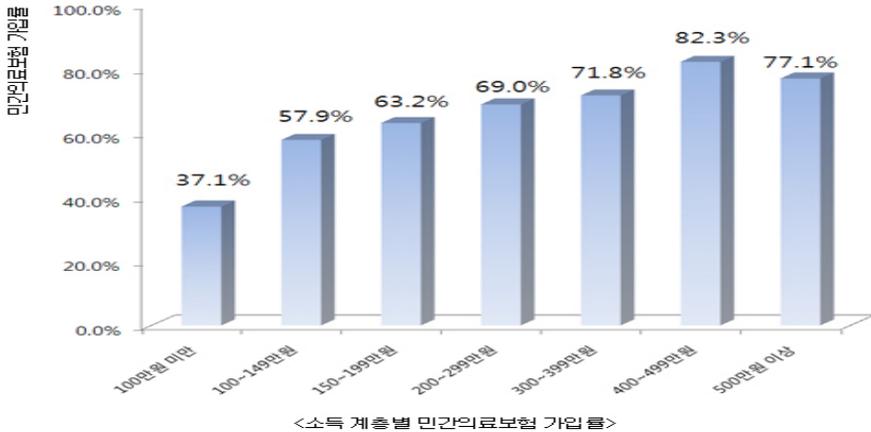
(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|---------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|-----------------|---------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 지역 의료보험 | 340 (24.6) | 48 (17.5) | 120 (8.7) | 32 (11.7) | 167 (12.1) | 34 (12.4) | 752 (54.5) | 160 (58.4) | 1,379 (100.0) | 274 (100.0) |
| 직장 가입자 | 379 (16.2) | 45 (9.4) | 114 (4.9) | 21 (4.4) | 183 (7.8) | 29 (6.1) | 1,665 (71.1) | 383 (80.1) | 2,341 (100.0) | 478 (100.0) |
| 의료급여 1종 | 72 (91.1) | 19 (95.0) | 2 (2.5) | 1 (5.0) | 4 (5.1) | 0 (0.0) | 1 (1.3) | 0 (0.0) | 79 (100.0) | 20 (100.0) |
| 의료급여 2종 | 69 (71.1) | 1 (50.0) | 17 (17.5) | 1 (50.0) | 9 (9.3) | 0 (0.0) | 2 (2.1) | 0 (0.0) | 97 (100.0) | 2 (100.0) |
| 미가입 | 7 (53.8) | 1 (50.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 6 (46.2) | 1 (50.0) | 13 (100.0) | 2 (100.0) |
| 모름 | 17 (37.8) | 3 (17.6) | 4 (8.9) | 2 (11.8) | 6 (13.3) | 4 (23.5) | 18 (40.0) | 8 (47.5) | 45 (100.0) | 17 (100.0) |
| 합계 | 884 (22.4) | 117 (14.8) | 257 (6.5) | 57 (7.1) | 369 (9.3) | 67 (8.4) | 2,444 (61.8) | 552 (69.6) | 3,954 (100.0) | 793 (100.0) |

상기와 같은 결과는 저소득층의 건강보호를 위해서는 의료급여사업의 확대 및 내실화가 필요함을 보여주는 것으로 향후 정책 제언 시 이에 대한 대안 고민이 있어야 할 것이다.

건강보험 외에 질 높은 건강보호를 받기 위해서 민간의료보험에 가입하는 경우가 많다. ‘건강보험료하나로시민회의’의 2008년 조사에 따르면, 우리나라 성인의 63%가 민간의료보험에 가입하였고, 1인당 월평균 12만원을 민간의료보험의 보험료로 납부하고 있다고 한다. 이 조사에 따르면 다음 그림에서 보는 바와 같이 소득 계층별로 민간의료보험 가입률에 차이가 있고, 소득수준이 높을수록 민간의료보험 가입률도 높아진다고 하였다.

<그림 3-2> 소득계층별 민간의료보험가입률



출처 : 건강보험료하나로 시민회의(<http://www.healthhanaro.net>)

본 연구도 이러한 결과를 토대로 소득계층별 민간의료보험 가입여부를 분석하였다. 다음 표에서 보는 바와 같이 전국 및 경기도 모두 소득수준이 높아질수록 민간의료보험 가입 비율도 높아졌다. 특히, 경기도의 가입비율은 전국에 비해 소득 계층이 올라갈수록 더 높아졌다. 그 외 계층의 민간의료보험 가입비율과 1층의 민간의료보험가입비율을 비교해보면 전국의 경우 2.3배, 경기도의 경우 2.4배 그 외 계층의 민간의료보험가입비율이 더 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 개인의 경제적 능력(소득수준)에 따라 유병 시 보장받을 수 있는 안전망에 차이가 있는 즉, 건강불평등이 존재함을 의미하는 것이다.

<표 3-11> 소득계층별 민간의료보험가입여부

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|-----|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 예 | 302 (34,2) | 41 (35,0) | 143 (55,6) | 37 (64,9) | 225 (61,0) | 49 (73,1) | 1,951 (79,8) | 463 (83,9) | 2,621 (66,3) | 590 (74,4) |
| 아니오 | 538 (60,9) | 68 (58,1) | 104 (40,5) | 18 (31,6) | 140 (37,9) | 18 (26,9) | 453 (18,5) | 76 (13,8) | 1,235 (31,2) | 180 (22,7) |
| 모름 | 44 (5,0) | 8 (6,8) | 10 (3,9) | 2 (3,5) | 4 (1,1) | 0 (0,0) | 40 (1,6) | 13 (2,4) | 98 (2,5) | 23 (2,9) |
| 합계 | 884 (100,0) | 117 (100,0) | 257 (100,0) | 57 (100,0) | 369 (100,0) | 67 (100,0) | 2,444 (100,0) | 552 (100,0) | 3,954 (100,0) | 793 (100,0) |

2. 직업에 따른 건강상태

직업은 소득 수준과 같은 물질적 요인의 대표적 지표이다. 영국에서는 사회계층을 직종과 지위에 따라 6개 계층으로 나누고, 각 계층별 건강수준의 격차를 분석한 결과 사회계층간 건강수준의 격차가 상당 수준 존재하고 있음이 여러 연구에서 지적되었다.

1) 종사상 지위

직업에서 고용상 지위는 소득과 연관성이 높으며, 교육수준이나 직업종류보다 건강수준을 더욱 잘 예측한다는 연구도 있다(Stronks et al., 1997; 김혜련 외, 2004 재인용).

다음 표에서 보는 바와 같이 소득수준이 가장 낮은 종사상 지위는 무급가족종사자이며, 그 다음은 자영업자와 고용주이다. 무급가족종사자의 경우 소득이 없다는 점에서 저소득층에 많이 분포되어 있는 것이 당연하다. 그런데, 임금근로자에 비해 자영업자 및 고용주가 소득수준이 낮은 1계층에 더 많이 분포되어 있는 것으로 나타났다. 한국노동연구원의 자료¹⁹⁾에 따르면, 각 지위별 임금은 자영업자 중 창업자의 경우 164만원, 가업승계는 155만원, 임금근로자는 261만원 등으로 임금근로자의 임금이 더 높은 것으로 나타났다. 이러한 자료를 통해 소득수준이 낮은 계층에 자영업자 및 고용주가 더 많이 분포되어 있는 이유를 알 수 있다.

<표 3-12> 종사상 지위별 소득 분포(전국 및 경기도)

(단위: 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|--------------|---------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|---------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 임금근로자 | 159 (17.6) | 20 (11.4) | 52 (5.7) | 13 (7.4) | 67 (7.4) | 9 (5.1) | 627 (69.3) | 133 (76.0) | 905 (100.0) | 175 (100.0) |
| 자영업자와 고용주 | 127 (23.3) | 10 (12.0) | 43 (7.9) | 2 (2.4) | 51 (9.3) | 8 (9.6) | 325 (64.5) | 63 (75.9) | 546 (100.0) | 88 (100.0) |
| 무급가족 종사자 | 19 (33.9) | 4 (44.4) | 6 (10.7) | 0 (0.0) | 9 (16.1) | 1 (11.1) | 22 (39.3) | 4 (44.4) | 56 (100.0) | 9 (100.0) |
| 합계 | 305 (20.2) | 34 (12.7) | 101 (6.7) | 15 (5.6) | 127 (8.4) | 18 (6.7) | 974 (64.6) | 200 (74.9) | 1,507 (100.0) | 267 (100.0) |

19) 한국노동연구원(2007). “자영업부문에 관한 한·일 비교 연구”, 『노동정책연구』, 제7권 4호

그렇다면, 소득수준별 종사상 지위가 다르게 분포되어 있는데, 종사상 지위별 건강상태는 어떠한가? 먼저, 주관적 건강상태이다. 다음 표에서 보는 바와 같이 임금근로자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 비율(35.6%)이 가장 높고, 무급가족 종사자의 응답율(33.9%)이 가장 낮다.

경기도의 경우 임금 근로자의 주관적 건강상태가 ‘좋다’고 응답한 비율이 39.4%로 전국(35.4%)에 비해 더 높고, 무급종사자의 건강상태가 ‘나쁘다’는 비율이 44.4%나 되어 전국의 25.0%에 비해 매우 높게 나타났다. 이같이 경기도의 무급가족종사의 주관적 건강상태가 특히 더 나쁜 이유가 무엇인지 면밀한 검토가 필요하다.

〈표 3-13〉 종사상 직위별 주관적 건강상태

(단위: 명, %)

| 지역 | 구분 | 주관적 건강상태 | | | | | 합계 |
|-----|-----------|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|------------------|
| | | 매우 좋음 | 좋음 | 보통 | 나쁨 | 매우 나쁨 | |
| 전국 | 임금 근로자 | 46 (5.1) | 274 (30.3) | 482 (53.4) | 95 (10.5) | 6 (0.7) | 903 (100.0) |
| | 자영업자와 고용주 | 23 (4.2) | 159 (29.1) | 255 (46.7) | 97 (17.8) | 12 (2.2) | 546 (100.0) |
| | 무급가족 종사자 | 1 (1.8) | 18 (32.1) | 23 (41.1) | 10 (17.9) | 4 (7.1) | 56 (100.0) |
| | 합계 | 70 (4.7) | 451 (30.0) | 760 (50.5) | 202 (13.4) | 22 (1.5) | 1,505 (100.0) |
| 경기도 | 임금 근로자 | 7 (4.0) | 62 (35.4) | 87 (49.7) | 18 (10.3) | 1 (0.6) | 175 (100.0) |
| | 자영업자와 고용주 | 6 (7.2) | 22 (26.5) | 43 (51.8) | 12 (14.5) | 0 (0.0) | 83 (100.0) |
| | 무급가족 종사자 | 0 (0.0) | 2 (22.2) | 3 (33.3) | 2 (22.2) | 2 (22.2) | 9 (100.0) |
| | 합계 | 13 (4.9) | 86 (32.2) | 133 (49.8) | 32 (12.0) | 3 (1.1) | 267 (100.0) |

다음으로, 종사상 지위별 건강관련 삶의 질 수준을 비교해보면, 주관적 건강상태와 마찬가지로 임금근로자가 가장 높고, 무급가족종사자의 수준이 가장 낮다. 이 같은 경향은 경기도도 동일하다. 전국과 경기도를 비교하면, 임금근로자는 비슷한 수준이지만, 무급가족종사자의 건강상태 질은 훨씬 더 낮은 수준인 것으로 나타났다. 이러한 결과는 앞의 주관적 건강상태와 동일한 것이다.

<표 3-14> 종사상 지위별 EQ-5D index

(단위: 명)

| 구분 | 전국 | | | 경기도 | | |
|----------|-------|--------|---------|-----|--------|---------|
| | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 임금근로자 | 891 | 0.9527 | 0.09081 | 174 | 0.9562 | 0.08269 |
| 자영업자와고용주 | 546 | 0.9287 | 0.09808 | 83 | 0.9537 | 0.08719 |
| 무급가족종사자 | 56 | 0.9067 | 0.16434 | 9 | 0.8770 | 0.30641 |
| 합계 | 1,493 | 0.9422 | 0.09803 | 266 | 0.9528 | 0.09926 |

소득과 고용상태가 불안정한 1층에 초점을 두고 주관적 건강상태와 건강관련 삶의 질 수준을 자세히 살펴보았다. 먼저, 주관적 건강상태의 경우 다음 표에서 보는 바와 같이 ‘좋다’고 응답한 비율이 가장 높은 집단은 무급가족종사자이다. 또한 ‘나쁘다’라고 응답한 비율이 가장 높은 집단도 무급가족종사자이다. 이는 무급가족종사자의 경우 전업주부도 있지만, 건강이 나빠져서 시장에서 물러나 가정 내 돌봄에 참여하고 있는 사례가 있기 때문으로 추측된다. 자영업자 및 고용주와 임금근로자의 주관적 건강상태를 비교해보면, 전국 및 경기도 모두 임금근로자의 주관적 건강상태가 더 좋은 것으로 조사되었다.

<표 3-15> 종사상 지위와 주관적 건강상태(1층)

(단위 : 명, %)

| 지역 | 구분 | 주관적 건강상태 | | | | | 합계 |
|-----|----------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|----------------|
| | | 매우 좋음 | 좋음 | 보통 | 나쁨 | 매우 나쁨 | |
| 전국 | 임금근로자 | 5 (3.1) | 46 (28.9) | 83 (52.2) | 21 (13.2) | 4 (2.5) | 159 (100.0) |
| | 자영업자와고용주 | 5 (3.9) | 28 (22.0) | 57 (44.9) | 33 (26.0) | 4 (3.1) | 127 (100.0) |
| | 무급가족종사자 | 0 (0.0) | 7 (36.8) | 6 (31.6) | 3 (15.8) | 3 (15.8) | 19 (100.0) |
| | 합계 | 10 (3.3) | 81 (26.6) | 146 (47.9) | 57 (18.7) | 11 (3.6) | 305 (100.0) |
| 경기도 | 임금근로자 | 0 (0.0) | 9 (45.0) | 11 (55.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 20 (100.0) |
| | 자영업자와고용주 | 0 (0.0) | 3 (30.0) | 5 (50.0) | 2 (20.0) | 0 (0.0) | 10 (100.0) |
| | 무급가족종사자 | 0 (0.0) | 1 (25.0) | 1 (25.0) | 0 (0.0) | 2 (50.0) | 4 (100.0) |
| | 합계 | 0 (0.0) | 13 (38.2) | 17 (50.0) | 2 (5.9) | 2 (5.9) | 34 (100.0) |

다음으로, 건강관련 삶의 질 수준이다. 건강상태 질이 가장 낮은 집단은 주관적 건강상태와 마찬가지로 무급가족종사자이며, 임금근로자의 삶의 질 수준이 가장 높다. 그런데 경기도의 무급가족종사자의 삶의 질 수준은 전국에 비해 현격히 낮은 것으로 나타났다. 앞서 경기도 전체를 대상으로 한 결과와 동일한 것으로 이 집단에 대한 면밀한 조사가 필요하다.

<표 3-16> 종사상 지위와 EQ-5D index(1층)

(단위 : 명)

| 소득 수준 | 구분 | 전국 | | | 경기도 | | |
|-------|-----------|-----|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 임금근로자 | 154 | 0.9084 | 0.13043 | 20 | 0.9486 | 0.06867 |
| | 자영업자와 고용주 | 127 | 0.8775 | 0.12241 | 10 | 0.8759 | 0.17572 |
| | 무급가족종사자 | 19 | 0.8662 | 0.22988 | 4 | 0.7690 | 0.46200 |
| | 합계 | 300 | 0.8926 | 0.13590 | 34 | 0.9061 | 0.18490 |

2) 고용 형태

종사상 지위와 함께 중요한 것이 고용형태이다. 최근 노동시장 유연화 함께 상용직보다는 임시·일용직이 증가하고 있다. 먼저, 임금근로자만을 대상으로 고용형태별로 소득계층 분포를 살펴보았다. 다음 표에서 보는 바와 같이 일정 소득이 담보되는 안정적인 상용직의 저소득층 비율이 가장 낮다. 이에 비해 임시직이나 일용직의 경우 주로 1층에 속한 비율이 높은 것으로 나타났다. 특히, 일용직의 경우 1층에 속한 비율이 37.0%에 달해 상용직이나 임시직에 비해 소득수준이 낮은 집단임을 알 수 있다.

<표 3-17> 고용형태별 소득계층 분포

(단위: 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|-----|---------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|---------------|----------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 상용직 | 59 (10.3) | 8 (6.7) | 18 (3.1) | 5 (6.8) | 37 (6.4) | 3 (2.5) | 460 (80.1) | 103 (86.5) | 574 (100.0) | 119 (100.0) |
| 임시직 | 38 (24.3) | 5 (17.8) | 16 (10.2) | 4 (14.3) | 9 (5.8) | 3 (10.7) | 93 (59.6) | 16 (57.4) | 156 (100.0) | 28 (100.0) |
| 일용직 | 57 (37.0) | 5 (19.2) | 15 (9.7) | 4 (15.4) | 18 (11.7) | 3 (11.5) | 64 (41.6) | 14 (53.8) | 154 (100.0) | 26 (100.0) |
| 합계 | 154 (17.4) | 18 (10.4) | 49 (5.5) | 13 (7.5) | 64 (7.2) | 9 (5.2) | 617 (69.8) | 133 (79.8) | 884 (100.0) | 173 (100.0) |

다음으로, 고용형태별 건강상태이다. 임금근로자를 대상으로 고용형태가 상용직인지 임시·일용직인지에 따른 주관적 건강상태와 삶의 질 수준을 측정하였다. 다음 표에서 보는 바와 같이 주관적 건강상태의 경우 전국과 경기도 모두 상용직보다는 임시직일 때 건강상태가 ‘좋다’고 응답한 비율이 더 높은 것으로 나타났으나 그 차이는 크지 않다. 상용직의 건강상태에 대한 긍정적인 평가가 더 높을 것으로 생각되는 것이 일반적이나, 본 조사의 경우 임시직의 건강상태가 ‘좋다’고 응답한 비율이 더 높게 나타났다. 이는 상용직의 경우 임시직에 비해 고용상태는 안정적이지만 노동 강도가 높고, 근무일 수가 많아 상대적으로 여가를 즐기거나 여유롭게 일할 수 있는 시간이 많지 않고, 이는 정신적 스트레스로 이어져 건강상태에도 영향을 미쳤기 때문으로 사료된다.

〈표 3-18〉 고용형태별 건강상태

(단위: 명, %)

| 지역 | 구분 | 주관적 건강상태 | | | | | 합계 |
|-----|-----|-------------|---------------|---------------|--------------|------------|----------------|
| | | 매우좋음 | 좋음 | 보통 | 나쁨 | 매우나쁨 | |
| 전국 | 상용직 | 27 (4.7) | 177 (30.9) | 315 (55.1) | 53 (9.3) | 0 (0.0) | 572 (100.0) |
| | 임시직 | 8 (5.1) | 49 (31.4) | 83 (53.2) | 14 (9.0) | 2 (1.3) | 156 (100.0) |
| | 일용직 | 9 (5.8) | 43 (27.9) | 71 (46.1) | 27 (17.5) | 4 (2.6) | 154 (100.0) |
| | 합계 | 44 (5.0) | 269 (30.5) | 469 (53.2) | 94 (10.7) | 6 (0.7) | 882 (100.0) |
| 경기도 | 상용직 | 5 (4.2) | 43 (36.1) | 58 (48.7) | 13 (10.9) | 0 (0.0) | 119 (100.0) |
| | 임시직 | 0 (0.0) | 12 (42.9) | 13 (46.4) | 2 (7.1) | 1 (3.6) | 28 (100.0) |
| | 일용직 | 2 (7.7) | 7 (26.9) | 14 (53.8) | 3 (11.5) | 0 (0.0) | 26 (100.0) |
| | 합계 | 7 (4.0) | 62 (35.8) | 85 (49.1) | 18 (10.4) | 1 (0.6) | 173 (100.0) |

고용형태별 건강관련 삶의 질 수준을 비교해보면 임시직보다는 상용직의 삶의 질 수준이 높고, 이러한 결과는 전국과 경기도가 동일하다. 반면, 삶의 질 수준이 가장 낮은 고용형태는 전국의 경우 일용직, 경기도의 경우 임시직이 가장 낮은 것으로 나타나 주관적 건강상태와 다른 결과를 보여주고 있다.

<표 3-19> 고용형태별 EQ-5D index

(단위: 명)

| 구분 | 전국 | | | 경기도 | | |
|-----|--------|-----|---------|--------|-----|---------|
| | 평균 | N | 표준편차 | 평균 | N | 표준편차 |
| 상용직 | 0.9679 | 572 | 0.07152 | 0.9657 | 119 | 0.06247 |
| 임시직 | 0.9490 | 151 | 0.09632 | 0.9230 | 28 | 0.14144 |
| 일용직 | 0.9014 | 147 | 0.12426 | 0.9574 | 25 | 0.06880 |
| 합계 | 0.9534 | 870 | 0.09030 | 0.9575 | 172 | 0.08221 |

주관적 건강상태나 건강관련 삶의 질 수준이 가장 낮은 1층만을 대상으로 고용상태별 건강관련 삶의 질 수준을 분석하였다. 다음 표에서 보는 바와 같이 전국과 경기도 모두 상용직의 삶의 질 수준이 가장 높고, 그 다음은 임시직, 일용직의 순으로 나타났다. 다만, 경기도의 1층에 속한 사람들의 고용형태별 삶의 질 수준이 전국에 비해 높은 것으로 나타났으나, 이는 해당 사례가 너무 적어 일반화하기는 어려운 결과이다.

<표 3-20> 고용형태와 EQ-5D index(1층)

(단위 : 명)

| 소득 수준 | 고용형태 | 전국 | | | 경기도 | | |
|-------|------|-----|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 상용직 | 58 | 0.9573 | 0.10322 | 8 | 0.9838 | 0.04596 |
| | 임시직 | 37 | 0.9362 | 0.09011 | 5 | 0.9554 | 0.06246 |
| | 일용직 | 54 | 0.8466 | 0.14836 | 5 | 0.9274 | 0.07641 |
| | 합계 | 149 | 0.9119 | 0.12835 | 18 | 0.9602 | 0.06120 |

3) 직업

소득계층별 직업 분포를 살펴보면, 소득이 낮을수록 농림어업이나 단순노무 종사자의 비율이 높고, 그 외 계층의 경우 관리자·전문직 종사자가 많았다.

〈표 3-21〉 소득계층별 직업분포

(단위: 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|--------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|----------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 |
| 관리자, 전문가 및 관련 종사자 | 22 (7.4) | 2 (5.9) | 11 (11.2) | 2 (13.3) | 15 (11.9) | 2 (11.1) | 269 (28.5) | 63 (31.8) | 317 (21.6) | 69 (26.0) |
| 사무 종사자 | 12 (4.0) | 2 (5.9) | 4 (4.1) | 1 (6.7) | 10 (7.9) | 1 (5.6) | 141 (14.9) | 28 (14.1) | 167 (11.4) | 32 (12.1) |
| 서비스 및 판매 종사자 | 44 (14.8) | 7 (20.6) | 16 (16.3) | 5 (33.3) | 32 (25.4) | 7 (38.9) | 211 (22.4) | 44 (22.2) | 303 (20.7) | 63 (23.8) |
| 농림어업 숙련 종사자 | 98 (33.0) | 9 (26.5) | 34 (34.7) | 1 (6.7) | 23 (18.3) | 1 (5.6) | 74 (7.8) | 9 (4.5) | 229 (15.6) | 20 (7.5) |
| 기능원, 기계조작 및 조립 종사자 | 43 (14.5) | 6 (17.6) | 11 (11.2) | 3 (20.0) | 24 (19.0) | 4 (22.2) | 158 (16.7) | 36 (18.2) | 236 (16.1) | 49 (18.5) |
| 단순 노무종사자 | 78 (26.3) | 8 (23.5) | 22 (22.4) | 3 (20.0) | 22 (17.5) | 3 (16.7) | 91 (9.6) | 18 (9.1) | 213 (14.5) | 32 (12.1) |
| 합 계 | 297 (100.0) | 34 (100.0) | 98 (100.0) | 15 (100.0) | 126 (100.0) | 18 (100.0) | 944 (100.0) | 198 (100.0) | 1,465 (100.0) | 265 (100.0) |

건강 취약계층이라고 할 수 있는 1층에 속한 계층만을 대상으로 직업별 건강상태를 살펴보면, 먼저 1층의 직업별 주관적 건강상태이다.

〈표 3-22〉 직업과 주관적 건강상태(1층)

(단위 : 명, %)

| 구분 | 주관적 건강상태 | | | | | 합계 |
|-------------------|----------|----------|-----------|----------|---------|------------|
| | 매우좋음 | 좋음 | 보통 | 나쁨 | 매우나쁨 | |
| 관리자, 전문가 및 관련종사자 | 1(4.5) | 6(27.3) | 13(59.1) | 2(9.1) | 0(0.0) | 22(100.0) |
| 사무종사자 | 0(0.0) | 5(41.7) | 6(50.0) | 1(8.3) | 0(0.0) | 12(100.0) |
| 서비스 및 판매종사자 | 1(2.3) | 16(36.4) | 23(52.3) | 4(9.1) | 0(0.0) | 44(100.0) |
| 농림어업 숙련종사자 | 5(5.1) | 21(21.4) | 37(37.8) | 28(28.6) | 7(7.1) | 98(100.0) |
| 기능원 기계 조작 및 조립종사자 | 2(4.7) | 15(34.9) | 19(44.2) | 7(16.3) | 0(0.0) | 43(100.0) |
| 단순노무종사자 | 1(1.3) | 18(23.1) | 41(52.6) | 14(17.9) | 4(5.1) | 78(100.0) |
| 합계 | 10(3.4) | 81(27.3) | 139(46.8) | 56(18.9) | 11(3.7) | 297(100.0) |

경기도의 경우 사례수가 적어 전국만을 대상으로 분석하면, 1층이 많이 속해 있는 농림어업의 경우 ‘나쁘다’고 응답한 비율이 35.7%로 가장 높고, 그 다음은 단순노무직으로 23.0%이다. 주관적인 건강상태가 ‘좋다’고 응답한 비율이 가장 높은 직업은 ‘기능원, 장치기계조작 및 조립종사자’로 39.6%이다. 농림어업에 종사자들은 주로 육체적 노동을 하는 사람들로 1층에 속하면서 이러한 직업을 가진

사람들에 대한 건강진단과 수요파악이 필요함을 알 수 있다.

다음으로, 1층의 직업별 건강관련 삶의 질을 살펴보면, 주관적 건강상태와 마찬가지로 농림어업 종사자와 단순노무 종사자의 수준이 가장 낮은 것으로 나타났다 (표 3-23 참조). 경기도의 경우 사례수가 적어 일반화하기는 어려우나, 관리직이나 사무직 종사자의 삶의 질은 최고 수준인 반면, 단순노무종사자의 건강관련 삶의 질 수준은 매우 낮게 나타나 직업별 건강관련 삶의 질 수준에 큰 차이가 있음을 알 수 있다. 이러한 결과는 육체노동자가 비육체 노동자에 비해 만성질환 유병율, 운동능력, 일상활동, 자기관리, 통증/불편, 불안/우울 등의 항목에서 건강수준이 낮다는 선행연구(김혜련 외, 2004; 울산대학교 의과대학 예방의학교실, 2009)를 근거로 추정해보면 단순노무에 종사하는 육체노동자의 건강관련 삶의 질이 낮을 수밖에 없음을 쉽게 이해할 수 있다. 향후 직업별 건강관련 정책 추진시 단순노무직이나 농림어업 종사자에 대한 우선적 고려가 필요할 것으로 사료된다.

<표 3-23> 직업별 EQ-5D index(1층)

(단위 : 명)

| 직업 | 전국 | | | 경기도 | | |
|------------------|-----|--------|---------|-----|--------|---------|
| | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 관리자, 전문가 및 관련종사자 | 22 | 0.9480 | 0.08955 | 2 | 1.0000 | 0.00000 |
| 사무종사자 | 12 | 0.9928 | 0.02511 | 2 | 1.0000 | 0.00000 |
| 서비스 및 판매 종사자 | 42 | 0.9396 | 0.08496 | 7 | 0.9681 | 0.05544 |
| 농림어업숙련종사자 | 98 | 0.8549 | 0.13133 | 9 | 0.9039 | 0.08356 |
| 기능원 기계조작 및 조립종사자 | 43 | 0.9461 | 0.08634 | 6 | 0.9783 | 0.05307 |
| 단순노무종사자 | 75 | 0.8597 | 0.17166 | 8 | 0.7421 | 0.32124 |
| 합계 | 292 | 0.8944 | 0.13446 | 34 | 0.9035 | 0.18416 |

3. 가구 구성 형태에 따른 건강상태

가구는 물질적 요인에는 속하지는 않지만, 가구형태에 따라 소득수준에 큰 차이를 보여준다. 예를 들면, 한부모가정이나 조손가정 등은 양부모가정이나 부모와 자녀로 구성된 2세대 가정에 비해 빈곤한 상태에 놓여 있다. 따라서 가구형태별

건강상태를 분석하는 것은 소득수준에 따른 건강상태 분석과 무관하지 않다.

가구형태별 건강상태를 살펴보면, 먼저, 세대별 건강상태이다. 가구를 1세대가구, 2세대가구, 3세대 가구로 나누어서 주관적 건강상태와 건강관련 삶의 질 수준을 측정하였다. 그 결과 다음 표에서 보는 바와 같이 3세대 가구의 주관적 건강상태가 ‘좋다’고 응답한 비율이 가장 높은 것으로 나타났다. 1세대 가구의 경우 ‘나쁘다’고 응답한 37.4%에 달한다. 1세대 가구의 경우 건강문제를 공유할 구성원이 상대적으로 적기 때문으로 생각된다.

<표 3-24> 세대별 주관적 건강상태

(단위: 명, %)

| 구분 | 주관적 건강상태 | | | | | | 합계 |
|-------|--------------|-----------------|-----------------|---------------|--------------|------------|------------------|
| | 매우 좋음 | 좋음 | 보통 | 나쁨 | 매우 나쁨 | 모름 | |
| 1세대가구 | 29 (3.9) | 176 (23.8) | 287 (38.8) | 198 (26.8) | 49 (6.6) | 0 (0.0) | 739 (100.0) |
| 2세대가구 | 191 (7.3) | 883 (33.8) | 1,207 (46.2) | 282 (10.8) | 46 (1.8) | 4 (0.2) | 2,613 (100.0) |
| 3세대가구 | 32 (5.5) | 217 (37.1) | 249 (42.6) | 74 (12.6) | 11 (1.9) | 2 (0.3) | 585 (100.0) |
| 합계 | 252 (6.4) | 1,276 (32.4) | 1,743 (44.3) | 554 (14.1) | 106 (2.7) | 6 (0.2) | 3,937 (100.0) |

세대별 건강관련 삶의 질 수준을 측정한 결과 2세대가구의 건강관련 상태가 가장 좋은 것으로 나타났다.

<표 3-25> 세대별 EQ-5D index

(단위: 명)

| 구분 | N | 평균 | 표준편차 |
|-------|-------|--------|---------|
| 1세대가구 | 738 | 0.8623 | 0.16420 |
| 2세대가구 | 1,682 | 0.9319 | 0.12387 |
| 3세대가구 | 398 | 0.9134 | 0.12940 |
| 합계 | 2,818 | 0.9111 | 0.13948 |

2세대 가구 구성 형태를 세분하여 한부모가정이나 조손가정의 건강상태를 살펴보았다. 이들 가정은 양부모가정이나 부모와 자녀로 구성된 가정에 비해 소득수

준이 낮아 빈곤계층이 많은 것이 일반적이며, 빈곤으로 인해 건강뿐만 아니라 전반적으로 많은 위험에 노출되어 있는 취약집단이다. 다음 표에서 보는 바와 같이 편모보다는 편모가정이, 조부모보다는 편조부모가정의 주관적 건강상태가 더 나쁜 것으로 나타나 이들 가정의 건강수준 향상을 위한 정책적 배려가 필요하다. 그러나 편모가정을 제외하고는 사례수가 적어서 일반화하기는 어려운 한계가 있다.

<표 3-26> 한부모 및 조손가정의 주관적 건강상태 (단위: 명, %)

| 세대구성 | 주관적 건강상태 | | | | | | |
|------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|------------|----------------|
| | 매우좋음 | 좋음 | 보통 | 나쁨 | 매우나쁨 | 모름 | 합계 |
| 편부+미혼자녀 | 2 (5.3) | 9 (23.7) | 19 (50.0) | 7 (18.4) | 1 (2.6) | 0 (0.0) | 38 (100.0) |
| 편모+미혼자녀 | 11 (6.9) | 40 (25.0) | 65 (40.6) | 33 (20.6) | 11 (6.9) | 0 (0.0) | 160 (100.0) |
| 조부모+미혼손자녀 | 2 (11.1) | 3 (16.7) | 9 (50.0) | 2 (11.1) | 2 (11.1) | 0 (0.0) | 18 (100.0) |
| 편조부모+미혼손자녀 | 1 (4.0) | 8 (32.0) | 7 (28.0) | 6 (24.0) | 3 (12.0) | 0 (0.0) | 25 (100.0) |
| 합계 | 16 (6.6) | 60 (24.9) | 100 (41.5) | 48 (19.9) | 17 (7.1) | 0 (0.0) | 241 (100.0) |

한부모 및 조손가정의 건강관련 삶의 질 수준을 살펴본 결과 앞서 주관적 건강상태와 같이 편모보다는 편부가정의 건강상태 질이 더 좋은 것으로 나타났다. 다만, 조부모가정의 경우 앞의 결과와는 달리 편조부모의 건강행태의 질이 더 좋은 것으로 나타났으나, 편차가 크고 사례수가 적어 이 결과 역시 일반화에 한계가 있다.

<표 3-27> 한부모 및 조손가정의 EQ-5D index (단위: 명)

| 세대구성 | N | 평균 | 표준편차 |
|------------|-----|--------|---------|
| 편부+미혼자녀 | 28 | 0.9141 | 0.22659 |
| 편모+미혼자녀 | 123 | 0.8834 | 0.15293 |
| 조부모+미혼손자녀 | 11 | 0.8186 | 0.30825 |
| 편조부모+미혼손자녀 | 16 | 0.8468 | 0.18190 |

제3절 인구사회적 측면과 저소득층 건강 실태

1. 성별에 따른 건강상태

일반적으로 남성에 비해 여성의 건강상태가 더 좋을 것으로 기대되는데 이는 여성의 평균수명이 남성에 비해 길기 때문이다. 그러나 여성의 경우 남성과 달리 출산 등으로 인한 만성질환에 노출될 확률이 더 높다는 점을 고려한다면 건강상태는 더 나쁠 수 있다, 그렇다면 실제에는 어떠한가?

먼저, 성별에 따른 소득계층을 살펴보았다. 그 결과 여성일수록 소득수준이 낮은 것으로 나타났다. 특히, 경기도 여성의 저소득층 규모는 전국과 비교하여 더 많다. 일반적으로 여성이 남성에 비해 더 빈곤한데, 이는 경제활동 등 소득을 확보할 수 있는 영역에 참여하는 여성이 남성에 비해 적기 때문이다.

<표 3-28> 성별에 따른 소득계층

(단위: 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|----|---------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-----------------|---------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 남자 | 431 (21.8) | 56 (14.4) | 117 (5.9) | 26 (6.7) | 182 (9.2) | 29 (7.4) | 1,251 (63.1) | 279 (75.1) | 1,981 (100.0) | 390 (100.0) |
| 여자 | 541 (23.4) | 75 (16.2) | 152 (6.6) | 33 (7.1) | 215 (9.3) | 45 (9.7) | 1,406 (60.8) | 310 (67.0) | 2,314 (100.0) | 463 (100.0) |

여성이 남성에 비해 더 빈곤한 ‘여성의 빈곤화’ 현상은 건강에 어떤 영향을 줄까? 성별에 따른 주관적 건강상태를 분석한 결과 전국의 경우 “좋다”고 응답한 비율이 여성(34.9%)보다 남성(43.7%)이 높아 여성의 주관적 건강상태가 더 나쁜 것으로 조사되었다. 경기도의 경우도 전국과 마찬가지로 여성(40.5%)의 건강상태가 남성(47.8%)에 비해 더 나쁜 것으로 조사되었으나, 그 차이는 전국의 것과는 비교하여 훨씬 더 크다. 즉, 전국 및 경기도 여성은 주관적 건강상태에 ‘나쁘다’고 응답한 비율이 각각 19.9%와 18.2%로 비슷하지만, 남성과 비교하면 그 차이는 경기도가 더 크다.

<표 3-29> 성별에 따른 주관적 건강상태

(단위 : 명, %)

| 지역 | 구분 | 매우 좋음 | 좋음 | 보통 | 나쁨 | 매우 나쁨 | 합계 |
|-----|----|--------------|---------------|---------------|---------------|-------------|------------------|
| 전국 | 남자 | 154 (8.6) | 626 (35.1) | 772 (43.3) | 203 (11.4) | 28 (1.6) | 1,783 (100.0) |
| | 여자 | 98 (4.6) | 650 (30.3) | 971 (45.2) | 351 (16.3) | 78 (3.6) | 2,148 (100.0) |
| 경기도 | 남자 | 21 (6.0) | 147 (41.8) | 148 (42.0) | 34 (9.7) | 2 (0.6) | 352 (100.0) |
| | 여자 | 22 (5.1) | 154 (35.4) | 180 (41.1) | 62 (14.3) | 17 (3.9) | 435 (100.0) |

다음으로, 각 소득계층별로 성별에 따른 건강관련 삶의 질을 측정해본 결과 모든 소득계층에서 남성이 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 더 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 전국과 경기도가 동일하지만, 삶의 질 수준은 약간 더 높은 것으로 조사되었다. 특히, 2계층에 속한 경기도민의 경우 남성과 여성의 건강관련 삶의 질 차이가 다른 계층에 비해 매우 큰 것으로 나타났다. 조인경(2009) 연구에 따르면, 모든 연령대에서 남성에 비해 여성의 삶의 질 수준이 낮게 나타났으며, 같은 정도의 교육수준에 있거나 소득수준이 비슷하더라도 항상 여성의 삶의 질이 남성에 비해 낮은 것으로 조사되었다. 다만, 연령에 따른 남성과 여성의 건강상태는 약간의 차이가 있는 것으로 나타났다. 한국보건사회연구원(2009)의 “한국의 건강형평성 실태와 정책과제”에서 20세에서의 기대여명은 여자가 남자보다 길지만, 건강수명은 여자보다 남자가 더 길었다. 이러한 차이가 나타나는 이유는 대체로 40세 이후부터 여자가 남자보다 건강한 비율이 더 낮기 때문이라는 것이다. 이런 사실에 근거하여 여성의 건강상태 질이 남성의 그것에 비해 낮은 이유를 이해할 수 있다.

여성만을 기준으로 소득수준별 삶의 질 수준을 비교해보면, 전국과 경기도 모두 소득수준이 낮을수록 건강관련 삶의 질 수준도 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 저소득 여성의 건강관련 정책 수요를 파악하고 이에 대한 대응노력이 필요함을 보여주는 것이다.

<표 3-30> 소득계층별 성(性)과 EQ-5D index

(단위 : 명)

| 소득 수준 | 성별 | 전국 | | | 경기도 | | |
|-------|----|-------|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 남자 | 295 | 0.8739 | 0.18119 | 37 | 0.8305 | 0.21593 |
| | 여자 | 437 | 0.8212 | 0.18583 | 58 | 0.8142 | 0.21608 |
| | 합계 | 732 | 0.8424 | 0.18566 | 95 | 0.8206 | 0.21502 |
| 2층 | 남자 | 77 | 0.9200 | 0.13537 | 13 | 0.9603 | 0.08186 |
| | 여자 | 112 | 0.8778 | 0.12886 | 22 | 0.8839 | 0.12812 |
| | 합계 | 189 | 0.8950 | 0.13283 | 35 | 0.9123 | 0.11793 |
| 3층 | 남자 | 108 | 0.9401 | 0.11227 | 17 | 0.9618 | 0.08938 |
| | 여자 | 147 | 0.8835 | 0.13109 | 25 | 0.8944 | 0.14735 |
| | 합계 | 255 | 0.9075 | 0.12639 | 42 | 0.9217 | 0.13017 |
| 그외 계층 | 남자 | 702 | 0.9609 | 0.08739 | 148 | 0.9617 | 0.08335 |
| | 여자 | 940 | 0.9316 | 0.10938 | 197 | 0.9343 | 0.10104 |
| | 합계 | 1,642 | 0.9441 | 0.10158 | 345 | 0.9461 | 0.09470 |
| 합계 | 남자 | 1,182 | 0.9346 | 0.12797 | 215 | 0.9390 | 0.12668 |
| | 여자 | 1,636 | 0.8941 | 0.14491 | 302 | 0.9043 | 0.14338 |
| | 합계 | 2,818 | 0.9111 | 0.13948 | 517 | 0.9187 | 0.13763 |

2. 연령에 따른 건강상태

연령이 높아질수록 건강상태는 나빠질 것은 자명하다. 연령을 10세 단위로 구분해서 전국과 경기도의 건강상태를 분석하였다. 먼저, 주관적 건강상태를 보면 전국의 경우 ‘좋다’고 응답한 비율이 가장 높은 연령은 9세 이하이고, 그 다음은 10대이다. 전반적으로 보면 연령이 높아질수록 주관적 건강상태가 ‘좋다’고 응답한 비율이 낮아짐을 알 수 있다. 경기도의 경우 좀 다른 양상을 보여주고 있다. 주관적 건강상태가 ‘좋다’고 응답한 비율이 가장 높은 연령대는 전국과 마찬가지로 9세 이하이고 그 다음은 10대이다. 세 번째로 ‘좋다’고 응답한 비율이 높은 연령대는 50대로 20·30·40대에 비해 더 높게 나타났다. 그러나 ‘나쁘다’고 응답한 20와 30대의 비율은 50대에 비해 현저히 낮다.

〈표 3-31〉 연령과 주관적 건강상태

(단위 : 명, %)

| 구분 | 구분 | 주관적 건강상태 | | | | | 전체 |
|---------|-----|----------|-------------|-------------|-----------|----------|--------------|
| | | 매우좋음 | 좋음 | 보통 | 나쁨 | 매우나쁨 | |
| 0세~9세 | 전국 | 98(15.8) | 297(47.8) | 203(32.7) | 22(3.5) | 1(0.2) | 621(100.0) |
| | 경기도 | 16(9.9) | 88(54.3) | 50(30.9) | 8(4.9) | 0(0.0) | 162(100.0) |
| 10세~19세 | 전국 | 53(10.3) | 222(42.9) | 217(42.0) | 24(4.6) | 1(0.2) | 517(100.0) |
| | 경기도 | 8(7.1) | 56(49.6) | 44(38.9) | 5(4.4) | 0(0.0) | 113(100.0) |
| 20세~29세 | 전국 | 22(7.5) | 83(28.1) | 164(55.6) | 26(8.8) | 0(0.0) | 295(100.0) |
| | 경기도 | 2(4.5) | 14(31.8) | 27(61.4) | 1(2.3) | 0(0.0) | 44(100.0) |
| 30세~39세 | 전국 | 22(3.6) | 189(30.6) | 339(54.9) | 66(10.7) | 1(0.2) | 617(100.0) |
| | 경기도 | 7(4.4) | 47(29.6) | 83(52.2) | 21(13.2) | 1(0.6) | 159(100.0) |
| 40세~49세 | 전국 | 22(4.1) | 148(27.3) | 292(53.8) | 75(13.8) | 6(1.1) | 543(100.0) |
| | 경기도 | 3(2.8) | 37(34.3) | 51(47.2) | 17(15.7) | 0(0.0) | 108(100.0) |
| 50세~59세 | 전국 | 16(3.4) | 135(28.3) | 223(46.8) | 88(18.4) | 15(3.1) | 477(100.0) |
| | 경기도 | 2(2.8) | 27(38.0) | 31(43.7) | 8(11.3) | 3(4.2) | 71(100.0) |
| 60세~69세 | 전국 | 12(2.6) | 120(25.8) | 176(37.8) | 114(24.5) | 44(9.4) | 466(100.0) |
| | 경기도 | 2(2.9) | 21(30.9) | 26(38.2) | 11(16.2) | 8(11.8) | 68(100.0) |
| 70세~79세 | 전국 | 6(1.8) | 63(18.9) | 115(34.5) | 116(34.8) | 33(9.9) | 333(100.0) |
| | 경기도 | 2(4.1) | 8(16.3) | 14(28.6) | 19(38.8) | 6(12.2) | 49(100.0) |
| 80세이상 | 전국 | 1(1.6) | 19(30.6) | 14(22.6) | 23(37.1) | 5(8.1) | 62(100.0) |
| | 경기도 | 1(7.7) | 3(23.1) | 2(15.4) | 6(46.2) | 1(7.7) | 13(100.0) |
| 합계 | 전국 | 252(6.4) | 1,276(32.5) | 1,743(44.3) | 554(14.1) | 106(2.7) | 3,931(100.0) |
| | 경기도 | 43(5.5) | 301(38.2) | 328(41.7) | 96(12.2) | 19(2.4) | 787(100.0) |

소득계층별로 연령에 따른 건강관련 삶의 질 수준을 측정한 결과 소득수준과 무관하게 연령이 높아질수록 건강관련 삶의 질은 낮아지는 것으로 나타났다. 다만, 10대에 비해 20대의 건강관련 삶의 질 수준이 더 높게 나타났다. 연령을 기준으로 소득과 건강관련 삶의 질의 관계를 살펴보면, 소득계층이 낮을수록 건강관련 삶의 질 수준도 낮은 것으로 나타났다. 즉, 건강상태 질이 낮은 60대를 기준으로 보면 1층에 속한 사람들의 건강관련 삶의 질 수준이 가장 낮다는 것이다. 이러한 결과는 70대와 80대도 동일하다.

<표 3-32> 소득계층별 연령과 EQ-5D index

(단위 : 명)

| 소득 수준 | 연 령 | 전국 | | | 경기도 | | |
|-------|---------|-------|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 10세~19세 | 2 | 1,0000 | 0,00000 | 1 | 1,0000 | . |
| | 20세~29세 | 57 | 0,9688 | 0,05563 | 3 | 0,9710 | 0,05023 |
| | 30세~39세 | 57 | 0,9733 | 0,05933 | 8 | 0,9838 | 0,04596 |
| | 40세~49세 | 65 | 0,8971 | 0,13431 | 9 | 0,9444 | 0,09650 |
| | 50세~59세 | 106 | 0,9014 | 0,10475 | 12 | 0,8826 | 0,10800 |
| | 60세~69세 | 198 | 0,8089 | 0,21715 | 25 | 0,8622 | 0,19386 |
| | 70세~79세 | 206 | 0,7728 | 0,19393 | 27 | 0,6855 | 0,24844 |
| | 80세이상 | 41 | 0,7494 | 0,19009 | 10 | 0,7015 | 0,22150 |
| | 합계 | 732 | 0,8424 | 0,18566 | 95 | 0,8206 | 0,21502 |
| 2층 | 10세~19세 | 6 | 0,9188 | 0,07211 | 1 | 0,8700 | . |
| | 20세~29세 | 11 | 0,9647 | 0,09055 | 2 | 0,9535 | 0,06576 |
| | 30세~39세 | 24 | 0,9412 | 0,11766 | 8 | 0,9058 | 0,15757 |
| | 40세~49세 | 42 | 0,9386 | 0,09168 | 10 | 0,9600 | 0,06828 |
| | 50세~59세 | 27 | 0,9000 | 0,16727 | 4 | 0,9783 | 0,04350 |
| | 60세~69세 | 52 | 0,8640 | 0,12070 | 8 | 0,8425 | 0,11183 |
| | 70세~79세 | 22 | 0,7972 | 0,16029 | 2 | 0,8265 | 0,24537 |
| | 80세이상 | 5 | 0,8502 | 0,13856 | | | |
| | 합계 | 189 | 0,8950 | 0,13283 | 35 | 0,9123 | 0,11793 |
| 3층 | 20세~29세 | 23 | 0,9509 | 0,07934 | 5 | 1,0000 | 0,00000 |
| | 30세~39세 | 51 | 0,9600 | 0,07458 | 13 | 0,9372 | 0,11335 |
| | 40세~49세 | 40 | 0,9111 | 0,12362 | 8 | 0,9458 | 0,06023 |
| | 50세~59세 | 50 | 0,8978 | 0,13360 | 6 | 0,9497 | 0,12329 |
| | 60세~69세 | 60 | 0,8948 | 0,13132 | 7 | 0,8474 | 0,17018 |
| | 70세~79세 | 27 | 0,8301 | 0,15306 | 2 | 0,7565 | 0,34436 |
| | 80세이상 | 4 | 0,7838 | 0,20140 | 1 | 0,8190 | . |
| | 합계 | 255 | 0,9075 | 0,12639 | 42 | 0,9217 | 0,13017 |
| 그외 계층 | 10세~19세 | 16 | 0,9803 | 0,04317 | 3 | 1,0000 | 0,00000 |
| | 20세~29세 | 205 | 0,9737 | 0,06218 | 34 | 0,9799 | 0,05664 |
| | 30세~39세 | 486 | 0,9665 | 0,06690 | 130 | 0,9672 | 0,05751 |
| | 40세~49세 | 396 | 0,9612 | 0,07064 | 81 | 0,9440 | 0,09595 |
| | 50세~59세 | 294 | 0,9329 | 0,10910 | 49 | 0,9467 | 0,07804 |
| | 60세~69세 | 156 | 0,8848 | 0,13708 | 28 | 0,8905 | 0,14047 |
| | 70세~79세 | 78 | 0,8278 | 0,15296 | 18 | 0,8419 | 0,13285 |
| | 80세이상 | 11 | 0,6993 | 0,30220 | 2 | 0,6990 | 0,42568 |
| | 합계 | 1,642 | 0,9441 | 0,10158 | 345 | 0,9461 | 0,09470 |
| 합계 | 10세~19세 | 24 | 0,9665 | 0,05628 | 5 | 0,9740 | 0,05814 |
| | 20세~29세 | 296 | 0,9707 | 0,06362 | 44 | 0,9804 | 0,05258 |
| | 30세~39세 | 618 | 0,9656 | 0,06955 | 159 | 0,9625 | 0,07160 |
| | 40세~49세 | 543 | 0,9481 | 0,08971 | 108 | 0,9456 | 0,09072 |
| | 50세~59세 | 477 | 0,9204 | 0,11562 | 71 | 0,9379 | 0,08865 |
| | 60세~69세 | 466 | 0,8515 | 0,17729 | 68 | 0,8700 | 0,16017 |
| | 70세~79세 | 333 | 0,7920 | 0,18099 | 49 | 0,7516 | 0,22171 |
| | 80세이상 | 61 | 0,7509 | 0,20977 | 13 | 0,7102 | 0,23015 |
| | 합계 | 2,818 | 0,9111 | 0,13948 | 517 | 0,9187 | 0,13763 |

다음으로, 건강관련 삶의 질 수준이다. 다음 표에서 보는 바와 같이 전국과 경기도 모두 20대 이후 연령이 많아질수록 건강관련 삶의 질 수준은 점점 하락하는 것을 볼 수 있다. 경기도의 이러한 결과는 앞의 주관적 건강상태와 사뭇 다른 것이지만, 주관적 건강상태에서 ‘나쁘다’고 응답한 비율까지 고려한다면 연령이 많아질수록 건강 상태가 나빠지는 것으로 나타난 본 분석이 적실하다.

〈표 3-33〉 연령별 EQ-5D index

(단위: 명)

| 구분 | 전국 | | | 경기도 | | |
|---------|--------|-------|---------|--------|-----|---------|
| | 평균 | N | 표준편차 | 평균 | N | 표준편차 |
| 10세~19세 | 0.9665 | 24 | 0.05628 | 0.9740 | 5 | 0.05814 |
| 20세~29세 | 0.9707 | 296 | 0.06362 | 0.9804 | 44 | 0.05258 |
| 30세~39세 | 0.9656 | 618 | 0.06955 | 0.9625 | 159 | 0.07160 |
| 40세~49세 | 0.9481 | 543 | 0.08971 | 0.9456 | 108 | 0.09072 |
| 50세~59세 | 0.9204 | 477 | 0.11562 | 0.9379 | 71 | 0.08865 |
| 60세~69세 | 0.8515 | 466 | 0.17729 | 0.8700 | 68 | 0.16017 |
| 70세~79세 | 0.7920 | 333 | 0.18099 | 0.7516 | 49 | 0.22171 |
| 80세 이상 | 0.7509 | 61 | 0.20977 | 0.7102 | 13 | 0.23015 |
| 합계 | 0.9111 | 2,818 | 0.13948 | 0.9187 | 517 | 0.13763 |

3. 교육수준에 따른 건강상태

교육수준과 빈곤은 매우 밀접하다. McLaughlin & Jensen(1993)은 교육수준이 중졸 이하의 경우는 빈곤율이 22.5%로 전체 빈곤층의 56.4%를 차지하였으나, 대졸자의 경우, 빈곤율이 3.5%를 차지하여 전체 빈곤층의 3.6%였음을 발견하였다. 또한, Rank & Hirschl(1999)도 결혼상태, 연령, 성별 및 인종 등의 변수로 통제한 상태에서도 교육수준이 빈곤여부에 중요한 영향을 미침을 발견하였다. 본 연구에서도 교육수준별 소득계층의 분포를 보면, 교육수준이 높아질수록 소득수준도 높아지는 것으로 나타났다.

<표 3-34> 소득계층별 교육수준(전국 및 경기도)

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그외계층 | | 합계 | |
|-------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 미취학 | 19 (2.4) | 0 (0.0) | 4 (1.8) | 0 (0.0) | 3 (1.1) | 0 (0.0) | 8 (0.4) | 0 (0.0) | 34 (1.1) | 0 (0.0) |
| 서당/ 한학 | 2 (0.3) | 1 (1.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (0.1) | 0 (0.0) | 3 (0.1) | 1 (0.2) |
| 무학 | 143 (18.1) | 16 (15.4) | 20 (9.0) | 2 (4.8) | 17 (6.0) | 2 (4.8) | 31 (1.7) | 10 (2.5) | 211 (6.7) | 30 (5.1) |
| 초등 학교 | 265 (33.6) | 42 (40.4) | 71 (31.8) | 12 (28.6) | 71 (25.0) | 8 (19.0) | 191 (10.2) | 39 (9.8) | 598 (18.9) | 101 (17.3) |
| 중학교 | 133 (16.9) | 22 (21.2) | 41 (18.4) | 6 (14.3) | 53 (18.7) | 5 (11.9) | 263 (14.1) | 52 (13.1) | 490 (15.5) | 85 (14.6) |
| 고등 학교 | 146 (18.5) | 15 (14.4) | 53 (23.8) | 16 (38.1) | 88 (31.0) | 16 (38.1) | 656 (35.1) | 143 (36.1) | 943 (29.8) | 190 (32.5) |
| 2·3년제 대학 | 35 (4.4) | 2 (1.9) | 17 (7.6) | 3 (7.1) | 25 (8.8) | 8 (19.0) | 231 (12.4) | 45 (11.4) | 308 (9.7) | 58 (9.9) |
| 4년제 대학교 | 45 (5.7) | 6 (5.8) | 15 (6.7) | 3 (7.1) | 26 (9.2) | 3 (7.1) | 419 (22.4) | 93 (23.5) | 505 (16.0) | 105 (18.0) |
| 대학원 | 1 (0.1) | 0 (0.0) | 2 (0.9) | 0 (0.0) | 1 (0.4) | 0 (0.0) | 69 (3.7) | 14 (3.5) | 73 (2.3) | 14 (2.4) |
| 합계 | 789 (100.0) | 104 (100.0) | 223 (100.0) | 42 (100.0) | 284 (100.0) | 42 (100.0) | 1,869 (100.0) | 396 (100.0) | 3,165 (100.0) | 584 (100.0) |

그렇다면 교육수준별 건강상태는 어떠한가? 먼저, 전국을 기준으로 주관적 건강상태가 ‘좋다’고 응답한 비율이 가장 높은 학력은 대학원(50.7%)이고, 그 다음은 4년제 대학(37.3%)으로 교육수준이 높을수록 주관적 건강상태가 좋은 것으로 나타났다. 경기도의 경우 학력별 사례 수가 적어 일반화하기는 어려우나 주관적 건강상태가 ‘좋다’고 응답한 비율이 가장 높은 학력은 2·3년제 대학(43.1%)이며, 그 다음은 중학교(40.0%), 고등학교(38.9%) 등의 순으로 교육수준과 주관적 건강상태간 일관된 관계를 찾아보기 어려웠다.

다음으로, 교육수준별 건강관련 삶의 질 수준을 측정된 결과를 보면 사례수가 적은 미취학과 서당·한학을 제외하면 전국의 경우 교육수준이 높아질수록 건강상태 질 수준도 높아지는 것으로 나타났다. 경기도의 경우도 대체적으로 교육수준이 높아질수록 건강관련 삶의 질 수준도 높은 것으로 나타났다. 한국보건사회연구원(2009)도 교육수준이 증가할수록, 건강수명도 증가하는 경향이 나타났다고 보고

하였는데, 그 이유는 건강수명을 결정하는 두 요소인 기대여명과 건강지표 모두가 교육수준이 높을수록 높아지는 경향이 있기 때문이라고 하였다. 즉, 교육수준과 소득수준이 낮은 계층의 경우 새로운 치료기술과 이차예방서비스로부터 혜택을 덜 받고, 건강증진서비스의 혜택에서도 멀어지기 때문이라는 것이다. 이런 결과를 통해 건강관련 정보나 서비스 접근이 교육수준에 따라 차이가 발생하지 않도록 하는 것이 중요하다는 것을 알 수 있다.

<표 3-35> 교육수준별 주관적 건강상태

(단위: 명, %)

| 구분 | 주관적 건강상태 | | | | | 합계 | |
|-----------|----------|----------|-----------|-------------|-----------|----------|--------------|
| | 매우 좋음 | 좋음 | 보통 | 나쁨 | 매우 나쁨 | | |
| 미취학 | 전국 | 1(2.9) | 8(23.5) | 7(20.6) | 18(52.9) | 0(0.0) | 34(100.0) |
| | 경기도 | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| 서당/한학 | 전국 | 0(0.0) | 2(66.7) | 0(0.0) | 1(33.3) | 0(0.0) | 3(100.0) |
| | 경기도 | 0(0.0) | 1(100.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 1(100.0) |
| 무학 | 전국 | 1(0.5) | 52(24.6) | 54(25.6) | 75(35.5) | 29(13.7) | 211(100.0) |
| | 경기도 | 0(0.0) | 7(23.3) | 6(20.0) | 11(36.7) | 6(20.0) | 30(100.0) |
| 초등학교 | 전국 | 19(3.2) | 128(21.4) | 248(41.5) | 157(26.3) | 45(7.5) | 597(100.0) |
| | 경기도 | 5(5.0) | 23(22.8) | 41(40.6) | 24(23.8) | 8(7.9) | 101(100.0) |
| 중학교 | 전국 | 27(5.5) | 137(28.0) | 249(50.8) | 64(13.1) | 13(2.7) | 490(100.0) |
| | 경기도 | 3(3.5) | 31(36.5) | 40(47.1) | 9(10.6) | 2(2.4) | 85(100.0) |
| 고등학교 | 전국 | 45(4.8) | 288(30.5) | 483(51.2) | 115(12.2) | 12(1.3) | 943(100.0) |
| | 경기도 | 8(4.2) | 66(34.7) | 95(50.0) | 20(10.5) | 1(0.5) | 190(100.0) |
| 2년/3년제 대학 | 전국 | 11(3.6) | 93(30.3) | 172(56.0) | 31(10.1) | 0(0.0) | 307(100.0) |
| | 경기도 | 1(1.7) | 24(41.4) | 25(43.1) | 8(13.8) | 0(0.0) | 58(100.0) |
| 4년제 대학 | 전국 | 24(4.8) | 164(32.5) | 249(49.4) | 63(12.5) | 4(0.8) | 504(100.0) |
| | 경기도 | 6(5.7) | 34(32.4) | 51(48.6) | 12(11.4) | 2(1.9) | 105(100.0) |
| 대학원 | 전국 | 6(8.2) | 31(42.5) | 32(43.8) | 3(4.1) | 1(1.4) | 73(100.0) |
| | 경기도 | 1(7.1) | 4(28.6) | 6(42.9) | 3(21.4) | 0(0.0) | 14(100.0) |
| 합계 | 전국 | 134(4.2) | 903(28.6) | 1,494(47.2) | 527(16.7) | 104(3.3) | 3,162(100.0) |
| | 경기도 | 24(4.1) | 190(32.5) | 264(45.2) | 87(14.9) | 19(3.3) | 584(100.0) |

〈표 3-36〉 소득계층별 교육수준과 EQ-5D index

| 소득 수준 | 교육수준 | 전국 | | | 경기도 | | |
|----------|----------|--------|---------|---------|--------|---------|---------|
| | | N(명) | 평균 | 표준편차 | N(명) | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 미취학 | 19 | 0,8324 | 0,10376 | | | |
| | 서당/한학 | 2 | 0,6465 | 0,37689 | 1 | 0,9130 | . |
| | 무학 | 143 | 0,7468 | 0,22038 | 16 | 0,6886 | 0,28719 |
| | 초등학교 | 256 | 0,8201 | 0,18202 | 40 | 0,8047 | 0,21004 |
| | 중학교 | 107 | 0,8721 | 0,16106 | 18 | 0,8372 | 0,19617 |
| | 고등학교 | 127 | 0,9097 | 0,15563 | 13 | 0,9332 | 0,08538 |
| | 2년/3년제대학 | 33 | 0,9522 | 0,07643 | 2 | 1,0000 | 0,00000 |
| | 4년제대학 | 44 | 0,9441 | 0,10422 | 5 | 0,9272 | 0,12021 |
| | 대학원 | 1 | 1,0000 | . | | | |
| 합계 | 732 | 0,8424 | 0,18566 | 95 | 0,8206 | 0,21502 | |
| 2층 | 미취학 | 4 | 0,8863 | 0,13628 | | | |
| | 서당/한학 | | | | | | |
| | 무학 | 20 | 0,7715 | 0,10685 | 2 | 0,6650 | 0,01697 |
| | 초등학교 | 67 | 0,8590 | 0,15451 | 11 | 0,8982 | 0,10056 |
| | 중학교 | 25 | 0,9262 | 0,11048 | 5 | 0,9826 | 0,03891 |
| | 고등학교 | 39 | 0,9543 | 0,07432 | 11 | 0,9552 | 0,06672 |
| | 2년/3년제대학 | 17 | 0,9384 | 0,08762 | 3 | 0,9133 | 0,07506 |
| | 4년제대학 | 15 | 0,9532 | 0,11475 | 3 | 0,8530 | 0,25461 |
| | 대학원 | 2 | 1,0000 | 0,00000 | | | |
| 합계 | 189 | 0,8950 | 0,13283 | 35 | 0,9123 | 0,11793 | |
| 3층 | 미취학 | 3 | 0,9220 | 0,13510 | | | |
| | 서당/한학 | | | | | | |
| | 무학 | 17 | 0,7909 | 0,13341 | 2 | 0,9095 | 0,12799 |
| | 초등학교 | 66 | 0,8628 | 0,14524 | 8 | 0,7983 | 0,20015 |
| | 중학교 | 42 | 0,9089 | 0,11820 | 5 | 0,9306 | 0,06574 |
| | 고등학교 | 76 | 0,9305 | 0,11354 | 16 | 0,9637 | 0,07645 |
| | 2년/3년제대학 | 25 | 0,9693 | 0,07555 | 8 | 0,9596 | 0,11420 |
| | 4년제대학 | 25 | 0,9652 | 0,06341 | 3 | 0,9190 | 0,14030 |
| | 대학원 | 1 | 1,0000 | . | | | |
| 합계 | 255 | 0,9075 | 0,12639 | 42 | 0,9217 | 0,13017 | |
| 그외 계층 | 미취학 | 8 | 0,7868 | 0,11124 | | | |
| | 서당/한학 | 1 | 0,5800 | . | | | |
| | 무학 | 31 | 0,8099 | 0,15445 | 10 | 0,7649 | 0,15548 |
| | 초등학교 | 163 | 0,8617 | 0,16395 | 34 | 0,8764 | 0,15185 |
| | 중학교 | 151 | 0,9167 | 0,11946 | 24 | 0,9410 | 0,11056 |
| | 고등학교 | 572 | 0,9537 | 0,08723 | 126 | 0,9552 | 0,06948 |
| | 2년/3년제대학 | 231 | 0,9742 | 0,05616 | 45 | 0,9783 | 0,04516 |
| | 4년제대학 | 413 | 0,9662 | 0,06170 | 92 | 0,9624 | 0,07290 |
| | 대학원 | 69 | 0,9677 | 0,07450 | 14 | 0,9601 | 0,07371 |
| 합계 | 1,639 | 0,9440 | 0,10165 | 345 | 0,9461 | 0,09470 | |
| 합계 | 미취학 | 34 | 0,8359 | 0,11343 | | | |
| | 서당/한학 | 3 | 0,6243 | 0,26925 | 1 | 0,9130 | . |
| | 무학 | 211 | 0,7619 | 0,19801 | 30 | 0,7272 | 0,23369 |
| | 초등학교 | 552 | 0,8422 | 0,17032 | 93 | 0,8414 | 0,18085 |
| | 중학교 | 325 | 0,9017 | 0,13496 | 52 | 0,9081 | 0,14722 |
| | 고등학교 | 814 | 0,9447 | 0,10400 | 166 | 0,9543 | 0,07094 |
| | 2년/3년제대학 | 306 | 0,9694 | 0,06282 | 58 | 0,9731 | 0,06028 |
| | 4년제대학 | 497 | 0,9638 | 0,06865 | 103 | 0,9563 | 0,08599 |
| | 대학원 | 연구73 | 0,9695 | 0,07278 | 14 | 0,9601 | 0,07371 |
| 합계 | 2,815 | 0,9110 | 0,13952 | 517 | 0,9187 | 0,13763 | |

제4절 건강행태적 측면과 저소득층 건강 실태

1. 흡연에 따른 건강실태

1) 흡연실태

우리나라의 흡연율은 조금씩 감소되고는 있으나 여전히 세계 최고 수준이다. 성인 남성의 흡연율은 '01년 61.8%로 일본 52%, 미국 20.2%, 프랑스 32%, 캐나다 20.2% 등 OECD 국가 중 최고 수준이라고 할 수 있다.

다음 표에서 보는 바와 같이 '피운다'는 응답율을 흡연율로 정의하면, 전국 흡연율은 49.7%이고, 경기도는 49.5%이다. 전국을 기준으로 성별로는 남성 흡연율이 51.4%이고, 여성은 40.2%이다. 연령별로 흡연율이 가장 높은 연령은 10대(66.7%)이지만 사례 수가 적어 일반화하기 어렵다. 10대를 제외하고 흡연을 가장 많이 하는 연령대는 30대로 62.1%나 된다. 40대 이후부터 흡연율은 점차 감소하는데, 30대에서 40대로의 감소율과 40대에서 50대로의 감소율을 비교해보면 전자의 감소폭이 훨씬 더 크다. 이는 신체적 노화 등 건강에 대한 관심이 증대되는 시점이 40대부터이기 때문으로 판단된다. 40대 이후 감소되기 시작한 흡연율은 80대에 다시 증가하는데 이러한 현상은 경기도도 유사하게 나타났다. 경기도의 경우 60대까지 감소하다가 70대부터 다시 흡연율이 증가하는 것으로 조사되었다. 70대에 들어 흡연을 시작했다기보다는 흡연을 지속하는 생활방식을 고수하기 때문으로 판단된다. 즉, 일정 연령 이상이 되면 건강을 위해 금연하는 등 지금까지의 생활패턴을 변화시키기보다는 현 생활을 유지하려는 성향이 더 강한 것이 일반적이라는 것이다.

학력별 흡연여부를 전국을 기준으로 보면, 교육수준이 높아질수록 피우고 있다고 응답한 비율이 높아지다가 4년제 대학이상 부터는 감소하는 추세이다. 고등학교나 전문대학 정도의 교육수준을 가진 사람들의 흡연율이 가장 높게 나타났다.

〈표 3-37〉 흡연실태

(단위 : 명, %)

| 구분 | | 전국 | | | 경기도 | | |
|--------|----------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------|------------|
| | | 피움 | 현재는 안피움 | 합계 | 피움 | 현재는 안피움 | 합계 |
| 성 별 | 남자 | 501(51.5) | 471(48.5) | 972(100.0) | 91(50.3) | 90(49.7) | 181(100.0) |
| | 여자 | 74(40.2) | 110(59.8) | 184(100.0) | 13(44.8) | 16(55.2) | 29(100.0) |
| 연 령 | 10세~19세 | 2(66.7) | 1(33.3) | 3(100.0) | 1(100.0) | 0(0.0) | 1(100.0) |
| | 20세~29세 | 71(61.2) | 45(38.8) | 116(100.0) | 8(47.1) | 9(52.9) | 17(100.0) |
| | 30세~39세 | 157(62.1) | 96(37.9) | 253(100.0) | 38(64.4) | 21(35.6) | 59(100.0) |
| | 40세~49세 | 127(57.0) | 96(43.0) | 223(100.0) | 27(58.7) | 19(41.3) | 46(100.0) |
| | 50세~59세 | 81(43.8) | 104(56.2) | 185(100.0) | 14(48.3) | 15(51.7) | 29(100.0) |
| | 60세~69세 | 75(38.5) | 120(61.5) | 195(100.0) | 6(21.4) | 22(78.6) | 28(100.0) |
| | 70세~79세 | 51(32.9) | 104(67.1) | 155(100.0) | 7(31.8) | 15(68.2) | 22(100.0) |
| | 80세 이상 | 11(42.3) | 15(57.7) | 26(100.0) | 3(37.5) | 5(62.5) | 8(100.0) |
| 학 력 | 서당/한학 | 0(0.0) | 1(100.0) | 1(100.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(100.0) |
| | 무학 | 32(44.4) | 40(55.6) | 72(100.0) | 4(44.4) | 5(55.6) | 9(100.0) |
| | 초등학교 | 83(44.4) | 104(55.6) | 187(100.0) | 16(47.1) | 18(52.9) | 34(100.0) |
| | 중학교 | 64(47.1) | 72(52.9) | 136(100.0) | 12(50.0) | 12(50.0) | 24(100.0) |
| | 고등학교 | 194(53.4) | 169(46.6) | 363(100.0) | 40(59.7) | 27(40.3) | 67(100.0) |
| | 2/3년제 대학 | 74(58.3) | 53(41.7) | 127(100.0) | 9(47.4) | 10(52.6) | 19(100.0) |
| | 4년제 대학 | 113(49.3) | 116(50.7) | 229(100.0) | 21(42.0) | 29(58.0) | 50(100.0) |
| | 대학원 | 13(41.9) | 18(58.1) | 31(100.0) | 2(28.6) | 5(71.4) | 7(100.0) |
| 합계 | | 575(49.7) | 581(50.3) | 1,156(100.0) | 205(49.5) | 106(50.5) | 210(100.0) |

2) 흡연과 건강상태

흡연은 국민건강을 위협하는 대표적인 건강행태 위험요인으로 폐암 등 암과 심혈관계 질환을 일으키는 위험요인이다. 소득계층별 현재 흡연 여부를 보면, 소득 수준이 낮은 2층과 3층의 흡연율이 그 외 계층의 흡연율보다 높은 것으로 나타났다. 소득수준이 가장 낮은 1층의 경우 현재 피우지 않는다고 응답한 비율이 그 외 계층보다도 높거나 비슷한 것으로 나타났다. 이는 높은 담배 값과 연관이 있을 것으로 사료된다. 2001년도와 2005년 국민건강영양조사 자료를 이용한 연구를 보면 2005년의 흡연율이 감소한 것으로 보고되었는데, 2005년에 담배가격을 대폭 인상했기 때문이다. 이러한 결과는 건강을 위해 금연정책이 지속적으로 추진되어야

함을 보여주는 것이다.

<표 3-38> 소득계층별 현재 흡연 여부

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|-------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|----------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 피움 | 155 (49.5) | 15 (38.5) | 39 (53.4) | 10 (76.9) | 60 (55.6) | 11 (61.1) | 321 (48.5) | 68 (48.6) | 575 (49.7) | 104 (49.5) |
| 과거 피웠으나 현재 안피움 | 158 (50.5) | 24 (61.5) | 34 (46.6) | 3 (23.1) | 48 (44.4) | 7 (38.9) | 341 (51.5) | 72 (51.4) | 581 (50.3) | 106 (50.5) |
| 합계 | 313 (100.0) | 39 (100.0) | 73 (100.0) | 13 (100.0) | 108 (100.0) | 18 (100.0) | 662 (100.0) | 140 (100.0) | 1,156 (100.0) | 210 (100.0) |

흡연여부에 따라 사람들의 건강관련 삶의 질 수준을 측정해본 결과 다음 표에서 보는 바와 같이 소득계층별로 건강관련 삶의 질 수준이 다른 것으로 나타났다. 즉, 1층의 경우 전국과 경기도 모두 금연하고 있는 사람들의 건강상태의 질이 더 높은 것으로 나타났으나, 2층의 경우 담배를 피우는 경기도민의 건강상태 질이 더 높은 것으로 나타났다. 그러나 사례수가 대표할 만한 수준이 아니고 표준편차도 크다는 점에서 일반화하기는 어렵다. 3층과 그 외 계층의 경우 담배를 피우는 전국 및 경기도민의 건강관련 삶의 질 수준이 금연한 사람의 그것보다 더 높게 나타났다.

<표 3-39> 소득계층별 흡연여부와 EQ-5D index

(단위 : 명)

| 소득 수준 | 현재 흡연 여부 | 전 국 | | | 경기도 | | |
|----------|----------|-------|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 피움 | 154 | 0.8404 | 0.20199 | 15 | 0.8316 | 0.17663 |
| | 현재 안피움 | 158 | 0.8656 | 0.17632 | 24 | 0.8542 | 0.17921 |
| | 합계 | 312 | 0.8532 | 0.18954 | 39 | 0.8455 | 0.17623 |
| 2층 | 피움 | 39 | 0.9038 | 0.15936 | 10 | 0.9783 | 0.04686 |
| | 현재는 안피움 | 34 | 0.9161 | 0.12068 | 3 | 0.8570 | 0.12644 |
| | 합계 | 73 | 0.9095 | 0.14183 | 13 | 0.9563 | 0.08814 |
| 3층 | 피움 | 60 | 0.9315 | 0.11642 | 11 | 0.9630 | 0.08864 |
| | 현재는 안피움 | 48 | 0.9115 | 0.11682 | 7 | 0.9394 | 0.10498 |
| | 합계 | 108 | 0.9226 | 0.11648 | 18 | 0.9538 | 0.09301 |
| 그외 계층 | 피움 | 321 | 0.9643 | 0.06888 | 68 | 0.9664 | 0.07173 |
| | 현재는 안피움 | 340 | 0.9490 | 0.10055 | 72 | 0.9412 | 0.08881 |
| | 합계 | 661 | 0.9564 | 0.08690 | 140 | 0.9534 | 0.08167 |
| 합계 | 피움 | 574 | 0.9235 | 0.13945 | 104 | 0.9478 | 0.10418 |
| | 현재는 안피움 | 580 | 0.9212 | 0.13264 | 106 | 0.9190 | 0.12140 |
| | 합계 | 1,154 | 0.9224 | 0.13602 | 210 | 0.9332 | 0.11384 |

또한, 소득수준을 기준으로 흡연자의 건강관련 삶의 질 수준을 비교하면 소득 수준이 낮을수록 흡연자의 건강상태의 질이 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 흡연자만을 대상으로 주관적 건강상태를 소득계층별로 살펴본 결과와 일치한다. 다음 표에서 보는 바와 같이 전반적으로 소득이 낮을수록 주관적 건강상태도 나쁘다고 응답한 비율이 높았다. 구체적으로 1층에 속한 사람들이 건강상태가 ‘나쁘다’고 응답한 비율이 가장 높았고, 그 다음은 3층에 속한 사람들이다. 즉, 현재 흡연하고 있으면서 소득수준이 최저생계비 이하에 속한 사람들은 다른 계층에 비해 자신의 건강상태를 ‘나쁘다’고 인식한다는 비율이 더 높다는 것이다.

<표 3-40> 소득계층별 흡연자의 주관적 건강상태

(단위: 명, %)

| 지역 | 구분 | 주관적 건강상태 | | | | | 전체 |
|-----|--------|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|----------------|
| | | 매우 좋음 | 좋음 | 보통 | 나쁨 | 매우 나쁨 | |
| 전국 | 1층 | 6 (3.9) | 31 (20.0) | 65 (41.9) | 40 (25.8) | 13 (8.4) | 155 (100.0) |
| | 2층 | 1 (2.6) | 14 (35.9) | 15 (38.5) | 6 (15.4) | 3 (7.7) | 39 (100.0) |
| | 3층 | 2 (3.3) | 14 (23.3) | 27 (45.0) | 15 (25.0) | 2 (3.3) | 60 (100.0) |
| | 그 외 계층 | 20 (6.2) | 90 (28.0) | 161 (50.2) | 45 (14.0) | 5 (1.6) | 321 (100.0) |
| | 합계 | 29 (5.0) | 149 (25.9) | 268 (46.6) | 106 (18.4) | 23 (4.0) | 575 (100.0) |
| 경기도 | 1층 | 0 (0.0) | 3 (20.0) | 5 (33.3) | 6 (40.0) | 1 (6.7) | 15 (100.0) |
| | 2층 | 0 (0.0) | 4 (40.0) | 6 (60.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 10 (100.0) |
| | 3층 | 2 (18.2) | 3 (27.3) | 5 (45.5) | 1 (9.1) | 0 (0.0) | 11 (100.0) |
| | 그 외 계층 | 2 (2.9) | 19 (27.9) | 38 (55.9) | 8 (11.8) | 1 (1.5) | 68 (100.0) |
| | 합계 | 4 (3.8) | 29 (27.9) | 54 (51.9) | 15 (14.4) | 2 (1.9) | 104 (100.0) |

3) 금연계획 및 방법

현재 흡연자의 금연계획을 질문한 결과 소득이 낮은 계층일수록 금연할 생각이 없다고 응답한 비율이 더 높게 나타났다. 특히, 1층에 속한 경기도민의 경우 “전혀 금연할 계획이 없다”고 응답한 비율이 전국 및 평균에 비해 높았다. 흡연은 다음에

서 살펴볼 음주와 같이 건강행태로서의 의미보다는 흡연 그 자체가 주는 즐거움이나 사회적 관계를 형성하는 중요한 요소라는 점에서 금연의 필요성을 크게 인식하지 못하는 것으로 판단된다. 그러나 실제 흡연으로 인한 폐해는 심각하다. 흡연은 심혈관 질환, 폐 질환 등의 심각한 질병을 유발하고 특히 폐암, 구강암, 후두암, 식도암, 방광암, 췌장암, 위암, 간암, 자궁경부암 등의 중요한 원인이 된다. 선진국의 경우 전체 사망의 28%가 흡연에 기인하며, 전체 암사망의 35%, 그리고 폐암사망의 89%가 흡연에 기인한다(USDHHS CDC, 2004). 2000년에는 흡연으로 인한 사망이 전 세계적으로 490만명 정도로 추산되며, 2030년에는 1,000만 명이나 될 것으로 전망된다(WHO, 2003). 우리나라에서 흡연으로 인한 사망은 연간 약 4만 2천여 명으로 이로 인한 사회경제적 비용은 10조원 이상으로 추정된다고 한다. 이 같은 심각성에 비추어볼 때 흡연자의 금연으로의 행태전환을 위한 노력이 요구된다.

<표 3-41> 현재흡연자의 1개월 내 금연계획

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|------------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|----------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 1개월 안에 금연할 계획 있음 | 32 (20.8) | 3 (20.2) | 9 (23.7) | 6 (60.0) | 14 (23.3) | 0 (0.0) | 62 (19.5) | 14 (20.6) | 117 (20.5) | 23 (22.1) |
| 6개월 안에 금연할 계획 있음 | 11 (7.1) | 1 (6.7) | 5 (13.2) | 2 (20.0) | 6 (10.0) | 2 (18.2) | 50 (15.7) | 5 (7.4) | 72 (12.6) | 10 (9.6) |
| 언젠가는 금연할 생각이있음 | 43 (27.9) | 4 (26.7) | 11 (28.9) | 1 (10.0) | 13 (21.7) | 5 (45.5) | 102 (32.1) | 23 (33.8) | 169 (29.6) | 33 (31.7) |
| 현재 전혀 금연할 생각이없음 | 68 (44.2) | 7 (46.7) | 13 (34.2) | 1 (10.0) | 27 (45.0) | 4 (36.4) | 104 (32.7) | 26 (38.2) | 212 (37.2) | 38 (36.5) |
| 합 계 | 154 (100.0) | 15 (100.0) | 38 (100.0) | 10 (100.0) | 60 (100.0) | 11 (100.0) | 318 (100.0) | 68 (100.0) | 570 (100.0) | 104 (100.0) |

그렇다면 금연하려는 이유는 무엇 때문인가? 전체적으로 “향후 건강에 대한 염려”와 “건강이 나빠져서”라는 응답이 가장 많았다. 소득계층별 응답도 동일하다. 다만, 1층에서는 “금연을 시도한적 없음”과 “담배 값이 부담돼서”라는 답변이 다른 계층에 비해 높게 나타났다. “금연을 시도한적 없음”이라는 응답율이 높은 것은 소득계층별 금연계획에서 “금연계획이 없다”는 응답과 연계해서 생각하면 흡연을

지속할 가능성이 가장 높은 계층은 1층이다. 또한 “담배값이 부담돼서”라는 응답 결과를 흡연여부와 연계하여 해석해보면, 1층의 경우 과거에는 피웠지만 현재는 안피운다는 응답비율이 높은 이유가 높은 담배가격 때문임을 알 수 있다. 보건복지부의 공중파 금연광고, 지하철 광고, 각 보건소에서의 금연교육, 홍보캠페인이 지속적으로 이루어짐에도 이러한 정책 때문에 금연하겠다는 응답자는 거의 없는 것으로 나타났다. 금연을 유도하기 위한 교육과 홍보 등이 효과적으로 이루어질 수 있는 방안 마련이 요구된다.

<표 3-42> 소득계층별 금연이유

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그외계층 | | 합계 | |
|---------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|----------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 건강이 나빠져서 | 104 (34.4) | 12 (31.6) | 22 (30.6) | 2 (16.7) | 27 (26.2) | 2 (12.5) | 130 (20.1) | 31 (22.6) | 283 (25.2) | 47 (23.2) |
| 향후 건강에 대한 염려로 | 64 (21.2) | 9 (23.7) | 24 (33.3) | 7 (58.6) | 28 (27.2) | 2 (12.5) | 254 (39.3) | 40 (29.2) | 370 (32.9) | 58 (28.6) |
| 가족의 건강을 위해 | 13 (4.3) | 1 (2.6) | 8 (11.1) | 1 (8.3) | 8 (7.8) | 2 (12.5) | 64 (9.9) | 10 (7.3) | 93 (8.3) | 14 (6.9) |
| 주위 사람들에게 피해 안 주기 위해 | 14 (4.6) | 0 (0.0) | 3 (4.2) | 0 (0.0) | 8 (7.8) | 1 (6.3) | 53 (8.2) | 13 (9.5) | 78 (6.9) | 14 (6.9) |
| 주위 사람들의 권유로 | 14 (4.6) | 1 (2.6) | 3 (4.2) | 1 (8.3) | 3 (2.9) | 2 (12.5) | 21 (3.3) | 4 (2.9) | 41 (3.7) | 8 (3.9) |
| 담 배 값 이 부담돼서 | 9 (3.0) | 2 (5.3) | 1 (1.4) | 0 (0.0) | 2 (1.9) | 0 (0.0) | 6 (0.9) | 1 (0.7) | 18 (1.6) | 3 (1.5) |
| 금연공익광고, 담배값의 경계문구 | 2 (0.7) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (1.0) | 0 (0.0) | 2 (0.3) | 2 (1.5) | 5 (0.4) | 2 (1.0) |
| 사회생활이 불편해서 | 3 (1.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 3 (0.5) | 0 (0.0) | 6 (0.5) | 0 (0.0) |
| 기타 | 33 (10.9) | 9 (23.7) | 6 (8.3) | 1 (8.3) | 13 (12.6) | 4 (25.0) | 62 (9.6) | 23 (16.8) | 114 (10.2) | 37 (18.2) |
| 금연을 시도한 적 없음 | 46 (15.2) | 4 (10.5) | 5 (6.9) | 0 (0.0) | 13 (12.6) | 3 (18.8) | 51 (7.9) | 13 (9.5) | 115 (10.2) | 20 (9.9) |
| 합계 | 302 (100.0) | 38 (100.0) | 72 (100.0) | 12 (100.0) | 103 (100.0) | 16 (100.0) | 646 (100.0) | 137 (100.0) | 1,123 (100.0) | 203 (100.0) |

금연방법으로는 “의지로” 금연하겠다는 비율이 압도적으로 높으나, 실패할 가능성이 가장 높은 방법 중 하나이다. 그 다음은 “흡연예방 및 금연교육”이나 그

비율은 미미한 수준이다. 정부가 추진하고 있는 금연교육 및 상담을 통해 금연하겠다는 응답율은 1.1%에 불과하여 금연프로그램의 홍보 및 효과성이 낮음을 알 수 있다.

<표 3-43> 소득계층별 금연방법

(단위 : 명, %)

| 방법 | 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그외계층 | | 합계 | |
|---------------------------|-----|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 의지로 | 아니오 | 92 (29.6) | 9 (23.1) | 16 (21.9) | 1 (7.7) | 34 (36.5) | 7 (38.9) | 133 (20.1) | 31 (21.8) | 275 (23.8) | 48 (22.6) |
| | 예 | 219 (70.4) | 30 (76.9) | 57 (78.1) | 12 (92.3) | 74 (68.5) | 11 (61.6) | 529 (79.9) | 111 (78.2) | 879 (76.2) | 164 (77.4) |
| | 합계 | 311 (100.0) | 39 (100.0) | 73 (100.0) | 13 (100.0) | 108 (100.0) | 18 (100.0) | 662 (100.0) | 142 (100.0) | 1,154 (100.0) | 212 (100.0) |
| 의사 처방 약물 치료 | 아니오 | 306 (98.4) | 38 (97.4) | 71 (97.3) | 13 (100.0) | 104 (96.3) | 18 (100.0) | 641 (96.8) | 136 (95.8) | 1122 (97.2) | 205 (96.7) |
| | 예 | 5 (1.6) | 1 (2.6) | 2 (2.7) | 0 (0.0) | 4 (3.7) | 0 (0.0) | 21 (3.2) | 6 (4.2) | 32 (3.8) | 7 (3.3) |
| | 합계 | 311 (100.0) | 39 (100.0) | 73 (100.0) | 13 (100.0) | 108 (100.0) | 18 (100.0) | 662 (100.0) | 142 (100.0) | 1,154 (100.0) | 212 (100.0) |
| 금연 교육 및 상담 | 아니오 | 306 (98.4) | 39 (100.0) | 69 (94.5) | 12 (92.3) | 108 (100.0) | 18 (100.0) | 658 (99.4) | 141 (99.3) | 1141 (98.9) | 210 (99.1) |
| | 예 | 5 (1.6) | 0 (0.0) | 4 (5.5) | 1 (7.7) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4 (0.6) | 1 (0.7) | 13 (1.1) | 2 (0.9) |
| | 합계 | 311 (100.0) | 39 (100.0) | 73 (100.0) | 13 (100.0) | 108 (100.0) | 18 (100.0) | 662 (100.0) | 142 (100.0) | 1,154 (100.0) | 212 (100.0) |
| 흡연 예방 및 금연 교육 | 아니오 | 710 (97.1) | 94 (98.9) | 176 (94.1) | 34 (100.0) | 248 (97.3) | 42 (100.0) | 1539 (93.8) | 324 (94.2) | 2673 (95.0) | 494 (95.9) |
| | 예 | 21 (2.9) | 1 (1.1) | 11 (5.9) | 0 (0.0) | 7 (2.7) | 0 (0.0) | 101 (6.1) | 20 (5.8) | 140 (5.0) | 21 (4.1) |
| | 합계 | 731 (100.0) | 95 (100.0) | 187 (100.0) | 34 (100.0) | 255 (100.0) | 42 (100.0) | 1,640 (100.0) | 344 (100.0) | 2,813 (100.0) | 515 (100.0) |

흡연과 저소득층 건강상태를 요약하면, 저소득층 특히, 1층에 속한 사람들은 흡연하지 않은 비율이 다른 소득계층에 비해 높았고, 그에 따라 건강관련 삶의 질 수준도 높았다. 그러나 흡연하고 있는 1층의 경우 다른 계층에 비해 삶의 질 수준이 낮았고, 금연할 생각이 전혀 없다고 응답한 비율이 다른 소득계층보다 월등히 높게 나타났다. 또한 금연을 시도한 적도 없다는 비율도 다른 계층에 비해 매우 높게 나타났다. 그에 비해 정부의 금연광고나 교육 등에 대해서는 잘 알지 못하는 것으로

나타났다. 이러한 결과는 저소득층이 흡연으로 인한 불건강상태에 더 많이 노출되어 있는 것으로 이들의 건강을 보호하기 위해서 지속적으로 흡연의지를 금연의지로 전환시킬 방안 모색이 필요하다.

2. 음주와 건강실태

음주와 건강간의 관계에 대해서 논란이 존재한다. 음주로 인한 알코올 섭취는 알코올 자체의 독성으로 인해 소화기계에 이상을 초래하여 영양소의 흡수장애를 유발하고, 체내의 영양소 대사에 영향을 미쳐 건강에 부정적이라는 의견도 있지만, 적당량의 음주는 중년층과 노년층의 사망을 예방하는 데 도움이 된다는 주장도 있다(세계일보, 2010. 8. 22). 그러나 음주가 건강유지에 긍정적인 영향을 미치기 위해 전제되어야 할 중요한 조건은 바로 ‘적당량’의 수준과 이 수준을 지킬 수 있는가의 문제이다. 서울시정신보건센터에 따르면 우리나라의 경우 성인기준 일일 적정 음주량은 소주를 기준으로 남자는 4잔 이하, 여자는 3잔 이하이며, 그 이상은 위험 음주라고 하였다.

국민건강영양조사자료에 따르면 전국을 기준으로 19.3%는 최근 1년 동안 금주하고 있는 것으로 나타났다. 성별로는 남성이 여성에 비해 음주빈도가 높은 것으로 나타났다. 음주는 사회적 관계 속에서 이루어지는 행동이라는 점을 고려한다면 경제활동 참여율이 높은 남성의 음주빈도가 여성에 비해 잦은 이유를 이해할 수 있다.

연령별로는 10대를 제외하고 20대 이후부터 연령이 증가할수록 최근 1년 동안 술을 마시지 않았다고 응답한 비율이 증가하였다. 20, 30, 40대는 한달에 2~4번정도 음주한다는 비율이 가장 높았다. 그런데 흥미로운 것은 50대, 60대, 70대의 경우 1주일에 4번 이상 술을 마셨다는 응답율이 다른 연령대에 비해 높았고 50대 이후 지속적으로 증가하고 있다는 사실이다. 이는 젊은 시절부터 음주해오던 습관이 그대로 고착화되면서 음주빈도에도 영향을 주었기 때문으로 판단된다.

학력별 음주를 보면 교육수준이 낮을수록 최근 1년 동안 술을 마시지 않았다고 응답한 비율이 높았다. 한 달에 2~4번 정도의 음주를 하고 있다고 응답한 비율이 가장 높았으며, 교육수준이 높을수록 상기 빈도의 응답율도 높아지는 것으로 조사

되었다. 앞서 언급한 바와 같이 음주는 직장이나 사회활동을 매개로 해서 이루어지는 만큼 이러한 활동이 많을 확률이 높은 고학력자의 음주빈도가 높게 나타난 것으로 해석될 수 있다. 이러한 현상은 경기도도 동일하게 나타났다.

<표 3-44> 음주 실태(전국 및 경기도)

(단위: 명, %)

| 구분 | 1년간 음주여부 | | | | | | 합계 | | | |
|---------|--------------|--------------|---------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|-------------------|-------------------------|------------|
| | 안마심/ 최근1년 | 1번미만/ 한달 | 1번정도/ 한달 | 2~4번/ 한달 | 2~3번/ 1주일 | 4번이상 /주일 | | | | |
| 전국 | 성 | 남자 | 480(19.3) | 559(22.4) | 306(12.3) | 587(23.6) | 357(14.3) | 203(8.1) | 2,492(100.0) | |
| | | 여자 | 309(23.5) | 404(30.7) | 182(13.8) | 285(21.7) | 97(7.4) | 39(3.0) | 1,316(100.0) | |
| | 연령 | 10세~19세 | 45(31.3) | 56(38.9) | 13(9.0) | 24(16.7) | 6(4.2) | 0(0.0) | 144(100.0) | |
| | | 20세~29세 | 26(9.3) | 51(18.2) | 56(20.0) | 102(36.4) | 32(11.4) | 13(4.6) | 280(100.0) | |
| | | 30세~39세 | 80(13.8) | 142(24.4) | 76(13.1) | 163(28.6) | 97(16.7) | 20(3.4) | 581(100.0) | |
| | | 40세~49세 | 51(10.8) | 106(22.5) | 57(12.1) | 131(27.8) | 88(18.7) | 38(8.1) | 471(100.0) | |
| | | 50세~59세 | 69(17.6) | 84(21.5) | 61(15.6) | 76(19.4) | 61(15.6) | 40(10.2) | 391(100.0) | |
| | | 60세~69세 | 111(30.4) | 71(19.5) | 25(6.8) | 58(15.9) | 51(14.0) | 49(13.4) | 365(100.0) | |
| | | 70세~79세 | 78(35.1) | 39(17.6) | 17(7.7) | 29(13.1) | 18(8.1) | 41(18.5) | 222(100.0) | |
| | | 80세 이상 | 20(52.6) | 10(26.3) | 1(2.6) | 1(2.6) | 4(10.5) | 2(5.3) | 38(100.0) | |
| | 학력 | 서당/한학 | 1(33.3) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 2(66.7) | 0(0.0) | 3(100.0) | |
| | | 무학 | 60(43.5) | 27(19.6) | 5(3.6) | 13(9.4) | 9(6.5) | 24(17.4) | 138(100.0) | |
| | | 초등학교 | 138(32.8) | 85(20.2) | 45(10.7) | 52(12.4) | 49(11.6) | 52(12.4) | 421(100.0) | |
| | | 중학교 | 66(21.2) | 71(22.8) | 37(11.9) | 48(15.4) | 44(14.1) | 46(14.7) | 312(100.0) | |
| | | 고등학교 | 115(14.6) | 194(24.7) | 105(13.4) | 202(25.7) | 123(15.6) | 47(6.0) | 786(100.0) | |
| | | 2/3년제 대학 | 37(12.9) | 57(19.9) | 38(13.3) | 98(34.3) | 46(16.1) | 10(3.5) | 286(100.0) | |
| | | 4년제대학 대학원 | 50(10.8) 7(10.8) | 107(23.2) 10(15.4) | 64(13.9) 11(16.9) | 146(31.6) 27(41.5) | 76(16.5) 8(12.3) | 19(4.1) 2(3.1) | 462(100.0) 65(100.0) | |
| | 경기도 | 성 | 남자 | 95(20.1) | 108(21.8) | 57(12.1) | 110(23.3) | 74(15.6) | 34(7.2) | 473(100.0) |
| | | | 여자 | 27(12.7) | 25(11.8) | 28(13.2) | 51(24.1) | 55(25.9) | 26(12.3) | 212(100.0) |
| | | 연령 | 남자 | 68(26.1) | 78(29.9) | 29(11.1) | 59(22.6) | 19(7.3) | 8(3.1) | 261(100.0) |
| 10세~19세 | | | 7(29.2) | 9(37.5) | 2(8.3) | 6(25.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 24(100.0) | |
| 20세~29세 | | | 5(11.4) | 6(13.6) | 8(18.2) | 17(38.6) | 6(13.6) | 2(4.5) | 44(100.0) | |
| 30세~39세 | | | 26(17.1) | 41(27.0) | 12(7.9) | 43(28.3) | 25(16.4) | 5(3.3) | 152(100.0) | |
| 40세~49세 | | | 8(8.4) | 22(23.2) | 13(13.7) | 25(26.3) | 18(18.9) | 9(9.5) | 95(100.0) | |
| 50세~59세 | | | 10(16.4) | 12(19.7) | 16(26.2) | 8(13.1) | 9(14.8) | 6(9.8) | 61(100.0) | |
| 60세~69세 | | | 20(36.4) | 7(12.7) | 3(5.5) | 7(12.7) | 10(18.2) | 8(14.5) | 55(100.0) | |
| 70세~79세 | | | 13(40.6) | 4(12.5) | 3(9.4) | 4(12.5) | 5(15.6) | 3(9.4) | 32(100.0) | |
| 80세이상 | | 6(60.0) | 2(20.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 1(10.0) | 1(10.0) | 10(100.0) | | |
| 학력 | | 서당/한학 | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 1(100.0) | 0(0.0) | 1(100.0) | |
| | | 무학 | 10(66.7) | 1(6.7) | 0(0.0) | 0(0.0) | 1(6.7) | 3(20.0) | 15(100.0) | |
| | | 초등학교 | 28(34.1) | 15(18.3) | 7(8.5) | 11(13.4) | 12(14.6) | 9(11.0) | 82(100.0) | |
| | | 중학교 | 8(16.7) | 11(22.9) | 12(25.0) | 3(6.3) | 8(16.7) | 6(12.5) | 48(100.0) | |
| | | 고등학교 | 29(17.8) | 44(27.0) | 18(11.0) | 42(25.8) | 20(12.3) | 10(6.1) | 163(100.0) | |
| | | 2/3년제 대학 | 9(16.1) | 15(26.8) | 7(12.5) | 16(28.6) | 9(16.1) | 0(0.0) | 56(100.0) | |
| | | 4년제대학 대학원 | 10(10.5) 1(7.7) | 16(16.8) 1(7.7) | 10(10.5) 3(23.1) | 32(33.7) 6(46.2) | 22(23.2) 1(7.7) | 5(5.3) 1(7.7) | 95(100.0) 13(100.0) | |

음주활동을 건강과 연계하여 생각해보면 50대 이후 음주 빈도가 높아지고 있는 것으로 조사된 만큼, 음주 빈도를 낮추고, 건강을 해치지 않는 음주방법 등을 지속적으로 알려주는 노력이 필요하다. 무엇보다도 사회적 활동의 일부로 받아들여지고 있는 음주행위를 건강에 긍정적인 영향을 줄 수 있는 행동으로 바꾸기 위한 지침을 구체적으로 마련하고 이를 해당자가 인지할 수 있는 방안 등을 고민하는 것이 필요하다.

2) 저소득층의 음주행태와 건강

흡연과 함께 저소득층 건강을 위협하는 또 다른 불건강행태가 바로 음주이다. 12세 이상을 대상으로 1년간 음주빈도를 질문한 결과 “한 달에 2~4번”이라고 응답한 비율이 가장 높았고, 소득이 낮은 계층의 음주 빈도가 더 낮은 것으로 조사되었다.

<표 3-45> 만 12세 이상 1년간 음주빈도

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그외계층 | | 합계 | |
|-----------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 최근 1년간 전혀마시지 않음 | 150 (25.7) | 25 (32.9) | 42 (24.9) | 7 (18.9) | 52 (22.7) | 8 (20.5) | 236 (15.6) | 55 (17.1) | 480 (19.3) | 95 (20.1) |
| 한달에 1번 미만 | 123 (21.1) | 13 (17.1) | 37 (21.9) | 8 (21.6) | 55 (24.0) | 10 (25.6) | 344 (22.8) | 72 (22.4) | 559 (22.4) | 103 (21.8) |
| 한달에 1번 정도 | 56 (9.6) | 7 (9.2) | 18 (10.7) | 4 (10.8) | 23 (10.0) | 3 (7.7) | 209 (13.8) | 43 (13.4) | 306 (12.3) | 57 (12.1) |
| 한달에 2~4번 | 109 (18.7) | 13 (17.1) | 35 (20.7) | 9 (24.3) | 46 (20.1) | 6 (15.4) | 397 (26.3) | 82 (25.5) | 587 (23.6) | 110 (23.3) |
| 일주일에 2~3번 정도 | 70 (12.0) | 12 (15.8) | 19 (11.2) | 5 (13.5) | 29 (12.7) | 6 (15.4) | 239 (15.8) | 51 (15.9) | 357 (14.3) | 74 (15.6) |
| 일주일에 4번 이상 | 75 (12.9) | 6 (7.9) | 18 (10.7) | 4 (10.8) | 24 (10.5) | 6 (15.4) | 86 (5.7) | 18 (5.6) | 203 (8.1) | 34 (7.2) |
| 합계 | 583 (100.0) | 76 (100.0) | 169 (100.0) | 37 (100.0) | 229 (100.0) | 39 (100.0) | 1,511 (100.0) | 321 (100.0) | 2,492 (100.0) | 473 (100.0) |

그런데, 흥미로운 사실은 음주빈도가 적다고 해서 건강상태가 좋은 것은 아니

라는 사실이다. 먼저, 음주빈도와 주관적 건강상태의 관계를 보면 ‘최근 1년간 마시지 않았다’고 응답한 사람들의 주관적 건강상태가 가장 나쁜 것으로 나타났다. 반면 한달에 2~4번 정도 음주한다고 응답한 사람들은 건강상태가 ‘좋다’는 항목에 가장 많이 응답하였다. 경기도의 분석결과도 전국과 유사한 모습을 보여주고 있다.

<표 3-46> 음주빈도와 주관적 건강상태

(단위 : 명, %)

| 지역 | 구분 | 주관적 건강상태 | | | | | 합계 |
|-----|---------------|-------------|---------------|-----------------|---------------|-------------|------------------|
| | | 매우좋음 | 좋음 | 보통 | 나쁨 | 매우나쁨 | |
| 전국 | 최근1년간 마시지 않았다 | 9 (1.9) | 122 (25.5) | 202 (42.3) | 114 (23.8) | 31 (6.5) | 478 (100.0) |
| | 한달에 1번미만 | 22 (3.9) | 150 (26.9) | 283 (50.7) | 85 (15.2) | 18 (3.2) | 558 (100.0) |
| | 한달에 1번정도 | 14 (4.6) | 88 (28.9) | 153 (50.2) | 47 (15.4) | 3 (1.0) | 305 (100.0) |
| | 한달에 2~4번정도 | 25 (4.3) | 199 (34.0) | 278 (47.4) | 75 (12.8) | 9 (1.5) | 586 (100.0) |
| | 일주일에 2~3번정도 | 11 (3.1) | 104 (29.1) | 197 (55.2) | 40 (11.2) | 5 (1.4) | 357 (100.0) |
| | 일주일에 4번이상 | 10 (4.9) | 59 (29.1) | 96 (47.3) | 33 (16.3) | 5 (2.5) | 203 (100.0) |
| | 합계 | 91 (3.7) | 722 (29.0) | 1,209 (48.6) | 394 (15.8) | 71 (2.9) | 2,487 (100.0) |
| 경기도 | 최근1년간 마시지 않았다 | 4 (4.2) | 24 (25.3) | 35 (36.8) | 25 (26.3) | 7 (7.4) | 95 (100.0) |
| | 한달에 1번미만 | 2 (1.9) | 37 (35.9) | 48 (46.6) | 12 (11.7) | 4 (3.9) | 103 (100.0) |
| | 한달에 1번정도 | 3 (5.3) | 17 (29.8) | 27 (47.4) | 10 (17.5) | 0 (0.0) | 57 (100.0) |
| | 한달에 2~4번정도 | 7 (6.4) | 40 (36.4) | 52 (47.3) | 10 (9.1) | 1 (0.9) | 110 (100.0) |
| | 일주일에 2~3번정도 | 2 (2.7) | 25 (33.8) | 37 (50.0) | 9 (12.2) | 1 (1.4) | 74 (100.0) |
| | 일주일에 4번이상 | 0 (0.0) | 10 (29.4) | 18 (52.9) | 5 (14.7) | 1 (2.9) | 34 (100.0) |
| | 합계 | 18 (3.8) | 153 (32.3) | 217 (45.9) | 71 (15.0) | 14 (3.0) | 473 (100.0) |

다음으로, 음주빈도와 건강관련 삶의 질 수준이다. 다음 표에서 보는 바와 같이 모든 소득계층에서 음주빈도가 가장 낮은 “최근 1년간 마시지 않았다”고 응답한 사람들의 건강상태 질이 가장 낮게 나타났다. 특히, 1층에 속한 사람들의 건강관련

삶의 질 수준이 가장 낮은 것으로 조사되었다. 이러한 결과는 일정정도의 음주는 오히려 건강관련 삶의 질을 높인다고 인식하고 있는 것으로 해석될 수 있다.

<표 3-47> 소득계층별 음주빈도와 EQ-5D index

(단위 : 명)

| 소득 수준 | (만12세이상)1년간 음주 빈도 | 전국 | | | 경기도 | | |
|--------|--------------------|-------|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 최근1년간 마시지않았다 | 143 | 0.7998 | 0.19842 | 24 | 0.7656 | 0.21660 |
| | 한달에1번미만 | 115 | 0.8431 | 0.20553 | 13 | 0.8222 | 0.23786 |
| | 한달에1번정도 | 50 | 0.9171 | 0.11546 | 6 | 0.9033 | 0.19481 |
| | 한달에2~4번정도 | 107 | 0.8921 | 0.15049 | 12 | 0.9623 | 0.07227 |
| | 일주일에2~3번정도 | 69 | 0.8945 | 0.14782 | 12 | 0.8665 | 0.17527 |
| | 일주일에4번이상 | 75 | 0.8510 | 0.17404 | 6 | 0.8412 | 0.16212 |
| | 합계 | 559 | 0.8554 | 0.18005 | 73 | 0.8424 | 0.19801 |
| 2층 | 최근1년간 마시지않았다 | 41 | 0.8662 | 0.14397 | 7 | 0.8503 | 0.15236 |
| | 한달에1번미만 | 31 | 0.9034 | 0.12071 | 6 | 0.8815 | 0.17395 |
| | 한달에1번정도 | 17 | 0.9062 | 0.09710 | 4 | 0.9133 | 0.06128 |
| | 한달에2~4번정도 | 34 | 0.9517 | 0.07731 | 8 | 0.9493 | 0.07410 |
| | 일주일에2~3번정도 | 19 | 0.9288 | 0.09600 | 5 | 1.0000 | 0.00000 |
| | 일주일에4번이상 | 18 | 0.9203 | 0.10581 | 4 | 0.8603 | 0.10344 |
| | 합계 | 160 | 0.9794 | 0.11542 | 34 | 0.9097 | 0.11870 |
| 3층 | 최근1년간 마시지않았다 | 46 | 0.8554 | 0.14558 | 8 | 0.8310 | 0.17650 |
| | 한달에1번미만 | 50 | 0.9031 | 0.12364 | 10 | 0.9366 | 0.09727 |
| | 한달에1번정도 | 22 | 0.9305 | 0.08307 | 3 | 0.9133 | 0.07506 |
| | 한달에2~4번정도 | 46 | 0.9440 | 0.10546 | 6 | 0.9783 | 0.05307 |
| | 일주일에2~3번정도 | 28 | 0.9358 | 0.13819 | 6 | 1.0000 | 0.00000 |
| | 일주일에4번이상 | 24 | 0.9475 | 0.08867 | 6 | 1.0000 | 0.00000 |
| | 합계 | 216 | 0.9136 | 0.12381 | 39 | 0.9391 | 0.11214 |
| 그 외 계층 | 최근1년간마시지않았다 | 205 | 0.9126 | 0.12716 | 49 | 0.9075 | 0.12465 |
| | 한달에1번미만 | 315 | 0.9414 | 0.10279 | 66 | 0.9465 | 0.10179 |
| | 한달에1번정도 | 206 | 0.9462 | 0.09983 | 43 | 0.9481 | 0.07603 |
| | 한달에2~4번정도 | 384 | 0.9686 | 0.05816 | 80 | 0.9701 | 0.05951 |
| | 일주일에2~3번정도 | 238 | 0.9625 | 0.06497 | 51 | 0.9657 | 0.05358 |
| | 일주일에4번이상 | 86 | 0.9511 | 0.09198 | 18 | 0.9316 | 0.13766 |
| | 합계 | 1,434 | 0.9493 | 0.09210 | 307 | 0.9490 | 0.09215 |
| 합계 | 최근1년간 마시지않았다 | 435 | 0.8651 | 0.16454 | 88 | 0.8573 | 0.16996 |
| | 한달에1번미만 | 511 | 0.9132 | 0.14103 | 95 | 0.9243 | 0.13719 |
| | 한달에1번정도 | 295 | 0.9378 | 0.10178 | 56 | 0.9390 | 0.09253 |
| | 한달에2~4번정도 | 571 | 0.9513 | 0.09258 | 106 | 0.9681 | 0.06125 |
| | 일주일에2~3번정도 | 354 | 0.9453 | 0.09849 | 74 | 0.9547 | 0.09093 |
| | 일주일에4번이상 | 203 | 0.9109 | 0.13667 | 34 | 0.9193 | 0.13235 |
| | 합계 | 2,369 | 0.9212 | 0.12874 | 453 | 0.9279 | 0.12447 |

또한, 음주량과 관련된 건강관련 삶의 질 수준도 음주량이 적은 것보다는 많을 때 건강상태의 질이 더 높은 것으로 나타났다. 다음 표에서 보는 바와 같이 1회 음주 시 7~9잔을 마신다고 응답한 사람들의 건강상태 질이 가장 높게 나타났다. 특히, 1층에 속한 사람들의 경우 음주량이 늘어날수록 삶의 질 수준도 높아지고 있어 알콜중독의 가능성 여부를 진단하는 것도 필요하다.

<표 3-48> EQ-5D index와 한번에 마시는 음주량

(단위 : 명)

| 소득 수준 | 한번에 마시는 음주량 | 전국 | | | 경기도 | | |
|-------|-------------|-------|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 1~2잔 | 168 | 0.8464 | 0.16330 | 23 | 0.8543 | 0.20135 |
| | 3~4잔 | 107 | 0.8847 | 0.18416 | 8 | 0.9136 | 0.20927 |
| | 5~6잔 | 42 | 0.8525 | 0.21634 | 5 | 0.8558 | 0.21677 |
| | 7~9잔 | 49 | 0.9179 | 0.13516 | 8 | 0.8925 | 0.10401 |
| | 10잔 이상 | 50 | 0.9237 | 0.11791 | 5 | 0.9448 | 0.07580 |
| | 합계 | 416 | 0.8746 | 0.16932 | 49 | 0.8796 | 0.17880 |
| 2층 | 1~2잔 | 48 | 0.8936 | 0.11403 | 9 | 0.8856 | 0.14589 |
| | 3~4잔 | 28 | 0.9296 | 0.08095 | 7 | 0.9181 | 0.07883 |
| | 5~6잔 | 14 | 0.9714 | 0.05983 | 2 | 1.0000 | 0.00000 |
| | 7~9잔 | 14 | 0.9634 | 0.06998 | 6 | 0.9300 | 0.09425 |
| | 10잔 이상 | 15 | 0.9317 | 0.11621 | 3 | 1.0000 | 0.00000 |
| | 합계 | 119 | 0.9142 | 0.10029 | 27 | 0.9256 | 0.10644 |
| 3층 | 1~2잔 | 78 | 0.9187 | 0.10408 | 13 | 0.9412 | 0.09007 |
| | 3~4잔 | 32 | 0.9149 | 0.15149 | 6 | 0.9783 | 0.05307 |
| | 5~6잔 | 26 | 0.9395 | 0.11066 | 8 | 1.0000 | 0.00000 |
| | 7~9잔 | 13 | 0.9833 | 0.04168 | 3 | 0.9567 | 0.07506 |
| | 10잔 이상 | 21 | 0.9450 | 0.10261 | 1 | 1.0000 | . |
| | 합계 | 170 | 0.9294 | 0.11264 | 31 | 0.9678 | 0.06886 |
| 그외 계층 | 1~2잔 | 428 | 0.9428 | 0.09502 | 100 | 0.9425 | 0.10237 |
| | 3~4잔 | 280 | 0.9499 | 0.09521 | 55 | 0.9479 | 0.08016 |
| | 5~6잔 | 190 | 0.9670 | 0.06336 | 36 | 0.9610 | 0.06031 |
| | 7~9잔 | 146 | 0.9732 | 0.05250 | 35 | 0.9731 | 0.05283 |
| | 10잔 이상 | 184 | 0.9673 | 0.06672 | 32 | 0.9944 | 0.02215 |
| | 합계 | 1228 | 0.9554 | 0.08339 | 258 | 0.9568 | 0.08127 |
| 합계 | 1~2잔 | 722 | 0.9145 | 0.12295 | 145 | 0.9249 | 0.12802 |
| | 3~4잔 | 447 | 0.9305 | 0.12837 | 76 | 0.9440 | 0.09831 |
| | 5~6잔 | 272 | 0.9469 | 0.11351 | 51 | 0.9583 | 0.08780 |
| | 7~9잔 | 222 | 0.9610 | 0.08185 | 52 | 0.9548 | 0.07313 |
| | 10잔 이상 | 270 | 0.9555 | 0.08585 | 41 | 0.9889 | 0.03513 |
| | 합계 | 1,933 | 0.9338 | 0.11559 | 365 | 0.9450 | 0.10450 |

이미숙(2005)의 연구에서도 흡연과 달리 음주의 경우, 음주를 많이 하는 집단에서 주관적 건강수준이 높은 것으로 나타났다. 그는 한국의 성인들에게 음주가 건강행동이기 보다는 보편적 문화행동으로 인식되는 경향을 반영한 결과라고 설명하였다. 그러나 이미숙(2005)은 음주와 만성질환 위험율간 정(正)의 상관관계가 있음을 보여주고 있는 만큼 음주에 대한 인식과 문화의 개선이 필요하며, 올바른 음주방법에 대한 홍보 및 교육이 필요하다.

3. 영양 및 식생활과 건강상태

1) 식생활지침 인지 및 실천

건강을 좌우하는 여러 요인들 중 우리가 매일 먹는 음식의 형태와 먹는 습관이 가장 중요한 요소이다. 올바르지 못한 식생활 습관이 육체의 건강뿐 아니라 한 인간의 품성을 바꾸어놓고 정신건강에도 지대한 영향을 미친다는 것이 일반적인 상식이 되고 있다. 이런 점에서 올바른 식생활을 위한 지침을 인지하고 있는지 얼마나 실천하고 있는지는 건강유지에 중요한 조건이 된다.

먼저, 식생활지침에 대한 인지 여부이다. 식생활지침을 알고 있다고 응답한 비율만 보면 전국보다는 경기도가, 남성보다는 여성이, 30~40대일수록, 고등학교 이상 학력일수록 더 많이 인지하고 있는 것으로 나타났다. 소득수준별로 보면 소득이 낮은 계층일수록 식생활지침에 대한 인지도가 낮은 것으로 조사되었다. 올바른 식생활을 통해 영양을 골고루 섭취할 수 있고, 이를 통해 건강상태를 유지할 수 있다는 점에서 식생활지침에 따르는 건강행태는 매우 중요하다. 그럼에도 불구하고 소득수준이 낮은 계층의 경우 10명 중 약 9명 정도가 이러한 식생활지침을 알지 못한다고 응답하여 이에 대한 적극적인 홍보가 필요함을 알 수 있다.

<표 3-49> 식생활지침 인지여부

(단위: 명, %)

| 구 분 | | 전국 | 경기도 |
|-----|----------|-----------|-----------|
| 전체 | | 613(17.5) | 128(19.5) |
| 소득 | 1층 | 104(12.4) | 19(16.8) |
| | 2층 | 32(14.4) | 10(22.7) |
| | 3층 | 57(18.6) | 11(20.0) |
| | 그 외 계층 | 420(19.8) | 88(19.8) |
| 성 | 남자 | 223(14.5) | 40(14.4) |
| | 여자 | 390(19.9) | 88(23.3) |
| 연령 | 0세~9세 | 15(5.8) | 5(8.1) |
| | 10세~19세 | 66(13.0) | 13(11.6) |
| | 20세~29세 | 48(16.7) | 9(23.7) |
| | 30세~39세 | 151(24.1) | 38(24.7) |
| | 40세~49세 | 136(26.3) | 29(29.0) |
| | 50세~59세 | 88(19.4) | 11(17.7) |
| | 60세~69세 | 65(14.5) | 13(19.7) |
| | 70세~79세 | 41(12.5) | 9(18.4) |
| 학력 | 80세이상 | 3(4.3) | 1(7.7) |
| | 서당/한학 | 0(0.0) | 0(0.0) |
| | 무학 | 10(5.2) | 1(3.6) |
| | 초등학교 | 72(13.5) | 19(22.4) |
| | 중학교 | 62(14.5) | 7(9.6) |
| | 고등학교 | 214(25.7) | 48(28.6) |
| | 2년/3년제대학 | 69(26.7) | 14(32.6) |
| | 4년제대학 | 90(21.3) | 18(20.7) |
| 대학원 | 12(19.4) | 1(9.1) | |

다음으로, 식생활지침 실천여부이다. 소득수준별로 살펴보면, 다양한 식품 섭취 항목을 제외하고는 소득수준이 낮다고 해서 실천율도 낮은 것은 아니었다. 오히려 ‘싱겁게 먹기’ 항목은 소득수준이 낮은 계층일수록 실천율이 높았고, ‘알맞게 먹기’와 ‘아침먹기’, ‘위생적이고 필요한 만큼 준비하기’ 등의 실천율도 1층이 가장 높게 나타났다. ‘우리식생활 즐기기’의 실천율은 전 계층에서 매우 높았고, ‘술의 양 제한’ 등은 저소득층의 실천율이 그 외 계층의 그것보다 더 높게 나타났다. 전반적으로 식생활지침 실천율은 소득수준과 상관없이 나타나고 있다.

성별로 보면 여성이 남성보다 7개 지침을 실천하는 비율이 더 높은 것으로 나타났는데, 일반적으로 건강에 대한 관심이 남성보다 여성이 더 높기 때문이다.

<표 3-50> 식생활지침 실천율

(단위 : 명, %)

| 구분 | | 다양한 식품섭취 | | 싱겁게 먹기 | | 알맞게 섭취 | | 아침식사 하기 | | 위생적, 필요 만큼 준비 | | 우리식생활 즐기기 | | 술의 양 제한 | |
|----------|-------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 스 트 | 1층 | 399 (47.4) | 47 (41.6) | 285 (34.0) | 29 (25.9) | 444 (53.0) | 52 (46.4) | 655 (77.9) | 86 (76.1) | 649 (77.2) | 85 (75.2) | 754 (89.7) | 97 (85.8) | 592 (82.2) | 75 (80.6) |
| | 2층 | 114 (51.4) | 16 (36.4) | 60 (27.0) | 8 (18.2) | 112 (50.5) | 22 (50.0) | 30 (42.9) | 5 (25.0) | 165 (74.3) | 34 (77.3) | 210 (94.6) | 39 (88.6) | 148 (85.1) | 25 (83.3) |
| | 3층 | 168 (54.5) | 36 (65.5) | 91 (29.5) | 20 (36.4) | 134 (43.5) | 21 (38.2) | 44 (44.4) | 13 (81.3) | 215 (70.3) | 41 (74.5) | 275 (89.3) | 48 (87.9) | 205 (82.0) | 30 (75.0) |
| | 그외계층 | 1,107 (52.0) | 216 (48.6) | 722 (33.9) | 131 (29.5) | 911 (42.8) | 175 (39.5) | 1,416 (66.5) | 288 (41.4) | 1,377 (64.7) | 274 (61.7) | 1,821 (85.5) | 372 (83.8) | 1,182 (73.6) | 235 (73.0) |
| 성 별 | 남자 | 813 (45.5) | 150 (47.6) | 460 (39.7) | 78 (41.5) | 742 (46.3) | 123 (45.6) | 1,067 (43.9) | 186 (42.6) | 1,058 (44.0) | 185 (42.6) | 1,329 (43.4) | 243 (43.7) | 702 (33.0) | 117 (32.1) |
| | 여자 | 975 (54.5) | 165 (52.4) | 698 (60.3) | 110 (58.5) | 859 (53.7) | 147 (54.4) | 1,385 (56.1) | 251 (57.4) | 1,348 (56.0) | 249 (57.4) | 1,731 (56.6) | 313 (56.3) | 1,425 (67.0) | 248 (67.9) |
| 연 령 | 0세~9세 | 100 (5.6) | 26 (8.3) | 95 (8.2) | 22 (11.7) | 154 (9.6) | 40 (14.8) | 204 (8.4) | 53 (12.1) | 166 (6.9) | 37 (8.5) | 211 (6.9) | 54 (9.7) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| | 10세~19세 | 225 (12.6) | 48 (15.2) | 88 (7.6) | 14 (7.4) | 178 (11.1) | 42 (15.6) | 289 (11.9) | 65 (14.9) | 291 (12.1) | 64 (14.7) | 377 (12.3) | 84 (15.1) | 12 (0.6) | 2 (0.5) |
| | 20세~29세 | 115 (6.4) | 16 (5.1) | 66 (5.7) | 6 (3.2) | 66 (4.1) | 8 (3.0) | 97 (4.0) | 12 (2.7) | 141 (5.9) | 18 (4.1) | 213 (7.0) | 23 (4.1) | 180 (8.5) | 20 (5.5) |
| | 30세~39세 | 288 (16.1) | 63 (20.0) | 215 (18.6) | 39 (20.7) | 191 (11.9) | 33 (12.2) | 364 (15.0) | 92 (21.1) | 385 (16.0) | 91 (21.0) | 540 (17.6) | 131 (23.6) | 435 (20.5) | 104 (28.5) |
| | 40세~49세 | 292 (16.3) | 52 (16.5) | 186 (16.1) | 31 (16.5) | 215 (13.4) | 38 (14.1) | 358 (14.7) | 67 (15.3) | 337 (14.0) | 63 (14.5) | 477 (15.6) | 91 (16.4) | 372 (17.5) | 72 (19.7) |
| | 50세~59세 | 295 (16.5) | 44 (14.0) | 184 (15.9) | 28 (14.9) | 245 (15.3) | 31 (11.5) | 357 (14.7) | 44 (10.1) | 342 (14.2) | 46 (10.6) | 431 (14.1) | 55 (9.9) | 367 (17.3) | 50 (13.7) |
| | 60세~69세 | 276 (15.4) | 34 (10.8) | 157 (13.6) | 26 (13.8) | 282 (17.6) | 39 (14.4) | 338 (16.4) | 53 (12.1) | 391 (16.3) | 59 (13.6) | 430 (14.1) | 63 (11.3) | 402 (18.9) | 60 (16.4) |
| | 70세~79세 | 169 (9.5) | 28 (8.9) | 137 (11.8) | 17 (9.0) | 227 (14.2) | 30 (11.1) | 333 (12.5) | 42 (9.6) | 292 (12.1) | 45 (10.4) | 316 (10.3) | 43 (7.7) | 266 (13.9) | 47 (12.9) |
| | 80세이 상 | 28 (1.6) | 4 (1.3) | 30 (2.6) | 5 (2.7) | 43 (2.7) | 9 (3.3) | 62 (2.5) | 9 (2.1) | 61 (2.5) | 11 (2.5) | 65 (2.1) | 12 (2.2) | 63 (3.0) | 10 (2.7) |
| | 학 령 | 미취학 | 13 (0.9) | 0 (0.0) | 18 (1.9) | 0 (0.0) | 21 (1.7) | 0 (0.0) | 30 (1.6) | 0 (0.0) | 31 (1.6) | 0 (0.0) | 31 (1.3) | 0 (0.0) | 30 (1.5) |
| 사범양학 | | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (0.2) | 1 (0.5) | 2 (0.1) | 1 (0.3) | 2 (0.1) | 1 (0.3) | 2 (0.1) | 1 (0.2) | 1 (0.1) | 1 (0.3) |
| 무학 | | 85 (5.8) | 12 (4.9) | 64 (6.8) | 10 (6.9) | 133 (10.9) | 16 (8.6) | 173 (9.0) | 23 (7.3) | 167 (8.7) | 25 (7.7) | 189 (7.7) | 26 (6.1) | 180 (9.3) | 26 (7.8) |
| 초등학교 | | 318 (21.8) | 49 (20.2) | 193 (20.5) | 31 (21.4) | 309 (25.2) | 45 (24.2) | 452 (20.8) | 65 (22.5) | 430 (20.6) | 67 (20.6) | 500 (20.4) | 78 (18.4) | 442 (22.8) | 69 (20.6) |
| 중학교 | | 250 (17.2) | 35 (14.4) | 123 (13.1) | 16 (11.0) | 190 (15.5) | 23 (12.4) | 306 (16.0) | 46 (14.7) | 297 (15.5) | 43 (13.2) | 379 (15.5) | 63 (14.9) | 223 (11.5) | 32 (9.6) |
| 고등학교 | | 438 (30.1) | 83 (34.2) | 286 (30.4) | 46 (31.7) | 309 (25.2) | 53 (28.5) | 533 (27.9) | 96 (30.7) | 525 (27.5) | 100 (30.7) | 739 (30.1) | 144 (34.0) | 552 (28.5) | 109 (32.5) |
| 2년3학기 대학 | | 119 (8.2) | 16 (6.6) | 79 (8.4) | 6 (4.1) | 74 (6.0) | 10 (5.4) | 135 (7.1) | 20 (6.4) | 156 (8.2) | 25 (7.7) | 217 (8.8) | 34 (8.0) | 180 (9.3) | 31 (9.3) |
| 4년제 대학 | | 194 (13.3) | 42 (17.3) | 154 (16.4) | 31 (21.4) | 157 (12.8) | 31 (16.7) | 238 (12.4) | 55 (17.6) | 258 (13.5) | 59 (18.1) | 346 (14.1) | 70 (16.5) | 287 (14.8) | 60 (17.9) |
| 대학원 | 39 (2.7) | 6 (2.5) | 24 (2.6) | 5 (3.4) | 29 (2.4) | 7 (3.8) | 43 (2.2) | 7 (2.2) | 45 (2.4) | 6 (1.8) | 50 (2.0) | 8 (1.9) | 44 (2.3) | 7 (2.1) | |

연령별로 보면 일관성 있는 현상은 찾을 수 없으나 대체적으로 30대 이후의 실천율이 높을 것으로 나타났다. 다만, 50대의 경우 30대, 40대, 60대가 비슷한 실천율을 보여주는 것과 달리 실천율이 낮은 것으로 나타났다. 인지정도는 60대보

다 높았지만 실천율은 낮아 건강에 대한 민감도가 떨어지는 것으로 판단된다. 이같이 50대의 낮은 건강 민감도에 대한 증거는 다음의 운동에서도 볼 수 있다.

교육수준별로는 고졸자의 실천율이 모든 항목에서 가장 높게 나타났으나 교육수준이 높다고 해서 실천율도 높게 나타나지 않아 상관성은 낮은 것으로 판단된다. 이러한 결과를 앞의 식생활은 지침 인지여부와 연관하여 생각해보면 인지하고 있다고 해서 반드시 실천하는 것이 아님을 알 수 있다.

2) 식생활 형편과 건강행태

인간이 성장하고 일상생활을 유지하고 활동을 하기 위해 필요한 에너지가 바로 영양이다. 그런데 이러한 영양은 소득계층에 따라 불균형적으로 섭취되고 있다고 보고되고 있다. 이는 저소득층의 경우 영양에 대한 정보가 없기 때문이기도 하고, 양질의 식자재를 구입할 능력이 없거나, 주변에 이러한 식품을 판매하는 마켓이 없기 때문이기도 하다(NRC, 2009). 다음 표에서 보는 바와 같이 소득계층별 영양섭취와 관련된 식생활형편은 소득수준이 낮은 계층일수록 먹을 것이 부족했고, 다양한 음식을 먹지 못했다는 응답이 높다. 특히, 1층의 경우 음식의 양은 충분하였으나 다양한 음식은 먹지 못한 것으로 나타나 고른 영양섭취를 위한 식생활이 영위되지 못한 것으로 판단된다.

〈표 3-51〉 소득계층별 식생활형편

(단위 : 명, %)

| 구분 | 소득수준 | | | | 합계 |
|------------------------------------|----------------|---------------|---------------|----------------|----------------|
| | 1층 | 2층 | 3층 | 그외계층 | |
| 충분한 양과 다양한 음식을 섭취 가능 | 30 (25.0) | 7 (14.3) | 11 (16.7) | 226 (43.9) | 274 (36.5) |
| 충분한 양의 음식을 먹을 수 있었으나 다양한 음식 섭취 불가능 | 56 (46.7) | 41 (83.7) | 46 (69.7) | 279 (54.2) | 422 (56.3) |
| 경제적으로 어려워 가끔 먹을 것이 부족함 | 28 (23.3) | 1 (2.0) | 6 (9.1) | 7 (1.4) | 42 (5.6) |
| 경제적으로 어려워 자주 먹을 것이 부족함 | 6 (5.0) | 0 (0.0) | 3 (4.5) | 3 (0.6) | 12 (1.6) |
| 합계 | 120 (100.0) | 49 (100.0) | 66 (100.0) | 515 (100.0) | 750 (100.0) |

3) 소득계층별 아침식사 결식 이유

상기 식생활 실천 중 ‘아침식사하기’ 실천율은 전국 기준 68.4%로 높은 수준이다. 아침식사는 오전 활동을 위해 뇌세포에 포도당을 공급하기 위해서, 저작운동을 통해 뇌활동을 활발하게 하기 위해서, 그리고 폭식방지를 통해 비만을 예방하기 위해서 반드시 실천해야 한다. 그러나 다음 표에서 보는 바와 같이 아침식사를 거르는 이유는 늦잠을 자거나 시간이 없어서, 습관이 돼서, 그리고 식욕이 없기 때문인 것으로 나타났다. 이 중 ‘습관이 돼서’ 아침 식사를 거른다고 응답한 저소득층의 비율이 그 외 계층에 비해 높게 나타났다. 또한 ‘식욕이 없어서’라는 항목의 경우 1층의 응답 비율이 경우 다른 계층에 비해 다소 높게 나타났다. 앞에서 기술한 아침식사의 순기능을 고려하여 저소득층에게 아침식사의 중요성을 알려주고 실천할 수 있도록 건강행태 개선 프로그램 마련이 필요하다. 이러한 프로그램은 저소득층 가정을 방문하는 방문간호사 등 지역사회 인력을 통해 전달될 수 있도록 해야 할 것이다.

<표 3-52> 소득계층별 아침식사 결식 이유

(단위 : 명, %)

| 변수 항목 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 늦잠을 자서 | 45 (30.2) | 7 (41.2) | 17 (36.2) | 6 (35.3) | 33 (44.6) | 13 (86.6) | 153 (29.4) | 36 (30.5) | 248 (31.4) | 62 (37.1) |
| 식욕이 없어서 | 27 (18.1) | 4 (23.5) | 2 (4.3) | 1 (5.9) | 9 (12.2) | 0 (0.0) | 81 (15.6) | 17 (14.4) | 119 (15.1) | 22 (13.2) |
| 소화가 잘안돼서 | 7 (4.7) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 5 (6.8) | 1 (6.7) | 16 (3.1) | 3 (2.5) | 28 (3.5) | 4 (2.4) |
| 간식을 먹어서 | 2 (1.3) | 1 (5.9) | 1 (2.1) | 0 (0.0) | 1 (1.4) | 0 (0.0) | 10 (1.9) | 1 (0.8) | 14 (1.8) | 2 (1.2) |
| 체중을 줄이려고 | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 7 (1.3) | 2 (1.7) | 7 (0.9) | 2 (1.2) |
| 시간이 없어서 | 21 (14.1) | 2 (11.8) | 11 (23.4) | 3 (17.6) | 6 (8.1) | 1 (6.7) | 109 (21.0) | 28 (23.7) | 147 (18.6) | 34 (20.4) |
| 습관이 돼서 | 34 (22.8) | 2 (11.8) | 12 (25.5) | 4 (23.5) | 17 (23.0) | 0 (0.0) | 109 (21.0) | 20 (16.9) | 172 (21.8) | 26 (15.6) |
| 기타 | 13 (8.7) | 1 (5.9) | 4 (8.5) | 3 (17.6) | 3 (4.1) | 0 (0.0) | 35 (6.7) | 11 (9.3) | 55 (7.0) | 15 (9.0) |
| 합계 | 149 (100.0) | 17 (100.0) | 47 (100.0) | 17 (100.0) | 74 (100.0) | 15 (100.0) | 520 (100.0) | 118 (100.0) | 790 (100.0) | 167 (100.0) |

4) 비만과 건강행태

영양과다로 나타나는 것이 바로 비만이다. 비만은 유전적 요인의 결과라고는 하지만, 비만한 엄마가 자녀를 양육할 때 보여주는 초기의 식사습관이 비만을 문화적으로 다음세대에 전이시키는 데 큰 역할을 한다는 증거도 있다. 좀 더 일반적으로는, 한 사회의 독특한 생활양식과 그에 대한 개개인의 행동 및 정서적 반응이 비만 확산에 중요한 역할을 한다고 할 수 있다. 이렇듯 비만이라고 하는 것은 단순히 음식의 과다 섭취로 인해 발생하는 것 외에 불건강한 생활양식이나 불건강한 행태에 의해 유발될 수도 있다는 것이다. 특히, 최근 정크 푸드(junk food)로 인한 비만이 사회적 이슈가 되면서 사회계층별 비만 양태도 다르게 나타나고 있다.

OECD는 비만보고서를 통해 교육수준에 따라 여성 체중의 불균형 현상이 뚜렷이 나타나고 있다고 지적했다. 보고서에 따르면 교육수준이 낮은 한국 여성들은 보통 여성들에 비해 과체중일 확률이 5배가 높아 조사대상국 중 가장 높은 수준을 기록했다. 반면 남성들의 경우 교육수준에 따른 체중차이가 대부분의 나라에서 거의 나타나지 않았다. 이 같은 현상은 우리나라의 경우 교육수준이 곧 소득수준을 결정짓는데다, 외모에 대한 사회적인 시선이 여성에게 훨씬 가혹하다는 점 등이 복합적으로 작용했기 때문으로 풀이된다(경향신문, 2010. 9. 27).

성별에 따른 주관적 체형인식을 전국을 기준으로 보면 여성(39.0%)이 남성(29.5%)에 비해 ‘자신이 비만’이라고 응답한 비율이 더 높고, 이러한 결과는 경기도도 동일하게 나타났다. 이는 상기에서 언급한 바와 같이 사회적으로 여성의 비만에 대해 더 가혹한 평가를 하고 있으며, 여성들 스스로도 이러한 평가를 자신에게 투영하여 평가하고 있는 것으로 해석할 수 있다.

〈표 3-53〉 성별에 따른 주관적 체형인식

(단위 : 명, %)

| 소득 수준 | 구분 | 주관적 체형인식 | | | | | 합계 |
|-------|----|----------|-----------|-------------|-------------|----------|--------------|
| | | 매우마른편 | 약간마른편 | 보통 | 약간비만 | 매우비만 | |
| 전국 | 남자 | 98(5.5) | 390(21.8) | 771(43.2) | 443(24.8) | 84(4.7) | 1,786(100.0) |
| | 여자 | 97(4.5) | 297(13.8) | 914(42.6) | 674(31.4) | 164(7.6) | 2,146(100.0) |
| | 합계 | 195(5.0) | 687(17.5) | 1,685(42.9) | 1,117(28.4) | 248(6.3) | 3,932(100.0) |
| 경기도 | 남자 | 16(4.5) | 85(24.1) | 151(42.9) | 85(24.1) | 1(0.3) | 352(100.0) |
| | 여자 | 16(3.7) | 70(16.1) | 174(40.0) | 138(31.7) | 10(2.3) | 435(100.0) |
| | 합계 | 32(4.1) | 155(19.7) | 325(41.3) | 223(28.3) | 11(1.4) | 787(100.0) |

소득계층별 자신의 체형에 대한 인식은 소득수준이 높은 계층일수록 자신이 ‘약간 비만하다’거나 ‘매우 비만하다’고 응답한 비율이 높았다.

〈표 3-54〉 주관적 체형인식

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|----------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 |
| 매우 마른 편임 | 60 (6.8) | 3 (2.6) | 11 (4.3) | 2 (3.5) | 20 (5.4) | 4 (6.1) | 104 (4.3) | 23 (4.2) | 195 (5.0) | 32 (4.1) |
| 약간 마른 편임 | 145 (16.5) | 17 (14.5) | 49 (19.1) | 14 (24.6) | 69 (18.8) | 15 (22.7) | 424 (17.5) | 109 (19.9) | 687 (17.4) | 155 (19.7) |
| 보통임 | 412 (46.9) | 60 (51.3) | 112 (43.8) | 23 (40.4) | 146 (39.7) | 21 (31.8) | 1015 (41.8) | 221 (40.4) | 1685 (42.9) | 325 (41.3) |
| 약간 비만임 | 204 (23.2) | 26 (22.2) | 70 (27.3) | 16 (28.1) | 105 (28.5) | 23 (34.8) | 738 (30.4) | 158 (28.9) | 1,117 (28.4) | 223 (28.3) |
| 매우 비만임 | 58 (6.6) | 11 (9.4) | 14 (5.5) | 2 (3.5) | 28 (7.6) | 3 (4.5) | 148 (6.1) | 36 (6.6) | 248 (6.3) | 52 (6.6) |
| 합계 | 879 (100.0) | 117 (100.0) | 256 (100.0) | 57 (100.0) | 368 (100.0) | 66 (100.0) | 2,429 (100.0) | 547 (100.0) | 3,932 (100.0) | 787 (100.0) |

그런데, 비만정도를 나타내는 체질량지수(body mass index, BMI)를 소득계층별로 구한 결과 소득수준이 낮을수록 체질량지수는 더 높게 나타났다. 다음 표에서 보는 바와 같이 모든 소득 계층의 체질량 지수는 정상범위²⁰⁾에 속한다. 그러나,

20) 체질량지수의 범위는 BMI≥30kg/m²이면 ‘비만’, BMI≥25kg/m²이면 ‘과체중’, BMI <18.5kg/m²이면 ‘저체중’이다. 따라서 정상범위는 18.5kg/m²≤BMI <25kg/m²이다.

소득계층간 지수차이를 보면 통계적으로 유의미하지는 않지만, 1층이 가장 높고 그 외 계층이 가장 낮다. 소득수준이 높은 계층은 자신이 비만하다고 인식하고 있지만, 실제로는 비만하지 않다는 것으로 젊은 여성의 체형에 대한 집착 현상과 유사하다며, 경기도 1층의 경우 체질량지수는 가장 높아 집중적인 관리가 필요하다.

〈표 3-55〉 소득계층별 체질량 지수

(단위 : 명, kg/m²)

| 소득수준 | 전국 | | | 경기 | | |
|--------|-------|---------|---------|-----|---------|---------|
| | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 881 | 22.9786 | 3.89305 | 120 | 23.1838 | 4.18815 |
| 2층 | 256 | 22.3753 | 3.89915 | 56 | 21.3111 | 4.10980 |
| 3층 | 368 | 22.0465 | 4.45083 | 66 | 20.6971 | 4.23744 |
| 그 외 계층 | 2,443 | 21.7904 | 4.21442 | 549 | 21.3674 | 4.44862 |
| 합계 | 3,948 | 22.1174 | 4.17476 | 791 | 21.5831 | 4.41766 |

그렇다면, 자신이 비만하다고 인식하는 사람들은 자신의 체중을 줄이려고 얼마나 노력했는가? 다음 표에서 보는 바와 같이 소득수준이 높은 계층일수록 자신의 체중을 줄이려고 노력했다고 응답한 비율이 높은 것으로 나타났다. 이는 앞서 소득수준이 높은 계층일수록 자신의 체형이 비만하다고 응답한 비율이 높은 것과 연관되는 것으로 소득수준이 높은 계층일수록 자신이 비만하다고 생각하며, 체중을 조절하려는 노력도 다른 계층에 비해 더 많이 한다는 사실을 알 수 있다.

〈표 3-56〉 1년간 체중조절 여부

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 |
| 줄이려고 노력했다 | 226 (25.8) | 29 (24.8) | 76 (29.8) | 18 (32.1) | 105 (28.5) | 16 (24.2) | 833 (34.3) | 185 (33.9) | 1240 (31.6) | 248 (31.6) |
| 유지하려고 노력했다 | 54 (6.2) | 6 (5.1) | 21 (8.2) | 6 (10.7) | 32 (8.7) | 3 (4.5) | 254 (10.5) | 54 (9.9) | 361 (9.2) | 69 (8.8) |
| 늘리려고 노력했다 | 56 (6.4) | 2 (1.7) | 9 (3.5) | 0 (0.0) | 21 (5.7) | 5 (7.6) | 173 (7.1) | 46 (8.4) | 259 (6.6) | 53 (6.8) |
| 노력해본적 없음 | 541 (61.7) | 80 (68.4) | 149 (58.4) | 32 (57.1) | 209 (56.9) | 42 (63.6) | 1166 (48.1) | 260 (47.7) | 2065 (52.6) | 414 (52.8) |
| 합계 | 877 (100.0) | 117 (100.0) | 255 (100.0) | 56 (100.0) | 367 (100.0) | 66 (100.0) | 2,426 (100.0) | 545 (100.0) | 3,925 (100.0) | 784 (100.0) |

비만에 대한 인식과 건강관련 삶의 질 수준이 소득계층에 따라 차이가 있는가? 다음 표에서 보는 바와 같이 주관적인 비만 인식과 건강관련 삶의 질 간에 일관성 있는 결과를 찾기 어렵다. 다만, 모든 소득 계층의 사람들은 중 ‘매우 마른 편’이라고 응답한 사람들의 건강관련 삶의 질 수준이 ‘매우 비만’인 사람들의 그것에 비해 더 낮은 것으로 나타났다. 즉, 비만인 사람들보다 매우 마른 사람들의 건강상태 질이 더 낮다는 것이다. 그러나 그 정도에 있어서 저소득층 특히, 1층과 2층에 속한 사람들의 삶의 질이 더 낮은 것으로 조사되었다.

<표 3-57> 소득계층별 EQ-5D index와 주관적 체형인식

(단위 : 명)

| 소득 수준 | 주관적 체형인식 | 전국 | | | 경기도 | | |
|-------|----------|-------|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 매우 마른편임 | 50 | 0.7619 | 0.20968 | 3 | 0.4997 | 0.43723 |
| | 약간 마른편임 | 114 | 0.8485 | 0.18209 | 13 | 0.7785 | 0.21768 |
| | 보통임 | 342 | 0.8615 | 0.17310 | 48 | 0.8790 | 0.15183 |
| | 약간 비만임 | 175 | 0.8300 | 0.18554 | 22 | 0.8178 | 0.20260 |
| | 매우 비만임 | 51 | 0.8226 | 0.22757 | 9 | 0.6833 | 0.31298 |
| | 합계 | 732 | 0.8424 | 0.18566 | 95 | 0.8206 | 0.21502 |
| 2층 | 매우 마른편임 | 8 | 0.6939 | 0.29527 | 1 | 0.8170 | . |
| | 약간 마른편임 | 30 | 0.8880 | 0.11071 | 6 | 0.9150 | 0.10517 |
| | 보통임 | 85 | 0.9124 | 0.11378 | 15 | 0.9447 | 0.09777 |
| | 약간 비만임 | 53 | 0.9013 | 0.12555 | 12 | 0.8710 | 0.14484 |
| | 매우 비만임 | 12 | 0.8861 | 0.08477 | 1 | 1.0000 | . |
| | 합계 | 188 | 0.8944 | 0.13296 | 35 | 0.9123 | 0.11793 |
| 3층 | 매우 마른편임 | 11 | 0.8382 | 0.19868 | 1 | 0.5410 | . |
| | 약간 마른편임 | 39 | 0.9139 | 0.11458 | 7 | 0.9084 | 0.09796 |
| | 보통임 | 101 | 0.9372 | 0.11467 | 14 | 0.9652 | 0.13016 |
| | 약간 비만임 | 81 | 0.8873 | 0.12048 | 17 | 0.9176 | 0.10656 |
| | 매우 비만임 | 23 | 0.8702 | 0.14752 | 3 | 0.8993 | 0.17436 |
| | 합계 | 255 | 0.9075 | 0.12639 | 42 | 0.9217 | 0.13017 |
| 그외 계층 | 매우 마른편임 | 55 | 0.9047 | 0.12104 | 17 | 0.8846 | 0.16179 |
| | 약간 마른편임 | 198 | 0.9510 | 0.09461 | 44 | 0.9728 | 0.06568 |
| | 보통임 | 662 | 0.9506 | 0.09504 | 129 | 0.9567 | 0.07159 |
| | 약간 비만임 | 600 | 0.9416 | 0.10710 | 125 | 0.9374 | 0.10331 |
| | 매우 비만임 | 125 | 0.9276 | 0.10518 | 30 | 0.9322 | 0.11393 |
| | 합계 | 1,640 | 0.9440 | 0.10163 | 345 | 0.9461 | 0.09470 |
| 합계 | 매우 마른편임 | 124 | 0.8277 | 0.19418 | 22 | 0.8135 | 0.24465 |
| | 약간 마른편임 | 381 | 0.9116 | 0.13710 | 70 | 0.9253 | 0.13455 |
| | 보통임 | 1,190 | 0.9211 | 0.13103 | 206 | 0.9383 | 0.10630 |
| | 약간 비만임 | 909 | 0.9129 | 0.13521 | 176 | 0.9160 | 0.12854 |
| | 매우 비만임 | 211 | 0.8936 | 0.15327 | 43 | 0.8794 | 0.19917 |
| | 합계 | 2,815 | 0.9110 | 0.13952 | 517 | 0.9187 | 0.13763 |

4. 신체활동과 건강실태

1) 격렬한 신체 활동 및 중등도 신체활동

운동은 신체의 기능을 향상시키고 건강을 증진시킨다는 점에서 건강행태의 핵심적인 요소이다. 그럼에도 지난 1주일간 격렬한 신체활동²¹⁾이나 중등도 신체활동²²⁾을 하지 않았다고 응답한 비율이 전국을 기준으로 각각 70.5%와 67.2%나 된다. 소득을 기준으로 보면 소득수준이 낮을수록 이러한 신체활동을 하지 않았다고 응답한 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 강영호(2006)도 이와 유사한 결과를 도출하였다. 즉, 사회경제적 위치에 따라 신체활동 양상이 다르다는 것이다. 구체적으로 사회경제적 위치가 높은 여성은 여가시간이나 업무 관련 신체활동에 유의하게 많은 시간을 보내고 있었으며, 남성의 경우 사회경제적 위치가 낮은 사람들은 보행이나 단순노동에 많은 시간을 소비하는 반면 사회경제적 위치가 높은 사람들은 신체활동에 더 많은 시간을 보낸다는 것이다. 김혜련 등(2004)의 1998년과 2001년 국민건강영양조사 자료를 이용한 연구에서도 운동실천율은 소득수준이 높을수록 뚜렷하게 높은 양상을 보여주었다.

21) 국민건강영양조사에서 격렬한 신체활동이란 달리기(조깅), 등산, 빠른 속도로 자전거 타기, 빠른 수영, 축구, 농구, 줄넘기, 스쿼시, 단식테니스, 무거운 물건 나르기 등의 직업활동 및 체육활동을 의미한다.

22) 국민건강영양조사에서 중등도 신체활동이란 천천히 하는 수영, 복식테니스, 배구, 배드민턴, 탁구, 가벼운 물건 나르기 등의 직업활동 및 체육활동을 의미하며, 걷기는 제외한다.

〈표 3-58〉 소득계층별 1주일간 격렬한 신체활동일수

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|--------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 전혀안함 | 637 (80.5) | 87 (83.7) | 159 (71.6) | 31 (73.8) | 212 (74.6) | 33 (78.6) | 1228 (65.5) | 280 (70.5) | 2236 (70.5) | 431 (73.7) |
| 1일 | 44 (5.6) | 6 (5.8) | 12 (5.4) | 4 (9.5) | 20 (7.0) | 4 (9.5) | 179 (9.6) | 22 (5.5) | 255 (8.0) | 36 (6.2) |
| 2일 | 30 (3.8) | 7 (6.7) | 18 (8.1) | 4 (9.5) | 10 (3.5) | 1 (2.4) | 150 (8.0) | 31 (7.8) | 208 (6.6) | 43 (7.4) |
| 3일 | 32 (4.1) | 1 (1.0) | 14 (6.3) | 2 (4.8) | 16 (5.6) | 1 (2.4) | 108 (5.8) | 18 (4.5) | 170 (5.4) | 22 (3.8) |
| 4일 | 9 (1.1) | 0 (0.0) | 4 (1.8) | 0 (0.0) | 6 (2.1) | 1 (2.4) | 65 (3.5) | 12 (3.0) | 84 (2.7) | 13 (2.2) |
| 5일 | 9 (1.1) | 2 (1.9) | 3 (1.3) | 1 (2.4) | 3 (1.1) | 0 (0.0) | 60 (3.2) | 16 (4.0) | 75 (2.4) | 19 (3.2) |
| 6일 | 4 (0.5) | 0 (0.0) | 2 (0.9) | 0 (0.0) | 2 (0.7) | 0 (0.0) | 23 (1.2) | 6 (1.5) | 31 (1.0) | 6 (1.0) |
| 7일(매일) | 25 (3.2) | 1 (1.0) | 10 (4.5) | 0 (0.0) | 15 (5.3) | 2 (4.8) | 59 (3.2) | 12 (3.0) | 109 (3.4) | 15 (2.6) |
| 합계 | 790 (100.0) | 104 (10.0) | 222 (100.0) | 42 (100.0) | 284 (100.0) | 42 (100.0) | 1,872 (100.0) | 397 (100.0) | 3,168 (100.0) | 585 (100.0) |

〈표 3-59〉 소득계층별 1주일간 중등도 신체활동일수

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그외계층 | | 합계 | |
|--------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 전혀안함 | 587 (74.3) | 83 (79.8) | 144 (65.2) | 19 (45.2) | 194 (68.6) | 31 (45.2) | 1199 (64.2) | 266 (44.7) | 2124 (67.2) | 399 (68.2) |
| 1일 | 33 (4.2) | 5 (4.8) | 17 (7.7) | 6 (14.3) | 14 (4.9) | 1 (14.3) | 147 (7.9) | 28 (5.9) | 211 (6.7) | 40 (6.8) |
| 2일 | 30 (3.8) | 4 (3.8) | 18 (8.1) | 5 (11.9) | 10 (3.5) | 1 (11.9) | 159 (8.5) | 32 (6.2) | 217 (6.9) | 42 (7.2) |
| 3일 | 40 (5.1) | 6 (5.8) | 13 (5.9) | 3 (7.1) | 19 (6.7) | 2 (7.1) | 112 (6.0) | 22 (3.9) | 184 (5.8) | 33 (5.6) |
| 4일 | 16 (2.0) | 1 (1.0) | 5 (2.3) | 1 (2.4) | 10 (3.5) | 3 (2.4) | 56 (3.0) | 13 (2.9) | 87 (2.8) | 18 (3.1) |
| 5일 | 5 (0.6) | 0 (0.0) | 6 (2.7) | 3 (7.1) | 9 (3.2) | 1 (7.1) | 53 (2.8) | 10 (19) | 73 (2.3) | 14 (2.4) |
| 6일 | 9 (1.1) | 0 (0.0) | 3 (1.4) | 2 (4.8) | 2 (0.7) | 0 (4.8) | 26 (1.4) | 5 (1.0) | 40 (1.3) | 7 (1.2) |
| 7일(매일) | 70 (8.8) | 5 (4.8) | 15 (6.8) | 3 (7.1) | 25 (8.8) | 3 (7.1) | 116 (6.2) | 21 (2.8) | 226 (7.1) | 32 (5.5) |
| 합계 | 790 (100.0) | 104 (100.0) | 221 (100.0) | 42 (100.0) | 283 (100.0) | 42 (100.0) | 1,868 (100.0) | 397 (100.0) | 3,162 (100.0) | 585 (100.0) |

1층만을 대상으로 건강관련 삶의 질 수준을 측정된 결과 격렬한 신체활동을 4일한 때, 중등도 신체활동을 5일한 때 건강상태가 가장 좋은 것으로 조사되었고, 전혀 하지 않는다고 응답한 사람들의 삶의 질 수준이 가장 낮은 것으로 나타났다.

<표 3-60> EQ-5D index와 1주일간 격렬한 신체활동 일수(1층)

(단위 : 명)

| 소득수준 | 1주일간 격렬한 신체활동 일수 | 전국 | | | 경기도 | | |
|------|------------------|-----|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 전혀하지 않음 | 610 | 0.8302 | 0.18975 | 83 | 0.8247 | 0.20729 |
| | 1일 | 38 | 0.9008 | 0.12428 | 3 | 0.6877 | 0.21952 |
| | 2일 | 18 | 0.9012 | 0.10210 | 6 | 0.8945 | 0.06334 |
| | 3일 | 25 | 0.9048 | 0.16781 | 1 | 1.0000 | . |
| | 4일 | 7 | 0.9876 | 0.03288 | | | |
| | 5일 | 7 | 0.7846 | 0.33064 | 1 | 0.0760 | . |
| | 6일 | 3 | 0.9107 | 0.09052 | | | |
| | 7일 | 23 | 0.9176 | 0.14584 | 1 | 1.0000 | . |
| | 합계 | 731 | 0.8423 | 0.18577 | 95 | 0.9049 | 0.21502 |

<표 3-61> EQ-5D index와 1주일간 중등도 신체활동 일수(1층)

(단위 : 명)

| 소득수준 | 1주일간 중등도 신체활동 일수 | 전국 | | | 경기도 | | |
|------|------------------|-----|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 전혀하지않음 | 551 | 0.8256 | 0.19903 | 76 | 0.8049 | 0.22620 |
| | 1일 | 26 | 0.9020 | 0.10989 | 5 | 0.9640 | 0.04934 |
| | 2일 | 24 | 0.8623 | 0.15490 | 4 | 0.8765 | 0.11574 |
| | 3일 | 35 | 0.9123 | 0.12743 | 5 | 0.9262 | 0.07006 |
| | 4일 | 16 | 0.9105 | 0.10614 | 1 | 0.6530 | . |
| | 5일 | 5 | 0.9240 | 0.10418 | | | |
| | 6일 | 8 | 0.9090 | 0.09907 | | | |
| | 7일 | 66 | 0.8816 | 0.12563 | 4 | 0.7938 | 0.26944 |
| | 합 계 | 731 | 0.8423 | 0.18577 | 95 | 0.8206 | 0.21502 |

2) 1주일간 걷기

전국 및 경기도민의 신체활동 실태를 알아보기 위해 1주일간 걷기 일 수를 분석하였다. 그 결과 다음 표에서 보는 바와 같이 전국을 기준으로 7일 동안 걷기 운동을 한다는 비율이 44.6%에 달했다. 성별로는 남성이 여성보다 7일 동안 걷기 운동을 하는 비율이 더 높았고, 연령별로는 의외로 10대가 7일 동안 걷기 운동을

한다는 비율이 58.8%로 가장 높았다. 그러나 걷기 운동의 정의를 ‘10분 동안 출퇴근 또는 등하교, 이동 및 운동을 위해 걷는 것을 모두 포함’한다고 하여 10대의 경우 등하교길에 걷는 것을 염두해 두고 응답했기 때문이다. 그 다음은 70대, 60대, 50대의 순으로 나타났다. 30대의 경우 7일 동안 걷기 운동을 한다는 비율이 가장 낮았고, 전혀 안한다고 응답한 비율도 가장 높아 가벼운 운동이 가장 필요한 연령대임을 알 수 있다.

경기도의 경우도 전국의 결과와 유사한데 7일 동안 걷는다고 응답한 비율은 47.4%로 전국에 비해 약간 더 높았다. 성별로는 남성(50.6%)이 여성(45.0%)에 비해 높았고, 연령별로는 60대(63.3%)의 응답율이 가장 높아 전국과 다른 결과를 보여주었다. 또한 80대의 경우 전혀 하지 않는다는 비율이 무려 53.8%나 되어 전국(34.4%)과 비교하여 큰 차이를 보여주고 있다. 나이가 들수록 가벼운 걷기 운동은 근력을 유지시켜주고 발을 건강하게 해서 신체적·정신적 건강에도 긍정적인 영향을 미친다는 사실을 고려한다면 고령자들이 걷기운동은 건강상태에 매우 중요한 요소이다. 경기도민의 건강유지를 위해 걷기 운동은 매우 중요하며, 걷기 운동 참여율이 가장 낮은 30대와 고령자인 80대의 걷기운동에 참여할 수 있는 방안 마련이 필요하다.

<표 3-62> 신체활동(1주일간 걷기 일 수)

(단위: 명, %)

| 구분 | 1주일간 걷기 일 수 | | | | | | | | 합계 | | | |
|---------|-------------|------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|----------------|
| | 전혀 안함 | 1일 | 2일 | 3일 | 4일 | 5일 | 6일 | 7일 | | | | |
| 전남 | 전체 | 남자 | 447 (14.1) | 169 (5.3) | 290 (9.2) | 306 (9.7) | 196 (6.2) | 217 (6.9) | 128 (4.0) | 1,412 (44.6) | 3,165 (100.0) | |
| | | 여자 | 204 (14.9) | 76 (5.5) | 115 (8.4) | 118 (8.6) | 82 (6.0) | 87 (6.3) | 52 (3.8) | 638 (46.5) | 1,372 (100.0) | |
| | 연령 | 10세~19세 | 243 (13.6) | 93 (5.2) | 175 (9.8) | 188 (10.5) | 114 (6.4) | 130 (7.3) | 76 (4.2) | 774 (43.2) | 1,793 (100.0) | |
| | | 20세~29세 | 19 (5.1) | 15 (4.0) | 30 (8.0) | 18 (4.8) | 18 (4.8) | 34 (9.0) | 21 (5.6) | 221 (58.8) | 376 (100.0) | |
| | | 30세~39세 | 23 (7.8) | 13 (4.4) | 36 (12.2) | 38 (12.8) | 22 (7.4) | 29 (9.8) | 18 (6.1) | 117 (39.5) | 296 (100.0) | |
| | | 40세~49세 | 93 (15.1) | 48 (7.8) | 75 (12.2) | 76 (12.3) | 44 (7.1) | 54 (8.8) | 30 (4.9) | 197 (31.9) | 617 (100.0) | |
| | | 50세~59세 | 82 (15.1) | 36 (6.6) | 59 (10.9) | 54 (9.9) | 42 (7.7) | 42 (7.7) | 21 (3.9) | 207 (38.1) | 543 (100.0) | |
| | | 60세~69세 | 66 (13.9) | 20 (4.2) | 41 (8.6) | 44 (9.3) | 27 (5.7) | 27 (5.7) | 17 (3.6) | 233 (49.1) | 475 (100.0) | |
| | | 70세~79세 | 81 (17.4) | 20 (4.3) | 23 (4.9) | 48 (10.3) | 25 (5.4) | 23 (4.9) | 16 (3.4) | 229 (49.2) | 465 (100.0) | |
| | | 80세 이상 | 62 (18.7) | 14 (4.2) | 21 (6.3) | 26 (7.8) | 15 (4.5) | 7 (2.1) | 5 (1.5) | 182 (54.8) | 332 (100.0) | |
| | 전북 | 전체 | 남자 | 21 (34.4) | 3 (4.9) | 5 (8.2) | 2 (3.3) | 3 (4.9) | 1 (1.6) | 0 (0.0) | 26 (42.6) | 61 (100.0) |
| | | | 여자 | 60 (10.3) | 37 (6.3) | 53 (9.1) | 49 (8.4) | 44 (7.5) | 43 (7.4) | 21 (3.6) | 277 (47.4) | 584 (100.0) |
| | | 연령 | 남자 | 28 (11.1) | 15 (5.9) | 24 (9.5) | 14 (5.5) | 19 (7.5) | 16 (6.3) | 9 (3.6) | 128 (50.6) | 253 (100.0) |
| | | | 여자 | 32 (9.7) | 22 (6.6) | 29 (8.8) | 35 (10.6) | 25 (7.6) | 27 (8.2) | 12 (3.6) | 149 (45.0) | 331 (100.0) |
| | | | 10세~19세 | 4 (5.5) | 4 (5.5) | 4 (5.5) | 5 (6.8) | 5 (6.8) | 5 (6.8) | 6 (8.2) | 40 (54.8) | 73 (100.0) |
| | | | 20세~29세 | 2 (4.5) | 2 (4.5) | 4 (9.1) | 5 (11.4) | 4 (9.1) | 6 (13.6) | 2 (4.5) | 19 (43.2) | 44 (100.0) |
| 30세~39세 | | | 18 (11.4) | 13 (8.2) | 18 (11.4) | 16 (10.1) | 17 (10.8) | 12 (7.6) | 6 (3.8) | 58 (36.7) | 158 (100.0) | |
| 40세~49세 | | | 15 (13.9) | 7 (6.5) | 12 (11.1) | 7 (6.5) | 10 (9.3) | 5 (4.6) | 2 (1.9) | 50 (46.3) | 108 (100.0) | |
| 50세~59세 | | | 7 (9.9) | 4 (5.6) | 9 (12.7) | 7 (9.9) | 3 (4.2) | 3 (4.2) | 1 (1.4) | 37 (52.1) | 71 (100.0) | |
| 60세~69세 | | | 3 (4.4) | 3 (4.4) | 3 (4.4) | 7 (10.3) | 2 (2.9) | 9 (13.2) | 4 (5.9) | 37 (54.4) | 68 (100.0) | |
| 70세~79세 | 4 (8.2) | 4 (8.2) | 3 (6.1) | 2 (4.1) | 2 (4.1) | 3 (6.1) | 0 (0.0) | 31 (63.3) | 49 (100.0) | | | |
| 80세 이상 | 7 (53.8) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (7.7) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 5 (38.5) | 13 (100.0) | | | |

소득계층별 1주일간 걷기일 수를 비교한 결과 소득수준이 낮을수록 7일 동안 매일 걷는다고 응답한 비율이 높았다. 격렬한 신체활동이나 중등도 신체활동에 비

해 걷기운동은 일상생활에서 실천하기 가장 신체활동이다. 걷기 운동은 시간만 투자하면 특별한 소질이나 기술이 필요 없고, 장소도 구애받지 않기 때문에 누구나 쉽게 할 수 있는 운동이다. 이런 이유로 저소득층이 걷기에 더 많이 참여하고 있는 것으로 판단된다.

<표 3-63> 소득계층별 1주일간 걷기일수

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|--------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 전혀 안함 | 135 (17.1) | 12 (11.5) | 35 (15.8) | 3 (7.1) | 42 (14.8) | 5 (11.9) | 235 (12.6) | 40 (10.1) | 447 (14.1) | 60 (10.3) |
| 1일 | 32 (4.1) | 5 (4.8) | 12 (5.4) | 3 (7.1) | 12 (4.2) | 4 (9.5) | 113 (6.0) | 25 (6.3) | 169 (5.3) | 37 (6.3) |
| 2일 | 60 (7.6) | 10 (9.6) | 9 (4.1) | 1 (2.4) | 24 (8.5) | 2 (4.8) | 197 (10.5) | 40 (10.1) | 290 (9.2) | 53 (9.1) |
| 3일 | 68 (8.6) | 4 (3.8) | 21 (9.5) | 2 (4.8) | 31 (11.0) | 4 (9.5) | 186 (9.9) | 39 (9.8) | 306 (9.7) | 49 (8.4) |
| 4일 | 36 (4.6) | 4 (3.8) | 19 (8.6) | 5 (11.9) | 13 (4.6) | 5 (11.9) | 128 (6.8) | 30 (7.6) | 196 (6.2) | 44 (7.5) |
| 5일 | 31 (3.9) | 6 (5.8) | 19 (8.6) | 6 (14.3) | 21 (7.4) | 2 (4.8) | 146 (7.8) | 29 (7.3) | 217 (6.9) | 43 (7.4) |
| 6일 | 22 (2.8) | 3 (2.9) | 1 (0.5) | 1 (2.4) | 11 (3.9) | 1 (2.4) | 94 (5.0) | 16 (4.0) | 128 (4.0) | 21 (3.6) |
| 7일(매일) | 405 (51.3) | 60 (57.7) | 106 (47.7) | 21 (50.0) | 129 (45.6) | 19 (45.2) | 772 (41.3) | 177 (44.6) | 1412 (44.6) | 277 (47.4) |
| 합계 | 789 (100.0) | 104 (100.0) | 222 (100.0) | 42 (100.0) | 283 (100.0) | 42 (100.0) | 1,871 (100.0) | 396 (100.0) | 3,165 (100.0) | 584 (100.0) |

이들 1층만을 대상으로 건강관련 삶의 질 수준을 측정해본 결과 전혀 걷지 않는다고 응답한 사람들에 비해 매일 걷는다고 응답한 사람들의 삶의 질 수준이 0.08이나 높았다. 이러한 결과는 저소득층의 건강증진을 위해 걷기가 도움이 된다는 것을 의미한다. 그런데, 국민건강영양조사에서 걷기는 출퇴근 또는 등하교, 이동 및 운동을 위해 걷는 것을 모두 포함한 것으로 운동을 목적으로 하지 않은 걷기도 포함되어 있어서 걷기의 운동 효과와 연관하여 해석할 때는 유의하여야 한다는 것이다. 그럼에도 불구하고 걷기일 수와 건강관련 삶의 질 수준간 긍정적인 상관관계가 나타나고 있고, 특히 저소득층의 경우 이러한 경향이 두드러지는 만큼 더 많은 저소득층이 걷기 운동에 참여할 수 있도록 다양한 걷기 운동 프로그램 및 인프라 마련이 필요하다.

<표 3-64> EQ-5D index와 1주일간 걷기일수(1층)

(단위 : 명)

| 소득수준 | 1주일간 걷기 일수 | 전국 | | | 경기도 | | |
|------|---------------|-----|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 전혀하지않음 | 129 | 0.7704 | 0.25071 | 12 | 0.6885 | 0.30693 |
| | 1일 | 30 | 0.8509 | 0.13303 | 5 | 0.8318 | 0.11030 |
| | 2일 | 57 | 0.8710 | 0.16391 | 9 | 0.8293 | 0.22081 |
| | 3일 | 66 | 0.8651 | 0.17580 | 4 | 0.8020 | 0.19439 |
| | 4일 | 30 | 0.8211 | 0.18364 | 3 | 0.8520 | 0.25634 |
| | 5일 | 27 | 0.8634 | 0.20243 | 5 | 0.7170 | 0.39382 |
| | 6일 | 19 | 0.8333 | 0.23304 | 1 | 1.0000 | . |
| | 7일 | 372 | 0.8599 | 0.15698 | 56 | 0.8521 | 0.17316 |
| | 합계 | 730 | 0.8429 | 0.18566 | 95 | 0.8206 | 0.21502 |

5. 건강검진과 건강상태

1) 건강검진

건강검진은 몸의 건강 상태를 검사하는 의학적 진찰이다. 이러한 검진을 통해 질병을 사전에 예방할 수 있다는 점에서 최근 건강과 관련하여 매우 중요한 행위로 인식되고 있다. 건강검진은 국민건강보험공단에서 실시하는 것과 개인적으로 직장이나 민간보험을 통해 실시하는 방식 등으로 구분되며, 어떤 내용을 검진할 것인가는 개개인이 받는 건강검진서비스에 따라 다르다.

먼저, 소득계층에 따라 건강검진 수진 여부가 다르지 분석하였다. 그 결과 다음 표에서 보는 바와 같이 소득수준이 높은 계층일수록 건강검진을 받은 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 건강검진은 비용이 수반되는 건강행태인 만큼 저소득층이 예방적 차원의 건강검진을 받기는 어렵기 때문이다. 이러한 결과를 통해 저소득층이 질병에 노출될 위험이 더 클 수 있음을 알 수 있다.

<표 3-65> 소득계층별 건강검진 수신여부

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|-----|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 강도 | 전국 | 강도 | 전국 | 강도 | 전국 | 강도 | 전국 | 강도 |
| 예 | 334 (45.7) | 40 (42.1) | 91 (48.1) | 10 (28.6) | 122 (47.8) | 19 (45.2) | 921 (56.2) | 192 (55.7) | 1,468 (52.1) | 261 (50.5) |
| 아니오 | 397 (54.3) | 55 (57.9) | 98 (51.9) | 25 (71.4) | 133 (52.2) | 23 (54.8) | 719 (43.8) | 153 (44.3) | 1,347 (47.9) | 256 (49.5) |
| 합계 | 731 (100.0) | 95 (100.0) | 189 (100.0) | 35 (100.0) | 255 (100.0) | 42 (100.0) | 1,640 (100.0) | 345 (100.0) | 2,815 (100.0) | 517 (100.0) |

그런데, 건강검진을 받았다고 해서 건강관련 삶의 질 수준도 반드시 높다고 말할 수 없다. 다음 표에서 보는 바와 같이 소득계층별 건강검진 수신여부와 건강행태 삶의 질 수준을 비교한 결과 그 외 계층만 건강검진을 받은 사람들의 삶의 질 수준이 약간 높게 나타났고, 저소득층의 경우 건강검진을 받지 않은 사람들의 건강관련 삶의 질 수준이 건강검진을 받은 사람들의 그것과 거의 비슷한 수준으로 나타났다. 이러한 결과는 다음에서 살펴볼 암검진에서도 유사하게 나타나는 바, 그 이유를 면밀히 검토할 필요가 있다. 즉, 건강검진은 질병을 예방하고 경미한 수준에서 발견함으로써 삶의 질을 높이는 중요한 건강행태이므로 소득수준과 상관없이 모든 사람들이 받아야만 하는 필수적으로 적용되어야 한다. 그럼에도 건강검진을 받은 사람들의 건강관련 삶의 질 수준이 받지 않은 사람들과 큰 차이를 보이고 있지 않은 것으로 조사된 만큼, 그 이유가 무엇인지 규명하고 처방하여 건강검진이 건강행태로 자리잡을 수 있도록 해야 할 것이다.

<표 3-66> 소득계층별 EQ-5D index와 건강검진수진여부

(단위 : 명)

| 소득 수준 | 건강검진 수진 여부 | 전국 | | | 경기도 | | |
|-------|------------|-------|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 예 | 334 | 0.8414 | 0.17720 | 40 | 0.8870 | 0.16880 |
| | 아니오 | 396 | 0.8429 | 0.19312 | 55 | 0.7723 | 0.23294 |
| | 합계 | 730 | 0.8422 | 0.18588 | 95 | 0.8206 | 0.21502 |
| 2층 | 예 | 91 | 0.8938 | 0.13304 | 10 | 0.9507 | 0.06949 |
| | 아니오 | 98 | 0.8961 | 0.13331 | 25 | 0.8969 | 0.13050 |
| | 합계 | 189 | 0.8950 | 0.13283 | 35 | 0.9123 | 0.11793 |
| 3층 | 예 | 122 | 0.9022 | 0.13075 | 19 | 0.9041 | 0.15940 |
| | 아니오 | 133 | 0.9124 | 0.12254 | 23 | 0.9363 | 0.10149 |
| | 합계 | 255 | 0.9075 | 0.12639 | 42 | 0.9217 | 0.13017 |
| 그외 계층 | 예 | 920 | 0.9491 | 0.08529 | 192 | 0.9458 | 0.08469 |
| | 아니오 | 719 | 0.9382 | 0.11838 | 153 | 0.9463 | 0.10623 |
| | 합계 | 1,639 | 0.9443 | 0.10126 | 345 | 0.9461 | 0.09470 |
| 합계 | 예 | 1,467 | 0.9173 | 0.12725 | 261 | 0.9339 | 0.10949 |
| | 아니오 | 1,346 | 0.9045 | 0.15141 | 256 | 0.9032 | 0.16008 |
| | 합계 | 2,813 | 0.9112 | 0.13945 | 517 | 0.9187 | 0.13763 |

2) 암검진

건강검진을 통해 가장 먼저 체크해야 할 질병이 바로 ‘암’이다. 다음 표에서 보는 바와 같이 지난 2년간 암검진을 했는가에 대해 소득수준이 높은 계층일수록 암검진을 했다고 응답한 비율이 높은 것으로 나타났다. 이는 건강검진 시 암관련 검진이 병행되기 때문으로 사료된다.

<표 3-67> 2년간 암검진 여부

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|-----|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 |
| 예 | 234 (32.2) | 32 (33.7) | 70 (37.2) | 13 (37.1) | 83 (32.9) | 16 (38.1) | 702 (42.9) | 176 (51.2) | 1,089 (38.9) | 237 (45.9) |
| 아니오 | 493 (67.8) | 63 (66.3) | 118 (62.8) | 22 (62.9) | 169 (67.1) | 26 (61.9) | 934 (57.1) | 168 (48.8) | 1,714 (61.1) | 279 (54.1) |
| 합계 | 727 (100.0) | 95 (100.0) | 188 (100.0) | 35 (100.0) | 252 (100.0) | 42 (100.0) | 1,636 (100.0) | 344 (100.0) | 2,803 (100.0) | 516 (100.0) |

그러나 암검진을 했다고 해서 건강관련 삶의 질 수준과 정(正)의 상관관계가 있는 것은 아니다. 다음 표에서 보는 바와 같이 모든 소득계층에서 암검진을 했다고 응답한 사람들의 건강행태 질이 암검진을 하지 않은 사람들의 그것보다 높지 않았다. 1층과 3층의 경우 오히려 더 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 앞서 언급한 바와 같이 건강검진 수신 여부와 동일한 것이다. 현실적으로 건강검진이나 암검진의 경우 사전 예방적으로 실시하기보다는 발병의 징후가 있을 때 실시하는 것이 일반적인 상황임을 고려한다면 이미 건강검진이나 암검진을 받은 사람들의 건강상태는 좋지 않음을 쉽게 짐작해볼 수 있다. 이러한 상황에서 건강검진 및 암검진을 받은 사람들의 건강관련 삶의 질 수준이 낮은 이유를 찾을 수 있다.

<표 3-68> 소득계층별 EQ-5D index와 2년간 암검진여부

(단위 : 명)

| 소득수준 | 2년간 암검진 여부 | 전국 | | | 경기도 | | |
|------|---------------|-------|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 예 | 234 | 0.8298 | 0.18333 | 32 | 0.8487 | 0.19988 |
| | 아니오 | 492 | 0.8487 | 0.18711 | 63 | 0.8063 | 0.22249 |
| | 합계 | 726 | 0.8426 | 0.18598 | 95 | 0.8206 | 0.21502 |
| 2층 | 예 | 70 | 0.8910 | 0.12208 | 13 | 0.9045 | 0.12647 |
| | 아니오 | 118 | 0.8992 | 0.13831 | 22 | 0.9168 | 0.11541 |
| | 합계 | 188 | 0.8961 | 0.13222 | 35 | 0.9123 | 0.11793 |
| 3층 | 예 | 83 | 0.8939 | 0.12709 | 16 | 0.9055 | 0.14064 |
| | 아니오 | 169 | 0.9138 | 0.12679 | 26 | 0.9317 | 0.12510 |
| | 합계 | 252 | 0.9073 | 0.12698 | 42 | 0.9217 | 0.13017 |
| 그외계층 | 예 | 701 | 0.9430 | 0.08956 | 176 | 0.9442 | 0.08227 |
| | 아니오 | 934 | 0.9452 | 0.10963 | 168 | 0.9498 | 0.10418 |
| | 합계 | 1,635 | 0.9442 | 0.10149 | 344 | 0.9469 | 0.09352 |
| 합계 | 예 | 1,088 | 0.9115 | 0.12907 | 237 | 0.9265 | 0.11596 |
| | 아니오 | 1,713 | 0.9112 | 0.14573 | 279 | 0.9131 | 0.15299 |
| | 합계 | 2,801 | 0.9113 | 0.13947 | 516 | 0.9192 | 0.13726 |

3) 인플루엔자 예방접종

마지막으로 인플루엔자(독감)예방접종여부이다. 건강검진이나 암검진여부와

는 달리 저소득층의 접종비율이 높게 조사되었다. 이는 지역사회 내 보건소에서 65세이상이나 절대 빈곤층, 즉 국민기초생활수급권자에 대하여는 무료로 지원되기 때문에 예방접종의 비율이 높은 것으로 판단된다.

이러한 사실을 통해 건강검진이나 암검진도 저소득층에게 무료 혹은 실비로 제공된다면 건강검진 및 암검진 수진율이 높아질 것이고, 그에 따라 저소득층의 질병발생율은 감소할 수 있을 것이다.

<표 3-69> 인플루엔자 예방접종 여부

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그외계층 | | 합계 | |
|----|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 | 전국 | 경도 |
| 예 | 428 (48.9) | 58 (49.6) | 106 (41.2) | 20 (35.1) | 130 (35.3) | 30 (45.5) | 889 (36.6) | 195 (35.7) | 1,553 (39.4) | 303 (38.5) |
| 아오 | 448 (51.1) | 59 (50.4) | 151 (58.8) | 37 (64.9) | 238 (64.7) | 36 (54.5) | 1,541 (63.4) | 351 (64.3) | 2,378 (60.4) | 483 (61.5) |
| 합계 | 876 (100.0) | 117 (100.0) | 257 (100.0) | 57 (100.0) | 368 (100.0) | 66 (100.0) | 2,430 (100.0) | 546 (100.0) | 3,931 (100.0) | 786 (100.0) |

6. 정신건강과 건강실태

1) 스트레스 인지

육체적 건강뿐만 아니라 정신적 건강도 중요하다. 이는 최근 급속하게 증가하고 있는 자살과 연관되는 중요한 요소이기 때문이다. 따라서 정신적 건강상태를 측정할 수 있는 스트레스 여부와 이의 처방을 위한 행동여부를 분석하는 것은 매우 의미있는 연구이다.

평소 스트레스 인지정도를 소득계층별로 나누어 분석하였다. 인간은 일상생활에서 스트레스를 받고, 이 스트레스는 정신건강의 위협요소이다. 스트레스는 "개인이 가진 자원을 초과하여 개인의 안녕을 위협한다고 평가되는 개인과 환경간의 특정한 관계"라고 정의되고 있다(Lazarus & Folkman,1984). 이러한 개념정의를 통해 볼 때 소득수준이 낮은 계층일수록 스트레스도 높을 것으로 추측된다. 실제 자료를 분석한 결과 소득수준이 낮은 계층일수록 평소 스트레스를 대단히 많이 느끼거나 거의 느끼지 않는다는 응답이 다른 소득계층에 비해 높았다. 저소득층의 경우 스트

레스를 많이 받는 이유가 경제적 압박 등으로 인한 것으로 쉽게 이해가 되는 내용이지만, 거의 스트레스를 느끼지 않는다는 것은 여러 측면으로 해석될 수 있다. 즉, 실제 느끼지 않을 수도 있지만, 다른 문제, 예를 들면 정신적인 문제 등으로 인해 전혀 느끼지 못하는 것으로 추측해볼 수 있다.

<표 3-70> 소득계층별 평소스트레스 인지정도

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그외계층 | | 합계 | |
|------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 대단히 많이 느낀다 | 53 (6.7) | 8 (7.7) | 3 (1.4) | 1 (2.4) | 30 (10.6) | 3 (7.1) | 82 (4.4) | 21 (5.3) | 168 (5.3) | 33 (5.6) |
| 많이 느끼는 편이다 | 166 (21.0) | 21 (20.2) | 50 (22.5) | 12 (28.6) | 65 (22.9) | 10 (23.8) | 396 (21.2) | 113 (28.5) | 677 (21.4) | 156 (26.7) |
| 조금 느끼는 편이다 | 364 (46.1) | 45 (43.3) | 112 (50.5) | 20 (47.6) | 136 (47.9) | 20 (47.6) | 1,106 (59.1) | 209 (52.6) | 1,718 (54.2) | 294 (50.3) |
| 거의 느끼지 않는다 | 207 (26.2) | 30 (28.8) | 57 (25.7) | 9 (21.4) | 53 (18.7) | 9 (21.4) | 288 (15.4) | 54 (13.6) | 605 (19.1) | 102 (17.4) |
| 합계 | 790 (100.0) | 104 (100.0) | 222 (100.0) | 42 (100.0) | 284 (100.0) | 42 (100.0) | 1,872 (100.0) | 397 (100.0) | 3,168 (100.0) | 585 (100.0) |

평소 스트레스 인지정도에 따른 건강관련 삶의 질 수준을 보면 모든 소득계층에서 ‘거의 느끼지 않는다’라고 응답한 사람들보다는 ‘조금 느끼는 편이다’라고 응답한 사람들의 삶의 질 수준이 더 높은 것으로 조사되었다. 이러한 결과를 앞에서 언급한 저소득층이 평소 스트레스를 거의 느끼지 않는다는 것과 연관해서 해석해 보면 평소 스트레스를 거의 느끼지 않는 것은 스트레스가 없어서라기 보다는 스트레스를 느끼지 못하는 또 다른 정신적 문제에 노출되어 있거나, 스트레스의 심각성을 무시하고 있기 때문이라고 사료된다.

<표 3-71> 소득계층별 EQ-5D index와 평소스트레스 인지정도

(단위 : 명)

| 소득 수준 | 평소 스트레스 인지 정도 | 전국 | | | 경기 | | |
|-------|---------------|-------|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 대단히많이느낀다 | 51 | 0.7303 | 0.24439 | 7 | 0.8294 | 0.19085 |
| | 많이느끼는편이다 | 153 | 0.7817 | 0.22076 | 19 | 0.7241 | 0.26784 |
| | 조금느끼는편이다 | 332 | 0.8808 | 0.13580 | 40 | 0.9092 | 0.11788 |
| | 거의느끼지않는다 | 195 | 0.8557 | 0.18808 | 29 | 0.7594 | 0.24596 |
| | 합계 | 731 | 0.8429 | 0.18539 | 95 | 0.8206 | 0.21502 |
| 2층 | 대단히많이느낀다 | 3 | 0.7623 | 0.22250 | 1 | 0.5590 | . |
| | 많이느끼는편이다 | 42 | 0.8844 | 0.12689 | 11 | 0.9192 | 0.11258 |
| | 조금느끼는편이다 | 93 | 0.8965 | 0.14597 | 16 | 0.9316 | 0.10216 |
| | 거의느끼지않는다 | 50 | 0.9069 | 0.10320 | 7 | 0.9077 | 0.09847 |
| | 합계 | 188 | 0.8944 | 0.13295 | 35 | 0.9123 | 0.11793 |
| 3층 | 대단히많이느낀다 | 28 | 0.8059 | 0.15898 | 3 | 0.8923 | 0.18648 |
| | 많이느끼는편이다 | 55 | 0.8998 | 0.11067 | 10 | 0.9193 | 0.09801 |
| | 조금느끼는편이다 | 123 | 0.9334 | 0.10702 | 20 | 0.9484 | 0.09249 |
| | 거의느끼지않는다 | 49 | 0.9091 | 0.14003 | 9 | 0.8748 | 0.20600 |
| | 합계 | 255 | 0.9075 | 0.12639 | 42 | 0.9217 | 0.13017 |
| 그외 계층 | 대단히많이느낀다 | 69 | 0.8577 | 0.17387 | 19 | 0.8332 | 0.18137 |
| | 많이느끼는편이다 | 341 | 0.9268 | 0.10542 | 94 | 0.9274 | 0.09328 |
| | 조금느끼는편이다 | 973 | 0.9572 | 0.08075 | 185 | 0.9605 | 0.07654 |
| | 거의느끼지않는다 | 257 | 0.9404 | 0.12450 | 47 | 0.9721 | 0.07530 |
| | 합계 | 1,640 | 0.9440 | 0.10163 | 345 | 0.9461 | 0.09470 |
| 합계 | 대단히많이느낀다 | 151 | 0.8032 | 0.20502 | 30 | 0.8291 | 0.18246 |
| | 많이느끼는편이다 | 591 | 0.8837 | 0.15810 | 134 | 0.8973 | 0.14967 |
| | 조금느끼는편이다 | 1,521 | 0.9349 | 0.10697 | 261 | 0.9499 | 0.08839 |
| | 거의느끼지않는다 | 551 | 0.9046 | 0.15427 | 92 | 0.8906 | 0.18658 |
| | 합계 | 2,814 | 0.9111 | 0.13934 | 517 | 0.9187 | 0.13763 |

2) 우울감

2주 이상 연속해서 우울감이 있는지를 질문하였다. 소득수준이 낮은 계층일수록 2주 이상 우울감이 지속된다고 응답한 비율이 더 높게 나타났다. 우울감이 지속 되면 우울증으로 발전할 수 있고, 우울증은 자살의 원인이라는 점에서 우울감은 방치되어서는 안되는 중요한 정신적 건강상태이다. 따라서 우울감에 대한 상담 및 지속적인 관리가 필요하다.

<표 3-72> 2주 이상 연속 우울감 여부

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그 외 계층 | | 합계 | |
|-----|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 예 | 157 (19.8) | 21 (20.2) | 29 (13.0) | 4 (9.5) | 41 (14.4) | 3 (7.1) | 227 (12.1) | 54 (13.6) | 454 (14.3) | 82 (14.0) |
| 아니오 | 634 (80.2) | 83 (79.8) | 193 (86.9) | 38 (90.5) | 243 (85.6) | 39 (92.9) | 1646 (87.9) | 343 (86.4) | 2716 (85.7) | 503 (86.0) |
| 합계 | 791 (100.0) | 104 (100.0) | 222 (100.0) | 42 (100.0) | 284 (100.0) | 42 (100.0) | 1,873 (100.0) | 397 (100.0) | 3,170 (100.0) | 585 (100.0) |

그렇다면 2주 이상 연속 우울감을 가진 사람들은 건강관련 삶의 질 수준은 어떨까? 2주 이상 연속 우울감을 느끼는 사람일수록 건강상태 질이 낮게 나타났다. 소득을 기준으로 보면 소득 수준이 낮을 계층일수록 우울감으로 인한 삶의 질 수준이 현격히 떨어지는 것으로 나타났다.

<표 3-73> 소득계층별 EQ-5D index와 2주이상 연속 우울감 여부

(단위 : 명)

| 소득수준 | 2주이상 연속 우울감 여부 | 전국 | | | 경기도 | | |
|------|-------------------|-------|--------|---------|-----|--------|---------|
| | | N | 평균 | 표준편차 | N | 평균 | 표준편차 |
| 1층 | 예 | 150 | 0.7319 | 0.24216 | 21 | 0.7168 | 0.27497 |
| | 아니오 | 582 | 0.8709 | 0.15610 | 74 | 0.8500 | 0.18665 |
| | 합계 | 732 | 0.8424 | 0.18566 | 95 | 0.8206 | 0.21502 |
| 2층 | 예 | 25 | 0.7968 | 0.15557 | 4 | 0.7198 | 0.14942 |
| | 아니오 | 163 | 0.9094 | 0.12299 | 31 | 0.9371 | 0.08917 |
| | 합계 | 188 | 0.8944 | 0.13296 | 35 | 0.9123 | 0.11793 |
| 3층 | 예 | 36 | 0.8307 | 0.15901 | 3 | 0.7860 | 0.23106 |
| | 아니오 | 219 | 0.9201 | 0.11584 | 39 | 0.9321 | 0.11793 |
| | 합계 | 255 | 0.9075 | 0.12639 | 42 | 0.9217 | 0.13017 |
| 그외계층 | 예 | 194 | 0.8717 | 0.14558 | 49 | 0.8628 | 0.13879 |
| | 아니오 | 1,447 | 0.9538 | 0.08990 | 296 | 0.9598 | 0.07735 |
| | 합계 | 1,641 | 0.9441 | 0.10160 | 345 | 0.9461 | 0.09470 |
| 합계 | 예 | 405 | 0.8117 | 0.19878 | 77 | 0.8126 | 0.19747 |
| | 아니오 | 2,411 | 0.9277 | 0.11904 | 440 | 0.3 | 0.11485 |
| | 합계 | 2,816 | 0.8879 | 0.13946 | 517 | 0.9187 | 0.13763 |

3) 정신문제 상담

1년간 정신문제상담 여부를 묻는 질문에서는 전국과 경기도 모두 소득계층과 상관없이 정신문제를 상담한 비율이 매우 낮았다. 전국을 기준으로 평소 스트레스를 많이 받는다고 응답한 비율이 26.7%이고, 2주 연속 우울감이 있었다고 응답한 비율이 14.3%인 것을 감안한다면 정신문제 상담 비율이 고작 1.7%에 불과한 것으로 나타났다. 이같이 정신문제 상담이 낮은 것은 정신문제상담에 대한 심리적 거부감이 큰 것도 하나의 이유라고 사료된다. 이는 통계적으로 유의하지는 않지만, 1층에 비해 그 외 계층의 상담율이 더 낮은 이유와도 궤를 같이 한다. 즉, 저소득층의 경우 정신보건센타를 통해 제도적으로 상담을 실시하고 있지만, 그 외 계층의 경우 자발적으로 정신과를 방문하여 상담을 시도해야 하므로 이를 선택하기가 쉽지 않을 것으로 판단된다.

장미희 외(2005)는 스트레스에 많이 노출되고, 우울감이 높을수록 자살생각이 높다고 하였다. 경기도 자살사망률은 2008년 현재 24.1명으로 전국 평균인 26명보다는 낮으나, 2007년 대비 2명이 증가되었고, 계속 증가하는 추세이다. 또한 연천, 양평 등 경기 북부지역은 자살 사망률이 44명으로 매우 높은 상태이다. 따라서 육체적 건강만큼 정신건강도 중요한 건강보장의 요소이므로 정신적 문제도 신체적 질환과 같은 질병이며, 전문가의 진단 및 치료할 수 있다는 인식 확산이 필요하다. 무엇보다도, 스트레스에 대처할 수 있는 방법과 우울감에 대한 상담을 받을 수 있도록 지역사회내 정신보건센터 35개 외에 24시간 상담을 받을 수 있는 기관 확대가 필요하다.

〈표 3-74〉 소득계층별 1년간 정신문제상담 여부

(단위 : 명, %)

| 구분 | 1층 | | 2층 | | 3층 | | 그외계층 | | 합계 | |
|-----|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 | 전국 | 경기도 |
| 예 | 14 (1.8) | 1 (1.0) | 4 (1.8) | 1 (2.4) | 4 (1.4) | 0 (0.0) | 32 (1.7) | 9 (2.3) | 54 (1.7) | 11 (1.9) |
| 아니오 | 777 (98.2) | 103 (99.0) | 218 (98.2) | 41 (97.6) | 280 (98.6) | 42 (100.0) | 1,838 (98.3) | 387 (97.7) | 3,113 (98.3) | 573 (98.1) |
| 합계 | 791 (100.0) | 104 (100.0) | 222 (100.0) | 42 (100.0) | 284 (100.0) | 42 (100.0) | 1,870 (100.0) | 396 (100.0) | 3,167 (100.0) | 584 (100.0) |

7. 만성질환 유병 실태

국민건강영양조사는 다양한 질환에 대한 유병여부를 조사하고 있어서 해당 지역주민의 유병율을 밝힐 수 있는 중요한 자료이다. 유병율은 의사로부터 질병진단을 받은 사람의 분율인데 실제 국민건강영양조사 자료를 통계분석해 본 결과 유병율이 너무 낮게 나타났다. 따라서 본 연구는 유병율이라는 용어 대신 각 질환별 유병 실태라는 용어를 사용하며, 유병 여부와 의사진단여부를 통해 살펴본다.

첫번째로 순환기계 질환이다. 순환기계는 혈액을 순환시킴으로써 섭취한 영양소나 산소 등을 몸의 각 조직에 나르고, 노폐물을 배설하는 기능을 하는 기관을 말한다. 순환기계 질환이란 이러한 혈액순환과 관련된 기능이상으로 혈액과 혈관의 상태에 따라 여러 가지 병명이 붙여진다. 순환기계 질환 중 고혈압의 유병 비율이 가장 높다.

두 번째로 근골격계 질환이다. 산업안전보건법에 따르면, 근골격계 질환은 “반복적인 동작, 부적절한 작업자세, 과도한 힘의 사용, 날카로운 면과의 신체접촉, 진동 및 온도 등의 유해요인에 의하여 발생하는 건강장해로서 목, 어깨, 허리, 상하지의 신경·근육 및 그 주변 신체조직 등에 나타나는 질환”을 의미한다. 근골격계 질환 중 유병 비율이 가장 높은 질환은 관절염이며, 의사진단비율도 가장 높다. 요통의 경우 유병 비율은 높은 반면 의사진단 비율은 유병 비율의 절반 정도밖에 되지 않는다. 이는 요통은 일상적으로 발생할 수 있는 질환이라는 인식이 강해서 굳이 의학적 판단을 받지 않기 때문으로 생각된다.

세 번째로 호흡기계 질환이다. 인체의 신진대사에 필요한 산소의 공급과 노폐물로 만들어진 이산화탄소를 배출하는 곳을 호흡기관이라 하며, 이곳에 생긴 질환을 호흡기계 질환이라 한다. 호흡기계 질환 중 알레르기성 비염의 유병 비율이 가장 높지만, 이 질환 역시 의사진단 비율은 약 70% 수준에 불과하다. 이는 알레르기성 비염을 질환으로 보지 않는 경향이 크기 때문이다.

네 번째로 내분비성 질환이다. 내분비기관의 기능이상에 의해 일어나는 모든 질환의 총칭으로 당뇨병의 유병 비율은 7.7%이고, 갑상선 장애는 4.3%이다.

<표 3-75> 질환별 유병여부 및 의사진단 여부

(단위 : 명, %)

| 구분 | 전국 | | 경기도 | | |
|---------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| | 유병여부 | 의사진단여부 | 유병여부 | 의사진단여부 | |
| 순환기계 질환 | 고혈압 | 525(18.6) | 515(18.3) | 90(17.4) | 87(16.8) |
| | 고지혈증 | 169(6.0) | 160(5.7) | 32(6.2) | 31(6.0) |
| | 뇌졸중 | 74(2.6) | 72(2.6) | 18(3.5) | 17(3.3) |
| | 심근경색증협심증 | 85(3.0) | 82(2.9) | 6(1.1) | 6(1.1) |
| | 심근경색증 | 48(1.7) | 48(1.7) | 4(0.8) | 4(0.8) |
| | 협심증 | 39(1.4) | 36(1.3) | 2(0.4) | 2(0.4) |
| 근골격계 질환 | 관절염 | 534(18.8) | 424(14.9) | 89(17.0) | 70(13.4) |
| | 골관절염 | 441(15.6) | 340(12.1) | 74(14.3) | 54(10.4) |
| | 류마티스성관절염 | 109(3.9) | 90(3.2) | 16(3.1) | 16(3.1) |
| | 골다공증 | 179(6.3) | 169(6.0) | 24(4.6) | 24(4.6) |
| | 요통 | 469(16.6) | 284(10.1) | 104(20.1) | 53(10.3) |
| 호흡기계 질환 | 결핵 | 186(6.6) | 175(4.4) | 33(6.3) | 30(3.8) |
| | 폐결핵 | 186(6.6) | 174(4.2) | 33(6.4) | 29(5.6) |
| | 폐외결핵 | 2(0.1) | 1(0.0) | - | - |
| | 천식 | 115(4.1) | 145(3.7) | 16(3.1) | 25(3.2) |
| | 만성폐쇄성폐질환 | 39(1.4) | 30(1.1) | 2(0.4) | 1(0.2) |
| | 알레르기성비염 | 422(15.0) | 298(10.6) | 85(16.4) | 56(10.8) |
| 기타질환 | 우울증 | 291(10.3) | 79(2.8) | 53(10.3) | 17(3.3) |
| | 빈혈 | 458(16.2) | 221(5.6) | 90(17.4) | 46(5.8) |
| | 아토피피부염 | 88(3.1) | 235(6.0) | 23(4.4) | 49(6.2) |
| | 요실금 | 200(7.1) | 65(2.3) | 40(7.7) | 13(2.5) |
| | 턱관절질환 | 79(2.8) | 38(1.3) | 17(3.3) | 6(1.2) |
| 내분비성 질환 | 당뇨병 | 216(7.7) | 214(5.4) | 37(7.2) | 37(7.2) |
| | 갑상선장애 | 120(4.3) | 113(4.0) | 19(3.7) | 18(3.5) |
| 눈-귀질환 | 백내장 | 265(9.4) | 251(8.9) | 48(9.3) | 45(8.7) |
| | 녹내장 | 23(0.8) | 22(0.8) | 2(0.4) | 2(0.4) |
| | 중이염 | 143(5.1) | 326(8.3) | 29(5.6) | 77(9.8) |
| 암질환 | 위암 | 13(0.5) | 13(0.5) | 2(0.4) | 2(0.4) |
| | 간암 | 5(0.2) | 5(0.2) | 1(0.2) | 1(0.2) |
| | 대장암 | 6(0.2) | 6(0.2) | - | - |
| | 유방암 | 15(0.5) | 15(0.5) | 3(0.6) | 3(0.6) |
| | 자궁경부암 | 10(0.4) | 10(0.4) | 3(0.6) | 3(0.6) |
| | 폐암 | 4(0.1) | 4(0.1) | 1(0.2) | 1(0.2) |
| | 기타암1 | 24(0.9) | 24(0.9) | 3(0.6) | 3(0.6) |
| | 기타암2 | 2(0.1) | 2(0.1) | - | - |
| 소화기계 질환 | 위십이지장궤양 | 187(6.6) | 174(6.2) | 24(4.6) | 23(4.4) |
| | B형간염 | 83(2.9) | 79(2.8) | 8(1.5) | 8(1.5) |
| | C형간염 | 10(0.4) | 10(0.4) | 2(0.4) | 2(0.4) |
| | 간경변증 | 5(0.2) | 4(0.1) | 1(0.2) | 1(0.2) |

다섯 번째로 눈·귀질환으로 백내장은 눈의 수정체가 혼탁해져서 시력이 떨어지는 질병지는 질환으로 수정체의 가장자리만 혼탁해져 있을 때 관상백내장이라고 하며 전체 인구의 약 25%에서 발견된다. 본 분석에서 백내장 유병 비율은 9.4%에 불과하다.

여섯 번째로 암질환이다. 암(癌)은 세포가 조절되지 않는 성장을 계속하는 질병으로 우리나라 사람들이 가장 많이 걸리는 암질환은 위암인 것으로 나타났다. 중앙암등록본부(2009)가 전국민 대상으로 암유병율을 조사한 자료에 따르면 2007년 기준 암발생자수 1위는 위암으로 2만5,915명이며, 그 다음은 갑상샘암, 대장암, 폐암, 간암, 유방암의 순으로 나타났다. 그러나 성별로는 다른 발병 양상을 보여주고 있는데 남성의 경우 위암>폐암>대장암>간암> 등의 순으로 빈발하지만, 여성의 경우 갑상샘암>유방암>위암>대장암>폐암 등의 순으로 발병하는 것으로 나타났다. 본 조사에는 각 종 암의 유병 비율 및 진단 비율은 1% 미만으로 매우 낮게 나타났다.

일곱 번째 소화기계 질환이다. 음식의 섭취, 소화 및 흡수와 관련된 기관에 이상이 생기는 질병이다. 유병 비율이 가장 높은 질환은 위십이지장궤양이다.

이러한 유병실태는 전국과 경기도의 상황이 유사한데, 전체 질환 중 유병 비율이 가장 높은 관절염, 고혈압, 골관절염, 요통, 알레르기성 비염, 빈혈 등을 주요 만성질환으로 지정하는 한편, 요통이나 알레르기성 비염, 빈혈과 같이 질환이라고 인식되지 않아서 의사진단을 받지 않은 질환은 특별 관리하여 큰 질병으로 발전되지 않도록 하는 만성질환관리체계도 마련되어야 할 것이다.

이와 같은 만성질환 유병 실태를 소득계층별로 살펴보았다. 전국을 기준으로 1층에 속한 사람들이 다른 계층에 비해 유병 여부 비율이 높은 질환은 고혈압, 관절염, 골관절염 등이다. 경기도의 경우 관절염과 골관절염의 유병 여부 비율이 다른 계층에 비해 높게 나타났다. 현재 추진되고 있는 만성질환 관리 사업은 주로 고혈압 등 순환기계 질환에 초점이 맞추어져 있으나 관절염과 같은 근골격계 질환에 대한 프로그램 개발도 필요하다. 특히, 농촌지역에 혼재되어 있는 경기도의 경우 농촌에 거주하고 있는 노인들이 대부분 이러한 근골격계 질환으로 인한 고통을 호소하고 있는 만큼 이에 대한 관리가 필요하다.

<표 3-76> 질환별 유병여부 및 의사진단 여부 (1층)

(단위 : 명, %)

| 구분 | | 전국 | | 경기도 | |
|----------|------|-----------|-----------|-----------|----------|
| | | 유병여부 | 의사진단여부 | 유병여부 | 의사진단여부 |
| 고혈압 | 1층 | 223(7.9) | 217(7.7) | 32(6.2) | 32(6.2) |
| | 2층 | 46(1.6) | 45(1.6) | 9(1.7) | 8(1.5) |
| | 3층 | 44(1.6) | 43(1.5) | 5(1.0) | 5(1.0) |
| | 그외계층 | 212(7.5) | 210(7.4) | 44(8.5) | 42(8.1) |
| | 합계 | 525(18.6) | 515(18.3) | 90(17.4) | 87(16.8) |
| 관절염 | 1층 | 242(8.5) | 199(7.0) | 38(7.3) | 32(6.1) |
| | 2층 | 47(1.7) | 35(1.2) | 9(1.7) | 6(1.1) |
| | 3층 | 55(1.9) | 48(1.7) | 7(1.3) | 5(1.0) |
| | 그외계층 | 190(6.7) | 142(5.0) | 35(6.7) | 27(5.2) |
| | 합계 | 534(18.8) | 424(14.9) | 89(17.0) | 70(13.4) |
| 골관절염 | 1층 | 207(7.3) | 166(5.9) | 33(6.4) | 26(5.0) |
| | 2층 | 40(1.4) | 29(1.0) | 9(1.7) | 6(1.2) |
| | 3층 | 46(1.6) | 40(1.4) | 7(1.4) | 5(1.0) |
| | 그외계층 | 148(5.2) | 105(3.7) | 25(4.8) | 17(3.3) |
| | 합계 | 441(15.6) | 340(12.1) | 74(14.3) | 54(10.4) |
| 요통 | 1층 | 149(5.3) | 96(3.4) | 32(6.2) | 16(3.1) |
| | 2층 | 35(1.2) | 18(0.6) | 7(1.4) | 4(0.8) |
| | 3층 | 53(1.9) | 32(1.1) | 11(2.1) | 5(1.0) |
| | 그외계층 | 230(8.2) | 138(4.9) | 54(10.4) | 28(5.4) |
| | 합계 | 467(16.6) | 284(10.1) | 104(20.1) | 53(10.3) |
| 알레르기성 비염 | 1층 | 62(2.2) | 43(1.5) | 3(0.6) | 1(0.2) |
| | 2층 | 17(0.6) | 9(0.3) | 5(1.0) | 3(0.6) |
| | 3층 | 34(1.2) | 23(0.8) | 4(0.8) | 3(0.6) |
| | 그외계층 | 309(11.0) | 223(7.9) | 73(14.1) | 49(9.5) |
| | 합계 | 422(15.0) | 298(10.6) | 85(16.4) | 56(10.8) |
| 빈혈 | 1층 | 134(4.8) | 49(1.2) | 21(4.1) | 8(1.0) |
| | 2층 | 42(1.5) | 16(0.4) | 6(1.2) | 2(0.3) |
| | 3층 | 46(1.6) | 27(0.7) | 4(0.8) | 3(0.4) |
| | 그외계층 | 236(8.4) | 129(3.3) | 59(11.4) | 33(4.2) |
| | 합계 | 458(16.2) | 221(5.6) | 90(17.4) | 46(5.8) |
| 아토피 피부염 | 1층 | 19(0.7) | 30(0.8) | 5(1.0) | 5(0.6) |
| | 2층 | 3(0.1) | 12(0.3) | 2(0.4) | 5(0.6) |
| | 3층 | 9(0.3) | 17(0.4) | 1(0.2) | 1(0.1) |
| | 그외계층 | 57(2.0) | 176(4.5) | 15(2.9) | 38(4.8) |
| | 합계 | 88(3.1) | 235(6.0) | 23(4.4) | 49(6.2) |

제 4 장

저소득 취약계층 건강 영향 요인 분석

- 제 1 절 저소득층 건강에 영향을 미치는 요인
- 제 2 절 소득의 조절효과 검증을 통한 건강 영향 분석

제4장

저소득 취약계층 건강 영향 요인 분석

제1절 저소득층 건강에 영향을 미치는 요인

앞 절에서는 저소득 취약계층의 물질적 상태, 인구사회적 특성, 건강행태적 측면에 따라 건강상태가 어떤 양상으로 나타나는가를 분석하였다. 이번 절에서는 이러한 세 측면별로 저소득 취약계층의 건강에 영향을 미치는 요인이 무엇인지를 규명한다. 다음 절에서는 소득변수가 각각의 영향요인과 건강간의 인과성을 더 강화시켜주는지 혹은 완화시켜주는지를 알아보기 위해 소득을 조절변수로 투입하여 추가적으로 분석한다. 이러한 분석은 여타의 독립변수가 동일한 조건에서 소득이라는 조절변수의 건강상태에 대한 영향정도를 측정하는 것을 목적으로 하며, 궁극적으로 소득수준에 따른 건강불평등 여부를 파악하는데 있다.

1. 건강에 영향을 미치는 물질적 요인

물질적 측면의 변수 즉, 소득수준, 종사상 지위, 고용형태, 직업, 건강보험 가입 종류, 그리고 민간보험 가입 여부 요인 중 건강에 영향을 미치는 요인을 찾아내기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.²³⁾ 종속변수인 건강상태를 확인하기 위해 본 연구에서 사용한 EQ-5D index와 주관적 건강상태는 평균값을 산출하여 평균보다 높은 것은 “건강하다”로 분류하였고, 평균보다 낮은 값은 “건강하지 않다”로 정의하였다.

먼저, EQ-5D index 수준에 유의미한 영향을 미치는 요인은 다음 표에서 보는

23) 로지스틱 회귀분석에 앞서 변수들간의 다중공선성문제가 있는지 확인하기 위하여 건강상태에 영향을 미치는 세 측면의 회귀모형에서 독립변수들 간의 상관관계와 독립변수들간의 분산팽창인자(VIF)를 검토하였다. 각 모형에서 독립변수간 상관관계지수가 0.6이상인 경우가 없었고, 1보다 작고, 공차한계값이(1/VIF)이 0.1이하로 나타나 다중공선성에는 문제가 없는 것으로 관찰되었다.

바와 같이 월평균가구소득, 임금근로자, 일용직, 서비스직, 기능기계직, 의료보호 1종 민간의료보험 미가입 등이다. 월평균가구소득은 소득수준이 올라갈수록 건강상태 질도 통계적으로 유의할 가능성이 62.270(Wald값) 만큼 있다. 종사상 지위의 경우 임금근로자는 자영업자 및 고용주보다 건강상태 질이 좋을 가능성이 0.797(B)만큼 더 높고, 2.220배(Exp(B)) 만큼 건강상태 질이 더 좋다. 고용형태를 보면 일용직이 상용직에 비해 건강상태가 좋을 가능성은 0.856(B)만큼 낮고, 2.35배(1/0.425)만큼 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다. 유의미한 결과는 아니지만 임시직의 경우도 상용직에 비해 건강상태가 좋을 가능성은 0.460만큼 낮고, 1.58배 만큼 건강상태가 나쁜 것으로 해석할 수 있다. 직업의 경우 서비스직이 전문직에 비해 0.376만큼 건강상태 질이 높고 1.457배만큼 건강관련 삶의 질 수준이 좋은 것으로 나타났다. 또한 기능기계직의 경우도 전문직에 비해 0.690만큼 건강상태 질이 높고, 1.993배만큼 건강관련 삶의 질 수준이 좋을 가능성이 높은 것으로 분석되었다. 저소득층이 주로 종사하고 있는 농업직의 경우 전문직에 비해 0.270만큼 건강상태가 낮고, 건강상태가 1.3배 더 나쁠 가능성이 높은 것으로 나타났다. 건강보험 종류의 경우 의료보호 1종에 가입한 사람들이 직장의료보험에 가입한 사람들보다 1.236만큼 건강상태가 좋을 가능성이 낮고, 건강상태가 나쁠 가능성은 3.45배이다. 이러한 통계치는 물질적 요인 중 건강에 부정적으로 영향을 준 가장 높은 것으로 저소득층의 건강상태가 그 외계층에 비해 확연히 나쁘다는 것을 입증하는 것이다. 민간의료보험 가입의 경우 가입하지 않은 사람들이 가입한 사람들보다 0.589만큼 건강상태가 낮고, 건강상태가 나쁠 가능성은 1.8배 더 높은 것으로 나타났다.

다음으로, 주관적 건강상태에 유의미한 영향을 미치는 물질적 요인은 월평균소득, 임금근로자, 일용직, 의료보호 1종, 의료보호 2종, 민간의료보험 미가입 등의 변수로 나타났고, 각각 변수에 대한 해석은 앞서 EQ-5D와 동일한 방식으로 가능하다. EQ-5D와 주관적 건강상태의 차이는 직업에 속한 변수 중 영향을 미치는 요인이 존재하지 않는다는 것이다. 이러한 결과를 통해 월평균 소득이 높을수록, 임금근로자이면서 상용직일 경우 농어업직이 아닌 직업에서, 직장의료보험가입자이면서 민간의료보험에 가입한 자일수록 건강관련 삶의 질 수준이 높고, 건강상태도 나빠질 가능성이 낮아지는 것을 알 수 있다.

<표 4-1> 건강에 영향을 미치는 물질적 요인

| 변수 | | EQ-5D index | | | 주관적 건강상태 | | |
|---------------------------|-----------|-------------|-------|--------|----------|-------|--------|
| | | B | p | Exp(B) | B | p | Exp(B) |
| 월평균가구 소득 | | 0.002 | 0.000 | 1.002 | 0.002 | 0.000 | 1.002 |
| 종사상 지위 | 자영업자(0) | | | | | | |
| | 임금근로자 | 0.797 | 0.000 | 2.220 | 0.621 | 0.003 | 1.861 |
| | 무급가족봉사자 | 0.443 | 0.174 | 1.558 | -0.262 | 0.451 | 0.770 |
| 고용 형태 | 상용직(0) | | | | | | |
| | 임시직 | -0.460 | 0.053 | 0.631 | 0.029 | 0.928 | 1.030 |
| | 일용직 | -0.856 | 0.000 | 0.425 | -0.642 | 0.024 | 0.526 |
| 직업 | 전문직(0) | | | | | | |
| | 사무직 | 0.119 | 0.646 | 1.126 | -0.491 | 0.109 | 0.612 |
| | 서비스직 | 0.376 | 0.025 | 1.457 | 0.157 | 0.461 | 1.170 |
| | 농업직 | -0.270 | 0.079 | 0.764 | -0.258 | 0.126 | 0.773 |
| | 기능기계직 | 0.690 | 0.001 | 1.993 | -0.147 | 0.525 | 0.863 |
| | 단순노무직 | 0.174 | 0.425 | 1.190 | 0.058 | 0.831 | 1.060 |
| 건강 보험 종류 | 직장의료보험(0) | | | | | | |
| | 지역의료보험 | 0.021 | 0.823 | 1.021 | 0.029 | 0.773 | 1.029 |
| | 의료보호 1종 | -1.236 | 0.000 | 0.290 | -0.946 | 0.000 | 0.388 |
| | 의료보호 2종 | -0.495 | 0.077 | 0.609 | -0.507 | 0.037 | 0.602 |
| 민간의료 보험가입 | 예 (0) | | | | | | |
| | 아니오 | -0.589 | 0.000 | 0.555 | -0.709 | 0.000 | 0.492 |
| 상수 | | 0.211 | 0.065 | 1.235 | 1.442 | 0.000 | 4.230 |
| N | | 2,754 | | | 3,833 | | |
| Nagelkerke R ² | | .185 | | | .104 | | |

2. 건강에 영향을 미치는 인구사회적 요인

건강관련 삶의 질 수준과 주관적 건강상태에 영향을 미치는 인구사회적 요인은 연령, 성별(여성), 학력(초졸이하, 중졸) 등으로 공통적으로 나타났다. 연령의 경우 연령이 높아질수록 건강관련 삶의 질 수준이나 주관적 건강상태가 각각 1.55배와 1.45배 만큼 나빠질 가능성이 높은 것으로 나타났다. 성별에서 여자는 남자에 비해 건강상태 질이 0.835만큼 낮고, 건강관련 삶의 질 수준도 2.3배 나쁜 것으로 나타났다. 주관적 건강상태의 경우도 여자가 남자보다 0.417만큼 낮다고 생각하고 있고, 1.5배 나빠질 가능성이 높은 것으로 나타났다. 학력별로는 대학교졸업 이상자들과 비교하여 고졸이나 전문대졸의 경우 통계적으로 건강관련 삶의 질 수준이나 주관적 건강상태가 유의미한 차이가 없는 것으로 나타난 반면, 초졸이하의 건강관련 삶의 질 수준이 0.931만큼 낮고, 건강도 2.5배 더 나빠질 가능성이 있는 것으로 나타났다. 중졸의 경우 건강관련 삶의 질 수준에서만 유의한 결과를 보여주고 있다. 이러한 결과를 통해 연령이 높아질수록, 여자일수록, 교육수준이 낮을수록 건강관련 삶의 질 수준은 낮고, 건강상태는 나빠질 가능성은 높은 것으로 나타났다.

〈표 4-2〉 건강에 영향을 미치는 인구사회적 요인

| 변수 | | EQ-5D index | | | 주관적 건강상태 | | |
|---------------------------|------------|-------------|-------|--------|----------|-------|--------|
| | | B | p | Exp(B) | B | p | Exp(B) |
| 연령 | | -0.438 | 0.000 | 0.645 | -0.373 | 0.000 | 0.689 |
| 성별 | 남자(0) | | | | | | |
| | 여자 | -0.835 | 0.000 | 0.434 | -0.417 | 0.000 | 0.659 |
| 교육 수준 | 대학교졸업이상(0) | | | | | | |
| | 초졸이하 | -0.931 | 0.000 | 0.394 | -0.459 | 0.003 | 0.632 |
| | 중졸 | -0.435 | 0.008 | 0.647 | 0.068 | 0.696 | 1.070 |
| | 고졸 | -0.130 | 0.348 | 0.878 | 0.083 | 0.580 | 1.086 |
| | 전문대졸 | 0.196 | 0.337 | 1.216 | 0.186 | 0.405 | 1.204 |
| 상수 | | 3,581 | 0.000 | 35.925 | 3.452 | 0.000 | 31.549 |
| N | | 2,818 | | | 3,310 | | |
| Nagelkerke R ² | | .282 | | | .178 | | |

3. 건강에 영향을 미치는 건강행태적 요인

건강관련 삶의 질 수준에 영향을 미치는 건강행태적 요인은 음주빈도(1개월에 3~4번), 음주량(3~4잔, 5~6잔, 7~9잔, 10잔 이상), 2주일간 우울감여부(예), 평소스트레스 인지정도(대단히 많이 느낀다, 많이 느낀다), 암검진여부(아니오), 인플루엔자 접종여부(아니오), 식생활지침실천, 식생활형편(가끔 및 자주 먹을것 부족) 등으로 나타났다. 주요한 내용만 살펴보면, 흡연의 경우 피우지 않는 사람에 비해 피운다는 사람의 건강관련 삶의 질 수준이 0.131만큼 낮고, 1.1배만큼 건강상태 질이 나빠질 가능성이 높은 것으로 나타났다. 음주빈도의 경우 최근 1년간 마시지 않은 사람에 비해 1개월 2~4번 정도 마신 사람의 건강관련 삶의 질 수준이 0.750 높았고, 건강상태 질이 2.117배 만큼 더 좋아질 가능성이 높은 것으로 나타났다. 통계적으로 유의하지는 않지만 음주빈도의 경우 1주일에 4번이상만 제외하고 빈도가 높을수록 건강관련 삶의 질 수준이 높고, 건강상태질이 좋아질 확률도 더 높게 나타났다. 한번에 마시는 음주량도 비슷한 결과를 보여주고 있는데 즉 한번에 마시는 음주량이 많을수록 건강관련 삶의 질 수준이 높고, 건강상태 질이 좋아질 가능성이 높아진다는 것이다. 이러한 결과는 앞서 언급한 바와 같이 음주를 불건강행태로 인식하기 보다는 사회적 관계를 형성하기 위한 문화로 인식하기 때문으로 판단된다. 1주일동안 걷기 일수도 전혀 걷지 않는 사람을 제외하고는 오히려 매일 걷는 사람에 비해 그 보다 적게 걷는 사람들의 건강관련 삶의 질 수준이 더 높은 것으로 나타났다. 건강검진의 경우 한 사람에 비해 하지 않은 사람의 건강관련 삶의 질 수준이 0.460만큼 낮았고, 건강상태 질도 나빠질 가능성은 1.58배 더 높은 것으로 나타났다.

주관적 건강상태에 영향을 미치는 건강행태적 요인은 EQ-5D와 비교하여 다른 결과를 보여준 변수는 음주빈도이다. 즉, 최근 1년간 마시지 않은 사람에 비해 1번이라도 마신 사람들의 주관적 건강상태가 더 높았고, 건강상태가 좋아질 확률도 높은 것으로 나타났다. 이에 비해 음주량과 관련해서는 EQ-5D가 모든 변수가 유의미한 결과를 보여준 것과 달리 모든 변수가 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

<표 4-3> 건강에 영향을 미치는 건강행태적 요인

| 변수 | 변수 | EQ-5D index | | | 주관적 건강상태 | | |
|--------------|---------------|-------------|-------|--------|----------|-------|--------|
| | | B | p | Exp(B) | B | p | Exp(B) |
| 흡연여부 | 피우지 않음(0) | | | | | | |
| | 피움 | -0.131 | 0.457 | 0.877 | -0.361 | 0.055 | 0.697 |
| 음주빈도 | 최근1년간마시지않음(0) | | | | | | |
| | 1개월에1번미만 | 0.326 | 0.257 | 1.385 | 0.647 | 0.034 | 1.909 |
| | 1개월에1번 | 0.177 | 0.605 | 1.194 | 0.805 | 0.031 | 2.237 |
| | 1개월에2번~4번 | 0.750 | 0.023 | 2.117 | 1.085 | 0.003 | 2.960 |
| | 1주일에2번~3번 | 0.249 | 0.458 | 1.282 | 1.277 | 0.001 | 3.585 |
| | 1주일에4번이상 | -0.055 | 0.869 | 0.946 | 1.150 | 0.002 | 3.157 |
| 한번에 마시는 음주량 | 1잔~2잔(0) | | | | | | |
| | 3잔~4잔 | 0.691 | 0.016 | 1.996 | -0.115 | 0.722 | 0.891 |
| | 5잔~6잔 | 0.657 | 0.049 | 1.928 | -0.521 | 0.140 | 0.594 |
| | 7잔~9잔 | 0.753 | 0.031 | 2.124 | 0.228 | 0.576 | 1.256 |
| | 10잔이상 | 0.823 | 0.013 | 2.278 | -0.186 | 0.614 | 0.830 |
| 1주일 걷기일수 | 매일(0) | | | | | | |
| | 전혀하지않는다 | -0.247 | 0.286 | 0.781 | 0.020 | 0.933 | 1.021 |
| | 1일~2일 | 0.206 | 0.438 | 1.229 | 0.448 | 0.127 | 1.566 |
| | 3일~4일 | 0.265 | 0.289 | 1.304 | 0.344 | 0.200 | 1.411 |
| | 5일~6일 | 0.467 | 0.149 | 1.596 | 0.476 | 0.162 | 1.610 |
| 1년간 체중 조절 여부 | 체중유지(0) | | | | | | |
| | 체중을줄이려고 노력 | 0.033 | 0.911 | 1.034 | -0.136 | 0.664 | 0.873 |
| | 체중늘이려고 노력 | -0.361 | 0.378 | 0.697 | -0.156 | 0.725 | 0.856 |
| | 체중조절노력하지않음 | -0.184 | 0.515 | 0.832 | -0.087 | 0.775 | 0.917 |
| 2주일간 우울감여부 | 아니오(0) | | | | | | |
| 예 | -0.662 | 0.000 | 0.516 | -0.501 | 0.000 | 0.606 | |
| 평소 스트레스인지 정도 | 거의느끼지않는다(0) | | | | | | |
| | 대단히많이느낀다 | -1.521 | 0.001 | 0.218 | -1.617 | 0.000 | 0.198 |
| | 많이느낀다 | -0.519 | 0.045 | 0.595 | -0.661 | 0.019 | 0.516 |
| | 조금느낀다 | 0.111 | 0.598 | 1.118 | -0.189 | 0.426 | 0.828 |
| 건강검진 여부 | 예(0) | | | | | | |
| 아니오 | -0.460 | 0.016 | 0.631 | -0.272 | 0.174 | 0.762 | |
| 암검진 여부 | 예(0) | | | | | | |
| 아니오 | 0.598 | 0.002 | 1.818 | -0.135 | 0.530 | 0.874 | |
| 인플루 접종 | 예(0) | | | | | | |
| 아니오 | 0.732 | 0.000 | 2.078 | 0.700 | 0.000 | 2.014 | |

<표 4-3> 건강에 영향을 미치는 건강행태적 요인(계속)

| 변수 | 변수 | EQ-5D index | | | 주관적건강상태 | | |
|---------------------------|----------------|-------------|-------|--------|---------|-------|--------|
| | | B | p | Exp(B) | B | p | Exp(B) |
| 식생활지침인지 | 인지(0) | | | | | | |
| | 인지안함 | 0.030 | 0.896 | 1.030 | -0.412 | 0.114 | 0.662 |
| 식생활지침실천여부 | 식생활지침1(실천) | | | | | | |
| | 실천안함 | -0.309 | 0.080 | 0.734 | -0.159 | 0.398 | 0.853 |
| | 식생활지침2(실천) | | | | | | |
| | 실천안함 | -0.079 | 0.667 | 0.924 | -0.091 | 0.641 | 0.913 |
| | 식생활지침3(실천) | | | | | | |
| | 실천안함 | 0.300 | 0.099 | 1.350 | 0.111 | 0.564 | 1.118 |
| | 식생활지침4(실천) | | | | | | |
| | 실천안함 | 0.518 | 0.015 | 1.678 | 0.323 | 0.150 | 1.381 |
| | 식생활지침5(실천) | | | | | | |
| | 실천안함 | 0.061 | 0.771 | 1.063 | 0.239 | 0.300 | 1.270 |
| | 식생활지침6(실천) | | | | | | |
| | 실천안함 | 0.332 | 0.328 | 1.394 | -0.057 | 0.869 | 0.945 |
| 식생활지침7(실천) | | | | | | | |
| 실천안함 | -0.119 | 0.603 | 0.888 | -0.086 | 0.725 | 0.918 | |
| 식생활형편 | 충분하고다양한음식섭취(0) | | | | | | |
| | 충분한음식만섭취 | -0.259 | 0.152 | 0.772 | -0.339 | 0.087 | 0.712 |
| | 가끔먹을것부족 | -1.016 | 0.001 | 0.362 | -0.698 | 0.033 | 0.497 |
| | 자주먹을것부족 | -1.065 | 0.062 | 0.345 | -1.185 | 0.037 | 0.306 |
| 상수 | 0.116 | 0.788 | 1.123 | 1.644 | 0.001 | 5.174 | |
| N | | 950 | | | 950 | | |
| Nagelkerke R ² | | .308 | | | .216 | | |

이 같은 결과를 요약하면 흡연하지 않은 사람일수록, 우울감을 느끼지 않는 사람일수록, 건강검진을 받을 사람일수록, 충분하고 다양한 음식을 섭취한 사람일수록 건강관련 삶의 질 수준이 높고, 건강상태가 좋을 가능성이 높은 것으로 나타났다. 그러나 통념과는 달리 음주나 걷기 운동, 그리고 체중조절 등의 변수는 건강상태에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

제2절 소득의 조절효과 검증을 통한 건강 영향 분석

1. 조절효과 검증을 통한 물질적 영향 요인

앞서 저소득 취약계층의 건강상태 분석에서 대체적으로 저소득층일수록 건강상태가 좋지 않은 것으로 나타났다. 그런데 각각의 독립변수들이 건강상태에 미치는 영향을 분석하는 회귀모형에서는 소득의 관련성 정도를 파악하기 어렵다. 따라서 소득을 조절변수로 투입하여 각각의 독립변수들이 건강상태에 미치는 영향 정도가 어떻게 달라지는가를 검증하고자 한다. 즉, 소득변수가 독립변수와 상호작용하여 건강상태를 더 강화시켰는지 혹은 완화시켰는지를 분석한다. 조절효과를 검증하기 위한 통계적 방법으로는 조절회귀분석을 실시하였다.²⁴⁾

먼저, 물질적 측면과 EQ-5D index만 투입한 모형1의 설명력은 11.8%으로 나타났으며, 그 중 물질적 측면에 유의미한 영향을 미친 변수는 임금근로자, 임시직, 일용직, 서비스직, 농어업, 기계기능직, 민간의료보험가입, 의료급여1종, 의료급여2종에서 유의미한 영향을 미쳤다($p < .05$).

모형2에서 조절변수인 월평균가구총소득을 투입한 결과, 모형 설명력은 13.5%, F값은 30.420으로 증가하였고, 이러한 증가는 통계적으로 유의하였다. 통계적으로 유의미한 변수는 임금근로자, 일용직, 서비스직, 기계기능직, 민간보험가입여부, 의료급여1종, 2종 등으로 나타났다($p < .05$). 월평균가구소득은 물질적 변수와 건강관련 삶의 질 수준간 인과성을 설명하는 데에 의미 있는 기여를 하는 것으로 나타났다. 월평균가구소득은 건강관련 삶의 질 수준에 유의한 정(正)의 영향을 미치고 있어 조절변수의 주효과(main effect)가 나타나는 것으로 해석된다.

24) 조절회귀분석은 세 단계를 거친다. 첫째, 1단계는 다중 회귀분석과 동일하게 독립변수를 투입한다. 둘째, 2단계는 조절변수를 추가적으로 투입한다. 다음 3단계는 독립변수와 조절변수의 곱으로 설정된 상호작용 변수 투입(독립변수×조절변수) 하여 상호작용효과를 파악한다. 또한 독립변수와 조절변수 간의 상호작용에 의한 조절회귀분석에서는 변수들 간의 높은 상관에 의한 다중공선성 문제가 제기될 수 있는데, 변수의 센터링(centering)방법을 적용한 회귀분석을 진행하여 다중공선성문제를 해결하였다. 센터링(centering) 방법이란 변수의 평균을 각 변수의 값에서 뺀으로써 편차점수를 구하는 방법으로서 다중공선성 문제를 통제하기 위한 방법으로 주로 사용된다. 이렇게 센터링을 실시한 후 이러한 편차점수들의 곱으로 이루어진 상호작용 변수를 투입하면 원래 변수투입으로 인한 정보가 왜곡되지 않고 다중공선성의 문제를 해결할 수 있다.

<표 4-4> 물질적 측면의 조절효과검증(EQ-5D index)

| 변 수 | 모형1 | | | 모형2 | | | 모형3 | | |
|--------------------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|
| | b | t | p | b | t | p | b | t | p |
| (상수) | | 43.414 | 0.000 | | 26.079 | 0.000 | | 19.683 | 0.000 |
| 자영업자고용주(0) | | | | | | | | | |
| 임금근로자 | 0.150 | 5.573 | 0.000 | 0.128 | 4.770 | 0.000 | 0.191 | 3.755 | 0.000 |
| 무급가족 | 0.027 | 1.479 | 0.139 | 0.027 | 1.484 | 0.138 | 0.024 | 0.834 | 0.404 |
| 상용직(0) | | | | | | | | | |
| 임시직 | -0.035 | -1.736 | 0.083 | -0.029 | -1.435 | 0.152 | -0.057 | -1.558 | 0.119 |
| 일용직 | -0.082 | -3.797 | 0.000 | -0.068 | -3.157 | 0.002 | -0.111 | -2.860 | 0.004 |
| 관리직(0) | | | | | | | | | |
| 사무직 | 0.014 | 0.688 | 0.491 | 0.014 | 0.684 | 0.494 | 0.071 | 1.628 | 0.104 |
| 서비스직 | 0.050 | 2.490 | 0.013 | 0.048 | 2.402 | 0.016 | 0.094 | 2.613 | 0.009 |
| 농어업 | -0.057 | -3.016 | 0.003 | -0.042 | -2.229 | 0.026 | -0.042 | -1.481 | 0.139 |
| 기능기계직 | 0.061 | 2.973 | 0.003 | 0.072 | 3.530 | 0.000 | 0.087 | 2.150 | 0.032 |
| 단순노무 | 0.007 | 0.304 | 0.761 | 0.023 | 0.998 | 0.318 | 0.006 | 0.156 | 0.876 |
| 민간보험가입여부(0) | -0.187 | -9.819 | 0.000 | -0.141 | -7.036 | 0.000 | -0.163 | -5.281 | 0.000 |
| 직장의료보험(0) | | | | | | | | | |
| 지역의료보험 | -0.010 | -0.502 | 0.615 | 0.005 | 0.251 | 0.802 | 0.022 | 0.704 | 0.481 |
| 의료급여1종 | -0.107 | -5.781 | 0.000 | -0.089 | -4.859 | 0.000 | -0.069 | -2.043 | 0.041 |
| 의료급여2종 | -0.055 | -2.978 | 0.003 | -0.039 | -2.142 | 0.032 | -0.078 | -2.391 | 0.017 |
| 월평균 가구 소득(E) | | | | 0.146 | 7.244 | 0.000 | 0.182 | 5.404 | 0.000 |
| 임금근로자*E | | | | | | | -0.075 | -1.509 | 0.131 |
| 무급가족*E | | | | | | | 0.001 | 0.048 | 0.962 |
| 임시직*E | | | | | | | 0.021 | 0.586 | 0.558 |
| 일용직*E | | | | | | | 0.037 | 1.073 | 0.283 |
| 사무직*E | | | | | | | -0.066 | -1.499 | 0.134 |
| 서비스직*E | | | | | | | -0.058 | -1.634 | 0.102 |
| 농어업*E | | | | | | | 0.007 | 0.260 | 0.795 |
| 기능기계직*E | | | | | | | -0.024 | -0.617 | 0.537 |
| 단순노무*E | | | | | | | 0.020 | 0.575 | 0.565 |
| 민간보험가입여부*E | | | | | | | 0.041 | 1.478 | 0.140 |
| 지역의료보험*E | | | | | | | -0.023 | -0.699 | 0.485 |
| 의료급여1종*E | | | | | | | -0.013 | -0.379 | 0.705 |
| 의료급여2종*E | | | | | | | 0.053 | 1.646 | 0.100 |
| R ² | .118 | | | .135 | | | .133 | | |
| R ² 변화량 | .000 | | | .017 | | | -.002 | | |
| F | 28.194 | | | 30.420 | | | 16.698 | | |
| p | .000 | | | .000 | | | .000 | | |

모형3에서 물질적 변수와 월평균가구소득의 상호작용을 투입한 결과, 설명력과 F값은 모두 감소하여 상호작용변수가 건강관련 삶의 질 수준을 설명하는데 의미가 없는 것으로 나타났다. 그러나 임금근로자, 일용직, 서비스직, 의료급여 1종, 2종 등의 변수는 건강관련 삶의 질 수준에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다, 요약하면, 월평균가구소득을 독립변수가 아닌 조절변수로 투입하였을 때, 임금근로자, 일용직, 서비스직, 의료급여 1종, 2종 변수에만 영향을 미쳐 건강관련 삶의 질 수준과의 인과성을 높이는 데 기여한 것으로 나타났다.

다음으로, 물질적 측면과 주관적 건강상태에 대한 조절변수의 효과성 검증이다. 물질적 변수만을 투입한 모형1의 설명력은 5.6%로 나타나, 모형설명력이 낮게 나타났다. 그 중 임금근로자, 일용직, 농업, 민간의료보험가입여부, 의료급여1종, 의료급여 2종 등의 변수가 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다($p<.05$).

모형2에서 조절변수인 월평균가구소득을 투입한 결과, 모형 설명력은 6.3%, F값은 19.456으로 증가하였고, 이러한 증가는 통계적으로 유의하였다. 또한 월평균가구소득 투입 후, 임금근로자, 민간보험가입여부, 의료급여1종, 의료급여2종 등의 변수가 주관적 건강상태에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, ($p<.01$), 이러한 변수들과 주관적 건강상태간 인과성을 설명하는 데에 조절변수가 의미 있는 기여를 하는 것으로 나타나 조절변수의 주효과(main effect)가 있는 것으로 분석되었다.

모형3에서 물질적 변수와 월평균가구소득의 상호작용변수를 투입한 결과, 설명력은 7.6%로 증가하였으나 F값은 모두 감소하여 상호작용변수가 건강상태에 대해 설명하는데 의미가 없는 것으로 나타났다. 상호작용변수 중 임금근로자*월평균가구소득, 일용직*월평균가구소득, 서비스직*월평균가구소득 등의 변수는 주관적 건강상태를 설명하는데 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 요약하면 조절변수로 월평균가구소득을 투입한 결과 임금근로자, 일용직, 민간의료보험가입, 의료급여 1종 및 2종 등의 변수 등이 주관적 건강상태와의 인과성을 높이는데 기여한 효과가 있는 것으로 나타났다.

<표 4-5> 물질적 측면의 조절효과검증(주관적 건강상태)

| 변 수 | 모형1 | | | 모형2 | | | 모형3 | | |
|--------------------|--------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|
| | b | t | p | b | t | p | b | t | p |
| (상수) | | 90.639 | 0.000 | | 55.005 | 0.000 | | 44.468 | 0.000 |
| 자영업자고용주(0) | | | | | | | | | |
| 임금근로자 | 0.074 | 3.035 | 0.002 | 0.065 | 2.657 | 0.008 | 0.219 | 4.695 | 0.000 |
| 무급가족 | -0.013 | -0.829 | 0.407 | -0.013 | -0.819 | 0.413 | 0.022 | 0.879 | 0.380 |
| 상용직(0) | | | | | | | | | |
| 임시직 | 0.003 | 0.160 | 0.873 | 0.006 | 0.312 | 0.755 | -0.047 | -1.460 | 0.144 |
| 일용직 | -0.043 | -2.272 | 0.023 | -0.036 | -1.880 | 0.060 | -0.129 | -3.758 | 0.000 |
| 관리직(0) | | | | | | | | | |
| 사무직 | -0.023 | -1.259 | 0.208 | -0.023 | -1.240 | 0.215 | -0.062 | -1.624 | 0.105 |
| 서비스직 | 0.013 | 0.763 | 0.445 | 0.014 | 0.777 | 0.437 | 0.064 | 2.046 | 0.041 |
| 농어업 | -0.045 | -2.768 | 0.006 | -0.035 | -2.103 | 0.036 | -0.020 | -0.795 | 0.426 |
| 기능기계직 | -0.013 | -0.724 | 0.469 | -0.006 | -0.337 | 0.736 | -0.016 | -0.452 | 0.651 |
| 단순노무 | 0.000 | 0.006 | 0.995 | 0.009 | 0.454 | 0.650 | 0.002 | 0.073 | 0.942 |
| 민간보험가입여부(0) | -0.165 | -10.046 | 0.000 | -0.139 | -8.136 | 0.000 | -0.208 | -7.742 | 0.000 |
| 직장의료보험(0) | | | | | | | | | |
| 지역의료보험 | -0.007 | -0.433 | 0.665 | 0.005 | 0.278 | 0.781 | -0.019 | -0.683 | 0.495 |
| 의료급여1종 | -0.101 | -6.268 | 0.000 | -0.089 | -5.488 | 0.000 | -0.119 | -3.922 | 0.000 |
| 의료급여2종 | -0.054 | -3.398 | 0.001 | -0.042 | -2.600 | 0.009 | -0.085 | -2.849 | 0.004 |
| 월평균 가구소득(E) | | | | 0.093 | 5.313 | 0.000 | 0.090 | 3.450 | 0.001 |
| 임금근로자*E | | | | | | | -0.161 | -3.705 | 0.000 |
| 무급가족*E | | | | | | | -0.047 | -1.816 | 0.069 |
| 임시직*E | | | | | | | 0.045 | 1.408 | 0.159 |
| 일용직*E | | | | | | | 0.080 | 2.588 | 0.010 |
| 사무직*E | | | | | | | 0.044 | 1.137 | 0.255 |
| 서비스직*E | | | | | | | -0.069 | -2.247 | 0.025 |
| 농어업*E | | | | | | | -0.007 | -0.284 | 0.777 |
| 기능기계직*E | | | | | | | -0.004 | -0.125 | 0.901 |
| 단순노무*E | | | | | | | -0.007 | -0.230 | 0.818 |
| 민간보험가입여부*E | | | | | | 0.093 | 3.740 | 0.000 | |
| 지역의료보험*E | | | | | | 0.030 | 1.040 | 0.298 | |
| 의료급여1종*E | | | | | | 0.048 | 1.631 | 0.103 | |
| 의료급여2종*E | | | | | | 0.054 | 1.866 | 0.062 | |
| R ² | | .056 | | | .063 | | | .076 | |
| R ² 변화량 | | .000 | | | .007 | | | .013 | |
| F | | 18.648 | | | 19.456 | | | 12.633 | |
| p | | .000 | | | .000 | | | .000 | |

2. 조절효과 검증을 통한 인구사회적 영향 요인

먼저, 인구사회학적 변수와 EQ-5D의 조절효과 검증이다. 인구사회적 변수만 투입한 모형1의 설명력은 27.4%로 나타났으며, 그 중 여성, 초졸이하와 중졸, 연령이 유의미한 영향을 미쳤다($p < .05$). 학력수준이 낮을수록, 여자일수록 건강상태가 좋지 않음을 알 수 있다.

모형2에서 조절변수인 월평균가구소득을 투입한 결과, 모형 설명력은 21.9%, F값은 0.005 증가하였고, 이러한 증가는 통계적으로 유의하였다. 조절변수 투입 후 여성, 초졸이하, 연령이 건강관련 삶의 질 수준에 유의미하게 영향을 미치는데 의미 있는 기여를 하는 것으로 나타났다. 즉, 월평균가구소득이 높아지면, 초졸이하가 대졸에 비해 주관적 건강상태가 낮아지는 것을 낮추며, 여성이 남성에 비해 건강상태가 낮아지는 효과를 감소시키는 조절변수의 주효과(main effect)가 나타났다.

<표 4-6> 인구사회적 측면의 조절효과검증(EQ-5D index)

| 변수 | 모형1 | | | 모형2 | | | 모형3 | | |
|--------------------|---------|---------|-------|---------|---------|-------|--------|--------|-------|
| | b | t | p | b | t | p | b | t | p |
| (상수) | | 37.881 | 0.000 | | 29.889 | 0.000 | | 22.085 | 0.000 |
| 성별(남0) | -0.152 | -8.896 | 0.000 | -0.156 | -9.162 | 0.000 | -0.169 | -6.151 | 0.000 |
| 학력(대졸0) | | | | | | | | | |
| 초졸 | -0.201 | -7.578 | 0.000 | -0.159 | -5.654 | 0.000 | -0.099 | -2.268 | 0.023 |
| 중졸 | -0.052 | -2.516 | 0.012 | -0.029 | -1.384 | 0.166 | -0.026 | -0.720 | 0.472 |
| 고졸 | -0.007 | -0.328 | 0.743 | 0.012 | 0.523 | 0.601 | -0.006 | -0.137 | 0.891 |
| 전문대졸 | 0.016 | 0.808 | 0.419 | 0.026 | 1.350 | 0.177 | -0.038 | -1.003 | 0.316 |
| 연령 | -0.275 | -12.241 | 0.000 | -0.265 | -11.761 | 0.000 | -0.321 | -9.142 | 0.000 |
| 월평균가구소득(t) | | | | 0.086 | 4.528 | 0.000 | -0.034 | -0.534 | 0.593 |
| 성별*E | | | | | | | 0.020 | 0.577 | 0.564 |
| 초졸*E | | | | | | | -0.073 | -2.356 | 0.019 |
| 중졸*E | | | | | | | -0.005 | -0.174 | 0.862 |
| 고졸*E | | | | | | | 0.013 | 0.359 | 0.720 |
| 전문대졸*E | | | | | | | 0.071 | 1.969 | 0.049 |
| 연령*E | | | | | | | 0.113 | 1.852 | 0.064 |
| R ² | .214 | | | .219 | | | .221 | | |
| R ² 변화량 | .000 | | | .005 | | | .002 | | |
| F | 128.889 | | | 114.172 | | | 62.566 | | |
| p | 0.000 | | | 0.000 | | | 0.000 | | |

모형3에서 인구사회적 변수와와 월평균가구소득을 곁한 상호작용변수를 투입한 결과, 설명력은 0.002% 향상되었지만, F값은 감소하여 상호작용변수는 주관적

건강상태를 설명하는데 의미가 없는 것으로 나타났다. 인구사회적 변수 중 여성, 연령, 초졸이하가 주관적 건강상태에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났고, 상호작용 변수 중에는 초졸*월평균가구소득, 중졸*월평균가구소득이 주관적 건강상태에 유의한 영향을 미치는 것으로 파악되었다. 요약하면, 소득수준이 높아지면, 여성, 초졸, 연령 등의 변수가 주관적 건강상태에 부(負)의 영향을 미치는 정도를 완화하는 것으로 나타났다.

다음으로, 인구사회적 변수와 주관적 건강상태간 조절변수 효과성 검증이다. 인구사회적 변수만 투입한 모형1의 설명력은 11.7%로 나타났으며, 그 중 여성, 초졸이하와 연령이 주관적 건강상태에 유의한 영향을 미쳤다. 모형2에서 조절변수인 월평균가구소득을 투입한 결과, 모형 설명력은 1.8%, F값은 감소하여 조절변수 투입으로 주관적 건강상태를 설명하는 데 기여하지 못한 것으로 나타났다.

<표 4-7> 인구사회적 측면의 조절효과검증(주관적 건강상태)

| 변수 | 모형1 | | | 모형2 | | | 모형3 | | |
|--------------------|--------|---------|-------|--------|---------|-------|--------|--------|-------|
| | b | t | p | b | t | p | b | t | p |
| (상수) | | 54.674 | 0.000 | | 41.538 | 0.000 | | 31.180 | 0.000 |
| 성별(남0) | -0.068 | -4.134 | 0.000 | -0.070 | -4.227 | 0.000 | -0.087 | -3.197 | 0.001 |
| 학력(대졸0) | | | | | | | | | |
| 초졸 | -0.122 | -5.154 | 0.000 | -0.103 | -4.149 | 0.000 | -0.101 | -2.535 | 0.011 |
| 중졸 | 0.003 | 0.142 | 0.887 | 0.013 | 0.654 | 0.513 | 0.035 | 1.029 | 0.303 |
| 고졸 | 0.020 | 0.977 | 0.329 | 0.029 | 1.369 | 0.171 | 0.048 | 1.242 | 0.214 |
| 전문대졸 | 0.021 | 1.113 | 0.266 | 0.025 | 1.355 | 0.176 | 0.017 | 0.468 | 0.640 |
| 연령 | -0.240 | -12.379 | 0.000 | -0.232 | -11.787 | 0.000 | -0.285 | -9.071 | 0.000 |
| 월평균가구소득(E) | | | | 0.048 | 2.623 | 0.009 | -0.040 | -0.891 | 0.373 |
| 성별*E | | | | | | | 0.028 | 0.853 | 0.394 |
| 초졸*E | | | | | | | 0.020 | 0.731 | 0.465 |
| 중졸*E | | | | | | | -0.023 | -0.772 | 0.440 |
| 고졸*E | | | | | | | -0.027 | -0.758 | 0.448 |
| 전문대졸*E | | | | | | | 0.007 | 0.191 | 0.849 |
| 연령*E | | | | | | | 0.091 | 2.271 | 0.023 |
| R ² | .117 | | | .118 | | | .120 | | |
| R ² 변화량 | .000 | | | .001 | | | .002 | | |
| F | 73.722 | | | 64.286 | | | 35.619 | | |
| p | 0.000 | | | 0.000 | | | 0.000 | | |

모형3에서 인구사회적 변수와 월평균가구소득을 곁한 상호작용 변수를 투입한 결과, 설명력은 0.002% 향상되었지만, F값은 감소하여 상호작용변수가 건강상태

를 설명하는데 의미가 없는 것으로 나타났다. 인구사회적 변수 중에서는 여성, 연령과 초졸 이하가 건강상태에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 상호작용변수 중 연령*월평균가구소득만이 건강상태에 유의미한 영향을 미치는 것으로 파악되었다. 요약하면, 소득이 높아짐에 따라 여성, 연령, 초졸이하 변수가 주관적 건강상태에 대한 부(負)의 영향을 감소시키는 효과가 나타났다.

3. 조절효과 검증을 통한 건강행태적 영향 요인

건강행태적 측면의 경우, 변수가 많아 다시 정리를 하였다. 실태분석한 변수 중 식생활실천 변수는 삭제하였고, 건강행태에 긍정적인 응답을 "0"으로 기준 설정하였다.

먼저, 건강행태적 측면과 EQ-5D간 인과성에 대한 조절효과 검증이다. 건강행태적 변수만을 투입한 모형1의 설명력은 16.1%로 모형설명력이 유의미한 것으로 나타났으며, 음주여부, 체중조절, 운동여부, 우울감지속, 건강검진여부, 암검진여부, 인플루엔자접종여부, 식생활인지, 식생활형편 등의 변수가 건강관련 삶의 질 수준에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다($p < .05$). 모형2에서 조절변수인 월평균가구소득을 투입한 결과, 모형 설명력은 18.1%, F값은 18.585로 증가하였고, 이러한 증가는 통계적으로 유의하였다. 음주여부, 우울감 여부, 암검진, 인플루엔자접종, 식생활형편 등의 변수는 월평균가구소득의 효과로 주관적 건강상태를 설명하는 데에 의미 있는 기여를 하는 것으로 나타났다. 즉, 월평균가구소득은 건강관련 삶의 질 수준에 유의한 정(正)의 영향을 미치고 있어 조절변수의 주효과(main effect)가 있다. 모형3에서 건강행태적 변수와 월평균가구소득을 곱한 상호작용변수를 투입한 결과, 설명력은 18.6%로 증가하였으나 F값은 10.467로 감소하여 상호작용변수가 건강관련 삶의 질 수준을 설명하는데 기여하지 못한 것으로 나타났다. 다만, 상호작용변수 중 식생활형편*월평균가구소득은 유의미한 영향이 있는 것으로 나타났다. 요약하면, 월평균 가구 소득은 음주여부, 우울감 지속, 암검진여부, 인플루엔자접종 여부, 식생활형편, 식생활형편*월평균가구소득 등의 변수와 건강관련 삶의 질 수준간 인과성을 높이는데 영향을 미친 것으로 나타났다.

<표 4-8> 건강행태적 측면의 조절효과검증 (EQ-5D index)

| | 모형1 | | | 모형2 | | | 모형3 | | |
|--------------------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|
| | b | t | p | b | t | p | b | t | p |
| (상수) | | 7.986 | 0.000 | | 7.047 | 0.000 | | 5.492 | 0.000 |
| 현재흡연(비흡연0) | -0.010 | -0.337 | 0.737 | -0.005 | -0.180 | 0.857 | -0.035 | -0.721 | 0.471 |
| 음주여부(안함0) | 0.158 | 5.110 | 0.000 | 0.136 | 4.405 | 0.000 | 0.149 | 3.216 | 0.001 |
| 체중조절(하지않음0) | 0.062 | 2.049 | 0.041 | 0.041 | 1.346 | 0.179 | 0.045 | 0.932 | 0.352 |
| 운동여부(운동함0) | -0.060 | -2.011 | 0.045 | -0.057 | -1.937 | 0.053 | -0.069 | -1.437 | 0.151 |
| 우울감지속(아니오0) | -0.260 | -8.568 | 0.000 | -0.241 | -8.001 | 0.000 | -0.245 | -5.650 | 0.000 |
| 스트레스(아니오0) | 0.013 | 0.406 | 0.685 | -0.008 | -0.270 | 0.787 | -0.023 | -0.477 | 0.634 |
| 건강검진(예0) | -0.087 | -2.577 | 0.010 | -0.064 | -1.925 | 0.055 | -0.035 | -0.642 | 0.521 |
| 암검진(예0) | 0.098 | 2.915 | 0.004 | 0.105 | 3.168 | 0.002 | 0.152 | 2.817 | 0.005 |
| 인플루접종(예0) | 0.179 | 5.742 | 0.000 | 0.158 | 5.074 | 0.000 | 0.191 | 3.913 | 0.000 |
| 식생활지침인지(예0) | 0.005 | 0.169 | 0.866 | 0.003 | 0.113 | 0.910 | -0.059 | -1.225 | 0.221 |
| 식생활형편(좋음0) | -0.082 | -2.714 | 0.007 | -0.066 | -2.226 | 0.026 | -0.168 | -3.421 | 0.001 |
| 월평균가구소득(E) | | | | 0.158 | 4.979 | 0.000 | 0.036 | 0.248 | 0.804 |
| 흡연여부*E | | | | | | | 0.047 | 0.812 | 0.417 |
| 음주여부*E | | | | | | | -0.049 | -0.465 | 0.642 |
| 체중조절*E | | | | | | | -0.008 | -0.123 | 0.902 |
| 운동여부*E | | | | | | | 0.014 | 0.272 | 0.786 |
| 우울감지속*E | | | | | | | 0.000 | -0.002 | 0.999 |
| 스트레스*E | | | | | | | 0.034 | 0.371 | 0.711 |
| 건강검진*E | | | | | | | -0.040 | -0.667 | 0.505 |
| 인플루접종*E | | | | | | | -0.064 | -0.938 | 0.348 |
| 암검진여부*E | | | | | | | -0.070 | -1.040 | 0.299 |
| 식생활지침인지*E | | | | | | | 0.143 | 1.750 | 0.080 |
| 식생활형편*E | | | | | | | 0.153 | 2.594 | 0.010 |
| R ² | .161 | | | .181 | | | .186 | | |
| R ² 변화량 | .000 | | | .020 | | | .005 | | |
| F | 17.577 | | | 18.585 | | | 10.467 | | |
| p | .000 | | | .000 | | | .000 | | |

다음으로, 건강행태적 측면과 주관적 건강상태의 조절효과 검증이다. 모형1의 설명력은 10.8%로 나타나 모형설명력이 있으며, 음주여부, 우울감 지속, 인플루엔자접종, 식생활형편 등의 변수가 주관적 건강상태에 유의미한 영향을 미친 것으로 나타났다(p<.05). 모형2에서 조절변수인 월평균가구소득을 투입한 결과, 모형 설명력은 11.6%, F값은 11.367로 증가하였고, 이러한 증가는 통계적으로 유의하였다. 음주여부, 우울감 지속, 인플루접종여부 등의 변수는 월평균가구소득과 상호작용하여 주관적 건강상태를 설명하는 데에 의미 있는 기여를 하였고, 조절변수의 주효과가 나타났다. 모형3에서 건강행태적 변수와 월평균가구소득을 곱한 상호작용

용변수를 투입한 결과, 설명력은 13.1%로 증가하였으나 F값은 7.246감소하여 상호작용변수가 주관적 건강상태를 설명하는데 의미가 없는 것으로 나타났다. 상호작용변수 중 유의미한 영향을 미치는 변수는 음주여부*월평균가구소득, 식생활형편*월평균가구소득이다. 건강행태적 측면의 변수 중에는 음주여부, 우울감 지속, 스트레스, 인플루엔자 등의 변수가 주관적 건강상태에 영향을 미칠 때 소득 변수가 조절 효과가 있는 것으로 나타났다.

<표 4-9> 건강행태적 측면의 조절효과검증 (주관적 건강상태)

| | 모형1 | | | 모형2 | | | 모형3 | | |
|--------------------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|
| | b | t | p | b | t | p | b | t | p |
| (상수) | | 14.165 | 0.000 | | 13.432 | 0.000 | | 8.778 | 0.000 |
| 현재흡연(비흡연0) | -0.058 | -1.836 | 0.067 | -0.055 | -1.746 | 0.081 | -0.073 | -1.454 | 0.146 |
| 음주여부(안함0) | 0.165 | 5.172 | 0.000 | 0.151 | 4.707 | 0.000 | 0.231 | 4.823 | 0.000 |
| 체중조절(하지않음0) | 0.014 | 0.452 | 0.651 | 0.001 | 0.019 | 0.985 | 0.005 | 0.106 | 0.916 |
| 운동여부(운동함0) | -0.036 | -1.161 | 0.246 | -0.034 | -1.106 | 0.269 | -0.056 | -1.132 | 0.258 |
| 우울감지속(아니오0) | -0.204 | -6.520 | 0.000 | -0.192 | -6.124 | 0.000 | -0.246 | -5.520 | 0.000 |
| 스트레스(아니오0) | -0.048 | -1.497 | 0.135 | -0.061 | -1.894 | 0.059 | -0.090 | -1.837 | 0.067 |
| 건강검진(예0) | -0.053 | -1.529 | 0.127 | -0.039 | -1.117 | 0.264 | 0.025 | 0.449 | 0.654 |
| 암검진(예0) | -0.023 | -0.679 | 0.498 | -0.019 | -0.543 | 0.587 | -0.006 | -0.109 | 0.913 |
| 인플루접종(예0) | 0.140 | 4.360 | 0.000 | 0.127 | 3.924 | 0.000 | 0.177 | 3.502 | 0.000 |
| 식생활지침인지(예0) | -0.044 | -1.419 | 0.156 | -0.045 | -1.460 | 0.145 | -0.066 | -1.325 | 0.185 |
| 식생활형편(좋은0) | -0.074 | -2.395 | 0.017 | -0.065 | -2.092 | 0.037 | -0.171 | -3.370 | 0.001 |
| 월평균가구소득(E) | | | | 0.100 | 3.014 | 0.003 | 0.164 | 1.092 | 0.275 |
| 흡연여부*E | | | | | | | 0.036 | 0.594 | 0.552 |
| 음주여부*E | | | | | | | -0.249 | -2.276 | 0.023 |
| 체중조절*E | | | | | | | -0.012 | -0.187 | 0.852 |
| 운동여부*E | | | | | | | 0.028 | 0.551 | 0.582 |
| 우울감지속*E | | | | | | | 0.076 | 1.671 | 0.095 |
| 스트레스*E | | | | | | | 0.077 | 0.809 | 0.419 |
| 건강검진*E | | | | | | | -0.076 | -1.220 | 0.223 |
| 인플루접종*E | | | | | | | -0.094 | -1.326 | 0.185 |
| 암검진여부*E | | | | | | | -0.018 | -0.264 | 0.792 |
| 식생활지침인지*E | | | | | | | 0.064 | 0.756 | 0.450 |
| 식생활형편*E | | | | | | | 0.152 | 2.496 | 0.013 |
| R ² | .108 | | | .116 | | | .131 | | |
| R ² 변화량 | .000 | | | .008 | | | .015 | | |
| F | 11.476 | | | 11.367 | | | 7.246 | | |
| p | .000 | | | .000 | | | .000 | | |

제 5장

결론 및 정책 제언

- 제 1 절 요약 및 정책적 시사점
- 제 2 절 저소득 취약계층 건강호보를 위한 정책 제언

제5장

결론 및 정책 제언

제1절 요약 및 정책적 시사점

1. 연구 요약

건강은 생존의 목적 외에 일상생활에 잘 대처할 수 있는 정신적·사회적 안녕 상태를 의미하는 것으로 삶의 구성하는 핵심요소이면서 다른 기능을 선택하고 성취할 수 있는 필요조건이다. 그래서 누구나 건강하기를 바라고 최상의 건강을 권리로 보장받기를 원한다. 그럼에도 특별한 건강문제를 가지고 있거나, 경제적 능력을 포함해 보건의료서비스 이용에 장애를 갖는 등의 이유로 건강할 권리가 침해되기 쉬운 취약계층이 존재하며, 대표적인 집단이 바로 저소득층이다.

저소득층의 경우 주거, 영양상태, 작업환경, 위생상태 등이 열악하기에 ‘빈곤이 병을 부르고 병이 빈곤을 부르는 악순환’에 처해 있음을 쉽게 짐작할 수 있다. 즉, 빈곤은 건강과 직접적인 관련이 있는 여러 가지 물질적 조건, 예를 들면 부적절한 주택, 영양부족, 농업과 식량생산의 낙후, 영악한 작업환경, 비위생적인 식수관리 (James et al., 1997) 등의 악화를 가져와 불건강 상태에 빠진다는 것이다.

한편, 질병이나 장애 등 불건강이 빈곤의 원인이 될 수 있다는 것도 명백하다. 반드시 가난한 사람이 아니더라도 질병에 걸렸을 때 사회적인 대처 수단이 없다면 쉽게 빈곤에 빠질 수 있다. 질병이 노동력 상실이나 가족자원 상실, 경제적 부담 증가 등을 가져오기 때문이다. 과다한 의료비 지출로 인해 빈곤에 빠지는 것은 드문 일이 아니라는 것이다. 경기도에서도 이 같은 사례를 찾아볼 수 있다. 글로벌 경기 침체로 위기상황에 처한 가구에 대해 지원하는 무한돌봄 사업 신청자 중 17.3%가 질병이나 부상으로 경제적 위기에 처하게 되었다는 것이다. 빈곤한 상황에 처하게 되는 중요한 이유 중 하나가 불건강이라는 사실을 뒷받침해주는 결과라고 할 수 있다.

본 연구는 건강은 누구나 보편적으로 보장받아야 할 기본적인 권리임에도 불구하고 경제적 지위나 물리적 접근성 등의 이유로 건강의 사각지대에 놓여 있는 저소득층의 건강보장을 위한 지방정부 차원의 보호 방안을 제안하는데 목적이 있다. 이를 위해 첫째, 건강보장과 관련한 이론적 논의를 진행한다. 건강의 가치와 기본권으로서의 건강권에 대한 다양한 관점을 검토하여 취약계층 건강보장의 필요성을 보여준다. 둘째, 저소득 취약계층의 건강실태를 분석한다. 건강실태분석은 건강에 영향을 미치는 물질적 요인, 인구사회적 요인, 건강행태적 요인, 그리고 물리적 환경요인 등으로 구분하고 이러한 요인들이 소득 수준별로 어떤 영향을 미치는지 분석한다. 이때 소득수준은 최저생계비 이하(1층), 최저생계비 초과~최저생계비 120%이하(2층), 최저생계비 120% 초과~최저생계비 150%(3층) 등으로 구분하고 이들 계층을 저소득층으로 정의한다. 분석은 국민건강영양조사(2007)자료를 활용한다. 셋째, 취약계층 건강보장을 위한 정책과제를 제안한다. 정책과제는 저소득층과 노인층으로 구분하여 제안한다.

먼저, 저소득 취약계층의 건강보장에 대한 이론적 논의이다. 누구나 건강하게 살 권리 즉, 건강권을 갖는다. 건강권은 인간의 보편적이고 근원적인 건강에 대한 요구로 당연히 존중받아야 하는 사회권이다. 그러나 이러한 사회권은 대부분 경제적 성격을 띠기 때문에 보장수준은 한 나라의 경제적 능력에 좌우될 수밖에 없고 상황에 따라서는 사회구성원이 요구하고 그 요구가 조정되는 과정을 거친 상대적 수준에서 보장된다. 그 과정에서 사회적 힘이 약한 저소득층의 건강권 보장 수준은 낮아질 수밖에 없을 것이다. 그러나 건강보장은 빈곤을 예방하고, 인적 자원을 향상시킨다는 점에서 건강국가에 의해 최적 수준에서 이루어져야만 저소득층의 건강불평등의 문제를 해소될 수 있는 것이다.

그렇다면 기본권으로서의 건강을 결정하는 요인은 무엇인가? 첫째, 물질적 요인으로 소득과 직업을 들 수 있다. 가난할수록 건강하지 못하고, 각종 질병에도 잘 걸리고 조기에 사망할 확률이 높다는 사실은 건강관련 연구의 일관된 결과이다. 김혜련 외(2004)나 이미숙(2005)의 연구결과에 따르면 소득수준이 낮을수록 만성질환 유병율이 높고, 건강수준은 낮은 것으로 나타났다. 또한 사회계층을 나타내는 대표적 지표 중 하나인 직업에 따라 주관적 건강상태와 만성질환 유병율에서 유의미한 차이를 보이는 것으로 조사되었다(이미숙, 2005). 둘째, 인구사회적 측면

으로 성별에 따라서는 여성이 남성보다 건강상태가 낮은 것으로 나타났다(김혜련 외, 2004; 울산대 의과대학 예방의학교실, 2009; 조유향, 2009). 연령의 경우 직업이나 집단 환경에 따라 차이가 있을 수 있으나, 일반적으로 연령이 높아질수록 건강상태가 낮아지는 경향을 보인다(한경혜, 2003; 김진영, 2007; 표정선, 2009; 울산대학교, 2009). 교육수준의 경우 교육수준이 낮을수록 만성질환 유병율이 높고(김혜련 외, 2004; 조유향, 2009), 교육수준이 높아질수록 주관적 건강수준이 높아지는 것으로 나타났다(이미숙, 2005). 셋째, 건강행태적 측면으로 건강한 일상 생활을 위한 흡연, 음주, 운동, 영양 등과 건강과의 관계는 만성질환과의 인과관계가 파악되고 있고(김혜련, 2009), 연령과 성 등에 따라 그 양상이 다르게 나타나는 것으로 분석되었다(조인경, 2009; 이미숙, 2005). 그러나 이러한 건강행태들은 일반적으로 낮은 사회계층에 속하는 집단의 건강수준이 낮다는 일관된 결과를 보여주고 있다.

다음으로, 상기의 이론적 논의를 토대로 국민건강영양조사 자료(2007)를 활용하여 전국 및 경기도의 건강실태를 물질적 요인, 인구사회적 요인, 건강행태적 요인으로 구분하여 분석하였다. 첫 번째로 전국 및 경기도의 건강실태를 주관적 건강상태 및 건강관련 삶의 질(ED-5D) 지표를 통해 측정하였다. 그 결과 경기도가 전국에 비해 주관적 건강상태가 ‘좋고’, 건강관련 삶의 질 수준도 더 ‘높은’ 것으로 나타났다.

두 번째로 물질적 요인과 건강실태로 소득수준이 낮을수록 주관적 건강상태나 건강관련 삶의 질 수준이 떨어지는 것으로 나타났고, 경기도의 경우 건강이 ‘매우 나쁘다’고 응답한 사람의 89.5%가 1층에 속한 사람들로 전국에 비해 그 비율이 훨씬 더 높게 나타났다. 종사상 지위별 건강상태는 전국 및 경기도 모두 임금근로자의 주관적 건강상태 및 건강관련 삶의 질 수준이 가장 높았고, 고용상태가 상용직일 때 건강관련 삶의 질 수준이 가장 높았다. 직업별로는 농림어업이나 단순노무직과 같이 육체노동에 종사하는 사람들의 주관적 건강상태 및 건강관련 삶의 질 수준이 가장 낮은 것으로 조사되었다. 향후 건강관련 정책 추진시 육체노동에 종사하는 사람들에게 대한 건강수요 파악이 필요하다.

세 번째로 인구사회적 요인과 건강실태이다. 성별로는 여성이 남성보다 건강상태가 좋지 않고 소득수준도 낮아 저소득 여성의 건강상태 및 삶의 질 수준이 가장

낮은 것으로 조사되었다. 연령별로는 연령이 높아질수록 주관적 건강상태 및 건강 관련 삶의 질 수준이 낮아지는 것으로 나타났다. 특히 소득수준이 낮은 60대의 건강관련 삶의 질 수준이 가장 낮은 것으로 분석되었다. 연령이 높아질수록 소득수준에 따른 건강불평등이 발생함을 알 수 있다. 교육수준별로는 주관적 건강상태는 일관된 결과를 발견하기 어려웠으나 건강관련 삶의 질 수준은 정(正)의 상관성이 있는 것으로 나타났다. 소득계층을 기준으로 교육수준에 따른 건강관련 삶의 질 수준을 측정한 결과 모든 소득계층에서 교육수준이 높아질수록 건강상태 질도 높아지는 것으로 나타났다. 이는 교육수준과 소득수준이 높은 계층은 새로운 치료기술과 이차예방서비스 등의 정보접근이 상대적으로 쉽기 때문이다. 향후 교육수준에 따라 정보에의 접근이 차별적으로 발생하지 않도록 의료서비스에 대한 정보공개와 구체적 소개 노력이 필요하다.

네 번째로 건강행태적 요인과 건강상태이다. 흡연실태를 보면 고등학교 학력의 30대 남성의 흡연율이 가장 높은 것으로 나타났다. 그런데 60대까지 떨어지던 흡연율은 70대와 80대에 다시 증가하는 경향을 보이고 있다. 이는 고령자일수록 금연의 생활방식으로 바꾸기 보다는 흡연을 지속하는 생활방식을 유지하기 때문으로 사료된다. 따라서 고령자의 흡연율을 줄이기 위한 정책적 노력이 요구된다. 소득수준별 흡연 실태를 보면 소득수준이 낮을수록 흡연율이 떨어지는 것으로 나타났는데 이는 높은 담배 값 때문으로 금연이유가 ‘담배 값이 부담돼서’라는 응답결과를 통해 확인할 수 있다. 소득수준별 흡연자의 주관적 건강상태 및 건강관련 삶의 질 수준을 측정한 결과 1층의 경우 금연자의 삶의 질 수준이 높았지만, 2층 및 3층에 속한 사람들의 경우 흡연자의 주관적 건강상태 및 삶의 질 수준이 더 높은 것으로 나타났다.

음주실태를 보면 남성이 여성보다 음주빈도가 잦고, 연령이 높아질수록 그리고 교육수준이 낮을수록 ‘최근 1년 동안 술을 마시지 않았다’고 응답한 비율은 높게 나타났다. 유의하게 살펴볼 내용은 50대, 60대, 70대의 경우 ‘1주일에 4번 이상 술을 마셨다’고 응답한 비율이 다른 연령대에 비해 높다는 것이다. 또한 음주빈도가 높다고 해서 주관적 건강상태 및 건강관련 삶의 질 수준이 낮은 것이 아니라는 점이다. 모든 소득계층에서 ‘최근 1년간 마시지 않았다’고 응답한 사람들의 건강상태 질이 가장 낮게 나타났고, 특히 1층에 속한 사람들의 건강관련 삶의 질 수준이 가장 낮은 것으로 조사되었다. 이러한 결과는 음주가 불건강 행태라기 보다는 보편

적 문화행동으로 인식되고 있기 때문이지만, 음주와 만성질환 간 정(正)의 상관관계가 있는 만큼 음주에 대한 인식과 문화의 개선이 요구된다.

운동실천과 관련해서 소득수준이 낮을수록 격렬한 신체활동이나 중등도 신체활동은 하지 않으며, 걷기운동은 거의 매일하고 있는 것으로 조사되었다. 1층만을 대상으로 걷기운동을 하는 사람과 건강관련 삶의 질 수준을 측정한 결과 매일 걷는다는 사람들의 삶의 질 수준이 전혀 걷지 않는다고 응답한 사람들에 비해 높게 나타났다.

영양과 식생활실태를 보면, 경기도에 거주하는 고등학교 교육수준인 30~40대 여성이 식생활지침에 대한 인지도 및 실천율이 높은 것으로 나타났다. 소득계층별로 보면 소득수준이 낮은 계층일수록 식생활지침에 대한 인지정도가 낮았으며, 먹을 것이 부족하고 다양한 음식을 먹지 못하는 형편에 놓여있는 것으로 나타났다. 또한 여성일수록, 소득계층이 높을수록 '비만하다'고 인식하고 있으며, 삶의 질 수준도 높게 나타났다. 다만, 비만하다고 인식하는 사람들과 마른편이라고 인식하는 사람들 간의 삶의 질 수준의 차이는 일관된 결과가 나타나지 않았다.

건강검진 실태를 보면 소득수준이 높은 계층일수록 건강검진 수진 비율이 더 높게 나타났고 그에 따라 삶의 질 수준도 높게 나타났다. 그러나 저소득층의 경우 건강검진을 받은 사람들의 삶의 질 수준이 그렇지 않은 사람들과 비슷한 수준으로 나타났다. 저소득층의 경우 건강검진을 예방적 차원 즉, 건강행태적 측면에서 받은 것이 아니라 질환이 의심되어 받는 것이 일반적이므로 주관적 건강상태 및 건강관련 삶의 질 수준은 낮을 수밖에 없음을 쉽게 짐작할 수 있다. 저소득층의 경우 독감 예방접종 비율이 높게 조사되었는데 이는 무료로 지원되기 때문이며, 저소득층의 건강보호를 위해서는 건강검진이나 암검진도 독감예방접종과 같이 무료 혹은 실비로 제공되어야 한다.

정신건강관련 실태를 보면 소득수준이 낮은 계층일수록 스트레스를 대단히 많이 느끼거나 거의 느끼지 않는다는 응답이 다른 소득계층에 비해 높았다. 모든 소득계층에서 스트레스를 조금 느끼는 편인 사람들의 주관적 건강상태 및 삶의 질 수준이 더 높게 나타났다. 우울감과 관련해서 소득수준이 낮은 계층일수록 2주 이상 우울감이 지속된다고 응답한 비율이 더 높았고, 삶의 질 수준도 낮았다. 그러나 이러한 문제로 정신과 상담을 받은 사람의 비율은 매우 낮게 나타났다.

다섯 번째로 상기 요인들 중 건강상태에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 회귀 분석 하였다. 건강관련 삶의 질 수준 및 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인은 대체적으로 유사하였는데, 월평균소득이 높을수록, 종사상 지위가 임금근로자일수록, 고용형태는 상용직일수록, 직업은 서비스직이나 기능기계직일수록 건강보호가 입종류는 직장의료보험가입자일수록, 민간의료보험을 가입한 사람일수록, 연령이 낮을수록, 남성일수록, 교육수준은 높을수록, 음주빈도는 1개월에 3~4번, 음주량은 3~4잔 이상일수록, 2주일간 우울감 지속이 안될수록, 스트레스 인지정도가 낮을수록 건강상태는 높아지고, 좋아지는 것으로 나타났다. 소득변수를 조절변수로 해서 투입하여 조절회귀분석을 실시한 결과 소득수준이 높아질수록 임금근로자가 건강상태에 영향을 미치는 정도를 강화시켰고, 일용직이나 서비스직, 의료급여 1·2종, 여성, 초졸, 고령자, 음주, 우울감, 암검진, 인플루엔자, 식생활형태 등의 변수가 건강상태에 부(負)의 영향을 미치는 정도를 완화하였다. 예를 들면, 소득수준이 높아질수록 일용직이 건강상태에 미치는 부정적 효과를 완화시켜준다는 것이다. 이는 소득수준에 따라 다양한 건강영향요인이 긍정적 혹은 부정적으로 건강에 영향을 미치는 것을 의미하는 것으로 소득수준에 따라 건강불평등이 발생할 수 있음을 알 수 있게 하는 결과이다.

2. 정책적 시사점

앞서 제시한 연구결과들은 소득수준별로 건강상태의 차이 즉, 건강불평등의 문제가 있음을 보여주고 있다. 그러나 아직까지 건강불평등 개선을 위한 국가의 정책적 노력은 미흡하다는 것이 전문가들의 지적이다(김혜련, 2009). 상기 분석결과를 통해 건강불평등에 대한 다양한 증거들이 제시되었고 이를 토대로 다음과 같은 정책적 시사점을 얻을 수 있다.

첫째, 건강불평등을 유발요인에 대한 고려가 필요하다. 그동안 진행되었던 많은 수의 건강관련 연구를 보면 건강의 문제를 개인의 생활습관이나 노력 등 개인 차원으로 접근하는 경우가 많았다. 그러나 상기 연구 결과를 보면 소득 계층별로 건강에 차이가 나는 것으로 분석되었다. 사회경제적 지위에 따른 건강불평등 현상이 발견되고 있는 만큼 건강의 문제는 개인적 차원에서의 접근보다는 사회적 차원

에서 근본적으로 접근하는 것이 필요하다는 것이다. 개인적 차원에서 개인이 운용할 수 있는 경제적 자원의 양과 질, 본인의 삶의 내용을 조절할 수 있는 능력, 그리고 건강관련 정보에 대한 접근성 등의 차이로 인해 발생한 건강 격차의 문제를 국가(정부)는 전체 국민에게 영향을 미칠 수 있는 보험제도나 의로서비스정책을 통해 해결하여야 한다. 이러한 정책 수립 및 집행과정에서 소득, 직업, 교육 등 사회경제적 지위가 열악한 집단에 대한 고려가 우선되어야 한다.

둘째, 건강취약계층으로서 여성에 대한 정책적 관심이 필요하다. 상기 연구결과를 보면 여성의 건강관련 삶의 질 수준은 전반적으로 남성에 비해 낮은 것으로 나타났다. 여성의 흡연이나 음주 문제가 심각하다고 생각하는 경향이 있지만, 통계적으로 남성에 비해 훨씬 적게 흡연하고 적게 음주하는 것으로 나타났다. 이는 성편견에 기인한 것으로 여성의 흡연과 음주가 더 큰 문제로 부각되기 때문이다. 무엇보다도 중요한 사실은 건강과 관련된 이번 분석을 통해서 통계적으로 차이가 나는 여성과 남성을 동일한 범주로 묶어서 건강정책을 마련한다는 것이 문제가 된다는 것을 인식할 수 있게 하였다는 점이다. 향후 건강정책 특히, 여성건강에 대한 정책은 생물학적 차이나 질병에 대한 의료적 접근뿐만 아니라 건강 취약계층이라는 사회적 요인도 함께 고려해야 한다.

셋째, 연령집단별 고려가 필요하다. 대체적으로 연령이 증가하면 신체적·정신적 건강상태가 대체로 나빠지는 것이 통계적으로 확인되었다. 노화에 따라 신체적 건강이 하향곡선을 그리기 때문이다. 그런데 연령집단별로 보면 20대와 30대가 비슷한 경향을 보이고, 대체적으로 40대를 정점으로 하고 50대 이후부터 통계적으로 나빠지기 시작한다. 이는 40대에서 50대에 이르는 시기가 신체적·정신적 건강상 큰 폭의 변화가 일어나는 시기이기 때문이다. 다시 말해 40대 후반기부터 개인은 부모 죽음, 자녀 결혼, 퇴직 등 다양한 사건을 경험하게 되는데 이러한 생애사건들은 종종 인생의 전환점으로서의 역할을 하고, 이것이 신체적·정신적 건강에도 영향을 미친다는 것이다(한경혜 외, 2003). 건강관련 정책 추진시 모든 연령을 동일하게 취급하기 보다는 해당 정책과 관련하여 어떤 연령집단이 가장 취약한지 분석하고 타겟팅하여 정책 효과성을 높이는 노력이 필요하다. 이렇게 연령별 건강접급 노력은 장기적으로 건강예방효과를 가져와 고령화에 따른 의료비용증가를 막을 수 있는 등 간접적인 효과도 기대할 수 있다.

제2절 저소득 취약계층 건강보호를 위한 정책 제언

1. 건강취약계층에 대한 의료 안전망 확충

1) 의료서비스 접근권 확대

질병으로 인해 의료서비스가 필요한 사람들이 의료서비스를 이용할 수 있도록 경제적으로 지원하는 대표적 제도는 건강보험이다. 그러나, 앞서 실태조사에서 살펴본 바와 같이 소득수준이 낮은 계층일수록 이러한 건강보험(직장 및 지역)보다는 의료급여제도(의료보호 1, 2종)를 통해 의료서비스에 접근하고 있다. 건강보험가입자라고 하더라도 보험료를 체납하는 경우 이러한 서비스 이용이 제한된다. 경기도의 경우 지역가입자 중 3개월 이상 건강보험 체납자는 2007년 473,142세대로 도내 총세대의 25.9%이며 체납금액은 2006년에 3,225억원에 이르는 것으로 조사되었다(김희연 외, 2008). 주요 건강보험료 사유는 80%정도가 생계비 부족으로 나타났다. 또한 보건복지부가 실시 중인 의료비 지원사업의 경우 대상자 선정기준(특정 질환 이환여부, 특정 자격 수급여부, 일정 소득 상한선)이 있고, 지원범위가 본인부담금의 일부만을 지원하고 있어 매우 제한적이며, 신청주의로 인한 대상자 누락의 문제 등이 제기되어 저소득층을 위한 의료안전망으로서의 기능은 미흡한 수준이라고 할 수 있다(유원섭, 2009). 또한 저소득층의 건강보호제도인 의료급여제도의 경우 차상위계층 이하로 한정하고 있고, 본인부담금 부담이 크다는 한계가 있다.

이러한 문제를 어느 정도 해결한 사업이 바로 경기도 무한돌봄사업이다. 사업의 대상자는 최저생계비 170%로 국가사업에 비해 포괄범위가 넓고 지원수준은 만성질환을 제외한 의료비에 대해 금액에 대한 상한선 없이 지원하고 있다. 이러한 사업에도 불구하고 여전히 경제적인 이유로 인해 의료서비스 접근이 제한된 계층이 존재한다. 따라서 이들의 의료서비스 접근권을 확대시키기 위해 사업 대상 및 지원수준의 획기적 변화가 필요하다. 구체적으로 무한돌봄사업의 취지가 위기가정에 대한 지원인 만큼 경제적 위기 외에 다양한 위기, 예를 들면, 가정해체, 갑작스런 발병 등 그야말로 위기 그 자체만으로 지원 여부를 결정하고, 지원 수준은 각 질환

별로 상한선을 두는 한편, 지원횟수도 1년 이내에 한 번으로 제한하는 방식으로 전환하는 것이다. 이렇게 된다면 최저생계비 170%에 한정되었던 사업이 모든 경기도민에 개방되어 명실상부한 보편적인 지역사회복지서비스로 정착될 수 있고 이를 통해 질병으로 인해 빈곤에 빠지거나 소득수준에 따라 의료서비스 접근이 다른 불평등성의 문제를 해소할 수 있을 것이다.

2) ‘저소득 취약계층 건강보험료 지원사업’ 활성화 방안 모색

국민건강보험공단에서 2005년부터 실시하는 ‘저소득 취약계층 건강보험료 지원사업’은 지역사회의 기업, 종교단체, 복지관련 단체 등의 사회적 공헌 활동을 통해 저소득 취약계층에 대해 보험료를 납부해 주는 제도이다. 지원대상자는 건강보험료를 3개월 이상 체납하여 급여혜택이 제한되는 계층과 체납하지는 않았지만 건강보험료 납부가 생활에 부담되는 것은 물론 질병 발생시 본인부담 치료비가 부족한 계층을 포함한다. 건강보험료 체납 주민에게 건강보험료를 지원하기 위해 도 내 몇몇 시·군에서는 건강보험료 지원 사업에 관한 조례를 제정하였다(김희연 외, 2008). 그러나 대상자에 있어 시·군별로 기준이 다양하며, 주요 대상은 65세 이상 노인, 장애인, 모부자 가정 등으로 저소득층을 모두 포괄하지 못한다. 따라서 대상자를 확대하고 적실성있는 제도 운영이 되기 위해서 ‘경기도민 건강 안전망 기금’을 제도를 마련하고 이를 통해 저소득 취약계층의 건강보험료를 지원하는데 활용할 수 있도록 한다. 도비와 시·군비가 매칭되는 무한돌봄사업을 통해 모든 계층의 의료비를 지원하는 체계를 만드는 한편, 저소득층을 위해서는 민간자원을 동원한 ‘경기도민 건강안전망기금’을 활용하여 저소득층의 일시적 궁핍에 의한 보험료체납의 대불, 과도한 의료비에 대해 지원함으로써 이중(二重)의 의료안전망을 갖추도록 하는 것이다. 대만의 경우 보험료와 본인부담을 면제해주는 기본적 의료안전망 외에도 2중, 3중으로 저소득층을 보호하는 다양한 정책²⁵⁾이 있는(김희연

25) 대만은 첫째, 공식적 제도는 아니지만 기부금을 받아 보험료 후원제도를 실시하고 있다. 이는 기부문화 확산, 저소득층에 대한 재정적 보호 장치를 다원화하는 효과를 가지며, 차상위계층 위주로 보험료를 면제해준다는 면에서 의의를 가진다. 둘째, 구제기금을 이용한 대부제도를 시행중이다. 보험료 및 진료비 본인부담금을 지원하며 1년간 무이자로 용자하고 상환은 1년 이후 할부로 원금을 분할하여 납부하는 방법으로 운영된다. 이렇게 기간을 정해 대부해 줌으로써 장기체납자로 전락하는 것을 예방하고, 장기체납자가 되어 제도 거부자가 되는 것을 차단하게 할 수 있는 장점이 있으며, 또한 근로동기를 제공하여 한계계층이 자활할 수 있는

외, 2008) 것을 고려한다면 저소득층에 대한 중복 수혜라고 보기 어렵다.

3) 경기도의료원의 적극적인 활용

경기도의료원이 공공의료서비스를 더욱 효과적으로 제공하기 위해서는 민간 분야가 신경 쓰지 못하는 저소득층에 대한 특화된 진료서비스를 확대하는 전략이 필요하다. 구체적으로, 경기도의료원이 저소득층에게 질병 예방·치료·재활 등 포괄적 서비스를 저렴한 비용으로 제공하고, 각 병원이 위치한 지역주민의 생활수준, 저소득층 규모, 의료 환경 등의 지역적 특성을 고려하여 병원별 특성화된 공공보건의료사업을 개발해야 하는 것이다. 각 병원은 인접한 지역사회 내 사회복지기관과의 연계를 통한 대상자 발굴과 저소득층의 의료비 부담 경감을 위한 경제적 지원을 제공하는 한편, 공공의료와 관련된 제반업무를 전문적으로 수행할 사회복지사를 배치하는 등 사업 확대가 필요하다.

지속되는 경기침체에 따라 저소득층은 실업 등의 소득불균형과 같은 환경적 요인으로 인해 건강을 돌볼 여유가 없어 건강상의 문제가 발생할 확률이 높다. 저소득층이 질병에 걸리더라도 경제적 사정으로 인해 치료를 지연하거나 포기하지 않도록 체계적인 의료비 지원망 구축과 현재 진행되고 있는 사업들의 지원대상 확대를 추진해야 할 것이다.

2. 생애주기별 여성 건강관리 전략 마련

건강취약계층은 소득수준이 낮은 저소득층과 연령이 많은 노령층, 그리고 여성이 있다. 건강실태조사에서 나타난 바와 같이 여성은 남성에 비해 주관적 건강상태를 더 비관적으로 평가하는 것으로 나타났고, 정신건강도 여성이 남성에 비해 더 취약한 것으로 나타났다. 이렇게 건강상태가 나빠지기 시작하는 연령 및 속도를 보면 남성의 경우 40대 이후 나빠지지만, 그 하강속도가 느려지는 반면, 여성의

기회를 제공하는 기능도 동시에 줄 수 있다. 셋째, 가계형편이 어려워 보험료를 장기간 체납한 세대에 대해 선별적인 대응이 필요하다는 전제에서 그 사유에 대한 행정기관이나 병원관계자에 의한 확인을 거쳐 중한 질병으로 신속한 치료를 요하는 경우에는 급여를 제한하지 않는다. 또한 일정기간이 지나면 건강보험에 재가입하는 형태로 처음부터 보험료를 내게 혜택을 주어 또 다시 장기체납자가 되지 않도록 지원하고 있다.

경우 30대 보다는 40대가, 40대보다는 50대의 건강상태가 나쁘고 특히, 50대의 건강상태는 40대에 비해 큰 폭으로 나빠지는 것으로 나타났다. 이러한 이유는 남성과 여성이 수행하는 사회적 역할의 차이 때문이라고 한다(한경혜 외, 2003). 다시 말해, 남성의 경우 노동시장에 참여하여 직업역할을 수행하는 반면 여성은 연령에 따라 가정에서 요구하는 역할만을 주로 수행하는데 기인하는 것으로 보였다. 이와 같이 여성은 남성과 달리 생애주기마다 요구되는 사회적 역할이 다르다는 것으로 고려한다면, 모성건강에만 초점이 맞춰져 있는 현재의 여성건강정책이 여성의 생애주기에 따른 건강지표의 개발과 정책으로 확장되어야 할 필요성을 간접적으로 시사하는 결과라고 할 수 있다.

3. 50대 이후 연령에 건강관리 집중

실태조사에 따르면 60대 이후 건강관련 삶의 질 수준이나 주관적 건강상태가 50대에 비해 급속히 나빠지는 것으로 나타나지만, 실제로 건강상태가 나빠지기 시작하는 연령은 50대부터이다. 따라서 50대부터 건강관리가 시작되어야 한다. 이들의 신체적 기능 유지 및 증진을 위해 고령자를 위한 특화된 운동 프로그램의 활성화가 필요하다. 지역사회 각 기관에서 고령자를 대상으로 진행되는 신체활동 및 운동 프로그램 대부분이 불특정 다수를 겨냥한 ‘찾아가는’ 운동서비스를 실시하고 있고, 실제 주요 참여자는 건강한 여성고령자이다. 약화된 근육의 개선이나 증진을 위해서 특화된 운동 프로그램이 필요하다. 이러한 근력운동 프로그램은 노인장기요양보험의 대상자를 감소시킬 수 있다는 점에서도 중요하다. 2008년 노인장기요양보험이 실시된 이래 등급외자의 증가추이가 빠르게 나타나고 있다. 이러한 등급외자는 노인장기요양보험의 수혜도 받을 수 없을 뿐만 아니라 일반 건강한 노인대상의 건강증진 사업에서도 배제됨으로써 건강관리의 사각지대에 놓이게 된다. 보건소의 방문간호사업이나 노인복지관 내지 사회복지관의 재가방문서비스 등이 있으나 제한된 인력으로 사업을 운영하기에 이들을 포괄하는 데는 역부족이다. 건강보험공단도 등급외자 관리를 지역사회 자원과 연계를 권고할 뿐 이들을 위하여 적극적으로 사업을 진행시키지 않는 상황이다. 그러나 이들에 대한 건강관리를 통해 노인장기요양보험으로의 진입을 늦추거나 예방하고 보험재정부담을 절약할 수 있다는 점

에서 매우 중요하다. 도시지역에 비하여 농촌지역에는 근력강화나 체력단련을 위한 시설이나 환경이 부족하기 때문에 보건소 등 공공보건인프라의 적극적인 활용이 요구된다.

4. 건강행태 개선을 위한 금연 운동의 지속

국가의 사회경제적 발전단계나 성별에 따라 다소 차이는 있으나 대부분의 선진국에서 남녀 모두 사회경제적 위치가 낮을수록 흡연율이 높은 경향이 뚜렷하다(김혜련, 2009). 2001년도와 2005년 국민건강영양조사 자료를 이용한 연구를 보면 2005년의 흡연율이 감소한 것으로 보고되었다. 이는 동일기간의 사회환경적 변화 및 담배 관련 정책의 변화와 연관지어 볼 수 있다. 지난 수년 동안 우리나라는 담배 소비와 관련된 많은 정책적·사회환경적 변화가 이루어져 왔는데, 1995년도 국민건강증진법이 제정 이후 공중시설에서 흡연 및 금연구역 규정, TV등 매스미디어를 통한 흡연 예방 캠페인 및 금연광고, 담배 판매자 자격 강화와 일반 음식점에서의 담배판매금지, 2005년 3월부터 전국보건소 금연클리닉 운영 등 비가격정책과 함께 1996년도 이후에는 담배가격 인상, 특히 2005년도 담배가격의 대폭인상 등 금연정책을 들 수 있다. 이러한 일련의 금연관련 정책 및 사회환경 변화는 우리나라 국민들의 흡연율에 영향을 미쳤을 것으로 예상할 수 있다(김혜련, 2007).

실제 본 연구결과에서도 소득수준이 가장 낮은 1계층의 흡연율은 다른 2층과 3층에 비해 낮았고, 그 외 계층과 비교해도 더 낮거나(경기도) 비슷한 수준(전국)인 것으로 나타났다. 즉, 높은 담배 값이 소득수준이 낮은 1계층의 금연에 영향을 미쳤을 것으로 추측할 수 있다.

그러므로 저소득층의 흡연율을 낮추기 위해서는 이러한 정책추진이 지속되어야 할 필요가 있다. 특히, 접근성이 좋은 보건소에서의 금연 프로그램운영이 지속되어야 할 것이다. 정부에서는 2004년 10월부터 10개 보건소를 대상으로 금연클리닉 시범사업을 실시한 바 있으며, 이를 토대로 2005년부터는 전국 246개 시군구 보건소 내에 금연클리닉센터를 설치하고, 지정의사, 금연상담사, 행정담당공무원으로 인력을 구성하여 지역사회 흡연자를 대상으로 행동요법(심리적지지, 상담, 추후관리)과 약물요법을 무료로 제공하고 있다. 그 결과 6개월 금연성공률은 36.1%

에 달하는 것으로 나타났다. 그러나 이러한 성과에도 불구하고 예산 부족으로 보건소 내 금연클리닉 사업이 축소될 위기에 놓여 있다. 향후 민간병원과 재정, 인력, 기술협력을 하고 그 사업의 결과를 보건소가 평가 관리하는 시스템을 구축하면, 예산부족의 문제를 해결하는 한편, 전문성 확보 및 보건소로부터 거리가 먼 사람들의 접근성을 향상시킬 수 있다.

5. 음주행태 및 문화의 개선

실태분석 및 영향요인 분석 통해 발견한 놀라운 사실은 음주를 불건강행태로 인식하고 있지 않으며, 음주빈도나 양이 증가하더라도 건강관련 삶의 질 수준이나 건강상태에 대해 나쁘다고 생각하지 않는다는 사실이다. 이는 음주를 사회적 관계를 형성하는 중요한 매개이며, 정신적 스트레스를 해소하는 수단라고 인식하고 있기 때문이다. 그러나 불건강한 음주가 지속되면 개인적으로나 사회적으로 피해를 낳게 될 가능성이 크다. 개인의 선택이 사회의 짐이 될 수 있는 것이다. 적정 음주를 위한 문화 및 행태개선의 이유가 분명히 있다.

저소득층 특히, 1층에 속한 사람들의 경우 음주빈도가 높고, 음주량이 많을 수록 건강관련 삶의 질 수준이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 일정정도의 음주는 오히려 건강관련 삶의 질을 높인다고 인식되고 있음을 보여주는 것이나, 다른 한편으로는 알콜중독의 가능성 여부를 진단하는 것도 필요하다. 음주의 폐해보다는 긍정적인 기능에 더 큰 가치부여를 하고 있는 사회전반의 인식은 알콜중독에 대해 민감하지 않을 수 있기 때문이다. 저소득층의 경우 음주로 인한 많은 문제에 대해 정확한 정보를 알지 못해 이러한 인식이 더 넓게 확산되어 있을 수 있다. 흡연에 대한 정부 차원의 건강행태 개선사업이 추진되고 있지만, 음주 문화나 행태 개선을 위한 정부 차원의 사업은 부족한 실정이다. 금연사업과 마찬가지로 절주사업도 지역사회의 보건소나 보건지소 등에 절주클리닉을 운영하고 절주상담사를 배치하고 행동요법이나 약물요법 등을 제공하는 한편 적당한 음주를 위한 교육과 홍보를 실시하는 것이다. 특히, 최근 급증하고 있는 청소년의 음주문화 개선을 위해 도내 학교 및 교육청 등과 연계하여 홍보활동을 진행하는 노력이 필요하다. 이 과정에서 절주 서비스에 대한 정보가 저소득층에게 전달될 수 있도록 지역사회의 사회복지시설과의 연계체계도 마련되어야 한다.

6. 예방적 차원의 건강검진체계 구축

건강은 건강할 때 지켜야 한다는 옛말이 있는 것처럼 질환의심에 따른 건강검진보다는 사전 예방적 차원에서의 건강검진체계 구축이 더 중요하다. 그러나 상기 연구에서도 살펴본 바와 같이 소득수준이 낮은 계층의 경우 비용부담으로 인해 건강검진율이 소득수준이 높은 계층에 비해 낮은 것으로 나타났다. 이에 정부는 2012년부터 의료급여 수급권자도 일반 건강검진을 받는 등 국가 건강검진 서비스를 대폭 확대하려고 하고 있다. 이같은 정부의 제1차 국가건강검진종합계획에 따르면, 기초생활보장 수급권자와 북한이탈주민, 의사자의 유족 등 생계유지 능력이 없거나 최저생계비 이하의 무료로 의료보장을 받고 있는 의료급여수급권자 등 74만 명에게 2012년부터 일반건강검진을 받을 수 있게 하고, 또 지역가입자와 피부양자 중 30~39세 여성 120만 명에게 자궁경부암 검진을 2011년부터 지원할 계획이다. 이러한 사업을 통해 그동안 건강검진에서 소외됐던 취약계층이 검진을 받을 수 있게 되었다. 그러나 문제는 도입시기가 아직 1년이나 더 남았다는 것이다. 경기도의 경우 무한돌봄사업을 통해 병원비를 지원하고 있는데 내년 1년 동안만 병원비 지원항목 중 질환의심으로 인한 건강검진비를 지원할 수 있도록 하고 2012년부터는 국가사업으로 전환한다면 경기도 저소득층의 건강보호 공백은 막을 수 있을 것이다.

7. 비만에 대한 인식 제고

비만은 만병의 근원이라고 할 만큼 질환의 원인으로 지목받고 있다. 이러한 비만은 앞서 저소득층 건강실태에서 살펴본 바와 같이 저소득층일수록 체질량지수가 높은 것으로 나타났다. 특히, 경기도 1층의 경우 다른 계층에 비해 체질량 지수가 가장 높아 비만의 위험이 가장 높은 계층이라고 할 수 있다. 이러한 결과는 사회경제적으로 낮은 계층일수록 비만유병자 비율이 높은 선진국가와 같은 유형이 우리나라에서도 나타나고 있음을 보여주는 것이다. 본 연구에서는 분석하지 못하였으나, 다른 연구결과를 보면 비만 유병율은 성별, 연령별로 차이가 있으므로 비만에 대한 정책 추진 시 이에 대한 고려가 있어야 한다. 그런데 현재 우리나라의 비만

예방 관련 업무는 여러 부처와 산하기관 및 지자체 여러 부서에 산발적으로 흩어져 있지만, 관련부처, 기관간 유기적 연계와 협력관계는 매우 미흡한 상태에서 유사한 비만사업이 중복 운영되고 있다(김혜련, 2010). 그동안 시행되고 있는 주요 비만 사업이나 프로그램들을 예시하면, 보건복지가족부의 비만교육·홍보사업, 보건소의 건강증진사업 및 일부지역 비만클리닉 사업, 일부 시·도 교육청의 학교비만 예방시범 사업(서울, 충북 등), 사회서비스사업 일환으로 비만아동건강관리서비스(비만바우처) 운영, 국민건강보험공단의 시범 비만클리닉 및 비만교실 운영, 노동부 한국산업안전공단 사업장 건강증진사업 등이 있다. 이들 사업들은 운영하는 주체별로 거의 독자적으로 제각기 이루어지고 있으며, 사업별로 일부 대상이 중복되고 프로그램 운영이 한시적이어서 사업경험이 효과적으로 축적되지 못하고 있으며, 사업주체간 연계는 거의 없어 사업 확산이 이루어지지 못하고 있다(김혜련, 2010).

비만 예방 혹은 비만 관리를 위한 정책은 먼저, 대상별 접근이 필요하다. 앞서 언급한 바와 같이 소득계층별 비만양태가 다르고, 성별, 연령별로 비만 유병율에 차이가 나므로 인구집단 대상별 비만 양상에 맞추어 차별화된 비만예방관리 전략을 마련해야 한다. 예를 들면, 젊은 여성의 경우 비만하지 않으면서 비만하다고 인식하는 경우가 많아 비만의 문제보다는 저체중의 문제가 심각하게 나타난다. 이는 비만에 대한 왜곡된 인식 때문으로 향후 출산을 해야 한다는 점을 고려한다면 정상적인 체중과 체형에 대한 올바른 지식을 전달하기 위한 교육·홍보 대책이 마련되어야 한다. 또한 저소득층의 경우 식생활 형편이 다양한 음식을 섭취하지 못하여 영양불균형으로 인한 비만이 발생할 가능성이 크다. 따라서 이들 계층에 대해서는 균형잡힌 식단 등에 대한 홍보와 이를 섭취할 수 있는 기회를 줄 수 있는 방안을 고민하는 것이 필요하다.

다음으로, 비만에 대한 정확한 정보 전달과 교육 홍보를 위한 대책이 마련되어야 한다. 예를 들면 교사나 보건소 인력 등 비만 교육을 담당할 인력에 대해 보건, 영양, 체육이 포함된 초·중등 교과 과정 개발에 보건의로 및 식품영양과 체육 전문가들의 의견을 수렴하고 참여할 수 있는 기회를 제공하는 것과 보건교사·영양교사·체육교사 훈련을 보건, 교육 체육관련 부처가 공동으로 실시하고, 그에 대한 인센티브나 유인동기를 부여하는 것을 검토한다(김혜련, 2010). 최근 초등학생에 대한 무상급식으로 논란이 많은데, 이 보다 더 중요한 것은 비만을 예방하기 위해

양질의 영양을 골고루 섭취할 수 있도록 급식의 질을 높이고, 정크 푸드에 노출될 위험을 줄일 수 있는 식생활 방식을 교육하고 홍보하는 것이다.

8. 지역 특성이 반영된 정신건강증진 사업 추진

건전한 신체와 건전한 정신은 동전의 양면과도 같다. 최근 발생하고 있는 범주의 주요한 이유 중 하나가 바로 올바르지 못한 정신 건강 때문이다. 이같이 정신건강이 중요함에도 불구하고 국가 단위의 정신보건 중장기 계획이 부재하다. 이로 인해 매년 새로운 사업의 탄생과 기존 사업의 갑작스런 소실, 실적 평가의 내용의 수시 변화, 다양한 평가의 주체 등의 현상으로 정신건강사업의 실효성이 낮다. 또한 지역 수준에서도 지역 특성에 맞는 정신보건정책을 마련하고 있지 못하다. 경기도 내 각 지역별 특성이 크게 차이가 있으며, 이는 각 대상과, 대상별 욕구, 행정기관의 욕구, 사업의 우선순위 등에 큰 차이를 갖게 된다. 지역 내 보건행정기관장이 바뀌거나 정신보건사업의 수탁기관이 바뀔에 따라 새로 태어나거나 사라지는 사업이 발생하기도 하여 사업을 일관성을 유지하기 어려운 실정이다.

이 같은 문제를 해결하고 정신건강을 증진시키기 위해서는 첫째, 생애주기별 정신건강 향상 전략이 필요하다. 성인 만성정신질환자 위주의 기본 정신보건사업 외에, 아동 및 청소년, 노인의 정신건강에 대한 구체적인 서비스 마련이 필요하다. 둘째, 자살예방 및 위기관리 체계 구축이다. 앞서 실태조사에서 저소득층의 경우 스트레스와 우울감이 다른 계층에 비해 높게 나타난 반면 정신문제 상담은 1.8%에 불과하다. 따라서 이들의 정신문제 상담을 위해 광역정신보건센터 1개소에서 24시간 상담 라인을 유지하고 있는 것을 확대하여 경기도의 지리적 특성을 고려하여 광역정신보건센터의 추가 설치나 도 단위 자살예방센터 등의 설치가 필요하다. 경기북부 지역의 자살사망률 감소를 위한 정책 및 계획 수립과 더불어, 농촌 및 군부대 등의 지역 특성을 고려한 자살예방 전략을 마련하여야 한다.



참고문헌

- 강동목(2009). “환경성 석면노출의 건강영향”, 『한국환경보건학회지』, 35(2): 71-77.
- 김두섭 · 박효준(2003). “사망력 수준의 시·군별 편차 및 그 변화 추이, 1990-2000”, 『한국인구학』, 26(1): 1-30.
- 김선빈(2008). “배려의 경제학: 저소득층의 활로모색”, 『CEO Information』, 서울 : 삼성경제연구소.
- 김정만(2006). “소음이 건강에 미치는 영향 - 산업현장을 중심으로”. 한국소음진동공학회/대한환경공학회 2006년도 환경소음의 위해성 조사 및 평가 세미나 자료.
- 김재철 · 이종범 · 천태훈 · 장윤정(2010). “도시개발에 따른 대기환경 변화가 건강에 미치는 영향연구”, 『환경영향평가』, 19(1): 15-28
- 김진영(2007). “사회경제적 지위와 건강의 관계: 연령에 따른 변화를 중심으로”, 『한국사회학』, 41(3): 127-153.
- 김창엽(2004). “사회계층과 전반적 건강수준 및 건강행태”, 『보건복지포럼』, 2004(6): 18-25.
- 김창엽(2009). 『건강보장의 이론』. 서울 : 한울
- 김초일(2004). “사회계층과 영양섭취”, 『보건복지포럼』, 2004(6): 26-39.
- 김철웅 · 정백근 · 윤태호 · 김수영(2010). “역동적 복지국가의 논리와 전략-건강증진과 건강형평성의 현황과 과제”, 『사단법인 복지국가소사이어티』.
- 김혜련 · 강영호 · 윤강재 · 김창석(2004). 『건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향』, 한국보건사회연구원 연구보고서, 2004-03.
- 김혜련(2007). “우리나라에서 흡연율의 사회계층별 불평등과 변화 추이”, 『보건사회연구』, 27(2): 25-43.
- 김혜련(2009). “건강형평성에서 건강행태의 함의와 정책과제”, 『보건복지포럼』, 2009(3): 36-47.
- 김혜련(2010). “비만예방 정책의 방향과 과제”. 『보건복지포럼』, 2010. 5: 39-49.

- 김희연 · 이현우 · 신현중 · 박재규 · 박지혜 · 배지연 · 박태정(2008). 『저소득층 실태 및 지원방안 연구』, 수원 : 경기개발연구원 정책연구보고서.
- 민경진 · 김근조 · 차춘근(2001). “일부지역 노인들의 주관적 건강수준에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 『보건교육 · 건강증진학회지』, 18(2): 1-26.
- 울산대학교 의과대학 예방의학교실(2009). “EQ-5D로 살펴본 우리나라 성인의 건강 관련 삶의 질 수준”, 『주간건강과질병』, 2(33).
- 유원섭(2009). “저소득층 의료비 지원사업”, 『보건복지포럼』, 2009년 9월호. 한국보건사회연구원
- 윤충식(2009). “석면과 건강에 대한 이슈”, 『한국환경보건학회지』, 35(5): 426-432.
- 이경희 · 조유정 · 하미경(2006). “오피스 빌딩 실내환경 특성이 인체에 미치는 영향에 관한 연구”, 『대한건축학회논문집 계획계』, 22(12): 37-44.
- 이미숙(2005). “한국성인의 건강불평등: 사회계층과 지역차이를 중심으로”, 『한국사회학』, 39(6): 183-209
- 이미숙(2009). “고령화연구패널자료를 이용한 노년기 건강 불평등의 구조 분석”, 『보건과 사회과학』, 25: 5-32.
- 이민행 · 나백주 · 이무식 · 천성아(2010). “소득계층에 따른 건강생활실천 관련 요인의 영향 차이”, 『한국산학기술학회논문지』, 12(2): 780-785.
- 이준협 · 윤병준 · 정형선(2007). “EQ-5D로 측정된 소득 계층별 건강집중지수의 분해”, 『보건과 사회과학』, 26: 67-87.
- 조유향(2009). “농촌노인의 성별에 따른 만성질환과 건강상태 및 건강생활양식”, 『보건교육 · 건강증진학회지』, 26(2): 35-47.
- 조인경(2009). “국민건강영양조사 성별분석을 통해 본 여성건강 실태: 삶의 질 및 흡연과 음주, 영양, 신체활동 실태를 중심으로”, 『여성건강』, 10(1): 115-152.
- 최용준 · 정백근 · 조성일 · 정최경희 · 장숙량 · 강민아 · 강영호(2007). “건강 불평등 연구에서 사회경제적 위치 지표의 개념과 활용”, 『예방의학회지』, 40(6): 475-486.
- 표정선(2009). “국민건강통계에 나타난 성별차이와 여성 내 차이 - 정신건강, 의료이용, 만성질환을 중심으로”, 『여성건강』, 10(1): 65-114.
- 한경혜 · 이정화 · Ryff, C. · Marks, N. · 옥선화 · 차승은(2003). “한국 중년기 남녀의 건

- 강상태 및 건강 관리 행동: 성별, 연령집단별 차이를 중심으로”, 『대한가정학회』, 41(1): 213-229.
- 한국정책평가연구원(2007). 『기후변화와 영향평가 및 적응 시스템구축 III』. 한국정책평가연구원연구보고서
- Bloom, David and David Canning(2003). "Health as Human Capital and its Impact on Economic Performance", *Geneva Papers on Risk & Insurance-Issues & Practice*, Vol. 28, No. 2, pp. 304~315.
- Cutler, David, Angus Deaton and Adriana Lleras-Muney(2006). "The Determinants of Mortality", *Journal of Economic Perspectives*, Vol.20, No.3, pp. 97~120.
- Daniel, Norman(2008). *Just health : meeting health needs fairly*, New York: Cambridge University Press.
- Fogel, Robert William(2004). *The escape from hunger and premature death, 1700~2100: Europe, America and the Third World*, New York: Cambridge University 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*. Vol. 42, pp. 415~422.
- Krishna, Anirudh(2007). "For Reducing Poverty Faster: arget Reasons Before People", *World Development*, Vol.35, No.11,pp. 1947~1960.
- Leary, Virginia A.(1994). "The Right to Health in International Human Rights Law", *Health and Human Rights*, Vol.1, No. 1, pp. 24~56.
- McLaughlin D. K. & Lief Jensen(1993). "Poverty among Older Americans: The Plight of Non-metropolitan Elders." *Journal of Gerontology*, 48(2): 44-54.
- Nolte, Ellen and Martin McKee(2004). "Equity of access to health care: outlining the foundations for action", *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol.58, No. 8, pp. 655~658.
- National Research Council(2009). *The Public Health Effects of Food Deserts*.

National Academies Press.

Preston, Samuel H.(1975). "The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development", *Population Studies*, Vol.29, No.2, pp.231~248.

Rank, M, R., and Thomas A. Hirschl(1999). "Estimating the Proportion of Americans ever Experiencing Poverty during Their Elderly Years." *Journal of Gerontology*, 54(4): S184-193.

Sen, Amartya(1992). *Inequality reexamined*, Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Stone, E. F. & Hollenbeck, J. R.(1989). "Clarifying some controversial issues surrounding statistical procedures for detecting moderator variables: Empirical evidence and related matters", *Journal of Applied Psychology*, 74, pp.3~10.

USDHHS CDC(2004). "Best practices for comprehensive tobacco control program", *Surgeon General's Report*.

OECD(2010). 『한눈에 보는 OECD 보건지표 2009』. 서울 : 보건복지부

WHO(2003). "Effective Access to Tobacco Dependence Program", *Effective Access to Tobacco Dependence Treatment*. New Zealand.



Policy Suggestions to Increase Health Care for the Low-income bracket

Health is not only a key element of life – meaning, the psychological and social well-being that allows one to go through the normal routine of life – but it also enables us to choose and perform other functions. Therefore, everyone wants to be healthy and has the desire and right to protect their health. Nevertheless, there is a vulnerable class whose rights to health are neglected due to economic hardships. One of the most typical classes impacted is the low-income bracket.

The purpose of this study is to suggest policies to protect the low-income bracket, which is in a precarious condition in terms of health. The results of the study showed the following. First of all, it was proved that the quality of life, in terms of a person's health, decreased as the income level decreased. Also, the health quality of workers was the best and the subjective health condition and the life quality related to the health of people who were engaged in agriculture, forestry and simple labor were found to be the lowest. Secondly, the health quality of females was lower than that of males, and as age increased, the subjective health condition and life quality related to health decreased. In particular, it was determined that the health condition of low-income people in their 60s was the lowest. As the education level increased,

the health condition improved. Thirdly, the smoking rate was the highest for male adults in their 30s who had a high school education, and the smoking rate for people in their 70s and 80s was on the rise. It was also proved that the lower the income, the lower the smoking rate, which was due to the high cost of cigarettes. In terms of alcohol consumption, males drank more frequently than females, and it was found that older, less-educated people drank less frequently. The subjective health condition and life quality related to health did not decrease, although the frequency of drinking was high. This was because drinking was not recognized as an unsound habit, but rather a general cultural behavior. In terms of exercise, the lower the income, the less strenuous the physical activities, but people in this group walked almost every day and their life quality related to health was higher than those who never walked. In terms of nutrition and diet, as income decreased, there was less awareness about dietary guidelines and less variety in the types food consumed. In regard to health examinations, the higher the income, the more frequent the health examinations and the quality of life was higher. In the case of the low-income bracket, the ratio of flu vaccinations was high due to the fact that they were free. In terms of psychological health, people in the lower income bracket were either seriously stressed or they felt almost no stress. Throughout the income bracket, the people who felt less stress had better subjective health and life quality related to health. Fourthly, according to the results of the regression analysis, the factors affecting health were varied and the following contributed to better health conditions: a higher income bracket, higher job positions, “regular” employees, being engaged in service work or engineering work, having national health insurance as a company employee, having private health insurance, young age group, male, higher level of education, and less stress. Also, it was found that

those who drank three to four times a month and consumed only three to four glasses of alcohol were healthier. According to the results of the controlled regression analysis, various factors will affect one's health either negatively or positively, and it was determined that income does in fact affect a person's health condition. These results, depending on income levels means that it can lead to health inequalities.

In accordance with the study results, I suggest the following policies: the medical safety net must be strengthened for the health of the vulnerable classes; the female health policy that only focuses on maternity health must be expanded to provide health care to women throughout their lives; promote a customized health project for people in their 50s; and expand the non-smoking and non-drinking project to improve the health of the general population; Construction of preventive health screening system; To raise awareness about obesity. Also, it is required that those in the lower income bracket be protected by promoting mental health that reflects the local characteristics.