

우리나라의 사회계층별 건강행태의 차이

윤태호, 문옥륜, 이상이¹⁾, 정백근, 이신재, 김남순, 장원기²⁾

서울대학교 보건대학원, 제주대학교 의과대학 예방의학교실¹⁾, 한국보건사회연구원²⁾

Differences in Health Behaviors among the Social Strata in Korea

Tae Ho Yoon, Ok Ryun Moon, Sang Yi Lee¹⁾, Baek Geun Jeong, Sin Jae Lee, Nam Sun Kim, Won Ki Jhang

School of Public Health, Seoul National University; Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Cheju National University¹⁾;
Korea Institute for Health and Social Affairs²⁾

Objectives : To analyze differences in health behaviors among the social strata in Korea by using the 1995 National Health and Health Behavior Survey Data.

Methods : Study participants numbered 2,352 men and 1,016 women aged between 15-64 years old, with housewives, students and non-waged family workers excluded. Health behaviors in this study were defined according to the recommendations of the Alameda 7 study. The measure of health behaviors was based on the Health Practices Index(HPI; 0-5 range, with the exclusion of snacking between meals and regularly eating breakfast) developed by the Alameda County research. The significance of the relationship between social strata and HPI was assessed by considering the adjusted means from the multi-variate model.

Results : For men, incidence rates of never having smoked, no/moderate use of alcohol, regular exercise, and regular 7-8 hours sleep per night were higher in the upper social strata. Meanwhile, for

women, incidence rates of never having smoked, no/moderate use of alcohol, appropriate weight, regular exercise, and regular 7-8 hours sleep per night were higher in the upper strata. HPI varied significantly among social strata in both sexes ($p < 0.001$), a result which held true when adjusted for age, education, income, social insurance type, marital status and region.

Conclusions : Health behaviors assessed by Health Practices Index(HPI) varied significantly among social strata for both sexes. Therefore, the existing gap in health behaviors among social strata can be corrected more effectively by target oriented health promotional activities.

Korean J Prev Med 2000;33(4):469-476

Key Words: Social strata, Health behaviors, Health practices index, Health promotion

서론

세계보건기구의 건강증진을 위한 오타와 헌장에 의하면 "건강증진이란 사람들로 하여금 스스로의 건강에 대한 통제(관리)를 증가시키는 과정이며, 또한 자신들의 건강을 개선하게 하는 과정이다"로 정의하고 있다. 즉, 건강증진은 사람들로 하여금 건강의 결정요인들에 대한 관리능력을 증가시킴으로써 스스로의 건강을 개선하게 하는 과정임을 알 수 있다(보건복지부·세계보건기구, 1998). 이를 위해서는 단지 개인의 책임 및 능력을 강조하

는 것이 아니라 사회·경제·문화적 조건들을 함께 변화시켜나가는 노력들이 동시에 필요하게 되는데, 이러한 맥락에서 1997년 자카르타대회에서는 건강증진을 위해서 1) 건강을 위한 사회적 책임을 촉진, 2) 보건개발을 위한 투자의 증대, 3) 건강을 위한 동반자관계의 공고·확대, 4) 지역사회 능력을 증대하고 개인의 역량강화, 5) 건강증진을 위한 하부구조 확보 등이 필요함을 역설하였다(김공현, 1997).

하지만, 여전히 많은 건강증진사업이 주로 불특정 다수를 대상으로 한 획일적

인 홍보용 중심의 사업으로 전개되고 있다. 그런데, 만약 사회계층별로 건강행태에 상당한 차이가 있다면, 현재와 같은 홍보용 중심의 사업은 재고될 필요가 있다. 실제로 건강의 불평등에 관한 연구가 가장 활발한 영국의 경우, 1992년 최상위 계층인 I 계층의 흡연인구가 15%임에 비해 가장 하위계층인 V 계층은 42%에 달하고 있는 것으로 조사되었다(Whitehead, 1992). 하위 사회계층에서의 건강행태 수준을 향상시키기 위해서는 중·상위 사회계층에 대한 접근법과는 차별성을 두어야 하는데, 이는 특히 접근성에 있어서 더욱 그러하다. 실제로 하위계층은 상위계층에 비해 재정적, 구조적 장애

요인으로 인하여 사업에 참여할 수 있는 기회를 상실하게 된다는 것은 잘 알려져 있는 사실이다. 하위계층의 사람들은 상위계층의 사람들에 비해 건강한 삶의 방식을 취하려고 노력할지라도 실제로 영양식품을 구입하거나 운동을 할 수 있는 능력 또는 시간이 없는 경우가 훨씬 많기 때문이다.

따라서 사회계층별 차이를 고려하지 않고 건강증진사업을 시행할 경우 경제적으로 부유한 층의 건강을 더욱 보호함으로써 건강의 불평등을 더욱 더 심화시킬 수 있음을 인지하여야 한다. 하지만, 아직까지 사회계층별로 건강행태수준이 어떻게 그리고 얼마나 차이가 나는지를 분석한 연구는 우리 나라에서 아직까지 미흡한 실정이다. 이러한 의미에서 본 연구는 건강수준에 많은 영향을 미친다고 보고되어 있는 건강행태에 대한 사회계층별 차이를 파악하고, 건강수준의 향상을 통해서 건강의 불평등을 극복하는 방안으로 활용하고자 한다.

본 연구에서는 첫째, 1995년 국민건강 조사를 통해 파악된 직업관련변수인 경제활동분야 와 종사상의 지위를 이용하여 사회계층을 분류하고, 둘째, 상위계층보다는 하위계층에서의 건강행태 수준이 상당히 낮다는 사실을 규명하며, 셋째, 향후 건강증진사업의 사회계층별 접근 방향성에 대해 모색하고자 한다.

연구대상 및 방법

1. 연구자료 및 대상자

본 연구는 1995년 국민건강 및 보건의 식행태조사자료를 이용하였다. 연구 대상자는 보건의식행태조사에 응답한 경제활동인구층인 만 15~64세 인구이며, 이 중 사회계층분류대상이 되지 않는 주부, 학생, 무급가족 종사자 등은 연구대상자에서 제외하여 최종적으로 연구에 포함된 대상자 수는 3,368명이다.

2. 사용된 변수

연구에 사용된 변수는 <Table 1>에 제시된 바와 같다. 사회계층을 분류하기 위

해 사용된 직업변수로서는 직업종류 및 종사상의 지위이며, 직업을 통해 분류된 사회계층과 가장 밀접한 관련성이 있는 것으로 알려진 교육정도, 소득수준 등을 비롯하여 성, 연령, 지역, 의료보장상태, 결혼상태 등을 포함하였다. 건강행태 변수로서는 Alameda 7(흡연, 음주, 운동, 비만, 아침식사, 수면, 간식) 중에서 특히 건강수준과 밀접한 관련성이 있다고 알려진 흡연, 음주, 운동, 비만, 수면 등을 이용하였으며, 각각의 건강행태 항목을 0(바람직하지 않은 경우) 또는 1(바람직한 경우)로 점수화하여 합산한 건강행태실천지표(Health Practice Index)로 종합적인 건강행태 수준을 파악하고자 하였다 (Segovia et al., 1991). 원래의 건강행태 실천지표는 0-7점으로 구성되어 있으나, 본 연구에서는 두가지 요인(아침식사와 간식)이 제외되었기 때문에 0-5점의 값을 가지게 된다.

3. 사회계층의 조작적 정의

사회계층의 분류는 홍두승의 계층분류법을 이용한 한국표준직업분류에 근거하였으며, 주부, 학생, 군인 등은 분류 대상에서 제외하였고, 무직의 경우에는 중등학교 이하 졸업자에 한해서만 포함시켰다. 또한 농업/어업 종사자 및 단순 노무 근로자 중 종사상의 지위가 고용주인 경우에는 대상자 수가 적고 분류하기가 모

호하여 제외하였다. 한국표준직업분류에 의한 계급(층)분류는 대분류, 중분류, 소분류를 모두 이용하였으나, 본 연구에서는 자료의 제한성으로 인하여 직업대분류만 이용가능하였기 때문에 <Table 2>에 제시된 바와 같은 조작적인 분류를 하였다.

첫째, 상류 및 중상계층(Class I)은 입법공무원, 고위임직원 관리자이면서 종사상의 지위가 자영업자, 고용주, 상용근로자 또는 전문가인 경우로 하였다. 즉, 종사상의 지위에 별 상관없이 상위의 직업군에 속하는 경우가 주로 이에 속한다.

둘째, 중간층은 신중간층(Class II)과 구중간층(Class III)로 나누었는데, 그 구분은 주로 종사상의 지위에 근거하고 있다. 즉, 신중간층은 주로 정신적 노동에 종사하면서(기능공/준전문가, 사무직) 고용주이거나 근로자인 경우, 기능인 및 관련근로자 또는 장치기계조작원이면서 고용주인 경우이며, 구중간층은 신중간층과 직업군은 동일하면서 자영업자인 경우로 하였다.

셋째, 노동계층(Class IV)은 서비스/판매근로자, 기능원 및 관련 기능근로자, 장치/기계 조작원 중에서 피고용인 경우, 단순노무근로자 중에서 상용근로자인 경우로 하였다. 즉, 노동계층은 주로 서비스 종사자 및 육체노동 종사자로 구성되어 있다.

Table 1. Variables used in the study

Variable Name	Description of Variable
Occupation	10 Category
Job Status	6 Category
Related Variable	
Education	Illiteracy & Elementary; Middle; High; College & over
Income	below of 1M won; 1: 1.1-2.0M won; above of 2.1M won
Marital Status	Unmarried; Married; Single
Health Insurance	Non insured; Insured
Sex	Female; Male
Age	15-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-64
Health Behaviors	
Smoking	Current and Ex smoking(0); Never smoked(1)
Alcohol Consumption	Heavy drinking(0); No & moderate drinking(1)
Weight	Obesity(0); Not obesity(1)
Exercise	No Exercise(0); Regular exercise(1)
Sleeping	Not adequate sleeping(0); Adequate sleeping(7-8hrs)(1)

0: undesirable, 1: desirable

Table 2. Classification of social strata

Occupation	Job status	Self-employer	Employer	Formal Em (Full time)	Formal Em (Part time)	Non-formal Em	Others
Legislator, senior officials and manager		Class I					
Professionals							
Technicians and associate professionals		Class III		Class II			
Clerks				Class IV			
Service and sales workers				Class VI			
Skilled agricultural, forestry and fishery workers		Class V		Class VI			
Craft and related trades workers		Class III	Class II	Class IV			
Plant, machine operators and assemblers				Class IV			
Elementary occupations		Class VI				Class VI	
Unemployed							Class V I

Em: Employed

넷째, 농업/어업 종사자는 농업 및 어업에 종사하면서 자영자인 경우를 농촌자영자계층(Class V)으로 분류하였고, 피고용(소작농 등)인 경우에는 하류계층(Class VI)으로 분류하였다. 농촌의 독립자영농은 농업부문에서는 중간층을 형성하고 있지만, 한국의 독립자영농은 가용자원이거나 부의 면에서 본다면 도시적인 의미에서의 중류생활을 영위하고 있는 층은 아니므로(홍두승, 1983), 별도의 계층으로 구분하는 것이 타당할 것으로 생각된다.

다섯째, 하류계층(Class VI)은 단순 노무근로자이면서 자영업자인 경우(예를 들어 노점상 등)와 임시 및 일용 근로자인 경우로 하였으며, 무직인 경우에는 최종학력이 중졸이하인 경우로 국한하였다. 그리고, 위에서 언급하였듯이 농·어업 종사자이면서 근로자인 경우도 이에 포함시켰다.

4. 분석방법

흡연, 음주, 비만, 운동, 수면 등의 개별 건강행태의 사회계층별 차이를 분석하기 위하여 건강의 불평등 연구에서 가장 흔히 사용하는 범위(range)를 이용하였다. 그리고 각각의 건강행태를 종합화한 건강행위실천지표를 사회계층과 관련된 변수(연령, 성, 거주지역, 교육수준, 소득수준, 의료보장형태, 결혼형태)로 보정하기

전과 보정한 후의 차이를 분석하기 위하여 GLM(Generalized Linear Model)을 사용하였다. 본 연구에서의 모든 분석은 통계 패키지 프로그램인 SAS V6.12를 이용하였다.

연구결과

1. 조사대상자의 사회계층별 특성

조사대상자의 사회계층별 특성은 <Table 3>에 제시된 바와 같다. 성별로는 남성과 여성이 노동계층까지는 비슷한 분포를 나타내었으나, 자영농계층에서는 남성이 2.5배 높고, 하류계층에서는 여성이 1.8배 높았다. 연령별로는 연령이 높을수록 하류계층의 비율이 높아지는 경향을 보이고 있으며, 50대까지는 노동계층이 가장 높은 분포를 보이고 있으며, 60-64세 군에서는 자영농 및 하류계층이 높은 분포를 보이고 있다.

소득수준별로는 월평균 100만원 미만의 저소득층은 농촌자영농 및 하류계층이 전체의 70.2%를, 101-200만원의 중간소득층은 신·구중간계층 그리고 노동계층이 77.7%, 201만원 이상의 고소득층은 신중간계층 및 상류계층이 71.8%를 차지하였다. 즉, 사회계층과 소득수준별로 비례적 관계가 있음을 보이고 있다. 교육수준별로는 무학 및 국졸이하의 전체의 87.7%가 노동계층 이하의 하위계층에 분

포되어 있고, 반면 대졸 이상은 상류계층 및 신·구중간계층이 91.0%로 대부분을 차지하였다. 교육수준이 높을수록 사회계층이 높아지는 경향을 보이고 있다.

의료보장형태별로는 의료보호 또는 의료보험에 미가입자의 대다수인 91.8%가 노동계층, 농촌자영농계층 및 하류계층에 분포하고 있다. 결혼형태별로는 하류계층에서 이혼이나 사별이 많았다. 지역별로는 농촌지역에서는 주로 농촌 자영농계층이 40.6%로 가장 많고, 그 다음이 노동계층으로 22.1%인 반면, 도시지역에서는 노동계층이 33.6%로 가장 많았고, 신중간계층 29.2%의 순이었다. 하류계층은 도시 및 농촌지역에서 11.7%로 동일한 분포를 보이고 있다.

2. 주요 건강행태의 사회계층별 차이

흡연, 음주, 비만, 운동, 수면 등 5가지 주요 건강행태의 사회계층별 차이는 <Table 4>에 제시된 바와 같다.

흡연을 전혀 하지 않는 인구는 남성에서 상류계층이 25.5%임에 비해 하류계층은 11.2%로 상류계층이 하류계층에 비해 2배 이상 높았으며, 사회계층적 지위가 낮을수록 증가하는 경향을 보였다. 여성에서는 대부분 흡연을 하지 않은 것으로 나타났으며, 상류계층이 98.4%, 하류계층이 85.2%로 역시 상류계층이 높았다.

적절한 음주 또는 음주를 하지 않는 인구는 남성과 여성에서 상위계층일수록 높았는데, 여성보다는 남성에서 뚜렷한 경향을 보였다. 남성에서는 상류계층에서 적절한 음주 또는 음주를 하지 않는 인구의 비율이 92.0%임에 비해 하류계층은 82.6%이었다. 여성에서는 상류계층이 100.0%이었으며, 노동 및 자영농계층 97.6%, 하류계층 98.1%로 사회계층적 지위별로 약간의 차이는 있으나, 대부분이 적절한 음주 또는 음주를 하지 않는 것으로 나타났다. 특히 남성에서 과음의 경우, 상류계층은 8.0%인데 비해 하류계층은 17.4%로 하류계층이 두배 이상 높았다.

적절한 체중은 남성과 여성에서 상이한 양상을 보이고 있다. 남성의 경우, 상

Table 3. Characteristics of study participants by social strata

Variables		Social strata						Total
		Class I	Class II	Class III	Class IV	Class V	Class VI	
Sex								
	Male	6.9	26.9	15.5	29.7	11.6	9.4	100.0
	Female	7.1	23.1	14.4	34.3	4.5	16.6	100.0
Age								
	15-29	5.0	41.8	7.2	40.2	0.3	5.6	100.0
	30-39	8.5	29.8	17.0	32.4	4.1	8.3	100.0
	40-49	8.1	20.3	21.7	29.0	9.5	11.5	100.0
	50-59	6.5	11.1	15.4	26.1	24.8	16.2	100.0
	60-64	4.9	2.3	13.5	10.5	30.5	38.3	100.0
Income								
	100M-	2.3	4.0	9.6	13.9	35.2	35.0	100.0
	101-200M	4.1	25.7	15.7	36.3	7.8	10.5	100.0
	201M+	19.3	37.0	15.5	23.2	2.5	2.5	100.0
Education								
	Illiteracy & Elementary	0.00	1.8	10.5	29.6	28.9	29.3	100.0
	Middle	0.10	5.1	19.0	42.2	11.5	22.1	100.0
	High	2.3	31.0	18.4	41.4	3.0	3.9	100.0
	College & over	26.3	53.5	11.2	6.5	1.6	0.8	100.0
Health security								
	H. Insurance	7.1	26.5	15.3	31.2	9.2	10.7	100.0
	Non H. Insurance	0.0	0.7	7.5	22.1	31.2	38.5	100.0
Marriage								
	Unmarried	5.3	40.9	5.2	40.1	0.3	8.1	100.0
	Married	8.0	23.5	18.0	28.5	11.9	10.1	100.0
	Single	2.6	3.4	17.1	29.7	13.1	34.2	100.0
Region								
	Rural	2.7	11.9	11.0	22.1	40.6	11.7	100.0
	Urban	7.8	29.2	15.9	33.6	2.0	11.7	100.0

Table 4. Percentage of health behaviors by social strata

(units: %)

	Male					Female					
	I	II, III	IV, V	VI	Total	I	II, III	IV, V	VI	Total	
Smoking											
	Current & Ex	74.5	81.4	83.3	88.8	100.0	1.6	8.5	13.8	14.8	100.0
	Never	25.5	18.6	16.7	11.2	100.0	98.4	91.5	86.2	85.2	100.0
Alcohol consumption											
	Heavy	8.0	12.7	16.2	17.4	100.0	0.0	1.3	2.4	1.9	100.0
	No & Moderate	92.0	87.3	83.8	82.6	100.0	100.0	98.7	97.6	98.1	100.0
Weight											
	Obesity	23.8	20.6	18.4	17.1	100.0	7.3	9.7	14.7	19.3	100.0
	Non-obesity	76.2	79.4	81.6	82.9	100.0	92.7	90.3	85.3	80.7	100.0
Exercise											
	No	46.9	69.7	78.3	83.0	100.0	76.7	83.4	88.8	90.4	100.0
	Regular	53.1	30.3	21.7	17.0	100.0	23.3	16.7	11.2	9.7	100.0
Sleeping											
	Not adequate	45.9	44.4	46.6	46.8	100.0	40.2	51.4	56.1	56.6	100.0
	Adequate(7-8hrs)	54.1	55.6	53.4	53.2	100.0	59.8	48.6	43.9	43.4	100.0

류계층은 비만인구가 23.8%인데 비해, 하류계층은 17.1%이며 사회계층이 낮을수록 감소하는 경향을 보이고 있다. 여성

의 경우, 상류계층의 비만인구는 7.3%에 불과한 반면, 하류계층은 19.3%로 하류계층이 상류계층에 비해 약 3배 가량 비

만인구가 많은 것으로 나타났다. 즉, 남성에서는 사회계층적 지위가 높을수록 비만인구가 많았고, 여성에서는 사회계층적

지위가 낮을수록 비만인구가 많았다.

적절한 운동은 남성과 여성 모두에서 사회계층별로 뚜렷한 차이를 보이고 있다. 남성의 경우, 상류계층에서 적절한 운동을 하는 비율이 53.1%로 가장 높았고, 반면 하류계층은 17.0%로 상류계층이 하류계층에 비해 3배 이상 높았다. 또한 사회계층적 지위가 낮아질수록 적절한 운동을 하는 비율이 뚜렷하게 감소하였다. 남성과 마찬가지로 여성에서도, 상류계층에서 적절한 운동을 하는 비율이 23.3%로 가장 높았고, 하류계층이 9.7%로 상류계층이 하류계층에 비해 2배 이상 낮았다. 역시 사회계층적 지위가 낮아질수록 뚜렷이 감소하는 경향을 보였다.

적절한 수면은 남성에서는 사회계층별로 차이를 보이지 않았으나, 여성에서는 뚜렷한 차이를 보였다. 남성의 경우, 신중간 및 구중간 계층이 55.6%로 가장 높았고, 상류계층이 54.1%, 하류계층이 53.2%였다. 이에 비해 여성에서는 상류계층이 59.8%로 가장 높았고, 하류계층은 43.4%로 가장 낮았으며, 사회계층적 지위가 낮아질수록 적절한 수면을 하는 비율이 낮아짐을 보이고 있다.

3. 사회계층별 건강행위실천지표의 차이

1) 남성

남성의 건강행위실천지표의 평균값을 관련변수(교육정도, 월평균 소득, 결혼상태, 의료보장, 연령, 지역)로 보정하지 않았을 때와 보정하였을 때의 사회계층별 분포는 <Fig. 1>과 같다.

관련변수로 보정하지 않았을 때의 남성의 사회계층별 건강행위실천지표평균의 차이는 F값이 12.15로 통계적으로 유

의한 차이를 보였다($P<0.001$). 상류 및 중상계층의 건강행위실천지표의 평균값은 3.02인 반면, 신중간 및 구중간계층은 2.72, 자영농 및 노동계층은 2.57, 하류계층은 2.51로 상류 및 중상계층이 가장 높았으며, 하류계층이 가장 낮은 것으로 나타났다.

관련변수로 보정한 경우의 남성의 사회계층별 건강행위실천지표의 평균값은 보정을 하지 않았을 때에 비해 전체적으로 낮은 값을 가졌으며, F값도 4.75로 보정 전에 비해 낮게 나타났다. 하지만, 여전히 보정한 후에도 통계적으로 유의한 차이가 있음을 보였다($P<0.001$). 보정한 후의 평균(95% 신뢰구간)은 상류 및 중상계층 2.85(2.55, 3.16), 신중간 및 구중간계층 2.49(2.24, 2.75), 자영농 및 노동계층 2.35(2.10, 2.60), 하류계층 2.35(2.07, 2.63)로 상류 및 중상계층이 가장 높았다. 보정을 하기 전에는 하류계층의 평균값이 가장 낮았으나, 보정한 후에는 자영농 및 노동계층이 가장 낮았다.

남성에서 어떠한 사회계층간에 차이가

있는지를 분석하기 위하여 GLM모형을 이용하였다. 보정하기 전과 보정한 후의 각 사회계층간의 건강행위실천지표의 평균값 차이는 <Table 5>에 제시된 바와 같다.

보정하지 않았을 경우, 상류 및 중상계층과 신중간 및 구중간계층간($P<0.001$), 상류 및 중상계층과 자영농 및 노동계층간($P<0.001$), 상류 및 중상계층과 하류계층간($P<0.001$)에는 유의한 차이가 있었다. 또한 신중간 및 구중간계층과 자영농 및 노동계층간($P<0.01$), 신중간 및 구중간계층과 하류계층간($P<0.01$)에도 유의한 차이가 있었다. 하지만, 자영농 및 노동계층과 하류계층간에는 유의한 차이가 없었다.

보정한 후에는 비슷한 양상을 보였는데, 상류 및 중상계층과 신중간 및 구중간계층간($P<0.01$), 상류 및 중상계층과 자영농 및 노동계층간($P<0.001$), 상류 및 중상계층과 하류계층간($P<0.001$)에는 유의한 차이가 있었다. 또한 신중간 및 구중간계층과 자영농 및 노동계층간

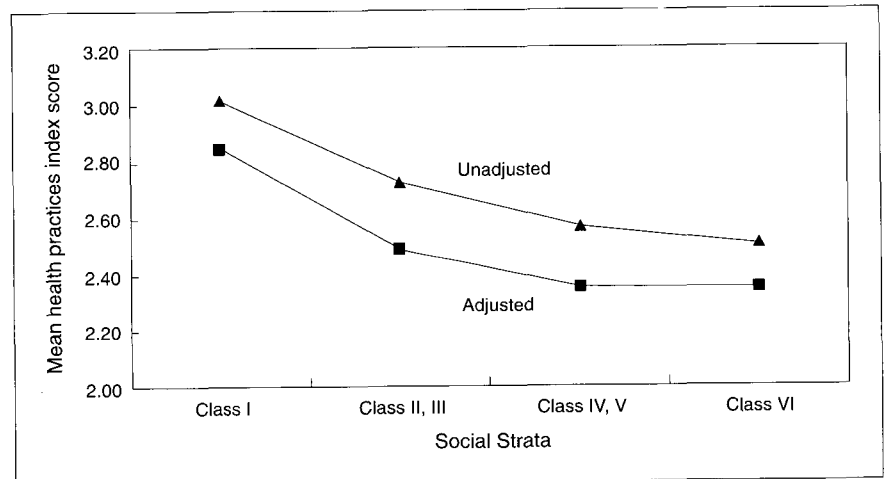


Figure 1. Mean HPI score across the social strata for males.

Table 5. Difference in mean HPI scores among social strata for males

Social Strata	Unadjusted				Adjusted			
	I	II + III	IV + V	VI	I	II + III	IV + V	VI
Class I	-				-			
Class II + III	***	-			**	-		
Class IV + V	***	**	-		***	***	-	
Class VI	***	**	ns	-	***	*	ns	-

* $P<0.05$, ** $P<0.01$, *** $P<0.001$ ns: non-significant

($P<0.001$), 신중간 및 구중간계층과 하류 계층간($P<0.05$)에도 유의한 차이가 있었다. 이에 비해 자영농 및 노동계층과 하류 계층간에는 보정전과 마찬가지로 유의한 차이가 없었다.

2) 여성

여성의 사회계층별 건강행위실천지표의 평균값을 관련변수(교육정도, 월평균 소득, 결혼상태, 의료보장, 연령, 지역)로 보정하지 않았을 때와 보정했을 때의 사회계층별 분포는 <Fig. 2>에 제시된 바와 같다. 남성에 비해 여성에게서 건강행위 실천지표의 평균값이 전반적으로 높은 것을 알 수 있다.

관련변수로 보정하지 않았을 때의 여성의 사회계층별 건강행위실천지표의 평균값의 차이는 F값이 11.26으로 통계적으로 유의하였다($P<0.001$). 상류 및 중상계층의 건강행위실천지표의 평균값은 3.74, 신중간 및 구중간계층 3.47, 자영농 및 노동계층은 3.24, 하류계층은 3.26로 상류 및 중상계층이 가장 높았으며, 자영농 및 노동계층이 3.24로 가장 낮았다. 특히, 남성의 경우에는 하류계층의 건강행위 실천지표의 평균값이 가장 낮았음에 비해 여성의 경우에는 자영농 및 노동계층에서 가장 낮았다.

관련변수로 보정한 경우의 여성의 사회계층별 건강행위실천지표의 평균값은 보정하지 않았을 때에 비해 전반적으로 낮은 값을 가졌으며, F값도 4.53로 보정 전에 비해 낮게 나타났다. 그럼에도, 사회계층별 차이는 보정한 후에도 통계적으로 유의하였다($P<0.001$).

보정한 후의 건강행위실천지표의 평균(95% 신뢰구간)은 상류 및 중상계층 3.55(3.28, 3.82), 신중간 및 구중간계층

3.27(3.07, 3.47), 자영농 및 노동계층 3.09(2.89, 3.28), 하류계층 2.94(3.16, 3.38)로 상류 및 중상계층이 가장 높았고, 자영농 및 노동계층이 가장 낮아 보정하지 않은 경우와 유사하였다.

남성에서와 마찬가지로, 어떤 사회계층 간에 차이가 있는지를 파악하기 위하여 GLM 모형을 이용하였다. 보정 전과 보정 후의 각 사회계층간의 건강행위실천지표의 평균값 차이는 <Table 6>에 제시된 바와 같다.

보정을 하지 않은 경우, 상류 및 중상계층과 구중간 및 신중간계층간($P<0.01$), 상류 및 중상계층과 자영농 및 노동계층간($P<0.001$), 상류 및 중상계층과 하류계층간($P<0.001$)에는 유의한 차이가 있었고, 신중간 및 구중간계층과 자영농 및 노동계층간($P<0.001$), 신중간 및 구중간계층과 하류계층간($P<0.05$)에도 유의한 차이가 있었다. 하지만, 자영농 및 노동계층과 하류계층간에는 유의한 차이를 보이지 않았다.

보정한 후에는 보정하기 전과는 약간

다른 양상을 보였다. 상류 및 중상계층과 신중간 및 구중간계층간($P<0.05$), 상류 및 중상계층과 자영농 및 노동계층간($p<0.001$), 상류 및 중상계층과 하류계층간($P<0.01$)에는 유의한 차이가 있었으며, 신중간 및 구중간 계층과 자영농 및 노동계층간($P<0.01$)에도 유의한 차이가 있었다. 이에 비해 신중간 및 구중간계층과 하류계층간, 그리고 자영농 및 노동계층과 하류계층간에는 유의한 차이를 보이지 않았다.

남성에서와 마찬가지로 대체적으로 보정하기 전이나 보정한 후에 있어 하위계층이 상위계층보다 건강행위실천지표의 평균값이 유의하게 낮다는 사실을 알 수 있다.

고찰

본 연구는 1995년도 국민건강조사 및 국민보건영양조사 자료를 이용하여 사회계층분류를 하고, 이를 이용하여 우리나라의 사회계층별 건강행태수준에

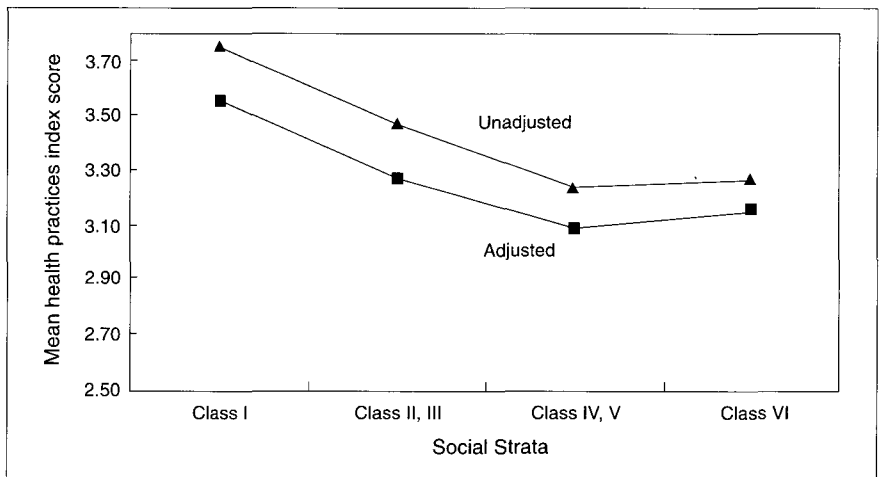


Figure 2. Mean HPI scores across social strata for females.

Table 6. Difference in mean HPI scores among social strata group for females

Social Strata	Unadjusted				Adjusted			
	I	II+III	IV+V	VI	I	II+III	IV+V	VI
Class I	-				-			
Class II+III	**	-			*	-		
Class IV+V	***	***	-		***	**	-	
Class VI	***	*	ns	-	**	ns	ns	-

* $P<0.05$, ** $P<0.01$, *** $P<0.001$ ns: non-significant

얼마나 차이가 있는지를 건강행위실천지표를 이용하여 분석하였다.

우리 나라는 1983년이래 매 3년마다 전국 표본가구를 대상으로 국민건강조사를 실시하여, 질병이환과 의료이용에 관한 지표산출과 정책수립에 필요한 기초정보를 수집해 오고 있으며(최정수 등, 1995), 1989년부터는 국민보건의식행태 조사를 함께 수행해오고 있다. 하지만, 외국에 비교해서, 우리 나라의 국민건강조사자료의 분석이 대부분 성과 연령 등의 인구학적 변수에 중점을 두고 있으며, 사회계층별 불평등에 관한 분석은 거의 없는 실정이다. 이렇게 국민건강조사자료를 이용한 사회계층별 건강의 불평등에 관한 연구가 활성화되지 못한 것은 첫째, 영국의 사회계급분류처럼 보건의료부문에 공식적으로 검증된 사회계층분류가 없다는 점, 둘째로는 아직 우리 나라에서 건강의 불평등에 대한 관심이 그다지 높지 않다는 점, 셋째로는 국민건강조사에 포함된 변수로서는 사회계층을 분류하는데 제약점이 많다는 점 등으로 생각해 볼 수 있다.

사회계층의 분류는 1995년 국민건강조사 항목인 직업 13대분류와 종사상의 지위를 이용하였다. 자료의 한계상 임의적이고 제한적임에도 불구하고 사회계층분류를 하고자 한 이유는 기존의 사회계층분류 연구에서 직업대분류와 종사상의 지위를 이용한 연구(김영모, 1982)가 있었으며, 그 이후로도 직업을 이용한 사회계층분류가 국내 사회학계에서 활발히 진행되었다는 점(홍두승, 1983; 서관모, 1987), 그리고 외국의 경우에서처럼 국민건강조사자료를 이용한 건강수준 및 건강행태 등의 사회계층간 건강의 불평등에 관한 연구가 활성화될 필요가 있다는 점 때문이다.

본 연구에서는 정치적, 이데올로기적 차이를 반영하는 사회계급분류보다는 서열상의 위계화를 반영하는 사회계층분류를 이용하였으며¹⁾, 홍두승의 사회계층모형에 근거하였다. 하지만, 홍두승의 사회

계층모형은 직업 대분류 및 증분류를 이용한 분류이기 때문에 직업 대분류로서만 사회계층을 분류한 본 연구는 한계점을 지닐 수 밖에 없다. 앞으로 국민건강조사를 시행함에 있어 인구센서스 조사처럼 직업의 증분류나 소분류를 기재 및 입력화할 수 있는 방안을 적극 검토하여 외국의 연구와 서로 비교할 수 있도록 해야 할 것이다. 또한 기존의 사회계층 분류가 주로 남성 위주로 연구되었고, 본 연구에서의 사회계층분류 또한 남성 중심의 사회계층 분류에 기인하였다. 최근의 영국의 한 연구는, 남성에서는 직업에 근거한 사회계층분류가 사망률에 가장 중요한 영향을 주었으나, 여성에서는 직업에 근거한 사회계층보다는 가계에서의 전반적 형편에 따라 측정된 사회적 지위가 사망률에 더 큰 영향을 주었다고 보고하고 있다(Sacker et al, 2000). 이러한 점에서 앞으로 남성과 여성의 건강수준이나 건강행태의 차이를 잘 나타내는 사회계층분류법 연구가 이루어져야 하겠다.

지금까지 건강수준(주로 사망률, 상병률)의 불평등에 관한 연구는 활발히 수행되었으나, 건강행태의 사회계층간 불평등 연구는 상대적으로 적은 편이었다. 기존의 많은 연구들에서 건강행태는 건강수준(특히 만성질환)과 밀접한 관련성이 있는 것으로 알려져 있으며, 건강행태를 바꿈으로써 건강수준의 향상을 기할 수 있을 것으로 보고하고 있다. 이러한 측면에서 볼 때 사회계층별 건강행태의 차이를 파악하고, 이를 줄여나가는 것은 국민건강수준의 향상에 매우 중요한 것이라 할 수 있다. 즉, 사회계층간 건강행태의 차이를 줄여나가는 노력은 건강의 불평등을 해소하기 위한 하나의 방안이 될 수 있는 것이다.

남성과 여성 모두에서 흡연, 음주, 비만, 운동, 수면 등 개별 건강행태들이 사회계층별로 차이가 있음을 보였다. 남성에서는 사회계층적 지위가 낮을수록 비흡연, 적절한 음주 또는 비음주, 규칙적 운동, 적절한 수면 등을 하는 비율이 감소하였

으며, 여성에서는 사회계층적 지위가 낮을수록 비흡연, 적절한 음주 또는 비음주, 적절한 체중, 규칙적 운동, 적절한 수면을 하는 비율이 감소하는 경향을 보였다. 특히 비흡연, 적절한 음주 또는 비음주(특히 남성), 규칙적 운동, 적절한 수면 등은 남성과 여성 모두에서 사회계층적 지위가 낮아질수록 뚜렷이 감소하는 경향을 보였으며, 상류계층과 하류계층간의 차이도 상당하였다. 이들 4가지 건강행태는 주로 스트레스나 여가시간의 부족 등의 영향이 크기 때문에 하위계층일수록 뚜렷한 감소를 보이는 것으로 생각된다. 따라서 흡연, 음주, 운동, 수면 등의 건강행태에 대해서는 보다 하위계층의 참여가 보장되는 건강증진 정책이 필요함을 시사해 주고 있다. 가령, 흡연과 운동의 경우에는 산업장에서의 건강증진사업이 효과적일 수 있다.

사회계층에 의한 효과를 분석하기 위하여 관련되는 변수인 연령, 교육수준, 소득수준, 사회보장형태, 결혼상태, 지역 등을 보정한 후에도 여전히 유의한 차이가 있는지를 보았다. 남성과 여성 모두에서 관련변수로 보정 전과 보정 후의 사회계층별 건강행위실천지표의 평균값의 차이는 통계적으로 유의하였다. 이는 영국 국민의 보건의식행태조사 자료를 사회계층별로 분석한 선행연구(Pill et al, 1995)와 유사한 결과를 보였다.

남성에서는 보정 전과 보정 후에 모두 하류계층보다는 노동 및 자영농계층이 가장 낮았는데, 이는 남성의 경우, 노동자 및 농·어업 종사자의 건강행태가 가장 바람직하지 않다는 사실을 의미하며, 따라서 이들에 대한 건강증진사업이 보다 강화될 필요가 있음을 시사해주는 것이라 하겠다. 특히, 노동계층에게서는 사업장에서의 다각적인 건강증진프로그램이 수행될 필요가 있다. 여성에서는 남성과 달리 보정하기 전에는 하류계층이 가장 낮았으나, 보정한 후에는 노동 및 자영농계층이 가장 낮았는데, 이의 원인에 대한 연구가 수행될 필요가 있다.

1) 실제로 가장 많이 활용되는 영국의 사회계급분류 또한 엄밀하게는 사회계급분류이기 보다는 사회계층분류이다.

남성과 여성 모두에서 하위계층과 노동 및 자영농계층을 하위계층으로 상류 및 중상계층과 신중간 및 구중간계층을 상위계층으로 구분한다면, 하위계층의 건강행태가 훨씬 낮음을 보이고 있는데, 이는 건강증진사업이 수행됨에 있어 상위계층과 하위계층간의 접근법이 달라져야 함을 나타내는 것이다. 영국의 한 조사결과에 의하면, 건강에 추천할만한 식품은 그렇지 않은 식품들에 비하여 전반적으로 가격이 2배이상 비싼 것으로 나타났는데(Abel-Smith, 1994), 이는 하위계층이 건강에 유익한 것으로 추천되는 식품에 접근하기가 경제적 여건 등으로 인하여 상위계층에 비해 매우 힘들다는 것을 의미하는 것이다. 즉, 하위계층에 대하여는 교육이나 홍보 중심의 건강증진사업만으로는 실제적인 효과를 거두기가 힘들다는 것이다.

따라서 향후 건강증진사업을 시행함에 있어 사회계층별로 건강행태의 차이가 있음을 고려해야 할 것이다. 가령, 사회계층별로 차이가 많은 건강행태에 대하여는 표적인구집단 접근법(Target population approach)이 필요할 것이며, 사회계층별로 별 차이가 없는 건강행태에 대해서는 일반인구집단 접근법(General population approach)이 효과적일 것이다. 또한 하위계층의 참여가 보장되고, 가난, 여가생활의 활용이나 여가시설에 대한 접근, 사회적 스트레스를 개선하는 등 구조적인 접근이 동시에 수행되어야 할 것이다. 그렇지 않은 경우에는 서론에서도 언급하였듯이 건강증진사업은 부유한 층의 건강을 더욱 보호함으로써 건강의 불평등을 더욱 더 심화시킬 수 있음을 인지하여야만 한다.

결론

본 연구에서는 1995년도 국민건강 및 보건의식행태조사자료를 이용하여 우리나라의 사회계층간 건강행태의 차이를 분석하였다. 남성과 여성 모두에서 사회계층별로 건강행태에 상당한 정도의 차이가 있었고, 각각의 건강행태를 종합하여 점수화한 건강행태실천지표와 사회계층은 강한 연관성을 보였다. 또한 하위계층이 상위계층에 비해 건강행태실천지표의 평균값에 있어 유의하게 낮음을 보였다. 직업을 이용한 사회계층과 관련있는 것으로 알려진 연령, 교육수준, 소득수준, 결혼형태, 의료보장형태, 지역 등으로 보정한 후에도 여전히 통계적으로 유의한 연관성이 있었다. 이러한 점을 감안하여 일률적인 접근법보다는 사회계층별 차이를 효과적으로 줄일 수 있는 다양한 건강증진정책이 제시되어야 한다.

본 연구에서 사용한 사회계층분류가 자료의 제한상 조작적이었음에도 불구하고 남, 녀 모두에서 건강행태가 사회계층별로 차이를 보였는데, 앞으로 보다 정확한 분석을 위해서는 보건의료에 적합한 사회계층을 고안하는 연구가 진행되어야 할 것이다. 또한 본 연구에서는 여러 사회계층간의 건강행태 차이를 분석하였으나, 향후에는 동일한 사회계층 내에서의 남성과 여성간 건강행태 및 건강수준의 차이를 결정하는 요인들에 대한 연구 또한 동시에 진행되어야 할 것이다.

참고문헌

- 보건복지부 · 세계보건기구. 건강증진용어해설집. 1998
- 김공현. 건강증진사업의 세계적 동향. 한국보건행정학회 후기 학술대회 연재집; 1997
- 김진균 외. 한국사회의 계급연구 I. 도서출판 한울; 1988
- 남정자, 최정수, 김태정, 계훈방. 한국인의 보건의식행태. 한국보건사회연구원; 1995
- 문옥륜 외. 의료서비스의 배분적 정의. 서울대학교 출판부; 1999
- 서관모. 한국사회 계급구성의 연구. 서울대학교 대학원 박사학위 논문; 1987
- 서울대학교 사회학연구회편. 사회계층: 이론과 실제. 다산출판사; 1991
- 서울대학교 사회과학연구소. 사회과학과 정책연구; 1983
- 최정수, 남정자, 김태정, 계훈방. 한국인의 건강과 의료이용실태. 한국보건사회연구원; 1995
- 통계청. 한국사회 직업구조의 특성과 변화분석; 1997
- 홍두승, 구해근. 사회계층 · 계급론. 다산출판사; 1993
- 서울대학교 사회학연구회 편. 한국사회의 진통과 변화. 범문사; 1983
- Abel-Smith B. An Introduction to Health: Policy Planning and Financing. 1st ed. Longman; 1994
- Blair SN, Kohl HW, Paffenbarger RS, Glark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and all cause mortality-A prospective study of healthy men and women. *JAMA* 1989; 262: 469-483
- Uitenbroek DG, Kerekovska A, Festchieva N. Health lifestyle behaviour and socio-demographic characteristics-A study of Varna, Glasgow and Edinburgh. *Soc Sci Med* 1996; 43(3): 367-377
- Goldblatt P. Mortality and Alternative Social Classification. Longitudinal Study 1971-81: Mortality and Social Organization, OPCS LS series No 6. HMSO
- Pike S, Forster D. Health Promotion for All. 1st ed. Churchill Livingstone; 1995
- Pill R, Peters TJ, Robling MR. Social class and preventive health behaviour-A British example. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49: 28-32
- Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. Health status and health practices-Alameda and beyond. *Int J Epidemiol* 1991; 20(1): 259-63
- Townsend P, Davidson N, Whitehead M. Inequalities in health-The Black Report and The Health Divide. 2nd ed. Penguin Books; 1992
- Wagstaff A, Paci P, Doorslaer EV. On the measurement of inequality in health. *Soc Sci Med* 1991; 33(5): 545-557