

고용형태와 성별에 따른 주관적 건강에서의 격차 건강자원과의 상호작용 효과를 중심으로*

김진영** · 임인숙*** · 송예리아**** · 한신원*****

고용형태와 성별은 건강의 차이를 만들어낼 수 있는 한국사회의 주요 계층 요인들이다. 기존 연구들이 고용형태와 성별에 따른 건강 격차의 존재를 검토해 왔으나 이러한 격차를 어떻게 효과적으로 감소시킬 수 있는지에 대한 연구는 거의 없었다. 본 연구의 목적은 고용형태와 성별을 동시에 고려한 집단들 사이에서 건강 불평등의 양상을 확인하는 한편, 그러한 불평등을 효과적으로 완화시킬 가능성이 있는 건강 자원을 탐색하는 것이다. 본 연구는 2011년 한국 성인에 대한 전국 대표 표본 조사인 한국건강불평등실태조사 자료를 이용한 통계분석을 통해 고용-성별 집단과 각 건강자원의 상호작용 효과를 확인한다. 건강 척도로는 주관적 건강인식이 사용되며, 건강자원으로는 네 가지 차원(사회적 관계, 심리적 자원, 활동요인, 의료서비스 이용)의 총 19개 변수가 포괄적으로 고려된다. 결과를 요약하면, 첫째, 정규직 남성에 비해 나머지 세 고용-성별 집단이 자신의 건강을 더 좋지 않게 평가한다. 둘째, 이러한 건강 격차를 효과적으로 줄일 수 있는 가능성이 높은 자원은 각 집단별로 다르다. 가장 건강을 열악하게 평가한 비정규직 여성에게 효과적일 가능성이 높은 자원은 자녀와의 원만한 관계이다. 비정규직 남성 집단에 효과적일 가능성이 높은 자원은 부모 혹은 형제자매와의 원만한 관계, 낮은 스트레스, 종교활동 참여이다. 마지막으로, 정규직 여성에게 효과적일 가능성이 높은 자원은 대인신뢰이다. 본 연구의 실천적 함의는 건강에 영향을 있는 것으로 알려진 자원을 모든 이에게 무차별적으로 강조하는 것이 아니라 특정 집단의 건강 향상을 위해 특히 효과적인 자원에 초점을 맞춰 개인적 정책적 실천을 도모할 필요성을 제기한 점이다. 현재처럼 계층집단의 차이를 고려하지 않는 일반 대중에 대한 보건 정책은 비효율적일 수 있으며, 낮은 계층의 건강을 위해서는 그들의 여건을 고려한 맞춤형 정책이 필요하다.

핵심단어: 비정규직, 성별, 건강불평등, 주관적 건강

* 이 논문은 2010년도 정부 재원(교육과학기술부 인문사회연구역량강화사업비)으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음(NRF-2010-330-B00141). 이 논문의 초고는 2012년 고려대학교에서 개최된 SSK 공동 학술심포지엄(먹거리와 건강 불평등: 진단과 대안)에서 발표되었다. 토론을 해주신 김중백 교수님께 감사드린다. 또한 본 논문에 귀중한 논평을 해주신 익명의 논평가 세분께 감사드린다.

** 고려대학교 사회학과 조교수(교신저자) | jy21kim@gmail.com

*** 고려대학교 사회학과 교수 | lisook@korea.ac.kr

**** 고려대학교 한국사회연구소 연구교수 | ylasong@dreamwiz.com

***** 고려대학교 사회학과 석사과정 | sinwonsama@naver.com

I. 서론

이 연구는 고용형태와 성별에 따른 건강 불평등 실태를 파악하고 이러한 불평등을 완화시킬 수 있는 건강 자원을 탐색하는데 목적을 둔다. 2011년 8월 통계청 발표에 따르면 현재 우리나라의 노동시장에서 비정규직이 차지하는 비율은 34.2%이며 특히 여성의 비정규직 비율은 42.8%로 훨씬 더 높은 실정이다. 또한 한국노동패널 1~8차 자료분석에 따르면, 비정규직에서 정규직으로 진입한 비율은 3.3%에 불과할 정도로 정규직 노동시장과 비정규직 노동시장은 분절적이다(장지연·양수경, 2007). 비정규직 종사자들은 노동조건의 차별과 저임금, 사회보험의 수혜로부터의 배제, 가족의 빈곤층화를 경험할 가능성이 높고, 정규직에 비해서 실직과 이직을 빈번히 오가며 상시적으로 고용 불안정에 시달리고 있다(고상백·손미아·공정옥·이철갑·장세진·차봉석, 2004).

1990년대 말 본격화된 IMF 경제위기 이후 고용 불안정성과 건강의 관계를 다룬 연구들이 나오고 있고, 비정규직 종사자들이 정규직 종사자들에 비해 건강 취약집단이 될 가능성이 높다는 연구결과를 내놓고 있다. 정규직에서 비정규직이나 실업 상태로 고용지위가 하락할수록 건강 상태(만성질환, 장애 여부, 주관적 건강 평가) 역시 하락하고(박세홍·김창엽·신영전, 2009) 비정규직이나 실업 상태가 장기간 지속될수록 건강은 더욱 악화되는 것으로 보고된다(김일호·백도명·조성일, 2005; 박진욱·한운정·김승섭, 2007). 여성의 비정규직화 현상이 가속화되면서 낮은 고용 지위가 여성의 건강에 어떤 영향을 미치는지에 대한 연구가 요구되고 있다. 가족부양의 의무는 남성이 진다는 고정관념과 노동시장의 성별 분절 구조 때문에 여성들은 주변화 되고 불안정한 저임금 노동이나 근로 형태가 일정하지 않은 비정규직으로 내몰리기 쉽다(Menendez, Benach, Muntaner, Amable, and O'Campo, 2007). 이처럼 여성의 비정규직화가 심화되고 있는 현실이지만 고용 지위가 건강에 미치는 영향을 성별을 고려하여 분석한 연구는 그리 많지 않다.

이런 맥락에서 이 연구는 고용형태와 성별을 동시에 고려한 집단들 사이에서 건강 불평등의 양상을 확인하는 한편, 고용형태-성별에 따른 집단 간 건강 격차를 효과적으로 감소시킬 수 있는 건강 자원을 탐색하고자 한다. 건강이 가장 좋은 것으로 알려진 정규직 남성과 다른 집단들 간 건강의 차이를 효과적으로 줄일 수 있는 건강 관련 자원이 무엇인지 파악하기 위해 본 연구는 네 가지 차원(사회적 관계, 심리적 자원, 활동요인, 의료서비스 이용)을 폭넓게 검토하면

서 특정 집단에게 보다 효과적일 가능성이 높은 자원을 발견하여 정책적 지원의 필요성을 제안할 것이다. 기존 연구들은 고용형태와 성별에 따른 건강의 격차가 존재한다는 점은 확인해 왔으나 그러한 격차를 효과적으로 줄일 수 있는 자원이 무엇인지는 검토한 바가 거의 없다. 본 연구는 이러한 가능성이 있는 건강 관련 자원을 포괄적으로 검토하는데, 연구의 폭이 많이 확장되는 문제에도 불구하고 이처럼 다차원적인 건강 자원들을 포괄적으로 검토하는 이유는 이와 같은 통합적 접근을 사용해야만 어떠한 요인이 더 효과적인지에 대한 상대적 비교가 가능해지기 때문이다.

본 연구가 고려하는 네 가지 차원의 건강 자원들은 사회정책적 개입이나 개인적 실천을 통해 변경이 가능한 상대적으로 유연한 요인들이며, 많은 선행연구들이 건강에 대한 긍정적 효과를 확인해 온 요인들이다(Seeman and Crimmins, 2001). 본 연구의 목적은 특정 건강자원에 대한 이론틀을 가지고 특정 가설을 검증하는 것이 아니라, 건강에 영향을 미치는 것으로 알려진 건강자원들을 포괄적으로 고려하여 고용-성별에 따른 건강 불평등을 보다 효과적으로 완화시킬 가능성이 있는 자원을 발견하는 것 자체를 목적으로 한다. 사회적으로 불리한 위치에 있는 다양한 집단은 서로 차별적인 특성을 갖고 있고, 그에 따라 효과적인 건강자원도 차별적일 가능성이 높으며 이는 경험적 연구를 통해 밝혀질 필요가 있다.

II. 이론적 배경

1. 고용형태, 젠더 및 건강

비정규직은 정규직에 비해서 스트레스를 더 많이 경험하며 직업불안정성이 높을수록 스트레스 지수가 높다(고상백 외, 2004). 특히 고용 불안은 정신적 불안, 우울, 주관적 건강상태 모두에 가장 높은 예측력을 지닌 변수로 보고된다(김왕배 · 이경용, 2005). 15개 유럽 국가들의 근로자 15,146명을 대상으로 고용형태와 건강 상태의 관계를 분석한 연구결과를 보면, 비정규직은 정규직에 비해서 피로나 요통 및 근육통과 같은 건강 상태가 훨씬 좋지 않다(Benavides, Benach, Diez-Roux, and Roman, 2000). 특히 장기간 지속되는 고용 불안정성은 지속적인 건강 악화 요인으로 작용하며, 일시적인 실업이나 실직 경험과 같은 사건보다 더 심각한 건강위해 요인으로 나타난다(Ferrie, Shipley, Stansfeld, and Marmot, 2002). 광범위한 종단 자료를 사용하여 미국 노동시장에서 일시

적인 고용 불안정성과 장기적인 고용 불안의 영향을 비교한 연구를 보면, 후자만이 건강에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타난다(Burgard, Brand, and House, 2009). 이런 국내의 연구결과들은 1990년대 이후 경제위기가 유발한 고용 안정에 대한 불안감이 노동자들의 건강을 훼손시키는 사회심리적 충격이 되고 있을 가능성을 시사한다.

그런데 비정규직의 고용 불안정과 취약한 노동 조건은 남성들보다 여성들의 건강에 더 부정적인 영향을 미칠 가능성이 발견되었다(김일호 외, 2005). 신순철과 김문조의 연구(2007)를 보면 정규직 남성에 비해 비정규직 종사 남성의 건강은 별다른 차이가 없는 반면, 여성의 경우 비정규직 종사자의 건강상태는 정규직 여성에 비해 유의미한 수준에서 좋지 않은 것으로 나타난다. 노동시장에서 여성들이 경험하는 고용 불안정성과 차별적인 대우는 '빈곤의 여성화'를 고착시키는 주된 요인으로 작용함으로써 남성보다 여성의 건강 상태에 더 큰 위협이 되고 있다는 해석도 가능하다. 이처럼 고용형태에 따른 건강의 차이는 성별에 따라 상이하게 나타날 가능성이 있다.

이상의 논의는 고용상태가 인과적으로 건강에 영향을 미칠 것이라는 방향에서의 연구들에 근거한다. 그러나 역으로 건강상태가 고용에 영향을 미칠 수 있다는 사회적 선택론(social selection)을 지지하는 연구도 일부 존재해 왔다. 한 대표적 연구는 육체적 기능의 손상이라는 건강척도를 사용할 때 이러한 건강상태가 전일제 고용여부에 영향을 미침을 종단연구를 통해 밝혀냈다(Ross and Mirowsky, 1995). 이 연구는 또한 주관적 건강을 척도로 이러한 가설을 검토했는데, 주관적 건강은 전일제 고용여부에 유의미한 영향을 미치지 못했다. 이는 고용과 건강의 관계에 대한 사회적 선택론은 특정 건강척도에서는 지지되지 않음을 보여주는데, 본 연구는 주관적 건강 척도를 사용하여 고용과 주관적 건강의 관계를 검토하기에 선택론의 위험은 크지 않다고 여겨진다.

2. 건강 자원에 관한 연구

본 연구는 크게 네 가지 차원에서 건강자원을 분류하였는데, 사회적 관계, 심리적 자원, 활동 요인, 의료서비스 이용이 그것이다. 사회적 관계, 심리적 자원, 의료서비스 이용은 건강행위와 함께 사회계층과 건강의 관계를 매개하는 대표적인 차원으로 논의되어 왔다(Seeman and Crimmins, 2001). 또한 활동요인은 최근 들어 건강에 대한 그 중요성이 부각되고 있는 차원으로, 예컨대 창조적 노동이나 활동은 건강에 큰 이로움을 주는 것으로 밝혀지고 있다(Mirowsky

and Ross, 2007). 아래의 논의들은 이 네 가지 차원에서의 건강자들이 건강에 영향을 미친다는 사회적 인과론을 지지한다. 그러나 앞서 언급하였듯이 건강이 역으로 사회적 관계, 심리적 자원, 활동 요인 등에 영향을 미칠 수 있다는 사회적 선택론의 가능성도 배제할 수는 없다. 본 연구가 활용하는 자료는 횡단자료 이기에 모형을 통해 이 문제를 해결하는 것은 불가능하다. 따라서 선행연구 검토를 통해 이러한 사회적 선택론의 가능성을 확인하였는데, 건강이 이러한 자원에 역으로 영향을 미친다는 연구는 거의 발견할 수 없었다. 네 차원의 다양한 건강자원 중 유일하게 자존감이 기능적 건강에 의해 영향을 받는다는 연구가 존재했다(Reitzes and Mutran, 2006). 이 연구는 자존감과 기능적 건강의 관계가 양방향적임을 밝혔다. 본 연구는 건강척도로 기능적 건강이 아닌 주관적 건강을 사용한다.

1) 사회적 관계와 건강

사회적 관계의 강도와 질은 건강에 영향을 미치는 주요한 요인으로 밝혀지고 있다. 사회적 고립은 유병률과 사망률을 높이는 위험 요인(House, Landis, and Umberson, 1988)인 반면, 사회적 연결망은 건강에 긍정적인 자원으로 평가된다. 기본적으로 배우자와 자녀가 있는 사람들이 그렇지 않은 사람들 보다 신체적 정신적 건강이 더 양호한 것으로 국내에서 보고되고 있다(차승은·한경혜, 2006). 또한 사회적 연결망은 자신의 직업활동을 통제할 수 있는 제람권이 적어 스트레스를 많이 받는 집단과 돌봄 활동 때문에 스트레스를 많이 받는 사람들에게 특히 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고된다(Achat, Kawachi, Levine, Berkey, Coakley, and Colditz, 1998). 사회적 지지 개념은 각 개인에게 도구적, 정서적 지원을 제공하고 있는 사회적 관계가 어느 정도 존재하는지에 대한 것이다(Mirowsky and Ross, 2003). 사회적 지지에 초점을 맞춘 국내 연구들은 사회적 지지가 주관적 건강인식, 우울, 육체적 기능과 같은 다양한 건강 차원에 유의미한 영향을 미치고 있음을 발견하였다(박경혜·이윤환, 2007). 특히 전신현(2007)의 연구는 자녀의 지지가 어머니의 건강에 긍정적으로 작용하고 있음을 밝힌다. 더욱이 다른 한 연구에 따르면, 자녀의 수가 많을수록 기혼 여성노동자의 정신건강이 더 좋은 결과를 보여 자녀가 사회적 지지의 원천이 될 수 있음을 보여준다(박수미·한성현, 2004). 그런데 사회적 관계가 건강에 미치는 효과는 그 관계의 성격에 따라 다를 수 있다. 개인에게 지지와 도움을 제공하는 긍정적인 사회적 관계망이 있는가 하면, 스트레스와 갈등을 가중시키는 부정적인 사회적 관계망이 있을 수 있기 때문이다. 한국 중년기 남녀의 관계망

과 정신건강의 관련성을 분석한 연구(한경혜·김주현·김경민, 2003)를 보면 도움관계망은 남녀 모두에게서 심리적 고통과 연관성을 보이지 않은 반면, 갈등관계망의 크기는 우울의 수준과 비례하는 것으로 나타난다.

2) 심리적 자원과 건강

개인의 통제감(sense of control)이나 자존감(self-esteem)과 같은 심리적 자원들은 정신 건강은 물론 육체적 건강에도 중요한 기능을 하는 것으로 알려져 있다. 특히, 통제감은 건강 행위나 라이프 스타일을 긍정적으로 유지하거나 변화시키는데 큰 영향을 미침으로써 육체적 건강을 위한 중요한 자원이 된다(Mirowsky and Ross, 2003). 통제감은 삶 전반에 걸친 결과물들에 대한 통제 의 원천을 자기 자신 즉 자기 내부에서 찾는 것이다. 또한 자존감이 높을수록, 즉 자신을 긍정적으로 수용하고 가치 있는 인간으로 인지하는 경향이 강할수록 주관적 건강이 좋은 것으로 나타난다(김계하·김현숙·박경숙, 2005). 신뢰는 사회적 관계 속에서 형성되는 개인의 심리적 자원으로 건강과 상관관계를 보인다. 가와치(Kawachi, 1999)의 연구에서 타인에 대한 신뢰 수준이 낮은 집단보다는 높은 집단의 건강이 더 좋은 것으로 나타난다. 지역사회 의 빈곤율과 신뢰 가치와 같은 특성 중 건강 불평등의 결정 요인이 무엇인지 분석한 연구(김형용, 2010)에서 이웃이나 직장동료, 종교단체 교우, 지역사회 경찰, 학교 교사 등에 대한 일반화된 대인 신뢰는 통계적으로 유의미한 변수로 검증된다. 다음으로, 스트레스 역시 주관적 건강 상태에 높은 예측력을 지니는 심리적 변수이다. 사회경제적 지위 요인들이 건강에 미치는 영향을 분석하기 위해 건강 위험 요인들을 포함시킨 김진영의 연구(2007)에서 스트레스 정도가 높아질수록 주관적 건강 상태가 상당히 악화되는 경향을 볼 수 있다.

3) 활동 요인과 건강

여가활동, 자원봉사나 종교활동과 같은 자발적 활동, 노동의 질과 같은 활동 요인들도 건강에 영향을 미친다. 일부 국내 연구들이 여가와 건강의 관계를 조사해왔는데, 그 주된 관심은 여가활동 참여 여부와 건강의 관계(서진교·박장근·서정윤, 1999) 혹은 여가 참여 유형과 건강의 관계(이종영, 1999)에 있었다. 본 연구는 여가 활동의 질을 충족감이라는 측면에서 몇 가지 척도로 측정하고 이러한 활동의 질과 건강의 관계를 검토한다. 종교활동과 건강의 영향에 대해서는 다소 상반된 연구들이 나오고 있다. 스트로브리쥬 등의 연구(Strawbridge, Shema, Cohen and Kaplan, 2001)에서는 정기적인 종교 활동이 건강위해 행위

(음주, 흡연, 운동 부족)를 개선하고 사회적 상호작용을 증가시키고 결혼생활을 안정적으로 유지시켜 정신건강에 긍정적인 효과를 낳는다고 해석된다. 그러나 다른 연구에서는 종교활동보다는 시민단체/정치/지역커뮤니티 조직에의 자발적 참여가 육체적 건강과 정신건강에 긍정적인 영향을 미치는 요소로 나타난다 (Thoits and Hewitt, 2001). 직업위세와 급여 수준 못지않게 자율성이나 창의성과 같은 노동의 질도 건강에 영향을 미치는 것으로 보고된다. 업무수행에 필요한 의사결정이 자발적이고 상부의 감시로부터 자유롭다고 평가할수록, 그리고 자신이 하는 일이 단조롭지 않고 즐거움을 주는 요소가 많고 새로운 것을 배울 기회가 많다고 생각하는 사람일수록 건강 상태가 좋다(Mirowsky and Ross, 2007).

4) 의료서비스 이용

의료서비스에의 접근성과 질은 질병 발생 시 건강의 추가적 악화를 막거나 건강을 회복시키는 측면에서 중요성을 갖는 요인이다. 본 연구가 관심을 갖는 사회계층별 의료서비스에의 접근성과 질의 차이에 대한 국내 연구는 제한적인데, 한 연구결과에 따르면(장동민·문옥륜, 1996), 사회경제적 지위가 낮을수록 의료이용이 많으나, 주된 치료처를 살펴보면 사회계층이 높을수록 고급의료를 이용하는 경향이 큰 것으로 나타나 의료서비스의 질에서는 고소득층이 유리한 것으로 나타났다. 이때 낮은 사회계층의 의료 이용이 많은 것은 그만큼 건강이 좋지 않고 의료이용의 필요가 많기 때문일 수 있다. 따라서 의료서비스의 접근성에 대한 평가는 단순히 이용의 절대적 빈도만으로 연구되기 보다는 필요에 따른 적절한 서비스를 받고 있는가라는 상대적인 평가가 적절하며 본 연구는 이에 대한 주관적 평가 척도를 활용할 것이다. 또한 본 연구는 의료서비스의 질이 중요함을 인식하고 응답자가 최근까지 경험한 의료서비스의 만족도를 총괄적으로 평가하게 하는 주관적 척도를 활용할 것이다.

III. 연구 방법

1. 자료

본 연구는 고려대학교 한국사회연구소가 조사전문기관인 한국갤럽조사연구소

에 의뢰하여 수집한 한국 건강불평등 실태 조사 자료를 이용한다. 본 조사는 서울을 포함한 7개 광역시와 제주도를 비롯한 9개도의 만 18세 이상 주민을 대상으로 실시된 전국 대표 표본에 대한 조사이다. 표본추출은 다단계지역층화확률표집법(multi-stage area probability sampling)과 할당표집(quota sampling)을 병행하였고, 층화 기준은 행정 구역이며 할당 기준은 성과 연령이다. 조사는 2011년에 전문조사요원에 의한 개별 방문 면접조사로 수행되었다. 본 연구는 최종 조사된 인원 2,028명 중 은퇴자, 자영업자, 주부, 학생 등을 제외한, 고용상태가 정규직이나 비정규직인 응답자 738명을 대상으로 한다.

2. 척도

본 연구는 건강을 반영하는 척도로 주관적 건강(self-rated health)을 사용하는데, 이는 전반적인 '신체적 웰빙 상태'를 측정할 수 있는 변수로서 그 타당성과 신뢰성을 인정받고 있으며, 객관적 건강 상태를 나타내는 척도들과 높은 상관관계를 보이는 것으로 알려져 있다(Ross and Bird, 1994; 김윤희·조영태, 2008; 김진영, 2011; 장지연·부가청, 2007). 특히, 의사가 측정한 건강보다 사망에 대한 예측력이 더 좋은 것으로 알려져 있는데(Idler and Benyamini, 1997), 이는 이 척도가 자신의 건강 역사(biography)에 대한 정보를 이용하여 건강 변화 궤적을 효과적으로 예측할 수 있는 척도이기 때문이다(Ferraro and Kelley-Moore, 2001). 이 척도의 잠재적 단점은 특정 집단들이 자신의 주관적 건강 상태를 과장할 가능성이 있다는 점이다. 예를 들어 상류층은 자신의 주관적 건강 상태를 긍정적으로 과장하는 경향이 있음이 발견되기도 했다(Baker and Van Der Gagg, 1993). 그러나 여성이 남성보다 주관적 건강상태를 더 부정적으로 과장하는 경향이 있다는 증거는 별로 없다(Ross and Bird, 1994). 병의원 방문이나 의사로부터 진단을 받을 확률 같은 척도에서는 여성이 더 과장된 결과를 보일 수 있음이 지적되어 왔으나, 주관적 건강 평가라는 척도에서 여성의 건강이 더 좋지 않은 것은 그러한 편이 때문이기 보다는 여성이 실제 건강이 더 좋지 않기 때문임이 발견되었다(Gove and Hughes, 1979). 주관적 건강은 응답자가 스스로 평가한 자신의 전반적인 건강상태로(1 매우 좋음, 2 좋은 편임, 3 좋지도 나쁘지도 않음, 4 나쁜 편임, 5 매우 나쁨), 분석할 때에는 역코딩하여 값이 높을수록 건강상태가 좋음을 의미하도록 하였다.

고용-성별 집단에 따른 건강격차를 줄일 수 있는 잠재적 조절요인으로는 사회적 관계 자원, 심리적 자원, 활동 요인, 의료서비스 요인을 고려하였다. 우선

사회적 관계 자원으로는 친지의 사회적 지지, 친구의 사회적 지지, 배우자와의 관계 원만도, 자녀와의 관계 원만도, 형제와의 관계 원만도, 부모와의 관계 원만도를 고려한다. 사회적 지지는 응답자에게 도움을 주는 친지(가족, 친척)의 지지와 친구(동료, 이웃 등)의 지지로 구분하여 '상황이 어려울 때, 나를 이해해주는, 감정적으로 의지할 만한 사람이 있음,' '진심으로 속을 터놓을 만한 사람이 있음,' '경제적으로 어려울 때, 내게 도움을 줄 만한 사람이 있음,' '집안일을 도와주거나 아이를 돌봐주거나 아플 때, 나를 간호해줄 만한 사람이 있음'으로 각각 측정하였다(1 전혀 그렇지 않음, 2 그렇지 않은 편임, 3 그런 편임, 4 매우 그러함). 각각 4개 항목의 평균을 친지 혹은 친구의 사회적 지지로 사용하도록 하였으며, 신뢰도(Cronbach's α)는 각각 .875, .877이다. 또한 배우자와의 관계 원만도, 자녀와의 관계 원만도, 형제와의 관계 원만도, 부모와의 관계 원만도는 응답자가 관계 각각에 대해 경험하는 갈등 정도를 평가하도록(1 전혀 없음, 2 간혹, 3 때때로, 4 자주, 5 매우 자주) 한 후 역코딩하여 값이 높을수록 관계가 원만함을 나타내도록 하였다.

심리적 자원으로는 통제감, 비경쟁적 가치, 자존감, 대인신뢰, 낮은 생활스트레스가 고려되는데, 통제감(sense of control)은 삶 전반에 대한 통제의 원천을 어디에서 찾느냐와 관련한 6개 항목, '내 성공에 대한 책임은 나 자신에게 있음,' '나는 내가 하겠다고 마음먹은 일은 무슨 일이든 할 수 있음,' '나의 불행은 내가 한 실수에서 비롯된 것임,' '내 실패에 대한 책임은 나 자신에게 있음,' '내게 일어나는 정말 좋은 일들은 대부분 운이 좋은 결과임,' '나는 내게 일어나는 나쁜 일들에 대한 통제력이 별로 없음'으로 측정하였으며(1 전혀 그렇지 않음, 2 대체로 동의하지 않음, 3 대체로 동의, 4 매우 동의), 신뢰도는 .487이다. 비경쟁적 가치는 4개 항목 '타인과의 경쟁에서 이기는 것은 나의 중요한 가치관 중 하나임,' 나는 '경쟁에서 이기기 위해 때때로 무리하게 일함,' '경쟁에서 이기는 것 보다 느긋하고 평화로운 마음을 유지하는 것이 더 중요하다고 생각함,' '경쟁에서 이기는 삶 보다 자기만족적인 삶이 더 가치 있다고 생각함'을 통제감과 같은 4점 척도로 평가하였으며, 신뢰도는 .674이고, 자존감(self-esteem)도 '나는 내 자신에 대하여 긍정적인 태도를 갖고 있음,' '나는 대체적으로 실패한 사람이라는 느낌이 듦,' '나는 내가 다른 사람들처럼 가치 있는 사람이라고 생각함'의 3개 항목을 통제감과 같은 4점 척도로 평가하게 하였고, 신뢰도는 .557이다. 통제감, 비경쟁적 가치, 자존감의 일부 문항은 역코딩하여 값이 클수록 긍정적인 방향을 나타내도록 하여 평균값을 산출하여 사용했으며, 비경쟁적 가치는 주관적 건강과 비선형 관계이므로 분석 시 비경쟁적 가치2(자승)를 추가하였다.

대인신뢰는 5점 척도(일반적으로 사람들을 1 항상 신뢰할 수 있음, 2 대체로 신뢰할 수 있음, 3 반반임, 4 대체로 조심해야 함, 5 항상 조심해야 함)로 평가하게 한 후 역코딩하여 값이 클수록 신뢰가 높음을 나타내도록 하였고, 낮은 생활스트레스는 응답자가 평소에 받는 스트레스 정도에 대해 평가하도록 하였다(1 매우 많이 받음, 2 많이 받는 편임, 3 다소 받음, 4 별로 받지 않음, 5 거의 받지 않음).

활동 요인으로는 여가활동의 질, 노동의 질, 자원봉사 참여, 종교활동 참여를 고려하였는데, 여가활동의 질(나의 여가활동에는 '즐거움을 주는 요소가 많음,' '새로운 것을 배울 수 있는 기회가 많음,' '좋아하는 사람들과 함께 할 수 있는 기회가 많음')과 노동의 질(나의 주된 일(업무, 가사, 학업 등)에는 '즐거움을 주는 요소가 많음,' '새로운 것을 배울 수 있는 기회가 많음,' '내가 좋아하는 사람들과 함께 할 수 있는 기회가 많음,' '단조롭지 않고 복잡함,' '창조적인 요소가 많음')의 평가항목에 대한 신뢰도는 각각 .837, .769이다. 각 항목은 통제감과 같은 4점 척도로 평가하도록 하여 변수로 그 평균값을 사용하였다. 자원봉사 참여와 종교활동 참여는 지난 한 달간 1회 이상 참여한 경우를 각각 더미(dummy)변수로 구분하여 사용하였다.

마지막으로 의료서비스 요인은 본인이 필요시 적절한 의료서비스를 받고 있는가를 총괄적으로 평가하게 하는 주관적인 척도들을 활용한다. 응답자에게 자신이 지난 1년간 받은 전반적인 의료서비스에의 접근성(의료서비스가 필요할 때마다 제때에 서비스를 받을 수 있었음), 의료서비스의 충분성(건강을 위해 필요한 만큼 충분한 의료서비스를 받을 수 있었음), 의료서비스 만족도(의료서비스의 질에 만족함)를 동의 정도를 나타내는 5점 척도로 평가하게 하고, 의료정보 접근성(필요한 의료정보를 얻는 데 어려움이 1 매우 많음, 2 많은 편임, 3 조금 있음, 4 별로 없음, 5 전혀 없음)을 5점 척도로 평가하도록 하였다.

독립변인으로는 고용-성별 집단을 고려하였는데, 성과 고용형태를 이용하여 비정규직 여성, 정규직 여성, 비정규직 남성을 나타내는 세 더미변수를 구성하였으며, 따라서 준거집단은 정규직 남성 집단이다. 통제변인으로는 연령, 교육정도, 배우자 유무가 고려되었는데, 연령변수는 1년 단위 만 연령이고, 교육정도는 공식적인 학교교육의 년수로 측정되었으며, 배우자 유무로는 유배우자를 구분하는 하나의 더미 변수를 사용하였다.

3. 분석모형

본 연구는 OLS회귀분석으로 주관적 건강에 대한 고용-성별 집단의 관계를 구체화하고, 고용-성별 집단과 건강자원의 상호작용을 확인하고자 한다. 주요결과 해석은 상호작용계수를 확인하면 된다. 상호작용계수가 양의 값이면 그 건강자원이 준거집단인 정규직 남성보다 해당 고용-성별 집단에서 주관적 건강을 더 크게 증진시킴을 의미하고, 음의 값이면 해당 고용-성별 집단 보다 정규직 남성에서 주관적 건강을 더 크게 향상시킴을 뜻한다.

본 연구의 목적은 고용과 건강의 관계를 매개하는 요인들을 밝히는 것과 무관하므로 소득 등의 잠재적 매개 요인을 모형에 고려하지 않는다. 매개효과를 밝히는 것이 연구 목적이 아닌 경우 매개요인들은 모형에서 통제되지 않는 것이 바람직하다. 매개요인이 통제되면 원래의 효과가 상당히 감소될 개연성이 크고 그 효과의 의미가 바뀌게 된다. 예컨대, 이 연구에서 소득이 통제되면, 이때 고용의 효과는 소득이 동일한 경우에서의 정규직과 비정규직 간 건강 차이를 의미하게 된다. 정규직과 비정규직 간 건강 불평등을 연구하는데 소득이 동일한 경우로 한정지어 정규직과 비정규직 간 차이를 연구한다는 건 연구의 의미가 매우 협소해 지는 것이다. 따라서 매개요인의 중요성을 밝히려는 목적을 가진 연구가 아니라면 매개요인을 통제하지 않는 것이 바람직한 모형화이다. 고용과 우울의 관계에서 소득 등의 매개요인이 어떤 역할을 하는 지에 대한 연구 모형화의 예는 한 최근 선행연구에서 발견될 수 있다(송이은·김진영, 2012).

VI. 결과 분석

1. 고용-성별 집단별 건강 격차와 건강 자원

〈표 1〉은 고용-성별 네 집단 간 주요 건강자원에서의 차이를 평균값으로 비교할 수 있게 한다. 지면관계상 이후 결과에서 통계적으로 유의미한 상호작용 효과가 발견된 건강 자원만 이 표에 포함시켰다.

<표 1> 고용-성별 집단별 주요 건강자원의 평균차¹⁾

		정규직 남성 ^a	비정규직 남성 ^b	정규직 여성 ^c	비정규직 여성 ^d	응답자 수
배우자	Mean (SD)	4.04 (.71)	3.92 (.96)	3.91 (.83)	3.85 (.94)	457
	F Tukey	1.246				
자녀	Mean (SD)	4.45 (.71)	4.26 (.71)	4.13 (.76)	4.38 (.71)	473
	F Tukey	4.267**		a>c, c<d†		
형제자매	Mean (SD)	4.41 (.71)	4.39 (.75)	4.25 (.75)	4.48 (.71)	716
	F Tukey	2.620*		c<d		
부모	Mean (SD)	4.50 (.66)	4.17 (.95)	4.26 (.76)	4.24 (.91)	553
	F Tukey	5.664***		a>b,c,d		
자존감	Mean (SD)	3.20 (.48)	3.10 (.54)	3.22 (.50)	3.18 (.50)	738
	F Tukey	1.835				
낮은 스트레스	Mean (SD)	2.97 (.91)	2.94 (.88)	2.95 (.75)	3.04 (.95)	737
	F Tukey	.426				
노동의 질	Mean (SD)	2.74 (.55)	2.42 (.55)	2.70 (.51)	2.55 (.56)	738
	F Tukey	13.758***		a>b,d, b<c, c>d†		
종교활동 참여	Mean (SD)	0.22 (.42)	0.23 (.43)	0.37 (.48)	0.35 (.48)	737
	F Tukey					
접근성	Mean (SD)	4.11 (.84)	3.97 (.91)	4.15 (.84)	4.17 (.76)	716
	F Tukey	1.970		a>b†		
만족도	Mean (SD)	3.93 (.79)	3.83 (.90)	3.88 (.78)	3.93 (.84)	713
	F Tukey	.566				
응답자 수		288	162	150	138	738

주: 1) F-test 결과 * P<.05 ** P<.01 *** P<.001; 각 집단 간 차이에 대한 Tukey 검증 결과는 유의수준 .10에서 유의미한 결과만 보고함. 유의수준 .10을 만족시키는 결과는 † 표시 되어 있고, 유의수준 .05를 만족시키는 결과는 아무 표시 없음.

2) 종교활동참여 변수는 이항변수이기에 F-test와 Tukey 검증에 적합하지 않음.

<표 2>는 고용-성별 더미변수들을 이용하여 회귀분석을 수행한 것인데, 인과적으로 고용과 건강에 선행할 가능성이 높은 주요 변인들, 즉 연령, 교육, 배우자 유무를 통제한 다변량 분석이다. 고용-성별의 준거집단은 건강이 가장 좋은 것으로 알려진 정규직 남성이며, 따라서 표에 나와 있는 세 더미변수들의 회귀계수 값은 정규직 남성과 나머지 세 집단 각각과의 건강 격차를 보여준다. 맨

<표 2> 주관적 건강에 대한 회귀분석 결과(비표준화 계수와 표준오차) 및
고용-성별 집단별 예측치

예측변수		주관적 건강 예측치	
연령	-.019*** (.003)		
교육정도	.000 (.011)	비정규직 여성	3.625
배우자유무	.202** (.072)	정규직 여성	3.779
비정규직여성	-.410*** (.086)	비정규직 남성	3.813
정규직여성	-.256** (.081)	정규직 남성	4.035
비정규직 남성	-.222** (.081)		
상수	4.725*** (.225)		
R ²	.130	통제변인들이 평균 수준일 때 예측치	
응답자 수	736		

† P<.10, * P<.05, ** P<.01, *** P<.001

밑줄의 계수는 비정규직 남성이 정규직 남성에 비해 주관적 건강이 .222만큼 낮음을 의미한다. 그 밑줄의 계수는 정규직 여성이 정규직 남성에 비해 주관적 건강이 .256만큼 좋지 않음을 의미한다. 그 밑줄의 계수는 비정규직 여성이 정규직 남성에 비해 .410만큼 좋지 않음을 의미한다. 이러한 격차는 모두 통계적으로 유의미하기에 정규직 남성과 나머지 세 집단 간에 건강 불평등이 존재함을 주장할 수 있다. 추가분석에서 고용형태와 성별이 주관적 건강에 대한 상호작용 효과가 있는지를 검증한 결과 유의미한 상호작용 효과가 발견되지 않았다. 즉 정규직에 비해 비정규직의 주관적 건강이 안 좋은 정도는 성별에 따라 유의미하게 다르지 않았다.

2. 고용-성별 집단별 건강 격차 완화를 위한 효과적 자원

위 결과에서 우리는 정규직 남성 집단에 비해 다른 세 집단의 주관적 건강이 좋지 않은 불평등의 존재를 확인했다. 본 연구의 주요 목적은 주류집단인 정규직 남성과 상대적으로 불리한 위치에 있는 나머지 세 집단 간 주관적 건강의 차이를 효과적으로 줄일 수 있는 가능성이 높은 건강자원을 발견해 내는 것이다. <표 3>은 첫 번째 차원의 건강자원인 사회적 관계에 대한 결과이다. 사회적 관계의 여러 측면을 보여주는 각 변수와 고용-성별 집단 간의 상호작용을 검증한 결과인데, 유의미한 양의 상호작용 효과가 나타나면 이는 그 자원이 정규직 남성보다 불리한 위치에 있는 고용-성별 집단에서 주관적 건강을 더 크게 증진

<표 3> 주관적 건강에 대한 회귀분석(비표준화 계수와 표준오차):
고용-성별 집단과 사회적 관계 변인들의 상호작용 검증

예측변수	모델 1	모델 2	모델 3	모델 4	모델 5
연령	-.019*** (.003)	-.013** (.004)	-.015*** (.004)	-.020*** (.003)	-.014*** (.004)
교육정도	.001 (.011)	-.002 (.013)	.003 (.013)	.001 (.011)	-.003 (.014)
배우자유무	.206** (.072)	.151 (.310)	.387** (.125)	.185* (.073)	.059 (.086)
비정규직여성	-.410*** (.085)	-.336** (.102)	-.336** (.101)	-.435*** (.086)	-.360*** (.098)
정규직여성	-.277** (.082)	-.191† (.098)	-.214* (.105)	-.264** (.082)	-.201* (.085)
비정규직남성	-.190* (.082)	-.231* (.107)	-.193 (.105)	-.210* (.082)	-.140 (.101)
친구로부터의 지지 ^a	.098 (.069)				
비정규직여성×친구 ^a	-.308** (.085)				
정규직여성×친구 ^a	.154 (.130)				
비정규직남성×친구 ^a	.032 (.150)				
배우자와의 관계 원만도 ^a		.100 (.077)			
비정규직여성×배우자 ^a		.222† (.115)			
정규직여성×배우자 ^a		.019 (.121)			
비정규직남성×배우자 ^a		-.014 (.114)			
자녀와의 관계 원만도 ^a			-.030 (.081)		
비정규직여성×자녀 ^a			.284* (.138)		
정규직여성×자녀 ^a			.032 (.136)		
비정규직남성×자녀 ^a			.168 (.120)		
형제와의 관계 원만도 ^a				-.044 (.066)	
비정규직여성×형제 ^a				.163 (.117)	
정규직여성×형제 ^a				.072 (.109)	
비정규직남성×형제 ^a				.350** (.108)	
부모와의 관계 원만도 ^a					.013 (.078)
비정규직여성×부모 ^a					.151 (.118)
정규직여성×부모 ^a					-.034 (.117)
비정규직남성×부모 ^a					.251* (.117)
상수	4.674*** (.223)	4.481*** (.421)	4.271*** (.330)	4.754*** (.227)	4.628*** (.262)
R ²	.148	.121	.145	.147	.071
응답자 수	736	455	471	714	551

^a 이 변수들은 평균으로 중심화 됨

† P<.10, * P<.05, ** P<.01, *** P<.001

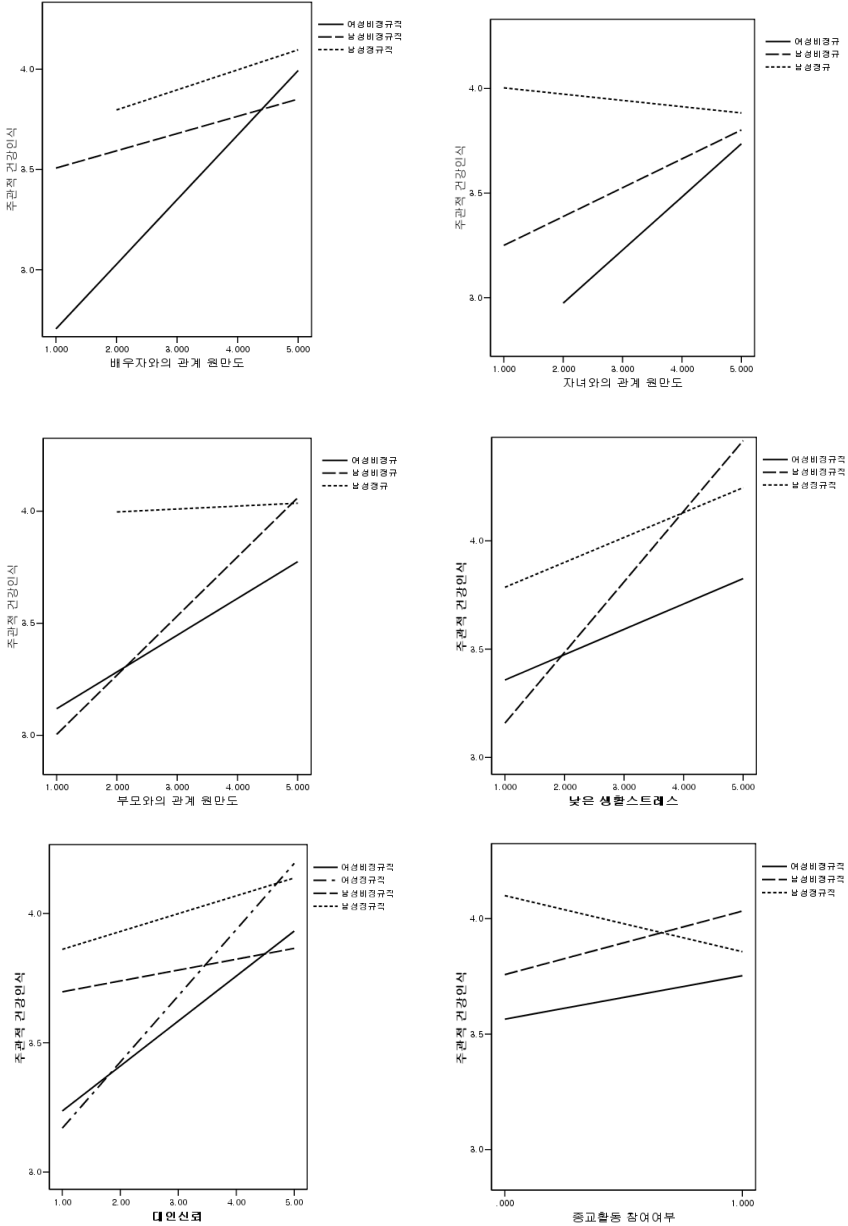
시킬 가능성이 있음을 의미한다. 지면관계상 상호작용 효과가 모두 유의미하지 않은 자원은 표에서 생략되었다. <표 3>의 모델1은 친구로부터의 지지 정도가 고용-성별 집단에 따라 다른 효과를 갖는지 검증한 결과를 보여준다. 비정

규직 여성에 대한 상호작용 변수가 유의미한 음의 값을 보이는데, 이는 친구로부터의 지지가 주관적 건강에 미치는 긍정적 효과가 비정규직 여성에서 보다 정규직 남성에서 .308만큼 더 크다는 의미이다. 친구로부터의 지지는 주류집단인 정규직 남성의 건강에 효과적인 자원일 가능성이 높다. 가능성이라는 표현을 쓰는 것은 본 연구의 자료가 횡단자료이기에 인과관계를 확증하기 어렵기 때문이나, 앞서 이론적 배경 부분에서 언급했듯이 많은 선행연구들이 본 연구의 건강자원들과 건강 간의 인과관계를 지지해 왔다.

〈표 3〉의 모델2는 배우자와의 관계 원만도, 즉 갈등이 얼마나 적은지가 주관적 건강에 미치는 효과에 대한 것이다. 비정규직 여성에 대한 상호작용 변수가 .10 유의수준에서 유의미한 양의 값을 보이며 이는 정규직 남성에서 보다 비정규직 여성에서 배우자와의 관계 원만도가 주관적 건강을 더 크게 향상시킬 가능성을 의미한다. 본 연구는 이처럼 불리한 위치에 있는 집단에 더 효과적인 자원을 찾는 것이기에 이 결과는 이러한 목적에 부합하며, 이를 보다 명쾌히 이해할 수 있도록 그림으로 표현하였다. 그림을 통한 설명이 필요한 또 하나의 이유는 각 자원의 실제적 중요성을 평가하는데 유용하기 때문이다. 〈그림 1〉의 왼편 상단에 있는 그래프는 배우자와의 관계원만도와 고용-성별 더미변수들 간 상호작용 효과를 보여준다. 이 그래프는 〈표 3〉의 모델2에 나와 있는 회귀 계수들을 이용해 건강수준을 예측한 것으로 X축은 배우자와의 관계 원만도의 증가를 보여준다. 세 개의 고용-성별 집단이 각기 다른 모양의 선으로 표현되고 있는데, 정규직 여성 집단은 생략되었다. 정규직 여성에 대한 상호작용 효과는 대인신뢰의 경우를 제외하고는 모두 유의미하지 않았다. 즉 정규직 여성은 정규직 남성 보다 주관적 건강이 좋지 않지만 본 연구의 주요 목적인 자원의 효과란 측면에서는 정규직 남성과 유사하다.

〈그림 1〉의 왼편 상단에 있는 그래프를 해석해보면, 맨 위의 짧은 점선으로 이루어진 회귀선이 정규직 남성의 주관적 건강을 예측한 것이다. 비정규직 남성은 조금 긴 점선으로 이루어진 회귀선으로 표현되는데 그래프에 보이는 바와 같이 전반적인 건강 수준은 정규직 남성보다 조금 낮으며 배우자 관계 원만도의 효과(기울기)는 정규직 남성에서와 유사하다. 비정규직 여성은 실선으로 표현되고 있는데 그림에서처럼 배우자와 매우 자주 갈등을 경험하는 상태일 때, 비정규직 여성의 주관적 건강은 정규직 남성이나 비정규직 남성에 비해 현저히 좋지 않으나 배우자와 갈등이 전혀 없는 상태로 가면 그러한 격차가 거의 사라진다. 이러한 효과의 크기는 실제적인 중요성을 갖는 수준이라 여겨진다. 〈표 2〉에서 비정규직 여성은 정규직 남성 보다 평균적으로 .41만큼 주관적 건강 수

<그림 1> 주요 건강자원과 고용-성별 집단으로 예측된 주관적 건강



준이 낮다. 따라서 어떤 자원이 비정규직 여성의 주관적 건강을 .41만큼 향상시킬 수 있다면 이는 정규직 남성과의 격차를 해소할 만한 중요성을 갖는 자원임을 의미한다. 그래프에서 배우자와의 관계원만도가 가장 낮은 비정규직 여성이 가장 높게 변할 때 주관적 건강은 1이상 증가하고, 비정규직 남성과 건강 수준이 거의 유사해진다. 즉 배우자와의 원만한 관계는 비정규직 여성에서의 주관적 건강을 효과적으로 증진시켜 주류집단과의 건강불평등을 해소해 할 수 있는 중요 요인일 가능성이 높다.

〈표 3〉의 모델3은 자녀와의 관계 원만도를 고려한 결과인데, 비정규직 여성에 대한 상호작용 변수가 유의미한 양의 효과를 보인다. 이 결과도 그림으로 표현되었는데, 〈그림 1〉의 오른쪽 상단에 있는 그래프가 그것이다. 정규직 남성에게 있어 자녀와의 관계는 건강에 별 영향을 미치지 않으나 맨 아래 실선으로 표현된 비정규직 여성을 보면, 자녀와의 관계가 원만할수록 건강이 크게 향상되어 자녀와 갈등이 전혀 없는 수준이 되면 정규직 남성과 건강 차이가 별로 없음을 볼 수 있다. 본 연구의 목적은 상대적으로 불리한 위치에 있는 고용-성별 집단의 건강에 효과적일 가능성이 높은 자원을 발견하는 것까지이지 왜 특정 자원이 특정 집단의 건강에 더 효과적인지를 밝히는 것은 본 연구의 범위를 벗어난다. 더욱이 이를 밝히기 위해 필요한 변수들이 본 자료에는 매우 제한적으로 존재한다. 본 자료에 가용한 대표적 변수들은 심리학적 변수들인데, 몇 개의 심리학적 변수들을 이용한 추가분석 결과, 자존감과 스트레스가 일정하게(약 16%) 그 상호작용 효과를 설명하였다. 비정규직 여성에서 자녀와의 관계가 주관적 건강에 미치는 영향이 더 큰 이유는 자녀와의 관계가 나쁘면 다른 집단에 비해 비정규직 여성의 자존감에 더 큰 손상이 있고 더 큰 스트레스를 느끼는 점과 일정하게 관계되는 듯하다.

〈표 3〉의 모델4는 형제자매와의 관계 원만도를 고려한 결과인데, 이 요인은 비정규직 남성에서 주관적 건강을 보다 증진시킬 가능성을 보이거나 정규직 남성에서는 별 효과가 없음을 확인할 수 있다. 마지막으로 모델5는 부모와의 관계 원만도를 고려한 결과인데, 역시 비정규직 남성에서 주관적 건강을 특히 증진시킬 가능성을 보이는 상호작용 효과가 존재한다. 이러한 양상은 〈그림 1〉의 왼쪽 중단에 있는 그래프에 표현되어 있다. 정규직 남성에선 부모와의 관계 원만도가 증가해도 주관적 건강이 별로 향상되지 않으나 긴 점선으로 표현된 비정규직 남성의 예측선을 보면 주관적 건강이 뚜렷이 향상되어 부모와 갈등이 전혀 없는 5점 수준에서는 두 집단 간 건강의 차이가 완전히 사라짐을 볼 수 있다. 첫 번째 차원의 건강자원인 사회적 관계의 효과에 대한 이상의 결과를

요약하면, 배우자나 자녀와의 관계가 원만한 것은 비정규직 여성의 주관적 건강을 위해 특히 중요할 가능성이 높은 요인이며, 형제자매나 부모와의 관계가 원만한 것은 비정규직 남성의 주관적 건강을 위해 특히 중요할 가능성이 높은 요인임을 확인할 수 있었다.

〈표 4〉는 두 번째 차원의 건강자원인 심리적 자원과 관련된 변수를 고려하여 특정 고용-성별 집단에 효과적인 자원을 탐색한 결과이다. 모델1에서 자존감은 비정규직 여성 변수와 .10 유의수준에서 유의미한 양의 상호작용 효과를 갖는다. 이는 정규직 남성에서 보다 비정규직 여성에서 자존감의 건강에 대한 긍정적 효과가 .292만큼 큼을 의미한다. 즉 자존감은 비정규직 여성의 건강에 특히 효과적인 자원일 가능성이 있다.

〈표 4〉의 모델2는 대인신뢰 정도를 고려하여 건강에 대한 상호작용 효과를 확인한 것인데, 정규직 여성에 대한 상호작용 변수가 유의미한 양의 값을 보인다. 이는 대인신뢰가 높으면 주관적 건강이 향상되는 정도가 정규직 남성에서 보다 정규직 여성에서 유의미하게 높다는 의미이다. 이러한 결과는 〈그림 1〉의 왼편 하단에 있는 그래프에 표현되고 있는데 대인신뢰 수준이 낮을 때는 남성 정규직과 여성 정규직 간 건강 격차가 크나 대인신뢰 수준이 높아지면 그 격차가 사라진다. 이러한 대인신뢰가 정규직 여성의 주관적 건강에 미치는 효과의 크기는 실제적인 중요성을 갖는 수준이다. 그래프에서 대인신뢰가 가장 낮은 정규직 여성이 가장 높게 변할 때 주관적 건강은 1정도 증가하고, 정규직 남성과 건강 수준이 같아진다. 따라서 대인신뢰는 정규직 여성의 주관적 건강에 특히 중요한 심리적 자원일 가능성이 높다.

마지막으로 모델3은 삶에서 느끼는 스트레스의 정도를 변수로 고려하는데 이 변수는 값이 클수록 스트레스가 적은 것이다. 상호작용 효과의 결과를 보면, 비정규직 남성에서 유의미한 양의 상호작용 효과가 나타난다. 스트레스가 적은 것은 정규직 남성에서도 유의미하게 주관적 건강을 향상시키지만, 비정규직 남성에서는 그것 보다 더 큰 효과를 건강에 미친다는 결과이다. 스트레스를 줄이는 것은 비정규직 남성의 주관적 건강을 위해 특히 중요하고 효과적인 요인일 가능성이 높다. 이 결과는 〈그림 1〉의 오른편 중단에 있는 그래프로도 제시되고 있다. 스트레스가 낮아지면 비정규직 남성의 주관적 건강이 급격히 향상되어 정규직 남성과의 건강 격차가 해소됨을 볼 수 있다. 심리적 자원에 대한 이상의 결과를 요약하면, 자존감, 대인신뢰, 스트레스 정도가 상대적으로 불리한 고용-성별 집단의 주관적 건강에 효과적일 가능성이 높은 요인으로 보이나 각각의 상호작용 효과는 특정 집단에서만 나타난다.

<표 4> 주관적 건강에 대한 회귀분석(비표준화 계수와 표준오차):
고용-성별 집단과 심리적 자원 변인들의 상호작용 검증

예측변수	모델 1	모델 2	모델 3
연령	-.019 *** (.003)	-.019 *** (.003)	-.021 *** (.003)
교육정도	-.002 (.011)	.001 (.011)	-.004 (.011)
배우자유무	.162 * (.071)	.182 * (.071)	.179 * (.071)
비정규직여성	-.417 *** (.085)	-.401 *** (.085)	-.424 *** (.084)
정규직여성	-.259 ** (.080)	-.292 *** (.081)	-.259 ** (.080)
비정규직남성	-.203 * (.081)	-.222 * (.081)	-.211 ** (.080)
자존감 ^a	.146 (.096)		
비정규직여성×자존감 ^a	.292 † (.165)		
정규직여성×자존감 ^a	.063 (.160)		
비정규직남성×자존감 ^a	.192 (.150)		
대인신뢰 ^a		.069 (.049)	
비정규직여성×대인신뢰 ^a		.105 (.088)	
정규직여성×대인신뢰 ^a		.187 * (.089)	
비정규직남성×대인신뢰 ^a		-.027 (.081)	
낮은 생활스트레스 ^a			.115 * (.051)
비정규직여성×낮은 생활스트레스 ^a			.002 (.087)
정규직여성×낮은 생활스트레스 ^a			.099 (.100)
비정규직남성×낮은 생활스트레스 ^a			.211 * (.087)
상수	4.753 *** (.222)	4.699 *** (.222)	4.852 *** (.222)
R ²	.158	.154	.170
응답자 수	736	736	735

^a 이 변수들은 평균으로 중심화 됨

† P<.10, * P<.05, ** P<.01, *** P<.001

<표 5>의 결과들은 세 번째 차원의 건강자원인 활동요인을 고려한 결과이다. 모델1은 주된 노동의 질(창조성) 변수와 고용-성별 집단 간의 상호작용 효과를 검증한 것으로 비정규직 남성에서만 그 효과가 일부 나타난다. 유의수준 .10에서 주장될 수 있는 바는 정규직 남성에 비해 비정규직남성에서 노동의 질이 주관적 건강에 더욱 중요하다는 점이다. 창조적인 노동은 비정규직 남성의 주관적 건강을 위해 특히 효과적인 요인일 가능성이 높다. 모델2는 자원봉사 참여 여부 변수를 고려한다. 상호작용 효과의 결과를 보면, 정규직 여성에 대해 .10 유의수준에서 유의미한 양의 상호작용 효과가 있다. 그러나 이 결과는 해석에 주의를 요한다. 정규직 남성에서 자원봉사 참여가 주관적 건강에 미치는 효과

<표 5> 주관적 건강에 대한 회귀분석(비표준화 계수와 표준오차):
고용·성별 집단과 활동 변인들의 상호작용 검증

예측변수	모델 1	모델 2	모델 3
연령	-.019 *** (.003)	-.019 *** (.003)	-.019 *** (.003)
교육정도	-.004 (.011)	.001 (.011)	-.002 (.011)
배우자유무	.205 ** (.072)	.211 ** (.072)	.210 ** (.072)
비정규직여성	-.393 *** (.086)	-.429 *** (.091)	-.535 *** (.103)
정규직여성	-.246 ** (.082)	-.299 ** (.086)	-.308 *** (.098)
비정규직남성	-.153 † (.084)	-.250 ** (.085)	-.342 *** (.092)
노동의 질 ^a	.099 (.086)		
비정규직여성×노동의 질 ^a	.109 (.148)		
정규직여성×노동의 질 ^a	-.045 (.153)		
비정규직남성×노동의 질 ^a	.255 (.143)		
자원봉사참여 ^a		-.356 * (.181)	
비정규직여성×자원봉사참여 ^a		.326 (.270)	
정규직여성×자원봉사참여 ^a		.481 † (.263)	
비정규직남성×자원봉사참여 ^a		.420 (.299)	
종교활동참여 ^a			-.243* * (.113)
비정규직여성×종교활동참여 ^a			.431* * (.182)
정규직여성×종교활동참여 ^a			.233 (.176)
비정규직남성×종교활동참여 ^a			.518 ** (.186)
상수	4.742 *** (.223)	4.736 *** (.226)	4.810 *** (.226)
R ²	.146	.135	.142
응답자 수	736	736	735

^a 이 변수들은 평균으로 중심화 됨

† P<.10, * P<.05, ** P<.01, *** P<.001

가 -.356으로 예상과 달리 봉사활동이 건강과 부적 관계를 보이기 때문이다. 정규직 여성에서 봉사 참여의 효과는 -.356보다 .481이 더 크므로 결국 .125이다. 이 값은 양의 값이긴 하나 통계적으로 유의미하지 않은 수준으로 여겨진다. 결론적으로 자원봉사 참여는 어느 집단에서든 주관적 건강에 긍정적인 효과가 있다고 주장하기 어렵다.

마지막으로 모델3은 종교활동 참여여부 변수를 고려하는데, 비정규직 남성에게 대한 상호작용 효과가 유의미한 양의 값을 갖는다. 정규직 남성에서의 종교활동 효과를 보면 -.243으로 유의미한 음의 값인데, 이는 종교활동이 주관적 건강과 부적 관계를 가짐을 의미한다. 그러나 비정규직 남성의 경우 정규직 남성에서의 효과보다 .518이 더 크므로 결국 종교활동의 효과는 .275이다. 종교활동

<표 6> 주관적 건강에 대한 회귀분석(비표준화 계수와 표준오차):
고용-성별 집단과 의료서비스 변인들의 상호작용 검증

예측변수	모델 1	모델 2
연령	-.018 *** (.003)	-.019 *** (.003)
교육정도	.001 (.011)	.002 (.011)
배우자유무	.164 * (.072)	.163 * (.072)
비정규직여성	-.394 *** (.086)	-.400 *** (.086)
정규직여성	-.246 ** (.082)	-.253 ** (.082)
비정규직남성	-.200 * (.083)	-.221 ** (.083)
의료서비스 접근성 ^a	.058 (.063)	
비정규직여성×의료서비스 접근성 ^a	.070 (.103)	
정규직여성×의료서비스 접근성 ^a	.079 (.100)	
비정규직남성×의료서비스 접근성 ^a	.173 † (.094)	
의료서비스 만족도 ^a		.037 (.061)
비정규직여성×의료서비스 만족도 ^a		.173 † (.101)
정규직여성×의료서비스 만족도 ^a		.155 (.103)
비정규직남성×의료서비스 만족도 ^a		.168 † (.093)
상수	4.683 *** (.228)	4.702 *** (.227)
R ²	.148	.155
응답자 수	714	711

^a 이 변수들은 평균으로 중심화 됨

† P<.10, * P<.05, ** P<.01, *** P<.001

참여 변수의 표준오차 수준이 .113정도 이므로 .275 정도면 유의미한 효과로 볼 수 있다. 즉 비정규직 남성에 있어서는 종교활동이 주관적 건강에 긍정적인 가능성이 높으며, 이는 다른 집단에 비해 비정규직 남성에서 두드러진 현상이다. 이러한 결과는 <그림 2>의 오른쪽 하단에 있는 그래프로 표현되어 있다. 종교활동이 없는 사람들 중에서는 정규직 남성의 주관적 건강이 더 좋지만, 종교활동을 하는 사람들 중에서는 비정규직 남성의 주관적 건강이 정규직 남성 보다 좋음을 볼 수 있다.

<표 6>은 건강자원의 마지막 차원인 의료서비스 이용에 대한 결과이다. 모델1에서는 의료서비스에의 접근성 변수를 고려하는데, 상호작용 효과를 보면

비정규직 남성에 대해 .10 유의수준에서 유의미한 양의 상호작용 효과가 존재한다. 즉 의료서비스에의 접근성이 좋으면 비정규직 남성에서 효과적으로 주관적 건강이 향상될 가능성이 높다. 모델2에서는 받아들인 의료서비스의 질에 만족하는가에 대한 변수를 고려하는데, 비정규직 남성과 여성에 대해 .10 유의수준에서 유의미한 양의 상호작용 효과가 존재한다. 즉 만족할 만한 질의 의료서비스를 받는 것은 비정규직 남녀의 주관적 건강에 효과적인 가능성이 높다.

V. 결론 및 토의

지금까지 네 가지 차원의 건강자원을 고려하여 다양한 요인들이 고용-성별 집단의 주관적 건강에 어떤 영향을 미치는지를 검토하였다. 결과를 요약하면, 첫째, 정규직 남성에 비해 나머지 세 고용-성별 집단의 주관적 건강이 좋지 않다. 둘째, 이러한 건강 격차를 줄일 수 있는 효과적인 자원은 각 집단별로 다를 가능성이 크다. 이는 건강자원의 차원별로도 다를 수 있고, 동일 차원 내에 있는 다양한 측면을 반영하는 변수별로도 다를 수 있다. 사회적 관계의 차원은 비정규직 집단에 효과적일 가능성이 높는데, 배우자/자녀와의 원만한 관계는 비정규직 여성의 주관적 건강에, 부모/형제자매와의 원만한 관계는 비정규직 남성의 주관적 건강에 중요할 가능성이 크다. 심리적 자원 중 자존감은 비정규직 여성의 주관적 건강에, 대인신뢰는 정규직 여성의 주관적 건강에, 낮은 스트레스는 비정규직 남성의 주관적 건강에 효과적일 가능성이 높다. 활동요인의 차원은 비정규직 남성의 건강에 효과적일 가능성이 있는데, 노동의 창조성과 종교활동 참여가 비정규직 남성의 주관적 건강에 효과적일 가능성이 크다. 마지막으로 의료서비스의 차원도 비정규직의 주관적 건강에 효과적일 가능성이 있는데, 의료서비스에의 접근성과 질은 비정규직 남성의 건강에, 의료서비스의 질은 비정규직 여성의 건강에 효과적일 가능성이 있다.

본 연구의 주요 목적은 정규직 남성에 비해 사회적으로 불리한 위치에 있으며 주관적 건강이 더 좋지 않은 세 고용-성별 집단의 건강을 효과적으로 증진시켜 건강 불평등을 완화시킬 수 있는 건강자원을 발견하는 것이다. 결과에서 확인했듯이 각 고용-성별 집단별로 보다 효과적인 건강자원의 후보들이 존재했는데, 그러한 상호작용 효과가 표준 규칙인 .05 유의수준에서 유의미했던 자원만 골라 결과를 정리하면 다음과 같다. 가장 건강이 열악한 비정규직 여성에게 효과적일 가능성이 높은 자원은 자녀와의 원만한 관계이다. 비정규직 남성 집

단에 효과적일 가능성이 높은 자원은 부모 혹은 형제자매와의 원만한 관계, 낮은 스트레스, 종교활동 참여이다. 마지막으로, 정규직 여성에게 효과적일 가능성이 높은 자원은 대인신뢰이다. 본 연구에 포함시키진 않았으나 주관적 건강에 비해 객관성이 강한 건강 지표인 기능적 건강을 이용하여 동일한 분석을 수행한 결과, 본 연구의 주요결과와 상당히 중첩되는 결과를 얻을 수 있었다. 예컨대 비정규직 여성에 효과적일 가능성이 높은 자원은 역시 자녀와의 원만한 관계였고, 비정규직 남성 집단에 효과적일 가능성이 높은 자원은 형제자매와의 원만한 관계와 낮은 스트레스의 경우가 본 연구와 중복된 결과를 보였다.

그렇다면 왜 이러한 건강자원들은 특정 집단에서 더 효과적일 수 있을까? 우선 정규직 여성들에게는 특히 대인신뢰가 건강에 중요할 가능성이 있다. 한국의 기업조직에 여전히 자리 잡고 있는 성차별적 편견을 직장동료들로부터 많이 경험하여 대인신뢰를 상실한 정규직 여성들은 건강에 더 큰 타격을 받을 가능성이 있기 때문이다. 비정규직 여성들의 주관적 건강에는 특히 자녀와의 원만한 관계가 중요한 자원의 역할을 할 가능성이 있다. 비정규직 여성의 삶에서 자녀는 보다 큰 중요성(priority)을 가질 가능성이 있는데 이는 자녀 때문에 비정규직에 근무하게 되었을 가능성이 높기 때문이다. 즉 자녀를 돌보기 위해 과거 정규직 커리어(career)를 포기했거나 애초 시간제 근무를 선택했을 수 있으며 따라서 이들에게 자녀와의 관계는 직업상의 성취보다 더 중요한 의미를 갖는 삶의 요소일 수 있다. 따라서 자녀와의 관계가 원만하지 않을시 비정규직 여성들은 더 큰 건강상의 타격을 받을 가능성이 있다.

비정규직 남성들에게는 부모나 형제자매와의 원만한 관계가 중요한 건강 요인이 될 가능성이 있는데, 부모 부양과 관련한 갈등이나 형제 상호간에 경제적 지원을 둘러싼 갈등의 가능성을 고려할 수 있다. 이러한 갈등은 경제적 능력이 정규직에 비해 상대적으로 부족한 비정규직 남성들에게 더 큰 스트레스 요인이 되어 건강상의 타격이 될 가능성이 있다. 다음으로 낮은 스트레스가 비정규직 남성들에게 더욱 중요한 이유는 정규직 남성에 비해 이들은 스트레스를 해소하는데 요구되는 자원이 부족하고, 스트레스로 인한 타격을 완충하거나 상쇄시켜 줄 자원 역시 상대적으로 부족하기 때문일 수 있다. 이들에게 종교활동 참여도 건강에 도움이 될 수 있는 자원으로 기능할 가능성이 있는데, 종교활동은 별다른 경제적 비용이 소요되지 않는 인적 관계망을 제공할 수 있기 때문에 특히 비정규직 남성들에게 도움이 될 수 있다. 또한 상대적으로 여가활동을 위한 경제력이 부족한 비정규직에게 종교활동은 주일을 즐겁고 충만감 있게 보낼 수 있는 공동체 활동일 수 있다. 비정규직과 관련해서 남녀 공통적으로 특히 중요

한 요인은 가족/친지와 의 원만한 관계인데 이러한 결과는 한국사회에서 비정규직의 건강 향상을 위해서 우선적으로 고려될 필요가 있는 부분이 가족관계 개선일 가능성이 높음을 보여준다.

이상 특정 집단의 건강에 특정 건강자원이 왜 더 효과적일 지에 대한 가설적 설명을 제시하였다. 본 연구의 목적은 특정 고용-성별 집단의 주관적 건강에 더 효과적일 수 있는 자원들을 발견하는 것까지이지 특정자원이 왜 그 집단의 건강에 더 효과적인지를 밝히는 것은 이 연구의 범위를 벗어난다. 양적 연구 방법만으로 이를 밝히는 것은 쉽지 않은데, 무엇보다 이를 설명할 수 있는 변수들이 자료에 없을 가능성이 높기 때문이다. 이를 밝히기 위해선 우선 위에 언급된 가설적 설명을 바탕으로 심층면접을 수행하여 그 가설들의 타당성을 일차적으로 확인한 후, 이를 통계적으로 검증할 수 있도록 척도화를 통해 설문 문항을 만들고 서베이 자료를 수집하여 일반화 여부를 검증하는 식의 후속연구가 필요하다. 본 연구의 자료 혹은 고용과 관련한 다른 자료 역시 이를 검증할 만한 변수들은 매우 제한적으로 존재하기에 이러한 연구 목적에 적합한 자료를 수집하는 후속연구가 요구된다.

비정규직 여성과 정규직 여성에 대해서는 효과적 자원이 하나씩인데 비해, 비정규직 남성에 대해서는 총 네 가지인데, 그렇다면 이들 중 어떤 요인이 더 중요할까? <표 1>을 참고하면 이에 대한 판단 근거가 나오는데, 비정규직 남성이 정규직 남성에 비해 덜 가지고 있는 자원이 더 중요한 자원일 수 있다. 어떤 자원이 비정규직 남성의 건강에 효과적이지만 이미 정규직 남성보다 그 자원을 더 많이 갖고 있다면 실천적 개입으로 거기서 더 자원을 증대시키는 것은 쉽지 않을 수 있다. 비정규직 남성의 건강에 효과적인데, 비정규직 남성이 그 자원을 덜 갖고 있을 때, 실천적 개입이 중요한 역할을 하게 될 가능성이 크다. <표 1>을 보면 비정규직 남성에 효과적인 자원 네 가지 중, 형제자매와의 관계 원만도는 정규직 남성과 비정규직 남성 사이에 별 차이가 없다. 부모와의 관계 원만도를 보면, 정규직 남성에 비해 비정규직 남성의 평균값이 뚜렷이 낮다. 스트레스 정도와 종교활동은 두 집단 간 별 차이가 없다. 요컨대, 부모와의 관계 원만도가 비정규직 남성에게 부족한 건강자원인 동시에 건강에 효과적일 가능성이 높은 요인이다.

방법론적 한계와 관련하여 본 연구는 한 시점에서 조사된 횡단 자료를 분석하기에 독립변인과 종속변인 간의 인과성을 확실히 보장할 수 없다는 문제가 있다. 기존 이론과 선행연구에 기반을 두어 고용이나 건강자원이 건강에 영향을 미치는 인과론이 우세하다고 볼 수 있으나 역으로 건강이 고용이나 일부 건

강자원에 영향을 미치는 선택론의 가능성을 완전히 배제할 수 없다.

본 연구의 한 핵심적 결과는 다양한 건강자원들 중 특정 자원은 특정 집단에만 효과적이거나, 여러 집단에 효과가 있는 경우에도 효과의 크기는 집단별로 다를 가능성이 크다는 점이다. 이러한 결과는 중요한 이론적 실천적 함의를 제공한다. 한 이론적 함의는 특정 건강자원이 보편적으로 건강에 효과적일 것이라는 가정은 잘못된 가정일 수도 있다는 점을 확인한 것이다. 이는 건강에 영향을 미치는 것으로 알려진 자원이라도 그 효과는 집단에 따라 다를 가능성이 크다는 점을 염두에 두고 연구할 필요가 있음을 제시한다. 이러한 결과의 실천적 함의는 건강에 영향이 있는 것으로 알려진 자원을 모든 이에게 무차별적으로 강조하는 것이 아니라 특정 집단의 건강 향상을 위해 특히 효과적인 자원에 초점을 맞춰 개인적 정책적 실천을 도모할 필요성을 확인한 점이다. 현재처럼 계층집단의 차이를 고려하지 않는 일반 대중에 대한 보건 정책은 비효율적일 수 있으며, 의료계의 보편적 권고 사항들은 특정 집단에게는 실질적인 도움이 되지 않을 가능성이 있다. 특히 사회적으로 불리한 위치에 있는 낮은 계층의 건강을 위해서는 그들의 여건을 고려한 맞춤형 정책이 필요하다. 또한 사회적으로 열악한 위치에 있는 계층의 건강 증진을 위해선 보건/의료와 직접적인 관계가 없는 광범위한 사회정책, 기업문화 개선, 사회적 캠페인이 요구될 수 있다.

〈참고문헌〉

- 고상백·손미아·공정옥·이철갑·장세진·차봉석 (2004) “비정규직 근로자들의 직업적 특성과 사회심리적 스트레스” 《대한산업의학회지》 16(1): 103-113.
- 김계하·김현숙·박경숙 (2005) “중년 여성의 가족기능, 자아존중감 및 외로움이 주관적 건강상태에 미치는 영향” 《성인간호학회지》 17(2): 200-207.
- 김왕배·이경용 (2005) “기업 구조조정과 생존자들의 사회심리적 건강” 《한국사회학》 39(4): 70-100.
- 김윤희·조영태 (2008) “지역특성이 취약집단 건강에 미치는 영향 분석” 《한국인구학》 31(1): 1-26.
- 김일호·백도명·조성일 (2005) “비정규직 근로가 건강에 미치는 영향” 《예방의학회지》 38(3): 337-344.
- 김진영 (2007) “사회경제적 지위와 건강의 관계: 연령에 따른 변화를 중심으로” 《한국사회학》 41(3): 127-153.
- _____ (2011) “교육집단별 건강 추세에 대한 분석” 《한국인구학》 34(1): 99-127.

- 김형용 (2010) “지역사회 건강불평등에 대한 고찰: 사회자본 맥락효과에 대한 해석” 《한국사회학》 44(2): 59-92.
- 박경혜 · 이원환 (2007) “노인의 사회적 지지 및 사회활동과 신체기능의 관련성” 《예방의학회지》 40(2): 137-144.
- 박세홍 · 김창엽 · 신영전 (2009) “고용상태 변화가 정신건강에 미치는 영향: 한국복지패널을 이용한 우울감을 중심으로” 《상황과 복지》 27: 79-115.
- 박수미 · 한성현 (2004) “기혼 여성노동자의 건강에 미치는 직업특성과 가족특성” 《한국인구학》 27(2).
- 박진욱 · 한윤정 · 김승섭 (2007) “고용형태의 변화에 따른 건강불평등” 《예방의학회지》 40(5): 388-396.
- 서진교 · 박장근 · 서정윤 (1999) “스포츠 사회학: 여가 스포츠 활동과 사회적 지지 및 심리적 안녕감의 관계: 국가 통계자료 이용” 《한국체육학회지》 38(2): 145-157.
- 송이은 · 김진영 (2012) “고용지위와 우울의 관계: 소득과 사회심리적 자원의 매개효과를 중심으로” 《보건사회연구》 32(1): 228-259.
- 신순철 · 김문조 (2007) “직업과 고용형태가 주관적 건강상태에 미치는 영향” 《보건과 사회과학》 22: 205-224.
- 이종영 (1999) “여가활동 참여에 따른 여가인지와 여가관련 사회지지 및 건강의 관계” 《한국스포츠사회학회지》 11: 227-244.
- 장동민 · 문옥륜 (1996) “의료서비스에 대한 접근성의 형평 분석” 《보건행정학회지》 6(1): 110-143.
- 장지연 · 부가청 (2007) “우리나라 중·노년 인구의 건강상태” 《한국인구학》 30(2).
- 장지연 · 양수경 (2007) “사회적 배제 시각으로 본 비정규 고용” 《노동정책연구》 7(1): 1-22.
- 전신현 (2007) “기혼남녀의 배우자 및 자녀와의 관계와 건강: 성별 차이를 중심으로” 《가족과 문화》 19(3): 105-122.
- 차승은 · 한경혜 (2006) “남녀의 가족 역할 점유와 건강 문제 남녀의 가족 역할 점유와 건강 문제” 《한국인구학》 29(2).
- 한경혜 · 김주현 · 김경민 (2003) “중년기 남녀의 사회적 관계망과 정신건강” 《한국노년학》 23(2): 155-170.
- Achat, H., Kawachi, I., Levine, S., Berkey, C., Coakley, E., and Colditz, G. (1998) “Social networks, stress and health-related quality of life” *Quality of Life Research* 7(8): 735-750.
- Baker, J., and Van Der Gagg J. (1993) “Equity in Health Care and Health Care

- Financing: Evidence from Five Developing Countries” in *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective* edited by VanDoorslaer, E., et al, Oxford University Press.
- Benavides, F. G., Benach, J., Diez-Roux, A. V., and Roman, C. (2000) “How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions” *Journal of Epidemiological Community Health* 54(7): 494 - 501.
- Burgard, S. A., Brand, J. E., and House, J. S. (2009) “Perceived job insecurity and worker health in the United States” *Social Science & Medicine* 69(5):777-785.
- Ferraro and Kelley-Moore (2001) “Self-Rated Health and Mortality Among Black and White Adults Examining the Dynamic Evaluation Thesis” *The Journals of Gerontology* 56B(4): S195-S205.
- Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Stansfeld, S. A., and Marmot, M. G. (2002) “Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviors in British civil servants: the Whitehall II study” *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(6): 450-454.
- Gove, W. R., and Hughes, M. (1979) “Possible Causes of the Apparent Sex Differences in Physical Health: An Empirical Investigation” *American Sociological Review* 44:126-146.
- House, J. S., Landis, K. R., and Umberson, D. (1988) “Social Relationships and Health” *Science* 241: 540-545.
- Idler, E. L., and Benyamini, Y. (1997) “Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies” *Journal of Health and Social Behavior* 38(1): 21-37.
- Kawachi, I. (1999) “Social Capital and Self-Rated Health: A Contextual Analysis” *American Journal of Public Health* 89(8): 1187-1193.
- Menendez, M., Benach, J., Muntaner, C., Amable, M., and O’Campo, P. (2007) “Is precarious employment more damaging to women’s health than men’s?” *Social Science & Medicine* 64(4): 776-781.
- Mirowsky, J., and Ross, C. E. (2003) *Education, Social Status, and Health* N. Y.: Aldyne de Gruyer.
- Mirowsky, J., and Ross, C. E. (2007) “Creative Work and Health.” *Journal of Health and Social Behavior* 48(4): 385-403.

- Reitzes, D. C., and Mutran, E. J. (2006) "Self and Health: Factors that Encourage Self-esteem and Functional Health" *The Journals of Gerontology* 61(1): S44-S51.
- Ross, C. E., and Bird, C. E. (1994) "Sex Stratification and Health Lifestyle: Consequences for Men's and Women's Perceived Health" *Journal of Health and Social Behavior* 35(2): 1059-1078.
- Ross, C. E., and Mirowsky, J. (1995) "Does Employment Affect Health?" *Journal of Health and Social Behavior* 36:230-243.
- Seeman, T. A., and Crimmins, E. (2001) "Social Environment Effects on Health and Aging: Integrating Epidemiologic and Demographic Approaches and Perspectives" *Annals of the New York Academy of Sciences* 954:88-117.
- Strawbridge, W. J., Shema, S., Cohen, R., and Kaplan, G. (2001) "Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships" *Annals of Behavioral Medicine* 23(1): 68-74.
- Thoits, P. A., and Hewitt, L. N. (2001) "Volunteer Work and Well-Being" *Journal of Health and Social Behavior* 42(2): 115-131.

The Disparities in Subjective Health by Employment Form and Gender: Focusing on the Interaction Effects with Health Resources

Jin-Young Kim · In-Sook Lim · Yea-Li-A Song · Sinn-Won Han

Employment form and gender as stratification factors may generate health disparities in Korea. Previous studies have examined the existence of health disparities by employment form and gender. However, few studies examined how the health disparities can be reduced effectively. This study intends to confirm the existence of health disparities between employment-gender groups and explore the effective health resources which can reduce the possible disparities. Using a national probability sample of Korean adults collected in 2011, we attempt to test the interaction effects between employment-gender groups and health resources on self-rated health. For health resources, 24 variables of five dimensions (social relationship, psychological resource, activity factor, health behavior, and usage of medical service) are taken into account. In results, first, the health levels of the other three employment-gender groups are worse than that of male-regular workers. Second, the effective health resources which can reduce the health disparities are different across the employment-gender groups. An effective health resource for female-nonregular workers is a peaceful relationship with her children. Effective health resources for male-nonregular workers are peaceful relationships with his parents and siblings, low stress, religious activity, and exercise. An effective health resource for female-regular workers is interpersonal trust. These results imply that personal or social interventions for health of specific disadvantaged groups need to focus on specific resources which are more effective for the groups.

Key Words: Non-regular workers, Gender, Health inequality, Self-rated health