

직업과 종사상의 지위를 기준으로 구분한 사회계층에 따른 건강수준의 차이

Differences and Inequalities in Health Status among Social Class
Classified by Occupation and Job Status

박 은 옥* · 송 효 정*

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

우리나라 인구집단의 건강수준은 지난 세기 동안 괄목할만하게 향상되었다. 그러나 사회계층이나 성별 혹은 연령별 건강수준에 있어서 상당한 차이와 불평등이 존재한다. 저소득층이 다른 집단에 비해 더 건강하지 않다는 것은 잘 알려져 있다. 사회계층이 낮을수록 사망률이 높고(Jewson, 1997), 유병률이 높다(Son, 2002). 질병양상이 급성질병 위주에서 만성질환 위주로 바뀌면서 건강행위가 개인의 건강에 미치는 영향은 더욱 중요해졌는데, 사회계층은 건강위험행위와도 관련이 있어 사회계층이 낮을수록 건강위험행위를 더 많이 하는 것으로 나타나고 있다(Power & Matthews, 1997; Yoon et al., 2000). 이러한 맥락에서 사회경제적 환경이 건강에 미치는 영향은 더 중요하게 부각되고 있다.

사회계층에 따른 건강불평등에 대한 설명은 조작된 사실로서, 혹은 사회적 선택과정으로서, 물질적 결핍으로 인하여, 그리고 문화적/행동적 차이로 설명하고 있다(Townsend & Davidson, 1988). 즉, 빈곤층이 중산층에 비해 건강하지 못한 것은 계급간 건강불평등이 몹시 복잡하기 때문에 실제로 좋아지고 있는지 나빠

지고 있는지 파악하기가 어렵다고 주장하면서, 사실이 아니고 인위적으로 조작된 것일 가능성을 제기하고 있다. 사회적 선택과정으로 설명하려는 시도는 건강상태가 양호한 사람들은 상위계층으로 이동하고, 건강상태가 좋지 않은 사람들은 낮은 계급으로 전락하기 때문에 계층 간 건강수준의 차이가 발생하였다고 보는 것이다. 물질적 결핍으로 보는 시각은 건강유지에 필요한 물질적 자원이 부족하여 건강수준의 차이가 발생한다고 보는 입장인데, 이는 저소득층의 사람들이 유병률이 높음에도 불구하고 의료서비스 이용수준이 낮다는 점에서 어느 정도 설득력을 가지고 있다(Lee, 1996). 문화적 결핍으로 보는 설명은 저소득층이 건강에 대해 무관심하고, 생활양식이나 동기의 측면에서 미래지향적이지 않으며, 질병치료에 소극적으로 반응하는 등 그들만의 문화와 규범으로 인해 건강불평등이 발생한다고 보는 것이다. 이 또한 건강행위실천정도나 치료의 순응도에서 계층간 차이가 난다는 연구결과를 통해 어느 정도 지지되고 있다(Yoon et al., 2000).

우리나라의 사회계층에 따른 건강수준 또는 건강행위에 관한 연구를 보면, 사회계층은 직업(Son, 2002; Yoon et al., 2000), 소득수준(Lee, 1996; Son, 2002), 교육수준(Son, 2002) 혹은 주거형태(Lee & Yoon, 2001)를 고려하여 구분하고 있다. 반면, 영국에서는 보건의료분야에서 직업을 기준으로 사회계층을

* 제주대학교 의과대학 간호학과

구분하고 이용하고 있다(Jewson, 1997).

직업을 기준으로 사회계층을 구분하는 경우 직업이 없는 사람에 대해서는 분석에서 제외될 수 있다. 그런데, 취업여부 자체가 건강수준과 관련이 있어, 취업자가 비취업자에 비해 건강하다는 것이 여러 연구에서 일관되게 보고되었다(Park, 1995; Rasky, Stronegger & Freidl, 1996; Ross & Mirowsky, 1995; Stronks, Van De Mheen, Van Den Bos & Mackenbach, 1997) 이렇게 취업상태는 건강수준과 연관이 있을 뿐만 아니라 취업상태는 사회경제적 수준과도 관계가 있다. 한 연구에서는 소득수준과 건강수준의 관계는 취업상태와 건강수준의 관계에 의해 상당부분 설명이 된다고 하였다(Stronks et al., 1997). 따라서 취업상태는 그 자체로 건강에 중요한 변수라고 할 수 있다. 이에 따라 비취업자를 하나의 집단으로 구분하고, 취업자에 대해서는 직업의 종류와 종사상의 지위에 따라 사회계층을 구분하여 건강수준을 비교해보고자 한다. 이러한 연구는 사회계층별 건강불평등의 정도에 대한 이해를 도와줌으로써 건강불평등의 극복을 통해 인구 전체집단의 건강을 향상시키고자 하는 정책개발에 기초자료가 될 것으로 사료된다.

II. 연구 방법

1. 연구자료 및 연구대상자

본 연구는 1999년도에 통계청에서 실시한 사회통계조사의 원자료를 이차분석하였다. 사회통계조사는 1999년 10월 17일-26일 사이에 실시되었으며, 전국의 약 30,000가구를 층화 확률계통추출방법으로 표본 추출하여 면접조사하였고, 면접이 불가능한 경우에는

자가보고식으로 기입하도록 하였다. 본 연구에서는 원 자료에서 대상자의 연령이 20세 - 64세의 성인인면서 학생이 아닌 경우로 제한하였고, 최종적으로 분석에 포함된 대상자 수는 52,100명이었다.

2. 분석자료

1999년 사회통계조사 자료 가운데 본 연구를 위해 분석에 이용된 자료는 다음과 같다. 먼저 '지난 일주간 활동상태'에서 취업이라고 응답한 사람은 '취업'으로, 구직, 육아, 가사, 기타 등으로 응답한 사람은 '비취업'으로 구분하였다. 직업의 종류와 사회계층 및 건강수준과 관련성이 있는 것으로 알려진 성, 연령, 교육정도, 결혼상태, 주택소유여부를 분석에 이용하였다. 건강수준은 2주간 유병여부와 건강에 대한 주관적 평가를 포함하였다.

3. 사회계층의 구분

사회계층을 구분하는 방식은 여러가지가 있지만, 영국에서는 건강에 관한 공식적인 자료를 수집할 때 직업에 따라 사회계층을 구분하는 방식을 오랫동안 사용해 왔는데(Jewson, 1997), 본 연구에서는 직업에 대한 자료가 통계청의 표준직업분류상 대분류로 구분되어 있어서 영국에서 사용하고 있는 방식대로 직업에 따른 계층을 구분하기가 어려웠다. 본 연구에서는 직업의 종류와 종사상의 지위를 고려하여 <Table 1>과 같이 사회계층을 구분하였다. 상용근로자를 기준으로 사회계층I은 입법공무원과 전문직을, 사회계층II는 기술공 및 준전문가, 사무직인 경우, 사회계층III은 서비스 근로 및 시장판매근로자, 사회계층IV는 '기능원 및 관련 기능근

<Table 1> Classification of social classes

Occupation	Employment status		
	Employer	Self-employer/ Full-time employee	Part-time employee/ Non paid family worker
Legislator, Senior official, manager Professionals	Class I		Class II
Technicians, intermediate professionals Clerks	Class I	Class II	Class III
Service and sales workers Craft and related trades workers	Class II	Class III	Class IV
Machine operators and assemblers Agricultural, forestry and fishery workers	Class III	Class IV	Class V
Unskilled labor workers	Class IV	Class V	
Unemployed	Class VI		

로자, '장치기계 조작원 및 조립원'이, 사회계층V에는 농업 및 어업숙련근로자와 단순노무직 근로자가 포함되었다. 동일 직업을 기준으로 고용주인 경우 사회계층을 다섯개의 범주 내에서 한 단계씩 상승시켰고, 임시적이거나 일용직, 무급가족종사자인 경우에는 한 단계씩 낮추는 방식을 택하였다. 직업에 따른 사회계층과 비취업자의 건강수준을 비교하기 위해 직업이 없는 경우는 사회계층 VI로 따로 구분하였다.

4. 분석방법

대상자의 일반적 특성에 대해서는 빈도와 백분율을 산출하였고, 일반적 특성에 따라 사회계층 분포의 차이를 검정하기 위해서는 Chi-square test를 실시하였다. 사회계층별 건강수준을 비교하기 위해서 2주간 유병여부와 건강에 대한 자가평가에 대해 Chi-square test를, 건강에 대한 자가 평가는 5점 likert 척도로 측정된 건강에 대한 자가 평가는 평균과 표준편차를 산출하였고, 사회계층 집단 간 건강수준의 차이가 유의한지에 대해 ANOVA를 실시하고, Duncan 사후비교를 하였다. 성, 연령, 교육수준과 같은 변수를 보정한 후에도 사회계층 간 건강수준의 차이가 있는지를 파악하기 위해 GLM 분석을 하였다. 본 연구에서 모든 분석은 SPSS Window v10.02를 이용하였다.

III. 연구 결과

연구대상자의 인구학적 특성에 따른 분포를 보면 (Table 2), 여성이 52.0%, 남성이 48.0%였고, 연령집단은 30-39세군이 28.7%로 가장 많았고, 20-29세군이 20.8%로 다른 집단에 비해 적은 편이지만, 각 연령집단이 20-30%로 고루 분포되어 있었다. 교육수준을 보면 고졸 학력인 경우가 42.6%로 가장 많았고, 중졸 이하의 학력이 32.5%, 전문대졸 이상의 학력을 가진 경우가 24.9%로 나타났다. 혼인상태를 보면 배우자가 있는 경우가 76.3%였고, 미혼이거나, 사별 및 이혼으로 배우자가 없는 경우는 23.7%였으며, 자기 집을 소유하고 있다고 응답한 경우는 66.0%, 그렇지 않은 경우는 34.0%였다. 사회계층에 따른 분포를 살펴보면 제 1군에 해당하는 경우는 5.3%, 제 2군은 12.5%, 제 3군은 12.1%, 제 4군은 17.8%, 제 5군은 23.6%였으며, 무직으로써 제6군으로 분류된 경우

는 28.6%로 나타났다.

인구학적 특성에 따라 사회계층별 분포를 살펴보면, 여성에 비해 남성은 제1군 및 제 2군의 비율이 높게 나타났고, 여성은 제 6군의 비율이 약 42%가 되었다. 연령집단별로는 40-49세군에서 다른 연령집단에 비해 제 1군에 해당하는 비율이 가장 높았고, 20-29세 연령군은 제 2군에 해당하는 비율이 더 높게 나타났다. 교육수준에 따른 사회계층의 분포는 다른 특성에 비해 더 큰 차이를 보이고 있는데, 전문대졸 이상인 경우에 제 1군 및 제2군에 속하는 비율이 약 48%로 거의 절반을 차지하고 있다. 유배우자인 경우에, 자기집을 소유하고 있는 경우에 제1군 및 제2군에 속하는 비율이 다소 높게 나타났다. 성, 연령, 교육수준, 혼인상태 및 자기집 소유여부에 따른 사회계층의 분포는 유의한 차이가 있었다($p < .000$).

사회계층별로 2주간 유병 여부를 살펴보면 (Table 3), 대상자 중 20.5%가 지난 2주간 아픈 적이 있다고 응답하였는데, 사회계층1군에서는 14.6%가, 사회계층 5군에서는 21.8%가 그렇다고 응답하여 사회계층이 낮을수록 2주간 유병율이 높게 나타났고, 취업을 하지 않은 군에서 25.6%로 어떤 직업이라도 있는 군에 비해 2주간 유병율이 더 높았으며, 이러한 비율의 차이는 통계적으로 유의하였다.

건강에 대한 주관적 자가평가를 살펴보면, 사회계층이 낮을수록 '건강하지 않다'와 '아주 건강하지 않다'에 응답한 비율이 더 높아짐을 알 수 있다. 사회계층 1군에서는 7.4%가 건강하지 않은 것으로 응답하였고, 사회계층 5군에서는 22.2%가, 직업이 없는 사회계층 6군에서는 27.1%가 건강하지 않다고 응답하였으며 통계적으로도 유의한 것으로 나타났다. 아주 건강하다는 1점—아주 건강하지 않다는 5점 Likert로 측정하였을 때, 사회계층 1군의 평균은 2.42였고, 제 2군은 2.48, 제 3군은 2.64, 제 4군은 2.68, 제 5군은 2.81, 제 6군은 2.94로 사회계층이 낮을수록 건강에 대한 자기 평가도 더 좋지 않았으며, 이러한 차이는 통계적으로 유의하였고, 사회계층에 따른 건강수준의 평균에 대해 Duncan 사후 비교를 실시한 결과, 모든 집단의 건강수준이 각각 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

성, 연령, 교육수준을 보정한 후의 사회계층별 건강수준은 사회계층 1군은 2.58, 2군과 3군은 2.64, 4군과 5군은 2.68이었고, 비취업자인 제6군은 2.91로 전체적으로 집단간 평균의 차이가 감소하였고, 특히 2군

<Table 2> Demographic characteristics of subjects

Demographic characteristics		total %	N	Row total %	SC I	SC II	SC III	SC IV	SC V	SC VI	X ²	p
Sex	female	52.0	27105	100.0	2.3	8.1	11.8	14.9	21.0	41.9	5730.24	.000
	male	48.0	24995	100.0	8.5	17.3	12.4	21.0	26.4	14.3		
Age	20-29	20.8	10820	100.0	3.6	18.8	15.2	17.6	12.9	31.9	3861.64	.000
	30-39	28.7	14963	100.0	6.0	15.8	12.1	19.7	18.8	27.7		
	40-49	25.7	13376	100.0	6.7	11.4	13.0	21.7	24.4	22.7		
	50-64	24.8	12941	100.0	4.5	4.7	8.6	11.8	37.2	33.2		
Education	-middle	32.5	16914	100.0	0.4	1.8	9.1	17.4	42.1	29.2	15130.40	.000
	high school	42.6	22192	100.0	1.9	10.9	13.2	23.5	19.7	30.9		
	college	24.9	12989	100.0	17.6	29.3	14.2	8.6	6.2	24.1		
Marital status	Married	76.3	39778	100.0	5.8	11.2	11.1	17.6	24.5	29.8	584.95	.000
	Unmarried	23.7	12322	100.0	3.7	16.6	15.5	18.5	20.7	24.9		
House	no	34.0	17689	100.0	4.2	12.2	13.7	20.9	20.2	28.8	393.26	.000
	possession	66.0	34411	100.0	5.9	12.7	11.3	16.2	25.4	28.6		
Total N			52100		2763	6519	6316	9289	12290	14923		
Total %		100.0		100.0	5.3	12.5	12.1	17.8	23.6	28.6		

<Table 3> Health status by social class

Demographic characteristics		total %	N	SC I	SC II	SC III	SC IV	SC V	SC VI	X ²	p
Total N		100.0	52100	2763	6519	6316	9289	12290	14923		
Disease during the past 2 weeks	Yes	20.5	10691	14.6	14.7	18.4	18.0	21.8	25.6	495.22	.000
	No	79.5	41409	85.4	85.3	81.6	82.0	78.2	74.4		
Self-assessed health status	very healthy	5.4	2819	8.8	7.8	6.1	5.5	4.8	3.9	2339.88	.000
	healthy	36.2	18842	48.6	45.5	39.0	37.4	33.8	29.8		
	not bad, not good	39.5	20590	36.3	38.4	40.8	41.7	39.2	39.2		
	unhealthy	16.7	8675	7.0	8.0	13.1	14.4	20.3	22.1		
	very unhealthy	2.3	1174	0.4	0.4	1.0	1.1	1.9	5.0		
	Mean*		2.74		2.42a	2.48b	2.64c	2.68d	2.81e		
S.D		0.88		0.76	0.77	0.82	0.82	0.88	0.93	p=.000	
Ad mean**				2.58	2.64	2.64	2.68	2.68	2.91	F=50.85	
S.E				0.06	0.04	0.02	0.02	0.02	0.01	p=.000	

* Duncan 사후 검정 결과는 문자로 표시함. 동일문자가 아닌 경우 집단간 차이가 유의함.

** Adjusted mean

과 3군, 4군과 5군의 차이가 현저히 감소하여 동일한 건강수준을 나타내었다.

IV. 논 의

영국의 경우 사회계층에 따른 건강불평등에 대한 연구도 활발하게 이루어졌고, 사회계층에 따른 건강불평등의 연구에서 직업을 기준으로 하는 것이 일반적이던데 비해, 국내에서는 건강불평등에 대한 관심이 비교적 최근의 일이고, 사회계층의 구분에 있어서도 각 연구마다 다른 기준을 적용하고 있어 아직은 일관성이 없는 실정

이다.

영국의 The Registrar General Classification of Occupational Classes는 6개의 직업군으로 구분되어 있는데, 직업이 있는 남성의 경우는 자신의 직업으로 사회계층이 구분되지만, 배우자가 있는 여성의 경우에는 남편의 직업에 따라 사회계층을 구분하고 있어 여성의 사회계층을 제대로 반영하지 못하고(Jewson, 1997), 종사상의 지위에 대한 고려가 없기 때문에 같은 직업군 내에서도 보수 등의 측면에서 편차가 클 수 있다는 단점이 있다(Jewson, 1997) 본 연구에서는 남녀 모두 자신의 직업에 따라 사회계층을 구분하고,

종사상의 지위를 고려함으로써 이러한 단점을 극복하고자 하였다. 그럼에도 불구하고, 한국표준직업분류는 대분류, 중분류, 소분류로 구분되어 있지만, 통계청 사회통계조사의 원자료에서는 10개의 직업대분류에 따른 직업만을 알 수 있고, 이러한 대분류가 사회계급을 분류하기 위해서 고안된 것이 아니기 때문에 이 직업정보를 이용해서 사회계급을 분류하는 것에는 일정정도 한계가 있다. 따라서 향후 직업과 종사상의 지위를 고려한 사회계층 분류법에 대한 연구가 이루어져야 할 것으로 보인다. 직업과 종사상의 지위에 따른 사회계층 집단별 건강수준의 차이는 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다. 이러한 차이는 성, 연령, 교육수준을 보정하기 전에는 5개의 집단이 모두 각각 건강수준이 차이가 있는 것으로 나타났는데, 이들 변수를 보정한 후에는 사회계층 2군과 3군의 건강수준 차이가 없어졌고, 사회계층 4군과 5군의 건강수준 차이도 없어졌지만, 여전히 사회계층이 낮을수록 건강수준이 낮다는 것은 유의하였다.

직업을 기준으로 사회계층을 구분함은 비취업자에 대해서는 사회계층을 구분할 수 없음을 의미한다. 그런데, 실업상태는 직접적으로 건강수준에 영향을 주기도 하고, 소득감소, 지위상실, 자진감상실, 규칙적인 생활 및 사회적 지지의 상실 등과 같은 요인으로 인해 간접적으로 건강수준에 영향을 주기도 한다(Rasky et al., 1996). 이에 따라 본 연구에서는 비취업자를 하나의 집단으로 구분하여 직업을 기준으로 구분한 여타의 사회계층 집단과 건강수준에 차이가 있는지에 대해서도 검토하였다. 그 결과는 비취업자가 다른 사회계층의 건강수준과 비교할 때 가장 건강수준이 좋지 않은 것으로 나타났다. 취업상태와 건강수준 모두에 관계가 있는 성, 연령, 교육수준 등을 보정한 후에도 여전히 다른 집단에 비해서는 건강수준이 낮다. 이러한 결과는 비취업자가 건강상 가장 불리한 위치에 있음을 의미하는 것으로 해석할 수 있으며, 비취업자를 겨냥한 건강관리대책이 필요하다고 판단된다.

취업자 중에서는 사회계층 4군과 5군의 건강수준이 가장 좋지 않은 것으로 나타났는데, 사회계층 VI군은 주로 기능원 및 관련 기능근로자, 장치기계조작원 및 조립원이고, 사회계층V 군은 농업 및 어업 숙련근로자와 단순 노무직에 종사하는 사람들이다. 본 연구는 사회계층 간 건강수준의 차이를 밝혀냈다는 점에서 의의를 찾을 수 있다. 향후 사회계층간 건강불평등을 완화

시키기 위한 노력이 이루어지기를 기대하며, 특히 사회계층 4군과 5군에 해당하는 직업종사자들에 대한 건강실태를 보다 자세히 파악하고, 그 결과에 기초하여 산업간호전략을 모색할 필요가 있다고 본다. 또한 비취업자에 대한 건강관리 및 건강증진 전략을 모색해야 한다고 생각한다.

V. 요약 및 결론

본 연구는 직업에 따라 사회계층을 구분하고, 비취업자를 하나의 집단으로 구분하여 사회계층별로 건강수준을 비교함으로써 사회계층에 따른 건강불평등의 이해를 도모하고자 시도되었다. 1999년도에 통계청에서 실시한 사회통계조사의 원자료 중 20-64세 성인이며, 학생이 아닌 52,100명을 분석대상으로 삼았고, 취업자의 경우 직업과 종사상의 지위를 고려하여 사회계층 I - 사회계층 V로 구분하였고, 비취업자는 사회계층 VI으로 하였다. 사회계층간 건강수준에 차이가 있는지를 파악하기 위해 SPSS Window v10.02를 이용하여 Chi-square test와 ANOVA 및 GLM 검정을 실시하였다.

분석결과 사회계층이 낮을수록 2주간 유병률이 높게 나타났고, 자신의 건강을 건강하지 않다고 여기는 비율이 높았으며, 통계적으로도 유의하였다. 자신의 건강평가에 대한 사회계층별 평균값은 모든 집단의 건강수준이 각각 모두 유의한 차이를 보였는데, 성, 연령, 교육수준을 보정한 후에는 사회계층 1군은 2.58, 2군과 3군은 2.64, 4군과 5군은 2.68이었고, 비취업자인 제6군은 2.91로 전체적으로 집단 간 평균의 차이가 감소하였고, 특히 2군과 3군, 4군과 5군의 차이가 현저히 감소하여 동일한 건강수준을 나타내었다.

위의 결과를 토대로 비취업자를 위한 건강관리 방안과 기능직, 단순노무직, 농업업 종사자를 위한 산업간호전략을 개발할 것을 제안한다.

References

- Jewson, N. (1997). Inequities and differences in health. In S. Taylor & D. Field (Eds.), *Sociology of health and health care*. London: Blackwell science.
- Lee, K., & Yoon, H. (2001). Relationship

- between inequalities in health and inequalities in socioeconomic status. *The Journal of Korean Community Nursing*, 12(3), 609-619.
- Lee, S. (1996). *A study on the differentials in level of health status and health care utilization by income class*. Unpublished Master, Seoul National University, Seoul.
- Park, E. (1995). Effects of employment and marital status on health status of women and men. *The J. of Korean Community Nursing*, 6(1), 84-97.
- Power, C., & Matthews, S. (1997). Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet*, 350, 1584-1589.
- Rasky, E., Stronegger, W.-J., & Freidl, W. (1996). Employment status and its health-related effects in rural Styria, Austria. *Preventive Medicine*, 25, 757-763.
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1995). Does employment affect health? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 230-243.
- Son, M. (2002). The relationship of social class and health behaviors with morbidity in Korea. *Korean Journal of Preventive Medicine*, 35(1), 57-64.
- Stronks, K., Van De Mheen, H., Van Den Bos, J., & Mackenbach, J. P. (1997). The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology*, 26(3), 592-600.
- Townsend, P., & Davidson, N. (1988). *Inequities in health: The black report/the health divide*. Penguin: Harmondsworth.
- Yoon, T., Moon, O., Lee, S., Jeong, B., Lee, S., Kim, N., et al. (2000). Differences in health behaviors among the social strata in Korea. *Korean Journal of Preventive Medicine*, 33(4), 469-476.

- Abstract -

Differences and Inequalities in Health Status among Social Class Classified by Occupation and Job Status

Park, Eun-Ok* · Song, Hyo-Jeong*

Purpose: To investigate difference in health status by social classes in Korea through second analysis the 1999 Social Statistic Survey raw data performed by National Statistic Office. **Method:** 52,100 subjects were 20-64 years old and students were excluded. Health status was measured self-rated health and disease prevalence past 2 weeks. Social classes were classified 5 categories by occupations and working status and 1 category by unemployment. **Result:** Unemployed people reported the worst self-rated health on average, the lower social classes, the worse self-rated health and higher disease prevalence. Health inequality still existed between social classes after adjusting sex, age, and education level. **Conclusion:** A certain strategy for improving unemployed people's health and people who are working in craft, simple manual labor, agriculture, fishery, and forestry.

Key words : Social class, Health status, Inequality

* Dep. of Nursing, Cheju National University