

노동형태에 따른 근로자의 만성질환 유병,
건강행태 및 의료이용 수준
- 여성육체근로자를 중심으로 -

김상아¹⁾, 송인한²⁾, 왕정희²⁾, 김윤경²⁾, 박웅섭³⁾
동서울대학 실버복지과¹⁾, 연세대학교 사회복지대학원²⁾, 관동대 예방의학교실³⁾

**The Prevalence of Chronic Diseases, Status of
Health Behaviors and Medical Service Utilization
- Focused on Female Blue-Collar Workers -**

Sang-A Kim¹⁾, In Han Song²⁾, Jung Hee Wang²⁾, Yun Kyung Kim²⁾, Woong-Sub Park³⁾
Department of Silver Welfare, Dong Seoul College¹⁾
School of Social Welfare, Yonsei University²⁾
Department of Preventive Medicine and Public Health, Kwandong University³⁾

= Abstract =

Objective: Despite the increasing number of female participation in employment, blue-collar women have been exposed to higher health risk. This study is to describe the prevalence of chronic diseases, health behaviors, and medical service utilization of female blue-collar workers.

Methods: Data were derived from the 2001 Korea National Health and Nutrition Survey (KNHANES). The sample was made up of 37,108 male and female participants aged 20 or over selected nation-wide by probability sampling from Korea. This study applied the logistic regression for nominal variables such as disease prevalence and health behaviors and with the regression for continuous variables such as the length and costs of medical services.

Results: In general, women's prevalence of chronic illness and uncured rate were significantly higher than male, and especially female blue-collar workers had the highest prevalence, uncured rate, unhealthy status, and perceived stress. However, the medical care cost was the lowest in female blue-collar workers.

Conclusions: The findings suggest that female blue-collar workers were more likely to experience health problems, and that despite the highest health risk, health service is not effectively utilized, and health policy maker should take consider of special status of female blue collar workers who are in health inequality.

Key words: Women's health, Chronic disease, Health behavior, Health service

* 접수일(2010년 3월 25일), 수정일(2010년 6월 14일), 게재확정일(2010년 7월 20일)

* 교신저자: 박웅섭, 강원 강릉시 내곡 522 관동대학교 의과대학 예방의학교실

Tel: 033-649-7475, Fax: 033-641-1074, E-mail: wspark@kd.ac.kr

서론

사회 환경의 변화와 함께 산업의 종류도 다양해지면서 여성들의 취업이 늘어나고 있다 [1]. 1970년대 여성의 경제활동 참가율은 39.3%에 불과하였으나, 1999년에는 47.4%, 2007년에는 50.2%까지 증가하였으며 이는 앞으로도 증가할 것으로 보고되고 있다. 여성의 경제활동 참가율은 늘어나는데 반해 상대적으로 노동시장에서 차지하는 여성의 취약한 지위와 열악한 작업환경은 많은 근로 여성들의 건강에 부정적인 영향을 주고 있으며[2], 기혼의 근로여성들은 직장일 이외에도 가사노동과 자녀양육 등의 부담에서 자유로울 수 없어 이들의 건강상태는 그 위험이 더 크다고 할 수 있다[3].

특히 외환위기 이후 여성들이 비숙련, 저임금 노동시장에 대거 들어옴과 동시에 학력이 낮고 사회적 지위가 낮은 여성들이 대거 비정규직으로 편입돼 주로 육체노동에 종사하고 있는 것으로 보고되고 있는데[4], 기존의 연구에 따르면 육체근로자는 한국표준직업분류상의 분류에 따라 서비스종사자, 판매종사자, 농업 임업 및 어업숙련 종사자, 기능원 및 관련기능종사자, 장치기계조작 및 조립종사자, 단순노무종사자가 이에 해당하며, 의회의원 고위임직원 및 관리자, 전문가, 기술공 및 준전문가, 사무종사자를 비육체근로자로 분류하고 있다[5,6]. 이 연구에서 논의되는 여성 육체근로자들은 주로 영세한 규모의 열악한 작업환경과 단순 반복적인 작업형태에서 근무하기 때문에 안전 보건 등 건강상의 문제가 발생하고 있으며[4], 비정규직 고용계약으로 인해 소속사업장의 정기 건강검진을 받을 기회가 보장되어 있지 않아, 건강권을 확보하기 어려운 상황에 놓여있다. 대표적인 육체노동에 속하는 기능직, 장치기계조작조립, 노무직은 유해물질에 노출될 가능성이 높아 특수 건강진단 대상자로 분류될 수 있으나, 지속적인 고용기간이 짧아 검진대상에서 누락될 수 있는 문제점이 제기되고 있으며[7], 영세 하청업체에서 근무하는 경우 고용인에 의한 피고용인의 안전, 보건 문제에 대한 관리, 문제 발생 시 해결을 위한 법과 제도가 제대로 갖추어지지 못하고 있는 현

실로 인하여[8] 육체근로자의 건강상의 문제는 더 가중되고 있다. 그리고 육체근로자 대다수의 고용형태인 비정규직의 경우, 고용불안, 과도한 직무스트레스로 인한 정신건강에 위협을 받고 있으며, 정규직 근로자에 비하여 노동시간이 길고, 원하는 시간에 병원에 가지 못하는 등 차별을 받고 있어 이는 직무스트레스의 원인이 되고 있으며[7], 우울증, 불면증 등의 정신적 건강장애는 근골격계질환, 면역기능 저하 등 육체적 건강장애로 이어지고 있다[7,9].

육체근로자가 비육체근로자에 비해 건강수준이 낮은 것으로 보고되고 있는데[10], 여성이 비정규직, 육체근로자에 해당하는 경우에는, 더욱 심각한 건강상의 문제가 발생할 것으로 예상된다. 실제 육체근로에 해당하는 농업, 임업 및 어업, 단순노무종사자에 해당하는 여성 육체근로자의 경우, 장시간의 노동시간을 경험하고 있는데, 제조업 생산직에 근무하는 기혼 여성 육체근로자의 경우, 약 40% 이상이 10시간 이상의 노동을 하고 있으며[11], 여성 농업인의 경우 농번기에 13.35시간, 농한기에 9.71시간의 노동을 하고 있는 것으로 보고되고 있다[12]. 또한 노동조합이 결성되지 않은 중소 영세 하청업체에 육체여성의 근로가 집중되어 있어서, 이들의 건강권을 보호하기 위한 제도의 미비와 더불어 열악한 작업환경, 직업불안정성으로 인해 발생하는 직무스트레스는 여성 육체근로자의 건강을 더 위협한다고 볼 수 있다 [13]. 또한 의료이용에 있어 교육수준과 소득수준의 차이는 보건의료서비스와 건강증진서비스에 대한 구매력의 차이, 서비스 접근성의 차이, 지식과 건강관리 능력의 차이를 발생시켜 건강에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있는데[6,14], 저임금과 비정규의 특성을 지니고 있는 여성 육체 근로자들은 장시간 근무로 인한 의료기관 이용 시간의 부족, 저임금 노동시장에서 의료비용의 부담으로 인해 의료기관에의 접근과 이용이 낮아, 이들의 건강상 문제는 더 심각할 것으로 예상된다. 특히 만성질환 유병의 경우, Kaplan(1993)에 따르면 직업, 고용상태, 교육수준, 소득 등의 사회경제적 요인은 심혈관질환과 연관성이 있는 것으로 보고

하고 있는데[15], 이에 관한 국내연구에서도 만성 질환 유병위험에 대한 사회계층별 차이에 대한 연구에서 소득수준에 따라 상위계층과 하위계층의 만성질환 유병의 위험도는 남성에 비해 여성에게 더 유의한 것으로 나타나고 있다[14]. 즉 소득수준이 낮은 빈곤 여성은 빈곤 남성보다 더욱 높은 만성질환 유병을 경험하고 있다[16]. 건강행태에 있어서도 직업에 따른 소득수준과 생활수준의 차이는 건강의식행태의 차이로 이어지는 것으로 보고되고 있어[17], 노동형태에 따른 작업환경의 차이 또는 생활습관의 차이는 노동형태에 따라 서로 다른 만성질환의 유병을 나타내는 것으로 판단된다.

건강불평등을 분석한 논문들이 주로 성별에 따른 차이를 보고하고 있으나, 노동형태에 따라 노출되는 작업환경이 다르기 때문에 이에 따른 건강상태에도 유의한 차이가 있음이 보고되고 있다[18]. 하지만 노동형태와 성별에 따른 이중적 문제를 동시에 갖고 있는 취약계층 여성에 대한 논의는 희귀한 실정이며, 노동형태 및 성별차를 동시에 분석한 연구는 더욱 희귀한 실정이다. 아울러, 현재까지의 유사연구에 있어 연령보정이 이뤄지지 않았기 때문에 변수들의 효과를 정확히 검증할 수 없다는 한계점이 존재하였다[19].

이에 이 연구는 성별, 노동형태별로 만성질환의 유병률, 미치료율, 외래진료횟수 및 진료비, 주관적 건강수준, 비만을, 규칙적운동률, 스트레스 인지율의 차이를 기술하고, 노동형태별 건강수준과 의료이용의 차이들이 성별에 따라 변화되는지를 연령을 통제하여 분석함으로써 노동형태와 성별에 따른 이중적 문제를 동시에 가지고 있는 여성 육체근로자의 건강불평등 수준을 파악하기 위해 수행되었다.

대상 및 방법

이 연구의 분석을 위해 2001년 국민건강·영양조사의 원자료를 사용하였다[9]. 국민건강·영양조사대상은 ‘2000년 인구주택총조사’ 조사구를 모집단으로 하여 추출된 전국단위 표본으로 총 600개

조사구의 13,200가구에 거주하는 인구 약 40,000명이며 동 연구에서 분석대상은 국민건강·영양조사 원자료에서 연령과 성별이 기입된 20세 이상 성인 37,108명이다.

여성의 건강수준과 의료이용과 관련하여 만성질환의 유병률, 미치료율, 의료이용, 그리고 주관적 건강상태와 건강행태를 무직, 비경제활동, 육체근로자, 비육체근로자로 나누어 성별 차이를 비교하였다. 직업의 분류는 국민건강·영양조사 분류에 따라 의회의원, 고위직 및 관리자, 전문가, 사무종사자, 서비스종사자, 판매종사자에 해당하는 경우는 비육체근로자로, 농업, 임업, 및 어업, 기능원 및 관련 기능 종사자, 장치기계조작 및 조립종사자, 기술공 및 준전문가, 단순노무 종사자, 군인의 경우에는 육체근로자로, 학생, 재수생, 주부의 경우에는 비경제활동으로, 현재 직업이 없는 경우를 무직으로 정의하였다. 종속변수에 대한 정의는 2001년도 ‘국민건강·영양조사’의 분류에 따라 정의하였다. 만성질환은 3개월 이전에 발생하여 현재까지 앓고 있는 질병으로서 급성질환과 대응되는 질환이며, 그 증세가 완만하게 나타나 장기간 지속된다. 이 연구에서는 국민건강·영양조사에서 만성질환으로 범주화된 고혈압, 갑상선 장애, 만성호흡기 질환 등을 포함하며 의사에 의해 진단된 경우를 만성질환으로 정의하였다. 미치료율은 국민건강·영양조사의 정의에 따라 지난 1년간 필요한 의료서비스를 받지 못하거나 늦게 받은 적이 있는 비율을 의미하며, 의료이용의 경우, 의료이용조사항목에 따라 질병이환에 따른 외래의료이용의 치료일수와 의료비로 정의하였으며, 주관적 건강상태는 건강상태를 매우 좋다, 좋은 편이다, 그저 그렇다, 나쁜 편이다, 매우 나쁘다의 5개 범주로 구분하여 응답내용 중 매우 좋다, 좋은 편이다의 ‘좋은 상태’에 있는 인구비율로 정의하였다. 건강행태의 경우, 운동과 스트레스 영역을 중심으로 비만 및 운동실천율, 스트레스에 대한 주관적 인식으로 구분하여 살펴보았다. 비만은 체질량 지수기준으로 $25.0\text{kg}/\text{m}^2$ 로 정의하였으며 운동실천율은 운동횟수와 정도를 중심으로 1회당 20분 이상 지속되는 운동을 주 3회 이상 실천하는

것을 규칙적 중등도 운동으로 정의하였다. 1998년도 국민건강·영양조사에 따른 운동실천율의 경우, 지난 1개월 간 주 3회 이상의 운동을 규칙적으로 실시한 사람의 비율을 의미하는 규칙적운동실천율, 지난 1개월 간 1회 20분 이상 주 2회 이하 운동을 실시한 사람의 비율을 의미하는 불규칙미실천율 그리고 규칙적운동실천 및 불규칙 운동을 실천하지 않는 사람의 비율을 의미하는 운동미실천율로 구분하였으며, 2005년 국민건강·영양조사 운동실천율에서는 1회 30분 이상 주 5회 이상으로 실천하는 것을 규칙적중등도 운동으로 정의하였다. 이 연구에서 이용된 2001년 국민건강·영양조사의 규칙적중등도 운동의 정의는 1998년과 2005년과는 다른 기준이며 특히 2005년 규칙적중등도 운동과 다른 정의를 지니고 있어 2001년의 국민건강·영양조사에 따른 규칙적중등도 운동의 경우, 2005년 국민건강·영양조사의 규칙적 중등도 운동에 비해 너무 낮게 해석되는 여지가 있다. 스트레스 인지는 평소 스트레스 인식도가 매우 높거나 높은 자의 비율을 의미한다.

자료의 분석은 SAS version 9.2를 사용하여 분석하였다. 연령의 효과를 보정하기 위하여 연령변수를 통제변수로 추가하여 유병률, 미치료를 등과 같은 명목변수들은 로지스틱 회귀분석방법을 이용하여 성별, 집단별 교차비를 분석하였으며 의료이용변수인 외래방문횟수, 본인부담진료비 등과 같은 연속변수들은 회귀분석을 사용하여 성별, 집단별 차이를 분석하였다. 또한 남성 비육체근로자를 기준으로 성별 거주지역을 모두 가변수 처리하여 직업별 그리고 성별 비교를 종합적으로 가능하도록 하였다.

결 과

1. 일반적 특성

일반적인 특성을 살펴보면 응답자의 51.1%가 여성이었으며, 여성 응답자의 19.1%가 농촌지역 거주자, 32.5%가 중소도시 거주자, 48.4%가 대도시 거주자로 나타났으며 남성의 경우도 유사하게 18.7%가 농촌거주자, 33.2%가 중소도시 거주자,

48.1% 대도시 거주자로 응답하여 남녀 모두 대도시 거주자의 비율이 높았다. 노동형태 별 분류에서 여성의 경우는 비경제활동이 42.5%로 가장 높은 응답률을 보였으며 비육체근로자 26.3%, 육체근로자 17.2%, 무직이 14%로 나타났다. 남성의 경우는 육체근로자의 비율이 가장 높아 40.8%를 차지하고 비육체근로자 36.4%, 무직 17.5%, 비경제활동이 5.3%로 응답하여 여성의 경우는 비경제활동 비율이 높고 남성은 여성에 비해 상대적으로 비경제활동 비율이 낮고 육체근로자의 비율이 높은 것으로 분석되었다(Table 1).

2. 만성질환 유병률 및 미치료를

여성의 만성질환 유병률은 57.9%, 남성의 만성질환 유병률은 50.5%로 나타났다. 연령을 보정한 상태에서 여성이 남성에 비해 만성질환을 하나 이상 가지고 있을 비차비는 1.36배 유의하게 높았으며, 여성 육체근로자가 남성 비육체근로자보다 만성질환 이환의 비차비가 1.94배 유의하게 높았다. 남성 근로자의 경우에는 무직에서 만성질환 이환의 비차비가 가장 높았으나 여성에서는 육체근로자의 비차비가 가장 높았다. 또한 연령을 보정한 상태에서 남성에서의 육체 비육체 근로자간의 만성질환 이환의 비차비의 차이보다 여성에서 비차비의 차이가 더욱 크게 분석되었다.

만성질환의 미치료를 연령을 보정하는 경우 남성과 여성에서 유의한 차이는 분석되지 않았다. 연령을 보정한 상태에의 성별, 직업별 만성질환의 미치료를 살펴보면, 여성과 남성 모두에서 육체근로자들의 만성질환 미치료가 가장 높았으며, 무직, 비경제활동 비육체 근로자의 만성질환 미치료가 남성 비육체근로자보다 유의하게 낮은 반면 남성과 여성 모두에서 육체근로자의 만성질환 이환은 유의하게 높았다(Table 2).

3. 외래진료횟수 및 본인부담 외래진료비용

만성질환으로 2주간 외래치료를 받은 여성의 외래진료횟수는 3.4일, 남성은 3.2일로 연령을 보정하면 유의하지는 않았으나 여성이 남성보다 0.2일 방문횟수가 더 많았다. 그러나 본인부담 외래

Table 1. General characteristics of study subjects

		Female		Male	
		N	(%)	N	(%)
Age	20-29	3,924	(20.3)	3,326	(18.7)
	30-39	4,636	(24.0)	4,661	(26.2)
	40-49	4,250	(22.0)	4,430	(24.9)
	50-59	2,588	(13.4)	2,885	(14.2)
	60-69	2,241	(11.6)	1,922	(10.8)
	above 70	1,680	(8.7)	925	(5.2)
Area	Rural	3,690	(19.1)	3,326	(18.7)
	Middle city	6,279	(32.5)	5,906	(33.2)
	Large city	9,350	(48.4)	8,557	(48.1)
Working status	No working	2,705	(14.0)	3,113	(17.5)
	Not economically active	8,211	(42.5)	943	(5.3)
	Physical labor	3,322	(17.2)	7,258	(40.8)
	Unphysical labor	5,081	(26.3)	6,475	(36.4)
Education	Bellow elementary	5,351	(27.7)	2,544	(14.3)
	Middle school	2,492	(12.9)	2,028	(11.4)
	High school	6,839	(35.4)	6,831	(38.4)
	Above college	4,637	(24.0)	6,386	(35.9)
Total (%)		19,319	(51.1)	17,789	(48.9)

Table 2. Results of logistic analysis controlling age for prevalence and uncured rate of chronic disease by working status (Unit: %)

Disease	Working status	Female	Male	Odds ratio*			
				Female	(95% CI)	Male	(95% CI)
Prevalence	No working	76.61	65.63	1.736	(1.730 ~ 1.743)	1.294	(1.290 ~ 1.299)
	Not economically active	55.71	23.49	1.479	(1.476 ~ 1.483)	0.920	(0.915 ~ 0.926)
	Physical labor	67.41	53.09	1.941	(1.935 ~ 1.948)	1.171	(1.168 ~ 1.174)
	Unphysical labor	45.42	44.31	1.243	(1.240 ~ 1.246)		
	Total	57.93	50.49	1.357	(1.355 ~ 1.359)		
Uncured rate	No working	11.16	11.43	0.912	(0.908 ~ 0.916)	0.858	(0.854 ~ 0.862)
	Not economically active	14.56	14.04	0.985	(0.982 ~ 0.988)	0.700	(0.692 ~ 0.708)
	Physical labor	15.08	15.92	1.070	(1.066 ~ 1.074)	1.083	(1.079 ~ 1.087)
	Unphysical labor	15.86	15.90	0.988	(0.984 ~ 0.992)		
	Total	14.17	14.67	0.999	(0.997 ~ 1.001)		

* Reference group: male unphysical laborer

의료비 지출은 여성의 경우 3만 2천원, 남성은 3만 9천원이었으며, 연령을 보정하는 경우 유의하지는 않았으나 여성의 본인부담 외래진료비가 약 6천5백원 적게 나타나 방문횟수의 양상과 차이를 보이고 있다. 남성 비육체근로자를 기준으로 비교하는 경우, 여성 육체근로자는 0.2배 외래진료횟수가 많았으나 진료비용은 2만 7천원으로 유의하게 낮은 것으로 분석되었다. 남성의 경우 비경제활동의 경우가 외래 진료비용이 가장 낮았는데, 여성의 경우에는 육체근로자의 외래 진료비용이 가장 낮았다(Table 3).

4. 건강행태

자신의 건강이 “나쁘다” 또는 “매우 나쁘다”라고 응답한 불건강상태 여부를 분석한 결과 연령을 보정한 상태에서 여성이 남성에 비해 불건강하다고 응답한 비차비는 1.39배 유의하게 높았으며, 여성 육체근로자가 남성 비육체근로자보다 불건강상태의 비차비가 3.51배 유의하게 높았다. 남성에서는 무직, 육체근로자, 비육체근로자, 비경제활동 순으로 불건강상태의 비차비가 높았으나 여성에서는 육체근로자, 무직, 비경제활동, 비육체근로자의 순으로 여성 육체근로자의 불건강상태의 비차비가 높았다. 특히 육체근로 여부에 따른

남성에서의 불건강상태의 차이보다 여성에서의 차이가 더 크게 분석되었다.

BMI기준 비만의 경우에는 연령을 보정한 상태에서 여성이 남성에 비해 비만의 교차비는 0.87배로 유의하게 낮았다. 남성에서는 비육체근로자, 육체근로자, 비경제활동, 무직 순으로 비만의 비차비가 높았으나 여성에서는 육체근로자의 비만의 비차비가 가장 높았다.

운동의 경우에는 연령을 보정한 상태에서 여성이 남성에 비해 운동을 하고 있다고 응답한 비차비는 0.84배 유의하게 낮았으며, 여성 육체근로자가 남성 비육체근로자보다 운동의 비차비가 0.34배 유의하게 낮았다. 남성과 여성 모두에서 육체근로자의 운동 비차비가 가장 낮았는데, 여성 육체근로자의 운동 비차비는 성별, 직업별 운동 비차비 중 가장 낮았다.

스트레스의 경우에는 연령을 보정한 상태에서 여성이 남성에 비해 스트레스를 받고 있다고 응답한 비차비는 유의한 차이가 없었으나, 여성 육체근로자가 남성 비육체근로자보다 스트레스의 비차비가 1.18배 유의하게 높았다. 남성에서는 비육체근로자, 육체근로자, 무직, 비경제활동 순으로 스트레스의 비차비가 높았으나, 여성에서는 육체근로자의 스트레스의 비차비가 가장 높았다(Table 4).

Table 3. Results of multivariate regression analysis controlling age number of visits and cost of outpatient by working status (Unit: number, thousand won)

Disease	Working status	Female	Male	Difference*			
				Female	(95% CI)	Male	(95% CI)
Outpatient visits	No working	3.5	3.1	0.359	(-0.053 ~ 0.771)	0.030	(-0.387 ~ 0.447)
	Not economically active	3.3	3.4	0.266	(-0.107 ~ 0.639)	0.482	(-0.959 ~ 1.923)
	Physical labor	3.3	3.3	0.240	(-0.174 ~ 0.655)	0.271	(-0.132 ~ 0.675)
	Unphysical labor	3.3	3.0	0.330	(-0.116 ~ 0.776)		
	Total	3.4	3.2	0.173	(-0.016 ~ 0.361)		
Outpatient cost	No working	23.7	33.5	-23.387	(-39.484 ~ -7.290)	-16.582	(-32.830 ~ -0.334)
	Not economically active	37.4	36.4	-17.988	(-32.585 ~ -3.391)	-32.084	(-87.894 ~ 23.726)
	Physical labor	28.3	33.2	-26.894	(-43.025 ~ -10.762)	-22.245	(-38.121 ~ -6.369)
	Unphysical labor	36.2	58.9	-23.917	(-41.364 ~ -6.469)		
	Total	31.6	38.8	-6.564	(-13.844 ~ 0.717)		

* Reference group: male unphysical laborer

Table 4. Results of logistic analysis controlling age for subjective unhealthy state and health behaviors by working status (Unit: %)

Disease	Working status	Female	Male	Odds ratio*			
				Female	(95% CI)	Male	(95% CI)
Subjective unhealthy state [†]	No working	42.8	37.6	2.964	(2.95 ~ 2.978)	3.614	(3.598 ~ 3.631)
	Not economically active	15.9	20.0	2.147	(2.138 ~ 2.155)	0.821	(0.808 ~ 0.835)
	Physical labor	27.3	12.7	3.512	(3.497 ~ 3.528)	1.522	(1.515 ~ 1.529)
	Unphysical labor	9.1	68.0	1.651	(1.643 ~ 1.659)		
	Total	19.8	14.3	1.388	(1.385 ~ 1.391)		
Obesity rate [‡]	No working	34.96	27.72	0.590	(0.586 ~ 0.594)	0.464	(0.461 ~ 0.467)
	Not economically active	27.63	21.69	0.593	(0.591 ~ 0.596)	0.612	(0.606 ~ 0.619)
	Physical labor	34.64	31.01	0.778	(0.774 ~ 0.783)	0.677	(0.674 ~ 0.680)
	Unphysical labor	25.63	38.38	0.585	(0.583 ~ 0.588)		
	Total	29.35	32.44	0.865	(0.862 ~ 0.867)		
Exercise rate [§]	No working	17.91	29.68	0.547	(0.543 ~ 0.551)	1.129	(1.122 ~ 1.136)
	Not economically active	25.97	25.96	1.060	(1.055 ~ 1.065)	1.280	(1.267 ~ 1.294)
	Physical labor	10.50	16.09	0.341	(0.338 ~ 0.344)	0.571	(0.568 ~ 0.575)
	Unphysical labor	15.21	24.46	0.572	(0.568 ~ 0.575)		
	Total	19.39	22.16	0.839	(0.837 ~ 0.842)		
Stress rate	No working	35.31	29.10	1.005	(0.999 ~ 1.011)	0.722	(0.718 ~ 0.727)
	Not economically active	27.48	25.75	0.615	(0.612 ~ 0.617)	0.495	(0.490 ~ 0.500)
	Physical labor	41.47	35.37	1.180	(1.174 ~ 1.187)	0.896	(0.892 ~ 0.900)
	Unphysical labor	41.50	38.45	1.110	(1.105 ~ 1.115)		
	Total	34.65	34.88	0.994	(0.991 ~ 0.997)		

* Reference group: male unphysical laborer

† 'Good status' rate including 'Very good' and 'Good' response in the population

‡ BMI above 25.0kg/m²

§ Exercise more than 20 minutes per exercise lasting more than 3 times a week basis to conduct regular moderate exercise

|| Awareness of stress

고 찰

이 연구의 주요 목적의 하나는 성별, 노동형태에 따른 복합적 문제를 가지고 있는 여성육체근로자의 유병률, 미치료율, 의료이용 수준, 건강행태를 분석하고자 한 것이다. 연구결과는 연령을 통제한 이후, 여성육체근로자의 만성질환 유병률, 건강행태가 남성육체근로자와 여성비육체근로자에 비해 차이가 있음을 지지하고 있다.

연령을 통제한 이후에 만성질환의 유병률은 여성에서 유의하게 높았는데 남성과 여성 모두에서 육체근로자들의 미치료율 비차비가 가장 높았다. 특히 여성 육체근로자의 비차비가 가장 높았다. 이러한 결과는 여성 육체근로자들이 많이 포함되어 있는 비정규직근로자의 경우, 직무긴장도가 높은 작업환경에 노출되어 있어 직무와 관련한 심리사회적 스트레스 수준이 높게 나타나고 있으며, 근골격계 질환, 만성피로 등 신체질환 및 사고 발

생이 정규직에 비해 높은 경향을 보인다는 결과와도 유사하며[20,21], 육체근로자가 타 노동형태 근로자에 비해 높은 만성질환 유병률을 가지고 있으며 높은 사회 계급들보다 더 질병에 걸릴 위험이 높음을 지적한 기존의 연구결과와도 일치하고 있다. 특히 같은 소득수준에도 불구하고 여성이 남성보다 만성질환 유병률을 보고하였던 이전 연구들과도 유사한 결과를 보여주고 있다[22]. 이전 연구들은 이러한 결과들을 사회계급과 유병률의 관계를 통해 설명하고 있다. 즉 낮은 수준의 교육은 직업에 영향을 미치고 직업적 계급이 의료보건의서비스의 접근과 이용과 관련되어 질병과 건강에 영향을 미친 것으로 설명하고 있다[23].

건강상태에 영향을 미치는 건강행태 분석 결과를 살펴보면, 남성에서는 비육체근로자에서 가장 높은 비만이 여성에서는 육체근로자에서 가장 높게 나타나고 있으며, 운동에서도 여성이 남성보다 운동율이 유의하게 낮는데, 성별 노동형태 중 여성 육체근로자의 운동율이 가장 낮았다. 또한 성별 노동형태 중 여성 육체근로자의 스트레스 비차비가 가장 높았다. 주관적 불건강상태도 여성이 남성보다 유의하게 높았는데, 성별 노동형태군 중 여성 육체근로자에서 불건강상태의 비차비가 가장 높았다. 국외에서도 유럽 7개국 나라에서 관리자, 전문가 집단에 비해 육체근로자들의 불건강상태 비차비가 높다고 보고하였는데[24], 건강상태에 영향을 미치는 건강행위가 사회계급에 따라 다르기 때문으로 설명하고 있다[25].

여성 육체근로자는 같은 노동형태에 속하는 남성에게 비해 그리고 같은 여성 내에 있는 비육체근로자에 비해 주관적 건강상태, 의료이용, 건강행태의 수준에 있어 차이가 있음에도 불구하고, 보상과 치료에 있어 노동안전보건 정책에서도 배제되고 있다. 육체근로자의 경우, 비육체근로자에 비해 사회경제적 지위가 낮고, 비정규직의 비율이 높아[10], 저임금, 고용불안, 사회보험 및 기업복지에서 배제된 상태에서[26], 기타 노동형태에 비해 열악한 노동조건과 근무환경 속에서 근로를 지속하고 있다. 그런데 여성육체근로자는 여성으로서 그리고 육체근로자라는 점에서 더욱 심각한

건강문제를 겪고 있다. 여성육체근로자의 대표적인 예로 볼 수 있는 골프장 경기보조원의 건강상태에 대한 보고에 의하면[27], 골프장 경기보조원이 여성 사무직 근로자에 비해 직무재량은 낮은 반면 정신적 직무요구도와 작업 긴장도는 높아 직무스트레스가 높게 유발되고 있으며, 장시간, 중량물을 이동해야 하는 특성상, 신체적인 피로수준, 근골격계 질환, 위장증상 호소율이 타 직종에 비해 유의하게 높다고 보고하고 있다[26,27]. 이 외에도 학교급식 조리노동자도 직무스트레스가 타 직종에 비해 직무긴장도가 높은 군으로 평가되었으며 근골격계 질환 증상도 높은 것으로 나타났다[28].

이 연구결과는 만성질환의 유병률에 있어 육체근로자인 남성과 여성 모두 타 노동형태에 비해 높음에도 불구하고 미치료율의 비차비 역시 높아, 육체근로 여부에 따른 건강불평등이 심각함을 시사하고 있다. 특히 여성 육체근로자의 경우, 만성질환 유병률의 비차비가 모든 성별, 노동형태 중에서 높음에도 불구하고, 미치료율이 높아, 여성 육체근로자의 건강불평등이 매우 심각함을 나타내고 있다. 이러한 미치료율이 높은 이유를 추정해보면, 여성 육체근로자는 국가의 4대 보험을 비롯한 근로자의 법적인 적용대상으로 포함되지 못하고 있으며, 기업의 규모가 크면 복지의 비율이 증가하는 일반적인 경우에 비해 이들은 영세하거나 중소기업에 고용된 경우가 많아, 의료서비스의 이용에도 어려움을 겪고 있기 때문이다[29]. 이렇게 소득과 교육수준의 차이가 의료서비스 접근성의 차이, 보건의료서비스와 건강증진서비스에 대한 구매력의 차이를 가져와 사회경제적 요인에 따라 건강상태에 차이가 발생한다는 기전은 이전 연구에서도 보고되고 있다[14].

그러므로 여성 육체근로자의 건강불평등을 완화하기 위해서는 국가의 정책적 대안 마련이 필요하며, 중·장기적인 관점에서 여성 육체근로자의 건강 권리를 확보할 필요가 있다. 이러한 정책의 예로서는 산업안전법 제16조 2항의 규정에 따라 운영되고 있는 보건관리자 선임 의무 사업장을 여성육체노동자가 많이 근무하는 업체까지 포함할 수 있도록 하는 제도의 마련과 50인 미만 사업체에

대한 국고지원사업을 확대함으로써 여성육체근로자의 건강불평등을 완화하고 건강관리 지원을 받을 수 있도록 하는 방안 등이 제시되고 있다[30].

그러나 이 연구는 다음과 같은 한계점을 가진다. 첫째, 건강과 의료이용에는 다양한 환경적, 경제적, 사회적 요인들이 영향을 미치고 있으나, 이 연구는 연령만을 통제한 상태에서 노동형태별, 성별차이를 탐색적으로 분석하였다. 둘째, 자료의 수의 한계로 이 연구는 만성질환의 외래이용과 일부 건강행태만을 비교하고 있다. 셋째, 이 연구 자료의 수집연도가 2001년으로 최근의 건강 및 의료이용 경향을 반영하지 못하고 있어, 연구결과의 해석에 이러한 한계점들을 고려한 주의가 요구된다. 넷째, 진료비용 자체가 의료서비스의 질을 대표한다고는 볼 수 없으므로 이의 해석에 대한 주의가 필요하다. 따라서 후속연구에서는 보다 최근의 자료를 이용한 다양한 변수들이 통제된 성별, 직업별 건강수준과 급성질환이 포함된 의료이용의 질적 차이에 대한 연구가 수행될 필요가 있다.

요 약

우리나라 20세 이상 성인 37,108명을 대상으로 노동형태와 성별에 따른 이중적 문제를 동시에 가지고 있는 여성육체근로자의 건강수준과 의료이용을 분석한 결과, 여성의 만성질환의 유병률이 남성보다 높고, 특히 여성 육체근로자의 만성질환 유병률, 미치료를, 건강행태가 남성보다 좋지 않게 분석되었다. 그리고 만성질환 유병률과 미치료를, 건강행태의 육체근로 여부별 차이는 남성에서보다 여성에서 더 큰 것으로 분석되었다. 의료이용에 대해서도 외래방문횟수에서는 유의한 차이가 없었으나 여성 육체근로자의 외래진료비가 여성 중에서 가장 적은 것으로 분석되었다. 따라서 여성 육체근로자의 건강수준이 낮음에도 불구하고 적절한 의료이용을 하지 못하는 건강불평등 상태에 있을 가능성을 보여주었다. 그러므로 건강불평등을 해소시키기 위해서는 육체근로자에 대한 정책적 배려 이외에도 여성 육체근로자에 대한 배려가 추가로 고려되어야 할 것으로 보인다.

그러나 이 연구는 노동형태별, 성별 차이를 분석함에 있어 연령이외에 건강수준과 의료이용에 영향을 미치는 다양한 환경적, 경제적, 사회적 요인들이 통제하지 못하였으며, 자료수의 한계로 만성질환의 의료이용과 일부 행태만을 분석하고 있고, 연구 자료의 수집연도가 오래되어, 연구 결과의 해석에 주의가 필요하다.

참고문헌

1. Han SH, Kim JJ, Ahn JE. The Perceived Health Status of Female Workers and It's Determinants in the Small and Medium Scaled Industries. *Epidemiology and Health* 1995;28:235-248(Korean)
2. Song DY. Women, Health, and Wellbeing. *Feminist Studies* 2001;1(1):149-180 (Korean)
3. 박정은. 여성취업과 건강문제. 서울, 한국모자보건학회 창립총회 및 기념학술대회 한국여성개발원, 1996, 쪽 89-112
4. Sohn SY. A Study on Health Status and Health Related Quality of Life by Job Characteristics in Korean Adult Women. *Korean Academic Society of Occupational Health Nursing* 2009;18(1):33-43 (Korean)
5. Kim HR. Socioeconomic Inequality and Its Trends in Cigarette Smoking in South Korea 1998~2005. *Health and Social welfare review* 2007;27(2):25-43 (Korean)
6. Khang YH. Life course Approaches to Socioeconomic Health Inequalities. *J Prev Med Public Health* 2005;38(3):267-275 (Korean)
7. 이창곤. 추적, 한국건강불평등 사회의제화를 위한 국민보고서. 도서출판뎀, 2007, 쪽80-102
8. Paek DM. Health policy on Part-time workers' industrial safety. *Safety and Public Health* 2003;15(2):13-22 (Korean)
9. Korea Centers for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Survey. 2001

10. Kim CY. Socio-economic status, health, and health risk behavior. *Health and Welfare Policy Forum* 2004;1(92):41-58 (Korean)
11. Kim HK, Shin HO. Status and problem of married women in the manufacturing industry. *Women and Society* 1990;1(1):282-318 (Korean)
12. National Statistical Office. A Survey on The Woman Farmer. Daejeon, The National Statistics office, 1999, 쪽108-119
13. Jung HS, Lee KJ, Park KN. Health and maternity of female workers. *Women and Society* 1991;1(2):76-115 (Korean)
14. Kim HR. The Relationship of Socioeconomic Position and Health Behaviors with Morbidity in Seoul. *Health and Social welfare review* 2005;25(2):3-35 (Korean)
15. Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of th literature. *Journal of the American Heart Association* 1993;88:1973-1998
16. Sorlie PD, Backlund E, Keller JB. US mortality by economic, demographic and social characteristics: the National Longitudinal Mortality Study. *Am J Public Health* 2005;85:949-956
17. Jenkins CD. Low education: a risk factor for death. *N Engl J Med* 1978;299(2):95-97
18. Shin SC, Kim MC. The Effect of Occupation and Employment Status upon Perceived Health in South Korea. *Health and Social Science* 2007;22:205-224 (Korean)
19. Shin HC, Kang JY, Park WS, Kim SA. Health Status and Medical Utilization of Women in Rural Area. *J Agri Med & Community Health* 2009;34(1):67-75 (Korean)
20. Jung KH. Unstable Labor eats the Health: health status at-risk in the low income part-time workers. *Labor and Society* 2005;97:89-96 (Korean)
21. Jung KH. Socioeconomic mortality inequalities in South Korea. *Health and Welfare Policy Forum* 2009;1(149):5-14 (Korean)
22. Son MA. The Relationship of Social Class and Health Behaviors with Morbidity in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 2002;35(1):350-357 (Korean)
23. Vagero D, Lundberg O. Health inequalities in Britain and Sweden. *Lancet* 1989;334(8653):35-37
24. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Helmert U, Lundberg O, Mielck A, Matheson J, Mizrahi A, Mizrahi A, Rasmussen N, Spuhler T, Mackenbach JP. Morbidity differences by occupational class among men in seven European countries: an application of the Erikson-Goldthope social class scheme. *International Journal of Epidemiology* 1998;27:222-230
25. Chandola T. Social inequality in coronary heart disease; a comparison of occupational classifications. *Soc Sci Med* 1998;47(4):525-533
26. Heo KH, Han YS, Jung HS, Koo JW. Musculoskeletal Symptoms and Related Factors of Golf Caddies. *Korean J Occup Environ Med* 2004;16(1):92-102 (Korean)
27. Ahn MS. Current status and protective plan for female part-time workers. *Research on women* 2003;14:161-185 (Korean)
28. 정진주. 비정규직 여성노동자의 건강장해의 문제점. 서울, 전국 민주노동조합총연맹 여성위원회 세계 여성의 날 토론회, 2008, 쪽29-45
29. 이경용, 김숙영. 여성근로자 보건관리 지침개발 (3차년도). 과천, 노동부, 2004, 쪽15-155
30. 박웅섭, 김상아, 광연희, 장덕진, 이진현. 여성의 의료이용 현황 및 개선방안연구. 서울, 보건복지부, 2005, 쪽8-222