

정규직 및 비정규직 고용형태가 건강관련 삶의 질에 미치는 영향 분석 연구

손신영‡

경일대학교 간호학과

The Effect of Regular and Temporary Employment on Health-related Quality of Life

Shin-Young Sohn‡

Department of Nursing, Kyungil University

<Abstract>

Objectives : The aim of this study was to identify the effect of employment type on health-related quality of life. **Methods** : This study used data from the Sixth Korea National Health and Nutrition Examination Survey. Data were analyzed with the χ^2 test, t-test, ANOVA and multiple regression. **Results** : There were significant statistical differences the health-related quality of life according to employment type. The health-related quality of life of temporary workers was lower than that of regular workers. The significant predictors of the health-related quality of life of regular workers were the subjective health status, stress, age, and education. The significant predictors of the health-related quality of life of temporary workers were the subjective health status, education, stress, sleeping time, and gender. **Conclusions** : These results suggest that employment type affects the health-related quality of life. The research on social policy is recommended to resolve health inequalities.

Key Words : Health-related Quality of Life, Employment

‡ Corresponding author : Shin-Young Sohn(angel6484@naver.com) Department of Nursing, Kyungil University
• Received : Nov 1, 2015 • Revised : Nov 23, 2015 • Accepted : Nov 26, 2015

I. 서론

1. 연구의 필요성

1997년말 경제위기 이후 비정규직 근로자의 비중이 증가하여 2015년 현재 임금 노동자의 44.6%가 비정규직이고 비정규직의 96.2%는 임시근로를 겸하고 있어, 우리나라 고용시장은 매우 불안정한 특징을 보이고 있다[1]. 이러한 비정규직의 증가는 직업불안정 및 소득의 불평등을 수반하고 있으며, 근로자의 건강에 부정적인 영향을 미치고 있다[2].

사회적으로 비정규직 근로자의 열악한 작업경과 사회적 차별의 문제로 인한 건강 악영향에 관심이 높아지고, 고용형태나 고용불안정성에 의한 건강불평등에 대한 보건학적 중요성이 강조되고 있다[3]. 비정규직은 고용이 불안정하고 근무 환경 및 여건이 열악한 경우가 많아서 물질적, 비물질적으로 취약해져서 사회적으로 주변화 될 가능성이 있으며 그 결과로 사회적 배제를 겪을 가능성이 크다[4]. 사회적 배제는 낮은 임금, 낮은 사회적 지위, 낮은 복지 수준, 사회적 차별을 의미하고, 이러한 사회적 배제를 경험한 경우 건강이 나빠질 수 있다[5]. 비정규직의 증가는 직업 불안정 및 소득의 불평등을 수반하고 있으며, 직업 안정성의 상실감과 심리적 압박 및 불안감은 건강에 부정적인 영향을 미치고 있다[6].

비정규직 근로자들은 일상적으로 노출되어 있는 고용상의 불안 때문에 위험과 불건강을 감수하고서 노동해야 하는 경우가 많고, 저임금을 만회하기 위해 장시간 노동과 강도 높은 노동을 하고 있다. 근로 조건과 고용형태는 개별 근로자들의 경제적 지위, 사회심리적인 상태, 건강관련 행태, 직무상의 유해요인 노출 등에 영향을 줌으로써 다양한 경로로 건강에 영향을 미칠 수 있다[7][8]. 정규직 근로자와 정규직 근로자들의 건강불평등을 확인하기 위해서는 건강수준을 확인할 필요가 있다.

건강수준을 나타내는 지표 중의 하나로 건강관련 삶의 질이 사용되는데 건강관련 삶의 질의 구성요소는 건강이며 개인의 건강에 직접적으로 연관되어서 느껴지는 삶의 질을 의미한다[9]. 건강관련 삶의 질 지표를 이용할 경우 연구 대상자의 건강 관련 삶의 질 수준을 파악할 수 있고, 다른 집단과 비교를 통해 대상 집단의 건강수준을 확인할 수 있다.

비정규직 근로자의 증가로 인해 사회적으로 비정규직 근로자에 관한 연구가 이루어지고 있지만 그동안의 연구는 비정규직 규모 및 임금격차에 관한 사회 경제적 연구가 주를 이루었다. 정규직 근로자와 비정규직 근로자간의 건강불평등이 존재하지만 그것과 관련된 체계적인 연구는 부족하므로 건강관련 연구는 필요하다. 건강과 관련한 연구는 거의 없었으며, 단순히 주관적 건강상태의 차이를 연구한 선행연구는 있었지만, 비정규직 근로자의 건강관련 삶의 질에 관한 연구는 이루어지 않았다.

정규직 및 비정규직의 고용형태에 따른 건강관련 삶의 질과 영향 요인을 규명하여 정규직 근로자와 비정규직 근로자의 건강증진을 위한 프로그램 및 건강수준향상을 위한 정책 개발의 근거자료로 제공하기위해 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

정규직 근로자와 비정규직 근로자간 건강관련 삶의 질 차이를 분석하고, 건강관련 삶의 질에 미치는 영향을 규명하며 근로자들의 건강관련 삶의 질을 향상시키기 위한 프로그램 및 정책 개발의 근거자료로 제공하고자한다. 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 대상자의 고용형태에 따른 건강관련 삶의 질의 차이를 파악한다.

둘째, 대상자의 고용형태별 일반적 특성 및 건강관련 특성에 따른 건강관련 삶의 질 차이를 파

약한다.

셋째, 대상자의 고용형태별 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 우리나라 성인의 정규직 및 비정규직 고용형태에 따른 건강관련 삶의 질을 파악하고 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하는 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

제 6기 1차년도 국민 건강영양조사 연구(2013년)의 원시자료[10]를 사용하여 분석하였다. 제 6기 1차년도 국민 건강영양조사 연구는 층화집락계통추출법을 이용하여 3,840개의 표본가가 선정되어 조사대상자는 10,113명이었다. 조사에 참여한 사람은 8,018명으로 참여율은 79.3%였다. 본 연구의 대상자는 국민건강영양조사 원시 자료 중 아동 및 청소년(19세 미만)과 노인(65세 이상)을 제외한 19세 이상, 64세 이하의 성인 취업자 1,966명이다.

3. 연구도구

1) 건강관련 삶의 질

제 6기 1차년도 국민 건강영양조사에서는 건강관련 삶의 질을 측정하는 도구로서 EuroQoL Group에 의해 개발된 EQ-5D(EuroQoL group, 1990)를 사용하였다[11].

건강상태의 기술체계는 운동 능력(M), 자기 관리(SC), 일상 활동(UA), 통증/불편감(PD), 불안/우울(PD)의 다섯 개의 문항으로 구성되어 있으며, '전혀 문제 없음'은 1, '다소 문제 있음'은 2, '많이

문제 있음'은 3의 세 단계로 답하게 되어 있다. 어떤 차원의 건강상태를 표현 할 때는 각 차원의 순서대로 숫자 5개를 나열하는데, 예를 들어 '11123' 상태는 운동상태, 자기관리, 일상활동은 전혀 문제 없고, 통증/불편감은 다소 문제가 있으며, 불안/우울은 많이 문제가 있는 상태를 의미한다. 이렇게 분류하면 35=243 가지의 건강 수준을 설명할 수 있다.

EQ-5D는 243개의 건강상태에 대한 가치점수 혹은 가중치를 통해 0 과1 사이의 단일한 점수인 'EQ-5D 지표(index 혹은 tariff)'로 환산할 수 있다. 본 연구에서는 질병관리본부(2007)에서 개발한 'EQ-5D 지표를 사용하였다[12].

$$EQ-5D = 1 - (0.05 + 0.096 * M2 + 0.418 * M3 + 0.046 * SC2 + 0.136 * SC3 + 0.051 * UA2 + 0.208 * UA3 + 0.037 * PD2 + 0.151 * PD3 + 0.043 * AD2 + 0.158 * AD3 + 0.05 * N3)$$

2) 일반적 특성

일반적 특성으로 측정된 변수들은 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 경제적 수준이다. 성별은 남성, 여성이며 연령은 29세 이하, 30-39세, 40-49세, 50세 이상으로 구분하였다.

교육수준은 초졸 이하, 중졸, 고졸, 대졸이상으로 구분하였다. 결혼 상태는 기혼, 미혼, 기타(별거, 이혼, 사별)로 구분하였다. 경제적 수준은 하, 중하, 중상, 상으로 구분하였다.

건강과 관련된 변수로 주관적 건강수준을 사용하였는데 나쁨, 보통, 좋음으로 구분하였다.

건강검진 수진여부, 흡연경험, 음주경험은 예, 아니요로 구분하였다. 수면시간은 5시간이하, 6시간에서 7시간, 8시간 이상으로 구분하였다. 체질량지수(BMI)는 18.59kg/m² 미만(저체중), 18.5kg/m² - 25kg/m²(정상), 25kg/m² 이상(비만)으로 구분하였다. 평소 스트레스 인지 정도는 거의 느끼지 않음, 조금 느끼는 편임, 많이 느끼는 편임, 대단히 많이 느낀다로 구분하였다.

4. 연구 분석 방법

SPSS 22.0을 사용하여 자료를 분석하였다. 대상자의 일반적 특성과 건강관련 특성은 실수와 백분율을 구하였고, 대상자의 고용형태에 따른 일반적 특성 및 건강관련 특성은 χ^2 -test를 실시하였다. 대상자의 고용 형태별 일반적 특성과 건강관련 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이 검정은 t-test, ANOVA를 실시하였고, 사후 검정은 Duncan test로 분석하였다. 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다.

III. 연구결과

1. 고용 형태별 일반적 특성 및 건강관련 특성의 차이

대상자의 고용 형태별 일반적 특성 및 건강관련 특성의 차이를 살펴보면 다음과 같다<Table 1>. 전체 대상자는 남성의 비율이 51.1%였다. 정규직의 경우 남성이 62.9%로 남성의 비율이 높았고, 비정규직의 경우 여성이 62.7%로 여성의 비율이 높은 것으로 나타나 성별의 경우 고용형태에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=121.349$, $p<.001$). 대상자의 연령은 전체적으로는 40-49세의 비율이 27.6%로 가장 높았고, 50세 이상 비율이 16.4%로 가장 낮았다. 정규직 근로자는 40-49세 비율이 32.5%로 가장 높았고, 29세 이하 비율이 14.4%로 가장 낮았다. 비정규직 근로자는 50세 이상 비율이 36.9%로 가장 높았고, 30-39세 비율이 17.8%로 가장 낮게 나타나 고용형태에 따른 연령은 통계적으로 유의하였다($\chi^2=126.014$, $p<.001$).

교육수준은 전체 대상자의 경우 대졸이상의 비율이 46.7%, 중졸이 7.9%였다. 정규직 근로자의 비율이 가장 높은 것은 대졸이상으로 59.7%였고, 비정규직 근로자는 고졸의 비율이 43.3%로 가장 높

아 정규직 근로자와 비정규직 근로자간에 교육수준은 통계적으로 유의한 차이를 보였다($\chi^2=197.827$, $p<.001$). 결혼 상태의 경우 전체 대상자는 기혼의 비율이 70.9%이었고, 미혼의 비율이 22.5%, 기타의 비율이 6.6%이었다. 정규직 근로자는 기혼의 비율이 77.6%이었고, 비정규직 근로자는 기혼의 비율이 63.2%로 나타나 고용형태에 따라 결혼 상태는 통계적으로 유의한 차이를 보였다($\chi^2=58.310$, $p<.001$). 소득수준은 상의 비율이 26.8%, 하의 비율은 20.9%였다. 정규직 근로자는 상의 비율이 36.0%였고, 하의 비율이 13.2%였고, 비정규직 근로자는 하의 비율이 29.9%였고, 상의 비율이 15.9%로 나타나 고용형태에 따라 경제적 수준은 통계적으로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=144.610$, $p<.001$).

주관적 건강상태는 전체 대상자 경우 보통의 비율이 52.1%. 좋음의 비율이 36.4%였다. 정규직 근로자는 보통의 비율이 51.2%였고, 좋음의 비율이 39.5%였고, 비정규직 근로자는 보통의 비율이 53.2%였고, 좋음의 비율이 32.7%로 나타나 고용형태 별 주관적 건강수준은 통계적으로 유의하였다($\chi^2=16.507$, $p<.001$). 건강검진 수진 유무는 수진하는 경우가 70.4%였다. 정규직 근로자는 수진하는 경우가 80.7%였고, 비정규직 근로자는 수진하는 경우가 58.5%로 나타나 고용형태 별 건강검진 유무는 통계적으로 유의하였다($\chi^2=116.072$, $p<.001$).

흡연경험은 전체 대상자 경우 있다는 비율이 46.6%였다. 정규직의 경우 있다는 비율은 53.6%였고, 비정규직의 경우 있다는 비율이 38.5%로 통계적으로 유의한 차이를 보였다($\chi^2=44.823$, $p=.001$). 음주경험은 전체 대상자 경우 있다는 비율이 93.3%였다. 정규직의 경우 있다는 비율은 95.7%였고, 비정규직의 경우 있다는 비율이 90.6%로 통계적으로 유의한 차이를 보였다($\chi^2=19.808$, $p<.001$). 수면시간은 전체 대상자 경우 6시간에서 7시간이 63.0%였다. 정규직의 경우 6시간에서 7시간이

67.4%였고, 비정규직의 경우 6시간에서 7시간이 57.8%로 통계적으로 유의한 차이를 보였다($\chi^2=21.123$, $p<.001$). BMI(Body Mass Index)는 전체 대상자 경우 18.5-25(kg/m²)의 비율이 63.2%. 25kg/m²이상의 비율이 31.5%였다. 정규직 근로자는 18.5-25(kg/m²)의 비율이 62.6%, 25kg/m²이상의 비율이 33.2%였고, 비정규직 근로자는 18.5-25(kg/m²)의 비율이 63.8%, 25kg/m²이상의

비율이 29.7%로 나타나 고용형태에 따른 BMI는 통계적으로 유의하였다($\chi^2=7.033$, $p=.030$). 스트레스는 전체 대상자 경우 낮다의 비율이 64.5%. 매우 높다의 비율이 3.0%였다. 정규직 근로자의 경우 낮다의 비율이 65.3%였고, 고용형태에 따라 스트레스는 통계적으로 유의한 차이가 없었다($\chi^2=2.115$, $p=.549$).

<Table 1> General Characteristics and Health according to the Employment Type

					(N=Persons)	
Variables	Category	Total	Regular Workers	Temporary Workers	χ^2	p
		N(%)	N(%)	N(%)		
Gender	Male	1,004(51.1)	665(62.9)	339(37.3)	121.349	<.001
	Female	962(48.9)	393(37.1)	569(59.1)		
Age	≤29	364(18.4)	152(14.4)	212(23.4)	126.014	<.001
	30 - 39	504(25.6)	342(32.3)	162(17.8)		
	40 - 49	543(27.6)	344(32.5)	199(21.9)		
	≥50	555(16.4)	220(20.8)	335(36.9)		
Education	≤Elementary	161(8.1)	30(2.8)	131(14.4)	197.827	<.001
	Middle	155(7.9)	57(5.4)	98(10.8)		
	High school	732(37.3)	339(32.1)	393(43.3)		
	≥College	917(46.7)	631(59.7)	286(31.5)		
Marital status	Married	1,388(70.9)	817(77.6)	571(63.2)	58.310	<.001
	Unmarried	441(22.5)	198(18.8)	243(26.8)		
	Other	128(6.6)	38(3.6)	90(10.0)		
Economic status	Low	409(20.9)	139(13.2)	270(29.9)	144.610	<.001
	Middle-low	523(26.7)	258(24.5)	265(29.3)		
	Middle-high	502(25.6)	277(26.3)	225(24.9)		
	High	524(26.8)	381(36.0)	143(15.9)		
Subjective health status	Bad	226(11.5)	98(9.3)	128(14.1)	16.507	<.001
	Common	1,025(52.1)	542(51.2)	483(53.2)		
Good		715(36.4)	418(39.5)	297(32.7)		
	Physical check-up	Yes	1,385(70.4)	854(80.7)	531(58.5)	116.072
No		581(29.6)	204(19.3)	377(41.5)		
	Smoking	Yes	916(46.6)	567(53.6)	349(38.5)	44.823
No		1,049(53.4)	491(46.4)	558(61.5)		
	Drinking	Yes	1,834(93.3)	1,012(95.7)	822(90.6)	19.808
No		131(6.7)	46(4.3)	85(9.4)		
	Sleeping time	≤5hr	246(12.5)	125(11.8)	121(13.3)	21.123
6hr - 7hr		1,237(63.0)	713(67.4)	524(57.8)		
≥8hr		482(24.5)	220(20.8)	262(28.9)		
BMI	<18.59kg/m ²	103(5.3)	44(4.2)	59(6.5)	7.033	.030
	18.5-25(kg/m ²)	1,237(63.2)	658(62.6)	579(63.8)		
	≥25kg/m ²	618(31.5)	349(33.2)	269(29.7)		
Stress	Very low	225(11.5)	111(10.5)	114(12.6)	2.115	.549
	Low	1,267(64.5)	691(65.3)	576(63.5)		
	High	415(21.0)	225(21.3)	190(20.9)		
	Very high	58(3.0)	31(2.9)	27(3.0)		

2. 고용 형태에 따른 건강관련 삶의 질

건강관련 삶의 질 평균은 0.971 ± 0.065 였다. 정규직 근로자의 삶의 질 평균은 0.978 ± 0.049 이었고, 비정규직 근로자의 삶의 질 평균은 0.962 ± 0.079 로 통계적으로 유의한 차이($t=5.306, p<.001$)가 있었다 <Table 2>.

3. 고용 형태 별 변수에 따른 건강관련 삶의 질의 차이

고용 형태 별 변수에 따른 건강관련 삶의 질의 차이는 <Table 3>와 같다. 성별에 따른 건강관련 삶의 질은 전체 대상자($t=4.461, p<.001$), 비정규직 근로자($t=3.112, p=.002$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였고, 남성이 여성보다 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 비정규직 근로자($t=1.166, p=.224$)는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 연령에 따른 건강관련 삶의 질의 차이는 전체 대상자($F=24.585, p<.001$), 정규직 근로자($F=10.842, p<.001$), 비정규직 근로자($F=10.407, p<.001$)에서 통계적으로 유의하였고, 대체적으로 연령대가 높을수록 건강관련 삶의 질은 낮았다. 사후 분석은 Duncan으로 선택하여 수행한 결과 전체대상자, 정규직 근로자, 비정규직 근로자 모두에서 49세 이하 집단 간 유의한 차이가 없었으며, 50세 이상 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 교육수준에 따른 건강관련 삶의 질은 전체 대상자($F=47.614, p<.001$), 정규직 근로자($F=6.928, p<.001$), 비정규직 근로자($F=25.607, p<.001$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 대졸 이상에서 건강관련 삶의 질이 높았다. 사후분석 결과 전체대상자, 정규직 근로자에서 중졸, 고졸, 대졸 이상 집단 간 유의한 차이가 없었으며, 초졸 이하 집단 간 유의한 차이를 나타냈다. 비정규직 근로자는 고졸과 대졸이상 집단 간 유의한 차이가 없었으며, 초졸 이하, 중졸 집단 간 유의한 차이가 있었다. 결혼

상태에 따른 건강관련 삶의 질의 차이는 전체 대상자($F=38.382, p<.001$), 비정규직 근로자($F=27.280, p<.001$)에서 통계적으로 유의하였고, 정규직 근로자($F=2.930, p=.054$)는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 사후분석 결과 전체대상자는 결혼, 미혼 집단 간 유의한 차이가 없었고, 기타집단 간 유의한 차이를 나타냈다. 정규직 근로자에서 결혼, 미혼, 기타 집단 간 유의한 차이가 없었다. 비정규직 근로자는 결혼, 미혼, 기타집단 간 유의한 차이가 있었다. 경제적 수준에 따른 건강관련 삶의 질은 전체 대상자($F=6.427, p<.001$), 비정규직 근로자($F=3.702, p=.011$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였고, 정규직 근로자($F=0.782, p=.504$)는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 사후분석 결과 전체대상자는 중하, 중상, 상 집단 간 유의한 차이가 없었고, 하 집단 간 유의한 차이를 보였다. 정규직 근로자에서 하, 중하, 중상, 상 집단 간 유의한 차이가 없었다. 비정규직 근로자는 중하, 상 집단 간 유의한 차이가 없었고, 하 집단 간 유의한 차이가 있었다.

주관적 건강상태에 따른 건강관련 삶의 질의 차이는 전체 대상자($F=124.385, p<.001$), 정규직 근로자($F=28.271, p<.001$), 비정규직 근로자($F=87.540, p<.001$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 주관적 건강상태가 나쁜 경우에 주관적 건강상태가 낮았다. 사후분석 결과 전체대상자, 정규직 근로자, 비정규직 근로자에서 나쁨, 보통, 좋음 집단 간 유의한 차이를 나타냈다. 수면시간에 따른 건강관련 삶의 질은 전체 대상자($F=19.891, p<.001$), 정규직 근로자($F=6.013, p=.003$), 비정규직 근로자($F=13.081, p<.001$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

사후분석 결과 전체대상자, 정규직 근로자, 비정규직 근로자에서 6시간 이상 7시간, 8시간 이상 집단 간 유의한 차이가 없었고, 5시간 이하 집단 간 유의한 차이를 나타냈다. 스트레스에 따른 건강관련 삶의 질은 전체 대상자($F=20.354, p<.001$), 정규

직 근로자(F=17.727, p<.001), 비정규직 근로자(F=8.364, p<.001)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 사후분석 결과 전체 대상자에서 매우 낮음, 높음, 매우 높음 집단 간 유의한 차이를 나타냈다. 정규직 근로자에서 매우 낮음, 낮음, 높음 집

단 간 유의한 차이가 없었고, 매우 높은 집단 간에는 유의한 차이가 있었다. 건강검진 수진 유무, 흡연경험, 음주, BMI의 경우는 전체 대상자, 정규직 근로자, 비정규직 근로자 모두에서 건강관련 삶의 질과 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

<Table 2> The Health-related Quality of Life according to the Employment Type

	Total	Regular Workers	Temporary Workers	t(p)
	M± SD	M± SD	M ± SD	
Health-related Quality of Life	0.971±0.065	0.978±0.049	0.962±0.079	5.306(<.001)

<Table 3> The Health-related Quality of Life according to Variables

Variables	Category	Total		Regular Workers		Temporary Workers	
		M ± SD	t/F(p)	M± SD	t/F(p)	M ± SD	t/F(p)
Gender	Male	0.978±0.055	4.461	0.978±0.049	1.166	0.973±0.065	3.112
	Female	0.965±0.055	(<.001)	0.976±0.048	(.244)	0.957±0.086	(.002)
Age	≤29	0.980±0.046 ^a		0.982±0.047 ^a		0.979±0.046 ^a	
	30 - 39	0.981±0.046 ^a	24.858	0.986±0.036 ^a	10.842	0.972±0.060 ^a	10.407
	40 - 49	0.976±0.058 ^a	(<.001)	0.980±0.048 ^a	(<.001)	0.969±0.071 ^a	(<.001)
	≥50	0.952±0.089 ^b		0.963±0.063 ^b		0.944±0.102 ^b	
Education	≤Elementary	0.960±0.091 ^b		0.943±0.066 ^b		0.914±0.136 ^c	
	Middle	0.974±0.056 ^a	47.614	0.968±0.061 ^a	6.928	0.945±0.083 ^b	25.607
	High school	0.971±0.064 ^a	(<.001)	0.977±0.052 ^a	(<.001)	0.972±0.062 ^a	(<.001)
	≥College	0.978±0.047 ^a		0.981±0.044 ^a		0.978±0.049 ^a	
Marital status	Married	0.972±0.062 ^a		0.978±0.048		0.963±0.077 ^b	
	Unmarried	0.981±0.043 ^a	38.382	0.981±0.045	2.930	0.980±0.042 ^a	27.280
	Other	0.925±0.120 ^b	(<.001)	0.978±0.070	(.054)	0.910±0.133 ^c	(<.001)
Economic status	Low	0.960±0.091 ^b		0.979±0.046		0.951±0.106 ^b	
	Middle-low	0.974±0.056 ^a	6.427	0.975±0.053	0.782	0.971±0.059 ^a	3.702
	Middle-high	0.971±0.064 ^a	(<.001)	0.978±0.053	(.504)	0.962±0.074 ^{ab}	(.011)
Subjective health status	High	0.978±0.047 ^a		0.981±0.049		0.971±0.079 ^a	
	Bad	0.914±0.121 ^c		0.945±0.035 ^c		0.887±0.141 ^c	
	Common	0.972±0.056 ^b	124.385	0.976±0.050 ^b	28.271	0.968±0.062 ^b	87.540
Physical check-up	Good	0.988±0.036 ^a	(<.001)	0.988±0.035 ^a	(<.001)	0.987±0.037 ^a	(<.001)
	Yes	0.971±0.066	-0.527	0.978±0.050	-0.514	0.959±0.085	-1.752
Smoking	No	0.972±0.062	(.598)	0.980±0.045	(.608)	0.968±0.070	(.080)
	Yes	0.974±0.060	1.639	0.980±0.050	0.896	0.964±0.072	0.431
Drinking	No	0.969±0.069	(.101)	0.977±0.047	(.370)	0.962±0.083	(.667)
	Yes	0.971±0.066	0.404	0.978±0.048	-0.393	0.963±0.081	0.052
Sleeping time	No	0.969±0.059	(.686)	0.981±0.045	(.695)	0.962±0.064	(.959)
	≤5hr	0.947±0.104 ^b		0.964±0.068 ^b		0.929±0.129 ^b	
	6hr - 7hr	0.975±0.056 ^a	19.891	0.980±0.046 ^a	6.013	0.967±0.066 ^a	13.081
BMI	≥8hr	0.975±0.059 ^a	(<.001)	0.981±0.043 ^a	(.003)	0.969±0.069 ^a	(<.001)
	<18.59kg/m ²	0.967±0.068		0.979±0.053		0.957±0.076	
	18.5-25(kg/m ²)	0.974±0.058	2.384	0.980±0.044	1.921	0.966±0.071	1.112
Stress	≥25kg/m ²	0.967±0.077	(.092)	0.974±0.057	(.147)	0.958±0.095	(.330)
	Very low	0.983±0.048 ^a		0.987±0.038 ^a		0.978±0.038 ^a	
	Low	0.974±0.058 ^{ab}	20.354	0.980±0.045 ^a	17.727	0.967±0.045 ^{ab}	8.364
	High	0.962±0.074 ^b	(<.001)	0.975±0.053 ^b	(<.001)	0.948±0.090 ^c	(<.001)
	Very high	0.916±0.138 ^c		0.920±0.079 ^b		0.912±0.185 ^c	

* Post hoc test: Duncan test a>b>c

4. 고용 형태별 건강관련 삶의 질 영향요인

대상자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다 <Table 4>. 대상자 전체와 정규직 및 비정규직으로 구분하여 각각 시행하였다.

전체 대상자의 경우 다중 회귀분석한 결과 모형의 설명력을 나타내는 수정된 결정계수(R²)가 .147로 모형의 설명력은 14.7%였다(F=57.305, p<.001). 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 주요 요인은 주관적 건강상태(β=.236, p<.001), 교육수준(β=.161, p<.001), 스트레스(β=-.108, p<.001), 연령(β=-.072, p=.002), 성별(β=-.067, p=.002), 수면시간(β=.055, p=.010)이었다.

정규직 근로자의 경우 다중 회귀분석한 결과 모형의 설명력을 나타내는 수정된 결정계수(R²)가 .078로 모형의 설명력은 7.8%였다(F=23.441, p<.001). 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 주요 요인은 주관적 건강상태(β=.172, p<.001), 스트레스(β=-.129, p<.001), 연령(β=-.112, p<.001), 교육수준(β=.066, p=.038)이었다.

비정규직 근로의 경우 다중 회귀분석한 결과 모형의 설명력을 나타내는 수정된 결정계수(R²)가 .186로 모형의 설명력은 18.6%였다(F=42.092, p<.001). 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 주요 요인은 주관적 건강상태(β=.291, p<.001), 교육수준(β=.199, p<.001), 스트레스(β=-.111, p<.001), 수면시간(β=.076, p=.014), 성별(β=-.060, p=.047)이었다.

<Table 4> Multiple Regression of the Health-related Quality of Life on Variables

Variables	Total		Regular Workers		Temporary Workers			
	B	β	Variables	B	β	Variables	B	β
Subjective health status	.024	.236***	Subjective health status	.013	.172***	Subjective health status	.035	.291***
Education	.012	.161***	Stress	-.010	-.129***	Education	.016	.199***
Stress	-.011	-.108***	Age	-.006	-.112***	Stress	-.013	-.111***
Age	-.004	-.072***	Education	.004	.066*	Sleeping	.010	.076**
Gender	-.009	-.067**				Gender	-.010	-.060*
Sleeping	.006	.055*						
R ²	.150		.082		.190			
Adjusted R ²	.147		.078		.186			
F	57.305		23.441		42.092			
p	<.001		<.001		<.001			

* p< 0.05, ** p< 0.01 , ***p<.001

IV. 고찰

정규직 근로자와 비정규직 근로자간 일반적 특성 변수 중 성별, 연령, 교육수준, 결혼 상태, 경제적 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 정규직 근로자의 경우는 남성의 비율이 높았고, 연령이 비정규직 근로자에 비해 낮았다. 교육수준의 비율은 대졸이상인 비율이 높았고, 기혼의 비율이 높았으며 경제적 수준은 상의 비율이 높았다. 반면 비정규직 근로자는 여성의 비율이 높았고, 정규직 근로자에 비해 연령이 높았다. 교육수준은 고졸의 비율이 높았고, 기혼의 비율이 높았고, 경제적 수준은 하의 비율이 높은 것으로 나타나 정규직 근로자와 다른 결과를 보였다. 이는 비정규직 근로자의 경우 여성의 비율이 높고, 학력이 낮고, 근로소득이 정규직 근로자에 비해 낮으며, 연령이 높은 것으로 나타난 선행연구[2][13]와 비슷한 결과를 보였다. 또한 정규직과 비정규직과 비정규직의 임금격차가 크며, 성별 고용형태차별이 비정규직 여성에게 집중되고 있는 것으로 나타난 선행연구[1]와 비슷하였다. 이는 여성이 노동시장의 불안정성에 더 많이 노출되어 있으며 고용성이 취약한 집단[14]이며, 동시에 노동시장에서 여성이 경험하고 있는 고용 불안정성과 차별적인 대우가 여성의 빈곤화를 고착화시키는 주요한 요인으로 작용하고 있음을 나타내고 있다. 여성의 경우 결혼 후 가사 및 육아로 인한 경력 단절 등의 문제로 정규직을 구하기 어렵게 됨으로써 비정규직화 되고 있다.

정규직 근로자와 비정규직 근로자간 건강과 건강행위관련 변수 중 주관적 건강상태, 건강검진 수진, 흡연, 음주, 수면시간, 체질량지수에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 주관적 건강상태는 비정규직 근로자가 낮았다. 비정규직 근로자는 정규직 근로자에 비해 낮은 임금, 저조한 부가급여와 불안정한 고용으로 노력한 만큼 보상을 받지 못하고 있고, 노력만큼 보상을 받지 못한다는 인식으로

인해 심혈관계 질환 및 여러 정신질환을 발생시키거나 주관적 건강상태가 악화될 확률이 높은 것으로 보고되었다[15]. 건강검진 수진의 경우 비정규직 근로자가 낮은 것으로 나타났다. 정규직 근로자의 경우 사업장에서 정기적으로 건강검진을 받을 수 있지만, 비정규직 근로자의 경우 정기적으로 건강검진을 받을 수 없는 직업인 경우가 많다. 그러므로 비정규직 근로자의 경우도 정기적 건강검진이 가능할 수 있는 제도적 개선이 필요하다. 흡연 경험과 음주경험은 정규직 근로자에서 높은 것으로 나타났다. 이는 정규직 근로자에서 남성의 비율이 여성의 비율보다 높은 것으로 나타나 성별 차이에 의해 기인된 것으로 보인다. 수면시간 5시간 이하에서 정규직 근로자의 비율이 높았는데, 비정규직 근로자의 경우 근무시간이 일정하지 않으므로 적절한 수면시간의 확보가 어려운 것으로 나타났다. BMI(체질량 지수)의 경우 저체중의 비율은 비정규직 근로자가 높고, 비만의 비율은 정규직 근로자가 높은 것으로 나타났다. 스트레스는 정규직 근로자와 비정규직 근로자간의 유의한 차이가 없었다.

건강관련 삶의 질은 건강에 직접적으로 연관된 삶의 질로 건강수준을 나타내는 지표[9] 이므로 건강 관련 삶의 질을 파악함으로써 개인이나 집단의 건강수준을 평가할 수 있다. 본 연구에서 건강관련 삶의 질은 정규직 근로자에 비해 비정규직 근로자가 낮은 것으로 나타나 정규직 근로자에 비해 비정규직 근로자의 건강수준은 낮은 것으로 파악된다. 정규직 근로자와 비정규직 간에 건강관련 삶의 질의 차이를 파악하고 건강 불평등을 확인하였다. 정규직 근로자에 비해 상대적으로 건강수준이 낮은 비정규직 근로자들의 건강관련 삶의 질과 보건 실태를 파악하기 위한 연구는 매우 부족한 실정이다. 그러므로 이를 위한 지속적인 연구가 필요하며, 비정규직 근로자의 건강관련 삶의 질을 향상시키기 위한 건강증진 프로그램의 개발이 필요하다.

비정규직 근로자들의 삶과 건강에 영향을 주는 요인을 파악하고 개선할 수 있는 사회적 대책을 마련해야 한다.

정규직 근로자와 비정규직 근로자간 변수에 따른 건강관련 삶의 질은 성별에 있어 비정규직 근로자의 경우 통계적으로 유의한 차이가 있었지만 정규직 근로자의 경우는 차이가 없었다. 비정규직 근로자의 경우 여성이 남성에 비해 건강관련 삶의 질이 낮았다. 연령의 경우는 정규직 근로자와 비정규직 근로자 모두 50세 이상의 건강관련 삶의 질이 낮은 것으로 나타나 대체적으로 연령이 증가할수록 건강관련 삶의 질이 낮았다. 교육수준의 경우는 정규직 근로자와 비정규직 근로자 모두 학력이 낮을수록 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다. 결혼상태와 건강관련 삶의 질은 정규직의 경우 유의한 차이는 없었고, 비정규직 근로자는 이혼 및 사별 등 기타인 경우 건강관련 삶의 질이 낮았다. 정규직 근로자와 비정규직 근로자에서 주관적 건강상태가 낮을 때 건강관련 삶의 질이 낮았다. 수면시간에 따른 건강관련 삶의 질은 정규직 근로자와 비정규직 근로자에서 수면시간이 적은 경우 건강관련 삶의 질이 낮았다. 스트레스는 스트레스 인지 정도가 높은 경우 건강관련 삶의 질이 낮았다. 건강검진 수진, 흡연 경험, 음주 경험, BMI는 정규직 근로자와 비정규직 근로자 모두에서 유무에 따른 건강관련 삶의 질의 차이는 없는 것으로 나타났다. 정규직 근로자와 비정규직 근로자의 건강관련 삶의 질은 대부분의 측정변수에서 비정규직 근로자가 낮았다. 비정규직 근로자는 길게는 이년 짧게는 하루 단위로 근로계약을 반복함으로써 고용의 불안정성에 직면하게 되고, 상시적인 실업 공포로 인한 심리적 중압감은 건강에 부정적인 영향을 미치는 것으로 보인다[16].

건강관련 삶의 질에 영향을 요인 규명을 위해 다중회귀분석한 결과 영향요인에 차이가 있었다. 영향요인은 정규직 근로자의 경우 주관적 건강상

태, 스트레스, 연령, 교육수준이었고, 비정규직 근로자의 경우 주관적 건강상태, 교육수준, 스트레스, 수면시간, 성별로 나타났다. 건강관련 삶의 질은 흡연, 음주, 건강검진 수진 등 건강행위와 관련된 요인과는 관련이 없었고, 주관적 건강수준에 가장 영향을 많이 받은 것으로 나타났다. 주관적 건강상태가 정규직 근로자와 비정규직 근로자에서 건강관련 삶의 질에 주된 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 주관적 건강인식이 나쁠수록 건강관련 삶의 질이 유의하게 낮다고 보고한 선행연구결과들[17][18]과 유사한 결과로 대상자 자신이 건강을 인식하는 정도가 건강관련 삶의 질에 중요한 영향을 주는 것으로 나타났다. 스트레스가 정규직 근로자와 비정규직 근로자에게 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 요인으로 규명되었기에 근로자들의 지속적인 스트레스 평가를 통해 스트레스를 감소시킬 수 있는 보건의료 프로그램의 개발이 필요하다. 건강관련 삶의 질이 주관적 건강상태, 스트레스, 수면시간처럼 개인적 성향과 관련된 요인에 의해서도 영향을 받지만, 연령, 성별, 교육수준 등 사회경제적 요인에 의해서 영향을 받는 것으로 나타났다. 이는 개인의 건강은 개인적 행동을 포함한 개인적 수준 뿐 아니라, 불평등한 사회구조적 문제에 의해 초래될 수 있다는 사실을 보여주고 있으며, 건강도 사회계층별로 불평등이 존재할 수 있다는 결과를 보여주고 있다는데서 연구의 의의를 찾을 수 있다.

비정규직 근로자의 경우 건강관련 삶의 질이 교육수준과 성별에 영향을 받는 것으로 나타났다. 여성과 저학력 층의 경우 직업선택의 범위가 제한되어 있어 고용의 진입장벽이 낮은 비정규직에 많이 종사하고 있고, 이들의 건강관련 삶의 질이 낮았다. 특히 비정규직 여성근로자는 성차별과 비정규직 차별이라는 이중적 차별을 겪고 있으며, 노동시장에서 열악한 위치와 저임금, 고용 불안에 직면해 있다[19]. 비정규직 근로자는 고용이 불안정하고

근무여건이 좋지 않으며, 임금과 노동조건 등에서 차별을 받게 되어 정신적 건강에 어려움을 겪게 되고[5], 신체적 건강에 악영향을 끼쳐 건강수준의 저하를 가져와 건강관련 삶의 질은 낮아진다. 이러한 고용형태별 건강불평등을 해결하기 위해서는 보건의료와 관련된 프로그램과 정책수립으로 직접적인 건강증진을 도모할 뿐 아니라 사회제도적 개선의 측면에서 비정규직에서 정규직으로 전환이 필요하며, 여성의 정규직 내로의 진입장벽을 낮추어야 한다[18]. 비정규직 내에서도 임금, 근무환경, 근무조건의 향상 등 정책적 변화가 필요하며, 이들을 위한 복지, 보건의료, 고용 등 여러 측면에서의 다각적인 정책지원이 필요할 것이다.

본 연구는 단면연구로서 정규직 및 비정규직의 고용형태에 따른 건강관련 삶의 질 간의 인과관계를 명확하게 확인하기 어려운 제한점이 있으므로, 앞으로 종단연구를 통해 정규직 및 비정규직의 고용형태에 따른 건강관련 삶의 질 영향요인을 명확히 규명할 필요가 있다.

V. 결론

본 연구는 정규직 근로자와 비정규직 근로자의 건강관련 삶의 질 차이를 분석하고, 건강관련 삶의 질에 미치는 영향을 규명하여 근로자들의 건강관련 삶의 질을 향상시킬 수 있는 보건의료 프로그램 및 정책 개발의 근거자료를 제공하고자 하였다.

비정규직 근로자의 건강관련 삶의 질은 정규직 근로자보다 낮았다. 정규직 근로자의 경우 주관적 건강상태, 스트레스, 연령, 교육수준이었고, 비정규직 근로자의 경우 주관적 건강상태, 교육수준, 스트레스, 수면시간, 성별로 나타났다. 연구결과에 근거하여 대상자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 파악하여 건강불평등을 해결할 수 있는 중재가 이루어져야 한다. 주관적 건강상태가 건강관련 삶의 질에 중요한 요인으로 나타났으므로,

대상자 자신이 인식하는 건강수준을 높일 수 있는 중재프로그램이 개발되어야 한다. 또한 스트레스에 대한 지속적인 평가를 통해 스트레스를 감소시킬 수 있는 프로그램개발과 정책개발이 이루어져야 한다.

비정규직 근로자의 경우 사회경제적 요인과 같은 사회구조적인 것에 의해 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 것으로 확인되므로 개인의 건강증진 향상을 위한 보건의료 프로그램의 개발과 더불어 비정규직 고용을 근본적으로 해결할 수 있는 사회구조적인 정책변화가 필요하다. 특히 비정규직 여성의 경우 성차별과 고용차별을 겪고 있기 때문에 이들을 위한 보건의료 및 사회적 프로그램개발 및 정책개발이 이루어져야 한다. 이를 통해 비정규직 여성 근로자의 건강관련 삶의 질을 높일 수 있을 것이다.

비정규직 근로자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 주요 요인에 대한 반복적인 연구를 통해 건강관련 삶의 질의 영향요인을 파악하고, 연구결과와 확인된 영향요인들을 건강관련 삶의 질 향상을 위한 보건의료프로그램의 개발과 정책개발 시 적극적으로 고려하여 반영할 것을 제언한다.

REFERENCES

1. Y.S. Kim(2015), Issues and Alternatives: Temporary Workers' Scale and Status, Labor & Society, Vol.183;54-92.
2. I.H. Kim, D.M. Paek, S.I. Cho(2005), Does Non-standard Work Affect Health? Journal of Preventive Medicine and Public Health, Vol.38(3);337-344.
3. I.A. Kim(2009), Temporary Workers' Health. Occupational Health, Vol.255;28-36.
4. S.H. Yun(2005), A Empirical Study about a

- Relevancy between Poverty and Social Exclusion of the Working Poor in the South Korea, *Korean Social Security Studies*, Vol.21(1);149-176.
5. B.I. Rho, J.H. Son(2011), The Effect of Social Exclusion of Marginal Workers on Mental Health. *Korean Journal of Social Welfare*, Vol.136(1);113-135.
 6. M. Bartely, J. Ferrie(2001), Glossary: Unemployment, Job Insecurity, and Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol.55;776-781.
 7. J. Benach, F.G. Benavides, S. Platt, A. Diez-Roux, C. Muntaner(2000), The Health-Damaging Potential of New Types of Flexible Employment:a Challenge for Public Health Researchers. *American Journal of Public Health*, Vol.90(8);1316 - 1317.
 8. C. Metcalfe, D.G. Smith, J.A.C. Sterne, P. Heslop, J. Macleod, C. Hart(2003), Frequent Job Change and Associated Health. *Social Science & Medicine*, Vol.56(1);1-15.
 9. B. Spiker, D.A. Revicki(1996), Taxonomy of Quality of Life. In: Spiker B, editor. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher, pp.25-31.
 10. The Sixth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI-1), 2013, Korea Centers for Disease Control and Prevention. <http://knhanes.cdc.go.kr>
 11. EuroQol Group(1990), EuroQol: a new facility for measurement of health-related quality of life, *Health Policy*, Vol.16;199-208.
 12. Korea Centers for Disease Control and Prevention(2015), Guideline for the Sixth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI-1), Korea Centers for Disease Control and Prevention, pp.1-155.
 13. Y.M. Moon(2014), A Panel Analysis of the Life Satisfaction of Standard and Non-standard Workers: Focusing on Latent Growth Model, *Korean Journal of Labor Studies*, Vol.20(2);187-218.
 14. S.Y. Sohn(2011), The Effect of Regular Workers and Non-regular Workers on the Subjective Health Status, *Korean Journal of Occupational Health Nursing*, Vol.20(3);346-355.
 15. J. Siegrist, M. Marmot(2004), Health Inequalities and the Psychosocial Environment - two Scientific Challenges. *Social Science & Medicine*, Vol.58(8);1463-1473.
 16. S.C. Shin, M.J. Kim(2007), The Effect of Occupation and Employment Status upon Perceived Health in South Korea. *Health and Social Science*, Vol.22(1);205-224.
 17. M.A. Han, S.Y. Ryu, J. Park, M.G. Kang, J.K. Park, K.S. Kim(2008), Health-Related Quality of Life Assessment by the EuroQol-5D in Some Rural Adults, *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, Vol.41(3);173-180.
 18. S.J. Yu, C.Y. Kang, Y.R. Kim(2015), Correlation of Quality of Life in the Health of Korean Elderly : Perceived, Physical, Mental Health Status, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.9(2);47-56.
 19. S.W. Kim, S.H. Jung(2014), The Study on Shifting Contingent Employment of Married Women into Permanent Employment Position, *Public Policy Review*, Vol.28(2);27-48.