

한국 성인의 주관적 계층인식과 정신건강과의 관계

최령¹, 황병덕²‡

¹동신대학교 보건복지대학 보건행정학과, ²부산가톨릭대학교 보건과학대학 병원경영학과

The Relationship of Subjective Recognition of Social Class and Mental Health in Korean Adult

Ryoung Choi¹, Byung-Deog Hwang²‡

¹*Department of Health Administration Dongshin University College of Health and Welfare*

²*Department of HCM Catholic University of Pusan College of Health Sciences*

<Abstract>

Objectives : To determine the relationship between of subjective recognition of social class and mental health. **Method**: The participants were adults with mental health experience over the age of 20 from the Korea Health Panel in 2013 (n=5,126). **Methods** : Data were analyzed using SPSS Statistics 22.0 The chi-square test and logistic regression analysis used to verify the relationship between subjective recognition of social class and mental health. **Results** : Lower subjective recognition of social class was associated with experience of depression and suicidal ideation. Other factors associated with depression experience were subjective health status, gender, age, marital status, type of medical care, disability, subjective health status, current smoking and frequency of drinking. Experience of suicidal ideation was, by contrast, associated with subjective health status, age, marital status, economic activity, private insurance, subjective health status and frequency of drinking. **Conclusions** : Health policies and institutions must be established to optimize health and preventive medicine approaches, especially or mental health as well as the provision of services.

Key Words : Subjective Recognition of Social Class, Mental Health, Depression, Suicidal Ideation

‡ Corresponding author : Byung-Deog Hwang(suamsam@naver.com) Department of HCM Catholic University of Pusan College of Health Sciences

• Received : Jul 20, 2017

• Revised : Aug 25, 2017

• Accepted : Aug 30, 2017

I. 서론

계층이란 동일하거나 비슷한 정도의 희소가치를 향유하는 사람들의 집단, 또는 그에 따라 비슷한 사회적 평가를 받는 사람들의 범주를 가리키는 것으로 정치적·사회적·경제적 측면에서 각 계층 간 차이가 존재하는 현상을 의미한다. 계층 간 차이 지표는 대개 소득, 소비, 부 등의 세 가지 지표가 활용되며, 그 중에서 소득은 일정 기간 동안의 흐름을 나타낸 지표로서 소득 분포에 관한 통계자료는 소득 계층 간의 격차를 거시적으로 파악하는데 있어 매우 유용하고 비교적 구하기가 쉽기 때문에 가장 자주 사용되는 지표이다. 그러나 이론적인 소득 개념과 실제로 사용되는 소득의 개념 사이에는 약간의 차이가 있기에 사회의 변화에 따라 나와 남을 구분하는 개인들의 주관적 계층인식에 관심을 갖게 되었다.

주관적 계층인식이란 개인 스스로가 자신이 어떠한 계급 또는 계층에 속한다고 느끼는 일종의 귀속의식으로 사회의 위계속에서 자신의 위치를 자리매김하거나, 특정 계층지위에 주관적인 일체감을 귀속시키는 것으로 정의하고 있다[1]. 계층인식은 사회적 이동이 활발해지고 생활양식의 평준화가 확대됨에 따라 그 사회의 대다수가 자신을 중간층으로 여기는 즉 중간층으로 평준화된 사회가 될 것이라는 전망도 경험적으로 연구되었고[2], 건강과의 연관성을 살피는 데 있어 주관적 계층인식이 객관적인 사회경제적 지위와 같은 지표보다 민감하고 포괄적인 지표이다[3]. 이처럼 주관적 계층의식은 사회 구조 속에서 스스로가 자신의 위치를 인지하고 판단하는 것으로, 스스로가 속한다고 느끼는 계층이나 계급이 공유하는 생활양식이나 태도, 행동 등의 실천으로 이어지는데, 이는 건강행동과도 연결될 수 있다는 점에서 중요하다[4].

한편, 정신건강은 행복하고 만족하며 원하는 것을 성취하는 것 등의 안녕상태 또는 정신적으로

병적인 증세가 없을 뿐 아니라, 자기능력을 최대한 발휘하고 환경에 대한 적응력이 있으며, 자주적이고 건설적으로 자기의 생활을 처리해 나갈 수 있는 성숙한 인격체를 갖추고 있는 상태를 말한다[5]. National Institute of Mental Health에서는 세계적으로 정신건강의 문제가 늘어나는 중대한 위기상황으로 간주하고 지역사회 차원의 예방과 관리의 중요성에 대해 강조하고 있으며, 우리나라는 급격한 경제적 성장과 산업화로 인하여 우울, 불안 및 자살 등 많은 정신건강 문제가 사회적 현안으로 대두되고 있다[6].

그중, 우울증은 유병률이 매우 높은 정신질환으로 삶의 질을 저하시키고 질병부담 상승을 초래하는 주요 인자이다[7]. Ministry of Health & Welfare에 의하면 18세 이상 성인 중 최근 1년간 한번 이상 정신질환을 경험한 사람은 전체 인구의 16.0%인 577만명으로 2006년 대비 22.9%가 증가하였다. 주요 정신질환 중 기분장애의 경우 여성 10명 중 1명은 평생 한 번 이상 우울증 등 겪었으며, 특히 기분장애의 대표질환인 우울증은 2001년에 비해 1.5배 이상(성인) 증가하였다. 또한 국내에 거주하는 만 19세 이상 성인을 대상으로 한 2015년 국민건강영양조사의 결과에 따르면 최근 1년 동안 '연속 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 분율'인 우울감 경험률이 13.3%로 나타났고 소득수준이 낮을수록 그 비율이 높았다[6].

자살행위는 개인의 안녕을 파악할 수 있는 지표이고 보건 및 사회정책의 중요한 대상이기도 하다. 한 사회가 보이는 전반적인 사망의 양상이 그 사회의 제도적 성공과 실패를 보여주는 중요한 지표임을 고려하면, 개인이 자신의 신체적, 정신적, 사회적 제약에 대한 적절한 해결책을 찾지 못하는 경우 택하는 마지막 대안으로 여겨지는 자살행위의 증가 여부와 그 원인을 이해하기 위한 노력은 매우 필요하다[8]. 자살의 경우 성인의 15.6%는 평

생 한 번 이상 심각하게 자살을 생각하며, 3.2%는 자살을 계획하고, 3.2%는 자살을 시도하는 것으로 나타났다. 또한 자살생각을 한 경우의 57.0%, 자살 계획을 한 경우의 73.7%, 자살시도를 한 경우의 75.3%에서 1개 이상의 정신장애를 경험한 것으로 나타났다[6].

주관적 계층인식에 관한 선행연구를 살펴보면, Adler et al.[3]은 미국 백인 여성을 대상으로 객관적 지위와 주관적 지위 사이의 관련성에 관한 연구에서 객관적 지위에 비해 주관적 지위가 높을수록 심리적 기능과 주관적 건강상태가 높았으며, 객관적 지위보다 강한 관련성이 있는 것으로 분석되었다. You[9]는 2003년 사회통계조사 원자료를 활용하여 주관적으로 인지하는 사회계층이 상류층에 속한다고 인지할수록 건강상태가 양호하다고 인지하였으며, 건강상태 결정요인으로 의료비 지불, 학력, 성별, 여가활동이 모든 계층에서 소득만족, 연령, 음주 실업 등은 일부 계층에서 유의하게 분석되었다. Choi et al.[10]은 산재보험패널 원자료를 활용하여 사회경제적 지위 인식이 주관적 건강상태에 미치는 영향을 분석한 결과 사회경제적 지위 인식인 매개변수만을 이용한 Model 및 소득분위 및 일반적 특성을 이용한 Model 모두 사회경제적 지위 인식이 높을수록 주관적 건강상태가 좋은 것으로 분석되었다.

선행연구를 분석한 결과 계층인식과 관련한 연구는 객관적인 지위인 소득계층의 범주화하여 정신건강에 초점을 맞춘 연구로는 만성질환·건강상태[11][12], 건강행동[13][14], 삶의 질[15][16]에 관한 연구가 대부분 이었다. 최근 들어 주관적 계층 인식의 범주화에 맞추어 일부 연구가 진행되고는 있으나 그 또한 의료이용에 국한되어 있을 뿐 우울 및 자살 등 정신건강에 관한 연구는 전무하다.

따라서 성인들을 대상으로 일상적인 삶에서 개인이 인식하는 주관적 계층인식을 범주화 하여 우울감 경험과 자살충동 경험간 관련성이 있는지 확

인하고, 정신건강 영역 중 우울감 경험과 자살충동 경험에 초점을 맞추어 관계를 분석함으로써 정신건강유형에 따른 건강증진을 향상시킬 수 있는 다양한 보건학적 접근과 정신건강 정책마련을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단에서 수집한 한국의료패널(Korea Health Panel)의 원자료 중 2013년 데이터를 분석자료로 이용하였다. 한국의료패널의 원자료는 우리나라의 의료서비스 이용과 의료비 지출 및 재원 파악을 위한 개인 및 가구단위의 의료비 규모를 산출하고 보건의료이용실태와 의료비 지출수준, 건강수준 및 건강행태 등에 관한 기초자료 생산을 목적으로 한다. 그리고 한국의료패널 조사는 전국 단위의 대표성을 가지기 위해 2005년 인구주택 총 조사의 90% 전수자료를 표본 추출 틀로 하고 있다. 표본가구 선정은 1단계로 표본조사구(집락)를 추출하고, 2단계에서는 표본조사구 내 표본가구를 추출하는 방식으로 확률비례 2단계 층화집락추출의 표본추출 방식으로 선정하였다.

2013년 데이터는 총 5,284가구, 총15,263명의 가구원으로 구성되어 있다. 본 연구는 주관적 계층인식 등의 문항에 대한 결측값을 제외한 20세 이상, 총 5,126명을 최종 분석대상으로 하였다.

2. 측정변수

1) 주관적 계층인식

건강의 불평등에 있어서 물질적인 측면에 비해 심리적 인과관계는 주관적으로 속한다고 인지하는 사회계층이 객관적인 사회적 지위보다 건강에 더

강력한 결정요인으로 예측된다[17]. 주관적 계층 인식 평가지표는 2000년 Adler 등에 의해 개발되었으며[3], 한국의료패널자료에서는 “한국사회에서의 나의위치”를 물어보는 것으로 10칸의 사다리중 자신의 위치가 최하위는 1, 최상위는 10을 선택하도록 되어있다. 본 연구에서는 총10단계를 ‘하=0’, ‘중하=1’, ‘중상=2’, ‘상=3’의 총4단계로 구성하였다.

2) 정신건강

정신건강에 있어서 우울과 자살은 매우 중요한 부분이다. 우울은 정상적인 기분변화로부터 병적인 상태까지의 연속선상에 있으며, 우울증이 있는 사람은 주위에 있는 일들을 잘못 인식하고, 터무니없는 의미들을 과장시키면서 그의 상실과 결부시키고 부정적인 사고를 가지게 한다[18]. 또한 증상이 심할 경우 자신의 기분상태를 조절할 수 없는 상태에 이르기기도 하며, 자살충동, 자살행동으로 이어지기도 한다[12]. 자살은 ‘자발적 또는 의도적으로 스스로 목숨을 끊는 행위’[18]로 사회경제적요인, 심리적 요인, 스트레스, 우울 등 많은 요인들이 자살의 위험요인에 포함이 된다. 자살충동은 자살계획-자살행동-자살로 이어지는 연속적인 의미로 개념화 할 수 있다[19]. 이러한 측면에서 정신건강 유형을 우울감 경험과 자살충동 경험으로 분류하였다. 우울감 경험은 “최근 1년간 2주 이상 연속으로 일상생활에 지장이 있을 정도로 많이 슬펐거나 불행하다고 느낀 적이 있습니까?”라는 질문에 “0=없다, 1=있다”, 자살충동경험은 “최근 1년 간 죽고 싶다고 생각을 해 본 적이 있습니까?”라는 질문에 “0=없다, 1=있다”로 구성하였다.

3) 소득계층

소득계층에 따라 건강수준에 차이가 있다는 사실이 여러 연구를 통해 지적되어 왔다. 본 연구의 분석단위는 가구원으로, 가구 내 총근로소득과 총자산소득의 합인 연간 총 가구소득에 가구원수의

제공근으로 분석한 총 가구소득10분위 자료를 사용하였으며, 주관적 계층인식과 분위기를 동일하게 하기 위하여 ‘하=1’, ‘중하=2’, ‘중상=3’, ‘상=4’로 총4단계로 재구성하였다.

4) 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 절대적인 기준에 의해 정의되기 보다는 개인의 지각과 사회문화적 요인의 상호작용에 의해 형성되는 상대적이며 다차원적인 개념으로 고려된다[20]. 이에 본 연구에서의 건강상태는 “현재의 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?”의 문항을 활용하였으며, ‘매우 좋다’, ‘좋다’, ‘보통이다’, ‘좋지않다’, ‘매우 좋지 않다’로 총 5단계를 ‘좋다’, ‘보통’, ‘나쁘다’의 3단계로 재구성하였다.

5) 일반적 특성

인구사회학적 변수는 성별은 ‘남자=0’, ‘여자=1’, 연령은 ‘20-29세=0’부터 10년 단위로 ‘60세 이상=4’, 학력은 ‘중학교 이하=0’, ‘고등학교=1’, ‘대학교 이상=2’로 구분하였다. 혼인상태는 ‘기타=0’, ‘미혼=1’, ‘기혼=2’, 의료보장유형은 ‘건강보험=0’, ‘의료급여=1’, 경제활동은 ‘한다=0’, ‘안한다=1’, 민간보험은 ‘미가입=0’, ‘가입=1’, 만성질환은 ‘있다=0’, ‘없다=1’, 장애는 ‘없다=0’, ‘있다=1’, 현재흡연은 ‘안한다=0’, ‘한다=1’, 과음횟수는 “최근 한 달간 한 번의 술좌석에서 남성은 소주 7잔(또는 맥주 355cc 5캔), 여성은 소주 5잔(또는 맥주 355cc 3캔) 이상을 마신 횟수는 얼마나 되십니까?”의 문항을 활용하여 ‘없다=0’, ‘주1회 이하=1’, ‘주2회 이상=2’로 재구성하였다.

3. 분석방법

자료분석은 SPSS 22.0을 이용하여 연구대상자들의 인구사회학적요인인 성별, 연령, 학력, 혼인상

데, 의료보장유형, 경제활동, 민간보험, 소득계층, 만성질환, 장애, 주관적 건강상태, 현재흡연, 과음횟수 특성을 알아보기 위하여 빈도분석과 기술적 통계를 통한 백분율을 하였다. 정신건강유형(우울감 경험, 자살충동 경험)별 주관적 계층인식과 일반적 특성을 검증하기 위해 χ^2 -test를 하였다. 주관적 계층인식과 정신건강인 우울감 경험과 자살충동 경험과의 관계를 파악하기 위하여 로지스틱회귀분석을 실시하였다. 모든 검정을 $p=0.05$ 에 대해 유의성을 검토하였고, 유의수준은 95%신뢰구간으로 하였다.

III. 연구결과

1. 연구대상자들의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성을 분석한 결과 성별은 남성(54.9%), 연령은 60대 이상(36.9%)가 가장 많았으며, 40대(23.2%), 50대(20.3%) 순 이었으며, 학력은 고졸(35.7%), 혼인상태는 기혼(71.5%), 의료보장유형은 건강보험(95.8)이 가장 많았다. 경제활동은 한다(65.0%), 민간보험은 미가입(74.8%), 소득계층은 상(33.3%), 중상(29.9%)순 이었다. 만성질환은 있다(60.1%), 주관적 건강상태는 보통(45.9%), 좋음(43.0%)순 이었으며, 현재흡연은 안한다(73.1%), 과음횟수는 안한다(55.4%), 주1회 이하(31.1%)순 이었다<Table 1>.

2. 정신건강 특성

정신건강 중 우울감 경험 특성을 분석한 결과 주관적 계층인식은 '중하' 53.9%, '하' 26.0%, '중상' 18.0% 그리고 '상' 2.1% 순으로 우울감 경험이 있었다. 성별은 '여자' 57.8%, 학력은 '중학교 이하' 34.9%, '고등학교' 33.6%, '대학교 이상' 31.5% 순, 혼인상태는 '기혼' 59.9%, 의료보장유형은 '건강보험' 88.7%, 경제활동은 '한다' 54.2%, 민간보험은 '미가입' 83.1%가 우울감 경험이 있었다. 소득계층은 '중상' 32.8%, '상' 24.5%, '중하' 22.4% 그리고 '하' 20.3%순, 만성질환은 '있다' 68.5%, 장애는 '없다' 88.5% 그리고 주관적 건강상태는 '보통' 50.5%, '나쁘다' 31.5%, '좋다' 18.0% 순으로 우울감 경험이 있었으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

자살충동 경험 특성을 분석한 결과 주관적 계층인식은 '중하' 55.8%, '하' 25.3%, '중상' 16.6% 그리고 '상' 2.3% 순으로 우울감 경험이 있었다. 성별은 '남자'와 '여자'가 50.0%, 연령은 '60대 이상' 39.6%, '50대' 25.0%, '20대' 8.1% 순, 학력은 '중학교 이하' 39.3%, '고등학교' 34.1%, '대학교 이상' 26.6% 순, 혼인상태는 '기혼' 63.3%, '기타' 19.8% 순, 의료보장유형은 '건강보험' 91.2%, 경제활동은 '한다' 56.8%, 민간보험은 '미가입' 85.4%가 자살충동 경험이 있었다. 소득계층은 '중상' 31.7%, '상' 24.0%, '하' 22.4%, '중하' 21.8% 순, 만성질환은 '있다' 69.5%, 장애는 '없다' 89.3%, 주관적 건강상태는 '보통' 54.2%, '나쁘다' 29.2%, '좋다' 16.6%순, 현재흡연은 '안한다' 68.5%, 과음횟수는 '주1회' 35.1%, '없다' 46.4%, '주2회 이상' 18.5% 순으로 자살충동 경험이 있었으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다<Table 2>.

<Table 1> General characteristics of the participants

Unit: N, %

	Section	N	%
Gender	Male	2,815	54.9
	Female	2,311	45.1
Age	20's	393	7.7
	30's	611	11.9
	40's	1,189	23.2
	50's	1,039	20.3
	≥60's	1,894	36.9
Education level	≤Middle school	1,487	29.0
	High school	1,832	35.7
	≥College	1,807	35.3
Spouse	Others	502	9.8
	Single	957	18.7
	Married	3,667	71.5
Insurance Type	National Health Insurance	4,915	95.8
	Medical Aid	211	4.2
Economic Activity	Yes	3,331	65.0
	No	1,795	35.0
Private Insurance	No Access	3,834	74.8
	Access	1,292	25.2
Income Class	Low	714	13.9
	Middle-low	1,172	22.9
	Middle-high	1,531	29.9
	High	1,709	33.3
Chronic illness	No	3,083	60.1
	Yes	2,043	39.9
Disability	Yes	304	5.9
	No	4,822	94.1
Subjective Health Status	Good	2,204	43.0
	Normal	2,352	45.9
	Poor	570	11.1
Currently Smoking	Non smoking	3,749	73.1
	Smoking	1,377	26.9
Frequency Overeating	Never	2,839	55.4
	≤Once a Week	1,592	31.1
	≥Twice a Week	695	13.6
Total		5,126	100.0

<Table 2> General characteristics by experience of mental health problems

Section		Depressive Experience			Suicidal Impulse Experience		
		No	Yes	χ^2	No	Yes	χ^2
Subjective Recognition of Social Class	Low	506(10.7)	100(26.0)	99.791***	528(11.0)	78(25.3)	77.724***
	Middle-low	2,481(52.3)	207(53.9)		2,516(52.2)	172(55.8)	
	Middle-high	1,589(33.5)	69(18.0)		1,607(33.4)	51(16.6)	
	High	166(3.5)	8(2.1)		167(3.5)	7(2.3)	
Gender	Male	2,653(55.9)	162(42.2)	27.164***	2,661(55.2)	154(50.0)	3.199*
	Female	2,089(44.1)	222(57.8)		2,157(44.8)	154(50.0)	
Age	20's	1,746(36.8)	148(38.5)	6.640	1,772(36.8)	122(39.6)	10.933*
	30's	958(20.2)	81(21.1)		962(20.2)	77(25.0)	
	40's	1,113(23.5)	76(19.8)		1,129(23.4)	60(19.5)	
	50's	571(12.0)	40(10.4)		587(12.2)	24(7.8)	
	≥60's	354(7.5)	39(10.2)		368(7.6)	25(8.1)	
Education level	≤Middle school	1,353(28.5)	134(34.9)	7.142*	1,366(28.4)	121(39.3)	19.100***
	High school	1,703(35.9)	129(33.6)		1,727(35.8)	105(34.1)	
	≥College	1,686(35.6)	121(31.5)		1,725(35.8)	82(26.6)	
Spouse	Others	432(9.1)	70(18.2)	40.312***	441(9.2)	61(19.8)	37.201***
	Single	873(18.4)	84(21.9)		908(18.8)	52(16.9)	
	Married	3,437(72.5)	230(59.9)		3,472(72.1)	195(63.3)	
Insurance Type	National Health Insurance	4,576(96.4)	339(88.7)	81.713***	4,635(96.2)	280(91.2)	30.810***
	Medical Aid	168(3.6)	43(11.3)		184(3.8)	27(8.8)	
Economic Activity	Yes	3,123(65.9)	208(54.2)	21.339***	3,156(65.5)	175(56.8)	9.599**
	No	1,619(34.1)	176(45.8)		1,662(34.5)	133(43.2)	
Private Insurance	No Access	3,515(74.1)	319(83.1)	15.087***	3,571(74.1)	263(85.4)	19.510***
	Access	1,227(25.9)	65(16.9)		1,247(25.9)	45(14.6)	
Income Class	Low	636(13.4)	78(20.3)	23.164***	645(13.4)	69(22.4)	26.013***
	Middle-low	1,086(22.9)	86(22.4)		1,105(22.9)	67(21.8)	
	Middle-high	1,405(29.6)	126(32.8)		1,433(29.7)	98(31.7)	
	High	1,615(34.1)	94(24.5)		1,635(33.9)	74(24.0)	
Chronic illness	Yes	2,820(59.5)	263(68.5)	12.060***	2,869(59.5)	214(69.5)	11.916***
	No	1,922(40.5)	121(31.5)		1,949(40.5)	94(30.5)	
Disability	No	4,482(94.5)	340(88.5)	22.736***	4,547(94.4)	275(89.3)	13.442***
	Yes	260(5.5)	44(11.5)		271(5.6)	33(10.7)	
Subjective Health Status	Good	2,135(45.0)	69(18.0)	217.626***	2,153(44.7)	51(16.6)	154.789***
	Normal	2,158(45.5)	194(50.5)		2,185(45.4)	167(54.2)	
	Poor	449(9.5)	121(31.5)		480(10.0)	90(29.2)	
Currently Smoking	No smoking	3,473(73.2)	276(71.9)	.336	3,538(73.4)	211(68.5)	3.576*
	Smoking	1,269(26.8)	108(28.1)		1,280(26.6)	97(31.5)	
Frequency Overeating	Never	2,640(55.7)	199(51.8)	3.127	2,696(56.0)	143(46.4)	12.358**
	≤Once a Week	1,469(31.0)	123(32.0)		1,484(30.8)	108(35.1)	
	≥Twice a Week	633(13.3)	62(16.1)		638(13.2)	57(18.5)	
Total		4,742(100.0)	384(100.0)		4,818(100.0)	308(100.0)	

3. 주관적 계층인식과 정신건강과의 관계

정신건강 중 우울감 경험과의 관계를 분석한 결과 Model 1의 경우 주관적 계층인식은 '상(OR=0.243[95% CI=0.116-0.511])', '중상(OR=0.217[95% CI=0.257-0.300])' 그리고 '중하(OR=0.422[95% CI=0.326-0.546])'에 비해 '하'에서 우울감 경험이 높은 것으로 분석되었다. Model 2의 경우 주관적 계층인식은 '중상(OR=0.322[95% CI=0.228-0.483])' 그리고 '중하(OR=0.586[95% CI=0.434-0.791])'에 비해 '하'에서, 성별은 '남자'에 비해 '여자'(OR=2.103[95% CI=1.559-2.835])에서, 연령은 '60대 이상'에 비해 '50대(OR=1.435[95% CI=0.999-2.060])'에서, 혼인상태는 '기혼'에 비해 '기타(OR=0.695[95% CI=0.498-0.971])'에서, 의료보장유형은 '건강보험'에 비해 '의료급여(OR=1.847[95% CI=1.169-2.920])'에서, 장애는 '없다'에 비해 '있다(OR=1.489[95% CI=0.996-2.226])'에서, 주관적 건강상태는 '좋다'에 비해 '보통(OR=2.805[95% CI=2.099-3.747])'과 '나쁘다(OR=6.540[95% CI=4.636-9.226])'에서, 현재흡연은 '안한다'에 비해 '한다(OR=1.371[95% CI=1.006-1.870])'에서, 과음횟수는 '없다'에 비해 '주1회(OR=1.439[95% CI=1.095-1.892])'와 '주2회 이상(OR=1.757[95% CI=1.240-2.492])'에서 우울감 경험이 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

자살충동 경험과의 관계를 분석한 결과 Model 1의 경우 주관적 계층인식은 '상(OR=0.280[95% CI=0.127-0.619])', '중상(OR=0.208[95% CI=0.144-0.304])' 그리고 '중하(OR=0.457[95% CI=0.344-0.607])'에 비해 '하'에서 자살충동 경험이 높은 것으로 분석되었다. Model 2의 경우 주관적 계층인식은 '중상(OR=0.340[95% CI=0.223-0.516])' 그리고 '중하(OR=0.644[95% CI=0.465-0.890])'에 비해 '하'에서, 연령은 '60대 이상'에 비해 '50대(OR=2.061[95% CI=1.413-3.006])', '40대

(OR=1.735[95% CI=1.107-2.718])' 그리고 '20대(OR=2.365[95% CI=1.077-5.192])'에서, 혼인상태는 '기혼'에 비해 '기타(OR=0.588[95% CI=0.413-0.836])'에서, 경제활동은 '한다'에 비해 '안한다(OR=1.322[95% CI=0.999-1.748])'에서, 민간보험은 '가입'에 비해 '미가입(OR=0.601[95% CI=0.423-0.854])'에서, 주관적 건강상태는 '좋다'에 비해 '보통(OR=3.121[95% CI=2.250-4.331])'과 '나쁘다(OR=6.035[95% CI=4.095-8.893])'에서, 과음횟수는 '없다'에 비해 '주1회(OR=1.861[95% CI=1.377-2.515])'와 '주2회 이상(OR=2.304[95% CI=1.405-2.945])'에서 자살충동 경험이 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다<Table 3>.

<Table 3> Factors related to experience of mental health problems

Section	Depressive Experience				Suicidal Impulse Experience			
	Model 1		Model 2		Model 1		Model 2	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Subjective Recognition of Social Class (ref: Low)	1		1		1		1	
Middle-low	.422***	.326-.546	.586***	.434-.791	.457***	.344-.607	.644**	.465-.890
Middle-high	.217***	.257-.300	.322***	.228-.483	.208***	.144-.304	.340***	.223-.516
High	.243***	.116-.511	.470	.215-1.029	.280***	.127-.619	.574	.249-1.324
Gender (ref: Male)			1				1	
Female			2.103***	1.559-2.835			1.333	.969-1.834
Age (ref: ≥60's)			1				1	
50's			1.435*	.999-2.060			2.061***	1.413-3.006
40's			1.282	.849-1.935			1.735*	1.107-2.718
30's			1.334	.746-2.386			1.588	.815-3.094
20's			1.686	.851-3.342			2.365*	1.077-5.192
Education Level (ref: ≤Middle school)			1				1	
High school			1.066	.763-1.489			.781	.548-1.112
≥College			1.097	.734-1.639			.698	.454-1.073
Spouse (ref: Others)			1				1	
Single			.979	.567-1.690			.594	.321-1.098
Married			.695*	.498-.971			.588**	.413-.836
Insurance Type (ref: National Health Insurance)			1				1	
Medical Aid			1.847**	1.169-2.920			1.024	.607-1.726
Economic Activity(ref: Yes)			1				1	
No			1.271	.988-1.634			1.322*	.999-1.748
Private Insurance (ref: No Access)			1				1	
Access			.774	.571-1.050			.601**	.423-.854
Income Class (ref: Low)			1				1	
Middle-low			.884	.612-1.275			.709	.482-1.044
Middle-high			1.362	.939-1.974			1.041	.705-1.536
High			1.042	.701-1.549			.856	.564-1.298
Chronic illness (ref: Yes)			1				1	
No			.819	.620-1.082			.840	.618-1.142
Disability (ref: No)			1				1	
Yes			1.489*	.996-2.226			1.277	.825-1.976
Subjective Health Status (ref: Good)			1				1	
Normal			2.805***	2.099-3.747			3.121***	2.250-4.331
Poor			6.540***	4.636-9.226			6.035***	4.095-8.893
Currently Smoking (ref: Non smoking)			1				1	
Smoking			1.371*	1.006-1.870			1.211	.878-1.671
Frequency Overeating (ref: Never)			1				1	
≤Once a Week			1.439**	1.095-1.892			1.861***	1.377-2.515
≥Twice a Week			1.757**	1.240-2.492			2.304***	1.405-2.945
Wald χ^2	88.554***		246.522***		73.432***	.144-.301	188.682***	
-2LogL	2623.402		2376.880		2245.022		2056.340	

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

IV. 고찰

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단에서 수집한 한국의료패널(Korea Health Panel) 중 2013년 자료를 이용하여 성인들을 대상으로 일상적인 삶과 생활에서 개인이 인식하고 나와 남의 처지를 구분하는 주관적 계층인식을 범주화하여 정신건강의 영역 중 우울감 경험과 자살충동 경험에 초점을 맞추어 관계를 분석하고자 하였다.

본 연구의 주요결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 정신건강특성 중 우울감 경험을 분석한 결과 주관적 계층인식, 성별, 학력, 혼인상태, 의료보장유형, 경제활동, 민간보험, 소득계층, 만성질환, 장애 그리고 주관적 건강상태는 우울감 경험과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다. 자살충동 경험을 분석한 결과 주관적 계층인식, 성별, 연령, 학력, 혼인상태, 의료보장유형, 경제활동, 민간보험, 소득계층, 만성질환, 장애, 주관적 건강상태, 현재흡연 그리고 과음횟수는 자살충동 경험과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다.

둘째, 주관적 계층인식과 정신건강과의 관계 중 우울감 경험과의 관계를 분석한 결과 Model 1의 경우 주관적 계층인식은 '상(p<.001)', '중상(p<.001)' 그리고 '중하(p<.001)'에 비해 '하'에서 우울감 경험이 높은 것으로 분석되었다. Model 2의 경우 주관적 계층인식은 '중상(p<.001)' 그리고 '중하(p<.001)'에 비해 '하'가, 성별은 '남자'에 비해 '여자(p<.001)'가 2.103배, 연령은 '60대 이상'에 비해 '50대(p<.05)'가 1.435배, 혼인상태는 '기혼'에 비해 '기타(p<.05)'가, 의료보장유형은 '건강보험'에 비해 '의료급여(p<.01)'가 1.847배, 장애는 '없다'에 비해 '있다(p<.05)'가 1.489배, 주관적 건강상태는 '좋다'에 비해 '보통(p<.001)'은 2.805배, '나쁨(p<.001)'은 6.540배, 현재흡연은 '안한다'에 비해

'한다(p<.05)'가 1.371배 그리고 과음횟수는 '안한다'에 비해 '주1회 이하(p<.01)'는 1.439배, '주2회 이상(p<.01)'은 1.757배 우울감 경험이 높은 것으로 분석되었다.

자살충동 경험과의 관계를 분석한 결과 Model 1의 경우 주관적 계층인식은 '상(p<.001)', '중상(p<.001)' 그리고 '중하(p<.001)'에 비해 '하'에서 자살충동 경험이 높은 것으로 분석되었다. Model 2의 경우 주관적 계층인식은 '중상(p<.001)' 그리고 '중하(p<.001)'에 비해 '하'가, 연령은 '60대 이상'에 비해 '50대(p<.001)'가 2.061배, '40대(p<.05)'가 1.735배, '20대(p<.05)'가 2.365배, 혼인상태는 '기혼'에 비해 '기타(p<.01)'가, 경제활동은 '한다'에 비해 '안한다(p<.05)'가 1.322배, 민간보험은 '있다'에 비해 '없다(p<.01)'가, 주관적 건강상태는 '좋다'에 비해 '보통(p<.001)'은 3.121배, '나쁨(p<.001)'은 6.035배 그리고 과음횟수는 '안한다'에 비해 '주1회 이하(p<.001)'는 1.861배, '주2회 이상(p<.001)'은 2.304배 자살충동 경험이 높은 것으로 분석되었다.

주관적 계층인식의 분석결과 선행연구에 따르면, 사회경제적 지위 인식 높을수록 주관적 건강상태가 좋았고[21], 주관적 계층 의식이 낮을수록 의료비 증가와 주관적 건강상태가 나빠다[2][22]. 이러한 점에서 이번 연구는 선행연구 결과와 부합하였다. 성별의 분석결과 선행연구에 따르면, '남성노인'에 비해 '여성노인'의 정신건강이[23], '남성'에 비해 '여성'이 우울감과 자살생각의 위험이 높았다[8]. 연령의 분석결과 60대 이상에 비해 50대에서 우울감과 자살충동경험이 높은 것으로 분석되었다. 이는 중년기로서 사회적·경제적 활동의 주체임과 동시에 안정적인 노후 삶에 대한 고민과 다양한 역할변화로 인한 위기감과 상실감을 느끼는 시기이기 때문으로 사료된다. 장애가 '없다'에 비해 '있다'에서, 흡연을 '안한다'에 비해 '한다'에서, 의료보장유형은 '건강보험 대상자'에 비해 '의료급여 대상자'에서, 혼인상태는 '기혼'에 비해 '기타(사별,

이혼, 별거 등)에서 우울감과 자살생각이 높았다 [8]. 그리고 주관적 건강상태가 나쁠수록 정신건강이 좋지 않았으며[12], 과음횟수의 분석결과 음주 수준이 높아질수록 신체 및 정신질환이 나빠질 확률이 높았다[24]. 이러한 점에서 이번 연구는 선행 연구 결과와 부합하였다.

따라서 정신건강이 혼인상태, 장애, 주관적 건강상태, 과음 그리고 음주 등 다양한 사회적, 신체적, 경제적, 물리적 환경에 영향을 받고 있다는 것을 알 수 있다. 특히 주관적 계층인식은 많은 선행 연구에서 보고되었던 소득, 자산 등 경제적 특성에만 국한되지 않고 정신건강과 관계있는 근본적인 결정요인으로 작용하고 있다

이상의 연구결과를 바탕으로 정책제언은 다음과 같다.

첫째, 계층차이로 인한 적대감 및 사회적 편견을 예방하고 '타인과 비교(comparison between people)' 및 '사회구성원 인식(recognition of social members)'에 대한 올바른 태도와 가치관 확립을 위하여 정신보건교육프로그램이 제공되어야 한다. 둘째, 하위계층을 중심으로 정신건강에 대한 이해와 대처방안을 제공해줄 수 있도록 공공부문과 민간부문의 다양한 보건교육사업이 필요하다. 셋째, 정신건강과 관련이 있는 요인들을 중심으로 지속적인 정신건강서비스 제공이 가능할 수 있도록 정신건강 모델 개발 및 평가가 이루어져야 한다. 넷째, 정신건강에 대한 예방과 서비스 제공 등 보건학적·예방의학적 접근을 최적화하기 위한 보건정책과 제도가 마련되어야 한다. 마지막으로 정신건강은 한국사회에서 개인이 나와 남을 비교 및 평가하고 주관적으로 인식하는 주관적 계층인식이 매우 중요하다는 것을 알 수 있다. 따라서 객관적 요인뿐만 아니라 주관적·심리적 요인도 함께 고려한 다양한 보건정책과 제도가 마련되어야 한다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 2013년 자료만을 활용함으로써 패널 자료의 특성을 반영하지 못하

였다. 둘째, 주관적 계층인식과 정신건강과의 관련성에 관한 선행연구가 전무하여 고찰을 기술하는데 어려움이 있었다. 그러나 이러한 제한점에도 불구하고 소득은 사회계층을 객관적으로 보여주는 특징 중 하나이다. 그러나 소득범주에 국한하지 않고 사회구성원으로서 학력, 경제활동, 건강 그리고 생활습관 등을 고려하여 한국사회에서 스스로를 어떻게 분류하고 있는지를 평가하여 우울감 경험과 자살충동 경험의 정신건강과의 관계를 분석하였다는데 의의가 있다.

V. 결론

본 연구는 성인들을 대상으로 일상적인 삶과 생활에서 개인이 인식하고 나와 남의 처지를 구분하는 주관적 계층인식을 범주화하여 정신건강의 영역 중 우울감 경험과 자살충동 경험에 초점을 맞추어 관계를 분석하고자 하였다.

이를 위해 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단에서 수집한 한국의료패널(Korea Health Panel)의 원자료 중 2013년 데이터를 활용하여 주관적 계층인식 등의 문항에 대한 결측값을 제외한 20세 이상, 총 5,126명을 최종 분석대상으로 하였다.

연구결과 우울감 경험과 자살충동 경험은 Model 1의 경우 주관적 계층인식이 '상'/'중상'/'중하'에 비해 '하'에서 높은 것으로 분석되었다. 우울감 경험(Model 2)은 주관적 계층인식(하), 성별(여자), 연령(50대,20대), 혼인상태(기타), 의료보장유형(의료급여), 장애(있다), 주관적 건강상태(보통, 나쁨), 현재흡연(한다), 과음횟수(주1회이하, 주2회이상)에서 높은 것으로 분석되었다. 자살충동 경험(Model 2)은 주관적 계층인식(하), 연령(50대), 혼인상태(기타), 경제활동(안한다), 민간보험(미가입), 주관적 건강상태(보통, 나쁨), 과음횟수(주1회 이하, 주2회 이상)에서 높은 것으로 분석되었다.

따라서, 정신건강에 대한 예방과 서비스 제공 등 보건학적·예방의학적 접근을 최적화하기 위한 보건정책과 제도 마련은 물론 개인의 객관적인·주관적·심리적 환경 요인이 함께 고려되어야 한다.

REFERENCES

1. B.H. Lee, J.H. Yoon(2006), The Change of Social Status Consciousness, *Economy and society*, Vol.70;111-140.
2. H.B. Oh(2010), The Impact of subjective class identification on quality of life, Seoul National University, pp.1-79.
3. N.E. Alder, E.S. Epel, G. Castellazzo, J.R. Ickovics(2000), Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in health white women, *Health Psychology*, Vol.9(6);586-592.
4. A. Baum, J.P. Garofalo, A. Yall(1999), Socioeconomic status and chronic stress: Does stress account for SES effects on health?, *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol.30(1);129-141.
5. E.Y. Kim, Y.E. Lee, K.H. Bae, B.C. Kim, S.H. Jung, W.Y. Chung(2013), *Mental Health*, Yangseowon, p.16.
6. Ministry of Health & Welfare(2011), The 2011 Epidemiological Survey of Mental Disorders among Korean Adults, pp.1-360.
7. World Health Organization(2001), *Mental Health: New Understanding, New Hope*, World Health Organization, pp.1-178.
8. J.M. Park, U.C. Oh, S.J. Gu(2017), Indebtedness and Mental Health: Focusing on Depressive Symptoms and Suicidal Ideation, *Korean Journal of Social Welfare*, Vol.69(2);171-190.
9. S.Y. You(2006), A study of health status and health care associated with the subjective social class, *Korean Consumption Culture Association*, Vol.9(2);167-185.
10. R. Choi, B.D. Hwang(2017), The Relevance of Socioeconomic Class Recognition and Subjective Health Status of Injured Workers, *Korean Journal of Health Service Management*, Vol.11(1);131-142.
11. M.K. Sim, J.M. Park(2004), A Study of the Physical Health Status, Depression and Health Behaviors of the Elderly, *Journal Korean Acad Community Health Nurs*, Vol.15(3);438-449.
12. R. Choi, B.D. Hwang(2014), The Relevance of Chronic Disease Management and Mental Health, *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, Vol.15(1);306-315.
13. H.R. Kim(2003), Health Status among Community Elderly in Korea, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.33(5);544-552.
14. J.T. Cha, Y.S. Jee(2004), The effects of regular exercise on cardiovascular function and depression in elderly, *Korean journal of physical education*, Vol.43(5);331-340.
15. D.H. Lee(2010), The Effects of Quality of Life in the Elderly's Health Condition, *Journal of the Korea Gerontological Society*, Vol.30(1);93-108.
16. S.K. Nam, O.S. Shim(2011), A Study on the Influence Factors on Quality of Life of Elderly with Chronic Disease, *Journal of Welfare for the Aged*, Vol.53;239-259.
17. J. Macleod, G.D. Smith, C. Metcalfe, C. Hart(2005), Is subjective social status a more important determinant of health than objective social status? Evidence from a prospective observational study of Scottish men, *Social Science & Medicine*, Vol.61;1916-1929.

18. S.K. No(2015), Cause of Suicide and Suicide Prevention, Korean Enterprise Management Institute, p.15.
19. R. Choi, B.D. Hwang(2016), Analysis of Unmet Medical Needs to Mental Health Type, The Korean Journal of Health Service Management, Vol.10(1);117-129.
20. M.S. Lee(2009), Structures of Health Inequalities of Korean Elderly : Analysis of Korean Longitudinal Study of Ageing, Health and Social Science, Vol.25;5-32.
21. R. Choi, B.D. Hwang(2017), The Relevance of Socioeconomic Class Recognition and Subjective Health Status of Injured Workers, The Korean Journal of Health Service Management, Vol.11(1);131-142.
22. H.R. Kim, Y.H. Kang, K.J. Yun, C.S. Kim(2006), Socioeconomic Health Inequalities and Counter Policies in Korea, Korea Institute for Health and Social Affairs, Vol.32;119-121.
23. G.H. Han, J.H. Lee, S.H. Ok, C. Ryff, N. Marks(2002), Gender, Social Roles and Mental Health in Mid-life, Journal of the Korea Gerontological Society, Vol.22(2);209-225.
24. S.Y. Lee, S.M. Lee, J.H. Park, M.S. Lee(2012), The study of drinking behaviors, health status and mental health service- Heavy drinker who have visited emergency center of public hospital in Seoul, The Mental Health, Vol.3;33-37.