

산재장애인의 사회경제적 지위 인식과 주관적 건강상태와의 관련성

최령¹, 황병덕²‡

¹동신대학교 보건복지대학 보건행정학과, ²부산가톨릭대학교 병원경영학과

The Relevance of Socioeconomic Class Recognition and Subjective Health Status of Injured Workers

Ryoung Choi¹, Byung-Deog Hwang²‡

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

²*Department of Health Care Management Catholic University of Pusan*

<Abstract>

Objectives : This study aimed to examine to relevance of socioeconomic class recognition and subjective health status of injured workers. **Methods** : We used data collected over 3years by the Panel Study of Worker's Compensation Insurance(PSWCI; 2015). Data was analyzed using the chi-square test and logistic regression using SPSS ver. 22.0 to verify the relevance between the socioeconomic class recognition and general characteristics of injured workers. **Results** : First, the income groups of first class, second class and third class were analyzed as being of lower socioeconomic class status, and the income group four class and five class was analyzed as being the middle-ower the socioeconomic class status. Second, the better the subjective health status, higher the perception of socioeconomic class status, as analyzed by Model 1 using only the parameters of socioeconomic status recognition and Model 2 and Model 3 using income class and general characteristics. **Conclusions** : Health and industrial accident policies are needed to improve awareness of socioeconomic class status of injured workers.

Key Words : Injured Workers, Socioeconomic Class Recognition, Subjective Health Status, PSWCI

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

• Received : Jan 13, 2017

• Revised : Feb 6, 2017

• Accepted : Feb 8, 2017

I. 서론

산재보험이란 산업재해 근로자를 보호하기 위하여 1964년 도입된 우리나라 최초의 사회보험제도로써 근로복지공단이 고용노동부장관의 위탁을 받아 업무상 재해 판정 및 보험급여 지급 등 산재근로자에 대한 요양·보상·의료·재활 등 산재보험 관련 업무를 수행하고 있다[1]. Korea Occupational Safety & Health Agency(KOSHA)[2]에서 발표한 산업재해 발생현황에 의하면 2014년도 산업재해보상보험법 적용사업장 2,187,391개소에 종사하는 근로자 17,062,308명 중에서 지난 한 해 동안 90,909명의 산재대상자가 발생하였고, 19,632,795원의 경제적 손실이 발생한 것으로 분석되었다. 또한 전체 산재대상자 중에서 약 37.8%인 34,403명이 신체장애자(산재장애인)로 판정되었다.

산업재해로 인해 삶의 도중에 장애를 입은 경우 심리적, 생활적 문제에 직면하게 되며, 사고가 발생했던 직장과의 대립, 가족, 타인과 관계 유지의 어려움과 같은 사회적 고립을 격기도 한다[3]. 특히, 산재장애인의 경우 일반 장애인, 특히 선천성 장애인이나 조기 장애인과 비교 하였을 때 첫째, 신체적으로나 심리적으로 이를 수용하기 어려워하며 적응상의 어려움을 보인다. 둘째, 국가나 기업, 사회에 대한 보상심리가 강하다. 셋째, 전문 기술 및 직장경험이 있고 직장복직에 대한 의욕이 높다. 넷째, 산재장애인의 문제는 산재장애인 당사자의 문제로 국한되지 않고 가족문제로 확산되는 경우가 높다[4].

산재장애인은 사고나 질병으로 치료가 종결된 이후에도 다양한 사회적 관심이 필요하다. 특히 건강의 경우 각 국가에서는 여건에 맞추어 사회구성원 누구를 막론하고 필요할 때 소득에 관계없이 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 제도적 장치를 마련하여 시행하고 있다[5]. 즉 모든 국가의 보건의료정책은 특정 개인이나 그룹에 대한 건강

증진뿐만 아니라 국민 전체의 건강보호와 보건의료서비스에서의 접근이 공평하게 보장되어야 함이 궁극적인 목표이며, 이를 위해서는 국민 개인의 소득이나 사회지위에 상관없이 의료서비스를 이용할 수 있어야 한다[6]. 건강은 바라보는 관점에 따라 질병의 유무, 생체 징후와 같은 객관적인 지표로 나타나는 객관적인 건강과 스스로 건강에 대해 평가하는 주관적 건강으로 나누어 생각할 수 있으며[7][8], 특히 주관적 건강상태는 임상적 건강수준과 함께 일반적인 건강수준을 반영하는 지표중 하나로 간주되고 있다[7].

사회경제적 지위 인식(주관적 계층인식)이란 개인 스스로가 자신이 어떠한 계급 또는 계층에 속한다고 느끼는 일종의 귀속의식으로 사회의 위계속에서 자신의 위치를 자리매김하거나, 특정 계층 지위에 주관적인 일체감을 귀속시키는 것으로 정의하고 있다[9]. Adler et al.[10]은 건강과의 연관성을 살피는 데 있어 주관적 계층인식이 객관적인 사회경제적 지위와 같은 지표보다 민감하고 포괄적인 지표라고 하였다.

사회경제적 지위 인식(주관적 계층인식)에 관한 선행연구를 살펴보면 Adler et al.[10]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.

Jo[11]는 한국사회학회가 2006년 8월1일부터 20일간 시행한 '한국중산층 총 조사' 자료를 활용하여 로지스틱 회귀분석모형으로 분석한 결과 객관적 중산층 비율과 주관적 중간계층 귀속 비율간의 괴리 정도가 지역별로 상이하게 나타났다. 중산층 귀속 여부는 주택 소유 변수에 의해 매우 큰 영향을 받는 것으로 나타났으며 주택 소유를 제외하면 소득, 교육, 직업과 같은 객관적 지표보다는 주관적 소득수준과 주관적 재산 정도와 같은 주관적

지표가 보다 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다.

Oh[12]은 고령화패널조사 2차 자료를 활용하여 분석한 결과 주관적으로 인지하는 계층의식이 하층에 비해 중층 상층에 속한다고 인지할수록 건강 상태를 만족하는 것으로 분석되었다.

Choi et al.[6]은 한국의료패널의 원자료 중 2009년 연간통합데이터를 활용하여 분석한 결과 주관적 계층인식이 낮을수록 외래의료비가 증가하는 것으로 분석되었다. 외래의료이용 결정요인으로 연령, 외래 및 입원상병진단이 유의한 요인이었으며, 입원의료이용 결정요인으로 혼인상태, 일자리 유형, 스트레스인지, 입원상병진단이 유의한 요인으로 분석되었다.

이상의 연구에서 살펴보았듯이 사회경제적 계층 인식에 관한 연구가 많지 않으며, 이마저도 일반 성인을 대상으로 건강상태에 관한 연구가 대부분이다. 더욱이, 객관적인 지표가 되는 소득분위와 한국사회의 위계에서 느끼는 귀속계층인 사회경제적 지위 인식간의 특성에 관한 연구는 전무하다. 따라서 본 연구는 산업재해로 인해 삶의 도중에 장애를 입어 신체적·정신적·경제적 어려움과 변화에 직면하게 된 산재장애인을 대상으로 객관적 소득분위와 사회경제적 지위 인식간의 특성 즉, 일치 여부를 확인하고, 사회경제적 지위 인식과 주관적 건강상태와의 관련성을 분석함으로써 산재보험정책에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 근로복지공단에서 실시한 산재보험패널조사(Panel Study of Worker's Compensation Insurance, PSWCI) 자료 중 3차 자료(2015년)를 활용하였다. 산재보험패널조사의 조사대상은 업무상 재해를 경험한 이후 2012년도에 요양을 종결한 근

로자 89,921명을 목표 모집단으로 하였다. 그 중 주소불명, 외국인 및 제주도 거주자를 제외한 82,493명의 조사 모집단 중 2,000명(산재장애인 1,650명, 장애가 없는 산재근로자 350명)을 표본으로 1년(매년 8월~10월)을 주기로 전문면접원이 방문하여 컴퓨터를 이용한 대면면접방법(CAPI)으로 시행되고 있다. 3차 자료는 2015년 8월부터 10월까지 3개월 동안 실시되었으며, 산재장애등급을 받은 근로자 중 무응답 및 결측값을 제외한 총 1,398명을 최종 분석대상으로 하였다.

2. 측정변수

(1) 주관적 건강상태

건강상태는 개인의 지각과 사회문화적 요인의 상호작용에 의해 형성되는 상대적이며 다양한 측면 고려된다[14]. 본 연구에서는 “현재○○○님의 전반적인 건강상태는 어떻습니까?”의 문항을 이용하였으며, “1. 매우 좋지 않다, 2. 좋지 않은 편이다, 3. 좋은 편이다, 4. 매우 좋다”로 응답할 수 있었다. 회귀분석을 위해 ‘0=좋지 않다, 1=좋다’로 재구성하여 분석에 사용하였다.

(2) 소득분위

소득수준에 따라 건강수준에 차이가 있다는 사실이 여러 연구를 통해 지적되어 왔다[1][15][16]. 산재보험패널 3차 자료는 2014년 한 해의 소득으로 근로소득과 근로 외 소득으로 구분되어 있으며, 근로소득은 임금소득과 사업소득, 근로 외 소득은 사회보험급여, 재산소득, 이전소득(사적/공적), 기타로 구성되어있다. 본 연구에서는 근로소득과 근로 외 소득 모두를 적용하였으며, 산출된 소득을 기준으로 순위를 구하여 총 5분위(20%)로 나누었다. 1분위 집단을 가장 소득이 낮은 집단으로, 5분위 집단을 소득이 가장 높은 집단으로 구분하였다.

(3) 사회경제적 지위 인식

건강의 불평등에 있어서 물질적인 측면에 비해 심리적 인과관계는 주관적으로 속한다고 인지하는 사회계층이 객관적인 사회적 지위보다 건강에 더 강력한 결정요인으로 예측된다[17]. 주관적으로 인지하고 있는 계층이 높을수록 주관적 건강 혹은 신체적 건강 수준이 양호하고[18], 의료비 지출이 낮다[6]. 이에 본 연구에서는 “소득이나 직업, 교육, 재산 등을 고려할 때 현재 OOO님의 사회경제적 지위가 다음 중 어디에 속한다고 생각하십니까?”의 문항을 이용하였으며, “1=상층, 2=중상층, 3=중하층, 4=하층”의 4점 척도로 구성되어 있는 것을 그대로 사용하였다.

(4) 일반적 특성

본 연구에서 사용한 일반적 특성 변수중 성별은 ‘남성=0’, ‘여성=1’, 연령은 ‘≤20대=0’, ‘30대=1’, ‘40대=2’, ‘50대=3’, ‘60대≤=4’, 혼인상태는 ‘기타=0’, ‘미혼=1’, ‘혼인=2’, 가구원수는 응답자를 포함하여 ‘1명=0’, ‘2명=1’, ‘3명=2’, ‘4명=3’, ‘5명≤=4’로 구성하였다. 만성질환은 ‘있다=0’, ‘없다=1’, 요양기간은 산재로 인한 요양기간을 의미하며 ‘≤3개월=0’, ‘3개월<~6개월≤=1’, ‘6개월<~9개월≤=2’, ‘9개월<~≤1년=3’, ‘1년<~≤2년=4’, ‘2년<~=5’, 장애등급은 ‘1~3등급=0’, ‘4~7등급=1’, ‘8~10등급=2’, ‘11~12등급=3’, ‘13~14등급=4’, 경제활동상태는 ‘비경제활동=0’, ‘원직장복직=1’, ‘재취업=2’, ‘자영업=3’으로 재구성하여 분석에 사용하였다.

3. 분석방법

자료분석은 SPSS 22.0을 이용하여 연구대상들의 일반적 특성을 알아보기 위하여 빈도분석과 기술적 통계를 통한 백분율을 하였다. 소득분위와 사회경제적 지위 인식 특성과 관련성을 검증하고, 일반적 특성과 주관적 건강상태와의 관련성을 검증하

기 위하여 χ^2 -test를 하였다. 사회경제적 지위 인식에 따른 주관적 건강상태 영향 요인을 파악하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 모든 검증을 $p<.05$ 에 대해 유의성을 검토하였고, 유의수준은 95%신뢰구간으로 하였다.

III. 연구결과

1. 연구대상자들의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성을 분석한 결과 성별은 남성(85.1%), 연령은 50대(35.8%)가 가장 많았으며, 60대 이상(26.7%), 40대(24.2%), 30대(10.7%) 그리고 20대 이하(2.6%) 순의 분포를 보였다. 혼인상태는 혼인(72.7%), 가구원수는 2명(28.6%)이 가장 많았으며, 학력은 고졸(44.9%), 초졸 이하(21.1%), 중졸(19.5%) 순의 분포를 보였다. 요양기간은 3초과~6개월 이하(43.9%), 장애등급은 10~12등급(49.3%), 경제활동상태는 재취업(44.7%)이 가장 많았으며, 소득은 4분위(26.5), 1분위(21.5%), 5분위(19.3%), 3분위(16.8%), 2분위(16.0%) 순 이었다 <Table 1>.

2. 소득분위와 사회경제적 지위 인식 특성

소득분위와 사회경제적 지위 인식이 어느 정도 일치하는지 분석한 결과 사회경제적 지위를 상층으로 인식하는 분위는 전혀 없었다. 소득1분위, 2분위 그리고 3분위는 사회경제적 지위를 하층(58.0%, 57.8%, 48.5%)과 중하층(39.3%, 39.5%, 48.1%) 순, 소득분위 4분위는 중하층(63.5%), 하층(31.1%) 순 그리고 5분위는 중하층(68.5%)과 중상층(18.2%) 순이었으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다 <Figure 1>.

3. 주관적 건강상태 특성

주관적 건강상태에 따른 일반적 특성을 분석한 결과 주관적 건강상태가 '좋지않다'의 경우 남성(82.0%)이 여성보다 많았다. 연령은 50대(37.8%), 60대(36.8%)순, 학력은 고졸(37.8%), 초졸(31.1%)순, 요양기간은 3개월 초과~6개월 미만(39.4%), 6개월 초과~9개월 미만(26.1%)순 이었다. 소득은 1분위(34.7%), 2분위(21.4%)순, 사회경제적 지위 인식은 하층(55.4), 중하층(41.5%)순으로 많았다.

주관적 건강상태가 '좋다'의 경우 남성(87.2%)이 여성보다 많았다. 50대(34.4%), 40대(27.6%)순, 학력은 고졸(49.9%), 대졸이상(18.9%)순, 요양기간은 3개월 초과~6개월 미만(47.1%), 6개월 초과~9개월 미만(27.4%)순 이었다. 소득은 4분위(32.6%), 5분위(25.4%)순, 사회경제적 지위 인식은 중하층(60.9%), 하층(30.2%)순으로 많았다.

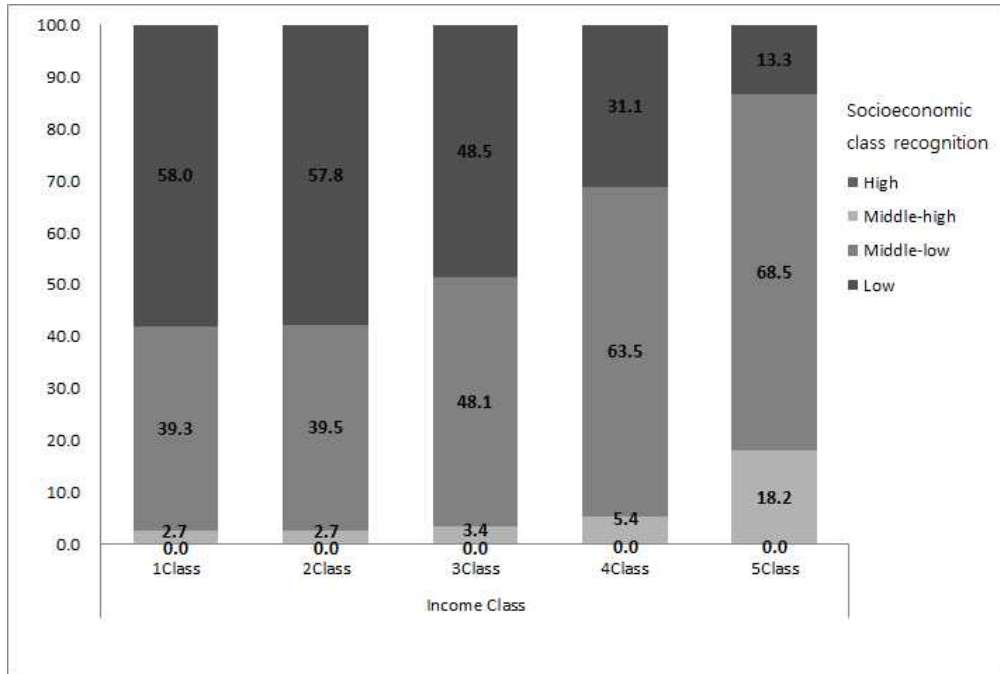
성별, 연령, 혼인상태, 가구원수, 학력, 만성질환, 요양기간, 장애등급, 경제활동상태, 소득분위, 사회경제적 지위 인식의 모든 변수가 주관적 건강상태와 관련성이 있는 것으로 분석되었다<Table 2>.

4. 주관적 건강상태와의 관련성

주관적 건강상태와의 관련성을 분석한 결과 'Model 1'의 경우 '하층'에 비해 '중하층'은 2.702배, '중상층'은 5.271배, 'Model 2'의 경우 사회경제적 지위 인식은 '하층'에 비해 '중하층'은 2.039배, '중상층'은 3.337배, 소득분위는 '1분위'에 비해 '2분위'는 1.646배, '3분위'는 3.292배, '4분위'는 4.510배 그리고 '5분위'는 4.732배 주관적 건강상태가 좋을 것으로 분석되었으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

<Table 1> The general characteristics of the subjects Unit: N, %

	Section	N	%
Gender	Male	1,189	85.1
	Female	209	14.9
Age	≤20's	37	2.6
	30's	149	10.7
	40's	338	24.2
	50's	501	35.8
	≥60's	373	26.7
Spouse state	Others	213	15.2
	Single	169	12.1
	Married	1,016	72.7
Family members living together	1	215	15.4
	2	400	28.6
	3	303	21.7
	4	373	26.7
	≥5	107	7.7
Education level	≤Elementary school	295	21.1
	Middle school	272	19.5
	High school	628	44.9
	≥University	203	14.5
Chronic illness	Yes	412	29.5
	No	986	70.5
Care period	≤3Month	109	7.8
	3<~≤6Month	614	43.9
	6<~≤9Month	375	26.8
	9Month<~≤1Year	136	9.7
	1Year<~≤2Year	121	8.7
	> 2Year	43	3.1
Disability rating	1~3Rating	25	1.8
	4~7Rating	70	5.0
	8~9Rating	136	9.7
	10~12Rating	689	49.3
	13~14Rating	478	34.2
Economic activity status	Inactivity	294	21.0
	Returning to the original workplace	403	28.8
	Re-employment	625	44.7
	Self-employment	76	5.4
Income Class	1Class	300	21.5
	2Class	223	16.0
	3Class	235	16.8
	4Class	370	26.5
	5Class	270	19.3
Total		1,398	100.0



<Figure 1> Characteristics of income class and socioeconomic class recognition

'Model 3'의 경우 사회경제적 지위 인식은 '하층'에 비해 '중하층'은 1.88배, '중상층'은 2.55배, 소득분위는 '1분위'에 비해 '3분위'는 1.75배, '4분위'는 2.02배 그리고 '5분위'는 1.91배 주관적 건강상태가 좋을 것으로 분석되었다. 연령은 높을수록 주관적 건강상태가 좋을 확률이 낮은 것으로, 만성 질환은 '있다'에 비해 '없다'가 3.60배 주관적 건강

상태가 좋을 것으로 분석되었다. 요양기간은 '3개월 초과~2년 이하'에 비해 '3개월 이하', 경제활동상태는 '비경제활동'에 비해 '원직장복직'은 4.03배 그리고 '재취업'은 1.94배 주관적 건강상태가 좋을 것으로 분석되었으며, Model 1, Model 2 그리고 Model 3 모두 통계적으로 유의한 모델 이었다 <Table 3>.

<Table 2> Characteristics of subjective health status

Unit: N, %

Section	Subjective health status			$\chi^2(p)$	
	Not good	Good	Total		
Gender	Male	475(82.0)	714(87.2)	1,189(85.1)	7.052(<.01)
	Female	104(18.0)	105(12.8)	209(14.9)	
Age	≤20's	5(0.9)	32(3.9)	37(2.6)	88.163(<.001)
	30's	30(5.2)	119(14.5)	149(10.7)	
	40's	112(19.3)	226(27.6)	338(24.2)	
	50's	219(37.8)	282(34.4)	501(35.8)	
	≥60's	213(36.8)	160(19.5)	373(26.7)	
Spouse	Others	120(20.7)	93(11.4)	213(15.2)	31.732(<.001)
	Single	48(8.3)	121(14.8)	169(12.1)	
	Married	411(71.0)	605(73.9)	1016(72.7)	
Family members living together	1	100(17.3)	115(14.0)	215(15.4)	37.285(<.001)
	2	202(34.9)	198(24.2)	400(28.6)	
	3	128(22.1)	175(21.4)	303(21.7)	
	4	116(20.0)	257(31.4)	373(26.7)	
	≥5	33(5.7)	74(9.0)	107(7.7)	
Education level	≤Elementary school	180(31.1)	115(14.0)	295(21.1)	89.888(<.001)
	Middle school	132(22.8)	140(17.1)	272(19.5)	
	High school	219(37.8)	409(49.9)	628(44.9)	
	≥University	48(8.3)	155(18.9)	203(14.5)	
Chronic illness	Yes	275(47.5)	137(16.7)	412(29.5)	154.487(<.001)
	No	304(52.5)	682(83.3)	986(70.5)	
Care period	≤3Month	24(4.1)	85(10.4)	109(7.8)	65.418(<.001)
	3<~≤6Month	228(39.4)	386(47.1)	614(43.9)	
	6<~≤9Month	151(26.1)	224(27.4)	375(26.8)	
	9Month<~≤1Year	71(12.3)	65(7.9)	136(9.7)	
	1Year<~≤2Year	73(12.6)	48(5.9)	121(8.7)	
	> 2Year	32(5.5)	11(1.3)	43(3.1)	
Disability rating	1~3Rating	22(3.8)	3(0.4)	25(1.8)	54.601(<.001)
	4~7Rating	48(8.3)	22(2.7)	70(5.0)	
	8~9Rating	65(11.2)	71(8.7)	136(9.7)	
	10~12Rating	27(4.7)	412(50.3)	689(49.3)	
	13~14Rating	167(28.8)	311(38.0)	478(34.2)	
Economic activity state	Inactivity	74(12.8)	329(40.2)	403(28.8)	207.556(<.001)
	Returning to the original workplace	259(44.7)	366(44.7)	625(44.7)	
	Re-employment	32(5.5)	44(5.4)	76(5.4)	
	Self-employment	214(37.0)	80(9.8)	294(21.0)	
Income Class	1Class	201(34.7)	99(12.1)	300(21.5)	165.462(<.001)
	2Class	124(21.4)	99(12.1)	223(16.0)	
	3Class	88(15.2)	147(17.9)	235(16.8)	
	4Class	103(17.8)	267(32.6)	370(26.5)	
	5Class	63(10.9)	207(25.3)	270(19.3)	
Socioeconomic class recognition	High	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	95.261(<.001)
	Middle-high	18(3.1)	73(8.9)	91(6.5)	
	Middle-low	240(41.5)	499(60.9)	739(52.9)	
	Low	321(55.4)	247(30.2)	568(40.6)	
Total		579(100.0)	819(100.0)	1,398(100.0)	

<Table 3> Relevance of the subjective health status

Section		Model 1		Model 2		Model 3	
		OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Socioeconomic class recognition(ref: Low)	Middle-high	5.271***	3.066-9.061	3.337***	1.880-5.925	2.550**	1.341-4.848
	Middle-low	2.702***	2.155-3.388	2.039***	1.598-2.603	1.886***	1.417-2.509
Income Class (ref: 1Class)	2Class			1.646**	1.144-2.368	1.231	.792-1.912
	3Class			3.292***	2.289-4.734	1.751*	1.106-2.773
	4Class			4.510***	3.217-6.323	2.026**	1.285-3.194
	5Class			4.732***	3.213-6.970	1.915*	1.132-3.240
Gender(ref: Male)	Female					1.113	.759-1.633
Age(ref: ≤20's)	30's					.279*	.088-.886
	40's					.221**	.071-.684
	50's					.180**	.057-.566
	≥60's					.221*	.068-.721
Spouse (ref: Others)	Single					1.487	.833-2.655
	Married					1.322	.840-2.079
Family members living together(ref: 1)	2					.896	.538-1.494
	3					.898	.530-1.523
	4					.944	.533-1.672
	≥5					1.001	.493-2.030
Education level(ref: ≤Elementary school)	Middle school					1.112	.749-1.651
	High school					1.284	.870-1.895
	≥University					1.655	.987-2.801
Chronic illness (ref: Yes)	No					3.605***	2.694-4.824
Care period (ref: ≤3Month)	3<~≤6Month					.507*	.293-.875
	6<~≤9Month					.552*	.311-.980
	9Month<~≤1Year					.286***	.149-.550
	1Year<~≤2Year					.236***	.116-.477
Disability rating (ref: 1~3Rating)	> 2Year					.401	.134-1.196
	4~7Rating					1.280	.262-6.261
	8~9Rating					3.682	.749-18.106
	10~12Rating					3.803	.793-18.241
Economic activity status(ref: Inactivity)	13~14Rating					4.088	.843-19.832
	Returning to the original workplace					4.033***	2.476-6.570
	Re-employment					1.942**	1.294-2.915
	Self-employment					1.475	.789-2.756
Wald χ^2			96.627***		208.488***		456.839***
-2LogL			1800.006		1688.145		1439.794

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

IV. 고찰

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[19]. 이에 본 연구는 산재장애인을 대상으로 객관적 소득분위와 일상적인 삶에서 생활양식과 나와 남의 처지를 구분하는 사회경제적 지위 인식을 범주화하여 어느 정도 일치하는지를 확인하고, 일반적 특성과 주관적 건강상태와의 관련성 및 사회경제적 지위 인식이 주관적 건강상태에 미치는 영향을 분석하고자 하였다.

본 연구의 주요결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 소득분위와 사회경제적 지위 인식 일치 정도를 분석한 결과 모든 소득분위에서 사회경제적 지위 상층으로 인식하는 분위는 없었다. 소득1분위, 2분위, 3분위는 사회경제적 지위를 하층에, 소득분위 4분위, 5분위는 중하층에 집중되어 있는 분석되었다. Choi et al.[6]의 연구에 의하면 주관적 계층인식 1분위는 소득계층 2분위, 주관적 계층인식 2분위는 소득계층 2분위, 주관적 계층인식 3분위는 소득계층 3분위, 주관적 계층인식 4분위는 소득계층 3분위, 주관적 계층인식 5분위는 소득계층 5분위로 인식하고 있는 것으로 분석되어 주관적 계층인식 1분위를 제외한 소득계층과 주관적 계층인식이 일치한 반면, Park et al.[20]의 연구에서는 객관적 소득1분위와 2분위는 절대다수가 하위층 혹은 중하위층에 속한다고 인식하였으며, 객관적 소득4분위 가구의 60.1%와 소득5분위 가구의 39.0%가 본인의 가구를 하위층 혹은 중하위층, 51.8%는 중간층으로 인식하는 것으로 분석되어 본 연구와 상당부분 일치하였다. 또한 상위 소득분위에서 조차 지위를 상층이 아닌 중상층 이하로 인식한다는 것은 한국에서의 계층 양극화 현상이 객

관적인 조건의 변화보다는 주관적인 인식의 변화를 보여주는 것이며[11], 객관적 소득분위 대비 주관적 지위 인식이 낮게 나타나는 현상은 남과 비교되면서 느끼는 상대적 박탈감과 산업재해로 기인한 장애 때문에 겪게 되는 심리적·경제적 활동 등 다양한 요인들로 인한 결과로 해석된다. 특히, 산재장애인은 근로소득 등 자산만을 가지고 지위를 인식하기보다는 개인의 인식, 경제활동상태, 교육 등 다양한 심리사회적 요인을 고려하여 지위를 인식하고 있다는 것을 확인할 수 있다.

둘째, 주관적 건강상태와의 관련성을 분석한 결과 사회경제적 지위 인식 변수만을 이용한 Model 1과 소득분위 및 일반적 특성을 이용한 Model 2와 Model 3 모두 사회경제적 지위 인식이 높을수록 주관적 건강상태가 좋을 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 사회적 지지가 낮을수록 심리적 건강이 좋지 않다는 선행연구[21]와 주관적 계층의식이 낮을수록 의료비 증가와 주관적 건강상태가 나빠질 수 있다는 선행연구와 일치하였다[6][12]. 특히, 본 연구의 회귀분석결과 소득분위라는 객관적 지표뿐만 아니라 포괄적·주관적지표가 되는 사회경제적 지위 인식도 중요한 요인변수로 작용하고 있다. 이는 객관적인 사회경제적 지표인 학력, 경제활동, 소득분위 등의 영향력과 함께 경제활동단절 및 원직장복직에 대한 불확실, 신체적·심리적 수용 및 적응 어려움 등 산재장애인의 특수적인 상황이 사회경제적 지위를 인식하는데 반영되었기 때문으로 사료된다. Model 3의 경우 연령이 낮을수록, 만성질환이 없는 경우 3.065배 주관적 건강상태가 좋을 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 연령이 주관적 건강회복 수준에 유의한 영향을 미치고[22], 만성질환이 없을수록 주관적 건강 수준이 좋다는 선행연구[20]와 일치하였다. 요양기간이 3개월 초과에 비해 3개월 이하에서 주관적 건강상태가 좋을 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 정신건강 위험군 요인에 관한 연구에서 요양기간이 길

어질수록 정신건강 위험군이 될 가능성이 높다[23]고 하여 본 연구결과를 지지하였다. 또한 비경제활동동에 비해 원직장복직은 4.033($p < .001$) 그리고 재취업은 1.942($p < .001$)배 주관적 건강상태가 좋을 것으로 분석되었다.

이상의 연구결과를 바탕으로 산재요양승인과 장애등급 등을 최종 결정하는 근로복지공단뿐만 아니라 산재요양업무를 담당하는 공공·민간의료기관 그리고 산업체에서는 산재근로자의 상대적 박탈감을 줄이고, 성공적인 원직장복직(재취업)과 사회적 지지를 향상시킬 수 있도록 보건학적 접근은 물론 산재보험 및 보상정책, 그리고 재정적인 지원 등이 필요하다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 제3차 자료만을 활용함으로써 패널 자료의 특성을 반영하지 못하였다. 둘째, 주관적 건강상태에 영향을 주는 다양한 변수, 산재환자의 승인 상병명과 수, 경증도 등 요양기간에 영향을 주는 요인변수가 있으나 고려하지 못하였다. 셋째, 계층 간 불일치 구간과 건강상태와의 관련성에 관한 분석을 반영하지 못하였다. 넷째, 산재장애인의 사회경제적 지위 인식과 건강상태와의 관련성에 관한 선행연구가 전무하여 고찰을 기술하는데 어려움이 있었다. 그러나 이러한 제한점에도 불구하고 산재장애인은 소득수준이나 소득계층 요인변수뿐만 아니라 포괄적·주관적 지표가 되는 사회경제적 지위 인식 요인변수가 건강상태와 통계적으로 유의한 관련성이 있다는 것을 분석하였다는데 중요한 의미가 있다. 향후 시계열 분석 등 심층적인 후속연구를 기대한다.

V. 결론

본 연구는 산업재해로 인해 삶의 도중에 장애를 입어 신체적·정신적·생활적 변화에 직면하게 되는 산재장애인을 대상으로 객관적 소득분위와 개인 스스로 인식하고 있는 사회경제적 지위 인식이 어

느 정도 일치하는지를 확인하고, 사회경제적 지위 인식과 주관적 건강상태와의 관련성을 분석하고자 하였다.

이를 위해 산재보험패널(Panel Study of Worker's Compensation Insurance, PSWCI) 자료 중 3차 자료(2015년)를 활용하여 산재장애등급을 받은 근로자 중 무응답 및 결측값을 제외한 총 1,398명을 최종 분석대상으로 하였다.

연구결과 첫째, 소득분위와 사회경제적 지위 인식 일치 정도를 분석한 결과 모든 소득분위에서 사회경제적 지위 상층으로 인식하는 분위는 없었다. 소득1분위, 2분위, 3분위는 사회경제적 지위를 하층으로, 소득분위 4분위, 5분위는 중하층으로 인식하는 것으로 분석되었다. 둘째, 사회경제적 지위 인식이 주관적 건강상태에 영향 요인을 분석한 결과 사회경제적 지위 인식인 매개변수만을 이용한 Model 1과 소득분위 및 일반적 특성을 이용한 Model 2와 Model 3 모두 사회경제적 지위 인식이 높을수록 주관적 건강상태가 좋을 것으로 분석되었다. Model 3은 연령이 낮을수록, 만성질환이 없는 경우, 요양기간이 3개월 초과에 비해 3개월 이하, 비경제활동에 비해 원직장복직 그리고 재취업에서 주관적 건강상태가 좋을 것으로 분석되었다.

따라서, 산재요양승인과 장애등급 등을 최종 결정하는 근로복지공단뿐만 아니라 산재요양업무를 담당하는 공공·민간의료기관 그리고 산업체에서는 산재근로자의 상대적 박탈감을 줄이고, 성공적인 원직장복직(재취업)과 산재보험 및 보상정책, 그리고 재정적인 지원 등이 필요하다.

REFERENCES

1. D.Y. Gim(2012), Analysis of Gaps in the Utilization of Health Care Service according to Health Status between Income Classes, Social Science Studies, Vol.36(1);119-156.

2. <http://www.kosha.or.kr/www/boardView.do?contentId=358517&menuId=554&boardType=A2>
3. C.M. Chang, N.H. Choi, H.S. Kang, S.H. Park(2009), The Levels of Impacts of Events, Depression and Anxiety among Injured Workers, *Journal Korean Acad Community Health Nurs*, Vol.20(2);234-242.
4. <https://www.kli.re.kr/search/search.do?cate=pb&query=Mid-long term development strategy of industrial accident insurance rehabilitation business>
5. J. Hurst(1994), The NHS reforms in an international context, *Reforming Health Care Systems*, Culyer, A.J. Wagstaff, A. E(ed.), Edward Elgar, pp.26-34.
6. R. Choi, J.Y. Park, B.D. Hwang(2013), Health Care Utilization according to Income class and Subjective Income class: Measurements Based on Korea Health Panel, *Health and Social Science*, Vol.33;85-107.
7. Y.H. Oh, H.O. Bae, Y.S. Kim(2006), A Study on Physical and Mental Function Affecting Self-perceived Health of Older Persons in Korea, *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol.26(3);467-476.
8. S.D. Chung, Y.H. Kim, H.J. Choi(2013), Relationship Between Social-Economic Resources and Health: A Comparison of Elderly With Different Age Groups, *Health and Social Welfare Review*, Vol.33(2);63-90.
9. B.H. Lee, J.H. Yoon(2006), The Change of Social Status Consciousness, Economy and society, Vol.70;111-140.
10. 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.
11. D.G. Jo(2006), Socio-Demographic Characteristics and Subjective Class Identification of 'Joongsancheung', *The Population Association of Korea*, Vol.29(3);89-109.
12. H.B. Oh(2010), The Impact of subjective class identification on quality of life, Seoul National University, pp.1-79.
14. M.S. Lee, Structures of Health Inequalities of Korean Elderly : Analysis of Korean Longitudinal Study of Ageing, *Health and Social Science*, Vol.25;5-32.
15. E. Doorslaer, X. Koolman(2004), Explaining the differences in income related health inequalities across European Countries. *Health Economics*, Vol.13(7);609-628.
16. R. Choi, B.D. Hwang(2014), Health Care Utilization of Age Group in the Elderly on the Korean Health Panel, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.8(3);49-61.
17. 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.
18. P. Hu, N.E. Adler, N. Goldman, M. Weinstein, T.E. Seeman(2005), Relationship between subjective social status and measures of health in older Taiwanese persons, *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol.53(3);483-488.
19. 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.
20. J.E. Park, S.M. Kwon(2015), Relationship of Health and Discrepancy between Objective and Subjective Income Stratum: Self-Rated Health and Depression, *Health and Social Science*,

Vol.38;95-121.

21. G.H. Jeong(2008), The factors that influence the quality of life in the disabled workers by industrial disaster, Donggook University, pp.1-74.
22. M.S. Ko(2015), Factors Affecting the Level of Self-Perceived Health Recovery among Injured Workers, The Korean Journal of Health Service Management, Vol.8(4);183-196.
23. M.O. Kim, E.J. Park(2013), Factors Predicting Mental Health Risk Group of Injured Workers, Journal of Disability and Welfare, Vol.22;225-248.