

# 청년의 식생활, 정신건강 및 정책 과제<sup>1)</sup>



The Eating Habits and Mental Health of Youth and Their Policy Implications

김기태 | 한국보건사회연구원 부연구위원

청년기는 인생에서 가장 건강한 시기다. 그러나 일부 정신건강 지표는 건강 수준이 다른 세대보다 낮다. 이를테면, 우울 정도를 묻는 항목 가운데 하나인 ‘사람들이 나를 싫어하는 것 같은 느낌’의 정도가 청년들이 고령층 다음으로 높다. 청년의 건강 문제에서는 성별, 학력별, 지역별, 가구 유형별, 소득 수준별 격차가 관찰된다. 특히 여성, 고졸 이하, 기타 유형 가구, 저임금, 일용직 혹은 고용원이 없는 자영업자 청년의 건강 수준이 상대적으로 낮다. 청년의 건강 문제는 세대 간 그리고 세대 내 불평등 문제를 반영하기도 한다. 불안정 상황의 끝에 이르는 ‘자살 생각’에서 고졸 이하(4.26%), 농어촌(6.40%), 가구 소득 200만 원 이하(4.02%) 청년들은 100명 중 4명 이상이 지난 1년 사이에 자살을 진지하게 생각해 본 적이 있었다. 마지막으로 청년들의 건강 문제 해결을 위한 정책 제언을 시도해 보았다.

## 1. 들어가며

청년기는 인생에서 가장 건강한 시기다. 다소 어울리지 않는 단어들의 조합인 ‘청년의 건강 문제’는 비교적 최근에 정책적 의제로 등장했다. 그

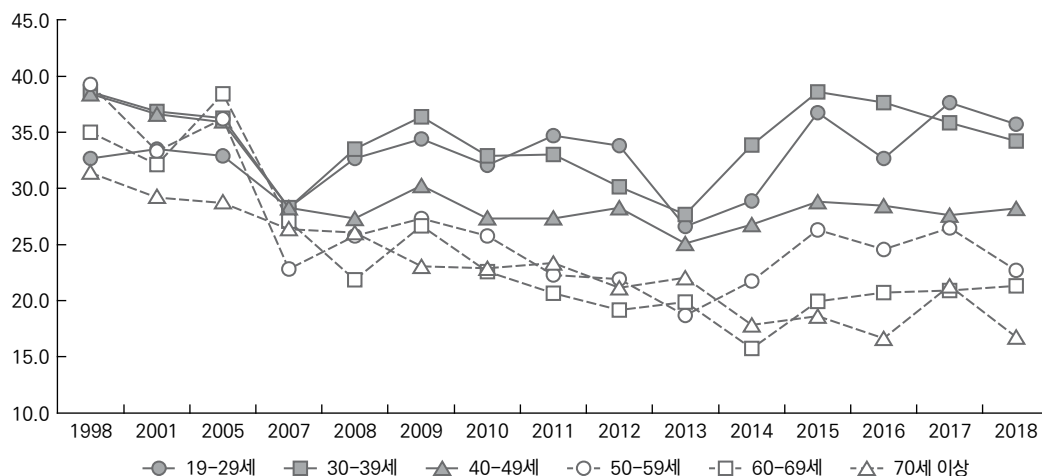
동안 사회적 취약계층인 노인, 장애인, 아동, 여성의 건강 문제에 청년 건강 문제가 가려진 탓도 있을 것이다.

한편으로는 청년들의 건강 지표가 1990년대 이후 정신건강을 중심으로 지속적으로 악화했을

1) 이 글은 정세정 외(발간 예정). 『청년층 생활실태 및 복지욕구조사』 보고서의 6장 내용 일부를 재구성하여 수정보완하였다.

그림 1. 연령대별 스트레스 인지율 추이

(단위: %)



자료: 보건복지부, 국민건강영양조사. 원자료를 이용하여 분석함.

[http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT\\_11702\\_N061](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11702_N061)에서 2020. 5. 28. 인출.

것이라는 추정도 가능하다.

[그림 1]을 보면, 1998년 이후 세대별 스트레스 인지율 변화를 확인할 수 있는데, 대부분의 세대에서 스트레스 인지율 수준이 완만하게 줄었다. 반면 19~29세와 30~39세 청년 집단의 스트레스 수준은 다른 세대와 차이를 벌리면서 가장 높게 유지됐다. 그다음으로 스트레스가 높은 집단은 40대였다. 상대적으로 청년층의 스트레스 수준이 높게 유지됨을 확인할 수 있다. 여기서 스트레스 인지율이란, 일상생활 중에 스트레스를 ‘대단히 많이’ 또는 ‘많이’ 느끼는 비율을 의미한다(통계청, 2020). 청년들이 겪는 정신건강의 문제가 정책적 개입을 요구하는 수준에 이르렀다.

이 글에서는 ‘청년층 생활실태 및 복지욕구 조

사’를 통해 청년들의 건강 상태를 조금 더 구체적으로 확인하고자 한다. 이들의 건강에 영향을 미칠 것으로 예상되는 식생활 등의 건강행동을 살펴보고, 다음으로 사회적 결정 요인(소득, 학력, 고용 형태, 차별 경험, 가구 유형)에 따른 청년의 건강 상태를 살펴보았다. 그리고 우울 등과 관련된 정신건강 및 주관적인 정신건강 수준을 살펴보았다. 마지막으로 연구 분석에 근거한 정책 제언을 시도했다.

## 2. 청년의 식생활 및 미충족 의료

먼저, 식생활에 대해 물었다. 식생활 중에서도 특히 ‘혼밥’과 짧은 식사 시간은 청소년의 문제행

동이나 우울감에 영향을 미치고(Moon & Cha, 2018) 위염 발생 가능성을 높이는 점(김길원, 2015)을 고려했다. 따라서 개인의 건강 관련 행동 중 중요한 변수의 하나로 식생활에 주목했다. 1주일 동안 아침 식사를 거의 안 한다는 청년의 비율은 39.23%였다. 참고로, 국민건강영양조사 기준으로 한국인이 조사 하루 전에 아침 식사를 거른 비율은 28.9%였다(임재희, 2019). 이번 조사가 '지난 1주일'을 조사 대상으로 삼고, 국민건강영양조사는 '하루 전' 아침 식사 여부를 묻는다는 점을 염두에 둘 필요는 있다. 점심 식사 및 저녁 식사를 거의 안 한 비율은 각각 0.58%, 0.72%로 매우 낮았다.

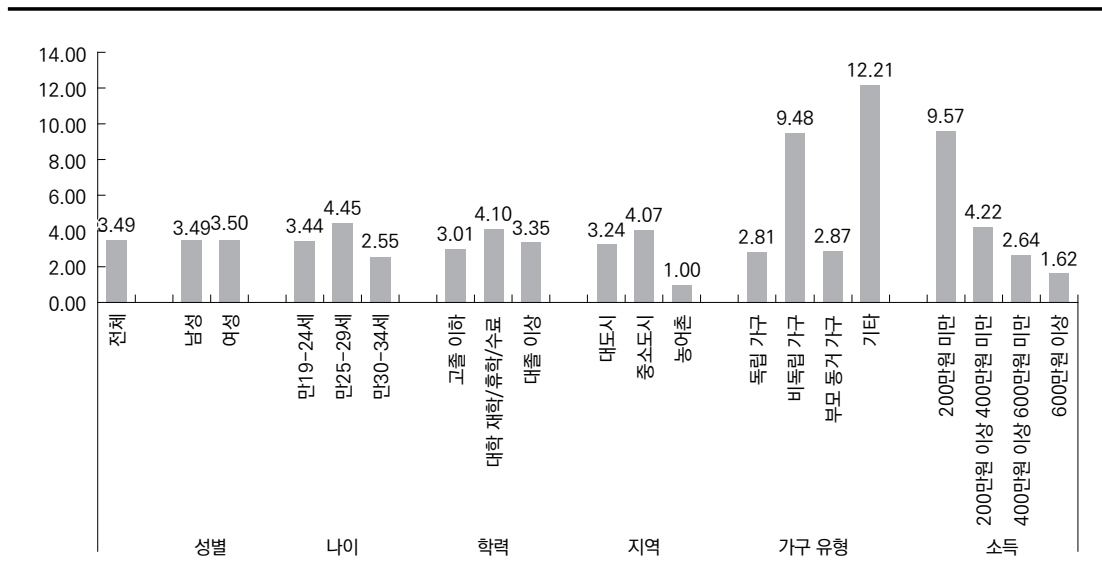
대체로 누구와 식사를 하는지에 대해 응답자

들은 아침은 가족(60.24%), 점심은 가족 외 사람들(66.84%), 저녁은 가족(58.03%)과 주로 함께 한다고 답했다. 혼자서 식사한다고 답한 비율도 아침, 점심, 저녁별로 17~ 36% 수준으로 높게 나타났다. 그중 아침과 점심, 저녁 세끼 모두를 주로 혼자 먹는다고 답한 비율은 3.49%였다. 100명 가운데 3명 정도는 모든 끼니를 주로 혼자 해결하는 셈이다.

청년 집단별로 '세끼 홀로 식사' 집단의 비율을 살펴보았다(그림 2). 성별 차이는 크지 않았다. 다만, 소득 수준에 따른 차이는 비교적 뚜렷하게 나타났다. 가구 월소득이 200만 원 이하인 집단에서는 10명 가운데 1명(9.57%)이 세끼 모두를 주로 혼자 해결했고, 600만 원 이상 고소득

그림 2. 세 끼니 모두 주로 혼자 식사한다고 답한 청년의 비율

(단위: %)



자료: 한국보건사회연구원. (2020). 청년층 생활실태 및 복지욕구 조사. 원자료를 이용하여 분석함.

집단에서는 그 비율이 1.62%까지 떨어졌다. 저소득층에 속한 청년들이 식사를 함께 할 식구 혹은 공동체로부터 상대적으로 떨어져 있다는 점을 확인할 수 있다.

독립 가구와 부모 동거 가구에 속한 청년의 '혼밥' 비율이 낮은 반면, 기타 가구(조손 가구, 친인척 동거)에 속한 청년의 '혼밥' 비율은 높았다. 부모와 동거하는 청년이 혼자 밥 먹는 비율이 다른 독립 가구보다 높은 점이 이채로웠다. 지역별로는 농촌 거주 청년이 홀로 식사하는 비율이 낮게 나타났다.

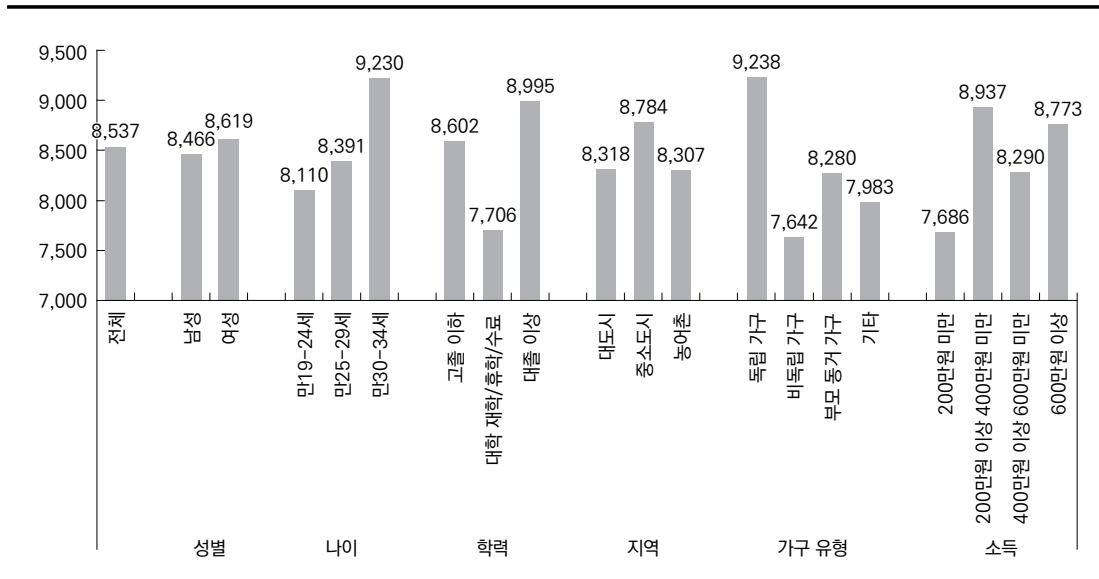
청년이 하루 세끼 식사에 쓰는 시간은 85.5분이었다. 아침에 23.1분, 점심에 33.7분, 저녁 38.1분이었다. 참고로, 한국인이 '먹고 마시는

데' 하루 중 쓰는 시간은 103분으로 경제협력개발기구(OECD) 회원국 가운데 7번째로 길었다(OECD, 2018). 청년 집단별로 식사 시간을 나누어 보면, 집단별 차이가 크게 나타나지는 않았다. 학력별로는 대학 재학 혹은 휴학 집단이 88.4분으로 식사 시간이 가장 길었고, 대졸 이상은 85.0분, 고졸 이하는 82.2분으로 짧았다. 앞으로 살펴보겠지만 학력별로 보면, 대학 재학 집단이 전반적으로 건강 지표가 긍정적이었다.

청년 가운데 집밥을 제외한 배달이나 급식 등으로 외식을 하는 경우는 1주 1~3끼(26.43%)가 가장 많았고, 이어 1주일 4~6끼(21.86%), 1주일 7~9끼(21.01%) 등이었다. 청년들의 건강행동에서 중요한 점은 외식을 얼마나 하느냐보다,

그림 3. 청년 집단별 외식 끼니당 평균 지출액

(단위: 원)



자료: 한국보건사회연구원. (2020). 청년층 생활실태 및 복지욕구 조사. 원자료를 이용하여 분석함.

얼마나 위생적이고 영양가 있는 외식을 하느냐일 것이다. 외식의 위생 및 영양 수준이 가격과 비례한다고 가정하고, 청년들이 한끼 식사에 쓰는 비용을 살펴봤다(그림 2). 청년들은 한끼당 평균 8537.1원을 지출했다. 외식 끼니당 지출액을 청년 집단별로 살펴보면, 집단별 차이가 크지는 않았다. 모든 집단을 통틀어 한끼당 비용은 7642원(비독립 가구)에서 9238원(독립 가구) 사이였다. 다만, 청년 집단 사이에서도 나이가 들수록 끼니당 지출액이 늘어나는 추세는 관찰됐다.

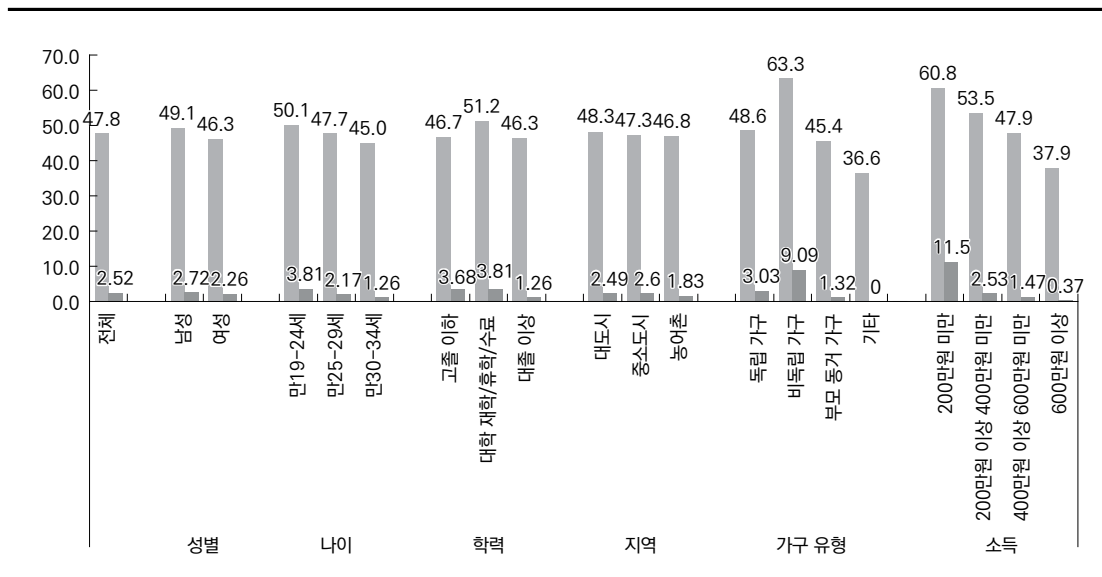
소득별로 보면, 200만 원 미만 저소득 청년 집단이 한끼로 쓰는 지출액이 7686원으로 가장 적었다. 월 가구 소득이 200만 원 이상 400만 원

미만 청년 집단이 한끼에 쓰는 비용이 8937원으로 가장 많았고, 월 소득 600만 원 이상 가구에 속한 청년은 오히려 이보다 끼니당 지출액이 많지 않았다. 이와 같은 내용은 설문조사 문항에서 어디까지를 ‘사 먹는 밥’에 포함했느냐에 따른 결과일 수도 있다. 설문에서는 ‘사 먹는 밥’에 배달 음식, 포장 음식, 종교단체 제공 음식에 더해 급식을 포함했는데, 안정적인 직장에서 기업복지 차원에서 제공되는 식사나 대학의 구내식당 등에서 제공하는 음식값 등이 이 결과에 반영됐을 가능성이 있다.

청년들의 식생활에서 양과 질은 충분했는지에 대해 절반에 가까운 49.7%는 ‘영양소까지 고려

**그림 4. 식생활에서 영양까지는 챙기지 못하는 청년 비율과 경제적으로 어려워 먹기 부족했던 경험 비율**

(단위:%)



주: 열은 혹은 진한 회색 막대는 ‘식생활에서 영양까지 챙기지 못하는 청년’들의 비율이고, 하얀 막대는 ‘경제적인 이유로 먹기 부족했던 경험이 있는’ 청년의 비율임.  
 자료: 한국보건사회연구원. (2020). 청년층 생활실태 및 복지욕구 조사. 원자료를 이용하여 분석함.

해서 충분한 식사를 했다고 답했고, 나머지 절반 (47.8%)는 양은 충분히 먹을 수 있었지만 질을 고려하는 데는 미치지 못했다고 답했다(그림 4). 경제적으로 어려워서 가끔 혹은 자주 먹을 것이 부족했다고 답한 비율은 각각 2.3%, 0.2%였다. 경제적인 이유로 음식의 양 혹은 질을 챙기지 못한 비율은 50.3%였다(47.8% + 2.3% + 0.2%). 이를 집단별로 나눠 살펴보면, 학력별, 지방별, 성별 차이는 상대적으로 크게 드러나지 않는다. 그러나 소득 기준으로 200만 원 미만의 저소득 청년은 이와 같은 경험을 하는 비율이 70%가 넘었다. 반대로 600만 원 이상의 고소득 청년이 만족스럽지 못한 식단을 마주한 경험은 30%대에 머물렀다.

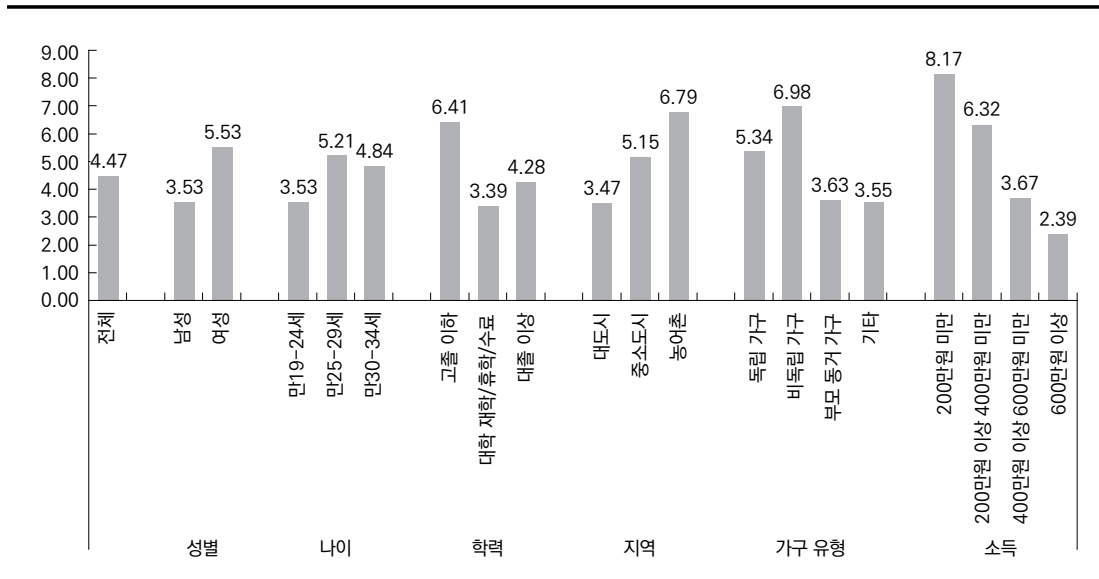
경제적인 이유로 가끔 혹은 자주 먹을 것이 부족했던 경험을 한 비율도 소득 200만 원 미만 청년 집단에서는 10%가 넘었다. 또 부모와 따로 살지만 경제적으로 독립하지 못한 가구의 청년도 경제적인 문제로 끼니를 걱정할 비율이 10%에 가까웠다.

소득 200만 원 미만 청년 및 비독립 가구 청년의 끼니당 지출도 다른 청년 집단보다 현저하게 낮았다. 특히 두 집단의 교집합인 소득 200만 원 미만 비독립 가구의 경우 한 달 총수입이 114만 원으로 매우 열악한 상황에 처해 있음을 확인할 수 있다.

끼니 해결에 어려움이 있는 청년들이 있다면, 이들은 병원비에도 부담을 느낄 듯하다. 설문 시

그림 5. 아팠지만 병원에 갈 수 없었던 비율

(단위: %)



자료: 한국보건사회연구원. (2020). 청년층 생활실태 및 복지욕구 조사. 원자료를 이용하여 분석함.

표 1. 아파도 병원에 가지 못했던 청년 집단별 이유

(단위: %)

	경제적인 이유	시간이 없어서	교통편이 불편해서	참을 수 있다고 생각해서	증상이 가벼워서
전체	16.63	37.04	2.84	29.51	13.98
성별					
남성	20.80	30.82	3.41	29.00	15.96
여성	13.63	41.52	2.43	29.88	12.55
지역					
대도시	21.02	41.05	1.56	22.04	14.32
중소도시	12.46	34.74	4.17	33.46	15.18
농어촌	24.19	34.98	0	35.32	5.51
학력					
고졸 이하	21.83	28.60	1.46	37.87	10.24
대학 재학 등	13.84	28.65	10.98	31.51	15.02
대졸 이상	14.64	46.17	0.00	23.34	15.85
소득					
200만 원 미만	24.54	29.71	10.06	29.53	6.15
200만 원 이상~400만 원 미만	20.78	43.52	0	24.43	11.27
400만 원 이상~600만 원 미만	12.46	28.25	0	36.66	22.64
600만 원 이상	4.37	46.31	5.48	28.9	14.93

자료: 한국보건사회연구원 (2020). 청년층 생활실태 및 복지욕구 조사. 원자료를 이용하여 분석함.

점을 기준으로 청년들 가운데 지난 1년 사이에 아파도 병원을 찾지 못한 경험이 있는 ‘미충족 의료’ 경험 비율은 4.47%였다. 미충족 의료의 경험은 집단에 따라 발생 비율이 다르다. 월 소득 200만 원 미만의 저소득(8.17%), 고졸 이하(6.41%), 여성(5.53%), 농어촌(6.79%) 청년에게 미충족 의료의 경험이 자주 발생했다.

병원에 갈 수 없었던 것은 병원에 갈 시간이 없어서(37.04%)가 가장 주된 이유였고, 참을 수 있다고 생각해서(29.51%), 경제적인 이유로(16.63%), 증상이 가벼워서(13.98%), 교통편이

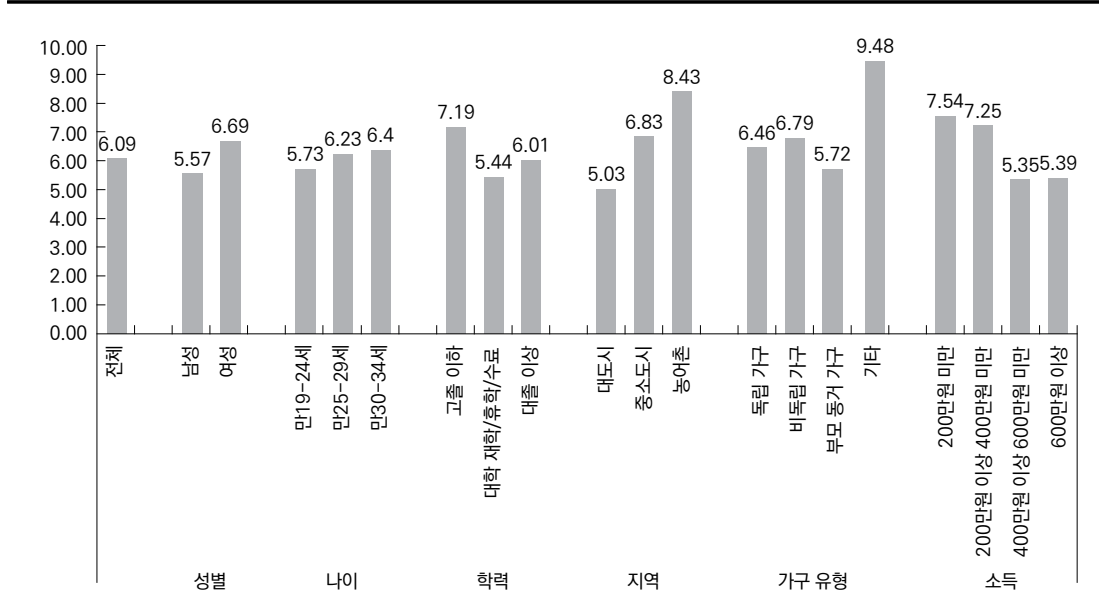
불편해서(2.84%) 등이 이유였다. 다만, <표 1>에 제시된 수치는 아파도 병원에 가지 못한 경험이 있는 134명에 한정된 설문이었다. 집단별 차이도 통계적으로 유의하지는 않았다.

### 3. 청년의 정신건강

청년의 건강 문제는 정신건강 문제에서 비롯되는 경우가 많고, 이는 다시 정신건강의 문제로 귀결된다. 청년의 건강 문제는 신체적인 상병이나 노령으로 비롯된다기보다 과도한 경쟁, 암울

그림 6. 청년 집단별 우울 점수

(단위: 점)



자료: 한국보건사회연구원. (2020). 청년층 생활실태 및 복지욕구 조사. 원자료를 이용하여 분석함.

한 취업 시장, 전망 없는 미래 등에서 비롯되는 스트레스, 불안과 연결된다. 이와 같은 점을 염두에 두고 지금부터는 청년의 정신건강 수준을 진단해 보고자 한다.

먼저 청년의 우울 수준을 살펴보았다.<sup>2)</sup> CES-D 우울감 척도를 기준으로 할 때 평균 점수는 6.09였다. 일반적으로 이 척도 기준으로 16점을 넘으면 우울증 위험군에 속한다고 보고, 개인적인 노

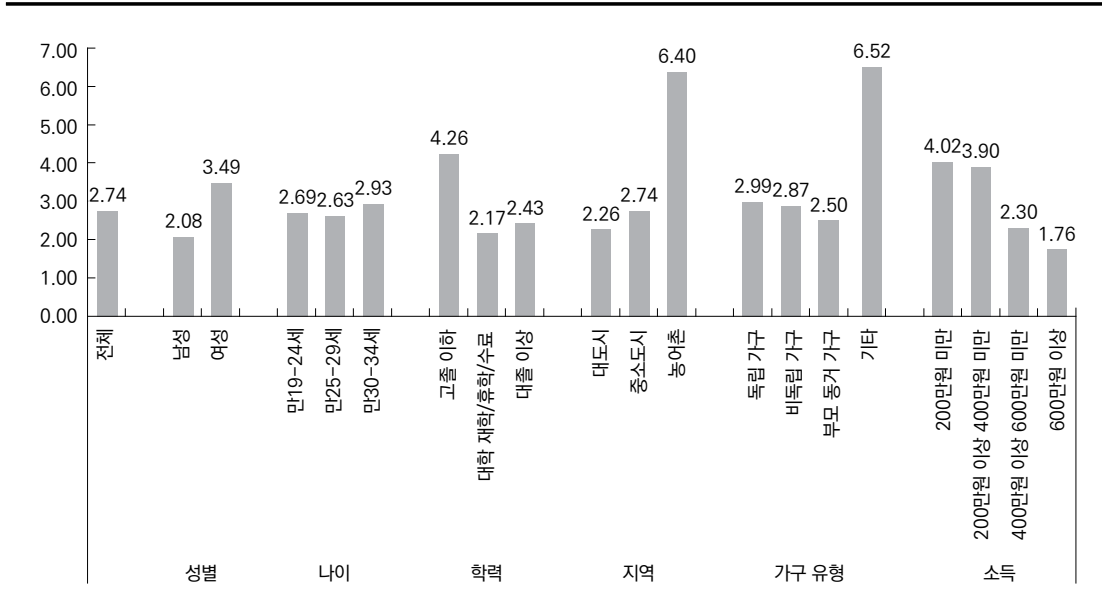
력에도 상황이 호전되지 않으면 전문가의 상담이 권유된다. 청년 집단별로 우울증 점수를 보면, 집단별 격차와 불평등 양상이 우울 지표의 차이로 드러난다. 남녀, 도농, 가구 유형별, 소득 수준별 우울 수준의 차이가 다른 건강 지표보다 분명하게 드러났다. 특히 대도시(5.03)보다 농어촌(8.43)에서 우울의 정도가 심했다. 소득 격차에 따른 우울의 양상은 특히 월 소득 400만 원을 기준으로

2) 우울감 척도로 CES-D(The Center for Epidemiological studies Depression Scale, 역학연구용 우울 척도)가 흔히 사용된다(신재동, 여유진, 2009). 여기에서는 20문항에 걸쳐 0~3점 척도의 설문을 수행한다. 우울증 판별을 위한 분할 점수(cutoff point)에는 16점이 쓰인다. 청년층 생활실태 및 복지욕구 조사에서는 복지패널의 선례에 따라, 1~4점 척도, 11문항으로 내용을 줄였다. 1~4점에 걸친 변수값을 0~3점으로 처리하고, 긍정적인 감정을 측정하는 2문항(비교적 잘 지냈다고 큰 불만 없이 생활했다)은 역으로 점수화하였다(신재동, 여유진, 2009). 이렇게 나온 총점에 20/11을 곱했는데, 11문항의 총점 33점을 20문항일 때의 총점인 60점으로 환산했다. 이렇게 산출한 결과에 대해 크론바흐 알파값을 산출한 결과 .8852가 나와 문항의 내적 신뢰도가 있는 것으로 판단했다.



그림 7. 청년 그룹별 자살 생각 경험 비율

(단위:%)



자료: 한국보건사회연구원. (2020). 청년층 생활실태 및 복지욕구 조사. 원자료를 이용하여 분석함.

분명하게 드러났다. 200만 원 미만 집단(7.54)과 200만 원 이상~400만 원 미만 집단(7.25)은 우울 수준이 비슷했고, 소득이 400만 원을 넘으면서 우울의 정도는 크게 떨어졌다.

청년이 우울의 소용돌이에서 나오지 못하면 극단적인 선택을 하게 된다. 청년들에게 ‘자살에 대해 진지하게 생각한 적이 한 번이라도 있는지’를 물었다. 2.74%가 그렇다고 답했다.

집단별로 살펴보면, 자살 생각에서는 건강불평등 연구에서 나타나는 문제 상황이 고스란히 드러났다. 성별, 학력, 지역, 소득에 따른 자살 생각의 차이는 도드라졌다. 여성(3.49%)이거나, 고졸 이하의 학력(4.26%)이거나, 농어촌에 거주하

거나(6.40%), 조손이나 다른 친척과 함께 살거나(그림 7의 ‘기타’ 유형)(6.52%), 소득이 200만 원 미만인 경우(4.02%)에 자살을 생각해 본 비율이 높게 나타났다.

우울, 자살 생각과 같은 정신건강의 문제는 누구에게나 일어날 수 있다. 청년이 이러한 정서적인 위기 상황에서 얼마나 적극적으로 문제 해결을 시도했는지도 들여다볼 필요가 있다. 앞선 설문에서 우울 지표가 16점을 넘거나 ‘지난 1년 사이에 자살을 진지하게 생각해 본 적이 있는’ 청년 367명에 한정해서 전문가(의사, 상담가)를 상담한 경험이 있는지를 물었다. 응답자의 11.9%만이 전문가를 만났다고 답했다. 또 367명 가운

데 8.4%가 정신적인 문제로 항우울제, 신경안정제, 수면제 등의 약물을 처방받은 경험이 있다고 답했다. 물론, 정신 건강의 문제가 전문가를 통해서 약을 처방받는 방식으로만 해결될 필요는 없다. 본인의 의지로 혹은 주변의 도움으로 정신 건강을 회복할 수도 있다. 마음이 아팠지만 전문가를 만나지도 않고, 약을 처방받지 않는 다수의 청년들에 대한 추가적인 연구가 필요하다.

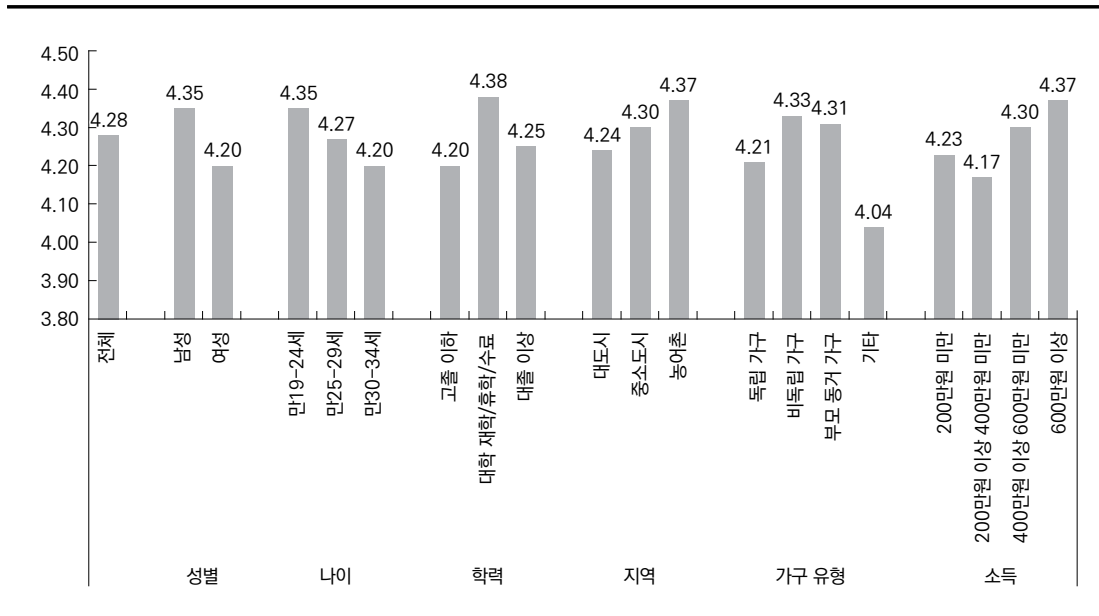
#### 4. 주관적 건강 및 행복 수준

청년 집단의 주관적 건강 수준은 5점(아주 건

강하다)을 기준으로 할 때 4.28점으로 대체로 좋은 편이었다(그림 8). 앞서 살펴본 바와 같이 일반적인 의미에서 건강 수준은 높은 편이었다. 청년 집단 안에서도 어릴수록 건강 지표가 긍정적으로 나타났다. 학력별로는 대학 재학생의 건강 수준이 가장 좋았다. 대학 재학생의 건강 수준은 정신건강 측면에서도, 주관적인 건강 수준에서도 모두 다른 고졸 및 대졸 집단보다 긍정적인 것으로 나타났다. 일터에 속하지 않고 학교에 다니는 청년 집단들의 건강 지표가 상대적으로 긍정적이었다. 지역별로는 농어촌에 사는 청년들의 주관적인 건강 수준이 대도시 및 중소도시 청년에 견

그림 8. 청년 집단별 주관적 건강 수준

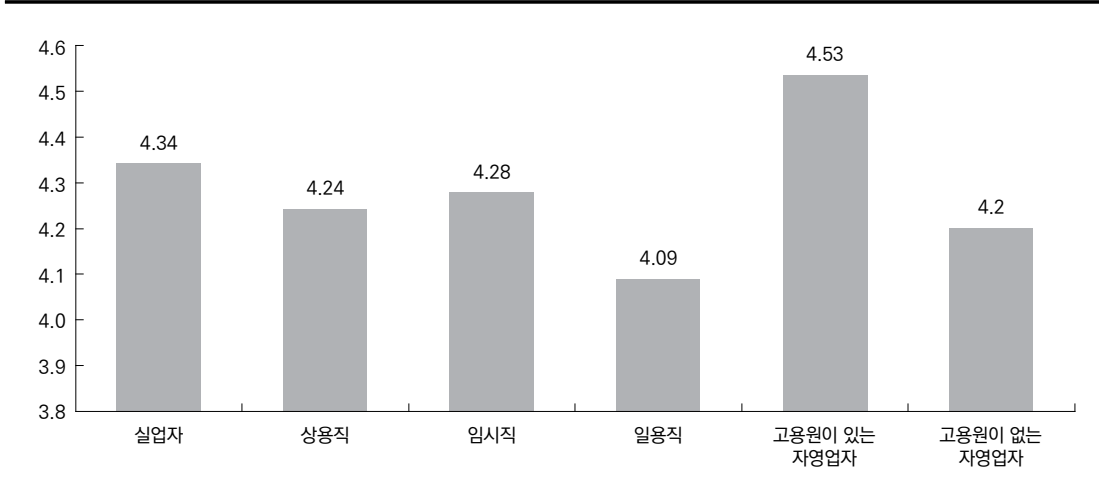
(단위: 점)



주: 주관적 건강을 묻는 5점 척도(5점: 아주 건강하다~1점: 건강이 아주 안 좋다) 기준 집단별 평균임.  
 자료: 한국보건사회연구원. (2020). 청년층 생활실태 및 복지욕구 조사. 원자료를 이용하여 분석함.

그림 9. 실업 및 종사상 위치에 따른 주관적 건강

(단위: 점)



자료: 한국보건사회연구원. (2020). 청년층 생활실태 및 복지욕구 조사. 원자료를 이용하여 분석함.

취 양호했다. 농어촌 청년들의 정신건강 지표가 도시 청년들보다 부정적으로 나온 점을 고려하면, 이 결과는 눈길을 끈다. 소득 수준이 높을수록 주관적 건강 수준은 높았는데, 200만 원 미만 집단의 주관적 건강 수준이 200만 원 이상~400만 원 미만대 집단보다 높았다.

실업 및 종사상 위치에 따른 주관적인 건강 수준은 고용원이 있는 자영업자가 가장 높았다(그림 9). 반대편의 끝에는 일용직, 고용원이 없는 자영업자였다. 실업자의 주관적 건강 수준이 상용직보다 높은 점이 눈에 띄는데, 청년 실업의 지속 기간에 따라 주관적 건강 수준이 다르게 나올 수 있을 것으로 추정된다.

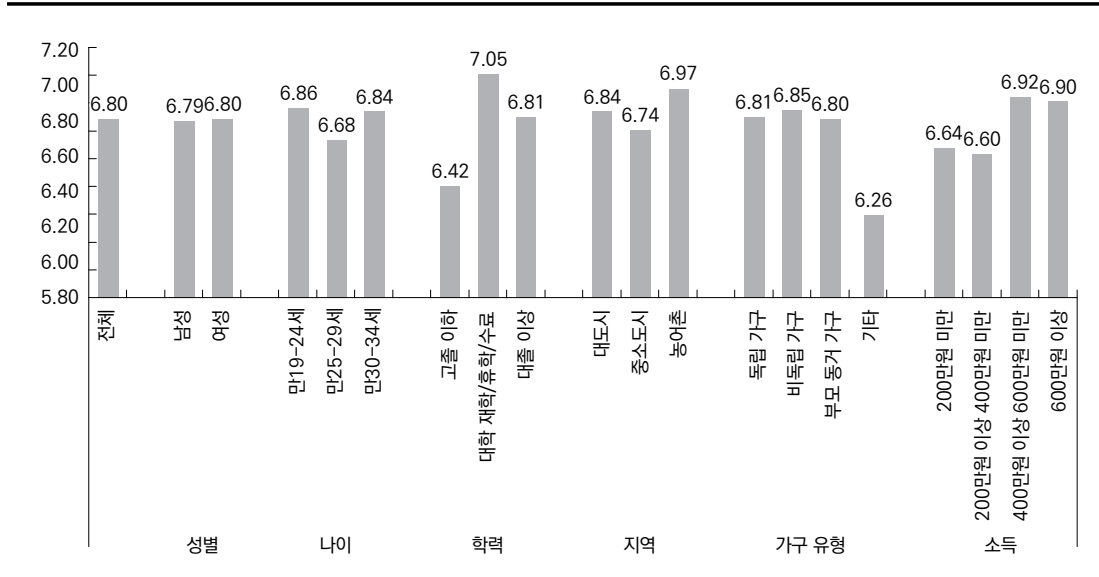
복지패널을 통해 청년들의 주관적인 건강 수준을 다른 세대와 비교해 보았다. '청년층 생활실태 및 복지욕구 조사'는 문항을 만들 때, 비교를 위해 이 문항을 복지패널과 동일하게 구성했다. 복지패널에서는 19~34세의 주관적 건강 수준 평균이 4.09로 이번 조사보다 약간 낮게 나왔다. 이번 조사에서는 조사 시점 기준으로 정확히 만 19~34세 집단을 설정했다면, 복지패널의 경우 조사 기간이 한 달에 한정되지 않아서 조사 시점을 특정한 기준의 만 나이 연령대를 분리하지 않았다는 점 등이 이유가 돼서 차이가 생긴 것으로 추정된다. 이와 같은 점을 고려해도, 19~34세 청년의 주관적인 건강 수준은 4.28(이번 조사 기준) 혹은 4.09(복지패널 기준)로, 복지패널상의 다른 세대들, 이를테면 35~49세(3.96), 50~64세(3.55), 65~80세(2.94)보다 긍정적이다.

다음으로 청년 집단별 행복 수준을 보면(그림

다음으로 청년 집단별 행복 수준을 보면(그림

그림 10. 청년 집단별 행복 수준

(단위: 점)



주: 어제 얼마나 행복했는지를 10점 척도로 반영함. 높을수록 행복했다는 의미임.  
 자료: 한국보건사회연구원. (2020). 청년층 생활실태 및 복지욕구 조사. 원자료를 이용하여 분석함.

9, 그림 10), 19~24세, 대학 재학생, 농어촌, 비 독립 가구, 월 소득 400만 원 이상~600만 원 미만인 청년들의 행복 수준이 상대적으로 높았다. 반대로 25~29세, 고졸 이하, 중소도시, 기타 가구 유형, 400만 원 이하, 일용직 청년들의 행복 수준은 낮게 나타났다.

### 5. 나가며

청년기는 인생에서 가장 건강한 시기다. 앞에서 살펴보았듯이, 주관적인 건강 지표 등에서 청년들은 다른 세대에 견줘 상대적으로 좋은 건강 수준을 나타내고 있다. 다만, 정신건강의 영역으

로 오면, 청년들이 체감하는 불안정성과 스트레스가 자주 발견된다. 일부 지표에서는 그 정도가 다른 세대보다도 더 부정적이다. 우울 정도를 묻는 항목 가운데 하나인 ‘사람들이 나를 싫어하는 것 같은 느낌’은 0~3 척도에서 청년들이 81세 이상 고령층(1.12) 다음으로 높은(0.56) 수준이었다(한국복지패널 자료 기준). 청년들 중 다수는 이제 막 노동시장에 진입해 위계의 말단에서 가장 취약한 위치에 있거나, 일자리를 구하기 위해 노동시장의 변두리를 서성일 수밖에 없는 처지다. 이러한 상황을 고려하면 청년들이 느끼는 불안정성은 예외적이라거나 특이한 상황이라고 볼 수 없다.

이번 ‘청년층 생활실태 및 복지욕구 조사’에서 확인할 수 있었던 점은 청년들의 건강 문제에서 성별, 학력별, 지역별, 가구 유형별, 소득 수준별 격차가 관찰된다는 점이다. 특히 여성, 고졸 이하, 기타 유형 가구, 저임금, 일용직 혹은 고용원이 없는 자영업자 청년의 건강 수준은 우려스러운 정도이다. 정서적인 불안정 상황의 끝에 이르는 ‘자살 생각’에 대한 설문 결과를 보면, 고졸 이하(4.26%), 농어촌(6.40%), 기타 가구(6.52%), 200만 원 미만(4.02%) 청년들은 100명 가운데 4명 이상이 지난 1년 사이에 자살을 진지하게 생각해 본 적이 있었다. 이 대목은 정책적인 개입의 여지를 남긴다.

청년의 건강 문제는 세대 간, 그리고 세대 내 불평등 문제를 반영한다. 비교적 쉽게 일자리에 안착할 수 있었던 앞선 세대의 상당수가 안정적인 일자리에 오래 머물 수 있었던 반면, 청년 세대들은 취업 전선에서부터 과도한 경쟁에 시달리고 있다. 그 경쟁의 과정에서 청년 집단 내부의 경쟁의 룰도 공정하지 않다. 성별, 학력별, 지역별, 소득 수준별, 그리고 이번 조사에서는 확인하기 어려웠지만 부모의 자산 수준에 따른 격차 역시 존재한다. 이와 같은 건강의 사회적 결정 요인들은 여성, 농어촌, 저학력, 저임금 청년들에게 우호적이지 않다. 이들의 건강 수준을 개선하기 위해서는 결국 청년들의 건강에 악영향을 미치는 ‘원인의 원인(causes of causes)’까지 거슬러 올라가야 한다(Marmot, 2016). 여기서 원인의 원인이라ں 취약한 청년들이 아플 수밖에 없는 구조

적인 원인, 권력과 자원의 불평등한 분배를 가리킨다.

물론 이와 같은 구조를 변화시키는 것은 지난한 과정이다. 아픈 청년들을 위한 단기적인 처방 역시 필요하다.

첫째, 청년을 포함한 취약계층을 위한 식사 바우처 혹은 지역 화폐의 활용을 생각해 볼 수 있다. 물론 이 제도가 청년들에게만 배타적으로 활용될 이유는 없다. 노인이나 한부모 가구, 아동 등 다양한 취약계층을 대상으로 할 수도 있다. 앞서 살펴봤듯이, 청년 가운데 절반은 끼니를 때우긴 하지만 영양까지는 고려하지 못하고 있고, 3% 정도는 경제적인 이유로 먹을 것이 부족했던 경험이 있었다. 국가가 청년들의 끼니만큼은 챙겨 주는 정책을 생각해 볼 수 있다.

둘째, 건강보험의 보장성을 지속적으로 확대할 필요가 있다. 청년 집단의 미충족 의료율은 4%가 넘고, 소득 200만 원 미만 저임금 청년들은 그 비율이 8% 이상으로 올라간다. 미충족 의료의 이유는 조금씩 다르게 나타나지만, 결국 청년들에게 병원의 문턱을 더욱 낮출 필요가 있다.

셋째, 청년들의 대학 재학, 취업 준비 등을 위한 물적 기반을 제공하기 위해 일정한 나이대에 일정한 기초 자산을 제공하는 방법을 고려해 볼 수 있다. 이와 같은 정책 제안은 이미 Ackerman & Alstott(2010) 등에 의해 제시된 바 있는데, 이들은 청년이 일정한 나이에 이르면 8만 달러의 보조금을 받도록 하자는 안을 제시했다. 청년은 이를 학업이나 사업, 결혼, 집 구입 등 원하는 대

로 사용할 수 있으며, 사망할 때 상환하게 된다. 물론 구체적인 액수, 대상자 선정 등 제도의 세부 사항은 사회적인 숙의 및 합의의 대상이다. 청년 집단 사이에서 생기는 격차를 일부라도 줄이기 위해 고려해 볼 수 있는 제도다. ■

## 참고문헌

- 김길원. (2015. 12. 17.). 당신의 식사시간은... “15분 이내면 위염 위험 1.9배”. 연합뉴스. <https://www.yna.co.kr/view/AKR20151216194700017>에서 2020. 3. 14. 인출.
- 박성훈, 장안식, 이재경. (2009). 한국의 사회변동과 범죄 추세, 1966-2007. 사회연구, 18(2), 45-72.
- 보건복지부. 국민건강영양조사. 원자료. [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT\\_11702\\_N061](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11702_N061)에서 2020. 5. 28. 인출.
- 서국희, 조두영, 류인균, 연병길, 최인근, 조맹제. (1998). 한국 노인의 우울증상 유병률과 위험인자. 노인병, 2(1), 49-60.
- 신재동, 여유진. (2009). 한국복지패널로 본 건강 관련 지표. 보건복지포럼, 158, 22-29.
- 임재희. (2019. 10. 27.). 한국인 10명 중 3명 ‘아침 결식’... 걷기·유산소 운동 ‘저조’. 뉴스시스. [https://newsis.com/view/?id=NISX20191025\\_0000810557&cID=10201&pID=10200](https://newsis.com/view/?id=NISX20191025_0000810557&cID=10201&pID=10200)에서 2020. 3. 14. 인출.
- 장재윤, 장은영, 김범성, 노연희, 이지영, 한지현. (2004). 청년실업이 정신건강에 미치는 영향에 대한 종단연구. 한국심리학회지, 23(20), 121-144.
- 정세정, 김태완, 김문길, 정해식, 김기태, 주유선, 송아영. (발간 예정). 청년층 생활실태 및 복지욕구조사. 한국보건사회연구원.
- 정해식, 김미곤, 여유진, 전진아, 김문길, 우선희, 최준영. (2017). 사회통합 실태 진단 및 대응 방안 연구(IV). 세종: 한국보건사회연구원.
- 통계청. (2020). 스트레스 인지율 추이. [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT\\_11702\\_N061](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11702_N061)에서 2020. 3. 12. 인출.
- 한국보건사회연구원. (2020). 청년층 생활실태 및 복지욕구조사. 원자료.
- Ackerman, B., & Alstott, A. (2010). 왜 사회적 지분인가? in Ackerman, B., Anne Alstott and Philippe Van Parijs(ed.), 분배의 재구성(pp. 79-110). 서울: 나눔의 집.
- Marmot, M. (2016). The health gap. London: Bloomsbury publishing PLC.
- Moon, U., & Cha, S. (2018). Mealtimes with parents vs. mealtime alone: Consequences for the U.S. adolescents' behavior problems and depression. *Korean Journal of Family Welfare*, 23(1), 21-36.
- OECD. (2018). OECD Time-use database, [www.oecd.org/gender/data](http://www.oecd.org/gender/data)에서 2020. 3. 20. 인출.