

한국복지패널로 본 한국 성인의 건강궤적과 예측요인:

장애인과 비장애인의 집단 내, 집단 간 불평등 정도를 중심으로

유 창 민

(서울대학교)

본 연구는 우리나라 만 19세 이상 성인의 주관적 건강상태 궤적과 그 예측요인을 확인하고, 이러한 궤적 및 예측요인이 장애인과 비장애인 각 집단 내적으로, 그리고 집단 간에 차이가 있는지 살펴보았다. 이를 위해 한국복지패널 1차년도(2006년)부터 9차년도(2014년) 자료를 활용하였고, 최종분석대상은 14,613명이다. 주요 결과는 다음과 같다. (1) 무조건부 모형에 대한 장애인과 비장애인 집단의 다중집단분석결과 두 집단의 건강상태 궤적이 유의미한 차이를 보였고, 장애인의 건강상태 궤적이 더욱 나쁜 것으로 나타났다. (2) 주관적 건강상태 궤적과 예측요인의 관계를 분석한 조건부 모형의 다중집단분석 결과, 건강 불평등 예측요인 유형이 ①심화요인(장애인과 비장애인 모두 연령), ②지속요인(장애인: 교육, 취업, 음주, 주거환경, 사회적지지; 비장애인: 흡연, 사회적지지) ③완화요인(장애인: 소득, 외래진료 수; 비장애인: 소득, 교육, 결혼, 취업, 음주, 외래진료 수, 주거환경) ④무영향요인(장애인: 성별, 결혼, 흡연, 건강검진 수; 비장애인: 성별)으로 구분되었다. 이러한 결과는 장애인과 비장애인 집단별로 건강상태 궤적이 불평등하고, 예측요인의 종류가 다름을 의미한다. 따라서 장애인과 비장애인 집단의 건강을 증진 및 예방하고 건강 불평등을 해결하기 위해서는 건강상태에 미치는 요인들이 시간의 흐름에 따라서, 그리고 장애유무에 따라서 다름을 고려하여 보다 세밀한 접근이 필요함을 시사한다.

주요용어: 건강상태 궤적, 건강 불평등, 장애인, 비장애인, 잠재성장모형

■ 투고일: 2016.1.3 ■ 수정일: 2016.3.23 ■ 게재확정일: 2016.3.24

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

우리 주변을 살펴보면 모든 사람의 건강 수준은 평등하지 않다. 나이, 사는 지역, 성별, 유전적 속성, 생활 습관 등 많은 요인들에 따라 개인의 건강 수준이 영향을 받는 정도는 다양하고, 그렇게 다양한 만큼 건강의 수준은 다를 수밖에 없다. 좀 더 구체적으로 어떠한 요인들로 인해 개인 혹은 특정 인구집단 간의 건강 수준이 차이(disparity), 불균등(inequality), 불형평(inequity) 등을 보일 때 ‘건강 불평등’이라고 표현한다. 이때 불평등(inequality)과 불형평(inequity)의 개념은 구분이 되는데(Kawachi, Subramanian, & Almeida-Filho, 2002; Sen, 2002), 건강 불평등이 단순한 수량적 개념이라면, 건강 불형평은 피할 수 있고, 불필요하며, 공정하지 못하다는 가치 판단을 담고 있다.

이러한 건강의 불평등에 영향을 미치는 요인으로는 크게 생물학적 요인과 사회적 결정요인이 있다. 대표적인 생물학적 요인으로는 유전에 따른 영향으로 태생적으로 갖게 되는 특성으로 인해 발생하는 건강 수준의 차이를 말한다. 이러한 생물학적 요인은 전통적으로 건강 불평등의 중요한 요인으로서 연구되어 오고 있다. 그러나 생물학적 요인만으로 건강 불평등이 모두 설명되지는 않는다(Brotz, 2005). 이에 따라 건강 불평등을 설명하는 다른 주요 요인으로 사회경제적 결정요인의 중요성이 부각되었고, 이러한 건강 불평등을 유발하는 다양한 사회경제적 요인들이 무엇인지를 밝히는 연구들이 보고되고 있다. 구체적으로 성별, 연령, 소득, 교육 수준, 직업적 위세 등에 따라 건강 불평등 정도가 영향을 받는 것으로 나타났다(최병호, 신현웅, 2005; 김혜련, 2007; 김민경 등, 2010). 최근에는 비판적 실재론적 관점에 입각하여(우아영, 김기덕, 2013) 이러한 사회적 결정요인과 건강 불평등 사이에 발생하는 다양한 매커니즘에 관심을 갖기도 한다(Peppard et al., 2004).

여기서 주목해야 하는 것은 건강 불평등이 다양한 사회경제적 요인들로 인해 발생한다는 것이다. 그리고 이러한 건강에 영향을 줄 수 있는 사회경제적 요인에는 단순히 소득, 교육수준 등뿐만 아니라 연령, 인종, 직업 위세 등을 포함한다는 측면에서 장애인 집단에 대한 건강 불평등 정도와 개입에 관한 연구는 반드시 필요하다. Braveman과 Gruskin(2003)은 건강 불평등이 사회적인 불리함이라는 요인과 체계적으로 관련되어

있다면 이것은 사회적으로 약한 집단의 불이익을 강화시키는 불평등이 된다고 주장하였다. 실제로 장애인은 그렇지 않은 비장애인들에 비해 다양한 사회경제적 위치에서 불리한 상태에 처해있음이 다양한 연구를 통해 밝혀지고 있다(장애인 실태조사, 2011; 오욱찬, 2013). 따라서 장애인들과 비장애인들의 건강수준이 정말 차이가 있는지, 차이가 있다면 어떠한 요인들이 이러한 차이를 유발하는지 확인하는 것은 중요하다. 이에 따라 관련된 다양한 연구들이 진행되고 있다(이지수, 2007; 전영환, 남용현, 류정진, 2011; 이소영, 2013; 이한나, 2013). 이러한 연구들은 장애인과 비장애인의 건강 불평등 정도가 어떠한지, 관련된 요인들은 무엇인지에 대해 밝혔다는 점에서 의의를 가진다. 그러나 지금까지의 연구들은 다양한 사회경제적, 생물학적 요인들과 건강수준 간의 상관관계 수준의 분석을 함으로써 시간의 흐름에 따라 장애인과 비장애인의 건강이 어떠한 방향으로 변화하는지 확인하지 못했다는 한계를 가지고 있다.

이에 본 연구는 장애인과 비장애인의 건강수준이 어떻게 변화하는지를 9년간의 종단 자료를 활용하여 장기적 관점에서 살펴본다. 특히 우리나라 전체 인구집단을 분석함으로써 장애유무에 따라 건강 불평등이 나타나는지 확인하고, 이러한 건강 불평등에 영향을 미치는 예측요인들이 무엇인지 탐색한다. 이를 위해서 우리나라 전체 인구집단에 대한 대표성을 가진 한국복지패널 1차 년도(2006)부터 9차 년도(2014년)까지의 자료를 활용하여 잠재성장모형 분석을 통해 장애인과 비장애인의 건강상태 변화궤적을 살펴봄으로써 단순 횡단분석이 갖는 시간적 선후관계 문제를 극복하고, 변화궤적에 영향을 주는 예측요인을 살펴봄으로써 장애인과 비장애인의 건강불평등을 완화시킬 수 있는 정책 및 실천적 함의를 제시할 수 있으리라 기대된다.

2. 연구문제

- 1) 주관적 건강상태 궤적이 장애인과 비장애인에 따라서 차이가 있는가?
- 2) 주관적 건강상태 궤적의 예측요인이 장애인과 비장애인에 따라서 차이가 있는가?

II. 선행연구

1. 건강불평등

건강 불평등이란 어떠한 요인들로 인해 개인 혹은 특정 인구집단 간의 건강 수준이 차이(disparity), 불균등(inequality), 불형평(inequity) 등을 보일 때 사용하며, 일반적으로 건강 불평등(health inequality)과 건강 불형평(health equity)을 구분하지 않고 건강 불평등으로 지칭하는 경우가 많다). 그런데 본 연구에서 다루고자 하는 ‘건강 불평등’이란 단순히 건강의 수준이 사람마다 당연히 다르다는 차원의 개념적 접근을 하지 않는다. 많은 학자들이 불평등(inequality)과 불형평(inequity)의 개념을 구분하였는데(Sen, 2002; Kawachi, Subramanian, & Almeida-Filho, 2002), 건강 불평등이 단순한 수량적 개념이라면, 건강 불형평은 피할 수 있고, 불필요하며, 공정하지 못하다는 가치 판단을 담고 있다.

이러한 피할 수 있고, 불필요하며, 공정하지 못한 상태로 인해 나타나고 그러한 현실을 반영하고 있는 건강 불평등이 존재한다면, 이것은 건강이 인간이 스스로 가치 있다고 생각하는 일을 할 수 있는 핵심적인 구성요소로서 하나의 기능(functioning)이자 능력(capability)이라는 차원에서 일반 규범성에서 벗어나고(Sen, 2002), 경제성장을 저해하고 사회적 비용을 발생하는 측면에서 비효율적이며(김창엽 등, 2015; O'Donnell et al., 2008), 모든 국민에게 보편적인 평등과 인간다운 삶을 영위하도록 보장하고 있는 우리나라의 헌법의 목표를 달성하지 못하고 있다는 측면에서 반드시 해결되어야 한다.

2. 장애와 건강 불평등

영국의 장애인단체인 UPIAS(Union of the Physically Impaired Against Segregation)는 손상을 ‘신체적, 정신적, 혹은 감각적 손상으로 초래된 개인 안의 기능적 제한성’이라고 보았고, 장애를 ‘물리적 및 사회적 장벽으로 인해 다른 사람들과 동등한 수준에서

1) 본 연구에서 ‘불평등’과 ‘불형평’의 개념이 다를 수 있음을 명확히 하였으나, 본문에서도 밝혔듯 일반적으로 ‘불평등’과 ‘불형평’을 구분하지 않고 있고, ‘불평등’이란 용어가 좀 더 포괄적으로 사용되고 있기에, 연구에서도 ‘불평등’이란 용어를 사용하되 불형평의 의미를 담고 있는 개념으로 사용하고자 한다.

지역사회의 정상적인 생활에 참여하는 기회의 상실 혹은 제한이라고 정의하였다(UPIAS, 1976; 신은경, 2007 재인용). 이와 같은 손상(impairment)과 장애(disability)의 구분은 장애의 사회모형(social model of disability)에서 핵심적인 요소로 여겨져 왔으며, 개인의 신체가 아닌 사회적 맥락에 존재하는 장애를 가시화하기 위해 시도되었다(이한나, 2013). 즉, 이전에는 장애를 '손상'으로 인해 무능력하고 의존적이 된 상태로 보고 사회생활에 배제를 시켰으나, 최근에는 장애가 단순히 개인적 문제가 아닌 사회·환경적 차원의 문제라는 인식을 갖게 된다. 이러한 관점의 변화는 세계보건기구(WHO)가 2011년 발표한 ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health) 모델을 통해서도 확인할 수 있다. ICF모델은 신체, 개인, 그리고 사회적 차원에서 기능하는 정도를 측정하는 것으로, 단순히 '손상'만이 아닌 사회적으로 얼마나 기능하고 있는지를 중요한 요인으로 꼽는다.

그런데 이 때 사회적 차원에서의 기능 수준 및 정도는 건강 불평등에도 중요한 영향을 미친다. Braveman과 Gruskin(2003)은 건강 불평등이 사회적인 불리함이라는 요인과 체계적으로 관련되어 있다면 이것은 사회적으로 약한 집단의 불이익을 강화시키는 불평등이 된다고 주장하였다. 실제로 장애인은 그렇지 않은 비장애인들에 비해 다양한 사회경제적 위치에서 불리한 상태에 처해있음이 다양한 연구를 통해 밝혀지고 있는데, 오욱찬(2013)은 2005년부터 2011년의 장애인과 비장애인의 임금격차가 어떻게 나타나는지 한국복지패널 데이터를 사용하여 분석한 결과, 전반적으로 임금격차가 상승하고 있었고 노동시장에서의 장애인 지위가 악화되는 것으로 나타났다. 또한 2011년 장애인 실태조사에 따르면 장애인 가구의 월평균소득은 198.2만원으로 전국 월평균 가구소득(2011년 6월 기준 371.3만원)의 53.4% 수준이고, 장애인의 실업률의 경우 7.8%로 전체 실업률인 3.2%(2011년 5월 기준)에 비해 2배 이상 높게 나타났다. 장애인의 경제활동분야(직무) 또한 전국 경제활동인구의 분야별 분포와 비교할 때 상대적으로 단순노무종사, 농림 및 어업숙련종사자 비율이 높음을 알 수 있고, 취업 장애인(임금근로자 기준)의 임금수준은 142만원으로 이는 우리나라 전체 근로자 평균임금 260만원(고용노동부, '사업체 노동력조사(2011.5, 5인 이상 사업체 기준)의 54.6%에 불과하며, 장애인의 40.7%는 집 밖 활동시 불편하다고 하였으며, 이 중 14.6%는 매우 불편하다고 보고되고 있다. 이러한 지표들은 앞서 건강에 영향을 줄 수 있는 다양한 사회경제적 요인들 중 대부분이 장애인 집단의 건강상태에 불리하거나 취약한 상황으로 나타나고 있음을 보여준다. 그

리고 만일 이러한 상황으로 인해 인간에게 있어 핵심적인 능력이자 능력이고, 모든 사람에게 보장되어야 하는 중요한 권리인 건강이 장애인이라는 이유만으로 불평등하게 형성되었다면 이것은 '피할 수 있고, 불필요하며, 공정하지 못한 상황'이 된다. 따라서 사회경제적으로 불리한 상태에 있는 장애인의 건강상태가 비장애인과 비교할 때 얼마나 불평등한지, 어떤 요인이 영향을 미치는지 확인하는 것은 중요하다.

3. 건강과 사회적 결정요인

세계보건기구는 건강불평등에 영향을 미치는 다양한 요인들 중에서도 건강의 사회적 결정요인을 강조하였다. 세계보건기구의 건강의 사회적 결정요인위원회 (WHO Commission on Social Determinants of Health, 이하 CSDH)는 2008년 펴낸 최종 보고서에서 사회적 결정요인을 총체적 시각에서 정의했다고 밝히면서, “빈곤층의 낮은 건강수준, 국가 내에서 나타나는 건강의 사회적 격차, 현저한 국가 간의 건강 불평등은 국가적, 국제적으로 존재하는 권력, 소득, 물자, 서비스의 불평등한 분포 때문에 생긴다”라고 설명하였다(WHO Commission on Social Determinants of Health 2008, p.1, 김창엽 등, 2015, p.20, 재인용).

이와 같이 건강에 대한 사회경제적 요인의 중요성을 설명하는 이론은 ‘사회원인이론 (social causation theory)’이다. 사회원인이론은 한 개인의 건강이 사회경제적 수준에 따라서 영향을 받게 된다고 본다(House, 2001; Adler & Snibbe, 2003; Solar & Irwin, 2010). 즉, 사회경제적 수준에 따라 개인의 사회·환경적 조건, 의료접근성, 건강증진 또는 건강위험행동, 심리사회적 요인 등과 같은 중재요인들이 영향을 받게 되고, 이러한 중재요인들이 건강에 영향을 미친다는 것이다. 이에 따라서 본 연구에서는 인구사회학적 요인들을 통제한 다음 다양한 사회경제적 요인과 사회·환경적 조건, 의료접근성, 건강증진 또는 건강위험행동 등을 건강상태궤적을 예측하는 요인으로 설정하였다.

가. 인구학적 특성

먼저 연령, 성별 등의 인구학적 특성과 건강의 관계를 살펴보면, 남성의 건강상태가 여성의 건강상태보다 좋고, 연령이 많아질수록 건강상태가 나빠지는 것으로 나타났다(강상경, 전해숙, 2013; Baltes & Smith, 2003; Robert et al., 2009).

나. 사회경제적 특성

건강에 영향을 주는 중요한 요인으로는 사회경제적 요인이 있다. 사회경제적 요인은 건강에 직접적으로 영향을 주기도 하지만, 개인의 주거환경 및 기타 사회·환경적 조건, 의료접근성, 운동습관이나 음주 등과 같은 건강증진 또는 건강위험행동 등 건강에 직접적인 영향을 미치는 요인들을 통해 간접영향을 주기도 한다(House, 2001; Dunn, 2002).

이러한 사회경제적 요인들 중 건강과 관련된 주요 요인으로는 소득, 교육, 직업, 결혼 상태가 있다(심문숙, 2005; 김진구, 2011; 강영주, 정광호, 2012; Hooyman & Kiyak, 2008). 한국노동패널 자료에 따르면 소득불평등이 높아질수록 국민의 건강에 부정적인 영향이 미치는 것을 확인하였고(강영주, 정광호, 2012), 건강상태와 의료접근성이 소득이 높은 집단에 비해 낮은 집단에게 불리하다는 것이 확인되었다(김진구, 2011). 교육수준 또한 건강상태에 중요한 영향을 미치는 요인이다. 김혜련 등(2004)은 교육수준이 낮을수록 사망률 및 유병률이 높아지는 것을 확인하였고, 우해봉(2009)은 고졸 미만인 경우가 고졸 이상인 경우보다 수명이 짧고 건강이 좋지 않을 확률이 높은 것으로 나타났다. 소득, 교육수준과 더불어 건강수준에 영향을 미칠 수 있는 사회경제적 요인 중 하나는 바로 직업이다. Virtanen 외(2005)는 직업이 소득, 사회적 지위 등 다양한 요소들에 긍정적 영향을 미치고 이것이 건강상태에 영향을 줄 수 있다고 보았다.

다. 건강행동

건강행동이란 건강에 영향을 미칠 수 있는 다양한 유형의 행동을 의미한다. 이러한 건강행동은 다시 건강증진행동과 건강위험행동으로 나눌 수 있다. 건강증진행동은 운동, 건강검진 등이 있고, 건강위험행동은 흡연, 음주 등이 있다. 실제로 다양한 선행연구에 의하면 이러한 건강행동들이 건강에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 구체적으로 Lantz 등(1998)은 미국의 Americans' Changing Lives Study 자료를 바탕으로 만성질환과의 관계를 분석한 결과 흡연, 음주, 운동 등이 주요한 영향을 미치는 것으로 나타났고, Sacker 등(2001)은 흡연, 음주, 식생활습관, 운동이 노인인구 집단에서 나타날 수 있는 건강격차의 주요 요인으로 밝혀졌다. 김진희(2011)는 현재 흡연을 하는 사람들의 건강

이 그렇지 않은 사람보다 더 나쁘게 나타났고, 음주 역시 건강에 부정적인 영향을 미치는 것으로 확인되었다.

라. 사회적 지지

사회적 지지란 가족, 친구, 이웃 등으로부터 나타나는 정서적, 물질적 도움을 의미하며, 의지하거나 상호작용을 통해 서로 교류를 할 수 있는 사람의 존재 및 그 정도를 의미한다(Kaplan, Cassel, & Gore, 1977). 노병일과 모선희(2007) 또한 사회적 지지는 개인이 맺고 있는 대인관계 구조의 객관적 측면을 살펴보는 구조적 측면이 있는데 이러한 구조적 측면은 지지 대상에 따라 친구, 가족, 지역사회 등으로 분류할 수 있다고 보았다. 이러한 사회적 지지와 건강의 관계를 분석한 연구를 살펴보면, House(2001)은 사회적 관계에 있는 경우와 고립된 경우의 건강 상태를 비교한 결과 고립된 경우에 자신의 건강이 좋지 않은 것으로 인지하는 비율이 높았고, Link 등(2008)의 연구에서는 가족 관계 및 사회적 관계가 좋다고 평가할수록 건강에 긍정적 영향을 주었을 뿐만 아니라, 실제 건강상의 도움이 필요한 상황에서 주변에 지지가 많을수록 건강이 좋은 것으로 나타났다.

마. 의료서비스 이용 접근성

의료서비스는 개인의 건강을 향상함에 있어 주요한 수단이 될 수 있기 때문에 그 이용정도 및 접근성의 정도는 건강상태와 밀접한 관련이 있게 된다. 이에 따라 다양한 연구들이 건강과 관련하여 의료서비스 이용 접근성을 주요 예측변수로 활용하였다(강영주, 정광호, 2012; 박형준, 박수지, 2012; Anderson, 1995). 이러한 연구들에 의하면, 의료이용의 접근성 또는 이용횟수 등이 높을수록 건강관련 지표들이 긍정적인 영향을 나타내는 것으로 확인되었다. 이 때 종단분석이 중요한 것은 의료서비스 이용 정도와 건강의 관계를 횡단으로 분석한 경우 두 관계가 부적으로 나타났지만, 종단분석을 한 경우 정적관계를 보인 것이다(강상경, 전해숙, 2013). 이러한 결과는 시간의 흐름을 고려하지 않은 횡단분석의 경우 건강이 나쁘기 때문에 의료서비스 이용수준이 높은지, 의료서비스 이용수준이 높기 때문에 건강이 나쁘기에 대한 선후관계를 확인하기 어렵다

는 한계로 인함이다. 본 연구에서는 종단분석을 실시하기 때문에 의료서비스 이용수준이 개인의 건강상태에 어떠한 영향을 주는지 보다 명확히 확인할 수 있다.

바. 주거 및 생활환경

주거 및 생활환경 역시 건강에 중요한 영향을 미치는 요인이다. Shaw(2004)는 주거 환경에 따라 건강이 직접 영향을 받는다고 주장하였다. 실제로 Dunn(2002)은 거주밀도, 거주유형, 가구원 수, 거주기간 등의 주거환경이 주관적 건강상태에 부정적 영향을 미치는 것을 확인하였다. 최승철(2007) 또한 습기, 소음, 환기, 먼지 등의 주거환경 수준에 나쁠수록 개인의 건강에 부정적인 영향을 주고 있는 것을 확인하였다.

III. 연구방법

1. 연구대상 및 분석자료

본 연구는 한국복지패널(Korea Welfare Panel Study) 1차년도(2006년)부터 9차년도(2014년)까지의 패널 자료를 활용하였다. 한국복지패널은 전국적인 대표성을 지닌 종단조사로 한국보건사회연구원과 서울대학교 사회복지연구소에서 조사하였다. 특히 2006년 국민실태조사에 참여한 30,000가구를 2단계 층화집락 추출 방법을 사용하여 표집한 후, 소득계층별로 다시 층화하여 저소득층 가구와 일반가구를 각각 3,500가구씩 표본으로 선정하였다. 본 연구의 목적은 우리나라 성인의 주관적 건강상태궤적 및 예측요인을 확인하고 이러한 궤적과 예측요인이 장애유무에 따라 차이가 있는지 살펴보는 것이기 때문에 1차년도 주관적 건강상태 문항에 응답을 완료한 자를 대상으로 1차년도 14,613명, 2차년도 13,133명, 3차년도 11,963명, 4차년도 11,295명, 5차년도 10,549명, 6차년도 9,742명, 7차년도 9,461명, 8차년도 9,012명, 9차년도 8,508명으로 나타났다. 이 때 장애인과 비장애인의 경우 일반적으로 '장애등록여부'를 기준으로 구분을 하지만, 당시 장애 등록율이 80% 미만으로 추정된다는 결과(한국보건사회연구원, 2006)에

따라 등록장애인은 표본의 편이가 생길 수 있기 때문에 보다 실질적인 장애인까지 포함시키기 위해 등록장애인 이외에 장애인으로 응답한 사람들까지 포함시켰다.

2. 주요 변수 및 측정도구

가. 종속변수

본 연구의 종속변수는 주관적 건강상태이다. 주관적 건강상태(self-rated health)는 스스로가 인지한 자신의 건강수준을 측정하고, 비교적 측정이 간단하기 때문에 건강상태를 측정하는 데 빈번하게 사용되는 척도이다. 이러한 주관적 건강상태는 국제비교에 유용할 뿐만 아니라(김형용, 2010; Frick & Ziebarth, 2012), 주관적 건강상태가 나쁠수록 사망률, 만성질환 유병률이 높고 의료서비스 이용 빈도가 높아진다는 사실이 확인되어 중요한 건강 예측요인으로 알려져 있다 (Molarius & Janson, 2002; Power et al., 2002; Bailis, Segall, & Chipperfield, 2003). 한국복지패널에서는 주관적 건강상태와 관련하여 전년도 12월 31일 기준 건강상태를 5점 척도로 조사하였다. 주관적 건강상태 변수는 1차년도부터 9차년도까지 추적 조사된 자료를 바탕으로 1차년도 출발점을 기준으로 9차년도까지의 건강상태 변화궤적을 투입하였다. 역 점수화하여 건강이 아주 안 좋다=1, 건강하지 않은 편이다=2, 보통이다=3, 건강한 편이다=4, 아주 건강하다=5이고, 점수가 클수록 주관적 건강상태가 좋은 것을 의미한다.

나. 독립변수

독립변수는 통제요인으로 성별, 연령을 포함하고, 예측요인으로 사회경제적 요인인 교육수준, 소득, 혼인상태, 그리고 직업상태를, 건강행동요인인 음주, 흡연, 건강검진, 그리고 의료이용서비스 이용 정도를, 사회·환경적 요인으로는 사회적지지, 주거환경 변수를 포함하였다.

구체적으로 살펴보면, 먼저 통제요인으로 성별은 남성을 '0', 여성을 '1'로 코딩하였다. 연령은 1차년도 기준 만 19세 이상에 해당하는 태어난 연도를 기준으로 분석에 투입하였다.

사회경제적 요인으로 교육수준은 '미취학' (1)부터 '대학원 박사' (9)까지의 변수를 투입하였다. 소득의 경우 1년 간 가처분소득²⁾을 사용하였다. 이 때 기술통계를 살펴보기 위해서는 가처분소득을 사분위로 나누어 (600만원 미만, 600만원 이상~1,200만원 미만, 1,200만원 이상~2,400만원 미만, 2,400만원 이상) 사용하였고, 예측변수로 분석할 때에는 가처분소득을 가구원수로 보정한 가구원소득³⁾을 구한 후 이 값을 자연로그로 변환한 값을 연속변수로 사용하였다. 혼인상태는 유배우자인 경우 '1', 사별, 미혼, 별거 등의 경우 '0'으로 코딩하였고, 직업상태의 경우 취업상태는 '1'로, 미취업 상태는 '0'으로 코딩하여 분석에 포함하였다.

건강행동 요인으로 흡연은 "1년간 평균적으로 귀하는 흡연을 얼마나 하셨습니까?"라는 질문에 대해 '전혀 피지 않음' (0)부터 '하루 두 갑 이상' (4)까지 5점 척도로 응답하게 되어 있으며, 점수가 높을수록 흡연을 자주하는 것을 의미한다. 음주는 "1년간 평균적으로 귀하는 술을 얼마나 자주 마셨습니까?"라는 질문에 대해 '전혀 마시지 않음' (0)부터 '주 4회 이상' (4)까지 5점 척도로 응답하게 되어 있으며, 점수가 높을수록 음주를 자주하는 것을 의미한다. 건강검진은 건강검진횟수, 2005년 1년간 의료기관 이용 외래진료 횟수를 사용하였다. 이 때 건강검진 및 의료기관이용과 관련된 내용은 이용을 하지 않은 경우도 많기 때문에 변수의 편포문제를 해결하기 위해 자연로그 변환값을 분석에 사용하였다.

마지막으로 사회환경적 요인 중 사회적 지지는 제공자에 따라 가족, 친구, 이웃으로 구분하였다. 가족지지는 3촌 이상의 친척 중 도움을 주고 있는 사람의 수, 친구지지는 친구 및 동료 중 도움을 주고 있는 사람의 수, 그리고 이웃지지는 이웃 중 도움을 주고 있는 사람의 수를 총합한 값을 분석에 포함하였다. 주거환경은 구조부 재질, 적절한 방음, 환기, 채광, 난방시설, 소음, 진동, 악취, 대기오염, 자연재해 안전에 관한 것으로 '예, 아니오'로 측정하였고, 이에 대한 총합을 분석에 포함하였다. 총합이 높을수록 사회적 지지와 주거환경이 좋은 것을 의미한다.

2) 가처분소득은 가구가 근로제공의 대가로 받은 근로소득, 자영사업으로부터의 사업 및 부업소득, 자산으로부터 이자, 배당금 등의 재산소득, 정부, 타기구, 비영리 단체 등으로부터 이전되는 이전소득, 그리고 공적이전소득에서 세금 및 사회보장부담금 등을 제외한 후 발생하는 소득을 의미한다.

3) 가구원 소득 = $\frac{\text{가처분소득}}{\sqrt{\text{가구원수}}}$

3. 연구모형 및 분석방법

연구대상자의 일반적 특성을 확인하기 위해 기술통계분석을 실시하였다. 이를 통해 자료의 결측치와 이상치를 확인하고 정규성을 검토한 이후, 연구대상 및 주요변수들의 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 확인하였다. 다음으로 본 연구의 주요 연구문제를 해결하기 위해 잠재성장모형(Latent Growth Curve Modeling: LGCM 분석⁴⁾)을 하였다. 즉, 잠재성장모형의 무조건부 모형(Unconditional Model) 분석을 통해 한국복지패널에서 조사한 우리나라 국민의 주관적 건강상태 궤적을 추정하고, 장애유무에 따른 주관적 건강상태 궤적이 차이가 있는지를 검증하기 위해서 주관적 건강상태 궤적의 무조건부 모형에 대한 다중집단분석(Multi-group analysis)⁵⁾을 실시하였다. 다음으로 기존 연구를 통해 확인된 건강상태에 영향을 주는 예측요인을 투입하여 출발점에 해당하는 1차년도 특성과 시간에 따른 궤적변화와의 관계를 분석하는 조건부 모형(Conditional Model) 분석을 실시하였다.

패널분석에서 결측 특성 및 형태 파악이 중요하므로 본 연구는 9차년도 동안 발생한 결측이 랜덤한 것인지에 대한 검증(attrition bias test)을 실시하였다. 첫째, 1차에서 9차까지 동안 한번이라도 조사에 참석하지 못한 대상자를 '1'로 코딩하고 모두 참석한 사람을 '0'으로 코딩해서 결측 여부 변수를 형성한 다음 이를 종속변수로 해서 본 연구에 포함된 독립변수 및 종속변수들과 유의한 관계가 있는지 분석하였다. 둘째, 1차에서 9차

4) 연구의 주요 관심대상이 되는 변수들은 일반적으로 불변의 성격이 아니라 시간의 흐름에 따라 변하는 것이 대부분이다. 즉 시간의 흐름에 따른 변화(궤적)을 확인하기 위해서는 종단분석이 필요하다. 이때 궤적을 정확하게 확인하기 위해서는 출발점과 기울기가 동시에 고려되어야 한다. 가령, A라는 학생의 1학년 수학성적이 100점 만점 중 100점이라면, 이후 이 학생의 수학성적 변화궤적은 증가할 수 없고 유지 또는 감소하게 된다. 만일 0점이었다면 이후 이 학생의 수학성적 궤적은 더 이상 감소할 수 없고 유지 또는 증가하게 될 것이다. 즉 정확한 궤적을 추정하기 위해서는 출발점과 기울기를 함께 모수와 해야 하지만, 기존의 종단분석 방법들(independent t-test, paired t-test, oneway anova, repeated measure anova)은 두 모수를 함께 고려할 수 없다는 한계를 지닌다. 그러나 잠재성장모형에서는 출발점과 기울기를 함께 모수화 할 수 있을 뿐만 아니라, 확정된 궤적을 기반으로 그러한 궤적에 영향을 줄 수 있는 예측요인들까지 확인할 수 있다는 장점을 가진다.

5) 다중집단분석을 위해서 각 집단의 모수치를 동일하게 하는 등가제약과 집단 간 아무런 제약이 없이 각 집단의 모수치를 다르게 추정하는 비제약 모형을 비교한다. 무조건 모형에 대한 다중집단분석에서는 두 집단의 구조변수의 평균 동등성(structural mean)에 대한 등가제약을, 조건부 모형에 대한 다중집단분석에서는 두 집단의 구조계수 동등성(structural weight)에 대한 등가제약을 하였고, 등가 제약과 비제약 모형의 비교는 χ^2 차이 검증을 통해 확인한다.

까지 자료 중 결측이 있는지에 관한 결측 유형을 결측이 한 번도 없는 집단을 준거집단으로 하고 나머지 결측 유형과 차이가 있는지를 다항로지스틱 분석을 실시해서 살펴보았다. 분석결과 독립변수 중 연령, 교육수준, 검진 및 진료 횟수, 생활환경, 그리고 소득이 부분적으로 유의한 것으로 나타나 결측이 체계적일 수 있다고 판단되어 결측변수를 분석에 포함하여 통제된 상황에서 잠재성장모형 분석을 실시하였다. 기술통계분석에는 SPSS 21.0을 사용하였고, 구조방정식 모형을 이용한 분석은 AMOS 21.0을 활용하였다.

추정방법은 결측치를 고려한 후 분석하는 완전정보최대우도법(Full Information Maximum Likelihood: FIML)을 사용하였다. 모형적합도 판단을 위해서는 절대적합지수인 카이스퀘어와 이를 보완하는 근사오차평균자승의 이증근(Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA)을 사용하였고, 모형형성의 적절성을 판단하기 위해서는 TLI(Turker-Lewis Index)와 CFI(Comparative Fit Index), IFI(Incremental Fit Index)를 사용하였다. 카이스퀘어 값은 유의하지 않아야 모형이 좋지만, 카이스퀘어 값이 분석대상의 수와 모형복잡성에 민감한 점을 고려하여 RMSEA가 0.08미만일 때 모형이 적합한 것으로 판단하고, 증분적합지수인 TLI, CFI, IFI는 0.9 이상이면 좋은 적합도로 판단한다(배병렬, 2011).

그림 1. 무조건모형: 다중집단분석

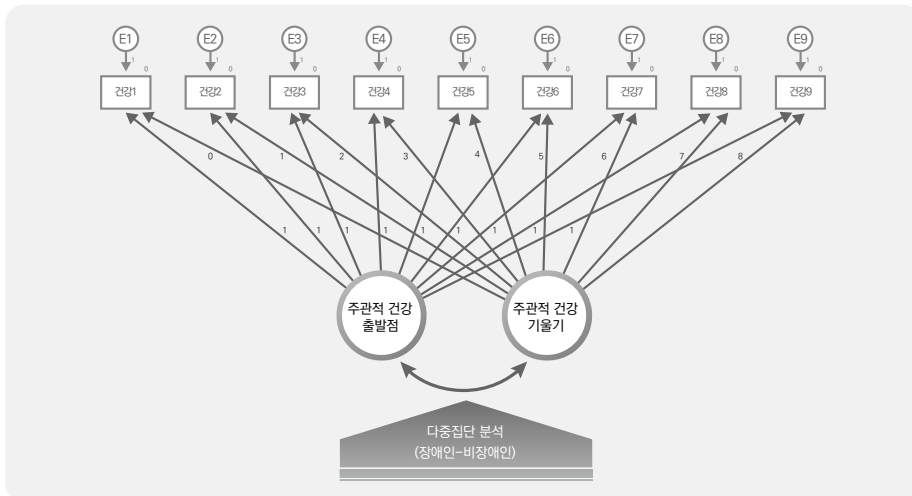
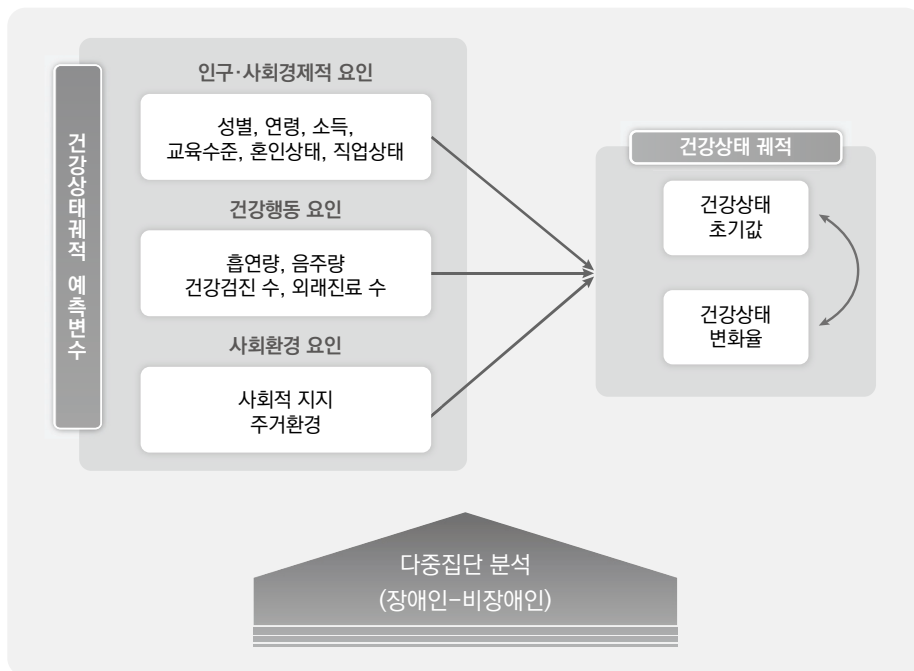


그림 2. 조건모형: 다중집단분석



IV. 연구결과

1. 분석대상의 일반적 특성

본 연구의 분석대상 패널응답자의 일반적 특성과 장애여부에 따른 각 특성의 평균차 이점증 결과는 다음 <표 1>과 같다. 먼저 만 19세 이상 비장애인과 장애인의 주관적 건강상태를 비교한 결과 한국복지패널 1차 조사 당시부터 9차년도에 이르기까지 모든 년도에서 장애인의 건강상태가 비장애인의 건강상태보다 유의미하게 낮게 나타났다.

다음으로 인구사회학적 변수들 중 교육수준과 소득에서 장애인이 비장애인에 비해 열악한 것으로 나타났다. 특히 소득의 경우 소득1분위(600만원 미만)에서는 장애인(394.33만원)이 비장애인(355.01만원)에 비해 더 많은 것으로 나타났고, 소득3분위

(1200만원 이상 2400만원 미만)와 소득4분위(2400만원 이상)에서는 장애인이 비장애인에 비해 유의미하게 더 적은 것으로 나타나(3분위: 장애인=1726.83만원, 비장애인=1802.56만원; 4분위: 장애인=3936.77만원, 비장애인=4419.79만원) 장애인과 비장애인의 소득불평등정도가 큰 것으로 확인된다. 직업상태와 관련해서는 직업이 있는 경우가 장애인에 비해 비장애인이 유의미하게 더 많은 것으로 나타나(장애인=0.36, 비장애인=0.56) 장애인들의 사회경제적 지위가 많이 열악함을 확인할 수 있다.

건강행동과 관련해서 건강위험행동에 해당하는 음주량은 장애인이 비장애인에 비해 유의미하게 많은 것으로 나타났고(장애인=3.12, 비장애인=2.79), 의료기관 이용 외래진료 횟수 또한 장애인이 비장애인에 비해 유의미하게 더 많은 것을 확인할 수 있다(장애인=28.36, 비장애인=12.76).

그 다음으로 사회적 환경 변수와 관련해서 주택의 구조부 재질, 시설, 소음, 적절한 방음, 난방 등 주거환경과 관련된 사항의 경우 장애인이 비장애인보다 더 열악한 주거환경에 거주하고 있는 것으로 나타났다(장애인=2.53, 비장애인=2.63). 또한 어려움이나 도움이 필요할 때 주변의 가족, 친구, 이웃으로부터 도움을 받을 수 있는 사람의 수와 관련된 사회적 지지에서도 장애인이 비장애인보다 더 열악한 사회적지지 정도를 나타내고 있었다(장애인=2.40, 비장애인=3.04).

표 1. 주요변수의 기술통계

변수	비장애인				장애인				범주*	
	사례 수	평균	표준 편차	최소	최대	사례 수	평균	표준 편차		최소
종속 변수										
건강상태 1차	13,394	3.48	1.18	1	5	1219	2.21	1.10	1	5
건강상태 2차	11987	3.37	1.06	1	5	1146	2.41	1.04	1	5
건강상태 3차	10903	3.42	1.04	1	5	1060	2.54	1.06	1	5
건강상태 4차	10297	3.42	1.06	1	5	998	2.62	1.04	1	5
건강상태 5차	9618	3.43	1.04	1	5	931	2.62	1.05	1	5
건강상태 6차	8887	3.43	1.03	1	5	855	2.67	1.01	1	5
건강상태 7차	8643	3.45	0.99	1	5	818	2.75	0.99	1	5
건강상태 8차	8227	3.38	1.00	1	5	785	2.69	1.02	1	5
건강상태 9차	7767	3.35	0.99	1	5	741	2.63	0.95	1	5
인구	13394	0.56	0.50			1219	0.39	0.49		
사회										
연령	20~30대	4661	30.82	5.46	20	39	156	32.40	5.23	21
경제	40~50대	4223	48.68	5.75	40	59	465	50.38	5.85	4
변수	60대 이상	4328	70.53	7.26	60	103	593	70.19	6.82	60
	혼인상태(유배우=1)	13394	0.66	0.47			1219	0.67	0.47	
	직업상태(취업=1)	13134	0.56	0.50			1051	0.36	0.47	
	교육수준(대졸이상=1)	13394	0.28	0.45			1219	0.09	0.29	
	사본	600 미만	1757	355.01	179.42	1.0	599.0	231	394.33	152.30
	소득	600 이상-1200 미만	2264	874.90	175.22	600.0	1198.6	397	874.31	169.56
	(만원)	1200 이상-2400 미만	3756	1802.56	329.73	1200.0	2399.0	356	1726.83	345.00
	2400 이상	5617	4419.70	2056.86	2400.0	2976	235	3936.77	1770.12	2406.0
										13344
										3.55

변수	비장애인				장애인				t검정*		
	사례 수	평균	표준 편차	최소	최대	사례 수	평균	표준 편차		최소	최대
간강 흡연	13131	0.42	0.80	0	4	1050	0.46	0.80	0	4	-1.82
행동 흡주	13127	2.79	1.32	0	4	1050	3.12	1.20	0	4	-8.33***
변수	13386	0.29	0.50	0	10	1219	0.31	0.58	0	9	-1.08
외태진료 횟수	13393	12.76	28.12	0	544	1219	28.36	45.99	0	372	-11.65***
사회 주거환경	13383	2.63	0.87	0	4	1217	2.53	0.89	0	4	2.72***
환경 사회적 지지	13121	3.04	4.86	0	80	1051	2.40	4.99	0	60	4.05***

주: 두 집단의 표본의 크기가 다르기 때문에 두 집단의 분산이 같든지 다르지를 확인하기 위해 Levene's Test for Equality of Variances를 확인하였다. 이에 따라 등분산인 경우와 그렇지 않은 경우 각각의 결과를 기준으로 t-test 결과를 나타내었다.

2. 주관적 건강상태 궤적과 장애인과 비장애인 집단 차이

가. 무조건부 모형 다집단 분석결과: 주관적 건강상태 궤적의 장애인과 비장애인 집단 차이

<표 2>는 무조건부 모형에 대한 다중집단분석 결과를 정리한 것이다. 장애인 집단과 비장애인 집단 간 차이 검증을 한 결과 건강상태 궤적이 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다($\Delta \chi^2(df)=1067.865(2)$, $p<.001$). 비장애인 집단에서는 초기값의 평균이 3.461($p<.001$)이고 기울기 평균은 -.006($p<.05$)로 나타나, 한국의 만 19세 이상 비장애인의 경우 2006년 복지패널 1차년도에 평균 3.461 수준의 건강상태를 나타내었고, 이후 9년의 시간이 흐르면서 평균적으로 매년 0.06만큼씩 주관적 건강상태가 감소한 것으로 나타났다. 이에 비해 장애인 집단에서는 초기값의 평균이 2.349($p<.001$)이고 기울기 평균은 .042($p<.05$)로 나타나, 한국의 만 19세 이상 장애인의 경우 2006년 복지패널 1차년도에 평균 2.349 수준의 건강상태를 나타내었고, 이후 9년의 시간이 흐르면서 평균적으로 매년 0.42만큼씩 주관적 건강상태가 증가한 것으로 나타났다.

구체적으로 비장애인은 장애인에 비해 출발점에서 건강상태가 더욱 좋은 것으로 나타났고, 이러한 차이는 통계적으로 유의미한 것으로 확인되었다(비장애인 건강상태 초기값=3.461, 장애인 건강상태 초기값=2.349; critical ratio for difference=-38.420). 즉, 2006년 당시 장애인은 비장애인에 비해 주관적 건강상태가 통계적으로 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 그리고 시간이 흐름에 따라 비장애인과 장애인의 건강상태 변화 속도가 다른 것으로 나타났다(비장애인 건강상태 기울기=-.006, 장애인 건강상태 기울기=.042; critical ratio for difference=11.214).

표 2. 무조건부 모형: 다집단 분석결과

집단	귀적	평균(표준오차)	변량(표준오차)
비장애인 (n=13,394)	건강상태 초기값(Intercept)	3.461(.009)***	.792(.012)***
	건강상태 기울기(Slope)	-.006(.001)***	.005(.000)***
	초기값-기울기의 공분산	-.032(.001)***	
장애인 (n=1,219)	건강상태 초기값(Intercept)	2.349(.028)***	.694(.038)***
	건강상태 기울기(Slope)	.042(.004)***	.005(.001)***
	초기값-기울기의 공분산	-.030(.004)***	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001,

집단 간 모형비교: $\Delta\chi^2(df)=1067.865(2)$, p<.001

나. 조건부 모형의 다중집단분석: 주관적 건강상태 귀적 예측요인의 장애여부에 따른 차이

조건부 모형이 장애인과 비장애인 집단에 따라 차이가 있는지를 확인하기 위해 조건부 모형에 대한 다중집단분석을 실시하였다. 장애인 집단과 비장애인 집단 간 조건부 모형 차이 검증을 한 결과 두 모형이 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다($\Delta\chi^2(df)=162.488(26)$, p<.001).

주요한 몇 가지 결과를 정리하면 다음과 같다. 먼저 인구사회경제적 변수들 중, 연령의 경우 두 집단에서 모두 동일하게 나이가 많을수록 출발점에서 건강상태가 나빠다. 이 때 연령이 출발점의 건강상태에 미치는 부정적인 효과의 크기가 장애인에 비해 비장애인에게서 유의미하게 큰 것으로 나타나 집단 간 건강 불평등이 나타났다(C.R.D.=-5.027>1.96). 그리고 비장애인의 경우 나이가 많을수록 나이가 적은 경우보다 건강상태 감소속도가 더 빠르고, 장애인의 경우 나이가 많은 장애인일수록 나이가 적은 장애인보다 건강상태 증가속도가 느린 것으로 나타나 두 집단 모두에서 시간이 지남에 따라 연령으로 인한 집단 내 건강 불평등은 더욱 커지는 것으로 나타났다. 교육수준의 경우 두 집단에서 모두 동일하게 교육수준이 높을수록 출발점에서 건강상태가 좋았다. 그러나 교육수준이 건강상태 귀적의 기울기에 미치는 영향은 달랐다. 즉, 비장애인의 경우 시간이 흐름에 따라 교육수준이 높은 사람들의 건강상태 감소속도가 빠르게 되어 교육수준이 낮은 사람들과의 불평등이 감소한 반면, 장애인의 경우 시간이 흘러도 교육

수준에 따른 집단 내 건강 불평등이 그대로 유지되었다. 결혼상태의 경우 비장애인 집단에서는 배우자가 있는 경우 출발점 건강상태가 좋았지만, 장애인의 경우 결혼상태와 건강상태 사이의 유의미한 관계를 나타내지 않아 집단 간 건강 불평등이 있는 것으로 나타났다($C.R.D.=2.443>1.96$). 직업상태의 경우 두 집단에서 모두 동일하게 취업을 한 상태가 출발점에서 건강상태가 좋았고, 직업상태가 출발점 건강상태에 미치는 영향력이 장애인 집단이 비장애인 집단보다 유의미하게 큰 것으로 나타나 직업상태에 따른 집단 간 건강 불평등이 나타났다($C.R.D.=-4.467>1.96$). 그리고 비장애인의 경우 취업상태인 사람의 건강상태 감소속도가 실업상태보다 빠르게 나타나 직업상태에 따른 집단 내 건강 불평등이 시간이 지남에 따라 작아지는 것으로 나타났다. 그런데 장애인의 경우 직업상태에 따른 집단 내 건강 불평등이 시간이 지나도 그대로 유지되는 것으로 나타났다.

다음으로 건강행동 변수 중, 음주량과 관련하여 두 집단에서 모두 동일하게 음주량이 높을수록 출발점에서 건강상태가 나빴다. 그러나 음주량이 건강상태 궤적의 기울기에 미치는 영향은 달랐다. 즉, 비장애인의 경우 시간이 흐름에 따라 음주량이 높은 사람들의 건강상태 감소속도가 느리게 되어 음주량이 낮은 사람들과의 집단 내 건강 불평등이 감소한 반면, 장애인의 경우 시간이 흘러도 음주량 수준에 따른 집단 내 건강 불평등이 그대로 유지되었다. 외래진료 수와 관련하여 두 집단에서 모두 동일하게 외래진료 수가 많을수록 출발점에서 건강상태가 나빴다. 그러나 외래진료 수가 건강상태 궤적의 기울기에 미치는 영향은 달랐다. 즉, 두 집단 모두에서 외래진료 수에 따른 집단 내 건강 불평등은 시간이 지남에 따라 감소하지만, 집단 내 건강 불평등이 감소하는 속도가 비장애인 집단이 장애인 집단보다 유의미하게 더 빠른 것으로 나타나 집단 간 차이가 나타났다($C.R.D.=2.407>1.96$).

마지막으로 사회 환경 변수들 중, 먼저 주거환경의 경우 두 집단 모두에서 주거환경이 좋을수록 출발점에서 건강상태가 좋았다. 이 때 비장애인의 경우 주거환경이 좋을수록 시간의 흐름에 따른 건강상태 감소속도가 상대적으로 더 빠른 것으로 나타나 시간이 지남에 따라 주거환경에 따른 집단 내 건강 불평등은 작아지는 것으로 나타났다. 그러나 장애인의 경우 주거환경에 따른 집단 내 건강 불평등이 시간이 지나도 그대로 유지되는 것으로 나타났다. 사회적 지지의 경우 두 집단 모두에서 사회적 지지가 많을수록 출발점의 건강상태가 좋은 것으로 나타났다. 그런데 이 때 사회적 지지가 출발점의 건강상태에 미치는 긍정적인 효과의 크기가 비장애인에 비해 장애인에게 더욱 큰 것으로 나타났다

(C.R.D.=-2.961>1.96). 그리고 장애인과 비장애인 모두 사회적 지지에 따른 집단 내 건강 불평등이 시간이 지나도 그대로 유지되는 것으로 나타났다.

표 3. 조건부 모형 다중집단 분석결과

경로		비장애인		장애인		C. R. D.
		β . (S.E.).	p	β . (S.E.).	p	
인구 사회 경제 변수	성별 → 건강상태 초기값(Intercept)	-.007(.015)		-.001(.055)		-.188
	성별 → 건강상태 기울기(Slope)	-.011(.003)		.098(.009)		-1.629
	연령 → 건강상태 초기값(Intercept)	-.387(.001)***		-.174(.002)***		-5.027
	연령 → 건강상태 기울기(Slope)	-.224(.000)***		-.142(.000)*		-.615
	소득 → 건강상태 초기값(Intercept)	.059(.005)***		.093(.025)***		-1.659
	소득 → 건강상태 기울기(Slope)	-.089(.001)***		-.100(.004)†		.615
	교육수준 → 건강상태 초기값(Intercept)	.178(.005)***		.115(.019)***		1.396
	교육수준 → 건강상태 기울기(Slope)	-.081(.001)***		-.030(.003)		-.587
	결혼상태 → 건강상태 초기값(Intercept)	.064(.013)***		-.004(.050)		2.443
	결혼상태 → 건강상태 기울기(Slope)	-.059(.003)***		.002(.003)		-1.006
	직업상태 → 건강상태 초기값(Intercept)	.082(.013)***		.221(.052)***		-4.467
	직업상태 → 건강상태 기울기(Slope)	-.062(.002)***		-.018(.009)		-.659
건강 행동	음주량 → 건강상태 초기값(Intercept)	-.064(.005)***		-.108(.021)***		1.509
	음주량 → 건강상태 기울기(Slope)	.051(.001)**		-.060(.004)		1.676
	흡연량 → 건강상태 초기값(Intercept)	-.021(.009)**		.000(.033)		-.704
	흡연량 → 건강상태 기울기(Slope)	.018(.002)		-.038(.006)		.864
	건강검진 수 → 건강상태 초기값(Intercept)	.005(.019)		.006(.067)		-.032
	건강검진 수 → 건강상태 기울기(Slope)	.032(.004)†		.059(.011)		-.480
	외래진료 수 → 건강상태 초기값(Intercept)	-.368(.005)***		-.359(.016)***		-1.673
	외래진료 수 → 건강상태 기울기(Slope)	.397(.001)***		.266(.003)***		2.407*
사회 환경	주거환경 → 건강상태 초기값(Intercept)	.053(.005)***		.062(.019)**		-.147
	주거환경 → 건강상태 기울기(Slope)	-.063(.001)***		-.050(.003)		-.256
	사회적지지 → 건강상태 초기값(Intercept)	.015(.006)*		.100(.025)***		-2.961
	사회적지지 → 건강상태 기울기(Slope)	.00(.001)		-.052(.004)		.908

† <.10, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

모형 적합도 차이: $\Delta\chi^2(df)=162.488(26)$, $p<.001$; C.R.D=Critical Ratio for Differences

V. 결론 및 논의

1. 주요 결과 및 함의

사회경제적 요인이 건강에 영향을 준다는 것은 그러한 사회경제적인 지위와 상태가 열악한 상태에 있는 장애인들의 건강상태가 부정적인 영향을 받고 있음을 의미하고, 실제로 다양한 연구들이 이러한 관계를 확인하였다. 그러나 많은 선행연구들은 횡단자료를 분석함으로써 단순한 상관관계를 확인하였고, 실제 그러한 관계가 시간의 흐름에 따라 어떻게 달라지는지, 장애인과 비장애인의 건강상태 궤적이 어떻게 다르고 그러한 궤적에 영향을 미치는 사회경제적 요인들이 장애인과 비장애인 집단에 따라서 차이가 나는지를 확인하지 못하였다. 그에 따라 현재까지 장애인과 비장애인의 건강에 영향을 미친다고 밝혀진 사회경제적 요인들이 시간이 지나도 동일하게 영향을 주는지, 혹은 집단에 따라 그 영향력의 방향 또는 크기가 달라지는지 등을 확인하지 못함으로 인해서 시간의 흐름에 따라서, 그리고 집단에 따라서 건강 증진을 위해 개입해야 하는 적절한 지점을 찾지 못했다. 본 연구는 이러한 기존 연구들의 한계를 기반으로 한국복지패널 2006년부터 2014년 9년 동안의 자료를 바탕으로 건강상태 궤적 및 예측요인을 탐색하고, 장애인과 비장애인 집단 내, 그리고 집단 간 건강 불평등 정도를 살펴보았다. 본 연구의 주요 결과 및 함의는 다음과 같다.

첫째, 주관적 건강상태 궤적에 대한 장애인과 비장애인 집단 간 다중집단분석을 한 결과, 건강상태 궤적이 장애인과 비장애인 집단에 따라 다르게 나타났으며, 불평등 정도가 통계적으로 유의미하게 차이가 있는 것으로 확인되었다. 구체적으로 2006년 당시 장애인 집단의 평균 건강상태(2.349점)는 비장애인 집단의 평균 건강상태(3.461점)와 비교할 때 약 67.8% 수준 밖에 되지 않아 그 차이가 큰 것으로 나타났다. 두 집단의 궤적을 살펴보면 시간이 흐름에 따라 비장애인 집단은 건강상태가 감소하고⁶⁾ 장애인 집단은 증가하는 경향을 나타내어 그 격차가 감소하고 있다. 이러한 감소는 두 가지의 해석이 가능하다. 먼저, 평균으로의 통계적 회귀현상(regression to the mean)으로 인한

6) 이러한 결과는 전체 인구집단을 대상으로 연령대를 통제한 결과와 일치한다. 강상경과 전해숙(2013)은 연령대별(성인기, 중장년기, 노년기) 건강상태 변화궤적을 분석한 결과 정도의 차이가 있으나 전반적으로 건강이 감소하는 것으로 나타났다.

것일 수도 있다. 즉 우리나라 장애인의 2006년 건강상태는 비장애인에 비해 지나치게 낮고, 비장애인의 2006년 건강상태는 상대적으로 많이 높은 상황이었기 때문에 이러한 큰 차이가 시간이 지남에 따라 평균점수로 자연스럽게 변화하는 것으로 볼 수 있다. 다른 하나의 설명 가능성은 선택적 사망(selection mortality)이다. 2015년 보건복지부와 국립재활원이 국가 및 공공기관 보건의료자료를 융합한 국가단위 장애인 건강데이터베이스를 구축하고 이를 토대로 장애인의 다빈도질환과 사망률 등의 통계 분석한 결과에 따르면 장애인의 조사사망률(인구 10만명당 사망률)은 2164.8명으로 전체 인구 조사사망률인 530.8명 보다 4배나 높은 것으로 나타났다. 즉, 시간이 지남에 따라 건강상태가 나쁜 경우 사망을 하게 되어 조사대상에서 탈락하게 되고, 남아 있는 사람들의 경우 건강이 좋은 사람들만 남게 되어 마치 건강상태가 시간이 지남에 따라 점점 증가하는 현상으로 보일 수 있는데, 이러한 선택적 사망으로 인한 영향이 장애인 집단에서 더 클 수 있다. 그러나 두 집단 간의 건강 불평등이 지난 9년 동안 감소하였다 하더라도 2014년 장애인 집단의 건강상태는 비장애인 집단에 비해 80.0% 수준에 머무르고 있어 여전히 그 차이가 심각한 것을 알 수 있다. 따라서 이에 대한 보다 정확한 후속 연구가 필요하겠다.

다음으로 주관적 건강상태 궤적에 영향을 미치는 예측요인에 대한 집단 간 차이를 확인하기 위해 조건부 모형에 대한 다중집단분석을 실시한 결과, 건강상태 궤적 예측요인들도 장애인과 비장애인 집단 간, 그리고 각각의 집단 내에서 차이가 있는 것으로 나타났다. 먼저 인구·사회경제적 변수들 중에서 연령의 경우 장애인과 비장애인 모두 연령이 많을수록 출발점에서 건강상태가 나쁘고, 두 집단에서 모두 연령에 따른 집단 내 건강 불평등이 시간이 지나면서 더욱 커지는 것으로 나타났다. 이 때 이러한 연령이 초기 건강상태에 미치는 영향이 비장애인보다 장애인에게서 더 부정적인 것으로 나타나는 집단 간 차이를 보였다. 즉, 연령에 따른 건강상태 차이는 개인 또는 집단에게 있어 가장 큰 부정적 영향을 미치는 요인인데, 특히 연령이 많으면서 장애인인 경우에는 건강상태가 취약할 가능성이 매우 높음을 알 수 있다. 이러한 결과는 장애인의 경우 비장애인보다 15년 정도 조기노화를 경험한다는 결과(Zarb & Oliver, 1993)와도 일맥상통한다. 따라서 장애인의 건강과 관련된 생애주기별 접근은 비장애인과 달라야 할 것이다. 대표적인 예로 독일에서는 노령연금 지급 연령에 있어서 장애인이 비장애인보다 낮은 연령대에 수급할 수 있도록 한 것이다(윤상용, 2013).

교육수준의 경우 두 집단에서 동일하게 출발점 건강상태에 긍정적 영향을 주지만,

비장애인의 경우 교육수준에 따른 집단 내 건강상태 불평등정도가 시간이 흐름에 따라 완화되는 반면, 장애인의 경우 교육수준에 따른 집단 내 건강상태 불평등정도가 시간이 흘러도 완화되지 않고 그대로 유지되었다. 따라서 장애인의 경우 교육수준이 시간이 흐름에도 변하지 않고 건강상태에 지속적으로 중요한 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 직업상태의 경우 두 집단에서 모두 취업을 한 경우 출발점 건강상태가 좋았고 직업상태의 긍정적 영향이 장애인 집단이 비장애인 집단보다 더 큰 집단 간 차이를 보였다. 또한 비장애인의 경우 직업상태에 따른 건강상태 차이가 시간이 흐름에 따라 감소하여 집단 내 건강상태 차이가 줄었지만, 장애인의 경우 시간이 흐름에도 불구하고 취업한 경우와 그렇지 않은 경우의 건강상태 차이가 지속적으로 유지되는 것으로 나타났다. 즉, 장애인에게 있어 취업이 시간이 흐름에도 변하지 않고 건강상태에 지속적으로 영향을 주는 중요한 요인인 것으로 나타났다. 이처럼 교육수준과 취업 여부가 건강상태에 미치는 영향이 시간이 지남에 따라 비장애인에게서는 감소하지만 장애인에게서는 그 영향이 지속된다는 것은, 이러한 사회경제적 요인들이 건강상태에 미치는 영향이 비장애인보다 장애인에게서 더 큰 것을 의미한다. 이러한 결과는 Braveman과 Gruskin(2003)은 건강 불평등이 사회적인 불리함이라는 요인과 체계적으로 관련되어 있다면 이것은 사회적으로 약한 집단의 불이익을 강화시키는 불평등이 된다고 주장한 것과 일치한다.

마지막으로 소득의 경우 소득이 높을수록 소득이 낮은 경우에 비해 두 집단 모두에서 동일하게 출발점 건강상태가 좋았고, 두 집단 모두에서 소득에 따른 집단 내 건강 불평등이 시간이 지나면서 완화되는 것으로 나타났다.

건강행동변수와 관련해서는 먼저 음주량의 경우 두 집단에서 동일하게 출발점 건강상태에 부정적 영향을 주지만, 비장애인의 경우 음주량에 따른 집단 내 건강 불평등이 시간이 흐름에 따라 완화되는 반면, 장애인의 경우 음주량에 따른 집단 내 건강 불평등이 시간이 흘러도 완화되지 않고 그대로 유지되었다. 따라서 장애인의 경우 음주가 시간이 흐름에도 변하지 않고 건강상태에 지속적으로 영향을 주는 중요한 요인임을 알 수 있고, 이는 장애인들에게 음주를 포함한 약물남용 문제가 비장애인에 비해 더욱 심각하다는 연구결과와도 일치한다(Dufour et al., 1985). 특히 알코올로 인한 건강 문제는 인구사회학적 배경에 따라 차이가 있을 수 있기 때문에(Hubbard et al., 1996) 추후 이와 관련된 연구가 필요하겠다. 흡연량의 경우 장애인에게는 영향을 주지 않았으나, 비장애인의 경우 출발점 건강상태를 낮추고, 이러한 영향이 시간이 흘러도 변하지 않고

지속되는 것으로 나타났다. 따라서 장애인에게는 음주가, 비장애인에게는 흡연이 상대적으로 더 건강에 위험할 것으로 짐작할 수 있다. 건강검진 수는 두 집단 모두의 건강상태와 아무런 관련이 없었다. 외래진료 수의 경우 두 집단 모두의 출발점 건강상태에 부정적인 영향을 미쳤으나 시간이 흐름에 따라 두 집단 모두에서 외래진료 수에 따른 집단 내 건강 불평등이 감소하였다. 이 때 주목할 것은 두 집단 모두에서 외래 진료 수에 따른 집단 내 건강 불평등이 감소하지만, 집단 내 건강 불평등이 감소하는 속도는 비장애인 집단이 장애인 집단에 비해서 더욱 빠르게 나타나서 집단 간 불평등이 존재한다는 것이다. 또한 외래진료 수가 많을수록 출발점 건강상태가 나쁜 것은 원래부터 건강이 좋지 않은 사람들이 외래진료를 많이 받았을 가능성이 높기 때문일 것으로 예상되며, 시간이 흐름에 따라 외래진료 수에 따른 집단 내 건강 불평등이 감소하는 것은 외래진료를 받게 되면서 건강상태가 좋아졌기 때문일 것으로 생각된다.

마지막으로 사회 환경 변수와 관련해서, 먼저 주거환경의 경우 주거환경이 좋을수록 두 집단에서 동일하게 출발점 건강상태에 긍정적 영향을 주지만, 비장애인의 경우 주거환경에 따른 집단 내 건강 불평등이 시간이 흐름에 따라 완화되는 반면, 장애인의 경우 주거환경에 따른 집단 내 건강 불평등이 시간이 흘러도 완화되지 않고 그대로 유지되었다. 따라서 장애인의 경우 주거환경이 건강상태에 지속적으로 영향 미치는 중요한 요인임을 알 수 있다. 우리나라의 경우 최저주거기준의 주택의 구조, 성능 및 환경을 충족시키지 못하는 장애인가구의 비율이 높은 상태에서(이선우, 2010), 주거환경이 건강상태에 영향을 준다는 것은 장애인의 열악한 주거환경에 대한 개입이 시급함을 의미하겠다. 사회적 지지의 경우 사회적 지지가 많을수록 두 집단 모두 출발점의 건강상태가 좋은 것으로 나타났다. 그런데 이 때 사회적 지지가 출발점의 건강상태에 미치는 긍정적인 효과의 크기가 비장애인에 비해 장애인에게 더욱 큰 집단 간의 차이가 존재했다. 그리고 장애인과 비장애인 모두 사회적 지지에 따른 집단 내 건강 불평등이 시간이 지나도 그대로 유지되는 것으로 나타났다.

이러한 결과를 종합하면, 장애인과 비장애인의 건강상태 궤적에 영향을 미치는 예측요인이 집단 내에서의 차이와 집단 간의 차이가 있음을 확인할 수 있다. 특히 이러한 예측요인이 건강상태에 미치는 영향을 크게 네 가지 유형으로 구분해 볼 수 있다. 첫 번째 유형의 예측요인은 시간이 흐름에 따라 집단 내 또는 집단 간 건강 불평등을 더욱 크게 만드는 유형으로 매우 큰 위험요인에 해당되고, 이러한 유형의 예측요인으로는 비장애인과 장애인 모두에서 연령요인이 그러하다. 두 번째 유형의 예측요인은 시간이 흐름에 따라 집단

내 또는 집단 간 건강 불평등을 그대로 유지하는 유형으로 첫 번째 유형에 비해 그 정도는 덜 하지만, 여전히 건강 불평등이 유지되도록 지속적으로 영향을 주는 중요한 위험 또는 보호요인에 해당된다. 이러한 요인으로는 비장애인의 경우 흡연량과 사회적지지가, 장애인의 경우 교육수준, 직업상태, 음주량, 주거환경, 사회적지지가 그러하다. 세 번째 유형의 예측요인은 출발점에서는 부정적 또는 긍정적 영향을 미쳤으나 그 영향이 시간이 흐름에 따라 완화되거나 감소하는 유형으로, 이러한 요인의 경우 건강에 미치는 영향이 감소하는 이유가 무엇인지 추가적인 연구를 필요로 한다. 즉, 시간이 흐름에 따라 건강에 미치는 영향이 완화된다는 것은 기존의 횡단연구에서 위험 또는 보호요인으로 밝혀진 예측요인이 실제로는 위험 또는 보호요인이 아닐 수도 있음을 의미하며, 이러한 결과가 출발점 값이 높거나 낮기 때문에 이후 시간이 흐름에 따라 평균값으로 회귀하려는 천장 또는 바닥효과로 기인하기 때문인지, 아니면 다른 요인에 의한 것인지에 대한 추가적인 연구가 필요함 의미한다⁷⁾. 이러한 유형의 예측요인으로는 비장애인의 경우 소득, 교육수준, 결혼상태, 직업상태, 음주량, 외래진료 수, 주거환경이 있고, 장애인의 경우 소득과 외래진료 수가 해당된다. 마지막 네 번째 유형의 예측요인은 아무런 영향을 주지 않는 요인으로, 장애인의 경우 성별, 장애인의 경우 성별, 결혼상태, 흡연량, 건강검진 수 등이 그러했다.

이상의 결과는 우리나라 만 19세 이상의 주관적 건강상태 궤적이 어떠하고, 이러한 궤적에 영향을 미치는 예측요인이 장애인과 비장애인 각각의 집단 내에서 뿐만 아니라 집단 간에도 차이가 있는지를 종합적으로 분석하였다는 의의를 가진다. 이를 바탕으로 몇 가지 제안을 하면 다음과 같다. 먼저 예측요인의 유형에 기반하여 보았을 때 연령은 장애인과 비장애인 집단 모두에게 매우 위험한 요인으로 나타나고 있다. 따라서 연령이 많아질수록 보다 철저한 건강관리 및 유지, 향상을 시킬 수 있는 복지 및 보건환경이 갖추

7) 건강 불평등이 '감소했다'라는 표현을 할 때 주의해야 할 것은, 건강 불평등이 사라진 것은 아니라는 것이다. 종단분석 결과를 해석할 때 주의해야 하는 것 중 하나는 통계적 회귀 현상이다. 통계적 회귀 현상이란 '바닥효과' 또는 '천장효과'로도 명명되는데, 어떤 요인의 영향력이 처음에 지나치게 많거나 적어서, 그 다음에는 자연스럽게 그 영향이 평균값으로 회귀하려는 특성을 의미한다. 그러나 이 때 그러한 영향이 줄었다는 것과 여전히 차이가 남아 있다는 것은 다르다. 따라서 건강 불평등이 감소되었지만 여전히 건강 불평등이 유의미한 차이로 존재할 수 있고 이에 대한 추가적인 확인이 필요하겠 다. 이를 확인할 수 있는 방법은 예측요인의 평균 점수를 기준으로 평균 점수 미만인 집단과 이상인 집단으로 나누어 9차년도 각 시점을 비교했을 때 모든 시점의 건강상태 점수가 예측요인의 평균 점수 미만인 집단과 이상인 집단 사이에 교차가 일어나지 않았다면 비록 그 예측요인은 평균값으로 회귀하려는 천장 또는 바닥효과를 보이고 있지만 건강상태에 긍정 또는 부정적인 영향을 여전히 미치고 그로 인한 불평등이 존재한다고 판단할 수 있다.

어 져야 하며, 생애주기에 따른 건강관리 정책과 개입이 이루어져야 한다. 다음으로 교육 수준, 취업상태, 음주량, 주거환경, 사회적지지의 경우 장애인 집단에 있어서 시간이 지나도 건강상태에 지속적으로 영향을 주는 중요한 요인으로 나타났다. 따라서 장애인의 건강을 향상시키고 비장애인과 건강 불평등을 줄이기 위해서는 이러한 요인들에 초점화한 적극적인 개입이 필요하다. 구체적으로는 장애인들이 교육을 받을 수 있는 기회를 높여주고, 취업을 할 수 있는 다양한 재할 프로그램과 사회복귀를 지원해줄 수 있는 시설 및 제도에 대한 지원뿐만 아니라 장애인들이 보다 쾌적한 환경에서 주거할 수 있도록 하는 주거시설과 관련된 정책적 차원의 접근이 필요하다. 또한 가족, 이웃, 지역사회로 하여금 주변 장애인들이 도움이 필요할 때 그러한 필요성과 욕구를 사정할 수 있는 능력과 관심을 강화함으로써 도움을 줄 수 있는 접근성을 향상시켜야 할 것이다.

2. 한계 및 제언

이러한 논의에 더하여 본 연구가 가지는 한계와 추후 연구를 위한 제언을 하면 다음과 같다. 첫째, 본 연구의 종속변수로 사용한 주관적 건강상태는 개인이 주관적으로 인지한 '건강'으로써 객관적 건강상태와는 차이가 있을 수 있다. 따라서 추후에는 객관적 지표를 사용함으로써 주관적으로 인식한 건강상태와 어떤 부분에서 동일인지 혹은 차이가 있는지를 확인함으로써 건강에 대한 포괄적인 탐색이 필요하다. 둘째, 본 연구는 9차년도 패널자료를 사용한 종단분석으로써 큰 의의를 갖지만, 독립변수로 투입한 다양한 변수들이 시간이 지남에 따라 변할 수 있는 요인임에도 불구하고 1차년도 예측요인의 정도가 이후 9차년도 시간의 흐름과 어떠한 관계가 있는지를 살펴보고, 예측요인이 2차년도부터 변한 상황과 이후 귀적과의 관계까지 살펴보지는 못했다는 한계를 지닌다. 따라서 이후 연구에서는 이러한 변화를 고려한 분석이 이루어져야 하겠다. 셋째, 본 연구에서 밝혀진 다양한 예측요인들 중 건강상태에 미치는 효과가 명확하지 않은 변수들에 대한 추가적인 확인이 필요하겠다. 즉, 기존 횡단연구에서는 건강에 영향을 미치는 위험 또는 보호요인으로 밝혀진 요인들이 시간이 지나면서 그 효과가 사라지는 경우가 있기 때문에 그러한 변수들과 건강의 관계를 보다 명확하게 밝힐 필요가 있다. 마지막으로 본 연구는 장애인과 비장애인으로 구분하여 살펴보았지만, '장애'의 범주는 또한 그 하위범주가 다양하게 있기 때문에, '장애' 유형에 따른 집단별 분석이 필요하겠다.

참고문헌

- 강상경, 전해숙. (2013). 연령대별 건강궤적과 예측요인에 대한 탐색적 연구: 한국 복지패널 1차에서 7차까지의 만성질환 궤적을 중심으로. *사회과학연구*, 24(3), pp.61-84.
- 강영주, 정광호. (2012). 한국사회의 소득불평등과 건강에 관한 실증연구: 한국노동패널 자료를 중심으로. *한국행정정보*, 46(4), pp.265-291.
- 김민경, 정우진, 임승지, 윤수진, 이자경, 김은경, 등. (2010). 한국인의 사회경제적 불평등에 따른 주관적 건강수준의 차이와 건강행태 기여요인 분석, *예방의학과 공중보건*, 43(1), pp.50-61.
- 김진구. (2011). 소득계층에 따른 의료이용의 격차: 연령집단별 Le Grand 지수 분석을 중심으로. *사회보장연구*, 27(3), pp.91-122.
- 김진희. (2011). 근로자의 사회경제적 지위와 건강행태, 주관적 건강수준의 관련성: 남녀 차이를 중심으로. *보건교육건강증진학회지*, 28(1), pp.57-67.
- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인. (2015). 한국의 건강 불평등. 서울: 서울대학교출판문화원.
- 김형용. (2010). 지역사회 건강불평등에 대한 고찰: 사회자본 맥락효과에 대한 해석. *한국사회학*, 44(2), pp.59-92.
- 김혜련. (2007). 건강수준 및 건강행태의 불평등 양상과 추이: 국민건강영양조사 제3기 조사결과 심층분석 연구: 건강면접 및 보건의식부문. 서울: 질병관리본부, 한국보건사회연구.
- 김혜련, 강영호, 윤강재, 김창석. (2004). 건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향. 서울: 한국보건사회연구원.
- 노병일, 모선희. (2007). 사회적 지지의 수준과 차원이 노인 우울에 미치는 영향. *한국노년학*, 27(1), pp.53-69.
- 박형준, 박수지. (2012). 건강관련 삶의 질에 대한 의료서비스의 접근성의 영향과 소득수준의 조절효과. *보건과 사회과학*, 31, pp.107-125.
- 배병렬. (2011). Amos 19.0 구조방정식모델링: 원리와 실제. 서울: 청람.
- 보건복지부, 국립재활원. (2015). 장애인 다빈도질환·사망률 통계. 세종: 보건복지부.
- 신은경. (2007). 장애인 사회참여와 개인 및 지원환경 요인의 관계에 관한 연구-HLM을 이용

한 분석- 박사학위논문, 연세대학교

- 심문숙. (2005). 저소득 노인의 자아존중감 사회적 지지와 건강증진행위와의 관계. 노인간호학회지, 7(1), pp.63-70.
- 이선우. (2010). 장애인가구와 비장애인가구의 주거복지수준 비교: 최저주거기준과 주거비부담능력을 중심으로, 한국사회복지행정학 12(2), pp.1-21.
- 이소영. (2013). 장애인 건강격차의 문제와 건강지표 활용추세. 한국융합인문학 1, pp.73-106.
- 이지수. (2007). 장애인의 주관적 삶의 질: 삶의 만족도 구조모형의 성별 비교 한국사회복지학, 59(2), pp.89-114.
- 이한나. (2013). 장애인의 건강불평등 연구-집중지수 분석을 이용한 비장애인과와의 비교-. 박사학위논문, 연세대학교.
- 오옥찬. (2013). 장애인과 비장애인의 임금격차: 분석방법과 정책적 의미. 장애와 고용, 23(4), pp.5-28.
- 우아영, 김기덕. (2013). 사회복지 패러다임(paradigm)으로서 비판적 실재론의 가능성에 대한 탐색적 연. 사회복지연구, 44(2), pp.465-497.
- 우해봉. (2009). 한국 중고령층의 성별, 교육수준별 건강기대여명 차이. 한국사회학, 43(1), pp.165-187.
- 윤상용. (2013). 장애인 소득보장체계 구축 방안. 보건복지포럼, 206, pp. 28-34.
- 전영환, 남용현, 류정진. (2011). 장애인근로자의 사회경제적 지위, 건강행위, 건강상태, 직무만족도 간의 관계. 장애와 고용, 21(1), pp.187-208.
- 최병호, 신현웅(2005). 의료 이용의 소득계층별 형평성: 대상환자집단별 접근. 보건복지포럼, 106, pp.90-98.
- 최승철. (2007). 사회경제적 약자의 환경권과 환경정의: 지하 주거 환경 실태를 중심으로 환경과 생명, 51, pp.117-132.
- 변용찬, 서동우, 이선우, 김성희, 황주희, 권선진, 등. (2001). 2000년도 장애인 실태조사. 서울: 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 변용찬, 김성희, 윤상용, 최미영, 계훈방, 권선진, 등. (2006). 2005년도 장애인 실태조사. 서울: 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 김성희, 변용찬, 손창균, 이연희, 이민경, 이송희, 등. (2012). 2011년도 장애인 실태조사.

서울: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

- Adler, N. E., & Snibbe, A. C. (2003). The role of psychosocial process in explaining the gradient between socioeconomic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4), pp.119-123.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and Access to medical care: Does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(3), pp.1-10.
- Bailis, D. D., Segall, A., & Chipperfield, J. G. (2003). Two views of self-rated general health status. *Social Science & Medicine*, 56(2), pp.203-217.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the younger old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, pp.123-135.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), pp.254-258.
- Dufour, M. C., Bertolucci, D., Cowell, C., Stinson, F.S., & Nobel, J. (1985). Alcohol-related morbidity among disabled: The medicare experience. *Alcohol Health Research*, 13, pp.158-161.
- Dunn, J. R. (2002). Housing and Inequalities in Health: A Study of Socioeconomic Dimensions of Housing and Self-reported Health from a Survey of Vancouver Residents. *Journal of Epidemiol Community Health*, 56(9), pp.671-681.
- Frick, J. R., & Ziebarth, N. R. (2012). Welfare-related health inequality: does the choice of measure matter? *The European Journal of Health Economics*. 14(3), pp.431-442.
- House, J. (2001). Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, pp.125-142.
- Hubbard, J. R., Everett, A. S., & Khan, M. A. (1996). Alcohol and drug abuse in Patients with physical disabilities. *American Journal of Drug alcohol abuse*, 22(2), pp.215-231.
- Kaplan, B., Cassel, J., & Gore, S. (1977). Social support and Health. *Medical Care*,

15(5), pp.45-57.

- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), pp.647-652.
- Lantz, P. M., House, J. S., Lepkowski, J. M., Williams, D. R., Mero, R. P., & Chen, J. (1998). Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: Results from a naturally representative prospective study of US Adults. *Journal of American Medical Association*, 279(21), pp.1703-1708.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Miech, R., & Westin, L. W. (2008). The resources that matter: Fundamental social causes of health disparities and the challenge of intelligence. *Journal of Health and Social Behavior*, 49, pp.72-91.
- Molarius, A., & Janson, S. (2002). Self-Rated Health, Chronic Diseases, and Symptoms among Middle-age and Elderly Men and Women. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, pp.364-370.
- Peppard, P. E., Kindig, D., Jovaag, A., Dranger, E., & Remington, P. L. (2004). An initial attempt at raking population health outcomes and determinants. *Wisconsin Medical Journal*, 103(3), pp.52-56.
- Power C., Stansfeld S. A., Matthews S., Manor O., & Hope S. (2002). Childhood and adulthood risk factors for socio-economic differentials in psychological distress: Evidence from the 1958 British birth cohort. *Social Science and Medicine*. 55, pp.1989-2004.
- Robert, S. A., Cherepanov, D., Palta, M., Dunham, N. C., Feeny, D., & Fryback, D. G. (2009). Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: Results from the National Health Measurement Study. *Journal of Gerontology*, 64B, pp.379-389.
- Sacker, A., Bartley, M., Firth, D., & Fitzpatrick, R. (2001). Dimensions of social inequality in the health of women: occupational, material and behavioural pathways. *Social Science & Medicine*, 52, pp.763-781.
- Sen, Amartya. (2002). Why health equity? *Health Economics*, 11(8), pp.659-666.
- Shaw, M. (2004). Housing and public health. *Public Health*. 25, pp.397-418.

- Solar A., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*, in *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Geneva: World Health Organization.
- Virtanen, M., Kivimaki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainlo, M., & Vahtera, J. (2005). Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology*, 34(3), pp.610-622.
- Zarb, G., & Oliver, M. (1993). *Ageing with a disability: What do they expect after all these years?* London: University of Greenwich.

유창민은 서울대학교 사회복지학과에서 석사학위를 받고, 현재 동대학원에서 사회복지학과 박사과정 중에 있다. 주요 관심분야는 건강불평등, 정신보건, 청소년복지, 장애인복지, 행복이다.
(E-mail: ycsjk@snu.ac.kr)

Health Trajectories and Their Associated Factors in the Korea Welfare Panel Study: Inequalities between People with and without Disabilities

Yoo, Chang Min

(Seoul National University)

This study was aimed at examining self-rated health trajectories of health and their associated factors among people aged 19 and over in Korea. Also, whether these estimated results differ according to people with and without disabilities was analyzed. For these purposes, we used latent growth curve modeling and multi-group analysis involving 14,613 individuals who participated in the Korean Welfare Panel Study from 2006 to 2014. Major findings are as follows. 1) Multi-group analysis revealed that health trajectories differed between people with and without disabilities. Specifically, health status was worse in people with disabilities' than in people without disabilities. 2) Multi-group analysis of conditional model revealed that health trajectories and their associated factors differed between people with and without disabilities. These results can be divided into four types: ① inequality intensified (i.e., aged), ② inequality maintained (i.e., w/disabled: education, employment status, residential environment) ③ inequality alleviated (i.e., w/disabled: income, number of outpatient visits; w/o disabled: income, education), ④ non effected (i.e., w/ disabled: marital status, smoking; w/o disabled: gender). These findings suggest that the health related interventions should be planned considering the differences between the disabled and non-disabled people.

Keywords: Trajectory of Health, Health Inequalities, Disabled and Non Disabled People, Latent Growth Curve Model