

연구보고서 2023-20

코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

박은자
박주현·박나영·곽윤경·천희란·오영호



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



■ 연구진

연구책임자	박은자	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	박주현	한국보건사회연구원 연구원
	박니영	한국보건사회연구원 부연구위원
	곽윤경	한국보건사회연구원 부연구위원
	천희란	중원대학교 보건행정학과 교수
	오영호	한국보건사회연구원 연구위원

연구보고서 2023-20

코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

발행일 2023년 12월
발행인 이태수
발행처 한국보건사회연구원
주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인쇄처 고려씨엔피

© 한국보건사회연구원 2023
ISBN 978-89-6827-974-4 [93330]
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2023.20>

발|간|사

세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 2020년 3월 11일 코로나19의 전 세계 대유행(pandemic)을 선언하였고, 올해(2023년) 5월 팬데믹을 해제하였다. 코로나19 감염병 발생은 지금도 지속되고 있으나 사회는 빠르게 2020년 2월 이전으로 복귀하고 있다. 코로나19는 2015년에 국내에서 유행하였던 메르스와 달리, 전 세계적으로 팬데믹이 지속되면서 보건의료 측면뿐만 아니라 경제적, 사회적으로 상당한 영향을 미쳤고 사회 전반에 많은 변화를 가져왔다.

이 연구는 코로나19 팬데믹 기간을 거치면서 나타난 국민의 건강 변화를 건강행동, 의료이용, 건강수준으로 나누어 살펴보았다. 국가의 대표적인 건강조사 자료를 분석했을 뿐만 아니라 질적 연구를 통해 3년간 감염병 대유행을 겪어야 했던 국민들의 경험과 목소리를 담고자 했다. 혼합연구방법론을 사용하여 코로나19 유행의 건강영향을 다면적으로 파악하고 사회적 재난 시기에 어떤 인구집단에서 취약성이 두드러졌는지 확인하고자 노력했다.

우리 사회는 코로나19 유행의 피해를 최소화하고자 모든 분야에서 최선을 다했으나 사망자가 발생하는 등 그 영향을 피할 수는 없었다. 코로나19 유행의 영향을 살펴보고 지난 3년을 되돌아봄으로써 또다시 나타날 수 있는 감염병 공중보건 위기 상황에 대비해 효과적인 대응 전략을 마련하는 것이 필요한 시점이라고 하겠다.

이 연구 수행 과정에서 관심을 가지고 유익한 조언을 해주신 평가·검독 위원과 자문 의견을 주신 전문가에게 진심으로 감사드리며, 공중보건 위기 시 국민의 건강을 지키는 작은 밑거름이 되기를 희망한다.

끝으로 이 보고서의 내용은 우리 연구원의 공식적인 의견이 아니라 연구진의 개별적 연구 활동 결과임을 밝힌다.

2023년 12월
한국보건사회연구원 원장
이 태 수



목 차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



Abstract	1
요 약	3
제1장 서론	7
제1절 연구의 배경 및 목적	9
제2절 연구 내용	12
제3절 연구 방법	13
제2장 감염병 유행과 건강	29
제1절 국내 코로나19 유행 양상	31
제2절 코로나19 유행의 건강 영향에 대한 선행연구	32
제3절 코로나19 유행 기간 건강관리 정책	54
제3장 코로나19 유행과 국민의 건강행동	65
제1절 국민건강영양조사 분석 결과	67
제2절 초점집단 인터뷰(FGI) 조사 결과	110
제3절 소결	120
제4장 코로나19 유행과 국민의 의료이용	123
제1절 한국의료패널 분석 결과	125
제2절 초점집단 인터뷰(FGI) 조사 결과	140
제3절 소결	148

제5장 코로나19 유행과 국민의 건강수준	151
제1절 국민건강영양조사 분석 결과	153
제2절 초점집단 인터뷰(FGI) 조사 결과	187
제3절 소결	204
제6장 결론	207
제1절 연구 결과 요약	209
제2절 정책과제	210
참고문헌	215
[부록] 초점집단 인터뷰(FGI) 주요 질문	225

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 1-1〉 국민건강영양조사 자료의 건강행동 및 건강수준 지표	14
〈표 1-2〉 국민건강영양조사 자료의 로지스틱 회귀분석 활용변수 및 정의	15
〈표 1-3〉 국민건강영양조사 자료의 대상자의 특성	17
〈표 1-4〉 한국의료패널 자료의 의뢰이용 지표(19세 이상 성인)	18
〈표 1-5〉 한국의료패널 자료의 대상자 특성	19
〈표 1-6〉 코로나19의 건강 영향에 대한 선행 질적 연구의 질문 내용	21
〈표 1-7〉 초점집단 인터뷰(FGI) 진행 일정	23
〈표 1-8〉 40-49세 초점집단 인터뷰(FGI) 참여자의 특성	24
〈표 1-9〉 50-64세 초점집단 인터뷰(FGI) 참여자의 특성	25
〈표 1-10〉 65-74세 초점집단 인터뷰(FGI) 참여자의 특성	26
〈표 1-11〉 65-74세 당뇨병 환자 초점집단 인터뷰(FGI) 참여자의 특성	27
〈표 2-1〉 코로나19 건강 불평등 완화를 위한 OECD 국가들의 보건의료 정책	57
〈표 3-1〉 현재 흡연율(액상, 결련형 전자담배 포함)(2019-2021)	68
〈표 3-2〉 청년의 현재 흡연율(2019-2021)	70
〈표 3-3〉 중장년의 현재 흡연율(2019-2021)	72
〈표 3-4〉 노인의 현재 흡연율(2019-2021)	74
〈표 3-5〉 고위험 음주율(2018-2021)	76
〈표 3-6〉 청년의 고위험 음주율(2018-2021)	78
〈표 3-7〉 중장년의 고위험 음주율(2018-2021)	79
〈표 3-8〉 노인의 고위험 음주율(2018-2021)	81
〈표 3-9〉 유산소 신체활동 실천율(2018-2021)	82
〈표 3-10〉 청년의 유산소 신체활동 실천율(2018-2021)	84
〈표 3-11〉 중장년의 유산소 신체활동 실천율(2018-2021)	86
〈표 3-12〉 노인의 유산소 신체활동 실천율(2018-2021)	87
〈표 3-13〉 근력운동 실천율(2018-2021)	89
〈표 3-14〉 청년의 근력운동 실천율(2018-2021)	91
〈표 3-15〉 중장년의 근력운동 실천율(2018-2021)	92

〈표 3-16〉 노인의 근력운동 실천율(2018-2021)	94
〈표 3-17〉 걷기 실천율(2018-2021)	95
〈표 3-18〉 청년의 걷기 실천율(2018-2021)	97
〈표 3-19〉 중장년의 걷기 실천율(2018-2021)	98
〈표 3-20〉 노인의 걷기 실천율(2018-2021)	100
〈표 3-21〉 인플루엔자 예방접종률(2018-2021)	101
〈표 3-22〉 청년의 인플루엔자 예방접종률(2018-2021)	103
〈표 3-23〉 중장년의 인플루엔자 예방접종률(2018-2021)	104
〈표 3-24〉 노인의 인플루엔자 예방접종률(2018-2021)	106
〈표 3-25〉 주중 평균 수면시간(2018-2021)	107
〈표 3-26〉 청년의 주중 평균 수면시간(2018-2021)	108
〈표 3-27〉 중장년의 주중 평균 수면시간(2018-2021)	109
〈표 3-28〉 노인의 주중 평균 수면시간(2018-2021)	109
〈표 4-1〉 19세 이상 성인의 응급 의료 이용자 분율, 한국의료패널(2019, 2020)	126
〈표 4-2〉 19세 이상 성인의 응급 의료 이용 건수, 한국의료패널(2019, 2020)	127
〈표 4-3〉 19세 이상 성인의 입원 의료 이용자 분율, 한국의료패널(2019, 2020)	128
〈표 4-4〉 19세 이상 성인의 입원 의료 이용 건수, 한국의료패널(2019, 2020)	129
〈표 4-5〉 19세 이상 성인의 외래 의료 이용자 분율, 한국의료패널(2019, 2020)	131
〈표 4-6〉 19세 이상 성인의 전체 외래 의료 이용 건수, 한국의료패널(2019, 2020) ...	132
〈표 4-7〉 19세 이상 성인의 의과 외래 의료 이용 건수, 한국의료패널(2019, 2020) ...	133
〈표 4-8〉 19세 이상 성인의 치과 외래 의료 이용 건수, 한국의료패널(2019, 2020) ...	134
〈표 4-9〉 19세 이상 성인의 한방 외래 의료 이용 건수, 한국의료패널(2019, 2020) ...	135
〈표 4-10〉 19세 이상 성인의 연간 본인부담의료비, 한국의료패널(2019, 2020)	137
〈표 4-11〉 19세 이상 성인의 미충족 의료 경험률, 한국의료패널(2020)	139
〈표 5-1〉 나쁜 주관적 건강수준 평가(2018-2021)	154
〈표 5-2〉 청년의 나쁜 주관적 건강수준 평가(2018-2021)	156
〈표 5-3〉 중장년의 나쁜 주관적 건강수준 평가(2018-2021)	157



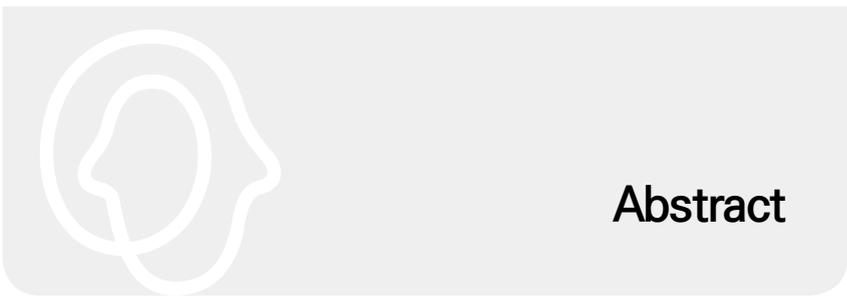
〈표 5-4〉 노인의 나쁜 주관적 건강수준 평가(2018-2021)	159
〈표 5-5〉 비만 유병률(2018-2021)	160
〈표 5-6〉 청년의 비만 유병률(2018-2021)	162
〈표 5-7〉 중장년의 비만 유병률(2018-2021)	163
〈표 5-8〉 노인의 비만 유병률(2018-2021)	165
〈표 5-9〉 스트레스 인지율 변화	166
〈표 5-10〉 청년의 스트레스 인지율(2018-2021)	168
〈표 5-11〉 중장년의 스트레스 인지율(2018-2021)	169
〈표 5-12〉 노인의 스트레스 인지율(2018-2021)	171
〈표 5-13〉 우울장애 유병률(2018, 2020)	172
〈표 5-14〉 청년의 우울장애 유병률(2018, 2020)	173
〈표 5-15〉 중장년의 우울장애 유병률(2018, 2020)	174
〈표 5-16〉 노인의 우울장애 유병률(2018, 2020)	175
〈표 5-17〉 나쁜 주관적 건강수준 평가에 영향을 미치는 요인, 국민건강영양조사 (2018-2021)	178
〈표 5-18〉 스트레스 인지에 영향을 미치는 요인, 국민건강영양조사(2018-2021)	180
〈표 5-19〉 우울장애 유병에 영향을 미치는 요인, 국민건강영양조사(2018, 2020)	183
〈표 5-20〉 비만에 영향을 미치는 요인, 국민건강영양조사(2018-2021)	185

그림 목차

[그림 2-1] 제1급 법정감염병 지정 기간 동안 코로나19 발생 현황	32
[그림 2-2] 미국의 코로나19 유행 기간 mhascreening을 이용한 정신건강 위험진단자 비율	37
[그림 2-3] 미국의 코로나19 유행 기간 mhascreening을 이용한 자살/자해 위험 진단자 비율	38
[그림 2-4] 코로나19 유행기간 유럽의 우울증 유병률 변화	39
[그림 2-5] 만성질환 유무에 따른 유럽 50세 이상 사람 중 코로나19 첫 달 동안 치료 포기 또는 연기 비율	46
[그림 2-6] 유럽의 코로나19 시기 1인당 의사 대면 진료 건수	47
[그림 2-7] 코로나19 시기 유럽의 미충족 의료 경험률(2021 봄, 2022 봄)	50
[그림 2-8] 유럽 질병관리청(ECDC)에서 제시한 코로나19 팬데믹의 교훈	60
[그림 2-9] 유럽의 코로나19 유행 전후 1인당 의사 대면 상담 및 원격 상담 건수	62
[그림 3-1] 코로나19 이전, 이후 성별·소득수준별 현재 흡연율	69
[그림 3-2] 청년의 코로나19 이전, 이후 성별·소득수준별 현재 흡연율	71
[그림 3-3] 중장년의 코로나19 이전, 이후 성별·소득수준별 현재 흡연율	73
[그림 3-4] 노인의 코로나19 이전, 이후 성별·소득수준별 현재 흡연율	75
[그림 3-5] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 고위험 음주율	77
[그림 3-6] 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 고위험 음주율	78
[그림 3-7] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 고위험 음주율	80
[그림 3-8] 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 고위험 음주율	81
[그림 3-9] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 유산소 신체활동 실천율	83
[그림 3-10] 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 유산소 신체활동 실천율	85
[그림 3-11] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 유산소 신체활동 실천율	86
[그림 3-12] 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 유산소 신체활동 실천율	88
[그림 3-13] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 근력운동 실천율	90
[그림 3-14] 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 근력운동 실천율	91
[그림 3-15] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 근력운동 실천율	93



[그림 3-16] 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 근력운동 실천율	94
[그림 3-17] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 걷기 실천율	96
[그림 3-18] 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 걷기 실천율	97
[그림 3-19] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 걷기 실천율	99
[그림 3-20] 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 걷기 실천율	100
[그림 3-21] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 인플루엔자 예방접종률	102
[그림 3-22] 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 인플루엔자 예방접종률	103
[그림 3-23] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 인플루엔자 예방접종률	105
[그림 3-24] 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 인플루엔자 예방접종률	106
[그림 5-1] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가	155
[그림 5-2] 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가	156
[그림 5-3] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가	158
[그림 5-4] 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가	159
[그림 5-5] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 비만 유병률	161
[그림 5-6] 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 비만 유병률	162
[그림 5-7] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 비만 유병률	164
[그림 5-8] 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 비만 유병률	165
[그림 5-9] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 스트레스 인지율	167
[그림 5-10] 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 스트레스 인지율	168
[그림 5-11] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 스트레스 인지율	170
[그림 5-12] 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 스트레스 인지율	171
[그림 5-13] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 우울장애 유병률	173
[그림 5-14] 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 우울장애 유병률	174
[그림 5-15] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 우울장애 유병률	175
[그림 5-16] 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 우울장애 유병률	176



Abstract

Analysis of changes in health behavior, health status and medical use during COVID-19 pandemic

Project Head: Park, Eunja

The COVID-19 pandemic, which began in 2020, ended this year (May 2023). Unlike MERS epidemic, the COVID-19 epidemic continued as a global pandemic and had a significant impact not only in terms of health care, but also economically and socially. The purpose of this study was to examine the changes in health during the COVID-19 pandemic by dividing them into health behavior, medical use, and health level, and to suggest response measures for effective health management.

As a quantitative study, we analyzed data from the National Health and Nutrition Examination Survey and the Korean Medical Panel, and as a qualitative study, we conducted focus group interviews (FGI) with 42 adults to understand the results of the quantitative study and identify the people's experiences.

First, the rate of practicing strength training has clearly increased during the COVID-19 pandemic, with the practice of strength training increasing among women and the elderly. The walking exercise practice rate decreased by 6.1%p in young people, while it increased by 4.8%p in elderly people. In

Co-Researchers: Park, Juhyun; Park, Na Young; Kwak, Yoonkyung; Chun, Heeran; Oh, Youngho

2 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

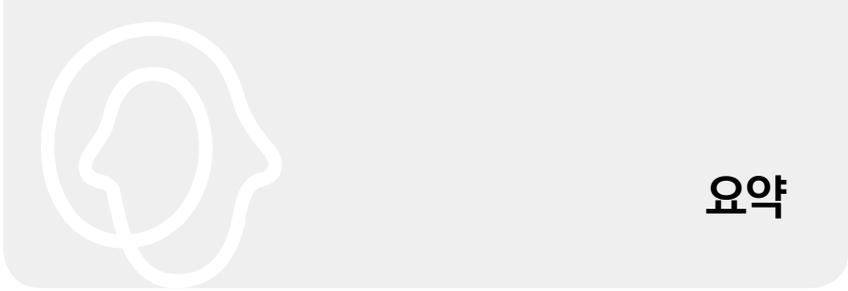
qualitative research, it was found that elderly people who were unable to use indoor exercise programs such as senior welfare centers and community centers increased their walking practice.

Second, compared to 2019, the number of emergency and outpatient medical service users decreased in 2020. In 2020, the medical unmet medical care experience rate was 15.0% and the dental unmet medical care experience rate was 18.4%. In a qualitative study, it was reported that patients did not use medical care for minor illnesses, were inconvenienced when visiting medical institutions due to COVID-19 testing.

Finally, the prevalence of depressive disorders and obesity increased after the COVID-19 pandemic. Compared to people who did not experience unmet medical care, people who experienced unmet medical care had 2.11 times the odds of feeling stressed and 3.97 times the odds of having a depressive disorder. Elderly people who participated in the qualitative study felt depressed, lonely during the period of social distancing, and fearful of COVID-19 infection.

During the infectious disease pandemic, it is necessary to ensure the public's health in various aspects and support health care for vulnerable groups, and to examine whether health changes during the COVID-19 pandemic continue after the end of pandemic.

Key words : COVID-19, Health behaviors, Medical use, Health status



요약

1. 연구의 배경 및 목적

2020년에 시작된 코로나19 팬데믹이 올해(2023년 5월) 종료되었다. 코로나19는 2015년에 국내에서 유행하였던 메르스와 달리, 전 세계적으로 팬데믹이 지속되면서 보건의로 측면뿐만 아니라 경제적, 사회적으로 상당한 영향을 미쳤다. 코로나19 팬데믹 기간을 거치면서 나타난 국민의 건강 변화를 건강행동, 의료이용, 건강수준으로 나누어 살펴보고 효과적인 건강관리를 위한 대응방안을 제시하고자 하였다.

2. 연구 방법

이 연구는 19세 이상 성인을 대상으로 혼합연구방법론을 사용하였다. 양적 연구로 국민건강영양조사 자료와 한국의료패널 자료를 분석하였고, 질적 연구로 수도권 거주 성인 42명을 대상으로 초점집단 인터뷰(FGI)를 실시하여 양적 연구의 결과를 이해하고 코로나19 유행 기간 국민의 경험과 인식을 파악하고자 하였다.

3. 주요 연구 결과

가. 코로나19 유행 기간의 건강행동 변화

흡연과 음주는 코로나19 유행 전후에 뚜렷한 차이를 보이지 않았다. 코로나19 유행 초기인 2020년에는 유산소 신체활동 실천율이 감소하였으나 2021년에는 이전 수준으로 회복하였다. 반면 근력운동 실천율은 코로나19 유행 후에 뚜렷하게 증가하였는데, 여자, 노인에서 근력운동 실천

4 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

이 늘어났다. 걷기운동 실천율은 청년에서 6.1%p 감소한 반면, 노인에서는 4.8%p 증가하였는데, 질적 연구에서 노인복지관, 주민센터 등 실내 운동 프로그램을 이용할 수 없었던 노인들이 걷기 실천을 늘린 것으로 나타났다. 코로나19 유행 기간에 노인과 소득수준이 낮은 청년과 중장년에서 인플루엔자 예방접종률이 감소하였다.

나. 코로나19 유행 기간 의료이용 변화

2019년에 비해 코로나19가 유행한 2020년에는 만성질환이 없는 사람을 중심으로 의료이용이 감소하였고, 입원보다는 응급실과 외래 이용자가 감소하였다. 질적 연구에서 국민들은 병의원과 약국에서 코로나19 환자와 접촉하여 감염될 것을 우려하여 의료기관 방문에 불안감이 있었던 것으로 나타났다. 2020년에 의과 미충족 의료 경험률은 15.0%였고, 치과 미충족 의료 경험률은 18.4%였다. 질적 연구에서 경미한 질환에 대해 의료이용을 하지 않은 점, 노인들이 코로나19 검사와 출입문 폐쇄 등으로 인해 의료기관 방문 시 불편을 겪은 점, 병원의 키오스크를 사용하려고 노력했다는 점 등이 보고되었다.

다. 코로나19 유행 기간 건강수준 변화

코로나19 유행 전후 주관적 건강수준의 차이는 뚜렷하지 않았으며, 미충족 의료를 경험한 사람이 경험하지 않은 사람에 비해 주관적 건강수준을 나쁘다고 평가할 오즈가 2.72배였다. 우울장애 유병률은 코로나19 유행 후에 증가하였고, 스트레스 수준은 유행 전후의 차이가 유의하지 않았다. 여자, 청년, 자영업·고용주에서 스트레스가 있을 오즈가 증가하였다.

질적 연구에서도 자영업자가 코로나19 유행 초기에 경제활동 위축과 소득 감소로 스트레스가 증가한 사례가 있었다. 미충족 의료 경험은 스트레스와 우울장애 모두와 관련성이 있었다. 미충족 의료를 경험한 사람이 미충족 의료를 경험하지 않은 사람에 비해 스트레스를 느낄 오즈가 2.11배, 우울장애가 있을 오즈가 3.97배였다. 질적 연구에 참여했던 노인들은 사회적 거리두기 기간에 가족·친족·친구 모임의 제한으로 인해 우울감, 외로움을 느꼈고 코로나19 감염에 대한 두려움이 있었다. 청년과 중장년을 중심으로 성인의 비만 유병률이 2018-2019년 34.7%에서 2020-2021년 37.8%로 증가하였다. 헬스 리터러시가 코로나19 관련 정보를 찾고 활용하는 데 영향을 미쳤는데, 특히 노인에서 차이가 있었다.

4. 연구 결과 고찰 및 결론

코로나19 유행 기간에 근력운동과 걷기 실천이 증가하였고, 미충족 의료 경험이 크게 증가하지는 않았다. 반면 건강에 부정적으로 영향을 미치는 비만율과 우울장애 유병률이 증가하였으며 성별, 연령, 종사상지위, 소득수준에 따라 건강수준과 의료이용에 차이가 있음을 확인할 수 있었다.

감염병 팬데믹 기간에 다양한 측면에서 국민의 건강을 보장하고 취약 집단에 대한 건강관리를 지원하는 것이 필요하며 코로나19 유행 기간에 나타난 건강 변화가 향후 지속되는지 파악할 필요가 있겠다.

주요 용어 : 코로나바이러스감염증-19, 건강행동, 의료이용, 건강수준

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구 내용

제3절 연구 방법

제 1 장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

1. 연구의 배경과 필요성

2020년 1월에 코로나바이러스 감염증-19(COVID-19; 이하 코로나 19) 유행이 시작되었다. 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 2020년 3월 11일 코로나19의 전 세계 대유행(pandemic)을 선언하였으며, 코로나19 팬데믹은 2023년 5월 6일 종료되었다.

코로나19는 2015년에 국내에서 유행하였던 메르스와 달리, 전 세계적으로 팬데믹이 지속되면서 보건의료 측면뿐만 아니라 경제적, 사회적으로 상당한 영향을 미쳤다.

질병관리청은 2020년에 법정감염병 신고 건수와 호흡기 감염병 발생이 감소하였고, 국민의 신체활동이 감소하였으며, 인스턴트식품·탄산음료·배달 음식 섭취가 증가하였다고 발표하였다. 또한 “코로나19 종료 이전이라도 국민건강을 악화시키고 질병 부담을 가중시키게 될 건강행태 변화와 만성질환 관리에 더 많은 관심과 노력을 기울일 필요가 있다”고 강조하였다(조경숙, 2021. p.2750).

미국과 유럽, 아시아의 주요 국가들에서 코로나19 유행 후에 의료서비스 이용이 감소되었다. 세계보건기구(WHO)는 2020년과 2021년에 ‘코로나19 대유행 상황에서 필수 의료서비스의 지속에 관한 국가별 동향 조사(National pulse survey on continuity of essential health serv-

ices during the COVID-19 pandemic)’를 실시하였고, 지역 봉쇄, 코로나19 대응을 위한 의료진 등 보건의료 자원 투입, 의료이용의 회피 등으로 인해 세계 각국에서 입원·외래서비스 이용이 감소한 것으로 나타났다고 했다(WHO, 2021).

국내에서도 코로나19가 유행한 2020년에 국민들의 의료서비스 이용이 감소된 것으로 나타났다. 2021년 의료서비스 경험 조사에서 주요 만성질환으로 진료를 받은 사람들의 비율이 23.5%로, 2020년의 25.0% 대비 1.5%p 감소하였다. 2020년 건강보험 청구자료 분석 결과, 2020년 1인당 월평균 입·내원 일수가 전년 대비 11.9% 감소하였다(조경숙, 2021, p.2755). 코로나19 유행 초기인 2020년에 의료이용이 감소하고 건강행태가 변화된 것으로 나타났으나, 유행이 장기화된 2021년 이후의 건강 변화에 대해서는 연구가 부족하여 유행 전반에 대한 추가 연구가 필요하다.

미충족 의료 경험과 신체활동 부족은 감염병 유행 기간의 건강관리에 부정적으로 영향을 미칠 수 있고, 건강정보 이해활용능력은 건강을 유지하는 개인의 역량을 높여 감염병 유행 기간 중의 건강관리에 긍정적으로 영향을 미칠 수 있다. 미충족 의료는 의료이용의 효과를 얻지 못해 건강 수준을 낮출 수 있을 뿐만 아니라 “의료이용”이라는 기본적 권리를 충족하지 못하면서 정신건강에 부정적으로 영향을 미친다(박유경, 김창엽, 황승식, 2018).

건강정보 이해활용능력은 감염병 유행 기간에 자가 건강관리 효과(self-care efficacy)를 높이고 코로나19 감염 관련 심리적 불안감을 줄일 수 있다. 서울시에서는 ‘코로나19 극복 챌린지’ 등의 동영상 제작, 보급하여 코로나19 유행 기간에 일반인의 건강관리를 위한 정보를 제공하였으며(손창우, 2020), 보건소에서도 중단된 대면 신체활동 프로그램

대신 동영상상을 개발하여 제공하였으나 건강정보 이해활용능력이 낮을 경우 효과가 제한적이었다. Paakkari and Okan(2020)은 헬스 리터러시가 만성질환자의 질환 관리에 중요할 뿐만 아니라 코로나19 인포데믹에서 나타난 것처럼 낮은 건강정보 이해활용능력이 긴급한 공중보건 문제 해결을 어렵게 하는 요인이 된다고 강조하였다.

따라서 코로나19 유행으로 인한 미충족 의료 경험, 건강행동, 의료이용 변화 등이 코로나19 유행 기간에 건강에 어떻게 영향을 주었는지 연구할 필요가 있다. 특히 코로나19 유행 기간의 사회적 거리두기 등 방역조치, 소득수준 저하, 정신적 스트레스 등은 노인, 만성질환자, 저소득자 등 건강 취약계층의 건강을 저하시켜 건강형평성 문제를 심화시키고, 전반적인 국민 건강 수준을 저하시킬 수 있다. 그러므로 감염병 유행 기간에 건강관리에 취약한 인구집단을 파악하여 유행이 종료된 후에 건강수준이 회복되는지 확인하는 것이 바람직하다.

2. 연구 목적

이 연구는 코로나19 유행 전후 국민의 건강과 의료이용 변화를 분석하고, 감염병 유행 기간에 국민의 효과적인 건강관리를 위한 대응 방안을 제시하고자 하였다. 구체적인 세부 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 코로나19 유행 전후 국민의 건강수준 변화를 파악하고, 의료이용과 개인의 건강관리 역량이 미치는 영향을 분석한다.

둘째, 감염병 유행 기간에 건강관리에 취약한 인구집단을 파악한다.

셋째, 감염병 유행 시기에 개인의 효과적인 건강관리를 유도하고 취약계층의 건강관리 역량을 강화하는 대응방안을 제시한다.

제2절 연구 내용

이 연구는 전 세계 대규모 감염병 유행 기간이었던 코로나19 유행 기간의 국민의 건강행동, 의료이용, 건강수준의 변화를 파악하기 위해 양적 연구와 질적 연구를 수행하였으며, 질적 연구를 통해 양적 연구의 결과를 이해하고 양적 연구에서 파악하기 어려운 국민의 경험과 인식을 조사하였다.

이 보고서는 6개의 장으로 구성되어 있다. 제1장 서론에서는 연구의 필요성을 포함한 연구 배경과 목적, 연구 내용과 방법을 기술하였다. 제2장에서는 코로나19 유행 양상, 코로나19 유행이 건강에 미친 영향과 대응정책에 대한 선행연구, 국제 평가 등을 고찰하여 정리하였다. 제3장에서는 코로나19 유행이 건강행동에 미친 영향에 대한 분석 결과를, 제4장에서는 코로나19 유행이 의료이용에 미친 영향에 대한 분석 결과를, 제5장에서는 코로나19 유행이 건강수준에 미친 영향에 대한 분석 결과를 기술하였다. 제6장에서는 제2~5장의 연구 결과를 바탕으로 정책과제를 제안하였다.

제3장의 경우 건강행태에 대한 양적 분석 결과를 제시한 후, 질적 연구에서 나타난 건강행동에 대한 주제를 기술하였다. 양적 연구의 결과에 대해 질적 연구에서 주제가 도출된 경우 건강행태 변화의 원인과 맥락을 질적 연구에서 파악할 수 있다. 양적 연구에서 조사되지 않은 주제가 질적 연구에서 도출된 경우 이에 대한 내용을 추가 기술하였다. 예를 들어 노인의 낮은 홈 트레이닝 활용은 질적 연구에서만 드러난 요인으로, 연령군에 따른 건강 영향 차이를 보여준다고 할 수 있다. 제4장과 제5장도 동일한 방식으로 기술하였다.

제3절 연구 방법

1. 문헌고찰

코로나19 유행의 건강 영향에 대한 국내외 보고서, 선행연구, 통계 결과 등을 간행물과 웹 사이트 등을 통해 조사하여 고찰하였다.

2. 국민건강영양조사 자료 분석

코로나19 유행 전후의 건강수준과 건강행태를 분석하기 위해 2018-2021년 국민건강영양조사 자료를 이용하였다. 코로나19 유행으로 미충족 의료 등이 건강에 영향을 미치는 데 걸리는 시간을 고려하여 1년의 시간 지체를 반영하여 분석할 수 있도록 4개 연도(2018년, 2019년, 2020년, 2021년)의 자료를 분석하였다. 이 연구에서는 코로나19 유행 전을 2018, 2019년으로, 코로나19 유행 후를 2020, 2021년으로 정의하였으며, 개별 지표의 연도별 지표 값을 산출하고, 코로나19 유행 전·후를 통합하여 비교분석하여 결과를 도출하였다. 모든 분석은 가중치를 부여하는 SURVEY 모형을 적용하였으며, 연구에서 분석한 지표는 다음과 같다. 모든 지표들은 1) 전체 대상자 대상 분석, 2) 연령별(청년(19-39세), 중장년(40-64세), 노인(65세 이상)으로 구분하였으며, 성별, 가구소득, 종사상지위에 따른 추가 분석을 수행하였다.

14 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

〈표 1-1〉 국민건강영양조사 자료의 건강행동 및 건강수준 지표

구분		정의
건강행동	현재 흡연율	일반담배(필련) 또는 필련형 전자담배 또는 액상형 전자담배 또는 기타 담배를 현재 사용하고 있다고 응답한 사람의 비율
	고위험 음주율	1회 평균 음주량이 남자의 경우 7잔 이상, 여자의 경우 5잔 이상, 주 2회 이상 음주하는 사람의 비율
	유산소 신체활동 실천율	일주일에 중강도 신체활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서(고강도 1분은 중강도 2분) 각 활동에 상당하는 시간을 실천하는 사람의 비율
	근력운동 실천율	최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸 일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력운동을 2일 이상 실천하는 사람의 비율
	걷기 실천율	최근 1주일 동안 걷기를 1회 30분 이상 주 5일 이상 실천하는 사람의 비율
	인플루엔자 예방접종률	최근 1년 동안 인플루엔자(독감) 예방접종을 받은 사람의 비율
	주중 평균 수면시간	주중 잠자리에 든 시각과 일어난 시각을 이용하여 계산된 하루 평균 수면시간 * 수면시간은 국민건강영양조사 제7기(2016-2018년), 2021년 조사에서는 주중/주말 잠든 시각, 일어난 시각에 대한 응답을 활용하여 개인의 평균 수면시간으로 정의하였음.
건강수준	주관적 건강수준(나쁨)	주관적 건강 인지 문항에 '나쁨', '매우 나쁨'으로 응답한 사람의 비율
	비만	체질량지수가 25kg/m ² 이상으로 1단계 비만-3단계 비만에 해당하는 사람의 비율
	스트레스 인지율	평소 일상생활 중에 스트레스를 많이 느낀다고 응답한 사람의 비율
	우울장애 유병률	우울증선별도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인 사람의 비율

자료: 질병관리청. (2022). 국민건강영양조사 원시자료 이용지침서 제8기(2019-2021).

건강수준(주관적 건강수준, 비만), 정신건강(스트레스, 우울장애)에 영향을 주는 요인을 탐색하기 위해 복합표본 로지스틱 분석을 사용하였으며, 이 분석을 위해 사용한 변수와 정의는 다음과 같다. 신체건강의 종속

변수는 나쁜 주관적 건강수준, 비만이었고, 정신건강의 종속변수는 스트레스 인지, 우울장애였다. 독립변수는 코로나19 유행 이전·이후, 미충족 의료 경험 여부, 인구사회경제적 특성(성별, 연령, 소득수준, 교육수준, 결혼상태, 건강보험 구분), 건강행태(현재 흡연 여부, 고위험 음주 여부, 유산소 운동 실천 여부, 걷기운동 실천 여부)를 포함하였다. 각 변수의 정의는 <표 1-2>와 같다.

<표 1-2> 국민건강영양조사 자료의 로지스틱 회귀분석 활용변수 및 정의

구분		정의
종속변수	나쁜 주관적 건강 수준	주관적 건강 인지 문항에 '나쁨', '매우 나쁨'으로 응답한 경우
	비만	체질량지수가 25kg/m ² 이상으로 1단계 비만-3단계 비만에 해당하는 경우
	스트레스	평소 일상생활 중에 스트레스를 많이 느낀다고 응답한 경우
	우울장애	우울증선별도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인 경우
연도	코로나19 이전 이후	코로나19 유행 이전(2018, 2019년) 코로나19 유행 이후(2020, 2021년)
미충족 의료	미충족 의료 경험 여부	'최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 경우
인구학적 특성	성별	남, 여
	연령	1) 청년(19-39세) 2) 중장년(40-64세) 3) 노인(65세 이상)
	소득수준	가구소득 4분위(상, 중상, 중하, 하)
	교육수준	1) 초등학교 졸업 이하 2) 중학교 졸업 3) 고등학교 졸업 4) 대학교 졸업 이상
	결혼상태	1) 기혼 2) 미혼
	건강보험 구분	1) 건강보험 가입자 2) 의료급여 수급자

16 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

구분		정의
건강행태	현재 흡연	평생 일반담배(필러) 5갑(100개비) 이상 피웠고, 현재 일반담배를 피우는 경우
	고위험 음주 경험	1회 평균 음주량이 남자의 경우 7잔 이상, 여자의 경우 5잔 이상, 주 2회 이상 음주하는 경우
	유산소 운동 실천	일주일에 중강도 신체활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서(고강도 1분은 중강도 2분) 각 활동에 상당하는 시간을 실천한 경우
	걷기운동 실천	최근 1주일 동안 걷기를 1회 30분 이상 주 5회 실시한 경우

자료: 질병관리청. (2022). 국민건강영양조사 원시자료 이용지침서 제8기(2019-2021).

코로나19 유행 이전(2018-2019년)과 이후(2020-2021년)의 분석 대상자들의 일반적 특성을 살펴보면 다음과 같다. 코로나19 유행 이전과 이후의 인구학적 특성을 비교해보면 거의 유사하였다. 성별은 코로나19 유행 이전과 이후 모두 남자는 50.1%, 여자는 49.9% 였으며, 청년은 코로나19 유행 이전에 34.9%, 유행 이후에 33.4%, 노인은 유행 이전에 17.5%, 유행 이후에 19.1%였다. 소득수준이 '상'은 코로나19 유행 이전 30.8%, 유행 이후 32.7%였으며, '하'는 유행 이전 14.5%, 유행 이후 13.4%였다. 종사상지위는 임금근로자가 유행 이전과 이후 모두 가장 빈도가 높았으며, 유행 이전에는 48.9%, 유행 이후에는 46.9%였다. 교육수준은 대학교 졸업 이상이 유행 이전 35.3%, 유행 이후 35.9%였다. 건강보험 가입 여부는 코로나19 유행 이전과 이후 모두 건강보험 가입자가 대부분이었으며, 유행 이전 96.9%, 유행 이후 95.7%였다. 건강행태에서는 현재 흡연하고 있는 사람이 유행 이전 20.7%, 유행 이후 18.7%였으며, 고위험 음주를 경험한 사람은 유행 이전 13.0%, 유행 이후 12.8%였다. 미충족 의료를 경험한 사람은 유행 이전에 6.8%, 유행 이후에 6.2%였다.

(표 1-3) 국민건강영양조사 자료의 대상자의 특성

(단위: %)

구분		코로나19 유행 이전 (2018년-2019년)	코로나19 유행 이후 (2020년-2021년)	
인구 학적 특성	성별	남자	50.1	50.1
		여자	49.9	49.9
	연령	청년	34.9	33.4
		중장년	47.6	47.5
		노인	17.5	19.1
	소득수준	상	30.8	32.7
		중상	28.9	30.5
		중하	25.8	23.4
		하	14.5	13.4
	종사상지위	임금근로자	48.9	46.9
		자영업, 고용주	14.5	14.6
		비경제활동	36.6	38.6
	교육수준	초등학교 졸업	24.2	22.7
		중학교 졸업	10.0	9.3
고등학교 졸업		30.5	32.1	
대학교졸업 이상		35.3	35.9	
결혼상태	기혼	54.9	53.5	
	미혼 (별거, 사별, 이혼)	45.1	46.5	
건강보험 여부	건강보험	96.9	95.7	
	의료급여	3.1	4.3	
건강 행태	현재 흡연	흡연	20.7	18.7
		비흡연	79.3	81.3
	고위험 음주	경험	13.0	12.8
		미경험	87.0	87.2
	유산소 운동 실천	실천	45.3	44.4
		미실천	54.7	55.6
	걷기운동 실천	실천	41.1	39.6
미실천		58.9	60.4	
의료이용	미충족 의료 경험	있음	6.8	6.2
		없음	93.2	93.8

주: 1) 우울장애 유병률은 설문 시기에 따라 2018년, 2020년을 각각 코로나19 이전과 이후로 정의하였음.

2) 현재 흡연율은 로지스틱 회귀분석에서는 2018년 응답이 포함된 일반담배 흡연율로 정의하였음.

자료: 연구진이 2018-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

3. 한국의료패널 자료 분석

코로나19 유행 전후의 의료이용을 분석하기 위해 2019-2020년 제2기 한국의료패널 자료를 분석하였다. 제2기 한국의료패널조사가 2019년에 시작했기 때문에 코로나19 유행 전을 2019년으로, 코로나19 유행 후를 2020년으로 정의하였다.

2019년 조사와 2020년 조사에 모두 참여한 19세 이상 성인 11,257명의 자료를 분석하였다. 연구에서 분석한 의료이용 지표는 <표 1-4>와 같다. 응급 의료이용, 입원 의료이용, 외래 의료이용을 구분하였고, 외래 의료이용은 다시 의과, 치과, 한방을 구분하여 분석하였다. 미충족 의료 경험 또한 의과와 치과를 구분하여 분석하였다. 의료이용의 취약계층을 파악하고자 성별, 연령, 만성질환 유무로 나누어 의료이용 변화를 살펴보았다. 모든 조사대상자와 2019년에 1회 이상 외래 의료서비스 이용자로 나누어 분석을 했으며 2기 한국의료패널이 시작된 2019년부터 병·의원 방문 영수증을 수집했던 2019년 1회 이상 외래 이용자를 중심으로 기술하였다.

<표 1-4> 한국의료패널 자료의 의료이용 지표(19세 이상 성인)

구분	정의
응급 의료이용자 분율	연간 응급서비스를 1회 이상 이용한 사람의 분율
응급 의료이용 건수	연간 응급서비스 이용 횟수
입원 의료이용자 분율	연간 1회 이상 입원서비스를 이용한 사람의 분율
입원 의료이용 건수	연간 입원서비스 이용 횟수
외래 의료이용자 분율	연간 외래서비스를 1회 이상 이용한 사람의 분율
외래 의료이용 건수	연간 외래서비스 이용 횟수
의료비	연간 본인부담 의료비(원)
미충족 의료 경험률	의료이용이 필요했으나 이용하지 못한 사람의 분율

한국의료패널 분석 대상자의 특성은 다음과 같다. 남자가 45.6%, 여자가 54.4%였으며, 19-39세가 19.1%, 40-64세가 43.8%, 65세 이상 노인이 37.1%였다. 결혼상태는 기혼이 69.8%였고, 교육수준은 고등학교 졸업이 33.1%, 대학교 졸업 이상이 29.5%였다. 62.2%가 경제활동을 하였고, 건강보험 가입자가 95.9%였다. 1개 만성질환이 있는 사람이 23.1%, 2개 만성질환이 있는 사람이 15.8%, 3개 이상 만성질환이 있는 사람이 13.1%였다.

〈표 1-5〉 한국의료패널 자료의 대상자 특성

(단위: 명, %)

	구분	명	%
성별	남자	5,137	45.6
	여자	6,120	54.4
연령	19-39세	2,155	19.1
	40-64세	4,931	43.8
	65세 이상	4,171	37.1
결혼상태	기혼	7,858	69.8
	이혼·사별·별거	1,948	17.3
	미혼	1,451	1.9
교육수준	초등학교 졸업 이하	2,734	24.3
	중학교 졸업	1,473	13.1
	고등학교 졸업	3,728	33.1
	대학교 졸업 이상	3,322	29.5
경제활동 유무	경제활동 함	6,998	62.2
	경제활동 안 함	4,259	37.8
건강보험 여부	건강보험	10,796	95.9
	의료급여	453	4.02
	기타	8	0.1
만성질환 개수	없음	5,136	48.0
	1개	2,469	23.1
	2개	1,692	15.8
	3개 이상	1,407	13.1

주: 1) 19세 이상 제 2기 한국의료패널 2019년 조사와 2020년 조사에 모두 참여한 사람의 2019년 특성을 분석하였음.

2) 만성질환 개수는 고혈압, 당뇨병, 만성간염, 알코올성 간염, 간경변증, 무릎관절증, 무릎 외 관절의 퇴행성 관절염, 류마티스 관절염, 추간판 장애, 기타 척추질환, 협심증, 심근경색증, 뇌출혈, 뇌경색, 천식, 폐기종, COPD, 기관지 확장증, 갑상선 기능저하증, 갑상선 기능항진증, 우울증/조울증, 치매, 만성신부전증 중 환자가 의사에게 진단받았고 현재 앓고 있다고 자가보고한 질병의 개수임.

4. 초점집단 인터뷰(FGI)

가. 연구 대상

코로나19 유행 기간에 국민의 의료이용 및 건강관리 경험에 대해 파악하기 위해 40-74세 수도권(서울, 인천, 경기) 거주 성인 남녀 42명을 대상으로 초점집단 인터뷰(FGI)을 실시하였다.

헬스 리터러시 수준에 따라 코로나19 유행 기간의 건강관리에 차이가 있는지 살펴보기 위해 헬스 리터러시를 측정하는 단일문항(single item) 질문을 사용하여 헬스 리터러시 수준을 평가하였다. 병원에서 병원서식(진료 신청서, 시술·수술 동의서 등)을 스스로 작성하는 데 전혀 문제가 없다고 응답한 사람을 헬스 리터러시가 높은 그룹으로, 병원에서 병원서식(진료 신청서, 시술·수술 동의서 등)을 스스로 작성하는 데 항상 문제가 있다, 대부분 문제가 있다, 또는 약간 문제가 있다고 응답하였거나 스마트폰을 사용하지 않거나 집에 무선랜(WiFi)이 없어 건강정보 접근에 제약이 있는 사람을 헬스 리터러시가 낮은 그룹으로 배정하였다.

각 연령군에서 헬스 리터러시가 높은 그룹과 낮은 그룹으로 나누어 초점집단 인터뷰(FGI)을 진행하였다. 40-49세 2개 그룹, 50-64세 2개 그룹, 65-74세 노인 4개 그룹에 대해 초점집단 인터뷰(FGI)를 하였고, 코로나19 감염의 고위험군이었던 만성질환자의 건강관리를 살펴보고자 노인 4개 그룹 중 2개 그룹은 당뇨병이 있는 노인으로 구성하였다.

나. 조사 내용 및 방법

초점집단 인터뷰에서는 반구조화된 질문지(semi-structured interview)를 활용하였다. 질문지는 본 연구의 분석틀을 적용하여 ① 코로나 19 유행이 건강에 미친 영향과 ② 코로나19 유행 기간 건강관리 경험이 라는 대주제로 구분하고, 코로나19의 건강 영향에 대한 선행 질적 연구 내용 고찰 및 전문가 자문을 통해 세부 질문을 개발하였다(부록 1 참조).

〈표 1-6〉 코로나19의 건강 영향에 대한 선행 질적 연구의 질문 내용

구분	연구 목적	인터뷰 내용
Leite, N. J. C., Raimundo, A. M. M., Mendes, R. D. C., & Marmeleira, J. F. F. (2022).	포르투갈 거주 노인 2형 당뇨병 환자의 코로나19 유행 초기 경험 연구	<ul style="list-style-type: none"> 일상생활 루틴: 팬데믹과 봉쇄 기간 전에 휴일이 아닌 날 당신의 루틴은 무엇이었습니까? 신체활동 습관: 팬데믹과 봉쇄 기간 전에 신체활동에 참여하였습니까? 그렇다면 왜 신체활동을 하셨는지 설명해 주실 수 있습니까? 신체활동을 하지 않았다면 이유는 무엇이었습니까? 질병관리와 육체적 심리적 건강: 팬데믹 기간에 당뇨병과 관련해서 무엇을 경험하셨습니다? 미래 우선순위와 기대: 모든 것이 정상으로 돌아갈 때 당신이 미래에 기대하는 것을 말씀해 주십시오. 팬데믹 전후 운동 종류, 운동 기간, 운동 강도, 빈도 조사
Knottnerus, B., Heijmans, M., & Rademakers, J. (2022)	헬스 리터러시가 낮은 사람들의 코로나19 대응 조치에 대한 정보 이해와 활용 현황 파악	<ul style="list-style-type: none"> 코로나19 경험과 결과: 개인적 문제, 일반적 걱정, 사회적 연결, 재정 문제 코로나19와 정부 조치에 대한 정보원 정보의 질, 정부 조치에 대한 순응 경험 선호하는 정보원과 지원이 필요한 사항
Tan et al. (2022)	코로나19 유행 기간 당뇨병 환자의 자기관리와 삶의 질 현황 파악	<ul style="list-style-type: none"> 당뇨병의 의미: 당뇨병은 당신에게 무엇을 의미하는가? 삶의 질의 의미: 삶의 질은 당신에게 무엇을 의미하는가? 당뇨병 자기관리의 의미: 당뇨병 자가관리는 당신에게 무엇을 의미하는가? 삶의 질에 대한 코로나19의 영향: 코로나19 상황이 당신의 삶의 질에 어떻게 영향을 미쳤는가?

22 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

구분	연구 목적	인터뷰 내용
		<ul style="list-style-type: none"> • 당뇨병 자가관리에 대한 코로나19의 영향: 코로나19 상황이 당신의 당뇨병 자가관리에 어떻게 영향을 미쳤는가? • 매일의 식사, 신체활동, 혈당 자가 모니터링, 발케어 행동, 복약순응 수준(인슐린 포함), 당뇨병 진료 예약, 기타 자가관리
<p>Jensen, N. H., Nielsen, K. K., Dahl-Petersen, I. K., & Maindal, H. T. (2022).</p>	<p>코로나19 유행 기간 임신성 당뇨병 환자의 건강관리 현황 파악</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 코로나19 기간과 봉쇄 기간에 무엇을 경험하였는가? • 코로나19 봉쇄 기간에 GP, 보건의로 종사자 등을 만났는가? • 만났다면 이에 대한 사례를 이야기해 줄 수 있는가? • 만나지 않았다면 왜 GP, 보건의로 종사자 등을 만나는 것이 필요하지 않았는가? • 코로나19 기간 중 당신과 아이의 잠재적인 위험에 대해 말씀해 주십시오. • 당신의 최근 임신성 당뇨 진단이 코로나19 감염 위험에 대한 우려와 관련이 있다고 생각하는가? 그렇다면 어떤 방향으로 생각하는가? 그렇지 않다면 왜 그렇게 생각하는가?

초점집단 인터뷰는 연령대별로 그룹을 나누어 총 여덟 차례 진행하였다. 전문조사업체를 통해 연구 참여자를 모집하였고, 전문조사업체의 FGI 룸에서 질적 연구의 경험이 있는 연구진 2명이 직접 초점집단 인터뷰(FGI)를 진행하였다. 인터뷰 기간은 2월에 네 차례, 4월에 네 차례 진행하였고, 각 인터뷰는 2시간 내외로 소요되었다. 참여자는 인터뷰에 앞서 연구동의서를 읽고 서명함으로써, 해당 인터뷰의 목적과 참여자의 권리를 다시 한번 확인하였다.

〈표 1-7〉 초점집단 인터뷰(FGI) 진행 일정

날짜	연령	헬스 리터러시 수준
23.02.21.	40-49세	헬스 리터러시 높음
	65-74세	헬스 리터러시 높음
23.02.22.	40-49세	헬스 리터러시 낮음
	65-74세	헬스 리터러시 낮음
23.04.18.	50-64세	헬스 리터러시 낮음
	65-74세(당뇨병 환자)	헬스 리터러시 낮음
23.04.19.	50-64세	헬스 리터러시 높음
	65-74세(당뇨병 환자)	헬스 리터러시 높음

각 인터뷰가 종료되면 녹취록을 작성하였다. 이후, 녹취된 자료는 주제 분석(thematic analysis)을 사용하여 분석하였다. 주제 분석 방법은 수집된 자료로부터 서술의 대상이 되고 있는 개념을 찾아내고 개념 간의 관계를 파악하여 중심 주제를 도출해 내는 방법이다(Braun & Clarke, 2006). 이를 위해, 초점집단 인터뷰(FGI)에 참여한 연구자 2인이 녹취록을 여러 번 읽으면서, 일차 코딩을 하였다. 일차 코딩과 면담조사 내용을 기반으로 연구 내용을 분류 및 분석하는 과정을 반복하였다. 연구자 2인의 의견이 일치하지 않을 경우 질적 연구 과정에 참여한 다른 연구자와 논의하여 일차 코딩과 주제 분류를 통일하였다. 이러한 과정을 통해, 이번 연구의 중심 주제들을 찾아내고, 각 주제들의 결과를 통합하는 핵심 주제를 이끌어내었다.

다. 응답자 특성

이번 연구에 총 42명이 초점집단 인터뷰에 참여했고, 이들의 특성은 연령군별로 다음 〈표 1-8〉 ~ 〈표 1-11〉에 기술되어 있다. 이 장에서는 참여자의 익명성 보장을 위해 이름이 아닌 ID로 처리한 점을 밝힌다.

24 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

40-49세 참여자 중 여성들은 주로 주부였고, 남성들은 경제활동에 종사하였다(표 1-8). 학력의 경우, 대학원을 졸업한 1명을 제외하고는 모두 대학교 졸업 이상의 학력이었다. 남성 5명 중 4명은 당뇨병, 고혈압 등의 만성질환을 가진 상태인 반면, 여성은 6명 중 2명만이 만성질환이 있는 것으로 확인되었다.

〈표 1-8〉 40-49세 초점집단 인터뷰(FGI) 참여자의 특성

ID	성별	나이	직업	학력	만성질환	헬스 리터러시
A40P1	여	48	주부	대학교 졸업	-	높음
A40P2	여	43	주부	대학교 졸업	-	
A40P3	남	45	직장인	대학교 졸업	고혈압, 당뇨병, 고지혈증	
A40P4	남	47	직장인	대학교 졸업	고지혈증	
A40P5	남	49	직장인	대학원 졸업	고혈압, 당뇨병, 전립선 비대증	
A40P6	여	43	주부	대학교 졸업	고혈압, 당뇨병	낮음
A40P7	여	46	주부	대학교 졸업	-	
A40P8	여	40	직장인	대학교 졸업	신장이식수술	
A40P9	남	49	자영업	대학교 졸업	고혈압, 고지혈증	
A40P10	남	48	프리랜서	대학교 졸업	-	
A40P11	여	43	직장인	대학교 졸업	-	

50-64세 참여자는 총 10명이었다(표 1-9). 남성은 사무직 1명을 제외하고는 모두 자영업에 종사하였고, 여성 참여자 중 3명은 주부, 사무직 1명, 자영업 종사자 1명이었다. 학력의 경우, 절반 이상은 대학교 졸업이었고, 고등학교 졸업은 2명, 대학원 졸업은 2명이었다. 이들 모두 고혈압, 고지혈증, 당뇨병 등 다양한 만성질환을 앓고 있었다.

〈표 1-9〉 50-64세 초점집단 인터뷰(FGI) 참여자의 특성

ID	성별	나이	직업	학력	만성질환	헬스 리터러시
A50P1	남	57	자영업	대학원 졸업	고지혈증, 위염	높음
A50P2	여	54	사무직	대학원 졸업	고혈압, 역류성 식도염, 지방간	
A50P3	여	61	자영업	고등학교 졸업	고지혈증, 녹내장	
A50P4	여	58	주부	대학교 졸업	관절, 역류성 식도염	
A50P5	남	51	자영업	대학원 졸업	당뇨병, 고혈압, 고지혈증	
A50P6	남	54	사무직	대학교 졸업	고지혈증, 관절통증	낮음
A50P7	여	62	주부	대학교 졸업	당뇨병	
A50P8	여	53	주부	대학교 졸업	부정맥	
A50P9	남	62	자영업	대학교 졸업 이상	고혈압, 관절염, 당뇨병	
A50P10	남	60	자영업	대학교 졸업 이상	고혈압, 고지혈증, 오십견	

65-74세 노인은 총 21명으로, 첫 번째 그룹의 특성은 아래 〈표 1-10〉과 같다. 은퇴한 남성은 5명 중 2명이었고, 그 외 남성은 프리랜서, 직장인 등으로 경제활동에 종사하고 있었다. 여성은 파트타이머 1명을 제외하고는 모두 주부였다. 학력의 경우, 초졸 이하부터 대학원 졸업까지 다양하였다. 당뇨병 여부를 기준으로 이들 집단을 모집하지는 않았지만, 이들은 당뇨병을 포함하여, 고혈압, 고지혈증, 심장병, 골다공증 등 다양한 종류의 만성질환을 앓고 있었다.

26 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

〈표 1-10〉 65-74세 초점집단 인터뷰(FGI) 참여자의 특성

ID	성별	나이	직업	학력	만성질환	헬스 리터러시
O65P1	남	69	프리랜서	대학원 졸업	당뇨병	높음
O65P2	여	66	주부	고등학교 졸업	고혈압, 고지혈증	
O65P3	여	66	주부	대학교 졸업	간염	
O65P4	남	74	은퇴	대학교 졸업	당뇨병, 전립선 비대증	
O65P5	여	68	주부	대학교 졸업	허리협착증, 고혈압, 고지혈증	
O65P6	여	67	주부	초등학교 졸업 이하	신장	낮음
O65P7	남	73	은퇴	대학교 졸업	심장병, 위장 절제술	
O65P8	남	68	프리랜서	고등학교 졸업	백내장, 신경통, 공황장애	
O65P9	남	70	직장인	대학교 졸업	고혈압	
O65P10	여	73	파트 타이머	중학교 졸업	척추협착증, 관절염, 폐암 수술, 혈압약, 고지혈증	
O65P11	여	66	주부	고등학교 졸업	골다공증, 치루	

다음으로, 65-74세 노인이면서 동시에 제2형 당뇨병을 가진 사람들을 모집한 결과, 총 10명이 참여하였다(표 1-11). 남성은 모두 은퇴를 한 상태였고, 여성은 모두 주부였다. 총 참여자 10명 중 4명은 대학교 졸업, 5명은 고등학교 졸업, 1명은 중학교 졸업이었다. 이들은 당뇨병뿐만 아니라, 고혈압, 고지혈증 등 다양한 종류의 만성질환을 앓고 있었다.

〈표 1-11〉 65-74세 당뇨병 환자 초점집단 인터뷰(FGI) 참여자의 특성

ID	성별	나이	직업	학력	만성질환	헬스 리터러시
DM65P1	남	66	은퇴	고등학교 졸업	고혈압, 심부전, 당뇨병	높음
DM65P2	남	73		대학교 졸업	당뇨병, 고지혈증	
DM65P3	여	69	주부	고등학교 졸업	당뇨병	
DM65P4	여	67	주부	대학교 졸업	고지혈증, 당뇨병	
DM65P5	남	70	은퇴	대학교 졸업	당뇨병	
DM65P6	여	70	주부	고등학교 졸업	당뇨병	낮음
DM65P7	여	70	주부	고등학교 졸업	고지혈증, 당뇨병	
DM65P8	남	65	은퇴	고등학교 졸업	당뇨병	
DM65P9	여	71	주부	중학교 졸업	당뇨병	
DM65P10	남	67	은퇴	대학교 졸업	고지혈증, 당뇨병	

5. 전문가 자문

연구 내용, 자료 분석과 초점집단 인터뷰 연구 방법과 결과 해석, 관련 정책방안 논의를 위해 전문가 자문회의를 실시하였다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제2장

감염병 유행과 건강

제1절 국내 코로나19 유행 양상

제2절 코로나19 유행의 건강 영향에 대한 선행연구

제3절 코로나19 유행 기간 건강관리 정책

제 2 장 감염병 유행과 건강

제1절 국내 코로나19 유행 양상

코로나19는 첫 확진자가 2020년 1월 20일에 발생하였으며, 2020년 1월 20일부터 2022년 4월 24일까지 제1급 법정감염병으로 지정되었다. 발생 초기와 비교하여 높은 예방접종률과 경구치료제 보급 등 강화된 대응 수단 및 변이 바이러스 특성을 고려하여 2022년 4월 25일 제1급에서 제2급 법정감염병으로 단계가 조정되었고, 2023년 8월 31일에 제4급 법정감염병으로 단계를 조정하였다.

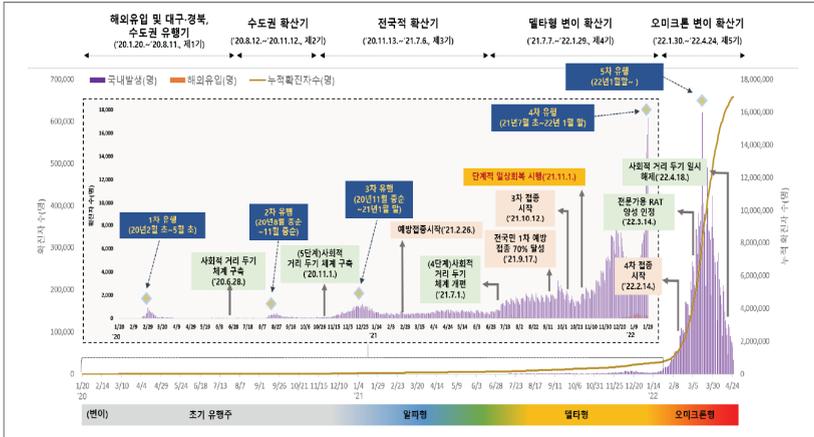
제1급 법정감염병으로 지정된 기간에 코로나19 유행 양상은 다음과 같다.¹⁾ 코로나19 유행은 2020년 1월 20일부터 2022년 4월 24일까지 제1급 법정감염병으로 지정되었다. 제1급 법정감염병으로 지정된 기간(2020.1.20.~2022.4.24.)에 코로나19의 누적 확진자는 16,929,564명(인구 10만 명당 32,785명)이었고, 사망자는 23,045명으로 치명률은 0.14%이었다. 해외 유입을 제외한 국내 발생 확진자 16,897,736명 중 수도권에서는 9,084,961명이 발생하여 53.8%를 차지하였으며, 비수도권은 7,812,775명(46.2%)이 발생하였다.

연령별로는 18세 이하 4,117,327명(24.3%), 19-59세 9,812,940명(58.0%), 60세 이상 2,999,297명(17.7%)이 발생하였다.

1) 안선희 외(2022). 제1급 법정감염병 지정 기간 동안 코로나19 발생 분석(2020.1.20.부터 2022.4.24.까지). 질병관리청 주간 건강과 질병, 15(25).를 요약·정리함.

32 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

[그림 2-1] 제1급 법정감염병 지정 기간 동안 코로나19 발생 현황



출처: 안선희 외(2022). 제1급 법정감염병 지정 기간 동안 코로나19 발생 분석(2020.1.20.부터 2022.4.24.까지). 질병관리청 주간 건강과 질병, 15(25) p.2.

제2절 코로나19 유행의 건강 영향에 대한 선행연구

1. 건강수준

가. 주관적 건강수준과 만성질환 유병

1) 국내

이단비, 안정현, 남진영(2022)은 2020년 지역사회건강조사 자료의 ‘코로나19 유행 이전과 비교했을 때 어떤 변화가 있습니까?’ 문항을 사용하여 코로나19 이후 주관적 건강상태 변화와 생활습관 변화의 관련성을 분석하였다. 이에 따르면, 신체활동이 감소하거나(OR 0.94, 95% CI 0.91-0.98), 중단한 경우(OR 1.28, 95% CI 1.24-1.33)가 있고, 수면시

간이 감소(OR 1.37, 95% CI 1.32-1.41)하고 배달 음식 섭취량이 증가(OR 1.15, 95% CI 1.12-1.19)하고, 사회활동이 감소한 사람(OR 1.11, 95% CI 1.06-1.16)에서 주관적 건강수준이 감소한 것으로 나타났다.

2019년(코로나19 이전), 2020년(코로나19 이후)의 국민건강영양조사 결과를 비교하였을 때, 30대 남성의 비만 유병률은 45.4%에서 58.2%로 증가하였다. 고혈압은 50대 남성, 20대 여성에서 증가하였고 고콜레스테롤혈증은 40대 남성이 20.4%에서 29.2%로, 70세 이상에서는 25.0%에서 32.4%로 유의하게 증가하였다. 소득을 5구간으로 나누었을 때 소득수준이 '하'에 속하는 남성에서 비만, 당뇨병, 고콜레스테롤혈증이 각각 증가하였다(김윤정, 박수연, 오경원, 2021).

질병관리청 보도자료(2022.04.27.)에 따르면, 국내 코로나19 유행 전후(2019-2021년)를 비교하였을 때, 당뇨병 진단 경험률은 2019년에 8.0%, 2021년에 8.8%로 지속적으로 증가한 반면, 당뇨병 진단 경험자 중 치료율은 2019년 91.9%에서 2021년에 91.2%로 소폭 감소하는 양상을 보였다. 비만율은 2018년 31.8%에서 2021년 32.2%로 증가하였으며, 고혈압 진단 경험률은 2019년 19.4%에서 2021년 20.0%로 증가하였다(질병관리청 홈페이지, 2022).

청소년건강행태조사 자료를 사용하여 코로나19 유행 전(2017-2019년), 유행 후(2020-2021년)의 건강행태 변화의 기울기를 비교하였을 때, 남학생과 여학생 모두에서 비만율이 증가하였다. 비만율은 남학생과 여학생 모두 유행 1년 차(2020년)와 유행 2년 차(2021년) 사이에 상대적으로 매우 큰 폭으로 증가(기울기: 남학생=1.9324; 여학생=0.8022)하였다(최선혜, 김양하, 양지은, 오경원, 2022, pp.3-5).

2) 국외

Schmitt, Ashraf, Becker and Sen(2022)의 연구에서는 소아 제2형 당뇨병에 코로나19가 직접적인 영향을 미치는지 확인하기 위해 일개 병원에 내원한 환자 642명을 대상으로 발생률을 비교하였다. 그 결과, 월간 발생률은 코로나19 이전 기간에 11.1(±3.8)%, 코로나19 유행 기간 동안 19.3(±7.8)%로 유의한 증가세를 보였다.

Restrepo(2022)의 연구에서는 Behavioral Risk Factor Surveillance System을 활용하여 비만 유병률의 추이를 확인한 결과, 2019년부터 코로나19 팬데믹 이전인 2020년 3월까지에 비해 미국 성인에서 월평균 BMI가 0.6% 증가하였으며, 비만 유병률은 3.0% 증가한 것으로 나타났다.

만성질환을 가진 아동 및 청소년의 비만과 BMI의 변화를 살펴본 연구에서는 미국의 청구자료를 사용하여 우울증, 정신질환, 고혈압, 당뇨병, 간질 등의 약물을 처방받은 5-20세 환자를 대상으로 코로나19 유행 기간의 비만과 BMI의 변화를 분석하였다. 그 결과, 비만 유병률은 팬데믹 이전 23.8%에서 팬데믹 이후에 25.5%로 증가한 것으로 나타났다. 연령 그룹별로 세부적으로 살펴본 결과, 모든 연령 그룹에서 비만율이 유의하게 증가하였으며, 특히 5-13세, 13-18세에서 크게 증가한 것으로 나타났다(Rifas-Shiman, et al., 2022, p.3-6).

네덜란드에서는 2년마다 구축되는 패널 자료 중 하나인 NTR (Netherlands Twin Register)에 등록된 자료를 활용하여 연구했다. 이 연구에서는 2020년 4-5월을 코로나19 유행 기간으로 정의하고, 2014-2015년, 그리고 2019-2020년에 수집된 두 자료를 코로나19 유행 이전으로 정의하여, 주관적 건강수준을 비교분석하였다. 그 결과, 응답자의 66.7%는 주관적 건강수준에 변화가 없었으며, 22.5%는 상승하였고, 10.8%는 하락하였다(Van De Weijer et al., 2022, pp.2-3).

유럽의 연구들은 코로나19 유행 기간에 만성질환 발생률이 감소했다고 보고하고 있다. 먼저 호주에서는 12개 만성질환(당뇨병, 천식, 허혈성 심질환, 심뇌혈관질환, 고혈압, 우울, 불안장애, 암 등)의 발생률을 코로나19 발생 이전(2019년)과 유행 기간(2020년)으로 나누어 비교하였다. 그 결과, 불안장애를 제외한 모든 만성질환에서 발생률이 감소하였다. 이는 코로나19 발생으로 인한 의료이용 감소 등의 사유로 신규 진단이 지연되었기 때문이라고 보고하고 있다(Wikström, Linna, & Laatikainen, 2022, pp.982-983.). 영국에서 발표한 연구에서도 제2형 당뇨병 발생률이 코로나19 유행 기간인 2020년에 감소하였고, 특히 하위그룹의 노인, 남성, 빈곤 지역의 인구집단에서 크게 감소한 것으로 나타났다(Carr, et al., 2022. pp.413-414).

나. 정신건강

1) 국내

코로나19 유행은 신체건강 이외에 우울감, 불안감 등 정신건강에 주요하게 영향을 미쳤다. 2020년, 2021년의 청소년건강행태 온라인 조사를 비교하였을 때 2020년에 비해 2021년에 스트레스를 많이 느낄 확률이 1.18배(OR=1.18), 외로움을 느낄 확률은 1.07배(OR= 1.07), 범불안장애 고위험군 발생위험 확률은 1.05배(OR=1.05), 스마트폰 사용 고위험군일 확률은 1.17배(OR=1.17) 증가하였다(강재욱, 2022).

Han & Song(2021)의 연구에서는 청소년 건강행태온라인조사 자료를 활용하여 청소년의 우울·자살생각과 코로나19로 인한 주관적 경제수준 변화의 관계를 분석하였다. 코로나19 유행 기간 동안 가구 경제수준이 악화된 경우 악화되지 않은 경우에 비해 우울증상이 있거나(매우 악화:

OR=1.80; 약간 악화: OR=1.34) 자살생각을 하는(매우 악화: OR=1.75; 약간 악화: OR=1.24) 오즈가 증가하는 것으로 나타났다.

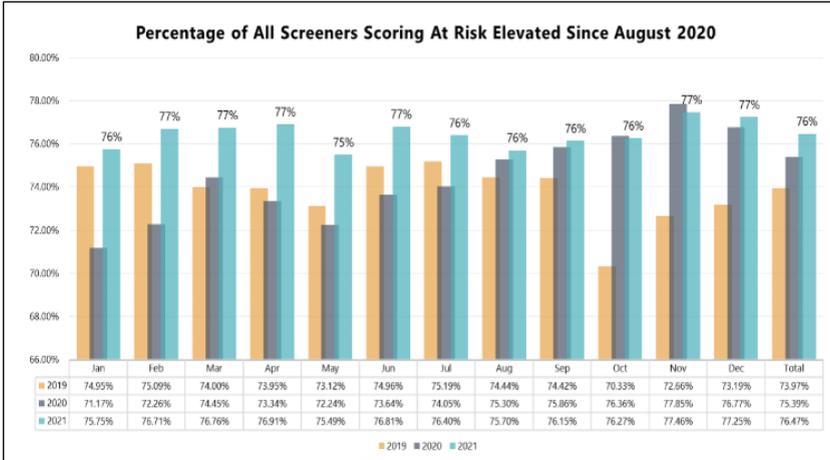
코로나19 유행 기간의 정신건강 수준 저하는 질적 연구에서도 보고되었다. 이나윤과 강진호(2020)는 2020년 3-7월 인터뷰를 통해 코로나19를 경험한 노인의 정서적 변화를 분석하였다. 코로나19 확산에 대한 불안, 확진자 및 사망자 증가 소식에 대한 두려움, 외출 자제로 인한 우울함, 종식에 대한 기대의 4개 주제가 도출되었으며, 노인들은 특히 외출 자제로 우울 및 답답함, 무기력함을 경험한 것으로 나타났다. 2020년 8월에 실시된 수도권 노인복지관 이용자 및 자원봉사자 대상 질적 연구에서 복지관 운영 중단에 따른 고립으로 인한 스트레스를 해소할 수 있는 자원을 가진 노인이 그렇지 않은 노인들보다 스트레스를 덜 느끼는 것으로 나타났다(신혜리, 윤태영, 김수경, 김영선, 2020).

2) 국외

미국의 Mental Health America(MHA)는 2014년부터 무료 온라인 검사를 제공하고 있다. 코로나19 유행 기간 동안 해당 서비스를 통해 검사를 받은 인구는 2019년에 비해 약 500% 증가하여, 2021년에는 약 544만 명이 검사를 받았다. 해당 검사 도구를 이용해 정신질환 양성 또는 중등·중증 징후의 점수를 받은 대상자는 76%(3,177,747명)로 나타났다²⁾(MHA 홈페이지, 2022).

2) <https://mhanational.org/mental-health-and-covid-19-april-2022-data>

[그림 2-2] 미국의 코로나19 유행 기간 mhascreening을 이용한 정신건강 위험진단자 비율



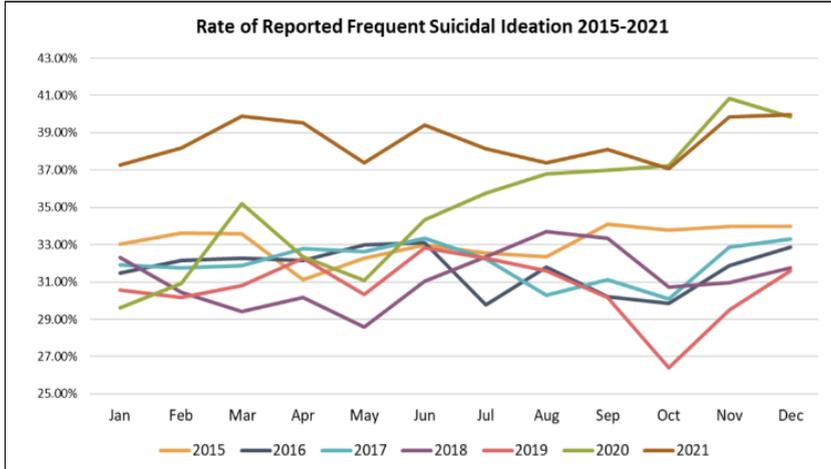
자료: MHA홈페이지. Mental Health and COVID-19 2021 Data.

<https://mhanational.org/mental-health-and-covid-19-april-2022-data>에서 2023.11.01. 인출

우울, 불안 등의 위험 점수를 받은 비율의 증가와 마찬가지로 자살/자해의 위험 점수를 받은 사람이 증가하였다. 자살/자해생각은 2019년 31%에서 6%p 증가하여 2020년에는 37%로 나타났다(그림 2-2 참조).

38 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

[그림 2-3] 미국의 코로나19 유행 기간 mhascreening을 이용한 자살/자해 위험 진단자 비율

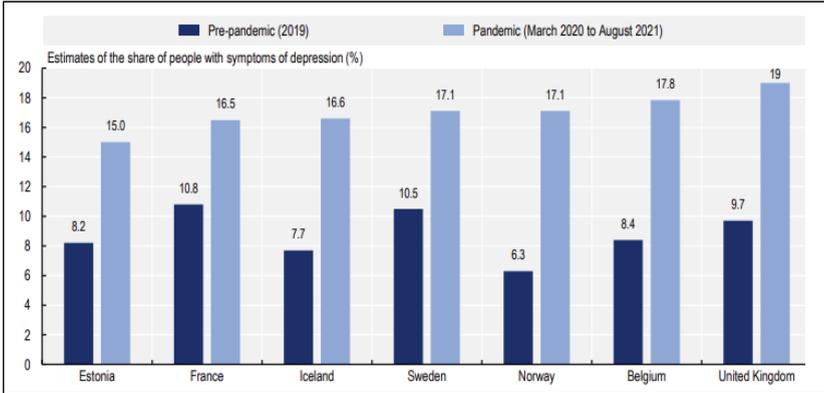


자료: MHA 홈페이지. Mental Health and COVID-19 2021 Data,
<https://mhanational.org/mental-health-and-covid-19-april-2022-data>에서 2023.11.01. 인출

코로나19 팬데믹은 유럽 전역에서 정신건강에 대한 위험 요소를 높였고 많은 보호 요소를 약화시켜 사람들의 정신건강을 크게 악화시켰다. 비교할 수 있는 데이터는 여전히 부족하지만, 우울증 유병률에 대한 국가 추정에 따르면, 다수의 유럽 국가에서 팬데믹 기간 동안 우울증 증상의 유병률은 팬데믹 이전 수준의 두 배에 달했다(Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)·European Union(EU), 2022, p59) (그림 2-4 참조).

[그림 2-4] 코로나19 유행기간 유럽의 우울증 유병률 변화

단위: Estimates of the share of people with symptoms of depression (%)



주: 팬데믹 기간 유병률 추정치는 2021년 8월까지의 전국 장기 조사 또는 반복 조사에서 수집된 평균임. 국가 간 비교는 전국 조사 횟수와 시기의 차이로 인해 제한됨. 우울증 증상은 프랑스와 에스토니아를 제외하고 PHQ-8 또는 PHQ-9를 사용하여 측정하였음. 대유행 동안 프랑스의 우울증 증상은 HADS-D를 사용하여 측정되므로 다른 국가에 비해 추정치가 낮음. 일부 팬데믹 이전 및 팬데믹 국가 데이터는 서로 다른 채점 방법을 사용하여 증상 증가를 과소평가할 가능성이 있음.

자료: Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)

·European Union(EU). (2022). Health at a Glance: Europe 2022. p59.
<https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

Ahmed et al.(2023)은 코로나19 유행 시기 유럽 고소득 국가의 정신 건강 변화를 살펴보기 위해 2020년 3월부터 2022년 2월까지의 177개 문헌에 대해 체계적 문헌 고찰을 수행하였다. 여러 역학 연구에서 팬데믹 동안 일부 정신건강 문제의 유병률이 이전에 비해 더 높았다고 보고했지만, 시간이 지남에 따라 다시 감소한 것으로 나타났다. 반면, 정신건강의 료서비스 이용은 팬데믹이 시작될 때 감소했지만, 2020년 후반과 2021년까지 증가한 것으로 나타났다.

스페인에서 코로나19 유행 기간에 신체활동과 정신건강 사이의 관계를 분석하기 위해 328명을 대상으로 척도를 바탕으로 불안 등의 정신건강, 신체활동 점수 등을 측정하였다. 그 결과 신체활동이 증가할수록

STAI(State-Trait Anxiety Questionnaire)로 측정된 불안이 감소된 것으로 나타났다(Reigal et al, 2021. p.1).

2. 건강행동

가. 흡연과 음주

1) 국내

최은희(2022)는 2019-2020년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 코로나19 발생 전후의 건강행태의 차이를 비교하였다. 이 연구 결과, 성인(19-64세)에서는 흡연이 유의하게 감소하였고, 노인에서는 음주가 유의하게 증가하였다. 소득수준을 상, 중, 하로 구분하여 집단별 건강행태의 차이를 확인한 결과, 소득수준이 '상'인 대상자들에서는 흡연이 상승하고, 음주는 감소하였다. '하'인 대상자들에서는 흡연이 감소한 것으로 나타났다.

청소년건강행태조사 자료를 사용하여 코로나19 유행 전(2017-2019년), 유행 후(2020-2021년)의 건강행태 변화의 기울기를 비교하였을 때 남학생과 여학생 모두에서 현재 흡연율(기울기: 남학생=-0.0071; 여학생=-0.0015), 현재 음주율(기울기: 남학생=-0.0120; 여학생=-0.0105)이 유의하게 감소한 것으로 나타났다(최선희 외, 2022. pp.3-5).

권미영과 조명선(2022)은 한국노동패널 자료를 활용하여 2020년 성인 남성 및 근로자의 흡연과 관련된 요인을 분석하였다. 코로나19로부터 영향을 받아 변화된 정도를 측정하기 위해 독립변수로 건강, 가족관계, 친구 및 지인과의 연락, 채용·구직·창업, 수면시간, 슬픔, 외로움, 소득 감소 여부의 문항을 활용하였고, 종속변수로는 흡연 시간의 변화 여부 문항을 활용하였다. 그 결과, 코로나19로 건강에 영향이 있는 경우, 친구 및

지인과의 연락에 영향이 있는 경우, 수면시간이 변한 경우, 소득 감소를 경험한 경우에는 흡연 시간 증가에 뚜렷한 영향을 미쳤다.

2) 국외

Knell, Robertson, Dooley, Burford and Mendez(2020)는 미국 성인을 대상으로 코로나19 유행 시기에 자택에 머물도록 하는 기간(Stay at home orders) 동안 흡연, 음주 등 부정적인 건강행동의 변화를 확인하기 위한 설문조사를 수행하였다. 대상자 중 30.5%가 흡연량이 증가하였다고 응답하였으며, 50.3%가 유지되었다고 응답하였다. 음주량의 변화에서는 38.5%가 증가하였다고 응답하였으며, 49.6%가 유지되었다고 응답하였다.

2020년 코로나19 팬데믹 시기 유럽의 흡연 행동 변화는 매우 혼합적이었다. 24개국 269,164명의 참가자 자료를 수집한 31개 연구에서 12개 연구를 메타 분석한 결과, 코로나19 대유행 동안 통합 흡연율이 0.87(95% CI: 0.79-0.97)로 코로나19 이전보다 낮았다. 흡연율이 1보다 작거나 큰 것은 코로나19 기간에 흡연율이 감소하거나 증가했음을 의미한다. 흡연자의 흡연율을 상세히 살펴보면, 전체 흡연자 중 21%(95% CI: 14~30%)는 흡연량이 줄었고, 27%(95% CI: 22~32%)는 높아져 이질성이 높은 편으로 나타나, 비슷한 비율로 흡연을 더 많이 하거나 덜 흡연한다고 보고했다(Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)·European Union(EU), 2022, p.108). 그리고 전체 흡연자의 50%(95% CI: 41~58%)는 흡연량에 변화가 없고, 4%(95% CI: 1~9%)만 금연했다고 보고했다(Sarich et al., 2022).

나. 식생활

1) 국내

청소년건강행태조사 자료를 사용하여 코로나19 유행 전(2017-2019년), 유행 후(2020-2021년)의 건강행태 변화의 기울기를 비교하였을 때, 남학생과 여학생 모두에서 과일 섭취율이 유의하게 감소하였고 아침 식사 결식률이 증가하는 추이를 보였다.(최선희 외, 2022, pp.3-5) 노인복지관의 운영 중단으로 인한 급식 중단은 노인의 영양부족으로 이어지기도 하였다(신혜리 외, 2020).

이성립과 허은정(2023)은 식품소비실태조사 자료를 이용하여 코로나19 유행 전후의 1인 가구 식사 유형의 변화를 살펴보았다. 일주일 평균 집밥 식사 횟수는 2018년 평균 11.8회에 비해 2020년 평균 13회로 증가하였으며, 배달 음식 식사는 코로나19 유행 이전에 비해 약 2배 증가한 것으로 나타났다.

2) 국외

코로나19 팬데믹으로 인한 식습관 변화는 긍정적인 측면과 부정적 측면이 모두 있었다. 일부 연구에서 과일 및 야채 섭취가 증가하고 집에서 만든 식사가 증가한 것으로 나타난 점은 긍정적인 변화였다. 그러나 다른 연구에서는 스낵 섭취 빈도가 증가하고 신선한 제품에 대한 접근이 더 제한되는 것으로 나타나 부정적 변화도 확인할 수 있었다(EIT Food, 2021; Skotnicka, Karwowska, Klobukowski, Wasilewska & Malgorzewicz, 2021; Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)·European Union(EU), p.118 재인용).

다. 신체활동

1) 국내

2020년 지역사회건강조사 자료를 활용한 연구에서는 코로나19 유행 이전과 비교하여 건강수준, 건강행태 변화를 조사하였다. 신체활동과 수면시간이 감소하고 배달 음식 섭취량이 증가하였다(이단비 외, 2022). 또한 30대 이상, 여성, 교육수준이 높을수록, 도시 거주, 아파트 거주, 200만원 미만에 비해 월평균 소득이 높을수록, 주관적 건강이 나쁠수록, 우울감을 경험할 때, 기혼일 때 신체활동이 유의하게 감소하는 것으로 나타났다(윤필한, 우다래, 박상신, 2022, p.103-105).

최은희(2022)는 2019-2020년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 코로나19 발생 전후의 신체활동을 비교하였다. 코로나19 유행 전(2019년), 코로나19 유행 후(2020년)의 신체활동을 비교해본 결과, 노인(65세 이상)에서 유산소 운동과 걷기 실천율이 유의하게 증가하였다. 소득수준을 상, 중, 하로 구분하여 집단별로 살펴보았을 때에는 소득수준이 '상'과 '하'인 대상자들에서 걷기 실천율이 감소하였다.

2020년 8월에 실시된 질적 연구에서도 코로나19로 인한 노인복지관 운영 중단 후 노인들이 건강 불안감으로 외출을 자제한 것으로 보고되었다(신혜리 외, 2020).

2) 국외

Knell et al.(2020)은 미국 성인을 대상으로 코로나19 유행으로 자택에 머물도록 하는 기간(Stay at home orders) 동안의 건강행동의 변화를 확인하기 위한 설문조사를 수행하였다. 신체활동이 감소하였다고 응답한 사람은 39.0%였으며, 유지되었다고 응답한 사람은 35.8%였다. 수

면시간과 관련해서는 수면의 질이 유지되었다고 응답한 사람이 59.4%였다. 우울 점수가 신체활동 감소에 유의한 영향을 주었고, 우울증상이 없거나 적은 사람에 비해 우울증상이 중등도·중증도인 경우 신체활동이 감소할 확률이 5.32배(95% CI, 3.73-7.58) 높은 것으로 나타났다.

코로나19 유행이 발생한 첫해(2020년) 동안 폐쇄로 인해 유럽 대부분 사람들의 신체활동이 감소하고 앉아서 생활하는 행동이 증가하였다 (Stockwell et al, 2021; Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)·European Union(EU), 2022, p.120 재인용). 예를 들어, 프랑스에서는 2020년 4월 첫 번째 봉쇄 기간에 수행한 성인 4,000명 대상의 설문조사에서 45%가 신체활동이 감소하고, 59%가 화면 시청이 증가했다고 보고했다(Constant, Conserve, Gallopel-Morvan, & Raude, 2020; Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)·European Union(EU) 2022, p.120 재인용).

Leite, Raimundo, Mendes & Marmeleira(2022)는 2020년 12월 27일부터 2021년 1월 5일까지 포르투갈 제2형 당뇨병 노인 환자(60-80세) 17명을 전화 인터뷰하여 코로나19 유행 초기 9개월간의 경험을 연구하였다. 노인들은 운동센터 이용이 중지되었고, 코로나19와 이동성 부족에 대한 두려움을 가지고 있었으나, 이후 활동적인 신체생활을 유지하는데 적응하였다.

3. 의료이용

우리나라는 미국, 유럽과 달리 코로나19 유행 후 의료 이용량이 감소하였으나 미충족 의료 경험의 크게 증가하지는 않았다.

가. 의료이용 연기와 포기

1) 국내

코로나19 유행 초기에 의료이용이 감소하였다. 코로나19 발생 전(2018-2019년)과 비교하여 발생 후(2020년)에 응급실 방문 건수가 22.8% 감소하였으며(김정주, 김상미, 신동교, 2022, pp.377-380), 내원 일수(입원 일수, 외래방문 일수)를 사용하여 의료 이용량을 평가한 결과 외래 이용량이 입원에 비해 코로나19에 영향을 많이 받았고 유의하게 감소하였다(오정윤, 조수진, 최지숙, 2021). 최은희(2022)는 2019-2020년 국민건강영양조사 자료를 사용하여 코로나19 유행 전(2019년)과 코로나19 유행 후(2020년)의 의료이용을 비교하였는데 19-64세 성인의 손상과 병원 입원이 감소하였고, 65세 이상 노인의 인플루엔자 예방접종이 감소하였다. 2020년 실시된 성인 대상 설문조사에서 73.2%가 가끔 또는 항상 병원 방문을 피한 것으로 나타났다(Lee & You, 2021).

2) 국외

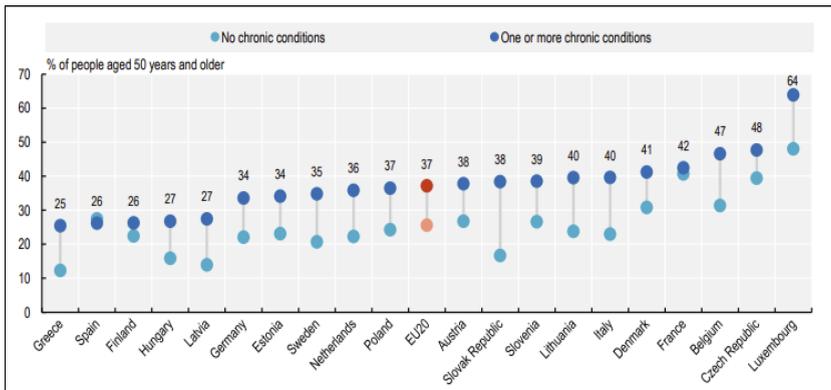
코로나19 팬데믹은 사회·경제·의료서비스에 즉각적이고 광범위한 혼란을 가져왔다. 만성질환을 앓고 있는 사람들은 팬데믹 동안 ‘이중 위협’에 직면했다. 이들은 코로나19로 인한 합병증과 사망에 더 취약한 동시에, 격리 기간 동안 치료 연속성 중단을 경험하고, 충족되지 않은 의료 요구 사항이 더 많았다. 코로나19 유행으로 많은 국가들이 만성질환자들을 위한 의료서비스 제공에 어려움을 겪었다. 유럽의 건강, 노령화 및 은퇴 조사(SHARE)에 따르면, 만성질환이 있는 50세 이상의 사람들은 만성질환이 없는 사람들에 비해 팬데믹의 첫 몇 달 동안 의료서비스 이용을 포기하거나 연기한 확률이 높은 것으로 나타났다. 아래 [그림 2-5]를 살펴보

46 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

면, 유럽에서 평균적으로 만성질환이 없는 사람의 26%가 진료를 취소하였고, 만성질환자의 37%가 진료를 취소하거나 연기했다(Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)·European Union(EU), 2022, p.67).

[그림 2-5] 만성질환 유무에 따른 유럽 50세 이상 사람 중 코로나19 첫 달 동안 치료 포기 또는 연기 비율

(단위: %)

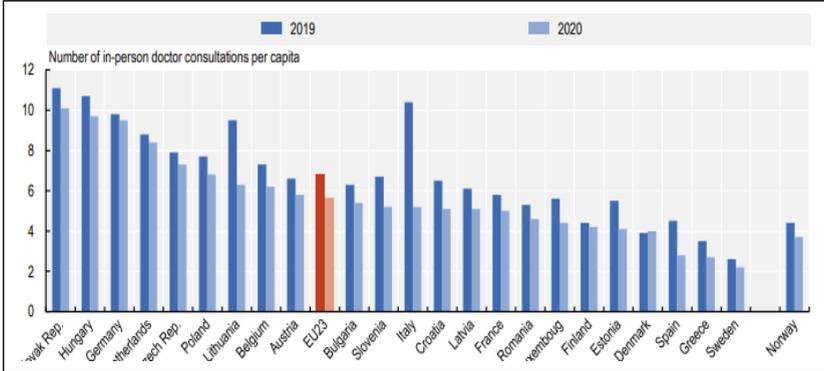


주: 본 자료는 2020년 6월부터 8월 사이에 수집된 데이터임. 만성질환은 AMI/심부전, 고혈압, 고콜레스테롤, 뇌졸중 또는 혈관 질환, 당뇨병 또는 고혈당, 만성 폐 질환, 파킨슨병, 알츠하이머병, 치매 또는 기타 심각한 기억 문제, 류마티스 관절염, 골관절염 또는 다른 류머티즘, 만성 신장 질환을 포함함.

자료: Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)·European Union(EU). (2022). Health at a Glance: Europe 2022, p67. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

한편, 일차의료는 급증하는 진단 수요에 대처하고 최소한 의료서비스 제공과 치료를 연속적으로 제공하는 데 필수적이어야 한다. 그러나 코로나19 기간 이동성 및 접촉 제한으로 인해 일차의료서비스가 중단되었다(Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)·European Union(EU), 2022, p.54).

[그림 2-6] 유럽의 코로나19 시기 1인당 의사 대면 진료 건수



주: 데이터에는 모든 의사(일반이나 전문의)와의 상담이 포함됨. 스페인의 데이터는 국가 보건 시스템의 일차의료센터에서의 상담만 포함하므로 과소평가 되었음.

자료: Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)-European Union(EU), (2022). Health at a Glance: Europe 2022, p55. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

나. 미충족 의료 경험

1) 국내

Kim, You, & Shon(2021)의 연구에서는 국내 코로나19 유행 시기인 2020년 4월 28일-5월 1일 동안 성인 813명을 대상으로 미충족 의료 경험을 조사하였다. 해당 기간에 13.4%가 미충족 의료를 경험한 것으로 나타났다. 이를 특성별로 살펴보면, 여성이 남성보다(OR=1.83), 만성질환이 1개(OR=2.23), 2개 이상(OR=2.34) 있는 경우, 코로나19에 대한 두려움이 클수록(OR=1.32) 미충족 의료를 경험하는 것으로 확인되었다. 반면 연령이 1세 높아질수록, 학력이 높을수록 미충족 의료 경험의 오즈비가 낮은 것으로 나타났다. 가구 균등화 소득수준이 '상'인 그룹에 비해 '하'인 그룹은 미충족 의료를 경험할 가능성이 4.95배 높았으며, 지난 1년간 가구소득이 비슷하거나 증가한 그룹에 비해 소득이 감소한 그룹에

서 2.24배 높았다.

김수진, 김현규, 이재은, 배재용, 김수정(2020)의 연구에서는 2020년 11월 전국 65세 이상 노인 2,000명을 대상으로 코로나19로 인한 미충족 의료 경험에 대해 조사를 실시하였다. 노인에서는 전체 10.1%가 해당 기간에 필요한 의료서비스를 받지 못한 경험이 있는 것으로 나타났다. 이를 서비스 유형별로 보면, 미충족 의료이용 경험이 있는 사람 중 52.2%가 정기적인 외래서비스를 받지 못하였고, 54.3%는 새로운 건강상의 문제에 대한 외래서비스를 받지 못했다고 응답하였다. 이때 정기적인 외래서비스를 받지 못한 이유로 스스로 치료를 포기한 비율이 78.8%였으며, 그 이유로 코로나19 감염 우려가 87.2%의 응답을 보였다.

2021년에 실시된 설문조사에서도 전국 17개 시도 거주자 500명 중 최근 1년간 미충족 의료를 경험하였다고 응답한 사람은 17.8%였다. 중복 응답된 미충족 의료 이유는 감염 우려가 63.2%였고, 시간을 내기 어려워서(17.7%), 의료비 부담(17.7%), 금전적 손실에 대한 부담(14.2) 등의 순으로 나타났다(송은솔, 박은자, 최슬기, 2022)

2) 국외

코로나19 유행 초기, 유럽의 보건의료서비스는 감염병 예방과 치료에 초점을 맞추면서 많은 서비스가 중단되어 미충족 의료 발생이 증가하였다. 예를 들어, 다른 보건의료서비스를 제공하는 데 필요한 의료 인력, 병상이나 장비 등의 수요 대응을 소홀히 하여 비급여 수술 및 진료가 미뤄지거나 취소되어 수술 대기시간이 늘어났으며, 환자들이 필요한 치료를 받기까지 더 오랜 시간이 소요되었다. 이러한 상황에서, 환자들은 코로나 19 노출에 대한 두려움이 더해져 보건의료서비스를 지연하거나 회피하는 예도 많았다.

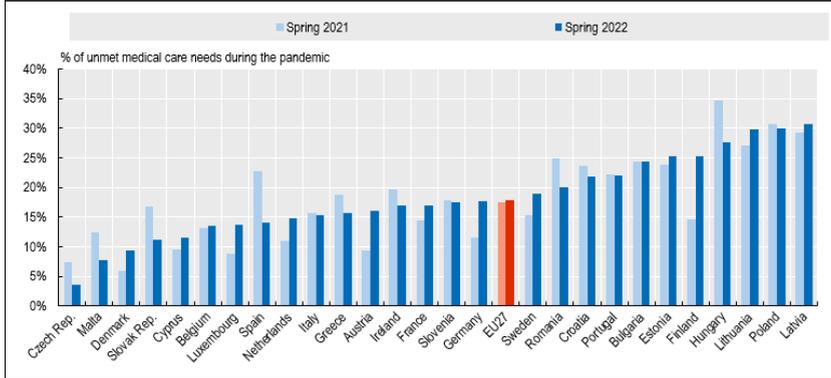
유럽의 Health at a Glance에서 코로나19 전후 미충족 의료의 변화를 살펴보기 위해 유럽 소득 및 생활수준 조사(Eurostat EU Statistics on Income and Living Conditions, 이하 EU-SILC)와 Eurofound가 조사한 유럽의 생활 및 근로환경 조사(The European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions)를 비교하였다.

코로나19 이전(2018년 또는 2019년) 유럽 소득 및 생활수준 조사(EU-SILC)에 따르면, 재정적, 지리적 그리고 긴 대기 시간의 이유로 발생한 미충족 의료 경험률은 1.8%(유럽 27개 평균)로 나타났다(Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)·European Union(EU), 2022).

그러나 코로나19 이후 Eurofound가 실시한 유럽의 생활 및 근로환경 조사에 따르면, 2020년은 코로나19 유행 초기에 보건의료서비스가 제대로 운용되지 않아 유럽 27개 국가의 평균 미충족 의료 경험률이 20%로 높았다. 2021년은 대부분 국가의 보건의료시스템이 비교적 빠르게 회복했지만, 여전히 17%로 전년 대비 비슷한 비율의 사람들이 미충족 의료를 경험하였다(Eurofound, 2022). 국가별로 보면 헝가리가 35%로 가장 높았으며, 이탈리아가 16%, 핀란드와 스웨덴이 15%, 프랑스가 14%, 독일이 11%로 나타났다. 그리고 2022년은 미충족 의료 경험률이 18%로 나타났다. 체코, 헝가리, 루마니아, 스페인 등의 일부 국가에서는 2020년에 비해 미충족 의료 수요가 감소하였으나, 여전히 비슷한 비율로 코로나19 유행 시기 동안 축적된 유럽의 미충족 의료가 개선되지 않은 것으로 나타났다(Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)·European Union(EU), 2022).

50 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

[그림 2-7] 코로나19 시기 유럽의 미충족 의료 경험률(2021 봄, 2022 봄)



주: Eurofound’s Living, working and COVID-19 e-survey를 실시함.
 자료: Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)-European Union(EU). (2022). Health at a Glance: Europe 2022. p.50.
<https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

미충족 의료는 대부분의 나라에서 중요한 과제 중 하나이다. 그런데 코로나19 대유행으로 인해 미충족 의료 문제가 더욱 심각해졌다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 미충족 의료 발생 원인을 구분하여 살펴보는 것이 필요하다.

코로나19 팬데믹 이전에 조사된 2019년 European Health Interview Survey(EHIS)³⁾에 따르면, 15세 이상 EU 인구의 1/4(25%)이 재정적, 지리적(거리/교통), 의료기관 대기(waiting list) 등으로 인해 미충족 의료를 경험하였다고 보고하였다. 이를 세 가지 유형별로 살펴보면 의료기관 대기(waiting list)가 길어서가 19.4%로 가장 높았으며, 재정적 이유가 13.0%, 지리적(거리/교통) 이유가 4.0%로 나타났다(Organisation for Economic Co-operation and Development

3) 유럽건강면접조사(EHIS)는 15세 이상, 12개월 동안 의료서비스에 대한 미충족 요구를 보고한 비율과 구체적 이유를 질문함.

(OECD)·European Union(EU), 2022; Eurostat Database, 2022).

한편, 코로나19 팬데믹 이후 조사에서 나타난 미충족 의료 원인은 다음과 같다. Eurofound가 2020년 3월에서 7월 사이에 실시한 코로나19 온라인 설문조사에 따르면, 진료 및 치료가 필요한 유럽인 중 1/5(20%) 이상이 치료를 받지 못했다. 그 사유로 10명 중 9명은 코로나19 관련이었으며, 응답자의 85%가 코로나19로 인한 보건의료 자원의 가용성 부족 문제를 지적하였다(Eurofound, 2021). 이는 국가별로 비슷한 비율로 나타났다으며, 유럽 전역의 의료기관은 코로나19에 감염되어 긴급 치료가 필요한 엄청난 수의 환자를 처리하기 위해 그 외 질환자에 대한 서비스를 취소하거나 연기했다(Eurofound, 2022; Dubois, 2021.1.18.). 미충족 의료의 다른 원인으로는 코로나19 감염에 대한 두려움을 37%가 응답하였다. 이 비율은 불가리아, 그리스, 스웨덴 등의 일부 회원국에서 약 60%로 다른 국가에 비해 높았는데, 이는 보건의료서비스가 코로나19 감염을 예방할 만큼 충분히 잘 준비되어 있지 않다고 느끼는 낮은 신뢰감이 반영된 것이다(Eurofound, 2022).

한편, 2021년 EU-SILC⁴⁾에 따르면, 16세 이상 EU 인구 중 의료 검사 또는 치료에 대한 미충족 의료는 평균 4.8%였으며, 국가별로 에스토니아는 12.7%, 그리스는 12.3%, 프랑스는 6.6%, 스웨덴은 4.7%, 스페인은 2.8%, 독일은 0.5%로 나타났다. 미충족 의료의 주요 원인은 보건의료체계와 관련하여, 고비용 1.0%, 거리 문제 0.1%, 의료기관 대기(waiting list)가 0.9%로 나타났다. 그 외에 기타 이유가 1.9%, 문제가 저절로 개선되길 기다림이 0.4%, 두려움이 0.3%, 시간이 없어서가 0.2%를 차지하였다(Eurostat, 2023).

4) EU-SILC은 16세 이상, 12개월 동안 의료 또는 치과 치료가 필요하다고 느꼈지만, 받지 못하였는지 묻고, 치료의 필요성에 충족되지 않은 이유에 대해 질문함.

지금까지 살펴본 여러 조사는 조사에 따라 조사 목적, 조사 기간, 조사 방법 등이 다르다. 그러나 미충족 의료에 대한 문항에 대해 코로나19 전후로 비교하면, 이전에 비해 의료기관에 진료 예약 또는 치료받기가 더욱 어려워졌다고 응답했다. 또한 비용, 거리, 시간 등의 접근성 문제도 여전히 나타났으며, 코로나19 감염에 대한 두려움으로 의료서비스 회피, 건강이 저절로 해결될 것이라는 신념, 그리고 아플 때 어디로 가야 할지 정보가 없는 등으로 헬스 리터러시 역량이 부족한 것을 확인할 수 있었다. 따라서 미충족 의료 문제를 해결하기 위해 보건의료체계를 개선하고 효율적으로 운영하는 것이 중요하다.

다. 만성질환 관리

코로나19 유행 기간에 지속적인 질환 관리가 중요한 당뇨병 환자를 대상으로 한 질적 연구가 여러 편 발표되었다. Tan et al.(2022)은 코로나19 이전 기간(코로나19 유행 이전-2019년 7월)과 유행 이후 기간(2020년 11월)으로 나누어 싱가포르 거주 제2형 노인 당뇨병 환자를 인터뷰하였다. 당뇨병 환자들은 식당이 문을 닫고 슈퍼마켓 방문이 제한되어 식사의 질이 저하되었고, 대부분의 참여자가 실외 신체활동 참여가 어려워 신체활동 수준이 저하되었다. 포르투갈 제2형 당뇨병 노인 환자에서도 코로나19 유행 초기에 기존에 이용한 운동센터 사용이 중지되어 식이 패턴과 체중이 변화한 것으로 나타났다(Leite et al., 2022). 덴마크의 임신성 당뇨 환자에 대한 질적 연구에서는 코로나19로 인한 봉쇄 기간(2020년 4-5월) 동안 보건의료인, GP와의 접촉이 제한되어 온라인, SNS에서 필요한 정보를 찾았으나 문제 해결에 어려움을 느꼈다는 언급이 있었다(Jensen et al., 2022).

4. 헬스 리터러시

Jensen et al.(2022)은 2020년 4-5월 덴마크의 임신성 당뇨병 환자 11명을 전화와 화상으로 인터뷰하였다. 임신성 당뇨병 환자들은 의사(GP)와 보건의료 인력이 코로나19 대응에 바빠 본인들과 접촉이 어려운 상황을 이해하였고, 인터넷과 SNS에서 필요한 정보를 찾았으나 일부 연구 참여자는 정보 탐색에 어려움이 있었고 이를 통해 충분히 도움을 받지 못했다.

Knottnerus et al.(2022)는 헬스 리터러시가 낮은 사람들이 코로나 19와 대응 조치에 대한 정보를 이해하고 활용하는 데 어려움이 있었는지 파악하고자 2020년 6-10월 네덜란드에서 헬스 리터러시가 낮은 28명의 사람들을 전화로 인터뷰하였다. 연구 참여자들은 코로나19 관련 정보의 양이 많다고 평가하였으나 정부에서 사용한 용어가 어려웠고, 정부와 전문가들이 제공한 정보가 서로 모순되는 경험을 하였다. 몇몇 참여자들은 보건의료 전문가에게 코로나19에 관한 정보를 제공받았고, 이 정보가 더 신뢰할 만했으며, 다른 정보보다 개인적으로 적합했다고 평가하였다. 몇몇 참여자들은 2020년 상반기에 병원진료, 물리치료, 정신건강 케어에서 지연을 경험하였다. 대다수의 참여자들이 디지털로 보건의료서비스를 이용하였는데, 몇몇 참여자들은 인터넷을 사용할 때 도움이 필요했고, 보건의료 전문가를 대면 접촉할 수 없는 것에 좌절하였다고 언급하였다.

제3절 코로나19 유행 기간 건강관리 정책

코로나19 유행은 코로나19 바이러스에 감염되지 않은 많은 사람들의 건강에도 영향을 주었다. 그런데 만성질환자는 코로나19 합병증과 사망에 취약할 뿐만 아니라 일상적인 진료체계가 붕괴·변화되어 어려움을 겪었다. 제3절에서는 만성질환을 중심으로 국제사회의 건강관리 정책에 대한 평가를 살펴보았다.

1. 일차의료 강화⁵⁾

경제협력개발기구(OECD)에 속한 국가들에서는 코로나19 유행 기간에 일차의료를 강화하기 위해 일차보건의료서비스 전달체계의 재구조화, 일차보건의료 업무와 책임의 조정, 디지털 도구 및 시스템을 활용을 추진하고, 코로나19 유행으로 업무량과 위험이 늘어난 일차의료 케어 제공자의 급여를 인상하는 조치를 하였다.

○ 일차보건의료서비스 전달체계의 재구조화

다학제 일차보건의료 케어팀을 만들고, 이 팀과 지역사회 서비스를 강하게 결합하여 코로나19 유행 기간에 지역사회를 지원하였다. 프랑스, 아이슬란드, 아일랜드, 슬로베니아, 영국에서는 팀 진료업무를 만들고 지역사회 서비스와 이를 결합했다. 오스트리아에서는 일차 헬스케어 센터가 코로나19 유행 기간에 보건의료 전달체계를 유지하는 데 중요한 역할을

5) Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD), 2021. Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during COVID-19 pandemic을 요약, 정리함.

했는데, 다학제 일차의료팀이 코로나19 환자와 코로나19에 감염되지 않은 환자 모두에 대한 케어를 제공했다.

일차보건의료를 공중보건 및 사회적 케어와 결합하였으며, 이는 코로나19의 간접적인 건강 효과를 감소시켰다. 캐나다, 스페인, 미국에서는 가정 기반 프로그램을 확장하여 코로나19 팬데믹 기간에 환자의 케어 접근성을 개선하고 병원의 업무를 줄여주었다. 캐나다 온타리오주의 헬스케어팀은 홈 헬스 케어 서비스를 제공하여 보건교육, 재활케어, 만성질환 의약품 관리, 치매 등에 대한 의료요구를 충족해주었다.

○ 일차보건의료 업무 및 책임 조정

많은 OECD 국가들에서 지역사회 약사의 업무를 확장하여 의사의 부담을 줄이고 의사가 복잡한 사례의 환자들에게 집중할 수 있도록 하였다. 프랑스, 아일랜드, 포르투갈, 미국에서는 지역사회 약사가 일정 범위의 의약품을 처방하는 것을 허용하였다.

약사뿐만 아니라 지역사회 보건 종사자(community health worker)가 코로나19 유행 기간 다양한 역할을 수행하였다. 지역사회 보건 종사자는 집에 있는 취약 인구의 건강과 의약품, 식품 등의 공급 필요성을 정기적으로 평가하고 코로나19 검사를 지원하였다. 미국에서는 지역사회 보건 종사자가 만성질환자에게 코로나19에 대한 정보를 제공하는 등 중요한 역할을 하였다.

○ 디지털 도구 및 시스템 활용

코로나19 유행 기간 원격의료가 급격히 확대되어 필수 보건의료서비스

스와 건강정보에 대한 접근을 지원하였다. 많은 OECD 국가들에서 경미한 증상이 있는 환자들이 원격의료를 통해 다른 사람들을 감염시키지 않고 신체 건강 수준을 유지하면서 진료를 받을 수 있었다. OECD 23개 국가에서 코로나19 유행 기간에 원격의료가 활용되었으며, 관련 입법, 제공자 급여 확대, 신규 원격의료 서비스 설계, 신규 가이드라인 및 규정 개발 등이 실시되었다. E-health 애플리케이션도 활용되었는데 우리나라와 이스라엘에서 집에 있는 코로나19 환자를 모니터링하고 정보를 제공하기 위해 웨어러블·커뮤니케이션 기술을 사용했다.

○ 코로나19 유행으로 업무량과 위험이 늘어난 일차보건의료 제공자에 대한 비용 지급

여러 OECD 국가들에서 원격의료 및 비디오 자문, 가정 방문서비스에 대한 비용과 코로나19의 직접비용을 일차보건의료 제공자에게 지급하였다. 덴마크에서는 경미한 코로나19 증상 환자 대상 전화 진료에 대한 비용 지급을 신설하였고, 네덜란드에서는 코로나19 감염환자에 대한 가정 방문진료에 지급되는 비용을 인상하였다.

2. 건강 형평성 제고⁶⁾

OECD 회원국에서 코로나19 유행으로 인한 건강 불평등을 완화하기 위해 실시한 보건의료 정책은 <표 2-1>과 같다.

6) Berchet C., Bijlholt J., Ando M. (2023). Socio-economic and ethnic health inequalities in COVID-19 outcomes across OECD countries. OECD Health Working Papers No. 153을 요약, 정리함.

〈표 2-1〉 코로나19 건강 불평등 완화를 위한 OECD 국가들의 보건 의료 정책

국가	코로나19 도구와 백신의 커버리지 확보	취약 인구집단에 대한 접근성을 높이기 위한 일차 의료 확대	헬스 리터러시 향상	출신국가, 인종, 민족별 코로나19 데이터 수집
호주	○	○	○	
오스트리아	○	○	○	○
벨기에	○	○		○
캐나다	○	○	○	○
체코 공화국	○	○	○	
덴마크	○		○	
프랑스	○	○	○	
독일	○	○	○	
헝가리	○	○	○	
아이슬란드	○	○		
아일랜드	○	○	○	○
일본	○	○	○	
라트비아				
룩셈부르크	○	○	○	○
멕시코	○	○		
네덜란드	○	○	○	
폴란드	○	○	○	
포르투갈	○		○	○
슬로베니아			○	
스페인	○	○	○	
스웨덴	○		○	
영국	○	○	○	○

주: 2021년 조사 결과임.

자료: Berchet C., Bijlholt J., Ando M. (2023). Socio-economic and ethnic health inequalities in COVID-19 outcomes across OECD countries. OECD Health Working Papers No. 153. p.36.

○ 코로나19 도구와 백신의 커버리지 확보

대부분의 OECD 국가들에서 사회경제적 취약 인구와 이주민을 대상으로 코로나19 진단과 치료를 제공하는 하나 이상의 조치를 취했다. 프랑스, 캐나다, 영국, 일본 등에서는 코로나19 검사가 보험 수준과 상관없이

무료로 제공되었으며, 호주는 원주민을 대상으로 별도의 프로그램을 운영하였다. 그러나 코로나19 백신 커버리지에서 사회경제적, 인종적 불평등이 보고되었는데, 가난한 사람들, 낙후된 지역 거주자, 소수 인종, 이민자에서 백신 접종률이 낮았다.

○ 취약 인구집단에 대한 접근성을 높이기 위한 일차의료 확대

OECD 국가들에서는 일차보건의료 서비스와 코로나19 지역사회 케어 센터에 대해 사회경제적 수준이 낮은 인구집단과 소수 인종의 접근이 가능하도록 조치하였고, 일차 보건의료가 취약 인구에 대해 공중보건 조치를 할 수 있도록 지원하였다. 여러 국가에서 일차 보건의료를 통해 백신 접종의 장해를 없애는 조치를 하였는데, 여기에는 door to door knocking, 이동형 백신 접종 버스, 대규모 백신 접종 센터 등이 포함되었다.

○ 취약 인구집단의 헬스 리터러시와 디지털 리터러시 향상

코로나19 유행 기간에 사람들은 코로나19 관련 정보와 감염을 피할 수 있는 적절한 정보를 빠르게 얻는 것이 필요하였다. 18개 이상 OECD 국가들에서 코로나19 건강정보와 관련해 개인의 지식과 임파워먼트를 키우기 위해 취약 인구집단에 대해 헬스 리터러시를 개선하는 정책을 실시하였다.

3. 보건의료 인력과 예산 확충

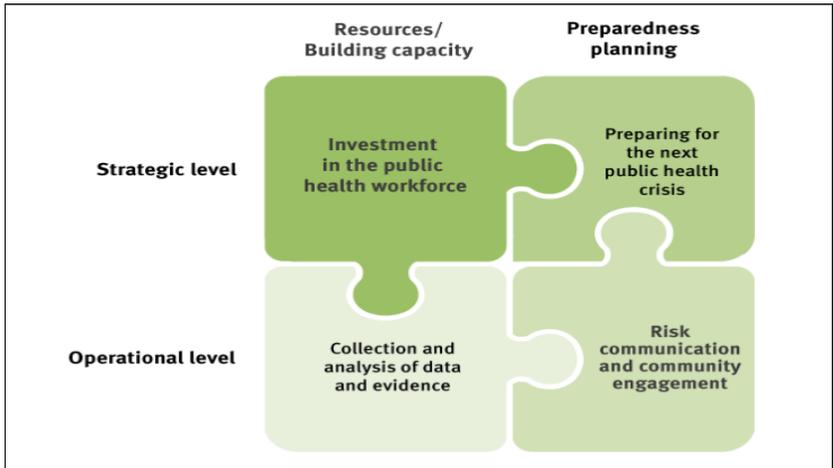
공중보건 대비력을 강화하기 위해 가용성 측면에서도 정책적으로 개입하였다(EDCD, 2023). 미국에서는 다양한 방식으로 코로나19 팬데믹에 대응하여 보건의료 자원을 확충하였다. 입원실 부족에 대응하여 “Hospital Without Walls” 정책을 실시하였고 뉴욕주에서는 센트럴 파크에 텐트 병원을 운영하기도 했다(National Academy of Medicine, 2023 pp.127-176).

미국에서는 코로나19 유행 전부터 간호사 등 의료 인력이 부족했는데, 코로나19 팬데믹 기간에 의료 인력 부족이 더욱 심각해졌다. 의료 수요를 충족시키기 위해 인력의 재훈련, 인력의 재배치가 이루어졌고, 대다수의 병원들은 임시직 의사와 간호사를 고용하여 인력을 보충하였다. 의료 인력이 코로나19에 감염되지 않도록 의료 인력 보호가 강조되었고, 코로나19 대응으로 인한 스트레스를 줄여주기 위해 의료 인력을 대상으로 정신 건강 프로그램이 운영되었다(National Academy of Medicine, 2023, pp.127-176).

2008년의 금융 위기 여파로 인해 유럽 전역은 예산 삭감 등 공공보건 의료 분야에 긴축 정책을 추진하였다(김남순 외, 2020). 이로써 의료 인력이 부족하게 되었으며, 진료를 위해 대기하는 시간이 더욱 길어지게 되었다. 유럽은 공중보건 인프라에 투자하고 향후 공중보건 위기에 대비할 수 있는 정책적 노력이 필요하였다. 2021년부터 유럽은 감염병 예방과 치료를 위한 투자에 집중하였고, 코로나19 및 다른 질환자들을 대상으로 적절한 의료서비스를 제공하기 위해 예산을 증액하고 자원을 확보하였다. 예를 들어, 유럽 국가들은 코로나19 대응을 위해 일차의료시스템 강화가 요구되었고, 이를 위해 정부는 예산 증액, 인력 확대 및 인프라 개선

등의 노력을 하였다. 프랑스 정부는 의료진 부족을 해결하기 위해 의사, 간호사 및 보조 인력을 추가로 고용하고, 의료 시설 및 장비 개선에 투자를 하였다.

[그림 2-8] 유럽 질병관리청(ECDC)에서 제시한 코로나19 팬데믹의 교훈



자료: European Centre for Disease Prevention and Control. (ECDC, 2023). Lessons from the COVID-19 pandemic. May 2023. p.6.

4. 원격의료

시간적, 물리적 접근성 개선을 위해 각 국가에서는 비대면 상담 또는 온라인 원격 상담 등을 할 수 있도록 허용하였다.

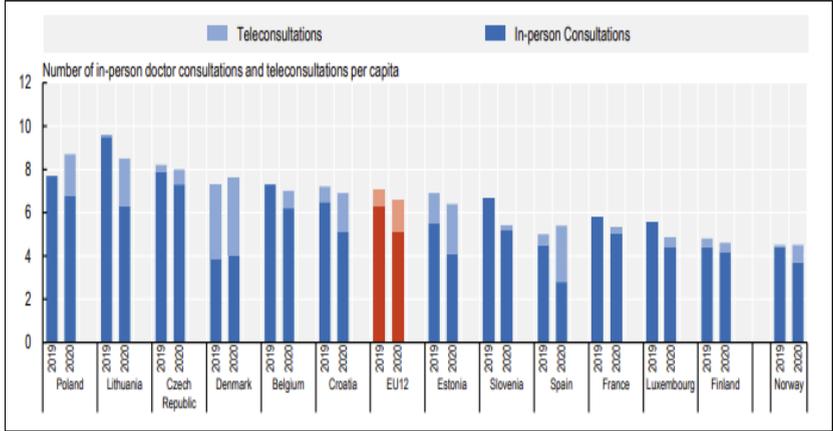
미국에서는 환자 케어의 지속성을 확보하고 코로나19 유행으로 인한 보건의료 자원 부족에 대응하여 환자가 집에서 케어를 받을 수 있도록 원격의료와 기존 홈 헬스 너싱 프로그램을 확대하였다. 기존 외래서비스에서 제공했던 상처 치료, 항암제 투여 등을 환자가 집에서 받을 수 있도록 하였다. 2020년에 원격의료에 대한 법률이 제정되었고, 연방정부에서 운

영하는 메디케어(Medicare)에서 원격의료에 대한 급여액을 인상하여 원격의료 제공을 권장하였다(National Academy of Medicine, 2023, pp.127-176; Riley, Tsai, Figueroa & Jha, 2021).

유럽에서는 코로나19 대유행으로 조기 퇴원을 허용하거나 가능하면 입원환자를 줄였다. 또한 대면 진료가 반드시 필요한 경우를 제외하고 유럽 전역에서는 온라인으로 해결할 수 있는 진료에 디지털 기술을 활용하여 많은 사람들이 의료서비스에 더 쉽게 접근할 수 있도록 하였다(Miralles et al, 2021). 예를 들어, 이탈리아는 코로나19 유행 초기에 주치의 전화 상담과 전문의약품 비대면 전자 처방을 허가하고, 온라인 교육 자료 배포에 집중하였다. 프랑스에서도 의사와 온라인 상담을 하도록 권장하는 등 원격 진료를 이용할 수 있도록 하였다(김남순 외, 2020). 그 결과 일부 유럽 국가들은 건강관리에 있어 큰 진전을 이뤘다.

이동과 대면접촉의 제한으로 의료이용이 어렵게 되자 그 대안으로 많은 국가에서 원격 상담을 빠르게 활성화하였다. 이로써 최소한의 영역에 서라도 대면 상담을 대체함으로써 치료 연속성을 보장하고자 노력했다(Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)·European Union(EU), 2022, p.67). Eurofound의 코로나19 온라인 설문조사 데이터에 따르면, 모든 27개 EU 국가에서 대유행 첫째 동안 일반의(GP)와의 원격 진료 이용이 증가한 것으로 나타났다. 팬데믹 이전에는 대부분 국가에서 원격 진료가 전체 상담 중 극히 일부에 불과했으며, 원격 상담에 대한 의료비 지원과 보상이 제한적이었다(Oliveira Hashiguchi, 2020, Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)·European Union(EU), 2022, p.55 재인용). 그러나 팬데믹 동안은 정부와 서비스 제공기관에서 신속하게 원격 진료 서비스를 확대하고 요건을 완화하였다.

[그림 2-9] 유럽의 코로나19 유행 전후 1인당 의사 대면 상담 및 원격 상담 건수



주: 데이터에는 모든 의사(일반의나 전문의)와의 상담이 포함됨. 스페인의 데이터는 국가 보건 시스템의 일차의료센터에서의 상담만 포함하므로 과소평가 되었음.

자료: Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)·European Union(EU). (2022). Health at a Glance: Europe 2022, p.55.

<https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

5. 건강증진

미국에서는 코로나19 유행 기간에 담배와 술 판매가 늘어났을 뿐만 아니라 펜타닐 등 불법적인 약물의 사용이 증가하였다. 2020년 3월 중반부터 5월까지 비처방 펜타닐의 사용이 32%, 메스 암페타민의 사용이 20%, 코카인의 사용이 10% 증가한 것으로 보고되었다. 이러한 약물 남용 증가에 대해 약물 남용에 대한 보건의료서비스가 코로나19 유행 기간에 원격으로 제공되었다. 미국 물질남용 및 정신보건 서비스국(SAMSA)에서는 온라인 오피오이드 중독 치료제 buprenorphine 사용에 대한 지침서를 제공하였고, 미국 주정부와 보험회사에서는 원격 약물남용서비스에 대한 급여를 개선하였다(National Academy of Medicine, 2023, pp.1-78; Lin et al., 2022).

코로나19 유행 기간에 과체중이 심각하게 나타나거나 이동성 제한으로 인해 식습관과 신체활동 패턴에도 좋지 않은 변화가 발생했다. 실제로 코로나19는 기존의 더 건강한 생활방식을 장려하는 정책으로부터 얻은 개선을 상쇄시켰고, 유럽 국가에서 비만을 확산시켰다(World Health Organization(WHO). 2022; Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)·European Union(EU), 2022, p.122 재인용).

그리하여 2021년 코로나19 시기에 신체활동과 스포츠를 장려하기 위해 유럽연합 집행위원회는 여러 세대와 스포츠 조직, 시민 사회, 국제, 국가, 지역 및 지방 당국 등이 함께 'HealthyLifestyle4All' 계획을 시작했다. 2022년에는 다양한 연령대에 걸쳐 스포츠의 중요성을 인식하기 위해 새로운 카테고리 'BeActive Across Generations Award' 프로젝트를 계획하였다(European Commission, 2021; Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD) ·European Union(EU), 2022, p.120 재인용).

6. 헬스 리터러시 제고

수용성은 가용성과 접근성이 해결되어도 국가의 역사적 경험과 국민성도 코로나19에 대응하는 데 영향을 미친다. 유럽에서는 코로나19 대응을 위해 헬스 리터러시 정책을 시행하였다. 헬스 리터러시는 개인이 건강정보를 이해하고 해석하며, 건강을 위한 결정을 내리고, 적절한 관리를 실천할 수 있는 능력을 말한다. 예를 들어, 영국에서는 National Health Service(NHS)에서 헬스 리터러시 교육 프로그램을 통해 개인이 자신의 건강을 관리할 수 있는 기술 및 자원을 제공하였다. 이 프로그램은 건강

한 식습관, 운동, 면역력 강화, 금연 등 다양한 주제를 다루며, 온라인과 오프라인에서 실시되었다(National Health Service(NHS) a, 2023; National Health Service(NHS) b, 2023). 덴마크에서는 국가 보건교육 센터가 건강 관련 정보 및 자원을 제공하며, 개인이 자신의 건강을 관리하는 방법을 가르치는 프로그램을 운영하고 있으며, 일상생활에서 건강한 선택을 촉진하기 위해 정책적인 지원을 제공하였다(Danish Health Authority, 2023). 이러한 헬스 리터러시 정책은 코로나19 대응뿐만 아니라 개인의 건강관리 능력을 향상하고, 질병 예방과 관리를 위한 이해를 높이는 데에도 큰 역할을 하였다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제3장

코로나19 유행과 국민의 건강행동

제1절 국민건강영양조사 분석 결과

제2절 초점집단 인터뷰(FGI) 조사 결과

제3절 소결

제3장 코로나19 유행과 국민의 건강행동

제3장에서는 코로나19 유행 전후 국민의 건강행동 변화를 파악하기 위해 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였다. 코로나19 유행 이전 연도는 2018년, 2019년으로, 코로나19 유행 이후는 2020년과 2021년으로 정의하였다. 분석 지표는 현재 흡연율, 전자담배 사용을 포함한 흡연율, 고위험 음주율, 유산소 신체활동 실천율, 근력운동 실천율, 걷기 실천율, 인플루엔자 예방접종률, 수면시간이었으며, 초점집단 인터뷰(FGI)에서 건강행동 변화의 맥락과 요인을 파악하였다.

제1절 국민건강영양조사 분석 결과

1. 흡연

가. 전체 대상자의 현재 흡연율

현재 흡연율은 일반담배의 흡연율과 쉐련형 전자담배 등을 포함한 모든 종류의 현재 흡연율을 분석하였다. 전체 담배 종류를 포함한 현재 흡연율은 쉐련형 전자담배 이용 여부가 2019년부터 조사되어, 2019-2021년 각 연도의 흡연율을 분석하였다. 흡연율은 2019년 22.2%에서 유행 이후에 21.3%로 0.9%p 감소하였다.

연도별로 분석한 결과 전자담배 사용을 포함한 흡연율은 점차 감소하

68 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

는 것으로 나타나 일반담배 흡연율과 유사한 추세를 보였다. 종사상지위 별로 확인한 결과에서는 임금근로자의 경우 점차 감소하는 추세였으나, 자영업, 비경제활동인구의 경우 2021년 흡연율이 일부 상승하였다. 소득 수준별로 보면, 남자는 소득수준 상, 중상, 하에서 2020년에 비해 2021년의 흡연율이 감소하였다. 여자는 소득수준 상, 중상에서 2020년에 비해 2021년의 흡연율이 증가하였고, 중하, 하에서 흡연율이 감소하였다.

〈표 3-1〉 현재 흡연율(액상, 쉐련형 전자담배 포함)(2019-2021)

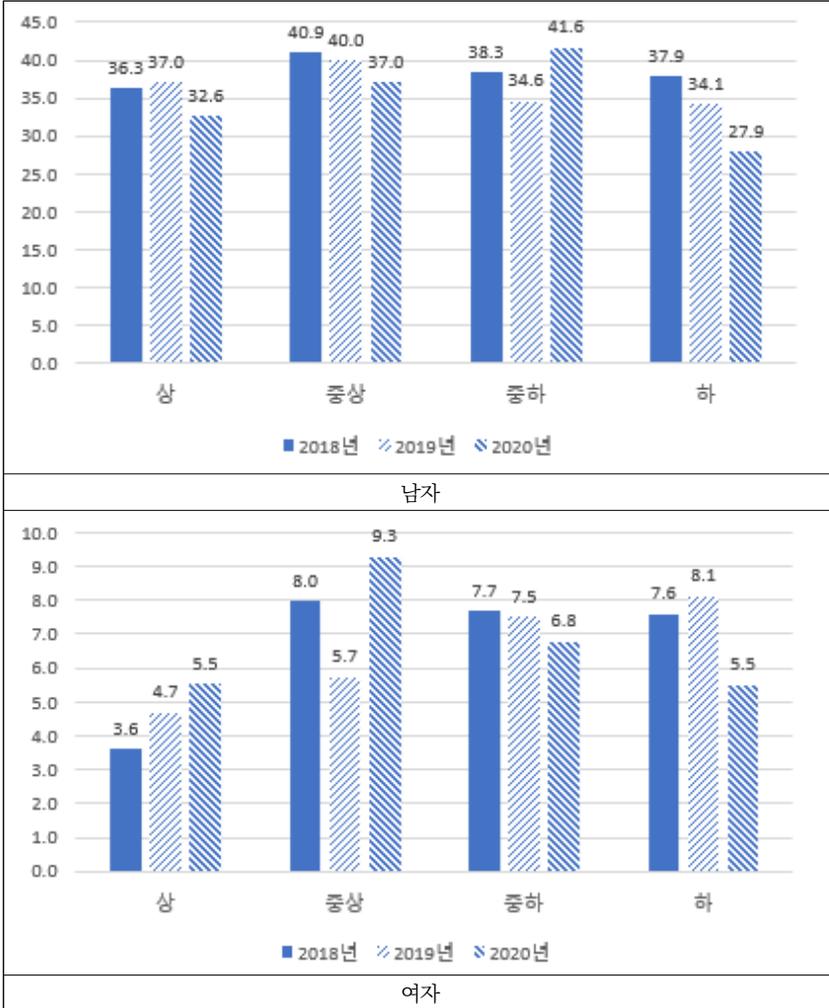
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 ('19)	코로나19 이후 ('20-'21)	이후-이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	22.2(0.01)	21.3(0.01)	-0.9	-	22.2	21.5	21.1
성별							
남자	38.2(0.01)	36.1(0.01)	-2.1*	-	38.2	36.9	35.3
여자	6.5(0.01)	6.5(0.00)	0.0	-	6.5	6.2	6.9
연령							
청년(19-39세)	27.2(0.01)	26.0(0.01)	-1.2*	-	27.2	26.5	25.5
중년(40-64세)	23.0(0.01)	22.4(0.01)	-0.6*	-	23.0	22.5	22.2
노인(65세 이상)	10.5(0.01)	10.0(0.01)	-0.5	-	10.5	9.5	10.5
종사상지위							
임금근로자	25.4(0.01)	24.2(0.01)	-1.2*	-	25.4	25.3	23.2
자영업, 고용주	30.2(0.02)	30.0(0.01)	-0.2*	-	30.2	29.5	30.0
비경제활동인구	14.7(0.01)	14.6(0.01)	-0.1	-	14.7	14.1	15.2

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 일반담배(켈런) 또는 쉐련형 전자담배 또는 액상형 전자담배 또는 기타 담배를 현재 사용하고 있다고 응답한 사람의 분율. 일반담배는 평생 일반담배(켈런) 5갑(100개비) 이상 피웠고 현재 일반담배(켈런)를 피우는 분율임.
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우($p < 0.05$)

[그림 3-1] 코로나19 이전, 이후 성별·소득수준별 현재 흡연율

(단위: %)



자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

나. 연령군별 현재 흡연율

청년의 흡연율을 살펴보면, 코로나19 유행 이전에는 27.2%, 유행 이후에는 26.0%로 1.2%p 감소하였다. 성별로 살펴보면 남자에서 코로나19 유행 이전 42.4%에서 유행 이후 38.8%로 3.6%p 감소하였으나, 여자에서는 연도별로 점차 증가하여 2021년 12.4%가 되었다. 청년의 종사상 지위별 흡연율을 살펴보면, 자영업, 고용주 및 비경제활동인구에서 코로나19 유행 이후 감소하였다. 소득수준별로는 특정한 추이가 나타나지는 않았다.

〈표 3-2〉 청년의 현재 흡연율(2019-2021)

(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘19)	코로나19 이후 (‘20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	27.2(0.01)	26.0(0.01)	-1.2*	-	27.2	26.5	25.5
성별							
남자	42.4(0.02)	38.8(0.01)	-3.6*	-	42.4	40.3	37.3
여자	10.2(0.01)	11.9(0.01)	1.7	-	10.2	11.5	12.4
종사상지위							
임금근로자	29.3(0.02)	27.9(0.01)	-1.4	-	29.3	29.0	26.9
자영업, 고용주	42.5(0.05)	39.2(0.04)	-3.3*	-	42.5	41.0	37.4
비경제활동인구	24.4(0.02)	20.7(0.01)	-3.7*	-	21.4	20.2	21.3

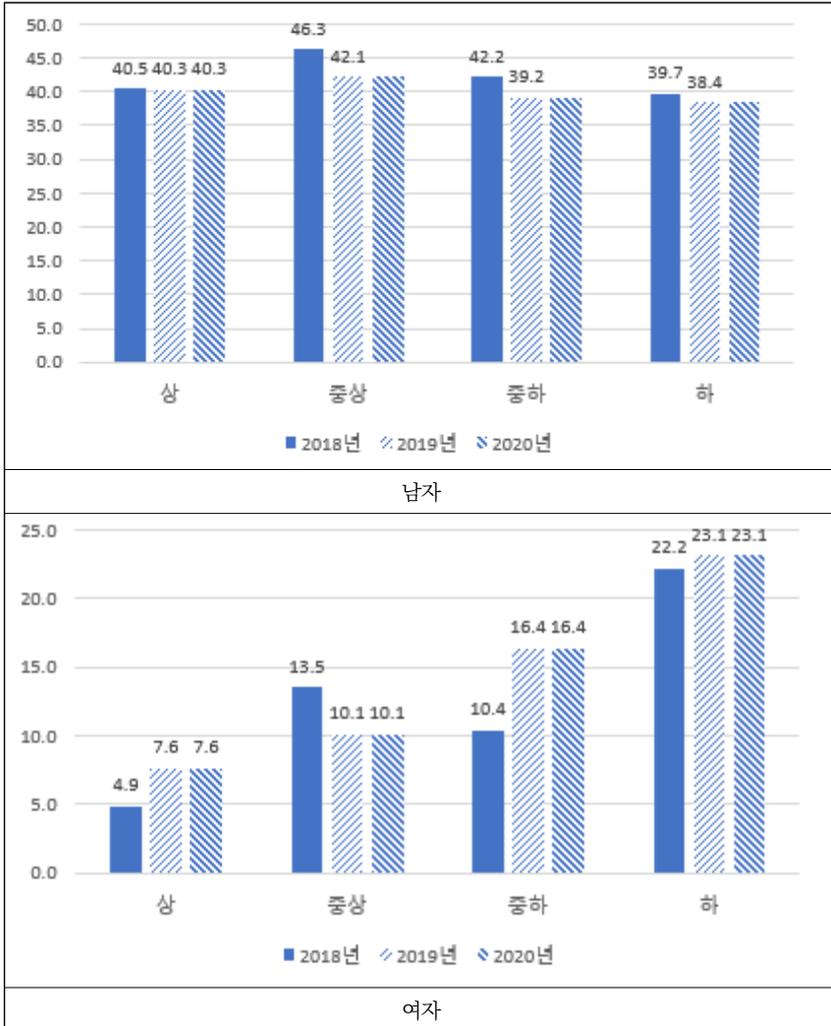
주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.

2) 일반담배(궐련) 또는 궐련형 전자담배 또는 액상형 전자담배 또는 기타 담배를 현재 사용하고 있다고 응답한 사람의 분율. 일반담배는 평생 일반담배(궐련) 5갑(100개비) 이상 피웠고 현재 일반담배(궐련)를 피우는 분율임.

3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우($p < 0.05$)

[그림 3-2] 청년의 코로나19 이전, 이후 성별·소득수준별 현재 흡연율

(단위: %)



자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

72 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

중·장년의 현재 흡연율을 살펴보면, 코로나19 유행 이전 23.0%, 유행 이후 22.4%로 0.6%p 감소하였다. 또한 연도별로 점차 감소하는 추세를 보였다. 남자에서 연도별로 감소세를 보여 코로나19 유행 이후 39.8%로 1.0%p 감소하였고, 여자에서는 코로나19 유행 이후 4.7%로 감소하였으나 2021년에 5.3%로 증가하였다. 종사상지위별로는 청년과 마찬가지로 자영업, 고용주 및 비경제활동인구에서 2020년에 비해 2021년 다시 증가하는 추세가 나타났다.

〈표 3-3〉 중장년의 현재 흡연율(2019-2021)

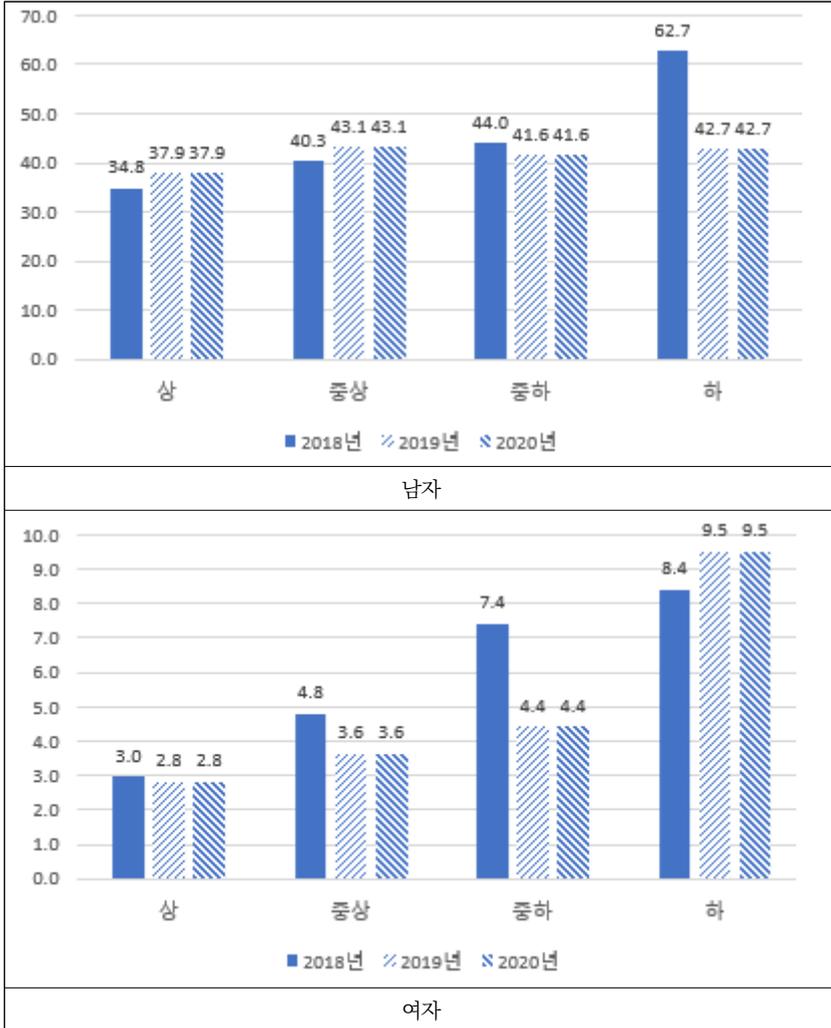
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘19)	코로나19 이후 (‘20-‘21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	23.0(0.01)	22.4(0.01)	-0.6*	-	23.0	22.5	22.2
성별							
남자	40.8(0.02)	39.8(0.01)	-1.0*	-	40.8	40.7	38.9
여자	5.2(0.01)	4.7(0.00)	-0.5	-	5.2	4.0	5.3
종사상지위							
임금근로자	24.4(0.01)	24.0(0.01)	-0.4	-	24.4	24.8	23.3
자영업, 고용주	30.7(0.02)	29.4(0.02)	-1.3	-	30.7	28.4	30.5
비경제활동인구	13.3(0.01)	14.0(0.01)	0.7	-	13.3	13.0	14.8

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 일반담배(궐련) 또는 궐련형 전자담배 또는 액상형 전자담배 또는 기타 담배를 현재 사용하고 있다고 응답한 사람의 분율. 일반담배는 평생 일반담배(궐련) 5갑(100개비) 이상 피웠고 현재 일반담배(궐련)를 피우는 분율임.
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우($p < 0.05$)

[그림 3-3] 중장년의 코로나19 이전, 이후 성별·소득수준별 현재 흡연율

(단위: %)



자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

74 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

노인의 흡연율은 코로나19 유행 이전 10.5%, 유행 이후 10.0%로 0.5%p 감소하였으나, 연도별로 확인한 결과 일정한 증감을 보이지는 않았다. 자영업, 고용주의 현재 흡연율은 2019년 13.1%에서 2020-2021년에 19.7%로 증가하였고, 임금근로자는 감소하였다. 자영업, 고용주의 흡연율은 2021년 19.3%로 1%p 감소하였으나, 이 수치는 코로나19 유행 이전의 13.1%보다 높은 수준이다.

<표 3-4> 노인의 현재 흡연율(2019-2021)

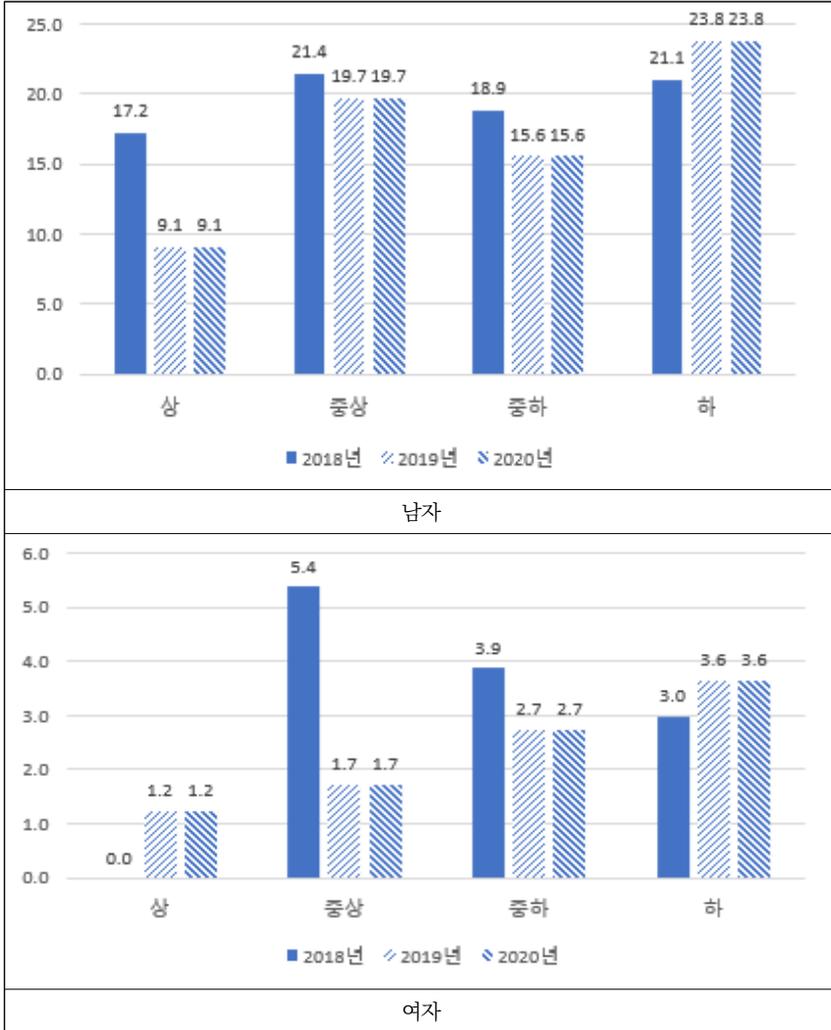
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 ('19)	코로나19 이후 ('20-'21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	10.5(0.01)	10.0(0.01)	-0.5	-	10.5	9.5	10.5
성별							
남자	19.8(0.02)	19.6(0.01)	-0.2	-	19.8	18.1	20.9
여자	3.4(0.01)	2.6(0.00)	-0.8	-	3.4	2.8	2.3
종사상지위							
임금근로자	12.1(0.01)	8.3(0.01)	-3.8	-	12.1	8.5	8.1
자영업, 고용주	13.1(0.01)	19.7(0.01)	6.6	-	13.1	20.3	19.3
비경제활동인구	9.2(0.01)	8.8(0.01)	-0.4	-	9.2	8.2	9.2

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 일반담배(궐련) 또는 궐련형 전자담배 또는 액상형 전자담배 또는 기타 담배를 현재 사용하고 있다고 응답한 사람의 분율. 일반담배는 평생 일반담배(궐련) 5갑(100개비) 이상 피웠고 현재 일반담배(궐련)를 피우는 분율임.
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

[그림 3-4] 노인의 코로나19 이전, 이후 성별·소득수준별 현재 흡연율

(단위: %)



자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

2. 고위험 음주율

가. 전체 대상자의 고위험 음주율

전체 연령의 고위험 음주율은 코로나19 유행 이전에 비해 유행 이후에 0.2%p 감소하였으나, 성별, 연령별, 소득수준별로 살펴보면 특성에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 남성에서 고위험 음주율이 0.7%p 증가하였으나 여성에서는 0.9%p 감소하였으며, 연령별로는 노인에서만 0.8%p 감소를 보였다. 종사상지위별로는 임금근로자, 자영업, 고용주에서는 소폭 증가하였으나, 비경제활동인구에서는 0.7%p 감소하였다. 소득수준별로 살펴보면 중하, 하에서 각각 0.9%p, 2.8%p 감소하였다.

〈표 3-5〉 고위험 음주율(2018-2021)

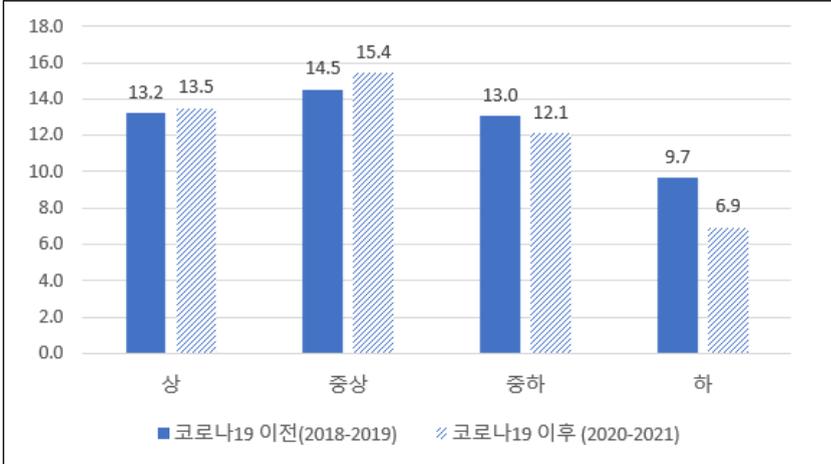
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 ('18-'19)	코로나19 이후 ('20-'21)	이후-이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	13.0(0.00)	12.8(0.00)	-0.2	13.8	12.1	13.1	12.4
성별							
남자	19.7(0.01)	20.4(0.01)	0.7	20.7	18.7	21.3	19.5
여자	6.3(0.00)	5.2(0.00)	-1.1	7.0	5.6	5.0	5.4
연령							
청년(19-39세)	14.0(0.01)	14.1(0.01)	0.1	15.6	12.5	13.9	14.2
중년(40-64세)	14.9(0.01)	15.0(0.01)	0.1	15.9	13.9	16.0	14.1
노인(65세 이상)	5.5(0.00)	4.7(0.00)	-0.8	4.6	6.4	4.4	5.0
종사상지위							
임금근로자	13.8(0.01)	14.7(0.01)	0.9	14.2	13.4	15.3	14.1
자영업, 고용주	21.2(0.01)	21.6(0.01)	0.4	23.8	19.9	21.1	22.2
비경제활동인구	7.8(0.00)	7.1(0.00)	-0.7	8.9	6.8	7.3	7.0

주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 1회 평균 음주량이 남자의 경우 7잔 이상, 여자의 경우 5잔 이상이며, 주 2회 이상 음주하는 분을
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

[그림 3-5] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 고위험 음주율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 14.5%, '중상'에서 16.0%, '중하'에서 13.1%, '하'에서 9.7%였음.
 2) 2019년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 12.0%, '중상'에서 12.9%, '중하'에서 13.0%, '하'에서 9.6%였음.
 3) 2020년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 14.6%, '중상'에서 14.5%, '중하'에서 12.5%, '하'에서 8.5%였음.
 4) 2021년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 12.4%, '중상'에서 16.3%, '중하'에서 11.8%, '하'에서 5.2%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

나. 연령군별 고위험 음주율

청년의 고위험 음주율은 코로나19 유행 이전 14.0%, 유행 이후 14.1%로 큰 변화가 없는 것으로 나타났으며, 종사상지위별로는 임금근로자에서는 1.6%p 증가하였고, 자영업, 고용주, 비경제활동인구에서는 감소하였다. 소득수준별로 살펴본 결과, 소득수준이 '하'인 구간에서 8.2%p가 감소하여 가장 큰 감소 폭을 보였다.

78 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

〈표 3-6〉 청년의 고위험 음주율(2018-2021)

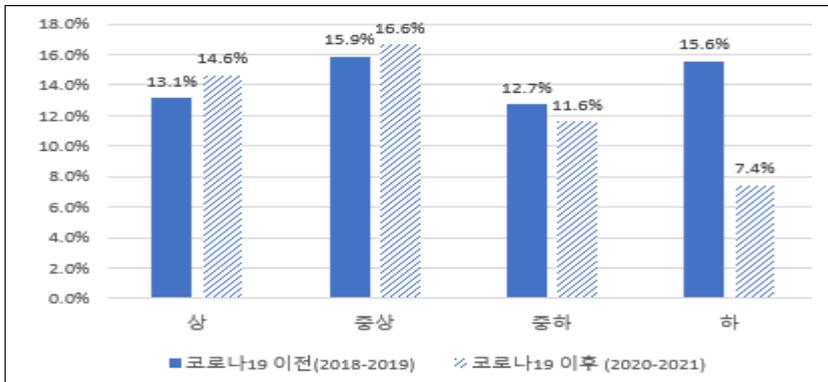
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-’19)	코로나19 이후 (’20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	14.0(0.01)	14.10(0.01)	0.1	15.6	12.5	13.9	14.2
성별							
남자	17.3(0.01)	18.4(0.01)	1.1	18.6	16.0	18.7	18.1
여자	10.4(0.01)	9.3(0.01)	-1.1	12.2	8.6	8.7	9.9
종사상지위							
임금근로자	15.1(0.01)	16.7(0.01)	1.6	16.2	14.0	16.2	17.2
자영업, 고용주	23.7(0.03)	20.1(0.03)	-3.6	26.5	19.8	22.1	18.0
비경제활동인구	9.8(0.01)	8.5(0.01)	-1.3	12.1	7.4	8.9	8.1

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 1회 평균 음주량이 남자의 경우 7잔 이상, 여자의 경우 5잔 이상이며, 주 2회 이상 음주하는 분을
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

〔그림 3-6〕 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 고위험 음주율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 15.8%, '중상'에서 17.5%, '중하'에서 13.8%, '하'에서 13.0%였음.
 2) 2019년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 10.7%, '중상'에서 14.1%, '중하'에서 11.7%, '하'에서 18.7%였음.
 3) 2020년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 15.2%, '중상'에서 14.7%, '중하'에서 12.0%, '하'에서 10.5%였음.
 4) 2021년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 14.0%, '중상'에서 18.4%, '중하'에서 11.2%, '하'에서 3.5%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

중·장년의 고위험 음주율은 코로나19 유행 이전과 이후에 큰 차이가 없었다. 그러나 성별, 소득수준별 세부 인구집단으로 살펴보면 인구집단 별로 차이를 보이기도 하였다. 남성에서는 코로나19 유행 이후에 1.2%p 증가한 반면, 여성에서는 1.1%p 감소하였다. 소득수준별로는 소득수준이 중상인 집단에서 1.8%p 증가하였으나 나머지 소득수준 구간에서는 감소하였다. 중·장년 자영업, 고용주에서는 2019년에 비해 2020년, 2021년 지속적으로 증가하는 추이를 보였다.

〈표 3-7〉 중장년의 고위험 음주율(2018-2021)

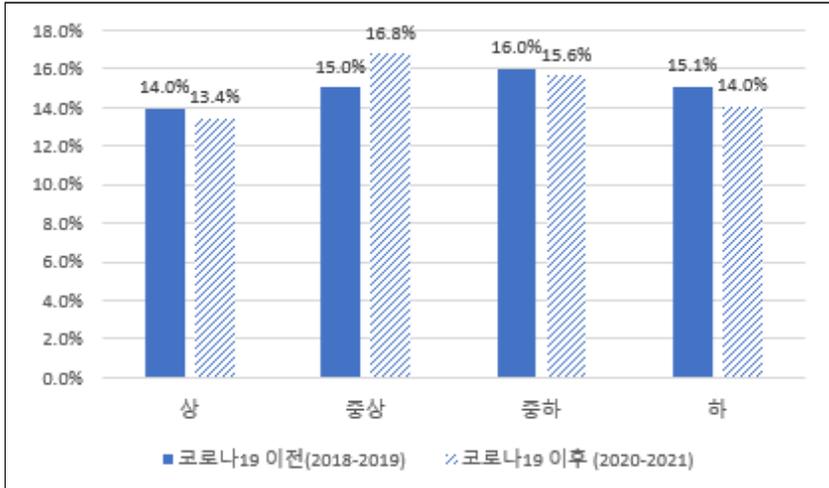
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-’19)	코로나19 이후 (‘20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	14.9(0.01)	15.0(0.01)	0.1	15.9	13.9	16.0	14.1
성별							
남자	24.1(0.01)	25.3(0.01)	1.2	25.7	22.5	27.2	23.5
여자	5.7(0.00)	4.6(0.00)	-1.1	5.9	5.4	4.6	4.6
중사상지위							
임금근로자	13.7	14.9	1.1	13.7	13.7	16.6	13.1
자영업, 고용주	23.5	24.3	0.8	25.8	21.1	22.8	25.9
비경제활동인구	9.2	8.9	-0.3	10.6	7.9	8.8	9.1

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 1회 평균 음주량이 남자의 경우 7잔 이상, 여자의 경우 5잔 이상이며, 주 2회 이상 음주하는 분을
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

[그림 3-7] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 고위험 음주율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 14.7%, '중상'에서 16.5%, '중하'에서 16.3%, '하'에서 16.6%였음.
 2) 2019년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 13.3%, '중상'에서 13.5%, '중하'에서 15.8%, '하'에서 13.5%였음.
 3) 2020년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 14.9%, '중상'에서 16.4%, '중하'에서 17.1%, '하'에서 16.7%였음.
 4) 2021년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 12.0%, '중상'에서 17.2%, '중하'에서 14.4%, '하'에서 10.8%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

노인의 고위험 음주율은 코로나19 유행 이전 5.5%, 유행 이후 4.7%로 0.8%p 감소하였다. 성별, 소득수준별로도 대부분의 그룹에서 코로나19 유행 이후에 감소하였다. 노인 임금근로자, 자영업·고용주는 2020년 고위험 음주율이 감소하였으나 2021년 다시 증가하였다. 소득수준이 '상'인 집단에서는 유행 이후에 0.4% 증가한 것으로 나타났으나 소득수준이 중상, 중하, 하에 속하는 노인의 고위험 음주율은 감소하였다.

〈표 3-8〉 노인의 고위험 음주율(2018-2021)

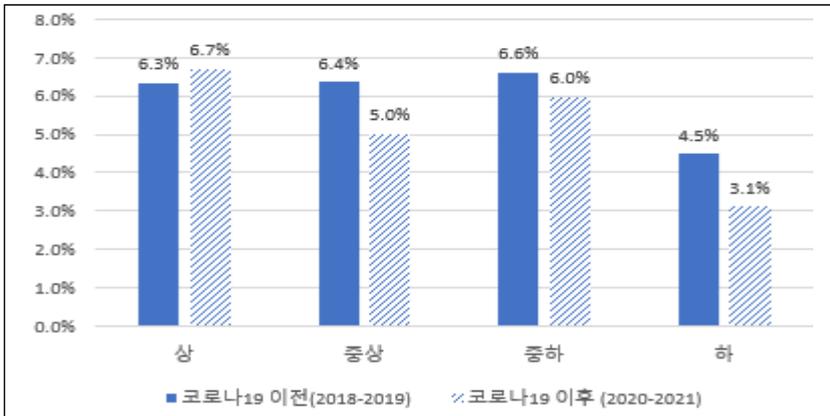
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 ('18-'19)	코로나19 이후 ('20-'21)	이후-이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	5.5(0.00)	4.7(0.01)	-0.8	4.6	6.4	4.4	5.0
성별							
남자	11.6(0.01)	10.3(0.01)	-1.3	9.9	13.3	9.6	11.0
여자	0.9(0.01)	0.3(0.01)	-0.6*	0.6	1.1	0.3	0.3
종사상지위							
임금근로자	6.5	4.4	-2.1	4.2	8.4	2.5	5.8
자영업, 고용주	11.6	10.9	-0.7	10.5	12.9	10.4	11.3
비경제활동인구	4.2	3.3	-0.9	3.8	4.7	3.3	3.3

주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 1회 평균 음주량이 남자의 경우 7잔 이상, 여자의 경우 5잔 이상이며, 주 2회 이상 음주하는 분을
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

〔그림 3-8〕 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 고위험 음주율

(단위: %)



주: 1) 2018년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 4.4%, '중상'에서 6.9%, '중하'에서 3.8%, '하'에서 4.4%였음.
 2) 2019년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 8.4%, '중상'에서 5.8%, '중하'에서 9.1%, '하'에서 4.6%였음.
 3) 2020년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 7.3%, '중상'에서 5.4%, '중하'에서 4.7%, '하'에서 3.0%였음.
 4) 2021년 소득수준별 고위험 음주율은 '상'에서 6.2%, '중상'에서 4.6%, '중하'에서 7.2%, '하'에서 3.3%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

3. 유산소 신체활동 실천율

가. 전체 대상자의 유산소 신체활동 실천

유산소 신체활동 실천율은 일주일에 중강도 신체활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 각 활동에 상당하는 시간을 실천하는 사람의 비율로 정의하였다. 코로나19 유행 이전 기간에 비해 유행 이후 기간에 0.9%p 감소하였다. 여성에서 0.5%p 증가하였으나 남성에서 2.2%p 감소하였으며, 연령별로는 청년의 유산소 신체활동 실천율만 2.1%p 감소하였다. 소득수준별로는 모든 구간에서 코로나19 유행 이후 유산소 신체활동 실천이 감소하였다.

〈표 3-9〉 유산소 신체활동 실천율(2018-2021)

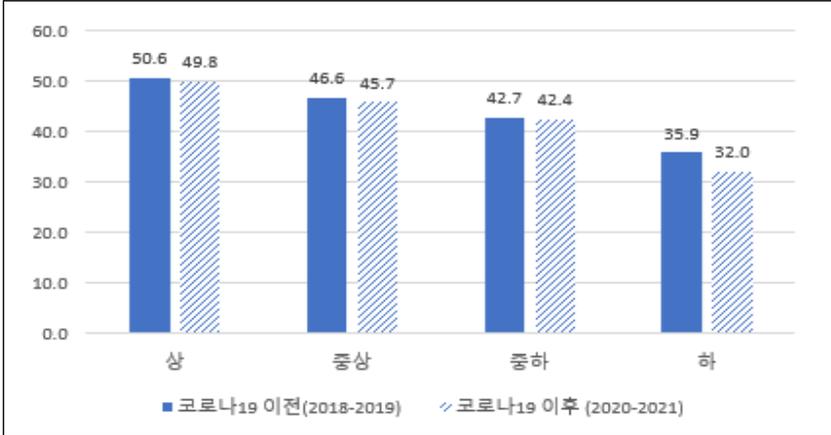
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-’19)	코로나19 이후 (’20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	45.3(0.01)	44.4(0.01)	-0.9	44.9	45.6	44.0	44.9
성별							
남자	49.5(0.01)	47.3(0.01)	-2.2	48.7	50.3	47.1	47.4
여자	41.1(0.01)	41.6(0.01)	0.5	41.1	41.0	40.8	42.3
연령							
청년(19-39세)	56.6(0.01)	54.5(0.01)	-2.1	57.4	55.8	52.7	56.3
중년(40-64세)	42.1(0.01)	42.2(0.01)	0.1	41.4	42.8	41.3	43.1
노인(65세 이상)	30.5(0.01)	30.8(0.01)	0.3	28.1	33.0	33.2	28.7
종사상지위							
임금근로자	49.5(0.01)	48.8(0.01)	-0.7	49.2	49.8	48.2	49.3
자영업, 고용주	37.9(0.01)	39.1(0.01)	1.2	36.1	40.0	38.4	39.8
비경제활동인구	42.4(0.01)	41.0(0.01)	-1.4	42.8	42.0	40.8	41.3

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 일주일에 중강도 신체활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서(고강도 1분은 중강도 2분) 각 활동에 상당하는 시간을 실천하는 비율
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

[그림 3-9] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 유산소 신체활동 실천율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 51.0%, '중상'에서 46.1%, '중하'에서 41.4%, '하'에서 36.4%였음.
 2) 2019년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 50.2%, '중상'에서 47.2%, '중하'에서 44.1%, '하'에서 35.3%였음.
 3) 2020년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 48.0%, '중상'에서 45.6%, '중하'에서 42.0%, '하'에서 34.0%였음.
 4) 2021년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 51.7%, '중상'에서 45.9%, '중하'에서 42.7%, '하'에서 29.9%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

나. 연령군별 유산소 신체활동 실천

청년의 유산소 신체활동 실천율은 코로나19 유행 이후 2.1%p 감소하였다. 2018년 57.4%, 2019년 55.8%, 2020년 52.7%로 점차 감소하는 추세였으나, 2021년에 56.3%로 다시 증가하였다. 성별에 따라서는 남성에서 코로나19 유행 후 5.1%p 감소하였으나, 여성에서 1.3%p 증가하였다. 소득수준별로는 소득수준이 '상'이거나 '하'인 경우 각각 4.6%p, 7.9%p 감소하였다. 종사상지위를 보면 자영업, 고용주는 2019년에 비해 2020년에 감소한 반면, 비경제활동인구에서는 크게 증가하였다. 2021

84 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

년에는 모든 종사상지위에서 유사한 유산소 신체활동 실천율을 나타냈다. 소득수준별 유산소 신체활동 실천율을 연도별로 살펴보면, 소득수준이 상, 하인 집단에서는 코로나19 유행 이후에 그 이전과 비교해 감소하였으나, 중상, 중하인 집단에서는 유산소 신체활동이 유지되는 경향을 보였다.

〈표 3-10〉 청년의 유산소 신체활동 실천율(2018-2021)

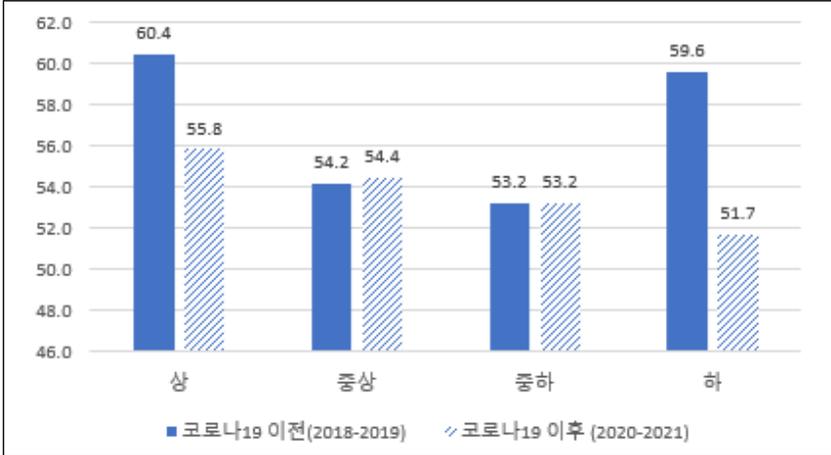
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-’19)	코로나19 이후 (’20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	56.6(0.01)	54.5(0.00)	-2.1	57.4	55.8	52.7	56.3
성별							
남자	63.1(0.02)	58.0(0.02)	-5.1*	62.7	63.5	55.6	60.4
여자	49.3(0.02)	50.6(0.01)	1.3	51.5	47.2	49.5	51.7
종사상지위							
임금근로자	57.6(0.01)	55.5(0.01)	-2.1	56.9	58.3	54.5	56.5
자영업, 고용주	49.4(0.04)	49.4(0.04)	0.0	45.2	55.3	46.5	52.4
비경제활동인구	56.0(0.02)	53.5(0.02)	-2.4	60.8	51.1	74.0	56.5

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 일주일에 중강도 신체활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서(고강도 1분은 중강도 2분) 각 활동에 상당하는 시간을 실천하는 분을
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우($p < 0.05$)

[그림 3-10] 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 유산소 신체활동 실천율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 62.1%, '중상'에서 55.0%, '중하'에서 51.8%, '하'에서 64.1%였음.
 2) 2019년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 58.9%, '중상'에서 53.2%, '중하'에서 54.8%, '하'에서 54.0%였음.
 3) 2020년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 52.5%, '중상'에서 53.6%, '중하'에서 52.1%, '하'에서 52.8%였음.
 4) 2021년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 59.2%, '중상'에서 55.2%, '중하'에서 54.4%, '하'에서 50.3%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

중·장년의 유산소 신체활동 실천율은 코로나19 유행 이전 42.1%, 유행 이후 42.2%로 크게 차이를 보이지 않았다. 성별로 살펴보면, 남자는 코로나19 유행 이전 43.3%에서 코로나19 유행 이후 43.1%로 소폭 감소하였으며, 여자는 0.4%p 증가하였다. 소득수준별로 살펴보면, '중상'과 '하'에 속하는 인구집단에서 각각 1.6%p, 3.2%p 감소하였다. 연도별로 살펴보면, 성별, 종사상지위별 모든 인구집단에서 코로나19가 발생한 2020년에 일부 집단에서 감소하였다가 2021년에 다시 증가하는 양상을 보였다.

86 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

〈표 3-11〉 중장년의 유산소 신체활동 실천율(2018-2021)

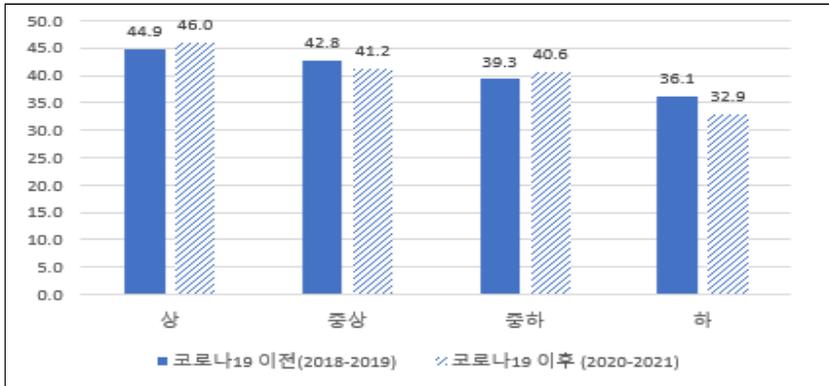
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (`18-`19)	코로나19 이후 (`20-`21)	이후-이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	42.1(0.00)	42.2(0.00)	0.1	41.4	42.8	41.3	43.1
성별							
남자	43.3(0.01)	43.1(0.01)	-0.2	42.2	44.5	42.6	43.6
여자	40.9(0.01)	41.3(0.01)	0.4	40.6	41.1	40.0	42.6
종사상지위							
임금근로자	44.8(0.01)	44.8(0.01)	0.0	44.7	44.2	44.1	45.4
자영업, 고용주	38.0(0.02)	38.0(0.02)	0.0	34.9	39.1	37.9	38.0
비경제활동인구	40.9(0.01)	40.9(0.01)	0.0	40.5	43.0	39.1	42.6

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 일주일에 중강도 신체활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서(고강도 1분은 중강도 2분) 각 활동에 상당하는 시간을 실천하는 분율
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

〔그림 3-11〕 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 유산소 신체활동 실천율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 45.2%, '중상'에서 41.9%, '중하'에서 38.5%, '하'에서 33.0%였음.
 2) 2019년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 44.6%, '중상'에서 43.7%, '중하'에서 40.1%, '하'에서 39.3%였음.
 3) 2020년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 44.4%, '중상'에서 41.0%, '중하'에서 40.1%, '하'에서 31.6%였음.
 4) 2021년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 47.6%, '중상'에서 41.5%, '중하'에서 41.1%, '하'에서 34.3%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

노인의 유산소 신체활동 실천율은 코로나19 유행 이전 30.5%, 유행 이후 30.8%로 큰 변화를 보이지 않았다. 그러나 성별, 소득수준별로 확인하였을 때, 소득수준이 '상'인 집단에서 코로나19 유행 이전 34.9%, 유행 이후 43.6%로 8.7%p 증가하였다. 코로나19 유행 이후 임금근로자, 자영업, 고용주인 노인에서 유산소 신체활동 실천율이 증가한 반면, 비경제활동인구에서는 감소한 것으로 확인되었다.

〈표 3-12〉 노인의 유산소 신체활동 실천율(2018-2021)

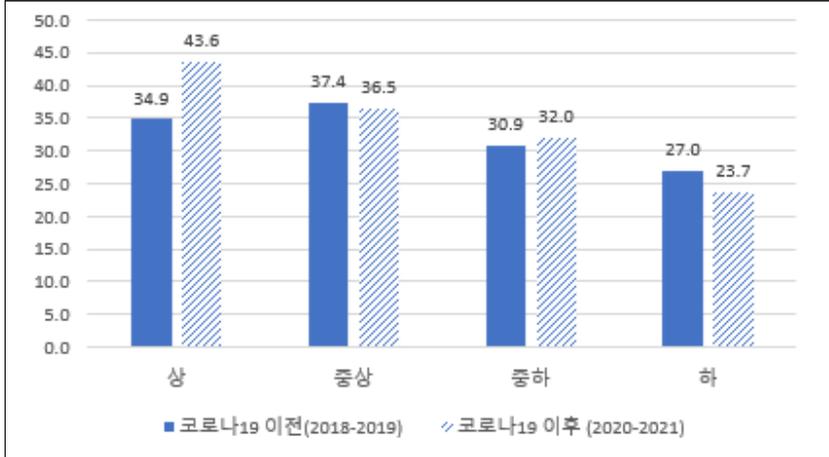
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-’19)	코로나19 이후 (‘20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	30.5(0.01)	30.8(0.01)	0.3	28.1	33.0	33.2	28.7
성별							
남자	35.0(0.02)	35.3(0.02)	0.3	33.4	36.6	40.8	30.4
여자	27.2(0.01)	27.2(0.01)	0.0	24.3	30.1	27.0	27.3
종사상지위							
임금근로자	36.6(0.02)	39.5(0.02)	2.8	32.8	39.8	40.8	38.5
자영업, 고용주	28.9(0.03)	32.0(0.03)	3.1	30.1	27.5	30.6	33.3
비경제활동인구	29.0(0.01)	27.2(0.01)	-1.8	26.8	31.3	30.9	23.9

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 일주일에 중강도 신체활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서(고강도 1분은 중강도 2분) 각 활동에 상당하는 시간을 실천하는 분을
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

[그림 3-12] 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 유산소 신체활동 실천율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 30.2%, '중상'에서 32.0%, '중하'에서 26.6%, '하'에서 27.3%였음.
 2) 2019년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 40.2%, '중상'에서 42.7%, '중하'에서 34.6%, '하'에서 26.6%였음.
 3) 2020년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 49.3%, '중상'에서 40.5%, '중하'에서 31.5%, '하'에서 26.5%였음.
 4) 2021년 소득수준별 유산소 신체활동 실천율은 '상'에서 38.8%, '중상'에서 32.8%, '중하'에서 32.5%, '하'에서 21.4%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

4. 근력운동 실천율

가. 전체 대상자의 근력운동 실천율

근력운동 실천율은 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸 일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력운동을 2일 이상 실천한 분율로 정의하였다. 근력운동 실천율은 코로나19 유행 이전 22.8%, 유행 이후 24.5%로 1.7%p 증가하였으며, 연도별로 점차 증가하는 추세를 보였다. 성별, 연령별, 소득수준별 근력운동 실천율은 코로나19 유행 이후에 모두 증가하였으며, 여

성에서 2.7%p, 노인에서 3.4%p로 가장 큰 차이를 보였다. 종사상지위별로는 임금근로자와 비경제활동인구에서 코로나19 유행 이후에 유의한 증가세를 보였다.

〈표 3-13〉 근력운동 실천율(2018-2021)

(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (’18-’19)	코로나19 이후 (’20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	22.8(0.01)	24.5(0.01)	1.7*	22.3	23.3	24.1	24.8
성별							
남자	31.5(0.01)	32.1(0.01)	0.6	30.5	32.6	31.9	32.2
여자	14.2(0.01)	16.9(0.01)	2.7*	14.2	14.1	16.2	17.5
연령							
청년(19-39세)	27.1(0.01)	29.4(0.01)	2.3	26.5	27.7	29.2	29.6
중년(40-64세)	21.1(0.01)	21.9(0.01)	0.8	20.5	21.8	20.9	22.9
노인(65세 이상)	18.3(0.01)	21.7(0.01)	3.4*	18.3	18.3	22.5	21.0
종사상지위							
임금근로자	23.4(0.01)	25.9(0.01)	2.5*	23.0	23.8	26.3	25.5
자영업, 고용주	24.5(0.01)	23.1(0.01)	-1.4	23.8	25.2	22.1	24.1
비경제활동인구	20.9(0.01)	23.1(0.01)	2.2*	20.4	21.4	21.9	24.2

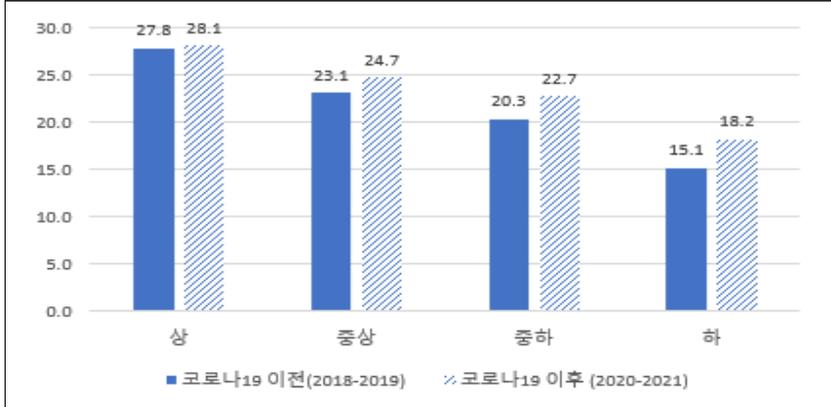
주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.

2) 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸 일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력운동을 2일 이상 실천한 분을

3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우($p < 0.05$)

[그림 3-13] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 근력운동 실천율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 28.5%, '중상'에서 22.5%, '중하'에서 19.3%, '하'에서 13.4%였음.
 2) 2019년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 27.1%, '중상'에서 23.7%, '중하'에서 21.4%, '하'에서 16.9%였음.
 3) 2020년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 27.1%, '중상'에서 23.3%, '중하'에서 23.8%, '하'에서 18.8%였음.
 4) 2021년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 29.0%, '중상'에서 25.9%, '중하'에서 21.7%, '하'에서 17.6%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

나. 연령군별 근력운동 실천율

청년의 근력운동 실천율은 코로나19 유행 이전에 27.1%, 유행 이후 29.4%로 유행 이후 2.3%p 증가하였다. 여자, 임금근로자인 청년에서 근력운동 실천율이 코로나19 유행 전보다 유행 후에 유의하게 증가하였다. 소득수준이 상, 중상, 중하, 하 모두에서 청년의 근력운동 실천율이 코로나19 유행 이후에 증가한 것으로 나타났다.

〈표 3-14〉 청년의 근력운동 실천율(2018-2021)

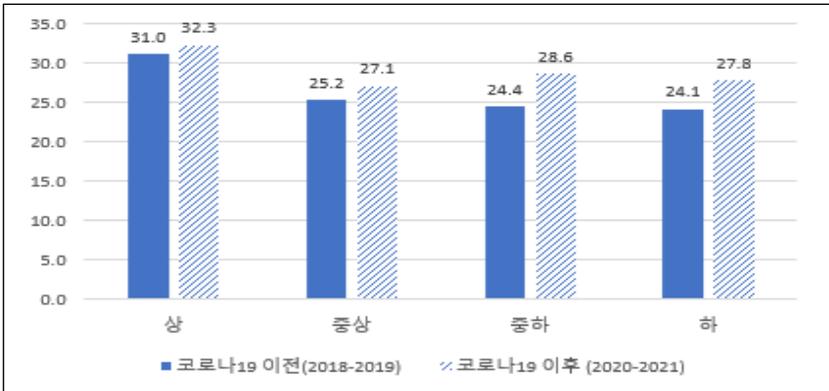
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 ('18-'19)	코로나19 이후 ('20-'21)	이후-이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	27.1(0.01)	29.4(0.01)	2.3	26.5	27.7	29.2	29.6
성별							
남자	37.6(0.01)	37.8(0.02)	0.2	36.5	38.7	36.6	39.0
여자	15.5(0.01)	20.1(0.01)	4.6*	15.4	15.5	20.9	19.3
종사상지위							
임금근로자	26.0(0.01)	29.7(0.01)	3.7*	24.9	27.0	30.0	29.4
자영업, 고용주	27.2(0.03)	29.3(0.04)	2.1	28.7	25.2	31.5	27.0
비경제활동인구	28.3(0.02)	28.6(0.0)	0.3	28.5	28.1	27.0	30.3

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸 일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력운동을 2일 이상 실천한 분율
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

〔그림 3-14〕 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 근력운동 실천율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 30.0%, '중상'에서 25.7%, '중하'에서 24.3%, '하'에서 22.4%였음.
 2) 2019년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 32.0%, '중상'에서 24.7%, '중하'에서 24.5%, '하'에서 26.2%였음.
 3) 2020년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 32.3%, '중상'에서 25.6%, '중하'에서 28.2%, '하'에서 30.1%였음.
 4) 2021년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 32.2%, '중상'에서 28.4%, '중하'에서 29.0%, '하'에서 24.9%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

92 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

중·장년의 근력운동 실천율은 코로나19 유행 이전 21.1%, 코로나19 유행 이후 21.9%로 0.8%p 증가하였다. 남자는 유행 이전 27.1%, 유행 이후 27.7%로, 여자는 유행 이전 15.3%, 유행 이후 16.1%로 모두 증가하였다. 소득수준별로 보면, 소득수준이 상인 인구집단에서만 유행 이전 25.3에서 유행 이후 24.1%로 1.2%p 감소하였다.

〈표 3-15〉 중장년의 근력운동 실천율(2018-2021)

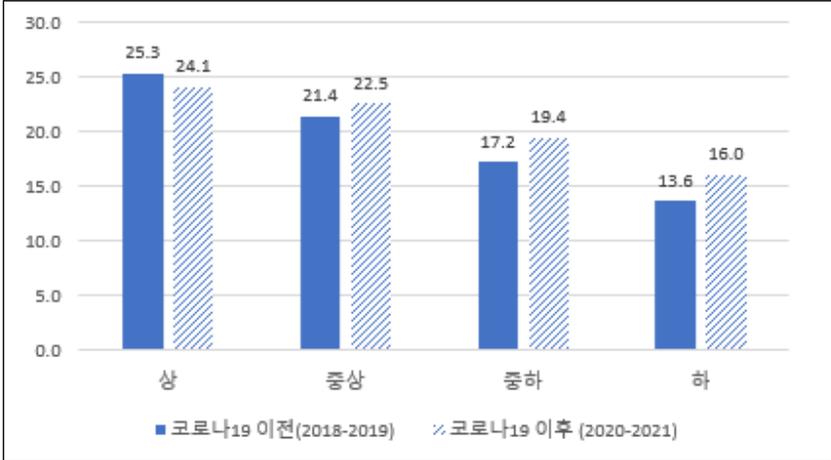
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-’19)	코로나19 이후 (‘20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	21.1(0.01)	21.9(0.01)	0.8	20.5	21.8	20.9	22.9
성별							
남자	27.1(0.01)	27.7(0.01)	0.6	25.7	28.5	27.4	27.9
여자	15.3(0.01)	16.1(0.01)	0.8	15.3	15.3	14.3	17.9
종사상지위							
임금근로자	21.7(0.01)	22.9(0.01)	1.2	21.6	21.9	23.3	22.5
자영업, 고용주	23.1(0.02)	21.3(0.02)	-1.8	21.5	24.8	19.0	23.9
비경제활동인구	18.5(0.01)	20.7(0.01)	2.2	17.2	19.6	18.2	23.0

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸 일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력운동을 2일 이상 실천한 분율
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

[그림 3-15] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 근력운동 실천율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 27.0%, '중상'에서 19.8%, '중하'에서 15.5%, '하'에서 8.9%였음.
 2) 2019년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 23.8%, '중상'에서 23.1%, '중하'에서 18.7%, '하'에서 18.3%였음.
 3) 2020년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 21.9%, '중상'에서 20.9%, '중하'에서 21.3%, '하'에서 15.2%였음.
 4) 2021년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 26.3%, '중상'에서 24.2%, '중하'에서 17.6%, '하'에서 17.0%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

노인의 근력운동 실천율은 코로나19 유행 이전 18.3%, 유행 이후 21.7%로 3.4%p 증가하였다. 연도별로도 코로나19 유행 이전에 비해 유행 이후 연도에서 증가한 것으로 나타났다. 성별 남자가 1.9%p, 여자가 4.1%p 증가하였으나, 남자는 2021년에 소폭 감소한 데 반해, 여자는 연도별로 계속 증가하는 양상을 보였다. 소득수준별로 보면 모든 소득 구간에서 코로나19 유행 이후 근력운동 실천율이 증가하였으나, 소득수준이 '상'인 집단에서 6.3%p 증가하여 가장 큰 폭으로 증가하였다.

94 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

〈표 3-16〉 노인의 근력운동 실천율(2018-2021)

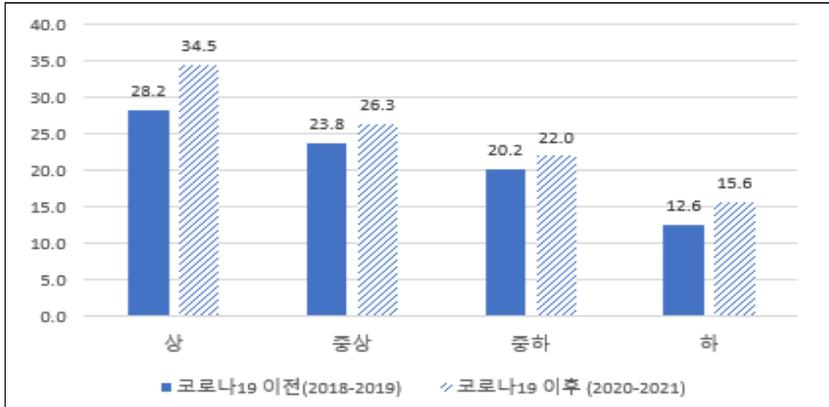
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-‘19)	코로나19 이후 (‘20-‘21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	18.3(0.01)	21.7(0.01)	3.4*	18.3	18.3	22.5	21.0
성별							
남자	30.4(0.02)	32.3(0.02)	1.9	30.3	30.5	35.0	30.0
여자	9.1(0.01)	13.2(0.01)	4.1*	9.5	8.7	12.5	13.8
중사상지위							
임금근로자	20.1(0.02)	24.9(0.02)	4.8	21.4	19.1	25.6	24.3
자영업, 고용주	28.4(0.03)	24.0(0.02)	-4.4	29.1	27.7	26.9	21.5
비경제활동인구	16.0(0.01)	20.0(0.01)	4.0*	15.6	16.5	20.6	19.5

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸 일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력운동을 2일 이상 실천한 분율
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

〔그림 3-16〕 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 근력운동 실천율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 32.8%, '중상'에서 24.2%, '중하'에서 18.1%, '하'에서 12.3%였음.
 2) 2019년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 23.0%, '중상'에서 23.4%, '중하'에서 22.0%, '하'에서 12.9%였음.
 3) 2020년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 38.6%, '중상'에서 27.3%, '중하'에서 22.5%, '하'에서 15.6%였음.
 4) 2021년 소득수준별 근력운동 실천율은 '상'에서 31.1%, '중상'에서 25.4%, '중하'에서 21.5%, '하'에서 15.6%였음.
 자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

5. 걷기 실천율

가. 전체 대상자의 걷기 실천율

걷기 실천율은 지난 1주일간 걷기를 1회 30분 이상 주 5일 이상 실천한 비율로 정의하였으며, 코로나19 유행 이전에 비해 유행 이후에 1.5%p 감소하였다. 남성에서 3.3%p로 크게 감소하였으며, 연령별로는 청년에서 6.1%p 감소한 것에 비해 노인에서 4.8%p 증가하였다. 종사상지위별로 살펴보면, 임금근로자에서는 코로나19 유행 이후 2.2%p 감소하였고, 자영업, 고용주에서는 3.3%p 감소하였다. 소득수준별로 보면, 소득수준이 상일 때 1.9%p, 중상일 때 1.3%p 감소하였고, 하에서는 3.0%p 감소하여 큰 폭으로 감소하였다.

〈표 3-17〉 걷기 실천율(2018-2021)

(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (*18-'19)	코로나19 이후 (*20-'21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	41.1(0.01)	39.6(0.01)	-1.5	39.3	42.8	39.2	40.1
성별							
남자	41.9(0.01)	38.6(0.01)	-3.3*	39.8	44.0	39.3	38.0
여자	40.3(0.01)	40.6(0.01)	0.3	38.9	41.7	39.1	42.1
연령							
청년(19-39세)	46.5(0.01)	40.4(0.01)	-6.1*	44.2	48.9	41.5	39.3
중년(40-64세)	37.9(0.01)	37.7(0.01)	-0.2	36.3	39.4	36.4	38.9
노인(65세 이상)	38.6(0.01)	43.4(0.01)	4.8*	37.3	39.9	42.3	44.4
종사상지위							
임금근로자	42.5(0.01)	40.2(0.01)	-2.2	39.7	45.2	40.2	40.2
자영업, 고용주	33.4(0.01)	30.1(0.01)	-3.3	32.8	34.0	29.3	31.0
비경제활동인구	42.1(0.01)	42.5(0.01)	0.4	41.6	42.6	41.7	43.2

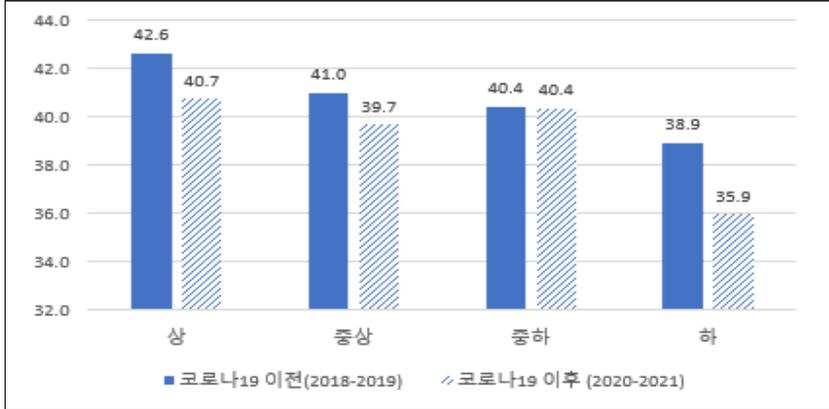
주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.

2) 최근 1주일 동안 걷기를 1회 30분 이상 주 5일 이상 실천한 비율

3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

[그림 3-17] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 걷기 실천율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 40.9%, '중상'에서 39.3%, '중하'에서 37.7%, '하'에서 38.9%였음.
 2) 2019년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 44.3%, '중상'에서 42.9%, '중하'에서 43.1%, '하'에서 39.0%였음.
 3) 2020년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 40.5%, '중상'에서 38.3%, '중하'에서 41.3%, '하'에서 39.0%였음.
 4) 2021년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 41.0%, '중상'에서 41.0%, '중하'에서 39.5%, '하'에서 37.1%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

나. 연령군별 걷기 실천율

청년의 걷기 실천율은 코로나19 유행 이전 46.5%, 유행 이후 40.4%로 6.1%p 감소하였으며, 연도별로는 코로나19 발생 이전인 2019년 48.9%에 비해 코로나19 발생 연도인 2020년에 41.5%로 매우 큰 폭으로 감소하였다. 성별, 소득수준별로 살펴보았을 때, 모든 집단에서 코로나19 이전과 이후에 감소하였다. 임금근로자와 비경제활동인구에서 코로나19 발생 이전 연도인 2019년에 비해 2020년, 2021년에 지속적으로 감소하는 양상을 보였다.

〈표 3-18〉 청년의 걷기 실천율(2018-2021)

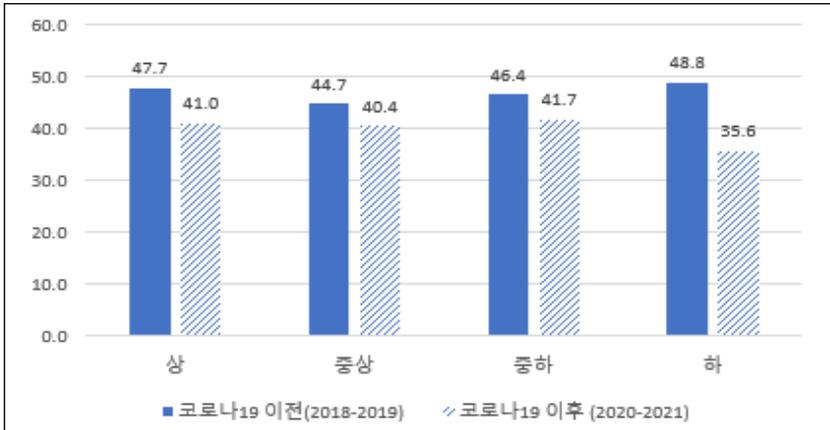
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 ('18-'19)	코로나19 이후 ('20-'21)	이후-이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	46.5(0.01)	40.4(0.01)	-6.1*	44.2	48.9	41.5	39.3
성별							
남자	49.0(0.02)	41.6(0.02)	-7.4*	46.1	51.9	44.2	38.9
여자	43.9(0.01)	39.2(0.02)	-4.7*	42.1	45.7	38.5	39.8
증사상지위							
임금근로자	47.1(0.01)	42.1(0.01)	-5.0*	43.0	51.2	43.8	40.4
자영업, 고용주	34.8(0.03)	28.4(0.03)	-6.4	33.7	36.4	25.5	31.3
비경제활동인구	47.6(0.02)	40.2(0.02)	-7.3*	48.5	46.7	41.1	39.4

주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 최근 1주일 동안 걷기를 1회 30분 이상 주 5일 이상 실천한 분을
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

〔그림 3-18〕 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 걷기 실천율

(단위: %)



주: 1) 2018년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 46.2%, '중상'에서 41.4%, '중하'에서 43.4%, '하'에서 48.5%였음.
 2) 2019년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 48.9%, '중상'에서 48.3%, '중하'에서 49.7%, '하'에서 49.2%였음.
 3) 2020년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 43.4%, '중상'에서 39.0%, '중하'에서 42.7%, '하'에서 39.1%였음.
 4) 2021년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 38.5%, '중상'에서 41.6%, '중하'에서 40.6%, '하'에서 31.2%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

중·장년의 걷기 실천율은 코로나19 유행 이전 37.9%, 유행 이후 37.7%로 0.2%p 감소한 것으로 나타났다. 2018년부터 2021년까지 연도 별로 살펴보면, 중·장년의 걷기 실천율은 2019년에 비해 2020년 3%p 감소하였다가 2021년 38.9%로 회복되었다. 남성에서는 1.2%p 감소한 반면, 여성에서 0.9%p 증가하여 차이를 보였으며, 소득수준에서는 중하인 구간을 제외하고 모두 유행 이후 일주일간 걷기 실천율이 감소하였다. 비경제활동 인구는 2021년 45.1%로 코로나19 유행 이전보다 걷기 실천이 증가하였다.

〈표 3-19〉 중장년의 걷기 실천율(2018-2021)

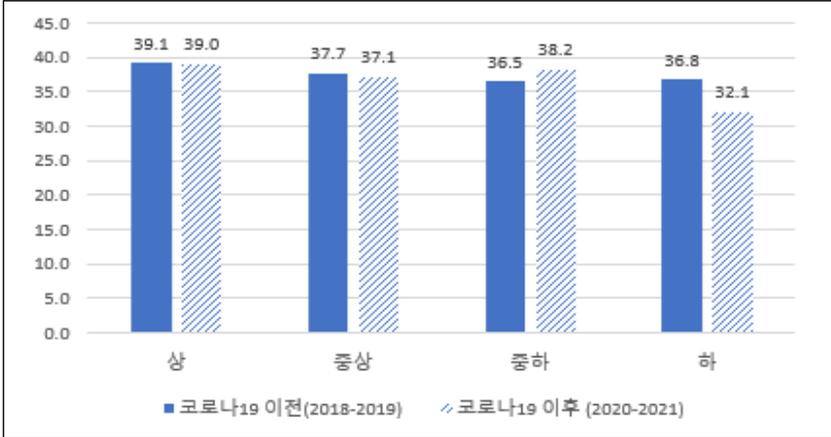
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-’19)	코로나19 이후 (’20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	37.9(0.01)	37.7(0.01)	-0.2	36.3	39.4	36.4	38.9
성별							
남자	35.3(0.01)	34.1(0.01)	-1.2	32.7	37.8	33.8	34.4
여자	40.4(0.01)	41.3(0.01)	0.9	39.9	40.9	39.0	43.5
종사상지위							
임금근로자	38.7(0.01)	38.1(0.01)	-0.6	37.0	40.5	37.7	38.5
자영업, 고용주	32.5(0.02)	29.9(0.02)	-2.6	31.7	33.3	29.6	30.2
비경제활동인구	40.5(0.01)	42.3(0.02)	1.8	39.1	41.8	39.3	45.1

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 최근 1주일 동안 걷기를 1회 30분 이상 주 5일 이상 실천한 분을
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

[그림 3-19] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 걷기 실천율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 37.6%, '중상'에서 37.3%, '중하'에서 33.5%, '하'에서 34.8%였음.
- 2) 2019년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 40.5%, '중상'에서 38.0%, '중하'에서 39.4%, '하'에서 38.7%였음.
- 3) 2020년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 37.3%, '중상'에서 35.7%, '중하'에서 39.0%, '하'에서 29.1%였음.
- 4) 2021년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 40.8%, '중상'에서 38.5%, '중하'에서 37.5%, '하'에서 35.7%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

노인의 걷기 실천율은 코로나19 유행 이전 38.6%, 유행 이후 43.4%로 4.8%p 증가하였다. 특히 여자에서 유행 이전 33.6%, 유행 이후 41.5%로 7.9%p 증가하였으며, 소득수준이 '상'인 경우 유행 이전 41.0%, 유행 이후 53.5%로 12.5%p 증가하였다. 반면 소득수준이 '하'인 집단은 코로나19 유행 이전 36.4%, 유행 이후 38.2%로 각 연도별로 걷기 실천율이 가장 낮은 집단이었으며, 증가 폭도 작은 것으로 나타났다. 종사상지위별로 보면 비경제활동인구에서 코로나19 이전에 비해 이후 45.2%로 7.0%p 증가하였다.

100 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

〈표 3-20〉 노인의 걷기 실천율(2018-2021)

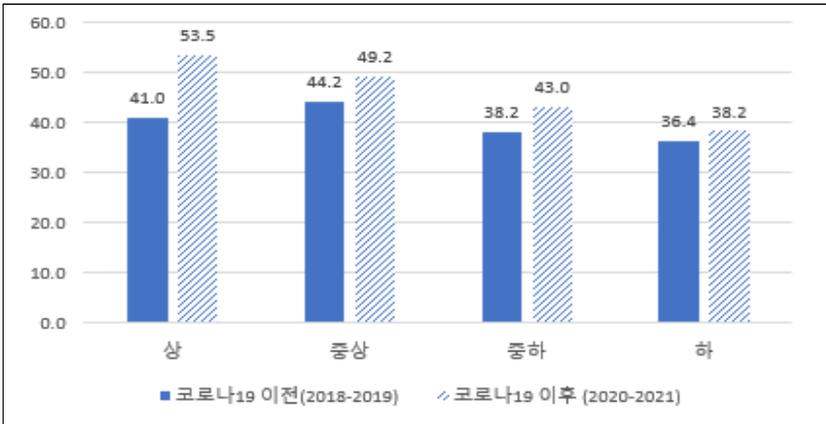
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 ('18-'19)	코로나19 이후 ('20-'21)	이후-이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	38.6(0.01)	43.4(0.01)	4.8*	37.3	39.9	42.3	44.4
성별							
남자	45.2(0.02)	45.8(0.01)	0.6	46.1	44.3	44.8	46.7
여자	33.6(0.02)	41.5(0.02)	7.9*	30.8	36.5	40.2	42.5
중사상지위							
임금근로자	41.0(0.02)	43.4(0.02)	2.5	37.7	43.7	37.6	47.8
자영업, 고용주	36.4(0.03)	33.2(0.03)	-3.1	37.1	35.5	32.2	34.1
비경제활동인구	38.2(0.01)	45.2(0.01)	7.0*	37.2	39.2	45.6	44.9

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 최근 1주일 동안 걷기를 1회 30분 이상 주 5일 이상 실천한 분율
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우($p<0.05$)

〔그림 3-20〕 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 걷기 실천율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 35.0%, '중상'에서 40.9%, '중하'에서 36.3%, '하'에서 37.2%였음.
 2) 2019년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 47.6%, '중상'에서 47.3%, '중하'에서 39.8%, '하'에서 35.6%였음.
 3) 2020년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 49.6%, '중상'에서 48.2%, '중하'에서 44.0%, '하'에서 36.4%였음.
 4) 2021년 소득수준별 걷기 실천율은 '상'에서 56.7%, '중상'에서 50.2%, '중하'에서 42.1%, '하'에서 39.7%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

6. 인플루엔자 예방접종률

가. 전체 대상자의 인플루엔자 예방접종률

인플루엔자 예방접종률은 코로나19 유행 이전인 39.6%에 비해 유행 이후 44.2%로 4.6%p 증가하였다. 성별, 연령별, 소득수준별로 살펴보면, 대체로 코로나19 유행 이후 예방접종률이 증가하였으나, 노인에서 5.0%p 감소하였다. 종사상지위에서는 임금근로자와 자영업, 고용주인 사람들에서 코로나19 유행 이후 각각 6.7%p, 4.1%p 증가하였으며, 소득수준이 하인 집단에서 6.4%p 감소하였다.

〈표 3-21〉 인플루엔자 예방접종률(2018-2021)

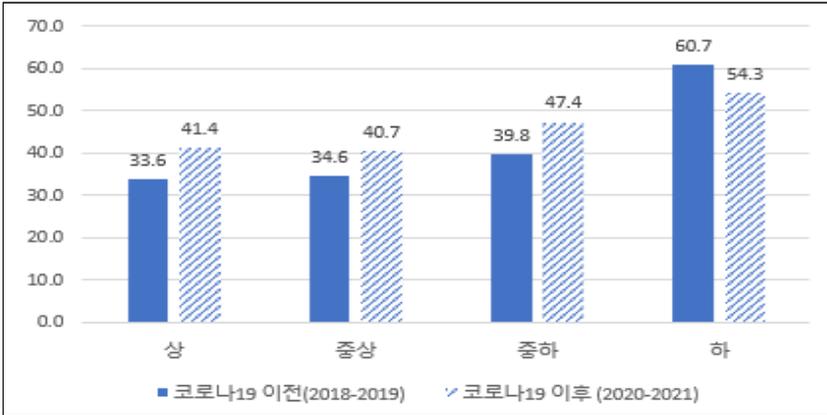
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-’19)	코로나19 이후 (‘20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	39.6(0.01)	44.2(0.01)	4.6*	37.2	42.0	42.3	46.1
성별							
남자	34.3(0.01)	39.0(0.01)	4.7*	31.2	37.4	37.3	40.7
여자	44.8(0.01)	49.4(0.01)	4.6*	43.1	46.5	47.2	51.5
연령							
청년(19-39세)	27.7(0.01)	32.3(0.01)	4.6*	25.3	30.2	31.8	32.8
중년(40-64세)	32.0(0.01)	39.5(0.01)	7.5*	28.9	35.1	36.7	42.3
노인(65세이상)	85.4(0.01)	80.4(0.01)	-5.0*	85.1	85.8	80.7	80.1
종사상지위							
임금근로자	34.3(0.01)	41.0(0.01)	6.7*	31.2	37.4	38.9	42.9
자영업, 고용주	31.9(0.01)	36.0(0.01)	4.1*	31.2	32.7	35.6	36.5
비경제활동인구	49.5(0.01)	51.1(0.01)	1.6	47.7	51.4	48.7	53.4

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 인플루엔자 예방접종률은 인플루엔자(독감) 예방접종 여부에 응답한 만 19세 이상 성인 중 ‘예’라고 응답한 사람의 비율로 정의하였음.
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우($p < 0.05$)

[그림 3-21] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 인플루엔자 예방접종률

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 '상'에서 30.9%, '중상'에서 31.9%, '중하'에서 36.9%, '하'에서 59.4%였음.
 2) 2019년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 '상'에서 36.2%, '중상'에서 37.5%, '중하'에서 42.7%, '하'에서 62.1%였음.
 3) 2020년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 '상'에서 37.9%, '중상'에서 40.0%, '중하'에서 46.8%, '하'에서 51.1%였음.
 4) 2021년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 '상'에서 44.9%, '중상'에서 41.3%, '중하'에서 47.8%, '하'에서 57.5%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

나. 연령군별 인플루엔자 예방접종률

청년의 인플루엔자 예방접종률을 살펴보면, 코로나19 유행 이전 27.7%, 유행 이후 32.3%로 유행 이후에 4.6%p 증가하였고, 2018년부터 2021년까지 지속적으로 증가하는 추세를 보였다. 중사상지위별로는 자영업, 고용주에서 코로나19 유행 이후 1.6%p 증가하였다. 임금근로자에서 4.4%p, 비경제활동인구에서 5.7%p 크게 상승하였다. 소득수준에서는 코로나19 유행 이후 다른 소득 구간에서 인플루엔자 예방접종률이 증가한 것에 비해 '하'에서는 11.1%p 감소하였다.

〈표 3-22〉 청년의 인플루엔자 예방접종률(2018-2021)

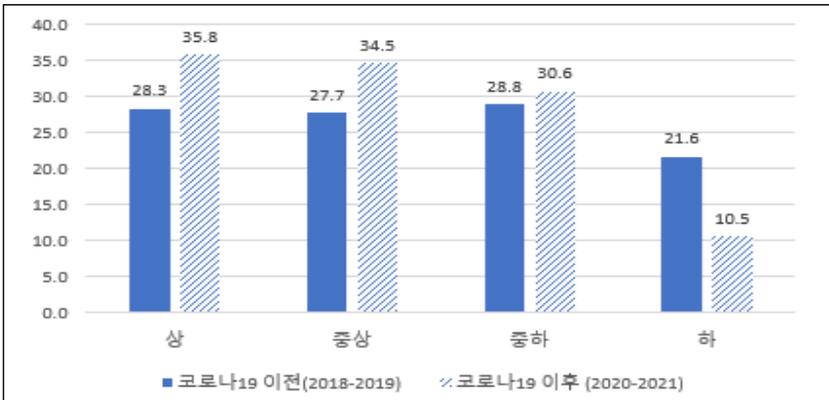
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-’19)	코로나19 이후 (‘20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	27.7(0.01)	32.3(0.01)	4.6*	25.3	30.2	31.8	32.8
성별							
남자	23.2(0.01)	27.7(0.01)	4.5*	20.2	26.3	27.6	27.9
여자	32.6(0.01)	37.4(0.01)	4.8*	30.9	34.4	36.5	38.3
종사상지위							
임금근로자	28.8(0.01)	33.2(0.02)	4.4*	26.0	31.6	33.2	33.2
자영업, 고용주	22.5(0.03)	24.1(0.03)	1.6	25.0	19.1	26.9	21.2
비경제활동인구	26.6(0.02)	32.3(0.02)	5.7*	24.0	29.1	30.5	34.2

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 인플루엔자 예방접종률은 인플루엔자(독감) 예방접종 여부에 응답한 만 19세 이상 성인 중 ‘예’라고 응답한 사람의 비율로 정의하였음.
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우($p < 0.05$)

[그림 3-22] 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 인플루엔자 예방접종률

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 ‘상’에서 26.5%, ‘중상’에서 24.8%, ‘중하’에서 26.9%, ‘하’에서 17.9%였음.
 2) 2019년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 ‘상’에서 30.0%, ‘중상’에서 30.8%, ‘중하’에서 30.9%, ‘하’에서 26.2%였음.
 3) 2020년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 ‘상’에서 34.2%, ‘중상’에서 35.3%, ‘중하’에서 30.8%, ‘하’에서 11.3%였음.
 4) 2021년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 ‘상’에서 37.5%, ‘중상’에서 33.8%, ‘중하’에서 30.5%, ‘하’에서 9.5%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

중·장년의 인플루엔자 예방접종률은 코로나19 유행 전후에 큰 차이를 보이는 것으로 나타났다. 전체적으로는 코로나19 유행 이전 32.0%, 유행 이후 39.5%로 7.5%p 증가하였으며, 2018년부터 2021년까지 지속하여 증가하는 양상을 보였다. 소득수준이 ‘하’에 속하는 집단에서 코로나19 유행 이후 35.3%로 유행 이전에 비해 1.9%p 감소하여 유일하게 감소한 집단으로 나타났다. 종사상지위별로는 임금근로자가 코로나19 유행 이전에 비해 유행 이후 8.7%p 증가하여 가장 크게 증가하였다.

〈표 3-23〉 중장년의 인플루엔자 예방접종률(2018-2021)

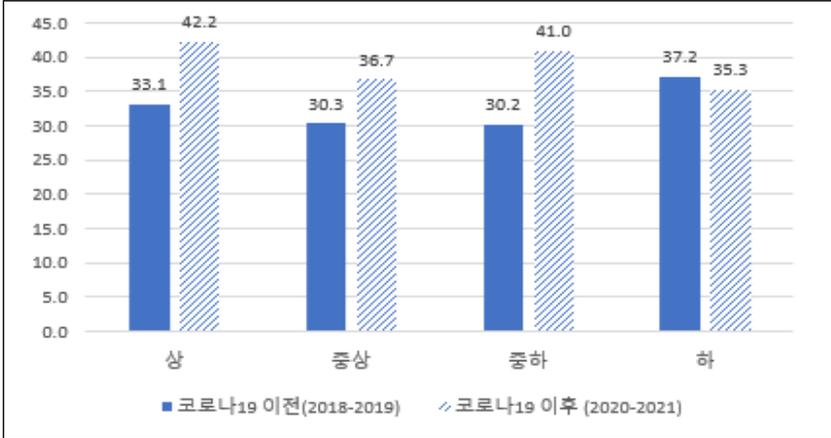
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-‘19)	코로나19 이후 (‘20-‘21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	32.0(0.01)	39.5(0.01)	7.5*	28.9	35.1	36.7	42.3
성별							
남자	27.6(0.01)	34.6(0.01)	7.0*	24.1	31.1	32.1	37.1
여자	36.3(0.01)	44.5(0.01)	8.2*	33.6	39.0	41.4	47.6
종사상지위							
임금근로자	31.6(0.01)	40.3(0.01)	8.7*	28.6	34.5	37.2	43.3
자영업, 고용주	25.4(0.01)	30.4(0.02)	5.0*	23.6	27.4	30.2	30.6
비경제활동인구	38.0(0.01)	44.5(0.02)	6.4*	34.2	41.5	40.8	47.9

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 인플루엔자 예방접종률은 인플루엔자(독감) 예방접종 여부에 응답한 만 19세 이상 성인 중 ‘예’라고 응답한 사람의 비율로 정의하였음.
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우($p < 0.05$)

[그림 3-23] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 인플루엔자 예방접종률

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 '상'에서 29.5%, '중상'에서 28.2%, '중하'에서 26.7%, '하'에서 33.8%였음.
 2) 2019년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 '상'에서 36.5%, '중상'에서 32.7%, '중하'에서 33.5%, '하'에서 40.5%였음.
 3) 2020년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 '상'에서 37.7%, '중상'에서 34.4%, '중하'에서 40.5%, '하'에서 31.9%였음.
 4) 2021년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 '상'에서 46.6%, '중상'에서 39.0%, '중하'에서 41.4%, '하'에서 39.1%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

노인의 인플루엔자 예방접종률은 코로나19 유행 이전 85.4%, 유행 이후 80.4%로 5.0%p 감소하였고, 연도별로도 점차 감소하는 추세인 것으로 나타났다. 중사상지위별로는 임금근로자, 자영업, 고용주 및 비경제활동 인구에서 모두 코로나19 유행 이후에 인플루엔자 예방접종률이 감소하였다. 소득수준으로 보면, 모든 소득 구간에서 코로나19 유행 이후 인플루엔자 예방접종률이 감소하였다.

〈표 3-24〉 노인의 인플루엔자 예방접종률(2018-2021)

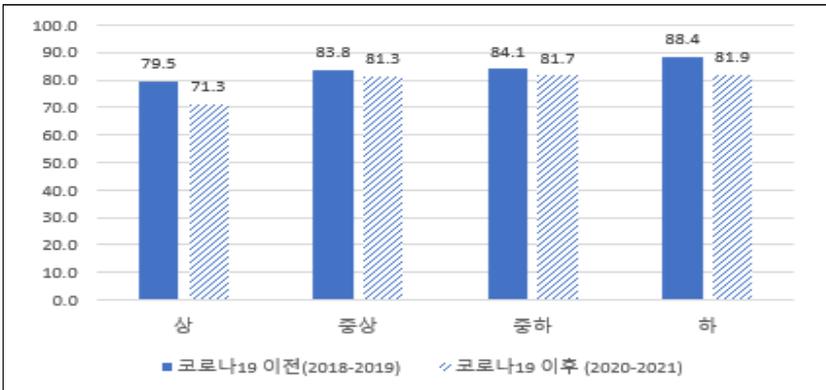
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 ('18-'19)	코로나19 이후 ('20-'21)	이후-이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	85.4(0.01)	80.4(0.01)	-5.0*	85.1	85.8	80.7	80.1
성별							
남자	83.8(0.01)	79.0(0.01)	-4.8*	82.7	84.9	78.9	79.1
여자	86.7(0.01)	81.4(0.01)	-5.3*	86.9	86.5	82.1	80.9
종사상지위							
임금근로자	86.0(0.02)	80.7(0.02)	-5.3*	86.3	85.8	80.5	80.9
자영업, 고용주	78.5(0.03)	77.2(0.03)	-1.3	78.7	78.3	75.9	78.3
비경제활동인구	86.3(0.01)	80.9(0.01)	-5.5*	85.8	86.9	81.7	80.1

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 인플루엔자 예방접종률은 인플루엔자(독감) 예방접종 여부에 응답한 만 19세 이상 성인 중 '예'라고 응답한 사람의 비율로 정의하였음.
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

〔그림 3-24〕 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 인플루엔자 예방접종률

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 '상'에서 75.2%, '중상'에서 82.4%, '중하'에서 83.1%, '하'에서 89.9%였음.
 2) 2019년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 '상'에서 84.4%, '중상'에서 85.2%, '중하'에서 85.0%, '하'에서 86.8%였음.
 3) 2020년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 '상'에서 66.8%, '중상'에서 83.5%, '중하'에서 82.8%, '하'에서 82.6%였음.
 4) 2021년 소득수준별 인플루엔자 예방접종률은 '상'에서 75.1%, '중상'에서 79.2%, '중하'에서 80.8%, '하'에서 81.3%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

7. 수면시간

가. 전체 대상자의 수면시간

수면시간은 주중 평균 수면시간으로 정의하였으며, 2018년, 2021년에는 주중 잠든 시간과 일어난 시간의 응답을 활용해 일주일 단위의 평균 수면시간을 계산하였다. 2019년과 2020년에는 주중 수면시간에 대한 질문의 응답시간을 평균으로 계산하여 코로나19 유행 이전과 이후의 비교를 제시하지 않았다. 수면시간은 연도별로 큰 차이를 나타내지 않는 것으로 나타났다.

〈표 3-25〉 주중 평균 수면시간(2018-2021)

(단위: 시간)

	2018	2019	2020	2021
전체	7.0	6.8	6.8	7.1
성별				
남자	7.0	6.8	6.8	7.0
여자	7.0	6.8	6.9	7.1
연령				
청년(19-39세)	7.1	6.9	6.9	7.3
중년(40-64세)	6.9	6.7	6.7	6.9
노인(65세 이상)	7.1	6.7	6.9	7.2
종사상지위				
임금근로자	6.9	6.6	6.6	7.0
자영업, 고용주	7.0	6.5	6.6	7.0
비경제활동인구	7.1	6.7	6.8	7.2

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 주중 잠자리에 든 시각과 일어난 시각을 이용하여 계산한 하루 평균 수면시간
 3) 수면시간은 국민건강영양조사 제7기(2016-2018년), 2021년 조사에서는 주중/주말 잠든 시각, 일어난 시간 응답을 활용하여 개인의 평균 수면시간으로 정의하였음.

나. 연령군별 수면시간

코로나19 유행 전후에 청년의 주중 평균 수면시간은 연도별로 큰 변화가 없는 것으로 나타났다. 성별, 소득수준별, 종사상지위별 청년의 수면시간 또한 약 7시간 정도로 유지된 것으로 확인되었다.

〈표 3-26〉 청년의 주중 평균 수면시간(2018-2021)

(단위: 시간)

	2018	2019	2020	2021
전체	7.1	6.9	6.9	7.3
성별				
남자	7.0	6.8	6.8	7.2
여자	7.2	7.0	7.0	7.4
종사상지위				
임금근로자	7.0	6.7	6.7	7.2
자영업, 고용주	7.0	6.8	6.8	7.2
비경제활동인구	7.3	7.0	7.1	7.5

주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 주중 잠자리에 든 시각과 일어난 시각을 이용하여 계산한 하루 평균 수면시간
 3) 수면시간은 국민건강영양조사 제7기(2016-2018년), 2021년 조사에서는 주중/주말 잠든 시각, 일어난 시간 응답을 활용하여 개인의 평균 수면시간으로 정의하였음.

중·장년의 평균 수면시간은 2018년부터 2021년까지 큰 변화가 없는 것으로 나타났다. 성별, 소득수준별, 종사상지위별로 분석해본 결과에서도 마찬가지로 큰 변화가 없었다.

〈표 3-27〉 중장년의 주중 평균 수면시간(2018-2021)

(단위: 시간)

	2018	2019	2020	2021
전체	6.9	6.7	6.7	6.9
성별				
남자	6.9	6.9	6.7	6.6
여자	6.9	6.9	6.7	6.8
종사상지위				
임금근로자	6.8	6.5	6.5	6.8
자영업, 고용주	6.9	6.5	6.5	6.9
비경제활동인구	7.0	6.6	6.8	7.0

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 주중 잠자리에 든 시각과 일어난 시각을 이용하여 계산한 하루 평균 수면시간
 3) 수면시간은 국민건강영양조사 제7기(2016-2018년), 2021년 조사에서는 주중/주말 잠든 시각, 일어난 시간 응답을 활용하여 개인의 평균 수면시간으로 정의하였음.

노인의 수면시간은 다른 연령군과 마찬가지로 연도별로 큰 변화가 없는 것으로 나타났다.

〈표 3-28〉 노인의 주중 평균 수면시간(2018-2021)

(단위: 시간)

	2018	2019	2020	2021
전체	7.1	6.7	6.9	7.2
성별				
남자	7.3	6.9	7.0	7.2
여자	7.0	6.6	6.8	7.2
종사상지위				
임금근로자	7.0	6.4	6.4	6.9
자영업, 고용주	7.2	6.3	6.7	7.2
비경제활동인구	7.2	6.5	6.4	7.3

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 주중 잠자리에 든 시각과 일어난 시각을 이용하여 계산한 하루 평균 수면시간
 3) 수면시간은 국민건강영양조사 제7기(2016-2018년), 2021년 조사에서는 주중/주말 잠든 시각, 일어난 시간 응답을 활용하여 개인의 평균 수면시간으로 정의하였음.

제2절 초점집단 인터뷰(FGI) 조사 결과

1. 성인

가. 식생활

코로나19 유행 기간에 사회적 거리두기를 시행하여 음식점을 이용할 수 있는 인원수와 영업시간이 제한되었고, 많은 사람이 외식을 줄이고 집에서 식사를 해야 했다. 연구 참여자들은 배달 음식을 주문하거나, 집에서 음식을 조리하였다. 배달 음식 주문이 늘어난 연구 참여자들은 식비 지출이 코로나19 유행 이전보다 늘어났다고 언급하였다.

“어느 순간부터 이제 뭐랄까, 요리 실력도 떨어지고 맨날 하는 게 한계가 있으니까, 배달로 돌리니까 좀 잘 먹더라고요, 같이 먹어 버릇하니까. 최하 일주일에 두 번 이상 세 번씩 이렇게 시켜 먹게 되더라고요.”(연구 참여자 A50P10)

“먹는 것 자체도 이제 정말 배달 음식으로 나가는, 이제 비용도 과소비를 되게 많이 했고, 그래서 생활 속에서는 굉장히 좀 힘든 생활이었던 것 같아요.”(연구 참여자 A50P6)

일부 참여자들은 코로나19 유행 기간에 스트레스를 받아 단 음식을 섭취하는 빈도가 늘어났으며 단 음식 섭취가 건강에 부정적인 영향을 준 것으로 느끼고 있었다.

“2020년도, 2021년도는 거의 약속도 사람들 안 잡고 그랬잖아요. 그

러다 보니까 스트레스도 받다 보니까 좀 단 거 같은 게 좀 많이 당기더라고요. 그래서 단 음식 같은 것도 많이 먹고 하다 보니까. 자연스럽게 좀 더 건강도 좀 안 좋아지고. 밖에 헬스장도 다 막아서 이제 못 하고.” (연구 참여자 A40P4)

나. 신체활동

1) 사회적 거리두기의 영향

코로나19 유행 기간에 사회적 거리두기는 연구 참여자들의 신체활동에 영향을 미쳤다. 사회적 거리두기의 실시로 실내 체육시설을 이용하기가 어려워 실외에서 걷기 또는 집에서 하는 신체활동으로 대체하였다. 인터뷰를 진행한 결과 코로나19 이전에 유지했던 신체활동의 형태가 코로나19 유행 기간의 신체활동에 영향을 미친 것으로 확인되었다. 코로나19 유행 전 신체활동이 활발했던 사람은 코로나19 유행 기간에 사람들이 밖에 나오지 않아 걷는 시간이 오히려 증가했다고 하였고, 신체활동을 거의 하지 않았던 사람은 코로나19 유행 기간 신체활동에 변화가 없었다고 하였다.

여러 참여자가 코로나19 유행 기간에 집과 직장만 오가다 보니 신체활동이 많이 줄었다고 하였다. 한 연구 참여자는 코로나19 유행 초기, 감염자 동선 발표에 대한 부담으로 야외 운동조차 시도하지 못했다고 언급하였다.

코로나19 유행 기간 감염 전파를 막기 위해 상당수의 실내 체육시설이 폐쇄되었다. 연구 참여자들은 코로나19 유행으로 이용이 어려웠던 실내 체육시설을 대체하기 위해 걷기, 자전거 타기 등 야외 운동을 새로 시작하거나 시간을 늘렸는데, 실내 테니스 운동에서 야외 테니스 운동으로 바

꾼 참여자도 있었다.

연구 참여자들은 코로나19 유행 상황에 적응하면서 자신에게 적합한 다양한 종류의 신체활동을 하며 건강관리를 하였다. 사회적 거리두기로 실내 운동시설(스포츠 센터)이 폐쇄된 기간에는 실외에서 걷기와 자전거 타기를 하거나 집에서 러닝머신을 이용하여 운동을 한 것으로 나타났다. 전반적으로 실외 걷기가 가장 보편적인 신체활동이라고 생각된다.

“저는 아파트 커뮤니티에서 요가를 한 2년 정도 했었는데, 2021년에 다 닫은 거예요. 그래서 이제 차선으로 생각하는 게 걷기랑 자전거였어요. 실외에 탁 트인 곳에서. 지금 생각해 보니까 굉장히 밀폐된 데였더라고요. 거기 가.”(연구 참여자 A40P6)

한 연구 참여자는 다음과 같이 걷는 시간에 비해 걷기운동의 효과는 뚜렷하지 않았다고 지적하였다.

“코로나가 굉장히 심해서 이제 문 닫았을 때는 남편하고 주로 한강공원 같은 데 가서 걷고, 혼자서도 한, 두 시간 넘게 걷고. 주로 걷는 거를 많이 해서 그런지 운동 많이 한 거에 비해서는 몸에서는 이렇게 변화가 별로 안 나타나더라고요.”(연구 참여자 A50P8)

사람들은 실내 체육시설에서 코로나19 감염을 막기 위해 마스크를 착용하였는데, 마스크 착용으로 운동하는 것이 힘들었던 참여자의 경우 마스크 착용이 운동을 그만두는 이유가 되었다.

“코로나 전에는 하루에 한 2시간 반에서 3시간 정도 운동을 했어요. 운동을 그렇게 하다가 그걸 이제 전혀 못 하고 마스크를 또 써야 되고 하다

보니까 그래서 운동을 끊었어요.” (연구 참여자 A50P4)

사회적 거리두기가 완화되고 실내 체육시설 이용이 가능해지면서 걷기 운동을 하거나 집에서 운동을 하던 사람들은 향후 실내 체육시설 이용을 계획하고 있었다.

“내가 트로트를 좋아하니까, 이제 그걸 틀고 러닝머신을 하는 거예요. 1시간씩. 일주일에 세 번씩, ... 이제 좀 (코로나가) 풀렸으니까 또 이제 찾고 있어요. 좋은 헬스장이 없나, 아니면 스쿼시.” (연구 참여자 A50P18)

2) 온라인 매체 활용

여러 연구 참여자들이 코로나19 유행 기간 중에 홈 트레이닝(유튜브 영상을 활용한 운동)을 이용한 경험이 있었다. 특히 다수의 참여자들이 야외에서 걷기와 홈 트레이닝으로 운동을 하였다고 밝혔다.

“유튜브를 보면서 운동을 했어요. 왜냐하면 기본적으로 이제 팔굽혀펴기 이런 걸 했었는데, 앉았다 일어나기, 그런데 그거 갖고는 좀 부족하더라고요. 살이 안 빠지고 그러니까, 그래서 짐볼 사다 놓고 하는 거. 그 다음에 밴드 갖고 이제 끈으로 이렇게 잡아당기는 거 있죠. 고무줄 밴드. 그런 거 하는 데 상당히 도움이 되었죠. 그래서 그거를 매일 할 수는 없고, 일주일에 많으면 4번, 적으면 2번 정도 이렇게 계속 했던 것 같아요.” (연구 참여자 A50P10)

“저 같은 경우는 시간이 좀 남았거든요. 그래서 집에 있는 시간이 많다 보니까 스트레칭을, 영상을 계속 보면서 스트레칭을 많이 했던 것 같아요.” (연구 참여자 A40P10)

일부 참여자들은 다음과 같이 홈 트레이닝 효과가 낮았거나 온라인 매체를 활용한 운동이 오프라인 운동을 대체할 수 없었다고 지적하였다.

“사실 운동이라는 게 눈에 보여야 할 수 있거든요. 아주 부지런한 사람 아닌 이상은 기구가 보인다고 운동하는 사람이 보여야 되는데 집에서 홈트라는 게 하려고 해도 이게 잘 안 돼요. 좀 이따 할까? 이게 아니면 또 헬스클럽 가면 그래도 최소한 1시간 반에 했던 게 10분만 한다든가 이런 식으로 하다 보니까(잘 안 됐어요.)” (연구 참여자 A50P1)

다. 개인위생과 건강관리 규칙

참여자들은 코로나19 유행 기간에 사회적 만남을 자제하고 개인방역 수칙을 철저히 지키려고 노력해온 듯하다. 코로나19 유행 기간에 건강을 관리하기 위해 마스크 착용하기, 손 소독제 사용하기, 손 씻기, 양치하기, 소금물 가글하기, 사람 많은 장소 피하기, 사람 만나지 않기 등을 실천하였다. 개인위생과 건강관리를 위한 규칙으로는 손 씻기와 손 소독제 사용이 주로 언급되었다. 일부 참여자들은 대중교통 이용 시 손잡이를 잡지 않거나 일회용 장갑을 사용했다고 하였다. 코로나19 유행 이후에도 건강관리와 위생에 관심을 기울이고, 비타민과 영양제를 복용하였다는 참여자도 있었다.

코로나19 유행 초기에는 마스크 사용을 매우 중요하게 생각하고 마스크 착용을 엄격하게 지켰으나, 코로나19 유행이 지속되고 바이러스가 변화하면서 덴탈 마스크를 사용하는 등 변화가 있었다.

“저는 1분만 외출해도 손 씻는 거는 그냥 생활화가 됐고, 그전에는 그

렇게까지는 안 했잖아요. ...(중략)... 소독제도 많이 사용했죠....(중략)... 그리고 단체로 이렇게 식구들 전체가 막 외식하고 그런 것도 좀 안 했어요.”(연구 참여자 A50P9)

“마스크 해제한 다음에도 저는 그냥 계속 쓰고 있거든요. 그리고 기구 바꿀 때마다 계속 손 소독제를 계속 써요. 아들이 아직 안 걸린 상태라 제가 사람 많이, 제일 모이는 곳이 운동하는 데 거든요. 혹시나 아들한테 감염될까 봐, 밖에 나갔을 때도 항상 자주 닦고, 물티슈 갖고 다니면서 항상 닦고, 운동할 때 특히, 기구 바꿀 때, 사람들이 계속 만지는 곳이니깐.”(연구 참여자 A50P8)

2. 노인

가. 식생활

대다수의 연구 참여자들이 코로나19 유행 이전과 비교하여 식생활에 변화가 없었으나 다음과 같이 코로나19 유행 후 마트에서 감염될 것을 우려하여 인터넷 쇼핑을 이용하기도 하였다.

“사람이 많다 보면 아무래도 이게 내가 의도치 않게 걸릴 수가 있잖아요. 그래서 마트 가는 것을 그때는 좀 줄였었어요. 그리고 그냥 인터넷으로 구매하고, 안 다니고, 처음에는 막 무서웠잖아요. 그제, 초창기에는. 그래서 안 가면 이제 거의 인터넷으로 구매하고.”(연구 참여자 DM65P4)

나. 신체활동

코로나19 유행 기간에 노인들의 신체활동에 변화가 있었다. 대부분의 참여자들이 코로나19 유행 기간에 신체활동이 줄었다고 하였고 걷기가 주요한 신체활동이었다. 그러나 코로나19 유행 전에 실내 체육시설을 이용하지 않고 걷기와 실내 자전거로 운동했던 참여자의 경우에는 코로나19 유행 기간에도 운동의 종류와 운동시간이 변화하지 않았다.

1) 사회적 거리두기의 영향

코로나19 유행 이전에는 많은 사람이 버스 등으로 이동하여 거주지에 서 멀리 떨어진 높은 산을 등산하였으나, 코로나19 유행 후에는 거주지 근처의 산을 등산하거나 둘레길을 걷는 것으로 변경되었으며, 걷는 것도 여러 명이 어울려 걷기보다는 혼자 걷는 방식으로 바뀌었다.

실내 체육시설 운영 중단은 특히 노인들의 신체활동에 영향을 미쳤다. 연구에 참여한 두 명의 노인이 실내 체육시설 폐쇄 후 모든 운동을 중단하였다고 밝혔다. 한 노인 참여자는 구민체육센터가 코로나19 유행 기간에 폐쇄된 후 시설 수리로 이어져 현재까지 이용하지 못했으며, 다른 참여자는 사회적 거리두기가 완화된 2022년 이후에 헬스장을 다시 이용하기 시작하였다.

“(에어로빅과 수영) 중단을 했고요, 그 센터가 지금 공사 중이에요. 코로나 시작하면서 구로 체육 센터가 지금 수리 중이라, 8월 넘어서 지금 개관을 한다고 그러는데, 아직까지도 미정이거든요. 저는 (현재) 숨 쉬기 운동밖에 안 합니다.” (연구 참여자 DM65P4)

일부 연구 참여자들은 실내 체육시설을 이용하는 대신 걷기운동 시간을 늘리거나 사회적 거리두기 단계에 따라 신체활동을 변화시켰다. 코로나19 유행 이전에 주 5일 실내수영장을 이용했던 한 참여자는 사회적 거리두기가 완화된 후 수영장을 다시 이용하기 시작하였으나 코로나19 감염을 고려하여 3일은 수영, 나머지 요일은 걷기를 하고 있었다. 아파트 내 실내 수영장을 이용하는 다른 참여자는 사회적 거리두기가 완화된 후 따라 손자녀와 함께 실내 수영장을 이용하였다고 하였다.

“심할 때는 수영장 닫았기 때문에 못 하고, 수영장이 열었을 때 그때 이제 이렇게 그냥 막 풀로 다니는 게 아니라 일주일에 한 번 정도 자유 수영을 데리고 가서, 애랑 같이 수영하고. 저도 너무 안 하니까 이제 몸이 힘들니까 수영을 좀 해야지 몸이 이렇게 (좋아질 것 같았어요).”(연구 참여자 O65P5)

연구에 참여한 한 노인은 다음과 같이 실내 체육시설 폐쇄 후 혼자 하는 운동은 효과가 떨어졌다고 언급하며 실내 체육시설 운영 중단이 노인의 신체활동 저하로 이어질 수 있음을 시사하였다.

“OOO라는 운동을 하고 있습니다. 코로나 때는 운동도 같이 모여서 하는 운동을 못하게 되고 그러니까 혼자서 하니 그게 주기적으로 잘 안 되더라고요. (주민센터 체육시설이) 폐쇄가 되니까요.”(연구 참여자 O65P7)

2) 온라인 매체 활용

노인 중에서 유튜브를 보면서 홈 트레이닝을 하는 참여자는 없었으나

TV를 보면서 ‘아령 하기’를 실천하는 사례가 있었다.

다. 개인위생과 건강관리 규칙

코로나19 유행 기간에 노인들은 건강관리를 위해 손 씻기, 마스크 착용, 소독제 사용, 버스, 지하철의 손잡이 잡지 않기, 장례식장에 가지 않기, 소금물로 가글하기, 모임 하지 않기 등을 실천하였다.

손 소독제에 대한 선호는 나뉘었는데, 손 소독제가 비누보다 효과적이라고 생각하는 사람도 있었고, 소독제 자체의 독성물질에 대한 우려와 두려움으로 사용을 기피하거나, 자신의 피부가 민감하여 사용하지 않는 사람도 있었다.

“비누로 손 씻는 것보다 효과가 있다고 생각하거든요. 비누로 꼼꼼히 손톱 밑에 이런 데 막 꼼꼼히 못 닦겠더라고요. 그래서 저걸 일단 발라 가지고 이렇게 소독을 한 다음에 다 마르면 그때 이제 손을 씻는 거예요. 소독이 된 다음에 물에 씻고 이제 비누로 씻은 다음에 집에서 뭐 만지고 이러거든요. 그래서 저게(손 소독제) 꼭 있어야 된다고 생각하고.”(연구 참여자 O65P11)

“저도 쓰긴 쓰는데, 근데 손이 건조해지고 안 좋아요. 그러니까 사람에 따라서 아까도 말씀드릴렀지만 피부에 따라서 켈로이드 피부 같은 경우는 안 쓰는 것이 바람직하다.”(연구 참여자 O65P7)

“저는 나갔다 와서 비누로 손을 씻지. 나라에서 주는 거 그거(소독제)를 전철에서도 발라본 적이 없어요. 왜냐하면 그게 독해서. 손이 약해요. 그래서 한 번도 안 써봤어요. 손에 독한 것 같아서, 그래서 안 써요. 지금도 안 써요. 비누로 씻어요.”(연구 참여자 O65P10)

노인들은 마스크 착용을 ‘자신을 보호하는 방법’일 뿐만 아니라 ‘타인을 위한 배려이자 예의’로 생각하였다. 실내에서 마스크 쓰기가 해제된 2023년 2월 말의 좌담회에서도 모든 참여자들이 마스크를 쓰고 있기를 원하였고, 대부분 외부에서 사람들을 만날 때 마스크를 착용한다고 밝혔다.

“마스크는 상대방을 위해서 써야 될 것 같아요. 자기 자신을 보호하는 게 더 약한 명분이고, 상대방을 위해 해 준다는 거로 써야지... 나를 위해서가 아니라 상대방을 위해서 써줘야 된다. 내가 건강하다고 자신하지만 상대방은 저 사람이 건강한지, 호흡기 질환이 있는지 알지를 못하잖아요. 상대방을 배려해서 써주는 게 맞다고 생각해요. 정부에서 해제를 해도.” (연구 참여자 O65P11)

“이제 집에 외부에서 수리하러 온다든지 이렇게 소독을 하러 온다는 분이 있잖아요. 예의상 저는 반드시 써줍니다. 왜냐하면 상대방이 어떻게 생각할지 모르고 예의상 써줍니다.” (연구 참여자 O65P7)

팬데믹 시기 참여자들은 정부 방침에 따라 사회적 만남을 자제하고 심지어 가족 모임도 제한을 두었다. 한 참여자는 다음과 같이 손자들을 자주 못 보았고 만남 시에도 신체 접촉을 조심했다고 하였다.

“손자들도 자주 못 보잖아요, 코로나 때문에. 또 할머니가 돌아다니다가 할머니가 개들 집에 가 갖고 하면 또 할머니 때문에 걸렸다고 그 소리 들을까 봐, 아예 서로 오도 가도 않고. 그리고 오면, 이렇게 덤석 하지를 못 했죠.” (연구 참여자 O65P6)

일부 노인들은 규칙적인 운동을 코로나19 유행 기간의 건강관리 규칙

으로 언급하였다. 다음과 같이 사회적 거리두기를 최대한 지키면서 걷기 운동을 했다고 밝혔다.

“이제 아파트 엄마들 간간이 보면, 그것도 그냥 이렇게 손으로 주먹 이렇게 하거나, 이렇게 손만 이렇게 흔들지, 막 얘기하면 서로가 민폐니까 그것도 마음대로 접촉을 못 하잖아요. 손을 흔들거나 주먹 이렇게 툭 붙이고 그냥 가지, 따로따로 걷고. 그래서 그 둘레길을 좀 많이 걸었던 것 같아요.” (연구 참여자 O65P5)

3. 헬스 리터러시 수준에 따른 차이

헬스 리터러시 수준보다는 코로나19 유행 이전에 해오던 신체활동 패턴이 영향을 미쳤는데, 코로나19 유행 이전 실내 체육시설을 주로 이용한 사람은 사회적 거리두기로 야외 신체활동 및 걷기운동으로 신체활동을 변경하였고 코로나19 유행 이전에 신체활동을 하지 않았거나 실외에서 주로 운동을 했던 사람들은 거의 변화가 없었다. 헬스 리터러시가 높은 그룹에 속했던 2명의 노인은 사회적 거리두기의 단계 변화에 따라 실내 체육시설(수영장)을 이용했고 헬스 리터러시가 낮은 3명의 노인은 주로 혼자 걷기운동을 했다고 하였다.

제3절 소결

국민건강영양조사 2018-2021년 자료를 이용하여 코로나19 유행 전후의 건강행동 변화를 살펴보면 다음과 같다.

우선, 흡연과 음주는 코로나19 유행 전후에 뚜렷한 차이를 보이지 않았다. 고위험 음주율은 가구 소득수준이 '하'에 속하는 청년에서 코로나19 유행 이전에 15.6%였는데 유행 이후에 7.4%로 크게 감소한 것이 두드러졌다. 코로나19 유행 기간에 감염 예방을 위해 주점과 음식점의 영업시간이 제한되었고, 재택근무로 직장인의 음주 기회가 감소하였기 때문인 것으로 보인다.

둘째, 신체활동에 변화가 있었다. 유산소 신체활동 실천율의 경우 2020년에 감소하였으나 2021년에는 이전 수준으로 회복하였다. 반면 근력운동 실천율은 코로나19 유행 이후 뚜렷하게 증가하였다. 여자, 노인에서 근력운동 실천율이 유의하게 증가하였으며, 청년 임금근로자에서 코로나19 유행 이후 근력운동이 증가하였다. 청년의 경우 유튜브 등 온라인 매체를 활용한 신체활동이 유행하면서 근력운동이 늘어난 것으로 생각된다.

걷기 실천율은 청년에서 6.1%p 감소한 반면, 노인에서는 4.8%p 증가하였다. 노인 중 여자, 소득수준이 상인 연령군에서 크게 증가하였다. 질적 연구에서 드러난 것처럼 노인복지관, 주민센터 등 실내 운동 프로그램을 이용할 수 없었던 노인들이 이를 대신하여 걷기 실천을 늘린 것으로 해석할 수 있다. 질적 연구에서 일부 참여자들은 실내 체육시설 운영 중단으로 신체활동이 감소하거나 운동의 효과가 떨어졌다고 밝혔다. 또한 헬스 리터러시가 높은 노인에서 사회적 거리두기 단계에 따라 실내 체육시설을 이용해 건강관리를 했다는 사례가 있었는데, 젊은 연령군에 비해 상대적으로 온라인 매체 활용이 낮은 노인에게는 이전에 이용했던 실내 체육시설 운영에 대한 정보를 적극적으로 제공하여 감염병 유행 기간에 건강관리를 하도록 유도하는 것이 필요하다고 생각된다.

셋째, 인플루엔자 예방접종률은 코로나19 유행 이후 유의한 증가세를 보였다. 소득수준이 상, 중상, 중하인 사람들에서는 증가하였으나, 소득

수준이 낮은 청년과 중장년에서는 감소하였다. 청년과 중장년은 노인과 달리 인플루엔자 예방접종 시 비용을 부담하기 때문에 코로나19 유행으로 인한 경제활동 위축이 영향을 미친 것으로 보인다. 연령별로는 청년과 중장년에서 동일한 양상을 보였으나 노인에서는 오히려 코로나19 유행 이후 감소한 것으로 나타났다. 노인의 인플루엔자 예방접종률 감소는 연도별로 살펴보았을 때, 2019년에 비해 2020년부터 감소세를 보였고, 특히 소득수준이 상인 노인들에서는 2019년 84.4%에서 2020년 66.8%로 크게 감소하였다. 노인의 인플루엔자 예방접종률 감소는 코로나19가 유행함에 따라 노인 폐렴구균 접종률이 크게 감소한 것과 같은 맥락에서 설명할 수 있을 것으로 보인다.⁷⁾

넷째, 질적 연구 결과 선행연구에서 나타난 것처럼 코로나19 유행 기간에 배달 음식, 단 음식 섭취가 증가한 것을 확인할 수 있었다(이단비, 안정형, 남진영, 2020). 사회적 거리두기로 음식점 이용이 제한되면서 코로나19 유행 기간에 배달 음식이 새로운 라이프 스타일의 하나로 자리 잡았다. 향후 배달 음식 섭취가 지속되는지, 이러한 식생활 변화가 국민의 비만을 증가로 이어지는지 연구할 필요가 있다.

다섯째, 질적 연구에서 사람들이 코로나19 유행 기간에 건강관리를 위해 마스크 착용, 손 소독제 사용 등 개인위생에 매우 신경을 썼다는 것을 확인할 수 있었다. 철저한 개인위생은 코로나19 감염 관리에 기여했으나, 사람들 간에 거리를 멀어지게 하는 요인이 되기도 했고, 사람들마다 개인위생 관리 방법과 강도가 달랐다. 바람직한 개인위생 방식에 대한 추가적인 연구가 필요하다고 생각된다.

7) KBS.(2020.04.22.) 코로나19에 노인 폐렴구균 접종률 18%→6% “적기에 예방접종 받아야”. <https://news.kbs.co.kr/news/pc/view/view.do?ncd=4430404>

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제4장

코로나19 유행과 국민의 의료이용

제1절 한국의료패널 분석 결과

제2절 초점집단 인터뷰(FGI) 조사 결과

제3절 소결

제 4 장 코로나19 유행과 국민의 의료이용

제1절 한국의료패널 분석 결과

1. 응급 의료이용

2019년 1회 이상 외래 이용을 하고 2020년 한국의료패널조사에 참여한 9,704명의 7.9%가 2019년에 1회 이상 응급실을 방문했으며, 2020년에는 7.0%가 응급실을 방문하여 2020년에 응급실 방문인원이 유의하게 감소하였다. 성별, 연령별로 나누었을 때 남자와 40-64세 연령군에서 2019년보다 2020년에 응급실을 방문한 사람의 비율이 유의하게 감소하였다. 2019년에 만성질환이 없었던 3,932명 중 6.4%가 2019년에 1회 이상 응급실을 방문하였고, 2020년에는 4.8%가 응급실을 방문하여 1.6%p 유의하게 응급실 방문 인원이 감소하였다(표 4-1 참조).

남자, 40-64세 연령군, 만성질환이 없는 그룹에서 연간 응급실 방문 횟수가 2019년에 비해 2020년에 유의하게 감소하였다(표 4-2 참조).

〈표 4-1〉 19세 이상 성인의 응급 의료 이용자 분율, 한국의료패널(2019, 2020)
(단위: %)

구분		코로나19 이전 (2019)	코로나19 이후 (2020)	차이 (2020-2019)
모든 조사 대상자	전체	7.0	6.5	-0.5
	성별			
	남자	7.1	6.6	-0.5
	여자	6.9	6.4	-0.3
	연령			
	청년(19-39세)	7.0	6.0	-1.0
	중년(40-64세)	6.7	5.6	-1.1*
	노인(65세 이상)	9.1	8.6	-0.5
	만성질환 유무			
	0개	5.2	4.3	-0.9*
	1개	7.1	6.5	-0.6
	2개	9.5	9.0	-0.5
	3개 이상	10.7	11.2	0.5
2019년 1회 이상 외래 이용자	전체	7.9	7.0	-0.9*
	성별			
	남자	8.4	7.2	-1.2*
	여자	7.5	6.8	-0.7
	연령			
	청년(19-39세)	7.0	6.0	-1.0
	중년(40-64세)	6.7	5.6	-1.1*
	노인(65세 이상)	9.5	8.7	-0.8
	만성질환 유무			
	0개	6.4	4.8	-1.6*
	1개	7.2	6.5	-0.7
	2개	9.7	9.1	-0.6
	3개 이상	10.9	11.2	0.3

*: McNemar 검정 결과 2019년과 2020년의 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)
주: 연구진이 한국의료패널 자료를 활용하여 분석하였음.

〈표 4-2〉 19세 이상 성인의 응급 의료 이용 건수, 한국의료패널(2019, 2020)

(단위: 건)

구분		코로나19 이전 (2019)		코로나19 이후 (2020)		차이	
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준편 차
모든 조사 대상자	전체	0.09	0.08	0.10	0.4	0.01	0.5
	성별						
	남자	0.09	0.4	0.08	0.4	-0.01	0.5
	여자	0.09	0.4	0.08	0.4	0.01	0.5
	연령						
	청년(19-39세)	0.06	0.3	0.06	0.3	0.0	0.4
	중년(40-64세)	0.08	0.4	0.07	0.4	-0.01	0.4
	노인(65세 이상)	0.13	0.5	0.11	0.4	-0.02	0.6
	만성질환 개수						
	0개	0.06	0.3	0.05	0.3	-0.01*	0.4
	1개	0.10	0.4	0.08	0.4	-0.02	0.5
	2개	0.12	0.4	0.12	0.5	0.0	0.5
	3개 이상	0.15	0.5	0.15	0.5	0.0	0.6
2019년 1회 이상 외래 이용자	전체	0.10	0.4	0.09	0.4	-0.01*	0.5
	성별						
	남자	0.11	0.4	0.09	0.4	-0.02*	0.5
	여자	0.10	0.4	0.09	0.4	-0.01	0.5
	연령						
	청년(19-39세)	0.08	0.3	0.07	0.3	-0.01	0.4
	중년(40-64세)	0.09	0.4	0.07	0.4	-0.02*	0.4
	노인(65세 이상)	0.13	0.5	0.11	0.4	-0.02	0.6
	만성질환 개수						
	0개	0.08	0.3	0.06	0.3	-0.02*	0.4
	1개	0.10	0.4	0.08	0.4	-0.02	0.5
	2개	0.13	0.4	0.12	0.5	-0.01	0.5
	3개 이상	0.15	0.5	0.15	0.5	0.0	0.6

* : Paired t-test 검정 결과 2019년과 2020년의 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

주: 1) 해당 연도의 의료이용이 없는 경우 0으로 하여 평균 의료이용 건수를 산출하였음.

2) 연구진이 한국의료패널 자료를 활용하여 분석하였음.

2. 입원 의료이용

2019년에 1회 이상 외래 이용을 하고, 2020년 한국의료패널조사에 참여한 9,704명 중 입원 의료이용을 한 사람의 분율과 입원 횟수는 2019년과 2020년에 유의한 차이를 보이지 않았다.

〈표 4-3〉 19세 이상 성인의 입원 의료 이용자 분율, 한국의료패널(2019, 2020)

(단위: %)

구분		코로나19 이전 (2019)	코로나19 이후 (2020)	차이 (2020-2019)
모든 조사 대상자	전체	12.1	12.7	0.6
	성별			
	남자	10.8	12.0	1.2*
	여자	13.1	13.3	0.2
	연령			
	청년(19-39세)	6.7	7.3	0.6
	중년(40-64세)	9.9	10.3	0.4
	노인(65세 이상)	17.4	18.0	0.6
	만성질환 유무			
	0개	7.2	8.1	0.9
	1개	12.8	12.9	0.1
	2개	16.6	18.1	1.5
	3개 이상	22.8	23.4	0.6
2019년 1회 이상 외래 이용자	전체	13.9	13.8	-0.1
	성별			
	남자	13.1	13.5	0.4
	여자	14.4	14.1	-0.3
	연령			
	청년(19-39세)	9.4	8.7	-0.7
	중년(40-64세)	11.6	11.2	-0.4
	노인(65세 이상)	18.1	18.3	0.2
	만성질환 유무			
	0개	9.2	9.0	-0.2
	1개	13.3	13.0	-0.3
	2개	9.7	9.1	-0.6
	3개 이상	23.2	23.5	0.3

*: McNemar 검정 결과 2019년과 2020년의 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

주: 연구진이 한국의료패널 자료를 활용하여 분석하였음.

〈표 4-4〉 19세 이상 성인의 입원 의료 이용 건수, 한국의료패널(2019, 2020)

(단위: 건)

구분		코로나19 이전 (2019)		코로나19 이후 (2020)		차이	
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
모든 조사 대상자	전체	0.2	0.7	0.2	0.7	0.0	0.8
	성별						
	남자	0.16	0.6	0.19	0.6	0.03*	0.8
	여자	0.21	0.8	0.2	0.7	-0.01	0.8
	연령						
	청년(19-39세)	0.08	0.3	0.09	0.4	0.01	0.5
	중년(40-64세)	0.15	0.7	0.16	0.6	0.01	0.7
	노인(65세 이상)	0.28	0.9	0.29	0.8	0.01	1.0
	만성질환 개수						
	0개	0.09	0.4	0.11	0.5	0.02*	0.6
	1개	0.2	0.7	0.2	0.7	0.0	0.8
	2개	0.28	0.9	0.3	0.8	0.02	1.0
	3개 이상	0.4	1.2	0.38	1.0	-0.02	1.2
2019년 1회 이상 외래 이용자	전체	0.2	0.8	0.2	0.7	0.0	0.9
	성별						
	남자	0.2	0.7	0.2	0.7	0.0	0.8
	여자	0.2	0.8	0.2	0.7	0.0	0.9
	연령						
	청년(19-39세)	0.1	0.3	0.1	0.3	0.0	0.6
	중년(40-64세)	0.2	0.8	0.2	0.7	0.0	0.8
	노인(65세 이상)	0.3	0.9	0.3	0.8	0.0	1.0
	만성질환 개수						
	0개	0.1	0.4	0.1	0.5	0.0	0.6
	1개	0.2	0.7	0.2	0.7	0.0	0.8
	2개	0.3	0.9	0.3	0.8	0.0	1.0
	3개 이상	0.4	1.2	0.4	1.0	0.0	1.2

*: Paired t-test 검정 결과 2019년과 2020년의 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

주: 1) 해당 연도의 의료이용이 없는 경우 0으로 하여 평균 의료이용 건수를 산출하였음.

2) 연구진이 한국의료패널 자료를 활용하여 분석하였음.

3. 외래 의료이용

2019년 1회 이상 외래를 이용하고 2020년 한국의료패널조사에 참여한 9,704명 중 91.1%가 2020년에 외래 의료서비스를 이용하여 외래 이용자 수가 8.9%p 감소하였다. 남자 중 외래 의료 이용자 비율이 11.6%p 감소하여 여자의 감소율 6.9%보다 감소 폭이 컸다. 19-39세 청년에서 19.6%p 감소하여 외래 이용자가 중년, 노년보다 더 많이 감소하였다. 만성질환이 없는 사람 중 외래 이용을 하는 비율은 14.4%p 감소하였으나, 만성질환이 2개, 3개 이상인 사람에서는 외래 이용자 비율이 5% 이내로 감소하였다(표 4-5 참조).

외래 이용 횟수는 <표 4-6>과 같이 19-39세 연령군에서 2019년보다 2020년에 0.8회 유의하게 감소하였다. 여자, 19-39세 연령군, 만성질환이 없는 그룹에서 의과 외래 이용 횟수는 2019년에 비해 2020년에 유의하게 감소하였다. 치과 외래 이용 횟수는 2019년 1.2회, 2020년 1.3회로 평균 0.1회 증가하였다. 남자, 중년에서 유의하게 치과 외래 이용 횟수가 증가하였고, 65세 이상 노인에서는 차이가 없었다. 한방 외래 이용 횟수는 모든 집단에서 2019년과 2020년에 차이가 없었다.

〈표 4-5〉 19세 이상 성인의 외래 의료 이용자 분율, 한국의료패널(2019, 2020)

(단위: %)

구분		코로나19 이전 (2019)	코로나19 이후 (2020)	차이 (2020-2019)
모든 조사 대상자	전체	86.2	84.6	-1.6*
	성별			
	남자	81.7	79.9	-1.8*
	여자	90.0	88.6	-1.4*
	연령			
	청년(19-39세)	69.9	67.2	-2.7*
	중년(40-64세)	84.8	84.2	-0.6
	노인(65세 이상)	95.1	93.0	-2.1*
	만성질환 개수			
	0개	76.6	75.8	-0.8
	1개	96.0	94.1	-1.9*
	2개	97.8	95.6	-2.2*
	3개 이상	98.5	96.2	-2.3*
2019년 1회 이상 외래 이용자	전체	100.0	91.1	-8.9
	성별			
	남자	100.0	88.4	-11.6
	여자	100.0	93.1	-6.9
	연령			
	청년(19-39세)	100.0	80.4	-19.6
	중년(40-64세)	100.0	90.7	-9.3
	노인(65세 이상)	100.0	95.1	-4.9
	만성질환 개수			
	0개	100.0	85.6	-14.4
	1개	100.0	95.4	-4.6
	2개	100.0	96.4	-3.6
	3개 이상	100.0	96.5	-3.5

*: McNemar검정 결과 2019년과 2020년의 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

주: 연구진이 한국의료패널 자료를 활용하여 분석하였음.

132 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

〈표 4-6〉 19세 이상 성인의 전체 외래 의료 이용 건수, 한국의료패널(2019, 2020)

(단위: 건)

구분		코로나19 이전 (2019)		코로나19 이후 (2020)		차이	
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
모든 조사 대상자	전체	18.4	24.4	18.8	25.6	0.4	17.6
	성별						
	남자	15.7	22.5	16.3	24.3	0.7*	16.3
	여자	20.8	25.7	20.8	26.2	0.0	18.6
	연령						
	청년(19-39세)	7.2	11.4	7.5	13.3	0.3	11.4
	중년(40-64세)	14.1	19.8	14.7	21.2	0.6*	15.2
	노인(65세 이상)	28.7	29.6	28.8	30.5	0.1	22.1
	만성질환 개수						
	0개	9.1	13.2	9.8	14.6	0.7*	12.7
	1개	20.8	22.3	21.2	24.2	0.4	19.0
	2개	29.9	30.2	29.6	30.5	-0.3	21.4
3개 이상	38.0	33.9	37.5	35.3	-0.5	24.6	
2019년 1회 이상 외래 이용자	전체	21.4	25.1	21.2	26.4	-0.2	18.4
	성별						
	남자	19.2	23.5	19.2	25.5	0.0	17.3
	여자	23.1	26.1	22.7	26.9	-0.4	19.3
	연령						
	청년(19-39세)	10.3	12.4	9.5	14.6	-0.8*	12.5
	중년(40-64세)	16.7	20.4	16.7	22.2	0.0	16.1
	노인(65세 이상)	30.2	29.6	29.9	30.6	-0.3	22.3
	만성질환 개수						
	0개	11.8	14.0	11.7	15.3	-0.1	13.4
	1개	21.7	22.4	21.8	24.4	0.1	19.2
	2개	30.6	30.2	30.1	30.6	-0.5	21.6
3개 이상	38.6	33.8	37.8	35.4	-0.8	24.4	

*: Paired t-test 검정 결과 2019년과 2020년의 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

주: 1) 해당 연도의 의료이용이 없는 경우 0으로 하여 평균 의료이용 건수를 산출하였음.

2) 연구진이 한국의료패널 자료를 활용하여 분석하였음.

〈표 4-7〉 19세 이상 성인의 의과 외래 의료 이용 건수, 한국의료패널(2019, 2020)
(단위: 건)

구분		코로나19 이전 (2019)		코로나19 이후 (2020)		차이	
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준편 차
모든 조사 대상자	전체	15.7	21.3	15.8	22.3	0.1	14.9
	성별						
	남자	13.5	20.2	13.9	21.8	0.4*	14.2
	여자	17.5	22.1	17.4	22.5	-0.1	15.5
	연령						
	청년(19-39세)	6.0	10.0	6.1	12.3	0.1	10.1
	중년(40-64세)	11.9	17.8	12.2	18.6	0.3	13.1
	노인(65세 이상)	24.5	25.6	24.5	26.6	0.0	22.1
	만성질환 개수						
	0개	7.3	11.1	7.6	12.1	0.3*	10.8
	1개	17.9	19.4	18.1	20.6	0.2	16.2
	2개	25.7	26.4	25.4	26.9	-0.3	18.3
	3개 이상	33.1	29.9	32.8	31.8	-0.3	20.6
2019년 1회 이상 외래 이용자	전체	18.2	21.9	17.8	23.1	-0.3*	15.7
	성별						
	남자	16.5	21.2	16.4	23.1	-0.1	15.1
	여자	19.4	22.4	18.9	23.1	-0.5*	16.1
	연령						
	청년(1913039세)	8.7	11.0	7.8	13.5	-0.9*	11.0
	중년(40-64세)	14.1	18.5	13.9	19.5	-0.2	13.9
	노인(65세 이상)	25.8	25.6	25.5	26.8	-0.3	18.8
	만성질환 개수						
	0개	9.5	11.9	9.1	12.7	-0.4*	11.4
	1개	18.7	19.4	18.6	20.8	-0.1	16.4
	2개	26.3	26.4	25.9	27.0	-0.4	18.5
	3개 이상	33.6	29.9	33.0	31.9	-0.6	20.5

*: Paired t-test 검정 결과 2019년과 2020년의 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

주: 1) 해당 연도의 의료이용이 없는 경우 0으로 하여 평균 의료이용 건수를 산출하였음.

2) 연구진이 한국의료패널 자료를 활용하여 분석하였음.

134 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

〈표 4-8〉 19세 이상 성인의 치과 외래 의료 이용 건수, 한국의료패널(2019, 2020)
(단위: 건)

구분		코로나19 이전 (2019)		코로나19 이후 (2020)		차이	
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
모든 조사 대상자	전체	1.1	2.9	1.2	3.1	0.1*	3.7
	성별						
	남자	1.0	2.9	1.2	3.1	0.2*	3.7
	여자	1.1	2.9	1.2	3.0	0.1*	3.7
	연령						
	청년(19-39세)	0.6	1.9	0.8	2.2	0.2*	2.5
	중년(40-64세)	0.9	2.6	1.1	3.0	0.2*	3.4
	노인(65세 이상)	1.4	3.5	1.5	3.5	0.1	4.4
	만성질환 개수						
	0개	0.9	2.5	1.0	2.7	0.1*	3.2
	1개	1.2	3.1	1.4	3.1	0.2*	3.8
	2개	1.3	3.1	1.4	3.7	0.1	4.3
	3개 이상	1.4	3.5	1.4	3.7	0.0	4.6
2019년 1회 이상 외래 이용자	전체	1.2	3.1	1.3	3.2	0.1*	3.9
	성별						
	남자	1.3	3.1	1.4	3.4	0.1*	4.1
	여자	1.2	3.0	1.3	3.1	0.1	3.9
	연령						
	청년(19-39세)	0.9	2.2	1.0	2.4	0.1	2.9
	중년(40-64세)	1.1	2.8	1.3	3.2	0.2*	3.6
	노인(65세 이상)	1.5	3.6	1.5	3.5	0.0	4.5
	만성질환 개수						
	0개	1.2	2.9	1.2	2.9	0.0	3.6
	1개	1.3	3.2	1.4	3.1	0.1	3.9
	2개	1.3	3.1	1.5	3.7	0.2	4.3
	3개 이상	1.4	3.6	1.5	3.7	0.1	4.7

*: Paired t-test 검정 결과 2019년과 2020년의 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)
 주: 1) 해당 연도의 의료이용이 없는 경우 0으로 하여 평균 의료이용 건수를 산출하였음.
 2) 연구진이 한국의료패널 자료를 활용하여 분석하였음.

〈표 4-9〉 19세 이상 성인의 한방 외래 의료 이용 건수, 한국의료패널(2019, 2020)
(단위: 건)

구분		코로나19 이전 (2019)		코로나19 이후 (2020)		차이	
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
모든 조사 대상자	전체	1.7	7.7	1.8	7.9	0.1	7.4
	성별						
	남자	1.1	6.6	1.2	6.9	0.1	6.5
	여자	2.2	8.5	2.3	8.7	0.1	8.2
	연령						
	청년(19-39세)	0.5	3.0	0.5	2.9	0.0	3.8
	중년(40-64세)	1.2	5.7	1.3	6.0	0.1	5.9
	노인(65세 이상)	2.8	10.6	2.8	10.8	0.0	10.0
	만성질환 개수						
	0개	0.9	4.8	1.1	5.8	0.2*	5.4
	1개	1.7	7.5	1.8	8.1	0.1	7.4
	2개	2.9	10.8	2.7	9.7	-0.2	9.5
	3개 이상	3.6	11.8	3.3	11.3	-0.3	10.6
2019년 1회 이상 외래 이용자	전체	2.0	8.3	2.0	8.3	0.0	7.8
	성별						
	남자	1.4	7.2	1.4	7.2	0.0	6.7
	여자	2.4	8.9	2.5	9.1	0.1	8.6
	연령						
	청년(19-39세)	0.7	3.5	0.7	3.4	0.0	4.5
	중년(40-64세)	1.5	6.2	1.5	6.5	0.0	6.3
	노인(65세 이상)	2.9	10.8	2.9	10.7	0.0	9.9
	만성질환 개수						
	0개	1.2	5.4	1.3	6.0	0.1	5.5
	1개	1.7	7.6	1.8	8.3	0.1	3.9
	2개	3.0	10.9	2.8	9.8	-0.2	9.6
	3개 이상	3.7	11.8	3.4	11.4	-0.3	10.7

*: Paired t-test 검정 결과 2019년과 2020년의 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

주: 1) 해당 연도의 의료이용이 없는 경우 0으로 하여 평균 의료이용 건수를 산출하였음.

2) 연구진이 한국의료패널 자료를 활용하여 분석하였음.

4. 의료비

2019년에 1회 이상 외래 이용을 하고 2020년 한국의료패널조사에 참여한 9,704명의 2019년 평균 연간 본인부담 의료비는 94만 원, 2020년 평균 본인부담 의료비는 약 109만 9천 원이었다.

남자가 평균 13만 3천원, 여자가 평균 11만 5천원 증가하여 남자가 여자보다 본인부담의료비가 더 증가하였다. 2019년과 2020년 본인부담 의료비 차이는 연령별로 차이가 있었는데, 19-39세 연령군은 2020년 본인부담의료비가 2019년보다 유의하게 늘어나지 않았지만 중년과 노인은 2019년보다 2020년에 의료비가 뚜렷하게 증가하였다. 2019년 대비 2020년 본인부담의료비 증가액은 청년이 7만 5천 원, 중년이 13만 6천 원, 노인이 12만 4천 원이었다.

2019년 만성질환이 없었거나 3개 이상인 사람들에서 2020년 뚜렷하게 본인부담의료비가 증가하였다. 만성질환이 1개인 사람은 7만 5천 원, 2개인 사람은 4만 4천 원 증가하여 만성질환이 없는 사람(18만 3천 원), 만성질환이 3개 이상인 사람(19만 8천 원)보다 증가가 작았다.

〈표 4-10〉 19세 이상 성인의 연간 본인부담의료비, 한국의료패널(2019, 2020)

(단위: 천원)

구분	코로나19 이전 (2019)	코로나19 이후 (2020)	차이		
	평균	평균	평균	표준편차	
모든 조사 대상자	전체	943	1,063	121*	2,053
	성별				
	남자	875	1,006	130*	2,014
	여자	995	1,106	114*	2,081
	연령				
	청년(19-39세)	565	655	76	1,455
	중년(40-64세)	876	1,005	135*	2,011
	노인(65세 이상)	1,161	1,279	122*	2,254
	만성질환 개수				
	0개	601	781	184*	1,692
	1개	985	1,061	69	2,034
	2개	1,214	1,250	44	2,165
	3개 이상	1,409	1,603	198*	2,371
2019년 1회 이상 외래 이용자	전체	940	1,099	122*	2,047
	성별				
	남자	869	1,050	133*	1,998
	여자	994	1,134	115*	2,082
	연령				
	청년(19-39세)	566	696	75	1,456
	중년(40-64세)	876	1,042	136*	2,011
	노인(65세 이상)	1,151	1,289	124*	2,241
	만성질환 개수				
	0개	601	816	183*	1,693
	1개	978	1,069	75	2,008
	2개	1,214	1,260	44	2,165
	3개 이상	1,409	1,610	198*	2,371

*: Paired t-test 검정 결과 2019년과 2020년의 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

주: 연구진이 한국의료패널 자료를 활용하여 분석하였음.

5. 미충족 의료 경험⁸⁾

2020년에 의과 의료이용이 필요했으나 이용하지 못한 의과 미충족 의료 경험률은 15.0%였으며, 청년(19-39세) 16.9%, 중년(40-64세) 15.5%, 노인(65세 이상) 11.6%로 연령별로 차이가 있었다. 만성질환이 없는 사람과 만성질환이 3개 이상인 사람이 만성질환 1개, 2개인 사람보다 의과 미충족 의료 경험률이 높았다. 성인에서는 헬스 리터러시가 부족하거나 미흡한 사람이 적절한 사람보다 의과 미충족 의료 경험이 높았다. 헬스 리터러시가 부족한 사람의 18.4%와 경계인 사람의 20.5%가 지난 1년간 필요한 의료서비스를 이용하지 못한 경험이 있었으나 헬스 리터러시가 적절한 사람은 13.8%가 필요한 의료서비스를 이용하지 못한 경험이 있었다. 노인에서는 헬스 리터러시에 따른 차이가 유의하지 않았다.

2020년에 치과 의료이용이 필요했으나 이용하지 못한 치과 미충족 의료 경험률은 18.4%로, 의과 미충족 의료 경험률보다 높았다. 청년과 중년의 치과 미충족 의료 경험률이 각각 20.0%, 19.6%로 노인의 13.3%보다 높았다. 만성질환이 없는 경우 치과 미충족 의료 경험률이 높았고, 헬스 리터러시에 따라서는 차이가 없었다(표 4-11 참조).

8) 2019년 한국의료패널조사에서는 미충족 의료 경험이 조사되지 않아 2020년 자료만을 분석하였음.

〈표 4-11〉 19세 이상 성인의 미충족 의료 경험률, 한국의료패널(2020)

(단위: %)

구분	의과 미충족 의료 경험률	치과 미충족 의료 경험률
전체	15.0	18.4
성별		
남자	15.2	18.9
여자	14.9	17.9
연령		
청년(19-39세)	16.9*	20.0*
중년(40-64세)	15.5*	19.6*
노인(65세 이상)	11.6*	13.3*
만성질환 개수		
0개	16.0*	19.7*
1개	13.6*	17.3*
2개	12.0*	14.2*
3개 이상	16.1*	17.8*
헬스 리터러시		
19-64세		
부족	18.4*	20.9
경계	20.5*	19.4
적정	13.8*	18.4
65세 이상		
부족	12.8	12.7
경계	10.4	14.6
적정	8.2	10.0

*: 카이제곱 검정 결과 통계적으로 유의한 경우($p < 0.05$)

주: 의과 미충족 의료 경험률은 2020년 한국의료패널 조사에 참여한 10,064명의 자료를, 치과 미충족 의료 경험률은 8,503명의 자료를 연구진이 분석하였으며 횡단면 가중치를 적용하였음.

제2절 초점집단 인터뷰(FGI) 조사 결과

1. 성인

가. 의료이용 경험

의료이용은 사람들의 건강수준이나 만성질환 유무에 영향을 받는다. 코로나19 유행 기간 의료기관 이용에 불편이 없었다는 연구 참여자도 있었으나 진료를 연기·포기한 경험이 있거나 의료이용이 불편했던 경험을 한 연구 참여자도 있었다.

1) 진료 연기와 포기

연구 참여자들은 코로나19 유행 기간에 진료를 연기한 경험이 있었다. 만성질환 치료를 위한 외래 진료가 미루어진 연구 참여자도 있었고, 2020년에 코로나19로 수술이 지연되는 경우도 있었다. 코로나19 검사 후 응급실 내원이 가능했기 때문에 의료이용이 불편했다고 다음과 같이 언급하였다.

“제가 이제 주사를 맞아야 되는데, 주사밖에 방법이 없더라고요. 안 그러면 큰 병원 가서 수술해야 되기 때문에. 시간도 많이 미루어지고 또 딜레이 되는 경우도 있고 그래가지고 어려운 점이 있었어요.” (연구 참여자 A50P10)

의과 진료보다는 마스크를 벗어야 하는 치과 진료를 연기하거나 건강검진을 연기했다는 참여자가 많았다. 한 참여자는 국가 건강검진을 받았

지만 여러 명이 같은 공간에서 입을 벌리고 있어야 하는 위내시경은 하지 않았다고 밝혔다.

“국가 검진 미루고. 21년도에는 1년 미루고, 내시경은 미루고 미루다가 연 말에 간신히 하고 그랬죠. 내시경은 마스크도 벗어야 되고 기기가 들어가고 이러니까 되게 찝찝하더라고요.” (연구 참여자 O40P6)

일부 참여자들은 병원에서 열리는 경우 오지 말라고 했던 경험이 있었는데, 발열이 코로나19 증상 중 하나였기 때문이었던 것으로 보인다.

“열 나면, (병의원에) 전화를 해보면 아예 오지 말라고 그래요. 코로나 검사 받고 오라고 그러더라고요. 그렇게 얘기하더라고요. 우리 그런 경우가 종종 있었어요.” (연구 참여자 A50P10)

2) 의료기관 이용 불편

코로나19 유행 기간에 환자들은 진료 전 코로나19 검사를 해야 하는 것에 불편함을 느꼈고 병원의 출입문 중 일부만 사용할 수 있어 진료를 위한 이동이 힘들었다. 고령 부모님의 보호자로 의료기관을 방문한 한 참여자는 병원의 업무 절차나 코로나19 감염관리 규칙으로 불편함이 컸음을 호소하기도 했다.

“코로나가 심해지니까 자기네들이 방역 관리를 위해서 동선을 굉장히 막아놓은 곳이 많았어요. 그러니까 이 검사 받을 때는 이 건물 가야 되고 저 검사가 저쪽으로 가야 되는데, 가까이 통할 수 있는 문을 다 막아 놨더라고요, 그러니까 찾아다니는 게 되게 힘들었어요.” (연구 참여자 A50P8)

의료기관의 코로나19 방역 조치는 감염 전파를 줄이기 위해 필요한 조치였으나 병의원 이용자는 다음과 같이 의료이용에 시간이 걸리고 불편함을 겪어야 했다.

“하루 전에 미리 QR 코드를 만들어서 가도, 이제 입구에서 바로바로 들어가는 게 아니라, 직원들한테 확인을 받고 (병원에) 들어가잖아요. 그러니까 시간이 촉박할 때는 그게 빨리빨리 들어가가지가 않으니깐, 굉장히 서두르게 돼요. 병원 입구 자체를 막아놓고, 그러니까 그런 거 굉장히 불편했죠.” (연구 참여자 A50P8)

한 연구 참여자는 코로나19 확진자가 대규모로 발생했던 기간에 자녀의 이비인후과 진료를 위해 병의원을 방문하였고 의사가 자녀의 목을 육안으로 진찰하지 않고 증상만을 듣고 처방을 하여 불만스러웠다고 언급하였다.

3) 의료이용에 대한 불안감

코로나19 유행 초기에는 바이러스에 대한 과학적 지식이 부족했고 유행 기간에는 확진자 수가 계속해서 늘어났기 때문에 병·의원과 약국을 방문한 사람들은 감염 가능성을 두려워하였다. 한 참여자는 병의원 진료 대기실에서 코로나19 확진 가능성이 있는 환자와 같이 있어서 불안했다고 하였고 다른 참여자는 사람들이 자신과 같이 있는 것을 꺼려할까 봐 병의원을 방문했다는 것을 주변 사람들에게 말하지 않았다고 하였다.

“옆에 다른 분이 기침하고 그러면, 아 씨, 왜 기침을 해. 이런 생각이 들고... 그러니까 너무 민감하잖아요. ... 조금 민감하게 와가지고 이러다 나 걸리면 또 집에 가면 또 우리 애들 걸리고. 이런 생각도 들고, 저도 좀 무던 편

이기는 한데, 그런 생각이 들더라고요.”(연구 참여자 A50P9)

“제가 이제 (코로나19가) 한참 심할 때는 병원에 다녀왔다는 소리를 주변에 못 하겠는 거예요. 그러니까 어떻게 알게 되면 살짝 걱정하는 눈으로, 저랑 이제 접촉하는 거에 대해서 되게 걱정하는 것 같이. 그래서, 병원 가서 검사를 받고 왔다는 얘기를 거의 안 했어요. 나한테 옮는 거 아니야? 제가 이렇게 코로나 약간 와서 자기한테 묻는 거 아니야? 이런 표정이 보이더라고요” (연구 참여자 A50P8)

나. 미충족 의료 경험

연구 참여자 중 대다수는 코로나19 유행 기간에 병원에 가야 할 필요가 있었으나 가지 못한 경험은 없었다고 하였으나, 일부 연구 참여자는 경미한 질환에 대해서는 의료이용이 필요했지만 진료를 받지 않았다고 하였다.

다. 비대면 진료 이용 경험

대부분의 연구 참여자가 코로나19 확진 시 전화 상담을 받고 약국에서 약을 받았던 경험이 있었다. 코로나19 감염으로 보건소 및 연계 병원에서 비대면 상담과 진료를 받았으나 상세한 안내를 받지 못해 당국에 불신이 생겼다는 참여자도 있었고, 질병관리본부 1339 콜센터 번호를 1355로 오인지한 참여자도 있었다.

두 명의 연구 참여자가 고혈압·당뇨병 환자 대상 전화 진료서비스를 이용하여 처방을 받은 경험이 있었고, 이들은 비대면 진료의 편의성을 선호하여 향후에도 이용할 수 있기를 희망하였다.

라. 백신 접종

연구 참여자들은 담당의의 권유와 주변 지인의 이야기를 듣고 백신을 접종하였다. 백신을 접종한 이유는 백신을 맞지 않으면 관공서, 음식점 등에 출입 제한이 있어서, 실내 체육시설을 이용하기 위해, 일을 하기 위해, 정부의 권고로, 백신의 편익이 위해보다 크다고 생각해서였다. 본인이나 가족이 코로나19 백신 접종 후 부작용을 경험한 경우 차후 접종을 꺼리게 되는 요소가 되었다.

“아예 법적으로 인제 딱 지침이 내려왔을 때는, (코로나19 백신을) 맞아야 되는구나. 그래서 남들이 2차 맞을 때 저는 한 템포씩 늦게 맞았거든요.”(연구 참여자 A40P11)

백신 접종 경험이 없는 참석자도 있었는데, 백신의 짧은 개발 기간, 부실한 임상 실험으로 백신 자체에 대한 불신과 정부의 통제에 대한 반발심으로 백신 접종을 하지 않았다고 밝혔다. 우리나라의 백신 접종률은 높은 편이나 백신에 대한 개인의 신념과 성향, 직업 유형, 가족·지인·의료진의 조언, SNS 댓글 등의 정보가 백신 접종에 영향을 미치는 요인이었다. 코로나19 백신을 맞지 않은 한 참여자는 다음과 같이 식당 출입에 어려움이 있었다고 언급하였다.

“사회 생활하는 제 입장에서는 굉장히 불편했어요. 그래서 야, 이거 어떻게 하지? 밥을 그냥 혼자 먹는 거. 같이는 못 먹고 이제 혼자 하는 데 가서 먹는다든지. 같이 대화를 못하게끔 아예 차단을 하니까.”(연구 참여자 A50P6)

2. 노인

가. 의료이용 경험

1) 진료 연기와 포기

대부분의 노인이 코로나19 유행 기간에 의료이용에 별다른 어려움이 없었다고 하였으며, 노인 당뇨병 환자들도 큰 불편 없이 당뇨병 진료를 받은 것으로 나타났다. 그러나 일부 노인들은 병원에서 감염될까 봐 두려움과 불편함이 겪었다고 호소하기도 했고, 병원 가기가 겁이 나서 치과진료를 미룬 경우도 있었다.

“매달 부위별로 병원이 틀린데 이제 계속 고정적으로 관리해야 되니까, 불편했던 게, 가면 코로나 검사 환자들이 짝 앉아 있어요. 그래서 병원 가서 옮을까 봐 더 조심하게 돼요, 이비인후과 가도 그렇지, 가정의학과라도 그렇지.”(연구 참여자 A65P9)

2) 의료기관 이용 불편

노인들은 병의원 대기실에 환자가 많고 대기실에서 1시간 이상 기다려야 하는 경우 불편함을 느꼈다. 대형병원에서 췌장암 수술을 했던 한 참여자는 수술 기간보다 코로나19 검사로 입원을 더 길게 해서 “코로나 수시 검사에 학을 떼 사람”이라고 했다.

“코로나 (검사)가 오래 걸려가지고 보호자도 들어가기도 힘들었고요. 그 다음에 실령 들어오면 나가지 못하고요. ...(중략)... 제가 열이 막 났어요. 그러니까 또 환자 보고 코로나 검사를 또 하더라고요. 열만 나면, 제

가 수시로 코로나 검사를 받고 저도 학을 뻗 사람입니다. 그래가지고 사실상 수술 기간보다 검사 기간으로 입원을 더 많이 했어요. 그러면서 검사비가 더 많아요. 검사비가 상당히 비싸니까...” (연구 참여자 O50P7)

코로나19 유행 기간에 대면접촉을 줄이기 위해 도입된 병원 내 키오스크 이용에 대해서도 다양한 경험이 존재하였다. 한 명의 노인은 병원에서 키오스크가 도입되어 처음에는 사용에 어려움이 있었으나 현재는 문제없이 이용하고 있다고 하였으나, 또 다른 노인들은 키오스크를 사용하는 데 처음에 어려움을 느끼지 못했고 현재도 잘 사용한다고 하였다.

나. 미충족 의료 경험과 비대면 진료

모든 참여자가 미충족 의료 경험이 없었다고 하였으며 비대면 진료를 받은 경험이 없었다. 그러나 당뇨병 환자의 경우 코로나19 유행 기간에 전화로 처방이 가능했다는 사실을 모르고 있었다. 한 노인 당뇨병 환자는 병원에서 진료받을 때 혈당검사를 하고 혈당 수준에 따라 약 처방을 받기 때문에 화상이나 전화로 진료를 받지 않는다고 밝혔다.

다. 백신 접종

노인들이 코로나19 백신 접종 여부를 결정하는 데는 다층적 요소가 영향을 미치는 듯하다. 연구에 참여한 사람 중에서 한 명의 노인을 제외하고 모두 코로나19 백신을 접종하였다. 코로나19 백신을 접종하지 않은 참여자의 경우 68세 고령자이지만 코로나19 백신의 안전성과 효과에 대한 불신이 있고, 미국에 거주하는 의사인 동생들이 접종하지 말 것을 권

고하여 백신을 맞지 않았다고 한다.

일부 노인들은 1, 2차 코로나19 백신 접종 후 추가 백신 접종을 중단하였다. 백신 부작용에 대한 두려움이 있거나 주변에서 심각한 부작용 사례를 지켜본 참여자들은 3차나 4차 접종에서 그쳤다.

경제활동을 위해 백신 접종이 필요했거나 음식점 등에 출입하기 위해 QR 코드를 제시해야 해서 코로나19 백신을 접종했다고 밝힌 참여자도 있었다.

“내 자신이 판단해서 안 맞고 싶었고, 주위 사람들이 그걸 뭐 맞느냐고 그러더라고요. 근데, 주사 맞아도 코로나 걸린 사람들이 많으니까 안 맞고 싶었어요..... 맞기 싫었는데 3차 예방접종 안 하면 출입을 못 해요. 돈 벌러 못 나가니까 돈 벌기 위해서 맞았어요.” (연구 참여자 O65P10)

“어디를 들어가지를 못해요. 이걸 찍어야 되잖아요. 그때, 핸드폰을, 그게 엄청 노이로제예요. 뭘 하나 사러 가려고 해도, 이것을 찍어야 하니깐 저기에 신경 써서 누구든지 다 맞은 거예요. 3차까지.” (연구 참여자 O65P6)

참여자 중 코로나19 백신 접종 후 부작용으로 의료이용을 경험한 사례도 있었다. 한 노인은 백신 접종 후 근육통이 심하게 발생하여 수회 도수 치료를 받았다고 밝혔다.

3. 헬스 리터러시 수준에 따른 차이

코로나19 유행 중 병원에 설치된 키오스크 사용에 대해 헬스 리터러시

수준에 따라 노인에서 차이가 있었다. 헬스 리터러시가 높은 그룹에 속하는 노인 중에서 2명을 제외하고 병원 키오스크를 사용한 경험이 있었으며, 모두 사용이 익숙해졌다고 한 데 비해, 헬스 리터러시가 낮은 노인들은 병원 키오스크를 사용한 경험이 없었다.

제3절 소결

한국의료패널 자료를 사용하여 동일인의 2019년 의료이용과 2020년 의료이용을 분석한 결과 첫째, 청년, 만성질환이 없는 사람 중 심으로 의료이용이 감소하였고, 입원보다는 응급실과 외래 이용자 수가 감소하였다. 이러한 연구 결과는 선행연구와 일치하는 것으로(김정주 외, 2022, pp.377-380; 오정운 외, 2021) 질적 연구에서도 병의원과 약국에서 코로나19 환자와 접촉하여 감염될 것을 우려하여 의료기관 방문에 불안감이 있었던 것으로 나타났다. 외래 이용자 수는 감소하였지만 이용 건수는 감소하지 않았고, 초점집단 인터뷰에 참여한 당뇨병 환자들도 당뇨병 진료에 문제가 없었다고 밝혔다. 오정운 등(2021)은 코로나19 유행 기간에 경증질환이 많이 감소한 것으로 해석하였다. 그러나 코로나19 유행이 2023년 초까지 지속되었기 때문에 2021-2023년의 의료이용을 포함하는 추가적인 연구가 있어야 할 것이다.

둘째, 2020년 한국의료패널조사에서 나타난 의과 미충족 의료 경험률은 15.0%로 2018년의 미충족 의료 경험률 12.5%보다 다소 상승하였다. 하지만 2019년에 제2기 한국의료패널이 시작하면서 패널 표본이 새롭게 구축되었으므로 이를 고려하여 해석하여야 한다(박은자 외, 2020). 2020년 치과 미충족 의료 경험률은 18.4%였다. 국민건강영양조사를 활용하

여 2019년과 2020년의 미충족 의료서비스를 비교한 김귀현과 서정안(2022)의 연구에서 60세 이상에서는 미충족 의료서비스가 감소하였으나 20-39세 청년층에서는 증가한 것으로 나타났다. 코로나19 유행 초기, 유럽과 미국에서는 코로나19 감염자 치료에 보건의료 자원이 집중되고 지역 봉쇄가 이뤄지면서 의료서비스가 중단된 데 비해, 국내에서는 지역사회 병의원 진료가 대부분 정상적으로 이루어졌기 때문인 것으로 보인다. 유럽 지역 미충족 의료 경험률은 2020년 20%, 2021년 17%, 2022년 18%로 증가하였다(Eurofound, 2022; Eurofound, 2023).

정부에서는 코로나19 유행 기간에 저소득층의 의료비 본인부담 기준 금액을 인하하였고, 의사가 적절하다고 판단한 경우 환자가 의료기관을 직접 방문하지 않고도 전화 상담 또는 처방을 받을 수 있도록 허용하였다. 미국과 유럽에서는 의료서비스에 대한 미충족 의료 경험의 원인으로 가용성 문제와 함께 코로나19 감염에 대한 두려움이 제시되었고(Eurofound, 2022; Eurofound, 2023), 우리나라에서도 2021년 설문 조사에서 일반인의 53.4%와 고혈압·당뇨병 환자의 62.7%가 코로나19 감염 우려를 미충족 의료 경험의 이유로 응답하였다(박은자, 송은솔, 최슬기, 2021). 질적 연구에서 만성질환자들은 코로나19 유행 이전과 동일하게 진료를 받았으나 경미한 질환의 경우 의료이용을 하지 않았다고 밝혀 심리적 요인이 미충족 의료에 영향을 미친 것으로 보인다.

셋째, 질적 연구를 통해 코로나19 유행 기간에 국민들이 의료기관을 방문했을 때 경험했던 어려움과 불편함을 알 수 있었다. 코로나19 감염을 막기 위해 의료이용 전 코로나19 검사를 해야 했고, 일부 출입문을 사용할 수 없게 되면서 병원 내 이동이 어려워졌는데, 성인보다는 노인에서 이러한 불편감을 크게 느꼈다.

비대면 접촉이 선호되면서 코로나19 유행 기간에 병원에서 키오스크

가 도입되었다. 헬스 리터러시가 높은 노인들은 키오스크 사용에 적응하였으나 헬스 리터러시가 낮은 노인들은 사용한 경험이 없었다. 노인의 키오스크 사용을 연구한 류수민과 유은혜(2023)는 노인이 키오스크 사용에서 배제되었고, 직원 등의 도움이 있을 경우 키오스크를 원활히 사용할 수 있다고 보고하였다. 특히 노인들이 기계에 익숙하지 못한 것에서 오는 당황스러움 등으로 키오스크를 적극적으로 활용하지 못하고 주변의 눈치를 보거나 노인들이 해당 공간에서 환영받지 못한다는 부정적 인식을 갖게 되는 것으로 나타났다. 키오스크 등 비대면 서비스가 취약한 노인들의 의료이용에 장애가 되지 않도록 대면 서비스를 같이 제공하는 등 헬스 리터러시가 낮은 사람들에 대한 배려가 필요하다고 생각된다.



제5장

코로나19 유행과 국민의 건강수준

제1절 국민건강영양조사 분석 결과

제2절 초점집단 인터뷰(FGI) 조사 결과

제3절 소결

제 5 장 코로나19 유행과 국민의 건강수준

제5장에서는 국민건강영양조사 분석과 질적 연구를 통해 코로나19 유행 전후에 건강수준과 건강수준 변화의 원인을 탐색하였다. 분석 지표는 나쁜 주관적 건강수준 평가, 비만 유병률, 스트레스 인지율, 우울장애 유병률이었다.

제1절 국민건강영양조사 분석 결과

1. 나쁜 주관적 건강수준 평가

가. 전체 대상자의 나쁜 주관적 건강수준 평가

주관적 건강수준이 나쁘다고 응답한 사람의 비율은 코로나19 유행 이전 16.7%, 유행 이후 17.8%로 1.1%p 증가하였다. 남자와 여자 모두 주관적 건강수준이 나쁘다고 인지한 비율이 증가하였으나, 특히 여자에서 2%p 증가하여 상대적으로 더 많이 증가한 것으로 나타났다. 모든 연령 구간에서 코로나19 유행 이후 주관적 건강수준을 나쁘다고 생각하는 비율이 증가하였고, 특히 중장년, 노인에서 지속적으로 증가하는 추이를 보였다. 종사상지위별로 살펴보면, 자영업, 고용주는 2019년에 비해 2020년에 나쁜 주관적 건강수준 평가가 17.2%로 크게 증가하였다. 소득수준별로는 소득수준이 중하, 하에 속하는 집단에서 코로나19 유행 이후에 나

쁜 주관적 건강수준 평가가 각각 3.3%p, 2.4%p로 가장 많은 증가를 보인 것으로 나타났다.

〈표 5-1〉 나쁜 주관적 건강수준 평가(2018-2021)

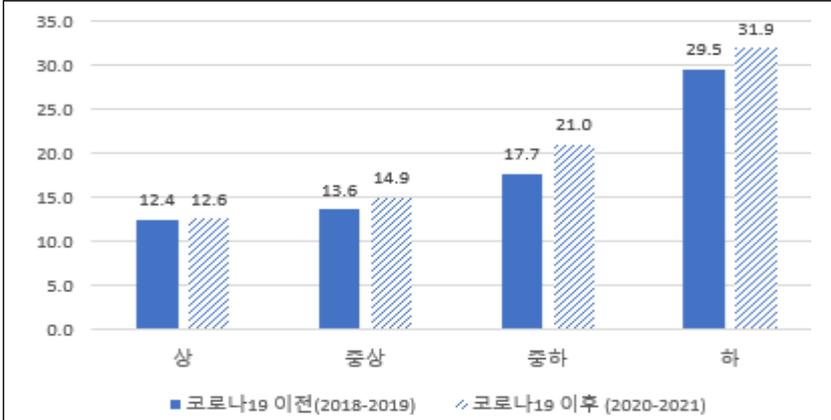
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (’18-’19)	코로나19 이후 (’20-’21)	이후-이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	16.7(0.00)	17.8(0.01)	1.1	17.7	15.6	17.9	17.8
성별							
남자	14.5(0.01)	14.8(0.01)	0.3	15.5	13.4	15.3	14.4
여자	18.8(0.01)	20.8(0.01)	2.0*	19.9	17.7	20.4	21.1
연령							
청년(19-39세)	12.4(0.01)	13.2(0.01)	0.8	13.3	12.2	14.8	11.6
중년(40-64세)	15.9(0.01)	17.3(0.01)	1.4	14.3	14.6	16.7	17.8
노인(65세이상)	27.6(0.01)	28.2(0.01)	0.6	18.3	25.4	27.6	28.7
종사상지위							
임금근로자	13.2(0.01)	13.4(0.01)	0.3	13.8	12.5	13.8	13.1
자영업, 고용주	16.6(0.01)	16.7(0.01)	0.2	19.0	13.8	17.2	16.3
비경제활동인구	21.4(0.01)	23.3(0.01)	1.9	22.5	20.3	22.7	23.9

주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 본인의 건강상태를 '매우 나쁨', '나쁨'으로 응답한 사람의 비율임.
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

[그림 5-1] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 '상'에서 13.3%, '중상'에서 14.3%, '중하'에서 18.3%, '하'에서 32.0%였음.
 2) 2019년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 '상'에서 11.6%, '중상'에서 12.9%, '중하'에서 17.1%, '하'에서 26.8%였음.
 3) 2020년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 '상'에서 12.4%, '중상'에서 15.0%, '중하'에서 20.5%, '하'에서 33.0%였음.
 4) 2021년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 '상'에서 12.7%, '중상'에서 14.8%, '중하'에서 21.3%, '하'에서 30.8%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

나. 연령군별 나쁜 주관적 건강수준 평가

청년 중 주관적 건강수준이 나쁘다고 인지하는 비율은 코로나19 유행 이전 12.4%, 유행 이후 13.2%로 0.8%p 증가하였다. 연도별로 살펴보면, 2019년의 12.2%에 비해 2020년에 14.8%로 크게 증가하였다가 2021년에는 11.6%로 다시 감소하는 추세를 보였다. 성별로는 여성에서 코로나19 유행 이전 12.7%, 유행 이후 14.9%로 2.2%p 증가한 반면 남성에서는 0.5%p 감소하였다. 소득수준이 하인 청년에서는 유행 전 22.1%에서 유행 이후 17.6%로 감소하였다.

〈표 5-2〉 청년의 나쁜 주관적 건강수준 평가(2018-2021)

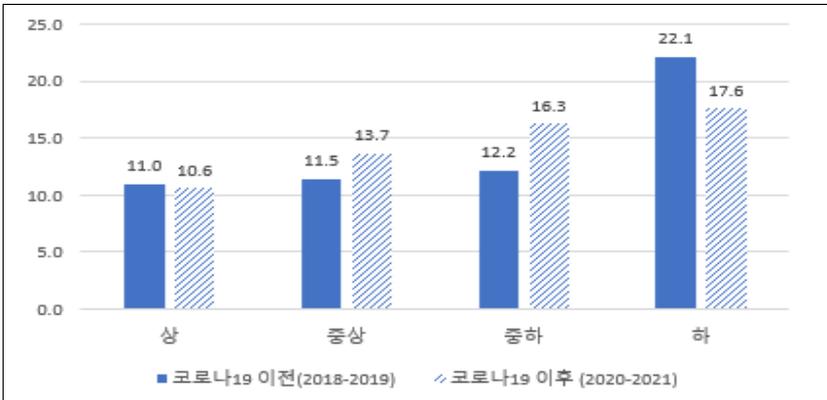
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 ('18-'19)	코로나19 이후 ('20-'21)	이후-이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	12.4(0.01)	13.2(0.01)	0.8	12.7	12.2	14.8	11.6
성별							
남자	12.2(0.01)	11.7(0.01)	-0.5	13.4	11.0	13.5	9.9
여자	12.7(0.01)	14.9(0.01)	2.2	11.9	13.5	16.1	13.6
종사상지위							
임금근로자	11.5(0.01)	11.7(0.01)	0.2	11.6	11.4	12.8	10.7
자영업, 고용주	15.8(0.03)	15.6(0.03)	-0.2	20.3	9.5	19.3	11.8
비경제활동인구	13.6(0.01)	14.9(0.01)	1.4	12.9	14.2	16.6	13.2

주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 본인의 건강상태를 '매우 나쁨', '나쁨'으로 응답한 사람의 비율임.
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

〔그림 5-2〕 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가

(단위: %)



주: 1) 2018년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 '상'에서 11.4%, '중상'에서 10.8%, '중하'에서 12.3%, '하'에서 25.6%였음.
 2) 2019년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 '상'에서 10.6%, '중상'에서 12.2%, '중하'에서 12.0%, '하'에서 17.8%였음.
 3) 2020년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 '상'에서 11.1%, '중상'에서 15.6%, '중하'에서 18.0%, '하'에서 21.6%였음.
 4) 2021년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 '상'에서 10.0%, '중상'에서 11.9%, '중하'에서 14.4%, '하'에서 12.4%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

중·장년 중 주관적 건강수준이 나쁘다고 인지하는 비율은 코로나19 유행 이전 15.9%, 유행 이후 17.3%로 1.4%p 증가하였다. 연도별로 살펴보면, 2019년 이후 지속해서 증가하여 2021년에는 17.8%가 되었다. 성별, 소득수준별로는 모든 집단에서 2019년 이후 꾸준한 증가 추세를 보였다. 남자는 코로나19 유행 이후 나쁜 주관적 건강수준 평가가 1.7%p, 여자는 1.2%p 증가하였으며, 종사상지위에서는 비경제활동인구의 주관적 건강수준 평가가 코로나19 유행 이후 3.3%p 증가하여 증가 폭이 가장 컸다. 소득수준별로는 '하'에 속하는 집단에서 코로나19 유행 이후 나쁜 주관적 건강수준 평가가 10.7%p로 가장 많이 증가한 것으로 나타났다.

〈표 5-3〉 중장년의 나쁜 주관적 건강수준 평가(2018-2021)

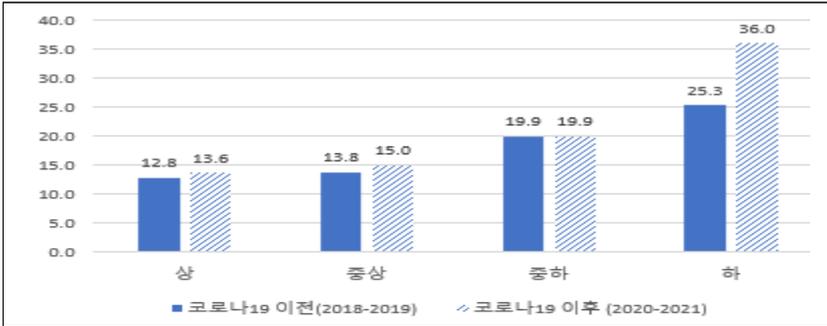
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-‘19)	코로나19 이후 (‘20-‘21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	15.9(0.01)	17.3(0.01)	1.4	17.1	14.6	16.7	17.8
성별							
남자	13.6(0.01)	15.3(0.01)	1.7	14.7	12.5	14.6	16.0
여자	18.1(0.01)	19.3(0.01)	1.2	19.5	16.7	18.9	19.6
종사상지위							
임금근로자	13.2(0.01)	13.4(0.01)	0.1	14.8	11.7	13.3	13.5
자영업, 고용주	16.2(0.01)	16.5(0.01)	0.4	17.4	14.9	16.1	17.1
비경제활동인구	20.6(0.01)	23.9(0.01)	3.3	21.6	19.7	22.5	25.1

주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 본인의 건강상태를 '매우 나쁨', '나쁨'으로 응답한 사람의 비율임.
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

[그림 5-3] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 '상'에서 14.1%, '중상'에서 15.1%, '중하'에서 20.4%, '하'에서 28.1%였음.
 2) 2019년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 '상'에서 11.6%, '중상'에서 12.3%, '중하'에서 19.4%, '하'에서 22.5%였음.
 3) 2020년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 '상'에서 13.1%, '중상'에서 13.4%, '중하'에서 18.6%, '하'에서 39.8%였음.
 4) 2021년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 '상'에서 14.2%, '중상'에서 16.5%, '중하'에서 21.0%, '하'에서 31.7%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

노인에서 주관적 건강수준이 나쁘다고 인지하는 비율은 코로나19 유행 이전 27.6%, 유행 이후 28.2%로 0.6%p 증가하였다. 연도별로는 2019년 25.4% 이후 지속적으로 증가하여 2021년에는 28.7%였다. 성별로는 남자와 여자의 결과가 달랐는데, 남자에서는 주관적 건강수준이 나쁨이라고 인지한 비율이 점차 감소하여 2021년에 19.6%로 나타났다. 여자에서는 2019년 27.7%로 2018년에 비해 감소하였으나 2020년 32.3%, 2021년 35.9%로 점차 증가하는 경향을 보였다. 종사상지위별로는 소득수준과 유사한 양상을 보여주었으나, 자영업, 고용주의 경우 연도별 증감의 폭이 상대적으로 크게 나타났다. 소득수준별로는 소득수준이 '상', '중상'인 집단에서는 코로나19 유행 이후에 나쁜 주관적 건강수준 평가가 각각 3.8%p, 2.2%p 감소하였으나, '중하', '하'인 집단에서는 6.2%p, 0.6%p 증가하였다.

〈표 5-4〉 노인의 나쁜 주관적 건강수준 평가(2018-2021)

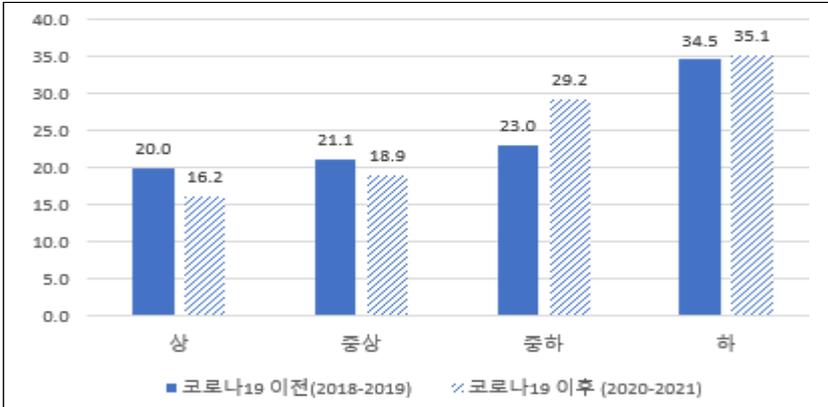
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-’19)	코로나19 이후 (‘20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	27.6(0.01)	28.2(0.01)	0.6	29.8	25.4	27.6	28.7
성별							
남자	23.0(0.01)	20.6(0.01)	-2.4	23.6	22.3	21.7	19.6
여자	31.1(0.01)	34.2(0.01)	3.1	34.3	27.7	32.3	35.9
종사상지위							
임금근로자	22.2(0.02)	21.4(0.02)	-0.8	20.4	23.6	21.6	21.2
자영업, 고용주	19.6(0.03)	19.1(0.02)	-0.4	25.4	12.7	20.6	17.9
비경제활동인구	30.4(0.01)	31.9(0.01)	1.5	33.1	27.6	30.3	33.3

주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 본인의 건강상태를 ‘매우 나쁨’, ‘나쁨’으로 응답한 사람의 비율임.
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

〔그림 5-4〕 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가

(단위: %)



주: 1) 2018년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 ‘상’에서 19.8%, ‘중상’에서 24.1%, ‘중하’에서 25.6%, ‘하’에서 36.6%였음.
 2) 2019년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 ‘상’에서 20.2%, ‘중상’에서 18.3%, ‘중하’에서 20.7%, ‘하’에서 32.3%였음.
 3) 2020년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 ‘상’에서 15.0%, ‘중상’에서 21.1%, ‘중하’에서 28.1%, ‘하’에서 34.0%였음.
 4) 2021년 소득수준별 나쁜 주관적 건강수준 평가는 ‘상’에서 17.2%, ‘중상’에서 16.9%, ‘중하’에서 30.1%, ‘하’에서 36.0%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

2. 비만 유병률

가. 전체 대상자의 비만 유병률

비만 유병률은 코로나19 유행 이전 34.7%, 유행 이후 37.8%로 3.1%p 증가하였다. 2018년부터 2021년까지 연도별 비만 유병률을 살펴보면, 2020년 38.4%로 2019년의 34.4%에 비해 크게 증가한 것으로 나타났다. 남자는 코로나19 유행 이후 4.3%p, 여자는 2.0%p 증가하였다. 노인의 비만 유병률은 코로나19 유행 이전과 이후 큰 변화가 없었으나, 청년과 중년에서 각각 3.7%p 증가하여 유행 이후에 비만 유병률이 크게 증가한 것을 확인하였으며, 임금근로자에서 뚜렷하게 비만율이 상승하였다. 소득수준별로도 모든 소득 구간에서 비만 유병률이 상승하였으며, ‘중하’에 속하는 집단에서는 2021년까지 지속적으로 증가하는 양상을 보였다.

〈표 5-5〉 비만 유병률(2018-2021)

(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-’19)	코로나19 이후 (‘20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	34.7(0.01)	37.8(0.01)	3.1*	35.0	34.4	38.4	37.2
성별							
남자	41.6(0.01)	45.9(0.01)	4.3*	41.9	41.4	46.9	44.8
여자	27.7(0.01)	29.7(0.01)	2.0	28.1	27.3	29.9	29.5
연령							
청년(19-39세)	31.7(0.01)	35.4(0.01)	3.7*	32.3	31.2	37.0	33.8
중년(40-64세)	36.2(0.01)	39.9(0.01)	3.7*	35.9	36.5	40.1	39.6
노인(65세이상)	36.4(0.01)	36.8(0.01)	0.4	38.1	34.7	36.7	36.8
종사상지위							
임금근로자	34.6(0.01)	39.5(0.01)	4.9*	35.0	34.2	41.0	38.0
자영업, 고용주	41.7(0.01)	41.7(0.01)	0.0	41.4	42.0	42.3	41.0
비경제활동인구	32.4(0.01)	34.6(0.01)	2.3	32.9	31.8	34.4	34.8

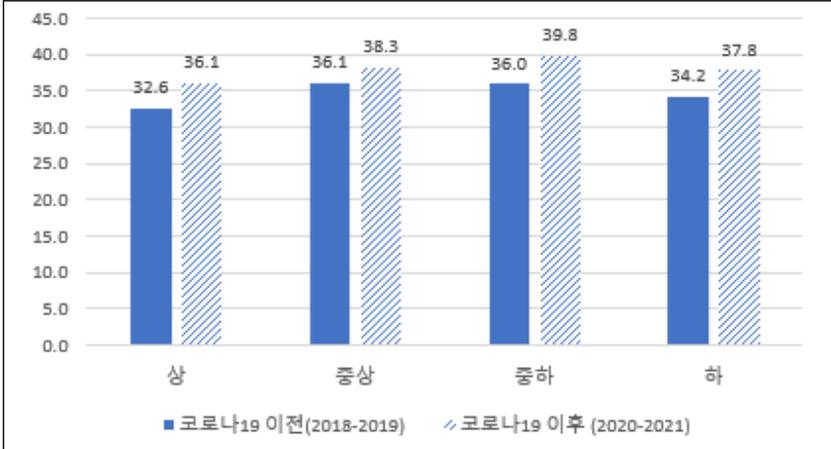
주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.

2) 비만 유병률은 국민건강영양조사의 신체계측을 통해 체질량지수가 25kg/m² 이상인 사람의 분율로 정의하였음.

3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

[그림 5-5] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 비만 유병률

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 비만 유병률은 '상'에서 32.3%, '중상'에서 36.8%, '중하'에서 36.3%, '하'에서 35.0%였음.
 2) 2019년 소득수준별 비만 유병률은 '상'에서 32.9%, '중상'에서 35.2%, '중하'에서 35.7%, '하'에서 33.4%였음.
 3) 2020년 소득수준별 비만 유병률은 '상'에서 36.6%, '중상'에서 39.9%, '중하'에서 39.3%, '하'에서 38.8%였음.
 4) 2021년 소득수준별 비만 유병률은 '상'에서 35.6%, '중상'에서 36.7%, '중하'에서 40.2%, '하'에서 36.8%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

나. 연령군별 비만 유병률

청년의 비만 유병률은 코로나19 유행 이전 31.7%, 유행 이후 35.4%로 3.7p% 증가하였고, 남자, 임금근로자에서 크게 증가하였다. 특히, 소득수준이 '하'인 집단에서 코로나19 유행 이전 28.4%, 유행 이후 36.5%로 8.1%p 증가하여 비만 유병률이 가장 크게 증가한 것으로 나타났다. 소득수준이 '하'인 집단의 비만 유병률을 연도별로 살펴보면, 2020년에 43.7%로, 2019년의 32.9%에 비해 높은 유병률을 보였다.

162 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

〈표 5-6〉 청년의 비만 유병률(2018-2021)

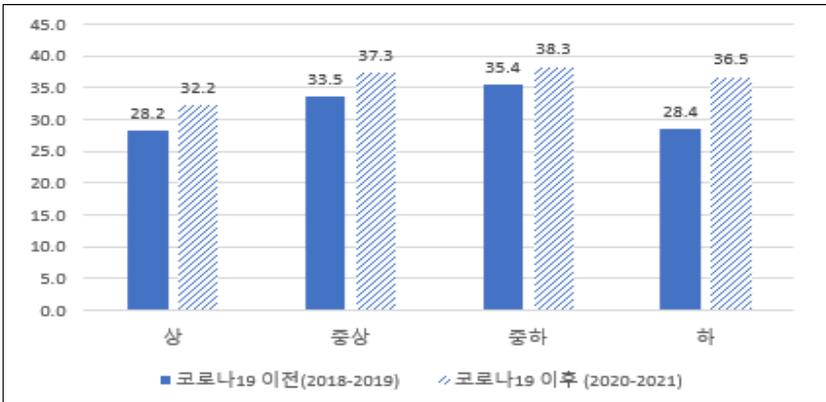
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 ('18-'19)	코로나19 이후 ('20-'21)	이후-이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	31.7(0.01)	35.4(0.01)	3.7*	32.3	31.2	37.0	33.8
성별							
남자	42.7(0.01)	47.7(0.02)	5.0*	43.6	41.8	49.7	45.6
여자	19.2(0.01)	21.7(0.01)	2.5	19.3	19.0	22.7	20.6
종사상지위							
임금근로자	32.3(0.01)	36.1(0.01)	3.8*	32.9	31.8	40.0	32.4
자영업, 고용주	42.8(0.03)	43.0(0.04)	0.2	47.0	29.0	42.6	43.4
비경제활동인구	28.5(0.02)	32.2(0.02)	3.7	28.1	29.0	31.7	32.8

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 비만 유병률은 국민건강영양조사의 신체계측을 통해 체질량지수가 25kg/m² 이상인 사람의 비율로 정의하였음.
 3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

〔그림 5-6〕 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 비만 유병률

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 비만 유병률은 '상'에서 28.0%, '중상'에서 35.1%, '중하'에서 34.6%, '하'에서 31.9%였음.
 2) 2019년 소득수준별 비만 유병률은 '상'에서 34.3%, '중상'에서 38.8%, '중하'에서 35.2%, '하'에서 32.9%였음.
 3) 2020년 소득수준별 비만 유병률은 '상'에서 32.6%, '중상'에서 39.2%, '중하'에서 39.1%, '하'에서 43.7%였음.
 4) 2021년 소득수준별 비만 유병률은 '상'에서 31.8%, '중상'에서 35.5%, '중하'에서 37.4%, '하'에서 27.4%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

증장년의 비만 유병률은 코로나19 유행 이전 36.2%, 유행 이후 39.9%로 3.7%p 증가하였다. 남자, 임금근로자 및 소득수준이 ‘하’인 집단에서 비만 유병률이 가장 많이 증가하였다. 전반적으로 비만 유병률은 증가하는 추세였으나 2019년 대비 2020년에 가장 큰 증가 폭을 보인 것으로 나타났다.

〈표 5-7〉 증장년의 비만 유병률(2018-2021)

(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-’19)	코로나19 이후 (‘20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	36.2(0.01)	39.9(0.01)	3.7*	35.9	36.5	40.1	39.6
성별							
남자	43.5(0.01)	48.2(0.01)	4.7*	43.3	43.8	48.7	47.8
여자	28.8(0.01)	31.4(0.01)	2.6	28.5	29.1	31.5	31.3
종사상지위							
임금근로자	35.8(0.01)	42.1(0.01)	6.3*	36.0	35.6	41.7	42.5
자영업, 고용주	42.5(0.02)	41.4(0.02)	-1.2	40.8	44.4	42.6	40.0
비경제활동인구	32.5(0.01)	36.2(0.01)	3.7	33.1	32.1	36.5	36.0

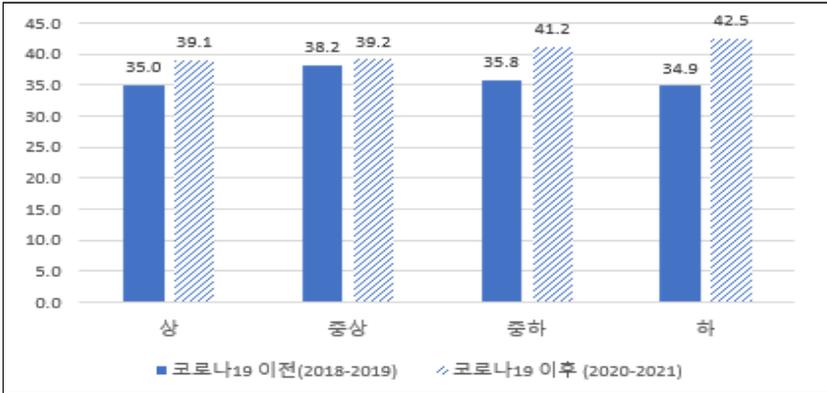
주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.

2) 비만 유병률은 국민건강영양조사의 신체계측을 통해 체질량지수가 25kg/m² 이상인 사람의 비율로 정의하였음.

3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우(p<0.05)

[그림 5-7] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 비만 유병률

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 비만 유병률은 '상'에서 34.3%, '중상'에서 38.8%, '중하'에서 35.2%, '하'에서 32.9%였음.
 2) 2019년 소득수준별 비만 유병률은 '상'에서 35.7%, '중상'에서 37.5%, '중하'에서 36.4%, '하'에서 36.9%였음.
 3) 2020년 소득수준별 비만 유병률은 '상'에서 39.7%, '중상'에서 40.6%, '중하'에서 39.1%, '하'에서 42.8%였음.
 4) 2021년 소득수준별 비만 유병률은 '상'에서 38.4%, '중상'에서 37.7%, '중하'에서 43.0%, '하'에서 42.1%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

노인의 비만 유병률은 전반적으로 코로나19 유행 이전과 이후에 큰 변화는 없는 것으로 나타났다. 소득수준별로는 '상'에 속하는 집단에서 지속적으로 감소하여 코로나19 유행 이후에 4.4%p 감소하였다. 이에 비해 '중상', '중하'에 속하는 집단에서는 비만 유병률이 각각 3.1%p, 1.2%p 증가하였다.

〈표 5-8〉 노인의 비만 유병률(2018-2021)

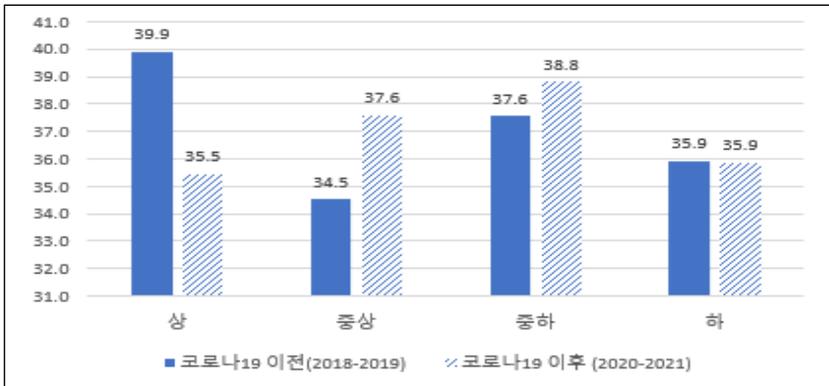
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-‘19)	코로나19 이후 (‘20-‘21)	이후-이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	36.4(0.01)	36.8(0.01)	0.4	38.1	34.7	36.7	36.8
성별							
남자	33.0(0.02)	35.1(0.01)	2.1	33.3	32.8	35.5	34.6
여자	38.9(0.01)	38.1(0.01)	-0.8	41.8	36.1	37.6	38.5
중사상지위							
임금근로자	39.0(0.02)	40.3(0.02)	1.3	40.5	37.8	42.1	38.9
자영업, 고용주	35.7(0.03)	41.5(0.03)	5.8	36.8	34.4	40.4	42.5
비경제활동인구	36.1(0.01)	35.3(0.01)	-0.8	37.8	34.4	35.1	35.5

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 비만 유병률은 국민건강영양조사의 신체계측을 통해 체질량지수가 25kg/m² 이상인 사람의 분율로 정의하였음.
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

〔그림 5-8〕 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 비만 유병률

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 비만 유병률은 ‘상’에서 41.1%, ‘중상’에서 32.5%, ‘중하’에서 42.4%, ‘하’에서 37.5%였음.
 2) 2019년 소득수준별 비만 유병률은 ‘상’에서 38.6%, ‘중상’에서 36.4%, ‘중하’에서 33.3%, ‘하’에서 34.4%였음.
 3) 2020년 소득수준별 비만 유병률은 ‘상’에서 35.7%, ‘중상’에서 38.8%, ‘중하’에서 39.9%, ‘하’에서 34.4%였음.
 4) 2021년 소득수준별 비만 유병률은 ‘상’에서 35.2%, ‘중상’에서 36.4%, ‘중하’에서 37.8%, ‘하’에서 37.2%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

3. 스트레스 인지율

가. 전체 대상자의 스트레스 인지율

스트레스 인지율은 코로나19 유행 이전 27.7%, 유행 이후 27.5%로 소폭 감소하였다. 2018년부터 2021년까지 연도별 변화를 살펴보면, 2020년 28.8%로 가장 높았다가 2021년 26.1%로 감소하였다. 중년, 비경제활동군에서 코로나19 유행 후 스트레스 인지율이 증가하였다.

〈표 5-9〉 스트레스 인지율 변화

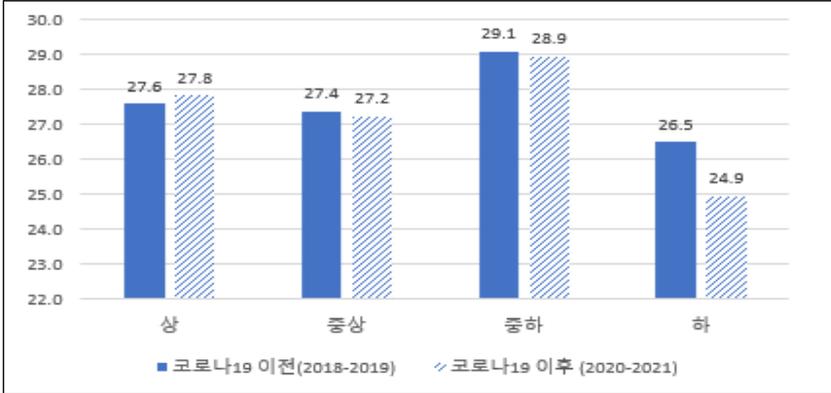
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-‘19)	코로나19 이후 (‘20-‘21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	27.7(0.01)	27.5(0.01)	-0.2	27.1	28.2	28.8	26.1
성별							
남자	25.8(0.01)	25.6(0.01)	-0.2	24.6	26.9	27.2	24.1
여자	29.6(0.01)	29.3(0.01)	-0.3	29.7	29.5	30.5	28.2
연령							
청년(19-39세)	36.0(0.01)	35.4(0.01)	-0.6	35.0	36.9	37.5	33.2
중년(40-64세)	25.7(0.01)	26.6(0.01)	0.9	24.8	26.7	28.0	25.2
노인(65세-상)	17.8(0.01)	16.7(0.01)	-1.1	18.2	17.5	16.1	17.3
종사상지위							
임금근로자	29.8(0.01)	29.2(0.01)	-0.6	28.0	31.6	30.6	27.9
자영업, 고용주	30.3(0.01)	29.6(0.01)	-0.7	30.5	30.0	32.3	26.6
비경제활동인구	24.4(0.01)	25.1(0.01)	0.7	25.1	23.8	26.4	23.8

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 평소 일상생활 중에 스트레스를 ‘대단히 많이’ 또는 ‘많이’ 느끼는 편이라고 응답한 사람의 비율임.
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

[그림 5-9] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 스트레스 인지율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 26.3%, '중상'에서 26.8%, '중하'에서 29.1%, '하'에서 27.2%였음.
 2) 2019년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 28.8%, '중상'에서 28.0%, '중하'에서 29.1%, '하'에서 25.7%였음.
 3) 2020년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 29.4%, '중상'에서 28.3%, '중하'에서 29.1%, '하'에서 28.3%였음.
 4) 2021년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 26.3%, '중상'에서 26.2%, '중하'에서 28.8%, '하'에서 21.4%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

나. 연령군별 스트레스 인지율

청년의 스트레스 인지율은 코로나19 유행 이전 36.0%, 유행 이후 35.4%로 0.6%p 감소했다. 연도별로는 2020년 37.5%로 2019년에 비해 0.6%p 증가하였으나 2021년에는 33.2%로 4.3%p만큼 감소하였다. 중사상지위별로 살펴보면, 비경제활동인구의 스트레스 인지율은 2020년에 가장 높았으며, 자영업, 고용주는 2020년 41.9%, 2021년 28.3%로 연도별 차이가 크게 나타났다. 소득수준이 '하'인 집단에서 코로나19 유행 이후에 34.5%로 유행 이전에 비해 스트레스 인지율이 감소하였다. 이 집단에서는 2020년 41.1%에 비해 2021년 26.1%로 크게 감소하였다.

168 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

〈표 5-10〉 청년의 스트레스 인지율(2018-2021)

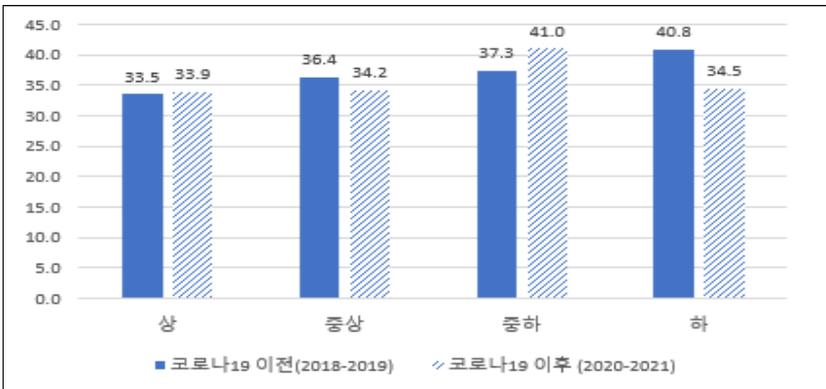
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 ('18-'19)	코로나19 이후 ('20-'21)	이후-이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	36.0(0.01)	35.4(0.01)	-0.6	35.0	36.9	37.5	33.2
성별							
남자	32.2(0.01)	30.9(0.01)	-1.3	30.8	33.7	34.1	27.7
여자	40.2(0.01)	40.3(0.01)	0.1	39.8	40.6	41.2	39.4
종사상지위							
임금근로자	37.8(0.01)	36.6(0.01)	-1.3	35.4	40.4	38.3	35.0
자영업, 고용주	39.9(0.04)	35.1(0.03)	-4.8	45.9	31.6	41.9	28.3
비경제활동인구	32.5(0.02)	33.6(0.01)	1.1	33.2	31.8	35.7	31.4

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 평소 일상생활 중에 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 편이라고 응답한 사람의 비율임.
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

〔그림 5-10〕 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 스트레스 인지율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 32.2%, '중상'에서 34.6%, '중하'에서 37.2%, '하'에서 41.2%였음.
 2) 2019년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 34.7%, '중상'에서 38.3%, '중하'에서 37.5%, '하'에서 40.3%였음.
 3) 2020년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 37.2%, '중상'에서 35.7%, '중하'에서 38.9%, '하'에서 41.1%였음.
 4) 2021년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 30.4%, '중상'에서 32.8%, '중하'에서 43.3%, '하'에서 26.1%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

중장년의 스트레스 인지율은 코로나19 유행 이전 25.7%, 유행 이후 26.6%로 0.9%p 증가한 것으로 나타났다. 연도별로 살펴보면, 2019년 26.7%에서 2020년 28.0%로 크게 증가한 이후 2021년에는 25.2%로 다시 감소하는 양상을 보였다. 여자에서는 2020년 27.7%로 증가하였다가 2021년에는 23.5%로 감소하였다. 이러한 변화로 인해 여자에서는 코로나19 유행 이전과 유행 이후의 스트레스 인지율에 변화가 없는 것으로 나타났다.

소득수준별로 보면 코로나19 유행 이후 '중하' 집단에서만 1.2%p 감소하였는데 연도별로는 큰 변화를 보이지 않았다. 소득수준이 '하'인 집단에서는 여자와 마찬가지로 2020년 37.1%로 크게 증가하였으나 2021년에는 25.6%로 회복되면서 코로나19 유행 이후 증가가 크지 않은 것처럼 보였다. 종사상지위별로는 모두 2020년에 가장 높았다가 2021년에 다시 감소하는 추세를 보였다.

〈표 5-11〉 중장년의 스트레스 인지율(2018-2021)

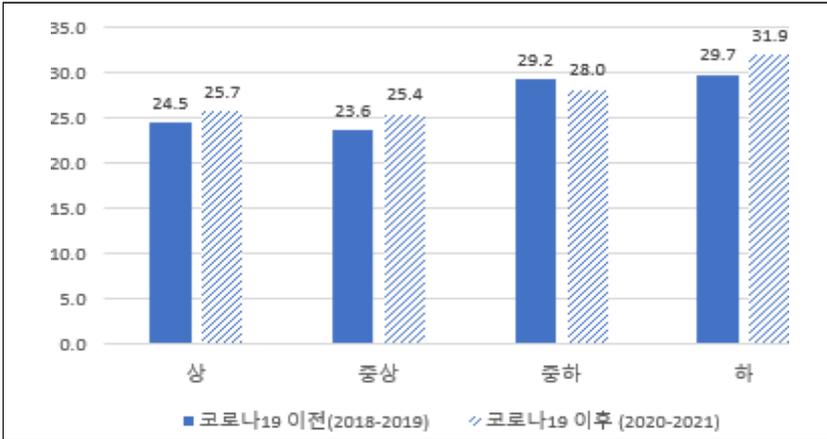
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 (‘18-’19)	코로나19 이후 (‘20-’21)	이후- 이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	25.7(0.01)	26.6(0.01)	0.9	24.8	26.7	28.0	25.2
성별							
남자	25.9(0.01)	27.6(0.01)	1.7	23.9	27.9	28.3	26.9
여자	25.6(0.01)	25.6(0.01)	0	25.8	25.4	27.7	23.5
종사상지위							
임금근로자	24.6(0.01)	25.6(0.01)	1.0	22.8	26.4	27.0	24.3
자영업, 고용주	30.4(0.02)	30.8(0.02)	0.4	28.4	32.5	32.8	28.5
비경제활동인구	23.2(0.01)	24.4(0.01)	1.2	24.1	22.3	25.6	23.3

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 평소 일상생활 중에 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 편이라고 응답한 사람의 비율임.
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

[그림 5-11] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 스트레스 인지율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 22.4%, '중상'에서 23.4%, '중하'에서 28.8%, '하'에서 29.9%였음.
 2) 2019년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 26.4%, '중상'에서 23.8%, '중하'에서 29.5%, '하'에서 29.5%였음.
 3) 2020년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 26.1%, '중상'에서 27.0%, '중하'에서 28.7%, '하'에서 37.1%였음.
 4) 2021년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 25.2%, '중상'에서 23.8%, '중하'에서 27.4%, '하'에서 25.6%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

노인의 스트레스 인지율은 코로나19 유행 이전 17.8%, 유행 이후 16.7%로 감소하였으며 연도별로 증감의 경향을 보이지는 않았다. 종사상지위별로는 자영업, 고용주인 노인에서 2019년 13.4%에서 2020년 17.2%로 크게 증가하였다. 소득수준이 '상'인 집단에서 코로나19 유행 전후 0.4%p 감소한 것으로 보였으나, 연도별로 확인하였을 때 2020년 10.4%, 2021년 19.9%로 변화가 있었다.

〈표 5-12〉 노인의 스트레스 인지율(2018-2021)

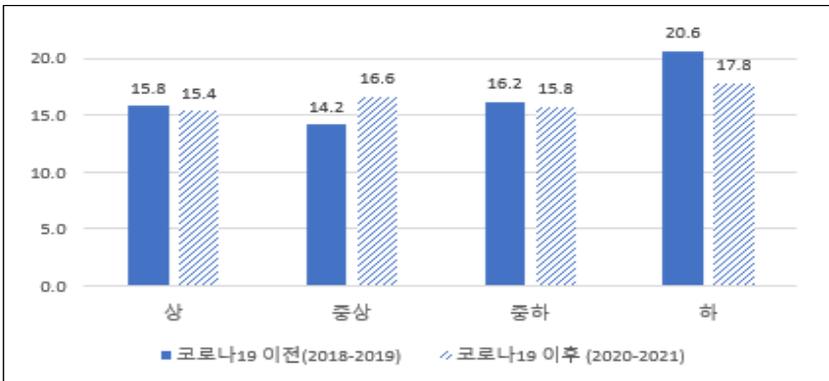
(단위: %(표준오차))

	코로나19 이전 ('18-'19)	코로나19 이후 ('20-'21)	이후-이전 차이	2018	2019	2020	2021
전체	17.8(0.01)	16.7(0.01)	-1.1	18.2	17.5	16.1	17.3
성별							
남자	12.1(0.01)	11.1(0.01)	-1.0	13.4	10.7	10.3	11.9
여자	22.2(0.01)	21.2(0.01)	-1.0	21.7	22.7	20.7	21.6
종사상지위							
임금근로자	18.3(0.02)	14.8(0.01)	-3.5	19.0	17.7	12.7	16.3
자영업, 고용주	17.4(0.03)	17.1(0.02)	-0.3	20.7	13.4	17.2	17.0
비경제활동인구	17.4(0.01)	16.4(0.01)	-1.0	17.9	16.9	16.1	16.8

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 평소 일상생활 중에 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 편이라고 응답한 사람의 비율임.
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

〔그림 5-12〕 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 스트레스 인지율

(단위: %)



- 주: 1) 2018년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 16.3%, '중상'에서 16.5%, '중하'에서 15.5%, '하'에서 21.0%였음.
 2) 2019년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 15.2%, '중상'에서 11.9%, '중하'에서 16.8%, '하'에서 20.3%였음.
 3) 2020년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 10.4%, '중상'에서 16.6%, '중하'에서 14.6%, '하'에서 18.7%였음.
 4) 2021년 소득수준별 스트레스 인지율은 '상'에서 19.9%, '중상'에서 16.6%, '중하'에서 16.8%, '하'에서 17.0%였음.

자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

4. 우울장애 유병률

가. 전체 대상자의 우울장애 유병률

우울장애 유병률은 우울증선별도구 PHQ-9을 사용하여 27점 중 10점 이상인 경우 우울증으로 판단하였다. 다만 우울증선별도구의 질문문항은 2018년, 2020년에만 질문지에 포함되었기 때문에 코로나19 유행 전후를 단순 비교하기는 어렵다.

우울장애 유병률은 2018년 4.2%에서 2020년 5.3%로 1.1%p 증가하였다. 남자에서 2.0%p, 청년에서 2.8%p, 소득수준이 ‘하’인 그룹에서 2.2%p로 다른 집단에 비해 크게 증가하였다. 종사상지위별로는 임금근로자는 2018년 2.7%에서 2020년 3.7%로 증가하였다. 비경제활동인구에서는 2018년 6.6%에서 2020년 8.1%로 2018년에 비해 증가한 것으로 나타났다.

〈표 5-13〉 우울장애 유병률(2018, 2020)

(단위: %(표준오차))

	2018	2020	차이
전체	4.2(0.00)	5.3(0.00)	1.1*
성별			
남자	2.4(0.00)	4.4(0.00)	2.0*
여자	6.0(0.01)	6.2(0.01)	0.2
연령			
청년(19-39세)	4.8(0.01)	7.6(0.01)	2.8*
중년(40-64세)	3.6(0.00)	3.8(0.00)	0.2
노인(65세 이상)	5.0(0.01)	4.9(0.01)	-0.1
종사상지위			
임금근로자	2.7(0.00)	3.7(0.00)	1.0*
자영업, 고용주	3.6(0.01)	3.2(0.01)	-0.4
비경제활동인구	6.6(0.01)	8.1(0.01)	1.5

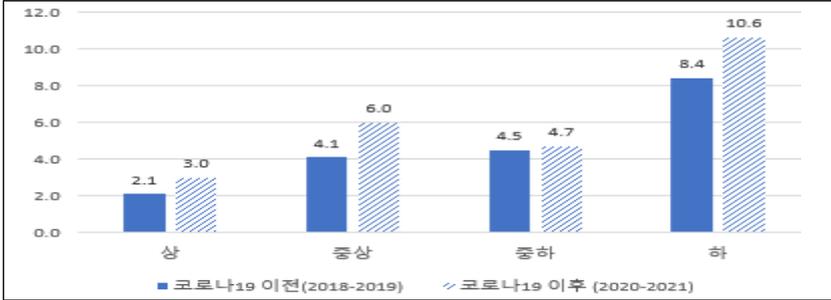
주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.

2) 우울증선별도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인 분율(2018, 2020년도 조사).

3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우($p < 0.05$)

[그림 5-13] 코로나19 이전, 이후 소득수준별 우울장애 유병률

(단위: %)



자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

나. 연령군별 우울장애 유병률

청년의 우울장애 유병률은 2018년 4.8%, 2020년 7.6%였다. 남자는 2018년 2.6%에서 2020년 4.4%로 3.4%p 증가하였고, 여자는 2018년 7.3%에서 2020년 9.3%로 2.0%p 증가하였다. 또한 2018년과 2020년 모두 여자의 우울장애 유병률이 남자보다 높은 것으로 확인되었으며, 중사상지위에서는 비경제활동인구에서 4.6%p로 가장 많이 증가하였다.

〈표 5-14〉 청년의 우울장애 유병률(2018, 2020)

(단위: %(표준오차))

	2018	2020	차이
전체	4.8(0.01)	7.6(0.01)	2.8*
성별			
남자	2.6(0.01)	6.0(0.01)	3.4*
여자	7.3(0.01)	9.3(0.01)	2.0
중사상지위			
임금근로자	3.3(0.01)	4.9(0.01)	1.6
자영업, 고용주	4.9(0.02)	5.9(0.03)	1.0*
비경제활동인구	7.5(0.01)	12.1(0.02)	4.6

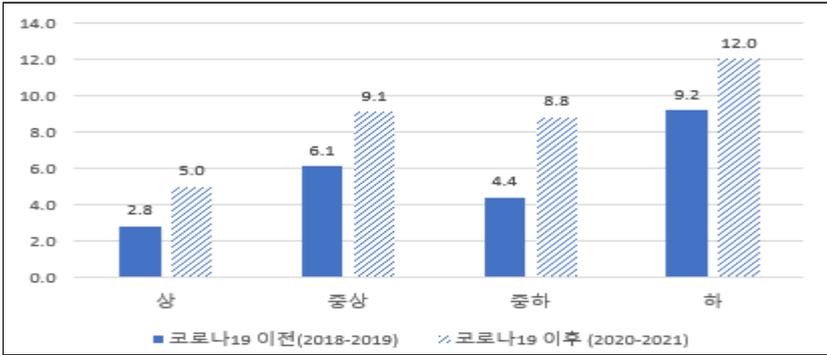
주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.

2) 우울증선별도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인 분율(2018, 2020년도 조사)

3) *: Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의한 경우($p < 0.05$)

[그림 5-14] 청년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 우울장애 유병률

(단위: %)



자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

중장년의 우울장애 유병률은 2018년 3.6%, 2020년 3.8%였다. 성별로는 남자는 2018년 2.2%, 2020년 3.5%로 1.3%p 증가한 반면에, 여자는 2018년 4.9%에서 2020년 4.0%로 0.9%p 감소하였다. 소득수준별로는 우울장애 유병률의 증감이 크지 않았으나 소득 구간이 ‘하’인 집단에서 3.6%p로 가장 크게 증가하였다.

<표 5-15> 중장년의 우울장애 유병률(2018, 2020)

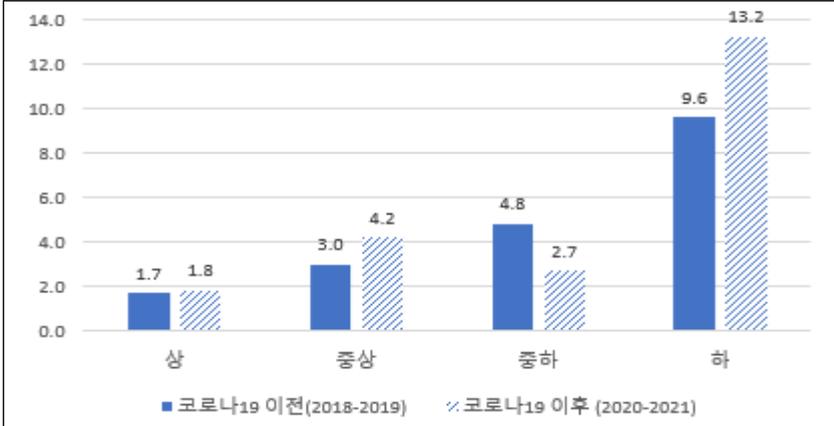
(단위: %(표준오차))

	2018	2020	차이
전체	3.6(0.00)	3.8(0.00)	0.2
성별			
남자	2.2(0.00)	3.5(0.01)	1.3
여자	4.9(0.01)	4.0(0.01)	-0.9
종사상지위			
임금근로자	2.1(0.00)	2.8(0.01)	0.7
자영업, 고용주	3.0(0.01)	2.4(0.01)	-0.6
비경제활동인구	6.9(0.01)	6.3(0.01)	-0.6

주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 우울증선별도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인 분율(2018, 2020년도 조사)
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

[그림 5-15] 중장년의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 우울장애 유병률

(단위: %)



자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

노인의 우울장애 유병률은 2018년 5.0%, 2020년 4.9%로 큰 변화를 보이지 않았다. 성별, 종사상지위별로도 연도별 뚜렷한 변화를 보이지 않는 것으로 나타났다.

〈표 5-16〉 노인의 우울장애 유병률(2018, 2020)

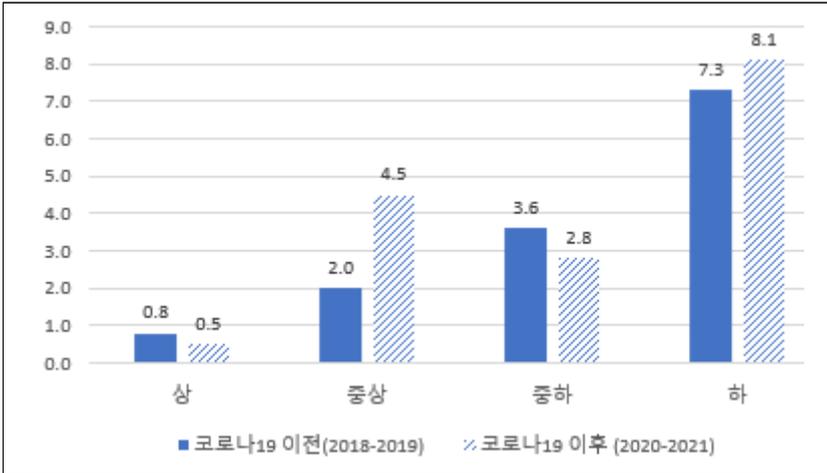
(단위: %(표준오차))

	2018	2020	차이
전체	5.0(0.01)	4.9(0.01)	-0.1
성별			
남자	2.8(0.01)	2.9(0.01)	0.1
여자	6.6(0.01)	6.5(0.01)	-0.1
종사상지위			
임금근로자	3.3(0.01)	3.1(0.01)	-0.2
자영업, 고용주	5.2(0.02)	4.2(0.02)	-1.0
비경제활동인구	5.4(0.01)	5.6(0.01)	0.2

- 주: 1) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.
 2) 우울증선별도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인 분율(2018, 2020년도 조사)
 3) 코로나19 유행 이전과 이후의 Pearson Chi-Square 검정 결과 차이가 통계적으로 유의하지 않았음.

[그림 5-16] 노인의 코로나19 이전, 이후 소득수준별 우울장애 유병률

(단위: %)



자료: 연구진이 2018년-2021년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였음.

5. 건강수준 변화 요인

제5절에서는 나쁜 주관적 건강수준 평가, 스트레스 인지율, 우울장애 유병률, 비만 유병률에 영향을 주는 요인을 파악하기 위해 2018년부터 2021년의 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 지표별 로지스틱 회귀 분석을 수행하였다. 독립변수로 연도, 인구사회학적 특성, 건강행태, 미충족 의료 경험을 포함하는 분석모형을 구축하였다.

가. 나쁜 주관적 건강수준 평가

성인이 주관적 건강수준이 나쁜 것으로 인지하는 데 영향을 주는 요인은 다음과 같다. 모든 요인을 독립변수로 사용한 모델4에서는 성별, 연령, 소득수준, 종사상지위, 교육수준, 결혼상태, 건강보험, 현재 흡연 여부,

유산소 운동 실천, 걷기 실천, 미충족 의료 경험, 만성질환 개수가 주관적 건강수준 평가에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

인구학적 특성에서는 남자에 비해 여자가 주관적 건강수준을 나쁘게 평가할 오즈가 1.25였다. 청년에 비해 중년이 주관적 건강수준을 나쁘게 평가할 오즈가 0.93이었고, 노인에서 주관적 건강수준을 나쁘게 평가할 오즈가 0.65였다. 소득수준이 '상'인 경우에 비해 중상에서 오즈가 1.05, 하에서 오즈가 1.57이었다. 비경제활동인구에 비해 임금근로자에서 주관적 건강수준을 나쁘게 평가할 오즈는 0.75였으며, 대학교 졸업 이상에 비해 초졸 이하에서 오즈가 1.39, 기혼에 비해 미혼에서 오즈가 1.14였다. 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급자일 경우의 오즈는 1.36으로 나타났다.

건강행태요인에서는 현재 흡연자는 비흡연자에 비해 주관적 건강수준이 나쁘다고 평가할 오즈가 1.45였고, 유산소 운동을 미실천하는 사람에 비해 유산소 운동을 실천하는 사람이 주관적 건강수준이 나쁘다고 평가할 오즈는 0.88이었다. 또한 미충족 의료를 경험한 사람은 미충족 의료를 경험하지 않은 사람에 비해 주관적 건강이 나쁘다고 평가할 오즈가 2.72였으며, 만성질환 개수가 증가하면 주관적 건강이 나쁘다고 평가할 오즈는 1.65였다. 코로나19 유행 이전과 이후의 차이는 유의하지 않았다.

〈표 5-17〉 나쁜 주관적 건강수준 평가에 영향을 미치는 요인, 국민건강영양조사 (2018-2021)

변수	모델1	모델2	모델3	모델4
연도				
코로나19 이전 (2018년, 2019년)	1.00	1.00	1.00	1.00
코로나19 이후 (2020년, 2021년)	1.08	1.09	1.10	1.08
성별				
남자		1.00	1.00	1.00
여자		1.36***	1.28***	1.25***
연령				
청년(19-39세)		1.00	1.00	1.00
중년(40-64세)		1.29*	1.27	0.93**
노인(65세 이상)		1.37**	1.35**	0.65***
소득수준				
상		1.00	1.00	1.00
중상		1.05***	1.04***	1.05***
중하		1.30	1.28	1.28
하		1.63***	1.57***	1.57***
종사상지위				
비경제활동		1.00	1.00	1.00
임금근로자		0.73	0.72***	0.75***
자영업, 고용주		0.86***	0.84	0.87
교육수준				
대학교 졸업 이상		1.00	1.00	1.00
초등학교 졸업 이하		1.84***	1.04***	1.39**
중학교 졸업		1.53	1.28	1.28
고등학교 졸업		1.14***	1.57***	1.11
결혼상태				
기혼		1.00	1.00	1.00
미혼		1.18**	1.05**	1.14*
건강보험				
건강보험		1.00	1.00	1.00
의료급여		1.50***	1.21***	1.36***

변수	모델1	모델2	모델3	모델4
현재 흡연여부
비흡연	.	1.00	1.00	1.00
흡연	.	1.42***	1.24***	1.45***
고위험 음주 여부
고위험 음주 미경험	.	1.00	1.00	1.00
고위험 음주 경험	.	1.03	0.86	0.97
유산소 운동 실천
유산소 운동 미실천	.	1.00	1.00	1.00
유산소 운동 실천	.	0.87*	0.79***	0.88***
걷기 실천
미실천	.	1.00	1.00	1.00
실천	.	0.77*	0.72***	0.78***
미충족 의료
미경험	.	.	1.00	1.00
경험	.	.	2.35***	2.72***
만성질환 개수	.	.	.	1.65***
AIC	150486794	139906953	135380718	130656228
SC	150486811	139907274	135381055	130656582

*** p<0.001. **p<0.01. *p<0.05.

주: 1) 모델1은 연도 변수를 포함하였음.

2) 모델2는 연도, 인구사회학적 특성, 건강행태 변수를 포함하였음.

3) 모델3은 연도, 인구사회학적 특성, 건강행태, 미충족 의료 경험 변수를 포함하였음.

4) 모델4는 연도, 인구사회학적 특성, 건강행태, 미충족 의료 경험, 만성질환 개수를 포함하였음.

5) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.

나. 스트레스 인지

스트레스 인지 여부에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과는 다음과 같다. 모든 요인을 독립변수로 사용한 모델4에서는 성별, 연령, 소득수준, 종사상지위, 건강보험, 현재 흡연 여부, 고위험 음주 여부, 걷기 실천, 미충족 의료 경험, 만성질환 개수가 스트레스 인지에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

여자가 남자에 비해 스트레스를 인지할 오즈는 1.56이었으며, 청년에 비해 노인이 스트레스를 인지할 오즈는 0.30이었다. 소득수준이 '상'인 사람에 비해 '중하인' 사람은 스트레스를 인지할 오즈가 1.16이었고, 자영업, 고용주는 비경제활동인구에 비해 스트레스를 인지하는 오즈가 1.42였다. 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급자는 스트레스를 인지할 오즈가 1.51였다.

건강행태 요인에서는 현재 흡연하는 사람이 비흡연자에 비해 스트레스를 인지할 오즈가 1.56이었으며, 고위험 음주를 경험한 사람은 미경험한 사람에 비해 오즈가 1.28이었다. 걷기를 실천하는 사람은 미실천하는 사람에 비해 스트레스를 인지할 오즈가 0.84였다. 마지막으로 미충족 의료를 경험한 사람들은 미충족 의료를 경험하지 않은 사람에 비해 스트레스를 인지할 오즈가 2.11이었고, 만성질환의 개수가 증가할 때 오즈는 1.13이었다. 코로나19 유행 이전과 이후의 차이는 유의하지 않았다.

〈표 5-18〉 스트레스 인지에 영향을 미치는 요인, 국민건강영양조사(2018-2021)

변수	모델1	모델2	모델3	모델4
연도				
코로나19 이전 (2018년, 2019년)	1.00	1.00	1.00	1.00
코로나19 이후 (2020년, 2021년)	0.99	1.01	1.02	1.01
성별				
남자		1.00	1.00	1.00
여자		1.56***	1.50***	1.50***
연령				
청년(19-39세)		1.00	1.00	1.00
중년(40-64세)		0.60	0.60	0.57
노인(65세 이상)		0.36***	0.35***	0.30***
소득수준				
상		1.00	1.00	1.00
중상		1.10*	1.00*	1.00*
중하		1.32*	1.16*	1.16*

변수	모델1	모델2	모델3	모델4
하	.	1.34	1.14	1.14
총사상지위
비경제활동인구	.	1.00	1.00	1.00
임금근로자	.	1.19	1.18	1.19
자영업, 고용주	.	1.44***	1.41***	1.42***
교육수준
대학교 졸업 이상	.	1.00	1.00	1.00
초등학교 졸업 이하	.	0.96	0.95	0.88
중학교 졸업	.	0.91	0.91	0.87
고등학교 졸업	.	0.89	0.89	0.89
결혼상태
기혼	.	1.00	1.00	1.00
미혼	.	1.02	1.01	1.01
건강보험
건강보험	.	1.00	1.00	1.00
의료급여	.	1.61***	1.55***	1.51***
현재 흡연 여부
비흡연	.	1.00	1.00	1.00
흡연	.	1.57***	1.55***	1.56***
고위험 음주 여부
고위험 음주 미경험	.	1.00	1.00	1.00
고위험 음주 경험	.	1.29***	1.29***	1.28***
유산소 운동 실천
유산소 운동 미실천	.	1.00	1.00	1.00
유산소 운동 실천	.	0.99	0.98	0.99
걷기 실천
미실천	.	1.00	1.00	1.00
실천	.	0.84***	0.84***	0.84***
미충족 의료
미경험	.	.	1.00	1.00
경험	.	.	2.12***	2.11***
만성질환 개수	.	.	.	1.13***
AIC	217753245	184034610	177611690	177309045
SC	217753279	184034931	177612028	177309399

*** p<0.001. **p<0.01. *p<0.05.

주: 1) 모델1은 연도 변수를 포함하였음.

2) 모델2는 연도, 인구사회학적 특성, 건강행태 변수를 포함하였음.

3) 모델3은 연도, 인구사회학적 특성, 건강행태, 미충족 의료 경험 변수를 포함하였음.

4) 모델4는 연도, 인구사회학적 특성, 건강행태, 미충족 의료 경험, 만성질환 개수를 포함하였음.

5) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.

다. 우울장애 유병

우울장애에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과는 다음과 같다. 우울장애는 국민건강영양조사에서 PHQ9 척도를 활용하여 10점 이상인 경우 우울장애로 정의되는데, 다른 척도와 달리 2018년, 2020년에 조사가 시행되어 2018년을 코로나19 이전, 2020년을 코로나19 이후로 정의하였다. 모든 요인을 독립변수로 사용한 모델⁴에서는 연도, 성별, 연령, 결혼 상태, 건강보험, 현재 흡연 여부, 고위험 음주 여부, 걷기 실천, 미충족 의료 경험, 만성질환 개수가 우울장애 유병에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

인구학적 특성에서는 여자가 남자에 비해 우울장애를 가지고 있을 오즈가 2.05로 나타났고, 청년에 비해 노인에서 오즈가 0.31이었다. 기혼에 비해 미혼에서 우울장애를 가질 오즈가 1.79였으며, 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급자의 오즈는 1.89였다.

건강행태에서는 현재 흡연하는 사람은 비흡연인 사람에 비해 우울장애를 가지고 있는 오즈가 2.07이었으며, 고위험 음주를 경험한 사람은 고위험 음주를 하지 않은 사람에 비해 오즈가 1.52로 나타났다. 걷기를 실천하는 사람은 걷기를 실천하지 않는 사람에 비해 우울장애를 가지고 있을 오즈가 0.68이었다. 미충족 의료를 경험한 사람은 경험하지 않은 사람에 비해 우울장애를 가지고 있을 오즈가 3.97배였으며, 만성질환 개수가 증가함에 따른 오즈는 1.29로 나타났다. 2018년에 비해 2020년 우울장애가 있을 오즈가 유의하게 증가하였다.

〈표 5-19〉 우울장애 유병에 영향을 미치는 요인, 국민건강영양조사(2018, 2020)

변수	모델1	모델2	모델3	모델4
연도				
코로나19 이전 (2018년)	1.00	1.00	1.00	1.00
코로나19 이후 (2020년)	1.26*	1.31*	1.38**	1.36**
성별				
남자	.	1.00	1.00	1.00
여자	.	2.31***	2.07***	2.05***
연령				
청년(19-39세)	.	1.00	1.00	1.00
중년(40-64세)	.	0.65	0.68	0.59
노인(65세 이상)	.	0.44***	0.46***	0.31***
소득수준				
상	.	1.00	1.00	1.00
중상	.	1.91	1.84	1.85
중하	.	1.58	1.51	1.52
하	.	2.42***	2.14***	2.10
종사상지위				
비경제활동 인구	.	1.00	1.00	1.00
임금근로자	.	0.48***	0.44***	0.45
자영업, 고용주	.	0.62	0.59	0.60
교육수준				
대학교 졸업 이상	.	1.00	1.00	1.00
초등학교 졸업 이하	.	1.33	1.27	1.08
중학교 졸업	.	1.44	1.42	1.29
고등학교 졸업	.	0.98	1.00	0.99
결혼상태				
기혼	.	1.00	1.00	1.00
미혼	.	1.69***	1.81***	1.79***
건강보험				
건강보험	.	1.00	1.00	1.00
의료급여	.	2.17***	2.03***	1.89**
현재 흡연 여부				
비흡연	.	1.00	1.00	1.00
흡연	.	2.15***	2.07***	2.07***
고위험 음주 여부				
고위험 음주 미경험	.	1.00	1.00	1.00

변수	모델1	모델2	모델3	모델4
고위험 음주 경험	.	1.60***	1.51**	1.52***
유산소 운동 실천
유산소 운동 미실천	.	1.00	1.00	1.00
유산소 운동 실천	.	1.19	1.18	1.18
걷기 실천
미실천	.	1.00	1.00	1.00
실천	.	0.66***	0.67***	0.68***
미충족 의료 경험
미경험	.	.	1.00	1.00
경험	.	.	3.98***	3.97***
만성질환 개수	.	.	.	1.29***
AIC	30732305	27544184	25806873	25644260
SC	30732337	27544491	25807196	25644599

*** p<0.001. **p<0.01. *p<0.05.

주: 1) 모델1은 연도 변수를 포함하였음.

2) 모델2는 연도, 인구사회학적 특성, 건강행태 변수를 포함하였음.

3) 모델3은 연도, 인구사회학적 특성, 건강행태, 미충족 의료 경험 변수를 포함하였음.

4) 모델4는 연도, 인구사회학적 특성, 건강행태, 미충족 의료 경험, 만성질환 개수를 포함하였음.

5) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.

라. 비만

비만에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과는 다음과 같다. 모든 요인을 독립변수로 사용한 모델4에서는 연도, 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 현재 흡연 여부, 고위험 음주 여부, 걷기 실천 여부, 만성질환 개수가 비만 유병에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 인구사회학적 특성에서 여자가 남자에 비해 비만일 오즈가 0.48이었고, 청년에 비해 중년에서 비만할 오즈는 0.94이며, 노인에서는 0.57이었다. 대학교 졸업 이상 학력에 비해 초등학교 졸업 이하인 사람은 비만할 오즈가 1.31이었으며, 고등학교를 졸업한 사람이 비만할 오즈는 1.05였다. 기혼에 비해 미혼인 사람이 비만할 오즈는 0.85였다.

건강행태에서는 흡연하지 않는 사람에 비해 현재 흡연하는 사람이 비

만할 오즈가 0.89였고, 고위험 음주를 경험한 사람은 미경험한 사람보다 비만일 오즈가 1.25였다. 걷기를 실천하는 사람은 실천하지 않는 사람에 비해 비만할 오즈가 0.93이었으며, 만성질환 개수가 증가할수록 비만할 오즈가 1.45로 나타났다. 코로나19 유행 이전과 비교하여 코로나19 유행 이후 비만할 오즈가 유의하게 증가하였다.

〈표 5-20〉 비만에 영향을 미치는 요인, 국민건강영양조사(2018-2021)

	모델1	모델2	모델3	모델4
연도				
코로나19 이전 (2018년, 2019년)	1.00	1.00	1.00	1.00
코로나19 이후 (2020년, 2021년)	1.14***	1.17***	1.18***	1.16***
성별				
남자		1.00	1.00	1.00
여자		0.50***	0.49***	0.48***
연령				
청년(19-39세)		1.00	1.00	1.00
중년(40-64세)		1.11***	1.13***	0.94***
노인(65세 이상)		0.91**	0.92**	0.57***
소득수준				
상		1.00	1.00	1.00
중상		1.13	1.13	1.15
중하		1.16	1.15	1.15
하		1.10	1.11	1.09
종사상지위				
비경제활동인구		1.00	1.00	1.00
임금근로자		1.06	1.07	1.11
자영업, 고용주		1.08	1.07	1.11
교육수준				
대학교 졸업 이상		1.00	1.00	1.00
초등학교 졸업 이하		1.59***	1.63***	1.31***
중학교 졸업		1.30	1.33	1.16

186 코로나19 대유행에 따른 국민의 건강 영향과 의료이용 변화 분석

	모델1	모델2	모델3	모델4
고등학교 졸업	.	1.05***	1.08***	1.05*
결혼상태
기혼	.	1.00	1.00	1.00
미혼	.	0.87***	0.87**	0.85***
건강보험
건강보험	.	1.00	1.00	1.00
의료급여	.	1.05	1.04	0.96
현재 흡연 여부
비흡연	.	1.00	1.00	1.00
흡연	.	0.90*	0.89	0.89*
고위험 음주 여부
고위험 음주 미경험	.	1.00	1.00	1.00
고위험 음주 경험	.	1.26***	1.27***	1.25***
유산소 운동 실천
유산소 운동 미실천	.	1.00	1.00	1.00
유산소 운동 실천	.	1.05	1.04	1.06
걷기 실천
미실천	.	1.00	1.00	1.00
실천	.	0.92*	0.93	0.93*
미충족 의료 경험
미경험	.	.	1.00	1.00
경험	.	.	1.11	1.08
만성질환 개수	.	.	.	1.45***
AIC	223802284	203174867	197019248	193630256
SC	223802318	203175188	197019585	193630610

*** p<0.001. **p<0.01. *p<0.05.

주: 1) 모델1은 연도 변수를 포함하였음.

2) 모델2는 연도, 인구사회학적 특성, 건강행태 변수를 포함하였음.

3) 모델3은 연도, 인구사회학적 특성, 건강행태, 미충족 의료 경험 변수를 포함하였음.

4) 모델4는 연도, 인구사회학적 특성, 건강행태, 미충족 의료 경험, 만성질환 개수를 포함하였음.

5) 연구진이 국민건강영양조사 자료를 활용하여 각 연도의 횡단면 가중치를 적용하여 분석하였음.

제2절 초점집단 인터뷰(FGI) 조사 결과

연구에 참여한 성인들은 코로나19 유행 기간에 정신적으로 힘들었고, 재정적, 시간적 부담이 증가했다고 평가하였다.

1. 성인

가. 신체건강

코로나19 유행 기간에 식당 영업시간 축소 등 경제활동에 변화가 있었기 때문에 건강행동뿐만 아니라, 실직, 소득 감소 등 다양한 요인들이 건강에 영향을 미쳤다. 연구에 참여한 일부 사람들은 코로나19를 계기로 은퇴하기도 하고 회사가 문을 닫아 실직하기도 하였다.

1) 코로나19 감염

연구 참여자 중 상당수가 코로나19에 감염된 경험이 있었다. 연구 참여자 중 일부 사람들은 코로나19 감염이 건강에 영향을 미쳤다고 생각하였고, 일부는 코로나19 유행이 건강에 미친 영향이 거의 없다고 생각하였다. 한 참여자는 코로나19 감염 후 시간이 지났음에도 피곤함을 느끼고 건강 회복이 지연되었다고 하였다.

“코로나 한 번 정도 걸려서 회복은 하긴 했는데, 컨디션이 되게 나빠지더라고요. 그래서 되게 나빠진 컨디션이 몇 달을 갔어요. 밥맛도 별로 잘 없고, 일단은 좀 쉬고 나면 사람이 좀 충전되는 느낌이 있어야 되는데 그것도 예전에 한 100% 충전됐다 그러면, 코로나 걸리고 나서 한 60%. 그래서 뭔가 좀 충전도 잘 안 되는 느낌이고.” (연구 참여자 A40P4)

“코로나 걸린 뒤로 이렇게 좀 불면증이 오고 그러면서 잠을 못 자면서 제가 이제 당뇨 전 단계였었는데, 불면증이 오면서 잠을 못 자면 당뇨가 오더라고요.” (연구 참여자 A50P9)

2) 위생관리와 사회적 거리두기

연구 참여자들은 코로나19 유행 기간에 감기, 눈병 등 유행성 질병에 걸리는 횟수가 감소하였는데, 여기에는 마스크 착용, 주기적 손 씻기, 소독 등 철저한 위생 관리가 영향을 미쳤다고 생각하였다.

3) 건강행태 변화

코로나19 유행 기간에 식생활이 바뀌고 신체활동이 감소한 연구 참여자들은 단 음식과 배달 음식 섭취, 신체활동 부족으로 살이 찼다고 언급하였다.

“코로나 초기에는 사실은 밖에 안 나갔잖아요. 그래서 다 시켜 먹고, 보상 심리 때문에 엄청 단 거나 군것질을 많이 했던 것 같은데, 그게 요새는 좀 적어졌잖아요. 오히려 또 배달 음식, 그다음에 배달 음식이 또 난리가 나 갖고 그것 때문에 사실 살이 찼던 건 맞는 것 같아요. 전체적으로 나잇 살인지는 모르겠으나 확실히 살은 다 찼어요.” (연구 참여자 A40P2)

나. 스트레스와 정신건강

연구 참여자들은 코로나19 유행 기간에 스트레스를 받거나 우울감을 느끼기도 하였다. 코로나19 감염 우려로 인한 스트레스, 코로나19 감염으로 가족, 지인이 사망했을 때의 충격, 가정·직장에서의 업무 변화로 인

한 우울감 등이 언급되었다.

1) 코로나19 감염 위험 인식

참여자들은 코로나19가 유행한 3년 동안 코로나19 감염 위험에 민감하게 생활하였고 감염되지 않도록 조심하였다. 초점집단 인터뷰(FGI)에 참여한 2023년 2-4월에도 코로나19 감염을 우려하여 마스크를 벗고 대화하는 데 저항감을 느끼고 있었고, 밀폐된 공간에 가면 숨이 막히고 정신적으로 다소 위축된다고 표현하였다.

한 연구 참여자는 코로나19 감염에 대한 걱정을 다음과 같이 표현하였다.

“밀폐된 공간이나, 이런 데 가게 되면, 웬지 좀 걱정되고 숨이 좀 이렇게 턱턱 막히고, 정신적으로 좀 위축되고, 사람들이랑 좀 떨어져 있으려고 하고 그렇게 되는 것 같아요. 정신적으로.” (연구 참여자 A40P9)

2) 코로나19 감염자의 사망

몇몇 연구 참여자들은 코로나19로 지인이 사망한 경험이 있었고, 사망 소식을 들었을 때 다음과 같이 정신적 충격을 받았다고 표현하였다.

“제 아는 선배가 막걸리 잘 사던 선배가 어느 날 죽어버렸어요. 돌아가셨다고요. 제일 가까운 사람, 제 주변에서 돌아가신 분 중에, 65세면 저하고 나이 차이도 안 나고 그러는데, 코로나로 그냥 2박 3일만에 돌아가셨다고 하더라고요, 코로나로. 이게 피부로 너무 와 닿는구나 이런 생각이 들어가지고 전부 다 충격을 받아가지고.” (연구 참여자 A50P9)

3) 사회적 거리두기

코로나19 감염 예방을 위해 가족 모임, 친구 모임 등을 자제하면서 일부 연구 참여자들은 우울감을 느꼈다.

“초반에는 사람이 모이지 못하게 하니깐, 대화도 안 되고 각 가정에서도 막 이렇게 분명하게, 어디 이제 추석에 구정에도 못 가고, 그렇게 해가지고, 좀 우울증이 많이 왔어요.” (연구 참여자 A50P7)

사회적 거리두기는 직접적으로 정신건강에 영향을 주는 것 외에 재택수업, 재택근무, 경제활동 제한을 통해 간접적으로도 정신건강에 영향을 주었다. 가정주부의 경우 재택수업으로 양육부담이 크게 늘어나 스트레스가 증가하였다.

4) 경제활동 위축과 소득 감소

2020년과 2021년에 경제활동 위축⁹⁾으로 영향을 받은 연구 참여자들은 2020년, 2021년에 정신적으로 매우 힘들었으나 감염병 팬데믹 상황에 적응하고, 경제활동이 재개되면서 정신건강이 회복되었다. 한 연구 참여자는 이를 다음과 같이 표현하였다.

“밖에서 하는 일이었기 때문에 아무래도 일이 좀 (코로나19 유행) 처음에는 많이 줄었는데, 나중에는 또 그게 오히려 또 전화위복이 돼서 다른 측면으로 조금 더 (경제활동을 하게) 된 것 같아요. 그래서 그런 부분이 조금 정신적으로는 처음에 스트레스를 받다가 조금 좀 나아졌고.” (연구

9) 코로나19 유행 기간에 사회적 거리두기로 학원, 음식점, 상점 등의 영업시간이 축소되면서 경제활동과 소득이 감소되었다.

참여자 A40P5)

반면 일부 참여자는 사회적 거리두기로 회식, 학부모 모임 등 만남이 제한되면서 인간관계에서 오는 스트레스가 줄어드는 장점이 있었다고 하였다. 또한 출산 등 개인적인 이유로 코로나19 이전에 사회활동, 만남이 많지 않았던 사람들은 코로나19 유행으로 인한 사회활동 단절이 정신건강에 영향을 주지 않았다고 밝혔다.

다. 사회적 관계

일부 연구 참여자들은 코로나19 유행 기간에 식사 준비 등 가사노동이 증가하여 스트레스를 받았는데 이를 해소할 수 있는 종교 활동을 하지 못해 우울감을 느꼈다고 하였다.

“돌아서면 먹어야 되고, 돌아서면 먹어야 되고, 집안일은 많고, 라면이 우리한테 그렇게 안 좋은데, 일주일에 한 세 번은 먹는 것 같아요. 왜냐하면, 밥만 어떻게 맨날 먹이냐고. 반찬도 많이 들어가고 아들도 또 도시락도 싸고 하니까. 그래서 이제 내가 너무 답답해서 좀 우울증도 약간 있었어요.” (연구참여자 A50P7)

라. 공중보건 위기와 취약성

코로나19 유행 기간에 비대면 수업과 재택근무가 실시되었다. 대학생 자녀의 식사를 챙겨야 하는 것이 부담스럽거나, 교사인 자녀가 집에서 비대면 수업을 하여 불편했던 사례가 있었다. 집에서 여러 가족들이 같이 지내며 비대면 수업이 원활히 진행될 수 있도록 배려하는 과정에서 연구

참여자들은 답답함과 불편함을 느꼈다고 하였다.

코로나19 자가 격리에 대해 한 연구 참여자는 코로나19 감염 후 2주 자가 격리 기간에 정신적으로 힘들었고, 가정주부였기 때문에 격리 기간에도 가족의 식사준비를 해야 해 힘들었다고 언급하였다.

“텔타. 그때는 정말 사회와 단절, 너무 저한테는 굉장한 차단이었고요. 격리 기간이 길어지면서 이제 나중에는 점점 피폐해지더라고요. 정신이. 루틴이 아니라 한 방에서 완전히 진짜 갇혀 있었죠. 제가 걸렸을 때 또 장갑 끼고 아이들 밥을 해주고 이래야 되거든요. 그러니까 정말 너무 힘들었어요.” (연구 참여자 A40P6)

마. 코로나19 정보 탐색과 활용

1) 코로나19 정보 찾기와 이해

대부분의 연구 참여자들이 온라인 포털에서 코로나19에 대한 정보를 찾았다. 일부 연구 참여자들은 백신 등 코로나19 관련 정보가 방송을 통해 많이 보도되어 능동적으로 정보를 찾아보지는 않은 것으로 나타났다. 연구 참여자들은 코로나19 관련 정보를 SNS를 통해 지인과 활발히 공유하지는 않는다고 하였고, 노인인 부모로부터 코로나19 관련 정보를 받기도 하였다.

2) 코로나19 정보 판단과 활용

연구 참여자들은 온라인 포털의 코로나19 기사 등에 달린 댓글을 비교하여 정보를 취사선택한다고 하였다. 일부 참여자들은 온라인에서 찾은 코로나19 정보를 확인하기 위해 의료진, 주민센터, 보건소에 물어본 경험

이 있었다.

“고민 고민하다가 나중에는 제가 병원에 직접 OO병원에 문의를 했어요. 이런 상황인데 수술을 하기 전에 맞을까요? 수술을 하고 맞을까요? 그랬더니 맞고 들어오라고 하더라고요. 그래서 저는 그냥 맞았는데 그 대신 B 백신으로 받았죠. 원래 저는 60세 이상은 무조건 그거 맞게 돼 있었는데. A 백신이 효능이 떨어진다고 해가지고, 효용성이 B 백신보다는 좀 떨어져서, 좀 늦춰서 수술하기 전에 B 백신으로 맞았죠.” (연구 참여자 A50P7)

코로나19 치료제에 대해 일부 연구 참여자들은 알고 있었고 일부는 모르고 있었다. 한 참여자는 다음과 같이 부모의 코로나19 치료제 복용을 결정하는 데 어려움이 있었다고 말했다.

“제가 (코로나19 치료제)를 받으라고는 했는데 고령이시니까, 근데 먹기 전에 되게 고민했어요. 이거 드시게 해도 되나? 왜냐하면, 진짜 임상이 너무 짧고, 제가 찾아봤더니 백인들 남성을 대상으로 임상을 했더라고요. 그래서 되게 고민했는데 그냥 주변에서 그냥 엄마 친구분들도 다 드셨다고 하니까. 그래서 그냥 드시기는 했는데 아빠는 안 드셨고, 되게 정말 너무 고민됐어요.” (연구 참여자 A40P6)

코로나19 관련 정보가 맞는 정보인지 틀린 정보인지 판단하기 어려웠다. 백신 정보를 스스로 찾아봤다는 한 연구 참여자는 정보를 판단하기 어려웠고, 다른 참여자는 백신 정보를 무조건 믿을 수 없어 종합적인 판단이 필요했다고 하였다. 건강정보를 찾는 것은 문제가 없는데 판단하기가 어렵다고 하였고, 신뢰할 수 있는 공공기관에서 관련 정보를 제공해주기를 희망하였다.

2. 노인

연구에 참여한 노인들은 전반적으로 코로나19 유행 기간에 신체건강과 정신건강이 나빠지고, 사회적 관계 단절로 외로움이 컸다고 평가하였다.

가. 신체건강

1) 코로나19 감염

연구 참여자마다 코로나19 감염 경험은 차이가 났다. 일부 노인들은 코로나19 감염 증상이 가벼웠다고 밝혔으며, 일부 연구 참여자들은 코로나19 감염 증상이 심했다고 언급하였다. 2022년 11월, 코로나19에 감염되었던 한 노인은 코로나19 완치 후에도 가래와 기침이 심했고, 이를 코로나19 후유증으로 생각하였다.

“코로나 걸리고 나서 저는 가래가 많이 생긴다거나 이런 것들이 예전보다는 있더라고요. 기침도 조금 잦아지고, 그러다 보니까 자꾸 움츠려져서 더 밖에 안 나가고 사람을 많이 안 만나고 이러다 보니까 건강이 그 전보다는 조금 나빠지지 않았나 싶어요.” (연구 참여자 O65P3)

코로나19 감염이 건강에 상당히 영향을 미친 경우도 있었는데, 한 노인은 다음과 같이 코로나19 감염으로 체중이 12kg 감소했었다고 밝혔다.

“작년에, 제가 한 8월쯤에 코로나에 감염이 됐었어요. 남들 같이 큰 어려움은 없었는데. 저는 증상이 이제 음식을 잘 못 먹는 그런 버전으로 코로나 증상이 와갔고. 좀 음식을 섭취하지 못하다 보니까 킬로수가 한 64

킬로까지 몸무게가 빠졌었고 그 부분이 굉장히 힘들었고요. 이제 다시 식욕을 찾고 요새는 이제 운동을 워킹, 그냥 걷는 운동을 계속하고 있는데. 킬로 수가 다시 한 72킬로까지 돌아왔어요. 원래는 한 76킬로까지 돌아와야 되는데.” (연구 참여자 O65P8)

2) 건강행태 변화

코로나19 유행 기간 노인들은 걷기 위주의 신체활동을 하였으며, 일부는 코로나19 감염을 우려하여 스스로 외출을 자제하였다고 밝혔다. 이러한 노인의 신체활동 부족은 건강에 영향을 미쳤는데 한 연구 참여자는 다음과 같이 코로나19 유행 기간에 운동을 하지 못해 척추협착증이 생긴 것 같다고 생각하였다.

“제가 많이 걷거나 운동을 못하고 집안에 있는 일이 많으니까. 이제 척추협착증이 온 것도 제가 많이 걷고 많이 다녔으면 괜찮은데 코로나 때문에, 운동을 못했으니까 그게 이렇게 온 것 같더라고요.” (연구 참여자 O65P5)

노인 당뇨병 환자들 또한 코로나19 유행 기간에 실내 체육시설(헬스장) 폐쇄로 운동을 하지 못했고, 한 참여자는 실내 체육시설이 폐쇄되었을 때 걷거나 등산으로 대체할 생각을 하지 못하였고, 결국 신체활동 부족으로 당뇨병을 관리하기 어려웠다고 언급하였다.

일부 노인들은 사회적 거리두기로 음주가 줄어 건강에 긍정적인 측면이 있었다고 평가하였다. 마스크 착용은 감기에 걸리지 않거나 비염이 완화되는 긍정적인 효과가 있었던 반면, 눈이 건조해지거나 호흡이 어려운 부정적인 효과가 있었다.

“마스크를 이렇게 쓰니까, 숨 내쉬고 하면 뜨거운 열기가 눈으로 이렇게 가더라고요. 그래서 눈이 건조해지는 그런 느낌을 많이 받고 지금 안구 건조증 때문에 병원에 가는데, 그 부분은 좀 나빠요. 그러니까 코가 꽤 찢으니까. 뜨거운 김이 올라가니까 눈이 안 좋다. 그러니까 하나는 플러스고 하나는 마이너스고.” (연구 참여자 O65P11)

나. 스트레스와 정신건강

참여자 중 일부는 코로나19 유행 기간에 본인의 정신건강이 양호하였다고 하였고, 다른 참여자는 우울감을 느끼거나 스트레스가 있었다고 평가하였다

1) 코로나19 감염 우려

연구에 참여한 대부분의 노인들은 코로나19에 감염된 경험이 있었다. 노인들은 코로나19 감염 전에는 코로나19에 감염되는 것을 매우 두려워했고 불안하게 느꼈는데 코로나19 감염 시 증상이 심하지 않았으며 감염에서 회복된 후에는 코로나19에 대한 두려움이 감소했다고 밝혔다.

코로나19 바이러스가 호흡기를 통해 전파되고 감염력이 높아서 기침, 발열 등의 증상을 보일 경우 주변 사람들이 감염 전파를 우려할 수 있다. 이를 인식한 노인들은 지하철 등에서 기침을 할 경우 스트레스를 받았다. 지하철에서 기침을 했던 한 참여자는 사람들의 따가운 시선 때문에 땀이 짙 나고 다음 정거장에서 내린 경험을 언급하였다.

“이렇게 지하철을 타고 가다가도 내 침에 사례가 걸릴 수가 있어요. 그러면 “켁켁” 거리고 사람들이 다 쳐다보면 땀이 짙 나요. 땀이 짙 나면 진

짜 다음 정거장에 내려요.” (연구 참여자 O65P6)

코로나19 감염은 본인의 건강에 대한 우려뿐만 아니라 미래세대의 건강에 대한 우려로 이어지기도 했다. 한 참여자는 팬데믹 기간에 임신부인 딸이 코로나19 백신을 접종했고, 출산 후 태어난 손녀가 혹시 유전자 변형이 있을까 걱정하였다.

2) 코로나19 감염자 사망

코로나19 감염자의 사망 소식은 정신건강에 상당한 영향을 주었다. 다음과 같이 코로나19로 가까운 지인이 사망하면서 감염병에 대한 두려움이 커지고 본인의 강박증, 공황장애가 악화된 사례가 있었다.

“정말 젊고 씩씩한 친구가 코로나 걸리고 바로 그냥 며칠 안 있다가 죽더라고요. 가까운 지인이 그렇게 죽는 거를 내가 직접 이제 겪게 되다 보니까, 정신적으로 오는 약간 공포 같은 게 있어요. ...(중략)... 코로나가 사실은 사람을 좀 이렇게 여러 가지로 건강도 나빠지게 만들고, 정신건강, 제일 중요한 게 정신건강이 제일 나빠진 것 같아요. (연구 참여자 O65P8)

3) 사회적 거리두기와 마스크 착용

코로나19로 인한 경제활동 축소는 실업으로 이어졌다. 한 연구 참여자는 다음과 같이 실직과 사회적 관계 축소로 정신건강 악화를 호소하기도 했다.

“제가 아르바이트를 계속 했었는데요. 코로나로 인해서 제가 고위험군에 들어가서 제 스스로 퇴직을 했습니다.... 직업을 잃어버렸고, 용돈 벌이를 잃

어버렸다는 것과, 그다음에 외부와 접촉을 안 하다 보니까, 심리적으로 상당히 외로움을 느끼게 되고 그렇게 됩니다.”(연구 참여자 O65P7)

노인들 중 일부는 마스크 착용을 답답하게 느끼거나 호흡이 어렵다고 느끼기도 하였다. 마스크 착용은 다음과 같이 건강에 대한 우려로 이어지기도 했다.

“이렇게 마스크를 벗지도 못하고 숨 쉬는데 폐질환이 있지 않을까... 병원에 가봐야 알지만 어쨌든 숨이 차니까 그런 불쾌감이 들더라고요.” (연구 참여자 O65P10)

4) 정신건강 증진을 위한 노력

연구 참여자들은 우울감, 스트레스 등에 대처하기 위해 가족여행을 하거나 부부, 가족 간에 더 친밀하게 지냈다고 밝혔다. 다음과 같이 온라인으로 정신건강 증진 프로그램에 참여하거나, 의식적으로 더 열심히 운동하기도 하였다.

“정신적으로는 사람들하고 접촉이나 이런 걸 많이 못하잖아요. 그리고 이 사람이 뭐가 있는지 없는지도 모르고. 그리고 또 나갔다 오면 꼭 손 씻고 세수하고 이런 거 하잖아요. 그러니까 그런 데서 정신적으로 나약해지더라고요. 그래서 저는 내면 공부하는 줌 수업을 작년엔 받았어요. 그러니까 그거를 통해서, 줌 뭐라 그럴까, 사람과의 관계나 이런 거에서도 줌 편안해질 수 있었다고 하나.” (연구 참여자 O65P5)

다. 사회적 관계

코로나19 유행 기간에 감염병 전파를 예방하기 위해 가족모임, 종교활동 등 대부분의 모임이 제한되었다. 노인들은 결혼식, 장례식 등에 참석하지 못했고 이는 부정적인 기억으로 남았다. 연구에 참여한 노인들은 지인이 코로나19로 사망했을 때 문상을 하지 못한 일, 코로나19 유행 기간에 문병을 가지 못한 일, 자녀 결혼식에 제한된 인원만 참석한 일에 대해 서운함을 느꼈다.

“제일 서운한 거는 지인이 가까운 지인이 코로나로 죽었을 때 그걸 직접 병원을 못 가는 게 참 그게 미안했고요. 또 누가 입원을 했을 때 병실까지 못 들어가서, 그분을 못 뵈는 게 이제 참 죄송하고 그랬었어요. 그러니까 좀 각박하다, 서운하다, 세상 살기가 참 힘들다, 이런 세균으로 인해서 참 힘들다 그런 생각을 했죠.” (연구 참여자 DM65P4)

온라인으로 직장생활과 학교생활을 이어갔던 청소년, 성인과 달리 노인들은 복지관, 경로당 등 복지시설이 운영을 중단하고 가족·친구모임이 어려워지면서 사람과의 만남이 감소하였다. 노인들은 코로나19 유행 기간에 모임 자제로 ‘친구를 만나지 못해 답답했다’, ‘외로웠다’, ‘사람이 그리웠다’고 밝혔다.

“친구 모임도 중단했잖아요. 그러니까 외로웠어요. 외롭다 보니까 집에서 이제 우울증이 왔었어요.” (연구 참여자 DM65P7)

“저는 코로나 이후에 사람들 많이 못 만나고, 이야기도 많이 못하고 하

니까 사람이 그립더라고요. 그래서 밖에 나가고, 어디 나가고 하면 사람한테 먼저 말을 하고 싶고 이런 게 좀 많더라고요. 근데 이제 나는 그런 마음에 말을 했는데, 상대방이 이제 좀 싫어할 수도 있잖아요.” (연구 참여자 O65P11)

힘들거나 어려운 일이 동시에 발생하면 건강에 영향을 준다. 2020년 초에 실직하고 코로나19 유행으로 종교 활동을 하지 못한 한 노인은 상당히 외롭게 2년(2020년과 2021년)을 보냈으며 작년(2022년)부터 실내 체육시설(헬스)에서 운동하고 대면으로 종교활동을 하면서 사는 것 같다고 표현하였다.

라. 공중보건 위기와 취약성

많은 사람들과 접촉하는 직업을 가진 사람들은 코로나19와 같은 호흡기 감염병에 걸릴 가능성이 재택 근무하는 사람들보다 크다. 남편이 개인 택시 운전자였던 연구 참여자는 남편을 통해 코로나19에 걸릴 것을 우려하여 대인 기피증이 생겼고 마음이 불편하였다고 하였다.

“(우리 남편이 택시 운전을 해서) 모든 사람을 다 태우고 그러는 사람이기 때문에 자기 자신이 굉장히 걱정을 많이 하는 거예요. 그런데 다행히도 우리 식구는 전혀 코로나를 모르고 지냈어요. 근데 단지 불편한 건, 뭐가 불편했냐면, 대인관계가 대인 기피증이 생기는 거예요. 괜히 누구를 만나면 굳이 물어올 것 같고.” (연구 참여자 DM65P4)

보건소를 이용하던 노인 당뇨병 환자는 보건소가 코로나19 대응으로

당뇨병 진료가 어려워져 병의원으로 옮겼고, 당뇨병 치료제 복용을 환자 임의로 중단하면 안 된다는 설명을 들었던 경험이 있었다.

“보건소가 이제 문 닫으니까 이제 병원으로 옮겼어요. 내과로 옮겼어요. 바로 그 앞에. 그러더니 깜짝 놀라더라고요. 이렇게 하면 안 된다고. 약을 계속 먹어야지 아예 안 먹은 것도 아니고, 안 먹으면 계속 안 먹어야지. 약 먹다가 끊으면 이렇게 당이 올라간다고. 그래서 그때부터 약이 한 알이 더 늘었어요.” (연구 참여자 DM65P9)

노인들은 코로나19 유행 이전에 신체활동과 여가활동을 위해 복지관, 주민센터를 주로 이용하였고, 코로나19 유행으로 복지관, 주민센터 운동 프로그램이 중단되면서 신체활동 수준이 감소하였다.

마. 코로나19 정보 탐색과 이해

헬스 리터러시가 높은 노인들은 네이버, 다음 등 포털 사이트를 통해 코로나19 관련 정보를 찾는 데 어려움이 없었고 TV를 통해서도 많은 정보를 얻을 수 있었다고 밝혔다. 그러나 정보 내용이 이해가 안 가는 부분도 있고 맞는 정보인지 틀린 정보인지 판단하기 어려웠다고 하였다.

“저는 불만족스러운 걸 느끼기보다는. 내가 너무 부족하니까 너무 답답했어요. 이걸(코로나19 관련 정보) 읽어도 결정을 못 내리겠어요. 제가.” (연구 참여자 O65P4)

헬스 리터러시가 낮은 노인들 중에서는 온라인으로 다양한 출처를 활

용하여 코로나19 정보를 검색하는 참여자도 있었지만, 스스로 정보를 찾아보기보다는 주변 사람들에게 정보를 듣거나 자녀들에게 필요한 정보를 알려 달라는 경우도 있었다. 1차 백신 접종 예약 시에도 직접 온라인으로 질병관리청 사이트에서 예약하기도 했고, 병원에서 연락이 오면 가거나, 자녀들에게 물은 후 직접 병원에 방문해 예약하기도 했다.

“찾고 그런 건 별로 안 해요. (듣는) 정보에 따라서 움직이지 잘 안 찾아요. (코로나) 걸려보지 않아서 모르는데요. 제가 주위 사람들한테 듣기로는 코로나가 2주 정도라고 그랬어요. 1주일에 낫는 건 아주 건강 체질이어서 1주일에 낫지, 이 몸이 약한 사람들은 2주 간다고 들었어요. 걸려 본 사람들이 막 그렇게 얘기하더라고, 사람들이 그러니까 내가 들어서 알지.” (연구 참여자 O65P10)

“(백신) 그런 거 찾을지도 모르고, 그냥 애들한테 물어보고, 우리 딸, 사위와 손자들 다 걸렸죠.” (연구 참여자 O65P6)

노인 당뇨병 환자들은 모두 뉴스 자막 등에서 언급되는 코로나19 고위험군에 자신들이 해당한다는 것을 인식하고 있었다.

바. 코로나19 정보 판단과 활용

코로나19는 신종 감염병으로 충분한 정보가 부족했고 정보의 판단과 활용에 어려움이 있었다. 헬스 리터러시가 높은 노인들은 카톡 모임방에서 지인들과 코로나19 관련 정보를 서로 공유하였으며 네이버, 유튜브 등을 통해 검색으로 정보를 찾는 것은 어렵지 않으나 전반적으로 코로나19 백신 등 코로나19 관련 정보를 판단하는 데 어려움이 있었다. 정확한 정

보인지, 본인에게 적합한 정보인지 판단을 못 하거나 판단하는 것이 쉽지가 않다고 생각하였다. 여러 정보원에서 중복으로 검색이 되는 정보 또는 의사 등 전문가가 제공하는 정보를 신뢰하였다. 노인들은 유튜브 검색도 하였는데, 다음과 같이 정보를 판단할 필요가 있다고 지적하였다.

“유튜브가 다 좋고 거기서 나오는 정보가 좋을 수가 있지만 가짜 뉴스, 가짜 정보도 같이 나오니까 그걸 좀 필터링할 필요는 있다는 생각이 들어요.” (연구 참여자 O65P5)

헬스 리터러시가 낮은 노인들은 주로 가족, 지인에게서 코로나19 정보를 접했고 정보의 판단에 대한 언급은 거의 없었다. 한 연구 참여자는 코로나19 검사 양성에 대해 의료진과 보건기관에 질문했으나 원하는 정확한 대답을 얻지 못했던 경험을 제시하였다.

“(격리 기간 후) 일주일만 지나가서 했는데도 또 양성 나오는 거예요. 이제 두 번 걸리는 건가? 라고 여쭙았는데, 거기에 대해서 정확하게 답변을 해주는 의사나 보건소나 없었어요. ...(중략)... 그때 그런 거를 담당했던 의사나 보건소에서 그런 걸 정확하게 얘기를 안 해주니까, 그러니까 스스로가 자꾸만 불신이 생기는 거죠. 이게 관계 당국이나 의사도 불신이 생기고.” (연구 참여자 O65P8)

3. 헬스 리터러시 수준에 따른 차이

헬스 리터러시 수준에 따라 코로나19 관련 정보의 탐색, 판단, 활용에 뚜렷한 차이를 보였다. 이러한 차이는 노인에서 두드러졌는데, 헬스 리터러시가 높은 노인들은 능동적으로 정보를 검색한 데 비해 헬스 리터러시

가 낮은 노인들은 자녀나 지인에게서 정보를 얻고 있었다. 그러나 헬스 리터러시가 높은 노인들도 정보의 판단과 활용에 어려움을 겪었다. 이러한 점을 고려하여 헬스 리터러시 수준에 따른 다양한 정보를 생산하여 제공하는 것이 필요하다고 생각된다.

제3절 소결

코로나19 유행 기간에 비만 유병률과 우울장애 유병률이 증가하였고, 주관적 건강수준과 스트레스 인지는 코로나19 유행 이전과 이후에 큰 차이를 보이지는 않는 것으로 나타났다.

첫째, 코로나19 유행 전후에 주관적 건강수준은 차이가 뚜렷하지 않았으며, 여자, 중년과 노인, 초등학교 졸업 이하의 학력을 가진 사람, 임금 근로자, 미충족 의료 경험자에서 주관적 건강수준을 나쁘다고 평가할 오즈가 높았다. 미충족 의료를 경험한 사람이 경험하지 않은 사람에 비해 주관적 건강수준을 나쁘다고 평가할 오즈가 2.72배였다. 질적 연구에서는 코로나19 감염이 건강에 영향을 준 것으로 나타났다. 코로나19에 감염된 일부 사람들은 감염 종료 후에도 피곤감, 호흡기 증상 등의 증상이 지속되거나 수개월간 건강수준이 감염 전으로 회복되지 않았던 경험이 있었다. 신체활동 감소, 비만 증가 또한 건강에 영향을 준 것으로 나타났다.

둘째, 우울장애 유병률이 코로나19 유행 후에 증가하였고 스트레스 인지 여부는 유행 전후에 차이가 유의하지 않았다. 여자, 노인, 자영업·고용주에서 스트레스가 있을 오즈가 증가하였다. 질적 연구에서도 자영업자가 코로나19 유행 초기에 경제활동 위축과 소득 감소로 스트레스가 증가한 사례가 있었다. 여자, 청년, 미혼에서 우울장애가 있을 오즈가 증가하

였는데, 이러한 결과는 일부 선행연구들과 일치한다(전혜정, 정연진, 2022). 미충족 의료 경험은 스트레스와 우울장애 모두와 관련성이 있었다. 미충족 의료를 경험한 사람이 미충족 의료를 경험하지 않은 사람에 비해 스트레스를 느낄 오즈가 2.11배, 우울장애가 있을 오즈가 3.97배였다. 이는 미충족 의료가 코로나19 유행 기간에 건강에 영향을 줄 수 있는 기전 중 하나일 수 있기 때문으로 사료된다(김동진, 2023).

질적 연구에서 코로나19 유행 기간에 정신건강에 영향을 미친 다양한 요인들이 확인되었다. 코로나19 유행 기간에 재택근무, 재택수업 등으로 집에서의 돌봄 노동이 증가하면서 가족의 식사를 준비하고 자녀의 학습을 돌봐야 했던 여성들에서 스트레스 수준이 높았던 것으로 나타났다. 질적 연구에 참여했던 대다수의 노인들이 사회적 거리두기 기간에 가족·친족·친구 모임의 제한으로 인해 느꼈던 우울감을 호소하였다. 일부 노인들은 고립감과 외로움을 경험했다고 언급하기도 했다.

코로나19는 유행 초기 치명률이 높았고, 특히 노인에서 치명률이 높았기 때문에 국민들은 코로나19 감염에 대한 두려움이 있었다. 예를 들어 사람이 많은 실내 공간에 있을 경우 코로나19 감염 위험이 높다고 인식하여 정신적으로 위축되거나 스트레스를 느끼기도 하였다. 가족, 지인이 코로나19로 사망했을 경우 받았던 정신적 충격 또한 정신건강에 부정적으로 영향을 미쳤을 것이다.

셋째, 성인의 비만 유병률이 2018-2019년 34.7%에서 2020-2021년 37.8%로 증가하였다. 로지스틱 회귀분석을 통해 살펴보았을 때에도 코로나19 유행 이전에 비해 유행 이후에 증가한 것으로 나타났다. 청년과 중장년의 임금근로자에서 비만 유병률이 뚜렷하게 증가하였는데, 코로나19 유행에 따른 재택근무로 출퇴근을 하지 않아 신체활동이 감소하고 간식 섭취가 늘어났다는 질적 연구 결과를 고려할 때 재택근무가 영향을 주

있을 가능성이 있다.

그러나 비만 유병률이 전반적으로 증가 추세이기도 하고 다양한 요인들이 비만에 영향을 주기 때문에 코로나19가 비만의 증가에 직접적인 영향을 주었는지에 대해서 추가적인 연구가 더 필요한 것으로 생각된다. 국내에서 코로나19 발생 후에 신체활동의 감소와 외식 증가로 인해 체중이 증가한다는 보고가 있었으나,¹⁰⁾ 미국에서는 코로나19 유행기간에 비만이 특별히 크게 증가하지 않았다는 연구 결과가 제시되었다(Freedman, Kompaniyets, Daymont, Zhao & Blanck, 2021).

넷째, 헬스 리터러시가 코로나19 관련 정보를 찾고 활용하는 데 영향을 미쳤는데 특히 노인에서 차이가 있었다. 헬스 리터러시가 낮은 노인들은 능동적으로 정보를 검색하기보다 자녀 등을 통해 수동적으로 정보를 받는 경우가 많았다. 헬스 리터러시가 높은 노인들은 실내 체육시설 운영 여부 등의 정보를 수집하여 건강관리에 활용하였다. 그러나 헬스 리터러시가 높은 사람들도 코로나19 정보를 이해하거나 판단하는 데에는 어려움이 있었다. 이러한 결과는 국외 연구에서도 동일하게 나타났다(Knottnerus, et al., 2022; Jensen et al., 2022). 대규모 감염병 유행 시 헬스 리터러시 수준이 낮은 취약집단을 고려하여 정보를 전달하고 건강관리를 유도할 필요가 있을 것이다.

마지막으로 연령군별 소득수준별 건강지표 중 일부는 코로나19 유행 이후 개선된 것으로 나타나기도 했다. 코로나19 유행기간에 실시된 설문 조사의 경우 만성질환이 있는 노인 등 건강이 좋지 않은 인구집단에서 감염 전파를 우려하여 조사에 참여하지 않았을 가능성을 고려하여 연구 결과를 해석하는 것이 필요하다.

10) 강환웅. (2021.12.30.). 국민 10명 중 4명 “코로나19 이후 체중 늘었다”. 한의신문. https://www.akomnews.com/bbs/board.php?bo_table=news&wr_id=47434에서 2023.11.29.에 인출

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제6장

결론

제1절 연구 결과 요약

제2절 정책과제

제 6 장 결론

제1절 연구 결과 요약

이 연구는 코로나19 유행 전후 국민의 건강과 의료이용 변화를 분석하고 감염병 유행 기간에 국민의 효과적인 건강관리를 위한 대응방안을 제시하고자 하였다. 주요 연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 코로나19 유행 기간에 흡연과 음주는 뚜렷하게 변화하지 않았다. 유산소 신체활동 실천율은 2020년에 감소하였으나 2021년 이전 수준으로 회복하였고, 근력운동과 걷기 실천이 증가하였다. 질적 연구에서 코로나19 유행 기간에 사회적 거리두기로 인해 실내 체육시설을 이용하는 것이 어려워지자 노인에서 주로 걷기운동이 늘어나고, 청·중년에서는 인터넷 동영상을 활용하여 근력운동을 한 것으로 파악되었다.

둘째, 비만 유병률이 코로나19 유행 후에 뚜렷이 증가하였다. 질적 연구에서 코로나19 유행 기간 중 단 음식 섭취, 배달 음식 섭취가 증가하고 사회적 거리두기로 인한 신체활동의 감소가 나타났다.

셋째, 2019년에 비해 2020년에 응급실과 외래 이용자 수가 감소하였다. 2020년 의과 미충족 의료 경험률은 15.0%였고, 치과 미충족 의료 경험률은 18.4%였다. 질적 연구에서 경미한 질환에 대해 의료이용을 하지 않은 점, 코로나19 검사, 출입문 폐쇄 등으로 의료기관 방문 시 불편했던 점이 보고되었다.

넷째, 코로나19 유행 전후에 주관적 건강수준과 스트레스 인지율의 변화는 뚜렷하지 않았으나, 우울장애 유병률은 증가하였다. 미충족 의료 경

힘이 스트레스와 우울장애 모두와 관련성이 있었다. 질적 연구에서 지인의 코로나19 사망, 사회적 거리두기로 인한 노인의 고립감, 코로나19 감염 위험 인식으로 인한 정신적 위축 등 다양한 부정적인 정신건강 사례를 파악할 수 있었다.

제2절 정책과제

1. 감염병 팬데믹 기간 다각적인 국민의 건강 보장

코로나19 유행의 건강영향은 직접적인 코로나19 감염으로 인한 사망과 유병이라고 할 수 있다. 오미크론 변이 이후에 감염된 대다수 사람들이 감염에서 회복되었으나 코로나19의 유행은 국민의 정신건강에 영향을 미쳤다. 예를 들어 사회적 거리두기는 방역을 위해 필요한 조치였으나 일부 노인들은 우울감, 고립감, 고독감을 느꼈다. 따라서 감염병이 유행할 때는 정신건강에 대한 대응을 강화할 필요가 있다. 취약계층 대상 방문·비대면 서비스를 확대하고, 기존 서비스를 지속적으로 운영하도록 고려할 필요가 있는 것으로 보인다.

코로나19 같은 감염병 팬데믹에서 방역과 감염병 환자 치료는 국민의 건강을 보장하는 가장 중요한 부분이나 보건의료 자원이 방역과 감염병 치료에 과도하게 쏠릴 경우 급·만성질환 진료에 차질이 발생할 수 있다.

정부는 코로나19 유행 기간에 사회적 거리두기 단계별로 돌봄서비스 제공을 조정하는 “지속가능한 돌봄체계 개선방안(2020.11.27.)” 등의 정책을 실시하였고, 지역사회 의 일차의료를 담당하는 의원급 의료기관에서 정상적으로 의료서비스를 제공하였다.

양적 연구 결과, 코로나19 유행 기간에 국민의 미충족 의료 경험은 뚜렷하게 증가하지 않았으나 다중회귀분석 결과에서 미충족 의료 경험이 주관적 건강수준과 스트레스 인지에 유의하게 영향을 미쳤으므로, 팬데믹 기간에는 미충족 의료 경험을 적절히 관리하는 것이 중요하다고 할 수 있다. 질적 연구에서 연구 참여자들은 의료이용은 가능했으나 의료이용이 불편하고 감염에 대한 불안함이 있었다고 언급하였다. 따라서 필요한 의료이용을 회피하지 않도록 공중보건 위기 시 정부와 국민의 의사소통을 강화하는 것이 필요하다.

2. 취약 인구집단에 대한 건강관리 지원

코로나19 유행은 모든 국민에게 영향을 미쳤으나 취약한 인구집단에서 영향이 컸다.

첫째, 소득수준이 중하 또는 하에 속한 집단이 소득수준이 상 또는 중상인 집단에 비해 코로나19 유행 전과 비교하여 주관적 건강수준이 더 낮아지고 우울장애 유병률이 더 증가하였다. 이러한 경향은 노인보다 청년과 중장년 저소득층에서 두드러지게 나타나 소득수준에 따라 코로나19 전후 주관적 건강수준과 우울장애 유병률 변화에 차이가 있었음을 확인할 수 있었다. 또한 본 연구의 분석 결과, 소득수준이 하에 속하는 19-39세 청년의 비만 유병률이 코로나19 유행 전후에 8.1%가 증가하여 소득수준 상에 속하는 청년의 비만 유병률 증가 4%의 2배였으며, 2020년 우울장애 유병률이 12.0%에 달했다. 코로나19 유행 기간 음식점, 학원 등의 영업시간 제한 등으로 저소득층의 경제활동이 위축된 것이 영향을 미친 것으로 보인다. 경제적 손실에 대해서는 추후 보상이 되었지만 소득 감소, 실업 증가 등이 저소득층의 정신건강에 영향을 미칠 수 있으므로 중

합적으로 정책의 영향을 평가하고 보완 조치를 동시에 실시하는 것이 필요하다고 생각된다.

둘째, 취약계층의 특성, 라이프 스타일에 따라 팬데믹 기간에 건강관리의 어려움과 취약성은 다르게 나타났다. 예를 들어 사회적 거리두기의 경우 노인은 관계 단절로 인한 고립감을 느꼈고, 자영업자는 경제활동 중단으로 인한 생계 곤란에 대해서, 주부는 재택수업, 재택근무로 인한 돌봄가중으로 인해 스트레스를 받았다고 언급하였다. 취약성이 증척되는 사람들을 중심으로 건강관리를 지원하는 것이 요구된다.

3. 국민의 효과적인 팬데믹 대응을 위한 헬스 리터러시 제고

코로나19는 감염원에 대한 정보가 불충분한 신종 감염병이었으며, 3년이 넘는 기간 동안 감염병의 확산과 소강이 반복적으로 진행되었고, 다수의 변이 바이러스가 출현하였기 때문에 상황 변화에 따라 관련 정보를 수집하고 평가하여 건강관리에 적용하는 것이 특히 중요했다. 즉 변화하는 팬데믹 상황에서 국민들이 건강관리를 하기 위해서는 정보를 판단하여 활용할 수 있는 헬스 리터러시가 중요하다고 할 수 있다.

한국의료패널 자료 분석 결과, 헬스 리터러시가 낮은 사람들에서 미충족 의료 경험률이 높았고, 질적 연구에 참여한 일부 노인들은 코로나19 관련 정보를 인터넷 포털 사이트에서 찾거나 TV를 통해 접할 수 있었으나 서로 상충되는 정보가 있어 어떤 정보가 맞는 정보인지 평가하기 어려웠다고 지적하였다.

따라서 건강정보를 능동적으로 평가할 수 있도록 헬스 리터러시를 강화하는 것이 필요하다. 특히 의료이용 수요가 높고 교육수준의 격차가 큰 노인의 경우 헬스 리터러시가 낮은 사람을 대상으로 맞춤형 정보를 개발

하여 제공하는 것이 필요하다고 생각된다.

4. 코로나19의 건강 영향 모니터링

코로나19 유행은 코로나19 바이러스 감염에 의해 직접적으로, 건강행동 변화, 사회경제적 환경 등에 의해 간접적으로 건강에 영향을 미쳤다. 코로나19 팬데믹이 올해(2023년) 5월 종료되었고 일상생활이 정상화되면서 건강행동 또한 변화할 수 있어 모니터링이 필요하다.

첫째, 코로나19 유행 기간에 사회적 거리두기로 모임 등에서 음주가 줄어들었는데, 코로나19 유행 종료 후 음주가 다시 늘어나는지 고위험 음주율 지표 등을 사용하여 모니터링할 필요가 있다. 실내 체육시설 이용 제한으로 구기운동, 근력운동 대신 걷기운동이 활성화되었는데 세부 신체활동에 변화가 있는지를 추적하여 다양한 신체활동을 하도록 유도하는 것이 바람직할 것이다.

둘째, 코로나19로 인한 사회적 거리두기는 노인, 저소득층 등 취약 인구의 사회적 네트워크에 변화를 가져왔다. 물질적인 환경뿐만 아니라 사회적 지지와 돌봄이 건강에 영향을 미치므로 중장기적으로 이러한 부분을 연구할 필요가 있다.



- 강제욱. (2022). COVID-19 대유행 이후 청소년의 정신건강문제 변화양상 비교: 2020, 2021년 청소년건강행태조사 기반. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 61(4), 317-324. DOI : 10.4306/jknpa.2022.61.4.317
- 강환웅. (2021.12.30.). 국민 10명 중 4명 “코로나19 이후 체중 늘었다”. *한의학신문*. https://www.ekomnews.com/bbs/board.php?bo_table=news&wr_id=47434에서 2023.11.29.에 인출
- 권미영, 조명선. (2022). 코로나 19 로 인한 남성 흡연 근로자의 흡연시간 증가와 관련된 요인. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 39(2), 53-64. DOI : 10.14367/kjhep.2022.39.2.53
- 김귀현, 서정안. (2022). 미충족 의료서비스 경험 차이: 코로나19 유행 전·후. *인문사회21*, 13(6), 929-942. DOI: 10.22143/HSS21.13.6.63
- 김남순, 송은솔, 박은자, 전진아, 변지혜, 문주현. (2020). 유럽 국가 보건의료체계가 코로나 19 대응에 미치는 영향 비교·분석. *한국보건사회연구원: 세종*.
- 김동진. (2023). 코로나 19 의 건강영향과 정부의 대응 정책에 대한 인식 격차. *보건복지포럼*, 2023(9), 37-53.
- 김수진, 김현규, 이재은, 배재용, 김수정. (2020). 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가. *한국보건사회연구원*.
- 김윤정, 박수연, 오경원. (2021). 코로나19 유행 이후 건강행태와 만성질환 변화. *질병관리청 이슈리포트*.
- 김정주, 김상미, 신동교. (2022). COVID-19 발생 전·후의 응급의료이용 변화: 종합병원급 이상 의료기관을 중심으로. *보건사회연구*, 42(3), 369-387. UCI: I410-ECN-0102-2023-300-000949850
- 류수민, 유은혜. (2023). 노령층의 키오스크 사용을 통해서 본사회의 차별과 배제: “저걸 통과해야 먹을 수 있다. 현상과 인식, 47(1), 107-274. <http://scholarworks.bwise.kr/ssu/handle/2018.sw.ssu/43733>에서

인출.

- 박유경, 김창엽, 황승식. (2018). 미충족의료와 소득의 상호작용이 주관적 건강 수준에 미치는 효과-한국의료패널 2009-2014 년도 자료의 분석. 보건과 사회과학, 47(1), 57-83.
- 박은자, 배정은, 송은솔, 정연, 최슬기, 이응준, ..., 박유진. (2020). 2018년 한국의료패널기초분석보고서(II)- 질병 이환, 만성질환, 건강 행태와 건강 수준. 한국보건사회연구원.
- 박은자, 송은솔, 최슬기. (2021). 의료서비스와 의약품 이용에 대한 코로나바이러스감염증-19의 영향과 정책과제 - 미충족 의료를 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 보건복지부. (2020. 11. 27.) 코로나19 시대, 지속가능한 돌봄 체계 구축 추진. 보건복지부 보도자료.
- 송은솔, 박은자, 최슬기. (2022). 코로나바이러스감염증-19 유행기간 중 소득에 따른 고혈압·당뇨병 환자의 미충족 의료. 보건사회연구, 42(3), 246-259. DOI: <https://doi.org/10.15709/hswr.2022.42.3.246>
- 손창우. (2020). 코로나19(COVID-19) 대응을 통해 본 서울시 신종감염병 관리의 현재와 미래. 서울연구원 정책리포트, 299, 서울연구원.
- 신혜리, 윤태영, 김수경, 김영선. (2020). 코로나 팬더믹 사태의 고령자 일상생활 변화에 관한 탐색적 연구-기술 사용과 노인복지관 참여 제한을 중심으로. 노인복지연구, 75(4), 207-232. DOI : 10.21194/kjgsw.75.4.202012.207
- 안선희, 장진화, 박신영, 양성찬, 류보영, 김나영, ... , 강애리. (2022). 제 1 급 법정감염병 지정 기간 동안 코로나 19 발생 분석 (2020.1. 20. 부터 2022.4. 24. 까지). 주간 건강과 질병, 15(25), 1759-1772.
- 오정윤, 조수진, 최지숙. (2021). 코로나19 유행 시기 의료이용의 변화. 보건행정학회지, 31(4), 508-517. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2021.31.4.508>
- 윤필한, 우다래, 박상신. (2022). 코로나바이러스감염증-19 상황에 따른 신체활동 감소 관련 요인. 대한보건연구 (구 대한보건협회학술지), 48(2),

- 99-110. DOI: <https://doi.org/10.22900/kphr.2022.48.2.008>
- 이나윤, 강진호. (2020). 코로나-19 사회적 사태를 경험한 65세 이상 노인들의 정서적 변화에 대한 현상학적 연구. *Journal of the Korea Entertainment Industry Association(JKEIA)*, 14(6), 171-179. DOI: <https://doi.org/10.21184/jkeia.2020.8.14.6.171>
- 이단비, 안정현, 남진영. (2022). 코로나 19 이후 생활습관 변화에 따른 주관적 건강상태: 연령대별 집단 차이. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 39(2), 1-13. DOI : 10.14367/kjhep.2022.39.2.1
- 이성림, 허은정.(2023). 코로나19 유행이후 1인 가구의 식생활 변화와 식생활 만족. *human ecological research*. 61(1). 29-38. DOI: <https://doi.org/10.6115/her.2023.003>
- 전혜정, 정연진. (2022). 코로나 19 시대 지역사회 노인의 우울에 영향을 미치는 요인: 2020 년 지역사회건강조사 자료 활용. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 24(1). DOI: <https://doi.org/10.17079/jkgn.2022.24.1.55>
- 조경숙. (2021). 2020년 코로나19 대유행 시기의 감염병 발생 양상과 건강행태 및 의료이용의 변화. *주간 건강과 질병*, 14(39), 2750-2759.
- 질병관리청. (2022). 국민건강영양조사 원시자료 이용지침서 제8기(2019 - 2021).
- 최선혜, 김양하, 양지은, 오경원. (2022). 코로나 19 유행 전·후청소년 건강행태 변화. *국민건강통계플러스 보고서*.
- 최은희. (2022). 코로나 19 팬데믹 전후 건강과 건강행태 비교: 2019~2020년 국민건강영양조사 자료 이용. *한국데이터정보과학회지*, 33(6), 1113-1124. DOI: <https://doi.org/10.7465/jkdi.2022.33.6.1113>
- Ahmed, N., Barnett, P., Greenburgh, A., Pemovska, T., Stefanidou, T., Lyons, N., ... & Johnson, S. (2023). Mental health in Europe during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*. DOI: doi: 10.1016/S2215-0366(23)00113-X.

- Berchet, C., Bijlholt, J., & Ando, M. (2023). Socio-economic and ethnic health inequalities in COVID-19 outcomes across OECD countries. DOI: <https://doi.org/10.1787/18152015>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Carr, M. J., Wright, A. K., Leelarathna, L., Thabit, H., Milne, N., Kanumilli, N., ... & Rutter, M. K. (2021). Impact of COVID-19 on diagnoses, monitoring, and mortality in people with type 2 diabetes in the UK. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 9(7), 413-415. DOI: 10.1016/S2213-8587(21)00116-9
- Constant, A., Conserve, D. F., Gallopel-Morvan, K., & Raude, J. (2020). Socio-cognitive factors associated with lifestyle changes in response to the COVID-19 epidemic in the general population: results from a cross-sectional study in France. *Frontiers in psychology*, 11, 579460. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579460>
- Dubois, H., & Leončikas, T. (2021). Protecting access to healthcare during COVID-19 and beyond. <https://www.eurofound.europa.eu/en/blog/2021/protecting-access-healthcare-during-covid-19-and-beyond>.에서 2023.10.20.에 인출.
- EIT Food (2021). COVID-19 impact on consumer food behaviours in Europe, https://eit.europa.eu/sites/default/files/20423_covid-19_study_-_european_food_behaviours_-_report.pdf에서 2023.06.10.에 인출.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). Lessons from the COVID-19 pandemic. May 2023. doi: 10.2900/151256.

- Eurofound. (2022). Living and working in Europe 2021, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Eurofound. (2023). Living and working in Europe 2022, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- European Commission. (2021), The HealthyLifestyle4All Initiative, <https://sport.ec.europa.eu/initiatives/healthylifestyle4all>에서 2023.06.10.에 인출.
- Eurostat Database. (2022). based on EU-SILC, Data from 2018, 2019. Unmet health care needs statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics&oldid=587170에서 2023.05.05. 추출.
- Freedman, D. S., Kompaniyets, L., Daymont, C., Zhao, L., & Blanck, H. M. (2022). Weight gain among US adults during the COVID-19 pandemic through May 2021. *Obesity*, 30(10), 2064-2070. DOI: 10.1002/oby.23511
- Han, J. M., & Song, H. (2021). Effect of subjective economic status during the COVID-19 pandemic on depressive symptoms and suicidal ideation among South Korean adolescents. *Psychology Research and Behavior Management*, 2035-2043. DOI: 10.2147/PRBM.S326660.
- Jensen, N. H., Nielsen, K. K., Dahl-Petersen, I. K., & Maindal, H. T. (2022). The experience of women with recent gestational diabetes during the COVID-19 lockdown: a qualitative study from Denmark. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 84. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04424-5>
- Kim, J., You, M., & Shon, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on unmet healthcare needs in Seoul, South Korea: a cross-sectional study. *BMJ open*, 11(8), e045845. DOI:

10.1136/bmjopen-2020-045845

- Knell, G., Robertson, M. C., Dooley, E. E., Burford, K., & Mendez, K. S. (2020). Health behavior changes during COVID-19 pandemic and subsequent “stay-at-home” orders. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6268. DOI: 10.3390/ijerph17176268
- Knottnerus, B., Heijmans, M., & Rademakers, J. (2022). The role of primary care in informing and supporting people with limited health literacy in the Netherlands during the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study. *BMC primary care*, 23(1), 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01723-w>
- Lee, M., & You, M. (2021). Avoidance of Healthcare Utilization in South Korea during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4363. DOI: 10.3390/ijerph18084363
- Leite, N. J. C., Raimundo, A. M. M., Mendes, R. D. C., & Marmeleira, J. F. F. (2022). Impact of COVID-19 pandemic on daily life, physical exercise, and general health among older people with type 2 diabetes: a qualitative interview study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 3986. DOI: 10.3390/ijerph19073986
- Lin, C., Pham, H., Zhu, Y., Clingan, S. E., Lin, L. A., Murphy, S. M., ... & Hser, Y. I. (2023). Telemedicine along the cascade of care for substance use disorders during the COVID-19 pandemic in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 242, 109711. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2022.109711
- Miralles, O., Sanchez-Rodriguez, D., Marco, E., Annweiler, C., Baztan, A., Betancor, É., ... & Vall-Llosera, E. (2021). Unmet needs,

- health policies, and actions during the COVID-19 pandemic: a report from six European countries. *European geriatric medicine*, 12, 193-204. DOI: 10.1007/s41999-020-00415-x
- National Academy of Medicine. (2023). *Emerging Stronger from COVID-19: Priorities for Health System Transformation*. Washington, DC: The National Academies Press.
<https://nap.nationalacademies.org/read/26657/chapter/2#15>에서 2023.10.30.에 인출.
- National Health Service(NHS) a. (2023). *Health Literacy Toolkit*.
<https://library.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/4/2023/06/Health-Literacy-Toolkit.pdf>에서 2023.6.28.추출
- National Health Service(NHS) b. (2023). *Enabling people to make informed health decisions*.
<https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/health-literacy/>에서 2023.6.28.추출
- Oliveira Hashiguchi, T. (2020), "Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries", *OECD Health Working Papers*, No. 116, OECD Publishing, Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/8e56ede7-en>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD). (2021). *Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during COVID-19 pandemic*.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)·European Union(EU). (2022). *Health at a Glance: Europe 2022*.
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*, 5(5),

- e249-e250. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4)
- Reigal, R. E., Páez-Maldonado, J. A., Pastrana-Brincones, J. L., Morillo-Baro, J. P., Hernández-Mendo, A., & Morales-Sánchez, V. (2021). Physical activity is related to mood states, anxiety state and self-rated health in COVID-19 lockdown. *Sustainability*, 13(10), 5444. DOI: <https://doi.org/10.3390/su13105444>
- Restrepo, B. J. (2022). Obesity prevalence among US adults during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Preventive Medicine*, 63(1), 102-106. DOI: 10.1016/j.amepre.2022.01.012
- Rifas-Shiman, S. L., Aris, I. M., Bailey, C., Daley, M. F., Heerman, W. J., Janicke, D. M., ... & Block, J. P. (2022). Changes in obesity and BMI among children and adolescents with selected chronic conditions during the COVID-19 pandemic. *Obesity*, 30(10), 1932-1937. DOI: 10.1002/oby.23532
- Riley K. E., Tsai T. C., Figueroa J. F. & Jha A. K. (2021). Managing Medicare Beneficiaries with Chronic Conditions During the COVID-19 Pandemic. <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2021/mar/managing-medicare-beneficiaries-chronic-condition-s-covid> 에서 2023. 10. 26.에 인출.
- Sarich, P., Cabasag, C. J., Liebermann, E., Vaneckova, P., Carle, C., Hughes, S., ... & Soerjomataram, I. (2022). Tobacco smoking changes during the first pre-vaccination phases of the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101375
- Schmitt, J. A., Ashraf, A. P., Becker, D. J., & Sen, B. (2022). Changes in type 2 diabetes trends in children and adolescents during the

- COVID-19 pandemic. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(7), e2777-e2782. doi: 10.1210/clinem/dgac209.
- Skotnicka, M., Karwowska, K., Kłobukowski, F., Wasilewska, E., & Małgorzewicz, S. (2021). Dietary habits before and during the COVID-19 epidemic in selected European countries. *Nutrients*, 13(5), 1690. DOI: 10.3390/nu13051690
- Stockwell, S., Trott, M., Tully, M., Shin, J., Barnett, Y., Butler, L., ... & Smith, L. (2021). Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. *BMJ open sport & exercise medicine*, 7(1), e000960. DOI: 10.1136/bmjsem-2020-000960
- Tan, J. P. Y., Seah, S. J., Harding, S. C., Pay, J. Y., Wang, J., Aw, S., ... & Boon Tar Lim, R. (2022). Exploring the Perspective of Diabetes, Diabetes Self-Management, and Quality of Life Among Older Adults With Type 2 Diabetes: A Qualitative Study Before and During the COVID-19 Pandemic. *The Science of Diabetes Self-Management and Care*, 48(3), 163-173. DOI: 10.1177/26350106221094527
- Van De Weijer, M. P., de Vries, L. P., Pelt, D. H., Ligthart, L., Willemsen, G., Boomsma, D. I., ... & Bartels, M. (2022). Self-rated health when population health is challenged by the COVID-19 pandemic; a longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 306, 115156. DOI: 10.1016/j.socscimed.2022.115156
- Wikström, K., Linna, M., & Laatikainen, T. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on incident cases of chronic diseases in Finland. *European Journal of Public Health*, 32(6), 982-984. DOI: 10.1093/eurpub/ckac107
- World Health Organization(WHO). (2021). Second round of the

national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. World Health Organization: Copenhagen.

World Health Organization(WHO). (2022). WHO European Regional Obesity Report 2022. World Health Organization: Copenhagen.

〈웹 사이트〉

질병관리청 홈페이지. 국민건강영양조사.

https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/sub04/sub04_01.do?classType=1에서 2023.4.01.에 인출.

질병관리청 홈페이지. (2022.04.27.). 코로나19 유행 후 신체활동, 정신건강, 주요 만성질환 악화.

https://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a20501000000&bid=0015&list_no=719398&cg_code=&act=view&nPage=1에서 2023.11.10.에 인출.

한국의료패널 홈페이지.

<https://www.khp.re.kr:444/web/data/data.do>에서 2023.05.01.에 인출.

MHA홈페이지. Mental Health and COVID-19 2021

Data,<https://mhanational.org/mental-health-and-covid-19-april-2022-data>에서 2023.11.01.에 인출.



[부록] 초점집단 인터뷰(FGI) 주요 질문

1. 코로나19 유행이 건강에 미친 영향에 대한 인식

1) 지난 3년간 코로나19 유행이 귀하의 건강에 어떻게 영향을 미쳤습니까?

2. 코로나19 유행 기간 건강관리 경험

2) 코로나19 이전에는 어떻게 건강관리를 하셨습니까? 코로나19 유행 후 건강관리가 달라진 점이 있습니까?

3) 실내 체육시설 폐쇄가 본인의 건강관리에 영향을 미쳤습니까? 대체할 수 있는 방법을 어떻게 찾았습니까?

4) 경로당/복지관 폐쇄가 본인의 건강관리에 영향을 미쳤습니까? 대체할 수 있는 방법을 어떻게 찾았습니까?

5) 재택근무, 사회적 거리두기가 본인의 건강관리에 영향을 미쳤습니까? 대체할 수 있는 방법을 어떻게 찾았습니까?

3. 건강관리 규칙

6) 코로나19 유행 기간에 건강관리를 위해 본인이 스스로 정한 규칙이 있습니까?

7) 어떻게 그런 규칙을 정하게 되었습니까?

4. 의료이용-비대면 진료 경험

8) 코로나19 기간 중 병원에서 진료를 받는 데 어려움이 있었습니까?

9) 코로나19 기간 중 전화 상담이나 인터넷으로 진료를 받은 적이 있습니까?

(받았다면)

10) 받았던 경험을 이야기해 주세요. 전화 상담, 화상 진료를 받을 때 어려움이 있었습니까? 만족스러웠습니까?

11) 전화 상담이나 인터넷으로 진료를 받을 수 있다는 것을 어떻게 아셨습니까?

(받지 않았다면)

12) 전화 상담이나 인터넷으로 진료를 받을 수 있다는 것을 아셨습니까? 알았지만 하지 않은 이유가 있으십니까?

5. 의료이용-미충족 의료 경험

13) 지난 1년간 (치과를 포함하여) 병원에 가야 했는데, 가지 못한 일이 있었습니까? 이유는 무엇입니까? 2021년, 2020년은 어떻습니까?

6. 코로나19 정보 헬스 리터러시

14) 코로나19 백신의 효과와 부작용에 대해 어디에서 정보를 얻으셨습니까? 스스로 정보를 찾아보신 적이 있습니까?

15) 코로나19 백신 관련 정보(효과, 부작용 등) 중 잘 이해되지 않는 정보가 있었습니까?

16) 본인이 코로나19 백신을 맞기로 또는 맞지 않기로 어떻게 결정하게 되었습니까?

- 17) 코로나19 백신을 몇 번 맞으셨는지 말씀해 주실 수 있을까요? 불편하시면 말씀하지 않으셔도 됩니다.
- 18) 코로나19 치료제(팍스로비드 등)에 대한 정보를 아셨습니까? 어디에서 정보를 얻으셨습니까?

7. 전반적인 헬스 리터러시 수준

- 19) 본인의 건강정보 이해활용능력이 어떻다고 생각하십니까?
- 20) 건강정보가 아닌 다른 정보의 이해활용능력은 어떻다고 생각하십니까?(키오스크 사용, 스마트폰 앱, 인터넷 뱅킹, 온라인 쇼핑/예약)

8. 감염병 유행 중 건강관리에 대한 건의사항

- 21) 감염병 유행 기간에 국민이 건강관리를 잘 할 수 있도록 정부, 의료기관, 보건소 등에서 해야 할 일이 있다면 말씀해 주십시오.