

가족 정책의 차이에 따른 주관적 건강 궤적의 성별 격차: 덴마크, 독일, 한국 중년을 중심으로

김민혜*
(가천대학교)

강영호
(서울대학교)

본 연구에서는 주관적 건강(self-rated health)의 잠재성장곡선(latent growth curves) 분석 방법을 활용하여 한국 중년 남성과 여성의 건강의 성별차 및 건강에 영향을 미치는 요인에서의 차이를 덴마크, 독일과 비교하여 비교사회학적인 통찰을 얻고자 한다. 덴마크는 젠더 정책의 맞벌이 모형을, 독일은 가족 중심 모형의 대표 국가 중 하나이다. 한국은 잔여적인 지지 모형에서 맞벌이 모형으로의 변화가 시작되는 시점에 있다고 할 수 있다. 덴마크와 독일 자료로는 유럽 건강·노화·은퇴조사의 2007년부터 2015년까지, 한국은 고령화연구패널조사의 2006년부터 2014년까지의 5개 차수가 사용되었다. 50세-64세의 중년 남성과 여성이 분석 대상이었다(덴마크 총 1,403명, 독일 총 1,245명, 한국 총 4,301명). 비제약 모형에서 한국 남성의 건강 궤적이 여성보다 양호하여 성별 격차를 보였다. 덴마크의 경우 남성과 여성의 차이가 거의 없고, 독일의 경우 여성이 남성보다 약간 양호한 궤적을 보였다. 제약 모형에서 한국 여성은 덴마크, 독일과 다르게 남성에 비해 교육 수준이 낮은 경우의 건강상의 불리함이 크고, 덴마크와 다르게 남성에 비해 노동지위가 있을 경우의 건강상의 혜택이 적었다. 또한 덴마크, 독일과 비슷하게 남성에 비해 가구 소득이 높을 경우의 건강상의 긍정적 효과가 두드러지지 않았다. 한국 남성의 경우 덴마크, 독일과 다르게 여성에 비해 단순반복직일 경우의 건강상의 부정적 효과가 컸다.

주요 용어: 건강의 성별 차이, 복지체제와 가족 정책, 유럽 건강·노화·은퇴조사, 고령화연구 패널조사, 잠재성장곡선모형

이 논문은 2017년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2017S1A5B5A01023229). 이 연구의 초고는 2018 ISA RC28 Spring Meeting에서, 중간본은 2018년 대한예방의학회 제 70차 가을학술대회에서 발표되었음.

* 교신저자: 김민혜, 서울대학교(kmh8182@snu.ac.kr)

■ 투고일: 2020. 6. 4. ■ 수정일: 2020. 11. 16. ■ 게재확정일: 2020. 11. 30.

I. 서론

한국은 높은 수준의 근대적인 발전을 성취하였음에도 불구하고, 돌봄 노동과 같은 전통적인 성역할의 압박이 강하고 주관적 건강과 만성 질병 이환의 측면에서 여성이 남성에 비해 크게 불건강한 것으로 알려져 있다(Chun, Khang, Kim, & Cho, 2008). 특히 주관적 건강의 성별 격차는 시간에 따라 증가하는 양상을 보이고 있다(김유미, 2016). 그런데 건강 형평성의 국가 간 차이에 대한 기존 연구는 대개 국가 유형이 다양하고 이 나라들을 아우르는 데이터가 다수 구축되어 있는 유럽 내부에서 많이 이루어졌다(Mackenbach, Valverde, Artnik, Bopp, Brønnum-Hansen, Deboosere, et al., 2018). 한국의 경우 평균 수명, 사망률과 같은 전체 국민의 평균적인 건강 상태 혹은 건강 보험 등의 제도상의 특징을 주요 선진국들과 비교하는 연구가 주류를 이루고 있어(Oh & Park, 2019), 건강 수준의 성별, 집단별 차이가 면밀하게 국제적으로 비교되지는 않고 있는 실정이다. 아주 일부의 연구에서 유럽 및 서구국가들과 함께 건강 불평등의 일반적인 경향성이 분석된 경우가 있긴 하나, 대개 횡단 연구를 수행하는 등 방법론이 평이한 경우가 많았다(Tanaka, Nusselder, Bopp, Brønnum-Hansen, Kalediene, Lee, et al., 2019).

한편 한국에서는 2000년 이후 일가족 양립 정책 및 돌봄의 사회화 정책이 적극적으로 추진되기 시작하면서 탈가족화, 탈젠더화한 가족 정책이 예전에 비해 강화하고 있는 추세다(김희찬, 2018). 가족 정책은 맞벌이 유형으로 요약되는 사회민주주의 성향의 북구 유럽이 가장 선진적인 것으로 평가되는데, 한국 역시 가족 중심적 유형에서 맞벌이 유형으로 변화하고 있다는 분석과 아직은 부족하다는 분석이 맞서고 있는 상황이다(송다영, 박은정, 2019; 안미영, 2018). 이렇듯 변화하는 한국의 정책 실정에 발맞추어, 전통적으로 맞벌이 유형 및 가족 중심 모형의 영향을 받아 온 유럽 국가들의 중년층 및 적극적인 탈가족화, 탈젠더화 정책이 부재하였던 시기에 유소년기 및 청장년기를 보낸 한국의 중년층을 비교해 보는 것이 의미 있으리라 생각된다. 한국이 복지 정책을 도입할 때 대개 유럽 선진국과 일본의 제도를 표본으로 삼는 경우가 많다. 이를 반영하듯 빈곤과 고용 등의 측면에서는 유럽과의 비교 연구가 다수 수행되어 왔으나(김윤태, 서재욱, 박연진, 2018), 건강불평등 측면에서 유럽과의 본격적인 비교를 시도한 경우는 아주 드물다(Kim, & Khang, 2020). 정책 자체의 비교도 중요하지만 건강 수준은 복지

정책의 대표적인 목표 중 하나이고, 그런 측면에서 건강상의 결과를 상호 비교하는 것이 장기적인 정책 방향을 도출하는 데 기본적인 정보가 될 수 있다.

따라서 본 연구에서는 주관적 건강(self-rated health, SRH)의 잠재성장곡선(Latent Growth Curves) 분석이라는 종단연구방법을 활용하여 한국 중년의 남성과 여성간 건강 불평등이 어떤 양상을 띠고 있는지 유럽 선진국과 비교하고자 한다. 잠재성장곡선 방법은 종속 변수의 시계열적 변화의 궤적을 함수의 모양, 절편, 기울기의 값을 통해 추정하는 통계 기법이다. 본 연구에서는 특정 시점에서의 주관적 건강의 통계 값을 성별과 국가별로 비교하는 것이 아니라, 8년간의 주관적 건강의 종단적인 변화를 종합적으로 비교하여야 한다. 따라서 각 국가의 남성과 여성 집단 각각에 하나의 절편과 기울기를 부여하여 변화의 양태를 요약적으로 제시해주는 잠재성장곡선 분석이 적합한 방법이라고 할 수 있다.

잠재성장곡선의 성별간 국가간 비교가 지나치게 복잡해질 수 있기 때문에, 관련 연구에서는 유형적 특성이 뚜렷한 대표적인 국가를 몇 가지 선택하여 비교하는 전략을 취한다(Andersson, Kreyenfeld, & Mika, 2014; McDonough, Worts, & Sacker, 2010; Sacker, Worts, & McDonough, 2011). 이 연구에서는 이러한 기존 연구를 참고하되 젠더화한 복지 제도론(Arts & Gelissen, 2002; Korpi, 2010) 및 동아시아 복지 국가론에 대한 이론에 의거하여(Aspalter, 2006; Holliday, 2000) 유럽 선진국 중 덴마크와 독일을 선정하여 한국과 비교하였다. 덴마크와 독일은 다양한 종류의 복지국가 체제론에서 맞벌이 모형/사민주의 유형, 가족 중심 모형/조합주의 모형으로서의 대표성이 매우 높은 것으로 보고되며, 한국은 잔여적인 지지 유형으로 분류된다(Ebbinghaus, 2012; Holliday, 2000; Kim, 2016). 여성의 노동시장 진출 및 돌봄의 사회화를 위한 정책이 세 나라 중 맞벌이 유형인 덴마크에서 가장 발달하였고, 가족 중심모형인 독일에서는 그보다 낮은 수준이며, 한국은 역사적으로 발달 정도가 가장 미흡한 것으로 평가된다. 또한 여성의 경제활동 참여율, 성별 임금 격차, 성별 가사 노동 시간 등 다양한 지표에서 덴마크가 가장 젠더 평등이 강하고, 독일이 그 뒤를 이으며, 한국이 다시 그 다음에 오는 경향을 보여(World Bank, 2020; Organization for Economic Cooperation & Development[OECD], 2020; United Nations Development Programme[UNDP], 2009, 2016), 비교에 적합한 것으로 사료된다.

본 연구의 종속변수인 주관적 건강은 개인의 건강 상태를 통합적으로 측정하는 간결

하고도 타당성 높은 지표로, 현재의 건강상태를 잘 반영하며 총사망률과 구체적인 이환율 모두를 효과적으로 예측한다(Iidler, & Benyamini, 1997; Mavaddat, Parker, Sanderson, Mant, & Kinmonth, 2014). 주관적 건강은 성별 간 비교 및 국가 간 비교에도 신뢰성 있는 종속변수로 널리 이용되고 있다(Sacker et al., 2011; McDonough et al., 2010; Zajacova, Huzurbazar, & Todd, 2017).

분석 내용은 주관적 건강의 궤적 차이가 중년 남성과 여성 사이에 존재하는가 하는 것이다. 또한 주관적 건강의 궤적에 미치는 사회적 결정 요인의 차이에 대해서도 알아보고자 하는데, 이는 어떤 사회경제적 변수에 개입해야 궤적의 차이를 줄일 것인가에 대한 정보를 줄 수 있기 때문에 중요하다. 궤적의 성별차와 궤적의 사회적 결정 요인의 성별차가 세 나라 사이에 비슷한지 다른지를 중심으로 분석을 진행하고자 한다.

II. 선행 연구 검토

1. 가족 정책의 국가별 차이

가족 정책의 국가별 차이에 대한 이론은 유럽을 포함한 서구 선진국들을 대개 세 가지 유형으로 분류한다(Arts & Gelissen, 2002; Korpi, 2010). 먼저 맞벌이 모형 혹은 이중 돌봄 수행자 모형(dual-earner/dual-carer model)이 있다. 가족 정책의 핵심은 사회적 돌봄 노동의 어느 정도를 무임금 노동으로 둘 것인지, 공적 영역의 임금 노동 혹은 사적 영역의 임금 노동으로 전환시킬 것인지를 문제이다. 1970년대부터 좌파 정권이 우세했던 북구 유럽 국가들에서는 노동 시장에서의 여성의 완전 고용과 지속적인 고용 상태 유지, 부부간 분리 과세, 미취학 아동에 대한 보육 시설 확충, 소득과 연계된 유급 육아휴직, 남편의 육아와 가사 참여 독려 등이 강조되었다. 즉, 이 유형을 따르는 국가에서는 여성이 가정에 있는 것보다 노동 시장에 참여하는 것이 적극적으로 장려된다. 또한 각종 사회적 돌봄 노동을 재구조화하여 여성들이 유급 노동과 부모 역할을 동시에 수행할 수 있도록 정책적 장치를 마련한다. 이러한 국가들에서는 돌봄 노동을 위해 가족이 동원되는 것을 최소화하고자 한다. 따라서 국가는 개인으로서의 아동 및 고령자에 대한

사회적 서비스 확대를 위한 책임을 직접적으로 진다.

이 유형은 Korpi(2010)을 기준으로 덴마크, 핀란드, 스웨덴, 노르웨이 등을 포함하며, 본 연구에서는 관련 핵심 문헌의 방법론을 따라서 덴마크를 선정하였다(Andersson et al., 2014; Sacker et al., 2011). 덴마크는 실제로 국가적 차원에서 여성들이 노동 시장에서 일정한 지위를 획득한 후 출산하도록 정책적으로 장려하는 등 맞벌이 모형에 부합하는 정책을 펴고 있는 것으로 알려져 있다. 역사적으로 1975년 남녀평등위원회가 설치되고, 1976년에 동일임금법(The Law on Equal Pay), 1978년에 동일처우법(the Law on Equal Treatment)이 제정되는 등 젠더 정책의 발전이 70년대 중후반에 본격화하기 시작하여, 보육 정책 등 여러 가지 측면에서 스웨덴과 같은 다른 사회민주주의 국가들보다 더 보편적이고 선진적인 젠더 정책을 발전시켜 온 것으로 평가된다(European Institute for Gender Equality, 2020a).

두번째로 가족 일반 정책(general family policy) 모형 혹은 전통적인 가족 중심 모형(traditional family model)이 있다. 이하에서는 맞벌이 유형에 대비하여 가족 중심 모형이라고 명명한다. 카톨릭 교회가 우세를 차지하는 대륙 유럽에서는 전통적인 의미의 가족과 모의 가정에서의 역할을 중시하였다. 따라서 가정주부인 모를 이상형으로 두고 부분적으로 파트타임 노동이 가능한 형태의 정책이 주로 발전하였다. 따라서 3세 미만 영유아에 대한 공적 케어는 크게 발달하지 않았고, 3세 이상 미취학 아동에 대한 파트타임 데이케어는 다소 발전하였다고 한다. 무급 혹은 소득 대체율이 낮은 육아 휴직 제도가 주를 이루고, 결과적으로 남성들의 육아휴직 사용을 억제하는 효과가 있다. 즉, 이 유형에 속하는 국가에서는 가족 일반에 대한 지원 정책을 통해 가족을 구성하고 유지하며, 가족적 가치를 보존하는 것을 중요시한다. 노동 시장 참여보다 모성 역할 수행에 대한 보상이 크고, 가족들이 스스로 다른 가족 구성원들을 돌보는 역량을 가지는 것이 중요하게 취급된다. 맞벌이 유형에 비해 어린이집과 같은 육아 위탁 시설이 덜 발달되어 있고 육아 수당은 정액으로 지급되는 경우가 많다. 여성의 돌봄 노동 및 재생산 노동 기능 수행이 중시되고, 각종 정책적 지원이 개인보다는 피부양자인 여성이 있는 부양자 남성에게 제공되는 식으로 핵가족 중심으로 이루어진다.

오스트리아, 벨기에, 프랑스, 독일, 이탈리아, 네덜란드 등의 나라가 이에 속하는 것으로 분석되며(Korpi, 2010), 본 연구에서는 관련 연구를 참고하여 이 중 독일의 건강 궤적을 살펴보았다(Andersson et al., 2014; Sacker et al., 2011). 유럽 내에서 독일은

남성 생계부양자 모형에 가까워서 전일제로 운영되는 공적 탁아 시설이 맞벌이 유형 국가들에 비해 덜 발달되어 있고 무급노동 분담에서의 성별 역할도 좀 더 뚜렷한 것으로 알려져 있다(Vosko, MacDonald, & Campbell, 2009). 역사적으로 독일에서는 1970년대에 육아휴직 후의 전직을 법적으로 보장하기 시작하면서 관련 정책이 조금씩 정비되기 시작하였고, 1990년 통일 이후 일-가족 병행 정책 등이 본격적으로 발전하였다(European Institute for Gender Equality, 2020b).

마지막으로 본 논문의 주요 분석 국가에 포함되지는 않지만, 시장 지향적 정책 모형(market-oriented policy model)이 있다. 이 유형은 사회적인 돌봄의 문제를 개인적으로 시장을 통해 해결하는 방식을 취해 왔다. 1950년대 전후 정책 구조가 거의 변하지 않고, 관련된 입법이 크게 발달하지 않았으며, 중도파-우파 위주의 세속 정당 정치가 지속된 미국, 캐나다, 영국, 호주, 뉴질랜드가 이에 속한다고 한다(Korpi, 2010). 이 유형의 경우 가족 정책 자체의 발전이 상대적으로 저조하다는 점에서 이후 상술할 동아시아 유형과 역사적으로 유사한 측면이 있다. 그런데 돌봄의 탈가족화 등 국가적인 가족 정책을 확장하고자 하는 한국의 입장에서 향후 정책적 의미를 도출하기에 시장 지향적 정책 유형은 앞의 맞벌이 유형 및 가족 중심 모형에 비해 참고 사례로서의 중요성이 다소 떨어지는 면이 있어 본 논문의 비교 대상에서는 제외하였다.

한국과 같은 동아시아의 가족 정책은 역사적으로 잔여적인 지지 모형(residual support system)인 것으로 평가된다(Holliday, 2000; Kim, 2016). 이 유형에서는 경제 발전이 사회 정책보다 중시되었다. 복지 정책은 노동 생산성 향상, 인적 자본 축적 및 경제 발전을 위한 수단으로 사고되는 경우가 많았고 주로 인구 정책의 형태로 출산을 억제하거나 장려하여 노동력을 관리하는 형태로 나타났다. 돌봄 노동 등 가족 정책은 미발달된 상태로 가족의 책임으로 남는 경우가 많았으며, 전통적인 성역할에 따라 여성의 비공식 노동에 의해 수행되는 경우가 많았다. 관련 정책은 암묵적으로 남성 생계부양자 모형을 기초로 하는 경우가 많았으며, 여성의 사회 참여가 특별히 장려되지 않았다.

그런데 한국의 경우 2000년대 이후 돌봄의 탈가족화가 이루어지고 북구 유럽과 같은 맞벌이 모형과의 유사성이 증가하고 있다는 분석도 존재한다(An & Peng, 2016). 여성의 노동 참여가 증가하고 0~2세 영아들을 위한 보육 서비스가 확충되는 등 일 가족 양립 정책이 강화되면서 전통적인 남성생계부양자 모형이 퇴색하고 있다는 것이다. 다른 한편에서는 그럼에도 불구하고 전통적으로 한국의 젠더 정책은 가족 중심으로 이

루어져 왔고 젠더화한 무급노동 분담이 북구 유럽보다는 훨씬 높거나(안미영, 2018), 양육수당과 같은 일부 제도는 오히려 가족화 경로로 되돌아가는 데 기여했다는 분석도 존재한다(송다영, 박은정, 2019). 결론적으로, 한국의 가족 정책은 시장중심적, 가족 중심적 모형, 혹은 비정형적 모형에서 맞벌이 모형으로의 변화가 감지되는 시점이라고 할 수 있다.

2. 분석 대상 국가의 시대적, 사회·경제·문화적 맥락

본 연구에서는 건강의 잠재성장곡선 연구와 관련하여 어느 정도 기존 연구가 진행되어 있는 국가들 중(Andersson et al., 2014; McDonough, Worts, & Sacker, 2010; Sacker et al., 2011), 맞벌이 유형과 가족 중심 모형을 대표할 수 있는 국가들로 각각 덴마크와 독일을 선정하였다. 덴마크와 독일은 그간 다양한 종류의 복지 체제 유형 연구에서 맞벌이 모형과 전통적인 가족 중심 모형에의 유형 일치도가 평균 88.5%에 달하여 각 유형에 대해 높은 대표성을 보이는 것으로 알려져 있다(Ebbinghaus, 2012).

다양한 사회 지표들도 여성의 사회 진출, 젠더 격차 해소, 일·가정 양립 정책이 가장 발달한 덴마크와 중간 정도로 발달한 독일 및 발달 과정에 있는 한국의 유형적 특성을 뒷받침한다. 경제협력개발기구, 유엔개발계획, 세계은행 등에서 발간하는 주요 젠더 지표들을 본 연구에 사용된 데이터의 시작 지점인 2006/2007년과 종료 지점인 2014/2015년 및 그와 가장 가까운 연도의 데이터를 기준으로 살펴보면, 먼저 여성의 경제활동 참여율이 2007년에 덴마크가 60.7%로 가장 높고, 그 다음이 독일의 52.4%, 한국의 50.2%이다(World Bank, 2020). 2015년에는 덴마크의 참여율이 조금 떨어져서 57.8%이고 독일과 한국은 다소 올라서 54.7%, 52.4%인데 순위에는 변동이 없다. 남성 대비 여성의 경제 활동 참여율 역시 2007년에 덴마크가 가장 높아서 85.5%이고 독일이 그 다음인 79.1%, 한국은 가장 낮은 67.8%이다. 2015년에는 모든 나라에서 남성 대비 참여율이 조금씩 올라가는데 그래도 덴마크가 가장 높은 86.6%, 독일이 그 다음인 83.1%, 한국이 마지막인 70.6%이다.

성별 임금 격차를 보면, 2007년에 덴마크가 가장 낮은 9.9%, 독일이 그 다음인 16.7%였고, 한국이 가장 높은 38.2%였다(OECD, 2020). 이 때 젠더 임금 격차는 여성 노동자의 중위임금과 남성 노동자의 중위임금의 격차를 남성 노동자의 중위임금으로

나눈 값이다. 2015년에는 세 나라 모두에서 성별 임금 격차가 개선되었는데 여전히 덴마크가 5.8%로 가장 낮고 독일이 15.8%이며, 한국은 37.2%의 높은 차이를 보인다.

성별 가사 노동 시간을 보면 덴마크, 독일, 한국 모두 여성이 남성에게 비해 많은 시간을 할애하고 있는 경향이 보인다(UNDP, 2009, 2016). 덴마크에서 남성의 가사노동 시간은 11.3시간인 반면, 여성의 가사노동 시간은 15.6이다. 독일에서는 남성과 여성이 각각 10.4시간, 16.4시간을 소비한다. 한국에서는 2009년 남성 3.1시간, 여성 14.4시간이다가 2014년에 남성 3.6시간, 여성 14.6시간을 기록했다. 그런데 덴마크는 남성과 여성의 차이가 4.3시간으로 가장 적고, 독일은 6.0시간이며, 한국은 11.3시간으로 훨씬 큰 차이를 보인다. 시간이 지나면서 한국에서의 차이가 11시간으로 줄어드는 경향이 보이지만 덴마크와 독일보다는 큰 수준을 유지하고 있는 모습이다. 출산휴가 기간의 경우 덴마크가 18주, 독일이 14주, 한국이 12.9주로, 덴마크에서 출산휴가 관련한 모성보호 기간이 더 길고 그 다음이 독일, 한국 순인 것으로 나타났다(OECD, 2020).

3. 가족 정책의 유형과 건강의 성별차

건강의 성별차의 일반적인 경향과 관련하여, 대부분의 국가에서 여성이 남성에게 비해 유병률이 높지만 사망률은 낮다고 보고된다(Annandale, 2009; Bartley, 2016). 특히 기능제한, 통증이나 피로감, 우울을 비롯한 심리적 질환에서 여성들의 유병률이 높다(Bartley, 2016). 하지만 이런 경향은 평등한 젠더 정책이 발달한 선진국을 중심으로 점점 약해져서, 수명의 성별 격차가 줄어들고 있는 추세이며 각종 질병의 이환율 차이도 뚜렷한 패턴을 가지고 있다고 보기 어려워지고 있다(Annandale, 2009). 동유럽과 같이 사회경제적 환경이 다른 국가에서는 이러한 성별 동질화 경향이 아직 약하다고 한다.

다음으로 젠더와 건강을 가족 정책 유형으로 설명하는 연구들의 경우, 대개 맞벌이 유형이 발달한 북부 유럽에서 건강 및 건강의 결정 요인의 성별 격차가 가장 작고, 가족 일반 정책 모형을 따르는 중부 유럽이 그보다는 격차가 크며, 이외에 젠더 정책이 크게 발전하지 않은 남부, 동부 유럽이나 기타 지역들에서 가장 차이가 클 것으로 예상된다(Bambra, Pope, Swami, Stanistreet, Roskam, Kunst, & Scott-Samuel, 2009; Cambois, Solé-Auró, & Robine, 2018; Dreger, Gerlinger, & Bolte, 2016; Lundberg et al., 2008; Olafsdottir, 2017; Palència, De Moortel, Artazcoz, Salvador-Piedrafita,

Puig-Barrachina, Hagqvist, et al., 2017; Palència, Malmusi, De Moortel, Artazcoz, Backhans, Vanroelen, & Borrell, 2014; Sekine et al., 2011). 그런데 실증 연구에서는 북부 국가들의 평등성이 강조되는 가운데 그렇지 않은 결과도 혼재되어 있는 상황이다. 이론적 예측과 일치하는 연구 결과는 크게 두 가지 계열로 나뉘는데, 첫째, 실제로 북부 유럽이 가장 건강의 성별 격차가 작다는 연구, 둘째, 실제로 남부 혹은 동부 유럽이 중북부 유럽에 비해 건강의 성별 격차가 크다는 연구가 있다. 반면, 이론적 예측과 일치하지 않는 결과로는 첫째, 북부 유럽의 건강의 성별 격차가 가장 작지 않다는 연구, 둘째, 가족 중심 정책을 펴는 나머지 지역의 건강의 성별 격차가 북부 유럽보다 크지 않다는 연구가 있다.

이론적 예측과 일치하는 연구 중 첫번째로 북부 유럽의 성별 격차가 상대적으로 작다는 연구를 살펴보면, 대부분의 유럽 국가 여성들이 남성들에 비해 주관적 건강이 나쁜 반면, 핀란드에서는 여성들이 남성들보다 주관적 건강이 좋고, 덴마크, 노르웨이, 스웨덴에서는 젠더 격차가 상대적으로 작다는 보고가 있다(Bambra et al., 2009). 정신건강과 관련해서도 유럽 26개국 중 젠더 격차가 보이지 않는 곳은 스칸디나비아 지역뿐이라는 결과가 존재한다(Dreger et al., 2016). 영국, 핀란드, 일본 공무원의 신체 기능과 정신 기능을 비교한 한 연구에 따르면, 핀란드 여성의 남성 대비 건강이 가장 양호하고, 일본 여성은 남성 대비 불건강하다고 한다(Sekine et al., 2011). 맞벌이 모형을 따르는 나라에서 일반적인 가족 지지 모형을 구현하는 나라에 비해 영아 사망률이 낮다는 보고도 있다(Lundberg et al., 2008). 맞벌이 모형 지지가 1% 높아질수록 영아사망률은 1,000명당 0.04만큼 낮아진다. 맞벌이 모형은 보편주의와 남녀 모두의 고용을 지향하는데, 보편주의에서는 복지의 수혜자로 중산층까지를 포괄하므로 수혜 금액이 실질적으로 큰 점이 긍정적인 영향을 주고, 부부 모두의 고용은 가계 수입을 높이는 역할을 한다. 또 맞벌이 모형의 육아 지원 정책이 부모가 자녀와 보내는 시간을 증가시키고, 모유수유를 증진시키며, 산후 케어의 질을 높여 궁극적으로 영아 사망률을 낮추는 것으로 논의된다.

이론적 예측과 일치하는 연구 중 두 번째로 남부 및 동부 유럽이 북부 유럽에 비해 성별 격차가 크다는 결과를 보인 것으로, 사민주의 국가에 비해 포르투갈과 이탈리아에서 주관적 건강의 성별 격차가 크고 이들 나라에서 여성을 위한 복지 지원이 상대적으로 덜한 점이 이유가 될 수 있다는 분석이 있다(Bambra et al., 2009). 북부 유럽 맞벌이

유형 국가들과 비교하여 남부 유럽 국가들에서 여성의 주관적 건강이 남성보다 나쁜 정도가 크다는 것은 체계적인 문헌연구를 통해서도 밝혀진 바 있다(Palència et al., 2017; Palència et al., 2014). 그런데 이들 연구에 따르면 벨기에, 프랑스, 독일, 네덜란드와 같은 중부 내륙의 전통적 가족주의 국가들과 북부 유럽의 맞벌이 유형 국가들의 젠더 격차는 크게 다르지 않은 것으로 보고된다. 여성의 사회진출이 활발하고, 여성의 케어 부담을 낮추는 정책, 예를 들어, 가족 친화적인 공공 서비스, 아빠들을 위한 혜택이 있으면 건강상의 젠더 불평등을 낮추는 역할을 하는 것으로 논의된다. 정신건강과 관련하여 스칸디나비아 국가들은 여성들의 정신 건강이 남성보다 낮지 않은 반면 영국, 프랑스, 네덜란드, 스페인, 포르투갈, 불가리아, 루마니아 여성은 남성보다 낮은 정신 건강을 보여주었다(Dreger et al., 2016).

이어서 이론적 예측과 일치하지 않는 연구 중 첫 번째로 북부 유럽의 성별 격차가 실제로는 작지 않다는 논지의 연구는 노르딕 파라독스(Nordic Paradox)로 명명된다. Olafsdottir(2017)에 따르면, 세계 28개국을 비교해 본 결과, 노르웨이, 스웨덴, 덴마크, 핀란드가 비노르딕 국가에 비해 특별히 정신건강의 젠더 격차가 작지 않고, 하나의 클러스터로 묶이지도 않는다고 한다. 그 이유에 대해 저자는 많은 노력이 이루어졌으나 노르딕 국가에서도 여전히 여성의 가사 노동 시간이 길고, 노동시장에서 남성에게 유리한 조건이 지속되고 있으며, 성별 분업이 존재하고, 남성보다 낮은 임금을 받는 점을 지적하였다. 50-79세 중고령자 중 남성 대비 여성의 상대적인 생활고가 스웨덴, 아이슬란드에서 높고, 이것이 건강상의 젠더 불평등으로 이어지는 경로는 오히려 다른 유럽 국가들에 비해 분명한 경향이 있다고 한다(Cambois et al., 2018).

마지막으로 이론적 예측과 일치하지 않는 연구 중 두 번째로 나머지 지역의 성별 격차가 북부보다 크지 않다는 연구로는, 주관적 건강에서 영국 여성이 좋은 결과를 보인 점과 벨기에, 프랑스, 독일 등 중부 내륙 국가들에서 젠더 격차가 특별히 보이지 않았던 결과를 들 수 있다(Bambra et al., 2009). 저자들은 중부 내륙 국가들에서 채택한 가족 일반 지지 모형에서 여성의 노동 시장 참여율이 낮기 때문에 오히려 이중 역할을 경험하는 사람이 적고, 역설적으로 이로 인한 건강 악화를 경험하는 사람도 적을 수 있다고 논의하였다. 맞벌이 모형에서도 여성들은 여전히 가사와 육아의 일차적 책임자로서의 짐이 있고, 복지 체제가 잘 갖추어진 북구에 오히려 싱글맘이 많고 이것이 건강을 악화시키는 기전으로 작용할 수 있다는 것이다.

4. 가족 정책의 유형과 건강의 성별차의 사회적 결정 요인

다양한 사회경제적 지위에 의한 건강 격차가 여성과 남성 사이에 체계적인 차이가 있는지도 젠더와 건강 분야의 주요한 연구 대상이다. 즉 앞 절에서 서술한 건강의 성별차 자체뿐만 아니라 성별차의 사회적 결정 요인도 사회·정책적인 환경에 따라 달라질 수 있다는 것이다. 예를 들어 러시아에서는 여성 중 사회경제적 지위가 낮은 집단은 남성 중 사회경제적 지위가 낮은 집단에 비해 건강상의 불이익을 더 크게 받고 있다고 한다(Annandale, 2009). 특정 사회경제적 지위 변수의 영향력이 남성과 여성에게 다르게 영향을 미치는 양상은 해당 사회의 문화적, 정책적 특성과 연결되어 설명되는 경우가 많다. 예를 들어 사회적, 제도적 특성으로 영국에 비해 핀란드에서 여성의 노동 참여가 훨씬 활발한데, 여성들 사이에서 남편이 아닌 여성 본인의 직업지위에 따른 건강 불평등이 영국에서보다 핀란드에서 훨씬 남성과 유사한 경향이 있다고 한다(Bartley, 2016). 여성의 노동 참여의 역사가 길고 참여율이 남성에 육박하게 높은 핀란드에서는 본인의 직업이라는 사회경제적 지위 변수의 건강에 대한 영향력이 남성과 여성이 매우 유사한 반면, 아직 그 정도의 성취를 이루지 못한 영국에서는 여성들 사이에서 본인 직업의 효과가 남성들 만큼 강하지 않다는 것이다.

중년층 대상으로 건강의 성별차의 사회적 결정요인을 서로 다른 국가에서 비교한 연구를 보면, 남부 유럽 국가들에서 혼인하지 않고 동거하는 경우 남성들에 비해 여성들의 건강상태가 더 나쁘다는 보고가 있는데, 카톨릭이 지배적인 남부 유럽에서 전통적인 혼인에 대한 사회적 규범이 강하고, 비혼인 상태에서 동거하는 경우 여성들이 겪는 어려움이 남성들에 비해 상대적으로 큰 사회적 환경을 제공한다고 한다(Palencia et al., 2014). 또한 다른 유럽 지역에 비해 남부 유럽 일부 나라에서 교육 수준이 높은 집단에서 여성이 나쁜 주관적 건강을 겪게 될 확률이 높았다(Bambra et al., 2009). 교육 수준이 높은 여성들 사이에서 일과 가정에서의 이중적인 젠더 역할로 인한 갈등을 가장 많이 경험하고, 일·가정 양립이 어려운 남부 유럽의 사회적 환경에서 불리한 경험을 할 가능성이 높기 때문이라고 한다. 직업 지위와 관련하여 중년 여성들이 직업이 낮고, 직업에서의 통제력을 덜 가지고 있고, 직업의 요구도가 높고, 노동 시간이 길 경우 남성들에 비해 건강 수준이 낮은 경향이 있는데, 그 차이의 정도가 일본과 영국에서 강하고, 사민주의 정책을 채택하는 핀란드에서는 약하다는 연구 결과가 있다(Sekine et al., 2011).

남부 유럽에서 여성들이 육체노동을 할 경우 남성 대비 건강 상태가 부정적인 경우가 있는데, 맞벌이 모형을 채택하는 국가들에서는 이러한 경향이 발견되지 않았다(Palencia et al., 2014). 저자들은 복지 정책이 덜 발달한 환경에서 육체 노동자라는 지위가 일자리의 질 측면에서 남성보다 여성에게 더 불리한 노동 환경을 제공할 수 있다고 한다(Palencia et al., 2014).

III. 연구방법

1. 자료

덴마크와 독일 자료로는 유럽 건강·노화·은퇴조사(Survey of Health, Aging and Retirement in Europe, SHARE)의 2007년부터 2015년까지 매 2년간 다섯 개 차수의 데이터가 사용되었다. 한국 자료로는 고령화연구패널조사의 2006년부터 2014년까지 매 2년간 다섯 개 차수의 자료가 사용되었다. 두 조사 모두 국가적으로 대표성이 있는 자료이며 상호 비교가 가능하게 문항이 구성되어 있다(Börsch-Supan & Jürges, 2005; Korea Employment Information Service, 2017b). 50세부터 64세까지의 중년 남성과 여성이 주된 분석 대상이다. 출생연도는 2006년 기준 1942년생부터 1956년생까지, 2007년 기준 1943년생부터 1957년생까지이다. 덴마크에서 660명의 남성과 743명의 여성, 독일에서 562명의 남성과 683명의 여성, 한국에서 1,945명의 남성과 2,356명의 여성이 포함되었다. 다중 집단 잠재 성장 곡선 모형이 적용 되었고(Hancock & Mueller, 2006; Kline, 2016), 추정 방식으로는 최대 정보 완전 정보 방법(Full Information Maximum Likelihood)이 사용되었다(Raykov, 2005). 분석에 사용한 통계패키지는 Mplus Version 8이다.

2. 종속 변수

종속변수는 주관적 건강이며 사용된 질문은 “본인의 건강상태에 대해 어떻게 생각하

십니까?”이다. 유럽 설문지는 “Would you say your health is...”이다. 응답은 5점의 척도로 측정되었는데 덴마크와 독일에서는 ‘excellent(5점) - ‘very good(4점) - ‘good(3점) - ‘fair(2점) - ‘poor(1점) 으로, 한국에서는 ‘매우 좋음(5점) - ‘좋은 편(4점) - ‘보통(3점) - ‘나쁜 편(2점) - ‘매우 나쁨(1점)’으로 응답이 구성되었다. 비교를 위해 평균을 0으로, 표준편차를 1로 하는 표준 점수가 다섯 개의 웨이브 각각 국별로 계산되어 분석에 사용되었다.

3. 독립 변수

독립변수로 먼저 혼인하였거나 파트너가 있는 경우 유배우로, 그렇지 않은 경우는 무배우로 처리하였다. 교육 수준은 초등 이하(덴마크와 독일의 경우 lower secondary 이하), 중등(덴마크와 독일의 경우 upper secondary), 고등 이상으로 구분하였고 1997년 국제표준교육분류(1997 International Standard Classification of Education, ISCED-97) 기준으로 0에서 2 수준이 초등 이하, 3 수준이 중등, 4에서 6 수준이 고등 이상에 해당한다. 한국의 경우 무학(문자해독 불가), 무학(문자해독 가능), 초등학교(보통학교)까지가 초등 이하, 중학교(공민학교, 고입검정고시), 고등학교(대입검정고시)가 중등, 전문대학(사범학교), 대학교, 대학원 석사, 대학원 박사인 경우가 고등 이상이다.

직업지위의 경우 관련 문헌에서 중고령자의 국제 직업 비교시 적용 가능한 기준으로 제시한 현재 혹은 마지막 직업의 단순반복직(routine/semi-routine job) 여부가 사용되었는데(McDonough et al., 2010; Sacker et al., 2011), 국제직업표준분류(1988 International Standard Classification of Occupations, ICSO-88)의 주분류를 기준으로 8번과 9번 코드인 장치, 기계조작 및 조립 종사자, 단순노무 종사자, 기타 직업이 이에 해당한다. 단순반복직 여부는 서로 다른 직업 체계를 가진 나라들 사이에서 비정규직, 단기 고용, 제한된 재량권 등 취약한 고용 지위를 나타낼 수 있는 대리변수로 사용될 수 있다. 노동 지위는 2006/2007년 현재 노동 중인지 아닌지가 포함되었다.

가구 수입은 이전 해의 가구 총소득을 5회 다중 대체한 값의 평균이 5분위 중 몇 분위에 해당하는지를 포함하였다. 연속변수로 취급할 경우 변수의 정규성이 확보되지 않아 참조 범주인 1분위를 제외한 2, 3, 4, 5분위 여부를 가변수로 포함하는 방법을 선택하였다. 다중 대체 값은 SHARE와 고령화패널에서 공식적으로 발표한 값을 사용하

였고(Korea Employment Information Service, 2017a; SHARE, 2016) 한국 원화는 2006년 환율을 기준으로 유로화로 변환하였다. 독거여부도 포함되었는데 가구원 수가 1인인 경우가 이에 해당한다. 독립변수는 인과성을 위해 모두 시간상 가장 선행하는 2006/2007년도 데이터에서 추출하여 활용되었다(Liang, Quiñones, Bennett, Ye, Xu, Shaw, & Ofstedal, 2010; Sacker et al., 2011).

4. 통제 변수

통제변수로 연령, 비만 여부, 흡연 여부, 단일/복합 만성질환 여부가 고려되었다. 연령은 응답자의 나이에서 각국별 평균 나이를 빼서 중심화하였다. 비만 여부는 각 조사기관의 권고에 따라 이분 변수로 체질량 지수(Body Mass Index, BMI)가 한국은 25 이상, 덴마크와 독일은 30 이상인 경우가 1로 코딩되었다(Korea Employment Information Service, 2017a; SHARE, 2016). BMI는 체중(kg)을 키의 제곱(m²)으로 나눈 값이다. 흡연도 이분 변수로 2006/2007년 현재 흡연을 하는 경우 1로 코딩되었다. 만성질환 여부는 고혈압(high blood pressure or hypertension), 당뇨/고혈당(diabetes or high blood sugar), 암 및 악성종양(cancer or malignant tumour), 만성폐질환(chronic lung disease), 심장질환(heart problem), 뇌졸중, 뇌출혈, 뇌경색 등 뇌혈관질환(stroke or cerebral vascular disease), 관절염 및 류머티스(arthritis, including osteoarthritis, or rheumatism) 등 7개의 주요 질병 중 하나가 있는 경우 단일 만성질환 있음으로, 2개 이상 있는 경우 복합 만성질환 있음으로 코딩하였다. 통제변수 역시 2006/2007년도의 값이 활용되었다.

5. 분석 전략

잠재성장곡선의 비제약 모형(unconditional model)을 먼저 도출한 후 각국에서 성별 차이가 있는지 살펴보았다. 다음으로 독립변수와 통제변수를 고려한 제약 모형(conditional model)을 구하여 남성과 여성의 건강 궤적에 영향을 미치는 사회경제적 변수에 차이가 있는지 삼국을 비교하며 살펴보았다.

잠재성장곡선 방법은 종속변수의 시간에 따른 변화의 궤적을 절편과 기울기의 값으

로 표현해주는 통계 방법이다(Kline, 2016). 모형에 포함된 응답자들은 본인의 데이터에 가장 적합한 절편과 기울기 값을 가지는데, 예를 들어 어떤 응답자가 큰 절대값의 양수의 절편과 작은 절대값의 음수의 기울기를 가진다면 종속변수, 즉 주관적 건강이 높은 수준에서 시작되어 조금씩 낮아지기는 하나 시간이 지나도 그 값이 크게 변하지 않는 변화 양상을 보인다고 해석할 수 있다. 이와 다르게 높은 절편에서 시작하여 처음에는 주관적 건강상태가 좋은 편이었는데 높은 음수의 기울기로 급격하게 주관적 건강이 하락하는 경우도 있을 수 있고, 낮은 절편에서 시작하여 애초에 건강상태가 양호하지 않았는데 낮은 기울기로 주관적 건강이 서서히 하락하는 사람도 있을 수 있다.

잠재성장곡선의 비제약 모형은 다른 설명변수 없이 시간에 따른 주관적 건강의 변화에 대한 절편과 기울기만을 계산해준다. 제약 모형은 비제약 모형에 추가로 투입하는 변수에 따라 절편과 기울기가 어떻게 달라지는지를 분석해준다. 예를 들어 노동지위 여부 변수를 투입하였는데 노동지위가 있는 사람이 없는 사람에 비해 큰 절대값의 양수의 절편과 작은 절대값의 음수의 기울기를 가진다면, 노동지위가 있는 사람들이 없는 사람에 비해 시작점에서의 평균적인 주관적 건강이 좋고, 떨어지는 속도도 덜 가팔라서 좀 더 유리한 위치에 있다고 해석할 수 있다.

IV. 결과

1. 응답자 특성과 이변량 분석

연령은 덴마크 여성의 56.8세에서 독일 남성의 58.0세 까지 유사한 평균 연령을 보였다(표 1). 배우자나 파트너가 있는 경우는 한국 남성이 93.9%로 가장 많았고 덴마크 여성이 73.1%로 가장 적었다. 유배우율은 삼국 모두 남성이 여성보다 높았는데 성별 차는 한국이 가장 컸다(12.3%p). 초등 수준 이하의 교육을 받은 사람은 한국 여성이 49.2%로 가장 많았고, 독일 남성이 4.1%로 가장 낮았다. 초등 이하 교육을 받은 비율은 삼국 모두 여성이 남성보다 높았는데, 남녀 차이는 덴마크가 가장 작고(5.8%p), 독일이 근소하게 그 다음을 이었다(7.8%p). 반면 한국은 두 유럽 국가에 비해 큰 차이를 보였다

(26.1%p). 고등 교육 이상을 받은 사람의 비율은 덴마크는 여성(49.1%)이 오히려 남성(40.3%)보다 많은 반면, 독일과 한국에서는 남성이 여성보다 많았으며(독일은 40.4%와 29.6%, 한국은 16.7%와 5.0%), 그 차이는 한국에서 11.7%p로 가장 컸다.

표 1. 응답자 특성과 주요 변수의 기술 통계(2006/2007년)

	덴마크			독일			한국		
	남(A)	여(B)	차이(A-B)	남(C)	여(D)	차이(C-D)	남(E)	여(F)	차이(E-F)
연령 ¹ (mean, years)	57.3	56.8	0.5	58.0	57.2	0.8	56.9	56.9	0.0
유배우 ² (% , %p)	76.7	73.1	3.6	82.4	79.4	3.0	93.9	81.6	12.3
초등 교육 이하 ³ (% , %p)	10.6	16.4	-5.8	4.1	11.9	-7.8	23.1	49.2	-26.1
중등 교육 ⁴ (% , %p)	48.2	34.1	14.1	53.4	57.0	-3.6	60.2	45.7	14.5
고등 교육 이상 (% , %p)	40.3	49.1	-8.8	40.4	29.6	10.8	16.7	5.0	11.7
노동지위 있음 (% , %p)	74.2	65.3	8.9	61.2	51.2	10.0	70.2	30.3	39.9
단순반복직 (% , %p)	14.1	11.7	2.4	15.3	14.6	0.7	31.8	12.7	19.1
가구수입 ⁵ (mean, euro)	54,031	49,547	4,484	38,900	42,483	-3583	20,564	17,407	3,157
독거 (% , %p)	12.4	17.2	-4.8	9.8	11.9	-2.1	2.9	7.2	-4.3
비만 이상 (% , %p)	15.8	14.3	1.5	19.2	16.7	2.5	24.8	28.2	-3.4
현재흡연 (% , %p)	18.8	14.9	3.9	13.5	7.5	6.0	43.7	3.0	40.7
단일 만성질환 (% , %p)	27.7	38.6	-10.9	28.8	30.3	-1.5	25.1	30.1	-5
복합 만성질환 (% , %p)	18.0	13.6	4.4	16.2	12.2	4.0	12.0	15.6	-3.6
N	660	743		562	683		1,945	2,356	

주: 1 덴마크/독일은 2007년, 한국은 2006년. 2 혼인하고 배우자와 함께 거주하거나 등록된 파트너가 있는 경우 3 덴마크/독일은 lower secondary 이하 4 덴마크/독일은 upper secondary. 5 다중 대체함. 5개의 표준오차는 표에 미포함(요청시 제공 가능). 한화는 2006년 환율 기준으로 유로화로 환산.

일을 하는 남성(74.2%)과 여성(65.3%)의 비율은 덴마크가 삼국 중에서 가장 높은 반면, 독일은 이보다 낮고(61.2%와 51.2%), 한국은 남성(70.2%)은 독일보다 높으나 여성(30.3%)은 아주 낮았다. 노동 참여율의 차이는 덴마크가 8.9%p로 가장 낮고, 독일이 10.0%p로 그 다음의 수치를 보였으며, 한국이 39.9%p로 가장 컸다. 현재 혹은 마지막 직업이 단순반복직인 사람의 비율은 한국 남성들(31.8%) 사이에서 가장 높았고, 여성(12.7%)과의 분율 차이 역시 한국에서 가장 컸다(19.1%p). 가구 수입은 덴마크가 가장 높았고(남성 54,031유로, 여성 49,547유로), 한국이 가장 낮은 수준이었다(20,564

표 2. 표준화된 주관적 건강 변화 추이(2006/2007-2014/2015)

	2006/2007			2008/2009			2010/2011			2012/2013			2014/2015							
	Mean	S.D.	N	유지율 (%)	Mean	S.D.	N	유지율 (%)	Mean	S.D.	N	유지율 (%)	Mean	S.D.	N	유지율 (%)				
덴마크																				
전체	.17	.959	1,403	100.0	.19	.996	1,119	79.8	.18	.954	957	68.2	.18	.949	1002	71.4	.17	.963	922	65.7
남	.18	.961	660	100.0	.25	.987	525	79.5	.16	.958	444	67.3	.16	.967	470	71.2	.15	.978	434	65.8
여	.16	.958	743	100.0	.14	1.002	594	79.9	.20	.952	513	69.0	.20	.933	532	71.6	.18	.950	488	65.7
독일																				
전체	.23	.989	1,245	100.0	.15	1.010	863	69.3	.16	.998	738	59.3	.13	1.008	578	46.4	.16	1.003	535	43.0
남	.19	1.013	562	100.0	.05	1.054	387	68.9	.09	1.035	331	58.9	.03	1.081	261	46.4	.10	1.041	243	43.2
여	.26	.970	683	100.0	.23	.967	476	69.7	.22	.965	407	59.6	.21	.937	317	46.4	.21	.969	292	42.8
한국																				
전체	.29	.950	4,301	100.0	.30	.944	3,716	86.4	.28	.949	3,491	81.2	.29	.918	3,414	79.4	.27	.924	3,317	77.1
남	.46	.921	1,945	100.0	.47	.909	1,678	86.3	.46	.935	1,569	80.7	.43	.913	1,528	78.6	.39	.931	1,472	75.7
여	.15	.951	2,356	100.0	.15	.948	2,038	86.5	.14	.936	1,922	81.6	.18	.907	1,886	80.1	.17	.907	1,845	78.3

유로와 17,407유로). 독거하는 경우는 남성(12.4%)과 여성(17.2%) 모두 덴마크에서 가장 많았다. 독거는 삼국 모두 여성이 상대적으로 많았는데 그 차이 역시 덴마크에서 가장 컸다(4.8%p).

주관적 건강의 표준화 값은 세 나라 모두 표준점수보다 미세하게 높은 값에서 시작하여(덴마크 .17, 독일 .23, 한국 .29, 표 2) 서서히 낮아지는 모습인데, 미세하게 오르내림을 반복하는 경우도 있었다(표 2). 덴마크의 경우 남성(.18)과 여성(.16)의 시작점이 거의 유사한데, 독일은 여성(.26)의 시작점이 남성(.19)보다 조금 높았고, 한국은 남성(.46)이 여성(.15)보다 높았다.

2. 잠재성장모형

먼저 선형 모형과 2차식 모형 중 어떤 모형이 세 나라의 주관적 건강 궤적에 좀 더 적합한지 판단하기 위해 비제약 모형을 비교해 보았다. 선형모형에 비해 2차식 모형은 8의 자유도를 잃게 되는데(Δdf), 이 경우 카이스퀘어 값의 감소($\Delta \chi^2$)가 30.72 이상이 되어야(3.84×8) 2차식 모형을 선택하게 된다(Kline, 2016). 한국의 경우 카이스퀘어 값의 감소치가 38.153이지만, 덴마크(24.771)와 독일(18.768)은 감소치가 이에 미치지 못하였다. 비교 연구의 설계상 세 나라 간에 같은 모형을 적합해야 한다는 점과 CFI(confirmatory fit index), TLI(Tucker-Lewis index), RMSEA(root mean square error of approximation) 등 전체적인 모형 적합도 측면에서 선형 모형이 2차식 모형과 크게 다르지 않은 결과를 보여준다는 점을 고려하여, 본 연구에서는 최종적으로 선형 모형을 선택하였다.

비제약 모형을 보면 한국 남성의 건강 궤적이 여성보다 양호하여 뚜렷한 젠더 격차를 보이는 것을 알 수 있다(C, 그림 1, 표는 반복 정보이므로 지면상 생략하였으나 요청시 제공 가능). 이와는 대조적으로 덴마크의 경우 남성과 여성의 차이가 거의 없고(A), 독일의 경우 여성이 남성보다 양호한 궤적을 보였다(B). 기울기는 거의 유사한 가운데 덴마크와 한국에서 남성이 여성보다 조금 더 가파른 경향이 있었다.

잠재성장곡선의 제약 모형의 절편을 먼저 보면(표 3), 배우자/파트너가 있는 경우 덴마크와 독일에서는 남녀 모두에게 유의미한 효과가 없다는 점에서 성별차가 발견되지 않았다. 반면 한국에서는 성별차가 있는데 유의도가 높은 편은 아니나 남성의 건강에만

긍정적인 방향으로 작용하였다.

세 나라 모두 교육 수준이 낮은 집단은 높은 집단에 비해 주관적 건강 수준이 낮았다. 그런데 낮은 교육 수준의 부정적인 효과가 덴마크와 독일에서는 남성에게만 관찰되거나(덴마크), 여성보다 남성의 계수와 유의도가 강한(독일) 방향으로 성별차가 있었는데, 한국에서는 이와 반대로 여성에게 효과 크기가 더 크고 유의도도 높은 방향으로 성별차가 있었다.

노동지위가 있는 경우 삼국 모두에서 주관적 건강에 긍정적인 영향을 미쳤다. 그런데 덴마크에서는 남성과 여성의 효과크기와 유의도가 거의 동일한 수준으로 성별차가 관찰되지 않았다. 반면 독일과 한국에서는 노동지위의 주관적 건강 증진 효과가 남성에게 다소 강하게 나타나는 점에서 성별차가 있는 것으로 나타났다.

단순반복직에 종사할 경우 덴마크에서는 남성과 여성 모두에게 유의미한 효과가 없는 점에서 성별차가 보이지 않았다. 그런데 독일에서는 유의도가 낮기는 하나 여성에게만 부정적 효과가 있고, 한국에서는 남성에게만 부정적 효과가 있다는 점에서 성별차가 있었다.

가구 소득의 경우 대체로 소득 분위가 높아질수록 주관적 건강이 양호한 패턴이 있었다. 그런데 독일에서는 남성과 여성 모두에게 유의미성이 없다는 점에서 성별차가 없었다. 덴마크와 한국에서는 유의미한 영향이 남성에서 주로 보이고 여성들 사이에서는 없거나(덴마크), 1분위와 5분위의 차이 정도만이 잡힌다는 점(한국)에서 성별차가 있었다. 유의도가 높은 것은 아니지만 한국 남성들 사이에서 소득 2분위가 소득 1분위에 비해 건강 상태가 약간 더 나쁜 결과도 보였다.

제약 모형의 기울기의 경우 전반적으로 절편에 비해 유의미한 변수가 많지 않고, 유의미한 경우에도 유의도가 작고 효과 크기가 크지 않은 편이었다. 즉, 주관적 건강의 변화가 전반적으로 크지 않고 비슷한 상태로 지속되는 경향을 보였다. 한국 남성과 여성이 노동지위가 있는 경우, 덴마크 남성, 독일 여성, 한국 남성과 여성이 소득이 높은 경우 주관적 건강 궤적이 미세하게 더 가파르게 낮아지는 모습이었고, 한국 여성이 단순반복직인 경우 덜 가파르게 떨어지는 수렴 경향이 관찰되었다. 독거는 절편과 기울기 모두 전체적으로 유의미한 영향이 보이지 않았다.

그림 1. 표준화한 SRH의 비제약 모형

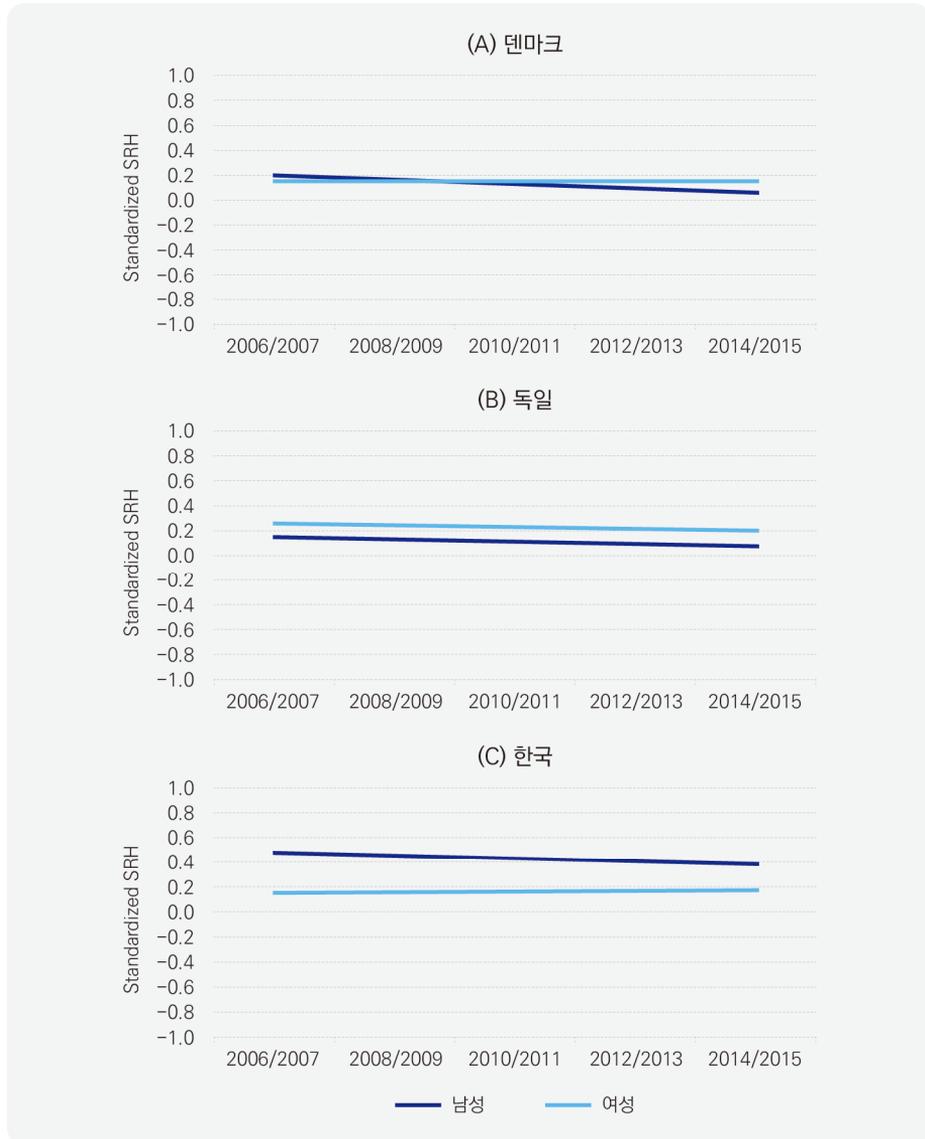


표 3. 표준화한 SRH의 제약 모형

	Denmark			Germany			Korea		
	남	여	차이	남	여	차이	남	여	차이
	β^1 (A) (S.E.)	β (B) (S.E.)	(A-B)	β (C) (S.E.)	β (D) (S.E.)	(C-D)	β (E) (S.E.)	β (F) (S.E.)	(E-F)
공변인									
절편 ²									
유배우 ³	.184 (.101)	.160 (.100)	.024	-.015 (.141)	.021 (.117)	-.036	.198* (.092)	.029 (.050)	.169
초등교육 이하 ⁴	-.384** (.118)	-.180 (.097)	-.204	-.569** (.196)	-.236* (.112)	-.333	-.362*** (.055)	-.485*** (.076)	.123
중등교육 ⁴	-.089 (.067)	-.054 (.067)	-.035	-.268** (.078)	-.161* (.071)	-.107	-.118* (.046)	-.156* (.074)	.038
노동지위 있음 ⁵	.439*** (.083)	.426*** (.073)	.013	.461*** (.084)	.197** (.069)	.264	.384*** (.038)	.175*** (.036)	.209
단순반복직 ³	-.052 (.098)	-.153 (.102)	.101	-.004 (.108)	-.223* (.091)	.219	-.104** (.036)	-.062 (.049)	-.042
소득2분위 ⁶	.332* (.162)	.045 (.133)	.287	.247* (.125)	-.017 (.105)	.264	-.137* (.063)	-.032 (.054)	-.105
소득3분위 ⁶	.207 (.153)	.119 (.133)	.088	.016 (.124)	.048 (.103)	-.032	.013 (.058)	.032 (.052)	-.019
소득4분위 ⁶	.314* (.156)	.156 (.140)	.158	.107 (.113)	.122 (.097)	-.015	.161** (.057)	.036 (.053)	.125
소득5분위 ⁶	.349* (.159)	.201 (.141)	.148	.148 (.110)	.079 (.099)	.069	.191** (.055)	.188*** (.052)	.003
독거 ³	.148 (.144)	.046 (.125)	.102	-.041 (.175)	-.006 (.144)	-.035	.036 (.132)	.113 (.078)	-.077
기울기 ²									
유배우 ³	-.007 (.033)	.031 (.033)	-.038	-.023 (.061)	.003 (.049)	-.026	.036 (.036)	.005 (.018)	.031
초등교육 이하 ⁴	.033 (.039)	.009 (.033)	.024	.042 (.078)	.028 (.043)	.014	.018 (.021)	.042 (.028)	-.024
중등교육 ⁴	-.010 (.022)	-.007 (.022)	-.003	.019 (.031)	.027 (.027)	-.008	-.007 (.017)	.022 (.027)	-.029
노동지위 있음 ⁵	-.017 (.027)	-.001 (.024)	-.016	-.009 (.033)	-.004 (.027)	-.005	-.038** (.015)	-.026* (.012)	-.012
단순반복직 ³	-.044 (.032)	.016 (.035)	-.060	-.055 (.044)	-.008 (.036)	-.047	.021 (.013)	.034* (.017)	-.013

가족 정책의 차이에 따른 주관적 건강 궤적의 성별 격차:
덴마크, 독일, 한국 중년을 중심으로

	Denmark			Germany			Korea		
	남 β^1 (A) (S.E.)	여 β (B) (S.E.)	차이 (A-B)	남 β (C) (S.E.)	여 β (D) (S.E.)	차이 (C-D)	남 β (E) (S.E.)	여 β (F) (S.E.)	차이 (E-F)
공변인									
소득2분위 ⁶	-.110* (.054)	.013 (.044)	-.123	-.086 (.050)	-.017 (.042)	-.069	.006 (.024)	-.017 (.019)	.023
소득3분위 ⁶	-.035 (.051)	-.050 (.044)	.015	-.054 (.047)	-.089* (.040)	.035	-.039 (.022)	-.024 (.018)	-.015
소득4분위 ⁶	-.016 (.052)	-.001 (.046)	-.015	-.047 (.045)	-.014 (.038)	-.033	-.063** (.021)	.000 (.019)	-.063
소득5분위 ⁶	-.019 (.053)	-.001 (.047)	-.018	-.010 (.044)	-.008 (.038)	-.002	-.048* (.020)	-.044* (.018)	-.004
독거 ³	-.014 (.046)	.028 (.041)	-.042	-.003 (.069)	.007 (.060)	-.010	.020 (.055)	.010 (.029)	.010
Model fit									
χ^2 (df)	125.540 (110)			154.382 (110)			182.172 (110)		
CFI/TLI ⁷	.995/.992			.975/.961			.989/.982		
RMSEA ⁷	.014			.026			.018		
N	654 740			549 672			1,878 2,241		

주: 1 비표준화 베타. 2 연령, 비만 여부, 흡연 여부, 단일 만성질환 여부, 복합 만성질환 여부 통제함.
3 준거집단: 그 외의 집단. 4 준거집단: 고등 교육이상. 5 준거집단: 노동지위 없음. 6 준거집단:
소득 1분위. 7 CFI: confirmatory fit index; TLI: Tucker-Lewis index; RMSEA; root square error
of approximation. *p<.05. **p<.01. ***p<.001. Two-tailed tests.

V. 토의 및 결론

먼저 젠더 정책의 유형이 상이한 덴마크, 독일, 한국에서 주관적 건강의 잠재성장곡선의 성별 차이가 있는가와 관련하여 비제약 모형에 대한 결과를 보면, 한국 남성이 여성보다 건강 궤적이 양호한 패턴이 덴마크와 독일에 비해 더 명확하게 관찰되었다. 덴마크와 독일은 남성과 여성이 거의 차이가 없거나(덴마크), 차이가 아주 작기는 하나 여성이 남성보다 좋은 모습을 보였다(독일). 기존연구에서 복지 정책이 평등 지향적일수록, 맞벌이 부부 중심의 지원이 강할수록 궁극적으로 건강상의 젠더 불평등도 낮다는 연구가

우세한 가운데(Bambra et al., 2009; Dreger et al., 2016; Lundberg et al., 2008; Palència et al., 2017; Palència et al., 2014; Sekine et al., 2011) 그렇지 않은 결과도 흔재해 왔는데(Kim, & Khang, 2020; Cambois et al., 2018; Dreger et al., 2016; Olafsdottir, 2017), 본 연구는 두 가지 주장 모두를 지지하는 결과를 보여준다. 가족 정책의 발전이 상대적으로 덜한 한국에서 덴마크와 독일에 비해 주관적 건강 궤적의 성별차가 뚜렷하다는 측면에서 가족 정책 유형과 건강 사이의 관련이 어느 정도 있음을 추론할 수 있다. 그런데 유형이 다른 것으로 논의되는 덴마크와 독일 사이에 큰 차이가 없는 것은 맞벌이 유형이 가장 평등적이고 그 다음이 가족 지지 모형이라는 예측과는 다른 부분이다. 이는 덴마크, 네덜란드, 노르웨이, 스웨덴에서는 건강의 성별차가 작은 반면, 유럽 중 한국과 가장 유사성이 높은 남부 유럽인 포르투갈과 이탈리아에서는 성별차가 크고, 독일과 비슷한 유형인 벨기에와 프랑스에서 성별차가 별로 없었다는 기존 연구와 전반적으로 비슷한 결과이다(Bambra et al., 2009).

정도가 크지는 않지만 덴마크와 한국의 비제약 모형에서 남성들의 주관적 건강이 여성에 비해 좀 더 가파르게 낮아지는 경향이 있었다. 남성들은 여성에 비해 스스로의 건강에 대해 부정적인 평가를 하지 않으려는 경향이 있어서 젊은 시절에는 여성들보다 주관적 건강이 양호하다가 연령대가 올라갈수록 궤적이 더 빠르게 악화하는 패턴이 있고, 대략 중년 중후반 정도부터 불건강을 시인하는 정도가 강해진다는 기존 연구와 일치하는 부분이다(Zajacova et al., 2017).

그런데 결과 해석시 주관적 건강 문항에 대한 문화적 차이를 고려할 필요가 있다. 특정 문화권에서는 주관적 건강에 공동체에서의 원만한 사회적 관계 등을 포함하여 개념화하는 반면, 다른 문화권에서는 질병의 부재, 주관적 증상의 부재 등 좁은 의미의 건강 상태만 포함할 수 있다(Wijekoon Mudiyansele, Samkange-Zeeb, Brand, & Zeeb, 2018). 한국은 일본과 함께 국제적으로 주관적 건강이 낮은 것으로 잘 알려져 있으며, 과도한 의료 이용, 지나친 비교 성향 등이 원인으로 논의되고 있다(Kim, & Khang, 2019; 조병희, 이재열, 구혜란, 유명순, 박상희, 양준용 2018). 그런데 이러한 한계점에도 불구하고 주관적 건강은 용이한 데이터 접근성과 높은 간명성 때문에 본 연구와 같은 연구 설계를 하고 있는 연구에서 국가 간 비교에 널리 사용되어 왔고(Sacker et al., 2011; McDonough et al., 2010), OECD와 같은 공신력 있는 기관에서 국제 비교를 위해 사용하는 지표이기도 하므로(OECD, 2019), 잘 활용하되 한계를 염두

에 두는 접근이 필요할 것으로 보인다.

그 다음으로 각종 사회경제적 지위 변수들이 건강 궤적에 미치는 양상이 가족 정책이 가장 선진적인 것으로 평가되는 덴마크, 그보다는 보수적인 것으로 평가되는 독일, 좀 더 발전이 더딘 것으로 평가되는 한국 사이에 차이가 있을 것인가 아니면 전반적으로 비슷한 양상을 보일 것인가와 관련하여 제약 모형에 대한 결과를 보면, 먼저 배우자의 효과의 성별차는 한국에서만 있었고 남성에게만 긍정적인 방향으로 관찰되었다. 배우자/파트너의 존재가 건강에 미치는 영향의 경우 남성과 여성 모두에게 긍정적이라는 연구가 다수를 차지하는 가운데(Ermer, & Proulx, 2019; Marmot, 2004), 사회 집단에 따라 남성에게는 긍정적이지만 여성에게는 긍정적이지 않거나 큰 영향이 없다는 연구도 존재한다(김혜연, 2020; 이미숙, 2012). 본 연구의 경우 한국 여성에게 부정적이지는 않으나 긍정적인 효과는 남성에게만 있다는 점에서 후자에 가까운 결과이다. 한국에서 전통적으로 남성들이 혼인하게 되면 가족 내 권력구조나 성역할 규범으로 인해 각종 돌봄 노동과 정서적·사회적 지지 등 더 많은 자원의 수혜를 입게 되지만, 여성의 경우 특히 건강 문제가 있거나 결혼만족도가 낮을 경우 나이가 들수록 배우자의 존재가 건강상의 부담으로 다가올 수 있다는 분석이 있다(이미숙, 2012). 유의도가 높은 편이 아니므로 강한 의미 부여는 어렵겠으나 본 연구에서도 비슷한 결과가 나타난 것으로 보인다. 반면 덴마크와 독일에서는 배우자/파트너의 존재로 인해 얻는 건강상의 이득이 중년 남성들에게 특별히 유의미하게 독립적인 영향을 미칠 정도는 아닌 것으로 보인다.

교육에 따른 효과의 경우 덴마크와 독일에서는 낮은 교육수준이 낮은 주관적 건강과 연결되는 정도가 남성에게 더 강한 반면, 한국에서는 여성에게 더 강한 패턴이 보였다. 기존 연구에 따르면 교육에 따른 주관적 건강의 불평등은 여성보다 남성에게서 더 강한 경우와(Moor et al., 2018), 남성보다 여성에게서 더 강한 경우가 혼재되어 있는데(Matud, García, & Fortes, 2019), 본 연구의 덴마크와 독일은 전자의 경우에 해당하고, 한국은 후자의 경우에 해당한다. 많은 사회경제적 지위 지표 중에서 교육 수준은 이후에 이어질 직업과 소득의 질 및 전반적인 생활수준을 결정한다는 점에서 중요하다. 교육 수준이 높은 집단은 그렇지 않은 집단에 비해 금연이나 절주 등 좀 더 건강에 도움이 되는 건강 행동을 하는 경우가 많고, 직장에서의 재량이 많고 사회적 지지 체계가 견고한 등 심리사회적 자원이 더 풍부하며, 주거 환경 등 물질적 조건도 유리한 경향이 있고 이것이 건강상의 불평등으로 이어지는 것으로 설명된다(Bartley, 2016). 다수의 실험적

연구에서도 교육 수준이 높은 사람들이 사망률이 낮고 주요 만성질환의 유병률이 낮으며 긍정적인 건강 행동을 하는 것으로 보고된다(Kawachi, Adler, & Dow, 2010; Davies, Dickson, Smith, Van Den Berg., & Windmeijer, 2018; Gill, Efstathiadou, Cawood, Tzoulaki, & Dehghan, 2019).

교육수준이 건강에 미치는 영향이 남성에게 더 강한 이유는 대부분의 나라에서 현재의 중고령층을 대상으로 급격한 공교육의 확대가 일어났는데, 남성들 사이에서 먼저 광범위한 확대가 진행되고 뒤를 이어 여성에게 영향을 미쳤기 때문에 남성들 사이에서 교육 수준이 낮을 경우의 건강상의 불리함이 위의 다양한 경로를 통해 더 크게 누적되었다고 설명한다(Moor et al., 2018). 반대의 결과를 보이는 연구의 경우, 남성들이 폐암, 뇌졸중, 자살, 살해, 사고 등 남성 사망률에 기여도가 높은 특정 질환에 대해서는 교육 수준의 영향을 여성보다 강하게 받으나, 주관적 건강의 경우 남성들이 어떤 교육 수준에서든 불건강을 여성보다 잘 보고하지 않기 때문에 교육수준에 따른 차이가 여성보다 덜하다고 분석한다(Matud et al. 2019). 본 연구의 덴마크와 독일의 경우는 전자의 경향이 더 강하게 포착되고, 한국의 경우 후자의 경향이 더 강하게 드러났다고 해석할 수 있다.

노동지위는 덴마크에서는 남성과 여성에게 비슷한 유의도와 효과크기로 긍정적 효과가 있었으나, 독일과 한국에서는 남성에게 미치는 긍정적 영향이 더 컸다. 노동 지위는 장기간 유지할 경우 그렇지 않은 사람보다 연금 수급 조건 등 제도적 조건에서 더 유리한 위치를 점하게 되고, 누적적으로 더 많은 자원을 확보하게 되어 건강 증진에 긍정적인 영향을 미친다(Leschke & Jepsen, 2011; Olafsdottir, 2017). 선행 연구 검토에서 논의하였듯이 덴마크는 세 나라 중에서 여성들이 공식 노동에 참여한 역사가 가장 길고 참여율이 높으며 제도적 지지를 강하게 받아 온 반면, 독일과 한국은 이보다 참여율이 낮고 제도적 뒷받침이 덜하며 그 역사가 짧다. 덴마크에서 노동지위의 긍정적 효과에 성별차가 거의 없고 독일과 한국에서 차이가 있는 것은 이러한 삼국의 가족 정책의 차이와 관련이 있는 것으로 해석할 수 있다.

단순반복직의 부정적인 영향은 독일에서는 여성에게만, 한국에서는 남성에게만 유의한 영향이 관찰되었다. 단순반복직의 경우 그렇지 않은 직종에 비해 고용 형태가 불안정하고 임금 수준이 낮은 경우가 많은데, 특히 독일의 경우 2003년 하르츠 개혁(Hartz reforms) 이후 미니잡(mini-job)이라고 불리는 시간제 노동이 증가하였고, 여성들이 미

니잡의 주요 종사자인 경우가 다른 국가에 비해 훨씬 높다(Weinkopf, 2009). 이는 여성 고용율을 높이는 긍정적인 작용도 하였지만 지나친 저임금과 고용 불안정성으로 부정적 효과도 많은 것으로 알려져 있다. 유의도가 높지는 않으나 독일에서 단순반복직종의 부정적인 건강 효과가 중년 여성에게만 관찰되는 것이 이러한 사회·정책적 환경과 관련이 있을 것으로 보인다. 한국의 경우 신자유주의적 고용 불안정이 보편화한 이후에도 여전히 남성 생계부양자 가족의 비중이 크고 여성배우자의 근로소득도 낮은 편이다(신경아, 2014). 이러한 상황에서 가족의 생계부양자일 가능성이 높거나 문화적으로 가장 의식이 강한 중년 남성이 단순반복직에 종사할 경우 저임금, 고용불안정, 작업장에서의 낮은 재량으로 인한 스트레스, 불건강한 작업 환경, 열악한 직업적 전망 등으로 인한 부정적인 건강 영향이 중년 여성에 비해 더 증폭될 수 있다.

더 높은 가구 수입이 주관적 건강에 미치는 긍정적인 효과는 삼국 모두 남성에서 좀 더 강하게 잡히고 여성은 안 잡히거나 아주 일부 분위에서만 차이가 관찰되었다. 가족 내 자원 분배에 대한 연구에 따르면, 가구는 단일한 구성체이고 가구주는 가구원의 수요에 따라 자원을 균등하게 분배할 것이라는 일반적인 가정과는 달리, 여성이 남성에게 비해 가구 소득에 대한 접근과 기회 활용 정도가 낮다(노혜진, 2012). 실험 방법을 통해 가구 내 자원 분배양상을 분석한 연구에서도 부부 중 가구 소득 기여분이 높은 쪽이 가구 소득에 대한 사용 권한이 높음을 보여주었다(Pepin, 2019). 본 연구에 포함된 세 나라 모두 가족 정책의 유형에 관계없이 아직 여성의 소득이 남성만큼 높지 않고, 따라서 가구 소득이라는 자원에 대한 접근도도 상대적으로 떨어진다고 볼 수 있는데, 더 자세한 연구가 필요하겠지만 이러한 현실이 여성들 사이의 낮은 상관관계로 반영되었다고 해석 가능하다.

더 면밀한 연구가 필요한 부분도 있다. 먼저 한국에서 노동지위가 있는 집단, 소득 수준이 높은 집단, 덴마크 남성과 독일 여성 중 소득 수준이 높은 집단에서 시간이 지나면서 더 가파르게 건강이 악화되는 경향 및 한국 여성 중 단순반복직인 경우 반대로 건강 하락의 기울기가 완만해지는 패턴이 있었다. 잠재성장모형 방법을 활용한 연구들에서 시작점이 낮은 집단이 건강이 천천히 악화하고 시작점이 높은 집단은 빠르게 악화하여 초고령 상태에서는 결국 비슷한 상태가 되는 수렴 효과가 있는 경우가 있다(Choi & Kim, 2018). 한국 성인에 대한 기존 연구에서도 일부 좋은 사회경제적 위치에 있던 집단, 예를 들어 경제활동을 하는 사람들의 경우 주관적 건강의 궤적이 나쁨-지속군(낮

은 절편과 완만한 음수의 기울기)보다는 좋음-악화군(높은 절편과 가파른 음수의 기울기)에 속할 확률이 높았다(김은주, 김향, 윤주영, 2019). 보건학적으로 이는 노동지위가 있고, 소득 수준이 높고, 비단순반복직에 종사하는 집단과 그렇지 않은 집단과의 주관적 건강의 차이가 시간이 갈수록 누적되거나 고착화하는 것이 아니라 좀 더 비슷한 수준으로 수렴하면서 불평등이 서서히 줄어든다는 의미이므로, 장기적으로 노동지위, 소득 수준, 직업 종류와 관련한 저위험 집단 역시 지속적인 건강 관리와 개입의 대상이 됨을 알 수 있다.

이외에 유의도가 큰 것은 아니지만 한국 남성 중 소득 2분위의 주관적 건강이 소득 1분위보다 약간 낮은 경향이 있었다. 이는 가구 소득 계산 시 다중대체 자료를 활용함으로써 인해 생긴 오차일 수도 있고, 각종 복지수급 대상에서 제외되어 오히려 절대 빈곤 가구보다 복지사각지대에 속할 확률이 높은 차상위 계층이 소득 2분위 집단에 많이 포함된 결과일 수 있다(한국보건사회연구원, 2014). 차상위 계층은 지나치게 낮은 소득과 높은 부채, 열악한 직업 지위 등으로 인한 위험이 절대 빈곤층보다 커서 주관적 건강도 매우 낮은 수준인 것으로 보고된다(고영미, 조영태, 2013).

본 연구는 통시적 자료를 사용하여 유럽 주요 국가들과 한국 중고령자의 건강 궤적상의 성별차를 연구했다는 측면에서 의의가 있으나 몇 가지 한계도 존재한다. 무엇보다 최대한 SHARE와 고령화연구패널조사의 관련 변수들을 비슷하게 맞추고 표준점수를 활용하는 등 유사성을 유지하려는 노력을 기울였으나, 종속변수인 주관적 건강 등을 국가 간에 완전히 동일하게 해석하기 어렵다는 한계가 있다. 비슷한 상황에서 수행된 선행연구들을 참고하여 표준화를 하고 유사성이 떨어지는 변수들을 최대한 배제하는 등의 작업을 거쳤으나, 추가적인 연구에서는 건강 관련 삶의 질(health-related quality of life, HRQOL)과 같이 번역과 역번역이 확실히 수행되고, 국가 간에 완전히 동일한 도구를 사용하여 호환이 원활한 결과 변수를 사용할 필요가 있을 것으로 보인다.

또한 응답자 수가 세 나라에서 균일하지 못했다는 점도 아쉬운 부분이다. 따라서 결과를 해석할 때 응답자 수가 많은 한국에서 덴마크와 독일에서보다 유의미한 변수가 더 많이 나타날 가능성이 높고, 같은 유의도라도 세 나라간의 차이로 직접적으로 치환하여 이해하기보다는 조심스럽게 결과를 받아들일 필요가 있다. 향후 샘플 수가 충분히 크면 서도 좀 더 균일하게 응답자가 분포된 자료원을 발굴하여 활용할 필요가 있을 것으로 보인다.

아울러 궤적 비교의 복잡성으로 인해 대표적인 나라들을 선별한 것에서 나아가, 데이터가 가용한 범위 내에서 최대한 많은 국가들을 체계적으로 비교하는 연구가 필요할 것으로 보인다. 최근 SHARE 데이터에 구소련 및 동유럽 국가들까지 포함되기 시작하여 데이터의 국가적 범위가 넓어지고 있는 점을 활용할 필요가 있을 것이다. 또한 좀 더 명확한 인과성을 위해 복지체제론상의 분류를 넘어 구체적인 정책에 대해 구체적인 정책 대상 집단에 미치는 영향을 국가 간에 비교하는 방식의 정책효과성 연구가 확장되어야 할 것으로 보인다.

코호트 효과도 염두에 두어야 할 부분이다. 표준점수를 사용하여 최대한 영향을 보정하기는 하였으나, 코호트상 한국의 중고령자들이 덴마크와 독일의 중고령자에 비해 유년기 가난과 굶주림 등의 영향을 더 많이 받았고 이것이 중고령기의 건강 상태에 체계적인 영향을 끼쳤을 수 있다.

한국에서는 그간 경제개발을 우선시하던 발전주의 전략에서 탈피해 복지 정책에 대한 관심이 높아지고, 현정부에서는 노동시간을 단축하고 남성의 육아휴직 사용을 장려하는 등 맞벌이 모형에 해당하는 젠더 관점의 정책을 강화해 가고 있는 추세다. 그런데 지금까지 한국의 정책 기초상의 변화에 대한 비교 연구는 정책 자체를 국가 간에 비교하는 것에 초점이 맞춰져 있고, 건강 관련 비교 연구 역시 횡단면 자료를 사용하여 국가 평균을 비교하는 연구가 대부분이다. 건강 수준의 국가 내에서의 성별 차이 및 시간에 따른 변화까지 고려한 연구는 유럽 국가들을 비교한 경우가 주를 이루고, 한국과 같은 비유럽 국가들을 동시에 고려한 경우는 드물었다. 이런 점에서 본 연구는 전통적으로 복지 체제와 건강 불평등 연구의 주요 연구 대상이었던 유럽 국가들과 한국을 동시에 비교하고 성별 차이 및 그것의 장기적인 변화를 동시에 고려하여 정보의 범위를 확장하는 의의가 있다.

현재 한국의 여성 중고령자들은 덴마크와 독일과 같은 유럽 선진국에 비해 남성 대비 불리한 건강 궤적을 보이고 있으나, 향후 한국에서 지금과 같은 정책이 계속된다면 장기적으로 유럽 선진국과 같이 젠더 격차가 덜한 궤적으로 전환해 가리라는 예측이 가능하다. 또한 덴마크, 독일과 비교하여 한국 중년 여성의 경우 남성에 비해 교육 수준이 낮은 경우의 건강상의 불리함이 크다는 점, 노동지위가 있을 경우와 가구 소득이 높을 경우의 건강상의 혜택이 상대적으로 적다는 점, 남성의 경우 여성에 비해 단순반복직일 경우의 건강상의 부정적 효과가 크다는 점을 염두에 두고 주관적 건강 증진을 위한 개입

정책을 마련할 필요가 있을 것으로 보인다.

김민혜는 가천대학교 불평등과 사회정책연구소 선임연구원으로 재직 중이다. 본 논문 집필 당시에는 서울대학교 의료관리학연구소에서 연수연구원으로 재직 중이었다. 싱가포르국립대학교에서 보건사회학 박사학위를 받았으며, 비교사회학적 건강, 젠더와 건강, 음주 문화, 성공적 노화에 대한 연구를 진행 중이다.

(E-mail: kmh8182@snu.ac.kr)

강영호는 서울대학교에서 의학 박사학위를 받았으며, 현재 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 교수로 재직 중이다. 건강의 사회적 결정 요인, 건강불평등, 조기아동기 개입프로그램, 인구집단 건강지표 추이에 대한 연구를 수행해왔다. International Journal of Epidemiology 편집위원, 한국건강형평성학회장을 역임하였다.

(E-mail: yhkhang@snu.ac.kr)

참고문헌

- 고영미, 조영태. (2013). 일반 독거노인과 저소득 독거노인간의 주관적 건강에 미치는 영향요인 차이: 서울시 일개 지역을 중심으로. 보건교육건강증진학회지, 30(2), pp.41-53.
- 김유미. (2016). 우리나라 여성과 남성의 건강: 기대수명, 사망률 및 주관적 건강 지표를 중심으로. 보건복지포럼, 235, pp.15-24.
- 김운태, 서재욱, 박연진. (2018). 공적연금의 빈곤 완화 효과. 한국사회정책, 25(4), pp.301-321.
- 김은주, 김향, 윤주영. (2019). 1인가구의 주관적 건강상태 변화: 잠재계층성장모형을 활용하여. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 30(4), pp.449-459.
- 김혜연. (2020). 성별 및 연령 집단별 주관적 삶의 질(subjective well-being)의 원인에 대한 연구. 한국정책과학학회보, 24, pp.47-72.
- 김희찬. (2018). 탈가족화 탈젠더화를 중심으로 본 한국 가족정책의 복지정치. 비판과 대안을 위한 사회복지학회 학술대회 발표논문집, pp.241-273.
- 노혜진. (2012). 가족 안에서 여성은 어떻게 빈곤을 경험하는가? 한국사회복지질적연구, 6(2), pp.67-101.
- 송다영, 박은정. (2019). 양육수당의 제도적 정합성 분석: 한국과 독일의 양육수당정책 비교를 중심으로. 비판과 대안을 위한 사회복지학회, 64, pp.93-135.
- 신경아. (2014). 신자유주의시대 남성 생계부양자의식의 균열과 젠더관계의 변화. 한국여성학, 30(4), 153-187.
- 안미영. (2018). 가족정책의 개인화와 젠더화된 무급노동 분담 한국, 네덜란드, 독일 비교 연구. 한국사회정책, 25(4), pp.105-124.
- 이미숙. (2012). 노인인구의 결혼관계와 우울증세. 한국사회학, 46(4), pp.176-204.
- 조병희, 이재열, 구혜란, 유명순, 박상희, 양준용. (2018). 아픈 사회를 넘어. 파주: 21세기 북스
- 한국보건사회연구원. (2014). 차상위계층 지원사업 현황과 체계화방안 연구. 세종: 한국보

건사회연구원.

- An, M. Y., & Peng, I. (2016). Diverging paths? A comparative look at childcare policies in Japan, South Korea and Taiwan. *Social Policy & Administration*, 50(5), 540-558.
- Andersson, G., Kreyenfeld, M., & Mika, T. (2014). Welfare state context, female labour-market attachment and childbearing in Germany and Denmark. *Journal of Population Research*, 31(4), pp.287-316.
- Annandale, E. (2009). Health status and gender. In W. C. Cockerham (Ed.), *The new blackwell companion to medical sociology* (pp.97-112). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Arts, W., & Gelissen, J. (2002). Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. *Journal of European Social Policy*, 12(2), pp.137-158.
- Aspalter, C. (2006). The East Asian welfare model. *International Journal of Social Welfare*, 15(4), pp.290-301.
- Bambra, C., Pope, D., Swami, V., Stanistreet, D., Roskam, A., Kunst, A., & Scott-Samuel, A. (2009). Gender, health inequalities and welfare state regimes: A cross-national study of 13 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(1), pp.38-44.
- Bartley, M. (2016). *Health inequality: An introduction to concepts, theories and methods*. Cambridge: John Wiley & Sons.
- Börsch-Supan, A., & Jürges, H. (Eds.). (2005). *The survey of health, ageing and retirement in Europe – methodology*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., ... Zuber, S. (2013). Data resource profile: The survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), pp.992-1001.
- Cambois, E., Solé-Auró, A., & Robine, J. (2018). Gender differences in disability and economic hardship in older Europeans. *European Journal of Population*,

1-17.

- Choi, Y.-J., & Kim, H.-Y. (2018). Analyzing changes and determinants of self-rated health during adolescence: A latent growth analysis. *Korean Academy of Child Health Nursing*, 24(4), pp.496-505.
- Chun, H., Khang, Y., Kim, I., & Cho, S. (2008). Explaining gender differences in ill-health in South Korea: The roles of socio-structural, psychosocial, and behavioral factors. *Social Science and Medicine*, 67(6), pp.988-1001.
- Davies, N. M., Dickson, M., Smith, G. D., Van Den Berg, G. J., & Windmeijer, F. (2018). The causal effects of education on health outcomes in the UK Biobank. *Nature Human Behavior*, 2(2), pp.117-125.
- Dreger, S., Gerlinger, T., & Bolte, G. (2016). Gender inequalities in mental wellbeing in 26 European countries: Do welfare regimes matter? *European Journal of Public Health*, 26(5), pp.872-876.
- Ebbinghaus, B. (2012). *Comparing welfare state regimes: Are typologies an ideal or realistic strategy*. Paper presented at the European Social Policy Analysis Network, Edinburg, UK.
- Ermer, A. E., & Proulx, C. M. (2019). Social support and well-being among older adult married couples: A dyadic perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 37(4), pp.1073-1091.
- European Institute for Gender Equality. (2020a). *Gender mainstreaming: Country specific information – Denmark*. <https://eige.europa.eu/gender-mainstreaming/countries/denmark>에서 2020. 4. 5 인출.
- European Institute for Gender Equality. (2020b). *Gender mainstreaming: Country specific information – Germany*. <https://eige.europa.eu/gender-mainstreaming/countries/germany>에서 2020. 4. 5 인출.
- Gill, D., Efstathiadou, A., Cawood, K., Tzoulaki, I., & Dehghan, A. (2019). Education protects against coronary heart disease and stroke independently of cognitive function: evidence from Mendelian randomization. *International Journal of Epidemiology*, 48(5), pp.1468-1477.

- Hancock, G., & Mueller, G. (2006). Using latent growth models to evaluate longitudinal change. In R. Mueller and G. Hancock (Eds.), *Structural equation modeling: A second course* (pp.171-196). Greenwich, Conn: Information Age Publishing.
- Holliday, I. (2000). Productivist welfare capitalism: Social policy in East Asia. *Political Studies*, 48(4), pp.706-723.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, pp.21-37.
- Kawachi, I., Adler, N. E., & Dow, W. H. (2010). Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), pp.56-68.
- Kim, M. (2016). *Comparative welfare capitalism in East Asia: Productivist models of social policy*. London: Palgrave Macmillan.
- Kim, M., & Khang, Y.-H. (2019). Why do Japan and South Korea record very low levels of perceived health despite having very high life expectancies? *Yonsei Medical Journal*, 60(10), pp.998-1003.
- Kim, M., & Khang, Y.-H. (2020). Inequalities in longitudinal health trajectories in middle to later life: A comparison of European countries and Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 35(21), e141.
- Kline, R. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). New York: Guilford publications.
- Korea Employment Information Service. (2017a). *A guide for imputed variables in KLoSA*. <https://survey.keis.or.kr/klosa/klosaguide/List.jsp>에서 2020. 4. 5. 인출.
- Korea Employment Information Service. (2017b). *Korean longitudinal study of ageing: Waves 1-5*. <http://survey.keis.or.kr/eng/klosa/klosa01.jsp>에서 2020. 4. 5. 인출.
- Korpi, W. (2010). Class and gender inequalities in different types of welfare states: The social citizenship indicator program (SCIP). *International Journal of Social Welfare*, 19, pp.S14-S24.

- Leschke, J., & Jepsen, M. (2011). The economic crisis - challenge or opportunity for gender equality in social policy outcomes? A comparison of Denmark, Germany and the UK. *European Trade Union Institute Working Paper*, 2011.4.
- Liang, J., Quiñones, A. R., Bennett, J. M., Ye, W., Xu, X., Shaw, B. A., & Ofstedal, M. B. (2010). Evolving self-rated health in middle and old age: How does it differ across Black, Hispanic, and White Americans? *Journal of Aging and Health*, 22(1), pp.3-26.
- Lundberg, O., Yngwe, M., Stjärne, M., Elstad, J., Ferrarini, T., Kangas, O., ... Fritzell, J. (2008). The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: An international comparative study. *The Lancet*, 372(9650), pp.1633-1640.
- Mackenbach, J. P., Valverde, J. R., Artnik, B., Bopp, M., Brønnum-Hansen, H., Deboosere, P., ... Nusselder, W. J. (2018). Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(25), 6440.
- Marmot, M. (2004). *The status syndrome: How social standing affects our health and longevity*. New York: Henry Holt.
- Matud, M. P., García, M. C., & Fortes, D. (2019). Relevance of gender and social support in self-rated health and life satisfaction in elderly Spanish people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2725.
- Mavaddat, N., Parker, R. A., Sanderson, S., Mant, J., & Kinmonth, A. L. (2014). Relationship of self-rated health with fatal and non-fatal outcomes in cardiovascular disease: A systematic review and meta-Analysis. *PloS One*, 9(7), e103509. doi:10.1371/journal.pone.0103509
- McDonough, P., Worts, D., & Sacker, A. (2010). Socioeconomic inequalities in health dynamics: A comparison of Britain and the United States. *Social Science and Medicine*, 70(2), pp.251-260.
- Moor, I., Günther, S., Knöchelmann, A., Hoebel, J., Pförtner, T.-K., Lampert, T., & Richter, M. (2018). Educational inequalities in subjective health in Germany

- from 1994 to 2014: a trend analysis using the German Socio-Economic Panel study (GSOEP). *BMJ Open*, 8(6), e019755.
- OECD. (2019) *Health at a glance 2019*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>에서 2020. 11. 4. 인출.
- OECD. (2020). *The OECD gender data portal*. <http://www.oecd.org/gender/data/>에서 2020. 4. 5. 인출.
- Oh, S. S., & Park, E. C. (2019). Position value for relative comparison of healthcare status of Korea in 2016. *Health Policy Management*, 29(1), pp.90-97.
- Olafsdottir, S. (2017). Gendered health inequalities in mental well-being? The Nordic countries in a comparative perspective. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(2), pp.185-194.
- Palència, L., De Moortel, D., Artazcoz, L., Salvador-Piedrafita, M., Puig-Barrachina, V., Hagqvist, E., ... Vanroelen, C. (2017). Gender policies and gender inequalities in health in Europe: Results of the SOPHIE project. *International Journal of Health Services*, 47(1), pp.61-82.
- Palència, L., Malmusi, D., De Moortel, D., Artazcoz, L., Backhans, M., Vanroelen, C., & Borrell, C. (2014). The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Social Science and Medicine*, 117, pp.25-33.
- Pepin, J. R. (2019). Beliefs about money in families: Balancing unity, autonomy, and gender equality. *Journal of Marriage and Family*, 81(2), pp.361-379.
- Raykov, T. (2005). Analysis of longitudinal studies with missing data using covariance structure modeling with full-information maximum likelihood. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 12(3), pp.493-505.
- Sacker, A., Worts, D., & McDonough, P. (2011). Social influences on trajectories of self-rated health: Evidence from Britain, Germany, Denmark and the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(2), pp.130-136. doi:10.1136/jech.2009.091199
- Sekine, M., Tatsuse, T., Kagamimori, S., Chandola, T., Cable, N., Marmot, M., ... Lahelma, E. (2011). Sex inequalities in physical and mental functioning of

- British, Finnish, and Japanese civil servants: Role of job demand, control and work hours. *Social Science and Medicine*, 73(4), pp.595-603.
- SHARE. (2016). *SHARE release guide 5.0.0*. http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_release_guide_5-0-0.pdf에서 2017. 7. 15 인출.
- Tanaka, H., Nusselder, W., Bopp, M., Brønnum-Hansen, H., Kalediene, R., Lee, J., . . . Kobayashi, Y. (2019). Mortality inequalities by occupational class among men in Japan, South Korea and eight European countries: A national register-based study, 1990-2015. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73, pp.750-758.
- UNDP. (2009). *Human Development Report 2009*. New York: Author.
- UNDP. (2016). *Human Development Report 2016*. New York: Author.
- Vosko, L., MacDonald, M., & Campbell, I. (2009). *Gender and the contours of precarious employment*. New York: Routledge.
- Weinkopf, C. (2009). Precarious employment and the rise of mini-jobs. In L. F. Vosko, M. MacDonald, & I. Campbell (Eds.), *Gender and the contours of precarious employment* (pp.177-193). New York: Routledge.
- Wijekoon Mudiyansele, K. W., Samkange-Zeeb, F., Brand, T., & Zeeb, H. (2018). Exploring ethnic differences in understanding of self-rated health among persons of Turkish, Bosnian and German origin. *BMC Research Notes*, 11(1), 903.
- World Bank. (2020). *Gender data portal*. <http://datatopics.worldbank.org/gender/>에서 2020. 4. 5. 인출.
- Zajacova, A., Huzurbazar, S., & Todd, M. (2017). Gender and the structure of self-rated health across the adult life span. *Social Science and Medicine*, 187, pp.58-66.

Different Family Policies and Gendered Trajectory of Self-Rated Health: Comparison of the Middle-Aged Adults in Denmark, Germany, and South Korea

Kim, Minhye

(Gachon University)

Khang, Young-Ho

(Seoul National University)

This study compares the gendered inequalities of longitudinal change of health (self-rated health, SRH) and the effects of socioeconomic status among the middle-aged men and women. Countries with greater (Denmark, dual-earner support), medium (Germany, general family support), and lower (South Korea, residual support) levels of support system for women were selected. The Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (2007-2015) and the Korean Longitudinal Study of Ageing (2006-2014) were used (total 1,403 Danes, 1,245 Germans, and 4,301 Koreans). Multiple group latent growth curve models were employed. Unconditional models showed that Korean men had better health trajectories than their female counterparts. No gender difference was found among Danes and women was slightly better among Germans. Conditional models yielded that, unlike Denmark and Germany, Korean women were more disadvantaged in terms of lower education than Korean men. Unlike Denmark, Korean women with working status gained less benefit than Korean men. In addition, similar to Denmark and Germany, Korean women with more household income did not experience much increase in SRH than Korean men. Unlike Denmark and Germany, Korean men with routine jobs were more disadvantaged than Korean women.

Keywords: Gender Differences in Health, Welfare-Regimes and Family Policies, SHARE, Klosa, Latent Growth Curve Model

This paper uses data from SHARE Waves 2, 3 (SHARELIFE), 4, 5 and 6 (DOIs: 10.6103/SHARE.w1.600, 10.6103/SHARE.w2.600, 10.6103/SHARE.w3.600, 10.6103/SHARE.w4.600, 10.6103/SHARE.w5.600, 10.6103/SHARE.w6.600), see Axel Börsch-Supan et al. (2013) for methodological details.

The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-02885 7, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) and FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°22782 2, SHARE M4: N°261982). Additional funding from the German Ministry of Education and Research, the Max Planck Society for the Advancement of Science, the U.S. National Institute on Aging (U01_A G09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, I AG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C) and from various national funding sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org).