

사회 경제적인 불평등이 건강 불평등에 미치는 영향 연구*

이 광 옥** · 윤 희 상***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

불평등은 사회경제적인 산물로 사람들이 만들어 가는 관계 속에서 물리적 사회적 구조 속에서 형성되는 것으로 부와 노동의 조건에 따라 파생되는 자연적인 결과이다. 이와 같은 불평등은 사회경제적인 이유에서 사회적 저소득계층일수록 삶의 질이 낮고 건강 또한 불평등상태에 놓여 있는 것을 말한다. 건강 불평등은 사회경제적 불평등에 놓여있는 계층뿐만이 아니라 전염성질환의 확산, 음주, 약물남용 등을 통하여 사회전체에 영향을 미치기도 한다.

개인의 건강불평등이 사회 전체에 미치는 영향은 증가되는 추세이다. (South & West Devon, 2000) 영국 정부에서 발간된 "Saving lives: Our Healthier Nation"의 보고서에 의하면 1930년대부터 사망률은 줄어들었으나 전문직종에 있어서의 사망률과 육체노동자에 있어서의 사망률간의 격차는 2배 이상으로 점점 벌어지고 있는 추세이다. 경제적으로 부유한 계층과 가난한 계층에 있어서의 격차를 줄여야 하는 이유는 불평등이 사회 경제적으로 낮은 지위에 놓여있는 집단의 건강상태를 더욱 악화시키게 되고, 이 집단의 삶의 질을 더욱 떨어뜨리게 하기 때문이다. 그러므로 건강불평등의 격차를 줄이기 위하여서는 지역단위에 있어서의 노력이 요구된다.

건강불평등(Health Inequalities)은 하나의 집단과 다른 집단과 비교하였을 때 건강상태가 서로 다른 것으로 정의 할 수가 있다. 건강에 있어서의 유전자 지도, 나이 등에 따른 불평등은 현대의학에서는 피할 수가 없는 것이라 할 수 있다. 그러나 집단간에 피할 수 있는 건강상의 불평등이 존재하며 이러한 불평등을 본 논문에서 다루고자 한다. 하나의 집단이 다른 집단에 비하여 평균적인 건강 수준이 저하된 이유는 그들의 건강을 증진시킬 수 있는 기회가 동등하게 제공되지 않기 때문으로 이와 같은 건강불평등은 사회 경제적인 요인과 관련되어 있다. 사회 경제적인 요인으로는 개인의 소득, 교육, 직업 등을 들 수 있다(Black, Smith, Townsend, Whitehead, 1988).

건강불평등은 개인과 집단간의 사망률, 자가건강평가, 혈압 등 다양한 건강 지표로 측정 할 수 있다 (Murry, Gakidou, Frank; 1999). 집단간의 건강 불평등은 사회 경제적 불평등과 관계가 있으며, 사회 경제적 불평등은 소득의 격차, 교육수준의 격차, 주거수준의 격차 등으로 측정되기도 한다. 개인에 있어서의 건강 불평등을 측정하는 것은 개인이 속한 집단간의 건강 불평등을 측정하는 것으로 대신 할 수도 있다는 학문적인 견해도 있을 정도로 집단간의 건강불평등은 중요하다고 할 수 있다 (Murray, Gakidou, Frenk, 1999).

건강 불평등이 다른 사회 경제적인 불평등과 연관되어 있다고 주장하고 학자로는 Wagstaff을 들 수 있다.

* 본 연구는 이화여자대학교 간호과학 연구소의 연구비 지급에 의하여 이루어졌음.

** 이화여자대학교 간호과학 대학 교수

*** 이화여자대학교 간호과학 대학 연구원

Wagsstaff(1991)에 따르면 건강이 인간의 복지에 있어서 예민한 부분이고 개인의 안녕(well-being)에 가장 많은 부분을 구성하고 있으며, 이와 동일한 선상에서 소득의 불평등이 건강과 교육의 불평등의 하나의 원인이 될 수 있다고 한다.

건강 불평등에 대한 초기 연구는 1722년 다니엘 데포(Daniel Defoe)의 글로서 이 글에서는 가난한 사람일수록 질병 또한 많다는 서술하고 있다. 건강불평등에 대한 논의는 그 후에도 계속되어져 왔으나 국가 단위의 체계적인 연구는 1980년 영국의 블랙리포트(Black Report)와 1985년 WHO의 'Health for All' 보고서에서 찾아볼 수 있다. 그 후 유럽을 중심으로 건강 불평등에 대한 연구는 소득, 교육 등의 사회 경제적 여러 요소와 연관지어 활발히 진행되어지고 있다. 블랙리포트에서는 5단계 직업분류에 따른 건강불평등에 대한 연구가 이루어졌으며 사회계급이 단순 노동직으로 내려갈수록 건강 불평등이 심한 것으로 나타났다.

사회 계급간의 건강 불평등의 원인은 여러 가지로 설명되고 있고 블랙보고서에서는 네 가지의 원인으로 설명하고 있다.

첫째, 건강불평등의 현상은 계급변화에 따라 몹시 복잡하게 나타나기 때문에 어떤 현상이 호전되는지 악화되는지를 구분할 수가 없다는 것이다.

둘째, 사회적 이동에 의해 건강 불평등이 생겼다는 것이다. 건강상태가 양호한 사람은 상위계급으로 올라가고 건강 상태가 나쁜 사람은 하위 계급으로 이동하는 사회적 이동이 계급간 건강 불평등을 야기하였다는 설이다.

셋째, 문화적 또는 행동요인의 차이로 건강 불평등이 생겼다는 것이다. 생활수준이 낮은 계층일수록 건강을 위한 생활습관을 갖거나 건강을 위하여 긍정적인 행동을 하는데 무기력하다는 것이다(Bahhurst, 1990; Smith, 1992; Kushi, 1998).

넷째, 물질적 결핍이 건강 불평등을 초래한다는 설명이다. 절대적인 물질결핍뿐만이 아니라 상대적인 물질결핍도 건강 불평등을 야기한다고 보는 견해이다. 소득과 근로조건 두 가지가 건강 불평등의 원인이라는 것이며 이것은 절대적인 빈곤보다 상대적인 빈곤이 건강 불평등과 더욱 관계가 깊다는 것이다.

위와 같은 외국의 분석결과를 토대로 하여 볼 때 우리나라에서의 건강 불평등에 대한 연구는 초보적인 수준에 머물러 있다고 할 수 있다. 국민개보험시대임에도 불구하고 개인간, 및 집단간의 건강 수준에 있어서는 차이가

많이 나타날 수 있다는 여러 문헌 고찰을 토대로 본 연구는 실증적인 분석을 통하여 우리나라에 산재되어 있는 건강 불평등에 대한 원인이 사회 경제적인 불평등에 있음으로 보여주고자 한다. 이러한 연구가 필요한 이유는 건강 불평등을 해소하기 위해서는 저비용 고효율의 접근이 요구되며 이를 위해서는 간호사에 의한 개인 단위, 집단단위의 건강 접근이 요구되기 때문이다. 본 연구의 목적은 우리나라에 존재하는 건강 불평등과 사회경제적 불평등의 관계를 분석함으로써 간호사로 하여금 건강 접근의 기초전략을 세울 수 있게 하려는 것이다.

2. 연구 목적

본 연구는 우리나라에 존재하는 건강불평등의 본질과 분포를 측정하고, 사회 경제적인 불평등이 건강 불평등에 미치는 영향을 연구하는 것을 목적으로 한다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

사회 경제적인 불평등의 분포와 속성을 측정한다.

사회경제적인 불평등과 건강자가평가와의 관계를 파악한다.

사회 경제적인 불평등과 건강 관련 위험행동간의 관계를 파악하고자 한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 사회경제적 불평등이 건강 불평등에 미치는 영향을 조사하기 위한 횡단연구(cross-sectional)이다. 건강 불평등에 대한 지표로는 외국의 연구에서 자주 사용되고 있는 자가 평가에 의한 건강수준을 사용할 것이며, 사회 경제적인 불평등의 지표로서는 소득, 소득에 대한 만족도, 교육, 주거상태, 스스로 평가한 계층의식 등을 사용하고자 한다.

소득은 생활수준을 반영한다는 점에서 건강 불평등과의 관계를 연구하는 데에 중요한 지표로 이용되고 있다. 그러나 최근의 연구에 있어서는 소득과 건강 수준을 평가하는 데서도 절대적 소득이 중요한지 상대적 소득이 더 중요한지에 관한 논란이 있다. OECD 국가의 소득수준과 사망률을 비교한 연구에 의하면 소득의 절대적 수준보다 국가 내에서 상대적 분포가 건강 불평등과 더 밀접한 관계를 가진다고 한다(Sawyer, 1976). 본 연구에

서는 두 가지의 이론을 모두 고려하여 절대적인 기준인 소득유무와 상대적인 기준이라고 할 수 있는 소득에 대한 만족도를 모두 사용하고자 한다. 사회 경제적인 변수로서 소득이 가지는 약점은 현재 소득이 연령 등 여러 요인에 의해 영향을 받는다는 점이다. 동일한 소득을 가지는 사람도 자격, 재산, 직업적 성취 등에서 매우 다양한 집단에 포함될 수 있다(Cho, 2000). 본 논문은 이러한 분석상의 문제점을 회귀분석을 이용함으로써 해결하려고 한다.

사회계층을 구분하는 또 하나의 중요한 변수는 교육수준이다. 교육수준은 직업과 달리 현재 취업자, 실업자, 은퇴자, 주부 등 모든 인구집단을 다 포함할 수가 있다. 그리고 남녀 모두에서 변동이 없기 때문에 질병에 걸린 사람의 소득이 줄어드는 것과 같은 문제가 생기지 않아서 원인과 결과를 판단하는 데에 도움이 된다.

주거형태와 스스로 평가한 계층의식 또한 다른 연구에서도 사회경제적 불평등을 측정하기 위해 흔히 사용되는 지표로서 본 논문에서도 동일하게 사용하고자 한다.

2. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구는 통계청에서 실시한 1999년 사회통계조사자료로 1999년 보건, 사회 참여, 소득과 소비부분에 있어서의 표본통계조사를 실시한 것을 원 자료형태로 구입하여 분석하였다. 통계청의 통계조사는 1999년 10월 1일부터 26일 사이에 실시되었으며 전국의 약 30,000표본가구를 대상으로 실시되었다. 표본추출은 1995년 인구주택 총 조사 10%표본조사 결과 자료를 모집단의 기초자료로 사용하여 모집단의 대표성을 고려하였다.

3. 연구도구

설문지는 통계청에서 설문 조사한 설문지 중에서 기본 항목, 보건부분, 소득과 소비부분의 문항과 결과를 사용하였다. 사회 경제적 변수를 나타내는 항목으로는 자가 건강평가, 주거형태, 소득 만족도, 교육수준정도, 소득의 유무, 스스로 평가한 계층의식 등의 문항이 있었다. 건강과 관련된 행동은 흡연, 혈압, 음주량, 비만 등의 항목이 사용되었다.

4. 자료분석

수집된 자료의 분석은 SPSS 7.5를 이용하여 분석하였다. 조사 대상자의 자가 건강 평가, 주거형태, 교육정도, 혈압, 비만, 흡연, 음주량, 계층의식, 소득만족도는 백분율을 구하였고 위의 항목에 대한 상관관계는 상관관계분석(Pearson-correlation)을 실시하였다. 자가 건강평가를 종속변수로 한 선회귀 분석을 실시하였다. 연구결과는 대상자의 특성과 각 변수간의 상관관계를 대별하여 기술하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 응답자의 일반적인 특성

응답자의 자가건강평가에서 42.4%가 건강하다고 답하였고 20.3%가 건강하지 못하다고 답하였으며 이 중 2.9%는 매우 건강하지 못하다고 답하였다. 주택 형태는 62.3%가 자가소유, 37.7%는 무주택자인 것으로 나타났다. 이 중의 10.9%에 해당하는 대상자가 월세형태의 주거 형태를 나타내었다.

응답자 중 교육정도에 있어서는 40.7%가 고졸의 학력을 나타내어 대상자중의 가장 많은 분포를 나타내었고, 21.8%가 무학이거나 초등학교만을 졸업하였고 23.9%의 대상자는 전문대학이상의 졸업수준을 나타내었다.

수입의 항목에서는 수입이 있는 대상자가 전체의 46.6%이고 수입이 없다고 답한 대상자가 31.8%에 해당되었다.

대상자의 스스로 평가한 계층의식의 조사에 있어서는 1.1%가 자신이 상류층에 속한다고 생각하고 있으며 41.5%는 하류에 속하는 계층의식을 갖고 있으며 특히 전체의 14.3%에 해당하는 대상자가 하류 중에서도 하에 속하는 계층의식을 소유하고 있었다.

소득만족여부에 있어서는 4.7%의 응답자가 만족한다고 답하였고, 22.2%의 대상자는 불만족을 표하였다.

건강과 관련된 행동에 대한 질문 중 혈압에 있어서는 응답자의 12.9%가 자신의 혈압이 높다고 답하였고, 9.8%의 응답자가 저혈압, 73.7%가 혈압이 정상이라고 답하였다.

흡연에 있어서는 32.4%의 응답자가 흡연하는 것으로 음주에 있어서는 1/2컵에서 1병정도 마시는 대상자가 전체 응답자 중 54.4%에 해당하여 제일 많은 수를 차지하였다. 비만에 있어서는 24.6%의 응답자가 비만이라고 답하였고, 57.9%에 해당하는 응답자가 정상이라고 답하였다.

<Table 1> General Characteristics of demographic data.(n=88096)

Characteristics		No(%)* of reporting	Characteristics		No(%)* of reporting	
self-rated health	very good	4199(6.1)	level of education	none	5200(7.5)	
	good	25059(36.3)		elementary	9860(14.3)	
	fair	25783(37.3)		middle	9373(13.6)	
	poor	11988(17.4)		high	28124(40.7)	
	very poor	2015(2.9)		college	5400(7.8)	
	missing value	19052		university	9979(14.5)	
				post-graduate	1090(1.6)	
				missing	19060	
House type	owner-occupied	54881(62.3)	Income	yes	41022(46.6)	
	rented	21215(24.1)			no	28022(31.8)
	lease	23(6.6)			missing	19052(21.6)
	monthly-rent	3800(4.3)				
	housing-project	2415(2.7)				
income - satisfaction	very-satisfied	170(.2)	self-reported social class	high-high	152(0.2)	
	satisfied	3934(4.5)			high-low	626(0.9)
	fair	16898(19.2)			middle-high	12319(17.8)
	unsatisfied	15062(17.1)			middle-low	27299(39.5)
	very unsatisfied	4462(5.1)			low-high	18809(27.2)
	no answer	28021(40.6)			low-low	9839(14.3)
	missing	47570			missing	19052

주) * valid percentage in parenthesis

<Table 2> General Characteristics of health-related behavior (n=88096)

health-related behavior	No. of reporting(%)	health-related behavior	No. of reporting(%)
Smoking Quantities		Drinking Quantities	
none	45485(67.6)	1/2 cup	160899(39.2)
0 - 20 cigarette	19673(7.4)	1/2 cup- 1 bottle	22239(54.4)
20 - 40 cigarette	2076(2.2)	2 bottle	2311(5.6)
40 - 60 cigarette	58(.7)	3 bottle & more	346(.8)
missing	20804	missing	47072
Overweight		Hypertension	
very fat	1051(1.5)	very high	806(1.2)
fat	15980(23.1)	high	8063(11.7)
normal	39952(57.9)	normal	50904(73.7)
thin	10980(15.9)	low	6388(9.3)
very thin	1081(1.2)	very low	366(.5)
missing	19052	don't know	2547(3.7)
		missing	19052

2. 자가건강평가와 사회 경제적인 상태와의 관계

자가 건강 평가와 사회 경제적인 상태와의 상관관계 분석에서는 <Table 3>에서 볼 수 있듯이 교육수준과 자가 건강평가가 통계적으로 유의한 차이를 보여 교육수준이 높을수록 자가평가에 의한 건강이 좋은 것으로 나타났다 ($r=-.312, P<0.01$). 건강과 주택소유와의 관계는 통계적으로 유의한 차이를 보여 ($r=-.020, P<0.01$) 스스로 건강이 안 좋다고 답한 사람일수록 주택을 소유하고 있는 경우가 많은 것으로 나타났다. 소득과 자가 건

강 평가와는 통계적으로 유의한 차이를 보여 소득이 있는 응답자일수록 건강한 것으로 나타났다 ($r=.064, P<0.01$). 스스로 평가한 계층의식과 건강에 있어서도 통계적으로 유의한 것으로 나타나 상류층에 속한다고 생각하는 사람일수록 건강한 것으로 나타났다 ($r=.157, P<0.01$). 소득만족과 자가건강평가와의 관계에 있어서도 통계적으로 유의한 것으로 나타나 소득에 대한 만족이 높을수록 자가 건강 평가가 좋은 것으로 나타났다 ($r=.101, P<0.01$).

교육과 소득의 관계에 있어서도 통계적으로 유의한 것

〈Table 3〉 Pearson Correlations or Comparison between self-rated health and social economic status

	self-rated health	education	housing type	age	income	self-reported social class	income-satisfaction
self-rated health	1.000						
level of education	-.312	1.000					
housing-type	-.020	.083	1.000				
age	-.350	.588	.138	1.000			
income	.064	-.085	-.089	.125	1.000		
self-reported social class	.157	-.218	.196	-0.57	-.038	1.000	
income-satisfaction	.101	-.116	-.068	.106	.931	.047	1.000

주) All the coefficients reported are significant at the 0.01 level (2-tailed)

으로 교육수준이 높은 사람일수록 소득이 높은 것으로 나타났다 ($r = -.085, P < 0.01$). 또한 고등교육을 수료한 응답자일수록 스스로 평가한 계층의식이 높은 것으로 나타났다 ($r = .218, P < 0.01$). 무 주택자와 영구임대주택에 사는 응답자와 스스로 평가한 계층의식간의 상관관계에 있어서도 통계적으로 유의한 것으로 나타나 스스로 하류층에 속하고, 주택을 소유한 응답자가 소득 만족도 또한 높은 것으로 나타났다 ($r = .062, P < 0.01$). 스스로 평가한 계층의식과 소득에 대한 만족도의 관계에서도 통계적으로 유의한 것으로 나타나 스스로 평가한 계층의식이 높다고 생각하는 사람들이 소득에 대해서도 만족한다는 결과를 나타냈다 ($r = -.038, P < 0.01$).

3. 사회 경제적인 불평등과 건강 관련 위험행동간의 관계

사회 경제적인 불평등과 건강 관련 행동과의 상관관계 분석에서는 〈Table 4〉에서 볼 수 있듯이 교육과 혈압과는 통계적으로 유의한 것으로 나타나 교육정도가 낮을수록 혈압이 높은 것으로 나타났다 ($r = .024, P < 0.01$). 혈압과 연령에 있어서도 통계적으로 유의한 것으로 나타나 연령이 높을수록 혈압이 높다고 인식하는 것으로 나타났다 ($r = .129, P < 0.01$). 흡연과 교육수준에 있어서도 통계적으로 유의한 차이가 나타나 교육수준이 높을수록 흡연량이 증가하는 것으로 나타났으며 ($r = .065, P < 0.01$), 스스로 평가한 계층의식과 흡연량과의 관계에 있어서도 통계적으로 유의한 차이가 나타나 스스로 평가한 계층의식이 낮을수록 흡연량이 증가하는 것으로 나타났다 ($r = .052, P < 0.01$). 음주량과 교육과의 관계에서도 통계적으로 유의한 차이를 보여 음주량이 많을수록

〈Table 4〉 Pearson Correlations or Comparison between social economic status and health related behavior

	self-reported health	level of education	age	hyper-tension	smoking	overweight	drinking-quantities	self-reported social class	income-satisfaction
self-reported health	1.000								
level of education	-.312	1.000							
age	-.350	.588	1.000						
hypertension	.019	.024	.129	1.000					
smoking	-.054	.065	-.045	-.048	1.000				
overweight	-.093	-.046	-.028	.130	.079	1.000			
drinking quantities	-.087	.112	.058	-.059	.423	.009	1.000		
self-reported social class	.157	-.218	-.057	.034	.052	.050	.004	1.000	
income-satisfaction	.101	-.116	.106	.058	-.274	.000	-.167	.047	1.000

주) All the correlation coefficients except that between self-reported social class and drinking-quantities(.004) are significant at the 0.01 level (2-tailed)

교육정도가 높은 것으로 나타났다 ($r = .112, P < 0.01$).

4. 자가 건강 평가에 영향을 주는 요인

자가 건강 평가에 영향을 주는 요인은 주거형태, 교육 수준, 스스로 평가한 계층의식, 소득, 소득만족 등으로 나타났고 모두 통계적으로 유의한 것으로 나타났다 ($R^2 = .112$). 이들 변수 중에서는 교육수준이 자가 건강 평가에 제일 많은 영향을 주는 것으로 나타났다 ($t = -75.849, P = 0.00$). 즉, 교육수준이 높을수록, 스스로 평가한 계층의식이 높을수록, 소득만족도가 높을수록, 소득이 높을수록, 주거형태가 좋을수록 자가 건강 평가가 좋은 것으로 나타났다.

<Table 5> Regression results Dependent variable: self-rated health

	standardized coefficients	t	sig.
level of education	-.283	-75.849	.000
self-reported social class	.084	21.846	.000
income satisfaction	.187	18.520	.000
income	-.132	-13.118	.000
housetype	-.012	-3.312	.000
$R^2 = .112$			

IV. 논 의

자가 건강 평가에 가장 많은 영향을 주는 것은 교육과 응답자 스스로가 평가하는 계층의식과 수입임이 결과로 나타났다. 이는 영국에서 발간된 Black Report(1984)와 같은 결과를 보여 주고 있어 건강 불평등에 있어서 수입은 가장 중요한 변수라고 볼 수 있다. 이는 세계보건기구(WHO)의 연구와도 일치하고 Wilson(2001)의 연구에서도 수입이 사회 경제적인 변수에 있어서 제일 고려하여야 하는 변수로 나타난 결과와 일치하고 있고 경제적인 안정성이 개인의 건강을 좌우하는 제일 중요한 지표로 설명되고 있다. 본 연구에 있어서의 또 다른 특징은 스스로 평가하는 계층의식이다. 계층의식은 상위 계층이라 함은 소득에 있어서도 높은 계층을 의미하지만 건강과 교육에 있어서도 높은 계층으로 이는 사회 경제적인 상태를 반영한다고 볼 수 있다. 본 연구에서 스스로 상위 계층에 속한다는 집단이 사회 경제적인 집단속

성에서도 상위 집단을 나타내었고 건강에서도 건강한 것으로 나타났다. 그러나 본 연구에서 사용된 질문은 주관적인 평가이므로 이에 대한 추후 연구가 필요하고 객관적인 도구에 의한 측정이 연구되며 스스로 평가하는 계층의식이 사회 경제적인 집단을 표시 할 수 있는 변수로 활용 될 수 있는지에 대한 자세한 연구가 필요하다.

자가건강평가와 교육과는 교육이 낮을수록 건강이 나쁜 것으로 나타났다. 교육은 건강 불평등에 있어서 소득과 더불어 사회 경제적인 상태를 측정하는 중요한 변수로서 교육이 낮을수록 건강이 나쁜 것은 건강 불평등의 한 요소로 교육을 간주할 수 있다. 이는 Mackenbach의 네덜란드에서 행하여진 건강에 있어서의 사회 경제적인 불평등의 연구에서는 교육수준이 높은 네덜란드인이 교육이 낮은 네덜란드인 보다 12년 정도를 더 건강하게 사는 것으로 연구되었다 (Mackenbach, 1994). 본 연구의 회귀 분석결과 건강에 가장 영향을 주는 것으로 교육임이 나타났다. 이는 스페인에서 행하여진 연구에서도 같은 결과가 나왔다. 1986년 1992년 대상자 37934명을 대상으로 자가건강 평가와 사회적인 불평등을 회귀분석한 결과 두 연구 모두에서 교육이 사회적인 불평등을 나타내는 지표로 나타났고 이는 건강 불평등을 초래하는 것으로 나타났다(Esnaola, 2000).

교육과 계층의식간의 관계에서는 교육수준이 낮을수록 스스로 평가한 계층의식이 하류층에 속하는 것으로 나타났다. 스스로 평가한 계층의식이 하류층에 속하는 집단이 건강 또한 나쁘다고 답하여 사회 경제적 집단의 중요 지표인 교육의 부분보다는 상관 관계가 낮게 나타났으나 Power 등이 실시한 연구에 의하면 사회 경제적인 집단의 속성은 하류층에 속하는 생활형태의 위험요소와 관계가 있고 이는 대상자들이 나이가 들어감에 따라 더욱 확실하게 관찰되었다는 보고가 있어 스스로 평가한 계층의식이 하류층에 속하는 사람들에 대한 건강 불평등의 현상이 나타나고 있다 (Power, Matthews, Manor, 1996).

건강과 주거 형태에 있어서는 자가 주택일수록 건강하지 못한 것으로 나타났다. 이는 주택의 소유가 사회 경제적인 불평등에 있어서 주요 지표이나, (Dunn, Hayes, 2000) 본 연구에서는 자가 주택의 소유자가 연령이 많을수록 증가하는 것으로 나타나 ($r = -.39, P < 0.01$) 연령이 많은 집단이 주택을 소유하였고 고통에 따른 건강 불평등의 현상으로 해석할 수 있다. 그러나 사회 경제적인 중요한 지표 중에 하나인 주택의 소유에 대

한 문항에서 무주택자가 스스로 평가한 계층의식에 있어서도 하류층으로 나타나고 있다 ($r=-2.18, P<0.01$). 주택의 소유가 경제적 위치를 나타내고 있는 우리나라의 현실에 있어 자가 주택의 여부가 사회 경제적인 불평등에 있어서 중요한 지표가 되고 있다. 이는 소득에 있어서의 스스로 평가한 계층의식보다는 낮은 상관관계를 보이고 있으나($r=-2.18, P<0.01$) 소득 만족도와와의 관계에 있어서는 무주택자가 소득에 있어서 불만족한 것으로 나타나고 있다.

사회적으로 불평등한 집단일수록 교육과 복지 있어서 불평등의 집단에 속한다는 결과는 다른 선행연구와 일치하게 나타났다(Townsend, Davidson, 1984). 사회집단간의 건강의 차이는 건강차이 그 자체가 아니라 사회 경제적으로 다른 변수와의 관계를 보는 것이 더 중요하다고 보고 있다(Murray, Gakidou, Frenk, 1999). Kaplan은 노벨포름에서 행한 연설에서 질병의 원인은 질병 그 자체보다는 환경적 지리적 경제적으로 속하여 있는 인구집단이 중요하고 이들의 사회적, 행동적으로 직면하고 있는 원인을 관찰하여 나가는 것이 중요하다고 주장하였다(Kaplan, 1999). 본 연구에서도 교육과 스스로 평가한 계층의식과는 강한 관계를 보여주고 있어 교육이 낮을수록 스스로 평가한 계층의식 또한 낮은 것으로 나타나 사회 경제적인 불평등의 중요지표인 교육과 개개인이 속하여 있는 집단과는 강한 상관관계를 나타냈다.

건강과 소득에 대한 만족도와의 관계에서는 소득이 낮을수록 건강이 나쁘다고 답하였다. 이는 소득에 대한 만족도가 낮을수록 계층의식에서 하에 속하는 것으로 나타나 ($r=.117, P=0.01$) 소득에 대한 만족도가 낮을수록 스스로 사회 경제적으로 낮은 그룹에 속한다고 생각하는 것으로 나타났고 이는 건강에 있어서 사회 경제적인 집단에 있어서의 불평등이 건강 불평등과 동의어로 쓰일 수 있다는 1999년 WHO에서 발행된 보고서와 동일한 결과가 나타났다(Murray, Gakidou, Frenk, 1999). 또한 Valkonen의 보고에 따르면 핀란드의 1986년부터 1990년까지 행하여진 표준화된 사망률의 비교에서 상위 관리직의 사망률이 57인 것에 비하여 하위 노동직의 사망률이 121로 나타났다(Valkonen, 1993). Mackenbach와 Kunst의 연구에서 여러 가지 지표를 종합하여 볼 때 건강 불평등은 건강에 있어서의 사회그룹간의 차이로 설명하였다(Mackenbach, Kunst, 1997).

Wagstaff(1991)는 건강의 불평등은 사회 경제적인

불평등의 거울이라고 주장하고 건강 불평등과 다른 사회 경제적인 불평등과의 관계를 연구하여야 한다는 의견을 내놓고 있다. 즉, 건강을 사회경제적인 불평등과 연관시키기보다는 건강은 인간의 삶에 있어서 가장 기본적으로 다루어져야한다는 것으로 건강 불평등이 교육이나 수입의 불평등보다 더욱 심도 있게 다루어져야 한다고 주장한다(Wagstaff, 1991). Kaplan은 건강 불평등이 행동적 사회 심리적인 면을 따로 떼어서 생각할 수 없다고 밝히고 있다. 다른 말로 하면 사회 경제적인 위치와 행동적 심리 사회적 측면은 강하게 연관되어 있다는 것이다(Kaplan, 1999).

본 연구에서의 가장 큰 한계점은 자가 건강 평가에 의한 건강 수준이라는 것이다. 이는 Power 등의 연구자가 British Medical Journal에서 문제제기를 하였다. 대상자의 주관적인 평가에 의한 건강평가이므로 건강이 나쁘다는 것에 대한 평가가 주관적으로 나타날 수가 있다는 것이다(Power, Matthews, Manor, 1996). 본 연구에서는 많은 수의 응답자가 답하지 않았다. 이는 건강평가에 대한 기준부족과 자신의 건강에 대한 객관적인 평가가 부족한 것이 정확한 응답을 회피한 원인으로 꼽을 수가 있다. 또한 건강이 좋다 나쁘다에 대하여 대상자 스스로가 느끼는 정도가 틀리므로 이에 대한 정확한 사정이 어렵다. 그러나 이와 같은 한계에도 불구하고 자가 평가에 의한 건강평가가 건강 불평등을 측정하는 중요한 변수로 사용되고 있다(Kennedy, Kawachi, Glass, Prothrow-smith, 1998). 이는 현재 자가 건강 평가에 의한 건강 평가가 미래에 있어서 사망률을 측정 할 수 있는 지표로 사용될 수 있기 때문이다(Power, Matthews, Manor, 1996). 즉, 객관적으로 건강이 나쁜 것으로 평가된 소득이 낮은 집단에 있어서 건강 불평등이 관찰되었고 이들 집단은 자가 건강 평가에 있어서도 건강이 나쁘다고 답하여 자가 평가에 의한 건강이 사망률의 측정에 있어서 중요한 변수가 되는 것으로 나타났다 사망률과 더불어 자가 건강 평가에 의한 건강수준이 건강 불평등한 결과로 나타났다(Idler, Angel, 1990).

본 연구의 또 다른 한계는 사회 계층에 부분에 있어서 소득에 대한 객관적인 자료는 통계청에서 제공하지 않았다. 그러나 수입의 항목에서 수입이 있다 없다는 식으로 양분하여 조사되었고 다른 사회 경제적인 불평등의 지표인 교육과 주거형태 스스로 평가한 계층의식 등에 대한 지표를 제공하였기에 건강 불평등에 대한 크기를 측정할

수가 있다(Power, Matthews, Manor, 1996).

핀란드에서 행하여진 연구에 의하면 교육수준과 흡연 음주량과는 강한 상관관계를 나타내고 있다는 것이다. Turrell의 오스트레일리아에서의 연구에 따르면 사회경제적으로 불이익을 받는 집단이 건강을 해치는 행위에 많이 노출되어 있고 사회 심리적으로 자신의 건강을 지킬 수 없는 환경에 노출되는 경우가 많다. 예방적인 측면에서의 건강관리를 제대로 못하고 있다는 연구결과가 나와 사회 경제적인 집단에 따른 건강 행위에 대한 분석이 요구된다고 분석하였다 (Turrell, 2000). 그러나 본 연구에서는 건강 관련 행위와 사회 경제적인 불평등과의 항목에서는 흡연과 건강과는 담배를 피우는 사람이 건강이 좋다고 답하였다 ($r=-.054, P=0.01$). 이는 건강이 좋다고 간주하는 사람이 흡연을 하게되고 건강이 나쁘다고 생각하는 사람은 스스로 금연을 하는 것으로 해석할 수가 있다. 교육과 흡연과는 교육이 낮을수록 흡연을 하지 않는 것으로 나타났다. 이는 우리나라에서는 대학생들의 흡연량이 증가하는 것으로 나타나고 있고, 본 연구에서 고등교육을 받은 사람이 흡연량도 증가하는 결과가 산출된 것으로 추정되었으나 이에 대한 추가적인 연구가 필요하다. 음주량에 있어서도 동일한 결과가 나타나 음주량이 많음에 따라 건강하다고 답하여 ($r=-.087, P=0.01$) 건강에 자신이 있는 사람이 음주량이 증가하였다.

그러나 많은 선행연구가 건강 위험행위로 음주와 흡연을 지적하고 있어 음주와 흡연행위와 자가 건강 평가에 대한 연구와 건강 불평등과의 관계에 대한 연구가 필요하다.

혈압에 있어서는 혈압이 높은 응답자가 교육수준이 낮은 것으로 나타났다. 교육수준이 낮은 사람은 혈압에 대하여 스스로 관리하지 못하고 있어 우리나라 성인 남녀가 뇌출혈로 인한 사망률이 높은 것을 감안 할 때에 혈압에 따른 건강 불평등에 대한 대책이 요구된다.

IV. 결과 및 제언

본 연구는 사회적 불평등이 건강 불평등에 미치는 영향을 연구함으로써 사회 경제적인 불평등의 분포를 측정하고 사회 경제적인 불평등이 자가건강평가에 미치는 영향을 알아보고 건강위험관련행동과의 관계를 파악하여 국민건강을 연구하기 위한 기초자료로 삼고자 시도되었다.

본 연구는 1999년 통계청에서 우리나라 국민 중 표본집단을 선정하여 사회통계조사를 실시한 자료를 구입

하여 보건부분과 사회분야의 자료를 이용하여 SPSS_PC를 이용하여 분석하였다.

건강에 대한 항목으로는 자가 건강 평가를 항목으로 설정하였고 사회 경제적인 불평등으로는 교육수준, 주택 소유형태, 나이, 수입, 응답자 스스로 평가한 계층의식, 소득만족도가 변수로 사용되었다. 건강관련 위험행위를 알아보기 위하여서는 스스로 평가한 혈압과 음주량 흡연 비만 등의 항목을 변수로 사용하였다.

응답자의 일반적인 특성은 백분율로 표시하였고 사회 경제적인 불평등을 측정할 수 있는 교육수준, 주거형태, 스스로 평가한 계층의식, 소득에 대한 만족도 등은 자가 건강평가와의 Pearson correlation 상관관계분석 회귀 분석을 실시하였다. 주요결과는 다음과 같다.

1. 본 연구의 총 응답자는 88,096명이었고 스스로 건강하다고 답한 응답자가 47.9%에 해당하였다. 자가 주택을 소유한 응답자가 62.3%에 해당하였다. 사회 경제적인 특성은 교육수준에 있어서는 무학이나 초등학교만 졸업한 응답자가 전체의 21.8%에 해당되었다. 수입이 있는 응답자는 46.6%에 해당되었고 소득에 대한 만족도 조사에서는 소득에 대한 만족하는 응답자는 4.7%에 해당되었다. 스스로 평가한 계층의식에 있어서는 스스로 하에 속한다는 응답자가 41.5%에 해당되었고 이 중의 하하류층에 속한다는 대상자가 11.2%에 해당되었다.

건강에 대한 직접적인 질문에서는 응답자의 13.9%가 자신의 혈압이 높다고 답하였고 73.7%가 정상이라고 답하였다. 흡연의 문항에서는 32.4%가 담배를 피운다고 답하였다. 음주의 문항에서는 1/2컵에서 1병정도 마시는 응답자가 54.4%로 가장 높게 나타났다. 비만에 대한 문항에서는 24.6%의 응답자가 비만이라고 답하였고, 57.9%에 해당하는 응답자가 정상이라고 답하였다.

2. 건강과 관련된 위험행위에 있어서는 32.4%가 흡연하는 것으로, 12.9%가 비만이라고 답하였다. 혈압의 문항에서는 73.7%가 정상이라고 답하였다.

3. 건강 불평등으로 자가평가에 의한 건강에 있어서는 교육수준이 제일 영향을 많이 미치는 것으로 나타났고 스스로 평가한 계층의식에 있어서는 계층의식이 높은 대상자가 건강하다고 답하여 사회 경제적인 불평등이 건강 불평등과 관계가 있었다.

4. 교육수준이 높을수록 흡연 량과 음주량이 증가하였다.

5. 주거형태에 있어서는 자가 주택일수록 건강하지 못한 것으로 나타났으나 이는 자가주택의 소유와 연령이 관계가 되는 것으로 나타나 고령에 따른 건강 불평등으

로 해석할 수가 있었다.

6. 소득에 대한 만족도가 낮은 집단에서 스스로 건강도 나쁘다고 답하였다.

이러한 연구자료를 기초로 사회 경제적인 불평등이 건강 불평등에 미치는 영향에 대한 본격적인 연구가 요구되며 건강불평등을 최소화 할 수 있는 건강 정책의 개입이 요구된다. 사회경제적인 불평등으로 야기된 건강 불평등을 이해하기 위하여서는 개인이 속하여 삶을 영위하고 있는 지역사회의 사회 경제적 위치와 개인이 속하여 있는 지역사회 집단의 건강상태와의 관계를 이해하는 것이 필수적이다.

이와 같은 건강의 불평등은 비용-효율적인 개입(cost-effective intervention)에 의하여 완화 될 수가 있다. 비용-효율적인 측면에서의 가장 적절한 개입은 1차 진료로 이는 간호사에 의한 개입이라고 볼 수 있다. 지역사회, 특히 저소득지역 사회에 있어서의 건강불평등의 정도를 사정하고, 이에 대하여 저소득계층의 건강불평등을 사정하여 삶의 질을 향상하기 위한 대책이 요구된다.

본 연구에서는 교육수준이 높을수록 흡연량과 음주량이 증가하는 것으로 나타났다. 이는 선행 외국의 연구와는 상반된 결과로 외국의 연구에서는 교육수준이 낮을수록 건강관련 위험행위가 증가되는 결과와는 상반된다. 그러나 논의에서 제시하였듯이 흡연과 음주가 건강관련 위험행위를 비추어 볼 때 음주, 흡연 등의 건강 관련 위험행위와 교육수준과의 관계에 대한 심층적인 연구가 요구된다. 더불어 건강 관련 위험행위는 간호사에 의한 조기 보건교육으로 예방될 수 있음을 비추어 볼 때 지역단위의 간호사의 역할 확대가 요구된다고 볼 수 있다.

Reference

- Bartley, M., Sacker, A., Firth, D., Lynch, K. (2000). Towards explaining health inequalities. *British Medical Journal*, 14:321(7266):962.
- Bahhurst, K. I. (1990). Socio-demographic determinants in Australia of the intake of food and nutrients implicated in cancer epidemiology. *Medicine Journal Australia*, 153:444-452.
- Black, D., Morris, J. N., Smith, C., Townsend, P., Whitehead, M. (1988). *Inequalities in Health: the Black report*. London: Penguin.
- Cho H. (1997). *Mortality differentials of government officers and private school teachers by social stratification in Korea*. Seoul national University Doctor's Thesis.
- Eachus, J. Chan, P. Pearson, N. Propper, C., Smith, D. (1999). An additional dimension to health inequalities :disease severity and socioeconomic position. *Journal of Epidemiology Community Health*, 53(10): 603-11
- Esnaola, A. (2000). Change in social inequalities in health in the Basque County. *Journal of Epidemiology community Health*, 54(6): 437-443.
- Gwatkin, D. R. (2000). Health inequalities and the health of the poor: what do we know? what can we do?. *Bulltin of World Health Organization*, 78(1):75-85
- Idler, E. L., Angel, R. L. (1990). Self rated health and mortality in the NHANES-1 epidemiologic follow up study. *American Journal of Public Health*, 80:446-52.
- James, R., Dunn, Michael V. Hayes (2000). Social inequalities, Population health, and housing: a study of two Vancouver neighborhoods; *Social Science & Medicine* 51, 563-587.
- Kaplan, G. (1999). *Upstream and downstream approaches to inequalities in health*. Karolinska Research Lecture at the nobel Forum.
- Kennedy, B., Kawachi, I., Glass, R., Prothrow-smith, D. (1998). Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis. *British medical Journal*, 317(7163):917-928
- Kunst, A. (2000). Measuring health inequalities: what is available?. www.who.int.
- Kushi, L. H. (1998). Educational Attainment and nutrient consumption patterns: The heart survey. *Journal of American Diet Association*, 88: 1230-1236
- Mackenbach, J. (1994). Socioeconomic inequalities in

- health in the Netherland: impact five year research programme. *British Medical Journal*, 309, December.
- Mackenbach, J. P., Kunst, A. E. (1997). measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*, 44:757-771.
- Murray, C.J.L., Gakidou, E. E., Frenk, J. (1999). Health inequalities and social group differences: what should we measure?. *Bulletin of World Health Organization*, 77(7).
- Power, C., Matthews, S., Manor, O. (1996). Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort: lifetime social circumstances or social mobility?. *British Medical Journal* 313:449-453.
- Power, C., Matthew, S. (1997). Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet*, 29: 350 (9091).
- Sacker, A., Firth, D., Fitzpatrick, R. (2000). Coparing health inequality in men and woman: prospective study of mortality 1986-96. *British Medical Journal*, 320, 1303-1307.
- Sawyer, D. (1976). Income distribution in OECD countries. *OECD economic outlook*, Occasional studies
- Smith, A. M. (1992). public health implications of dietary differences between social status and occupational category groups. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46:409-416
- South and West Devon (2000). *Public health report*. Members of public health team.
- Townsend P, Davidson N. *Inequalities in Health*: London: Penguin 1984
- Turrell, G., Mather, C. D. (2000). Socioeconomic status and Health In Australia. *Medical Journal of Australia*, 1:172((9).434-8
- Valkonen, T. (1993). Problems in the measurement and international comparisons of socioeconomic differences in mortality. *Social Science and Medicine*, 36:409-418.
- Wilson, K., Jerrett, M., Eyles, J. (2001). Testing relationships among deterrminants of health, health policy, and self-assessed health status in Quebec. *International Journal health Service*: 31(1), 67-89
- Wagstaff, A. et al (1991). On the measure ment of inequalities in health. *Social science and medicine*, 33:545-557..
- Wilkinson, R. G. (1997). Socioeconnic determinants of health. health inequalities: relative or absolute material standards?. *British Medical Journal*, 314:591-595.
- Woodward, A., Kawachi, I. (2000). Why reduce health inequalities? *Journal of Epidemiology Community Health*, 54(12):923-9.

- Abstract -

Relationship between Inequalities in Health and Inequalities in Socioeconomic Status*

Lee, Kwang Ok** · Yoon, Hee Sang***

This cross-sectional study is to measure the distribution of self-reported health by income.

* This work was supported by the Research Institute of Nursing Science Ewha Womans University research fund.

** Professor of College of Nursing Science, Ewha Womans University

*** researcher of College of Nursing Science, Ewha Womans University

house type, level of education, income satisfaction and self reported social class in an effort to compare the level of health inequality in Korea. The data used in the research are the Social Statistics Survey undertaken in 1999.

The correlation coefficient was used to measure the association between inequalities in health and inequalities in socioeconomic status. The correlation coefficient was the most

significant between self-reported health and the level of education and income satisfaction. As for the health-related behavior, hypertension, smoking, overweight and drinking were shown to be highly correlated with self-reported health.

Key words : Inequalities in health inequalities
in socioeconomic status