

건강불평등에 대한 개념분석

권정옥¹ · 이은남² · 배선형²

동아대학교 대학원¹, 동아대학교 간호학과²

Concept Analysis of Health Inequalities

Kwon, Jeong Ok¹ · Lee, Eun Nam² · Bae, Sun Hyoung²

¹Graduate School, Department of Nursing, Dong-A University

²Department of Nursing, Dong-A University

Purpose: The purpose of this study was to explore ways to define the concept of health inequality. **Methods:** The concept analysis process by Walker and Avant was used to clarify the meaning of health inequality. **Results:** Defining attributes of health inequality included differences in health status between individuals or groups, infringement of fundamental rights to health, unfair use of medical services, and social discrimination. The antecedents of health inequality included differences in demographic characteristics (age, gender, education, occupation, residential location), limitations in accessibility to health care, and social exclusion. Consequences of health inequality were increased costs for medical care, decreased health-related quality of life, and lack of ability to cope with health problems resulting in crisis situations, increases in morbidity and mortality, and shortening of life span. The concept was clarified through presentation of model, borderline, related, and contrary cases. **Conclusion:** Results of this study can be used to guide the direction of future studies through concept analysis in which conceptual attributes in the context of health inequality are examined. Also, based on the result of this study, development of standardized tools to measure health inequality is recommended as well as development of educational programs to reduce health inequalities.

Key Words: Health inequalities, Concept analysis

서론

1. 연구의 필요성

인간은 누구나 건강하고 행복한 삶을 살기를 원한다. 행복한 삶을 영위하기 위해 건강은 필수적이며 인간이 누려야 할 가장 기본적인 권리이다. 건강은 단순히 질병이 없는 상태뿐만 아니라 사회 및 환경과 결합하여 발생하는 것으로[1], 건강에 대한 기본권이 보장받지 못하게 되면 개인의 행복은 물론

지역사회의 발전과 국가의 경쟁력에도 부정적인 영향을 미치게 된다. 개인이 어려운 환경에 처해있을 때 건강이 위협을 받으면 의료서비스 제공과 이용 시 불평등이 발생하며[2], 건강할 수 있는 기회가 감소될 수 있다[2,3]. 불평등은 윤리적 가치 판단을 내재하고 있으며 사회경제적 구조를 중심으로 만들어진 복잡한 문제로 한 가지 요인으로는 설명할 수가 없다[4-6]. 집단 내에서 완전한 평등은 존재할 수 없으며 다소간의 불평등은 어느 사회에서나 존재해 왔다. 지난 50년 동안 많은 나라에서 경제수준의 향상과 더불어 건강수준과 기대수명은 현저

주요어: 건강불평등, 개념분석

Corresponding author: Lee, Eun Nam

Department of Nursing, Dong-A University, 3 Dongdaeshin-dong, Seo-gu, Busan 602-714, Korea.
Tel: +82-51-240-2864, Fax: +82-51-240-2947, E-mail: enlee@dau.ac.kr

- 이 논문은 동아대학교 교내 연구비지원에 의하여 연구되었음.

- This work was supported by the Dong-A University research fund.

Received: Oct 21, 2014 | Revised: Dec 20, 2014 | Accepted: Jan 19, 2015

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

히 향상되었으나 소득, 교육기회, 고용, 지역 등 사회경제적 영역에서의 불평등은 있어 왔고 이는 결과적으로 건강수준의 불평등을 심화시켜왔다[7,8].

선진국에서는 1980년에 이미 건강불평등의 개선을 위한 보고서가 발표되고 활발한 연구들이 이루어졌으나[9], 우리나라에서는 2000년대 이후부터 본격적으로 연구가 시작되었다[4]. 건강불평등은 현재 국내·외의 중요한 정책이슈로 다뤄지고 있으나[8], 건강불평등이란 개념 자체가 아직도 많은 사람들에게는 낯설고 이에 대한 인식이 부족하다. 건강에 대한 관심의 증가로 언론과 대중매체에서 건강을 논의하고 있으나 건강정보나 질병치유 정보제공이 대부분이고 건강불평등에 대한 연구결과는 단지 문제제기에 그치는 정도다[4]. 보건복지부에서도 건강증진에 대한 관심은 높으나 불평등과 관련된 문건은 찾아보기 어려운 실정이다. 제3차 국민건강종합계획(Health Plan 2020)의 목표는 건강 수명의 연장과 건강형평성 제고이지만 대부분의 전략들은 일부 취약계층에만 집중되어 있다[10]. 또한 현재 전반적인 건강수준이 향상되었음에도 불구하고 사회 경제적 불평등은 지역사회 전반에 폭넓게 나타나고 있어[9], 건강불평등에 대한 인식의 전환 및 명확한 개념정의가 필요하다. 사회 경제적 수준이 높은 사람들은 낮은 사람들보다 더 나은 보건의료 혜택을 받지만 그렇지 못한 사람들은 현재의 보건의료기술로 해결할 수 있는 문제임에도 불구하고 경제적 요인에 의해 제한을 받고 있고[2], 그 결과 의료비 부담증가와 수명단축 등의 부작용이 양산되고 있다[4]. 따라서 건강불평등의 원인을 탐색하고 이를 줄이기 위한 대책 마련의 중요성이 커지고 있다.

건강불평등은 생물학적 요인부터 사회구조적 요인에 이르기까지 여러 요인들이 상호작용하여 복잡하게 일어나지만[10], 우연히 발생하지는 않는다. 선행연구에 따르면 사회계층, 건강행동, 심리사회적 자원[11], 교육 및 소득수준, 직업[12], 의료전달체계에서 공공의료부분의 약화와 민간의료부분의 발전, 지역 간의 불균등한 의료자원 분포[13], 사회적 네트워크 부족, 사회적 지원과 사회단체참여 결여[14]가 건강불평등을 초래한다. 한편 건강불평등을 완화하기 위한 방안의 하나로 Marmot[15]는 사회경제적 측면의 복지정책과 질병통제 및 감시감독의 중요성을 강조하였다. 우리나라는 1989년부터 전 국민을 대상으로 건강보험제도를 실시하여 과도한 의료비용에 대한 금전적인 부담을 줄이고 의료이용을 용이하게 함으로써 질병의 조기발견과 질병악화 방지를 위해 노력하고 있지만, 여전히 저소득층은 건강보험이용 시 발생하는 본인부담금으로 인해 의료이용이 어려운 것으로 나타났다[2]. 따라서 다양한 원인에 의해 야기되는 건강불평등을 감소시키기 위해 개

인, 사회구조, 의료체계 및 보건행정, 정책 등에서 발생하는 원인들을 감소시키기 위한 노력이 전반적으로 필요하다.

건강불평등은 사회경제, 지역, 성별, 인종, 문화 등 다양한 요인들의 복합적 상호작용에 근거하여 존재한다[5,6,16]. 건강불평등은 ‘건강의 사회적 불평등’, ‘건강의 사회경제적 불평등’, ‘건강격차’, ‘건강상의 차이’, ‘건강의 불공평’, ‘건강의 비형평성’, ‘의료불평등’ 등의 다양한 용어로 쓰여 지고 있다. 그러나 우리나라는 여전히 건강불평등에 대한 개념자체가 낯설고, 언론과 대중매체는 물론 보건복지영역 내에서도 인식부족으로 건강불평등에 대한 완화정책이 미흡한 실정[10]이어서 올바른 사회적 여론이 형성되고, 건강불평등 완화정책의 확립을 위해서도 용어에 대한 명확한 정의가 필요하다. 뿐만 아니라 건강불평등은 건강과 관련하여 개인 또는 사회적 차원에서 삶의 질에 영향을 미치므로 간호학에서도 매우 중요한 개념 중 하나이며, 이와 관련된 간호활동과 연구를 수행하기 위하여 건강불평등 개념을 명확히 정의해야 한다.

개념이란 형상을 설명하는 속성을 내포하고 아이디어를 제공해주는 간호이론의 주요 요소이며 이론가, 연구자, 실무자가 개념 속에 들어있는 가능성과 관심현상을 관찰할 수 있는 새로운 시각을 제공해 준다[17]. 개념분석은 혼용되어 쓰여지고 있는 용어들을 구별함으로써 이론들을 발전시키고, 분명한 의미를 찾아냄으로써 개념 사용자들 간의 의사소통을 향상시켜주므로 학문발전에 중요하다. 건강불평등에 대한 개념은 다양한 함축적 의미를 가지고 있으나 연구자가 이를 바르게 인지하지 못하면 연구의 신뢰도 및 타당도가 위협받을 수 있고, 연구결과도 신뢰할 수 없다. 간호의 질 향상 및 환자성과의 향상은 현 의료에서 매우 중요한 문제이기 때문에 건강불평등의 개념을 명료하게 정의하여 간호영역에서 건강의 지속성을 확립하고, 적용 가능한 판단기준으로 발전시키기 위하여 개념분석이 필요하다. 이에 본 연구는 Walker와 Avant[17]의 개념분석 틀에 근거하여 건강불평등 개념의 속성을 탐색하고 그 의미를 명확하게 정의하기 위해 시도되었다. 본 연구를 통해 건강불평등에 대한 관심을 갖는 대상자 및 보건의료에 종사하는 실무자와 연구자에게 건강불평등에 관한 개념의 이해를 증진시키고 개념을 명확히 사용하게 할 것으로 기대한다.

2. 연구목적

본 연구는 건강불평등에 대한 개념분석을 통해 그 속성을 파악하고 개념을 명확하게 이해함으로써 건강불평등에 초점을 둔 지식개발을 위한 기초자료를 제공하는데 그 목적이 있다.

연구방법

건강불평등의 개념이 기존문헌에서 어떻게 사용되고 정의되었는지를 확인하고 개념의 속성을 밝히기 위하여 국외논문 검색은 PubMed, National Digital Science Links (NDSL)로, 국내논문 검색은 한국교육학술원(RISS4U)의 학술지 및 학위 논문을 검색하였다. 검색어는 ‘health inequality’, ‘health disparity’, ‘건강불평등’, ‘건강불공평’을 주제어로 검색하여, 2000년 1월부터 2013년 12월까지 발표된 논문 중 한글과 영어로 출판된 논문을 대상으로 본 연구의 저자 3인이 체계적인 문헌분석을 시행하였다. 총 546편의 학술논문을 분석하였으나 제목과 초록에서 개념적 정의가 명확하지 않은 논문이나 본질적 의미 탐색이 부적합하다고 판단한 논문, 건강정보의 매체나 자료에 관한 논문, 단순한 건강정보나 의료정보 관련 논문 등 총 474편을 제외하고 72편의 논문을 추출하였다. 그 중 중복논문 52편을 제외한 20편과 한겨레신문이 취재하고 <한국건강형평성학회> 전문가가 진단한 단행본 1권을 최종 분석대상으로 선정하였다. 문헌고찰 시 지나치게 경제적 측면을 강조하여 돈이 건강을 살 수 있는 것처럼 서술되거나, 건강 불이익이 어떤 특정 정권시대나 하위계층에만 있는 것처럼 편향된 기술을 보이는 것은 제외하였다.

개념은 Walker와 Avant[17]의 개념분석절차에 따라 분석되었으며 그 구체적인 과정은 다음과 같다.

- 개념을 선정한다.
- 개념분석의 목적을 설정한다.
- 개념의 모든 사용을 확인한다.
- 개념의 속성을 확인한다.
- 개념의 모델사례를 제시한다.
- 개념의 부가사례(경계사례, 반대사례, 연관사례)를 제시한다.
- 개념의 선행요인과 결과를 확인한다.
- 개념의 경험적 증거를 확인한다.

연구결과

1. 건강불평등 개념에 대한 문헌고찰

1) 사전적 정의

건강불평등(health inequality)은 건강과 불평등이 합쳐져 만들어진 합성어로서 한자로 健康不平等으로 표기된다. ‘건강 불평등(health inequality)’의 사전적 정의를 살펴보기 위

해 먼저 ‘건강’의 정의를 살펴보면, 브리태니커 사전[18]에서 건강이란 ‘사람이 주위 환경에 계속적으로 잘 대처해 나갈 수 있는 신체적·감정적·정신적·사회적 능력의 정도’라고 하였으며, Webster사전[19]에서는 건강이란 ‘신체적, 정신적 안녕, 질병이나, 고통, 결함으로부터 자유로우며, 정상적인 신체와 정신을 갖는 몸과 마음의 상태로써 건강과 행복에 대한 기원을 하고 사회, 문화적으로 건전하며 활력이 넘치는 것’으로 정의하였다. 다음으로 불평등의 개념을 알기 위해 평등의 개념을 찾아본 결과, 평등은 개인과 개인사이, 집단과 집단 사이에 차별이 없는 상태를 의미하는 것으로[20], 법 앞에서의 평등, 남녀의 평등, 국가 사이의 평등, 인종, 종족간의 평등을 나타낼 때 주로 쓰여 지고 있었으며, 불평등은 ‘1) 순위, 양, 질 등의 불평등(inequality) 또는 차이(difference) 2) 서로 다름(unlikeness), 부조화(incongruity)’[19]로 정의하였다. 따라서 건강불평등의 사전적 정의는 ‘개인 간이나 집단 간에 건강의 차별이 있는 상태’로 풀이된다.

2) 건강불평등 개념의 사용범위

(1) 타학문에서의 건강불평등 개념사용

보건의료에서 건강불평등이란 불공평한 의료서비스 이용에 따라 나타나는 건강결과의 차이를 말한다. 보건의료는 다양한 기전을 통해 건강불평등을 초래할 수 있으며, 동일한 효능을 가진 중재라고 해도 사회경제적 수준, 접근성, 진단의 정확성, 공급자의 순응도, 환자의 순응도에 따라 실제 효과가 달라진다[13].

사회학에서는 건강불평등을 사회적 과정의 산물로 간주하여 ‘사회자본이 계층에 따라 달라 건강상의 격차가 나타나는 것’[9]으로 확인할 수 있었다. ‘건강불공평(health inequity)’과 ‘건강의 사회경제적 불평등(socioeconomic inequalities in health)’은 같은 의미로 사용되었고, 건강은 사회경제적 조건에 따라 수준이 결정된다고 하였다[19]. 사회자본은 경제발전, 민주적 거버넌스, 복지수준은 물론 지역사회의 건강까지 결정하며, 지역사회의 신뢰, 결속력 및 시민참여, 네트워크 등으로 이루어져 사회경제적 지위에 따라 지역사회의 건강상태에 영향을 미친다[9]. 건강불평등은 유전적인 특성이나 확률에 의한 건강차이가 아니라 사회경제적 차이에 의한 건강상의 차이로 나타나게 된다[10]. 특히 사회적 계층화는 개인들에게 차별적인 사회적 위치를 부여하여 건강에 유해한 환경에 차별적으로 폭로시켜 건강조건을 취약하게 만들어 건강불평등을 심화시킨다[10].

복지 및 행정학에서는 직업, 거주지, 소득수준 등의 사회경

제적 요인 중 거주지에 중점을 두어 지역에 따라 의료이용과 건강에 차이가 있음을 지적하였다[14]. 즉, 사회 경제적 결핍 지역에 거주하는 사람들은 부유한 지역의 사람들보다 상대적으로 건강결과가 나쁘며 보건의료서비스 이용이 낮은 경향을 보였으며, 이들은 건강결과가 나쁜 상태임에도 불구하고 경제적, 지리적, 문화적 이유로 의료이용이 낮아 부유한 지역의 사람들과의 건강격차가 더 심해진다고 하였다[14]. 또한 사회계층별로 의료인식을 조사한 결과 사회계층이 낮을수록 주관적 건강상태에 대한 인식이 낮아 의료이용의 형평성 제고를 위한 노력이 필요한 것으로 보고되었다[21]. Laaksonen 등[22]은 남성과 여성 60,000명을 대상으로 23년 이상 추적 조사한 연구에서 사회적 계층에 따른 것으로 추정되는 건강행태가 심혈관계 질환으로 인한 사망 불평등에 큰 기여를 하고 있음을 밝힌 바 있으며, Kim[23]의 연구에서도 흡연, 영양, 음주, 운동 등의 건강행태요인들이 건강불평등에 영향을 미치는 것으로 보고하였다.

Bommier와 Stecklov[24]는 건강불평등을 ‘분포’의 개념을 사용하여 ‘인구집단들 간에 건강상태가 불균등하게 분포되어 있는 것’이라 정의하였고, 불평등을 초래하는 요인으로 사회경제적 지위, 사회통합, 건강행동, 보건의료시설의 접근성 등을 제시하였다. 사회적 결정요인에는 사회적 불평등 정도, 스트레스, 생활형태, 사회적 배제, 직업, 사회적 지지, 중독, 음식, 교통 등을 꼽았으며 이를 고려한 정책이 건강불평등을 완화시킬 수 있을 것이라고 하였다. 캐나다 원주민을 중심으로 불평등을 연구한 Adelson[5]은 건강불평등은 ‘특정 인구에 대한 질병 발생의 상대적 불평등을 나타내는 지표’라고 하였으며, Braveman과 Gruskin[3]은 건강불평등은 ‘특별한 유형의 건강차이’이며 사회적으로 불리한 집단이 유리한 집단보다 좀 더 건강 이상 및 건강위험을 경험하게 된다고 하였다. 이때 불리한 집단이란 가난, 인종, 소수민족, 여성, 지속적으로 사회적 불이익이나 차별을 경험하거나 받는 집단으로 의료서비스 이용에 대한 상대적 박탈감이 건강할 수 있는 기회를 감소시킬 수 있다고 하였다.

보건복지부의 제3차 국민건강증진종합계획 Health Plan 2020에 따르면, 건강은 하나의 기본권이며 모든 사람에게 차별 없이 적용되어야 하는 건강형평성에 대해 언급을 하고 있다. 그러나 이 형평성 문제는 취약계층에 집중되어 있는 편으로, 개인적 특성, 사회경제적 특성, 건강행동 등의 개인적 요인과 보건의료서비스제공 환경, 사회적 환경, 물리적 환경 등의 환경적 요인이 건강의 결정요인이라고 하였다[10]. 의료는 필요한 사람에게 필요한 만큼 제공되어야 하고 저소득층의 건

강수준이 낮아 상위 소득계층보다 의료를 더 많이 이용하는 것은 당연한 것이나 우리의 현실은 그렇지 못하며 의료 산업화를 추구하는 현실에서는 더욱 불가능하다. 건강의 불평등은 단지 보건의료정책만으로는 해결할 수가 없다. 그럼에도 불구하고 건강불평등의 직접적인 정책은 보건의료 정책이며 건강보험의 보장성 강화, 저소득층에 맞는 건강증진 정책, 의료사원의 불평등을 줄이는 정책이 필요할 것이다[13].

이상에서 타 학문에서는 건강불평등을 개인에 초점을 맞추기보다는 인구집단들 사이에서 사회 경제적, 환경적, 문화적, 정책적 요인들이 다양하게 상호작용하여 건강측면에서 나타나는 차이로 정의하였다. 건강불평등을 바라보는 시각은 학문에 따라 다를 수 있으나 다양한 원인에 대한 다각적인 접근법이 필요하며 분명히 개선해야 하는 것임에는 틀림이 없다.

(2) 간호문헌에서의 개념사용

Watts [25]는 건강불평등을 특별히 정의하지는 않았지만 아프리카계 미국인과 소수민족, 피부색이 다른 인종에게 건강 불평등이 나타난다고 하였다. 의료제공자측면에서 나타나는 편견, 고정관념, 선입견 등이 건강불평등에 영향을 미치는 변수이며 간호사는 인종차별의 격차를 감소시키기 위하여 건강력과 관련된 문화콘텐츠까지도 고려해야 한다고 하였다. 특히 미국 내에서 인종은 보건의료의 주요한 이슈이며 인종과 소수민족의 의료에 대한 재정적 장벽의 해결 및 건강불평등에 대한 지속적인 연구의 필요성을 지적하였다.

Lee와 Yoon[12]은 사회경제적 불평등이 건강평가에 미치는 영향과 건강위험행동과의 관계를 조사한 연구에서 건강불평등은 ‘하나의 집단을 다른 집단과 비교하였을 때 건강상태가 다른 것’이라고 하였다. 건강에 있어 유전적 문제나 나이 등에 따른 불평등은 현대의학으로도 해결할 수 없으나 하나의 집단을 다른 집단과 비교하였을 때 건강수준의 저하는 그들에게 건강을 증진시킬 수 있는 기회가 동등하게 제공되지 않아서 생기는 것이고 이는 개인의 소득, 교육, 직업과 같은 사회경제적인 요인과 관련되어 있다고 하면서 건강불평등의 완화를 위해 간호사에 의한 비용-효율적인 개입과 건강 관련위험 행위에 대한 조기 보건교육으로 지역단위의 간호사 역할 확대를 강조하였다.

직업에 따라 사회계층을 구분한 Park과 Song [21]의 연구에서는 ‘사회계층에 따른 건강상의 차이’를 건강불평등이라 하였다. 즉 사회계층이 낮을수록 유병률이 높고 자기건강평가가 낮아서 계층 간의 건강관리 방안 및 산업간호전략의 개발이 필요하다고 지적하였다. Byun [26]은 결혼이주여성의 경

우 건강정보가 부족하고, 문화적 차이로 인한 갈등, 의료기관 이용의 부담스러움, 외국인이기 때문에 가족과 이웃으로부터 의심과 차별, 소외당하고 있다는 느낌으로 스스로를 고립시켜 불안이나 우울의 문제에 경제적 문제까지 안게 되며, 그 결과 절망과 좌절을 경험하게 되며 육체적, 정신적 건강문제를 야기하여 건강행위의 어려움을 경험하게 된다고 하였다. 그러므로 지역사회에서 적응단계별로 필요한 신체적, 정신적, 영적 간호중재를 개발하고 문화적, 언어적 장벽을 해소하고 인종간의 차별과 건강문제를 통합한 건강증진 프로그램이 필요하다고 제안하였다.

마지막으로 사회적 배제가 건강불평등 개념과 연관된 것으로 확인되었다. 교육이나 고용과 같은 주요 사회영역으로부터의 차별이나 소외는 사회적으로 배제되어 빈곤상황으로 떨어지는 계기가 된다. 따라서 사회적 배제는 사회적 교류에 대한 연대의 단절이나 주변화와 같이 관계적이고 과정적인 문제에 초점을 두고 있다[27]. 가난은 경제적 고통이고 사회적 박탈이며 배제이고, 의료자원의 일부 지역 편중현상으로 소외 지역 주민은 양질의 진료를 받지 못하게 된다[4,13]. 사회적 결정요인 중 하나로 Atkinson과 Davoudi [27]는 사회적 배제를 제시하였고, 이러한 주장에 따르면 사회적 배제는 건강불평등의 선행요인이 될 수 있다.

(3) 건강불평등 개념사용에 영향을 준 이론

건강불평등과 관련된 이론으로는 Adams의 형평성이론(equity theory) [28]을 들 수 있다. 형평성이론은 공정성이론이라고도 하며 투입과 성과라는 구체적인 개념을 사용하여 형평성에 중점을 두는 이론이다. 이 이론에 따르면 사람들은 자기 자신을 다른 사람과 비교하여 자신과 같은 환경에서 같은 노력을 한 사람이 더 큰 보상과 이득을 얻게 된다면 대부분 불공평하다고 느끼며 불만을 가지게 된다. 형평성의 문제는 이익이나 성과물을 어떻게 정의롭게 나누는지 배분과 분배에 집중하게 되며 보건의료에서는 바람직한 의료분배의 형평성을 추구하고 있다[2]. 따라서 의료서비스 분배의 형평성원칙은 평등주의적 정의론에 입각하여 첫째는 건강의 평등, 둘째는 의료필요에 따른 공정한 이용, 셋째는 필요에 따른 의료의 균등한 접근을 기준으로 삼는다[2,4]. 우리나라는 지역 간 건강 불평등이 뚜렷하여, 같은 도시라 할지라도 사회, 경제, 문화적 차이가 있고 시설이나 의료자원의 분포가 다르며 의료에 대한 이용자 접근의 용이성도 다르다[13]. 의료이용은 서비스의 실제 소비를 의미하는 것으로 의료 서비스의 필요가 모두 의료 서비스의 소비로 이어지는 것은 아니다. 지역에 따라 직업적

층이 낮고 교육수준 및 소득수준이 낮을수록 사망가능성은 높은 것으로 나타나[4,12], 형평성을 기준으로 접근 시 지역 간 건강 불평등은 사회와 국가측면에서 심도 깊게 해결해야 하는 과제로 대두되고 있다[23].

2. 건강불평등의 잠정적 기준 목록과 결정적 속성 확인

건강불평등이 사용되고 있는 다양한 범위의 문헌을 고찰한 결과 다음의 잠정적인 기준목록과 속성을 확인하였다.

1) 건강불평등의 잠정적 기준 목록

- ① 건강할 수 있는 기회가 감소된다[2,3,6].
- ② 건강의 기본적인 권리 박탈이다[2,3,4,6].
- ③ 공평성과 정의의 가치에 부합하지 않는 것이다[4,6,29].
- ④ 교육의 기회와 사회참여가 제한된다[2,4,29]
- ⑤ 개인특성, 사회경제, 보건의료 등 다양한 요인들의 상호 작용으로 인한 것이다[1,5,14].
- ⑥ 사회구조요인에 따라 삶의 기회나 질이 차별화 된다[4, 12,29].
- ⑦ 소득 및 거주환경이 전 생애에 걸쳐 영향을 준다[4,6].
- ⑧ 의료서비스 제공과 접근성 및 이용의 차이이다[13,14].
- ⑨ 개인들이나 집단들 간의 건강성장에 있어서 차이이다 [30].
- ⑩ 체계적으로 불리한 인구집단에 놓여진 사람들에게 나타난다[3,6,27].

2) 건강불평등의 속성(attributes)확인

Walker와 Avant[17]에 따르면 속성을 정의하는 것은 개념을 설명할 때 자주 드러나는 특징이며 이것은 다른 개념과 구분하는데 도움을 준다고 하였다. 건강불평등이 어떻게 활용되고 있는지에 대한 문헌을 고찰한 결과 건강불평등은 ‘건강에 대한 기본권의 침해와 사회적 차별의 결과로 나타나는 불공평한 의료서비스 이용의 산물로서 개인들이나 집단들 간에 나타나는 건강상태의 차이’로 확인되었다.

따라서 본 연구에서 확인한 건강불평등의 속성은 다음과 같다.

- (1) 개인들이나 집단들 간의 건강상태의 차이(⑨, ⑩)
- (2) 건강에 대한 기본권의 침해(①, ②, ③)
- (3) 불공평한 의료서비스 이용의 산물(⑤, ⑥, ⑧)
- (4) 사회적 차별의 결과(④, ⑥, ⑦, ⑩)

3. 개념의 모델 사례 구성

모델사례란 개념의 중요한 속성을 모두 포함하는 예를 말하며[17], 그 개념을 정확하게 사용할 수 있도록 개념의 필수 양상이 무엇인지를 보여주는 것이다. 본 연구를 통해 확인된 건강불평등의 4가지 주요 속성에 근거하여 모델 사례를 다음과 같이 구성하였다.

45세의 A는 결혼이주여성으로 청소용역업체에서 미화원으로 일하는 비정규직 노동자이다. 한국으로 시집은 기쁨도 잠시 남편은 아파트 건설현장에서 허리를 다쳐 몇 년째 누워만 있는 형편이라 아이 둘을 키우기 위해 안간힘을 쓰며 도시 외곽의 작은 월세 방에서 살고 있다. A는 새벽4시에 일어나 남편과 아이들의 식사거리를 챙겨놓고 곧장 출근을 한다. 바쁘게 빌딩 외곽을 청소하고 건물, 복도를 다니며 각 사무실에서 나온 쓰레기들을 분리수거 한다. 10시간 넘게 일해서 얻은 수익은 월 90만원 정도이며, 월세를 내고 나면 4명이 살기엔 턱없이 부족하다. 더구나 소속이 용역업체이다 보니 A는 항상 고용이 불안정하고 4대 보험은 물론 비정규직 보호법도 적용받지 못해 직·간접적으로 신분상의 불이익과 부당한 대우를 받는다(4). 그런데 작년부터 오른쪽 가슴에 작은 멍울이 만져져 개인의원을 방문하였고, 그 곳에서 전문병원의 정밀검진을 권유받았다. A는 가정 형편상 지금 당장 일을 쉴 수가 없었고 도심에 있는 전문병원까지 거리도 상당히 멀었기 때문에 진료를 받으러 가기가 힘들었다(2,3). 최근 들어 가슴의 멍울이 더 커지고 젖꼭지에서 붉은색을 띤 분비물이 나왔다. 당장 일을 하러 가지 않으면 생계를 꾸려가기가 막막했지만 이제는 더 이상 미룰 일이 아니었다(2). 지역의료보험에 가입되어 있긴 했지만 3개월을 체불한 상태이고, 병원에 가려면 당장 돈이 필요했으므로 마음이 무거웠다. 행여 일을 그만 하라는 통보가 무서워 청소용역업체 반장에게는 집안에 일이 있다고 둘러대어 본인의 몸에 이상이 있다는 사실을 숨겼다(4). 도시에 있는 유방암센터를 방문하였다. 그곳에서 우연히 가끔씩 눈인사 정도를 주고받으며 같은 동네에 사는 한국인 동갑내기 B를 만났다. B는 동네에서 손꼽히는 부잣집 사모님이다. A와 같은 연배라고 볼 수 없을 정도로 고운 피부와 정갈한 옷차림, 기품 있고 교양 있는 말투 누가 봐도 부잣집 사모님이란 것을 어렵잖게 알 수 있다. B는 남편과 함께 정기검진차 병원을 들렀다고 했다. 검사결과 A와 B는 모두 유방암 2기를 진단받았다. B는 진단을 받은 후 남편과 가족들의 진심어린 걱정과 적극적인 권유로 수술을 결정하고 입원하여 바로 수술을 받았다. 수술 후 경과도 좋고 암세포 전이를 확인하는 검사를 꾸준히 받고

있으며 만 4년이 넘었지만 재발은 없다고 한다(1). B는 수술 후 더욱더 건강을 중요시 하게 되었고 규칙적인 운동과 식이를 통해 긍정적인 삶을 유지하고 있다. 그러나 A는 아무 곳에도 의지할 곳 없이 자신만 바라보는 가족들과 병원비 걱정으로 쉽사리 수술을 결정할 수 없어 차일피일 수술을 미루었다(2). 그러던 중 A는 장애인 남편이 건강이 좋지 않아 간병과 일을 계속 하게 되어 정작 본인의 수술은 계속 늦추어지게 되었다. A는 남편의 건강이 어느 정도 회복한 후 자신의 유방암 수술을 받았고 수술 후에는 140만원이나 되는 항암치료를 8차례나 받았다. 가난한 살림에 치료비를 더는 감당하기 힘들어 관찰을 것이라 생각하고 권고를 무시하고 치료를 끝냈다가 재발이 되었다(1,3,4).

4. 개념의 부가 사례 개발

1) 경계사례

경계사례는 모델사례에서 제시된 속성가운데 모든 속성을 완전히 포함하고 있지 않지만 개념의 중요한 속성가운데 일부를 포함하는 사례이다[17].

C는 D는 모두 저체중 아이를 낳았다. C는 임신했을 때 전세보증금이 없어 여관에 살면서 끼니는 대충 밖에서 해결하였다. 평소 생리가 불규칙해서 임신 4개월이 되도록 임신사실을 몰랐었고 어느 날 몸이 이상하다는 것을 알고 산부인과를 찾아 진찰을 받은 후 임신 사실을 알았다. 대부분가정의 산모처럼 기쁘고 호강스럽지 못했고 끼니를 해결하기도 빠듯하였다. 그 후 산전 진찰을 제대로 받지도 못했으며 임신 7개월에 1.94 kg의 조산을 했다(2, 3). 아이는 인큐베이터에서 지내다가 2.2 kg이 되었을 때 퇴원을 하였다. 건강보험과 정부의 조산아 지원금으로 간신히 500만원이 넘는 병원비를 해결했지만 차량으로 채소장수를 하는 가계수입은 2~8만원으로 들쭉날쭉하며 생활은 늘 어려웠다. 저체중아로 태어난 아이의 망막증이 걱정되어 정기적인 눈 검사를 해주어야 하지만 검사비용이 무서워 제대로 해주지도 못하고 있다(1). 아이는 집에서 혼자 지내는 시간이 많고 또래보다 키와 몸무게가 작아 C는 언제나 가슴이 아리다. D는 결혼 8년 만에 불임 클리닉을 다니다가 5차례 시도 끝에 시험관아이를 가졌다. 대학을 졸업하고 학습지 교사를 하였고 임신해서도 밤늦게 까지 일을 하였다. 임신 중에도식이섭취를 잘하였고 자궁이 약하다는 얘기를 들어, 산전진찰을 거르지 않았다. 6개월 말 더 이상 일을 하는 것은 무리라는 의사의 충고로 학습지 교사를 그만 두었다. 임신 7개월 말 조기 진통이 있어 병원에 입원하였으나 1.9 kg의 아이를 낳았

다. D는 출산 후 전업주부로 육아에만 전념하여 눈검사, 폐활량 검사 등 저체중아에게 해당하는 모든 검사를 빼놓지 않고 받으며 건강을 체크하였다. 현재 또래의 아이들 중에서 덩치가 큰 편이며 운동도 잘하였고 늘 자신감이 넘치며 친구들 사이에 인기가 많다.

2) 반대사례

반대사례는 건강불평등 개념을 보다 명확하게 설명하기 위하여 건강불평등의 속성이 전혀 포함되지 않은 사례이다[17].

56세의 E와 G는 초등학교 동창생이자 같은 봉사모임의 회원이다. E는 사업가인 아버지를 둔 유복한 수준의 집안에서 태어났고, G는 교육자 집안에서 태어났다. 그들은 경제적 문제를 걱정해 본적이 없으며 다양한 취미활동과 운동으로 건강을 다졌다. 그들은 화목한 가정환경에서 부모의 보호를 받으면서 대학 교육을 마쳤다. 그 후 비슷한 수준의 배우자를 만나 결혼해 각각 슬하에 자식을 2명씩 두고 같은 도시에서 안정적으로 살고 있다. 현재 E는 중소기업체의 대표이사로 있으며 G는 교편을 잡고 있다. 이들은 둘 다 건강을 중요시 하고 좋은 생활습관을 가지기 위해 노력하고 있으며 인근 대학병원에서 꾸준히 건강관리를 받고 있다. 그리고 자주 배우자를 동반한 부모모임을 가지고 있으며 같은 취미생활로 등산과 공연을 즐겼다. 주말에는 교회에서 주기적으로 독거노인들을 위한 봉사활동도 열심히 하고 있으며 기타 사회활동의 참여도 하고 있다. E와 G는 같이 여행도 다니고 취미도 비슷해서 행복한 은퇴를 준비하며 건강한 황혼을 꿈꾸고 있다.

3) 연관사례

연관사례는 분석하고자 하는 개념과 관련이 있으나 중요한 속성을 포함하지 못하며 유사하지만 다른 의미를 가지고 있는 사례이다[17].

이주 노동자인 H와 I는 6개월 전 산업연수생 신분으로 한국에 왔다. H는 기본연수 수당과 산재보험 및 의료보험혜택을 받는 의류공장에서 일을 시작하였고 I는 금속계열 중소기업에서 일을 하던 중 돈을 더 준다는 곳으로 무단이탈을 해 불법 체류자가 되었다. H는 한국말이 낫설어 의사소통에 문제가 생기자 한국어를 배우고 싶었지만 도움을 받을 곳을 찾지 못했다. 말이 통하지 않아 주로 몸 쓰는 일이 그의 몫이 되자 장시간의 육체노동으로 늘 몸이 고단했으며 문화적 차이로 인해 정신적으로 많이 힘들어 했다. 또한 외국인이라는 이유로 사람들이 무시하여 사회적으로 고립감을 느꼈다. I는 회사 내 한국어 수업 프로그램이 있음에도 불구하고 배우려 하지 않는다. 그는

늘 대화가 필요 없는 단순 육체노동이 더 편하다고 했다. 이슬람종교의 무슬림인 I는 손으로 식사를 했으며 실내에서도 신발을 벗지 않았다. 또한 라마단 기간에는 낮 동안 일체음식을 먹지 않는 등 주위의 시선에는 전혀 신경 쓰지 않고 본인의 생활방식을 유지했다. I의 생활에서 종교가 차지하는 의미가 컸으며 모든 것이 신의 뜻에 달려있다고 믿고 있었기에 건강 또한 열심히 기도하는 것이 최선의 방법이라 믿었다. H는 회사 기숙사내에서 생활하면서 같은 나라에서 온 동료들과 함께 지내며 고향에 대한 향수를 달랬으며 가족들과 화상통화를 즐겼다. 반면에 I는 고향에 두고 온 가족을 위하여 대부분의 월급을 보냈고 자신은 공장 한 칸의 작은 방에서 힘겹게 생활하고 있다. 심한 과로와 영양결핍으로 몸무게는 갈수록 줄고 요즘은 기운이 딸려 일하기도 벅차다고 했다. 몹시 아픈 날에는 가족에 대한 그리움과 불법체류자란 사실이 알려져 강제출국당할까봐 병원도 갈 수 없는 서러움에 한없이 우울하다.

5. 불평등개념의 선행요인과 결과확인

1) 선행요인(antecedents)

선행요인은 개념발생에 우선적으로 발생하는 사건이나 일을 말한다[17]. 문헌고찰을 통해 파악된 건강불평등의 선행요인은 다음과 같다.

- (1) 의료서비스 이용의 접근성 제한[13,15].
- (2) 개인적 특성의 차이; 연령, 성별, 직업, 교육, 거주 지역의 차이[6,12,15,21].
- (3) 사회적 소외나 배제[6,27].

2) 결과(consequences)

결과는, 개념 발생의 결과로 나타나는 사건이나 일을 말하며, 달리 말하면, 개념의 결과이다[16]. 건강불평등의 결과는 다음과 같다.

- (1) 건강수명의 단축[4,12].
- (2) 유병율과 사망률의 증가[4,5,14].
- (3) 삶의 질 저하[14,15].

이상에서 제시된 건강불평등의 4가지 속성, 선행요인 및 결과에 기초하여 건강불평등의 정의를 다음과 같이 내릴 수 있다. ‘건강불평등’이란 “건강에 대한 기본권의 침해와 사회적 차별의 결과로 나타나는 불공평한 의료서비스 이용의 산물로서 개인들이나 집단들 간에 나타나는 건강상태의 차이”라고 확인할 수 있었다. 건강불평등에 기초하여 형상화된 개념적 기틀은 Figure 1과 같다.

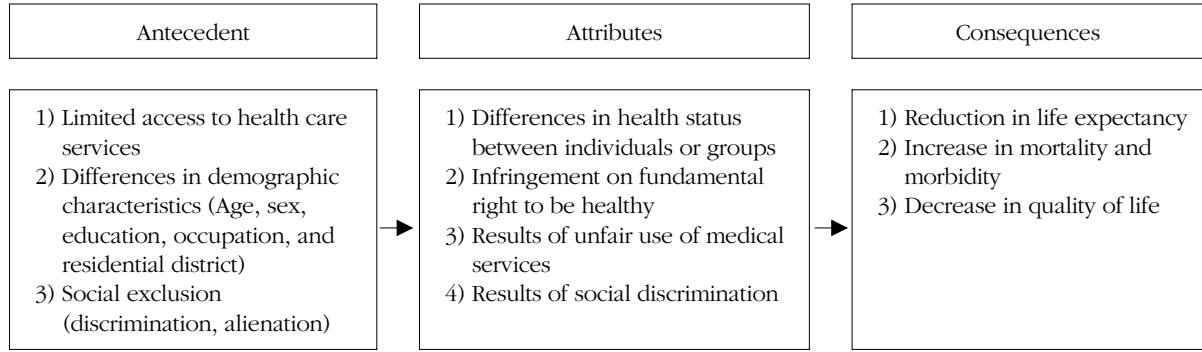


Figure 1. Attributes, antecedent and consequences of health inequality.

6. 개념의 경험적 준거(empirical referents) 확인

Walker와 Avant[17]의 개념분석의 마지막 단계인 경험적 준거는 개념의 속성이 실제로 현상에 존재하는 것을 보여주는 것으로 건강불평등 개념을 측정하기 위한 준거를 제시하는 것이다. 이미 널리 알려져서 사용되는 측정도구가 있다면 그 도구가 측정하려는 속성이 무엇인가를 확인한 후 개념분석과정에서 지적된 속성의 기준과 일치한다면 그대로 경험적 준거로 쓸 수도 있다. 본 연구를 통해서 확인되어진 건강불평등의 경험적 준거는 주요 특성들과 부가적 특성들을 통해서 확인할 수 있다. 주요 특성은 대상자를 통해서 80~100% 확인되어질 수 있는 것들을 말하는 것으로, 건강불평등(health inequality)의 개념을 측정하기 위한 준거를 제시하는 것이다. 건강불평등의 경우 질병 유병률, 영아사망률, 기대수명, 주관적 건강 상태로 제시하고 있으며, 부가적인 특성은 대상자의 50~79% 정도에서 확인되어질 수 있는 것들로 의존성(dependency), 차별적 이환(differential morbidity), 인구학적 차이(difference in demographics), 신장(height)의 차이[6]와 차별적 취약성(differential exposure), 차별적 여파(differential consequences) 등으로 기술[10] 되고 있었고 건강불평등을 경험하는 대상자들에게 이와 같은 특성들이 나타난다고 밝히고 있다. Braveman 등[29]에 따르면 불평등은 직업, 소득, 교육, 성별, 지역, 의료, 여러 가지 잠재 변수 등이 상호 작용하여 생겨난 사회적 이슈이지만 건강공평성은 사회적인 정의라고 하였다. 또한 이것은 사망률, 평균수명, 질병유병률, 영아사망률 등이 지표[14]로 사용되고 있다.

논 의

본 연구는 Walker와 Avant[17]의 개념분석방법을 사용하

여 건강불평등의 개념을 분석한 연구이며 본 연구에서 밝혀진 속성은 개인들이나 집단들 간의 건강상태의 차이, 건강에 대한 기본권의 침해, 불공평한 의료서비스 이용의 산물, 사회적 차별의 결과로 확인되었다. 건강불평등이 선행요인과 결과를 포함하여 분석된 각 속성을 중심으로 4가지 주제로 분류하여 논의하고자 한다.

1. 건강에 대한 기본권의 침해

건강불평등은 인간의 기본권인 건강권을 보장하고 건강한 삶을 영위하기 위한 보건정책의 주요한 이슈이다. 따라서 이를 해소하고 완화하기 위해 국가적 차원에서 해결해야 할 중심과제인 동시에 중요한 개념이다. 본 연구에서 확인한 건강에 대한 기본권의 침해는 건강할 수 있는 기회마저 감소시켜 생존이 위협받을 수도 있게 된다. 사회 어디에서나 약간의 불평등이 존재함을 부인할 수는 없지만 건강은 인간이 가지는 기본적인 권리라는 측면에서 건강할 권리와 공정한 기회는 보장되어야 한다. 건강불평등은 개인, 사회, 국가, 정치, 경제 등 다양한 분야와 관계를 맺고 있으며 이는 생명과 직접 연관이 되므로 이에 대한 폭넓은 이해와 수용이 필요하다[4].

세계보건기구 Health 2020에 따르면 건강은 주요한 사회적 자원이자 자산이며 사회경제적 생산 활동에 건강수준이 중요함을 강조하고 있다[10]. 건강불평등은 한 가지 요인으로는 설명될 수 없으며 사회경제적 지위로 소득, 직업, 교육, 인종, 거주 지역의 영향을 받고, 의료불평등의 문제와도 밀접한 영향을 갖고 있으며 의료이외에도 영양상태, 운동량, 생활습관, 사회적 지지와 상호 관련 되어 나타나게 된다. Kim과 Yoon [14]의 연구에서는 건강불평등과 관련된 변수로 사회경제적 지위, 사회통합, 건강행태, 지역에 따른 의료서비스의 차이가 확인되었다. 보건의료서비스가 공정하게 분배되기 위해서는

공공정책을 통한 기본적인 보건의료서비스 이용이 보장되어야 한다[3].

2. 불공평한 의료서비스 이용의 결과

건강불평등의 문제는 성장과 발달은 물론 정신적 사회적 건강 및 건강 관련 행동에 영향을 미쳐 질병의 이환율, 사망률로 표현되며 이는 전 생애에 걸쳐 영향을 미친다[1,6]. 특히 아동기의 빈곤은 인지적 발달과 정신 사회적 건강에 영향을 미쳐 어린 시절 성장과 건강발달을 저해하고 인지적 발달과 정서적, 사회적 건강에 영향을 미치게 되며 이는 성인기의 사망률에 영향을 준다[6]. 물론 빈곤의 해결이 아동의 성장 발달 및 심리적, 사회적, 문화적, 건강문제 모두를 해결할 수는 없지만 경제적 소득 보장은 가정의 안정과 가족관계특성을 강화시킬 수 있으므로 매우 중요하다. 또한 청소년의 경우 정서발달 변인 중 스트레스와 우울은 자살이나 폭력 등 부정적인 역할과 관련되는 경향이 지배적이므로 사회적 배제경험을 없애주는 것이 필요하다. 비정규직 노동자는 저임금, 노동 강도 강화로 표현되는 우리사회 양극화의 ‘상징’이며 이러한 악순환 고리는 건강장해를 유발하고 있다[4]. 따라서 전 생애에 걸쳐 나타나는 건강불평등을 완화시키기 위해 보건의료정책은 물론 다양한 수준의 사회정책이 필요하다.

3. 개인들이나 집단들 간의 건강상태의 차이

개인들이나 집단들 간의 건강상태의 차이는 건강불평등으로 나타내어지며 이는 건강수명의 단축, 사망률, 유병율, 건강 관련 삶의 질, 주관적 건강인식, 건강행동의 차이로 나타내어질 수 있다. 저체중아의 발생은 여성의 낮은 사회계층으로 인해 경제적, 물질적 결핍이 원인이 되는 경우가 많다. 낮은 사회계층에서 여성노동자의 약 70%는 비정규직이며, 저체중아 출생과 출생아의 조기사망은 여성노동자의 사회경제적 조건이 좋지 않음을 시사하고 있다[4]. 따라서 여성의 근로환경의 개선과 위험작업장의 환경관리 및 임신한 여성의 휴식과 영양, 산전 산후의 세심한 건강관리가 필요하다[4]. 아동기와 청소년기는 신체적으로 가장 건강한 시기이기 때문에 이환 및 사망을 지표로 따져 보기는 어렵지만[6] 어머니의 교육수준이 대졸인 아동은 중졸 이하에 비해 4배정도 더 건강한 것으로 나타났고 거주지에 따라 아동과 청소년의 건강이 차이가 있었다[1]. 또한 육체노동을 하는 아버지의 아이 사망률이 비 육체적인 노동을 하는 아버지의 아이 사망률 보다 1.4~1.5배 높게 나타

나서[4] 부모의 교육과 소득수준에 따라 아동의 건강상태는 차이가 있는 것으로 나타났다. 통계청 조사자료분석에 따르면 교육수준이 높을수록 스스로 평가한 계층의식과 건강에 대한 인식이 좋고[12], 저소득층이나 소외계층의 건강상태는 고소득층에 비해 만성질환, 급성질환에 모두 취약한 것으로 나타나 경제적 차이가 질병악화를 가져올 가능성이 높다[2].

대도시, 중소도시, 농어촌 지역으로 구분하여 사회경제적 지위, 사회통합, 건강행동, 보건의료시설의 접근성의 4가지 측면을 비교한 연구결과[14], 사회경제적 지위에서 학력, 가구 소득에 따라, 사회통합차원에서는 가족구성원의 관계와 사회봉사활동, 운동량에 따라 대도시와 중소도시 간에 건강상태의 유의한 차이가 발견되었다. 도시와 농촌 간 의료자원의 격차, 분만이나 응급진료 등 의료서비스 이용이 어려워 질환의 치료가 어려워져 건강상태의 차이를 가져온다[13]. 체계적으로 불리한 집단에 놓인 낮은 사회계층에서 흡연, 영양, 음주, 운동 등 위험한 건강행태가 많아 높은 사회계층보다 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다[22,23]. 장애인의 경우 비장애인에 비해 만성질환 유병률이 높으나 검진수검률은 낮아 건강차이가 나타나고[13], 다문화 가정의 경우 문화적 차이로 인한 현실적응과 다양한 원인으로 인해 건강행위 수행의 어려움을 호소하는 경우 적응 관련 정보제공이나 지역사회 자원을 활용한 간호중재의 제공이 필요하다[26]. 교육이나 소득, 직업계층 간에 나타나는 건강상태의 차이는 단순히 건강과 관련된 의료시스템으로는 줄일 수가 없으며 정부차원에서의 관련정책시행이 필요하다. Braveman[31]은 의료관리 불평등과 관련된 문제로 의료급여의 부족과 사 보험의 난립으로 인한 본인 부담금의 증가를 언급하였다. 우리나라는 전 국민의료보장을 제공하고 있으나 저소득층의 노인이나 암 환자의 경제적 비용부담은 의료이용을 어렵게 하고 그 결과 질병과 빈곤이 이어지고 있다[13]. 따라서 개인들이나 집단들 간의 건강상태의 차이를 줄이기 위해서는 지속적인 건강 관련 데이터의 모니터링과 건강불평등을 감소시킬 수 있는 인구집단 특성에 적합한 다양한 중재방법이 필요하다.

4. 사회적 차별의 결과

사회적 차별은 여성, 육체적 장애인, 노인, 인종 및 피부색깔, 출신 지역, 종교, 소수집단, 지역 등의 원인에서 비롯되며 그 유형도 다양하다. 우리나라는 1인 이상의 사업장에 근무하는 모든 노동자들이 4대 보험에 가입되도록 법적 규제를 가하여 노동자를 보호하고 있다. 사회적 차별의 원인이 되는 사람

들은 비정규적인 경우가 많다. 그들은 정식으로 근로계약을 맺지 못해 재취업과 퇴직을 반복하여 4대 보험에 대부분 가입하지 못했으며 정규직에 비해 저 임금구조, 장시간의 강도 높은 노동으로 건강이 좋지 않다. 다수의 비정규직 노동자들은 용역업체 소속으로 짧게는 사흘, 길어도 몇달짜리 계약직인 경우가 흔해서 몸이 아프다고 하면 다음에 일자리를 얻을 수 없기 때문에 건강의 적신호가 들어와도 병원에 진료를 받으러 가지 않는 경우가 흔하다[4]. 이러한 비정규직 노동자의 고용 불안은 육체적 고통뿐만 아니라 정신적 스트레스로 나타나서 불면증과 우울을 야기시켜 건강행위를 어렵게 하고 있다[4]. 따라서 우리사회의 비정규직을 차츰 줄여나가 고용의 불안을 없애고 안전보건에 대한 규제 강화와 이에 대한 지속적인 연구도 필요하다고 사료된다.

부모의 소득이 낮은 아동은 부모와 교사로부터 받는 긍정적인 피드백을 받는 횟수가 적고[6] 가구의 월 소득은 청소년의 육체적, 정신적 건강에 영향을 미치는 것으로 보고된 바 있다[1]. 또한 아동기와 청소년기에 경제적 결핍이나 가족구성관계의 복잡한 문제들이 상호작용하여 정신적, 사회적 건강불평등이 나타나고 있다[6]. 청소년시기는 생애 초기 잠재적 시기로 평생건강을 좌우하는 중요한 시기이므로 육체적 건강과 더불어 정신적 건강을 증진시킬 수 있도록 해야 한다.

결혼이주여성의 대부분은 연령이 낮은 편이며, 그들의 배우자는 사회경제적 수준이 낮은 하위계층인 경우가 많아 건강이나 보건의에 있어 약자라고 할 수 있다. 이들은 생소한 언어와 문화, 사회적 인식의 차이로 인해 현지 적응의 어려움은 물론 정신적 심리적 부담감까지 가지고 있다[26]. 결혼이주여성이 겪는 정신적, 심리적, 문화적 괴리를 극복하고 현실에 잘 적응할 수 있도록 하기 위해서는 남편과 가족의 적극적인 지지와 이해, 전문가의 전문적인 중재, 정치적 차원에서의 접근이 요구된다. 결론적으로 사회적 차별에 대한 올바른 인식과 태도 개선을 위해서는 각종 교육 및 홍보가 필요하며 국민의식의 증가와 정치적 관심이 필요하다.

여러 분야의 연구결과를 바탕으로 선행요인과 속성, 결과에서 살펴본 바와 같이 건강불평등은 여러 상황이 복합적으로 얽혀있는 구조로 단면적으로 설명할 수가 없다. 다양한 차원에서 어디서나 존재하는 건강불평등의 선행요인에 간호학적 측면에서 더 관심을 가져야할 차별적 배제를 포함하여 접근했으며 이를 분석 했다는 데 본 연구의 의의가 있다. 건강불평등에 대해 다른 분야에서는 많은 연구들이 이루어지고 있으나 상대적으로 간호 분야에서의 연구는 많이 미흡한 실정이었다. 또한 지금까지 대부분의 연구들은 건강행태와 의료이용의 불

평등으로 인해 건강불평등이 존재하고 있다는 사실을 확인하는 차원이었으나 건강불평등에 대한 개념을 분석함으로써 올바른 인식제고는 물론 건강불평등이 일어나는 경로를 탐색하고 설명하기에도 유용하며 이를 바탕으로 좀 더 적극적인 간호학적 측면의 연구나 중재가 가능할 것으로 사료된다.

본 연구자들은 건강불평등의 고찰범위를 건강분야가 포함된 다학제적인 범위로 확대하여 시행하고자 노력하였으나 건강불평등이 다루어진 모든 분야의 문헌까지 확대하여 포함하지는 못하였다. 따라서 Walker와 Avant[17]의 개념분석과정을 체계적으로 거쳤다고 하더라도 연구자들의 주관적인 판단이 일부 개입 될 수밖에 없다. 그러나 건강불평등에 대한 본 연구의 개념분석은 건강불평등을 인식하고 이해함에 있어 유용하다고 생각되며 이 과정을 통해 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 본 연구결과를 토대로 건강불평등의 속성을 포함하여 간호학적 관점에서의 활발한 연구가 필요하다. 최근 빅데이터를 분석한 연구들이 이루어지고 있으나 간호학적 측면에서 건강불평등을 다룬 연구는 드물며, 차후 밝혀진 연구 속성을 바탕으로 간호연구가 활발히 이루어질 것이라 생각된다. 둘째, 건강불평등은 단순히 현재의 상황만을 보고하는 형식이 아니라 지속적인 측정과 연구가 필요하다. 셋째, 건강불평등의 선행요인을 중심으로 영향을 미칠 수 있는 세부적인 사항에 대한 연구가 이루어져야 한다. 예를 들면 의료서비스의 접근성 제한이나 거주 지역의 차이로 인한 연구들은 이루어지고 있으나 인구학적 특성 중 젠더의 관점에서 본 여성의 건강불평등이나 사회적 배제에 대한 연구는 상대적으로 미흡하여 이에 대한 연구가 필요하다. 아울러 다문화 가정과 외국인 노동자 등 소수자의 건강차이 문제에도 활발한 연구가 필요하다. 마지막으로 본 연구결과를 토대로 건강불평등의 속성을 모두 포함하여 평가할 수 있는 표준화된 도구 개발과 건강불평등을 완화할 수 있는 실질적인 프로그램이 개발되어야 할 것이다.

결론

본 연구는 건강불평등이라는 맥락에서 그 개념적인 속성을 고찰한 개념분석 연구이다. 건강불평등은 개인들이나 집단들 간의 건강상태의 차이, 건강에 대한 기본권의 침해, 불공평한 의료서비스 이용의 산물 사회적 차별의 결과라는 속성을 가지고 있으며 개념분석을 통해 의료서비스의 접근성 제한, 인구학적 특성의 차이(연령, 성별, 교육, 직업), 거주 지역의 차이, 사회적 배제(차별, 소외)라는 선행요인과 건강수명의 단축, 사망률과 유병율의 차이, 삶의 질 저하라는 결과를 제시함으

로써 건강불평등의 속성을 더 자세히 설명할 수 있었다. 이로써 연구들에 사용된 건강불평등 개념이 가지는 다차원적인 속성과 간호실무 맥락에서의 의미를 명확히 함과 동시에 바람직하고 효율적인 건강불평등 이해증진에 도움이 되는 근간을 마련하였다. 그러나 지금까지 연구들이 건강불평등을 이해하고 소통하는데 부족함이 있었다고 여겨지며 향후 본 연구에서 밝혀진 속성을 토대로 간호영역 내에서도 건강불평등이나 형평성에 대한 노력과 연구의 활성화와 건강불평등을 완화/해소하기 위한 장기적인 프로그램의 개발과 관련된 연구들이 지속되어야 할 것이다.

REFERENCES

1. An JS, Kim HJ. A study on the determinants of children and adolescents health inequality in Korea. *Studies on Korean Youth*. 2013;24(2):205-231.
2. Lee YJ, Kim SY. A equity in the co-payment and utilization of national health insurance by income class. *Social Welfare Policy*. 2006;24:173-199.
3. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(4):254-258. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
4. Lee CG. *Tracking, health inequalities in Korea*. Seoul: Mim; 2007.
5. Adelson N. The embodiment of inequity: health disparities in aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 2005; 96(S2):S45-S61.
6. Kim MH, June KJ, Seo SH. Health inequality in childhood. *Health and Welfare Policy Forum*. 2011;176:32-44.
7. Norbury M, Mercer SW, Gillies J, Furler J, Watt GC. Time to care: Tackling health inequalities through primary care. *Family Practice*. 2011;28(1):1-3. <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmq118>
8. Rainham D. Do differences in health make a difference? A review for health policymakers. *Health Policy*. 2007;84(2-3): 123-132. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.05.003>
9. Kim HY. Community inequalities in health: The contextual effect of social capital. *Korean Journal of Sociology*. 2010;44(2): 59-92.
10. Kim MH, Lee JH. Current status of policy developments in tackling health inequalities and the next steps to be taken in Korea. *Journal of the Korean Medical Association*. 2013;56(3):206-212. <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2013.56.3.206>
11. House JS, Lantz PM, Herd P. Continuity and change in the social stratification of aging and health over the life course: Evidence from a nationally representative longitudinal study from 1986 to 2001/2002(Americans' Changing Lives Study). *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2005;60(S2):S15-S26. http://dx.doi.org/10.1093/geronb/60.special_issue_2.s15
12. Lee KO, Yoon HS. Relationship between inequalities in health and inequalities in socioeconomic status. *Journal of Korean Community Nursing*. 2001;12(3):609-619.
13. Cho, H-J. Equity in health care: current situation in South Korea. *Journal of the Korean Medical Association*. 2013;56(3): 184-194. <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2013.56.3.184>
14. Kim SY, Yoon KC. An analysis of the regional differences of health inequality and the exploration of the factors causing the differences. *The Korean Journal of Local Government Studies*. 2012;15(4):31-57.
15. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*. 2005;365(9464):1099-1104. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)71146-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(05)71146-6)
16. Schroeder SA. We can do better-improving the health of the American people. *New England Journal of Medicine*. 2007; 357(12):1221-1228. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmsa073350>
17. Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2005.
18. Encyclopaedia Britannica online Korea. Health [Internet]. Encyclopaedia Britannica online Korea. 2013 [cited 2013 April 24]. Available from: http://preview.britannica.co.kr/bol/topic.asp?article_id=b01g2163a
19. Neufeldt V, Guralnik DB. *Webster's new world college dictionary*. 3rd ed. New York, NY: Macmillan; 1996.
20. Encyclopaedia Britannica Online Korea. Equality [Internet]. Encyclopaedia Britannica Online Korea. [cited 2013 April 24]. Available from: http://preview.britannica.co.kr/bol/topic.asp?article_id=b23p2636a
21. Park EO, Song HJ. Differences and inequalities in health status among social class classified by occupation and job status. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*. 2003;12(2): 171-176.
22. Laaksonen M, Talala K, Martelin T, Rahkonen O, Roos E, Helakorpi S, et al. Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: A follow-up of 60,000 men and women over 23 years. *European Journal of Public Health*. 2007;18(1):38-43. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckm051>
23. Kim HR. Implication of health behaviors in socioeconomic health inequalities and policy directions. *Health and Welfare Forum*. 2009;149:36-47.
24. Bommier A, Stecklov G. Defining health inequality: Why Rawls succeeds where social welfare theory fails. *Journal of Health Economics*. 2002;21(3):497-513. [http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296\(01\)00138-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296(01)00138-2)

25. Watts RJ. Race consciousness and the health of African Americans. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2003;8(1):4
26. Byun S-W. Difficulties in health behavior of migrant inter-marriage women. *The Journal of Digital Policy and Management*. 2013;11(12):631-637.
<http://dx.doi.org/10.14400/JDPM.2013.11.12.631>
27. Atkinson R, Davoudi S. The concept of social exclusion in the European union: Context, development and possibilities. *Journal of Common Market Studies*. 2000;38(3):427-448.
<http://dx.doi.org/10.1111/1468-5965.00229>
28. Adams JS. Inequity in social exchange. In: Berkowitz L, editor. *Advances in experimental social psychology*. New York, NY: Academic Press; 1965. p. 267-299.
29. Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, Laveist T, Borrell LN, Manderscheid R, et al. Health disparities and health equity: the issue is justice. *American Journal of Public Health*. 2011; 101(S1):S149-S155.
<http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2010.300062>
30. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002;56(9):647-652.
<http://dx.doi.org/10.1136/jech.56.9.647>
31. Braveman P. Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health* 2006;27: 167-194.
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>