

특 집

한국 건강불평등의 현황과 문제점

김유미, 김명희¹⁾

한양대학교 의과대학 예방의학교실, 을지대학교 의과대학 예방의학교실¹⁾

Health Inequalities in Korea: Current Conditions and Implications

Yu-Mi Kim, Myoung-Hee Kim¹⁾

Department of Preventive Medicine, Hanyang University College of Medicine,
Department of Preventive Medicine, Eulji University College of Medicine¹⁾

Objectives : The aim of this study is to summarize the current conditions and implications of health inequalities in South Korea.

Methods : Through a literature review of empirical studies and supplementary analysis of the data presented in the 1998, 2001, and 2005 KNHANEs, we evaluated the extent and trends of socioeconomic inequalities in both health risk factors, such as smoking, physical activity, and obesity, and outcomes, such as total mortality, subjective poor health status by self-reports and metabolic syndrome. Relative risks and odds ratios were used to measure differences across socioeconomic groups, and the relative index of inequality was used to evaluate the changes in inequalities over time.

Results : We found clear inequalities to various degrees

in most health indicators. While little change was observed in mortality differences over time, the socioeconomic gaps in risk factors and morbidity have been widening, with much larger differences among the younger population.

Conclusions : Socioeconomic inequalities are pervasive across various health indicators, and some of them are increasing. The trends in socioeconomic inequalities in health should be carefully monitored, and comprehensive measures to alleviate health inequalities are needed, especially for young populations.

J Prev Med Public Health 2007;40(6):431-438

Key words : Health inequalities, Inequities, Socioeconomic position

서론

최근 활발히 진행되고 있는 사회역학 연구들은 한국 사회에서 건강 불평등의 존재를 확인하고, 건강 결정 요인으로서 사회경제적 요인의 중요성을 보여주고 있다.

1990년대 후반의 외환위기 이후 사회적 불평등이 심화되고 있다는 지적이 힘을 얻고 있다. 이를테면, 외환위기 직후 잠시 주춤했던 국민소득은 꾸준히 상승하여 현재 2만 달러를 넘어선 가운데, 소득 불평등을 나타내는 대표적 척도인 지니 계수의 경우 1996년 0.28이었던 것이 2000년 이래 계속 0.33~0.35를 유지하고 있으며, 1996년 약 9%였던 상대 빈곤율은 2006년 현재 17%에 이르고 있다 [1].

한편 소득으로 표현되는 물질적 조건의 결핍 문제를 넘어서 '신(新) 빈곤'에 대한

우려의 목소리도 높아지고 있다. Chang [2]은 1) 노동빈곤, 2) 상대적 빈곤, 3) 다차원적이고 복합적인 빈곤 형태, 4) 공간적 격리 및 사회적 배제와 결부된 심리적 고립 등을 신빈곤의 특성으로 정의하고, 사회의 구조적 변동이 빈곤의 성격 자체를 변화시킨다고 지적한 바 있다. 고용시장의 유연화를 통해 나타난 '비정규직' 문제는 이러한 문제의 일면을 보여준다. 예컨대 정규직 남성 노동자에 비교할 때 남성 비정규직, 여성 정규직, 여성 비정규직 노동자의 임금은 각기 70, 52, 38%에 불과하며 [3], 절대빈곤가구 중 38.4%는 노동빈곤 가구인데 그 중 반 이상이 비정규직에 종사하고 있는 것으로 나타났다 [4].

이렇듯 한국 사회의 사회경제적 불평등은 점차 구조화, 고착화되어간다고 할 수 있으며, 근대사회 계층이동의 핵심기제로

알려진 교육의 불평등 심화는 이러한 전망을 더욱 어둡게 한다. 한국인의 평균 교육 년 수는 1975년 6.6년에서, 2000년 10.6년으로 늘어났으며, 전문대학교육 이상을 의미하는 고등교육 진학률도 1990년 대 중반 이미 70%를 넘어섰지만, 이러한 양적 확대와는 별도로 학력 성취도나 각 학력 단계의 진학 경로에 미치는 가족 배경의 영향은 거의 감소하지 않은 것으로 나타났다 [5-8].

건강형평성이 사회질서의 공정성을 나타내는 민감한 지표라는 점을 고려할 때 [9], 이러한 한국 사회의 사회적 불평등의 심화는 건강 수준의 불평등을 악화시키기에 충분할 것이다. 실제로 최근 10여 년 간 발표된 논문들은 다양한 방법론과 결과지표의 활용을 통해 건강 불평등이 광범위하게 존재하고 있음을 보여주었다. 이 글에서는 그동안의 경험적 연구들에 대한

이 연구는 건강증진기금의 지원을 받아 수행되고 있는 건강증진기금 중장기 연구과제의 '건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발'의 지원을 받았다.
책임저자: 김명희 (대전광역시 중구 용두동 143-5, 전화: 042-259-1683, 팩스: , E-mail: mhkim@eulji.ac.kr)

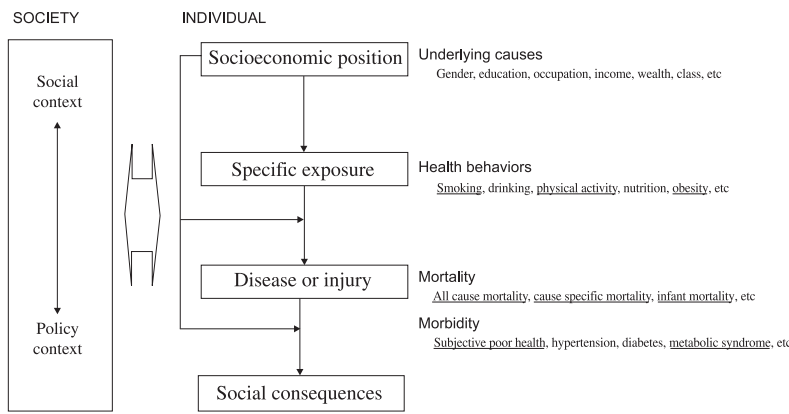


Figure 1. Study concepts and frame.

Note: adapted from Diderichen's health inequality pathway [9], underline: the selected index in this article

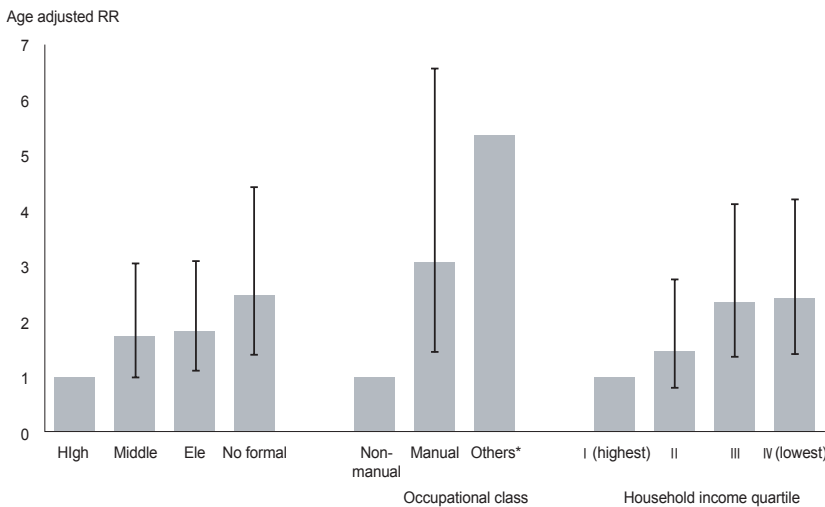


Figure 2. Mortality differences among social groups by education level, occupational class, and household income.

(adapted from Khang and Kim [14])

Note: abbreviation; RR: relative risk, ele: elementary school, middle: middle school
*95% confidence interval=2.52-11.58

검토와 추가적인 자료 분석을 통해, 현재 한국 사회 건강불평등의 현황과 경향성을 개괄하고 학술적·정책적 과제를 제안하고자 한다.

연구방법

1. 지표의 선정

건강불평등 문제를 해결하기 위해 가장 선행되어야 할 과제는 모니터링에 활용할 수 있는 적절한 평가 지표의 개발이라 할 수 있다. 유럽의 경험에 비추어볼 때, 정책의 시작은 대개 가용한 자료로부터 촉발되었으며 [10,11], 초기에 불평등의 기술에

집중하던 연구들이 점차 불평등 발생의 기전과 경로에 대한 설명으로 옮겨가면서 체계적인 전략 개발의 토대로 기능하고 있다 [12]. 이 글은 국내의 연구 성과를 포괄적으로 망라하는 것을 목표로 하고 있지 않으므로, 다음과 같이 대표적인 건강 관련 지표들을 선정하고 그 현황과 경향성을 살펴봄으로써 한국 사회의 건강불평등을 개괄하고자 한다.

우선 건강 결과(health outcome)로서 가장 분명한 지표인 사망에 대해 연령표준화 사망률을 살펴보았으며, 이환 상태를 평가하기 위해 자가 보고에 의한 불건강 유병률과 임상검사에 의한 대사증후군 유병

률을 각기 주관적·객관적 지표로 활용하였다. 그리고 이러한 건강 결과에서의 차이를 매개하는 중개 요인에 해당하는 건강위험요인(health risk factor)으로서 흡연율, 신체활동, 비만율 등을 살펴보았다 (Figure 1).

사망은 그 자체로 치명적인 건강 결과이며 이환과 달리 분류가 비교적 정확하기 때문에 비교적 장기간에 걸쳐 표준화된 국가 통계가 구축되어 있다. 이러한 이유로 해외의 건강 불평등 관련 연구들이 주로 사망자료 분석으로부터 출발했으며, 국내에서도 비교적 많은 연구 성과들이 축적되어 있다 [13-30]. 한편 건강이 신체적 질환의 부재 상태가 아니라 신체적·정신적·사회적 안녕을 포함하는 포괄적 개념이라고 한다면, 자가평가 건강 수준은 전반적 건강을 나타내는 지표로 활용될 수 있다. 이는 측정의 주관성에도 불구하고 사망률 예측의 주요 인자로 보고된 바 있으며 [31], 국내에서도 그 유용성이 확인된 바 있다 [18,32]. 또한 이러한 주관적 지표가 가지는 단점을 보완하기 위해 신체계측과 임상 검사에 의해 객관적으로 측정된 대사증후군을 이환 지표로 추가하였다. 대사증후군은 심혈관 질환의 대사적 위험 요인이 개인에게 집적되어 있는 상태로서, 심혈관질환으로 인한 상병과 사망의 주요한 원인이다 [33], 심혈관 질환의 사회경제적 불평등을 매개하는 주요한 경로로 제시되어왔다 [34,35].

건강위험요인의 경우, 흡연은 한국 남성 전체 사망의 30.1%, 모든 암 사망의 37.3%, 심혈관계 질환 사망의 26.7%에 기여할 만큼 주요한 건강위험요인이다 [36], 예방의 잠재력이 큰 조기 사망원인이다 [37]. 비만과 신체활동도 만성질환과 관련하여 그 중요성이 매우 큰데, 적절한 신체활동은 총사망의 감소 [38], 심혈관 질환, 당뇨, 고혈압 예방에 효과가 있는 것으로 알려져 있다 [39]. 비만 또한 대사증후군의 발생위험을 높이며 [33] 관상동맥질환을 포함한 심혈관계 질환을 증가시키는 주요 원인으로 잘 알려져 있다 [40].

이 중에서도 총 사망률, 흡연율, 운동 실천율은 『국민건강증진 종합계획 2010』에

서 건강 형평성 제고라는 총괄 목표 하에 소득수준에 따른 불평등 감소가 구체적 지표로서 제시된 바 있다 [41].

2. 지표 산출

사망과 흡연의 경우 불평등 현황은 물론 시기별 변화양상을 분석한 연구결과들이 이미 존재하고 있었기 때문에 그 결과들을 채택하였고, 자가평가 건강수준, 비만과 대사증후군의 경우 시기별 변화양상을 파악할 수 있는 선행 연구가 없었던 관계로 새롭게 자료 분석을 시행하였다. 자료 분석에는 전 국민을 표본으로 하는 국민 건강영양조사 자료를 활용하였으며, 1998, 2001, 2005년 세 차례 조사 자료를 통합하여 분석하였다. 운동실천율의 경우 시기별 변화양상을 보여줄 수 있는 적절한 자료원이 없어 불평등의 크기만을 선행연구를 통해 제시하였다.

자료 분석은 다음과 같은 방식으로 이루어졌다.

주관적 건강의 경우 1998년, 2001년에는 '스스로 생각하기에 같은 연령의 다른 사람과 비교하여 자신의 건강이 어떻다고 생각하십니까?' 라는 문항으로, 2005년에는 '당신의 건강은 대체로 어떠하다고 생각하십니까?' 라는 문항으로 측정하였으며 이에 대해 각기 5점 척도로 응답하도록 되어있다. '나쁨' 과 '매우 나쁨' 을 묶어, '불건강(poor health)' 으로 정의하고 이분 변수로 처리하였다. 한편 키와 몸무게 측정치를 이용하여 체질량지수가 25 Kg/m² 이상인 경우 '비만' 으로 간주하였으며, 혈압, 공복혈당, 허리/엉덩이 둘레, 혈중 고밀도지단백과 중성지방 농도를 이용하여 미국 National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III의 기준에 따라 '대사증후군' 을 정의하였다 [42].

폭로 요인에 해당하는 사회경제적 위치 변수로는 학력과 직업을 이용하였다. 학력의 경우 출생코호트에 따라 의미가 다를 수 있다는 점을 고려하여, 1) 45세 미만인 경우 ①중졸 이하, ②고졸, ③대졸 이상으로, 2) 45세 이상인 경우 ①초졸 이하, ②중졸, ③고졸 이상으로 나누어 분석하였다. 직업의 경우, 1) 관리자, 전문가, 준전문

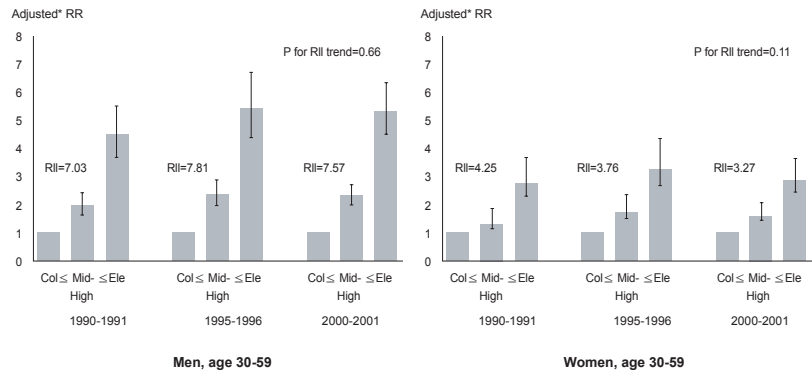


Figure 3. Time trends of mortality differences across education level by gender, 1990-2001. (adapted from Khang et al [18])

Note: abbreviation: RR: relative risk, ele: elementary school, mid: middle school, high: high school; col: college *poisson regression with the data of sex, one year age, education specific numbers of population and death

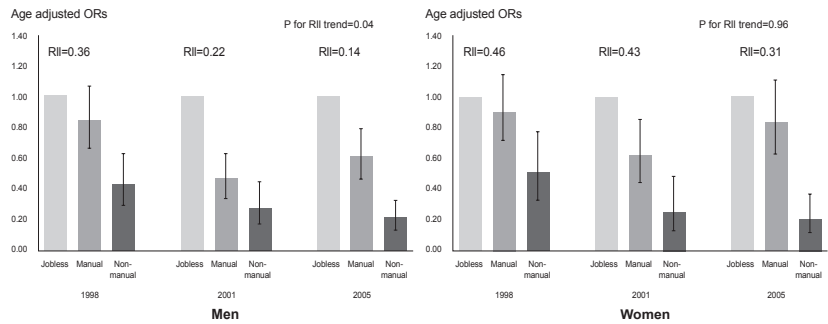


Figure 4. Time trends of subjective poor health differences across occupation and gender in 1998, 2001, and 2005.

Note: abbreviation; ORs: odds ratio

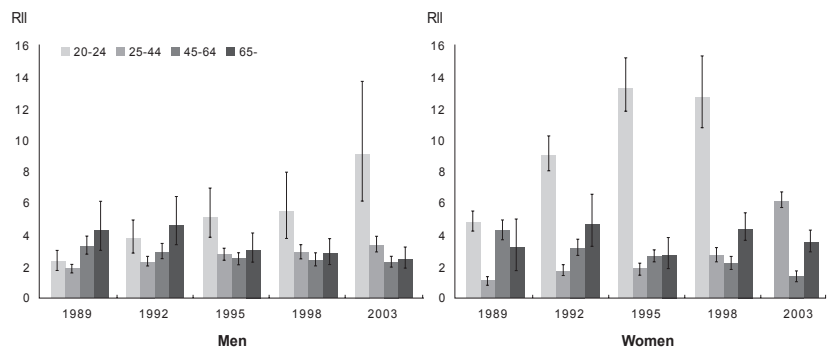


Figure 5. Trends of relative index of inequality for current smoking across education level by age and gender, 1989-2003.

(adapted from Khang and Cho [58])

Note: abbreviation: RII: relative inequality index, the RII in female, year 2003 is 38.46 (95% confidence interval=14.90-99.26)

가 및 사무직원을 묶어 비육체 노동군으로, 2) 서비스업, 농업 및 어업, 기능원, 장치 기계 조작원을 육체 노동군으로, 3) 직업이 없는 경우를 무직으로 구분하였으며, 주부와 군인, 학생은 분석 대상에서 제외하였다.

시간에 따른 유병률의 변화를 살펴보기 위해 전체 조사대상 인구를 표준인구로 하여

여 5세 단위로 구분하여 직접 연령표준화율을 계산하였으며, 사회경제적 요인에 따른 격차를 확인하기 위해 연령보정 교차비(odds ratio, OR)를 산출하였다. 또한 각 사회경제적 위치 별 인구 크기를 고려한 상태에서 집단사이의 전체 기울기를 파악하기 위해 상대불평등 지수(relative index of inequality, RII)를 로지스틱 회귀분석을 통

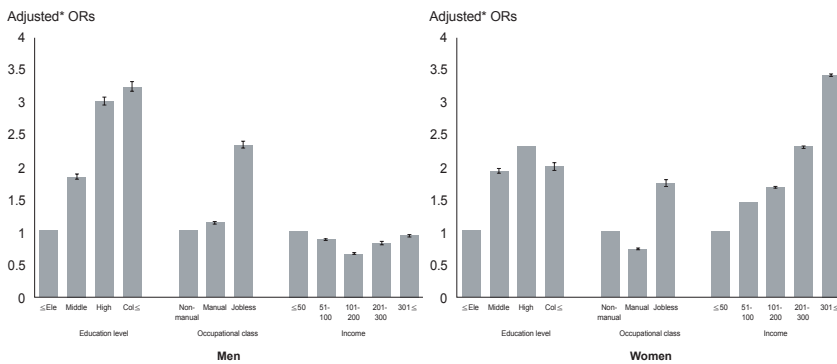


Figure 6. Differences of taking a proper exercise by education level, occupation, and household income.[†]

(adapted from Yang et al [62])

Note: proper exercise group was defined as person consuming more than 7.5 Kcal/Kg/week calculated from questionnaire, abbreviation: ORs: odds ratio, ele: elementary school, middle: middle school, high: high school, col: college,

* adjusted for age, residency, marital state, income, education, occupation, smoking, alcohol, stress, BMI, hypertension

[†]Unit of income: 10,000 won

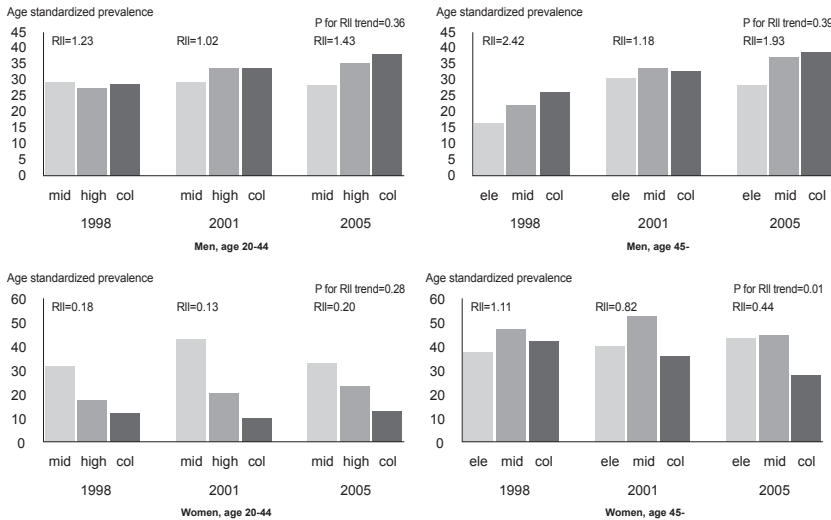


Figure 7. Age-adjusted prevalence of obesity and time trends by gender and education.

Note: obesity: body mass index > 25 kg/m²,

abbreviation: RII: relative inequality index, ele: elementary school, mid: middle school, high: high school, col: college

해 추정하였다 [43-45]. 시간에 따른 RII 변화의 경향을 평가하여 불평등의 감소 혹은 증가 여부를 확인하고자 하였다.

연구결과 및 고찰

1. 건강결과

1) 사망 수준

외국에서의 연구결과들과 마찬가지로 다양한 사회경제적 위치를 이용한 국내 연구들에서 일관된 사망 불평등을 관찰할 수 있었다.

개인 수준의 사회경제적 위치 지표인 소득 [13-16], 학력 [14,16-21], 직업 [14,16,19-21], 직업에 기반한 사회계급 [22]에 따라

뚜렷한 사망률 격차를 확인할 수 있었는데 [14](Figure 2), 한국 사회에서 특히 교육 수준에 따른 사망률 격차가 두드러진다는 점이 지적된 바 있다 [19]. 또한 성인기의 사회경제적 위치는 물론 아동기의 환경, 이를테면 성장환경을 반영하는 신장 [23]이나 초기 아동기의 폭로요인으로서 신장과 학력이 [15] 사망 수준에 유의한 영향을 미친다고 보고된 바 있다. 한편 개인 요인을 보정한 상태에서도 지역의 빈곤(박탈) 수준 [20,24,25]에 따른 사망률 차이를 확인할 수 있었다. 이를테면 부모의 사회경제적 위치가 낮거나 출생 지역(시/군/구)이 빈곤할수록, 농촌 지역일수록 어린이의

손상으로 인한 사망률이 높은 것으로 나타났다 [26].

이러한 불평등은 총 사망뿐 아니라 10대 주요 사인에 의한 사망 [17], 심혈관질환으로 인한 사망 [27], 영아 사망률 [28-30] 등의 사인 특수 사망률에서도 분명하게 관찰되었으며, 회피 가능한 사인일수록 이러한 사회경제적 불평등이 더욱 분명하다는 점이 보고되기도 하였다 [13].

지난 1990년에서 2001년까지 사망 불평등의 변화를 살펴보면, 일관된 사회경제적 불평등이 관찰되지만 RII의 경향성 (p for trend)을 평가했을 때 그 격차의 크기에는 변동이 없는 것으로 나타났다 [18] (Figure 3).

2) 주관적 불건강 수준

그동안 국내에서 이루어진 단면 연구 결과들은 사회경제적 위치가 낮을수록 주관적 건강 수준이 나쁘다고 보고하였다 [46-48]. 시계열에 따른 변화를 살펴본 Khang 등 [18]의 연구는 학력 수준에 따른 격차가 1989년에서 1999년 동안 심화되었으며 특히 1995-1999년의 시기에 불평등의 크기가 급격히 늘어났다고 보고했다. 이보다 최근의 경향을 파악하기 위해 1998-2005년의 국민건강영양조사 자료를 분석한 결과, 직업, 학력, 소득, 종사상의 지위 등 대부분의 사회경제적 위치에 따라 일관된 불평등을 관찰할 수 있었다. 또한 직업을 기준으로 1998, 2001, 2005년에 측정된 상대불평등 지수의 경향을 평가하였을 때, 여성의 경우 뚜렷한 변화 경향을 관찰할 수 없었으나 (p for RII trend=0.961), 남성의 경우 불평등이 심화되는 것을 확인할 수 있었다 (p for RII trend=0.037)(Figure 4).

3) 대사증후군

국내 선행 연구들은 대사증후군의 유병률은 교육 수준 [49-51], 소득 [51] 같은 사회경제적 위치에 따라 불균등하게 분포하며 그 격차는 성별이나 세대에 따라 다르게 나타난다고 보고하였다 [49]. 이러한 불평등은 사회경제적 위치에 따른 건강 생활습관이 차이로 해석될 수도 있으나 [51] 이들 요인을 보정한 후에도 여전히 유의한 격차가 관찰된다는 점에서 사회심리적 기전, 특히 신경내분비계의 병태생리적

변화로 설명되기도 한다 [52].

국민건강영양조사 자료를 이용한 분석 결과를 살펴보면, 여성의 경우 학력에 따른 뚜렷한 격차를 각 조사시기에서 확인 할 수 있었으나 남성의 경우 이는 불분명 하였다. 그러나 시기의 변화에 따른 격차의 추세 변동은 남녀 모두에서 보이지 않았다. 대사증후군은 불평등 수준뿐 아니라 유병률의 절대 크기도 상당히 높은 편이었는데, 특히 45세 이상 남성의 경우 시간이 지날수록 유병률 증가 양상이 뚜렷 하였다. 한편 45세 이상 여성의 경우를 살펴보면 1998년 중졸 이하 집단의 유병률이 1998년 40%에서 2005년 29.2%로 약 10% 감소한데 비해, 대졸 이상 집단의 유병률은 45.9%에서 24.2%로 절반 정도 감소하여 오히려 격차는 더욱 심화되는 결과를 보여주었다 (Table 1).

2. 건강 위험 요인

1) 흡연

흡연의 해악에 대한 사회적 인식이 높아지면서 흡연율은 지속적으로 감소하고 있다. 하지만 2006년에 조사한 20세 이상 성인 남자의 흡연율은 49.2%로 여전히 세계에서 수위를 차지하고 있다 [53]. 서구의 연구들은 사회경제적 위치에 따라 흡연 행태에 큰 차이가 있다고 보고하였다 [54-56]. 국내 연구에서도 중년 남자의 경우 소득수준과 흡연율 사이에 역비례 관계가 존재하며 시간이 경과할수록 그 격차가 더 커진다고 보고된 바 있다 [57]. 또한 학력을 사회경제적 위치 지표로 사용한 연구에서도 남·여 모두, 대부분의 연령군에서 학력과 흡연율 사이의 역상관 관계를 관찰할 수 있었다 [58]. 한편 시간의 흐름에 따른 변화를 살펴본 연구에 따르면, 전반적인 남성 흡연율이 감소하는 가운데 남·녀 모두 젊은 연령층일수록 교육수준에 따른 흡연율의 격차가 급격하게 증가하는 결과를 보여주었다 [58] (Figure 5).

또한 국민건강영양조사 자료를 이용하여 사회계층에 따른 금연비와 금연 시도율을 비교한 연구결과에 따르면 금연 시도율의 경우 사회계층별 차이가 크지 않았으나 성공률에 차이가 있음을 보고한

Table 1. Age standardized prevalence of metabolic syndrome by education level in 1998, 2001, 2005

Year	Education	Age-adjusted prevalence (95% CI)	Odds ratio (95% CI)	RII (95% CI)	p for RII trend	
Men, age 20-44	1998	≤Middle	16.3 (10.0, 22.5)	1.00	0.64 (0.37, 1.11)	0.314
		High school	12.7 (10.2, 15.2)	0.90 (0.60, 1.35)		
		College ≤	11.6 (8.7, 14.6)	0.77 (0.50, 1.19)		
	2001	≤Middle	9.2 (2.2, 16.1)	1.00	0.93 (0.44, 1.97)	
		High school	11.4 (8.2, 14.5)	1.00 (0.49, 2.04)		
		College ≤	10.9 (8.0, 13.9)	0.96 (0.47, 1.96)		
	2005	≤Middle	5.9 (1.5, 10.3)	1.00	1.31 (0.60, 2.89)	
		High school	10.4 (7.0, 13.9)	0.81 (0.33, 1.99)		
		College ≤	11.8 (9.0, 14.6)	0.99 (0.41, 2.39)		
Men, age 45-	1998	≤Middle	19.3 (15.1, 23.6)	1.00	1.20 (0.71, 2.03)	0.756
		High school	18.9 (13.7, 24.1)	1.10 (0.76, 1.60)		
		College ≤	18.5 (14.7, 22.4)	1.09 (0.79, 1.52)		
	2001	≤Middle	20.6 (15.0, 26.2)	1.00	1.07 (0.57, 2.00)	
		High school	20.5 (13.5, 27.5)	0.99 (0.61, 1.60)		
		College ≤	22.1 (17.4, 26.7)	1.04 (0.71, 1.52)		
	2005	≤Middle	21.6 (15.0, 28.3)	1.00	1.25 (0.73, 2.15)	
		High school	25.7 (19.2, 32.2)	1.44 (0.96, 2.18)		
		College ≤	24.3 (20.1, 28.4)	1.28 (0.89, 1.84)		
Women, age 20-44	1998	≤Middle	11.5 (7.0, 15.9)	1.00	0.29 (0.14, 0.61)	0.314
		High school	4.9 (3.4, 6.4)	0.42 (0.27, 0.64)		
		College ≤	4.5 (2.3, 6.7)	0.43 (0.24, 0.75)		
	2001	≤Middle	11.7 (4.8, 18.6)	1.00	0.15 (0.06, 0.35)	
		High school	7.9 (5.8, 9.9)	0.62 (0.37, 1.04)		
		College ≤	2.3 (0.8, 3.9)	0.18 (0.08, 0.40)		
	2005	≤Middle	11.5 (4.1, 19.0)	1.00	0.09 (0.03, 0.27)	
		High school	5.2 (3.6, 6.9)	0.47 (0.25, 0.89)		
		College ≤	1.9 (0.7, 3.1)	0.15 (0.07, 0.36)		
Women, age 45-	1998	≤Middle	36.0 (32.7, 39.3)	1.00	1.16 (0.70, 1.93)	0.642
		High school	34.0 (22.0, 46.0)	0.79 (0.58, 1.08)		
		College ≤	45.9 (28.1, 63.7)	1.02 (0.73, 1.43)		
	2001	≤Middle	33.8 (29.4, 38.2)	1.00	0.47 (0.26, 0.83)	
		High school	40.6 (25.6, 55.6)	1.27 (0.89, 1.82)		
		College ≤	19.8 (12.1, 27.4)	0.47 (0.32, 0.71)		
	2005	≤Middle	29.2 (25.4, 32.9)	1.00	0.73 (0.43, 1.24)	
		High school	37.1 (22.8, 51.5)	1.21 (0.87, 1.69)		
		College ≤	24.2 (11.2, 37.1)	0.61 (0.43, 0.87)		

Note; Abbreviation: 95%CI: 95% confidence interval; RII: relative inequality index metabolic syndrome criteria: more than 3 components among

1) waist circumference; female 88cm ≤, male 102cm ≤, 2) serum triglyceride 150mg/dL ≤, 3) serum high density lipoprotein; female <50mg/dL, male <40mg/dL, 4) systolic blood pressure 130mmHg ≤ or diastolic blood pressure 85mmHg ≤, 5) fasting blood sugar 110mg/dL ≤

바 있다 [59].

2) 운동실천

서구의 선행 연구들은 사회경제적 위치가 낮은 인구 집단에서 적은 수준의 신체 활동이 이루어진다고 보고한 바 있다 [60]. 우리나라에서도 1998년 국민건강영양조사의 면접 자료를 이용한 연구에서 낮은 사회계층에서 정기적 운동 실천율이 낮다는 보고가 있었다 [61]. 또한 2001년 자료를 이용한 연구에서 직업의 경우 불분명하지만 교육수준이나 가계 소득 수준이 높을수록 적절한 운동 실천의 비율이 높은 것으로 나타났으며, 이러한 격차는 남녀 모두에서 선형적으로 증가하는 양상을 보였다 [62] (Figure 6).

3) 비만

서구화된 식습관과 활동량의 감소로 인해 비만과 과체중이 급격하게 증가하는 것으로 알려져 있는데, 이는 사회경제적 위치와 성별, 연령군에 따라 다른 양상을 보이고 있다 [49,63].

1998, 2001, 2005년의 국민건강영양조사 자료를 이용하여 학력 수준에 따른 비만 유병률을 살펴본 결과, 남성의 경우 학력에 따른 격차가 관찰되지 않거나 오히려 학력 수준이 높아질수록 비만 유병률도 높아지는 결과를 보였다. 반면 여성의 경우, 20-44세 연령군에서 모든 조사 시기에 걸쳐 일관되게 학력이 높을수록 비만율이 낮아졌으며, 45세 이상 연령군에서는 1998

년과 2001년의 조사에서 학력에 따른 비만을 격차가 관찰되지 않았으나 2005년에 들어서 뚜렷한 격차를 관찰할 수 있었다 (Figure 7). 사회경제적 수준과 비만의 관계는 그 사회의 역학적 이행 단계에 따라 다르게 나타날 수 있는데, 산업화가 충분히 진전되고 나면 비만은 사회경제적 위치가 낮은 집단에서 더욱 흔히 발생하며, 이러한 이행은 여성에게서 더 빨리 일어나는 것으로 알려져 있다 [64].

요약 및 결론

이 논문에서는 사망과 주/객관적 이환을 포함한 건강 결과와 흡연, 비만, 신체활동 같은 대표적인 건강위험요인의 사회적 분포를 살펴봄으로써 현재 한국 사회에서 건강 불평등의 현황을 개괄하고자 하였다. 건강 불평등에 관한 국내의 연구 결과들을 총망라하는 것이 원래의 목표가 아니었기 때문에 일부 선행 연구와 추가적인 자료 분석 결과를 제시하는 것에 그치긴 하였지만, 이로부터 다음과 같은 결론들을 도출할 수 있다.

첫째, 사회경제적 요인에 따른 건강 불평등은 전반적인 건강 수준의 향상에 불구하고 흡연, 운동, 비만과 같은 중재 요인과 사망을 포함한 주/객관적 건강 상태에 걸쳐 일관되게 관찰되었다. 또한 그 차이는 최고/최저 집단의 양극단에서만 나타나는 것이 아니라 사회경제적 위치 지표의 전범위에 걸쳐 기울기(gradient) 양상을 나타냈다. 서론에서 살펴보았던 한국사회의 뚜렷한 사회 불평등 혹은 양극화 현상을 고려할 때 이는 놀라운 일이 아니다. 이는 건강 불평등이 사회 불평등 혹은 사회질서의 공정성을 반영하는 민감한 지표가 될 수 있다는 주장을 다시 한 번 확인시켜주는 것이다 [9]. 건강의 수준이 '평균' 혹은 '총합' 뿐 아니라 사회경제적 집단에 따른 차이로서 평가될 필요가 있음을 시사하며, 건강 불평등 극복을 위해서는 특정 건강 결과, 혹은 특정 위험요인에 대한 중재가 아니라 사회적 불평등을 완화시킬 수 있는 상향적 정책, 보건의료를 넘어서는 포괄적인 사회정책의 필요성을 제기한다.

둘째, 다양한 사회경제적 위치 지표와 건강 지표들 사이에 일관된 불평등이 관찰되었음에도 불구하고, 격차의 크기와 시간에 따른 변화 양상은 매우 다양하게 나타났다. 이를테면 남성 전체의 흡연율은 꾸준히 감소하는 가운데 사회경제적 격차는 증가했으며, 여성에게서는 교육 수준과 비만의 역관계가 뚜렷이 나타나는데 비해 남성에서는 연관성이 뚜렷하지 않거나 오히려 교육수준이 높아질수록 비만율이 높아지는 결과를 보였다. 또한 사망률의 사회경제적 격차는 1990년대 이래 비교적 일정하게 유지되고 있는 반면 자가평가 불건강 수준의 격차는 심화되는 양상을 나타냈다. 이러한 결과는 건강 불평등의 양상이 하위 집단이나 시간에 걸쳐 항상 일정한 것은 아니기 때문에, 전체적인 양상과 더불어 집단별 분포와 시간에 따른 변화 양상을 함께 모니터링해야 할 필요가 있음을 시사한다. 특히 한국사회의 역학적 이행과 관련하여 큰 변화를 나타낼 수 있는 위험요인이나 취약집단에 대한 특별한 주의가 필요할 것으로 보인다.

셋째, 흡연과 비만처럼 만성질환 발생 위험과 관련성이 크고 유병률이 높은 위험요인들에서, 젊은 연령군일수록 사회경제적 위치에 따른 격차가 크고, 시간이 지날수록 그 격차가 확대되고 있음을 관찰할 수 있었다. 소득 불평등과 양극화가 심해지고 사회계층화가 고착되고 있는 상황에서 불평등 문제는 젊은 세대일수록 더욱 심각할 수 있다. 젊은 세대에서의 건강 불평등 문제는 한 시점에서 완결되는 것이 아니라 성인기 전반에 걸쳐 지속되어 불건강과 낮은 사회계층 사이의 악순환을 불러올 수 있다는 점에서 특히 중요하다. 따라서 이들 집단에 대한 중재에 우선순위가 부여될 필요가 있으며, 그 성과에 대한 지속적인 모니터링이 병행되어야 한다.

이상의 결과들은 한국에서 건강 불평등이 중요한 의제로 다루어져야 함을 시사한다. 한편으로는 경험적 근거를 확보하기 위한 구체적인 모니터링이 필요하며, 다른 한편으로는 사회적 불평등을 완화시킬 수 있는 포괄적이고 근원적인 사회정

책이 필요하다. 또한 이를 매개하고 정책의 합리성을 증진시킬 수 있는, 건강 불평등의 매개 경로에 관한 추가 연구들이 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

참고문헌

1. Kang SW, Shin YS, Lee TJ, Kang EJ, Kim TW, Choi HS, Lim WS. A Study on Social Polarization in Korea. Korea Institute for Health and Social Affairs; 2006 (Korean)
2. Chang SH. Do the 'New Poverty' exist in Korea? In: Korea Center for City and Environment Research. New Poverty in Korea. Hanyoul; 2006 (Korean)
3. Kim YS. Flexibility of Labour Market and Precarious Work. Korea Labour and Society Institute; 2004 (Korean)
4. Jun WO, Sung EM, Son JS, Hong WP. Social Security for Precarious Work. Progressive Politics Institute; 2006 (Korean)
5. Chang SS. Inequality of educational opportunity in Korea: Then effects of family background on educational attainment. *Korean J Sociol* 2000; 34(3): 671-708 (Korean)
6. Phang HN, Kim KH. Trends and differentials in educational stratification in Korea. *Korean J Sociol* 2003; 37(4): 31-65 (Korean)
7. Kim KK. Educational disparities in Korea and its related factors. *Korean J Sociol Edu* 2005; 15(3): 1-27 (Korean)
8. Phang HN, Kim KH. Opportunity and inequality: Educational stratification in Korea. *Korean J Sociol* 2002; 36(4): 193-222 (Korean)
9. Peter F, Evans T. Ethical dimensions of health equity. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, Editors. Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. New York: Oxford University Press; 2001
10. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. WHO regional office for Europe 1989. [cited 2007 Aug 14]; Available from: URL: <http://www.euro.who.int/Document/PAE/conceptspd414.pdf>
11. Braveman P. Monitoring equity in health : A Policy-Oriented Approach in Low- and Middle-Income Countries. Geneva: World Health Organization; 1998
12. Mackenbach JP, Bakker MJ, Kunst AE, Diderichsen F. Socioeconomic Inequalities in Health in Europe: An Overview. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. Reducing Inequalities in Health : A European Perspective. London: Routledge; 2002
13. Song YM, Byeon JJ. Excess mortality from avoidable and non-avoidable causes in men of low socioeconomic status: A prospective study

- in Korea. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(3): 166-172
14. Khang YH, Kim HR. Relationship of education, occupation, and income with mortality in a representative longitudinal study of South Korea. *Eur J Epidemiol* 2005; 20(3): 217-220
 15. Khang YH, Kim HR. Explaining socioeconomic inequality in mortality among South Koreans: an examination of multiple pathways in a nationally representative longitudinal study. *Int J Epidemiol* 2005; 34(3): 630-637
 16. Khang YH, Kim HR. Socioeconomic mortality inequality in Korea: mortality follow-up of the 1998 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) data. *J Prev Med Public Health* 2006; 39(2): 115-122 (Korean)
 17. Khang YH, Lynch JW, Kaplan GA. Health inequalities in Korea: Age- and sex-specific educational differences in the 10 leading causes of death. *Int J Epidemiol* 2004; 33(2): 299-308
 18. Khang YH, Lynch JW, Yun S, Lee SI. Trends in socioeconomic health inequalities in Korea: Use of mortality and morbidity measures. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(4): 308-314
 19. Son M, Armstrong B, Choi JM, Yoon TY. Relation of occupational class and education with mortality in Korea. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(10): 798-799
 20. Son M. The relationships of occupational class, education level and deprivation with mortality in Korea. *J Prev Med Public Health* 2002; 35(1): 76-82 (Korean)
 21. Kim KH, Lee KH, Lee SM, Lee SY, Lee YS, Lim KR, Chang JE, Cho SW, Choi EH, Chung ST, Jin E, Son M. The proportional mortality ratios of specific cause mortality by occupation and education among men aged 20-64 in Korea (1993-2004). *J Prev Med Public Health* 2007; 42(1): 7-15 (Korean)
 22. Yoon TH. The relationship between social class distribution and mortality. *Korean J Health Policy Admin* 2003; 13(4): 99-114 (Korean)
 23. Song YM, Smith GD, Sung J. Adult height and cause-specific mortality: A large prospective study of South Korean men. *Am J Epidemiol* 2003; 158(5): 479-485
 24. Khang YH, Yun SC, Hwang IA, Lee MS, Jo MW, Lee MJ. Changes in mortality inequality in relation to the south Korean economic crisis: Use of area-based socioeconomic position. *J Prev Med Public Health* 2005; 38(3): 359-365 (Korean)
 25. Jeong BG, Jung KY, Kim JY, Moon OR, Lee YH, Hong YS, Yoon TH. The relationship between regional material deprivation and the standardized mortality ratio of the community residents aged 15-64 in Korea. *J Prev Med Public Health* 2006; 39(1): 46-52 (Korean)
 26. Kim MH, Subramanian S V, Kawachi I, Kim CY. Association between childhood fatal injuries and socioeconomic position at individual and area levels: a multilevel study. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61(2): 135-140
 27. Song YM, Ferrer RL, Cho SI, Sung J, Ebrahim S, Davey Smith G. Socioeconomic status and cardiovascular disease among men: The Korean national health service prospective cohort study. *Am J Public Health* 2006; 96(1): 152-159
 28. Choe MK. Sex differentials in infant and child mortality in Korea. *Soc Biol* 1987; 34(1-2): 12-25
 29. Kim TH. Changing determinants of infant and child mortality: On the basis of the Korean experience, 1955-73. *J Biosoc Sci* 1988; 20(3): 345-355
 30. Son M, Oh J, Choi YJ, Kong JO, Choi J, Jin E, Jung ST, Park SJ. The effects of the parents' social class on infant and child death among 1995-2004 birth cohort in Korea. *J Prev Med Public Health* 2006; 39(6): 469-476 (Korean)
 31. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality. *J Health Soc Behav* 1997; 38(1): 21-37
 32. Ohn HC, Jee SH, Kim IS. Self rated health and mortality in elderly-Kangwha cohort, 8-year follow up. *Korean J Epidemiol* 1994; 16(2): 172-180 (Korean)
 33. Eckel RH, Grudy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet* 2005; 365(9468): 1415-1428
 34. Brunner EJ, Marmot MG, Nanchahal K, Shipley MJ, Stansfeld SA, Juneja M, Alberti KG. Social inequality in coronary risk: Central obesity and the metabolic syndrome. Evidence from the Whitehall II study. *Diabetologia* 1997; 40(11): 1341-1349
 35. Din-Dzietham R, Liao D, Diez-Roux A, Nieto FJ, Paton C, Howard G, Brown A, Camethon M, Tyroler HA. Association of educational achievement with pulsatile arterial diameter change of the common carotid artery: The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study, 1987-1992. *Am J Epidemiol* 2000; 152(7): 617-627
 36. Jee SH, Jo IH, Yun JE, Sul JW, Kim IS. Smoking and cause of death in Korea: 11 years follow-up prospective study. *Korean J Epidemiol* 2005; 27(1): 182-190 (Korean)
 37. CDC. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 years of Progress a Report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Service, CDC; 1989
 38. Blair SN, Kohl HW, Barlow CE, Paffenbarger RS, Gibbons LW, Macca CA. Changes in physical fitness and all-cause mortality. *JAMA* 1995; 273(14): 1093-1098
 39. US Department of Health and Human Service. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Service, CDC; 1996
 40. Jee SH, Pastor-Barriuso R, Appel LJ, Miller ER, Guallar E. Body mass index and incident ischemic heart disease in south Korean men and women. *Am J Epidemiol* 2005; 162(1): 42-48
 41. Seo MK, Kim HR, Seo DW, Sun WD, Shin YJ, Choi EJ, Choi JS, Hwang NM. Establish of New Health Plan 2010. Ministry of Health and Welfare and Korea Institute for Health and Social Affairs; 2005 (Korean)
 42. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002; 106(25): 3143-3421
 43. Harper S, Lynch JW. Measuring Health Inequalities. In: Oakes JM, Kaufman JS, editors. *Methods in Social Epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006
 44. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health : An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med* 1997; 44(6): 757-771
 45. The Korea society for equity in health. Practical measuring of health inequality. The Korea society for equity in health; 2007. [cited 2007 Aug 1]; Available from: URL: <http://www.healthequity.or.kr/> (Korean)
 46. Kim HR. The relationship of socioeconomic position and health behaviors with morbidity in Seoul, Korea. *Health Soc Welf Rev* 2005; 25(2): 3-35 (Korean)
 47. Lee MS. Health inequalities among Korean adults-socioeconomic status and residential area differences. *Korean J Sociol* 2005; 39(6): 183-209 (Korean)
 48. Kim CY, Kim MH. Inequality in Health Status and Health Care Access. In: Choi JS, Editors. *Analysis of Major Morbidity and Health Behaviors in Korean-results from 2001 KNHANES*. Ministry of Health and Welfare and Korea Institute for Health and Social Affairs; 2003 (Korean)
 49. Kim MH, Kim MK, Choi BY, Shin YJ. Educational disparities in the metabolic syndrome in a rapidly changing society- the

- case of South Korea. *Int J Epidemiol* 2005; 34(6): 1266-1273
50. Park MJ, Yun KE, Lee GE, Cho HJ, Park HS. A cross-sectional study of socioeconomic status and the metabolic syndrome in Korean adults. *Ann Epidemiol* 2007; 17(4): 320-326
51. Paek KW, Chun KH, Jin KN, Lee KS. Do health behaviors moderate the effect of Socioeconomic status on metabolic syndrome? *Ann Epidemiol* 2006; 16(10): 756-762
52. Brunner EJ, Hemingway H, Walker BR, Page M, Clarke P, Juneja M, Shipley MJ, Kumari M, Andrew R, Seckl JR, Papadopoulos A, Checkley S, Rumley A, Lowe GD, Stansfeld SA, Marmot MG. Adrenocortical, autonomic, and inflammatory causes of the metabolic syndrome: Nested case-control study. *Circulation* 2002; 106(21): 2659-2665
53. Ministry of Health and Social Welfare. 2006 Smoking Rate Survey Results. Ministry of Health and Welfare; 2006 (Korean)
54. Lahelma E, Rahkonen O, Berg MA, Helakorpi S, Prattala R, Puska P, Uutela A. Changes in health status and health behavior among Finnish adults 1978-1993. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23(suppl 3): 85-90
55. Peltonen M, Huhtasaari F, Stegmayr B, Lundberg V, Asplund K. Secular trends in social patterning of cardiovascular risk factor levels in Sweden. The Northern Sweden MONICA study 1986-1994. *J Intern Med* 1998; 244(1): 1-9
56. Osler M, Gerdes LU, Davidsen M, Bronnum-Hansen H, Madsen M, Jorgensen T, Schroll M. Socioeconomic status and trends in risk factors for cardiovascular diseases in the Danish MONICA population, 1982-1992. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(2): 108-113
57. Cho HJ, Song YM, Davey Smith G, Ebrahim S. Trends in socioeconomic differentials in cigarette smoking behavior between 1990-1998: A large prospective study in Korean men. *Public Health* 2004; 118(8): 553-558
58. Khang YH, Cho HJ. Socioeconomic inequality in cigarette smoking: Trends by gender, age, and socioeconomic position in South Korea, 1989-2003. *Prev Med* 2006; 42(6): 415-422
59. Khang YH, Kang MA, Kim MH, Kim YM, Shin YJ, Yoo WS, Yoon TH, Jang SN, Jeong BG, Jungchoi KH, Cho SI, Cho HJ, Choi YE, Choi YJ, Heo SI. Developing Indicators of Equity in Health and Monitoring Magnitude of Socioeconomic Inequalities in Health. Korea Institute for Health and Social Affairs; 2006 (Korean)
60. Ford ES, Merritt RK, Heath GW, Powell KE, Washburn RA, Kriska A, Haile G. Physical activity behaviors in lower and higher socioeconomic status populations. *Am J Epidemiol* 1991; 133(12): 1246-1256
61. Yoon TH, Moon OR, Lee SY, Jeong BG, Kim NS, Jhang WK. Differences in health behaviors among the social strata in Korea. *Korean J Prev Med* 2000; 33(4): 469-476 (Korean)
62. Yang YJ, Yoon YS, Oh SW, Lee ES. The amount of physical activity of Korean adults measured from the 2001 KNHANES. *J Korean Acad Fam Med* 2005; 26(1): 22-30 (Korean)
63. Yoon YS, Oh SW, Park HS. Socioeconomic status in relation to obesity and abdominal obesity in Korean adults; A focus on sex differences. *Obesity* 2006; 14(5): 909-919
64. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin BM. Socioeconomic status and obesity in adult population of developing countries: A review. *Bull World Health Organ* 2004; 82(12): 940-946