

국내 건강불평등 인식 현황과 함의

Perception of Health Inequalities
in Korea and Its Implications

최지희 | 한국보건사회연구원 전문연구원

김동진 | 한국보건사회연구원 부연구위원

건강뿐만 아니라 건강불평등에 대한 인식 수준에서도 집단에 따른 차이가 존재하였다. 사회경제적으로 지위가 낮은 집단, 박탈 수준이 높은 지역에 거주하는 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 건강불평등을 인식하지 못하는 현상이 두드러졌다.

건강불평등 대응 정책 스펙트럼에 따르면 건강불평등 완화는 현상을 측정하고, 측정 결과에 대한 이해를 확산하는 것에서 출발한다. 우리 사회도 건강불평등이 발생하게 되는 구조적 결정 요인을 알리고, 건강불평등에 대한 문제의식을 확산할 수 있는 기반을 마련해야 한다.

1. 들어가며

불평등을 인식하는 것은 불평등이 실제로 발생하는 것만큼이나 주목할 만한 사회적 현상이다. 최근 여러 연구들에서는 사회문제에 대한 주관적인 인식을 중요하게 다루어야 할 연구 영역으로 보았다(Franicevic, 2012, pp. 226-229; 이용, 임란, 2014, pp. 95-96). 그러나 건강불평등의 '인식'에 대한 연구는 많이 진행되지 않았으

며, 이마저도 유럽 국가들에 집중되어 있다. 특히 일반인 대상 연구는 영국에서 다수 발표됐는데, 이는 국가 건강불평등 문제를 돌파하고자 한 영국 정부의 노력이 관련 근거를 생산하는 연구로 이어진 것이라 볼 수 있다(김동진 등, 2016, p. 45).

한편 사회경제적 위치와 건강불평등 인식 간 관계의 방향성은 연구에 따라 다소 상이하다. Davidson 등(2006, p. 2175)의 연구에서는 빈

곤하고 결핍된 지역의 거주민이 그렇지 않은 지역의 거주민에 비해 사회경제적 위치와 건강불평등의 관련성을 잘 이해하는 것으로 나타났다. 반면 저소득층일수록 건강과 질병에 영향을 미칠 수 있는 사회구조적 요인에 대한 인식이 낮다고 보고한 연구도 있었다. 이 연구에 따르면 저소득층은 사회구조적 요인보다 개인의 건강행태가 질병에 강력한 영향을 미치는 것으로 이해하고 있었다(Blaxter, 1997; Davidson et al., 2006, p. 2172). Macintyre 등(2005, p. 465)의 연구에서도 사회경제적 수준이 낮거나 빈곤한 지역의 주민은 그렇지 않은 지역의 주민에 비해 ‘부유한 사람들이 더 오래 사는 것’을 인지하지 못하는 것으로 나타났다. 건강불평등 문제의 대응은 현상을 인지하고 이해를 널리 확산하는 것으로부터 시작한다(김동진 등, 2016, p. 55). 그러나 건강불평등의 위험에 가장 많이 노출되어 있는 집단에서 건강불평등 문제를 인지하지 못하는 역설적인 상황이 여러 사례에서 발견되었다.

양극화, 건강불평등 문제가 가속화되고 있는 한국 사회는 과연 어느 정도로 건강불평등을 인식하고 있을까? 본고에서는 일반 국민들의 건강불평등 인식 및 이와 관련된 주요 요인, 건강불평등 인식 수준이 취약한 인구집단의 특성을 파악하고, 이를 근거로 건강불평등 인식 증대에 대한 시사점을 도출하고자 한다.

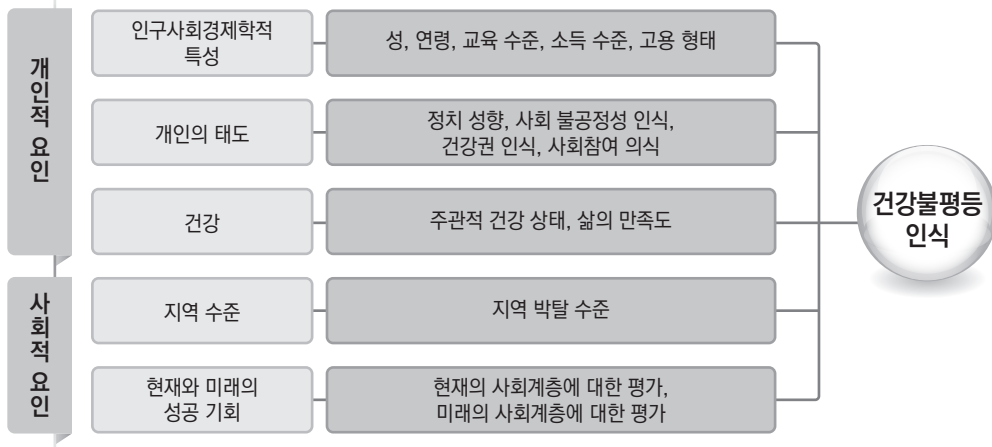
2. 한국 성인의 건강불평등 인식

분석에는 2016년 한국보건사회연구원에서 실시한 ‘건강불평등 인식에 대한 국민 설문조사’의 원자료를 활용하였다. ‘건강불평등 인식에 대한 국민 설문조사’의 표본은 다단계층화 표본추출(multi-stage stratified sampling) 방식에 따라 전국 20세 이상 성인의 성별·연령별 인구 구성비를 고려해 표집하였으며, 17개 시·도에 거주하는 20세 이상 성인 남녀를 대상으로 2016년 7월부터 약 한 달간 전화 조사를 진행하였다. 20세 이상 성인 남녀 총 2000명이 조사에 응했으나 본고에서는 2010년 인구센서스를 활용해 산출한 지역박탈지수를 주요 변수로 분석하기 위해 2010년 이후 개편된 지역의 거주자이거나 시·군·구 단위의 거주지 추적이 어려운 71명을 제외한 1929명을 최종 분석 대상으로 선정하였다.¹⁾

설문조사는 일반인의 건강불평등 인식 수준을 알고 건강불평등 인식과 관련이 있는 요인을 여러 측면에서 파악하는 것을 목적으로 하였다. 이를 위해 인구사회경제학적 특성, 개인의 태도·기준과 불평등 인식 간 관계에 집중한 심리사회학이론(Psycho-social theory), 지역의 특성(체계적 교육 제도, 인구밀도 등), 성공(승진)할 기회 등으로 설명되는 사회정치이론(Social and political theory)(Han et al., 2012, pp. 22-24, 28, 33-34) 그리고 건강, 삶의 만족도와 불평등

1) 조사 자료(2016년)와 인구센서스(2010년) 간 약 6년의 시점 차이가 있으나, 인구센서스를 활용해 분석한 지역박탈지수는 집단 차원의 변수로서 6년간 수치 변화가 크지 않을 것으로 판단해 본 분석에 활용하였다.

그림 1. 건강불평등 인식 관련 요인의 구성



주: 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경 등(2016), 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발, 건강불평등 인식에 대한 국민 설문조사 원자료를 바탕으로 제작.

인식이 서로 연관성을 가진다는 선행연구(이웅, 임란, 2014, p. 96)를 참고해 건강불평등 관련 요인을 구성하였다.

개인적 요인의 인구사회경제학적 특성 문항은 주로 명목 척도로 측정하였다. 개인의 태도나 건강 등은 ‘전혀 그렇지 않다~매우 그렇다’ 등으로 구성된 5점 리커트 척도로 측정하되, 분석 시 이분 변수(그렇다/아니다)로 재구성하였다. 지역 수준(지역 박탈 수준)은 지역 가구의 교육 수준·소득 수준·사회계층·거주 환경 등을 기준으로 박탈 수준을 점수화하고 이 점수의 평균점을 기준으로 평균 이상인 지역에 거주하는 분석 대상자를 박탈 수준이 높은 것으로, 평균 미만인 지역에 거주하는 분석 대상자를 박탈 수준이 낮은 것으로 구분하였다. 현재(미래)의 성공 기회는 현재

(미래)의 사회계층에 대해 최하층(1)부터 최상층(10)에 걸쳐 평가하도록 하고, 평가 점수가 중위수 이하인 경우 현재(미래)의 성공 기회를 낮게 평가한 것으로 보았다.

분석 결과에 따르면 사회경제적 수준과 지역 간 차이에 따라 건강불평등이 발생한다고 인식하는 사람은 전체의 70%를 차지하였다.

한편 개인적 요인과 사회적 요인을 구성하는 하위 범주에 따른 건강불평등 인식 경향에는 주요한 차이가 있었다.

첫째, 개인적 요인의 하위 범주인 인구사회경제학적 특성에서는 연령, 교육 수준, 그리고 소득 수준에 따라 건강불평등 인식에 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 조사 연령군 가운데 40대의 건강불평등 인식률이 가장 높았으며, 20

표 1. 건강불평등 인식률(2016년)

구분	명	%
사회경제적 수준과 지역 간 차이에 따른 건강불평등을 인식함	1,350	70.0
사회경제적 수준과 지역 간 차이에 따른 건강불평등을 인식 안 함	579	30.0

자료: 김동진, 채수미, 최희희, 김창엽, 김명희, 박유경 등(2016), 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발, 건강불평등 인식에 대한 국민 설문조사 원자료를 이용해 분석.

대부터 40대까지 인식률이 증가하다 이후 감소하는 경향을 보였다. 교육 수준별로는 최종 학력이 고등학교 졸업 이하라고 밝힌 군에 비해 대학교 졸업 이상의 고학력군에서 건강불평등 인식률이 높았다. 또한 중간 이상의 소득 수준에 해당하는 401만~600만 원군이 다른 소득군에 비해 건강불평등 인식률이 높았으며, 다음으로 고소득군, 중간 이하 소득군, 저소득군 순으로 건강불평등 인식률이 높았다. 즉, 교육 수준이나 소득 수준이 높은 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 건강불평등을 더 인식하는 것으로 나타났다.

둘째, 개인적 요인의 두 번째 하위 범주인 개인의 태도에서는 요인을 구성하는 정치 성향, 사회 불공정성 인식, 건강권 인식, 사회참여 의식 모두에서 인구집단별로 유의미한 건강불평등 인식 차이가 나타났다. 본인의 정치 성향을 진보라고 한 사람이 보수라고 한 사람에 비해 건강불평등 인식률이 높았으며, 사회의 불공정성을 인식하는 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 건강불평등 인식률이 높았다. 또한 건강권을 인식하고 있거나 사회참여에 대한 의식이 있는 집단이 그렇지

않은 집단에 비해 건강불평등을 더 많이 인식하고 있었다. 기존의 연구에서도 정치 성향, 정치적 항의는 불평등 인식과 상관성을 갖는 것으로 나타난 바 있다(김상돈, 2011, p. 141). 본 분석에서는 사회 불공정성을 인식하는 집단과 그렇지 않은 집단 간 건강불평등 인식률 차이가 23.0%포인트였으며, 건강권에서는 인식하는 집단과 그렇지 않은 집단 간 건강불평등 인식률 차이가 25.3%포인트에 달했다.

셋째, 개인적 요인의 세 번째 하위 범주인 건강에서는 삶의 만족도만이 건강불평등 인식에서 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타났다. 현재의 삶에 만족하지 못하는 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 건강불평등 인식률이 높았으며, 통계적으로 유의미하지는 않으나 건강 수준이 좋은 집단이 건강 수준이 나쁜 집단에 비해 인식률이 높았다.

종합해 보면 건강불평등 문제가 심각한 것으로 나타난 사회경제적 취약 집단(정최경희, 김유미, 2013, pp. 171-172)에 비해 객관적으로는 좋은 여건(높은 사회경제적 위치)을 지녔고, 주

관적으로는 사회문제에 대한 인식 또는 불만이 있는 집단에서 건강불평등 인식이 높았다. 건강 불평등의 위험에 노출되어 있는 집단에서 건강 불평등을 인지하지 못하는 역설적인 상황은 서론에서도 지적한 문제이다. 건강불평등에 대응

하기 위해서는 현상을 인식하는 것에서부터 시작한다는 Whitehead(1998)의 주장(김동진 등, 2016, p. 55에서 재인용)을 돌아켜봤을 때 이는 선결되어야 할 문제이다.

표 2. 개인적 요인별 건강불평등 인식률(2016년)

				건강불평등 인식률	
				%	F value
개인적 요인	인구사회경제학적 특성	성	남	69.4	0.304
			여	70.6	
		연령	20대	60.7	29.124***
			30대	74.4	
			40대	76.2	
			50대	72.2	
			60대 이상	65.4	
		교육 수준	고등학교 졸업 이하	63.2	27.725***
			대학교 졸업 이상	74.5	
		소득 수준	200만 원 이하	63.5	12.630***
			201만~400만 원	70.6	
			401만~600만 원	75.0	
	601만 원 이상		72.1		
	고용 형태	정규직 고용 외	70.9	0.808	
		정규직 고용	69.1		
	개인의 태도	정치 성향	보수	68.1	10.417***
			진보	75.7	
		사회 불공정성 인식	사회 불공정성 인식 안 함	48.5	30.740***
사회 불공정성 인식함			71.5		
건강권 인식		건강권 인식 안 함	45.8	24.183***	
		건강권 인식함	71.1		
사회참여 의식		사회참여 의식 없음	64.4	38.135***	
		사회참여 의식 있음	77.4		
건강	건강 상태	주관적 건강 상태 나쁨	65.7	2.821	
		주관적 건강 상태 좋음	70.7		
	삶의 만족도	삶의 만족도 낮음	76.5	8.047***	
		삶의 만족도 높음	68.8		

주: * p(0.05), ** p(0.01), *** p(0.001)

자료: 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경 등(2016), 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발, 건강불평등 인식에 대한 국민 설문조사 원자료를 이용해 분석.

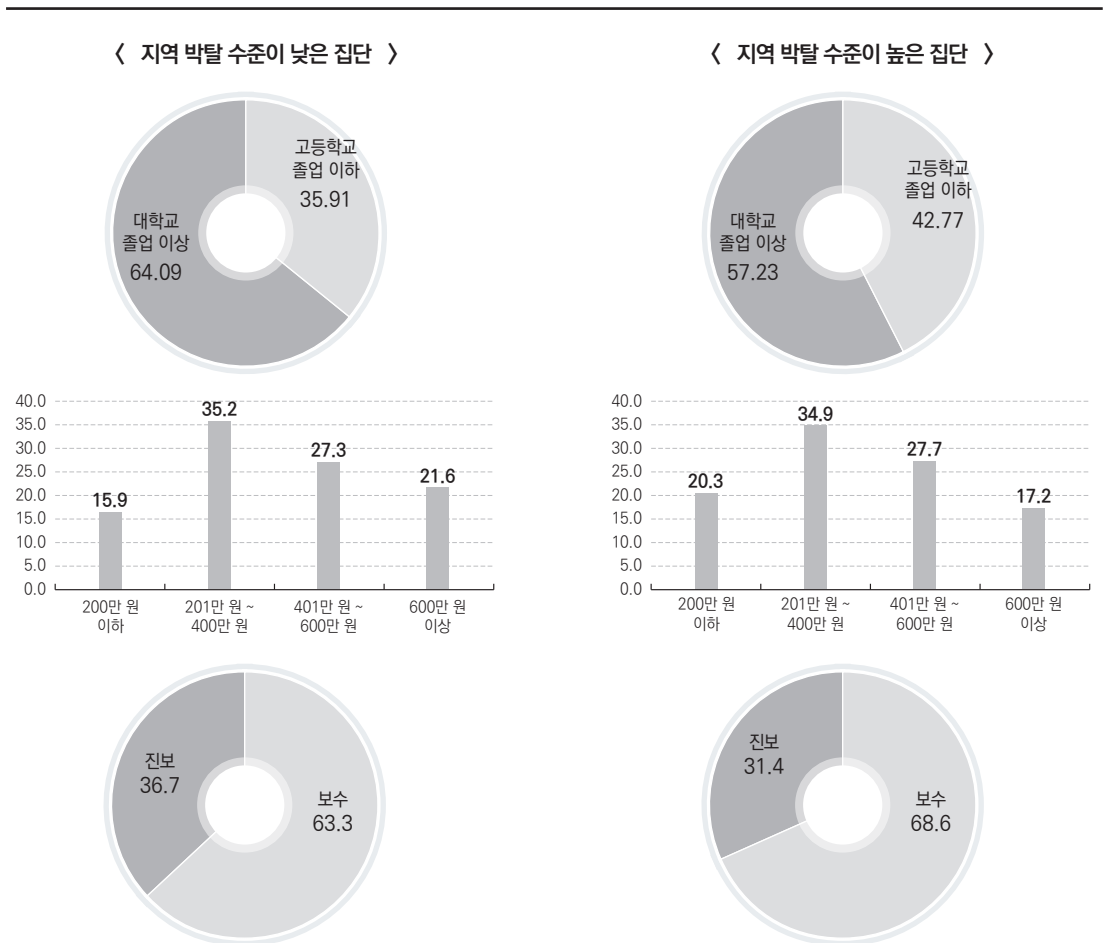
표 3. 사회적 요인별 건강불평등 인식률(2016년)

			건강불평등 인식률	
			%	F value
사회적 요인	지역 수준	지역 박탈 수준 높음	66.6	8.693**
		지역 박탈 수준 낮음	72.8	

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

자료: 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경 등(2016), 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발, 건강불평등 인식에 대한 국민 설문조사 원자료를 이용해 분석.

그림 2. 지역 박탈 수준의 개인적 요인 분해(2016년)



자료: 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경 등(2016), 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발, 건강불평등 인식에 대한 국민 설문조사 원자료를 이용해 분석.

사회적 요인에서는 지역 박탈 수준이 낮은 집단이 지역 박탈 수준이 높은 집단에 비해 건강불평등 인식률이 높았다.

물론 지역 박탈 수준이 지역을 구성하는 개인·가구의 사회경제적 특성을 반영한 변수라는 점을 고려하면, 집단 간 인식률 차이의 근인은 더욱 명확해진다. 본 분석에서 지역 박탈 수준이 낮은 집단은 박탈 수준이 높은 집단에 비해 고소득자, 고학력자 구성 비율이 각각 더 높았으며, 그 차이가 통계적으로도 유의하였다. 이는 앞선 개인적 요인에서 교육 수준과 소득 수준이 높은 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 건강불평등 인식률이 높았던 것과 연계해 이해할 수 있다. 흥미로운 것은 지역 박탈 수준에 내포되지 않은 속성인 개인의 태도 측면에서도 집단 간 유의한 차이가 나타난 점으로, 지역 박탈 수준이 낮은 집단에서 건강불평등 인식과 양의 상관을 가졌던 진보 성향의 인구 비율이 더 높았다.

한편 현재와 미래의 성공 기회를 의미하는 사회계층 평가에서는 계층 평가를 긍정적으로 하는 집단과 부정적으로 하는 집단 간 건강불평등 인식 차이가 유의미하지 않았다.

3. 건강불평등 인식 관련 요인 탐색

심리사회학이론과 사회정치이론, 기타 선행연구들에서 건강불평등 인식과 연관성을 갖는 것으로 밝혀진 요인들이 실제 건강불평등 인식에 미치는 영향을 파악하고자 다중로지스틱 회귀분석과 단계적 로지스틱 회귀분석을 하였다. 단계

적 로지스틱 회귀분석이란 단계적 변수 선택법(stepwise variables selection)을 이용한 로지스틱 회귀분석으로, 유의미한 건강불평등 인식 관련 요인을 도출하기 위한 분석 방법이다.

〈표 4〉의 모형 1 일반적 회귀분석과 모형 2 단계적 회귀분석 간 비교를 통해 어떤 요인(변수)들이 모형의 유의성을 높이는 과정에서 배제되었는지를 확인할 수 있다. 모형 1 일반적 회귀분석에서는 기존의 선행연구에서 건강불평등 인식과 관련성이 있을 것으로 보고된 인구사회경제학적 특성(성, 연령, 교육 수준, 소득 수준, 고용 형태), 개인의 태도(정치 성향, 사회 불공정성 인식, 건강권 인식, 사회참여 의식), 건강(건강 상태, 삶의 만족도)(이상 개인적 요인)과 지역 수준, 현재와 미래의 성공 기회(이상 사회적 요인)를 모두 포함해 분석하였다. 그러나 단계적 로지스틱 회귀분석 결과 통계적 유의성이 떨어지는 소득 수준, 고용 형태, 현재와 미래의 성공 기회 요인은 모형에서 삭제되었다. 반면 개인적 요인의 하위 범주인 인구사회경제학적 특성에서 성, 연령, 교육 수준이 모형에 포함되었다. 다른 하위 범주인 개인의 태도에서는 정치 성향, 사회 불공정성 인식, 건강권 인식, 사회참여 의식 등 전체 변수가 모형에 포함되었다. 건강 범주에서도 주관적 건강 상태와 삶의 만족도 모두가 모형에 포함되었다. 사회적 요인에서는 지역 수준(지역 박탈 수준) 변수만이 최종 모형(모형 2)에 포함되었다.

위의 변수 포함·배제 과정을 거쳐 완성된 건강불평등 인식 관련 요인 탐색을 위한 최종 모형의 분석 결과는 다음과 같다.

표 4. 건강불평등 인식 관련 요인 도출을 위한 단계적 회귀분석 결과

				건강불평등 인식					
				모형 1			모형 2		
				일반 로지스틱 회귀분석			단계적 로지스틱 회귀분석		
				OR	95% CI		OR	95% CI	
개인적 요인	인구사회경제 학적 특성	성	남	ref			ref		
			여	1.20	0.92	1.58	1.30	1.01	1.68
		연령	20대	ref			ref		
			30대	1.68	1.08	2.61	1.65	1.07	2.55
			40대	1.80	1.17	2.77	1.78	1.17	2.72
			50대	1.76	1.14	2.70	1.75	1.15	2.68
			60대 이상	1.90	1.22	2.98	2.01	1.30	3.12
		교육 수준	고등학교 졸업 이하	ref			ref		
			대학교 졸업 이상	1.53	1.15	2.05	1.55	1.17	2.04
		소득 수준	200만 원 이하	ref					
	201만~400만 원		1.07	0.71	1.61				
	401만~600만 원		1.29	0.83	2.02				
	고용 형태	정규직 고용 외	ref						
		정규직 고용	0.80	0.59	1.08				
	개인의 태도	정치 성향	보수	ref			ref		
			진보	1.43	1.07	1.90	1.43	1.07	1.90
		사회 불공정성 인식	사회 불공정성 인식 안 함	ref			ref		
			사회 불공정성 인식함	2.52	1.50	4.24	2.58	1.54	4.31
		건강권 인식	건강권 인식 안 함	ref			ref		
			건강권 인식함	3.01	1.58	5.73	3.00	1.58	5.68
사회참여 의식		사회참여 의식 없음	ref			ref			
		사회참여 의식 있음	1.40	1.07	1.84	1.41	1.07	1.84	
건강		건강 상태	주관적 건강 상태 나쁨	ref			ref		
			주관적 건강 상태 좋음	1.39	0.95	2.05	1.47	1.01	2.14
	삶의 만족도	삶의 만족도 낮음	ref			ref			
		삶의 만족도 높음	0.52	0.36	0.77	0.54	0.37	0.78	
사회적 요인	지역 수준	지역 박탈 수준 높음	ref			ref			
		지역 박탈 수준 낮음	1.34	1.04	1.73	1.34	1.04	1.73	
	현재와 미래의 성공 기회	현재의 사회계층 평가가 부정적임	ref						
		현재의 사회계층 평가가 긍정적임	1.07	0.78	1.45				
		미래의 사회계층 평가가 부정적임	ref						
		미래의 사회계층 평가가 긍정적임	1.07	0.77	1.49				

자료: 김동진, 채수미, 최지희, 김창연, 김명희, 박유경 등(2016), 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발, 건강불평등 인식에 대한 국민 설문조사 원자료를 이용해 분석.

첫째, 개인적 요인의 인구사회경제학적 특성 분석 결과 남성보다 여성이 1.30배, 60대 이상 고령군이 20대 젊은 군에 비해 건강불평등 인식을 2.01배 더 많이 하는 것으로 나타났다. 또한 대학교 졸업 이상의 고학력자가 고등학교 졸업 이하 집단보다 건강불평등 인식률이 1.55배 더 높았다. 석현호(2000)의 연구에서도 교육 수준이 높아질수록 상대적 박탈감이 증가하는 것으로 결과가 발표되었다.

둘째, 개인적 요인의 개인적 태도 분석 결과 정치적으로 진보적인 성향을 가진 집단이 보수적인 성향의 집단에 비해 건강불평등 인식을 1.43배 더 많이 하는 것으로 나타났다. 불평등 인식과 정치 성향 간 관계는 기존의 연구(강우진, 2012; 김상돈, 2011)에서도 유사한 관련성을 보인다. 또한 사회가 불공정하다고 인식하는 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 2.58배, 건강권을 인식하는 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 3.00배, 사회참여 의식이 있는 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 1.41배 더 많이 건강불평등을 인식하는 것으로 분석되었다. 실제 정치적 환경과 체제가 자신의 가치와 맞지 않을 때 불평등 인식이 발생하는 것으로 알려져 있다(서형준, 2013).

셋째, 주관적 건강 수준이 좋을수록, 삶의 만족도가 낮을수록 그렇지 않은 집단에 비해 건강불평등 인식이 높았다. 삶의 만족도가 낮을수록 개인의 사회적 불만과 박탈감이 높아진다는 기존의 연구(서형준, 2013)와도 맥을 같이한다.

넷째, 사회적 요인에서는 지역 박탈 수준이 낮은 집단이 높은 집단에 비해 건강불평등 인식을

더 많이 하는 것으로 나타났다. 이와 관련해 기존의 연구들에서는 지역사회 수준의 빈곤과 박탈, 사회적 자본이 지역 주민의 건강 수준에 미치는 객관적인 영향을 주로 살펴보았으나(김형용, 2010; 정민수, 조병희, 2007), 주관적 건강불평등 인식과의 관련성에 대해서는 거의 연구되지 않았다.

4. 나가며

본고에서는 Han 등(2012)이 심리사회학이론, 사회정치이론으로 정리·제시한 불평등 인식 기전과 건강불평등 관련 선행 연구를 근거로 건강불평등 인식에 영향을 미치는 요인을 파악하였다. 특히 과거부터 전통적으로 연구된 다양한 요인 가운데 무엇이 건강불평등 인식과 유의미한 관련성을 갖는지 살펴보았다. 또한 건강불평등 인식도가 낮은 특정 인구집단을 포착해 불평등 정책-불평등 완화 정책의 가장 첫 단계인 인식 확산-에서 반드시 고려해야 할 대상으로 제안하고자 하였다.

첫째, 건강불평등 인식에 영향을 미치는 개인적 요인은 소득 수준과 고용 형태를 제외한 인구사회경제학적 특성(성, 연령, 교육 수준으로 구성), 개인의 태도(정치 성향, 사회 불공정성 인식, 건강권 인식, 사회참여 의식으로 구성), 주관적 건강 상태와 삶의 만족도로 나타났다. 최종 모형에서 제외된 소득 수준은 카이제곱 검정 시 각 소득집단 간 건강불평등 인식 차이가 통계적으로 유의했으나 다변량 회귀분석 모형에 포함되면서

유의성을 상실했다. 고용 형태는 카이제곱 검정에서도 정규직과 비정규직 간 건강불평등 인식 차이가 유의하지 않았는데, 교육 수준이 높은 비정규직이 증가하고 있는 최근의 세태와 설문조사 시 고용 형태를 묻는 문항이 섬세하게 설계되지 않은 점 등이 결과에 영향을 미쳤을 수 있다. 한편 독립변수 간 다중공선성 측정 시 전체 상관계수의 절댓값이 0.6을 넘지 않았고, 분산팽창지수도 1.5 이하로 나타났으므로 다중공선성으로 인한 변수의 배제·포함 문제는 없었을 것으로 여겨진다. 사회적 요인 가운데서는 지역 박탈 수준만이 최종 모형에 포함되었다.

둘째, 최종 모형에 근거했을 때 건강불평등 인식 증진을 위해 정책적 관심을 가져야 하는 인구 집단으로는 남성 또는 젊은 연령군, 교육 수준이 낮은 집단, 정치적이거나 사회적으로 보수적인 집단, 건강 상태가 나쁜 집단, 지역 박탈 수준이 높은 곳에 거주하는 집단 등으로 나타났다. 단계적 로지스틱 회귀분석 결과 여성이 남성에 비해 1.30배 건강불평등 인식률이 높았으며, 가장 고령인 집단에서 가장 젊은 집단에 비해 2.01배 더 건강불평등을 인식하는 것으로 분석되었다. 또한 정치 성향이 진보인 집단이 보수인 집단에 비해 건강불평등 인식률이 1.43배 높았고, 사회참여 의식이 있는 집단이 없는 집단에 비해 1.41배 더 높았다. 집단 간 건강불평등 인식 차이가 가장 두드러지게 나타난 영역은 사회 불공정성 인식과 건강권 인식이었는데, 사회 불공정성을 인식하는 집단이 인식하지 못하는 집단에 비해 2.58배, 건강권을 인식하는 집단이 인식하지 못하는

집단에 비해 3.00배 건강불평등을 더 인식하는 것으로 분석되었다. 한편 개인적 요인의 건강 범주에서 주관적 건강 상태가 좋은 집단이 나쁜 집단에 비해 건강불평등을 1.47배 더 인식하는 것으로 나타났다. 사회적 요인의 지역 수준 범주에서는 지역 박탈 수준이 낮은 지역 또는 상대적으로 덜 박탈된 지역의 거주민이 더 박탈된 지역의 거주민에 비해 건강불평등 인식을 1.34배 많이 하는 것으로 분석되었다. 즉, 사회경제적으로 지위가 낮거나 건강불평등의 위험에 노출된 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 오히려 건강불평등을 인식하지 못하고 있었으며, 사회와 건강에 대한 문제의식이 있는 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 건강불평등을 더 많이 인지하고 있었다.

Whitehead(1998)의 건강불평등 대응 정책 스펙트럼에 따르면 건강불평등을 완화하기 위한 정책은 현상을 측정하고 측정된 결과에 대한 이해를 확산하는 것에서 출발한다(김동진 등, 2016, p. 55에서 재인용). 또한 사회운동이론에서는 정보가 전달되고, 정보에 대한 접근성이 높아질 때 사회를 변화시키기 위한 운동이 촉발된다고 하였다(서영표, 2013, pp. 303-346). 하지만 건강불평등에 대한 연구 근거는 객관적 건강 불평등을 중심으로 축적되었고, 일반인들이 잘 응답하지 않거나 사회구조적인 문제를 개인의 문제로 받아들이기 쉽다는 이유로 '주관적 건강 불평등'에 대한 연구는 많이 이루어지지 않았다(김동진 등, 2016, pp. 137, 139).

오늘날 사회경제적으로 취약한 집단의 건강은 지속적으로 낮은 수준을 유지하고 있으며(김

철용 등, 2010, p. 197), 집단 간 건강 수준의 차이는 더욱 심화되었다. 또한 사회경제적으로 취약한 집단에서 오히려 건강불평등의 개념을 알지 못해 문제 해결을 요구할 수 있는 기회조차 박탈당하고 있다. 인식은 불평등에 대한 가치 판단, 불평등으로 고통받는 사람들에 대한 태도에 영향을 미칠 수 있다(Han et al., 2012, p. 34). 즉, 불평등에 대한 인식이 불평등 완화를 위한 정책 방향과 선호에도 영향을 미칠 수 있다. 일반 대중에게 건강불평등 문제에 대한 정보와 지식을 제공하자 이후 문제 해결을 위한 적극적인 사회참여, 사회운동으로 이어진 긍정적인 사례(Welch et al., 2009, p. 1073)는 올바른 인식 확장의 힘을 시사한다. 우리 사회도 건강불평등이 발생하게 되는 구조적 결정 요인을 공유하고 건강불평등에 대한 문제의식을 확산할 수 있는 기반을 마련해야 한다. ■

참고문헌

- 강우진. (2012). 한국 민주주의에서 경제적 불평등에 대한 인식의 정치적 효과: 민주주의의 효능성에 대한 효과를 중심으로. 한국과 국제정치, 28(2), 145-175.
- 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경 등. (2016). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. 한국보건사회연구원.
- 김상돈. (2011). 불평등 인식, 정치성향, 정당지지가 정치향의에 미치는 영향. 오토피아, 26(1), 141-171.
- 김철용, 정백근, 윤태호, 김수영. (2010). 건강증진과 건강형평성의 현황과 과제. 이상이 편저. 역동적 복지국가의 논리와 전략. 서울: 민. pp. 191-227.
- 김형용. (2010). 지역사회 건강불평등에 대한 고찰. 한국사회학, 44(2), 59-92.
- 서영표. (2013). 사회운동이론 다시 생각하기: 유물론적 분석과 지식구성의 정치. 민주주의와 인권, 13(2), 303-346.
- 서형준. (2013). 사회자본과 정치참여 간 상관관계 연구: 국가별 경제수준 불평등 정도와 정치발전을 중심으로. 서울대학교 대학원 (사회학과) 국내석사 학위논문.
- 석현호. (2000). 교육, 불평등 및 공정성 지각 연구. 교육인적자원부, 성균관대학교.
- 이웅, 임란. (2014). 박탈경험과 불평등인식의 관계 연구: 우울의 매개효과 검증. 보건사회연구, 34(4), 93-122.
- 정민수, 조병희. (2007). 지역사회역량이 주민 건강수준에 미치는 영향. 보건과 사회과학, 22, 153-182.
- 정최경희, 김유미. (2013). 건강 수준에서의 불평등: 우리나라의 현황. J Korean Med Assoc, 56(3), 167-174.
- Davidson, R., Kitzinger, J., & Hunt, K. (2006). The wealthy get healthy, the poor get poorly? Lay perception of health inequalities. *Soc Sci and Med*,

- 62, 2171-2182.
- Franicevic, V. (2012). Real and Perceived Inequality, Poverty and Well-Being in South East Europe: Challenges of the Welfare State and Democracy. Paper presented at the conference "Democracy and Market Economics in Central and Eastern Europe: Are New Institutions Being Consolidated?" Sapporo, Slavic Research Center, Hokkaido University, September 3-5.
- Han, C., Janmaat, J. G., Hoskins, B., & Green, A. (2012). Perception of Inequalities: implication for social cohesion. Centre for Learning and Life Chances in Knowledge and Societies(LLAKES). Institute of Education, University of London.
- Macintyre, S., McKay, L., & Ellaway, A. (2005). Who is the more likely to experience common disorders: Men, women, or both equally? Lay perception in the West of Scotland. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 461-466.
- Welch, V., Ueffing, E., & Tugwell, P. (2009). Knowledge translation: an opportunity to reduce global health inequalities. *Journal of International Development*, 21, 1066-1082.