

지역박탈에 따른 사회계층 간 건강행태의 격차 현황과 과제



Socioeconomic Status, Area Deprivation and Health Behavior Gaps

김동진 | 한국보건사회연구원 부연구위원

건강행태는 소득이나 교육 등 사회경제적 수준에 따라 차이가 발생하는 것으로 잘 알려져 있지만, 본고에서 살펴본 바에 따르면 건강행태는 개인의 사회경제적 수준을 넘어 지역박탈 정도에 따라서도 격차가 나타났다. 박탈 정도에 따른 지역 간 건강행태를 비교한 결과, 박탈 수준이 높은 지역에서 소득 수준이 가장 높은 사람의 건강행태는 박탈 수준이 가장 낮은 지역에서 소득 수준이 가장 낮은 사람의 건강행태보다 나쁠 수도 있으며, 어떤 지역 내에서 가장 좋은 건강행태를 가진 집단이 다른 지역과 비교하면 건강 고위험 집단이 될 수도 있었다. 지역의 박탈은 비단 경제나 사회적인 문제에만 영향을 미치는 것이 아니라 지역 주민의 건강에까지 영향을 미치는 것이 확인된 만큼 지역 주민의 건강 보호 차원에서 지역 박탈 해소를 위한 노력이 필요하다.

1. 들어가며

지리적으로 인접한 거리에 사는 사람들은 동일한 생활권에서 공통의 이해와 습관, 전통, 문화를 가지게 되는데 이러한 지역 기반의 집단을 전통적으로 지역사회라고 부른다. 같은 지역사회에 거주하는 주민들은 동일한 물리적, 사회적 환경

에 노출되어 있어 유사한 건강 문제를 가진다. 이런 인구집단의 건강 수준은 지역사회를 통해 작동하는 여러 요인들에 의해 다양한 방식으로 영향을 받게 되는데, 건강의 사회적 결정 요인에 대한 개선도 지역사회 차원에서 접근할 때 더 효과적으로 관리할 수 있다(정진영 등, 2017, p. 92).

지역 간 건강 수준 차이는 개별 지역에 거주하

는 개인들의 특성인 구성적 요인(compositional factors)과 해당 지역의 사회경제적, 물리적 환경인 맥락적 요인(contextual factors)의 영향을 동시에 받는다고 알려져 있다. 지역 간 건강 격차에 대한 관심은 사회역학(social epidemiology)의 개념이 발전하면서 지역사회 건강 수준 격차의 중요성이 개인 간 격차 못지않게 강조된 결과다(정진영 등, 2017, pp. 92-93).

최근에는 박탈 정도와 지역 주민 건강의 상관관계에 대한 연구가 활발히 진행되고 있는데, 김동진(2017)의 연구 결과에 따르면, 지역의 박탈 수준은 회피가능사망률과 양의 상관관계가 있는 것으로 나타난 바 있다.

박탈(deprivation)이란, 개인이나 가족 혹은 집단이 속해 있는 지역사회 또는 국가가 상대적으로 명백하게 불이익한 상태에 있는 것을 말한다(Townsend, 1987). Townsend(1987)는 박탈을 물질적 박탈과 사회적 박탈로 구분한 바 있는데 여기서 물질이란 장비, 재화, 서비스, 자원, 편의시설 그리고 물리적 환경과 거주 지역을 의미하고, 사회는 사회나 사회의 하부 그룹에 속한 사람들의 역할, 관계, 기능, 관습, 권리와 책임으로 구분한다(추장민 등, 2007, p. 98). 이에 따라 박탈지수는 지역의 박탈 혹은 결핍 정도를 지수화하여 지역의 사회경제적 수준을 대표할 목적으로 만들어진 지표라고 할 수 있다(김동진, 2018b).

전통적인 지역박탈지수인 타운젠드(Townsend) 지수와 카스테어즈(Carstairs) 지수는 여러 지역 박탈지수 중 가장 널리 사용되어 왔고 건강 수준

과의 연관성이 가장 높은 것으로 알려졌다. 우리나라의 지역박탈지수와 관련한 초기 연구들도 대부분 영국의 타운젠드 지수, 카스테어즈 지수를 일부 변형하여 사용한 것이다. 이후 신영진 등(2009), Choi 등(2011), 김동진 등(2013)의 연구에서는 인구주택총조사에서 지역의 사회경제적 수준을 반영할 수 있는 구성 요소를 먼저 추출한 후 요인분석을 통해 지역박탈지수에 포함될 최종 구성 요소를 선정하였다(임준, 김슬기, 권다혜, 2014, p. 60에서 재인용).

우리나라에서 사용된 몇 가지 대표적인 지역 박탈지수와 그 구성 요소는 다음과 같다.

소득이나 교육 수준이 개인의 사회경제적 수준을 대표하는 변수라면 지역박탈지수는 지역의 사회경제적 수준을 대표하는 개념으로 활용되고 있다. 국내에서는 2000년 이후 건강불평등을 중심으로 한 지역 격차 연구가 조명받기 시작했으며 사망률, 고혈압 유병률, 당뇨병 유병률, 주관적 건강 수준 등 건강 결과에 대한 지역 간 변이 요인을 탐색한 연구들이 주를 이루었다(정진영 등, 2017, p. 93). 특히 이러한 연구들은 주로 행정구역으로 구분된 지역 간 비교 연구였고, 지역 박탈지수를 활용하여 건강행태를 비교하는 연구는 드물었다.

특히 지역의 인구집단 전체를 개입 대상으로 삼는 인구집단 건강증진사업(population based health promotion)을 위해서는 지역 간 변이에 영향을 미치는 사회적·물리적 환경 요인에 대한 탐구가 더 적절할 수 있는데(정진영 등, 2017, p. 105), 그러한 지역 개념을 적절하게 반영할 수

표 1. 국내 지역박탈지수의 구성 요소

	손미아 (2002)	정백근 등 (2006)	신호성 등 (2009)	신영전 등 (2009)	Choi 등 (2011)	김동진 등 (2013)
남성 실업	○	○	○		○	
낮은 사회계급	○	○	○	○	○	○
주거 밀집 (과잉 밀집도)	○	○				
무주택 소유 (주택 미소유)	○	○			○	
낙후된 주거 환경			○	○	○	○
거주시설 부재 (거주시설 부족)	○					
낮은 교육 수준				○	○	○
기초생활수급			○			
자동차 미소유 (또는 승용차)				○	○	○
이혼 또는 사별					○	○
1인 가구				○	○	○
한부모 가정			○			
여성 가구주				○	○	○
노인 인구				○	○	○
아파트 비거주 (주택 거주)				○	○	○

자료: 임준, 김슬기, 권다혜(2014), 인천광역시 지역 간 건강불평등 현황, 인천광역시 공공보건의료지원단, p. 60 부분 수정.

있는 것이 지역박탈지수라고 할 수 있다.

한편, 건강행태는 미래의 지역사회 건강 수준을 예측하는 건강 결정 요인으로서 의미가 있다. 건강을 결정하는 요인에 대해 그동안 많은 연구와 모델이 제시되어 왔는데, 건강행태는 건강을 설명하는 가장 중요한 요인으로 각인되어 왔다.

미국에서는 조기 사망을 초래하는 요인을 사회적 환경, 환경적 폭로, 건강행태, 유전 및 보건의료서비스의 5가지 영역으로 구분할 때, 건강 관련 행태 요인의 기여도를 약 40%, 유전적 소

인 30%, 사회적 환경 15%, 보건의료서비스 요인 10%, 환경적 폭로 5%로 제시한 바 있다(김혜련, 2009, p. 36.). 우리나라에서도 식이, 음주, 흡연은 한국인 질병 부담의 위험 요인 1, 2, 3위를 각각 차지하는(김동진, 2018a, p. 1) 것으로 나타나 건강행태의 중요성이 강조되고 있다.

건강행태는 조기 사망에 대한 기여 요인뿐만 아니라 건강불평등을 초래하는 결정 요인으로도 중요하게 취급된다. 1980년 영국의 블랙리포트에서 건강불평등을 초래하는 여러 설명 방식의

하나로 건강행태 요인을 포함하여 건강행태의 중요성을 다룬 바 있다. 개인의 건강 위해 행태가 사회계층별로 다르게 분포하며 이들이 건강불평등의 일부를 설명할 수 있다는 것이다(김혜련, 2009, p. 37).

우리나라의 경우 1998년과 2001년 국민건강영양조사의 추적 자료를 이용하여 교육과 소득 수준별 사망불평등에 기여하는 위험 요인의 기전을 분석한 연구에서 건강행태가 사망불평등에 매우 큰 역할을 하는 것으로 밝히고 있다. 특히 이 연구에서는 건강행태가 사회심리적 위험 요인이나 주요 임상적 지표보다 사망률 불평등을 설명하는 데 큰 부분을 차지하는 것으로 분석하였다(김혜련 등, 2006; Khang et al., 2009; 김혜련, 2009, p. 39).

김동진 등(2017)은 우리나라 건강불평등 모니터링 연구에서 건강불평등의 발생 기전으로서 흡연, 음주, 신체활동, 비만 등의 생활습관을 중재 요인으로 분류하여 모니터링하였는데, 그 결과 소득 수준, 교육 수준, 직업 등 사회계층별로 경사면의 형태로 불평등이 나타났으며, 지표별로는 지역 간에도 불평등이 나타났다.

이러한 연구 결과들은 건강불평등을 감소시키거나 증가시키는 데 건강행태가 중요한 역할을 하며, 건강 위해 행위를 조절함으로써 사회경제적 계층별 건강불평등을 상당히 감소시킬 수 있다는 주장을 제기하고 있다(김혜련, 2009, p. 38).

최근에는 개별 건강행태에 대한 접근에서 나아가 건강행태들의 군집화를 통해 여러 건강행태의 복합적 영향을 파악하는 연구들도 수행되었다.

성인 남녀 2만 244명을 11년간 추적한 영국의 종단연구(Khaw et al., 2008)에 따르면 흡연, 음주, 신체비활동, 불량한 식습관 등 4가지 불건강행동을 가진 사람들은 불건강행동을 하나도 하지 않은 사람들에 비해 사망할 확률이 4배 더 높았다(Watts, Buck, Netuveli & Renton, 2015, p. 308).

김동진(2018a)은 2013~2015년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 사회경제적 지위에 따른 생활습관의 격차를 파악한 연구에서 흡연, 고위험(문제)음주, 근력운동 미실천, 식품 미보장을 '나쁜 생활습관'으로 조작적으로 정의하고 소득·교육 수준별로 나쁜 생활습관의 개수를 비교하였다. 그 결과 나쁜 생활습관은 소득 수준, 교육 수준별로 불평등이 나타남을 확인할 수 있었다. 특히 나쁜 생활습관의 불평등은 소득 수준보다 교육 수준별 격차가 더 뚜렷하게 나타났다.

흡연, 영양, 음주, 운동 등의 건강행태는 건강수준을 결정하는 중요한 요인이다. 건강행태가 개인의 선택과 습관을 넘어 사회구조와 사회경제적 요인에 영향을 받으며, 무엇보다도 다른 건강불평등 요인에 비해 개선 가능성이 크다는 점에서 건강불평등에서 건강행태의 중요성은 매우 크다(김혜련, 2009, p. 37).

특히 인구집단의 건강행태를 파악하는 것은 조기 사망을 예측하는 데 중요한 역할을 하며, 어떤 인구집단을 대상으로 건강증진을 위한 정책 개입을 할 것인가에 대한 근거를 제공한다는 점에서 의미가 있다.

본고에서는 지역박탈 정도에 따른 사회계층

간 건강행태의 격차를 파악함으로써 지역 단위 건강증진사업 수행의 근거 자료를 생산하고 이를 바탕으로 박탈 수준이 높은 지역을 대상으로 효과적인 건강증진 정책을 수립하기 위한 방안을 제언하고자 한다.

2. 연구 내용 및 방법

가. 연구 자료

1) 지역사회건강조사

미국, 캐나다 등 선진국들은 국가 수준 또는 지역 수준의 건강 수준과 건강 결정 요인을 파악하기 위해 주기적이고 반복적인 인구 기반 조사(population-based survey)를 수행하고 있다. 조사 수행체계와 운영 방식은 국가별로 도입된 역사적 맥락, 이용 가능한 자원 및 사회적인 합의 수준에 따라 매우 다양하지만 보건정책을 수립하고 시행하는 데 지역 단위 자료가 중요하다(김영택 등, 2012, p. 81)는 인식은 동일하다. 과거처럼 전국을 평균화해서 보여 주는 수치는 국가 전체를 관망하는 데는 도움을 줄 수 있으나 실제 국민의 건강을 개선하고 향상시키기 위한 실천은 지역 단위로 이루어져야(김영택 등, 2012, p. 81) 한다. 특히 지역 주민의 건강 위험 요인, 유병률 및 그 추이를 지역 단위로 조사하여 지방정부의 건강 문제 우선순위 설정과 실천 전략 개발을 지원(김영택 등, 2012, p. 81)할 필요가 있다.

우리나라에서도 2008년부터 지역사회건강조사(CHS: Community Health Survey)를 수행해

전국 각 지역의 건강 관련 행태와 건강 수준에 대한 대표성 있는 건강 통계를 생산해 내고 있다. 이를 통해 시·군·구 단위 지자체 단체에서도 주기적으로 지역 주민의 건강 상태와 현황을 파악할 수 있게 되었고, 이를 기반으로 자체적인 주민 건강증진사업을 기획, 수행, 평가할 수 있는 자료원이 마련되었다는 점에서(김동현, 강양화, 이동한, 2015, p. 1072) 중요한 의미를 가진다.

질병관리본부는 전국 254개 시·군·구(보건소)와 함께 시·군·구별 평균 900명의 표본을 추출하여 매년 지역사회건강조사를 실시하고 있으며, 2015년에는 8월 31일부터 11월 8일까지 조사가 이루어졌고 총 22만 9691명이 참여하였다.

지역사회 건강조사의 구성 단위는 가구 조사와 개인 조사이다. 가구 조사에서는 표본가구당 만 19세 이상 성인 1인에게 세대 유형, 기초생활수급자, 소득 등을 조사하고 개인 조사에서는 가구원 모두에게 건강행태, 예방접종 및 검진, 이환, 의료이용, 사고 및 중독, 활동제한 및 삶의 질, 보건기관 이용, 사회·물리적 환경, 개인 위생, 여성 건강, 교육 및 경제활동 등을 조사하였다. 2015년 지역사회건강조사 전국공통조사표는 19개 영역, 총 198개 문항으로 구성되었으며 이 중 건강행태와 관련해서는 흡연, 음주, 안전의식, 운동 및 신체활동, 식생활, 비만 및 체중 조절, 구강건강, 정신건강 등이 조사되었다(질병관리본부, 2016, p. 7).

2) 인구센서스

지역박탈지수의 자료원은 2010년 인구센서스 10% 표본 자료이다. 인구센서스는 5년마다 실시하는 전수조사로, 주택총조사와 인구총조사로 구분된다. 전수조사는 조사 항목이 한정되어 있기 때문에 더 다양한 정보를 수집하기 위해서는 10% 표본¹⁾을 선정하여 추가적인 조사를 한다(김동진 등, 2013, p. 176).

2005년 인구센서스까지는 통계청에서 공식적으로 제공하는 10% 표본자료의 5분의 1에 해당하는 2% 표본 원자료를 활용하면 시·군·구 단

위까지 구분할 수 있었으나 2010년 인구센서스 부터는 2% 자료에서는 시·도 단위까지만 구분할 수 있게 되었다. 따라서 시·군·구 단위별 분석을 위해 필요한 10% 표본 자료 분석을 위해서는 통계청에 연구계획서 승인을 받은 후, 승인받은 변수들에 대해 통계청 온라인 자료실에 접속하여 통계청에서 부여한 고유 번호를 이용하여 분석하였다. 그리고 분석을 통해 산출된 지역별 지표들의 집계 자료에 대해서는 다시 통계청의 승인을 받은 후 전자우편을 통해 자료를 받아 이용하였다(김동진 등, 2013, p. 176).

표 2. 2010년 인구센서스 주요 조사 항목

구분		조사 항목
인구 (28)	전수(8)	성명, 성별, 나이, 가구주와의 관계, 교육 정도, 혼인 상태, 국적, 입국 연월
	표본(20)	5년 전 거주지, 경제활동 상태, 종사상지위, 산업, 직업, 근로 장소, 현 직업 근무연수, 사회활동, 총출생아 수, 혼인 연월, 통근·통학 여부, 통근·통학 장소, 이용 교통수단, 통근·통학 소요 시간, 활동 제약, 출생지, 1년 전 거주지, 아동보육, 추가 계획 자녀 수, 고령자 생활비 원천
가구 (13)	전수(6)	가구 구분, 사용 방 수, 주거시설 형태, 점유 형태, 건물 및 거주층
	표본(7)	난방시설, 주차 장소, 임차료, 수도 및 식수 사용 형태, 정보통신기기 보유 및 이용 현황, 교통수단 보유 및 이용 현황
주택 (6)	전수(5)	거처의 종류, 주거용 연면적, 건축 연도, 총 방 수, 주거시설 수
	표본(1)	대지 면적

자료: 통계청. (2015). 2010 인구주택총조사 조사항목. <https://meta.narstatat.kr/>에서 2018. 4. 27. 인출.

2010년 인구센서스 조사 항목은 전수조사 항목 19개, 표본조사 항목 28개로 이루어져 있으며, 조사는 2010년 11월 1일부터 15일간(인터넷 조사는 2010. 10. 22.~11. 7.(17일간) 실시되었다.

1) 2015년 인구센서스에서는 심층 항목 조사를 위한 표본이 기존의 10%에서 20%로 증가하였음.

나. 변수 정의

1) 건강행태

본고에서는 지역 간, 사회계층 간 건강행태의

격차를 살펴보기 위해 현재흡연, 고위험음주, 근력운동 실천, 비만, 우울감 경험 등의 건강행태 변수를 사용하였으며, 변수별 정의는 다음의 <표 3>과 같다.

표 3. 건강행태 변수별 정의

변수	정의
현재흡연율	19세 이상 성인 중 "현재 담배를 피우니까?" 문항에 매일 피움 또는 가끔 피움으로 응답한 사람의 비율
고위험음주율	19세 이상 성인 중 최근 1년 동안 한 번의 술자리에서 남자 7잔/여자 5잔 이상을 주 2회 이상 마신다고 응답한 사람의 비율
근력운동 실천율	19세 이상 성인 중 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력운동을 2일 이상 실천한 경험이 있다고 응답한 사람의 비율
비만율	19세 이상 성인 중 체질량지수가 25 이상인 사람의 비율
우울감 경험율	19세 이상 성인 중 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 슬픔이나 절망감을 경험한 사람의 비율

2) 지역박탈지수

지역박탈지수의 경우, 2010년 인구센서스 자료 중 지역의 사회적 박탈과 경제적 박탈을 대리할 수 있는 변수를 뽑아 구성 지표 후보군을 선정한 다음 각 지표 후보군에 대해 정규성 검정을 한 후 요인분석을 실시하여 최종 구성 지표를 선정하였다(김동진 등, 2013. p. 177).

최종적으로 산출한 지역박탈지수는 이들 9개 지표에 대해 표준화 점수(z-score)를 산출하여 합산한 결과이다.

다. 분석 방법

본고에서는 개인의 사회경제적 수준을 대표하는 변수로 소득을 이용하였다. 지역사회건강조사에서 소득은 "임금, 부동산 소득, 연금, 이자, 정부 보조금, 친척이나 자녀들의 용돈 등 모든 수입을 합쳐 최근 1년 동안 가구의 월평균 소득은 대략 얼마입니까?"라는 문항으로 측정된다. 여기에서 응답자의 소득은 각각 하(100만 원 미만), 중하(100만~200만 원), 중(200만~300만 원), 중상(300만~400만 원), 상(400만 원 이상)의 5개 그룹으로 나누어 분석하였다.

지역의 사회경제적 수준을 대표하는 변수로

표 4. 지역박탈지수 구성 지표 정의

구성 지표	분모	분자
1인 가구 비율	1인 가구의 수	지역 총가구 수
자동차 미소유	자동차를 소유하지 못한 가구 수	지역 총가구 수
낙후된 주거 환경	아래 5개 중 하나라도 해당하는 가구 수 - 입식, 단독 부엌이 없음 - 독립 상수도가 없음 - 온수, 단독 목욕시설 없음 - 수세식, 단독 화장실 없음 - 연탄, 아궁이, 재래식 난방시설	지역 총가구 수
여성 가구주	여성이 가구주인 가구수	지역 총가구 수
아파트 비거주	주거 형태가 아파트가 아닌 가구수	지역 총가구 수
노인인구	65세 이상 노인의 수	지역 총인구 수
낮은 교육 수준	30~64세 인구 중 고졸 미만 학력 인구수	지역 30~64세 인구 수
이혼·사별	15세 이상 인구 중 이혼 또는 사별한 인구수	지역 15세 이상 인구 수
낮은 사회계층	15~64세 인구 중 가구주의 사회계층이 낮은 가구의 가구원 수	지역 15~64세 인구 수

자료: 김동진, 이소영, 기명, 김명희, 김승섭, 김유미 등(2013), 한국의 건강불평등 지표와 정책과제, 한국보건사회연구원, p. 177 수정.

사용한 지역박탈지수는 분포를 고려하여 4분위로 나누어 분석에 활용하였는데, 지역박탈지수가 가장 높은 지역 즉, 지역의 박탈 정도가 심한 지역은 1분위, 지역박탈지수가 가장 낮은 지역은 4분위로 구분하였다.

본고에서는 현재흡연율, 고위험음주율, 근력운동 실천율, 비만율, 우울감 경험률을 연령 표준화로 제시하였으며, 표준화를 위해 2005년도 주민등록 연앙인구를 사용하였다.

3. 연구 결과

가. 지역박탈지수 분위별 건강행태

현재흡연율, 고위험음주율, 근력운동 실천율, 비만율, 우울감 경험률을 지역박탈지수 분위별로 구분하여 살펴본 결과는 <표 5>와 같다.

현재흡연율은 지역박탈 수준이 가장 높은 지역에서 24.2%로 가장 높았고, 지역박탈 수준이 가장 낮은 지역에서 20.8%로 가장 낮았다. 성별로는 남성의 경우 지역박탈 분위별로 경사면 형태로 현재흡연율의 격차가 나타났으며, 1분위에서의 흡연율은 42.8%인 반면 4분위에서의 흡연율

표 5. 지역박탈지수 분위별 건강행태

건강행태	지역박탈 지수 분위	전체		남자		여자	
		명	표준화율(%)	명	표준화율(%)	명	표준화율(%)
현재흡연율	1분위	525,154	24.2	494,386	42.8	30,768	2.3
	2분위	1,458,674	23.5	1,343,374	41.8	115,301	3.7
	3분위	2,843,099	22.1	2,600,994	39.9	242,105	3.8
	4분위	3,859,163	20.8	3,561,563	38.4	297,600	3.3
고위험 음주율	1분위	320,041	20.3	279,002	29.1	41,039	7.4
	2분위	1,002,620	20.2	835,785	29.5	166,834	8.2
	3분위	1,988,207	18.9	1,633,605	27.9	354,602	7.7
	4분위	2,677,774	17.4	2,177,804	25.8	499,969	7.2
근력운동 실천율	1분위	383,725	18.5	282,429	25.4	101,296	10.5
	2분위	1,382,273	22.3	971,318	30.2	410,955	13.7
	3분위	3,128,247	23.9	2,163,496	32.9	964,751	14.7
	4분위	4,458,891	24.1	3,001,962	32.7	1,456,929	15.6
비만율	1분위	628,066	26.9	382,814	32.7	245,252	19.4
	2분위	1,752,953	26.9	1,099,284	34.2	653,668	18.4
	3분위	3,460,109	25.9	2,212,223	33.7	1,247,886	17.4
	4분위	4,681,890	24.9	3,089,112	33.4	1,592,778	16.2
우울감 경험률	1분위	153,987	5.3	53,459	3.9	100,528	6.9
	2분위	459,123	6.6	171,553	5.1	287,571	8.2
	3분위	945,789	6.9	338,217	5.0	607,572	8.8
	4분위	1,179,588	6.2	414,687	4.4	764,901	8.0

자료: 질병관리본부(2015), 지역사회건강조사를 활용하여 분석한 결과임.

은 38.4%로 두 집단 간에는 4.4%포인트의 격차가 나타났다. 여성은 지역박탈 수준이 가장 높은 지역에서 흡연율이 가장 낮은 것으로 나타났다.

고위험 음주율도 지역박탈 분위별로 격차가 나타났다. 고위험 음주율은 지역박탈이 가장 심한 지역에서 20.3%로 가장 높았고 지역박탈이 가장 덜한 지역에서 17.4%로 가장 낮았다. 지역박탈이 심한 1, 2분위 지역에서 남성의 고위험 음주율은 29%가 넘었고 지역박탈이 가장 덜한 4

분위 지역에서 남성의 고위험 음주율은 25.8%로 가장 낮았다. 지역박탈 1분위와 4분위의 남성 고위험 음주율 격차는 3.2%포인트이다. 여성은 지역박탈 분위에 따른 고위험 음주율의 격차가 뚜렷하지 않았다.

근력운동 실천율은 지역박탈이 덜할수록 높았다. 지역박탈이 가장 심한 지역에서의 근력운동 실천율은 18.5%인 반면 지역박탈이 가장 덜한 지역에서의 근력운동 실천율은 24.1%로 두

지역 간에는 5.6%포인트의 차이가 있었다. 이러한 경향은 성별 구분에서도 그대로 나타나 지역 간(4분위-1분위) 남성의 근력운동 실천율 격차는 7.3%포인트, 여성의 근력운동 실천율 격차는 5.1%포인트로 나타났다.

비만율은 지역박탈 수준이 높을수록 높았다. 박탈 1분위 지역의 비만율은 26.9%이나 4분위 지역의 비만율은 24.9%로 두 지역 간에는 2%포인트의 격차가 나타났다. 남성 비만율은 박탈 분위별로 경향성이 나타나지 않은 반면, 여성 비만율의 지역 간 격차는 상대적으로 뚜렷하였다.

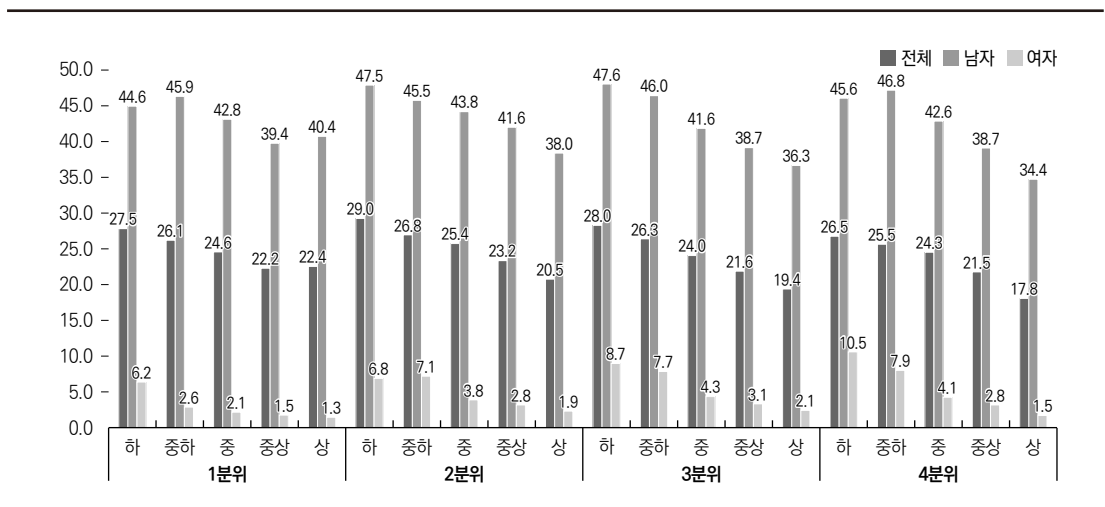
우울감 경험률은 박탈 정도가 심한 1분위 지역에서 남녀 모두 가장 낮았으나 분위별 격차는 잘 나타나지 않았다.

나. 지역박탈지수 분위에 따른 소득 수준별 건강행태 격차

1) 현재흡연율

흡연율은 사회계층별 격차가 큰 대표적인 건강행태이다. 국가의 사회경제적 발전 단계나 성별에 따라 다소 차이는 있으나 대부분의 선진국에서 남녀 모두 사회경제적 위치가 낮을수록 흡연율이 높은 경향이 뚜렷하다(김혜련, 2009, p. 39). 우리나라에서도 현재흡연율은 점차 감소하고 있으나 사회계층 간 흡연율 격차는 여전히 발생하고 있다. 김동진 등(2017, p. 93)의 연구 결과에서는 소득 수준이나 교육 수준이 낮은 집단의 현재흡연율이 높고 직업별로는 육체직 노동자의 현재흡연율이 가장 높은 것으로 나타났다.

그림 1. 지역박탈지수 분위에 따른 소득 수준별·성별 현재흡연율



주: 지역박탈 수준은 4개 집단(1-4분위), 소득 수준은 5개 집단(하, 중하, 중, 중상, 상)으로 구분하였음.

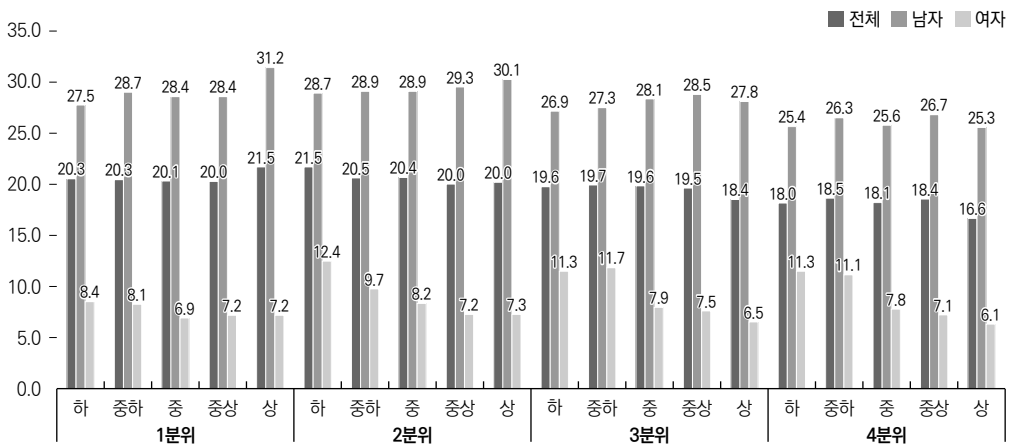
자료: 질병관리본부(2015), 지역사회건강조사를 활용하여 분석한 결과임.

본고에서 현재흡연율은 지역박탈 분위별, 소득 수준별로 경사면의 형태로 격차가 나타났다. 지역박탈 정도가 높을수록 현재흡연율이 높았고, 같은 지역박탈 분위 내에서는 소득 수준이 낮을수록 현재흡연율이 높았다. 특히 소득 수준이 '상'인 사람들 가운데서도 지역박탈이 높은 지역과 낮은 지역 간에 현재흡연율 격차가 나타났는데, 남자 현재흡연율의 경우 지역박탈 1분위에서 소득 수준이 '상'인 집단과 지역박탈 4분위에서 소득 수준이 '상'인 집단 간에 6.0%포인트의 차이가 있었다. 여성의 경우 소득 수준이 '하'인 사람들은 지역박탈 4분위 집단에서 현재흡연율이 가장 높았다.

2) 고위험음주율

외국의 연구에서는 대체로 사회경제적 지위가 낮은 집단에서 해로운 음주 양상이 많이 나타나는 것으로 보고되고 있다. 국내에서는 1998년과 2001년 국민건강영양조사 자료를 이용한 연구에서 남성에게서는 교육 수준과 소득 수준에 따른 음주율 차이를 볼 수 없었으나 여성은 교육 수준이 높은 계층의 음주율이 약간 높은 경향을 보였다(김혜련, 2009, p. 41). 최근 김동진 등(2017, pp. 109-111)의 연구 결과에서는 남녀 모두 사회계층별로 고위험음주율에 격차가 있는 것으로 나타났다. 소득 수준이나 교육 수준이 가장 낮은 집단에서 고위험음주율이 가장 높았는데, 소득 수준보다는 교육 수준별 격차가 더 뚜렷한 것으로 나타났다.

그림 2. 지역박탈지수 분위에 따른 소득 수준별·성별 고위험음주율



주: 지역박탈 수준은 4개 집단(1~4분위), 소득 수준은 5개 집단(하, 중하, 중, 중상, 상)으로 구분하였음.
 자료: 질병관리본부(2015), 지역사회건강조사를 활용하여 분석한 결과임.

이 연구 결과에서 고위험음주율은 성별에 따라 다른 경향이 나타났다. 남성의 경우 지역박탈 정도가 높은 1분위와 2분위에서는 소득 수준이 높을수록 고위험음주율도 높아지는 경향을 보이나, 지역박탈 정도가 낮은 3분위와 4분위에서는 소득 수준에 따른 격차가 뚜렷하지 않았고 고위험음주율 자체도 박탈 수준이 높은 지역에 비해 낮게 나타났다.

그러나 여성의 고위험음주율은 모든 지역박탈 지수 분위에서 소득이 낮을수록 높게 나타났으며, 특히 지역박탈 정도가 낮은 3, 4분위에서는 소득 수준 간 고위험음주율 격차도 비교적 컸다.

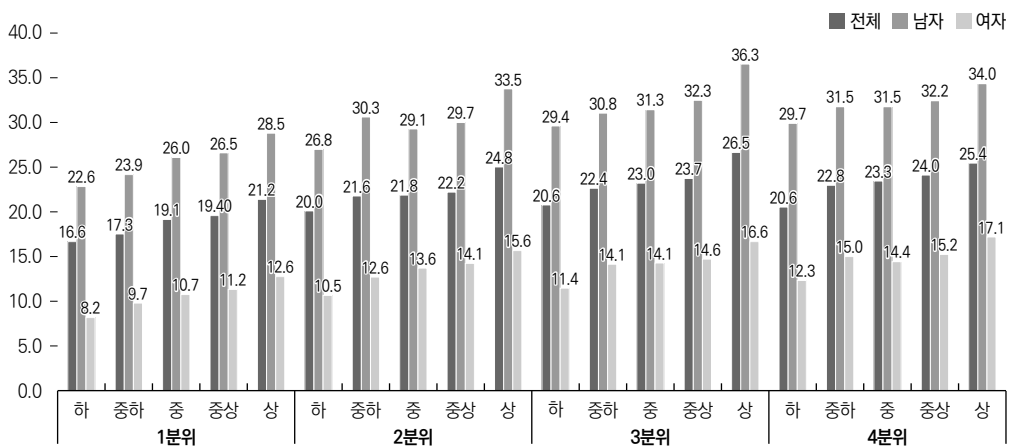
3) 근력운동 실천율

기존 연구들에서는 낮은 사회경제적 위치가

일반적으로 적은 신체활동과 관련이 있다고 보고하고 있다. 사회경제적 위치가 높은 여성은 여가 시간, 업무 관련 신체활동을 많이 하는 것으로 나타나고 남성은 사회경제적 위치에 따라 신체활동의 양상이 다른 것으로 보고하고 있다(김혜련, 2009, p. 42). 김동진 등(2017, pp. 119-120)의 연구에서는 사회계층별로 근력운동 실천율을 비교한 바 있는데, 소득 수준이나 교육 수준이 높은 집단에서 근력운동 실천율이 높은 것으로 나타났다.

이 연구에서 근력운동 실천율은 지역박탈 정도가 낮을수록 높았고, 같은 박탈지수 분위 내에서는 소득이 높을수록 높았다. 특히 근력운동 실천율은 지역박탈지수 분위별로, 그리고 소득 분위별로 경사면 형태의 불평등이 뚜렷하게 나타

그림 3. 지역박탈지수 분위에 따른 소득수준별·성별 근력운동 실천율



주: 지역박탈 수준은 4개 집단(1~4분위), 소득 수준은 5개 집단(하, 중하, 중, 중상, 상)으로 구분하였음.

자료: 질병관리본부(2015), 지역사회건강조사를 활용하여 분석한 결과임.

나고 있었다. 지역박탈 정도가 가장 낮은 지역의 소득 수준이 가장 낮은 집단의 근력운동 실천율이 지역박탈 정도가 가장 높은 지역의 소득 수준이 가장 높은 집단의 근력운동 실천율보다 높거나 비슷한 수준으로 나타났다.

4) 비만율

비만율은 사회경제적 수준이 낮은 계층에서 높게 나타나고 있다(김혜련, 2009, p. 41). 우리나라에서는 최근 비만율이 증가하고 있는데, 2013~2015년 기간의 성인 비만율은 2001년에 비해 3.2%포인트 증가하였다(김동진 등, 2017, p. 125). 김동진 등(2017, p. 126)의 연구에서 소득과 교육 수준에 따라 비만율의 격차가 있음을 보고하였는데, 소득 수준이나 교육 수준이 낮은

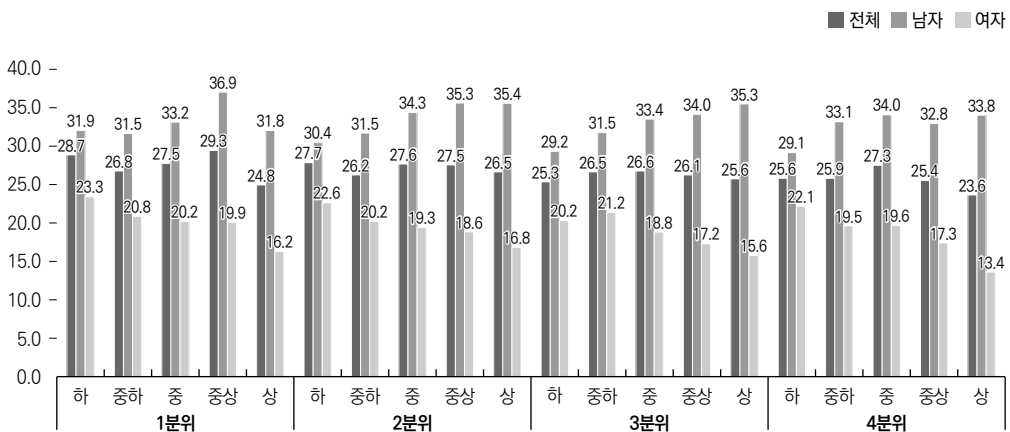
집단에서 비만율이 높았고, 특히 여성의 경우 그러한 경향이 두드러진 것으로 나타났다.

이 연구에서 비만율은 성별에 따라 차이가 있었는데, 남성의 경우 대체로 지역박탈 정도에 관계없이 소득 수준이 높은 집단에서 비만율도 높은 것으로 나타났다. 반면에 여성의 비만율은 지역박탈 정도에 따라 소득 수준별 차이가 있었는데 지역박탈 정도가 높을수록 비만율이 높았고 모든 지역박탈 분위에서 소득 수준이 낮을수록 비만율이 높았다.

5) 우울감 경험률

김동진 등(2017, p. 154)의 연구에서 우울감 경험률은 소득 수준이 낮거나 교육 수준이 낮은 인구집단에서 높은 것으로 나타났다. 이 연구에

그림 4. 지역박탈지수 분위에 따른 소득 수준별·성별 비만율



주: 지역박탈 수준은 4개 집단(1~4분위), 소득 수준은 5개 집단(하, 중하, 중, 중상, 상)으로 구분하였음.
 자료: 질병관리본부(2015), 지역사회건강조사를 활용하여 분석한 결과임.

서는 남녀 모두 소득 수준이 낮을수록 우울감 경험률이 높게 나타났다.

여성의 우울감 경험률은 소득 수준에 따른 격차가 지역박탈 분위에 따라 달리 나타났는데, 지역박탈 정도가 낮아질수록 소득 수준이 낮은 여성의 우울감 경험률이 더 높게 나타났다. 지역박탈이 가장 높은 지역에서 소득 수준이 가장 낮은 여성의 우울감 경험률이 11.1%인 반면 지역박탈이 가장 낮은 지역에서 소득 수준이 가장 낮은 여성의 우울감 경험률은 19.6%로 1.8배 더 높았다.

또한 지역박탈 1분위에서 소득 수준 간 여성의 우울감 경험률 격차는 5.7%포인트인 반면, 지역박탈 2분위에서는 10.9%포인트, 지역박탈 3분위에서는 10.7%포인트, 지역박탈 4분위에서

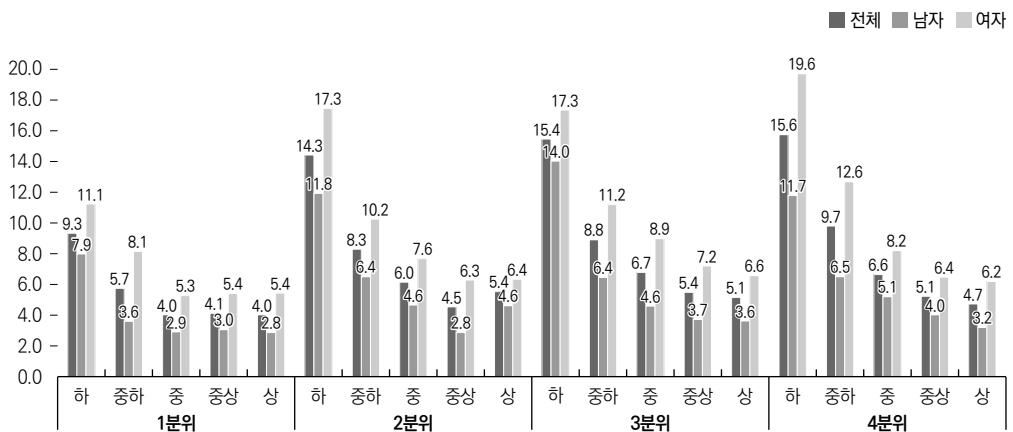
는 13.4%포인트로 커졌다.

4. 나가며

본고에서는 지역박탈 정도에 따른 사회계층 간 건강행태의 격차를 분석하였으며, 본고에서 다룬 건강행태는 흡연, 고위험 음주, 근력운동 실천, 비만, 우울 등이다.

건강 결정 요인으로서 건강행태의 중요성은 수많은 연구를 통해 입증된 바 있으며, 이에 따라 우리나라의 대표적인 건강정책인 국민건강증진종합계획에서도 중요하게 다루고 있다. 특히 제4차 국민건강증진종합계획에는 제3차 계획에 비해 흡연, 음주 등의 건강행태에 대한 개선 전략

그림 5. 지역박탈지수 분위에 따른 소득 수준별·성별 우울감 경험률



주: 지역박탈 수준은 4개 집단(1~4분위), 소득 수준은 5개 집단(하, 중하, 중, 중상, 상)으로 구분하였음.
 자료: 질병관리본부(2015), 지역사회건강조사를 활용하여 분석한 결과임.

이 추가되었는데, 국가 건강검진과 연계하여 국민건강보험공단 및 보건소에서 건강행태를 개선하는 내용이 추가되었다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2015, p. 32). 또 금연, 절주, 신체활동, 영양 등의 건강생활실천은 제3차 계획에 이어 제4차 계획에서도 중점 과제로 계속 강조되고 있고, 건강생활실천에 포함된 98개 성과지표는 제4차 계획에서 다루는 전체 성과지표의 24% 이상을 차지하는 등 우리나라 건강정책의 중요한 부분으로 다루어지고 있다.

기존의 연구 결과를 통해 개인의 건강행태는 소득이나 교육 등 사회경제적 수준에 따라 차이가 발생하는 것으로 잘 알려져 있지만, 본고에서 살펴본 연구 결과에 따르면 건강행태는 개인의 사회경제적 수준을 넘어 지역박탈 정도에 따라 서로 차이가 있는 것으로 나타났다.

현재흡연율의 경우 지역박탈 1분위에서 소득 수준이 '상'인 집단과 지역박탈 4분위에서 소득 수준이 '상'인 집단 간에도 6.0%포인트의 차이가 있었고, 근력운동 실천율은 지역박탈 정도가 가장 낮은 지역의 소득 수준이 가장 낮은 집단이 지역박탈 정도가 가장 높은 지역의 소득 수준이 가장 높은 집단보다 높거나 비슷한 수준으로 나타났다. 또 여성의 우울감 경험률은 소득 수준에 따른 격차가 지역박탈 분위에 따라 달리 나타났는데, 지역박탈 정도가 낮아질수록 소득 수준이 낮은 여성의 우울감 경험률이 더 높게 나타났다.

지역 내에서 개인의 건강행태는 사회경제적 수준에 따라 격차가 발생하고 있는 것은 분명하다. 소득 수준이 높은 사람은 소득 수준이 낮은

사람에 비해 흡연과 고위험음주를 덜하고 근력 운동을 더 많이 하며 정신건강 수준이 더 높다. 그러나 박탈 정도에 따른 지역 간 비교 결과, 박탈 수준이 높은 지역에서 소득 수준이 가장 높은 사람의 건강행태는 박탈 수준이 가장 낮은 지역의 소득 수준이 가장 낮은 사람의 건강행태보다 나쁠 수도 있으며, 어떤 지역 내에서 가장 좋은 건강 행태를 가진 집단이 다른 지역과 비교하면 건강 고위험 집단이 될 수도 있었다.

효과적인 지역 단위 건강정책을 수립하기 위해서는 지역 내 사회경제적 인구집단 간 건강행태의 격차뿐만 아니라 지역 간 비교 또한 필요하다. 국민건강증진종합계획에서도 대표 지표별 건강행태의 차이를 소득 수준별뿐만 아니라 동·읍·면 구분에 따른 지역별로 산출하여 비교한 바 있다.

그 결과 소득 수준 간 건강 격차 변화에서 성인 남자흡연율, 성인 남녀 고위험음주율, 30세 이상 고혈압 유병률, 성인 남자 비만율에 대한 건강 격차는 개선된 반면, 성인 중등도 신체활동 실천율과 성인 여자 비만율에 대한 건강 격차는 더 심화된 것으로 분석되었다. 지역 간 건강행태 차이에서는 성인 남자 고위험음주율, 성인 남자 비만율은 감소하였으나 성인 남자 흡연율, 성인 여자 고위험음주율, 성인 중등도 신체활동 실천율, 성인 여자 비만율은 심화된 것으로 분석되었다(한국건강증진개발원, 2015, pp. 85-86).

기존의 1, 2차 계획에서는 건강형평성에 대한 성과지표가 마련되지 않아 건강형평성과 관련된 평가 자체가 이루어지지 않았던 것에 비해 제3차

표 6. 제3차 국민건강증진종합계획 대표 지표의 소득 수준별, 지역별 건강행태 차이

(단위: %)

대표 지표	연도	소득 수준			지역			
		계층	지표값	Odds ratio	계층	지표값	Odds ratio	
흡연율	2008	상위 1/4	39.9	1.86	동	47.4	1.07	
		하위 1/4	55.3		읍면	49.1		
	2013	상위 1/4	36.6	1.57	동	40.9	1.30	
		하위 1/4	47.5		읍면	47.4		
고위험 음주율	남자	2008	상위 1/4	23.5	1.21	동	24.3	0.98
			하위 1/4	27.1		읍면	24.0	
		2013	상위 1/4	20.6	0.77	동	19.8	0.91
			하위 1/4	16.6		읍면	18.4	
	여자	2008	상위 1/4	5.1	1.56	동	6.4	0.83
			하위 1/4	7.8		읍면	5.4	
		2013	상위 1/4	5.1	1.12	동	5.3	1.28
			하위 1/4	5.7		읍면	6.7	
중등도신체활동 실천율	2008	상위 1/4	16.4	0.69	동	14.0	1.21	
		하위 1/4	12.0		읍면	16.4		
	2013	상위 1/4	6.5	1.25	동	6.5	1.34	
		하위 1/4	8.0		읍면	8.5		
비만율	남자	2008	상위 1/4	37.4	0.86	동	35.3	1.04
			하위 1/4	34.0		읍면	36.1	
		2013	상위 1/4	43.1	0.57	동	37.6	0.98
			하위 1/4	33.0		읍면	37.1	
	여자	2008	상위 1/4	20.7	1.67	동	25.3	1.01
			하위 1/4	30.4		읍면	25.4	
		2013	상위 1/4	17.8	2.04	동	24.4	1.25
			하위 1/4	30.6		읍면	28.7	

자료: 한국건강증진개발원(2015), 제3차 국민건강증진종합계획(2011~2020) 평가 보고서, pp. 85~86 일부 수정.

계획에서 소득 수준별, 지역별 건강행태의 격차를 분석한 것은 분명 진일보한 것이라고 할 수 있다. 그러나 소득 수준별, 지역별 격차 분석을 위해 소득 수준과 지역의 정의를 지나치게 단순화하여 최소한의 격차만을 분석한 것은 아쉬운 점

으로 남는다.

본고에서 지역의 박탈 수준에 따라 건강행태의 차이가 있음이 확인된 만큼 지역 간 건강불평등 현황을 모니터링하기 위해서는 박탈 수준을 포함하여 지역을 다차원적으로 구분하여 건강행태

를 비교할 필요가 있다.

아울러 모니터링 결과가 실제 정책에 반영될 수 있는 기전 또한 마련되어야 할 것이다. 지역박탈이 심한 지역은 재정적인 결핍 수준 또한 높기 때문에 지역 자체의 노력만으로는 박탈을 탈피하기 어려우며 중앙정부의 재정적 지원이 반드시 필요하다.

영국의 경우 빈곤한 지역에 거주하는 주민들은 소득뿐 아니라 교육, 생활 환경 등 여러 요인이 한꺼번에 복합적, 중첩적으로 작용하여 더욱 빈곤한 상태에 이를 수밖에 없다고 인식하여 이슈 각각에 대한 대응이 아닌 지역 기반(area-based) 공공자원 배분이라는 원칙하에 낙후 지역을 통합적으로 지원하고 있다. 그뿐만 아니라 지역박탈 수준이 높은 지역의 조기 사망(premature death)을 예방하기 위해 해당 지역의 금연서비스와 심혈관질환 관리 사업을 강화하는 동시에 취약지역의 의료 접근성을 강화하기 위해 다양한 방법을 강구하였다. 지역박탈 수준이 높은 지역 주민의 건강 수준이 낮은 만큼 건강증진이나 의료서비스에 대한 욕구가 다른 지역에 비해 높을 것이라는 판단 아래 지역 주민의 서비스 수요를 충족시키기 위한 정책적 노력을 경주하고 있다.

지역의 박탈은 비단 경제나 사회적인 문제에만 영향을 미치는 것이 아니라 지역 주민의 건강에까지 영향을 미치는 것이 확인된 만큼 지역 주민의 건강 보호 차원에서도 지역박탈 해소를 위한 노력이 필요하며, 박탈 수준이 높은 지역 주민들의 건강행태 개선을 위해 더 많은 자원이 집중

될 필요가 있다. ■

참고문헌

- 김동진, 이소영, 기명, 김명희, 김승섭, 김유미 등. (2013). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제. 한국보건사회연구원.
- 김동진, 채수미, 최지희, 이정아, 김창엽, 박유경 등. (2017). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. 한국보건사회연구원.
- 김동진. (2017). 지역박탈에 따른 회피가능사망을 격차와 함의. 보건복지 Issue & Focus, 340.
- 김동진. (2018a). 소득·교육 수준에 따른 나쁜 생활습관의 격차와 함의. 보건복지 Issue & Focus, 348.
- 김동진. (2018b). 영국의 지역단위 박탈수준 측정 현황과 활용. 국제사회보장리뷰.
- 김동현, 강양화, 이동한. (2015). 지역사회건강 조사와 지역특성 자료 연계를 통한 결과 활용 방안 연구. 주간 건강과 질병, 8(45), 1072-1076.
- 김영택, 최보율, 이계오, 김호, 전진호, 김수영 등. (2012). 지역사회건강조사의 조사 기획과 수행. J Korean Med Assoc, January, 55(1), 74-83.
- 김혜련, 강영호, 윤강재, 김창석. (2004). 건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향. 한국

- 보건사회연구원.
김혜련, 강영호, 박은자, 최정수, 이연희, 김영삼.
(2006). 한국인의 사망과 질병 및 의료이용의 요인분석과 정책과제. 한국보건사회연구원.
- 김혜련. (2009). 건강형평성에서의 건강행태의 함의와 정책과제. 보건복지포럼, 149, 36-47.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020.
- 손미아. (2002). 직업, 교육수준 그리고 물질적 결핍이 사망률에 미치는 영향. 예방의학회지, 35(1), 76-82.
- 신영진, 윤태호, 김명희, 조홍준, 김미경, 유원섭 등. (2009). 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발. 보건복지부.
- 신호성, 이수형, 추장민. (2009). 표준화사망비와 지역결핍지수의 상관관계: 지역사회 통합결핍지수 개발. *J Prev Public Health*, 42(6), 392-404.
- 임준, 김슬기, 권다혜. (2014). 인천광역시 지역 간 건강불평등 현황. 인천광역시 공공보건의료지원단.
- 정백근, 정갑열, 김준연, 문옥륜, 이용환, 홍영습, 윤태호. (2006). 우리나라에서의 지역의 물질적 결핍수준과 15-64세 인구 표준화 사망비의 관계. *예방의학회지*, 39(1), 46-52.
- 정진영, 김춘배, 신민호, 류소연, 홍지영, 김남희 등. (2017). 지역 간 건강수준 및 건강행태 변이요인 연구: 지역사회건강조사와 지역 특성 연계자료를 기반으로. *대한보건연구*, 43(3), 91-108.
- 질병관리본부. (2015). 지역사회건강조사. 질병관리본부. (2016. 5.). 2008-2015 지역건강 통계 한눈에 보기. <http://www.chs.cdc.go.kr/chs/sub03>에서 2018. 4. 27. 인출.
- 추장민, 박정임, 전성우, 배현주, 신지영, 임유라 등. (2007). 도시지역 저소득계층 보호를 위한 환경정책 연구. 한국환경·정책평가연구원.
- 통계청. (2015). 2010 인구주택총조사 조사항목. <https://meta.narastat.kr>에서 2018. 4. 27. 인출.
- 한국건강증진개발원. (2015). 제3차 국민건강증진종합계획(2011~2020) 평가 보고서.
- Choi, M. H., Cheong K. S., Cho B. M., Hwang I. K., Kim C.H., Kim. M. H., et al. (2011). Deprivation and Mortality at Town Level in Busan, Korea: An Ecological Study. *J Prev Public Health*, 44(6), 242-248.
- Khang, Y. H., Lynch, J. W., Happer, S., Yang, S., Jung-Choi, k. & Kim, H. R. (2009). Material, psychosocial, and behavior factors to explain education and occupational mortality inequalities in a nationally representative sample of South Korea: relative and absolute

perspectives. *Soc Sci Med*, 68, 858-866.

Khaw, K-T., Wareham, N., Bingham, S., et al. (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Med*, 5(1), e12.

Townsend, P. (1987). Deprivation. *J Social Policy*, 16(2), 125-146.

Watts, P., Buck, D., Netuveli, G. & Renton, A. (2015). Clustering of lifestyle risk behaviours among residents of forty deprived neighbourhoods in London: lessons for targeting public health interventions. *Journal of Public Health*, 38(2), 308-315.