

건강불평등의 다차원성 분석 및 정책적 함의

An Analysis on the Multi-dimensionality of Health Inequality: Implications for Policy

Sunhee Kim*

Department of Politics and Public Administration, Seowon University,
377-3 Musimseoro, Heungduk-gu, Cheongju, Korea

Abstract

This study analyzes multi-dimensional determinants for health inequality, which is defined as difference between individuals in health. Unlike the existing model on health inequality, a highly integrative model was developed including more variables and factors. We divided health status into physical status and physical function, which were classified into the four sub-categories and eight variables. The independent variables for the model include structural factor, psychological factor, behavioral factor, and relational factor. The results show that age, income, education, stress and happiness are critical factors for health. It is found that structural factor influences all aspects of health status whereas psychological factor has a significant impact only on emotional aspect of health.

Key words: health inequality, health behavior, social-structure factor, health policy

국문초록

본 연구에서는 건강상태의 개념을 다차원적으로 구분하고, 건강불평등의 결정요인과 관련된 변수들을 구조적으로 통합한 분석모형을 구성하였다. 건강상태의 개념을 각각 2개 대분류 차원(신체적 건강상태와 신체적 기능 상태), 4개 중분류 차원(주관적 건강상태와 객관적 건강상태, 생활수행능력 제약과 원인에 따른 수행능력 제약)과 8개의 세부변수로 구분하여 살펴보았다. 또한 건강불평등을 결정하는 독립요인들을 각각 구조적 요소, 심리적 요소, 행태적 요소, 관계적 요소로 구분하였다. 연구결과, 성별(남성), 연령, 스트레스, 운동, 자녀수 등은 건강을 악화시키는 요인으로, 교육, 소득, 행복감 등은 건강을 증진시키는 변수로 작용하고 있다. 요소별로 볼 때 구조적 요소는 모든 유형의 건강에, 심리적 요소는 정서적 건강에 차별적인 영향력을 보이고 있음을 알 수 있었다. 본 연구는 건강불평등의 다차원성을 규명하고, 건강불평등과 관련된 보편적·특수적 규칙을 파악하였다는 이론적 함

* Tel. +82-43-299-8616. Fax. +82-43-299-8610. E-mail. shkim7675@seowon.ac.kr

Submission & Publication Process

Received: Sep. 15, 2015 / Revised: Oct. 26, 2015 / Accepted: Nov. 10, 2015

의를 갖는다. 또한 정책적 차원에서 건강불평등에 영향을 미치는 다차원적 구조를 제시함으로써 건강불평등을 해소하기 위한 정책처방의 방향과 전략을 설정하는데 일정한 함의를 제공한다.

주제어: 건강불평등, 건강행태, 사회구조적 요소, 건강정책

1. 연구배경 및 목적

건강불평등(health inequality)이란 건강에서 나타나는 개인 및 집단들 사이의 차이(difference), 변이(variation), 격차(disparities)를 의미한다(Shin & Kim, 2007). 실업, 노령과 더불어 질병은 대표적 사회적 위험(social risk)의 요인이다. 질병 없이 건강한 삶을 누리하고자 하는 건강권의 확보는 그 자체로 중요한 인격적 가치이자 다른 가치들의 실현을 가능하게 하는 중요한 선결조건이며, 건강권은 공공성을 갖는 가치재(merit goods) 및 사회적 권리로서의 성격을 갖는다. 따라서 사회경제적 지위가 낮은 계층의 의료이용과 건강상태가 사회경제적 지위가 높은 계층에 비해 취약한 것으로 나타나는 건강불평등의 문제는 사회정책적 차원에서 적극 해결해야 하는 과제라 할 수 있다.

지속적 경제위기와 소득불평등 체계의 고착화가 심화되면서 건강불평등 이슈는 사회적 이슈를 넘어 공공 의제화 되고 있고, 이에 따라 범정부차원에서 적극적 정책적 대응방안이 마련되고 있다¹⁾. 건강불평등에 대한 높은 정책적 관심과 더불어 건강불평등에 대한 연구도 활발히 이루어지고 있다. 국내 연구는 2000년대 이후부터 본격적으로 진행되었으며, 연구 내용에 따라 건강불평등에 대한 선택과 인과론적 관점, 특정 결정요인 관점, 생애적 관점 등 다양한 접근으로 분류할 수 있다(Kim et al, 2004). 주요 연구결과는 우리나라에도 건강수준 및 건강행태에 있어서 불평등이 존재한다는 점을 확인하거나, 건강 불평등의 상대적 또는 절대적 크기가 점차 증가하고 있음을 보여주고 있다(Kang, 2007a). 하지만 이와 같은 연구성과에도 불구하고 현재까지의 건강불평등 연구에는 다음과 같은 한계가 존재한다.

첫째, 건강불평등은 개념의 추상성으로 인해 개념적 정의가 어렵고 이를 대리하는 지표를 선정하는데 어려움이 있다(Kim, 2009a). 학문적 분과에 따라 불평등에 대한 정의도 달라지며, 구체적으로는 개인들이나 집단들 간의 건강상태의 차이, 건강에 대한 기본권의 침해, 불공평한 의료서비스 이용의 산물 및 사회적 차별의 결과 등 다양한 시각에서 건강불평등이 정의되고 있다(Kwon, et. al., 2015). 건강불평등에 대한 다양한 정의와 접근이 존재하지만, 본 연구에서는 건강불평등을 집단간 건강 차이보다 개인간 건강 차이에 초점을 두기로 한다.

1) 2008년 세계보건기구(WHO)는 ‘세대내 격차 줄이기: 건강의 사회결정요인들에 대한 행동조치를 통한 건강 평등(Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health)’이라는 연구를 통해 건강불평등 해소의 필요성과 그 방법을 제안하고 있다. 한국 정부도 건강불평등을 사회적, 정책적 차원에서 해결하기 위해서 다양한 정책적 접근을 시도하고 있다. 정부는 2005년에 발표된 ‘국민건강증진종합계획’에서 ‘건강 형평성 제고’를 ‘국민의 건강수명 연장’과 함께 건강보건정책의 양대 목표로 설정하였으며, 2010년 국민건강증진종합계획에서도 건강형평성 증진을 총괄 목표로 제시하였다.

둘째, 건강상태를 결정하는데 있어 다수의 요인이 개입되어 있기 때문에, 어느 요인이 건강의 결과를 가져오는 직접적인 요인인지 그 인과관계를 규명하는데 어려움이 존재한다. 따라서 불평등한 결과가 발생하더라도 어떤 요인을 변화시켜야 하는지를 결정하기 어렵다(Kim, 2009b)²⁾.

이와 같은 문제점들을 해결하기 위해서는 두 가지 접근전략이 필요하다. 먼저 결과변수로 건강불평등 지표를 설정하는데 있어 단일변수에 의존하기 보다는 복수의 변수를 활용하는 접근전략이 필요하다. 이처럼 복수변수를 활용한 접근방법은 건강불평등의 복합적 개념 요소를 최대한 수렴하여 연구결과의 신뢰성과 타당성을 높일 수 있다는 장점이 있다. 아울러 다수의 불평등 결과변수에 상응하는 결정요인들을 비교분석함으로써 세부 건강불평등별로 영향요소를 파악할 수 있다. 건강 불평등의 세분화와 이에 기반한 세부적 원인 파악은 불평등을 해소하기 위한 처방의 정교화로 연결될 수 있을 것이다.

또한 건강불평등의 인과요인을 탐색하는데 있어 변수 중심적 접근 뿐만 아니라 이들 변수를 포괄할 수 있는 상위의 차원이나 요인 중심으로 비교분석을 하는 방법이 고려될 수 있다. 개별 변수를 넘어 상위 차원 및 요인을 대상으로 한 접근은 건강불평등의 발생에 일정한 심층적 구조와 과정이 존재한다는 점을 가정한다. Kang(2007a)는 이러한 과정을 원인(cause)과 기전(pathway/mechanism)으로 구분한다. 전자는 사회경제적 건강 불평등이 왜 (why) 생성되고 지속되는가에 대한 문제로, 사회정책과 경제정책이라는 상위 단계(upstream)에서의 인과성에 초점을 두며, 이를 건강불평등의 원인(distal cause)으로 볼 수 있다. 후자는 사회경제적 건강 불평등이 어떻게(how) 생성되는가에 대한 하위 단계(downstream)에서의 인과성에 초점을 두며, 이는 건강불평등의 근인(proximal cause)으로 파악할 수 있다. 본 연구에서는 건강 불평등의 원인과 근인 규명에 있어 개별 변수보다는 이들 개별변수들을 포괄하는 상위의 차원 및 요인을 구분하고, 이를 대리하는 복수의 지표를 설정하기로 한다. 건강불평등에 대한 다차원적인 접근방법을 통해 구체적인 변수들의 이면에 존재하는 포괄적인 구조적 요소들을 밝혀낼 수 있으며, 아울러 차원간 비교분석을 통해 보편적, 특수적 원리의 함의를 이끌어 낼 수 있을 것이다³⁾.

-
- 2) Bambra, et. al.(2011)의 연구에 따르면 건강에서는 물과 위생, 농업, 음식, 건강과 사회보호서비스에 대한 접근성, 근무환경, 주거, 거주환경, 교육, 교통 등 다양한 요소가 건강불평등과 관련된다. Jung(2009)에 따르면 연령, 교육수준, 직업계층, 소득 등이 총사망 불평등이라는 건강불평등에 영향을 미치며 그 원인별 기여도는 각 연령과 사회경제적 위치에 따라 달라진다. Lee(2009)는 건강상태가 단순히 생물학적 또는 생리적 특성의 차이 뿐만 아니라, 성별, 교육, 소득 수준 등 사회적 불평등의 요인에 의해 차별화된 삶의 조건이나 경험의 결과적 양상임을 주장한다.
- 3) 이러한 장점으로 인해 다차원적 접근방법을 채택하는 연구들이 늘어나고 있다. 건강불평등에 대한 세계적 관심을 촉발시킨 영국 Black Report(1980)가 건강불평등을 설명하는 데 있어 네 가지 요소로 물질적/구조적 조건, 선택, 문화적/행태적 요소, 인공물(artifact) 등을 제시한 것도 건강불평등 원인의 다차원성을 인정하고 있다. Dahlgren & Whitehead(2007)는 건강의 사회적 결정요인으로 연령, 성별을 포함한 구성적 요소들, 개인적 삶의 양식, 사회적-공동체 네트워크, 일반적인 사회-경제-문화-환경적 조건 등을 들고 있다. 국내 연구에서 Kim, et. al.(2004)은 추적자료(Longitudinal data)에 근거하여 임상적 위험요인, 건강행태요인, 심리사회적 요인, 어릴 적 폭로요인 등의 요소들이 사망과 관련되어 있다는 점을 보여준다. Kang(2007b)는 건강불평등 연구

본 연구의 목적은 건강불평등을 결정하는 변수와 요인들을 분석하는데 있다. 그 동안 건강불평등에 대한 연구가 건강불평등의 특정 측면과 특정한 원인변수에 대한 한정적인 분석을 하고 있다는 한계를 보완하기 위해 본 연구에서는 통합적 관점에서 접근하기로 한다. 이를 위해 우선 종속변수인 건강상태를 다차원적으로 분류한다. 즉, 2개 대분류 차원(신체적 건강상태와 신체적 기능상태), 4개 중분류 차원(주관적 건강상태와 객관적 건강상태, 생활수행능력 제약과 원인에 따른 수행능력 제약)과 8개의 세부 변수(전반적 건강상태 불만족, 감정적 건강 이상, 신체이상 징후, 만성질환 유무, 단순생활 제약, 사회생활 제약, 신체적 건강이상으로 인한 일상생활 제약, 정서적 건강이상으로 인한 제약)로 구분하여 살펴본다. 또한 독립변수 차원에서 건강불평등을 결정하는 요인으로 선행연구들에서 제시된 변수들을 종합하여 구조적 요소(사회인구통계학 변수), 심리적 요소(스트레스, 행복), 행태적 요소(흡연, 음주, 비만, 운동, 건강검진), 관계적 요소(자녀와 동거가족 수, 사회적 지지)로 구분하여 살펴보기로 한다.

II. 선행연구 검토 및 분석모형 설정

1. 종속변수: 건강상태의 다차원성

건강의 대리변수에 대한 기존 연구경향은 다음의 세가지 접근으로 구분된다. 첫째, 세부 또는 특정한 측면의 건강상태와 질병에 초점을 둔 연구들이다. Baik(2010)과 Kim(2010)은 심리적 건강에만 초점을 두고 건강유형을 심리적 안녕감, 우울감, 생산감 등으로 구분하고 있다. Kim, *et al.*(2010)은 건강을 주관적 건강상태를 통해서만 측정하고 있다. Kim, *et al.*(2004)는 질병의 중증도를 파악하기 위한 만성질환의 수에만 초점을 두었다.

둘째, 다수의 건강유형에 대해서 접근하고 있는 연구들이다. Chon(2011)은 주관적 불건강, 만성질환, 활동장애, 우울증의 네 가지로 건강상태인 종속변수를 구분하였으나, 연구결과 독립변수의 유의성은 유사하게 나타났다. Yun, *et al.*(2010)은 현재 건강상태, 타인의 도움 필요정도, 피로감 정도, 질병이환여부의 다섯 가지로 건강수준을 유형화하였다.

셋째, 연구대상인 건강에 대해서 세부 또는 다수의 질병들이 아닌 이들 세부 건강항목들을 포괄할 수 있는 차원을 구분하고 비교분석하는 연구들이다. Lee(2005)는 건강의 차원을 주관적 차원과 객관적 차원으로 구분하고 있다. 주관적 건강상태와 객관적인 측면의 만성질환, 급성질환 등으로 구분하고,

에 대한 역사를 정리하고 결정요인들을 비교론적으로 분석하면서 물질적 조건, 행태적 요인 등이 핵심적 차원 들임을 지적한다. Kim(2009)도 건강불평등의 선행요인들을 큰 차원에서 사회구조요인, 물리적 요인, 사회환경적 요인, 심리적 요인 등으로 구분하고 있다. Lee(2009)도 전반적인 건강상태를 세부 건강보다는 정신적, 기능적, 의료적 및 주관적 요인 등과 같이 상위의 차원으로 구분하고 있다.

이들 차원에서 따라 결정요인이 달라짐을 보여준다. 특히 객관적 지표가 되는 만성질환이나 이환율에 대한 분석 결과 주관적 건강상태에 대한 분석결과와 유사한 패턴이 나타나고 있다는 점을 보여준다. 후속 연구에서 Lee(2009)는 노인들의 건강상태를 정신적, 기능적, 의료적 및 주관적 차원으로 구분하여 건강의 다차원성을 확인하고 있다. Kim, *et. al.*(2006)은 우울상태, 인지기능상태 뿐만 아니라 신체적 건강상태를 신체적 건강상태와 신체적 기능상태라는 차원으로 구분하고 있다. 전자는 다시 주관적 건강상태와 만성질환이나 이환수로 파악하고, 후자는 일상생활수행능력(ADL: Activities of Daily Living)과 수단적 일상생활수행능력(IADL: Instrumental Activities of Daily Living)으로 구분하여 평가하고 있다.

본 연구에서는 세 번째 접근방법을 따라, 8가지 세부변수(전반적 건강상태 불만족, 감정적 건강 이상, 신체이상 징후, 만성질환 유무, 단순생활 제약, 사회생활 제약, 신체적 건강이상으로 인한 일상생활 제약, 정서적 건강이상으로 인한 제약)를 2개 대분류 차원(신체적 건강상태와 신체적 기능상태), 4개의 중분류 차원(주관적 건강상태와 객관적 건강상태, 생활수행능력 제약과 원인에 따른 수행능력 제약)으로 구분하여 건강상태를 파악하기로 한다.

2. 독립변수

1) 인구사회학적 구조 요소

(1) 성별

건강불평등에 성(性)과 관련해 초기 관심은 성별간 건강수준의 차이에 초점이 주어졌다. 성별 차이를 볼 때 일반적으로 여성은 남성보다 주관적 건강수준이 낮은 것으로 나타나고 있다(Kang, 2007a; 2007b). Lee(2009)는 남녀간의 건강차이가 생물학적 차이에서 비롯되기 보다는 이들이 경험하는 사회적 조건의 차이를 반영한다고 설명한다. Kang & Cho(2007)의 연구에서는 남성노인 건강 프로파일에서 소득보다 교육의 효과가 더 많이 발견되는 반면, 여성노인은 건강지표로 사용한 모든 변수에서 소득의 효과가 일관되게 나타나고 교육의 효과는 주관적 건강에서만 발견되었다는 점을 보여준다. 최근 연구들은 건강수준에 대한 남녀간 단순 차이 보다는 조절변수로 역할에 주목하고 있다. Baik(2010)은 사회적 지지가 건강에 미치는 영향에서 남녀간 차이가 발생한다는 점을 보여준다. 남성노인에게 있어 사회적 지지를 제공하는 경험이, 여성노인에게 있어서는 사회적 지지의 제공과 제공받는 경험이 건강수준에 영향을 미친다.

(2) 연령

일반적으로 연령이 높을수록 주관적 건강수준이 악화된다(Kim, 2004; Kim, 2007). 최근 연구들은 연령 요소와 상호작용하는 요소들에 초점을 두면서 연구가 진행되고 있다. Kim(2007)의 연구에 따르

면 노년집단으로 갈수록 건강격차가 커지는데, 이는 운동여부, 스트레스, 우울증, 피로 정도와 같은 위험요인들의 사회경제적 지위에 따른 격차가 노년으로 갈수록 증대되기 때문이며, 스트레스와 우울증의 건강에 대한 효과강도가 노년에 더 강해지기 때문이라고 설명한다. Lee(2009)의 연구에서는 노인대상 연구에서 65세 이상 고령자에 대한 연구에서 노인들의 건강상태가 단순히 생물학적 또는 생리적 특성의 차이뿐만 아니라 성별, 교육, 소득수준 등 사회적 불평등 요인에 의해 차별화된 삶의 조건이나 경험의 결과물임을 실증한다.

(3) 교육수준

일반적으로 교육수준이 낮을수록 주관적 건강수준이 악화되는 것으로 나타나고 있다(Lee, 2005; Kim, 2010). Lee(2009)는 외연상 건강과 무관해 보이는 교육이 생애를 통해 삶의 경험과 조건의 차이를 구조화함으로써 노년기에 건강상태의 차이가 나타나게 하는 가장 강력한 요인임을 주장한다. Lee(2005)의 연구에서 교육은 주관적 건강인식과 만성질환 이환과 관련된다. 특히 고교학력은 건강수준의 분기점이 된다. Kim, *et. al.*(2004)에서는 교육수준이 낮을수록 사망률 위험이 계단형으로 높아지는 양상이 뚜렷하게 나타나며, 교육수준이 낮을수록 객관적인 측면에서 만성질환수는 물론, 주관적 건강평가도 나쁘다는 점을 실증하고 있다.

최근 교육수준과 건강불평등간 연구에서는 정태적·횡단적 연구보다는 동태적·종단적 접근이 활발히 이루어지고 있다. Kim(2011)은 교육수준과 건강불평등간 연구에서 청년집단에서는 교육수준별 건강불평등이 약간 감소했고, 중년 집단에서는 건강불평등에 변화가 거의 없고, 노년집단에서는 건강불평등이 상당히 증가하였다. 그러나 교육효과가 시계열적으로 약화되고 있다는 연구도 존재한다. Kang(2008)은 1998년, 2001년, 2005년 국민건강영양조사 자료를 사용하여 교육수준이 낮을수록 주관적 불건강 상태의 비율이 높았으나 1998년 이후로 이러한 효과에 대한 증거를 찾기가 쉽지 않다는 결과를 보여준다.

또한 교육수준과 다른 변수와 관계성 속에서 교육이 불평등에 미치는 영향에 대한 연구들이 있다. Kang(2008)은 남성에서 질병요인이, 여자에게서는 질병요인과 행태요인이 교육수준과 주관적 건강상태간 관계를 매개요인임을 밝히고 있다. Kim, *et. al.*(2012)에 따르면 교육불평등이 심할수록 건강불평등도 심화되지만 사회적 참여라는 간접적인 경로를 통해서도 영향을 준다. Kim(2011)은 교육수준에 따라 건강불평등의 정도가 달라지지만 이는 연령에 따라 그 효과가 달라진다는 점을 보여준다. 후속 연구인 Kim, *et. al.*(2013)에서는 학력수준이 높을수록 대체로 주관적 건강 수준이 높아지나 중졸 이하와 고졸 간의 차이가 두드러진데 반해 고졸과 대학수준 집단들의 차이는 상대적으로 작아짐을 보여주고 있다.

(4) 소득

저소득은 건강 수준을 악화시키고 고소득은 건강수준을 높여주는 요인이다(Kim, *et. al.*, 2010).

Kim, *et. al.*(2004)은 소득수준이 낮을수록 객관적인 측면에서 만성질환수 및 사망률 위험은 물론 주관적 건강평가가 나쁘다는 점을 실증하고 있다. Baik(2010)에서도 소득증가는 심리적 안녕감을 높여주고 반면에 우울감을 감소시키는 변수로 나타났다. Subramanian & Kawachi(2004)의 연구에 따르면 고소득층 편향⁴⁾의 건강불평등 뿐만 아니라 의료이용 불평등을 유발하는 소득의 이중 효과가 존재한다(Shin, 2009).

소득과 건강의 관계에 대한 최근 연구는 소득의 연관 개념인 사회계층이나 소득불평등 문제에 초점을 맞추고 있다. 소득 뿐만 아니라 사회적 지위를 결정하는 다양한 요인을 고려한 개념이 사회계층인데, 사회계층이 낮을수록 건강수준이 낮은 것으로 나타난다(Kim, *et. al.*, 2010). Lee(2005)는 개인적인 건강생활양식과 사회심리적 위험노출을 통제한 후에도 사회계층이 주관적 건강불평등에 영향을 미치고 있다는 점을 실증하고 있다. Kang & Jung(2012)의 연구에서는 소득 자체보다는 소득불평등이 건강불평등의 결정요인임을 보여준다.

(5) 지역

일반적으로 도시지역보다 농어촌지역에 거주할수록 건강상태가 취약하다(Lee, 2005; Ko, 2010). Lee(2005)의 연구에 따르면 도시에 비해 읍·면에 거주할수록 주관적 건강취약집단이 될 가능성이 높다⁵⁾. Yun(2010)는 도시와 농촌뿐만 아니라, 수도권과 비수도권 간 건강격차 역시 매우 큼을 확인하였다. 그리고 시군구 수준에서 지역의 박탈지수와 표준화 사망률 간에는 매우 강한 상관관계가 있는 것으로 나타났다⁶⁾.

지역에 대한 최근 연구들은 지역 자체보다는 지역내 존재하는 맥락적 요소들과의 관계성 속에서 건강불평등을 연구하고 있다. Yun & Kim(2010)에 따르면 지역별로 건강불평등을 결정하는 요인이 달라진다. Kim(2010)은 지역 자체가 아닌 지역내 존재하는 요소들의 영향력을 분석하고 있는데 지역사회의 빈곤율, 신뢰, 네트워크는 모두 주민들의 건강상태에 주요한 설명요인임을 보여준다. Jung & Cho(2007)도 지역사회라는 공간보다는 역량에 초점을 맞추어 지역 정체성, 사회적 신뢰, 지역사회 신

4) 고소득 편향(pro-rich)란 저소득 편향과 반대방향의 불평등으로 고소득층에 유리한 불평등을 의미한다. 고소득층일수록 건강상태가 양호하거나 의료이용이 많은 경우를 의미한다.

5) 주관적 건강인식과 만성질환 이환과 관련해 지역적으로는 농어촌이 취약지역이고 광역시가 수혜지역이었다. 특히 개인적인 건강생활양식과 심리사회적 위험노출을 통제한 후에도 거주지역에 따라 한국성인의 건강수준이 구조화되는 건강불평등 양상이 확인되었다.

6) 비슷한 연구로 Kim and Kim(2012)의 연구에서는 지역사회의 표준화사망률이 아동 건강에 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 특히 빈곤한 지역사회에 거주하는 빈곤 아동은 자신의 주관적 건강상태를 더욱 부정적으로 인식하고 있으며, 입원 경험도 더 많은 것으로 나타났다. Kim, *et. al.*(2012)에 따르면 자신이 거주하는 지역의 소득불평등 수준이 높을수록 주관적 건강수준이 낮게 나타났다. 특히 개인 요인인 학력과 혼인상태가 지역 요인인 소득불평등과 유의한 상호작용 효과를 나타내어, 지역의 소득불평등이 심할수록 학력과 혼인상태가 주관적 건강에 미치는 영향력이 더 심화되는 것으로 분석되었다. Ahn, *et. al.*(2011)에서는 농어촌 건강취약 지역 노인들이 경험하는 건강불평등은 생태학적 환경오염, 지역사회 서비스부족과 위태환경, 낮은 경제상태, 건강행태차원에서 건강관리 부족 등이 작용하고 있음을 보여준다.

퇴가 낮은 경우에 건강수준도 열악하다는 점을 밝혀내고 있다. Ko(2010)는 지역간 건강 차이가 영향을 미치는 구조적인 요인들과 결합되어 있음을 주장한다. 농어촌 지역 거주민의 경우 소득수준, 건강환경, 네트워크가, 도시지역의 경우 교육수준, 음주여부, 건강관리행태가 건강불평등에 영향을 미치고 있다. Kim(2010)은 건강불평등의 결정요인으로 개인의 사회경제적 지위 뿐만 아니라 지역사회 수준의 맥락효과에 주목하고, 맥락효과로서 사회자본의 역할에 주목하고 있다. 지역사회회의 빈곤율, 신뢰, 네트워크는 주민들의 건강상태에 주요한 설명요인이었으며, 이 중 신뢰만이 개인수준의 변인들을 통제된 후에도 유의하였다. Jung & Cho(2007)는 지역사회 보건학적 문제들 스스로 해결하는 능력을 의미하는 사회역량(지역사회정체성, 사회적 신뢰, 지역사회 신뢰, 협력 경험) 등이 주민들의 주관적 건강수준에 유의한 영향을 미치고 있음을 실증한다.

2) 심리적 요소

(1) 스트레스

블랙리포트 이후 건강불평등의 기전과 관련하여 가장 큰 주목을 받았던 것은 사회심리학적 요인이다(Kang, 2007b). Lee(2005)의 연구에서는 심리사회적 위험요인으로 피로 인지와 스트레스 인지가 주관적 건강상태에 영향을 미치고 있다. Kang(2007b)는 스트레스가 건강 불평등에 영향을 미치는 경로를 설명하는데 스트레스가 클 때 사람들은 담배를 피우고 술을 마시며 운동을 하지 않는다. 반면 스트레스가 호르몬 체게나 면역계에 영향을 주고 이것이 직접 다양한 질병을 일으킨다.

(2) 행복

행복과 건강은 강한 상관관계를 가지고 있다(Kim, 2008; Watson, 1988; Graham, *et al.*, 2004; Lyubomirsky, *et al.*, 2006). Graham, *et al.*(2004)은 행복과 건강지표간 관계를 4,524명의 자료를 통해 분석하고 있는데 둘 간에 관계는 1995년도에는 $r=0.2744$ 이었고 2000년도에는 $r=0.4462$ 로 높아졌다. 회귀분석을 했을 때 1995년도의 행복정도는 2000년도의 건강지표에 긍정적인 영향을 주었다. Friedman, *et al.*(2007)은 행복을 측정하는 심리적 안녕 척도 중 타인과의 긍정적 관계에서 높은 점수를 보인 여성들이 그렇지 않은 여성들보다 건강수준이 높았다. 아울러 심리적 안녕 척도중 삶의 목적에서 높은 점수를 보인 여성들은 그렇지 않은 여성들보다 건강수준이 높았다. Nam, *et al.*(2011)은 행복의 요소를 만족도로 규정하고 다양한 요소에 대한 만족도의 효과를 검증하고 있다. 예를 들어 자기경력, 친구와 동료, 업무환경, 결혼생활 등이 자기만족도를 높이며 이러한 행복감은 건강수준을 높이는 것으로 나타나고 있다. Moskowitz, *et al.*(2008)이 수행한 당뇨병환자를 대상으로 한 연구에서 나이, 인종, 자기보고식 건강상태, 신체활동 등을 통제해도 삶을 즐기는 경우 낮은 사망률을 유의하게 예측하였다. 그러나 일반인의 경우에 긍정정서가 사망률과 관련이 없었다.

최근 연구들은 행복의 개념을 다차원적으로 구분하고 그 효과에 주목한다. Kang(2000)은 긍정정서

로 행복을 측정하고 있는데, 긍정정서는 신체증상들과 상이한 관계를 가진다. 신체증상별 긍정정서와의 상관관계 분석에서 소화증상($r=.14$)과 불면증($r=.16$)이 유의한 상관을 보였으며 두통($r=.12$)과 심장증상($r=.12$)은 유의한 상관을 보이지 않았다. Han, *et. al.*(2004)의 연구에서는 행복의 유형에 따라 행복은 건강과 상이한 관계를 가지는데, 신체질병과 전체 주관안녕과의 상관관계는 $r=.22$, 주관안녕 인지와는 $r=.17$, 주관안녕정서와는 $r=.22$ 로 나타나고 있다. Watson(1988)은 정서를 통해 행복을 측정하고 있는데, 부정정서와 신체증상은 $r=.14$, 긍정정서와 신체증상은 $r=.18$ 의 상관을 보였다. 이러한 결과는 행복이 건강에 기여하고 있음을 보여준다.

3) 행태적 요소

많은 행태 변수 중에서 흡연, 음주, 규칙적인 운동과 체중관리, 정기적 건강검진 등은 건강에 구조적 영향을 미친다. Kim(2009)은 흡연, 음주, 운동 등 건강행태들은 건강수준을 결정하는 중요한 요인임을 주장한다.

이들 변수별로 연구 경향을 정리하면 먼저 흡연, 음주와 관련해 Kim, *et. al.*(2004)의 연구에 따르면 비흡연자에 비해 담배를 끊었거나 매일 담배를 피우는 사람들의 사망 위험이 높았으며, 흡연량 역시 사망률에 영향을, 음주량이 가장 높은 집단 및 과거 음주집단, 무음주 집단에서 사망률이 높게 나타났다. Kim, *et. al.*(2006)은 건강행태에서 흡연상태, 음주상태, 운동상태, 식사상태간 행태적 요인들의 영향 정도에 대한 비교분석에서 음주상태가 가장 큰 영향을 미치고 있음을 보여준다.

둘째, 규칙적인 운동과 체중관리(마름, 비만, 보통)는 건강을 강화시킨다. 규칙적으로 운동을 실천하는 사람의 사망 위험이 실천하지 않는 사람에 비해 낮다(Kim, *et. al.*, 2004). Yun & Kim(2010)은 건강수준에 영향을 미치는 변수 중에서 운동 정도라는 행태변수가 설명변량이 가장 크다는 점을 실증하고 있다. Kim & Won(2011)은 규칙적인 운동 여부는 빈곤이 주관적 건강상태에 미치는 부정적 효과를 완화시키는 역할을 수행한다. Kim & Kim(2007)는 사회경제적 요인이 건강불평등에 영향을 미치지 않지만, 여기에는 운동, 비만과 같은 조절요인이 작동하고 있다. Kim & Won(2011)의 연구에서도 빈곤과 주관적 건강상태 사이에 건강행태(규칙적인 운동여부)가 조절역할을 수행한다. 비만, 신체활동 등의 행태적 요인은 사망과 주/객관적 이환을 포함한 건강결과에 영향을 미친다(Kim & Kim, 2007).

셋째, 정기적인 건강검진은 건강이상을 발견하는 사후적 기능뿐만 아니라 평상시 건강에 대한 주의적 기능을 수행하여 건강상태를 유지시키는 사전적 기능을 수행한다. 행태변수에 대해서 종합적인 접근을 취하고 있는 Lee(2005)는 다양한 행태변수가 주관적 건강상태에 미치는 영향 정도를 검증하고 있는데, 생활양식에 주목하고 있는데, 흡연, 음주 정도, 체중관리(마름, 비만, 보통), 평소운동습관(안한다, 한다), 건강검진(지난 2년 안했다. 했다) 등의 효과를 비교분석하고 있다. 음주, 체중, 운동 등은 영향을 미치고 있으나 흡연이나 건강검진은 유의하지 않는 것으로 나타나고 있다.

4) 관계적 요소

사회적 관계는 직접적 건강정도를 개선하는데 기여하며, 건강 위협 요인이 건강의 질을 하락시키는 데 완충역할을 수행한다. Yun & Kim(2010)의 연구에서는 가족성원 간 관계, 의논상대, 사회봉사 참여 등의 관계변수가 건강수준에 긍정적인 영향을 미친다. Lee(2009)의 연구에서는 자녀, 친족관계, 사회단체 활동 등 사회적 자원이 건강에 긍정적인 영향을 미치고 있다. 완충역할과 관련해 Ko & Suh(2011)은 노인들의 건강상태가 스트레스와 우울에 영향을 미치지만, 사회적 관계가 완충역할을 수행하고 있다는 점을 보여준다. Kim & Kim(2011)은 사회적 지지를 기능적 지지(정서적 지지, 정보적 지지, 물질적 지지, 평가적 지지) 등으로 구분하고 이것이 중년 여성의 정신건강에 긍정적인 영향을 미치고 있음을 보여준다. Kim, *et. al.*(2006)의 연구에서는 노인들의 사회적 지지 수준에 따라 주관적 건강뿐만 아니라 객관적 건강에서도 차이가 발생한다. 가족지지와 가족 외 지지 그리고 지지의 질이 더욱 높은 이들의 경우 주관적 건강이 양호하고, 만성질환 역시 적게 나타났다. 특히 사회적 지지는 신체적 기능상태에 긍정적인 영향을 미치고 있다. Lee(2009)는 자녀, 친족관계, 사회단체활동 등이 심리사회적 자원으로서 긍정적 기능을 수행하고 있다는 점을 보여준다.

사회적 관계는 건강불평등과 이를 결정요인간 관계에 개입하여 다양한 기능을 수행한다. Kim & Won(2011)에서 사회적 지지는 직접효과뿐만 아니라 조절기능을 수행한다. 즉, 사회적 지지 가운데 가족이나 친구로부터의 비공식적 지지는 노후빈곤이 주관적 건강에 미치는 부정적인 영향을 완화시키는 조절효과가 있는 것으로 나타났다. Kim & Won(2011)의 연구에서 사회적 지지(가족이나 친구로부터의 비공식적지지)는 빈곤이 주관적 건강상태에 미치는 부정적 효과를 완화시키는 역할을 수행한다. 사회적 지지와 건강행태를 상대적으로 비교하면서 사회적 지지가 55.4%의 건강수준을 설명하고 있으며, 사회적 지지는 2.9%만이 설명력을 가진다는 점을 보여준다. Yeom(2008)은 사회적 관계가 가지는 간접적 기능에 주목하는데 사회적 지지(가족 지지, 가족 외지지)는 감정적 차원의 우울을 줄여주는 역할을 수행하는 직접적 효과뿐만 아니라 경제적 스트레스와 우울간 관계에 완전 부분 매개역할을 수행하고 있다.

최근 사회적 관계에 대한 연구는 사회적 관계의 유형별 효과에 주목하는 연구로 발전하고 있다. 사회적 지지 유형별(사회적 지지를 제공하는 경험과 사회적 지지를 받는 경험, 정서적-두구저-경제적 지지 등)로 심리적 건강에 미치는 영향은 틀려진다(Baik, 2010). Yeom(2008)은 빈곤층의 경제적 스트레스가 우울에 미치는 영향에서 사회적 지지를 가족지지와 가족외 지지로 구분하고 양자간 관계를 매개하는 효과가 존재한다는 점을 확인하고 있다. Kim, *et. al.*(2006)은 가족지지, 가족외 지지 등뿐만 아니라 지지의 질이 건강수준에 영향을 미치고 있다는 점을 밝히고 있다.

사회적 관계의 효과를 건강불평등에 영향을 미치는 다른 요인과 관련성 속에서 분석하고 있는 연구들도 주목받고 있다. Kim(2010)은 사회자본과 건강의 관계가 계층에 따라 달라질 수 있음을 확인하고 있다. 즉, 신뢰는 사회경제적 지위가 낮은 이들에게 영향력이 큰 것으로 나타났다. Kim, *et. al.*(2006)

에서 건강행태와 건강수준에서 사회적 지지(가족지지, 가족외 지지, 지지의 질)가 조절 역할을 수행하고 있다. Kim(2010)은 사회내에 존재하는 빈곤율, 신뢰, 네트워크가 주민들의 건강상태를 설명하는 주요인임을 밝히고 있다. Ko & Suh(2011)은 노인의 건강상태가 스트레스와 우울에 미치는 영향을 분석하면서 이 과정에서 사회적 지지가 조절기능을 담당하여, 나쁜 건강이 스트레스와 우울에 미치는 영향을 완화시키고 있음을 보여준다. Kim & Won(2011)의 연구에서도 빈곤과 주관적 건강상태사이에서 사회적 지지(가족이나 친구로부터의 비공식적지지)의 조절효과가 존재한다.

III. 분석자료 및 변수

본 연구는 「한국종합사회조사Korean General Social Survey, KGSS」를 활용하여 분석하였다. 「한국종합사회조사」는 성균관대학교 서베이리서치센터가 한국연구재단의 지원을 받아 매년 전국표본조사를 시행하여 한국사회의 구조와 변화 및 국제비교 연구에 광범위하게 이용될 수 있는 사회기초 자료를 생산하고 있다. 조사대상자는 제주도를 제외한 전국 만 18세 이상의 성인 남녀이다. 자료수집 기간 2010. 06. 27~2010. 08. 31.이며, 자료수집방법은 조사원 기입방식의 대인면접을 활용하였으며, 표본추출방법으로 다단계지역확률표본추출(multi-stage area probability sampling)을 사용하였다. 표본 크기는 목표사례 2,500명에서 최종 유효사례는 1,576명이었다. 최종 응답자의 분포를 볼 때 남자는 47.2%(N=744), 여자 52.8%(N=832)이며, 30대 미만 18.8%(N=295), 30대 23.6%(N=370), 40대 22.9%(N=360), 50대 13.9%(N=219), 60대 이상 20.8% (N=326) 등이다. 본 연구에서 사용한 주요 개념과 변수들의 측정문항은 다음 <Table 1>과 같다.

<Table 1> Measurement questions

Factor		Variable	Measurement Questions and Answers	
Dependent variable	Subjective health condition	General dissatisfaction of health	Q: How is your health condition? A: ①Very good, ③Ordinary, ⑤Very bad	
		Emotional health problem	Q: These are questions related to your emotions and dispositions. Answer how you feel. 1) I feel calm. 2) I feel active. 3) I am depressed(reverse-coding) A: ①Always yes. ③Ordinary, ⑤Never	
	Physical health condition	Physical problem	Q: Do you have an experience on pains or inconvenience of hands, fingers, wrinkle, elbow, shoulder, neck, waist? 1) How long does it last to feel a pain? (A: ①Less than one day, ⑤More than 6 months) 2) How do you feel? (A: ①Very weak, ④Very strong) 3) How often do you experience during a last year? (A: ①Once a 6 months, ⑤daily)	
			Chronic disease	Q: Do you have a chronic disease? A: ①No, ②Yes
	Physical function condition	Problem of simple living activity	Daily activity problem	Q: Do you have a difficulty in doing these daily activities such as a cleaning and sweeping, moving a table and going upstairs? A: ① Very Disagree, ③Average, ⑤Very agree
			Social activity problem	Q: Do you have a physical or emotional difficulty in social activities such as a meeting with friends? A: ①Very Disagree, ③Average, ⑤Very agree
		Problem of living activity based on causes	Problem caused by physical health	Q: Do you have a difficulty in doing a daily and work living activities resulted from a physical problem? A: ①Never, ③Ordinary, ⑤Always yes.
			Problem caused by emotional health	Q: Do you have a difficulty in doing a daily and work living activities resulted from an emotional problem? A: ①Never. ③Ordinary, ⑤Always yes.
	In-Dependent variable	Psychological factor	Stress	Q: How much do you feel a stress? A: ①Rare. ④Very much
			Happiness	Q: How much do you feel happy? A: ①Very unhappy ④ Very happy
Smoking			Q: How often do you have a smoking? A: ①Never, ③Ordinary, ⑤Daily	
Drinking			Q: How often do you have a drinking? A: ①Never, ③Ordinary, ⑤Daily	
Behaviral factor		Obesity	Q: How do you think about your body shape? A: ①Very thin, ③Average, ⑤Very fat	
		Exercise	Q: How often do you have an exercise of the least 20 minutes? A: ①Never, ③Ordinary, ⑤Daily	
		Medical check-up	Q: Do you have a regular medical check-up? A: ①Never, ③Average, ⑤Yes, regularly	
Relational factor		Social support1 (family, relatives)	Q: Do you have a help from your family or relatives, related to counselling, economic support, childcare and nurse? A: ①Never, ③Ordinary, ⑤Very often	
		Social support2 (Professionalist)	Q: Do you have a help from professionalists, related to counselling, economic support and childcare and nurse? A: ①Never, ③Ordinary, ⑤Very often	

IV. 건강불평등 결정요인 비교분석

<Table 2-1> Regression result

		Physical health condition															
		Subjective health condition							Objective health condition								
		General dissatisfaction of health				Emotional health problem			Physical problem				Chronic disease				
		Unstandardized coefficient		standardized coefficient	p	Unstandardized coefficient		standardized coefficient	p	Unstandardized coefficient		standardized coefficient	p	Unstandardized coefficient		standardized coefficient	p
		B	S-E	β		B	S-E	β		B	S-E	β		B	S-E	β	
Factor	(Constant)	3.371	.433		.000	3.358	.317		.000	118.765	56.183		.035	1.000	.172		.000
Structural factor	Sex(Male)	.020	.073	.008	.785	.128	.054	.069	.018	13.817	9.375	.056	.141	-.021	.029	-.023	.460
	Age	.025	.003	.327	.000	.002	.002	.037	.384	.994	.420	.132	.018	.012	.001	.401	.000
	Edu1(Below high school)	-.326	.169	-.134	.054	-.110	.122	-.060	.367	-65.369	18.472	-.265	.000	-.109	.067	-.118	.104
	Edu2(Beyond univ)	-.497	.186	-.204	.008	-.151	.134	-.082	.261	-68.185	20.942	-.273	.001	-.148	.074	-.160	.045
	Income	-.152	.039	-.122	.000	-.126	.028	-.133	.000	-10.456	4.810	-.088	.030	-.027	.015	-.057	.077
Region(City)	.027	.060	.011	.657	-.048	.044	-.026	.275	-10.677	7.635	-.043	.162	-.032	.024	-.035	.173	
Psychological factor	Stress	.256	.035	.183	.000	.332	.026	.315	.000	27.787	4.446	.198	.000	.053	.014	.101	.000
	Happiness	-.131	.035	-.095	.000	-.289	.026	-.276	.000	-11.435	4.391	-.084	.009	-.023	.014	-.045	.098
Behavioral factor	Smoking	.007	.020	.010	.723	-.004	.015	-.007	.797	-3.926	2.631	-.054	.136	-.016	.008	-.062	.038
	Drinking	-.063	.025	-.068	.011	-.007	.018	-.009	.720	-1.363	3.133	-.014	.664	-.027	.010	-.075	.007
	Obesity	.040	.033	.029	.223	-.046	.024	-.045	.053	-.397	4.098	-.003	.923	.035	.013	.069	.006
	Exercise	-.115	.021	-.139	.000	-.058	.016	-.091	.000	-9.106	2.642	-.111	.001	.006	.008	.019	.480
Medical check	.046	.062	.019	.454	-.097	.045	-.052	.033	-.936	7.700	-.004	.903	-.008	.025	-.008	.760	
Relational factor	children family	-.054	.033	-.062	.108	-.014	.024	-.021	.571	8.115	4.095	.093	.048	-.021	.013	-.063	.121
	Social support (family)	-.008	.027	-.009	.763	-.026	.020	-.036	.189	-5.438	3.541	-.056	.125	-.006	.011	-.016	.600
	Social support (family)	.053	.014	.095	.000	.035	.010	.082	.001	-.058	1.765	-.001	.974	.016	.005	.077	.003
	Social support (family)	-.026	.027	-.023	.339	.024	.020	.028	.230	2.156	3.386	.019	.524	-.009	.011	-.020	.416
Overall Model	Adjusted R ²	.286				.322				.237				.215			
	F-value	31.424***				37.899				17.215***				21.863***			
Model1:	Adjusted R ²	.228				.074				.178				.177			
Structural factor	F-value	44.890***				12.867***				33.899***				33.250***			
Model2:	Adjusted R ²	.069				.268				.069				.019			
Psychological factor	F-value	38.764***				187.280***				38.558***				11.049***			
Model3:	Adjusted R ²	.119				.052				.089				.053			
Behavioral factor	F-value	28.359***				12.084***				20.776***				12.226***			
Model4:	Adjusted R ²	.117				.027				.118				.113			
Relational factor	F-value	52.567***				11.651***				34.341***				50.705***			

*<.01, **<.05, ***<.01

<Table 2-2> Regression result

		Physical function condition															
		Problem of simple living activity								Problem of living activity based on causes							
		Daily activity problem				Social activity problem				Problem caused by physical health				Problem caused by emotional health			
		Unstandardized coefficient		standardized coefficient	p	Unstandardized coefficient		standardized coefficient	p	Unstandardized coefficient		standardized coefficient	p	Unstandardized coefficient		standardized coefficient	p
		B	S-E	β		B	S-E	β		B	S-E	β		B	S-E	β	
Factor	(Constant)	1.602	.201		.000	2.154	.407		.000	2.267	.432		.000	1.253	.395		.002
Structural factor	Sex(Male)	.107	.034	.084	.002	.090	.069	.041	.192	.199	.073	.081	.007	.235	.067	.111	.000
	Age	.015	.002	.366	.000	.012	.003	.172	.000	.020	.003	.262	.000	.009	.003	.131	.004
	Edu1(Below high school)	-.385	.079	-.301	.000	-.262	.159	-.119	.100	-.806	.169	-.327	.000	.013	.155	.006	.930
	Edu2(Beyond univ)	-.444	.086	-.347	.000	-.248	.175	-.112	.156	-.876	.186	-.355	.000	.007	.170	.003	.969
	Income	-.125	.018	-.191	.000	-.123	.036	-.109	.001	-.167	.039	-.132	.000	-.107	.035	-.098	.002
	Region(City)	-.024	.028	-.018	.393	.032	.056	.014	.569	-.017	.060	-.007	.774	-.036	.055	-.017	.514
Psychological factor	Stress	.087	.016	.118	.000	.267	.033	.212	.000	.232	.035	.164	.000	.340	.032	.280	.000
	Happiness	-.036	.016	-.050	.029	-.193	.033	-.155	.000	-.127	.035	-.091	.000	-.234	.032	-.195	.000
Behavioral factor	Smoking	-.015	.009	-.042	.099	-.019	.019	-.029	.321	-.003	.020	-.004	.890	-.007	.018	-.011	.709
	Drinking	-.025	.012	-.050	.032	-.118	.023	-.139	.000	-.102	.025	-.108	.000	-.039	.023	-.047	.090
	Obesity	-.016	.015	-.023	.275	-.019	.031	-.015	.545	-.013	.033	-.010	.688	-.026	.030	-.022	.378
	Exercise	-.039	.010	-.089	.000	-.047	.020	-.062	.019	-.055	.021	-.065	.010	.025	.019	.035	.194
	Medical check	-.026	.029	-.020	.368	.027	.058	.012	.648	-.027	.062	-.011	.664	-.056	.056	-.026	.323
Relational factor	children family	.008	.016	.017	.612	-.022	.031	-.028	.488	-.020	.033	-.023	.550	-.028	.031	-.037	.362
	Social support (family)	-.008	.013	-.015	.547	-.029	.026	-.034	.256	-.019	.027	-.020	.485	.008	.025	.009	.761
	Social support (family)	.028	.006	.097	.000	.064	.013	.127	.000	.077	.014	.137	.000	.050	.013	.103	.000
Overall Model	Adjusted R ²	.442				.228				.306				.212			
	F-value	61.384***				23.544***				34.718***				21.549***			
Model1: Structural factor	Adjusted R ²	.430				.109				.257				.053			
	F-value	113.214***				19.237***				52.350***				9.253***			
Model2: Psychological factor	Adjusted R ²	.041				.092				.054				.144			
	F-value	22.796***				52.634***				30.277***				89.107***			
Model3: Behavioral factor	Adjusted R ²	.174				.078				.128				.020			
	F-value	43.559***				18.180***				30.736***				5.121***			
Model4: Relational factor	Adjusted R ²	.232				.073				.144				.032			
	F-value	118.066***				31.482***				66.419***				13.811***			

*<.01, **<.05, ***<.01

개인 수준의 건강불평등과 이의 결정요인을 살펴보기 위해 본 연구에서는 8개의 종속변수와 16개의 독립변수를 사용하여 회귀분석을 실시하였다. 주요 분석결과를 제시하면 아래의 <Table 2-1>, <Table 2-2>와 같다⁷⁾.

먼저 4개 요인과 16개 변수를 독립변수로 하는 8개 종속변수 모형(전체 모형)에 대한 각각의 설명력(수정된 R^2 기준)은 21.2%에서 44.2%까지 나타나고 있다. 설명력 순위를 볼 때 단순생활제약 > 감정적 건강 이상 > 신체적 건강이상으로 인한 제약 > 전반적 건강상태 > 신체적 이상 징후 > 사회생활 제약 > 만성질환 보유 > 정서적 건강 이상으로 인한 제약의 순으로 나타나고 있다.

각 모형에서 영향을 미치는 변수들의 통계적 유의도를 중심으로 분석결과를 요약, 해석하면 첫째, 전반적인 건강상태 불만족에 대해 연령, 스트레스, 사회적 지지1(친지 및 가족의 지원) 등은 긍정적 영향을 미치고 있는 반면에 교육수준, 소득, 행복, 음주, 운동 등은 부정적 영향을 미치고 있다. 반면 도시거주, 흡연, 비만, 건강검진, 자녀수, 동거가족수, 사회적 지지2(전문직업인의 지원)는 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 못하고 있다. 특이한 것은 음주가 건강불만족을 낮추는 변수로 기능하고 있다는 점인데, 이는 주관적 건강상태 관련 지표이기 때문으로 해석된다. 또한 표준화된 회귀계수값을 기준으로 볼 때 건강 불만족도에 가장 크게 영향을 미치는 것은 연령 > 교육2(대학재학 이상) > 스트레스 > 운동 > 교육1(초등학교 이상-고등학교 이하) > 소득 > 행복=사회적지지 > 음주 등의 순으로 나타나고 있음을 알 수 있다.

둘째, 감정적 건강이상 상태의 결정요인을 볼 때 남성, 스트레스, 사회적 지지는 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 반면에 소득, 행복, 비만, 운동, 건강검진 등은 감정적 차원의 건강 이상을 완화시켜주는 역할을 수행하고 있다. 특이한 결과는 비만일수록 감정적 건강상태는 좋아지는 것으로 나타나고 있다는 점인데, 이는 비만 자체 보다는 비만이 풍요와 연계되기 때문으로 해석 가능하다⁸⁾. 감정적 건강 이상에 대한 영향력의 정도에 있어서 스트레스와 행복감이 큰 영향을 미치고 있으며, 이후 소득 > 운동 > 사회적 지지1 > 성 > 건강검진 > 비만 등으로 순으로 영향력이 나타나고 있다. 전반적인 건강 불만족에 가장 크게 영향을 미쳤던 연령과 교육은 감정적 건강이상에는 영향을 미치지 못하고 있다는 점에서, 일반적인 차원의 건강과 감정적 차원의 건강이 서로 다른 차원임을 확인할 수 있다.

셋째, 객관적 건강상태에서는 신체 이상 징후와 실제 만성 질환 보유정도를 종속변수로 설정하였는데, 신체 이상 징후에는 연령, 스트레스, 자녀수가 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 자녀수가 긍정적 영향을 미치는 이유는 많은 자녀양육에 대한 육체적 부담과 이로 인한 신체 이상의 결과로 해석된다. 반면 교육수준, 행복, 운동은 신체 이상 징후에 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이와 같은 결과는 교육이 건강유지를 위한 자원적 수단으로서, 행복은 심리적 지지 자원으로서, 운동은 육

7) 성, 교육, 지역은 더미변수로 성은 여성이, 교육은 초등학교 이하 학력이, 지역은 비도시 지역이 준거기준(0으로 처리)이 되었다.

8) Graham & Felton(2005)의 연구에서도 비만이 주관적 안녕에 긍정적인 효과를 가져오는데, 이들은 이런 효과가 비만 자체보다는 비만이 가지는 부유함(prosperity)이 반영된 결과로 해석한다.

체적 건강상태를 유지하기 위한 수단으로서 긍정적 역할을 수행하기 때문에 나타난 결과로 해석된다. 표준화된 계수값을 기준으로 해서 볼 때 종속변수에 대한 영향력은 교육 > 스트레스 > 연령 > 운동 > 자녀수 > 소득 > 행복 등의 순으로 나타나고 있다.

넷째, 만성질환 유무와 관련하여 연령, 스트레스, 비판, 사회적 지지는 만성질환 발병에 긍정적 영향을, 교육과 소득, 행복, 흡연과 음주는 부정적 영향을 미치고 있다. 흡연과 음주가 만성질환 발병에 부정적 영향을 미치는 결과가 특이한데, 이는 흡연과 음주가 대상자들에게 주는 긍정적 효과가 반영된 것으로 보인다⁹⁾. 또한 독립변수들의 영향력 크기를 볼 때 연령이 절대적으로 큰 영향력을 보이고 있으며, 교육 > 스트레스 > 사회적 지지 > 음주 > 운동 > 소득 > 행복 순으로 나타나고 있다. 객관적 건강상태에서 신체 이상 징후와 만성질환 존재 비교시, 운동과 자녀수는 신체 이상 징후에는 영향을 미치지만, 만성질환 보유에는 영향을 미치지 못하고 있다. 반면 흡연, 음주, 비판, 사회적 지지는 만성질환 보유에만 영향을 미치고 있다는 점에 차이가 있다.

다섯째, 신체적 기능 상태에서 단순생활 제약에 대한 결정요인을 볼 때 성, 연령, 스트레스, 사회적 지지는 긍정적 영향을 미치지만 교육, 소득, 행복, 협연, 음주, 운동 등은 부정적 영향을 미치고 있다. 영향력의 크기에서 연령이 가장 큰 설명력을 가지며, 이어 교육 > 소득 > 스트레스 > 운동 > 성별(남자) > 행복=음주 > 흡연 등의 순으로 영향을 미치는 것으로 나타났다.

여섯째, 사회생활 제약에 영향을 미치는 변수로서 연령과 스트레스는 긍정적 영향을, 소득, 행복, 행복, 음주, 운동 등은 부정적 영향을 미치고 있다. 영향력의 정도는 스트레스 > 연령 > 행복 > 음주 > 소득 > 운동 등의 순으로 나타나고 있다. 단순생활 제약과 비교시 사회생활 제약에 유의미하게 영향을 미치는 변수가 상대적으로 적으며, 특히 성별과 교육, 흡연의 경우 단순생활 제약에는 영향을 미치지 않지만 사회생활 제약에는 영향을 미치지 못하는 구조적 차별성을 보이고 있다.

일곱째, 원인에 따른 수행능력의 제약 정도를 분석하기 위해서 신체적 건강이상과 정서적 건강에 따른 제약을 종속변수로 설정하였다. 신체적 건강 이상에 기인한 수행능력 제약에 대해 성별(남성), 연령, 스트레스, 사회적 지지는 긍정적 영향을, 교육, 행복, 음주, 운동 등은 부정적 영향을 미치고 있다.

마지막으로 정서적 건강이상으로 인한 제약에는 신체적 건강이상과 달리 교육과 운동이 유의하지 않았다. 신체적 건강으로 인한 제약정도에 미치는 독립변수들의 영향력은 교육 > 연령 > 스트레스 > 사회적 지지 > 음주 > 행복 > 성별 > 사회적 지지²⁾ > 운동 순으로 나타나고 있는 반면에, 정서적 건강으로 인한 제약정도에 미치는 독립변수의 영향력은 스트레스 > 행복 > 연령 > 성별(남성) > 소득 > 음주 등의 순으로 나타났다. 스트레스와 행복감 등은 신체적 건강이상 보다 감정적 건강이상에 보다 큰 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

9) Wanjek(2011)은 흡연이 관절교체수술, 파킨슨병, 비만, 심장질환 등을 줄여주는 긍정적 효과가 있음을 설명하고 있으며, Bachai(2013)는 심장혈관, 장수, 성적 기능을 증진하고, 냉증과 치매, 담석 등을 극복하는데 기여하는 긍정적 기능이 있음을 지적한다.

이상의 변수별 분석내용들을 단순화하여 요약하면 아래의 <Table 3>과 같다. 분석내용들을 정리하면, 먼저 전체 8개 모형 모두에서 설명력을 보이는 변수는 소득, 스트레스, 행복 등으로 나타났으며, 연령과 사회적 지지1은 7개 모형에서, 음주와 운동은 6개, 교육2는 5개, 성별(남성)과 사회적 지지2는 4개, 흡연과 비만은 2개, 건강검진과 자녀수는 1개 종속변수에 영향을 미치고 있다. 지역(도시)와 동거 가족수는 유의미한 영향을 미치지 못하고 있다.

<Table 3> Analysis of Total Model

	Physical health condition				Physical function condition			
	Subjective health condition		Objective health condition		Problem of simple living activity		Problem of living activity based on causes	
	General dissatisfaction of health	Emotional health problem	Physical problem	Chronic disease	Daily activity problem	Social activity problem	Problem caused by physical health	Problem caused by emotional health
Sex(Male)	X	+ Δ	X	X	+ O	X	+ Δ	+ O
Age	+ ●	X	+ O	+ ●	+ ●	+ ⊙	+ ⊙	+ ⊙
Structural factor	Edu1(Below high school)	- O	X	- ⊙	- ⊙	X	- ⊙	X
	Edu2(Beyond univ)	- ⊙	X	- ●	- ⊙	X	- ●	X
Income	- O	- ⊙	- Δ	- Δ	- O	- Δ	X	- Δ
Region(City)	X	X	X	X	X	X	X	X
Psychological factor	Stress	+ ⊙	+ ●	+ ⊙	+ O	+ ●	+ O	+ ●
	Happiness	- Δ	- ⊙	- Δ	- Δ	- ⊙	- O	- ⊙
Behavioral factor	Smoking	X	X	X	- Δ	- Δ	X	X
	Drinking	- Δ	X	X	- O	- Δ	- O	- Δ
	Obesity	X	- Δ	X	+ O	X	X	X
	Exercise	- O	- O	- O	X	- O	- Δ	- Δ
	Medical check	X	- Δ	X	X	X	X	X
Relational factor	children	X	X	+ Δ	X	X	X	X
	family	X	X	X	X	X	X	X
	Social support (family)	+ Δ	+ O	X	+ O	X	+ O	+ O
	Social support (family)	X	X	X	X	X	+ Δ	+ Δ

●: 설명력 상위 1위, ⊙: 설명력 상위 2&3위, O: 설명력 중간 순위, Δ: 설명력 하위 1&2&3위, ×: not-significant

표준화된 회귀계수값을 기준으로 독립변수의 영향력의 정도를 볼 때 연령은 전반적인 건강만족, 만성질환과 일상생활 제약을 증가시키는 영향을 미치고 있다. 스트레스는 감정적 건강이상, 사회생활 제약, 정서적 건강이상으로 인한 제약에 긍정적 영향을 미치고 있다. 대학 재학 이상의 교육 변수는 신체 이상 징후와 신체적 건강이상으로 인한 제약을 감소시키는 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다.

독립변수들의 영향력의 방향에 있어서 성별(남성), 연령, 스트레스, 운동, 자녀수와 사회적 지지 등

은 건강을 악화시키는 요인으로, 교육, 소득, 행복감, 흡연과 음주 등은 건강을 증진시키는 요인으로 작용하고 있다. 이와 같은 영향력의 방향은 종속변수가 달라져도 동일한 방향을 유지하고 있다. 다만 비만의 경우 감정적 이상에는 부정적 영향을 미치지만 만성질환에는 긍정적 영향을 미치고 있다. 이는 비만이 감정적 이상에는 긍정적인 기능을 수행하지만 만성 질병을 유발하는 요인으로 작용한다는 점을 알 수 있다.

다음으로 구조적 요소(인구사회학적 요소), 심리적 요소, 행태적 요소, 관계적 요소 네 요소의 종속 변수에 대한 설명력을 비교분석하기 위해서 각 요소만을 독립변수로 설정한 회귀분석 결과를 제시하면 다음과 같다.

먼저 구조적 요소의 경우 일상생활제약이 43.0%로 높게 나타난 반면, 감정적 건강이상과 정서적 건강이상으로 인한 제약은 각각 7.4%와 5.3%로 낮게 나타나고 있다. 이밖에 신체적 건강이상으로 인한 제약은 25.7%, 주관적 건강상태는 22.8%, 신체 이상 징후는 17.8%, 만성질환 보유는 17.7%, 사회생활 제약은 10.95% 등의 설명력을 보이고 있어 구조적 요소는 감정 관련 항목에 대해서 설명력이 낮다는 특징을 확인할 수 있다.

심리적 요소의 경우 감정적 건강 이상에 대해 26.8%의 설명력을, 정서적 건강이상으로 인한 제약에는 14.4%의 설명력을 보이고 있는 반면에 다른 종속변수들에 대해서는 10% 이하의 설명력을 보이고 있어 심리적 요소가 감정적 측면 설명에 있어 상대적 강점을 가진다는 점을 알 수 있다.

행태적 요소의 경우 상대적으로 설명력이 높은 경우는 전반적 건강상태 11.9%, 단순생활능력 제약 17.4%, 신체적 건강 이상으로 인한 제약 12.8% 등으로 나타나고 있고 나머지 종속변수는 10% 이하의 설명력을 보이고 있다. 심리적 요소와 상반되게, 행태적 요소는 감정보다는 신체적 측면과 이에 기반한 생활적 측면에 대한 설명력이 높다고 할 수 있다.

마지막으로 관계적 요소를 볼 때 단순 생활제약에 대해 27.3%의 설명력 보이고 있으며, 신체적 건강이상으로 인한 제약 17.6%, 전반적인 건강상태 14.9%, 신체 이상 징후 12.8% 등으로 나타나고 있어 관계적 요소도 신체적인 측면과 생활적인 측면에 대한 설명력이 높음을 확인할 수 있다.

요컨대 요소들의 설명력을 비교해볼 때 구조적 요소는 단순생활제약에, 심리적 요소는 감정적 건강 이상에, 행태적 요소는 전반적 건강상태에, 관계적 요소는 단순 생활제약에 가장 큰 설명력을 보이고 있다.

네 가지 요소간 설명력의 비교를 통해 특정한 독립변수적 요소가 설명력에서 강점을 가지는 영역을 파악할 수 있다¹⁰⁾. 먼저 전반적 건강상태에 대해서는 구조요소 22.8% > 관계요소 14.9% > 행태요소 11.9% > 심리요소 6.9% 순으로, 감정적 건강 이상의 경우 심리요소 26.8% > 구조요소 7.4% > 행태요소 5.2% > 관계요소 3.1% 순으로, 신체 이상 징후의 경우 구조요소 17.8% > 관계요소 12.8% > 행태요소 8.9% > 심리요소 6.9% 등으로, 만성질환 보유에 대해서는 구조요소 17.7% > 관계요소 10.7%

10) 다만 이때 결정계수값은 변수의 개수의 영향을 받을 수 있다는 한계가 존재한다는 점에서 해석상 주의를 요한다.

> 행태요소 5.3% > 심리요소 1.9% 등으로, 단순생활 제약은 구조요소 43.0% > 관계요소 27.3% > 행태요소 17.4%, 심리요소 4.1% 등으로 나타나고 있다. 사회생활 제약의 경우 구조요소 10.9% > 심리요소 9.2% > 관계요소=행태요소 7.8%로 나타나고 있다. 신체적 건강이상으로 인한 제약에는 구조요소 25.7% > 관계요소 17.6% > 행태요소 12.8% > 심리요소 5.4% 순으로, 정서적 건강이상으로 인한 제약의 경우 심리요소 14.4% > 구조요소 5.3% > 관계요소 2.8% > 행태요소 2.0%로 나타나고 있다. 8개의 변수 전체적으로 볼 때 감정적 건강 이상과 정서적 건강이상으로 인한 제약 외에는 구조요소의 설명력이 가장 높게 나타나고 있다. 이와 같은 결과는 구조적 요소가 가진 보편적 설명력을 예증하고 있으며, 심리적 요소는 정서적 측면에만 영향을 특정하게 미치고 있다는 점을 알 수 있다.

변수의 상위차원들간 비교분석을 하면 먼저 주관적 건강상태와 객관적 건강상태 차원에서 교육은 주관적 건강상태에 영향을 미치지 못하고 객관적 건강상태에만 영향을 미치고 있다. 아울러 흡연의 경우 주관적 건강에는 영향이 없고 객관적 건강상태에 영향을 미치고 있다. 다음으로 신체적 건강상태와 신체적 기능상태라는 차원을 대비하여 볼 때 비만과 흡연의 경우 신체적 건강상태에 영향을 미치지만, 신체적 기능상태에는 연관성을 갖지 못하고 있다. 아울러 사회적 지지2(전문가)의 경우 신체적 건강상태에는 영향이 없지만 신체적 기능상태에는 영향을 미치고 있다. 이와 같은 결과는 독립변수들의 영향력이 특정변수에 국한된 것이 아닌 보다 포괄적인 구조적 차원과 관련되어 있음을 시사한다.

V. 연구의 요약 및 정책적 함의

본 연구는 건강불평등에 영향을 미치는 다차원적 구조를 살펴보기 위해 종속변수인 건강상태의 개념을 각각 2개 대분류 차원(신체적 건강상태와 신체적 기능상태), 4개 중분류 차원(주관적 건강상태와 객관적 건강상태, 일상적 생활수행능력 제약과 수단적 생활수행능력 제약)과 8개의 세부변수(전반적 건강상태 불만족, 감정적 건강 이상, 신체이상 징후, 만성질환 유무, 단순생활 제약, 사회생활 제약, 신체적 건강이상으로 인한 일상생활 제약, 정서적 건강이상으로 인한 제약)로 구분하여 살펴보았다. 또한 건강불평등을 결정하는 독립요인들을 각각 구조적 요소(사회인구통계학 변수), 심리적 요소(스트레스, 행복), 행태적 요소(흡연, 음주, 비만, 운동, 건강검진), 관계적 요소(자녀와 동거가족 수, 사회적 지지)로 구분하였다. 분석결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 독립변수의 영향력의 방향을 볼 때 성별(남성), 연령, 스트레스, 운동, 자녀수와 사회적 지지 등은 건강을 악화시키는 부정적 요인으로, 교육, 소득, 행복감, 흡연과 음주 등은 건강을 증진시키는 긍정적 요인으로 작용하고 있다. 다만, 비만의 경우 감정적 이상에는 부정적 영향을 미치지만 만성질환에는 긍정적 영향을 미치고 있다.

둘째, 독립변수들의 유의미성을 표준화된 결정계수값을 판단기준으로 해서 볼 때 소득, 스트레스,

행복 등은 8개 영역 모두에서 연령과 사회적 지지는 7개 영역에서, 음주와 운동은 6개 영역에서 유의한 영향을 미치고 있는 반면에, 흡연과 비만은 2개, 건강검진과 자녀수는 1개 영역에서만 영향을 미치고 있다. 지역과 동거가족수는 유의미한 영향을 미치지 못하고 있다. 아울러 표준화된 회귀계수값을 기준으로 영향력의 정도를 볼 때 연령은 전반적인 건강만족, 만성질환과 단순생활 제약에서, 스트레스는 감정적 건강이상, 사회생활 제약, 정서적 건강이상으로 인한 제약, 교육은 신체 이상 징후, 신체적 건강이상으로 인한 제약에 가장 큰 영향을 미치고 있다.

셋째, 4개의 요인으로 구성된 모형의 종속변수에 대한 설명력을 볼 때 일상생활 제약이 44.2%의 설명력을 보이고 있는 반면, 정서적 건강 이상으로 인한 제약에는 21.2%의 설명력을 보이고 있다. 따라서 본 연구에서 제시된 전체모형은 상대적으로 정서적 건강보다는 신체적 건강 관련 원인 규명에 보다 적합한 모형이라 할 수 있다.

마지막으로 구조, 심리, 행태, 관계적 요인들의 설명력을 볼 때 구조적 요소는 일상 생활제약에, 심리적 요소는 감정적 건강이상, 행태적 요소는 전반적 건강상태에, 관계적 요소는 일상 생활제약에 가장 큰 설명력을 보이고 있다. 특히, 구조적 요소는 감정적, 정서적인 부문 외에서 다수의 건강차원에서 영향을 미치고 있다는 점에서 건강상태를 결정하는 데 있어 가장 설명력이 높은 요인임을 알 수 있다. 또한 세부 변수 위에 있는 대분류, 중분류 차원에서 볼 때 교육은 주관적 건강에만, 흡연은 객관적 건강상태에만 영향을 미치고 있다. 아울러 비만과 흡연은 신체적 건강상태에만, 사회적 지지는 신체적 기능상태에만 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다.

본 연구는 이론적 차원에서 그동안 단편적으로 이루어졌던 건강불평등의 결정요인 분석에 대해 다수의 종속변수와 독립변수를 설정하고 비교분석함으로써 건강불평등의 다차원성을 규명하고, 건강불평등과 관련된 보편적·특수적 규칙을 파악하였다는 함의를 갖는다. 분석결과 요소들간 영향력을 볼 때 사회구조적 요소와 심리요소가 건강불평등에 큰 역할을 수행하고 있으며, 행태적 요소와 관계적 요소는 상대적으로 약한 것으로 나타났다. 이는 행태적 요소가 건강불평등에 미치는 영향이 미미하다는 점을 지적한 Kang(2007a)의 연구와도 일치한다.

아울러 본 연구는 건강불평등에 영향을 미치는 보편적·특수적 요인과 변수를 파악함으로써 정책처방의 방향과 전략을 설정하는데 일정한 정책적 함의를 제공한다. Jung(2009)은 건강불평등 해결을 위한 정책처방과 관련해 근본 원인이라고 할 수 있는 사회경제적 불평등을 해결하는 근원적 처방(upstream solution)과 사회경제적 지위에 따른 위험요인에 대한 문제별 해결(downstream solution), 양자가 공히 중요하게 다루어져야 한다고 주장한다. 이와 같은 근본적 처방과 문제적 해결을 위해서는 사전적으로 건강불평등을 종합적, 균형적으로 분석하고 보편적 요인과 특수적 요인을 파악해야 한다. 본 연구는 비교론적 접근을 통해 보편적 영향력을 가진 변수와 요소를 파악할 수 있었다. 보편적이고 영향이 큰 변수의 경우 근원적 처방이 필요하며, 특정한 건강에서 영향을 미치는 변수의 경우 문제별 해결방식을 채택하여 접근할 것을 제안한다. 특히, 핵심적 요소로서 사회구조적 요소와 심리적 요소가 부각되었는데, 이를 해결하기 위해서는 단기적으로 실행 가능한 심리적 요소에 대한 정책 개

입을 시작하고, 장기적으로 구조적 요소의 변화를 위한 사회적 투자가 이루어져야 할 것이다. 건강불평등과 관련된 상위구조와 하위기전을 구별하고, 사회구조를 바꾸는 것이 현실적으로 어렵거나 불가능하다면, 단기적인 측면에서 하위기전과 관련된 노력이 선제적으로 필요하다(Kang, 2007a). 특히, 구조적 변수에 소득과 교육의 효과가 두드러지는데, 이러한 결과는 건강불평등 해소를 위해 교육정책과 소득정책의 연계 강화를 주장한 Lee(2009)의 연구결과와 맥을 같이 한다. 따라서 소외계층을 대상으로 교육기회를 제공하고, 소득보장제도에서 소득보전과 함께 건강증진의 효과가 동시에 고려될 수 있는 방안에 대한 검토가 필요하다.

본 연구의 한계로는 실제 독립변수인 요소들간 관계에 대한 분석이 부족하다는 점을 들 수 있다. 사회경제적 지위, 심리적 요소, 행태적 경로와 실제 건강과 질병 간에는 일정한 선후관계가 존재한다. 심리적 요소는 직접적으로 건강과 질병에 영향을 미치지만 행태적 요소를 통해 간접적으로 영향을 미치기도 하기 때문이다. 건강불평등에 대한 사회경제적, 심리적, 행태적 변수 간 매개효과와 조절효과 규명을 위한 후속연구를 제안해 본다.

References

- Ahn, S. A., M. Y. Shim, B. G. Jeong, J. L. Kim, Y. S. Kang, G. S. Park, and D. M. Yeong. 2011. The Studies of Health Inequality in Vulnerable Arena in Rural-fishery Area. *Korean Gerontology*. 31(3): 673-689.
- Bachai, S. 2013. Health Benefits Of Drinking Alcohol. <http://www.medicaldaily.com>. 2013.7
- Baik, J. E. 2010. The Impact of Older Male and Female's Social Experience on the Psychological Health. *Korean Journal of Psychology: Women*. 15(3): 425-445.
- Bambra, C., M. Gibson, A. Sowden, K. Wright, M. Whitehead, and M. Petticrew. 2011. Tackling the Wider Social Determinants of Health and Health Inequalities: Evidence from Systematic Reviews. *J Epidemiol Community Health*. 64: 284-291.
- Dahlgren G. and M. Whitehead. 2006. European Strategies for Tackling Social Inequities In Health: Levelling up, Part 2. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007*.
- Department of Health and Social Security (DHSS). 1980. *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*. London: DHSS.
- Friedman, E. M., M. Hayney, G. D. Love, B. H. Singer, and C. D. Ryff. 2007. Plasma Interleukin-6 and Soluble IL-6 Receptors are Associated With Psychological Well-Being in Aging Women. *Health Psychology*. 26: 305-313.
- Go, M. S. and I. G. Seo. 2011. The Effect of Old's Health State on the Stress and Distress and

- Moderating Effect of Social Support. *Korean Research of Health*. 37(1): 1-14.
- Go, S. J. 2010. The Causal Factor of Health Inequality. *Korean Research of Local Autonomy*. 12(3): 169-195.
- Graham, C., A. Eggers, and S. Sukhtankar. 2004. Does Happiness Pay? An Exploration Based on Panel Data from Russia. *Journal of Economic Behaviour Organization*. 55: 319-342.
- Graham, C. and A. Felton. 2005. *Variance in Obesity Across Cohorts and Countries: A Norms Based Explanation Using Happiness Surveys*. The Brookings Institution, Washington, DC CSED Working Paper No. 42, September 2005.
- Han, D. W., J. H. Park, and G. H. Kim. 2004. The Impact of The Self-Expose, Repeated Thinking and Emotional Experience Related with Stressful Event on the Physical Experience. *Korean Journal of Psychology: Health* 8: 147-168.
- Jeong, M. S. 2007. Applying the State Indicators of Socio-economic State in Study of Health Inequality: Research Trend and Implication. *The Paper for Health* 44(2): 133-154
- Jeong, M. S. and B. H. Jo. 2007. The Impact of Local Social Capacity on the Resident's Health Level. *Health and Social Science*. 22: 153-182.
- Jeong, C. K. H. 2009. The State and Alternatives of Inequality in Socio-economic Death. *Korean Health & Welfare Forum*. 3: 5-14.
- Kang, Y. and K. Jeong. 2012. Empirical Study in Income Inequality in Korea: Korea Labor Panel. *Korean Journal of Public Administration*. 46(4): 265-291.
- Kang, Y. 2007a. Cause and Alternative of Health Inequality. *Policy & Knowledge Forum* 329: 2-19.
- Kang, Y. 2007b. History of Study of Health Inequality. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*. 40(6): 422-430.
- Kang, E. J. 2008. Education Level and Subjective Health Inequality-Searching for Mediating Factor. *Health Economy & Policy Studies*. 14(1): 51-74.
- Kang, H. W. and Y. T. Jo. 2007. Older Women and Men's Health in Seoul. *Korean Journal of Sociology*. 41(4): 164-201.
- Kang, H. J. 2000. Relationships between Self-difference, Emotion and Physical Symptom. *Korean Journal of Psychology: Health*. 5: 193-208.
- Kwon, J. O., E. N. Lee, and S. H. Bae. 2015. Concept Analysis of Health Inequalities Purpose. *Journal of Nurse Administration*. 21(1): 20-31.
- Kim, D. B., B. S. Yu, and J. E. Lee. 2012. The Old's Health Inequalities: Mediating Effect of Social Participation on Health Inequalities According to Education Level Inequality.

- Research of Social Welfare*. 43(1): 117-142.
- Kim, M. K., W. J. Jeong, S. G. Lim, J. K. Lee, E. K. Kim, and N. J. Go. 2010. The Difference in Subjective Health Level and Causal Health Behavior By Inequality in term of Social and Economic Side. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 43(1): 50-61.
- Kim, S. W. and S. S. Kim. 2012. Effect of Socio-economic Inequality in Local Society on the Children's Health Inequality. *Korea Studies of Child Welfare*. 39: 127-150
- Kim, S. A. and S. Y. Kim., 2011. The Social Support and Self-respect on Middle-aged Women's Psychological Health. *Studies of Welfare for Old Age*. 52: 109-130.
- Kim, Y. M. & Kim, M. H. 2007. The State and Problem of Health Inequality in Korea. *Journal of Preventive Medicine & Public Health* 40(6): 431-438.
- Kim, J. H. 2008. Impact of Happiness on Health. *Stress Studies*. 16(2): 123-141
- Kim, J. Y. 2007. The Relationships between Socio-Economy State and Health: The Change according to the Age. *Korean Journal of Sociology*. 41(3): 127-153.
- Kim, J. Y. 2011. Analysis of Health Trend according to Education Group. *Korea Demography*. 34(1): 99-127.
- Kim, J. Y., Y. L. A. Song, and E. J. Baik. 2013. Relationships between Education and Subjective Health : Linking between State in Labor Market and Economic Status. *Korean Journal of Sociology*. 47(2): 211-239.
- Kim, J. H. and S. J. Won. 2011. The Impact of Old's Poverty on Subjective State: Mediated Moderation Effect of the Health Behavior and Social Support. *Journal of the Korea Gerontological Society*. 31(3): 461-478.
- Kim, C. Y. 2009a. Why Is Health Inequality Issues? The Paper Presented at the 2009 Conference of Critical Sociology.
- Kim, C. Y. 2009b. How Do We See the Health Inequality? *Health and Welfare Forum*. 3: 2-3.
- Kim, T. M., S. G. Lee, and S. Y. Jeon. 2006. The Relationships between Social Support, Health Behavior, and Level of Health. *Journal of Health Education and Health Enhancement*. 23(3): 99-119.
- Kim, T. H., S. W. Kwon, and Y. J. Lee. 2012. The Health Inequality by the Individual and Local Effect in Seoul. *Seoul Study of City*. 13(3): 15-35.
- Kim, H. Y. 2010. The Study of Health Inequality in Local Society. *Korean Journal of Sociology*. 44(2): 59-92.
- Kim, H. R. 2009. The Implication and Policy Agenda of Health Behavior in Health Equality. *Health & Welfare Forum* 149: 36-47

- Kim, H. R., Y. H. Kang, K. J. Yun, and C. S. Kim. 2004. *The Difference of Health Level Across the Social Class and Policy Agenda*. Seoul: Research Institute of Korea Health Society.
- Lee, M. S. 2005. The Korean Adult's Health Inequality: Focusing the Social Class and Local Area. *Korean Journal of Sociology*. 39(6): 183-210.
- Lee, M. S. 2009. The Analysis of Structure of Older's Health Inequality by Using the Panel Data for the Old. *Health and Social Science*. 25: 5-32.
- Lyubomirsky, S., C. Tkach, M. R. DiMatteo, and H. S. Lepper. 2006. What Are the Differences between Happiness and Self-Esteem? *Social Indicators Research*. 78: 363-404.
- Moskowitz, J. T., E. S. Epel, and M. Acree. 2008. Positive Affect Uniquely Predicts Lower Risk of Mortality in People With Diabetes. *Health Psychology*. 27: 73-82.
- Nam, H. E., J. W. Baik, and J. S. Ryu. 2011. Study over the Impact of Happiness Determinants on the Health Perception in Local Reside. *Journal of Health-Medicine Industrial Society*. 5(4): 53-63
- Shin, Y. J. and M. H. Kim. 2007. Why Health Inequality. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*. 40(6): 419-421.
- Shin, H. S. 2009. Health Level and Equality in Use of Medical Service and Policy Agenda. *Health Welfare Forum*. 149: 26-35.
- Subramanian, S. V. and I. Kawachi. 2004. Income Inequality and Health: What Have We Learned So Far? *Epidemiologic Reviews*. 26: 78-91.
- Wanjek, Christopher. 2011. 5 Health Benefits of Smoking. <http://www.livescience.com>.
- Watson, D. 1988. Intraindividual and Interindividual Analyses of Positive and Negative Affect: Their Relation to Health Complaints, Perceived Stress, and Daily Activities. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54: 1020-1030.
- Yeom, T.Y. 2008. Effect of Self-efficacy and Social Support on the Relationships between Economic Stress and Distress. *Psychological Health and Social Works*. 28(4): 36-66.
- Yun, G. C. and S. Y. Park. 2011. The Study Over the Local Difference in Health Inequality and the Influential Factor. *Korean Studies of Government*. 18(4): 293-315.
- Yun, T. H. 2010. The State of Health Inequality between Local Area and Policy Agenda. *Situation and Welfare*. 30: 49-77.

Korean References translated from the English

강영주, 정광호. 2012. 한국사회의 소득불평등과 건강에 관한 실증연구, 한국노동패널 자료를 중심으로. *한국행정학보*. 46(4): 265-291

- 강영호. 2007a. 건강불평등의 원인과 대책. 정책&지식 포럼 329 발표자료. 2-19.
- 강영호. 2007b. 건강 불평등 연구의 역사적 발전. 예방의학회지. 40(6): 422-430.
- 강은정. 2008. 교육수준과 주관적 불건강-매개 요인의 탐색. 보건경제와 정책연구, 14(1): 51-74.
- 강혜원, 조영태. 2007. 서울시 남녀노인의 건강불평등. 한국사회학. 41(4): 164-201.
- 강혜자. 2000. 자기차이, 정서 및 신체증상의 관계. 한국심리학회지: 건강. 5:193-208
- 고민석, 서인균. 2011. 노인의 건강상태가 스트레스와 우울에 미치는 영향과 사회적 지지의 조절효과. 대한보건연구. 37(1): 1-14.
- 고수정. 2010. 지역별 건강불평등 영향요인. 한국지방자치연구. 12(3): 169-195.
- 권정옥, 이은남, 배선형. 2015. 건강불평등에 대한 개념분석. 간호행정학회지. 21(1): 20-31.
- 김동배, 유병선, 이정은. 2012. 노인의 건강불평등: 교육불평등에 따른 건강불평등에 대한 사회참여의 매개효과. 사회복지연구. 43(1): 117-142.
- 김민경, 정우진, 임승지, 윤수진, 이자경, 김은경, 고난주. 2010. 한국인의 사회경제적 불평등에 따른 주관적 건강수준의 차이와 건강행태 기여요인 분석. 예방의학회지. 43(1): 50-61.
- 김세원, 김선숙. 2012. 지역사회 간 사회경제적 불평등이 아동 건강에 미치는 영향. 한국아동복지학회, 한국아동복지학. 39: 127-150.
- 김순안, 김승용. 2011. 사회적 지지와 자아존중감이 중년 여성의 정신건강에 미치는 영향. 노인복지연구. 52: 109-130.
- 김유미, 김명희. 2007. 한국 건강불평등의 현황과 문제점. 예방의학회지. 40(6): 431-438.
- 김정호. 2008. 행복이 건강에 미치는 영향. 스트레스연구. 16(2): 123-141.
- 김진영. 2007. 사회경제적 지위와 건강의 관계 : 연령에 따른 변화를 중심으로. 한국사회학. 41(3): 127-153.
- 김진영. 2011. 교육집단별 건강 추세에 대한 분석. 한국인구학. 34(1): 99-127.
- 김진영, 송예리아, 백은정. 2013. 학력과 주관적 건강의 관계 : 노동시장 지위와 경제적 지위를 통한 연결. 한국사회학. 47(2): 211-239.
- 김진현, 원서진. 2011. 노후 빈곤이 주관적 건강상태에 미치는 영향: 건강행태와 사회적 지지의 매개된 조절효과 분석. 한국노년학. 31(3): 461-478.
- 김창엽. 2009a. 왜 건강불평등이 문제인가? 2009년 비판사회학회. 불평등연구회 · 한국건강형평성학회 공동 학술대회 발표논문.
- 김창엽. 2009b. 건강불평등 어떻게 볼 것인가? 보건복지포럼. 2009. 3: 2-3.
- 김태면, 이석구, 전소연. 2006. 노인들의 사회적 지지와 건강행태 및 건강수준과의 관련성. 보건교육, 건강증진학회지. 23(3): 99-119.
- 김태형, 권세원 이운진. 2012. 서울시민의 개인 및 지역 효과에 의한 건강불평등 [KCI등재] 서울연구원, 서울도시연구. 13(3): 15-35.

- 김형용. 2010. 지역사회 건강불평등에 대한 고찰. 한국사회학. 44(2): 59-92.
- 김혜련. 2009. 건강형평성에서 건강행태의 함의와 정책과제. 한국보건사회연구원 보건복지포럼. 149: 36-47.
- 김혜련, 강영호, 윤강재, 김창석. 2004. 건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향. 한국보건사회연구원.
- 남희은, 백정원, 류지선. 2011. 행복결정요인이 지역주민 건강인식에 미치는 영향 연구. 보건의료산업학회지. 5(4): 53-63.
- 백지은. 2010. 남성노인과 여성노인의 사회적 경험이 심리적 건강에 미치는 영향. 한국심리학회지: 여성. 15(3): 425-445.
- 신영진, 김명희. 2007. 왜 건강불평등인가?. 예방의학회지. 40(6): 419-421.
- 신호성. 2009. 건강수준 및 의료이용의 형평성과 정책과제. 한국보건사회연구원 보건복지포럼. 149: 26-35.
- 안성아, 심미영, 정백근, 김장락, 강윤식, 박기수, 염동문. 2011. 농어촌 건강취약지역 노인의 건강불평등 관련요인 연구. 한국노년학. 31(3): 673-689.
- 엄태완. 2008. 빈곤층의 경제적 스트레스와 우울 관계에서 자기효능감과 사회적 지지의 효과. 정신보건과 사회사업. 28(4): 36-66.
- 윤기찬, 박순양. 2011. 건강불평등의 지역 간 차이 및 그 영향요인에 관한 연구. 18(4): 293-315.
- 윤태호. 2010. 지역 간 건강불평등의 현황과 정책과제. 상황과 복지. 30: 49-77.
- 이미숙. 2005. 한국 성인의 건강불평등: 사회계층과 지역 차이를 중심으로. 한국사회학. 39(6): 183-210.
- 이미숙. 2009. 고령화연구패널자료를 이용한 노년기 건강불평등의 구조 분석. 보건과 사회과학. 25: 5-32.
- 정민수. 2007. 건강 불평등 연구에서 사회경제적 위치 지표의 적용 : 연구동향과 함의. 보건학논집. 44(2): 133-154.
- 정민수, 조병희. 2007. 지역사회역량이 주민 건강수준에 미치는 영향. 보건과 사회과학. 22: 153-182.
- 정최경희. 2009. 한국의 사회경제적 사망 불평등 실태와 과제. 한국보건복지포럼. 2009. 3: 5-14.
- 한덕용, 박준호, 김교현. 2004. 스트레스 사건에 관한 자기노출, 반복생각 및 정서경험이 신체경험에 미치는 영향. 한국심리학회지: 건강. 8: 147-168.

김선희: 고려대학교에서 행정학 박사학위를 취득하고(논문: 정책변화의 제도적 조건과 메커니즘 분석: 의료보험 규제정책을 중심으로. 2009년 2월), 연세대 빈곤문제국제개발연구원 전임연구원, 경기복지재단 정책연구팀 책임연구원을 거쳐, 현재 서원대학교 정치행정학과 조교수로 재직 중이다. 복지정책, 의료정책, 여성정책, 제도이론이 주요 관심분야이며, 주요 논문으로는 “Exploring the Endogeneous Governance Model for Alleviating Food Insecurity: Comparative Analysis of Food Bank Systems in Korea and the USA(2015)”, “The Effect of Gender

Discrimination in Organization(2015)", "Exploring the Effect of Four Factors on Affirmative Action Programs for Women(2014)", "정책이슈 확산의 다이내믹스: 무상급식 논쟁 사례를 중심으로(2013)" 등이 있다 (shkim7675@seowon.ac.kr).