

혼종 모형을 이용한 건강 불평등 개념분석

이하나
동양대학교 간호학과

Concept Analysis of Health Inequalities using Hybrid Model

Ha-na Lee

Department of Nursing, Dongyang University

요약 본 연구는 건강 불평등의 개념을 정립하고 정의하기 위해 시행되었다. 연구 분석 방법은 Schwartz-Barcott와 Kim의 혼종 모형(Hybrid model)을 이용하였으며, 자료 수집은 14명의 대상자와 건강 불평등과 관련된 문헌으로부터 수집하였다. 본 연구 결과, 건강 불평등은 3개의 차원과 9개의 속성으로 도출되었으며, 3개의 차원은 대상영역, 선행영역, 결과영역 이었다. 대상 영역은 건강 불평등의 대상이 되는 영역, 선행 영역은 건강 불평등을 일으키는 원인이 되는 영역, 결과 영역은 건강 불평등의 결과가 되는 영역을 말한다. 즉, 건강 불평등의 정의는 개인, 가족, 지역사회 또는 사회적, 경제적, 지리적으로 구분되는 인구집단이 (i) 병원에서의 홀대받음, (ii) 떤우는 끼니, (iii) 일을 할 수 밖에 없는 현실, (iv) 질병관리의 의료비 부담, (v) 지역 간 의료의 질적 차이, (vi) 질병의 지식부족, (vii) 묶여있는 시간으로 인한 부적절한 건강 관리와 같은 건강 불평등으로 인하여 병을 얻게 되거나 병을 키우게 되며, 생존률과 삶의 질이 감소하게 되어 결과적으로 인간의 기본권이 침해되는 것을 의미 한다. 본 연구는 건강 불평등의 개념을 정립함으로써 건강불평등을 감소시킬 수 있는 전략에 실제적인 밑거름이 될 수 있는 자료를 제공했다는데 의의가 있으며 본 연구를 기초로 하여 건강 불평등을 줄이기 위한 프로그램 개발을 제안 한다.

Abstract This study was conducted to understand the conceptual definition and characteristics of health inequality. To accomplish this, we analyzed data collected from 14 participants as well as from available literature regarding health inequality using the hybrid model introduced by Schwartz-Barcott and Kim. We categorized health inequality into nine attributes in three dimensions. These dimensions included "target", "precede", and "result," corresponding to the target, cause and consequence of health inequality, respectively. Specifically, we define health inequality as individuals, families, communities, socio-economic, or geographically distinct demographic groups that are treated unfairly and result in several problems such as loss of quality of life, reduction of survival rate, or aggravation of a disease due to (i) poor treatment by a hospital (ii) irregular meals, (iii) desperate need for work (for money), (iv) expensive medical care costs, (v) qualitative differences in medical care by regional groups (vi) the lack of knowledge regarding disease (vii) and inadequate health care because of lack of time. As a result of this unfair treatment, human rights violation occurs. The major contribution from this paper is that we provide a guideline for establishing strategies to reduce health inequality by identifying the concept of health inequality. Based on this study, we recommend development of an educational program to reduce health inequalities.

Keywords : Concept Formation, Hybrid, Health, Inequality, Inequalities

*Corresponding Author : Ha-Na Lee(Dongyang Univ.)

Tel: +82-54-630-0209 email: lhn0407@dyu.ac.kr

Received December 26, 2017

Revised (1st January 15, 2018, 2nd January 16, 2018)

Accepted March 9, 2018

Published March 31, 2018

1. 서론

1.1 연구의 필요성

건강은 인간의 가장 원초적인 욕구이며 기본적인 권리이다. 건강의 손상, 결핍은 치명적인 결과를 초래할 수 있기 때문에 최소한의 건강상태를 누릴 수 있는 기회는 모든 국민들에게 균등하게 보장된다[1]. 건강에 대한 기본적인 권리를 보장받지 못하게 되면 개인의 행복과 더불어 국가의 경쟁력에도 부정적인 영향을 미치게 된다. 특히 개인이 어려운 환경에 처해있을 때 건강이 위협을 받으면 의료서비스 제공과 이용 시 불평등이 발생하며 건강할 수 있는 기회가 감소된다[2,3].

세계는 지난 50년 동안 경제수준의 향상으로 건강수준, 기대수명이 현저히 향상되었다. 그러나 이러한 과정 속에서 소득, 교육기회, 고용, 지역 등 사회경제적 영역에서의 불평등이 생겼고 결과적으로 건강수준의 불평등을 심화시켰다[4,5]. 더불어 우리나라도 눈부신 경제개발과 사회·경제 성과물의 산출로 높은 수준의 의료의 질을 만들었으나, 양극화와 불평등이라는 부작용을 피하지는 못했다[6].

최근 우리 사회를 뒤흔들고 있는 많은 현안들을 조금만 들여다보면 불평등의 문제가 자리 잡고 있음을 쉽게 알 수 있다. 겉보기에는 대책 사업을 둘러싼 이해관계 때문에 생기는 것처럼 보이지만 문제의 중심에는 뿌리 깊은, 계층 간 지역 간의 불평등 문제가 도사리고 있다[6].

선진국에서는 1980년대에 이미 건강 불평등 개선을 위한 보고서가 발표되었고 활발한 연구들이 이루어졌으며, 사회·경제적 영향과 계층 간 건강 불평등을 해소시키고자 국제사회나 서구 선진국의 노력이 지속되어 왔다[7].

우리나라 또한 2000년대 이후부터 건강 불평등 연구가 시작되었다[8]. 현재 우리나라는 건강 불평등에 대한 관심이 증가하고 있으며, 건강 불평등의 해소를 국가의 건강증진 정책 목표 중의 하나로 설정하고 있으며, 국내 연구들에서 건강불평등에 관한 연구들이 많이 이루어지고 있다. 이러한 결과로 우리나라는 2011년 ‘제3차 국민건강증진종합계획: Health Plan2020’에서 ‘건강 불평등의 해소’가 건강증진정책의 총괄적인 목표로 설정되었다[9]. 그러나 국민건강증진종합계획은 건강 불평등을 해소하기 위한 구체적이고 세부적인 시행과제와 전략이 마련되지는 못했음을 지적받았으며[10], 이는 건강 불평등

이 국내·국의 문헌들을 통해 연구되고 있으나, 이론과 현실의 괴리감으로 현장에 있는 국내 보건의료인이나 시민들의 실질적인 개념의 성립이 아직까지 명확히 명시되지 않았기 때문인 것으로 평가되어진다. 즉, 건강 불평등에 대한 실질적인 개념의 정의가 먼저 비롯되어야 구체적이고 세부적인 시행과제 전략을 마련할 수 있을 것으로 판단된다.

건강 불평등이란 용어는 ‘건강 격차’, ‘건강상의 차이’, ‘건강의 불공평’, ‘건강의 비형평성’, ‘의료불평등’ 등의 다양한 용어로 쓰여 지고 있으며, 특히 우리나라는 건강 불평등에 관한 용어를 혼용하여 사용하고 있고, 개념에 대한 모호한 상태로 건강 불평등과 관련된 연구들이 이루어지고 있다[11].

건강 불평등과 관련된 개념분석 연구는 2014년 Kwon, Lee와 Bae[11]의 Walker와 Avant[12]의 개념분석 틀에 근거한 연구가 있다. 이 연구는 건강 불평등 개념의 속성을 탐색하여 건강 불평등 사례 창조를 통해 개념을 정의 내린 것이다. 건강 불평등의 개념을 더 명확히 내리기 위해서는 건강 불평등과 관련된 문헌적 고찰과 건강 불평등을 경험한 사람들 또는 건강 불평등과 관련된 의료전문인들의 건강 불평등에 대한 실제적인 의미 탐색이 필요할 것이다.

Schwartz-Barcott와 Kim[13]의 혼종 모형(Hybrid model)은 문헌고찰을 통해 개념의 임시적 정의와 속성을 설정하고 현장 연구(질적 연구)를 통해 그것을 확인하거나 확장하는 방식의 분석방법이다[14]. 특히, 혼종 모형(Hybrid model)은 이론적 단계와 현장 연구 단계를 병합하기 때문에 이론적인 단계에서는 현재 사용되고 있는 개념의 정의와 속성, 선행요인과 결과들을 규명할 수 있고 현장 연구 단계에서는 수집된 자료로 직접 그 현상을 규명하고 분석하기 때문에 개념의 특성을 명확히 이해하는데 적절하다[13]. 따라서 본 연구는 모호하고 낮은 개념을 확인하고 분석하는 과정에서 이론적 방법과 실증적 방법을 함께 사용하는 혼종 모형(Hybrid model)을 통하여 우리나라 상황에 맞는 건강 불평등 개념 정의를 명확하게 재정립해 보고자 한다[15]. 이러한 작업의 결과로 실증적인 건강 불평등의 개념의 속성과 정의를 도출하게 될 것이며, 더 나아가 건강 불평등의 명확한 정의를 통해 건강 불평등을 해소하기 위한 구체적이고 세부적인 시행과제 전략 구성의 자료로 제시될 수 있을 것이다.

1.2 연구의 목적

본 연구는 혼종 모형(Hybrid model)을 적용하여 ‘건강 불평등’의 실증적인 개념을 정립하고, 간호학 및 보건 의학 전반에 걸친 건강 불평등을 해소하기 위함이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 건강 불평등의 속성을 확인한다.
- 건강 불평등 개념의 정의를 규명한다.
- 간호학 및 보건의학 관점에 따른 건강 불평등의 해소방안을 논의한다.

2. 연구 방법

2.1 연구 설계

본 연구는 혼종 모형(Hybrid model)[13]을 이용한 건강 불평등에 대한 개념분석 연구이다.

2.2 자료수집과정 및 자료분석방법

혼종 모형은 이론적 방법과 실증적 방법을 함께 사용하여 개념을 개발할 수 있는 방법으로 개념분석 과정은 이론적 단계, 현장 연구 단계, 최종 분석 단계의 총 3단계를 거쳐 진행하였다[13,16].

2.2.1 이론적 단계

본 연구는 건강 불평등에 대한 개념적 정의와 속성에 관심을 두고 본질적인 의미 고찰을 위해 사전적 의미와 학술 문헌을 고찰하였다. ‘건강 불평등(Health Inequalities)’을 주제로 국내외 문헌 검색을 위해 한국교육학술정보원(www.riss4u.net), PubMed, EBSCO의 학술지 및 학위논문 정보를 검색하였으며, 한국건강형평성학회의 문헌을 통하여 국내 문헌 50편, 국외 문헌 10편, 건강 불평등과 관련된 전문서적 3권을 참고하였다.

2.2.2 현장 연구 단계

현장 연구의 자료수집에 앞서 D대학교 생명윤리위원회에서 윤리 승인(IRB 015-03-004-001)을 받았으며, 자료 수집은 2017년 9월부터 2017년 11월까지 이루어졌다. 본 연구는 연구대상자를 전문가 집단과 일반인 집단으로 나누어 선정하였다. 전문가 집단은 의사, 간호사로서 이곳에 포함된 의사, 간호사의 경우 일차보건의료기

관과 병원에서 근무하는 의사, 간호사를 말한다. 일반인 집단은 건강 불평등을 경험한 집단을 말하며, 일반인 집단으로 지리적으로 건강 불평등을 겪었거나, 겪고 있는 집단, 경제적으로 건강 불평등을 겪었거나, 겪고 있는 집단들, 직업적으로 건강 불평등을 겪었거나, 겪고 있는 집단으로 구성하였다.

면담 질문은 이론적 단계를 토대로 개방형 질문으로 작성하였으며 질문 내용은 전문가 집단과 일반인 집단을 구분하여 구성하였다. 전문가 집단의 질문은 ‘의료진 입장에서 본 건강 불평등은 무엇이라 생각하십니까?’ ‘건강 불평등을 보신 경험이 있으신가요?’ “건강 불평등의 결과는 무엇이라고 생각하시나요?” 였으며, 일반인 집단의 질문은 ‘건강 불평등을 경험해 보신 일이 있으신가요?’ ‘건강 불평등을 통해 얻게 된 결과는 무엇이라고 생각하시나요?’ 였고, 참여자의 실제 경험 및 관찰 경험에 대해 구체적으로 사례를 들어 설명하거나 경험과 관련된 느낌들을 표현하도록 격려했다.

1회 면담에 소요된 시간은 30분에서 1시간 정도였으며, 1회 면담에서 내용이 충분치 않다고 판단되는 경우 한차례 더 면담을 실시하였다. 자료 분석은 Schwartz-Barcott와 Kim의 분석방법에 따랐으며 대상자의 면담 내용을 통한 현장기록과 이론적 기록에서 주요 영역을 찾아내어 개념의 차원과 속성을 분석하였다[13,16]. 또한 현장 연구 참여자의 윤리적 측면을 보호하기 위하여 면담하기 전 참여자 모두에게 연구의 목적과 면담진행방법을 설명하였고 면담내용 녹음과 녹음자료 등 참여자의 모든 자료는 연구 자료로만 사용될 것임을 설명한 후 동의를 구하였다. 참여자의 자료 및 정보는 고유번호를 부여하여 익명으로 표시하였으며 정해진 공간에 따로 보관하여 접근제한을 설정하였다.

2.2.3 최종 분석 단계

최종 분석 단계에서는 이론적 단계에서 뽑아진 속성과 현장 연구 단계에서의 자료를 심도 있게 분석한 후, 건강 불평등의 정의, 영역 및 속성을 도출하였다.

연구자는 이론적 단계와 현장 연구 단계에서 반복적으로 나타나는 내용, 강조되는 내용, 건강불평등의 본질적인 의미를 나타내고 있다고 판단되는 내용들에 밑줄을 긋고 맞춰보는 과정을 통해서 최종 분석을 도출하였다. 또한 개념의 영역과 속성을 도출하는 과정에서 질적 연구 전문가에게 조언을 구하였으며, 개념의 정의와 영역,

속성의 최종적인 기술은 현장 연구 단계에서 면담을 진행했던 참여자에게 확인받아 타당성을 확보하였다. 구체적으로, 본 연구는 분석의 결과를 가지고 2명의 참여자와 다시 한번 면담을 통해 연구자의 분석이 참여자가 전달하려고 했던 의미와 일치하는지를 확인하였다.

2.3 연구의 엄밀성 확보

본 연구는 현장 연구 단계에서의 엄밀성을 확보하기 위해 신뢰성, 감사 가능성, 중립성을 따랐다[17,18]. 자료에 대한 신뢰성을 확보하기 위해 면담질문을 개방형으로 시작함으로써 연구 참여자들이 자신들의 언어로 자신들의 경험과 견해를 최대한 표현하도록 하였다. 또한 한 사람당 최소 1회에서 최대 2회까지 실시한 것도 참여자의 경험을 있는 그대로 드러내도록 하는데 기여하였다고 본다. 분석과 해석의 신뢰성을 위해서도 분석의 결과를 가지고 참여자와 다시 한번 면담을 통해 분석이 참여자가 전달하려고 했던 의미와 일치하는지를 확인하였다. 또한 개념의 정의, 영역, 속성이 이론적 단계와 현장 연구 단계에서의 의미를 잘 설명할 수 있는가를 지속적으로 반문하여 진행하였다. 감사 가능성을 위해서는 연구 설계에 대한 구체적인 기술과 연구 참여자에 대한 접근, 선정방법, 자료수집 과정 등에 대한 설명을 제공하였다. 또한 연구자의 해석이나 분석을 독자가 검증할 수 있도록 참여자의 말을 직접 인용하였다. 마지막으로 중립성은 연구결과가 중립적으로 편견이 없음을 나타내는 것으로서, 본 연구에서는 연구 참여자들의 경험과 견해를 최대한 반영하고자 연구자의 선입견을 최소화할 수 있도록 노력했으며, 동시에 자료 및 분석의 신뢰성과 감사가능성을 확립하였기에 중립적인 결과를 도출하였다고 볼 수 있다.

2.4 연구자의 준비

연구자는 지역사회간호학, 보건교육학을 가르치고 있어 건강 불평등의 특성과 지식을 잘 알고 있다. 질적 연구 측면에서는 질적 연구 학회 회원으로서 질적 연구 논문 및 혼종 모형을 이용한 개념분석 연구를 작성 및 출간한 경험이 있고 질적 연구 방법론의 수강과 질적 연구 세미나에 다수 참여 경력이 있다.

3. 연구 결과

3.1 이론적 단계

3.1.1 건강 불평등의 사전적 정의

건강 불평등(health inequality)은 건강과 불평등이 합쳐져 만들어진 합성어이다. 1948년 세계 보건기구(World Health Organization, WHO)는 건강에 대해 ‘단순히 질병이나 허약함이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 안녕 상태’라고 했으며, 두산백과에서는 건강을 하나의 기본권적 개념이라 정의하였고, 건강보건관련 국제기구 지식정보원에서는 건강(Health)을 생존의 조건일 뿐 아니라 행복의 조건이라 하였다[19].

불평등의 정의는 평등에 대한 정의를 찾아보면 알 수 있다. 위키백과에서는 평등을 ‘인간의 권리, 가치, 행복의 추구 등에 있어 차별이 없는, 같은 상태’라 하였다[20]. 21세기 정치학 대사전에서는 평등을 ‘치우침과 차별이 없이 고르고 한결같은 것’으로 불평등은 차별이 있어 고르지 아니한 것으로 정의될 수 있다[21].

결과적으로 사전적 정의에서의 건강 불평등은 인간의 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 안녕 상태가 치우침과 차별이 있고, 편향되어 있으며, 인간의 기본권에 문제가 있는 것으로 정의된다.

3.1.2 타 문헌에서의 건강불평등

법학에서의 건강 불평등은 헌법, 세계인권선언문 등에서 문헌 고찰해 볼 수 있다. 헌법에서는 평등권을 인간의 불가침적 천부인권으로 국가와 사회집단으로부터 불평등한 대우를 받지 않고 평등과 역할을 적극적으로 요구할 수 있는 권리라고 하였다. 특히 평등권은 기본적인 인권이며, 다른 기본권들의 기초이자 기본권 중의 기본권이라 하였다[22,23].

세계인권선언문 25조에서는 모든 사람은 의식주, 의료 및 필요한 사회복지를 포함해 자기 자신과 가족의 건강과 안녕을 적합한 수준으로 누려야 한다고 이야기했으며 이는 건강 불평등의 반대 개념인 건강 형평성에 대한 설명으로 판단된다[23].

즉, 법학에서의 건강 불평등은 국가와 사회집단으로부터 불평등한 대우를 받는 것을 의미하며, 자신을 포함한 가족의 건강과 안녕에 적합한 수준을 누릴 권리가 마련되지 않음, 인간의 기본권을 보장 받지 못함을 의

미한다.

사회학에서는 건강 불평등을 사회경제적 지위에 의해 나타날 수 있는 현상이라고 했으며, 사회경제적 지위를 건강 불평등의 핵심 영향 요인으로 보았다. 또한 경제적 지위는 만성질환 이환률, 주관적 건강상태, 삶의 질과 같은 건강 불평등 관련 요소에 영향을 미친다고 하였다[24]. 또한 사회학에서는 사회계층에 따른 건강수준의 차이를 건강행동에 초점을 두어 설명하였다. Cockerham[25]은 운동, 건강한 식생활, 금연, 절주 등과 같은 건강생활양식은 상위중산계층의 생활양식에서 기원한 것으로써 건강은 근본적으로 계층적인 속성을 갖는다고 해석하였다. Lee[24]는 한국사회에서도 생존의 문제가 해결되면서 건강을 추구하는 생활양식이 소비문화와 결합하여 사회계층의 상징이 되어버렸으며, 이는 건강수준의 계층화 현상이 건강 불평등에 심화될 가능성에 대해 제기하였다. 한편, 한국 통계조사인 한국 노동 패널 조사에서 건강 불평등의 반대개념인 건강 형평성은 저소득층에 불리하다고 표현하였다[26].

즉, 사회학에서의 건강 불평등은 사회경제적 지위, 사회계층에 따라 건강행동과 사회심리요인에 차이를 발생시켜 결과적으로 만성질환 이환률, 주관적 건강상태, 삶의 질과 같은 건강 불평등 관련 요소에 영향을 미치게 됨을 의미한다.

결과적으로 타 문헌에서의 건강 불평등은 사회적, 경제적, 혹은 지리적으로 구분되는 인구 집단들 혹은 개인들 사이에서 불량한 사회정책, 불공정한 경제 질서의 결과물로 나타나는 사회적 현상으로, 건강에 있어서 인간의 기본권을 누리지 못하고 부당하고 불공정하게 대우받는 것을 의미한다.

3.1.3 간호학 및 보건의학에서의 건강 불평등

간호학에서의 건강 불평등은 국제간호사 협회 및 국외 간호학 논문 등에서 문헌고찰해 볼 수 있었다.

국제 간호사 협회는 고소득과 저소득 국가, 농촌과 도시 거주자 사이의 건강 상태 및 기대 수명에는 큰 차이가 있다고 하였다. 또한 보건 서비스에 접근하는 능력이 모든 사람의 건강, 복지 및 기대 수명을 향상시키는 데 기본 핵심이지만 이러한 기본 요구 사항을 달성하는 것은 비용, 의료 근접성, 정책뿐만 아니라 기타 여러 가지 요소에 의해 제한을 받는다는 것을 강조하였다[27].

Massey와 Durrheim은 간호학적 관점에서 소득 불평

등과 건강 상태 간의 연관성을 검토하였는데, 인간의 건강 상태는 소득 수준 및 소득 불평등간에 명백한 연관성이 있음을 발견하였고 소득이 낮은 사람들에게는 높은 사망률과 나쁜 건강 상태가 발생하며, 이는 소득에 따른 건강 불평등의 하나의 예라 제시하였다[28].

Lee와 Yoon은 사회·경제적 불평등은 건강 불평등을 초래하며 사람들이 만들어 가는 관계 속에서 형성되는 자연적인 결과라고 이야기 했다. 특히 건강 불평등을 하나의 집단과 다른 집단의 비교를 통하여 건강상태가 서로 다르게 나타나는 것이라고 표현하였으며, 개인의 소득, 교육, 직업 등에 따른 건강 불평등이며, 이는 나이, 유전적인 요인에 의한 해결할 수 없는 건강 불평등이 아닌, 해결 가능한 건강 불평등이라고 하였다[29].

Kwon, Lee와 Bac는 건강 불평등의 속성을 개인들이나 집단들 간의 건강상태의 차이, 건강에 대한 기본권의 침해, 불공평한 의료서비스 이용의 산물, 사회적 차별의 결과라고 표현하였다[11].

Yoon과 Kim은 도시와 농촌의 건강수준과 건강행태, 그리고 의료이용의 차이를 실증적으로 분석하였으며 농촌에서의 건강수준과 건강행태는 도시보다는 좋지 않게 나타났고, 지역 간 균형 있는 발전의 건강관련 정책은 매우 중요한 정책 과제라고 제안하였다[30].

한편, 국외 문헌의 Rozendo, Salas와 Cameron은 간호교육과정에 건강 불평등 교육에 대한 중요성을 강조하였다. 특히, 건강 불평등은 전 세계적으로 현 시대의 중요한 사안이 되는 도전 과제 중 하나로 간호교육자는 건강 불평등을 파악하고 개입하기 위해 간호교육과정을 변화시켜야 하며 건강 불평등 문제에 대응해야 한다고 주장하였다[31].

보건학에서는 건강 불평등을 개인적 수준으로는 극복하기 어려운 것이라고 표현하였다[8]. 특히 보건학에서는 건강 불평등을 소득계층 간 의료이용량의 격차, 의료서비스의 불균형으로 이루어진다고 진단하였으며, 건강 불평등을 일으키는 사회계층 지표들로 직업, 교육, 소득, 물질적 결핍, 노동조건, 거주지역의 차이들을 제시하였다[8,32]. 또한 건강 불평등을 인구집단들 사이 혹은 개인들 사이에서 나타날 수 있는 현상으로, 건강에 있어서 부당하고 불공정하게 대우를 받는 것으로 생물학적 개인의 건강차이나 격차가 아니라 사회, 경제적으로 건강이 불평형하며 불공정하게 제공됨을 의미한다고 하였다[32].

국외의 보건의학에서는 건강 불평등을 사회적, 경제적, 지리적으로 구분되는 인구집단들 사이에서 잠재적으로 개선 가능한 한 가지 이상의 건강측면에서 차이가 존재하는 상태라고 표현하였다[32,33].

한편, 보건의학은 건강 불평등은 불공정한 사회질서의 결과물이며, 자연적 현상이라기보다는 ‘불량한 사회정책, 불공정한 경제 질서의 결과물’로써 부정의의 결과물인 건강 불평등에 관심을 가지고 불평등을 개선하기 위해 노력하는 것이 중요하다고 말하고 있다. 또한 사회구조적 요인으로 인해 건강 불평등이 심화되는 상황을 줄이려는 국가적 노력은 사회발전은 물론, 인권적 차원에서라도 반드시 필요하다고 지적한다[8,33].

3.1.4 이론적 단계에서의 작업적 정의

인접 학문 분야와 간호학, 보건의학에서의 문헌고찰을 통해 얻은 건강 불평등을 크게 세 가지 차원으로 도출할 수 있었다.

첫째, 대상영역으로 건강 불평등을 받는 대상이다. 한 개인 또는 인구집단, 사회적, 경제적, 혹은 지리적으로 구분되는 인구집단, 또는 자신을 포함한 자신의 가족, 지역사회 전체가 이에 해당된다.

둘째, 선행영역은 건강 불평등을 일으키는 선행요인이다. 국가와 사회집단으로부터 불평등한 대우를 받거나, 사회경제적 지위, 사회계층에 따른 불평등, 지리적 요인에 따른 사회적 차별이 이에 해당된다.

셋째, 결과영역으로 선행요인에 의해 건강 불평등의 결과로 나타날 수 있는 영역이다. 선행요인에 의해 결국 만성질환 이환, 낮은 삶의 질, 높은 사망률이 있다.

즉, 이론적 단계에서 건강 불평등의 잠정적 정의는 사회적, 경제적, 혹은 지리적으로 구분되는 개인, 또는 가족, 지역사회와 같은 인구집단이 소득, 교육, 직업, 지리적 요소에 따라 불공정·불평등한 대우로 건강에 대한 인간의 기본권의 침해로 받게 되어 결과적으로 만성질환 이환, 개인의 주관적 건강상태, 삶의 질, 사망률에 영향을 미치게 되는 것을 의미한다.

3.2 현장 연구 단계

현장 연구 단계에서는 이론적 단계에서의 선행영역 차원, 결과영역 차원의 구체적인 속성을 도출할 수 있었다.

3.2.1 선행 영역

선행영역은 건강 불평등에 원인이 되는 영역으로 본 연구에서는 경제적, 지리적, 지식적, 직업적 건강 불평등으로 카테고리를 나누었으며, 각 카테고리별 병원에서의 홀대받음, 떼우는 끼니, 일을 할 수 밖에 없는 현실, 질병 관리의 의료비 부담, 지역 간 의료의 질적 차이, 질병에 대한 지식부족, 묶여있는 시간으로 인한 부적절한 건강 관리가 속성으로 나타났다.

선행영역 1. 경제적 건강 불평등

1) 병원에서의 홀대 받음

병원에서의 홀대 받음은 경제적 차이가 난다는 이유로 병원에서의 홀대를 나타낸다. 참여자들은 기초생활수급자, 급여1종의 혜택을 받고 있는 것이 주홍글씨가 되어 병원에서의 홀대를 받는 것 같다는 느낌이 든다고 표현하였다.

“우리가 6인실로 가려고 신청을 했는데 3일을 응급실 바닥에서 잤어요 병실이 없다는 이유로 그런데 누가 가르쳐 주더라고 2인실에서 하룻밤만 자면 6인실로 바로 갈 수 있다고 이야기 듣고 2인실 가겠다고 했지요 하룻밤 2인실에서 묵고 그 다음날 6인실로 바로 올라갔어요 2인실 하루 자니까 병실비가 하루 40만원이더라고 하룻밤 자는 게 40만원. (중략) 원래 우리는 기초생활 수급자라서 6인실을 가면 돈을 안내요 돈이 안되는 사람이 오니깐 병원에서 그러는 거지.... (중략) 병원의 횡포를 없애야 돼요 병실이 나면 무조건 들어갈 수 있게끔 해줘야 돼. 사람 차별 하지 말고 똑같이 해줘야 돼(참여자 4).”

“우리 올케 언니 같은 경우는 기초생활 수급자라서 나라에서 혜택이 주어져요 그런데 병원에서 차별 하더라고요. 병원에서는 아무리 안 그러다고 하더라도 기초생활수급자들을 홀대 하는 것 같은 느낌이 들죠 무슨 주홍글씨도 아니고 확실히 소득이 낮거나 영세민들한테는 불친절한건 맞아요(참여자 6).”

“급여1종들은 병원에서 많이 안 좋아한대요 서울시 은평의 마을이라고 있는데, 이곳이 가톨릭 제단에서 운영하는 급여 1종이며, 보호자 없는 남자들만 사는 마을 이에요 (중략) 응급상황인 환자가 병원에 가게 됐는데 주변에 있는 병원에서는 급여 1종인 환자를 안 받겠다고

하더라구요. 그래서 응급실 차안에서 그 환자 CPR하면서 서울 의료원까지 왔구요. 아무리 급여 1종이더라도 응급상황은 처치하고 서울 의료원으로 보내던가. 그런데 그게 안된데요. 돈이 안되니까 그런 것 같아요. 나랏돈으로 치료하다보니까. 비싼 치료는 안되니까 병원에서 그런 환자들을 안받게 되죠(참여자 12).”

2) 때우는 끼니

때우는 끼니는 경제적인 이유로 기본적인 건강관리가 제대로 되지 않는 것을 나타낸다. 즉, 경제적으로 어려운 현실이 기본적인 식생활에도 영향을 미치게 됨을 의미한다.

“국가에서 생활비로 나오는 돈은 54만 얼마 정도 되요. 그 중 세금 나가고 뭐하고 하다보면 30만원 가지고 생활해요. 옆에 있는 할머니는 저보고 맨날 그래요. 먹을 것도 안 사먹는다고 (중략) 반찬은 뭐 김치에다가 잘 안해 먹어요. 돈도 없는데 대충 먹어요(참여자 2).”

3) 일을 할 수 밖에 없는 현실

일을 할 수 밖에 없는 현실은 경제적 어려움으로 인하여 아픈데도 불구하고 생계유지를 위해서 일을 해야만 하는 현실을 나타낸다. 참여자들은 아파도 내 맘대로 설 수가 없고, 치료받은 후에도 바로 일을 했다고 표현하였다.

“일이 많이 힘들어요. 내 체력에 많이 힘들지. 몸에 부치지, 힘든데 안할 수는 없어요. 얘기하면 자꾸 눈물이 나가지고. 나는 치료받고 바로 일했어요. 살기 바쁘는데 틈이 있나. 돈을 벌어야 하니까(참여자 8).”

“경제적으로 어려운 분들은 일을 안하실수가 없으세요. 왜냐하면 그들은 일이 생계수단이시니까요 (중략) 퇴행성관절염 환자분들은 무리하게 일을 하지 않으셔야 되는데, 그들은 생계수단이기 때문에 삶을 살기 위해 일을 하게 되죠(참여자 11).”

4) 질병관리의 의료비 부담

질병관리의 의료비 부담은 경제적인 어려움으로 인하여 의료비에 대한 부담을 느껴 질병관리가 제대로 이루어지지 않음을 나타낸다. 참여자들은 의료비 부담으로

제대로 된 검사와 치료가 불가능하고 꼭 받아야 할 시술, 수술을 고민하여 뒤로 미루거나 받지 않는 모습을 나타낸다. 더불어 치료에만 매달려 있으면 일을 하지 못하게 되고 생활비를 벌 수 없으니 치료를 포기하는 모습도 나타낸다. 한 참여자는 의료비 부담뿐만 아니라 치료를 위해 병원을 이용하는 교통비 등의 간접비용에도 많은 부담이 든다고 표현하였다.

“큰 병원이야 검사도 잘해주고 시설도 좋죠. 그렇지만 거기는 돈이 많이 들잖아. 의료비가 배 들어요. 저는 그래서 검사 안했어요. 저는 거기서 치료, 검사 안해요. 그냥 약만 타먹죠(참여자2).”

“검사비가 부담되셔서 병원에 안 가시는 분들도 많으십니다. CT, MRI 검사비가 만만치 않아 검사를 포기하고 집에 돌아오시는 분들도 있으시죠. (중략) 여기 주민들은 노인분들이 대부분이시고 농사일을 많이 하셔서 그런지 많은 분들이 퇴행성 관절염 약을 처방 받으세요. 그런데 작은 이 읍에서도 주민들 간의 격차가 많이 납니다. 넉넉하신 주민들은 치료에 만족할 만큼 약을 충분히 처방 받으시는 것에 비해 상대적으로 그게 어려우신 주민들은 치료효과에도 못 미칠 만큼 적은 양의 약을 처방 받으십니다. (중략) 약을 아무 걱정 없이 처방받아서 드시는 환자분과 돈 때문에 부담스러워 하시는 것과는 다르죠.... 없는 살림에서 내는 느낌과 넉넉한 살림에서 내는 느낌은 많이 다릅니다. 만성질환자들의 약값은 마치 공과금과 같거든요. 환자들에게 있어서 한 달 혹은 두 달 만에 정기적으로 지출하는 돈이라서 생각보다 부담스러운 돈이거든요(참여자 11).”

“폐지 주우시는 일반외과 환자분이 계세요. 유방 CT를 받아야 되는 분이시죠. 동네 축제날이 검사받으시는 날인데 박스(폐지)가 많이 나오는 날이라 검사 받는 게 안된다고 하시더라구요. (중략) 이번달 생활비도 초음파 비용으로 다 쓰셨다고 하시고 왔다갔다 차비에다가 다음달도 안되신다고 하셔서 9월달로 예약하셨어요. 검사를 빨리 받으셔야 되는데 생계비 때문에 검사 할 생각이 아예 못하시죠. (중략) 어떤 분들은 암으로 진단 받으셔도 아무리 국가에서 95%지원을 해준다고 해도 치료를 안받으세요. 돈이 없으시면 병원비만의 문제가 아니라 생활비의 문제도 있으니깐 치료를 포기하시는 거죠.

Chemo(화학적치료)를 해야 하는 분들도 Chemo(화학적 치료) 포기하시죠 치료 안하세요 생활비 때문에(참여자 13).”

“예전에 있던 병동에는 주로 수술을 많이 하는 병동이었어요 인공관절대치술 같은 경우는 비용이 몇 백이 나오기도 하죠 이 때, 치료비를 벌 돈이 없으셔서 사회사업과와 연계를 해주죠 그런데 이게 또 사회사업과에서는 이런 사람들에게 혜택을 줄 수 있는 게 한 사람당 평생 3번 정도로 제한을 두는 제도가 있더라고요 환자분들은 신중하게 생각하세요 내가 평생 살면서 큰돈 들여가지고 병원비 보낼게 3번인데, 인공관절대치술을 3번의 혜택 중 한번으로 써야할지 말아야 할지에 대해서요 간호사들에게 물어보는 경우도 많으세요(참여자 14).”

“병원비도 그렇고 약 타다 먹는 것도 그렇고 나 같은 경우는 중증환자니까 보험처리가 되는데 병원 왔다 갔다 하는 교통비가 많이 들지. 그래서 되도록이면 많이 안 가려고 해요 조금만 몸이 이상해도 좀 참았다가 약 타러 갈 때 가서 물어봐야지 한다니까. 그러니 제대로 치료가 될 리가 있나(참여자 11).”

선행영역 2. 지리적 건강 불평등

1) 지역 간 의료의 질적 차이

지역 간 의료의 질적 차이는 지역 간에 나타나는 건강 불평등을 의미한다. 참여자들은 소도시와 중소도시에서의 의료시설, 의료진의 질적 수준에 차이가 있다고 표현하였다. 한 명의 참여자는 소도시에 있는 병원은 노인들이 많고, 젊은 사람들이 많이 없다고 했는데 이는 젊은 사람들이 지역적으로 의료의 질적 차이를 인지하여 나타나는 현상이라 표현하였다.

“2014년도 7월에 건강검진을 했었어요 유방 촬영에서 아무 이상 없음으로 나왔는데 그해 11월에 손에 구슬 만한 종양이 손에 잡혀 서울로 급하게 조직검사와 유방 촬영을 했고 유방암으로 나와 너무 황당하고 어이없는 일을 당했어요 (중략) 이 지역에서의 지역 간의 의료시설, 의사의 오진을 확실히 느낄 수 있었습니다. 서울에서 했을 때 의사들의 세밀한 판독과 의료진들의 전문성의 신뢰가 있습니다. 그 이유는 지역 차, 내지는 지역에 편

성된 의료진의 전문성 부족이라 생각합니다(참여자 1).”

“지역 간에 틀리죠 이곳에 있는 병원은 좀 작고 큰 도시에 있는 병원은 크잖아. 거기는 없는게 없잖아. 검사도 잘해주고 시설도 좋죠(참여자 2).”

“여기는 지방병원이니까 사실 노인분들이 너무 많으세요 젊은 사람들은 다 서울로 가세요 젊은 사람들이 만약 암으로 진단 받으면 치료는 다 서울에서 받으시더라고요(참여자 13).”

선행영역 3. 지식적 건강 불평등

1) 질병의 지식부족

질병의 지식부족은 자신의 질병에 대한 지식이 부족함을 나타낸다. 참여자들은 지식이 부족하여 기본적인 질병관리가 되지 않았으며, 질병관리를 왜 해야 하는지에 대하여 인식하지 못한 채 의료진의 의견만 따른다고 표현하였다.

“의료적인 지식이 부족하신 분들은 약은 그냥 먹고 싶을 때 먹어도 되고 끊고 싶을 때 끊어도 된다고 생각하십니다. 자기 몸이 괜찮으면 끊어도 된다고 생각하시죠 이야기를 계속하는데도 이행을 안 하세요 이유는 환자분들이 잘 모르시니, 단순하게 생각하셔서 그러신 것 같아요 당뇨약과 고혈압약은 꾸준히 드셔야 된다는 것의 중요성을 모르시죠 자가 관리가 안되세요 복약지도를 잘 안따릅니다. 정기적으로 먹어야 된다는 중요성을 받아들이는 것이 지식수준에 따라 다른 것 같아요(참여자 11).”

“병원은 그냥 쫓아 다니기만 하죠 새벽에도 뛰고 늘 대학병원 다니면서 뇌 사진 찍었는데 의사가 뭐라 뭐라 하는데 내가 알아듣지를 못하니 그냥 하라는 대로 하지 뭐(참여자 9).”

“글을 모르시는 환자분 한분이 계시요 검사 받으러 오신분이신데 언제 검사를 한다고 하면 글을 모르시니 날짜를 외워서 다니시죠 몇월 몇일 몇시, 그런데 외운다는게 한계가 있으셔서 항상 시간에 안 맞게 오세요 예를 들면 3시까지 오시라고 하면 그런 거 무시하고 병원에 12시에 도착하셔서 계속 병원에서 기다리시죠 (중략) 또 지식이 약간 떨어지시는 분들도 계시요 보호자도 마

찬가지고 오셔서 뛰다 는 보릿자루처럼 왔다갔다만 하 시고 잘 못 알아들으시죠 의료인으로선 알아들으셨을까 못알아들으셨을까 계속 생각하게 되죠 약복용에 대해서 도 반복해서 설명해 드리고(참여자 13).”

선행영역 4. 직업적 건강 불평등

1) 묶여있는 시간으로 인한 부적절한 건강관리

묶여있는 시간으로 인한 부적절한 건강관리는 직업 적인 이유로 나타나는 건강 불평등을 의미한다. 본 연구 의 참여자들의 직업은 자영업으로 한정되어 있다. 자영 업자들은 항상 일에 묶여있다 보니 규칙적인 식사가 되 지 않고 운동할 시간도 없다고 표현 하였다. 한 참여자는 자영업이라 손님을 대하는 것도 스트레스가 크다고 표현 하였으며 묶여있는 시간으로 인해 스트레스를 풀 수 있 는 것도 마땅치 않다고 표현하였다.

(식사를 하면서) “이것도 진수성찬, 바빠서 이정도도 괜찮은 편이에요 운동도 마찬가지로 저녁에 집에 가 면 아무 생각이 없고 지쳐서 운동은 아예 못하죠 보통은 10시에 퇴근해요 근무는 12시간 한다고 보면 되고 일 거리가 많으면 집에 가지고 가서 하고 이 일을 하루에 잠자는 시간 외에는 계속 붙잡고 있으니 아무 여윌이 없 어요 계속 이 생활이 악순환 되는 거죠(참여자 5).”

“아침 겸 점심 겸 먹어요 잘 못 챙겨먹어요 일이 바 빠서 그냥 대충 먹어요 아까 떡집에서 송편 먹으라고 해 서 몇 개 먹은 게 다예요 배고프면 먹고 아니면 말고 (중략) 운동은 따로 하는 건 없어요 시간도 안되고 내가 여유가 없으니 운동을 못하죠... 늦게 들어가니까 집에 가면 자야 되니까.. 그렇다고 잠을 폭자는 것도 아니고 중간 중간 자주 깨죠 또 일 때문에 약도 제대로 제 시간 에 못 챙겨 먹어요(참여자 7).”

“누가 챙겨 주면 먹고 안주면 안 먹고 그렇죠 내가 원하는 삶은 아니에요 운동도 못하고 이곳에 매여있고 손님 대하는 것도 힘들고 그러니 정신적으로 스트레스 를 많이 받아요 비즈니스를 통해서 스트레스를 풀어야 하는데.. 나는 여행도 좋아하고 산도 좋아하는데, 그런 일은 가게 때문에 전혀 못하고 있죠(참여자 10).”

3.2.1 결과 영역

결과 영역은 건강 불평등의 결과가 되는 영역으로 본 연구에서는 병을 얻거나 병을 키움, 생존률 감소, 삶의 질 감소로 속성이 나타났다.

1) 병을 얻거나, 병을 키움

병을 얻거나, 병을 키움은 건강 불평등 결과 영역의 속성 중 하나로 나타났다.

병을 얻거나, 병을 키우게 되는 속성은 참여자들이 몸 에 이상이 생겼을 때 건강 불평등과 관련된 여러 이유들 로 제 때 병원에 오지를 못하게 되고 병원에 가야할 시 기를 놓쳐 병을 키워서 오게 됨을 의미한다.

“병을 얻게 되거나 키우게 되죠 외지에서 살다보면 혼자 사는 분들이 대부분이거든요 지역적으로 병원과 멀리 떨어져 있고 오가는 비용이며 치료비며 돈도 많이 들고 홀로 있는 할머니, 할아버지들이 많으신데 누군가 데려다 줄 사람도 없고... 그러다보니 외래 팔로업이 늦 어지고 결과적으로 병을 키워서들 오시더라고요(참여자 14).”

“돈이 없다 보니까 검사 받을 돈도 없고 결과적으로 몸에 이상이 생겼을 때 병원에 가야 할 시기를 놓쳐 심 각한 상황까지 가게 되신 주민들도 많습니다(참여자 11).”

2) 생존률 감소

생존률 감소는 건강 불평등의 결과 영역 속성 중 하나 로 나타났다. 특히, 생존률 감소는 중증질환으로 가면 갈 수록 치료비, 검사비의 불평등으로 차이가 더 커진다고 하였다.

“건강 불평등으로 가장 심하게 올 수 있는 것은 중증 질환으로 가면 갈수록 생존률이 감소되는거죠 적나라하 게 나타납니다. 중증질환의 치료비는 감당할 수가 없죠 검사비도 많이 비싸구요 예를 들면 경제적으로 여유가 있는 사람들은 검사 받고 싶은 것도 자유롭게 받고 처방 받는 것도 선택의 폭이 넓죠 적절하게 검사받고 적절하 게 치료받으면 생존률은 당연히 높아지는 거구요(참여자 11).”

3) 삶의 질 감소

삶의 질 감소는 건강 불평등의 결과 영역 속성 중 하나로 나타났다. 한 참여자는 건강 불평등으로 인하여 개인의 삶의 질에 영향을 미치게 되며 이는 개인을 둘러싼 가족의 삶의 질까지 영향을 미치게 된다고 표현하였다.

“삶의 질이 낮아진다고 생각해요. 한 사람 개인에게 뿐만이 아니라 가족들에게도 악순환을 끼치게 되는 것 같아요. 건강 불평등으로 결국에는 개인에게 좋지 않은 영향을 미치게 되고, 이러한 영향은 가족들에게도 문제를 일으키죠. 한사람으로 인해 가족들의 삶의 질도 나빠지게 되는 거죠(참여자 12).”

“약 값을 벌기 위해 삶의 질이 제한되는 경우가 있습니다. 의료적인 측면과 건강적인 측면에서. 이러한 문제는 당연히 국가적으로 해결되어야 하는 건데.. 몸이 아플 때 약을 받거나, 아니면 검사를 해야 되는 건 기본적으로 해결이 되어야 하는 건데 쉽지 않은 것 같아요(참여자 11).”

3.3 최종 분석 단계

최종 분석단계에서는 문헌분석 자료와 현장 조사 결과를 종합적으로 분석하여 건강 불평등의 차원과 속성을 규명하였다.

3.3.1 건강 불평등의 차원과 속성

건강 불평등의 차원은 대상영역, 선행영역, 결과영역으로 나눌 수 있다. 대상영역은 건강 불평등을 받는 대상을 말하며, 한 개인, 가족, 지역사회 또는 사회적, 경제적, 지리적으로 구분되는 인구집단이라는 속성을 가진다. 선행영역은 경제적 건강 불평등의 속성으로 건강에 있어서 부당하고 불공정한 대우로 나타나는 병원에서의 홀대받음, 의료이용량의 격차로 나타나는 질병관리의 의료비 부담, 경제적 원인이 개인의 건강행동감소로 나타나는 때우는 끼니, 소득에 따른 건강 불평등으로 일을 계속 할 수 밖에 없는 현실로 나타났다. 지리적 건강 불평등의 속성으로는 지역간 의료의 질적차이로 나타났으며, 지식적 건강 불평등의 속성으로 질병의 지식부족, 마지막 직업적 건강 불평등의 속성인 직업의 특성에 따른 묶여있는 시간으로 인한 부적절한 건강관리가 나타났다. 결과 영역의 속성으로는 병을 얻거나, 병을 키움, 생존률 감소, 삶의 질 감소로 나타났다.

3.3.2 건강 불평등의 정의

이론적 단계와 현장 연구 단계에서 파악된 속성을 토대로 건강 불평등의 개념을 정의하면 한 개인, 가족, 지역사회 또는 사회적, 경제적, 지리적으로 구분되는 인구집단은 경제적 건강 불평등으로 병원에서의 홀대받음, 일을 할 수 밖에 없는 현실, 때우는 끼니, 질병관리의 의료비 부담, 지리적 건강 불평등으로 지역간 의료의 질적 차이, 지식적 건강 불평등으로 질병의 지식부족, 직업적

Table 1. The Characteristics of Participants

(N=14)

Participants	Gender/ Age	Education	Location	Economic status	Job
Common people group					
1	F/60	Above university	Small town	Middle	Teacher
2	F/44	elementary school	Small town	Low	Unworkingness
3	F/58	High school	Small town	Low	An insurance company employee
4	F/58	High school	Small town	Low	An insurance company employee
5	F/43	elementary school	Small town	Low	Dry laundry management
6	F/58	elementary school	Small town	Low	Clothing management
7	F/56	elementary school	Small town	Low	A junkman
8	F/66	elementary school	Small town	Low	A corn retailer
9	F/65	elementary school	Small town	Low	Unworkingness
10	M/59	university	Small town	High	Jeweler's shop management
Expert group					
11	M/31	university	Township	Middle	Doctor
12	F/27	university	big city	Middle	Nurse
13	F/40	Above university	city	Middle	Nurse
14	F/37	Above university	city	Middle	Nurse

Table 2. The Dimensions and Attributes of Health Inequalities

Dimensions		Attributes
Target domain (Target of suffer from health inequalities)		Individuals, Families, Communities, Socio-economic, or Geographically distinct demographic groups
Precede domain (Causes of Health Inequality)	Precede domain1. Health Inequalities of Economic	A poor treatment from a hospital Irregular meals Desperate need for a work(for money) Expensive medical care costs
	Precede domain2. Health Inequalities of Geographic	Qualitative difference in medical care by regional groups
	Precede domain3. Health Inequalities of Intellectual	The lack of knowledge on disease
	Precede domain4. Health Inequalities of Occupation	The inadequate health care because of tied time.
Result domain (Results of Health Inequality)		Aggravation of a disease Reduction of the survival rate Loss of quality of life

건강 불평등으로 묶여있는 시간으로 인한 부적절한 건강 관리로 인하여 병을 얻게 되거나, 병을 키우게 되며, 수명과 삶의 질이 감소하여 결과적으로 인간의 기본권이 침해되는 것을 의미한다. 본 연구 결과에서 제시된 차원과 속성을 통합·분석하여 도출된 ‘건강 불평등’에 대한 최종적인 지표는 Table 2와 같다.

4. 논의

본 연구는 건강 불평등의 개념을 분석하여 그 속성의 이해를 도모하기 위하여 Schwartz-Barcott와 Kim의 분석방법에 따랐으며, 이론적 기록과 대상자의 면담내용을 통한 현장기록에서 주요 영역을 찾아내어 개념의 차원, 속성을 분석하였다[13,16].

본 연구는 건강 불평등의 차원으로 대상영역을 도출하였다. 대상영역은 건강 불평등을 받는 대상을 나타내며, 개인 또는 사회적, 경제적, 혹은 지리적으로 구분되는 인구집단, 자신을 포함한 자신의 가족, 지역사회 전체가 이에 해당된다.

건강은 인간의 가장 원초적인 욕구이며 기본적인 권리이자 모든 국민들에게 균등하게 보장되어야 한다고 헌법은 명시한다[1]. 즉, 모든 국민들을 대상으로 보장받아야 하며, 같은 맥락에서 건강 불평등은 국민 개인에게 적용 되고 개인의 건강 불평등은 가족에게도 영향을 미치므로 개인과 가족 모두가 건강 불평등을 받는 대상이 된

다. 또한 건강 불평등은 사회 경제적, 교육적 수준, 직업군에 따라 다르게 나타나므로[25] 분류에 따른 인구집단이 건강 불평등의 대상이 되며, 지리적 특성에 따라서도 다르게 나타나므로 지역사회 또한 건강 불평등의 대상이 된다. 따라서 건강 불평등을 받게 되는 대상을 개인, 가족, 인구집단, 지역사회 전체로 나누어 설명 될 수 있다.

본 연구는 건강 불평등의 선행영역으로 경제적 건강 불평등, 지리적 건강 불평등, 지식적 건강불평등, 직업적 건강 불평등으로 카테고리를 나누었으며, 각각의 카테고리 별 속성을 도출하였다.

경제적 건강 불평등은 경제적인 이유로 나타나는 건강 불평등을 의미한다. 본 연구에서는 경제적인 이유로 병원에서 홀대 받거나, 식생활의 불균형으로 때우는 끼니가 되거나, 의료비 부담으로 질병을 제대로 치료받지 못하거나, 아픈 와중에도 생활비 마련으로 쉴 수가 없어 결과적으로 건강관리가 제대로 이루어지지 못하는 속성을 도출 하였으며 이러한 결과는 영국에서 출판된 Black Report와 같은 결과를 보여주고 있다. Black Report는 건강 불평등의 가장 중요한 변수를 수입이라 하였다. 또한 경제적인 안정성이 개인의 건강을 좌우하는 중요한 지표라 설명하며 경제적으로 낮은 지위에 놓여있는 집단은 건강상태를 악화시키고, 삶의 질을 떨어뜨린다고 보고하였다[34]. Lee와 Yoon의 연구에서는 소득이 높은 사람일수록 건강상태가 좋다는 결론을 냈으며, 소득이 높을 경우, 높은 소득으로 건강을 향상시키거나 질병을 치료하는 물품과 서비스를 많이 구매하고 이용함으로써 건

간에 이로온 효과를 발생시키게 된다고 하였다. 즉, 소득이 낮으면 건강과 관련된 물품과 서비스의 구매가 제한적으로 나타나 결과적으로 경제적 건강불평등을 일으키게 된다고 설명하였다[29].

한편, 본 연구는 경제적인 이유로 병원에서 홀대받게 되는 속성을 도출하였다. 이는 경제적인 여건이 좋지 않다는 이유만으로 건강서비스에 부당하고 불공정하게 대우를 받아 의료서비스가 불공정하게 제공되는 것을 말한다. 보건의학에서는 이러한 상황을 경제적 차별과 관련된 건강불평등의 사회적 현상으로 언급하였으며[32], 건강과 관련된 ‘불량한 사회정책, 불공정한 경제 질서의 결과물로서 경제적 건강 불평등이라 표현하였다[8]. 물론, 현대에는 경제적 차별 대우가 많이 사라졌지만, 본 연구 결과에서 나타난 바와 같이 여전히 경제적 차별 대우가 도사리고 있으며 이러한 결과는 불량한 사회정책인 경제적인 지위로 평가 받는 차별적 인식을 없애야 함을 시사한다. 즉, 불공정한 건강 불평등을 개선하기 위해 개인의 인식 변화는 물론 사회의 구조적 개혁과 인권적 차원에서 국가적으로 해결해야 할 과제이다.

지리적 건강 불평등은 지역 간에 나타나는 건강불평등을 의미하며, 지역 간 의료의 질적 차이를 나타낸다.

건강수준의 지역 격차는 건강수준을 결정하는 개인의 특성이 지역적으로 다르게 분포함으로써 나타나는 구성효과와 개인의 특성으로 설명할 수 없는 지역의 의료 서비스 영향력의 차이로 나타나는 맥락효과로 나뉜다[33]. 본 연구의 경우 개인의 특성보다는 지역 간 의료의 질적 수준 차이가 지역 주민의 건강에 영향을 미치므로 지역 의료서비스의 역량을 보는 맥락효과와 연관 지어 설명될 수 있다. 즉, 지리적 위치는 그 자체가 독립적으로 건강에 영향을 미치는 요인이라기보다는 지역적 의료서비스의 역량이 개인의 의료서비스에 영향을 미쳐 결과적으로 건강수준의 차이를 만드는 것이다. 이러한 결과는 Hayward, Pienta와 McLaughlin의 연구에서 농촌의 사망률이 교육수준, 소득과 같은 사회경제적 요인을 모두 통제된 후에도 도시에 비해 유의하게 낮게 나타난 결과와 일치한다[35]. 또한 Lee의 연구에서 농어촌 지역의 경우 도시지역보다 주관적 건강인식이 나쁘다고 나타난 결과와 비슷한 결과이다[24]. 이는 지역사회 의료자원의 결핍, 지역사회 건강지원체계의 부실, 도시와 농촌 간 의료차원의 격차로 인하여 질 높은 의료서비스의 이용이 어렵고 질환의 치료율이 낮아져, 결과적으로 건강상태의

차이를 가져오게 되는 것으로 사료된다[21]. 따라서 지역사회는 의료관련 인프라를 발전시키며 더불어 지역사회 건강 관련 공적 자원을 조직화하는 시스템을 구축해야 할 것이다[36].

지식적 건강 불평등은 지식부족으로 인한 건강불평등으로 자신의 질병에 대한 지식이 부족함을 나타낸다. 이러한 결과는 Lee와 Yoon의 연구에서 자가 건강 평가에 영향을 주는 요인으로 지식수준이라고 한 결과와 같은 맥락이다. 특히, Lee와 Yoon의 연구에서는 자신의 지식수준을 자가 건강평가에 영향을 가장 많이 미치는 요인으로 평가하였는데, 이는 교육을 많이 받거나 지식이 높은 수준에 있는 사람일수록 건강에 관한 일반적인 지식, 의료이용에 관한 접근의 수월성, 상대적으로 유리한 의사-환자 관계가 형성되는 등 궁극적으로 건강에 도움이 되는 자원을 더 많이 누릴 수 있게 되는 조건에 노출되기 때문이라 보고하였다[29,35].

한편, 본 연구의 참여자들은 지식적인 면에서 질병관리를 왜 해야 하는지에 대한 인식 자체가 낮음을 알 수 있었다. 이는 환자 스스로의 건강관리가 이루어 질 수 있도록 개인별 지식 수준에 맞는 건강관리의 필요성을 인식시키는 교육이 우선적으로 시행되어야 함을 시사한다. 더불어 정부차원에서 건강증진을 위한 건강생활 실천과 같은 개인 중심의 건강증진 교육이 이루어져야 할 것이다.

직업적 건강 불평등은 직업적인 이유로 나타나는 건강 불평등을 의미한다. 본 연구는 참여자들의 직업을 자영업으로 한정하여 조사하였다. 그들은 항상 자신의 일에 얽매어 있으며 노동강도와 노동시간이 다른 직업군에 비해 좋지 않아 결과적으로 노동조건이 건강에 나쁜 영향을 미치는 것을 발견할 수 있었다. 또한 서비스업에 종사하는 본 연구 참여자들은 다른 직업군들보다 손님 상대에 대한 감정노동에 시달리고 있음을 발견하였다. 즉, 서비스업에 종사하는 직업군에게는 국가적 노동조건외 법적규제를 통해 여유 시간 확보가 강제적으로 마련되어야 할 것이며 직업특성에 따른 감정노동 스트레스를 대응할 수 있는 대처 자원이나 사회적 지원을 확보하는 것이 필요할 것으로 사료된다[37].

한편, 본 연구의 경우 직업군으로 자영업자들이나 서비스종사자들만을 대상으로 그들의 건강 불평등을 조사하였기에 전체 직업군에 대한 건강 불평등은 반영하지 못한 제한점이 있다. 따라서 추후 연구에는 다양한 직업

군의 특성에 따른 건강 불평등에 대한 연구가 이루어져 각 직업적 특성에 따른 건강 불평등의 속성을 제시해야 할 것이다.

본 연구는 건강 불평등의 결과 영역으로 병을 얻거나 병을 키움, 생존률 감소, 삶의 질 감소를 속성으로 도출하였다.

국내 사회학에서는 교육수준, 직업, 소득을 중심으로 사회경제적 지위의 불평등 구조를 규명하여 연구해왔으며 사회적 불평등의 결과는 사망률의 증가라 이야기 하고 있다[24,35] 인구학, 보건학에서도 사회적 불평등의 결과는 사망률을 증가시키며 이는 건강 불평등의 결과를 말하는 중요한 지표이고[35], 경제적, 사회적 지위가 만성질환 이환률, 주관적 건강상태, 삶의 질과 같은 건강 불평등 관련 요소에 영향을 미친다고 하였다[24]. 즉, 사회 경제적 지위와 교육수준이 낮은 집단, 지리적으로 소도시나, 농어촌 지역에 살고 있는 집단은 현재의 보건의료기술로 해결할 수 있는 문제임에도 불구하고 의료비 부담 및 부적절한 건강관리, 지역사회 의료자원의 역량 부족 등의 여러 요인으로부터 건강 불평등의 제한을 받고 있으며[2], 이러한 결과는 수명의 단축, 삶의 질 감소, 병을 얻거나 병을 키우게 되는 등의 부작용을 양산하게 된다[11]. 따라서 우리는 건강 불평등의 원인을 탐색하고 이를 줄이기 위한 대책 마련이 중요하게 이루어져야 할 것이다. 구체적으로 사회경제적 취약 계층에 있는 사람들에게는 국가 차원에서의 균등한 건강증진 정책이 될 수 있는 시스템 마련이 필요할 것이며, 의료서비스의 접근성 제한이나 거주 지역의 차이로 건강 불평등을 겪고 있는 사람들에게는 국가나 지역사회 차원의 지역사회 의료의 질을 높이거나, 지역사회 의료역량강화가 이루어져야 할 것이다. 더불어 교육적 측면에서도 국민의 건강 증진을 위한 보건교육, 건강생활 실천과 같은 개인 중심의 교육이 필요할 것이다.

간호학적으로도 개인, 가족, 지역사회 등의 인원이 존중될 수 있는 환경 조성에 힘써야 할 것이다. 간호협회 등을 포함한 간호인들은 의료인에 입장에서 취약계층의 건강 요구를 지지해야 하는 옹호자로서의 사회적 책무를 가져야 할 것이며, 불평등이 없는 안전하고 건강한 환경을 만드는 데 앞장서야 할 것이다. 더불어 모든 환자들에게 형평성을 높이기 위한 질 높은 간호를 수행할 수 있도록 충분히 훈련받고 교육받아야 할 것이며, 이를 위해 간호교육자들은 건강 불평등을 파악하고 개입하기 위한 건강

불평등 교육 관련 커리큘럼을 개설하여 건강 불평등 문제에 대응해야 할 것이다[27].

5. 결론 및 제언

본 연구는 혼종 모형(Hybrid model)을 이용한 건강 불평등의 개념분석을 통하여 우리나라 현 시점의 건강 불평등을 인식하고 이해함에 있어 의의가 있다. 특히 간호학, 보건의학적 관점에서 건강 불평등을 해결하기 위한 분석이 본 연구의 중요한 논의로 사료된다. 그러나 여전히 간호학, 보건의학적 관점에서의 건강 불평등 연구는 부족한 현실이므로 향후 본 연구에서 밝혀진 속성을 토대로 간호, 보건의학영역 내에서의 건강 불평등이나 형평성에 대한 노력과 연구의 활성화가 지속되어야 할 것이다. 한편, 다양한 직업군을 확보하여 다양한 관점에서의 건강 불평등의 분석이 이루어져야 할 것이다. 또한 일반인 집단과 전문인 집단으로 나누어 현장 연구 단계의 조사가 이루어졌는데, 다양한 보건 의료 전문인 집단을 통한 현장연구가 이루어질 필요가 있으며, 또는 전문인 집단 중 한 분야의 집단을 구성하여 집단의 특성이 드러나도록 심층적으로 파악한 연구가 이루어지길 제언한다.

References

- [1] J. K. Kim, "Equity in Health Levels and Health Care Utilization of Elderly People in Korea", *Social Science Research Review*, vol. 27, no. 2, pp. 65-87, 2012.
- [2] Y. J. Lee, S. Y. Kim, "A equity in the co-payment and utilization of national health insurance by income class", *Social Welfare Policy*, vol. 24, pp. 173-199, 2006.
- [3] P. Braveman, S. Gruskin, "Defining equity in health", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, no. 4, pp. 254-258, 2003.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
- [4] M. Norbury, SW. Mercer, J. Gillies, J. Furler, GC. Watt, "Time to care: Tackling health inequalities through primary care", *Family Practice*, vol. 28, no. 1, pp. 1-3, 2011.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmj118>
- [5] D. Rainham, "Do differences in health make a difference? A review for health policymakers", *Health Policy*, vol. 84, no. 2, pp. 123-132, 2007.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.05.003>
- [6] C. Y. Kim, "Public Health Policy and Health Equity", *Journal of Korean Health Policy & Administration*, vol.

- 26, no. 4, pp. 256-264, 2011.
DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2016.26.4.256>
- [7] H. Y. Kim, "Community inequalities in health: The contextual effect of social capital", *Korean Journal of Sociology*. vol. 44, no. 2, pp. 59-92, 2010.
- [8] C. G. Lee, *Tracking, health inequalities in Korea*, Seoul: Mim, 2007.
- [9] Ministry of Health and Welfare. *The 3rd Health Plan (2011-2020)*. Seoul: Author, 2011.
- [10] H. H. Lee, "A study on structures of the Koreans' Health Inequality", *Journal of Korean Association for public management*, vol. 30, no. 1, pp. 85-110, 2016.
- [11] J. O. Kwon, E. N. Lee, S. H. Bae, "Concept Analysis of Health Inequalities", *Journal of Korean Academic Nursing Administration*. vol. 21, no. 1, pp. 20-31, 2015.
DOI: <https://doi.org/10.11111/jkana.2015.21.1.20>
- [12] L. O. Walker, K. C. Avant, *Strategies for theory construction in nursing*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2005.
- [13] D. Schwartz-Barcott, H. S. Kim, *An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development*. In: Rodgers BL, Knafel KA, editors. *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 2000.
- [14] D. S. Lee, E. O. Lee, "Concept Analysis of Health Insensitivity using Hybrid Model", *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, vol. 20, no. 3, pp. 145-170, 2003.
- [15] K. C. Cho, "Concept development of client advocacy using Hybrid model", Unpublished Doctor's thesis, Yonsei University, Seoul: 1996.
- [16] M. H. Choe, H. N. Lee, "Concept Analysis of Reality Shock in New Graduate Nurses", *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, vol. 17, no. 11, pp. 376-385, 2016.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.11.376>
- [17] E. G. Guba, Y. S. Lincoln, *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, 1981.
- [18] M. Sandelowski, "The problem of rigor in qualitative research", *Advances in Nursing Science*, vol. 8, no. 3, pp. 27-37, 1986.
DOI: <https://doi.org/10.1097/00012272-198604000-00005>
- [19] The National Institute of the Korean Language [Internet]. Seoul; Naver linguistic dictionary; 2017 [cited 2017 August 18]. Available from: <http://terms.naver.com/entry.nhn?docId=1058524&cid=40942&categoryId=32824> (accessed Aug, 10, 2017)
- [20] Wikipedia [Internet]. Seoul; 2017 [cited 2017 August 18]. Available from: <https://ko.wikipedia.org/wiki/%ED%8F%89%EB%93%B1> (accessed Aug, 10, 2017)
- [21] Encyclopedia of Political Science [Internet]. Seoul; Naver linguistic dictionary; 2017 [cited 2017 August 18]. Available from: <http://terms.naver.com/list.nhn?cid=42140&categoryId=42140> (accessed Aug, 10, 2017)
- [22] Korea's Constitution [Internet]. Seoul; 2017 [cited 2017 August 18]. Available from: <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=61603&efYd=19880225#0000> (accessed Aug, 10, 2017)
- [23] Universal Declaration of Human Rights [Internet]. Seoul; Wikipedia; 2017 [cited 2017 August 18]. Available from: https://ko.wikipedia.org/wiki/%EC%84%B8%EA%B3%84_%EC%9D%B8%EA%B6%8C_%EC%84%A0%EC%96%B8 (accessed Aug, 10, 2017)
- [24] M. S. Lee, "Health Inequalities Among Korean Adults - Socioeconomic Status and Residential Area Differences", *Korean Journal of Sociology*. vol. 39, no. 6, pp. 183-209, 2005.
- [25] W. C. Cockerham, *Medical Sociology*. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1998.
- [26] Y. H. Khang, S. I. Snag, M. S. Lee, M. W. Jo, "Socioeconomic mortality inequalities in Korea labor & Income panel study", *Journal of Korean Society of Health Policy and Administration*, vol. 14, no. 4, pp. 1-20, 2004.
DOI : <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2004.14.4.001>
- [27] International Council of Nurses, *Closing the gap: Increasing access and equity*, 2011.
- [28] P. Massey, D. Durrheim, "Income inequality and health status: a nursing issue", *Australian Journal of Advanced Nursing*, vol. 25, no. 2, pp. 84, 2007.
- [29] K. O. Lee, H. S. yoon, "Relationship between Inequalities in Health and Inequalities in Socioeconomic Status", *Journal of Korean Community Nursing*, vol. 12, no. 3, pp. 609-619, 2001.
- [30] T. H. Yoon, J. H. Kim, "Health Inequalities between Rural and Urban Areas in South Korea", *Korean Academy of Rural Health Nursing*, vol. 1, no. 1, pp. 11-20, 2006.
- [31] C. A. Rozendo, A. S. Salas, B. Cameron, "A critical review of social and health inequalities in the nursing curriculum", *Nurse education today*, vol. 50, pp. 62-71, 2017.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.006>
- [32] C. Y. Kim, M. H. Kim, T. J. Lee, J. I. Sohn, *Inequality in Health: a Korean Perspective*. Seoul: Seoul National University Press, 2015
- [33] M. Y. Song, W. Y. Lim, Woo, J. I. Kim, "Gender Based Health Inequality and Impacting Factors", *Korean Journal of Women Health Nursing*, vol. 21, no. 2, pp. 150-159, 2015.
DOI: <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2015.21.2.150>
- [34] D. Black, *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*. London: Department of health and Social Security, 1980.
- [35] M. D. Hayward, A. M. Pienta, D. K. McLaughlin. "Inequality in Men's Mortality: The SES Gradient and Geographic Context". *Journal of Health and Social Behavior* vol. 39, pp. 313-330, 1997.
DOI: <https://doi.org/10.2307/2955428>
- [36] W. J. William, *The Truly Disadvantaged: The Inner City, the Underclass, and Public Policy*. Chicago: University of Chicago Press. 1987.

- [37] J. G. Grzywacz, D. M. Almeida, S. D. Neupert, S. L. Ettner, "Socioeconomic status and health: A micro-level analysis of exposure and vulnerability to daily stressors", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, pp. 1-16, 2004.
DOI: <https://doi.org/10.1177/002214650404500101>

이 하 나(Ha-na Lee)

[종신회원]



- 2013년 8월 : 강원대학교 간호대학 (간호학석사)
- 2016년 8월 : 강원대학교 간호대학 (간호학박사)
- 2017년 3월 ~ 현재 : 동양대학교 간호학과 조교수

<관심분야>

지역사회간호학, 아동간호학