

배우자유무에 따른 남녀간 의료서비스 이용의 차이*

최수형** · 조영태***

일반적으로 여성들은 남성에 비해 사망률은 낮지만 유병률이 높고 그에 따라 의료이용도 더욱 많이 하는 것으로 알려져 있다. 이는 주로 서구사회의 경험적인 연구를 통해 알려진 바인데, 한국의 경우 그렇지 않을 수 있다는 주장이 여성학계의 일부를 통해 제기되어 왔다. 본 연구는 성별을 배우자의 유무에 따라 구분하여 의료이용행태와 그 관련 변인들이 어떠한 차이를 보이는지 구체적으로 살펴봄으로써 우리나라 여성과 남성의 의료서비스 이용의 차이가 과연 서구사회와 같은 형태로 존재하는지 확인하는 것을 목적으로 한다. 특히 한국사회에서 배우자의 유무는 여성이 가정 내에서 점유하는 위치를 결정짓는 중요한 요소가 되고 이는 의료서비스 이용에 영향을 미칠 수 있으므로 배우자 유무에 따른 남녀집단 간 환경조건적 변인들과 의료요구적 변인들을 살펴보았다. 의료서비스 이용에 대한 결정요인 분석 결과 한국의 여성들 역시 서구의 여성들처럼 남성들보다 의료이용을 많이 하며 배우자가 있는 경우 의료서비스를 이용할 가능성이 높은 것으로 나타나 여성주의적 주장과는 상반된 것으로 나타났다. 그러나 남성과 여성을 나누어 의료 이용에 대한 결정요인을 분석한 바에 의하면 서로 일치하지 않는 결과를 보였고, 이는 성별에 따른 의료이용행태에 있어서 남녀간 상이한 사회적 맥락을 고려해야 한다는 여성주의적 시각의 필요성을 일부 뒷받침해주는 것으로 나타났다.

핵심단어: 의료이용행태, 의료서비스 이용, 배우자 유무, 성별차이

I. 서론

일반적으로 여성이 남성보다 긴 수명을 가지고 있으나 더 많은 질병에 노출되어 있는 것으로 알려져 있다. 여성들이 남성보다 건강하지 못한 상태에서 상대적인 장수를 경험하는 것은 단순히 여성들이 실제로 남성들 보다 질병에 더욱

* 본 연구는 2005년 교육인적자원부의 재원으로 한국학술진흥재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (KRF-2005-078-BS0004).

** 고려대학교 사회학과 박사 수료

*** 서울대학교 보건대학원 교수. 교신저자 (youngtae@snu.ac.kr).

많이 노출되어 있다는 가능성과 동시에 그들이 질병을 어떻게 정의하고 치료를 구하는지에 대한 관점이 남성과 같지 않다는 가능성도 함께 고려될 수 있다. 첫 번째 가능성이 의료적 접근에 가깝다면 두 번째 접근은 남성과 여성의 서로 다른 사회적 경험의 구조를 강조하는 사회적 접근으로 볼 수 있다. 주로 서구 사회에 기반을 둔 경험적 연구들에 의하면 두 가지 접근은 서로 배타적이기 보다는 보완적인 위치에 있는데, 최근 질병과 건강에 대한 사회적 위험요소에 대한 관심이 높아지면서 사회적 접근을 시도하는 연구들이 많이 등장하고 있다.

한국에서 여성과 남성의 의료서비스 이용의 차이에 대한 사회적 접근을 시도하는 연구는 여성의 사회적 지위에 대한 연구를 수행하는 여성학을 통해 많이 이루어져 왔다. 이들은 주로 가부장적인 한국사회에서 여성이 차지하는 상대적으로 낮은 지위에 초점을 맞추고, 특히 기혼 여성의 경우 가정에서 배우자와 자녀를 돌보아야 하는 역할과 책임을 지니고 있으므로 자신의 건강관리는 소홀하게 된다고 보고하여 왔다. 이와 같은 논의는 한국사회에서 어느 정도 타당성을 인정받고 있지만 주로 특정 상황의 여성들을 대상으로 생식보건이나 정신적 스트레스 차원에서 남성들보다 더 많이 아플 수밖에 없는 상황들에 주목하고 있어, 실제로 이러한 상황이 일반적인 한국 여성들의 경험인지에 대한 검증은 이루어지지 못한 실정이다.

서양의 경우 여성들이 남성들 보다 불리한 사회적 조건으로 더 많이 질병에 노출되고, 이는 당연히 더 많은 의료서비스 이용으로 연결되는 것으로 이해한다. 또한 사회화 과정에서 여성이 남성보다 질병과 건강에 대한 관심에 더욱 많이 노출되고 각종 여성병에 대한 사회적 관심으로 인해 의료서비스 이용에 더욱 적극적인 것으로 알려져 있다(Verbrugge, 1985). 한국은 여성이 남성에 비해 더 많은 만성질환으로부터 고통을 겪고 있음은 서양과 동일한 것으로 보고되고 있다. 하지만 의료서비스 이용 역시 서양과 동일한 패턴을 지니고 있는지에 대한 경험적인 연구는 그다지 많지 않았다. 한국의 여성주의적 관점이 주장하는 바와 같이 여성의 상대적으로 낮은 사회 및 경제적 지위는 자신의 건강에 대한 자율성 부족과 의료서비스 접근에 큰 장벽으로 작용하며, 특히 가사노동은 물론 돌봄노동의 역할까지 수행하여야 하는 기혼 여성은 만성질환으로부터의 고통에도 불구하고 본인을 위한 의료서비스 이용은 자제할 가능성이 있지만 이를 뒷받침할만한 일반화 가능한 연구는 거의 수행되지 않았다.

그러므로 본 연구는 한국의 의료서비스 이용에 있어서 남녀간 차이가 존재하는지, 그리고 가부장적인 사회 분위기 속에서 가사 및 돌봄노동을 수행해야만 하는 기혼 여성이 실제로 의료서비스 이용에 있어서도 열악한 상황에 처해 있는

지 일반화 가능한 자료를 바탕으로 경험적 분석을 실시하는 것을 목적으로 한다.

II. 이론적 배경

1. 한국 가족내 여성의 지위

얼마 전 통계청이 발표한 「2004년 생활시간조사」에 의하면 가사노동시간은 남자와 여자 간에 큰 차이를 보이고 있는 것으로 나타났는데, 20세 이상 맞벌이 가구의 아내는 음식준비, 청소 등 가사노동으로 쓰는 시간이 남편보다 6.5배 많았고, 맞벌이 하는 남편이나 하지 않는 남편의 가사노동시간은 차이가 없었다. 주5일근무가 시행되고 있음에도 불구하고 여성들의 여가시간은 남성과는 달리 더 줄어든 것으로 보고되었다(조선일보, 2005.05.27). 이러한 상황에서 미취학자녀가 있는 경우, 여성의 노동시간만이 더욱 늘어난다고 하였다.

가족은 남성과 여성 모두에게 중요하지만 한국사회에서 가족은 그 내용에 있어서 크게 다른 것이 사실이다. 남성에게 가족은 성공적 직장생활을 하기 위한 기본적인 의식주를 해결하고 신체적 휴식과 정서적 지지를 얻는 도구적 의미가 큰 반면, 여성에게 가족은 자신이 가꾸어야 할 의무와 책임을 가지고 가족구성원들의 일상생활을 영위할 수 있도록 하는 것 자체가 의미를 갖는다. 남성에게 결혼은 아내, 며느리, 엄마 노릇을 해줄 사람을 얻기를 바란다는 의미를 가지면서 여성의 성역할을 중시하는 경향이 있는 반면, 여성은 성역할에 대한 요구보다 '동반자'로서 대등한 결합을 요구하는 측면이 강하다(이재경, 2000).

사람들은 아프거나 힘이 들 때면 '집'을 생각하는데 이때 집은 바로 가족을 의미한다. 아내로부터 혹은 어머니로부터 간병을 받는 것이 곧 가족을 가족답게 하는 '집'이라는 공간이 가지는 부분이라고 말한다. 하지만 이는 남편과 자녀의 입장을 대변할 뿐 돌봄을 제공하는 부인 혹은 어머니의 입장을 대변하지는 못한다. 기혼여성들이 종종 푸념처럼 말하는 "아프지도 못 한다"는 표현은 바로 가족관계 속에서 성별 분업으로 인한 역할을 수행하기 위해서는 자신의 건강보다 남편이나 자식들의 건강을 돌보다 보면 자신의 건강을 돌볼 여유조차 없는 상황을 적절히 나타내고 있다. 이는 결혼을 함과 동시에 여성들이 사회로부터 '주부됨'이라는 역할정체성을 부여받게 되는 한국의 특수한 상황으로 이해될 수 있다(장현정, 2004).

최근 주부의 가사노동에 대한 논의가 활발하다. 휴일이나 휴가, 은퇴도 없는 주부의 일은 상품화된 노동과 차별화되며 이는¹⁾ 특정 시간과 규칙에 따라 행해지지 않는다. 가족구성원 개개인들에 대한 개별 행위들은 매 순간 다르기 때문에 그때마다 주부는 달리 대처하여 행동하여야 한다(이경혜, 1999). 가령, 남편의 출퇴근시간이나 자녀들의 등하교 시간에 따라 음식준비를 하여야 하고 음식선정에 있어서도 그들의 기호나 취향이나 건강상태를 항상 생각하여야 한다. 이러한 과정의 연속에서 정작 본인의 문제는 고려되지 못한다. 주부는 물질적 지원 뿐 아니라 가족구성원들의 정서적 자원을 지원하는 역할도 수행하는데, 이는 자녀가 성장하기 이전뿐만 아니라 성장하여 혼인을 한 경우 손자녀를 돌보는 일까지 이어지는 경우가 대부분이다.

이와 같은 한국 여성의 가족 내에서의 위치와 그를 둘러싼 맥락은 서양 여성들이 경험하는 바와 크게 다르다. 비록 최근 여성들의 교육수준이 향상되고 취업의 기회가 많아지고 제도적 차원에서 남성과 여성의 성별 차이를 크게 완화시키려는 노력이 계속되고 있지만, 여전히 가족 내에서 여성은 신체, 물질, 그리고 정서적 자원을 끊임없이 가족원에게 공급하여야 할 위치에 처해 있다. 결혼한 여성의 경우 설사 취업을 한 경우라 하더라도 가사노동은 여성들에게 맡겨지는 것이 보통이다. 물론 서양의 가족에서도 여성 특히 주부에게 주어질 성역할에 위와 같은 자원의 공급이 없는 것은 아니지만, 우리와 같이 주부가 공급자의 역할만 담당하는 것이 아니고 자원의 수혜자 역할도 하는 점이 우리와 다르다.

이렇게 남성과 여성에게 서로 다른 것을 기대하는 한국적 상황으로 미루어 보면 남성과 여성이 동일하거나 유사한 질병이나 건강상태에 대해 서로 다르게 반응하게 되고, 의료서비스 이용에 대한 개념이나 실제 행위 역시 다른 형태로 나타날 가능성이 있다. 특히 서양과는 다른 가족 내에서의 성역할로 인해 주부의 경우 질병에 대한 태도와 실질적인 의료서비스 이용과 관련된 행태가 서양의 주부와는 일치하지 않을 가능성이 크다.

1) 주부의 가사노동은 단순 육체노동이 아닌 숙련노동으로 봐야 한다는 법원의 결정이 나왔다. 서울 남부지법 민사21 단독 이정렬 판사는 7일 주부 김모(41)씨와 남편 등 교통사고 피해자들이 가해자의 보험사 D사를 상대로 낸 손해배상 청구소송에서 “피고는 원고 김씨에게 2200만원을 포함해 모두 6600여만원을 지급하라”며 화해권고 결정을 내렸다. 이 판사는 결정문에서 “주부들은 가정에서 요리와 육아, 자녀교육뿐 아니라 가정의 미래설계 등 경영업무를 한다”며 “주부를 단순 육체노동을 하는 보통 인부가 아닌 특수한 작업조건에서 일하는 특별 인부로 봐야 한다”고 밝혔다(세계일보, 2005. 06. 08).

2. 여성건강에 대한 여성주의적 접근

여성은 자신이 사랑하는 사람들에게 의사의 도움을 받을 것을 간청하기도 하고 가족들을 위하여 진료예약을 하기도 하며 가정 구급약을 구매하고 준비하는 역할을 한다. 또한 결혼한 여성들은 남성들에 비하여 자신들의 가족뿐만 아니라 시대와 친정 그리고 형제자매들의 건강에 대해서도 많은 관심들을 가지고 있으며 식구들 중에 노약자들을 돌보며 아이가 아플 경우 직장을 그만두거나 휴직을 하는 것도 여성들이다(Graham, 1985). 이렇게 타인을 도와주는 여성의 행동들이 여성들에게 강한 극복력을 심어주어 여성의 건강을 증진시키는데 기여한다고 보는 견해도 있으나 스트레스를 축적하게 되어 건강이 나빠지게 된다고 보는 여성주의적 시각이 우세하다(이혜리, 1994). 여성주의적 접근의 논의들은 앞서 언급한 바와 같이 여성들의 건강상태가 남성들에 비해 불리한 여건을 가지고 있음에 주목하여 왔지만 상대적으로 의료서비스 이용행태에 대한 논의는 많지 않다. 그러므로 여기서는 의료서비스 이용 자체보다는 전반적인 건강상태에 대한 여성주의적 접근을 주로 살펴본다. 본 연구에서 여성주의적 접근을 이론적 배경으로 삼고 있는 이유는 앞서 기술한 바와 같이 한국에서 여성과 남성의 성역할이 서양의 그것과는 다르고, 특히 주부인 경우 가족 내에서의 성역할은 더욱 차별되는데, 이러한 상황에 대한 여성주의적 접근의 논의가 풍부하기 때문이다.

(1) 건강에 대한 여성주의적 접근의 등장

Nathanson(1977)은 여성의 평균수명이 남자보다 긴 것은 뿌리 깊은 문화적 관념으로 인해 사회가 여성과 남성에게 기대하는 행동이 다르기 때문이라고 보았다. 이러한 사회적 기대행동의 차이로 인해 남성은 여성보다 죽음에 노출될 기회가 많다는 것이다. 질병률과 의료서비스 이용 정도의 차이에 관해서도 Nathanson(1977)은 육체적 불편에 대응하는 비공식적 이해의 양식이 남녀 간에 다르고 동일한 질문에 대해 여자가 남자보다 이상이 있다고 대답할 확률이 상대적으로 크며 따라서 의료서비스에 대한 이용도 많아지기 때문이라고 설명한다. 즉 여성은 위험이 따르는 행동을 적게 할 뿐 아니라 남성보다도 정기적인 검진을 포함한 예방활동에 적극적이라고 한다. 여성은 대부분 커다란 사회적 의무를 지지 않고 시간적 여유가 많기 때문에 남자보다 앓아누울 수 있는 기회가 많은 견해도 있다(Orman, 1977). 하지만 여성주의적 접근은 이러한 논의들이 주로 서양 사회에 기반을 두고 있어 한국의 가부장제와 같은 비서구 사회가 지니는

특수한 특성이 간과되어 있으며, 실제로 여성 특히 주부가 남성 혹은 남편에 비해 수행하는 다중 역할이 전혀 고려되지 않고 있다고 비판한다.

여성주의적 논의들은 남성과는 다른 여성들의 사회적 상황에서 비롯된 여성들의 높은 질병률을 설명한다. Brown와 Harris(1978)는 어린 자녀를 둔 가정의 여성들은 다른 사람보다 더 많은 임상적 우울증을 경험하는 경향이 있는데, 무급 가사노동으로의 여성 격리는 여성들의 우울증이 높은 것과 상관관계가 있다고 밝혔다. 이러한 설명은 남성과 여성의 생활이 매우 다르다는 점에 주목하며 그 근본적인 요인은 바로 성역할이라는 점을 지적한다. 사회적 지위에 따라 기대되는 행동양식으로 정의되는 역할(Verbrugge, 1985)은 건강수준의 차이에 주요한 영향을 주고 있음은 기존의 서구연구 뿐 아니라 국내연구들에서도 분명히 나타나고 있다(박은옥, 1994). 다음은 성불평등구조로 인하여 여성들의 건강상태에 불리한 영향을 주고 있음을 주장하는 입장들을 구체적으로 살펴본 것이다.

(2) 여성주의적 시각의 흐름과 평가

하나의 단위로서의 가족을 이해하는 것을 넘어서서 각기 다른 개별 가족원의 상호작용을 통해 이루어지는 사회적 맥락에 주목하면서 Bernard(1972)는 여성과 남성의 정신건강과 결혼제도와와의 관계에 대한 분석을 시도하였다. 그는 결혼은 남성의 정신건강에는 이익이 되는 반면 여성의 정신건강에는 위협적인 요소가 될 수 있다고 주장하였다(김정화, 1997 재인용 155:3-5). 가족이라는 집단은 성차별적 사회구조를 기반으로 하고 있기 때문에 기혼 여성에게 있어서 가족관계는 질병관리에 있어서 더욱 취약하게 만드는 요인이 될 수 있다. 바로 이러한 이유에서 여성의 입장에서의 가족경험을 이해할 필요가 있다.

여성주의적 시각에 입각한 연구들은 전업주부의 건강여건이 가장 열악한 것으로 보고하는데, 이는 혼자 있을 때 식사를 거르거나 출근하고 있다거나 식구들을 위한 식단만을 준비하여 자신의 건강에 대한 투자가 없기 때문이다(Nettleton, 1997). 또한 사회적 역할과 긴장 그리고 스트레스가 여성들의 심리적, 정신적 건강에 미치는 효과들을 보여주면서 Gove(1984)은 여성의 사회적 역할이 심리적 으로 보다 고통스러운데, 이는 남성들에게 주어진 역할에 비하여 덜 성취적이기 때문이라 주장하였다. 이러한 사회적 역할 설명은 성별간의 만성적인 스트레스에 대한 연구를 풍부하게 하는데 기여하였다(김정화, 1997).

최근 한국에서 여성의 취업률이 증가하면서 취업주부를 대상으로 한 연구들이 진행 중이다. 취업주부는 직업과 관련하여 가족 이외에 또 다른 지지체계를 확

특하게 한다. 취업주부가 전업주부에 비해 가족관계에서의 스트레스가 낮고 만족감도 높다는 연구(차승은·한경혜, 2003; Moen, Dempster, McClian, and Williams, 1992; Wiley, 1991)에서도 나타나듯이 넓은 지원망을 확보한다는 것은 그들의 삶에서 긍정적 요소로 작용할 수 있다(장현정, 2004). 반면, 취업주부인 경우 직장과 가정에서의 이중 노동으로 인해 건강상의 문제가 더욱 심각하다는 연구결과도 있다.

이처럼 여성과 남성간의 건강상 차이에 대한 이해에 있어서 일관된 견해만 존재하는 것은 아니지만 개인을 둘러싼 사회문화적 환경과의 관련성을 찾고자 하는 것이 공통된 경향이다. 이는 곧 건강의 성별차이를 주목하고자 하는 작업이 진행되면서 삶의 경험과 자원보유 등을 결정짓는 다양한 사회 구조적 변수들에 주목하여 젠더와 건강과의 관련성을 살펴보는 것으로 이해할 수 있다. 특히 한국사회에서 여성주의적 접근의 논의는 그 동안의 여성과 남성의 질병 및 건강 불평등은 물론 의료서비스 이용에 대한 차이에 이르기까지 사회적 맥락에 대한 이해를 넓혀 온 것으로 평가되고 있다. 하지만 대부분의 연구가 사례분석 위주로 이루어져 일반화 가능한 결론에까지는 이르지 못한 것으로 알려져 있다.

여성주의적 연구들은 건강 상태를 파악하는데 있어서 전반적인 신체 혹은 정신적인 건강을 나타내는 지표보다는 정신질환이나 정신적 스트레스 등 다소 제한된 한 측면으로의 질병에 초점을 두어 온 경향이 많다. 또한 남녀의 차이를 이해함에 있어서도 일방적인 입장이 부각되기도 하는데, 남성과 여성의 사회적 상황을 비교 분석하기보다는 연구대상을 여성으로만 한정하여 제한된 단면만을 보여주고 있어 궁극적으로 건강과 질병에 있어서의 남녀 간 차이를 이해하기에는 부족한 면이 있다.

물론 여성주의적 관점을 견지하지 않은 질병과 건강상태의 성별 차이에 대한 논의들이 보건학을 중심으로 전개되기도 하였다. 하지만 이들은 주로 성별 변수를 단순한 생물학적 통제변인으로 사용하고 있어 맥락에 대한 파악을 시도하는 사회학적 접근과 차이가 있다. 이처럼 맥락을 이해하려는 시도가 이루어지지 않으면 서구연구에서 질병유형의 차이요인으로 주목한 심리적 스트레스, 불행함, 역할 책임, 감정적지지, 취학 전 자녀 양육, 음주, 연령, 교육, 수입 등의 요인들을 국내연구에서도 그대로 적용하여 설명하게 되어 자칫 서구사회와는 다른 한국의 특유한 문화적 성격을 간과할 가능성이 있다(John, 1993).

이에 본 연구는 의료서비스 이용에 있어서 남녀의 차이에 대해 일반화 가능한 자료원을 바탕으로 분석을 시도한다. 이를 통해 과연 우리나라의 여성들이 의료서비스 이용에 있어서 서양 여성들과 비슷한 행태 유형을 지니는지 아니면 한국의

여성주의적 연구가 주장한 바와 같이 서양과는 달리 여성 특히 기혼 여성이 남성 과 미혼 여성에 비해 열악한 의료서비스 이용 구조를 지니는지 확인하고자 한다.

Ⅲ. 연구자료 및 방법

1. 연구자료

한국노동연구원이 2001년 5월부터 10월까지 실시한 4차년도 한국노동패널조사(Korean Labor and Income Panel Study: KLIPS)자료가 본 연구에 사용되었다. 4차년 노동패널조사는 ‘건강과 은퇴’에 대한 부가조사를 실시하여 국민의 생활수준이 향상됨에 따라 건강에 대한 관심이 고조되고 인구고령화에 따른 고령자의 은퇴 및 노후생활에 대한 실태파악을 위해 조사된 것이다. 조사 표본은 15세 이상으로 11,043명이며 설문은 직접면접을 통하여 조사되었다. 본 연구에서 중점적으로 분석한 자료는 건강에 대한 조사내용이며 분석대상자는 20세 이상의 성인들 가운데 본 연구에 사용된 변수 중 결측치가 없는 남자 4,665명, 여자 5,073명으로 총 9,738명이다.

2. 연구방법

의료서비스 이용은 인구학적 요인, 사회경제적 요인, 문화심리적 요인 등 다양한 요소에 의해 영향을 받으며 이러한 요소들이 독립적이기보다는 각 요인들이 상호작용하는 것으로 알려져 있다. 의료서비스 이용의 이러한 특징들을 반영하는 대표적인 분석모형으로 Andersen모형이 있다. Andersen(1968)은 사회학적 접근법으로 개인 결정요인과 사회적 결정요인들을 포함한 의료이용모형을 제시하였는데, 초기 의료이용 모형에서 의료이용의 결정요인을 선행요인(predisposing factors)²⁾, 환경적 구성요인(enabling factors)³⁾, 요구요인(need factors)⁴⁾의 세 가

2) 선행요인은 의료이용자가 질병발생 이전부터 지니고 있었던 인구학적 특성(성, 연령, 결혼상태, 가족규모), 사회구조적 특성(직업, 교육수준, 종교, 인종), 개인의 신념(건강 및 의료에 대한 믿음과 태도)을 나타내는 것으로 의료이용의 차이를 설명하는 간접적인 인자로 다른 변수에 대한 영향력을 통하여 의료이용에 간접적인 영향을 미치는 역할을 한다.

3) 환경적 구성요인은 선행요인이 같더라도 의료이용에 차이를 만들어낼 수 있는 것으로 크게 가족 내 자원과 지역사회자원이 있다. 가족 내 자원에는 가구 소득, 재산, 의료보장 형태, 단골 의료기관 여부 등이 포함되며 지역사회자원에는 지역의 의료공급수준과 의료기관과의 거리등이 포함된다.

지 범주를 중심으로 설명한다(문창진, 1990). 처음 모형이 발표된 이후 Andersen 모형은 70년대 80년대를 거치면서 수정, 보완 되어 초기의 Andersen의 모형에는 포함되지 않았던 질병을 예방하기 위해 혹은 건강을 유지 증진시키기 위한 개인의 행위변수들까지 고려의 대상으로 포함하였다. 90년대 최종적인 Andersen의 수정모형은 의료이용의 역동적이고 순환적인 특성을 보여주고 있어서 의료이용의 결과가 다시 건강행태 뿐 아니라 개인속성 및 의료서비스에 대한 인지된 필요에 영향을 미친다는 것을 보여 준다(Anderson 1994; 김영기 1995 재인용).

Andersen모형을 기초로 한 많은 연구들 중에서 Cleary(1983)는 의료이용에 있어서 성별 간 차이에 관한 연구를 실시하였는데 그 결과 만성질환변수, 조사기간 중 출산여부가 남녀 간의 의료이용 차이를 가장 잘 설명해 주는 변수였으며, 다시 성 변수는 사회경제학적, 건강상태, 사회보장 등 여러 가지 변수들에 의해 영향을 받게 되므로 폭 넓은 연구가 필요함을 주장하였다. 본 연구에서는 이와 같은 Andersen모형의 결정요인들을 한국적 상황에 맞는 선행요인과 환경적 구성요인 그리고 의료요구요인들에 해당하는 변수들을 재구성하여 분석하고자 한다.

3. 주요변수 및 측정

본 연구의 주요변수는 Andersen의 의료이용 모형에 따라 인구학적 변인과 환경조건적 변인, 의료요구적 변인들, 그리고 의료이용행태변인들로 구분된다. 우선, 인구학적 변인은 성별, 연령, 교육수준, 취업여부, 그리고 배우자 유무이다. 이 중 본 연구와 관련하여 중요한 변수는 배우자 유무인데, 여성이 가정 내에서 돌봄노동을 비롯한 각종 자원의 제공역할을 하는지에 관한 정보를 제공한다. 통상 혼인 상태를 미혼, 기혼, 사별 혹은 이혼 등으로 구분하지만 여기서는 여성의 가정 내 역할이 배우자의 존재 여부에 의해 크게 결정되므로 배우자 유무로 구분하였다.

환경조건적 변인은 개인들의 주변상황들을 의미하는 것으로 본 연구에서는 정기적 건강검진여부, 정기적 운동여부, 상해보험 가입여부와 병 수발 등의 도움이 필요한 가족이 있는지 에 대한 문항들을 분석에 포함하였으며 각각은 ‘그렇다’

- 4) 의료요구요인은 선행요인과 환경적 구성요인이 다 갖춰있더라도 의료이용에 직접적으로 영향을 주는 것으로 질병의 인지 및 질병에 대처하는 방식이다. 외병일 수나 활동제한일 수 혹은 증후와 같은 환자의 진술에 입각한 주관적인 질병에 대한 인지와 전문가의 임상적 평가에 의해 평가된 임상적인 것으로 질병에 대한 인지를 구분한다. 질병에 대처하는 방식은 의사를 찾는 관습이나 유형과 관련되어 있다.

와 ‘아니다’로 구분되었다. 의료요구적 변인은 의료이용이 직접적으로 요구되는 것으로 개인의 건강상 문제가 발생했는지에 관한 문항들이다. 구체적으로 우선 자신이 느끼는 주관적 건강상태를 묻는 질문으로 점수가 높을수록 건강이 나쁜 것으로 나타난다. 이 외에 지병의 여부와 입원의 여부, 그리고 타인의 병 수발 등의 도움을 받고 있는지에 대해 묻는 것으로 조사대상자들의 건강상태를 나타내며 ‘그렇다’와 ‘아니다’로 측정되었다.

본 연구의 종속변인은 의료이용행태인데 ‘최근 1년간 의료기관 이용여부(양방, 한방 포함)’의 문항으로 ‘있다’와 ‘없다’로 측정되었다. 여기서 의료이용 경험에는 임신관련 진료나 일반적인 건강진단, 입원경험, 그리고 약국을 이용한 경우는 제외되었다. 의료이용행태는 의료기관을 이용한 횟수로 측정되기도 하는데 이는 의료의 질적 수준이 높아 결과적으로 의료서비스 이용의 양적 수치가 적게 되는 경우도 포함 될 수 있으므로 본 연구에서는 의료이용경험에 대한 유무의 문항만을 선택하였다.

4. 분석방법

분석은 크게 기술통계분석과 로지스틱 회귀분석을 통해 이루어졌다. 먼저 Andersen모형의 각 변인과 성별/배우자 유무별로 어떻게 연관되는지 살펴보기 위해 기술통계분석을 실시하였고 여기서 나타난 연관성이 각각 다른 변인들을 통제 한 후에도 존재하는지 확인하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 기술통계분석의 경우 각 변인이 연령에 의해 크게 영향을 받게 될 가능성이 크기 때문에 유배우자 여성의 연령구조를 기준으로 직접 연령보정법을 적용하여 통계치를 산출하였다.

IV. 연구결과

1. 기술통계분석

(1) 인구학적 특성 (선행요인)

성별을 배우자 유무에 따라 구분하여 각 집단별 연령과 교육수준과 취업여부

에 대한 특성을 정리한 결과가 <표 1>에 제시되어 있다. 20대에서 60대 이상까지 10년 단위로 연령을 구분해 본 결과 현재 배우자가 없는 60대 이상의 여성들의 비율(35.0%)이 배우자가 없는 남성들의 비율(5.9%)에 비해 압도적으로 높아 혼자 사는 여성노인의 수가 많음을 알 수 있다. 교육정도와 일자리 여부에 있어 여성이 남성에 비해 상대적으로 열악한 상황에 처해있음을 쉽게 확인이 가능하다. 흥미로운 사실은 남성의 경우 배우자가 있는 경우 취업자가 월등히 높은 반면 여성은 취업자 미취업자의 비율이 거의 비슷한 것인데, 이는 가정 내에서 배우자가 있을 경우 남성과 여성의 서로 다른 역할을 간접적으로 나타내주는 증거로 이해할 수 있다.

<표 1> 배우자 유무에 대한 남녀집단의 사회 인구학적 특성 비교 (%)

		남성		여성		전체(N)
		배우자 무	배우자 유	배우자 무	배우자 유	
연령	20대	63.8	7.1	44.3	14.2	2221
	30대	18.3	28.5	5.2	30.4	2348
	40대	7.3	27.6	7.0	26.6	2076
	50대	4.7	19.2	8.4	16.3	1422
	60대이상	5.9	17.7	35.0	12.5	1671
교육 정도	중졸 이하	16.1	32.4	46.2	44.4	3596
	고졸	33.6	39.2	19.2	39.3	3433
	대졸	46.6	24.7	33.4	15.4	2489
	대학원	3.7	3.7	1.2	0.8	220
취업 여부	미취업	45.3	24.3	54.5	54.8	4158
	취업	54.7	75.7	45.5	45.2	5580
전체 (N)		1209	3456	1600	3473	9738

(2) 환경조건적 변인과 의료요구적 변인

<표 2>는 남녀를 배우자 유무에 따라 환경조건적 변인들과 의료요구적 변인들을 살펴본 것인데, 유배우자 여성의 연령구조를 기준으로 하여 연령보정을 마친 통계치를 나타내고 있다. 우선 환경조건적 변인들을 살펴보면, 정기적 운동을 하고 있다고 응답한 남성들의 비율이 전반적으로 여성들보다 높게 나타나 여성

들이 전반적으로 질병 예방 차원의 행위를 더 많이 할 것이라는 기존의 연구결과와는 상반된 결과를 보였다. 하지만 배우자 유무에 따른 조건을 보면 남녀 모두 배우자가 있으면 정기적으로 운동을 하는 경우가 더 많은 것으로 나타났다. 배우자 없는 여성의 정기적 운동 실천비율이 가장 낮았다.

〈표 2〉 배우자 유무에 대한 남녀집단의 환경조건 및 의료요구적 특성 비교 (%)

			남성		여성	
			배우자 무	배우자 유	배우자 무	배우자 유
환경조건 변인	정기적 운동 여부	정기적	10.0	12.0	7.0	8.0
		수시로	19.0	17.0	9.0	11.0
		안한다	71.0	71.0	84.0	81.0
	정기건강검진	한다	16.0	39.0	17.0	17.0
		안한다	84.0	61.0	83.0	83.0
	상해보험 가입여부	있다	95.0	99.0	94.0	98.0
		없다	5.0	1.0	6.0	2.0
	가족의 병수발	있다	2.0	1.0	1.0	3.0
		없다	98.0	99.0	99.0	97.0
	의료요구 적 변인 전체	주관적 건강 상태	좋음	57.0	61.0	45.0
보통			22.0	23.0	24.0	28.0
나쁨			21.0	16.0	31.0	24.0
지병 보유		그렇다	19.0	16.0	35.0	24.0
		아니다	81.0	84.0	65.0	76.0
심신장 애여부		있다	10.0	4.0	4.0	2.0
	없다	90.0	96.0	96.0	98.0	
변인 전체	입원 경험	있다	7.0	8.0	7.0	10.0
		없다	93.0	92.0	93.0	90.0
	타인의 도움받음	있다	5.0	2.0	2.0	1.0
		없다	95.0	98.0	98.0	99.0

* 유 배우자 여성의 연령 분포를 기준으로 연령보정법 사용

** p<.01, *** p<.001

정기건강검진의 경우 남성은 배우자가 있을 때가 없을 때에 비해 수검 확률이 높은 반면 여성은 배우자 유무와 관련이 없는 것으로 나타났다. 배우자가 있는 남녀 간의 비율을 비교해보면 배우자가 있는 아내의 경우 남편들에 비해 정기적 건강검진을 한다고 응답한 비율이 17%로 배우자 있는 남성의 39.0%보다 훨씬

적게 나타났다. 이렇게 배우자가 없는 여성들은 배우자가 없는 남성들보다 정기검진을 받는 비율에 거의 차이가 없지만 배우자가 있는 여성은 아내가 있는 남성들보다 정기적인 검진을 받는 비율이 훨씬 낮은 것으로 나타나 배우자가 있다는 것이 여성과 남성에게 동일한 의미가 아님을 시사하였다. 또한 대부분의 정기적 건강검진은 직장에서 의무적으로 행해지는 경우로 그만큼 가사노동을 하는 여성들에게 가정은 불리한 노동 장소임을 보여주는 것이다. 환경조건적 변인들 중 상해보험 가입 여부와 가족에 대한 병수발 여부는 남녀별 그리고 배우자 유무별로 큰 차이를 보이지 않았다.

다음으로 의료요구적 변인을 살펴보면, 남녀 모두에 있어서 배우자의 존재가 자신의 건강을 좋다고 평가할 확률을 조금 높이는 것으로 나타났다. 흥미로운 사실은 배우자 존재 여부와 관계없이 여성이 남성에 비해 본인의 건강이 좋지 않다고 평가한 비율이 크게 높은 것으로 나타났다. 질병보유 여부의 경우 전반적으로 여성이 남성에 비해 열악한 상황을 경험하고 있는데, 특히 배우자가 없는 여성이 가장 취약한 상황에 처해 있음을 알 수 있다. 심신장애 여부는 배우자 없는 남성이 장애비율이 가장 높게 나타났다. 이는 타인으로부터 도움을 받고 있는지 여부도 같은 결과를 보였는데, 배우자 없음이 이들에게 장애를 가져왔기 보다는 장애가 배우자를 갖지 못하게 만든 상황으로 이해하는 것이 더욱 타당하다. 입원경험은 남녀 및 배우자 유무에 있어서 주목할 만한 차이를 보이지 않았다.

이상의 결과로 볼 때 여성이 남성에 비해 운동, 정기검진, 주관적 건강상태, 질병여부에 있어서 열악한 상황에 처해 있는데, 특히 여성에게 있어서 배우자의 존재는 열악한 상황을 더욱 열악하게 작용하고 있음을 알 수 있었다. 이 중 운동과 정기검진의 경우 앞서 소개한 한국의 여성주의적 관점을 뒷받침하는 결과로 이해할 수 있다. 즉 가정 내에서 여성의 돌봄노동 역할에 대한 책임과 수행이 본인의 건강을 유지하고 증진시킬 수 있는 기회가 되는 규칙적 운동과 정기건강검진의 기회를 배우자가 있는 남성에 비해 상대적으로 열악하게 만들고 있다.

(3) 남녀/배우자 유무에 따른 의료서비스 이용에 있어서의 차이

<표 3>은 남녀에 따른 배우자 유무 간 의료서비스 이용여부의 차이를 보고자 한 것으로 의료이용여부가 연령에 의해 크게 영향 받기 때문에 10세 간격으로 연령을 구분하여 나타내고 있다. 전반적으로 여성이 남성보다 의료서비스 이용을 하는 비율이 높은 것으로 나타나 서구사회의 남녀 간 의료서비스 이용행태와

〈표 3〉 남녀/배우자 유무/연령별 의료서비스 이용 (%)

연령	의료이용여부	남성		여성	
		무배우자	유배우자	무배우자	유배우자
20대	있다	20.2	39.2	31.8	43.8
	없다	79.8	60.8	68.2	56.2
전 체		772	245	711	493
30대	있다	25.7	39.3	48.2	48.3
	없다	74.3	60.7	51.8	51.7
전 체		222	982	85	1059
40대	있다	41.4	42.5	61.6	53.0
	없다	58.6	57.5	38.4	47.0
전 체		87	955	112	924
50대	있다	43.9	52.3	69.4	64.8
	없다	56.1	47.7	30.6	35.2
전 체		57	663	134	568
60대 이상	있다	59.2	66.0	72.2	75.9
	없다	40.8	34.0	27.8	24.1
전 체		71	612	558	428

일치하는 결과를 보였다. 배우자 존재 유무와 의료서비스 이용간의 관계를 살펴 보면 흥미로운 사실을 발견할 수 있는데, 남성은 전 연령대에서 배우자가 있는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 의료서비스를 이용할 확률이 크게 높은 것으로 나타났다. 하지만 여성의 경우 매우 다른 양상을 보이는데, 20대에서는 유배우자의 의료서비스 이용확률이 높은 반면 30대에서는 비슷하고, 40-50대에서는 오히려 무배우자의 의료서비스 이용확률이 높게 나타났다. 60대에서는 다시 유배우자의 이용확률이 조금 높게 나타났다. 이는 나이에 따라 배우자의 유무가 남성과 여성들에게는 부여되는 의미가 다를 것을 시사하는 것인데, 40-50대의 여성들은 가정에서 아내로서 어머니로서의 남편과 자녀에 대한 정서적 지원 등 돌봄노동의 막중한 역할을 하고 있는 특성을 가지고 있기 때문으로 판단된다. 20대에는 유배우자 여성이라도 자녀가 없고 갓 결혼생활을 시작했을 확률이 높아 상대적으로 돌봄의 대상이 될 가능성이 크고, 30대에도 역시 자녀가 있어도 어리기 때문에 40-50대 여성들에 비해 아직은 가족 내에서 정서적 신체적 지원의 강도가 크지 않을 가능성이 크다. 하지만 40-50대는 남편뿐만 아니라 중·고등학생 자녀에 대해 끊임없는 돌봄노동을 수행하여야 하는 위치에 처해지는 것이 한국 가족의 현실이기 때문에 이 연령대의 배우자 있는 여성이 그렇지 않은 여성에 비

해 스스로의 건강에 대해 신경을 쓸 여유조차 없음을 반영하는 결과로 이해할 수 있다. 60대 이상의 여성노인들은 가정구성원의 보호자로서가 아니라 보호의 수혜자가 되기 때문에 의료서비스 이용에 있어서 배우자 유무가 크게 영향을 끼치지 않는 것으로 사료된다.

이는 결국 단순히 여성이 남성보다 질병치료를 위한 의료서비스 이용이 높을 것이라는 기존 논의의 한계점을 보여주는 것이며, 동시에 한국사회에서 여성주의적 논의가 일면 타당함을 시사하는 것이다. 즉, 한국 사회에서 남녀에게 배우자의 의미는 차이가 있는데 남성에게는 자신의 건강을 보살펴주고 질병관리를 위해 의료기관을 찾아가도록 배려해주는 사람이 있다는 것이고 여성, 특히 중년 여성에게는 돌보아야 하고 의료서비스 이용을 하도록 해야 하는 사람이 있다는 것이다.

하지만 이러한 결과는 현실을 제대로 반영하고 있는 듯하지만, 단순 기술통계의 결과이므로 여러 가지 혼란변수들이 작용하고 있을 수 있다. 특히 앞서 살펴본 인구학적 특성, 환경조건적 특성, 그리고 의료요구적 특성이 의료서비스 이용에 영향을 주기 때문에 이들을 고려한 다중회귀분석이 실시될 때까지 최종 결론은 유보하기로 한다.

2. 로지스틱회귀분석결과

(1) 조사대상자 전체

<표 4>는 먼저 성별을 나누지 않은 전체 조사대상자들의 지난 1년간 의료이용여부에 관한 로지스틱회귀분석의 결과를 보여준다. 먼저 본 연구의 주요 관심 변수인 배우자 유무와 성별만을 모형에 포함한 후(모형 I), Anderson모형의 의료서비스 이용에 대한 결정요인의 순서에 따라 사회인구학적 변인(모형 II), 환경조건적 변인(모형 III), 그리고 의료요구적 변인(모형 IV)을 추가적으로 분석에 포함시켰다.

모형 I에서 배우자 유무를 보정한 후 여성은 남성에 비해 높은 의료서비스 이용확률을 보였다. 또한 배우자가 있는 성인이 없는 성인에 비해 의료서비스 이용을 더욱 많이 하는 것으로 나타났는데, 이 결과는 지금까지의 서양 연구 결과와 일치하는 것이며 이후 다른 변수의 추가고려에도 변함이 없었다. 연령과 교육수준 그리고 일자리 유무를 보정한 모형 II에서 이전 모형과 비교하여 성별은 차이가 없었지만 배우자 유무의 효과는 줄었는데, 이는 배우자의 유무가 연령과

〈표 4〉 전체 조사대상자의 의료서비스 이용에 대한 로지스틱회귀분석결과

변수	모형 I (성별, 배우자 통제)		모형 II (연령, 교육, 일자리 추가)		모형 III (환경조건변인 추가)		모형 IV (의료요구변인 추가)	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
여성(남성)	.522	1.68 ***	.510	1.66 ***	.587	1.790 ***	.545	1.720 ***
배우자유(배우자무)	.462	1.58 ***	.260	1.29 ***	.197	1.210 ***	.317	1.370 ***
연령			.362	1.43 ***	.319	1.370 ***	.085	1.080 **
교육수준			-.031	.97	-.114	.892 ***	.045	1.040
일자리유(일자리무)			.048	1.09	-.021	.979	.221	1.240 ***
정기적운동유(무)					-.215	.806 ***	-.288	.750 ***
정기검진유(무)					.720	2.050 ***	.657	1.930 ***
상해보험가입유(무)					.329	1.390 *	.666	1.940 ***
가족병수발증(안함)					.051	1.052	-.013	.987
건강상태나쁨(좋음)							.726	2.060 ***
심신장애유(무)							.046	1.047
지병유(무)							1.566	4.780 ***
입원경험유(무)							1.522	4.580 ***
타인도움받음(안받음)							-.432	.649
-2LL	13239.89		12637.21		12384.23		10684.55	
χ^2 (d.f.)			850.60 *** (3)		1103.60 *** (4)		2803.40 *** (5)	

(): 각 변수의 reference category * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

관련이 있음을 보여주는 결과이다. 환경조건적 변인이 분석에 포함된 모형 III에서는 일반적으로 예상할 수 있는 것과는 조금 다른 결과가 나타났다. 정기적인 운동을 수행하는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 의료서비스를 이용할 확률이 낮아, 운동과 건강과의 관련성을 반영하는 것으로 볼 수 있다. 정기검진을 받은 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 높은 의료서비스 이용 확률을 보였는데, 종속 변수에 정기검진은 포함되지 않았지만 정기검진을 받았다는 사실이 개인이 스스로의 건강을 챙기며 질병에 대한 적극적인 대응을 할 가능성이 높기 때문에 이러한 결과가 나타난 것으로 해석할 수 있다. 상해보험가입여부도 같은 맥락에서 설명할 수 있다. 이는 질병 및 건강상태에 대한 변수가 보정된 모형 IV에서도 이들 변수의 계수가 거의 변하지 않는 것을 보면 실제로 건강에 대한 관심 자체

가 의료서비스 이용을 촉진하고 있다는 것을 알 수 있다.

마지막으로 의료요구 변인을 포함한 모든 변수가 통제된 모형 IV에서 역시 질병이 있고 건강이 좋지 않은 사람들이 건강한 사람들에 비해 의료서비스 이용을 할 확률이 매우 높게 나타났다. 흥미로운 사실은 일자리유무의 효과가 이전 모형과 달리 유의미한 결과를 보였는데, 직장을 가진 사람들이 그렇지 못한 사람들에게 비해 제 조건이 동일하면 의료서비스 이용을 더욱 많이 하는 것으로 나타났다. 이 역시 환경조건 변인들과 마찬가지로 의료서비스 이용이 건강상태 자체 보다는 건강과 질병에 대한 적극적인 태도와 관심을 보여주는 것으로 해석이 가능하다.

결론적으로 국내 특히 보건학 분야의 연구와 같이 의료서비스 이용에 대해 성과 배우자 유무에 따른 혼인상태를 다른 변수들과 함께 단순히 통제변수로 분석에 포함하면 우리나라의 성별 혹은 혼인상태별 효과는 기존 서양의 연구결과와 크게 다르지 않음을 확인할 수 있었다. 이는 여성주의적 접근과는 상이한 결과로 이해할 수 있지만, 그들이 가장 크게 강조하는 한국사회에서 여성과 남성의 서로 다른 상황적 맥락, 특히 그것이 결혼을 했을 때 가정 내에서 어떻게 더욱 부각되는가와 관련한 논의는 본 분석에 포함되어있지 않기 때문에 이를 반영할 수 있는 추가분석이 필요하다.

(2) 남녀별 의료서비스 이용에 대한 회귀분석

배우자 유무를 통해 한국사회에서 남녀간 의료서비스 의료행태에 대한 차이를 살펴보기 위해 <표 5>는 남녀를 구분하여 회귀분석을 실시한 결과를 보여주고 있다. 각 모형간 분석 전략은 앞의 회귀분석과 동일하다. 전반적으로 모형 I을 제외한 다른 모형들에서 추가 변수들이 의료서비스 이용에 가지는 효과는 남녀 모두 그 방향성과 크기가 거의 일치하게 나타났고 앞서 <표 4>에서의 결과와 거의 일치하였다. 본 연구의 주된 관심사인 배우자 유무의 효과는 남성과 여성에 있어서 조금 다른 양상을 보였다.

먼저 남성의 경우 모형 I에서, 다른 변수들이 통제되기 이전에 배우자 있는 남성이 그렇지 않은 남성에 비해 의료서비스를 이용할 확률이 2.5배 이상으로 나타났다. 이는 추가 변수들이 고려된 다음 모형에서 그 크기가 조금씩 줄어들긴 하였지만 모든 변수들이 포함된 후에서 약 1.6배 이상 높은 의료서비스 이용확률을 보였다. 여성의 경우 배우자 유무가 의료서비스 이용에 가지는 효과는 남성보다 훨씬 작았는데, 최초 모형에서 약 1.1배였던 유배우 여성의 효과가 이후

〈표 5〉 남녀별 의료서비스 이용에 대한 로지스틱회귀분석결과

변 수	모형 I		모형 II		모형 III		모형 IV		
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)	
남 성	배우자유(배우자무)	.936	2.549***	.497	1.641***	.364	1.439***	.488	1.629***
	연령			.311	1.366***	.288	1.334***	.062	1.064
	교육수준			-.060	.943	-.142	.868***	.007	1.007
	일자리유(일자리무)			.005	1.007	-.170	.933	.261	1.298**
	정기적운동유(무)					-.162	.851***	-.236	.790***
	정기검진유(무)					.606	1.833***	.550	1.733***
	상해보험가입유(무)					.481	1.618**	.989	2.689***
	가족병수발증(안함)					.049	1.050	-.037	.963
	건강상태나쁨(좋음)							.708	2.030***
	심신장애유(무)							.046	1.047
	지병유(무)							1.610	5.002***
	입원경험유(무)							2.630	13.870***
	타인도움받음(안받음)							-.436	.646
	-2LL	6170.972		5989.196		5888.090		4924.481	
χ^2 (df)			355.136***		456.292***		1419.871***		
여 성	배우자유(배우자무)	.123	1.131*	.129	1.138*	.116	1.123	.240	1.272**
	연령			.001	1.001	-.082	.921*	.080	1.083*
	교육수준			.036	1.037	-.007	.993	.153	1.166*
	일자리유(일자리무)					-.257	.773***	-.361	.697***
	정기적운동유(무)					.875	2.40***	.783	2.188***
	정기검진유(무)					.237	1.267	.506	1.659**
	상해보험가입유(무)					.059	1.061	.017	1.017
	가족병수발증(안함)							.731	2.078***
	건강상태나쁨(좋음)							-.067	.935
	심신장애유(무)							1.561	4.765***
	지병유(무)							.945	2.573***
	입원경험유(무)							-.439	.645
	타인도움받음(안받음)							-.439	.645
	-2LL	6994.576		6634.770		6476.416		5621.026	
χ^2 (df)			363.914***		522.177***		1377.658***		

() : 각 변수의 reference category * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

모형에서 오히려 조금씩 커져 모든 변수가 통제된 후 약 1.3배로 나타났다.

남성과 여성 모두에게 배우자가 있다는 것은 그렇지 않은 것에 비해 의료서비스 이용을 더욱 많이 하도록 만드는 효과를 지니고 있는 것으로 나타났는데, 이는 서양의 기존 연구들과 일치하는 결과로서, 한국의 결혼한 여성의 질병 및 건강 그리고 의료서비스 이용에 있어서 가장 불리한 위치에 있다는 여성주의적 주장과는 같지 않은 경험적 증거라 할 수 있다.

하지만 위에 기술한 바와 같이 남성과 여성에 있어서 추가 변수를 고려함에 따라 배우자 유무가 지니는 효과의 크기가 서로 다른 방향으로 변하였다는 점은 흥미로운 사실이다. 이는 추가 변수에 따라 효과가 줄어든 남성의 경우 배우자가 있는 남성이 그렇지 않은 남성에 비해 추가 변인들에서 더욱 유리한 입장에 있었음을, 반대로 여성은 배우자가 있는 여성이 그렇지 않은 여성에 비해 오히려 다른 추가 변인들에 있어서 상대적으로 불리한 입장에 있었음을 의미한다. 즉 배우자가 있다는 것 자체는 남성과 여성 모두에게 의료서비스 이용을 더욱 많이 하게 만드는 요인이지만, 배우자가 있는 것이 다른 변수들에서 남성에게는 유리하게 여성에게는 불리하게 작용하고 있는 것이다. 이 결과는 곧 여성주의적 관점이 견지해 온 한국사회에서 여성과 남성 그리고 특히 가정 내에서 가족의 돌봄과 관련한 남녀의 역할이 크게 차이를 뒷받침하는 경험적인 발견으로 볼 수 있다.

V. 토론 및 결론

본 연구는 크게 다음 두 가지 목표를 지니고 진행되었다. 첫째, 한국에서도 서양에서 발견된 바와 같은 의료서비스 이용에 있어서 남녀의 차이가 발견되는지 확인하는 것, 그리고 둘째 서양과는 크게 다른 한국사회의 성별역할의 차이 특히 가정 내에서의 그것이 의료서비스 이용에 있어서 여성이 남성에 비해 열등한 위치에 있는지 확인하는 것이 그것이다. 여성이 남성에 비해 만성병 등 의료서비스 이용을 요구하는 질병에 더욱 많이 노출되어 있으며, 이는 실질적인 의료서비스 이용으로 이어지게 된다는 것이 서양 사회에 기반을 둔 연구들이 발견해 온 결과이다. 특히 가족이라는 울타리 속에서 남편과 부인이 상호 주고받는 정성, 물질, 신체적 자원은 같은 수준의 질병 혹은 건강 수준을 가지고 있을 때 미혼인 사람들에 비해 기혼자들이 더욱 적극적으로 의료서비스를 이용하도록 지지

하는 역할을 하며 이는 남성에 비해 여성들 사이에서 그 효과가 더욱 크게 나타난다는 것이 지금까지의 일반적 논의이다. 하지만 여성주의적 관점을 견지하는 연구들은 이를 한국의 가부장제적 성별 역할 분할에 대한 맥락적 이해가 결여된 것으로 비평하였다. 이들은 특히 배우자가 있는 여성의 경우 서양과는 달리 끊임없는 돌봄노동을 수행하여야 하고 언제나 정서적 신체적 지원의 제공자가 되어야만 하는 한국에서는 의료서비스 이용에 있어서 여성이 남성에 비해 절대로 유리한 상황에 처해질 수 없음을 강조하였다. 비록 이 여성주의적 관점이 한국 상황에서 매우 그럴듯함에도 불구하고 아직까지 이를 뒷받침할만한 일반화 가능한 경험적 연구는 거의 없었고, 본 연구에서 그 경험적 검증을 시도하였다.

먼저 분석에 사용된 Andersen모형에 입각한 각 변수들과 남녀 그리고 배우자 유무의 관계를 살펴본 기술통계에서 우리는 전반적으로 여성이 남성에 비해 열등한 상황을 경험하고 있음을 확인할 수 있었는데, 특히 정기적 운동 수행, 건강 검진, 주관적 건강인식, 그리고 질병보유 여부 등에서 이점이 명확히 나타났다. 한편 배우자 유무가 지니는 효과의 경우, 남녀 모두 배우자가 있는 것이 이들 변수와 주목할 만한 관련성을 보이지 않았다. 하지만 배우자가 있는 남성과 여성을 비교해 보면 배우자의 존재가 남성에게 훨씬 유리하게 작용하고 있음을 알 수 있었다. 또한 연령대별로 의료서비스 이용에 대한 남녀 및 배우자 유무의 관련성을 살펴보았는데, 남성은 전 연령대에서 배우자가 있는 사람이 의료서비스 이용을 더욱 적극적으로 하는 반면 여성은 연령대별로 차이를 나타내었다. 주목할 점은 40-50대 유배우자 여성이 무배우자 여성에 비해 의료서비스를 이용하는 비율이 상당히 낮은 것이었다.

의료서비스 이용에 대해 Andersen모형을 바탕으로 혼란변수들을 통제하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였는데, 남성과 여성을 구분하지 않고 기존의 보건학 분야의 연구들과 마찬가지로 성별과 배우자 유무를 다른 변수들과 함께 통제변수로 본 분석에서 여성이 남성에 비해 의료서비스를 이용할 확률이 높게 나타났고, 배우자 있는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해서 역시 의료서비스 이용의 확률이 높게 나타났다. 하지만 남성과 여성을 분리하여 분석을 실시하자 비록 배우자가 있는 것이 남녀 모두 의료서비스 이용의 가능성을 높이는 것으로 나타났지만, 여성보다는 남성에게 있어서 그 효과가 훨씬 크게 나타남을 알 수 있었다. 또한 기술통계에서 확인한 바와 같이 배우자가 존재하는 것이 다른 변수들에서 남성들에게는 유리한 반면 여성들에게는 그렇지 못한 것으로 나타났는데, 이는 배우자의 효과가 다른 변수들을 고려할 때 남성의 경우 줄어들었고 반대로 여성의 경우 조금 늘어난 사실을 통해 확인할 수 있었다.

이상의 결과들은 다음 두 가지 점을 시사한다. 첫째 한국에서도 서양과 마찬가지로 여성이 남성에 비해 의료서비스 이용을 더욱 많이 하고 있으며 이는 환경조건과 의료요구에 대한 변수들을 통제한 후에도 변함이 없다는 것이다. 또한 여성과 남성 모두 배우자가 있을 때 더욱 적극적으로 의료서비스를 이용하는데 이 역시 서양의 결과들과 일치하는 것으로 볼 수 있다. 여성이 남성에 비해 의료서비스 이용을 더욱 많이 하는 이유는 비록 본 연구에서 기본적인 통계를 실시하였지만, 여전히 출산과 질병 등에서 여성이 남성에 비해 의료서비스를 이용할 수밖에 없는 열악한 조건을 가지고 있기 때문으로 볼 수 있다. 그리고 사회에서 남성에게 부과하는 “강한” 남성 이미지가 웬만한 질병에도 남성이 의료서비스 이용을 하지 않도록 부추기고 있는 점도 그 원인으로 들 수 있다. 배우자의 존재는 본인의 건강에 대해 본인 이외에 다른 사람이 걱정과 염려를 해 주고 있고 상대방에 대한 부양 혹은 지원의 책임으로 인해 배우자가 없을 때보다 더욱 적극적으로 건강에 대해 신경을 쓰기 때문에 배우자가 있는 사람의 의료서비스 이용확률이 더욱 높은 것으로 나타난 것으로 해석할 수 있다. 이러한 결과와 해석은 앞서 지적한 바와 같이 서양 사회를 기반으로 하고 있는 비슷한 연구와 일치하는 것인데, 마치 한국적 맥락을 강조한 여성주의적 관점과는 반대인 것으로 보일 수 있다. 하지만 배우자가 있는 여성과 남성의 의료서비스 이용확률이 크게 다르게 나타난 결과는 여성주의적 관점을 지지하는 것으로 이해할 수 있고 이점이 바로 본 연구의 두 번째 시사점이다.

한국에서 남성과 여성이 가정에서 수행하여야 하는 성역할은 확연하게 다르다. 일반적으로 사람들은 아프거나 힘이 들 때면 ‘집’을 생각한다고 하지만 이는 남성과 자녀에게 준 표현이지 아내 혹은 어머니는 그렇지 못한 경우가 많다. 바로 가정에서 여성은 끊임없이 돌봄노동을 수행하여야 하기 때문이다. 위 결과에서 유배우자 남성은 무배우자 남성에 비해 의료서비스 이용확률이 크게 높은 반면 그것이 여성의 경우 조금만 높게 나타난 점이 이를 뒷받침한다. 어쩌면 많은 기혼여성들이 푸념처럼 하는 “아프지도 못한다”는 말에서 볼 수 있듯이 여성들이 의료서비스를 이용하는 이유가 본인이 아플 경우 가정에서 본인을 대신하여 돌봄노동을 수행할 사람이 전혀 없기 때문에 아프지 않기 위해서 의료서비스를 이용하는 것으로 볼 수 있다. 이점에서 유배우자 여성이 무배우자 여성에 비해 약간 높은 의료서비스 이용확률을 나타낸 것도 전자가 후자에 비해 가족으로부터 정서적 지원을 더욱 많이 받았기 때문이기 보다는 본인이 제공해야 할 정서적 신체적 지원이 단절되지 않도록 하는 책임감이 이들로 하여금 적극적인 의료서비스를 이용하도록 만든 것으로 해석할 수 있다. 이와 같은 결과는 궁극적으

로 한국적 맥락에서 여성과 남성 그리고 가정 내에서 이들이 차별적으로 지나는 성분업구조에 대한 고려를 강조한 여성주의적 관점을 경험적으로 뒷받침하고 있는 것으로 해석할 수 있다.

역할정체성을 구성하는 데 있어서 남녀 간의 차이가 없다고 하여 부부관계가 정신건강에 미치는 영향력에 있어서 성별간의 차이가 존재하지 않는다고 보는 견해도 있지만(Wickrama, 1995) 이는 그 속에 내재된 의미의 차이를 고려하지 않은 것이다. 화폐로 노동의 가치가 평가되면서 여성의 가사노동에 대한 가치는 지극히 평가하는 사람에 주관적 판단에 맡겨질 수밖에 없고, 이는 결국 평가자 자신이 속한 사회적 맥락이 허용하는 틀 안에서 결정될 것이다. 결국 부부간의 관계에서 볼 때 전업 주부 뿐 아니라 취업한 아내 역시 성별분업에서 자유로워질 수 없으며 전업 주부일 경우에는 남편과 대등한 위치가 더욱 불가능하다. 가족들의 신체적·정신적 건강을 돌봐야 할 의무를 가진 주부들은 가정 내의 음식 준비, 정신적 휴식처로서의 역할은 물론이며 의료이용의 진료예약을 하고 가정 구급약을 준비하고 있으면서 가정의 의사 간호사역할을 하고 남편과 자식들의 성취를 위한 끊임없는 관리를 요구받으므로 해서 그들만의 영역을 취약하게 만들게 된다.

본 연구는 남녀 간 의료이용의 차이를 살펴봄에 있어서 단순히 성별로 구분된 집단이 아닌 배우자의 유무의 조건에 따른 남녀를 구분하여 기존의 연구들의 단선적인 분석의 한계를 극복하며 동시에 한국적 상황에서 여성주의적 주장의 타당성을 경험적으로 검증해 보이려고 했다. 비록 본 연구는 아직도 가정 내에서 남녀의 성역할 차이를 구체적으로 검증할 수 있는 변수들을 포함하고 있지 못한 한계를 지니고 있지만, 이 한계에도 불구하고 단순히 성별에 따른 통계자료를 사용하지 않아 성역할의 비교에 대한 구체적 접근을 시도하였다는 점에서 기존의 연구들, 특히 사례분석 위주의 여성주의적 연구들이 지니는 한계를 극복하고 있다는 점에서 그 의의를 찾아볼 수 있다. 이렇게 본 연구결과는 부분적이기는 하지만 여성주의적 주장을 경험적으로 검증하였으며 남성과 여성간의 의료이용률에 있어서 결정요인들이 다르게 나타난 결과는 성별에 따른 의료이용행태에 있어서 남녀라는 생물학적 구분이 아닌 사회적 맥락을 고려해야 한다는 여성주의적 시각의 필요성을 뒷받침해주는 것이다.

참고문헌

- 김영기 (1995), “사회경제적 지위와 보건의료 서비스 이용에 관한 연구,” 《사회과학연구》 21호:9-24.
- 김정화 (1997), “여성의 건강과 삶의 질 : 의료사회학적 접근”, 《여성연구》 pp.133-35.
- 문창진 (1990), 《보건의료사회학》 신광출판사.
- 박은옥 (1994), “취업과 결혼상태가 남녀의 건강에 미치는 영향,” 서울대학교 보건대학원 보건학석사학위논문.
- 세계일보, 2005년 6월 8일자. ‘주부는 숙련노동자’.
- 심영희 (1999), “‘자식바라기’ 어머니의 전통성과 성찰성: 대입 수험생 어머니의 삶과 정체성,” 《모성의 담론과 현실》 나남: 서울.
- 이경혜 (1999), “여성건강과 남녀평등 문화,” 《여성건강간호학회지》 5권 2호.
- 이재경 (2000), “성별화된 이혼과 여성,” 《가족과 문화》 12집 2호, 한국가족학회.
- 이혜리 (1994), “가족과 질병의 상호관계,” 《가정의학회지》 15권 11호.
- 장현정 (2004), “한국가족에서의 ‘주부됨’과 여성의 건강,” 《여성건강》 5권 2호, pp.105~137.
- 조선일보, 2005년 5월 27일자. ‘한국인 하루 24시간 어떻게 쓰나.’
- 차승은 · 한경혜 · 이정화 · 옥선화 (2003), “한국 중년기 남녀의 건강상태 및 건강 관리 행동: 성별, 연령집단별 차이를 중심으로”, 《대한가정학회지》 41권 1호, pp.213-229.
- Andersen, R. (1968), “A Behavioral Model of Families' Use of Health Services,” *Research Series, No. 25*, Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
- Benard, J. (1972), *The Future of Marriage*. New Haven. CT: Yale University Press.
- Brown, G. W., and T,C, Harris. (1978), *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London: Tavistock.
- Cleary, P.D., and D. Mechanic. (1983), “Sex differences in psychological distress among married people,” *Journal of Health and Social Behavior*,

- 24(2), 111-121.
- Gove, W. (1984), "Gender Differences in Mental and Physical Illness: The Effects of Fixed Roles and Nurturant Roles," *Social Science and Medicine*, 19(2): 77-84.
- Graham, H. (1985). *Women, Health and the Family: Toward a New Perspective*. New York: Tavistock Publication.
- John N. (1993), "Gender and Health : Some Asian Evidence," *Journal of Health and Social Behavior* 34(September), pp.252-271.
- Moen, P., D. Dempster-McClain and R.M. Williams. (1992), "Successful Aging: A Life course Perspective on Women's Multiple Roles and Health," *American journal of Sociology* 97: 1612-1638.
- Nathanson, C.A. (1977), "Sex Roles as Variables in Preventive Health Behavior," *Journal of Community Health* 3: 142-155.
- Nettleton, S. (1995). *The Sociology of Health and Illness*, Polity Press, 조효제(역), 《건강과 질병의 사회학》, 한울 아카데미(1997).
- Orman, A. (1977), "Epidemiologic Transition in the U.S." *Population Bulletin* 32:1-42.
- Verbrugge, L.M. (1983), "Multiple Roles and Physical Health of Women and Men," *Journal of Health and Social Behavior* 24, pp.16~30.
- _____ (1985), "Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence," *Journal of Health and Social Behavior* 26, pp.156~182.
- Wickrama, K., R.D. Conger, F.O. Lorenz and L. Matthews. (1995), "Role Identity, Role satisfaction and Perceived Physical Health." *Social Psychology Quarterly* 58: 270-283.
- Wiley, G.M. (1991), "Gender, Work and Stress: The Potential Impact of Role-identity Salience and Commitment." *Sociological Quarterly* 32: 496-510.

found to be very poor that 82.3% of the grandparents reportedly needed some assistance in at least one ADL, and their mean score of depression measured by CES-D was 27.4, indicating a moderate level of psychological distress. Third, among the sociodemographic and stressor variables, grandparents' sex, the number of their children and household keeping burden were statistically significant predictors of their ADL restriction. As for depression level of the grandparents, their monthly income, parenting duration, the number of their children, economic difficulties, household keeping burden and social restrictions were found to be statistically significant. Fourth, grandparents who reported of having more social support from their friends, a higher level of satisfaction of the friends' social support and also of being satisfied with social support from their religious associations tended to experience significantly less ADL restrictions. The more kinds of social support received from friends and social welfare agencies and the less satisfied they were with social support from governmental sector, the higher their depression level was. Implications for social welfare services and programs for grandparent-headed families were discussed.

Key words: Grandparent-headed family, Social Support, Grandparents, Physical Health, Mental Health

Sex Differentials in the Utilization of Medical Services by Marital Status

Soo-Hyeong Choi · Youngtae Cho

It has been well known that women live longer but suffer more from degenerative diseases than men do, which, in turn, results in frequent

utilization of medical care services among women. Previous studies, mostly based on Western society, have discussed that women, particularly married women, are more likely to utilize medical care services than men even after considerations of different health status and demographic and socioeconomic characteristics. Social interests in women's health and socialization process of caring for health among women are known as causes. This study examines sex differentials in the medical care service utilization in Korean society, particularly focusing on marital status. Feministic perspectives in Korea have argued that sex division of labor within family puts women in a position that has to continuously provide physical and emotional services to other family members, which keeps them from taking care of their own health. This study empirically tests if this feministic perspective holds true in Korea. Results show that Korean women and those with spouse are more likely to utilize medical care services than their men and the spouse-less counterparts, net of other risk factors. However the effect of existence of spouse on the medical care utilization is much smaller among women than men. These results suggest that the feministic perspective is in part applicable to explain sex differentials on medical care service utilization in Korea.

Key words: medical care service utilization, sex differentials, spouse effect, Korean context

Family Role Status and Physical/Mental Health of Men and Women : Who is More Vulnerable?

Seung-Eun Cha · Kyung-Hae Han

The purpose of this research is to examine the impact of marriage and