農村醫學·地域保健學會誌：第34券 第1號(2009年 6月)
J Agri Med & Community Health 2009:34(1):67~75

농촌지역 여성의 건강수준과 의료이용에 대한 연구

신형철, 강지영[1], 박웅섭, 김상아[2]
관동대학교 의과대학 예방의학교실, 연세대학교 사회복지대학원[1],
동서울대학 실버복지학과[2]

Health Status and Medical Utilization of Women in Rural Area

Hyung Chul Shin, Ji Young Kang[1], Woong-Sub Park, Sang-A Kim[2]
Dept. Preventive Medicine and Public Health, Kwandong University,
School of Social Welfare, Yonsei University[1], Dept. Silver Welfare, Dong Seoul College[2]

= Abstract =

Objectives: This study was conducted to examine health inequality for gender and region in Korea. Especially it focused on health status such as disease prevalence and medical utilization of rural women.

Methods: Data from the Korea national health and nutrition survey in 2001 were used. The final sample size was 37,108 individuals with age 20 and over. This study applied the logistic regression for nominal variables such as disease prevalence and unmet care needs and with the regression for continuos variables such as the length and costs of medical services.

Results: Rates of disease prevalence and unmet care needs for chronic disease in rural area are higher than those in middle cities and big cities, and regional differences of those for women are more than those for mens with controlling ages. There could be interaction effect with region and sex.

Conclusions: This study suggests that health policy maker should take consider of special status of rural women who are in health inequality.

Key words: Women, Rural health, Health status, Health service needs, KNHANES

* 접수일(2009년 1월 22일), 수정일(2009년 3월 4일), 게재확정일(2009일 3월 31일)
* 교신저자 : 김상아, 경기도 성남시 수정구 성남대로 109 동서울대학 실버복지학과, 전화 : 031-720-2216,
팩스 : 031-720-2916, E-mail : sakim@dsc.ac.kr

서 론

이전까지 건강은 개인적이고 생물학적이며 의학적인 문제의 영역으로 여겨져 왔다. 하지만 최근 들어 사회적 요인들에 의해 건강이 영향을 받는 것이 인정되고 있으며 이에 대한 관심이 증대되고 있다. 건강의 사회적 불평등(Social Inequality in Health) 또는 건강 불평등(Health Inequality)은 건강수준의 사회적 논의에서 개념화 되었는데 사회경제적 지위, 성별, 인종, 또는 지리적 위치와 같은 전통적인 사회구조적 불평등 요인이 건강 수준의 차이에 관련된다는 데 집중하고 있다[1]. 이제 건강은 삶의 질에서의 불평등을 반영하는 대표적인 지표인 것이다.

건강 형평성 논의에서 성별은 주요한 불평등 요인으로 언급되고 있다. 일반적으로 여성은 평균수명에서 생물학적인 우월성을 가지고 있는 것으로 생각되지만 여성이 남성보다 건강한가에 대한 질문에 대해서는 회의적이다. 우리나라뿐만 아니라 세계적으로도 건강수명(disease free survival)은 여성이 남성에 비해 짧게 나타나고 있고[2] 급성 이환율과 만성질환 이환율이 여성에게서 월등히 높게 나타나 여성은 남성보다 오래 살면서 더 오래 질병으로 시달리고 있는 것으로 알려져 있다.

해외에서는 사회경제적 수준과 성별에 따른 건강불평등은 그동안 큰 관심이 되어왔으나 우리나라에서 이에 대한 관심은 극히 미흡하였다. 사회경제적 수준에 따른 건강불평등의 관심은 증가하고 있으나 성별에 따른 불평등의 문제는 기초적인 논의 수준에 머물러있다. 최근 들어 정책적인 측면에서 정부 연구보고서를 중심으로 여성의 건강문제를 다루기 시작한 것은 매우 고무적인 일이다. 하지만 이러한 연구들은 연령을 보정하지 않거나 성별 집단간 차이와 여성 내 집단 간 차이를 파악할 수 없는 경우가 많아 기존 연구로서 한계를 가지고 있다. 연령이 보정되지 않아 다른 변수간의 효과를 정확히 검증하기 어렵고 [3,4] 남성과 여성을 별도로 분석하여 성별 집단 간의 차이를 파악할 수 없거나[3] 성별효과를 통계적으로 보정해버려 성별에 따른 비교나 여성 내에서의 집단별 차이에 대해서는 분석하지 못 하였다[5].

더구나 여성의 건강에 관심을 갖는다고 하더라도 성별에 따른 불평등의 문제와 사회경제적 지위의 이중적 문제를 동시에 갖고 있는 취약계층 여성에 대한 논의는 매우 희귀한 실정이다. 또한 사회경제적 지위로서 소득을 변수로 설정하고 여성과 남성의 성별차이를 분석한 연구는 있지만 지역을 주요한 변수로 두고 성별 차이를 분석한 연구는 희귀한 실정이다.

농촌은 대내적으로도 한국 사회내의 사회경제적 발전격차에 따라 청장년층의 이탈과 심각한 인구고령화를 경험하고 있는 지역으로 보건복지 욕구가 급격히 증가하고 있는 지역이다. 반면 의료기관과 전문가집단의 부족으로 의료이용에서의 접근성이 낮을 것으로 우려되며 빈곤, 교육수준, 소득수준의 요인으로 인해 건강수준과 의료이용에 있어 불평등이 예상된다.

도시와 농어촌 간의 삶의 질의 차이가 주지의 사실로 인식되고 있지만 건강불평등의 이론적 모델에 기초하여 거주지역이 건강수준의 차이를 만드는 요인으로 작용하는가에 대한 연구는 우리나라에서 많지 않은 실정이다[6]. 도시와 농촌의 건강수준과 의료이용을 비교한 연구가 드물게 존재한다고 하여도[7-9] 이러한 연구들에서는 도시와 농촌의 차이에 집중하여 성별변수의 상호작용을 분석하지 않은 한계가 있다. 농촌과 도시의 차이는 알 수 있으나 농촌 여성이 도시 여성에 비교하여 의료이용 상태가 어떠한지, 농촌 여성과 농촌 남성과의 건강수준과 의료이용의 차이는 없는지에 대해서는 알 수가 없다. 반대로 농촌지역의 여성에 대해 관심을 가지고 연구를 진행한 경우에는 연구대상을 농촌 지역 여성만으로 한정하여 남성과의 비교가 불가능한 한계가 발견된다[10-12].

이에 이 연구는 연령을 보정하여 성별, 거주지역별로 건강수준과 의료이용의 차이를 분석하고, 거주지역별 건강수준과 의료이용의 차이들이 성별에 따라 변화되는가를 분석하기 위하여 수행되었다.

대상 및 방법

이 연구는 2001년 국민건강 영양조사자료 원자료를 확보하여 분석하였다[13]. 국민건강 영양조사대상은 '2000년 인구주택총조사' 조사구를 모집

단으로 하여 추출된 전국단위 표본으로 총 600개 조사구의 13,200가구에 거주하는 인구 약 40,000명이며 동 연구에서 분석대상은 국민건강 영양조사 원자료에서 연령과 성별이 기입된 20세 이상 성인 37,108명이다.

여성의 건강수준과 의료이용과 관련하여 만성질환과 급성질환별로 유병률, 미치료율, 의료이용을 대도시, 중소도시, 농촌지역별로 차이를 비교하였다. 급성 및 만성질환의 정의는 2001년도 '국민건강·영양조사'의 분류에 따라 정의하였다. 만성질환은 3개월 이전에 발생하여 현재까지 앓고 있는 질병으로서 임신과 관련한 합병증은 제외한 질환으로 발생 시기에 관계없이 질병의 자연사적 특성에 근거하여 만성질병으로 분류되고 있는 질병으로 정의하였으며, 고혈압, 갑상선 장애, 만성호흡기 질환 등을 포함한다. 급성질병은 만성질병으로 분류되지 않은 질병으로서 발생 후 3개월이 경과하지 않았고 질병으로 인해 반나절이상 평소활동에 지장이 초래되었거나 투약 등 치료를 받은 경우가 해당된다.

자료의 분석은 SAS version 9.2를 사용하여 분석하였다. 연령의 효과를 보정하기 위하여 연령변수를 통제변수로 추가하여 유병률, 미치료율 등과 같은 명목변수들은 로지스틱 회귀분석방법을 이용하여 성별, 집단별 교차비를 분석하였으며 의료이용변수인 입원재원일수, 외래방문횟수, 본인부담진료비 등과 같은 연속변수들은 회귀분석을 사용하여 성별, 집단별 차이를 분석하였다. 또한 대도시 남성을 기준으로 성별 거주지역을 모두 가변수 처리하여 지역 및 남성과 여성의 비교를 종합적으로 가능하도록 하였다.

결 과

1. 일반적 특성

일반적인 특성을 살펴보면 응답자의 51.1%가 여성이었으며, 여성 응답자의 19.1%가 농촌지역 거주자, 32.5%가 중소도시 거주자, 48.4%가 대도시 거주자로 나타났으며 남성의 경우도 유사하게 18.7%가 농촌거주자, 33.2%가 중소도시 거주자, 48.1% 대도시 거주자로 응답하여 남녀 모두 대도시 거주자의 비율이 높았다. 직업계층 분류에서 여성의 경우는 비경제활동이 42.5%로 가장 높은 응답률을 보였으며 비육체노동이 26.3%, 육체노동 17.3%, 무직이 14%로 나타났다. 남성의 경우는 육체노동의 비율이 가장 높아 40.8%를 차지하고 비육체노동 36.4%, 무직 17.5%, 비경제활동 5.3%로 응답하여 여성의 경우는 비경제활동 비율이 높고 남성은 여성에 비해 상대적으로 비경제활동 비율이 낮고 육체노동의 비율이 높은 것으로 분석되었다(Table 1).

2. 유병률

자신의 건강이 "나쁘다" 또는 "매우 나쁘다"라고 응답한 불건강상태 여부를 분석한 결과 연령을 보정한 상태에서 여성이 남성에 비해 불건강하다고 응답한 비차비는 1.39배 유의하게 높았으며, 농촌지역의 여성이 대도시 남성보다 불건강상태의 비차비가 2.30배 유의하게 높았다. 여성과 남성 모두에서 농촌지역, 중소도시, 대도시 순으로 불건강상태의 비차비가 높았다. 그러나 남성에서의 불건강상태의 지역별 차이보다 여성에서의 지역별 차이가 더 크게 분석되었다(Table 2).

여성의 만성질환 유병률은 5.79%, 남성의 만성질환 유병률은 5.05%로 나타났다. 연령을 보정한 상태에서 여성이 남성에 비해 만성질환을 하나 이상 가지고 있을 비차비는 1.36배 유의하게 높았으며, 농촌지역의 여성이 대도시 남성보다 만성질환 이환의 비차비가 2.23배 유의하게 높았다. 주관적 불건강상태와 같이 여성과 남성 모두에서 농촌지역, 중소도시, 대도시 순으로 만성질환 유병 비차비가 높았고 남성에서의 만성질환 유병률의 지역별 차이보다 여성에서의 지역별 차이가 더 크게 분석되었다.

여성의 급성질환 유병률은 0.93%, 남성의 급성질환 유병률은 0.54%로 나타났다. 연령을 보정한 상태에서 여성이 남성에 비해 급성질환을 하나 이상 가지고 있을 비차비는 1.78배 유의하게 높았으며, 농촌지역의 여성이 대도시 남성보다 급성질환 이환의 비차비가 1.62배 유의하게 높았다. 그러나 지역별 경향성은 주관적 불건강상태나 만성질환과는 다른 경향을 보여주었다. 모든 지역에서 여성이 남성보다 급성질환 유병의 비차비가 높았으나, 여성과 남성 모두에서 대도시의 급성질환 유병률이 농촌보다 높았으며 그 차이가 상대적으로 크지 않았다.

Table 1. General characteristics of study subjects

		Female	Male
		N (%)	N (%)
Age	20-29	3,924 (20.3)	3,326 (18.7)
	30-39	4,636 (24.0)	4,661 (26.2)
	40-49	4,250 (22.0)	4,430 (24.9)
	50-59	2,588 (13.4)	2,885 (14.2)
	60-69	2,241 (11.6)	1,922 (10.8)
	70이상	1,680 (8.7)	925 (5.2)
Area	Rural	3,690 (19.1)	3,326 (18.7)
	Middle city	6,279 (32.5)	5,906 (33.2)
	Large city	9,350 (48.4)	8,557 (48.1)
Working status	No working	2,705 (14.0)	3,113 (17.5)
	Not economically active	8,211 (42.5)	943 (5.3)
	Physical labor	3,322 (17.2)	7,258 (40.8)
	Unphysical labor	5,081 (26.3)	6,475 (36.4)
education	Bellow elementary	5,351 (27.7)	2,544 (14.3)
	Middle school	2,492 (12.9)	2,028 (11.4)
	High school	6,839 (35.4)	6,831 (38.4)
	Above college	4,637 (24.0)	6,386 (35.9)
Total (%)		19,319 (51.1)	17,789 (48.9)

Table 2. Results of logistic analysis controlling age for disease prevalence by region

Disease	Region	Prevalence(%)		Odds ratio			
		Female	Male	Female	(95% CI)	Male	(95% CI)
Subjective unhealthy state	Rural	3.38	2.48	2.30	(2.38 ~ 2.40)	1.81	(1.80 ~ 1.81)
	Middle city	1.70	1.32	1.67	(1.67 ~ 1.68)	1.31	(1.30 ~ 1.31)
	Large city	1.62	1.11	1.52	(1.52 ~ 1.53)	1.00	-
	Total	1.98	1.43	1.39	(1.39 ~ 1.39)	1.00	-
Chronic diseases	Rural	7.23	6.15	2.23	(2.22 ~ 2.24)	1.52	(1.52 ~ 1.53)
	Middle city	5.74	5.23	1.77	(1.76 ~ 1.77)	1.42	(1.4 ~ 1.42)
	Large city	5.27	4.49	1.41	(1.42 ~ 1.42)	1.00	-
	Total	5.79	5.05	1.36	(1.35 ~ 1.36)	1.00	-
Acute diseases	Rural	0.92	0.55	1.62	(1.62 ~ 1.63)	0.94	(0.94 ~ 0.95)
	Middle city	0.89	0.51	1.62	(1.61 ~ 1.63)	0.89	(0.88 ~ 0.89)
	Large city	0.97	0.57	1.77	(1.77 ~ 1.78)	1.00	-
	Total	0.93	0.54	1.78	(1.77 ~ 1.79)	1.00	-

Table 3. Results of logistic analysis controlling age for uncured rate by region

Disease	Region	Uncured rate(%)		Odds ratio			
		Female	Male	Female	(95% CI)	Male	(95% CI)
Chronic Diseases	Rural	15.2	14.3	1.29	(1.28 ~ 1.29)	1.14	(1.12 ~ 1.15)
	Middle city	15.1	15.6	1.11	(1.11 ~ 1.12)	1.10	(1.10 ~ 1.12)
	Large city	12.7	14.1	0.92	(0.91 ~ 0.92)	1.00	-
	Total	14.2	14.7	0.99	(0.99 ~ 1.00)	1.00	-
Acute diseases	Rural	5.0	1.2	2.39	(2.32 ~ 2.49)	0.51	(0.49 ~ 0.54)
	Middle city	2.5	1.2	0.99	(0.96 ~ 1.01)	0.49	(0.47 ~ 0.51)
	Large city	3.5	2.5	1.40	(1.37 ~ 1.43)	1.00	-
	Total	3.5	1.9	1.87	(1.85 ~ 1.92)	1.00	-

3. 미치료율

만성질환의 미치료율은 연령을 보정하는 경우 남성과 여성에서 유의한 차이는 분석되지 않았다. 연령을 보정한 상태에서 성별, 지역별 만성질환의 미치료율을 살펴보면, 여성과 남성 모두에서 농촌지역의 주민들의 만성질환 미치료율이 중소도시와 대도시보다 높게 나타났다. 그러나 여성의 지역간 미치료율의 차이는 남성보다 그 차이가 크게 나타나 대도시 남성을 기준으로 하였을 때 남성의 미치료 비차비의 차이는 최대 0.14인데 반해 여성의 지역별 미치료율 차이는 0.37로 분석되었고 그 차이는 유의한 것으로 나타났다.

급성질환의 미치료율은 연령을 보정하는 경우 여성의 미치료 비차비가 남성보다 1.87배 높았으며 유의한 것으로 나타났다. 농촌여성의 급성질환 미치료 비차비는 대도시 남성을 기준으로 할 때 2.39배 높았으며 유의한 차이로 분석되었다. 모든 지역에서 여성이 남성보다 미치료 비차비가 높게 나타났으나 여성에서는 대도시보다 농촌의 미치료 비차비가 높은 반면 남성에서는 더 낮아 지역별 경향성은 성별에 따라 차이를 보였다(Table 3).

4. 외래진료일수 및 본인부담 외래진료비용

만성질환으로 2주간 외래치료를 받은 여성의 외래진료횟수는 3.4일, 남성은 3.2일로 연령을 보정하면 유의하지는 않았으나 여성이 남성보다 0.2일 방문횟수가 더 많았다. 그러나 본인부담 외래의료비 지출은 여성의 경우 3만 2천원, 남성은 3만 9천원이었으며, 연령을 보정하는 경우 유의하지는 않았으나 여성의 본인부담 외래진료비가 6천원 적게 나타나 방문횟수의 양상과 차이를 보이고 있다. 대도시 남성을 기준으로 비교하는 경우, 농촌지역여성은 0.8배 외래진료횟수가 유의하게 많았으나 진료비용은 1만 9천원 유의하게 낮은 것으로 분석되었다. 특히 농촌지역여성은 중소도시, 대도시의 여성이나 남성에 비해서 외래치료 방문이 가장 높지만 본인부담 외래진료비용은 가장 낮은 것으로 분석되었다(Table 4).

급성질환으로 2주간 외래치료를 받은 여성의 외래방문횟수는 3.4일, 본인부담 외래진료비용은 1만 4천원, 남성의 방문횟수는 2.9일, 본인부담 외래진료비용은 1만 2천원으로 분석되었다. 연령을 보정하면 여성의 방문횟수가 남성보다 0.5일 유의하게 많았으며 본인부담의료비는 유의하지는 않았지만 3천원 더 많았다. 대도시 남성을 기준으로 비교하는 경우, 중소도시와 대도시의 여성의 진료일수가 유의하게 많았으며 특별한 경향성은 발견되지 않았다. 본인부담 외래진료비용의 경우에도 지역간 유의한 차이는 없었다. 그러나 농촌지역의 여성들은 도시지역 여성보다 방문횟수와 본인부담 의료비 지출이 유의하지는 않았지만 적게 나타나는 경향을 보였다(Table 4).

5. 입원재원일수 및 본인부담 입원진료비용

만성질환으로 1년간 입원치료를 받은 여성의 입원재원일수는 19일, 본인부담 의료비 지출은 136만 8천원이었고 남성의 경우 입원재원일수는 30일, 본인부담 의료비 지출은 154만원이었다. 연령을 보정하는 경우 여성의 입원재원일수는 남성보다 10.8일 유의하게 더 짧았고 본인부담 입원진료

비용은 유의하지는 않았으나 16만원 더 적었다.

급성질환으로 지난 1년간 입원치료를 받은 여성의 평균 입원재원일수는 22.5일, 본인부담 입원진료비용은 28만 4천원인데 반해 남성의 평균재원일수는 16.3일, 본인부담 의료비 지출은 62만원이었다. 여성의 경우 농촌 여성의 급성질환 재원일수와 본인부담 의료비가 가장 낮고 대도시 여성의 재원일수와 본인부담이 가장 많았으나 모두 유의하지는 않았고, 남성에게는 지역에 따른 재원일수와 본인부담 차이의 경향성이 나타나지 않았다(Table 5).

고 찰

연령을 통제한 이후에 주관적 불건강상태에 처한 여성이 남성보다 많았고 만성질환의 유병률도 여성에서 유의하게 높았다. 또한 주관적 불건강상태에 처한 주민이 대도시보다 농촌지역에서 더 많았고 만성질환 유병률도 농촌지역이 높은 것으로 나타났다. 만성질환의 미치료율은 남성과 여성에서 유의한 차이는 없었으나, 여성과 남성 모두에서 농촌지역의 주민들의 만성질환 미치료율이 대도시보다 유의하게 높게 나타났다. 그리고 주관적 불건강상태, 만성질환 유병률 및 미치료율의 지역별 차이는 남성보다 여성에서 더 크게 나타났다.

농촌지역과 여성은 도시와 남성에 비해 노인인구가 많기 때문에 만성질환의 유병률은 농촌과 여성에서 높게 나타날 것이다. 그러나 이 연구에서는 연령을 통제한 이후에도 농촌지역과 여성에서 만성질환 유병률이 도시지역과 남성에 비해 더 높았다. 이는 농촌 노인들의 건강상태를 분석한 다른 연구결과[14]와도 일치하였다. 연령을 통제한 후에도 농촌지역과 농촌여성의 만성질환 유병률이 높은 것은 단순히 농촌 지역의 노인인구 비중이 많기 때문이 아니라 지역별, 성별 건강수준의 차이가 있다는 것을 의미한다.

특히 지역간 건강수준의 차이가 여성에서 더 크게 나타난다는 사실은 지역과 성별의 두 요인 사이에 상호작용이 존재한다는 것을 나타낸다. 농촌 여성노인은 경제적, 사회적 자원의 결핍을 보다 많이 경험하기 쉬워서 타집단에 비해 건강과 관련해 겪는 문제도 심각한 것으로 알려져 있다[10]. 예를 들면 여성은 남성보다 낮은 소득수준으로 빈곤에 처할 확률이 높고 다시 빈곤으로 인해 건강자원에 접근할 기회가 줄어들 수 있다는 것이다. 이러한 여성에게 더 흔한 빈곤은 건강수준에 악영향을 미칠 뿐 아니라 보건의료나 열악한 물리적 환경 등 매개요인을 통해서도 건강에 악영향을 미친다. 빈곤여성의 건강문제는 가족 안에서의 지위에 의해서 더욱 심화된 형태로 나타날 수 있다. 또한 건강수준을 결정하는 투입요소라고 할 수 있는 영양, 위생, 교육 등에서 빈곤과 성차별의 문제가 중첩되어 있다. 의료이용에서도 빈곤여성은 상대적으로 더욱 제한을 받게 된다. 실제 많은 나라에서 여성은 낮은 사회적 지위가 낮고 가족 내에서 의사결정권을 가지지 못함으로써 의료이용에 차별적 제한을 받고 있다[15].

남성보다 많은 사회적 역할을 맡아야 하는 여성의 다중적 역할(multiple roles)도 많은 노동량과 스트레스로 여성 건강에 악영향을 미칠 수 있다. 또한 농촌지역에서 전통적인 가족관계의 가치가 농촌여성의 건강에 부정적으로 영향을 줄 수도 있다. 예를 들면 여성이 의료 서비스를 이용하기 위해서는 남편의 허락이 필요하고, 가족들의 욕구를 자신의 욕구보다 우선하기 때문에 서비스 이용의 제약이 발생할 수 있다[16]. 게다가 가정 내 소득분배에 관한 연구에 의하면 성별에 따라 자금과 물품이 고르게 분배되지 않고 있다[17].

이 연구결과는 만성질환에 있어서 여성의 유병률이 더 높음에도 불구하고 여성의 의료이용은 많지 않아 성별에 따른 의료이용 불평등이 존재할 가능성을 보여주었다. 여성과 남성 모두 농촌지역에서 대도시보다 만성질환의 미치료율이 유의하게 높게 나타나고 있으며 특히 농촌 여성의 경우는 만성질환 유병률이 가장 높을 뿐 아니라 미치료율 또한 가장 높게 나타나고 있어 특히 농촌 여성에서 불평등이 가중되고 있었다. 급성질환에서도 유의하지는 않았지만 미치료율이 농촌 여성에서 가장 높았다.

입원의 경우는 여성 만성질환의 입원재원일수가 남성보다 유의하게 더 짧고 유의하지는 않았지만 본인부담 입원진료비용이 더 적게 나타났다. 질병의 유병률이 높은데 상대적으로 입원재원일수가 짧고 진료비용이 적다면 상대적으로 농촌지역의 여성이 적절한 치료를 받지 못할 가능성을 보여주고 있다. 모두 유의하지는 않았지만 여성의 만성질환 외래진료횟수는 남성보다 여성이 많았으나 진료비수준은 남성이 높게 나타났다. 특히 농촌지역여성은 만성질환 외래방문건수가 가장 많았지만 본인부담 외래진료비용은 가장 낮은 것으로 분석되어, 방문당 진료비용은 더욱 낮을 것으로 예상되었다. 따라서 농촌여성은 잦은 질병으로 외래방문횟수는 많지만 양질의 치료를 받지 못하고 있을 가능성을 보여주고 있다. 물론 농촌지역에는 의료급여 대상자들이 대도시보다 높아 진료비용이 적을 수 있지만, 이러한 경향성이 농촌 남성에서는 나타나지 않은 것을 고려한다면 농촌 여성의 낮은 외래진료비용의 원인이 의료급여의 효과만은 아닐 것으로 예상된다.

실제로 농촌지역의 의료서비스 선택에 대한 연구에서 본인부담비용 이외에도 의료서비스 이용 제한의 주요한 원인으로 접근도 즉 교통시간을 보고하고 있다[18]. 또한 공급적인 측면에서 농촌보다는 도시에 의료공급 자원이 많이 분포하고 있어 의료기관에 대한 접근성이 높아 시간비용이 줄어들게 되어 결과적으로 의료이용 수준과 의료공급량은 비례하는 것으로 알려져 있다[9]. 실제로 우리나라에서 의료기관의 분포는 불균등한 현실인데 2006년 12월 현재 의료기관의 88.3%, 병상수의 90.4%가 도시지역에 분포되고 있어, 의료서비스를 이용하기 위해 이동하는데 소요된 시간과 비용이 농촌지역에서 유의하게 높은 것으로 보고되고 있다[20]. 또한 의료이용에 대한 사회경제적 변수의 영향을 살펴본 연구에서 소득, 거주지역 등에 따른 의료이용의 차이가 있으며 모든 건강수준에서 교육수준이 의료이용에 유의한 영향을 미친다고 보고하였다[19]. 지역에 따른 지불능력요인을 비교한 한국의 연구결과에서도 농촌지역보다 도시지역의 지불능력이 높은 것으로 나타나[9], 낮은 농촌여성의 소득은 선택적인 의료이용의 장벽으로 작용하였을 가능성이 있다.

특히 농촌지역 여성이 의료이용이 농촌지역 남성보다 미치료율이 높은 이유에 대해서는 남성과 여성이 동일한 가구에 속했을지라도 여성의 경우는 의료서비스의 경제적인 부담을 남성보다 더 유의하게 인지는 것으로 알려져 있어[21], 도시보다 의료이용에 장애가 있는 농촌지역 여성은 본인부담비용에 더욱 민감하게 반응하였을 가능성이 있다.

요 약

우리나라 20세 이상 성인 37,108명을 대상으로 농촌여성들의 건강수준과 의료이용을 중심으로 분석한 결과, 여성의 만성질환의 유병률과 미치료율이 남성보다 높고, 농촌지역의 유병율과 미치료율이 대도시지역보다 높게 분석되었다. 그리고 만성질환 유병률과 미치료율의 지역별 차이는 남성에서보다 여성에서 더 큰 것으로 분석되었다. 의료이용에 대해서도 비슷한 경향을 관찰하였으나 통계적으로 유의한 수준에는 미치지 않았다. 따라서 농촌지역 여성의 건강수준이 낮음에도 불구하고 적절한 의료이용을 하지 못하는 건강불평등 상태에 있을 가능성을 보여주었다. 그러므로 건강불평등을 해소시키기 위해서는 농촌지역에 대한 정책적 배려 이외에도 농촌여성에 대한 배려가 추가로 고려되어야 할 것으로 보인다. 그러나 이 연구는 성별, 지역별 차이를 분석함에 있어 연령이외에 건강수준과 의료이용에 영향을 미치는 다양한 환경적, 경제적, 사회적 요인을 통제한 것이 아니기 때문에 해석에 주의가 필요하다. 또한 진료비용 자체가 의료서비스의 질을 대표한다고는 볼 수 없다. 따라서 후속연구에서는 이러한 다양한 변수들이 통제된 성별, 지역간 건강수준과 의료이용의 차이에 대한 분석과 농촌지역의 의료서비스의 질에 대한 연구가 수행되어야 할 것이다.

Table 4. Results of multivariate regression analysis controlling age number of visits and cost of outpatient by region

(Unit: number, thousand won)

Diseases	Region	Outpatient visits		Outpatient cost		Difference of outpatient visits				Difference of outpatient cost			
		Female	Male	Female	Male	Female	95% CI	Male	95% CI	Female	95% CI	Male	95% CI
Chronic Diseases	Rural	3.7	3.6	20.0	26.3	0.8	(0.4 ~ 1.1)	0.6	(0.3 ~ 1.0)	-19	(- 31 ~ -7)	-14	(-28 ~ 0)
	Middle city	3.4	3.2	36.2	44.0	0.4	(0.1 ~ 0.7)	0.3	(-0.1 ~ 0.6)	-8	(- 20 ~ 5)	-0	(-14 ~ 14)
	Large city	3.2	2.9	35.8	43.4	0.2	(- 0.0 ~ 0.5)	0.0	-	-7	(- 18 ~ 4)	0	-
	Total	3.4	3.2	31.6	38.8	0.2	(- 0.0 ~ 0.4)	0.0	-	-6	(- 14 ~ 1)	0	-
Acute disease	Rural	3.2	3.0	9.8	9.8	0.3	(-0.2 ~ 0.8)	0.2	(-0.5 ~ 0.8)	-0	(- 7 ~ 7)	-0	(- 9 ~ 8)
	Middle city	3.5	3.1	15.0	13.5	0.8	(0.3 ~ 1.2)	0.4	(-0.2 ~ 0.9)	5	(- 1 ~ 11)	3	(- 4 ~ 10)
	Large city	3.3	2.7	14.5	10.3	0.6	(0.2 ~ 1.0)	0	-	4	(- 1 ~ 10)	0	-
	Total	3.4	2.9	13.7	11.2	0.5	(0.2 ~ 0.8)	0	-	3	(- 1 ~ 6)	0	-

Table 5. Results of length of day and cost of hospital stay controlling age by region

(Unit: day, thousand won)

Diseases	Region	Length of hospital		Cost of hospital stay		Difference of length of hospital				Difference of cost of hospital stay			
		Female	Male	Female	Male	Female	95% CI	Male	95% CI	Female	95% CI	Male	95% CI
Chronic Diseases	Rural	27.7	34.4	1316.6	1684.0	-2.0	(-15.3 ~ 11.4)	4.4	(- 9.8 ~ 18.6)	- 85	(- 683 ~ 513)	255	(-377 ~ 888)
	Middle city	13.9	28.0	991.0	1712.8	-14.7	(-28.4 ~ -1.0)	-0.7	(-13.7 ~ 12.4)	-325	(- 947 ~ 296)	395	(-192 ~ 982)
	Large city	17.0	29.0	1548.4	1353.0	-11.8	(-22.8 ~ -0.7)	0	-	214	(- 276 ~ 703)	0	-
	Total	19.0	30.0	1367.6	1539.5	- 10.8	(-18.5 ~ -3.1)	0	-	-159	(- 502 ~ 185)	0	-
Acute disease	Rural	12.5	19.7	190.6	903.6	-3.7	(-32.9 ~ 25.5)	3.5	(-15.9 ~ 22.9)	-454	(-1505 ~ 596)	237	(-453 ~ 927)
	Middle city	21.7	14.6	221.4	369.1	5.5	(-10.2 ~ 21.2)	-1.5	(-17.3 ~ 14.3)	-447	(-1014 ~ 120)	-303	(-888 ~ 282)
	Large city	24.9	16.2	359.1	669.0	8.7	(- 6.1 ~ 23.5)	0	-	-307	(- 858 ~ 245)	0	-
	Total	22.5	16.3	283.9	619.5	6.4	(- 3.9 ~ 16.7)	0	-	-336	(- 719 ~ 47)	0	-

참고문헌

1. James SH. Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *Journal of health and social behavior.* 43(2). 2002; 125-142
2. 김창엽 엮음. 빈곤과 건강. 한울아카데미, 서울, 2003, 쪽 146
3. 남정자, 박인화, 권순호, 문상식. 여성의 생애주기별 건강문제와 대책. 과천, 보건복지부, 2000, 쪽 6-21
4. 김남순. 한국 여성의 건강통계. 서울, 한국보건사회연구원, 2003, 쪽 52-81
5. 김혜련, 강영호, 윤강재, 김창석. 건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향. 서울, 한국보건사회연구원, 2004, 쪽 257-279
6. Lee MS. Health inequalities among Korean adults: socieconomic status and residential area differences. *Korean sociology.* 2005; 39(6);180-209(Korean)
7. Yu SH, Cho WH, Park CY, Lee MK. Health care utilization and its determinants among island inhabitants. *Korean J. of Preventive Medicine*. 1987;20(20);287-300
8. Lee JH. Ko KH. Kim YS, Rhee JA. Physician utilization and its determinants in rural and urban slum areas. *Korean J. of Preventice Medicine*. 1988;21(2);404-418 (Korean)
9. Joo KS, Kim HJ, Lee SH, Min HY. A comparative study on medical utilization between urban and rural Korea. *Korean J. of Preventive Medicine* 1996;29(2);311-330 (Korean)
10. Roh, JK, Han GH, Choi ES. Rural elderly women's health and health care practices. *The Korean Journal of Rural health living* 1994;5(2);171-184(Korean)
11. Cho YH, Lifestyle and health status of women in rural area. *Women's study* 2003; (65);245-265(Korean)
12. Jang IS. A study on self-rated health of elderly women in a rural community. *Korean Society of Public health nursing.* 2003;17(1);35-46(Korean)
13. The Third Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES II). 2001, Korea Centers for Disease Control and Prevention (Korean)
14. OH JK. Health status and medical care utilization patterns of rural aged. *Korean J. of preventive Medicine* 1991;24(3);328-338 (Korean)
15. 박영란, 정진주, 황정임, 권문일, 김창엽, 석재은, 엄규숙, 유태균, 정인숙, 황수경. 여성빈곤 퇴치를 위한 정책개발 연구. 서울, 한국여성개발원, 2003, 쪽 207-243
16. Rubye W..B, Caroline R.J, Joeleen B.E. The relationships among gender, perceived financial barriers to care and health status in a rural population *The journal of rural health* 1996;12(3);188-196
17. Pahl. J. Household spending, personal spending and the control of money in marriage. *Sociology* 1990;24(1);119-138
18. Lee WJ. Choice of health care and traditional medicine. *Korean J. of health policy and administration* 1998;8(1);183-202 (Korean)
19. Park HA, Hwang JI. Patterns and Determinants of health services utilization in Korea. *Health service management review* 2007; 1(1);59-60(Korean)
20. 보건복지부 통계팀. 보건복지백서 2006. 과천, 보건복지부, 2007, 쪽 450
21. Blazer, D. G, Landerman. L. R, Fillenbaum. G, Horner. R. Health services access and use among older adults in North Carolina: urban vs rural residents. *American Journal of public health* 1995;85(10);1384-1390