



# 성별에 따른 건강불평등 및 관련요인 연구

송미영<sup>1</sup> · 임우연<sup>1</sup> · 김증임<sup>2</sup>

충남여성정책개발원<sup>1</sup>, 순천향대학교 의과대학 간호학과<sup>2</sup>

## Gender Based Health Inequality and Impacting Factors

Song, Mi Young<sup>1</sup> · Lim, Woo Youn<sup>1</sup> · Kim, Jeung-Im<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Chungnam Women's Policy Development Institute, Gongju  
<sup>2</sup>School of Nursing, Soonchunhyang University, Cheonan, Korea

**Purpose:** This study was aimed to identify gender-based health inequality and explore impacting factors on health inequality in one province in Korea. **Methods:** This was an explanatory study using the secondary data on Chungnam province from the Fifth Community Health Survey from August 16 to Oct 31, 2012. Variables included in this analysis were education level, poverty, marital status, and residential community for socio-cultural characteristics and subjective health status as an indicator of health inequality. Data were analyzed by  $\chi^2$ -test, t-test, ANOVA, and multiple linear regression. **Results:** There were gender inequalities and disparities in health, and these inequalities were greater in woman than in man ( $\chi^2=161.8, p<.001$ ). The impacting factors were education level, poverty, marital status, and residential community, which was accounted for 22.6% of variances of health inequality. Among these variables, gender showed the largest influence in health inequalities. **Conclusion:** To solve health inequalities, it should be considered gender differences based on social determinants of health. It is necessary to develop long term project based on these results and the social determinants model of World Health Organization.

**Key Words:** Health Inequality, Women, Gender

### 서 론

#### 1. 연구의 필요성

건강은 단순히 신체적으로 질병이 없는 상태가 아니라 정신적·사회적으로 완전히 안녕함을 의미하며[1] 인종, 종교, 문화, 경제 뿐 만 아니라 정치적 신념 등 다양한 사회적 조건과 연관되어 있다. 그러므로 건강 문제의 해결을 위해서는 생물학적 차이만이 아닌 다양한 사회문화적 요인들을 함께 살

펴볼 필요가 있다.

일반적으로 여성의 이환율이 남성보다 높고 여성의 의료에 대한 관심이 남성과 비교하여 더 높은 특징이 있다. 여성들은 남성보다 불안 증상과 우울증을 더 많이 경험한다[2]. 또한 여성은 실직, 이혼 등 생애 위기를 접했을 때 대처 기술이 약하고 불안을 해소시킬 수단도 적어 스트레스가 높아지고 발병률도 높아진다. 이는 여성들의 가사노동, 임신, 출산, 육아에 대한 책임과 역할과 관련이 있으며 직접, 간접적으로 여성의 건강에 영향을 미친다[1-4].

**주요어:** 건강불평등, 여성, 젠더

**Corresponding author:** Kim, Jeung-Im

School of Nursing, Soonchunhyang University, 31 Suncheonhyang 6-gil, Dongnam-gu, Cheonan 330-930, Korea.  
Tel: +82-41-570-2493, Fax: +82-41-570-2498, E-mail: jeungim@sch.ac.kr

- 본 논문은 2014년 충청남도여성정책개발원에서 기본연구과제로 수행한 “충남여성의 건강 불평등 실태 및 해소 방안”을 근거로 새로운 분석방법을 적용하여 논문이 작성되었음.

- This study was based on the report of 2014 health inequality practice and solving strategies for women in Chungnam (Chungcheongnam-do Women's Policy Development Institute 2014-2).

Received: Mar 25, 2015 / Revised: Jun 3, 2015 / Accepted: Jun 16, 2015

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

한편 개인의 건강보다는 사회나 국가의 건강을 진단하고 대책을 마련하는 정책적 가이드라인으로 세계보건기구의 건강의 사회적 결정요인 위원회(Commission on Social Determinants of Health: CSDH)는 건강불평등의 사회경제적·정치적 맥락과 구조적 결정요인을 제시하였다. 여기서 구조는 맥락과 사회경제적 지위를 나타내고 사회적 계급을 만들어 결과적으로 건강불평등의 근본적인 원인이 된다[1,3]. 동 기구의 평등, 빈곤, 건강의 사회적 결정요인 부서(Department of Equity, Poverty and Social Determinants of Health)는 건강불평등을 개인의 신체적 건강수준의 산술적 차이나 확률적 변이가 아닌 사회적, 경제적, 혹은 지리적으로 구분되는 인구 집단들 사이에서 체계적이고 개선 가능한 한 가지 이상의 차이가 존재하는 상태로 정의하였다[1,3].

건강의 형평성은 인간의 권리이나[1] 형평성이 깨진다면 건강불평등으로 정의할 수 있다. 나이가 건강불평등은 건강불평등이나 주관적 안녕 등으로 평가할 수 있음을 밝히고 있으며[5-7] 본 연구에서는 건강불평등을 이용하여 건강불평등을 측정하고자 한다.

젠더 관점에서 건강불평등에 관심을 가져야 하는 배경은 다음과 같다. 여성은 남성보다 낮은 사회경제적 위치에 있는 경우가 많으며 건강불평등의 상태에 취약한 경향을 보인다. 상대적으로 비숙련직종, 실업자, 한 부모, 저소득 가구에 속한 여성 등이 많다. 또 취업 여성은 취업 남성보다 다양한 역할을 수행하며 직장일과 가사라는 이중고를 겪게 됨으로서 건강에 나쁜 영향을 미칠 수 있다. 즉 여성은 남성과 생물학적 차이가 있을 뿐만 아니라 여성으로서의 사회적 역할과 규범, 경제활동 등 여성이 속한 사회의 구조적 특성의 영향을 받기 때문에[8-11] 성별이 건강불평등에 미치는 영향을 살펴 볼 필요가 있다.

한편 통계청에 따르면, 2012년 현재 충남도민의 평균 초혼 연령은 남성 31.6세, 여성 28.7세로서 2003년과 비교하여 초혼 연령이 높아진 상황이다. 이는 충남 여성의 교육수준의 향상과 취업률의 증가로 인한 결과일 수 있으며 만혼현상, 출산율의 하락 등과 같은 여성건강에 중요한 영향을 주는 원인이 될 수 있다. 또한 다른 지역과 비교하여 충청남도는 농·어촌, 도서·산간 등 지형적 특성으로 의료시설 접근성이 좋지 않다[12]. 또한 충남 지역은 노인여성 비율이 높고 노인들의 경우 이동수단의 제약도 있어 건강불평등에 노출되기 쉬울 것이다.

위와 같은 맥락에서 지역거주 여성은 생물학적·사회문화적 특성의 차이, 거주 지역에 따라 건강상태의 차이 즉 건강불평등이 나타날 수 있다. 그러므로 세계보건기구에서 제시한 건강을 결정하는 사회 결정요인의 모형으로 접근하여 건강불

평등에 영향을 주는 요인을 파악할 필요가 있다. 또한 젠더 관점에서 남성과 여성의 건강불평등에 영향을 미치는 요인을 파악할 필요가 있다.

이에 본 연구에서는 2012년도 지역사회건강조사 자료를 이용하여 충남여성의 건강불평등의 정도와 성별의 영향을 파악하고자 한다. 이를 통하여 젠더 관점에서 충남여성의 건강불평등 문제 가시화시키고, 연구결과를 통한 정책제언으로 충남여성의 건강불평등 해소에 기여할 수 있을 것이다.

## 2. 연구목적

본 연구는 젠더 관점에서 충남여성의 건강불평등의 실태 파악과 건강불평등의 영향요인을 파악하는 것을 목적으로 하며, 충남 지역사회 전반의 건강불평등과 관련된 자료제시를 통해 우리나라 전반적인 건강불평등의 문제에 대한 해결방안의 기초자료를 제시할 수 있을 것으로 사료된다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 성별에 따른 사회문화적 특성(사회계층, 생애주기, 지역)을 분석한다.
- 성별에 따른 사회계층별, 생애주기별, 거주 지역별 건강불평등 정도를 파악한다.
- 성별에 따라 건강불평등에 영향을 주는 요인에 차이가 있는지를 파악한다.
- 성별이 건강불평등에 영향을 주는 요인인지를 파악한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 충남여성의 건강불평등과 영향요인을 살펴보기 위하여 지역사회건강조사(2012)의 충남도의 자료를 2차 분석한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상 및 자료수집

젠더 관점에서 생물학적인 특성인 성별, 사회문화적 특성인 사회계층, 생애주기, 지역을 설정하여 건강불평등 정도를 파악하기 위하여 질병관리본부의 지역사회건강조사 중 2012년(5차)의 원시자료 중 충남 지역에 해당되는 원시자료를 대상으로 하였다. 지역사회 건강조사는 2008년(1차)부터 시작되어 2014년(7차)까지 연도별로 조사하여 왔다. 조사완료 2

년 후 원시자료가 공개되므로 2014년에 활용할 수 있는 가장 최신의 자료인 2012년에 조사한 자료를 활용하였다. 제공받은 방법은 지역사회건강조사 홈페이지[13]에 자료신청을 하여 승인되면 다운로드할 수 있다.

조사단위는 가구(가구조사) 및 가구원(개인조사)이다. 조사모집단은 조사시점에 통·반/리 각 표본지점의 주거용 주택(아파트, 일반주택)에 거주하는 만 19세 이상 모든 성인으로 조사대상은 확률표본추출방법으로 선정되었다. 표본크기는 보건소별 평균 900명(목표오차±3%)이다. 조사기간은 2012년 8월 16일~2012년 10월 31일(약 3개월)이었다. 활용된 조사방법은 일대일 전자 설문조사이다.

충남 지역의 자료(지역사회건강조사, 2012)는 2012년 7월 기준으로 충남 15개 시·군에 거주하는 만 19세 이상의 성인(1993년 7월 31일 이전 출생자)을 모집단으로 1개 시·군별로 약 900여명을 할당하여 총 13,537명이 조사되었다. 본 연구에서는 주민등록인구 기준으로 성별, 연령대별 인구에 대한 가중치를 적용한 총 1,598,762명을 분석 대상으로 하였다.

### 3. 조사내용

2012년 지역사회건강조사 조사영역 및 조사항목은 건강행태(흡연, 음주 등), 건강검진 및 예방접종, 이환, 의료이용,

사고 및 중독(손상), 활동제한 및 삶의 질, 보건기관 이용, 교육 및 경제활동 등이며, 가구조사는 세대유형, 현 거주지 거주기간, 가구소득 등 17개 영역 총 253개 문항으로 구성되었다. 본 연구에서 사용한 분석모형은 Figure 1과 같으며 한국형 건강불평등 연구보고서에서 사용된 모형을[3] 바탕으로 조사할 내용을 구성하였다.

#### 1) 사회문화적 특성

사회계층은 교육수준(최종학력), 빈곤여부, 결혼유무로 분류하였다. 교육수준은 최종학력을 기준으로 무학, 초졸 이하(서당포함), 중졸 이상~고졸 이하, 대학교졸(전문대졸 포함), 대학원 이상으로 분류하였다. 빈곤여부는 기초생활수급자 여부로 판단하였으며, 결혼유무는 사실혼을 포함한 혼인 상태를 질문하였다. 생애주기는 만 연령을 기준으로 19~44세, 45~64세, 65~74세, 75세 이상의 4집단으로 분류하였다. 거주 지역은 동·읍면으로 구분하였고 성별은 남성과 여성으로 구분하였다.

#### 2) 건강불평등

건강불평등이란 개인의 신체적 건강수준의 산술적 차이나 확률적 변이가 아닌 사회적, 경제적, 혹은 지리적으로 구분되는 인구집단들 사이에서 체계적이고 개선 가능한 한 가지 이

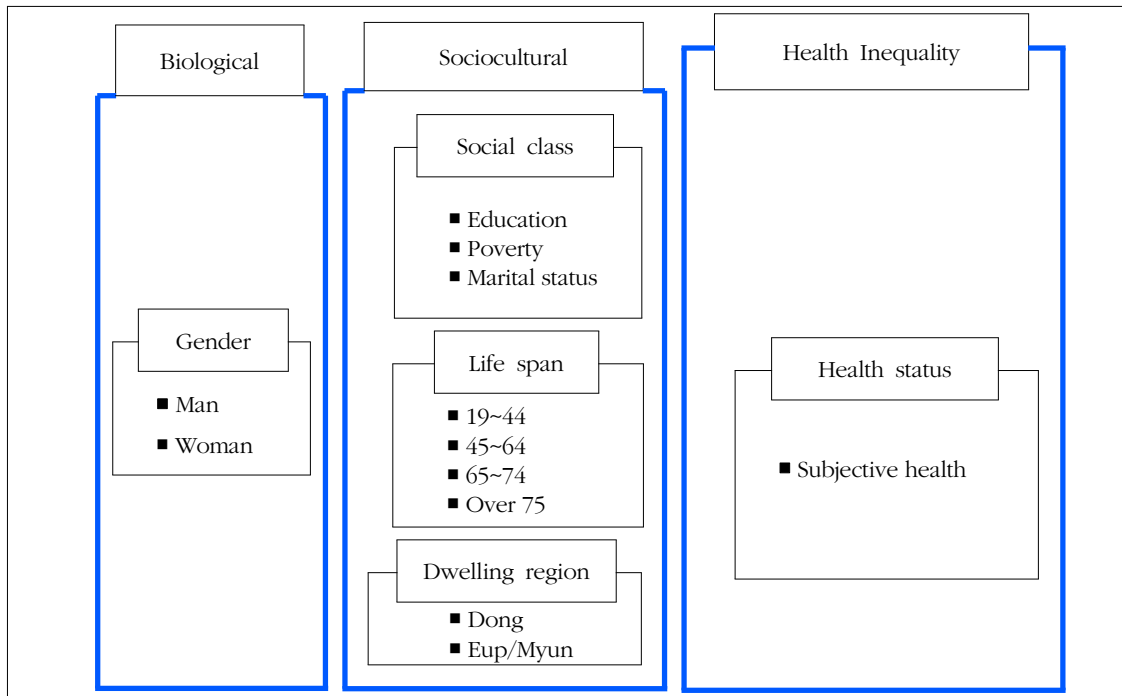


Figure 1. Analysis model based on gender approach (Song, Lim, & Kim, 2014).

상의 차이가 존재하는 상태를 의미한다[1,3]. 건강불평등은 주관적 건강상태나 주관적 안녕 등으로 평가할 수 있어[5-7] 본 연구에서는 주관적 건강상태로서 측정하였다. 연구자들 또한 객관적 수치로 나타내는 신체적 건강수준보다 구강건강, 정신건강, 신체적 건강, 사회적 관계 등이 포함된 주관적 건강상태의 평가가 건강불평등을 평가하는 도구로 더 적합하다고 판단하였기 때문이다.

주관적 건강상태는 1문항 5점 척도로 ‘평소에 본인의 건강은 어떻다고 생각하십니까?’를 질문하고, ‘매우 좋음’ 1점, ‘매우 나쁨’ 5점으로 점수가 높을수록 건강상태가 나쁨을 의미하며 건강불평등이 크다고 해석한다. 예컨대, 성별에 따른 사회계층별 건강불평등 정도를 사회문화적 특성, 생애주기, 지역으로 구분한 분석에서는 건강불평등의 점수가 높을수록 건강불평등이 크다고 평가한다. 회귀분석 시에는 역 코딩을 하였으므로 점수가 낮을수록 건강불평등이 크다고 해석하였다.

#### 4. 자료분석

분석단위는 개인이며, 수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 통계프로그램을 이용하여 연구목적에 따라 빈도분석, 교차분석, t-test, ANOVA, 다중회귀분석과 위계적 회귀분석을 하였다. 대상자의 인구사회학적 특성의 성별 분석은 교차분석 혹은 t-test를 하였고, 성별에 따른 사회계층별, 생애주기별, 거주 지역별 건강불평등 정도는 t-test와 ANOVA를 이용하였다. 건강불평등에 영향을 미치는 요인을 통하여 성별차이가 있는지는 다중회귀분석과 위계적 회귀분석을 하였다.

회귀분석의 적용 가능성은 선형성, 다중공선성, 독립성의 3가지 전제조건으로 확인하였다. 첫째, 독립변수 및 종속변수들 간의 상관정도인 공차한계(tolerance)와 분산팽창지수(Variance Inflation Factor, VIF)로 다중 공선성(collinearity)을 분석한 결과, 공차한계가 0.3 이상 VIF는 3 미만이었다. 둘째, 선형관계를 알아보기 위하여 히스토그램 도표와 회귀 표준화 잔차의 정규 P-P 도표로 정규분포를 확인한 결과 독립변수와 종속변수는 직선관계를 이루며, 정규분포를 나타내었다.

일반적 특성 및 사회계층별·생애주기별·지역별 건강불평등 정도를 평가함에 있어서는 개인 가중치변수(주민등록인구 기준으로 성별, 연령대별 인구보정)를 적용하여 분석하였다. 그러나 영향요인 분석에서는 가중치를 적용하면 모든 변수가 통계적 유의성이 나타나므로 가중치를 적용하지 않은 13,537명을 분석하였다. 회귀분석 시에는 건강불평등은 역 코딩을 하였고, 사회경제적 특성 중 무학, 빈곤, 그리고 결혼을 기준

으로, 생애주기에서는 연령군 19~44세를, 지역특성은 도시, 성별에서는 남성을 기준으로 더미 처리하여 분석하였다. 그러므로 건강불평등과의 관계 해석 시에 점수가 높을수록 건강수준이 높다고 평가하였다.

## 연구결과

### 1. 성별에 따른 연구대상자 특성과 건강불평등 정도

최종학력은 무학이 남성(1.2%)보다 여성(5.7%)에서 높았다. 초졸 이하도 여성비율이 남성보다 높았고 중졸 이상부터는 남성의 비율이 여성보다 높게 나타났다. 또한 국민기초생활수급자비율로 빈곤여부를 파악한 결과 남성의 1.3% 여성의 1.6%로 남성보다 여성의 빈곤 비율이 높게 나타났고 이는 성별에 따라 유의한 차이를 나타내었다( $\chi^2=479.8, p<.001$ ).

결혼한 대상자는 82.2%였으며 남성 38.7%, 여성 43.5%였다. 생애주기별 분포를 보면 ‘19~44세’가 47%로 가장 많았고 ‘45~64세’가 33.6%, ‘65~74세’가 11.1%, ‘75세 이상’이 8.4% 순이었다. 특히 ‘65~74세’는 남성(4.9%)보다 여성(6.2%)이 높았고 ‘75세 이상’도 남성 3.3% 여성 5.1%로 여성비율이 높게 나타났다. 거주 지역별 분포는 동 지역과 읍면 지역에서 성별에 따른 차이가 없었다.

한편 성별로 건강불평등 정도를 살펴본 결과, 평균적으로 여성의 건강불평등이 남성보다 높게 나타났다( $\chi^2=161.87, p<.001$ )(Table 1).

### 2. 성별에 따른 사회계층별 건강불평등 정도

먼저 사회문화적 특성인 교육수준별, 빈곤여부별, 결혼여부별 건강불평등의 차이를 살펴본 결과 교육수준별 건강불평등에 유의한 차이를 보였다. 남성은 무학인 경우에 건강불평등 정도가 가장 높게 나타났고 여성의 경우에도 무학인 경우가 건강불평등이 가장 심한 집단으로 나타났으며 남성과 여성 모두 교육수준에 따라 건강불평등은 통계적으로 유의한 차이가 있었다(남성  $F=22021.3, p<.001$ ; 여성  $F=56279.4, p<.001$ ). 빈곤여부에 따른 건강불평등은 여성이 남성보다 불평등정도가 컸으며, 남 녀 각 군 모두에서 빈곤한 집단의 건강불평등이 빈곤하지 않은 집단의 건강불평등보다 컸으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다(남성  $t=69.1, p<.001$ ; 여성  $t=101.0, p<.001$ ).

다음으로 결혼여부에 따른 건강불평등의 차이를 살펴본 결



**Table 1.** Sociocultural Characteristics and Health Inequality by Gender

(N=1,598,762)

Variables	Classification	Total	Man	Woman	$\chi^2$ or t ( <i>p</i> )
		n (%)	n (%)	n (%)	
Age (year)	19~44	750,692 (47.0)	396,212 (24.8)	354,480 (22.2)	11,290.2 (< .001)
	45~64	536,812 (33.6)	275,266 (17.2)	261,546 (16.4)	
	65~74	177,345 (11.1)	78,960 (4.9)	98,385 (6.2)	
	≥ 75	133,912 (8.4)	52,184 (3.3)	81,728 (5.1)	
Education	Illiteracy	109,298 (6.8)	18,926 (1.2)	90,372 (5.7)	85,611.3 (< .001)
	Under elementary <sup>†</sup>	264,739 (16.6)	100,769 (6.3)	163,970 (10.3)	
	Middle/high school	672,015 (42.1)	353,704 (22.2)	318,311 (19.9)	
	College/university	506,694 (31.8)	297,931 (18.7)	208,763 (13.1)	
	Over graduate	44,072 (2.8)	30,361 (1.9)	13,711 (0.9)	
Poverty	Poor	46,703 (2.9)	21,115 (1.3)	25,588 (1.6)	479.8 (< .001)
	Not poor	1,551,947 (97.1)	781,478 (48.9)	770,469 (48.2)	
Marital status	Married	1,314,452 (82.2)	619,355 (38.7)	695,097 (43.5)	28,119.4 (< .001)
	Unmarried	284,310 (17.8)	183,268 (11.5)	101,042 (6.3)	
Dwelling region	Dong	692,432 (43.3)	344,865 (21.6)	347,567 (21.7)	77.4 (< .001)
	Eup/Myeon	906,330 (56.7)	457,758 (28.6)	448,572 (28.1)	
Health Inequality		2.72 (.930)	2.60 (.909)	2.84 (.936)	-161.9 (< .001)

<sup>†</sup> Include Seodang.

과, 남성보다 여성의 건강불평등 점수가 높게 나타났다. 남녀 모두 기혼인 경우 미혼인 경우보다 건강불평등 정도가 컸으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다(남성  $t=187.9$ ,  $p<.001$ ; 여성  $t=232.4$ ,  $p<.001$ ).

한편 생애주기별 건강불평등은 전 생애주기에서 여성의 건강불평등이 남성보다 크게 나타났다. 남성은 75세 이상인 경우가 다른 생애주기와 비교하여 상대적으로 건강불평등 정도가 높았고 연령이 높아질수록 건강불평등 정도가 커지는 것으로 나타났다( $F=33,739.7$ ,  $p<.001$ ). 이러한 특징은 여성의 경우도 비슷하게 나타났으며 통계적으로 유의하게 나타났다( $F=74,795.2$ ,  $p<.001$ ). 거주 지역별 건강불평등을 살펴본 결과 거주 지역에 따라 건강불평등이 있으며 이는 통계적으로 유의하였다(남성  $t=-31.4$ ,  $p<.001$ ; 여성  $t=-123.5$ ,  $p<.001$ ) (Table 2).

### 3. 성별 건강불평등의 영향요인

건강불평등의 영향요인이 남녀 성별에 따라 차이가 있는지를 파악하기 위한 회귀분석을 시행하였다. 건강불평등은 역코딩하여서 여성과 남성을 각각 케이스 선택하여 다중회귀분석을 실시하였다. 독립변수로 사회계층인 ‘학력’, ‘빈곤여부’, ‘결혼여부’, ‘생애주기’, ‘지역’을 투입하여 건강불평등 영향요

인을 성별로 분석하였다. 분석결과, 남성과 여성 모두 공통적으로 학력, 빈곤여부, 결혼여부, 생애주기가 건강불평등에 영향을 주는 것으로 파악되었다. 학력은 건강불평등 정도에 정적인 영향을 주는 것으로 파악되었고 빈곤여부, 결혼여부, 생애주기는 건강불평등 정도에 부적적인 영향을 주는 것으로 분석되었다. 구체적으로는 여성과 남성은 무학보다 초졸(남성  $\beta=.051$ , 여성  $\beta=.046$ ), 중졸 이상~고졸 이하(남성  $\beta=.163$ , 여성  $\beta=.210$ ), 대학교졸(남성  $\beta=.235$ , 여성  $\beta=.215$ ), 대학원졸업 이상(남성  $\beta=.113$ , 여성  $\beta=.173$ )이 건강불평등 정도가 크게 해석된다.

빈곤한 여성과 남성보다 빈곤하지 않은 남성( $\beta=-.081$ ,  $p<.001$ )과 여성( $\beta=-.059$ ,  $p<.001$ )의 건강불평등 정도가 작았고, 결혼여부에 따른 영향을 살펴본 결과 결혼한 여성이나 남성이 결혼하지 않은 남성( $\beta=-.068$ ,  $p<.001$ )이나 여성( $\beta=-.055$ ,  $p<.001$ )보다 건강불평등 정도가 크게 파악되었다. 생애주기에 따른 영향을 살펴본 결과 19~44세보다 45~64세, 65~74세, 75세 이상의 경우 건강불평등 정도가 작게 나타났다.

마지막으로 ‘지역’ 변수는 여성과 남성의 건강불평등에 통계적으로 유의미한 영향을 주지 않는 것으로 나타났다. 즉, 남성과 여성은 도시와 농촌에 거주하는 것이 건강불평등에 영향을 주지 않는 것으로 파악되었다(Table 3).

**Table 2.** Differences in Health Status by Gender and Sociocultural Variables

(N=1,598,762)

Variables	Classification	Man		Woman	
		M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Education	Illiteracy	3.44±0.99	22,021.3	3.67±0.89	56,279.4
	Under elementary (include Seodang)	3.14±0.98	(< .001)	3.31±0.91	(< .001)
	Middle/high school	2.64±0.87		2.68±0.82	
	College/university	2.33±0.82		2.37±0.75	
	Over graduate	2.52±0.77		2.38±0.70	
	Subtotal	2.60±0.91		2.84±0.936	
Poverty	Poor	3.14±1.15	69.1	3.42±0.94	101.0
	Not poor	2.59±0.89	(< .001)	2.82±0.93	(< .001)
	Subtotal	1.97±0.16		1.97±0.18	
Marital status	Married	2.70±0.89	187.9	2.92±0.92	232.4
	Unmarried	2.26±0.90	(< .001)	2.27±0.82	(< .001)
	Subtotal	1.23±0.42		1.13±0.33	
Life span	19~44	2.35±0.82	33,739.7	2.43±0.75	74,795.3
	45~64	2.69±0.85	(< .001)	2.90±0.86	(< .001)
	65~74	3.09±0.96		3.51±0.09	
	≥75	3.33±1.00		3.60±0.93	
	Subtotal	2.60±0.91		2.84±0.94	
Dwelling region	Dong	2.57±0.86	-31.4	2.69±0.89	-123.5
	Eup/Myeon	2.63±0.94	(< .001)	2.95±0.96	(< .001)

**Table 3.** Gender Differences in Predictors of Health Inequality

Variables	Categories	Woman		Man	
		B (β)	t (p)	B (β)	t (p)
Education <sup>†</sup>	Elementary school	.088 (.046)	4.19 (< .001)	.098 (.051)	3.80 (< .001)
	Middle/High school	.423 (.210)	13.48 (< .001)	.312 (.163)	8.70 (< .001)
	College/University	.523 (.215)	12.92 (< .001)	.503 (.235)	12.24 (< .001)
	Graduate school	.602 (.073)	6.92 (< .001)	.576 (.113)	8.58 (< .001)
Poverty <sup>‡</sup>		-.295 (-.059)	-5.89 (< .001)	-.435 (-.081)	-6.87 (< .001)
Marital status <sup>§</sup>		-.189 (-.055)	-4.83 (< .001)	-.186 (-.068)	-5.01 (< .001)
Life span <sup>  </sup>	45~64	-.229 (-.114)	-8.01 (< .001)	-.120 (-.061)	-3.79 (< .001)
	65~74	-.593 (-.238)	-14.81 (< .001)	-.374 (-.148)	-8.81 (< .001)
	≥75	-.690 (-.256)	-15.85 (< .001)	-.609 (-.206)	-12.50 (< .001)
Dwelling region <sup>¶</sup>		.007 (.003)	.314 (.170)	.049 (.022)	1.84 (.103)
Regression constant			3.207		3.246
R <sup>2</sup>			.259		.164
F (p)			259.7 (< .001)		119.2 (< .001)

Dummy Variables: <sup>†</sup> Education (ineducation); <sup>‡</sup> Poverty (poverty); <sup>§</sup> Marital status (married); <sup>||</sup> Life span (19~44); <sup>¶</sup> Dwelling region (rural).

#### 4. 건강불평등에 대한 성별 영향

건강불평등에 대한 성별 영향을 확인하기 위하여 건강불평등의 영향요인에서 통계적으로 유의미한 영향을 주지 않는 ‘지

역’ 변수를 제외한 후 건강불평등에 대한 성별 영향요인을 살펴 보았다. 우선, 1단계는 사회계층인 ‘학력’, ‘빈곤여부’, ‘결혼여부’, ‘생애주기’를 독립변수로 투입하고, 2단계에 ‘성별’을 투입하여 분석하였다. 그 결과 1단계의 모든 변수가 건강불평등

에 통계적으로 유의미한 영향을 주는 것으로 파악되었다. 또한 1단계의 변수를 통제한 상태에서 2단계의 성별이 건강불평등에 통계적으로 유의미한 영향을 주는 것으로 나타났다. 즉, 여성이 남성보다 상대적으로 건강불평등이 높은 것으로 해석되었다(Table 4).

## 논 의

건강불평등은 개인의 건강권 침해일 뿐 아니라 사회에서 방치할 경우 사회경제적 불평등을 악화시킬 수 있다. 현재 국내외에서 이슈가 되고 있는 건강불평등은 개인의 건강수준이 산술적 차이나 확률적 변이가 아닌 사회적, 경제적, 혹은 지리적 것으로 구분되는 인구집단들 사이에서 체계적이고 잠재적으로 개선 가능한 한 가지 이상의 건강측면에서 차이가 존재하는 상태를 지칭한다[1,5].

세계보건기구(WHO)의 건강의 사회적 결정요인 위원회의 모형에서는 노동시장, 교육체계, 정치적 제도 등과 같은 사회적 맥락은 사회계층화를 야기하는데 가장 중요한 지표들로 소득, 학력, 직업, 사회계층, 젠더, 인종/민족 등이 있다. 이러한 지표들은 의료시설과 같은 건강자원의 활용 등에서 차이를 나타내고 최종적으로 건강불평등을 가져온다[1,14]. 한국의 경우 지난 20년 동안 적지 않은 실증 연구의 성과들이 축적되었고 전면적이지는 않지만 사회적 관심도 일정한 수준에 올라 있으나 실질적인 조치를 취하는 단계에는 이르지 못하고 있다[3].

이미 알고 있는 바와 같이 여성과 남성의 신체적 건강의 차

이는 역설적이다. 여성은 남성보다 오래 살지만 남성보다 이환율이 높고 말년에는 삶의 질이 떨어진다. 세계 각국의 평균 수명 양상을 보면 거의 모든 국가에서 여성이 남성보다 오래 사는 것으로 비슷하다[15].

한편 충청남도의 정책보고서에 따르면 보건의료분야 중 여성 영역의 「성별영향분석평가」 지표는 2013년 현재 2018년 달 성목표의 38.6%이고 격차가 큰 항목은 ‘자살률’, ‘총 병상 수’, ‘2차 의료 취약자’, ‘산과의료 취약자’ 등으로 나타났다[12]. 이러한 취약한 부분들은 「제3차 국민건강증진 종합계획」의 목표 중 하나인 ‘2020년까지 건강수명 75세 달성’에 걸림돌이 되기 때문에 이를 해결하기 위한 노력이 필요하다. 또한 건강 불평등 문제의 발생과정에 초점을 둔 연구가 더욱 필요하다[9,16].

이에 본 연구는 Figure 1에서 제시한 바와 같이 건강의 사회적 결정요인의 이론을 바탕으로 성별, 사회문화적 특성이 건강불평등에 영향을 미치는 지를 살펴보았다. 특히 사회적 지위를 결정하는 요인과 관련된 학력, 빈곤, 성별을 중심으로 분석한 결과를 제시했다는 점에서 의미가 있다고 생각한다.

본 연구에서 성별 교육수준별 건강불평등의 차이를 살펴본 결과 남성과 여성 모두 교육 수준에 따라 유의한 차이가 있었고 여성의 건강불평등이 남성보다 더 크게 나타났다. 이는 건강추구행위는 여성이 높은 반면 여성들은 생식기능에 필요한 의료서비스에 초점을 두고 생식기능 외의 서비스에 대한 요구가 적은 경향이 있었으며 이는 빈곤한 여성과 교육수준이 낮은 여성들일수록 이런 경향이 높았던 것과 관련이 있다[17,18].

다음으로 결혼여부와 건강불평등 정도의 관계를 살펴본 결

**Table 4.** Impact of Gender on Health Inequality in addition to Education, Poverty, Marital Status, and Life Span

Health Inequality	Categories	B (β)	t (p)	B (β)	t (p)
Education †	Elementary school	.092 (.048)	5.66 (< .001)		
	Middle/High school	.387 (.197)	16.71 (< .001)		
	College/University	.533 (.232)	18.93 (< .001)		
	Graduate school	.602 (.095)	11.60 (< .001)		
Poverty ‡		-.352 (-.068)	-8.92 (< .001)		
Marital status §		-.168 (-.055)	-6.37 (< .001)		
Life span	45~64	-.179 (-.090)	-8.56 (< .001)		
	65~74	-.493 (-.195)	-17.16 (< .001)		
	≥ 75	-.646 (-.229)	-20.13 (< .001)		
Gender ¶				-.111 (-.057)	-7.24 (< .001)
Regression constant					3,274
R <sup>2</sup> (corrected R <sup>2</sup> )					.226 (.225)
F					394.1 (< .001)

Dummy Variables: † Education (ineducation); ‡ Poverty (poverty); § Marital status (married); || Life span (19~44); ¶ Dwelling region (rural).

과 본 연구에서는 남녀 모두 기혼인 경우 미혼인 경우보다 건강불평등 정도가 유의하게 낮았다. 기혼자의 연령이 미혼자의 연령보다 높을 것으로 생각되기 때문에 연령의 영향을 검토할 필요가 있다. 미국 국립보건원은 여성의 건강문제를 생애주기에 따라 사춘기(1~15세), 청소년기에서 폐경 전 중년기(15~45세), 폐경 후 65세 전의 노년기(45~65세) 및 65세 이후의 노년기 등으로 분류하고 있어[18] 이 분류에 따라 분석한 결과 남성은 65세 이상인 경우에 이전 생애주기보다 상대적으로 건강불평등 정도가 작아졌고 연령이 높아질수록 건강불평등 정도가 커지는 것을 볼 수 있었으며 이러한 특징은 여성의 경우도 비슷하게 나타났다.

마지막으로 회귀분석을 통해 성별에 따라 건강불평등에 영향을 주는 요인에 차이가 있는지 검토한 결과 ‘지역’을 제외하고 투입된 모든 변수 즉 학력, 빈곤여부, 결혼여부, 생애주기가 건강불평등 정도에 통계적으로 유의미한 영향을 주는 것으로 파악되었다. 또한 통계적으로 유의미한 영향으로 나타난 변수를 통제하고, 성별이 건강불평등에 영향을 주는 요인인지를 분석한 결과, 성별이 통계적으로 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 즉 본 연구를 통해 건강불평등에 성별의 차이가 있다는 점과 그 배경요인으로 교육수준, 경제적 수준의 차이를 반영하는 환경수준에 따라 건강 불평등이 있음을 알 수 있었다. 이는 기존 연구결과에서 보여주듯이 여성의 교육수준, 결혼상태, 경제적 수준과 같은 사회적 요인과 관련 있다는 주장 [16-18]을 뒷받침하는 결과로 젠더 관점에서 다양한 사회적 요인들에 주목할 수 있는 기회를 제공한다는 데 큰 의의가 있다.

지방 여성은 점점 늦어지는 혼인양상과 낮은 출산의 특성이외에도 저학력, 비숙련, 실업, 한 부모, 저소득 등 여성이 남성보다 낮은 사회경제적 위치에 놓여 있어 건강 불평등에 취약한 경향을 보인다. 또한 취업과 가사 육아의 병행 등 과중한 역할로 자신의 건강상태에 대한 부정적 인식을 가질 수 있다 [9,19]. 본 연구에서도 건강불평등과 관련이 있는 다양한 변수들에 있어 성별 차이가 나타났다. 건강에 있어서의 성별에 따른 차이를 사회학적으로 분석하면 남성과 여성의 사회적 지위, 자신을 보호하는 자원(예를 들면 수입, 교육, 안전한 공원 운동할 공간)들에 접근할 수 있는 정도에 있어서 차이가 있음을 알 수 있다. 또한 건강에 부정적인 영향을 주는 환경적 요인들(가정폭력, 범죄 흡연, 불량한 식사와 같은 사회적 행동적 위험요인들과 독소에 노출을 포함한 것)에 노출되는 정도에 있어서도 차이가 있다[10,11,20].

세계보건기구는 세계 각국이 가장 부담을 갖는 질환중 하나로 우울을 손꼽았으며[21], 건강의 성차에 대한 선행요인을 사

정할 때 우울과 신체적 건강을 연결시키는 연구가 증가하고 있다[22]. 본 연구에서는 지역사회 건강조사의 원시자료[13] 이용하여 분석모형에 따라 조사를 하였고 조사 자료 중 건강 불평등 정도를 핵심 주제로 하여 분석하였으나 추후연구에서는 건강불평등 정도와 더불어 우울을 함께 평가해 볼 필요가 있다. 특히 여성의 건강은 성별, 연령에 따라 차이가 있다는 점을 주목하고[23] 추후연구에서도 남녀 성별과 연령을 함께 평가해야 할 것이다.

여성건강의 사회 경제 정치적인 지원이 필요함을 주장한 간호학자는 소수에 불과할 정도로 건강불평등이란 주제는 간호학에서 주목을 받지 못하였다. 그러나 여성의 건강상태는 그 나라의 경제수준, 국가발전과 직결되며 문화적 영향을 가장 많이 받는다. 개발 국가와 개발도상 국가를 결정하는 것은 그 나라 여성의 건강상태에 따라 결정된다. 왜냐하면 국가가 재난을 당할 때 가장 먼저 피해를 입고 손상을 당하는 것이 여성의 건강이기 때문이다. 그러므로 여성건강은 국가정책의 한 부분으로 통합되어야 한다[22].

현재 여성건강 정책은 출산하고 양육하며, 가족의 건강을 지켜내는 파수꾼으로 인식하는 수준에 머물러 있다. 여성들 스스로도 자신의 건강을 주변적인 것으로 생각하며 그 상태에 대한 파악도 소홀한 경향이 있다. 또한 여성들의 삶의 경험들이 건강과 질병을 개념화하고 건강증진 행위를 생산하는 주요 영역인 의료 분야에 반영되지 못하고 있다[24]. 따라서 자신의 건강상태를 여성들 스스로 주체적인 차원에서 판단할 수 있는 기반 마련을 위한 관련 연구들이 보다 속도를 내어야 할 것이다.

본 연구는 빅데이터를 이용한 것으로 결과의 타당도를 확보한 반면 건강의 여러 측면을 함께 평가하지 못한 제한점이 있다. 보고서에서는 제시하였으나 지면상 본 연구에서는 분석내용에 포함하지 못한 것으로 층별, 생애주기별로 성별 불평등이 발생할 가능성이 높은 것으로 판단되는 ‘필요 의료서비스수진 여부’, ‘보건기관 이용 등 의료서비스 이용’ 및 ‘기관서비스 만족도 영역’을 포함시켜야 할 것이다[25]. 특히 거주 지역의 현황과 특성으로부터도 건강불평등은 영향을 받을 수 있으므로 다각적인 차원에서의 성별 건강불평등에 대한 연구가 본격적으로 시도될 필요가 있다.

각 시·군의 지역보건의료계획 수립 시 성인지 통계 반영, 수립 과정 전반에 성별 균형을 고려한 지역민의 참여와 여성의 건강 불평등 실태를 반영한 중점과제 선정 및 특화사업 도출을 유도하도록 해야 한다. 시군 보건소에서 지역 구성원들의 성별 특성과 욕구를 지역의료정책에 적극적으로 반영하도록 지역 보건의료계획 수립 시, 지역사회건강조사의 성별 분리 통계



분석 결과와 주민 건강의 성별 특성을 고려하는 절차를 마련 되어야 한다.

이상의 결과들을 중앙정부차원에서 현실성 있는 정책에 반영한다면 건강불평등을 완화할 수 있는 정책으로 이어질 수 있을 것이다. 또한 간호학적 차원에서 건강불평등을 완화하는 방안도 지속적으로 연구되어야 하겠다. 예를 들면 전국 250여 개 보건소의 지역특화 건강행태 개선사업의 세부사업에 여성 건강간호학회와 같은 전문성 있는 단체를 참여시키는 정책이 마련된다면 젠더 관점에서 건강불평등 해소를 위한 프로그램을 지원해나갈 수 있을 것으로 기대된다.

## 결론

본 연구는 충남 지역 여성의 건강 불평등 정도와 영향요인을 파악하는 것을 목적으로 충남 지역사회 전반의 건강불평등과 관련된 자료제시를 통해 우리나라 전반적인 건강불평등의 문제에 대한 해결방안의 기초자료를 제시하고자 시도되었다.

본 연구결과 성별이 건강불평등에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 즉, 남성보다 여성의 건강상태가 나쁘며, 남성보다 상대적으로 건강불평등이 높은 것으로 해석되었다. 결론적으로 여성건강의 불평등은 교육수준, 빈곤, 결혼유무, 연령과 같은 요인이 모두 관련되어 있었다. 따라서 향후 관련 정책 수립에서는 상대적으로 더 취약한 여성을 위한 지원이 필요하다. 특히, 지역보건의료계획 수립 시 성인지적 관점을 반영할 수 있는 기반을 마련해야 한다.

더불어 건강불평등 대상자들의 건강권을 위해 중앙 및 지방 정부에서 여성건강간호학회와 공동으로 세계보건기구의 건강의 사회적 결정요인 위원회가 채택한 모형에 근거하여 심층적인 분석과 후속 연구를 할 것을 제안한다. 이와 함께 5년마다 각 지역별 여성건강의 시계열적 변화 추이를 분석해 볼 것을 제안한다.

## REFERENCES

- Graham H, Kelly MP. Health inequalities: Concepts, frameworks and policy. [Cited 2015 June 12]. London: Health Development Agency. 2004 Available from: [https://www.nice.org.uk/proxy/?sourceUrl=http%3a%2f%2fwww.nice.org.uk%2fniceMedia%2fdocuments%2fhealth\\_inequalities\\_concepts.pdf](https://www.nice.org.uk/proxy/?sourceUrl=http%3a%2f%2fwww.nice.org.uk%2fniceMedia%2fdocuments%2fhealth_inequalities_concepts.pdf)
- Giddens A. Sociology. 5th ed. Hyundae Sahyoihak, Kim MS, Kim YH, Song HG, Shin KY, Yu HJ, Translator. Seoul: Eulyoo Co; 2009:236-237.
- Kim DJ, Lee SY, Ki M, Kim MH, Kim SS, Kim YM, et al. Developing health inequalities indicators and monitoring the status of health inequalities in Korea. Sejong: Korean Institute for Health and Social Affairs; 2013. pp.79-102, 419.
- Oakley A. Life stress, support and class inequality: Explaining the health of women and children. *European Journal of Public Health*. 1994;4:81-91.
- Macinko JA, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *International Journal of Equity and Health*. 2002;1:1.
- Ishikawa Y, Nishiuchi H, Hayashi H, Viswanath K. Socioeconomic status and health communication inequalities in Japan: A nationwide cross-sectional survey. *PLoS ONE* 2012;7(7):e40664. [Cited June 12]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395686/pdf/pone.0040664.pdf>
- de Looper, M, and Lafortune G. Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries. *OECD Health Working Papers*: OECD Publishing; 2009;43:56. [Cited June 12]. Available from: <http://www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/225748084267>
- Lee EH, So AY, Choi SS. A study about promoting health lifestyles and relating variables on the life-cycle of women. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 1999;29(3):700-710.
- Kim YT, Chung JJ. Importance of a gender-specific health policy. *Journal of The Korean Society of Maternal and Child Health*. 2014;18(1):35-46.
- Kim YT, Kim DS, Kim IS, Chung JJ. A study on the foreign cases for the strategies for promoting women's health policy in Korea. Seoul: Korean Women's Development Institute; 2013. [Cited 2014 Dec 16]. Available from: <http://img.kisti.re.kr/originalView/originalView.jsp>
- Kim YT, Ahn SS, Chung JJ, Choi SW. Korean women's health condition and policy agenda. Seoul: Korean Women's Development Institute; 2008. [Cited 2014 Dec 16]. Available from: <http://img.kisti.re.kr/originalView/originalView.jsp>
- Kim SG, Kim DJ, Lee EK, Hwang JH, Hwang NH, Park SN, et al. Mid-to-long-term plans for health and well-being of Chungcheongnam-do. Seijong: Korea Institute for Health and Social Affairs. 2013:354-355.
- Korea Centers for Disease Control and Prevention. Community health survey. [Cited 2014 March 20]. Available from: <https://chs.cdc.go.kr/chs/index.do>
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Cited 2015 June 11]. Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)
- Moss NE. Gender equity and socioeconomic inequality: A

- framework for the patterning of women's health. *Social Science & Medicine*. 2002;54(5):649-661.
16. Kim MH, Lee JH. Current status of policy developments in tackling health inequalities and the next steps to be taken in Korea. *Journal of Korean Medical Association*. 2013;56(3):206-212.
  17. Afifi M. Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*. 2007;48(5):385-391.
  18. Bertakis KD. Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice*. 2000;49(2):147-152.
  19. Han KT, Park EC, Kim JH, Kim SJ, Park SH. Is marital status associated with quality of life? *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014;12:109.
  20. Doyal L. What makes women sick: gender and the political economy of health. *British Medical Journal*. 1995;311:577.
  21. Rieker PP, Bird CE. Rethinking gender differences in health: Why we need to integrate social and biological perspectives. *Journals of Gerontology: Series B*. 2005;60B(special issue II):40-47.
  22. World Health Organization. Depression [Cited 2014 March 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
  23. World Health Organization. Women health [Cited 2015 May 01]. Available from: [http://www.who.int/topics/womens\\_health/en/](http://www.who.int/topics/womens_health/en/)
  24. McElmury BJ, Norr LF, Park RS. Women's health and development: A global challenge (World Health Organization). Jones & Bartlett Publishers. Cited in Lee KH. Women's health and equality of men and women. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 1999;5(2):237-244.
  25. Kim DJ, Ki M, Kim MH, Kim YM, Yun TH, Jang SR. et al. Health inequalities indicators and policy issues in Korea. Sejong: Korean Institute for Health and Social Affairs; 2014. pp. 15-26, 217-253.

### Summary Statement

■ **What is already known about this topic?**

There are gender inequalities in health worldwide. These problems occur sociologically rather than biologically.

■ **What this paper adds?**

Gender was the most important factor to explain the disparities in health women were more likely to be poor, and have lower education levels, and lower health status than man.

■ **Implications for practice, education and/or policy**

To achieve equality in health, it is necessary to conduct long term project based on our results and the social determinants model of World Health Organization.