

일부 도서지역의 보건의료에 대한 기초조사

I. 주민의 상병양태 및 관련요인

전남대학교 의과대학 예방의학교실
고기호 · 분 강 · 손석준 · 최진수

The Survey on the Health Status of an Islands-District Residents I. 2 Week-Prevalence of Morbidity and Its Related Factors

Kee Ho Ko, Gang Moon, Seok Joon Sohn, Jin Su Choi

Department of Preventive Medicine, Chonnam National University Medical School

= ABSTRACT =

In order to estimate the level of illness and the pattern of 2 week - prevalence of morbidity by demographic and socioeconomic factors among the inhabitants in Wando district which is located off the southern seashore from mainland Korea, the household interview survey was performed to the sample population selected by stratified proportional random sampling method from January 15 to 30, 1990 in Wan-do Gun, Chonnam province. The data were collected from 5,134 family members of 1,234 households which were 5.2% of total households of the area. The results observed were following: 1. The 2 week-prevalence was 12.1%. 2. There was no significant difference of 2 week-prevalence between male and female, and that was higher in lower income group and longer duration of residence group and larger number of household group.

서 론

국민의료의 목표는 양질의 총괄 의료를 국민 누구에게나 필요할 때 서비스하는데 있으며 궁극적으로는 국민의 건강을 증진시키는데 있다. 이는 복지사회를 구현하려는 어느나라에서나 같을 것이며 이러한 목표를 효과적, 효율적으로 달성하기 위하여 각 나라들은 보건의료에 대한 여러가지 제도를 갖고 있다. 그런데 이 제도는 하루아침에 생

기는 것이 아니라 오랜 세월에 걸쳐 그 나라의 정치, 경제, 사회, 문화등에 알맞게 발전한 것이어서 어느나라의 제도가 그렇게 정착하기까지는 그만큼 연유도 있겠고 또 시간도 걸린다¹⁾.

그동안 우리나라에서는 보건의료문제가 국민개개인의 책임으로 인식되어 왔으나 최근 들어 사회경제적인 여건의 변화와 국민들의 의료에 대한 기대감의 증가는 보건 의료 부문에 큰 영향을 미쳤으며 의료에 대한 국민들의 인식변화는 의료를

국민의 기본적인 권리의 하나로 받아들여지게 되었고, 기본적인 건강의 유지를 위한 책임은 국민 개인에게 뿐 아니라 정부에게도 책임이 있다는 의식이 생겨나게 되었으며 정부의 보건이료에 관한 국민의 기대가 상승하게 되었다^{3, 4)}.

이에따라 정부의 1975년 제4차 경제개발 5개년 계획에 우리나라에서는 처음으로 보건부문이 포함되어 보건이료에 대한 문제점 및 대책이 논의되기 시작하였다⁵⁾.

1977년에는 의료보호사업과 의료보험제도를 실시하였고 1978년에는 농어촌 보건이료를 위한 특별조치법이 제정되어 농어촌에 보건진료원과 공중보건의 제도가 새로 도입되었는데 이러한 모든 제도적인 추진은 이상적 보건이료제도의 요건중 가장 기본적이고도 중요한 의료의 접근도(accessibility)를 높이기 위한 것으로 이해 될 수 있다.

본 연구에서 고찰하고자 하는 도서지역은 지역이 갖는 몇가지 특성으로 인하여 여러가지 보건의료 문제들을 갖고 있다. 즉 교통의 불편으로 의료에의 지리적 접근성이 낮고 지역이 갖는 고립성과 관습이 의료이용에 여러가지 제약을 주고 있다. 그러나 1988년부터 농어촌지역을 대상으로하는 지역의료보험이 전국적으로 확대 실시되면서 도서지역에서도 의료에 대한 수요가 증가하고 보건 의료에 대한 인식의 변화등 많은 변화가 초래되고 있다.

과거에 발표된 상병율과 의료이용에 관한 연구^{6, 7)}가 전국민의료보험이 실시되기 이전에 보고되었던 것이므로 전국민의료보험이 완전히 실시된 이 시점에 국가 차원의 보건의료 정책수립과 지역차원에서의 보건의료 기획수립을 위해서 도서지역의 상병양태를 알아보는 것도 의의있는 일이라 하겠다.

본 연구의 목적은 이러한 취지에 따라 보건의료에 대한 경제적, 지리적 접근도가 낮은 도서지역 주민을 대상으로 상병양태를 파악하고 이를 인구학적, 사회경제적 특성에 따라 비교 분석함으로써 도서지역의 보건의료 상태를 종합적으로 파악하여 앞으로 도서지역에 대한 보다 나은 보건이료서비스 공급의 방향 제시를 위한 기초자료를 제공하는데 있다.

조사대상 및 방법

1. 조사지역

조사지역은 전라남도 남·서부에 위치한 완도군 지역으로 3읍 9면으로 이루어 졌으며 동은 바다로 연해 고흥군과 여천군에 접하고서는 바다 건너 섬으로 구성되어 있고 유인도서 55개, 무인도서 146개로서 인구 96,444명, 가구수는 23,924가구로 가구당 평균가족수는 4.0명이었고 남녀의 비는 거의 비슷한 비율이었다(Table 1).

Table 1. Age and sex distribution of total population in Wan-do Gun, 1990.

Age\Sex	Male(%)	Female(%)	Total(%)
0 - 14(year)	14,364(29.7)	14,116(29.4)	28,500(29.6)
15 - 44	21,026(43.5)	18,507(38.5)	39,533(41.0)
45 - 64	10,525(21.8)	11,104(23.1)	21,629(22.4)
65 -	2,437(5.1)	4,345(9.0)	6,782(7.0)
Total	48,372(100.0)	48,072(100.0)	96,444(100.0)

보건의료 시설로는 의원 6개소, 치과의원 3개소, 대우재단 병원 1개소, 보건의료원 1개소, 약국 14개소, 약중상 19개소, 한약중상 12개소, 매약상 13개소가 있고 각 읍면에 위치한 11개의 보건지소와 18개의 보건진료수가 있다. 이에 따른 의료보장 상태는 공무원 및 사립학교 교직원보험과 직장 의료보험이 17.3%, 지역의료보험이 60.2%, 의료보호가 17.6%를 차지하고 있다^{1, 8)} (Table 2).

Table 2. Medical Security Status of Total Population.

Type	Population	Percentage
Government & Industrial*	16,664	17.3
Regional insurance	58,096	60.2
Medical assistance	16,956	17.6
None	4,728	4.9
Total	96,444	100.0

* Government: medical insurance for government employees and private school teacher, Industrial: industrial establishment medical insurance.

2. 조사내용 및 자료수집

본 조사를 위해서 15명으로 구성된 조사원을 2 일동안 사전에 교육시킨 다음 완도 전 지역에서 1990. 1. 15-1. 30일까지 15일간에 걸쳐 가구면접 조사를 실시하였다. 조사는 세대단위로 실시하였으며 가구의 사정을 가장 잘 파악하고 있는 가구 내 성인을 피면접자로 하고 구조화된 설문지를 이용한 면접조사를 실시하였다.

조사대상은 해당지역을 먼저 각 지역별로 나누어 그중 전체 가구수에서 일정비율만큼을 조사하는 계층화 비율 무작위 표본추출(Stratified proportional random sampling)방법¹⁴⁾으로 선택하였으며, 전체 설문조사는 1,234가구를 조사하였고 가구원의 5,134명이 조사대상에 포함되었다.

설문서의 조사항목은 성과 연령등 인구학적 요인과 의료보장상태, 거주기간등 가구원의 사회 경제적 일반 특성과 상병양태등을 조사할 수 있도록 구성하였다. 조사한 변수중 상병상태는 지난 2주 동안에 실지 아파서 의약기관을 이용한 경우를 대상으로 한 유효수요 중심 조사를 하였다.

3. 분석방법

수집된 자료의 정리와 분석은 SAS 통계 패키지를 이용 처리 하였다. 기본적으로 각 설문지의 단순 빈도표와 연관 내용간의 교차분석을 하였으며 통계적 검정을 위해 χ^2 -검정과 t-검정을 실시 하였다.

성 석

1. 조사 대상자의 일반적 특성

본 연구에서는 조사의 편의상 교통과 생활 근거지를 중심으로 4개권역으로 나누어 완도읍, 군외면, 신지면, 청산면을 A 권역으로, 노화읍, 보길면, 소안면을 B 권역으로, 고금면, 약산면을 C 권역으로 나머지 금일읍, 금당면, 생일면을 D 권역으로 하였다(Figure 1).

조사대상가구는 1,234가구로 전체 23,924가구 중 5.2%였으며(Table 3), 조사대상 5,134명중 남자는 51.1%를 차지하고 여자는 48.9%였다. 또한

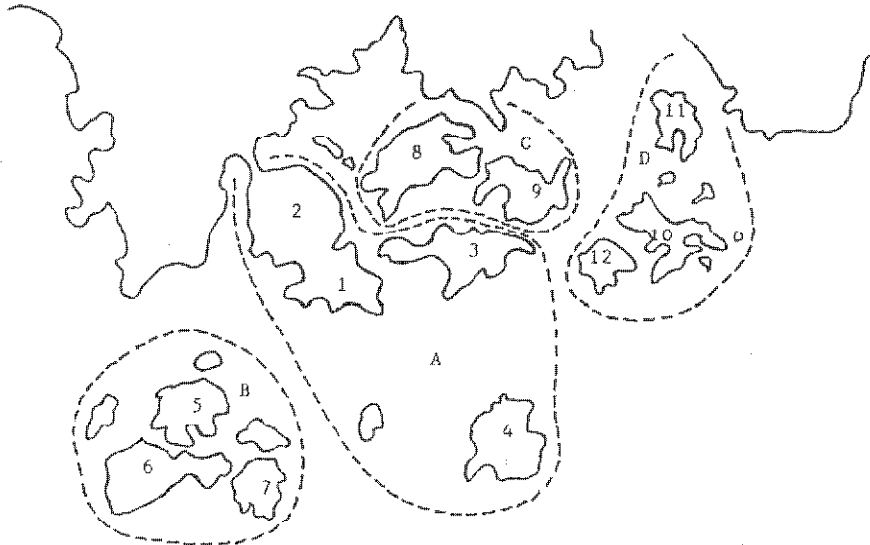


Fig. 1. A general feature of islands in the district Wando-Gun.

- A : 1. Wan-do eup, 2. Kun-oe myon, 3. Sin-jee myon, 4. Choung-san myon.
 B : 5. No-hwa eup, 6. Po-kil myon, 7. So-an myon.
 C : 8. Ko-kum myon, 9. Yak-san myon.
 D : 10. Kum-il eup, 11. Kum-dang myon, 12. Saeng-il myon.

Table 3. Distribution of Sample Household by Region.

Region*	Sample number(I)	Total household(II)	I/II %
A	493	10,979	4.5
B	302	5,151	5.9
C	230	3,706	6.2
D	209	4,088	5.1
Total	1,234	23,924	5.2

* : A: Wan-do eup, Kun-oe myon, Sin-jee myon, Choung-san myon.
 B: No-hwa eup, Po-kil myon, So-an myon.
 C: Ko-kum myon, Yak-san myon.
 D: Kum-il eup, Kum-dang myon, Saeng-il myon.

연령별로는 0-14세가 28.4%, 15-44세가 38.8%, 45-64세가 24.3%, 65세 이상이 8.5%를 차지하였다. 거주기간은 20년이상 거주한 가구가 가장 많은 47.6%를 차지하였고 5년이하가 25.2%로 다음으로 많았다. 의료보장별 분포는 지역의료보험이 62.7%, 의료보호 및 의료부조가 12.1%, 공무원 및 사립학교 교직원 보험과 직장의료보험이 22.1%를 차지하고 있었다(Table 4).

본 조사자료의 대표성을 확인하기 위해 완도 전체 의료보장 비율과 본조사 대상의 의료보장비율을 비교한 바 통계적으로 차이 없음 확인할 수 있었다(Table 5).

2. 상병양태

1) 상병률

조사 결과 전체 조사 대상자중 13.1%가 지난 2주간 상병경험이 있었으며 지역별로는 C 권역에 15.3%로 가장 높고, 다음으로 A 권역이 14.0%로 높아 다른 지역에 비해 교통편이 좋은 이들 권역에서 상대적으로 많은 상병을 경험하고 있었다. 성별로는 남자에서 100명당 13.5, 여자에서 12.6의 상병률을 보였다. 연령별로는 45-64세군에서 20.3으로 가장 높고 다음으로 65세 이상군에서 15.1, 15-44세군에서 11.7의 순으로 높았다(Table 6).

월 소득수준별 상병율은 월소득 51만원 이상에

Table 4. General characteristics of sample household.

Characteristics	Frequency	Percentage
Sex		
Male	2,624 persons	51.1
Female	2,510	48.9
Total	5,134	100.0
Age (year)		
0 - 14	1,458 persons	28.4
15 - 44	1,992	38.8
45 - 64	1,248	24.3
65 -	436	8.5
Total	5,134	100.0
Medical security		
Employee insurance	273 households	22.1
Regional insurance	774	62.7
Medical assistance	149	12.1
None	38	3.1
Total	1,234	100.0
Duration of residence (year)		
< 5	311 households	25.3
5 - <10	155	12.6
10 - <20	177	14.4
20 -	587	47.7
Total	1,230	100.0

Table 5. Estimation of Sampling Reliability for Medical Security Status.

	Employee insurance	Regional insurance	Medical assistance	None	Total
Total	17.3	60.2	17.6	4.9	100
Sample	22.1	62.7	12.1	3.1	100

$$\chi^2 = 3.429, df = 3, p = 0.332.$$

서 100명당 15.0으로 가장 높고 다음으로 20만원 이하에서 12.5로 높아 소득수준에 있어서 상병율의 양극현상이 나타나는 것을 볼 수 있다. 거주기간 별로는 20년이상 거주한 군에서 14.5로 상병율이 가장 높게 나타나고 다음으로 10 - 20년 거주가 13.5이며, 5년이하 군에서 10.9로 가장 낮게 나타났다. 의료 보장별로는 의료보호군에서 20.9로 가장 높게 나타나고 다음이 지역의료보험군의 13.5

Table 6. Distribution of morbidity rate by sample variable (1).

Variable		Population	Case	Morbidity rate*
Region**	A	1,972	276	14.0
	B	1,193	235	12.7
	C	1,045	160	15.3
	D	924	83	9.0
	Total	5,134	670	13.1
Sex	Male	2,468	332	13.5
	Female	2,452	310	12.6
	Total	4,920	642	13.0
Age (year)	0 - 14	1,456	131	9.0
	15 - 44	2,047	235	11.7
	45 - 64	1,102	224	20.3
	65 -	345	52	15.1
	Total	4,920	642	13.0

* : Morbidity rate is expressed per 100 persons.

** : Same as Table 3.

이며 의료보험 비적용군에서는 4.7로 아주 낮은 결과를 보여주고 있다. 가족 수 별로는 7명이상인 군에서 14.6으로 가장 높고 다음으로 4 - 6명인 경우가 13.5, 3인이하의 가족에서 11.8로 식구수가 많을수록 높게 나타나고 있는것을 볼 수 있다 (Table 7).

2) 상병내용

상병내용을 파악하기 위하여 조사 대상자들이 이미 자신의 상병명을 알고 있는 경우는 그 병명을 기준으로, 병명을 모르는 경우는 증상을 구체적으로 물어서 상병분류를 하였다. 여기서 나타난 총 상병수는 658건이었으며 각 상병의 사례수가 적기 때문에 국제질병분류의 15 대분류에 따라 나누었다. 조사 대상자 틀에게서 가장 많이 나타난 상병은 소화기계 질환으로 전체 상병자의 28.0%, 전체 조사대상자 100명당 3.7이고 다음으로 호흡기계 질환으로 상병자의 25.5%, 전체 조사대상자

Table 7. Distribution of Morbidity by sample variables (II).

Variable		Population	Case	Morbidity rate*
Monthly income (Unit ; 1,000 won)	- <200	1,589	198	12.5
	200 - <300	1,023	112	11.0
	300 - <500	1,241	128	10.3
	500 -	765	115	15.0
	Total	4,618	553	12.0
Duration of residence (Year)	- <5	1,294	141	10.9
	5 - <10	645	74	11.5
	10 - <20	736	99	13.5
	20 -	2,442	353	14.5
	Total	5,117	667	13.0
Medical security	Government & Industrial**	1,058	128	12.1
	Regional insurance	2,993	403	13.5
	Medical assistance	575	115	20.9
	None	508	24	4.7
	Total	5,134	670	13.1
Family size (Person)	- 3	1,563	185	11.8
	4 - 6	3,396	459	13.5
	7 -	158	23	14.6

* Morbidity rate is expressed per 100 persons.

** Government: medical insurance for government employees and private school teacher, Industrial: industrial establishment medical insurance.

100명당 3.4 의 순이었다. 감염성질환과 기생충질환은 전체 상병자의 6.5%를 차지하였다(Table 8).

Table 8. Classification of morbidity by ICD-9*

Classification	Case	Percentage
Infectious and parasite disease	43	6.5
Neoplasms	10	1.5
Endocrine, nutritional, metabolic Disease	17	2.6
Disease of blood and blood-forming organ	3	0.5
Mental disorders	4	0.5
Disease of the nervous system	31	4.7
Disease of the circulatory system	25	3.8
Disease of the respiratory system	168	25.5
Disease of the digestive system	184	28.0
Disease of the genitourinary system	30	4.6
Complication of pregnancy, childbirth, puerperium.	12	1.8
Disease of the skin and subcutaneous tissue	16	2.4
Disease of the musculoskeletal system	57	8.7
Symptoms, signs and ill-defined condition	49	7.5
Injury and poisoning	9	1.4
TOTAL	658	100.0

* : Ninth division of International classification of Disease, Injuries and Cause of Death.

고 찰

일반적으로 각 개인이 생각하는 건강과 질병에 대한 개념은 사회, 문화적 요인에 의해 많은 영향을 받으며 전문 의료인이 생각하는 개념과는 상이한 부분이 있으므로 상병상태 및 의료요구에 대한 판단이 다를 수 있다. 따라서 의료 분야에서는 필요(need)와 수요(demand)를 구분하여 쓴다. 필요는 의료인에 의한 전문가적 판단에 기초한 필요 (professionally identified need)가 있고 환자가 느끼거나 의식하는 필요(felt need, perceived need)가 있다. 일단 필요성을 느꼈을 때 행동으로 옮겨져 의료를 요구하면 이를 유효수요(effective demand)라 하는데 실제 의료 서비스가 이용된

것을 말한다. 개인이 느낀 필요는 경제적, 지리적 여건이나 교육정도, 의사에 대한 신뢰감등에 의하여 의료를 요구하지 않기도 한다. 즉 유효수요로 되지 않기도 한다. 이러한 것들이 이루어지는 의료과정 (medical care process)은 그 주위환경을 구성하는 여러 영향력 있는 요소에 의해 영향을 받게 되며 서비스 사용, 질, 필요등을 포함하는 의료의 주된 현상은 의료 참여자의 행동으로 귀결되며 이 행동은 또한 주위의 여러 요소에 의해 영향을 받게 된다¹⁵⁾.

우리나라에 있어서 현재까지의 의료체계에서는 지역간에도 의료시설, 의료인력, 의료기관 이용률에 있어서 상당한 차이를 나타내고 있어 형평을 이루지 못하고 있는 것으로 지적되고 있으며 그중에서도 도서지역은 소규모 인구집단이 넓은 지역에 거주하고 있고 바다로 둘러싸여 교통이 불편하므로 육지와는 다른 지리적, 사회경제적 여건을 갖고 있다. 이로 인해 의료부문의 서비스에서 소외되어 있는 상당수 주민들은 질병에 대한 전통적 인식이 많이 남아 있는 실정인데, 우리나라에서는 이들의 의료형태와 추구 양상등에 관한 많은 연구가 없었고, 정확한 양상을 파악 하려는 노력도 많지 않아서 주민들의 보건의료실태를 정확히 이해하지 못하고 있는 실정이다³⁾. 최근 이러한 것들이 문제점으로 지적되면서 주민들이 어떤형태로 의료이용을 하고 있는지를 보기 위하여 건강에 대한 믿음의 모형(health belief model)들이 연구되고 있다.

건강믿음이나 건강행동의 사회적 양상은 보건 의료분야에 사회학적 관점이 도입된 영역으로 간주되며, 개인의 행동 뿐 아니라 전체 사회의 가치와 믿음에 영향을 주는 사회적 과정은 보건의료분야 전 영역에서 중요시 되는 것이다. 과거부터 현재까지 이 건강믿음은 상병의 인식이나 치료처를 찾고 결과를 평가하는데 소비자와 공급자 모두에게 영향을 미쳐 왔다. 각 개인은 3가지 주된 이유로 건강 관련 활동들에 관련되어 있다. 첫째, 무증상기에 질병을 예방하고 발견하기 위한 활동 (health behavior), 둘째, 증상이 나타나면 진단을 받고 적절한 치료를 위한 활동 (illness behavior), 셋째, 확정된 질병에 대해 건강을 회복하고 질병이 더 이상 진행 되는것을 막기위해

치료받는 활동(sick role behavior)이 있는데 이외에도 건강 관련 행동의 모델은 많고도 복잡하다¹⁶⁾.

이러한 주위환경요인들을 감안하여 그 지역중심의 포괄적인 보건의료를 기획하는데 있어서 먼저 건강상태의 결정이 있어야 하는데 이는 성, 연령, 소득수준, 윤리성등의 인구학적 내용이 포함되며, 둘째, 의료 서비스 필요성의 결정이 있어야 하는데 이는 건강한 생활양상(healthful life-style)이 가장 효과적인 측정도구이며, 셋째, 요구되는 의료서비스의 양, 형태, 위치등이 사람, 장비등과 함께 논의되는 일련의 과정 즉 건강상태평기로 시작되어 적절하게 요구되는 보건의료자원으로 끝난다. 이 과정에서의 단계는 먼저 지역주민 건강상태를 파악하고 이 건강상태를 증진시키거나 유지시키기 위해 요구되어지는 의료 서비스들 설정하며 다음으로 이들 서비스를 제공하는데 요구되어지는 보건의료 자원들을 결정하여야 한다¹⁷⁾. 이들중 먼저 건강상태 평가인 상병에 대한 측정은 보건의료 계획의 목적을 위해서 최소한 세가지 측면이 고려 되어야 하는데, 첫째, 측정하고자하는 현상의 개념적이고 운용적인 명확한 정의가 있어야 하며, 둘째, 그 정도의 측정과 셋째, 시간과 장소 및 대상의 지역화가 있어야 한다^{18, 19)}.

상병자료는 의료의 질적인 면을 조정, 유지하기 위하여 또한 의료기관 이용의 정도를 파악하는데 유용하게 쓰이는 자료이다. 이러한 상병에 관한 정보를 얻는 방법으로는 건강면접조사, 의무기록조사, 건강검진조사, 혼합형등 여러가지 방법이 있다. 본 연구에서 사용한 가구면접 조사방법은 건강면접조사의 일종으로 응답자가 기억하는 자신 및 가구원들의 상병 및 의료이용상태를 조사한 것이다. 이러한 건강면접조사는 면접을 통한 정보수집으로 인한 진단의 부정확성, 기억회상 오차, 조사자간의 편견등 방법상의 문제점을 가지고 있기는 하나 비교적 적은 비용으로 용이하게 조사할 수 있다는 점, 전체인구의 유행률을 쉽게 추산할 수 있다는 점, 상병상태와 밀접한 관련을 맺고 있는 제 변수들을 동시에 조사할 수 있다는 점들의 장점으로 인해 가장 보편적으로 사용되고 있다²⁰⁾. 면접조사 자료의 완전성에 영향을 주는 것으로 알

려진 요인들은 특징적 상병상태군(saliency), 질병상태의 사회적, 육체적 위협, 응답자의 특성, 조사자의 특성, 질문서와 면접기술등으로 구분될 수 있다¹⁷⁾.

거주기간별 상병률에서 20년 이상 거주한 군에서 상병률이 가장 높게 나타난 것은 오랜기간 동안 건강에 체념한 채로 살아 왔던 도서지역에서 전국민의로 보험과 보건기관의 균등한 분포로 도서지역의 잠재된 의료수요가 나타나는 것으로 볼 수도 있겠으나 의료보험의 종류나 소득수준, 이용의약기관등과의 관계를 살펴 보아야 할 것이다. 또한 5년이하 거주군이 전체 25.2%로 두번째로 많으나 상병률은 가장 낮게 나타나는데, 5년이하 거주군들은 대부분 직장관계로 옮겨 다니는 공무원, 교직원등이 주로 많을 것으로 생각되어 이들은 실지 의료기관 이용이나 상병인식에서 꼭 도서지역을 대표한다고 볼 수 없을 것이고, 가장 많이 차지하는 군이 거의 대부분 생애를 도서에서 20년 이상 생활한 거주자이므로 본 성적이 도서지역을 대표하는 데에는 큰 무리가 없을 것으로 사료된다.

상병내용에 있어서 다른 조사결과^{2, 9, 11, 12)}에서는 전체 상병내용중 최하위에 등록되는 감염성, 기생충질환이 전체상병자의 6.5%를 차지하여 5번째로 높은 수준으로 도서지역의 고립성과 보건 의료에의 접근이 어려움을 잘 말해 주는 경우라 하겠다. 또한 상병을 발견하게 된 농기가 거의 대부분 증상에 의한 것이어서 이는 보건 교육이나 대중매체, 건강진단에 의한 발견들이 다른 지역에 비해 상대적으로 낮아 의료에 대한 접근도가 좋은 다른 지역에 비해 아직도 낙후 되어 있고 질병의 표면으로 나타나고 증중으로 되어서만 의약 기관을 이용하게 된다는 점을 살펴 볼 수 있고 의료보험이 된 후에도 이러한 결과를 보이는 것은 아직도 오랫동안의 행동양상에서 벗어나지 못하고 있다고 생각된다.

선행연구에서 조사한 상병률을 살펴보면 변종화²⁾등은 15일간 상병율이 도시중산층은 21.9%, 도시 저소득층은 29.0%로 보고하였고, 제1차 국민건강조사²¹⁾에서 1주간 상병율이 20.8%, 유승훈⁹⁾등은 15일간 상병율이 34.6%를 나타내고 있는데 결과마다 상당한 차이가 있는 것으로 나타났다.

이를 종합하면, 15일간으로 환산하여 측정된 상병율의 경우 20.8 - 38.0%까지 다양한데 가구면접 조사시 설문내용에서 유병의 정의를 규정하는 문제와 단기간의 상병율을 측정 할 때는 계절요인도 크게 작용하며, 조사지역에 따라 차이가 컸던 것으로 여겨진다. 하나 본 조사의 경우 다른지역 조사 보다 낮게 나타나는 데에는 그간 도서지역에서 보건기관등의 의료시설이 거의 없고 교통편도 더욱 인종아 웬만한 질병은 참고 지내며 의료기관을 찾아갈 질병으로 인식하지 않아서 다른 지역에 비해 심각한 상병의 경우에만 질병으로 인식되어 진면도 있다 하겠다. 이는 주로 의료기관을 이용한 상병을 중심으로 조사 되어졌던 것으로 판단 되어져 앞서 살펴 본 응답자와 조사자 특성이 자료에 영향을 주는 요인임을 알 수 있었다.

이는 의료기관을 중심으로 조사 하였던 선행연구인 유승훈⁶⁾등의 신안 지역 의료기관 이용률 16.3, 거제의 경우 17.3, 변종화⁷⁾등이 조사한 도시 저소득층 20.9, 도시 중산층 18.4, 서문희⁸⁾등이 조사한 중소도시에서 33.2, 한달선⁹⁾ 등이 조사한 춘천에서의 19.6에 비해 볼때 본조사의 상병인 13.6은 다른 보고에 비해 약간 낮거나 비슷한 수준을 나타내고 있다는 사실과도 연관이 있다 하겠다.

성별 상병율은 남녀 모두 비슷한 수준으로 나타나 다른 연구 결과와는 좋은 대조를 이루고 있는데 이는 완도지역은 김, 미역때문에 활동할 수 있는 기간에는 모든 가정주부도 공장에서 일하고 있는 실정인 바 농번기, 어번기 모두 적극적인 경제활동인구에 들어가 남녀차이가 거의 없고 또 상병율도 낮게 조사된 것으로 생각된다. 가구소득은 전반적으로 낮게 조사된 것으로 추정되는데 이는 지역의료보험이 완전히 실시 되고 있어 설문 조사원에게 자신의 정확한 소득을 나타내기를 꺼려하는 면도 있을 것으로 생각된다. 가구소득 50만원 이상에서 상병률이 15.0으로 현저히 높아 우리나라 전체적인 소득수준에서는 높지 않으나 도서지역에서는 높은 소득으로 인정되며 이 부류에서 상병률이 높게 나타나는 것도 다른 조사 결과와는 상반되게 나타나 역시 오랫동안 도서지역에 지내오면서 의료기관에 대한 접근도가 낮아 저소득계층의 경우 상병에 이환되었다 하더라도 경제적 여건으로 치료받지 못하고 쯤는 경향이 많아 역시

경제적 여유가 조금이라도 있는 계층에서 의료기관을 이용하게 되어 상병율이 높게 나타날 것이다. 그러나 반대의 경우로 완도지역은 남녀 모두가 적극적인 경제활동인구인데 상병에 이환되면 몸이 쇠약해지고 노동력이 감퇴되며 따라서 소득에 영향을 주어 질병이 사회, 경제적 수준을 변화시킨다는 인과관계도 가정해 볼 수 있어 도서지역이어서 더욱 의료기관 이용을 하지 못하는 경우도 생각해 볼 수 있다.

이는 소득수준과 나이의 관계에서 고령자 군에서는 저소득으로, 경제활동 연령군에서는 고소득 군으로 양분되어 있는 내용을 보아도 잘 알 수 있다.

그러므로 도서지역에서의 의료정책은 이용수단의 개발, 신속한 이동에 의한 대처도 중요하지만 그보다는 접근성이 좋은 현지의 기존 보건기관을 활성화하는 것이 훨씬 효과적이라 생각되며 이런 지역은 구조적 취약성 때문에 의료, 특히 진료서비스 자체만으로 수지를 맞추기가 거의 불가능하므로 민간 의료 기관은 유치가 어렵고 공공기관이 투자하는 형식으로 접근하는 것이 바람직하다. 방법적인 면에서는 각 보건지소에서 행해지는 진료수준의 질적인 향상을 위해 임상병리와 방사선등의 의료시설과 자체적으로 사무적인 제반 일들이 처리될 수 있도록 인원을 증원하며 앞서 살펴 본 대로 생활양식의 변환을 가져 올 수 있는 보건활동에 주안을 두어 도서지역에서의 의료정책은 우선적으로 공공보건기관에 대한 대폭적인 진료기능의 보강과 지역 중심의 보건정책이 통합되어 공적 의료 서비스 체계의 보건기관 중심으로 이루어져야 할 것으로 사료된다.

본 연구에서는 보건의료의 수요 또는 요구를 평가하는데 있어 질병중심적인 개념에 근거한 조사를 시행하였으나 향후에는 이점이외에도 건강증진과 보다 적극적인 의미에서의 예방에 관계된 요인들에 대한 측정방법들을 개발하여 보건의료 수요에 대한 평가에 활용하여야 할 것이다.

결 론

도서지역의 상병률 및 인구학적 사회경제적 변

인에 따른 상병양태의 변화를 파악하기 위해 1990년 1월 15일부터 동년 1월 30일까지 전라남도 완도군 지역주민전체를 대상으로 계층화 비율 무작위 추출한 표본(23,924가구중 5.2%인 1,234가구)을 대상으로 면접조사를 실시하였다. 조사결과 표본인구의 12.1%가 지난 2주동안 1회이상 상병으로 인해 의료기관을 이용하였던 것으로 나타났다. 상병률에 있어 남녀간에 유의한 차이는 없었으며, 소득수준이 높을수록, 거주기간이 오래일수록, 가족수가 많을수록 상병율이 더 높게 나타났다.

참고문헌

- 1) 양재모, 유승흡: 국민의료총론, 수문사, 1990.
- 2) 유승흡, 조우현, 김기순, 김용준, 손영세, 이명근, 박종연, 전병률, 홍상진: 도서지역 보건의료서비스 체계구축에 관한 연구, 연세대학교출판부, 1987.
- 3) 양재모: 공중보건학 강의, 수문사, 1986.
- 4) 유승흡: 의료정책과 관리, 기린원, 1990.
- 5) 강복수 외 47인: 예방의학과 공중보건, 개축문화사, 1989.
- 6) 유승흡, 조우현, 박종연, 이명근: 도서지역 주민의 의료이용 양상과 그 결정요인, 예방의학회지 20(2), 287-300, 1987.
- 7) 변종화: 도시 저소득층 지역보건의료실태 보고서, 한국인구보건연구원, 1984.
- 8) 서문희, 이규식, 안성규: 1983년도 국민의료이용과 의료비에 관한 연구, 한국인구보건의료원, 1985.
- 9) 한달선, 권순호, 권순원, 황성주: 춘천시민의 의료이용 양상과 연관요인, 한림대학 사회의학 연구소, 1986.
- 10) 황성주: 일부 도시지역 주민의 상병상태에 관한 조사연구, 예방의학회지, 19(2), 293-306, 1986.
- 11) 안문영: 일부 농촌지역의 상병상태 연구, 예방의학회지, 17(1), 107-119, 1984.
- 12) 우극현: 도시 영세지역 주민의 상병 및 의료이용 양상, 예방의학회지, 18(1), 25-40, 1985.
- 13) 완도군: 완도통계연보, 1990.
- 14) 김일순: 역학적 연구방법, 민음사, 1986.
- 15) Anderson, R. and A day, L. A.: *Access to Medical Care in the U. S.*, *Medical Care* 16(7), 533-546, 1978.
- 16) Marmot, K. G. and Morris, J. N.: *The Social environment in Holland*, W. W., Deltels, R. and Knox, G., *Oxford Textbook of public health vol.1*, Oxford Press, London, 97-118, 1984.
- 17) Donabedian, A.: *Aspect of Medical Care Administration*, *Havard University Press*, Cambridge MA, 1973.
- 18) Lindberg, D. A.: *The impact of automated information systems applied to health problems in Holland*, W. W., Deltels, R. and Knox, G., *Oxford Textbook of public health vol.3*, Oxford Press, London, 55-76, 1984.
- 19) Last, J. M.: *Publichealth and Preventive medicine*, *Appleton-Century-crofts*, Norwalk Connecticut, 1986.
- 20) Abraham, M. L. and Lilienfeld, D. E.: *Foundation of epidemiology*, 2nd edition, *Oxford University Press*, New York, 1980.
- 21) 한국인구보건연구원: 1983년도 국민 건강조사, 1984.