

미국 저소득층 여성의 정신건강서비스 이용에 관한 연구 -인종별 서비스 이용패턴을 중심으로-

송 다 영*

I. 연구배경 및 문제제기

여성들이 출산과정에 경험하는 정신질환은 사회적으로 고려해야 할 공중보건문제이다. 임신기와 산욕기에 발생하는 정신질환은 당사자 여성의 정신건강뿐만 아니라 아동 및 가족구성원들의 정서·심리적 상태에도 영향을 미친다 (Beck, 1998; Murray & Cooper, 1997). 정신질환은 소득이 낮은 계층의 여성에서 보다 많이 발생하는 것으로 보고되어 왔다(Bassuk et al., 1998; Boyce et al., 1998). 높은 발병률은 빈곤, 만성적 건강질환 및 임신과 출산에 의해 새롭게 부과된 일로 인한 스트레스 등에서 비롯된다고 보여진다 (Bassuk et al., 1998; Belle, 1990; Koss, 1990).

산전후기 정신질환을 경험하는 여성은 결코 적지 않다. 선행연구에 따르면 임신한 여성의 70%가 우울증세를 보이며 10-16%는 비정신분열증적 우울증(nonpsychotic depression) 및 불안장애(anxiety disorder)를 보이는 것으로 나타난다(Beck, 1998). 산전후기의 정신질환을 치료하지 않으면 이후 만성적 정신질환으로 재발할 가능성이 높으므로 전문가의 진단에 따른 적절한 치료를 요한다(Murray & Cooper, 1997).

산전후기 여성과 태아의 건강을 사회적으로 보호한다는 공중보건 정책의 일환으로, 미국 정부는 1980년대 후반부터 무상으로 의료서비스를 받을 수 있는 공공의료보험(Medicaid)의 혜택 범위를 임신 중에 있는 저소득층 여성으로 확대시켰다). 구체적으로 보면, 주립정부(state

* 세종대학교 강사

government)는 빈곤선 133%에 있는 여성들에게 공공의료보험을 제공하여야 함을 연방법으로 강제하였으며, 주립정부가 원할 경우 빈곤선 185%에 해당되는 여성들에게도 공공의료보험의 혜택을 주는 내용이 그 골자다. 1990년 4월부터 전국적으로 시행된 새로운 공중보건정책으로 임신한 여성들은 자산평가 및 조사(means test)에 의하지 않고 임신할 당시의 임금에 기초하여 공공의료보험의 혜택을 받게 된다. 이와 같은 무상의료 범위의 확대는 기존 공공의료보험 대상자에게 주어지는 사회적 비난이나 낙인을 없애고 저소득층 여성이 비용에 대한 부담 없이 의료 서비스에 접근할 수 있게 되었다는 점에서 긍정적인 평가를 받고 있다(Haas, Udvarhelyi, & Epstein, 1993). 새로운 의료보건정책에 따라 저소득층 여성은 임신할 경우 산전 의료방문, 수혈, 약품 조제, 진단, 임신과정에서 위험한 징후가 보일 경우 받게 되는 가정방문, 출산, 정신건강서비스 및 산욕기간 사후진단 및 치료에 드는 모든 비용을 보장받게 되었다(Institute of Medicine, 1985).

그러나 공공의료보험 수혜자의 범위를 확대하는 정책에도 불구하고, 기존 연구들은 여러 인종 및 민족간(ethnicity) 의료 서비스 이용상 격차가 줄어들고 있지 않음을 비판하여 왔다(Institute of Medicine, 1988). 인종/민족간 격차는 정신건강 의료서비스 이용에서도 극복해야 할 주요한 과제중의 하나로 주목되고 있다. 선행연구에 의하면 인종 및 민족에 상관없이 정신건강 서비스 이용정도는 사람들의 실제 필요에 미치지 못하지만, 그 격차는 소수민족일수록 크다고 한다(Takeuchi & Uehara, 1996). 더욱이, 의료보험을 가지고 있는 집단으로 한정지어 보아도, 소수민족의 정신건강서비스 이용률은 백인들의 이용률보다 현저히 낮은 것으로 보고된다(Padgett et al., 1994, 1998; Temkin-Greener & Clark, 1988). 이러한 경향은 여성들에게도 예외 없이 적용된다. 이러한 기존연구의 결과들은 정신건강서비스 이용에 있어서의 인종/민족간 차이가 그들의 인구학적 특성이나 사회경제적 배경에서 비롯되었다거나 혹은 정신건강 서비스 요구정도가 민족별로 다를 수 있다는 접근에 의문을 제기하게 된다.

본 연구는 저소득층 백인, 흑인, 히스패닉 여성들이 산전후기에 이용하는 정신건강서비스 이

1) 1980년 중반 미국은 세계 최강국의 지위에도 불구하고 선진국내 영유아 사망률에 있어서 21번째로 하위를 면치 못하고 있었다. 정책입안자 및 연구자들은 높은 비율의 저체중아와 영유아 사망이 고가의 의료보험 비용으로 인한 저소득층의 의료서비스 이용이 제한되어 있는데서 원인을 찾고 새로운 공중보건 정책을 입안한다. 원래 공공의료보험은 극심한 빈곤상황에 처해있는 모자가정(Aid to Families to Dependent Children), 장애인(Supplementary Security Income), 기타 요보호대상자(General Assistance)에게 제공되는 공공부조의 일종이다. 무상의료보험이 극빈층으로 한정됨으로써 수많은 저소득층 여성들은 정기적인 진료가 필요한 임신과 출산과정에서도 무보험의 상황에서 적절한 의료서비스를 받을 수가 없었다. 이와 같은 의료공백은 유산, 사산, 저체중아, 장애아, 지체아, 심하게는 영유아 사망 등의 사회문제를 유발시키는 배경이 되었다 (Institute of Medicine, 1985).

용현황과 패턴을 분석해보고자 하였다. 구체적으로 이 연구는 미국 내 공공의료보험을 받고 있는 여성들이 정신건강서비스 이용률, 입원치료 혹은 외래진료, 통원치료 횟수 등에 있어서 각 민족별로 차이가 있는가를 살펴보고자 하였다. 본 연구는 다양한 인종/민족이 섞여있는 미국 북동부에 위치한 한 대도시의 공공의료보험 수혜자 전체 산전후기 여성들을 대상으로 하였다. 또한 본 연구는 위의 정신건강 서비스 이용패턴에 관련한 요인들의 영향정도를 평가해 보았다. 결론부분에는 이 연구가 한국적 상황에 어떻게 적용될 수 있는가를 토의해 보기로 하겠다.

II. 선행연구 검토

1. 미국내 정신건강서비스 이용현황

1) 각 민족별 정신질환 실태

지난 수십년동안 미국의 인구학적 구성에는 커다란 변화가 있었다. 그 중 대표적인 것이 바로 소수민족의 비율 증가이다. 1980년에서 1990년 사이에 흑인, 히스패닉, 아시안 인구는 각각 13%, 53%, 108% 증가한 반면, 백인의 증가율이 6%에 그쳤다. 인구학자들은 21세기에는 미국인 3명중 1명은 소수민족이 될 것으로 예측하고 있다. 이와 같은 소수민족 비율의 급격한 증가는 소수민족의 건강 및 삶의 질 향상이라는 공중보건정책의 필요성을 제기하게 된다. 공중보건정책의 확대에도 불구하고, 많은 연구들은 소수민족들은 필요로 하는 정신건강서비스를 제대로 받고 있지 못함을 지적하였다(Kessler et al, 1994; Robins, Locke & Regier, 1991; Takeuchi & Uehara, 1996).

미국에서는 정신질환 실태에 대한 두 번의 대규모 조사가 있었다. Epidemiology Catchment Area (ECA)와 National Comorbidity Survey (NCS). 두 연구는 일반인들이 한해동안 혹은 전 생애를 걸쳐 겪게 되는 정신 질환의 발생률이 신체적 질환이나 병에 못지 않게 광범위함을 보여주었다. ECA 연구(Robins, Locke & Regier, 1991)에 의하면 인터뷰한 사람의 20%는 현재 정신질환을 가지고 있으며, 3명중 1명은 전 생애를 거쳐 최소한 1번 이상의 정신질환을 경험한다고 한다. 전체적으로 흑인은 백인이나 히스패닉에 비하여 높은 발병률을 보이지만 성, 나이, 결혼여부 및 사회경제적 지위를 고려해보면 그 차이가 없어진다고 한다. NCS 연구(Kessler et al., 1994)는 전국규모의 조사로서 양로원, 수용소, 군대, 병원 등에 수용되지 않은 15세에서 54

세까지의 노동능력이 있는 인구를 대상으로 하였다. NCS 연구에 의하면 전체 인구중 약 2명중 1명은 전 생애에 걸쳐 최소한 1번은 정신질환을 겪게되며(48%) 한해 평균 약 3명중 1명은 정신질환으로 고통을 겪게 된다고 한다(29%).

또한 두 정신질환 실태조사는 정신보건 서비스 이용률이 실제적 필요에 미치지 못하고 있음을 보여준다. 예를 들어 ECA 연구에 의하면 정신질환을 앓고 있는 5명중 1명만이 정신건강의료서비스를 찾았으며, 9명중 1명만이 정신과 전문기관을 이용한 것으로 나타난다. NCA 연구는 생애를 통해 최소한 한번 이상 정신질환을 경험한 사람들 중에도 40%만이 정신건강서비스를 받았으며 전년도에 정신질환을 앓았던 사람들의 정신건강서비스 이용률도 20%에도 못 미치는 것으로 보고되었다. 더욱이, 전 생애동안 3개 혹은 그 이상의 정신질환을 앓은 사람들 중에도 약 2명중에 1명만이 정신건강서비스를 받았던 적이 있던 것으로 나타났다.

2) 소수민족의 낮은 정신건강 서비스 이용률과 불충분한 치료

정신보건서비스 이용에 있어서의 인종/민족간 격차는 사회경제적 요인, 의료 보험 여부 및 보상정도에 크게 기인하지만(Kessler et al., 1994; Robins, Locke, & Regier, 1991), 이러한 요인들을 동일한 조건으로 놓고도 서비스 이용에 있어서의 차이는 사라지지 않는다는 점에 문제의 심각성이 있다. 뉴욕의 Monroe 지역의 공공의료보험 인구를 대상으로 한 연구에서 Temkin-Greener & Clark(1988)은 낮은 서비스 이용률이 반드시 소수민족의 낮은 임금이나 보험에 의한 것이 아님을 보여주었다. 그들의 연구는 소수민족의 낮은 정신건강 서비스 이용률은 성, 연령 및 공공의료보험 자격조건을 통제한 후에도 지속됨을 보였다. 백인은 유색인(흑인과 히스패닉 포함)에 비해 약 2배에 가까운 서비스 이용률을 보였으며, 정신적인 문제로 입원하는 비율은 유사했으나 통원치료의 횟수는 월등히 많았다.

미국의 대표적인 사적 의료보험인 Blue Cross/Blue Shield) 인구를 대상으로 한 Padgett et al. (1998) 의 연구 또한 인종/민족 변인이 정신건강서비스 이용에 있어 중요한 변수임을 보여주었다. 그들에 의하면 제반 예측변수와 의료보험의 보상정도 등을 동일한 조건으로 놓는다고 하더라도, 유색인종의 정신건강서비스 이용률은 백인의 그것에 미치지 못하는 것으로 나타났다.

정신건강 서비스 이용률 못지 않게 중요한 정신보건 현안은 초기 발견과 예방 차원의 외래 진료의 증진에 있다. 이는 사후 응급실이나 정신병원에 입원하는 가능성을 사전에 막아 전체 의료비용을 절감하고 환자들의 생활을 보호하기 위함이다. 지난 반세기 동안의 미국 정신보건 복지정책에도 불구하고, 소수민족은 여전히 정신병원이나 응급실을 통한 사후적 조치, 정신과

전문의에게서 진료를 받기보다는 일반의료인을 통한 진단, 정신치료의 조기 중단 등의 문제점을 보이고 있다(Snowden & Cheung, 1990; Takeuchi, 1996). 특히 흑인은 사회경제적 요인 및 타 변인을 통제한 후에도 훨씬 더 높은 정신병동 입원률을 보이고 있다. 또한 소수민족의 평균 외래 진료 횟수는 백인에 비해 현저히 낮은 것으로 보고되고 있다. 이와 같은 경향은 성, 연령, 지역적 편차에 상관없이 발생하고 있어 미국의 주요한 공중보건정책의 대상이 되고 있다.

2. 빈곤과 산전후기 여성들의 정신질환

많은 선행연구는 빈곤이 정신질환을 일으키는데 커다란 영향을 준다는 점에 일치된 견해를 보인다(Bassuk et al., 1998; Belle, 1990; Hall et al, 1985; Koss, 1990). 장기간의 가난은 빈곤여성을 비위생적인 주거환경, 실직, 범죄, 폭력, 불화, 만성적인 질병, 가족들의 잦은 병치레 등의 위협적인 상황에 자주 노출시킴으로써 스트레스와 정신질환에 걸릴 확률을 현저히 높인다. 특히 소수민족 여성들이 이끄는 가구의 빈곤률이 현저히 높고²⁾, 경제적 또는 정서적 지지그룹(i.e. 배우자, 친척, 친구 등)이 많지 않다는 점에서 정신질환을 겪게 될 위험성이 높다고 보여진다. 가난에 부가된 임신과 그에 따른 출산, 양육은 이들 계층 여성들에게 하나의 축복이기에 앞서 또 다른 부담이 되기 쉽다.

생리학적 측면에서 여성은 남성에 비해 우울증에 걸릴 확률이 2배정도 높으며 연령상으로 보면 가임 기간과 중복되는 15세에서 50세까지 우울증에 걸릴 가능성이 높다고 한다(Belle, 1990). 이에 따라 산전후기 여성들의 정신질환 연구는 대개 우울증세 (depressive symptom), 우울증(depression), 불안 장애 (mood and anxiety disorders)에 맞추어져 있다. 이외에도 적은 숫자이나 편집증(obsessive-compulsive disorders), 공황증(panic disorders), 정신분열증(psychosis)에 관련한 연구가 있다.

산전후기 관련한 기존 연구는 사회경제적 상황, 결혼관계 만족정도, 정서적 지지정도, 여성의 육체적 건강정도 및 신체질환 여부, 음주 및 흡연, 원치 않는 임신, 위험을 내포한 임신, 아이들의 건강상태, 자녀의 수 등이 정신질환 발생과 관련한다(Bassuk et al., 1998; Belle, 1990; Hall et al, 1985; Koss, 1990). 또한 임신이전에 우울증 등의 정신질환을 경험한 여성은 산전후기에 정신질환을 겪을 가능성이 높다고 한다 (Murray & Cooper, 1997).

2) 흑인 여성과 히스패닉 여성이 이끄는 가구가 가난할 확률은 백인 남성이 이끄는 가구에 비해 각각 평균 10배, 15배가 높다 (Bell, 1990).

Ⅲ. 분석틀 및 연구방법

1. 분석틀

저소득층 여성의 정신건강 서비스 이용패턴을 알아보기 위하여 본 연구는 Andersen & Newman(1973, 1995) 모델을 이용하였다. Andersen 과 Newman은 개인적인 차원에서의 의료 서비스 이용은 선행 요인들(Predisposing factors), 가능태 요인들(Enabling factors), 필요 요인들(Need factors) 등에 의하여 결정된다고 본다.

선행 요인들(Predisposing factors)이란 특정 케이스의 질병에 상관없이 개인별로 의료서비스를 이용하는데 있어서의 전제된 경향을 의미한다. 예를 들어 여성은 남성에 비해 산과를 쓸 가능성이 있으며 의료진에 대해 신뢰를 갖는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 의료서비스를 이용할 확률이 높다. 크게 인구학적 특성, 사회구조적 특성, 행위 및 신념체계 특성들이 선행요인들로 꼽힌다.

가능태 요인들(Enabling factors)이란 서비스 사용을 원활케 하거나 저하시키는 요소를 말한다. 대표적인 요인으로는 서비스를 구입할 수 있는 재정적 자원을 지칭한다. 임금, 의료보험 혹은 유사한 유형의 재정적 자원 이외에도 왕복시간, 진료를 기다리는 시간, 주거지역내 진료소 여부 등이 가능태 요인에 속한다.

필요 요인들(Need factors)란 개인이 느끼거나 전문가가 진단하는 신체 및 정신 건강서비스의 요구정도이다. 현재 당면하고 있는 질병에 대한 즉각적인 처치의 요구정도이다. 필요요인들에는 개인이 자신의 전반적인 건강과 신체적 기능에 대한 판단, 특정 질병으로 고통, 증후의 심각성 정도 등이 포함된다. 또한 의료인이 진단한 병의 심각성, 환자의 신체건강상태 등이 이에 해당된다.

Andersen과 Newman의 모델을 이용하여 본 연구는 공공의료보험의 수혜 대상자인 저소득층 여성을 대상으로 다음과 같은 정신건강 서비스 이용유형과 패턴에 관한 연구 분석틀을 제시하고자 한다(참조 그림 1).

2. 연구방법

1) 연구대상

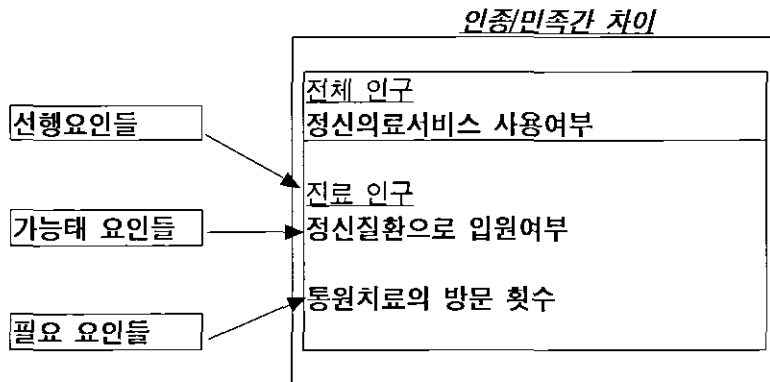
본 연구의 연구대상은 필라델피아 지역(County)에 거주하는 15세에서 45세의 여성 중에서

1992년 1월 1일부터 12월 31일의 시기동안 공공의료보험의 혜택을 받아 영아를 출산한 백인, 흑인, 히스패닉 여성으로 한정한다. 토착미국인 (Native and Indian Americans), 알래스카인 (Alaskan Natives) 및 아시안(Asian)은 적은 숫자로 인해 통계처리를 하기가 곤란하여 분석에서 제외하였다. 총 8,713명의 저소득층 여성이 분석대상이다.

2) 데이터 수집

본 연구는 주립 정부 차원의 원자료(raw data)를 토대로 한 분석에 기초한다. 본 연구에 사용된 정부자료로는 공공의료보험 기록(Medicaid Management Information System)³⁾, 공공보건기관 의료서비스 기록(County Reporting System)⁴⁾, 인구 및 주택 센서스(1990 Census of Population and Housing), 및 영유아 출생기록(Pennsylvania State Vital Birth Records of 1992) 등이다. 위의 네 개의 정부공식통계 자료는 Merge 방식에 의해 통합되었다. 의료서비스 이용 및 그 내용에 대한 기록은 출산일을 기준으로 임신 전 기간 (출산 전 9개월간) 과 산욕기간 (출산 후 6개월간)을 추적하였다.

<그림 1> 연구 분석틀



3) 독립변수와 종속변수

3) 공공의료보험 대상자의 인구학적 특성, 자격요건, 수혜 기간, 수혜원조 내용 등을 담은 Eligibility 파일과 수혜대상자들의 의료서비스 내용을 담은 Claims 파일을 포함한다. 이들 자료는 주립 정부에서 관리하며 공공메디케이드 대상자 전원의 서비스 전반을 포괄한다.

4) CRS 자료는 필라델피아 시정 주관하에 운영되는 12개의 공공보건의료기관의 의료서비스 기록들이다. CRS 의료서비스 자료는 공공의료보험(Medicaid)에 의하여 환불되지 않는 저소득층 제반 의료서비스에 대한 기록을 포괄한다.

본 연구에 사용된 변수들과 측정방법은 표 1과 같다. 변수들은 크게 종속변수와 Andersen과 Newman모델에서 제시된 세 가지 커다란 분류에 따라 구분된다.

본 연구의 정신질환 병명 진단은 미국정신과 의사협회 기준 DSM-III-R (Diagnostic Statistics Manual-III-R)에 의한다(American Psychiatric Association, 1987). 본 연구는 정신질환의 심각성에 기초하여 크게 4가지로 분류하였다:(1) 정신분열증 및 착란 계통의 중증 정신장애 (schizophrenia, manic disorder, bipolar disorder, 및 분류되지 않는 psychosis 포함); (2) 중증 우울증(1회성 및 순회적 우울증); (3) 경증 우울증 (신경계통 우울증세, 단발성 우울증 반응, 만성화된 우울증세 포함); (4) 기타 경증 정신질환(주로 불안장애 포함). 또한 의료진과의 접촉시기를 (i) 산전기만 접촉, (ii) 산욕기만 접촉, (iii) 산전후기 전과정에 걸쳐 등의 세가지로 구분한다. 정신질환의 경중에 따른 정신과 치료의 양에 있어서의 편차를 없애기 위하여, 정신질환으로 의료기관을 이용한 사람들의 이용패턴에는 정신질환의 병명과 치료시기를 포함시켜 분석하였다.

4) 분석방법

본 연구는 기술통계로는 빈도분석, ANOVA에 바탕한 그룹별 비교(pairwise comparison)를 사용하였다. 그룹별 비교는 백인 대 흑인, 백인 대 히스패닉, 흑인 대 히스패닉 등의 3가지 방식으로 이루어졌다. 로지스틱 회귀방식(Logistic Regression) Analysis)과 OLS 회귀방식(Ordinary Least Square Regression)이 정신서비스 이용패턴 분석에 사용되었다. 순차적으로 독립변수군을 분석에 넣는 위계적(hierarchical procedures) 방식을 통해(Cohen & Cohen, 1983) 각 선행요인, 가능태 요인, 필요요인 변수군이 서비스 이용패턴에 미치는 영향 정도를 검토하였다.

<표 1> 변수의 정의 및 측정방법

변	수	측 정 방 법
종속변수	정신건강서비스 이용 정신적인 문제로 입원치료 통원치료의 양	서비스 이용(=1), 이용하지 않음(=0) 입원치료(=1), 치료한 적 없음(=0) 통원치료 횟수
주요 독립변수	인종/민족	백인(=0), 흑인(=0), 히스패닉(=0)
선행 요인들 •인구학적 특성	연령 결혼여부 자녀 수	나이 결혼한 여성(=1), 그 외(=0) 가구 안의 자녀수
•사회구조적 특성	교육정도	교육연한
가능태 요인들 •재정적 요소	공공보험의 수혜기간 공공보험의 수혜자격요건	공공보험 원조 개월 수 AFDC(=1), SSI(=1), GA(=1), HB(=0)
•지역적 요인	주거지역의 빈곤정도	도시평균 세대임금의 75%이하 지역에 주거(=1)
필요 요인들 •신체적 건강상태	만성질환여부	만성질환 보유(1), 아닐 경우(=0)
•행위상 위험요소	음주문제 흡연문제 임신 중 문제 발생	임신 중 음주(=1), 아닐 경우(=0) 비흡연(=0), 하루에 1-10개피(=1), 10개피 이상(=2) 임진관련 질환의 수
•임신에 관련한 위험요소	임신 중 문제 발생	산전기(=0), 산욕기(=1), 양 시기 모두(=1)
•정신과 치료시기	진단 병명	정신분열증 및 그 외 관련(=1), 중증 우울증(=1), 경증우울증(=1), 이외 경증 정신질환(=0)

IV. 공공의료보험 수혜 저소득층 여성의 생활, 건강 및 서비스 이용현황

1. 사회인구학적 특성 및 건강상황

<표 2>에 나타난 바와 같이, 공공의료보험 수혜 여성의 생활 실태는 인종/민족에 상관없이 많은 문제점을 내포하고 있다. 우선 주목되는 점은 공공의료보험 수혜 여성들 중 많은 수가 10대에서 영아를 출산하고 있다는 점이다. 평균 24%의 공공의료보험 여성이 10대에서 아이를 출산하고 있는데, 이는 사회일반 평균보다 현저히 높은 비중이다. 펜실바니아 주(Pennsylvania)에서 1992년에 출산 경험을 한 여성들 중 평균 10%만이 10대에 임신한 것으로 나타나고 있다 (Pennsylvania Vital Statistics, 1992). 10대 출산율은 백인에 비해 소수민족에서 높게 나타나고 있다.

<표 2> 저소득층 여성의 생활 실태 및 공공의료보험 이용현황

	흑인 (N=5,420)	히스패닉 (N=1,423)	백인 (N=1,474)	차이여부
평균연령	23.97	23.12	24.46	a**b**c**
연령분포(%)				a**b**c**
15-19	24.63	27.34	20.49	
20-35	71.48	69.78	74.97	
36살 이상	3.89	2.88	4.55	
평균교육연한	11.57	10.57	11.36	a**b**c**
교육정도분포 (%)				a**b**
고졸이하	44.93	62.83	45.12	
고졸이상	55.07	37.17	54.88	
결혼여부(%)				a**b**c**
Married (=1)	8.34	18.27	24.83	
가구내 자녀 수	1.53	1.46	1.25	b**c**
자녀 수 분포				b**c**
무자녀	31.03	30.99	39.08	
1 혹은 2	46.86	49.26	44.30	
3 또는 이상	22.10	19.75	16.62	
주거지역 빈곤분포 (%)				a**b**c**
빈곤지역 거주	93.38	99.09	89.91	
그렇지 않을 경우	6.62	0.91	10.99	
공공의료보험 자격요건(%)				a**b**c**
SSI	1.68	3.65	2.51	
GA	11.94	14.76	17.10	
AFDC	73.06	71.19	57.12	
Healthy Beginnings	13.32	10.40	23.27	
공공의료보험 수혜기간				a**b**c**
평균수혜 개월 수	13.19	13.47	12.65	

a. 흑인과 히스패닉간 차이는 유의미하다.

b. 백인과 히스패닉간 차이는 유의미하다.

c. 백인과 흑인간 차이는 유의미하다.

*p<0.05, **p<0.01

공공의료보험 수혜 여성은 전체적으로 저학력에 머물러 있음을 보여준다. 교육연한에서 히스패닉은 가장 낮은 교육연한을 가진 것으로 나타나고 있으며 (약 10.57년), 백인(11.36년), 흑인(11.57년)의 순이다. 미국내 하나의 주요한 사회복지정책이라 할 수 있는 '12년 기본교육'의 관점에서 볼 때 소수민족, 특히 대다수 히스패닉 여성들이(63%) 고등학교를 졸업하지 않았다는 점은 이들의 사회적 취약성을 보이는 일례라 할 수 있다. 또한 대다수의 공공의료보험대상자가 출산 당시 결혼하지 않은 것으로 나타난다. 저소득층 흑인여성들의 약 8%, 히스패닉 여성의 18%, 백인 여성의 25%만이 출생당시 결혼상태를 유지하고 있다. 이는 펜실바니아 주 평균 68%, 필라델피아 시 평균 39%와 커다란 대조를 보인다. 이렇듯 공공의료보험으로 태어난 아동들의 대다수는 출생초기부터 결혼외적 관계에서 태어나 이 후 성장과정에 있어서 경제적 궁핍을 경험할 가능성이 높다는 사실을 반영한다. 이와 같은 경향은 <표 2>에서도 나타나는 바와 같이 백인보다는 소수민족 여성들에게서 더 많이 나타난다고 보여진다. 부양아동의 숫자나 주 거주지역의 빈곤정도에서도 공공의료보험 수혜 여성들 중 흑인이나 특히 히스패닉은 백인 여성들에 비해 더 열악한 처지에 놓여 있다고 보인다.

대다수 여성은 AFDC의 요건으로 공공의료보험을 받고 있었다. 그러나 백인여성의 AFDC 의존률(57%)은 소수민족 여성들의 의존률에 비해 낮은 편이다(흑인은 73%, 히스패닉은 71%). 상대적으로 백인여성은 새로운 자격요건으로 도입된 Healthy Beginning(HB)에 소수민족 여성에 비하여 많은 비중을 차지한다. 수혜 기간별로 보면 소수민족 여성들이 백인에 비해 장기간 공공의료보험의 원조를 받는 것으로 보인다.

2. 공공보험 수혜 저소득층 여성의 신체 건강정도 및 임신 관련 질환

<표 3>에서 나타나는 바와 같이 본 연구대상 여성들은 대다수 신체 건강 정도나 기타 생활 습관에 있어 많은 문제점을 내포하고 있다. 공중보건 관리국의 권장사항과는 다르게, 적지 않은 수의 여성이 임신 중 흡연을 하고 있다. 연구대상 백인의 44%, 흑인의 30%, 히스패닉의 21%가 임신 중 정기적으로 흡연을 하고 있었으며 흡연을 하는 백인 여성 중 약 78%는 하루에 10개피 이상을 피우는 과다흡연을 하고 있다. 또한 적은 비율이기는 하나 흑인여성들에게는 임신 중 음주문제가 발견된다.

만성적인 질병 및 임신관련 신체 질환상 흑인 여성들은 백인이나 히스패닉에 비하여 상대적으로 열악한 처지에 놓여 있다고 보인다. 공공보험 수혜 저소득층 여성들 중에는 전문의 진단

에 의할 때 고혈압, 당뇨, 심장 및 신장 질환 등의 만성적인 질병을 가지고 있는 여성이 적지 않은 것으로 보인다. 특히 흑인여성들 약 10명중 1명이 장기간의 치료를 요하는 만성적인 질병을 지니고 있었다. 또한 흑인여성은 임신관련 질환에 있어서도 다른 백인이나 히스패닉에 비해 약 1.5배의 문제점을 보이고 있다. 더욱이, 흑인 여성들에게서 태어난 영아중 장애아나 저체중아 비중은 다른 두 그룹에 비해 훨씬 높다. <표 3>에서 나타나는 바와 같이 신체 질환이나 임신 관련 위험도에 있어 백인-히스패닉간 차이는 크게 보이지 않는다.

<표 3> 저소득층 여성의 건강 및 임신문제 관련 실태

	흑인 (N=5,420)	히스패닉 (N=1,423)	백인 (N=1,474)	차이여부
임신중 음주여부				a**c**
음주(=1)	4.21	1.62	2.04	
임신중 흡연여부				a**b**c**
비흡연	69.35	79.06	56.04	
흡연 (하루에 1-9 개피)	14.21	9.56	9.57	
중증 흡연(하루에 10개피 이상)	16.44	11.38	34.40	
신체 관련 질병여부				a**c**
최소한 1개 이상의 만성질환(=1)	9.41	7.10	6.17	
임신관련 질환여부				
임신관련 질환을 가진 경우(=1)	26.00	17.92	17.10	a**c**
출산관련 질환을 가진 경우(=1)	44.50	37.81	34.94	a**c**
신생아 질환여부				
장애나 질환이 있는 유아 출생(=1)	8.56	5.97	5.97	a**c**
전에 저체중아를 출산한 경우(=1)	34.72	24.39	22.39	a**c**
현재 저체중아를 출산한 경우(=1)	19.46	12.16	13.77	a**c**

- a. 흑인과 히스패닉간 차이는 유의미하다.
 - b. 백인과 히스패닉간 차이는 유의미하다.
 - c. 백인과 흑인간 차이는 유의미하다.
- *p<0.05, **p<0.01

3. 서비스 이용현황 및 정신질환 분포

백인(14%)은 흑인(8%) 및 히스패닉(11%)보다 더 많이 정신건강 서비스를 이용하는 것으로 보인다. 정신질환 입원률에 있어서는 히스패닉 여성의 낮은 입원율로 인하여 백인 대 히스패닉간, 흑인 대 히스패닉간 차이가 난다. 정신치료 외래 방문횟수에서는 흑인 여성 10.74번, 히스패닉 여성 7.86번, 백인 여성 8.6번으로 흑인여성의 방문빈도가 높은 것으로 보이지만 통계상 의

미가 없는 것으로 나타난다.

정신질환 경증의 분포는 흑인, 히스패닉, 백인 여성 별로 다르지 않게 나타난다. 대부분의 정신의료기관을 이용한 여성들이 산전후기에 겪는 정신질환은 불안장애(anxiety disorder)로 60-70%의 비중을 차지한다. 흑인은 정신분열계통의 중증 장애, 히스패닉은 불안장애 등의 경증 정신질환, 백인은 우울증에서 약간씩 높은 비중을 보이는 경향이 있지만 통계적으로 의미가 없다. 이것은 적어도 산전후기 정신질환 치료에 있어서의 인종/민족간 차이가 인종/민족간 정신질환의 중증 정도가 다르기 때문에 나타나는 것은 아니라는 사실을 보여준다고 하겠다.

<표 3> 정신건강서비스 이용패턴과 정신질환 분포

	흑인			히스패닉			백인			차이여부
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	
전체인구중										
정신의료서비스 이용	5,420	441	8.14	1,423	157	11.03	1,474	203	13.77	a**b*c**
진료인구중										
정신질환으로 입원	441	51	11.56	157	8	5.10	203	26	12.80	a*b*
통원 치료 횟수	441	441	10.74	157	157	7.86	203	203	8.60	
정신질환 분포										
정신분열 및 착란계통	441	47	10.66	157	8	5.10	203	74	9.24	
중증우울증	441	31	7.03	157	7	4.46	203	58	7.24	
경증우울증	441	86	19.50	157	34	21.66	203	154	19.23	
기타 경증 정신질환	441	277	62.81	157	104	68.79	203	515	64.29	

주1) N은 각 분석에 해당하는 여성의 숫자, n은 각 행에 해당하는 숫자, %는 n/N.

a. 흑인과 히스패닉간 차이는 유의미하다.

b. 백인과 히스패닉간 차이는 유의미하다.

c. 백인과 흑인간 차이는 유의미하다.

*p<0.05, **p<0.01

V. 인종별 정신건강 서비스 이용패턴 분석

<표 4>에 나타난 첫 번째 분석 결과는 다른 변인들이 모든 조건을 동일하게 하여도 서비스 이용률에 있어서는 인종/민족간 차이가 있음을 보여준다. 흑인이나 히스패닉 여성은 백인에 비해 정신건강 서비스를 이용할 가능성이 적게 나타난다. 나이가 많을수록, 자녀수가 많을수록,

5) 본 연구는 위계적 방식(hierarchical procedures)에 의해 독립변수군을 분석에 도입했으나 전체 보기의 편의상 모든 변수군을 고려한 최종분석결과만을 본 글에 기재한다.

SSI나 GA이거나, 공공의료보험 피원조기간이 길수록 정신건강 서비스를 이용할 확률이 높다. 또한 음주문제를 제외한 모든 필요 요인들은 저소득층 여성이 전문 의료진과 만나는 데 긍정적인 영향을 미친다.

<표 4> 인종별 정신건강 서비스 이용패턴 요인 분석 결과 요약

	정신의료서비스 사용			정신질환으로 입원			외래방문 횟수		
	계수	OR	유의도	계수	OR	유의도	계수	SE	유의도
인종/민족 요인*									
흑인	-0.588	0.555	0.000	0.208	1.231	0.501	0.029	0.080	0.717
히스패닉	-0.266	0.766	0.031	-0.515	0.598	0.278	-0.118	0.100	0.237
선행요인들									
연령	0.030	1.030	0.000	-0.003	0.997	0.916	0.009	0.006	0.163
교육연한	-0.037	0.964	0.141	-0.089	0.915	0.304	-0.006	0.020	0.776
결혼(=1)	0.087	1.090	0.452	0.186	1.205	0.623	-0.040	0.094	0.665
자녀수	0.076	1.079	0.005	0.002	1.002	0.984	-0.048	0.051	0.350
가능태 요인들									
<i>메디케이드 자격요건**</i>									
SSI	1.757	5.794	0.000	0.548	1.730	0.341	0.234	0.160	0.144
GA	0.401	1.493	0.013	0.034	1.035	0.948	0.064	0.136	0.640
AFDC	0.124	1.132	0.392	-0.546	0.579	0.256	0.023	0.123	0.854
<i>메디케이드 수혜기간</i>									
메디케이드 피원조 개월 수	0.095	1.099	0.000	0.009	1.009	0.884	0.009	0.014	0.523
<i>주거지역 환경</i>									
빈곤지역에 주거 (=1)	0.180	1.197	0.311	-0.454	0.635	0.370	0.309	0.147	0.036
필요 요인들									
<i>행위적 요소</i>									
임신중 음주(=1)	-0.040	0.961	0.835	0.738	2.092	0.105	-0.051	0.154	0.738
흡연량	0.238	1.269	0.000	0.378	1.459	0.015	-0.073	0.039	0.061
<i>신체건강정도</i>									
만성질환 및 질병의 수	0.355	1.426	0.000	-0.024	0.976	0.934	-0.004	0.077	0.955
임신관련 질환의 수	0.214	1.239	0.007	0.268	1.307	0.236	-0.113	0.063	0.072
<i>정신질환의 경중정도***</i>									
경중 우울증				0.482	1.619	0.185	-0.249	0.082	0.003
중중 우울증				2.276	9.737	0.000	-0.199	0.125	0.111
정신분열 및 착란 계통				1.444	4.239	0.000	0.403	0.115	0.001
<i>정신치료 시기****</i>									
산욕기				-0.221	0.801	0.500	0.031	0.075	0.675
양시기모두				0.412	1.509	0.216	1.423	0.084	0.000
	423.615(15)			120.306(20)			0.465(21)		

*비교그룹은 백인

**비교그룹은 HB 요건으로 공공의료보험 혜택을 받는 여성

***비교그룹은 기타 경중 정신질환

****비교그룹은 산전기에만 정신치료를 받은 여성

정신보건 의료체계 내로 유입한 인구를 대상으로 보면 (801명) 정신 서비스 이용유형에 있어서 커다란 차이를 보이지 않는다. 우선 정신병동 입원률에 있어서 인종/민족별 차이가 없는 것으로 나타났다. 앞의 기술통계에서 보여진 백인-히스패닉간, 흑인-히스패닉간 차이는 여러 변수를 통제하면서 사라진다. 또한 통원 정신치료 횟수에도 인종/민족간 차별성을 보이지 않는다.

<표 4>의 두 번째와 세 번째 분석에서 나타나는 것처럼 진료인구 내 서비스 이용패턴은 필요요인들, 특히 정신질환의 경중에 의해 결정적으로 영향을 받는다. 중증 우울증으로 진단된 여성들은 기타 경증 정신질환으로 진단된 여성에 비하여 약 10배 입원할 확률이 높다. 그러나 특이하게도 이들의 외래진료 횟수는 경증 정신질환자와 크게 다르지 않는 것으로 보고된다. 정신분열 계통의 정신질환을 앓고 있는 여성은 입원가능성이 비교집단에 비해 약 4배에 이르며 정신치료 방문횟수도 평균 1.5 배 많은 것으로 보인다. 반면 경증 우울증으로 진단된 여성의 입원 확률은 비교집단과 유사하나 치료 방문횟수는 적다. 정신질환의 경중을 파악할 수 있는 다른 변수인 정신 치료 기간은 예상할 수 있는 것과 같이 임신과 출산 후 산욕기를 거쳐 정신건강 의료서비스를 받았던 여성의 방문횟수가 비교집단에 비해 월등히 높은 것으로 나타난다. 반면 의료 서비스를 양 시기에 거쳐 모두 받았던 여성들의 입원 확률은 높지 않은 것으로 보고되는데, 이는 정신 의료진과의 긴밀하고 상시적인 접촉이 중증 정신질환을 겪고 있는 여성들의 높은 입원 가능성을 낮출 수 있음을 간접적으로 반영한다고 보인다.

정신질환의 경중 이외에도 임신 중 흡연여부는 정신건강서비스 이용방식에 차이를 나게 하는 변수다. 흡연을 많이 하는 여성은 흡연을 하지 않는 여성에 비해 정신질환으로 입원할 확률이 약 1.5배 높은 반면, 외래 정신 치료 방문횟수에서는 오히려 적은 것으로 나타난다.

VI. 요약 및 제언

1. 연구 결과 요약

정부 공식기관에서 나온 자료를 이용하여, 본 연구는 공공의료보험의 혜택을 받는 백인, 흑인, 히스패닉 저소득층 여성이 산전후기에 이용하는 정신건강서비스 이용현황과 패턴을 심도있게 추적해보았다. 기존의 선행연구들의 결과와 유사하게(Padgett et al., 1994, 1998; Temkin-Greener & Clark, 1988), 무상 의료보험에 따라 의료서비스 접근에 제한이 없는 집단임에도 불구하고, 흑인, 히스패닉 등 소수민족 여성들은 백인여성에 비하여 정신건강 서비스를 이용하는데 제한성

을 보였다. 반면 선행연구와는 다르게(Snowden & Cheung, 1990; Temkin-Greener & Clark, 1988), 의료체계에 접촉하여 정신건강 서비스를 이용한 여성들을 초점으로 하면 병동치료, 외래/통원 정신건강 서비스 이용 유형에 있어서의 인종/민족간 격차는 현저히 줄어든 것으로 보인다.

대다수 선행요인들, 가능태 요인들 및 필요요인들은 정신건강 서비스 이용여부에 영향을 주는 것으로 나타났다. 반면 의료체계에 들어온 저소득층 여성의 이용패턴-정신병동 입원여부, 통원치료 횟수-은 필요 요인들(need factors)에 의해 결정되어진다고 보여진다. 이와 같은 경향은 기존 선행연구들의 결과들에 의해서도 보고된 바 있다(Padgett et al., 1994; Takeuchi & Uehara, 1996).

2. 정책제안 및 한국적 적용

본 연구는 공공의료보험이 저소득층 계층에게 긍정적으로 기여한 측면이 적지 않음을 보여 주었다. 구체적으로 보면, 공공의료보험이 정신건강 서비스 이용에 있어서 인종/민족간 격차를 결정적으로 해소시키지는 못했지만, 그럼에도 불구하고 정신건강 의료체계에 들어온 저소득 계층의 정신보건 의료서비스 이용패턴상 차별성은 상당히 완화시켰음을 알 수 있다. 유색인종을 중심으로 보여진 저조한 외래 정신치료 이용과 이에 수반한 높은 정신병동 및 응급실 입원은 고가의 의료비용에 따른 경제적 부담과 환자들의 생활의 질을 떨어뜨린다는 점에서 보건 행정 당국의 관심사가 되어 왔다. 저소득층 대상 무상 의료보험의 지급이 미국 공공 정신보건 정책 중 하나의 중요한 과제라 할 수 있는 지역사회를 중심으로 한 정신보건의 증진과 균형적 보건 서비스 이용에 기여한 면을 본 연구를 통해 부분적이나마 확인하였다.

또한, 본 연구는 저소득층 여성들의 정신건강 서비스 이용이 고령 임신, 자녀의 수, 만성적 질병여부, 임신관련 질환 및 흡연에 관련함을 보여주었다. 이러한 사실은 위의 변인들이 모두 저소득층 빈곤여성의 높은 정신적 스트레스와 연관된다는 점을 고려해 볼 때 놀라운 사실이 아니다. 그러므로 일반의나 산부인과 의사가 위의 같은 임신 여성을 접하게 될 경우 산전기 검사(prenatal care)와 더불어 정신질환 여부도 정확하게 진단할 수 있게 하는 프로그램이 마련되어야 한다고 보여진다.

미국은 본 연구의 시기였던 1992년 이후 사후 서비스 지불 방식(Post-paid claims)에서 사전 건강관리 및 사전 지불 방식(Health maintenance organizations or Managed care)이 주종을 이루는 의료보험체제로 변화하고 있다. 이렇듯 변화하는 의료환경은 산전후기 여성, 아동, 노인

등과 같이 신체적, 정신적으로 총체적인 케어가 필요로 하는 사람들에게 대한 건강을 예방적 차원에서 보호할 수 있는 점에서 긍정적인 측면이 있다. 사전 케이스별 건강관리라는 본래 취지를 잘 활용한다면 정신질환의 조기 발견과 외래 통원 치료의 활성화를 통해 불필요한 입원을 막을 수 있고, 나아가서는 재정적 부담의 경감, 건강 생활의 증진을 꾀할 수 있다고 보여진다.

본 연구는 정부의 여러 공식 자료를 이용하여 정신건강 의료서비스 이용과 그 이용패턴에 관한 체계적인 분석을 했음에도 불구하고, 정신건강 서비스의 효과나 의료진에 대한 신뢰여부, 정신질환에 대한 낙인 등의 주관적 판단 요인이나 주거지역내 의료서비스 존재여부, 근접성 등의 환경적 요인에 대한 보다 직접적인 조사가 없다는 점에서 제한점을 가진다. 추후 보다 광범위하고 깊이 있는 지역사회 조사가 요구되어 진다.

또한 본 연구는 주로 심각한 정신장애인들의 입원, 요양 및 보호에 맞추어져 있는 한국의 정신보건 정책의 현실 속에서, 사회 구성원 일반을 위한 공중 정신보건 정책이 또한 필요하다는 점을 보여주고자 하였다. 미국의 정신 질환 실태 조사에서 보여진 바와 같이 상당한 수의 사람들은 생애 중 일정 기간에 걸쳐 혹은 현 시점에도 정신적인 문제로 고통을 겪고 있다고 보여진다. 산전후기 여성, 저소득층 가족, 노인, 아동 등과 같이 취약한 집단에 대한 공중보건정책이 필요하다고 보여진다. 한 문헌 연구에 의하면 소수민족, 특히 아시아들은 특히 정신질환을 가졌다는 사실에 대해 밝히기를 꺼려하며, 정신질환자에 대한 낙인이 심할 뿐만 아니라, 정신질환도 신체적 질병과 같이 치료를 통해 치유된다는 점에 부정적인 것으로 나타났다(Fan, 1999). 이는 우리나라 현실에도 적용될 수 있다고 보인다. 미국정신보건국에서는 정신질환에 대한 사회적 인식을 변화시키기 위한 지역단위 홍보(outreach program) 및 대중교육 프로그램을 활용한 바 있다. 공공 정신보건의 향상을 위한 정책 및 프로그램에 대한 적극적인 제고가 필요한 시점이다.

참고문헌

- American Psychiatric Association. 1987. *Diagnostic and Statistical Mental Disorders (DSM-III-R)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Andersen, R., & Newman, J. F. 1973. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Fund Quarterly*, 51(3), 95-124.

- _____. 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it mater? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Bassuk, E. L., Buckner, J. C., Perloff, J. N., & Bassuk, S. S. 1998. Prevalence of mental health and substance use disorders among homeless and low-income housed mothers. *American Journal of Psychiatry*, 155(11).
- Beck, C. T. (1998b). The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(1), 12-20.
- Belle, D. (1990). Poverty and women's mental health. *American Psychologist*, 45(3), 385-389.
- Boyce, P., Harris, M., Silove, D., Morgan, A., Wilhelm, K., & Hadzi-Pavlovic, D. (1998). Psychosocial factors associated with depression: A study of socially disadvantaged women with young children. *Journal of Nervous Mental Disease*, 186(1), 3-11.
- Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied Multiple Regression/Correlation for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Fan, C. 1999. A comparison of attitudes towards mental illness and knowledge of mental health services between Australian and Asian students. *Community Mental Health Journal*.35(1), 47-56.
- Haas, J., Udvarhelyi, S. I., & Epstein, M. A. (1993). The effect of providing health coverage to poor uninsured pregnant women in Massachusetts. *JAMA*, 269(1), 88-91.
- Institute of Medicine (1985). *Preventing Low Birthweight*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Institute of Medicine (1988). *Prenatal Care: Reaching Mothers, Reaching Infants*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Koss, M. P. (1990). The women's mental health agenda: Violence against women. *American Psychologist*, 45(3), 374-380.
- Padgett, D. K., Harman, C. P., Burns, B. J., & Schlesinger, H. J. (1998). Women and outpatient mental health services: use by Black, Hispanic, and White women in a national insured population. In B. Levin, A. Blanch, & A. Jennings (Eds.), *Women's*

- Mental Health Services: A Public Health Perspectives*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Padgett, D. K., Patrick, C., Burns, B. J., & Schlesinger, H. J. (1994a). Ethnic differences in use of inpatient mental health services by blacks, whites, and Hispanics in a national insured population. *Health Serv Res*, 29(2), 135-53.
- Pennsylvania Department of Health (1992). *Pennsylvania Vital Statistic*. Harrisburg.
- Piper, J. M., Ray, W. A., & Griffin, M. R. (1990). Effects of Medicaid eligibility expansion on prenatal care and pregnancy outcome in Tennessee. *Journal of the American Medical Association*, 264(17), 2219-2223.
- Robins, L. N., Locke, B. Z., & Regier, D. A. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press.
- Snowden, L. R., & Cheung, F. K. (1990). Use of inpatient mental health services by members of ethnic minority groups. *Am Psychol*, 45(3), 347-55.
- Takeuch, D. T., & Uehara, E. S. (1996). Ethnic minority mental health services: current research and future conceptual directions. In B. L. Levin & J. Petrila (Eds.), *Mental Health Services: A Public Health Perspective*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Temkin-Greener, H., & Clark, K. T. (1988). Ethnicity, gender, and utilization of mental health services in a Medicaid population. *Social Science and Medicine*, 26(10), 989-996.