

젠더와 건강 : 성인지적 보건정책을 위한 시론

천 희 란*, 정 진 주†

한양대학교 인구및고령사회연구소*, 이화여자대학교 한국여성연구원

<Abstract>

A Review on Gender and Health for Gender-Sensitive Health Policy

Heeran Chun*, Jinjoo Chung†

Institute of Population and Aging Research, Korean Women's Institute, Ewha Womans University*

This review paper is to provide theoretical background and empirical evidence for gender sensitive health policy in Korea. We explore how sex and gender are implicated in health disparities. After reviewing major concepts regarding sex, gender, and health, the study moves on to describe the ways in which gender interacts with other social determinants (socioeconomic position, workplace, stress, social support, and violation) to show disparate health outcomes. Next, suggested health models considering gender and social process are introduced. The article concludes by suggesting the necessity of gender sensitive policy consorted with social programs in tackling health equity.

Key words : Sex, Gender, Health, Gender sensitive, Social determinants

* 접수 : 2008년 2월 19일, 심사완료 : 2008년 5월 30일

* 이 논문은 정부재원(교육인적자원부 학술연구조성사업비)으로 한국학술진흥재단의 지원을 받아 연구되었음 (KRF-2005-005-J12502, KRF-2007-321-B00096). 이 원고는 한국여성정책연구원의 2007년 "외국의 여성건강증진 기반고찰 및 한국의 정책과제" 내용 중 일부를 발췌하여 수정한 것임.

† 교신저자 : 정진주, 이화여자대학교 한국여성연구원(02-3277-3485, cjinjoo@gmail.com)

I. 서론

국가보건정책의 효과적인 시행을 위해서는 정책대상을 명확히 해야만 제한된 자원으로 그 결과를 극대화시킬 수 있으며, 정책결과가 형평성 있게 나타나기 위해서는 건강불평등의 요인을 정책에 반영하여 시행하여야 한다. 이런 측면에서 볼 때 사회계층, 연령 등과 함께 중요한 기준은 남녀 차이¹⁾이다. 여성은 남성보다 평균수명은 길지만, 임신·출산과 관련된 재생산기능을 가지고 있고, 신체적 특성 및 건강에 영향을 미치는 사회 환경이나 건강행태가 남성과 다르므로 이를 반영한 정책이 필요하다. 이러한 남녀의 신체적, 사회적 환경의 차이를 반영한 정책을 성인지정책(gender-sensitive policy)이라고 하고 외국의 경우 보건분야에서 성인지정책을 활발히 전개하고 있다.

외국의 경우 기존의 보건정책이 몰성적(gender-blind)으로 시행되어 남성과 여성의 차이는 신체적, 사회적 건강결정요인을 정책에 반영하지 않거나, 남성을 기준삼아 밝혀진 근거(evidence)를 바탕으로 정책적 차원에서 여성에게 그대로 적용함으로써 정책의 효율성저하 및 정책대상의 수요에 부응하지 못했다는 반성 하에 성(sex, gender)을 반영한 연구와 정책을 진행하고 있다.

그러나 우리나라에서는 여성건강 증진에 관한 북경여성대회의 결의문을 채택했음에도 불구하고 보건정책 의제에 젠더이슈를 편입시키지 못하고 있다. 생애주기별 건강투자전략에서도 각 생애주기별 젠더별 건강상태를 증진시키기 위한 전략은 부재하고 국민건강증진계획 2010에서도 일부 질병에 대해 성별 목표치를 제시하고 있기는 하지만 그 목표치를 설정하기 위한 성별 통계의 근원과 구체적인 전략이 전혀 언급되어 있지 못한 상황이다(정진주, 2007). 또한 최근 국내 보건학 및 의학 문헌에서 성별 분리된 건강통계를 제시하는 움직임이 확대되고 있지만, 왜 성인지적 보건정책이 필요한지에 대한 이론적·실증적 연구는 극히 제한적이다(김남순 등, 2003).

성인지적인 보건정책을 수행하기 위해서는 무엇보다도 여성과 남성의 건강문제의 차이를 이해하는 것이 필수적이다. 과거 의학연구에서는 남녀 차이를 신체적 차이나 생리적 기능의 차이로 이해하는 경향이 있었지만 최근의 연구는 남녀 간 건강 차이를 기술하는 것 이상으로 여성과 남성이 한 사회 내에서 차지하는 위치, 역할 및 규범 등의 사회적 요인이 건강에 영향을 미치는 이해가 필요하다는 인식이 확산되고 있다(Kaufert, 1996; Lorber & Moore, 2002). 많은 사회에서 남성보다는 여성이 보다 많은 차별과 불이익을 받고 이러한 차별과 불평등은 여성과 남성의 건강에 상이한 방식으로 작동하게 된다. 이러한 이유로 젠더와 건강문

1) 2절에서 구체적으로 소개하고 있다. 이 글에서 생물학적 차이인 성(sex), 사회문화적 차이인 성별(gender) 또는 젠더 모두 남녀의 차이를 의미한다.

제는 여성에게 보다 더 중요한 문제가 되었고 따라서 역사적으로도 초기에는 그동안 소외되었던 여성건강문제에 더 집중하게 되었다(Doyal, 1995; Krieger, 2000).

한 사회에서 취업한 남성에 비하여 취업한 여성은 보다 다양한 역할을 수행하며, 직장일과 가사라는 이중고(double burden)를 겪게 됨으로서 건강에 나쁜 영향을 미치게 된다(Doyal, 1995). 직장 내에서도 성차별로 인하여 여성은 남성에 비하여 임금, 승진, 위계서열에서도 낮은 위치를 차지하며, 직무수행에 있어서도 낮은 자율성과 통제력을 가지고 있다. 또한 여성은 구타나 성폭력 등 건강에 치명적인 사건을 경험하게 되지만 남성의 위해요인과 비교해 볼 때 이러한 여성의 문제는 과소평가되어 결과적으로 건강불평등을 갖게 된다. 한편 여성은 남성보다 물질적으로 박탈되어있을 뿐 아니라(Pearce, 1978; UNDP, 1995), 성차별에 의해 빈곤이 가속되는데 젠더와 빈곤이 결합될 때 여성건강에 다양한 장애가 된다.

이러한 현실을 인식하여 여성과 남성의 건강에 영향을 미치는 원인 및 요구를 파악한 성인지적 보건정책이 필요하다. 성인지적 보건정책을 수행하기 위해서는 무엇보다도 정책의 근간이 되는 젠더와 건강 연구가 필수적이다. 사회구조적 젠더 불평등, 젠더와 관련된 사회적 역할, 성차별을 초래하는 사회·문화적인 측면과 이러한 측면이 건강에 영향을 미치는 방식을 살펴보는 것이 중요한데 통상적으로 여성이 남성에 비해 사회적으로 불평등한 위치에 있기 때문에 연구자의 관심이나 외국의 보건정책에서도 성인지적 보건정책은 우선적으로 여성건강에 일차적 관심을 두게 된다.

그러나 여성이라고 해서 동질적인 집단으로 건강에 영향을 미치는 요인이 같은 것도 아니다. 여성 불평등 내에서도 선진국에 사는 여성과 개발도상국에 사는 여성의 건강 격차처럼 여성이 살고 있는 국가나 사회·경제·문화적 다양성에 따라 건강상태에 뚜렷한 불평등이 존재한다. 또한, 연령, 인종, 혹은 사회경제적 위치에 따른 여성 간 건강수준의 차이가 남녀차이보다 더 뚜렷하다는 주장도 있다(Annandale & Hunt, 2000). 하지만 여전히 대부분 사회에서 집단으로서 여성은 사회경제적으로 중심부에서 벗어나 주변화 되어 있고, 이를 개선하기 위한 공공정책이 주요 관심이 되고 있다는 현실은, 여성의 삶이 현저히 개선되었음에도 불구하고 건강에 영향을 미치는 사회경제적 요인에 있어 공통성을 갖고 있다는 것을 말한다. 즉 건강영향요인에 있어 여성집단은 내부적으로 다양하기도 하지만 공통적인 사회적 요인을 안고 있다는 것을 염두에 둘 필요가 있다.

외국의 경우 성인지적 보건정책은 여성에 대한 지속적인 차별을 인식하며 여성에만 집중하던 정책 방향이 최근 젠더관계로 보다 폭넓게 확대되고 있다(Doyal, 1998; WHO, 1998). 따라서 현재 보건의로 정책의 방향은 여성 때로는 남성이 성별에 근거하여 건강과 관련된 잠재가능성을 실현하는데 방해가 되는 성별불평등(gender inequality)과 관련된 요인을 찾고 제거하려는 노력이 중심이 된다. 아직까지 젠더형평성(gender equity)에 민감한 선진국에서

조차 용어의 혼용문제나 젠더 이슈를 정책과정에 포함시키기 위한 적절한 기술을 개발하고 확산시키기 위한 많은 장애들이 존재하고 있다(Doyal, 1998).

이러한 배경 하에서 이 글은 우리사회에서 젠더와 건강연구의 필요성 및 이에 근거한 성 인지적 보건정책의 확산을 위해 문헌고찰을 토대로 1) 성, 젠더, 건강과 관련성을 설명하는 중요한 개념고찰, 2) 서구의 경험적 증거를 중심으로 건강의 사회적 결정요인으로서 젠더고찰, 3) 여성건강 및 젠더와 건강에 대한 이론적 모형을 살펴보고 왜 정책에서 젠더와 건강을 다루어야 하는지에 대한 기초적인 지식을 제공하고자 한다. 이를 통해 향후 우리사회의 보건정책이 젠더관점을 포괄하여 양성 모두에게 형평성²⁾ 있게 시행되는데 보탬이 되고자 한다.

II. 성(sex), 젠더(gender)와 건강(Health)

최근 '젠더(gender)'라는 용어가 남녀를 구분하는데 더욱 많이 이용되고 있는 추세이지만, 실제 보건의료영역에서 상당히 혼용되고 있고 명확한 구분이 어렵다. 젠더는 생물학적으로 결정되는 남녀의 차이인 성(sex)에서 구분되어, 사회문화적으로 형성되고 학습되는 남성과 여성의 특징을 구분하는 용어로 정의된다(PAHO, 1997; WHO, 1998). 모든 삶의 영역에서 남녀는 한 측면에는 생물학적 특징들을 지닌 동시에 다른 측면으로는 사회적 특징들로 구분되어진다. 이러한 의미는 젠더이슈가 단지 여성에게만 국한되는 것이 아니고 남성의 건강 역시 이러한 젠더구분에 의해 긍정적, 부정적 방식으로 영향을 받는 것을 말한다.

세계보건기구(WHO)는 건강을 "신체적으로 질병이 없거나 허약하지 않을 뿐만 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 완전히 평안한 상태"라고 정의한다. 하지만 이 정의는 건강의 다면적인 속성 때문에 포괄적 관점에서 생각해봐야 하는데, 젠더차이를 살펴볼 때 건강이나 불건강의 상대적 평가는 지표들 무엇으로 선택하느냐에 따라 크게 달라진다.

남녀의 평균수명의 차이가 다르긴 하지만, 여성은 대부분의 국가에서 동일한 수준의 사회경제적 위치에 속해있는 남성보다 오래 산다는 것은 분명한 사실이다(Doyal, 1995; WHO, 1998; Hammastrom et al., 2001). 하지만 여성이 남성보다 자가 보고된 건강상태, 만성 질환이나 활동장애가 더 높고(Verbrugge, 1985), 실제 지역사회 검진을 통한 유병 조사에서도 대부분 질환에서 여성의 이환율이 더 높다. 요약하자면 여성이 남성에 비해 수명은 길지만 신체 혹은 정신질환이 더 높은 경향이 있는데, 이런 대조적인 결과를 "건강상 젠더패러독스(gender paradox)"라는 용어로 지칭한다. 선행연구(Walsh et al., 1995; WHO, 1998;

2) 건강형평성(health equity)은 동등한 기회의 접근을 의미하는 평등(equality)을 넘어서 실질적인 수혜의 차원에서 남녀가 동등해 지는 것을 말한다.

Hammastrom et al., 2001)에서는 여성의 수명에서 갖는 이점을 상동 염색체를 비롯한 생물학적인 강인함 혹은 건강 행태의 결과로 해석하고 있다. 반면 여성의 높은 유병률은 사회 구조적으로 남성에 비해 낮은 위치를 차지하고 과중한 다중역할을 맡고 있기 때문인 것으로 풀이되고 있다. 또한 같은 증상에도 불구하고 여성이 남성에 비해 높게 보고하는 질병의 사회화된 성역할이나 질병보고가 상이하기 때문이라는 논의도 꾸준히 제기되고 있다.

한편 건강문제의 유형에 있어서 남성과 여성은 각기 다른 질병으로 사망하며 다른 방식으로 질병을 경험하는 것으로 나타났다(Verbrugge 1985, 1989; Bird & Rieker, 1999; Wize-mann & Pardue, 2001). 남성은 심장질환으로 조기 사망하는 경향이 있지만, 여성은 자가 면역 질환이나 근골격계 질환의 유병률이 높고 우울증이나 불안감으로 고통을 받는다. 이러한 차이를 만드는 원인은 복잡하며 생물학적, 사회적 영역, 또는 두 영역이 혼합된 효과에 기인하는 것으로 알려져 있다(Bird & Rieker, 1999; Doyal, 2000; Krieger, 2003). 남녀의 건강수준의 차이는 분명히 생물학적 성에 의해 유형화되지만, 사회적으로 형성되는 성인 젠더 또한 주요하게 영향을 미치게 된다(Lorber & Moore, 2002; Chun, 2006). 이러한 요인들은 연령, 사회경제적 위치, 민족과 복잡하게 연결되어 남녀 개인의 건강상태와 의료요구를 결정짓는다.

다음은 생물학적 차이와 젠더차이가 건강과 질병에서 영향을 미치는 예를 구체적으로 살펴보기로 하자.

1. 생물학적 성과 건강

성(sex)은 생물체에서 표현되는 생물학적 의미의 성차이다. 인간에게 있어 성(sex)은 단지신체의 외형적 차이뿐 아니라 X와 Y 염색체라는 유전물질 속에서 그 근원을 찾을 수 있다(권복규, 2005). 생물학적 성은 XX, XY라는 유전형(genotype), 그리고 이것이 발현되는 외부생식기관과 체형 등의 표현형(phenotype), 그리고 이를 중개하는 내분비계 등에서 발현된다(권복규, 2005). 남성과 여성은 대부분 태어날 때부터 성적으로 확실히 구별되며, 2차 성징 이후에는 그 특징이 더욱 뚜렷해진다. 남녀의 신체 구조적 차이 외에도, 약물의 대사와 기능 또한 큰 차이를 보인다(Legato, 2004). 예를 들어 여성의 체지방 비율이 일반적으로 남성에 비해 높기 때문에 지질 친화성 약물의 분포용적은 여성에게서 더 크며 그 결과 약물의 대사 시간이 길어져 약리작용이 남성보다 더 길게 지속된다.

여성이 재생산 관련 의료요구를 가지고 있다는 것은 잘 알려져 있다. 만일 여성들이 재생산 기능을 통제할 수 없어서 임신과 출산을 자유로이 행할 수 없다면, 이는 여성건강에 치명적인 손상을 입힐 것이다. 남녀는 또한 자궁경부암이나 전립선암처럼 성 특이적 건강문제를

지니고 있다. 남녀의 이러한 생물학적 차이는 단순한 생식기관의 차이를 넘어선 다른 요인이 개입한 결과라는 증거가 나타나고 있다(Wizemann & Pardue, 2001). 질병발생이나 증상, 예후 등에서도 큰 차이가 보이는데, 예를 들어 관상동맥질환의 경우 젊은 연령에서는 남성에게서 발생이 높고 전염성 질환 중 결핵의 경우도 선천적으로 남성이 더 쉽게 감염된다. 최근 연구들에 따르면, 이러한 차이는 대부분 남녀의 알려지지 않은 유전, 호르몬, 대사성의 차이에서 기인된다고 알려져 있다(EOC, 2003).

2. 젠더와 건강

생물학적 특징만이 사망과 질병에서 나타나는 남녀 차이를 결정하는 요인은 아니다. 사회에서 성별분리로 인해 발생하는 건강차이를 설명하는 많은 연구들이 있다(Denton and Walters, 1999; Hunt and Annandale, 1999; Lorber & Moore, 2002). 젠더는 생물학적인 것을 기본으로 시작하지만 그 외연은 생물학적인 것을 넘어서 정신적, 행동적, 사회적인 것을 모두 포괄한다. 남녀로 살아간다는 것은 단지 생물학적으로 신체적 차이가 있다는 것 뿐 아니라 사회가 요구하는 성별역할(gender role)이 매우 다름을 의미한다. 동일한 사회경제적 조건을 가진 남녀는 삶의 방식에서 유사점이 있지만, 그들의 건강과 안녕에 영향을 미치는 상당한 차이가 젠더로 인해 존재한다. 주거나 작업조건, 자원 접근에서의 젠더차이는 특정 건강 문제를 발생시켜 남녀 각각 상이한 위험을 야기토록 하는 반면 보호막으로 작용하기도 한다(Krieger, 2000; Wizemann and Pardue, 2001; Health Canada, 2003).

많은 연구에서 여성에게 부과된 가사일의 책임이 여성건강에 육체적·정신적으로 부정적 영향을 미친다고 기술하고 있다(Doyal, 1995, Ross & Bird, 1994). 여성의 높은 우울증과 불안감은 다른 사람을 돌봄으로 인해 시간·돈·기타자원이 불충분하게 되는 이유로 일부분 설명되어진다. 이러한 경향은 여성이 빈곤가정을 부양 시 더욱 명백히 나타난다. 또한 젠더와 관련된 폭력은 전 세계 여성의 공중보건학적 위협으로 조명 받고 있다.

여성의 삶과 여성건강의 관련성은 큰 관심을 받아왔지만, 남성성(masculinity)의 건강위험에 대한 논제는 이제 막 등장하기 시작하였다(Courtenary, 2000). 남성은 건강관련 자원에 접근하는데 우선권을 가지고 있는 것처럼 보이지만, 위험행동(음주, 사고 등)에 더 많이 노출되어 있다. 남성은 전통적 규범인 생계를 꾸리는 가장 역할이나 직업병 및 상해로 인해 여성보다 조기 사망하는 경향이 있다. 빈곤가정의 경우 더욱 그러하며, 남성성의 사회화의 결과로 대부분 사회에서 남성들은 흡연, 음주, 위험한 운전, 불안정한 섹스 등 건강에 해가되는 행동을 여성보다 더 많이 행하고 있다.

3. 보건의료영역에서 젠더에 따른 건강불평등

젠더는 그 자체로 건강의 주요한 결정요인일 뿐 아니라 의료이용 경험에도 영향을 미친다. 여성은 남성보다 건강 문제를 더 많이 보고하는 경향이 있으나 의료이용에 있어서는 제약을 갖는다, 대표적인 예가 가족을 돌봐야 되는 돌봄 의무로 인해 본인의 의료이용에 제약이 있거나 교통수단을 이용하는데 어려움 등이 있다. 이에 반해, 남성들은 약함을 인정하거나 자신들이 아프다는 것을 받아들이는데, 어려움을 겪기 때문에 의료서비스 이용 시 시간이 길게 지체되는 경향이 있다(Cameron and Bernardes, 1998). 치료가 시작되면 남녀가 치료를 받는 데 있어서도 젠더차이를 보인다(Beery, 1995). 여러 국가의 많은 연구들은 보건의료 종사자들이 유사한 증상의 남녀에게 각기 다른 진단을 하고, 같은 임상적 상황을 보이는 경우에도 다른 치료를 하고 있다고 밝히고 있다(Shaw et al, 2000; 정진주, 2000). 예를 들어, 65세 이하 여성들은 남성과 비교해 볼 때 덜 지각되고, 또 남성과는 다른 종류의 증상을 보이는 심근경색을 더 많이 지니고 있지만 일찍 발견되지 못하는 경향이 있다. 여성의 심근경색에 대한 치료가 남성에서 나타나는 것보다 효과적임에도 불구하고 관상동맥 조형술(coronary angioplasty), 혈전용해(thrombolysis), 심장동맥 우회로 조성술(coronary bypass surgery) 시술이 여성에게 훨씬 적게 시행되고 있는 것으로 나타났다(MacKinley, 1996; Wenger, 1997).

또한 젠더화된 의료화(medicalization) 과정이 여성건강에 해롭다는 우려가 있다. 페미니스트 연구자들은 여성의 임신과 출산이라는 정상적인 삶의 궤적을 남성의사들이 너무도 의료적 사건으로 둔갑시켜 여성 스스로의 통제권을 빼앗고 있다고 비판한다. 다른 예로 여성우울증 치료 시 가정 폭력, 가정환경, 직장환경을 이해하려는 방식으로 원인을 찾는 노력보다는 약 처방으로 다스리는 경향이 있다고 한다(Ashton, 1991). 따라서 여성의 몸에 대한 의학적 개입의 수준이 얼마나 되어야 하는지 그 적정수준에 대해 심각하게 논의되고 있다(WHO, 1998).

보건의료 관련 연구영역에서도 이러한 성적 편견(gender bias)은 두드러진다. 대부분 의학 연구는 17세기 이후 해부학의 역사와 더불어 생의학적 전통(biomedical tradition)에 근거하여 수행되고 있다. 따라서 사회적 요소가 점차 중요하게 다루어진다 하더라도 여전히 임상적·역학적 연구나 유병·사망 데이터수집에서 전통적 틀을 벗어나지 못하고 있다. 이러한 의학연구는 생식기관을 제외한 모든 면에서 남녀가 신체적으로 비슷하다는 입증되지 않은 가정 하에, 건강에 크게 영향을 미치는 사회적인 차이나 다른 생물학적 남녀 차이를 빈번히 무시하였다(권복규, 2005). 그 영향으로 대부분 임상연구에서 여성이 소외되고, 남성을 대상으로 실험한 결과가 예방 및 치료전략에서 남녀모두에게 일반화되어 적용되는 경우가 빈번하

였다(WHO, 1998). 하지만 1990년대 이후 젠더를 고려한 연구가 확장되어 심장질환이나 에이즈와 같은 질환에 미치는 남녀차이에서, 현재 일부 전염병 및 기생충 질환에 있어 성과 성별 차이의 영향에 대한 증거까지 축적되고 있다.

Ⅲ. 건강의 사회적 결정요인으로서 젠더

이 절에서는 건강의 결정요인으로서 젠더의 중요성을 좀 더 분명히 살펴보기 위해, 남녀의 사회문화적 젠더차이를 조망하며, 사회적 특성과 젠더가 어떻게 상호작용하여 건강에 영향을 미치는지를 알아보기 위해 실증적 연구 결과를 중심으로 고찰하고자 한다.

1. 젠더, 사회경제적 지위와 건강

영국의 블랙리포트 이후 많은 경험적 연구에서 낮은 사회계층에서 높은 사망률과 유병율을 보인다는 사실은 이제 이견 없이 받아들여지고 있다(Townsend et al., 1992; Arber, 1997; Marmot et al., 1997; Bartley, 2004; 장영호 등, 2006). 사회경제적 지위의 측정에 대한 논의는 분분하지만, 전통적으로 교육, 직업, 수입 등이 대표적인 지표로 사용되고 있는데, 젠더는 이러한 사회경제적 위치와 밀접하게 관련되어 있다. 대부분 사회 구조 내에서 여성이 남성보다 낮은 지위를 지니고 있으며, 경제적 자원을 적게 가지고 있고, 업무수행에 있어 자율성이나 독립성이 낮다(Arber & Khalt, 2002; Doyal, 1995). Link와 Phelen(1995)은 사회경제적 위치가 질병의 근본적 원인(fundamental cause)이라고 주장하기도 했다. 세계 경제포럼(World Economic Forum)에서 발간한 보고서(Hausmann et al., 2007)에 따르면 여전히 세계적으로 경제부문의 성별격차는 60%만이 좁혀져 있으며, 경제활동 참가, 임금수준 및 승진기회 등에서 남녀 간극이 여전히 존재한다. 캐나다의 경우에도 여성 평균임금은 남성의 71%에 해당하며, 한 부모 가정 여성가장의 경우 취약한 집단으로 분류되어 빈곤선 이하 비율이 성인 남성 한 부모 가정 가구주에 비해 약 3배 높은 것(38% vs. 13%)으로 조사되었다(Statistics Canada, 2006). 한국 통계에서도 이러한 현상은 찾아볼 수 있다. 여성은 남성보다 '기초생활수급자'가 될 확률이 더 많아서, 2006년 총 1,534,950명 수급자중 52%를 여성이 차지하고 총 인구 대비 남자의 수급자 구성비 2.5%, 여자의 수급자 구성비는 3.5%이다(보건복지부, 2007). 이는 2001년 기초생활수급자중 여성비율이 58%인 것과 비교해서 감소한 수치이나 여전히 높은 비율을 차지하고 있다. 특히 연령별로 보았을 때 빈곤의 젠더차이는 노년기에 더욱 두드러진다. 65세 이상 수급자 373,595명 중 여성노인이 74%(277,066명)에 이르고, 여성노인 인구 중 수급자 비율은 남성노인 수급자의 두배 이상이다 (33.2% vs. 15.7%).

즉, 여성은 남성보다 낮은 사회경제적 위치를 차지하고 있어 불건강한 상태에 취약한 경향이 있다. 이러한 불건강의 양상은 특히 비숙련 직종, 실업자, 한 부모, 저소득 가구에 속한 여성일수록 보다 심각하게 나타난다(Paltiel, 1988). 남녀가 동일한 경제적 어려움 혹은 불리한 상황에 처해 있을 때 건강에 해를 미치는 영향은 여성에게 더 크게 나타난다고 한다(Popay et al., 1993; Kaufert, 1996). Popay 등(1993) 연구에서는 남녀 모두 가장 낮은 사회적 위치를 지니고 있는 집단은 더 높은 위치에 있는 집단에 비해 신체적 및 사회 심리적 증상을 더 높게 보고했지만, 같은 사회 계층 내에서는 여성이 남성보다 불건강 상태를 일관적으로 높게 보고하는 것으로 나타났다. Kaufert(1996)는 “젠더가 다른 사회적 요인인 교육수준이나 인종 혹은 한 부모 가장 등의 특징과 결합하여 여성의 상황을 이중 삼중으로 불리하게 만들고, 결국 이들 여성이 사회경제적 지위를 분류하는 계층 사다리에서 가장 말단에 위치하게 된다.”고 주장했다. 국내의 성별 건강불평등 추이에 관한 한 실증적 연구(Chun, 2006)에서도 1997년 경제위기 직후 저학력 중년여성에서 자가보고된 불건강 수준이 동일조건의 남성에 비해 훨씬 낮아져 젠더차이가 더욱 커진 결과는 이러한 이론을 지지하고 있다.

여성인 반면, 사회경제적 위치와 여성건강의 관련성은 남성의 경우처럼 분명히 밝혀지지 않았다(Arber & Khalt, 2002; Bartley, 2004; 강영호, 2005). 그 이유 중 하나는, 여성 간 건강수준의 사회계층간 차이에 대한 분석이 주로 남성의 특성과 혼합되어 나타나기 때문이다. 일부 연구에서 전통적 사회경제적 위치 지표인 남성의 교육수준이나 직업을 이용한 건강수준 결과는 종종 남녀의 기울기에서 반대의 결과를 보임에 따라, 최근 여성 사회경제적 위치 측정의 정확성 문제가 중요한 이슈가 되고 있다. 예를 들어, 많은 실증적 연구결과에서 남성에 비해 여성에서 사망률의 사회적 격차가 작게 관찰된 반면(Stronks et al, 1995; Koskinen & Martelin, 1994), McDonough 등 연구(1997)는 소득을 지표로 한 결과 남녀가 비슷한 양상을 나타내고 있음을 보여주었다. 한편 Thurston 등의 연구(2005)에서는 관상동맥 심질환위험에서 사회계층 차이가 여성에게서 더 크게 관찰되었다. 국내 노인의 건강불평등 연구(강혜원 & 조영태, 2007)에서는 교육, 직업, 소득의 영향이 서울거주 남녀노인의 신체 및 정신건강에 각기 다른 영향을 미쳤다.

여성의 불건강에서 사회계층 차이는 직업과 가정에서 역할, 그리고 주거 유형이나 자가용 소유 유무 등 구조적 변수를 모두 포함하는 지표로서 가장 잘 측정될 수 있다고 한다(Kaufert, 1996). 한편 여성에서는 직업보다는 교육이 여성의 사회계층적 위계를 가장 잘 반영하는 지표이지만, 남성에서는 재정, 고용, 혹은 물질적 환경이 충분한 지표라는 주장도 있다(Arber 1991, 1997). 하지만 여성의 사회경제적 위치를 정확하게 측정하는 것은 여전히 많은 문제를 내포하고 있다. Arber(1991)는 직업 지표 이용 시 여성의 사회적 지위를 측정하는

데 특히 문제가 된다고 주장한다. 가구단위를 기본으로 한 여성의 계층 연구 시 3가지 유형이 존재하는데 즉, 남성가장의 지위를 따르는 전통적 방식(conventional approach), 가구 내 가장 높은 지위를 따르는 우세접근 방식(dominance approach), 남편과 아내의 지위를 합산한 방식인 통합분류 방식(joint classification approach)등 이다(Krieger, 1999). 지금까지 전통적 방식이 가장 많이 사용되어져 왔고, Krieger 등(1999)은 직업에 따른 네 가지 계급 측정 방식(개인 단위측정 + 가구 단위의 세가지)을 비교한 결과, 여성의 사회경제적 건강 불평등 연구에서는 개인단위나, 전통적 방식보다는 성 중립적 방식(우세접근방식)을 사용하거나, 만약 표본수가 충분히 크다면 통합 분류 방식이 사용되어야 한다고 결론 내렸다. 한국의 경우 서구에 비해 여성의 경제활동 참여가 낮은 이유도 있고, 영국처럼 세분화된 직업분류에 따른 사회계층 분류가 정착되지 않은 이유로 앞으로 이 분야에서 많은 연구가 시행되어야 할 것이다.

2. 젠더화된 노동과 건강

사회 내 구조적 불평등은 여성의 건강에 중요한 영향을 미치는데 남성이 사회의 위계질서나 자원의 사용에서 유리한 역할을 점유하기 때문에, 이는 여성의 삶을 제한하게 된다(Doyal, 1995). 여성의 노동 환경과 가정 내 환경은 구조적 요인으로서 여성의 건강에 영향을 미치는 주요한 요인이다. 노동시장에서 여성은 주변화된 위치로 각종 차별에 시달리고 있다. 남성에 비해 여성노동자의 낮은 임금, 낮은 지위, 불안정한 직종, 사회 고위직에서 여성 비율이 절대적으로 낮다는 점은 이러한 단면을 잘 보여주고 있다. 가정 내 무보수 가사 일 또한 남녀의 힘의 역학관계를 보여주는 한 예로서, 대부분 사회에서는 맞벌이 부부의 경우에도 가사노동은 남성보다는 여성이 훨씬 많이 행하고 있다(Doyal, 1995; Ross & Bird, 1994). 최근 한국 사회조사 통계(통계청, 2007)에 따르면 여전히 가사/육아부담이 여성의 몫으로 부과되는 현실에서, 직장여성의 다중역할의 갈등은 부정적 건강결과를 초래할 것으로 여겨진다. 이런 불공평한 가사분담 상황은 여성에게 실제로 인식된 스트레스를 야기한다(Ross & Bird, 1994). 또한 가사노동은 끝없이 진행되는데도, 자본주의 사회에서 금전적 보상도 없이 가치절하 되어 평가되며 주부라는 직업의 건강관련 위험요인은 거의 연구가 이루어 지지 않고 있다(Houston et al., 1992).

한편 남녀 모두 작업장에서 다양한 건강위해요인에 노출되어 있지만, 직종별로 젠더차이가 존재한다. 농업이나 비공식노동영역에서 비숙련 직종에 분포하는 비율이 여성이 더 높기 때문에 직업스트레스나 근골격계 질환에 노출되는 위험은 여성에게 더 많다고 한다. 직장 여성의 경우 가사일, 자녀 돌봄, 직장업무를 동시에 해야 하는 다중역할과 반복적이고 단순한 업

무, 직장에서 성추행, 교대업무 등으로 여성의 직업스트레스가 가중되어지기 때문이라고 알려져 있다. 작업장 위험 물질 역시 건강에 영향을 미치는데 소규모 작업장에서 솔벤트와 같은 화학물질 등에 노출되거나 농업종사자에게 농약은 남녀 모두 생식계 질환에 문제를 일으킨다고 알려져 있다. 많은 환경오염물질이 지속적으로 노출될 경우 불건강과의 연관성에 대한 증거가 있으며, 특히 DDT나 PCBs 같은 합성화학물질에 임신 중 노출되는 경우 태아의 출생 후 내분비 환경오염물질 관련 증상이 나타날 수 있다고 한다(WHO, 1998).

작업장에서 위험물질 노출과 직업병에서 나타나는 남녀차이의 일부 예를 살펴보면 다음과 같다(Kauppinen et al., 2003).

〈표 1〉 작업장에서 위험물질노출과 직업병에서 나타나는 남녀차이

위험노출의 종류와 영향	고 폭로군	설 명
사고	남성	작업장 내 사고 재해율은 남성에서 높다.
상지 질환	여성	여성 직종인 공장의 일관작업라인이나 데이터 입력과 같은 작업 재량권이 주어지지 않는 반복적 작업에서 발생률이 높다.
무거운 물건 들어올리기	남성	하지만, 여성은 청소나, 케이터링, 돌봄 노동과 같은 작업 시 유사한 건강 문제가 있다.
스트레스	여성	스트레스율은 남녀 모두에서 높지만, 여성에게 특히 나타나는 스트레스 원인은 성추행, 차별, 재량권이 적은 낮은 지위의 일, 감정적으로 손실이 큰 업무, 직장일과 집안일의 이중고(double burden) 등 이다.
대중 폭력	여성	여성 노동자들이 남자에 비해 대인 접촉이 더 많다.
소음장애/ 청각손실	남성	섬유산업이나 식품산업에 종사하는 여성의 경우 소음장애 혹은 청각손실에 노출될 경우가 높다.
직업성 압	남성	일부 여성들의 경우 제조업 종사 시 직업 압 유병률이 높다.
천식이나 알레르기성 질환	여성	예를 들어, 세제, 소독제, 의료산업 종사자의 보호라텍스장갑에서 먼지, 섬유 및 의류 제조업의 먼지 등으로 인해 천식이나 알레르기 질환에 노출이 높다.
피부병	여성	피부질환은 젖은 손으로 일을 하는 케이터링일이나, 세제나 화학 헤어제품을 손으로 만지는 직업군에서 빈번하게 발생한다.

위험노출의 종류와 영향	고 폭로군	설 명
전염병	여성	어린이를 상대하는 일이나 보건의료 종사자의 경우 전염성 질환에 노출이 높다.
부적절한 작업 및 보호구	여성	대부분 작업복이나 작업보호용구는 “평균 크기의 남성”을 기준으로 제작되어, 많은 여성과 평균남성보다 크거나 작은 남성에게는 문제가 있다.
생식건강	여성/남성	출산, 생리불순, 폐경 및 남성의 생식건강 영역은 대부분 다루어지지 않고 있다.
과다 업무 시간	여성/남성	남성들은 사회에서 장시간 노동을 요하는 유급 직종을, 여성들은 무급 가사 일을 주로 담당하고 있는데, 양쪽 모두 일과 생활의 균형을 원하고 있다.

앞의 표에서 나타난 바와 같이 상지질환, 스트레스, 대중폭력, 천식이나 알레르기성 질환, 피부병, 전염병, 부적절한 작업 및 보호구는 여성에게 더욱 문제가 되며 남성은 사고, 무거운 물건 들어올리기, 소음장애/청각손실, 직업성 암에서 더 큰 문제를 안고 있다. 노동환경에서의 이렇게 남녀가 노출되는 위험요인에서 차이가 있는 이유는 남성과 여성이 하고 있는 업무가 다르거나, 종사하는 산업이 다르거나, 남성의 신체적 조건에 맞춘 작업대 등 인간공학적 문제들이 있기 때문이다. 물론 남녀 모두 직장에서의 소득, 권한 등의 차이로 인해 건강상태는 달라질 수 있으나 직종, 업종, 업무, 인간공학적 측면에서의 차이로 인한 젠더차이가 존재한다.

남녀가 같은 일을 하더라도 대부분 국가에서 여성의 임금은 남성보다 낮게 나타나며 (Ross & Bird, 1994), 남녀 임금격차는 줄어들고 있지만 한국에서 여성의 임금은 남성의 64%에 해당한다(주재선, 2007). 또한 직종별로 볼 때 한국에서 여성은 남성보다 비정규직이 될 가능성이 두 배 높고, 비정규직노동자는 정규직노동자보다 정신건강 및 자가 건강수준이 현저히 나쁘다(김일호 외, 2005; Kim et al., 2006). 국내 노동시장 참여율에서 25%라는 젠더 차이 외에 성차별적 노동환경 또한 널리 보고되고 있다(황수경, 2002; 장지연, 2001). 이러한 현상은 현재 직종분포나 고용상태에서 성분리적 특성에 의해 극명하게 잘 드러난다. 취업자 중 여성의 고위임직원 및 관리자, 전문가, 기술공 및 준전문가 비율은 남성이 여성보다 많고 (여성의 19.2% vs. 남성의 24.7%), 여성노동자의 1/3이상이 서비스 및 판매직종(여성의 35.3% vs. 남성의 21.0%)에 분포되어 있다(주재선, 2007). 또한, 여성취업자 중 32%가 비임금 근로자에 속하고 이들 대다수는 무급가족종사자로 나타났다. 이러한 직업에서 나타나는

젠더차이는 낮은 자긍심과 연결되어 여성의 정신건강에 영향을 미치고 긍정적 건강 행태를 실천하는데 해로울 수 있다(Ross & Bird, 1994).

3. 스트레스와 젠더 차이

스트레스란 “개인의 평상시 대응 능력을 초과하게 되는 생리적 감정적 자극 조건”으로 정의된다(Aneshensel, 1992). 스트레스가 건강에 미치는 정확한 기전은 아직까지 명확히 밝혀지지 않았지만, 인지된 스트레스가 높으면 다양한 종류의 신체적 정신적 질환이 발생된다는 증거는 많이 존재한다(Turner et al., 1995). 여기에서 스트레스 발생은 무작위로 발생하는 것이 아니라 일부 스트레스는 개인이 속한 사회적 위치에 따라 구조화되어 나타난다는 점이다. 특히 남녀라는 구분은 생리적 특성과 결합하여 사회적 역할의 차이로 인해 야기되는 스트레스 요인에 대해서도 젠더차이를 보이고 있다. 아직까지 여성이 남성보다 스트레스를 더 많이 경험하는지에 대한 결과는 일관되지 않으나(Thoits, 1995), 여성의 내적 민감도라는 특성이 개입하게 된다. 일부에서는 이 민감도에 영향을 미치는 근본적 요인이 사회 체계내의 성별 분리된 구조화된 차이가 주는 영향 때문이라고도 주장한다. 이러한 사실과 관련하여 두 가지 양립하는 이론이 있다. “노출의 차이가설(Differential exposure hypothesis)”과 “민감도의 차이가설(Differential vulnerability hypothesis)”이 그것인데, 노출가설은 건강과 관련된 물질적·사회적 자원에 여성들의 접근도가 낮고, 젠더역할, 결혼역할과 관련한 스트레스가 여성들에게 구조적으로 더 많아 높은 수준의 건강문제를 보고한다는 이론이다. 이와 반대로 민감도가설은 여성들이 물질적·행태적·심리적 상황이 동일한 상황에서도 남성보다 더욱 민감하게 반응하기 때문에 더 높은 건강문제를 보고한다는 이론이다. 스트레스와 관련하여 객관적, 주관적 측면에서 여성이 남성보다 더 많은 문제를 안고 있다고 볼 수 있다.

4. 사회적 지원(social support)의 젠더차이

가족과 친구는 필요한 정서적 기능을 지원하며 스트레스를 줄이는 데 도움을 주기도 하고, 의식주와 같은 건강을 유지하는데 필수적 요소를 직접 제공해 주기도 한다. 이들의 돌봄이나 지원 기능은 사회적 문제가 발생 시 완충시키는 역할을 하기도 하는데, 일부 연구자들은 사회적 관계가 흡연이나 고혈압과 같은 전통적 위험 요인만큼 건강에 중요하게 작용한다고 한다(GPI Atlantic, 2000). 사회관계를 통해서 얻어지는 자원은 남녀가 매우 다른데, 남성에 비해 여성의 지원망이 크고 다양하다고 한다(Antonucci and Akiyama, 1987). 다양한 방식으로 측정되는 이들 사회적 지원은 대부분 유병율과 사망률을 모두 낮출 수 있으며(House et al.,

1988), 사회적 지원의 건강영향은 남녀별로 건강지표마다 다르게 나타나고 있다. 역설적으로 특정 여성 집단에서 높은 수준의 사회적 지원은 사망률을 높이는 결과를 보여주는 연구(Shumaker & Hill, 1991)도 있었다. 한편 사회적 지원 중에서도 가장 많이 연구되는 부분이 결혼지위인데 결혼에 대한 만족도는 여성보다 남성에게서 더 크게 나타난다. 예를 들어, 미혼 남성이 기혼 남성에 비해 조기 사망하는 것은 일반적 결론이지만, 여성에서는 결혼의 영향이 일관적이지 못하다. 사망률 연구에서, 결혼이 남성에게 미치는 긍정적 역할에 비교해 볼 때, 기혼여성에게 미치는 긍정적 영향은 약하거나 거의 없는 것으로 알려져 있다(Goldman et al., 1995). 한편 결혼지위가 사망력에 미치는 영향에 비해, 남녀의 유병수준에 미치는 연구결과는 더욱 일관적이지 못한 것으로 나타났다(Shumaker & Hill, 1991).

사회적 지원과 건강과의 상관성에 대한 연구결과가 일관되지 않은 이유를 일부 연구자는 젠더와 사회적 지원 관련 문헌에서의 방법론적 문제를 지적한다. 신체적 건강의 경우 대부분 대규모 연구가 여성을 포함하지 않거나, 너무 수가 적어서 사회적 지원이 건강에 미치는 영향을 젠더별로 비교하며 적절하게 측정할 수 없다는 제한점이 있다. 남녀를 포함한 연구조차 젠더차이가 적절하게 보고되지 않은 경우도 종종 있으며 인구집단의 특성에 따라 건강과 사회적 지원에서 연구 결과 간 불일치성이 존재하기도 한다. 대규모 역학연구에서는 사회적 지원이 너무 간단히 측정이 되는 반면, 아주 정교하게 사회적 지원을 측정하는 심리학 연구에서는 대상자 수가 적고 신체건강보다는 정신건강을 중심으로 연구가 이루어지고 있어, 이러한 연구 대상과 초점이 확연히 다른 연구결과를 직접 비교 하는데 어려움이 있다. 일부는 사회적 지원 측정도구가 남성보다 여성의 스트레스 경험을 측정하는데 덜 민감하다고 한다. Matthews 등 (1998)은 “남녀에게 사회적 지원의 의미가 다르고, 지원 교환 시 제공자와 수혜자의 차이가 존재 한다”고 하였다. Turner & Marino (1994)는 여성이 남성보다 사회적 지원을 더 많이 받고 있지만, 남성에 비해 사회적 지원망의 부정적 상호작용을 더 많이 보고한다고 했다. 한국의 가족제도는 여성에게 크게 부담을 지우는 전통을 지니고 있으며 그 영향은 근래에도 지속되어져 친인척 등을 통한 사회적 지원망의 영향은 더욱 복잡해질 것으로 판단되지만, 결혼을 주요 노출원으로 측정하여 남녀의 다양한 건강 차이에 미치는 영향을 시도한 국내연구는 찾아보기 어렵다.

5. 여성에 대한 폭력

모든 종류의 폭력은 실제로 피해자가 여성이건 남성이건 사회적으로 매우 젠더화된 현상이다(WHO, 1998). 일반적으로 폭력을 휘두르는 측은 남성이고, 여성이 공격의 희생자가 되는데, 가해자 남성은 자신의 남성성을 드러내며 힘을 휘둘러 여성을 지배하려고 하는 경향을

가지고 있고, 이는 가정폭력의 예에서 잘 드러난다.

대부분 사회에서 여성은 잘 알고 지내는 남성이나 파트너로부터 여러 종류의 폭력을 경험한다고 알려져 있다. 피해 여성의 신체적 정신적 안녕에 미치는 영향은 사회 도처에 여러 유형으로 만연해 있고, 이는 단순히 신체적 상해 이상의 평생 지속되는 깊은 심리적 고통이나 충격을 남긴다. 여기에서 육체적 구타는 밀기, 때리기, 찌르기 등등 다양하고, 그 피해 사례는 때로는 치명적일 정도로 아주 심각하여, 여성 자살의 30%, 여성을 대상으로 하는 고의적 살해의 60%가 가정폭력과 관련이 있다고 한다(WHO, 1998). 강간의 경우 원치 않는 임신이나 부인과적 문제 혹은 성병을 야기하기도 하며, 어린 소녀들이 성폭행을 경험할 경우 특히 그 피해가 심각하여 평생 회복이 어렵기도 하다(Browne & Finkelhor, 1986). 그 외에도 폭행을 당한 여성은 '심리적 외상후 스트레스장애(post-traumatic stress disorder, PTSD)', 심각한 우울증, 약물 남용에 노출될 위험을 높이고, 일부 피해여성의 경우 자살을 유일한 탈출구로 생각하기도 한다(Andrews & Brown, 1988).

2006년 UN의 '여성에 대한 모든 형태의 폭력연구' 보고서(2006)에서는 대부분 국가에서 여성의 사회적 지위가 신장되었다고는 하지만, 전 세계 여성 3명중 1명은 평생 1회 이상 파트너에게서 폭력을 당하는 것으로 조사되었다. 이러한 여성폭력은 명백히 여성차별의 한 유형으로 국제적 수준에서는 인권 침해로 간주되고 심각한 공중보건학적 문제로 인식은 되고 있지만, 각국의 정책은 매우 부실한 것으로 나타났다(UN, 2006). 또한 일부 문화에서는 피해여성이 두려움 등의 이유로 보고를 꺼리는 경향이 있어, 가정폭력에 대한 정확한 자료수집에 어려움이 있는 것으로 나타났다(WHO, 1998). 미국의 여성건강 통계(HRSA, 2005)에서는 여성에 대한 구타, 강간과 성폭력, 살인, 스토킹, 여성노인 학대 등을 여성폭력과 관련된 한 영역으로 구분하여 모니터링 하고 있다. 국내 여성건강 관련 통계도 가정폭력을 포함한 여성에 대한 각종 폭력이 중요한 지표로서 다루어져야 한다.

IV. 사회적 환경을 고려한 젠더와 건강의 설명모델

앞 절에서 우리는 여성의 사회경제적 지위, 가정과 사회에서 여성의 역할, 주변의 사회적 지원 및 스트레스가 건강에 미치는 관계를 살펴보았다. 다음으로는 여성 건강에 영향을 미치는 사회적 환경에 관한 설명모델을 검토함으로써 젠더와 이러한 사회적 요소의 상호작용을 보다 심층적으로 알아보고자 한다. 우선 여성 건강에 초점을 맞추어 살펴 본 Moss(2002)와 Arber(1997)의 모델을 살펴보고, 사회구조적 젠더 불평등을 다룬 Davidson 등(2005)과 Rieker와 Bird(2006)의 모형을 검토하고자 한다.

Moss(2002)의 모형 그림 1은 여성건강에 영향을 미칠 것으로 고려되는 다양한 수준의 사

지정학적 환경	문화, 규범들, 제재들	재생산 & 생산에 대한 여성의 역할	지리학 건강과 관련된 중개자들	건강 결과
지리학				만성적 질병
정책 & 서비스들 :	차별 :	가족 :	사회 자본 / 사회적 네트워크 /	전염병
수송	민족	구조	원조 :	장애
복지	성별	노동의 구분	우정	기능
고용	연령	소유 자격/소유권	가족	사망률
건강관리		부양/돌보기	직장 동료들	정신건강 /
아동보호	사회인구학의 특성들 :	가족 자원에 평등하게 접근하기, 예를 들어 :	다른 유대들	질병
	연령	임금	심리 사회적 :	
법적 권리들 :	성별	다른 수입	스트레스	
여성의 건강	민족성	양 다른 자산들	강장	
인간 고용	출생 지	집단 역할	대처	
	교육	노동 시장 역할	영성	
조직들 :	질문 상황	일터 :	건강 서비스들 :	
은행들	언어	영역 :	유용성/효용	
신용조합들		공식적	행동들 :	
정치정당들		가정/시장에 기반	성적	
연호		계급들, 조절, 권위	약물 사용	
연합들		결정권	육체적 활동	
		성분리 / 차별	다이어트	
경제 :			피임	
정책			모유수유	
불평등 정도			흡연, 음주	
			폭력	

그림 1. Moss(2002)의 여성 건강에 영향을 주는 요인 분석틀

회적 요인을 묶어 포괄적이면서도 단일 모델로서 제시하는 분석을 시도하였다는 점에서 의의가 있다. 이 모델에서 여성건강의 결정요인은 우선 거시적 수준에서 국가별 역사, 지리, 정책, 의료 서비스, 법적 권리, 조직, 제도 등을 포함하며 사회의 문화 규범, 그리고 개인의 생산/재생산 역할에 영향을 미치는 사회인구학적 특성과 이를 매개하는 사회적 자본, 심리적 요인 및 개인의 행태까지도 망라하고 있다. 저자는 개인수준과 지역수준의 영향을 정확하게 측정하기 위한 다수준 분석(multilevel analysis)의 개념을 소개하면서, 지리·정치학적 환경의 중요함을 강조한다. 모스의 설명 틀은 복잡한 모델의 각 요인별 효과 평가가 어렵다는 점과 여러 환경의 수준과 그들 관계가 모델에서 분명하게 시각화 되지 않는다는 단점이 있다. 그럼에도 불구하고 그의 이론은 여성건강에 영향을 미칠 수 있는 세계적, 국지적 차원에서의 정치·사회·문화적 환경요인을 총망라하며 보여주고 있다는 점에서 여성건강의 인식틀을 확대해 주었다는 점에 의의가 있다. 특히 성인직적 보건정책과 관련하여 여성의 건강결정요인을 정치경제학적 관점에서 바라볼 수 있는 인식틀을 제공해 주었다는 데에 그 유용성이 있다고 하겠다.

Arber(1997)는 사회 경제적 건강불평등 틀 내에서 젠더 연구를 진행해왔으며, 실증적 연구를 통해 여성건강에 영향을 미치는 요인을 그림 2와 같이 모형화 하였다. 이 모형에 따르면

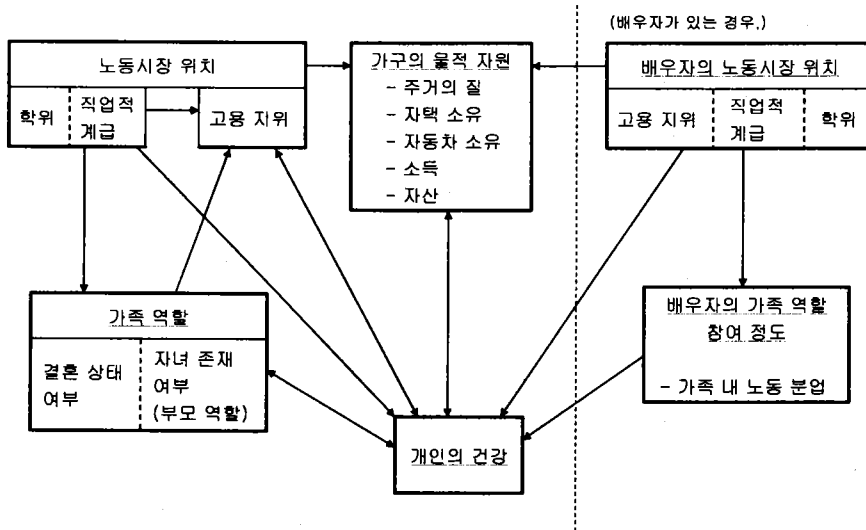


그림 2. Arber(1997)의 여성건강에 영향을 미치는 요인들

교육, 직업, 종사상 지위에 따른 노동시장 내 여성의 지위가 가구의 물적 자원의 수준을 결정하고 여성의 가족역할과 상호작용하는 노동시장에서의 지위가 여성의 건강을 결정한다. 기혼자의 경우에는 배우자의 직업관련 지위와 배우자의 가족역할 참여정도가 여성의 건강에 영향을 미치고 있는 것으로 파악하고 있다. 이러한 기본적인 전제하에 1970년대 이후 노동시장에서의 여성의 지위나 가족 내 위치가 크게 변화함에 따라 건강수준도 달라졌으므로, 여성의 건강불평등을 측정하는 방식이 이 변화를 반영할 수 있어야 한다고 주장한다. 1990년대 중반 제시된 Arber의 여성건강 모형의 장점은 한 사회 내에서 여성건강을 결정짓는 기제를 당시만 하더라도 서로 대립하고 있던 역할 설명 틀과 직업 설명 틀을 포함하여 간략화된 모형으로 개념화하였고, 계량화된 연구방법을 제시함으로써 각 요소의 영향을 파악하는 것이 가능하게 되었다는데 있다. 여성건강을 위한 정책적 차원에서 이 모형은 노동시장과 가족이라는 양 측면을 건강의 결정요인으로 포함으로서 정책개입지점에 있어서도 노동시장과 가족에서의 여성의 지위에 대한 사회정책의 개입가능성을 열어두었다.

한편 다음에 소개되는 두 모형은 사회적 맥락에서 남녀 차이를 고려한 젠더와 건강을 통합적으로 고려해야 한다는 점을 보다 강조하고 있는 모델이다.

Davidson 등(2006)은 건강의 결정요인을 보건교육과 건강증진에서 젠더를 고려한 행태 변화에 초점을 두고 여러 요인들을 수정 가능함(modifiability) 여부에 따라서 구분하고 있다(그림 3). 여기에서 생물학적 요인들(호르몬, 염색체, 해부학적 특성)은 쉽사리 변경할 수는 없지만, 만일 여성에게 빈번히 발생하는 현상과 관련되어 있다면 이들 요소 또한 고려하는 것

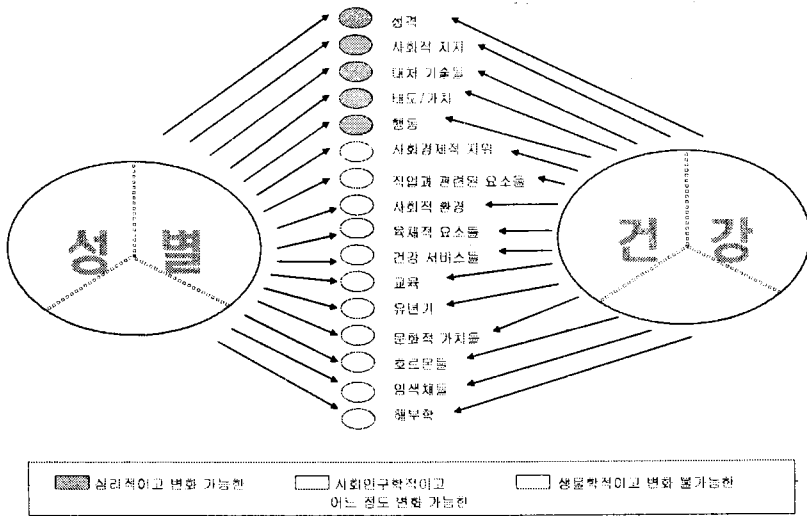


그림 3. Davidson et al.(2006)의 모형

도 의미가 있다고 주장한다. 반면 사회적 요소와 관련된 젠더화된 특성은 쉽게 수정이 가능한데, 성격, 사회적 지원, 대응전략, 개인의 건강행태 등이 이에 속한다. 또한 중간 지점에서 다소 중재 가능한 경로로 사회경제적 지위, 직업, 교육, 사회적 환경 및 문화적 가치 등을 예시하고 있다. 저자는 이런 중재방법은 쉽사리 실행될 수 있고, 실행 후 건강편익을 크게 나타낼 것이라고 주장한다. 이 모델은 단지 여성건강의 차원이 아니라 건강의 결정요인으로서 남녀의 생물학적 차이와 사회문화적 차이를 구분하여 설명하고 그 영향과 경로를 개념화한 시도로서 의미가 있다. Davidson 등(2006)의 논의 이전에 Krieger(2003)는 생물학적 성 또는 사회문화적 성별의 개념상의 논쟁을 검토하고 역학적 접근으로 영향 경로를 구체화한 12개의 건강결과 예시를 제시한 바 있다. 그러나 Krieger가 보다 경험적 문제로서 이 차이를 주장한다면, Davidson 등은 수정가능성 여부를 강조하며 정책의 개입 및 중재가 되어야 할 영역을 명확히 하고 있다는데 의미가 있다.

Rieker와 Bird(2005)는 의료 사회학 분야에서 건강상 젠더차이에 관련된 연구결과를 꾸준히 발표해왔고, 최근 성인지적 보건정책에서 왜 사회적 관점과 생물학적 관점을 통합적으로 고려해야 하는지 강조하는 “제한된 선택(constrained choice)”이란 개념을 모형화 하였다(그림 4). 이 모형은 한 개인이 살고 있는 사회의 정책, 공동체 활동, 일과 가족의 모습이 건강에 영향을 미치는데 이 과정에서 생물학적 요인과 사회적으로 영향을 받는 ‘개인의 행위’가 개입된다는 것이다. 여기에서 선택은 자유로운 것이 아니고 사회적으로 제약을 받게 되며, 사회와 개인은 서로 영향을 받으며 선택이 결정되어지는 과정을 기술하고 있다. 이 모형은

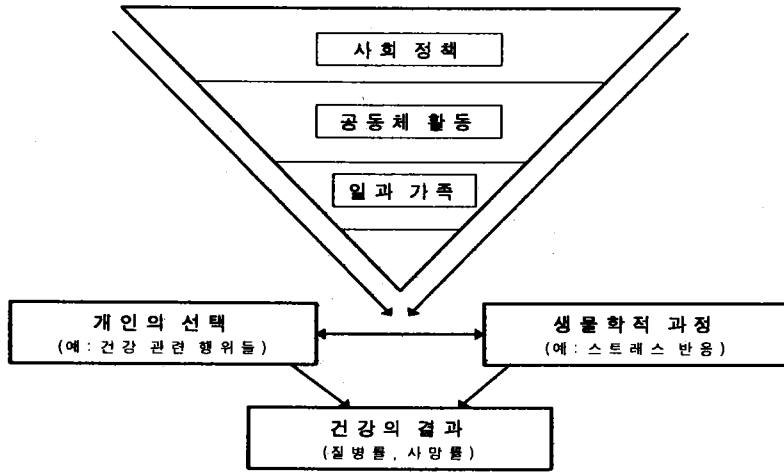


그림 4. Rieker & Bird (2005)의 제한된 선택의 개념화

남녀의 삶에 영향을 미치는 다층적 환경을 묘사하고 있는데, 이 환경의 영향은 정확히 측정하기는 어렵지만 개인이나 집단이 건강을 선택하는 기회의 각 수준에서의 의사결정과 연결되어 있다고 보고 있다. 저자들은 건강상 젠더차이라는 주제는 영향요인이 매우 복잡하나, 개인적 선택과 사회 요인의 영향을 고려한 통합적 모형이 없다고 주장하며 이 모델을 제안하고 있다. 또한 현재와 같이 연구자들이 사회학적 접근이나 생의학적 접근 어느 한쪽 설명들에 매몰된 상태로는 유병과 사망의 방향이 다른 남녀의 건강상 젠더 패러독스라는 연구 문제를 해결할 수 없다고 주장하며, 대안으로 다학제적이며 통합적 접근의 젠더와 건강 연구를 주장하고 있다. Rieker와 Bird의 모형은 남녀의 유병과 사망이라는 역설적인 건강 지표 결과를 통합적으로 개념화 하려는 최초의 시도이다. 질병종류별 생물학적 과정의 영향을 고려하는 설명은 제한적이지만 사회적 요인이 개인에게 곧 바로 영향을 미치기 보다는 개인의 선택이라는 영역을 모델에 포함시킴으로서 개인적 선택이 성별로 어떻게 시행되고 있는지, 보건정책이 개입할 여지는 없는지에 대해 보다 폭넓은 관점을 제시해주고 있다. 또한 다학제적 성격을 부각시킴으로서 성인지 보건정책의 수립 및 집행에 있어서도 의학, 보건학, 사회과학자 등이 함께 모여 정책을 마련해야 할 필요성을 제공해주고 있다.

이제까지 우리는 서구의 여성건강 및 젠더와 건강관련 모델을 살펴봄으로서 생리적 차원을 넘어서 여성을 둘러싼 사회 환경의 중요성과 건강간의 중요성을 부각시키고자 하였다. 각각의 모델은 상이한 특성을 지니고 있지만 성 및 젠더별 건강의 관계를 이해하고 젠더별 보건의료요구에 기반한 정책의 필요성을 보여주는데 의의가 있다고 하겠다. 앞서 제시한 다양한 모형이 우리사회에 적용될 수 있는지는 미지수이다. 아직까지 우리사회에서는 젠더와 건

강 또는 여성과 건강의 문제를 바라보는 이론적, 경험적 모형이 거의 부재하다고 볼 수 있다. 외국의 연구에서 제시되어진 모형을 적용하거나 우리 실정에 맞는 새로운 모형을 개발하기 위해서는 젠더와 건강 영역에 있어서의 꾸준한 연구축적과 경험적 연구의 이론화가 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

V. 결론 : 성인지적 보건정책의 필요성과 제언

이 글은 다양한 문헌고찰을 통하여 젠더와 건강의 이론적 배경 및 경험적 연구를 검토함으로써 남녀의 건강 차이를 형성하는 생물학적·사회적 요인의 차이 및 젠더에 근거한 건강 불평등 현상을 고찰하였다. 또한 젠더와 사회적 환경의 상호작용이 사회경제적 지위, 노동시장, 스트레스, 사회적 지원, 폭력 등의 예로서 구현되는 과정을 제시하고, 젠더와 여러 사회적 결정요인과의 상호작용 및 성별 건강불평등을 형성하는 기제를 살펴봄으로써 성인지적 보건정책의 필요성을 환기시키고 이를 위한 근거자료로 활용하였다.

북미와 유럽에서는 1970년대 후 페미니즘 운동의 영향으로 남녀의 상대적 건강차이에 관한 관심이 더욱 확대되었고, 동시에 건강불평등 관련 실증 연구가 축적되면서 젠더 불평등도 한 영역으로 중요하게 다루어지고 있다(Hunt & Annandale, 1999). 특히 1990년대 중반 ‘카이로 인구개발회의’와 ‘제4차 북경여성회의’ 등 두 국제회의에서 젠더와 건강이 강조되면서 국제적으로 젠더이슈가 보건정책의 의제로서 정착하는 중요한 계기가 되었다. UN을 비롯한 국제기구에서는 남성중심의 기존 시각에서 여성이 ‘변화의 중요한 주체’임을 강조하며(UN The Beijing Platform for action, 1996), 젠더를 건강의 결정요인으로 간주하고 국가정책의 계획, 실행, 평가에 있어 성인지적 관점을 강조하고 있다.

성(sex), 젠더(gender)별 상이한 건강상태 및 건강욕구를 수용하여 국가보건목표에 통합시키는 것이야말로 모든 시민(남성과 여성)의 건강형평성을 도모하는 일이다. 더욱이 건강재정의 부담이 발생되고 있는 시점에서 비용대비 효율적인 공공정책으로 연계되기 위해서는 젠더를 기본으로 하여 연령, 사회계층 등 건강에 다른 영향을 미치는 요인을 파악하여 정책의 구체적인 대상이 누구인지를 밝혀내고 이에 맞는 정책을 시행하는 것이 중요하다. 따라서 우리는 단순하게 남성과 여성을 대비하는 연구와 정책을 넘어서 건강에 영향을 미치는 다른 사회적 결정요인과 젠더가 어떻게 상호작용하는지를 파악하여 정책의 근간으로 삼아야 한다.

성인지적 보건정책은 여성만을 대상으로 한 전통적인 모자보건사업이 아니라 모든 보건사업에서 여성과 남성에서 차이가 나는 건강영향 요인 및 요구를 확인하고 이를 개선하려는 정책이라고 볼 수 있다. 이러한 측면에서 볼 때 Doyal(1998)이 제시한 것처럼 성인지적 보건정책의 필요성은 첫째, 여성은 아직도 가장 취약한 인구집단의 대다수를 차지하고 있다는

점. 둘째, 여성의 의료서비스 접근에 걸림돌이 되는 정치·사회·문화적 제약 요소는 의료서비스 계획단계부터 제거되어야 한다는 점. 마지막으로, 보건의료 인력의 대다수를 여성이 차지하고 있지만, 남성에 비해 여성들의 전반적 지위가 낮아서 보건정책 기획이나 실행 시 미치는 영향력이 상대적으로 작다는 점에서 더욱 필요한 정책이라고 볼 수 있다.

그러나 우리나라에서는 성인지적 보건정책에 대한 필요성이 확산되지 않았을 뿐만 아니라 성인지적 정책을 펼칠 수 있는 기본적인 인프라 - 성별 통계, 인력, 담당부처 등 - 가 부재한 상황이다. 미국, 캐나다, 영국, 호주 등 외국에서는 이미 젠더가 국가보건목표와 실행에 있어 중요한 고려사항이 되고 있다. 예를 들어 캐나다의 경우 국가보건정책에 있어 '건강의 사회적 결정요인'으로 12요인을 선정³⁾하였으며, 이 중 젠더가 포함되어 있다(Health Canada, 2003). 또한 젠더와 건강 연구 및 정책실행을 위한 정부부처의 책임부서, 지역여성건강센터, 젠더와 건강연구소가 존재하며, 성별 건강상태에 대한 통계가 생산되어 정책 자료로 활용되고 있다. 또한 공무원/예비보건인력/보건인력에 대해 젠더관점에서 건강교육 및 훈련을 실시하고 있어 다양한 차원에서 여성건강 및 젠더와 건강에 대한 지원과 이를 바탕으로 한 정책이 실현되고 있다(Health Canada, 1999; HRSA, 2005; US DHHS, 2007; Hankivsky et al, 2007). 물론 각 국가마다 여성건강 또는 젠더별 건강에 대한 정책내용 및 실행방식에는 차이가 있지만 성(sex)과 젠더(gender)를 보건정책 및 건강불평등 해소의 중요한 기준점으로 삼고 있는 것은 부인할 수 없는 현실이 되었다. 따라서 우리 사회도 성인지적인 국가보건정책을 수행하기 위해서는 젠더관점에서의 연구 및 정보(통계 등)생산, 정부의 젠더와 건강 담당부처 지정, 보건의료 인력의 교육 및 훈련 등이 필요할 것으로 보인다.

특히 성 주류화(gender mainstreaming)⁴⁾는 복잡한 과정이지만 이 접근은 보건정책의 기획, 전달, 모니터 및 평가단계에서 사회적으로 여전히 주변화된 집단인 여성의 관심과 경험을 통합함으로써 여성과 남성이 동등한 혜택을 받고 불평등이 조장되지 않도록 하는 등 모든 인구의 건강 형평성을 도모하는 의미로서 중요하다. 젠더별 건강형평성을 추구하는데 있어 간과해서 안 될 부분은 보건의료영역은 건강에 영향을 미치는 여러 영역 중 한 부분이라는 점이다. 즉, 건강에서 젠더불평등이 완전히 해결되기 위한 전략은 교육, 법, 노동 시장 등 기타 사회 제반 환경에 영향을 미치는 사회공공정책영역에서의 노력이 함께 이루어져야 한다. 각 사회 모든 요소에서 성 평등이 구체적 목표로서 설정되며, 그 중재방안으로 사회구조

3) 캐나다보건부(Health Canada)는 수입, 사회적 지위, 고용, 교육, 사회 환경, 물리적 환경, 건강한 아동 발전, 개인 건강 실천과 극복 기술, 보건서비스, 사회 지지 네트워크, 생물학과 유전적 자질(성(性)), 젠더와 문화를 포함한 건강의 결정 요인이 보건과 보건시스템에 있어 캐나다인인의 접근과 이익에 영향을 미친다고 보고 이를 염두에 두고 공공보건정책을 실시하고 있다.

4) 정책과 프로그램에서 성별에 근거한 불평등을 줄이기 위해서, 젠더 관점을 정책 입안과 연구에 통합하는 전략을 의미한다(World Health Organization, 1998).

적 성차별적 요소들을 제거하는 방향으로 나아간다면, 차후 건강상 젠더 불평등의 근원적 문제는 성인지적인 보건정책과 함께 다양한 영역에서의 사회정책의 개선과 더불어 더욱 효과적으로 개선될 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 강영호. “왜 젠더인가?” 한국건강형평성학회 제2회 학술대회. 서울:한국건강형평성학회;2005.
- 강영호, 강민아, 김명희, 신영전, 유원섭, 윤태호 등. 건강증진목표 설정을 위한 건강 형평성 평가지표 개발과 건강 형평성 현황 조사 연구. 과천:보건복지부;2006.
- 강혜원, 조영태. 서울시 남녀노인의 건강불평등: 사회경제적 지위와 사회통합 요소를 중심으로. 한국사회학 2007;41(4):164-201.
- 김남순, 송현중, 김명희, 강영아, 이희영, 곽민선. 한국 여성의 건강통계. 과천:보건복지부; 2003.
- 김일호, 백도명, 조성일. 비정규직 근로가 건강에 미치는 영향. 예방의학회지 2005;38(3): 337-344.
- 권복규. 성인지 의학의 개념과 역사. 성인지의학회 창립 세미나 자료집. 서울:성인지의학회; 2005.
- 보건복지부. 보건복지통계연보. 과천:보건복지부;2007.
- 장지연. 경제위기와 여성노동. 서울:한국노동연구원;2001.
- 정진주. “성(sex), 젠더(gender)별 건강형평성을 위한 정책대안” 국회보건복지위원회 발표문. 2007. 4월.17일.
- 정진주. 여성과 여성건강의 사회적 의미. *Healthcare Review* 2권(겨울호);2000.
- 주재선. 2007 여성통계. 서울:한국여성정책개발원;2007.
- 통계청. 2006 사회조사통계. 대전:통계청;2007.
- 황수경. 기혼여성의 경제활동참여에 관한 연구. 한국노동연구원. 서울:한국노동연구원;2002.
- Andrews B, Brown GW. Marital violence in the community: a biographical approach. *British Journal of Psychiatry* 1988;153(Sep);305-312.
- Aneshensel C. Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology* 1992;18(1);15-38.
- Annandale E, Hunt K. Gender inequalities in health: Research at the crossroads. In: Annandale E, Hunt K, editors. *Gender Inequalities in Health* Buckingham:Open University;2000. pp.1-33.

- Antonucci TC, Akiyama H. An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles* 1987;17(11):737-749.
- Arber S. Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Social Science & Medicine* 1991;32(4): 425-436.
- Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Social Science & Medicine* 1997;44(6):773-787.
- Arber S, Khlat M. Introduction to 'social and economic patterning of women's health in a changing world'. *Social Science & Medicine* 2002;54(5):643-647.
- Ashton, H. Psychotropic drug prescribing for women, *British Journal of Psychiatry* 1991;58 Suppl 10:30-35.
- Bartley, M. *Health inequality*. Cambridge: Polity Press;2004. pp.1-208.
- Beery, TA. Gender bias in the diagnosis and treatment of coronary artery disease, *Heart & Lung: the Journal of Critical Care* 1995;24(6):427-35.
- Bird C, Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Social Science & Medicine* 1999,48(6):745-755.
- Browne N & Finkelhor D. The impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin* 1986;99(1): 66-77.
- Cameron C, Bernardes D. Gender and disadvantage in health: men's health for a change. *Sociology of Health & Illness* 1998;20(5):673-693.
- Chun H. *Gender as a social determinant of health: A Korean perspective*. PhD Dissertation. Seoul:Seoul National University;2006.
- Courtenary WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* 2000;50:1385-1401.
- Davidson KW, Trudeau KJ, van Roosmalen E, Stewart M, Kirkland S. Gender as a Health Determinant and Implications for Health Education. *Health Education & Behavior* 2006;33(6):731-743.
- Denton M, Walters V. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine* 1999;48:1221-1215.
- Doyal L. *What makes women sick: Gender and the political economy of health*. London: MacMillan;1995. pp.1-280.
- Doyal L. *A draft framework for designing National Health Policies with an integrated*

- gender perspective: Mainstreaming the gender perspective into the health sector* (UN doc. EGM/Health/1998/Report). Presented at the UN DAW Expert Group Meeting on Women and Health, Tunisia, 28 September to 2 October 1998.
- Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine* 2000;51(6):931-939.
- EOC, Equal Opportunities Commission. *Promoting gender equality in health*. Manchester: Equal Opportunities Commission;2003. pp.1-61.
- GPI, Genuine Progress Index. Atlantic. *Women's health in Atlantic: A Statistical portrait*. Halifax, Nova Scotia:Canada;2000.
- Goldman N, Korenman S, Weinstein R. Marital status and health among the elderly. *Social Science & Medicine* 1995;40(12):1717-1730.
- Hammarstrom A, Harensam A, Ostlin P. Chapter 1. Gender and health: Concepts and explanatory models. In: Ostlin P., M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Harenstram, & G. Linderberg, editors, *Gender inequalities in health: A Swedish perspective*. Boston: Harvard Center for Population and Development Studies;2001. pp1-22.
- Hankivsky O, Varcoe C, Morrow M. *Women's Health in Canada: Critical perspectives on theory and policy*. Toronto:University of Toronto;2007.
- Hausmann R, Tyson LD, Zahidi S. The global gender gap report 2007. Geneva:World Economic Forum;2007.
- Health Canada. *Health Canada's women's health strategy*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada;1999. Available from URL: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/strateg-women-femmes/strateg_e.html
- Health Canada, Women's Health Bureau. *Exploring concepts of gender and health*. Ottawa(Ontario):Health Canada;2003. pp1-62.
- HRSA, Health Resources and Services Administration. Office of Women's Health. *Women's Health USA 2005*. Available from URL: http://www.mchb.hrsa.gov/whusa_05/index.htm.
- House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988;241(4865):540-544.
- Houston BK, Cates DS, Kelly KE. Job stress, psychosocial strain, and physical health problems in women employed full-time outside the home and homemakers. *Women and Health* 1992;19(1):1-26.

- Hunt K, Annandale E. Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies. Introduction to Special Issue on Gender and Health. *Social Science & Medicine* 1999;48(1):1-5.
- Kaufert P. *Gender as a determinant of health*. Paper prepared for the Canada-US Women's Health Forum, Ottawa, 1996.
- Kauppinen K, Kumpulainen R., Houtman I, Copsey S. *Gender issues in safety and health at work: A review*. Luxemburg:European Agency for Safety and Health at Work;2003.
- Kim I.H, Muntaner C, Khang YH, Paek D, Cho SI. The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social Science & Medicine* 2006;63(3):566-574.
- Koskinen S, Martelin T. Why are socioeconomic mortality differences smaller among women than among men? *Social Science & Medicine* 1994;38(10):1385-1396.
- Krieger N, Chen JT, Selby JV. Comparing individual-based and household-based measures of social class to assess class inequalities in woman's health: a methodological study of 684 US women. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1999;53(10):612-623.
- Krieger N. Discrimination and health. In: Berkman L, Kawachi I, editors, *Social Epidemiology*. New York:Oxford University;2000. pp.36-75.
- Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? *International Journal of Epidemiology* 2003;32:652-657.
- Legato MJ. *Principles of gender-specific medicine*. San Diego:Elsevier Academic Press;2004. pp1-1245.
- Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health Social Behavior* 1995;35(extra issue);80-94.
- Lorber J, Moore LJ. *Gender and the social construction of illness - 2nd ed*. Oxford: AltaMira Press;2002. pp1-184.
- MacKinley J. Some contributions from the social system to gender inequalities in heart disease, *Journal of health and Social Behavior* 1996;37(1):1-26.
- Marmot M., Ryff CD., Bumpass LL, Shipley M, Marks NF. Social inequalities in health: Next questions and conversing evidence, *Social Science & Medicine*, 1997;42(6):901-910.
- Matthews S, Hertzman C, Ostry A, Power C. Gender, work roles and psychosocial work

- characteristics as determinants of health. *Social Science & Medicine* 1998;46(11): 1417-1424.
- McDonough P, Duncan, G, Willians D, House J. Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. *American Journal of Public Health* 1997;87(9): 1476-1483.
- Moss NE. Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Social Science & Medicine* 2002;54:649-661.
- PAHO, Pan American Health Organization. Gender, Health and Development Facilitators Guide. Washington: Pan American Health Organization;1997.
- Paltiel FL. Is being poor a mental health hazard? *Women & Health* 1988;12(3-4), 189-211.
- Pearce D. The feminization of poverty: Women, work, and welfare. *Urban and Social Change Review* 1978;11(1-2);28-36.
- Popay J, Bartley M, Owen C. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor physical morbidity. *Social Science & Medicine* 1993;36(1):21-32.
- Rieker PP, Bird C. Rethinking Gender Differences in Health: Why We Need to Integrate Social and Biological Perspectives. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2005;60:S40-47.
- Ross CE, Bird CE. Sex stratification and health lifestyle: Consequences for men's and women's perceived health. *Journal of Health and Social Behavior* 1994;35(2):161-178
- Shaw LJ, Hachamovitch R, Redberg RF. Current evidence on diagnostic testing in women with suspected coronary artery disease. *Cardiology in Review* 2000;8(1):65-74.
- Shumaker S, Hill DR. Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology* 1991;10(2):102-111.
- Statistics Canada. *Women in Canada (Fifth Edition) A gender-based statistical report*. Ottawa: Minister of Industry;2006.
- Stronks K, van de Mheen H, van den Bos J, and Mackenbach JP. Smaller socioeconomic inequalities in health among women: The role of employment status. *International Journal of Epidemiology* 1995;24(3):559-568.
- Thoits PA. Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior* 1995;35(extra issue):53-79.
- Turner RJ, Marino F. Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior* 1994;35(3):193-212.

- Turner RJ, Wheaton B, Lloyd DA. The epidemiology of social stress. *American Sociological Review* 1995;60(1):104-125.
- Thurston RC, Kubzansky LD, Kawachi I, Berkman LF. Is the association between socioeconomic position and coronary heart disease stronger in women than in men? *American Journal of Epidemiology* 2005;162(1):57-65.
- Townsend P, Davidson N. The Black report 1982. In: Townsend P, Whitehead M, Davidson N, Editors, *Inequalities in health: the Black report and the health divide*. London:Penguin Books;1992. pp. 29-213.
- UN, United Nations. *Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women* (34th session). New York, 16 Jan - 3 Feb May, 2006.
- UN, United Nations. *The Beijing Declaration and the Platform for Action: Fourth World Conference on Women*. New York: Department of Public Information;1996.
- UNDP, United Nations Development Programme. *Human Development Report 1995*. New York: United Nations Development Programme;1995.
- US DHHS, Department of Health and Human Services Office of Public Health and Science, Office on Women's Health. *Healthy People 2010 Women's Health Working Group*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services Office; 2007. Available from URL: <http://www.4women.gov/owh/wgc/2010.cfm>
- Verbrugge LM. Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *Journal of Health & Social Behavior* 1985;26(3):156-182.
- Verbrugge LM. The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Behavior* 1989;30(3):282-304
- Walsh DC, Sorensen G, Leonard L. Gender, health, and cigarette smoking. In: Amick BC, Levine S, Tarlov AR, Walsh DC, editors, *Society and Health*. New York: Oxford University Press;1995. pp 131-171.
- Wenger N. Coronary Heart Disease: an older woman's major health risk. *British Medical Journal* 1997;315:1085-90.
- WHO, World Health Organization. *Technical report on gender and health*. Geneva: World Health Organization;1998.
- Wizemann TM, Pardue ML. *Exploring the biological contributions to human health: does sex matter?* Washington DC:National Academy Press;2001.