



Women's Health

STATS & FACTS IN KOREA

수치로 보는 여성건강

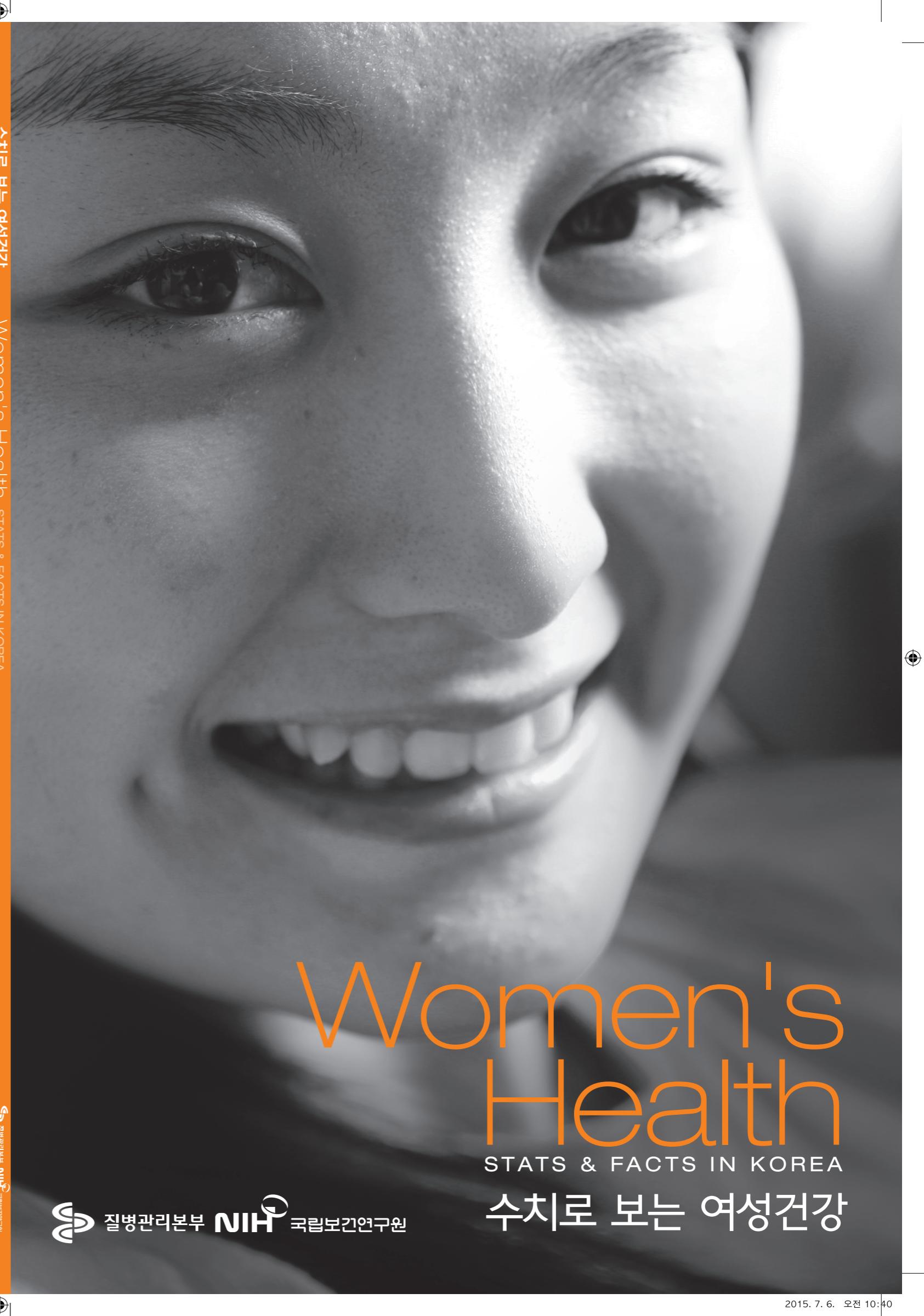


(361-951) 충북 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명2로 187, 대표전화 : 043-719-7700



발간등록번호 : 11-1352173-000225-14

질병관리본부 NIH 국립보건연구원



Women's Health

STATS & FACTS IN KOREA

수치로 보는 여성건강



Women's Health

STATS & FACTS IN KOREA

수치로 보는 여성건강



질병관리본부



국립보건연구원



Women's Health

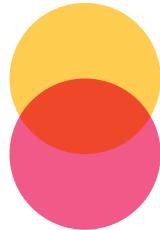
STATS & FACTS IN KOREA

수치로 보는 여성건강

01	서론	5
02	여성의 인구사회학적 특성	7
03	전반적인 건강수준 및 만성질환	13
04	건강행태	35
05	재생산건강	47
06	정신건강	55
07	의료서비스 이용	65
	부 록	91



01



서론

하늘을 떠받치고 있는 절반은 여성이라고 한다. 여성이 세계 인구의 절반을 차지하고 있다는 점에서 여성건강은 규모의 측면이나 미래 세대의 건강 측면에서도 중요한 보건학적 영역이다. 여성건강에는 임신과 출산 같이 여성에게만 있는 고유한 영역과 함께 남녀 모두에게 발생하는 건강문제도 있다. 남녀 간 공통적으로 발생하는 건강문제라고 해도 성별에 따른 발생 빈도나 양상에는 차이가 존재한다.

남녀 간의 생물학적 차이는 성별 건강문제가 다르게 나타나도록 영향을 미치고 있다. 또한 사회에서 구조화된 남녀 간의 성(gender) 역할 차이도 성별 건강문제에 영향을 미치고 있다. 일반적으로 여성은 교육과 수입, 고용 측면에서 남성보다 열등한 위치에 있기 때문에 자신의 건강을 보호하고 정상적 기능을 유지하는 데 곤란을 겪고 있다. 따라서 보건학적 관점에서 여성건강은 많은 관심이 필요한 영역이다.

여성건강을 증진하기 위해서는 여성의 건강에 대한 요구를 정확히 파악하고 적합한 서비스를 제공해야 하므로 근거에 입각한 여성건강정책이 요구된다.¹ 양질의 여성건강통계는 여성건강 증진에 필요한 정책과 사업 수행에 중요한 근거자료가 될 수 있다. 따라서 UN이나 WHO와 같은 국제기구나 선진국에서 세계적 차원 혹은 국가적 수준에서 신뢰할 수 있는 여성건강통계를 산출하려고 많은 노력을 기울이고 있다.

우리나라에서도 여성건강에 대한 관심을 촉진하기 위해서 우선적으로 신뢰할 수 있는 여성건강통계를 산출해야 할 필요성이 있다. 기존의 건강통계에서는 여성건강 문제에 초점을 맞춘 경우가 적고, 성별 통계를 체계적으로 제시하지 못하고 있기 때문이다. 질병관리본부에서는 이러한 문제를 극복하고자 2013년 「한국여성의 건강통계」를 산출하였으며, 이를 많은 사람에게 알리면서 여성건강에 대한 관심을 높이고자 『수치로 보는 여성건강』을 출간하기로 하였다.

『수치료 보는 여성건강』은 앞서 기술한 바와 같이 「한국여성의 건강통계」를 기반으로 다음과 같은 특징을 갖고 있다.

¹ WHO(2007). Women and Health: Today Evidence Tomorrow's Agenda. Geneva: WHO Press.

첫째, 여성의 전 생애주기에 따라 겪게 되는 다양한 건강문제를 포괄하고자 노력하였다. 또한 여성건강지표 선정에서 건강문제의 중요성, 과학적 근거의 존재, 대표성 있는 결과산출 가능성 등을 고려하였다.

둘째, 여성건강의 생의학적 측면과 함께 젠더와 사회경제적 불평등이 건강에 미치는 영향을 고려하였다.

셋째, 신뢰할 수 있는 통계를 산출하기 위해서 가능한 한 국가적 수준의 조사·통계자료를 사용하며 표준화된 방법론을 적용하였다.

넷째, 최근의 사회경제적 환경변화에 따른 건강문제 변화 추세를 파악할 수 있도록 자료가 가용한 범위에서 지난 10년간의 추이를 제시하였다.

『수치료 보는 여성건강』에서는 여성건강을 크게 5개 영역(전반적 건강수준, 건강행태, 재생산건강, 정신건강, 의료이용)으로 구분하였고, 각 영역별로 다루고 있는 내용은 다음과 같다.

- 전반적 건강수준 영역에서는 성별 10대 사망원인을 분석하였고, 기대수명을 포함하였다. 또한 주관적 건강인식과 삶의 질, 활동제한 등과 함께 주요 암질환 및 만성질환의 유병률을 제시하였다.
- 건강행태 영역에서는 흡연, 음주, 신체활동, 비만 등을 다루었다.
- 임신, 출산과 관련된 재생산건강 영역에서는 합계출산율, 모성사망비, 피임실천율, 인공임신중절 경험률 등에 대한 내용을 제시하였다.
- 정신건강 영역에서는 전반적 정신질환 및 개별 정신질환 유병률과 함께 정신건강에 대한 주관적 인식을 다루었다.
- 의료이용 영역에서는 전반적 의료에 대한 접근성, 예방적 성격의 진료와 함께 주요 증증질환에 대해서 의료이용 현황을 제시하였다.

02

여성의 인구사회학적 특성

인구학적 특성

인구총조사에 따르면 2010년 기준 우리나라 전체 인구는 약 4천 8백만 명이며, 여성은 전체 인구의 50.3%를 차지하고 있다. 젊은 연령군에서는 남성인구가 많고, 50대 이후 연령군에서는 여성인구가 많은 것으로 나타났다(그림 2-1).

전체 여성인구에서 연령군별 비중을 살펴보면 19세 이하 22%, 20~29세 13%, 30~39세 16%, 40~49세 17%, 50~64세 18%, 65세 이상 14% 수준으로 나타났다(그림 2-2). 여성의 거주지역별 인구분포를 보면 동지역은 읍면과 달리 64세 이하 연령군의 비중이 크며, 읍면지역에서는 65세 이상 여성의 비중이 25.3%로 동지역의 2.5배 수준으로 높은 편이었다(그림 2-3).

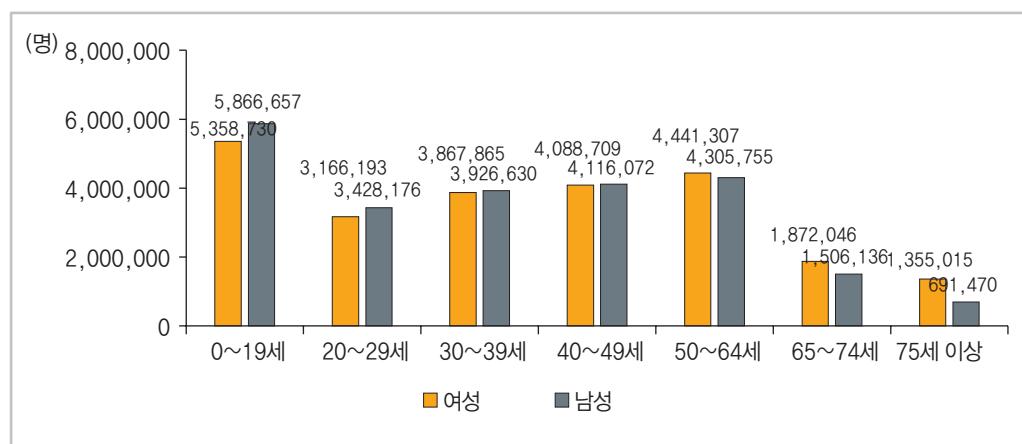


그림 2-1 성, 연령군별 인구수, 2010

자료원: 통계청, 인구총조사(국가통계포털), 2010

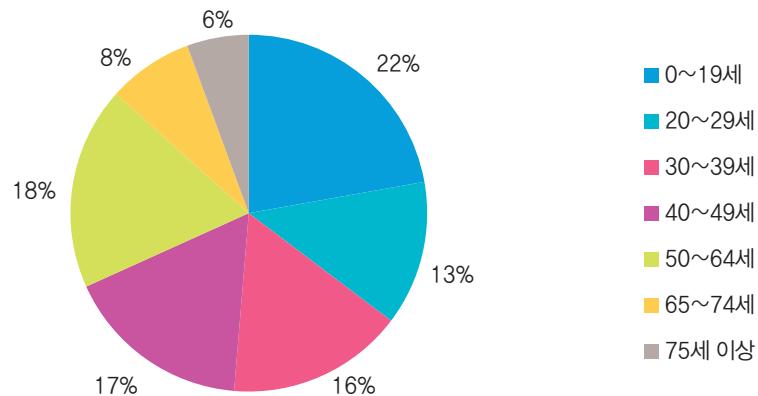


그림 2-2 연령군별 여성인구 분포, 2010

자료원: 통계청, 인구총조사(국가통계포털), 2010

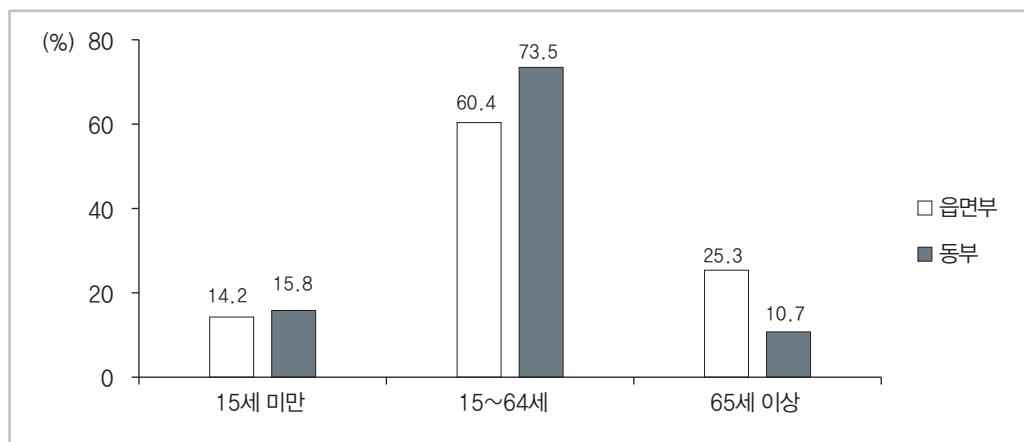


그림 2-3 지역과 연령군별 여성인구 분포, 2010

자료원: 통계청, 인구총조사(국가통계포털), 2010

사회경제적 특성

교육수준을 나타내는 학력은 인적자본을 나타내는 대표적 지표이다. 한국 사회에서 경제 발전과 더불어 여성의 학력이 빠르게 신장되었다. 그 추세는 최근까지도 지속되어서 1990년대에 50%였던 여성의 대학진학률은 2010년 현재 80.5%에 육박한다. 심지어 최근 통계에서는 여성의 대학진학률이 남성을 앞지르고 있다(그림 2-4). 하지만 대학 이후의 고등교육에서는 여전히 성별 격차가 남아 있다. 전공별로 차이는 있지만, 석·박사 졸업생 중 여성의 차지하는 비중은 여전히 낮다. 가장 최근인 2010년 통계에서 석사 졸업자의 여성 비중은 48.5%로 거의 절반에 근접했지만, 박사의 경우는 아직 31.7%에 불과하다(그림 2-5).

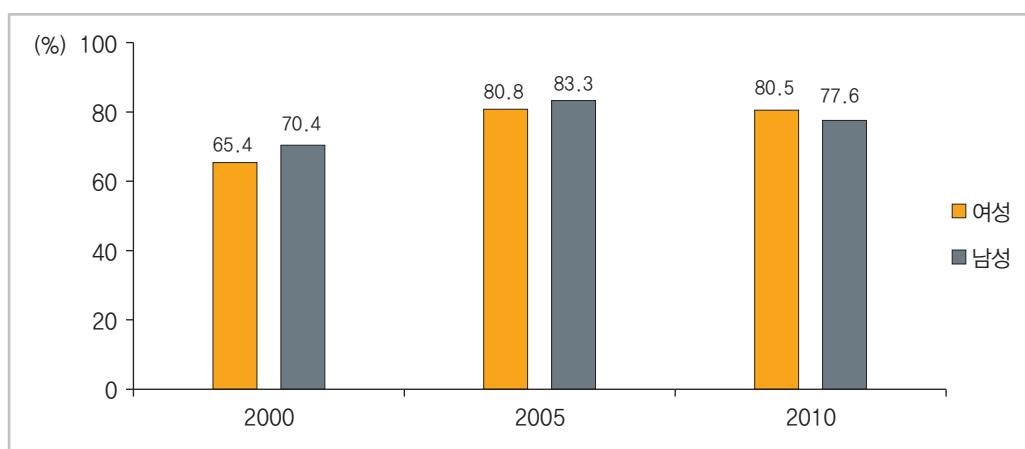


그림 2-4 성별 대학진학률, 2000~2010

자료원: 통계청, 인구총조사(국가통계포털), 2000~2010

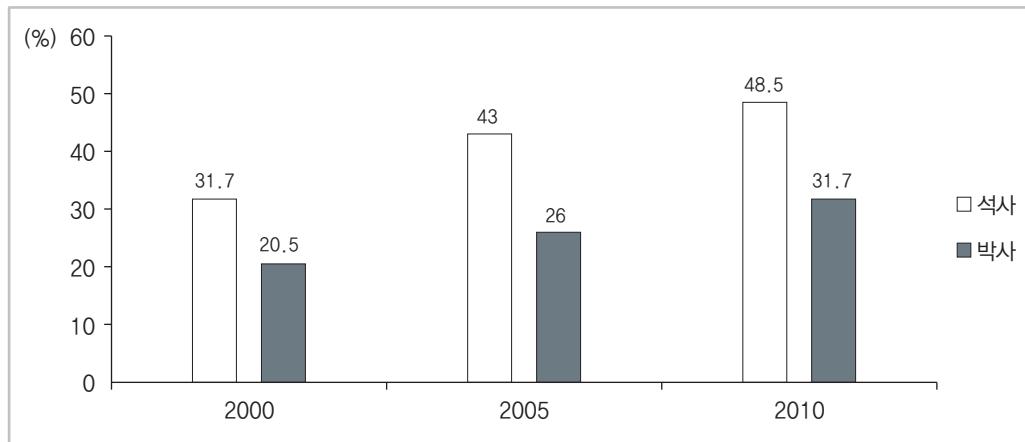


그림 2-5 석·박사 졸업생 중 여성 비중, 2000~2010

자료원: 통계청, 인구총조사(국가통계포털), 2000~2010

여성의 취약한 경제상태는 노동시장과 경제활동을 빼놓고는 이해할 수 없다. 지난 40년 동안 여성의 노동시장 참여는 지속적으로 늘어났다고 하지만, 2010년 현재에도 여성의 경제활동참여율¹은 여전히 49.4%에 머물러 있다(그림 2-6). 이는 덴마크, 아이슬란드, 노르웨이, 스웨덴, 스위스 등에서 여성의 경제활동참여율이 70% 이상을 상회하는 것과 비교해서 낮은 수준이다.²

¹ 경제활동참여율: 15세 이상 인구 중 취업자와 실업자를 포함한 경제활동인구의 비율.

² OECD iLibrary(2010). Gender Indes Gap Report 2010.

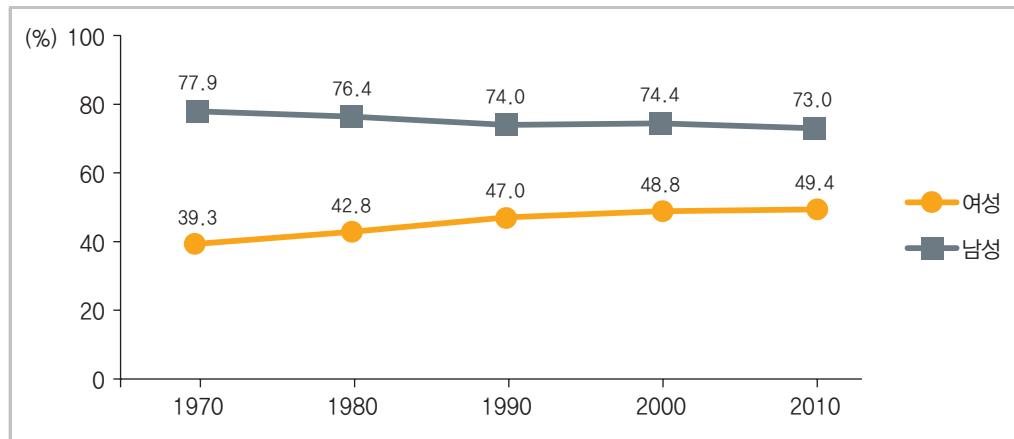


그림 2-6 경제활동참여율의 추이, 1970~2010

자료원: 통계청, 경제활동인구조사(국가통계포털), 2012

이렇게 여성들의 경제활동참여율이 낮은 것은 잘 알려진 대로 출산-육아 시기의 경력 단절과 매우 밀접한 관련이 있다. 실제로 연령별 경제활동참여율을 살펴보면, 30대 초에 급격하게 떨어졌다가 40대에 들어서 일부 회복되지만 남성과의 격차가 상당함을 알 수 있다(그림 2-7).

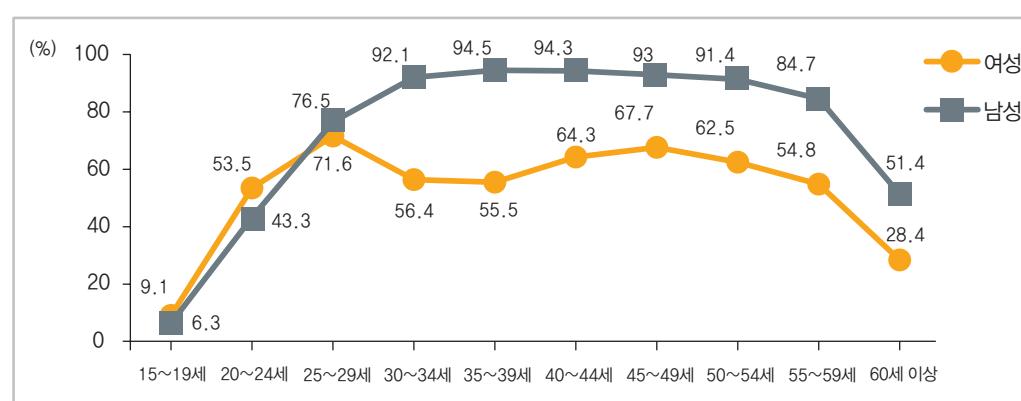


그림 2-7 성별·연령별 경제활동참여율, 2012

자료원: 통계청, 경제활동인구조사(국가통계포털), 2012

결혼과 가구상태

여성의 삶에 영향을 미치는 중요한 구조적 결정요인 중 빼놓을 수 없는 것이 가족관계 혹은 가정생활이다. 지난 30여 년 동안 출산율과 사망률, 결혼 및 이혼율의 변화와 함께 가족 구성도 적지 않은 변화를 겪어왔다. 이를테면 전통적으로 남성 세대주를 중심으로 가구가 구성되던 것에서, 이혼이나 사별, 혹은 취업이나 진학 등으로 독립가구가 늘어나면서 여성 가구주의 비율이 상당히 늘어났다. 2010년 촌서스에 따르면 전체 가구들 중 25.9%의 가구

에서 여성의 가구주의 지위를 차지하고 있다(그림 2-8). 특히 관심을 두어야 할 것은 고령자 1인 가구 문제라 할 수 있다. 여성의 수명이 남성에 비해서 길기 때문에 고령자 1인 가구는 여성의 숫자가 압도적으로 많다. 2010년 현재 1백만 가구 이상이 여성 노인 혼자 거주하는 단독 가구인 것으로 나타났다. 이러한 고령자 1인 가구 중, 특히 경제활동 시기에 안정된 일자리를 갖지 못했을 가능성이 높은 여성 노인 단독 가구의 경우 빈곤 문제가 심각할 것임을 예상할 수 있다(그림 2-9).

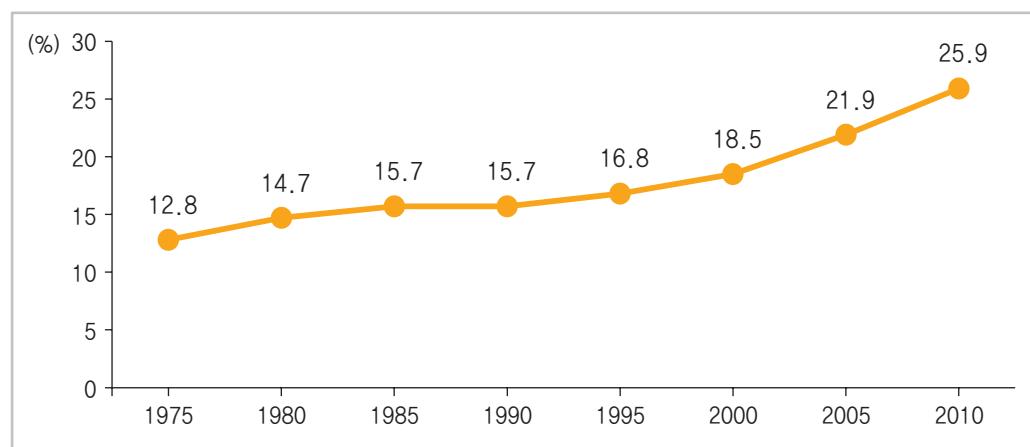


그림 2-8 전체 가구 중 여성 가구주 비율, 1975~2010

자료원: 통계청, 인구총조사(국가통계포털), 2010

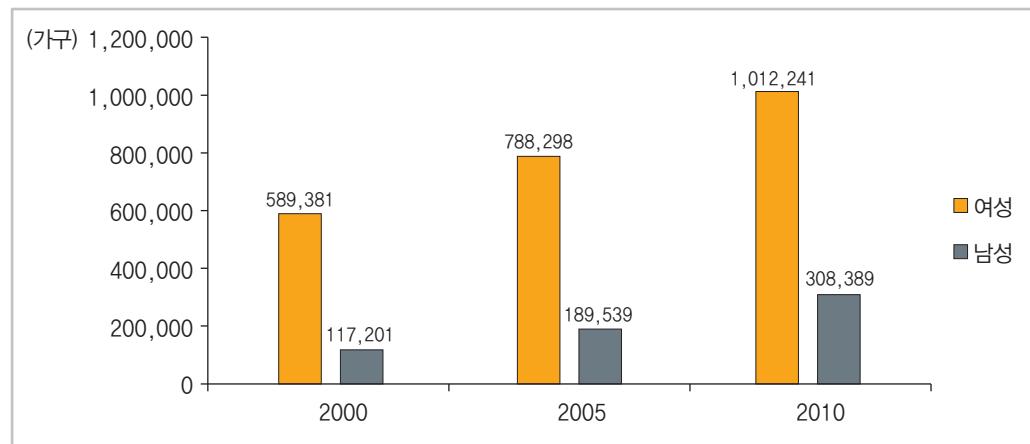
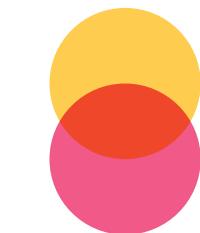


그림 2-9 60세 이상 고령자 1인 가구, 2000~2010

자료원: 통계청, 인구총조사(국가통계포털), 2000~2010

소득수준

가장 직접적인 물질적 조건을 나타내는 소득수준을 살펴볼 때, ‘빈곤의 여성화(feminization of poverty)’ 현상이 뚜렷하게 관찰된다. 이는 불안정 고용과 성별 임금격차로 표현되는 노동시장에서의 열세, 이혼과 사별 등 가족형태의 변화, 공적 보호 장치의 미비와 관련



이 있다. <그림 2-10>에서 드러나듯, 가처분소득을 기준으로 산정한 상대빈곤율³은 최근 10여 년 사이 모든 가구에서 꾸준히 증가했으며, 특히 여성가구주의 빈곤이 두드러진다. 2011년 현재 여성의 가구주인 가구의 32%가 상대빈곤층에 속한다.

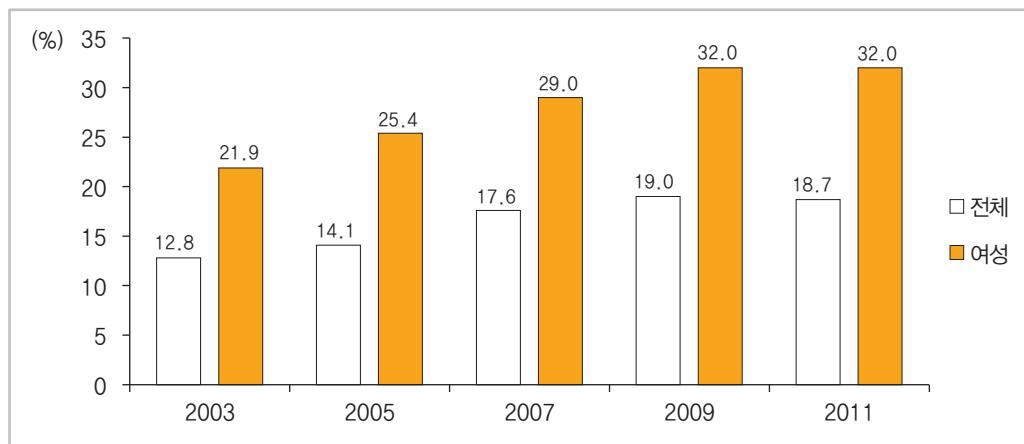


그림 2-10 가처분소득 중위소득을 기준으로 한 가구 상대빈곤율 추이, 2003~2011⁴

자료원: 김문길 · 김태원 · 우선희 · 이서현, 빈곤통계연보, 한국보건사회연구원, 2012

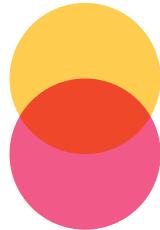
요약

- 여성인구는 2010년 인구총조사에서 전체 인구의 50.3%를 차지하고 있다. 여성인구의 연령군별 분포는, 19세 이하 22%, 20~29세 13%, 30~39세 16%, 40~49세 17%, 50~64세 18%, 65세 이상은 14%로 나타났다.
- 여성의 교육수준은 높은 편이며, 2010년 대학진학율은 80.5% 수준이다. 하지만 대학 이 후의 고등교육에서는 성별 격차가 존재하며, 전공별 차이는 있지만 석 · 박사 졸업생 중 여성의 차지하는 비중이 남성과 비교하여 낮았다.
- 여성의 경제활동참여율은 2010년 현재 49.4%에 머물러 있다. 여성의 연령별 경제활동 참여율은 30대 초에 급격하게 떨어졌다가 40대에 들어서 일부 회복되지만 남성과의 격차가 상당하다.
- 여성 가구주의 비중이 점차 늘어나고 있다. 2010년 인구총조사에 따르면 전체 가구의 25.9% 가구에서 여성의 가구주의 지위를 가지고 있다. 고령자 1인 가구는 여성의 숫자가 많으며, 2010년 현재 1백만 가구 이상이 여성 노인 혼자 거주하는 단독 가구이다.
- ‘빈곤의 여성화’ 현상이 뚜렷하게 관찰된다. 가처분소득을 기준으로 산정한 상대빈곤율은 최근 10여 년 사이 모든 가구에서 꾸준히 증가하였으며, 특히 여성 가구주의 빈곤이 두드러지고 있다.

3 상대빈곤율은 소득이 중위소득(인구를 소득 순으로 나열했을 때, 한가운데에 있는 사람의 소득)의 50% 미만 인 계층이 전체 인구에서 차지하는 비율을 말한다.

4 2003, 2005년은 1인 가구, 농어가 가구 제외, 2006년 이후는 1인 가구 포함, 농어가 가구 제외.

03



전반적인 건강수준 및 만성질환

기대수명과 사망: 기대수명¹⁾

기대수명은 우리나라 국민의 전반적인 건강 상태를 대표하는 지표이다. 기대수명은 국제적 건강을 비교할 때에도 하나의 지표로 이용하고 있다. 우리나라 <국민건강증진종합계획>의 보건정책 목표는 건강수명의 연장이며, 이러한 목표를 측정하기 위해서도 기대수명은 중요한 지표이다.²

2010년 여성의 기대수명은 84.1세였고 남성은 77.2세였다. 2005년 이후 기대수명은 꾸준히 증가하였고 모든 시기 여성의 기대수명이 남성보다 높았다. 여성과 남성 간 기대수명의 차이는 2005년 6.8세, 2010년 6.9세로 유사하였다(그림 3-1). 2012년 우리나라 여성의 기대수명은 84.6세로 OECD 회원국 34개국 중 여섯 번째로 높고, 남성은 77.9세로 22위였다.

남녀 모두 학력 수준에 따라서 30세 기대수명의 격차를 관찰할 수 있었다. 여성에서 학력 수준이 가장 높은 대졸 인구집단과 학력수준이 가장 낮은 중졸 이하 인구집단 간의 30세 기대수명의 차이는 2010년 5.6세였다. 남성에서 학력수준에 따른 격차는 2010년 12.4세로서 여성에 비해 더 큰 격차를 보였다. 동일한 교육수준에서 남녀 간 기대수명의 격차를 비교해보면, 교육수준이 낮은 경우 기대수명의 차이가 더욱 컸다(그림 3-2, 3-3).

1 연도별 기대수명은 통계청의 자료를 활용하였다. 교육수준에 따른 기대수명은 Arriaga(1984)의 방법을 사용하여 산출하였다. 교육수준에 따른 분해는 교육이 완성되는 30세를 기준으로 하였다. 이 방법은 집단 간 기대수명의 차이에 기여하는 요인을 직접 효과, 간접 효과, 교호작용으로 구분하여 분해한다(강영호 등, 2012). 30세 교육수준에 따른 기대수명은 계산법의 차이에 따라서 통계청의 자료값과 차이가 있을 수 있다.

² 보건복지부(2011). 제 3차 국민건강증진 종합계획(2011~2020).

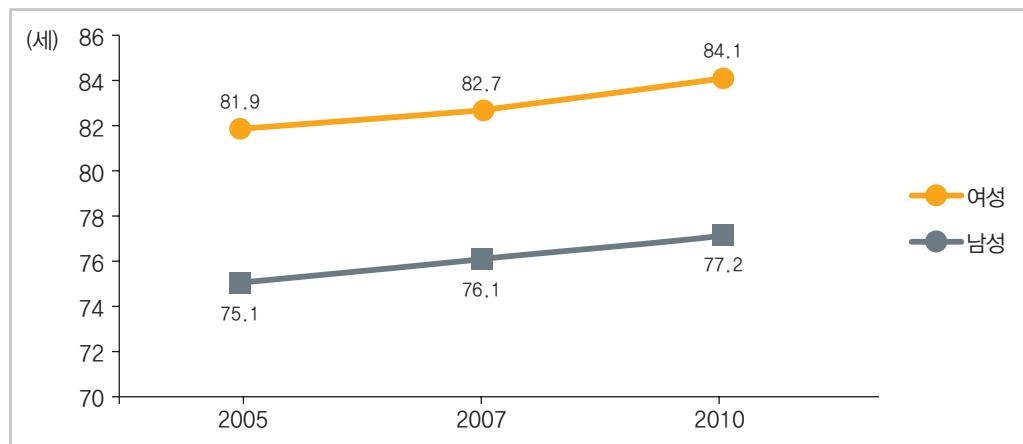


그림 3-1 남녀 기대수명, 2005~2010

자료원: 통계청, 기대수명, 2005~2010

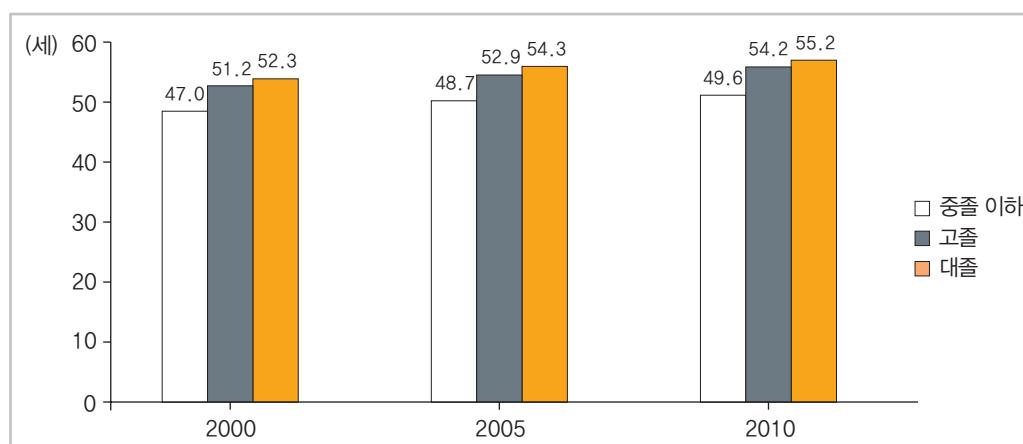


그림 3-2 여성 교육수준별 30세 기대수명, 2000~2010

자료원: 통계청, 사망원인통계, 주민등록인구, 인구주택총조사, 2000~2010

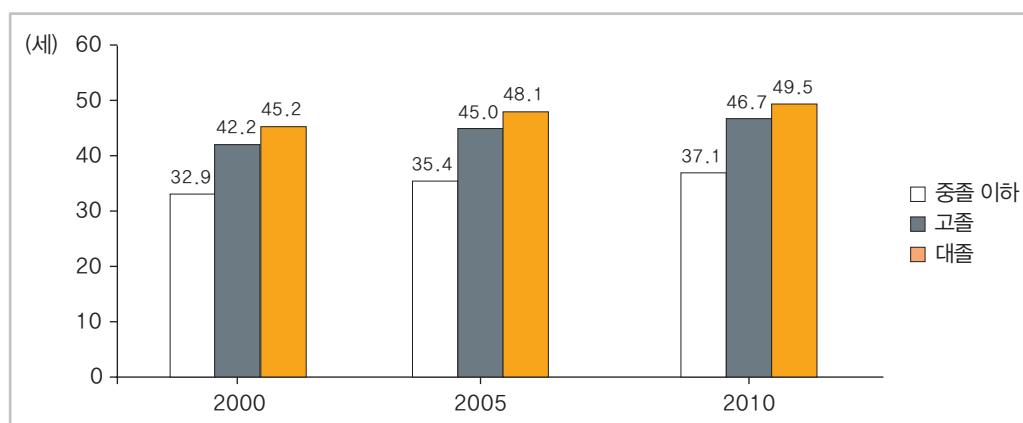


그림 3-3 남성 교육수준별 30세 기대수명, 2000~2010

자료원: 통계청, 사망원인통계, 주민등록인구, 인구주택총조사, 2000~2010

기대수명과 사망: 주요 사망원인³

사망은 가장 기본적인 건강결과 지표이며 사인별 사망률의 변화를 통해 국내 질병 및 사망 양상의 변동을 파악할 수 있다.

지난 10년간(2002~2011) 남녀 모두 사망률은 감소하였는데, 2011년 여성의 10만 명당 사망률은 299.5명, 남성은 600.5명으로 여성의 사망률이 남성에 비해 낮았다(그림 3-4).

<그림 3-5>는 2011년 주요 10대 사망원인에 따라서 연령표준화 사망률을 성별로 제시한 것이다. 고혈압성 질환을 제외하고 모든 사망원인별로 남성에 비해 여성의 사망률이 낮았다.

지난 10년간 여성에서 10대 주요 사망원인별 변화를 <그림 3-6>에 제시하였다. 여성에서 2002년 대비 2011년의 사망률은 거의 대부분의 사망원인에서 감소한 반면, 자살 사망의 경우 2002년 10만 명당 11.2명의 수준에서 2011년 18.9명으로 10만 명당 7.7명의 사망률 증가(약 68%)를 나타내었고, 폐렴의 경우는 2002년 10만 명당 5.1명에서 2011년 9.6명으로 2002년 대비 4.5명(약 88%) 증가하였다.

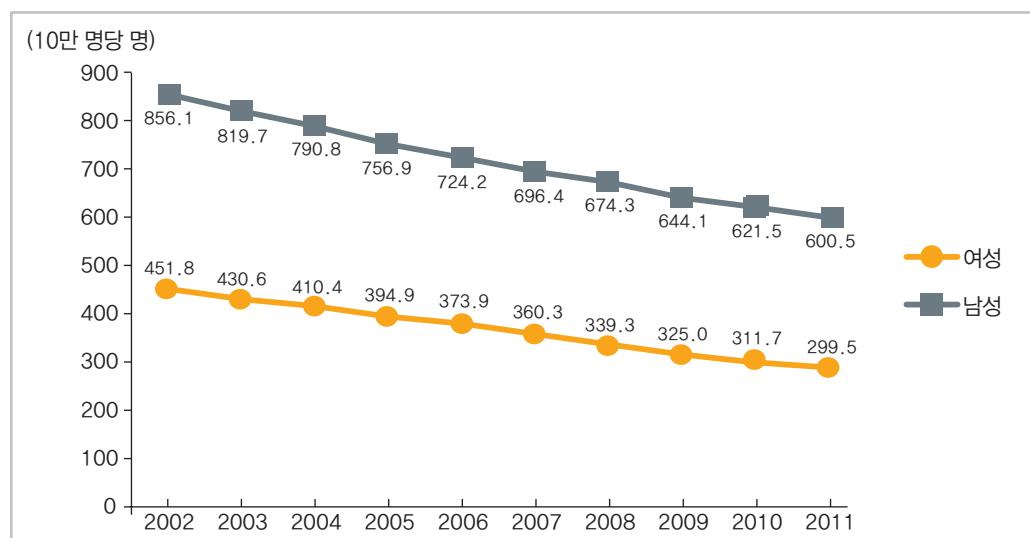


그림 3-4 성별 연령표준화 사망률, 2002~2011

자료원: 통계청, 사망원인통계, 주민등록인구, 2002~2011

주: 2005년 인구주택총조사 5세 단위 인구를 이용하여 연령표준화함

³ 각 시기 통계청 주민등록인구를 이용한 인구수를 분모로 하고 각 시기 통계청 사망자료를 이용한 사망자의 수를 분자로 하여 사망률을 산출함. 원인별 사망률은 분모는 주민등록인구를 이용한 인구수로 하되, 분자는 각 원인별 사망자 수로 하여 산출함.

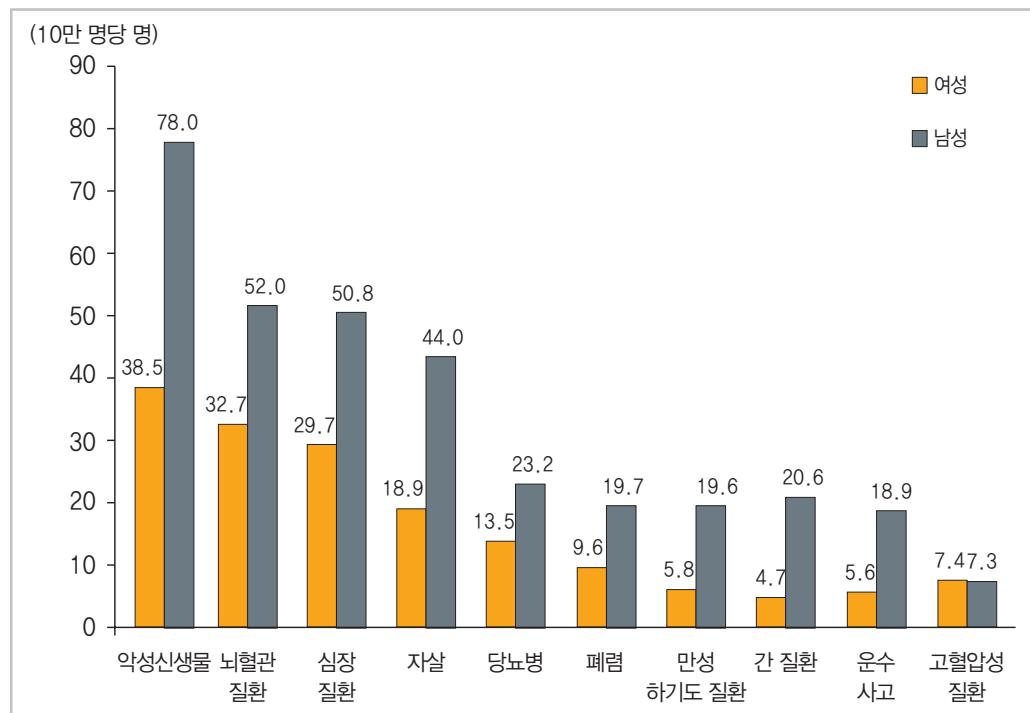


그림 3-5 성별 10대 사망원인별 연령표준화 사망률, 2011

자료원: 통계청, 사망원인통계, 주민등록인구, 2011

주: 2005년 인구주택총조사 5세 단위 인구를 이용하여 연령표준화함

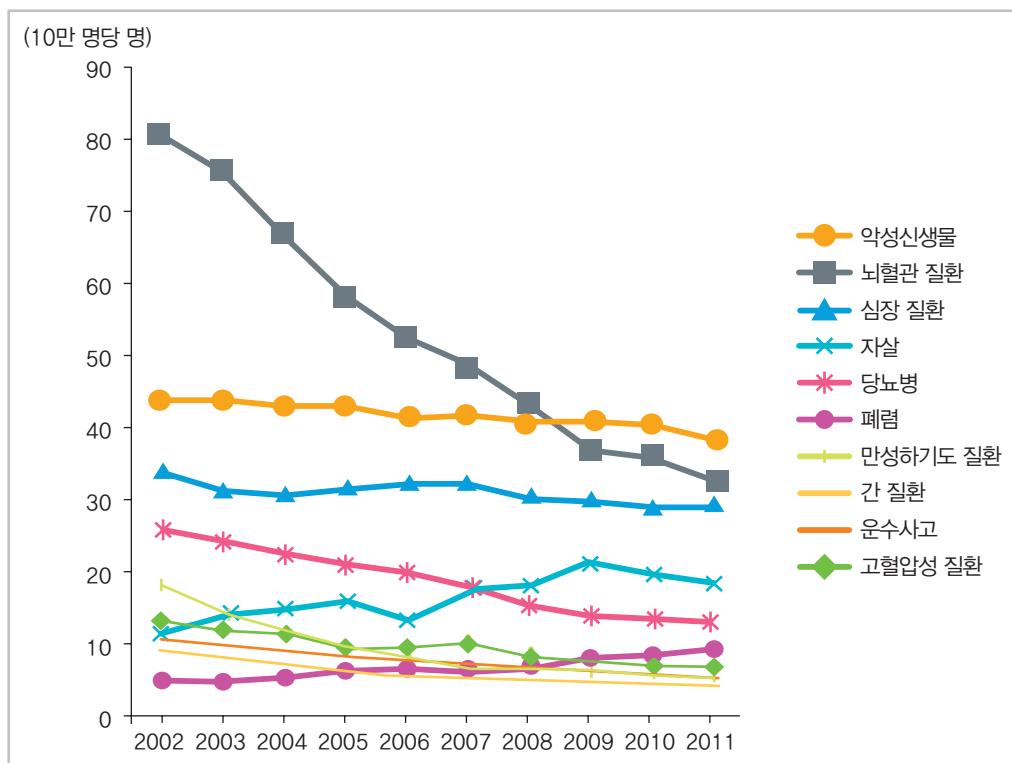


그림 3-6 여성 사망원인별 연령표준화 사망률, 2002~2011

자료원: 통계청, 사망원인통계, 주민등록인구, 2002~2011

주: 2005년 인구주택총조사 5세 단위 인구를 이용하여 연령표준화함

2011년 여성의 생애주기별 각 사망원인이 기여하는 분율을 비례사망분율로 제시하였다(그림 3-7). 연령구분에 따라서 비례사망분율에 차이가 나타났는데, 15세 미만 연령대에서는 악성신생물이 주요 사망원인이었고, 15~44세 연령대에서는 자살이 가장 많은 분율을 차지하였다. 45세 이상 연령대에서는 악성신생물, 뇌혈관 질환, 심장 질환 등 만성질환이 큰 분율을 차지하였다.

모든 사망원인별로 남성에 비해 여성의 사망률이 낮은 양상을 나타내었으나, 비례사망분율을 통해 살펴볼 때 65세 이상 인구집단에서 뇌혈관 질환과 심장 질환의 비례사망분율은 여성이 남성보다 더 큰 양상인 것을 확인할 수 있었다.

2011년 65세 이상 인구에서 악성신생물, 당뇨병, 심장 질환 및 뇌혈관 질환 사망원인별 사망률을 남녀 간 비교하였을 때(그림 3-8), 악성신생물의 경우 남성의 사망률이 2배 가량 높은 차이를 나타내지만 심장 질환의 경우 10만 명당 여성 344.6명, 남성 343.7명, 뇌혈관 질환의 경우 여성 350.2명, 남성 397.0명으로 남성과 비슷한 사망 수준을 나타내었다.

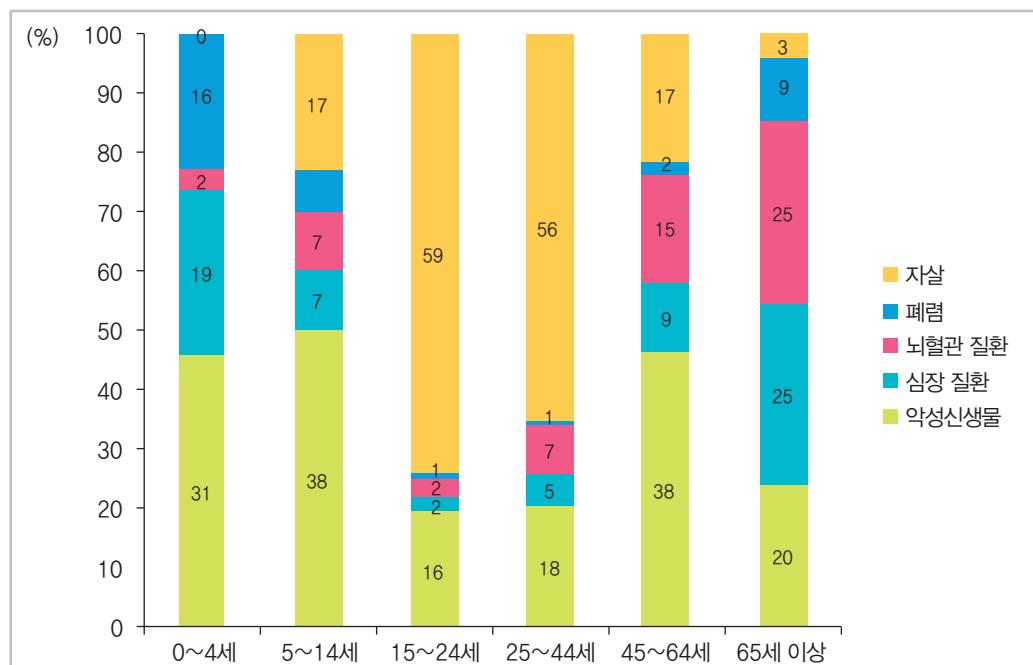


그림 3-7 여성 주요 사망원인 비례사망분율, 2011

자료원: 통계청, 사망원인통계, 주민등록인구, 2011

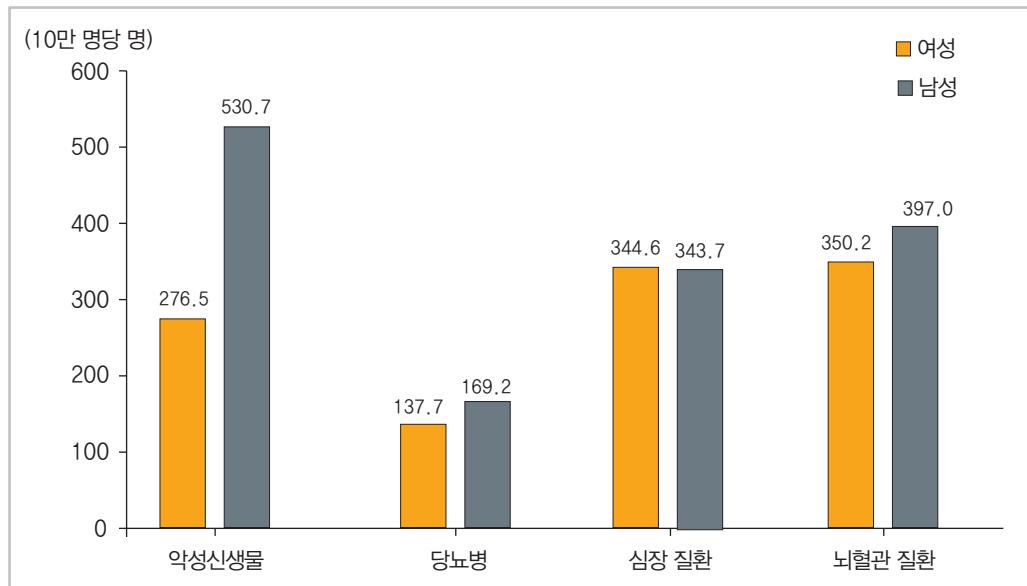


그림 3-8 65세 이상 인구 성별 악성신생물, 당뇨병, 심장 질환 및 뇌혈관 질환 사망률, 2011

자료원: 통계청, 사망원인통계, 주민등록인구, 2011

주: 2005년 인구주택총조사 5세 단위 인구를 이용하여 연령표준화함

전반적 건강수준: 자가평가 건강수준⁴

스스로 평가한 건강수준은 전반적인 건강을 나타내는 대표적인 지표이다. 개인이 주관적으로 평가하지만 사망률과 같은 객관적인 지표를 잘 예측하여⁵ 우리나라에서도 전반적 건강수준을 반영하는 유용한 지표로 이용되고 있다.^{6,7}

19세 이상 여성에서 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 분율은 지난 10년간 증가하였는데 2007~2009년 23.4%로 같은 기간 남성의 16.6%에 비해 높았다(그림 3-9).

연령이 높을수록 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 분율이 커졌는데, 2007~2009년 25~44세 연령에서 16.8%였으나 65세 이상 연령군에서 47.3%가 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답하였다. 45~64세 중년 인구집단과 특히 65세 이상 노인 인구집단에서 여성의 자가평가 건강수준이 나쁜 비율이 남성에 비해 1.5~2배 가량 더 컸다. 지난 10년간 45세 미만의 젊은 연령대에서 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 분율이 큰 폭으로 증가

⁴ 자가평가 건강수준이 나쁘거나 매우 나쁘다고 응답한 경우를 분자로 자가평가 건강수준이 나쁜 분율로 산출하였음.

⁵ Idler EL., Benyamin Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997;38:21-37.

⁶ Khang YH, Lynch JW, Yun S, Lee SI. Trends in socioeconomic health inequalities in Korea: use of mortality and morbidity measures. *J Epidemiol Community Health.* 2005;58(4):308-14.

⁷ Jee SH, Ohrr HC, Kim IS. Self rated health and mortality in elderly-Kangwha cohort, 8-years follow up-Korean. *J of Epidemiol.* 1994;16(2):172-180.

하였다. 여성의 경우 19~24세 연령집단에서 2001년 2.9%, 2005년 5.9%, 2007~2009년 15.1%로 자가평가 건강수준이 나쁘고 분율을 나타내었고, 25~44세 연령집단에서는 각각 7.0%, 8.9%, 16.8%로 2005년에서 2007~2009년 사이에 큰 증가를 보였다(그림 3-10).

자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 분율의 교육수준에 따른 격차는 남녀 모두 관찰되었으나 여성에서 더 계단형의 결과를 보였다. 즉, 중졸 이하 학력에서 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 분율은 24%였는데, 고졸의 경우 18.2%, 대졸 이상에서는 14.8%로 순차적으로 감소하였다(그림 3-11).

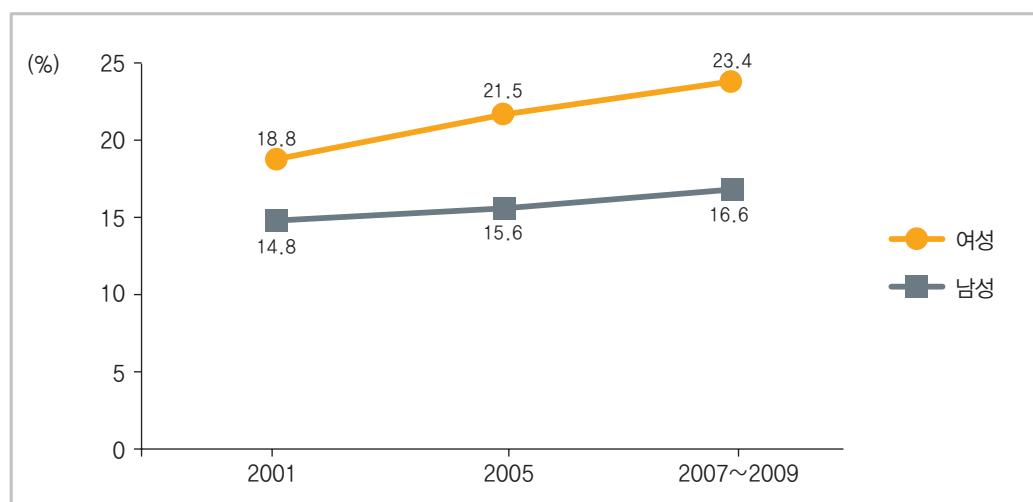


그림 3-9 성별 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 분율, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

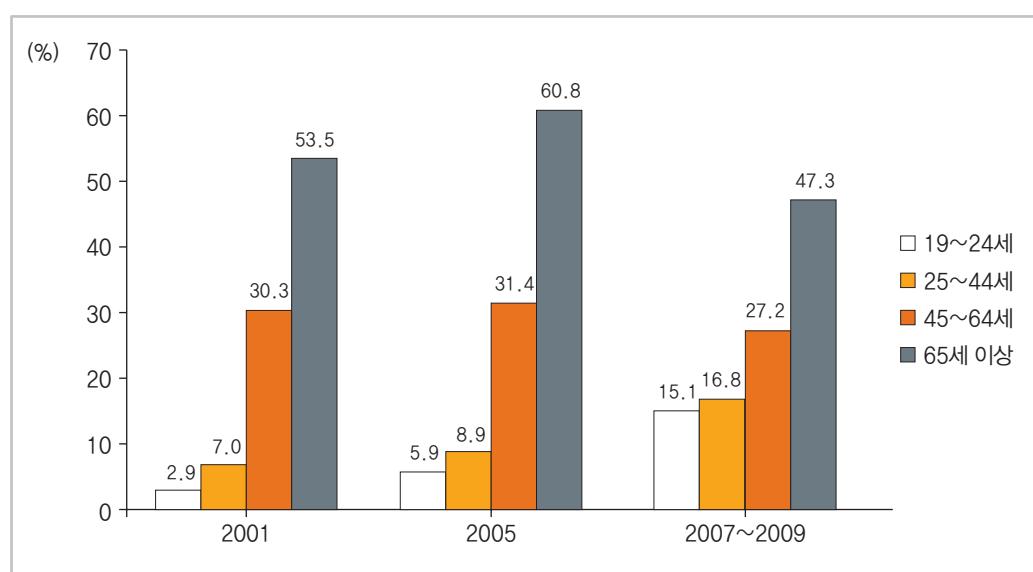


그림 3-10 여성 연령별 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 분율, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

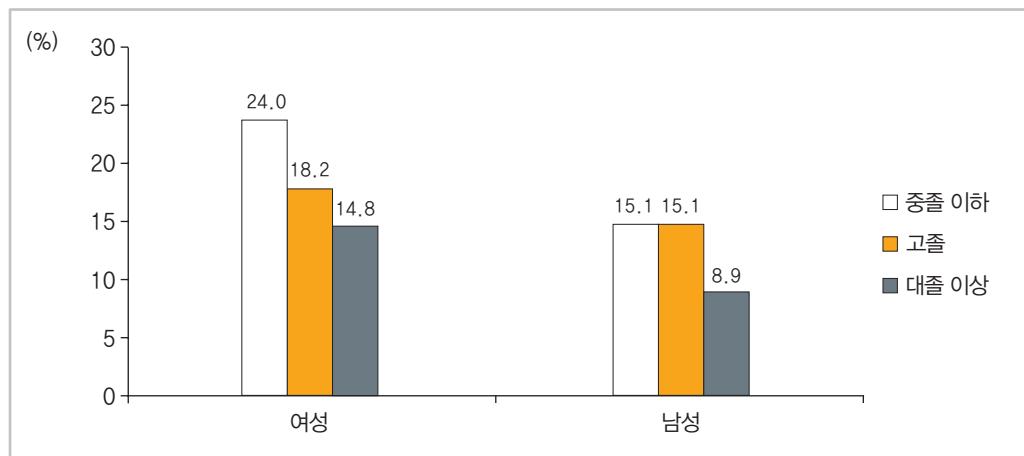


그림 3-11 19세 이상 64세 이하 성인 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 분율, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

전반적 건강수준: 활동제한⁸

세계보건기구는 활동제한(activity limitation)을 일상적인 행위나 임무 활동과정에서 개인이 가지게 되는 어려움으로 정의하였다. 활동제한은 심리적, 생리적, 해부학적 기능이상을 의미하는 기능장애(impairment)와 기능장애가 장기간 지속될 때를 의미하는 장애(disability)와 구별할 수 있다.

활동제한율은 2007년~2009년 여성에서 14.2%였고, 남성에서는 10.3으로 여성의 활동제한율이 더 높았다(그림 3-12).

남녀 모두 연령의 증가에 따라 활동제한율의 증가가 관찰되었다. 2007~2009년 여성의 활동제한율은 45~64세 19.0%, 65세 이상 46.9% 수준으로 각 시기별 동일 연령집단에서 여성의 활동제한율이 남성에 비해 더 컸다(그림 3-13).

19세 이상 64세 이하 성인에서 교육수준이 낮아질수록 활동제한율이 남녀 모두 순차적으로 커졌다. 고졸과 대졸 이상 학력 집단에서는 여성의 활동제한율이 남성에 비해 더 컸는데, 중졸 이하 학력 집단에서는 남성 14.3%, 여성 11.3%로 남성이 더 크게 나타났다(그림 3-14).

8 〈국민건강영양조사〉 설문조사에서 현재 활동제한이 있다고 응답한 분율.

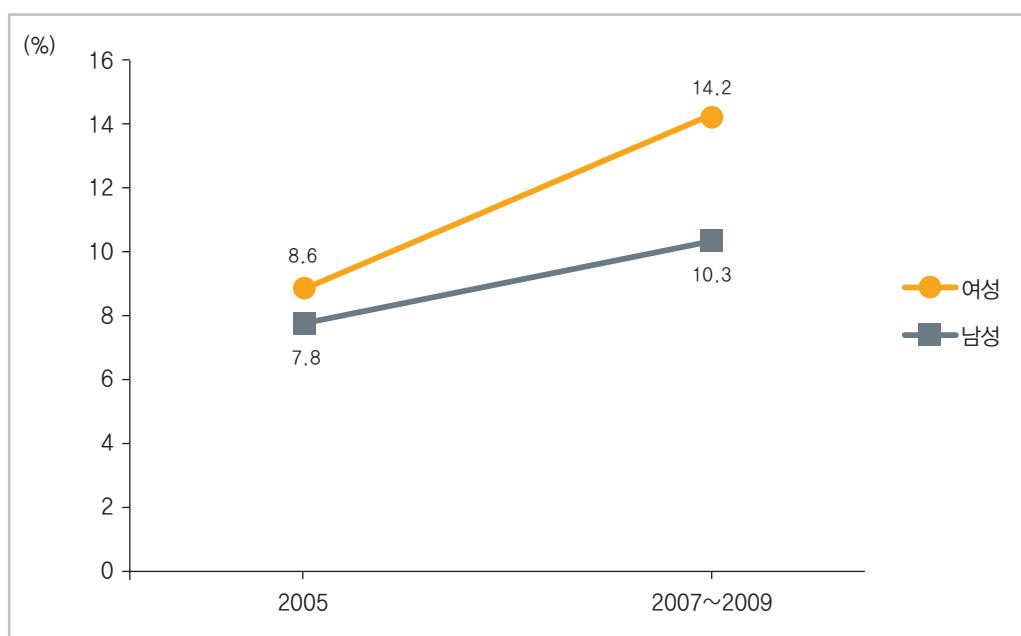


그림 3-12 성별 활동제한율 추이, 2005~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2005~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

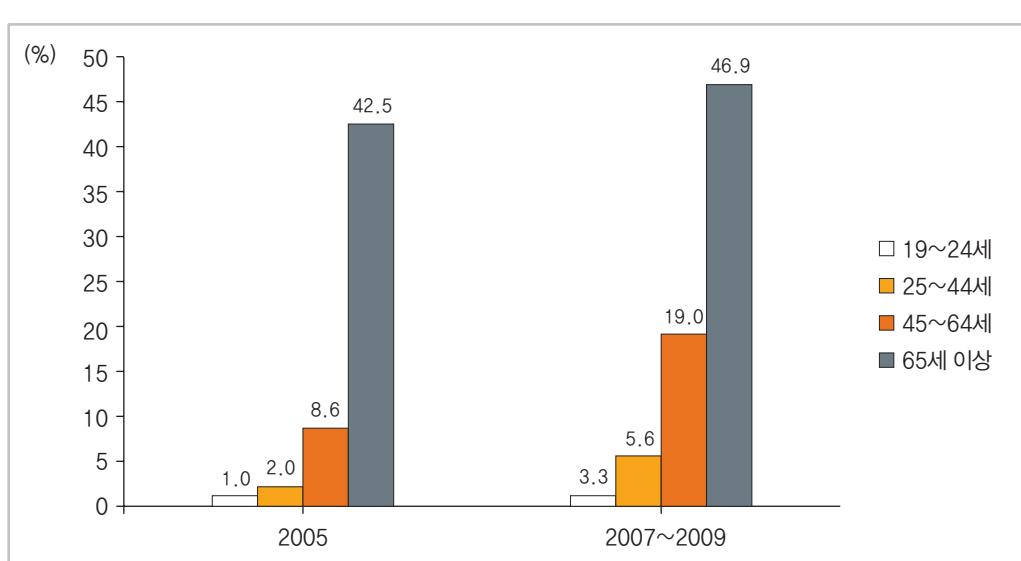
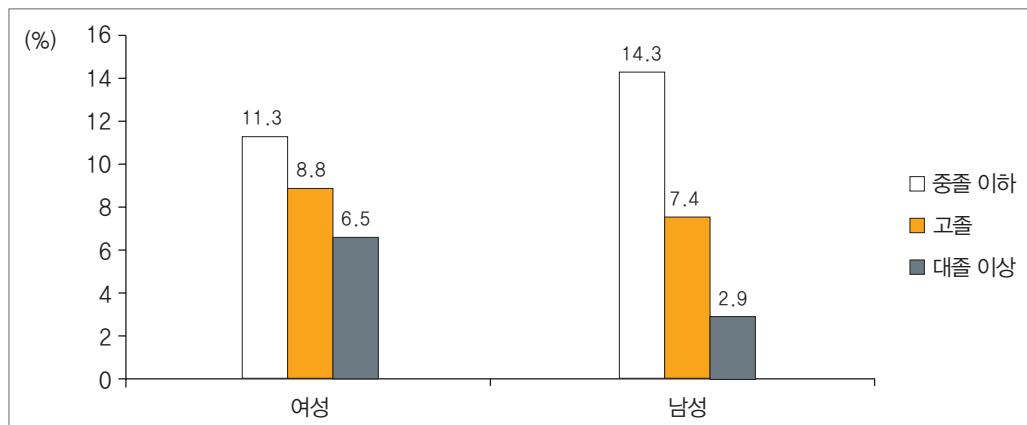


그림 3-13 여성 연령별 활동제한율, 2005~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2005~2009

**그림 3-14** 19세 이상 64세 이하 성인의 성별·교육수준별 활동제한율, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

전반적 건강수준: 삶의 질⁹

삶의 질은 개인의 육체적 건강, 정신상태, 사회관계를 포괄하여 문화, 사회, 환경 부문 전체를 아우르는 포괄적 개념이다. 세계보건기구는 삶의 질(quality of life)을 자신이 속한 집단의 문화 및 가치 체계 안에서 자신의 지위에 대한 개인의 인식 정도로 정의한다.

삶의 질은 <국민건강영양조사>에서 2005년, 2007~2009년 측정한 삶의 질 설문지(EQ-5D)를 활용하여 점수의 평균값으로 평가하였다. 2005년 여성의 삶의 질 점수는 0.916에서 2007~2009년 0.904로 약간 감소하였고 남성에 비해 점수가 낮은 양상이었다(그림 3-15).

고연령층의 삶의 질 점수가 다른 연령층에 비해 남녀 모두 낮았고, 남녀 사이의 삶의 질 점수 차이도 고연령층에서 가장 크게 나타났다(그림 3-16).

남녀 모두 교육수준이 높은 집단에서 삶의 질 점수가 높았다(그림 3-17).

⁹ 제3기 조사부터 도입한 EQ(EuroQol) 설문을 이용하여 <2007년 삶의 질 조사도구의 질 가중치 추정 연구>에 근거하여 EQ-5D 점수를 계산하여 산출하였다.

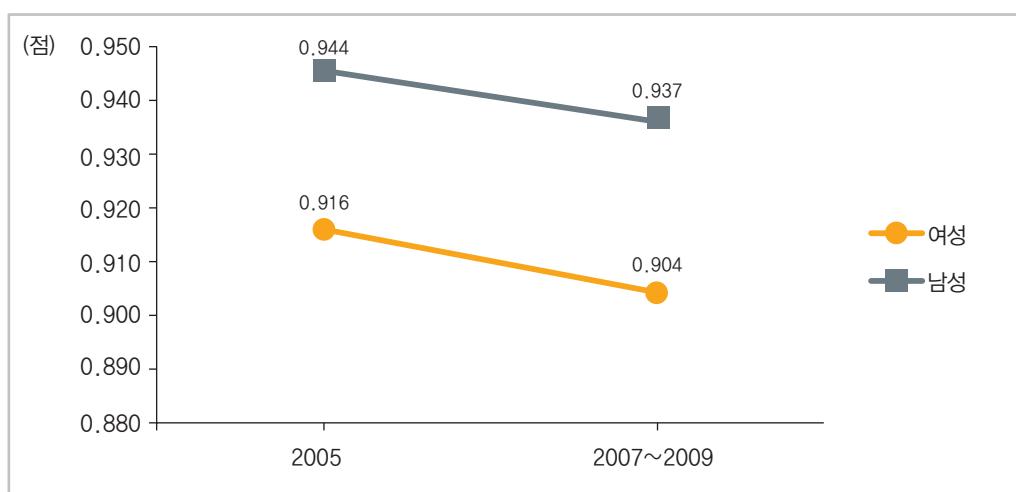


그림 3-15 성별 삶의 질 점수, 2005~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2005~2009

산출방법: 삶의 질 점수의 평균을 통계적으로 연령을 고려하여 계산함

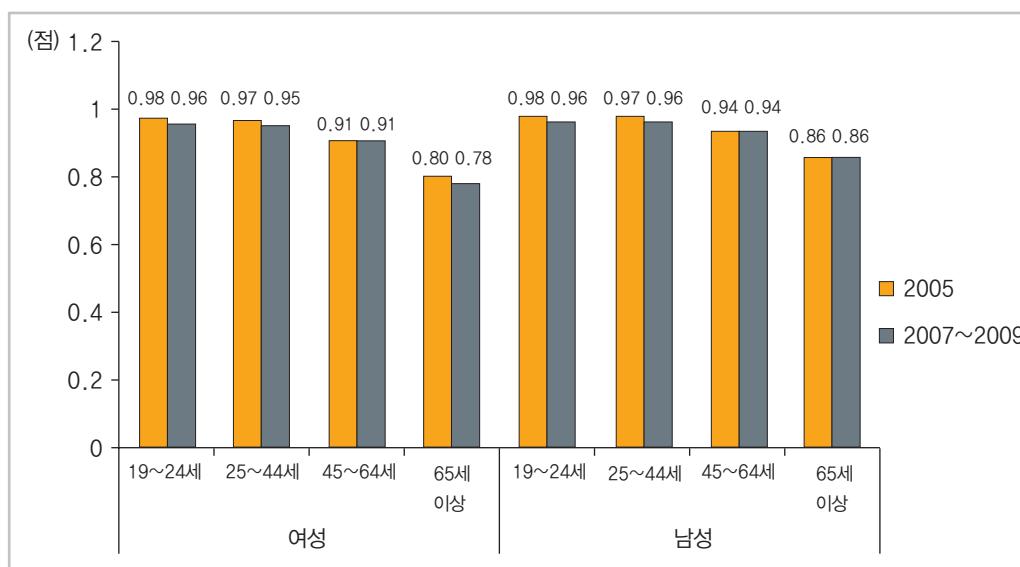
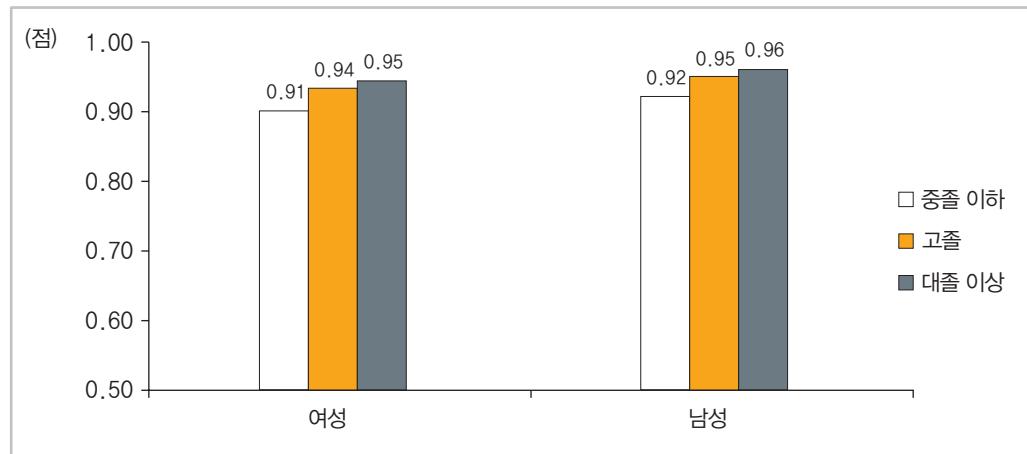


그림 3-16 성별 연령별 삶의 질 점수, 2005~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2005~2009

산출방법: 삶의 질 점수의 평균을 통계적으로 연령을 고려하여 계산함

**그림 3-17** 19세 이상 64세 이하 성인의 성별·교육수준별 연령보정 삶의 질 점수

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

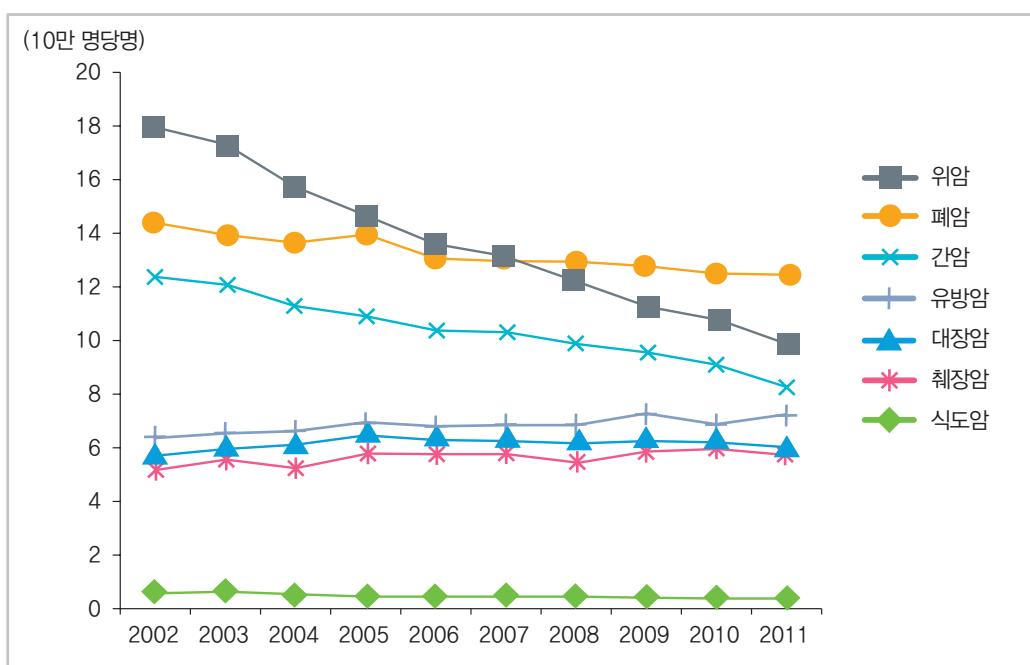
산출방법: 삶의 질 점수의 평균을 통계적으로 연령을 고려하여 계산함

만성질환 현황: 암¹⁰

국내 암 사망률은 전체 사망원인 중 1위로 지난 20년간 가장 높은 순위를 차지하였다. 의료기술의 발전과 암 진단 기술의 향상에 따라 유병률의 증가가 예상된다.

〈그림 3-18〉은 여성에서 2002~2011년 일부 주요 암종의 연령표준화 사망률의 추세를 나타낸 것이다. 여성의 경우 식도암, 대장암 및 췌장암의 사망률은 큰 변화가 없었으나, 위암의 경우 2002년 10만 명당 사망률이 17.9명에서 2011년 10만 명당 10.8명 수준으로 큰 폭으로 감소하였다. 간암의 경우도 2002년 10만 명당 12.4명에서 2011년 9.0명 수준으로 감소하였다. 2010년 여성의 암 사망률은 폐암, 위암, 간암, 유방암, 대장암의 순서였다(표 3-1). 폐암의 경우 흡연이 가장 큰 원인으로 꼽히는 암종이나 여성에게서 사망률 1순위를 차지하고 있으며 발생률과 유병률에서도 주요 순위를 차지하고 있어서 여성에게서도 강조될 필요가 있는 암종이다. 여성 흡연율의 증가 및 흡연양상의 변화도 중요한 원인일 수 있으나, 남성과 비교하여 흡연율이 상대적으로 매우 낮기 때문에 간접흡연 등이 중요한 노출 원인으로 제기될 수 있다.

10 암사망률의 경우 주민등록인구와 사망자료를 이용하여 산출하였음. 암발생률과 유병률의 경우 암등록자료와 암통계연보를 2차 자료로 활용하였음.

**그림 3-18** 여성에서 주요 암종별 연령표준화 사망률, 2002~2011

자료원: 통계청, 사망원인통계, 주민등록인구, 2002~2011

주: 2005년 인구주택총조사 5세 단위 인구를 이용하여 연령표준화함

표 3-1 2010년 여성 암 사망률, 유병률, 발생률의 5대 원인¹¹

순위	사망률	유병률	발생률
1	폐암	유방암	유방암
2	위암	위암	대장암
3	간암	대장암	위암
4	유방암	자궁경부암	폐암
5	대장암	폐암	간암

자료원: 중앙 암 등록본부, 2010년 국가 암 등록 통계, 2012

여성에게서 발생률이 높은 암종은 갑상샘암을 제외하고 유방암, 대장암, 위암, 폐암, 간암의 순서였으며, 유병률은 유방암, 위암, 대장암, 자궁경부암, 폐암의 순서였다. 유방암의 경우 발생률과 유병률에서 모두 1위를 차지하였는데, 상대적으로 사망률이 낮아 치료 및 의료에 의한 생존율이 다른 암종에 비해 높은 것으로 생각된다. 그러나 여성에게서 특이적인 암종이면서 발생률과 유병률이 높은 암종이기 때문에 지속적인 관심이 요구된다. 자궁경부암은 2010년 10만 명당 114.6명의 유병률을 보여 유방암의 3분의 1 수준이었고(그림 3-19), 지난 10년간 약간 감소하는 양상을 보였다.

¹¹ 유병률과 발생률의 경우 갑상샘암 제외.

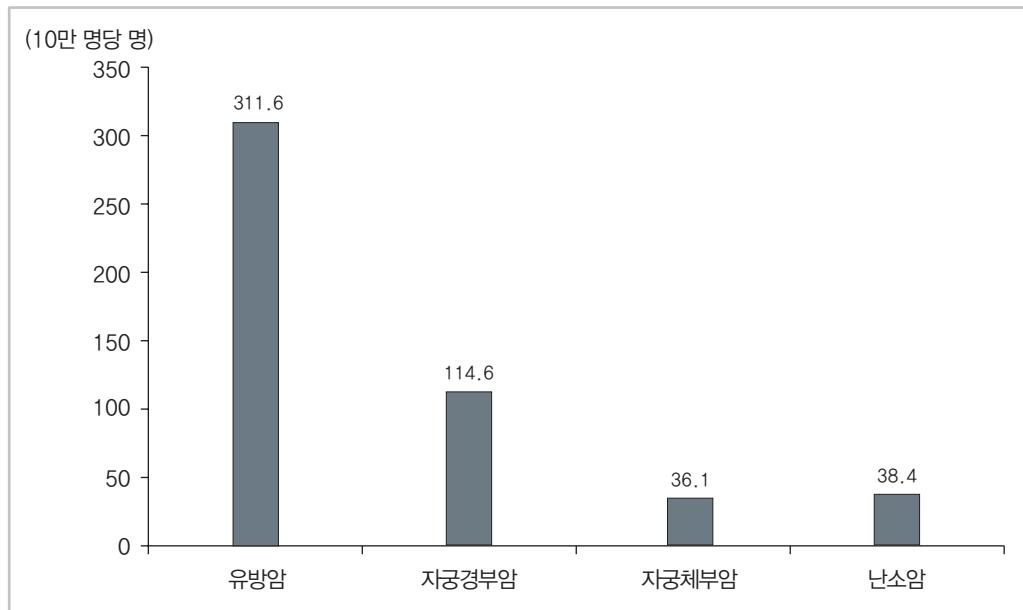


그림 3-19 여성암 유병률, 2010

자료원: 암통계연보, 2010

주: 2000년 주민등록 연방인구를 이용하여 연령표준화함

만성질환 현황: 고혈압¹²

2012년 세계보건기구는 다양한 근거를 종합해서 전 세계적 질병부담을 추산하였는데 2010년 기준 여성의 건강수명(DALYs)¹³에 영향을 미치는 질병의 1순위는 뇌졸중, 4위는 당뇨, 6위는 혀혈성 심장 질환이 차지하였고, 남성의 경우 1순위는 뇌졸중, 6위는 당뇨, 8위는 혀혈성 심장 질환으로 나타났다. 국내에서 전향적 연구설계를 통해 밝힌 바, 남성의 소득에 따른 총 사망과 심혈관 질환 사망의 불평등에 고혈압, 당뇨, 고콜레스테롤혈증이 영향을 미쳤다.

여성의 연령표준화 의사진단 고혈압 유병률은 2001년, 2005년 각각 8.1%, 12.9%로 남성과 유사하였으나, 2007~2009년에는 남성이 15.3%로 여성의 13.6%에 비해 높게 나타났다(그림 3-20).

여성에서 연령이 증가할수록 의사진단 고혈압 유병률이 증가하였으며, 특히 65세 이상 인구의 의사진단 고혈압 유병률은 2001년 27.7%, 2005년 45.5%, 2007~2009년 53.2%로 점차 증가하고 있다(그림 3-21). 19세 이상 64세 이하 여성에서 학력수준에 따른 의사진단 고혈압 유병률은 학력이 높을수록 감소하여 남성과는 다른 양상을 보였다(그림 3-22).

12 설문조사에서 의사에게 고혈압을 진단받은 분율로써 의사진단 고혈압 유병률을 산출하였음.

13 건강수명(Disability-Adjusted Life Year: DALYs)은 평균 수명에서 질병으로 몸이 아픈 기간을 제외한 기간을 이름.

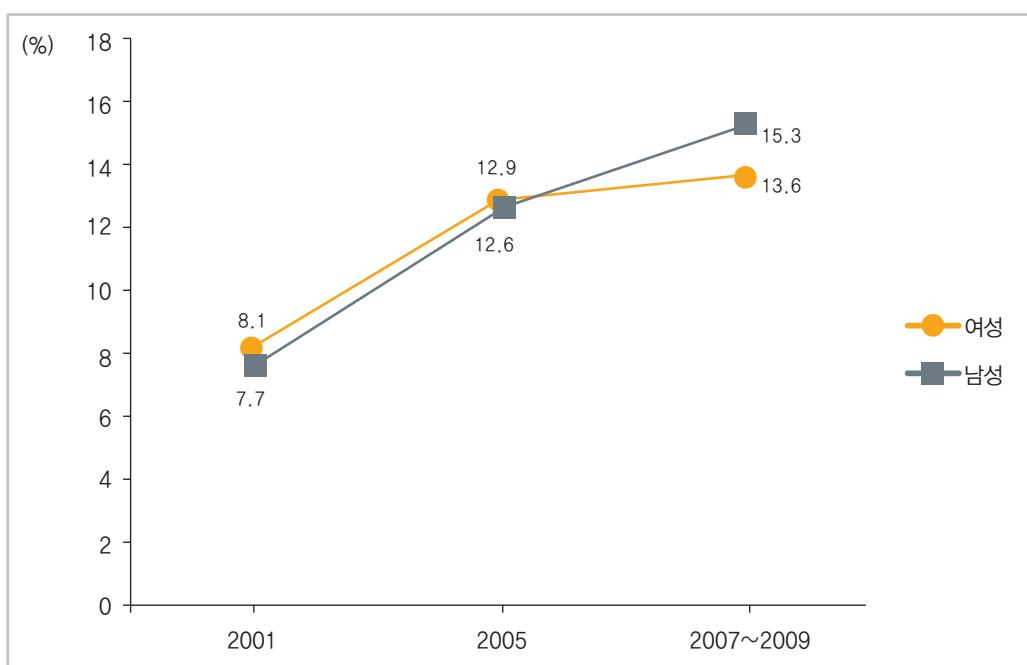


그림 3-20 19세 이상 성인 의사진단 고혈압 추이, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

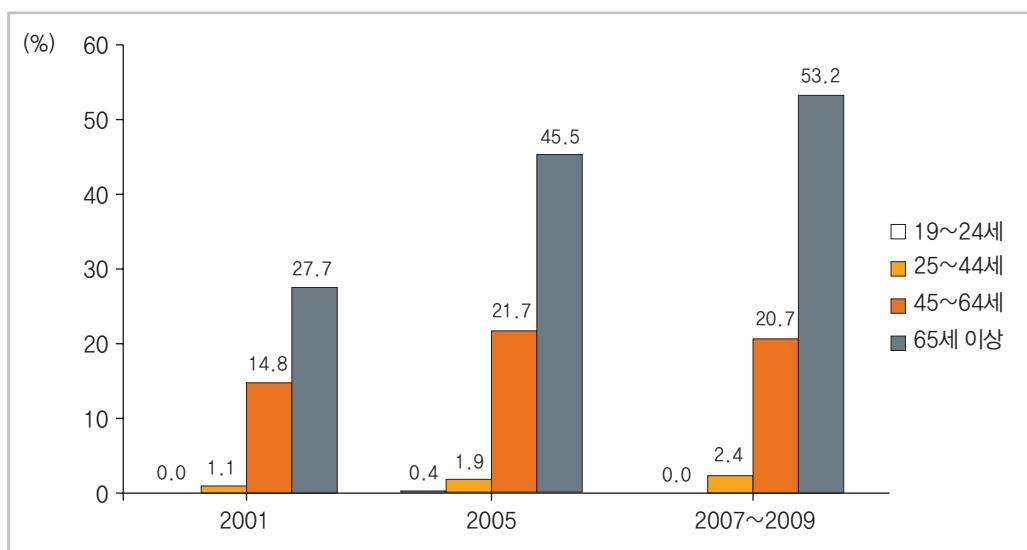


그림 3-21 여성 연령별 의사진단 고혈압, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

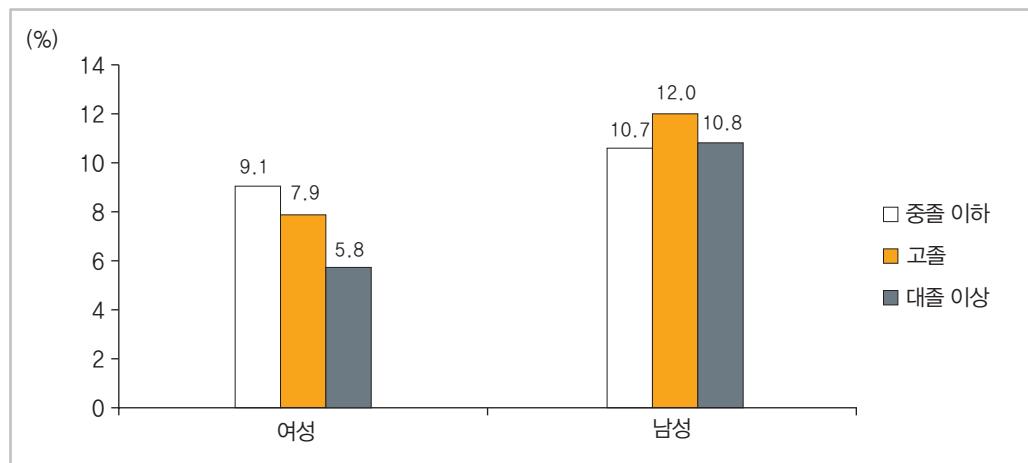


그림 3-22 19세 이상 64세 이하 성인의 성별 · 교육수준별 의사진단 고혈압, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

만성질환 현황: 당뇨¹⁴

여성에서 의사진단 당뇨병 유병률은 2001년, 2005년, 2007~2009년 각각 3.2%, 4.5%, 5.2%로 시기의 증가에 따라 증가하였고, 남성은 각각 3.8%, 5.8%, 5.9%로 여성에 비해 각 연도별로 더 높았으나, 2005년에서 2007~2009년 사이 유병률이 정체되는 양상이었다(그림 3-23).

의사진단 당뇨병 유병률은 연령의 증가에 따라 증가하였으며, 특히 65세 이상 여성의 유병률은 2001년 10.0%, 2005년 16.2%, 2007~2009년 18.4%로 점차 증가하였다(그림 3-24).

65세 미만 연령군에서 교육수준에 따른 의사진단 당뇨병의 유병률은 학력이 높아짐에 따라 선형적으로 감소하는 양상을 나타내었다(그림 3-25).

14 설문조사에서 의사에게 당뇨를 진단받은 분율로써 의사진단 당뇨 유병률을 산출하였음.

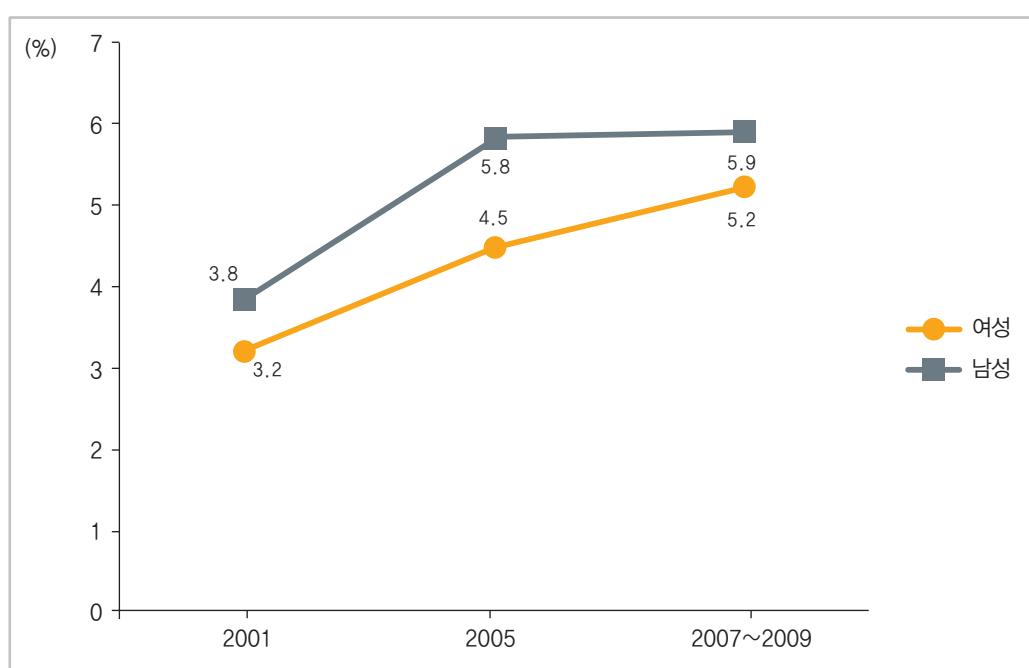


그림 3-23 19세 이상 성인 의사진단 당뇨병 유병률 추이, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

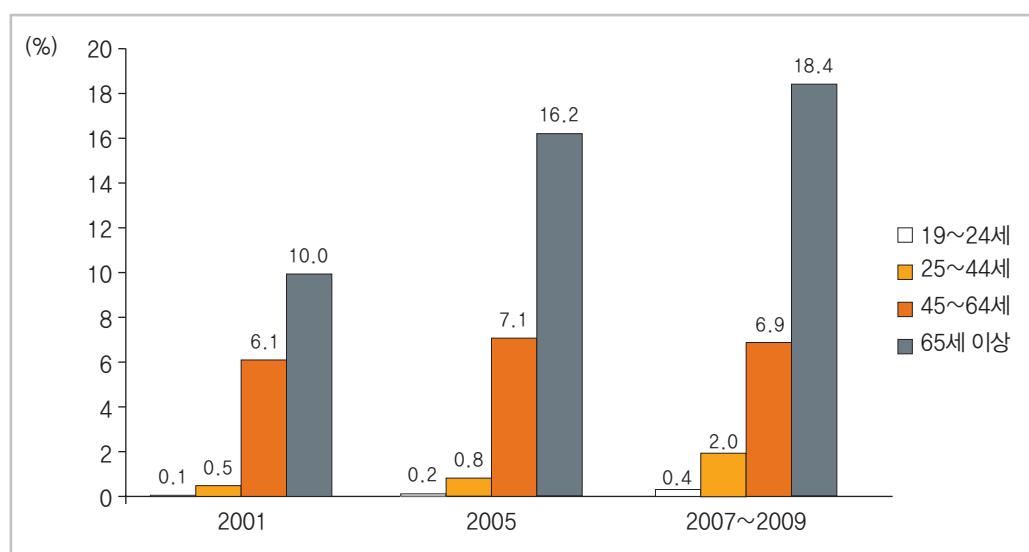


그림 3-24 여성 연령별 의사진단 당뇨병 유병률, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

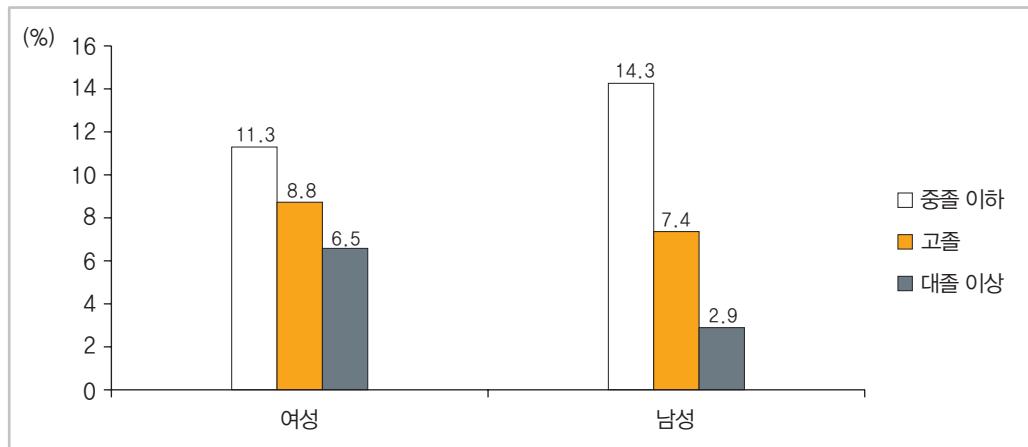


그림 3-25 19세 이상 64세 이하 성인 성별·교육수준별 의사진단 당뇨 유병률, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

만성질환 현황: 근골격계 질환¹⁵

수명의 증가에 따라 만성퇴행성 질환의 유병률이 증가하고 있다. 골관절염은 만성적 통증, 삶의 질과 긴밀한 관련을 가지면서 활동제한의 원인이 된다. WHO는 생애과정에 따른 여성의 건강 문제를 다룬 여성 건강보고서에서 노년기 여성건강에서 장애로 인한 손실연수 (YLDs, Years lost due to disability)에 영향을 미치는 10대 질환 중 하나로 골관절염을 제시하고 있다.

의사진단 골관절염 유병률을 산출한 결과, 2007~2009년의 골관절염 유병률은 여성이 12.6%로 남성보다 3배가량 높은 수준이었으며, 2005년에 비해서는 약간 감소하였고, 2001년과 비교하면 비슷한 수준으로 나타났다(그림 3-26). 2007~2009년 의사진단 골다공증 유병률은 여성의 경우 7.6%였고, 이는 남성보다 10배 정도 높은 수준이며 지속적으로 증가하는 추세를 보이고 있다(그림 3-27).

골관절염 유병률을 연령군별로 살펴보면 남녀 모두 65세 이상 연령군에서 가장 높은 수준을 보였으며, 2007~2009년 여성은 65세 이상 연령군에서 44.1%, 남성은 14.6% 수준으로 나타났다. 남녀 모두 연령이 증가할수록 골다공증 유병률이 증가하였다. 특히 2007~2009년 65세 이상 여성의 골다공증 유병률은 32.4%로 상당히 높은 수준을 보이고 있다(그림 3-28, 3-29).

15 의사에게 류마티스 관절염이나 퇴행성 관절염을 진단받은 의사진단 골관절염 유병률과 의사에게 골다공증을 진단받은 의사진단 골다공증 유병률을 산출하였다.

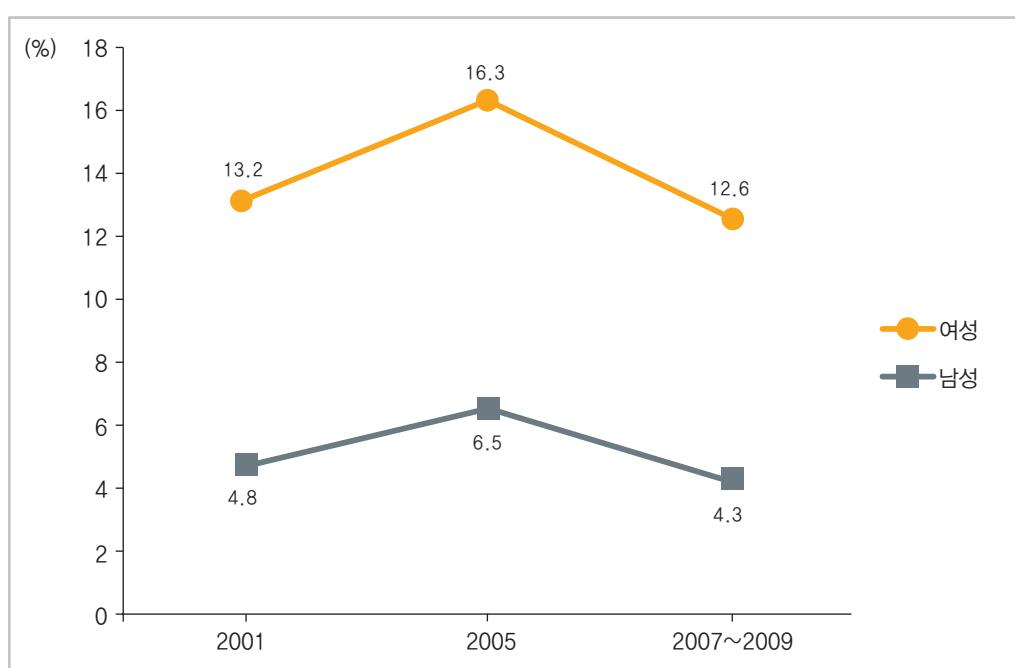


그림 3-26 19세 이상 성인 의사진단 골관절염 유병률 추이, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

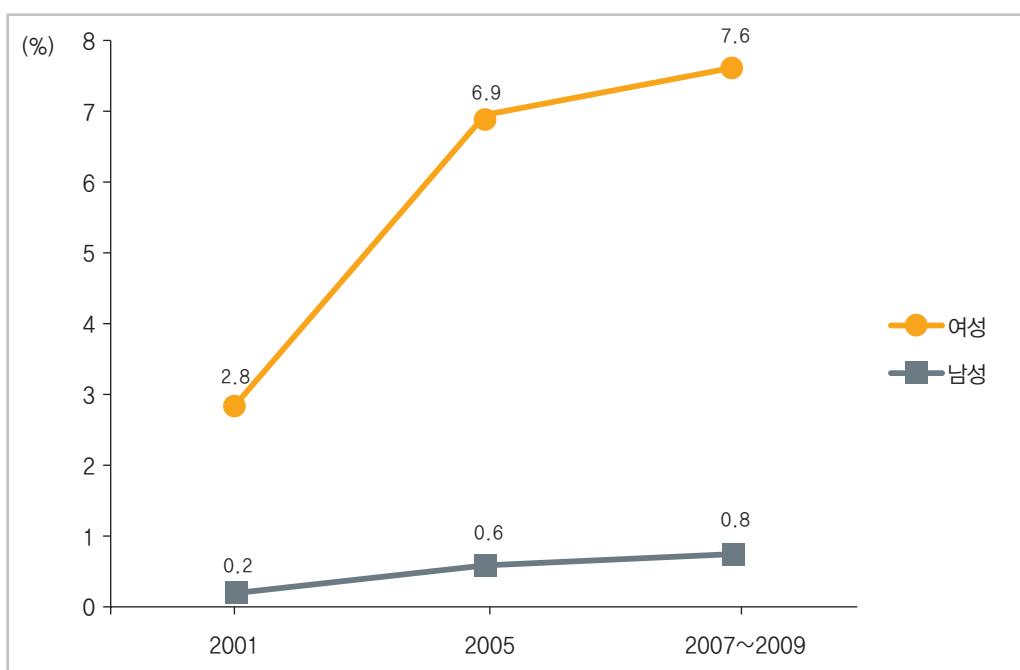


그림 3-27 19세 이상 성인 의사진단 골다공증 유병률 추이, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

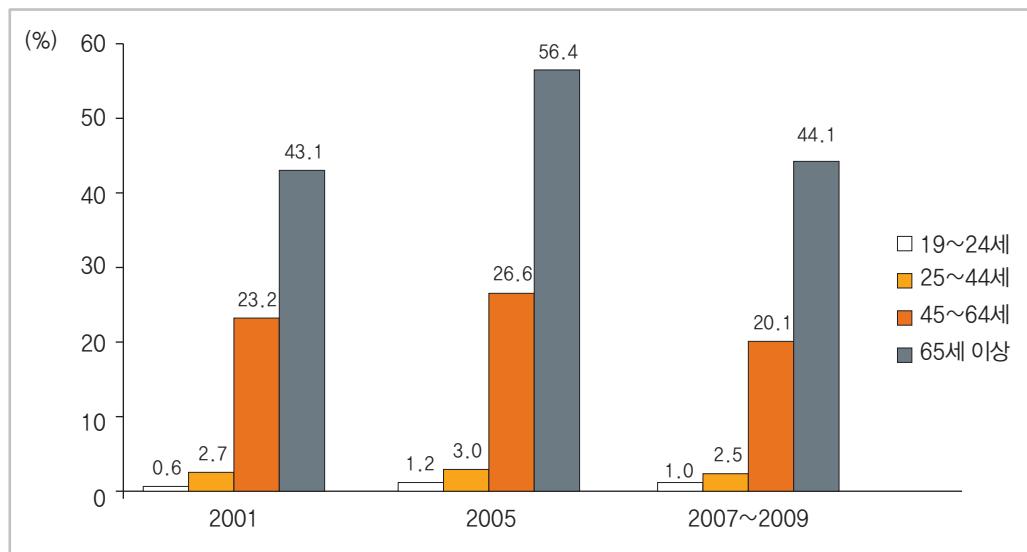


그림 3-28 19세 이상 성인 여성 연령별 의사진단 골관절염 유병률, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

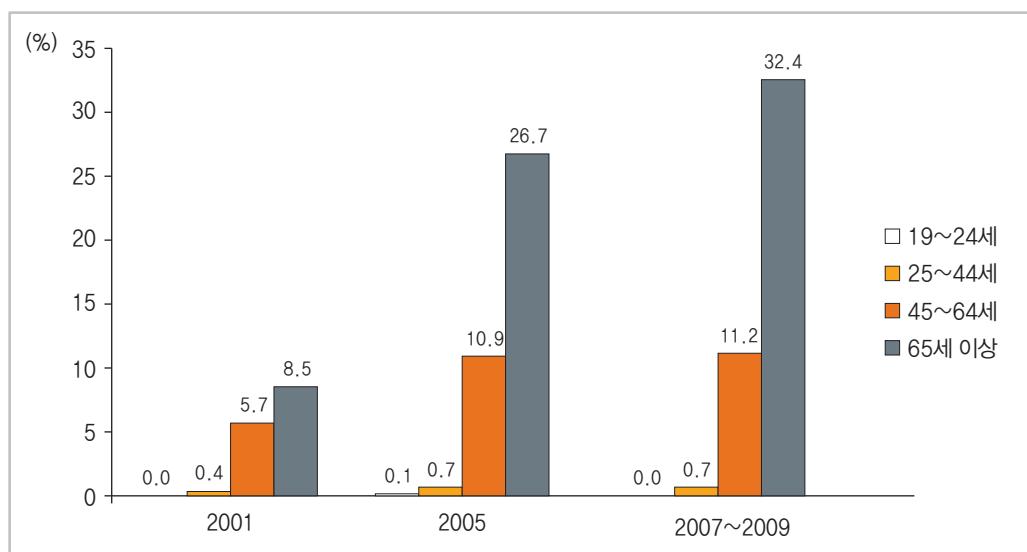


그림 3-29 19세 이상 성인 여성 연령별 의사진단 골다공증 유병률, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

교육수준에 따른 분포를 살펴보면 19~64세 여성의 경우 중졸 이하인 경우의 골관절염 유병률이 12.4%로 가장 높았고, 교육수준이 높을수록 유병률은 감소하였다(그림 3-30). 이러한 경향은 남성도 유사하였지만 여성의 경우 교육수준의 차이가 더욱 분명하게 나타났으며, 또한 65세 이상 노인에서도 유사한 경향을 보였다. 교육수준별로 의사진단 골다공증 유병률을 살펴보면 여성에서 중졸 이하인 경우 골다공증 유병률이 5.8%로 가장 높았으나 교육수준에 따른 경향은 일관되지 않았다. 남성의 경우 골다공증 유병률은 낮았지만 교육 수준이 높을수록 더 낮은 경향을 보였다(그림 3-31). 노인의 경우에는 남녀 모두 교육수준에 따라서 골다공증 유병률의 차이를 보였다.

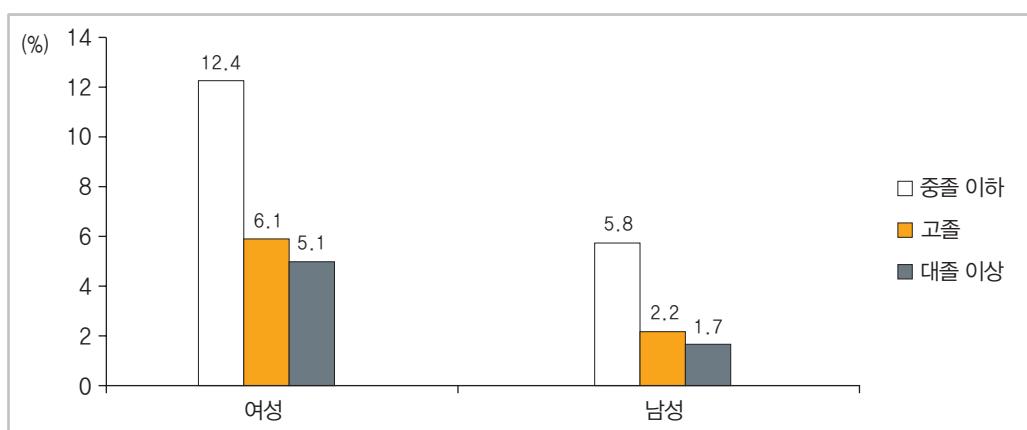


그림 3-30 19세 이상 64세 이하 성인 성별·교육수준별 의사진단 골관절염 유병률, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

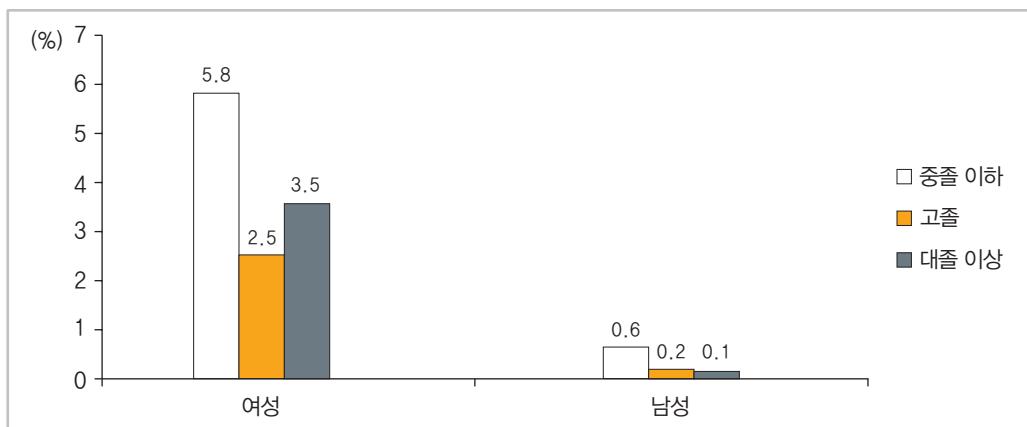


그림 3-31 19세 이상 64세 이하 성인 성별·교육수준별 의사진단 골다공증 유병률, 2007~2009

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

요약

- 사망과 기대수명
 - 2010년 기준 여성의 기대수명은 84.1세로 남자(77.2세)보다 높았으며, 남녀 간 기대수명 차이는 감소하는 추세를 보이고 있다.
 - 남녀 모두 학력 수준에 따라 30세 기대수명의 격차를 관찰할 수 있는데, 여성의 경우 학력수준이 가장 높은 대졸 인구집단과 학력수준이 가장 낮은 중졸 이하 인구집단 간의 30세 기대수명의 차이는 2010년 기준 5.6세이다.
 - 여성은 남성에 비하여 기대수명이 높은 반면 '자가평가 건강수준이 좋다'고 응답한 비율이 낮아서, 실질적인 건강수명은 남성에 비하여 낮은 것으로 나타난다.

- 주요 사망원인

- 45세 이상 중년여성의 사망 원인으로 악성신생물과 심뇌혈관 질환의 비중이 높으며, 특히 15~44세 청장년층에서 자살로 인한 사망이 증가하는 것에 주목해야 한다.
- 여성의 암으로 인한 사망에 가장 큰 기여를 하는 암 질환은 남자와 마찬가지로 폐암이며, 위암, 간암, 유방암, 대장암 순으로 여성 암 사망에 영향을 미치고 있다.

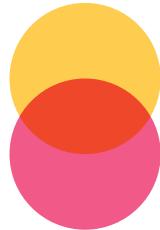
- 전반적 건강수준

- 19세 이상 성인 여성에서 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 분율은 2001년 18.8%, 2005년 21.5%, 2007~2009년 23.4%로 지속적으로 증가하였으며, 남성에 비하여 높은 수준이다. 또한 연령이 증가할수록, 교육수준이 낮을수록 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 여성 분율이 증가하는 것으로 나타났다.
- 19세 이상 성인 여성의 삶의 질 점수는 2005년 0.916에서 2007~2009년 0.904로 약간 감소하였으며, 모든 연령대와 교육수준에서 남성보다 평균 점수가 낮은 수준인 것으로 나타났다.
- 19세 이상 성인 여성의 활동제한율은 2005년 8.6%에서 2007~2009년 14.2%로, 같은 기간 남성의 활동제한율이 7.8%, 10.3%인 것에 비하여 더 높았다.

- 만성질환 유병률

- 여성의 고혈압 및 당뇨 유병률은 2001년부터 2009년까지 증가하는 양상을 보이며, 특히 65세 이상 연령군에서는 남성에 비하여 약간 높은 수준인 것으로 나타났다.
- 여성의 골관절염 및 골다공증 유병률은 2007~2009년 남성보다 각 3배, 10배 가량 높으며, 65세 이상 인구의 삶의 질에 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다.

04



건강행태

흡연

흡연이 주는 건강상의 위험은 널리 알려져 있다. 흡연은 암, 호흡기계 질환, 심혈관계 질환 등 많은 질병에 영향을 미치며 조기사망의 위험요인으로 작용한다. 담배를 끊을 경우 건강에 미치는 영향을 없애거나 줄일 수 있기 때문에 금연은 건강을 지키는 매우 중요한 방법이다.

2007~2009년 19세 이상 성인 여성의 흡연율¹은 6.9%로 남성의 흡연율 46.9%에 비하여 매우 낮으나 남성의 흡연율이 2001년 이후 감소 추세인 데 비하여 여성의 흡연율은 2001년 5.2%에서 2007~2009년 6.9%로 증가하였다²(그림 4-3).

남성은 모든 연령대에서 흡연율이 감소하고 있으나, 여성의 경우 연령에 따라 흡연율이 다르게 변화하고 있다. 20대 젊은 여성의 흡연율 증가가 두드러지게 나타나고 있는데, 19~24세 여성 흡연율이 2001년 4.7%에서 2007~2009년 11.6%로 증가하였다(그림 4-1).

결혼상태, 경제활동 참여, 소득수준 등 인구사회학적 특성이 여성의 흡연과 관계가 있다. 서비스 및 판매직에 종사하는 여성(11.7%), 생산직에 종사하는 여성(11.5%)의 흡연율이 사무직에 종사하거나(4.6%) 주부 등 경제활동에 참여하지 않는 여성(6.3%)의 흡연율보다 높았다(그림 4-2).

1 19세 이상인 사람 중 평생 담배를 5갑(100개비) 이상 피웠고 현재 담배를 피우는 사람의 분율.

2 가구조사로 여성의 흡연율을 조사할 경우 과소추정(under-reporting)될 가능성이 있는데, 코티닌(cotinine)으로 확인한 여성의 흡연율은 13.9%로 자가보고된 흡연율보다 높았다(Jung-Choi et al., 2012).

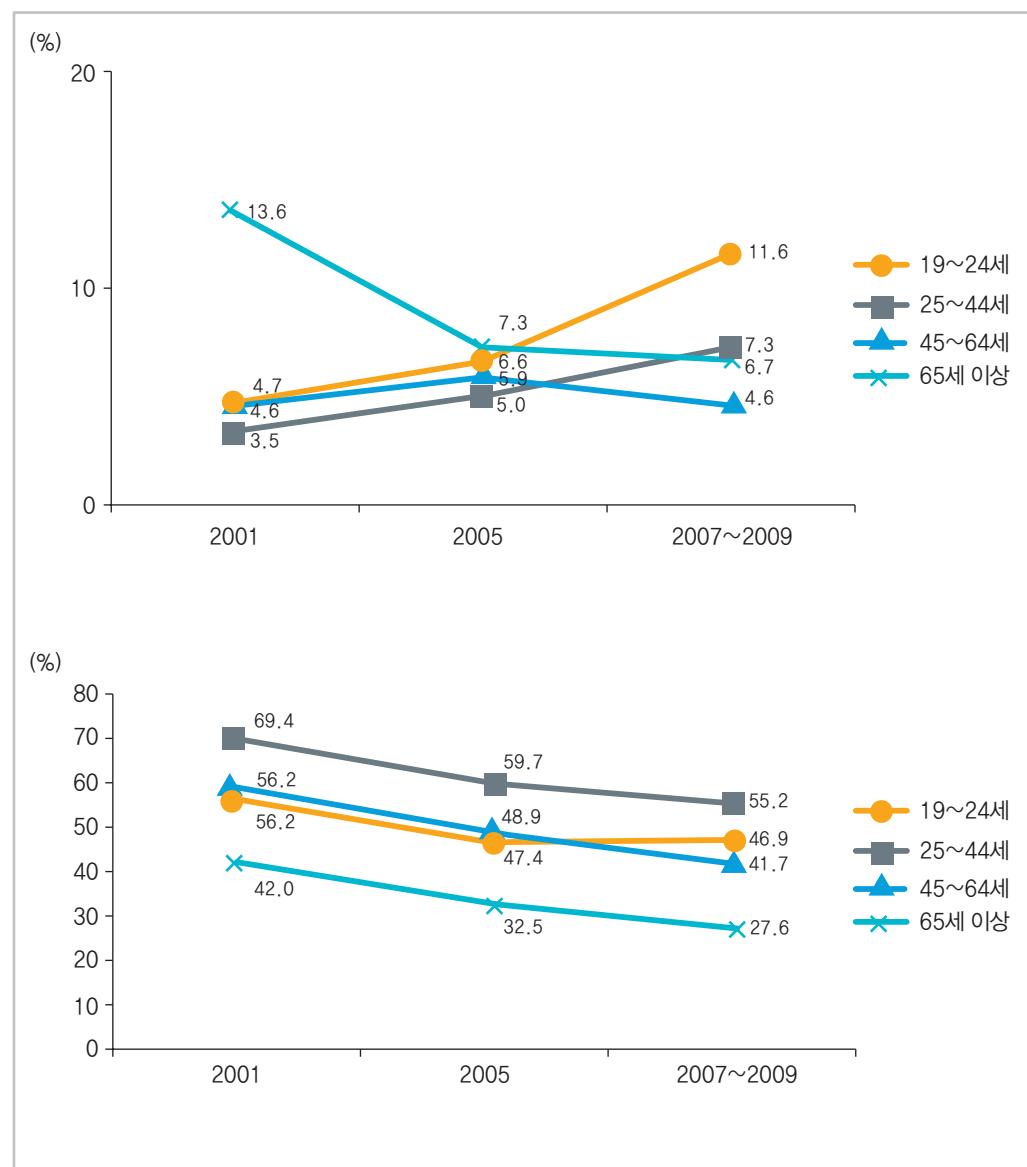


그림 4-1 19세 이상 성인 여성(위)과 남성(아래)의 연령별 흡연율, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

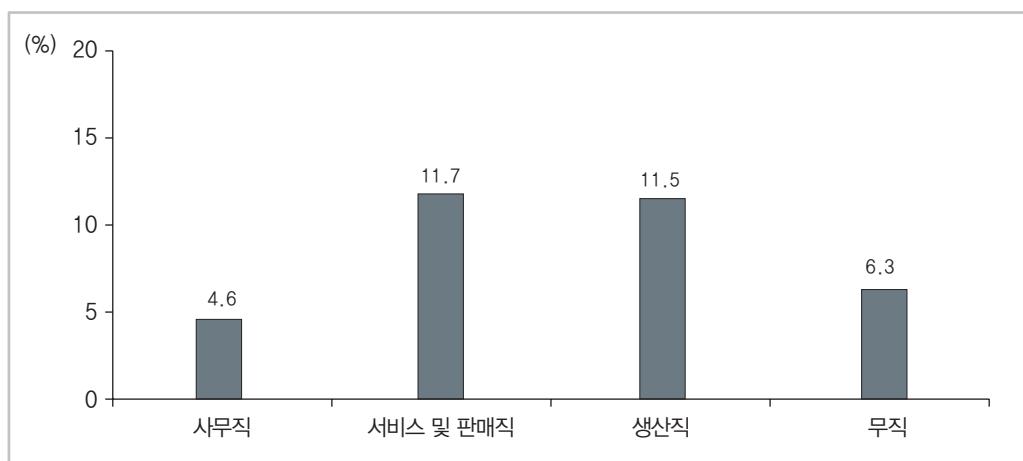


그림 4-2 19세 이상 64세 이하 성인 여성의 직업별 현재흡연율, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009.

주: 2005년 추계인구로 표준화함

흡연은 담배를 피우는 흡연자뿐만 아니라 흡연자 옆에 있는 비흡연자의 건강에도 좋지 않은 영향을 준다. 따라서 미국, 유럽, 호주 등 주요 외국에서는 직장뿐만 아니라 식당, 술집 등 공공장소에서 흡연을 제한하고 있다.

우리나라 간접흡연노출률³은 유럽, 미국 등과 비교할 때 아직 높은 수준으로, 여성의 경우 낮은 흡연율에도 불구하고, 간접흡연노출률이 33.5%(2007~2009년)에 달한다(그림 4-3). 직장이나 가정에서의 간접흡연노출률이 남성은 2005년 38.7%에서 2007~2009년 44.4%로 증가한 반면 여성은 35.4%에서 33.5%로 약간 감소하였다. 2007~2009년 여성의 연령별 간접흡연노출률은 20대 초반이 52.1%로 가장 높고 25~44세 38.3%, 45~64세 37.1%로 감소하였으며, 65세 이상 노인이 19.9%로 가장 낮았다. 19~24세 여성의 간접흡연노출률은 2005년 40.2%에서 2007~2009년 52.1%로 증가하였는데 이는 20대 초반 젊은 여성의 흡연율 상승과 연관된 결과로 보인다.

남성은 생산직 종사자의 간접흡연노출률이 가장 높고 서비스 및 판매직, 사무직, 무직 순이었으나, 여성은 서비스 및 판매직 종사자의 간접흡연노출률이 가장 높고 생산직, 사무직, 무직 순이었다(그림 4-4).

³ 19세 이상 현재비흡연자(과거흡연자 포함) 중 직장의 실내 또는 가정 실내에서 다른 사람이 피우는 담배연기를 맡는 사람의 분율.

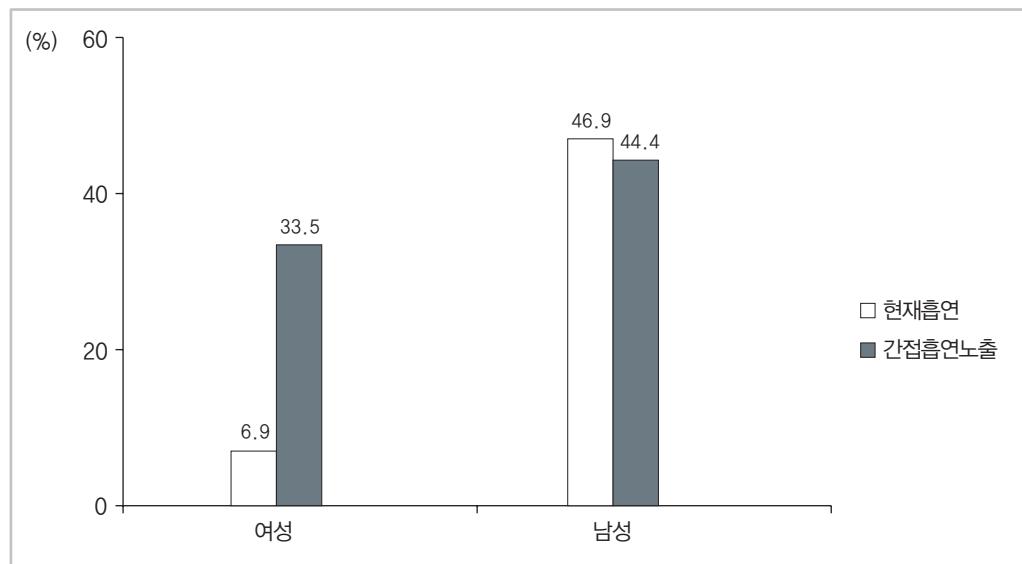


그림 4-3 19세 이상 성인의 현재흡연율과 간접흡연노출률, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

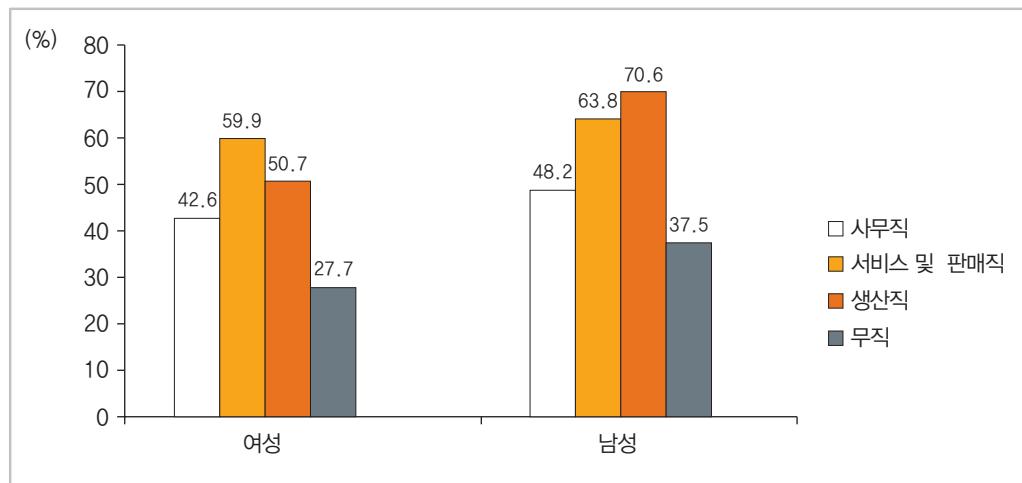


그림 4-4 19세 이상 64세 이하 성인의 성별·직업별 간접흡연노출률, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

음주

적절한 음주가 건강에 미치는 긍정적인 효과가 보고되었으나, 과도한 음주는 간 질환 등의 원인이 되는 등 건강에 부정적인 영향을 미치며, 알코올중독, 음주 후 폭력과 성폭행, 음주 운전 등 또한 사회문제가 된다.

우리나라 성인 남성의 74.9%, 여성의 43.6%가 최근 1년 동안 한 달에 1회 이상 음주를 하고 있어(2007~2009년), 여성 10명 중 4명 이상이 월 1회 이상 술을 마시고 있었다.

2007~2009년 우리나라 성인의 고위험음주율⁴은 여성 7.4%, 남성 26%로 남자가 여자보다 고위험음주율이 높았다. 남성은 25세 이상 청·장년층의 고위험음주율이 20대 초반 남성이 나 노인보다 높은 데 비해 여성은 19~24세 젊은 여성의 고위험음주율이 11.6%로 가장 높고 연령이 증가함에 따라 감소하여 65세 이상 노인의 고위험음주율은 1.8%였다(그림 4-5).

남성과 여성 모두 서비스 및 판매직 종사자, 생산직 종사자의 고위험음주율이 높았다. 서비스 및 판매직에 종사하는 여성의 13.4%, 생산직에 종사하는 여성의 13.3%가 고위험음주를 하고 있는 데 비해 주부 등 경제활동에 참가하지 않는 여성은 7.1%, 사무직에 종사 중인 여성은 6.2%가 고위험음주를 하고 있었다(그림 4-6).

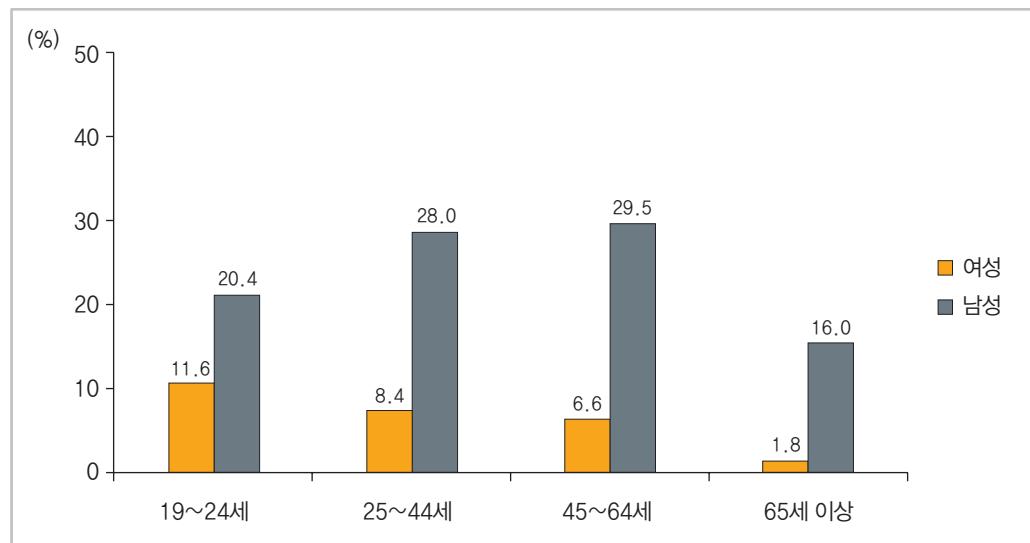


그림 4-5 19세 이상 성인의 성별·연령별 고위험음주율, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

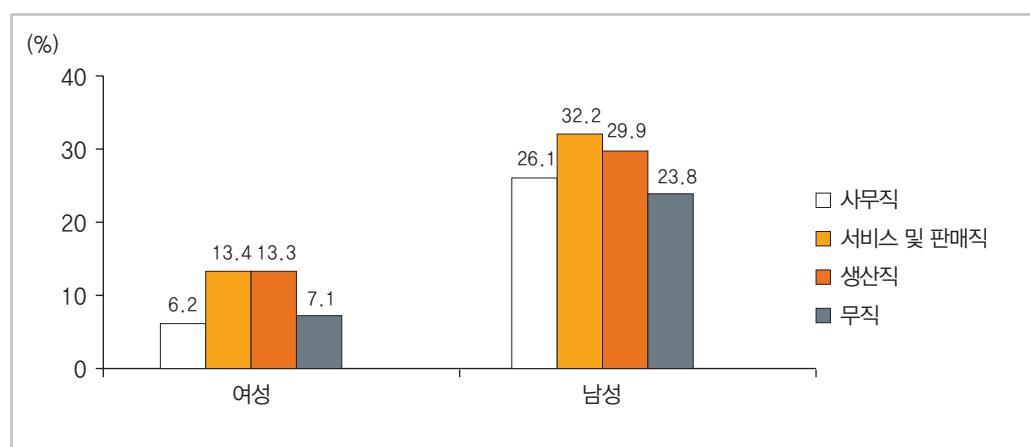


그림 4-6 19세 이상 64세 이하 성인의 성별·직업별 고위험음주율, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

4 연간음주자(성인) 중 1회 평균 음주량이 7잔(여성 5잔) 이상이며 주 2회 이상 음주하는 사람의 분율.

영양섭취 부족과 과잉

우리나라의 경제수준이 상승하면서 영양으로 인한 건강문제가 사라진 것처럼 생각하기 쉬우나, 식생활의 서구화와 부적절한 영양섭취가 건강에 위협요인이 되고 있다. 식생활은 만성질환에 영향을 미치는데, 예를 들어 식염의 과다섭취는 고혈압에 부정적으로 작용하며, 신체활동 부족을 동반한 과도한 영양섭취는 비만의 원인이 된다. 영양 부족으로 인한 저체중 또한 건강에 부정적인 영향을 미친다.⁵ 우리나라 「국민 암예방 수칙」에서는 「채소와 과일을 충분하게 먹고, 다채로운 식단으로 균형 잡힌 식사하기」, 「음식을 짜지 않게 먹고, 탄음식을 먹지 않기」를 권장하고 있다.

우리나라 국민의 영양섭취부족자 분율⁶은 2007~2009년 여성 18.5%, 남성 10.7%로 영양섭취가 부족한 경우가 여성이 남성보다 많았다. 특히 19~29세 젊은 연령층과 65세 이상 노인에서 영양섭취가 부족한 경우가 많았는데, 2007~2009년 65세 이상 여성 중 26.1%, 남성은 17.8%가 영양섭취가 부족하였다(그림 4-7).

우리나라 국민의 에너지 · 지방과잉섭취자 분율⁷은 2007~2009년 남성 6.3%, 여성 2.7%로 여성이 남성보다 낮았다. 남성과 여성 모두 젊은 연령층에서 에너지 · 지방과잉섭취자 분율이 높았는데, 19~29세 여성은 4.4%, 30~49세 3.0%, 50~64세 1.5%, 65세 이상에서는 1%가 에너지 · 지방을 과잉섭취하고 있었다(그림 4-8).

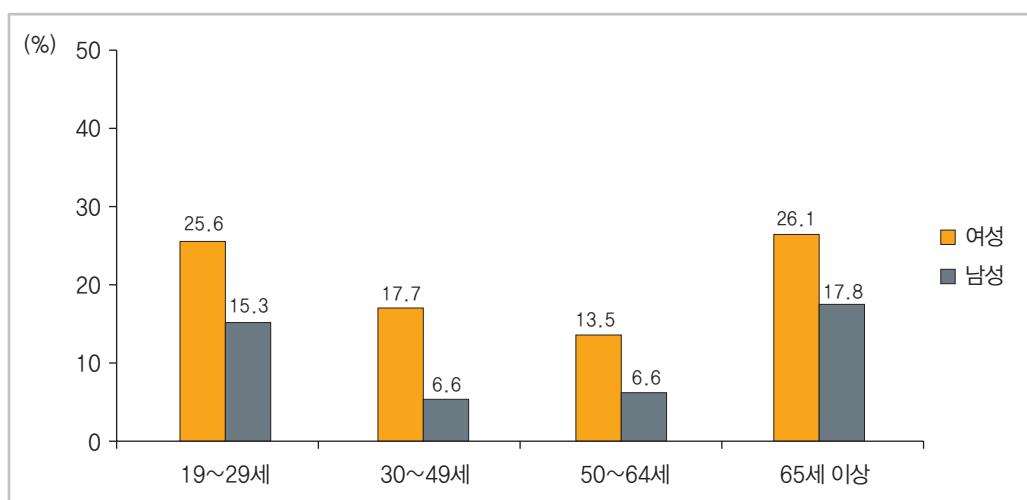


그림 4-7 19세 이상 성인의 성별 · 연령별 영양섭취부족자 분율, 2007~2009

자료원: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

5 Jee SH, Sull JW, Park J, Lee SY, Ohrr H et al.(2006). Body-Mass Index and mortality in Korean men and women. NEJM, 355, 779-787.

6 에너지 섭취량이 한국인 영양섭취 기준의 필요추정량의 75% 미만이면서 칼슘, 철, 비타민 A, 리보플라빈의 섭취량이 평균필요량 미만인 분율(1세 이상).

7 에너지 섭취량이 한국인 영양섭취 기준의 필요추정량의 125% 이상이면서 지방 섭취량이 에너지 적정비율을 초과한 분율(1세 이상).

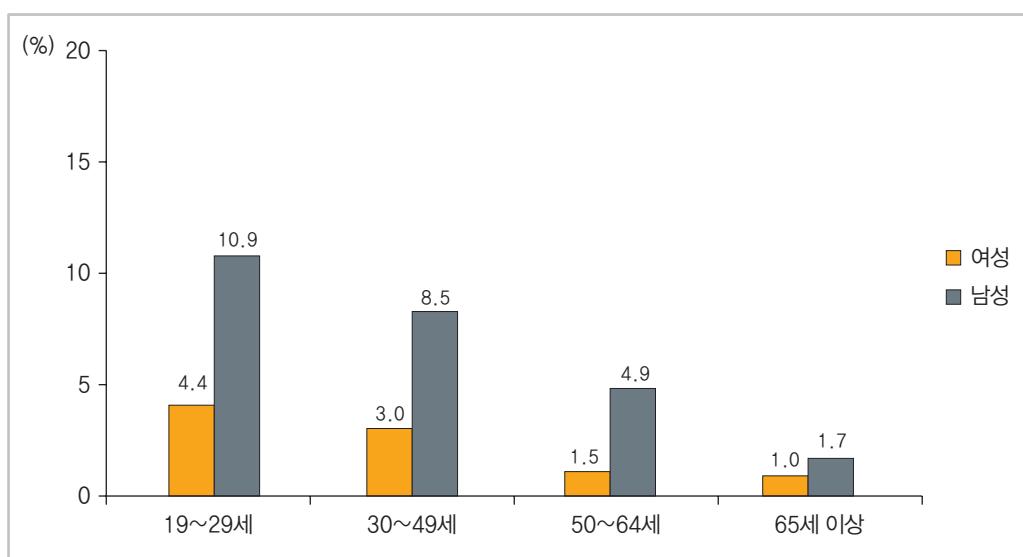


그림 4-8 19세 이상 성인의 성별·연령별 에너지·지방과 임선판자 분율, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

신체활동

신체활동이 건강에 유익한 영향을 준다는 것은 잘 알려져 있다. 규칙적인 신체활동은 비만과 만성질환을 예방하는 데 도움을 준다. 특히 좌식생활이 일상화되어 있는 현대생활에서는 활기찬 생활을 위한 적절한 신체활동이 필수적이라고 할 수 있다. 신체활동은 육체적인 건강뿐만 아니라 정신건강에도 긍정적인 영향을 미친다.

신체활동의 유익한 효과에도 불구하고 여성의 신체활동 수준은 그다지 높지 않다. 2007~2009년 여성의 중등도 이상 신체활동 실천율⁸은 23%로 남성의 27.3%보다 4% 정도 낮았다. 여성은 45~64세 장년층의 중등도 이상 신체활동 실천율이 가장 높았고 65세 이상 노인이 가장 낮았으며, 19~24세 여성의 경우 중등도 이상 신체활동 실천율은 19.6%로 낮았으나, 남성은 33.9%로 모든 연령대에서 가장 높았다(그림 4-9).

여성의 직업별 중등도 이상 신체활동 실천율은 생산직(30.7%), 서비스 및 판매직(28.1%), 무직(21.9%), 사무직(19.5%) 순이었고 남성도 비슷한 양상을 보였다(그림 4-10).

⁸ 최근 1주일 동안 평소보다 몸이 매우 힘들거나 숨이 많이 가쁜 격렬한 신체활동을 1일 20분 이상, 주 3일 이상 실천하거나 평소보다 몸이 조금 힘들거나 숨이 약간 가쁜 중등도 신체활동을 1일 30분 이상, 주 5일 이상 실천.

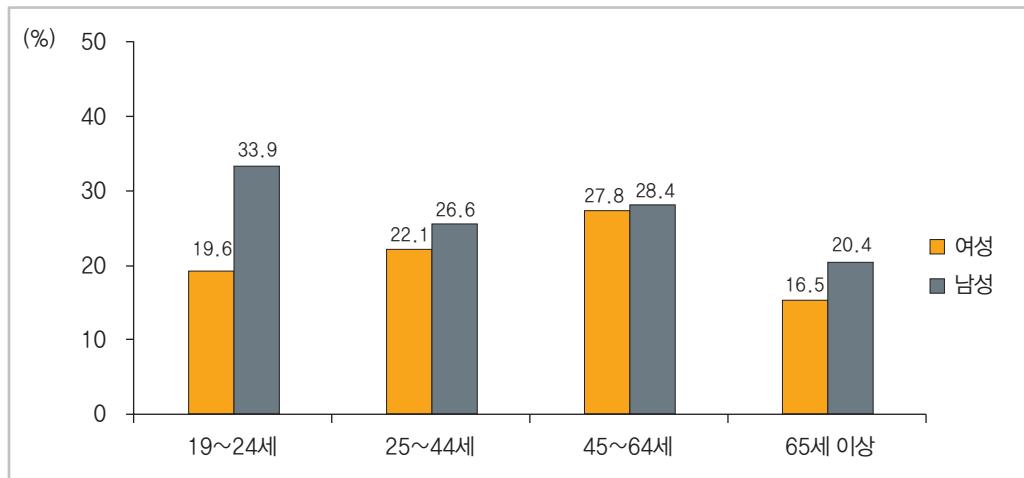


그림 4-9 19세 이상 성인의 성별·연령별 중등도 이상 신체활동 실천율, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

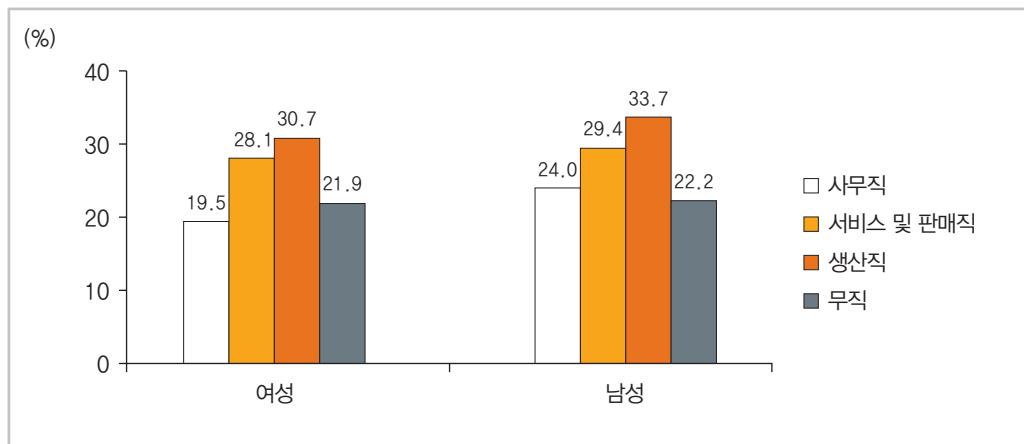


그림 4-10 19세 이상 64세 이하 성인의 성별·직업별 중등도 이상 신체활동 실천율, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

모든 연령대의 사람들이 적절한 신체활동을 하는 것이 바람직하나, 특히 신체활동을 규칙적으로 하는 노인은 낙상을 예방하고 활기찬 생활을 할 수 있다. 여성의 근력운동 실천율⁹은 2007~2009년 12.7%로 남성 30.7%보다 매우 낮았으며, 2005년 11.2%에 비해 거의 증가하지 않았다. 연령별로는 19~24세 12.6%, 25~44세 12.9%, 45~64세 15.6%, 65세 이상 4.6%로 여성 노인 대부분이 근력운동을 하지 않았다. 이에 비해 65세 이상 남성은 19.3%가 근력운동을 하고 있었다(그림 4-11).

남성은 성인, 노인 모두 교육수준에 따라 근력운동 실천율이 차이가 났으나, 성인 여성은

9. 근력운동 실천율(성인)은 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력운동을 2일 이상 실천한 분율임.

교육수준별 근력운동 실천율이 차이가 거의 없었다. 반면 65세 이상 여성은 교육수준에 따라 근력운동 실천율이 차이가 났는데, 중학교 졸업 이상의 학력을 가진 여성 중 11%가 근력운동을 하는 데 비해, 초등학교 졸업 이하의 학력을 가진 여성은 4%만이 근력운동을 하고 있었다(그림 4-12).

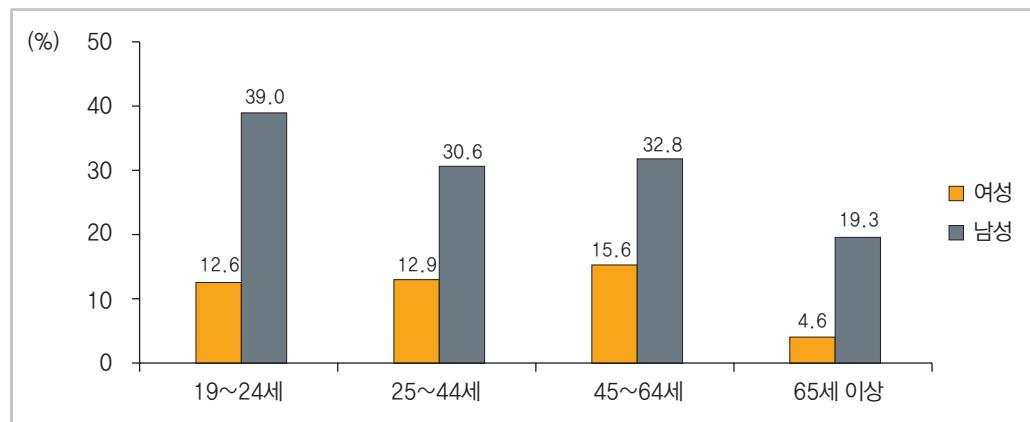


그림 4-11 19세 이상 성인의 성별 · 연령별 근력운동 실천율, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

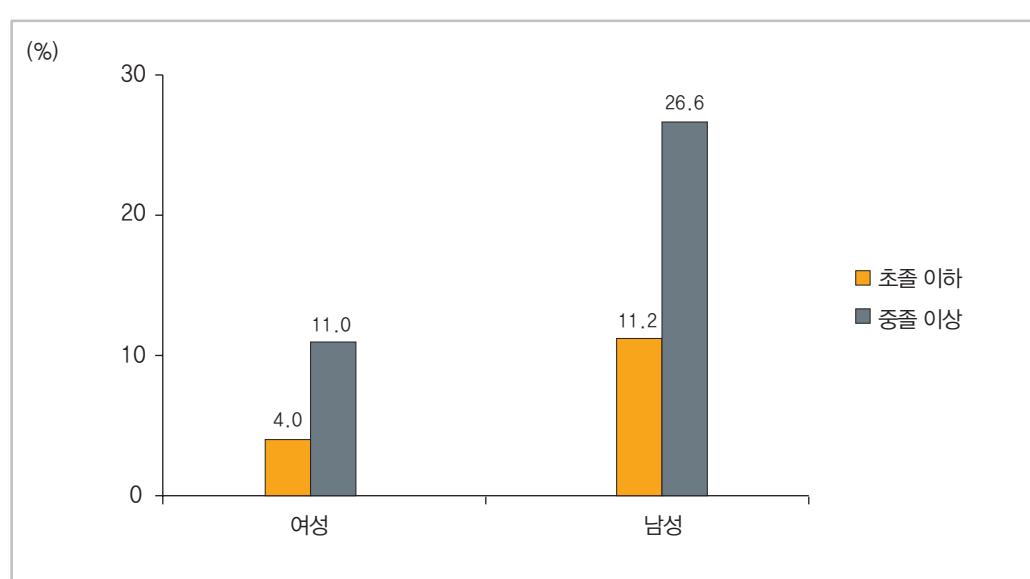


그림 4-12 65세 이상 노인의 성별 · 교육수준별 근력운동 실천율, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

비만과 저체중

한국인의 비만수준이 최근 10년간(1997~2007) 지속적으로 증가하고 있다.¹⁰ 비만은 고혈

¹⁰ 배남규, 권인선, 조영채(2009). 한국인의 10년간 비만수준의 변화 양상: 1997~2007. 대한비만학회지, 18(1), 24-30.

암, 당뇨병, 심혈관계 질환, 관절염 등 여러 질환의 위험요인으로 알려져 있다.

2007~2009년 체질량지수 기준으로 25 이상 비만 유병률은 여성 25.7%, 남성 35.7%로 여성의 비만 유병률이 낮으나 여성 4명 중 1명이 비만인 것으로 나타났다. 남성은 중·장년 층이 다른 연령군보다 비만 유병률이 높은 데 비해, 여성에서는 연령이 증가할수록 비만 유병률이 증가하였다(그림 4-13).

남성보다 여성에서 소득수준에 따른 비만 유병률 차이가 뚜렷하였다. 고소득(21.9%) 여성에 비해 저소득(29.9%) 여성에서 비만 유병률이 높았다(그림 4-14).

비만과 함께 저체중도 건강에 좋지 않은 영향을 미친다. 2007~2009년 여성의 저체중 유병률¹¹은 6.9%, 남성의 저체중 유병률은 3.5%였다. 19~24세 젊은 여성의 저체중 유병률이 17.5%로 다른 연령군보다 뚜렷하게 높았다(그림 4-13).

〈국민 암예방 수칙〉에서는 ‘자신의 체격에 맞는 건강 체중 유지하기’를 권장하고 있다. 적절한 영양섭취 및 신체활동 등으로 적절한 체중을 유지하는 것이 중요하다고 할 수 있다.

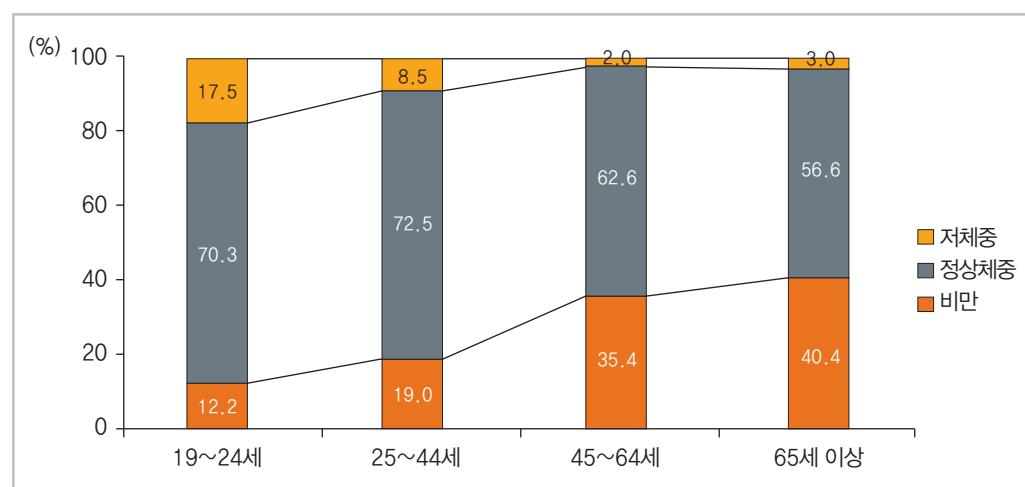


그림 4-13 19세 이상 성인 여성의 연령별 비만 유병률과 저체중 유병률, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

¹¹ 체질량지수 기준으로 18.5 미만.

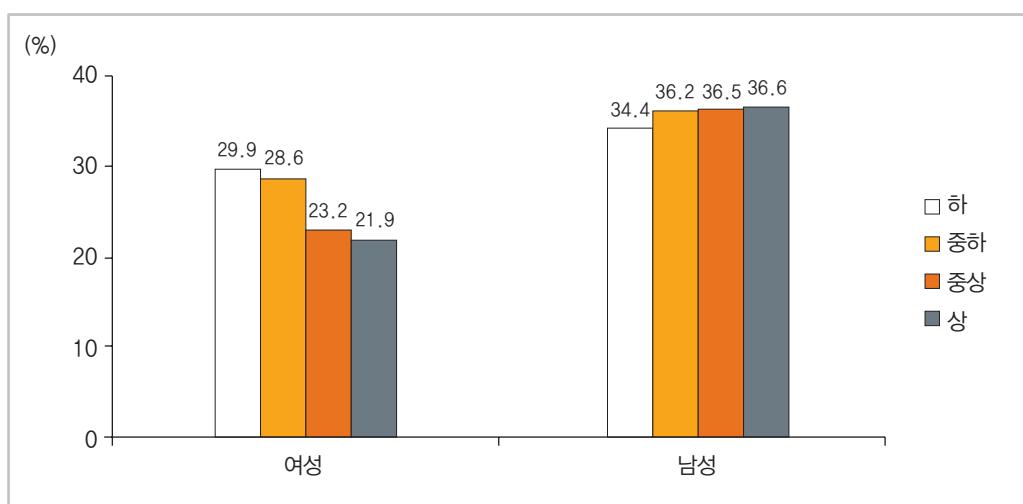


그림 4-14 19세 이상 성인의 성별 · 소득수준별 비만 유병률: 체질량지수 기준, 2007~2009

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

요약

건강행태는 건강과 관련된 개인의 행동으로, 균형적인 영양섭취, 규칙적인 신체활동은 건강에 긍정적으로 작용하며, 흡연, 과도한 음주, 신체활동 부족은 건강에 부정적으로 작용한다.

- 흡연 및 음주
 - 여성은 흡연, 음주에서 남성보다 양호한 건강행태를 보이지만, 최근 젊은 여성은 중심으로 흡연, 음주가 증가하고 있다.
 - 2007~2009년 성인 여성의 흡연율은 6.9%로 남성의 46.9%보다 매우 낮았으나 19~24세 젊은 여성은 다른 연령군의 여성들보다 흡연율이 높았고, 고위험음주율도 11.6%로 높았다.
- 신체활동
 - 남성보다 여성의 신체활동이 전반적으로 부족하였는데, 특히 노인의 근력운동 실천은 남녀 차이가 뚜렷하였다.
 - 65세 이상 여성 노인의 중등도 이상 신체활동 실천율은 16.5%로 중·장년층 여성보다 낮았으며, 근력운동 실천율도 4.6%로 매우 낮았다.
 - 노년기에 행복한 삶을 유지하려면 나쁜 건강습관을 줄이고 신체활동, 균형 잡힌 식사 등 건강에 도움이 되는 건강행태를 하는 것이 필요하다.

- 비만

- 체질량지수를 기준으로 한 비만 유병률은 여성 25.7%, 남성 35.7%로 여성이 낮았으나, 여성 4명 중 1명이 비만인 것으로 나타났다.
- 비만뿐 아니라 저체중도 건강에 바람직하지 않은데, 일부 20대 젊은 여성은 중심으로 저체중이 관찰되고 있었다.

- 사회경제적 위치에 따른 건강행태 격차

- 모든 여성이 동일한 건강행태를 보이는 것이 아니라, 사회경제적 위치에 따라 일부 건강행태에서 뚜렷한 차이를 보였다. 서비스 및 판매직에 종사하는 여성, 생산직에 종사하는 여성의 현재흡연율이 각각 11.7%, 11.5%였으며, 간접흡연노출률 또한 각각 59.9%, 50.7%로 사무직, 무직인 여성보다 흡연자가 많고 담배연기에 노출되는 경우가 많았다.
- 건강행태의 차이는 건강격차로 이어질 수 있으므로 여성 세부집단별로 접근하여 건강행태를 개선하려는 노력이 필요하다.

05

재생산건강

합계출산율¹

출산율의 변동추이는 합계출산율로 잘 파악할 수 있다. 우리나라 출산력 변천은 1960년대 이후 경제성장, 사회발전 및 국민 의식의 변화에 따른 결과이다. 1962년 이후 국가주도의 인구 억제 가족계획사업의 결과로 우리나라 1960년대 초 여성 한 명당 6.0명 출산에서 1990년대 OECD 평균수준인 1.6명으로 감소하였다. 1997년 경제위기를 겪으면서 우리나라의 출산율은 더욱 감소하는 추이를 보였으며, 2000년도에 1.5명, 2005년에는 1.09명으로 우리나라 역사상 가장 낮은 출산율과 동시에 세계 최저수준의 출산력을 기록하였다. 그 후 얼마간 상승추이를 보이지만 2010년 현재 합계출산율은 1.2명으로 낮다(그림 5-1).

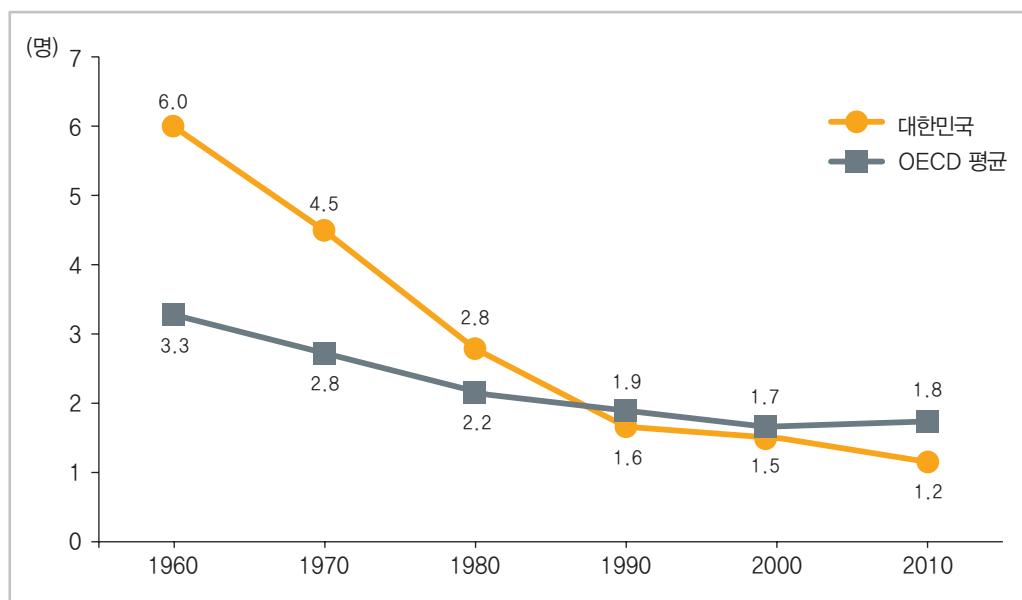


그림 5-1 합계출산율의 변화추이(1960~2010)

자료원: 통계청, 인구동태통계연보-출생.

¹ 합계출산율(TFR, Total Fertility Rate): 15~49세 가임여성 1명이 평생 낳을 것으로 예상되는 평균 출생아 수. 연령별 출산율(ASFR)의 총합.

연령별 저출산율 수준과 분포는 근래 우리나라 여성의 결혼과 출산의 자연과 밀접한 관계가 있다. 2000년까지는 임신과 출산의 시기라고 여겨지는 20대가 전체 출산의 60% 이상을 차지하였으며, 그 이후로 크게 줄어들어 2010년 전체 출산의 20%만이 20대에 출산을 하는 것으로 나타났다. 2010년 인구 동태통계의 출생신고 결과에서 두드러지는 재생산 활동 연령은 30~34세 연령군으로 전체 출산의 약 60%를 차지하며 최근 출산연령 증가를 보여 주고 있다(그림 5-2). 2010년 출생통계 결과 첫째의 평균 출산연령이 30.1세였다.

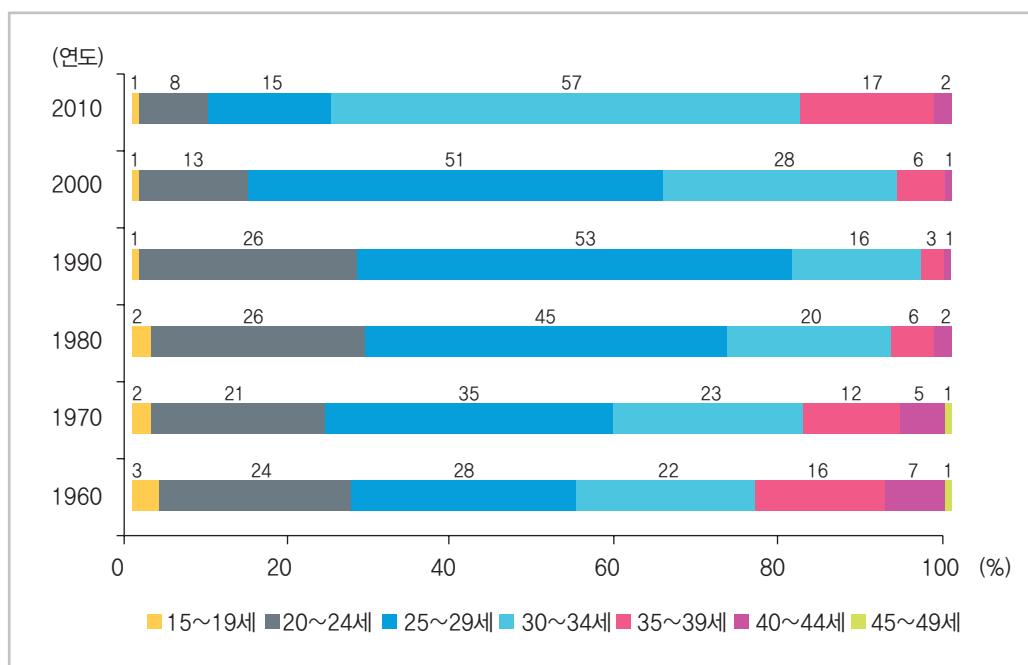


그림 5-2 연도별 연령별 출산율 분포, 1960~2010

자료: 통계청, 인구동태통계연보-출생

모성사망비

모성사망은 국가의 전반적 건강수준이나 복지수준을 대변하는 지표이다. 인류역사상 임신과 출산은 여성 사망이나 장애의 주요한 원인이었고, 임신·출산·산후관리 기간 동안 모성사망은 여성 건강수준의 주요한 지표가 되고 있다. 모성사망 측정지표로 가장 많이 사용되고 있는 것은 모성사망비(maternal mortality ratio)이다. 출생아 10만 명당 모성사망의 수로 표시하는데, 우리나라의 모성사망비는 그동안 생활수준 향상과 의료기술의 발달로 꾸준히 감소되어 왔으나 최근 고령출산이 증가하며 모성사망비도 증가하는 추세이다. 2011년 모성사망은 출생아 10만 명당 17.2명이다(그림 5-3). 연령별 모의 사망비는 25~29세에서 출생아 10만 명당 10.0명으로 가장 낮고, 35세 이후 30.1명, 40세 이상 79.7명으로 급격히 높아진다(그림 5-4).

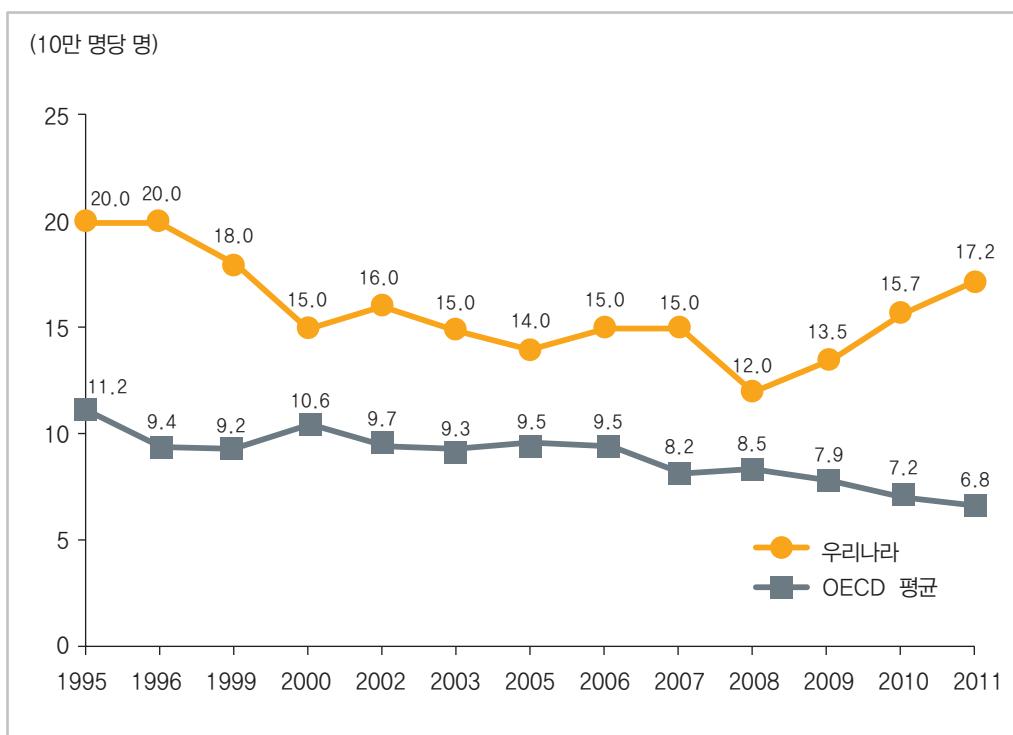


그림 5-3 모성사망비 추이, 1995~2011

자료: 통계청, 인구동태통계연보

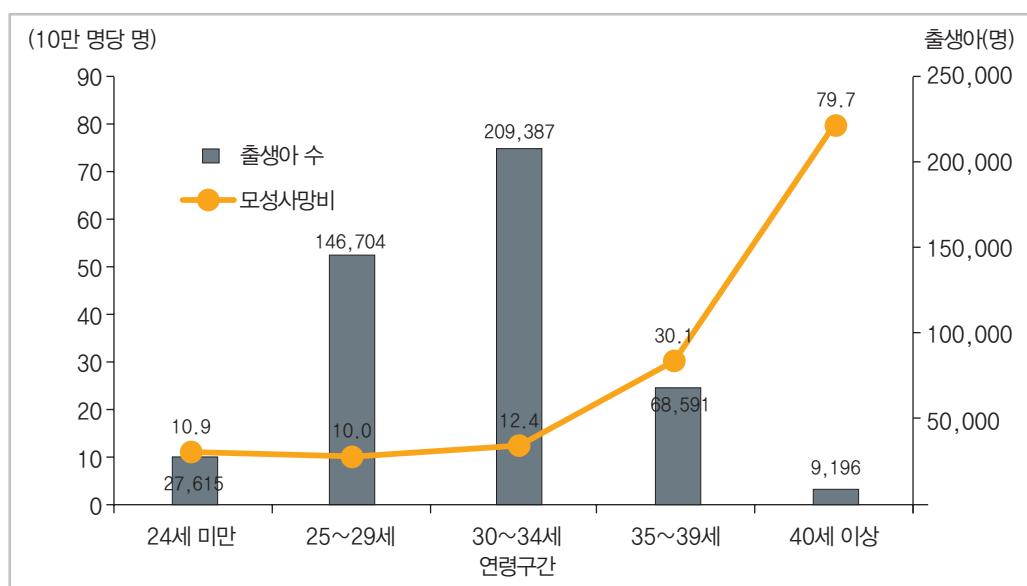


그림 5-4 모의 연령별 모성사망비, 2011

자료원: 통계청, 사망원인 보완조사, 2009~2011

피임실천율

피임은 원하지 않는 임신을 사전에 예방하기 위한 것이다. 피임방법의 종류로는 영구적 피임법인 난관수술과 정관수술이 있고, 비영구적 방법인 자궁내장치, 콘돔, 먹는 피임약 등이

있다. 국가적 가족계획사업으로 피임교육과 서비스를 제공하며 1960~1970년대에 피임 실천율이 현격히 증가하였다. 가임기 유배우 여성(15~44세)의 피임실천율은 최초의 국가 출산력을 조사한 1966년에 20%였지만, 1985년 70%로 증가하였으며, 2009년 현재 80%에 이르고 있다. 피임방법의 변화가 두드러지는데 1990년대 이후 여성의 영구 피임법인 난관 수술은 감소하는 반면, 남성의 피임법인 정관수술이나 콘돔 사용이 증가하는 경향이다(그림 5-5).

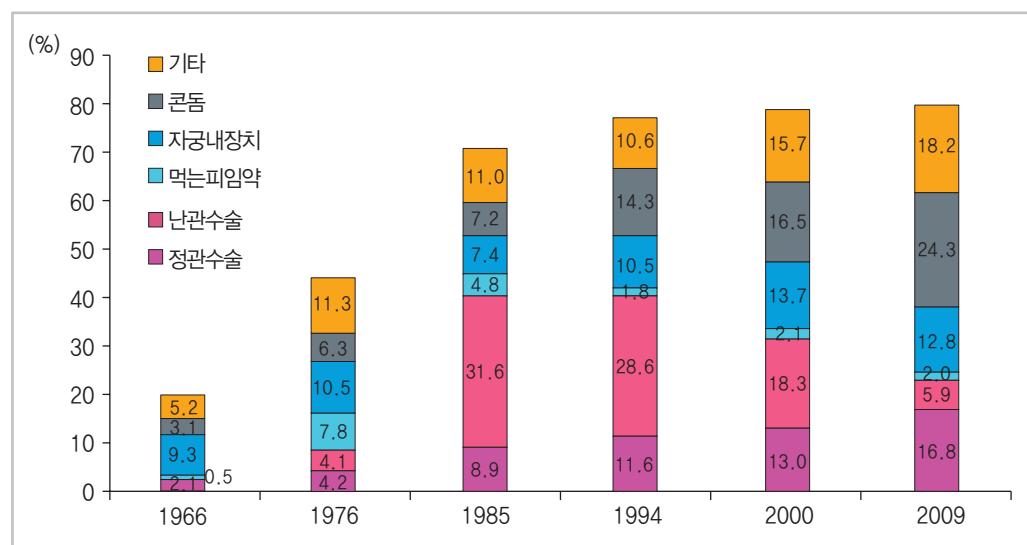


그림 5-5 가임기 유배우 여성 피임 방법의 변화 추이

자료원: 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2009

가임기 유배우 여성의 피임실천율을 살펴보면 연령이 증가할수록 크게 증가하며, 35세 이후 여성의 약 90%가 피임을 하는 것으로 나타났다(그림 5-6). 사회경제적 특성별 차이를 살펴보면 소득수준이 높은 그룹에서, 서비스 및 판매직·생산직에서 일하는 여성일수록 피임실천율이 높았다(그림 5-7).

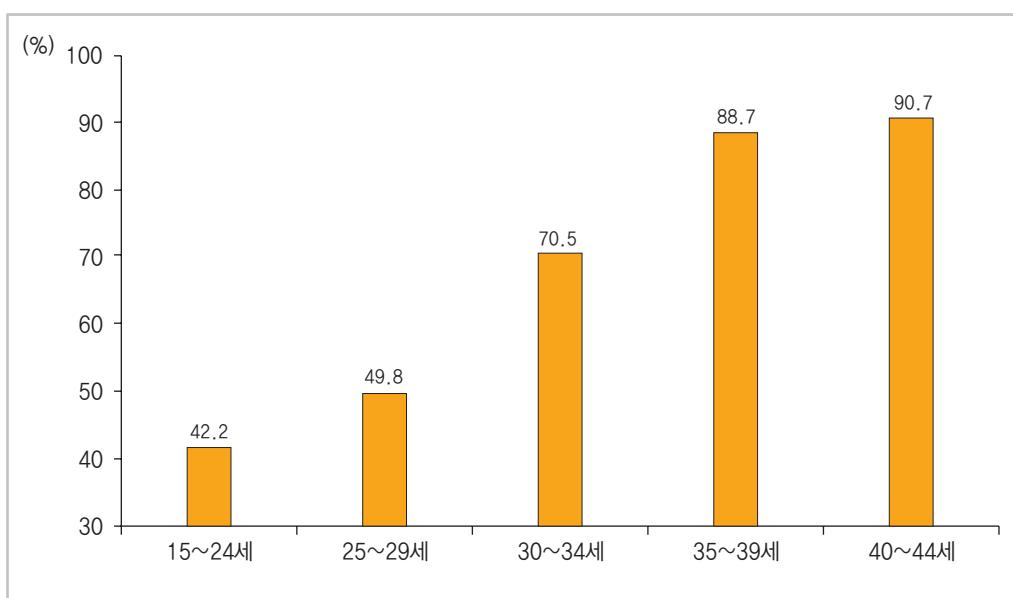


그림 5-6 가임기 유배우 여성 연령별 피임실천율

자료원: 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2009

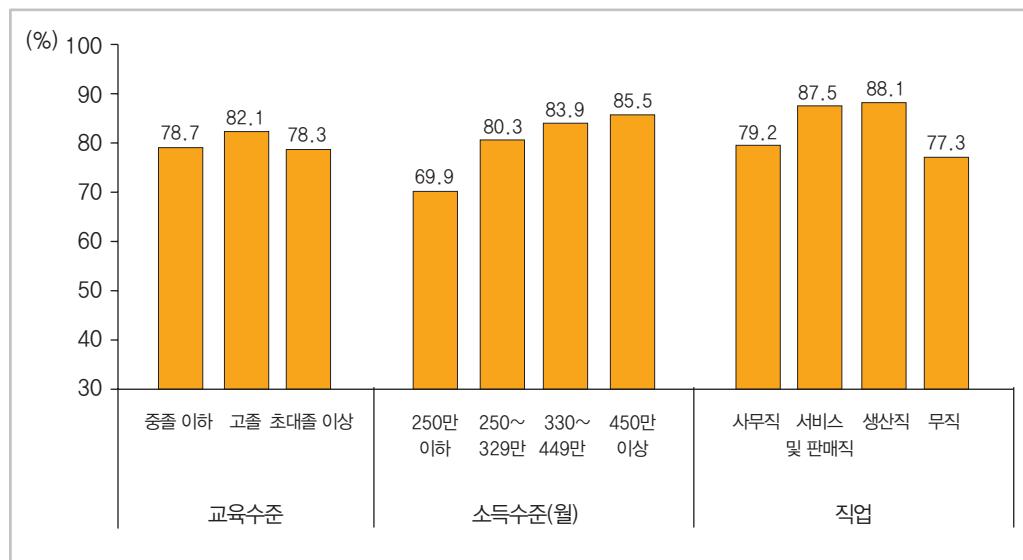


그림 5-7 가임기 유배우 여성 교육수준, 소득수준 및 직업별 피임실천율

자료원: 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2009

주: 기혼여성 인구구조에 맞춘 2005년 추계인구로 표준화함

인공임신중절 경험률

인공임신중절은 ‘태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 기간에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 행위’로서 인공유산 또는 낙태라고 한다. 인공임신중절은 인위적으로 결정되는 종결의 형태라는 점에서 차이가 있지만, 자연유산, 사산 등과 함께 임신소모의 한 형태이다. 가임기 기혼여성의 인공임신중절 경험률은 1985년 출산력

조사에서 53%를 기록한 후 꾸준히 감소 추세를 보여준다. 인공임신중절 경험은 연령이 증가함에 따라 높은 것으로 나타났으나, 전반적으로 전 연령에서 감소하는 추세이다(그림 5-8).

1985년 조사에서 인공유산의 가장 큰 이유는 ‘자녀를 원치 않음’이 80% 이상을 차지하였으며, 모자보건법상 합법적 이유인 임부의 건강이나 태아이상 등 항목의 이유는 극히 적었다. 2009년 최근 조사에 따르면 ‘자녀를 원치 않음’ 이유로 인한 인공유산 경험은 크게 감소하였지만 아직도 인공유산을 실시하는 가장 큰 이유(36.9%)로 밝혀졌다.

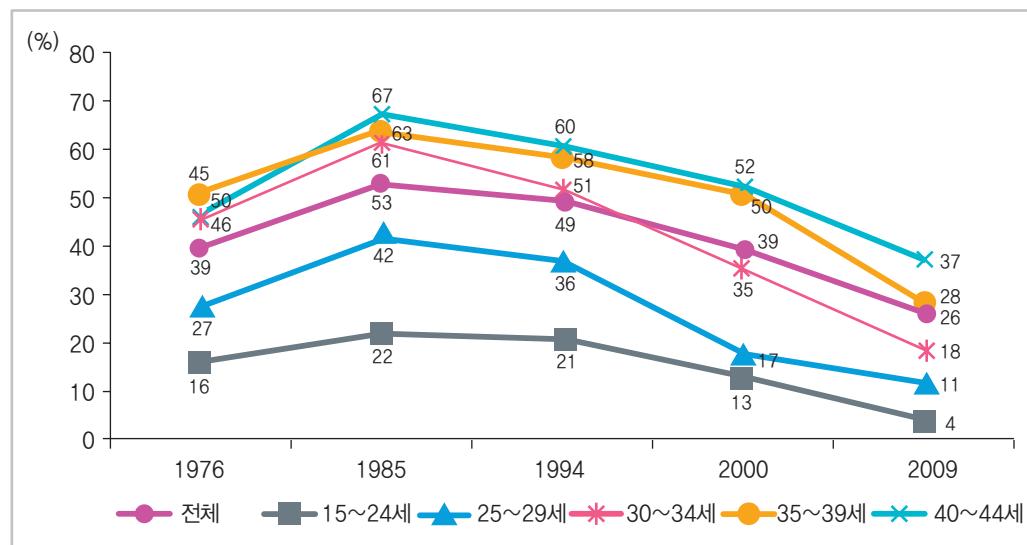


그림 5-8 인공임신중절 경험률 및 연령별 추이

자료원: 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2009

사회경제적 특징을 살펴보면 중·고졸업자에 비해 대학졸업자의 인공임신중절 경험이 적었다(그림 5-9). 직업에 따른 인공임신중절 경험률은 사무직이나 비취업 여성에 비해 서비스 및 판매직과 생산직 여성 근로자의 인공임신중절 경험이 높고, 그 격차가 35~44세 여성보다 34세 이하 젊은 여성의 경우 더욱 두드러진다(그림 5-10). 교육수준이 낮은 여성, 서비스 및 판매직·생산직 여성의 높은 피임실천에도 불구하고 인공임신중절 경험이 높은 이 모순된 결과는 이 인구집단 여성의 피임실패 원인을 파악하고 올바른 피임교육방법을 시행해야 함을 시사한다.

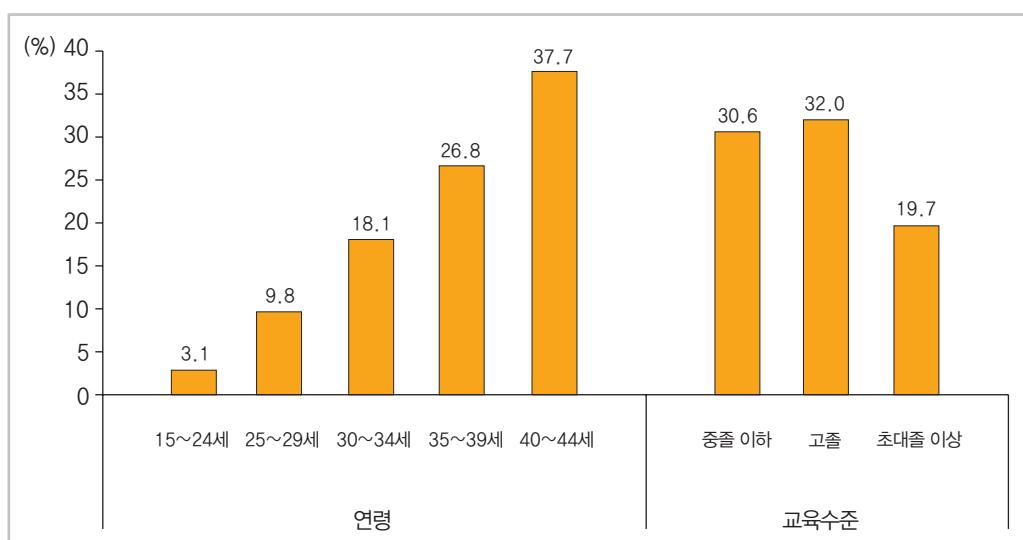


그림 5-9 기혼여성의 연령별, 교육수준별 인공임신중절 경험률

자료원: 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2009

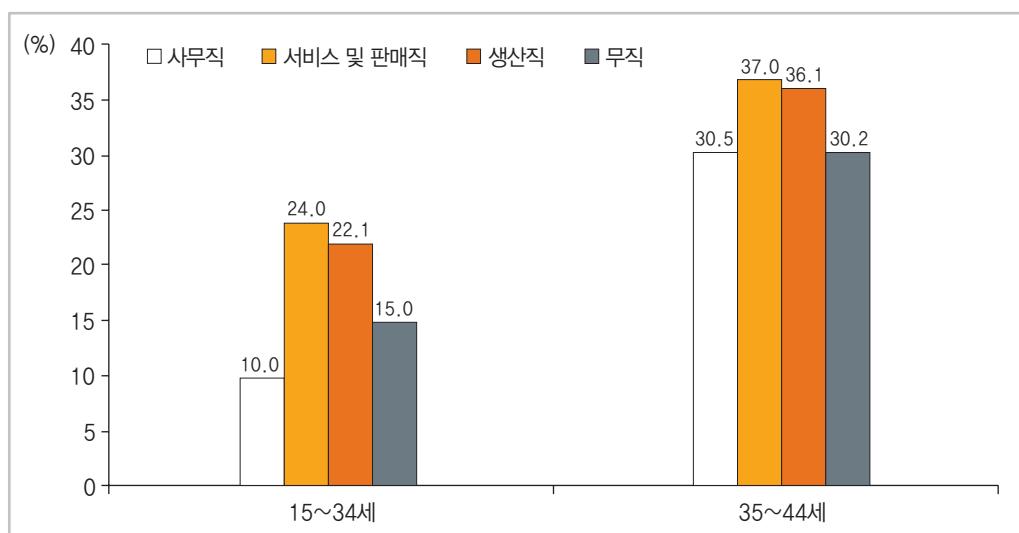


그림 5-10 기혼여성 연령별 · 직업별 인공임신중절 경험률

자료원: 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2009

요약

재생산기간(reproductive period)은 여성의 생애주기에서 민감한 시기로 임신, 분만, 출산과 관련된 재생산활동은 여성 건강에 크게 영향을 미치고 있다.

- 합계출산율
 - 1960년대 이후 우리나라 여성의 출산은 급속히 감소하였다. 1960년대 여성 한 명당 6.0명이던 출산이 1990년 OECD 평균수준인 1.6명으로 감소하고, 1997년 경제위기

이후 초저출산 현상을 보이고 있다. 2010년 현재 합계출산율은 1.2명으로 매우 낮다.

- 출생아 수 감소와 함께, 출산 연령의 지연 또한 관찰된다. 2000년대까지는 20대가 출산의 60% 이상을 차지하였지만, 2010년 이후 30~34세가 주 출산연령을 차지하고 있다.

- 모성사망비

- 우리나라의 모성사망비는 생활수준과 의료기술의 발달로 꾸준히 감소했지만, 2010년 기준 출생아 10만 명당 17명으로 OECD 평균에 비해 여전히 높은 수준이다. 최근 고령출산이 증가하며 2008년 이후 모성사망비는 다시 증가하는 추세이다. 모의 연령별 사망비는 35세 이후 급격히 높아진다.

- 피임실천율

- 가임기 기혼 여성의 피임실천율은 2009년 80%에 이르고 있다. 피임방법의 변화로, 1990년 이후 남성 피임법인 정관수술, 콘돔 사용이 증가한다.

- 사회경제적 특징을 보면 소득수준이 높은 그룹과 서비스 및 판매직·생산직에서 일하는 여성에서 피임실천율이 높았다.

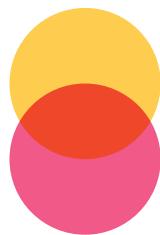
- 인공임신중절률

- 1985년과 1994년 조사에서 가임기 기혼여성의 50% 이상이 인공임신중절 경험을 보고했다. 점차 감소하고 있으나, 2009년 조사에서 가임기 기혼여성의 26%가 인공임신중절 경험자이고, 이 중 임부건강문제나 태아이상과 같은 모자보건법상 합법적인 이유는 적었다.

- 사회경제적 특징을 보면 대학졸업자에 비해 중·고등학교 졸업자의 인공임신중절 경험이 높았다. 또한 직업적 차이가 뚜렷하여, 사무직이나 비취업 여성에 비해 서비스 및 판매직·생산직 여성의 인공임신중절 경험이 높았다. 이 여성들의 피임 실패 원인에 대한 심층 연구가 필요하다.

06

정신건강



정신질환 유병현황

정신장애 유병률을 성별로 모니터하는 작업은 중요하다. 하루가 다르게 변화하는 사회에 살고 있는 이상, 정신 증상과 장애 유병률 또한 변화할 수밖에 없는데, 정신장애 유병률은 이러한 변화 양상을 살펴보는 데 유용하다.

19세 이상 64세 이하 성인 남성의 정신장애 일년 유병률은 2001년 22.8%에서 2011년 16.3%로 감소한 반면에 성인 여성의 정신장애 유병률은 15.2%에서 16.1%로 오히려 증가했다(그림 6-1).

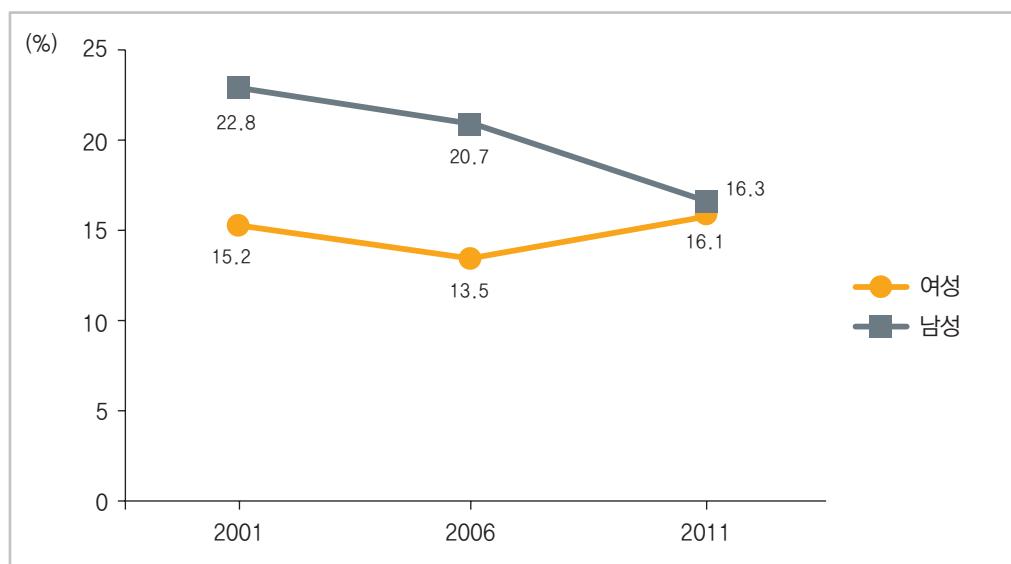


그림 6-1 19세 이상 64세 이하 성인의 연도별 정신장애 일년 유병률 추이, 2001~2011

자료원: 정신질환실태역학조사, 2001~2011, 보건복지부,
서울대학교 의과대학 학술용역보고서의 결과표를 통합, 재구성함

대부분의 연령대에서 2011년 여성의 정신장애 일년 유병률은 2006년에 비해 증가하였다. 특히 19~29세의 초기 성인기에서의 정신장애 일년 유병률이 2001년 16.1%에서 2011년 20.1%로 증가하였다(그림 6-2). 여성에 비해 남성의 정신장애 일년 유병률은 연도별로 감

소하였으며, 모든 연령대에서 시간에 따라 다소 낮아지거나 유지되는 양상을 보였다(그림 6-3).

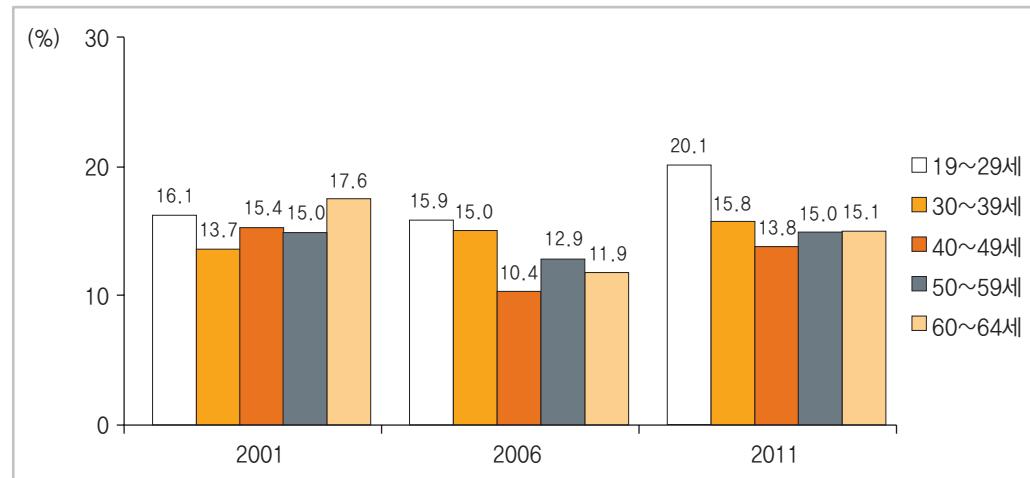


그림 6-2 19세 이상 64세 이하 성인 여성의 연령별 정신장애 일년 유병률, 2001~2011

자료원: 정신질환실태역학조사, 2001~2011, 보건복지부,
서울대학교 의과대학 학술용역보고서의 결과표를 통합, 재구성함

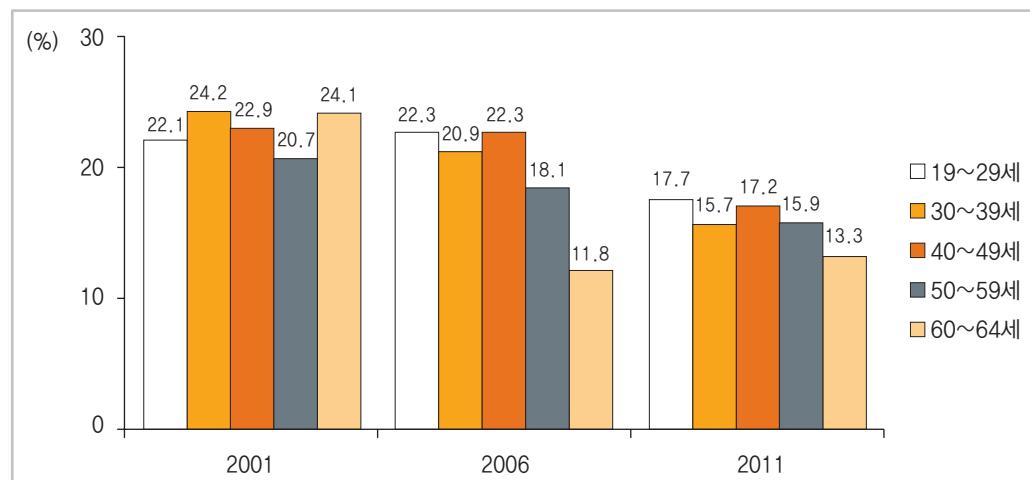


그림 6-3 19세 이상 64세 이하 성인 남성의 연령별 정신장애 일년 유병률, 2001~2011

자료원: 정신질환실태역학조사, 2001~2011, 보건복지부,
서울대학교 의과대학 학술용역보고서의 결과표를 통합, 재구성함

정신장애 일년 유병률은 남녀 비슷한 수준을 보이지만 정신질환 유형별로 살펴보면 성별 차이가 존재하는데, 일반적으로 정신병적 장애는 남성에게 많이 발생하고 기분장애, 불안장애, 신체화장애 등은 여성에게 많은 것으로 알려져 있다. 이 중 여성에게 가장 큰 질병부담이 되는 기분장애와 불안장애 유병 현황을 살펴보았다.

기분장애는 주요 우울장애, 기분부전장애, 양극성 장애 등을 일컫는다. 기분장애 일년 유병

률은 2001년부터 2011년까지 여성보다 남성보다 높게 나타났다. 남성과 여성 모두에서 연도 별로 증가하는 추세에 있는 것은 유사한 양상이었다. 남성에서는 2001년에서 2006년 사이의 증가폭이 컸던 반면, 여성에서는 2006년과 2011년 사이의 증가폭이 더 크게 나타났다 (그림 6-4).

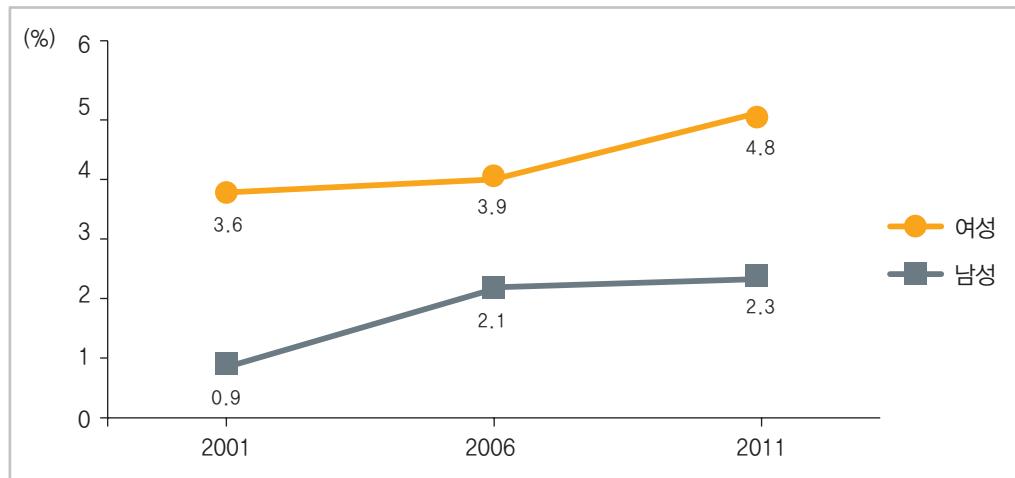


그림 6-4 19세 이상 64세 이하 성인의 연도별 기분장애 일년 유병률 추이, 2001~2011

자료원: 정신질환실태역학조사, 2001~2011, 보건복지부,
서울대학교 의과대학 학술용역보고서의 결과표를 통합, 재구성함

기분장애의 일년 유병률을 성별 연령별로 살펴보면, 여성의 2011년 가장 높은 유병률을 보이며 그 중 19~29세가 가장 높게 나타났으나, 2001년에는 60대, 2006년에는 50대가 가장 높게 나타났다. 남성에서도 2001년에는 60대, 2006년에는 50대, 2011년에는 19~29세와 50대가 가장 높은 유병률을 보였다. 최근 들어 19~29세 및 50대의 주요 우울 장애 등의 유병률이 남녀 모두에서 높은 것을 알 수 있다(그림 6-5, 6-6).

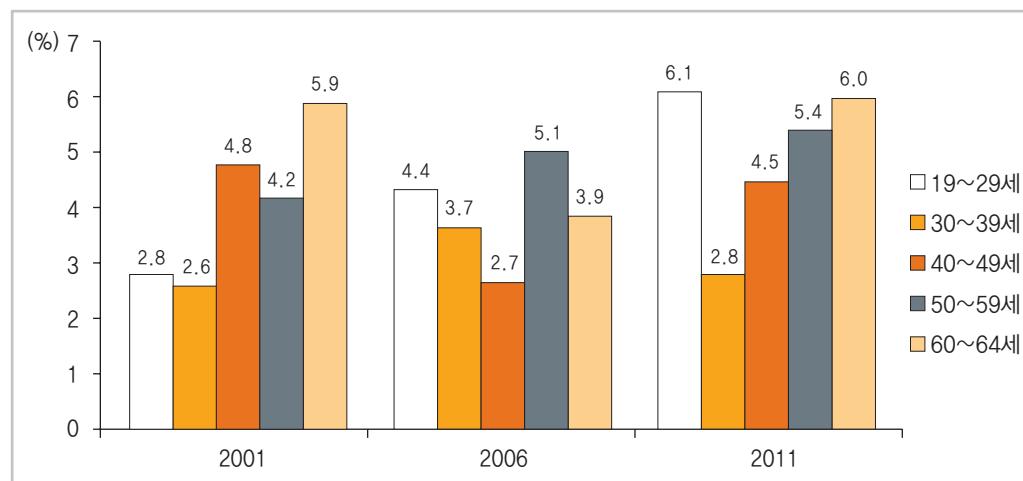


그림 6-5 19세 이상 64세 이하 성인 여성의 연령별 기분장애 일년 유병률, 2001~2011

자료원: 정신질환실태역학조사, 2001~2011, 보건복지부,
서울대학교 의과대학 학술용역보고서의 결과표를 통합, 재구성함

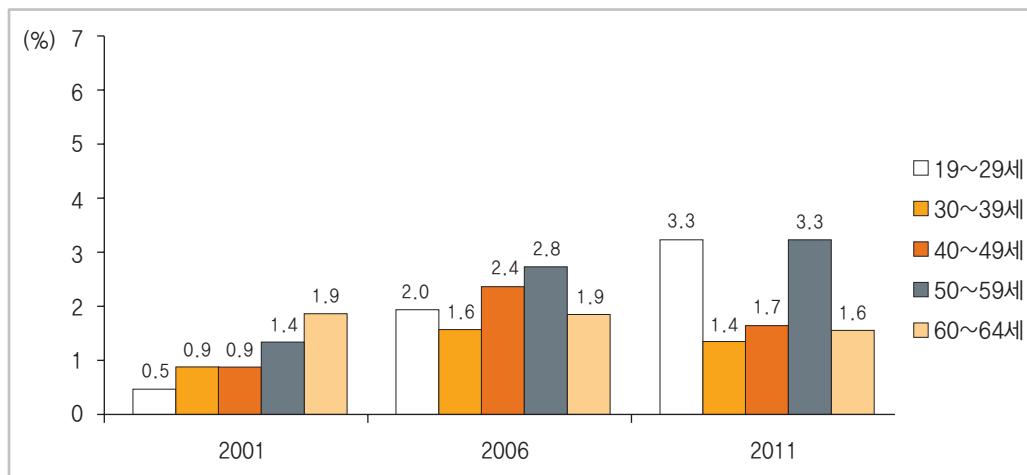


그림 6-6 19세 이상 64세 이하 성인 남성의 연령별 기분장애 일년 유병률, 2001~2011

자료원: 정신질환실태역학조사, 2001~2011, 보건복지부,

서울대학교 의과대학 학술용역보고서의 결과표를 통합, 재구성함

불안장애는 강박장애, 외상후 스트레스 장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 특정공포증과 범불안장애를 포함한다. 2011년의 불안장애 일년 유병률은 여성이 9.8%, 남성이 3.7%로 여성이 2.6배 정도 높다. 2001년과 2006년에도 마찬가지로 여성이 남성에 비해 높았다. 2006년에 비해서 불안장애 유병률은 여성과 남성 모두에서 증가하였다(그림 6-7).

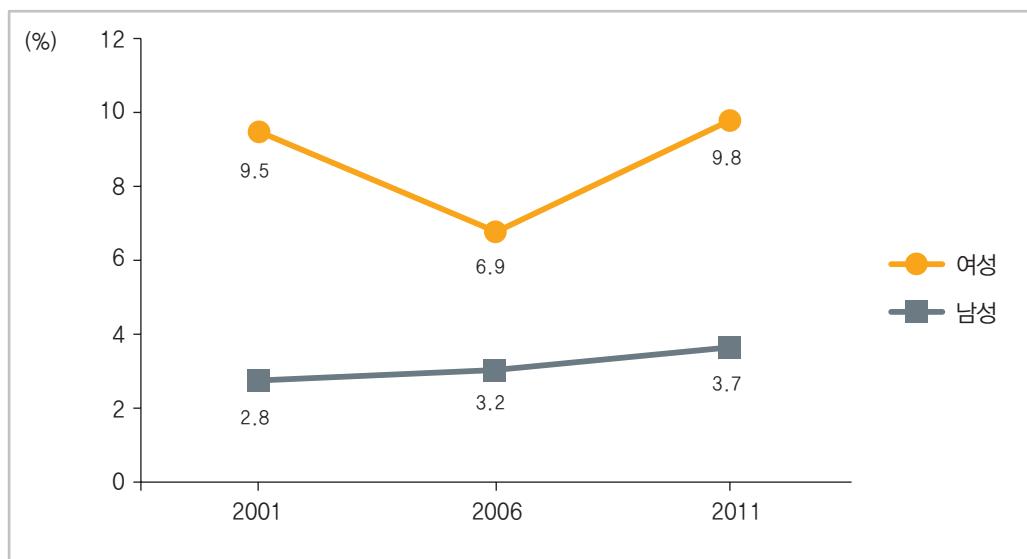


그림 6-7 19세 이상 64세 이하 성인의 연도별 불안장애 일년 유병률 추이, 2001~2011

자료원: 정신질환실태역학조사, 2001~2011, 보건복지부,

서울대학교 의과대학 학술용역보고서의 결과표를 통합, 재구성함.

2011년 기준으로 여성의 불안장애 일년 유병률의 연령별 추이를 살펴보면, 가장 높은 유병률을 보인 연령대는 19~29세(12.6%)였으며, 그 다음이 50~59세(9.9%)였다. 연령별 불

안장애 일년 유병률은 연도별로 볼 때 일관적인 양상을 보이지는 않았으나, 최근 2011년 조사에서는 여성과 남성 모두 19~29세에서 가장 높게 나타난 것이 특징적이다(그림 6-8, 6-9).

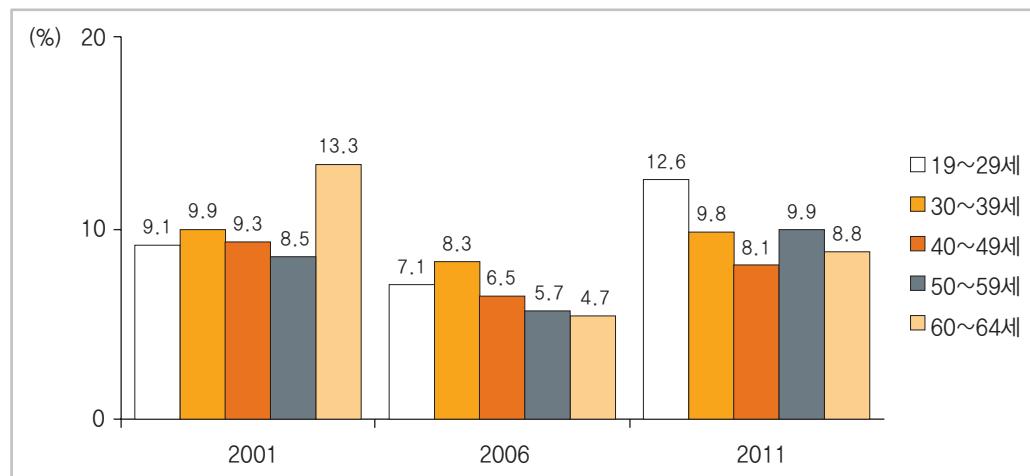


그림 6-8 19세 이상 64세 이하 성인 여성의 연령별 불안장애 일년 유병률, 2001~2011

자료: 정신질환실태역학조사, 2001~2011, 보건복지부,
서울대학교 의과대학 학술용역보고서의 결과표를 통합, 재구성함

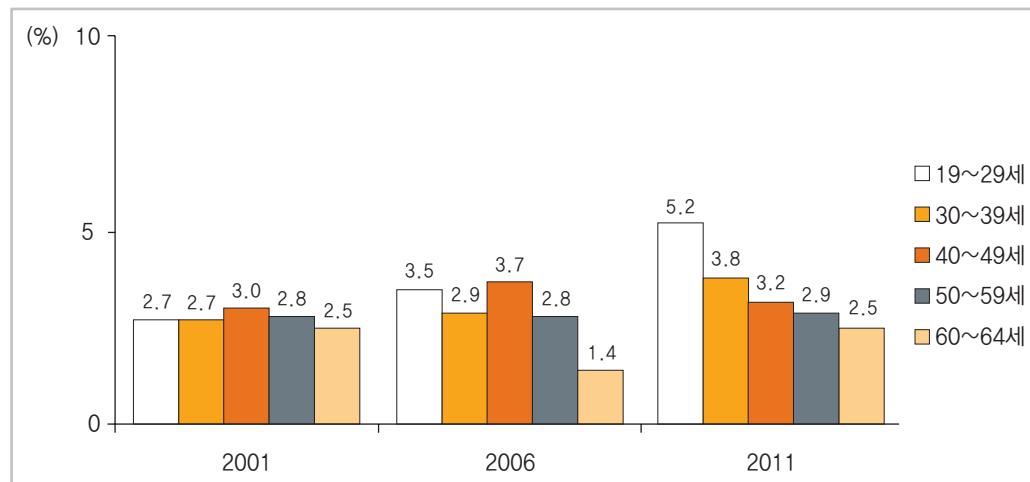


그림 6-9 19세 이상 64세 이하 성인 남성의 연령별 불안장애 일년 유병률, 2001~2011

자료원: 정신질환실태역학조사, 2001~2011, 보건복지부,
서울대학교 의과대학 학술용역보고서의 결과표를 통합, 재구성함

우울과 자살생각

우울

우울은 질병부담의 중요요소일 뿐만 아니라 여성 정신건강 영역에서 가장 흔하게 접하는 문제이다. 우울증상은 흡연과 음주와 같은 건강을 해치는 행동과 밀접한 관계를 갖고 있으

며, 심장병이나 암과 같은 만성질환, 자살시도 및 자살 사망에 이르기까지 광범위하게 연관되어 있다.

2007~2009년 19세 이상 성인 여성의 우울증상 경험률¹은 18.3%로, 남성의 우울증상 경험률 9.7%에 비해 두 배 정도 높다. 여성의 우울증상 경험률은 2001년 10.8%에 비해 2005년 19.2%로 크게 증가하였다. 이 추세는 2007~2009년에 약간 감소하였으나 여성이 남성에 비해 여전히 높은 우울증상 경험률을 보였다(그림 6-10).

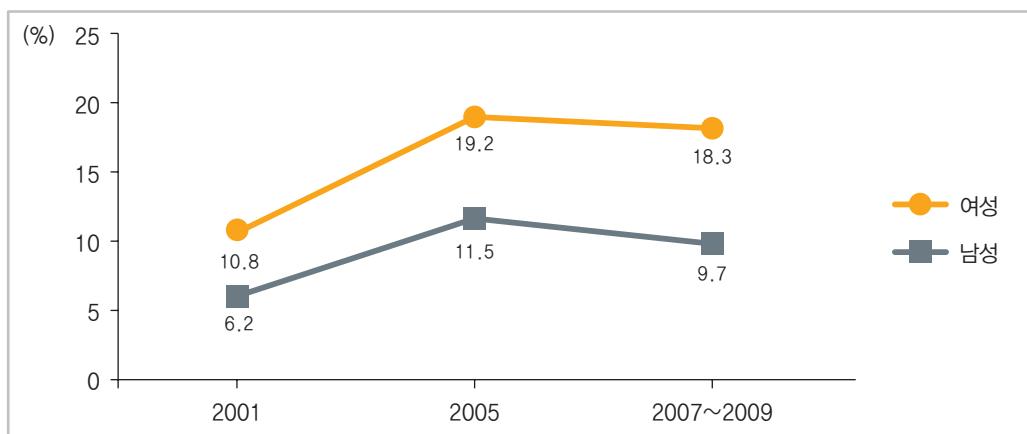


그림 6-10 19세 이상 성인의 우울증상 경험률 추이, 2001~2009

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

여성의 연령별 우울증상 경험률은 2007~2009년 65세 이상 노인이 28.0%로 가장 높고, 45~64세 20.1%, 19~24세 19.0%, 25~44세 14.5%의 순으로 나타났다. 65세 이상 여성 노인의 우울증상 경험률은 2001년 24.5%, 2005년 27.0%, 2007~2009년 28.0%로 지속적으로 증가하였다(그림 6-11).

1 19세 이상 사람 중 지난 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 사람의 분율.

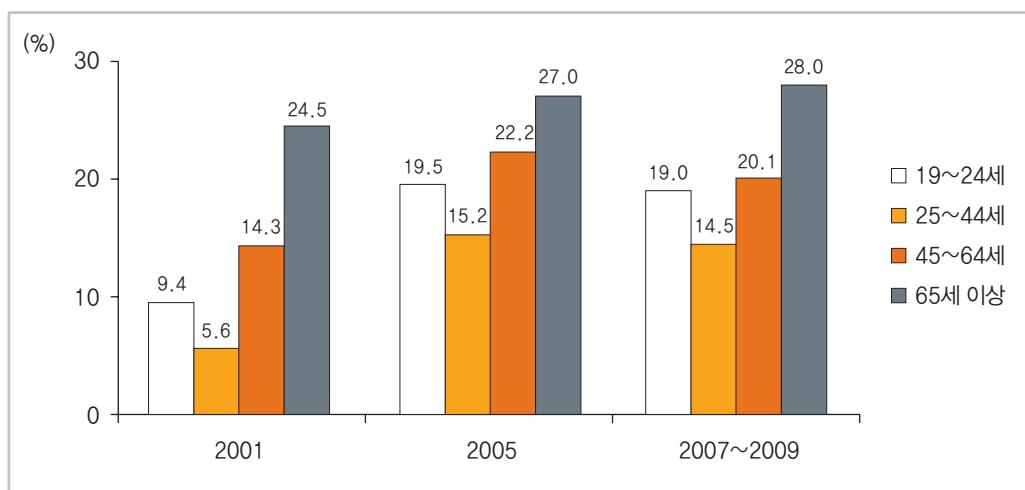


그림 6-11 19세 이상 성인 여성의 연령별 우울증상 경험률, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

교육수준, 소득수준 등 인구사회학적 특성도 여성의 우울증상 경험률에 영향을 미치고 있다. 교육수준이 낮을수록, 가구소득이 낮을수록, 미혼이거나 기혼자이면서 별거, 사별, 이혼을 한 경우 우울증상 경험률이 높게 나타났다. 직업유형에 따른 우울증상을 살펴보면, 생산직에 종사 중인 여성의 우울증상 경험률이 19.0%로 가장 높고, 사무직에 종사하는 여성의 우울증상 경험률이 15.8%로 가장 낮다. 서비스 및 판매직(17.3%)과 경제활동에 참여하지 않는 여성(17.0%)의 우울증상 경험률은 유사하였다(그림 6-12).

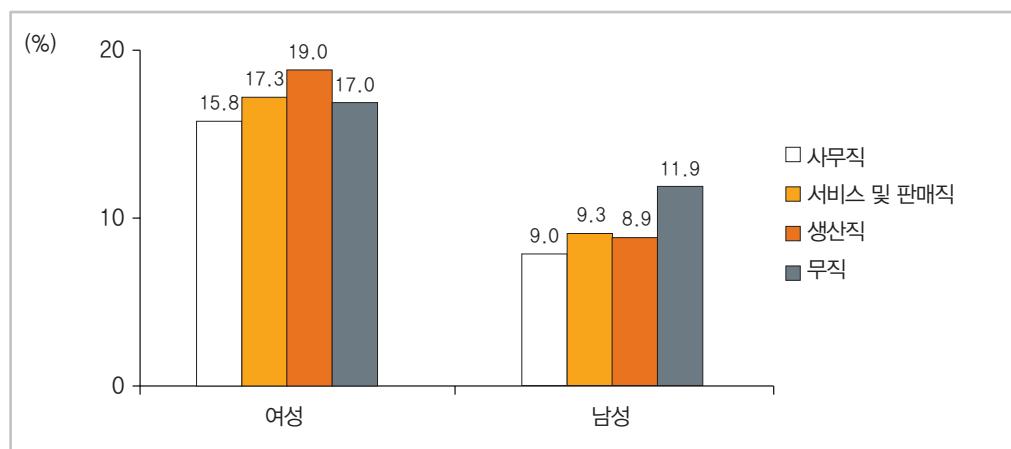


그림 6-12 19세 이상 64세 이하 성인의 성별·직업별 우울증상 경험률, 2007~2009

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

자살생각

한국사회의 자살은 심각한 사회문제로 부각되고 있다. 우울과 스트레스와 같은 정신건강

상태, 연령, 성별, 결혼상태, 교육수준과 같은 사회인구학적 요인의 박탈을 주요 원인 인자로 보고 있다.

2007~2009년 19세 이상 성인 여성의 자살생각률²은 20.9%로 남성의 자살생각률(10.6%)에 비해 두 배 정도 높다. 남성의 자살생각률이 2005년까지 정체되다가 2007~2009년 감소한 것에 반해, 여성의 자살생각률은 2005년에서 2007~2009년에 약간 감소하였으나 20% 이상의 수준을 유지하고 있다(그림 6-13).

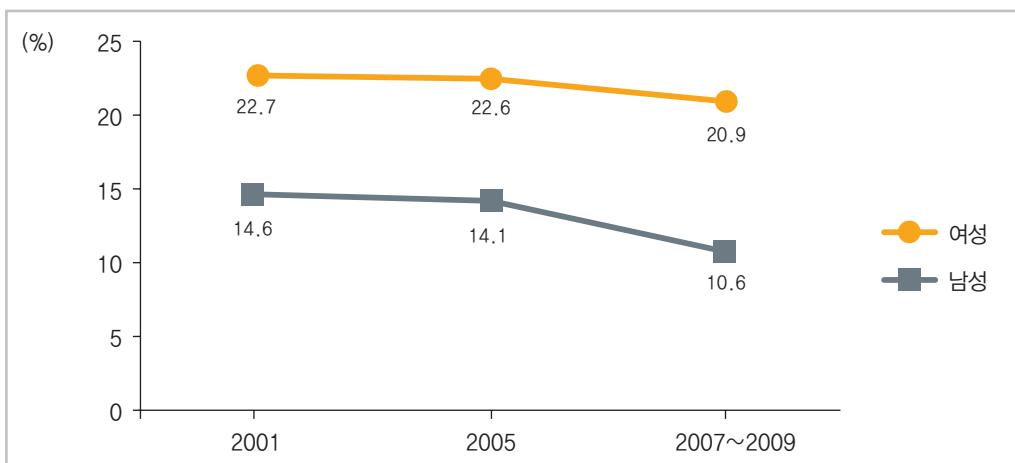


그림 6-13 19세 이상 성인의 자살생각률 추이, 2001~2009

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

19~24세에 속하는 여성과 65세 이상 노인의 자살생각률이 높게 나타난다. 특히 여성 노인의 경우 자살생각률이 2001년에서 2007~2009년까지 지속적으로 증가하였다(그림 6-14).

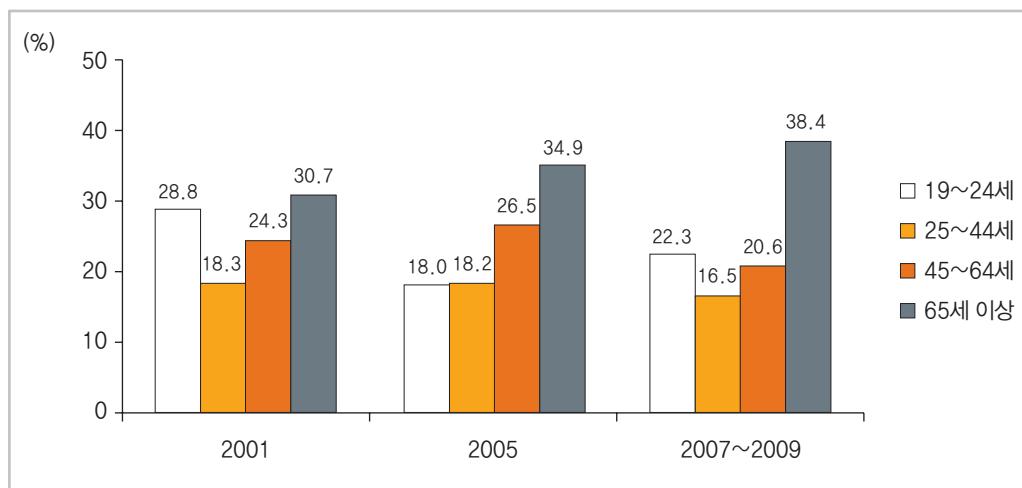


그림 6-14 19세 이상 성인 여성의 연령별 자살생각률, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

2 19세 이상인 사람 중 지난 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있는 사람의 분율.

사회경제적 요인도 자살생각에 영향을 미친다. 교육수준이 낮을수록, 가구소득이 낮을수록, 미혼이거나 기혼자이면서 별거, 사별, 이혼을 한 여성의 자살생각률이 높은 것으로 나타났다. 직업에 따라서도 자살생각률에 차이가 있는데, 서비스 및 판매 종사자인 여성의 자살생각률이 24.6%로 가장 높고, 다음으로 생산직 여성이 20.5%, 경제활동에 참여하지 않는 여성의 자살생각률은 19.1%로 나타났다. 사무직에 종사 중인 여성의 자살생각률은 14.8%로 가장 낮았다(그림 6-15).

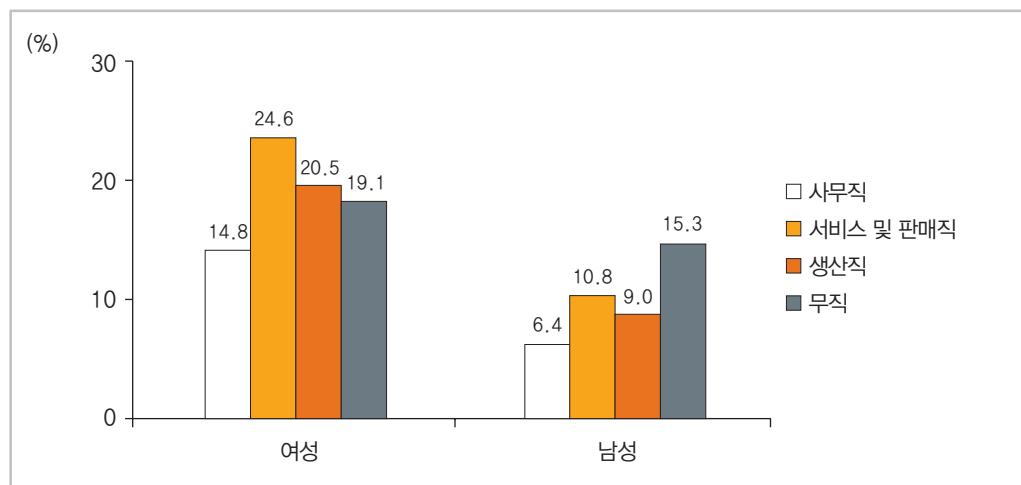


그림 6-15 19세 이상 성인의 성별 · 직업별 자살생각률, 2007~2009

자료원: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

요약

- 모든 정신장애 유병률
 - 정신건강으로 인한 부담은 전체 보건 영역에서 중요성과 심각성이 점차 커지고 있다. 정신장애 유병률은 증가하고 있으며, 거의 절반에 가까운 인구집단이 심리적 건강문제를 겪고 있다.
 - 한국 성인의 일년 정신장애 유병률은 여성이 16.1%, 남성이 16.3%로 비슷하다. 하지만 지난 10년간 여성의 일년 정신장애 유병률은 증가하는 경향인 반면, 남성에서는 감소하는 경향을 보였다.
- 기분장애와 불안장애 유병률
 - 여성의 기분장애와 불안장애 유병률은 남성보다 높으며 증가하는 경향을 보이고 있다. 연령별로 보면, 특히 19~29세 여성의 기분장애, 불안장애 유병률이 두드러지게 증가하는 모습을 보인다.

- 우울과 자살생각

- 우울증상 경험률의 경우 여성이 남성보다 지속적으로 높게 나타났으며, 노인 및 중장년층일수록, 생산직에 종사하는 경우 우울증상 경험률이 높게 나타났다.
 - 우울증상과 더불어 정신건강에서 중요하게 다루어져야 하는 것이 자살생각과 자살시도율과 같은 자살관련 행동인데, 여성의 자살생각률은 남성보다 지속적으로 높다. 남성의 자살생각률이 감소하는 추세를 보이는 반면, 여성의 자살생각률은 20% 이상 높게 유지되고 있다.
 - 우울증상 경험률과 자살생각률이 노인여성에게서 지속적으로 높게 나타나는 것을 볼 때, 이들을 대상으로 하는 정신건강 증진 및 자살예방정책이 필요하다.

07

의료서비스 이용

의료보장 적용상태

의료보장은 국가의 구성원이라면 지불능력(ability to pay)에 구애받지 않고 필수적 의료를 이용할 수 있도록 하는 것을 의미한다. 의료보장제도를 논할 때에는 공적 의료보장제도의 적용 범위에 포함되는 인구의 비율과 급여수준(benefit coverage)을 동시에 고려해야 하며,¹ 건강보장형태별·의료급여형태별 급여실적을 통하여 의료보장 정도를 파악하는 것이 필요하다.

2012년 의료보장 적용인구는 총 5천 116만 9천 141명이며, 이 가운데 여성은 2천 522만 2천 8명, 남성은 2천 564만 7천 133명이다.

성별 건강보장 형태의 경우, 여성이 남성에 비하여 건강보험 비율이 다소 낮고, 의료급여 비율이 높다. 건강보험 내에서의 직장가입자와 지역가입자 간 비율은 남녀 차이가 거의 없다(그림 7-1).

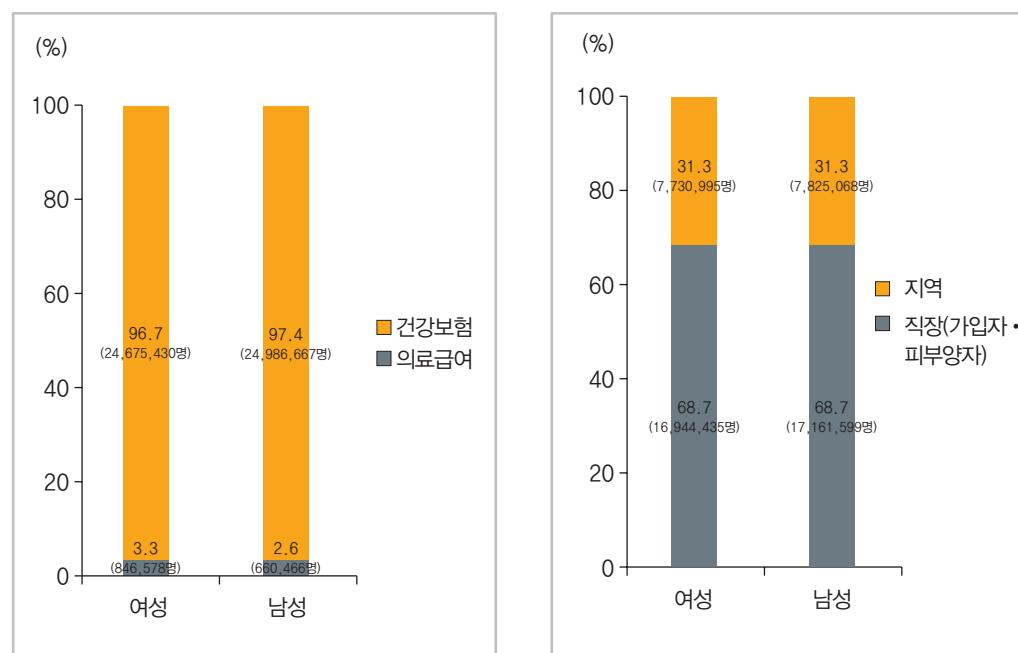


그림 7-1 의료보장형태, 2012

자료원: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 2012

¹ 정형선(2004). OECD 개념에 따른 우리나라 약제비의 국제 비교. 보건행정학회지, 13(4), 48-65.

전반적 의료이용

총 진료비에서 내원일수를 나눈 내원 1일당 진료비는 남녀 모두 2002년부터 2011년까지 매년 증가하고 있으며, 건강보험 가입형태 및 의료이용 형태(외래·입원)에 관계없이 남성의 내원 1일당 진료비가 여성보다 더 높았다(그림 7-2).

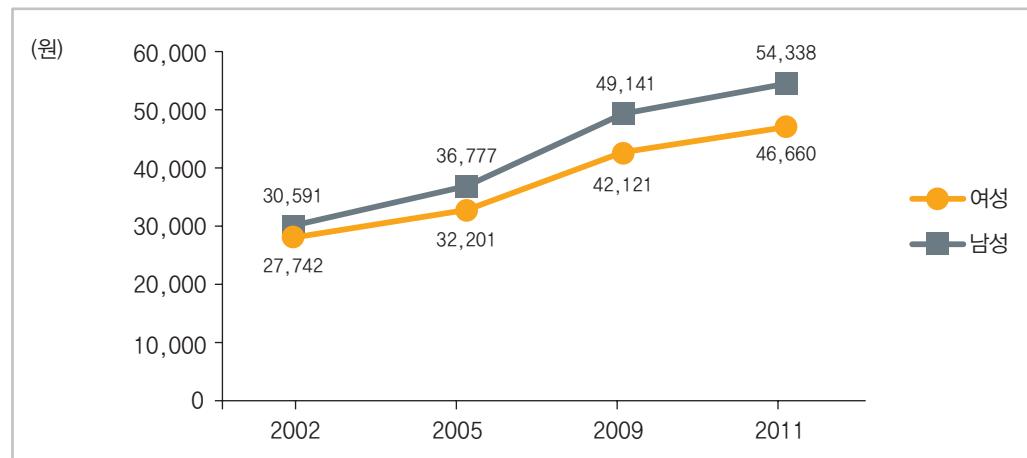


그림 7-2 성별 내원 1일당 진료비

자료원: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 2012

건강보험 가입형태, 의료이용 형태 모두에서 여성의 내원일수가 남성에 비해 높았는데도 남성의 진료비가 높게 나타나는 것은, 남성이 상대적으로 고비용의 의료 이용을 하고 있는 것으로 해석할 수 있다.

예방적 의료

건강검진

오늘날 평균수명이 연장되고, 복합적이지만 예방 가능한 질환이 증가하며, 정교한 의료기술이 발달함에 따라 예방 의료에 대한 요구와 필요가 높아지고 있다.²

2007~2009년 19세 이상 성인 여성의 건강검진수진율³은 45.1%로 남성의 52.7%보다 낮으나, 남성의 건강검진수진율이 2001년 이후 감소 추세인 데 비하여 여성의 건강검진수진율은 2001년 42.2%에서 2007~2009년 45.1%로 증가하였다. 연령별 건강검진수진율은 남녀 모두 2001년에 비하여 2007~2009년 19~44세의 수진율이 감소하고, 45~65세의 수진율이 증가하는 경향을 공통적으로 보이나, 여성의 증가폭은 약 11% 포인트로, 남성보다 두드러진다.

교육수준과 소득수준, 직업 등의 인구사회학적 특성은 여성의 건강검진수진에 영향을 미치는데, 교육수준이 낮을수록, 소득수준이 낮을수록 건강검진수진율도 낮았다(그림 7-3, 7-4).

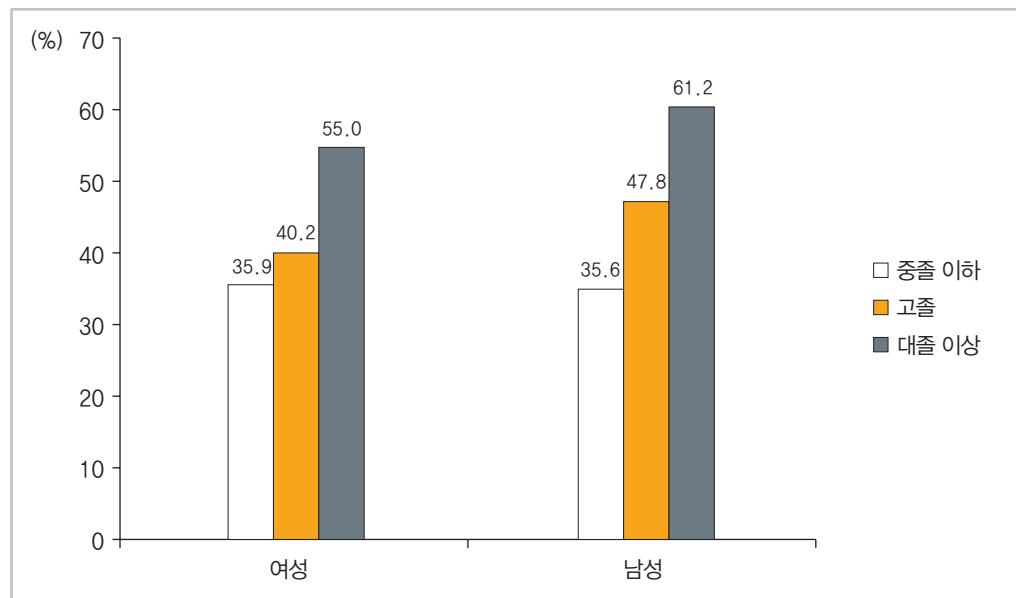


그림 7-3 19세 이상 64세 이하 성인의 성별 · 교육수준별 건강검진수진율, 2007~2009

자료원: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

2 안윤옥(2011). 21세기에 필요한 예방의료서비스 개념 및 필요성. 대한의사협회지, 54(3), 246-249

3 19세 이상인 사람 중 최근 2년 동안 건강을 위해 건강검진을 받은 분율.

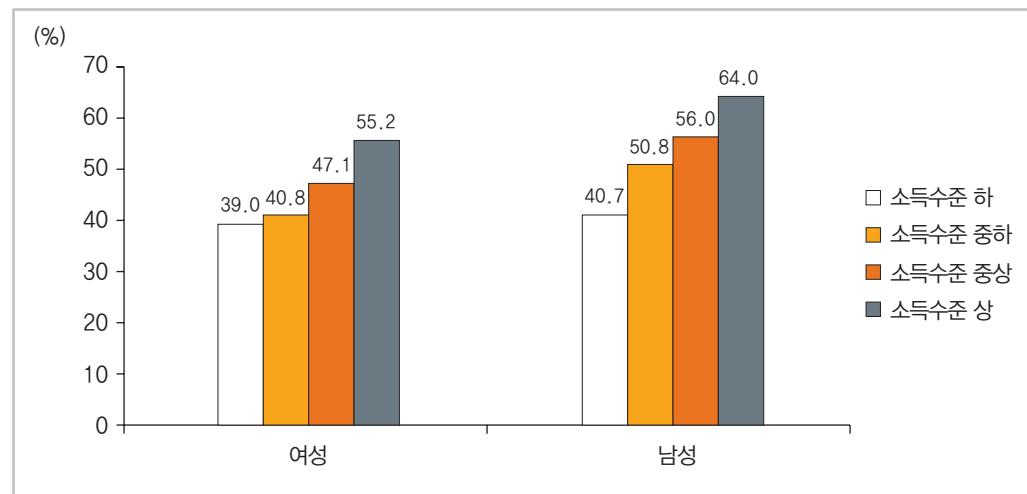


그림 7-4 19세 이상 성인의 성별·소득수준별 건강검진수진율, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구로 표준화함

유방암검진⁴

유방암검진수진율은 매년 증가하는 추세로, 2005년 대비 2007~2009년 검진수진율이 19.7% 포인트 증가하였다(그림 7-5).

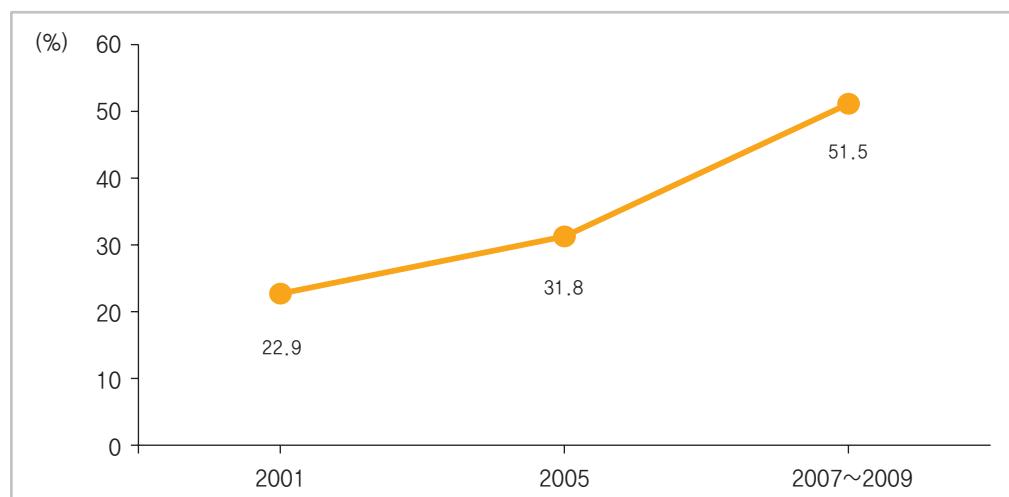


그림 7-5 40세 이상 79세 이하 성인 여성의 유방암검진수진율, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

주: 2005년 추계인구(여성)로 표준화함

⁴ 유방암검진수진율은 국가 암검진 대상 연령에 따라 만 40세 이상부터 수진이 유효하다고 판단된 79세 이하 까지 10세 단위로 구분하여 살펴보았음.

또한 교육수준 및 소득수준이 높을수록 유방암검진수진율이 높다(그림 7-6). 직업별로는 사무직의 수진율이 가장 높았으며, 수진율이 가장 높은 사무직과 수진율이 가장 낮은 서비스 및 판매직 간 차이는 15.6% 포인트로, 직종 간 유방암검진수진율의 격차가 크다. 한편 사무직 다음으로 무직에서 검진수진율이 높은 것에 대해 해석할 때는 무직에 주부가 포함된다는 것을 고려해 이루어져야 한다(그림 7-6).

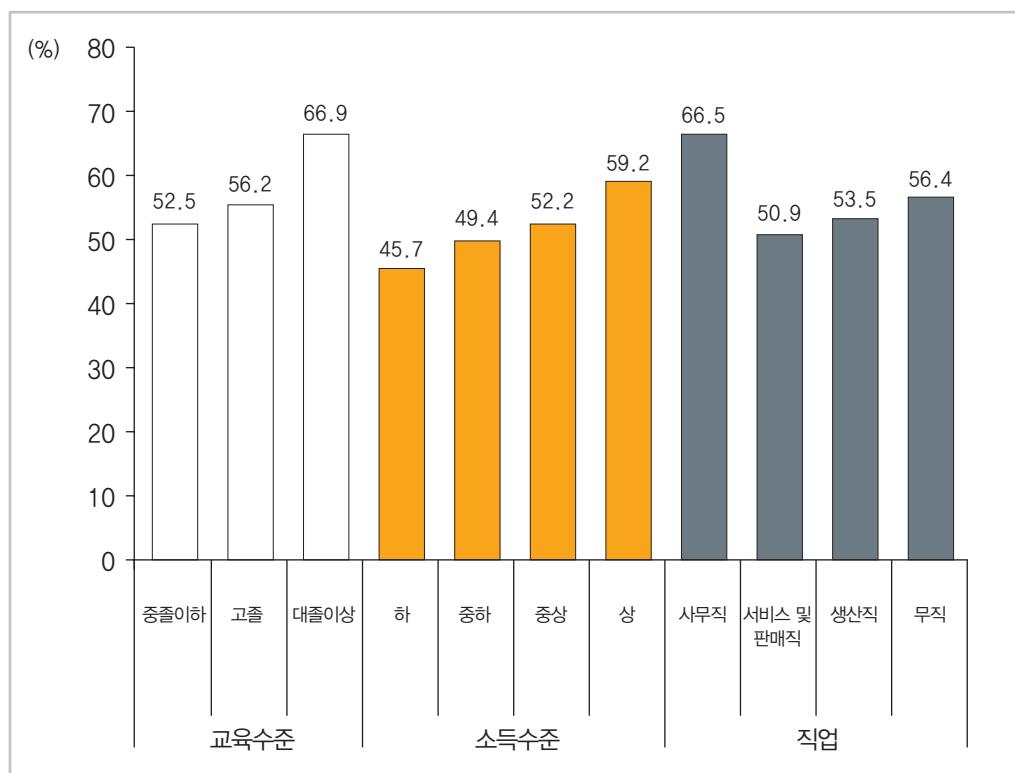


그림 7-6 40세 이상 79세 이하 성인 여성의 교육수준 · 소득수준 · 직업별 유방암검진수진율, 2007~2009

자료원: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구(여성)로 표준화함

자궁경부암검진⁵

자궁경부암검진수진율은 매년 증가하는 추세로, 2005년 대비 2007~2009년 6.7% 포인트 상승하였다(그림 7-7).

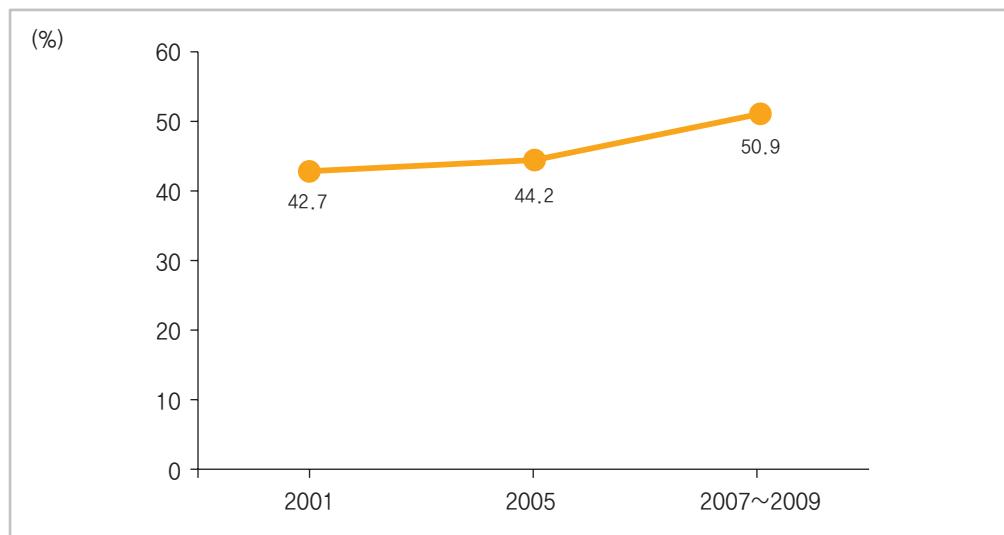


그림 7-7 30세 이상 79세 이하 성인 여성의 자궁경부암검진수진율, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

주: 2005년 추계인구(여성)로 표준화함

연령별로는 매년 40~49세 연령군의 수진율이 가장 높게 나타나며, 30~39세 연령군을 제외하고는 모든 연령군에서 매년 수진율이 증가하였다(그림 7-8).

5 자궁경부암검진수진율은 국가 암검진 대상 연령에 따라 만 30세 이상부터 수진이 유효하다고 판단된 79세 이하까지 10세 단위로 구분하여 살펴보았음.

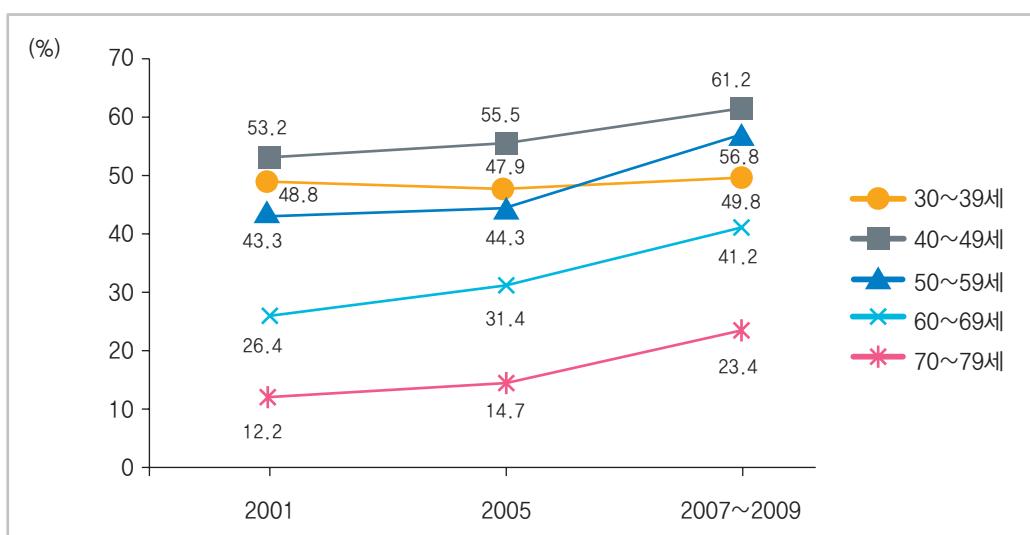


그림 7-8 30세 이상 79세 이하 성인 여성의 연령별 자궁경부암검진수진율, 2001~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2009

또한 교육수준 및 소득수준이 높을수록 자궁경부암검진수진율이 높다(그림 7-9). 직업별로는 사무직의 수진율이 60.8%로 가장 높았으며, 반대로 생산직의 수진율은 47.0%로 가장 낮았다(그림 7-9).

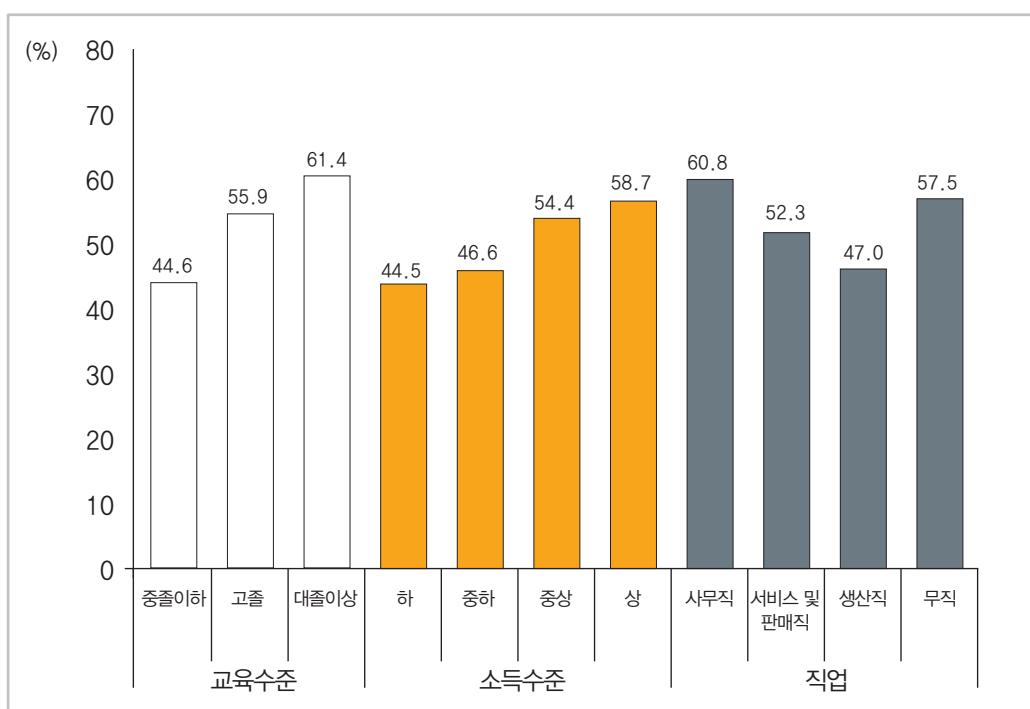


그림 7-9 30세 이상 79세 이하 성인 여성의 교육수준·소득수준·직업별 자궁경부암검진수진율, 2007~2009

자료원: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~2009

주: 2005년 추계인구(여성)로 표준화함

주요 만성질환에 대한 의료이용⁶

고혈압 의료이용

국내 고혈압성 질환으로 인한 사망자 수는 2005년 인구 10만 명당 9.3명, 2009년 9.6명, 2012년 10.4명으로 소폭 상승하는 경향을 보이며, 고혈압으로 유발되는 심뇌혈관 질환은 매년 암 다음으로 높은 사망원인으로 보고되고 있다.

한편 고혈압은 적절한 치료를 통하여 합병증을 예방하고 사망률을 감소시킬 수 있는 질환으로,⁷ 2000년부터 각 지방자치단체 보건소를 중심으로 고혈압 관리 사업을 실시하고 있다. 따라서 고혈압으로 인한 의료이용 현황을 살펴보는 것은 주요한 사망원인에 대한 관리 이자 국가 단위 사업의 효과를 파악하는 데 의미가 있다.

고혈압 유병률⁸은 2007년부터 2011년까지 매년 증가하고 있으며, 30세 이상의 경우 남성(30.7%)의 유병률이 여성(26.7%)보다 높으나, 65세 이상 고령군에서는 반대로 여성(63.2%)이 남성(53.1%)보다 높다.

고혈압으로 인한 외래서비스 이용⁹은 남녀 모두 2005년에서 2008년까지 증가했다가 2011년 감소하며, 2008년과 2011년 모두 여성의 외래서비스 이용이 남성보다 높았다(그림 7-10). 또한 성인여성에서 연령이 증가함에 따라 외래서비스 이용도 함께 증가하였으며 (75세 이상 연령군 제외, 그림 7-11), 건강보험 가입자보다는 의료급여 수급권자의 외래서비스 이용이 많았다(그림 7-12).

6 외래 의료이용률: 해당 질환으로 인한 외래내원일수/해당 질환으로 인해 외래서비스를 이용한 환자수(내원 일수 1일을 외래이용 1건으로 간주함).

입원 의료이용률: 해당 질환자 100명당 입원이용 건수(입원 에피소드* 1건을 입원이용 1건으로 간주함).

*입원 에피소드: 입원 의료이용률을 엄격하게 산출하기 위하여 ① 동일환자가, ② 3일 이내에, ③ 같은 질환으로 재입원한 경우 동일한 입원 건으로 간주하는 '에피소드' 개념을 도입함.

7 서영미(2010). 일 지역 고혈압 환자의 약물치료 이행의 영향요인. 지역사회간호학회지, 21(1), 82-91.

8 30세 이상이며, 수축기혈압이 140mmHg 이상이거나 이완기혈압이 90mmHg 이상 또는 고혈압약물을 복용 한 분율.

9 19세 이상 고혈압 환자의 평균 외래이용률.

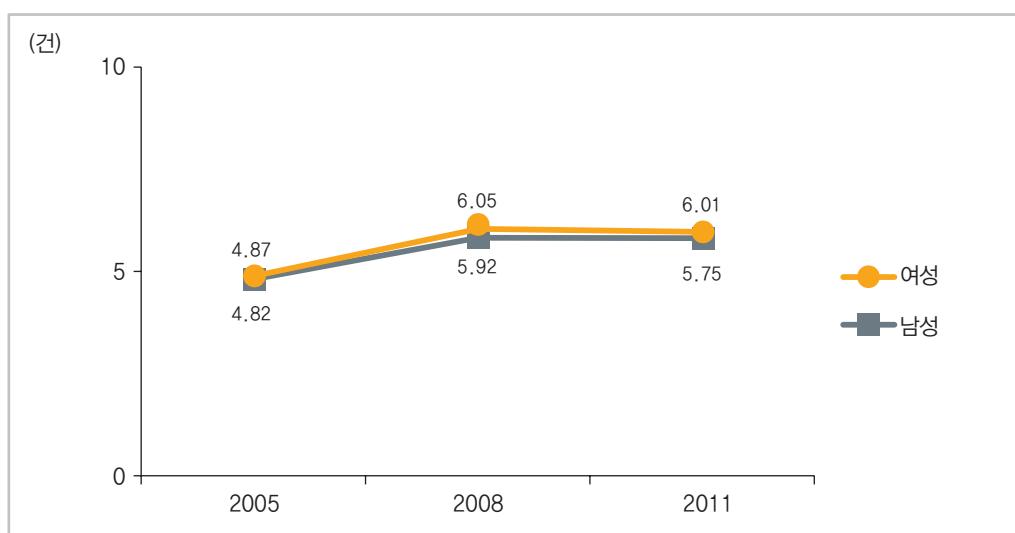


그림 7-10 19세 이상 성인 고혈압 환자 평균 외래이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

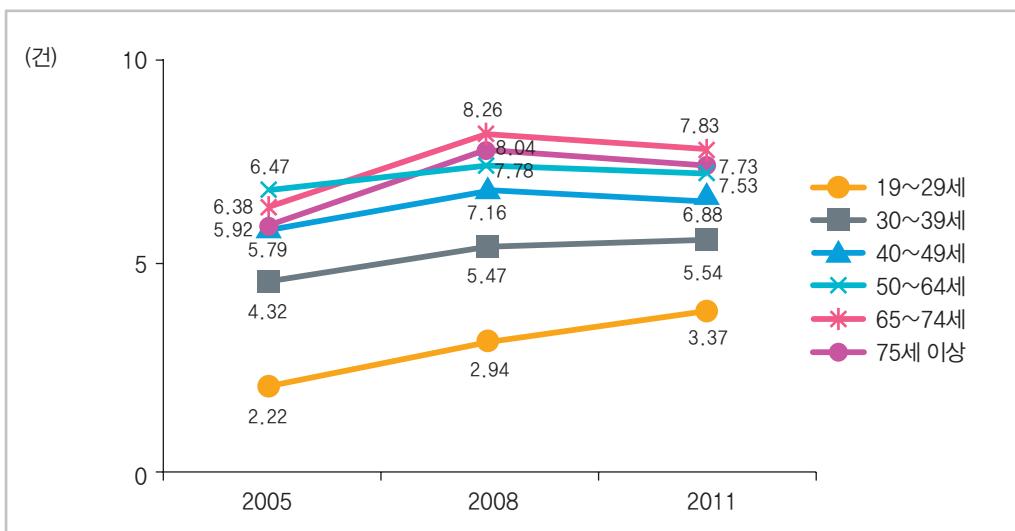


그림 7-11 19세 이상 성인 여성 고혈압 환자 연령별 평균 외래이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

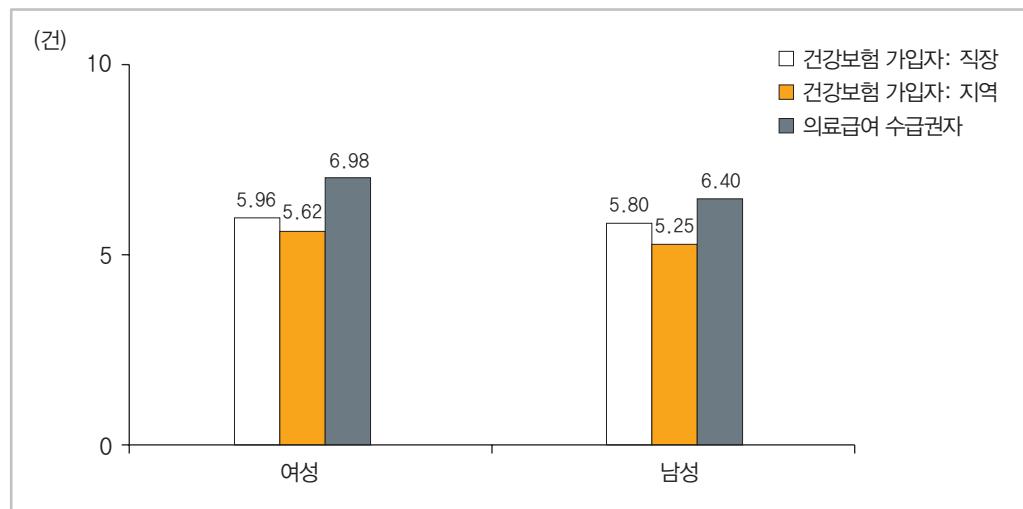


그림 7-12 19세 이상 성인 고혈압 환자 성별 · 건강보장 형태별 평균 외래이용 건수, 2011

자료원: 국민건강보험공단, 2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

고혈압으로 인한 입원서비스 이용¹⁰은 2005년에서 2008년까지 증가하나 이후 유지하는 것으로 나타났으며, 매해 남성의 입원서비스 이용이 여성보다 높았다(그림 7-13). 연령별로는 75세 이상 연령의 입원서비스 이용이 다른 연령에 비하여 가장 높았으며(그림 7-14), 건강보험 가입자보다 의료급여 수급권자의 입원서비스 이용이 두드러지게 높았다(그림 7-15).

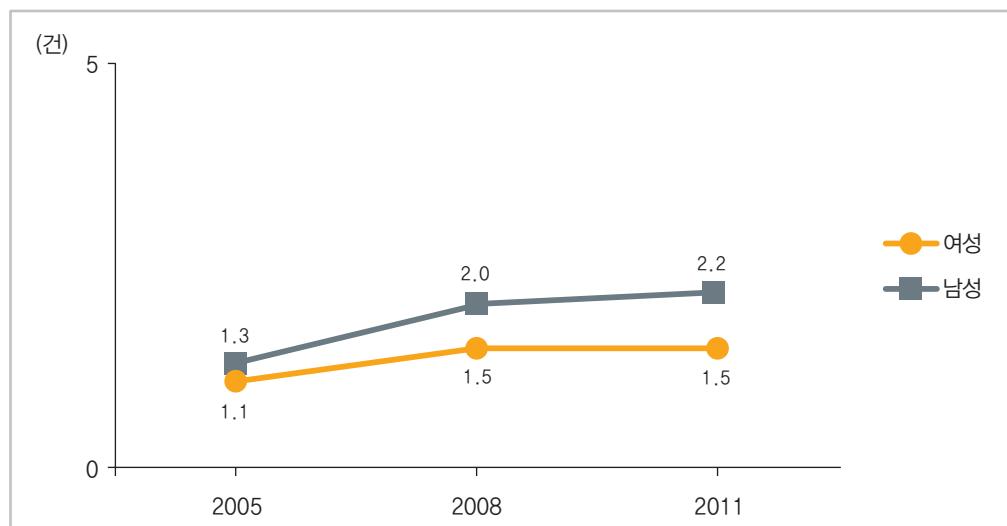


그림 7-13 19세 이상 성인 고혈압 환자 100명당 입원이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

10 19세 이상 고혈압 환자 100명당 입원이용률.

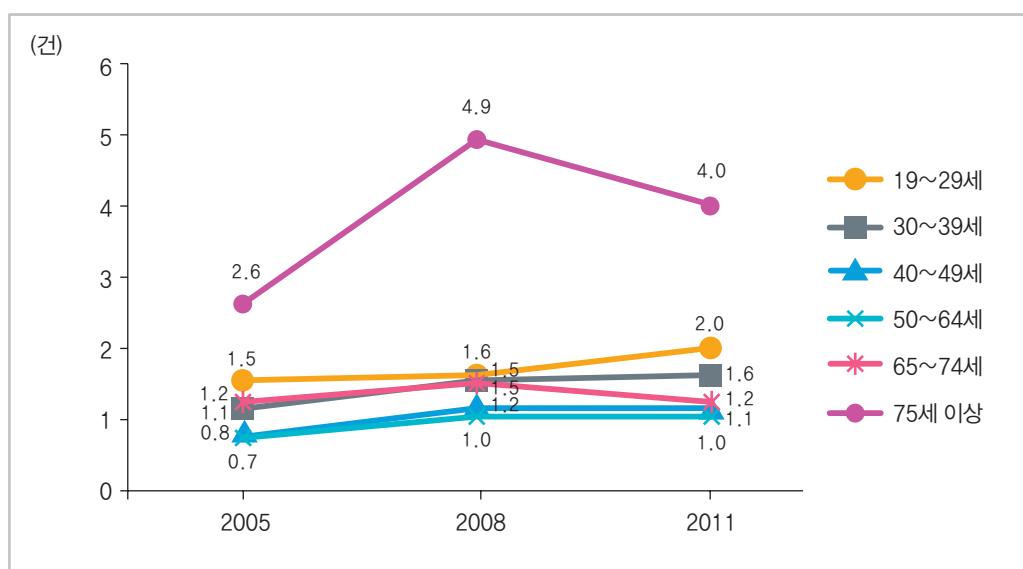


그림 7-14 19세 이상 성인 여성 고혈압 환자 100명당 연령별 입원이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

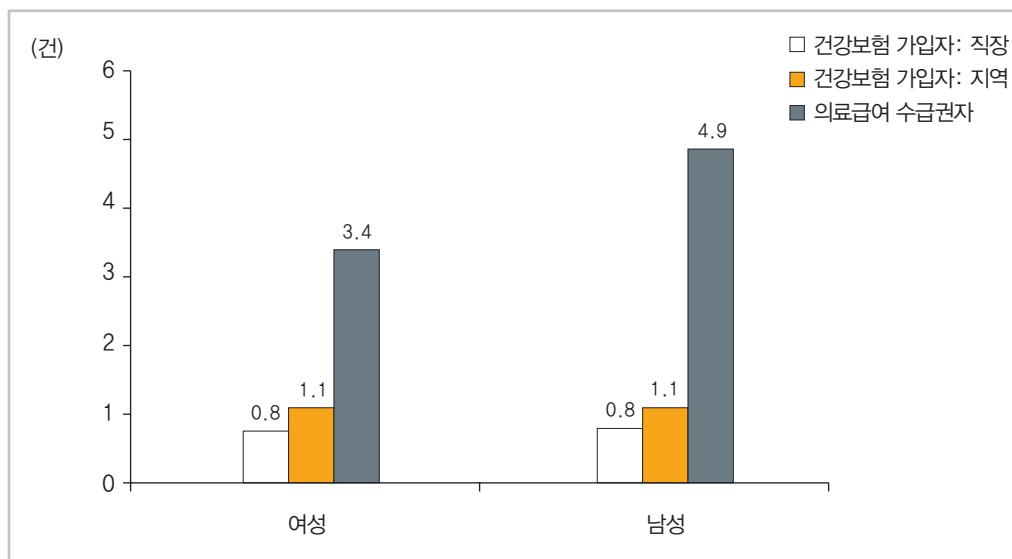


그림 7-15 19세 이상 성인 고혈압 환자 100명당 성별·건강보장 형태별 입원이용 건수, 2011

자료원: 국민건강보험공단, 2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

심장 질환 의료이용

최근 10년간 국내 주요 사망원인은 각종 암, 심장 질환, 뇌혈관 질환, 당뇨병 순으로 나타났으며(운수사고 및 자살·타살 등의 외부요인 제외), 심장 질환으로 인한 사망은 2003년 이래 매년 증가 추세를 보이고 있다.¹¹ 이에 따라 대표적 심장 질환인 심근경색과 협심증으로 인한 외래 및 입원서비스 이용 현황을 살펴보고, 매년 증가하고 있는 사망 원인의 경향과 유사한 경향을 보이는지를 알아보고자 한다.

심근경색으로 인한 외래서비스 이용¹²은 남녀 모두 2005년부터 2011년까지 꾸준하게 증가하고 있으며(그림 7-16), 여성의 경우 40세~64세 연령군에서의 심근경색으로 인한 외래서비스 이용 증가 경향이 두드러진다(그림 7-17). 건강보장형태별 심근경색 관련 외래서비스 이용은 여성 의료급여 수급권자의 높은 외래 이용이 두드러졌으며, 남성의 경우 건강보장형태에 따른 의료이용에 큰 변이가 나타나지 않았다(그림 7-18).

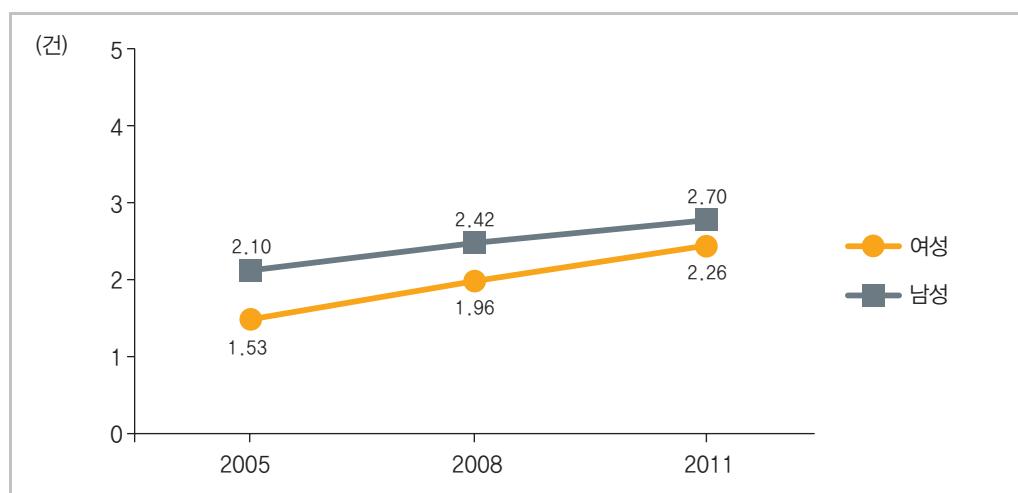


그림 7-16 19세 이상 성인 심근경색 환자 평균 외래이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

11 통계청(2013), 2012년 사망원인통계.

12 19세 이상 심근경색 환자의 평균 외래이용률.

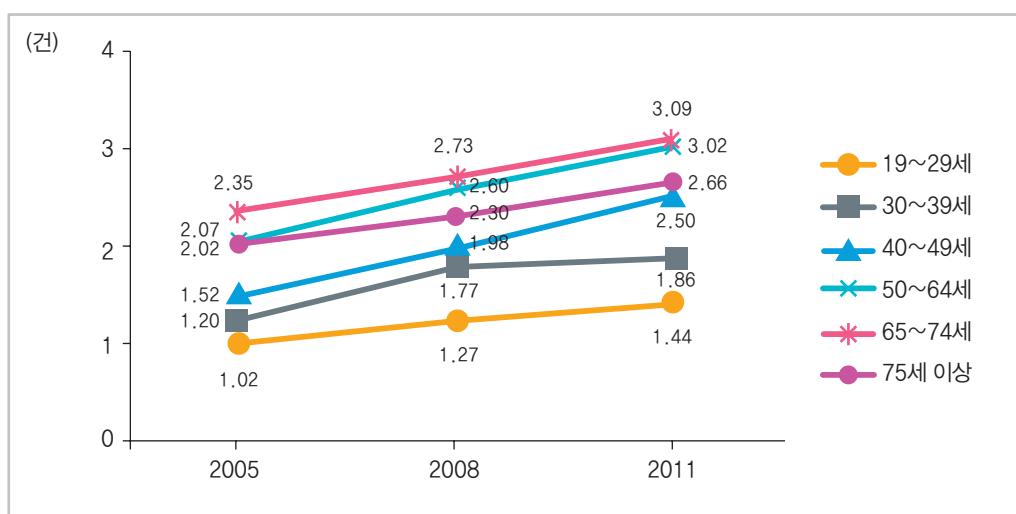


그림 7-17 19세 이상 성인 여성 심근경색 환자 연령별 평균 외래이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

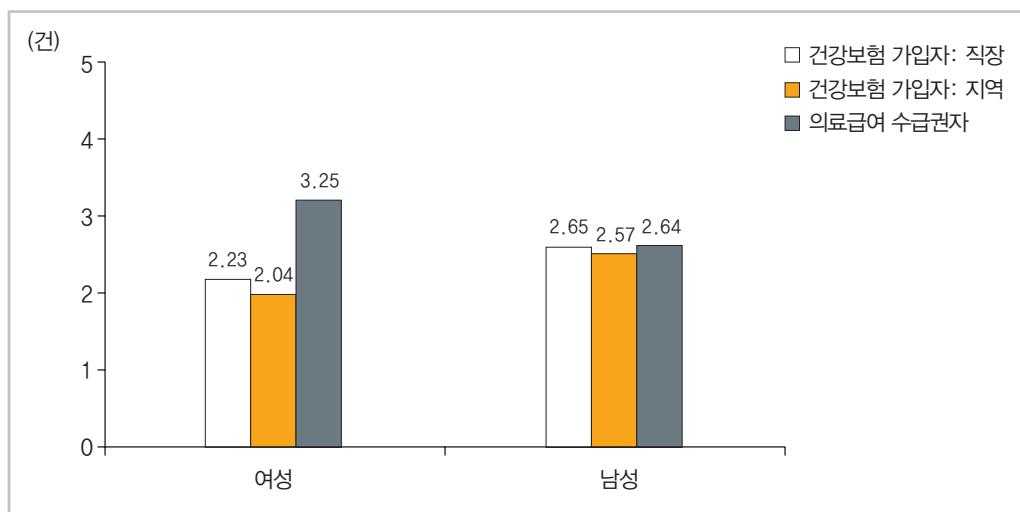


그림 7-18 19세 이상 성인 심근경색 환자 성별·건강보장형태별 평균 외래이용 건수, 2011

자료원: 국민건강보험공단, 2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

심근경색으로 인한 입원서비스 이용¹³은 전 연령 모두 남성이 여성보다 높았으나, 2005년 남녀 간 입원서비스 이용 차이가 심근경색 환자 100명당 9.0건에서 2011년 6.9건으로 감소, 남녀 간 간격이 줄어들고 있다(그림 7-19). 여성과 남성 모두 75세 이상 연령군의 심근경색으로 인한 입원서비스 이용이 가장 높게 나타나지만, 연령 증가에 따른 입원서비스 이용 증가 경향은 여성에서 더 뚜렷하게 나타났다(그림 7-20, 7-21).

13 19세 이상 심근경색 환자 100명당 입원이용률.

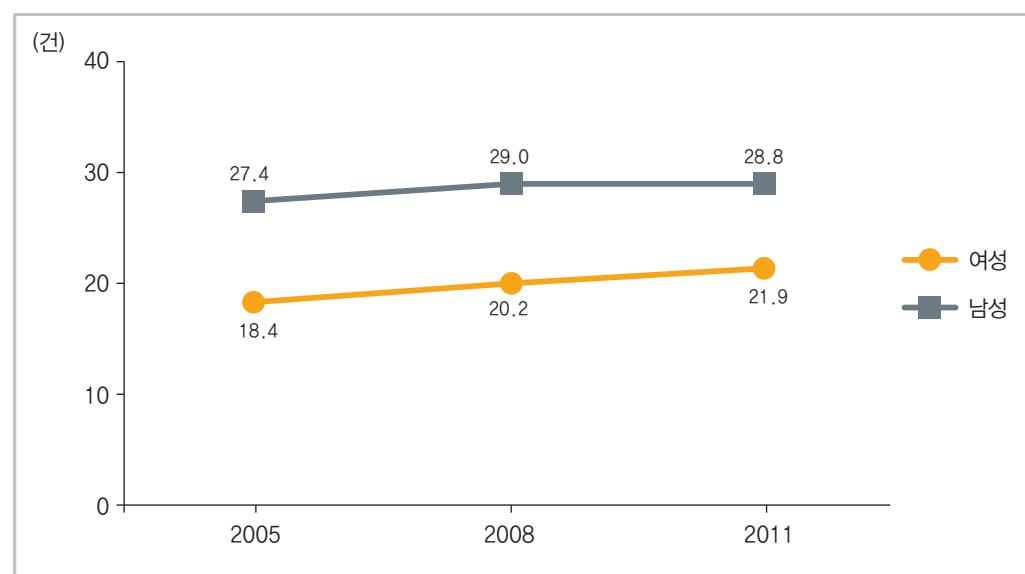


그림 7-19 19세 이상 성인 심근경색 환자 100명당 입원이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

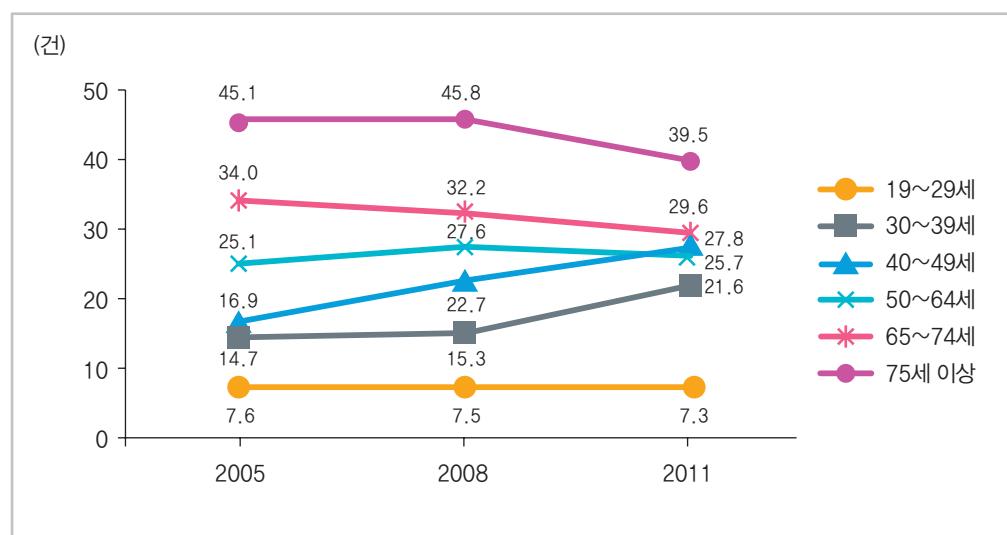


그림 7-20 19세 이상 성인 여성 심근경색 환자 100명당 연령별 입원이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

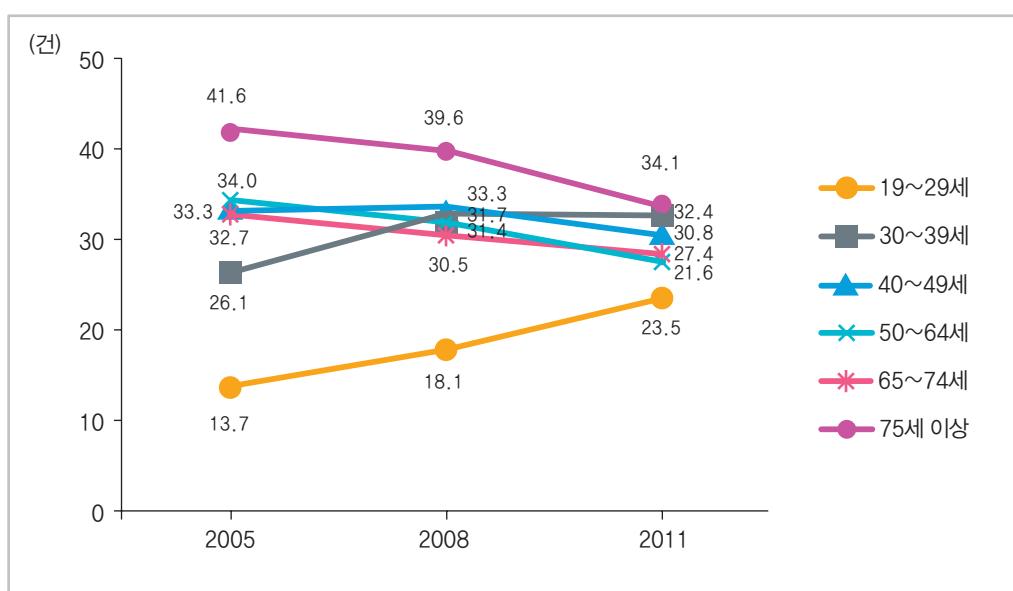


그림 7-21 19세 이상 성인 남성 심근경색 환자 100명당 연령별 입원이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

협심증으로 인한 외래서비스 이용¹⁴은 2005년부터 2011년까지 점진적으로 증가하고 있으나, 2008년을 기점으로 증가폭이 감소하였다. 2011년 기준, 19세 이상 성인 협심증 환자의 평균 외래 서비스 이용건수는 남녀 모두 2.41건 이었다(그림 7-22). 건강보장형태에 따른 외래서비스 이용은 남녀 모두 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자보다 높게 나타났다(그림 7-23).

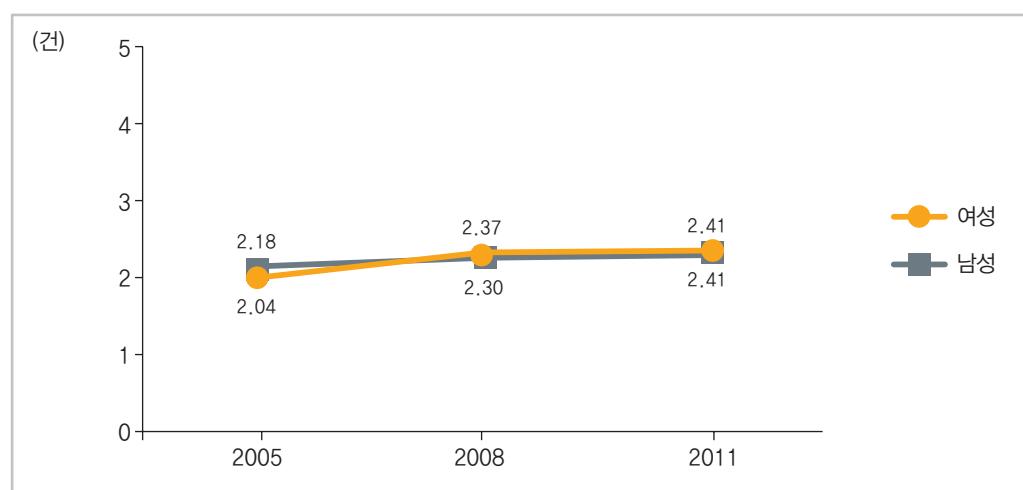


그림 7-22 19세 이상 성인 협심증 환자 평균 외래이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

14 19세 이상 협심증 환자의 평균 외래이용률.

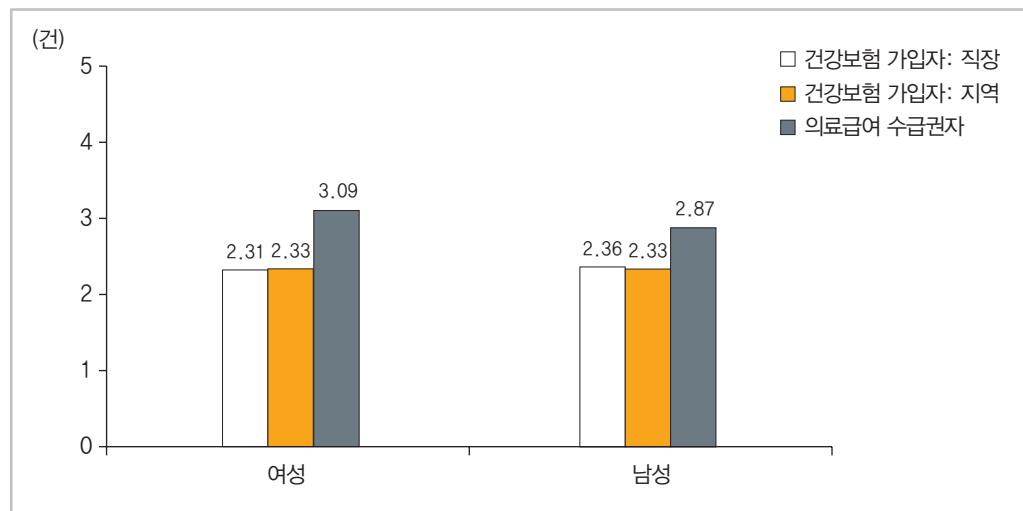


그림 7-23 19세 이상 성인 협심증 환자 성별 · 건강보장형태별 평균 외래이용 건수, 2011

자료원: 국민건강보험공단, 2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

협심증으로 인한 입원서비스 이용¹⁵은 2005년에서 2011년까지 증가 추세이다(그림 7-24). 연령별 입원이용은 해에 따라 서로 다른 양상을 보이나, 전반적으로 연령이 증가함에 따라 입원이용도 증가하였다. 2011년 입원이용이 가장 많은 연령군은 40~49세(협심증 환자 100명당 16.2건)로, 입원이용을 가장 많이 하는 연령군이 점차 낮아진다(그림 7-25).

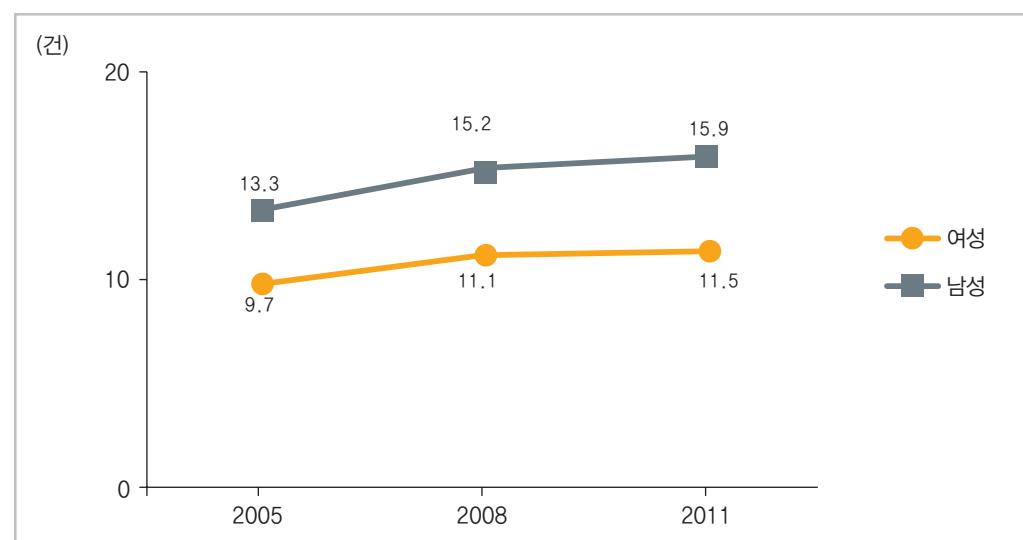


그림 7-24 19세 이상 성인 협심증 환자 100명당 입원이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

15 19세 이상 협심증 환자 100명당 입원이용률.

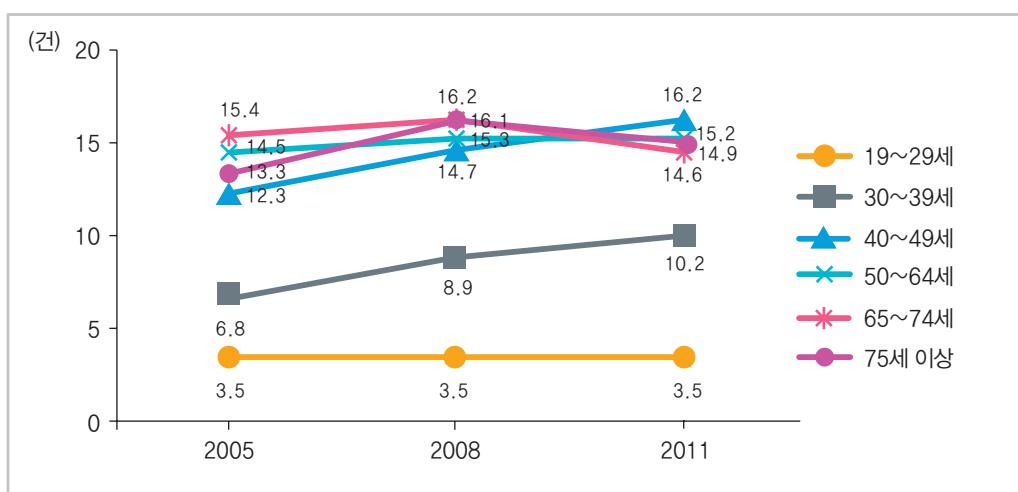


그림 7-25 19세 이상 성인 여성 협심증 환자 100명당 연령별 입원이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

당뇨병 의료이용

당뇨병 유병률은 2001년 8.6%에서 2011년 9.8%로 최근 10년간 1.2% 포인트 증가하였으며,¹⁶ 65세 이상에서 여자가 3.7% 포인트, 남자가 5.8% 포인트 증가하는 등 고령군에서의 유병률 증가가 두드러졌다.

당뇨병으로 인한 외래서비스 이용은 남녀 모두 2008년까지 증가하다가 2011년 다소 감소하였으며, 2011년 여성의 외래서비스 이용은 당뇨병 환자 평균 6.05건, 남성은 평균 5.88건으로 여성이 남성보다 당뇨병으로 인한 외래서비스 이용이 더 많았다(그림 7-26). 연령별 외래서비스 이용은 남녀 모두 65~74세 연령군에서 가장 높았고, 연령증가에 따라 외래서비스 이용도 함께 증가했다(그림 7-27). 건강보장형태에 따른 외래서비스 이용은 의료급여 수급권자가 건강보험가입자보다 높게 나타났다(그림 7-28).

¹⁶ 보건복지부·질병관리본부. 2001년 국민건강영양조사; 2005년 국민건강영양조사; 2007-2009년 국민건강영양조사; 2011년 국민건강영양조사

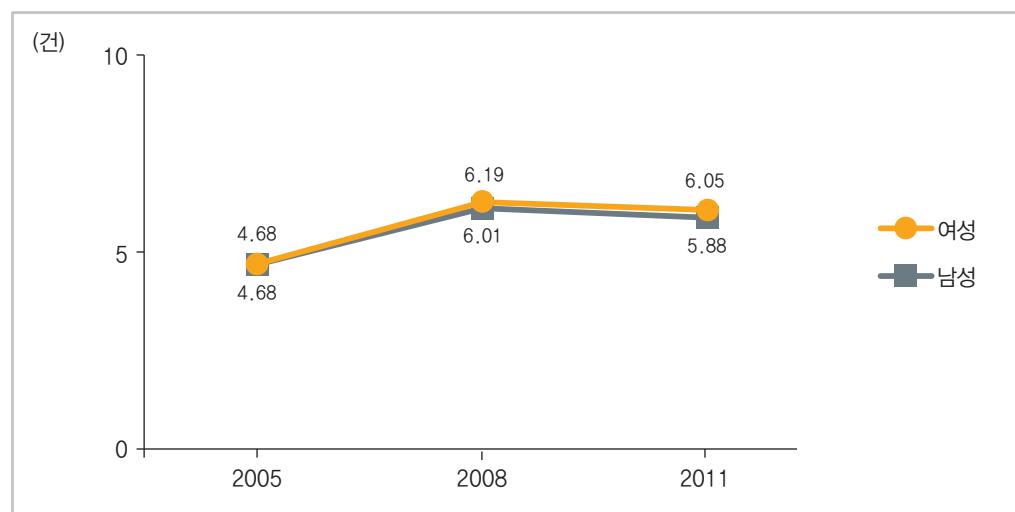


그림 7-26 19세 이상 성인 당뇨병 환자 평균 외래이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

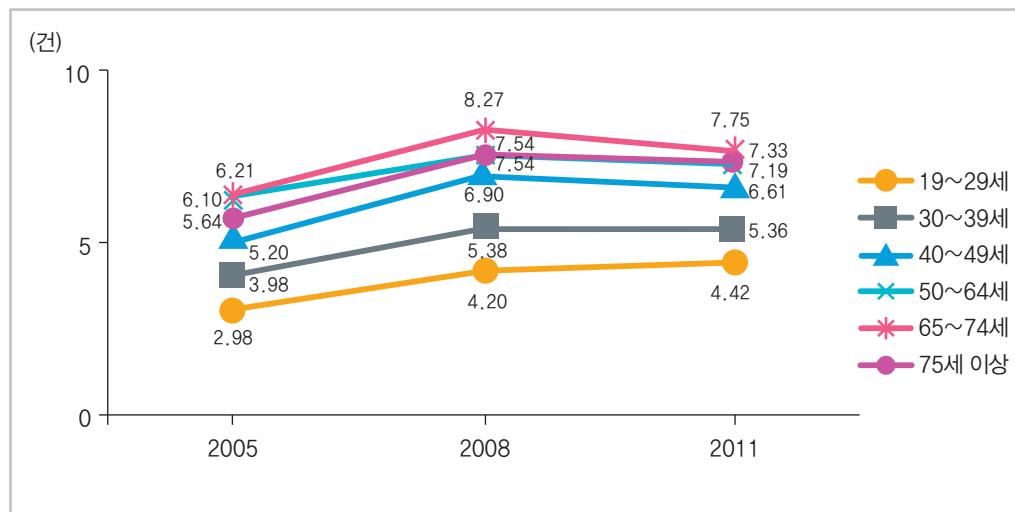
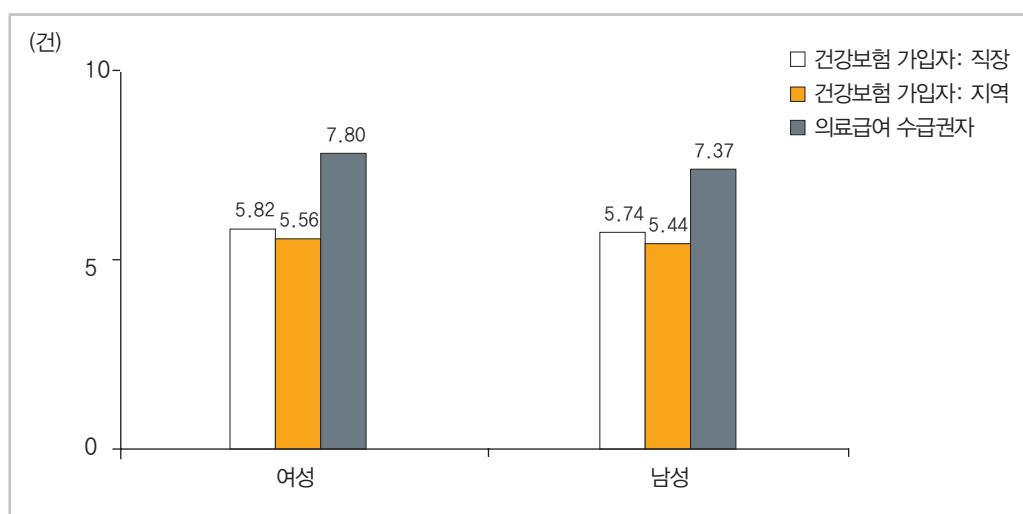


그림 7-27 19세 이상 성인 여성 당뇨병 환자 연령별 평균 외래이용 건수, 2005~2011

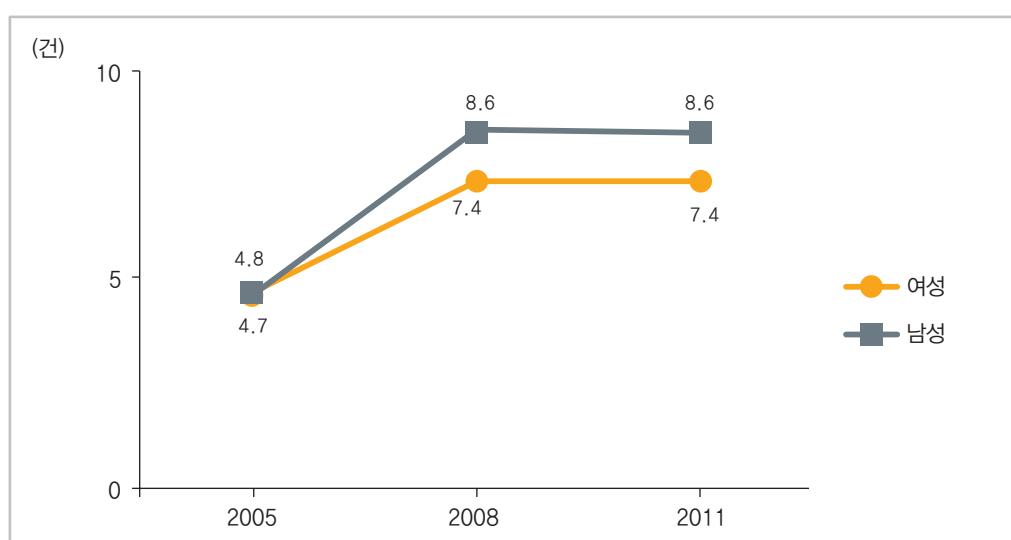
자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

**그림 7-28** 19세 이상 성인 당뇨병 환자 100명당 성별·건강보장형태별 평균 외래이용 건수, 2011

자료원: 국민건강보험공단, 2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

당뇨로 인한 입원서비스 이용은 2008년까지 증가하다가 이후 유지되는 양상이며, 2011년 여성의 입원서비스 이용은 당뇨병 환자 100명당 7.4건, 남성은 8.6건으로 여성보다 남성의 입원서비스 이용이 더 높았다(그림 7-29).

**그림 7-29** 19세 이상 성인 당뇨병 환자 100명당 입원이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

연령별 당뇨병으로 인한 입원서비스 이용은 저연령과 고연령에서 두드러진다. 여성의 경우 2005년과 2008년 75세 이상 연령군에서 입원 이용이 가장 높았으며, 2011년은 19~29세 연령군에서 입원 이용이 가장 높았다(당뇨병 환자 100명당 11.6건, 그림 7-30). 건강보장형태에 따른 입원서비스 이용은 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자보다 높게 나타났으며, 다른 질환에 비하여 건강보험 가입자와 의료급여 수급권자 간 의료이용 차이가 큰 폭으로 나타났다(그림 7-31).

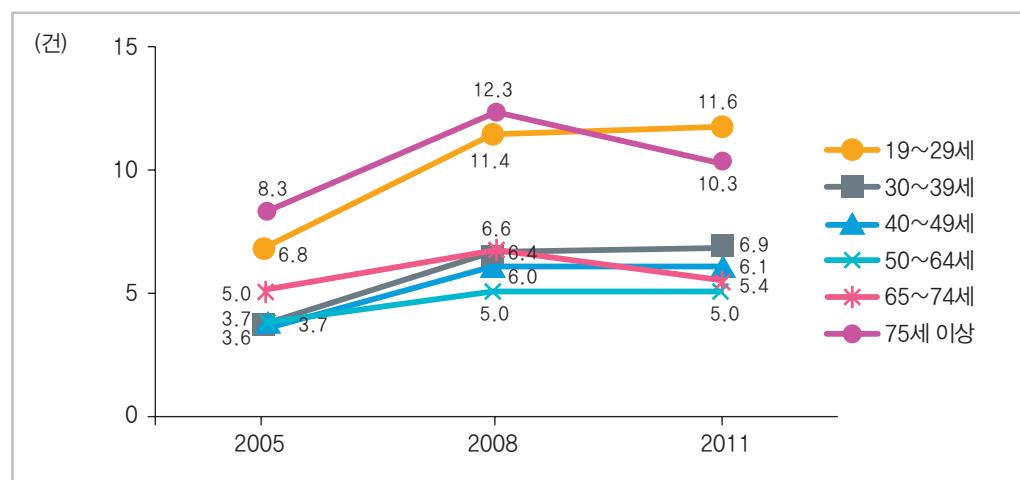


그림 7-30 19세 이상 성인 여성 당뇨병 환자 100명당 연령별 입원이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

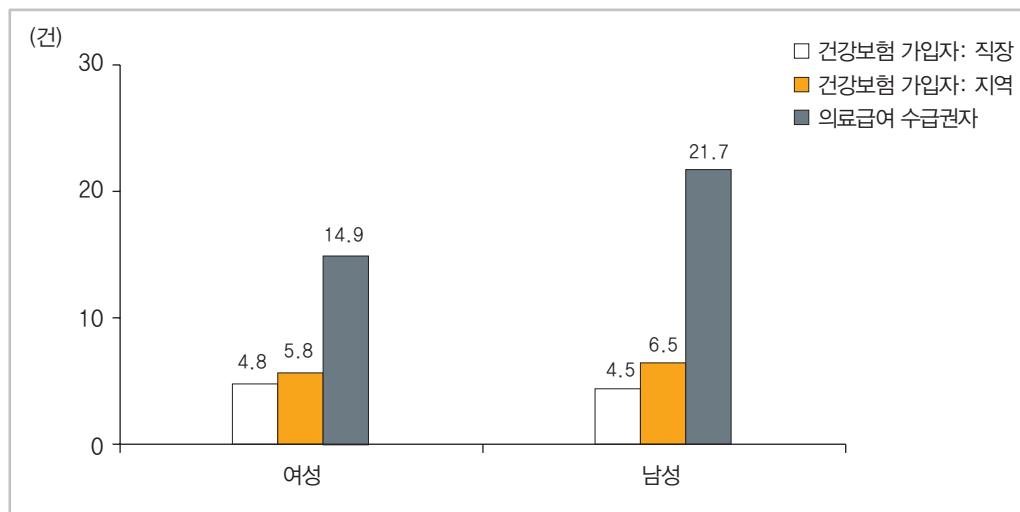


그림 7-31 19세 이상 성인 당뇨병 환자 100명당 성별·건강보장형태별 입원이용 건수, 2011

자료원: 국민건강보험공단, 2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

골관절염 의료이용

관절염 및 류마티스 관절염 등의 골관절염은 환자 개인에게는 만성통증으로 인한 장애와 삶의 질 저하에 영향을 미치는 주요한 원인이며, 사회적으로는 질병부담이 높은 질환 중 하나이다.¹⁷

골관절염으로 인한 외래서비스 이용¹⁸은 2008년까지 증가하다가 이후 유지·감소하였다 (그림 7-32). 2011년 남녀 모두 연령증가에 따라 외래서비스 이용이 증가하였으며, 75세 이상 여성의 경우, 골관절염 환자 평균 5.21건의 외래서비스 이용을 한 것으로 나타났다 (그림 7-33). 건강보장형태에 따른 골관절염 외래서비스 이용은 건강보험 가입자보다 의료급여 수급권자의 외래서비스 이용이 두드러지게 높았으며, 두 집단 간 차이는 남성보다 여성에서 더 커다(그림 7-34).

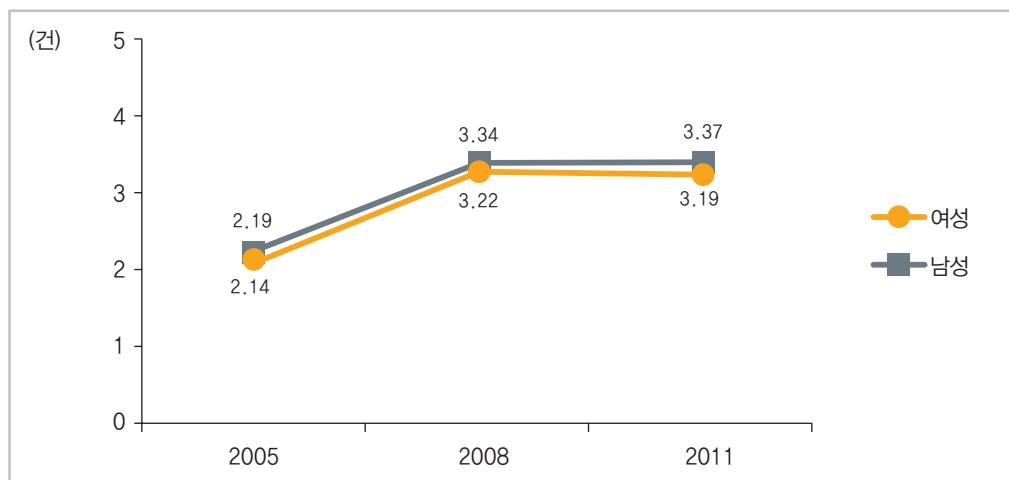


그림 7-32 19세 이상 성인 골관절염 환자 평균 외래이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

¹⁷ Bae(2010). 국내 류마티스 질환의 유병률 조사 현황. 대한류마티스학회지, 17(1), 1-3.

¹⁸ 19세 이상 골관절염 환자의 평균 외래이용률.

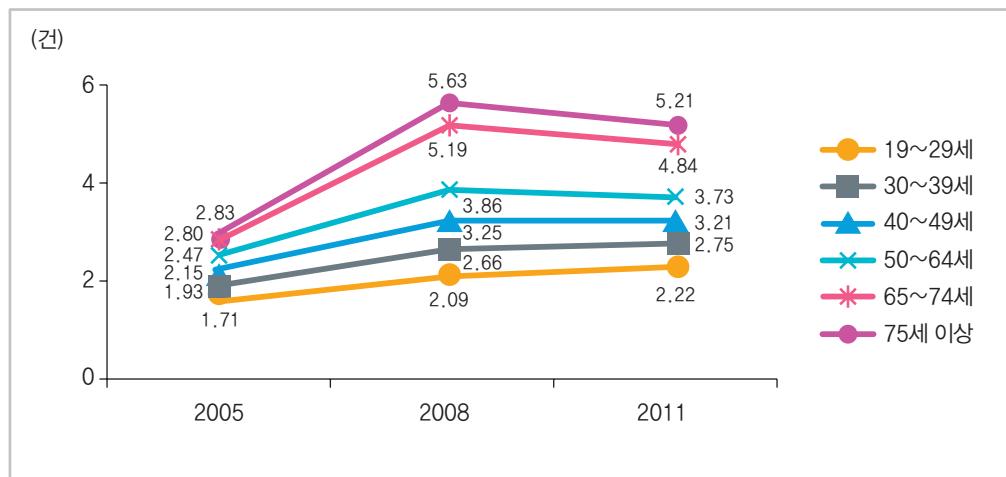


그림 7-33 19세 이상 성인 여성 골관절염 환자 연령별 평균 외래이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

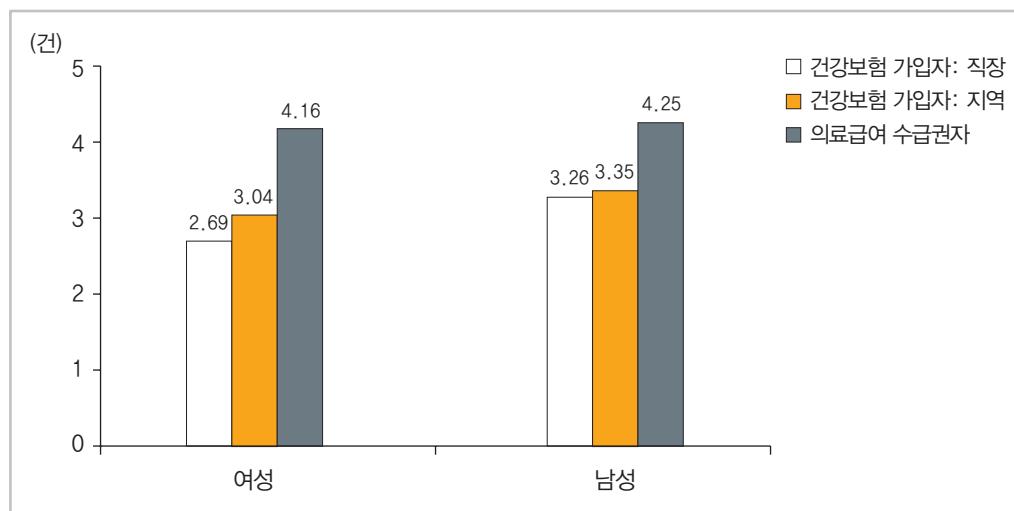


그림 7-34 19세 이상 성인 골관절염 환자 성별·건강보장형태별 평균 외래이용 건수, 2011

자료원: 국민건강보험공단, 2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

골관절염으로 인한 입원서비스 이용¹⁹은 2005년 이후 증가 추세를 보였다(그림 7-35). 남녀 모두 연령 증가에 따라 입원서비스 이용이 증가하였으며, 75세 이상에서 입원 이용이 두드러지게 높게 나타났다. 2011년 75세 이상 여성에서의 입원 이용은 골관절염 환자 100명당 5.5건이었다(그림 7-36). 건강보장형태에 따른 골관절염 입원서비스 이용은 건강보험 가입자보다 의료급여 수급권자의 이용이 더 높았다(그림 7-37).

19 19세 이상 골관절염 환자 100명당 입원이용률.

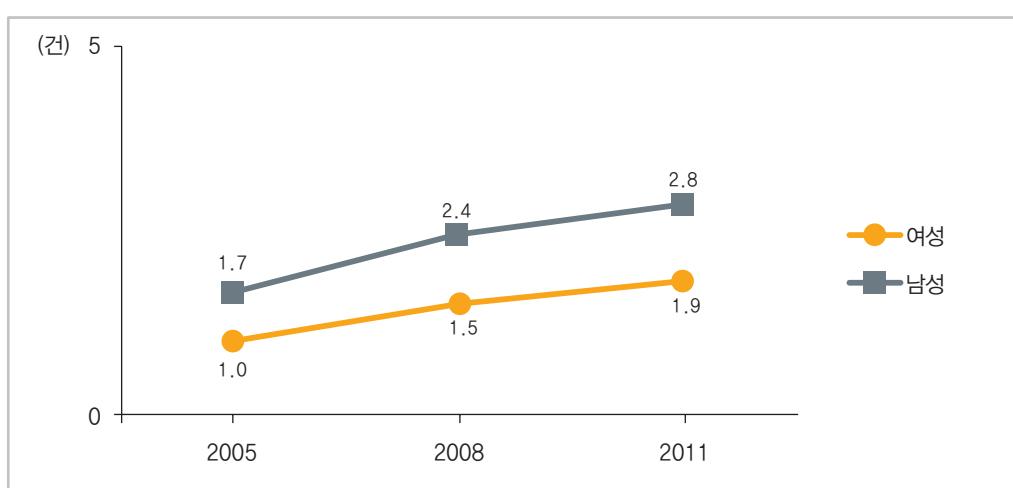


그림 7-35 19세 이상 성인 골관절염 환자 100명당 입원이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

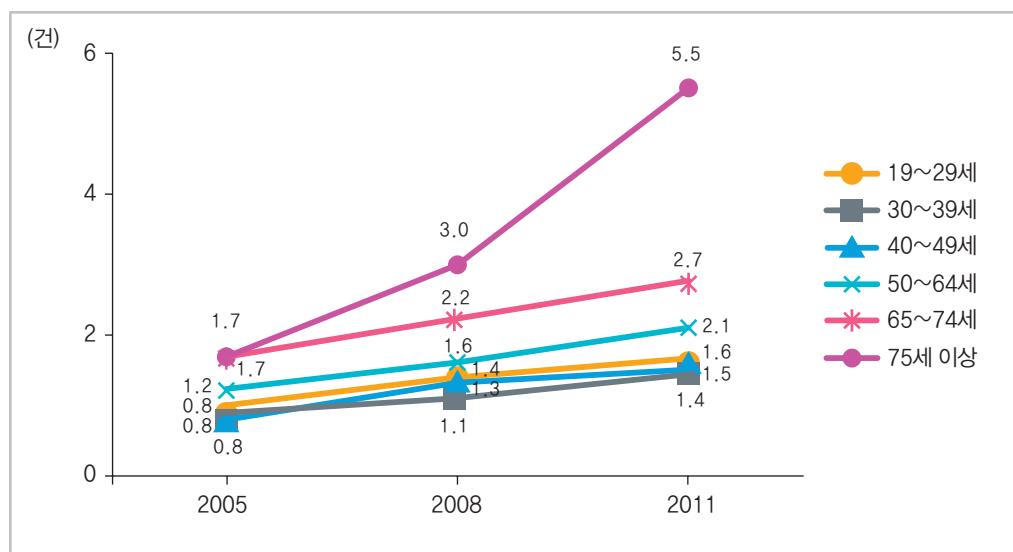


그림 7-36 19세 이상 성인 여성 골관절염 환자 100명당 연령별 입원이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

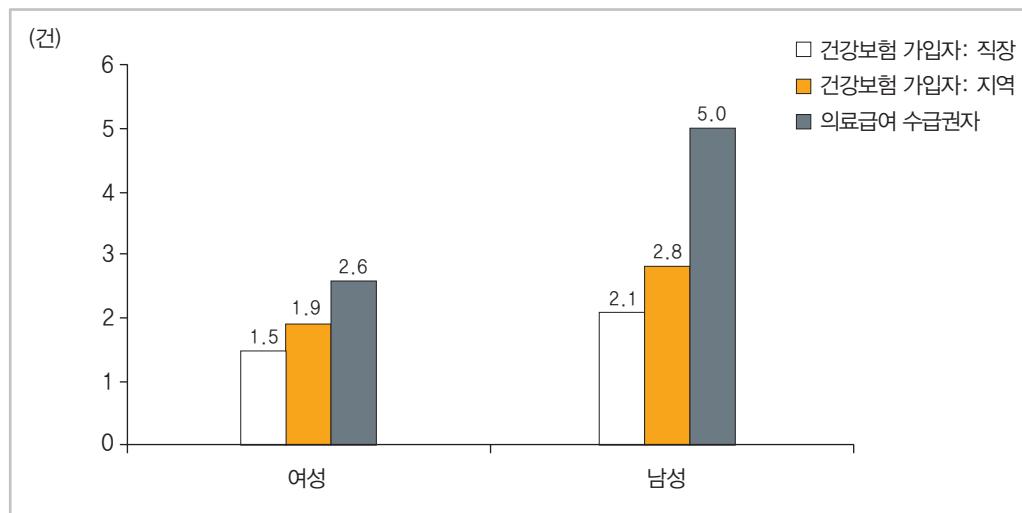


그림 7-37 19세 이상 성인 골관절염 환자 100명당 성별·건강보장형태별 입원이용 건수, 2011

자료원: 국민건강보험공단, 2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

골다공증 의료이용

골다공증으로 인한 외래서비스 이용²⁰은 2008년까지 증가하다가 이후 유지·감소하였다(그림 7-38). 연령 증가에 따라 전반적으로 외래서비스 이용이 증가하였으며, 2011년 75세 이상 여성 골다공증 환자에서 평균 3.92건의 외래서비스를 이용한 것으로 나타났다(그림 7-39). 건강보장형태에 따른 골다공증 외래서비스 이용은 건강보험 가입자보다 의료급여 수급권자의 외래서비스 이용이 두드러지게 높았다(그림 7-40).

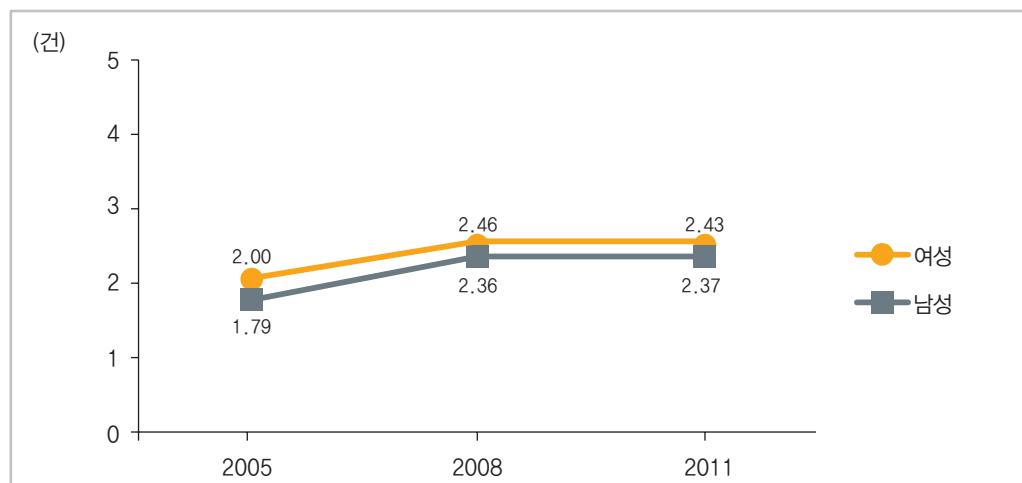


그림 7-38 19세 이상 성인 골다공증 환자 평균 외래이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

²⁰ 19세 이상 골다공증 환자의 평균 외래이용률.

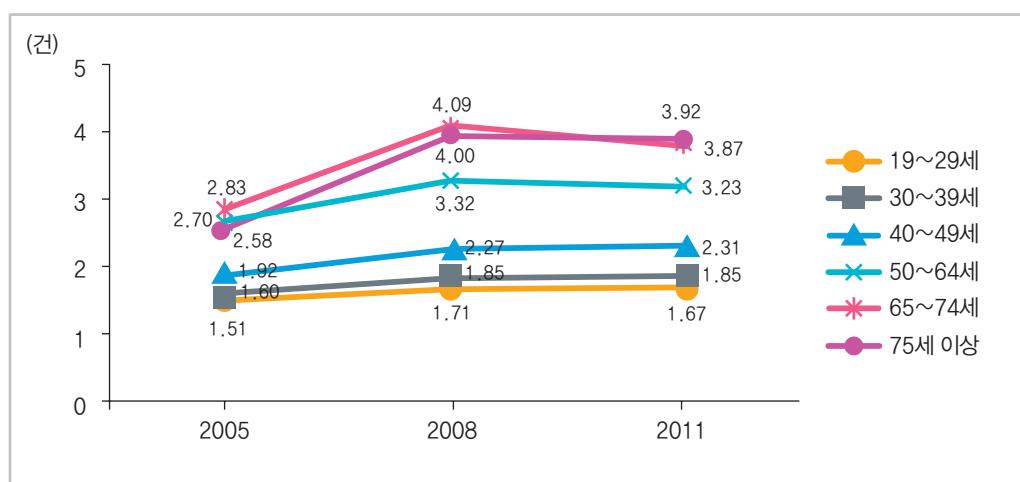


그림 7-39 19세 이상 성인 여성 골다공증 환자 연령별 평균 외래이용 건수, 2005~2011

자료원: 국민건강보험공단, 2005~2011

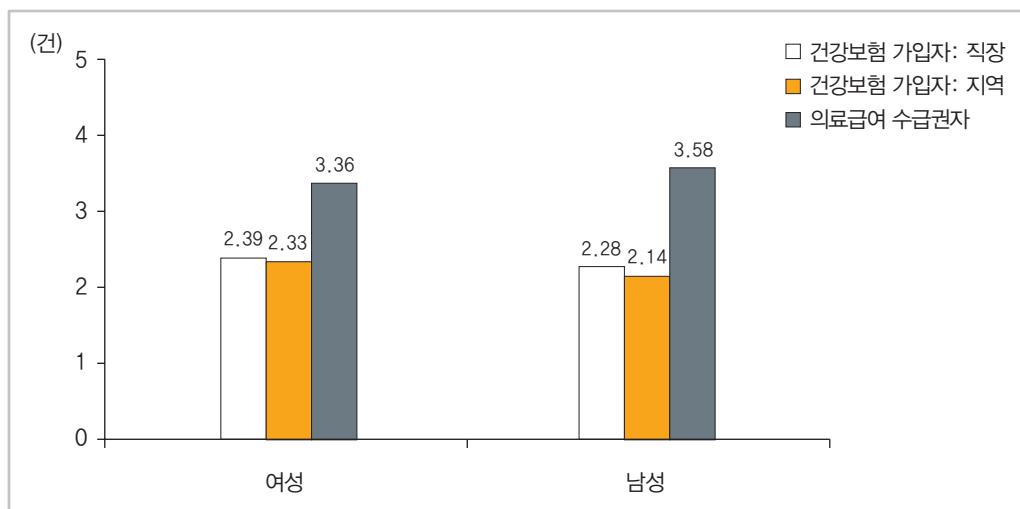


그림 7-40 19세 이상 성인 골다공증 환자 성별 · 건강보장형태별 평균 외래이용 건수, 2011

자료원: 국민건강보험공단, 2011

주: 2005년 추계인구로 표준화함

요약

질 좋은 의료서비스에 대한 접근성은 여성 건강 전반에 직접적인 영향을 미칠 수 있으며, 질병의 발생과 진전을 막는 데 필수적이다. 의료서비스는 모든 여성에게 중요하지만, 건강 상태가 좋지 않거나 만성질환 또는 장애가 있는 여성에게 더 중요할 수 있다.²¹

²¹ Women's Health USA(2013).

- 진료일수 및 진료비

- 우리나라에서는 의료비와 의료이용 일수의 성별 경향이 서로 상반되게 나타나는데, 실제 총 진료비에서 내원일수를 나눈 내원 1일당 진료비는 남녀 모두 2002년부터 매년 증가하는 추세로, 건강보장형태와 관계없이 여성보다 남성의 진료비가 더 높았다. 반면 내원일수는 남성에 비하여 여성이 높아, 남성이 상대적으로 고비용의 의료 이용을 하고 있는 것으로 나타난다.

- 예방의료: 건강검진

- 예방의료의 경우, 2007~2009년 19세 이상 성인 여성의 건강검진수진율은 45.1%로 남성의 52.7%보다 낮았으며, 교육수준 및 소득수준이 낮을수록 건강검진수진율도 낮았다.

- 예방의료: 여성암검진

- 유방암검진과 자궁경부암검진 모두 매년 수진율이 증가하는 추세로, 교육수준 및 소득수준이 높아질수록, 사무직에 종사하는 경우 검진수진율이 높아졌다.

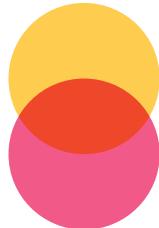
- 만성질환으로 인한 의료이용

- 고혈압, 혀혈성심질환(심근경색 및 협심증), 당뇨병, 골관절염, 골다공증 등 만성질환으로 인한 의료이용은 남녀 성별에 관계없이 연령이 증가할수록 외래 및 입원서비스 이용이 증가하는 양상을 보였다.

- 전반적으로 남성이 여성에 비하여 높은 의료이용을 하는 것으로 나타나지만, 고혈압과 당뇨의 경우 여성이 남성보다 외래서비스 이용을 더 많이 하는 것으로 나타났다.

- 건강보험 가입자보다 의료급여 수급권자의 만성질환으로 인한 외래 및 입원서비스 이용이 높은 것으로 확인되었다. 특히 당뇨로 인한 입원서비스의 이용에서 다른 만성 질환에 비하여 건강보험 가입자와 의료급여 수급권자 간 의료이용 차이가 큰 폭으로 나타났다. 즉, 저소득 여성의 만성질환 관리, 특히 당뇨에 대한 국가 차원의 건강관리 및 예방사업 활성화 노력이 필요하다고 판단된다.

부록



『수치로 보는 여성건강』은 2013년 「한국 여성의 건강통계」에서 산출된 지표를 활용하여 작성되었다. 2013년 「한국 여성의 건강통계」에서 여성건강지표를 산출하기 위해 적용한 분석 방법은 다음과 같다.

- 국내 여성의 건강문제와 그 의미를 드러내기 위해서 모든 지표에 대해서 남녀 간 차이를 제시하였다. 또한 여성내부 소집단의 건강문제를 파악하기 위해서 연령은 물론 교육과 소득, 직업, 지역 등의 사회경제적 변수와 함께 결혼 상태를 구분하여 그 차이를 분석하였다. 분석에 사용된 변수 구분에 대한 사항은 부록 <표 1>에 제시하였다.
- 여성건강지표를 산출하기 위해 가능한 수준에서 국가적 수준을 대표할 수 있는 조사와 통계 자료를 사용하였다. 여성건강지표 산출에 사용된 자료원으로 대표적인 것은 통계청 사망자료, 국민건강영양조사, 건강보험청구자료 등이 있다. 자료에 대한 구체적 내용은 부록 <표 2>에 제시하였다.
- 여성건강 문제의 추세를 파악하기 위해서 자료가 가용한 모든 지표에 대해서 2005년 추계인구를 기준으로 직접표준화법을 사용하여 연령을 보정하였다. 2005년 추계인구를 사용한 것은 첫째, 국민건강영양조사는 2013 여성건강통계를 산출하는 데 사용된 대표적 자료였고, 둘째, 산출된 지표값의 신뢰성을 검증하기 위해서 기존 통계와 비교하는 작업이 필요했기 때문이다.
- 여성인구 내부 집단별 비교를 위해서 사회경제적 구분에 따른 세부 집단별 통계치를 비교하는 경우에도 연령표준화를 적용해서 제시하였다. 단, 세부 집단의 빈도수가 20 미만인 경우에는 표준화를 하지 않고 조율을 사용하거나 제시하지 않는 것으로 하였다.
- 모든 건강지표에 대한 분석결과는 독자가 쉽게 이해할 수 있도록 그림으로 표시하였다. 각 지표에 대해서 성과 연령에 따른 차이를 먼저 제시하고 이후에 결혼 상태와 사회경제적 변수에 따른 분석결과를 모아서 제시하였다.

표 1 여성건강지표 분석에 사용된 주요변수 구분

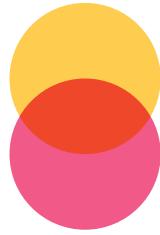
변수	구분		비고
연령	성인대상 지표인 경우 (만성질환 유병률, 삶의 질, 기대수명 등)	19~24세, 25~44세, 45~64세, 65세 이상	국민건강영양조사와 같이 폐경에 대한 질문이 있을 경우 실제 폐경 여부를 변수로 사용한다.
	재생산건강 영역	13~44세	
	청소년이 포함된 경우	13~18세, 19~24세, 25~44세, 45~64세, 65세 이상	
	18세 이하만 분석하는 경우	13~15세, 16~18세 구분 혹은 중1, 중2, 중3, 고1, 고2, 고3	
	노인 특성을 보는 경우 (연령특수율 산출)	65세 이상을 10세 단위 구분	
소득	국민건강영영조사	월가구 균등소득 사분위로 구분 상/중상/중하/하	소득을 가구원 수에 루트 씌운 값으로 나누어서 산출한 값
	건강보험청구자료	건강보험료 사분위로 구분 1~5등급/6~10등급/11~15등급/16~20등급	
학력	19세 이상 65세 미만인 경우 중학교 졸업 이하/ 고등학교 졸업 이하/ 대학교 졸업 이상		65세 이상과 65세 미만 연령군 간에 학력분포가 달라서 이를 구분해서 분석
지역	시구(동)/군(읍면)		
직업	취업과 무직으로 구분하고 취업은 생산적, 서비스 및 판매직, 사무직으로 세분		19~64세 인구만 포함, 무직의 경우 여성은 주부가 많음을 고려해 결과 해석
결혼상태	유배우자/무배우자		

표 2 여성건강지표 산출 자료원

건강영역	주요 자료원
여성의 인구사회학적 특징	통계청 인구총조사, 통계청 경제활동인구조사, 한국보건사회연구원 빈곤통계연보, 통계청 사망원인자료 통계
일반적 건강수준	통계청 사망원인통계, 통계청 인구총조사, 보건복지부·질병관리본부 국민건강영양조사, 암통계연보
건강행태	국민건강영양조사, 청소년건강행태온라인조사
재생산건강	한국보건사회연구원 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 통계청 인구동태통계연보
정신건강	보건복지부·질병관리본부 국민건강영양조사, 보건복지부·서울대학교 정신질환실태역학조사
의료이용	보건복지부·질병관리본부 국민건강영양조사, 국민건강보험공단 보험청구자료, 국민건강보험공단 건강보험통계연보

- 인구총조사

- 통계청이 인구규모와 분포 및 구조와 주택에 관한 특성을 파악해서 각종 정책입안에 필요한 기초자료를 제공하기 위해 수행하는 조사이다. 전 국민을 대상으로 5년마다 전수조사를 하며, 가장 최근에 시행한 것은 2010년 인구총조사이다.



- 경제활동인구조사

- 국민의 경제활동 특성(취업, 실업, 노동력 등)을 조사함으로써 거시경제 분석과 인력 자원의 개발정책 수립에 필요한 기초자료를 제공하기 위한 조사이다. 전국 표본가구에 거주하는 만 15세 이상 인구를 대상으로 월단위로 조사한다.

- 사망원인통계

- 통계청이 대한민국 국민의 정확한 사망원인을 구조적으로 파악하기 위하여 수행하는 조사로서, 대한민국 내외 거주자 전수가 이 조사에 포함된다. 사망신고 입력내용에 각종 행정자료를 연계하여 사망신고상의 부정확한 사망원인을 보완하고 있으며, 1980년 사망원인통계 연보를 최초로 발간한 이래 매년 조사하고 있다(연보 발간은 1985년부터 통계 작성 대상 기간의 1년 후에 발간됨).

- 국민건강영양조사

- 질병관리본부가 국민의 건강수준, 건강관련 의식 및 행태, 식품 및 영양섭취 실태를 파악하기 위하여 수행하는 국가 단위의 표본조사이다. 면접조사와 검진조사로 이루어지며, 1998년 제1기, 2001년 제2기, 2005년 제3기 이후 2007년부터 매년 조사된다. 2014년 현재는 제6기에 해당된다.

- 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사

- 한국보건사회연구원이 출산력 변화에 따른 가족관계 및 가족부양 변화양상을 파악하기 위하여 수행하는 표본면접조사로, 1982년부터 3년을 주기로 조사하고 있다. 가장 최근에 시행한 것은 2012년 조사이다.

- 정신질환실태역학조사

- 보건복지부·서울대학교 의과대학이 주요 정신질환의 유병률 및 관련 위험요인, 정신 의료서비스의 이용도를 파악하기 위하여 수행하는 표본면접조사로서, 2001년부터 5년을 주기로 조사하고 있다. 가장 최근에 시행한 것은 2011년 조사이다.

- 빈곤통계연보

- 한국보건사회연구원이 국내 빈곤문제와 불평등 실태를 파악하고자 통계청의 가계동향조사를 이용하여 빈곤지수 및 불평등지수 등을 산출하는 것으로, 2005년부터 매년 발간되고 있다.

- 인구동태통계연보

- 우리나라의 혼인, 이혼에 대한 현재의 수준과 변화추이 등의 통계를 담고 있으며, 매년 발간되고 있다.

- 건강보험통계연보

- 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원에서 건강보험의 자격 및 진료비 지급자료를 토대로 재정현황, 급여실적, 질병통계 등을 산출하는 것으로, 매년 발간되고 있다.

Women's Health

STATS & FACTS IN KOREA

수치로 보는 여성건강

발행: 2014년 12월

발행인: 이주실 국립보건연구원장

발행기관: 질병관리본부 국립보건연구원

편집: 박현영 질병관리본부 국립보건연구원

안윤진 질병관리본부 국립보건연구원

임중연 질병관리본부 국립보건연구원

임남규 질병관리본부 국립보건연구원

김남순 한국보건사회연구원

박은자 한국보건사회연구원

전진아 한국보건사회연구원

최지희 한국보건사회연구원

김유미 동아대학교

천희란 중원대학교

교정·교열: 박경희, 김선래