

Women's Health

수치로 보는 여성건강 2016

2016 Stats & Facts in Korea



Women's Health 2016 Stats & Facts in Korea

수치로 보는 여성건강 2016

발간등록번호 11-1352159-000573-14



비매품



93510



ISBN 978-8-96838-298-7

Women's Health

2016 Stats & Facts in Korea
수치로 보는 여성건강 2016



보건복지부 질병관리본부
국립보건연구원

28159 충청북도 청주시 흥덕구 오송생명2로 187 대표번호 043.719.7700



보건복지부 질병관리본부
국립보건연구원

Women's Health

2016 Stats & Facts in Korea

수치로 보는 여성건강 2016

CONTENTS

서론

I	인구학적 특성과 사회경제적 환경	03
II	전반적 건강수준과 만성질환	11
III	건강행태	23
IV	성건강	31
V	재생산건강	37
VI	정신건강	45
VII	의료이용	53

서문

여성의 건강은 단순히 인구 증가뿐만 아니라 미래 세대의 건강에 영향을 미친다는 점에서 중요하다. 여성은 남성과 생물학적으로 차이가 있으며, 사회적으로 구조화된 성 역할은 여성의 건강 문제에 영향을 미치고 있다. 또한 최근에는 사회경제적 변화와 함께 고령화가 진행되고 있어 여성의 건강 문제 변화 양상을 모니터링해야 한다.

여성의 교육 수준은 높아졌고 사회 참여도 늘어났다. 하지만 일과 가정을 양립하기에 충분한 여건은 조성되지 못했으며, 여성에 대한 차별과 편견도 줄어들지 않고 있다. 젊은 여성의 건강 습관이 나빠지고 있으며 스트레스도 적지 않다. 중장년을 포함한 노인 여성의 빈곤 문제가 심각하며, 질병 부담으로 인해 삶의 만족도가 낮은 편이다. 이전 세대와 비교해 달라지고 있는 여성의 건강 문제에 대한 사회적 관심이 필요하다.

「수치로 보는 여성건강 2016」은 질병관리본부 학술연구개발용역과제인 ‘한국 여성의 건강통계’를 바탕으로 주요 여성건강지표를 선정하여 여성건강 문제를 제시하였다. 이는 일반 국민의 여성건강에 대한 이해를 증진하고 사회적 관심을 촉구하기 위한 것이다. 「수치로 보는 여성건강」은 2014년 처음 시작되어 2년마다 출간되고 있다.

「수치로 보는 여성건강 2016」에서는 여성의 기대수명과 건강인식 같은 일반적인 건강 수준, 암과 심뇌혈관 질환 등을 포함한 주요 만성질환 현황, 여성의 건강행태와 성건강, 임신과 출산 문제를 다룬 재생산건강, 정신건강 문제와 함께 의료이용을 다루고 있다. 또한 건강 영역별로 ‘여성건강 스토리’를 추가로 제시하였다. 여기에는 지표로 다루기 힘든 문제인 여성 대상 범죄와 함께 심혈관질환 및 근골격계 질환 등의 건강 문제에 대한 구체적인 내용을 담고 있다.

「수치로 보는 여성건강 2016」은 무엇이 중요한 여성건강 문제인지를 제시하고 있으며 여성건강 문제에 대한 관심을 높이는 데 중요한 역할을 할 것이다. 무엇보다도 일반 여성들이 자신의 건강 문제를 이해하고 개선하는 데 도움이 되기를 기대한다.

수치로 보는 여성건강 2016

I. 인구학적 특성과 사회경제적 환경

1. 인구학적 특성
2. 사회경제적 특성
3. 가구구조와 결혼관의 변화
4. 여성 빈곤과 사회적 보호



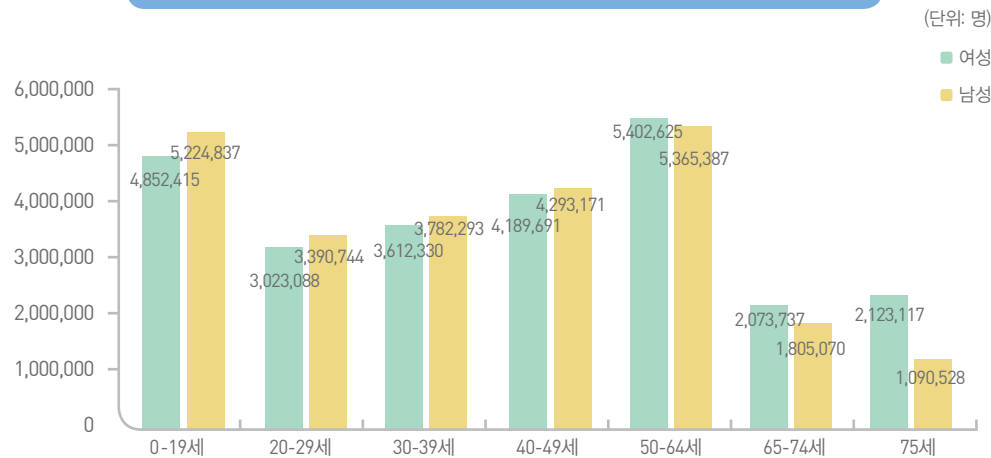
I. 인구학적 특성과 사회경제적 환경

여성의 삶은 가족, 일터, 지역사회라는 공간 안에서 이루어진다. 삶의 조건을 구성하는 사회적, 물리적 환경은 물질적 조건, 건강행태, 사회심리적 요인 등을 통해 건강에 영향을 미친다. 여성의 인구학적 특성과 함께 교육 수준, 고용 문제, 문화와 규범, 사회보장 프로그램 등을 파악하는 것은 여성의 건강 잠재력을 이해하는 데 중요한 의미를 가진다.

1. 인구학적 특성

우리나라 전체 인구수는 2015년 기준으로 약 5,900만 명이며, 여성은 전체 인구의 50.1%를 차지한다. 젊은 연령층에서는 남성 인구가 많은 반면 50대 이후에서는 여성 인구가 남성 인구를 초과하는 양상을 보인다. 전체 여성 인구에서 연령대별 비중을 살펴보면 19세 이하 19.2%, 20-29세 12.0%, 30-39세 14.3%, 40-49세 16.6%, 50-64세 21.4%, 65-74세 8.2%, 75세 이상 8.4% 수준이다. 또한 65세 이상 여성 노인의 비중이 16.6%로 고령시대에 접어들고 있음을 알 수 있다.

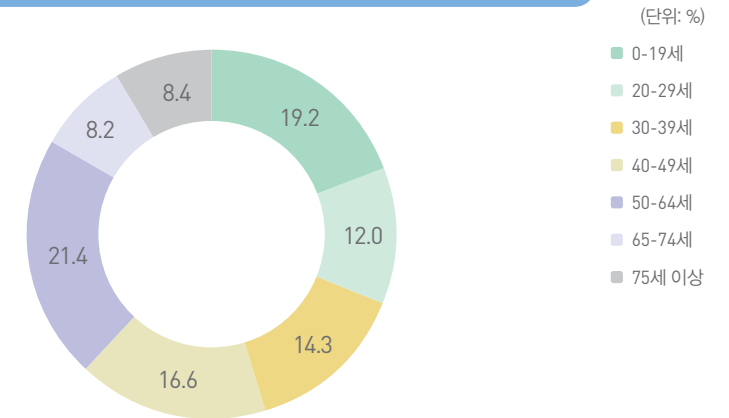
〈그림 1-1〉 성·연령별 인구수 (2015년)



주: 내국인만 포함한 인구수

자료: 통계청, 인구총조사(국가통계포털), 2015년

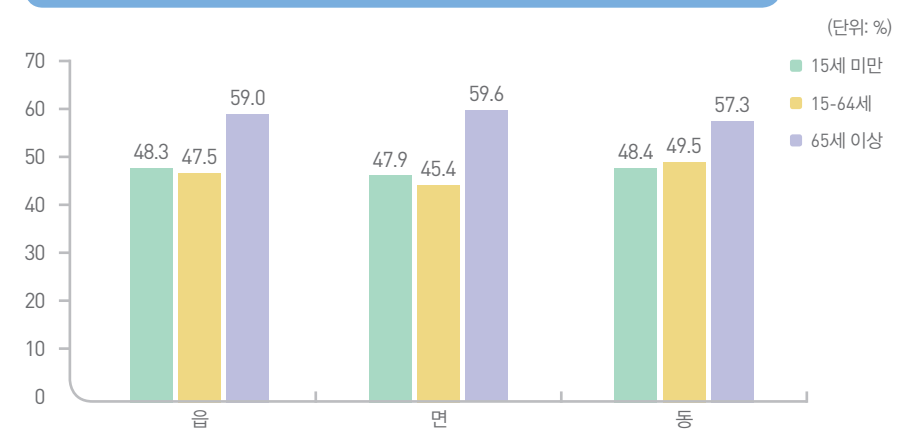
〈그림 1-2〉 연령대별 여성 인구 분포 (2015년)



자료: 통계청, 인구총조사(국가통계포털), 2015년

여성의 거주 지역별 인구 분포를 보면 동(洞) 지역에 비해 상대적으로 읍·면(邑面) 지역에서 65세 이상 노인 여성의 비중이 높다. 반대로 동(洞) 지역에서는 경제활동인구(15-64세) 중 여성이 차지하는 비중이 읍·면(邑面)보다 높게 나타났다.

〈그림 1-3〉 지역과 연령대별 여성 인구 분포 (2015년)



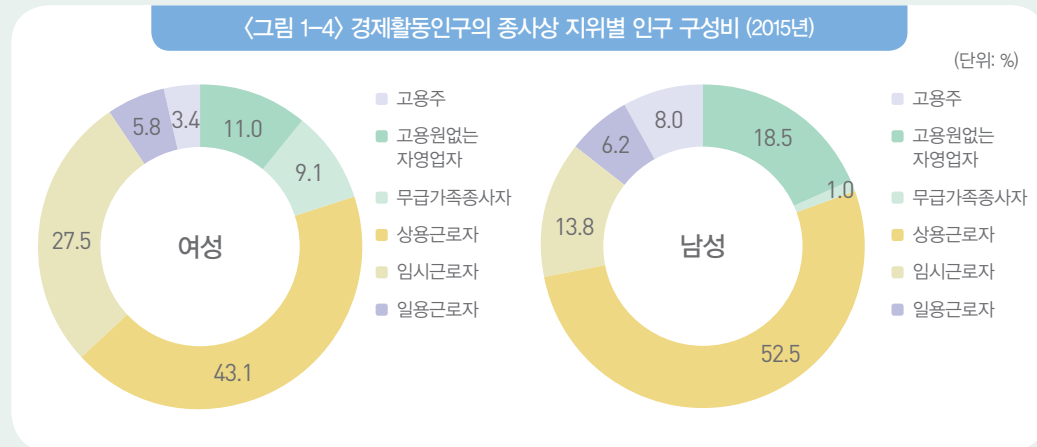
주: 내국인만 포함한 인구수

자료: 통계청, 인구총조사(국가통계포털), 2015년

2. 사회경제적 특성

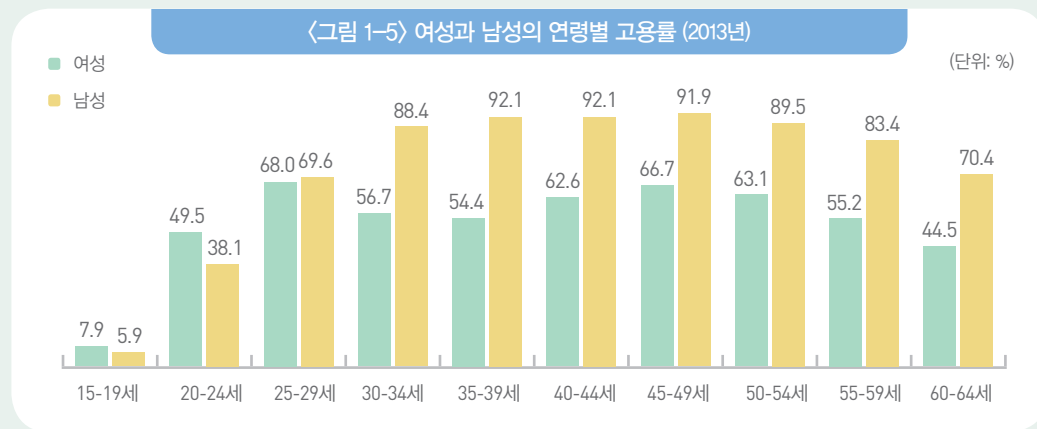
2015년 기준 여성 고용률은 49.9%로 경제협력개발기구(OECD) 회원국 평균 57.9%(2014년 기준)에 비해 상당히 낮다. 즉, 여성은 고용 수준이 낮을 뿐 아니라 고용 형태의 불평등도 경험하고 있다.

여성 근로자 중 임시근로자와 일용근로자가 차지하는 비율은 각각 27.5%, 5.8%이다. 남성은 임시근로자가 13.8%로 여성의 절반 수준이다. 반면 여성은 상용근로자가 43.1%로 남성보다 낮은 수준이다.



자료: 통계청, 경제활동인구조사(국가통계포털), 2015년

여성과 남성의 고용률을 연령대별로 살펴본 결과 상당한 차이가 있었다. 20대 후반까지는 여성의 고용률이 높지만 30대에서는 남성 고용률이 눈에 띄게 역전하며, 35-39세는 성별 고용률 격차가 37.7%p로 가장 크다. 30대 이상 여성의 고용률이 낮은 것은 결혼, 육아 등으로 인한 경력단절 때문이다. 여성의 고용률은 결혼, 출산, 육아가 이루어지는 30대에 감소하다 40대에 다시 증가하는 M자 패턴을 보인다.

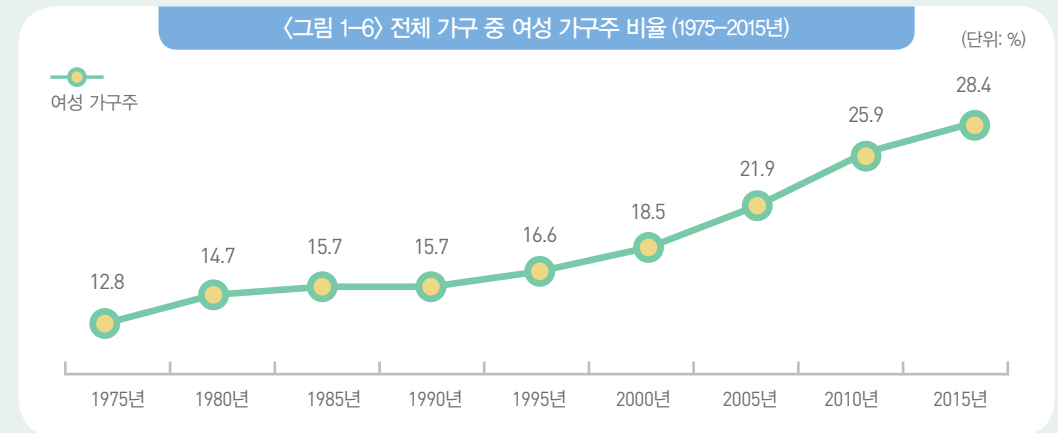


자료: 통계청, 경제활동인구조사, 2015년

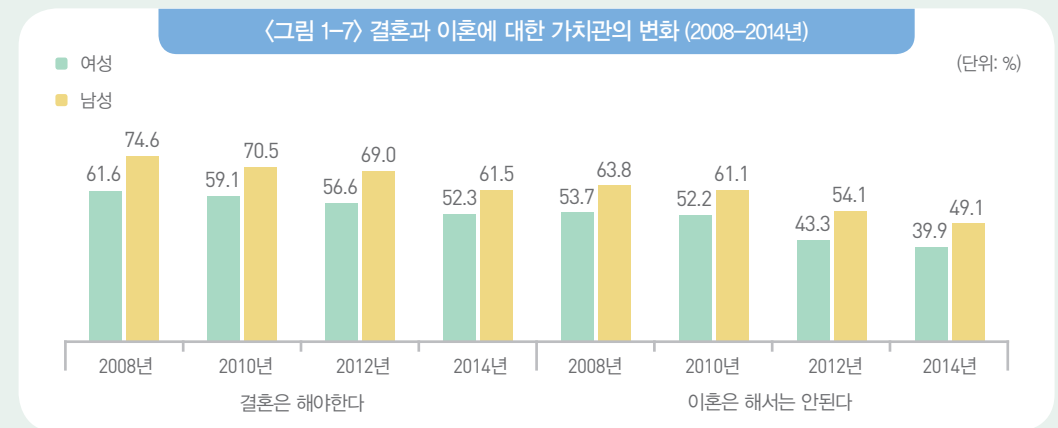
3. 가구구조와 결혼관의 변화

우리나라 사회와 문화가 변하면서 가족 형태도 빠르게 변하고 있다. 가족 형태 혹은 가구 구조도 여성의 삶과 건강에 영향을 미치는 중요한 요인이다. 특히 주목할 것은 이혼이나 사별 혹은 취업이나 진학 등으로 인한 1인 독립 가구가 늘어나면서 여성 가구주 비율도 증가하는 추세를 보인다는 점이다. 2015년 추계에 의하면 전체 가구 중 여성이 가구주인 경우가 28.4%로, 1975년 기준 12.8%에 비해 두 배 이상 증가했다.

가족 제도의 변화는 사회적 규범과 관련이 있으며 이는 결혼과 이혼에 대한 가치관의 변화를 통해 살펴볼 수 있다. 2014년 기준 13세 이상 여성 중 결혼을 해야 한다고 생각하는 비율은 52.3%이며 2008년(61.6%) 이후 감소하는 추세를 보였다. 반면 남성의 경우 감소 추세를 보이거나 여성에 비해 결혼을 해야 한다는 의견을 강하게 보였다(2014년 기준 61.5%). 한편, 이혼은 해서는 안 된다고 생각하는 여성의 비율은 2014년 기준 39.9%로 남성(49.1%)보다 낮은 수준이다. 이혼에 대해서는 비교적 용인하는 분위기로 변하고 있음을 알 수 있다.



자료: 통계청, 통계로 보는 여성의 삶, 2015년



자료: 통계청, 사회조사, 2008-2014년

4. 여성 빈곤과 사회적 보호

노동시장에서 여성의 불리한 위치와 사회로부터의 열악한 보호 수준을 보여주는 지표로 빈곤율이 있다. 가처분 소득 기준으로 중위 소득의 50% 이하를 상대빈곤율로 정의하는데, 전체 가구의 상대빈곤율은 13% 안팎을 유지하고 있다. 하지만 가구주가 여성인 가구의 빈곤율은 2014년 기준 31.1%에 달한다. 이는 여성이 가구주인 경우 세 가구 중 한 가구는 빈곤 상태에 처해 있음을 의미한다.

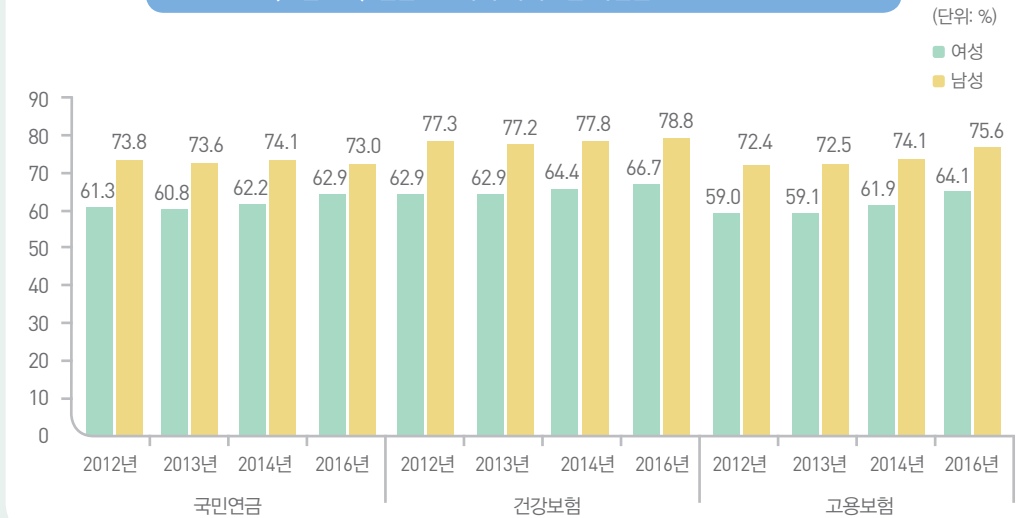
〈그림 1-8〉 가처분 소득 기준 중위소득 50% 이하의 상대빈곤율 (2006-2014년)



주: 1인 가구 포함, 농어촌 가구 제외
자료: 한국보건사회연구원, 빈곤통계연보, 2015년

여성 임금근로자의 사회보험 가입률은 남성에 비해 낮다. 노후 소득 보장의 중요한 공적 수단인 국민연금의 경우 노동시장에서 활발히 참여했을 때에 비로소 은퇴 이후 안정적인 삶을 보장해주는 기능을 가진다. 하지만 앞서 살펴보았듯 여성은 남성에 비해 노동시장 참여율이 낮고 불안정 고용의 비중이 높다. 그러다 보니 공적 연금 가입률과 기여 수준이 낮고, 당연히 노후의 소득 보장률도 낮아질 수밖에 없다. 실제로 임금근로자 중 여성의 국민연금 가입률은 2016년 기준 62.9%에 지나지 않는다. 여성은 노동시장, 사적 가족 제도 안에서 동시에 열세에 놓여 있음을 알 수 있다. 문제는 이러한 불리함을 보완하고 사회적 위험으로부터 여성을 보호할 수 있는 사회보장 제도가 충분치 않다는 것이다.

〈그림 1-9〉 임금근로자의 사회보험 가입률 (2012-2016년)



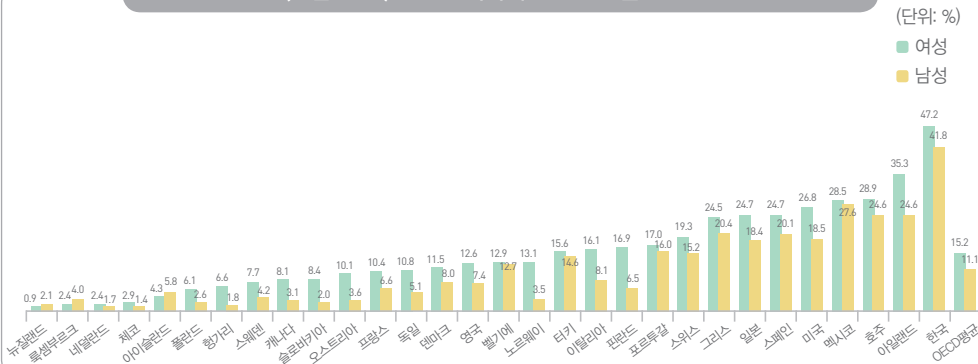
자료: 통계청, 사회보험 가입 현황, 2016년



수치에서 나타난 여성건강스토리: 여성 노인의 빈곤

한국 여성의 기대수명과 삶의 질이 향상되었으나 여성 노인의 빈곤은 여전히 해결되지 않은 사회적 과제로 부각되고 있다. OECD 국가 중 한국의 노인 빈곤율은 여성과 남성 모두 가장 높은 수치를 보인다. 특히 여성 노인의 빈곤율은 47.2%로 OECD 국가 가운데 남녀를 통틀어 가장 높은 수준에 해당한다. 이는 여성 노인의 절반 정도가 빈곤에 시달리고 있음을 보여 준다.

〈그림 1-10〉 OECD 국가의 노인 빈곤율 (2008년)



자료: OECD, OECD Income-Distribution Database, 2008년

노인 빈곤 문제가 해결되지 않는 원인은 다양하다. 첫 번째, 급속한 고령화와 늘어나는 인구수에 비해 노인들이 참여할 수 있는 경제활동의 영역이 매우 좁다는 점이다. 특히 한국은 은퇴 이후 노동시장으로 재진입하는 것 자체가 매우 힘들다. 두 번째, 노인에게 대한 사회적 보호 장치가 부족하다. 실제로 국제기구가 권고하는 연금의 소득대체율이 70~80%인 것과 달리 한국은 2012년 기준 45.2%로 턱없이 낮은 수준이다. 이뿐만 아니라 소규모 중심의 가족 형태로 변화하면서 이전에 비해 혼자 사는 노인이 많아져 가족을 포함한 사회구성원과 관계를 맺을 기회가 줄어들었다.

OECD 국가 가운데 한국의 노인 인구 증가 속도가 빠른 점을 고려할 때 노인 빈곤 문제의 대책 마련이 시급하며 특히 빈곤율이 높고 국민연금·사회보험 가입률이 낮은 여성 노인, 이들의 사회적 보호를 위한 제도적 장치를 마련하고 지원해야 할 것이다.

수치로 보는 여성건강 2016

Ⅱ. 전반적 건강수준과 만성질환

1. 전반적 건강수준
2. 만성질환



Ⅱ. 전반적 건강수준과 만성질환

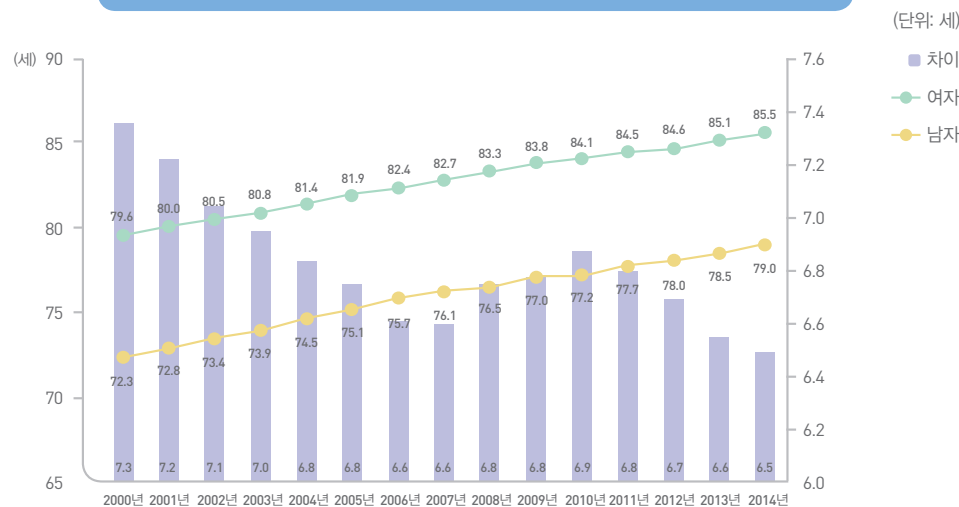
건강은 단순히 질병이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태를 의미한다. 이런 의미에서 전반적인 건강 수준을 파악하는 것은 중요하다. 또한 만성질환은 신체적, 정신적 상태를 악화시킬 뿐 아니라 사망의 주요한 원인이 되므로 예방 및 관리가 중요하다.

1. 전반적 건강수준

• 기대수명

어떤 사람이 태어났을 때 얼마나 오래 살 것인지를 나타내는 출생 시 기대여명, 즉 기대수명은 우리나라 국민의 전반적인 건강 상태를 대표하는 지표이다. 기대수명은 국가 간 건강 수준을 비교할 때도 중요한 지표이며, 우리나라 「국민건강증진종합계획」에서 최우선으로 하는 보건정책의 목표도 건강수명을 늘리는 것이다.¹⁾

〈그림 2-1〉 성별 기대수명과 차이의 추이 (2000-2014년)



자료: 국가통계포털, 간이생명표(5세 간격별), 2000-2014년

1) 보건복지부, 「국민건강증진종합계획」, 2011년

우리나라의 2014년 기대수명은 여자 85.5세, 남자 79세이다. 2000년에 비해 2014년 여자의 기대수명은 5.8세, 남자는 6.7세 증가하여 남녀 간 기대수명 차이가 줄어드는 추세이다.

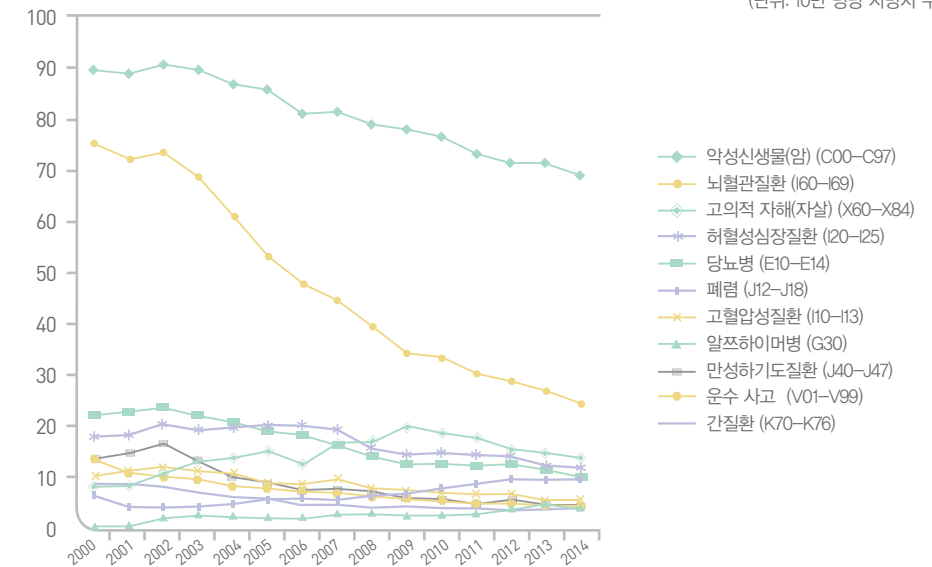
국제적으로 비교할 때 2014년 우리나라 여자의 기대수명은 일본, 스페인, 프랑스, 이탈리아에 이어 상위 5위였으나 남자의 기대수명은 17위에 머물렀고, 여자와 남자 간 기대수명의 차이는 6.5세로 11위를 차지하였다.²⁾

• 주요 사망원인

2000년 대비 2014년 여자의 연령표준화 사망률은 감소하고 있다. 한편 사망 원인별 사망률의 경우 자살로 인한 사망은 2000년 10만 명당 8.4명 수준에서 2014년 14명으로, 2000년 대비 약 67% 증가한 것으로 나타났다. 또한 폐렴의 경우 2000년 10만 명당 6.6명에서 2014년 10명으로 2000년 대비 52% 증가하였다.

〈그림 2-2〉 여자의 사망원인별 연령표준화 사망률 (2000-2014년)

(단위: 10만 명당 사망자 수)



자료: 통계청, 시도별·사망원인(103항목)별·성별 연령표준화 사망률, 2000-2014년

여자의 생애주기별 사망 원인 순위를 살펴보면 20-34세에서는 자살이 1순위였으며, 35-64세에서는 2순위로 확인되었다. 35세 이후부터는 암으로 인한 사망 비율이 가장 높았다. 65세 이상 여자 노인의 경우 뇌혈관질환, 고혈압성질환, 허혈성심장질환과 같은 심혈관계 질환으로 인한 사망 순위가 높았고 폐렴, 알츠하이머병의 순위도 높아졌다.

2) OECD, OECD Health statistics, 2016년

〈표 2-1〉 여자의 생애주기별 주요 사망원인 (2014년)

(단위: 10만 명당 사망자수)

	전체	20-34세	35-44세	45-64세	65세 이상
순위	질환명 (사망률)	질환명 (사망률)	질환명 (사망률)	질환명 (사망률)	질환명 (사망률)
1	악성신생물(암) (69.1)	고의적 자해(자살) (16.0)	악성신생물(암) (28.8)	악성신생물(암) (94.5)	악성신생물(암) (526.3)
2	뇌혈관질환 (24.5)	악성신생물(암) (6.2)	고의적 자해(자살) (17.8)	고의적 자해(자살) (16.6)	뇌혈관질환 (300.3)
3	고의적 자해(자살) (14.0)	운수 사고 (2.3)	뇌혈관질환 (3.8)	뇌혈관질환 (13.9)	허혈성심장질환 (166.4)
4	허혈성심장질환 (12.3)	뇌혈관질환 (0.9)	간질환 (3.7)	간질환 (6.1)	폐렴 (149.9)
5	당뇨병 (10.4)	간질환 (0.8)	운수 사고 (2.0)	당뇨병 (5.4)	당뇨병 (125.6)
6	폐렴 (10.0)	당뇨병 (0.3)	당뇨병 (1.1)	운수 사고 (5.1)	고혈압성질환 (91.5)
7	고혈압성질환 (5.8)	폐렴 (0.2)	허혈성심장질환 (0.9)	허혈성심장질환 (4.5)	알츠하이머병 (81.2)
8	알츠하이머병 (4.8)	허혈성심장질환 (0.2)	폐렴 (0.6)	폐렴 (2.2)	만성하기도질환 (67.6)
9	만성하기도질환 (4.6)	고혈압성질환 (0.0)	만성하기도질환 (0.1)	만성하기도질환 (1.3)	고의적 자해(자살) (31.4)
10	운수 사고 (4.4)	만성하기도질환 (0.0)	고혈압성질환 (0.1)	고혈압성질환 (0.8)	간질환 (24.8)

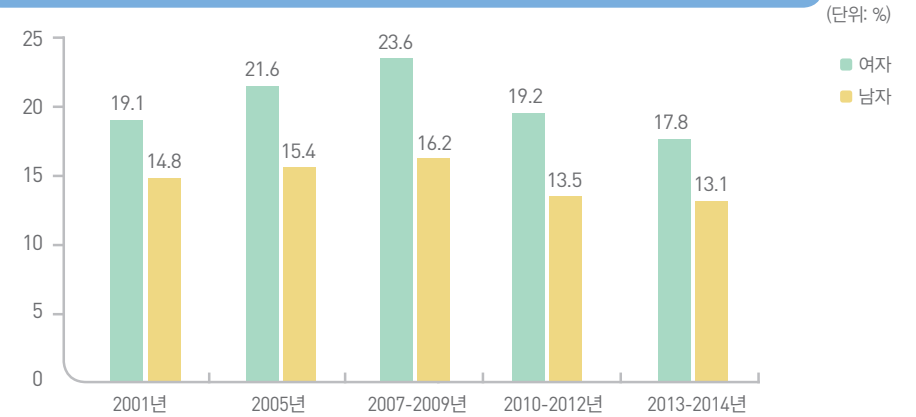
자료: 통계청, 사망원인별 연령표준화 사망률, 2014년



• 자가평가 건강수준

스스로 평가한 건강 수준은 전반적인 건강을 나타내는 대표적인 지표이다. 개인이 주관적으로 평가하는 지표이지만, 사망률과 같은 객관적인 지표를 잘 예측한다는 장점이 있어 전반적인 건강 수준을 반영하는 유용한 지표로 이용되고 있다. 성인 여성의 자가평가 건강 수준이 나쁘다고 응답한 비율은 지난 15년 간 남자에 비해 높았다.

〈그림 2-3〉 19세 이상 성인 남녀의 성별 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 비율 (2001-2014년)



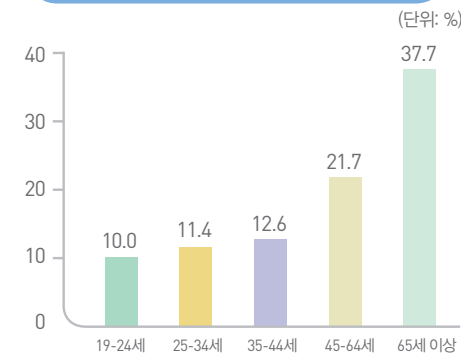
주: ① 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 비율은 평소 본인의 건강이 '나쁨' 또는 '매우 나쁨'이라고 생각한 사람의 비율임.

② 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001-2014년

또한 성인 여성의 연령이 높아질수록 자가평가 건강 수준이 나쁘다고 응답한 비율이 커졌는데, 65세 이상에서는 37.7%에 달하였다. 또한 19-64세 성인 여성의 경우 교육 수준이 낮을수록 자가평가 건강 수준이 나쁘다고 응답한 경우가 많은 것으로 나타났다.

〈그림 2-4〉 19세 이상 성인 여성의 연령별 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 비율 (2014년)

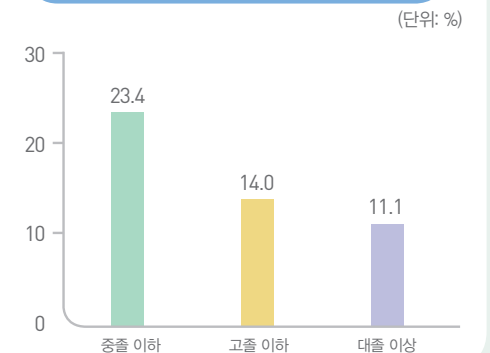


주: ① 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 비율은 평소 본인의 건강이 '나쁨' 또는 '매우 나쁨'이라고 생각한 사람의 비율임.

② 교육 수준은 19-64세 성인 여성을 대상으로 분석하였으며, 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2014년

〈그림 2-5〉 19-64세 성인 여성의 교육 수준별 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 비율 (2014년)

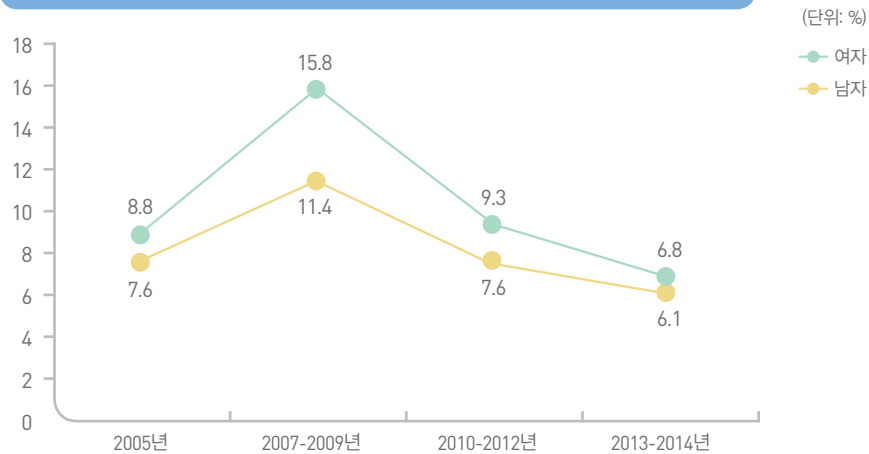


• 활동제한

세계보건기구는 활동제한(activity limitation)을 일상적인 행위나 임무 활동 과정에서 개인이 가지게 되는 어려움으로 정의하였다. 활동제한은 심리적, 생리적, 해부학적 기능 이상을 의미하는 기능장애(impairment) 및 기능장애가 장기간 지속될 때를 의미하는 장애(disability)로 구별할 수 있다.

2013~2014년 성인 여성의 활동제한율은 6.8%, 남자는 6.1%로 여성의 활동제한율이 다소 높았다.

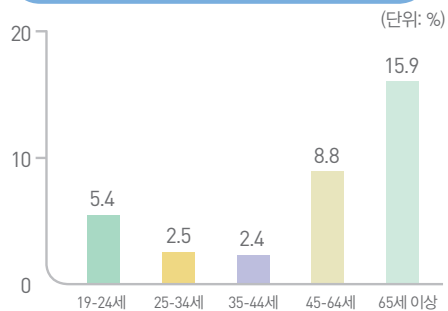
〈그림 2-6〉 19세 이상 성인 남녀의 활동제한율 (2005~2014년)



주: 현재 활동제한이 있다고 응답한 비율이며, 2005년 추계인구로 표준화함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2005-2014년

또한 30세 이후 연령 증가에 따른 활동제한율의 증가가 두드러졌다. 2013~2014년 성인 여성의 활동제한율은 35~44세 2.4%, 45~64세 8.8%, 65세 이상 15.9% 수준으로 급증하였다. 그리고 65세 이상 여자 노인의 경우 교육 수준이 낮은 집단이 그렇지 않은 집단에 비하여 활동제한율이 매우 높은 것으로 나타났다.

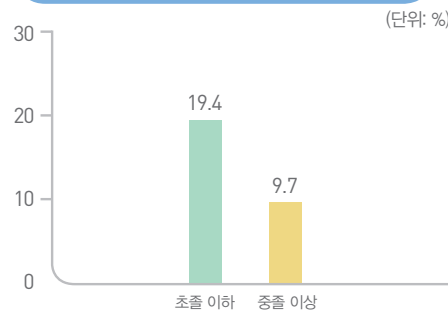
〈그림 2-7〉 19세 이상 성인 여성의 연령별 활동제한율 (2013~2014년)



주: ① 현재 활동제한이 있다고 응답한 비율임.

② 65세 이상인 경우 교육 수준은 초졸 이하, 중졸 이상으로 구분하여 분석하였으며, 2005년 추계인구로 표준화함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-2014년

〈그림 2-8〉 65세 이상 여성의 교육 수준별 활동제한율 (2013~2014년)



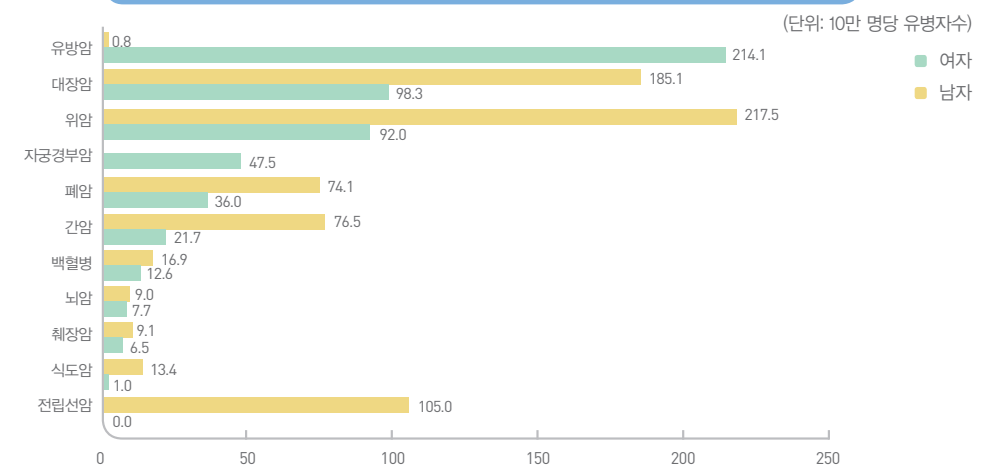
2. 만성질환

• 암

암은 국내 전체 사망 원인 중 1위로 지난 20년간 가장 높은 순위를 차지하였다. 한편 의료기술의 지속적인 발전으로 암의 진단 및 치료 기술이 향상됨에 따라 유병률은 계속 증가할 것으로 예상된다.

2013년 여성의 전체 암 5년 연령표준화 유병률은 10만 명당 1219.1명으로 남자의 1035.2명에 비해 높았다. 여성의 암 유병률 중 약 40%는 갑상선암이 차지하였다(여자: 10만 명당 512.5명, 남자: 10만 명당 112.3명). 또한 여자 유방암의 5년 연령표준화 유병률은 10만 명당 214.1명으로 갑상선암 다음으로 높은 순위를 차지하였다. 갑상선암을 제외한 암종별 유병률 순위는 유방암, 대장암, 위암, 자궁경부암, 폐암, 간암, 백혈병 순이었다. 남자는 위암, 대장암, 전립선암, 간암, 폐암 순서로 유병률이 높았다.

〈그림 2-9〉 성별 주요 암종별 5년 연령표준화 유병률 (2013년)



주: 여자에게서 유병률이 가장 높은 갑상선암은 제외하고 도식화함.

자료: 통계청, 24개 암종 · 성별 5년 암 유병자수, 상대빈도, 조유병률, 연령표준화 유병률, 2013년

여자의 암종별 발생률 순위는 유방암, 대장암, 위암, 폐암, 자궁경부암, 간암, 백혈병의 순서로 유병률과 비교할 때 폐암이 자궁경부암보다 발생률이 높았다. 남자는 위암, 대장암, 폐암, 간암, 전립선암 순서로 높았다.

〈표 2-2〉 여자 암 사망률, 유병률 및 발생률의 5대 원인

순위	연령표준화 사망률 (2014년)	5년 연령표준화 유병률 (2013년)	연령표준화 발생률 (2013년)
1	폐암	유방암	유방암
2	대장암	대장암	대장암
3	위암	위암	위암
4	간암	자궁경부암	폐암
5	유방암	폐암	자궁경부암

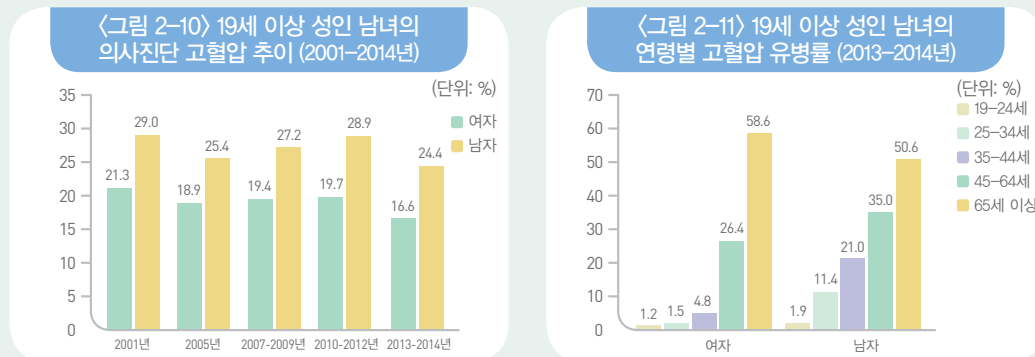
주: ① 5년 연령표준화 유병률(2013년)이란 2014년 1월 1일을 기준으로 이전 5년 동안 암을 진단받은 환자 중에 생존해 있는 암환자 수를 분자로 한 유병률임.
② 연령표준화 발생률(2013년)이란 각 연령군에 해당하는 표준인구의 비율을 가중치로 두어 산출한 가중평균발생률임.
③ 유병률 및 발생률은 중앙암등록본부의 〈국가암발생데이터베이스〉를 기초로 통계청이 공개한 자료를 활용하였으며, 갑상선암은 위 순위에서 제외함.

자료: 통계청, 2014년

● 고혈압

2012년 세계보건기구는 다양한 근거를 종합하여 전 세계적 질병 부담을 추산하였는데, 2010년 우리나라 여자의 건강수명(DALYs)³⁾에 영향을 미치는 질병 1순위는 뇌졸중, 4위는 당뇨병, 6위는 허혈성심장질환이 차지하였다. 고혈압과 당뇨병은 질병 부담에 큰 영향을 미치는 심뇌혈관질환의 중요한 위험 요인인 동시에 그 자체로도 중요한 질병이다.

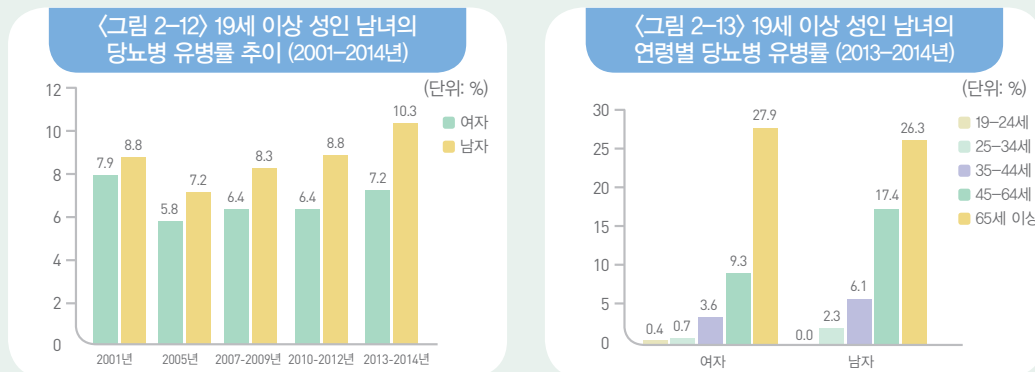
2001~2014년 국민건강영양조사의 검진을 통해 진단한 고혈압 유병률은 전 시기에서 남자가 여자보다 높았다. 하지만 여자 노인의 고혈압 유병률은 높은 수준이며 2013~2014년 65세 이상 여자의 고혈압 유병률은 58.6%로, 동 연령대의 남자보다 높았다.



주: ① 의사진단 고혈압은 수축기 혈압 140mmHg 이상이거나 이완기 혈압 90mmHg 이상, 또는 항고혈압약제를 투약하는 경우로 정의함.
 ② 2005년 추계인구로 표준화함.
 자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2014년

● 당뇨병

2001~2014년 국민건강영양조사의 검진을 통해 진단한 당뇨병 유병률은 전 시기에서 여자가 남자보다 낮았다. 하지만 65세 이상 노인 인구에서 여자의 유병률은 27.9%로 남자의 26.3%에 비해 높았다.

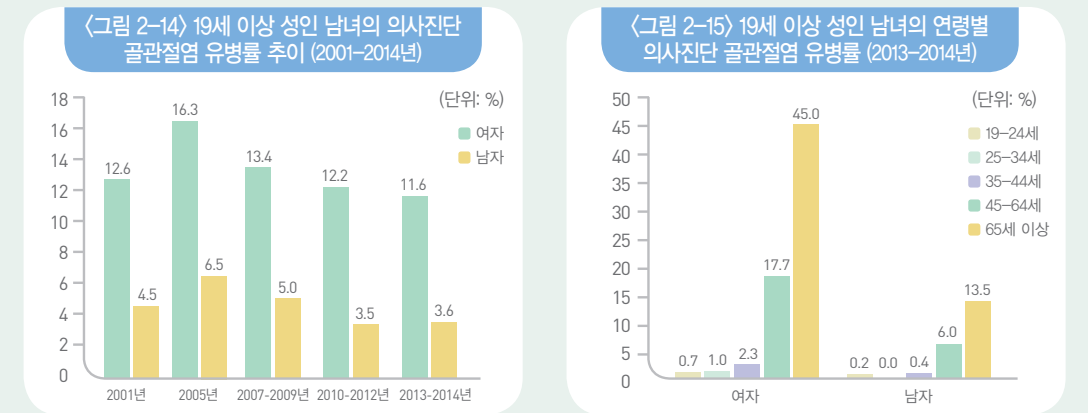


주: ① 당뇨병은 공복혈당이 126mg/dL 이상이거나 혈당강하제 복용 또는 인슐린 주사를 투여받는 경우로 정의함.
 ② 2005년 추계인구로 표준화함.
 자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2014년

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

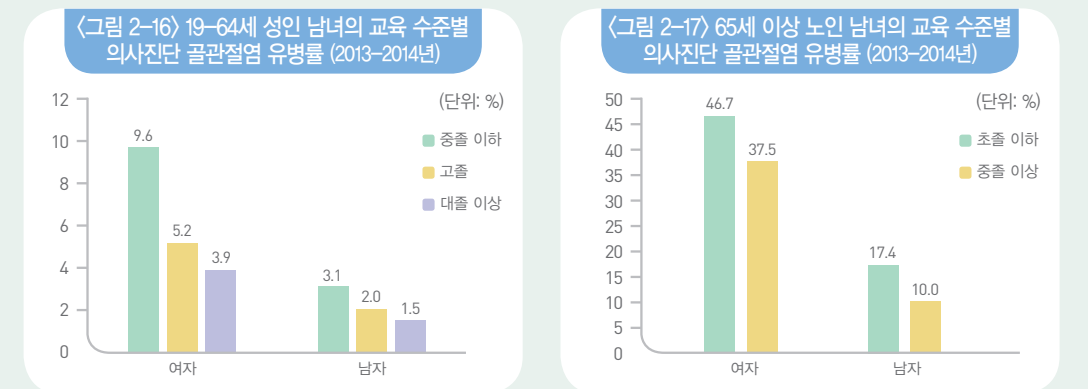
● 근골격계 질환: 골관절염

수명 증가에 따라 만성퇴행성질환의 유병률이 증가하고 있다. 골관절염은 만성적 통증, 삶의 질과 긴밀한 관련을 가지며 활동제한의 원인이 된다. 세계보건기구는 생애 과정에 따른 여자의 건강 문제를 다룬 “여성 건강 보고서”에서 노년기 여자의 장애로 인한 손실연수(YLDs: Years Lost due to Disability)에 영향을 미치는 10대 질환 중 하나로 골관절염을 제시하였다. 2013~2014년의 의사 진단 골관절염 유병률은 여자가 11.6%로 남자의 3.6%보다 3배가량 높은 수준이었다. 연령별로 살펴보면 남녀 모두 65세 이상 노인의 유병률이 가장 높은 수준을 보였으며 65세 이상 여자의 유병률은 45.0%, 남자는 13.5%로 나타났다.



주: 2005년 추계인구로 표준화함.
 자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2014년

또한 성인 여자 가운데 교육 수준이 가장 낮은 집단(중졸 이하)의 골관절염 유병률이 9.6%로 가장 높았으며, 교육 수준이 높아질수록 유병률은 낮아졌다. 이러한 경향은 남자에게도 유사하게 나타났지만 여자의 경우 교육 수준에 따른 유병률 차이가 더욱 분명하게 드러났다. 65세 이상 노인도 성별에 관계없이 교육 수준이 높을수록 골다공증 유병률이 낮아지는 경향을 보였다.



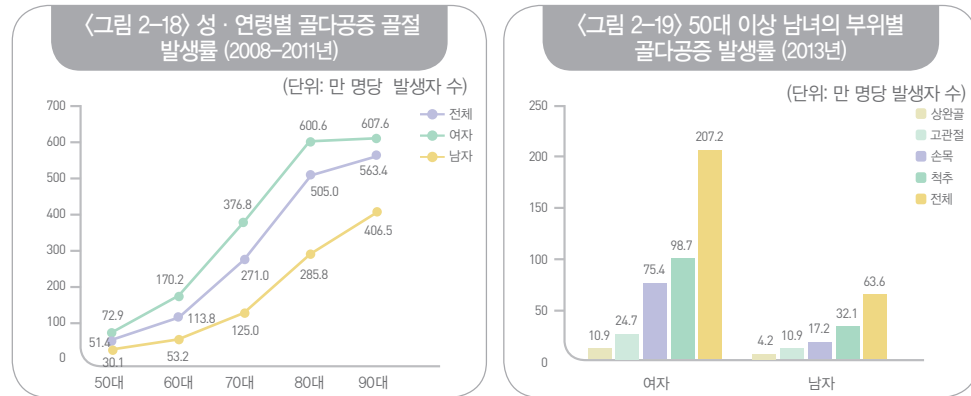
주: 2005년 추계인구로 표준화함.
 자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013~2014년

수치에서 나타난 여성건강스토리: 골다공증 치료와 골절 예방

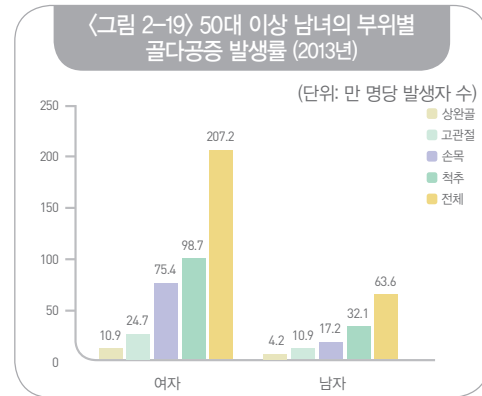
골다공증은 뼈의 양이 감소하고 미세구조 이상을 초래하는 근골격계 질환으로서, 뼈의 강도가 약해져서 부러지기 쉬운 상태를 일컫는다. 우리나라 50세 이상 성인 여자 가운데 3명 중 1명은 골다공증을 앓고 있으며, 남자는 여자의 5분의 1 수준인 것으로 나타났다(국민건강영양조사, 2008-2011년).

골다공증은 중년 여자에게 매우 흔한 질환으로, 노년기로 접어들수록 척추나 고관절, 손목 부위에 골다공증으로 인한 골절이 증가하게 된다. 골다공증 골절이 발생하면 거동이 불편하고 일상생활에 제약을 받으며 특히 고관절과 척추 골절은 사망과도 관련이 깊기 때문에 주의를 기울여야 한다.

건강보험 자료를 이용해 골다공증 치료와 골절 현황을 분석한 결과 2013년 여자 만 명당 207.2명이 골다공증 골절을 경험하였으며, 이는 남자보다 3.3배 높은 수준이었다. 골다공증 골절을 경험한 50대 이상 여자의 골절 부위를 살펴보면 척추 골절이 인구 만 명당 98.7명으로 가장 많았으며 이어 손목, 고관절, 상완골 순으로 골절이 많이 발생하는 것으로 나타났다.



자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2008-2011년



자료: 국민건강보험공단, 건강보험 청구자료, 2013년

골다공증이 있는 경우에도 골다공증 치료제를 복용하고 관리를 잘하면 골다공증 골절 발생을 어느 정도 예방할 수 있다. 골밀도를 측정한 결과가 골다공증 기준에 부합하면 골다공증 치료에 필요한 의약품 처방받을 수 있으며, 골다공증 골절이 있는 경우에는 골밀도 검사 결과와 무관하게 처방이 가능하다. 하지만 골다공증은 골절이 발생할 때까지 별다른 증상 없이 서서히 진행되는 특성이 있으므로 약제 치료율이 높지 않을 뿐만 아니라 치료 지속성도 당뇨병이나 고혈압에 비해 낮다는 문제가 있다.

다음으로 골다공증 환자의 유병률을 적용해 2013년 골다공증 치료율을 추정한 결과, 여자 골다공증 환자 중 의약품 치료를 받는 사람은 약 3분의 1 수준에 불과한 것으로 나타났다. 50대 여자 골다공증 환자의 21.6%, 60대 여자 환자의 35.2%, 70대 이상 여자 환자의 31.7%만이 약제 치료를 받고 있는 것으로 나타났다.

〈표 2-3〉 여자 골다공증 환자의 치료율 (2013년)

구분	골다공증 유병률(%) (2008-2011년)	추정 골다공증 유병자수(A)(2013년)	2013년 골다공증 약제치료환자수(B)	약제 치료율 (B/A, %)
50-59세	18.9	732,770	157,910	21.6
60-69세	42.5	955,636	336,137	35.2
70세 이상	71.9	1,812,932	572,128	31.7

자료: 국민건강보험공단, 건강보험 청구자료, 2008-2013년

골다공증 골절을 경험한 사람은 이미 뼈가 상당히 약화되어 있는 상태이므로 재골절의 위험이 높다. 따라서 골다공증 골절이 있는 사람은 골밀도에 관계없이 골다공증 치료 약제를 장기간 처방받는 것이 바람직하다. 그러나 건강보험청구자료를 활용하여 2013년 골다공증 골절이 있었던 사람 중 1년 내에 골다공증 치료 약제를 처방받은 사람을 조사한 결과, 여자의 43.8% 정도만이 골절 후 골밀도를 높일 수 있는 치료 약제를 처방받고 있었다.

골다공증은 소리 없이 진행되는 질환이며 여자에게 많이 발생하는 질환이다. 골다공증으로 인한 골절을 예방하기 위해서는 뼈를 약화시킬 수 있는 흡연, 음주, 저체중, 과다한 스테로이드 복용을 주의해야 한다. 고령화시대에 여자 노인에게 큰 위협이 되는 골절을 예방하고 적절한 치료를 받을 수 있도록 장려해야 한다.

수치에서 나타난 여성건강스토리: 급성심근경색으로 살펴본 여성의 심장질환

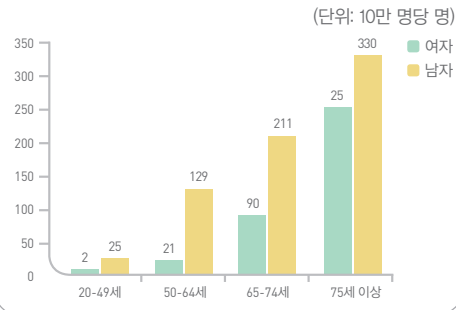
심장질환 중 급성심근경색은 심장의 근육에 혈액을 공급하는 관상동맥이 여러 원인에 의해 갑자기 막혀 심근이 괴사되는 질환이다. 흡연, 비만, 음주 등의 생활습관과 고혈압, 당뇨병, 고지혈증 등이 위험요인이 된다. 급성심근경색은 흔히 남자의 질병으로 여겨지나, 폐경 이후 여자의 발생률이 높아져 남녀 차이가 크지 않다. 특히 기대여명이 길어지면서 노년기 여자 환자 수도 늘어나고 있는 추세이다. 2014년 건강보험자료 분석 결과, 연령대별 10만 명당 신규 환자수를 보면 여자는 65세 이후 급격히 증가하여 75세 이상에서 10만 명당 253명에 이르렀으며, 전체 신규 환자 가운데 75세 이상에서는 남자보다 여자 환자 수가 더 많았다.

Ⅲ. 건강행태

1. 흡연과 음주
2. 영양 섭취 부족과 과잉
3. 신체활동
4. 비만과 체중조절

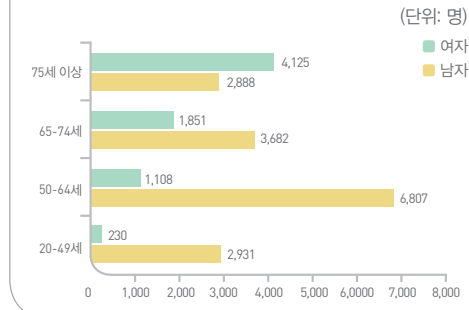


〈그림 2-20〉 성별 인구 10만 명당 급성심근경색증 신규환자수 (2014년)



자료: 국민건강보험공단. 건강보험 청구자료, 2014년

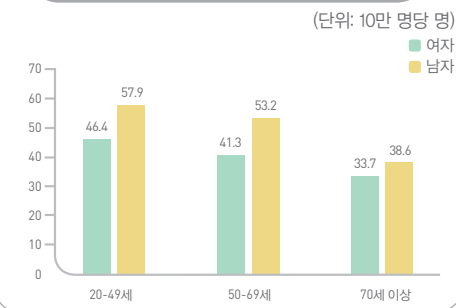
〈그림 2-21〉 성별 전체 급성심근경색증 신규환자수 (2014년)



자료: 국민건강보험공단. 건강보험 청구자료, 2014년

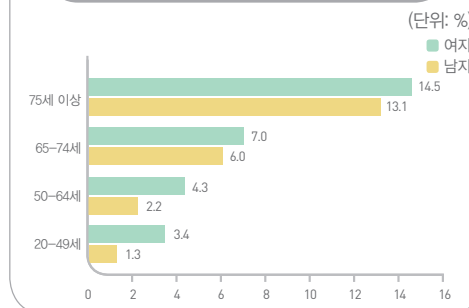
급성심근경색은 생명과 관련된 중요한 질환이지만 여자의 경우 급성기에 가슴 통증 등과 같이 증상이 명확하지 않은 경우가 많아서 응급치료가 늦어질 수 있다. 2014년 응급의료현황통계에 따르면 골든타임인 증상 발생 후 3시간 내에 응급실에 도착하는 급성심근경색 환자의 비율은 모든 연령대에서 여자가 남자보다 낮게 나타났다. 또한 여자의 급성기 증상 발생 후 30일 내 사망률이 동일한 연령대의 남자보다 높게 나타났다. 사망자가 가지고 있던 다른 질환이나 급성심근경색 증 자체의 중증도 차이를 고려해야 하지만 증상 발생 후 응급실까지의 이동 시간이 더 길었던 것도 원인 중 하나로 작용했을 수 있다.

〈그림 2-22〉 급성심근경색 응급실 도착시간 3시간 이하 비율 (2014년)



자료: 국립중앙의료원. 응급의료현황통계, 2014년

〈그림 2-23〉 급성심근경색 발생후 30일 이내 사망률 (2014년)



자료: 국립중앙의료원. 응급의료현황통계, 2014년

여자는 노년기에 급성심근경색증 발생이 증가하므로 고혈압이나 당뇨병, 고지혈증과 같은 위험 요인을 사전에 관리해야 한다. 또한 급성심근경색증 발생 시 골든타임 내에 응급실에 도착하여 적절한 치료를 받을 수 있도록 응급의료체계를 구축하고, 일반인들을 대상으로도 즉각적 대응의 중요성을 홍보해야 할 것이다.

Ⅲ. 건강행태

건강행태는 건강에 영향을 줄 수 있는 생활습관으로 흡연, 음주, 신체활동, 식이 등이 있으며 건강행태가 건강에 미치는 영향과 중요성은 이미 많은 연구 결과를 통해 밝혀졌다. 각 개인은 자신의 건강행태를 선택하게 되는데 여기에는 사회경제적 요인이 영향을 미치며 이는 생활과도 밀접하게 관련돼 있다. 적절한 예방·중재프로그램과 노력에 의해 건강행태는 바뀔 수 있으며 이를 통해 효과적으로 질병 발생 위험을 줄이고 건강을 향상시킬 수 있다.

1. 흡연과 음주

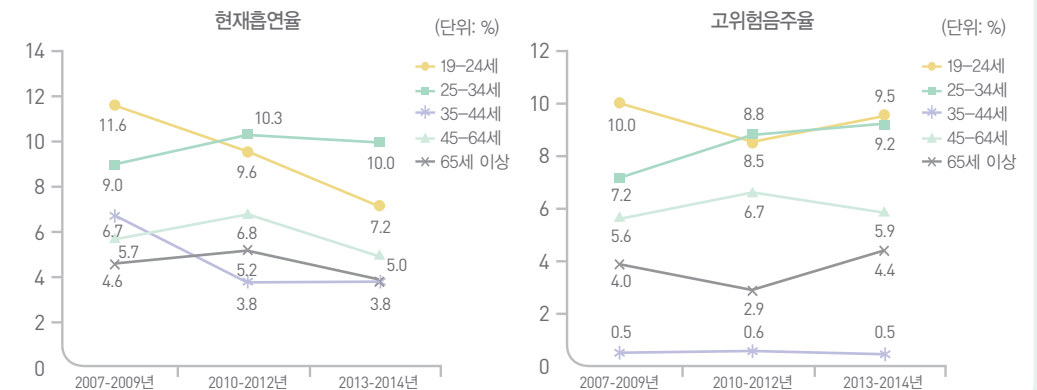
흡연은 위암, 폐암, 후두암 등의 다양한 암과 폐렴, 천식 등 호흡기계질환, 심혈관질환의 발생 원인으로 알려져 있으며 직접 흡연하지 않고 남이 피우는 담배 연기만 맡아도 질병에 걸릴 위험이 있어 건강에 위협적인 행태이다. 하지만 금연을 하게 되면 그 직후부터 여러 질병 발생의 위험성이 줄어들게 되고, 금연으로 얻을 혜택도 많아 흡연을 예방하고 금연을 지원하는 여러 가지 사업이 진행되고 있다.

음주도 췌장염, 알코올성 간염, 간경변, 뇌졸중 등 여러 질환을 유발하거나 악화시키며 구강암, 인두암, 식도암, 간암 등의 각종 암을 발생시킨다. 또한 과도한 음주는 알코올 중독과 같은 정신적 문제를 일으킬 수 있으며 음주운전, 폭력과 같은 사회적 문제를 야기하기도 한다.

2013-2014년 국민건강영양조사 결과에 따르면 19세 이상 성인 여성의 현재흡연율(표준화율)은 5.9%로 성인 남자의 현재흡연율 42.6%에 비하면 매우 낮은 수치이나, 남자의 현재흡연율이 2001년 60.9%에서 급격하게 감소한 것에 비하면 여성의 현재흡연율은 2001년 5.2%에서 크게 변화하지 않았다. 연령대별 여성의 현재흡연율(조율)을 살펴보면 19-24세 여성의 현재흡연율은 감소하고 있으나 사회 진출이 본격적으로 시작되는 25-34세 연령의 성인 여성의 현재흡연율이 10.0%로 10명의 여자 중 1명이 흡연자로 나타나고 있다. 또한 중·고등학교 여학생의 흡연율은 2006년 9.2%, 2008년 8.2%, 2010년 7.1%, 2012년 5.9%, 2015년 3.2%로 9년간 감소하고 있으나, 학년이 증가할수록 흡연율이 증가하여 고 3 여학생의 흡연율은 5.3%였다.

2013-2014년 성인 여성의 고위험음주율(표준화율)은 6.0%, 성인 남자의 고위험음주율은 20.2%로 남자는 2007-2009년 22.7%에서 감소하는 경향을 보이거나, 여자는 2007-2009년 5.4%에서 다소 증가한 것으로 나타났다. 연령대별로 살펴보면, 19-24세 여성의 고위험음주율(조율)이 9.5%, 25-34세의 고위험음주율이 9.2%로 젊은 여성의 고위험음주율이 높았고 연령이 증가할수록 고위험음주율이 급격하게 낮아지는 것으로 나타났다.

〈그림 3-1〉 19세 이상 성인 여성의 연령별 현재흡연율과 고위험음주율 (2007-2014년)



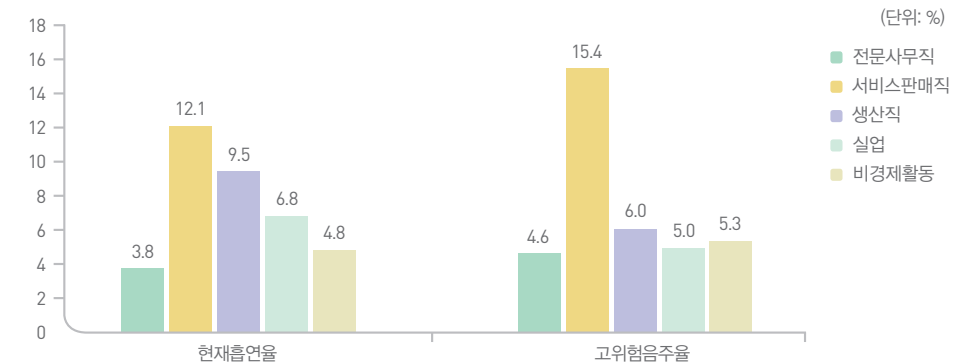
주: ① 현재흡연율이란 평생 5갑(100개비) 이상 흡연한 사람이며, 현재 담배를 피우거나 가끔 피운다고 응답한 사람의 비율임.

② 고위험음주율이란 최근 1년 동안 술을 마신 적이 있다고 응답한 사람 중에서 1회 평균 음주량이 7잔(여자 5잔) 이상이며, 주 2회 이상 음주하는 사람의 비율을 말함.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007-2014년

직업, 소득 등의 사회경제적 요인은 흡연과 음주에 영향을 미친다. 직업 구분에 따른 19세 이상 64세 이하 성인 여성의 현재흡연율과 고위험음주율을 살펴보면, 서비스판매직에 종사하는 성인 여성의 현재흡연율이 12.1%, 고위험음주율이 15.4%로 가장 높았다. 서비스판매직에 종사하는 여성의 흡연과 고위험음주가 전문사무직에 종사하는 여성의 3-4배에 달해 효과적인 중재 프로그램이 필요함을 시사하였다. 또한 여성 흡연에 대한 사회의 부정적 시각으로 여성 흡연율이 낮게 보고될 가능성을 고려해야 한다.

〈그림 3-2〉 19세 이상 64세 이하 성인 여성의 직업구분별 현재흡연율과 고위험음주율 (2013-2014년)



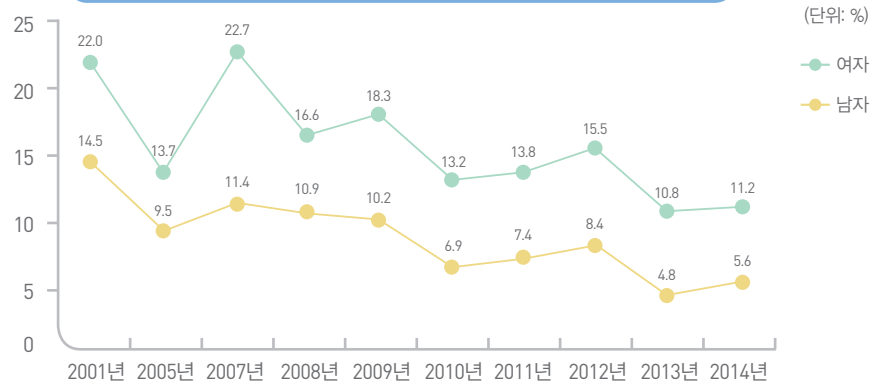
주: 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-2014년

2. 영양 섭취 부족과 과잉

우리나라의 경제 수준이 향상됨에 따라 영양 섭취 문제가 없는 것처럼 보이지만 서구화된 식단으로 인한 영양 섭취 과잉과 다이어트, 빈곤 등으로 인한 영양 섭취 부족 등 세부 집단별 영양 불균형 문제가 적지 않다. 우리나라 여자 중 영양 섭취 부족자 비율은 2001년 22.0%에서 11.2%로 감소하였으며 남자 중 영양 섭취 부족자 비율 또한 2001년 14.5%에서 2014년 5.6%로 감소하였다. 남녀 모두 영양 섭취 부족자 비율이 감소하는 경향을 보였으나 영양 섭취가 부족한 여자가 남자보다 항상 많아 여자의 영양 섭취 부족 문제가 더 도드라지는 것으로 보인다.

〈그림 3-3〉 1세 이상의 성별 영양 섭취 부족자 비율 (2001-2014년)



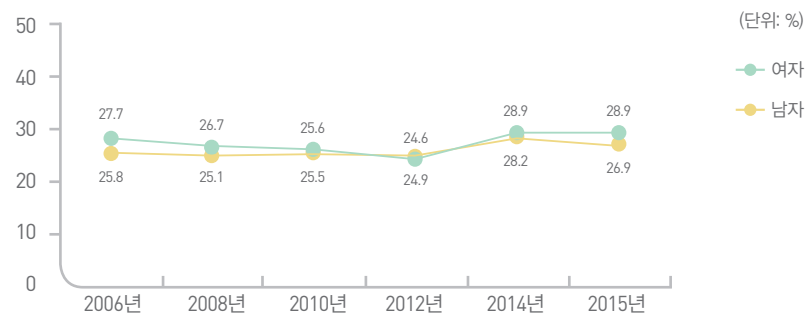
주: ① 영양 섭취 부족자 비율이란 에너지 섭취 수준이 필요 추정량(또는 영양권장량)의 75% 미만이면서 칼슘, 철, 비타민 A, 리보플라빈의 섭취량이 평균 필요량(또는 영양권장량)의 75% 미만인 비율임.

② 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001-2014년

학업, 취업 등으로 인한 결식은 불충분한 영양 섭취와 폭식 등 부적절한 식이행태로 이어질 수 있다. 여학생의 주 5일 이상 아침 식사 결식률은 2006년 27.7%, 2008년 26.7%, 2010년 25.6%, 2012년 24.6%, 2014년 28.9%, 2015년 28.9%로 감소되지 않는 양상을 보였다. 남학생 또한 2006년 25.8%, 2015년 26.9%로 남녀 청소년 모두 4분의 1 이상의 학생들이 아침을 먹지 않는 것으로 나타났다.

〈그림 3-4〉 중학교 1학년-고등학교 3학년 청소년의 주 5일 이상 아침식사 결식을 추이 (2006-2015년)



자료: 보건복지부·질병관리본부, 청소년건강행태온라인조사, 2006-2015년

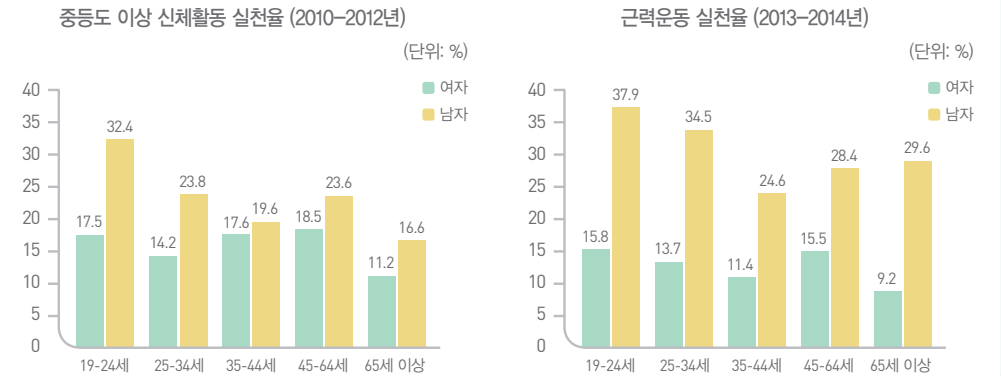
3. 신체활동

규칙적인 신체활동은 심장질환, 비만, 당뇨병 등의 만성질환을 예방하고 우울증, 스트레스 등 정신건강에도 도움을 줄 수 있다. 좌식 생활과 자동차 이용 증가로 신체활동이 부족한 사람들이 증가하고 근력 저하가 노년기 낙상 등에 영향을 미친다는 점을 고려할 때 적절한 신체활동 실천을 높일 수 있는 적극적인 노력이 필요하다.

2010-2012년 국민건강영양조사에 따르면 19세 이상 성인 남녀의 중등도 이상 신체활동 실천율(표준화율)은 남자 22.9%, 여자 16.4%로 여자가 남자보다 낮다. 연령대별로 살펴보면 남자와 여자 모두 65세 이상의 중등도 이상 신체활동 실천율(조율)이 가장 낮았으며, 남자는 가장 젊은 연령대인 19-24세의 실천율이 가장 높게 나타난 반면 여자는 45-64세의 실천율이 가장 높게 나타났다.

또 다른 운동지표인 근력운동 실천율을 함께 살펴보면, 2013-2014년 여자의 근력운동 실천율(표준화율)이 13.5%, 남자의 근력운동 실천율이 30.1%로 여자가 남자에 비해 매우 낮았다. 특히 65세 이상 여성 노인의 근력운동 실천율(조율)이 9.2%로 매우 낮아 노인의 근력운동에 대한 적극적인 관심이 필요하다.

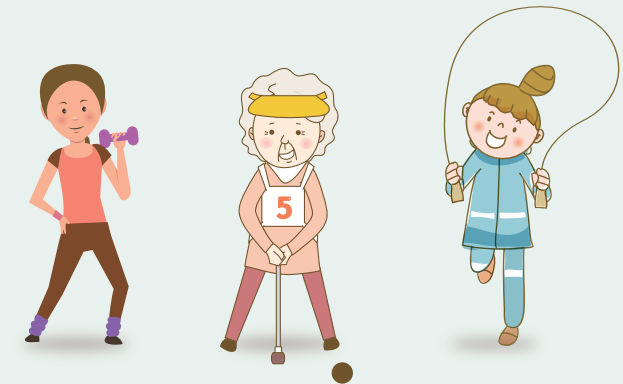
〈그림 3-5〉 19세 이상 성인 남녀의 연령별 중등도 이상 신체활동 실천율(2010-2012년)과 근력운동 실천율 (2013-2014년)



주: ① 중등도 이상 신체활동 실천율은 최근 1주일 동안 격렬한 신체활동을 1회 10분 이상, 1일 총 20분 이상, 주 3일 이상 실천했거나 중등도 신체활동을 1회 10분 이상, 1일 총 30분 이상, 주 5일 이상 실천한 비율임.

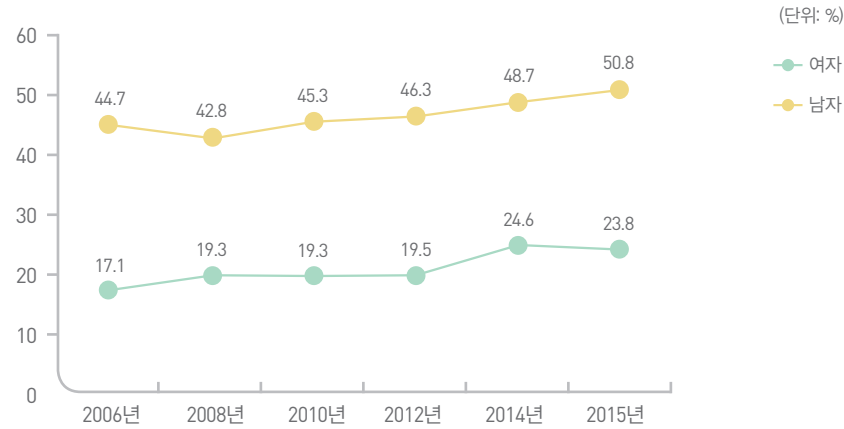
② 근력운동 실천율은 최근 1주일 동안 근력운동을 2일 이상 실천한 비율임.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2010-2012년, 2013-2014년



여자와 남자의 신체활동 실천 차이는 청소년에게서도 관찰된다. 여학생의 신체활동 실천율은 2006년 17.1%, 2008년 19.3%, 2010년 19.3%, 2012년 19.5%, 2014년 24.6%, 2015년 23.8%로 2006년에서 2015년까지 6.7%p 증가하였으나, 남녀의 차이는 감소하지 않고 있다.

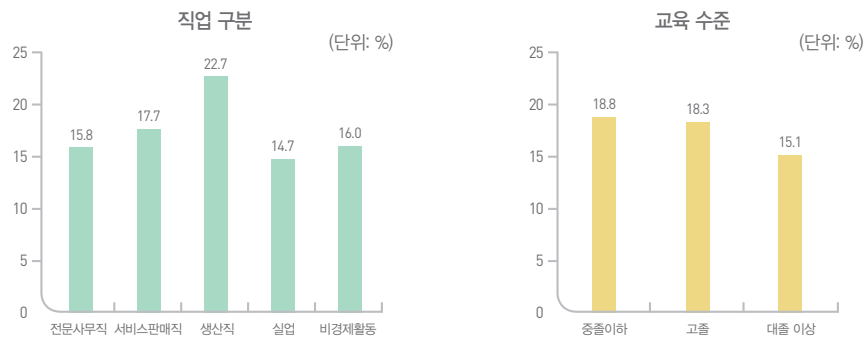
〈그림 3-6〉 중학교 1학년-고등학교 3학년 청소년의 격렬한 신체활동 실천율 추이 (2006-2015년)



자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 청소년건강행태온라인조사, 2006-2015년

19세 이상 64세 이하 여성의 직업 구분별, 교육 수준별 중등도 이상 신체활동 실천율을 살펴보면 실업 상태일 때 중등도 이상 신체활동 실천율이 가장 낮은 것으로 나타났고 생산직에 종사할 경우 가장 높은 실천율을 보여 직업의 성격에 따라 신체활동량이 달라지는 것을 확인할 수 있었다. 19세 이상 64세 이하 여성의 교육 수준별 중등도 이상 신체활동 실천율에서 중졸 이하와 고졸인 여성의 중등도 이상 신체활동 실천율 차이는 거의 없었고 대졸 이상인 경우가 가장 낮은 것으로 나타났다. 65세 이상 노인의 교육 수준별 근력운동 실천율은 학력이 '중졸 이상'인 노인이 18.6%로 '초졸 이하'인 노인(7.3%)보다 높게 나타나 교육 수준에 따라 근력운동 실천에 차이가 있음을 보여 주었다.

〈그림 3-7〉 19세 이상 64세 이하 성인 여성의 직업 구분 · 교육 수준별 중등도 이상 신체활동 실천율 (2010-2012년)

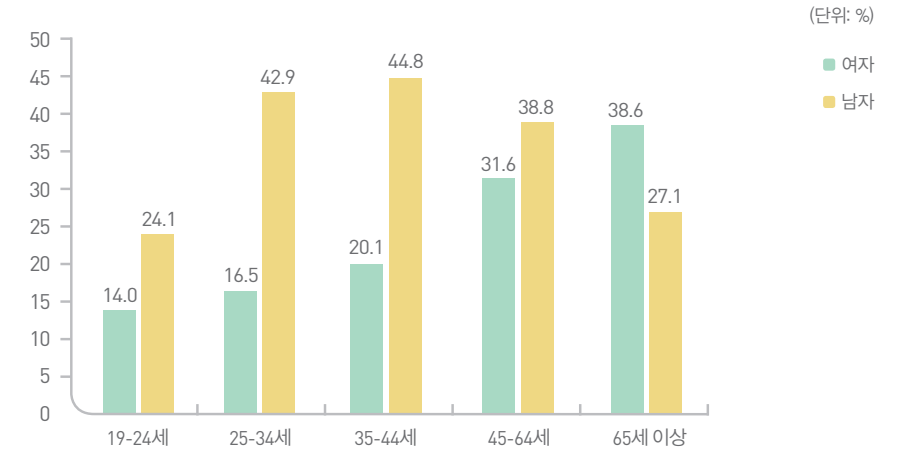


주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2010-2012년

4. 비만과 체중조절

비만은 당뇨병, 고지혈증, 심혈관계 질환의 주요 원인이며, 우울감 등 정신건강에도 부정적인 영향을 준다. 국민건강영양조사(2013-2014년)에서 본 우리나라 성인의 비만 유병률(표준화율)은 남자 37.7%, 여자 24.2%로 남자의 비만 유병률이 여자보다 높았다. 연령대별로 살펴보면 여자는 남자와 달리 특징적으로 나이가 많아질수록 비만 유병률 증가가 뚜렷하게 나타났다.

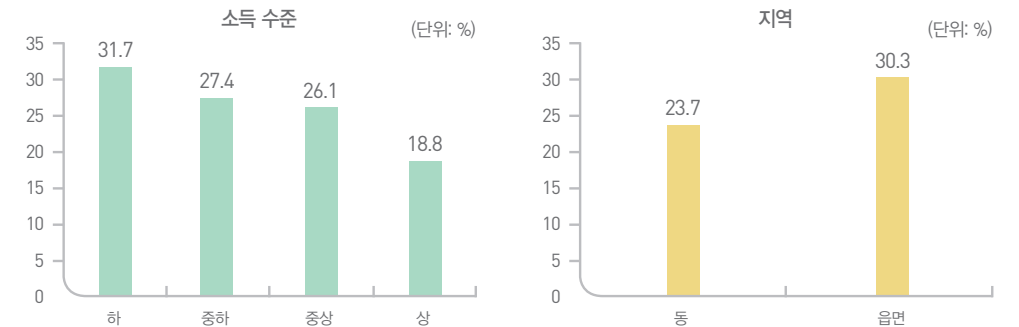
〈그림 3-8〉 19세 이상 성인 남녀의 연령별 비만 유병률 (2013-2014년)



주: 비만 유병률은 체질량지수(BMI)가 25kg/㎡이상인 분율임.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-2014년

성인 여성의 소득 수준별, 지역별 비만 유병률을 살펴보면 소득 수준이 낮아질수록 비만 유병률이 높아지는 양상이 뚜렷하였다. 거주 지역별 성인 여성의 비만 유병률은 동 지역(도시 지역)보다 읍 · 면 지역(농 · 어촌)에 거주할 경우 높게 나타났다.

〈그림 3-9〉 19세 이상 성인 여성의 소득 수준별 · 지역별 비만 유병률 (2013-2014년)



주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-2014년

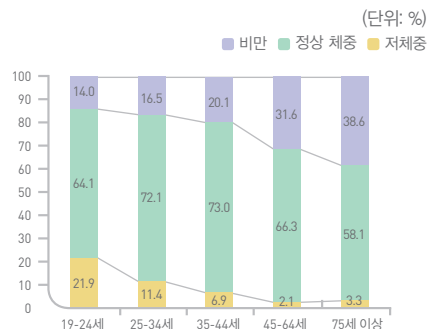
수치에서 나타난 여성건강스토리: 비만과 다이어트

비만은 당뇨병, 심장병 등 주요 질환의 위험 요인으로, 만성질환을 예방하고 적절히 관리하기 위해 비만 관리가 강조되어 왔다. 여자는 연령이 높아질수록 비만 유병률이 증가하는 양상을 보인다. 나이에 따라 비만, 정상 체중, 저체중인 여자의 비율을 살펴보면 45세 이상에서는 30% 이상의 여자들이 비만이지만 19~24세에서는 비만이 14.0%, 저체중이 21.9%로 비만보다 저체중이 문제가 된다.

이러한 양상은 청소년에게서도 관찰되는데, 중학교 1학년~고등학교 3학년 여학생의 비만율은 7.3%로 동일 연령 남학생의 14.2%보다 낮다. 여학생의 비만율은 7.3%로 낮으나 42.2%의 여학생이 지난 한 달 간 체중 감소를 시도한 적이 있었다. 체중 감소의 필요성이 적은 상태에서 실시하는 무리한 다이어트가 20대 여성의 저체중으로 이어지는 것으로 보인다. 비만하지 않은 청소년 중 남자는 17.2%가 지난 한 달 간 체중 감소를 시도한 적이 있었으나, 여자는 40.5%가 체중 감소를 시도하였다. 이러한 남녀의 차이는 어디에서 비롯되는지, 적극적인 중재를 통해 차이를 줄일 것인지 아니면 사회적으로 차이를 용인할 것인지에 대한 고민이 필요하다.

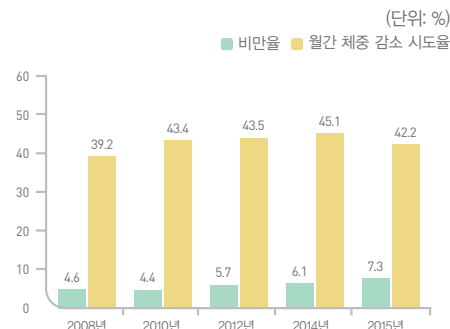
여자의 과도한 체중 조절에는 대중매체에서 보여지는 바람직한 신체 이미지, 식이 섭취와 신체 활동 패턴, 다이어트 관련 산업, 여성의 사회적 역할 등 다양한 요인들이 관여하며, 단순히 저체중이나 과도한 체중 조절이 건강에 나쁘다고 강조하는 것만으로는 해결되지 않을 것이다. 여자에게, 특히 어린 여자에게 '마른 체형'을 강요하는 사회에서 여자와 남자가 행복할 것인가? 여자의 에너지가 사회 발전을 위해 효과적으로 쓰일 수 있겠는가? 사회적인 차원에서 문제 제기와 방향 전환이 필요한 시점이라고 하겠다.

〈그림 3-10〉 19세 이상 성인 여성의 연령별 비만 유병률과 저체중 유병률 (2013-2014년)



자료: 보건복지부 · 질병관리본부.
국민건강영양조사, 2013-2014년

〈그림 3-11〉 중학교 1학년~고등학교 3학년 여학생의 비만율과 월간 체중감소 시도율 추이 (2008-2015년)



자료: 보건복지부 · 질병관리본부.
청소년건강행태온라인조사, 2008-2015년

수치로 보는 여성건강 2016

IV. 성건강

1. 성관계 경험
2. 성교육 경험
3. 피임 실천
4. 성 전파성 질환



IV. 성건강

성건강은 여자에게 매우 중요한 건강 이슈로서, 생애주기별로 초점화된 관심과 관리가 요구되는 영역이다. 그러나 아직까지 한국 사회는 성건강의 공론화를 꺼리는 분위기이다. 특히 젊은 여성의 성건강에 대해서는 지나친 편견과 왜곡된 잣대를 들이댄다. 하지만 성관계 경험 연령이 점차 낮아지고 있으며, 대중매체를 통해 성 관련 콘텐츠들이 쏟아지고 있어 적절한 대응이 필요하다.

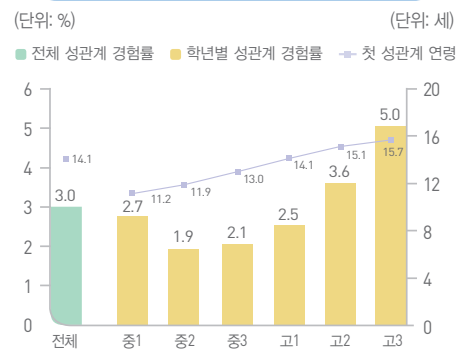
오늘날 성건강 논의로부터 배제되고 있는 여자 청소년과 미혼 여자를 중심으로 성경험, 성교육, 성 전파성 질환 등 성건강 현황을 파악하고, 그들의 건강한 성을 위해 관심을 모을 필요가 있다.

1. 성관계 경험

성문화가 개방적으로 변해가면서 성관계를 경험하는 시기는 빨라지고 성관계를 경험한 청소년도 증가하는 추세다. 전체 여자 청소년 중 성관계를 경험한 사람은 100명중 3명인 것으로 나타났으며, 학년이 높아질수록 성관계 경험률도 높아졌다. 반면 처음 성관계를 가진 시기는 학년이 낮아질수록 빨라져, 중학교 1학년은 11.2세에 성관계 경험을 처음 한 것으로 확인되었다.

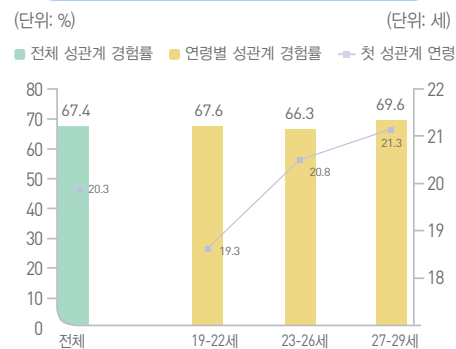
20대 미혼 여자 중 최근 1년 이내에 성관계를 경험한 사람은 100명 중 약 67명인 것으로 나타났으며, 연령에 따라 큰 차이를 보이지는 않았으나 가장 높은 연령군인 27-29세의 경험률이 가장 높았다. 또한 처음 성관계를 가진 시기는 19-22세가 19.3세, 23-26세가 20.8세, 27-29세가 21.3세로 나타났다.

〈그림 4-1〉 중학교 1학년~고등학교 3학년 여학생의 학년별 평생 성관계 경험률과 첫 성관계 연령 (2013-2015년)



주: 여자 청소년 평생 성관계 경험률은 여자 청소년 중 평생동안 성관계 (이성 또는 동성) 경험이 있는 사람의 비율임.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 청소년건강행태온라인조사, 2013-2015년

〈그림 4-2〉 20대 미혼 여자 연령별 연간 성관계 경험률과 첫 성관계 연령 (2016년)



주: 20대 미혼 여자 연간 성관계 경험률은 20대 미혼 여자 중 최근 12개월 동안 이성과의 성관계 경험이 있는 사람의 비율임.
자료: 한국보건사회연구원, 20대 미혼 여성의 피임실천 실태조사, 2016년

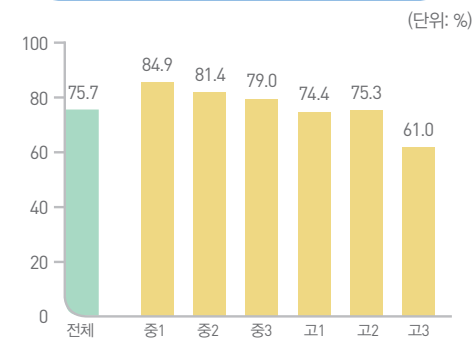
2. 성교육 경험

개방적인 성문화가 확산됨에 따라 성경험으로 인한 질병 문제 혹은 원하지 않은 임신을 예방하기 위해서 올바른 성교육을 받는 것이 더욱 중요해지고 있다.

여자 청소년의 지난 1년을 기준으로 한 연간 성교육 경험률은 학년이 높아질수록 낮아져 중학교 1학년의 84.9%가 지난 1년 이내에 학교에서 성교육을 받은 경험이 있는 반면 고등학교 3학년은 61.0%에 불과한 것으로 나타났다. 이는 학년이 높아질수록 주요 교과 중심의 수업이 제공되면서 나타난 경향으로 해석된다. 그러나 고학년일수록 성관계에 더 많이 노출될 수 있다는 점을 고려한다면 성교육을 줄일 것이 아니라 각 학년의 상황에 맞는 성교육을 제공할 필요가 있다.

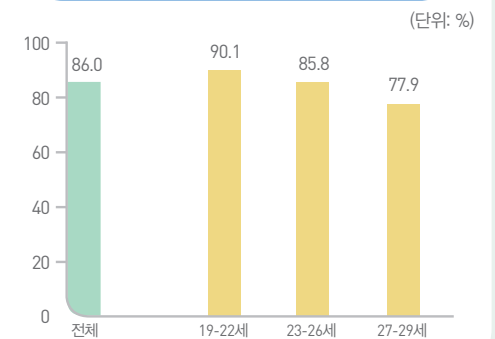
20대 미혼 여자의 성교육 경험률을 조사한 결과, 연령이 증가할수록 학교에서 성교육을 받은 사람의 비율이 감소하는 것으로 나타났다. 27-29세의 77.9%가 성교육을 받은 경험이 있는 반면 19-22세는 90.1%로 나타났다.

〈그림 4-3〉 중학교 1학년~고등학교 3학년 여학생의 학년별 연간 성교육 경험률 (2013-2015년)



주: 여자 청소년 연간 성교육 경험률은 여자 청소년 중 최근 12개월 동안 학교에서(수업시간, 방송교육, 강당에서의 교육 등 모두 포함) 성교육을 받은 적이 있는 사람의 비율임.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 청소년건강행태온라인조사, 2013-2015년

〈그림 4-4〉 20대 미혼 여자 평생 성교육 경험률 (2016년)



주: 20대 미혼 여자 평생 성교육 경험률은 20대 미혼 여자 중 학교에서 성교육을 받은 적이 있는 사람의 비율임.
자료: 한국보건사회연구원, 20대 미혼 여성의 피임실천 실태조사, 2016년

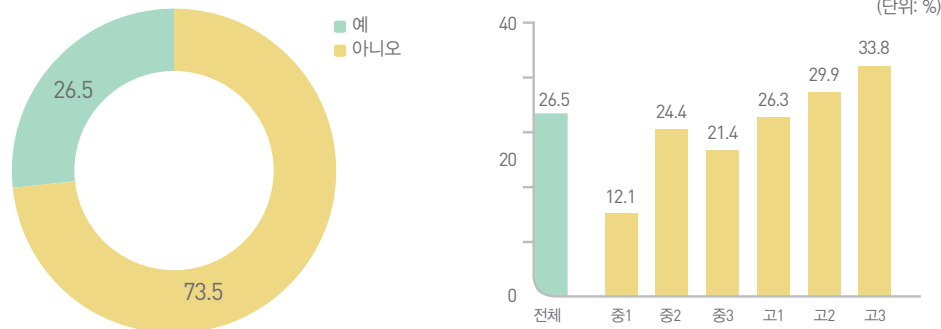


3. 피임 실천

지금까지 성관계를 경험한 여자 청소년 가운데 성관계 시 항상 피임을 한 사람은 26.5%로 매우 낮았으나, 학년이 올라갈수록 항상 피임 실천율은 증가하는 것으로 나타났다. 성인 여성의 경우 성관계 시 콘돔 및 경구용 피임약을 선택하여 항상 피임을 한 사람은 46.7%로 여자 청소년보다는 비율이 높았으나 전체 성관계 경험자 중에서는 절반 정도에 그쳤다. 성인 여성의 연령별 항상 피임 실천율 28세에서 가장 높게 나타났으며 연령 증가에 따라 피임 실천율이 증감을 반복하는 경향을 보였다.

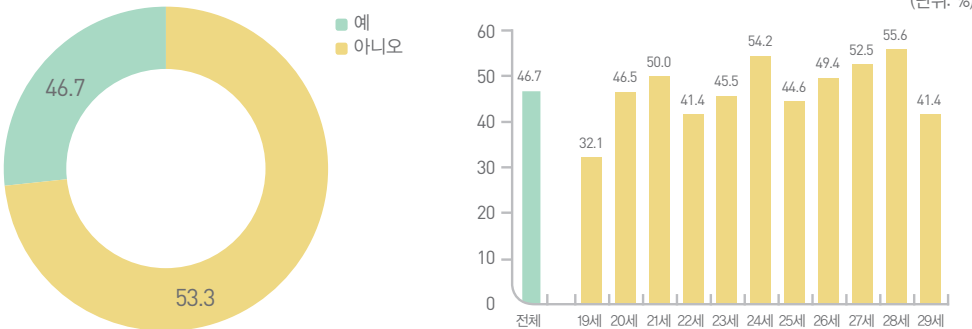
피임(避妊)이란 본래 인위적으로 임신을 피하는 것을 일컫는다. 그러나 임신을 피하는 것뿐만 아니라 성 전파성 질환으로부터 우리의 몸을 보호한다는 점에서 피임은 여성 건강과 굉장히 밀접하게 연결되어 있다. 따라서 성관계 시 항상, 그리고 정확한 방법으로 피임을 해야 한다는 인식의 변화와 이에 대한 교육이 조기에 이루어져야 할 것이다.

〈그림 4-5〉 중학교 1학년-고등학교 3학년 여학생의 항상 피임 실천율 (2013-2015년)



주: 중학교 1학년-고등학교 3학년 여학생의 항상 피임 실천율은 평생 성관계(이성) 경험자 중 성관계 시 '항상' 피임을 한 사람의 비율임.
자료: 보건복지부·질병관리본부, 청소년건강행태온라인조사, 2013-2015년

〈그림 4-6〉 20대 미혼 여성의 항상 피임 실천율 (2016년)

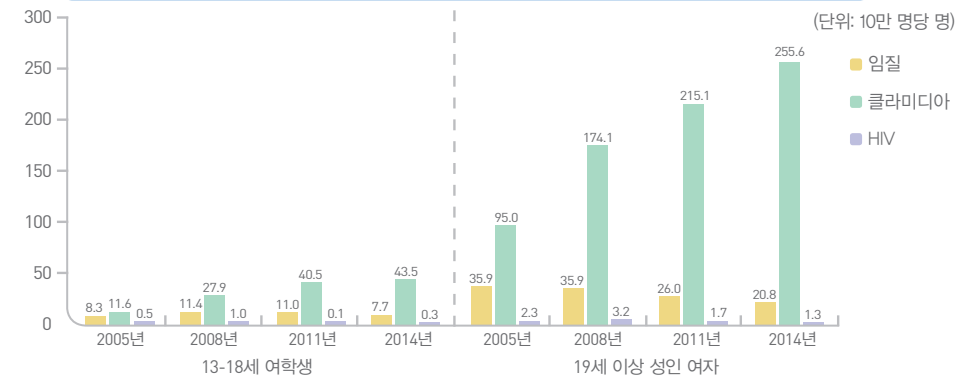


주: 20대 미혼 여성의 항상 피임 실천율은 최근 12개월 동안 성관계 경험자 중 성관계 시 '항상' 피임을 했으며, 피임 방법으로 콘돔 또는 경구용 피임약을 사용한 사람의 비율임
자료: 한국보건사회연구원, 20대 미혼 여성의 피임실천 실태조사, 2016년

4. 성 전파성 질환

성 전파성 질환으로 치료를 받은 여자가 해마다 증가하고 있다. 2014년 클라미디아로 병원 치료를 받은 여자 청소년은 같은 해 인구 10만 명당 43.5명으로 2005년에 비해 4배가량 증가하였다. 클라미디아로 병원 치료를 받은 성인 여자는 같은 해 인구 10만 명당 255.6명으로 매우 많았으며, 10년 전에 비해 약 3배 증가한 것으로 나타났다. HIV는 환자 수 자체가 적고 매해 증감을 반복하였으며, 여자 청소년은 2014년 인구 10만 명당 0.3명, 19세 이상 성인 여자는 인구 10만 명당 1.3명이 병원 치료를 받은 것으로 나타났다.

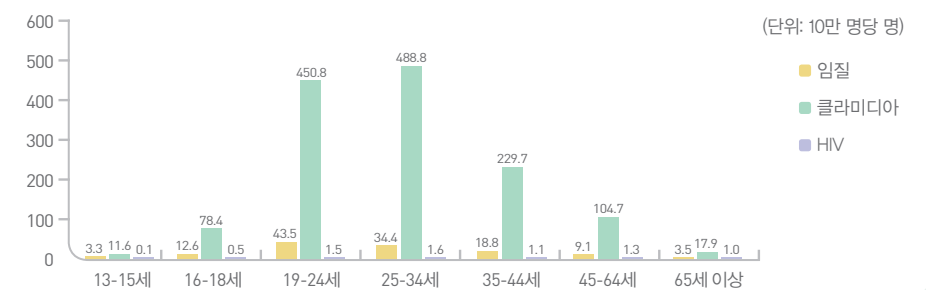
〈그림 4-7〉 성 전파성 질환 치료유병률 추이 (2005-2014년)



주: 치료유병률은 전체 인구 중 해당 질환으로 병원치료를 받은 사람의 조율(14-18세) 및 표준화율임(19세 이상, 2005년 추계인구로 연령 표준화).
자료: 국민건강보험공단, 건강보험 청구자료, 2005-2014년, 통계청, 주민등록 연앙인구, 2005-2014년

한편 청소년기부터 노년기까지의 연령대별 여성의 성 전파성 질환 치료유병률을 살펴본 결과, 3개 질환 모두에서 19-34세 여성의 치료유병률이 가장 높은 것으로 나타났다. 특히 2005년 이후 지속적으로 증가 추세를 보이던 클라미디아의 치료유병률이 19-34세에서 두드러지게 높았다. 성 전파성 질환은 남녀 간 성관계를 매개로 감염되는 질환이다. 성관계 노출이 잦은 젊은 연령층을 대상으로 효과적인 피임 교육을 실시하여 피임 실천율을 높이고 더욱 안전하고 확실한 피임을 통해 성 전파성 질환의 감염을 낮춰야 할 것이다.

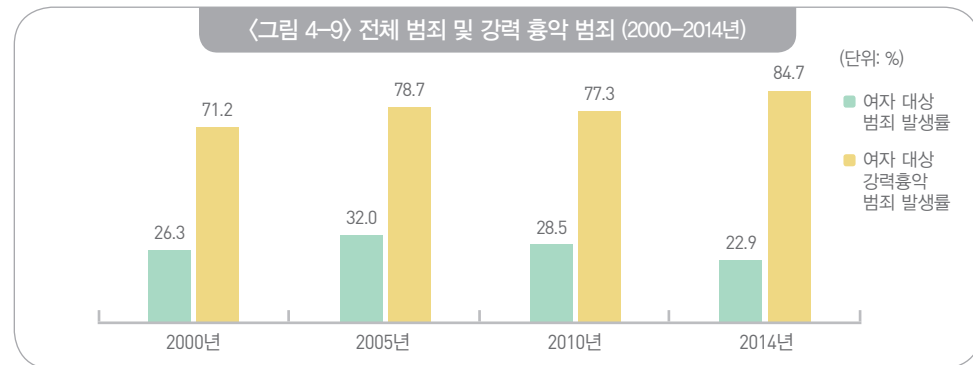
〈그림 4-8〉 연령별 성 전파성 질환 치료유병률 추이 (2014년)



주: 치료유병률(조율)은 전체 인구 중 해당 질환으로 병원치료를 받은 사람의 비율임.
자료: 국민건강보험공단, 건강보험 청구자료, 2014년, 통계청, 주민등록 연앙인구, 2014년

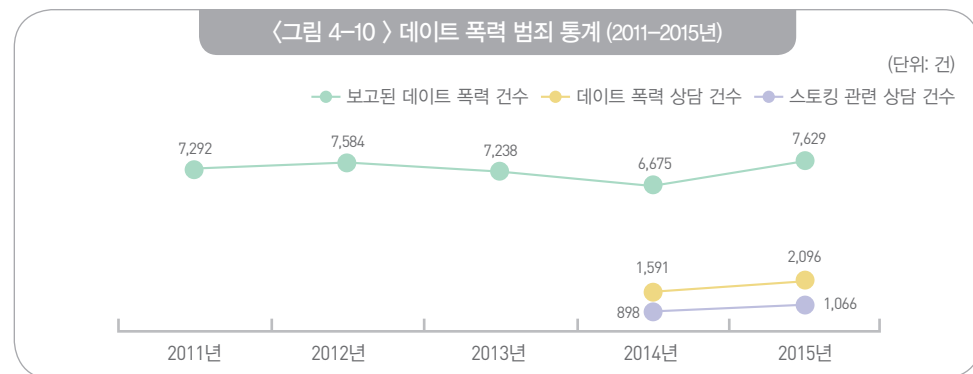
수치에서 나타난 여성건강스토리: 여성대상 범죄의 확산

여자를 대상으로 한 범죄는 해마다 증가하고 있으며 특히 강력 흉악 범죄에서의 피해는 심각하다. 2016년 5월 중순 서울의 변화가인 강남역의 화장실에서 벌어진 살인 사건을 비롯해 불특정 '여자'를 표적으로 한 일련의 폭력 사건들이 잇따라 발생하면서⁴⁾ 여자를 대상으로 한 범죄의 심각성이 전면적으로 드러나게 되었다. 2014년 기준 여자 대상 범죄는 전체 범죄의 84.7%로, 2000년 기준 71.2%보다 13.5%p 증가하였다. 또한 여자 대상 전체 범죄 중 성폭력과 폭행의 비중이 해마다 증가하고 있다.



주: ① 여자 대상 범죄 발생률은 전체 범죄(살인, 강도, 강간, 방화, 폭력 등) 중 여자를 대상으로 한 범죄의 비율임.
 ② 여자 대상 강력흉악 범죄 발생률은 폭력을 제외한 전체 범죄 중 여자를 대상으로 한 강력흉악 범죄(살인, 강도, 강간, 방화 등)의 비율임.
 자료: 대검찰청, 범죄분석, 2000-2014년

최근에는 서로 교제하는 사이에서 일어나는 데이트 폭력 문제도 심각해지고 있다. 2011년 7,292건에서 2015년 7,692건으로 증가했다. 경찰에 접수된 건만 집계되었다는 점을 고려할 때, 보고되지 않았지만 실제로 이루어지는 데이트 폭력 건수는 더 많다고 짐작할 수 있다. 한국여성인권진흥원의 2015년 발표 자료에 따르면 데이트 폭력 상담 건수가 2014년에 비해 31.7% 증가했고 스토킹 관련 상담 건수도 증가하였다.



자료: 대검찰청, 데이트 폭력 건수, 2011-2015년, 한국여성인권진흥원, 2015 여성긴급전화 1366 운영보고서, 2014-2015년

4) '죽은 여성들의 사회: 2016년 상반기, 여성 대상 범죄사건 일지, 아이즈 2016.05.31, (<http://ize.co.kr/articleView.html?no=2016052909177227626&type=&>)

수치로 보는 여성건강 2016

V. 재생산건강

1. 출산 연령과 모성사망
2. 재생산 주기
3. 피임 실천과 인공유산
4. 난임



V. 재생산건강

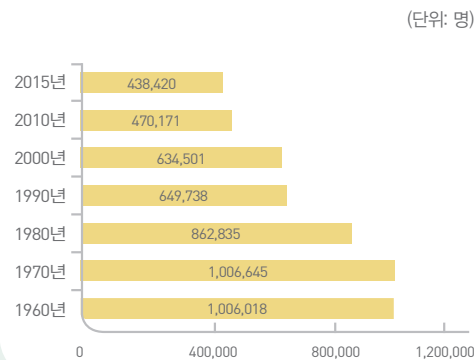
재생산건강에는 여자의 임신, 출산뿐 아니라 가임 기간에 영향을 주는 초경 및 폐경에 대한 건강 이슈가 포함된다. 최근에는 부적절한 피임이나 원하지 않는 임신, 인공유산, 난임 등의 문제가 사회적으로 부각되고 있어 재생산건강에 대한 관심과 정책적 지원이 요구된다.

1. 출산 연령과 모성사망

출산율의 변동은 합계출산율로 파악할 수 있다. 우리나라 출산율은 1970년대 이후 경제성장, 사회발전 및 국민 의식 변화의 영향을 받았다. 1962년 이후 국가 주도로 인구 억제 가족계획사업을 벌인 결과 우리나라의 합계출산율은 지속적으로 감소해 2015년 현재 1.24명이다.

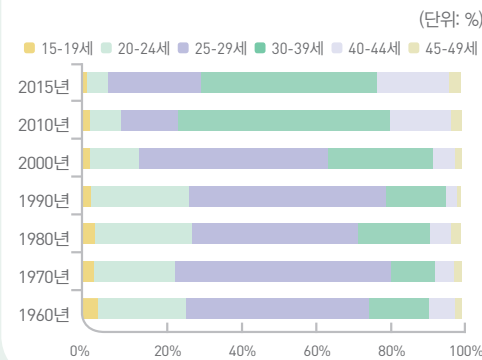
연령별 출산 수준과 분포는 근래 우리나라 여자의 임신·출산 지연과 밀접한 관계가 있다. 2000년까지 20대가 전체 출산의 60% 이상을 차지했으나 이후 크게 줄었으며 2010년 이후 30-39세 연령군이 가장 많이 출산하는 것으로 변화하였다.

〈그림 5-1〉 연도별 출생아수 (1960-2015년)



자료: 통계청, 인구동태통계, 2015년

〈그림 5-2〉 출산 연령의 변화 (1960-2015년)

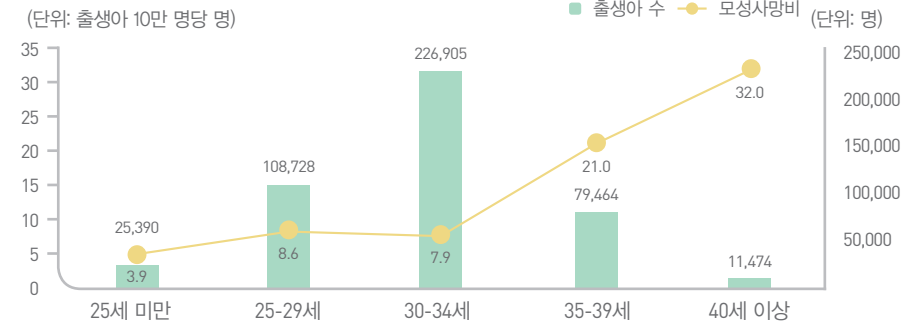


자료: 통계청, 인구동태통계, 2015년

모성사망비는 생활수준 향상과 의료기술의 발달로 꾸준히 감소되어 왔으나 2009-2011년 증가하는 양상을 보인다. 최근 다시 감소하였다. 모성사망의 국제 비교를 보면 우리나라의 2012-2014년 평균 모성사망비는 출생아 10만 명당 11명으로 OECD 평균 7명보다 높은 수준이다.

연령별 모성사망비는 25세 미만에서 3.9명으로 가장 낮고 35-39세에 21명, 40세 이상에서 32명으로 급격히 높아진다. 또한 전체 모성사망 원인을 봐도 40대 이후 사망 원인과 크게 다르지 않아 고령 산모를 대상으로 하는 산전·산후 관리의 중요성이 대두되고 있다.

〈그림 5-3〉 모의 연령별 출생아 수와 모성사망비 (2012-2014년)



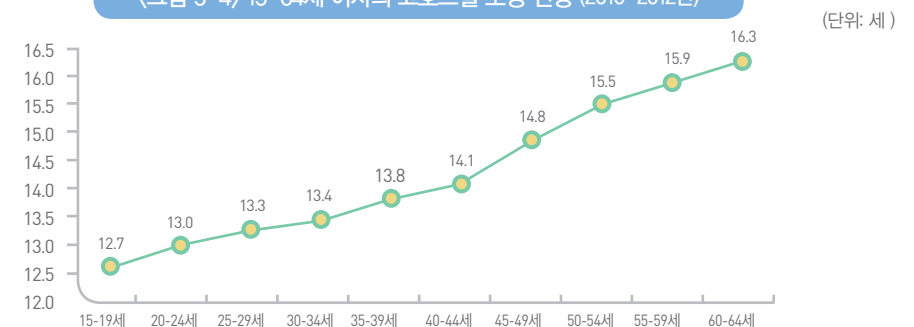
자료: 통계청, 2014년 영아사망·모성사망·출생전후기 사망 통계, 2015년

2. 재생산 주기

여자의 생애 중 초경에서 폐경까지의 구간을 재생산 기간 또는 가임 기간이라고 한다. 이 기간에 발생하는 생물학적 현상인 초경, 임신, 출산, 폐경은 여자의 삶과 건강에 지대한 영향을 미친다. 1960년부터 지난 40년간 우리나라 여자의 재생산 주기는 34.2세에서 34.7세로 증가하였다. 초경 연령은 14.8세에서 14.3세로 약간 빨라졌고, 첫 출산 시기가 23.5세에서 30.1세로 지연되는 특징을 보인다. 젊은 세대일수록 초경 연령이 빨라지는 것은 과거에 비해 영양이 개선되고 신체 성숙도가 빨라진 것에서 기인한 것으로 여겨진다.

여자에게 생리는 가임 능력에 영향을 미칠 뿐만 아니라 이 기간에 분비되는 여성 호르몬이 체내 대사에 영향을 준다. 조기 폐경을 경험한 여자는 심혈관질환과 같은 만성질환의 발생 위험이 증가하는 경향이 있다. 또한 조기 초경도 생리 주기 불규칙이나 만성질환 발생 위험을 높인다는 연구 결과가 있어 여자 청소년의 이른 성 성숙이나 조기 초경으로 인한 생애 후기 건강 영향에 대한 탐색이 필요하다.

〈그림 5-4〉 15-64세 여자의 코호트별 초경 연령 (2010-2012년)

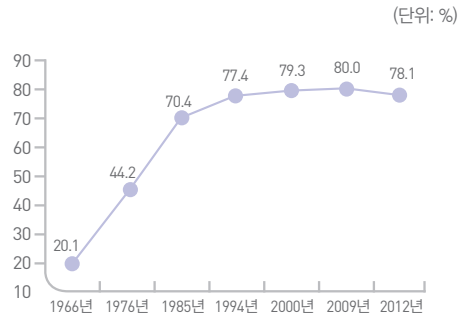


자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2010-2012년

3. 피임 실천과 인공유산

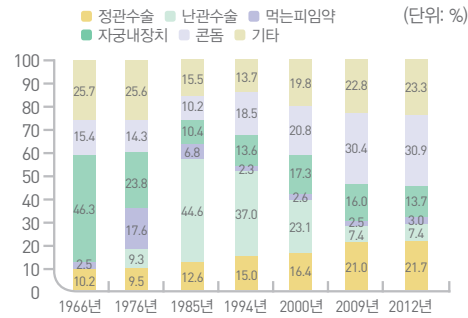
피임은 원하지 않는 임신을 사전에 예방하기 위한 것이다. 피임과 낙태 문제는 여성의 성적 자기결정권의 핵심적인 주제이며 지극히 사적인 영역이다. 그러나 재생산 능력을 통제하는 국가권력의 개입의 장이기도 하다. 국가적 가족계획사업으로 대대적인 피임 교육과 서비스를 제공했던 1960-1970년대에 우리나라 여성의 피임 실천율은 현저히 증가하였다. 가임기 기혼 여자(15-44세)의 피임 실천율은 1966년 20%였지만 2012년 78%에 달하였다. 특히 피임 방법의 변화가 두드러지는데 1990년대 이후 여성의 피임법인 자궁 내 장치나 난관수술은 감소하는 반면 남자의 피임법인 정관수술이나 콘돔 사용은 증가하는 경향을 보인다.

〈그림 5-5〉 기혼 여성의 피임 실천율 추이 (1966-2012년)



자료: 한국보건사회연구원, 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 2012년

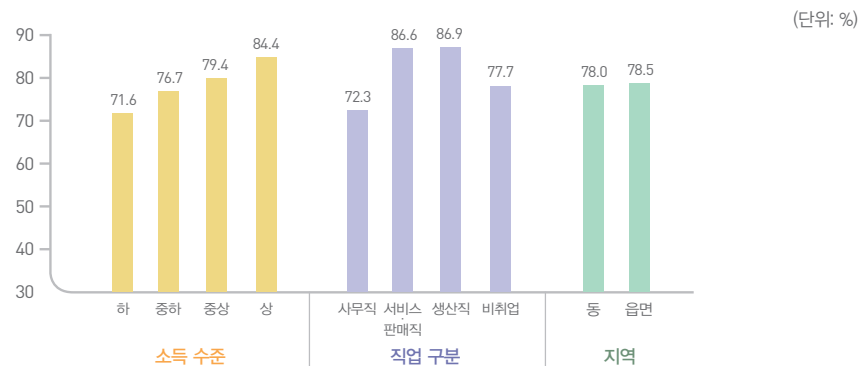
〈그림 5-6〉 기혼 여성의 피임 방법 추이 (1966-2012년)



자료: 한국보건사회연구원, 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 2012년

기혼 여성의 피임 실천율을 살펴보면 연령이 증가할수록 피임 실천율이 크게 증가하며 35세 이후 여자의 84%, 40세 이후 여자의 90%가 피임 실천을 하는 것으로 나타났다. 사회경제적 특성별로는 소득수준이 높을수록, 사무직에 비해 서비스·판매직과 생산직에서 피임 실천율이 유의하게 높았다.

〈그림 5-7〉 기혼 여성의 사회경제적 특성별 피임 실천율 (2012년)

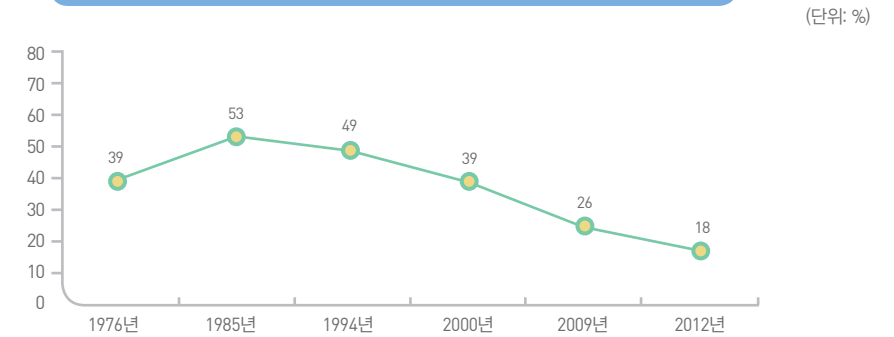


자료: 한국보건사회연구원, 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 2012년

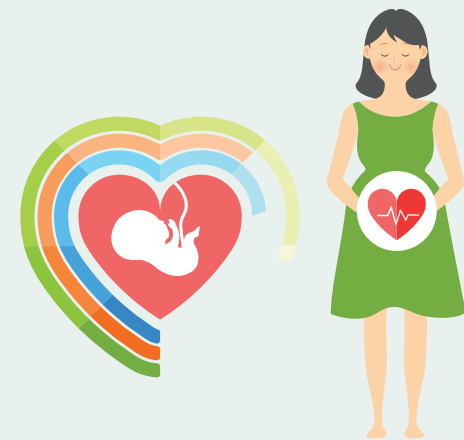
인공임신중절은 '태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 기간에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 행위'로서 인공유산 또는 낙태라고 한다. 우리나라에서는 1953년 형법 낙태죄 규정에 의해 인공임신중절을 금지하고 있으며 1973년 모자보건법을 개정해 산모의 건강, 유전적·사회적 이유 등에 대해 제한적으로 낙태를 허용하도록 제도적 장치를 마련하였다.^{5) 6)} 또한 우리나라에서 인구 억제 정책이 시작된 이후 원하지 않는 임신을 종결시키는 수단으로 인공임신중절이 널리 이용되었다.

가임기 기혼 여성의 인공유산 경험률은 1985년 출산력 조사에서 53%로 매우 높은 수준을 보였으나 2012년에는 18%로 현저히 감소하였다. 인공유산을 경험한 이유를 살펴보면 1985년에는 '자녀를 원치 않아서'가 18%를 차지하였으며, 모자보건법 상 합법적 이유인 임부 건강이나 태아 이상 등의 이유는 극히 적었다. 2012년에는 자녀를 원하지 않아서 인공유산을 한 경우가 이전에 비해 크게 감소하였지만 여전히 가장 높은 응답률(34.3%)을 보였다.

〈그림 5-8〉 기혼 여성의 인공유산 경험률 (1976-2012년)



자료: 한국보건사회연구원, 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 2012년



5) 전효숙, 서흥관(2003). 해방이후 우리나라 낙태의 실태와 과제. 의사학, 12(2), pp.129-143.

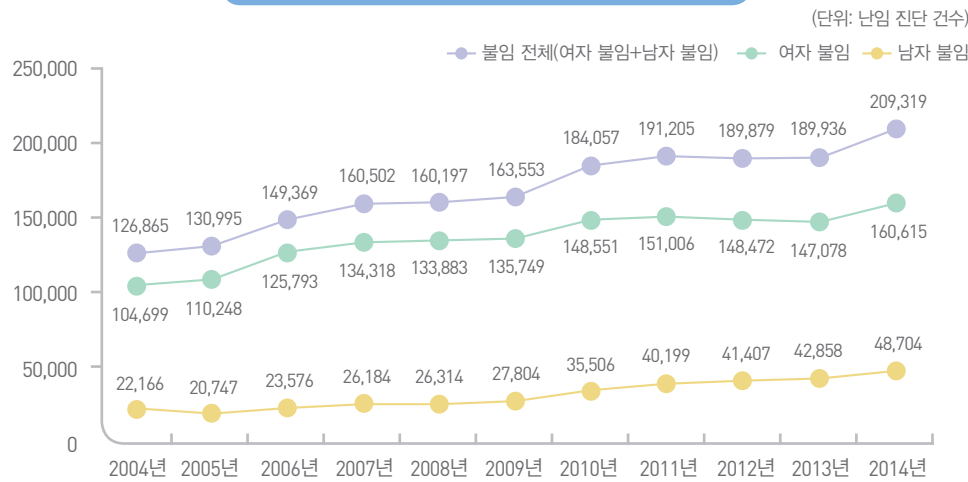
6) 배은경(2005). 가족계획 사업과 여성의 몸 - 1960-70년대 출산조절 보급 과정을 통해 본 여성과 '근대'. 사회와 역사, 67, pp.260-299.

4. 난임

난임이란 배란에서 수정, 착상에 이르는 일련의 생식 과정 중 한 가지 이상의 결함으로 임신되지 않은 상태를 말한다. 피임을 하지 않고 정상적으로 부부관계를 가져도 12개월 이내에 임신이 되지 않는 경우를 난임으로 정의한다.

건강보험통계연보에 따르면 우리나라에서 난임으로 진단받은 사람은 지난 10년간 꾸준히 증가하여 2014년 약 20만 명(여자 16만 1,000명, 남자 4만 9,000명)에 달하였으며, 진단 건으로 보았을 때 여자 불임이 남자 불임보다 훨씬 많았다. 정부의 보조생식기술비 지원 대상자를 기준으로 추정한 결과, 난임 지원 대상자가 매년 누적되고 있으며 2014년 약 60여 만 명이 난임 치료를 받는 것으로 나타났다.⁷⁾

〈그림 5-9〉 난임 진단 건수 추이 (2004~2014년)



주: 건강보험통계연보 질병소분류별 다빈도 상병 급여현황의 남성난임(N46)과 여성난임(N97) 진단 및 진료 건수를 정리함.
자료: 황나미 등(2015). 주요 선진국의 난임상담 프로그램의 운영실태와 정책과제, p.16, 국민건강보험공단. 건강보험통계연보, 2004~2014년.

난임은 가족 간 갈등과 불화의 요인이며 여성의 건강 문제에 심각한 영향을 미친다. 난임을 겪는 여자는 우울증이나 신경쇠약 등의 정신적 질환부터 위염, 위궤양, 만성두통, 심장질환 등의 신체적 질환까지 광범위하게 건강 문제를 호소하는 것으로 나타났다.⁸⁾ 한편 난임을 해결하기 위한 방법으로 보조생식기술이 보편적으로 사용되고 있으나 시술 성공 여부에 집중하게 되면서 여성의 사회심리적·생리적 건강 문제는 간과되는 것으로 알려지고 있다. 보조생식기술이 여성의 몸에 미칠 수 있는 건강상의 위험을 줄이고, 부작용에 대한 정보를 충분히 제공하는 등 여성의 건강권을 우선적으로 보장해야 한다.

7) 황나미 등(2015). 주요 선진국의 난임상담 프로그램의 운영실태와 정책과제.

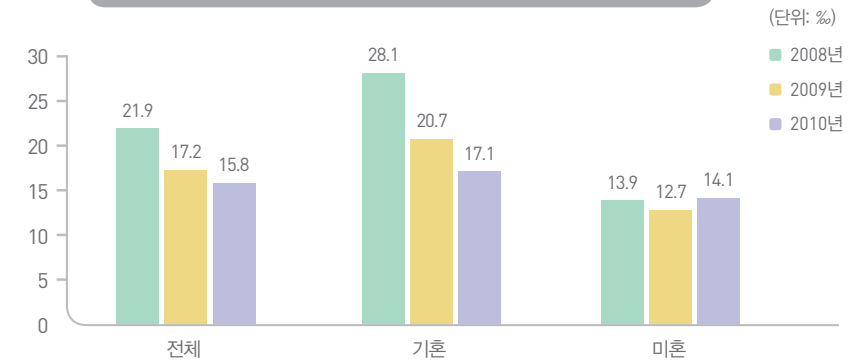
8) 황나미 (2011). 불임치료 여성의 신체적·정신적 및 사회경제적 부담 실태와 요구도, Issue & Focus 74, pp.1~8.

수치에서 나타난 여성건강스토리: 피임 실패로 인한 인공유산

여자에게 피임은 원하지 않는 임신을 사전에 예방하기 위한 것이고, 인공유산은 피임 실패에 따른 인위적 의료행위이다. 우리나라 여자는 피임 실천율이 높은 편이나 피임 실패로 인한 인공임신중절 또한 높은 특징이 있다. 15~44세 기혼 여자의 피임 실천율은 2012년 현재 78%에 이른다. 기혼 부부의 피임 방법을 보면 꾸준히 증가해 온 남자 피임법(정관수술, 콘돔)이 여자 피임법(난관수술, 자궁 내 장치, 먹는 피임약)을 앞서고 있다. 하지만 월경 주기법이나 질외사정 등을 포함하는 기타 방법(18%) 또한 상당 부분 남아 있다.

전통적인 피임 방법으로 인한 피임 실패의 결과는 인공유산 실태조사에서 그 심각성이 드러난다. 인공유산 경험자 중 피임을 했으나 실패한 이유에 대해 응답자의 다수가 월경 주기법이나 질외사정 등 잘못된 피임법을 사용했다고 답하였다. 또한 이 조사에서 기혼 여자의 인공임신중절률은 줄고 있지만 미혼인 경우 오히려 증가한 것으로 나타나 우리 사회 인공임신중절 문제의 예방책으로 체계적인 피임 교육에 대한 관심이 촉구된다.

〈그림 5-10〉 결혼상태별 인공임신중절률 변화 (2008~2010년)



주: 인공임신중절률 = 연간 인공임신중절 건수/조사대상자 * 1,000
자료: 연세대학교·보건복지부, 전국 인공임신중절 변동 실태조사, 2011년

Ⅵ. 정신건강

1. 주요 정신장애 유병 현황
2. 우울
3. 정신의료서비스 이용
4. 자살



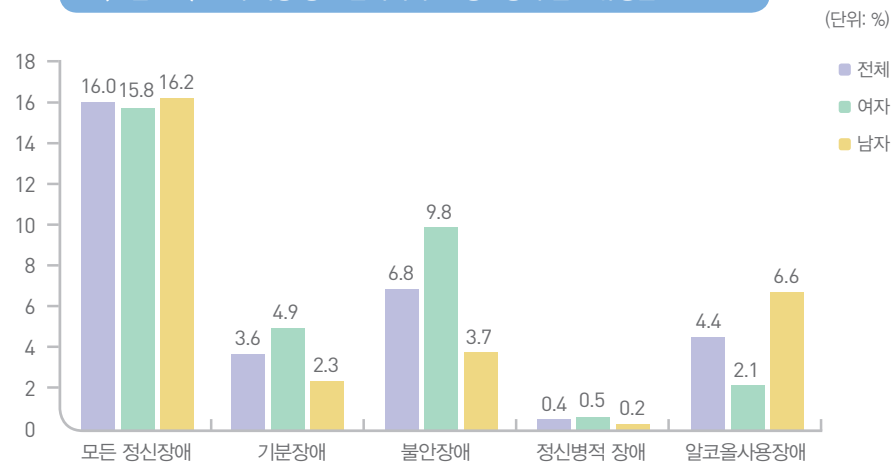
Ⅵ. 정신건강

정신건강의 중요성은 점차 커지고 있으며, 우울과 자살 등 정신건강 문제로 인한 사회경제적 비용 부담 수준 역시 높다. 정신건강은 모든 생애 주기에서 신체 및 사회적 건강에 고루 영향을 미친다. 정신건강에서의 남녀 차이는 지속적으로 보고되므로 이에 대한 이해를 바탕으로 정신건강 증진을 위한 개입이 필요하다.

1. 주요 정신장애 유병 현황

모든 정신장애 유병률(일년 유병률) 남녀 간 차이가 거의 없으나 정신장애 유형별로 살펴보면 성별 차이가 존재한다. 기분장애는 주요우울장애와 기분부전장애, 양극성 장애 등을 포함하며 불안장애는 강박 장애, 외상 후 스트레스 장애, 스트레스 장애 등을 포함한다. 여자가 높은 유병률을 보이는 질환은 기분 장애와 불안장애이며 남자가 높은 유병률을 보이는 질환에는 알코올사용장애가 있다.

〈그림 6-1〉 19세 이상 성인 남녀의 주요 정신장애 일년 유병률 (2011년)



자료: 보건복지부, 정신질환실태 역학조사, 2011년

2. 우울

우울은 여자의 대표적인 정신건강 문제로서, 여자의 우울을 경감시키는 것은 질병과 장애부담을 줄일 수 있는 효과적인 방법 중 하나이다. 우울은 단순한 정신건강 문제가 아니라 개인의 건강 및 사회 전반에 영향을 미치는 질환이다. 특히 최근 청년층과 노년층의 우울 수준이 높게 나타나 이들에 대한 우울 예방 및 치료 정책의 필요성이 높아지고 있다.

우울증상 경험률과 우울장애 유병률로 살펴본 여자의 우울은 남자보다 높으며, 여자의 우울증상 경험률은 최근 감소하는 추세이나 남자에 비해 여전히 2배 정도 높다.

〈그림 6-2〉 19세 이상 성인 남녀의 우울증상 경험률 추이 (2001-2012년)



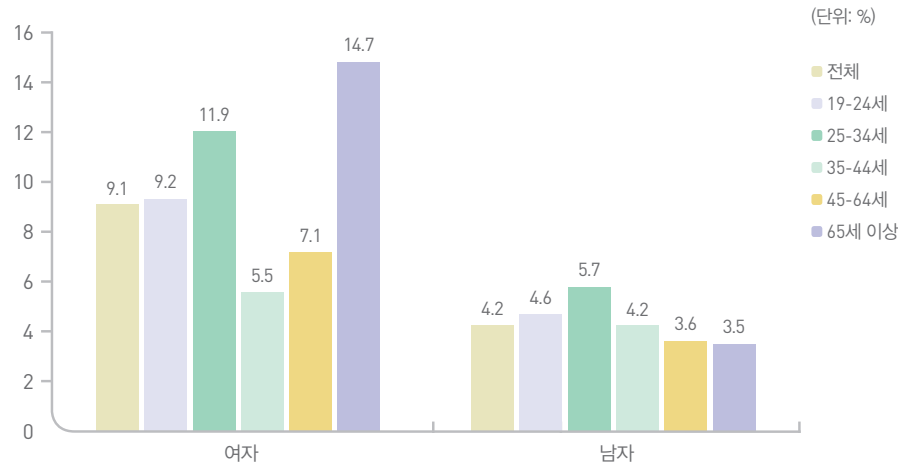
주: ① 우울증상 경험률은 지난 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 사람의 비율임.

② 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001-2012년

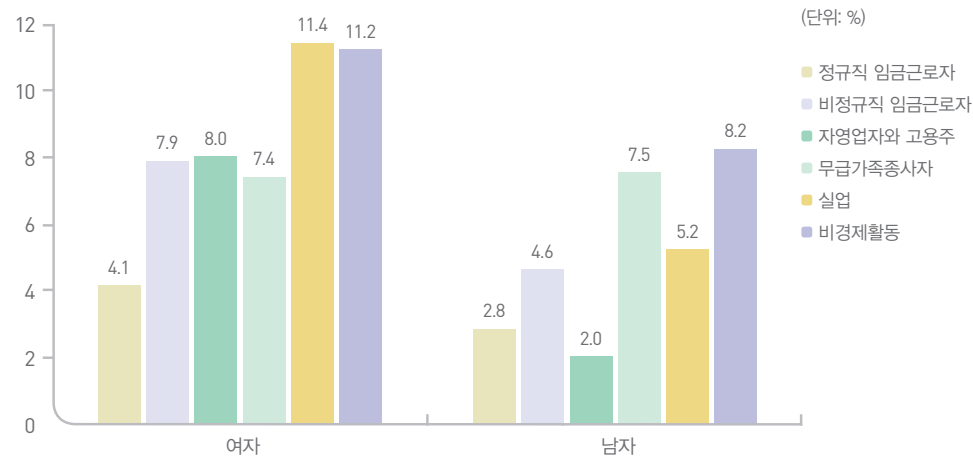
전체 성인의 우울장애 유병률은 6.7%로 나타났으며, 여자는 9.1%, 남자는 4.2%로 우울증상 경험률과 유사하게 여자가 남자보다 약 2배 높다. 연령별로 보면, 19세 이상의 모든 연령 구간에서 여자가 남자보다 우울장애 유병률이 높았다. 그 외에도 낮은 사회경제적 지위를 가진 집단, 즉 교육 수준과 소득 수준이 낮은 여자의 우울장애 유병률이 높게 나타난다. 특히 고용형태별 우울장애 유병률을 살펴보면, 실업 및 비경제활동 상태인 여자의 우울장애 유병률이 높다.

〈그림 6-3〉 19세 이상 성인 남녀의 연령별 우울장애 유병률 (2014년)



주: 우울장애 유병률은 PHQ-9척도의 9문항 합을 산출해 총점 27점 중 10점 이상인 경우를 우울장애가 있다고 간주해 산출한 것임.
자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2014년

〈그림 6-4〉 19세 이상 성인 남녀의 고용형태별 우울장애 유병률 (2014년)

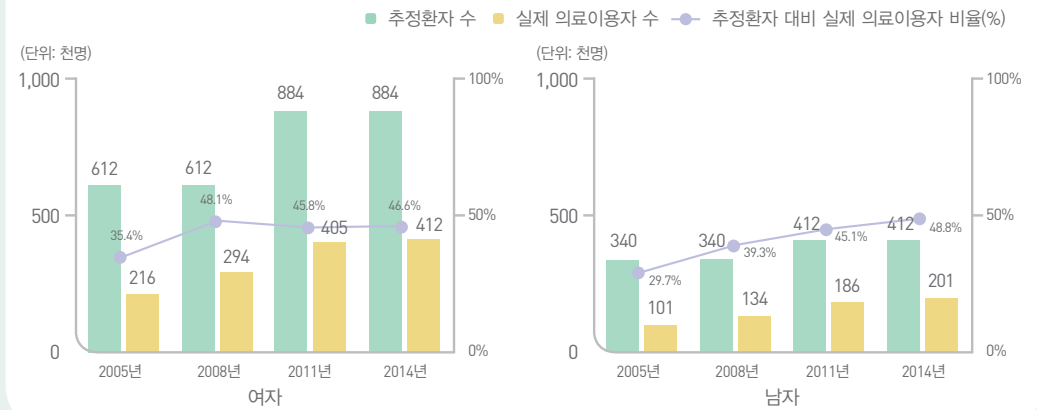


주: ① 우울장애 유병률은 PHQ-9척도의 9문항 합을 산출해 총점 27점 중 10점 이상인 경우를 우울장애가 있다고 간주해 산출한 것임.
② 2005년 추계인구로 표준화함.
자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2014년

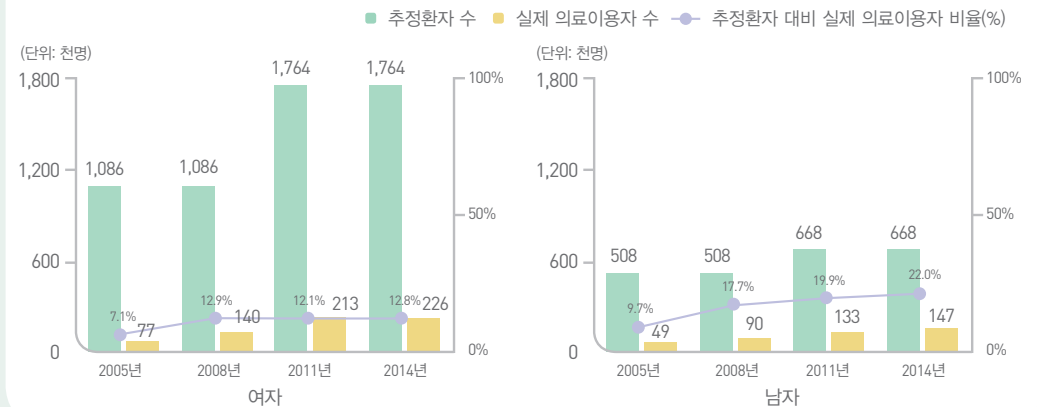
3. 정신의료서비스 이용

기분장애와 불안장애는 적절한 치료를 받으면 일상생활을 유지하는 데 무리가 없으므로, 정신의료서비스 이용률을 모니터링하는 것은 매우 중요하다. 2014년 여자의 기분장애 추정환자 수 대비 실제 정신의료서비스 이용자 수로 계산한 정신의료서비스 이용률은 46.6%로 남자와 큰 차이를 보이지 않았다. 하지만 2014년 불안장애 정신의료서비스 이용률을 보면 여자의 불안장애 추정환자 수가 남자보다 약 2.5배 많음에도 불구하고 여자의 정신의료서비스 이용률은 12.8%로 남자의 22.0%보다 낮았다. 즉 기분장애, 불안장애 추정환자는 계속해서 증가하고 있으나 실제 의료이용은 그에 훨씬 못 미치는 수준으로 이루어지고 있음을 의미한다. 따라서 정신의료서비스 접근성 개선을 위한 노력과 더불어 정신질환에 대한 편견을 개선하기 위한 노력이 필요하다.

〈그림 6-5〉 19세 이상 성인 남녀의 기분장애 정신의료서비스 이용률 (2005-2014년)



〈그림 6-6〉 19세 이상 성인 남녀의 불안장애 정신의료서비스 이용률 (2005-2014년)



주: ① 정신장애 추정환자 수는 2006년(2011년) 정신질환실태 역학조사의 연령별 정신장애 유병률과 2005년(2010년) 인구주택총조사의 연령별 인구 수를 곱하여 산출하였음.
② 실제 의료이용자 수는 국민건강보험공단에 청구된 외래 및 입원 환자수를 의미함.
③ 정신장애 추정환자 수 대비 실제 의료이용자의 비율은 실제 의료이용자 수를 분자로, 정신장애 추정환자 수를 분모로 계산하여 산출된 수치임.
④ 가용 데이터의 한계로 2008년과 2014년의 정신장애 추정환자 수는 각 2006년 및 2011년 정신질환실태 역학조사 자료를 활용하였음.
자료: 보건복지부·서울대학교, 정신질환실태 역학조사, 2006, 2011년, 국민건강보험공단, 건강보험 청구자료, 2005-2014년

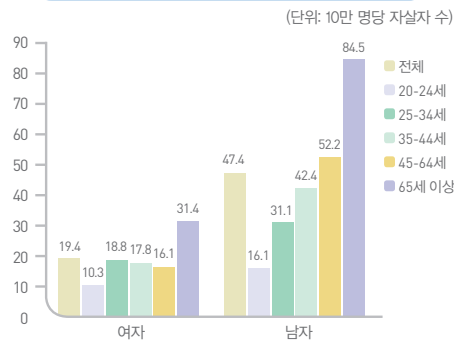
4. 자살

우리나라의 2014년 자살로 인한 사망률은 인구 10만 명당 27.3명으로 2013년 대비 1.2%p 감소하였으나⁹⁾ 여전히 OECD 국가 중 자살률이 가장 높았다. 자살로 인한 사망률은 남자가 여자에 비해 높았으나 자살을 심각하게 고려해 본 적이 있는 사람의 비율로 측정되는 자살생각률은 여자가 남자보다 높았다. 자살에 주요한 영향을 미치는 요인으로는 우울과 같은 정신건강 문제와¹⁰⁾ 더불어 연령, 사회경제적 수준 등의 인구사회학적 특성들이 보고된 바 있다.¹¹⁾

인구 10만 명당 자살로 인한 사망자 수는 남자가 여자보다 2.5배 정도 많으며 남녀 모두 65세 이상 노인의 자살사망률이 다른 연령층에 비해 높게 나타난다.

개인이 최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있는지 여부로 측정된 자살생각률을 보면 전체 성인 여성의 자살생각률은 17.8%로 남자의 자살생각률 9.5%보다 높았다. 연령별로 보면 65세 이상인 여자와 25-34세 여성의 자살생각률이 높다. 그리고 낮은 사회경제적 지위를 가진 집단, 즉 교육 수준과 소득 수준이 낮은 여성의 자살생각률이 높다.

〈그림 6-7〉 20세 이상 성인 남녀의 연령별 자살사망률 (2014년)



주: ① 자살사망률은 인구 10만 명당 자살로 인한 사망자 수임.
② 통계청의 사망원인통계는 5세 단위의 자살사망률을 각 연령대(예, 10대, 20대)로 보고하고 있어, 자살사망률은 다른 지표와 달리 20-24세로 산출하였음.
자료: 통계청, 사망원인통계, 2014년, 행정자치부, 주민등록인구현황, 2014년

〈그림 6-8〉 19세 이상 성인 남녀의 연령별 자살생각률 (2010-2012년)



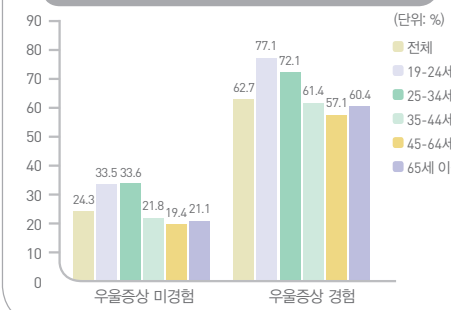
주: 자살생각률은 지난 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있는 사람의 비율임.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2010-2012년

수치에서 나타난 여성건강스토리: 여자의 생애주기별로 살펴본 우울과 삶의 질

우울은 일상생활에서 삶의 질을 떨어뜨린다. 우울은 여자에게 흔한 문제로 정신건강 수준에 부정적인 영향을 미칠 뿐 아니라 건강에 해로운 행동과도 밀접한 연관을 가진다. 우선 정신건강 수준을 보면 우울증상을 경험한 여자의 스트레스 인지율은 우울증상을 경험하지 않은 여자보다 약 2.5배 높게 나타나고, 자살생각률은 연령에 따라 3-8배 높게 나타난다. 특히 연령별로 보면 34세 미만과 65세 이상인 여자의 정신건강 수준이 낮게 나타난다. 건강에 해로운 행동의 대표적인 예는 흡연과 고위험음주로, 우울증상을 경험한 여자의 현재흡연율과 고위험음주율은 그렇지 않은 여자보다 2배 정도 높게 나타난다. 스트레스 인지율이나 자살생각률과 달리 건강에 해로운 행동들을 보여 주는 지표인 현재흡연율과 고위험음주율은 25-44세 여자에게서 높았다.

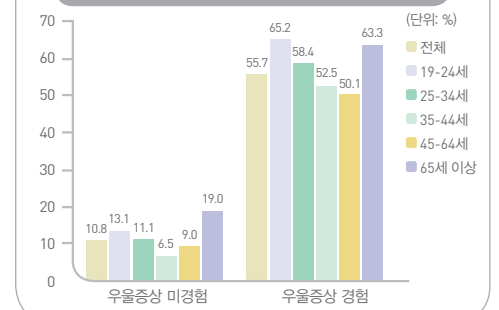
이처럼 우울과 정신건강 수준, 건강에 해로운 행동들 간 연관성은 생애주기별로 달리 나타나고 그 요인들 역시 생애주기별로 다양하다. 34세 미만의 여자는 취업과 육아, 35-64세 여성의 경우 직무 스트레스, 폐경 및 신체 기능 변화, 자녀의 독립 등으로 인한 가족 내 역할 변화 등이 요인으로 보고된다. 65세 이상인 여자의 경우 신체 기능 약화, 사회경제적 지위 변화, 가족 내 지지체계 부재 등이 요인으로 보고된다. 따라서 여자의 우울을 감소시키고 삶의 질을 향상시키기 위해서는 여자를 둘러싼 환경을 고려한 통합적인 접근과 동시에 생애주기별로 차별적인 전략 설정이 필요하다.

〈그림 6-9〉 우울증상경험과 스트레스 인지율



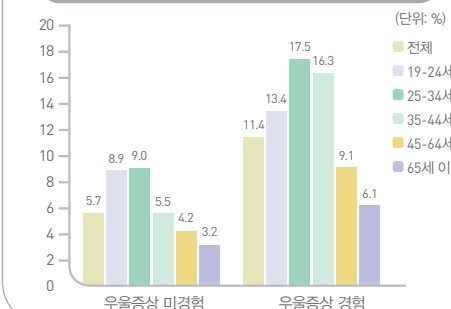
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2010-2012년

〈그림 6-10〉 우울증상경험과 자살생각률



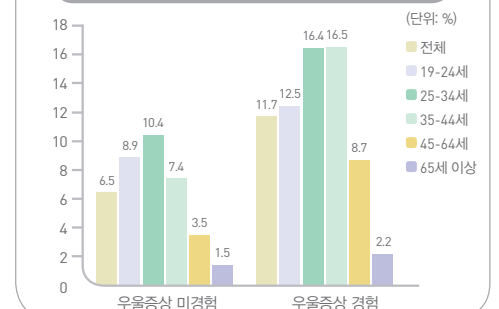
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2010-2012년

〈그림 6-11〉 우울증상경험과 현재흡연율



자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2010-2012년

〈그림 6-12〉 우울증상경험과 고위험음주율



자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2010-2012년

9) 중앙자살예방센터 홈페이지(www.spckorea.or.kr) 참조

10) 보건복지부(2013). 2013 자살실태조사. 보건복지부

11) 이상영, 노용환, 이기주(2012), 우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제, 한국보건사회연구원

VII. 의료이용

1. 의료이용 빈도
2. 미치료 의료서비스
3. 예방의료
4. 의료의 질



VII. 의료이용

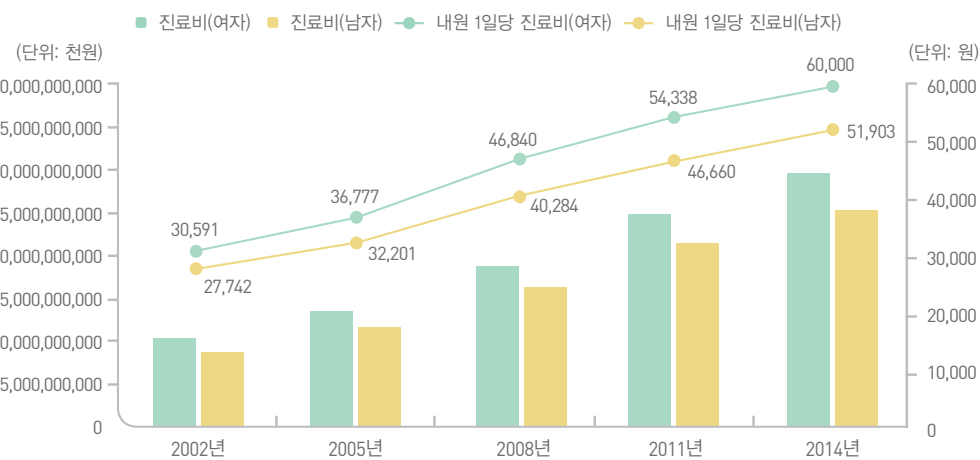
양질의 의료서비스는 건강과 직결된다. 의료이용을 적절히 하면 질병을 적시에 예방하고 치유할 수 있으며 더 나아가 삶의 만족도를 높일 수 있다. 그러나 여자는 성 역할, 생물학적 특성, 남자 위주의 사회구조로 인해 적절한 의료이용을 하지 못하는 경우가 있다. 따라서 현재의 사회구조 내에서 여자의 의료서비스 접근성을 향상시키기 위한 노력이 필요하다.

1. 의료이용 빈도

우리나라는 1987년 전 국민 의료보험을 실시하여 의료이용 시 이용자의 필수의료서비스에 대한 접근성을 보장하고 있다. 2014년 의료보장 적용 인구는 5,176만 명이며 이 중 의료급여 인구는 144만 명으로 의료보장 인구의 2.9%이다.

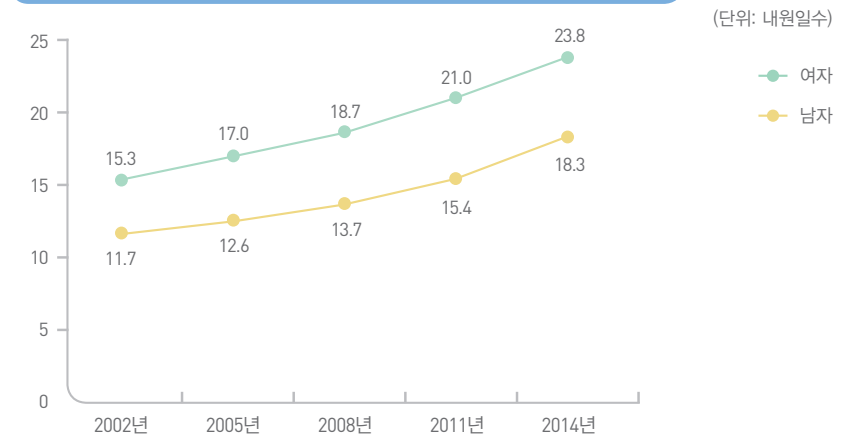
의료보장 적용 인구의 진료비 및 내원 1일당 진료비는 2002년 이후 남녀 모두 증가하는 경향을 보이거나 진료비는 여자가, 내원 1일당 진료비는 남자가 높았다. 총진료비와 달리 연간 평균 내원 일수는 여자가 남자에 비해 많았다. 남녀 간 연간 평균 내원 일수 또한 2002년 이후 지속적으로 벌어지고 있다. 따라서 여자의 총의료비가 높은 것은 내원 일수가 남자에 비해 많기 때문으로 보인다.

〈그림 7-1〉 성별 진료비 및 내원 1일당 진료비 (2002-2014년)



자료: 국민건강보험공단. 건강보험통계연보, 2015년

〈그림 7-2〉 성별 연간 평균 내원일수 (2002-2014년)



주: 의료보장 적용인구당 연간 평균 내원일수
자료: 국민건강보험공단. 건강보험통계연보, 2015년

여자는 임신과 출산을 겪는 30-39세에서 입원진료비 비중이, 40-74세 이하 연령에서는 외래진료비 비중이 높은 반면 남자는 30-39세에서 외래진료비 비중이, 40세 이상 연령에서는 입원과 약국진료비 비중이 상대적으로 높았다. 그러나 75세 이상 연령군에서는 여자의 입원진료비 비중이 급격히 높아지는 특징을 보여 연령에 따른 남녀 간 진료비 지출 양상이 다를 수 있다.

〈그림 7-3〉 성별 입원, 외래, 약국 진료비 점유율 (2014년)



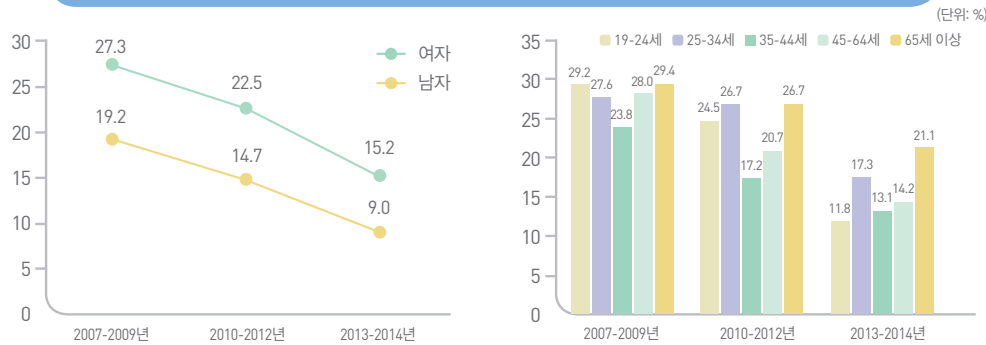
자료: 국민건강보험공단. 건강보험통계연보, 2015년

2. 미치료 의료서비스

환자의 의료적 요구 및 필요를 충족시키지 못하는 미치료 의료는 단순히 현상 자체에서 그치는 것이 아니라, 노인층의 사망률을 높이는 영향요인일 수 있으며,¹²⁾ 적절한 시기에 치료를 받을 기회를 박탈함으로써 환자들의 질병 중증도를 높일 수 있다.

연간 병원 미치료율은 2007년 이래 남녀 모두 감소 추세를 보이는데 비율은 여자가 남자보다 높았다. 우리나라의 미치료율은 유럽연합 27개 국가의 남녀별 미치료율(남자 5.9%, 여자 6.7%)에 비해 여전히 높은 수준이다.¹³⁾ 일반적으로 여자는 평균 의료이용 횟수가 많음에도 불구하고 미치료율은 남자에 비해 높았다.

〈그림 7-4〉 19세 이상 성인 남녀의 연간 병원 미치료율 추이(2007-2014년) 및 성인 여성의 연령별 미치료율(2014년)

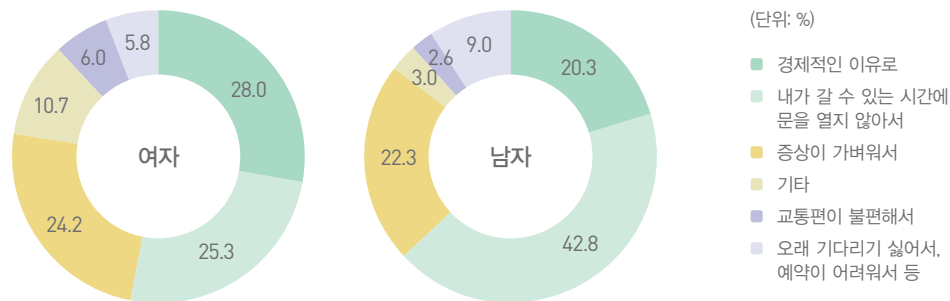


주: 성별 미치료율은 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007-2014년

여자가 원하는 치료를 받지 못한 주된 이유는 '경제적 이유(28.0%)'와 '내가 갈 수 있는 시간에 병원 등이 문을 열지 않아서(25.3%)'순으로 나타났고, 남자가 언급한 주된 이유는 '내가 갈 수 있는 시간에 병원 등이 문을 열지 않아서(42.8%)'와 '경제적 이유(20.3%)'순이었다.

〈그림 7-5〉 19세 이상 성인 남녀의 연간 병원 미치료 이유 (2013-2014년)



주: 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-2014년

12) Alonso et al(1997), Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly, American Journal of Public Health, 87(3), pp.365-370

13) OECD(2012), Unmet health care needs-Health at a Glance: Europe 2012

〈표 7-1〉 19세 이상 성인 남녀의 성별·연령별 연간 미치료 이유 (2013-2014년)

구분	순위	19-24세	25-34세	35-44세	45-64세	65세이상
여자	1	병원 등이 문을 열지 않아서 (36.9%)	병원 등이 문을 열지 않아서 (35.5%)	병원 등이 문을 열지 않아서 (34.3%)	경제적 이유로 (32.1%)	경제적 이유로 (51.0%)
	2	증상이 가벼워서 (36.7%)	증상이 가벼워서 (23.3%)	증상이 가벼워서 (28.0%)	증상이 가벼워서 (25.9%)	증상이 가벼워서 (15.8%)
남자	1	병원 등이 문을 열지 않아서 (36.0%)	병원 등이 문을 열지 않아서 (58.6%)	병원 등이 문을 열지 않아서 (50.2%)	병원 등이 문을 열지 않아서 (39.0%)	경제적 이유로 (53.2%)
	2	증상이 가벼워서 (22.2%)	증상이 가벼워서 (26.2%)	증상이 가벼워서 (25.5%)	증상이 가벼워서 (25.6%)	증상이 가벼워서 (23.8%)

주: 성별 미치료율은 2005년 추계인구로 표준화함.

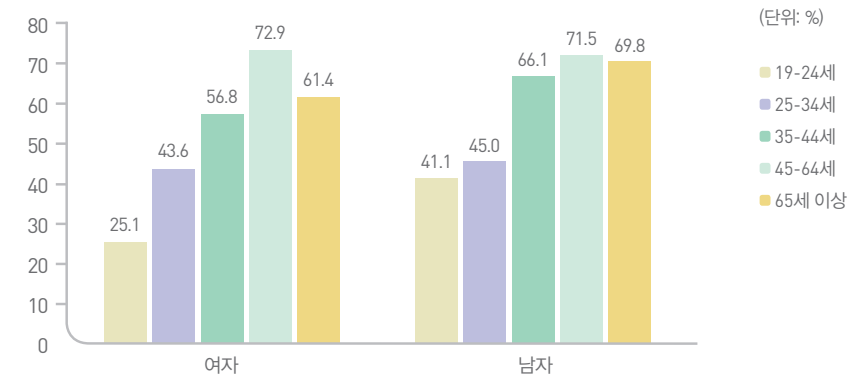
자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-2014년

3. 예방의료

• 일반 건강검진

19세 이상 성인 남녀의 건강검진수검률은 2005년 47.3%에서 2013-2014년 57.7%로 증가하는 추세이다. 2013-2014년 여성의 건강검진수검률은 55.5%, 남자는 60.0%로 여자가 남자에 비해 낮다. 연령별 건강검진수검률은 남녀 모두 45-64세까지 증가하다 65세 이상 연령에서 감소하는 추세를 보인다. 그러나 감소 추세를 성별로 볼 때 남자는 1.7%로 그 차이가 크지 않으나 여자는 11.5%로 65세 이상 연령군에서의 감소 폭이 컸다.

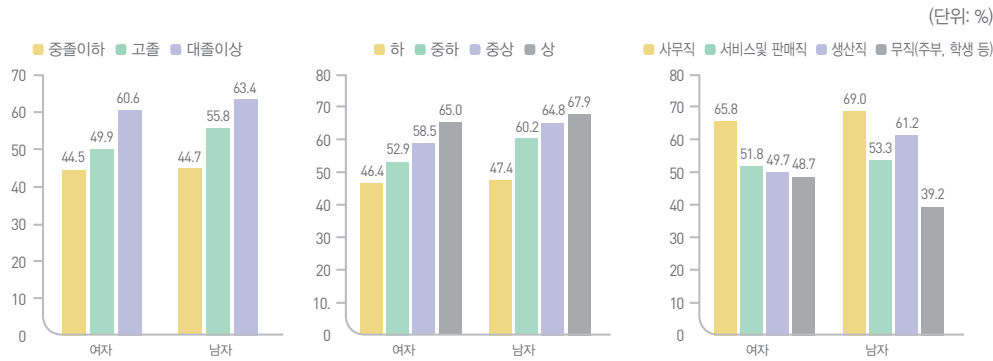
〈그림 7-6〉 19세 이상 성인 남녀의 연령별 건강검진수검률 (2013-2014년)



자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-2014년

성인 남녀 모두 교육 수준과 소득 수준이 높을수록 건강검진수검률이 높았다. 여자는 사무직에서 건강검진수진율이 높고 무직을 포함한 그 외 직업군에서의 건강검진수진율은 큰 차이가 없는 반면, 남자는 사무직이 가장 높고 생산직, 서비스 및 판매직 순으로 건강검진수검률이 높았다. 무직의 경우 남자의 건강검진수진율이 특히 낮았는데 이는 여자와는 다른 양상이다.

〈그림 7-7〉 19세 이상 성인 남녀의 교육 수준 · 소득 수준 · 직업별 건강검진수검률 (2013~2014년)



주: ① 소득 수준과 직업은 19세 이상 성인 남녀의 비율이나, 교육 수준은 19~64세 미만 성인 남녀의 비율임.

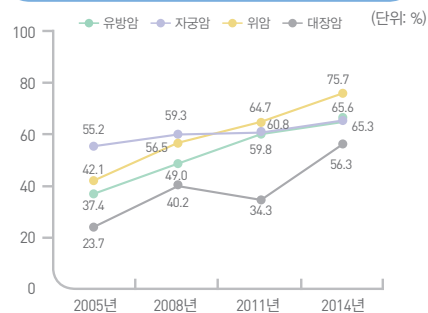
② 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013~2014년

• 주요 암 검진

여자의 주요 4대암(유방암, 자궁암, 위암, 대장암) 검진수검률에서 자궁암 검진수검률은 지난 10여 년 동안 증가 속도가 더딘 것에 비해 나머지 세 가지 암의 검진수검률 증가율은 급격한 상승을 보였다. 그러나 위암을 제외한 세 가지 암의 수검률은 모두 60% 수준에 머물러 위암의 검진수검률 75.7%와 대비 되었다. 남녀 모두에서 나타나는 위암의 경우 검진수검률의 남녀 차이는 거의 없으나 대장암은 남자가 여자보다 8.2% 높았다.

〈그림 7-8〉 여자의 주요 암 검진 수검률 추이 (2005~2014년)

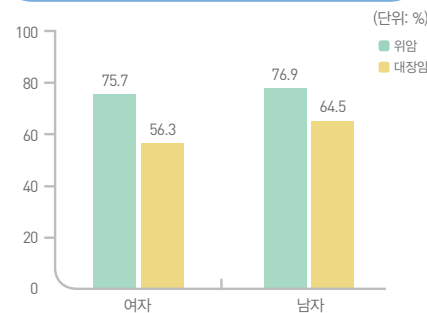


주: ① 유방암은 40~74세, 자궁암은 30~74세, 위암은 40~74세, 대장암은 50~74세를 대상으로 분석함.

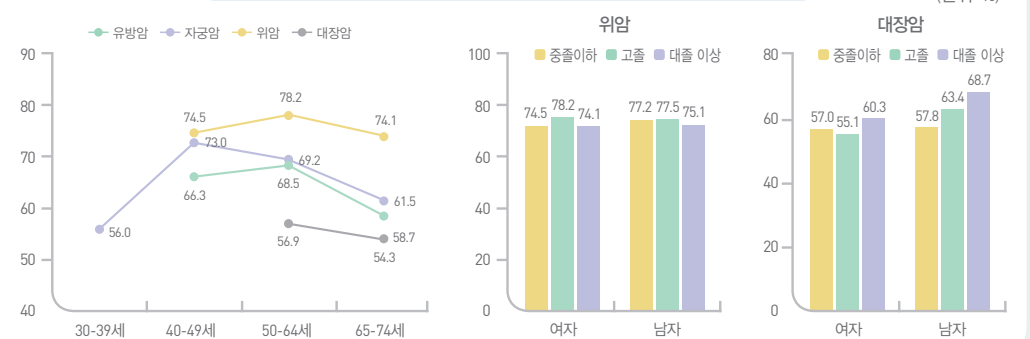
② 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 국립암센터, 암검진 수검행태조사, 2005~2014년

〈그림 7-9〉 성별 위암 · 대장암 검진 수검률 (2014년)



〈그림 7-10〉 여자의 연령별 주요 암 검진수검률 (2014년)

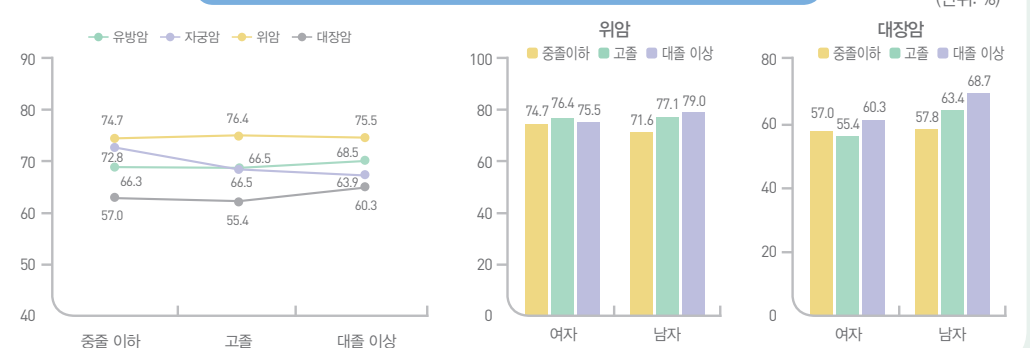


주: 유방암은 40~74세, 자궁암은 30~74세, 위암은 40~74세, 대장암은 50~74세를 대상으로 분석함.

자료: 국립암센터, 암검진 수검행태조사, 2014년

교육 수준에 따른 주요 암 검진수검률은 자궁암과 대장암을 제외하고는 큰 차이가 없었다. 자궁암은 교육 수준이 높을수록 수검률이 낮은 반면 대장암은 교육 수준이 높을수록 수검률이 높았다. 성별, 교육 수준별 암 검진수검률에서 위암은 남녀별, 교육 수준별 차이가 크지 않으나 대장암은 남녀 모두 교육 수준이 높을수록 암 검진수검률이 높았다. 그러나 교육 수준별 암 검진수검률 차이는 여자가 남자보다 컸다.

〈그림 7-11〉 여자의 교육 수준별 주요 암 검진수검률 (2014년)



주: 유방암은 40~74세, 자궁암은 30~74세, 위암은 40~74세, 대장암은 50~74세를 대상으로 분석함.

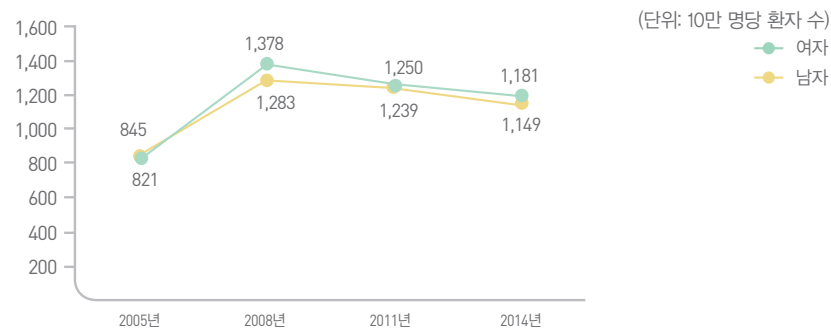
자료: 국립암센터, 암검진 수검행태조사, 2014년

4. 의료의 질

• 외래민감성질환 입원현황

외래민감성 질환은 적절한 외래진료가 이루어지면 입원을 줄이거나 방지할 수 있는 질환을 의미한다. 30세 이상 외래민감성질환 입원 환자 수는 2005년 인구 10만 명당 800명 수준에서 2014년 1,100명 수준으로 300명 이상 증가하다 2008년 이후로는 조금씩 감소하는 경향을 보였다. 남녀 입원 환자 수 차이는 연도별로 차이가 있으나 전반적으로 여자 입원 환자 수가 남자보다 많았다.

〈그림 7-12〉 30세 이상 성인 남녀의 연도별 외래민감성질환 입원현황 (2005-2014년)



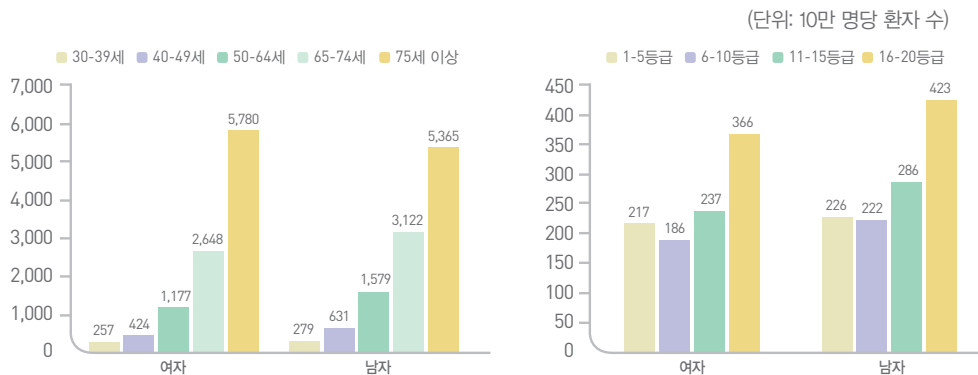
주: ① 외래민감성질환은 고혈압, 당뇨, 당뇨병성합병증, 당뇨만성합병증, 천식, 협심증, 심부전을 포함함.

② 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 국민건강보험공단. 건강보험 청구자료, 2005-2014년

연령으로 표준화한 외래민감성질환 입원 환자 수는 74세 이전까지는 남자가 많은 경향을 보이거나 75세 이상에서는 여자가 남자보다 많았다. 소득 수준에 따라서도 차이를 보였는데 고소득 집단에서 인구 10만 명당 표준화된 외래민감성질환 입원 환자 수는 다른 소득 집단에 비해 월등히 많았다.

〈그림 7-13〉 30세 이상 성인 남녀의 연령·소득 수준별 외래민감성질환 입원현황 (2014년)



주: ① 외래민감성질환은 고혈압, 당뇨, 당뇨병성합병증, 당뇨만성합병증, 천식, 협심증, 심부전을 포함함.

② 등급이 높을수록 고소득임.

③ 소득별 외래민감성질환 입원율은 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 국민건강보험공단. 건강보험 청구자료, 2014년

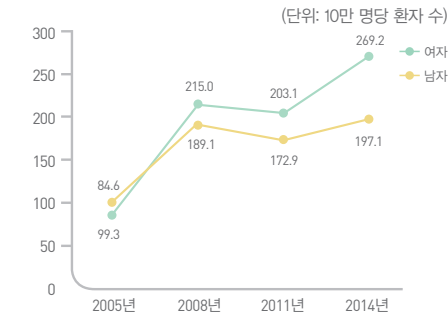
• 만성폐쇄성폐질환 및 천식 입원현황

만성폐쇄성폐질환은 흡연이나 대기 중 오염물질 등에 의하여 기도에 만성 염증반응이 일어나 비가역적인 기류 제한이 발생하는 질환으로 적절하게 관리하지 않으면 사망에 이를 수 있다. 2015년 기준 전 세계 사망 원인 4위였고, 2030년에는 3위가 될 것으로 전망되는 질환이다.¹⁴⁾ 만성폐쇄성폐질환 입원 환자 수는 2005년을 제외하고 여자가 남자에 비해 많았고, 남녀 모두 2005년 이후 증가 추세를 보였다. 특히 여자는 2008년 인구 10만 명당 215명이었던 입원 환자 수가 2011년 203명으로 낮아지다 2014년 인구 10만 명당 269명으로 급격히 증가하는 추세를 보였으며 2014년에는 2011년 대비 무려 32.5%나 증가하였다. 이는 같은 시기 13.8% 증가한 남자보다 높은 수치이다.

천식 입원 환자 수 또한 여자가 남자에 비해 많았다. 천식은 가장 흔한 만성기도질환 중 하나로 호흡 곤란, 천명, 기침, 가슴 답답함, 기침 같은 증상이 동반된다. 천식은 외래 기반의 지속적인 관리가 중요한 대표적인 질환이지만 우리나라의 천식 입원 환자수는 OECD 평균의 2배 수준이다.¹⁵⁾

우리나라 인구 10만 명당 천식 입원 환자 수는 남녀 모두에서 감소하는 추세를 보인다. 그러나 2008년 이후 급격히 감소하는 남자와 달리 여자의 천식 입원 환자 수의 감소 폭은 매우 미미한 수준이다. 실제로 2011년 대비 2014년 감소 폭은 남자가 16.9%인 데 반해 여자는 2.3%에 불과해 여자의 천식 관리가 제대로 되고 있지 않음을 보여 준다.

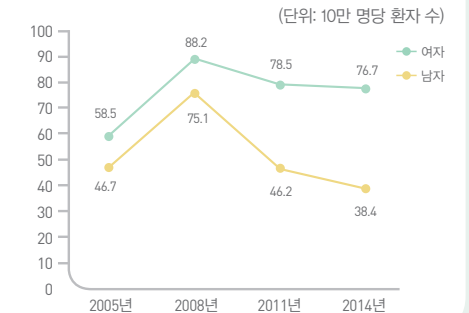
〈그림 7-14〉 30세 이상 성인 남녀의 연도별 만성폐쇄성폐질환 입원 현황 (2005-2014년)



주: 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 국민건강보험공단. 건강보험 청구자료, 2014년

〈그림 7-15〉 19세 이상 성인 남녀의 연도별 천식 입원현황 (2005-2014년)



주: 2005년 추계인구로 표준화함.

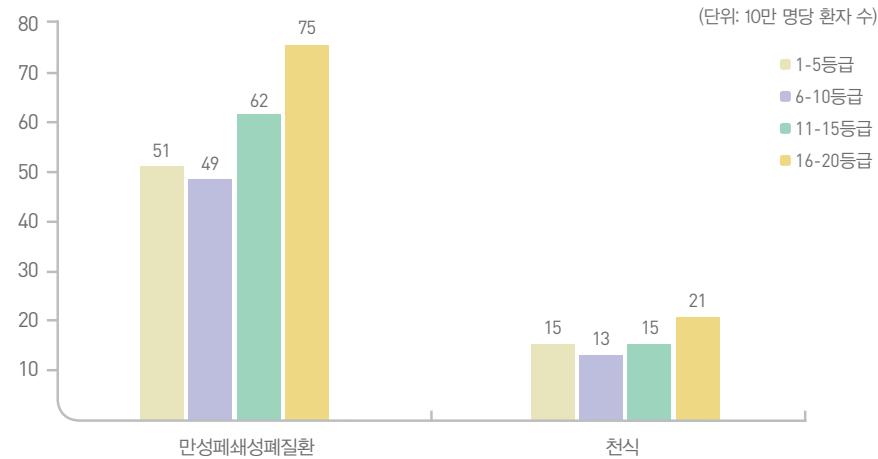
자료: 국민건강보험공단. 건강보험 청구자료, 2014년

14) 질병관리본부(2016). 2016 만성질환 현황과 이슈-만성질환 Fact book

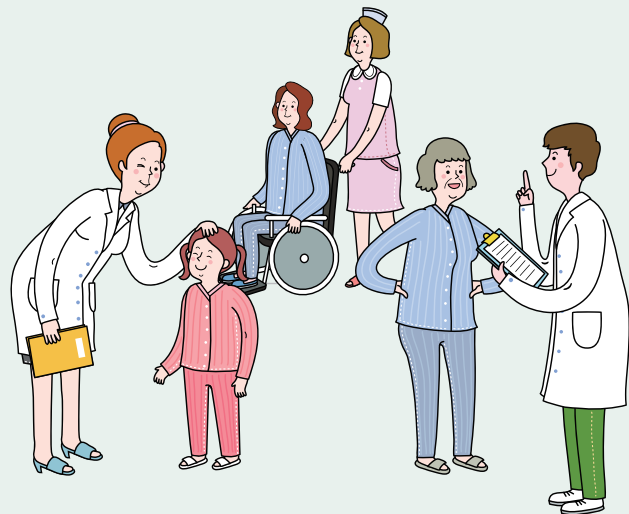
15) OECD(2015). OECD Health statistics 2015

소득 수준이 높을수록 여자의 만성폐쇄성폐질환 및 천식으로 인한 입원 환자 수가 많았다. 천식의 경우 소득 수준별 입원 환자 수의 차이는 크지 않으나 만성폐쇄성폐질환은 소득 하위 1-5등급 대비 상위 16-20등급 증가율이 40%로 매우 커 소득 수준 간 입원 환자 수의 격차가 큼을 알 수 있다.

〈그림 7-13〉 소득수준별 여자의 만성폐쇄성폐질환 및 천식 입원을 (2014년)



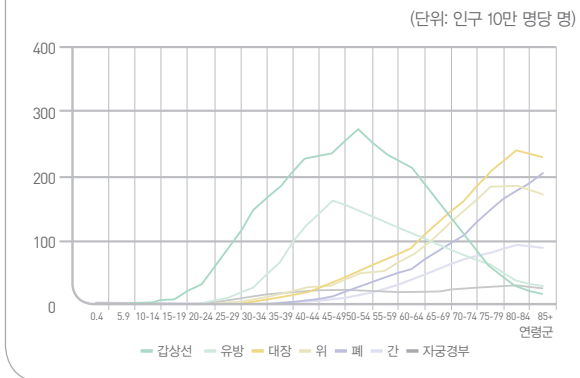
주: ① 만성폐쇄성폐질환은 30세 이상, 천식은 19세 이상을 대상으로 분석함.
 ② 등급이 높을수록 고소득임.
 ③ 2005년 추계인구로 표준화함.
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험 청구자료, 2014년



수치에서 나타난 여성건강스토리: 여자 대장암의 위험과 암 검진

최근 국내 여자의 대장암 발생률이 꾸준히 증가하고 있다. 대장암은 여자에게 발병하는 암 중에서도 갑상선암, 유방암 다음으로 발생률이 높고 65세 이상 노인에게서 가장 많이 발생하는 암질환이며 폐암 다음으로 사망률이 높다. 반면에 대장암 검진수검률은 상대적으로 자궁암, 유방암, 위암 보다 낮아 여자의 대장암 검진수검률은 2014년 기준으로 56.3%에 불과하다.

〈그림 7-17〉 여자 주요 암 연령군별 발생률 (2013년)



- 2013년 대장암 발생률 3위 (인구 10만명 당 43.6명)
- 65세 이상 연령에서의 대장암 발생률 1위
- 2013년 대장암 사망률 2위
- 2014년 대장암 검진율은 다른 암환 (유방암, 자궁암, 위암, 대장암) 중 최하위 수준

자료: 국가암정보센터 홈페이지, 통계로 알아보는 암
http://www.cancer.go.kr/mbs/cancer/subview.jsp?id=cancer_040102000000

여자의 암 검진수검률을 높이기 위해서는 일차적으로 대장암이 남자의 암이라는 인식에서 탈피하는 것과 함께 여자에게도 위험한 질병이라는 사실을 알리는 것이 필요하다. 여자가 폐경기에 접어들면 에스트로겐 분비가 급격히 줄어들어 대장암의 위험에 노출될 가능성이 높아진다. 이는 65세 이상 고령군에서 대장암 발생 순위가 남자는 3위인 데 반해 여자는 1위라는 점에서 간접적으로 증명된다.

대장암 검진에서는 분변잠혈검사 결과가 양성인 경우 대장내시경 또는 대장이중조영술 검사를 실시하도록 권고된다. 그럼에도 불구하고 수검률이 높지 않은 이유는 대장내시경을 이용한 검사의 경우 장을 비우는 과정이 길고 검진 과정 자체도 신체적으로 불편하기 때문이다. 따라서 여자 환자들이 불편함 없이 검사받을 수 있도록 안전한 검진 환경을 조성할 필요가 있으며 의료진에 대한 윤리 교육도 필요하다.

종합하면 식생활이 서구화돼 대장암 발생이 증가하고 있으며 중년 혹은 노년기에는 신체적 변화로 인해 대장암이 발생할 위험이 낮지 않다. 국내 여성들이 대장암 발생 위험을 인지하고 조기 검진에 대한 인식을 개선함과 동시에 더욱 안전하게 검진받을 수 있는 환경을 조성하는 데 초점을 두어야 한다.

Women's Health

2016 Stats & Facts in Korea

수치로 보는 여성건강 2016

- 발 행 인 박도준 국립보건연구원장
주소 : 충청북도 청주시 흥덕구 오송생명2로 187
- 발 행 기 관 질병관리본부 국립보건연구원
- 발 행 일 2016년 12월
- 발간등록번호 11-1352159-000573-14
- 편 집 박현영 질병관리본부 국립보건연구원
안윤진 질병관리본부 국립보건연구원
임중연 질병관리본부 국립보건연구원
임남규 질병관리본부 국립보건연구원
박찬영 질병관리본부 국립보건연구원
김남순 한국보건사회연구원
박은자 한국보건사회연구원
전진아 한국보건사회연구원
이수형 한국보건사회연구원
최지희 한국보건사회연구원
송은솔 한국보건사회연구원
차미란 한국보건사회연구원
박금령 한국보건사회연구원
김유미 동아대학교
천희란 중원대학교
장선미 가천대학교
김명희 시민건강증진연구소
이희영 분당 서울대학교병원
- 디 자 인 디자인세론 02.2273.5167

©질병관리본부 국립보건연구원

이 책의 저작권 및 판권은 질병관리본부 국립보건연구원에 있습니다.

책 내용의 전부 또는 일부를 이용하려면 질병관리본부 국립보건연구원으로 문의하시기 바랍니다.