

Women's Health

2018 Stats & Facts in Korea

수치로 보는
여성건강 2018



보건복지부 질병관리본부
국립보건연구원

Women's Health

수치로 보는
여성건강 2018

CONTENTS

서론

I 여성의 인구학적 특성과 사회경제적 환경	03
II 전반적 건강수준과 만성질환	11
III 암	23
IV 건강행태	33
V 정신건강	47
VI 성건강 및 재생산건강	57
VII 의료이용	65

서 문

건강은 우리 삶의 핵심 요소입니다. 이는 여자와 남자, 어른과 아이, 출신 지역이 다른 사람들에게 모두 동일합니다. 하지만 건강에 영향을 주는 요인은 남녀에 따라 다릅니다. 성과 생식기관에 차이가 있고, 성적 활동에 대한 태도, 임신과 출산에 대한 부담이 다릅니다. 남녀가 공통적으로 경험하는 만성질환도 주로 발생하는 생애 주기와 양상에 차이가 있습니다. 또한 여성은 일생을 거치는 동안 자녀 양육을 포함해 가정에 대한 부담을 지고 있습니다. 사회적으로 구조화된 성역할로 인한 부담은 여성의 건강에 영향을 미치므로 관심을 가져야 합니다.

일반적으로 여성은 남성보다 오래 살지만 신체활동에 제한을 받는 경우가 많습니다. 특히 노인인 경우 더 심하게 나타납니다. 현대 의학이 발달했지만 여성 노인이 남성보다 더 노쇠한 것이 원래부터 타고난 것인지, 늙어서도 가족을 돌보고 있기 때문인지, 아니면 젊어서부터 신체활동을 적게 한 결과인지 명확하게 설명하기 어렵습니다. 앞으로 이와 같은 현상을 더 잘 이해할 수 있도록 노력해야 합니다.

「수치로 보는 여성건강」은 일반 국민의 여성건강에 대한 이해를 높이고자 여성 건강에 대한 통계와 사실을 묶어 제시한 책으로서, 질병관리본부에서 2014년부터 2년 간격으로 출간하고 있습니다. 2018 「한국 여성의 건강통계」를 바탕으로 여성의 사회경제적 현황, 기대수명을 포함한 전반적 건강수준은 물론 생애주기를 고려한 건강상태와 이슈를 제시하고 있습니다. 건강영역에는 만성질환, 성·재생산건강, 정신건강과 함께 의료이용과 질(quality)에 대한 문제를 포함하고 있습니다. 또한 중요한 건강이슈를 여성건강스토리로 구성하여 내용을 풍부히 하였습니다.

「수치로 보는 여성건강 2018」은 여성건강에 대한 관심을 높이고 주요한 건강 이슈를 이해하는데 길잡이가 될 것입니다. 이번 통계집이 향후 많은 여성들의 건강 증진에 기여할 수 있기를 바랍니다.

수치로 보는 여성건강 2018

I. 여성의 인구학적 특성과 사회경제적 환경

- 1. 인구학적 특성
- 2. 사회경제적 특성
- 3. 사회적 규범과 문화

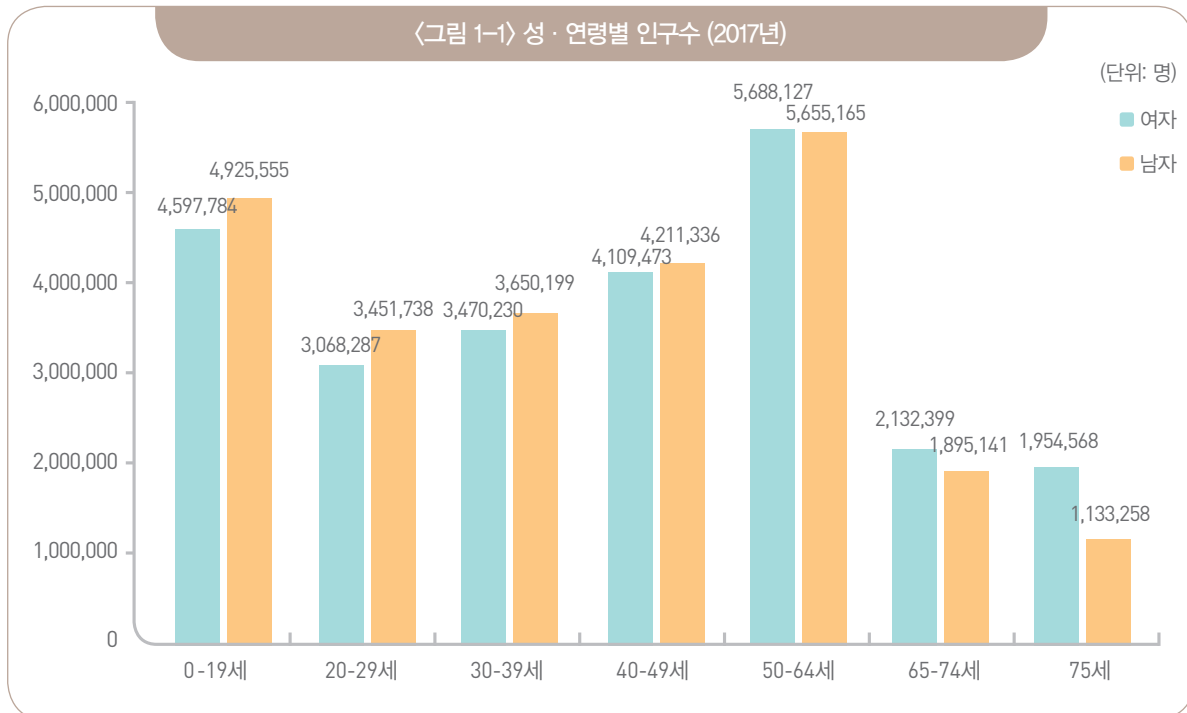


I. 여성의 인구학적 특성과 사회경제적 환경

여성의 건강은 그들이 살아가는 삶의 공간 - 가족, 일터, 학교와 지역사회 - 안에 존재하며, 이러한 삶의 공간은 물질적 조건, 건강 행태, 사회심리적 요인 등을 통해 여성의 건강에 영향을 미친다. 시야를 조금 더 넓히면, 정치경제와 노동시장 조건, 사회보장 제도, 사회적 규범과 문화가 가족, 일터, 학교와 지역사회의 특성, 그리고 이들과 개인이 상호작용하는 방식에 영향을 미친다는 점을 알 수 있다. 여성 건강의 실태를 제대로 이해하고 더 나은 건강 증진 방안을 마련하기 위해서는 여성이 살아가는 삶의 공간과 사회적 구조에 대한 이해가 필요하다.

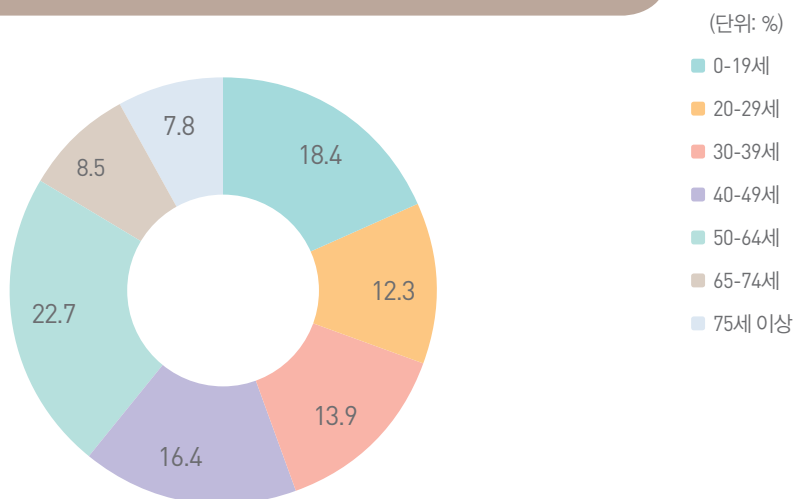
1. 인구학적 특성

우리나라 전체 인구수는 2017년 기준으로 49,943,260명이며, 여성 인구는 전체 인구의 50.1%를 차지하고 있다. 남성과 여성의 인구를 연령별로 살펴보면 젊은 연령대에서는 남성이 여성보다 많으나, 50대 이후부터는 여성이 남성보다 많아져 75세 이상이 되면 그 격차가 매우 커진다. 전체 여성 인구 중에서 연령대별 비중을 살펴보면 50-64세가 22.7%로 가장 높게 나타난다.



주: 내국인만 포함한 인구수임.
자료: 통계청, 인구총조사, 2017년

〈그림 1-2〉 연령대별 여성 인구 분포 (2017년)



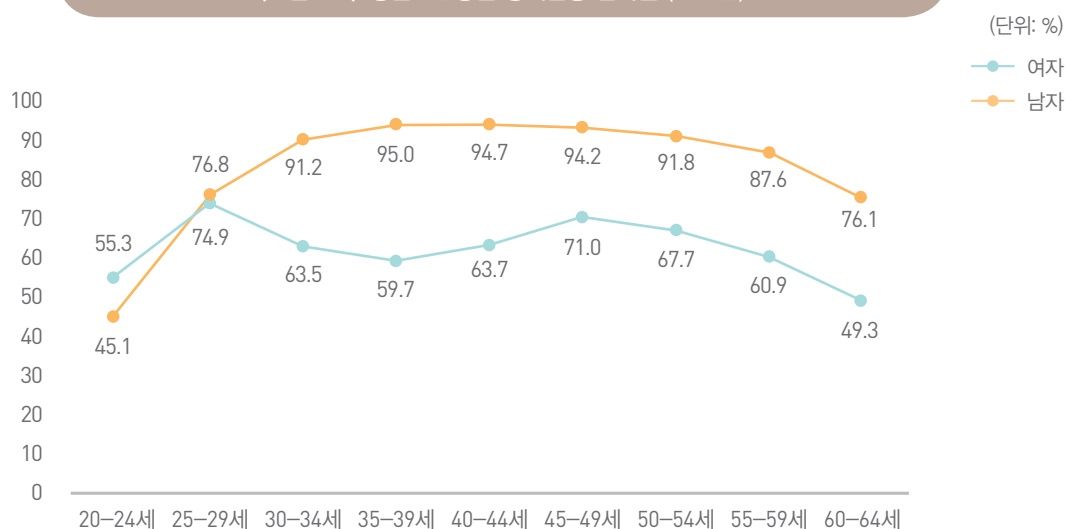
자료: 통계청, 인구총조사, 2017년

2. 사회경제적 특성

● 고용과 임금 격차

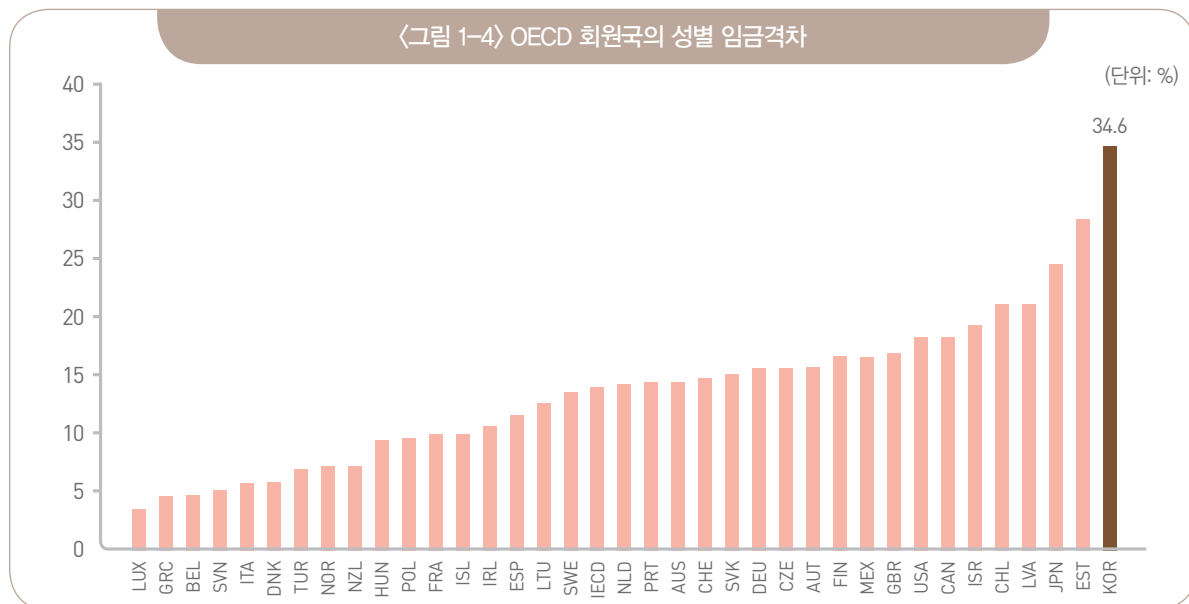
우리 사회에서 여성의 학력 신장은 놀라운 속도로 일어났으며, 대학 진학률은 여성이 남성을 넘어서고 있다. 그럼에도 불구하고 2000년 이후 여성의 경제활동 참여율 개선은 아주 미미한 수준에 그치고 있다. 자녀 출산 및 보육 시기의 경제활동 참여 저하를 보여주는 'M 커브'가 대부분의 OECD 회원국에서 사라지고 있는 것과 달리 국내에서는 좀처럼 사라지지 않고 있다.

〈그림 1-3〉 성별 · 연령별 경제활동 참가율 (2017년)



자료: 통계청, 경제활동인구 부가조사(성인지통계), 2017년

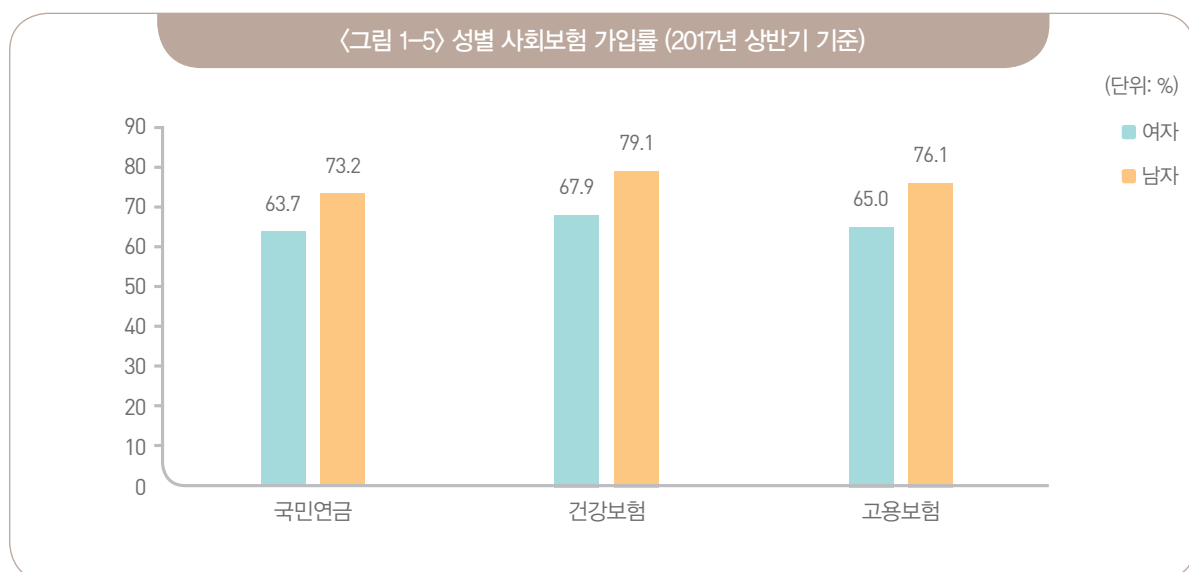
노동시장에 진출한 이후에도, 여성은 고용이 불안정하거나 낮은 지위의 일자리에 편중되는 경향이 있다. 여성의 임금은 남성에 비해서 낮으며, 이러한 성별 임금 격차는 OECD 회원국들 중에서도 상당히 높은 편이다.



주: 성별 임금 격차(gender wage gap) - 임금 중위수 대비, 남성과 여성의 임금 중위수 격차(%)
 자료: OECD, Gender wage gap (indicator). doi: 10.1787/77cee77aa-en (Accessed on 13 September 2018)

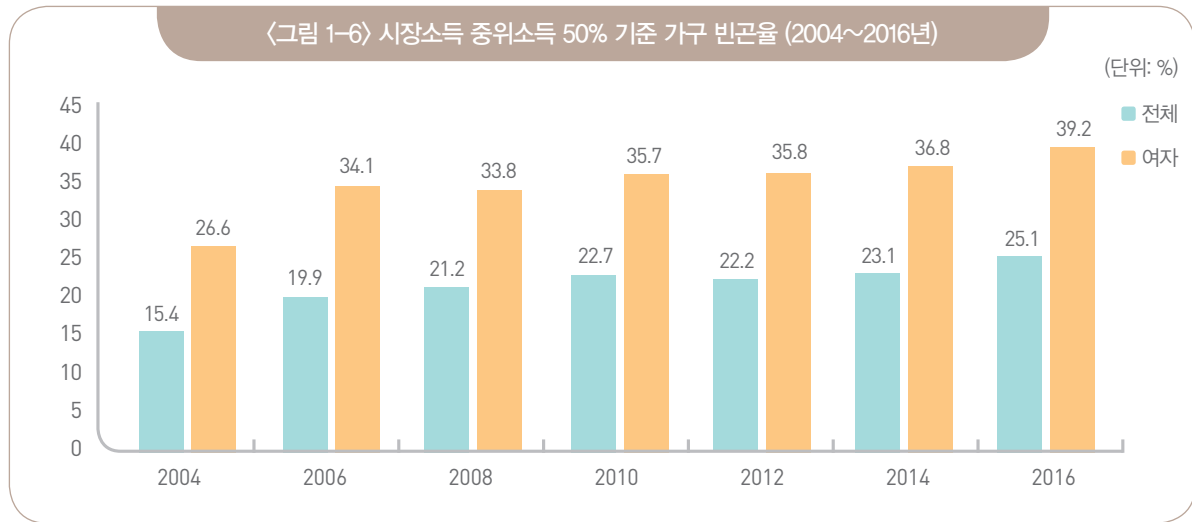
● 사회보장제도 가입과 빈곤 현황

사회보장제도는 개인들의 생계 안전망이자 사회적 불평등을 완화할 수 있는 중요한 구조이다. 한국의 사회보험 제도는 고용과 밀접하게 연계되어 있기 때문에 저임금과 불안정 노동시장을 경험하는 여성에게 불리하게 작동한다. 실제로 임금근로자들의 사회보험 가입률을 살펴보면 국민연금, 건강보험, 고용보험 모두 여성의 가입률이 남성에 비해 10% 포인트 이상 낮게 나타난다.



자료: 통계청, 경제활동인구 부가조사(성인지통계), 2017년

노동시장에서의 저임금과 불안정 고용, 사회보장에서의 취약성은 여성 빈곤과 밀접하게 연관되어 있다. 2016년 기준 여성 가구주 가구의 1/3이 빈곤 가구에 속한다.



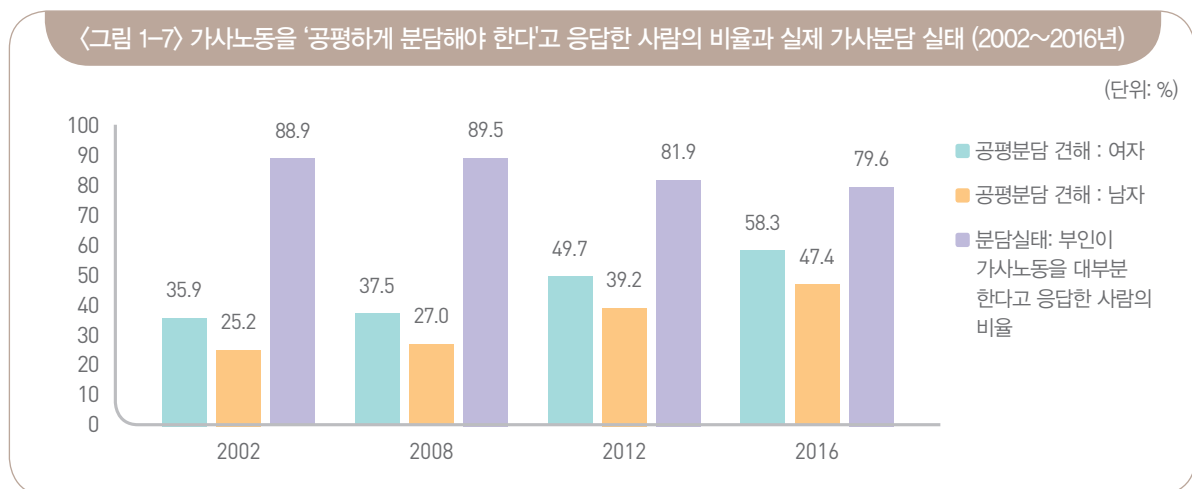
자료: 한국보건사회연구원, 빈곤통계연보, 2004~2016년

3. 사회적 규범과 문화

● 젠더 규범과 양성평등에 대한 인식

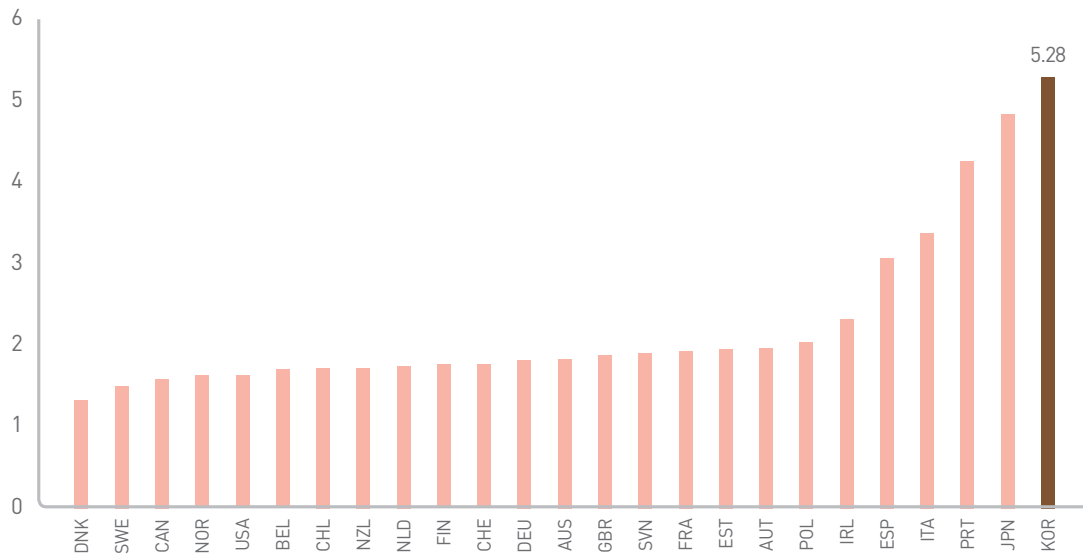
오랜 기간 동안 젠더 불평등이 지속될 수 있었던 것은 이러한 불평등을 '정상'으로 만들고 '정당화'하는 이데올로기, 문화와 규범 때문이다. 우리 사회에서 젠더규범 자체는 이러한 문제의 인식과 해결을 가로막는 중요한 요인이다.

성인지통계에 의하면 가사를 '공평하게 분담해야 한다'는 응답자 비율은 남녀 모두에서 꾸준히 증가하였으며, 2016년에는 남성의 절반 정도가 이를 지지하는 것으로 나타났다. 하지만 실제 가사 분담 경험을 확인해보면, 여전히 80%의 가정에서 부인이 가사노동의 대부분을 책임지는 것으로 나타났다. OECD 회원국들에서 무급 돌봄노동 시간의 남녀비를 비교해보면 유독 한국에서 그 격차가 크다.



자료: 통계청, 경제활동인구 부가조사(성인지통계), 2002~2016년

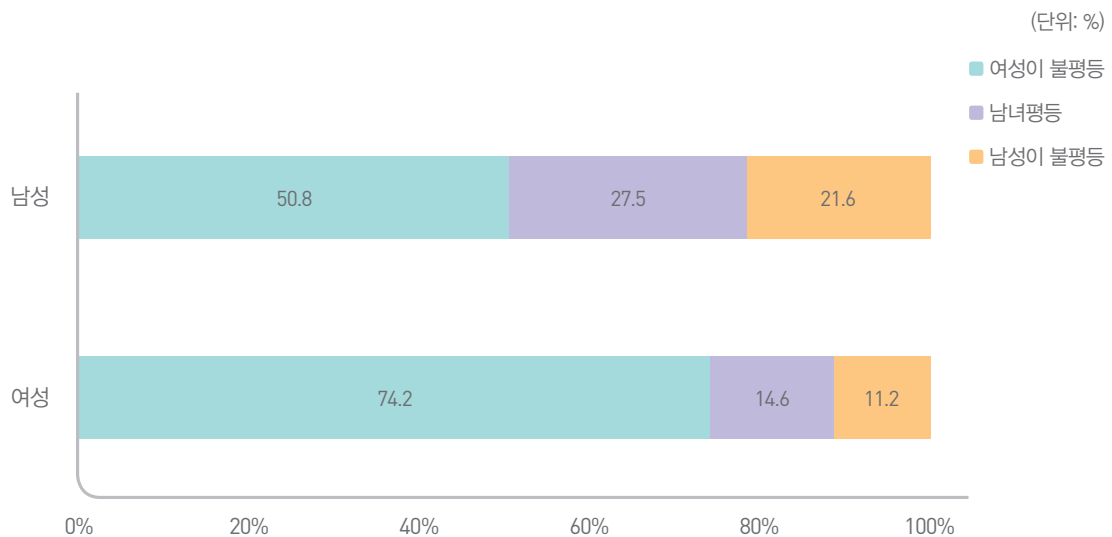
〈그림 1-8〉 OECD 회원국의 무급 돌봄노동 시간 여성:남성 비 (2014년)



자료: OECD, Gender, Institutions and Development Database, 2014 (GID-DB)

양성평등 실태에 대한 세대 간, 성별 간 인식차이는 크다. 양성평등실태조사 결과에 의하면, 여성 응답자의 3/4이 여성에게 불리한 불평등이 존재한다고 생각한 반면, 남성 응답자는 절반정도가 불리한 불평등이 존재한다고 생각했다.

〈그림 1-9〉 한국사회 양성평등 수준에 대한 인식 (2016년)

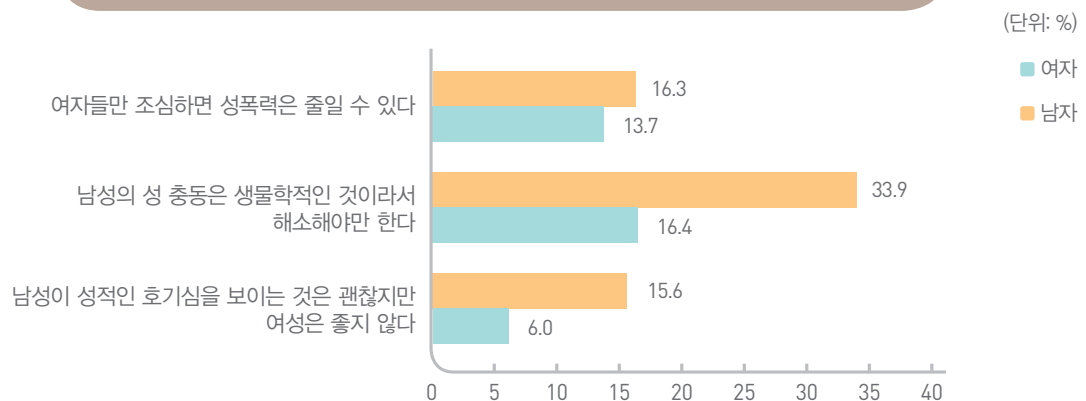


자료: 여성가족부, 양성평등실태조사, 2016년

전통적인 젠더 폭력 이외에 최근에는 불법촬영이나 온라인 상 혐오 발언 같은 디지털 성폭력이 심각한 사회 문제로 대두하고 있다. 그러나 문제의 심각성에 대한 인식에서 상당한 성별 차이가 존재한다. 특히 이러한 차이가 청소년들에게서 두드러진 점은 주목할만하다.

양성평등실태조사에 의하면, 남자 청소년의 1/3이 남성의 성충동을 생물학적인 것으로 이해하고 있었으며, 성적 호기심에 대한 남성과 여성의 차이를 인정하는 비율도 여자 청소년에 비해 두 배 이상 높았다. 또한 온라인 상 여성 비하 표현이 '매우 심각하다'고 인식한 남자 청소년의 비율은 여자 청소년의 1/3 수준이었다. 이러한 인식 차이는 여성에 대한 성적 대상화를 당연시하는 사회 풍토로 이어질 수 있다.

〈그림 1-10〉 일반적 성통념에 관한 청소년의 견해 (2016년)

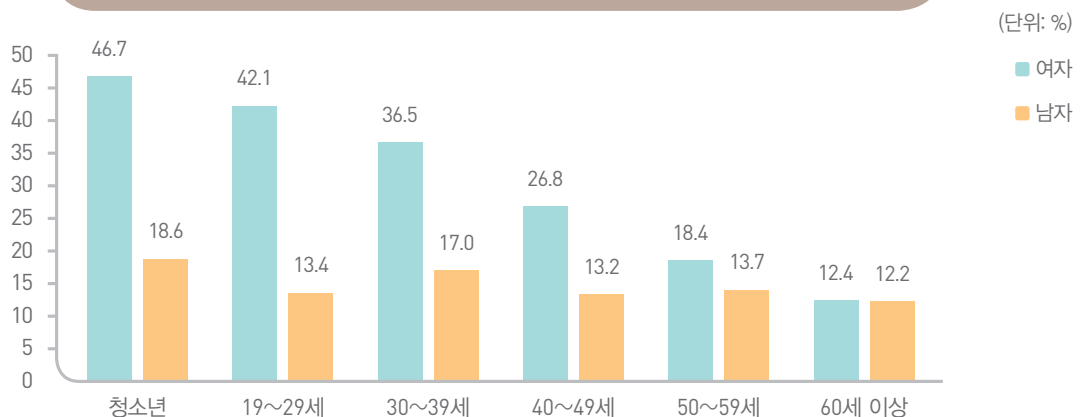


주: 어느 정도, 매우 동의한다에 응답한 사람들의 비율

자료: 여성가족부, 양성평등실태조사, 2016년

향후 젠더폭력과 여성혐오를 줄이기 위해서는 강력한 사법체계만큼이나 젠더규범, 성 통념에 대한 올바른 이해 증진을 위한 대중 교육이 강조되어야 한다. 특히 청소년들의 인식과 경험에 대한 특별한 관심이 필요하다.

〈그림 1-11〉 온라인 상 여성비하 표현이 '매우 심각하다'고 인식하는 비율 (2016년)



자료: 여성가족부, 양성평등실태조사, 2016년



수치로 보는 여성건강 2018

II. 전반적 건강수준과 만성질환

1. 전반적 건강수준

2. 만성질환



II. 전반적 건강수준과 만성질환

건강은 단순히 질병이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태를 말한다. 전반적 건강수준에는 기대수명과 건강수명, 사망률, 활동제한 등이 포함된다. 만성질환은 사망의 원인이 될 뿐 아니라 신체적, 정신적 기능을 악화시키므로 예방 및 관리가 중요하다.

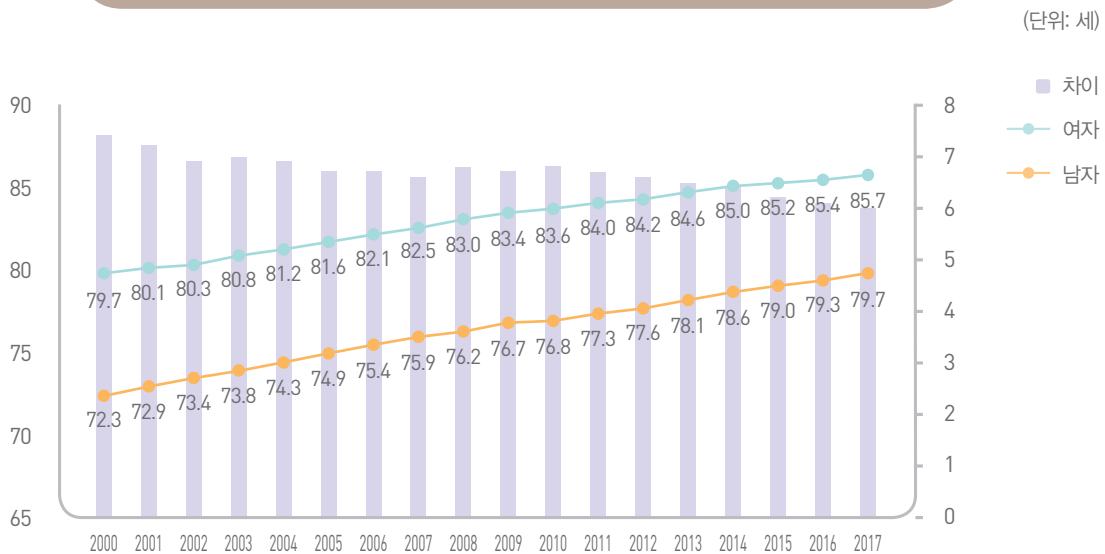
1. 전반적 건강수준

어떤 사람이 태어났을 때 얼마나 오래 살지를 나타내는 출생 시 기대여명, 즉 기대수명은 우리나라 국민의 전반적인 건강 상태를 대표하는 지표이다. 기대수명은 국제적으로 나라별 건강 수준을 비교할 때에도 중요한 지표이다. 우리나라 〈국민건강증진종합계획〉에서 제시하고 있는 2가지 총괄 목표 중 하나는 건강수명의 연장이다(보건복지부, 2015).

2017년 우리나라 여자의 기대수명은 85.7세로 남자의 기대수명 79.7세와 비교하여 6세 가량 길다. 2000년에서 2017년까지 여자의 기대수명은 약 6세 증가하였으나, 남자의 기대수명은 약 7.4세 증가하였다. 따라서 같은 기간 성별 기대수명의 차이가 약 1.4세 정도 감소한 셈이다.

2018년 OECD 건강통계에 따르면 2016년 우리나라 여자의 기대수명은 85.4세로 36개 회원국 중 기대수명이 높은 순위로 6위를 차지하였고, OECD 평균 여자 수명 83.4세보다 2세 정도 길었다.

〈그림 2-1〉 우리나라 여자와 남자의 기대수명과 차이의 추이 (2000~2017년)

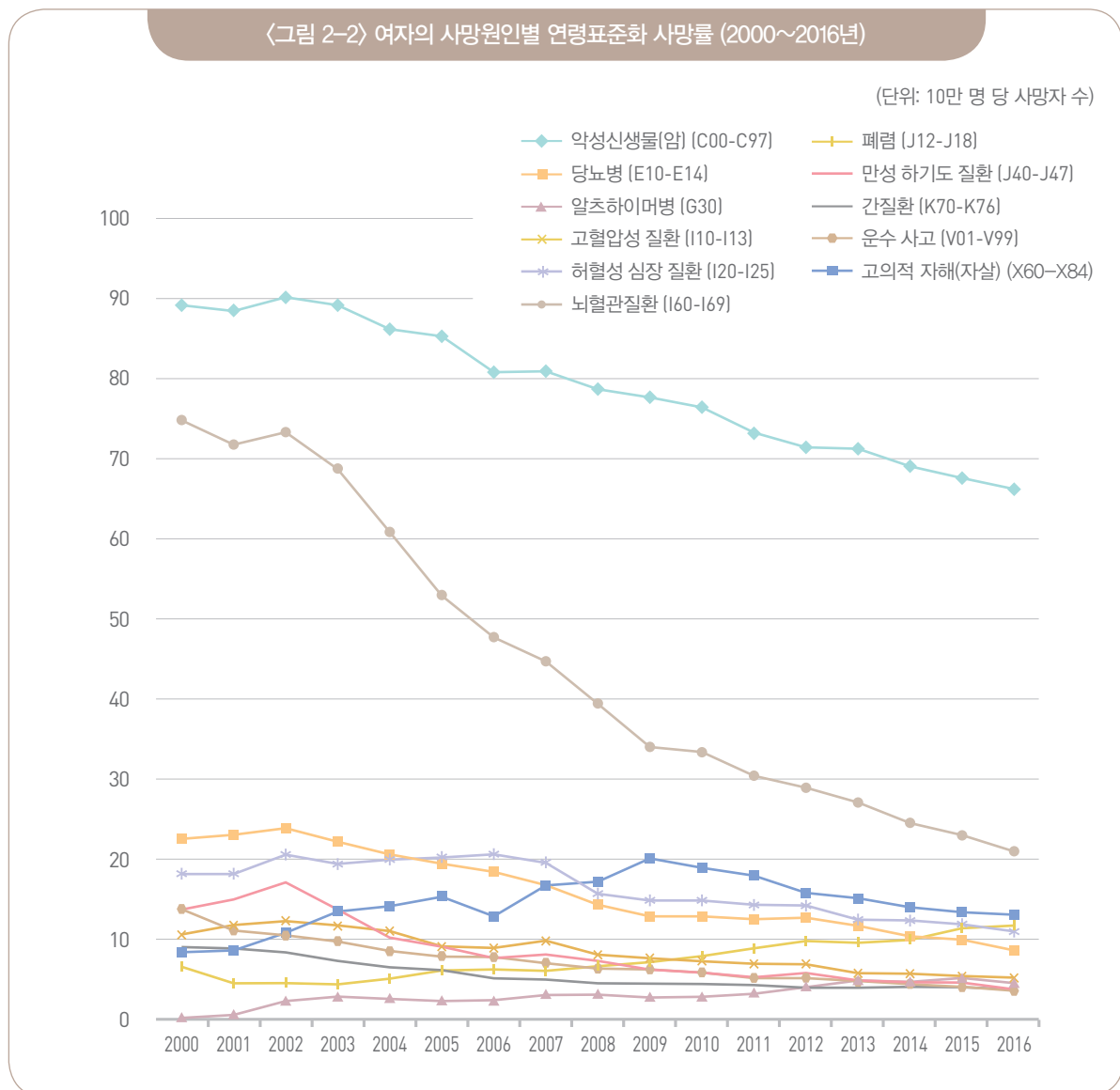


자료: 통계청, 1세별 완전생명표, 2000~2017년

● 주요 사망원인

사망은 가장 기본적인 건강결과 지표이며 사인별 사망률의 변화를 통해 국내 질병 및 사망 양상의 변동을 파악할 수 있다. 우리나라의 기대수명이 남녀 모두 증가한 것은 사망률이 지속적으로 감소하였기 때문이다.

여자의 2000년 대비 2016년 사망률은 대부분의 사망원인에서 감소하였다. 고의적 자해(자살) 사망은 2000~2009년 급격하게 증가하여 2009년 10만 명 당 20.2명이었으나, 2010년 이후 점차 감소하여 2016년 10만 명 당 13명 수준의 사망률을 보인다. 알츠하이머병 사망률은 2000년부터 2017년까지 꾸준히 증가해, 2016년 십만명 당 4.6명 수준으로 나타났다. 남녀 모두 알츠하이머병 증가 추세를 보이거나 사망률의 크기는 여자가 남자보다 조금 크다. 폐렴 사망도 꾸준히 증가하고 있으며 2016년 사망률은 십만명 당 11.8명으로 2000년 대비 5.2명 증가하였다.



자료: 통계청, 사망원인별(103항목) 성별 연령표준화 사망률, 2000~2016년

여자의 생애주기별 사망원인을 살펴보면, 20~24세, 25~34세 연령군에서 가장 순위가 높은 사망원인은 질병이환 및 사망의 외인이었고, 35~44세, 45~64세 연령군에서 가장 높은 순위의 사망원인은 악성신생물(암)이었다. 65세 이상 여자에서 가장 높은 사망원인은 순환계통 질환이었으며, 악성신생물(암)은 2위를 차지하였다.

〈표 2-1〉 여자의 생애주기별 주요 사망원인 (2016년)

연령집단	20-24세		25-34세		35-44세		45-64세		65세 이상	
	사망률	순위	사망률	순위	사망률	순위	사망률	순위	사망률	순위
순환계통 질환 (I00-I99)	1.4	3	2.2	3	6.7	3	25.6	3	729.7	1
신생물 (C00-D48)	2.8	2	8.0	2	27.9	1	94.0	1	535.4	2
달리 분류되지 않은 증상, 징후 (R00-R99)	1.0	5	1.2	5	2.7	5	5.4	6	336.5	3
호흡계통의 질환 (J00-J98, U04)	0.1	12	0.9	7	1.1	8	5.8	5	307.8	4
신경계통의 질환 (G00-G98)	1.0	5	1.0	6	1.2	6	4.1	8	146.6	5
내분비, 영양 및 대사 질환 (E00-E88)	0.2	10	0.7	9	1.2	7	5.1	7	124.2	6
질병이환 및 사망의 외인 (V01-Y89)	14.2	1	20.9	1	21.1	2	25.7	2	121.1	7
특정 감염성 및 기생충성 질환 (A00-B99)	0.4	8	0.4	10	0.9	9	3.5	10	89.3	8
비뇨생식계통의 질환 (N00-N98)	0.1	15	0.2	15	0.6	10	4.0	9	87.3	9
소화계통의 질환 (K00-K92)	0.1	15	1.3	4	4.1	4	8.4	4	85.7	10
정신 및 행동장애 (F01-F99)	0.1	12	0.2	15	0.5	12	1.1	12	72.0	11
근골격계통 및 결합 조직의 질환 (M00-M99)	0.5	7	0.3	11	0.5	11	1.4	11	20.1	12
혈액 및 조혈기관질환과 면역메커니즘을 침범하는 특정장애 (D50-D89)	0.2	10	0.2	12	0.3	13	0.6	13	8.4	13
피부 및 피하조직의 질환 (L00-L98)	0.1	15	0.0	18	0.1	16	0.2	15	7.9	14
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 (Q00-Q99)	0.5	7	0.2	13	0.1	15	0.3	14	0.5	15
귀 및 유도의 질환 (H60-H93)	0.0	18	0.0	18	0.0	18	0.0	17	0.1	16
눈 및 눈부속기의 질환 (H00-H57)	0.0	18	0.0	18	0.0	18	0.0	19	0.0	17
임신, 출산 및 산후기 (O00-O99)	0.1	12	0.7	9	0.3	14	0.0	17	0.0	19
출생전후기에 기원한 특정병태 (P00-P96)	0.0	18	0.0	18	0.0	18	0.0	19	0.0	19

주: 사망률-인구 10만 명 당 사망자 수

자료: 통계청, 2016년 사망원인별 5세별 사망자수; 2016년 주민등록인구통계

● 주요 암질환 사망률

여자의 2015년 암종별 연령표준화 사망률은 폐암, 대장암, 유방암, 위암, 간암, 췌장암, 자궁경부암 순으로 높았다. 2000년에서 2015년 간 다른 암종으로 인한 사망률은 감소한 반면 유방암과 췌장암으로 인한 사망률은 약간 증가하였다.

〈표 2-2〉 여자의 주요 암종별 연령표준화 사망률 (2015년)

구분	2015년 사망률	순위	2000년 대비 증감률 (%)
폐암	8.5	1	-1.4
대장암	6.5	2	-6.0
유방암	6.0	3	1.5
위암	5.9	4	-6.0
간암	5.5	5	-2.8
췌장암	4.6	6	0.8
자궁경부암	2.2	7	-1.5

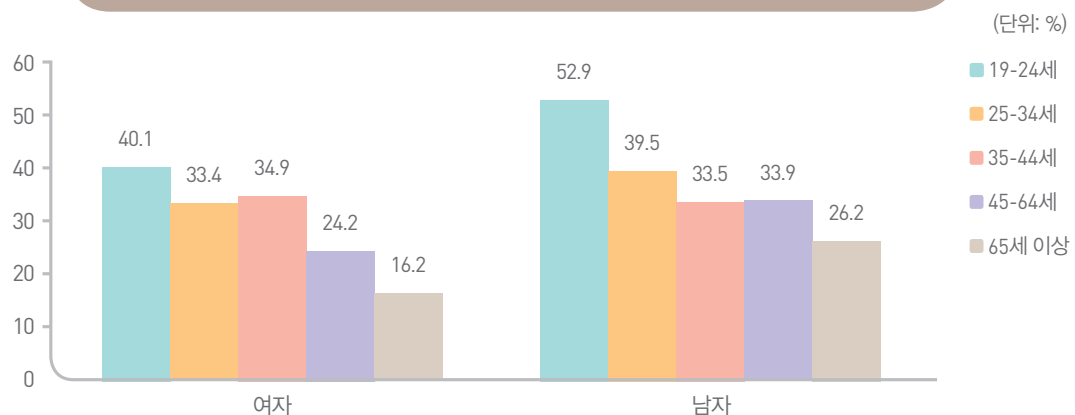
자료: 통계청, 2016년 사망원인별 5세별 사망자수; 2016년 주민등록인구통계

● 자가평가 건강수준

스스로 평가한 건강수준은 전반적인 건강을 나타내는 대표적인 지표이다. 개인이 주관적으로 평가하지만 사망률과 같은 객관적인 지표를 잘 예측하여 전반적 건강수준을 반영하는데 유용하다.

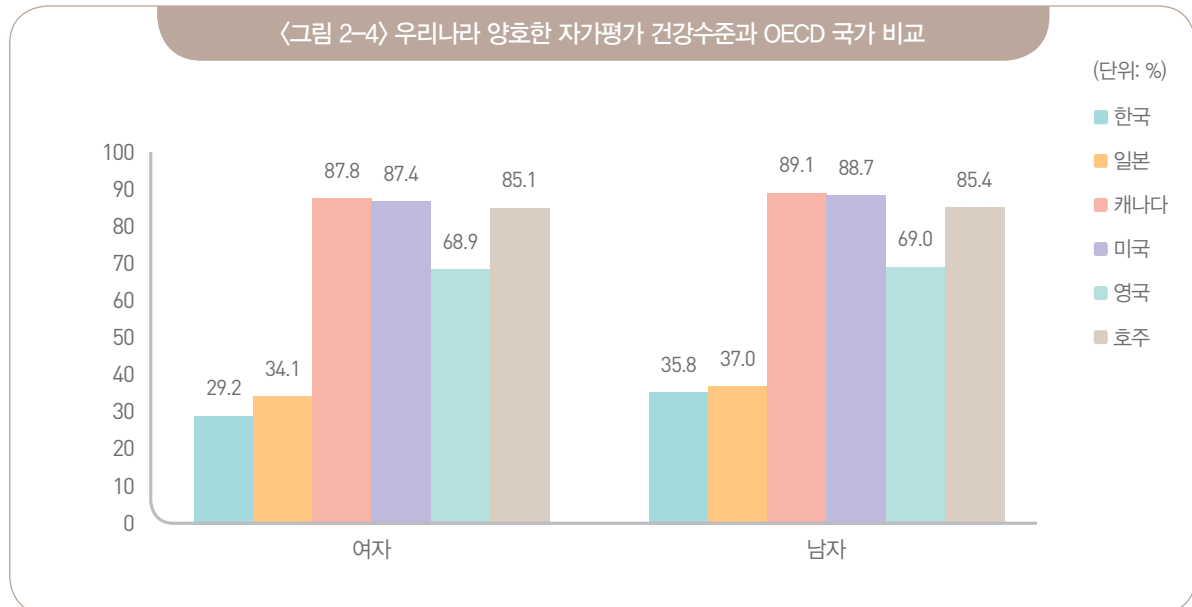
2013~2015년 성인 여자 가운데 자신의 건강상태가 양호하다고 생각한 사람의 비율은 29.7%로, 남자보다 낮은 수준을 보였다. 연령군별 자가평가 양호한 건강수준의 남녀 차이를 살펴보면 19~24세 연령군에서는 12.8% 포인트, 65세 이상 연령군에서는 약 10% 포인트 정도 차이가 난다. 한편 남녀 모두 연령이 증가하면서 자가평가 건강수준은 낮아지는 양상을 보인다.

〈그림 2-3〉 성별 연령별 양호한 자가평가 건강수준 (2013~15년)



자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013~2015년

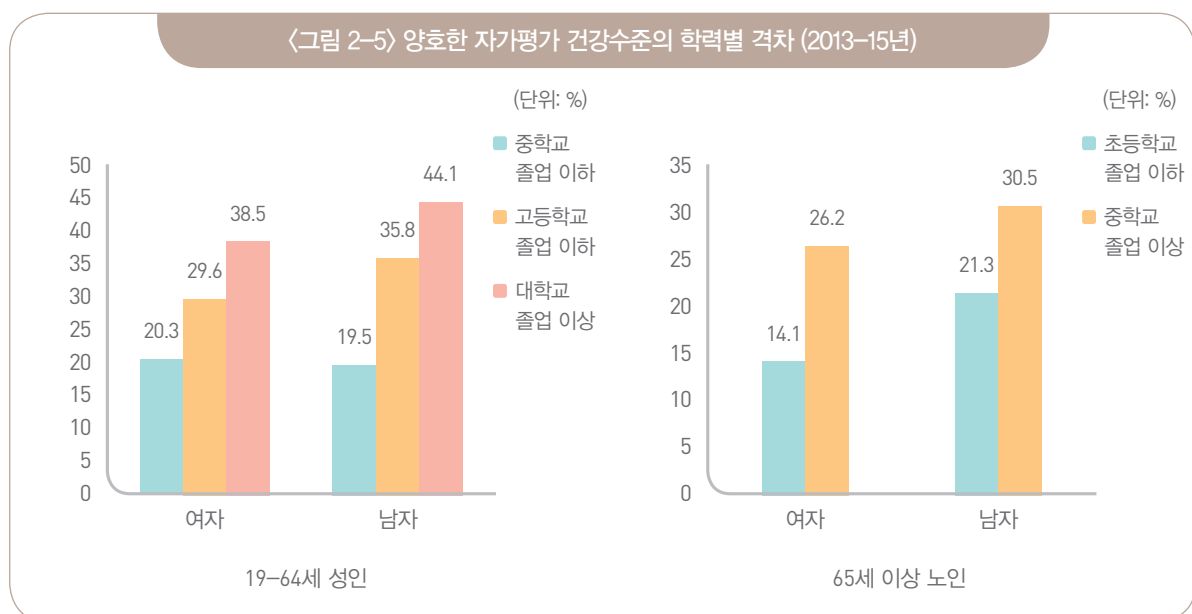
우리나라의 자가평가 건강수준은 OECD 회원국과 비교하여 낮은 수준이다. 15세 이상 본인의 건강상태가 양호하다고 생각하는 인구 비율은 국민의 응답 성향과 사고방식에 영향을 받을 수 있으나 서구 선진국 혹은, 일본과 비교하여도 낮다.



주: 15세 이상 조율, 호주는 2014년 기준이며, 나머지 국가는 2016년을 기준으로 함.

자료: 2018 OECD Health Data (https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT&_ga=2.128415948.1174201380.1545977449-1292006461.1540435363)

자가평가 양호한 건강수준은 교육수준이 높아짐에 따라서 증가하는 양상이다. 남녀 모두 모든 연령군에서 교육수준이 높아짐에 따라 자가평가 양호한 건강수준의 분율이 증가하였다. 또한 성인 중 중학교 졸업 이하 군을 제외하고, 동일한 교육수준의 남자에 비해 여자의 자가평가 건강수준이 나쁜 양상을 보였다.

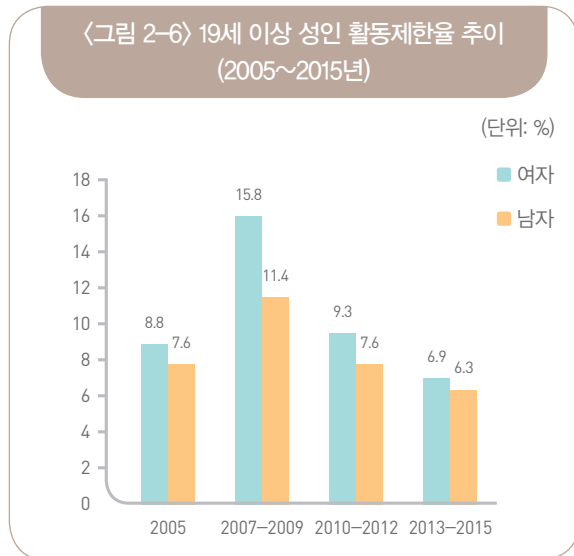


자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-15년

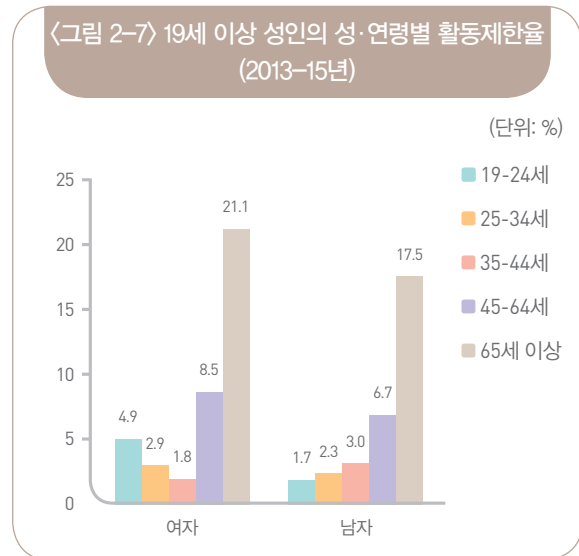
● 활동제한

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

우리나라 성인의 활동제한율은 감소 추세를 보이고 있다. 2013~15년 여성의 활동제한율은 6.8%, 남자의 활동제한율은 5.5% 수준이다. 연령군별로 살펴보면 여자는 젊은 연령군에서 약간 높았다가 감소한 후 45세 이상에서 급격히 증가하며, 65세 이상 여자 노인에서 21.1%로 매우 높은 수준을 보인다.

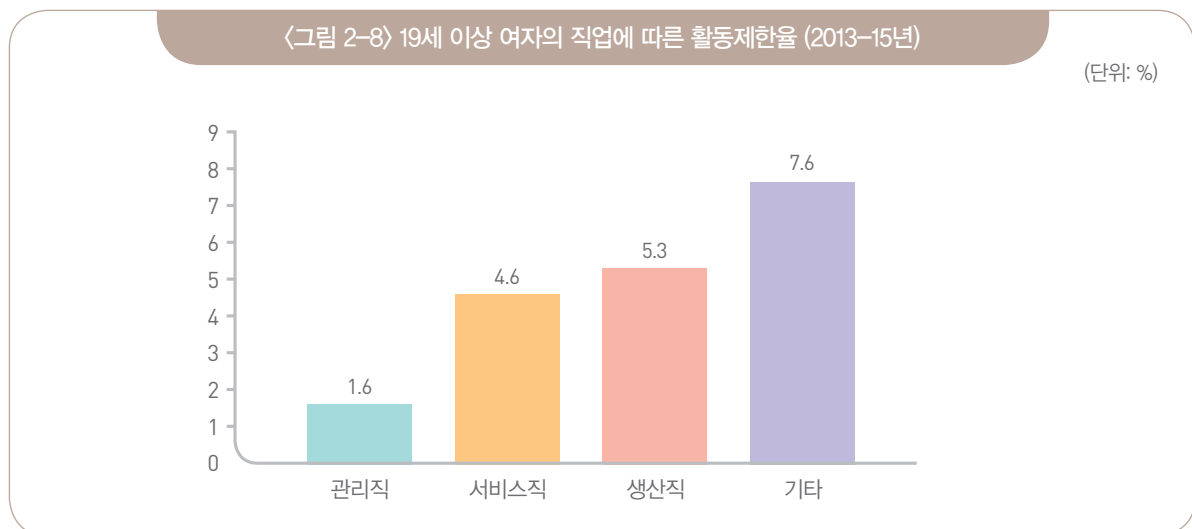


자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2005~2015년



자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013~15년

65세 이상인 여자를 제외하고 직업군별 활동제한율을 살펴보면 기타군의 활동제한율이 가장 높았고, 생산직, 서비스직 순서로 높았으며 관리직의 활동제한율이 가장 낮았다.



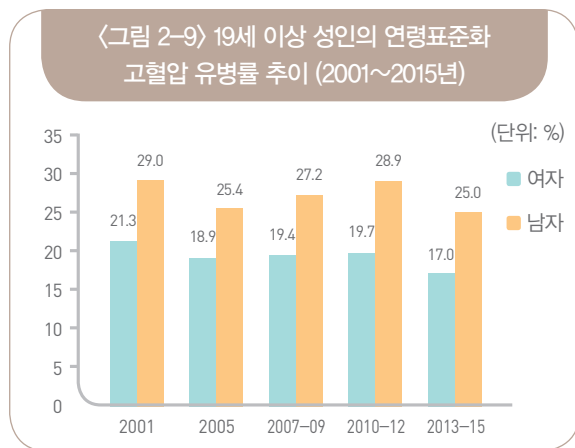
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013~15년

2. 만성질환

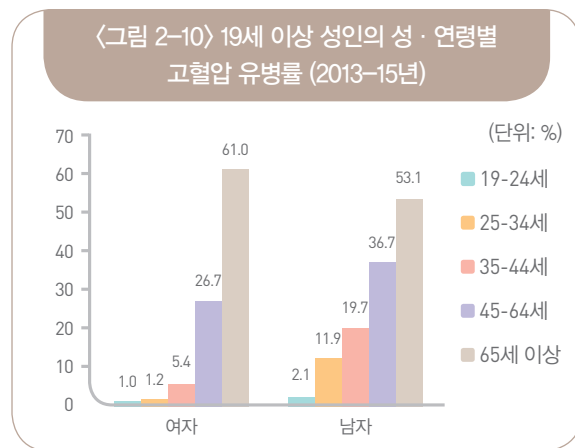
● 고혈압

2012년 세계보건기구는 다양한 근거를 종합해서 전세계적 질병부담을 추산하였는데 2010년 우리나라 여성의 건강 수명에 영향을 미치는 질병 1순위는 뇌졸중, 4위는 당뇨병, 6위는 허혈성 심장 질환이 차지하였다. 고혈압과 당뇨병은 심뇌혈관 질환의 중요한 위험요인인 동시에 그 자체로도 중요한 질병이다.

여자의 연령표준화 고혈압 유병률은 2001년 21.3%에서 2013~15년 17.0%로 다소 감소하였다. 남녀 모두 연령 증가에 따라 고혈압 유병률이 증가하며, 특히 65세 이상 여자 노인의 고혈압 유병률은 61.0%로 남자 노인보다 7.9% 포인트 정도 높은 수준을 보였다.



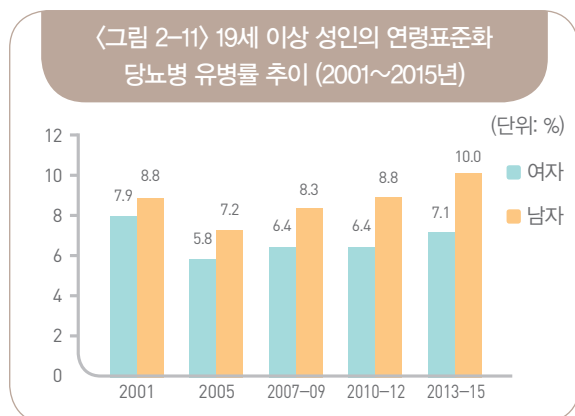
주: 수축기혈압 140mmHg 이상이거나, 이완기 혈압 90mmHg 이상이거나, 항고혈압약제를 투약하는 경우
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2015년



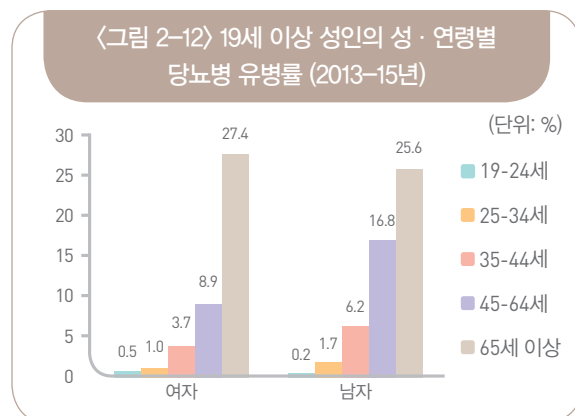
주: 수축기혈압 140mmHg 이상이거나, 이완기 혈압 90mmHg 이상이거나, 항고혈압약제를 투약하는 경우
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013~15년

● 당뇨병

19세 이상 성인의 당뇨병 유병률은 증가 추세로, 2013~15년 여자의 당뇨병 유병률은 7.1%, 남자의 당뇨병 유병률은 10.0%로 나타났다. 65세 이상 여자 노인의 당뇨병 유병률은 남자보다 높은 수준인 27.4%로 주의를 요한다.



주: 공복혈당 126mg/dL 이상이고 당뇨 약제를 투약하는 경우
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2015년



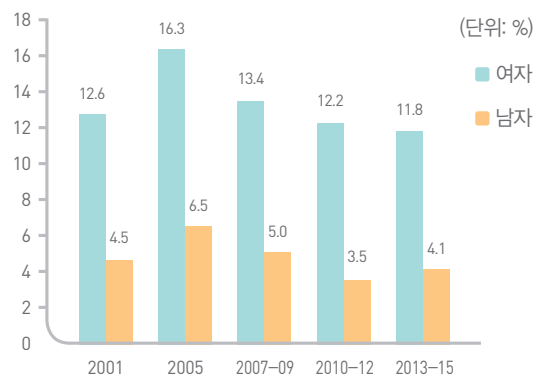
주: 공복혈당 126mg/dL 이상이고 당뇨 약제를 투약하는 경우
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013~15년

● 골관절염

골관절염은 만성적 통증, 삶의 질과 긴밀한 관련을 가지며 활동제한의 원인이 된다. 세계보건기구는 생애과정에 따른 여자의 건강문제를 다룬 '여성건강보고서'에서 노년기 여자의 장애로 인한 손실년수(YLDs: Years Lost due to Disability)에 영향을 미치는 10대 질환 중 하나로 골관절염을 제시하였다.

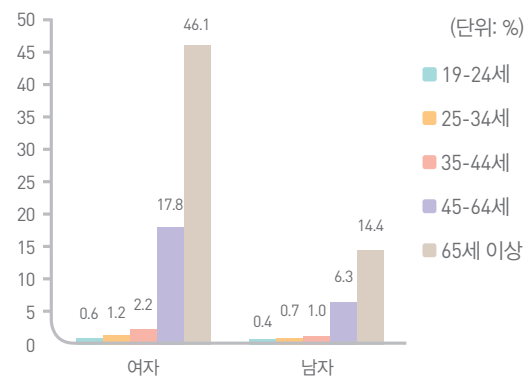
골관절염 유병 현황을 살펴보면 2013~15년의 골관절염 유병률은 여자가 11.8%로 남자의 4.1%보다 약 3배 가량 높은 수준이었다. 특히 65세 이상 여자 노인의 관절염 유병률은 46.1%로 매우 높은 수준이었다.

〈그림 2-13〉 19세 이상 성인의 연령표준화 의사진단 골관절염 유병률 추이 (2001~2015년)



자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2015년

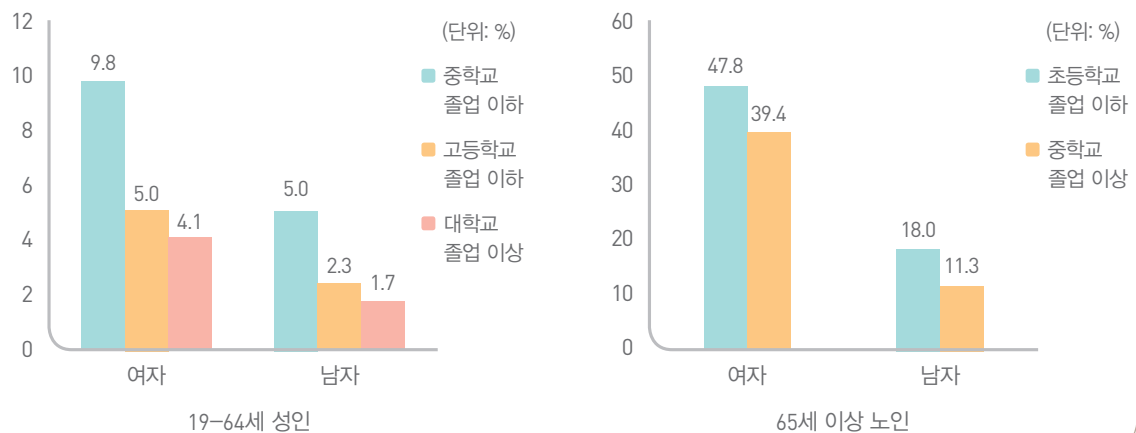
〈그림 2-14〉 19세 이상 성인의 성·연령별 의사진단 골관절염 유병률 (2013-15년)



자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-15년

남녀 모두 교육수준에 따른 골관절염 유병률 격차가 발견되었으나 격차의 크기는 여자가 더 컸다. 19~64세 여자 중 중학교 졸업 이하인 경우 골관절염 유병률은 9.8%였으며, 대학교 졸업 이상군에 비해 5.7% 포인트 더 높았다. 65세 이상인 경우 초등학교 졸업 이하인 여자 노인의 유병률이 중학교 졸업 이상군에 비해 8.4% 포인트 더 높았다.

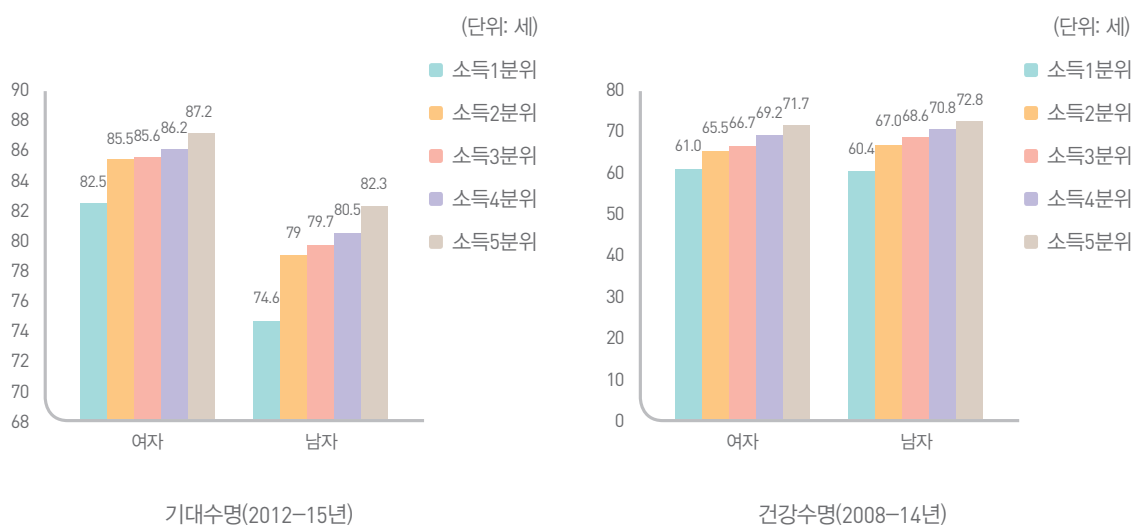
〈그림 2-15〉 교육수준별 의사진단 골관절염 유병률 (2013-15년)



자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-15년

우리나라 남녀 간 기대수명은 소득수준이 높을수록 차이가 크다. 건강보험자료의 소득5분위 자료와 사망통계의 사망률을 활용해 한국건강형평성학회가 발표한 2012-15년 성별·소득5분위별 기대수명 자료를 살펴보면, 여자에서 소득이 가장 낮은 1분위와 소득이 가장 높은 5분위 간 기대수명 격차는 약 4.7세로, 남자의 소득 1분위와 5분위 간 격차인 약 7.7세에 비해 다소 낮았다.

〈그림 2-16〉 우리나라 남녀 소득5분위별 기대수명과 건강수명



자료: 한국건강형평성학회, 613 지방선거건강불평등 의제화를 위한 활동자료집, 2018년
<http://www.healthequity.or.kr/>

자가평가 건강수준을 보정한 건강수명을 소득수준에 따라 분석한 결과는 기대수명과 다르다. 소득이 가장 낮은 1분위를 제외하고 모든 소득 분위에서 여자의 건강수명이 남자에 비해 1.1세에서 1.9세 정도 낮게 나타났다. 이러한 현상을 성별 기대수명과 건강 유형의 역설(the morbidity paradox)이라고 하며, 다른 국가와 사회에서도 동일하게 나타난다. 즉, 여자가 남자보다 오래 살기는 하지만 실제 건강수준은 남자보다 좋지 않다는 것을 의미한다.

〈표 2-3〉 소득5분위별 기대수명과 건강수명의 성별 격차

(단위: 세)

	소득1분위	소득2분위	소득3분위	소득4분위	소득5분위
기대수명	7.9	6.5	5.9	5.7	4.9
건강수명	0.7	-1.5	-1.9	-1.5	-1.1

자료: 한국건강형평성학회, 613 지방선거건강불평등 의제화를 위한 활동자료집, 2018년
<http://www.healthequity.or.kr/>

파킨슨병은 주로 노인에게 발생하는 만성 퇴행성 질환으로서 안정 떨림, 운동 완서(느림), 근육 경직, 자세 불안정, 보행 장애 등이 특징적 증상으로 나타난다. 이러한 파킨슨병은 완치가 불가능하여 평생 동안 약물을 복용해야 한다. 또한 약물 치료를 잘 하더라도 시간이 지남에 따라 조금씩 악화되어 거동이 불편하게 되고 사회 활동이 어렵게 된다. 따라서 파킨슨병은 관리를 통해 증상을 완화하고 진행을 더디게 하는 것이 중요하다.

인구 고령화가 급속히 진행됨에 따라 파킨슨병 환자도 증가하고 있다. 2015년의 경우 우리나라 40세 이상 인구 중 파킨슨병으로 치료받고 있는 사람은 78,000여명이었는데, 향후 10년 후인 2025년경은 약 18만 여명으로 10년 사이 2.5배정도 환자가 증가할 것으로 예측되고 있다(마효일 외, 2017).

파킨슨병 유병률은 다른 나라의 경우 남자가 약간 많은 것으로 알려져 있다.¹⁾ 이에 비해 우리나라의 파킨슨병 유병률은 2015년 남자 인구 10만 명 당 233명인데 반해 여자의 경우 인구 10만 명 당 340명으로, 여자가 남자에 비해 1.4배 정도 많은 것으로 나타났다. 즉, 우리나라에서는 여자 파킨슨 환자 관리의 중요성이 크다고 할 수 있다.

파킨슨병 관리에는 건강한 식단, 규칙적인 운동이 긍정적인 역할을 하는 것으로 알려져 있다. 그런데 2013년과 2014년 두 해 동안 새롭게 치료를 시작한 파킨슨 환자의 국민건강검진자료 중 신체활동 양상을 보면, 신규 파킨슨 환자 중 여자는 신체활동을 안하는 군의 비중이 42.9%로 남자보다 훨씬 많았으며, 일주일에 5회 이상 거의 매일 신체 활동을 하는 경우는 여자가 26.3%로 남자보다 적은 것으로 나타났다. 따라서 파킨슨병 적정 관리를 위해서는 특히 여자를 대상으로 지속적이고 규칙적으로 운동할 수 있도록 장려하는 것이 필요하다.

〈표 2-4〉 신규 파킨슨 환자의 성별 신체활동 양상 비교

(단위: 명(%))

		남자	여자	계	p-value
신체활동 빈도	안한다	805 (33.0)	1,208 (42.9)	2,013 (38.3)	<.0001
	주 1-2회	358 (14.7)	403 (14.3)	761 (14.5)	
	주 3-4회	427 (17.5)	464 (16.5)	891 (17.0)	
	5회 이상/매일	849 (34.8)	741 (26.3)	1,590 (30.3)	

자료: 마효일 외(2017). 빅데이터를 활용한 약물유발성 파킨슨증의 발양상과 위험인자 규명 및 개선방안 연구. 한국보건의료연구원.

파킨슨병을 앓는 여자 환자는 남자 환자에 비해 우울증과 골절을 경험하는 경우가 많으므로 전문가와 협력하여 우울증과 골절의 위험요인이 있는지를 주기적으로 파악하고, 필요한 경우 적절한 치료를 받도록 해야 한다.

한편 특정 약물은 파킨슨병 발현 시기를 앞당기거나 파킨슨병 증상을 악화시킬 수 있다. 파킨슨증 유발 약물을 복용하는 경우, 환자가 이를 인지하고 전문가와 상의해서 파킨슨증 유발 약물을 줄일 수 있는지, 혹은 대체제가 있는 경우 약물을 바꾸는 것이 가능한 지 등을 검토하여 가능한 한 파킨슨증 유발 약물 사용을 자제하는 것이 바람직하다.

1) Pringsheim T, Jette N, Frolkis A, Steeves TD (2014) The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. Mov Disord 29:1583 - 1590



A grayscale photograph of a woman with dark hair, smiling and looking towards the camera. She is wearing a dark blazer over a light-colored blouse. She is holding a clipboard in her left hand and a pen in her right hand. The background is a plain, light color.

수치로 보는 여성건강 2018

III. 암

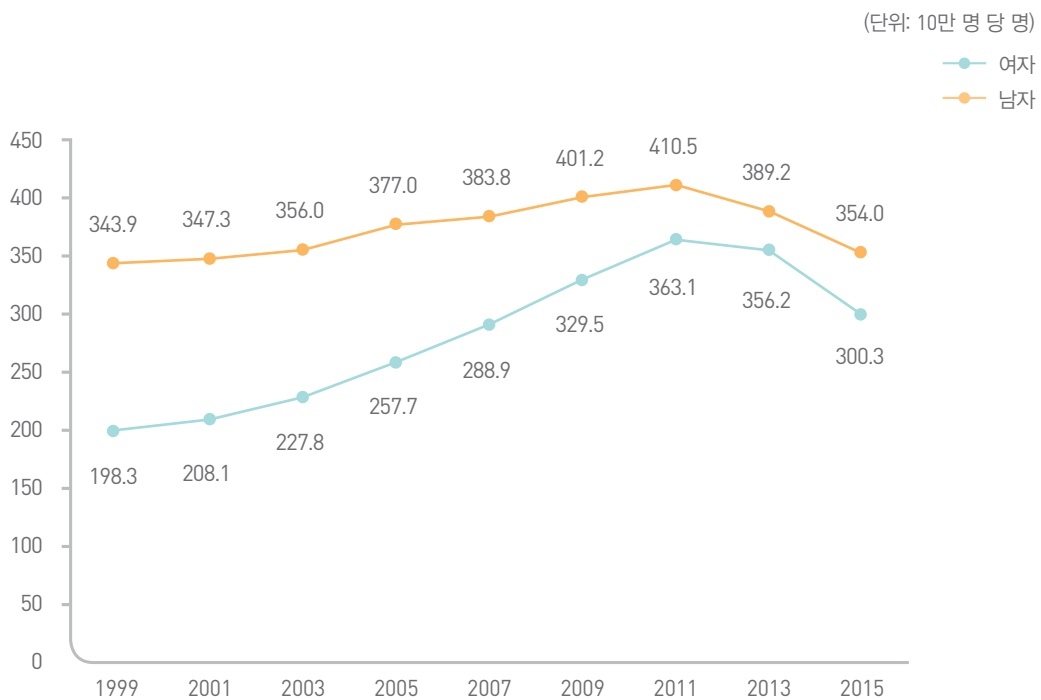
III. 암

우리나라 여성의 암발생률은 2010년 초반부터 감소하였으며 생존율도 크게 향상되었으나 여전히 중요한 사망원인 중 하나이다. 암은 검진을 통해 예방과 조기치료가 가능한 질환으로서 여성건강 증진에 기여할 수 있는 중요한 건강문제이다. 또한 고령화 시대를 맞아 여성 암 생존자가 증가하고 있어 암 생존자의 삶의 질에 대한 관심이 필요하다.

● 암 발생률

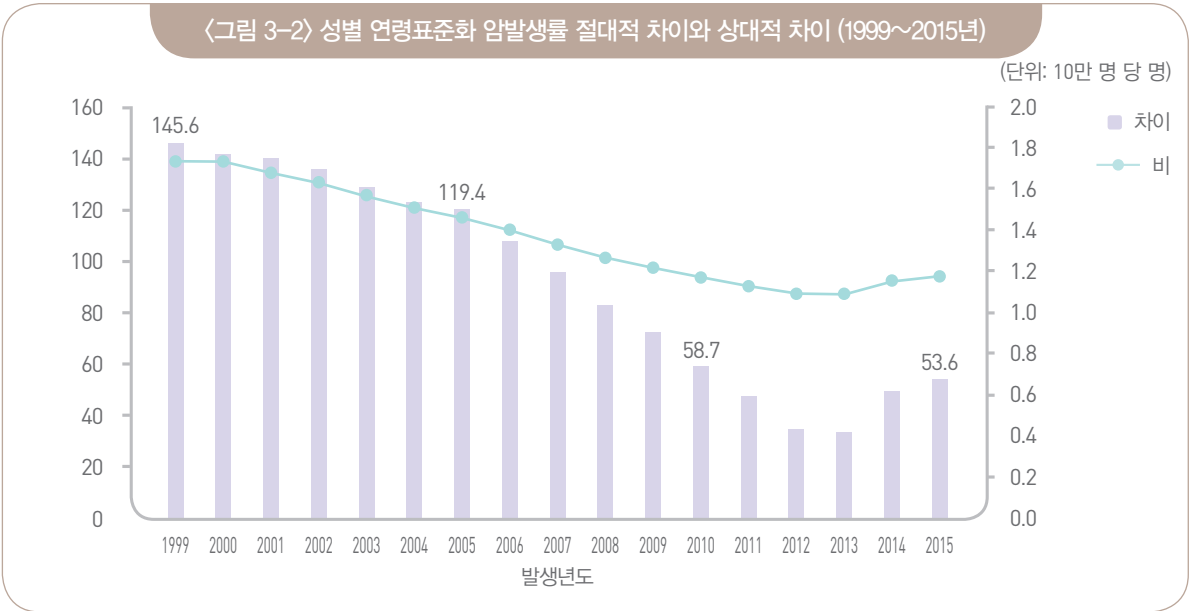
암 발생률은 1999년 이후 지속적으로 증가하다가 2010년 초반부터 감소하기 시작하였다. 암 발생 수준은 남자가 여자보다 높다. 또한 2000년대 초반 갑상선암 발생 급증에 따라 남녀 간 연령표준화 암 발생률의 절대적 차이가 감소하는 경향을 보이다가 2014년 이후 갑상선암 발생이 급격하게 감소하여 성별 차이가 약간 증가하였다.

〈그림 3-1〉 성별 연령표준화 발생률 추이 (1999~2015년)



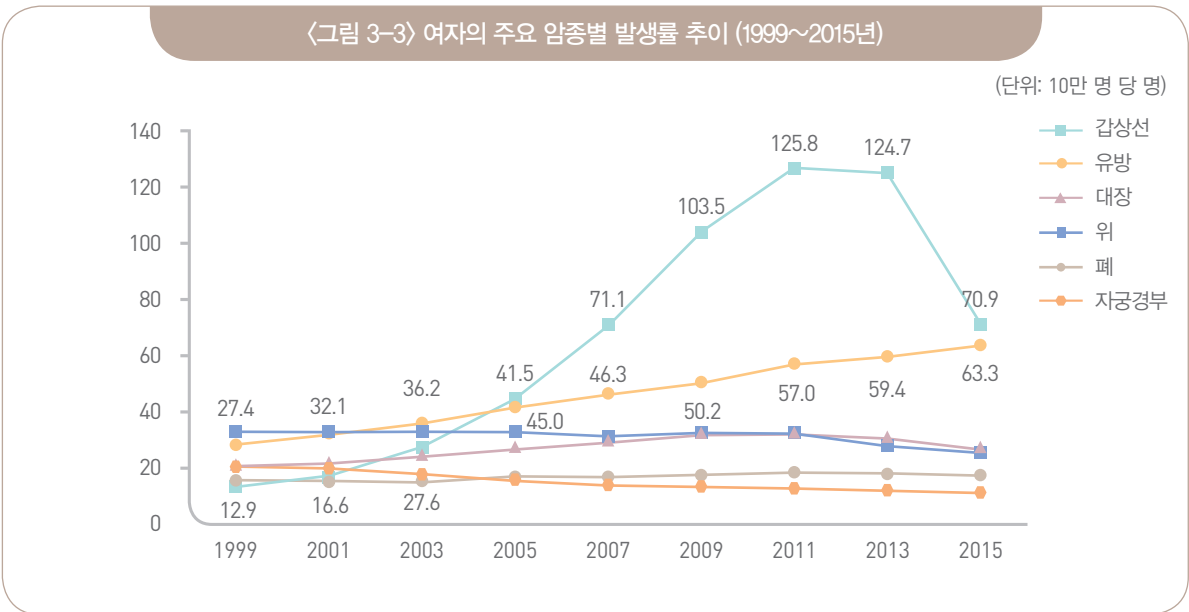
자료: 중앙암등록본부, 국가암등록통계사업 결과, 1999~2015년

지난 16년 간 남녀 연령표준화 암발생률의 절대적 차이는 1999년 10만 명 당 145.6명, 2005년 119.4명, 2010년 58.7명, 2015년 53.6명으로 감소하는 추세였다. 남녀 연령표준화 암발생률의 상대적 차이는 같은 기간 1.7에서 1.2로 감소하였다.



주: 절대적 차이 = 남자 암발생률 - 여자 암발생률, 상대적 차이 = 남자 암발생률과 여자 암발생률의 비
 자료: 중앙암등록본부, 국가암등록통계사업 결과, 1999~2015년

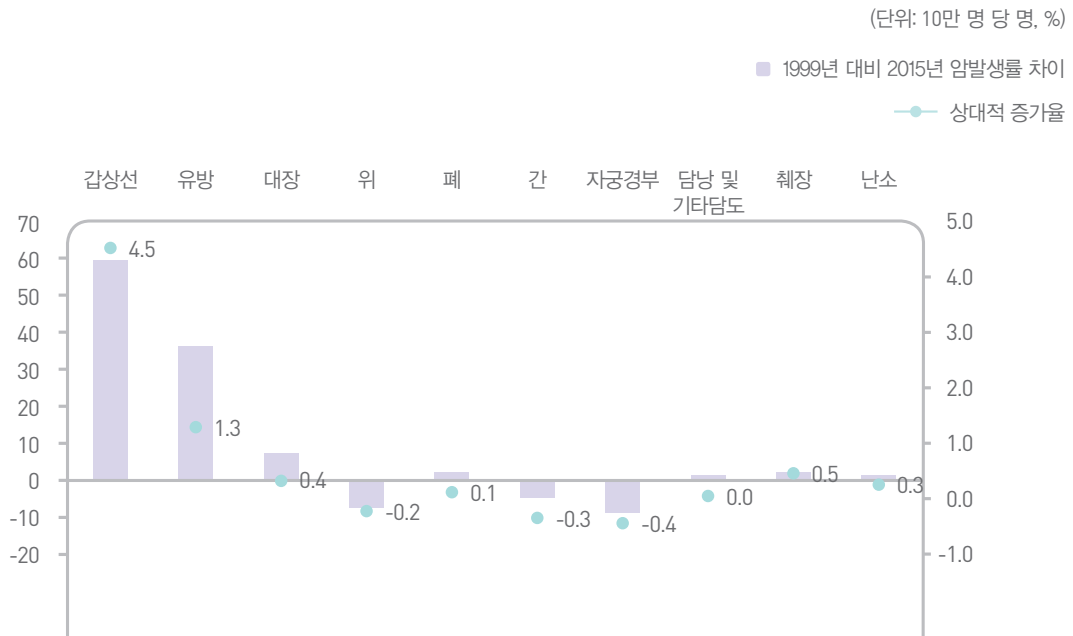
여자의 주요 암종별 발생률 추이를 살펴보면, 갑상선암 발생률은 지속적으로 증가하다 2010년 이후 급격하게 감소하였으며, 위암, 대장암, 간암의 발생률도 감소하는 경향을 보였다. 반면 유방암은 지속적으로 증가하고 있는데, OECD 회원국의 여자 암 발생률 1위가 유방암인 만큼 이에 대한 적극적인 관리가 필요하다.



자료: 중앙암등록본부, 국가암등록통계사업 결과, 1999~2015년

여자의 주요 암종별 절대적 발생률 차이(2015년 발생률 - 1999년 발생률) 및 발생률에 관한 상대적 증가율 $((2015년\ 발생률 - 1999년\ 발생률)/1999년\ 발생률)$ 을 살펴보면, 갑상선암, 유방암, 대장암, 췌장암과 난소암이 증가하였고, 위암, 간암, 자궁경부암은 감소하였다.

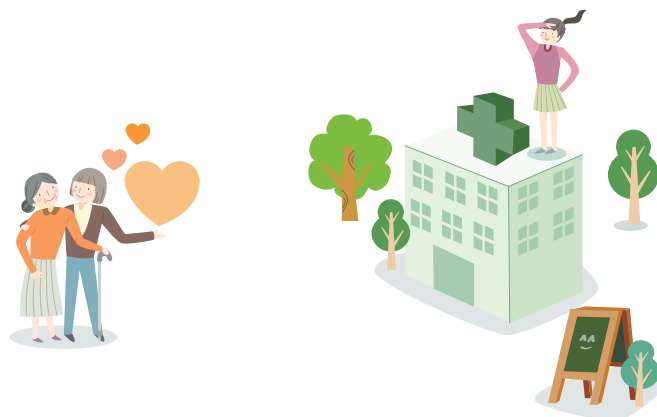
〈그림 3-4〉 여자의 주요 암종별 1999년과 2015년 발생률 차이²⁾와 증가율³⁾



주1: 절대적 차이: 2015년 발생률 - 1999년 발생률

주2: 상대적 증가율: $(2015년\ 발생률 - 1999년\ 발생률)/1999년\ 발생률$

자료: 중앙암등록본부, 국가암등록통계사업 결과, 1999년, 2015년

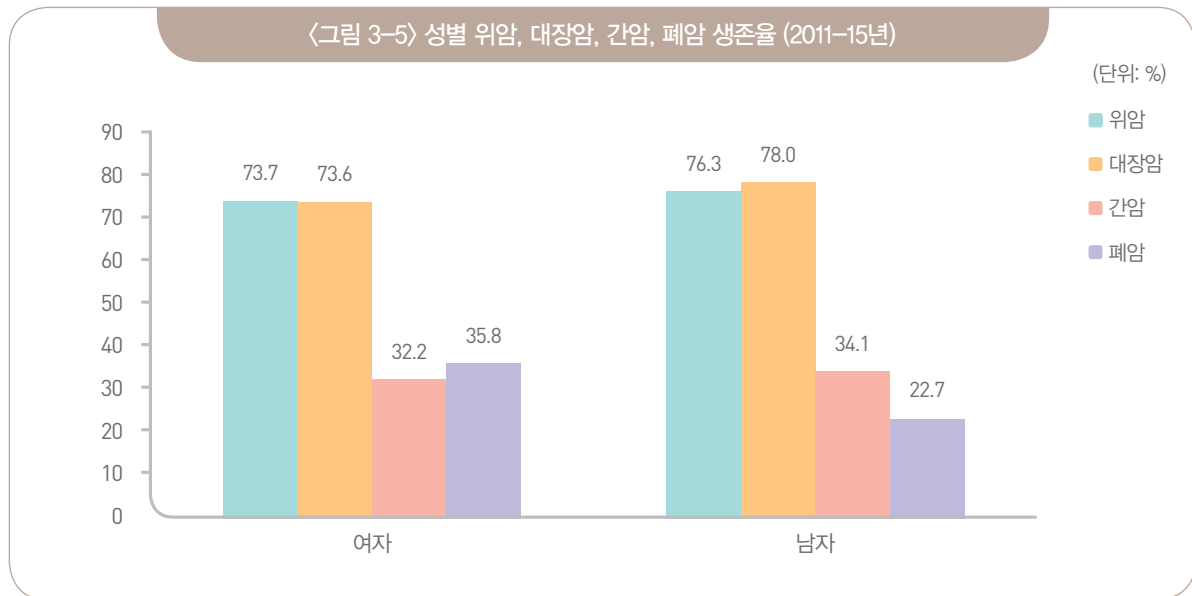


2) NHS Cancer Screening Programmes, Breast Screening Programme, England Statistics for 2016– 2017

3) National Cancer Institute, Cancer Trends Progress Report, 2015

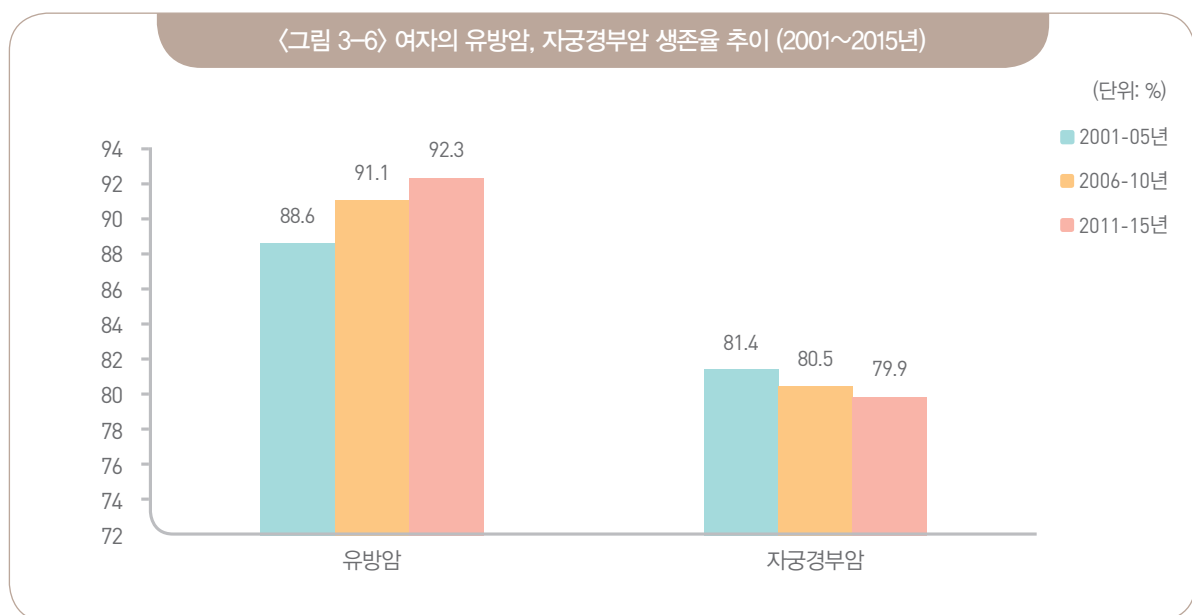
● 암 생존율

의학과 치료 기술의 발달로 암환자의 생존율은 점점 높아지고 있다. 2011~2015년 여성의 위암 생존율은 73.7%, 대장암 생존율은 73.6%였으며, 다른 암종에 비해서 생존율이 높은 수준이다. 한편 폐암을 제외하고는 위암, 대장암, 간암에서 남자의 생존율이 여자의 생존율보다 약간 높은 수준을 보였다.



자료: 중앙암등록본부, 국가암등록통계사업 결과, 2011~15년

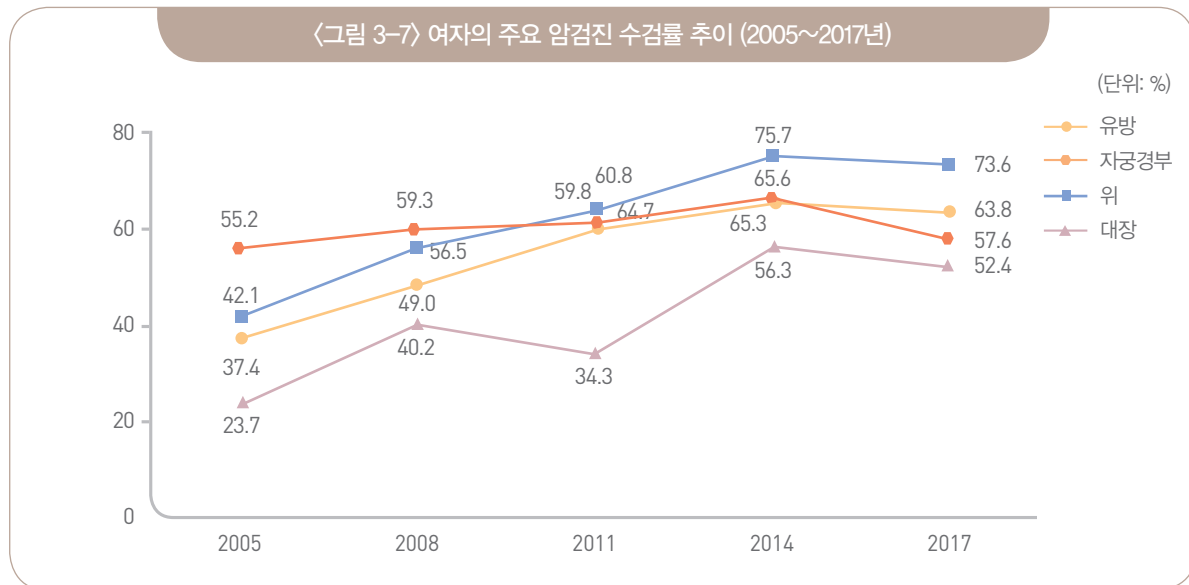
여성암인 유방암의 생존율은 지속적으로 증가해 2011~15년에는 92.3%로 높게 나타났다. 자궁경부암은 생존율 자체는 높은 수준이지만 2001~05년 81.4%에서 2011~15년 79.9%로 다소 감소하는 경향을 보였다.



자료: 중앙암등록본부, 국가암등록통계사업 결과, 2001~2015년

● 주요 암검진 현황

우리나라 여성의 4대암(유방암, 자궁암, 위암, 대장암) 검진 수검률은 지난 10년 동안 꾸준히 증가하다가 2017년에 다소 감소하였으며, 특히 자궁경부암 수검률이 큰 폭으로 감소하였다. 암종별 수검률은 위암이 73.6%로 가장 높았으며, 유방암(63.8%), 자궁경부암(57.6%), 대장암(52.4%) 순으로 나타났다.

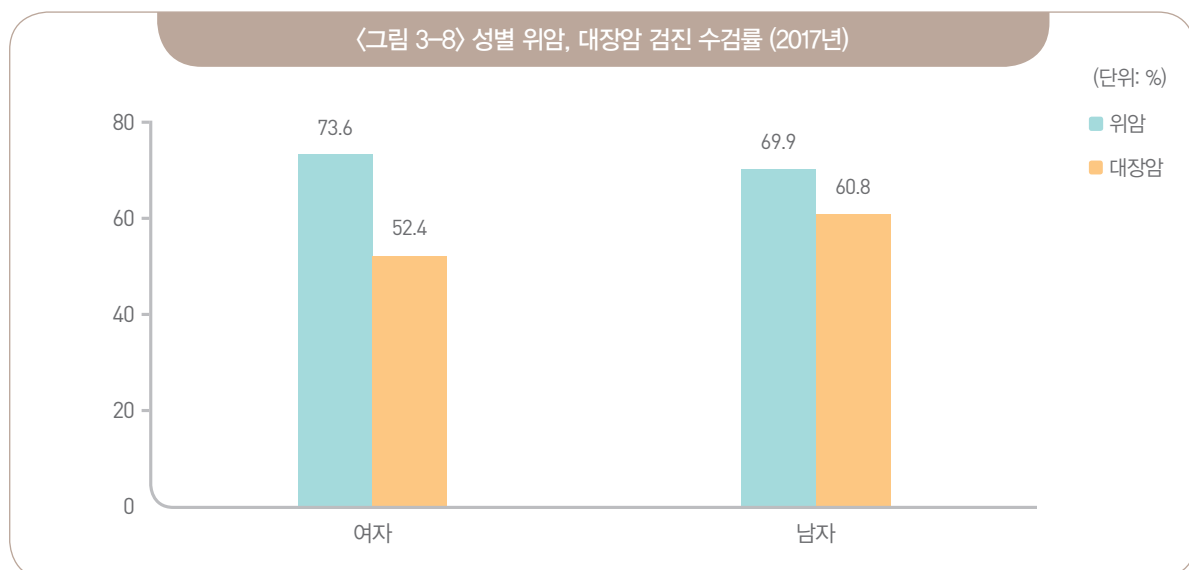


주1: 유방암: 40세~74세, 자궁암: 30~74세, 위암: 40세~74세, 대장암: 50~74세

주2: 2005년 추계인구로 표준화함.

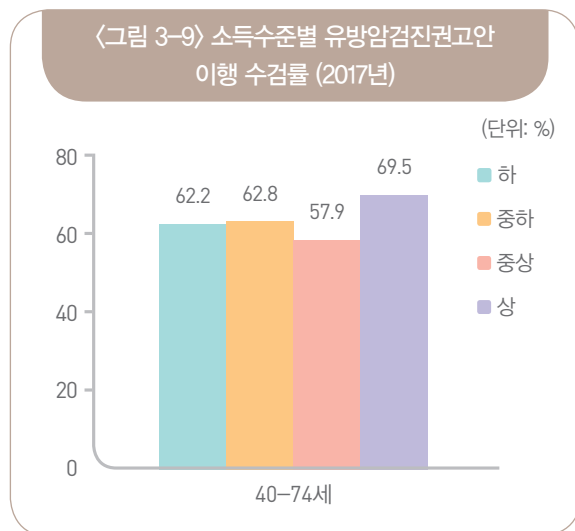
자료: 국립암센터, 암검진 수검행태조사, 2005~2017년

위암의 경우 여성의 검진 수검률이 남자보다 3.7% 포인트 더 높은 반면, 대장암은 남자의 수검률이 여자보다 8.4% 포인트 더 높았다. 대장암 검진에 관해서 여성의 수검률이 낮은 이유를 파악해 개선할 필요가 있다.

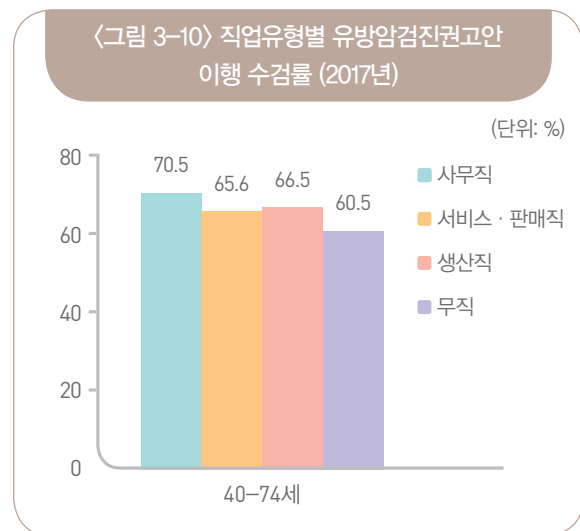


자료: 국립암센터, 암검진 수검행태조사, 2017년

우리나라 여자의 유방암 수검률은 63.8%로 2005년보다 1.7배 증가하였으나 영국 75.4%,⁴⁾ 미국이 71.6%⁵⁾에 비해서는 낮은 수준이다. 또한 사회경제적 위치에 따른 수검률에 차이가 있었는데, 소득수준이 상위 수준인 집단에서 수검률이 가장 높았으며, 직업에 따라서는 사무직이 70.5%로 가장 높았고, 무직인 경우 60.5%로 가장 낮았다. 유방암 수검률을 현재보다 높이려면 저소득층과 무직인 집단에게 더 많은 관심을 기울여야 한다.

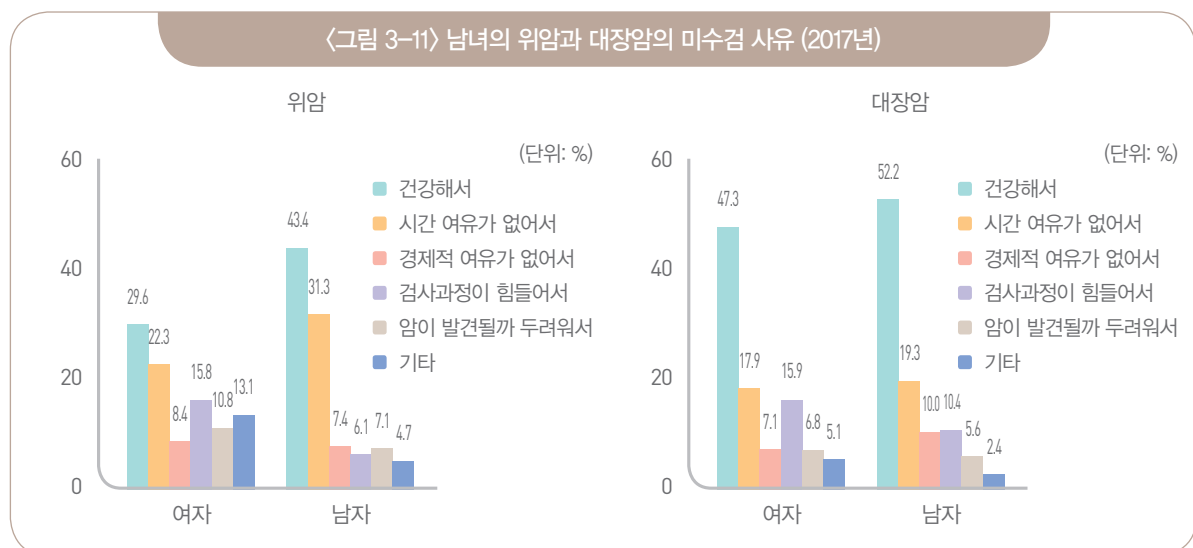


주: 2005년 추계인구로 표준화함
자료: 국립암센터, 암검진 수검행태조사, 2017년



주: 2005년 추계인구로 표준화함
자료: 국립암센터, 암검진 수검행태조사, 2017년

한편 위암과 대장암 검진을 받지 않는 이유에 대해, 여자는 '두려움'이나 '검사과정 불편함'으로 응답한 경우가 많았고, 남자는 '경제적 여유 부족'이 상대적으로 높게 나타났다. 특히 여자는 연령이 증가할수록 '검사과정이 힘들어서'라고 응답한 경우가 증가하였으며, 상대적으로 '건강해서', '시간 여유가 없어서'라고 응답한 비중은 감소하는 경향을 보였다.



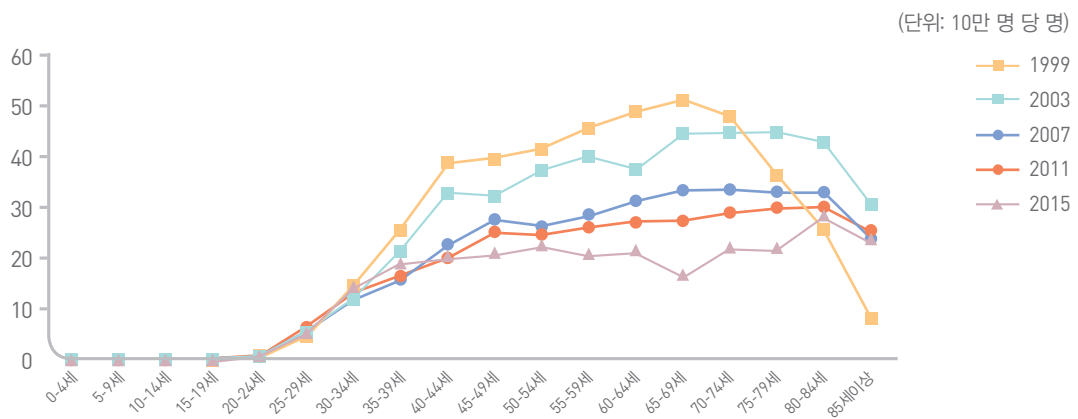
자료: 국립암센터, 암검진 수검행태조사, 2017년

4) NHS Cancer Screening Programmes, Breast Screening Programme, England Statistics for 2016-2017

5) National Cancer Institute, Cancer Trends Progress Report, 2015

전세계적으로 자궁경부암은 전체 여성에서 4번째, 가임기 여성에서 2번째로 흔한 암이다. 우리나라 여성의 자궁경부암 발생률은 2018년 인구 10만 명 당 8.4명이며, 다른 나라에 비해서는 낮은 수준이다. 하지만 20~30대 여성에서 자궁경부 상피내암을 포함한 자궁경부암 발생률은 증가하고 있다. 25~29세 사이에 급격히 증가하고 있는 자궁경부 상피내암을 예방하고, 합병증을 감소시키기 위해 노력해야 한다.

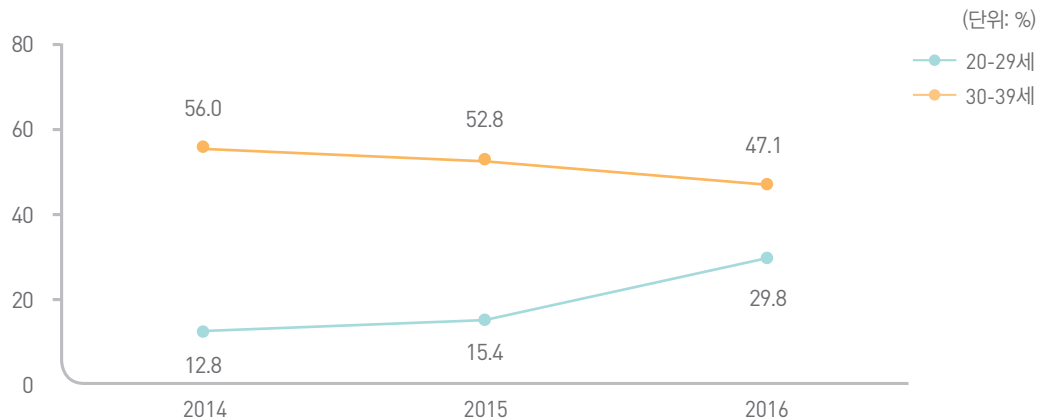
〈그림 3-12〉 자궁경부암의 연령군별 발생률 추이 (1999~2015년)



자료: 국립암센터. 국가암등록통계, 1999~2015년

젊은 연령층에서의 자궁경부암 발생을 줄이기 위해 2016년부터 국가 암검진 사업의 자궁경부암 선별 검사 시작 연령을 20세로 확대하였다. 이에 따라 20~29세 여성의 자궁경부암 수검률은 2014년 12.8%에서 2016년 29.8%로 증가하였으나 30~39세 여성의 수검률에 비해서는 낮은 수준이다. 20대 여성이 자궁경부암 수검률을 높이기 위한 정보 제공 및 접근성을 높이기 위한 다양한 대책이 필요하다.

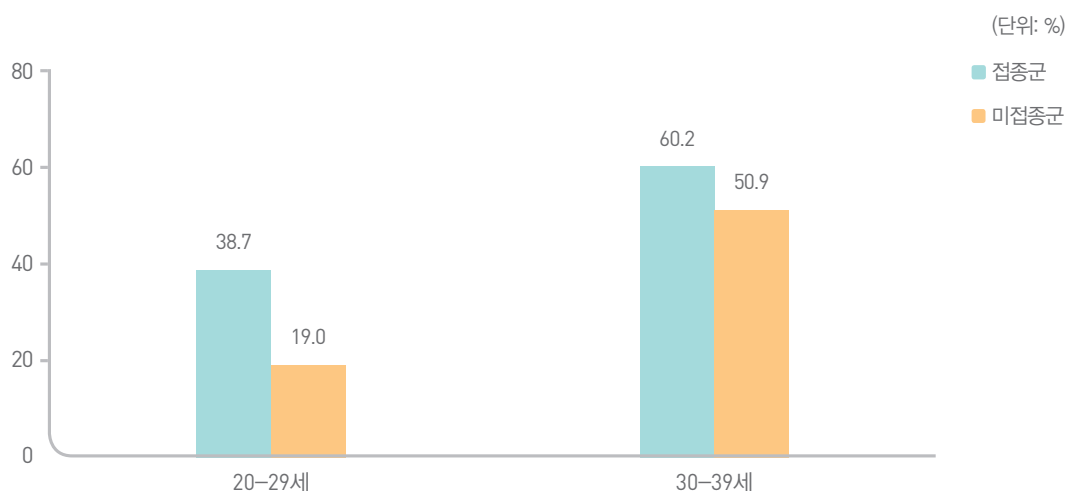
〈그림 3-13〉 20~39세 성인 여성의 연령군별 자궁경부암 수검률 (2014~2016년)



자료: 국립암센터. 암검진 수검행태조사, 2014~2016년

자궁경부암을 일으키는 가장 흔한 원인인 사람유두종 바이러스(Human Papillomavirus, HPV) 백신 접종률은 20~29세에서 11.9%, 30~39세에서 9.1%로 나타났다. 한편 HPV 백신 접종 여부에 따른 자궁경부암 수검률의 경우 HPV 예방접종을 받았다고 응답한 여성이 받지 않은 여성에 비해 자궁경부암 검진률이 높은 것으로 나타났다. 이는 예방적 건강서비스에 긍정적인 태도를 보이는 여성일수록 검진에 더 적극적으로 참여한다는 것을 의미한다.

〈그림 3-14〉 20~39세 성인 여성의 HPV 예방접종 여부에 따른 자궁경부암 수검률 (2014~16년)



자료: 국립암센터, 암검진 수검행태조사, 2014~16년

우리 사회의 성문화가 개방적으로 변해가면서 성관계를 경험하는 시기가 빨라지고 있으며, 여자 청소년의 성관계 경험율도 증가하는 추세이다. 따라서 젊은 여성에게 자궁경부암 검진과 HPV 백신이 갖는 중요성은 크다. 젊은 여성에게 검진 및 백신에 대한 정보를 제공하고 예방적 서비스에 대해 긍정적 태도를 갖도록 지원해야 한다.





수치로 보는 여성건강 2018

IV. 건강행태

1. 흡연과 음주
2. 신체활동
3. 영양섭취와 식생활
4. 비만과 체중조절
5. 청소년의 건강행태



IV. 건강행태

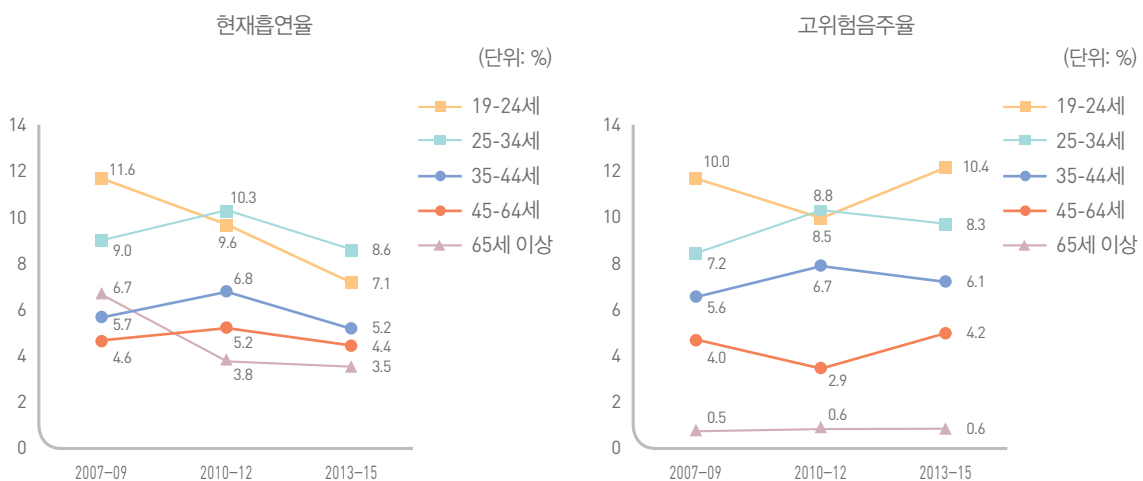
흡연, 음주, 신체활동, 식이 등을 포함하는 건강행태는 건강에 영향을 미치는 중요한 생활습관이다. 각 개인은 자신의 건강행태를 스스로 선택하지만, 개인을 둘러싼 사회·경제적 요인 역시 건강행태에 영향을 미친다. 따라서 자가건강관리 노력뿐 아니라 적절한 예방·중재 프로그램에 의해 건강행태는 달라질 수 있으며, 이를 통해 통해 질병 발생 위험을 줄이고 건강을 향상시킬 수 있다.

1. 흡연과 음주

흡연과 음주는 많은 질병의 원인이 되는 건강행태이다. 성인 여성의 현재 흡연율은 5.8%로 성인 남자의 현재 흡연율인 41.5%에 비하면 매우 낮은 수치이나, 남자의 현재 흡연율이 2005년 이후 지속적으로 감소한 것에 비해 여성의 현재 흡연율은 2005년 이후 큰 변화가 없다. 연령대별로는 25~34세 여성의 현재 흡연율이 8.6%로 가장 높았다.

성인 여성의 고위험음주율은 6.0%, 성인 남자의 고위험음주율은 20.4%로 남자는 2007~09년 이후 지속적으로 감소하는 경향을 보이나, 여자는 2007~09년 이후 꾸준히 증가하는 반대 양상을 보인다. 연령대별로는 19~24세 여성의 고위험음주율이 10.4%, 25~34세의 고위험음주율이 8.3%로 젊은 여성의 고위험음주율이 높았고 연령이 높을수록 고위험음주율은 낮게 나타났다.

〈그림 4-1〉 19세 이상 성인 여성의 연령별 현재흡연율과 고위험음주율 (2007~2015년)

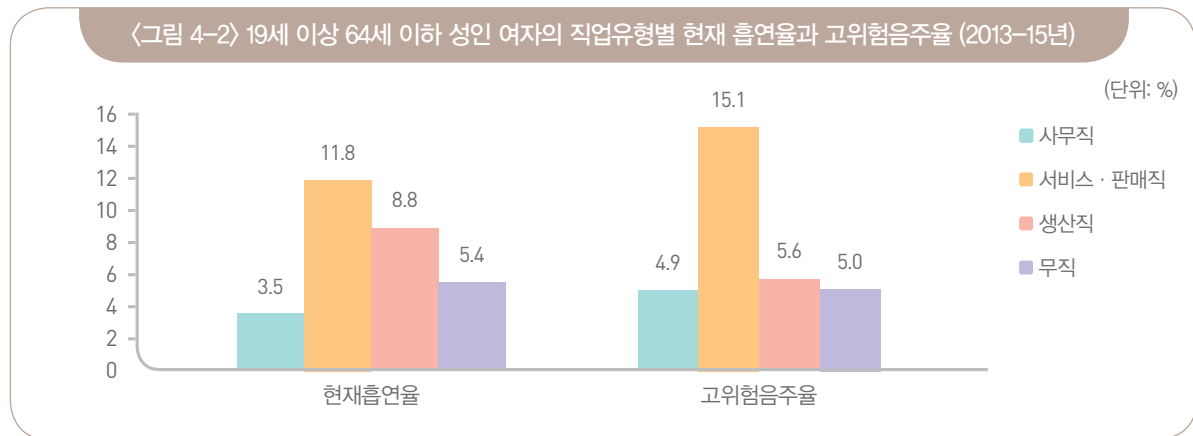


주1: 현재흡연율은 평생 5갑(100개비) 이상 흡연한 흡연자이면서, 현재 담배를 피우거나 가끔 피운다고 응답한 사람들의 비율임.

주2: 고위험음주율은 1회 평균 음주량이 7잔(여자 5잔) 이상이며, 주 2회 이상 음주하는 비율을 말함.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2007~09년, 2010~12년, 2013~15년

직업유형에 따른 현재 흡연율과 고위험음주율을 살펴보면, 서비스 및 판매직에 종사하는 성인 여성의 현재 흡연율이 11.8%, 고위험음주율이 15.1%로 다른 직업군과 비해 높게 나타났다. 현재 흡연율과 고위험음주율이 가장 낮은 사무직에 비해 서비스·판매직의 현재흡연율과 고위험음주율은 3배 이상 높게 나타나, 이들에 대한 적절한 흡연 및 음주 예방 교육 및 인식개선이 필요하다.



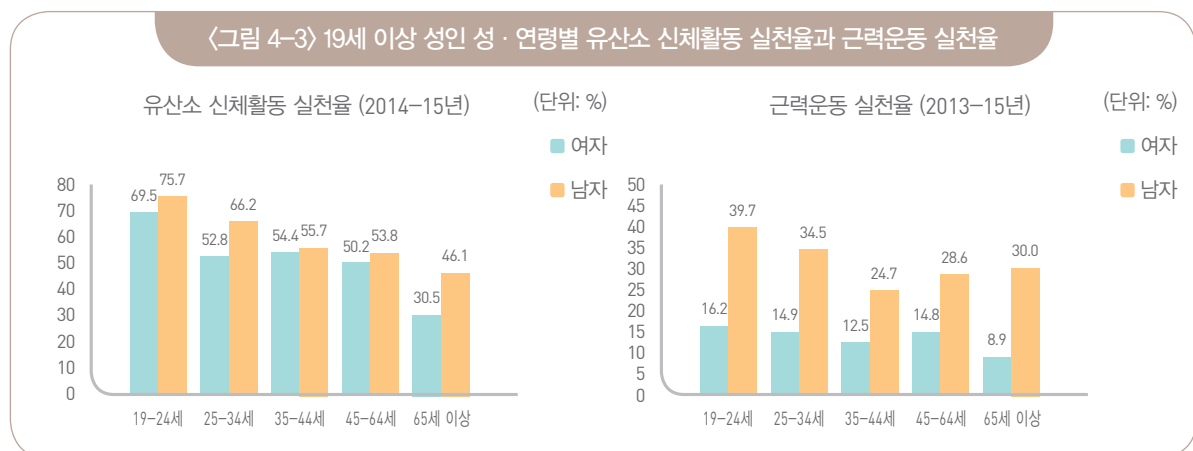
주: 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-15년

2. 신체활동

성인 남녀의 유산소 신체활동 실천율은 남자가 58.9%, 여자가 52.2%로 여자가 남자보다 낮으며, 전 연령대에서 여성의 유산소 신체활동 실천율이 남자보다 낮았다. 특히 65세 이상의 경우 남자 46.1%, 여자 30.5%로 남녀 간 유산소 신체활동 실천율 격차가 다른 연령대에 비해 더 컸다.

또 다른 운동지표인 근력운동 실천율을 함께 살펴보면, 2013-15년 여성의 근력운동 실천율은 13.8%, 남자의 근력운동 실천율은 30.5%로 여자가 남자에 비해 매우 낮았다. 65세 이상 여성의 근력운동 실천율은 8.9%로 매우 낮은 것에 비해 남자는 30.0%로 이전 연령대보다 높은 수준을 보여, 여성 노인의 신체활동 증대를 위한 노력이 필요하다.



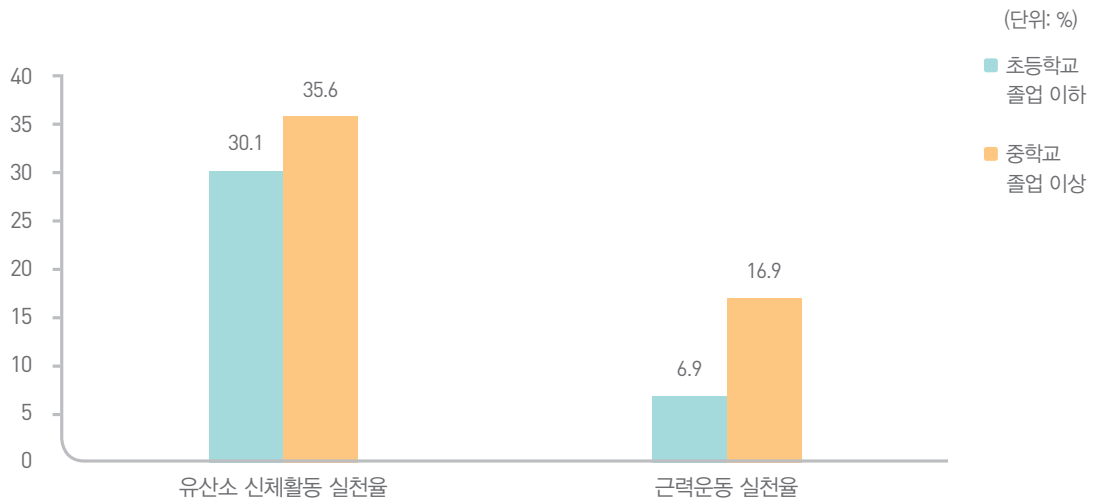
주1: 유산소 신체활동 실천율은 중강도 신체활동을 일주일당 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 일주일 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도를 섞어서(고강도 1분은 중 강도 2분) 각 활동에 상당하는 시간 실천한 분율임.

주2: 근력운동 실천율은 최근 1주일 동안 근력운동을 2일 이상 실천한 분율임.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사 2013-15년

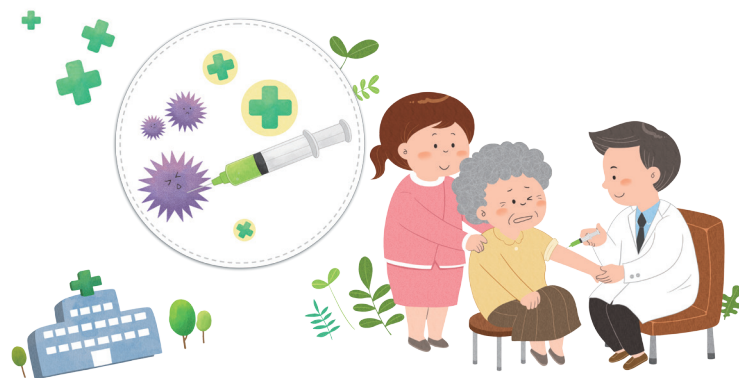
65세 이상 여성의 교육수준별 유산소 신체활동 실천율과 근력운동 실천율을 살펴보면, 교육수준이 초등학교 졸업 이하일 때 유산소 신체활동 실천율이 30.1%, 중학교 졸업 이상일 때 35.6%로 나타나 교육수준이 높을수록 유산소 신체활동 실천율이 높게 나타났다. 근력운동 실천율은 그 격차가 더욱 커져, 초등학교 졸업 이하인 경우 6.9%, 중학교 졸업 이상인 경우 16.9%로 나타났다. 노인 여성 중에서도 교육수준이 낮을 경우 신체활동 실천율이 더 낮게 나타나, 노인 여성의 적절한 신체활동에 대한 교육이 필요할 것으로 보인다.

〈그림 4-4〉 65세 이상 여성의 교육수준별 유산소 신체활동 실천율(2014-15년)과 근력운동 실천율 (2013-15년)



주: 2005년 추계인구로 표준화함.

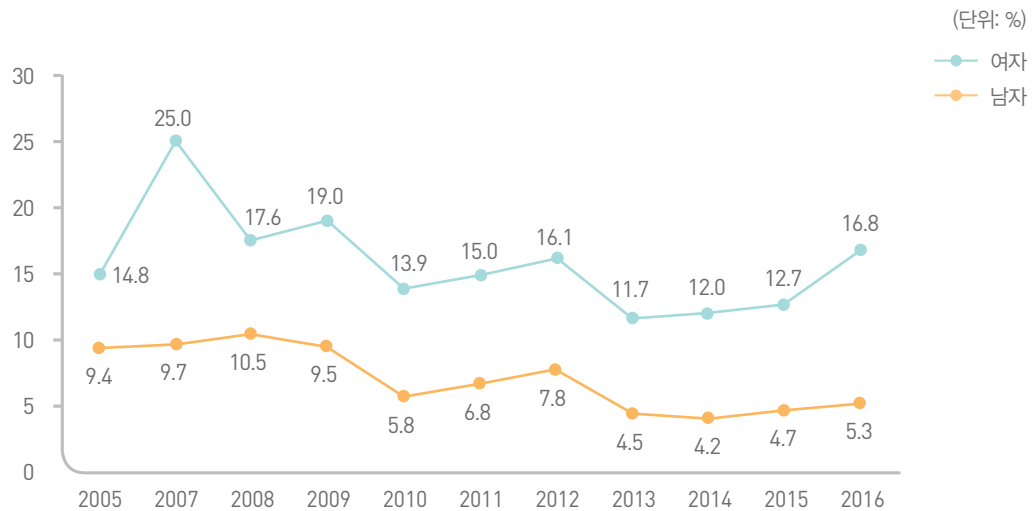
자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-15년



3. 영양섭취와 식생활

성인 여성의 영양섭취부족자 비율은 남자보다 항상 높았으며, 특히 2013년 이후에는 남녀 간 차이가 증가는 경향을 보였다. 연령대별로는 2016년 19-29세 젊은 연령군의 영양섭취부족자 비율이 26.9%로 가장 높게 나타났다.

〈그림 4-5〉 19세 이상 성인의 영양섭취부족자 비율 (2005~2016년)

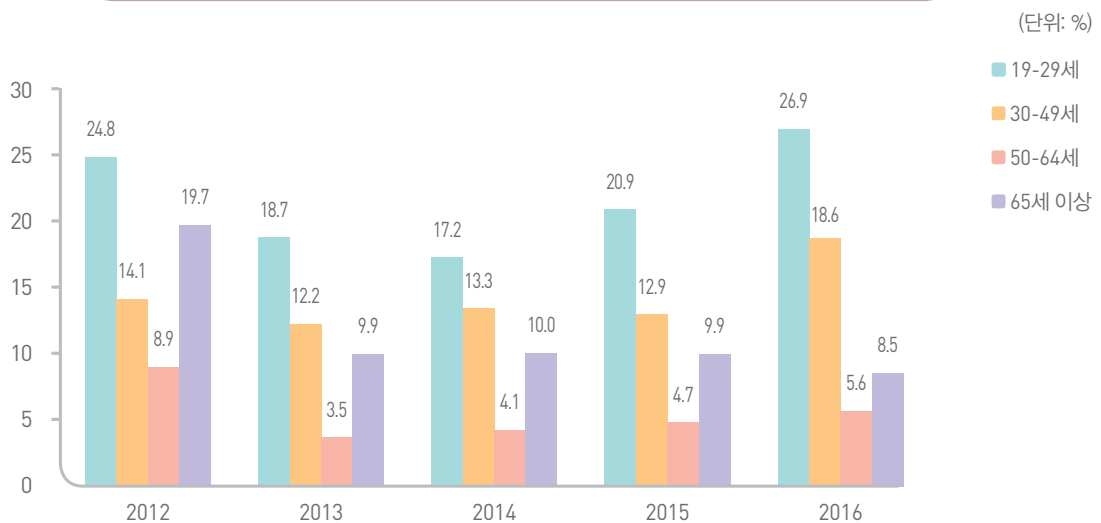


주1: 영양섭취부족자 비율은 에너지 섭취수준이 필요추정량(또는 영양권장량)의 75% 미만이면서 칼슘, 철, 비타민 A, 리보플라빈의 섭취량이 평균필요량(또는 영양권장량의 75%) 미만인 비율임.

주2: 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2005~2016년

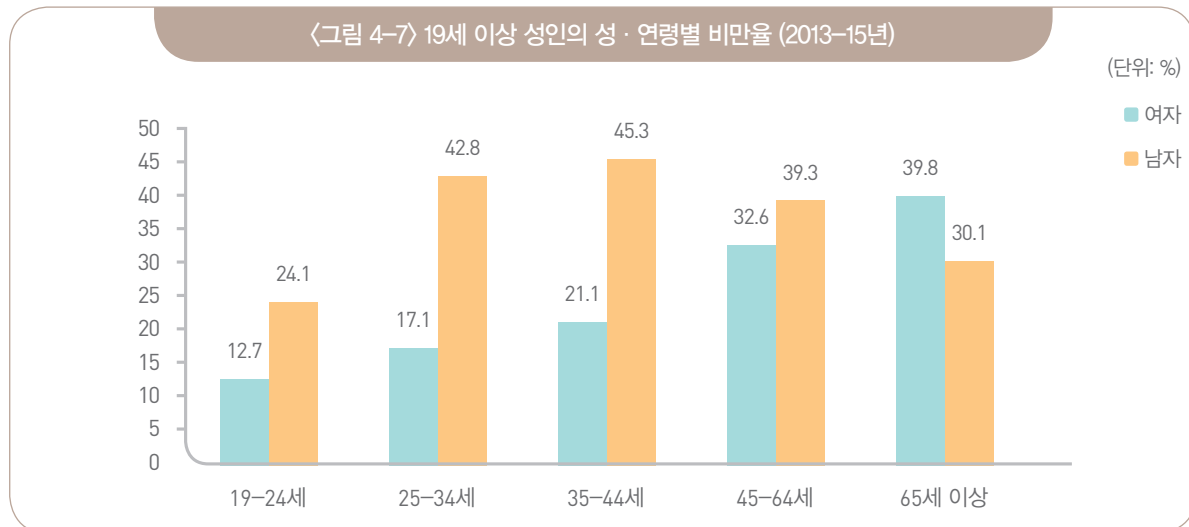
〈그림 4-6〉 19세 이상 성인 여성의 연령별 영양섭취부족자 비율 (2012~2016년)



자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2012~2016년

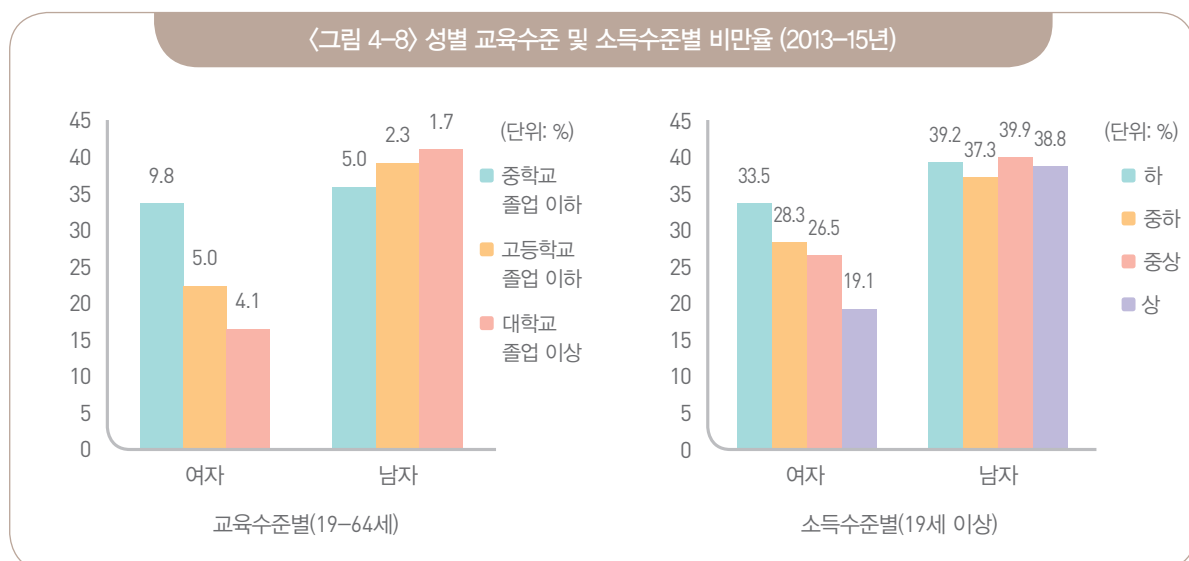
4. 비만과 체중조절

2013~15년 성인 비만율은 남자 38.4%, 여자 24.8%로 남자가 여자보다 더 높았다. 여자의 연령대별 비만율을 살펴 보면, 여자는 19~24세에서 12.7%로 가장 낮았고, 나이가 많아질수록 비만 유병률이 증가해 65세 이상에서 39.8%로 가장 높았다.



주: 비만율은 체질량지수(BMI)가 25kg/m² 이상인 비율임.
 자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013~15년

교육수준 및 소득수준별 비만율은 남녀가 서로 다른 양상을 보인다. 교육수준의 경우 남자는 교육수준이 높을수록 비만율이 높아진 데 반해, 여자는 교육수준이 높을수록 비만율이 낮았다. 또한 남자의 경우 소득수준에 따라 비만율의 차이가 크지 않았으나, 여자는 소득수준이 낮을수록 비만율이 높아져 소득수준에 따른 비만율의 차이가 뚜렷했다.



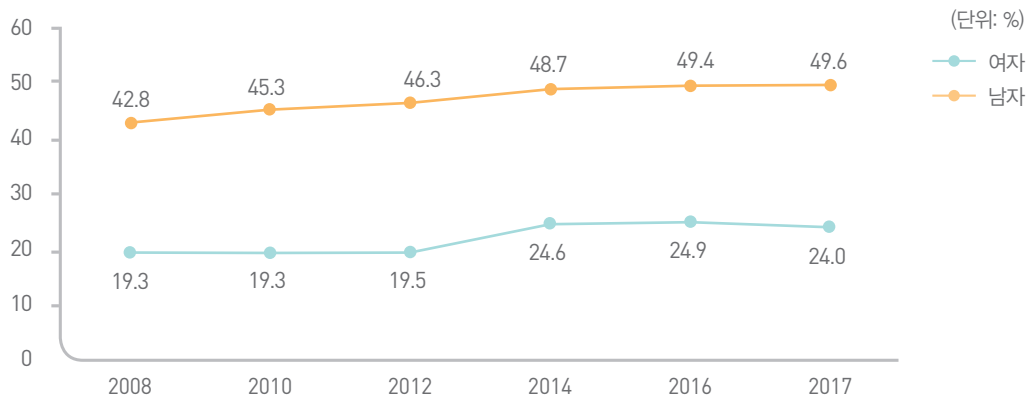
주1: 비만율은 체질량지수(BMI)가 25kg/m² 이상인 비율임.
 주2: 2005년 추계인구로 표준화함.
 자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013~15년

5. 청소년의 건강행태

● 신체활동

여자 청소년의 신체활동을 파악하기 위해 주 3회 이상 격렬한 신체활동을 얼마나 했는지 살펴보았다. 2017년 여자 청소년의 격렬한 신체활동 실천율은 24.0%로 2008년에 비해 다소 증가했으나, 남자 청소년의 격렬한 신체활동 실천율에 비해 매우 낮은 수준이다.

〈그림 4-9〉 중학교 1학년-고등학교 3학년 청소년의 주 3일 이상 격렬한 신체활동 실천율 (2008~2017년)



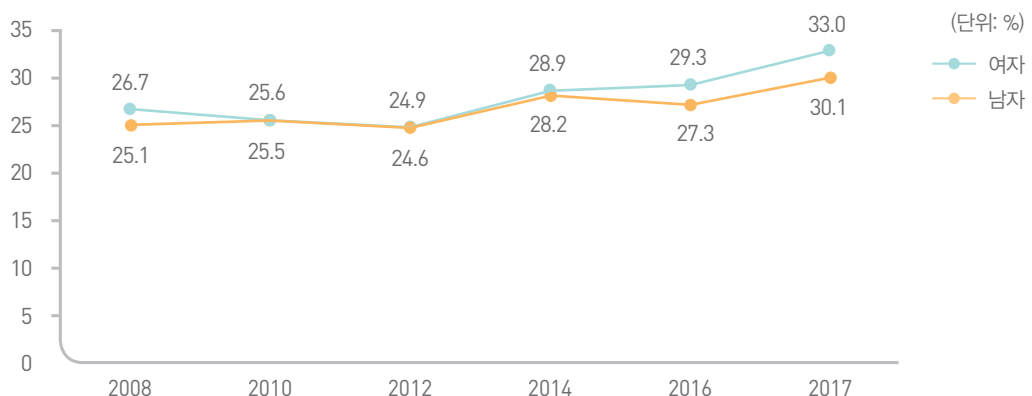
주: 격렬한 신체활동 실천율은 최근 7일 동안 격렬한 신체활동(조깅, 축구, 농구, 태권도, 등산, 빠른 속도의 자전거 타기, 빠른 수영, 무거운 물건 나르기 등)을 20분 이상 한 날이 3일 이상인 사람의 비율임.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 청소년건강온라인행태조사, 2008~2017년

● 영양섭취 및 식생활

청소년기는 성장과 발달을 위해 균형잡힌 식생활과 영양섭취가 중요하다. 식생활 문제를 파악하기 위해 주 5일 이상 아침식사 결식을 상황을 살펴보았다. 여자 청소년의 주 5일 이상 아침식사 결식률은 2008년 26.7%, 2012년 24.6%로 낮아졌다가 이후 다시 증가해 2017년 33.0%로 나타났고, 이러한 추이는 남자 청소년에서도 비슷하게 나타났다.

〈그림 4-10〉 중학교 1학년-고등학교 3학년 청소년의 주 5일 이상 아침식사 결식률 (2008~2017년)



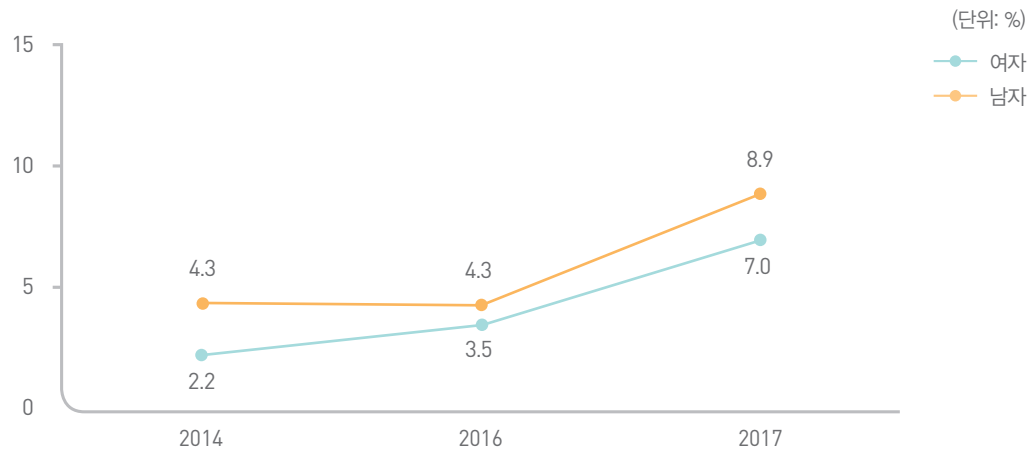
주: 최근 7일 동안 아침식사를 5일 이상 먹지 않은 사람의 비율임.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 청소년건강온라인행태조사 2008~2017년

카페인의 과도한 섭취는 심혈관계 기능 이상을 초래할 수 있으며, 칼슘의 흡수를 방해해 청소년의 성장을 저해할 수 있어 주의가 필요하다.

최근 청소년의 고카페인음주 섭취가 늘고 있는데, 2017년 여자 청소년의 고카페인음료 섭취율은 7.0%로 2014년 이후 지속적으로 증가하고 있다.

〈그림 4-11〉 중학교 1학년-고등학교 3학년 청소년의 주 3회 이상 고카페인음료 섭취율 (2014~2017년)

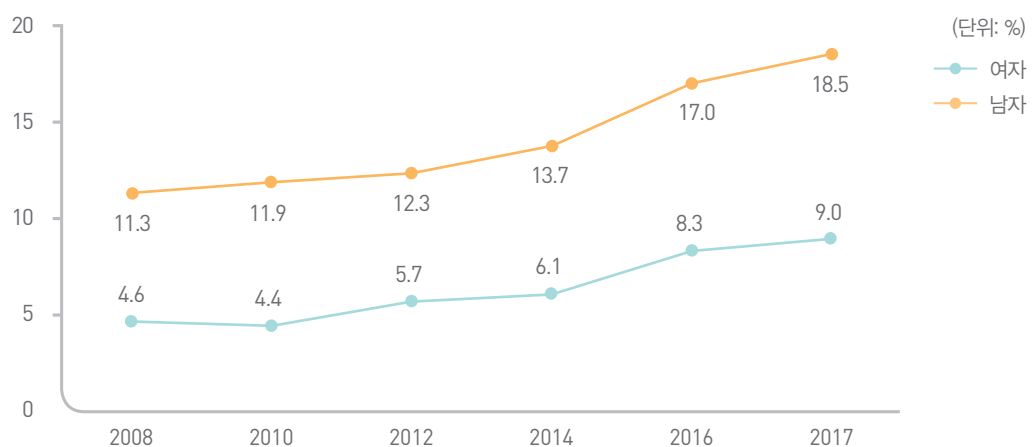


주: 최근 7일 동안 3회 이상 고카페인(또는 에너지) 음료를 마신 사람의 비율
자료: 보건복지부·질병관리본부, 청소년건강행태온라인조사, 2014~2017년

● 비만과 체중조절

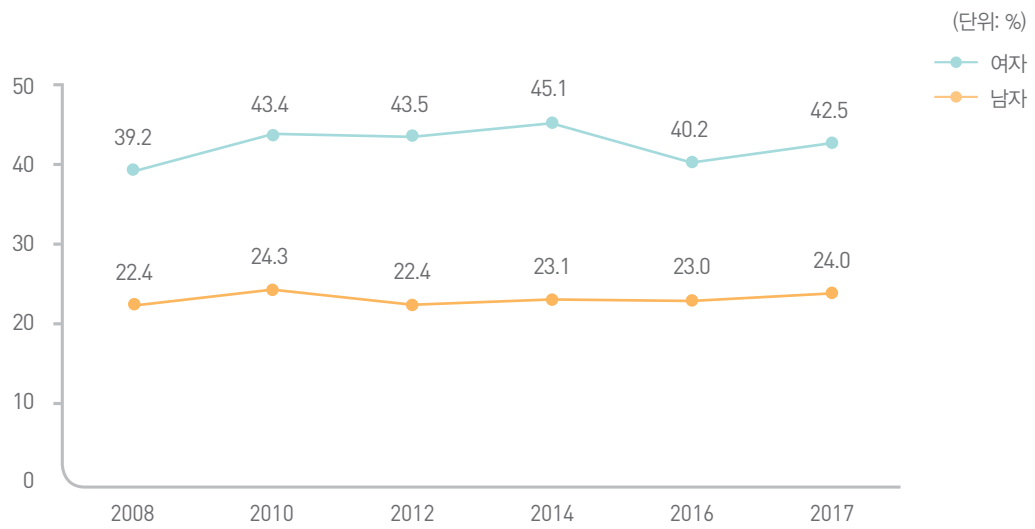
2017년 여자 청소년의 비만율은 9.0%로 남자 청소년의 비만율인 18.5%보다 훨씬 낮았다. 반면 여자 청소년의 42.5%, 남자 청소년의 24.0%가 최근 30일 간 체중감소를 위해 노력한 것으로 나타나, 비만율은 남자가 여자보다 높았던 것에 반해 체중감소 시도는 그 반대인 것으로 나타났다.

〈그림 4-12〉 중학교 1학년-고등학교 3학년 청소년의 비만율 (2008~2017년)



주: 비만율은 2007년 소아청소년 성장도표 연령별 체질량지수 기준 95백분위수 이상 또는 체질량지수 25 이상인 사람의 비율임.
자료: 보건복지부·질병관리본부, 청소년건강행태온라인조사, 2008~2017년

〈그림 4-13〉 청소년의 월간 체중감소 시도율 (2008~2017년)



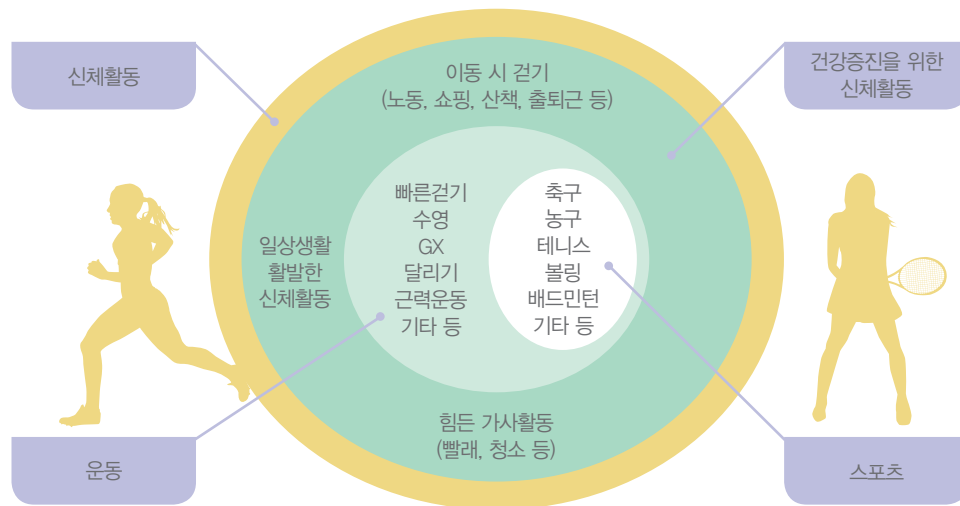
자료: 보건복지부·질병관리본부, 청소년건강행태온라인조사, 2008~2017년



신체활동은 일상적인 활동과 운동, 스포츠를 통해 높일 수 있다. 단순히 건강증진 때문이 아니라 운동과 스포츠 자체에 흥미를 느끼고 습관화 한다면 오랫동안 신체활동을 할 수 있을 것이다.

성인 여자의 신체활동 수준은 전반적으로 남자보다 낮을 뿐만 아니라 신체활동의 유형이 걷기에 집중되어 있다. 2016년 국민건강통계에 의하면 여자의 걷기 실천율은 38.2%로 남자와 거의 차이가 없으나, 유산소 신체활동 실천율은 여자 44.3%, 남자 51.3%, 근력운동 실천율은 여자 14.5%, 남자 27.0%로 차이가 있다.

〈그림 4-14〉 신체활동 개념도

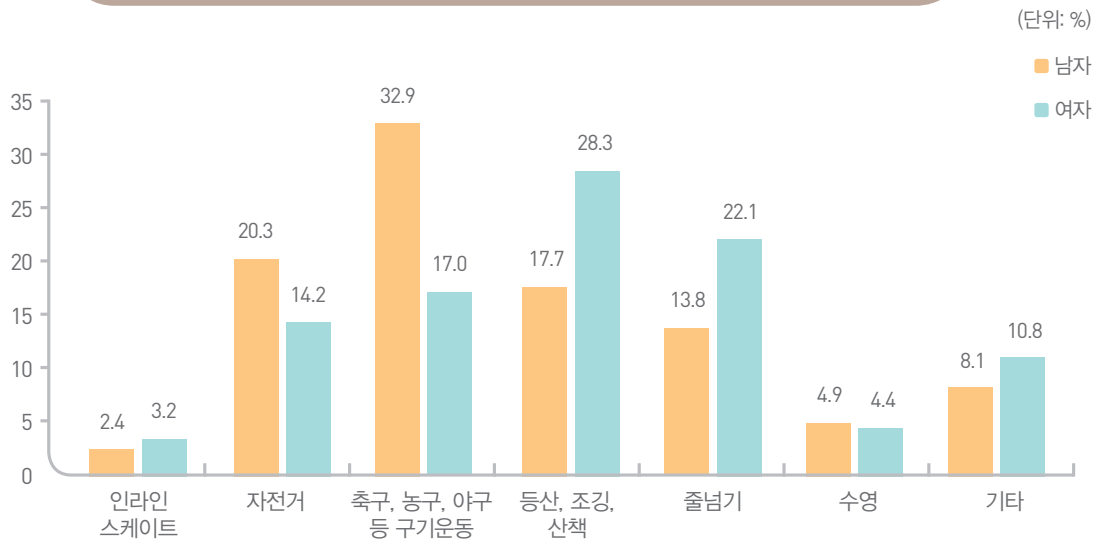


자료: 보건복지부 · 건강증진개발원. 2016년 지역사회 통합건강증진사업 안내-신체활동, p.15

청소년에서도 남녀 간 신체활동의 종류에 차이가 있다. 여자 청소년은 남자 청소년에 비해 자전거, 구기운동 참여가 낮고 등산, 조깅, 산책이나 줄넘기를 하는 경우가 많다. 여자 청소년의 56%가 규칙적으로 참여하는 스포츠 활동팀이 없었으며, 남자 청소년보다 스포츠 활동팀 참여가 낮을 뿐만 아니라 2개 이상의 스포츠 활동팀에 참여하는 경우도 뚜렷하게 낮았다.

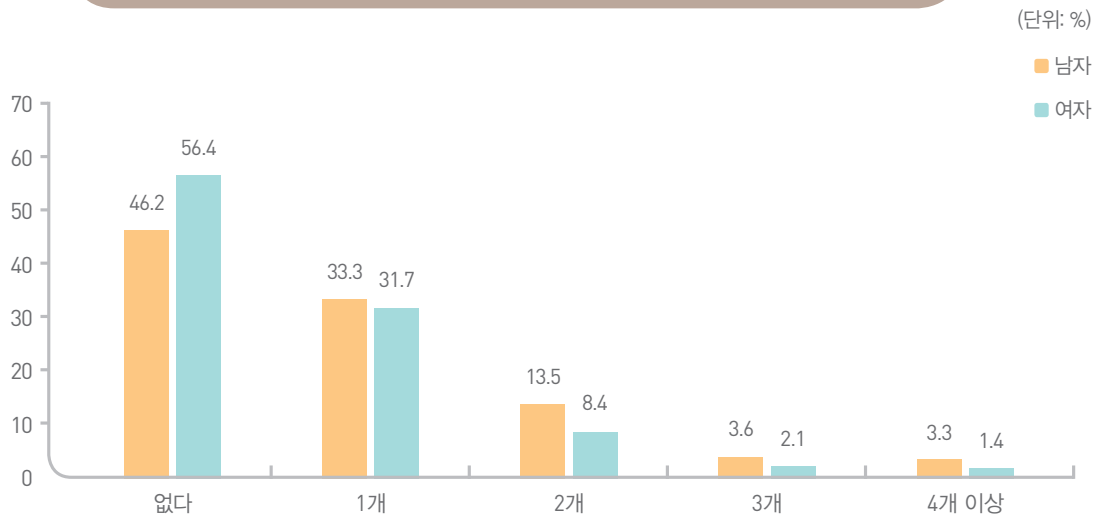
여자 청소년이 다양한 스포츠 활동팀에 참여하지 않거나 구기운동을 하지 않는 데에는 신체적 요인 뿐 아니라 다양한 사회문화적 요인이 작동하고 있다. 그러나 신체활동이 만성질환 발생과 노년기 건강에 미치는 영향, 신체활동 참여를 통해 삶의 질이 올라간다는 점을 생각하면 여자들이 다양한 신체활동을 할 수 있도록 제도적으로 지원하는 것이 필요하다. 청소년기부터 여자들이 신체활동에 참여해 즐거움을 느끼고 이를 가족, 친구나 직장동료와 공유하는 것이 자연스러운 일상이 되도록 해야 할 것이다.

〈그림 4-15〉 여자 청소년과 남자 청소년의 신체활동의 종류 (2014년)



자료: 보건복지부 · 건강증진개발원, 2016년 지역사회 통합건강증진사업 안내-신체활동, p.15

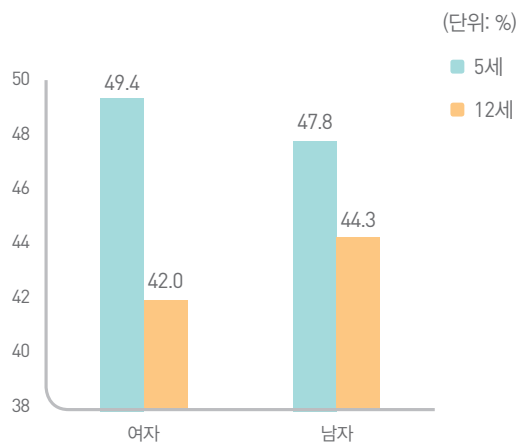
〈그림 4-16〉 여자 청소년과 남자 청소년의 규칙적 참여 스포츠활동팀 분포 (2017년)



자료: 교육부 · 질병관리본부 · 보건복지부, 청소년건강행태온라인조사 통계, 2017년

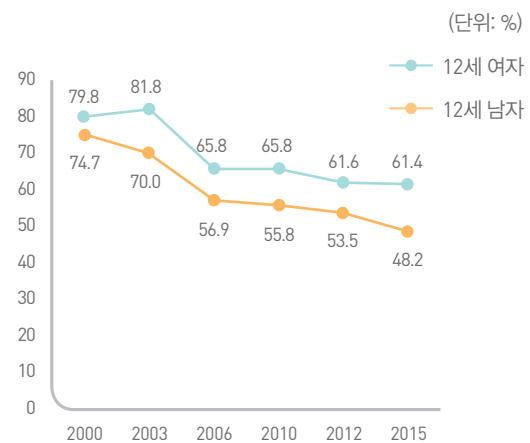
아동 구강건강의 성별 차이는 뚜렷하게 나타난다. 자신의 구강건강을 '매우 좋다' 혹은 '좋다'고 인식한 아동의 비율은 연령이 증가할수록 감소하는 경향을 보인다. 그러나 여아의 경우 5세와 12세 간 감소폭이 7.4%인데 반해 남아는 3.5%로 여아의 구강건강 인식을 감소폭이 남아보다 높았는데, 이는 여아에게서 높게 나타나는 치아우식경험률 및 치아우식유병률과 관련성이 있다.

〈그림 4-17〉 주관적 구강건강 인식율 (2015년)



주: 아동이 자신의 구강건강을 '매우 좋다' 혹은 '좋다'로 응답한 비율
 자료: 보건복지부 · 국민구강건강실태조사, 아동구강건강실태조사, 2015년

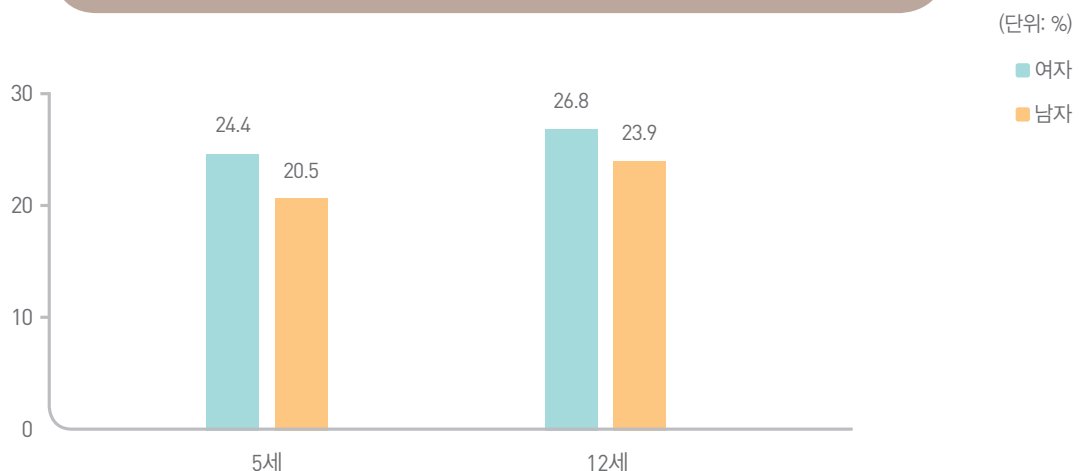
〈그림 4-18〉 치아우식경험률 (2000~2015년)



자료: 보건복지부 · 국민구강건강실태조사, 아동구강건강실태조사, 2000~2015년

아동의 미충족 치과의료 경험은 여아가 남아에 비해 약간 높은 경향을 보인다.

〈그림 4-19〉 미충족 치과의료 경험률 (2015년)

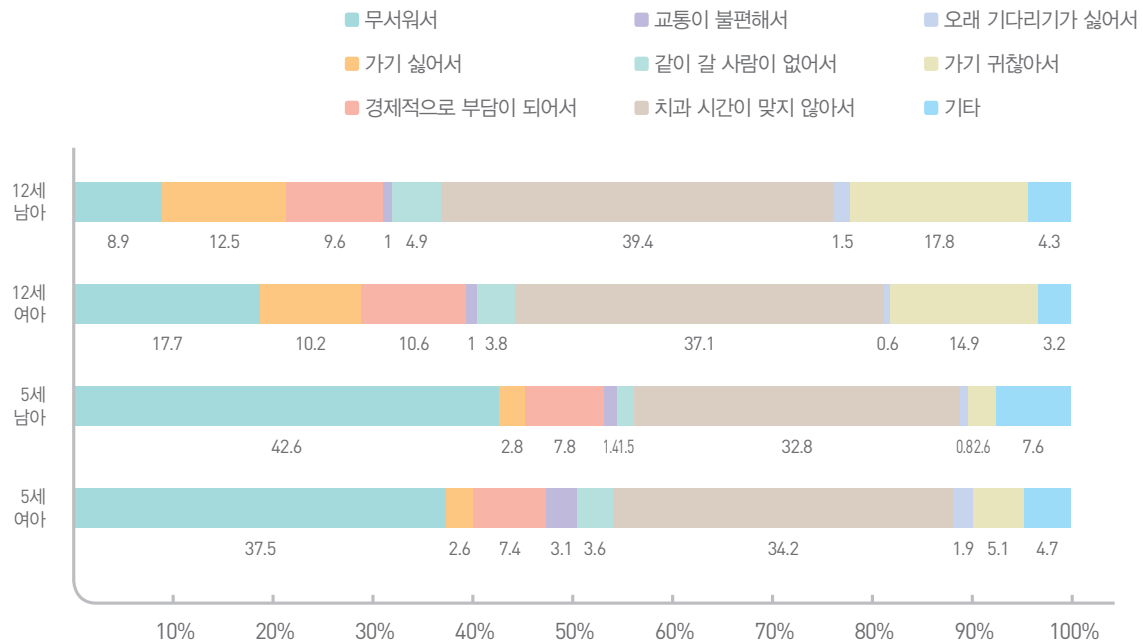


자료: 보건복지부 · 국민구강건강실태조사, 아동구강건강실태조사, 2015년

미충족 치과의료 경험 이유를 보면, 5세의 경우 여아와 남아 모두 치과치료를 '무서워' 하는 경우가 가장 많았으며, 아동의 미충족 치과의료 경험률의 경우 여아가 남아에 비해 약간 높은 경향을 보인다. 12세의 경우 '치과 시간이 맞지 않아서' 치과 치료를 하지 못한 것으로 나타났다. 다만 치과치료를 '무서워'하는 12세 여아의 비율은 남아보다 높게 나타나, 치과 치료에 대한 심리적 공포감을 줄이기 위한 방안이 필요하다.

〈그림 4-20〉 미충족 치과의료 경험 이유 (2015년)

(단위: %)



자료: 보건복지부, 국민구강건강실태조사, 아동구강건강실태조사, 2015년





A grayscale photograph of a woman with short dark hair, wearing a light-colored button-down shirt, sitting at a desk in a classroom. She is looking off to the side with a thoughtful expression. In the background, another person is blurred, and large windows are visible.

수치로 보는 여성건강 2018

V. 정신건강

1. 주요 정신장애 유병 현황
2. 스트레스
3. 우울
4. 자살
5. 청소년의 정신건강

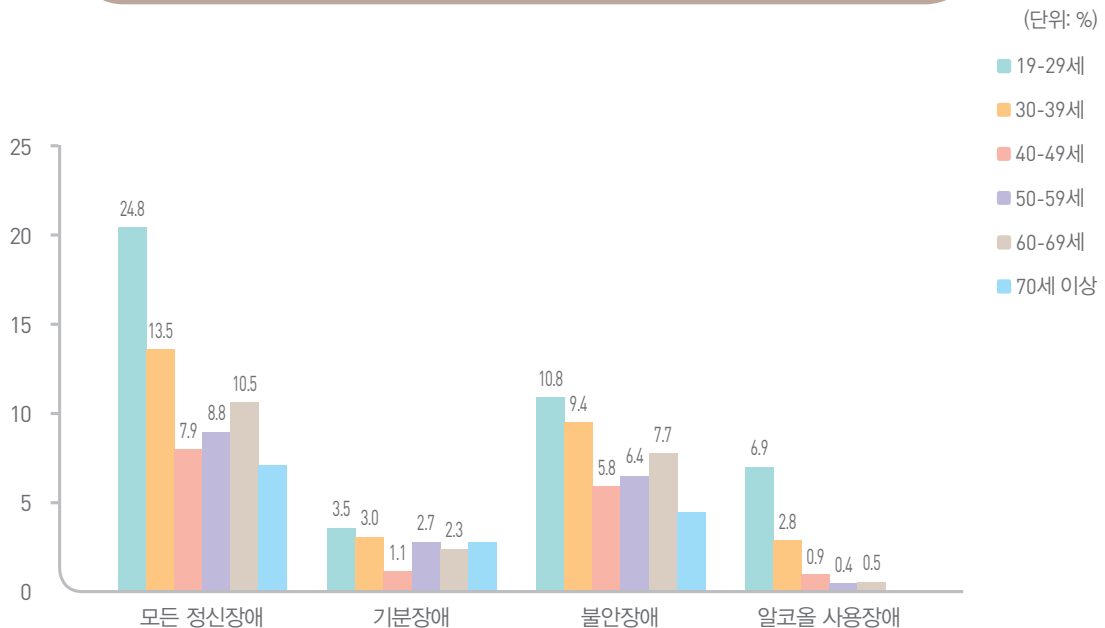
V. 정신건강

정신건강의 범위는 우울증, 조현병 등의 정신질환에서부터 스트레스와 우울과 같은 정신건강 문제에 이르기까지 다양하다. 정신건강 현황은 성별, 생애주기별, 사회경제학적 특성별 차이를 보이나 최근의 정신건강 현황 지표들에서 청·장년의 정신건강 문제가 다른 생애주기에 비해 높게 보고되고 있어 청·장년 정신건강 증진을 위한 보다 적극적인 접근이 필요하다.

1. 주요 정신장애 유병 현황

성인 여성의 약 1/5은 평생 동안 한 번 이상 주요 정신질환 중 하나 이상을 앓은 경험이 있다. 연령대별로 보면, 19~29세 여성의 모든 정신장애 일년 유병률이 다른 연령대보다 높게 나타나 청년층의 정신장애에 대한 조기 발견 및 조기 개입의 필요성이 부각되고 있다. 세부 질환으로 보면 기분장애, 불안장애 모두 여자에게서 높은 유병 현황을 보이며, 알코올 사용장애의 경우 전반적으로 남자에게서 높게 나타나나 19~29세 여성의 알코올 사용장애 유병률은 6.9%로 동 연령대의 남자 알코올 사용장애 유병률과 유사하게 높게 나타난다.

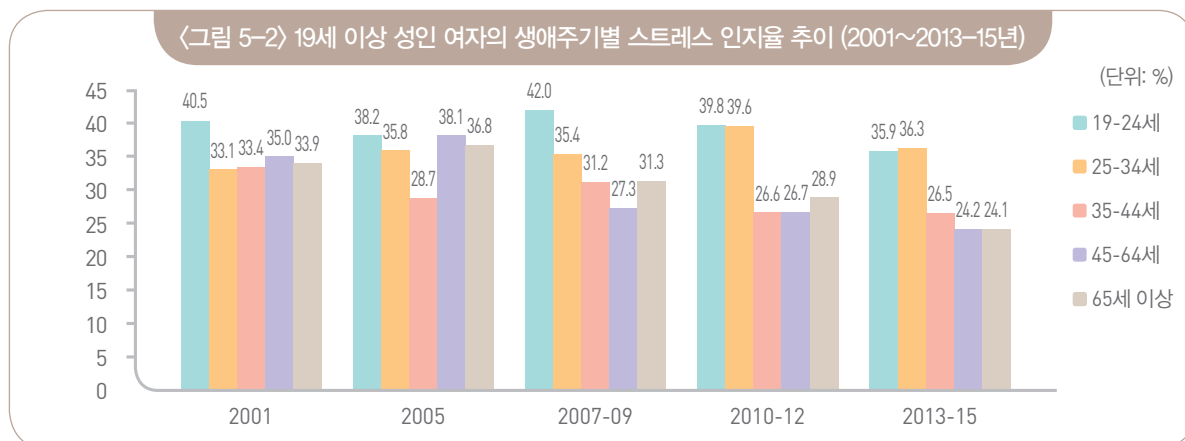
〈그림 5-1〉 19세 이상 성인 여성의 생애주기별 주요 정신장애 일년 유병률 (2016년)



자료: 보건복지부, 정신질환실태 역학조사, 2016년

2. 스트레스

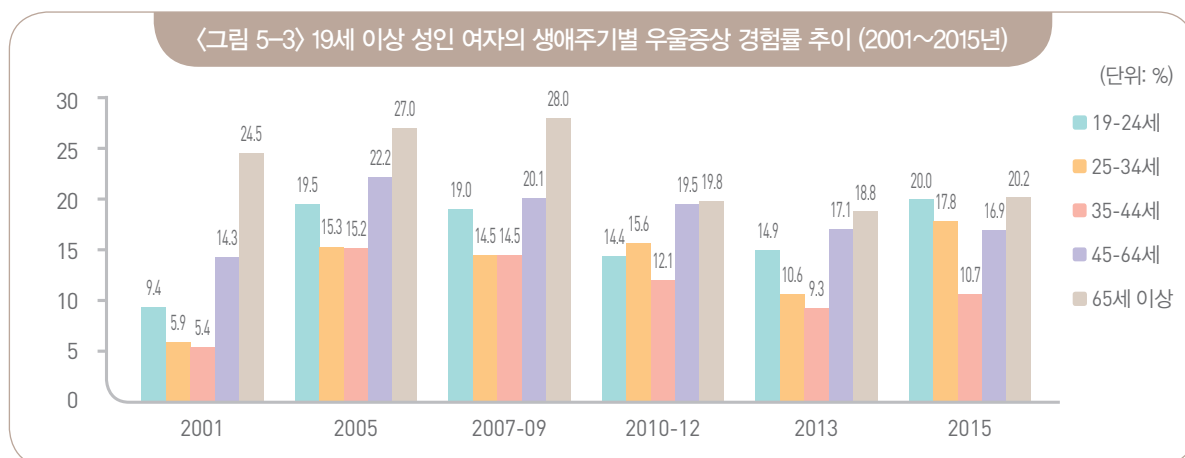
스트레스는 적응이 필요한 사건(예, 이혼, 가족의 죽음, 실직 등)에 노출됐을 때 혹은 개인이 자신의 능력에서 벗어나는 것을 요구받는 상황에 놓일 때 발생하는 것으로, 개인의 정신건강 수준을 파악할 수 있는 대표적인 지표 중 하나이다. 스트레스는 그동안 얼마나 많이 느끼고 있는지를 묻는 스트레스 인지율로 주로 측정되어 왔으며, 일반적으로 여자의 스트레스 인지율이 남자보다 높게 나타난다. 최근 스트레스 인지율은 감소하고 있는 추세를 보이나, 다른 연령 대에 비해 청·장년의 스트레스 인지율 감소폭은 노년층의 감소폭에 비해 작다.



주: 스트레스 인지율 - 평상시 생활 중에 스트레스를 대단히 많이 혹은 많이 느끼는 사람의 비율
 자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001, 2005, 2007-09, 2010-12, 2013-15년

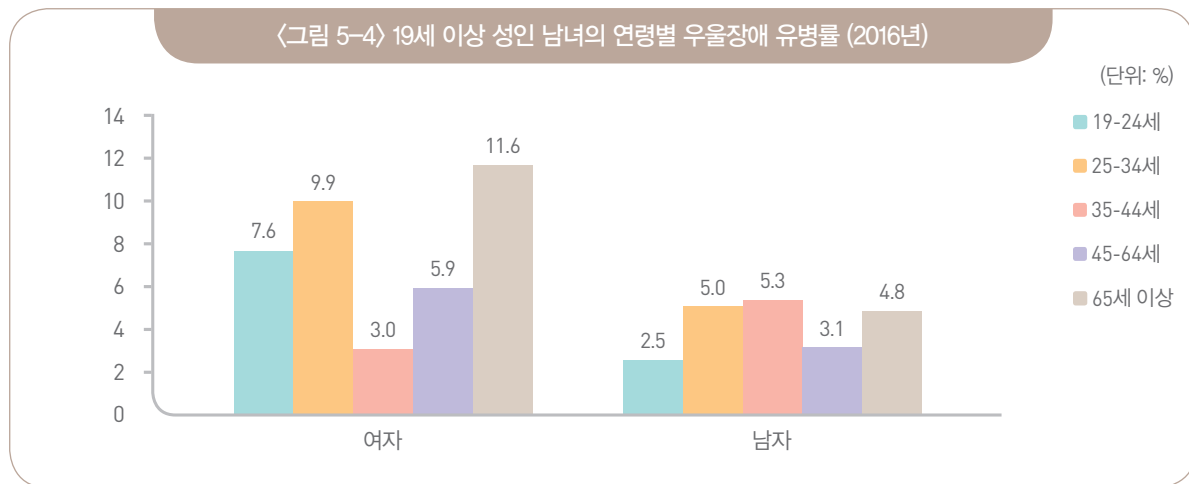
3. 우울

우울은 대표적인 정신건강 문제로 국내 건강증진 정책에서 중요한 이슈로 다루어지고 있다. 우울은 남자보다 여자에게서 높게 나타나며, 생애주기별로 보면 청·장년층 및 노년층의 우울 수준이 높고 중·장년의 우울 수준이 낮은 'U'자형 분포를 보인다. 우울 지표의 추이를 보면, 노년층의 우울 수준이 감소하는데 반해 청·장년의 우울수준은 증가하고 있다. 청년층의 우울과 스트레스, 자살생각 및 자살 시도 등과의 관련성이 높기 때문에 청·장년이 가지는 우울 문제에 대한 예방 및 개입 전략들을 수립하는 것이 필요하다.



주: 우울증상 경험률 - 지난 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 사람의 비율
 자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001, 2005, 2007-09, 2010-12, 2013, 2015년

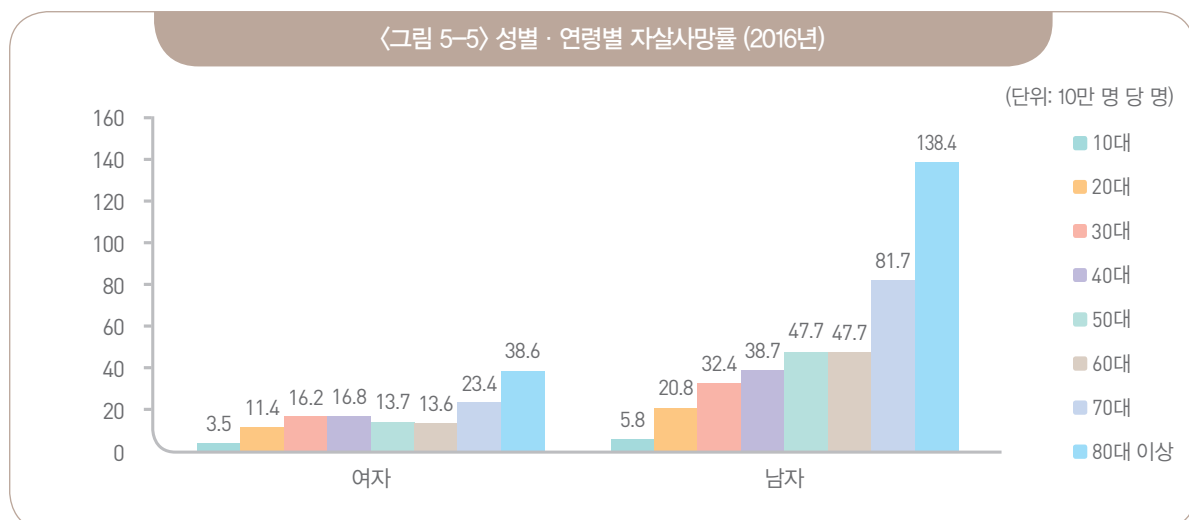
우울장애 유병률의 경우, 여자는 7.6%, 남자는 4.1%로 나타났으며, 연령별로 보면, 65세 이상인 노인 여성의 우울장애 유병률이 11.6%로 가장 높고 25-34세 여성의 우울장애 유병률이 9.9%로 높게 나타났다.



주: 우울장애 유병률 - PHQ-9척도의 9문항의 합을 산출하여 총점 27점 중 10점 이상인 경우를 우울장애가 있다고 간주하여 우울장애 유병률을 산출함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사, 2016년

4. 자살

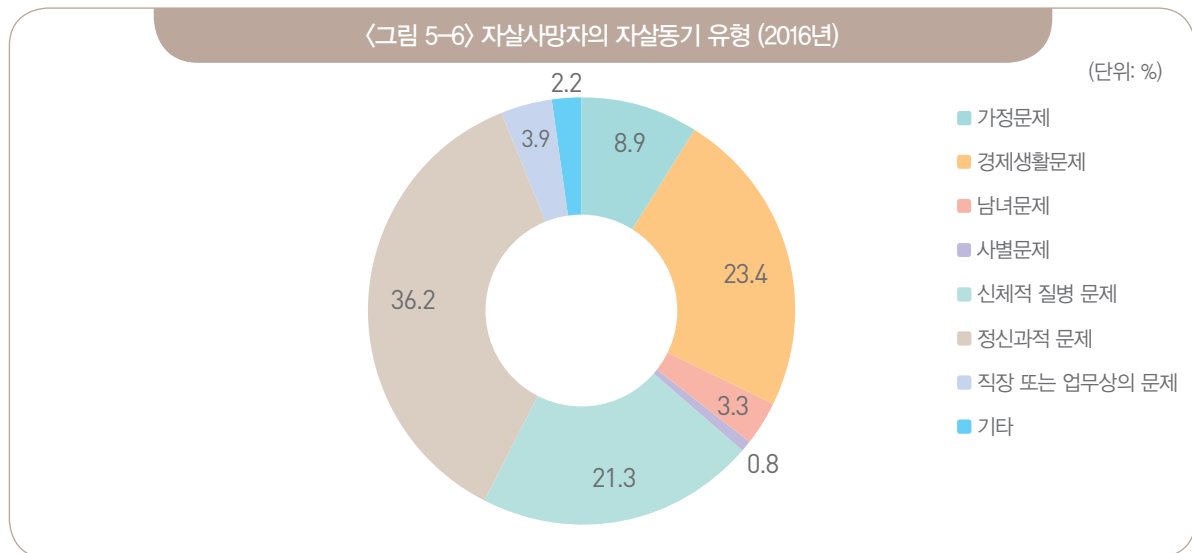
최근 한국의 자살 사망률은 감소 추세이다. 2016년 자살로 인한 사망률은 인구 10만 명당 25.6명으로 2015년 대비 0.9% 포인트 감소하였으며, 2013년 이후 감소하는 추세이긴 하나 여전히 10대 사망원인 중 하나이다.⁶⁾ 자살로 인한 사망률은 남자가 여자에 비해 높게 나타나며, 연령으로 살펴보면 남자는 연령이 증가할수록 자살사망률이 증가하는 구조를 가지나, 여자의 경우 30-40대와 70대 이상에서 높게 나타나는 구조를 보인다.



주: 자살사망률 - 인구 10만 명당 자살로 인한 사망자 수
자료: 중앙자살예방센터 홈페이지(spckorea-stat.or.kr)

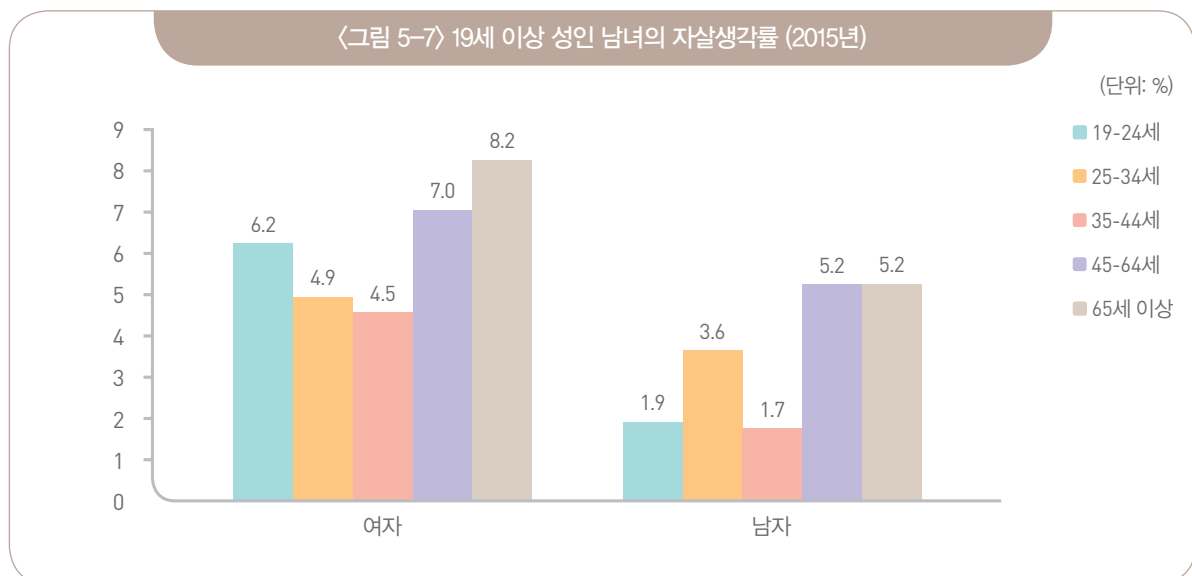
6) 중앙자살예방센터 홈페이지(www.spckorea.or.kr) 참조

자살에 주요한 영향을 미치는 요인으로는 우울과 같은 정신건강 문제와⁷⁾ 더불어 연령, 사회경제적 수준 등의 인구 사회학적 특성들이 보고된다. 2016년 자살사망자의 자살동기 유형을 보면,⁸⁾ 정신과적 문제가 36.2%로 가장 많았으며, 그 다음으로 경제생활 문제(23.4%), 신체적 질병 문제(21.3%)가 높게 나타났다.



자료: 중앙자살예방센터 홈페이지(spckorea-stat.or.kr)

개인이 지난 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있는지 여부로 측정된 자살생각률은 전반적으로 여자가 남자보다 높다. 연령별로 보면 65세 이상인 여자와 19~24세 여자의 자살생각률이 높게 나타났다.



주: 자살생각률 - 최근 1년 동안 진지하게 자살을 생각한 적이 있는 사람의 비율
 자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2015년

7) 보건복지부(2013). 2013 자살실태조사.

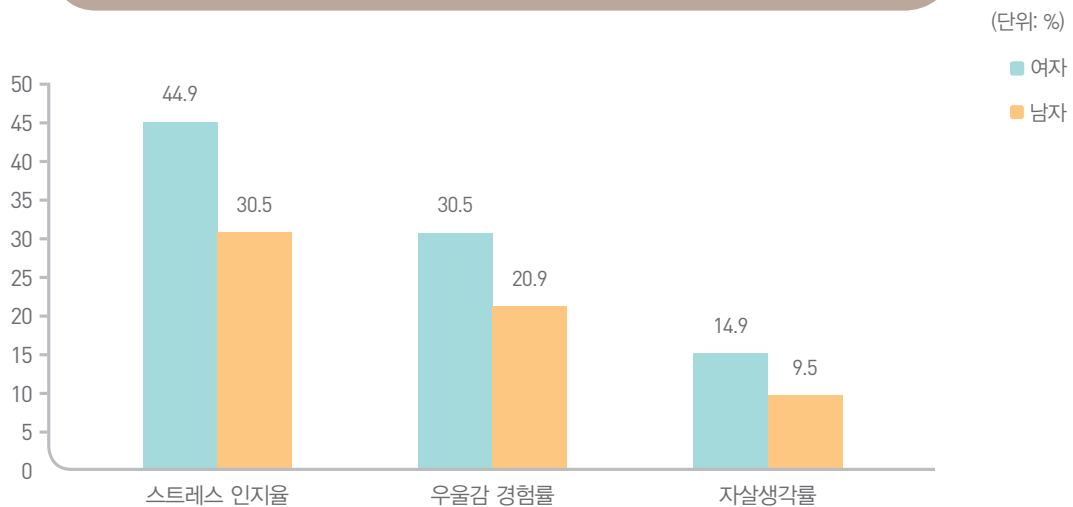
8) 중앙자살예방센터 홈페이지(spckorea-stat.or.kr/korea02.do)

5. 청소년의 정신건강

스트레스, 우울, 자살 등 정신건강 수준의 남녀 간 차이는 청소년에게서도 드러난다. 앞서 살펴본 성인의 정신건강 문제 중 청·장년의 정신건강 문제가 심각한 것과 관련하여 남녀 청소년의 정신건강을 이해하는 것은 향후 성인기의 정신건강 문제를 예방하고, 남녀 청소년 간 차별적 정신건강 문제에 대한 개입 전략을 수립하는데 필수적이다.

청소년의 스트레스, 우울, 자살행동 추이를 살펴보면, 남녀 청소년 모두 시간에 따라 정신건강 문제들이 감소하는 경향성을 보인다. 하지만 남녀 간 차이를 보면, 여자 청소년이 남자 청소년보다 높은 스트레스 인지율, 우울감 경험률, 자살생각률을 보인다.

〈그림 5-8〉 청소년의 성별 스트레스 인지율, 우울감 경험률, 자살생각률 (2016년)



주1: 스트레스 인지율 - 평상시 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 편인 사람의 비율

주2: 우울감 경험률 - 최근 12개월 동안 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 사람의 비율

주3: 자살생각률 - 최근 12개월 동안 심각하게 자살을 생각한 적이 있는 사람의 비율

자료: 보건복지부·질병관리본부. 청소년건강행태온라인조사, 2016년



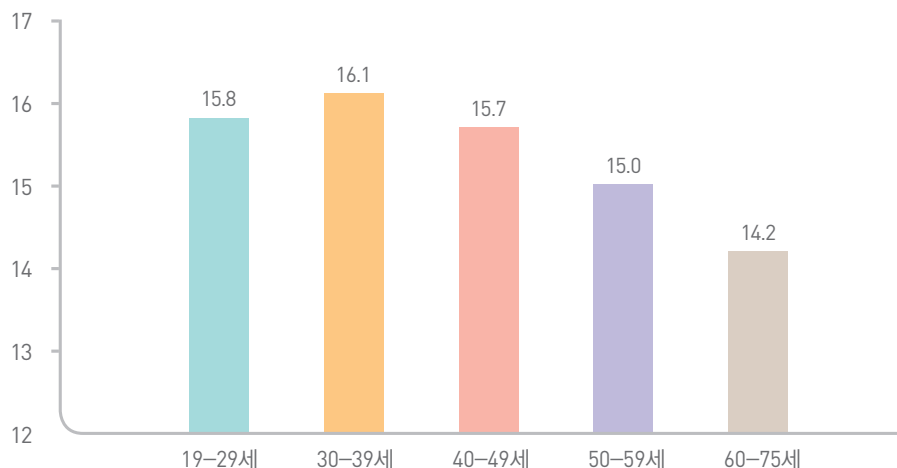
여자의 정신건강 문제는 청·장년 및 노년기에서 높게 나타나고 중·장년기에서 낮게 나타나는 'U'자형 분포를 가진다. 최근 들어 남녀 모두 정신건강 문제가 감소하는 추세를 보이지만 20~40대 청·장년 여성의 정신건강 문제는 다른 연령대에 비해 문제의 감소폭이 작고, 일부 영역에서는 오히려 그 문제가 증가하고 있기도 하다.

정신건강은 복합적인 요소들에 의해 구성되는 것으로 그 범위는 우울증, 조현병 등의 정신질환에서부터 스트레스와 우울과 같은 정신건강 문제에 이르기까지 다양하다. 삶의 과정에서 적응 혹은 대응이 필요한 다양한 상황에 처했을 때 발생하는 스트레스는 정신건강 문제를 이해하는 데 중요한 출발점이 될 수 있다. 이에 따라 청·장년 여성의 지각된 스트레스 수준을 파악하고, 청·장년 여성의 인구사회경제학적 특성 및 다른 정신건강 문제와의 연관성을 살펴보았으며, 다음의 중요한 사실을 발견하였다.

첫째, 20~40대 청·장년 여성의 지각된 스트레스 수준은 다른 연령대에 비해 높게 나타나며, 연령이 증가할수록 그 수준이 감소한다. 이와 같은 경향성은 남자에게서도 동일하게 나타난다.

〈그림 5-9〉 성인 여성의 연령별 지각된 스트레스 수준 (2017년)

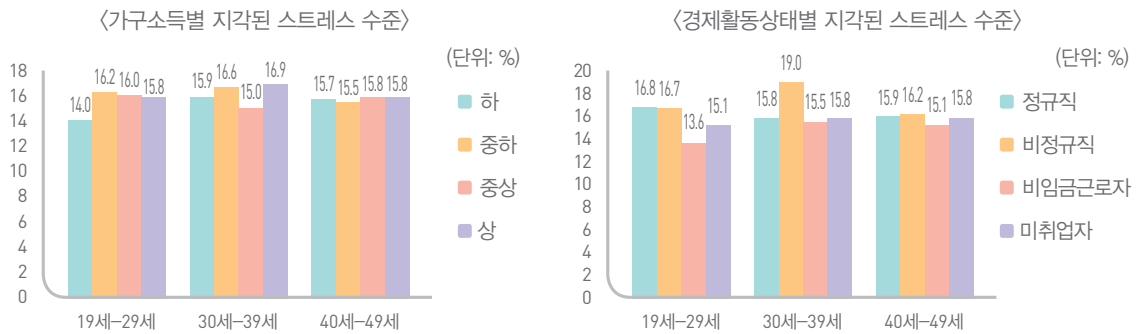
(단위: %)



자료: 정해식 외(2017). 사회문제와 사회통합 실태조사. 한국보건사회연구원

둘째, 20~40대 청·장년 여성의 지각된 스트레스 수준은 여성의 사회경제학적 특성에 따라 다르다. 연령대별로 뚜렷한 경향성을 보이지는 않으나, 20~30대에서는 소득수준이 높을수록 스트레스 수준이 높게 나타나며, 40대에서는 연령대별 차이가 거의 보이지 않는다. 또한 경제활동상태의 경우 전반적으로 비정규직 여성에게서 스트레스 수준이 높게 나타나, 정규직 여성의 스트레스 수준도 높게 나타난다. 이는 기존의 소득수준이 낮거나 미취업자인 여성의 정신건강 문제가 높게 나타난다는 일반론적인 이해와 그에 따른 접근이 아닌 보다 세분화된 정신건강 예방 및 개입 전략이 필요하다는 것을 의미한다. 즉 소득수준이 높은 여성 혹은 정규직 여성이 겪는 정신건강 문제에 대해서도 보다 심도 있는 이해가 필요하다.

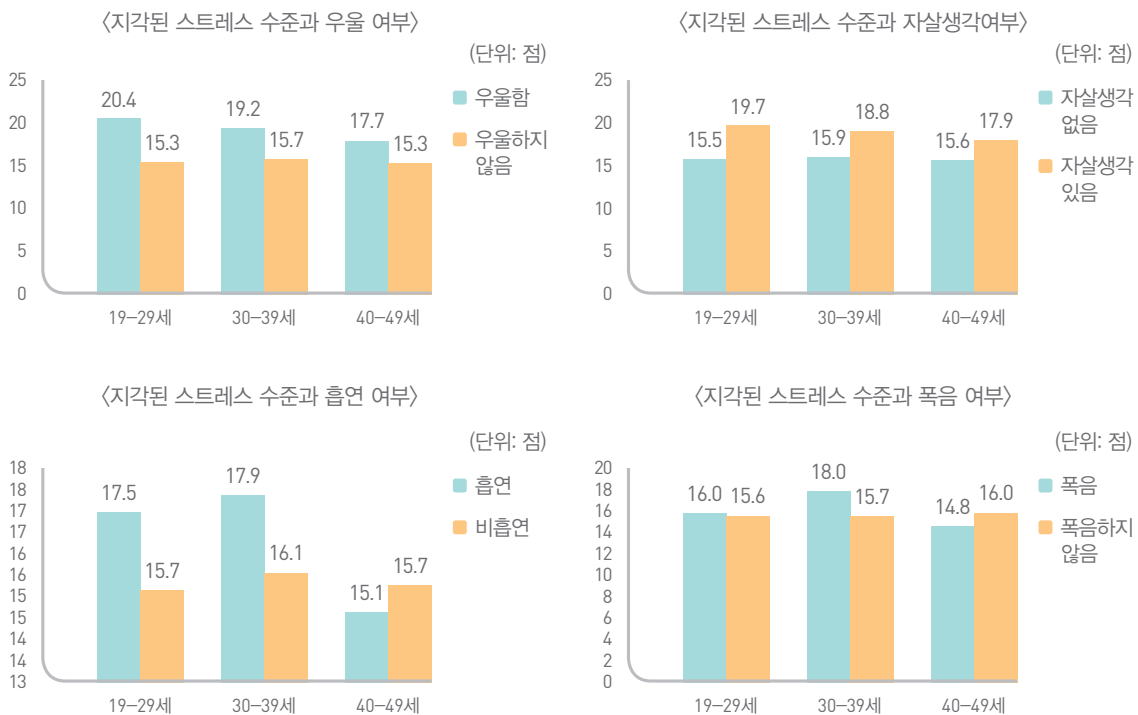
〈그림 5-10〉 성인 여성의 사회경제학적 특성별 지각된 스트레스 수준 (2017년)



자료: 정해식 외(2017). 사회문제와 사회통합 실태조사. 한국보건사회연구원

셋째, 20-40대 청·장년 여성의 지각된 스트레스 수준은 다른 정신건강 및 건강행동과 높은 연관성을 보인다. 일반적으로 정신건강 문제들은 상호 간 밀접한 연관성을 보이며, 정신건강 문제와 흡연, 폭음과 같은 불건강한 행태 역시 높은 연관성을 가진다. 이러한 연관성은 20-40대 청·장년 여성에게서도 뚜렷하게 드러난다. 즉, 우울하거나 자살생각이 있거나, 흡연을 하거나, 폭음을 하는 청·장년 여성의 지각된 스트레스 수준이 그렇지 않은 청·장년 여성 보다 높게 나타난다. 이러한 결과는 개별 정신건강 문제에 대한 접근이 아닌 통합적인 접근이 필요함을 의미한다.

〈그림 5-11〉 성인 여성의 지각된 스트레스 수준과 정신건강 및 건강행동 간 연관성 (2017년)

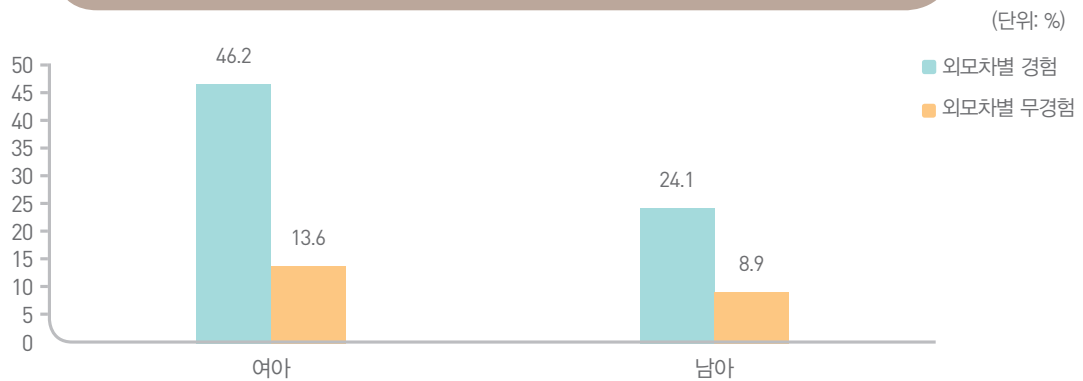


자료: 정해식 외(2017). 사회문제와 사회통합 실태조사. 한국보건사회연구원

여아들이 겪고 있는 외모 차별과 외모로 인한 스트레스 경험은 상당하다. 초등학교 4~6학년 여아들의 약 20%가 외모로 인한 스트레스가 있다고 응답하였으며 17.2%는 외모로 인한 차별을 경험하였다고 응답하였다. 반면 남아들은 외모로 인한 스트레스 인지율은 11.0%, 외모로 인한 차별경험률은 15.7%로 여아에 비하여 낮았다.

외모로 인한 차별을 경험한 여아의 경우 약 절반 가량이 외모 스트레스를 받고 있는 반면, 차별을 경험하지 않았다고 응답한 경우에는 이러한 비율이 13.6%로 낮아 외모로 인한 차별 경험이 여아들에게 외모스트레스를 유발하는 것으로 분석되었다.

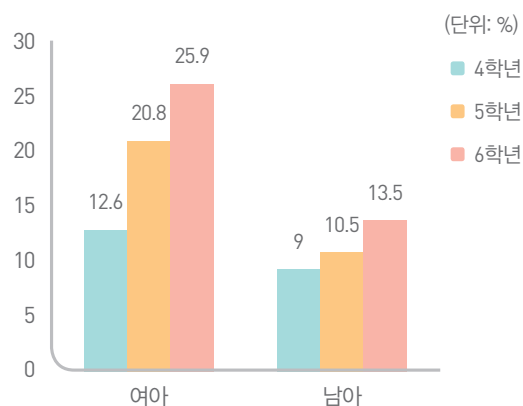
〈그림 5-12〉 외모로 인한 차별경험별 외모 스트레스 인지율 (2015년)



자료: 한국청소년정책연구원, 한국아동·청소년인권실태조사, 2015년

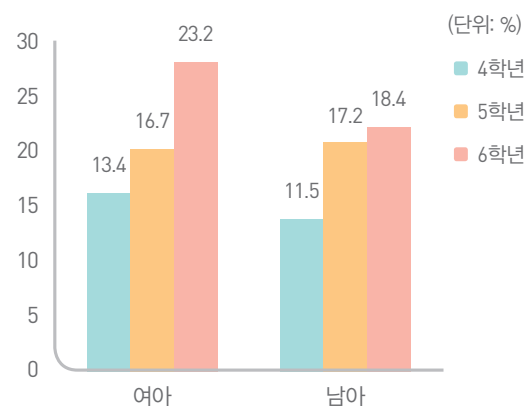
외모로 인한 차별 경험률과 외모 스트레스 인지율은 학년이 높아질수록 크게 증가하였으나 남아보다는 여아에서 그 차이가 현격하게 나타났다. 6학년 여아 중 25.9%가 외모 스트레스를 받고 있다고 응답하였으며 23.2%는 외모로 인한 차별을 경험하였다고 하였다.

〈그림 5-13〉 학년별 외모 스트레스 인지율 (2015년)



자료: 한국청소년정책연구원, 한국아동·청소년인권실태조사, 2015년

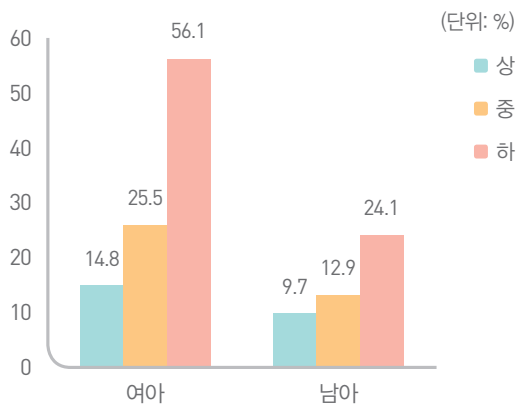
〈그림 5-14〉 학년별 외모로 인한 차별 경험률 (2015년)



자료: 한국청소년정책연구원, 한국아동·청소년인권실태조사, 2015년

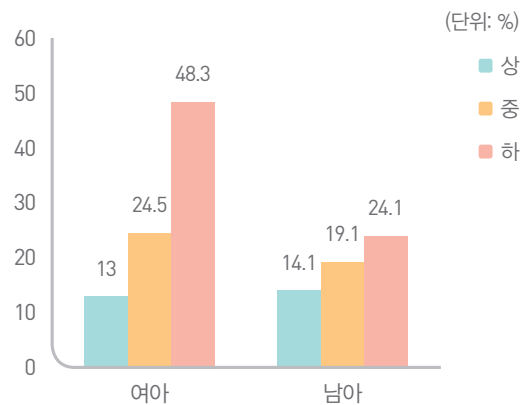
외모로 인한 차별 경험과 외모 스트레스는 가구소득수준과도 관련이 있다. 가구소득수준이 낮은 여아의 외모로 인한 차별 및 스트레스 인지율은 가구소득수준이 높은 집단과 큰 차이를 보인다. 가구소득수준이 '하'인 여아의 경우 약 절반 가량이 외모로 인한 차별과 스트레스를 경험했다고 응답해 심각한 수준임을 알 수 있다. 특히 남아보다는 여아에게 가구소득수준이 큰 영향을 미치고 있었다.

〈그림 5-15〉 가구소득수준별 외모 스트레스 인지율 (2015년)



자료: 한국청소년정책연구원, 한국아동·청소년인권실태조사, 2015년

〈그림 5-16〉 가구소득수준별 외모로 인한 차별 경험률 (2015년)



자료: 한국청소년정책연구원, 한국아동·청소년인권실태조사, 2015년

초등학교 고학년 여아들이 외모로 인한 차별을 경험하고 이로 인한 스트레스에 시달리고 있는 것은 우리 사회에 만연해있는 외모 지상주의의 폐해가 여아들의 정신건강에 영향을 준다는 것을 여실히 보여준다. 외모 지상적인 사회 분위기를 전환하기 위한 노력과 함께 여아들, 특히 사회경제적 수준이 낮은 여아들을 대상으로 자기효능감 증진을 위한 교육 및 다양한 중재 프로그램을 제공해야 한다.



수치로 보는 여성건강 2018

VI. 성건강 및 재생산 건강

1. 청소년의 성교육 및 성관계 경험
2. 피임실천
3. 임신과 출산
4. 인공임신중절



VI. 성건강 및 재생산 건강

성·재생산건강은 피임과 성교육, 월경, 임신과 출산, 임신중단은 물론 성폭력 문제 등을 포함하는 광범위한 건강 영역이다.

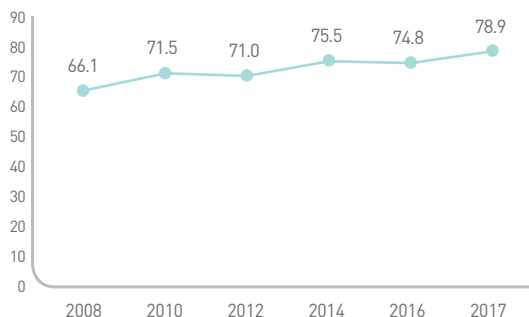
유엔인구기금(UNFPA)은 성·재생산건강에 대해 ‘재생산 기능 및 과정 측면에서 신체적·정신적·사회적으로 안녕한 상태’라고 정의하였다. 이는 여성이 만족스럽고 안전한 성경험을 할 수 있으며, 임신과 출산에 대한 역량 및 선택의 자유가 있음을 의미한다.

1. 청소년의 성교육 및 성관계 경험

여자 청소년의 지난 12개월간 받은 성교육 경험률은 2008년부터 2017년까지 대체적으로는 증가하는 경향으로, 2017년의 성교육 경험률이 78.9%로 가장 높았다. 한편 여자 청소년의 평생 동안 성관계 경험률은 2008년부터 2017년까지 증감을 반복하는 경향을 보였으며, 2017년의 성관계 경험률은 3.1%로 나타났다.

〈그림 6-1〉 여자 청소년의 성교육 경험률
(2008~2017년)

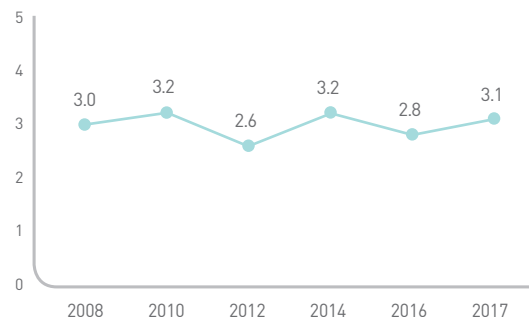
(단위: %)



자료: 보건복지부·질병관리본부. 청소년건강행태온라인조사, 2008~2017년

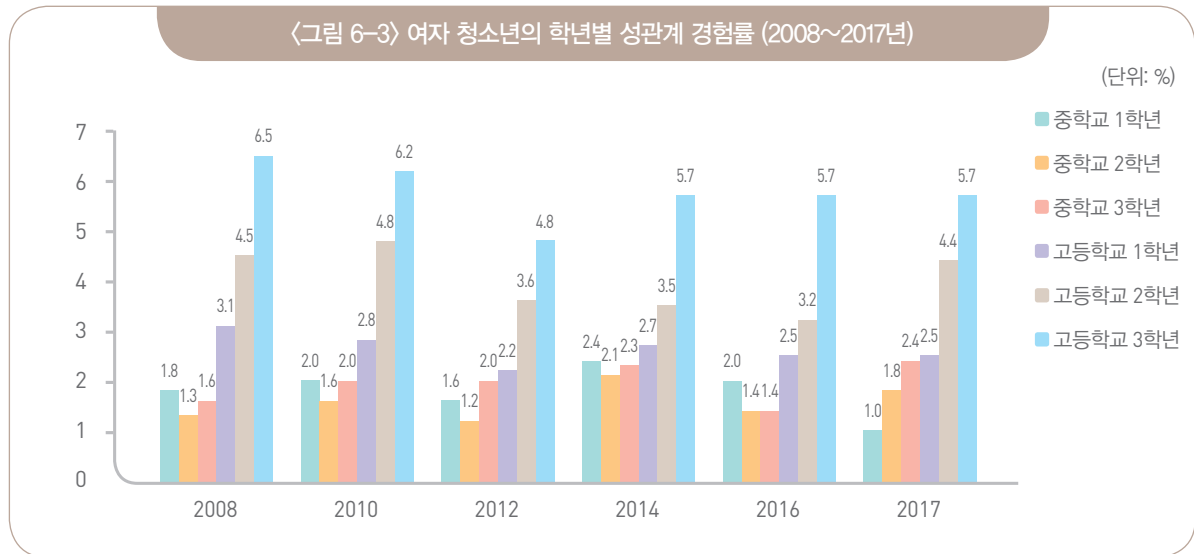
〈그림 6-2〉 여자 청소년의 성관계 경험률
(2008~2017년)

(단위: %)



자료: 보건복지부·질병관리본부. 청소년건강행태온라인조사, 2008~2017년

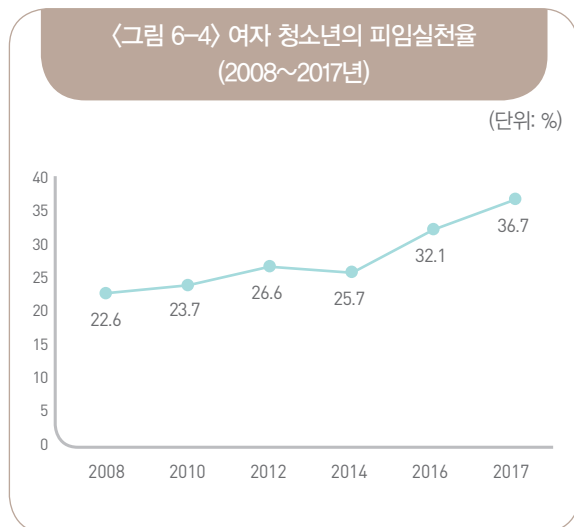
여자 청소년의 학년별 성관계 경험율을 살펴보면 학년이 높아질수록 성관계 경험률도 높아지는 양상을 보인다. 2017년 중학교 1학년의 성관계 경험률이 1.0%로 가장 낮았고, 고등학교 3학년의 성관계 경험률이 5.7%로 가장 높았다.



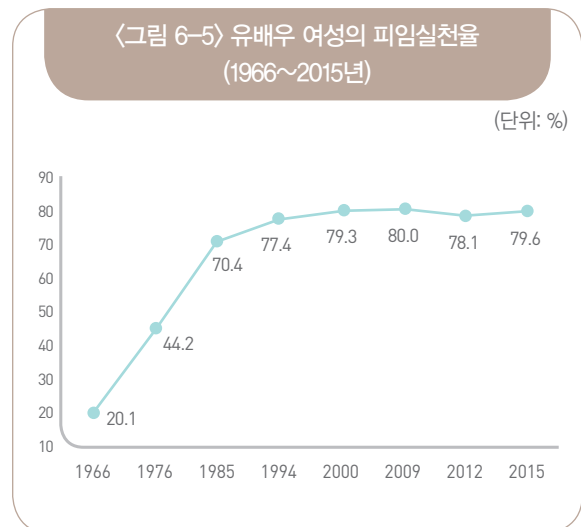
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 청소년건강행태온라인조사, 2008~2017년

2. 피임실천

여자 청소년과 유배우 여성의 피임실천율을 살펴보면, 여자 청소년의 피임실천율이 지속적으로 증가하는 것에 반해 유배우 여성의 피임실천율은 정체되어 있는 경향을 보인다. 그러나 피임실천 비율을 보면 유배우 여성의 상당수인 79.6%(2015년 기준)가 피임실천을 하고 있는데 반해 여자 청소년은 36.7%(2017년 기준)가 피임실천을 하고 있는 것으로 나타났다. 두 집단 간 피임실천 여부를 측정하는 방법은 다르지만 여자 청소년의 피임실천율이 매우 낮은 수준인 점은 분명하다. 최근 성관계 시작 연령이 낮아지고 있음을 고려할 때 여자 청소년의 피임실천율을 높이기 위한 전략이 필요하다.

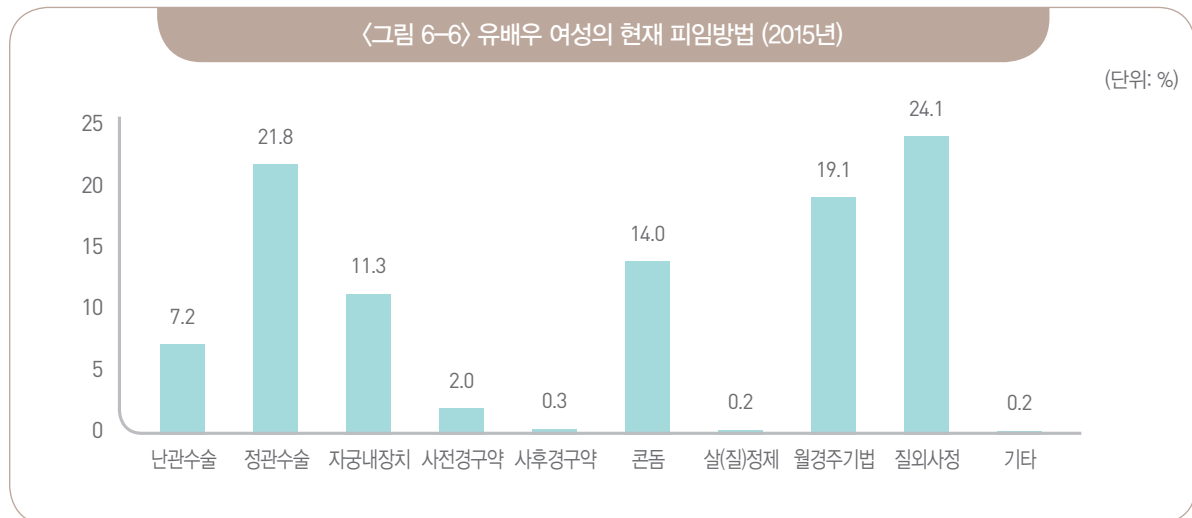


자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 청소년건강행태온라인조사, 2008~2017년



자료: 한국보건사회연구원, 전국 출산력 및 가족보건 · 복지실태조사, 1966~2015년

한편 유배우 여성의 경우에도 현재 사용하는 피임 실천 방법을 살펴보면 비과학적이며 피임실패가 많다고 여겨지는 월경주기법이나 질외사정과 같은 방법이 각각 19.1%, 24.1%로 높게 사용되고 있어 효과적 피임법과 실질적 피임 교육에 대한 관심이 필요하다.

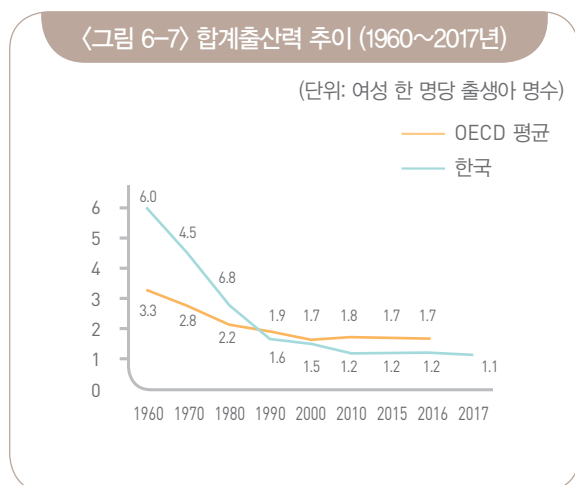


주: 현재 사용 중인 피임방법 2개를 응답하도록 함.
 자료: 한국보건사회연구원, 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2015년

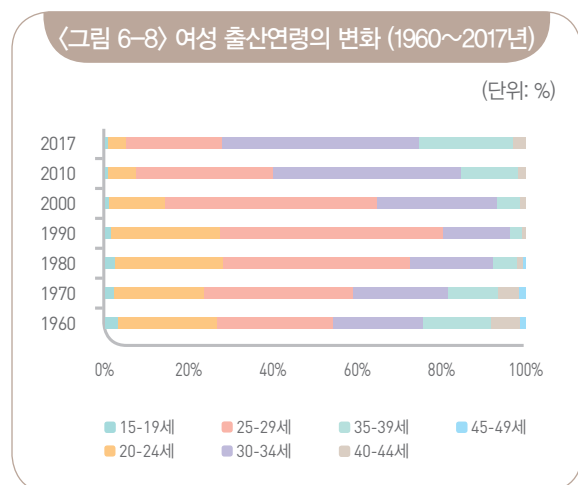
3. 임신과 출산

우리나라 합계출산율은 1960년 여성 한 명 당 6.0명 출산에서 1990년대 OECD 평균 수준 이하인 1.6명 이하로 감소하였다. 1997년 경제위기를 겪으며 출산율은 더욱 떨어졌고 2005년에는 1.09명 수준의 출산율을 기록하였다. 그 후 얼마간 상승 추이를 보이다 최근 2017년 여성 1인당 합계출산율 1.05명(출생아 35만 7천 8백명)으로 최저 출산을 기록하였다.

또한 여성의 출산연령에 상당한 변화가 있었는데, 2000년대까지는 20대가 전체 출산의 50% 이상을 차지하였으나 2010년 이후부터는 30~34세 연령군의 출산이 전체 출산의 약 60%가량을 차지하는 것으로 나타났다.



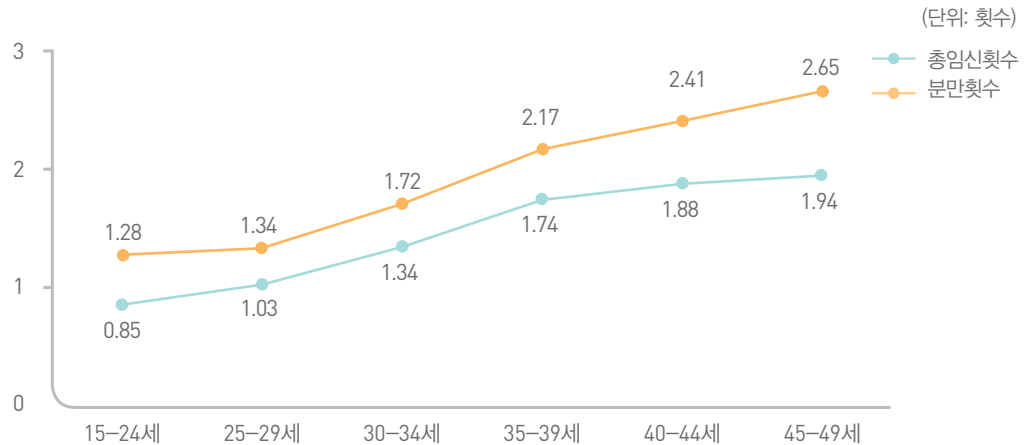
자료: 국가통계포털(KOSIS), Statistical Annual Report, 1960~2017년



자료: 국가통계포털(KOSIS), Statistical Annual Report, 1960~2017년

유배우 여성의 임신과 분만 횟수의 경우, 15-49세 여성의 총 임신 횟수는 2.2회, 정상 출생에 해당하는 총 분만은 1.7회였다. 총 임신과 총 분만의 차인 0.5회는 사산, 자연유산, 인공임신중절 등을 포함한 임신소모라 할 수 있다. 여성 건강을 증진하기 위해서는 전체 임신소모 중 비효과적인 피임방법으로 초래되는 임신중절의 비중을 줄여야 한다.

〈그림 6-9〉 유배우 여성의 연령별 임신과 분만 횟수 (2015년)

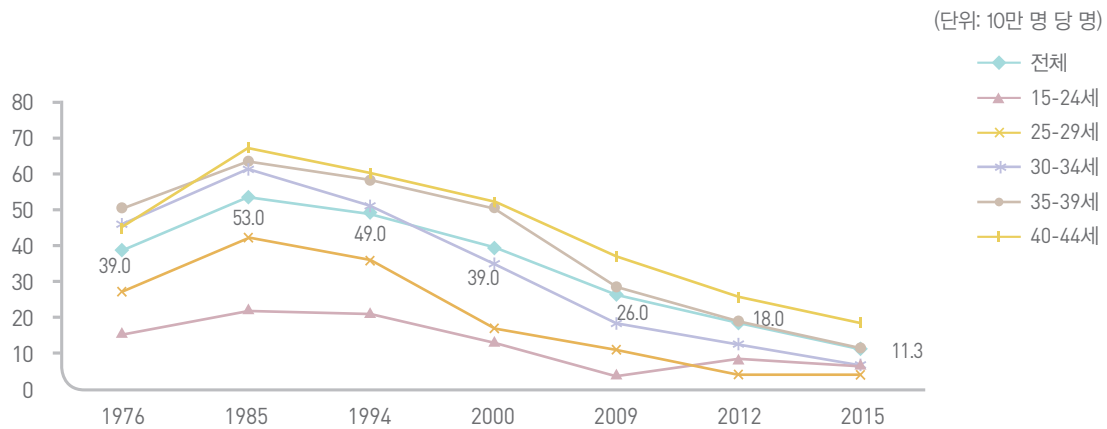


주: 가임기 유배우 여성 응답 시 나이를 보정한 임신과 분만횟수 차이
 자료: 한국보건사회연구원, 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2015년

4. 인공임신중절

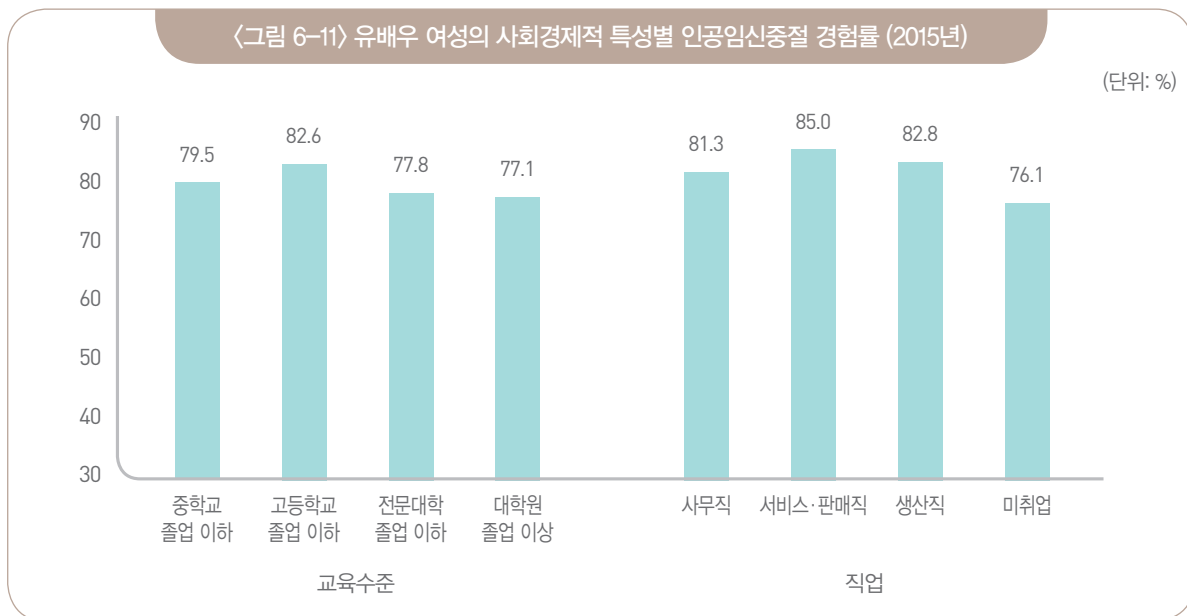
가임기 유배우 여성의 인공임신중절 경험률은 1985년 53.0%, 1991년 54.0%를 기록한 후 점차 감소하는 추세이다. 2015년 15세~44세 유배우 여성의 인공임신중절 경험률은 11.3%였으며, 고연령 코호트에서 높은 경향을 보이거나 전 연령에서 전반적으로 감소하는 추세이다.

〈그림 6-10〉 유배우 여성의 인공임신중절 경험률 및 연령별 추이 (2015년)



자료: 한국보건사회연구원, 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 2015년

여성의 사회경제적 특성에 따라서도 인공임신중절 경험에 차이가 있었다. 고등학교 졸업 이하 여성에 비해 전문대학 졸업 이하, 대학원 졸업 이상인 여성의 인공임신중절 경험은 낮았고, 사무직이나 미취업 여성에 비해 서비스·판매직과 생산직 여성의 인공임신중절 경험이 높았다. 따라서 임공임신중절 경험을 많이 하는 여성 집단을 대상으로 효과적인 피임방법을 사용하도록 권장해야 한다.

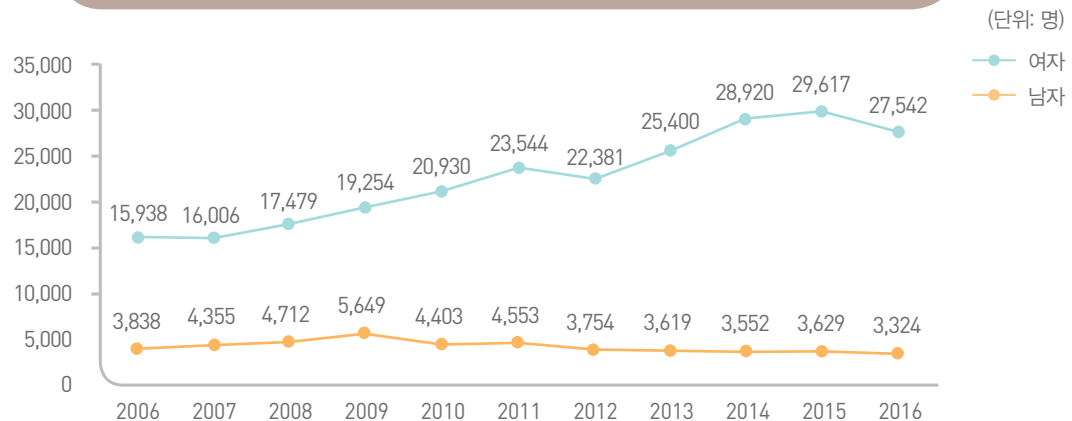


자료: 한국보건사회연구원, 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2015년



최근 10년 간 여성 대상 범죄는 전반적으로 증가하는 추세를 보였으며, 2016년 통계에서는 여성 대상 범죄 중 폭행(50.8%), 성폭력(24.0%), 상해(15.9%)가 전체의 90.7%를 차지한 것으로 나타났다. 특히 강력형악범죄(살인/강도/방화/성폭력)의 여성 피해자는 2000년 6,245명에서 2016년 27,542명으로 약 4.4배 증가한 반면 남성 피해자는 2,520명에서 3,324명으로 약 1.3배 증가한 것과 큰 차이를 보인다.

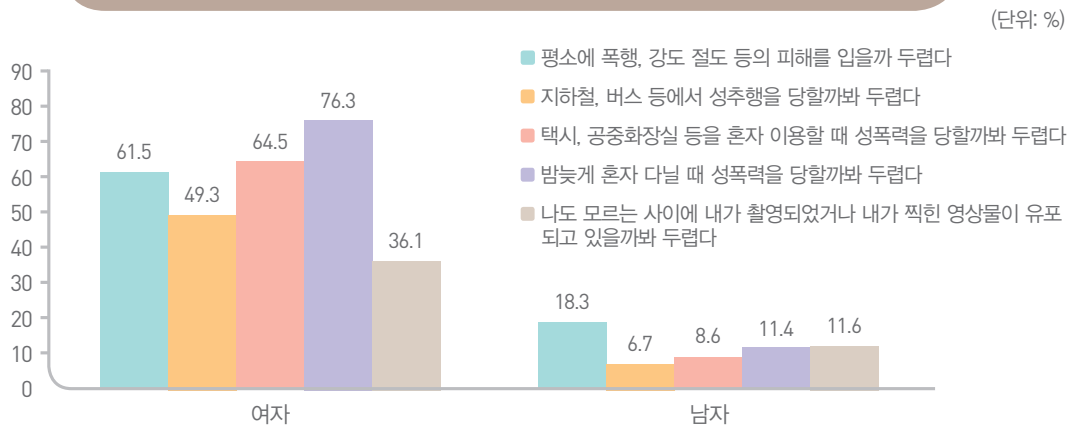
〈그림 6-12〉 성별 강력범죄(형악) 피해자 수 (2006~2016년)



자료 : 대검찰청, 범죄분석 통계, 2006년~2016년

이런 사회적 현실을 반영하듯 여성의 사회 불안의식과 범죄피해에 대한 두려움은 해마다 커지고 있다. 매년 실시되는 통계청 〈사회조사〉에서 범죄위험에 대해 ‘불안하다’고 응답한 사람은 2010년 여성 67.9%, 남성 58.4%였으나, 2016년 조사에서는 각각 73.3%와 60.6%로 나타나 남녀 간 격차가 9.5% 포인트에서 12.7% 포인트로 커졌다. 또한 여성들은 일상적인 생활공간에서 성범죄 피해를 입을 것이라는 두려움을 남성보다 훨씬 크게 느끼는 것으로 나타났다.

〈그림 6-13〉 범죄 피해에 대한 두려움 (2016년)



주: '매우 그렇다' 및 '약간 그렇다'에 동의한 비율
 자료 : 여성가족부, 전국 성폭력 실태조사, 2016년

위의 조사결과는 여성들에게 보다 안전하고 건강한 삶을 보장하는 환경이 되기 위한 여러 과제들을 남긴다. 주요 선진국의 여성폭력피해자 지원정책을 살펴보면 대부분 여성에 대한 폭력근절을 위한 국가계획이나 법률이 제정되어 있다. 이러한 법제들은 관련 통계를 생산하고 피해자에 대한 상담·의료·법률 서비스 등을 지원하는데 그치지 않고, 여성 대상 폭력에 대한 사회적 인식과 태도를 근본적으로 변화시킬 것을 강조한다. 특히 폭력으로 인한 손상과 정신 건강 악화, 사회적 기능 상실에 주목하고, 보건의료체계가 피해자의 식별과 진단, 돌봄 제공과 서비스 연계 등을 통해 여성에 대한 폭력 문제에 더 깊이 개입하도록 독려하고 있다.

한국에서도 여성 대상 폭력의 예방과 근절을 위하여 더 많은 보건학적, 의학적 관심이 요청된다. 우선 여성 대상 폭력 문제를 정확하게 파악하고 효과적인 대책을 수립하기 위하여 관련 통계에서 성별 분리통계 및 국제비교가 가능한 지표를 포함하는 통계를 생산해야 한다. 그리고 여성들이 경험하는 폭력의 다양한 건강 피해를 확인하고, 피해자들의 신체적, 정서적 회복을 촉진하는 보건의료서비스를 제공하는 것이 필요하다.





수치로 보는 여성건강 2018

VII. 의료이용

1. 전반적 의료이용
2. 미충족의료 경험
3. 예방적 의료: 일반건강검진
4. 외래민감성 질환으로 인한 입원

Ⅶ. 의료이용

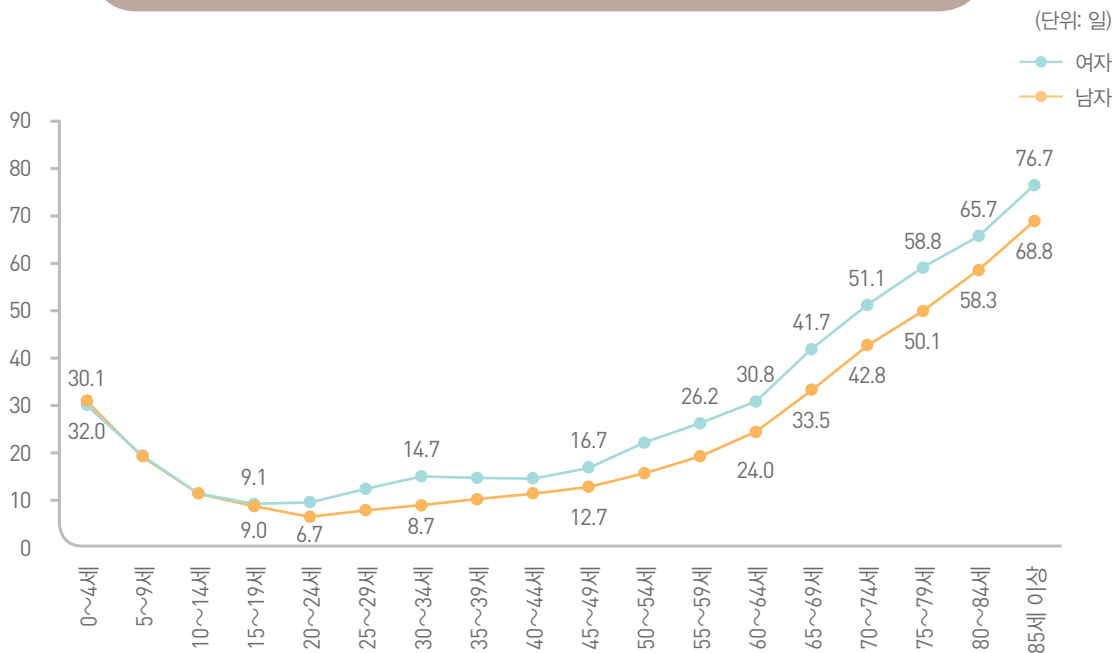
양질의 의료서비스는 건강과 직결된다. 적절한 의료이용은 적시에 질병을 예방할 수 있으며, 질병을 치유할 수 있고 더 나아가 삶의 만족도를 높일 수 있다. 그러나 여성은 성역할이나 경제적 자원 부족으로 인해 적절한 의료이용을 하지 못하는 경우가 있다. 따라서 현재의 사회구조 내에서 여성의 의료서비스 이용 문제를 정확히 진단하는 것이 필요하다.

1. 전반적 의료이용

전반적인 의료이용 양상을 살펴보기 위해 2017년을 기준으로 남녀의 연령별 1인당 연간입내원일수를 파악하였다. 입내원일수는 환자가 요양기관을 방문 또는 입원한 일수를 의미한다.

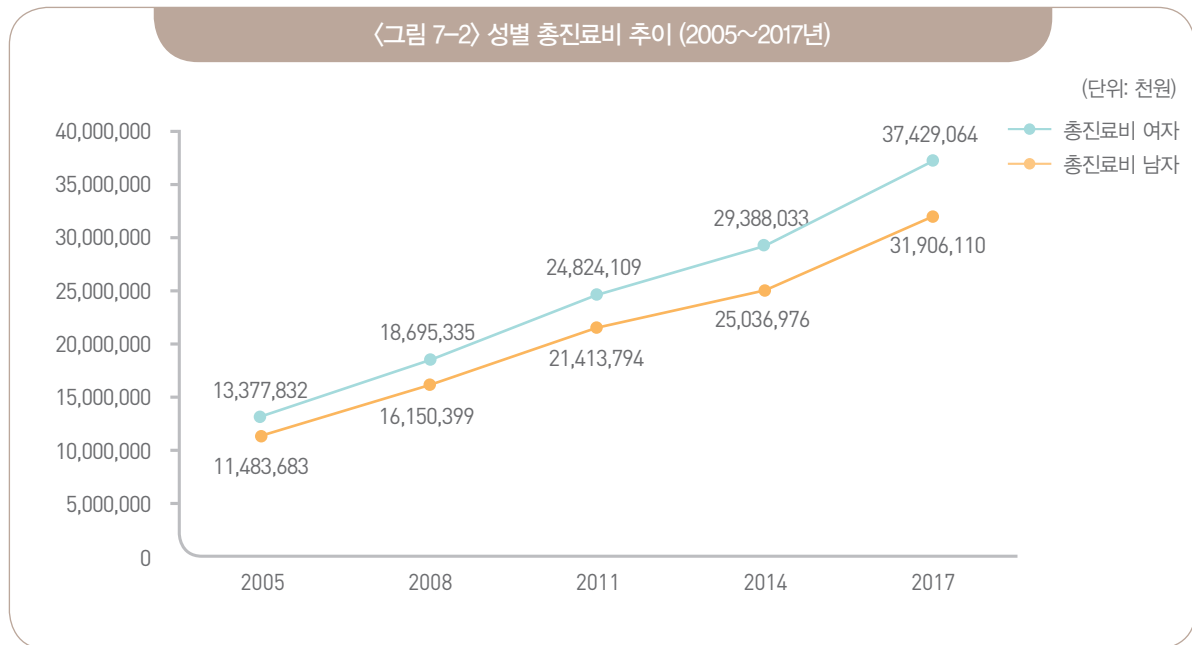
남녀 모두 연간입내원일수는 아동기에 높았다가 감소하며 청소년기부터 연령에 따라 증가하는 'J' 형 곡선을 그리고 있다. 성별 연간입내원일수는 20대 이후부터 다소 차이가 나기 시작하며, 60세 이후에는 여자의 연간입내원일수가 남자보다 더 많이 증가하는 양상을 보인다. 85세 이상인 여자 노인의 연간입내원일수는 76.7일에 달한다.

〈그림 7-1〉 성·연령별 1인당 연간입내원일수 (2017년)

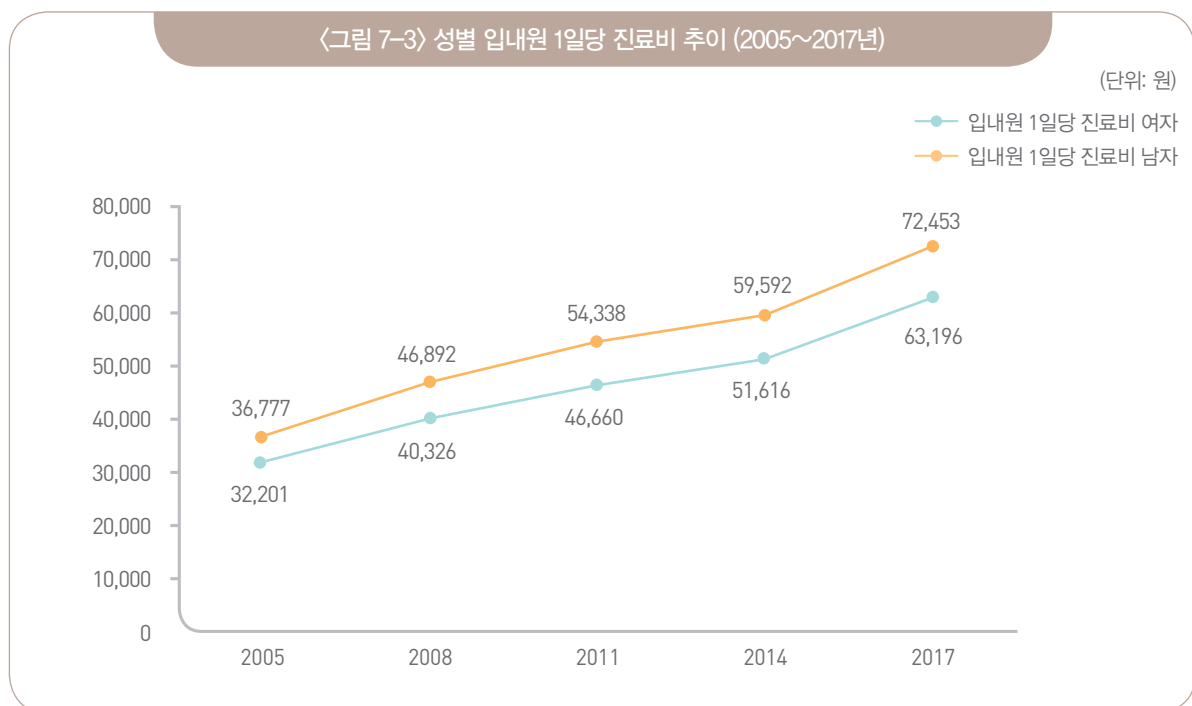


주: 입내원일수 = 환자가 실제 요양기관에 방문 또는 입원한 일수
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험 주요통계, 2017년

건강보험과 의료급여를 포함한 의료보장제도를 적용받는 인구의 총진료비 및 입내원 1일당 진료비는 2005년 이후 꾸준히 증가하였다. 특이한 것은 총진료비는 여자가 더 많았으나 입내원 1일당 진료비는 남자가 더 높았다는 점이다. 총진료비는 2005년 여자 133억원, 남자 114억원 정도였으나 2017년 여자 374억원, 남자 319억 정도로 급격히 증가하였다. 2017년 남자의 입내원 1일당 진료비는 72,453원, 여자의 진료비는 63,196원으로 남자가 여자보다 약 1만원 정도 높은 수준을 보였다.

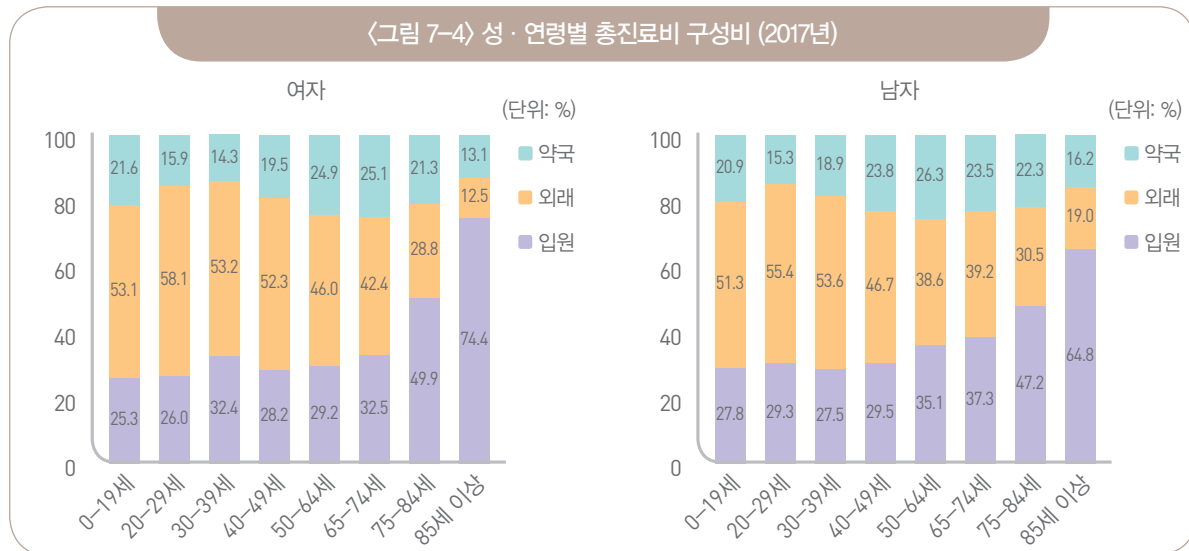


자료: 국민건강보험공단, 건강보험 주요통계, 2005~2017년



자료: 국민건강보험공단, 건강보험 주요통계, 2005~2017년

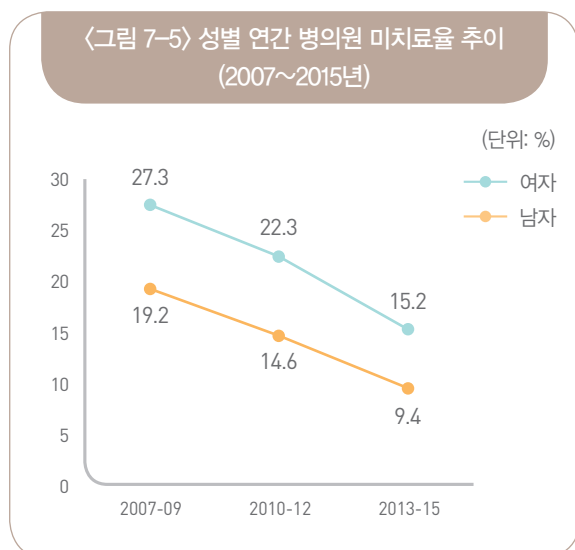
총 진료비는 입원, 외래 및 약국 진료비로 구성되며, 0~64세까지는 남녀 모두 외래 진료비 비중이 가장 높았다. 그러나 나이가 증가할수록 입원 진료비가 높아졌으며, 여자는 75세 이상에서 입원 진료비 비중이 가장 높았고, 남자는 65세 이상에서 입원 진료비 비중이 가장 높았다.



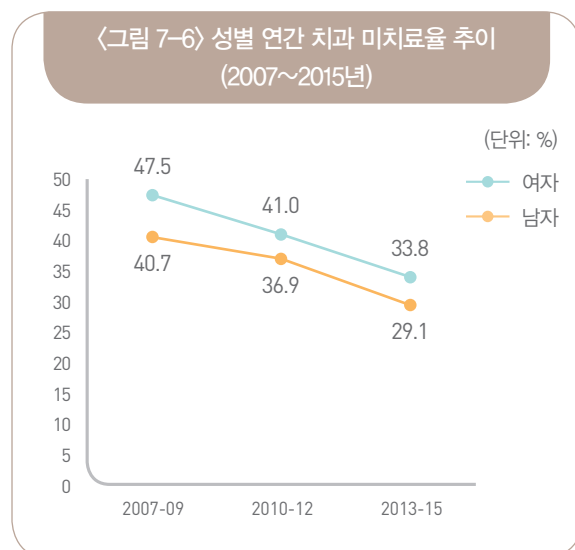
자료: 국민건강보험공단. 건강보험 주요통계, 2017년

2. 미충족의료 경험

일반적으로 환자의 의료적 필요 혹은 요구가 있을 때, 의로서비스를 이용하고 싶지만 하지 못한 상태를 미충족의료라고 한다. 국민건강영양조사를 분석한 결과, 연간 병원 미치료율은 남녀 모두 감소하고 있으나 여자가 남자보다 높은 수준이다. 치과에 대한 미치료율은 병원 미치료율보다 높은 수준을 보이며 역시 여자의 미치료율이 남자보다 높다. 여자의 평균 의료이용 횟수가 남자보다 많음에도 불구하고 미치료율이 높은 원인을 규명하는 것이 필요하다.



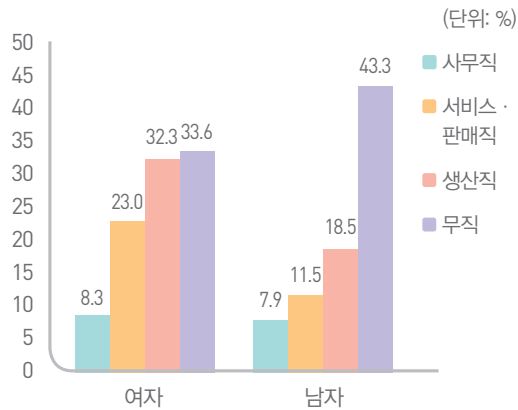
주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료: 보건복지부·질병관리본부. 국민건강영양조사, 2007~2015년



주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료: 보건복지부·질병관리본부. 국민건강영양조사, 2007~2015년

경제적 이유로 인한 병원 미치료율의 경우, 직업유형별로 살펴보면 여자는 사무직에 비해서 서비스·판매직, 생산직에서 훨씬 높았으며, 남자는 무직인 경우 미치료율이 매우 높게 나타나고 있다. 한편, 경제적 이유로 인한 치과 미치료율은 여자의 경우 소득 수준별 격차가 남자보다 뚜렷하게 나타나는 추세이다.

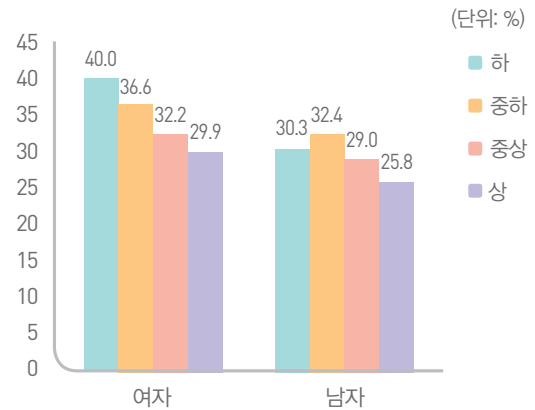
〈그림 7-7〉 성·직업유형별 경제적 이유로 인한 병원 미치료율 (2013-15년)



주: 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-15년

〈그림 7-8〉 성·소득수준별 경제적 이유로 인한 치과 미치료율 (2013-15년)



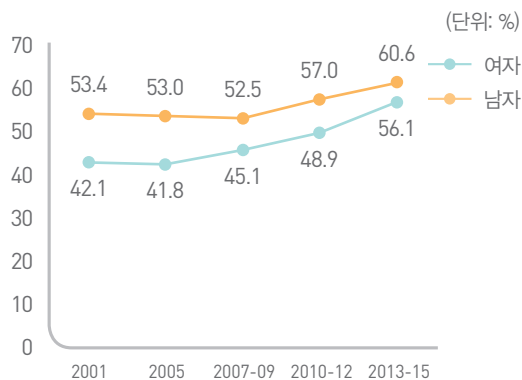
주: 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-15년

3. 예방적 의료: 일반건강검진

19세 이상 여자의 일반건강검진 수검률은 2001년 42.1%에서 2013-15년 56.1%로 지속적으로 증가하고 있으나, 모든 연도에서 남자의 일반건강검진 수검률이 여자보다 높다. 여자의 일반건강검진 수검률은 연령이 높을수록 증가해서 45-64세가 72.8%로 가장 높고, 65세 이상군은 61.9% 수준이다. 고령화 시대를 맞아 65세 이상 노인의 건강 검진 수검률을 현재보다 높여야 할 것이다.

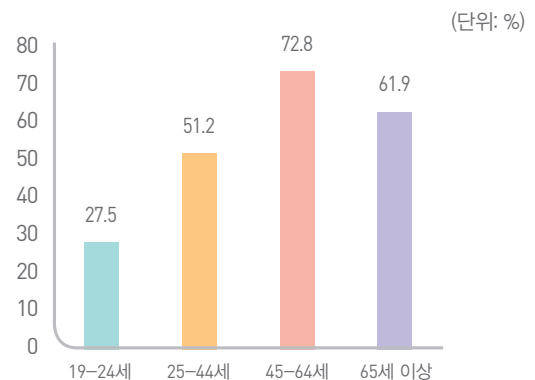
〈그림 7-9〉 성별 일반건강검진 수검률 추이 (2001~2015년)



주: 2005년 추계인구로 표준화함.

자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2001~2015년

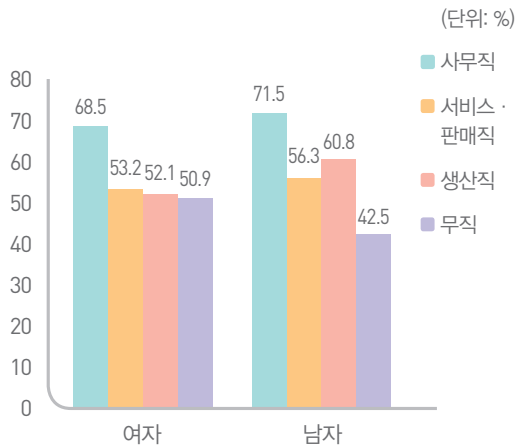
〈그림 7-10〉 여자의 연령별 일반건강검진 수검률 (2013-15년)



자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사, 2013-15년

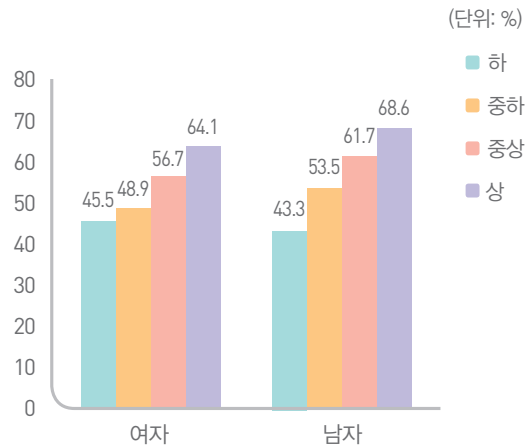
직업유형별로 일반건강검진 수검률을 살펴보면, 여자는 사무직과 다른 직종(무직 포함)간의 격차가 크게 나타났으나 남자는 사무직과 생산직이 상대적으로 높고, 무직이 매우 낮게 나타났다. 한편, 소득수준별 일반건강검진 수검률 격차는 남녀가 유사한 양상을 보였다. 여자의 일반건강검진 수검률을 높기에 위해서는 사무직이 아닌 다른 직종 혹은 주부를 포함한 무직인 집단에 대한 대책이 필요하다.

〈그림 7-11〉 성 · 직업유형별 일반건강검진 수검률
(2013-15년)



주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 국민건강영양조사, 2013-15년

〈그림 7-12〉 성 · 소득수준별 일반건강검진 수검률
(2013-15년)



주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 국민건강영양조사, 2013-15년



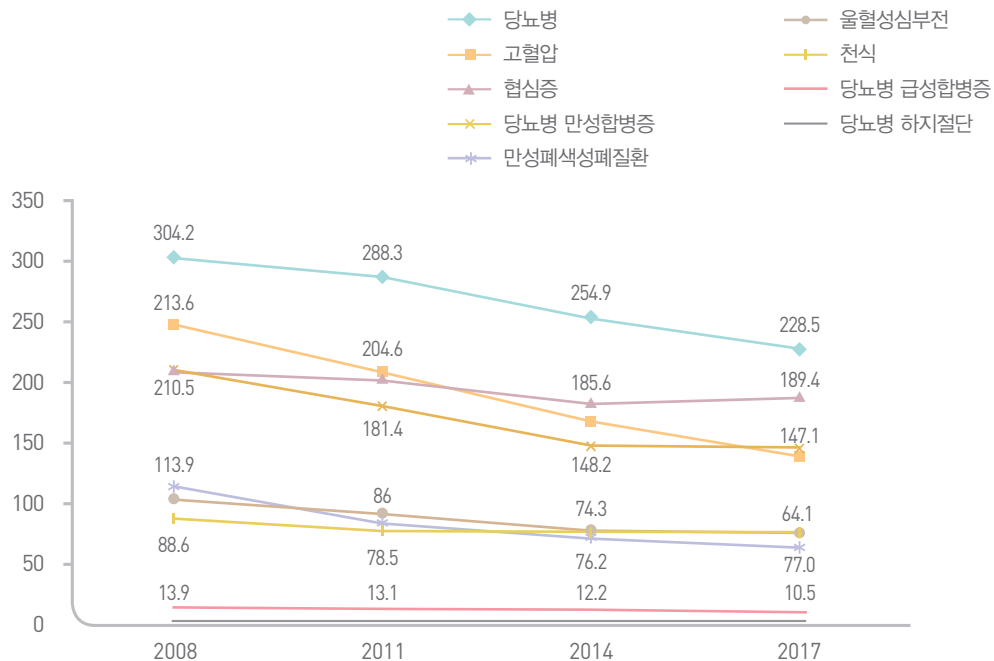
4. 외래민감성 질환으로 인한 입원

외래민감성 질환은 조기에 적절하게 외래 진료가 이루어진다면 입원을 예방할 수 있는 질환을 의미한다. 외래민감성 질환에 대한 정의는 상황에 따라 다소 달라질 수 있으며, 여기서는 고혈압, 협심증, 울혈성심부전, 만성폐색성폐질환, 천식, 당뇨병, 당뇨병 급성합병증, 당뇨병 만성합병증 및 당뇨병 환자의 하지절단을 외래민감성 질환으로 정의하였다.

지난 10년간 여자의 외래민감성 질환별 입원율 추이를 살펴본 결과, 2017년 당뇨병 입원율이 인구 십만명 당 228.5명으로 가장 높았으며, 협심증, 당뇨병 만성합병증, 고혈압 입원율도 비슷하게 높은 수준으로 나타났다. 천식, 울혈성심부전, 만성폐색성폐질환은 중간 수준이었으며, 당뇨병 급성합병증 및 하지절단은 입원율이 낮았으며 입원율의 변화도 적은 편이었다.

〈그림 7-13〉 여자의 외래민감성 만성질환별 입원율 추이 (2008~2017년)

(단위: 10만 명 당 명)



주: 2005년 추계인구로 표준화함.

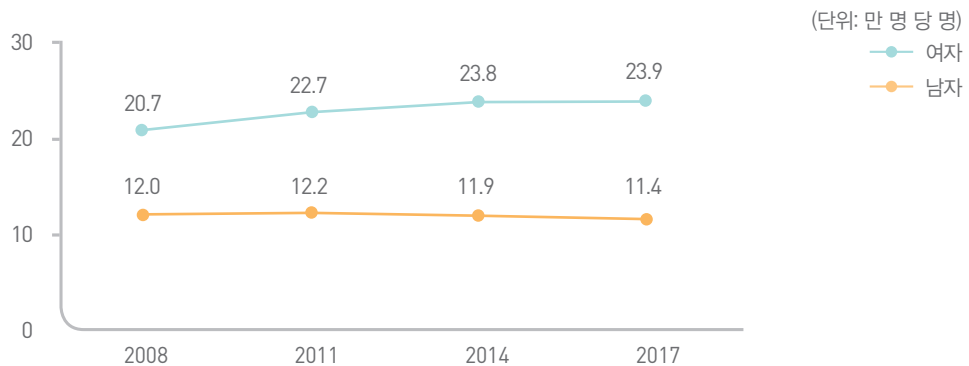
자료: 국민건강보험공단, 건강보험 청구자료, 2008~2017년

외래에서 적절하게 관리할 경우 입원을 예방할 수 있음에도 불구하고 입원율이 높게 나타난 당뇨병, 협심증, 고혈압과 같은 질환에 대해서는 적절한 치료약물 복용뿐 아니라 신체활동, 영양 등을 포함한 비약물적 관리가 충실히 이루어지고 있는지를 검토해서 개선 방안을 찾아야 한다.

노인의 대퇴골 골절은 사망 위험의 증가뿐만 아니라 제한된 신체활동으로 인해 삶의 질이 급격히 나빠질 수 있다. 2008년 이후 30세 이상 성인 여성의 대퇴골 골절 치료유병률은 다소 증가하는 추세이며, 2017년 만명 당 23.9명으로 남자의 2배 수준이다. 여성의 대퇴골 골절 치료유병률을 연령별로 살펴보면 65~74세가 47.2명(인구 만 명 당)인데 85세 이상에서는 425.4명(인구 만 명 당)으로 급격히 증가한다.

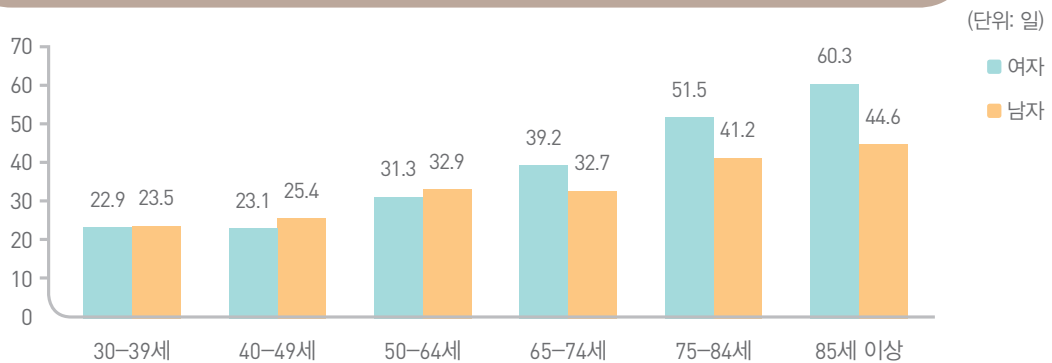
대퇴골 골절로 인한 입원 이용은 젊은 연령에서는 남자의 입원일수가 여자보다 길지만, 65세 이상 노인에서는 여성의 입원일수가 남자보다 더 길어진다. 특히 85세 이상 여성의 1인당 입원일수는 60.3일로 장기간 치료를 받는 것으로 나타난다.

〈그림 7-14〉 30세 이상 성인의 성별 대퇴골 골절 치료유병률 추이 (2008~2017년)



자료: 국민건강보험공단, 건강보험 청구자료, 2017년

〈그림 7-15〉 30세 이상 성인의 성·연령별 건강보험가입자별 대퇴골 골절로 인한 입원일수 (2017년)



자료: 국민건강보험공단, 건강보험 청구자료, 2017년

노인에게 증가하고 있는 대퇴골 골절을 예방하기 위해서는 단백질 섭취를 포함한 적절한 영양공급이 이루어져야 하며, 하체 강화를 위한 근력운동을 해야 한다. 골절 위험인자인 골다공증 관리도 필요하며, 낙상을 예방하기 위한 물리적 환경도 매우 중요하다. 대퇴골 골절이 발생한 경우에는 외과적 치료와 함께 기능 유지를 위한 재활치료를 적극적으로 받아야 한다.

Women's Health

수치로 보는
여성건강 2018

- 발 행 인 박도준 국립보건연구원장
주소 : 충청북도 청주시 흥덕구 오송생명2로 187
- 발 행 기 관 질병관리본부 국립보건연구원
- 발 행 일 2018년 12월
- 발간등록번호 11-1352159-000573-14
- 편 집 박현영 질병관리본부 국립보건연구원
김원호 질병관리본부 국립보건연구원
임중연 질병관리본부 국립보건연구원
박찬영 질병관리본부 국립보건연구원
김남순 한국보건사회연구원
전진아 한국보건사회연구원
박은자 한국보건사회연구원
최지희 한국보건사회연구원
차미란 한국보건사회연구원
박금령 한국보건사회연구원
송은솔 한국보건사회연구원
김명희 시민건강연구소
김성이 시민건강연구소
김유미 동아대학교
송현종 상지대학교
장선미 가천대학교
정규원 국립암센터
지선미 국민건강보험공단
천희란 중원대학교
최귀선 국립암센터
- 디 자 인 디자인세륜 02.2273.5167

©질병관리본부 국립보건연구원

이 책의 저작권 및 판권은 질병관리본부 국립보건연구원에 있습니다.

책 내용의 전부 또는 일부를 이용하시려면 질병관리본부 국립보건연구원으로 문의하시기 바랍니다.

Women's Health

2018 Stats & Facts in Korea

수치로 보는 여성건강 2018



보건복지부 질병관리본부

국립보건연구원

28159 충청북도 청주시 흥덕구 오송생명2로 187 대표번호 043.719.7700



ISBN 978-89-6838-581-0

비매품/무료

93510

발간등록번호 11-1352159-000573-14