

Women's Health

수치로 보는 여성 건강 2020

2020 Stats & Facts in Korea



질병관리청
국립보건연구원

서문

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, 性적 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 여성의 건강에 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 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. 2020 '한국 여성의 건강통계'를 바탕으로 여성의 사회경제적 현황을 포함한 전반적 건강수준은 물론 생애주기를 고려한 건강 상태와 이슈를 제시하고 있습니다. 건강영역에는 만성질환, 성·재생산건강, 정신건강과 함께 의료이용에 대한 문제를 포함하고 있습니다. 또한 중요한 건강이슈를 여성건강스토리로 구성하여 내용을 풍부히 하였습니다.

『수치로 보는 여성건강 2020』은 여성건강에 대한 관심을 높이고 주요한 건강 이슈를 이해하는데 길잡이가 될 것입니다. 여성건강 문제를 제대로 아는 것은 여성 건강을 증진하는 중요한 출발점이 될 수 있습니다. 이번 통계집이 향후 많은 여성들의 건강증진에 기여할 수 있기를 바랍니다.



Contents

Chapter 1	코로나 펜데믹 시대, 여성의 노동과 건강	4
Chapter 2	전반적 건강수준과 만성질환	15
Chapter 3	암	19
Chapter 4	건강행태	29
Chapter 5	정신건강	49
Chapter 6	성건강 및 재생산건강	61
Chapter 7	의료이용	83
Chapter 8	노인건강	95
Chapter 9	아동건강	105

Women's
Health

수치로 보는 여성 건강
2020

Chapter 1

코로나 펜데믹 시대, 여성의 노동과 건강

인구학적 특성 | 여성의 노동 |

여성들 사이의 차이: 사회적 보호의 불평등



코로나 팬데믹 시대, 여성의 노동과 건강

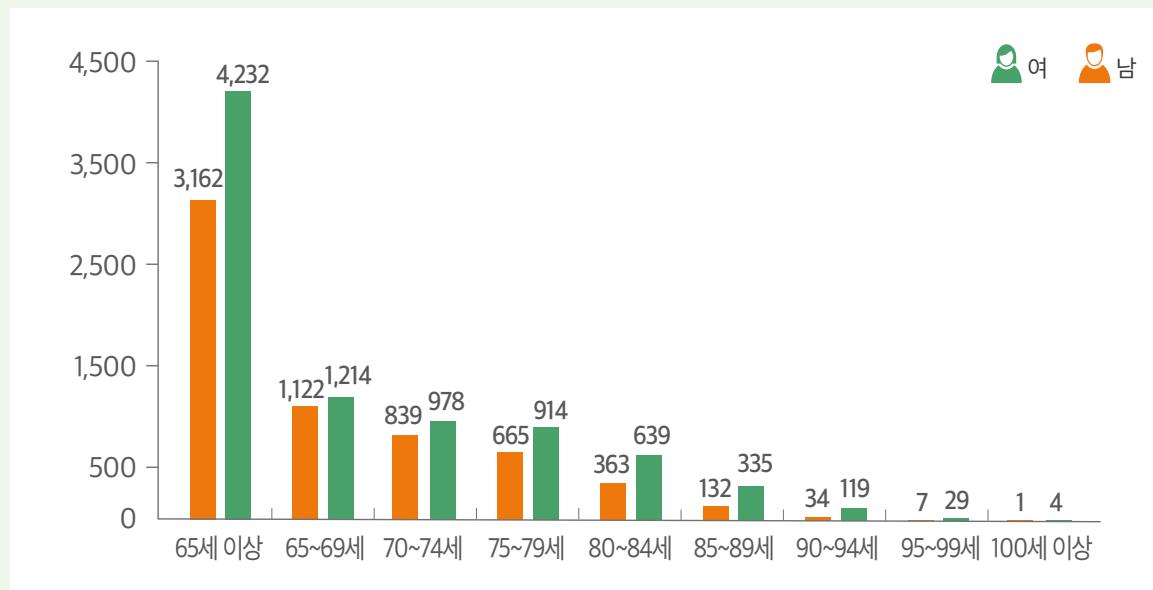
여성의 건강은 그들이 살아가는 삶의 공간 - 가족, 일터, 학교와 지역사회 - 안에 존재하며, 이러한 삶의 공간은 물질적 조건, 건강 행태, 사회심리적 요인 등을 통해 여성의 건강에 영향을 미친다. 시야를 조금 더 넓히면, 정치경제와 노동시장 조건, 사회보장 제도, 사회적 규범과 문화가 가족, 일터, 학교와 지역사회의 특성, 그리고 이들과 개인이 상호작용하는 방식에 영향을 미친다는 점을 알 수 있다. 이러한 '건강결정요인'들의 영향은 코로나 팬데믹 상황에서도 유효하다. 일터와 가정에서 여성들은 팬데믹을 견뎌내고 있다.

① 인구학적 특성

2018년 인구총조사에 의하면 여성과 남성 인구(내국인)의 성비는 99.5로 거의 비슷한 수준이다. 하지만 85세 이상 고령인구에서는 수명에서의 성차가 반영되어 성비가 74.7로 줄어든다. 주목할 점은 고령층 모든 연령대에서 여성 노인의 숫자가 절대적으로 많다는 것과, 그 중에서도 초고령층의 증가가 두드러진다는 점이다.

[그림 1-1] 성별 및 연령별 고령인구, 2018년

단위 : 천 명



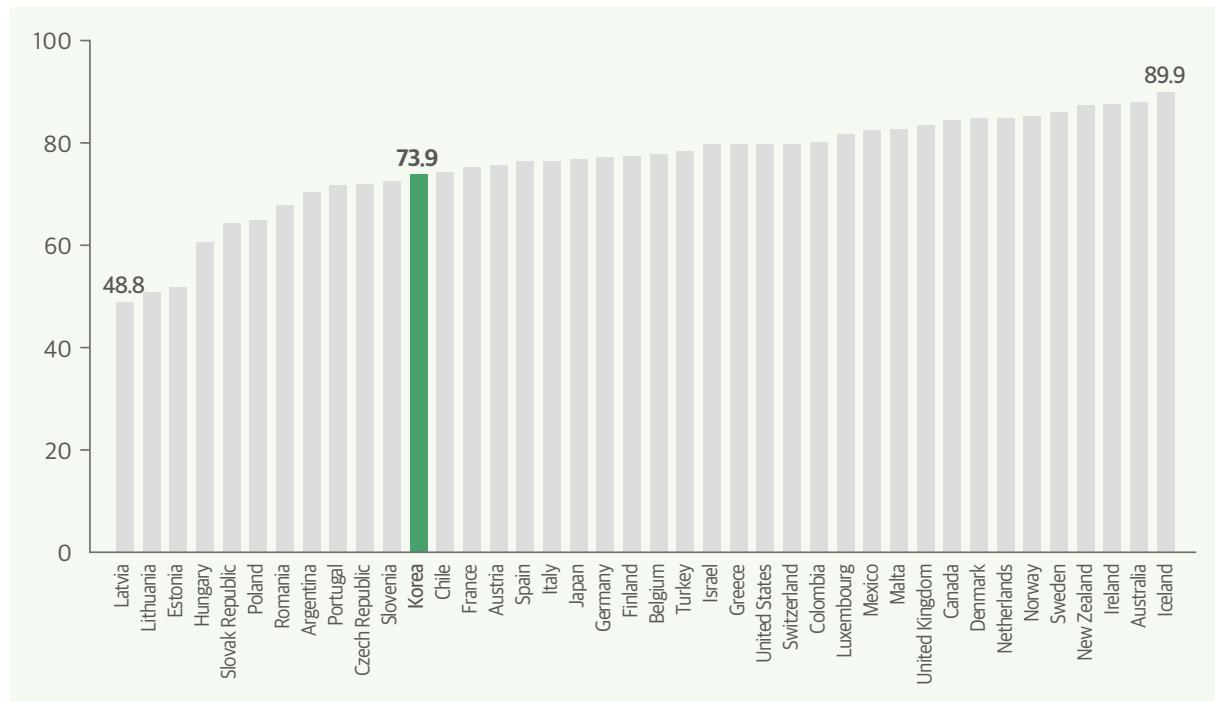
■ 자료: 통계청 인구총조사 2018¹⁾

1) 2018 인구주택총조사 전수집계 결과 보도자료 <https://www.census.go.kr/dat/prs/prsDetail.do>

65세 이상 고령층의 낮은 성비는 한국만의 특별한 현상은 아니다. OECD 회원국 중 라트비아의 성비가 48.8%로 가장 낮고, 아이슬란드가 89.9%로 가장 높다. 대개 사회적·경제적 발전 수준이 높아지고 남성의 기대수명이 늘어남에 따라 고령인구의 성별격차가 감소하는 경향을 확인할 수 있다.

[그림 1-2] 65세 이상 인구 성비, 2017년

단위 : %



■ 자료: Data extracted on 22 Jun 2020 21:24 UTC (GMT) from OECD.Stat

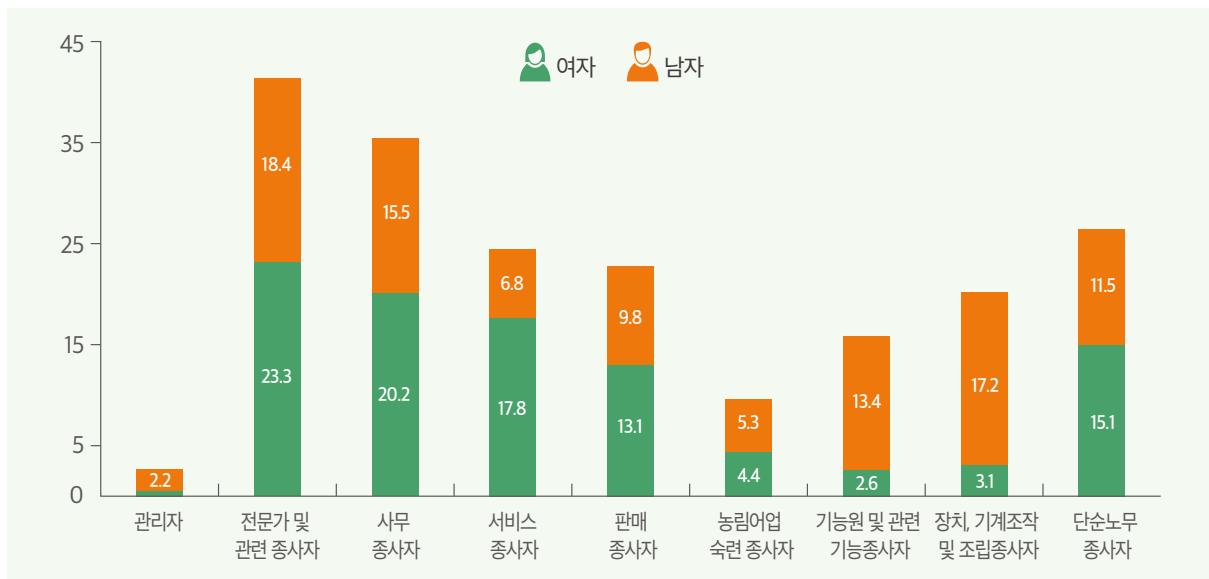
② 여성의 노동

2019년 여성취업자 중 '전문가 및 관련 종사자' 직종이 23.3%로 가장 많고, 다음으로 사무 종사자(20.2%), 서비스 종사자(17.8%), 판매 종사자(13.1%) 순으로 나타났다. 서비스 부문은 감정노동처럼 전통적 제조업과는 다른 건강위험요인이 존재하며 또 불안정 저임금 일자리가 많다는 점에서 젠더를 고려한 노동안전보건 정책과 고용보호 정책이 필요하다. 특히 최근의 코로나19 유행 상황은 성별 고용보호 정책, 노동안전보건 정책의 중요성을 한층 부각시켰다.

최근 발표된 Lee & Kim(2020)의 연구는 제5차 근로환경조사(2017년)와 2015년 인구주택총조사 자료를 활용하여 감염병 유행 상황에서 감염 고위험 직업군을 확인하고 그 규모를 추산했다. 업무 시간 중 환자, 고객, 혹은 대중 접촉의 빈도를 0~6점으로 측정하고, 업무 시간의 절반 이상을 이러한 업무에 종사하는 경우(3점 이상)를 감염 위험군으로 정의하였다. 주목할 점은 환자 돌봄의 접점에 있는 보건의료복지 부문에서 여성의 비중이 압도적으로 높고, 전체 직종 분포에서도 감염 위험이 높은 직종일수록 여성의 비율이 늘어나는 것으로 나타났다.

[그림 1-3] 성별 직업 분포, 2019년

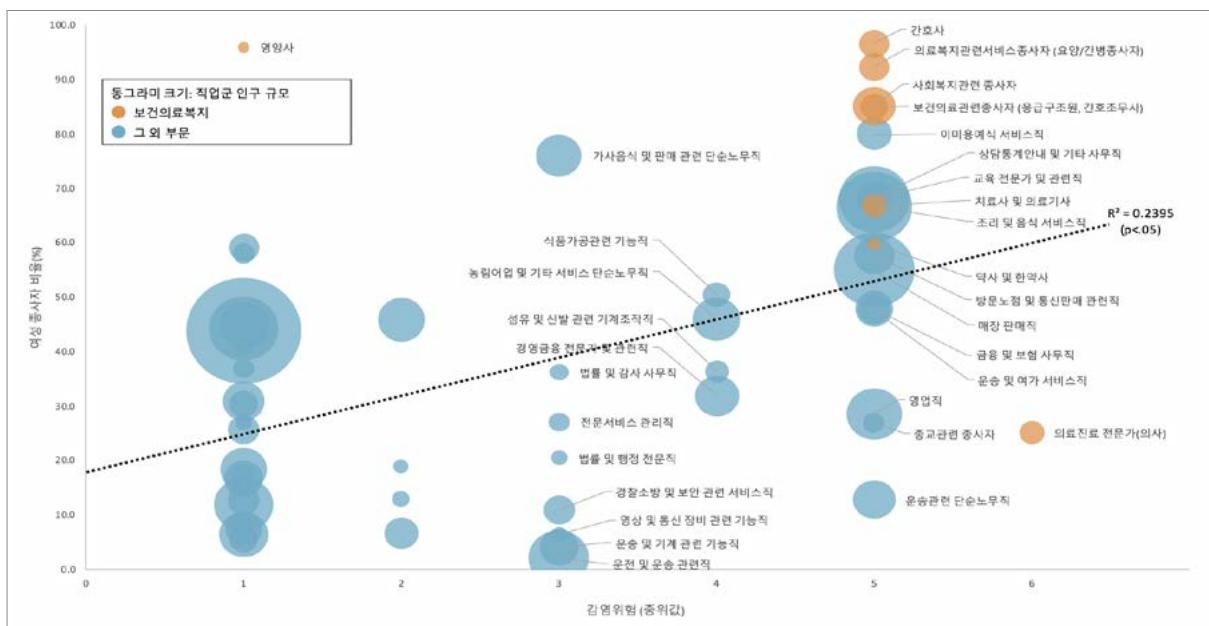
단위 : %



■ 자료: 성인지통계 - 통계청 경제활동인구조사 2019

[그림 1-4] 직종별 감염위험점수와 여성 노동자 비율

단위 : %

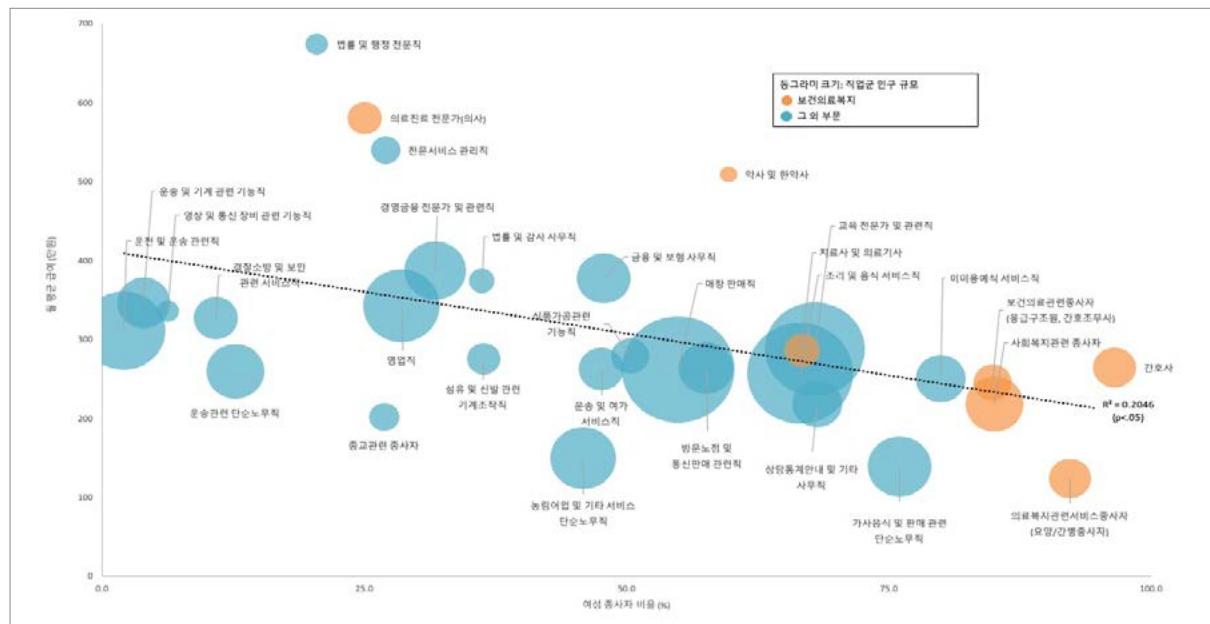


- 출처: Lee & Kim. Estimation of the number of working population at high-risk of COVID-19 infection in Korea. *Epidemiology and Health* 2020;42: e2020051-0

그러나 팬데믹 상황에서 위험 업무에 종사하는 것이 반드시 사회적 보상으로 이어지는 것은 아니다. 위의 자료에서 감염 위험 직종의 평균 임금과 여성 종사자 비율 사이의 관계를 살펴보면, 여성 비율이 높아질수록 해당 직종의 평균임금이 낮아지는 것을 알 수 있다. 돌봄 노동에서의 '젠더 패널티'를 잘 보여준다.

[그림 1-5] 감염 고위험 직종의 여성 종사자 비율과 평균임금

단위 : 만 원



■ 출처: Lee & Kim. Estimation of the number of working population at high-risk of COVID-19 infection in Korea. Epidemiology and Health 2020;42: e2020051-0

노동시장에서 성별 임금 격차는 새로운 현상이 아니다. 모든 학력 수준에서 남녀 임금 격차가 관찰되지만, 특히 대졸 이상에서 가장 큰 격차를 보인다. 대졸 이상의 여성 노동자 임금이 남성 고졸 노동자와 비슷한 실정이다. 고졸 여성 노동자의 임금을 100으로 했을 때, 여성 대졸자의 임금은 151, 남성 대졸자의 임금은 224에 달한다. 성별 임금격차는 한국만의 특별한 문제가 아니지만, OECD 회원국들과 비교해도 한국의 격차가 유별난 것임은 분명하다.

[그림 1-6] 성별 임금 격차, 2000~2018년

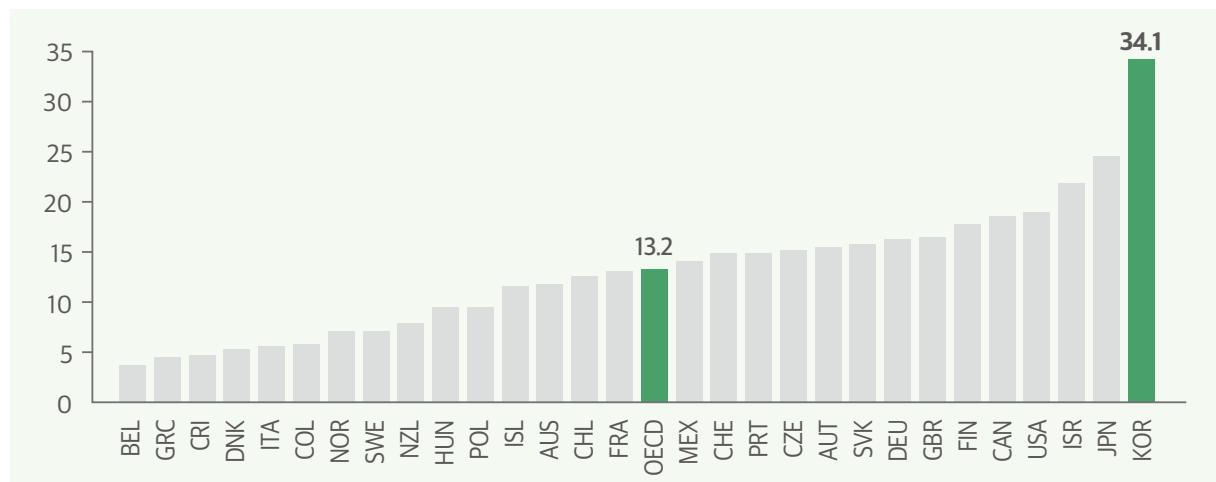
단위 : %



■ 자료: 고용노동부 고용형태별 근로실태조사 2000~2018

[그림 1-7] OECD 회원국의 성별 임금격차, 2018년

단위 : %

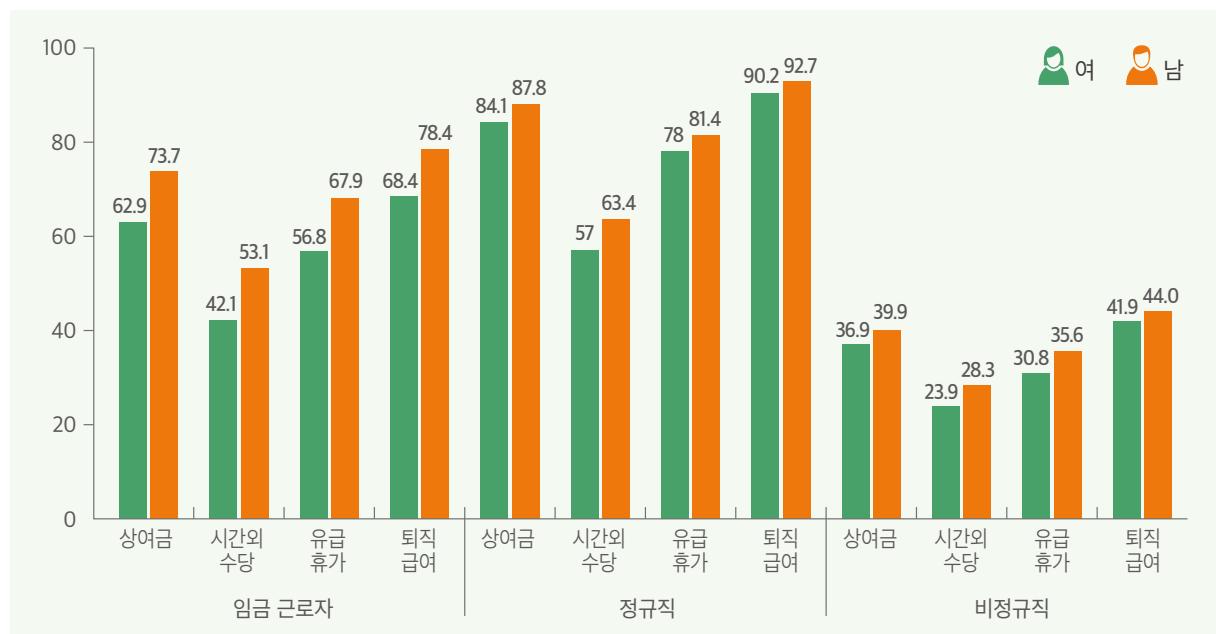


■ 자료: OECD (2020), Gender wage gap²⁾ (indicator). doi: 10.1787/7cee77aa-en (Accessed on 21 May 2020)

노동 시장 성별 격차는 근로복지 수혜에서도 드러난다. 상여금, 시간 외 수당, 유급 휴가, 퇴직 급여에서 여성은 남성 보다 불리하다. 여성의 비정규직 종사 비율이 더 높기 때문에 사회보험 가입률이 더 낮다는 점을 감안하면 여성은 이중의 불리함에 직면한 것이라 할 수 있다.

[그림 1-8] 성별, 근로형태별에 따른 근로복지 수혜(%), 2019년

단위 : %



■ 자료: 성인지통계 - 통계청 경활부가조사 2019

2) 성별 임금 격차(gender wage gap): 임금 중위수 대비, 남성과 여성의 임금 중위수 격차%

③ 여성들 사이의 차이: 사회적 보호의 불평등

다양한 사회정책은 여성의 삶과 구조, 그리고 건강과 안녕에 중요한 역할을 한다. 예컨대 육아와 임신·출산이 경력 단절의 주요 사유인만큼 출산전후 휴가, 육아휴직제도, 직장어린이집 등의 제도는 여성의 경제활동 참여 증진에 기여할 수 있다.

그런데 이러한 제도의 혜택이 이러한 제도의 혜택이 비정규직, 불안정 노동에 종사하는 이들에게까지 미치지 않는다는 점에도 주의가 필요하다. 2018년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사에 따르면 기혼 여성의 일·가정양립 제도의 이용 경험은 직종 및 종사상지위, 직장 유형별로 차이가 컸다.

첫째 자녀 임신 당시 출산 전·후 휴가 사용 경험 비율은 사무직이 61.1%로 가장 높은 반면, 서비스직은 26.0%, 판매직은 19.5%에 불과했다. 종사상지위에 따라 비교해보면 상용근로자는 58.2%, 임시일용근로자는 6.6%가 출산 전·후 휴가를 사용한 것으로 나타났다. 직장 유형에 따른 차이도 컸는데, 정부기관 및 공공기관 종사자의 경우 78.7%, 민간 대기업 72.8%, 민간 중소기업 41.0%, 개인사업체 13.2% 순으로 나타났다.

[그림 1-9] 첫째 자녀 임신 직전 취업 중이었던 기혼 여성(15~49세)의 당시 경제활동 특성별 첫째 자녀 출산전후휴가 사용 경험
(2011. 1. 1. 이후 출생아 대상)

단위 : %



■ 자료: 2018년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사 보고서 재구성

첫째 자녀의 육아휴직 사용 경험 역시 직종 및 종사상지위, 직장 유형에 따라 비슷한 유형을 관찰할 수 있었다. 사무직의 육아휴직 사용 비율이 46.6%로 가장 높았고 판매직은 10.5%로 가장 낮았다. 또한 상용근로자는 43.3%, 임시일용근로자는 1.8%가 육아휴직 사용 경험이 있는 것으로 나타났다. 마지막으로 정부기관 및 공공기관 종사자의 61.4%, 민간 대기업 61.3%, 민간 중소기업 27.2%, 개인사업체 4.6% 순으로 육아휴직을 사용한 것으로 나타났다. 성별 격차에 대한 고려 뿐 아니라, 여성들 사이에서의 불평등을 완화하는 접근이 절실하다.

[그림 1-10] 첫째 자녀 임신 직전 취업 중이었던 기혼 여성(15~49세)의 당시 경제활동 특성별 첫째 자녀 육아휴직 사용 경험
(2011. 1. 1. 이후 출생아 대상)

단위 : %



■ 자료: 2018년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사 보고서 재구성

여성건강 스토리

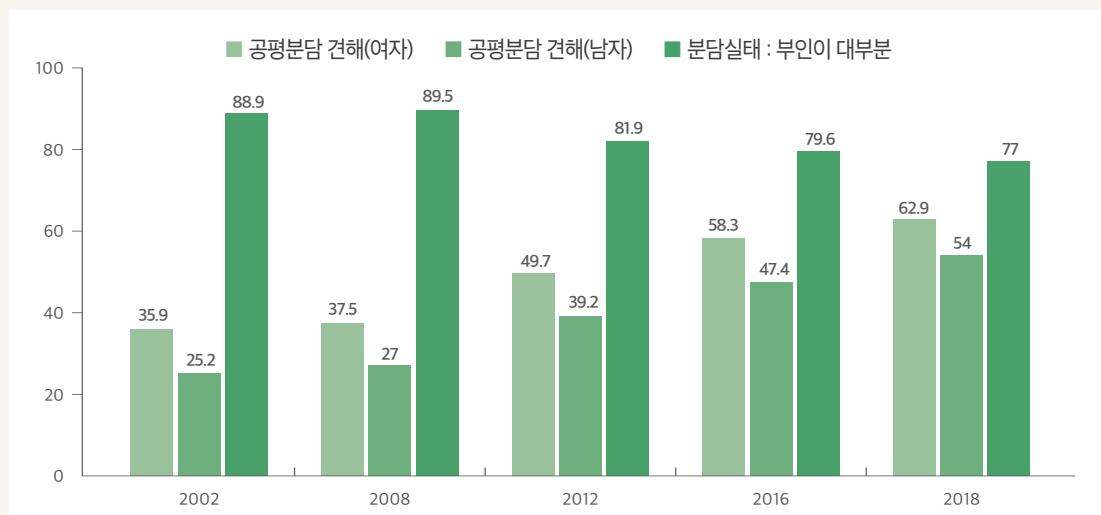
기혼 여성에게 편중된 가사노동부담

여성의 급속한 학력 신장률은 2000년대 중반 이후 대학 진학률에서 남성을 넘어서기 시작했고, 이후 2019년에는 7.9%포인트 차이로 앞서 있다. 여성의 교육연수가 늘어나며 사회진출이 당연시되고 있지만 여성의 경제활동 참가율은 20대 후반까지 상승하다 출산·육아가 집중되는 30대에 최저점으로 하락하는 특징을 보인다. 이러한 결과는 여전히 우리 사회에 남아있는 젠더 규범에 기인한 것으로 보인다.

물론 사회 전반적으로 젠더 규범과 성차별 이데올로기가 약화되었지만 인식의 변화에도 불구하고 현실의 간극은 크다. 사회조사에 따르면 가사분담에 대해 '공평하게 분담'해야 한다는 응답자의 비율은 남녀 모두에게 증가하는 추세이나, 실제 가사분담 실태에서는 맞벌이 가구 중 여전히 아내가 전담하고 있는 경우가 많다.

[그림 1-11] 가사노동을 '공평하게 분담해야 한다'는 응답자 비율과 실제 가사분담 실태

단위 : %

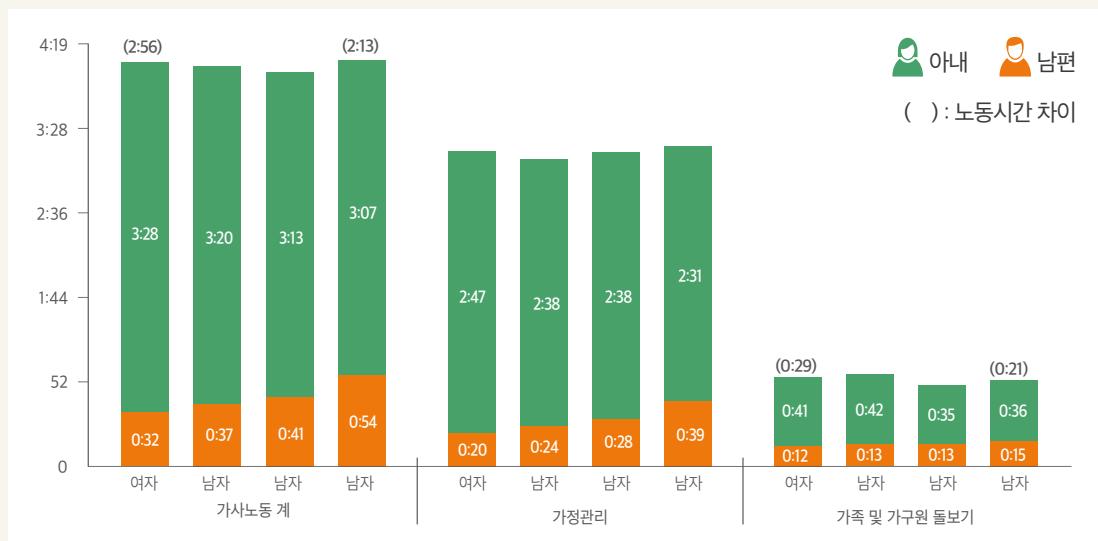


■ 자료: 성인지통계 - 통계청 사회조사 2002~2018

최근 발표된 2019년 생활시간조사 결과에 따르면 맞벌이가구에서 아내와 남편의 가사노동 시간 차이는 점차 줄어드는 것으로 나타난다. 그러나 여전히 맞벌이 가구의 아내는 남편보다 가사노동에 세 배 이상의 시간을 사용하고 있다. 기혼 여성은 일터에서 '퇴근'하고 다시 집으로 '출근'을 하는 셈이다.

[그림 1-12] 맞벌이 가구의 가사노동시간 변동

단위 : 시간(분)



■ 출처: 통계청 생활시간조사 2004~2019

이러한 가사노동 분담의 불평등은 여성의 신체적, 정신적 건강에 악영향을 미칠 수 있다. 예컨대 경기도민 정신건강 실태조사(2017)에 따르면 가사노동 분담에 대해 남성은 약 79%가 ‘대체로 만족한다’와 ‘매우 만족한다’라고 응답한 반면, 여성은 약 41%만이 그렇다고 답했다. 또한 배우자의 집안일 분담 정도와 우울 여부, 응답자 본인이 주말동안 집안일에 소요한 시간과 스트레스 인지 수준은 유의한 연관성을 갖는 것으로 나타났다.

Chapter 2

전반적 건강수준과 만성질환

연령별 인구구조의 변화 | 기대수명과 건강수명
| 고혈압 | 당뇨



전반적 건강수준과 만성질환

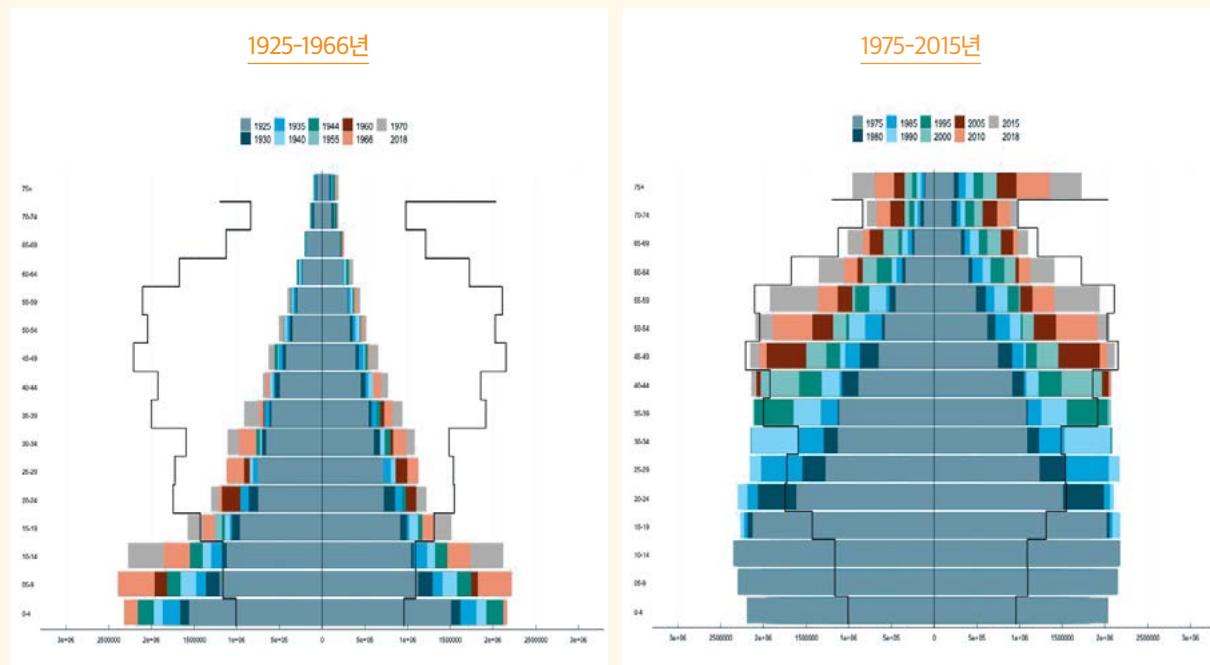
기대수명과 사망은 여자의 전반적 건강수준의 대표 보건지표이다. 건강이 질병이 없는 상태만이 아니기 때문에 주관적으로 평가한 건강 평가는 신체적 요인과 감정적 요인을 포함하는 건강 수준을 나타내는 지표로 널리 이용하고 있다. 여자가 남자보다 기대수명이 길며 사망이 적지만, 자가평가 건강수준과 활동제한으로 측정한 주관적 건강 수준은 여자가 남자보다 나쁘다.

① 연령별 인구구조의 변화

건강과 질병에 가장 큰 영향을 미치는 단일한 요인은 연령이다.

여자는 2000년 연령중위수가 33.1세였으나 2015년 42.3세였고, 2019년 44.7세로 약 11세 증가하였으며 65세 이상 여자 노인의 분율은 2000년 9.1%, 2015년 15.1%, 2019년 17.2%로 증가하였고, 남자에서도 각 연도에서 65세 이상 노인의 분율은 5.6%, 10.9%, 13.0%였다.

[그림 2-1] 1925-2018년 성별 연령구조: 인구피라미드



■ 자료: 통계청, 인구주택총조사

② 기대수명과 건강수명

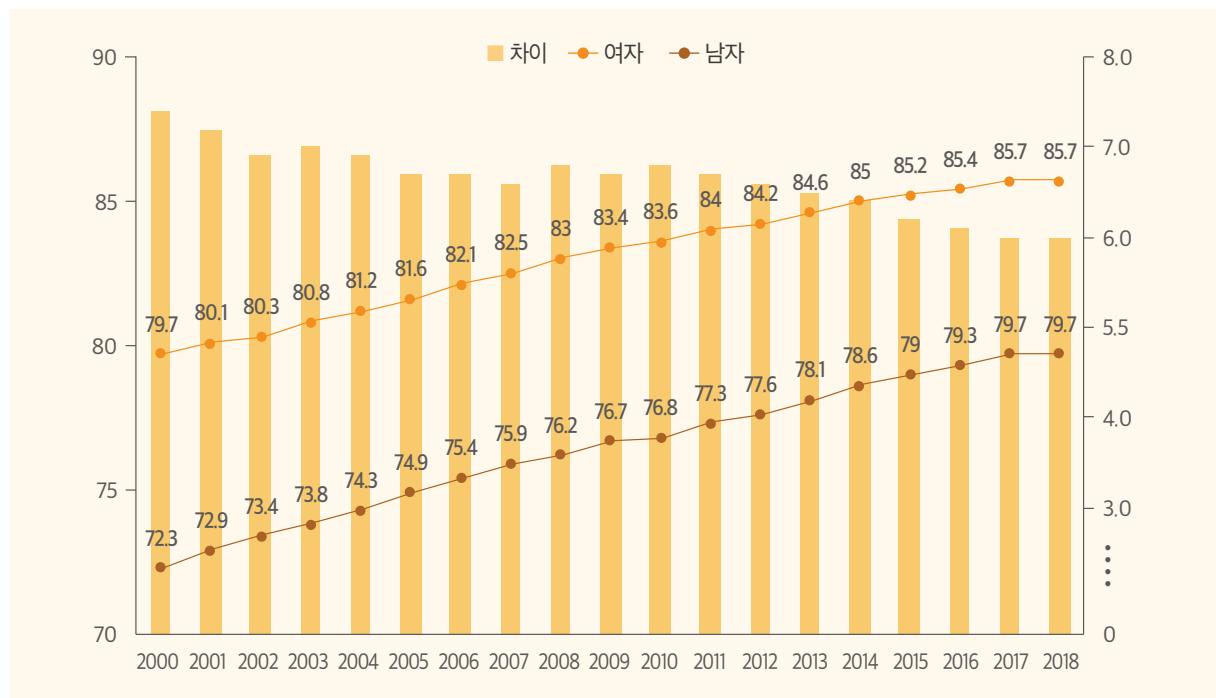
어떤 사람이 태어났을 때 얼마나 오래 살지를 나타내는 출생 시 기대여명, 즉 기대수명은 인구집단의 전반적인 건강 상태를 대표하는 지표이다. 기대수명은 국제적으로 나라별 건강 수준을 비교할 때에도 중요한 지표이다. <국민건강 증진종합계획>에서 제시하는 국가 수준 보건정책의 최종 목표는 건강수명의 연장과 건강형평성의 제고이다(보건복지부, 2020).

2018년 우리나라 여자의 기대수명은 85.7세이며, 남자의 79.7세와 비교하여 약 6세 가량 기대수명이 길다. 2000년에서 2018년까지 여자의 기대수명은 약 6세 증가하였으나, 남자의 기대수명은 약 7세 증가하였다. 따라서 동일기간 성별 기대수명의 차이는 약 1세 정도 줄어들었다.

여자와 남자 간 기대수명의 차이는 2000년 7.4세, 2005년 6.8세, 2010년 6.9세, 2016년 6.1세였으며, 2000~2007년 사이 감소하다가 2008~2010년 증가하였으나 최근 다소 감소하는 양상이었다.

[그림 2-2] 2000-2018년 우리나라 여자와 남자의 기대수명과 차이

단위 : 세



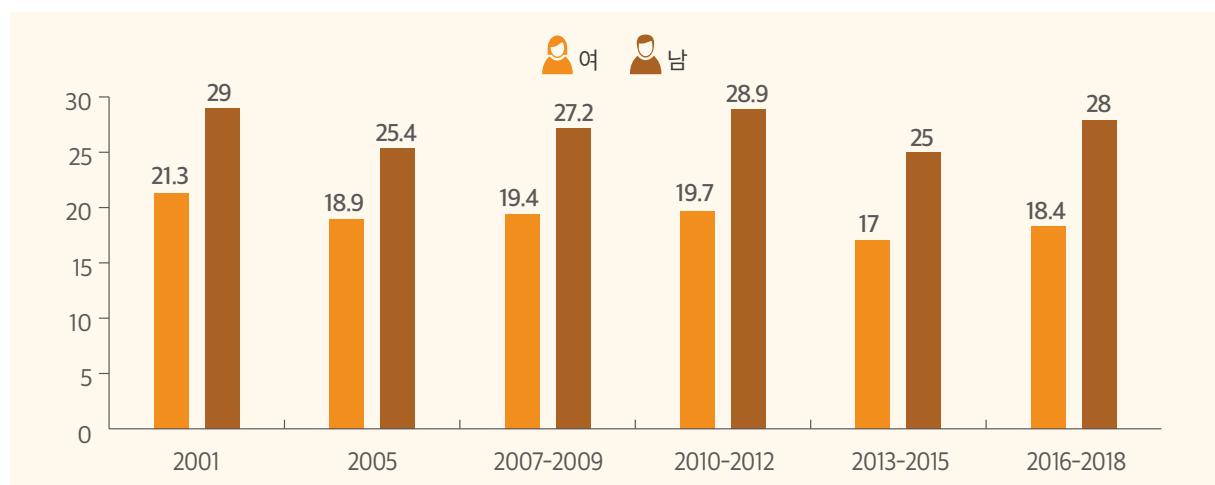
■ 자료: 통계청 1세별 완전생명표

③ 고혈압

2001-2018년 국민건강영양조사 검진을 통해 진단한 연령표준화 고혈압 유병률은 여자에서 21.3%에서 18.3%로 다소 감소하였으며, 남자에서는 뚜렷한 증감을 확인할 수 없었다. 모든 시기에서 여자보다 남자에서 유병률이 높았다.

[그림 2-3] 19세 이상 성인의 성별 고혈압 유병률, 2001~2018

단위 : %



* 주: 수축기혈압 140mmHg 이상이거나 이완기 혈압 90mmHg 이상이거나 항고혈압약제를 투약하는 경우, 2005년 추계인구로 표준화함.

■ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 국민건강영양조사, 2001-2018

④ 당뇨

2001-2018년 연령표준화 당뇨병 유병률은 2001년을 제외하고 시기에 따라 약간 증가하는 양상을 보였다. 여자에서 당뇨병 유병률은 2001년, 2005년, 2007-9년, 2010-12년, 2013-15년, 2016-18년 7.9%, 5.8%, 6.4%, 6.4%, 7.1%, 7.2%였고, 남자는 각각 8.8%, 7.2%, 8.3%, 8.8%, 10.0%, 10.6%로 약간 증가하였다. 모든 연도에서 남자의 당뇨 유병률이 여자에 비해 높았다.

[그림 2-4] 19세 이상 당뇨병 유병률 추이(2001-2018년)

단위 : %



* 주: 공복혈당 126mg/dL 이상이고 당뇨 약제를 투약하는 경우, 2005년 추계인구로 표준화함.

■ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 국민건강영양조사, 2001-2018

Chapter 3

암

암 발생 | 주요 암종의 성별에 따른 검진 및 생존 차이 |
여성 암종의 검진 및 생존 차이



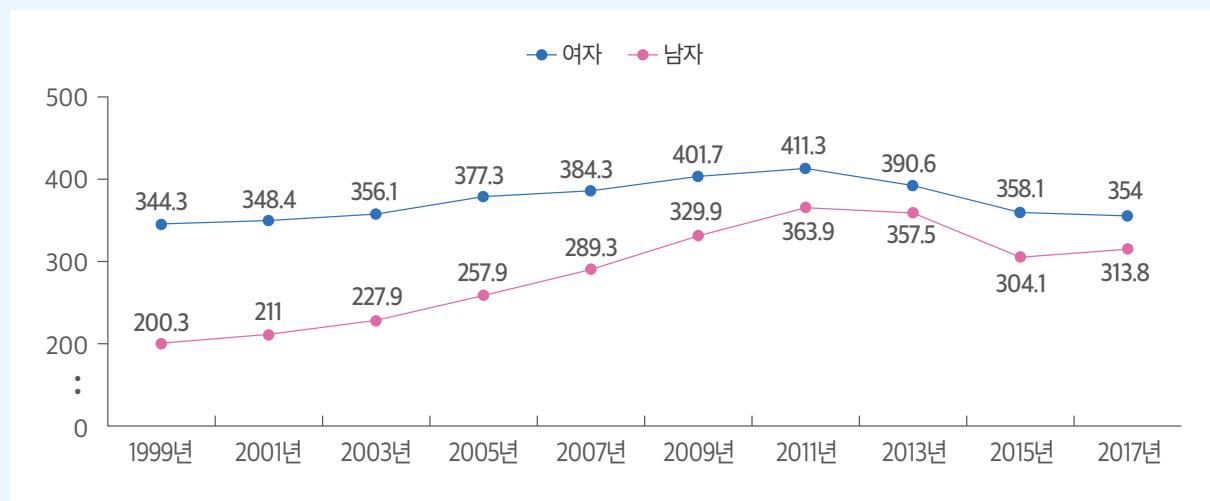
그동안 국가차원에서의 적극적인 암관리 노력으로 우리나라 암발생률은 2010년 초반부터 감소하기 시작하였으며, 생존율도 크게 향상되었다. 그러나 급격한 인구 고령화와 함께 여성 노인 인구의 증가, 생존율 향상으로 인한 여성 암 생존자의 증가는 여성 건강을 위협하는 또 다른 중요한 문제이다. 이러한 측면에서 예방적 의료이용 목적인 암검진의 참여가 매우 필요하다.

1 암 발생

암은 국내 사망원인 중 1순위이다. 국내 암발생률은 1999년 이후 지속적으로 증가하다가 2010년 초반부터 감소하기 시작하였으며, 남자의 발생 수준이 여자보다 높다. 2000년대 초반부터 시작된 갑상선암 발생의 급증에 따라 남녀간 연령표준화암발생률의 절대적 차이가 지속적으로 감소하는 경향을 보이다가 2014년 이후 갑상선암 발생의 급격한 감소에 따라 성별 차이가 약간 증가하였다.

[그림 3-1] 성별 연령표준화 발생률 추이

단위 : 십만명당 명

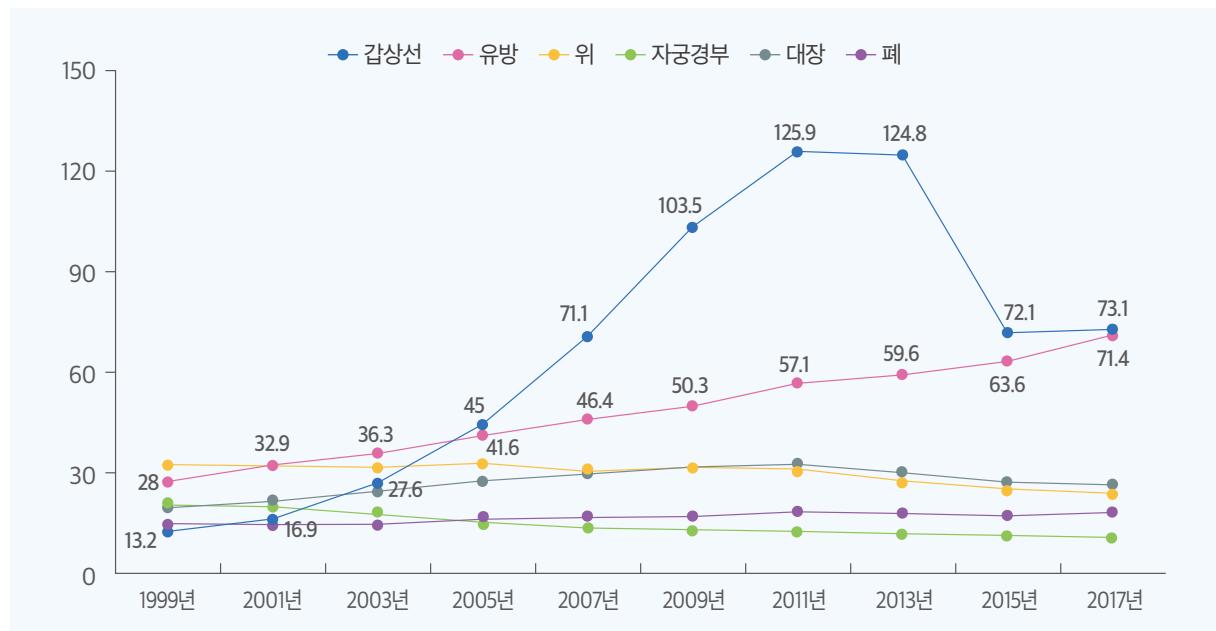


■ 자료: 중앙암등록본부. 국가암등록통계사업 결과 1999-2017

여자의 암종별 발생률 추이를 살펴보았다. 여성에서 대부분의 암 질환이 2010년 이후 발생률이 감소하였다. 갑상선암은 지속적으로 증가하다 2010년 이후 발생률이 급격하게 감소하였으며, 2015년 이후 일정한 발생률 수준을 보이고 있다. 위암, 대장암, 간암의 발생률도 감소하는 경향을 보이고 있다. 여자의 유방암은 지속적으로 증가하는 경향을 보이고 있으며, OECD 국가에서 여자 암발생 1위를 차지하는 암질환으로 적극적인 관리가 필요하다.

[그림 3-2] 여자 주요 암종별 발생률 추이

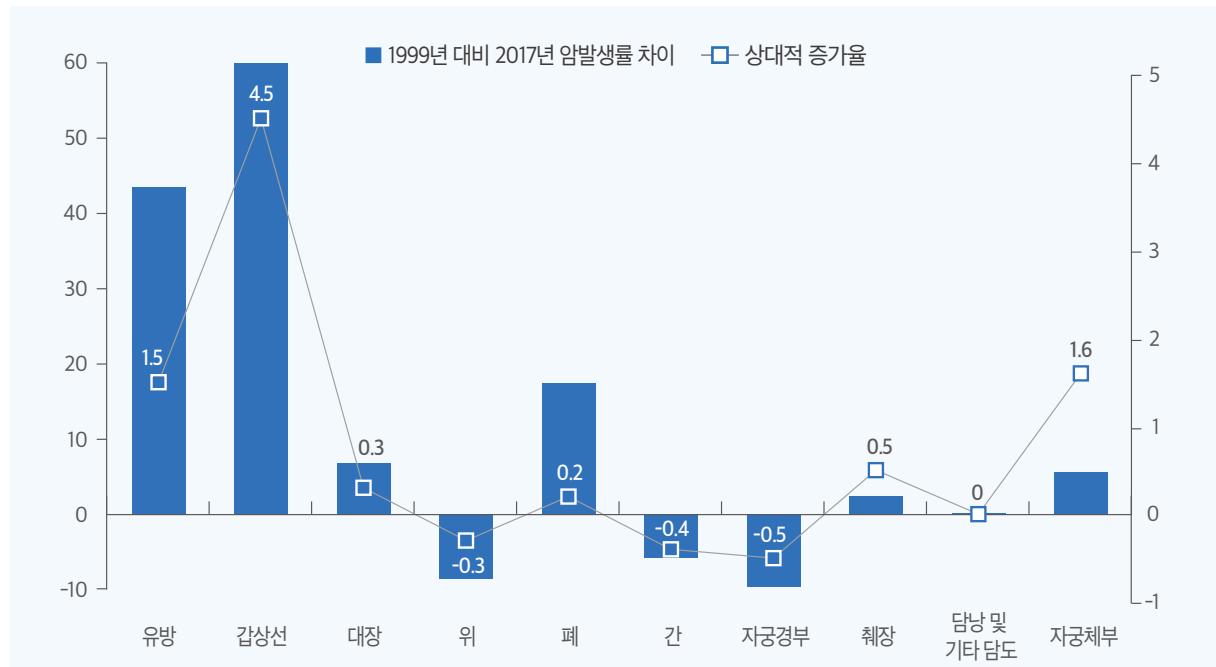
단위 : 십만명당 명



■ 자료: 중앙암등록본부. 국가암등록통계사업 결과 1999-2017

[그림 3-3] 여자의 주요암종별 1999년과 2017년 발생률 차이¹⁾와 증가율²⁾

단위 : 십만명당 명



■ 자료: 중앙암등록본부. 국가암등록통계사업 결과 1999-2015

1) 절대적 차이: 2015년 발생률 - 1999년 발생률

2) 상대적 증가율: (2015년 발생률 - 1999년 발생률)/1999년 발생률

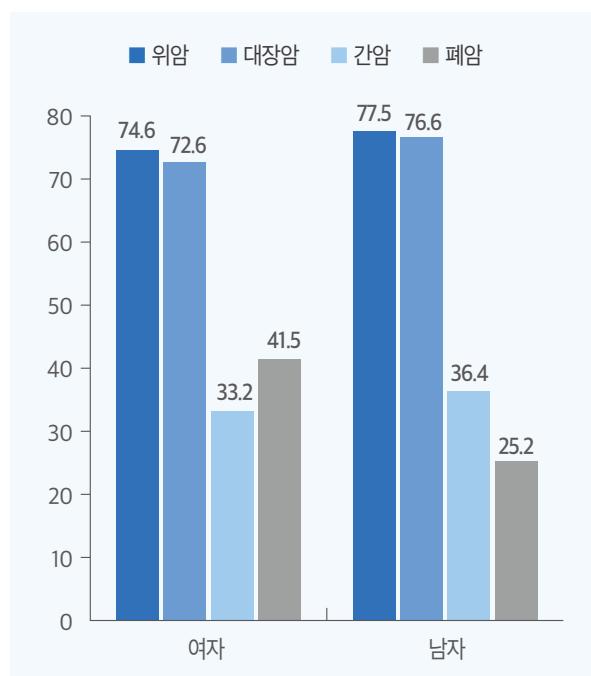
② 주요 암종의 성별에 따른 검진 및 생존 차이

암 검진과 치료기술의 발달로 우리나라 암 환자의 생존율은 점점 나아지고 있다. 2011-2015년 암 생존율을 살펴보면 여자의 위암, 대장암 생존율은 74.6%, 72.6%였으며, 다른 암종에 비해서 높은 수준이다. 여자의 간암 생존율은 33.2%, 폐암 생존율은 41.5%이다. 성별 차이를 살펴보면 폐암을 제외하고는 위암, 대장암, 간암에서는 남자가 여자보다 생존율이 약간 높은 수준을 보였다.

이러한 생존율의 향상은 검진을 통한 암의 조기발견 증가와 관련이 있다. 우리나라 여성의 주요 4대암(유방암, 자궁암, 위암, 대장암) 검진 수검률은 지난 10년 동안 꾸준히 증가하고 있다. 남녀 수검률 차이는 대장암은 남자가 여자에 비해 1.5% 포인트 높은 수검률을 보였으나 위암은 큰 차이를 보이지 않고 있다.

[그림 3-4] 성별 위암, 대장암, 간암, 폐암의 생존율

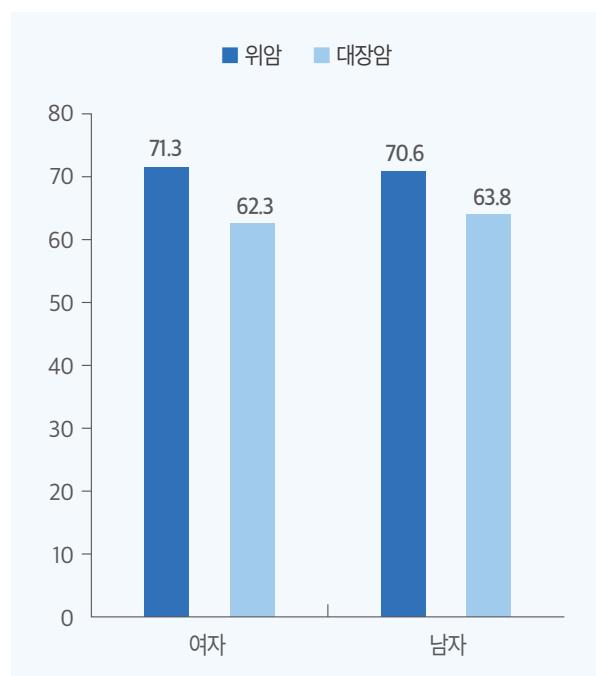
단위 : %



■ 자료: 중앙암등록본부. 국가암등록통계사업 결과 2015

[그림 3-5] 성별 위암, 대장암 검진 수검률 (2019)

단위 : %

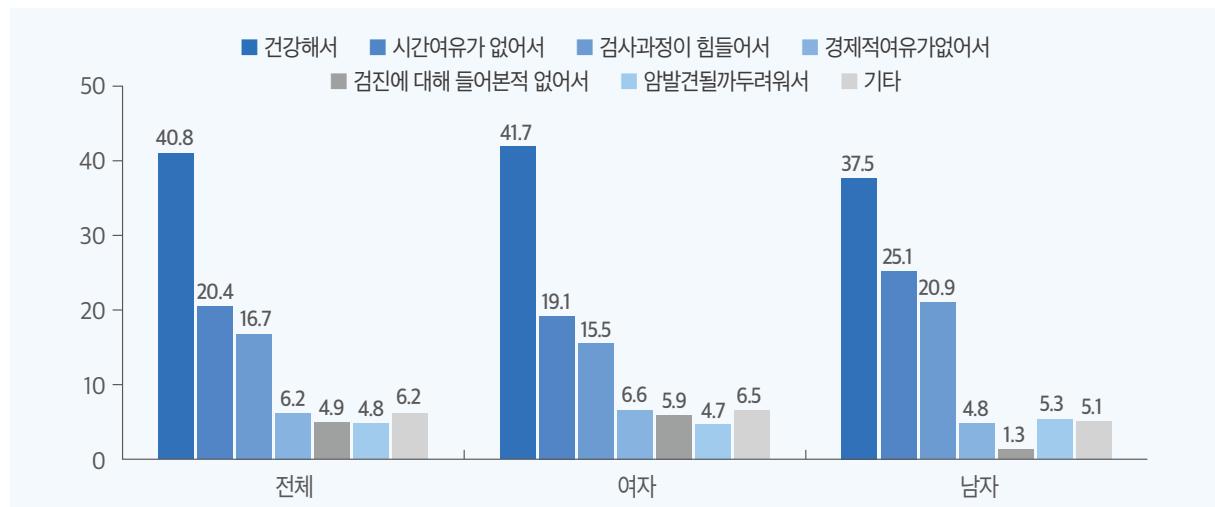


■ 자료: 국립암센터 암검진 수검행태조사, 2019년

암검진 수검행태조사에서 검진을 받지 않는 이유를 조사한 결과, '건강해서;', '시간 여유가 없어서'라고 응답한 경우가 가장 많았다. 성별 차이를 보면 여자는 '건강해서', '경제적 여유가 없어서', '검진에 대해 들어본 적 없음'이라고 응답한 분율이 상대적으로 높았다. 반면 남자는 '시간 여유가 없어서', '검사과정이 힘들어서'라고 응답한 경우가 많았다.

[그림 3-6] 성별 미수검 사유

단위 : %



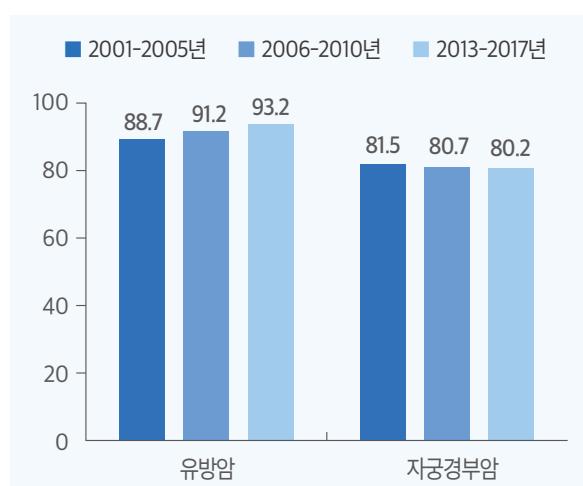
■ 자료: 국립암센터 암검진 수검행태조사, 2019년

③ 여성 암종의 검진 및 생존 차이

유방암의 생존율은 지속적으로 증가하여 2013-2017년에는 93.2%로 높게 나타났다. 자궁경부암의 경우 다른 암 질환에 비해 높은 생존율을 보이고 있지만 2001-2005년 81.5%에서 2013-2017년 80.2%로 다소 감소하는 경향을 보였다.

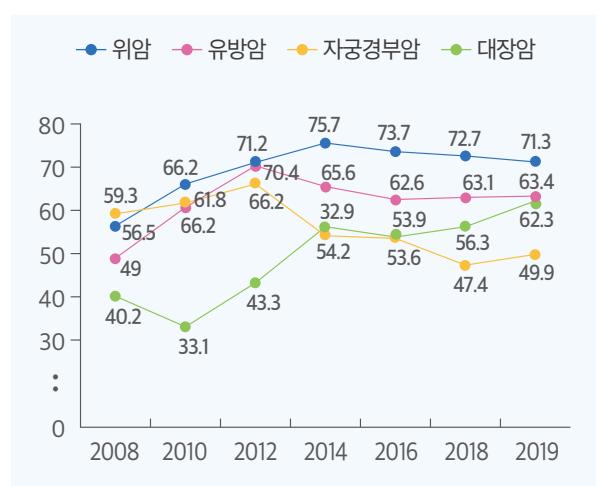
유방암(40세~74세 여성)과 자궁경부암(30~74세) 수검률의 경우, 2012년까지 꾸준히 증가하였으나 이후 감소하는 경향을 보이고 있다. 특히 자궁경부암의 경우 2012년 66.2%에서 2019년 49.9%로 감소하였다. 이러한 자궁경부암 수검률의 감소가 생존율 감소에 어떠한 영향을 미쳤는지에 대한 연구가 필요할 것으로 사료된다.

[그림 3-7] 여자 유방암, 자궁경부암의 생존율 추이



■ 자료: 중앙암등록본부. 국가암등록통계사업 결과 2001-2017

[그림 3-8] 여성 주요 암 검진 수검률 추이



■ 자료: 국립암센터 암검진 수검행태조사, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2019년

자궁경부암 퇴치를 위한 세계적 노력

자궁경부암의 전세계적 부담

매년 전세계적으로 약 57만 명 이상의 여성이 자궁경부암 진단을 받고 있으며, 약 31만명이 사망하고 있다. 이는 2분마다 여성 1명이 자궁경부암으로 사망하고 있는 것으로, 자궁경부암은 여성의 건강을 가장 크게 위협하는 질환 중 하나이다. 자궁경부암의 발생과 사망은 전세계적으로 매우 '불평등'한 양상을 보인다. 자궁경부암 사망자의 85%는 저소득국가에서 발생한다. 저소득국가에서 자궁경부암은 다른 암종에 비해 가장 높은 사망률을 보이지만, 소득수준이 높은 국가의 경우 가장 낮은 사망률을 보이는 암종이다.

자궁경부암은 검진으로 예방이 가능하고, 조기에 발견하면 치료도 가능하다. 그러나 저소득 국가 여성 대부분은 검진의 혜택을 받지 못하고 있으며, 생명을 구할 수 있는 치료도 받지 못하고 있다. 세계보건기구는 이렇게 계속 방치할 경우 자궁경부암으로 인한 사망자가 2030년에 약 50% 증가할 것으로 예측하고 있다. 이것은 세계에서 가장 취약한 여성들이 불필요하게 죽어 가고 있음을 의미한다.

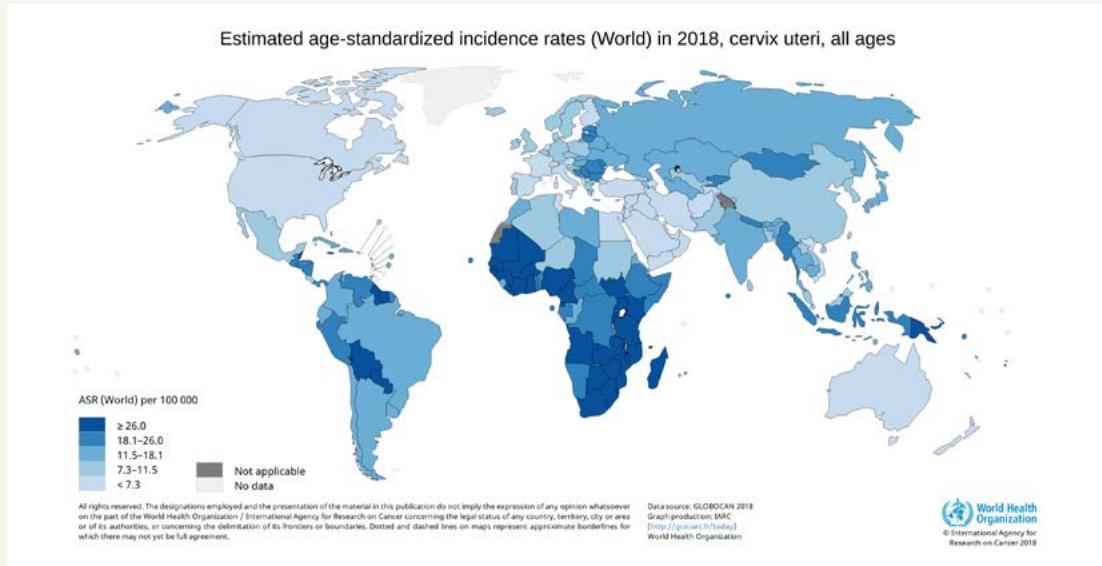
세계보건기구 (WHO) 사무총장은 2018년 5월 '세계보건총회(World Health Assembly)"에서 자궁경부암 퇴치를 위한 전세계적 실천을 요구하는 전략안을 상정하였다. 2030년까지 전 세계 15세 소녀들의 90%가 사람유두종 바이러스(Human Papillomavirus, HPV) 예방접종을 받고, 30세~45세 여성의 70%가 자궁경부암 검진을 받고, 전암성병변의 90%를 치료하며, 침윤성 자궁경부암의 90%를 관리하겠다는 것이다. 그리고 이를 통해 자궁경부암 퇴치가 현실화 될 수 있도록 정치적 의지를 강조하고, 모든 이해관계자가 이 공동의 목표를 위해 단결할 것을 촉구하였다.

우리나라의 자궁경부암 관리 현황

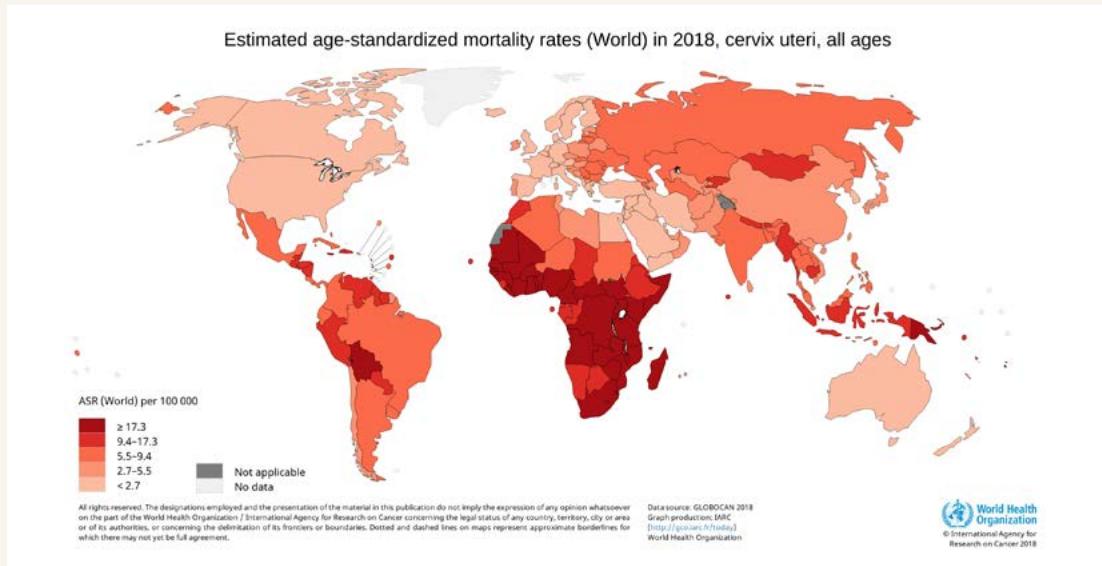
자궁경부암은 과거 우리나라 대표적 여성 호발암 중 하나였지만 자궁경부암 검진 등 장기간의 노력을 통해 지난 20여년간 지속적인 발생 감소 추세를 유지하고 있다. 실제로 자궁경부암 연령표준화 발생률은 1999년 여성 인구 10만명당 21.0명에서 2017년 11.4명으로 절반으로 감소하였다. 자궁경부암의 2013-2017년 5년 상대생존율은 80.2%로 높은 수준을 유지하고 있다.

우리나라의 자궁경부암 발생 감소는 자궁경부암 검진의 효과가 큰 역할을 하였다. 국립암센터의 연구 결과에 따르면 자궁경부암 검진을 정기적으로 받은 경우 침윤성 자궁경부암의 발생 위험이 약 70% 감소하였다. 우리나라는 1988년 사립학교교직원 건강검진에 처음으로 자궁경부암 검진이 포함되었으며, 이후 대상자가 지속적으로 확대되어 1999년부터 만 30세 이상 여성, 2015년부터 만 20세 이상 여성을

[그림 3-9] 자궁경부암 연령표준화 발생률, 2018



[그림 3-10] 자궁경부암 연령표준화 사망률, 2018

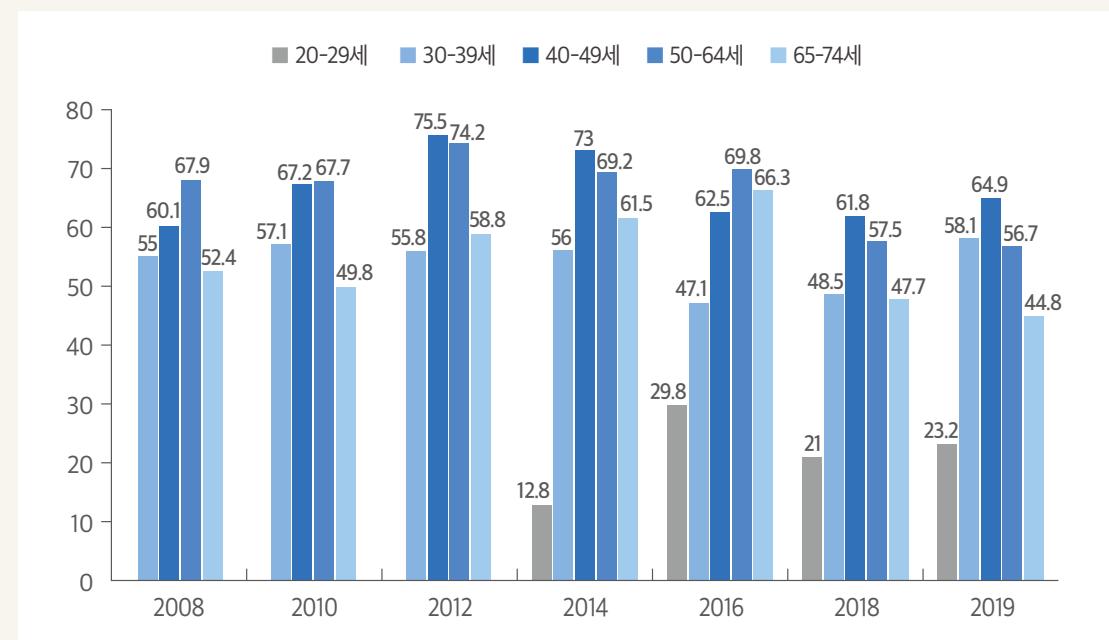


- 자료: GLOBOCAN 2018. IARC, WHO (<http://gco.iarc.fr/toady>)

대상으로 2년마다 자궁경부세포검사를 받도록 하고 있다. 우리나라 자궁경부암 수검률은 집계가 시작된 2005년 이래 꾸준히 증가하였으나 2014년 전후로 정체 혹은 감소하는 추세를 보이고 있다. 이러한 수검률의 감소는 혼인율이 감소하고, 임신·출산력이 감소하면서 산전, 산후 진찰 과정에서의 자궁경부암 검진을 받는 기회가 줄어든 것이 원인으로 파악된다.

[그림 3-11] 연령별 자궁경부암 검진 권고안 이행 수검률 추이, 2008~2019

단위 : %



■ 자료: 국립암센터 암검진 수검행태조사, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2019년

한편, 사람유두종 바이러스(Human Papillomavirus, HPV)는 자궁경부암을 일으키는 가장 흔한 원인으로 2006년 HPV 백신이 개발되었다. 2016년 6월부터 만 12세 여성청소년을 대상으로 하는 HPV 예방접종이 국가필수 예방접종에 포함되었다. HPV 예방접종률은 85%대를 유지하고 있다.

※ 출생연도별 만 12세 여성청소년의 HPV 백신(1차) 접종률: ('04년생, 2017년) 71.1% → ('05년생, 2018년) 85.8% (12/26 기준) → ('06년생, 2019년) 85.4% (12/9 기준)

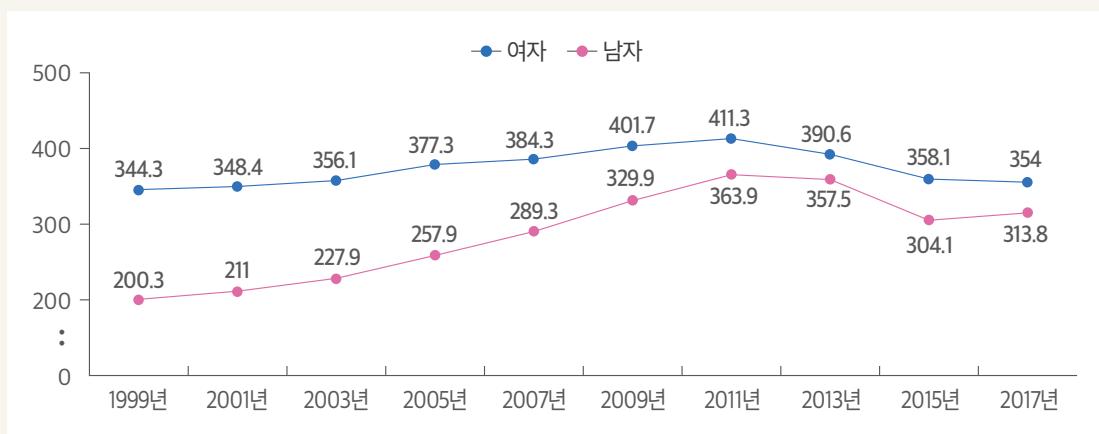
지난 20여년간 우리나라 자궁경부암 발생은 현저히 감소하였다. 검진을 통해 전암성병변을 발견하고 치료를 통해 자궁경부암으로 진행하는 것을 예방할 수 있었기 때문이다. 그러나 우리나라의 자궁경부암 수검률은 미국, 영국 등에 비교하면 여전히 낮은 수준이다. 특히 20대 여성에서의 낮은 수검률은 최근 젊은 여성에서의 자궁경부암 발생 증가 양상으로 이어지고 있다. 따라서 자궁경부암 발생률을 더 낮추기 위해서는 보다 적극적인 HPV 예방접종과 검진을 향상 노력이 필요하다. 이러한 노력을 통해 2025년까지 WHO에서 제시하는 자궁경부암 퇴치 (발생률을 여성 10만명 당 6명 미만으로 유지)를 달성할 수 있을 것이다.

여성암의 발생 변화 - 자궁체부암, 난소암 등 부인암 증가

최근 우리나라 여성에서의 암 발생률은 감소 추세를 보이고 있다. 국가암검진사업이 본격화된 후 위암, 대장암, 간암, 자궁경부암 등 기존의 주요 암은 지속적으로 감소한 반면, 유방암, 자궁체부암, 난소암 등 여성암은 증가 추세에 있다. 여성암의 증가와 함께 2000년대 초반부터 급증한 갑상선암 발생증가로 인해 남녀간 성비는 1999년 1.7배에서 2017년 1.1배로 남녀간 암발생의 격차가 줄어 상대적으로 여성에서의 암 부담이 커졌다.

[그림 3-12] 성별 연령표준화발생률, 1999-2017 (1999~2017)

단위 : 십만명당 명



■ 자료: 국가암등록통계 자료 1999-2017

기존 우리나라의 암발생은 위암(헬리코박터 파일로리), 간암(간염), 자궁경부암(사람유두종 바이러스) 등 바이러스에 의한 암발생이 높았다. 최근 바이러스 감염 관련 유병률이 지속적으로 감소하고 있으며 검진을 통한 암의 전 단계에서 발견하여 암으로의 발생을 예방함으로써 위암, 간암, 자궁경부암의 발생률은 빠르게 감소하고 있는 추세인 반면, 서구적 생활 패턴에 따른 유방암, 자궁체부암, 난소암의 발생은 증가하고 있어 주의를 요한다.

많은 사람들이 자궁암이라 하면 자궁경부암을 가장 먼저 떠올린다. 이는 자궁경부암이 우리나라 부인암 중 가장 많이 발생하고, 또한 국가암검진에 포함되어 있기 때문이다. 그러나 최근 자궁경부암 말고도 여성의 건강을 위협하는 자궁암인 자궁체부암(대부분 자궁내막암)이 있다. 자궁의 입구에 발생하는 암이

자궁경부암이라면, 자궁체부암은 자궁 몸통에 생기는 암으로 이 중 자궁 내벽을 구성하는 자궁 내막 조직에 생기는 암은 자궁내막암이라 한다.

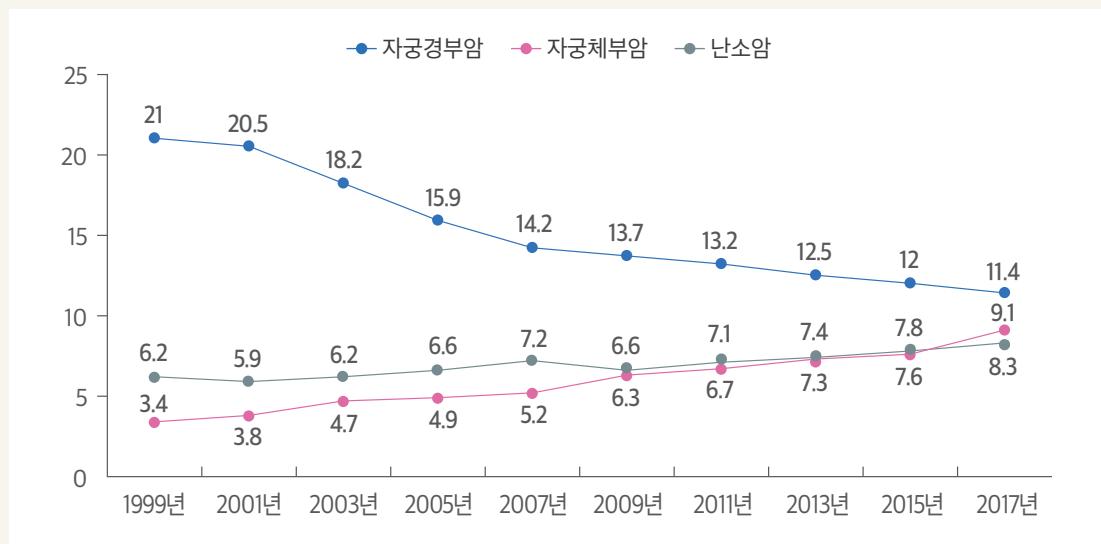
부인암의 부동의 1위인 자궁경부암은 지속적으로 감소하고 있는 반면, 자궁체부암은 증가 추세에 있다. 사람유두종 바이러스가 원인으로 발생하는 자궁경부암과는 달리, 자궁체부암은 서구화된 식습관, 이로 인한 비만, 늦은 결혼과 저출산 등의 라이프 스타일의 변화를 증가원인으로 생각하고 있다. 자궁체부암은 최근 10년간 2배 이상 증가하여 최근 여성 10위 암에 포함되었다. 대부분 폐경 여성에게 발생하며, 2017년 기준 우리나라에는 50대가 36.9% (1101명)로 가장 많았고, 40대가 21.5% (641명), 60대가 20.7% (618명) 순이었다.

최근 증가하는 부인암 중 난소암이 있다. 난소에 생기는 난소암은 부인암 중 가장 사망률이 높고 증상이 없는 것이 특징이다. 특별한 증상이 없다보니 다른 암에 비해 진행된 상태에서 발견되는 비율이 매우 높아, 원격전이 상태에서 진단되는 경우가 50%를 넘는다. 난소암은 빨리진 초기, 고령 임신, 저 출산 등이 발병 증가의 주요 원인으로 거론되고 있다.

※ 원격전이 발생분율: 자궁경부암 9.7%, 자궁체부암 7.2%, 난소암 50.4%

[그림 3-13] 부인암의 연령표준화발생률, 1999-2017 (1999~2017)

단위 : 십만명당 명



■ 자료: 국가암등록통계 자료 1999-2017

자궁체부암과 난소암은 자궁경부암처럼 모든 성인 여성에게 권장하는 조기검진 프로그램이 없다. 따라서 자궁체부암과 난소암의 위험요인을 가진 여성은 주기적으로 산부인과 초음파 검진을 받도록 하고 비정 상적인 자궁출혈 및 통증 등의 증상이 있는 경우 즉시 병원을 방문하여 조기에 발견, 치료를 받을 것을 권장한다.

Chapter 4

건강행태

흡연과 음주 | 신체활동 | 영양섭취와 식생활 |
비만과 체중조절 | 청소년의 건강행태



흡연, 음주, 신체활동, 식생활 등을 포함하는 건강행태는 신체적·정신적 건강에 영향을 미치는 중요한 요인이다. 개인 스스로 자신의 건강행태를 선택하지만, 개인을 둘러싼 사회·경제적 환경 요인 또한 개인의 건강행태에 영향을 준다. 인구 고령화와 그에 따른 만성질환의 증가로 생활습관과 같은 행태 요인이 건강에 미치는 영향은 더욱 커지고 있다. 건강한 생활습관을 통해 건강을 증진하고 질병 발생 위험을 줄이기 위해서는 개인의 건강관리 노력과 함께 국가와 지역사회에서의 적절한 예방·증재 프로그램이 필요할 것이다.

① 흡연과 음주

흡연은 4대 만성질환인 심혈관질환, 당뇨병, 암, 만성호흡기 질환의 공통 위험요인 중 하나이며 예방 가능한 사망 원인이라는 점에서 흡연율을 낮추기 위한 노력이 중요하다.³⁾ 음주도 알코올성 간염, 뇌졸중 등 각종 질병을 유발하고 구강암, 인후암, 간암 등 여러 암의 원인이 된다. 또한 과도한 음주는 개인의 신체적·정신적 건강에 위해가 될 뿐만 아니라 음주운전, 폭행사고, 주취 범죄 등 사회적 피해도 야기한다는 점에서 고위험음주나 폭음에 대한 증재가 필요하다.

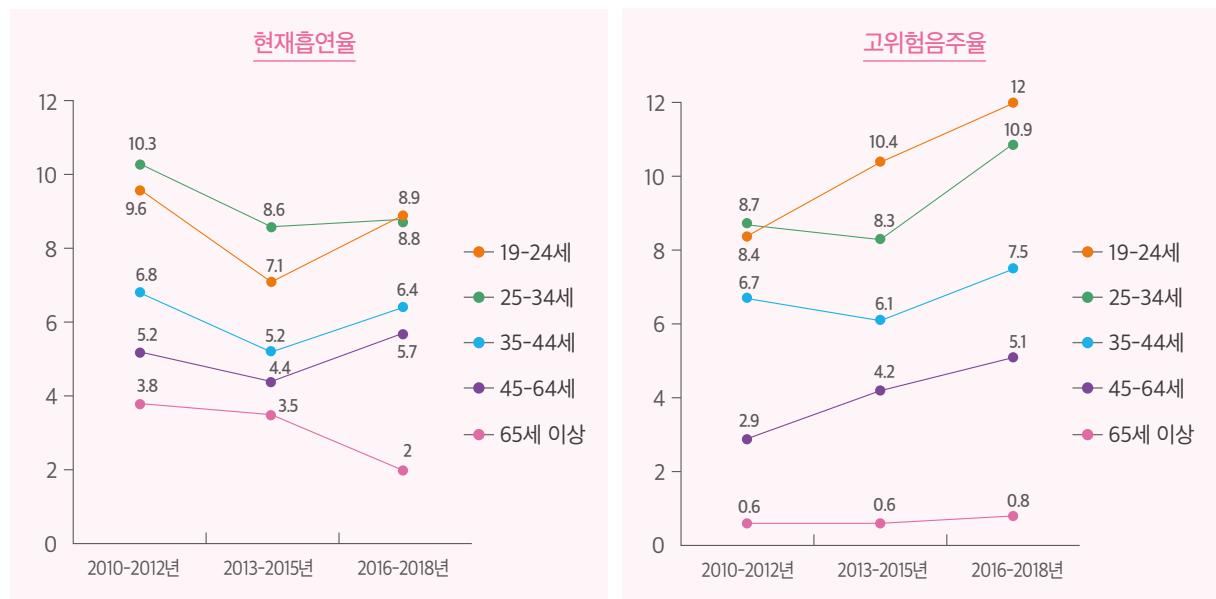
2016-2018년 국민건강영양조사 분석 결과에 따르면 우리나라 성인 여자의 현재 흡연율(표준화율)은 6.6%로, 성인 남자의 현재 흡연율 38.4%에 비해 매우 낮다. 그러나 남자의 현재 흡연율은 2007-2009년 46.8%에서 지속적으로 감소해온 반면, 여자의 현재 흡연율은 여전히 2007-2009년 6.9%와 비슷한 수준을 유지하고 있다. 연령대별로 여자의 현재 흡연율(조율)을 살펴보면 19-24세와 25-34세가 각각 8.9%, 8.8%로 높게 나타났으며, 65세 이상이 2.0%로 가장 낮았다.

우리나라 성인의 고위험음주율(표준화율)은 2016-2018년을 기준으로 여자는 7.3%, 남자는 20.9%이며, 2007-2009년 이후 남자는 조금씩 감소하는 경향을 보이지만 여자는 증가하는 경향을 보인다. 여자의 연령대별 고위험 음주율(조율)은 19-24세가 12.0%로 가장 높았고, 연령이 높아질수록 고위험음주율은 낮아져 65세 이상에서 0.8%로 가장 낮았다.

3) 정금지(2019). 흡연이 우리나라 국민건강에 미치는 영향: 흡연자 수와 흡연관련 사망자 수 예측. 금연정책포럼 Tabacco Free, (20), pp.6-15.

[그림 4-1] 19세 이상 성인 여자의 연령별 현재흡연율과 고위험음주율(2010~2018)

단위 : %



* 주: ① 현재흡연율은 평생 5갑(100개비) 이상 흡연자이면서, 현재 담배를 피우거나 가끔 피운다고 응답한 사람들의 분율임.

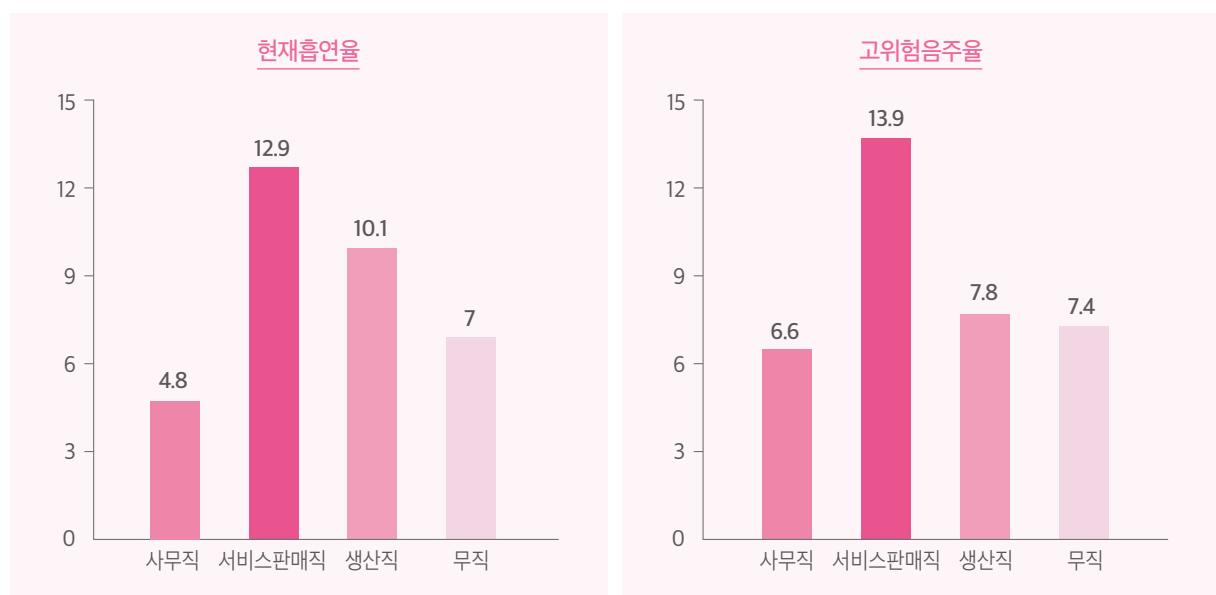
② 고위험음주율은 1회 평균 음주량이 7잔(여자 5잔) 이상이며, 주 2회 이상 음주하는 분율을 말함.

■ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 국민건강영양조사 2010-12, 2013-15, 2016-18년

19-24세 여자의 직업 유형에 따라 살펴보면, 서비스판매직 종사자에서 현재 흡연율과 고위험음주율 모두 다른 직업군에 비하여 높은 것으로 나타났다. 현재 흡연율과 고위험음주율이 가장 높은 서비스판매직 종사자의 현재 흡연율과 고위험음주율은 각각 12.9%, 13.9%였으나 가장 낮은 사무직의 경우 각각 4.8%, 6.6%로 격차가 크게 나타났다.

[그림 4-2] 19세 이상 64세 이하 성인 여자의 직업구분별 현재 흡연율과 고위험음주율(2016-18)

단위 : %



* 주: 2005년 추계인구로 표준화함. ■ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 국민건강영양조사 2016-18년

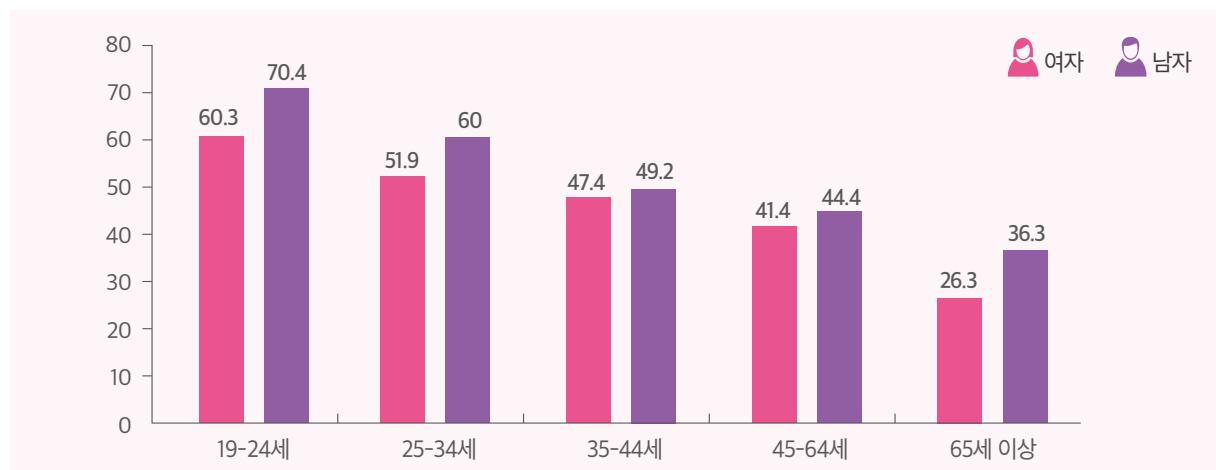
② 신체활동

2016-2018년 국민건강영양조사에 따르면 19세 이상 성인의 유산소 신체활동 실천율(표준화율)은 여자 45.8%, 남자 51.3%로 남자보다 여자가 더 낮다. 연령대별로 살펴보면 모든 연령대에서 여자의 유산소 신체활동 실천율(조율)이 더 낮으며, 특히 19-24세와 65세 이상 연령대에서 남녀의 격차가 큰 것으로 나타났다.

근력운동 실천율(표준화율)도 2016-2018년을 기준 여자 15.3%, 남자 28.5%로 여자의 근력운동 실천율이 남자보다 훨씬 낮았다. 연령대별로 살펴본 조율에서도 19세-24세의 근력운동 실천율은 여자 18.3%, 남자 38.1%였고, 65세 이상의 근력운동 실천율은 여자 9.0%, 남자 28.0%로 유산소 신체활동과 동일하게 19-24세 연령대와 65세 이상 연령대에서 다른 연령대에 비해 남녀 차이가 더 크게 나타났다.

[그림 4-3] 19세 이상 성인 남녀의 연령별 유산소 신체활동 실천율(2016-18)

단위 : %



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

[그림 4-4] 19세 이상 성인 남녀의 연령별 근력운동 실천율(2016-18)

단위 : %



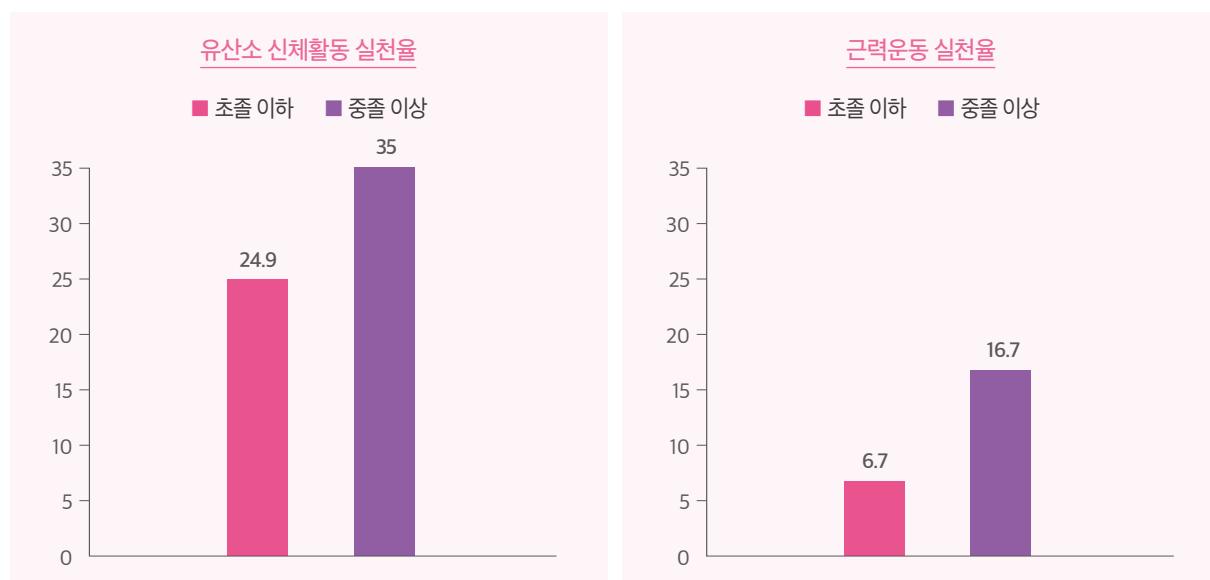
* 주: 근력운동 실천율은 최근 1주일 동안 근력운동을 2일 이상 실천한 분율임.

▪ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 국민건강영양조사 2016-18년

65세 이상 여자의 유산소 신체활동 및 근력운동 실천율을 교육수준에 따라 살펴보면, 교육수준이 '초졸 이하' 그룹에서 유산소 신체활동 실천율이 24.9%, '중졸이상' 그룹에서 35.0%로 교육수준이 높은 그룹에서 유산소 신체활동 실천율이 더 높게 나타났다. 근력운동 실천율도 교육수준이 높을수록 더 높게 나타나, '초졸이하' 그룹은 6.7%, '중졸이상' 그룹은 16.7%였다. 앞서 살펴본 바와 같이 65세 이상 노인 남성보다 노인 여성의 신체활동 실천율이 현저히 낮고, 노인 여성 중에서도 교육수준이 낮을 경우 신체활동 실천율이 더 낮게 나타나 노인 여성의 신체활동을 증진시키기 위한 적절한 중재가 필요할 것으로 보인다.

[그림 4-5] 65세 이상 여자의 교육수준별 유산소 신체활동 실천율과 근력운동 실천율(2016-18)

단위 : %



* 주: 2005년 추계인구로 표준화함.

■ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 국민건강영양조사 2016-18년

③ 영양섭취와 식생활

국민건강영양조사(2010~2018년)에 따르면 우리나라 19세 이상 성인의 영양섭취부족자 분율은 증감을 반복하고 있으나, 여자의 영양섭취부족자 분율이 남자보다 항상 높은 양상이다. 2018년을 기준 영양섭취부족자 분율의 경우 여자는 19.7%로 전년도에 비해 증가하였으나, 남자는 7.8%로 전년도에 비해 감소하였다.

특히 19-29세 연령대 여자의 영양섭취부족자 분율이 최근 3년 동안 계속 23%대로 영양섭취부족자 분율이 매우 높게 나타나 젊은 여성의 영양섭취부족 문제가 심각한 것으로 보인다.

[그림 4-6] 19세 이상 성인의 영양섭취부족자 분율(2010~2018)

단위 : %

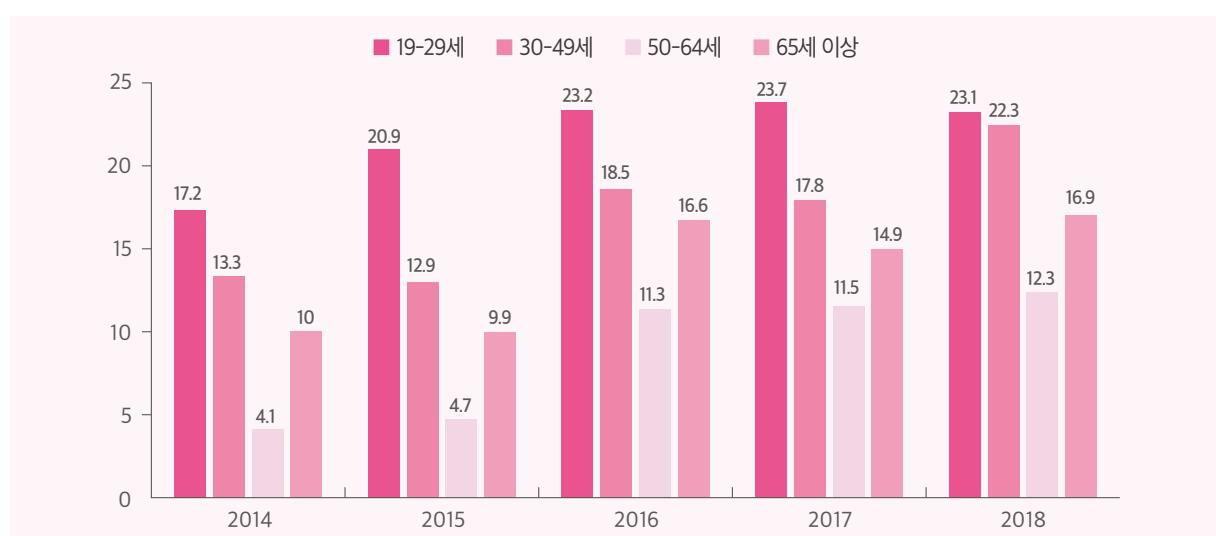


* 주: ① 영양섭취부족자 분율은 에너지 섭취수준이 필요추정량(또는 영양권장량)의 75% 미만이면서 칼슘, 철, 비타민 A, 리보플라빈의 섭취량이 평균필요량(또는 영양권장량의 75%) 미만인 분율임. ② 2005년 추계인구로 표준화함.

■ 자료: 보건복지부·질병관리본부. 국민건강영양조사 2010~2018년

[그림 4-7] 19세 이상 성인 여성의 연령별 영양섭취부족자 분율(2014~2018)

단위 : %



■ 자료: 보건복지부·질병관리본부. 국민건강영양조사 2014~2018년

④ 비만과 체중조절

국민건강영양조사(2016-2018년)에서 나타난 우리나라 성인의 비만율(표준화율)은 여자 25.7%, 남자 42.3%로 남자가 여자보다 더 높았다. 또한 여자의 비만율은 2007-2009년 25.6%에서 증감을 반복하며 유지되고 있는 반면, 남자의 비만율은 2007-2009년 35.7%에서 꾸준히 증가하는 양상을 보였다. 연령대별로 비만율을 살펴보면, 여자는 19-24세에서 16.2%로 가장 낮았고, 연령이 증가할수록 비만율이 증가하여 65세 이상에서는 41.9%에 이르러 유일하게 남자보다 비만율이 더 높은 연령대로 나타났다.

[그림 4-8] 19세 이상 성인 남녀 연령별 비만율(2016-18)

단위 : %

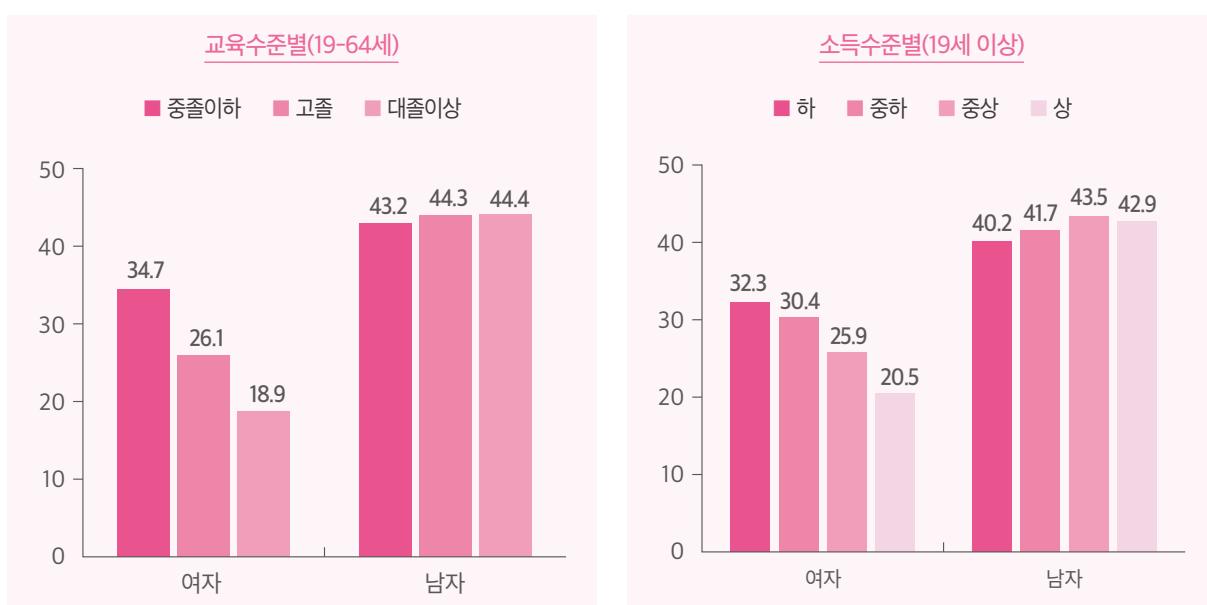


* 주: 비만율은 체질량지수(BMI)가 25kg/m²이상인 분율임. ■ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 국민건강영양조사 2016-18년

성인의 비만율을 교육수준과 소득수준에 따라 살펴보면 남녀가 서로 다른 양상을 보인다. 여자는 교육수준이나 소득수준이 높을수록 비만율이 낮아지는 반면, 남자는 교육수준이나 소득수준에 따른 비만율의 차이가 크지 않아, 여성에서 사회경제적 요인에 따른 비만율의 차이가 더 크게 나타나는 것으로 보인다.

[그림 4-9] 성인 남녀의 교육수준별 · 지역별 비만율(2016-18)

단위 : %



* 주: 비만율은 체질량지수(BMI)가 25kg/m²이상인 분율임. ■ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 국민건강영양조사 2016-18년

5 청소년의 건강행태

● 흡연 및 음주

여자 청소년의 흡연 및 음주율은 남자 청소년에 비해 낮은 수치이나, 최근 여자 청소년의 흡연 및 음주 행태가 다소 부정적으로 변하고 있는 것으로 나타났다.

남자 청소년의 현재 흡연율은 점차 감소하고 있는 반면 여자 청소년의 현재 흡연율은 2016년 2.7%에서 2019년 3.8%로 증가하는 추세를 보였고, 여자 청소년의 전자담배 현재 사용률은 2017년 이후 꾸준히 증가하는 양상을 보였다. 또한, 청소년의 현재 음주율은 남녀 모두에서 감소하고 있는 추세이나 남녀 격차는 2016년 이후 점차 줄어들고 있으며, 특히 청소년의 위험 음주율은 2018년 이후 남녀 격차가 급격히 줄었다. 2019년 기준 여자 청소년의 위험 음주율은 남자 청소년의 8.2%보다 0.6%포인트 낮은 7.5%로 나타났다.

[그림 4-10] 청소년의 흡연 및 음주 현황(2010-2019)



- * 주: ① 현재 흡연율: 최근 30일 동안 1일 이상 일반담배(궐련)를 흡연한 사람의 분율
② 전자담배 현재 사용률: 최근 30일 동안 1일 이상 액상형 전자담배 또는 궐련형 전자담배(가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)를 사용한 사람의 분율
③ 현재 음주율: 최근 30일 동안 1잔 이상 술을 마신 적이 있는 사람의 분율
④ 위험 음주율: 최근 30일 동안 1회 평균 음주량이 중등도 이상(남자: 소주 5잔 이상, 여자: 소주 3잔 이상)인 사람의 분율

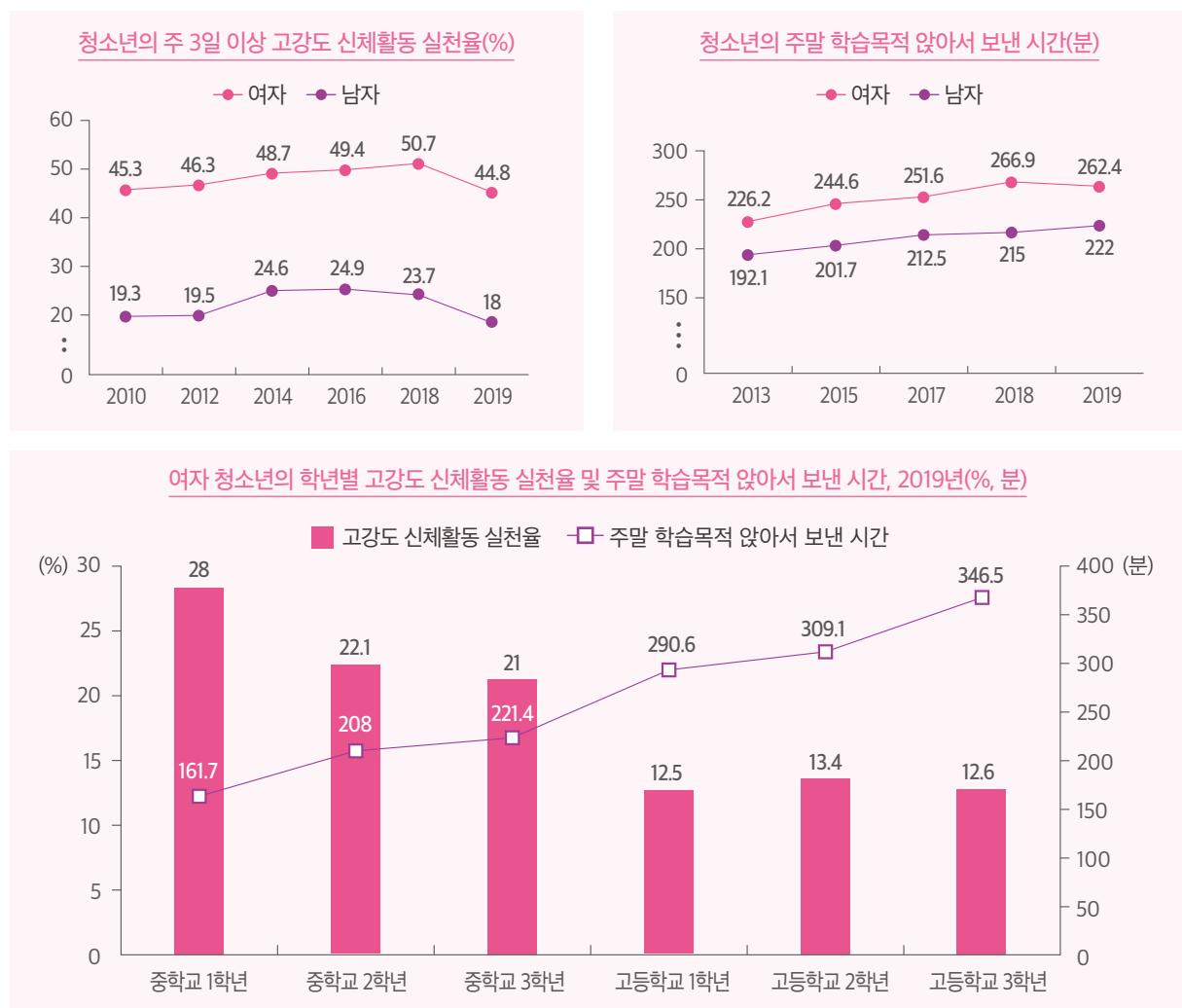
■ 자료: 보건복지부·질병관리본부. 청소년건강행태조사, 2010~2019년

● 신체활동

여자 청소년의 고강도 신체활동 실천율은 남자 청소년에 비해 꾸준히 압도적으로 낮고, 여자 청소년의 주말 학습 목적 앓아서 보낸 시간은 남자 청소년보다 많아 여자 청소년의 신체활동량은 상대적으로 매우 저조하였다. 2019년 여자 청소년의 주 3일 이상 고강도 신체활동 실천율은 18.0%로 남자 청소년의 44.8%에 비해 26.8%포인트 낮았고, 전년도와 대비해서도 5.7%포인트가 감소하였다. 또한, 여자 청소년의 2019년 주말 학습목적 앓아서 보낸 시간은 약 4.4시간(262.4분)으로 남자 청소년의 3.7시간(222.0분)보다 40.4분 높게 나타났다.

특히, 2019년 기준 학년별 여자 청소년의 고강도 신체활동 실천율은 학년이 올라갈수록 낮아지는 반면, 주말 학습 목적 앓아서 보낸 시간은 학년이 올라갈수록 높아져 고등학교 3학년 여학생이 신체활동에 가장 취약한 집단임이 확인되었다.

[그림 4-11] 청소년의 신체활동 실천 현황(2010-2019)



* 주: ① 주 3일 이상 고강도 신체활동 실천율: 최근 7일 동안 고강도 신체활동(조깅, 축구, 농구, 태권도, 등산, 빠른 속도의 자전거타기, 빠른 수영, 무거운 물건 나르기 등)을 20분 이상 한 날이 3일 이상인 사람의 분율

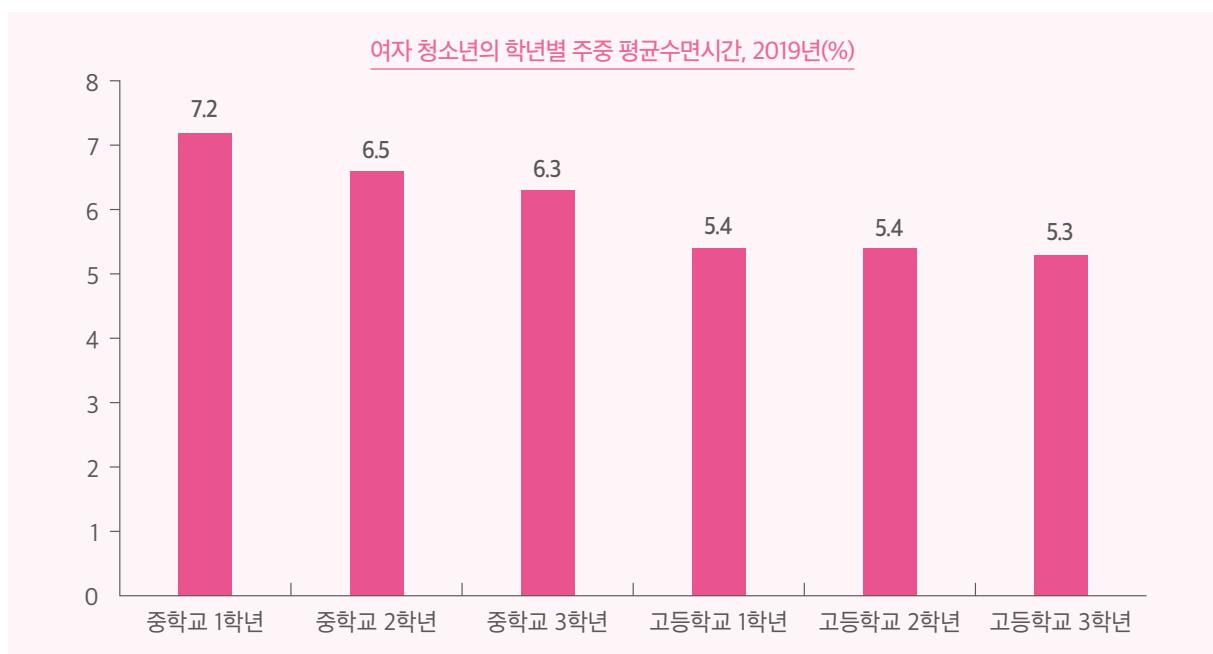
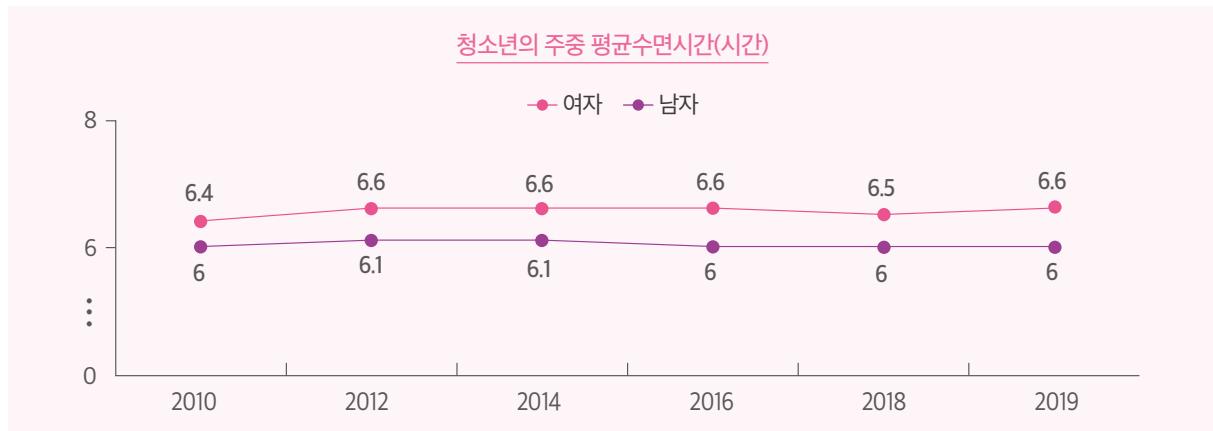
② 주말 학습목적 앓아서 보낸 시간: 최근 7일 동안 주말(토, 일)에 학습목적으로 앓아서 보낸 하루 평균 시간

■ 자료: 보건복지부·질병관리본부. 청소년건강행태조사, 2010~2019년

● 수면

여자 청소년의 2019년 주중 수면시간 6.0시간으로 남자 청소년의 6.6시간보다 0.6시간(36분) 낮게 나타나 그 차이는 크지 않았다. 2019년 기준 여자 청소년의 학년별 주중 평균수면시간은 중학교 1학년이 7.2시간으로 가장 높았고, 고등학교 3학년이 5.3시간으로 가장 낮았다.

[그림 4-12] 청소년의 수면 현황(2010-2019)



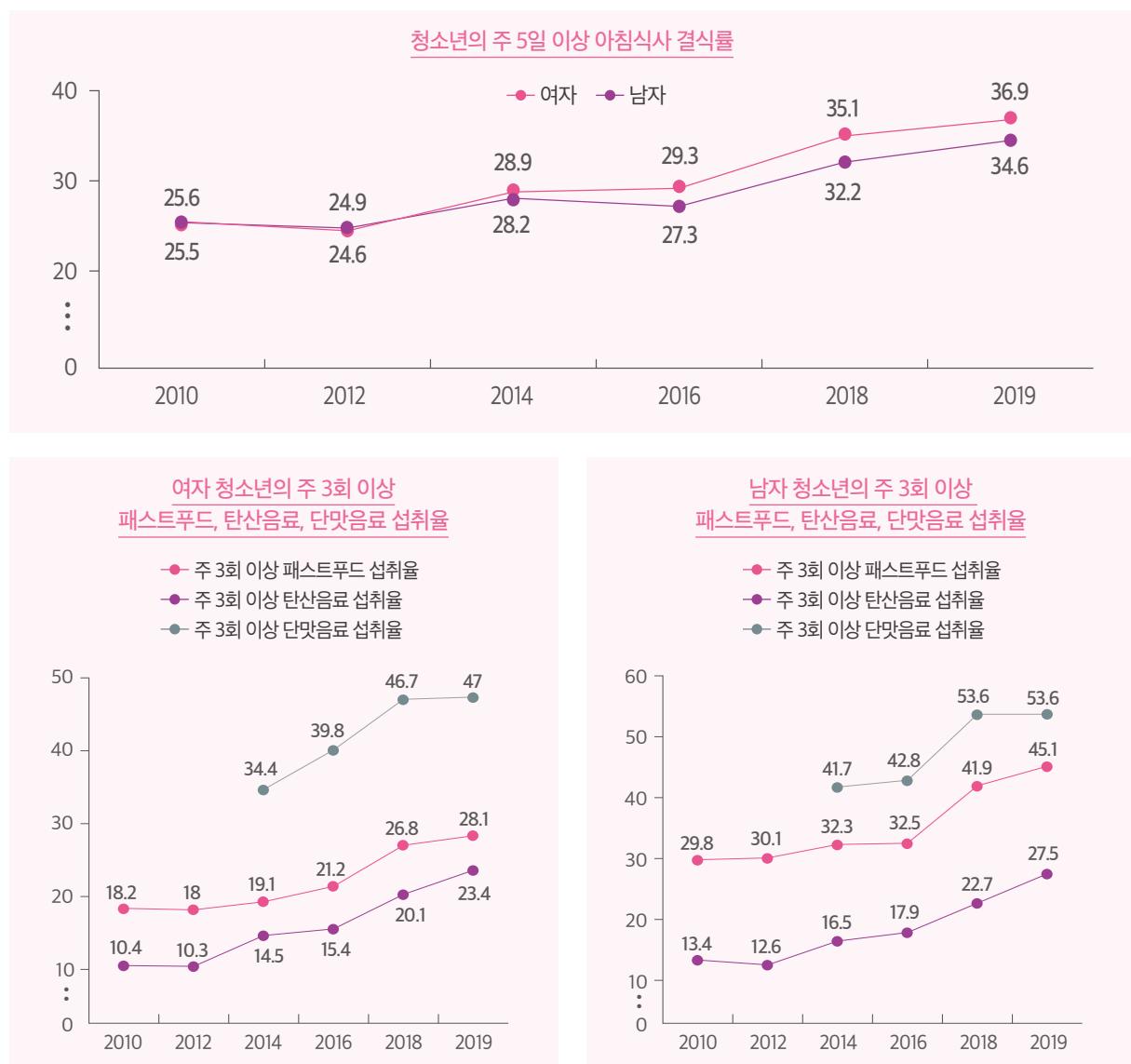
* 주: 지난주 주중(월~금요일) 수면시간의 평균 ■ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 청소년건강행태조사, 2010~2019년

● 식생활

남녀 청소년의 주 5일 이상 아침식사 결식률, 주 3회 이상 패스트푸드 섭취율, 주 3회 이상 탄산음료 섭취율, 주 3회 이상 단맛음료 섭취율 모두 지속적으로 증가하는 추세로 청소년의 식생활이 개선되지 않고 있음을 보여준다. 여자 청소년의 주 5일 이상 아침식사 결식률은 2014년부터 남자 청소년보다 높게 나타나 2019년 여자 청소년의 주 5일 이상 아침식사 결식률은 36.9%로 남자 청소년의 34.6%보다 2.3%포인트 높았다. 2019년 여자 청소년의 주 3회 이상 패스트푸드 섭취율은 23.4%, 주 3회 이상 탄산음료 섭취율은 28.1%, 주 3회 이상 단맛음료 섭취율은 47.0%로 남자 청소년이 비해 낮은 수치를 보였다.

[그림 4-13] 청소년의 식생활 현황(2010-2019)

단위 : %



* 주: ① 주 5일 이상 아침식사 결식률: 최근 7일 동안 아침식사를 5일 이상 먹지 않은 사람의 분율

② 주 3회 이상 패스트푸드 섭취율: 최근 7일 동안 3회 이상 피자, 햄버거, 치킨 같은 패스트푸드를 먹은 사람의 분율

③ 주 3회 이상 탄산음료 섭취율: 최근 7일 동안 3회 이상 탄산음료를 마신 사람의 분율

④ 주 3회 이상 단맛음료 섭취율: 최근 7일 동안 3회 이상 단맛이 나는 음료를 마신 사람의 분율

■ 자료: 보건복지부·질병관리본부. 청소년건강행태조사, 2010~2019년

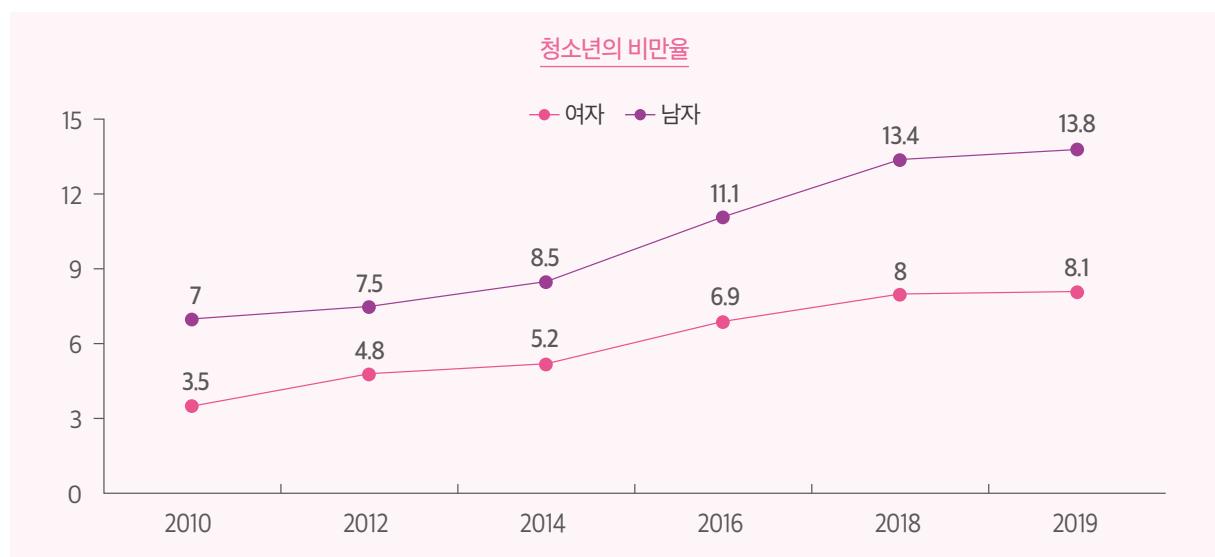
● 비만

소년의 비만율은 2010년부터 지속적으로 증가하는 추세로 남자 청소년의 비만율이 여자 청소년의 비만율보다 꾸준히 높았으며, 남녀 청소년 비만율의 격차는 2012년 이후 점차적으로 증가하여 2019년 남자 청소년의 비만율은 13.8%, 여자 청소년의 비만율 8.1%로 5.7%포인트의 가장 큰 격차를 보였다.

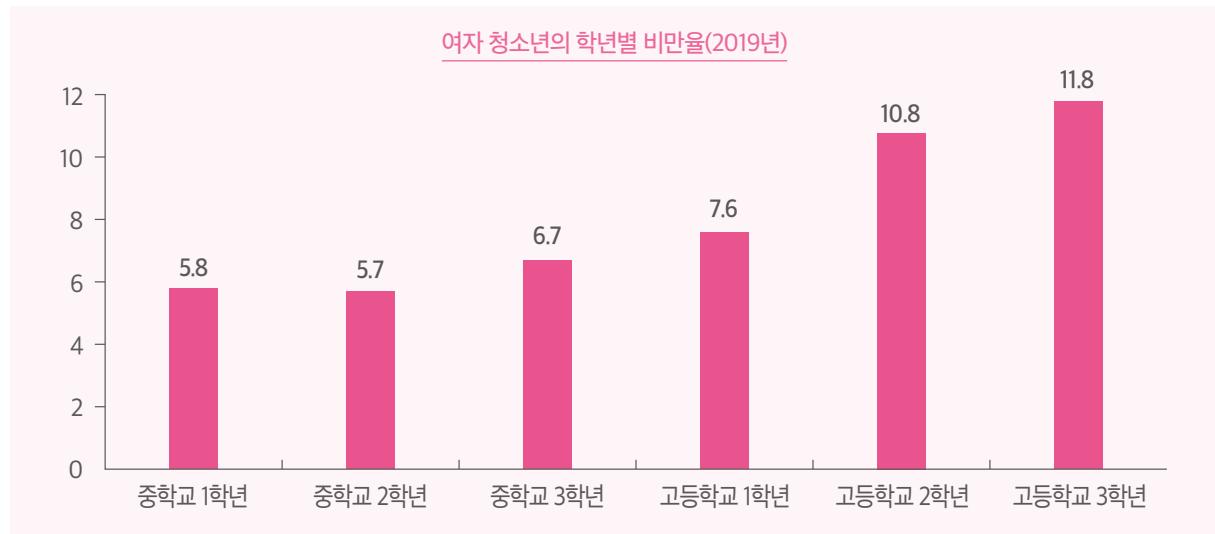
2019년 기준 여자 청소년의 비만율은 고등학교 3학년이 11.8%로 가장 높게 나타났으며, 중학교 2학년이 5.7%로 가장 낮았다. 앞서 살펴본 여자 청소년의 저조한 신체활동 실천, 개선되지 않는 식생활 등이 여자 청소년의 비만에 일부 영향을 줄 것으로 보인다.

[그림 4-14] 청소년의 비만 현황(2019-2019)

단위 : %



여자 청소년의 학년별 비만율(2019년)



* 주: 2017년 소아청소년 성장도표 연령별 체질량지수 기준 95백분위수 이상인 사람의 분율

■ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 청소년건강행태조사, 2010~2019년

여성건강 스토리

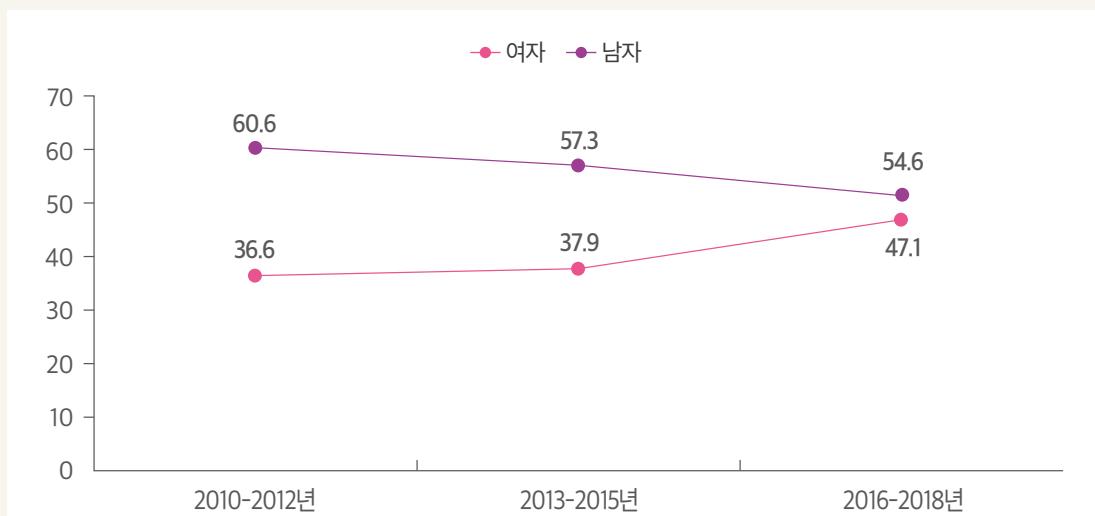
20대의 월간폭음

국민건강영양조사에 따르면 우리나라 19세 이상 성인의 월간폭음률은 여자보다 남자의 월간폭음률의 두 배 가량 더 높게 나타난다. 그러나 여자의 경우 월간폭음률이 2007-2009년 22.0%에서 2016-2018년 25.7%로 꾸준히 증가하는 양상을 보이는 반면 남자는 56.6%에서 52.2%로 감소하는 추세이다.

특히 60대를 제외하고는 전 연령대에서 비슷한 수준을 보이는 남자와 다르게 여자의 월간폭음률은 20대에서 월등히 높다. 이에 19-29세 남녀의 월간폭음률을 비교해보았다. 2010-2012년에 36.6%였던 여자의 월간폭음률은 2016-2018년에 47.1%로 10%p 가량 증가하였으나 남자의 월간폭음률은 60.6%에서 51.6%로 10%p가량 감소하여 19-29세 남녀의 월간폭음률이 비슷한 수준으로 나타났다.

[그림 4-15] 19-29세 남녀의 월간폭음률(2010-2018)

단위 : %

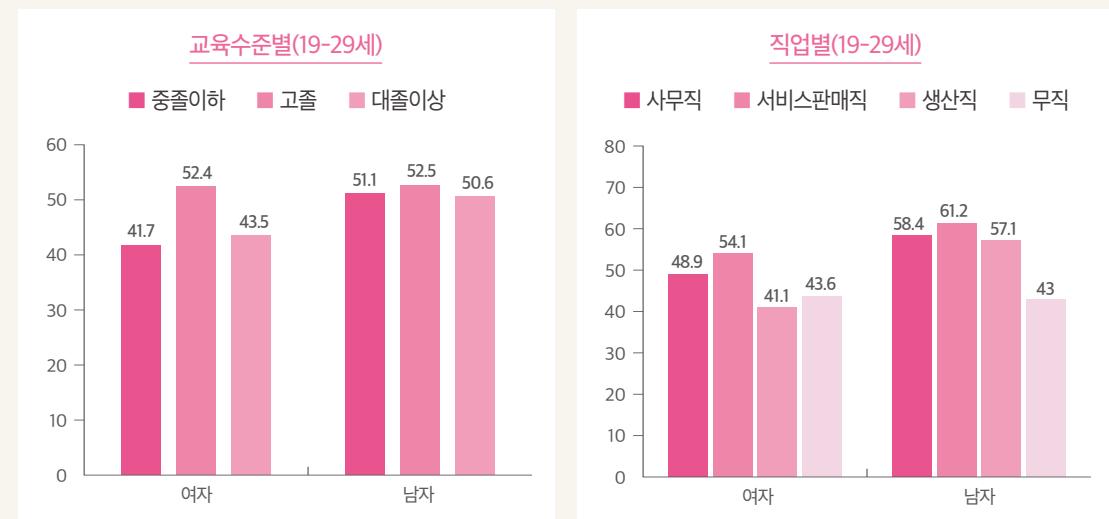


■ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 국민건강영양조사 2010~2018년

또한 19-29세 연령대에서는 교육수준에 따른 월간폭음률의 차이가 거의 나타나지 않는 남자와 다르게 여자의 경우 고졸 학력에서 월간폭음률이 가장 높게 나타났다. 직업별로는 여자의 경우 서비스판매직 종사자의 월간폭음률이 54.1%로 가장 높았고, 다음은 사무직 48.9%이었다.

[그림 4-16] 19-29세 남녀의 교육수준별·직업별 월간폭음률(2016-18)

단위 : %



* 주: 월간폭음률은 최근 1년 동안 월1회 이상 한 번의 술자리에서 남자의 경우 7잔(또는 맥주 5캔) 이상, 여자의 경우 5잔(또는 맥주 3캔) 이상 음주한 분율임.

▪ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 국민건강영양조사 2016-18

전문가들은 여성의 고용률과 경제 활동 참여율이 증가하였고, 낮은 도수의 소주 출시, 알코올 관련 광고의 증가 등이 20대, 30대 젊은 여성의 고위험 음주율 증가에 영향을 준 것으로 분석하였다.⁴⁾ 또한 음주 자체에 대해 관대한 사회 분위기와 함께, 월1회 이상 한 번의 술자리에서 남자의 경우 7잔(또는 맥주 5캔) 이상, 여자의 경우 5잔(또는 맥주 3캔) 이상 음주하는 것이 보편적으로 받아들여지고 있다는 점에서 문제의 심각성이 있다. 같은 양의 음주를 하더라도 여성이 남성보다 더 많은 알코올을 흡수하고, 신체에 더 큰 손상을 입는다는 점을 고려할 때 여성의 고위험 음주나 폭음과 같은 음주문제의 심각성을 인지하고 이를 중재하기 위한 방안을 고민할 필요가 있다.

4) 여성경제신문. (2019.10.31.). 폭음하는 2030 여성들이 늘어나고 있다.

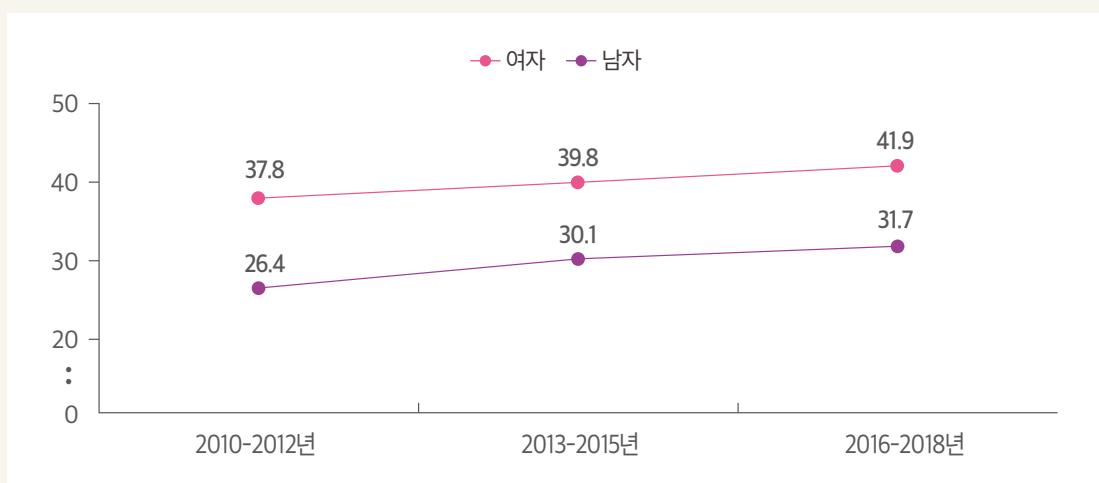
여성건강 스토리

노인의 비만

2007~2018년 국민건강영양조사에 따르면, 19세 이상 성인 여성의 비만율은 25~56%를 유지하고 있는 반면, 남자의 비만율은 증가하는 추세이다. 그러나 연령대별로 살펴보면 여성의 경우 연령이 증가 할수록 비만율이 높아지는 양상으로, 65세 이상 노인 연령대의 비만율이 월등히 높다. 또한 65세 이상 노인의 비만율의 추이를 살펴보면 2010년-2012년 이후 남녀 모두에서 노인의 비만율이 증가하는 양상을 보였다.

[그림 4-17] 65세 이상 노인의 비만율(2010-2018)

단위 : %



* 주: 비만율은 체질량지수(BMI)가 $25\text{kg}/\text{m}^2$ 이상인 분율임. ■ 자료: 보건복지부·질병관리본부. 국민건강영양조사 2010~2018년

특히 여성의 경우 폐경기를 전후로 여성호르몬의 변화에 따라 체지방이 증가하여 비만이 될 위험이 큰 것으로 알려져 있으며, 연령이 높아질수록 지방이 더 쉽게 축적된다.⁵⁾⁶⁾ 우리나라 여성의 평균 폐경 연령은 49.7세⁷⁾인 점을 고려하여 50세 이상의 비만율을 연령군별로 나누어 분석하였다. 그 결과 64세 이하

5) 양미성, 신미숙, & 안혜림. (2008). 폐경기 비만의 임상적 의의에 대한 문헌적 고찰. *Journal of Society of Korean Medicine for Obesity Research*, 8(2), 1-13.

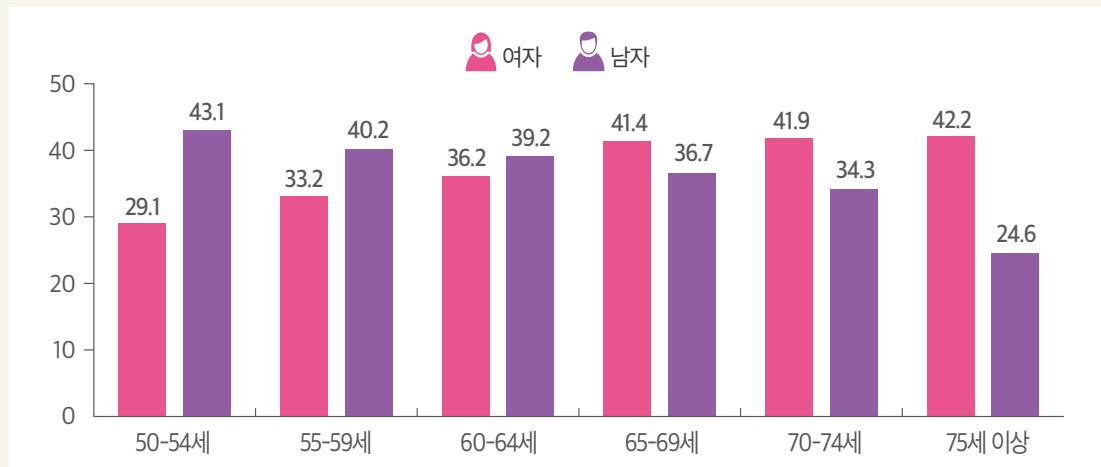
6) 관계부처 합동. (2018). 국가 비만관리 종합대책.

7) 고려대학교의료원. (2019). 폐경은 결핍, 참지 말고 치료해요. KUMM(고려대학교의료원 웹진), vol.5.

연령군에서는 남성의 비만율이 여성보다 높았지만 연령이 증가할수록 여성은 비만율이 높아지고 남성은 비만율이 낮아져, 65세 이상 연령군부터는 여성 비만율이 남성 비만율을 역전하였다.

[그림 4-18] 50세 이상 연령별 비만율(2016-18)

단위 : %

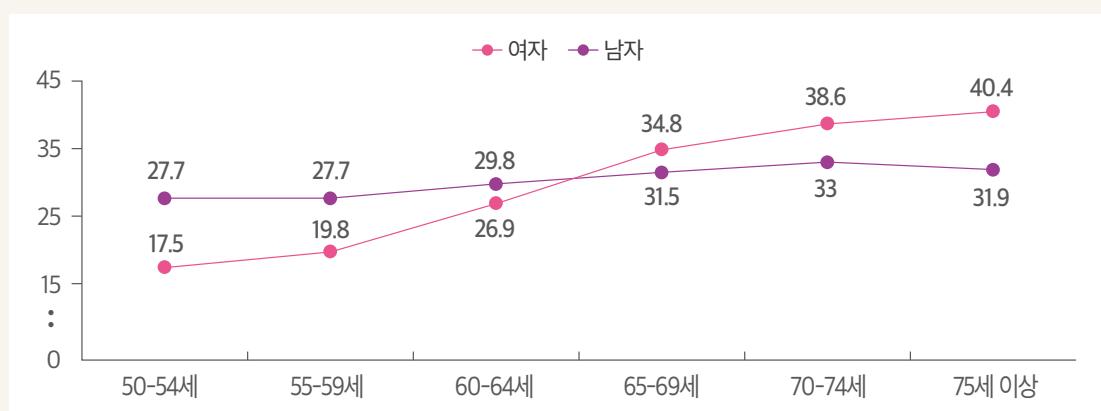


* 주: 비만율은 체질량지수(BMI)가 25kg/m² 이상인 분율임. ■ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 국민건강영양조사 2016-18

국민건강보험공단 건강검진통계(2018년)에 따르면 대사증후군의 주요 위험요인 중 하나인 복부비만율의 경우에도 남성은 50세 이상 각 연령군에서 27.7%~31.9% 사이로 큰 차이를 보이지 않았던 반면 여성은 연령이 증가할수록 복부비만율이 높아지는 양상을 보였다. 50세 이상 여성 복부비만율은 50-54세에서 17.5%로 가장 낮았고, 75세 이상에서는 40.4%에 이르렀다.

[그림 4-19] 50세 이상 연령별 복부비만율(2018)

단위 : %



* 주: 대사증후군 5가지 위험요인 검사를 전부 받은 수검자 중 복부비만 유병자 수의 비율

■ 자료: 국민건강보험공단. 건강검진통계(2018년).

비만은 각종 만성질환의 위험요인이다. 미국 CDC는 비만을 예방하기 위해선 다각적인 접근 방식이 필요하다고 보며 'Nutrition, Physical Activity, and Obesity Prevention Strategies'를 통해 지역사회의 신체활동 증진 전략 가이드, 과일 및 채소 소비 증가 전략 가이드 등 프로그램 관리자나 정책입안자, 지방 정부에서 활용할 수 있는 여러 가이드라인을 제공하고 있다.⁸⁾

우리나라에서도 범정부 차원의 '국가비만관리 종합대책(2018~2022)'을 발표하고 건강한 식습관과 신체활동 증진을 위한 환경 조성, 비만관리 지원 등의 전략을 제시하였다. 특히 노인을 대상으로는 경로당 등에 건강백세 운동교실과 같은 표준 신체활동 프로그램을 확대한다는 추진과제가 담겨있다.⁹⁾

고령화 사회에서 노인 비만을 예방하고 극복하기 위한 관심과 노력이 지속적으로 요구되며, 특히 여성의 경우 중년기 이후 비만율이 급격히 증가된다는 점을 고려한 비만 예방 및 관리 방안이 필요하다.

8) CDC 홈페이지. Overweight&Obesity. Prevention Strategies & Guidelines. (<https://www.cdc.gov/obesity/resources стратегии-руководства.html>)

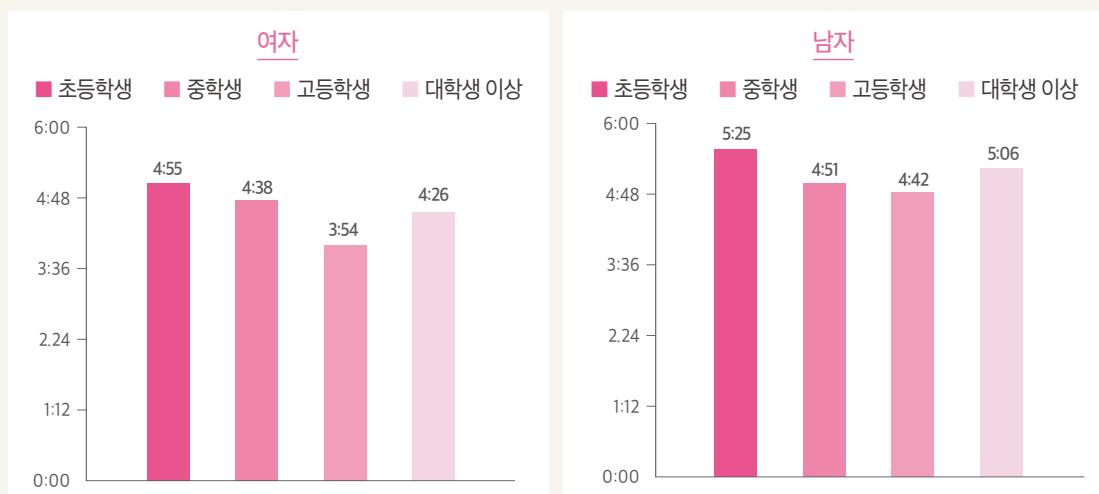
9) 관계부처 합동. (2018). 국가 비만관리 종합대책.

청소년의 여가시간 활용에 대한 남녀 차이

최근 발표된 <2019년 생활시간조사> 결과에 따르면 여가시간은 성별과 관계없이 초등학생에서 고등 학생으로 갈수록 감소하다가 대학생 이상에서 다시 증가하는 양상을 보였고, 모든 학교급에서 여학생이 남학생보다 적은 것으로 나타났다.

[그림 4-20] 학교급별 일일 평균 여가시간

단위 : 시간(분)



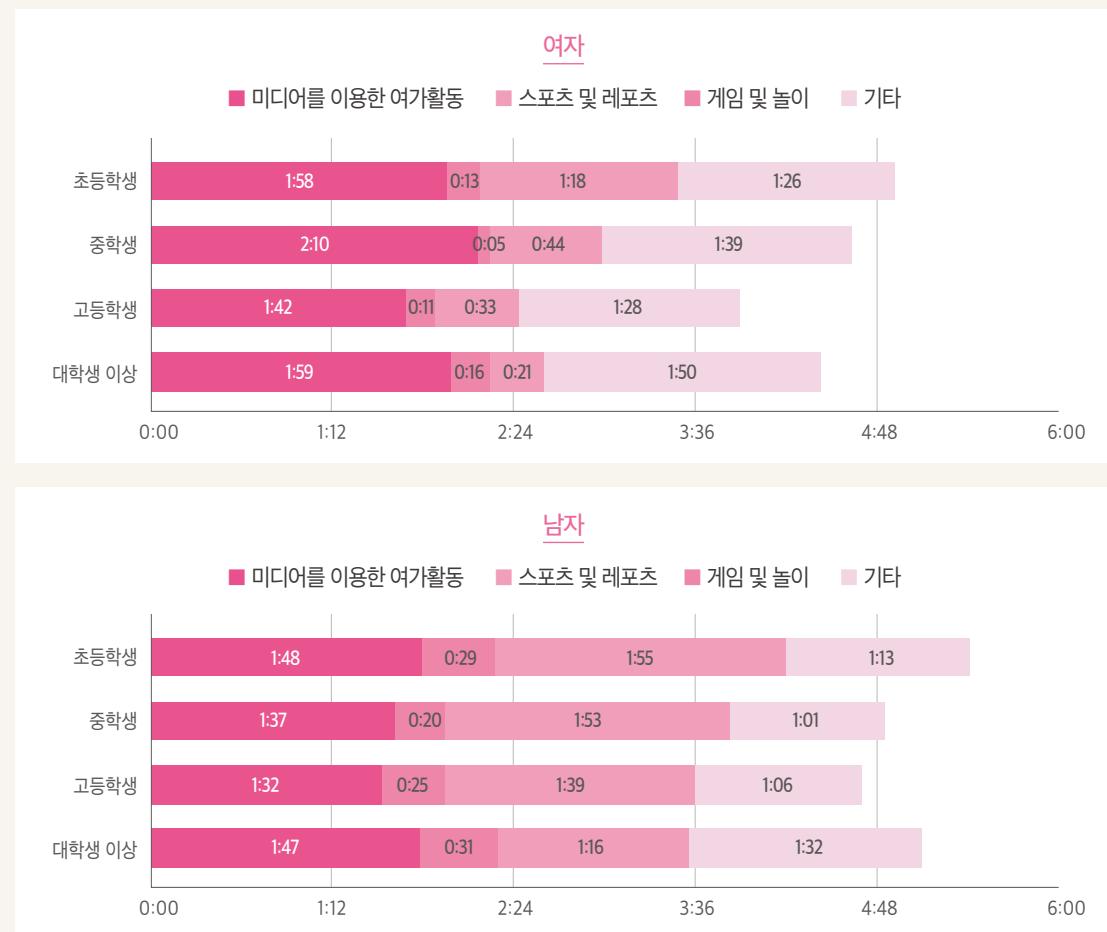
■ 자료: 통계청. 생활시간조사, 2019년.

여가활동 내용을 세부적으로 살펴보면 학교급과 상관없이 여학생은 미디어를 이용한 여가활동의 비율이 남학생에 비해 높았고, 그 중 여자 중학생의 미디어를 이용한 여가활동이 일일 평균 2시간 10분으로 가장 높았다. 남학생은 학교급과 상관없이 게임 및 놀이 시간 비율이 여학생에 비해 높았고, 그 중 남자 초등학생의 게임 및 놀이 시간 비율이 일일 평균 1시간 55분으로 가장 높았다. 이는 최근 증가하고 있는 여학생의 1인 미디어, 유튜브 등 영상 콘텐츠 사용 및 각종 소셜네트워크서비스(SNS) 참여, 또한 남학생의 온라인 게임 사용 확대의 결과를 반영한다고 볼 수 있다.

특히 주목할 것은 청소년의 여가시간 중 일일 평균 스포츠 및 레포츠의 시간이 현저하게 낮다는 것이다. 특히 여자 중학생의 일일 평균 스포츠 및 레포츠 시간은 남자 중학생의 1/4정도 수준에 지나지 않았다. 청소년의 활동적 여가시간 비율을 높일 수 있는 현실적 대안이 필요하다.

[그림 4-21] 학생의 여가시간 활동 내용

단위 : 시간(분)

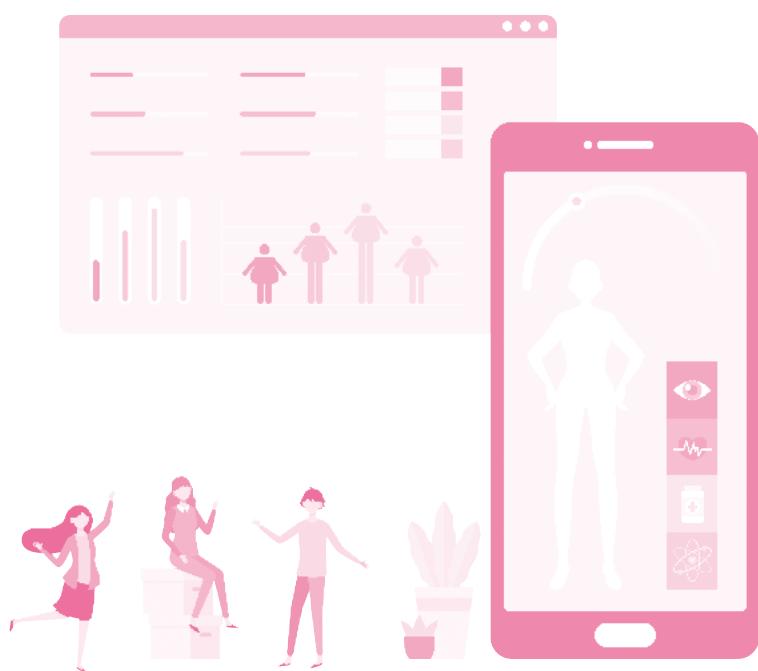


- * 주: ① 미디어를 이용한 여가활동: 책 읽기, 신문보기, 잡지 보기, 실시간 방송/비디오 시청, 실시간 라디오 방송듣기, 음원 · 음반 듣기, 인터넷 정보검색, 기타 미디어 관련 여가활동
- ② 스포츠 및 레포츠: 걷기 · 산책, 달리기 · 조깅, 등산, 자전거 · 인라인, 개인 운동, 구기 운동, 낚시 · 사냥, 기타 스포츠 · 레포츠
- ③ 게임 및 놀이: 집단게임 및 놀이, 온라인/PC 게임, 모바일 게임, 기타 게임
- ④ 기타: 문화 및 관광활동(영화/연극 · 콘서트 등 공연/전시관 · 박물관/스포츠 경기 관람, 관광 · 드라이브, 기타 문화 및 관광활동), 휴식 관련 행동(아무것도 안하고 쉼, 담배 피우기), 기타 여가활동(개인 취미활동, 여가 · 교양 학습, 유흥, 기타 여가 관련 활동)

- 자료: 통계청. 생활시간조사, 2019년.

Women's **Health**

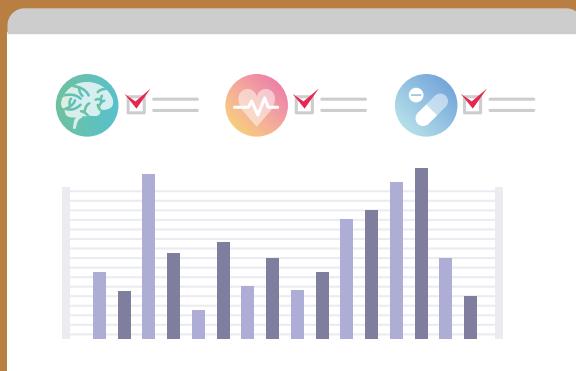
수치로 보는 여성 건강
2020



Chapter 5

정신건강

주요 정신장애 유병 현황 | 스트레스 |
우울 | 자살 | 청소년의 정신건강



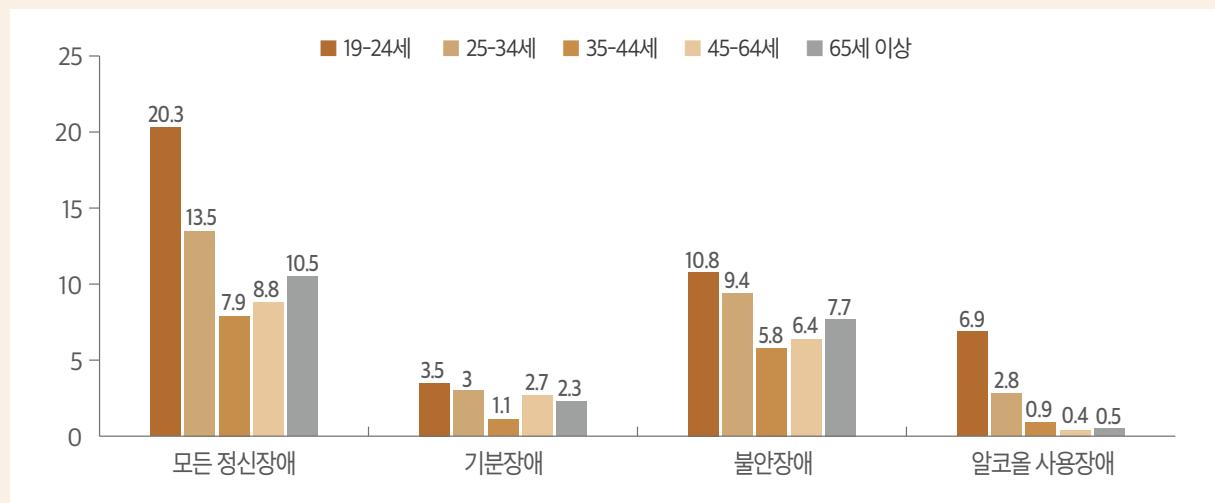
정신건강영역에서는 “No Health without Mental Health”라는 슬로건을 전면에 내세우고 정신건강이 개인의 건강과 삶의 질, 웰빙을 이야기하는데 빠져서는 안 되는 중요한 개념이라고 강조한다. 이러한 정신 건강을 유지하고 증진하는 것의 중요성은 최근의 판데믹 상황에서도 강조되고 있다. 여성의 정신건강 증진을 위해서는 여성이 생애주기별, 사회경제학적 특성별로 다른 정신건강 문제를 경험하고 있음을 이해하는 것에서부터 시작해야한다. 여성의 개별적인 특성에서부터 여성이 속한 사회경제적 구조의 들에서 정신건강 문제를 바라보는 것까지 여성 정신건강 문제를 이해하는 광범위한 발걸음의 일환으로 정신건강 지표들을 바라보자.

① 주요 정신장애 유병 현황

모든 정신장애 평생 유병률을 보면 여자의 약 1/5이 평생동안 한 번 이상 주요 정신질환 중 하나 이상을 앓은 경험이 있는 것으로 나타났다. 여자의 주요 정신장애 유병 현황을 보면, 연령이 증가할수록 유병률이 낮아져, 19-29세의 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 여자의 알코올 사용장애 유병률은 6.9%로 동 연령 대의 남자 알코올 사용장애 유병률 7.5%와 큰 차이를 보이지 않는다.

[그림 5-1] 19세 이상 성인 여자의 생애주기별 주요 정신장애 일년 유병률(2016)

단위 : %



■ 자료: 보건복지부. 정신질환실태 역학조사 2016년

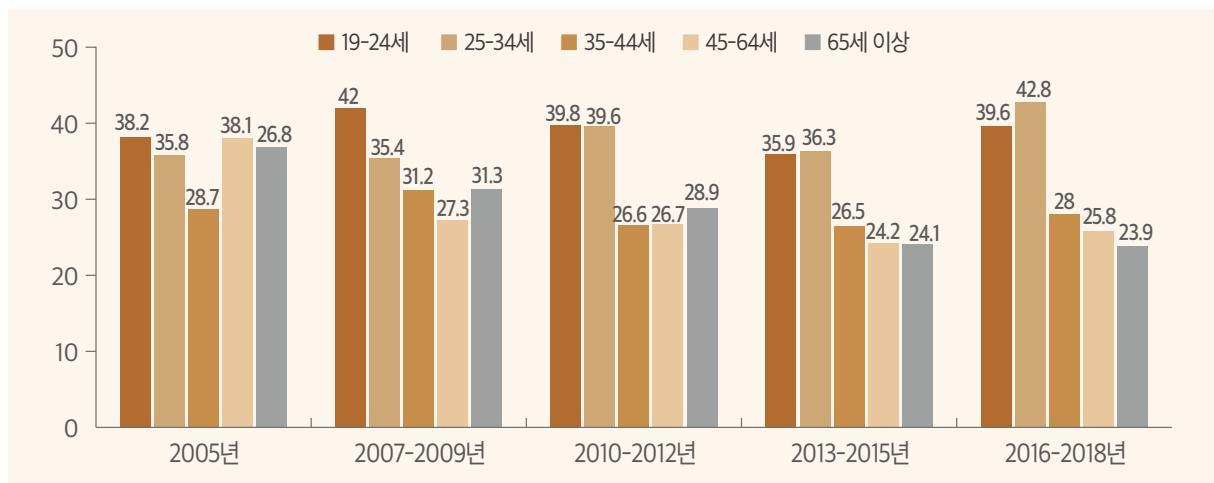
② 스트레스

스트레스는 적응이 필요한 사건 (예, 이혼, 가족의 죽음, 실직 등)에 노출됐을 때 혹은 개인이 자신의 능력에 벗어나는 것을 요구받는 상황에 놓여있을 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 보이며, 이러한 감소 추세는 65세 이상인 여자에게서 두드러지게 나타난다. 하지만 19-24세 및 25-34세인 여자의 스트레스 인지율은 시간에 따라 계속 증가하고 있다.

[그림 5-2] 19세 이상 성인 여자의 생애주기별 스트레스 인지율 추이(2005~2016-2018)

단위 : %



* 주: ① 스트레스 인지율: 평상시 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 편인 사람의 분율

▪ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 국민건강영양조사 2001, 2005, 2007-2009, 2010-2012, 2013-2015, 2016-2018년

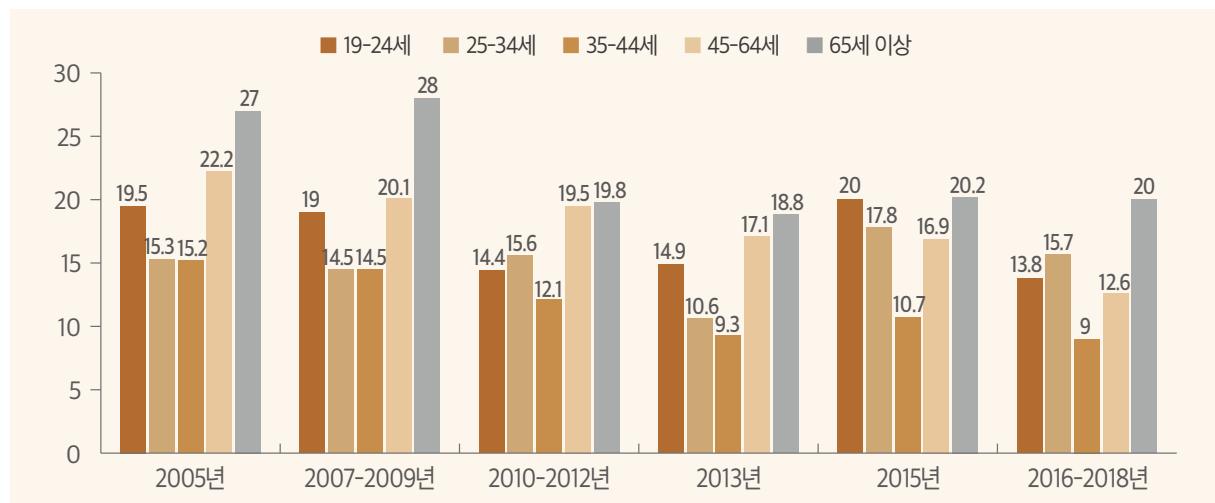
③ 우울

우울은 대표적인 정신건강 문제로 다양한 국내 건강증진 정책에서 주요한 대응 영역으로 다루어지고 있다. 우울은 남자보다 여자에게서 높게 나타나며, 생애주기별로 보면 청·장년층 및 노년층의 우울 수준이 높고 중장년의 우울수준이 낮은 'U'자형 분포를 보인다. 우울 지표의 추이를 보면, 노년층의 우울 수준이 지속적으로 감소하는데 반해 청장년의 우울수준은 시기에 따라 변동폭이 크다. 기존 연구들이 청년층의 우울과 스트레스, 자살생각 및 자살 시도 등 청년의 정신건강 문제의 위험성을 지속적으로 보고하고 있는 만큼 청년의 정신건강 문제에 대한 관심을 보다 더 기울여야 한다.

구체적으로 보면, 우울증상 경험률의 경우 과거에 비해 전반적으로 감소한 경향성을 보이며, 65세 이상 노인 여성의 우울증상 경험률 역시 2005년 27.0%에서 2017년 20.0%로 약 7.0%p 감소한 것으로 나타났다. 하지만 동 시기에 19-24세 여자의 우울증상 경험률은 2005년 19.5%에서 2015년 20.0%로 약 10%p 이상 증가하였다가 2017년 13.8%로 다시 감소하는 등 변동이 크게 나타난다.

[그림 5-3] 19세 이상 성인 여자의 생애주기별 우울증상 경험률 추이(2005-2017)

단위 : %



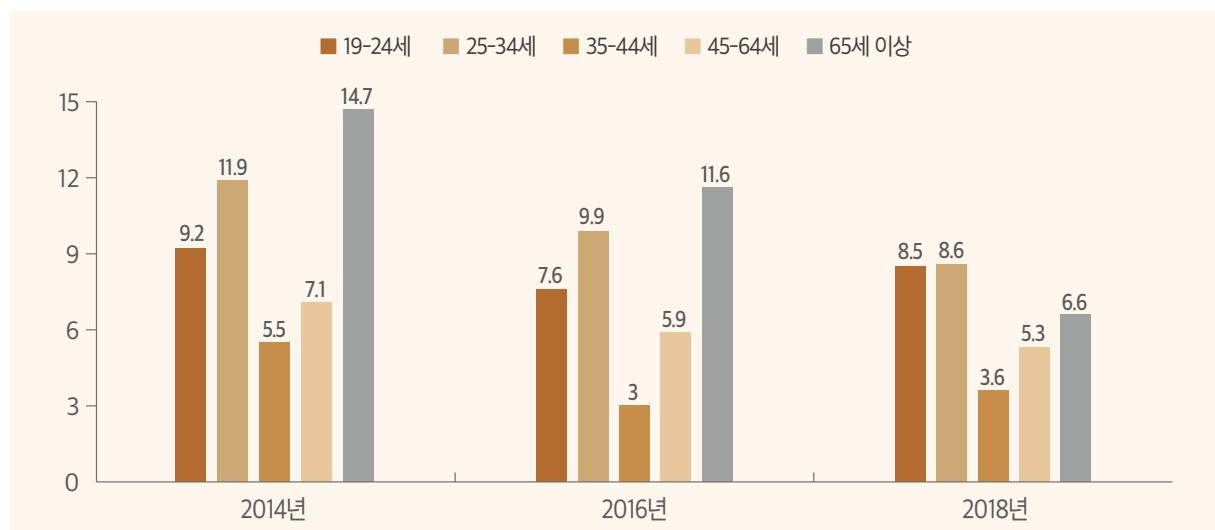
* 주: ① 우울증상 경험률: 지난 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 사람의 분율

▪ 자료: 보건복지부·질병관리본부. 국민건강영양조사 2001, 2005, 2007-2009, 2010-2012, 2013, 2015, 2017년

우울 장애 유병률의 경우 연령별로 보면, 65세 이상인 노인 여자의 우울장애 유병률이 2014년에 14.7%로 가장 높았으나 해를 거듭할수록 감소하여 2018년에는 6.6%로 나타난다. 반면 19~24세, 25~34세 여자의 경우 해에 따른 증감을 반복하고 있으며, 2018년의 경우 각각 8.5%, 8.6%의 우울장애 유병률을 보인다.

[그림 5-4] 19세 이상 성인 여자의 연령별 우울장애유병률(2014-2018)

단위 : %



* 주: ① 우울장애유병률: PHQ-9척도의 9문항의 합을 산출하여 총점 27점 중 10점 이상인 경우를 우울장애가 있다고 간주하여 우울 장애 유병률을 산출함.

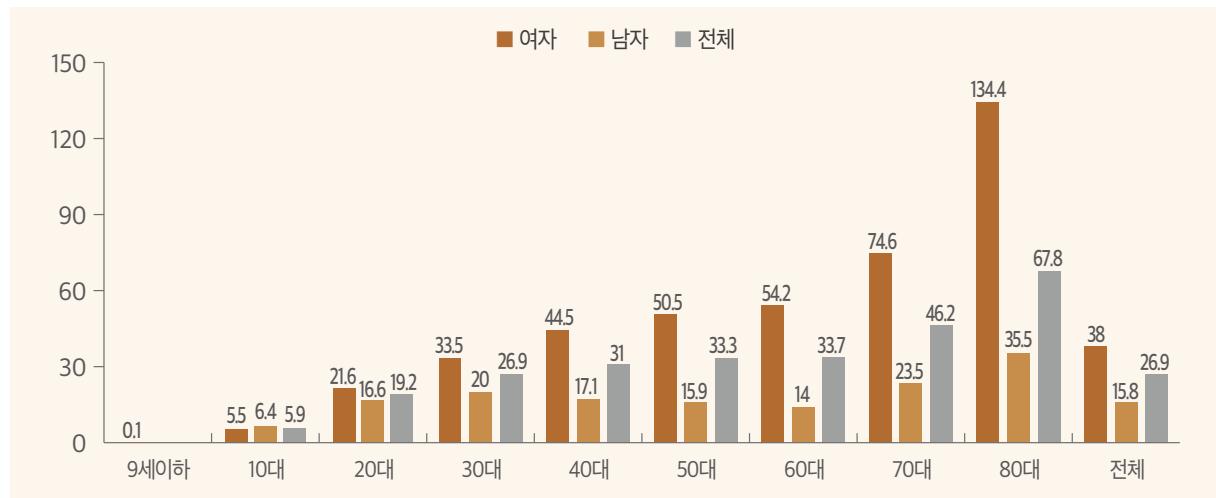
▪ 자료: 보건복지부·질병관리본부. 국민건강영양조사 2014, 2016, 2018년

④ 자살

최근 한국의 자살 사망률은 감소 추세를 보이다가 2018년 이후 다시금 증가추세를 보이고 있다. 2019년 자살로 인한 사망률은 인구 10 만 명당 26.9명으로 2017년 24.3명으로 가장 낮은 사망률을 보인 것에 비교해 볼 때 인구 10 만 명 당 약 2.6명 증가하였다¹⁰⁾. 자살로 인한 사망률은 남자가 여자에 비해 높게 나타나며, 연령으로 살펴보면 남녀 모두 연령이 증가할수록 자살사망률이 증가하는 경향을 보인다.

[그림 5-5] 성별·연령별 자살사망률(2019)

단위 : %



* 주: ① 자살사망률: 인구 10만 명당 자살로 인한 사망자 수

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

자살에 주요한 영향을 미치는 요인으로는 우울과 같은 정신건강 문제와 더불어 연령, 사회경제적 수준 등의 인구 사회학적 특성들이 보고되는데, 2019년 자살원인별 자살현황을 보면¹¹⁾, 자살원인으로는 정신과적 문제가 34.7%로 가장 많았으며, 그 다음으로 경제생활 문제(26.7%), 육체적 질병 문제(18.8%)가 높게 나타났다. 그 외에도 가정 문제(8.0%), 직장 또는 업무상의 문제(4.5%)가 높게 나타났다.

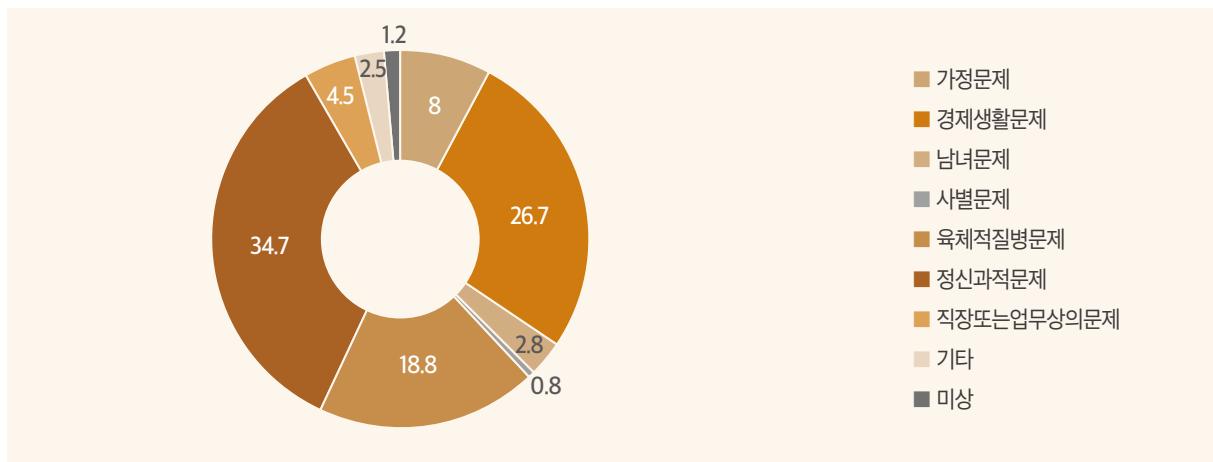
개인이 지난 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있는지 여부로 측정된 자살생각률을 보면, 전반적으로 여자가 남자보다 높은 자살생각률을 보인다. 19세 이상 성인 여자의 연령별자살생각률을 보면 65세 이상인 여자와 25-34세 여자의 자살생각률이 높게 나타났다. 특히 25~34세 여자의 자살생각률은 시간이 지날수록 높아지고 있고, 65세 이상인 여자의 자살생각률이 감소하지 않고 유지되는 것을 고려해 볼 때, 이들 연령대의 여성을 대상으로 한 자살예방 개입이 강화될 필요가 있다.

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

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

[그림 5-6] 자살사망자의 자살동기 유형(2019)

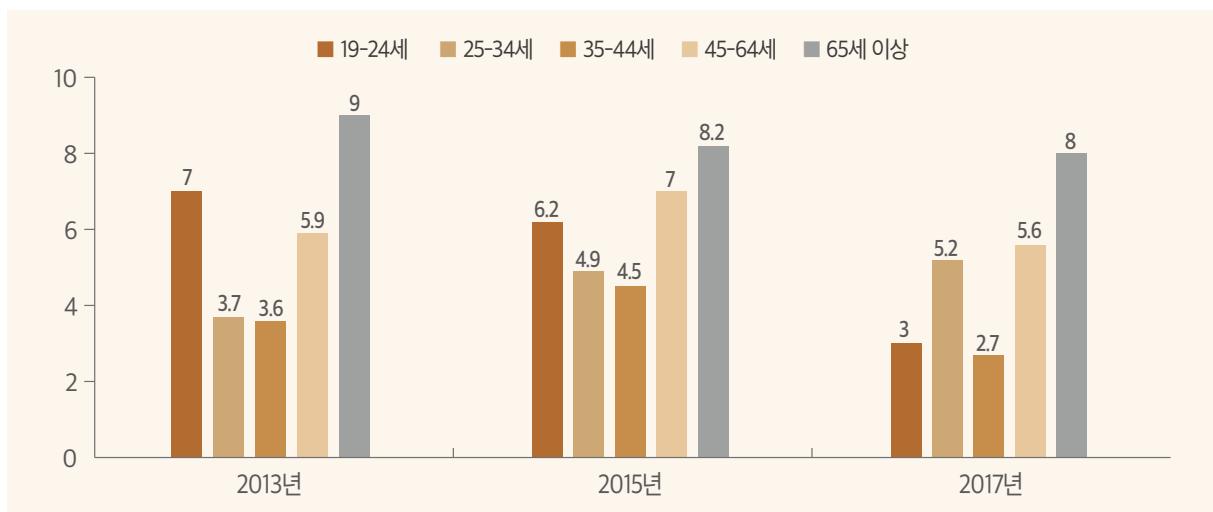
단위 : %



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

[그림 5-7] 19세 이상 성인 여자의 자살생각률(2013-2017)

단위 : %



* 주: 자살생각률: 최근 1년 동안 진지하게 자살을 생각한 적이 있는 사람의 분율

■ 자료: 보건복지부·질병관리본부. 국민건강영양조사 2013, 2015, 2017년

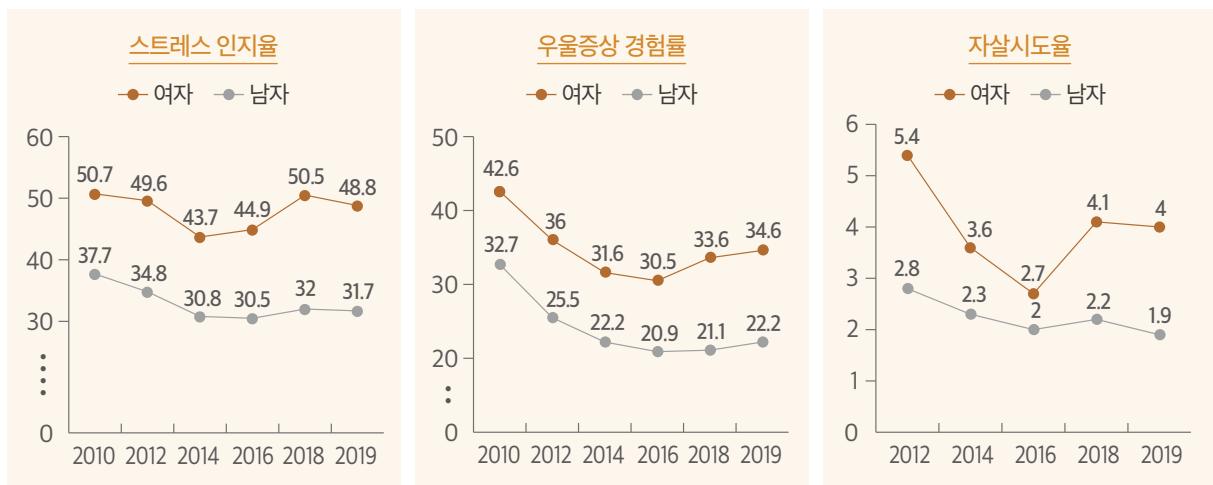
⑤ 청소년의 정신건강

청소년의 정신건강 추이를 살펴보면 2010년부터 2016년까지(스트레스 인지율은 2014년까지) 긍정적인 경향을 보이다가 이후 다시 악화되는 양상을 보인다.

또한 여자 청소년이 남자 청소년보다 스트레스 인지율, 우울증상 경험률, 자살시도율 모두에서 부정적인 수치를 보이고 있다. 특히 자살행동은 위험감수행동(risk taking)으로서, 성인의 경우 남자가 더 높게 나타나는 반면 청소년은 여자가 남자보다 높게 나타나, 여자 청소년의 정신건강 문제가 매우 심각한 수준에 달했음을 보여준다.

[그림 5-8] 청소년의 성별 정신건강 현황 (2010~2019년)

단위 : %



* 주: ① 스트레스 인지율: 평상시 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 편인 사람의 분율

② 우울증상 경험률: 최근 12개월 동안 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 사람의 분율

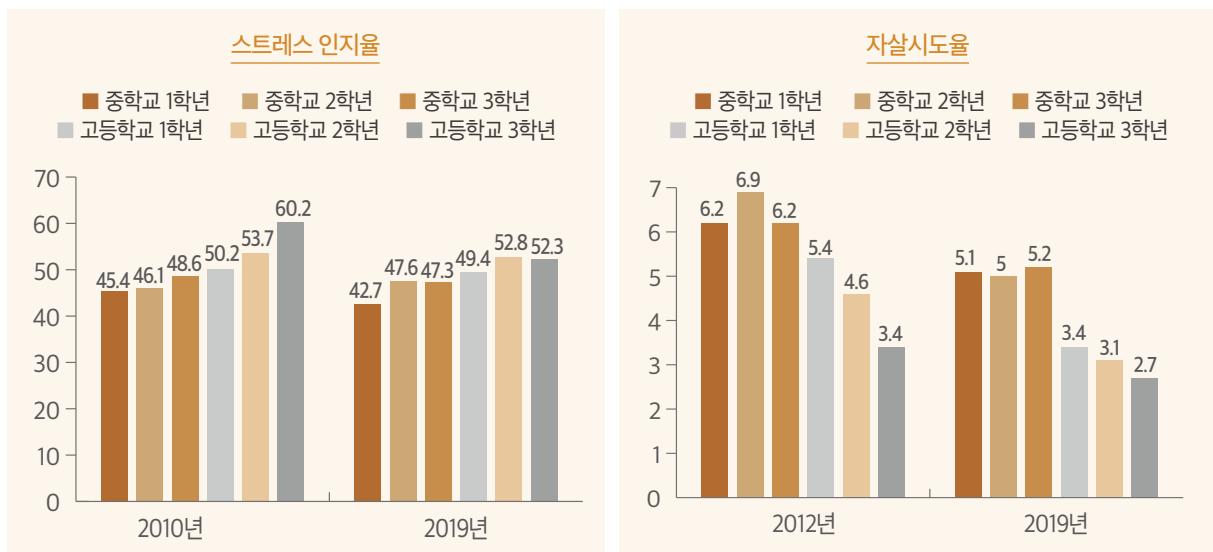
③ 자살시도율: 최근 12개월 동안 자살을 시도한 적이 있는 사람의 분율

▪ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 청소년건강행태조사, 2010~2019

여자 청소년의 학년별 정신건강 추이는 지표에 따라 상반된 경향을 보인다. 스트레스 인지율은 학년이 올라갈수록 높아지지만, 최근 저학년과 고학년 간 차이가 감소하는 것으로 나타난다. 반면 자살시도율은 과거와 최근 모두에서 중학생이 고등학생보다 더 높게 나타난다.

[그림 5-9] 여자 청소년의 학년별 정신건강 현황 (2010~2019년)

단위 : %



▪ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부. 청소년건강행태조사, 2010, 2019년

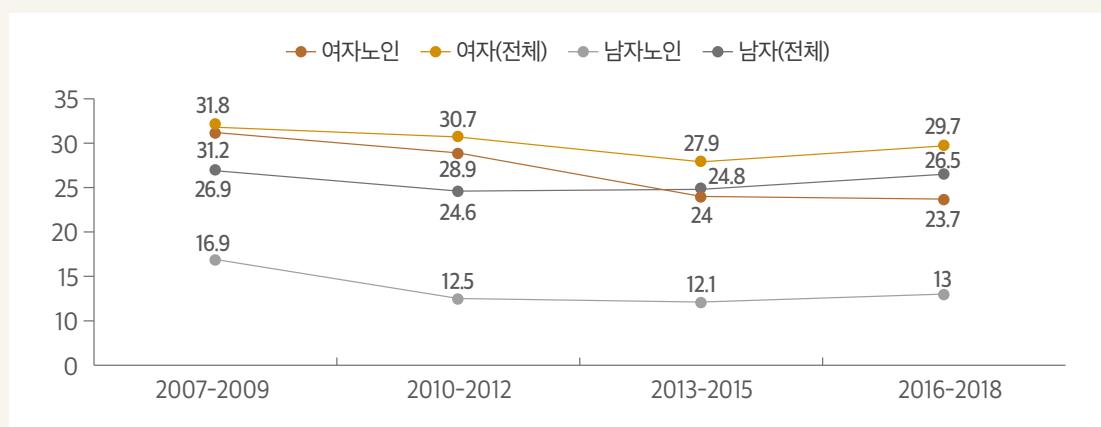
노인의 정신건강은 정말 개선되었는가?

건강을 이해하는데 정신건강은 빼놓을 수 없다. 정신건강은 스트레스, 우울, 불안, 수면, 자살생각 및 자살사망, 알코올 및 마약 중독과 같은 중독에 이르기까지 다양한 범위를 가진다. 그 중 스트레스 및 우울은 여성의 대표적인 정신건강 문제이다.

최근 스트레스 인지율과 우울장애유병률은 전반적으로 감소하고 있는 추세를 보이며, 이러한 감소추세는 65세 이상인 여자에게서 두드러지게 나타난다. 여자 노인의 세부 집단으로 구분해서 보면, 스트레스 인지율의 경우 65~74세 여자 노인에게서 감소폭이 높게 나타나며, 소득수준이 낮은 여자노인의 스트레스 인지율이 상당히 감소한 것을 알 수 있다.

[그림 5-10] 남녀의 스트레스 인지율 변화 추이(2007-2009 ~ 2016-2018)

단위 : %



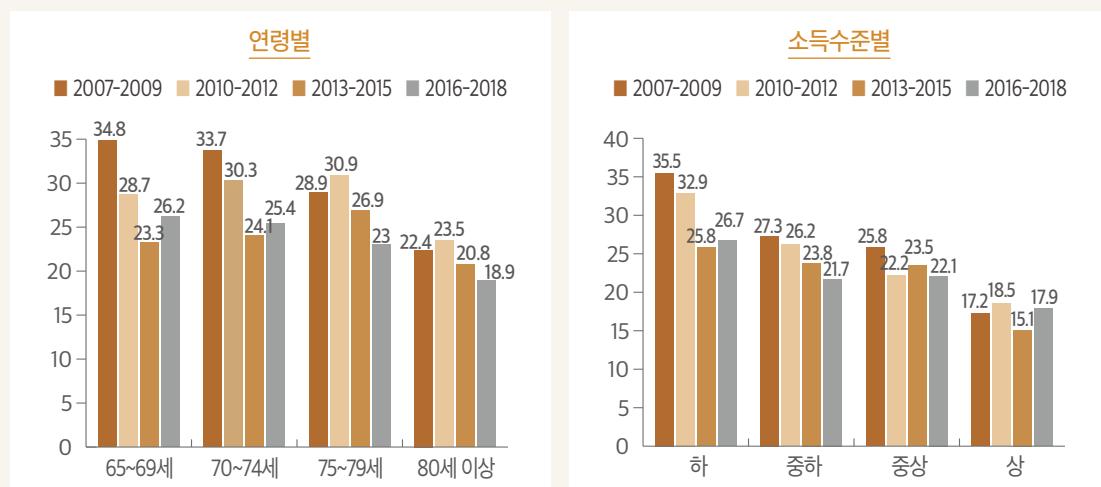
■ 자료: 국민건강영양조사 2007~2009, 2010~2012, 2013~2015, 2016~2018년

이러한 경향성은 여자노인의 우울장애유병률 변화 추이에서도 살펴볼 수 있다. 우울장애 유병률의 경우 70대 연령의 여자 노인에게서 시간에 따른 감소폭이 크게 나타나는 것을 알 수 있다.

이러한 감소추세는 정말 노인의 정신건강, 특히 여자 노인의 정신건강이 개선되고 있는 것인가에 대한 질문을 던진다. 그동안 보건복지 영역 뿐 아니라 요양 및 돌봄서비스 제공 영역에서도 높은 자살사망률, 우울, 및 스트레스를 경험하는 노인을 대상으로 한 전방위적 서비스를 제공해 왔다. 예를 들어, 독거노인을 위한 정서지원 서비스나 농어촌에 거주하는 노인을 대상으로 한 자살예방사업 등 노인의 심리정서 지원에 초점을 둔 사업 뿐 아니라 치매예방 및 관리 지원, 만성질환 예방 및 관리 사업 등 노인의 정신건강과 관련이

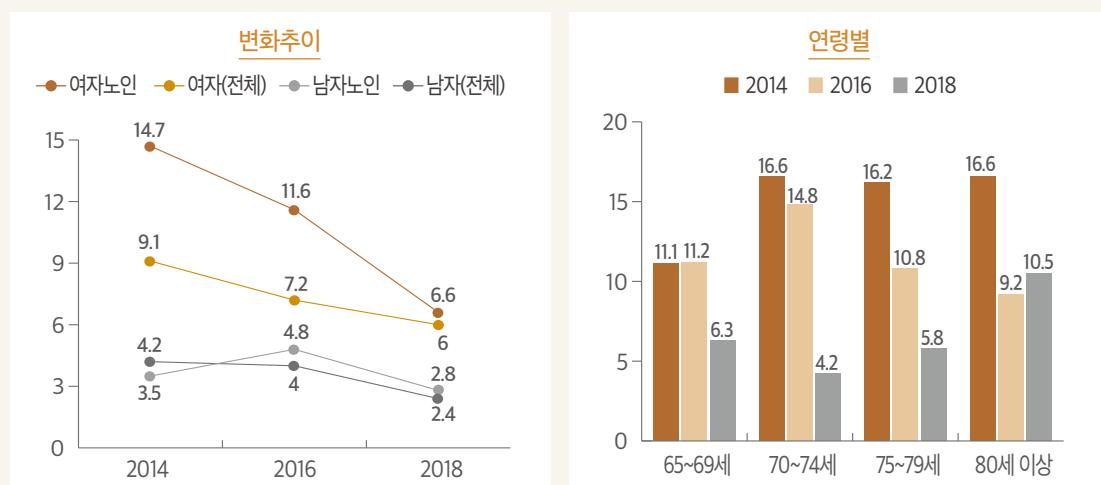
[그림 5-11] 남자 노인의 연령별, 소득수준별 스트레스 인지율 변화 추이(2007-2009 ~ 2016-2018)

단위 : %



[그림 5-12] 여자 노인의 우울장애유병률 변화추이, 연령별(2007-2009 ~ 2016-2018)

단위 : %



높은 서비스들 역시 다양하게 제공해왔다. 물론 이러한 서비스, 프로그램들로만 노인의 정신건강이 개선되었다고 하기는 어렵다. 하지만 그동안 노인의 정신건강, 심리정서 지원을 위한 서비스들이 지속적으로 개발되고 제공되었기 때문에 노인의 정신건강 문제 감소에 일면 기여한 바가 있다고 볼 수 있다. 하지만 그림에서 살펴볼 수 있는 것처럼, 80세 이상의 고령 노인의 정신건강 문제는 감소폭이 크지 않으며 최근 다시 증가하는 경향성을 보이고 있다. 또한 노인 정신건강에서의 격차는 여전히 나타난다. 남자 노인에 비해 여자 노인은 여전히 높은 정신건강 문제를 보이고 있으며, 소득 수준에 따라서도 정신건강에서의 차이가 나타난다. 이러한 결과는 노인 전체를 대상으로 한 일반론적인 접근도 중요하지만 노인에게서 드러나는 정신건강 격차를 완화시킬 수 있도록 근거를 기반으로 노인 세부집단에 따른 맞춤형 접근이 필요하다는 것을 뒷받침하기도 한다.

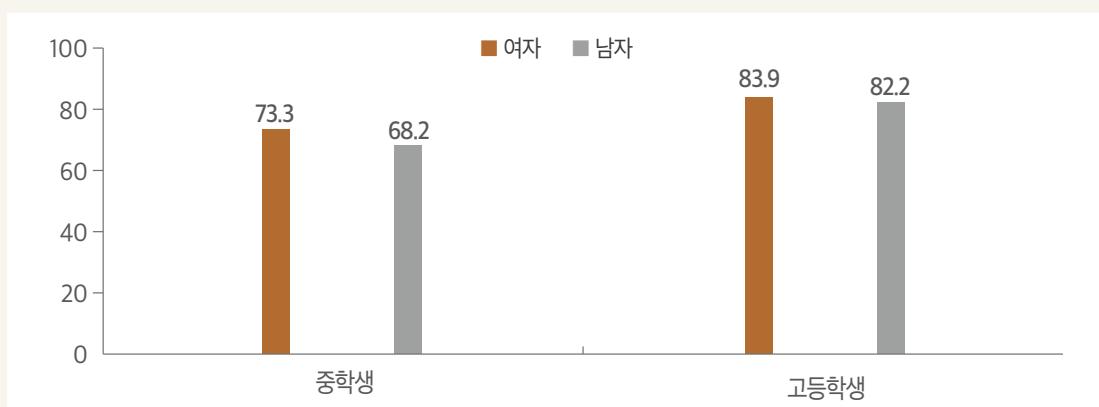
청소년 정신건강의 젠더 차이

지난 10년 간 여자 청소년은 스트레스, 우울 등 정신건강 전반에서 남자 청소년보다 부정적인 양상을 보였다. 하지만 정신건강 문제에 대한 원인 파악은 적극적으로 이뤄지지 않아 근본적으로 문제를 개선하는 데에는 한계가 있었다. 이와 같은 문제의식에 기반 해 아동종합실태조사(2018)를 활용하여 남녀 청소년의 스트레스 원인을 구체적으로 살펴보았다.

분석 결과, 중학생과 고등학생 모두에서 여자 청소년의 스트레스 인지율이 남자 청소년보다 높은 것을 확인할 수 있었다. 특히 중학생의 경우 여자 청소년의 스트레스 인지율이 남자 청소년보다 5.1%p 더 높았고, 성별 차이가 통계적으로 유의하였다($p<0.05$).

[그림 5-13] 청소년의 성별·학년별 스트레스 인지율 현황 (2018년)

단위 : %



* 주: 위의 그림 '청소년의 성별 정신건강 현황' 분석 시 사용한 자료원과 다르므로 직접적인 비교는 적절하지 않음. 모두 가중치를 적용해 분석한 결과임.

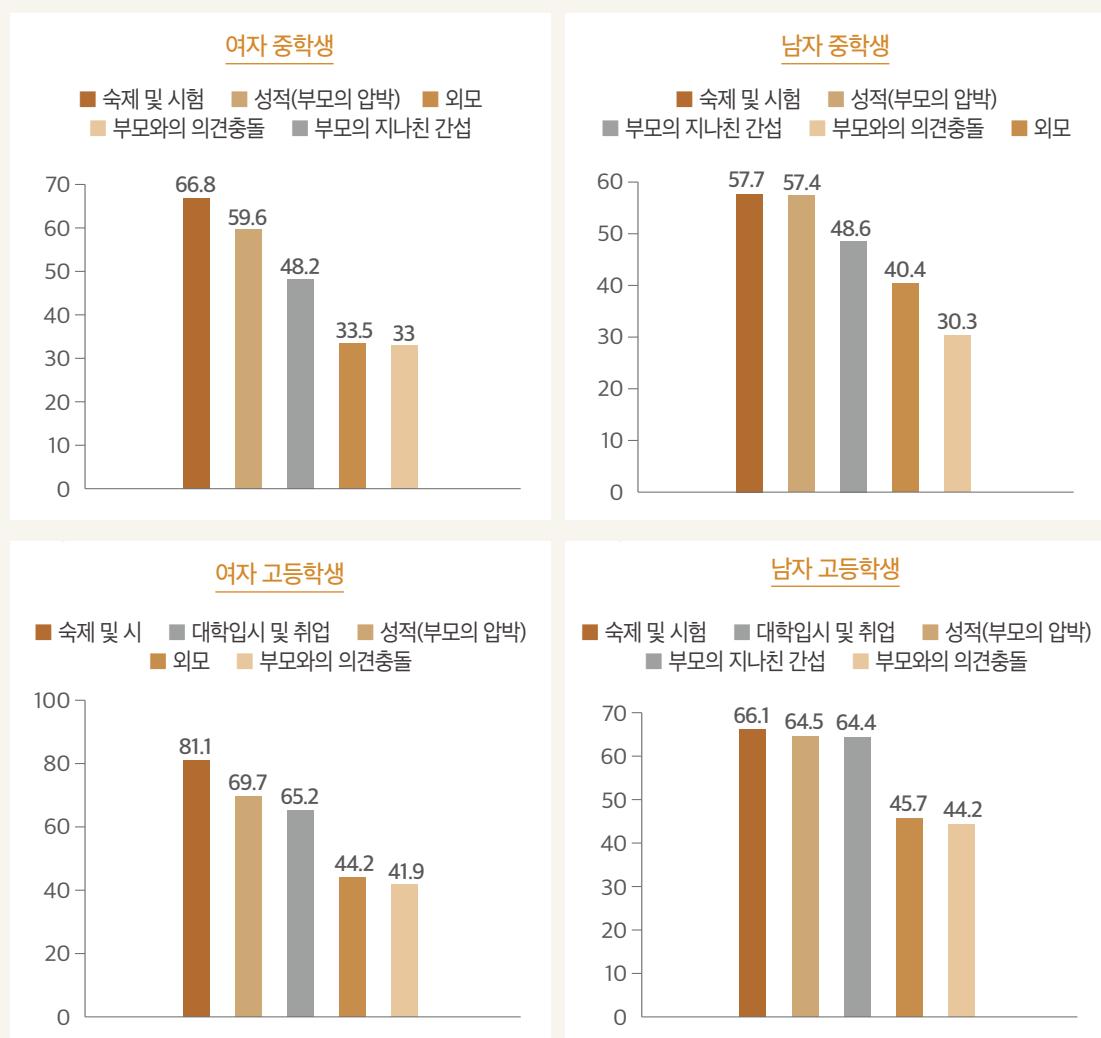
■ 자료: 한국보건사회연구원. 아동종합실태조사, 2018년

중학생의 원인별 스트레스를 살펴보면, 숙제와 시험, 성적(부모의 압박) 등 학업으로 인한 스트레스가 남녀 공통으로 상위를 차지하였다. 그러나 다음 순위로 여자 청소년은 외모 스트레스(키, 체중, 생김새 중 하나라도 스트레스의 원인이 되는 경우)가 높게 나타난 반면 남자 청소년은 부모의 지나친 간섭이 높게 나타난 점에서 차이를 보였다. 외모 스트레스는 남녀 간 응답률 차이가 가장 큰 스트레스이기도 했으며, 여자 청소년의 외모 스트레스가 남자 청소년보다 17.9%p 더 높은 것으로 확인되었다.

고등학생은 남녀 모두 숙제와 시험, 성적으로 인한 스트레스가 각각 1위와 3위를 차지하였고, 중학생 때에는 순위권에 없었던 대학입시 및 취업 스트레스가 2위를 차지하는 등 현재의 학업과 미래에 대한 스트레스가 높은 것으로 나타났다. 그러나 다음 순위로 여자 청소년은 외모에 대한 스트레스가 높게 나타난 반면, 남자 청소년은 부모의 지나친 간섭으로 인한 스트레스가 높게 나타나 차이를 보였다. 여자 청소년은 학년이 증가해도 외모에 대한 스트레스가 여전히 높은 수준을 차지하고 있었다. 또한 중학생과 마찬가지로 고등학교 남녀 청소년 간 스트레스 차이는 외모로 인한 것이 17.1%p로 가장 컸다.

[그림 5-14] 청소년의 성별·교급별 스트레스 원인 (2018년)

단위 : %



* 주: 모수 가중치를 적용해 분석한 결과임.

▪ 자료: 한국보건사회연구원. 아동종합실태조사, 2018년

Women's **Health**

수치로 보는 여성 건강
2020



Chapter 6

성건강 및 재생산건강

성인의 성건강 및 재생산 건강 | 청소년의 성건강



성건강 및 재생산 건강

(성)·재생산건강이란 '재생산 기관, 기능 및 과정과 관련된 질병이나 이상이 없을 뿐 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태'로 정의된다. 국제보건기구의 재생산건강 정의는 성적 자기결정권, 원치 않는 임신으로부터 자유로울 권리, 출산 시기 및 자녀 수 여부를 결정하는 것까지 포함한다.

이 장에서는 성인을 대상으로 출산과 모성사망, 피임실천, 인공임신중절(낙태, 임신중지), 난임, 성매개 감염성 질환 치료유병률을 살펴보고, 청소년에 대해서는 성교육, 성관계 경험, 피임실천, 임신, 성매개 감염성질환 치료유병률을 살펴본다.

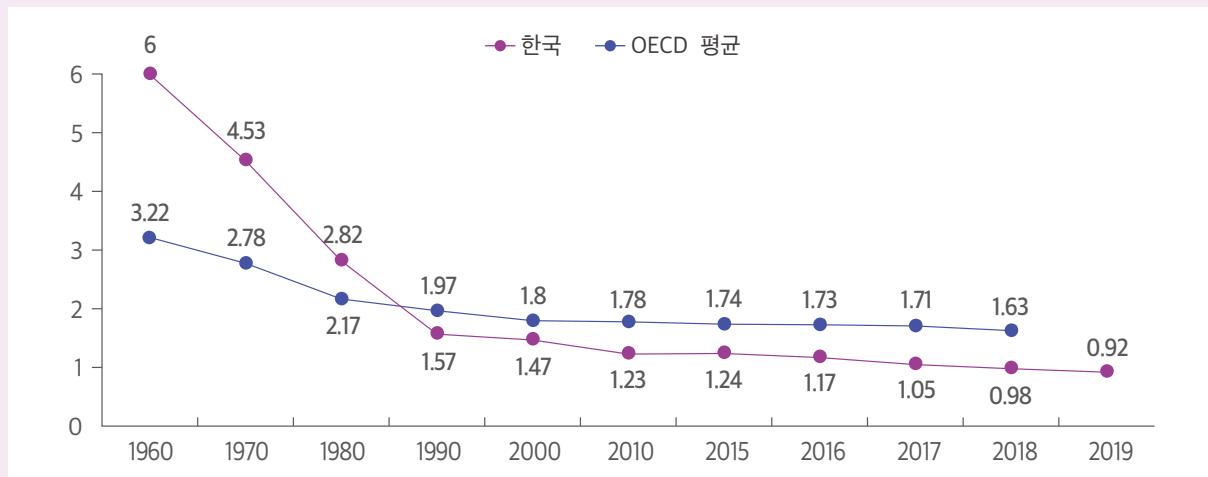
① 성인의 성건강 및 재생산 건강

● 출산과 모성사망

출산율의 변동은 합계출산율로 파악할 수 있다. 우리나라의 합계출산율은 1960년 여성 한명 당 6.0명 출산에서 1990년대 OECD 평균 수준 이하인 1.6명 이하로 감소하였다(그림 6-1). 2000년대 이후 초저출산 현상이 지속되며, 2019년 여성 1인당 합계출산율은 0.92명이다(그림 1). 모의 연령별 출산을 시계열적으로 보면 2000년대 까지는 20대가 전체 출산의 50% 이상을 차지하였으나 이후 크게 줄었다. 2010년 이후 출생통계에서 가장 두드러지는 재생산활동 연령은 30대 초반으로 전체 출산의 약 60%를 차지하고 있다(그림 6-2).

[그림 6-1] 합계출산율 추이(1960-2019년, 통계청)

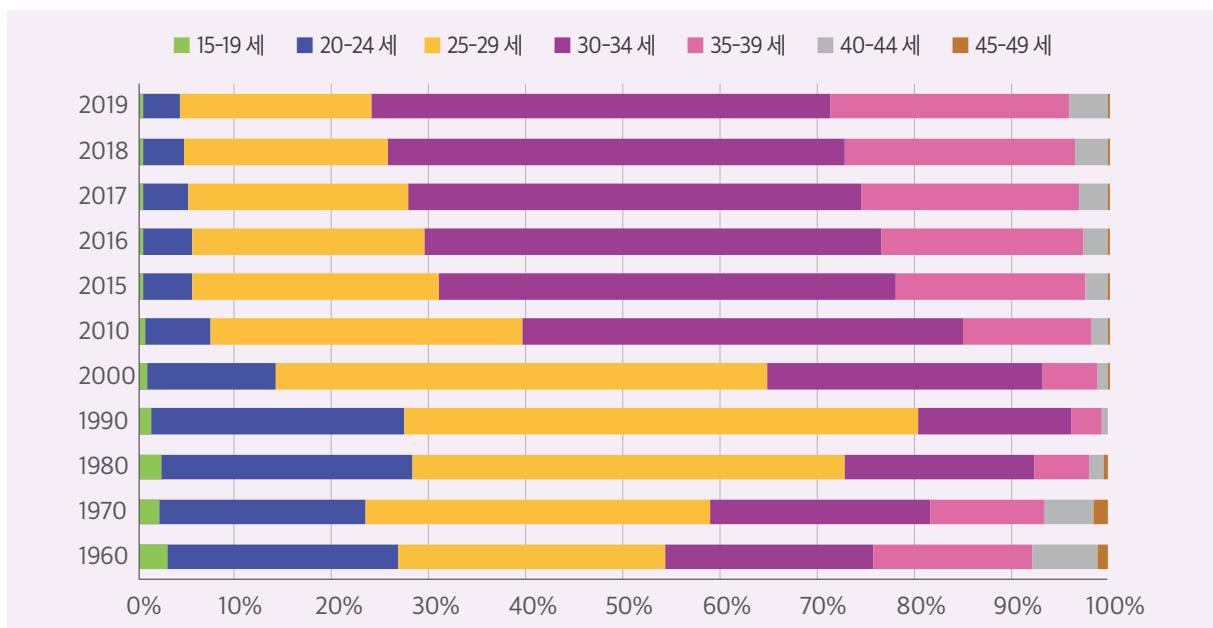
단위 : 가임여성 1명당, 명



■ 자료: Korean statistical information service(KOSIS). Statistical Annual Report (1960-2019).

[그림 6-2] 연령별 출산 추이(1960-2019년, 통계청)

단위 : 명

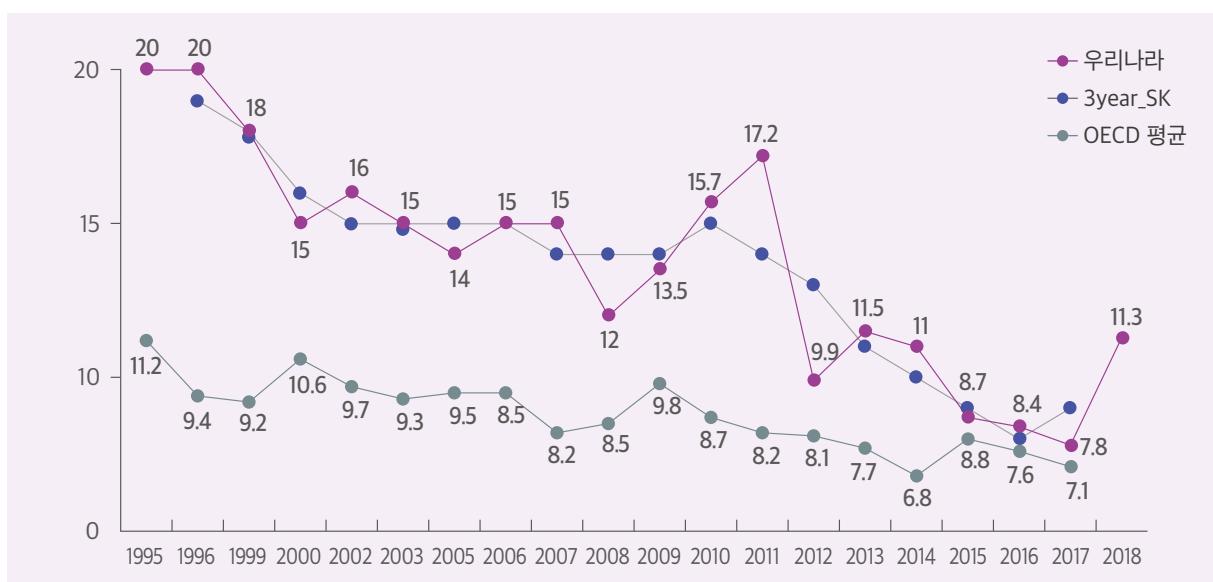


■ 자료: Korean statistical information service(KOSIS). Statistical Annual Report (1960-2019).

우리나라의 모성사망비는 생활수준의 향상과 의료기술의 발달로 감소하는 추이이다. 모성사망의 최근 국제 비교를 보면 OECD 평균 7명보다 높다(그림 6-3). 모성사망에서 드러나는 지역간 격차 또한 주목할 부분이다. 저출산 현상 속에서 산부인과 병의원의 폐업이 속출하며 분만시설 문제는 지방으로 갈수록 심각하다. 예를 들어, 2016년-2018년 강원도의 모성사망비는 출생아 10만명당 21.9명으로 서울(7.0명)의 3배 이상이다(그림 6-4).

[그림 6-3] 모성사망비(출생아 10만명당 모성사망) 추이와 국제비교

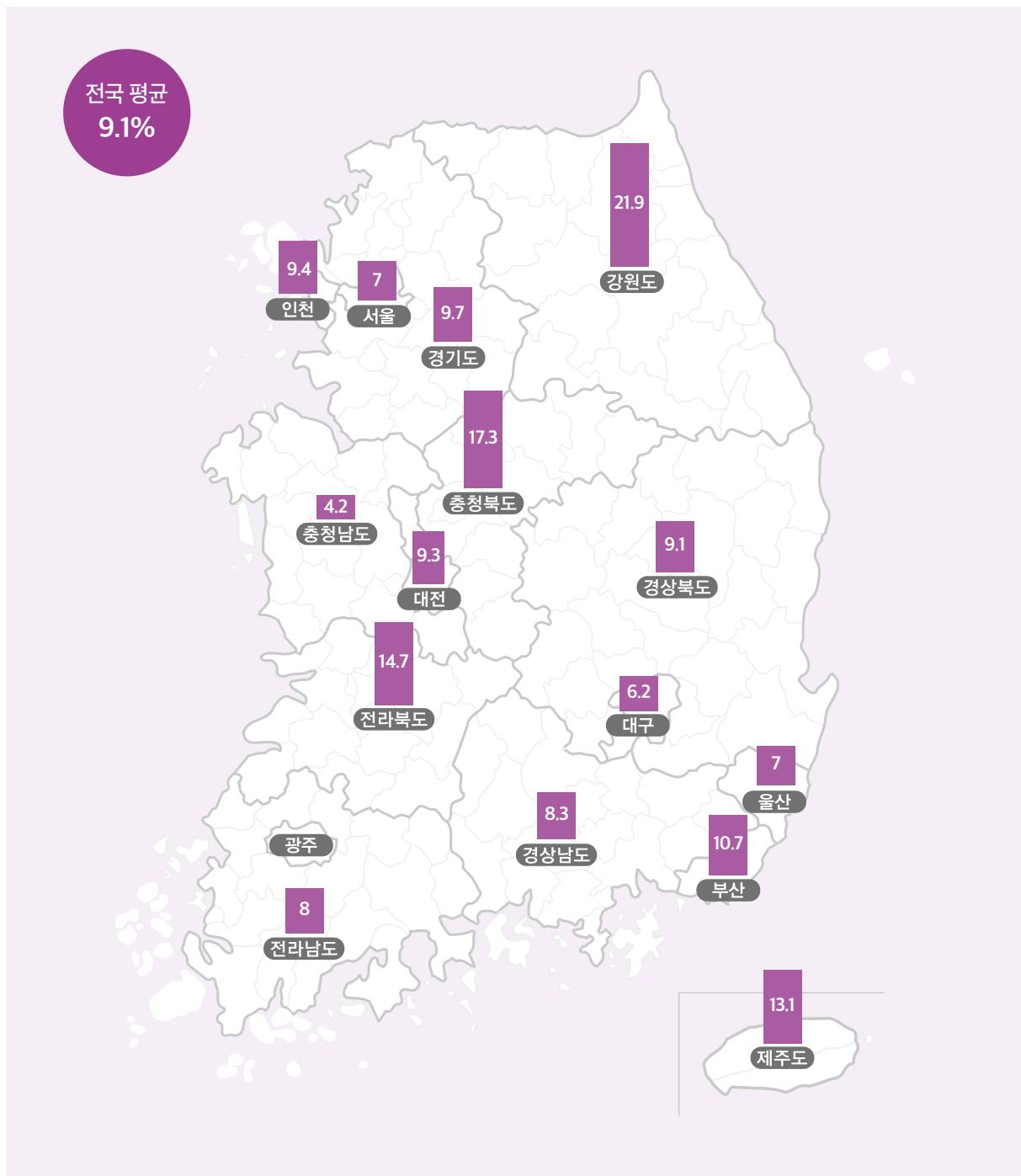
단위 : 명



■ 자료: 통계청 kosis, '2018 영아사망, 모성사망, 출생전후기사망 보고서; OECD.Stat

[그림 6-4] 시도별 모성사망비

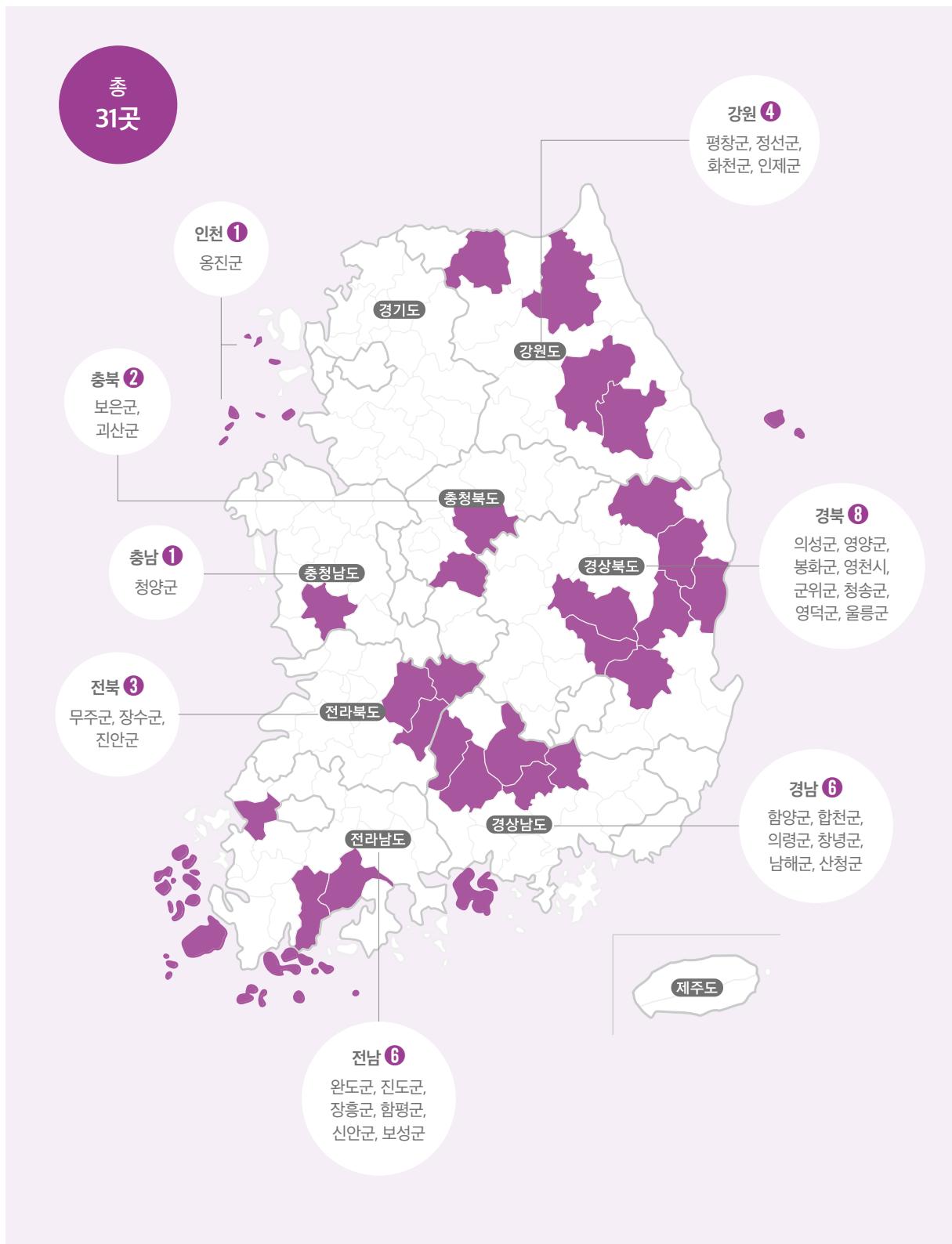
단위 : %



- 자료: 통계청 kosis

정부는 분만취약지 지원사업을 2011년부터 시행하고 있지만, 모성사망의 지역격차는 여전하다. 분만취약지란 “60분 내 분만이 가능한 의료기관에 접근 불가능한 가임여성 비율이 30% 이상인 지역”을 말한다. 강원, 경북, 경남, 전남 지역에 분만취약지가 많이 분포해 있다<그림 6-5>.

[그림 6-5] 분만취약지* (2016-2018년)



■ 자료: 보건복지부

* 분만취약지: 60분내 분만율이 30% 미만이고, 60분 내 분만 가능 의료기관 접근 불가능한 가임여성 비율이 30% 이상인 지역

● 안전한 성과 피임실천

피임은 원하지 않는 임신을 사전에 예방하기 위한 것이다. 우리나라 기혼 여자의 피임 실천율은 2009년 이후 약 80% 정도를 유지하고 2018년 82.3%이다. 유배우 여자에서는 연령이 증가할수록 피임실천이 증가하는 경향이 관찰된다(그림 6-6). 주로 사용하는 피임실천 방법으로는 콘돔(36.9%), 월경주기법(35.2%), 질외사정(32.8%) 순 이었다(그림 6-7).

[그림 6-6] 기혼 여자(15세~49세)의 피임실천율의 추이 (2009년 - 2018년)

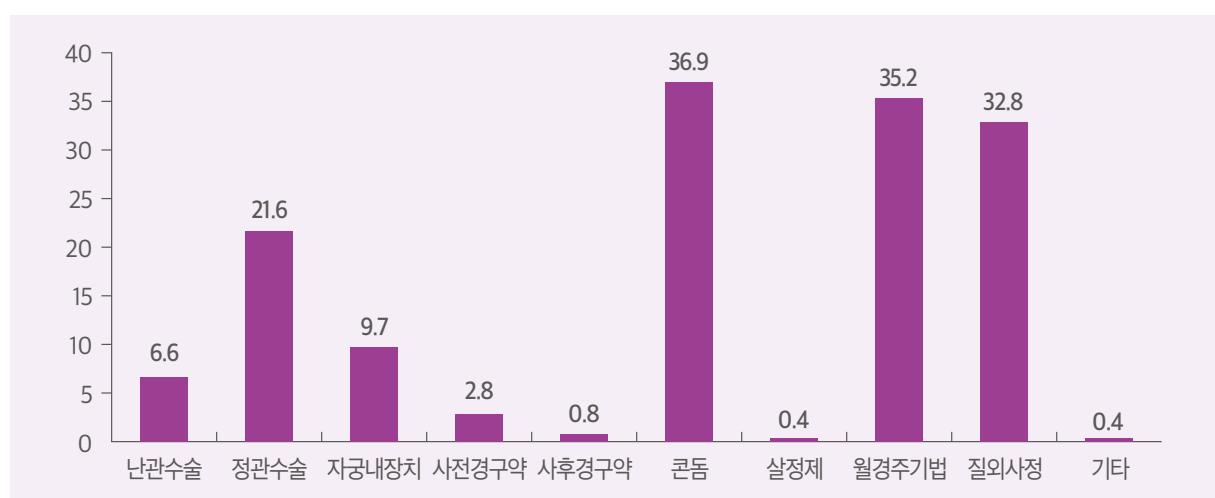
단위 : %



■ 자료: 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2018년

[그림 6-7] 기혼 여자(15세~49세)의 피임실천 방법 (가장 많이 사용하는 피임법 2가지 다중응답)

단위 : %

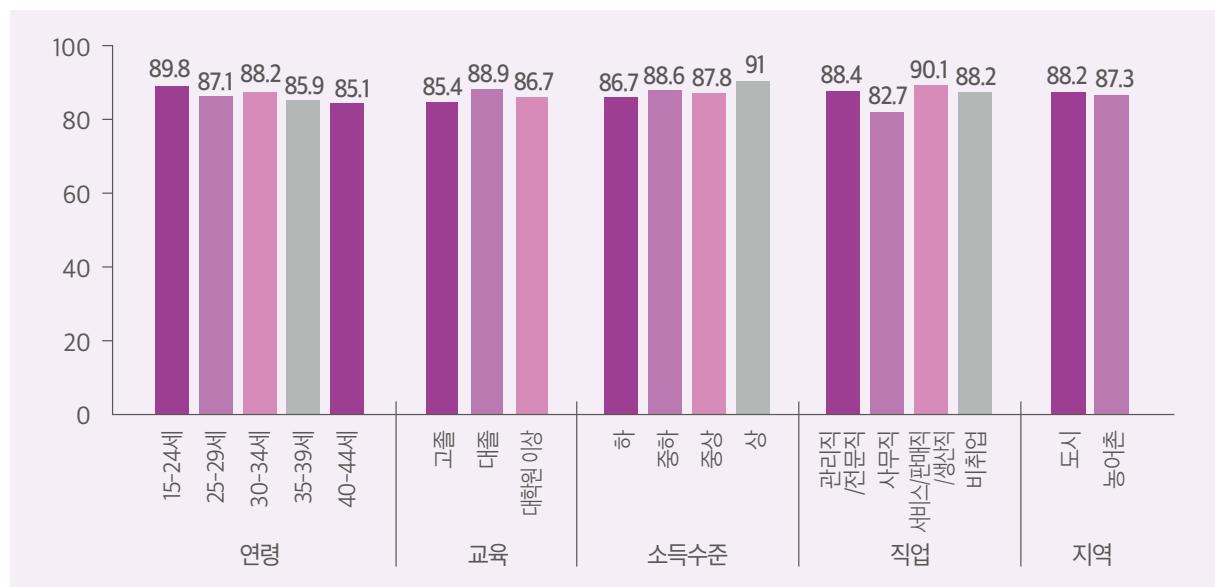


■ 자료: 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2018년

비혼 여자의 피임 실천율은 2018년 88.2%로 같은 조사 결과에서 기혼 여자의 70.1%보다 높았다. 이 조사에서는 직업별 차이가 보이는데, 사무직 여자가 관리직/전문직이나 서비스/판매직 또는 비취업 여자 보다 유의하게 피임 실천이 낮았다(그림 6-8). 비혼 여자의 피임실천에서 연령이나 다른 사회경제적 특성별 차이는 보이지 않았다. 비혼 여자를 대상으로 한 조사는 시계열 비교가 가능하지 않은 자료원이며, 위 기혼여자 피임실천 조사 자료(그림 6-6, 6-7)와 조사 도구가 달라 직접 비교는 어렵다. 우리나라 전체 여자의 피임실태를 정확히 모니터링 할 수 있는 자료원과 조사 도구가 마련되어야 할 것이다.

[그림 6-8] 비혼 여자(15-44세)의 특성별 피임실천율

단위 : %



■ 자료: 인공임신중절실태조사, 2018년

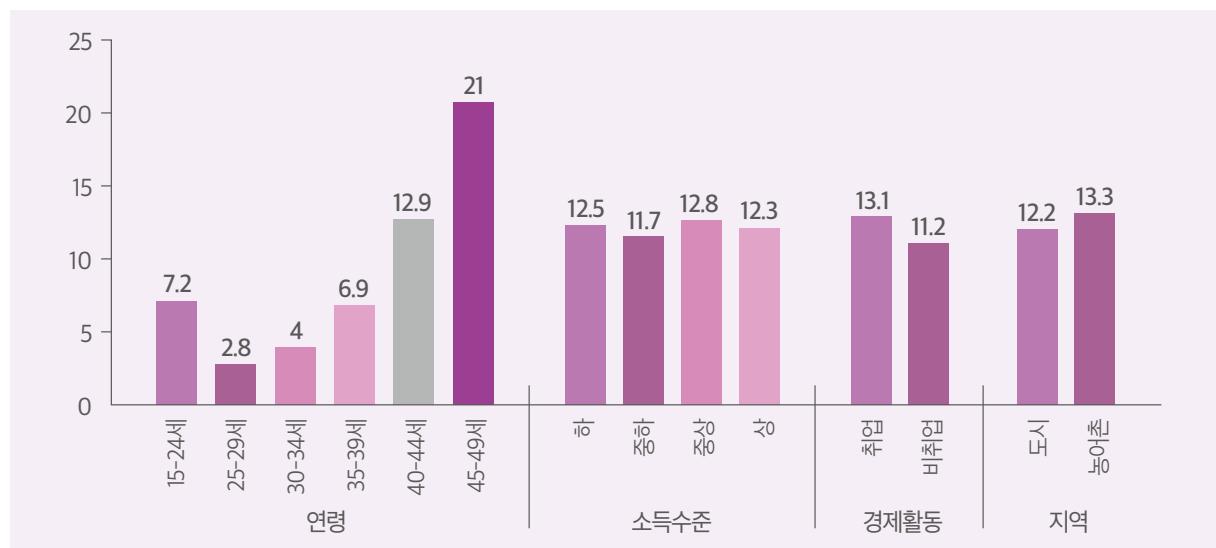
● 인공임신중절

인공임신중절은 ‘태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 기간에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 행위’로서 인공유산 또는 낙태라고 한다. 가임기 기혼 여자의 인공임신중절 경험률은 1985년 조사에서 53%로 매우 높은 수준을 보였으나 꾸준히 감소하는 추이이다.

최근 2018년 조사에서 12.3%의 기혼 여자가 인공임신중절 경험을 보고하였고, 인구집단 간 차이가 관찰되었다. 연령이 높을수록, 교육수준이 낮을수록 인공임신중절 경험이 많았다. 인공임신중절 경험에서 교육 격차는 연령을 나누어 분석해도 같은 경향이었다(그림 6-9, 6-10)

[그림 6-9] 기혼여성 특성별 인공임신중절 경험율

단위 : %



■ 자료: 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2018년

[그림 6-10] 기혼여성 교육수준별, 연령별 인공임신중절 경험율

단위 : %



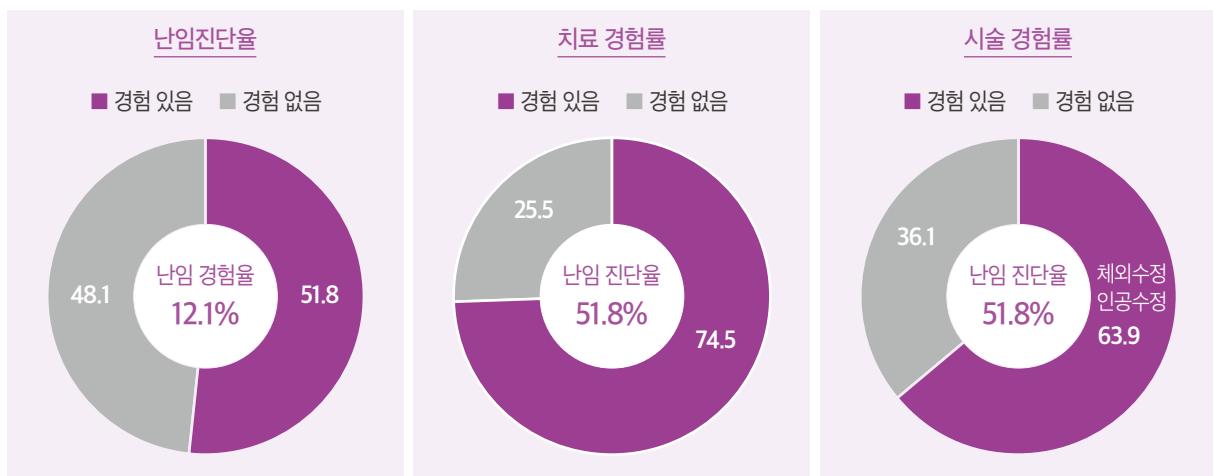
■ 자료: 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2018년

● 난임

난임이란 배란에서 수정, 착상에 이르는 일련의 생식과정 중 한 가지 이상의 결함으로 임신되지 않은 상태를 말한다. 이 연구에서 활용한 조사에서는 난임을 ‘피임을 하지 않고 정상적 부부관계를 가져도 12개월 이내에 임신이 되지 않는 경우’라고 정의하였다. 2018년 조사에서, 난임을 경험한 부부는 12.1%이며, 경험자 중 진단율은 51.8%이다. 난임으로 진단 받은 부부 중 치료 경험율은 74.5%, 보조생식기술 시술 경험율은 63.9%이다(그림 6-11). 난임 진단 경험에서 응답 여성 특성별 차이가 관찰되었다. 35세 이후 여성에서, 교육수준이 높거나, 소득수준이 높고, 비취업자, 도시 거주자에서 난임 진단율이 높았다(그림 6-12).

[그림 6-11] 난임 경험자 중 진단율과 치료 및 시술 경험율

단위 : %



■ 자료: 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2018년

[그림 6-12] 여성 특성별 난임 진단율

단위 : %



■ 자료: 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 2018년

● 성매개 감염성 질환 치료유병률

성매개 감염성 질환은 국내 유병자수가 많고 사회적 관심이 높은 클라미디아감염증, 첨규콘딜롬, HIV를 중심으로 살펴보았다. 성인 여자의 클라미디아 감염증 치료유병률은 2010년부터 2019년까지 지속적으로 증가해 인구 십만 명 당 190.30명의 치료유병률을 기록하였다. 첨규콘딜롬 치료유병률은 2010년부터 2019년까지 증감을 반복하는 경향을 보였으며, 2019년 인구 10만 명당 103.40명으로 전체 관찰연도 중 가장 높은 치료유병률을 나타냈다. HIV 치료유병률은 매우 낮은 수치이기는 하나 2010년부터 지속적으로 증가해 2019년 인구 십만 명 당 5.60명으로 나타났다.

② 청소년의 성건강

● 성교육 및 성관계 경험

여자 청소년의 성교육 경험률은 2010년부터 2019년까지 대체적으로는 증가하는 경향으로, 2018년의 성교육 경험률이 80.4%로 가장 높았다. 학년별 성교육 경험률은 학년이 높아질수록 경험률은 낮아지는 추세가 지속되고 있다. 다만, 고학년의 경험률이 높아짐에 따라 과거에 비해 저학년과 고학년 간 성교육 경험률 격차가 감소하는 긍정적인 변화를 보이고 있다.

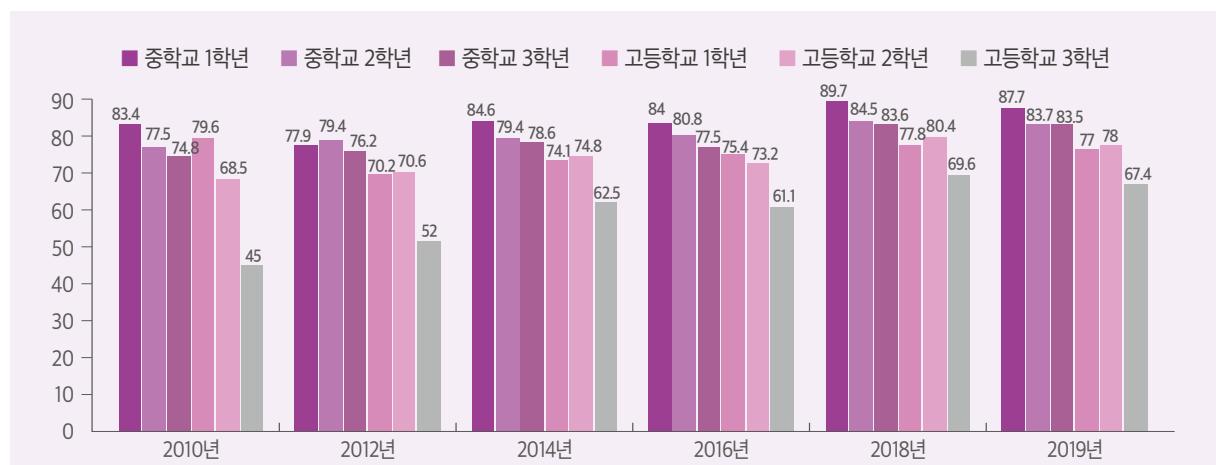
[그림 6-13] 여자 청소년의 성교육 경험률 (2010~2019년)

단위 : %



[그림 6-14] 여자 청소년의 학년별 성교육 경험률 (2010~2019년)

단위 : %



* 주: 최근 12개월 동안 학교에서(수업시간, 방송교육, 강당에서의 교육 등 모두 포함) 성교육을 받은 적이 있는 사람의 분율

■ 자료: 보건복지부·질병관리본부. 청소년건강행태조사, 2010~2019년

한편 여자 청소년의 성관계 경험률은 2010년부터 2019년까지 증감을 반복하는 경향을 보였으며, 2019년의 성관계 경험률은 3.6%로 나타났다. 학년이 높아질수록 성관계 경험률도 높아졌으며, 중학교 1학년의 성관계 경험률이 1.1%로 가장 낮았고, 고등학교 3학년의 성관계 경험률이 7.2%로 가장 높았다(2019년 기준).

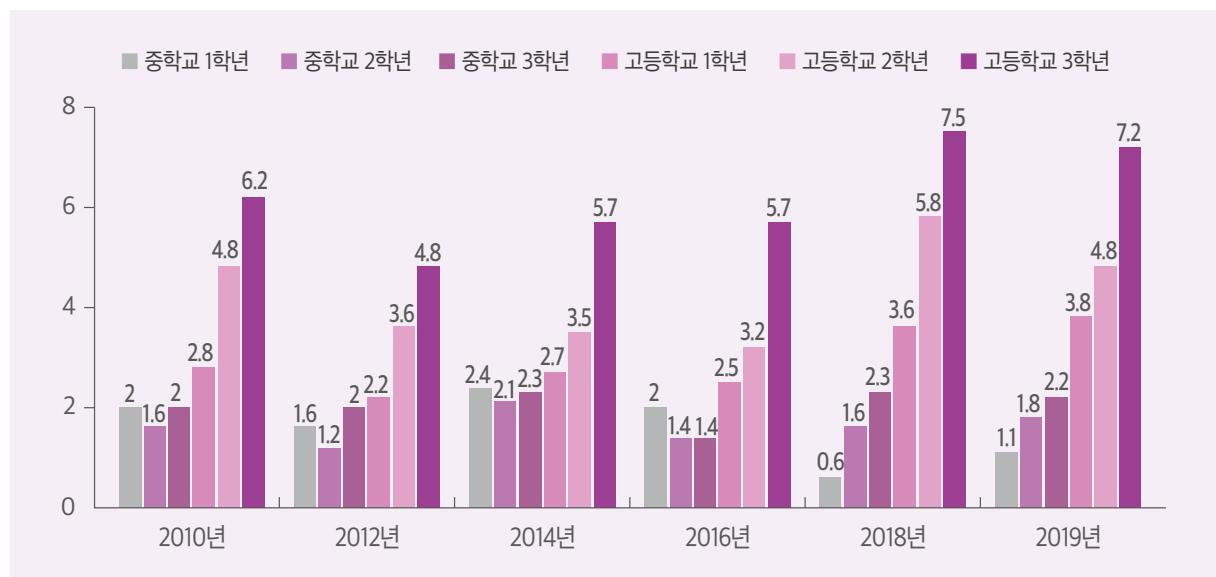
[그림 6-15] 여자 청소년의 성교육 경험률 (2010~2019년)

단위 : %



[그림 6-16] 여자 청소년의 학년별 성관계 경험률 (2010~2019년)

단위 : %



* 주: 평생 동안 성관계 경험이 있는 사람의 분율

▪ 자료: 보건복지부·질병관리본부. 청소년건강행태조사, 2010~2019년

● 피임실천

여자 청소년의 피임실천율은 전반적으로 증가하는 양상이나, 아직까지도 성관계를 경험했던 여자 청소년 중 항상 피임을 했다고 응답한 사람은 과반수에 미치지 못한다. 이를 교급별로 살펴보면 중학생은 33.5%, 고등학생은 48.0%인 것으로 확인된다(2019년 기준). 최근 낮아지고 있는 성경험 연령 등을 고려했을 때 여자 청소년의 피임 실천율을 높이기 위한 노력이 필요하다.

[그림 6-17] 여자 청소년의 항상피임실천율 (2010~2019년)

단위 : %



* 주: 평생 성관계 경험자 중 '항상' 피임을 했다고 한 사람의 분율 ■ 자료: 보건복지부·질병관리본부. 청소년건강행태조사, 2010~2019년

● 임신

2010년부터 2018년까지 성관계를 경험한 여자 청소년 1천 명 중 약 3명은 임신을 경험한 것으로 나타났다. 성관계 경험과 마찬가지로 응답하기에 민감한 주제이고, 위험에 노출되기 쉬운 학교 밖 청소년은 조사대상에서 누락된 점을 고려했을 때 실제 임신율보다 과소 추정되었을 가능성이 높다.

[그림 6-18] 여자 청소년의 임신율 (2010~2019년)

단위 : %



* 주: 평생 성관계 경험자 중 임신을 해 본 적이 있는 사람의 분율 ■ 자료: 보건복지부·질병관리본부. 청소년건강행태조사, 2010~2019년

● 성매개 감염성 질환 치료유병률

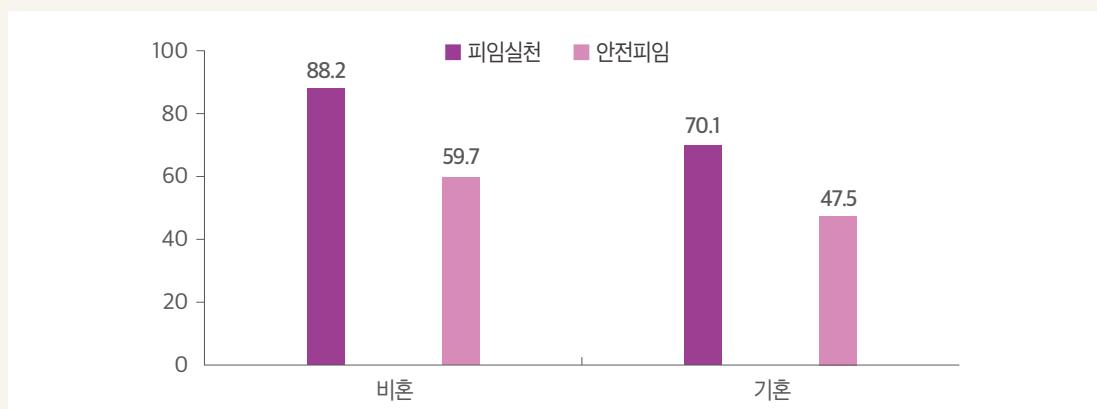
여자 청소년의 연간 성매개 감염성 질환 치료유병률 추이는 성인 여자와 대체적으로 비슷한 양상을 보였다. 2019년 클라미디아 감염증 치료유병률은 인구 10만 명당 40.47명, 첨규콘딜롬 치료유병률은 인구 10만 명당 31.46명으로 나타났다. HIV 치료유병률은 증감 추세를 반복하며 2014년에는 인구 십만 명 당 0.55명에 달했으나 2019년에는 0.43명으로 다소 감소한 경향을 보였다. 다만 특이적이고 유병자수가 굉장히 적은 질환이므로 경향성에 대한 지속적인 모니터링이 필요하다.

안전한 성과 안전피임 실천

피임은 여성이 자신의 성에 대해 스스로 결정할 권리를 실현하는데 매우 중요하며, 올바른 피임실천을 통해 임신으로 인한 여러 가지 건강 위험을 예방할 수 있다. 이에 지속가능개발목표(SDG) 3.7은 “2030년까지 모든 사람들이 성·재생산 보건서비스에 접근할 수 있도록 한다.”라는 목표를 제시하며, 첫 번째 세부 지표로 각 국가에서 안전피임 실천율을 높이고 이를 정기적으로 모니터링할 것을 권고하고 있다. 우리나라의 경우 피임실천율은 80%로 높지만 ‘질외 사정’, ‘주기법’ 등 전통적 피임방법을 많이 사용하고 있어 안전피임 실천율이 비혼 여자는 59.7%, 기혼 여자는 47.5%로 낮다(그림 6-19).

[그림 6-19] 우리나라 비혼/기혼여자의 피임 실천율(%)과 안전피임* 실천율

단위 : %



▪ 자료: 인공임신증절실태조사, 2018년

* 안전피임 실천율: ‘안전피임’은 ‘현대적 피임(modern contraceptive methods)’을 의미한다. 국제보건기구는 현대적 피임 분류에 “난관/정관수술, IUD, 이식제, 주사제, 경구피임약, 응급피임약, 남/녀 콘돔, 다이아프램이나 살정제 등”을 포함한다. 이와 구분하여 “질외사정법과 월경주기법”은 ‘전통 피임(traditional contraceptive methods)’이다.

청소년의 피임실천 문제는 성인에 비해 더욱 심각하다. 안전피임을 실천하는 모니터링 문제는 둘째 치고 피임을 실천하기도 매우 어려운 실정이다. 콘돔은 쉽게 구할 수 있는 피임 도구이지만, 우리나라 청소년들에게 콘돔은 “주변의 따가운 시선 때문에” 구매가 쉽지 않다. 몇 년 전 청소년들이 ‘콘돔’을 구하지 못해 ‘비닐봉지’나 ‘랩’을 피임 도구로 활용한다는 충격적인 기사도 있었다. 전문가들은 “비닐류는 피임 효과가 없을 뿐만 아니라, 성장 중인 청소년의 생식기에 염증이나 감염 등을 일으키기 쉽다(문화일보, 2017. 11)”고 경고한다. 이렇게 청소년 성교육에 대한 사회적 요구는 매우 높지만 이에 대한 제도적 개선은 너무도 더딘 것이 현실이다.

국내 청소년행태조사 결과에 의하면, 첫 성경험 연령은 낮아지는 추세이고, 2019년 조사에서 성경험이 있는 여자 청소년의 피임 실천율이 43.9%에 그쳤다. 청소년 대상 안전피임 실천 교육과 인식 개선 캠페인을 실시하면서 피임도구와 서비스에 쉽게 언제든지 접근이 가능하도록 하는 정책이 수립되어야 한다. 일찍이 1970년부터 성교육을 필수교과로 시작한 핀란드의 교육은 우리나라의 “보호주의적 성교육” 내용을 개선하는데 많은 시사점이 있다. 핀란드는 학교에서 실습을 포함하여 연간 50시간의 성교육을 실시하고 있으며, 포괄적인 성교육 실시 결과 10대 임신율도 다른 서구 국가들에 비해 현저히 낮다. 핀란드의 성교육은 다양한 접근으로 ‘긍정적이고 책임감 있는 성’을 강조하며 청소년에게 친근하게 다가가는 캠페인을 실시하는데(중앙일보, 2020.7), 15세가 되는 청소년은 “콘돔패키지” 선물을 받고, 휴가철이 되면 “여름 콘돔 노래”를 접한다(그림 6-20).

우리나라 여성들의 성·재생산 권리를 보장하고 안전피임 실천을 높이기 위해 포괄적 성교육과 사회적 인식 변화를 위한 다각적 노력이 필요하다. 인식개선 캠페인을 통해 청소년들도 성건강을 누릴 권리를 가지며 피임을 쉽게 실천할 수 있도록 해주어야 하고 기성세대들이 이를 이해하고 지지할 수 있도록 해야 한다. 또한 국가정책으로 비혼/기혼 모든 여성을 포함하는 자료원을 마련하여 안전피임실천 모니터링 시스템을 구축하고, 필수 피임서비스를 무료로 제공하는 제도가 마련되어야 할 것이다.

[그림 6-20] 핀란드의 성교육과 캠페인 관련 사진



■ 자료: https://yle.fi/uutiset/osasto/news/summer_rubbers_now_include_instructions_in_three_sami_languages/10235740

여성건강 스토리

여성에 대한 폭력

여성이 안전한 사회를 원한다

2017년 7월 청와대 국민청원 페이지 개설 이래 20만 명 이상의 동의를 얻은 98개 청원의 40%가 젠더 이슈였고, 젠더이슈를 다룬 국민청원(244개)의 세부 주제별로는 여성폭력·안전관련 청원이 63%로 가장 많았다(한국여성정책연구원 KWDI Brief 52호, 2019). 또한 올해 베이징행동강령 채택 25주년을 맞아 성평등서울 실현을 위한 12개 관심분야에 대한 온라인 시민참여(총 2,608명) 결과에서도 여성에 대한 폭력은 가장 많은 응답을 얻었다(16.5%, 서울시여성가족재단).

폭력으로부터 안전한 사회를 만들자는 여성들의 외침이 최근 몇 년간 온·오프라인에서 이어지고 있지만, 텔레그램 N번방 사건이나 정치인들의 권력형 성폭력사건 등 여성에 대한 폭력이 끊이지 않고 있으며, 다크앱 운영자 손정우에 대한 미국 송환 불허처럼 가해자들에 대한 불충분한 사법적 처분은 오히려 시민들의 공분을 사고 있다.

한국은 살인에 의한 여성사망이 높은 국가

여성에 대한 폭력의 가장 극단적인 형태는 여성이라는 이유로 당하는 살인, 즉 페미사이드(Femicide)이다. 한국사회에서 살인(기수, 미수) 피해자는 남녀 모두 지속적으로 감소하고 있다. 그러나 살인에 의한 연령표준화사망률로 비교할 경우, 남자의 사망률은 2010년 1.4명(인구 10만 명 당)에서 2018년 0.7명으로 줄어들었으나 여자는 1.0명에서 0.6명으로 감소폭이 더 적었다.

[그림 6-21] 성별 살인에 의한 연령표준화 사망률(인구 10만 명 당)

단위 : 명



■ 자료: 통계청, 사망원인통계

한국은 국제적으로 살인사망률이 인구 10만 명당 3명 이하로 매우 낮으면서도 전체 살인사망에서 여성 사망자의 비율이 30% 이상을 차지하는 국가로 분류된다(Small Arms Survey, 2017).

[표 6-1] 인구 10만 명당 고의적 살인 피해자 수(2016)

단위 : 명

구분	캐나다	미국	일본	한국	스위스	스웨덴	영국	스페인	독일	멕시코
여자	0.8	2.3	0.3	0.8	0.6	0.6	0.9	0.5	1.1	4.4
남자	2.6	8.5	0.3	0.6	0.5	1.6	1.5	0.8	1.2	34.2

■ 자료: UNODC Homicide Statistics(2017)

평균 살인율이 낮은 국가에서 여성 살인 피해자의 비율이 높은 역전 현상이 나타나는 것은 여성 살해의 상당 부분이 배우자나 데이트관계의 남성에 의해 발생하는 친밀한 관계에서의 살해(Intimate Partner Homicide) 때문으로 알려져 있다(Mc Evoy, 2012)¹⁰⁾. 국내 범죄통계에서는 친밀한 파트너 관계에서의 살인통계를 산출하지 않기 때문에 여성들이 이런 관계에서 얼마나 살인을 당하는지 알 수는 없다. 그러나 한국여성의전화에 따르면, 언론에 보도된 사건에서만 2019년 전체 여성 살인피해자 99명 중 친밀한 파트너에 의한 살인이 69건(69.7%)으로 나타났다.

가정폭력 피해자 심층면담 : 피해자 지원제도의 개선방안 모색

그렇다면 폭력은 여성들의 몸과 삶에 어떤 피해를 남기며, 우리 사회는 여성들이 건강하게 사회의 일원으로 복귀할 수 있도록 충분하게 지원하고 있을까? 피해자 지원시설 담당자들에 대한 심층면담을 통해 살펴보고, 개선방안을 제안해보고자 한다.

1) 피해자들의 주요 건강문제

배우자폭력에 장기간 노출된 여성들은 직접적인 구타에 의한 상해 외에도 근골격계 질환이나 내과, 산부인과, 정신과, 치과적인 다양한 질환을 호소했다. 구타로 발생한 손상을 치료할 수 있도록 외출을 허가하지 않는 경우가 많아서 제때에 치료를 못한 건강문제도 많았다. 가령 지속적으로 뺨을 맞아서 턱관절이 돌아가 있거나, 다리를 절거나, 만성적인 부인과 질환을 앓거나, 치아가 깨지거나 빠졌는데 방치한 경우 등이다. 눈에 보이지 않지만 더욱 심각한 것은 폭력적인 환경에서 극도로 긴장된 생활을 하면서 누적된 우울증, 불면증, 망상장애, 분노조절장애 같은 정신건강문제이다. 특히 배우자폭력의 장기적 결과

10) '베르코의 법칙(Verkko's law)'이라고 하는 이 현상은 무관한 타인을 죽이는 행위가 자신의 아이, 부모, 배우자, 형제를 죽이는 행위보다 훨씬 빠르게 줄었다는 역사적 사실을 설명한다. 이는 남자끼리의 폭력이 여자와 혈연이 관련된 가정폭력에 비하여 시대와 장소에 따른 변동이 더 크다는 법칙이다.

로서 정신과나 치과진료의 필요가 높았는데, 정작 본인들은 건강문제를 인식하지 못하거나 치료를 거부하는 경우도 있었다.

실질적으로 맞아서 제대로 치료를 잘 못해서 아픈 경우도 있어요. 조금 다리를 절거나 한쪽 다리에 힘이 안 들어가거나 지속적으로 뺨을 맞아서 턱관절이 돌아가 있는 경우도 있어요. 요인은 많아요. 그런데 결국은 보다 보면 한 쪽으로 귀결이 되는 게 사실은 집안에서 돌봄을 받지 못한 거예요.

직접적인 폭력은 아니더라도 환경적인 분위기적인 정서적인 그런 것도 있고 균골격계 질환도 있지만 정서적 질환이 많아요. (중략) 우울증이나 망상장애도 있고 그래서 실무자들 되게 힘들게 하는 분들도 있어요. 불면증 이런 건 다 갖고 계신다고 보셔도 되고. 바깥에서 큰소리만 나도 그날 밤 잠을 못 자고 그런 분들도 있어요. 질병을 제대로, 치과질환 이런 것들은 치료가 여유가 있어서 아플 때마다 병원에 가는 게 아니기 때문에 치과적인 질환이나 관절 같은 질환이 있는 분들이 많아요.



시설장 A



시설장 B

우리가 힘들어지는 게 정신적인 문제가 가장 힘든 것 같아요. 그게 서서히 나타나면서, 신체적인 아픔은 병원에 얼른 가서 치료를 받으면 되는데 정신적인 문제가 나타나는 경우가 굉장히 많거든요. 그것이 원래 있었고 약도 먹었던 사람들도 첫 번째는 그게 있어서 약 먹고 오시는 분들, 있었지만 약을 안 먹고 오시는 분들, 없는 줄 알고 이파가 여기 와서 나타나는 분들 이런 경우가 있더라고요. 근데 세 번째가 제일 힘든 문제 중에 하나인 것 같아요. 신경정신과에 가자고 하면 우리나라 아직까지 인식이 내가 정신병자냐 이렇게 생각하시고 안 가려는 분들이 많으시거든요. 그걸로 계속 여전히 갈등이 생기고 싸움이 일어나니까 모시고 가는 게 가장 힘든 것 같아요.

2) 사회적 기능 손상 및 아동 돌봄의 어려움

폭력을 행사하는 남편들은 대부분 아내를 강압적인 통제와 감시 하에 두고 원가족이나 친구, 동료들로부터 철저히 고립시키며 정서적으로 학대하기 때문에 여성들은 무력감과 자존감 저하로 인해 자기돌봄과 자녀양육이 동시에 어려워지는 경우가 많다. 특히 배우자폭력이 발생하는 환경에서 자란 많은 아동들은 아동학대에 노출된 것이기 때문에 대인관계나 인지발달 측면에서 장애가 나타나고 사회화과정에 어려움을 겪는다. 특히 가정폭력은 배우자와 자녀에게 모두 영향을 주기 때문에 위기과정에 대한 개입이 필요하다.

누구한테 말도 안 하고 막상 오시면 도움을 받아야 되잖아요. 오시면 핸드폰을 못 쓰잖아요. 그러면 타인 명의로 핸드폰을 만들어야 되는데 그거 하나 만들어달라고 말할 곳이 없는 거예요. 고립돼 있었던 거죠. 친구도 없고 친척이 있지만 폭력 때문에 왕래를 안 하고 사는 거죠. 폭력 때문에. 남편이 다 막죠. 그러니까 다 끊어진 거예요. 혼자 계시다가 오셨으니 그거 하나 사정 할 때도 없고 부탁 할 데도 없는 거죠. 그런 경우 많아요. 아무도 몰라요. 이렇게 하는 분들 굉장히 많거든요. (중략) 무기력하죠. 자녀를 돌보는 것도 잘 안 되고 있죠. 본인은 열심히 한다고 하는데 객관적으로 저희가 옆에서 보면 자녀 케어가 많이 안 되고 있어요. 건강하지 못한 관계로 이어지고 있는 경우가 많죠.



시설장 B

3) 수급자격 심사 없이 보호시설 입소자에 대한 지원 필요

보호시설 입소자들에게 자산조사를 실시하여 수급여부를 판단하는데, 비수급자의 경우 실제로 처분/가용한 자산이 없음에도 입소기간동안 경제적인 부담 때문에 의료기관을 방문하기 어려운 실정이다. 점점 비수급자들이 많아지는데, 비수급자들에게 우선 지원하고 나중에 청구하는 방안을 마련하거나, 보호시설 입소자에게 자산심사 자체를 하지 않는 것이 필요하다.



시설장 B

점점 갈수록 비수급이 많아져요. 왜냐하면 웬만하면 차가 다 있잖아요. 크지 않아도 집이 있거나 공동이나 아내 명의로 되어 있을 수도 있고 웬만하면 엄마들이 보험은 다 들어 있잖아요. 건강보험도 실비도 들어 놓고 그것도 다 안 되더라고요.

4) 정신과 상담치료 예산 부족

보호시설의 사회복지 전문가들이 폭력피해자 중 정신건강 고위험군에 대한 장기적인 상담치료의 필요성을 인정하더라도 현재 의료지원제도는 보호시설 입소자에게는 진단과 치료비용만 보장하고 상담비, 심리검사비는 지원해주지 않기 때문에 의료비 부담때문에 상담과 검사를 할 수 없는 실정이다.

우리 매뉴얼에 가정폭력 폐해는 이런 것도 있고 이런 것도 있다고 문자상으로는 너무 많이 나와 있는데 나와 있으면 그것에 대한 대안이 마련돼야 되는데 매뉴얼로는 엄청 감정이나 뭐가 이러한 상태일 것이다. 그 내용 읽어보면 전부 뭐예요? 내가 치료 받아야 되는 내용이에요. 상담을 받고 치료 받아야 되는 내용인데 이론상으로 자기들이 만들어 놓고 실질적으로 접근할 때는 안 해요. (사회자: 해결할 수 있을 만큼 충분한 지원이 없다는 거죠?) 그렇죠.



시설장 D

5) 여성폭력 피해자 보호시설에 대한 지원 강화

장기간 지속된 정신과적 질환은 보호시설 입소 후에는 또 다른 문제를 만들어 낸다. 자신에게 치료가 필요하다는 병식 자체가 없어서 치료를 거부하거나, 그런 불안정한 심리상태로 다른 입소자들과 갈등을 일으키면서 보호시설 내 긴장을 높이는 것이다. 일반 보호시설에서도 정신과적인 문제를 가진 입소자들을 케어하는데 사회복지사들이 어려움을 느끼고 있어서 시설에 간호사의 상주가 필요하다는 공통된 요구가 있었고, 특히 장애인가정폭력피해자 보호시설은 종사자들이 장애인 활동보조사와 간호역할을 동시에 수행하는 부담이 크고, 간호적 처치가 필요한 경우도 많아 간호인력 지원이 필요하다고 지적했다. 뿐만 아니라 피해자보호시설이 1인 공간을 확보할 수 있도록 시설개선이 필요한데 이는 입소자들간의 갈등과 긴장을 낮추고, 감염병 대응이 중요해진 시대적 환경을 반영하는 것이기도 하다.



시설장 E

위험한 입소자들은 따로 분리를 해야 돼요. 정말 위험해요. 그 사람들이 와서 다른 입소자들한테 영향이 굉장히 커요. 이게 전체 이게 우리가 단체 생활이 흐트러져요. 그리고 자기뿐만 아니라 직원들도 장난이 아니에요. 근데 그게 어떻게 보면 갈수록 늘어나는 거죠. 아주 심각한 사람이 10명이면 2명이 꼭 있고요. 약간 경계선에 있는 사람이 3, 4명 있고. 그런 분들은 의학적으로 조치가 필요하다는 판단을 하는 시스템도 없고요.



시설장 C

주택인데 그 안에 방이 분리되는, 사실 2, 3명 실이 부족하다 보니까 여러 명이 한 방을 쓰게 되니까 거기서 오는 문제들이 굉장히 많아요. 방이라도 따로 있으면..

6) 여성대상폭력에 대한 의료전문가의 공적 개입 제도화

현재 치료비에 한해 의료지원을 지원하고 있을 뿐, 가정폭력 피해여성의 건강문제를 종합적으로 판단하고 의학적 진단을 내리는 공식적인 조직이 없기 때문에 보호시설에 입소해있는 1년(장기 2년) 동안 신체적, 정신적 건강문제를 어느 정도 회복하고 지역사회로 돌아가는지 판정하기도 어려운 게 현실이다. 의사는 시민들의 신뢰도가 높은 공신력있는 집단이기 때문에 의료진이 소신을 가지고 가정폭력 피해여성에게 개입해주면 피해자들이 의사들에게 진단을 받는 과정을 좀 더 편하게 여기고 피해사실을 알릴 수 있을 것이다. 의료기관 이용시 여성들에게 가정폭력 피해여부를 루틴하게 질문하는 방법을 통해 스스로 말하기 어려운 가정폭력을 드러내도록 도와주고, 의사가 가정폭력으로 진단을 내린 경우 후속 절차가 부담스러워 신고를 거리지 않도록 의료기관 내에 또한 경찰에서 인수하여 필요 사회서비스를 제공할 수 있도록 연계가 강화되어야 한다.



시설장 E

정신과도 같이 치료받으라고 저희가 얘기하기보다 의사가 얘기해 주면 좋잖아요. 어쨌든 사회에 공신력이 있는 사람이고. 우리는 의사가 아니잖아요? 피해자들을 위한 성폭, 가폭 피해자들을 위한 전담 변호사들 있잖아요. 그분들이 그 일만 하진 않지만 그래도 그분들은 가정폭력 피해자 전문가라고 있는 것처럼 의료진도 그랬으면 좋겠다는 거예요.



정책 A

사실 진료를 보기 시작하는 외래든 응급실이든 진료를 보는 쪽에서 제일 먼저 발견은 맞아요. 의사 선생님들이 발견하는 게 최초다 보니 의사가 최초로 문진하게 되는 응급실, 외래진료, 단순히 외래진료를 보러 왔어요. 제가 예를 들어 가정 폭력 피해자인데 최근에도 어떤 내과 진료를 왔는데 의사들이 봤을 때 약간 좀 가정 폭력이 의심되는 상황에서. 제일 최초 발견할 수 있는 건 의사들인데 의사들이 가정 폭력 피해 위 폭력 처벌법이든 신고 의무인 건 맞지만 부담스러워 하시는 게 있어서. 저희 같은 종합병원들은 어쨌든 학대 보호를 위한 위원회라든지 내부 체계가 있는데..

피해자별 퇴소 자격 심사 및 지역사회 서비스연계 필요

현재 가정폭력 피해자보호시설의 입소기간은 대부분 처음 6개월, 최장 1년으로 제한되어 있다. 그러나 입소자들의 이혼소송결정과 주거지원 여부, 건강상태 등을 종합적으로 고려하지 않고 일괄적으로 최장 1년을 적용하기 때문에 충분하게 자립과 건강회복이 준비된 상태에서 퇴소하지 못하는 경우가 많다. 시설 퇴소 후 필요한 진료가 중단됨으로써 다시 건강문제가 재발하는 경우도 있으므로, 개별 상황을 고려하여 치료지원이나 입소기간을 연장할 수 있는 장기 시설이 더욱 필요하다. 또한 지역사회로 돌아갔을 때 이들의 정착을 도울 수 있는 자원들을 연계하는 것이 필요하다.



시설장 B

저희는 1년이라고 그랬잖아요. 그 다음에 관리할 수 있는 곳이 많이 있으면 좋겠어요. 장기쉼터도 서울에 딱 하나고 너무 부족하잖아요. 하나 있다는 게 말이 안 되잖아요. 전국에도 그렇게 많지 않고 근데 1년으로 안 되는 분들이 되게 많아요. 특히 정신과적인 치료를 받던 분들은 좀 더 장기적인 관리가 필요한 분들이 많이 있는데 그 분들이 계실 곳이 그렇게 많지 않다는 게 안타깝죠

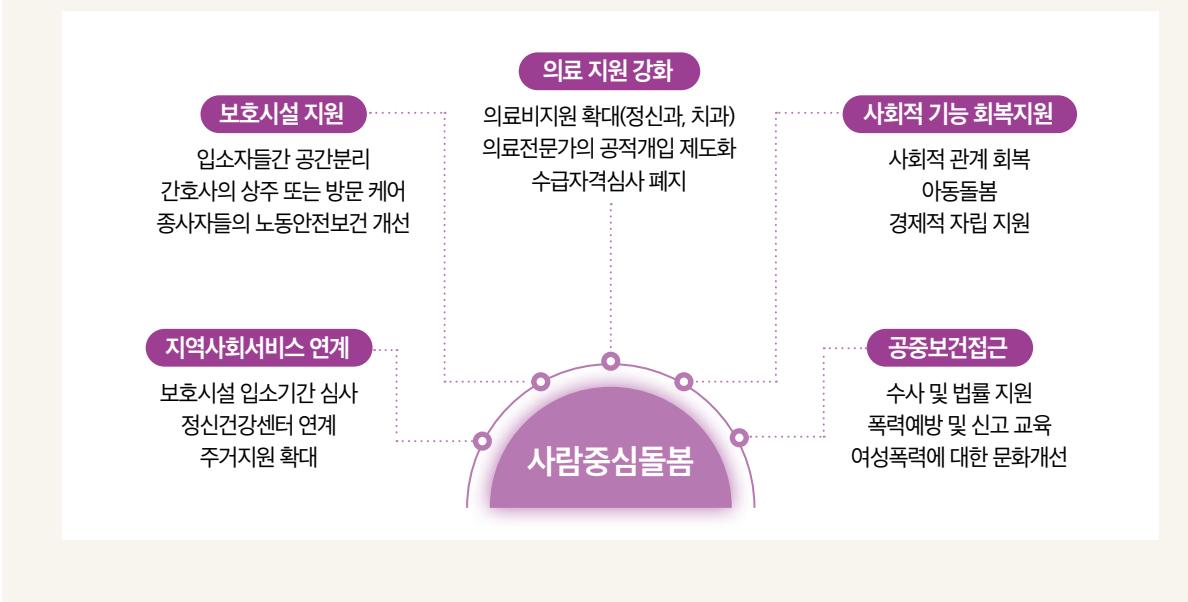


정책 A

저희도 딜레마가 원래는 사각지대를 위기만을 어쨌든 벗어나게 해 주자는 게 시작이었을 것 같은데, 이게 좀 더 범위가 넓어지고 일반적인 의료 지원, 만성질환 기저질환 도와줘야 되는 거 아니냐, 3차 예방까지 가게 되고 모니터링까지 범위가 넓어지긴 해요.

이상의 심층면담 결과를 종합해보면 배우자폭력은 여성의 신체적·정신적 건강문제 뿐만 아니라, 자녀 돌봄이나 사회참여와 노동같은 개인의 사회적 기능을 파괴하는 것을 알 수 있다. 따라서 폭력피해자를 지원하는 것은 법률지원, 의료지원 등 분절적인 사회서비스를 넘어 그런 지원을 통해 개인이 사회 구성원으로서 자립과 자조를 할 수 있도록 하는 통합적인 서비스가 필요하다. 그렇다면 현재의 가정폭력 피해자 지원제도를 서비스 제공자중심체제가 아니라, 그 서비스의 수요자 입장에서 재구성해야 한다. 개인의 질병을 넘어 그가 처한 포괄적인 필요에 대하여 사회서비스나 돌봄을 조직한다는 의미의 사람중심돌봄(people-centered care) 관점에서 본다면, 여성폭력피해자 지원제도는 보건의료전문가 뿐만 아니라 지역정신건강센터 등 지역사회기반 서비스와 아동보호서비스, 수사 및 법률·형사사법 등 공중보건체계 전체에서 폭력문제에 개입하는 인프라 구축과 인식의 전환이 필요하다.

[그림 6-22] 여성폭력피해자에 대한 사람중심돌봄 접근



Women's **Health**

수치로 보는 여성 건강
2020



Chapter 7

의료이용

필요 의료서비스의 부족 | 건강보험 적용인구와 의료이용



① 필요 의료서비스의 부족

일반의료취약지는 2차 의료기관의 접근성 취약인구비율과 기준 시간내 의료이용률을 기준으로 선정되었다. 아래의 기준에 따라 A등급 및 B등급으로 구분하였다. 내과 취약지는 A등급 12개, B등급 19개였으며, 외과 취약지는 A등급 26개, B등급 29개였다.

● 일반의료취약지 선정기준 및 현황

일반의료취약지는 2차 의료기관의 접근성 취약인구비율과 기준 시간내 의료이용률을 기준으로 선정되었다. 아래의 기준에 따라 A등급 및 B등급으로 구분하였다. 내과 취약지는 A등급 12개, B등급 19개였으며, 외과 취약지는 A등급 26개, B등급 29개였다.

1) 일반의료 취약지역의 의료이용 제한 인구

내과 의료이용에 제한이 있는 인구는 2019년 연방인구를 기준으로 할 때 A등급 지역(12개 시군구)의 경우 전체 381,538.5명(전체인구의 0.74%), 여자 인구 185,841명(여자인구의 0.72%)이었다. 65세 이상 인구는 111,900명(65세 이상 인구의 1.45%)이며, 이중 여자인구는 65,745명(65세 이상 여자인구의 1.49%, 65세 이상인구의 0.85%)이었다. B등급 지역(19개 시군구) 인구는 860,767명(전체인구의 1.68%), 이중 여자인구는 430,093명(전체 여자인구의 1.67%, 전체인구의 0.84%)이었다. 65세 이상 인구는 259,146.5명(65세 인구의 3.36%)이며, 65세 이상 여자인구는 150,901명(65세 이상 여자인구의 3.43%, 65세 이상 인구의 1.96%)이었다.

외과 의료이용에 제한이 있는 인구는 2019년 연방인구를 기준으로 할 때 A등급 지역(26개 시군구)의 경우 전체 830,660명(전체인구의 1.62%), 여자 인구 411,490명(여자인구의 1.60%, 전체인구의 0.80%)이었다. 65세 이상 인구는 261,070.5명(65세 이상 인구의 3.385%)이며, 이중 여자인구는 154,695.5명(65세 이상 여자인구의 3.51%, 65세 이상인구의 2.00%)이었다. B등급 지역(29개 시군구) 인구는 1,841,338명(전체인구의 3.59%), 이중 여자인구는 914,035.5명(전체 여자인구의 3.55%, 전체인구의 1.78%)이었다. 65세 이상 인구는 463,999.5명(65세 인구의 6.01%)이며, 65세 이상 여자인구는 268,657명(65세 이상 여자인구의 6.10%, 65세 이상 인구의 3.48%)이었다.

[표 7-1] 일반의료취약지 선정기준

A등급 취약지역	해당과(내과, 외과, 소아청소년과) 2차 의료기관의 접근성 취약인구율 30% 이상이면서 기준시간내 의료이용률이 30% 미만인 지역
B등급 취약지역	해당과(내과, 외과, 소아청소년과) 2차 의료기관의 접근성 취약인구율 30% 이상이거나 기준시간내 의료이용률이 30% 미만인 지역

▪ 출처: 보건복지부 국립중앙의료원, 2018년 의료취약지 모니터링 연구, 2018

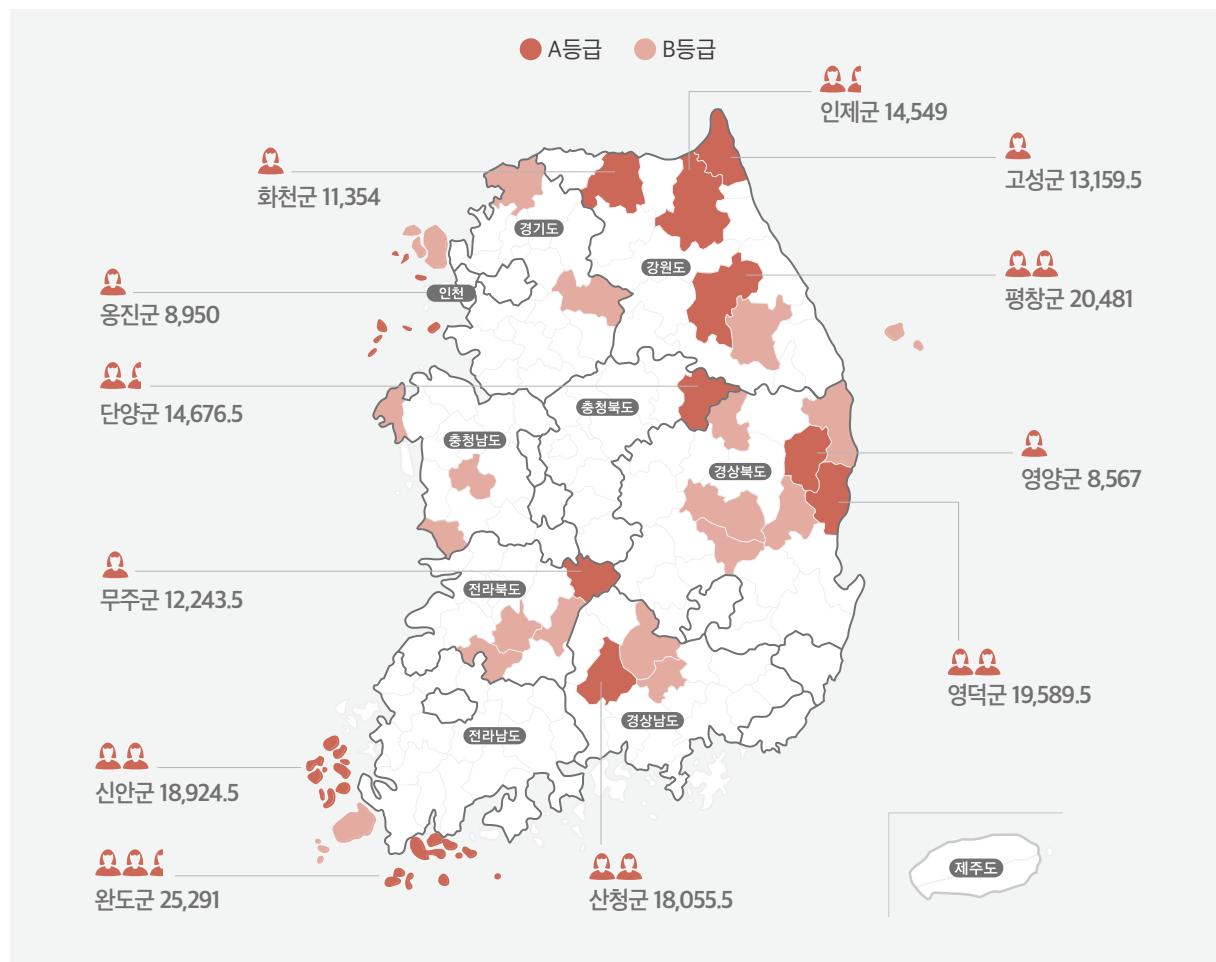
[표 7-2] 일반의료취약지 현황 종합

구분	합계	의료취약지 A등급	의료취약지 B등급	의료취약지 C등급
내과	62개	12개	19개	31개
외과	88개	26개	29개	33개

▪ 출처: 보건복지부 국립중앙의료원, 2018년 의료취약지 모니터링 연구, 2018

[그림 7-1] 내과 의료이용 제한 여성인구, 2019년 연양인구

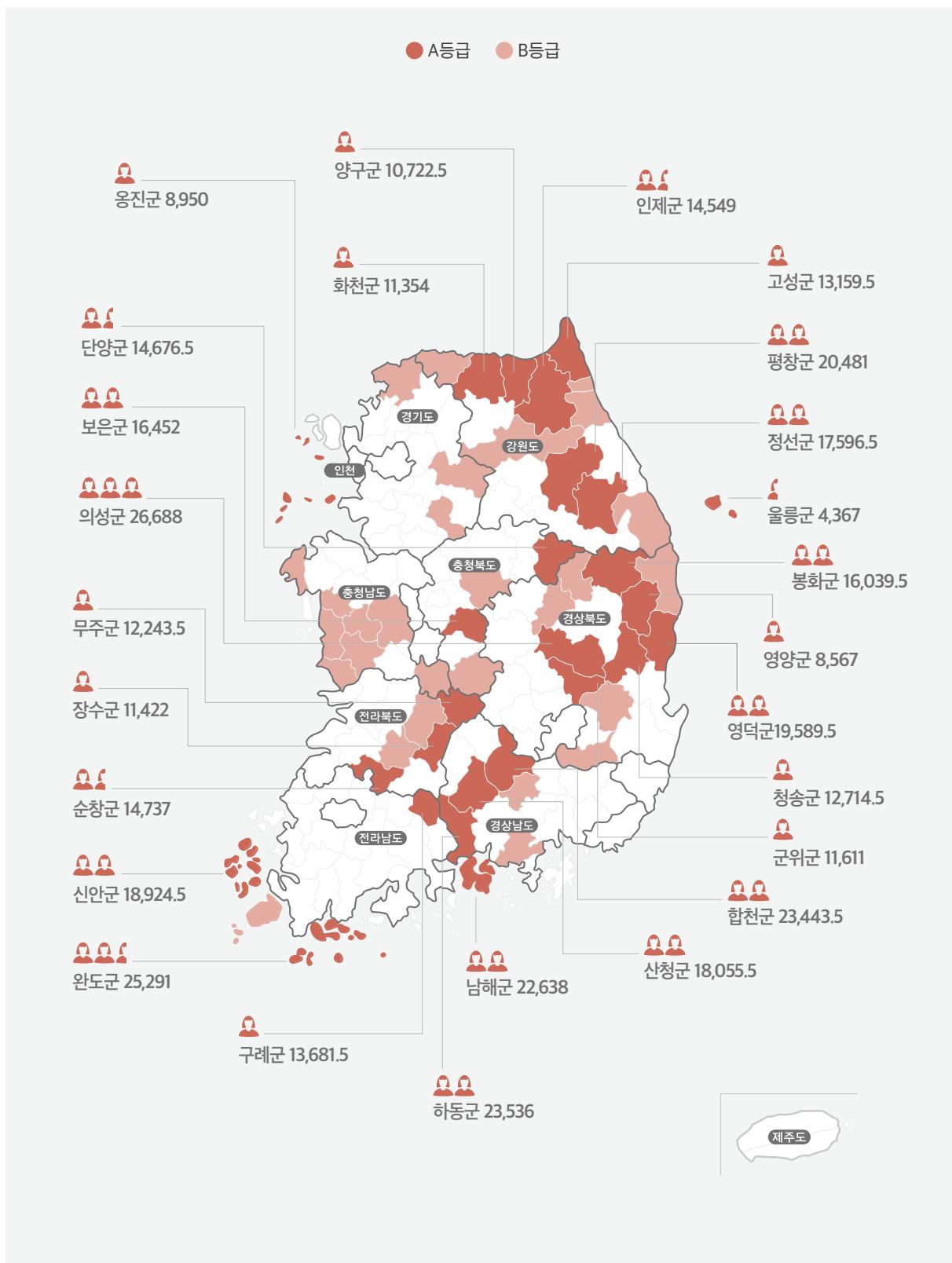
단위 : 명



▪ 출처: 보건복지부 국립중앙의료원, 2018년 의료취약지 모니터링 연구, 2018 ▪ 자료: 통계청, 2019년 연양인구

[그림 7-2] 외과 의료이용 제한 여성인구, 2019년 연양인구

단위 : 명



▪ 출처: 보건복지부 국립중앙의료원, 2018년 의료취약지 모니터링 연구, 2018

▪ 자료: 통계청, 2019년 연양인구

● 응급의료취약지 선정기준 및 현황

응급의료취약지는 지역응급의료센터 및 권역응급의료센터와의 시간적 거리를 기준으로 하였다. 이 기준에 의하면 응급의료취약지는 전국 99개 시군구가 된다.

1) 응급의료 취약지역 및 응급의료이용 제한인구

응급의료 취약지역 99곳에 거주하는 인구는 2019년 연인구 기준 6,379,305명(전체인구의 12.43%)이었으며, 이중 여자는 3,161,931명(여자인구의 12.29%)이었다. 응급의료 이용 빈도가 높을 것으로 예상되는 65세 이상 인구는 1,573,896명(65세 이상 인구의 20.39%)이며, 만 6세 이하는 293,702.5명(만 6세 이하 인구의 10.43%)이었다. 이중 65세 이상 여자인구는 921,989명(65세 이상 여자인구의 20.94%, 65세 이상 인구의 11.95%), 만 6세 이하 여자인구는 143,600.5명(만 6세 이하 여자인구의 10.47%, 만 6세 이하 인구의 5.10%)이었다.

[표 7-3] 응급의료취약지 선정기준

선정기준	지역응급의료센터로 30분 이내 도달이 불가능하거나 권역응급의료센터로 1시간 이내 도달이 불가능한 인구의 지역(시군구) 내 분율(:취약도)이 30%이상인 시군구
현황	취약도 27% 이상인 시군구는 총 99곳

▪ 출처: 보건복지부 국립중앙의료원, 2018년 의료취약지 모니터링 연구, 2018

② 건강보험 적용인구와 의료이용

의료보장 적용인구는 지속적으로 증가하고 있으며, 2019년 의료보장 적용인구는 53,082천명이었다. 또한 65세 이상 적용인구도 꾸준히 증가하고 있다.

[표 7-4] 건강보험 적용인구

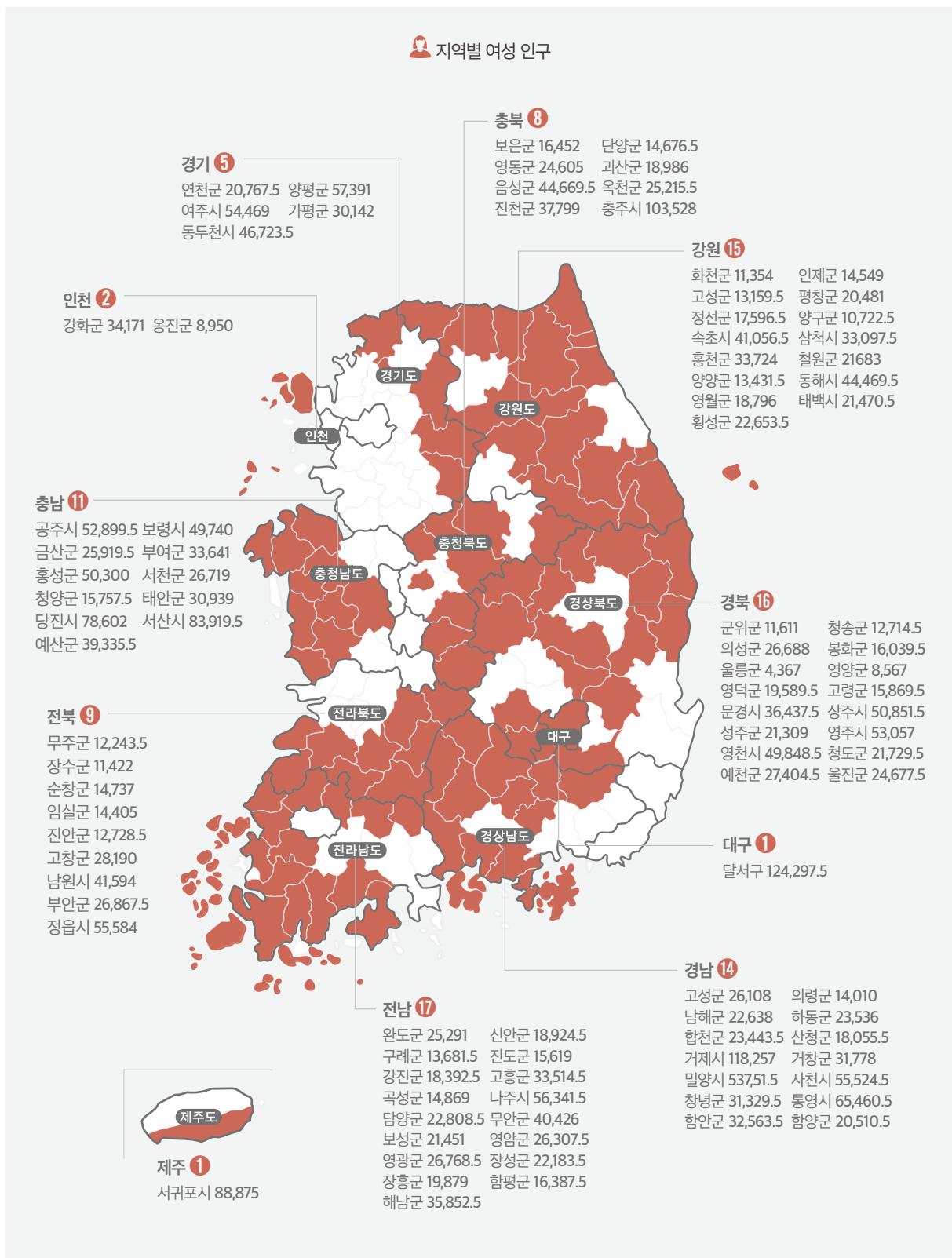
단위 : 명

연도	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2019
전체	50,364,957	50,941,054	51,565,237	52,073,737	52,585,429	52,836,058	53,082,331
여자	25,064,158	25,369,363	25,693,676	25,973,057	26,244,218	26,390,889	26,504,771
남자	25,300,799	25,571,691	25,871,561	26,100,680	26,341,211	26,445,169	26,577,560
65세 이상							
여자	3,116,978	3,317,631	3,573,912	3,855,561	4,110,783	4,463,951	4,660,266
남자	2,122,630	2,293,257	2,527,070	2,790,424	3,027,149	3,358,723	3,550,048

▪ 자료: 국민건강보험공단 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2019년

[그림 7-3] 응급의료이용 제한 인구현황, 2019년

단위 : 명



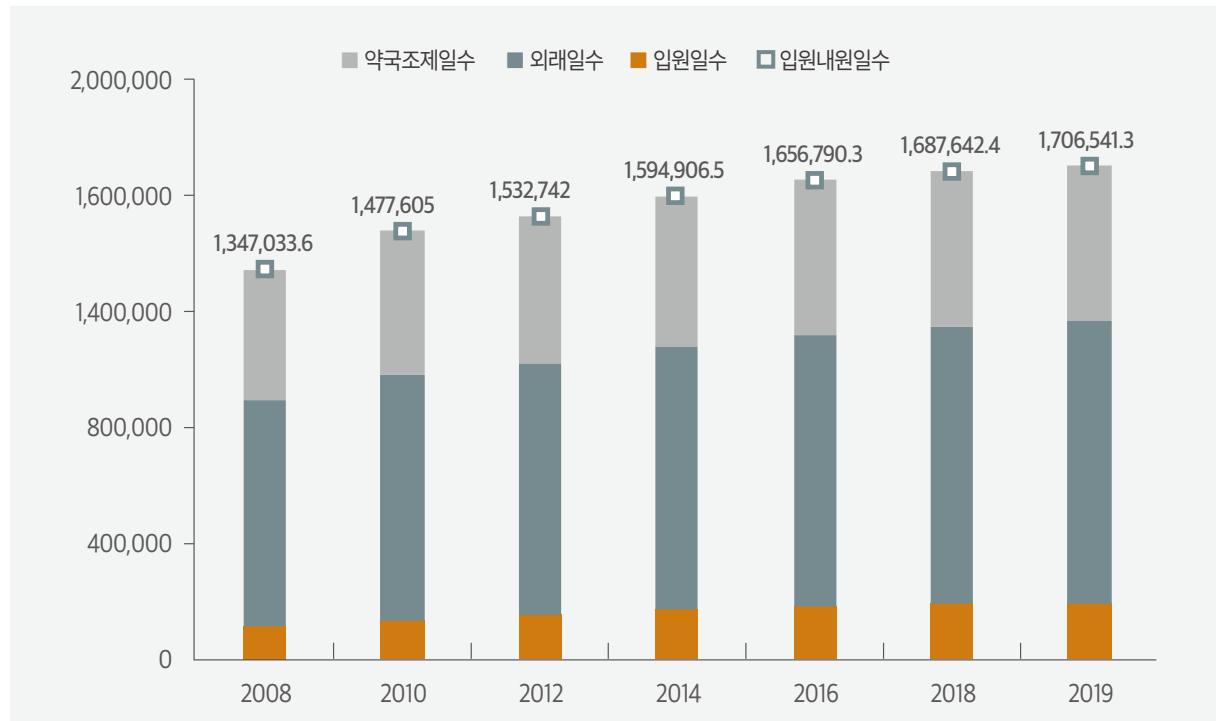
▪ 출처: 보건복지부 국립중앙의료원, 2018년 의료취약지 모니터링 연구, 2018

▪ 자료: 통계청, 2019년 연방인구

최근 10년간 의료이용량을 살펴보면 전체 입내원일수는 꾸준한 증가를 보이고 있으며, 외래일수와 입원일수가 많은 부분을 차지하고 있다(그림 7-5).

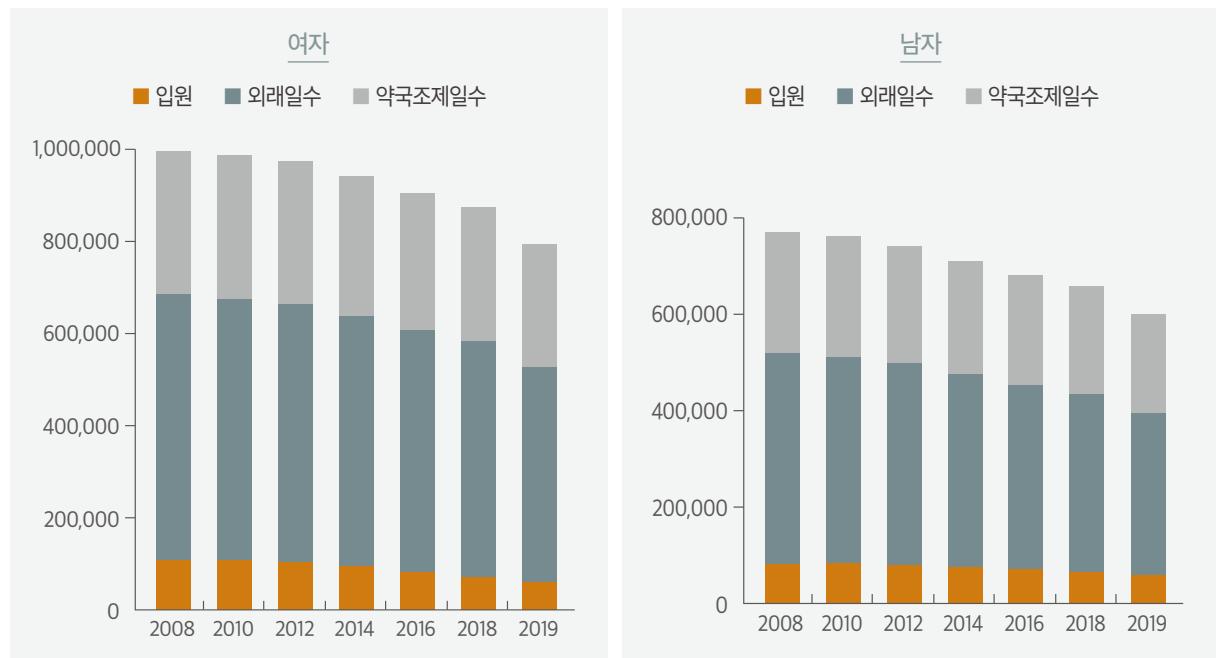
[그림 7-4] 전체 입내원일수, 2008~2019년

단위 : 천 일



[그림 7-5] 성별 입내원일수 추이, 2008~2019년

단위 : 천 일



■ 자료: 국민건강보험공단 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2019년

여자와 남자 모두 전체 입내원일수는 증가하고, 여자의 입내원일수가 더 높았다. 응급의료 이용량도 최근 10년 동안 지속적으로 증가하였으며, 일반의료와 다르게 남자의 이용양이 여자보다 많았다(그림 7-6).

연령별 입내원일수는 남자와 여자의 차이가 보였다. 영유아에서 유아기까지는 남자의 입내원일수가 더 높았으나 20세 이후부터는 여자의 입내원일수가 더 높아졌다. 또한 여자의 입내원일수는 20세 이후 계속 증가하다가 65세 이후 감소하였다. 남자의 입내원일수는 25세 이후 약간의 증가를 보인 이후 35세부터 여자의 증감 추이와 같은 양상을 보였다(그림 7-7).

[그림 7-6] 응급의료 이용일수 추이, 2008~2019년

단위 : 명

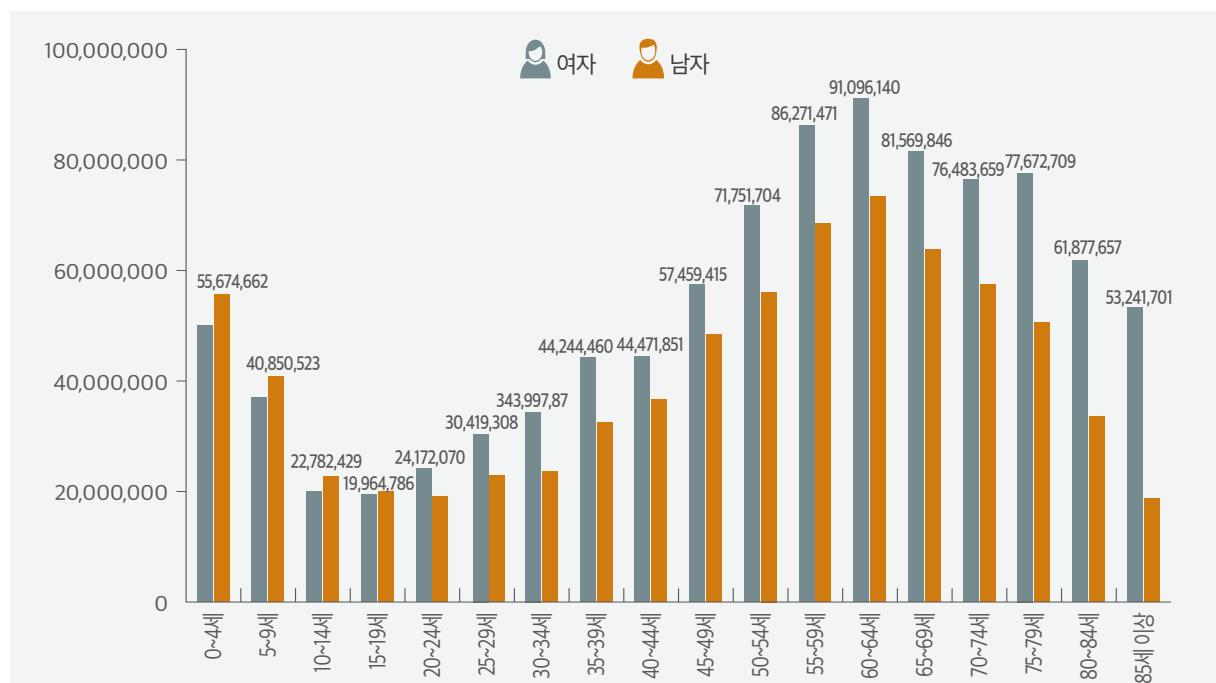


* 이용일수=응급관리료 부과기준

■ 자료: 국민건강보험공단 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2019년

[그림 7-7] 연령별 성별 입내원일수, 2019년

단위 : 명



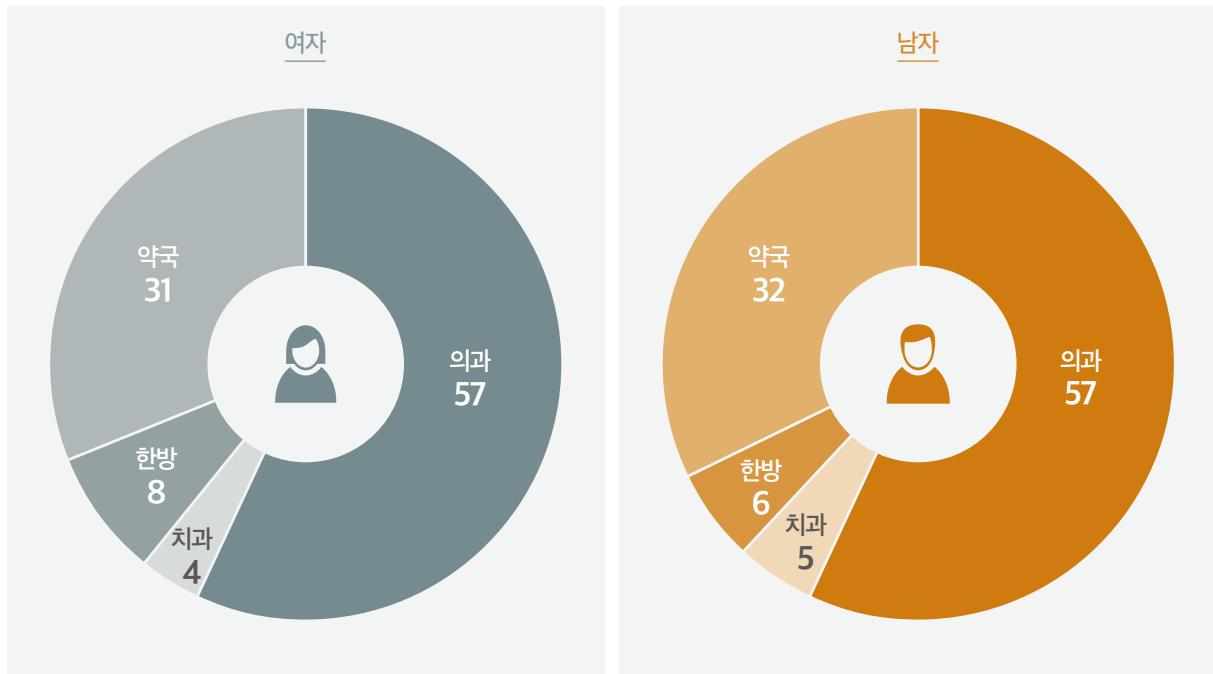
* 입내원일수=입원일수+외래이용일수+약국조제일수

■ 자료: 국민건강보험공단 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2019년

우리나라 의료이용은 양방(의과, 치과, 약국) 및 한방을 이용할 수 있다. 이 분류를 통해 여자와 남자의 입내원일수를 살펴보니 여자가 한방을 이용하는 비율이 약간 높았고, 남자는 치과의 비율이 약간 높았다(그림 7-8).

[그림 7-8] 성별 의과/한방/치과/약국 입내원일수, 2019년

단위 : %



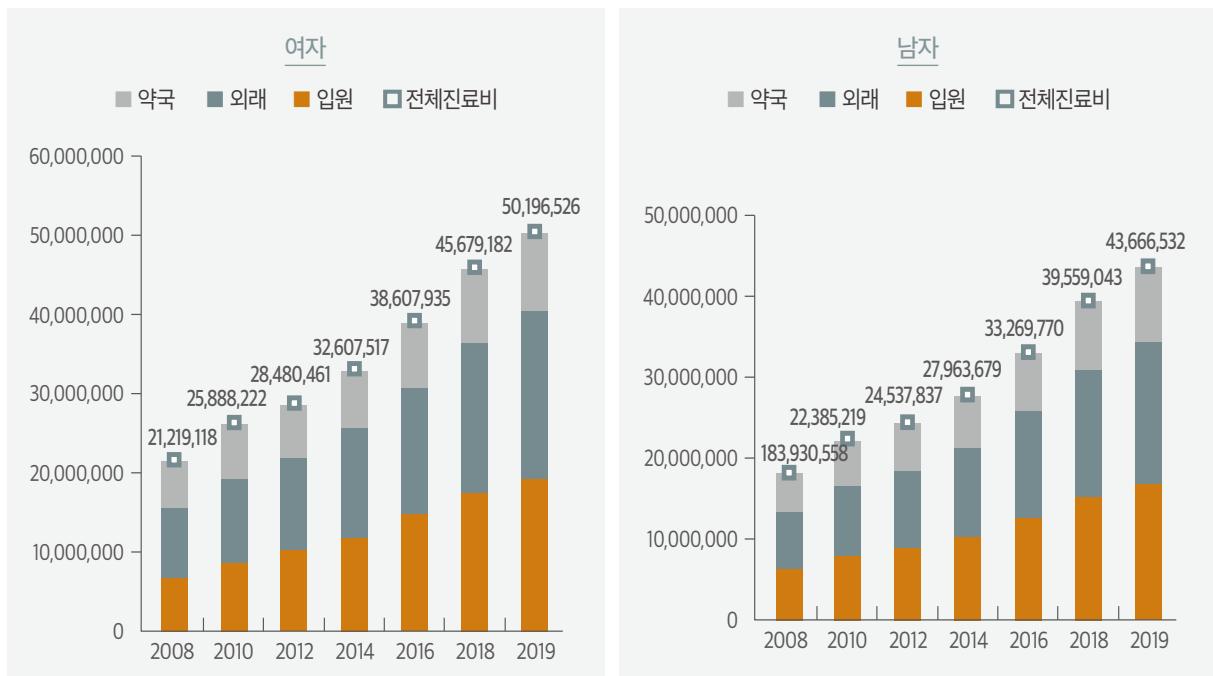
* 입내원일수=입원일수+외래이용일수+약국조제일수 ■ 자료: 국민건강보험공단 2019년

전체 진료비는 매년 꾸준히 증가하고 있으며, 2008년(약 40조원) 대비 2019년(약 94조원)에 2.4배 증가하였다. 전체 진료비는 여자가 남자보다 많았으며, 외래 진료비와 입원 진료비는 비슷하였고, 약국 진료비가 가장 높았다. 응급의료 이용 및 진료비도 지속적으로 증가하고 있으며, 2018년 약 3조원이었던 진료비는 2019년 약 7.7조원으로 2.6배(여자는 2.7배, 남자는 2.5배) 증가하였다. 응급의료는 일반의료와 다르게 이용량과 진료비 모두 여자보다 남자에서 더 높았다.

의료이용 1건당 진료비는 남자에서 더 많았다. 2019년 1건당 의과 진료비는 여자 64,627원, 남자 72,968원이었으며, 한방과 약국은 남자에서 약간 많았고, 치과는 여자에서 약간 높았다. 2019년 응급의료 1인당 진료비는 여자 약 139만원, 남자 약 164만원이었고, 1건당 응급의료 진료비 여자 약 112만원, 남자 약 129만원으로 남자가 여자보다 많았다.

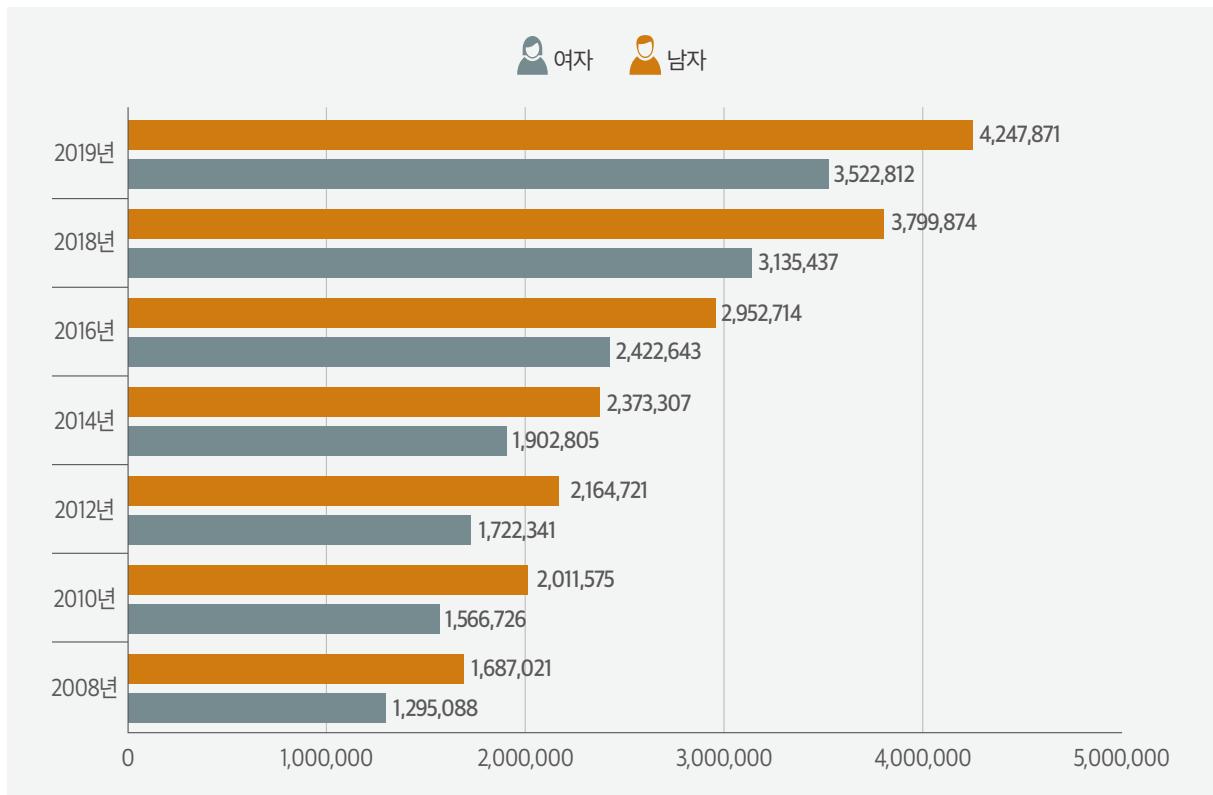
[그림 7-9] 연도별 성별 전체 진료비, 2008~2019년

단위 : 백만 원



[그림 7-10] 연도별 성별 응급의료 진료비, 2008~2019년

단위 : 백만 원

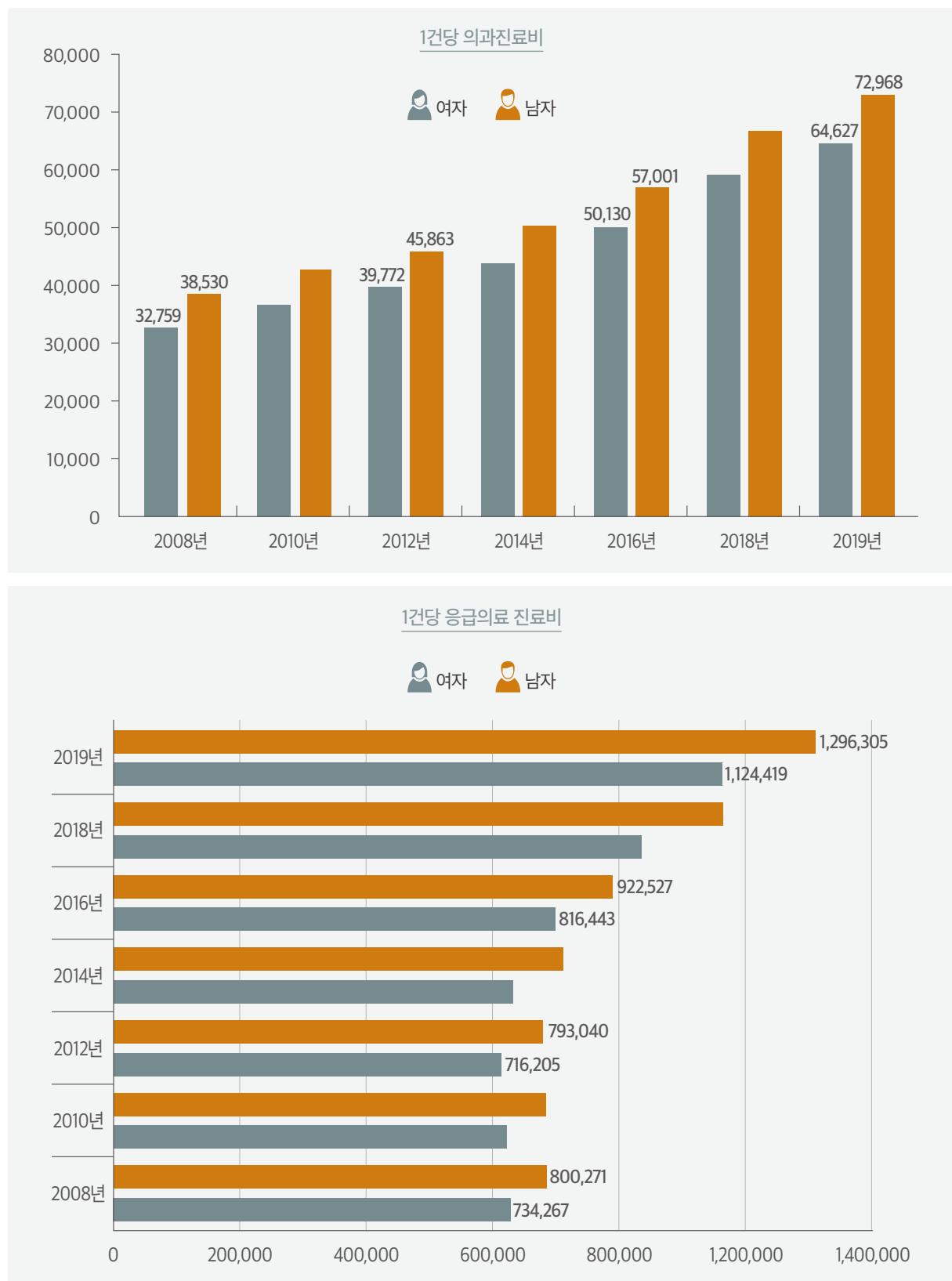


* 전체 진료비=본인부담금(입원+외래+약국)+공단부담금(입원+외래+약국)

■ 자료: 국민건강보험공단 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2019년

[그림 7-11] 연도별 성별 1건당 의과 및 응급의료 진료비, 2008~2019년

단위 : 원



■ 자료: 국민건강보험공단 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2019년

Women's **Health**

수치로 보는 여성 건강
2020



Chapter 8

노인건강

활동제한 | 낙상 | 건강검진 | 인플루엔자(독감) 예방접종률



노인은 만성질환을 앓고 있는 경우가 많을 뿐만 아니라 만성질환 이외에도 신체기능 쇠퇴, 노쇠 등 다양한 요인으로 건강 수준이 떨어지는 경우가 많다. 개별 질병의 유병률보다는 전반적인 기능 제한을 파악하는 것이 중요하다고 할 수 있다. 또한 청장년층뿐만 아니라 노인 인구에서도 건강검진을 통해 질병을 초기에 발견하는 것이 중요하며 감염병 유행으로 예방접종이 중요해지고 있다. 최근 80세 이상의 초고령 노인 수가 증가하고 있고 노인 1인 가구도 늘어나고 있어 적극적으로 낙상 예방과 관리를 하는 것이 필요하겠다.

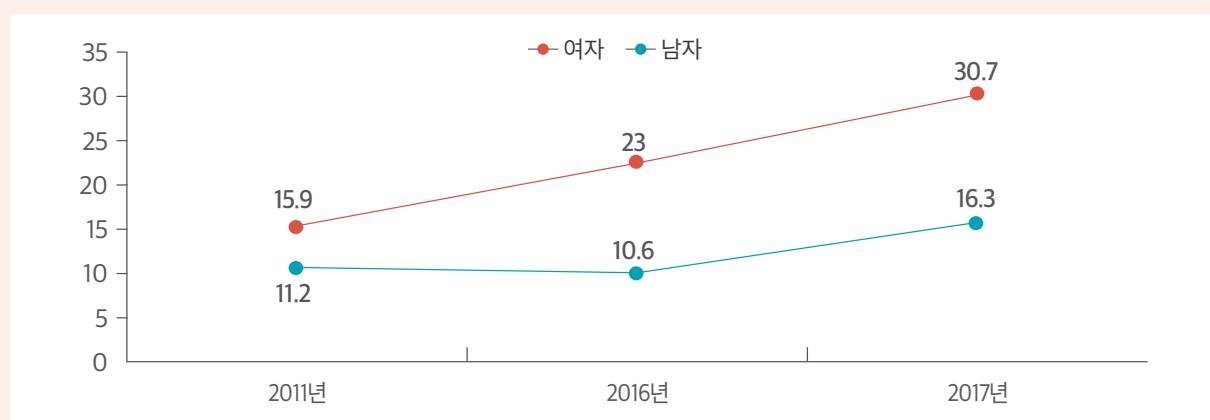
① 활동제한

활동제한은 노인의 건강을 보여주는 대표적인 지표로 활동제한을 가진 노인은 일상적인 행동에 어려움으로 겪는다. 도구적 일상생활수행능력(IADL)은 노인의 독립적인 생활에 영향을 주는 기능 상태를 평가하는 것으로 전화걸기, 교통수단 이용, 쇼핑, 음식준비 등을 하는데 도움이 필요한지를 평가한다.

2017년 65세 이상 노인 중 도구적 일상생활수행능력(IADL) 제한이 있는 노인의 비율은 여자 30.7%, 남자 16.3%로 여자가 남자보다 도구적 활동제한이 있는 경우가 거의 두 배에 달했다. 도구적 일상생활수행능력(IADL) 제한이 있는 여자 노인의 비율은 2011년 15.9%, 2014년 23.0%, 2017년 30.7%로 2011년 이후 도구적 활동제한을 가진 노인의 비율이 증가하고 있으며 매년 조사에서 여자의 활동 제한율이 남자의 활동 제한율보다 높게 나타났다. 연령이 증가할수록 도구적 일상생활수행능력(IADL) 제한이 있는 노인의 비율이 증가하는데, 2017년 조사에서 65-69세 여성노인 중 11.9%만이 도구적 일상생활수행능력(IADL)에 제한이 있는데 반해 85세 이상 여성노인은 77.2%가 도구적 일상생활수행능력(IADL)에 제한이 있는 것으로 나타나 초고령 노인의 상당수가 돌봄이 필요하다는 것을 보여주었다.

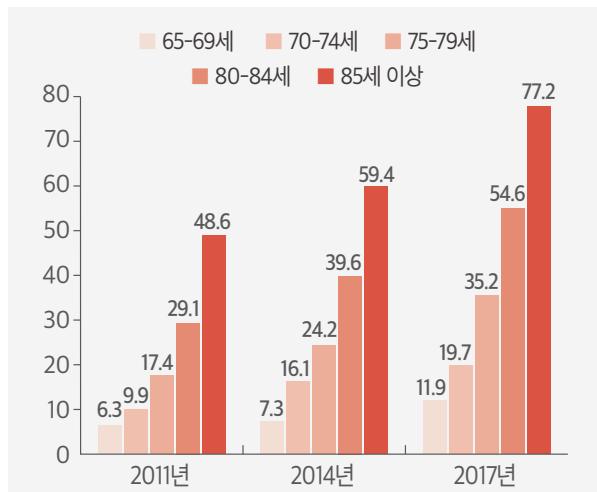
[그림 8-1] 65세 이상 노인의 도구적 일상생활수행능력(IADL) 제한 추이, 2011~2017

단위 : %



■ 자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 노인실태조사, 2011년, 2014년, 2017년

[그림 8-2] 65세 이상 노인 여자의 연령별 도구적 일상생활 수행능력(IADL) 제한, 2011~2017
단위 : %



[그림 8-3] 65세 이상 노인 남자의 연령별 도구적 일상생활 수행능력(IADL) 제한, 2011~2017
단위 : %

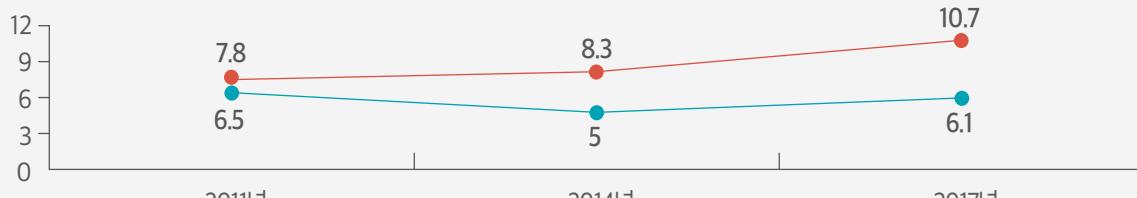


■ 자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 노인실태조사, 2011년, 2014년, 2017년

일상생활수행능력(ADL)은 옷 입기, 식사하기, 화장실 사용하기, 목욕하기 등 일상생활을 하는데 다른 사람의 도움이 필요한지를 평가한다. 2017년 65세 이상 노인 중 일상생활수행능력(ADL) 제한이 있는 노인의 비율은 여자 10.7%, 남자 6.1%로 여자가 남자보다 활동제한이 있는 경우가 많았다. 일상생활수행능력(ADL) 제한이 있는 여자 노인의 비율은 2011년 7.7%, 2014년 8.3%, 2017년 10.7%로 2011년 이후 증가하였으며 도구적 일상생활수행능력(IADL) 제한과 마찬가지로 매년 조사에서 여자의 활동제한율이 남자의 활동제한율보다 높게 나타난다. 남녀 모두 연령이 증가할수록 일상생활수행능력(ADL) 제한이 있는 노인의 비율이 증가했는데, 2017년 조사에서 65-69세 여성노인 중 3.2%만이 일상생활수행능력(ADL)에 제한이 있는데 반해 85세 이상 여성노인은 38.7%가 일상생활수행능력(ADL)에 제한이 있는 것으로 나타났다. 80세 이상 노인 여자 중 노인독거인 여성노인의 18.6%, 노인부부가구인 여성노인의 19.6%, 자녀 동거 등의 가구에 거주하는 여성노인의 38.4%가 일상생활수행능력(ADL)에 제한이 있었다. 활동제한이 있는 노인의 경우 자녀와 같이 사는 경우가 많은 것으로 보이나 1인 가구 노인의 약 19%가 활동제한이 있어 돌봄이 필요하다는 것에 주목할 필요가 있다.

[그림 8-4] 65세 이상 노인의 일상생활수행능력(ADL) 제한 추이, 2011~2017

■ 여자 ■ 남자



■ 자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 노인실태조사, 2011년, 2014년, 2017년

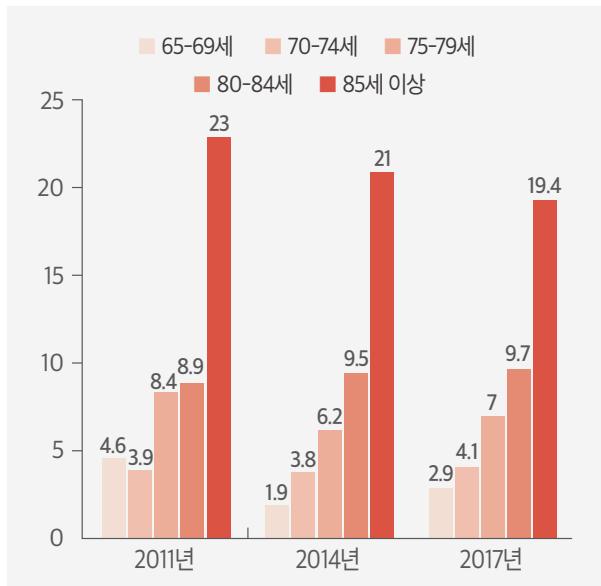
[그림 8-5] 65세 이상 노인 여자의 연령별 일상생활 수행능력(ADL) 제한, 2011~2017

단위 : %



[그림 8-6] 65세 이상 노인 남자의 연령별 일상생활수행능력(ADL) 제한, 2011~2017

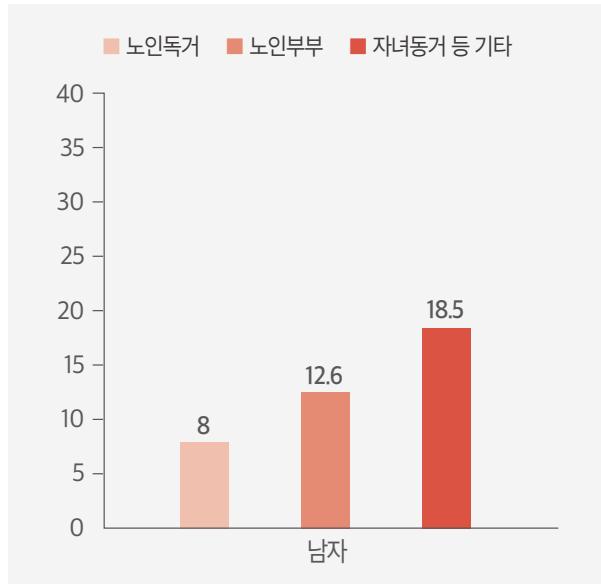
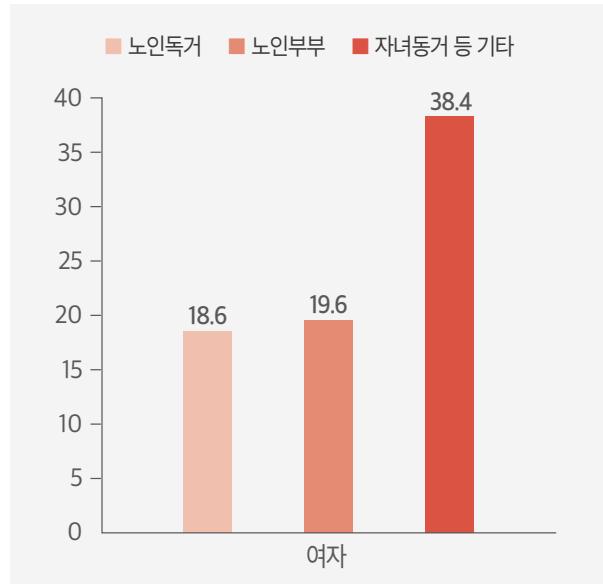
단위 : %



■ 자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 노인실태조사, 2011년, 2014년, 2017년

[그림 8-7] 80세 이상 노인의 성별 · 가구형태별 일상생활수행능력(ADL) 제한, 2017

단위 : %



■ 자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 노인실태조사, 2011년, 2014년, 2017년

② 낙상

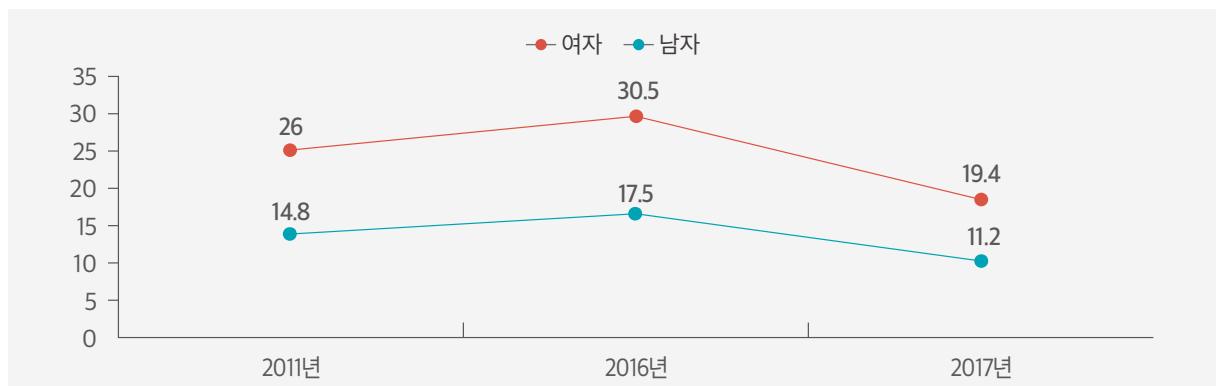
2017년 65세 이상 노인 중 지난 1년 동안 낙상을 경험했던 노인의 비율은 여자 19.4%, 남자 11.2%로 여자가 남자보다 높았으며 여성 노인 5명 중의 한 명이 낙상을 경험하여 노인에서 낙상이 적지 않게 발생한다는 것을 보여주었다.

낙상을 경험한 여자 노인의 비율은 2011년 26.0%, 2014년 30.5%, 2017년 19.4%로 2014년 증가하다가 2017년 감소하는 양상을 보였다. 남녀 모두 연령이 증가할수록 낙상경험이 있는 노인의 비율이 증가하는데, 2017년 조사에서 65~69세의 16.3%, 70~74세의 17.3%, 75~79세의 20.8%, 80~84세의 24.1%, 85세 이상 여자 노인의 25.3%가 낙상 경험에 있었다.

80세 이상 노인 여자 중 노인독거인 여성노인의 24.8%, 노인부부가구인 여성노인의 17.9%, 자녀 동거 등의 가구에 거주하는 여성노인의 26.9%가 낙상 경험이 있었다. 혼자 거주하는 노인이 낙상 후 신속하게 의료서비스를 이용할 수 있도록 하는 것이 필요할 것이다.

[그림 8-8] 65세 이상 노인의 낙상 경험율 추이, 2011~2017

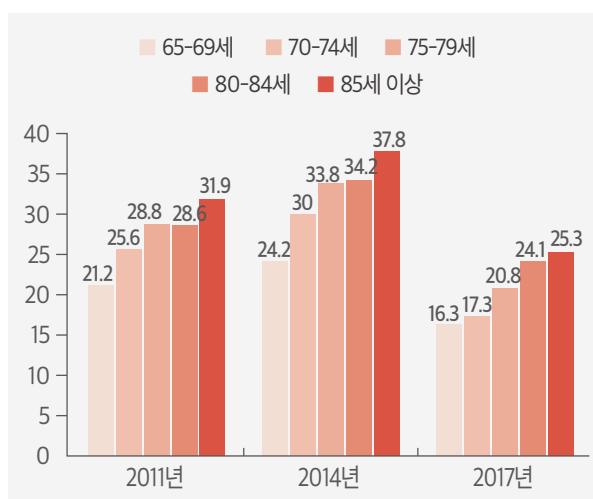
단위 : %



■ 자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 노인실태조사, 2011년, 2014년, 2017년

[그림 8-9] 65세 이상 노인 여자의 낙상 경험율, 2011~2017

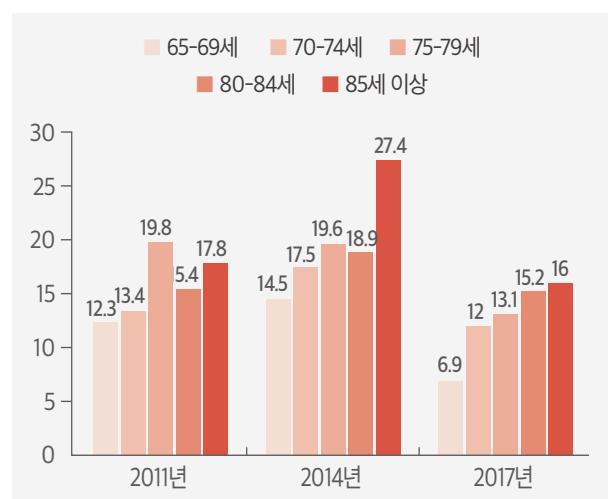
단위 : %



■ 자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 노인실태조사, 2011년, 2014년, 2017년

[그림 8-10] 65세 이상 노인 남자의 연령별 낙상 경험율, 2011~2017

단위 : %



[그림 8-11] 80세 이상 노인의 성별 · 가구형태별 낙상 경험율, 2017

단위 : %



■ 자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 노인실태조사 2017년

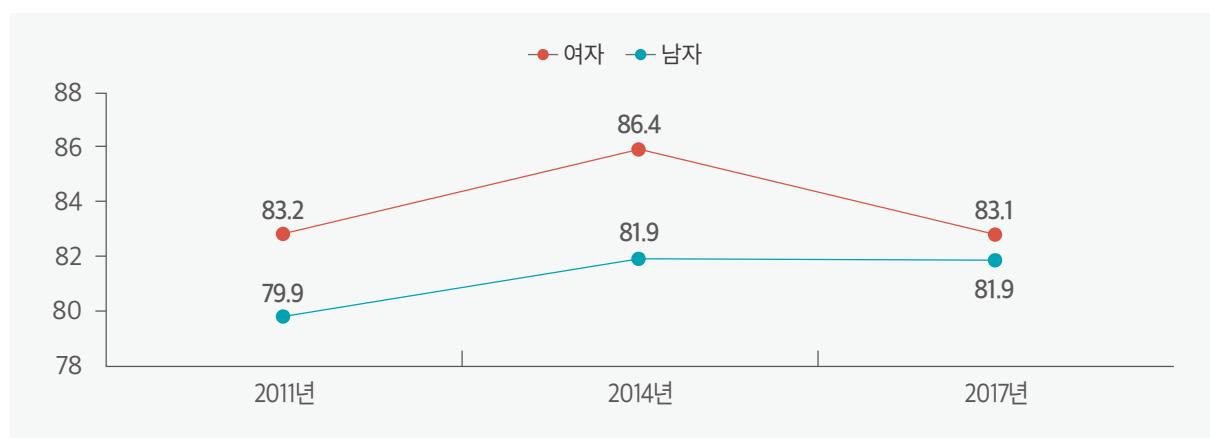
③ 건강검진

우리나라는 국민건강보험공단에서 전 국민을 대상으로 국가건강검진을 실시한다. 본인이 건강증진을 위해 별도로 건강검진을 받는 경우도 있지만 상당수의 노인들은 국가건강검진을 통해 건강검진을 받게 된다.

2017년 65세 이상 노인 중 지난 2년간 건강검진을 받은 노인의 비율은 여자 81.9%, 남자 83.1%로 여자와 남자 노인의 건강검진율은 비슷하였다. 건강검진을 받은 여자 노인의 비율은 2011년 79.9%에서 2017년 81.9%로 건강 검진을 받은 여자 노인의 비율이 증가하였다. 그러나 남녀 모두 연령이 증가할수록 건강검진을 받은 노인의 비율이 감소한다. 2017년 조사에서 65-69세 여성노인 중 89%가 건강검진을 받은 경험이 있는데 반해 85세 이상 여성노인은 61.4%가 건강검진을 받은 경험이 있었다.

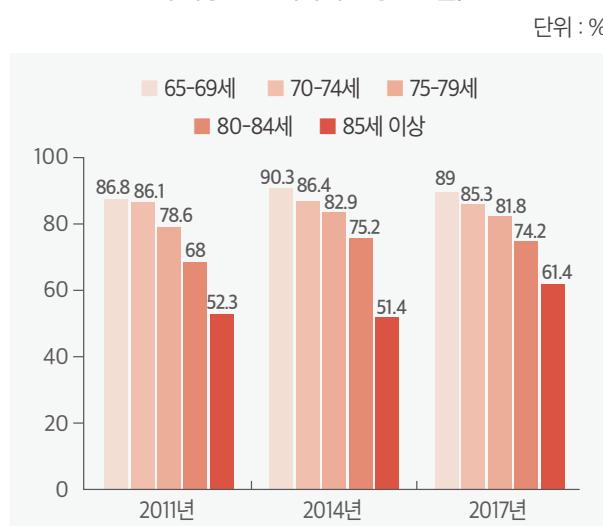
[그림 8-12] 65세 이상 노인의 건강검진율 추이, 2011~2017

단위 : %

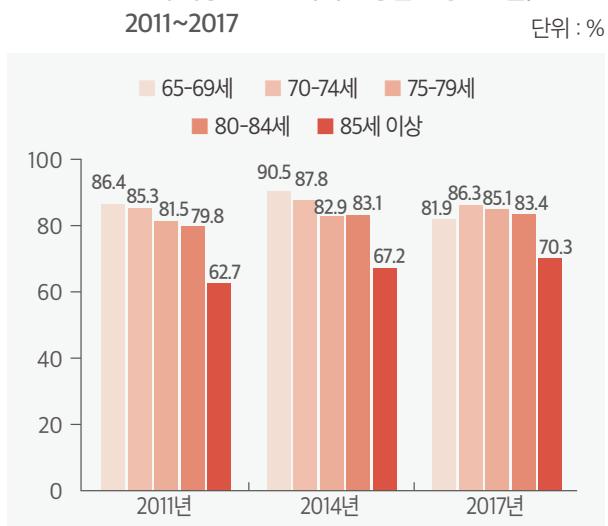


■ 자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 노인실태조사, 2011년, 2014년, 2017년

[그림 8-13] 65세 이상 노인 여자의 건강검진율, 2011~2017



[그림 8-14] 65세 이상 노인 남자의 연령별 건강검진율, 2011~2017



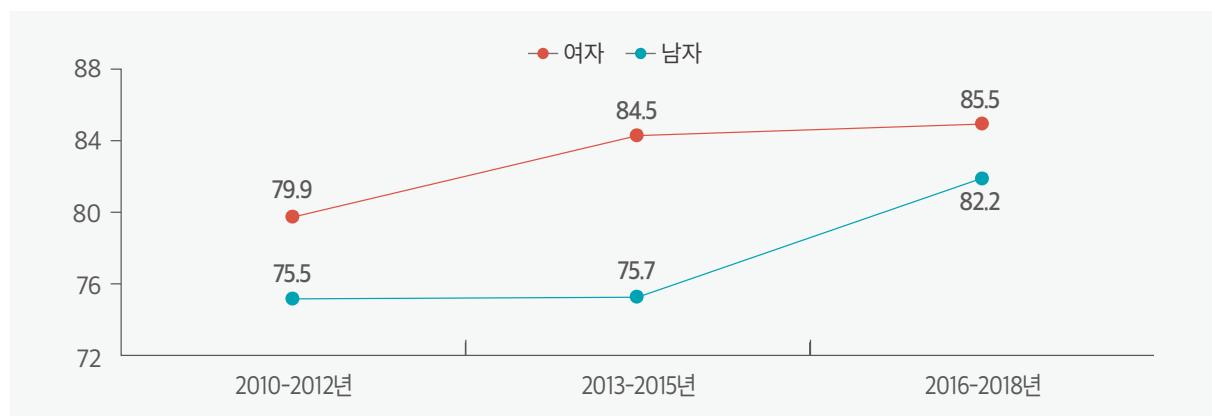
■ 자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 노인실태조사, 2011년, 2014년, 2017년

④ 인플루엔자(독감) 예방접종률

노인은 건강관리를 위해 인플루엔자(독감) 예방접종이 권고된다. 최근 신종 감염병의 유행이 증가하고 있으므로 감염병에 대한 예방적 건강관리가 노인에게 중요하다고 할 수 있다.

2016-2018년 65세 이상 노인 중 인플루엔자(독감) 예방접종을 받은 노인의 비율은 여자 85.5%, 남자 82.2%로 여자가 남자보다 인플루엔자(독감) 예방접종율이 약간 높았다. 인플루엔자(독감) 예방접종을 받은 여자 노인의 비율은 2010-2012년 79.9%, 2013-2015년 84.5%, 2016-2018년 85.5%로 증가하였다. 남녀 모두 70대에 인플루엔자(독감) 예방접종을 받은 노인의 비율이 가장 높았으며 노년기 초기 연령이라고 할 수 있는 65-69세의 인플루엔자(독감) 예방접종이 가장 낮았다. 인플루엔자(독감) 예방접종을 받지 않는 노인들의 특성을 파악하여 인플루엔자(독감) 예방접종을 받지 않는 이유를 파악하고 사각지대가 없는지 살펴보는 것이 필요하겠다.

[그림 8-15] 65세 이상 노인의 인플루엔자(독감) 예방접종율 추이, 2010~2018

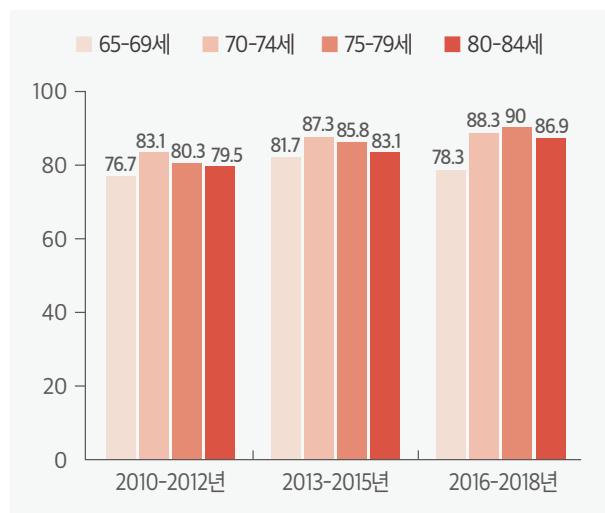


■ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사 2010-2018년

[그림 8-16] 65세 이상 노인 여자의 인플루엔자(독감)

예방접종율, 2010~2018

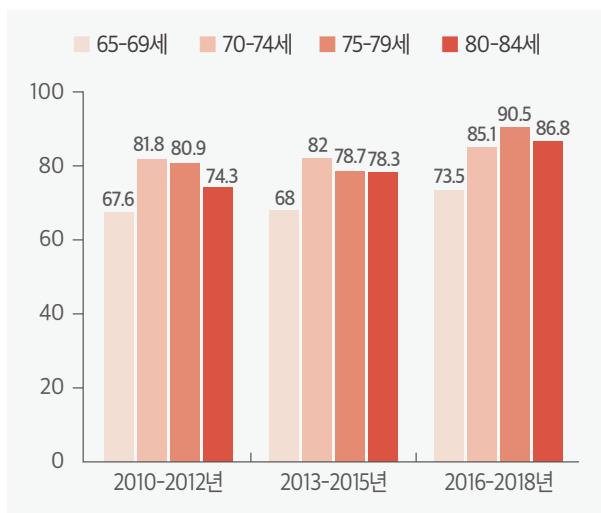
단위 : %



[그림 8-17] 65세 이상 노인 남자의 인플루엔자(독감)

예방접종율, 2010~2018

단위 : %



■ 자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사 2010-2018년

여성건강 스토리

노인건강과 건강검진

우리나라는 국민건강보험공단에서 전 국민을 대상으로 국가건강검진을 실시한다. 본인이 건강증진을 위해 별도로 건강검진을 받는 경우도 있지만 상당수의 노인들은 국가건강검진을 통해 건강검진을 받게 된다.

2018년 국민건강보험 일반건강검진 수검율을 보면 경제활동을 하는 연령대인 20-50대는 75-86%가 일반건강검진을 받으나 <표 8-1>과 같이 노인은 연령이 증가할수록 수검율이 낮아져 75-79세 여성 노인의 수검율은 65.0%, 80-84세 여성 노인의 수검율은 46.2%로 남성 노인 70.5, 57.2%보다 상당히 낮다.

[표 8-1] 2018년 국민건강보험 성별 연령별 일반건강검진 수검율

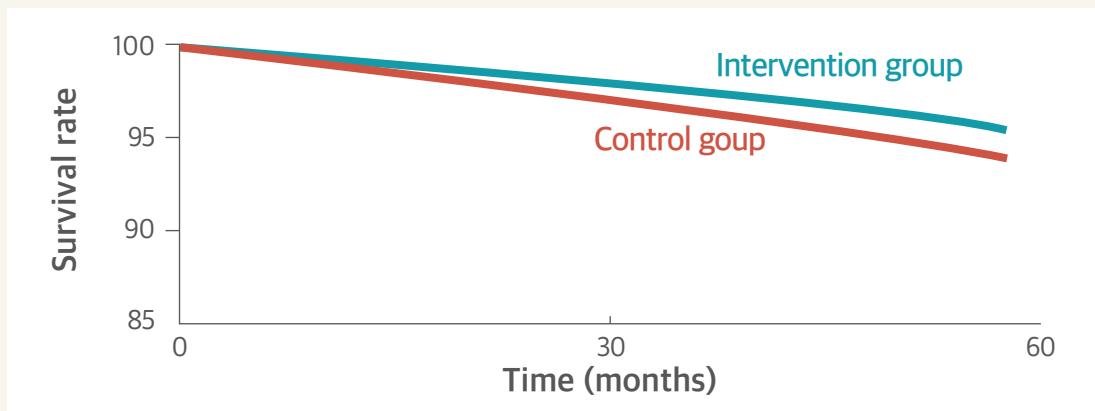
단위 : %

연령 (세)	여자	남자	연령 (세)	여자	남자
20-24	84.8	85.3	55-59	76.4	74.4
25-29	86.1	86.1	60-64	79.6	76.4
30-34	79.7	82.7	65-69	80.8	79.6
35-39	77.2	81.1	70-74	74.9	76.0
40-44	75.2	79.8	75-79	65.0	70.5
45-49	76.4	78.0	80-84	46.2	57.2
50-54	76.4	74.4	85+	25.3	36.4

▪ 자료: 국민건강보험공단, 2018년 건강검진통계연보, 2019 (일반건강검진 대상 인원 중 수검한 인원의 비율)

평균 수명이 증가하고 노년기가 길어진 만큼 질병을 예방하고 노인의 삶의 질을 높이기 위해서는 노인의 건강검진을 적극적으로 권장해야 한다. 최근 연구에서 노년기 국가검진에 참여하지 않은 노인들의 사망 확률이 건강검진에 참여한 노인들보다 뚜렷하게 높은 것으로 나타난 바 있다(그림 8-18 참조).

[표 8-18] 노년기 국가검진에 참여한 시험군과 비교군의 생존율



▪ 출처: Lee KE, Lee Y, Kim J, Ki SK, Chon D, Jung EJ. Five-year survival rate among older adults participating in the national geriatric screening program: A South Korean population-based cohort study. Arch Gerontol Geriatr. 2019;83:179-184.

국가건강검진은 대부분의 비용이 지원되기 때문에 비용 이외에 건강상태, 손자녀 양육 및 가사노동 부담, 검진에 대한 정보 전달, 검진에 대한 인식 부족 등이 영향을 주고 있는 것은 아닌지 살펴볼 필요가 있다. 많은 여성 노인들이 나이가 들어감에 따라 골밀도 감소와 근육량 감소를 경험하지만 주기적으로 골밀도와 근육량을 체크하지는 못하고 있다. 노인 여성에게 필요한 건강검진 항목을 추가하여 2년 주기로 골밀도, 근육량, 체지방량 등 자신의 건강수준을 체크하고 노인 스스로 건강한 노년을 준비하는 방편으로 건강검진을 활용할 수 있도록 해야 한다.

또한 노인 건강검진의 효과를 홍보하고 전문가가 노인의 건강문해력을 고려하여 건강검진 결과를 설명하는 상담서비스가 강화될 필요가 있다. 이러한 건강검진 사후 관리 강화를 통해 건강검진이 노인 여성의 질병 조기 발견 및 건강증진으로 이어질 수 있을 것이다.

Chapter 9

아동건강

삶의 만족도 | 건강행태 | 정신건강 | 방임 및 학대



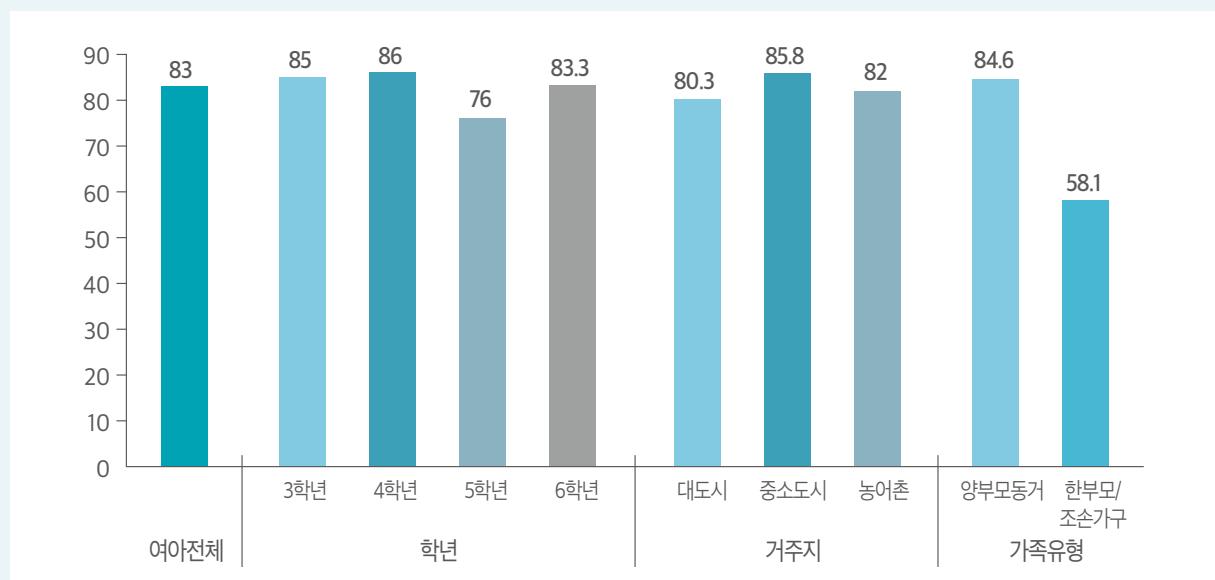
아동기의 건강이 평생 건강관리를 위해서 매우 중요함은 주지의 사실이다. 기존 연구에서는 남아에 비하여 여아의 치아우식경험률이 높고, 수면부족률이 높으며, 운동실천율은 낮고, 외모에 대한 스트레스를 많이 받고 있는 등 불건강한 건강행태를 보이는 비율이 높았고, 일부 건강수준 지표에서도 낮은 건강수준을 보였다. 또한 사회경제적 수준에 따른 격차가 남아에서보다 여아에서 높았으므로 여아의 취약집단을 발굴하여 건강증진을 위한 적극적인 정책을 모색하여 실시하는 것이 중요하다. 아동에 대한 연령 기준이 법에 따라 다르지만 본 장에서는 아동을 초등학교 6학년 재학 이하의 연령으로 하였다.

① 삶의 만족도

초등학교 3~6학년까지 아동 중 삶에 만족하는 여아의 비율은 83.0%, 남아는 86.4%로 남아에 비하여 여아에서 행복하다고 느끼는 아동의 비율이 낮았다. 여아와 남아 모두 초등학교 5학년에서 이러한 비율이 가장 낮았으며, 특이할만한 사항은 초등학교 3학년의 경우 여아와 남아의 비율 차이가 가장 컸다. 농어촌에 거주하는 아동에서 여아와 남아의 차이가 큰 것으로 분석되었는데 농어촌에 거주하는 여아 중 행복하다고 평가한 비율은 82.0%인 반면 남아에서는 이러한 비율이 98.8%로 그 차이가 매우 컸다. 또한 가족유형의 경우 양부모 동거인 경우 여아와 남아의 차이는 거의 없었으나, 한부모 혹은 조손가구의 여아에서는 삶에 만족하는 비율이 58.1%에 그쳐 매우 낮았다.

[그림 9-1] 삶의 만족도, 여아, 2018

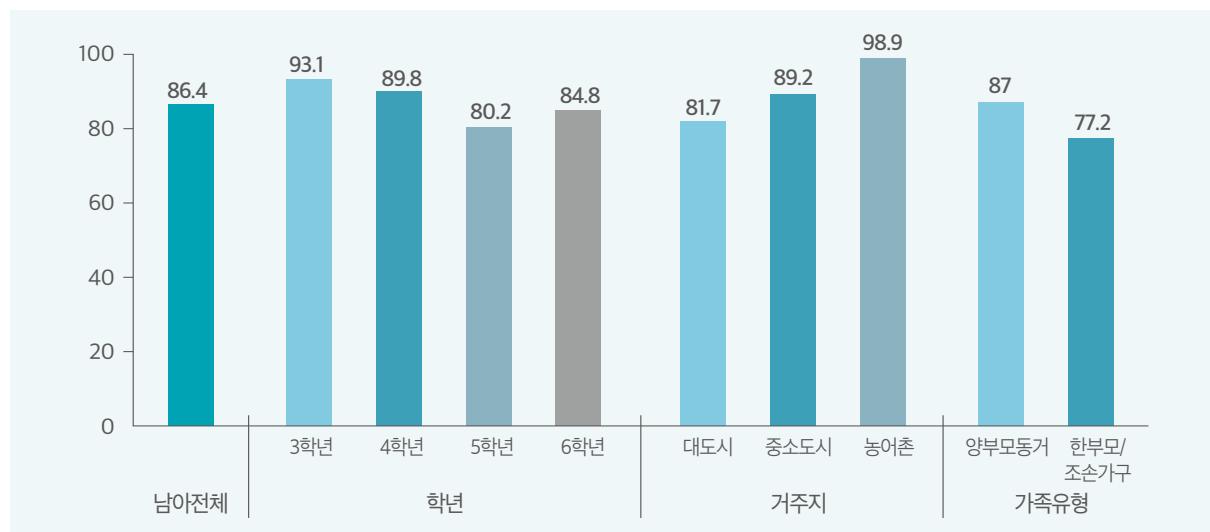
단위 : %



■ 자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사 2010-2018년

[그림 9-2] 삶의 만족도, 남아, 2018

단위 : %



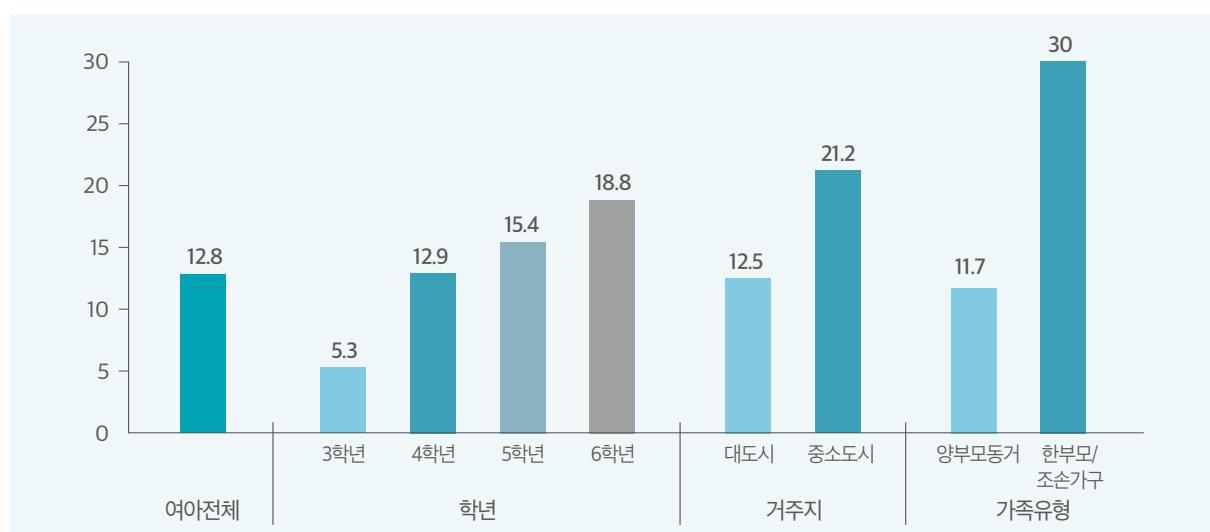
■ 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 아동종합실태조사, 2018

② 건강행태

아동종합실태조사에서 초등학교 3~6학년 아동 중 18.1%가 수면이 부족하다고 응답하였다. 여아에서는 12.8%, 남아에서는 23.0%가 수면이 부족하다고 하여 남아의 비율이 여아의 2배이었다. 학년별로는 초등학교 3학년에서 9.4%, 4학년에서 22.7%, 5학년에서 16.4%, 6학년에서 22.0%로 대체로 학년이 올라갈수록 수면 부족을 호소하는 아동의 비율은 증가하였다. 여아에서는 학년이 올라감에 따라 수면부족률이 선형적으로 증가하는 반면, 남아에서는 이러한 경향을 찾기 어려웠다.

[그림 9-3] 수면부족률, 여아, 2018

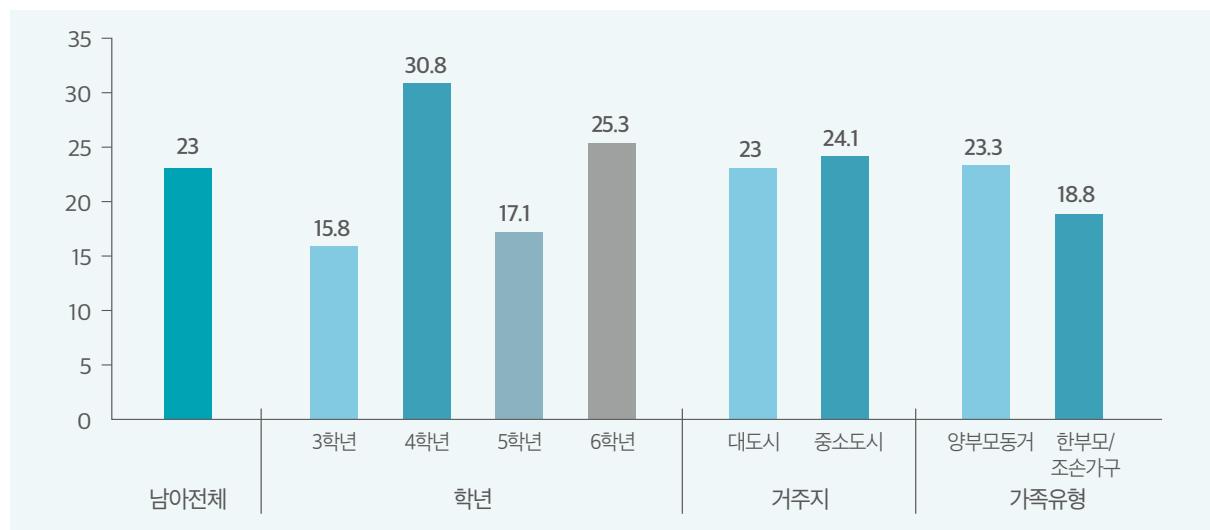
단위 : %



■ 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 아동종합실태조사, 2018

[그림 9-4] 수면부족률, 남아, 2018

단위 : %



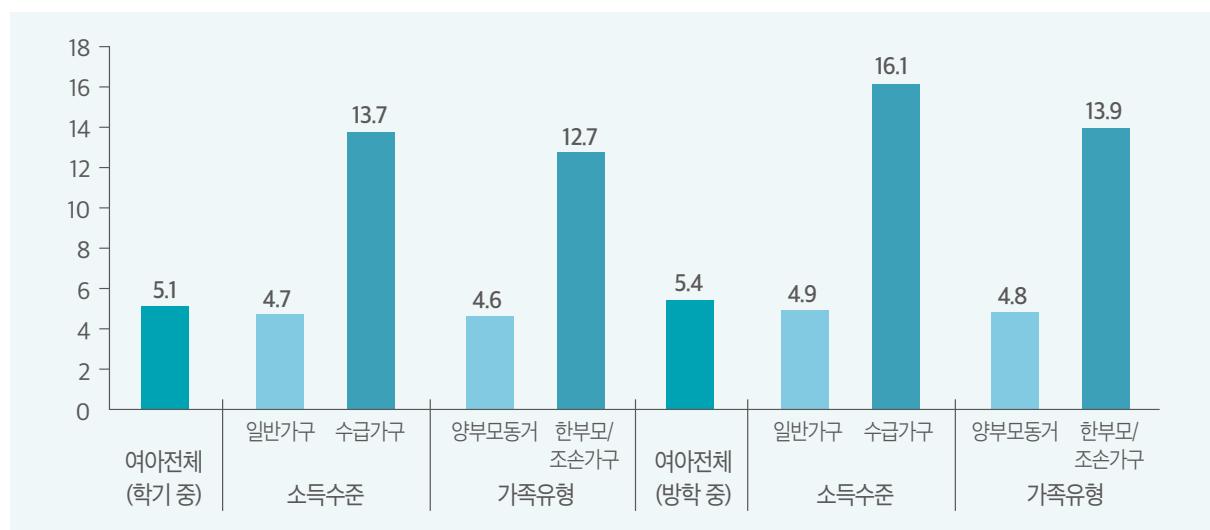
■ 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 아동종합실태조사, 2018

아침결식률은 학기 중과 방학 중으로 구분하여 산출하였다. 학기 중보다는 방학 중에 아침결식률이 높았으며, 초등학교 3, 4학년보다는 초등학교 5, 6학년의 아침결식률이 높았고 이러한 양상은 여아와 남아에서 일관되게 나타났다. 특히 방학중의 경우 초등학교 6학년의 아침결식률이 매우 높아서 여아에서는 9.5%, 남아에서는 15.9%가 아침을 먹지 않는 것으로 분석되었다.

소득수준별, 가족유형별로 아침결식률의 차이가 큰 것으로 분석되어 일반가구에 비하여 수급가구 아동에서, 양부모동거 아동보다 한부모/조손가구 아동에서 아침결식률이 높았다. 그런데 이러한 양상은 남아에서보다 여아에서 두드러지게 나타났으며, 특히 여아에서는 학기 중보다는 방학 중에 그 차이가 더 커지는 것으로 분석되었다.

[그림 9-5] 아침결식률, 여아, 2018

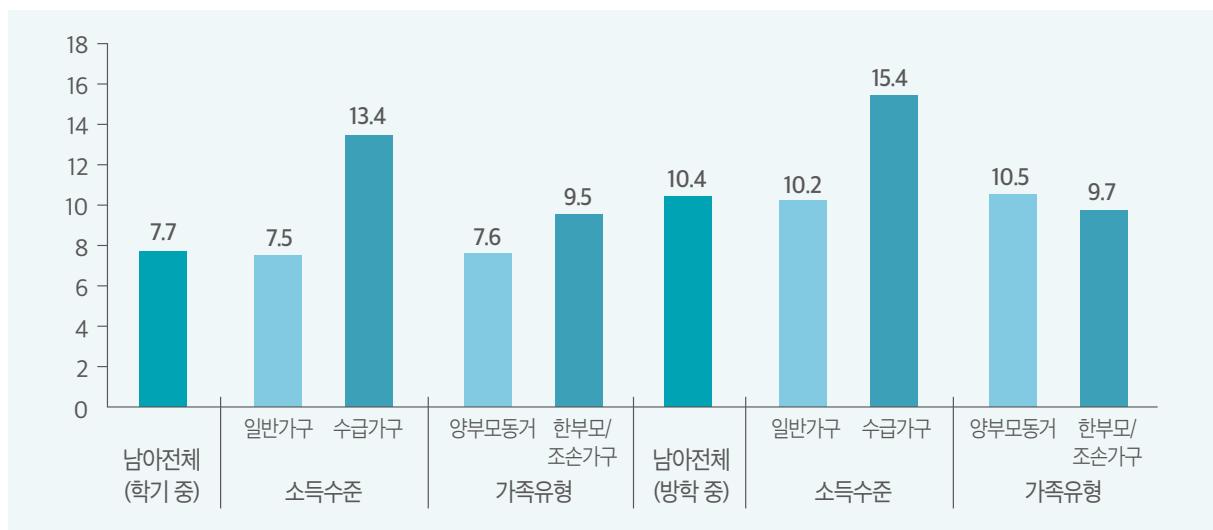
단위 : %



■ 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 아동종합실태조사, 2018

[그림 9-6] 아침결식률, 남아, 2018

단위 : %



■ 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 아동종합실태조사, 2018

초등학교 3~6학년 아동의 규칙적인 운동 미실천율은 여아에서 70.1%, 남아에서 50.1%로 남아와 여아의 차이가 컸다. 아동종합실태조사에서는 학교 체육시간은 제외하였으므로 기존의 조사에 비하여 다소 높게 산출되었을 가능성이 있다.

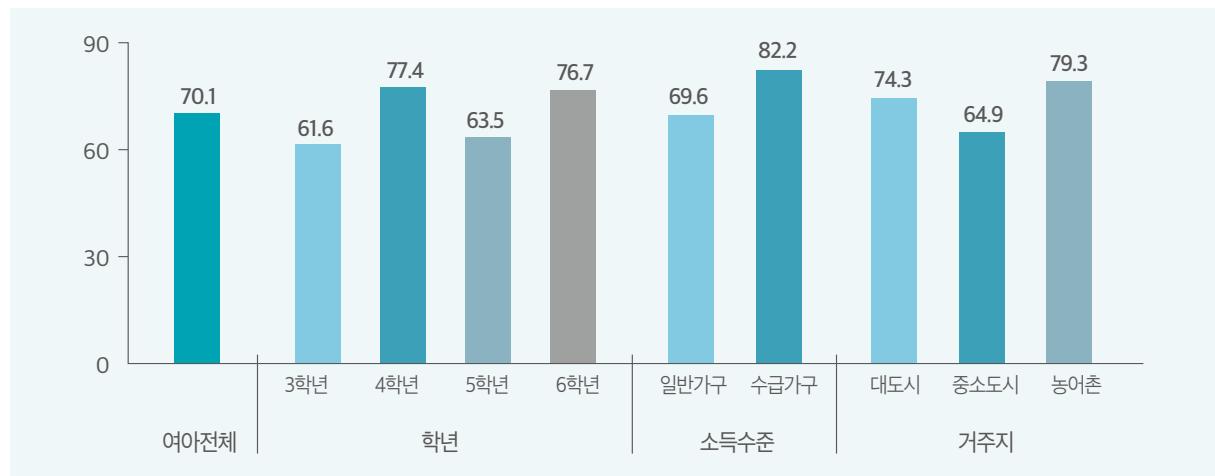
학년별로는 일정한 경향성을 보이지는 않았으나 6학년의 경우 남아에서의 규칙적인 운동 미실천율은 44.3%이었으나 여아에서는 76.7%로 그 차이가 가장 컸으며 3학년에서 그 차이가 가장 적었다. 이러한 결과는 초등학교 고학년에서 여아는 운동실천율이 감소하고 남아에서는 증가하여 그 차이가 커짐을 보여주는 것이다.

여아와 남아 모두에서 일반가구에 비하여 수급가구 아동의 규칙적인 운동 미실천율이 높았다. 이에 따라 수급가구의 여아의 경우 규칙적인 운동 미실천율이 82.2%에 달하였다. 거주지에 따라서는 중소도시의 거주하는 아동의 규칙적인 운동 미실천율이 가장 낮았으며 여아의 경우 농어촌에 거주하는 아동의 규칙적인 운동 미실천율이 가장 높았다. 이에 따라 농어촌에 거주하는 여아와 남아의 규칙적인 운동 미실천율은 약 30%p의 차이가 있었다.

운동의 유형을 고강도 운동과 근력강화 운동으로 구분하여 살펴보면, 여아와 남아 모두 고강도 운동에 비하여 근력강화 운동의 미실천율이 높았다. 이에 따라 여아의 근력강화 운동 미실천율은 80.5%로 매우 높았다. 특히 초등학교 6학년 여학생의 경우 근력강화 운동 미실천율이 86.8%에 달하여 남학생의 72.4%보다도 높았고, 초등학교 3학년 여학생의 78.6%보다 10%p나 높았다.

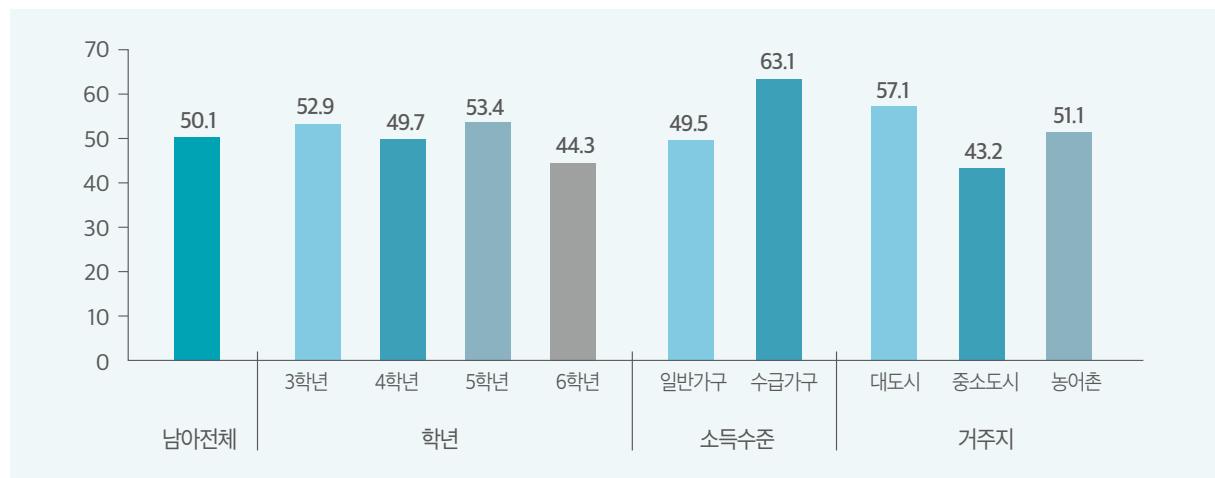
[그림 9-7] 규칙적인 운동 미실천율, 여아, 2018

단위 : %



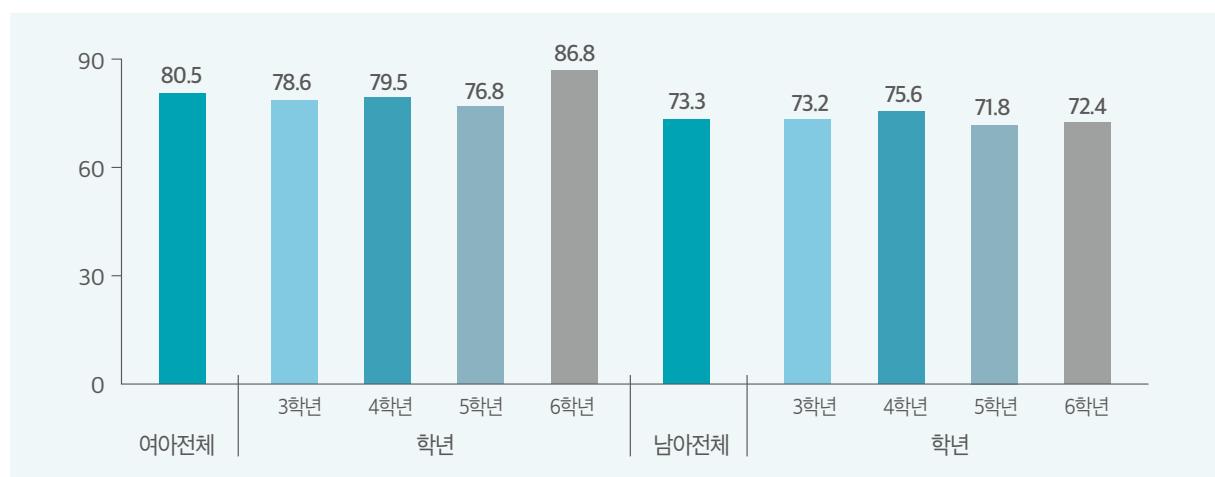
[그림 9-8] 규칙적인 운동 미실천율, 남아, 2018

단위 : %



[그림 9-9] 학년별 근력강화 운동 미실천율, 2018

단위 : %



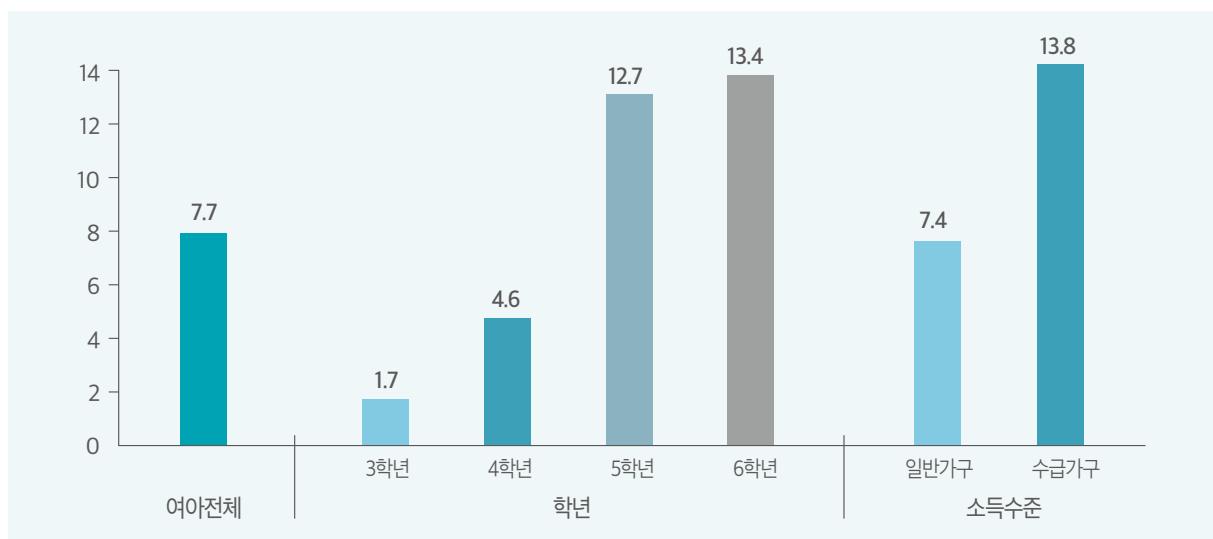
■ 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, 아동종합실태조사, 2018

③ 정신건강

아동종합실태조사에서 초등학교 3~6학년 아동을 대상으로 스트레스를 인지여부를 조사한 결과, '대단히 많이' 혹은 '많이' 받고 있다는 비율은 9.3%이었다. 여아는 7.7%, 남아는 10.7%로 여아에 비하여 남아가 높았다. 학년별로는 학년이 증가할수록 이러한 비율은 증가하는 양상을 보이고 있다. 그런데 여아와 남아에서 양상이 다소 달라서 남아에서는 6학년에서만 크게 증가하였으나 여아에서는 5학년과 6학년에서 유사하게 높은 비율을 보였다. 소득수준별로는 일반가구 아동에 비하여 수급가구 아동의 스트레스 인지율이 높았으며 이는 여아와 남아에서 모두 동일하게 나타났다. 그러나 여아에서 일반가구와 수급가구의 차이가 남아에서보다 커다.

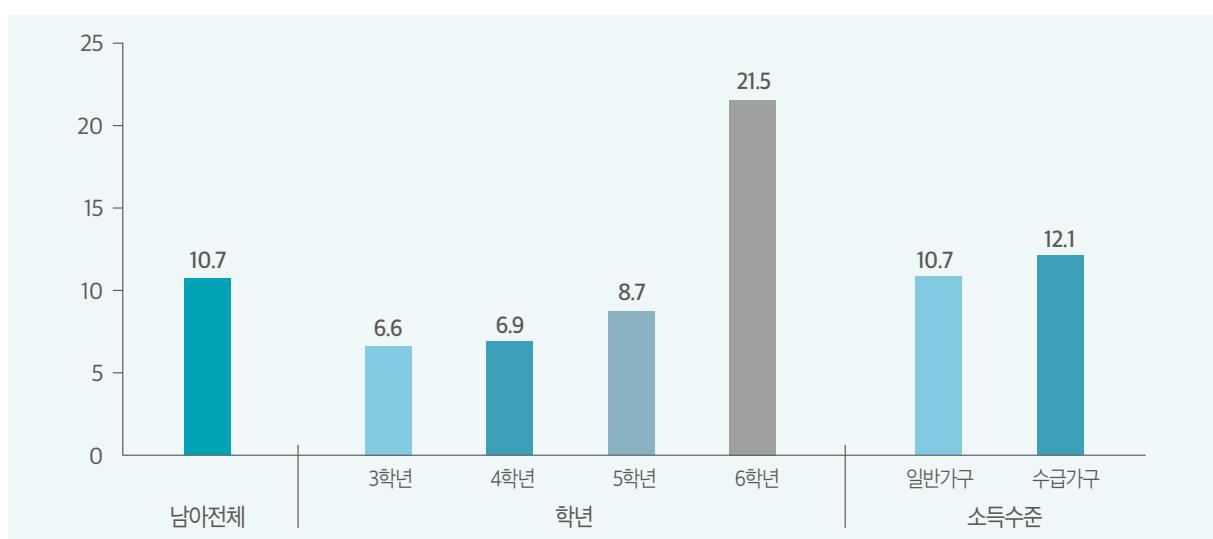
[그림 9-10] 스트레스 인지율, 여아, 2018

단위 : %



[그림 9-11] 스트레스 인지율, 남아, 2018

단위 : %

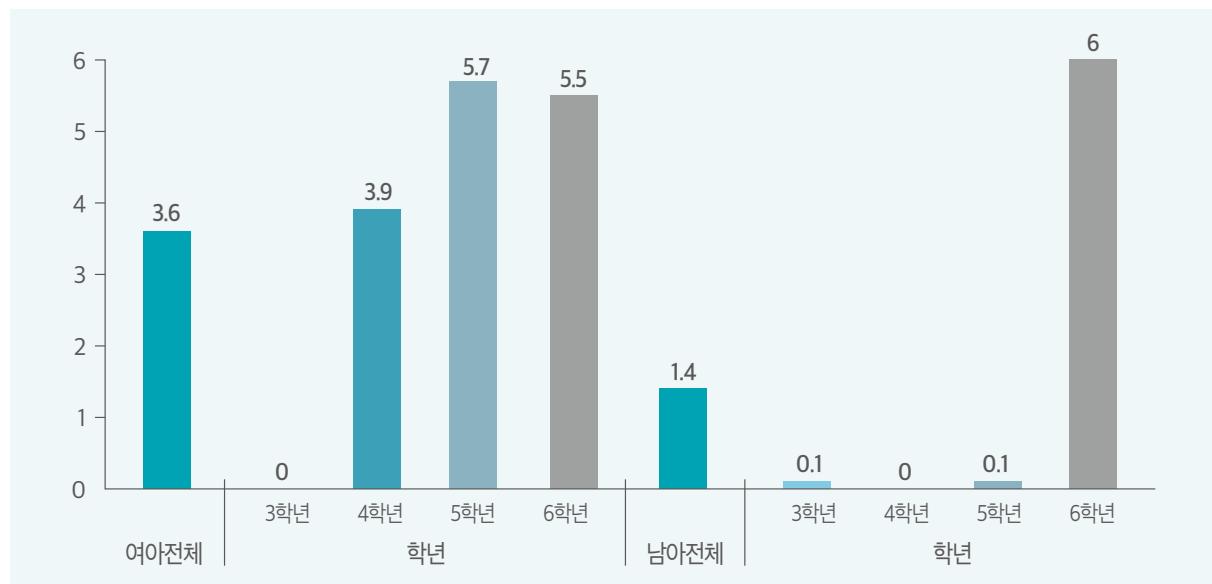


■ 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 아동종합실태조사, 2018

아동종합실태조사에 응답한 초등학교 3학년부터 6학년까지의 아동 중 2.5%는 지난 1년동안 심각하게 자살을 생각해 본 적이 있다고 응답하였다. 이러한 비율은 여아에서 3.6%, 남아에서 1.4로 남아보다 여아에서 높았다. 학년이 증가 할수록 자살생각률은 증가하는 것으로 분석되어 초등학교 3학년에서는 0%, 4학년에서는 1.8%, 5학년에서는 2.3%, 6학년에서는 5.7%이었다. 여아와 남아에서 학년별 자살생각률의 양상이 달랐는데 남아의 경우 초등학교 6학년에 서만 6.0%이었고 3~5학년에서는 그 비율이 거의 없었으나, 여아에서는 4~6학년에서 각각 3.9%, 5.7%, 5.5%이었다.

[그림 9-12] 학년별 자살생각률, 2018

단위 : %



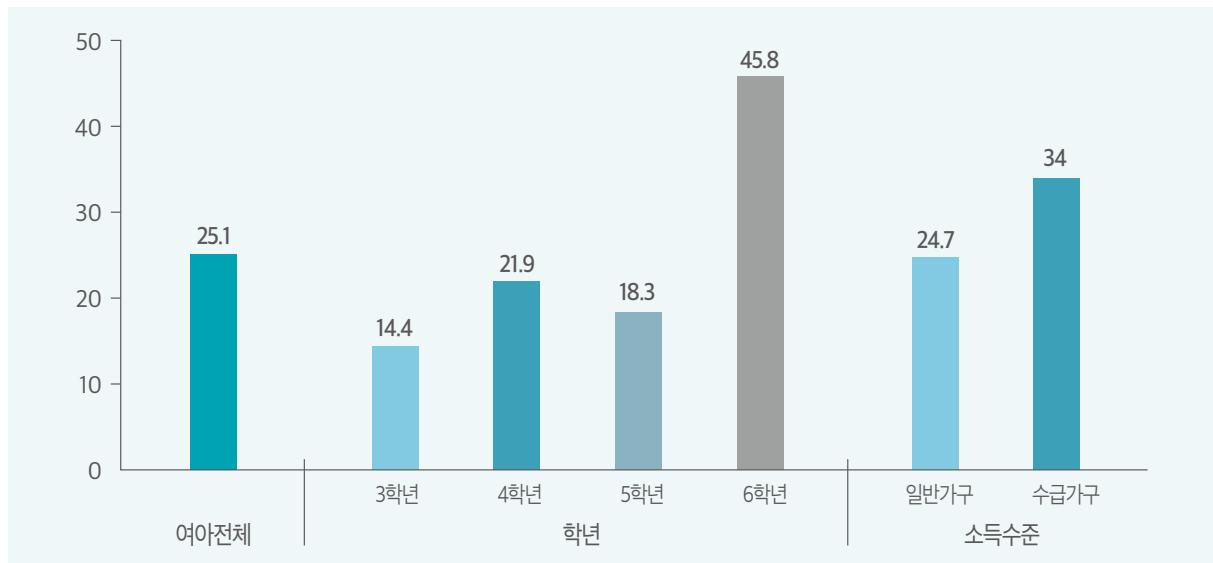
■ 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 아동종합실태조사, 2018

④ 방임 및 학대

초등학교 3학년부터 6학년까지의 아동 중 1년에 한번 이상 방임을 경험한 아동은 25.5%였고, 여아에서는 25.1%, 남아에서는 25.8%로 성별로는 큰 차이를 보이지 않았다. 학년별로는 초등학교 6학년 여아에서 방임을 경험한 비율이 45.8%로 크게 높아지는 경향을 보였으나 남아에서는 이전 학년과 큰 차이를 보이지 않아 성별로 다른 양상을 보였다.

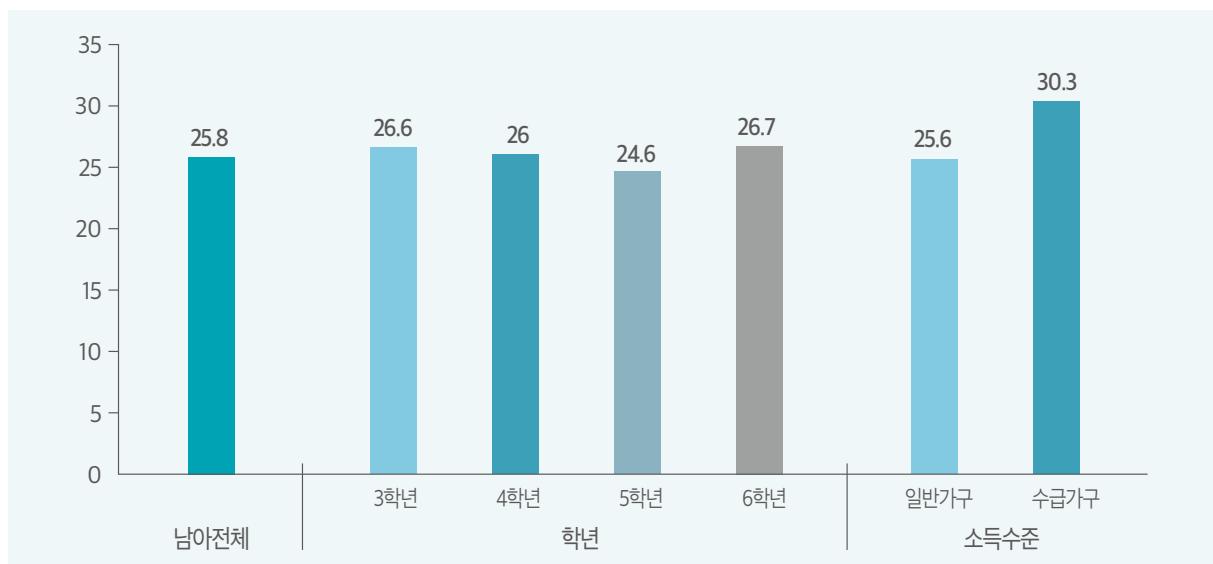
[그림 9-13] 방임경험률, 여아, 2018

단위 : %



[그림 9-14] 방임경험률, 남아, 2018

단위 : %



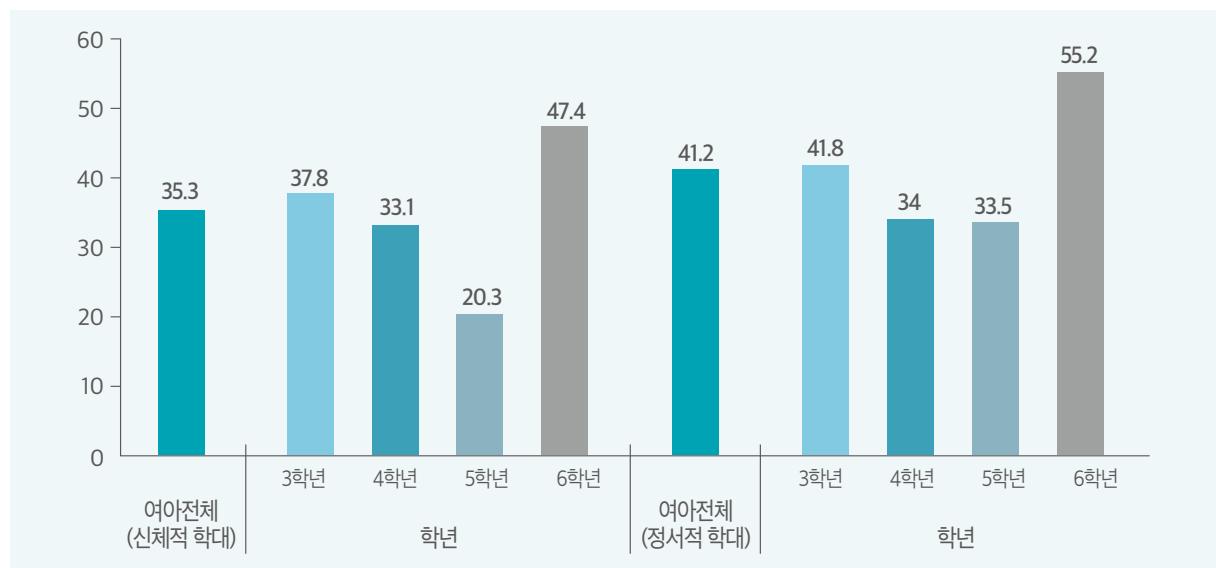
■ 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 아동종합실태조사, 2018

학대경험률은 신체적 학대와 정서적 학대로 구분하여 살펴보았다. 초등학교 3학년에서 6학년까지 아동 중 신체적 학대를 경험하였다는 비율은 여아에서 35.3%, 남아에서 35.4%로 거의 동일하였다. 반면 정서적 학대 경험률의 경우 여아에서 41.2%, 남아에서 39.4%로 남아보다 여아에서 높았다.

학년별로는 여아와 남아에서 다른 양상을 보였다. 이에 따라 남아에서는 학년에 따라 일관된 결과를 보이지 않지만 여아에서는 초등학교 6학년에서 신체적 학대와 정서적 학대 모두 경험률이 이전 학년에 비하여 크게 상승하는 양상을 보이고 있다.

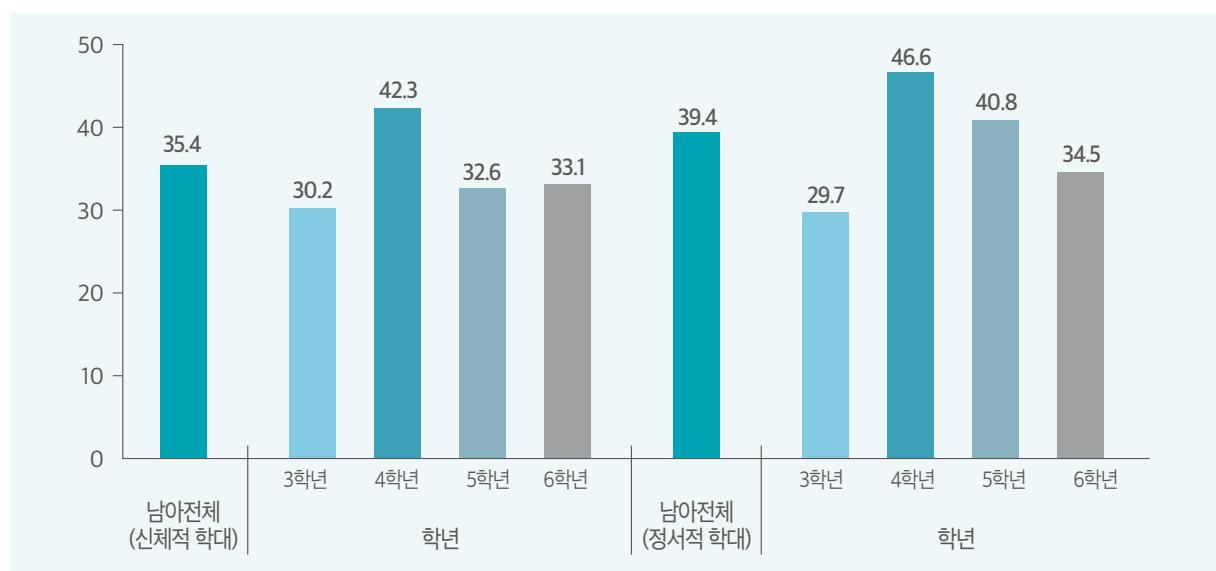
[그림 9-15] 학대경험률, 여아, 2018

단위 : %



[그림 9-16] 학대경험률, 남아, 2018

단위 : %



■ 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 아동종합실태조사, 2018

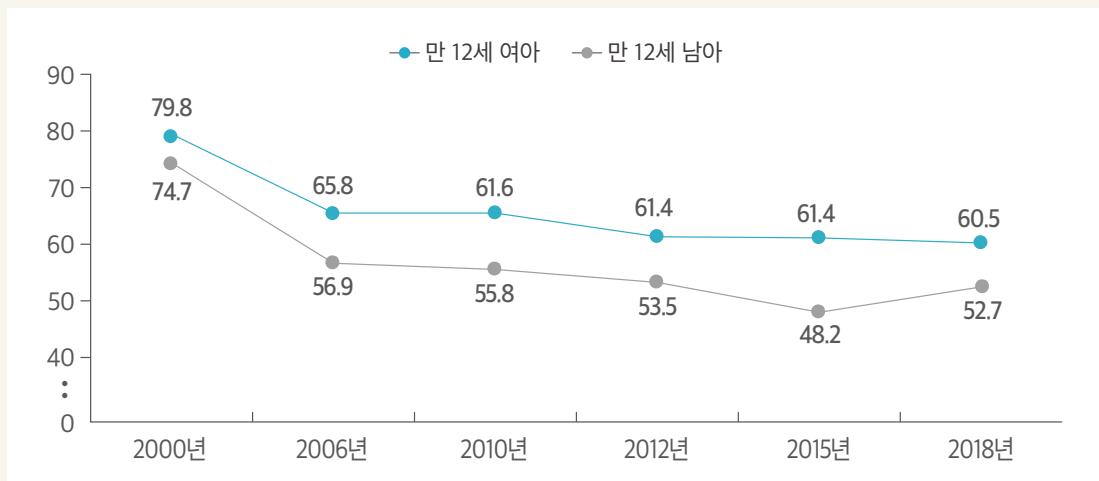
경제수준에 따른 여아의 구강건강수준 격차

아동기의 구강건강은 OECD에서 발간하는 Health Data에도 포함될 만큼 아동기 건강에 있어 중요하다. 아동기의 구강건강을 측정하는 많은 지표 중 영구치(만 12세) 치아우식 경험률 지표는 우리나라 국민건강증진종합계획의 양성평등지표에 포함될 정도로 성별 격차가 큰 지표로 보고되었다.

우리나라 아동의 구강건강수준은 「아동구강건강실태조사」를 통하여 파악할 수 있는데 이 조사는 만 5세를 대상으로 한 유치의 건강수준, 만 12세를 대상으로 한 영구치의 건강수준을 비롯하여 치과의료이용까지 방대한 내용을 포함하고 있다. 결론부터 밝히자면 우리나라 아동의 구강건강수준의 성별 격차는 다소 감소하였으나 여전히 존재하고 있다. 아래 그림에서도 알 수 있듯이 만 12세의 영구치우식 경험자율의 여아와 남아의 차이는 2018년 다소 감소하였으나 그간의 자료를 살펴보면 여아와 남아의 차이가 증가와 감소를 반복하고 있었기 때문에 지속적인 모니터링이 필요한 상황이다.

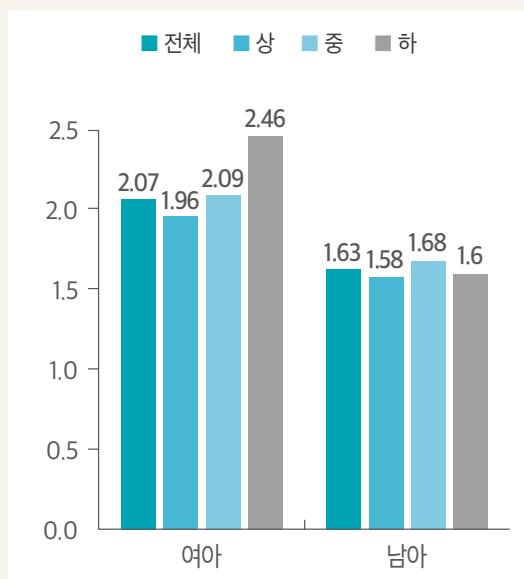
[그림 9-17] 연도별 영구치우식 경험자율, 만 12세

단위 : %

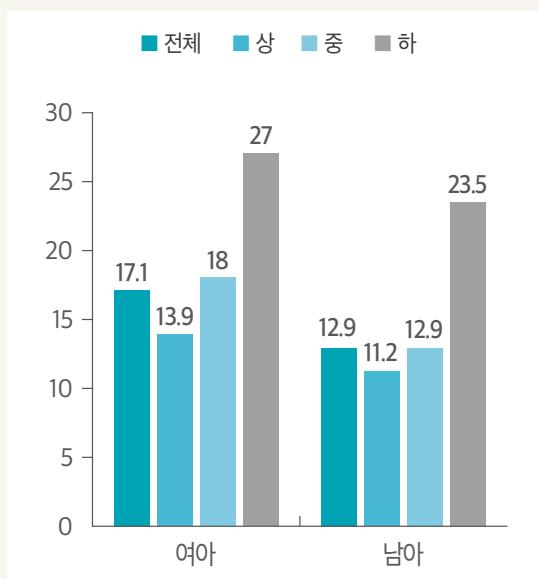


아동의 구강건강 수준은 경제수준에 따라 차이가 큰 것으로 분석되었는데 이러한 경향은 남아에서보다 여아에서 두드러지게 나타났다. 대표적인 사례로 우식경험영구치지수(DMFT index)를 들 수 있다. 이는 국제적으로 구강건강수준을 비교할 때도 사용되는 지수로 1인 평균 우식경험 영구치의 수를 의미하는데 한 사람이 평균적으로 가지고 있는 우식경험(현재 우식상태이거나 치료 또는 발가) 영구치의

[그림 9-18] 경제수준별 우식경험영구치지수,
만 12세, 2018



[그림 9-19] 경제수준별 미충족 치과치료필요율,
만 12세, 2018



수를 말한다. 2018년 아동구강건강실태조사에 따르면 여아에서는 우식경험영구치지수가 2.07, 남아에서는 1.63으로 남아에서보다 여아에서 높았다. 그런데 남아에서는 경제수준에 따라서 큰 차이를 보이지 않는 반면, 여아에서는 경제수준이 나쁠수록 이 지수가 증가하는 양상을 보였다. 특히 경제수준이 '하'인 여아의 경우 우식경험영구치지수가 2.46으로 여아 내에서도 동일한 경제수준인 남아와 비교해서도 높았다.

이와 같은 경제수준별 아동 구강건강수준의 차이는 여러 가지 원인에 의해서 발생하겠지만 그 이유 중 하나를 미충족 치과치료필요율이 남아에 비해서 여아에서 높으며 경제수준이 낮은 여아에서 상대적으로 높다는 것에서 찾을 수 있다. 만 12세 아동 중 지난 1년간 치과 진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 대상자의 비율은 여아에서 17.1%, 남아에서 12.9%이었다. 그런데 여아에서는 경제수준별로 차이가 커서 경제수준이 '상'에서는 이러한 비율이 13.9%인데 반하여 '하'에서는 27.0%에 달하였다. 반면 남아에서는 각각 11.2%, 23.5%이었다. 이에 따라 경제수준이 '하'인 여아에서 미충족 치과치료필요율이 가장 높았다.

아동 구강건강 수준의 성별 격차가 존재하며, 특히 여아에서 경제수준에 따라 미충족 치과치료필요율의 차이가 크고 이에 따른 구강건강 수준의 차이가 있다는 것은 여아의 전반적인 건강수준에 악영향을 미칠 수 있는 중요한 결과이다. 이에 따라 경제수준이 낮은 가구의 아동을 대상으로 구강건강 수준 향상을 위한 실제적인 사업이 시급히 필요하며, 성별에 따른 차이가 발생하지 않도록 하는 세심한 고려가 수반되어야 한다.