

한국 여성의 전반적 건강수준의 차이: 기대수명, 건강인식 및 활동제한 중심으로

*Women's Overall Health Status:
Life Expectancy, Self Rated Health Status,
Activity Limitations*



김남순 한국보건사회연구원 연구위원
김유미 동아대학교 의과대학 교수

한국 여성의 출생 시 기대수명은 2011년 기준으로 84.5세로 남성은 78.0세와 비교하여 약 6.6년이 길었다. 반면에 여성의 '자기평가한 건강이 나쁜 비율'은 남성보다 높은 수준이었고, 19~64세 여성의 교육수준별 격차는 남성보다 큰 것으로 나타났다. 여성의 활동제한율도 동일한 연령의 남성보다 높은 수준이었으며, 노인 여성에서 학력 수준에 따른 격차가 컸다. 여성이 가진 건강잠재력을 성취하는 것이 중요하다. 따라서 여성의 장수하는데 비해서 건강인식과 활동수준이 나쁜 것에 대한 탐색이 필요하다. 사회경제적 지위가 낮은 여성의 건강인식과 활동수준을 높이기 위한 방안을 강구해야 할 것이다.

1. 들어가며

WHO(2009)는 여성의 건강은 여성 자신 뿐 아니라 아동의 건강에 결정적 영향을 미치는 요인으로, 여성 건강에 대한 투자는 현재 뿐 아니라 미래세대를 위해서 중요한 전략으로 간주하고 있다. 따라서 국가나 지역사회에서 여성의 건강요구를 정확히 파악하여 이를 개선하는 것이 필요하다. 하지만 전 세계적으로 성(gender) 역할의 차이로 인하여 아직도 여성은 교육과 수입, 고용 측면에서 남성보다 열등한 위치에 있으며, 사회경제적 능력의 제약은 여성이 자신의 건강을 보호하고 정상적 기능을 유지하는데 장

애로 작용하고 있다¹⁾.

여성의 건강 요구란 어떤 것인가? 여성만이 경험하는 건강 문제로는 임신과 출산이 대표적인 것으로, 여성의 임신과 출산 적절히 관리되지 못한다면 건강위험이 동반되며 의료서비스를 필요로 한다. 또한 여성과 남성 모두에게 영향을 주는 건강문제들 중에서도 여성에게 더 많이 발생하거나 심각한 문제를 일으키는 질병이 존재한다. 그러므로 여성의 건강요구를 정확히 파악해서 그에 적합한 서비스를 제공해야 한다.

한편, 20세기에 들어오면서 여성의 기대수명이 대부분의 남성을 초월하였으며, 대부분 국가

1) WHO(2009). Women and Health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda.

에서 여성이 남성보다 오래살고 있다. 하지만 여성은 노년기에 남성보다 더 많은 동반질환을 경험하고 있으며 삶의 질 수준이 낮은 것으로 알려져 있다(Nathanson, 1975)²⁾. 우리나라에서도 2012년 현재 여성의 기대수명은 84.6세이며 남성은 78.0세와 비교하여 약 6.6년이 길다³⁾. 반면에 여성의 건강인식과 활동제한 수준은 남성보다 좋지 않다. 따라서 여성의 수명과 건강인식의 상반된 경향이 의미하는 것이 무엇인지를 탐색해야 할 것이다.

이 글의 목적은 2013년에 수행된 연구과제 「한국여성의 건강통계」를⁴⁾ 기반으로 한국 여성의 전반적 건강수준을 파악하는 것이다. 이를 위해서 성(性)별 차이와 함께 사회경제적 지위에 따른 차이를 비교해서 여성건강에 대한 함의를 도출하고자 하였다. 또한 전반적 건강수준을 나타낼 수 있는 여러 지표가 있으나 여기서는 기대수명, 건강인식, 활동제한에 초점을 맞추었다.

2. 한국 여성의 전반적 건강수준 현황

1) 기대수명

기대수명은 우리나라 국민의 전반적인 건강 상태를 대표하는 주요한 지표이다. 국제적 건강

비교에서도 단일 건강측정지표로써 이용되고 있다. 통계청의 기대수명에 관한 자료에 의하면 우리나라의 2011년 출생 시 기대수명은 81.2세이며, 남자 77.7세, 여자 84.5세이다. 1960년 55세였던 기대수명은 1990년대에 70대로 급격히 증가하였고 2000년대 이후에도 꾸준히 성장하였다⁵⁾.

우리나라 여성의 기대수명 추이를 살펴보면 2000년 77.4세, 2005년 80.4세, 2010년 82.1세로 증가하였다. 남성의 경우 2000년, 2005년, 2010년 각각 68.0세, 72.0세, 74.3세였다(그림 1 참조). 각 시기별로 여성의 기대수명이 남자보다 큰 양상이었으나, 2000년에서 2010년 까지 기대수명의 증가는 남자가 6.3세 수준으로 여자의 4.8세 보다 크게 나타났다. 여성과 남성 간 기대수명의 차이는 2000년 9.4세, 2005년 8.4세, 2010년 7.9세로 다소 감소하는 양상이었다.

사망원인통계에서 사회경제적 지위를 나타내는 변수로 가용한 것은 교육수준이므로, 이를 적용하여 성과 교육수준 별 30세를 기준으로 한 기대여명 차이를 살펴보았다. 여성과 남성 모두 학력 수준에 따라서 30세 기대여명의 격차가 나타났다. 30세 여성 중 학력수준이 가장 높은 대졸 인구집단과 학력수준이 가장 낮은 중졸 이하 인구집단 간의 30세 기대여명의 차이는 2000년 5.2세, 2005년 5.6세, 2010년 5.6세였다. 남성의 경우도 이 격차는 2000년 12.3세, 2005년 12.7

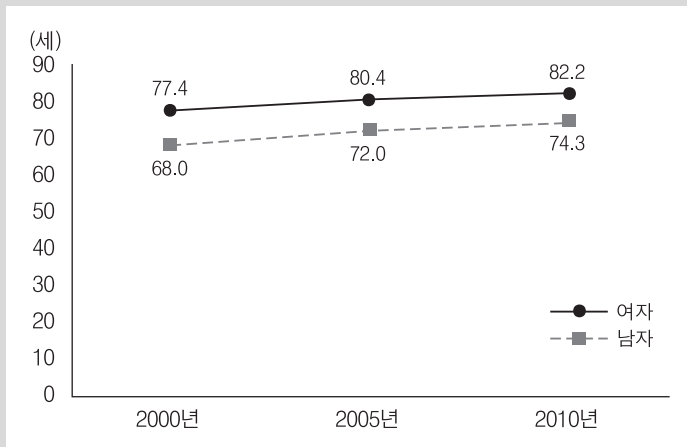
2) Nathanson C.(1975). Illness and feminine role: a theoretical review. Social Science and Medicine, 9, pp.57~62.

3) http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2758

4) 김남순 외(2013). 한국여성의 건강통계, 질병관리본부.

5) http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2758

그림 1. 2000년, 2005년, 2010년 남녀 기대수명



자료: 통계청, 사망원인통계, 인구주택총조사.

의 여성과 비교하여 영향요인을 파악하고 개선이 가능한 부분에 관심을 기울여야 할 것으로 생각된다.

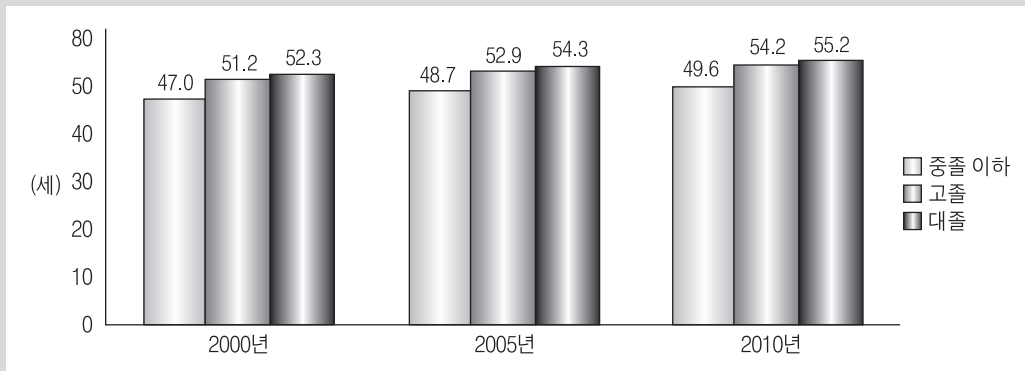
2) 건강인식

건강이 질병의 부재가 아니라 신체적, 정신적, 사회적 안녕을 포함하는 개념이기 때문에, '건강에 대한 자가 평가'는 신체적 요인과 감정적인

세, 2010년 12.5세로 관찰되었다. 남성의 교육 수준별 격차의 크기는 여성에 비해 더 큰 수준이었다. 또한 교육수준이 낮은 계층에서 여자와 남자 간 기대여명의 차이가 더욱 큰 것으로 나타났다(그림 2, 그림 3). 또한 학력수준이 낮은 여성이 기대여명 증가율이 낮으므로 다른 집단

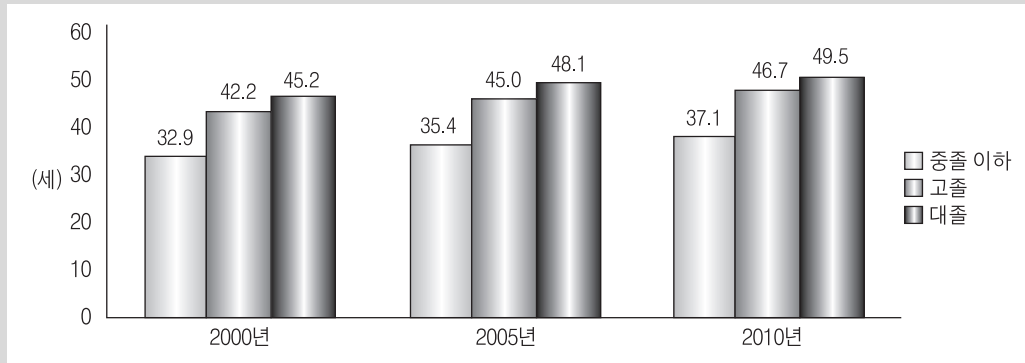
요인을 포함하는 건강 수준 측정지표로 사용될 수 있다. 주관적으로 평가한 건강인식은 인구 집단의 건강을 평가하는 지표로서 광범위하게 사용되고 있으며, 지역사회를 대상으로 수행된 전향적 연구에서 사망률을 예측하는 주요 요인으로 보고되었다(Iidler, 1997)⁶⁾.

그림 2. 2000년, 2005년, 2010년 30세 여성의 교육수준별 기대여명



자료: 통계청, 사망원인통계, 주민등록인구, 인구주택총조사.

그림 3. 2000년, 2005년, 2010년 30세 남성의 교육수준별 기대여명



자료: 통계청, 사망원인통계, 주민등록인구, 인구주택총조사.

이와 같은 맥락에서 자가 평가한 건강인식을 살펴보면, 국민건강영양조사에서는 사회경제적 지위를 나타내는 여러 변수가 있어 교육, 소득수준, 직업과 결혼상태에 따른 건강인식 차이도 함께 제시하였다.

19세 이상 여성에서 자가평가한 건강수준이 나쁘다고 응답한 비율은 2001년 18.8%, 2005년 21.5%, 2007~2009년 23.4%로 시기의 변화에 따라 증가하였으며, 남자의 2001년 14.8%, 2005년 15.6%, 2007~2009년 16.6%에 비해 높은 수준이었다(그림 4). 한편, OECD 젠더보고서에 따르면 우리나라는 러시아, 칠레 등과 같이 여성과 비교한 남성의 자가평가한 건강인식이 더 좋은 그룹에 속하는 것으로 나타났다(그림 5)⁶⁾.

일반 성인과 노인의 교육수준에 차이가 있어서 이를 구분하여 교육수준별 건강인식을 살펴

보았다. 65세 미만 여성에게서 교육수준에 따라 스스로 평가한 건강수준의 격차가 선형적으로 명확하게 나타났으며, 65세 이상 연령군에서는 초졸 이하 학력군과 중졸 이하 학력군 사이에 명확한 격차가 관찰되었고, 차이는 남녀 간 유사한 수준이었다(그림 6, 그림 7). 소득수준 사분위수에 산출한 자가평가 건강이 나쁜 비율은 따라서 남녀 모두 격차가 관찰되었으나 여성에게서 소득수준에 따라 양·반은 관계가 보다 명확하게 나타났다(그림 8). 직업 분류에 따른 건강인식을 살펴보면, 여성은 생산직과 서비스직의 자가평가 건강이 나쁜 비율이 높았고, 남성은 기타에 해당하는 경우가 가장 높게 나타났다(그림 9).

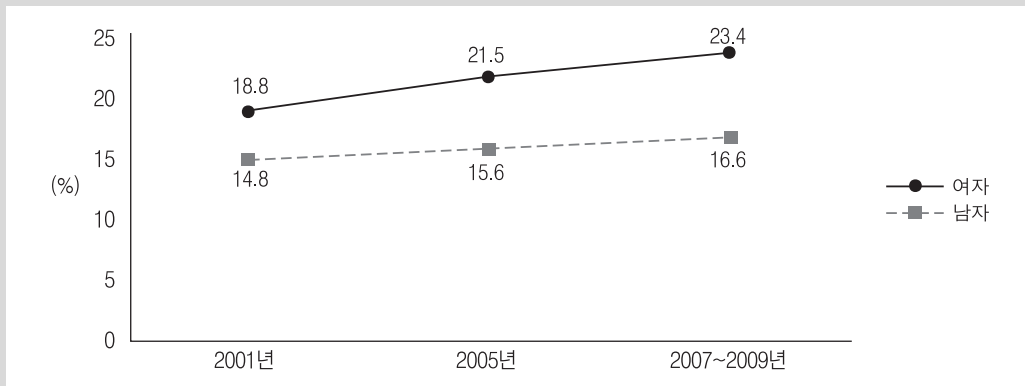
3) 활동제한

WHO는 International Classification of

6) Idler EL, Benyamini Y.(1997). Self-rated health and mortality. J Health Soc Behav, 38, pp.21~37.

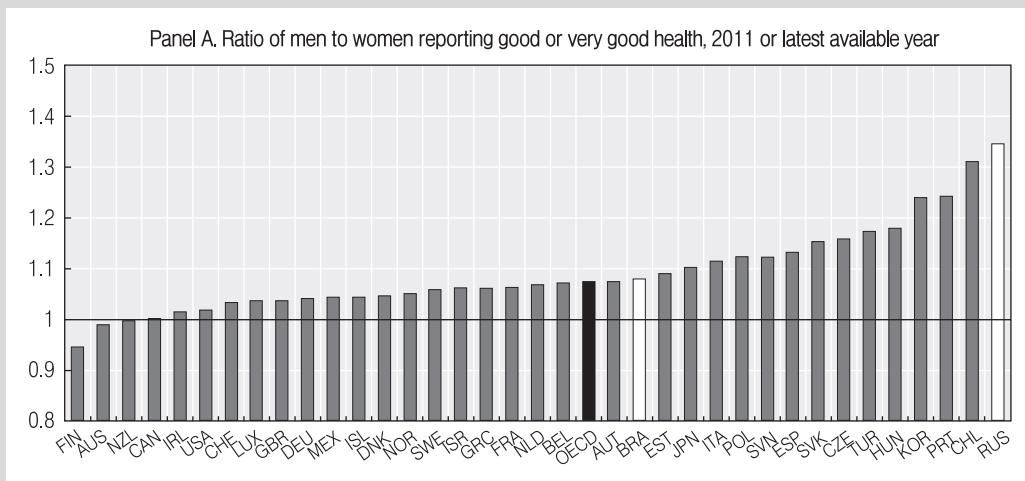
7) OECD(2013). How's Life? 2013: Measuring Well-being, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264201392-en>

그림 4. 성인의 자기평가 건강수준이 나쁜 분을 추이, 2001~2009년



주: 2005년 추계인구로 표준화. 제4기 국민건강영양조사는 3년간 조사가 수행되어 2007~2009년으로 표시함.
자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사.

그림 5. 자기평가한 건강수준의 성비



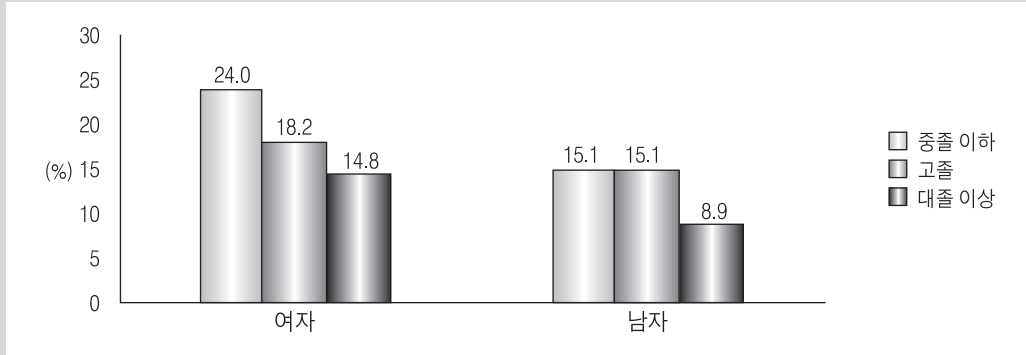
자료원: "OECD Health Data: Health status", OECD Health Statistics(database), [http://dx.doi.org/0.1787/health-data-en\(Panel A\)](http://dx.doi.org/0.1787/health-data-en(Panel A))

Function, Disability and Health(ICF)를 통해 활동 제한(activity limitation)을 ‘개인의 일상적인 행위 또는 임무 활동과정에서 개인이 가지게 되는 어려움’으로 정의하였다. 활동제한은 인구의

노령화와 만성 질환의 유병에 따라 증가할 것으로 예상되는 지표이다(Kim, 2011)⁸⁾.

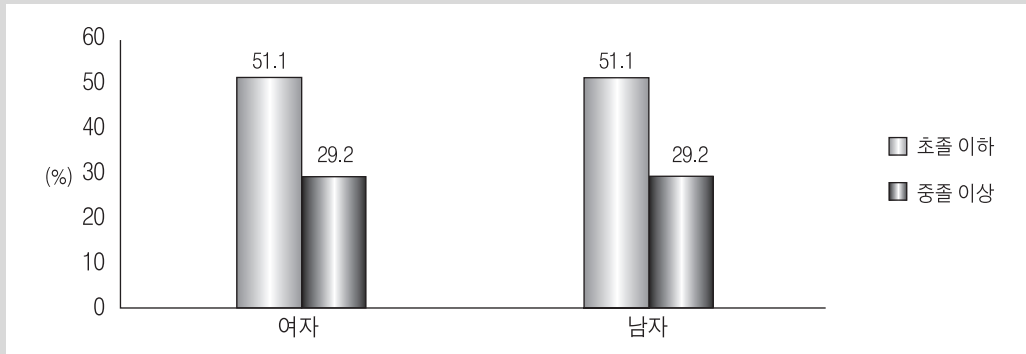
국민건강영양조사에서 활동제한이 처음 조사된 것은 2005년이므로 2005년 조사결과를

그림 6. 19세 이상 64세 이하 성인 성별 · 교육수준별 자기평가 '건강수준이 나쁜 분율, 2007~2009년



주: 2005년 추계인구로 표준화. 제4기 국민건강영양조사는 3년간 조사가 수행되어 2007~2009년으로 표시함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사.

그림 7. 65세 이상 노인의 성별 · 교육수준별 자기평가 건강수준이 나쁜 분율, 2007~2009년



주: 2005년 추계인구로 표준화. 제4기 국민건강영양조사는 3년간 조사가 수행되어 2007~2009년으로 표시함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사.

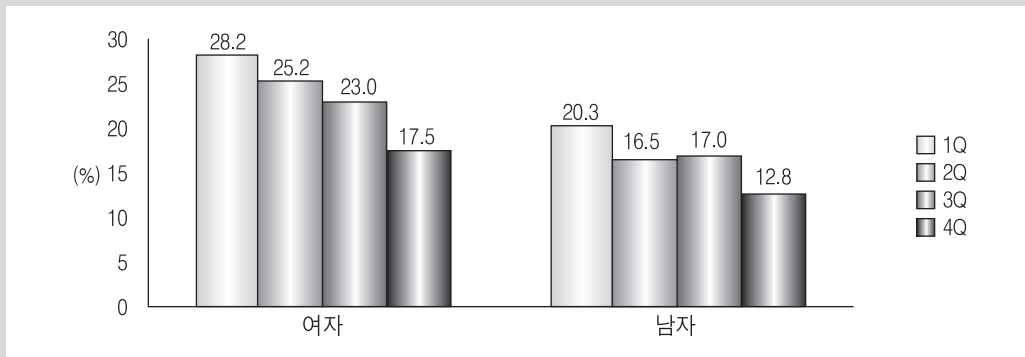
2007~2009년과 비교하였다. 건강인식과 마찬가지로 전체 여성의 사회경제적 지위에 따른 활동제한의 차이는 2007~2009년을 중심으로 분석한 결과이고, 교육수준에 따른 차이에 대해서

는 일반 성인과 65세 이상 노인을 구분해서 제시하였다.

여성에서 2005년 활동제한율은 8.6%에서 2007~2009년 14.2%였고, 남성에서는 2005년,

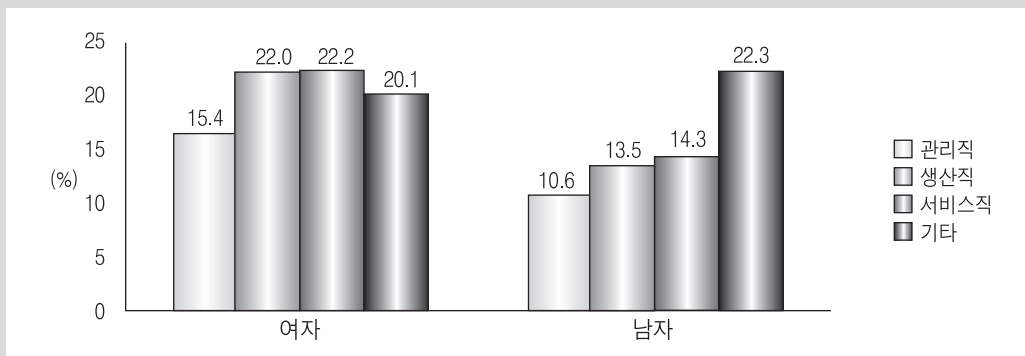
8) Kim IH(2011). Age and Gender Differences in the Relation of Chronic Diseases to Activity of Daily Living(ADL) Disability for Elderly South Koreans: Based on Representative Data, J Prev Med Public Health, 44(1), pp.32~40.

그림 8. 19세 이상 성인의 성별·소득수준별 자가평가 건강수준이 나쁜 비율, 2007~2009년



주: 2005년 추계인구로 표준화, 제4기 국민건강영양조사는 3년간 조사가 수행되어 2007~2009년으로 표시함.
자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사.

그림 9. 19세 이상 64세 이하 성인의 성별·직업별 자가평가 건강수준이 나쁜 비율, 2007~2009년



주: 2005년 추계인구로 표준화, 제4기 국민건강영양조사는 3년간 조사가 수행되어 2007~2009년으로 표시함.
자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사.

2007~2009년 각각 7.8%, 10.3%로 조사되었다. 남성보다 여성의 활동제한율이 더 높았으며, 시기 간 증가폭도 더 큰 양상이었다(그림 10). 한편, 2007~2009년 여성의 연령군별 활동제한율은 45~64세 19.0%, 65세 이상 46.9%의 수준이었고, 남성의 경우 45~64세 10.4%, 65세 이상 36.9%로, 동일 연령집단에서 여성의

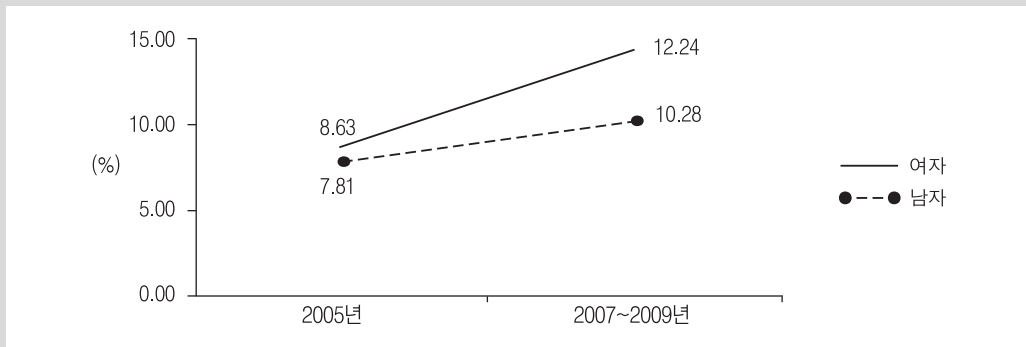
활동제한율이 남성에 비해 더 큰 것으로 나타났다(그림 11).

일반 성인과 노인을 구분해서 활동제한율을 파악한 결과 65세 미만 인구집단에서 교육수준에 따른 활동제한율의 선형적 격차가 남녀 모두 관찰되었다. 여성 중에 중·고졸과 대졸 이상 학력 집단 각각에서 활동제한율이 남성에 비해

더 큰 반면, 중졸 이하 학력 집단에서 활동제한율은 남성 14.3%, 여성 11.3%로 남성이 더 큰 양상이었다. 따라서 교육수준에 따른 절대적 격차는 남성에게서 더 크게 나타났다. 그러나 65세 이상 인구집단에서는 초졸 이하 학력 집단과

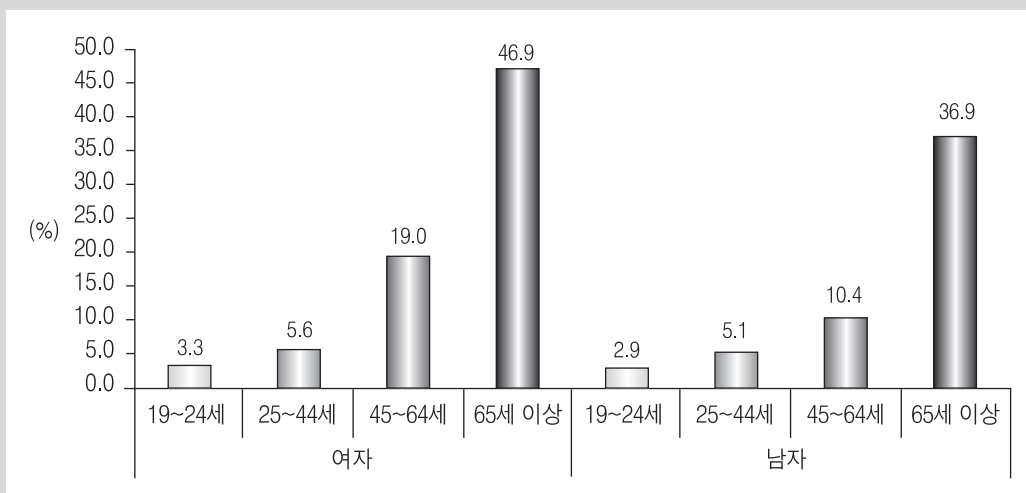
중졸 이상 학력 집단 간 격차는 여성이 남성보다 더 큰 양상이었다(그림 12, 그림 13). 소득수준에 따라서 남녀 모두 명확한 양반응 관련성을 나타내지는 않았으나 가장 높은 소득 집단이 가장 낮은 소득집단에 비해 더 높은 활동제한율을

그림 10. 19세 이상 성인의 활동제한율 추이, 2005~2009년



주: 2005년 추계인구로 표준화. 제4기 국민건강영양조사는 3년간 조사가 수행되어 2007~2009년으로 표시함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사.

그림 11. 19세 이상 성인의 성별 · 연령별 활동제한율, 2007~2009년



주: 2005년 추계인구로 표준화. 제4기 국민건강영양조사는 3년간 조사가 수행되어 2007~2009년으로 표시함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사.

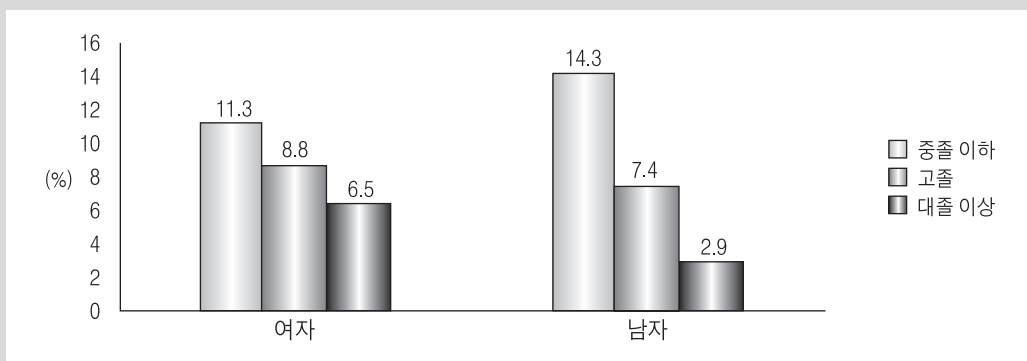
나타내었다(그림 14). 65세 미만 여성에서 관리직, 생산직, 서비스직의 순서로 활동제한율이 높아지는 양상을 나타내었다. 이러한 양상은 남성에게서도 관찰되었으나, 활동제한의 크기는 여성이 남성보다 더 컸다(그림 15). 결혼상태 별로 살펴본 활동제한율은 미혼, 기타인 경우보다 유배우자가 가장 적은 것으로 나타났으며, 이는

남성의 경우도 마찬가지였다(그림 16).

3. 여성의 장수와 건강인식, 활동제한의 문제에 대한 고찰

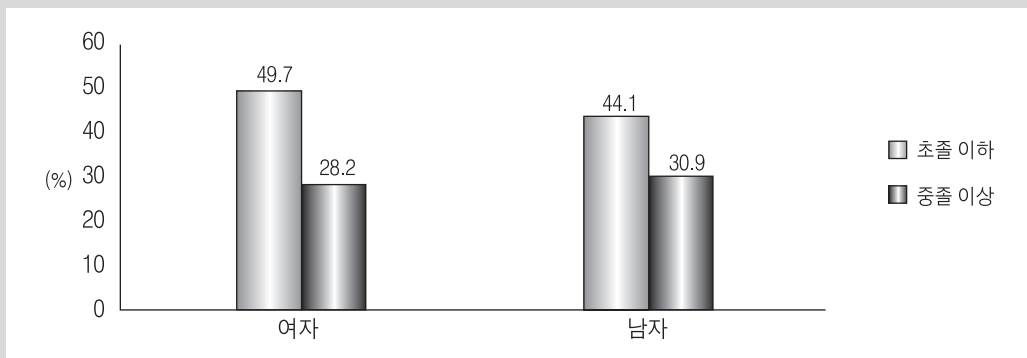
우리나라 여성의 기대수명은 증가하고 있으

그림 12. 19세 이상 64세 이하 성인의 성별 · 교육수준별 활동제한율, 2007~2009년



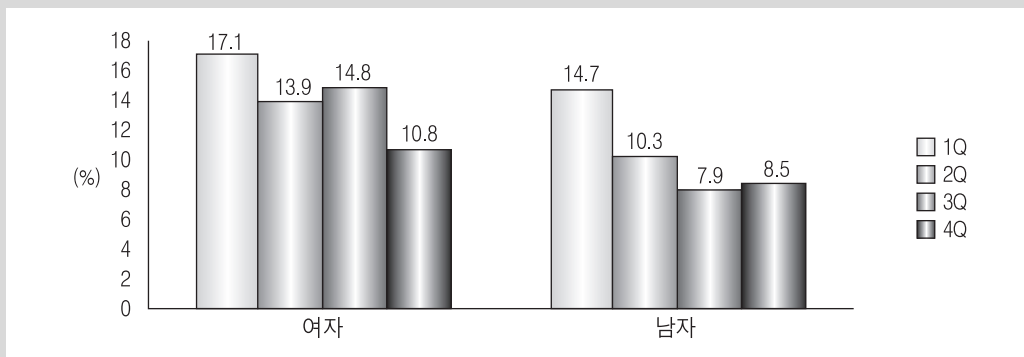
주: 2005년 추계인구로 표준화. 제4기 국민건강영양조사는 3년간 조사가 수행되어 2007~2009년으로 표시함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사.

그림 13. 65세 이상 노인의 성별 · 교육수준별 활동제한율, 2007~2009년



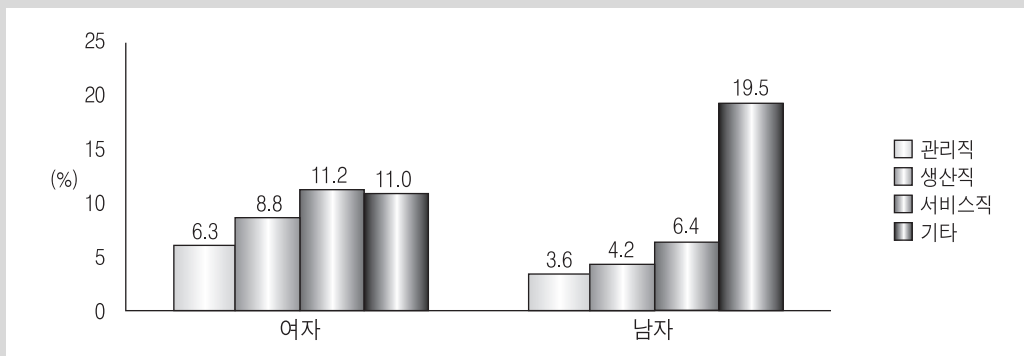
주: 2005년 추계인구로 표준화함. 제4기 국민건강영양조사는 3년간 조사가 수행되어 2007~2009년으로 표시함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사.

그림 14. 19세 이상 성인의 성별 · 소득수준별 활동제한율, 2007~2009년



주: 2005년 추계인구로 표준화. 제4기 국민건강영양조사는 3년간 조사가 수행되어 2007~2009년으로 표시함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사.

그림 15. 19세 이상 64세 이하 성인의 성별 · 직업별 활동제한율, 2007~2009년



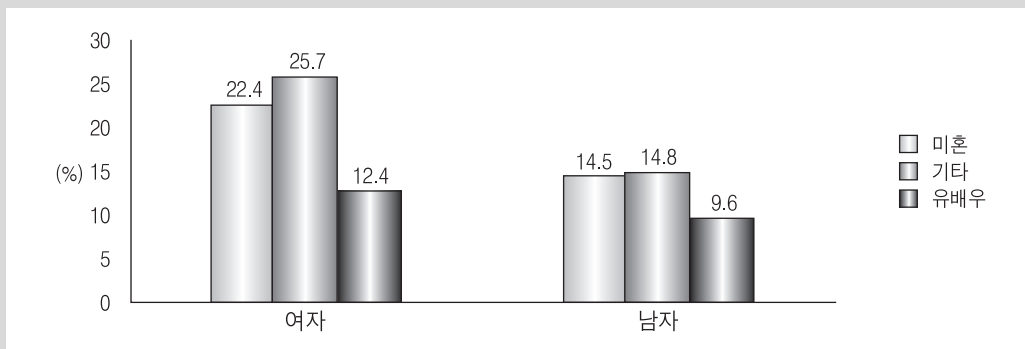
주: 2005년 추계인구로 표준화. 제4기 국민건강영양조사는 3년간 조사가 수행되어 2007~2009년으로 표시함.
자료: 보건복지부 · 질병관리본부, 국민건강영양조사.

며 남성보다 오래 사는 것으로 나타났지만 남녀 간의 기대수명 격차는 감소하고 있다. Oyen 등(2013)은 지난 10년간 유럽국가에서 남녀 간 수명 격차가 감소하고 있다고 보고하였다. 또

한 성별 수명 차이를 생물학적 요인만으로 설명할 수 없으며 생활습관이나 심리적 요인 등이 작용하고 있다고 하였다⁹⁾. McCartney 등(2011)은 흡연이 사망에서 젠더 차이의 40% 정

9) Oyen H, Nusselder W, Kolip P, Cambois E, Robine JM.(2013). Gender difference in healthy life years within the EU: and exploration of the "health-survival" paradox. Int J Public Health, 58, pp.143~155.

그림 16. 19세 이상 성인의 성별·결혼상태별 활동제한율, 2007~2009년



주: 2005년 추계인구로 표준화. 제4기 국민건강영양조사는 3년간 조사가 수행되어 2007~2009년으로 표시함.
 자료: 보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사.

도를 설명하고, 음주는 10~30%를 설명한다고 주장하였다¹⁰⁾.

아마티아 센 (Amartya Sen)은 ‘건강 잠재력 (health capability)’ 개념을 제시하였고, 공정한 사회의 건강목표는 모든 개인들로 하여금 ‘건강할 수 있는 능력’을 실질적으로 보장하는 것이라고 하였다. 이를 위해서 ① 사람들이 최적의 환경에서 실제로 될 수 있고 할 수 있는 것과 ② 그들의 현재 환경에서 될 수 있고 할 수 있는 것 사이 간극을 평가하고 이해하는 것이 매우 중요하다¹¹⁾. 건강 잠재력 관점에서 여성건강을 옹호하는 것은 기계적 평등이 아니라 여성이 가진 건강 잠재력을 최대한 실현하는데 초점을 맞추어야 한다. 따라서 국내에서도 남녀 간의 기대수명 추이를 지켜보고, 여성이 기대수명에 대

한 잠재력을 충족하고 있는지에 대해서 관심을 가져야 한다. 특히 중졸 이하 학력의 여성의 기대수명 증가폭이 가장 적었으므로, 이들 수명증가를 억제하는 원인과 기전에 대한 연구가 필요하다.

앞서 살펴본 바와 같이 여성의 장수가 건강한 생활을 의미하는 것은 아니다. 국내 여성의 자가평가 건강수준이 나쁘다고 응답한 비율은 2001년에서 2009년 까지 모든 시기에서 남자보다 높은 것으로 나타났다. 65세 미만 연령군에서 교육수준에 따라 자가평가 건강수준의 격차가 여자에게서 보다 선형적으로 명확하게 나타났으며 소득수준 사분위수에 따라서 남녀 모두 격차가 관찰되었으나 여자에게서 소득수준에 따라 양반을 관계가 보다 명확하게 나타났다.

10) McCartery G, Mahmood L, Leyland AH, Batty GD, Hunt K.(2011). Contribution of smoking related and alcohol related deaths to the gender gap in mortality: evidence from 30 European Countries. Tob Control, 20, pp.166~168.

11) Ruger JP.(2010). Health capability: conceptualization and operationalization. Health Policy and Ethics, 100(1), pp.41~49.

건강인식에 대한 성별차이와 여성의 사회경제적 지위에 따른 격차는 기존 연구와 일치하는 결과이다. 국내에서 자가평가 건강과 만성질환 양상과 영향 요인을 분석한 연구에 의하면 여자의 주관적 건강 수준이 남자와 차이가 나는데 있어서 사회구조적 요인이나 성역할 등이 영향을 미치고 있다고 하였다(Chun, 2012)¹²⁾.

자가평가 건강수준과 마찬가지로 활동제한율은 남성보다 여성에게서 더 높았으며 동일 연령군을 비교해도 남녀간 차이가 큰 것으로 나타났다. 여성의 사회경제적 지위에 따른 활동제한율의 격차는 학력에서 보다 명확하게 나타났으며, 특히 노인 여성에서는 초졸 이하 학력 집단과 중졸 이상 학력 집단 간 격차가 노인 남성보다 큰 양상을 보였다. 캐나다에서 조사한 바에 따르면 여성 활동제한의 원인은 질병, 노화, 사고 등으로 나타났으며, 질병 중에서는 관절염의 비중이 높은 것으로 나타났다¹³⁾. 국내에서도 여성의 활동제한율이 높은 원인과 기전에 심층 분석이 필요한 것으로 생각된다.

4. 나가며

이 글에서는 여성의 전반적 건강수준을 파악하고 성과 사회경제적 지위에 따른 건강수준 차이를 비교하였다. 그 결과, 여성의 기대수명은 길지만 건강인식은 좋지 않은 것으로 나타났다. 여성건강을 증진하고자 한다면 기대수명의 추이를 주시하고 변화 원인을 파악해야 할 것이다. 특히 사회경제적 지위가 낮은 여성의 건강잠재력을 성취하는데 있어서 어떠한 장애요인이 작동하고 있는지 탐색할 필요가 있다. 또한 여성의 장수를 고려할 때 활동제한은 심각한 건강문제로 간주되어야 하며, 중장년 및 노년기 여성의 활동제한율이 높은 원인을 탐색하고 이를 예방하고 관리하는 방안을 강구해야 할 것이다. **보건복지**

12) Chun H, Cho SI, Khang YH, Kang M, Kim IH.(2012). Trends in gender-based health inequality in a transitional society: a historical analysis of South Korea, J Prev Med Public Health, 45(2), pp.113~121.

13) Crompton S.(2011). Women with Activity Limitations Statistics Canada. <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2010001/article/11545-eng.pdf>