

우리나라 여성과 남성의 건강: 기대수명, 사망률 및 주관적 건강 지표를 중심으로¹⁾



The Health Status of Korean Men and Women: Life Expectancy, Death Rate and Self-rated Health Status

김유미

동아대학교 의과대학 교수

대표 건강 지표인 기대수명, 사망률 및 주관적 건강 지표를 2000~2014년 시기에 걸쳐 성별로 요약함으로써 우리나라의 성별 건강 격차의 현황을 요약하고 여성 건강의 문제를 확인하고자 하였다. 지난 15년 간 한국 여성은 남성에 비해 더 오래 살지만 주관적 건강수준은 나빴다. 여성 내에서 교육수준에 따른 30세 기대여명의 불평등과 소득수준에 따른 주관적 건강인지율의 격차가 관찰되었다. 사망원인에 있어 성별 차이가 있었는데, 여성의 폐암은 발생률에 비해 사망률이 높았으며, 알츠하이머병과 자살은 증가율이 남성에 비해 컸다. 남성과 비교한 여성의 고유한 건강문제 이외에도 여성 내에서도 연령, 사회경제적 지위에 따라 건강의 차이가 있었다. 상대적으로 소외된 여성 건강의 문제를 의제화하기 위한 지속적인 모니터링과 감시가 요구된다.

1. 들어가며

우리나라 여성의 기대수명은 2014년 85.5세로 남성의 기대수명 79세에 비해 약 6년 더 길게 추산된다. 여성의 기대수명이 남성보다 길다는

것은 남성보다 여성이 장수하는 것이므로, 여성의 건강이 남성에 비해 좋거나 여성의 건강 문제는 특별하지 않다는 주장도 있다. 그러나 여성이 남성에 비해 오래 살지만 질병을 많이 앓는 것에 근거하여 여성 건강문제의 타당성과 특수성을 주

1) 한국보건사회연구원(2013). 한국여성의 건강통계. 오송: 질병관리본부

장하기도 한다.

세계적으로 볼 때 여성의 사망과 질병 양상은 국가에 따라 상이하다. 영국, 프랑스, 미국과 같은 유럽과 북미 국가에서 여성과 남성의 인구비는 1.05이나 아시아와 아프리카의 제3세계 국가에서는 0.9~0.95의 인구비를 보인다. 이러한 차이가 전세계적인 여성의 불평등의 근거로 생각되기도 한다²⁾. 한 국가 안에서도 여성이 처한 사회경제적 상황에 따라 건강과 질병은 다르게 분포한다. 우리나라 여성에서도 학력에 따른 기대수명과 사망의 불평등이 비교적 명확하게 보고되고 있다³⁾. 따라서 여성의 건강은 생물학적 요인과 더불어 건강행위, 사회경제적 지위 및 기회의 차이 등 다양한 요인에 의해 결정되는 것으로 볼 수 있다.

여성의 건강을 별도로 다루는 것의 당위성은 우선 전통적으로 보건학과 의학에서 여성의 건강이 소외되었기 때문이다. 1970년대 양성평등이 세계적으로 주요한 의제로 채택되었으나 성인지 통계가 부족하여 관련한 정책 수립의 어려움이 있었다. 국외의 경험을 통해 볼 때 성인지 통계의 개발은 건강정책 수립에 필수적인 것으로 인정되고 있다. 국내에서도 2000년대 이후 성인지(보건) 통계 및 정책 개발 노력이 일정 성과를 내고 있으나 보건분야에서 여성 건강통계에 대한 포괄적인 자료는 부족한 형편이다. 두 번째로 여성에게 성특이적 건강요구가 있기 때문

이다. 건강과 질병의 발생, 결정요인, 경험 등 다양한 측면에서 남녀 간 차이가 있다. 또한 재생산 건강은 여성에게 특이한 건강 요구이다. 세 번째, 여성 건강의 옹호는 규범적으로 타당하다. 평등한 여성 건강을 확보하기 위해서 보건의료가 여성의 건강 문제에 대해 민감하게 대응할 의무가 있다. 네 번째, 효과적 보건사업이 필요하기 때문이다. 대상자인 여성을 고려하지 않은 보건사업은 효과성과 경제성을 담보하기 어렵다⁴⁾.

이 연구는 기대수명, 사망 및 주관적 건강 지표를 활용하여 국내 성별 건강 수준을 요약하고, 여성 건강의 이슈를 확인하는 것을 목표로 하였다. 즉, 기대수명과 주관적 건강지표의 성별·사회경제적 격차를 확인하며, 대표 건강 지표의 성별 추세 변화를 통해 여성의 건강에 있어 주요 문제를 짚어보고자 한다.

기대수명과 사망통계는 우리나라 국민의 전반적인 건강상태를 대표하는 주요한 지표이다. 국제 건강비교에서 중요 지표로써 이용되고 있으며, 우리나라 <국민건강증진종합계획>에서도 건강수명의 연장이라는 주요 목표의 측정지표로 채택된 바 있다. 건강이 질병의 부재가 아니라 신체적, 정신적, 사회적 안녕을 포함하는 개념이기 때문에, 건강에 대한 자가 평가는 신체적 요인과 감정적 요인을 포함하는 건강 수준의 측정 지표로 사용될 수 있다. 주관적 건강 평가는 인구 집단의 건강을 평가하는 지표로서 광범위하게 사

2) Amartya Sen(1992), Missing Women., BMJ, 304(6827), pp.587.

3) 정최경희 외(2013). 건강 수준에서의 불평등: 우리나라 현황, JKMA, 56(3), pp.171.

4) 김유미(2012). 지역사회 성인지 건강 모니터링. 대한예방의학회 추계학술대회 자료집, pp.162.

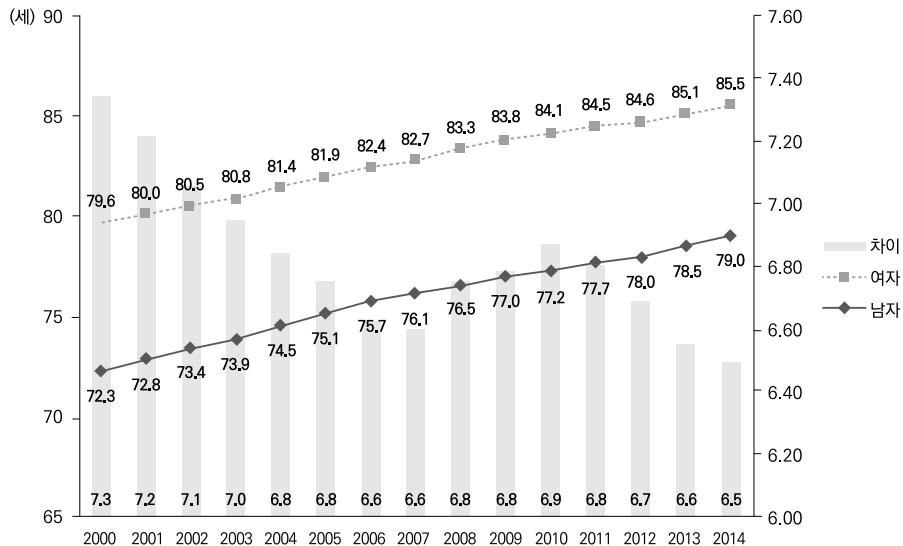
용되고 있으며, 지역사회를 대상으로 수행된 전향적 연구에서 사망률을 예측하는 주요 요인으로 보고되었다⁵⁾. 기대수명, 사망률 및 주관적 건강지표는 통계청 자료를 2차 자료로 활용하였다. 교육수준별 30세 기대여명의 경우 사망원인통계, 주민등록인구 및 인구주택총조사 자료를 활용하여 계산하였다.

2. 기대수명

2000년 여성의 기대수명은 79.6세, 2005년

81.9세, 2010년 84.1세, 2014년 85.5세로 지난 15년간 지속적으로 증가하였다. 남성은 2000년, 2005년, 2010년, 2014년 각각 72.3세, 75.1세, 77.2세, 79.0세였다(그림 1). 모든 연도에서 여성의 기대수명이 남성보다 컸으나 2000년에서 2014년 까지 기대수명의 증가량은 남성이 6.7세로 여성의 5.8세 보다 크게 나타났다. 여성과 남성 간 기대수명의 차이는 2000년 7.4세, 2005년 6.8세, 2010년 6.9세, 2014년 6.5세로 나타나, 2000~2007년 사이 감소 추세에서 2008~2010년 증가 추세였다가 최근 다소 감소하는 양상이었다.

그림 1. 2000~2014년 남녀 기대수명



자료: 통계청(2000~2014), 간이생명표(5세 간격별).

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

2012년 OECD 회원국 34개국 중 우리나라의 여성의 기대수명은 6위를 차지하였다. 성별 기대수명의 차이는 에스토니아, 폴란드, 헝가리, 슬로바키아, 프랑스에 이어 6위를 차지하였다. OECD 회원국 중 여성의 수명이 우리나라보다 더 높은 5개국의 남녀 간 기대수명 격차의 평균은 5.8세 수준이었다. Yang 등은 1970년부터 2005년까지 우리나라 기대수명의 젠더차이를 보고하였는데, 이 연구에서 기대수명의 젠더차이는 80년대 점차 증가하여 최고점에 이르렀다가 다소 감소하는 양상을 나타내었다⁶⁾.

교육수준별 수명의 차이를 확인하기 위해 남녀의 교육수준별 30세 기대여명을 2000년, 2005년, 2010년 시기별로 산출하였다(그림 2). 교육수준이 완료되는 시기를 조작적으로 30세로 설정하였으며, 30세 기대여명은 30세에서 기대할 수 있는 향후 수명을 의미한다.

남녀 모두 시기의 증가에 따라 30세 기대여명이 증가하는 양상을 나타내었다. 여성 대졸 인구 집단의 경우 2000년 52.3세에서 2010년 55.2세로 약 3세 가량의 기대여명 증가를 나타내었고, 남성의 경우 대졸 인구집단의 30세 기대여명은 2000년 45.2세에서 2010년 49.5세로 약 4세 증가하였다. 학력수준별 시기 간 수명의 증가 크기는 중졸 이하 학력에서 가장 적었다.

남녀 모두 학력 수준에 따라서 30세 기대여명

의 격차를 관찰할 수 있었다. 여성에서 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 12.7세, 2010년 12.5세로 관찰되어 2000~2010년 간 교육수준에 따른 30세 기대여명의 불평등이 줄지 않고 지속되었다. 남성의 교육수준별 30세 기대여명 격차의 크기는 여성에 비해 더 큰 수준이었다.

각 시기별 동일한 교육수준에서 여성과 남성 간 30세 기대여명의 차이는 중졸 이하에서 2000년 14.1세, 2005년 13.4세, 2010년 12.6세였는데, 대졸 이상 집단이 2000년, 2005년, 2010년 각각 7.0세, 6.2세, 5.7세로 나타났다. 교육수준이 낮은 계층에서 여성과 남성 간 30세 기대여명의 차이가 더욱 컸고, 중졸 이하 여성의 30세 기대여명은 대졸 남성의 30세 기대여명과 유사하였다.

1970년부터 2005년까지 우리나라 기대수명의 젠더 차이를 사인별, 연령별 사망원인별 기대수명 분해를 통해 분석한 결과⁷⁾, 1970~1979년 기대수명의 젠더차이가 커지는 데에 20~44세 연령군이 66%를 설명하였고, 1992~2005년 15~64세 연령군은 2세 가량 젠더차이를 줄이는데 기여하였다. 1970~1979년 젠더차이의 증가는 재생산 건강의 향상에 따라 여성의 수명이 증

6) Yang S, Khang YH, Chun H, Harper S, Lynch J(2012), The changing gender differences in life expectancy in Korea 1970-200, *Social science & medicine*, 75(7), pp. 1280-7.

7) Yang S, Khang YH, Chun H, Harper S, Lynch J(2012), 위의 책, pp. 1280-7.

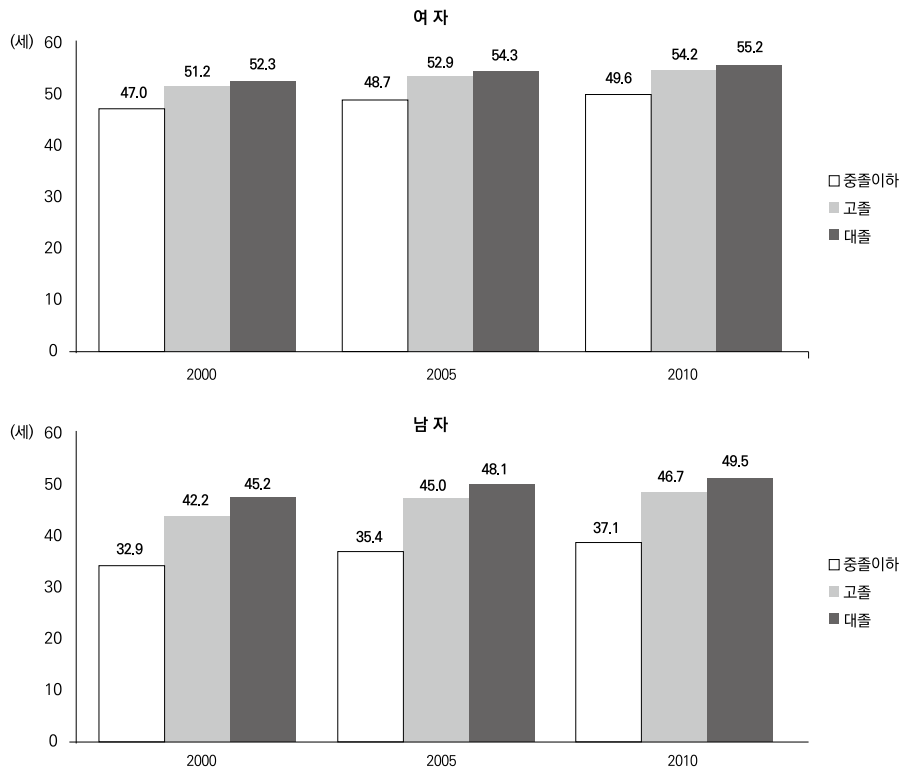
가한 것에 의한 것으로 추정된다. 1992~2005년 시기에 수명의 젠더차이 증가에 기여하는 사망원인은 대장암, 폐암, 당뇨, 허혈성심장질환, 만성하기도질환, 자살이었으며 감소에 기여하는 사망원인은 결핵, 위암, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 운수사고였다. 간질환의 경우 남녀 모두 사망률이 감소하였으나 여성에서 감소 크기가 남성에 비해 작아 젠더차이가 줄어들 수 있고 이는 여성 음주율의 증가에 의한 것일 수 있다. 자살의 경우 남녀 모두 자살률이 증가하지만 증가의 크기가 남성이 더 크기 때문에 젠더차이는 증

가할 수 있으나, 여성에게 자살이 중요한 사망원인임에는 틀림없다.

3. 사망

2000년에서 2014년까지 기대수명의 증가에서 추정할 수 있듯이 성별 사망률은 감소하는 추세를 나타내었다. 통계청 자료에 의하면 2000년 인구십만명당 조사사망률은 여성에서 444.6명에서 2014년 248.9명으로 감소하였고, 남성은

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



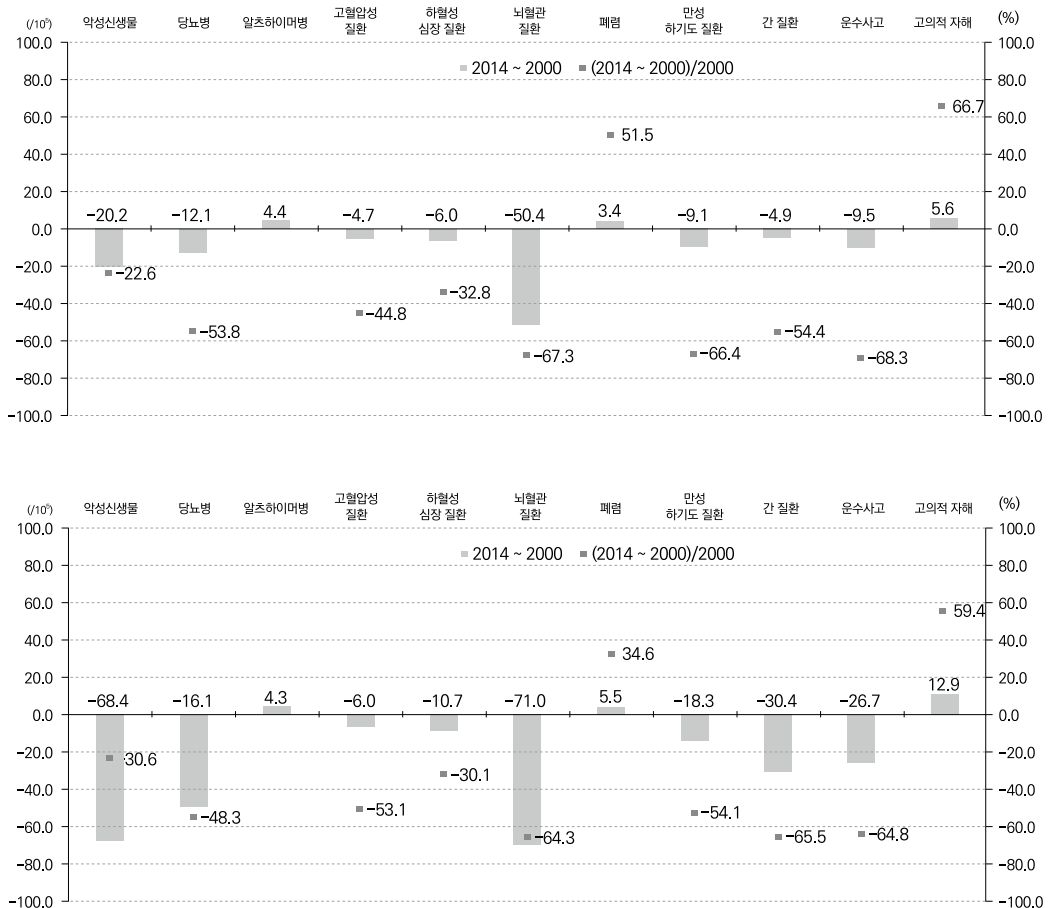
2000년 847.7명에서 493.9명으로 감소하였다.

2014년 우리나라 사망에서 10대 사망원인은 전체 사망원인의 70.5%를 차지하는데 남성과 여성 모두 사망원인 1순위는 암, 2순위는 심장 질환, 3순위는 뇌혈관 질환으로 동일하였다. 4~10 순위 여성 사망원인은 폐렴, 당뇨병, 고의적 자해

(자살), 고혈압성 질환, 알츠하이머병, 만성 하기도 질환, 간 질환의 순서로, 남성의 고의적 자해(자살), 폐렴, 당뇨병, 간 질환, 만성 하기도 질환, 운수사고, 추락의 순서와 비교하여 볼 때 사망원인의 종류와 분율에서 차이를 나타내었다.

2014년 성별 악성신생물(암)의 암종별 사망률

그림 3. 여성과 남성의 사망원인별 2000년과 2014년 사망률 차이와 증가비율



자료: 통계청, 사망원인통계.(2001~2014).

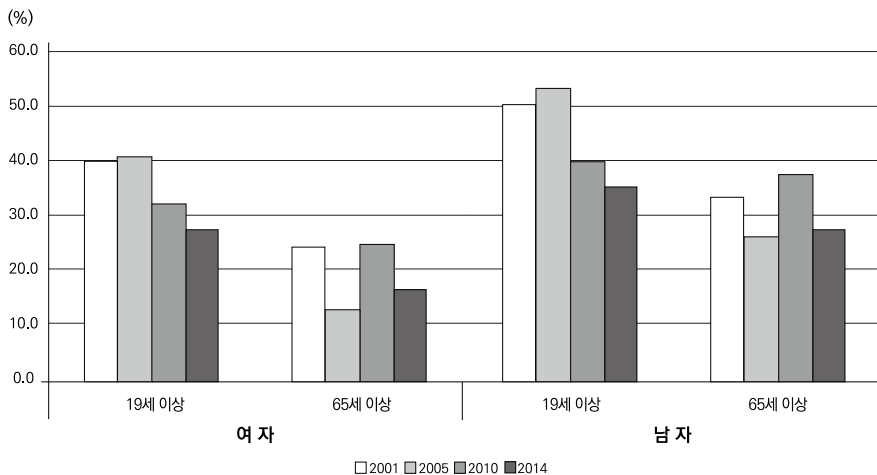
에서 남녀 모두 폐암이 1위를 차지하였다. 2013년 암등록통계의 암종별 발생률에서 여성 암 발생률 1위가 유방암이며, 대장암과 위암이 그 뒤를 차지하여 폐암은 4위에 불과한 것과 대조되는 결과이다.

2000~2014년까지 사망원인별 사망률은 남녀 모두 대부분의 사망원인에서 감소하는 추세였다. 이러한 시기별 변화를 요약하기 위해 절대적인 사망률의 차이(2014년 사망률 - 2000년 사망률)와 상대적인 사망률의 증가((2014년 사망률 - 2000년 사망률)/2000년 사망률)를 (그림 3)에 요약하였다. 알츠하이머병, 폐렴과 고의적 자해(자살) 사망원인이 양수의 값을 나타내었고, 이는 2000년에서 2014년 시기 사이 증가한 사망률을 나타내는 사망원인이다. 남성에서도 이 세 사망원인의 경우 같은 시기 사망률이 증가하였으

나, 상대적인 사망률의 증가는 남성에 비해 여성이 모두 높은 양상을 나타내었다. 보다 구체적으로 남성의 2000년 자살 사망률은 십만명당 21.7명이었고 2014년 34.6명이었는데, 여성의 경우 2000년 8.4명, 2014년 14명이었다. 성별 자살 사망률의 크기는 남성이 여성보다 컸지만, 증가율은 남성이 59%이나 여성이 67%로 더 높게 나타났다.

2011년 사망원인통계의 분석을 통해 볼 때 성별 원인에 따른 비례사망분율 비교에서 65세 이상 인구집단의 뇌혈관질환과 심장질환의 비례사망분율이 남성보다 여성에서 더 높은 양상이었고, 여성 인구 집단 내에서 연령별 원인에 따른 비례사망분율 비교에서 자살은 45~64세 인구집단에서 65세 이상 인구집단 보다 더 높은 분율을

그림 4. 2001~2014년 남녀 주관적 건강인지율



자료: 통계청, 국민건강영양조사: 주관적 건강인지율 2001~2014.

나타내었다⁸⁾.

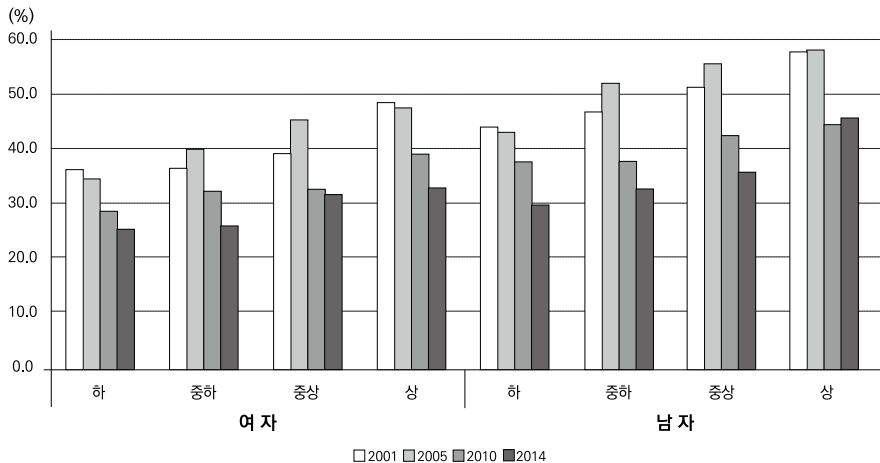
4. 주관적 건강

[그림 4]는 2011~2014년 국민건강영양조사에서 평소에 본인의 건강이 ‘매우 좋음’ 또는 ‘좋음’이라고 생각하는 분율을 19세 이상과 65세 이상으로 연령별로 구분하여 성별로 나타낸 것이다. 남녀 모두 2001년에서 2014년 사이 주관적 건강수준은 감소하는 양상을 나타내었다. 19세 이상 인구집단에서 2001년, 2005년, 2010년, 2014년 여성의 주관적건강인지율은 39.8%, 40.8%, 32.1%, 27.4%로 조사되어, 남성의 50.0%, 52.9%, 40.0%, 35.4%에 비해 모든 연도

에서 여성의 주관적 건강수준이 남성에 비해 낮았다. 65세 이상 인구집단에서도 모든 연도에서 여성의 주관적건강인지율이 남성에 비해 낮았으며, 각 연도별 성별 차이가 2001년 8.9%에서 2014년 10.6%로 증가하였다.

남성과 여성 모두 주관적건강인지율에서 소득으로 측정된 사회경제적 지위에 따른 불평등이 관찰되었다(그림 5). 모든 조사 시기에서 남녀 모두 소득수준이 높은 집단의 주관적건강인지율이 낮은 소득집단에 비해 높게 나타났다. 연도가 높아짐에 따라 소득집단의 주관적 건강인지율은 낮아지는 경향이였다. 2007~2009년 국민건강영양조사를 활용하여 19~64세 성인의 학력수준별 주관적건강수준이 나쁘다고 인지하는 분율은 학력이 낮을수록 남녀 모두 컸으며, 여성에게서

그림 5. 2001~2014년 소득수준에 따른 남녀 주관적 건강인지율



자료: 통계청, 국민건강영양조사: 주관적 건강인지율 2001~2014.

8) 한국보건사회연구원(2014). 수치로 보는 여성건강. 오송: 질병관리본부

계단형의 격차가 확인되었다⁹⁾.

1992~2010년 주관적 건강수준을 25-44세, 45-64세 연령 구분에 따라 분석하여 성별 차이의 변화를 살펴본 연구에 따르면, 젊은 연령집단에서 성별 차이가 줄어드는 양상을 확인할 수 있었다¹⁰⁾. 주관적 건강수준과 유병률의 성별 차이에 사회구조적, 행태적, 사회심리적 요인의 기여를 살펴본 다른 연구 결과, 남성에 비하여 여성에서 자가평가건강과 의사진단 만성질환의 유병률이 모든 연령에서 일관되게 크게 나타났다. 이러한 성별 건강불평등은 사회구조적 요인이 36%-76%로 가장 크게 설명하고 있으며, 사회심리적 요인이 28%-39%, 행태적 요인이 3%-29%로 직접적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 모든 고려한 사회적 결정요인들을 보정하였을 때, 성별 주관적 건강수준의 78%, 만성질환의 86%를 설명하는 것으로 나타났다. 특히, 젊은 연령층에서는 고용조건, 직업 등 사회구조적 요인이 성별 건강불평등의 가장 중요한 요인으로 작용하는 것으로 분석되었다¹¹⁾.

5. 나가며

지난 15년 간 기대수명, 사망 및 주관적 건강 수준을 통해 한국 여성과 남성의 건강수준을 비교할 때, 한국 여성은 남성에 비해 더 오래 살지

만 주관적 건강수준은 나빴다. 여성 안에서 교육 수준에 따른 기대수명의 불평등과 소득수준에 따른 주관적 건강인지율의 격차가 관찰되었다. 여성의 사망원인에서 남성과 차이가 있었는데 사망원인별 사망률의 추이와 연령별 사망원인의 비례사망분율을 종합하여 볼 때, 사망원인에 있어 성별 차이가 있었는데, 여성의 폐암은 발생률에 비해 사망률이 높았다. 알츠하이머병은 사망률의 크기와 증가율이 남성에 비해 컸다. 알츠하이머병과 고혈압성 질환은 남성과 유사한 크기를 보였다. 알츠하이머병은 폐렴, 자살 사망원인과 함께 2000~2014년에 걸쳐 증가한 사망률을 나타내었다. 뿐만 아니라 상대적인 증가율은 남성에 비해 여성이 더 크게 나타났다. 부연하면 남성과 비교하여 여성 고유의 건강문제를 확인할 수 있고, 여성 집단 내에서도 연령, 사회경제적 지위에 따른 건강의 차이가 있었다.

한국 여성은 급속한 경제발전과 함께 증가한 교육과 직업의 기회에 따라 높은 기대수명을 성취할 수 있었으며, 주관적 건강수준의 젠더 간 차이에서도 학력성취와 같은 사회적 기회의 중요성이 확인되었다. 그러나 한국사회는 독특한 유교문화에 따라 성차별이 있기 때문에 여성은 남성보다 낮은 사회경제적 지위를 지니며, 가정에서는 과중한 역할 부담을 안는다. 특히 2000년대 초반까지 상당히 남아있던 여아낙태현상은

9) 한국보건사회연구원(2014). 수치로 보는 여성건강. 오송: 질병관리본부

10) Chun H. et al.(2012). Trends in gender-based health inequality in a transitional society: a historical analysis of South Korea, *Journal of preventive medicine and public health*, 45(2), pp. 113-21.

11) Chun H, et al.(2008). Explaining gender differences in ill-health in South Korea: the roles of socio-structural, psychosocial, and behavioral factors, *Social science & medicine*, 67(6), pp. 988-1001.

한국사회의 뿌리 깊은 성차별을 보여준다. 이러한 사회구조적, 문화적 차별과 불평등 요인은 여성 건강에 주요 장애요인으로 분석되었으며, 한국 여성은 급속한 평균수명의 증가에도 불구하고 여전히 높은 만성질환, 정신관련 질환 및 질병 부담을 지니고 살고 있는 것으로 나타났다¹²⁾. 기대수명의 젠더차이에 기여하는 사인에 대한 평가를 통해서도 복합적 원인의 기여를 추정할 수 있었다. 또한 주관적 건강수준과 만성질환에 대한 연구에서도 사회구조, 건강행위 및 사회심리적 요인이 함께 성별 격차를 설명할 수 있었다¹³⁾.

기대수명, 사망 및 주관적 건강수준을 통해 확인한 이러한 성별 건강의 격차는 감소하는 것이 바람직한 방향일 것이다. 그 방향은 여성과 남성 모두 수명의 증가와 건강의 성취가 증진되면서 격차는 줄어드는 것이다. 남성이 여성에 비해 건강위해요인의 노출이 크게 되어 남성이 성취할

수 있는 수명과 건강의 수준에 비해 수명과 건강 수준이 낮아져서 남녀 간 격차가 벌어진다면 바람직하지 않다. 또한 여성의 건강위해요인의 노출 증가로 인해 수명이 낮아짐으로써 남녀 간 격차가 줄어드는 것도 바람직한 방향은 아니다. 따라서 성별 수명과 건강을 파악하기 위한 지속적인 모니터링과 차이를 해석하기 위한 연구는 모든 인구집단의 건강을 향상할 수 있는 중요한 단서를 추가할 수 있다.

한편 여성 건강 문제에서 젠더 영향은 가장 중요한 결정요인이다. 성별 건강의 구성과 결정의 메카니즘에는 젠더 차별이라는 권력의 문제가 기저에 자리잡고 있다. 젠더에 따른 사회적 규범과 차별은 여성 건강 수준을 결정하는 문제임과 동시에 문제 정의와 해석에도 큰 영향을 미친다. 따라서 여성 건강 통계의 생산, 배포, 해석에는 여성과 젠더 감수성이 더욱 강조된다. ■

12) Chun H. et al.(2006). Understanding women, health, and social change: the case of South Korea, International journal of health services : planning, administration, evaluation, 36(3), pp. 575-92; 천희란(2012). 시선, 한국건강행평성학회 소식. 16. pp. 1-3.

13) Chun H, Khang YH, Kim IH, Cho SI(2008), Explaining gender differences in ill-health in South Korea: the roles of socio-structural, psychosocial, and behavioral factors, Social science & medicine, 67(6), pp. 988-1001.