

지표로 보는 한국여성의 정신건강



Korean Women's Mental Health Indicators

전진아

한국보건사회연구원 부연구위원

국내외에서 정신장애 유병률이 증가하고, 정신건강 문제로 인한 부담이 증가함에 따라 전체 보건영역에서 정신건강의 중요성과 심각성은 점차 커지고 있다. 정신건강 문제를 이해하는데 있어 성별 차이를 보는 것은 매우 중요한 데, 이는 사회경제적 위치, 자원への 접근성, 치료への 접근성 등과 성별이 연결되어 있기 때문이다. 이에 따라 본 연구는 주요 지표들을 중심으로 여성 정신건강의 현황과 시간에 따른 변화 양상을 살펴보았다. 그 결과 기분장애와 불안장애에서 여성의 유병률이 높게 나타났으며, 우울증상 경험율과 우울장애 유병률 모두 여성이 남성보다 약 2배 높게 나타났다. 인구사회학적 특성을 보면 노인의 정신건강 수준이 전반적으로 낮게 나타났으나, 최근 19~29세 여성의 정신건강 수준이 낮게 나타나 젊은 연령층의 정신건강 문제에 대한 접근이 요구되고 있다.

1. 들어가며

지표는 국가 및 지역 단위의 목표를 설정하고 정책의 현황을 시간의 변화에 따라 지속적으로 모니터링하여 정책의 효과성을 측정하는데 활용

된다. 정신건강의 중요성에 대한 인식이 증가하고 정신 장애로 인한 높은 사회경제적 비용 부담 수준, 특히 우울로 인한 부담이 전 세계적으로 강조되는 추세에 따라¹⁾ 국내에서도 정신건강에 대한 지표들이 다양한 조사들을 통해 정기적

1) Murray, et al.(1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. World Health Organization. p. 4.

으로 생산 및 발표되고 있다.

정신건강은 모든 생애주기에서 남녀의 신체 및 사회적 건강에 고루 영향을 미치며, 남녀 모두에게 중요하긴 하지만 정신건강 영역에서 성별 차이를 살펴보는 것은 필수적이다. 이는 정신건강에서의 남녀 차이가 지속적으로 보고되기 때문인데(WHO, 2010)²⁾, 실제로 정신건강 영역의 국내외 지표들을 살펴보면 기본적으로 남녀 차이 및 남녀 내부 집단 간의 차이를 제시하고 있다.

또한 여성 내부에서도 연령과 결혼상태와 같은 인구학적 특성과 소득수준, 교육수준과 같은 사회경제적 특성에 따라 차이를 보이므로³⁾, 정신건강에서의 남녀의 차이, 여성의 인구사회경제학적 특성에 따른 정신건강 수준을 파악하고 그 차이를 이해하는 것은 타겟화된 정신건강증진을 도모하기 위해 중요하다.

국내외에서는 주로 정신장애 유병률이나 자가 보고(self-reported) 중심의 정신건강 수준에 대한 지표를 생산하고 있으나, 호주와 같은 일부 국가에서는 정신건강서비스에의 접근성 및 치료 여부 등을 지표로 생산하여 제시하고 있기도 하다. 또한 국외에서는 이미 정신건강을 포함한 여성건강 지표들을 생산하여 관련 정책 수립 및 평가에 활용하고 있다. 정신건강 영역을 중심으로 살펴보면 미국의 Womens' Health USA, 캐나다의 Women in Canada, 호주의 Women's

Health Australia는 정기적으로 정신건강 수준 및 정신장애 유병률, 정신건강서비스 접근률 등에 대한 성별 비교 및 여성내부 집단 간 차이를 지표를 통해 제시하고 있다. 국내에서도 지난 2013년 질병관리본부는 정신건강 영역을 포함한 여성 건강통계를 발간하였으며, 그 외에도 국민건강영양조사 등의 조사통계 등을 통해 여성 정신건강 관련 통계치들이 매년 혹은 일정 주기를 두고 생산 및 발표되고 있다.

본 연구에서는 국내에서 생산되는 조사통계들을 활용하여 여성 정신건강 현황을 주요 지표들을 중심으로 살펴보았다. 지표의 목적 중 하나인 여성의 정신건강 수준을 모니터링하기 위해서 분석 자료가 가능한 경우 시간에 따른 변화 양상 역시 살펴보았다. 또한 기존 연구에서 제시하는 바와 같이 남녀 차이를 비롯하여 인구사회경제학적 특성에 따른 여성의 정신건강 차이도 분석하였다.

2. 여성 정신건강의 주요 지표 및 현황

국내외 지표에 대한 검토를 바탕으로⁴⁾, 여성의 정신건강 현황을 살펴보기 위해 본 연구에서 활용한 주요 지표는 다음의 <표 1>과 같다. 우선 보건복지부에서 5년 주기로 생산하고 있는 정신질환 실태역학조사를 활용하여(조명제 외, 2011),

2) WHO(2010). Department of Mental Health and Substance Dependence, Gender disparities in mental health.

3) 김남순 외(2013). 한국 여성의 건강통계, 질병관리본부.

4) 질병관리본부(2015). 수치로 보는 여성건강통계, 질병관리본부.

정신장애 유병률에서의 남녀 차이를 2001, 2006, 2011년 자료를 바탕으로 살펴보았다. 다음으로는 대표적인 여성 정신건강 문제인 우울을 우울증상경험률, 우울장애 유병률로 살펴보고, 그 외에도 스트레스, 자살생각을 중심으로 현황 및 시간에 따른 변화 추이를 살펴보았다.

정신장애 유병률을 제외하고 동일하거나 유사한 지표들이 다양한 조사에서 생산되며, 성인 뿐 아니라 청소년 정신건강 지표들 역시 청소년건강태온라인 조사 등과 같은 조사통계에서 생

산되고 있다. 본 연구에서는 만 19세 이상인 성인 여성에 초점을 두고, 여성 정신건강 현황 및 시간에 따른 변화추이를 살펴보기 위해 질병관리본부가 수행하는 국가단위의 표본조사인 국민건강통계를 생산하는데 사용되는 국민건강영양조사를 활용하였다⁵⁾.

지표들 중 종단으로 측정된 지표들은 연도별 변화추이를 성별로 살펴보았으며, 대표적인 인구사회경제학적 특성인 연령과 소득수준을 중심으로 여성의 정신건강 차이를 살펴보았다. 새로

표 1. 영역별 주요 여성 정신건강 지표

영역분류	중분류	주요 지표	산출연도	출처
정신장애	모든 정신장애	정신장애 유병률	2001,	정신질환실태역학조사
	기분장애	기분장애 유병률	2006,	
	불안장애	불안장애 유병률	2011	
우울	우울증상경험	우울증상 경험률	2007-2013	국민건강영양조사
	우울장애	우울장애 유병률	2014	
스트레스	스트레스인지	스트레스 인지률	2007-2014	국민건강영양조사
자살	자살생각	자살생각률	2013	국민건강영양조사

운 문항으로 추가된 지표들인 경우 성별 차이와 더불어 보다 세부적인 인구사회경제학적 특성을 중심으로 기술하였다.

가. 정신장애 유병률⁶⁾

정신장애 유병률은 모든 정신장애 일년 유병

률, 주요 우울장애 등을 포함한 기분장애 일년 유병률, 불안장애 일년 유병률로 살펴보았다. 앞서 잠시 언급한 바와 같이 정신장애 유형별로 살펴보면 성별 차이가 존재하는데, 일반적으로 기분장애, 불안장애 등은 여자에게 많이 발생하므로, 이를 중심으로 현황과 변화 추이를 살펴보았다.

5) 국민건강영양조사는 1998년 제1기, 2001년 제2기, 2005년 제3기 이후 2007년부터 매년 조사되고 있으며, 본 연구는 최근 10년 치의 경향성을 살펴보기 위해 2005년 자료부터 활용하였음. 조사되는 주기변경(우울증상경험률)와 새로운 문항 사용(자살생각률과 PHQ-9을 활용한 우울장애 유병률)으로 인해 지표에 따라 활용한 자료는 상이함.

6) 본 고에서 제시하는 정신장애 유병률은 1년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 비율인 일년 유병률임. 또한 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않은 수치임(조맹제 외, 2011)

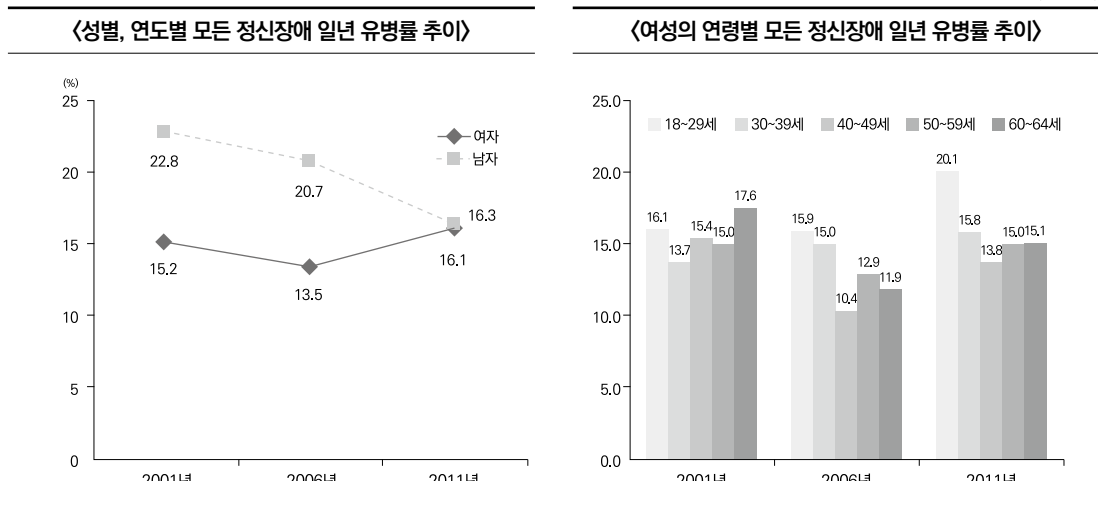
우선 모든 정신장애 일년 유병률은 만 18세 이상인 사람의 수 대비 총 25개의 정신건강장애 중에서 한 가지 이상의 정신장애에 최근 1년간 이환된 경험이 있는 경우로 측정되었다(보건복지부, 2011)⁷⁾. 2006년까지 모든 정신장애 일년 유병률은 남성(2001년=22.8%, 2006년=20.7%)이 여성보다(2001년=15.2%, 2006년=13.5%) 높게 나타났으나, 2011년의 경우 여성이 16.1%, 남성이 16.3%로 나타나 성별 차이가 나타나지 않았다(조맹제 외, 2011). 또한 여성의 연령별 모든 정신장애 일년 유병률을 보면⁸⁾, 다른 연령대에서는 감소하거나 유지되는 것에 반해 18~29세의

초기 성인기에서 정신장애 일년 유병률이 2001년 16.1%에서 2011년 20.1%로 증가한 것을 알 수 있다.

기분 장애는 주요 우울장애, 기분부전장애, 양극성 장애 등을 일컫는 것으로, 기분장애 일년 유병률은 남녀 모두에서 연도별로 증가추세에 있으나, 2001년부터 2011년까지 여성이 남성보다 높게 나타났다(2011년 여성=4.8%, 남성=2.3%). 여성의 기분장애의 일년 유병률을 연령별로 살펴보면 18-29세의 기분장애 유병률의 증가가 두드러진다(2001년=2.8%, 2011년=6.1%). 2001년의 경우 60대(5.9%), 2006년의 경우 50

그림 1. 만 18세 이상 만 65세 미만 성인의 모든 정신장애 일년 유병률 추이(2001~2011)

(단위: %)



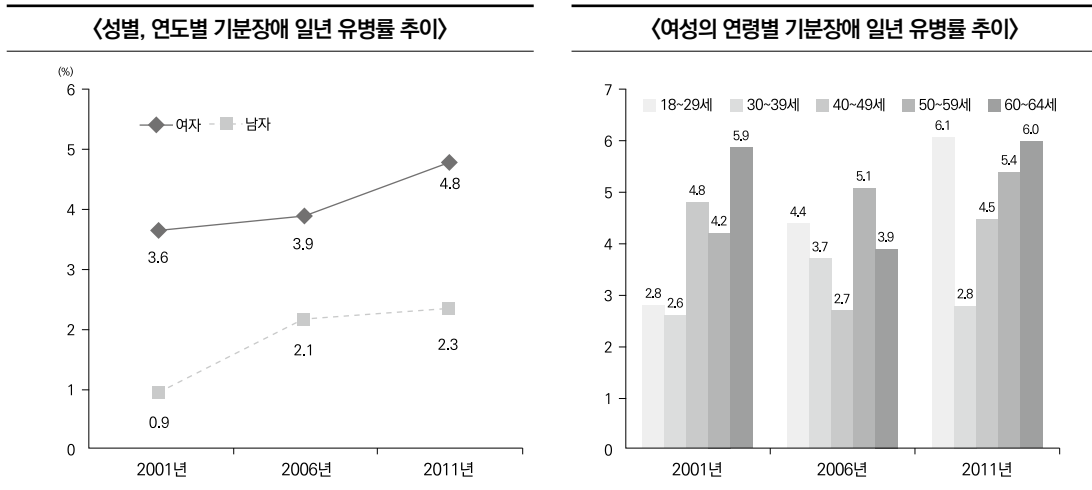
자료: 질병관리본부·국립보건원(2015). 수치로 보는 여성건강. pp. 55-56; 2001, 2006, 2011년도 정신질환실태 역학조사. 보건복지부.

7) 2001년과 2006년에 실시된 정신질환실태역학조사는 만 18세 이상 만 65세 미만인 성인을 대상으로 정신장애 유병률을 조사하였으나, 2011년부터는 조사대상 연령이 만 75세 미만으로 확대됨. 본 원고에서는 연령별 정신장애 유병률 비교를 위해 만 18세 이상 만 65세 미만으로 한정하여 제시하였음.

8) 여성의 연령별 정신장애 일년 유병률의 경우 2011년 조사가 만 60세 이상 만 65세 미만의 유병률 수치를 제공하지 않아, 2011년도는 만 60세 이상 69세 이하의 유병률을 제시하였음. 이는 기분장애와 불안장애 일년 유병률에도 해당함.

그림 2. 만 18세 이상 만 65세 미만 성인의 기분장애 일년 유병률 추이(2001~2011)

(단위: %)



자료: 질병관리본부·국립보건원(2015). 수치로 보는 여성건강. pp.57; 2001, 2006, 2011년도 정신질환실태 역학조사. 보건복지부.

대(5.1%)의 기분장애 유병률이 높게 나타났으나, 2011년에는 이들 간 차이가 거의 없는 것으로 나타났다.

이와 유사한 양상은 불안장애⁹⁾에서도 살펴볼 수 있다. 남녀 간 시간에 따른 추이에는 차이가 있으나, 불안장애 일년 유병률은 여성이 남성보다 일관되게 높게 나타났다. 2011년의 경우, 불안장애 일년 유병률은 여성이 10.0%, 남성이 3.7%로 남성에 비해 여성이 약 3배 정도 높게 나타났다. 불안장애 유병률의 연령별 추이는 연도별로 볼 때 일관적인 양상을 보이지 않았다. 구체적으로 보면 기분장애와 유사하게 2001년은 60대가 가장 높게 나타났으나(13.3%), 2011년에는

18~29세(12.6%)가 가장 높은 불안장애 유병률을 보였다.

요약하면 여성의 기분장애와 불안장애 일년 유병률은 2001년 대비 증가하였으며, 연령별로 보면 전통적으로 정신건강에 취약한 60대의 정신장애 유병률이 높게 나타나기는 하지만 최근 들어 19~29세 여성의 기분장애와 불안장애 유병률이 두드러지게 높게 나타났다. 이에 따라 노년기 뿐 아니라 초기 성인기 여성 대상 접근이 필요해 보인다.

나. 우울

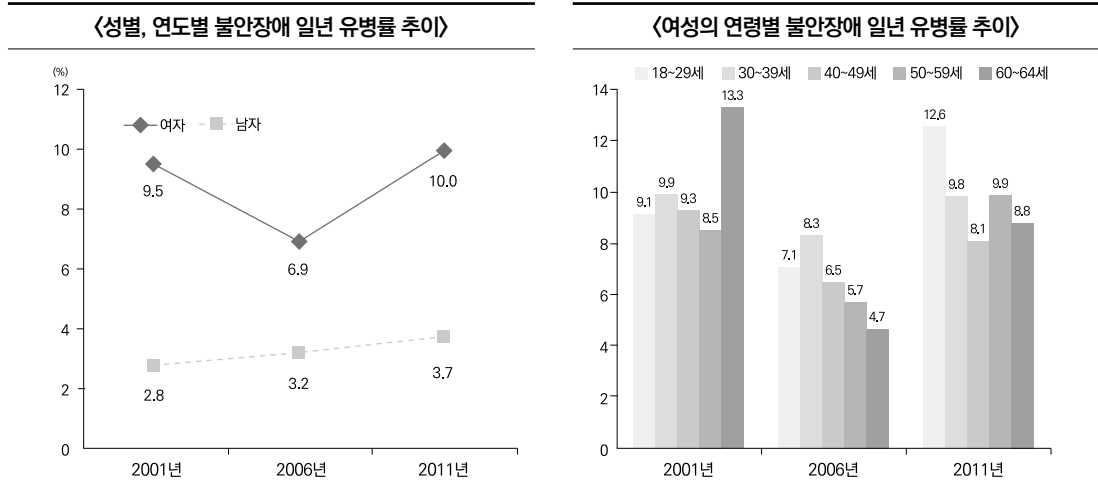
우울은 여성의 대표적인 정신건강 문제로서¹⁰⁾,

9) 불안장애는 강박장애, 외상 후 스트레스 장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 특정공포증과 범불안장애를 포함함.

10) Piccinelli. et al.(1997). Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Geneva: World Health Organization. p. 25.

그림 3. 만 18세 이상 만 65세 미만 성인의 불안장애 일년 유병률 추이(2001~2011)

(단위: %)



자료: 질병관리본부·국립보건원(2015). 수치로 보는 여성건강. pp.58-59. 2001, 2006, 2011년도 정신질환실태 역학조사. 보건복지부.

여성의 우울을 경감시킬 수단 있다면 질병과 장애부담을 줄일 수 있는 가장 효과적인 방법이 될 것이라고 기존 연구들은 언급하기도 한다. 우울은 흡연과 음주와 같은 건강을 해치는 행동들 뿐 아니라 만성질환, 자살 시도 및 사망과도 연관성이 높으므로¹¹⁾ 여성의 우울에 대한 지속적인 모니터링이 필요하고 그에 따른 예방 및 치료 정책이 필요하다.

여기에서는 국민건강영양조사를 활용하여 2013년까지 성인을 대상으로 측정된 우울증상 경험률과 2014년부터 새롭게 측정된 우울장애 유병률을 중심으로 남녀의 차이 및 여성 내부 집단 간 차이를 살펴보았다.

1) 우울증상 경험률

우울증상 경험률은 지난 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 사람의 분률로 측정되었으며, 연도별 변동은 있으나 2005년에 비해 2013년의 우울증상 경험률은 남녀 모두에게서 감소하였다. 하지만 여성의 우울증상 경험률은 남성의 우울증상 경험률에 비해 일관적으로 높게 나타났으며, 2013년의 경우 여성의 우울증상 경험률은 13.7%로 남성의 6.6%에 비해 약 2배 정도 높게 나타났다.

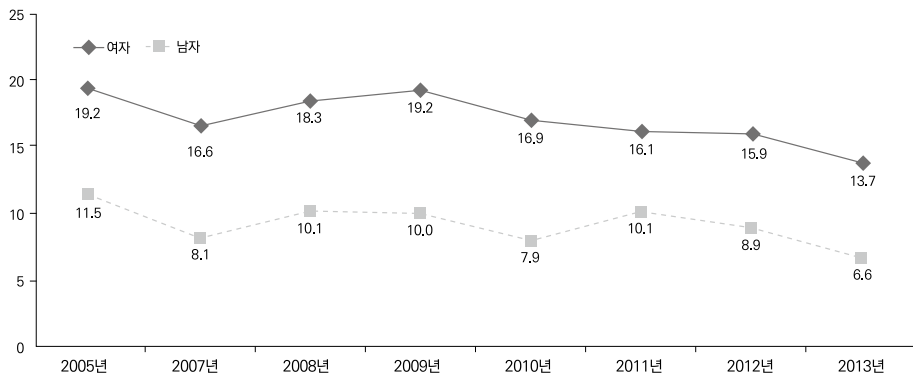
여성의 연령 및 소득수준별 우울증상 경험률을 연도별로 살펴본 결과는 다음의 <표 2>와 같

11) Colton, C. W. et al. (2006). "Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states", Preventing Chronic Disease, 3(2): A42. pp. 1~14.

다. 2005년에 비해 모든 연령대에서 우울증상 경험률은 감소하였으나, 젊은 연령층에 비해 중장년층 및 노인 여성의 우울증상 경험률이 대체적으로 높게 나타났다. 소득수준별로 보면 기존 연구에서 제시하는 바와 같이¹²⁾ 소득수준이 낮을수록 우울증상 경험률이 높게 나타났으며 2013년의 경우 소득수준이 가장 낮은 집단의 우울증상 경험률은 18.0%로 가장 높았다.

그림 4. 성별, 연도별 우울증상 경험률 추이(2005~2013)

(단위: %)



자료: 보건복지부·질병관리본부(2013). 2013 국민건강통계를 바탕으로 재구성함

표 2. 여성의 연령별, 소득수준별 우울증상 경험률(2005~2013)

(단위: %)

	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
연령								
19~29세	17.3	14.6	16.6	19.1	18.1	16.6	13.1	12.6
30~39세	14.9	12.3	13.4	14.6	12.8	12.7	13.2	11.0
40~49세	17.1	13.9	16.6	17.8	14.3	15.5	17.5	11.6
50~59세	23.2	19.1	22.4	22.4	22.0	18.5	17.4	17.7
60~69세	29.5	27.3	26.6	24.1	20.5	18.5	18.4	16.8
70세 이상	24.3	25.3	26.4	26.6	20.1	19.5	22.3	20.1
소득수준 ¹³⁾								
하	24.4	21.8	22.1	23.5	21.9	19.7	20.4	18.0
중하	19.1	17.8	18.4	18.9	15.7	17.7	15.6	12.8
중상	17.1	14.5	17.3	19.8	15.4	13.3	13.1	13.0
상	15.3	11.4	15.2	15.1	14.7	13.5	13.3	10.9

자료: 보건복지부·질병관리본부(2013). 2013 국민건강통계를 바탕으로 재구성함표 2. 여성의 연령별, 소득수준별 우울증상 경험률, 2005~2013.

12) 강상경, 권태연(2008). 사회경제적 지위가 우울수준에 미치는 영향과 생애주기별 차이에 대한 탐색적 고찰. 정신보건과 사회사업, 30, pp. 332~355.

2) 우울장애 유병률

2014년부터 국민건강영양조사에서는 우울선별도구인 PHQ-9(Patient Health Questionnaire-9) 척도를 도입하여 우울장애 유병률을 산출하고 있다¹⁴⁾. 전체 성인의 우울장애 유병률은 6.7%로 나타났으며, 여성은 9.1%, 남성은 4.2%로 나타나, 우울증상 경험률과 유사하게 여성이 남성보다 약 2배 높은 우울장애 유병률을 보였다.

인구사회경제학적 특성별 우울장애 유병률을 살펴본 결과는 다음의 <표 3>과 같다. 70세 이상인 여성일수록(16.4%), 교육수준과 소득수준이 낮을수록, 배우자가 없는 경우(14.9%) 우울장애 유병률이 높게 나타났다. 또한 19-29세인 여성(11.9%)과 60대 여성의 우울장애 유병률(10.5%)이 높게 나타났으며, 직업의 경우 사무직인 여성이 다른 직업을 가진 여성에 비해 우울장애 유병률이 낮게 나타났다(4.7%). 남성의 경우 연령별로는 우울장애 유병률에 유의미한 차이는 나타나지 않았으나 여성과 동일하게 교육수준과 소득수준이 낮을수록 우울장애 유병률이 높게 나타났다.

간단히 요약하면 우울증상 경험률과 우울장애 유병률로 살펴본 여성의 우울은 남성보다 높은

것으로 나타났다. 우울증상 경험률의 경우 최근 감소하는 추세이나 남성에 비해 여전히 약 2배정도 높게 나타나며, 최근 생산되기 시작한 우울장애 유병률 역시 여성이 남성에 비해 높게 나타났다. 또한 기존 연구에서 제시하는 바와 같이 노인 및 중장년층 여성, 낮은 사회경제적 지위를 가진 집단에게서 우울증상 경험률 및 우울장애 유병률이 높게 나타났다.

다. 스트레스

스트레스는 자신의 능력에 벗어나는 것을 요구받을 때 혹은 가족의 죽음, 실직 등 적응이 필요한 중요한 사건에 노출됐을 때 발생한다고 한다¹⁵⁾. 스트레스는 우울과 유사하게 음주·흡연과 같은 건강을 해치는 행동뿐 아니라 불규칙한 식습관 및 우울 수준과도 높은 연관성을 보인다¹⁶⁾.

스트레스 수준을 측정하는 것은 스트레스를 정의하는 것만큼이나 어려운 일이다. 기존 통계조사에서는 평상시 생활 중에 스트레스를 대단히 많이 혹은 많이 느끼는 사람의 비율로 측정된 스트레스 인지율을 주로 활용하고 있다. 여기에서는 국민건강영양조사에서 측정하는 스트레스 인지율을 활용하여 남녀 차이 및 여성 내부 집단 간 차이를 살펴보았다.

13) 2005년 추계인구를 활용하여 연령 표준화된 수치임.

14) PHQ-9척도의 9문항의 합을 산출하여 총점 27점 중 10점 이상인 경우를 우울장애가 있다고 간주하여 우울장애 유병률을 산출함(보건복지부·질병관리본부, 2014).

15) Adler et al.(1994)., "Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient", American Psychologist, 49(1), pp. 15-24.

16) 김정선, 신경림(2004). "성인여성의 우울과 스트레스, 사회적 지지에 관한 연구", 대한간호학회지, 34(2), pp. 352-361; 김영옥(2003). "한국성인의 주관적 스트레스와 식품 및 영양소 섭취와의 관련성", 대한지역사회영양학회지, 8(3), pp. 340-348.

표 3. 성별, 인구·사회·경제학적 특성별 우울장애 유병률(2014)

(단위: %)

	여성		남성	
	분률	표준오차	분률	표준오차
전체	9.1	0.7	4.2	0.5
연령				
19~29세	11.9	1.8	4.9	1.4
30~39세	6.7	1.2	6.1	1.3
40~49세	5.5	1.1	2.1	0.7
50~59세	7.6	1.5	4.4	1.2
60~69세	10.5	1.8	3.6	1.1
70세 이상	16.4	2.1	3.7	1.2
결혼상태				
유배우자	9.4	1.4	4.9	2.0
무배우자	14.9	1.7	6.2	1.3
교육수준(65세 미만)				
중학교 졸업이하	6.2	3.4	5.8	3.3
고등학교 졸업	8.6	1.3	4.8	0.9
대학교 졸업 이상	6.6	1.0	3.5	0.9
교육수준(65세 이상)				
초등학교 졸업이하	15.6	1.9	5.3	1.9
중학교 졸업이상	7.9	2.4	2.3	0.9
소득수준				
하	12.1	1.5	8.0	1.5
중하	8.3	1.1	2.0	0.6
중상	8.8	1.4	3.7	1.0
상	6.0	1.1	3.4	1.0
직업구분				
사무직	4.7	1.1	1.9	0.6
육체직	9.1	3.5	5.8	1.7
서비스/판매직	9.3	2.0	6.1	1.8
무직	9.6	1.3	7.5	2.2
거주지역				
동	8.9	0.8	4.5	0.6
읍/면	9.3	2.2	2.7	0.9

주: 2005년 추계인구를 활용하여 연령표준화한 수치임.
 자료: 2014 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석함.

2005년부터 2014년까지 측정된 스트레스 인지율을 살펴보면 연도별 변동은 있으나 일반적으로 여성의 스트레스 인지율이 남성에 비해 높았으며, 남녀 모두 2005년보다 2014년의 스

트레스 인지율이 낮게 나타났다. 2014년의 경우 여성의 스트레스 인지율은 28.6%로 남성의 24.4%보다 높게 나타났다.

여성의 연령 및 소득수준별 스트레스 인지율

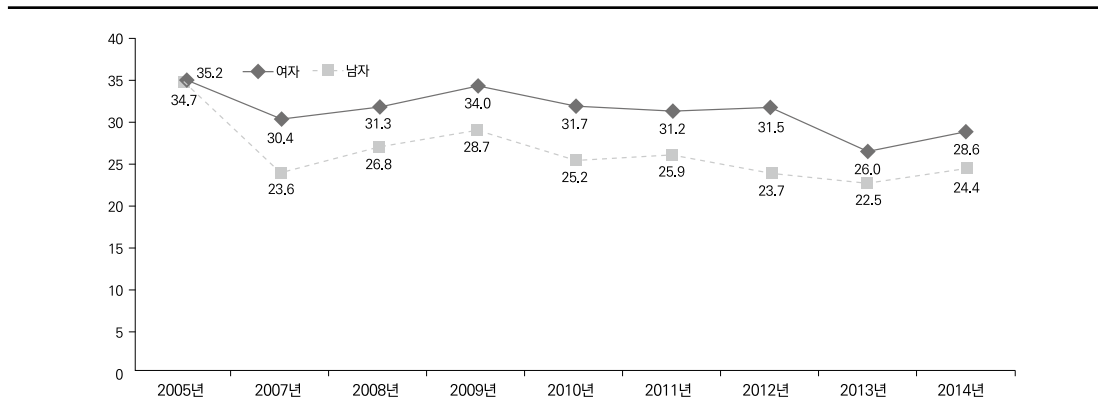
을 연도별로 살펴본 결과는 다음의 <표 4>와 같다. 연령에 따라 살펴보면 20~30대 여성의 스트레스 인지율이 다른 연령층의 여성들보다 높게 나타났다(20대=36.3%, 30대=35.4%). 2005년과 2014년을 비교해보면 다른 연령대의 여성들의 스트레스 인지율은 감소하는 추세를 보였으나 20~30대 여성의 스트레스 인지율은 변화가 없

거나 오히려 증가하는 양상을 보였다. 소득수준별로 보면 소득수준이 낮을수록 스트레스 인지율이 높게 나타났으며 2014년의 경우 소득수준이 가장 낮은 집단의 스트레스 인지율은 33.7%로 가장 높았다.

앞서 잠시 언급한 바와 같이 스트레스 인지율은 스트레스 수준을 의미한다고는 보기 어렵다.

그림 5. 성별, 스트레스 인지율 추이(2005~2014)

(단위: %)



자료: 보건복지부·질병관리본부(2014). 2014 국민건강통계를 바탕으로 재구성함.

다만 연령 및 소득수준별 스트레스 인지율 차이를 생각해볼 때, 다음의 것을 생각해 볼 수 있다. 우선 소득수준이 낮을수록 스트레스 인지율이 높게 나타나는 것은 일반적으로 스트레스가 경제적 문제와 높은 상관성을 가지는 데에서 기인한다고 볼 수 있다¹⁸⁾. 스트레스 원인에 대한 조사

에서도 경제문제는 빠지지 않고 등장하며, 이는 생애주기별로 공통된 것으로 나타났다¹⁹⁾. 또한 연령과 관련하여 기존 연구는 직장생활, 양육스트레스, 부모-자녀관계, 취업, 건강문제 등 생애주기별로 다른 스트레스 원인을 가진다고 보고한다.

17) 2005년 추계인구를 활용하여 연령표준화된 수치임.

18) 엄태완(2008). "빈곤층의 경제적 스트레스와 우울 관계에서 자기효능감과 사회적 지지의 효과", 정신보건과 사회사업. 28(0), pp.36-66.

표 4. 여성의 연령별, 소득수준별 스트레스 인지율(2005~2014)

(단위: %)

	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
연령									
19~29세	37.0	34.9	39.6	42.4	38.8	40.6	45.5	30.5	36.3
30~39세	32.2	29.0	30.5	34.9	33.4	33.0	30.4	26.5	35.4
40~49세	30.8	28.4	27.9	29.6	26.3	27.4	28.8	23.0	24.2
50~59세	39.5	23.9	27.3	29.1	29.6	23.8	21.4	21.0	23.0
60~69세	43.7	35.8	28.0	35.0	28.5	26.8	25.6	26.9	17.3
70세 이상	32.9	32.0	31.1	26.7	29.9	29.1	27.6	28.0	22.4
소득수준 ¹⁷⁾									
하	39.7	32.8	37.0	37.5	38.5	34.6	34.8	31.9	33.7
중하	35.1	32.7	31.4	37.3	30.2	31.6	30.2	27.7	27.6
중상	35.2	27.6	30.3	32.9	26.4	29.5	28.5	22.9	27.3
상	30.6	29.6	26.1	28.5	30.0	28.8	31.3	21.0	25.4

자료: 보건복지부·질병관리본부(2014). 2014 국민건강통계를 바탕으로 재구성함.

라. 자살

한국 통계청에 의하면 2014년 자살로 인한 사망률은 인구 십만명당 27.3명으로 2013년 대비 각 4.5% 감소하였으나²⁰⁾ 여전히 OECD 국가 중 자살률이 가장 높다. 기존 연구에서 제시하는 바와 같이 자살로 인한 사망률은 남성이 여성에 비해 높게 나타나고 있으나, 자살을 심각하게 고려해본 적이 있는 사람의 비율로 측정되는 자살생각률은 여성이 남성보다 높게 나타난다. 기존 연구에서는 우울과 같은 정신질환이 자살에 주요한 영향을 미친다고 보고하고 있으며²¹⁾, 그 외에도 연령, 성별, 결혼상태, 교육수준과 같은 인구

사회학적 특성들이 요인으로 보고되고 있다²²⁾.

여기에서는 자살로 인한 사망률이 아닌 개인이 지난 1년 동안 진지하게 자살을 생각한 적이 있는지 여부로 측정된 자살생각률²³⁾을 중심으로 살펴보았다. 전체 성인의 자살생각률은 4.6%로 나타났으며, 여성은 5.7%, 남성은 3.5%로 나타나 여성이 남성보다 높은 자살생각률을 보였다.

인구사회경제학적 특성별 자살생각률을 살펴본 결과는 다음의<표 5>와 같다. 70세 이상인 여성일수록(9.2%), 교육수준과 소득수준이 낮을수록, 배우자가 없는 경우(8.3%) 자살생각률이 높게 나타났다. 다만 19~29세인 여성(6.3%)과 50대 이상 중장년층 여성의 자살생각률도 높게 나

19) 보건복지부·한국보건사회연구원(2006). 국민건강영양조사 제3기(2005) 총괄보고서, 보건복지부·한국보건사회연구원.

20) 통계청 홈페이지(www.index.go.kr)에서 2016년 4월 6일 인출.

21) 보건복지부(2013). 2013 자살실태조사, 보건복지부.

22) 이상영 외(2012). 우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제, 한국보건사회연구원.

타났으며, 직업의 경우 사무직인 여성의 자살생각률이 다른 직업을 가진 여성에 비해 낮게 나타났다(2.9%). 남성인 경우 70세 이상일수록(7.4%), 소득수준이 낮을수록, 무직일수록(6.3%)

표 5. 성별, 인구사회경제학적 특성별 자살생각률(2013)

(단위: %)

	여성		남성	
	분률	표준오차	분률	표준오차
전체	5.7	0.5	3.5	0.4
연령				
19-29세	6.3	1.3	2.5	0.8
30-39세	2.7	0.7	1.4	0.6
40-49세	4.7	1.0	4.0	1.1
50-59세	6.4	1.3	4.9	1.2
60-69세	6.8	1.3	3.5	0.9
70세 이상	9.2	1.6	7.4	1.6
결혼상태				
유배우자	5.0	0.8	2.0	0.4
무배우자	8.3	1.5	8.7	1.6
교육수준(65세 미만)				
중학교 졸업이하	10.9	3.7	2.8	1.1
고등학교 졸업	5.6	0.9	3.8	0.8
대학교 졸업 이상	2.8	0.6	2.2	0.6
교육수준(65세 이상)				
초등학교 졸업이하	10.7	1.6	5.7	1.4
중학교 졸업이상	4.8	2.2	5.7	1.6
소득수준				
하	7.9	1.1	6.1	1.1
중하	5.2	0.9	3.1	0.8
중상	4.7	0.9	2.2	0.5
상	3.7	0.8	1.6	0.6
직업구분				
사무직	2.9	1.0	2.2	0.9
육체직	5.0	2.0	2.9	0.9
서비스/판매직	4.5	1.0	1.7	0.8
무직	6.0	0.8	6.3	1.5
거주지역				
동	5.3	0.5	3.7	0.5
읍/면	5.3	1.1	2.0	0.8

주: 2005년 추계인구를 활용하여 연령표준화한 수치임.

자료: 2013 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석함.

23) 2012년까지 국민건강영양조사에서는 '지난 1년동안 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있는지' 여부로 자살생각률을 측정해왔으나 국제비교를 위해 문항을 수정하였음. 국민건강영양조사에서는 문항 수정 이전의 자료와 2013년의 자료를 연동해서 연도비교가 불가능하다고 언급함(보건복지부·질병관리본부, 2013).

자살생각률이 높게 나타났다.

3. 나가며

국내외에서 정신장애 유병률이 증가하고, 거의 절반에 가까운 인구집단에서 심리적 건강문제를 겪고 있다는 보고와 더불어, 정신장애로 인한 부담이 증가함에 따라 전체 보건영역에서 정신건강의 중요성과 심각성은 점차 커지고 있다²⁴⁾. 정신건강 문제를 이해하는데 있어, 성별차이를 보는 것은 매우 중요하다. 기존 연구들은 사회경제적 위치, 자원에의 접근성, 치료에의 접근성 등과 성별이 상호 밀접한 연관성을 가지기 때문에 정신건강에의 중요한 결정요인으로 성(性)을 보는 것을 강조한다²⁵⁾.

이에 따라 본 연구에서는 주요 지표들을 중심으로 여성 정신건강의 현황과 시간에 따른 변화 양상을 살펴보았다. 또한 주요 정신건강 현황에서의 남녀 차이를 비롯하여 인구사회학적 특성에 따른 여성의 정신건강 차이 역시 살펴보았다. 주요 지표로 본 여성의 정신건강 분석 결과 정신장애에 있어서는 여성은 기분장애와 불안장애의 유병률이 높게 나타났으며, 대표적인 여성 정신건강 문제인 우울의 경우, 우울증상 경험률과 우울장애 유병률 모두 여성이 남성보다 약 2배 높

게 나타났다. 또한 스트레스 인지율과 자살생각률 모두 여성이 남성보다 높았다.

인구사회학적 특성에 따른 여성 정신건강 현황을 보면, 전통적으로 보고되는 노인의 정신건강 수준이 전반적으로 낮게 나타났다. 하지만 최근 들어 19~29세 여성의 정신장애 유병률, 우울증상 경험률과 우울장애 유병률, 스트레스 인지율 및 자살생각률이 높게 나타났는데, 이는 최근 20~30대 여성의 사회참여가 활발해지면서 생애주기 과정에서 겪는 취업과 결혼, 임신과 출산과 같은 많은 변화와 위기상황에 노출되어 있는 것과 관련지어 생각해 볼 수 있다²⁶⁾. 이에 따라 전통적인 노인 여성뿐 아니라 젊은 여성의 정신건강 문제에 대한 접근이 요구되고 있다. 그 외에도 교육수준과 소득수준이 낮은 여성에게서 정신건강 문제가 높게 나타나 이들 집단에 대한 맞춤형 접근이 필요해 보인다.

본 연구에서 살펴본 바와 같이 지표들을 생산하고 제공하는 것은 여성의 정신건강 증진을 위한 정책을 수립하고 시행하는데 근거가 된다. 비록 국내에서도 다양한 조사통계를 통해 여성 정신건강의 현황이 파악되고 있긴 하지만 현재 생산되는 여성 정신건강 지표들은 데이터 접근성, 지역별 통계생산 부족 등의 한계가 있다. 구체적으로 정신장애 유병률의 경우 조사가 5년마다 이루어져 최근의 유병률을 파악하기 어려우며, 최

24) Murray et al.(1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. World Health Organization. p. 4.

25) WHO(2010). Department of Mental Health and Substance Dependence, Gender disparities in mental health.

26) 김정선, 신경림(2004). "성인여성의 우울과 스트레스, 사회적 지지에 관한 연구", *대한간호학회지*, 34(2). pp. 352-361; 김영옥 (2003). "한국성인의 주관적 스트레스와 식품 및 영양소 섭취와의 관련성", *대한지역사회영양학회지*, 8(3). pp. 340-348.

근의 인터넷 및 스마트폰 중독, 도박중독, 약물중독 및 알코올 중독의 증가에도 불구하고 이들 중독 영역에서의 남녀 차이 및 여성 집단 내 차이를 살펴볼 수 있는 데이터 접근성 확보에도 한계가 존재한다. 그러므로 향후 여성 정신건강 현황을

보다 구체적으로 파악하고 지역별로 모니터링하고 체계화된 접근을 통해 여성의 정신건강 수준을 증진시키는 등 지표 생산의 의미를 확대하기 위해 지표 생산 및 제공에서의 개선 역시 필요해 보인다. ■