

가임기 여성의 출산에 영향을 미치는 생식건강 요인 연구

황나미

한국보건사회연구원

본 연구는 우리나라의 출산진행 실태와 출산에 영향을 미치는 생식건강 요인을 분석하여, 출산수준을 제고할 수 있는 방안을 모색하는 데 그 목적이 있다.

「2005년 전국 결혼 및 출산 동향조사」자료를 활용하여 출산을 종결한 20~44세 유배우 가임여성의 최종 출생아수에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 첫째아 출산전에 자연유산이나 인공임신중절을 경험한 여성은 최종출생아수가 통계적으로 유의하게 적은 것으로 나타나 원치않는 임신에 대한 사전 예방의 중요성과 인공임신중절의 위험성에 대한 교육의 강화가 요구된다. 가임기에 자녀사망을 경험한 여성은 최종출생아수에 통계적으로 음의 관계를 나타내어 저출산 요인이 되고 있는 바, 연간 3,000~4,000여명에 이르는 14세 이하의 아동사망 규모를 주목할 때, 이들 모성이 신체적·정서적으로 안정된 상태에서 출산을 재시도할 수 있도록 사회적 지지체계와 임신 및 출산 지원체계 구축이 요구된다. 35세 미만의 젊은 연령계층에서는 35세 이상의 연령계층과 동일하게 남아출산을 위해 출산을 지속함으로써 결국 최종출생아수가 많아지는 현상이 나타나 남아 선호현상이 여전히 지속되고 있었다.

한편, 불임진단 부부의 36.9%는 치료를 중단하거나 치료받지 못한 것으로 나타났다. 치료비 부담, 치료과정에서의 신체적·정신적 고통, 고통 등이 주된 사유이었다.

이상과 같은 생식건강 문제를 최소화하고 차세대 인구의 질을 향상시키기 위해서는 청소년을 포함한 가임기 남녀가 신체적·정신적·사회적으로 건강한 성을 유지할 수 있도록 학교 및 산업장 등과 연계한 지역거점 '생식건강센터'의 개설 및 운영이 필요하다. 또한, 2005년 '근로기준법'에 유산·사산 유급휴가에 대한 제도적 장치가 마련된 바 있으나 유산 및 사산 발생건에 비해 활용이 저조한 것으로 나타나 임의 규정으로 인한 사용상의 어려움을 해소할 수 있도록 의무화할 수 있는 조항으로의 개선이 요구된다.

주요용어 출산, 생식건강, 인공임신중절, 유산, 사산, 불임

I 서론

1. 연구 필요성

2004년 합계출산율이 1.08이라는 매우 낮은 수준을 나타낸 우리나라는 2005년 1.13, 2006년 1.26으로 다소 상승하였다. 그러나 여전히 인구대체수준인 2.08에 비해 낮으며 선진국 합계출산율 평균인 1.57에도 미치지 못하는 저출산 현상이 지속되고 있다. 양질의 인적자원 확보가 국가의 경쟁력을 제고시킨다는 인식하에 정부는 다각적인 노력을 경주하고 있는 바, 당면한 저출산 문제를 차세대 인구의 자질 향상과 직결하여 보다 건강한 모성으로부터 사회적 부담을 줄이면서 저출산 문제를 접근 하려는 전략이 필요하다.

그 동안 출산 변천과정을 살펴보면 그 시대의 사회·경제적 요인과 문화적 요인이 관여되어 있음은 주지의 사실이다. 우리나라의 저출산 현상도 다양한 사회경제 및 문화적 요인 등에 영향을 받고 있는 것으로 확인되고 있다(Roussel, 1994; 이삼식 2005). 의학적으로는 여성의 연령, 생식기능, 유배우 기간 및 임신·출산 노출기간(미피임 기간) 등에 의해 결정된다(Guttmacher, 1956). 여기서 생식기능은 생식보건(reproductive health) 수준과 밀접하여 출산력 변화의 한 요인으로 작용하고 있다고 간주할 수 있다.

1994년 180개 국가가 참석한 UN의 ‘인구개발국제회의(International Conference on Population and Development)’에서는 2015년까지 생식건강(reproductive health)에 관한 정보와 서비스들에 대해 모두가 접근할 수 있도록 구체적인 목표를 채택하였다. 생식건강이란 생식에 관련된 모든 기능과 과정에서 단순히 질병이 없는 상태뿐만 아니라 육체적·정신적·사회적으로 완전한 상태를 말한다. 이로 인해 출산능력을 가지고 출산여부, 출산시기 그리고 출산횟수를 자유롭게 선택할 수 있는 권리를 의미한다. 생식건강 관리에는 특히 산전교육 및 서비스, 안전분만, 산후관리, 특히 모유수유 여성의 건강관리, 불임의 예방 및 적절한 치료, 인공임신중절 예방 및 후유증 처리, 출산 관련 감염 치료, 성병 및 그 외 생식건강 관련 질환과 책임있는 부모가 되기 위한 적절한 정보제공·교육·상담 등이 포함된다. 가임기 동안 출산시기 및 출산 조절의 실패로 유산 및 사산 등의 임신소모가 초래되면 생식건강은 물론 전반적인 신체적·정신적·사회적 건강에 부정적인 영향을 미침에 따라 사회적 부담과 직결되며, 임신 당사자의 의지와 무관하게 출산수준에도 영향을 미칠 수 있다.

이에 본 연구는 출산에 영향을 미치는 가임기 여성의 생식건강 요인을 분석하여 모성의 생식건강 증진을 도모하면서 저출산 문제를 극복할 수 있는 방안을 모색하기 위해 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구는 우리사회의 출산진행 실태와 출산에 영향을 미치는 생식건강 요인을 분석하여, 출산수준을 제고할 수 있는 방안을 모색하는 데 그 목적이 있다. 구체적으로는 출산이 가능하지만 출산을 종결한 유배우 여성의 최종 출생아수에 영향을 미치는 요인을 여성의 연령계층에 따라 그 특징적 차이를 비교 분석하여 저출산을 극복할 수 있는 우선순위 건강교육 내용을 개발하는데 필요한 기초정보를 제공하는 데 있다.

II. 연구대상 및 분석방법

본 분석에는 보건복지부 및 한국보건사회연구원이 실시한 「2005년도 전국 결혼 및 출산 동향조사」 자료를 활용하였다. 분석대상은 전국 200개 표본조사구 내 20~44세 기혼여성 3,987명 중 본 면접조사에 응답한 3,802명이다.

분석방법은 기혼여성의 출산력의 격차를 설명하는 인구 및 사회·경제적 변수와 생식건강 관련 변수들간의 상호 관련성과 이들 제 변수들이 출생아수의 차이에 미치는 영향을 동시에 고려하기 위해서 다중회귀분석을 시행하였다. 이 때 분석에 사용된 변수간의 다중공선성(multicollinearity)을 고려하고자 변수간 상관관계의 공차한계값(tolerance)이 낮은 변수들은 그 중 한 변수만을 택하였다. 구체적으로는, 초산연령은 ‘초혼연령’과 상관관계가 유의하게 높은 것으로 분석되어 초혼연령만을 택하였다. 또한 앞서 제시한 의학적으로 출산에 영향을 미치는 ‘임신·출산 노출기간’은 본 분석대상 중에서도 이혼, 사별 및 별거, 또는 이혼·독신 후 재혼 등의 혼인상태로 인해 임신 노출정도에 차이가 존재하고 있으므로 ‘임신·출산 노출기간’을 반영하기 위하여 proxy indicator인 ‘결혼기간’을 매개요인으로 추가하고자 하였다. 그러나 ‘결혼기간’은 조사대상자의 ‘연령’과 상관관계가 유의하게 높은 것으로 나타나 최종적으로 본 연구에는 포함하지 않았다. 이로써 독립변수로 여성의 생식보건 특성변수 이외 임신 및 출산에 영향을 미칠 수 있는 인구 및 사회경제적 변수들을 통제목적으로 포함하였다. 구체적으로, 인구학적 변수로는 현 연령과 초혼연령, 사회·경제적 변수로는 여성의 학력, 취업, 개인소득, 가구소득, 주택소유 등이다(표 1).

생식건강 관련 변수로는 생식권리(reproductive right)에서 강조하는 임신 및 출산조절 관련요인과 추가 출산에 불가피하게 영향을 미칠 것으로 예상되는 출생아 성별 및 출생자녀의 사망을 본 분석 범주에 포함하였다. 구체적으로는 임신소모의 원인이 되는 자연유산, 사산 및 인공임신중절, 출산을 원천적으로 방해하는 불임경험, 그리고 남아출생과 자녀사망 등이다.

Ⅲ. 연구결과

1. 우리나라 가임기 여성의 출산 현황

조사대상 20~44세 기혼여성의 인구사회학적 특성은 (표 2)와 같다. 연령은 54.9%가 25~29세, 30~34세 14.4%, 35세 이상이 22.0%이었다. 교육수준은 고졸이 54.9%이었고, 48.6%가 취업여성이며 이들의 월평균 소득은 48.2%가 100만원 미만이었다.

표 2. 조사대상 기혼여성(20~44세)의 인구사회학적 특성

특성	%	특성	%
〈지역〉	(3,802)	〈취업여부〉	(3,802)
동부	79.2	취업	48.6
읍 면부	20.8	비취업	51.4
〈연령〉	(3,802)	〈직종〉	(1,848)
20~24세	8.7	고위관리직 (준)전문	22.0
25~29세	54.9	사무직	16.5
30~34세	14.4	서비스 판매직	37.0
35~39세	20.3	생산 단순노무직 등	24.5
40~44세	1.7	〈월평균 근로소득〉	(1,818)
〈교육정도〉	(3,800)	100만원 미만	48.2
중졸 이하	8.7	100~150만원 미만	22.6
고졸	54.9	150~200만원 미만	10.6
3년제 졸업	14.4	200만원 이상	18.5
4년제 졸업	20.3	〈가구 월평균 소득〉	(3,778)
대학원 이상	1.7	60% 미만	23.2
		60~80% 미만	21.4
		80~100% 미만	13.7
		100~150% 미만	27.7
		150% 이상	14.0

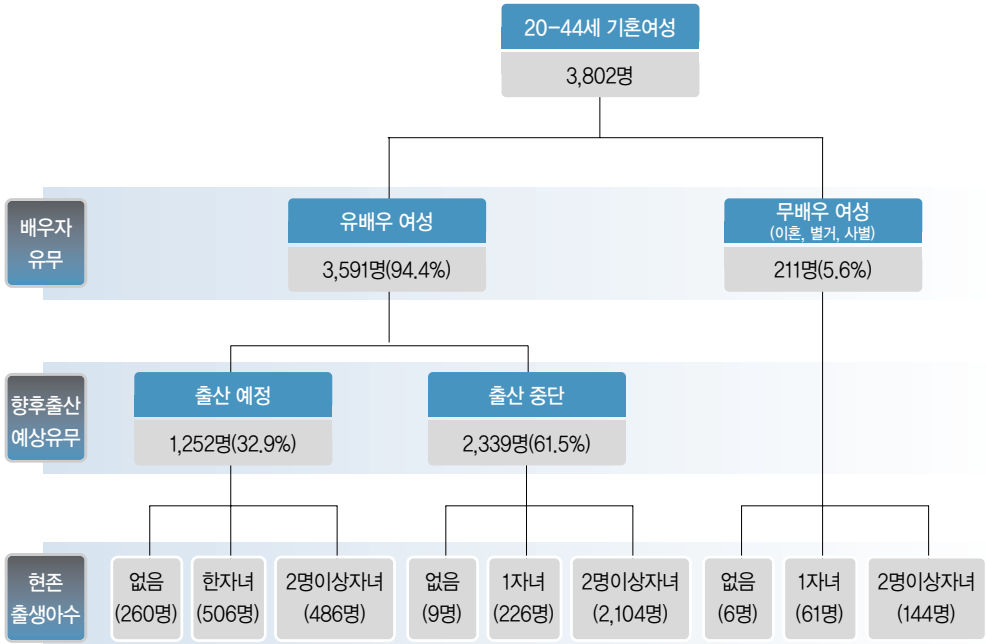
주: 1) 300만원을 100%로 기준

조사일 현재, 기혼여성의 혼인상태 및 출산상태는 (그림 1)과 같이 제시할 수 있다. 유배우 여성은 94.4%(3,591명)이다. 이들은 다시 출산을 종결하거나 출산중단을 결정한 여성 61.5%(2,339명)와 임신 중이거나 향후 출산예정이어서 출산이 완결되지 않은 상태에 있는 여성 32.9%(1,252명)로 구분된다. 출산을 종결한 61.5%의 여성을 현존 출생아수에 따라 세분화하면 출생 자녀가 없는 여성이 0.4%(9명), 1자녀 9.7%(226명), 그리고 2자녀 이상을 둔 여성 89.9%(2,104명)로 구성되어 있다.

한편, 출산을 종결하지 않은 즉, 출산예정 여성은 전체 기혼여성의 32.9%로 이들 중 20.8%는 출생자녀가 아직 없는 상태이며, 40.4%는 한 자녀만을 두고 있다.

배우자가 없는 별거 및 이혼과 사별 여성은 전체 기혼여성의 5.6%이다. (그림 1)에서 배우자가 없는 여성의 3명 중 1명(31.8%)은 한 자녀 이하를 출산한 상태이다. 현재 배우자가 없는 여성은 잠정적으로 출산을 중단한 상태이지만 29세 미만이 5.2%, 30~34세 15.2%, 35~39세가 29.9%로, 20~30대 연령층이 총 50.3%를 차지하고 있어 재혼을 통해 출산 가능성이 높은 집단으로 간주할 수 있다. 여성의 재혼 구성비는 전체 혼인 건 중 2000년 14.5%, 2004년 20.4%, 2007년 17.9%이며 재혼 건수는 2007년 62,000건으로 2006년에 비해 2,200건이 증가되었다(통계청, 2007). 본 조사대상 중에서는 4명 중 1명(24%)이 재혼할 의향이 있으며 재혼 후 10명 중 1명(10.3%)은 출산을 할 계획이고, 아직 모르겠다는 경우는 9.4%, 출산계획이 없는 여성 중에서도 10%는 배우자와 상의하여 결정하겠다고 응답하여 향후 출산율의 상승을 기대할 수 있는 집단으로 나타났다.

그림 1. 조사대상 기혼여성의 출산상태



2. 출산 종결 유배우 여성의 최종출생아수에 영향을 미치는 요인

출산에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해서는 자녀를 더 이상 원치 않아 출산을 종결한 여성들이 대상이 되어야 한다. 따라서 본 연구에서는 (그림 1)에서 임신이나 출산계획이 없는 20~44세 유배우 여성 2,339명을 대상으로 최종출생아수의 차이에 영향을 미치는 요인을 분석하였다.

여성의 가임능력이 최대인 연령은 24세 전후이며, 이후 매 5년이 경과될 때마다 임신될 때까지의 기간은 그 이전보다 2배 정도 소요되어 35세 이후부터는 임신능력이 현저히 감소하게 된다(Guttmacher, 1956). 35세 이후에는 임신이 되더라도 자연유산이나 다운증후군 발생의 위험성이 있고, 저체중아 및 기형아 출산확률이 높아 출생아의 생존에 부정적인 영향을 미친다(WHO, 1990). 이러한 점 때문에 특히 초임부의 경우 임신초기부터 기형아검사 등 생식건강 증진을 위한 의료적 개입을 필요로 하게 된다. 따라서 출산을 장려할 목표대상은 35세 이전의 여성에 초점을 두는 것이 인구의 질적 측면에서 바람직하다.

또한 우리나라는 1970년대를 정점으로 1990년대 초까지 시행되어 온 인구증가억제정책의 환경 속에서 2000년까지의 합계출산율이 1.5~1.7 수준이었던 바, 당시 정책대상 여성은 현재 대부분 35세 이상의 연령층에 이르게 되었다. 이후 인구증가억제정책이 폐지되고 1998년 IMF 외환위기를 지나면서 2001년부터 1.3 이하의 낮은 합계출산율을 보인 최근의 현상은 당시의 상황과는 다르다. 본격적으로 출산장려정책이 전개되고 있는 시점에서 나타난 현상이어서 출산율이 제고될 수 있는 실효성 있는 대책을 수립하기 위해서는 35세 이전의 연령층에 대해 주목할 필요가 있다. 이상과 같은 이유로 인해 본 분석에서는 가임능력이 높은 35세를 기준으로 유배우 가임 여성을 두 그룹으로 구분하여 회귀분석을 실시하였다.

20~34세의 출산을 종결한 유배우 여성을 대상으로 최종출생아수에 대한 분석결과, (표 3)의 [모형 1]과 같다. 생식건강 특성 중 임신소모의 원인인 자연유산 총경험횟수와 인공임신중절 총경험횟수는 최종출생아수와 양의 관계를 보이고 있다. 본 분석결과는 잦은 임신소모를 경험한 기혼여성들이 임신소모 횟수가 적거나 거의 없는 여성들에 비해 오히려 보다 많은 출생아를 출산할 확률이 높다는 사실을 보여주는 결과라 할 수 있다. 다만, 총자연유산횟수는 많을수록 최종출생아수가 유의하게 많지만($p < 0.05$), 총인공임신중절횟수는 최종출생아수에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타나 원치않는 임신의 노출증가가 지속적인 출산으로 이어지지 않고 출생아수를 계획하여 결정하고 있는 것으로 해석할 수 있다.

첫째야 출산 전에 자연유산이나 인공임신중절을 경험한 여성일수록 최종출생아수가 유의하게 적은 것으로 나타나 ($p < 0.05$), 첫 임신결과가 자연유산이나 인공임신중절로 종결한 경우는 향후

출산수준에 심각한 부정적인 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

생식능력이 낮은 35~44세 출산종결 여성의 경우(모형 II), 총자연유산횟수 및 총인공임신 중절횟수는 출생아수와 양의 관계를 보인 반면, 첫째아 출산전 자연유산횟수와 첫째아 출산전 인공임신중절횟수는 음의 관계를 보이고 있다. 다만, 35세 미만 여성계층과 다른 점은 총인공임신중절횟수가 최종출생아수와 통계적으로 유의한 관계를 보이고 있어 인공임신중절 경험횟수가 많을수록 통계적으로 유의하게 최종출생아수가 많은 것으로 나타난다는 점이다 ($P < 0.001$).

‘남아출산 여부’는 35세 미만 연령층과 이후 연령층 모두 최종출생아수에 양의 관계이어서 ($P < 0.001$) 35세 미만의 젊은 연령계층에서도 남아출산을 위해 출산을 지속함으로써 결국 최종출생아수가 많아지는 현상이 나타나고 있다.

가임기에 자녀사망을 경험한 여성은 최종출생아수에 통계적으로 음의 관계를 보이고 있어($P < 0.001$) 자녀 사망시점이 출산이 가능한 시기이었음에도 불구하고(본 분석대상은 32세 이전에 자녀사망 경험) 추가출산을 시도하지 않은 것으로 나타났다.

첫째아 출산전 사산횟수나 불임진단 경험여부가 최종출생아수에 미치는 영향은 현 모형에서 통계적으로 유의미한 결과가 나타나지 않는다. 그 이유로는 최종출생아수에 대한 분석모형이기 때문에 사산이나 불임진단 경험 여성은 (그림 1)에서 전체 여성의 경우에서 설멸되었듯이, 이들의 대부분은 출산을 완료하지 않았거나, 불임을 치료하여 원하는 수만큼의 자녀 출산을 시도 중에 있어(on going process), 출산종결 대상자 분석모형에 포함되지 않았기 때문으로 판단할 수 있다.

한편, 인구사회학적 변수 중에서 35세 이상 여성층의 현 연령은 최종출생아수에 차이를 보이고 있지 않아 당시 인구증가억제대책으로 인해 자녀수를 정부가 강력하게 주지하여(당시 두 자녀 권장) 자녀수에 대한 획일적인 인식과 가치관에 영향을 준 것으로 해석된다. 교육수준은 35~44세 여성층의 경우, 교육수준이 높을수록 현존출생아수가 통계적으로 유의하게 적은 것으로 나타났으나($P < 0.05$) 35세 미만 여성층에서는 ‘여성의 학력’이 현존출생아수에 유의한 영향을 미치는 변수로 작용하지 않고 있다.

(표 3)에서 35세 미만 출산종결 여성의 최종출생아수에는 35세 이상 여성층과는 달리 ‘취업여부’가 통계적으로 유의한 음의 관계를 보였다. 두 연령계층에서 공히 여성의 소득이나 가구소득이 최종출생아수에 유의한 관계를 나타내지 않아 출산기피가 단순히 경제적인 부담이 문제라고 해석하기 어려운 것으로 나타났다. 즉, 현 우리사회가 자녀양육으로 인한 직접비용과 높은 기회비용 부담에 비해 자녀의 장래를 보장하기 어려운 불확실한 사회여건으로 인해 자녀수(數)를 늘리기 보다는 양육의 질(質)적 측면과 질적인 삶을 더 고려하는 것으로 보여진다. 즉, 고소득층은 주관적으로 판단한 충분한 비용부담으로 자녀양육을 책임질 수 있는 여건이라고 판단하였을 때 출산을 선택하는

것으로 해석할 수 있다. 이러한 관점에서 볼 때, 취업여성은 양육의 질을 보장하기 어려운 상황인데, 동 표에서 35세 미만 여성들의 취업이 출생아수에 미치는 영향력의 유의도는 높게 나타나(P=0.000) 질적인 출산보급과 자녀 양육 환경에 초점을 두어야 할 필요성을 뒷받침 해주고 있다. 35세 미만 여성의 최종출생아수의 총변량에 대한 독립변수들 변량의 총 설명력은 18%를 나타내었으며 F 값은 0.001% 수준으로 유의하였다.

표 3. 출산결정 유배우 여성(20~44세)의 생식보건 수준이 최종출생아수에 미치는 영향: 회귀분석결과

	모형 I (20~34세 여성)			모형 II (35~44세 여성)		
	Beta	t	t값 유의도	Beta	t	t값 유의도
현재 연령	.231	5.891	.000***	-.017	-.658	.510
초혼연령	-.288	-7.052	.000***	-.129	-4.942	.000***
여성교육정도	-.030	-.792	.429	-.057	-2.037	.042*
여성취업여부	-.182	-3.710	.000***	-.028	-.898	.369
여성 월평균 근로소득	.079	1.462	.144	-.022	-.662	.508
가구 월평균 총소득	-.031	-.709	.479	-.004	-.135	.893
가족 소유의 집 유무	.024	.654	.513	.041	1.649	.099
총 자연유산 횟수	.112	2.128	.034*	.122	3.895	.000***
총 인공임신중절 횟수	.063	1.503	.133	.106	3.992	.000***
첫째아 출산전 사산횟수	-.055	-1.576	.115	.025	1.014	.311
첫째아 출산전 자연유산횟수	-.112	-2.157	.031*	-.105	-3.375	.001**
첫째아 출산전 인공임신중절횟수	-.089	-2.221	.027*	-.127	-4.844	.000***
출생남아수	.180	5.143	.000***	.122	5.025	.000***
불임진단 경험여부	-.002	-.060	.952	-.011	-.453	.651
사망자녀수	-.086	-2.444	.015*	-.088	-3.603	.000***
R ² (Adjusted R ²)	.179(.160)			.080(.071)		
F	9.80***			9.26***		

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

3. 유배우 가임 여성의 불임 경험과 출산

불임은 피임을 하지 않고 정상적인 부부관계를 가져도 1년 이내에 임신이 되지 않거나 생존아를 출산할 수 있는 임신을 지속할 수 없는 상태이다(Woods, 1991). 임신의 경험이 전혀 없는 경우를 일차성(primary), 또는 월발성 불임이라고 하며, 과거에 임신 또는 출산의 경험이 있었던 경우는

이차성(secondary) 또는 속발성 불임으로, 자궁외 임신이나 자연유산 등이 포함된다. 부부가 피임을 하지 않고 정상적인 부부생활을 할 경우 6개월 내에 70%, 1년 내에 85% 정도에서 임신이 성립되는 것으로 알려져 있으며, 그 이후에는 1년이 지나도 5% 정도에서만 추가로 임신되는 것으로 보고되고 있다(Guttmacher, 1956). 따라서 불임은 저출산에 직접적인 영향을 미친다.

본 조사대상 20~44세 기혼여성(3,802명) 중 결혼기간 동안 7.5%가 불임문제로 의료기관을 방문한 적이 있는 것으로 파악되었으며 이들 중 1/5(57명)이 객관적으로 원인이 있는 불임으로 진단받았다.

(표 4)에서 불임진단 여성의 치료상태를 보면 불임을 치료했거나 극복한 경우는 59.6%이었고, 36.9%는 치료를 중단하거나 치료받지 못하였으며 3.5%는 현재 치료 중이었다. 불임 진단시기에 따른 출산실태와 치료성적을 살펴보면 첫째아를 출산하지 않은 상태에서 불임진단을 받은 경우는 73.7%, 첫째아를 출산한 이후 불임진단을 받은 경우가 21.1%, 둘째아 출산이후는 5.2%이었다. 동 표에서 한 자녀 출산이후 자녀를 더 출산하기 위해 불임문제로 의료기관을 방문한 비율이 26% 이라는 점은 원하는 임신에 대한 사회적 지지체계 마련이 필요한 부분이다. 불임 치료를 중단하거나 치료받지 못한 여성 중 1/3은 치료비용 부담 때문인 것으로 나타났다(표 4).

표 4. 불임진단 경험여성의 진단시기 및 치료경과

(단위: %)

구 분	%
〈불임진단 시기〉	
첫째아 출산전	73.7
첫째아 출산 후 둘째아 출산전	21.1
둘째아 출산 후	5.2
〈불임 경과〉	
불임치료 성공	59.6
치료중단 또는 미치료	36.9
• 치료비용 부담때문	(12.4)
• 신체적·정신적으로 힘들어서	(10.5)
• 영구불임 판정받아	(10.5)
• 치료받을 시간이 없어서	(3.5)
현재 치료 중	3.5
계	100.0
(N)	(57)

4. 출산종결 유배우 가임여성의 피임실천 상태

저출산 극복을 위해 이미 출산을 종결한 여성의 출산 가능성을 파악해 보고자 피임실천 방법을 살펴본 결과(표 5)와 같다. 일시적 피임방법을 행하고 있는 경우가 62.2%이며, 35세 미만 연령층의 경우는 72.8%로 상대적으로 높다. 35세 미만 연령층은 콘돔이용이 전체 피임방법 중 24.7%, 자궁내장치 16.2%, 월경주기법 14.7%, 질외사정법 13.9%이어서 임신·출산이 가능한 상태임을 보여주고 있다.

표 5. 출산종결 유배우 여성(20~44세)의 연령계층별 피임실천 방법 (단위: %)

	20~34세 (N=703)	35~44세 (N=1,636)	전체 (N=2,339)
〈일시피임〉	72.8	57.4	62.2
콘돔	(24.7)	(16.4)	(19.0)
자궁내장치	(16.2)	(19.5)	(18.4)
월경주기법	(14.7)	(11.8)	(12.7)
질외사정법	(13.9)	(7.6)	(9.6)
먹는피임약	(2.4)	(1.4)	(1.7)
살(질)정제	(0.5)	(0.7)	(0.6)
기타	(0.4)	(0.0)d	(0.2)
〈영구피임〉	27.2	42.6	37.8
난관수술	(6.4)	(16.4)	(13.3)
정관수술	(20.8)	(26.2)	(24.5)
계	100.0	100.0	100.0
(R)	(797)	(1,761)	(2,558)

주: R은 일시피임 중복응답값 포함.

이들 중에서 최우선 출산장려 목표대상인 출산을 하지 않았거나 한 자녀 이하 출산 후 출산을 종결한 여성의 피임실천방법을 살펴보면 35세 미만의 여성층 모두 일시적 피임방법인 콘돔(45.4%), 자궁내 장치(19.4%), 질외사정(15.8%), 월경주기법(14.8%) 등을 사용한 것으로 나타나 생식건강에 지장을 초래하지 않으면서 저출산을 개선할 수 있는 가능성을 보여주고 있다(표 6).

표 6. 한 자녀 이하 출산 후 출산중결 유배우 여성의 피임실천 방법

(단위: %)

	20~34세 (N=101)	35~44세 (N=131)	전체 (N=232)
〈영구피임〉	-	29.4	16.8
난관수술	-	(8.4)	(4.9)
정관수술	-	(21.0)	(11.9)
〈일시피임〉	100.0	70.6	83.2
콘돔	(45.4)	(20.2)	(31.1)
자궁내장치	(19.4)	(16.8)	(17.9)
먹는피임약	(3.7)	(4.9)	(4.4)
살(질)정제	(0.9)	(2.1)	(1.6)
월경주기법	(14.8)	(17.5)	(16.3)
질의사정법	(15.8)	(8.4)	(11.5)
기타	-	(0.7)	(0.4)
계	100.0	100.0	100.0
(R)	(108)	(143)	(251)

주: R은 일시피임 증복응답건 포함, 무응답 제외.

IV. 논의 및 고찰

1. 인구 및 사회경제적 특성과 저출산

Roussel(1994)은 출산형태에 영향을 미치는 요인을 경제적 요인, 문화적 요인, 역사적 동태 및 생활주기 요인 등 크게 세 요인으로 구분하고 있다. 경제적 요인으로는 자녀 출산이 주거, 식량, 교육 등의 직접비용뿐만 아니라 모성의 소득활동 기회를 상실시키는 등의 간접비용을 발생시키는 것으로 간주되어, 결과적으로 출산에 관한 의사결정에 중대한 영향을 미친다는 것이다. 문화적 요인으로는 사회계층간 규범의 차이가 출산율에 영향을 미친다는 것이다(이삼식, 2005).

본 분석결과에 의하면 35세 미만의 연령층은 자녀의 수뿐만 아니라 성별에 대한 가치관을 가지고 뚜렷한 주관아래 출산을 선택하고 있어 원치 않는 임신에 대해서는 단호하게 인공임신중절을 시행하면서 출산자녀수를 계획하고 있는 것으로 나타났다. 본 연구결과는 세대간 부의 이동으로 인해 출생자녀가 경제적으로 장점이 되지 못할 경우 출산율이 0까지 감소되는 것을 배제할 수 없다는 부-유동 출산력이론(Wealth-Flows Theory of Fertility)을 뒷받침 하고 있다.

우리나라 저출산 현상의 심화는 여러 연구에서 만혼이 결정적인 기여를 하고 있다고 보고된 바

있는데(이삼식, 2005), 본 분석에서도 일치된 결과를 보이고 있다. Beets(1997)는 고학력 여성이 저학력 여성보다 출산력이 낮다는 사실을 입증한 바 있다. 본 연구에서는 우리나라 고학력 여성의 경우 저학력 여성보다 최종출생아수는 적지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않고 있다.

2. 생식건강과 저출산

의학적으로 생식능력은 고령, 생식기 질환, 인공임신중절 및 유산, 지나친 피임방법 사용, 스트레스 및 운동부족, 그리고 환경오염 등에 의해 감소된다고 보고되고 있다(Aral, 1983; Hirsh, 1987; Jaffe, 1991).

본 분석결과에서, 35세 미만 연령층에서 인공임신중절 빈도가 높은 경우라 할지라도 최종출생아수의 차이에는 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타나 원치 않는 임신을 하게 될 경우, 인공임신중절술을 선택한 것으로 해석된다. 무엇보다도 첫째아 출산경험 없이 자연유산 또는 인공임신중절을 경험한 여성은 경험하지 않은 여성보다 최종출생아수가 유의하게 적은 것으로 나타나 첫 임신을 원하는 임신 및 출산이 되도록 청소년을 포함한 가임기 남녀의 생식건강 관리의 중요성을 확인할 수 있게 한다. 인공임신중절이란 자궁내 착상이후 태아가 독립적으로 생존가능하기 전에 약물이나 외과적 시술에 의해 임신을 종료시키는 과정으로(WHO, 1999) 임신 8주 이후에 시행되는 인공임신중절의 경우, 2주일이 연장될 때마다 모성사망 확률이 2배 씩 증가된다고 보고되고 있다(WHO, 2004).

본 연구를 통해 우리나라의 독특한 남아선호로 나타나는 출산의 지속경향은 아이러니컬하게 출산력을 높이는 한 요인이 되고 있는 것으로 나타났다. 출생성비는 2002년 110.0, 2003년 108.7, 2004년 108.2, 2005년 107.7로 완화되었지만 셋째아 이상 출생아의 출생성비는 141.2(2002), 136.6(2003), 132.7(2004), 128.2(2005)명이다(통계청, 2006). 정상적인 출생성비가 105 수준임을 감안할 때, 상당수는 태아 성감별 통한 여아(태아)의 인공임신중절 시술이 이루어지고 있다고 지적할 수 있다. 2006년 전국 표본조사에서 15~44세 유배우 부인의 6.1%는 남아 임신·출산을 위해 노력한 경험이 있으며, 30~34세 젊은 연령층에서도 4.1%가 남아출산을 위한 임신·출산 노력을 별도로 행한 것으로 파악되었다. 무엇보다도 이들 임신의 1/5은 인공임신중절로 종결된 것으로 파악되어 문제의 심각성이 크다고 지적할 수 있다(김승권, 2006). 우리나라 연간 인공임신중절건수가 35만건(기혼 21만건, 미혼 14만건)으로 추정되어 가임기 여성 1천명당 시술건수는 30.7로 예상됨에 따라(보건복지부, 2005), 그간 생식건강 증진을 위한 정책이나 사업이 성과를 거두지 못하였다고 평가할 수 있다.

인공임신중절은 ‘모자보건법’ 상에는 여성 또는 배우자가 우생학적·유전학적 정신장애자나

신체질환, 전염성 질환이 있는 경우, 강간 또는 준강간에 의한 임신과 법률상 임신할 수 없는 혈족·친척간 임신, 그리고 임신의 지속이 보건의료학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하거나 해할 우려가 있는 경우에만 행할 수 있다(모자보건법 14조). 그러나 앞서 파악한 한 바와 같이 여러 복합적 요인이 개입되어 인공임신중절이 공공연히 이루어지고 있는 것이 현실이다.

저출산 극복을 위한 유배우 가임여성의 최우선 출산지원 목표대상은 출산 미경험자와 한 자녀 이하 출산 후 출산을 종결한 기혼 여성이 될 것이다. 이들이 행하고 있는 피임방법은 본 연구결과, 모두 일시적 피임방법이어서 저출산을 개선할 수 있는 여지가 있을 것으로 보인다. 그러나 또 한편으로는 피임방법이 질외사정(15.8%)이나 월경주기법(14.8%) 등의 안전하지 못한 방법을 실천하는 경우가 많아 원치 않는 임신의 발생으로 인한 인공임신중절 가능성도 높다는 사실에 주목할 수 있다. 앞서 기혼여성의 인공임신중절건수가 21만건이라는 사실이 이를 뒷받침하고 있다.

자연유산과 사산은 신체적·정신적·환경적 요인에 의해 발생하는 것이어서 자가 관리(self-care)만으로는 한계가 있으므로 사전 예방 및 적절한 사후 처치를 위한 사회적 지지체계 마련이 요구된다. 2005년 ‘근로기준법’에 유·사산 유급휴가제도를 도입하여 임신 16주 이후 발생한 유산 또는 사산에 대해 30일 이상(16주~21주:30일, 22주~27주:60일, 28주이상:90일)의 유급휴가를 보장하도록 하였다. 유산 및 사산 건수가 2006년 62,505건이 발생되었으나 「기획재정부」에 제출한 보고서에 따르면 민간기업 종사여성들은 제도적으로 마련된 유·사산 휴가를 제대로 활용하지 못한 것으로 나타나(www.imnews.com) 실효성이 있는 제도 운영방안의 모색이 필요하다. 우리나라 모성사망자 중 유산과 관련된 사망이 1996년 4.5%, 2000년 4.9%를 차지하여(보건복지부, 2002) 최첨단 의과학 기술의 발전에도 불구하고 유산은 여전히 모성의 생명을 위협하고 있는 것으로 나타나 고위험 여성에 대한 사전 예방적 전략 모색이 필요하다.

한편, 본 연구에서 35세 이전인 가임기 동안에 출생자녀가 사망하여도 대부분 재출산을 시도하지 않는 것으로 나타나 아동기의 질병예방 및 조기발견·치료와 각종 사고 예방을 위한 제반 사회 안전시스템의 강화가 요구되고 있다. 사망 아동수는 14세 이하의 경우 연간 3,000~4,000명 수준이어서(통계청, 2006) 아동의 사망감소를 위한 대책 마련은 저출산을 극복할 수 있는 하나의 전략이 될 것이다. 이들이 자녀사망을 조기에 극복하고 특별히 신체적·정서적으로 안정된 상태에서 재출산을 시도할 수 있도록 범사회적 차원에서의 지지체계 마련이 요구된다.

본 분석에서 불임진단 여성(또는 배우자) 중 37%가 치료를 중단하거나 미치료 상태이었다. 그 사유는 치료비 부담, 치료과정이 신체적·정신적으로 힘들어서, 그리고 고령 등으로 치료가 불가능하기 때문이었다. 즉, 경제적 부담, 정신적 고통과 고령 등으로 인한 건강하지 못한 남자·정자의 기능상의 문제가 치료에 장애가 되고 있는 것으로 나타났다. 2006년부터 정부는 불임치료 중 체외 수정술(인공수정 제외)에 대해 일정금액의 의료비를 지원하고 있다. 치료비용도 중요하지만 우리

사회는 불임에 대한 부정적인 인식으로 인하여 불임에 대한 올바른 정보를 획득하기 어려운 환경이어서 조기 대처하기 어려운 상황이다. 불임은 앞서 파악한 바와 같이 환경오염 등 사회적 환경 또는 객관적인 원인없이 원인불명으로도 초래되기 때문에 불임에 대해 올바르게 인식하고 사전 예방은 물론 치료시기를 놓치지 않고 생식능력이 활발할 때 불임을 극복할 수 있도록 관련자료 개발 및 정보에 대한 접근성 제고와 교육이 필요하다.

한편, (그림 1)의 출산 예정이거나 출산을 희망하는 여성(1,252명)의 7.9%는 본인의 건강문제나 질병으로 인하여 출생자녀가 없는 것으로 나타나 출산계획 여성 12명 중 1명은 의료적 측면에서의 지원이 필요한 대상이다. 이들은 전체 기혼여성 중에서 2.6%의 비율을 차지하고 있어 2005년 인구 총조사 자료를 기준으로 할 때, 약 16만명(20~44세 유배우 여성)으로 추정됨에 따라 저출산 극복을 위해서는 간과되어서는 안되는 대상으로 파악되었다. 본 조사에서는 생식건강 관련 질환을 파악하지 못하였기 때문에 중점 관리대상 질환을 제시하는 데 한계가 있는데, 그간 입증된 바에 따르면 고혈압, 당뇨, 심장질환, 신장질환, 갑상선질환, 자가면역질환 등의 질환과 성병(STD) 등의 생식질환은 모성의 생식건강을 악화하고 자연유산 및 사산 등을 초래하게 하여(Baldwin, 2001; Cundy, 2002) 결국 모성과 출생아의 생명을 위협하고 있는 것으로 보고되고 있다.

생식건강이 여성 또는 부부간 형성된 자녀에 대한 가치관이나 자녀 출산계획에 사실상 지장을 주는 데도 불구하고 그간 우리나라 출산 영향요인을 인구·사회·경제 및 문화적 요인에 집중적인 관심을 두어 왔다. 생식건강 문제는 출산 당사자들의 자녀에 대한 인식이나 가치관과는 무관하게 영향을 받게 되어 건강하지 못한 생식건강 행태가 향후 자녀에 대한 기대의 상실로 이어져 가정에 위기를 초래할 수 있다는 점에 주목하여야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

우리나라는 전 세계에서 유래 없는 출산율의 저하로 고령화 속도까지 가속화시키고 있어 이제 저출산이 심각한 사회문제임은 주지의 사실이다. 본 연구는「2005년 전국 결혼 및 출산 동향조사」자료를 활용하여 20~44세 유배우 가임여성의 출산에 영향을 미치는 생식건강 요인을 파악하고자 하였다. 특히 실효성 있는 저출산 극복을 위해 출산을 종결한 35세 미만 여성의 최종출생아수의 차이에 영향을 미치는 생식건강 요인에 주안점을 두었다. 본 연구를 통해 가임기 여성의 다양한 혼인상태 및 출산여건에 따른 출산계획과 출생아수를 파악하고 이들의 인구 및 사회경제적 특성과 생식건강 특성에 적합한 저출산 극복 전략과 사회적 지원책 마련을 위한 근거를 제시하였다.

분석결과, 첫째아 출산 전에 자연유산과 인공임신중절을 경험한 여성은 본인의 가치관이나 의지와 무관하게 최종출생아수가 적은 것으로 나타나 첫 임신이 원하는 임신이 되도록 청소년기에서부터 건강하고 안전한 생식건강관리의 중요성을 남녀 모두에게 교육할 필요성이 대두된다. 아울러 불임 또는 불임이 의심되는 경우, 유전질환 등의 가족력이 있거나 고혈압, 당뇨, 갑상선질환 등 출산에 장애가 되는 건강문제를 방지하거나 음성적인 방법으로 접근하지 않도록 지역사회에 생식건강과 관련된 종합적인 상담·교육 및 정보를 제공하는 시스템 구축이 필요하다. 한편, 가임기에 자녀사망을 경험한 여성에 대해서는 이들이 정서적으로 안정된 상태에서 임신 및 출산을 재시도할 수 있도록 사회적 지원체계 구축 마련이 필요하다.

이상과 같은 문제를 최소화하고 차세대 인구의 질을 향상시키기 위해서는 청소년을 포함한 가임기 남녀가 신체적·정신적·사회적으로 건강한 성을 유지할 수 있도록 학교 및 산업장 등과 연계한 지역 거점 ‘생식건강(상담)센터’의 개설 및 운영이 필요하다. 각 지역별 특성을 고려하여 보건소, 의료원, 또는 민간 비영리단체를 활용하는 방안을 고려할 수 있다. ‘생식건강센터’ 또는 ‘여성건강상담센터’는 일본, 미국 및 호주 등 선진국에서 그 성과가 높은 것으로 평가되고 있다. 일본은 1999년 신엔젤프로그램의 일환으로 ‘여성건강센터’와 ‘불임전문상담센터’를 정비하여 육성하는 시책을 수립한 바 있어(후생성, 2000) 시사하는 바가 크다.

한편, 2005년 ‘근로기준법’에 유산·사산 유급휴가에 대한 제도적 장치가 마련된 바 있으나 유산 및 사산 발생건에 비해 활용이 저조한 것으로 나타나 임의 규정으로 인한 사용상의 어려움을 해소할 수 있도록 의무화할 수 있는 조항으로의 개선이 요구된다. 아울러 유·사산을 사전 예방하는 것은 모성의 건강보호는 물론 사회적 부담을 감소시키므로 사후 휴가도 중요하지만 임신부 야간근무 금지 등의 유산·사산 사전 예방을 위한 실효성있는 제도적 장치 마련도 중요하다.

저출산 문제는 단순히 출산 장려 및 지원이라는 일방향성의 양적 증가 목적만이 아닌 청소년을 포함한 가임기 남녀의 생식권리와 생식건강 증진을 통한 접근을 동시에 추진하는 것이 복지적이며 질적 인구의 생산에 기여하는 길일 것이다.

황나미는 서울대학교에서 간호학 박사학위를 받았으며, 현재 한국보건사회연구원 공공보건의료팀장으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 모자보건, 건강증진, 공공보건의료 및 지역보건분야이며 현재 여성과 어린이 건강센터 모형개발, 수요자 중심의 보건소 모자보건사업 개선방안 등을 연구 중이다(E-mail: nami@kihasa.re.kr).

참 고 문 헌

- 구병삼(2001). 부인과 내분비학. 고려의학.
- 국민건강보험공단(각년도). 건강보험 통계연보.
- 김승권 · 조애저 · 김유경 · 도세록 · 이건우(2007). 2006년 전국 출산력 및 가족보건 · 복지실태조사, 한국보건사회연구원.
- 보건복지부(1998). '95~'96 모성사망조사보고서.
- 보건복지부(2002). 1999~2000 모성사망조사보고서.
- 보건복지부(2005). 인공임신중절 실태조사 보고.
- 이삼식 · 변용찬 · 김동희 · 김형석(2004). 인구고령화의 전개와 인구대책. 한국보건사회연구원.
- 조남훈 · 김승권 · 조애조 · 장영식(1997). 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사보고, 한국보건사회연구원.
- 장혜경(2004). 저출산시대의 여성과 국가 대응전략, 여성정책연구.
- 충남여성정책개발원(2005). 저출산 시대에 대비한 출산안정정책에 관한 연구.
- 통계청(2001, 2006). 2000년 인구주택 총조사 전수집계결과.
- 통계청(각년도). 인구동태통계연보.
- 통계청. www. kosis. nso. go. kr
- 이삼식 외(2005). 2005년도 전국 결혼 및 출산 동향조사. 한국보건사회연구원.
- 후생성. 日本의 母子健康, 2000.
- Baldwin, K., J.(2001). The west Midlands Severe Hypertensive Illness in Pregnancy Audit. *Hypertension Pregnancy*, 20(3), 257-268.
- Beets, Gijs(1997). *European Variations in Education and in Timing of First Birth: Primarily FFS Evidence*, A Paper Presented in the 23rd General Population Conference of the IUSSP, 11~17 October, Beijing.
- Cundy, t.(2002). Hypertensive Disorders of Pregnancy in Women with Type 1 and type 2 diabetes, *Diabetes Medicine*, 19(6), 482-489.

- Easterlin and Richard A.(1978). What Will 1984 Be Like? Socioeconomic Implications of Recent Twists in Age Structure, *Demography*, 15, 397.
- Guttmacher, A. F.(1956). Factors affecting normal expectancy of conception”, *JAMA*, No. 34, 161-162.
- Roussel, L.(1994). *Fertility and the Family*. Proceedings European Population Conference, Geneva 1993, Vol. I . Strasbourg: Council of Europe, 35-110.
- Shryock, H.S. & Siegel, J.S.(1976). *The methods and Materials of Demography*, Academic Press, 273.
- Woods, N. F., Olshansky, E., & Draye, M. A.(1991). *Infertility: Women’s Experiences, Health Care for International*, Vol.12, 179-190.
- WHO(1990). *Women’s Health*.
- Mundigo, A. I. and Indoris, C.(1999). *Abortion in the Developing World*, WHO.
- WHO(2004). *Reproductive Health Strategies*.

A Study on the Reproductive Health Determinants of Fertility among Married Women in Korea

Na-mi, Hwang

Korea Institute for Health and Social Affairs

Many factors contribute to the dramatic decline in fertility in Korea. The objective of this study is to explore the relationship between fertility and such determinant factors of reproductive health as induced abortion, spontaneous abortion, stillbirth, and infertility. Instead of indicator representing fertility level the number of living children of the married women who decided to terminate pregnancy served as dependent variable.

The source of data was the National Survey data of Marriage and Fertility Transition conducted by Korea Institute for Health and Social Affairs in 2005. To analyze the effect of reproductive health indicators on the number of living children per woman, this study employed multiple regression analysis as a statistical technique.

The result of analysis indicates that experiences of induced abortion or spontaneous abortion before first delivery have a negative relation with the number of living children. The experience of children's death at the less than 35 years old women also has a strong negative relation with the number of living children and these women did not try to having a baby in the childbearing ages. While, having a son of women in age group 2034 has a strong positive relation with the number of living children. Gender is a major determinant of fertility decision making. This result shows most young married women have still son preference in society.

One the other hand, infertility interferes with conception and delivery. This study shows that 7.5% of married couples experienced primary or secondary infertility. 36.9% of the infertile couples turned out not to receive appropriate modern medical treatment because of lack of

KEY WORDS

fertility, reproductive health, induced abortion, spontaneous abortion, stillbirth, infertility

medical fee or highly physical and emotional burden caused by treatment process.

Based on this findings it is recommended that 'Reproductive Health Counselling Center' is operated to improve of reproductive health for young men as well as women.

These results could serve as information to develop the education and counselling programs of reproductive health for adolescent and the strategies for increasing fertility for married women.