

우리 나라 부인의 임신종결형태와 정책방안

Types of Pregnant Termination and Counter Policies in Korea

金勝權 한국보건사회연구원 가족복지·인구정책팀장

1. 서론

정부는 1962년부터 경제개발계획과 병행하여 추진해온 인구증가 억제정책을 도입 35년만인 1996년에 폐지하고, 인구자질 향상과 복지증진 정책으로 전환한 바 있다. 이와 같은 변화의 배경은 그간에 이룩된 고도 경제성장과 가족계획사업 위주의 인구증가억제정책을 성공적으로 추진하여 1987년 이래 우리 나라 부인의 합계출산율이나 피임실천율이 선진국 수준(합계출산율 1.7명, 피임실천율 72%)을 유지하고 있는 상황에서 인구증가억제정책을 지속적으로 추진할 경우 21세기초에는 노동인력의 수급문제, 노령인구의 급증에 따른 복지부담, 핵가족화의 촉진과 가구원수의 감소에 따른 가족해체 등 제반 문제를 촉진시키는 결과가 될 것이라는 판단이 고려된 것이다. 한편 1980년대부터 출산율의 급격한 저하와 더불어 새로운 인구문제로 등장해온 출생성비의 불균형을 포함하여 청소년의 성문제, 인공임신중절의 만연, 에이즈의 증가 등 시급한 정책과제에 대처하기 위한 정부의 정책전환은 인구정책의 장기적인 안목에서 매우 시의 적절한 것으로 판단된다.

임신은 원(願)한 임신과 원치 않은 임신 중의 하나일 것이다. 그런데 실제 임신을 했을 경우 이의 종결형태는 본인의 의도대로만 되는 것은 아닐 것이다. 즉, 원한 임신임에도 불구하고 출산을 할 수 없는 경우도 있으며, 임신을 원하지 않았을 경우에는 임신소모로 연결되기도 하겠으나 출산하기도 할 것이다. 어떠한 과정을 겪든 모든 임신은 정상출생과 사산, 자연유산, 인공임신중절 등의 임신소모로 연결될 수밖에 없다.

임신의 결과는 그 사회의 경제수준, 문화적 배경, 보건의료수준, 성평등의 정도 등 다양한 요인에 의하여 결정된다. 따라서 본고는 한국보건사회연구원에서 1964년 이후 18번째로 실시한 『2000년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』 자료를 기초로 우리 나라 부인이 경험하는 임신규모와 이들 모든 임신이 어떠한 형태로 종결되는지를 시계열적 분석에 의하여 규명한다. 이어서 이러한 종결형태가 의미하는 바에서 나타나는

다양한 문제점을 파악하고, 이의 개선을 위한 정책방안을 제시하고자 한다. 이는 인구 자질의 향상과 복지증진을 위한 것이다.

2. 부인의 임신실태

우리 나라 부인들의 임신경험 정도를 파악하기 위하여 본고에서는 15~44세 유배 우부인을 분석대상으로 하였다. 분석결과에 의하면, 부인들의 임신경험은 지속적으로 감소하고 있는 것으로 나타났다. 먼저 임신횟수의 분포를 살펴보면, 4회 이상의 임신을 경험한 부인이 1991년 44.9%, 1994년 31.7%, 1997년 29.2%로 가장 높은 비율을 차지하였으나, 2000년에는 4회 이상의 임신경험 부인이 26.5%로 저하되었고, 2회의 임신을 경험한 부인이 29.5%로 가장 많이 나타났으며, 그리고 3회의 임신을 경험한 부인은 23.7%로 나타났다.

이와 같은 부인의 임신경험횟수의 변화는 전체부인의 평균임신횟수에도 영향을 주어 1991년 3.5회이던 것이 1994년에는 3.0회로, 1997년 2.8회, 그리고 2000년에는 2.7회로 지속적인 감소를 보였다.

부인들의 임신경험이 감소된 것은 다음과 같은 두 가지 요인에 의하여 설명된다고 하겠다. 첫째는 우리 나라 전체여성의 합계출산율이 1990년 1.6명, 1993년 1.75명, 1996년 1.71명에서 1999년에는 1.425명으로 저하된 사실에서 알 수 있듯이 저출산관(低出産觀)의 정착에 의한 것이다. 둘째는 15~44세 유배우부인의 피임실천율이 1991년 79.4%에서 1994년에는 77.4%로 다소 감소하였지만, 인구증가억제 정책이 폐지된 직후인 1997년에는 80.5%, 2000년에는 79.3%로 나타남으로써 자연불임, 폐경, 자궁적출 등의 부인을 감안할 경우 피임실천율의 한계수준이라 할 수 있는 80% 전후를 계속 유지하고 있는 데에 기인한다.

표 1. 15~44세 유배우부인의 총임신허수의 변화(1991~2000년)

(단위: %, 명, 회)

조사 연도	총 임신횟수					계(N)	평균 임신횟수
	0	1	2	3	4회 이상		
1991 ¹⁾	3.1	10.8	19.1	22.1	44.9	100.0(7,462)	3.5
1994	4.5	13.2	25.6	25.1	31.7	100.0(5,183)	3.0
1997	4.7	13.6	27.6	24.9	29.2	100.0(5,418)	2.8
2000	4.7	15.6	29.5	23.7	26.5	100.0(6,408)	2.7

주: 1) 1991년은 15~49세 기혼부인을 대상으로 함.

자료: 한국보건사회연구원, 각 연도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

부인의 인구학적 특성별로 평균 임신횟수가 어떻게 변화하고 있는지를 살펴보는 것은 임신경험의 향후 변화를 예측할 수 있어 의미가 있다. 거주지역별 평균 임신횟수는 동부지역 거주부인이 읍·면부 지역의 거주부인보다 약 0.1~0.2회 많았으며, 그리고 젊은 부인일수록, 교육수준이 높을수록 임신경험이 적은 것으로 나타났다.

이와 같은 부인특성별 임신경험횟수의 변화를 시계열적으로 살펴보면, 부인의 거주 지역에 따라서는 변화양상이 크지 않았으나 연령 및 교육수준에 따라서는 현저한 차이를 보여준다. 1997~2000년 기간중 25~29세 연령층 부인은 0.3회, 30세 이상의 연령층에서는 0.2회 감소하였다. 그리고 동 기간중 초등학교 이하의 저학력층 부인은 3.8회에서 3.4회로, 중학교 학력수준의 부인은 3.4회를 유지하고 있었던 반면, 대학 이상의 학력을 가진 부인은 2.4회에서 2.3회로 감소하였다. 따라서 부인의 향후 임신경험횟수는 도시화와 교육수준의 향상 등으로 인하여 점차 감소할 것으로 예상된다.

표 2. 15~44세 유배우부인의 특성별 평균임신회수(1994~2000년)

(단위: 회)

특성		조사 연도		
		1994	1997	2000
지역	동부	3.0	2.8	2.7
	읍·면부	2.9	2.9	2.9
연령	15~24세	1.2	1.3	1.3
	25~29세	2.1	1.9	1.6
	30~34세	2.9	2.8	2.6
	35~39세	3.5	3.3	3.1
	40~44세	4.0	3.5	3.3
교육수준	초교 이하	3.9	3.8	3.4
	중학교	3.5	3.4	3.4
	고등학교	2.8	2.7	2.7
	대학 이상	2.3	2.4	2.3

자료: 한국보건사회연구원, 각 연도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

3. 임신종결형태

모든 임신은 정상출생과 사산, 자연유산, 인공임신중절 등의 임신소모로 종결하게 되며, 이는 그 사회, 가족, 개인적 환경에 따라 상이하게 나타나게 된다. 본고에서는 우리 나라 부인의 임신종결형태를 파악하기 위하여 조사대상부인이 경험한 모든 임신의 종결형태를 현재 임신중인 경우를 포함하여 살펴보았다. 그 결과 1994~2000년 기간중의 평균회수는 정상출생이 1.80회에서 1.72회로, 그리고 인공임신중절은 0.84회에서 0.65회로 감소하고 있었고, 사산은 0.01회로 동일한 수준이었으며, 자연유산은 약간 상승하고 있었다.

표 3. 15~44세 유배우부인의 임신종결형태별 평균회수(1994~2000년)

(단위: 회)

조사연도	총임신	정상출생	사산	자연유산	인공임신중절	현임신
1994	2.96	1.80	0.01	0.24	0.84	0.06
1997	2.83	1.78	0.01	0.26	0.74	0.04
2000	2.69	1.72	0.01	0.26	0.65	0.06

자료: 한국보건사회연구원, 각 연도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

이와 같은 임신종결형태별 경험횟수의 변화는 전체 임신경험횟수의 감소를 감안하여 살펴보면, <표 4>의 구성비에서 잘 알 수 있다. 전체 임신 대비 정상출생으로 종결되는 경우는 1994년 61.0%에서 1997년 62.9%, 2000년 63.9%로 최근 조사에서 높게 나타났고, 임신소모로 종결되는 경우는 1994년 36.9%, 1997년 35.5%, 2000년 34.0%로 감소하는 양상을 보여 바람직한 결과인 것으로 판단된다.

그럼에도 불구하고 지난 10여 년간의 높은 피임실천율, 특히 단산목적으로 피임효과가 큰 불임수술에 의한 실천율 의존이 강한 점을 고려할 경우, 우리 나라 부인의 임신소모는 상당한 수준에 있는 것이라 사료된다. 따라서 임신소모의 형태를 보다 구체적으로 살펴보면, 전체 임신중 사산으로 종결되는 경우는 1994년 조사에서는 0.4%, 1997년과 2000년 조사에서는 0.3%로 유사한 수준에 있었으며, 인공임신중절은 동 기간중 28.3%에서 24.1%로 감소하고 있었다. 반면에 자연유산은 1994년 8.2%에서 1997년 9.1%, 그리고 2000년 9.7%로 점차 증가하고 있어 문제점으로 밝혀졌다.

표 4 15~44세 유배우부인의 임신종결형태의 구성비(1994~2000년)

(단위: %, 명)

임신결과	조사 연도		
	1994	1997	2000
정상출생	61.0	62.9	63.9
임신소모	36.9	35.5	34.0
사산	0.4	0.3	0.3
자연유산	8.2	9.1	9.7
인공임신중절	28.3	26.1	24.1
현 임신	2.1	1.6	2.1
계	100.0	100.0	100.0
(N)	(15,316)	(15,311)	(17,241)

자료: 한국보건사회연구원, 각 연도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

4. 임신소모에 대한 논의

임신소모는 부인행위의 작위여부에 따라 자연적 임신소모와 인위적 임신소모로 구분될 수 있다. 물론 인위적인 행위에 의하여 자연적 임신소모로 연결되는 경우도 없지 않으나 이는 정확하게 밝히기 어렵다는 제한점이 있기 때문에 자연적 임신소모라고 할 수밖에 없을 것이다. 따라서 사산과 자연유산은 자연적 임신소모, 인공임신중절

은 인위적 임신소모라고 할 수 있다.

1) 자연적 임신소모로서의 사산과 자연유산

자연적 임신소모인 사산과 자연유산이 1994년 조사에서는 8.6%이었으나, 1997년 조사에서는 9.4%, 그리고 2000년 조사에서는 10.0%로 지속적으로 증가하고 있다(표 4 참조). 이러한 유형의 임신소모는 임부의 건강을 해칠 뿐만 아니라 반복하여 발생할 가능성이 있기 때문에 문제의 심각함을 더한다고 하겠다.

사산과 자연유산은 많은 원인에 의하여 발생될 것이나 사회적 및 보건의료적 측면에서 다음과 같은 주요 요인이 있다고 사료된다. 첫째, 여성의 신체적 및 정신적 건강이 적절하지 못하기 때문이다. 이는 부인의 건강상태가 임신을 감당하기에 충분하지 않아 결국 자연유산 또는 사산으로 연결될 수밖에 없게 되는 것이다.

둘째, 흡연, 음주, 약물복용 등과 아주 밀접하게 관련되어 있다고 보겠다. 물론 홍보 계몽에 의하여 임신부의 이러한 행위를 자제하도록 유도하고 있으나 이를 간과하는 경우도 있을 뿐만 아니라 임신사실을 알지 못하고 흡연, 음주, 약물복용 등을 하는 경우도 많이 있어 특별한 주의가 요망된다. 예를 들면, 임신사실을 모르고 감기약을 복용하거나, 건강을 위하여 한약을 먹고 있는 과정에 임신이 된 경우 등도 있다고 알려져 있다.

셋째, 첫 임신을 인공임신중절한 경우에 자연유산이 발생될 가능성이 높다는 것이다. 조사결과에 의하면, 우리 나라 부인이 경험한 인공임신중절이 첫 번째 임신인 경우가 21.9%로 나타났는데, 이는 1997년의 조사에서 나타난 10.1%보다 무려 2배나 높은 것으로 심각한 양상을 보여준다. 첫 인공임신중절이 첫 번째 임신인 경우는 동부 지역에 거주하거나 연령이 낮은 부인일수록 높았다. 또한 이 당시의 평균연령은 26.7세였으며, 젊은 연령층의 부인일수록 첫 인공임신중절의 연령이 낮았다.

물론 이들 임신의 상당수는 혼전임신일 수도 있겠고 부부 사이의 어떤 이유에서건 원하지 않았던 임신일 수 있지만, 첫 임신이 인공임신중절로 종결되었다는 것은 어느 임신순위에서 행해진 인공임신중절보다 여성건강에 해악을 준다는 점을 감안할 때 심각하게 대처해야 할 것이다.

표 5. 15~44세 유배우부인의 첫 번째 인공임신중절의 임신순위별 분포와 당시 부인연령(2000년)
(단위: %, 명, 세)

부인특성		임신순위			계(N)	첫 인공임신 중절시 부인의 평균연령
		첫째	둘째	셋째 이상		
전 계		21.9	38.6	39.6	100.0(2,508)	26.7
지 역	동부	22.1	39.1	38.8	100.0(2,286)	26.7
	읍·면부	18.9	32.9	48.2	100.0(222)	26.4
연 령	15~24세	66.7	33.3	-	100.0(27)	20.0
	25~29세	44.2	40.9	14.9	100.0(208)	24.1
	30~34세	24.6	39.0	39.4	100.0(557)	26.5
	35~39세	19.3	40.1	40.6	100.0(885)	27.1
	40~44세	15.6	36.3	48.1	100.0(833)	27.2

자료: 한국보건사회연구원, 2000년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

2) 인위적 임신소모로서의 인공임신중절

15~44세 유배우부인의 인공임신중절률의 경험여부 및 횟수를 살펴보면, 경험이 없는 경우가 증가하고 있으며, 경험을 하였더라도 종전과 같은 반복경험은 감소하고 있어 다행스러운 일이라 여겨진다. 이러한 결과 15~44세 유배우부인 1인당 평균 인공임신중절횟수는 1994년의 0.8회에서 1997년과 2000년에는 0.7회로 감소되었다.

표 6. 15~44세 유배우부인의 인공임신중절 경험횟수 분포(1991~2000년)

(단위: %, 명, 회)

연도	무경험	유경험			계(N)	평균횟수
		소계	1회	2회 이상		
1991 ¹⁾	46.1	53.9	25.8	28.1	100.0(7,110)	1.1
1994	50.8	49.2	28.3	20.9	100.0(5,183)	0.8
1997	55.8	44.2	24.9	19.3	100.0(5,420)	0.7
2000	60.8	39.2	22.1	17.1	100.0(6,408)	0.7

주: 1) 1991년은 15~49세 유배우부인을 대상으로 함.

자료: 한국보건사회연구원, 각 연도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

이와 같이 부인의 인공임신중절이 감소하고는 있으나 피임실천율이 높은 우리의 현

실에서 여전히 인공임신중절을 경험하고 있는 부인이 39.2%나 되었고, 특히 2회 이상 반복 경험한 경우도 17.1%나 된다는 것은 심각하다 할 것이다. <표 7>은 부인특성별 인공임신중절의 경험여부 및 횟수를 나타내고 있다. 부인의 연령이 높을수록 경험횟수가 많은 것은 부인의 임신력(pregnant history)이 결혼기간과 관계되며, 동 기간 중 피임에 실패한 데 기인하는 것으로 판단된다. 또한 현존자녀수가 많을 수록 경험횟수가 많은 것은 자녀수와 부인연령은 비례하며, 원하는 자녀를 모두 가진 경우에 발생한 임신은 인공임신중절로 연결될 가능성이 높기 때문이다. 따라서 효과적인 피임을 위한 노력이 있어야 할 것임을 시사하는 것이다.

그런데 특히 관심을 두어야 할 것은 자녀가 없는 경우에도 임신을 인공임신중절로 처리하는 경우가 7.5%나 있었다는 점이다. 이는 자녀를 원하지 않는 경우이거나 자녀를 원하지만 경제사회적 이유 또는 약물복용 및 임부의 건강 등 보건의료적 측면에서 발생되었을 것으로 짐작된다.

표 7. 15~44세 유배우부인의 특성별 인공임신중절 횟수 분포(2000년)

(단위: %, 명, 회)

특성	무경험	유경험			계(N)	평균 횟수	
		소계	1회	2회 이상			
연령	15~24세	87.3	12.7	9.9	2.8	100.0(213)	0.2
	25~29세	83.0	17.0	13.1	3.9	100.0(1,221)	0.2
	30~34세	64.7	35.3	22.2	13.1	100.0(1,573)	0.5
	35~39세	50.4	49.6	27.1	22.5	100.0(1,788)	0.8
	40~44세	48.3	51.7	24.7	27.0	100.0(1,613)	1.0
현존 자녀수	0명	92.5	7.5	4.6	2.9	100.0(544)	0.1
	1명	74.8	25.2	16.0	9.2	100.0(1,486)	0.4
	2명	52.3	47.7	26.7	21.0	100.0(3,678)	0.8
	3명	50.4	49.6	25.2	24.4	100.0(615)	0.9
	4명 이상	53.1	46.9	18.5	28.4	100.0(81)	0.9

자료: 한국보건사회연구원, 2000년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

5. 정책방안

임신을 원하지 않으면 피임을 하게 된다. 그런데 피임을 하지 못하고 임신에 노출되었거나 피임에 실패한 경우, 그리고 가장 바람직한 경우인 임신을 원한 경우에 발생하는 모든 임신은 어떠한 형태이건 종결될 수밖에 없다. 그런데 그 종결형태는 원

한 임신인 경우는 출생으로, 원하지 않은 경우는 임신소모로 종결될 가능성이 가장 높기는 하지만, 반드시 본인의 의도대로만 되는 것은 아니다. 즉, 원한 임신임에도 불구하고 사산 및 자연유산되기도 하고 성선택을 위하여 인공임신중절을 택하는 경우도 있어 출산으로 이어지지 않기도 하며, 임신을 원하지 않았을 경우에도 종교적 이유로 정상출생을 하는 경우도 있기 때문이다. 어떠한 과정을 겪든 모든 임신은 정상출생과 사산, 자연유산, 인공임신중절 등의 임신소모로 연결될 수밖에 없다.

가장 이상적인 경우는 출산을 원하지 않으면 임신을 하지 않는 것이며, 출산을 원하면 임신을 하여 정상출생으로 종결되는 것이다. 그런데 앞에서 살펴본 바와 같이 임신을 하였음에도 불구하고 출생이 되지 못하고 있는 경우가 많으며, 출산을 원치 않음에도 불구하고 임신을 하는 경우도 있어 문제가 되고 있다. 따라서 이를 위해서는 다각적인 대책이 마련되어야 할 것이며, 임신당사자의 부부 및 가족의 책임과 사회적 책임이 공동으로 존재하게 된다.

본고에서는 최근 지속적으로 개선은 되고 있지만 여전히 조사대상 부인의 전체 임신중 임신소모가 34.0%나 되며, 임신소모의 약 71%가 인공임신중절로, 약 28%가 자연유산으로 종결된다는 사실은 앞으로 인구자질향상의 측면에서 해결해야 할 과제라 하겠으며, 이러한 차원에서 다음과 같은 정책적 대책을 제시하고자 한다.

첫째, 원하지 않는 임신을 예방하기 위하여 효과적 피임사용을 증대할 수 있도록 피임법 사용에 대한 홍보 및 교육이 청소년 시기부터 체계적으로 실시되어야 하며, 기혼자에게 뿐만 아니라 청소년에게도 제한적으로 피임보급이 이루어져야 할 것이다. 이는 미혼여성에게서 발생할 가능성이 높은 첫 임신의 인공임신중절로의 종결을 예방하여 결혼후 원한 임신이 자연유산 및 사산으로 연결되는 것을 사전에 방지하는 효과를 얻을 수 있다.

둘째, 3명 이상의 자녀를 두었거나 30대 중반 이상의 연령층 부인의 임신은 인공임신중절로 종결되는 가능성이 매우 높다. 따라서 효과적 피임사용을 위한 홍보 및 교육이 보건소 및 사회교육기관을 통하여 이루어져야 할 것이다. 우리 나라 부인들은 인공임신중절이 피임의 한 방법으로 인식될 정도로 원치 않는 임신에 대한 수단으로 잘못 인식되어 왔다. 이러한 그릇된 인식은 피임실천이 보편화된 1990년대부터 인공임신중절이 피임의 한 방법이라는 인식이 점차 개선되고는 있으나 아직까지 인공임신중절이 원하지 않는 임신의 처리방안으로 악용되고 있다. 이는 임신을 원치 않음에도 불구하고 피임을 실천하지 않고 임신노출상태의 부인이 있고 비효과적 피임법을 사용

하는 경우도 많이 있음에서 잘 알 수 있다.

물론 결혼연령 상승 등에 의한 30세 이상 연령층의 출산을 증가와 40대 연령층에서 부분적으로 나타나고 있는 늦둥이 출산이 있기는 하지만 30대 연령층의 여성이 경험하는 대부분의 임신은 불원임신(不願妊娠)이다. 따라서 출산이 종료된 고연령층 부인에 대하여 피임실천을 내실화하는 노력이 있어야겠다.

셋째, 최근 정부차원의 가족계획사업은 폐지되어 불임수술보다는 효율적이지 못한 일시적 피임법에 의한 피임실천이 증가하고 있으므로 저소득층에 대해서는 정부차원의 불임수술 및 자궁내장치술의 보급이 필요하다고 사료된다. 아울러 중산층의 자비 부담에 의한 효과적 피임방법의 사용을 증대시키기 위한 홍보계몽도 함께 이루어져야 할 것이다. 이는 피임실패로 인한 불원임신을 감소시키는 방안이 될 것이다.

넷째, 가부장제적 남아선호사상에서 연유하는 성선택적 인공임신중절을 방지하기 위한 대책이 강도 높게 강구되어야 하겠으며, 아울러 성차별적 요소를 제거하기 위한 범정부적 차원의 대책이 있어야겠다. 성선택적 인공임신중절을 막기 위하여 정부에서는 법제도의 개선을 통하여 이러한 행위에 대하여 강력한 제재를 가하고 있어 효과를 거두고 있다. 그러나 지역에 따라서는 여전히 성행하고 있으며, 아울러 광범위한 홍보계몽에도 불구하고 성선택적 인공임신중절을 긍정적으로 생각하고 있는 부인이 3.7%, 중립적인 자세를 보이고 있는 경우가 17.7%나 된다는 사실은 개인적으로 필요하다면 이를 수용할 개연성이 있음을 시사하는 것이다. 따라서 이러한 행위를 하는 의료기관에 대한 지속적인 단속과 강한 처벌, 그리고 이를 의뢰한 부인에게도 제재를 가하는 방안이 강구될 필요가 있다.

다섯째, 자연유산과 관련되는 것으로 밝혀져 있는 임신부의 흡연, 음주, 약물사용 등에 대한 철저한 홍보계몽과 산전관리체계를 갖추어야 할 것이다. 물론 2000년도 실태조사결과에 의하면, 산전수진율이 100%로 나타나 완벽한 양상을 보이고 있으나 이의 과정이 효율적으로 이루어지고 있는지에 대한 관찰이 요구된다. 더군다나 최근 급증하고 있는 10대 여성 및 여자대학생의 흡연 및 음주의 위해성에 대한 교육이 학교 교육 및 사회교육을 통하여 다각적으로 실시되어야 할 필요성이 있다.

여섯째, 자연유산 및 사산의 발생원인은 다양할 것이며, 이는 한 가지 원인에 의한 기보다는 복합적 요인에 의하여 발생될 것이다. 따라서 원인규명을 정확하게 밝히는 정부차원의 노력이 시급하다. 특히 환경호르몬에 의한 영향도 있는 것으로 추정되고 있으므로 이에 대한 임상 및 역학적 차원의 연구가 수행되어야 할 것이다.