

## 임신소모가 저출산에 미치는 영향과 향후과제

### Policy Suggestions for reducing the Pregnancy Wastages

#### 1. 서 언

그 동안 출산 변천과정을 살펴보면 그 시대의 사회·경제적 요인, 문화·종교적 요인, 그리고 여성의 가치관이 관여되어 있다. 의학적으로는 일차적으로 여성의 연령, 결혼(유배우)기간, 성관계, 그리고 건강수준 등에 의해 영향을 받고 있다<sup>1)</sup>. 최근 산업화 사회의 진전으로 여성의 사회참여가 확대됨에 따라 여성은 인구 재생산을 위한 출산(labour)과 동시에 경제적 생산을 위한 노동(labour)이라는 이중의 labour(double work)를 수행하고 있어 점차 건강부담이 높아지고 있다. 특히 생식건강(reproductive health)의 부담으로 인하여 임신이 지속되지 못하고 정상출산에 이르지 못한 채 불가피하게 임신소모(pregnancy wastage)가 초래되어 출산에 영향을 미칠 수 있다. 즉, 모체내 태아가 자연적으로 유산되거나 사산되고, 반대로 인위적으로 태아를 모체 밖으로 유도하여 임신을 중단시키는 인공임신중절 등 불완전한



황 나 미

한국보건사회연구원 연구위원

1) Guttmacher, A. F., "Factors Affecting Normal Expectancy of Conception", JAMA, No. 161, 1956.

임신중결이 다음 출산에 영향을 미칠 수 있다.

우리나라는 1990년대 초까지 시행된 인구증가억제대책 이후 합계출산율이 2000년까지 1.5~1.7수준을 유지하였으나 2002년 1.17, 2003년 1.19, 2004년 1.16으로 급격히 낮아지고 있다. 이와 같은 최근의 심각한 저출산 현상을 직시할 때, 전체 임신의 30% 이상이 임신소모<sup>2)</sup>로 이어지고 있는 현실에 대하여 간과해서는 안 될 것이다. 더욱이 가임기 남녀의性に 대한 가치관의 변화와 아울러 출산중단을 위한 의료적 개입이 용이하다는 점이 그 한 요인으로 작용하고 있다는 점에서, 이로 인해 발생하는 임신소모가 출산력에 미치는 영향을 조망할 필요가 있다. 또한 임신소모는 국가의 원동력이 될 인구 재생산 기능에 대한 보호 측면에서도 공론화할 가치가 있다. 이는 곧 유산 및 사산 등의 임신소모가 불필요한 의료비 지출은 물론 가임기 남녀 생식건강에 부정적인 영향을 미침에 따라 차세대 인구자질과 직결되기 때문이다.

이에 본고는 전국 유배우 여성의 생식건강 수준을 토대로 임신소모가 출산수준에 미치는 영향을 규명하고 임신소모 실태를 파악하여 생식건강의 향상을 기함과 동시에 저출산을 극복할 수 있는 방안을 모색하고자 한다.

#### 2. 유배우 여성의 임신소모 양상에 따른 출산수준

출산력(fertility)은 출생력(nativity)의 한 부분으로 출생력의 분석이나 출생력의 척도로 한정된다<sup>3)</sup>. 이에 본 고에서는 유배우 여성의 출산력 수준을 현존출생아수로 같음하였다. 또한 자연적·인위적 임신소모에 따른 출산수준을 비교, 분석하기 위해 가임여성 중 임신경험이 없어 임신소모 기회에 노출되지 않았던 비임신여성이나 일차성 불임여성을 제외하였다. 이에 전국에서 표본추출된 20~44세 유배우 가임여성 중 임신경험이 있는 여성(3,114명)을 대상으로 임신소모 양상별 총경험횟수와 경험시기에 따라 평균출생아수를 파악한 결과 <표 1>과 같다.

먼저, 자연유산 경험에 따른 평균출생아수를 살펴보면 자연유산 경험이 없는 여

2) 김승권·조애저·김유경·박세경·이건우, 「2003년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」, 한국보건사회연구원, 2004.

3) Shryock, H.S. & Siegel, J.S., The methods and Materials of Demography, Academic Press, 1976 p.273.

성의 경우, 2.04명, 1회 1.95명, 2회 1.91명, 그리고 3회 이상은 1.79명으로 자연유산 경험횟수가 많은 집단일수록 평균 현존출생아수가 적었다. 자연유산 경험여성의 비율은 24.2%로 4명 중 1명이었으며 1회 18.9%, 2회 3.9%, 그리고 3회 이상 경험한 여성이 1.4%이었다. 자연유산은 의학적으로 초산연령이 높을수록 발생률이 증가되며, 특히 3회 이상의 유산은 집중적인 치료와 지속적인 관리가 필요함에 따라 습관성 유산이라 진단하여 출산 고위험요인으로 간주되고 있다.

동 표에서 첫째아 출산전 자연유산을 경험한 여성은 평균출생아수가 1.77명으로 경험하지 않은 여성의 평균출생아수(2.04명)보다 유의하게 적었다.

한편, 인공임신중절 경험여성은 45.1%이었으며 1회 29.4%, 2회 11.7%, 그리고 4회 이상 경험한 여성이 4.0%이었다. 평균출생아수는 인공임신중절 경험이 없는 경우, 2.02명, 1회 1.99명, 2회 2.0명, 그리고 4회 이상은 2.1명으로 시술횟수에 따른 집단간 평균출생아수의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 그러나 첫 정상출산전 인공임신중절 경험여부에 따라서는 평균출생아수에 유의한 차이를 보이고 있다(P<0.001). 이들의 첫 인공임신중절 시술이유는 자녀를 원치 않기 때문이 26.9%, 출산연기 17.6%, 터울조절 11.4%, 그리고 혼전임신으로 인한 경우가 9.3%이었다. 결국 55.9%가 단순히 원치 않는(시기의) 임신이란 이유만으로 시술받음으로써 사회 경제적 부담이 초래되고 있으며, 10명 중 1명은 혼전임신이어서 사전예방 가능한 임신소모가 발생되고 있는 것으로 나타났다.

표 1. 20~44세 임신경험 유배우 여성의 임신소모양상별 평균 현존출생아수

(단위: %, 명)

구분	횟수 분포(%)	평균출생아수(명)
<b>총자연유산횟수**</b>		
없음	75.8	2.04
1회	18.9	1.95
2회	3.9	1.91
3회 이상	1.4	1.79
<b>총인공유산횟수</b>		
없음	54.9	2.02
1회	29.4	1.99
2회	11.7	2.0
4회 이상	4.0	2.10

<표 1> 계속

구분	횟수 분포(%)	평균출생아수(명)
<b>첫째아 출산전 사산경험</b>		
없음	98.9	2.01
있음	1.1	2.03
<b>첫째아 출산전 자연유산 경험**</b>		
없음	88.0	2.04
있음	12.0	1.77
<b>첫째아 출산전 인공임신중절 경험**</b>		
없음	87.5	2.04
있음	12.5	1.79
전체	100.0 (3,114)	2.01

주: 1) \* P>0.05, \*\* P>0.001

2) 동 표는 임신소모 수준에 따른 비교·분석이 목적이므로 임신소모 노출기회가 없는 비임신 및 일차성 불임여성은 제외됨에 따라 수치 해석에 주의를 요함.

인공임신중절은 ‘모자보건법’ 상에 여성 또는 배우자가 우생학적·유전학적 정신장애나 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. 또한 ‘형법’에서는 인공임신중절 당사자인 여성은 물론, 촉탁을 받아 인공임신중절을 시술한 의료인의 경우에도 벌금 또는 일정기간 징역에 처하도록 명시되어 있다. 그러나 앞서 파악한 바와 같이 출산을 원치 않거나 터울조절을 위해 인공임신중절이 공공연히 이루어지고 있는 것이 현실이다. 인공임신중절은 적절한 치료와 사후관리를 못하였을 경우, 이후 자연유산이나 조산이 초래될 수 있고 불임(이차성)의 원인이 될 수 있기 때문에 실효성있는 제도적 장치가 요구된다고 보겠다.

전국 1,053명의 임신경험 여성을 대상으로 불임(이차성) 여부별 임신소모 수준의 차이를 파악한 결과, 불임여성의 평균 자연유산 및 인공임신중절 횟수가 비불임 여성보다 유의하게 높게 나타나 이러한 사실을 지지해 주고 있다(표 2).

死産은 재태기간 22주 이후의 태아사망을 의미한다<sup>4)</sup>. <표 1>에서 사산경험 여성

4) 세계보건기구, International Classification for Diseases, 1977

은 11%로 상대적으로 낮은 비율을 보이고 있다.

표 2. 불임 경험유무별 자연유산 및 인공임신중절 횟수 유의성 검증

(단위: 회)

구 분	불임 (N=191)	비불임 (N=862)	T	P
평균자연유산횟수±표준편차	0.53±0.97	0.27±0.72	-3.411	.001**
평균인공유산횟수±표준편차	0.51±1.05	0.31±0.69	-2.539	.012*

자료: 황나미, 「우리나라 불임 및 불임관련 의료이용 실태와 문제해결을 위한 연구」, 한국보건사회연구원, 2003.

### 3. 출산 완결여성의 임신소모가 출생아수에 미치는 영향

유배우 가임여성의 출산력 격차를 설명하는 인구·사회·경제적 변수 및 임신 소모 관련 특성들 간의 상호 관련성과 이들 제 변수들이 출생아수의 차이에 미치는 영향을 동시에 고려하기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과 <표 3>과 같다. 본 분석대상은 임신소모가 저출산에 영향을 미치는 지를 분석하기 위해 임신경험 여성을 대상으로 하였고, 또한 이들 중 자녀를 더 이상 원하지 않아 출산을 완결한 여성을 분석대상으로 한정하였다.

동 표에서 출산을 완결한 여성의 출생아수에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 인구·사회적 변수는 초혼연령, 교육수준 및 취업여부 등이다. 즉, 초혼연령이 낮을수록, 학력이 높을수록, 그리고 취업여성의 경우 출생아수가 적었다. 여성의 월소득, 가구총소득, 그리고 가족소유 주택유무 등 가구의 경제수준을 파악할 수 있는 변수들은 출생아수에 유의한 영향을 미치지 않은 것으로 나타났다.

임신소모횟수에 따라서는 '총자연유산횟수'의 경우, 유산경험이 많을수록 출생아수가 많은 것으로 나타났다. 이는 자녀를 원하여 계속 임신을 함으로써 출생아수가 많아짐과 동시에, 결과적으로 자연유산에 노출되는 횟수도 많아져 나타난 현상으로 풀이된다. 임신소모시기에 따라서는 출생아수에 유의한 영향을 미쳐, 첫째아 출산전 자연유산이나 인공임신중절술을 많이 경험한 여성일수록 출생아수는 적어지는 것으로 나타났다(p<0.001). 요컨대, 첫 출생아 이전 시행된 인공임신중절과 자연유산 등의 임신소모는 저출산의 요인으로 지적할 수 있다.

출생자녀 중 남아자녀 유무에 따라서는 '출산 남아수'가 있는 경우, 출생아수가

많은 것으로 나타나(P<0.001) 남아출산을 위해 임신 및 출산을 계속 시도하는 것으로 추측할 수 있다. 최근 출생성비는 2002년 110.0, 2003년 108.7, 2004년 108.2로 완화되고 있다. 그렇지만 셋째아 이상 출생아의 출생성비는 각 년도 141.2, 136.6, 132.7명으로<sup>5)</sup> 정상적인 출생성비가 105 수준임을 감안할 때, 이 수치를 초과하는 숫자 만큼은 태아 성감별을 통해 여아(태아)의 경우 인공임신중절 시술을 행하거나 남아출산을 위해 지속적인 출산을 시도한 것으로 해석할 수 있다. 앞서 55.9%에 해당되는 원치 않는 임신 중에는 남아선호로 인해 원치 않은 성(여아)이 하나의 이유가 될 수 있는데, 2003년 유배우 부인의 6%는 임신전후 남아 출산을 위해 초음파검사(2.5%)를 비롯한 양수검사(0.5%), 융모막검사(0.1%) 등의 태아 성감별검사와 자연요법(3.6%)을 실시한 경험이 있는 것으로 나타나<sup>6)</sup> 이러한 사실

표 3. 출산완결 유배우 여성의 현존 출생아수에 관한 회귀분석

	20~44세 출산완결 여성		
	Beta	t	t값 유의도
현재 연령	.073	3.147	.002*
초혼연령	-.123	-5.435	.000***
여성 교육수준	-.059	-2.455	.014*
여성 취업여부	-.062	-2.267	.023*
여성 월평균 소득	.014	.470	.638
가구 월평균 총소득	-.010	-.400	.690
가족 소유의 집 유무	.021	.957	.338
총 자연유산횟수	.065	2.350	.019*
총 인공유산횟수	.034	1.467	.143
첫째아 출산전 사산횟수	-.010	.483	.629
첫째아 출산전 자연유산횟수	-.118	-4.289	.000***
첫째아 출산전 인공유산횟수	-.138	-6.037	.000***
출생남아 유무	.089	4.280	.000***
(Constant)		19.547	.000
R <sup>2</sup>		.066	
(Adjusted R <sup>2</sup> )		(.060)	
F		11.676	
Significant F		.000	

주: \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

5) 통계청, 「1970년 이후 혼인·이혼 주요 특성 변동 추이」, 2005.

6) 김승권 외, 전거서, 2004.

을 입증해 주고 있다.

그렇다면 자녀를 출산하지 않거나 한 자녀만을 출산하고 출산을 완결한 여성의 주된 이유는 무엇인가? <표 4>에서 이들의 출산 완결사유를 살펴보면 당초 계획한 만큼의 자녀를 다 출산하여 완결했다는 비율이 두 자녀 이상 출산여성(45.2%)에 비해 상대적으로 낮아 13.2%에 불과하였다. 그렇다면 계획한 자녀수를 출산하지 못하고 출산을 완결한 주된 사유는 무엇인가? 동 표에서 제시한 바와 같이 경제적 어려움이 가장 많았고(44.7%), 양육여건 및 치열한 경쟁사회에서의 자녀 장래걱정 등의 사회적 이유(12.0%), 부부중심 가치관(8.9%), 그리고 본인의 높은 연령(10.2%)과 건강문제(6.8%) 등의 이유로 인해 당초 계획한 만큼의 자녀를 출산하지 않은(또는 못한) 것으로 파악되었다. 이러한 사유들은 2자녀 이상 출산한 그룹에 비해 훨씬 높은 비율을 차지하고 있어 경제적 부담을 이유로 원치않는 임신 뿐 아니라 출산연기 및 태아조절을 위해 단호하게 인공임신중절을 시행하고 있는 것으로 나타났다. 이는 태아의 생명경시 풍조와 의료서비스 접근이 용이하다는 점도 관련이 깊지만 무엇보다도 경제적 문제를 중심으로 한 여성의 노동여건 및 자녀교육 등 사회구조적 문제와 관련되어 있으므로 저출산 문제를 근본적으로 해결하기 위해서는 사회전반적인 영역에서의 종합적인 접근이 필요하다는 것을 보여주고 있다.

<표 3>에서 첫째아 출산전 사산경험이 있는 여성은 통계적으로 유의하지는 않지만 출생아수가 적은 것으로 나타났다.

표 4. 출산 완결여성의 출산자녀수별 주된 출산완결 사유

(단위: %)

출산중단 사유	전 체	1자녀 이하 출산 여성	2자녀 이상 출산 여성
계획한 만큼 자녀를 다 출산하여, 자녀가 많아	42.0	13.2	45.2
경제적 문제	41.2	44.7	40.9
• 낮은 소득, 고용상태 불안정 또는 실업상태	(19.9)	(26.4)	(19.2)
• 자녀양육을 위한 주택마련이 어려워	( 0.6)	( 1.3)	( 0.6)
• 자녀양육비 부담	( 6.4)	( 5.5)	( 6.5)
• 자녀교육비 부담	(14.3)	(11.5)	(14.6)
사회적 여건	5.1	12.0	4.3
• 자녀 돌볼사람, 시설 없어	( 3.3)	( 6.8)	( 2.9)

<표 4> 계속

출산중단 사유	전 체	1자녀 이하 출산 여성	2자녀 이상 출산 여성
•출산·양육으로 인한 사회활동지장	(0.9)	(2.6)	(0.7)
•치열한 경쟁사회에서의 자녀 장래 걱정	(0.9)	(2.6)	(0.7)
부부중심 가치관	1.9	8.9	1.2
•보다 많은 여자, 자아성취를 위해	(1.6)	(6.8)	(1.1)
•부부가 아이를 싫어해서	(0.3)	(2.1)	(0.1)
본인 연령이 높아서	6.0	10.2	5.6
본인 건강문제(장애·질환)	2.2	6.8	1.7
가정내 가사·양육 부담 불공평, 부부 불화, 가족내 장애·질환자 수발 때문	0.6	0.9	0.5
기타	10.0	3.4	0.6
계	100.0	100.0	100.0
(N)	(2,339)	(235)	(2,104)

#### 4. 저출산 관점에서의 임신소모 실태

##### 1) 인공임신중절

앞에서 파악한 바와 같이 첫째아 출산 전에 인공임신중절과 자연유산은 경험한 여성은 경험횟수와는 무관하게 출생아수가 적은 것으로 나타나(표 3), 첫 임신을 정상출산으로 종결하는 것이 얼마나 중요하다는 사실을 새삼 일깨워주고 있다.

그렇다면 우리나라 임신소모 수준은 어느 정도인가? 2003년 15~44세 유배우 여성의 인공임신중절, 자연유산 및 사산 등에 의해 소모되는 임신소모 비율은 33.1%였다. 이 가운데 인공임신중절에 의해 소모된 비율은 전체 임신소모 중 70%를 차지하고 있으며 임신 100회를 기준으로 할 때에는 232회가 인공임신중절로 종결된 것으로 나타나 임신 4회 중 1회는 인공임신중절술이 이루어지고 있었다(표 5).

그 동안 인공임신중절의 추이는 임신 100회당 1994년 28.4회, 1997년 26.1회, 2000년 24.1회, 2003년 23.2회로 감소되고 있다고 평가할 수 있으나 여전히 높은 수준이다. 인공임신중절 시술이 성행하고 있는 이유는 앞서 지적하였듯이 출산전 원치않는 성(gender)으로 인한 경우와 안전한 피임 실천율이 낮은 것도 그 한 요인으로 작용하고 있다.



표 5. 전국 유배우 여성의 임신소모 추이

(단위: 회, %)

조사 연도	총임신 (T)	임신소모 (W)	임신소모율 (W/T×100)	인공임신중절 (I)	임신 100회중 인공임신중절회수 (I/T×100)	임신소모 중 인공임신중절비율 (I/W×100)
1994	2.96	1.09	36.8	0.84	28.4	77.1
1997	2.83	1.01	35.7	0.74	26.1	73.3
2000	2.70	0.92	34.1	0.65	24.1	70.7
2003	2.72	0.90	33.1	0.63	23.2	70.0

자료: 한국보건사회연구원, 「전국 출산력 및 가족보건실태조사」, 각 년도.

2003년 유배우 가임여성의 피임실천율은 84.5%로 2000년에 비하여 5.2%포인트 증가하였다. 그러나 인공임신중절 시술을 받은 여성 중 당시 피임 실천 중인 여성은 45.8%이었으며 이들의 실천방법은 월경주기법(16.6%) 및 콘돔(11.0%) 등 일시적인 방법을 사용하여 피임에 실패한 것으로 파악되었다<sup>7)</sup>.

2005년 우리나라 기혼여성의 인공임신중절 건수는 연간 21만건에 이르고 있어<sup>8)</sup> 안전한 피임실천의 강화와 비합법적인 인공임신중절 시술 방지를 위한 제도적, 실천적 개선방안 마련이 요구된다.

한편, 2003년 전국 출산력 조사에서 유배우 여성의 첫 인공임신중절 실시이유 중 혼전임신으로 인한 경우가 2000년 9.5%, 2003년 12.4%로 혼전임신이 차지하는 비율이 점차 증가하고 있는 추세이다<sup>9)</sup>. 미혼여성의 인공임신중절건이 연간 총 14만 건으로 추정됨에 따라<sup>10)</sup> 우리 사회에서 性은 개방된 반면, 사후 초래되는 임신에 대해서는 책임성이 간과되고 있는 사회풍토라 하여도 과언이 아니다. 육체적으로 성숙하지 못한 청소년의 경우, 성 경험으로 인해 골반통증 및 골반염증 등 생식기 질환을 앓게 되며, 이는 각종 만성질환과 이차성 불임의 원인이 되고 있어 저출산에 밀접한 영향을 미치고 있다.

7) 김승권 외, 전계서, 2004.  
 8) 보건복지부, 인공임신중절 보도자료, 2005.  
 9) 김승권 외, 전계서, 2004.  
 10) 보건복지부, 인공임신중절 보도자료, 2005

2) 자연유산 및 사산

앞에서 파악한 바와 같이 첫째아 출산 전에 자연유산을 경험한 여성의 경우 출생아수가 적다. 2003년 유배우 가임여성의 자연유산 및 사산 발생비율은 임신 100회당 9.9회(각 9.7회, 0.2회)이며 전체 임신소모 중에서는 30%를 차지하고 있다(표 6). 2000년 자연유산 및 사산 발생비율이 임신 100회당 10.0회, 1997년 9.5회, 1994년 8.4회임을 고려할 때, 최근 산전진찰율이 99%임에도 불구하고 전혀 감소되지 않고 있다.

자연유산은 감염(헤르페스감염), 만성소모성질환, 갑상선질환, 당뇨 등의 질환과 약물복용 등에 의해 초래되며 고령임신과 사회적·물리적 위험환경이 위험요인으로 알려지고 있다.

사산에 영향을 미치는 요인으로 고령임신, 비만 및 헤모글로빈 등과 관여되어 있다는 보고가 있으나 그 원인은 복잡적이다.

표 6. 전국 유배우 여성의 자연유산 및 사산 추이

(단위: 회, %)

조사 연도	총임신 (T)	임신소모 (W)	자연유산 및 사산 (A)	임신 100회중 자연유산·사산회수 (A/T×100)	임신소모 중 자연유산·사산비율 (A/W×100)
1994	2.96	1.09	0.25	8.4	22.9
1997	2.83	1.01	0.27	9.5	26.7
2000	2.70	0.92	0.27	10.0	29.3
2003	2.72	0.90	0.27	9.9	30.0

자료: 한국보건사회연구원, 「전국 출산력 및 가족보건실태조사」, 각 년도.

자연유산과 사산을 경험한 여성은 인공임신중절과는 달리 원하는 임신 및 자녀 이어서 신체적으로는 물론 상실감으로 인한 정신적인 후유증이 커 다음 임신 및 출산에 영향을 줄 수 있다. 더욱이 모체가 신체적·정신적으로 건강하지 못한 상태에서 발생하는 것이므로 다음 임신 및 출산을 위해서는 적절한 의료적 처치와 충분한 휴식이 필요하다.

이에 2005년 5월 정부는 '근로기준법'을 개정하여 유·사산 휴가제도를 마련하였으며, 동 시행령을 통해 2006년 1월부터 임신 16주 이후 발생된 유산 및 사산에

대해 30~90일간의 휴가를 보장하도록 하였다(임신 16주~21주 30일, 임신 22주~27주 60일, 임신 28주 이후 90일). 이어 유·사산 급여를 고용보험에서 지급하도록 하여 제도의 실효성을 확보, 저출산 시대에 모성보호를 위한 진일보된 정책을 수립하였다. 다만, 자연유산의 경우 약 80%가 임신 12주 이전에 발생되므로<sup>11)12)</sup> 임신 16주 이후의 유산휴가 적용대상자는 적을 것으로 예상된다. 이 점을 고려하면, 자연유산에 대한 사후 휴가보다는 사전 예방하는 것이 저출산을 개선하는데 도움이 될 뿐 아니라 사회경제적 부담을 감소시키므로 사전 예방을 위한 사회적 환경 조성이 중요할 것으로 판단된다.

영국은 임신 24주 이후 유·사산을 신체적·정신적 부담 측면에서 출산과 동일하게 간주하여 26주의 유급휴가를 제공하고 있으며<sup>13)</sup> 일본은 14주(산전6주, 산후8주), 캐나다는 19주 이후 유·사산을 출산과 동일하게 간주 17주 유급휴가를 제공하고 있다.<sup>14)</sup>

한편, 고용보험대상 여성 중 사산 발생비율은 0.7%(2004)로<sup>15)</sup> 전국 출산력 조사에 의한 유배우 가임여성의 0.2%(2003)<sup>16)</sup>에 비해 높게 나타나 점차 증가되고 있는 근로여성의 차별적 고위험 요인이나 환경에 대한 연구가 필요하다.

## 5. 저출산 극복을 위한 임신소모 감소 전략

우리나라는 전 세계에서 유래 없는 출산율의 저하로 고령화 속도까지 가속화시키고 있어 저출산이 심각한 사회문제임은 주지의 사실이다. 본 고에서는 유배우 가임여성의 출산기피 사유가 자녀양육에 따른 경제적 부담이 주된 사유이어서 이로 인해 시행되는 인위적 임신소모를 방지하기 위해서는 사회안전망 구축 등 전반적인 영역에서의 종합적인 접근이 필요하다. 또한 저출산에 영향을 미치는 인공임

신중절과 자연유산 등의 임신소모를 방지하기 위해서는 단순히 출산지원이라는 일방향성의 목적에 초점을 두기보다는 원하는 시기에 자녀를 출산할 수 있도록 생식건강 증진차원에서 접근하는 것이 실효성이 있으며 결과적으로 질적 인구의 생산을 기하는 길일 것이다. 일차적으로는 원치않는 임신을 줄여 인위적 임신소모를 최소화하고 자연적 임신소모를 사전 예방할 수 있는 정책적 지원책과 사회적 환경이 조성된다면 향후 출산수준은 높아질 수 있을 것으로 예상된다.

첫째, 현행 '모자보건법'에 대한 심사숙고한 논의를 통해 합법적이지 못한 인공임신중절 감소를 위해 집행될 수 있는 법적 실행수단의 강구가 필요하다. OECD 국가 중 영국, 일본, 핀란드 등의 국가는 본인의 요청에 의한 시술이 허용되지 않는다<sup>17)</sup> 반면, 미국, 독일, 스웨덴 등 과반수의 OECD 국가들은 보건의학적으로 임부의 건강에 위협이 되지 않은 시기의 경우에만 법적인 규제를 두지 않고 시술을 허용, 국가적 보고체계를 갖추어 원치 않는 임신의 규모와 원인을 파악, 근거에 입각하여 인공임신중절 예방을 위해 노력하고 있다. 인공임신중절 허용범위에 대해서는 논쟁의 소지가 크나, 우리나라의 경우 '모자보건법'에서 제한하고 있는 터울조절, 출산연기, 그리고 원치않은 성(gender) 때문에 공공연히 이루어지고 있는 현실에 비추어 볼 때, 일차적으로 이로 인해 시술되는 인공임신중절에 대해서는 강력한 조치가 강구될 수 있도록 실효성있는 법 개정이 요구된다.

현행 '의료법'에는 태아 성감별을 위한 의료행위를 금지시킴과 동시에 이를 위반할 경우에는 시행한 의료인에 대해 일정기간 면허정지 등 처벌에 대한 규정이 명시되어 있다. 그럼에도 불구하고 여전히 시행되고 있는 태아 성감별 행위의 방지를 위해 범사회적인 차원에서 의료기관에 대한 모니터링 강화가 수반되어야 한다. 더 나아가 생명경시 문화와 여아 차별주의가 만연한 우리 사회의 전반적인 구조적 개선도 요구된다.

둘째, 유·사산을 사전 예방할 수 있도록 임부에게 안전한 사회환경을 조성할 필요가 있다. 그런데 자연유산의 대부분이 임신초기에 초래되나 이 시기에는 외견상 임부로 판별하기 어려워 임신초기부터 배려하기 어렵다. 이에 정부차원에서 임부 '심볼렛지(가칭 예비엄마)'를 개발하여 의료기관 또는 보건소가 임신이 확인된 임부에게 개발된 심볼렛지를 배부, 뱃지를 착용한 임부에 대해서는 공공시설 및

11) Adolffsson A. et al, Guily and Emptiness: Women's Experiences of Miscarriage, Health Care for Women International, 25(6), 2004.

12) 최연순 외, 모성간호학, 수문사, 1994.

13) <http://www.worksmart.org.uk/rights/viewquestion>

14) ILO, Maternity Protection at Work, 1999.

15) 장지연·정혜선·류임량·김수영, 「여성근로자 모성보호 현황과 정책방안」, 한국노동연구원, 2004.

16) 정혜선 외, 「유·사산 휴가기간 설정에 관한 연구」, 2005.


17) 보건복지부, 전게서, 2005.

교통시설 등의 이용에 우선적으로 편의를 도모할 수 있도록 사회환경과 여건을 조성한다(주차장 이용, 좌석확보, 공중시설에서 대기하지 않고 우선 이용, 쇼핑물건 이동지원 등).

임신한 근로여성 역시 '심볼렛지'를 통해 과중한 육체적 노동이나 유해물질로부터 보호받을 수 있도록 환경을 조성한다. <표 3>에서 취업여성의 경우 출생자녀 수가 유의하게 적은 것으로 나타나 취업 임부의 사회적 배려는 가정복지는 물론 사회 발전을 뒷받침한다는 측면에서 소홀히 다루어서는 안되는 문제이다.

셋째, 청소년을 포함한 가임기 남녀를 대상으로 건강하고 안전한 성을 위한 교육 및 상담의 강화이다. 성이 상품화되고 문화적 시각으로 접근됨에 따라 그 동안 학교보건에서는 생식건강 관점에서 올바른 피임실천 및 사후대처 방안에 대해 현실적이고 체계적인 접근을 하지 못하였다. 이에 보건소 및 지역사회 민간자원과 연계하여 올바른 피임실천 및 재발방지를 위한 교육강화가 요구된다. 아울러, 임신이 불가피하게 되었을 경우, 부적절한 방법으로 해결하여 생식건강상의 문제가 발생되지 않도록 적절한 치료와 관리를 제공할 수 있는 사후관리체계가 요구된다. 그런데 이들이 관련 상담이나 정보를 얻을 수 있는 시설은 대부분 의료시설(산부인과 및 비뇨기과)이어서 문제발생 초기에 방문하기 어렵다. 이에 개인차원에서 음성적인 방법으로 해결하는데 시간을 소요하지 않고 조기에 올바른 선택을 할 수 있도록 상담 및 정보안내 기능을 할 수 있는 '생식건강상담센터'의 개설·운영이 필요하다(기존 보건소, 보건복지센터, 민간 비영리단체 위탁).

한편, 임신소모는 흡연, 음주, 약물복용 등과 밀접하게 관련되는 것으로 알려져 있으므로 청소년 및 가임남녀를 대상으로 한 보건교육 강화가 필요하다.

넷째, 앞에서 파악한 바와 같이 만혼은 저출산에 유의한 영향요인이었다. 여성의 가임능력이 최대인 연령은 24세 전후이며, 35세 이후부터는 임신능력이 현저히 감소하게 된다.<sup>18)</sup> 35세 이후 임신이 되더라도 자연유산이나 다운증후군 등 염색체이상아 발생의 위험성이 있고, 저체중아 및 기형아 출산확률이 높다<sup>19)</sup>. 이에, 35세 이전에 출산할 수 있는 사회적 출산환경 지원과 아울러 범사회적 홍보를 실시, 임신소모를 방지하여 사회적 부담을 완화하고 출생자녀의 질적 측면을 강조할 필요가 있다. 

18) Guttmacher, A. F., "Factors Affecting Normal Expectancy of Conception", JAMA, No. 161, 1956.

19) WHO, Women's Health, 1990.