

지표로 보는 한국여성의 재생산건강¹⁾



Korean Women's Reproductive Health Indicators

천희란

중원대학교 보건행정학과 교수

재생산기간은 여성의 생애주기에서 민감한 시기이며 임신, 분만, 출산과 관련된 재생산활동은 여성 건강에 크게 영향을 미치고 있다. 이 글은 임신과 출산, 피임, 인공임신중절, 재생산주기 등 영역으로 나누어 추이와 함께 우리나라 여성의 재생산건강 현황과 관련요인을 살펴보았다.

가임기 기혼여성의 연령이 높을수록 임신 소모 및 인공임신중절 경험이 증가하는 경향이다. 피임실천은 1960년대 이후 현격히 증가하였지만 약 20%의 비실천자나 실천자들의 정확한 피임 사용법 등 질적인 문제도 있다. 초경에서 폐경까지 재생산주기는 빨라진 초경으로 늘어났으며 초경연령은 연령코호트별 큰 차이를 보이고 있다. 또한 초경연령, 임신 소모, 인공임신중절 경험에서 여성의 교육수준, 가구소득, 직업, 지역 특성별 사회경제적 격차가 관찰되었다. 재생산건강 정책에서 여성 내부의 차이를 고려한 접근이 필요하다.

1. 들어가며

여성의 전 생애에서 약 반이 가임기, 재생산기간(reproductive period)에 해당하며, 이는 초경에서 폐경까지 기간을 일컫는다. 이 시기는 여성의 생애주기에서 가장 민감한 시기로 임신,

출산 등을 거치면서 광범위하게 여성 건강에 영향을 미치고 있다. 지난 반세기 동안 우리나라 여성의 재생산건강 수준은 모성사망비, 산전/산후관리, 병원 분만율 등 대부분 지표에서 상당한 개선을 보이고 있다. 하지만 유배우 여성의 경우 여전히 인공유산을 비롯한 임신 소모가 높

1) 이 원고는 '2013년 한국여성 건강통계' 보고서 재생산건강 영역을 최근 통계자료로 내용을 추가하여 작성함.

은 수준이고²⁾, 10대 청소년과 미혼여성의 재생산 건강과 관련된 자료는 파악하기 어려운 실정이다. 최근 급격한 인구사회학적 변화 속에서 결혼과 출산연령의 지연이나 정부의 출산장려지원책으로 난임시술지원 시술의 확대는 여성의 재생산건강권과 관련하여 새로운 이슈와 도전을 가져왔다.

재생산건강에 대한 개념은 1994년 UN 카이로 인구개발회의에서 처음으로 구체적으로 제시되었다. 카이로 회의 16개 실행 프로그램 중 7장 ‘재생산권리와 재생산건강(Reproductive rights and reproductive health)’에서 정의와 권리 등 광범위한 내용을 담고 있다. 인구개발회의는 국제건강기구의 건강개념을 도입하여 재생산 건강을 ‘재생산 기관과 그 기능 및 과정과 관련하여, 질병이나 불구가 없을 뿐 아니라 신체적, 정신적, 그리고 사회적으로 안녕한 상태’로 정의하였다. 따라서 재생산 건강권이란 첫째, 안전하고 만족스러운 성생활을 향유할 수 있어야 하며, 둘째, 자녀의 출산 여부나 출산 간격과 시기, 자녀 수를 결정할 권리를 가져야 한다³⁾.

전통적으로 우리나라 모자보건사업의 방향은 여성 건강이 중심이 아니라 출산율 수준에 맞추어 인구 및 가족계획사업을 수행하기 위한 수단으로서 법 개정이나 사업이 이루어져 왔다⁴⁾. 1960-1970년대 출산력이 높던 시기에는 출산

력 억제 정책으로 가족계획사업 수행을 위한 서비스로 공공모자보건사업을 제공하였다. 2000년대 중반 이후 우리나라의 심각한 저출산 문제를 해결하기 위하여 출산율 회복을 위한 불임부부 지원을 골자로 하는 2009년 모자보건법 전면 개정이 있었다. 하정옥(2012)의 연구는 개정된 모자보건법이 피임지원에서 출산지원으로 정책을 바꾸면서 오히려 기존 재생산건강 개념이 축소 변형되고, 여성건강을 저출산 대응을 위한 도구로 사용하였다고 주장한다.

본 글에서는 우리나라 여성의 재생산건강 현황과 관련 요인을 파악하고자 한다. 여성의 재생산건강수준에 영향을 미치는 다양한 요인과 지표 중에서 건강한 출산과 직접 관련되는 지표인 임신과 출산, 피임, 인공임신중절을 포함한 임신소모, 재생산주기(초경과 폐경) 등 영역을 중심으로 살펴보려고 한다.

2. 재생산건강 현황과 관련 요인

가. 임신과 출산

출산율의 변동은 합계출산율 추이에 따라 파악할 수 있다. 우리나라 출산력 변천은 1970년대 이후 경제성장, 사회발전 및 국민 의식 변화

2) 김승권 외(2009). 2009년 전국 출산력 및 가족보건, 복지실태조사, 한국보건사회연구원.

3) UNFPA(1994). Chapter VII. Reproductive rights and reproductive health, pp.45-60. In: Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development. Cairo, 5-13 Sep 1994.

4) 서경(2009). 생식건강. 대한산부인학회지, 52(4), pp.387-390.

5) 하정옥(2012). 숫자를 재생산하는 몸, 도구화된 여성건강. 한국여성학 28(1), pp.35-69.

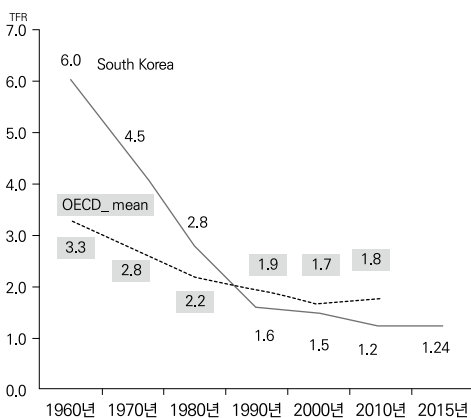
의 영향을 받았다. 1962년 이후 국가주도의 인구 억제 가족계획사업의 결과로 우리나라의 합계 출산율은 1960년 여성 한명 당 6.0명 출산에서 1990년대 OECD 평균수준 이하인 1.6명으로 감소하였다(그림 1). 1997년 경제위기를 겪으면서 우리나라의 출산율은 더욱 감소하는 추이를 보였으며, 2005년에는 1.09명으로 역사상 가장 낮은 출산율과 동시에 세계 최저수준의 출산율을 기록하였다. 그 후 얼마간 출산율이 상승추이를 보이고 있으며, 2015년 현재 합계출산율은 1.24명이다(그림 1).

연령별 출산율 수준과 분포는 근래 우리나라 여성의 결혼과 출산의 지연과 밀접한 관계가 있다. 2000년까지는 임신과 출산의 시기라고 여겨지는 20대가 전체 출산의 60%이상 차지하

였으나 이후 크게 줄었다. 2010년 이후 출생통계에서 두드러지는 재생산 활동 연령은 30~34세 연령 군으로 전체 출산의 약 60%가량을 차지하며 최근 첫 출산에서 연령 상승을 보인다(그림 2).

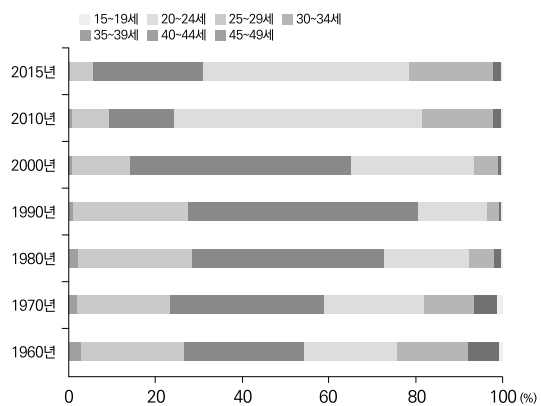
우리나라 가임기 기혼여성의 임신 경험에서 사회경제적 특징이 관찰되었다. 2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 자료를 분석한 결과, 15~44세 가임기 유배우 여성의 총 임신 횟수는 2.17회, 정상 출생에 해당하는 총 분만은 1.62회 였다. 총 임신과 총 분만의 차인 0.55회는 사산, 자연유산, 인공유산 등 임신 소모와 관련이 있으며 우리나라 기혼여성에서 인공임신중절이 많은 이유로 설명된다⁶⁾. [그림 3]에서 30세 이하 기혼여성에 비해 연령이 높은 코호트일수

그림 1. 합계출산력 추이(1960~2015년)



자료: 통계청 인구동태통계 - 출생, OECD Health Statistics, 각년도

그림 2. 여성 출산연령의 변화(1960~2015년)



자료: 통계청 인구동태통계 - 출생, OECD Health Statistics, 각년도

6) 김승권 외(2012). 2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사. 한국보건사회연구원.

록 총 임신 횟수와 총 분만 횟수가 증가하며 임신 소모를 의미하는 그 격차는 더욱 커지는 경향을 보이고 있다. 2012년 출산력 조사에서는 25세 미만 여성에 비해 25~29세 여성에서 임신 소모가 더 큰 것으로 관찰되는데, 이는 이 인구 집단의 낮은 피임실천율과 관련이 있는 것으로 판단된다. 응답시 여성 연령을 보정한 후, 총 임신 횟수와 총 분만 횟수가 초대졸 이상에 비해 고졸 이하 여성에서 유의하게 높았다. 교육수준 비교에서 중졸 이하는 대상자가 2%(97명)이므로 통계적으로 유의하지 않다. 직업분류에서도 사무직 여성에 비해 서비스/판매직과 생산직 여성이 높은 임신 소모가 있음을 보여준다. <표 1> 사후 분석 결과에서 사무직에 비해 특히 생산직 여성의 임신 소모가 유의하게 높은 것을 보이며, 이 차이는 연령층화 분석에서 35~44세 여성에서

직업군간 유의한 임신 소모 격차에서 기인한 것임을 볼 수 있다. 동지역에 비해 읍면 시골여성에서 총 임신, 총 분만, 임신 소모가 높은 것으로 관찰되었다. 연령 층화 분석에서 35세 미만 여성에 비해 35~44세 여성에서 사회경제적 특성에 따른 임신 소모의 경향이 더 잘 관찰된다(그림 3과 4, 표 1).

나. 피임

피임은 원하지 않는 임신을 사전에 예방하기 위한 것이다. 피임방법의 종류로는 영구적 피임법인 난관수술과 정관수술이 있고, 비영구적 효과가 있는 자궁내장치, 콘돔, 먹는 피임약 등이 있다. 피임과 낙태문제는 여성의 성적 자기 결정권의 핵심적 주제이며 지극히 사적인 선택이지만 여성의 몸을 둘러싼 재생산능력을 통제

그림 3. 기혼여성의 임신과 분만 횟수

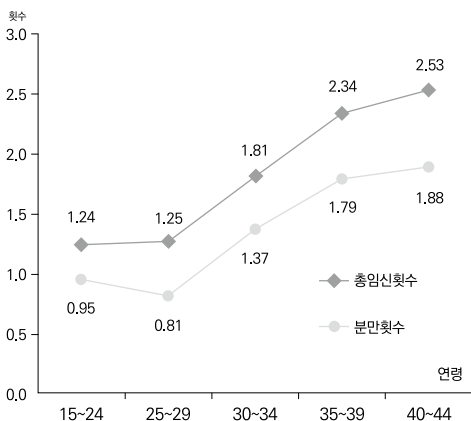
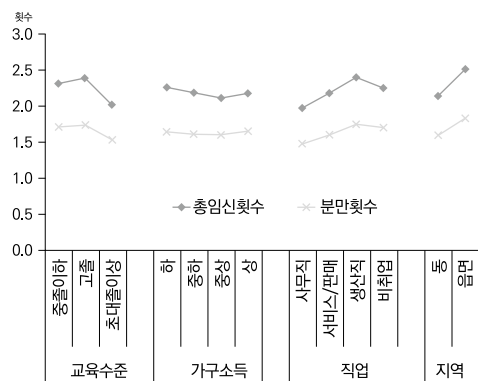


그림 4. 기혼여성 특성별 임신과 분만 경험 횟수



자료: 2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사. (N=4694) 가중치 적용 분석

표 1. 기혼여성 특성별, 연령 그룹별 총 임신, 총 분만, 임신 소모

	기혼여성 15~44세						15~34세						35~44세								
	총 임신		총 분만		임신 소모		총 임신		총 분만		임신 소모		총 임신		총 분만		임신 소모				
	Mean	P	Mean	P	dif	P	§	Mean	P	Mean	P	dif	P	Mean	P	Mean	P	dif	P		
Total	2.17		1.62		0.55			1.66		1.22		0.44		2.44		1.84		0.60			
교육수준																					
중졸이하	2.30	***	1.72	***	0.58	***	a	1.67	***	1.21	***	0.46	***	ab	2.73	***	2.01	***	0.72	***	a
고졸	2.38		1.73		0.65		a	2.00		1.46		0.54		a	2.61		1.91		0.70		a
초대졸 이상	2.01		1.54		0.47		b	1.50		1.11		0.39		b	2.27		1.75		0.52		b
가구소득																					
하	2.24	NS	1.64	NS	0.60	*	NS	1.83	***	1.36	***	0.47	NS		2.44	NS	1.76	NS	0.68	*	a
중하	2.18		1.62		0.56			1.60		1.18		0.42			2.47		1.84		0.63		ab
중상	2.12		1.60		0.52			1.54		1.13		0.41			2.42		1.84		0.58		b
상	2.16		1.64		0.52			1.60		1.17		0.43			2.44		1.87		0.57		b
직업																					
사무직	1.98	***	1.48	*	0.50	*	c	1.33	***	0.92	***	0.41	NS		2.32	***	1.77	***	0.55	*	c
서비스 판매	2.19		1.60		0.59		b	1.53		1.15		0.38			2.50		1.83		0.67		ab
생산직	2.40		1.75		0.65		a	1.87		1.44		0.43			2.69		1.97		0.72		a
비취업	2.24		1.69		0.55		bc	1.85		1.39		0.46			2.44		1.84		0.60		bc
지역																					
동	2.13	***	1.60	**	0.53	**		1.59	***	1.18	***	0.41	***		2.41	***	1.82	***	0.59	*	
읍면	2.50		1.83		0.67			2.07		1.49		0.58			2.72		2.00		0.72		

주: - p: * : p<0.05, ** : p<0.001, *** : p<0.0001, NS=not significant
 - §: 사후 검정 Fisher LSD (alpha=0.10). 알파벳이 겹치지 않는 구간들이 유의미한 차이가 있음.
 - 사회경제적 특성별 총 임신 횟수, 총 분만 횟수, 임신 소모 평균은 연령보정 ANCOVA 분석 결과
 자료: 2012년 전국 출산력 및 가족보건, 복지실태조사, (N=4694) 가중치 적용 분석

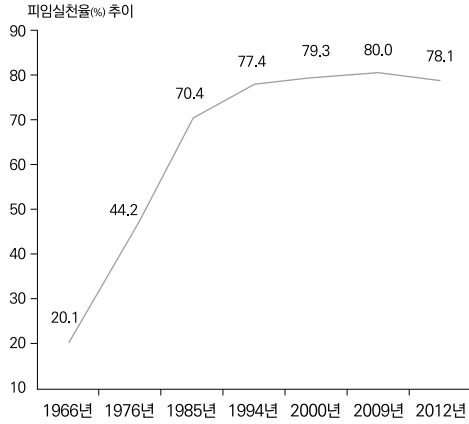
하는 국가권력의 개입의 장이기도 하다⁷⁾. 국가적 가족계획사업으로 대대적 피임교육과 서비스를 제공하였던 1960~1970년대에 우리나라 여성의 피임 실천율은 현격히 증가하였다. 가임기 유배우 부인(15~44세)의 피임실천율은 최초 국가 출산력을 조사한 1966년 조사에서 20%였지만, 1985년 70%로 증가하였으며, 2012년 현재

78%에 이르고 있다(그림 5). 특히 피임방법이 변화가 두드러지는데 1990년대 이후 여성의 피임법인 자궁내 장치나 난관수술은 감소하는 반면, 남성의 피임법인 정관수술이나 콘돔 사용이 증가하는 경향이다(그림 6).

유배우 여성의 피임 실천율을 살펴보면 연령이 증가할수록 피임실천이 크게 증가하며 35세

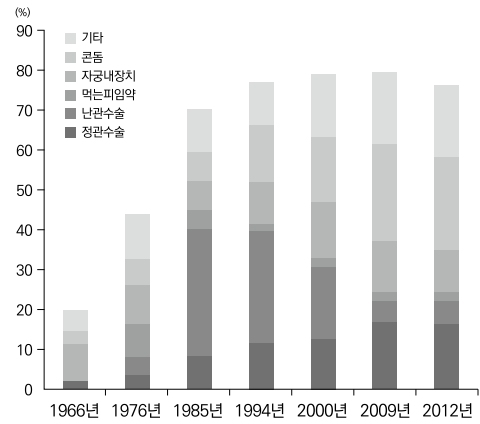
7) 김소라(2013). 먹는 피임약 분류를 둘러싼 각계의 갈등과 담론구조. 한국여성학 29(3), pp.81-113.

그림 5. 기혼 여성 피임 실천율 추이



자료: 2012년 전국 출산력 및 가족보건, 복지실태조사.

그림 6. 기혼 여성 피임 방법의 추이



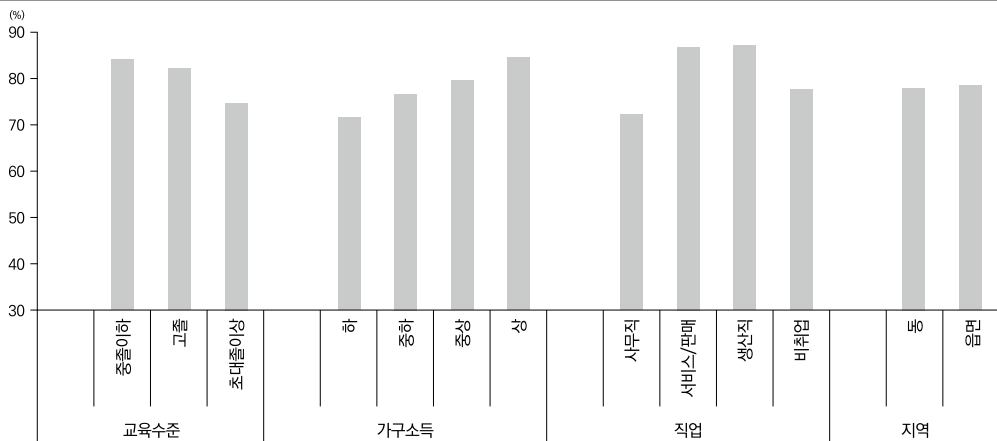
이후 여성의 84%, 40세 이후 여성의 90%가 피임실천을 하는 것으로 나타났다. 여성의 사회경제적 특성별로는 대졸자에 비해 고졸 이하에서, 소득수준이 높을수록, 사무직 여성에 비해 서비스/판매직과 생산직 여성에서 피임 실천율이 유

의하게 높았다(그림 7).

다. 인공임신중절

인공임신중절은 ‘태아가 모체 밖에서 생명을

그림 7. 여성 특성별 피임 실천율 차이



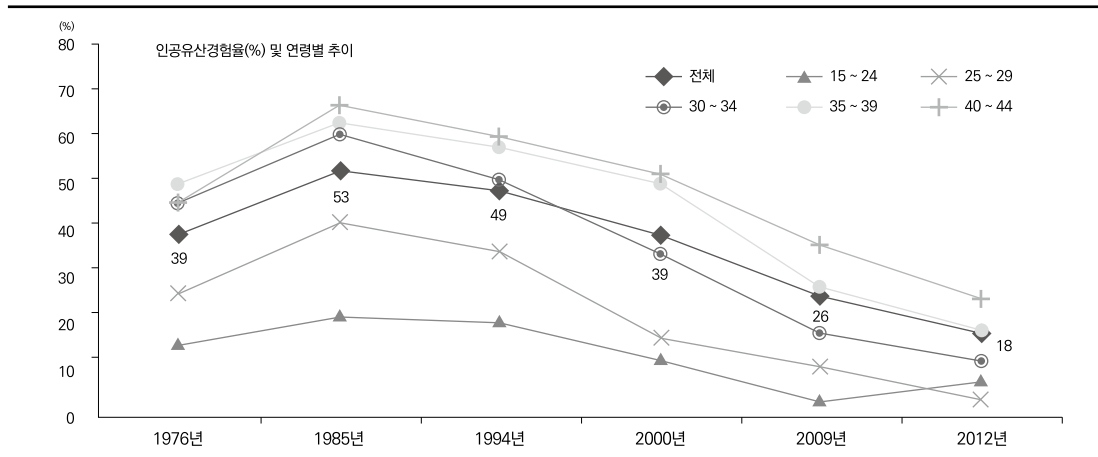
자료: 2012년 전국 출산력 및 가족보건, 복지실태조사. (N=4694) 가중치 적용 분석

유지할 수 없는 기간에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 행위'로서 인공유산 또는 낙태라고 한다. 인공임신중절은 인위적으로 결정되는 종결의 형태라는 점에서 차이가 있지만 자연유산, 사산 등과 함께 임신 소모의 한 형태이다⁸⁾. 우리나라에서는 1953년 형법 낙태죄 규정에 의하여 인공임신중절을 불법으로 금지하고 있으며, 1973년 모자보건법을 개정하여 산모의 건강, 유전적·사회적 이유 등으로 제한적으로 낙태를 허용하도록 제도적 장치를 마

련하였다⁹⁾¹⁰⁾.

우리나라에서 인구 억제정책이 시작된 이후 원하지 않는 임신을 종결시키는 수단으로 인공임신중절이 널리 이용되었다. 정부에서는 '월경 조절술(menstruation regulation)'이라는 명칭으로 임신 초기 태아를 유산시키는 기혼부인에게 시술비를 지원하기도 한다¹¹⁾. 또한 소자녀관의 규범화와 더불어, 1990년까지 여전히 남아있던 전통적 남아선호사상과 함께 초음파기기가 확산되며 인공유산은 성선택 낙태의 목적으로

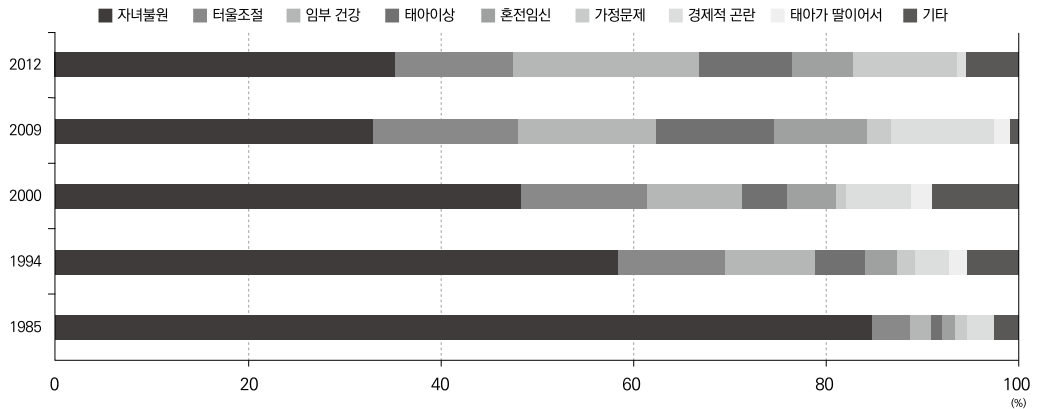
그림 8. 기혼 여성의 인공유산 경험(%) 및 연령별 추이(1985~2012년)



자료: 2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사

8) 김승권 외(2009). 2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사. 한국보건사회연구원.
 9) 전효숙, 서홍관(2003). 해방이후 우리나라 낙태의 실태와 과제. 의사학 12(2), pp. 129-143.
 10) 배은경(2005). 가족계획 사업과 여성의 몸 - 1960~70년대 출산조절 보급 과정을 통해 본 여성과 '근대'. 사회와 역사(67), pp. 260-299.
 11) 김승권 외(2009). 앞의 책.
 12) Park CB, Cho NH. Consequences of Son Preference in a Low-Fertility Society: Imbalance of the Sex Ratio at Birth in Korea. Population and Development Review(1995). 21. pp. 59-84.
 13) Chun H, Das Gupta M. Gender discrimination in sex selective abortions and its transition in South Korea. Women's Studies International Forum(2009). 32. pp. 89-97.
 14) Chung W, Das Gupta M. The decline of son preference in South Korea: The roles of development and public policy. Population and Development Review(2007). 33(4). pp. 757-783.

그림 9. 기혼 여성의 인공유산 실시 이유(1985~2012년)



자료: 2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사

활용되며 극심한 성비불균형을 야기하게 된다¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾. 이러한 역사적 배경으로 우리나라에서 인공유산은 제대로 인식되지 못하고 묵인되며 널리 행해졌다.

가임기 기혼 여성의 인공유산 경험율은 1985년 출산력 조사에서 53%, 1991년 조사에서 54%를 기록한 후 꾸준히 감소추세를 보여준다. 최근 조사인 2012년 인공유산 경험률은 18%로 감소하였다. 인공유산 경험율은 코호트 효과 등의 영향으로 연령이 증가함에 따라 높은 것으로 나타났고, 전반적으로는 전 연령에서 감소하는 추세이다(그림 8). 인공유산의 이유를 살펴보면, 1985년 조사에서는 ‘자녀를 원치 않아서’가 18%를 차지하였으며, 모자보건법상 합법적 이유인 임부 건강이나 태아 이상 등 항목의 이유는 극히 적었다. 2012년 최근 조사에 따르면 자녀 불원 이유로 인한 인공유산 경험은 1980~1990

년대에 비해 크게 감소하였지만, 아직도 인공유산을 실시하는 가장 큰 이유(34.3%)로 밝혀졌다(그림 9).

인공임신중절 경험에서 또한 여성 그룹 간 사회경제적 차이가 관찰되었다. 고등학교 졸업자 이하에 비해 대졸 이상 여성에서 인공유산 경험이 낮았고, 사무직 여성이나 비취업 여성에 비해 서비스/판매직과 생산직 여성에서 인공유산 경험이 높았다(표 1). 연령층화 추가 분석 결과, 35세 미만 젊은 연령층에서 교육수준별 인공유산 경험의 격차가 35~44세 이상 연령군에 비해 크게 관찰되었다. 또한 35세 미만 연령 그룹에서는 가구소득 4분위 중 가장 낮은 소득 그룹이 높은 인공유산 경험을 보이는 소득별 격차가 관찰된다. 직업군별 차이를 보면 35세 미만 여성에서는 사무직 여성에 비해 서비스/판매직 여성에서, 35~44세 여성에서는 비취업 여성이나 사무직에

표 2. 가임기 유배우 여성 특성별 인공유산 경험률

	기혼여성 인공유산 경험률(%),15~44세				연령별 인공유산 경험률(%)			
	없음 (%)	있음 (%)	합	p	Younger 15~34세 (%)		Older 35~44세 (%)	
total	81.8	18.2	100.0		10.2		22.3	***
연령								
15~24	91.6	8.4	100.0	***				
25~29	95.9	4.1	100.0					
30~34	87.6	12.4	100.0					
35~39	81.3	18.7	100.0					
40~44	74.5	25.5	100.0					
교육수준								
중졸이하	77.5	22.5	100.0	***	12.8	***	26.9	***
고졸	74.8	25.2	100.0		18.8		27.6	
초대졸이상	87.5	12.5	100.0		5.6		17.1	
가구소득								
하	79.8	20.2	100.0	*	14.4	**	26.2	ns
중하	84.1	15.9	100.0		8.3		20.0	
중상	83.3	16.7	100.0		7.1		20.8	
상	79.8	20.2	100.0		8.7		23.5	
직업								
사무직	83.8	16.2	100.0	***	4.9	*	23.0	***
서비스/판매직	77.5	22.5	100.0		13.3		25.2	
생산직	68.5	31.5	100.0		9.2		34.0	
비취업	83.6	16.4	100.0		12.4		18.9	
지역								
동	82.2	17.8	100.0	ns	9.3	**	22.1	ns
읍·면	79.3	20.7	100.0		15.3		24.4	

주: - *: p(0.05, **: p(0.001, ***: p(0.0001, NS=not significant
 - 사회경제적 특성별 총 임신 횟수, 총 분만 횟수, 임신 소모 평균은 연령보정 ANCOVA 분석 결과
 자료: 2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사(N=4694) 가중치 적용 분석

비해 생산직 여성에서 인공유산 경험이 현저히 높은 것으로 관찰되었다.

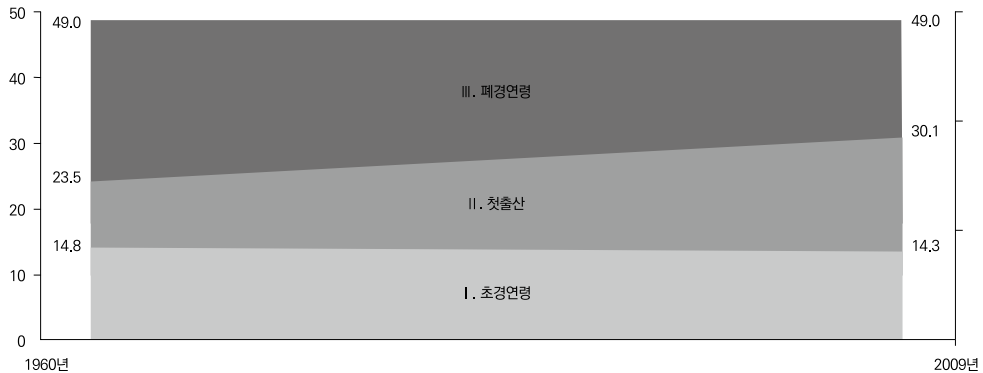
라. 재생산주기(초경~폐경)

여성의 생애 중 초경에서 폐경까지 구간을 재

생산기간(reproductive period) 또는 가임기간(child-bearing period)이라고 한다. 이 기간에 발생하는 생물학적 현상으로 초경, 임신, 출산, 폐경 과정은 여성의 삶과 건강에 지대한 영향을 미치게 되는데 이 기간을 여성 삶에 있어 하나의 고유한 시기인 재생산 주기(reproductive cycle)

로 표현하기도 한다(그림 10).

그림 10. 재생산주기의 변화 (1960~2009년)



자료: 1) 박상화, 김응익(1992)¹⁵⁾, 재생산주기와 Reproductive health에 대한 연구. 대한보건연구. 18(2)
2) 김승권 외(2009), 2009년 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 한국보건사회연구원.

[그림 10]은 1960년부터 지난 40년간 한국 여성의 재생산주기가 34.2세에서 34.7세로 증가하는 변화를 보여주고 있다. 초경연령은 14.8세에서 14.3세로 약간 빨라졌고 첫출산 시기가 23.5세에서 30.1세로 현격히 지연되는 특징이 관찰된다. 결혼지연과 출산지연 현상은 1990년대 저출산과 함께 한국사회의 주요한 인구문제가 되고 있으며, 출산지연과 고령출산으로 인한 여성의 건강문제에 대한 심층 분석이 요구된다. 폐경연령은 2009년 출산력 자료분석 결과 40세 기혼 여성의 평균 폐경 연령이 49.0세, 제3기 국민건강조사 20세 이상 여성 조사결과에서는 49.4세

로 차이가 있다. 두 자료는 모두 대표성 있는 자료이지만 출산력조사는 기혼 여성 분석이며, 국민건강영양조사 결과는 전체 여성을 포함하여 분석한 차이로 여겨진다. 여성에게 생리는 가임 능력 외에도 적절한 여성 호르몬 분비가 체내 대사에 관여한다는 의미를 지닌다. 최근 폐경과 여성 질환에 관한 메타분석 결과에 따르면 40세 이전에 조기 폐경을 경험한 여성은 50세에 폐경을 경험한 여성에 비해 심혈관 질환의 위험이 4.55배 증가하는 것으로 나타났다¹⁶⁾. 우리나라 여성을 대상으로 한 연구¹⁷⁾에서도 폐경 후 여성은 수축기/이완기 혈압이 폐경 전에 비해 상승하고,

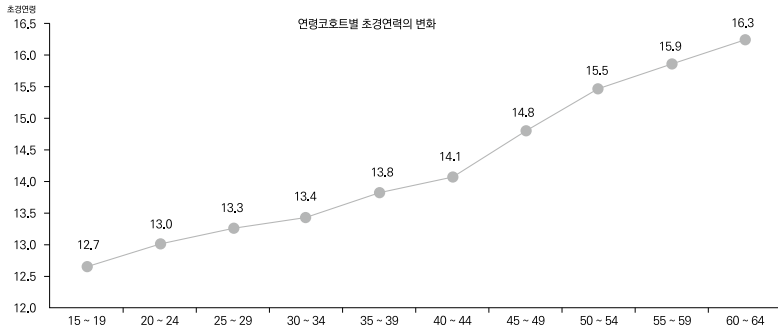
14) Chung W, Das Gupta M(2007). The decline of son preference in South Korea: The roles of development and public policy. Population and Development Review, 33(4), pp. 757-783.

15) 박상화, 김응익(1992). 재생산주기와 Reproductive health에 대한 연구. 대한보건연구. 18(2), pp. 93-103.

16) Atsma et al.(2006). Postmenopausal status and early, menopause as independent risk factors for cardiovascular disease: a meta-analysis. Menopause (2006). 13, pp. 265-79.

17) 조주희 외(2013). 폐경기 증상에 대한 행동 양식과 여성건강관련 실태 조사. 질병관리본부.

그림 11. 연령 코호트별 초경연령의 변화, 15~64세 여성



자료: 제5기 국민건강영양조사자료(2010~2012년)

당뇨, 이상지질혈증, 골다공증, 갑상선질환 등 만성질환이 증가하는 것으로 나타났다.

[그림 11]은 제5기 국민건강영양조사(2010~2012년)를 분석하여, 우리나라 15~64세 여성의 초경연령의 변화를 보여주고 있다. 우리나라 여성의 평균 초경 연령은 14.2세이며, 연령 코호트별 초경연령의 큰 차이가 관찰되었다. 1951~1955년 코호트인 60~64세 여성은 16.3세 이었던 것이¹⁸⁾, 1996~2000년 코호트인 15~19세 연령으로 가며 12.7세로 당겨져 3.6세 차이를 보이고 있다. 이러한 결과는 영양 개선과 신체 성숙도의 차이에서 기인된 것으로 여겨지며, 초경연령과 폐경 연령 변화와 관련 요인에 대한 심층 분석이 필요하다.

여성의 사회경제적 특성별 초경연령의 차이 또한 관찰되었다. (표 3)은 교육수준이나 가구 소득수준이 높을수록, 생산직이나 서비스/판매직 여성에 비해 사무직에 종사하는 여성에서, 읍면 시골 거주자에 비해 도시 거주자에서 초경 연령이 빠른 것을 보여준다. 이 결과는 유년기 가정 형편에 따른 영양 상태 등의 이유로 사회경제적 지위가 높은 여성에서 이른 초경이 시작되었던 것으로 판단되며, 이는 환경변화에 따른 초경연령의 조기화 이론¹⁹⁾²⁰⁾을 지지한다. 단면조사 자료를 분석한 이 연구 결과는 인과추정에는 제한이 있지만, 초경연령의 사회적 격차는 아래 표에서 연령 층화를 하였을 때도 동일한 결과를 보이고 있다.

18) 본 연구 대상과 겹치는 연령대인 1950~1959년 우리나라 여성 출생코호트의 초경연령은 16.1세.

Hwang et al.(2003). Secular trend in age at menarche for South Korean women born between 1920 and 1986: the Ansan Study. *Annals of Human Biology* 2003;30(4). pp. 434-442.

19) 홍창호 등(1993). 한국 여성에 있어 초경의 조기화 현상. *Korean J Pediatr* 1993. 36(2). pp. 239-243.

20) 박미정 등(2006). 한국 청소년의 성숙 시기 및 장기간 초경연령 추세분석. *Korean J Pediatr* 2006. 49(6). pp. 610-616.

표 3. 여성 특성별 초경연령(n=8,179)

	15~64세 여성 초경연령 (n=8,179)		15~34세 (n=2,492)		35~49세 (n=2,854)		50~64세 (n=2,833)	
		p		p		p		p
Total	14.22		13.12		14.22		15.79	
교육수준								
중졸이하	14.96	***	13.28	***	14.88	***	16.22	***
고졸	14.33		13.23		14.31		15.19	
초대졸이상	14.01		13.05		13.78		14.66	
소득수준(월)								
하	14.74	***	13.28	***	14.36	***	16.05	***
중하	14.51		13.24		14.36		15.95	
중상	14.35		13.17		14.12		15.91	
상	14.14		13.00		14.00		15.50	
직업								
사무직	14.15	***	13.13	***	14.01	***	15.09	***
서비스/판매직	14.55		13.38		14.32		16.10	
생산직	14.74		13.41		14.52		16.02	
비취업	14.28		13.09		14.07		15.68	
지역								
동	14.32	***	13.14	***	14.15	***	15.73	***
읍·면	14.63		13.20		14.33		16.16	

주: - 초경 연령의 그룹간 차이는 대상자 응답시 연령을 보정한 ANCOVA 분석.

- *: p<0.05, **: p<0.001, ***: p<0.0001, NS=not significant

자료: 제5기 국민건강영양조사자료(2010-2012년). 가중치 고려한 15-64세 여성 분석결과

3. 나가며

본 연구는 출산력조사 및 관련 통계자료를 활용하여 우리나라 여성의 재생산건강 현황과 관련요인을 임신과 출산, 피임, 인공임신중절, 재생산주기 등 영역으로 나누어 고찰하였다. 연구 결과 요약과 제언은 다음과 같다.

우리나라 여성의 합계 출산율은 급속히 감소하여 2000년대 이후 저출산 문제가 큰 이슈가 되고 있다. 저출산은 여성의 결혼 및 출산 지연과

밀접히 관련이 있으며, 주 출산연령은 1990년대 까지 20대가 가장 높았으나 2010년 이후 30대 여성으로 바뀌었다. 기혼 여성의 연령이 높아질수록 총 임신횟수와 분만횟수 모두 증가하는 경향이며, 35세 이후 코호트에서 임신 소모도 더 크다. 고령 임신이 증가하는 상황을 감안할 때 우리나라 기혼 여성의 높은 피임 실천율에도 불구하고 인공임신중절, 사산 등 임신 소모가 여전히 문제가 되고 있음을 암시한다. 임신 소모는 대졸에 비해 고졸 이하 여성에서, 사무직에 비해 서비

스/판매직이나 생산직에 종사하는 여성에서, 도시 거주자에 비해 시골 거주자가 높은 경향을 보이고 있다. 여성 그룹 간 차이를 고려한 임신 소모와 관련된 원인, 고령출산이 산모와 태아에 미치는 영향에 대한 심층 분석이 필요하다.

우리나라 15~44세 기혼 여성의 피임 실천율은 1966년 20%에서 1985년 70%, 2012년 78%까지 증가하였다. 피임방법 이용실태를 살펴보면, 1990년대 이후 여성의 피임법인 자궁내장치나 난관수술은 감소하는 반면, 남성의 피임법인 정관수술이나 콘돔 사용이 증가하는 경향이 있었다. 연령이 증가할수록 피임실천이 크게 증가하여, 40대 이후 여성은 91% 이상 피임실천율을 보이고 있다. 피임 실천에서도 인구집단별 사회경제적 차이가 관찰되었다. 따라서 기혼 여성 중 피임 비실천자를 대상으로 한 원인과 대책이 여성 그룹별 내부의 차이를 고려하며 마련되어야 할 것이다. 또한 피임실천자들이 정확한 피임방법을 실제로 하고 있는지에 대한 연구가 필요하다.

우리나라 가임기 기혼 여성의 인공임신중절율은 1991년 조사에서 54%에 이르렀으나 꾸준히 감소하여 2009년 26%, 2012년 18%로 감소하였다. 연령이 높을수록 인공유산 경험율이 증가하는 경향이지만, 전 연령에서 감소하는 추세이

다. 인공유산 경험의 사회경제적 특징을 살펴보면, 교육수준이 초대졸 이상 여성에 비해 고졸 이하에서 인공유산 경험율이 유의하게 높다. 직업군에 따른 차이도 두드러지는데 사무직이나 비취업여성에 비해, 서비스/판매직이나 생산직에 종사하는 여성에서 인공유산의 경험이 높다. 서비스 판매직/생산직 여성의 높은 피임실천에도 불구하고 인공임신중절이 높은 이 모순된 결과는 이 인구집단 여성의 피임실패 원인 파악과 올바른 피임 교육방법에 대한 향후 연구의 필요성을 제시하고 있다.

우리나라 여성의 초경이 빨라지며 생리적 관점에서 여성의 재생산주기는 1960년 34.2세에서 2009년 34.7세로 0.5세 늘어났다. 60~64세 여성의 초경연령은 16.3세인데 15~19세 여성의 초경연령은 12.7세로 최근 코호트로 올수록 초경연령의 조기화 경향이다. 분석대상 15~64세 여성에서 교육수준이나 소득수준이 높거나 사무직 여성, 도시 거주 여성이 빠른 초경연령을 보이는 특징이 관찰되었다. 하지만 10대 청소년의 초경연령이나 성조숙증은 다른 방향의 관련성이 있다고 판단되어 세대별 추가분석이 필요하다. 또한 폐경연령의 변화와 사회경제적 차이 또한 우리나라 여성의 재생산건강을 위한 향후 연구 과제로 다루어야 한다. ■