

연구보고서 2016-44-04

보건의료와 출산 간의 연계성에 관한 거시-미시 접근



김동식 · 김영택 · 박수범 · 우영지 · 동제연 · 정지원

【책임연구자】

김동식 한국여성정책연구원 연구위원

【주요 저서】

피임과 낙태 정책에 대한 쟁점과 과제: 여성의 재생산권과 건강권을 중심으로
한국여성정책연구원, 2014(공저)

고령 임신부의 임신결과 및 정책지원 방안
한국여성정책연구원, 2011(공저)

【공동연구진】

김영택 한국여성정책연구원 연구위원

박수범 한국여성정책연구원 부연구위원

우영지 연세대학교 심리학과 BK21+ 연구원

동제연 한국여성정책연구원 연구원

정지원 한국여성정책연구원 위촉연구원

연구보고서 2016-44-04

**보건의료와 출산 간의 연계성에
관한 거시-미시 접근**

발 행 일 2016년 12월 31일

저 자 김 동 식

발 행 인 김 상 호

발 행 처 한국보건사회연구원

주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전 화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등 록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인 쇄 처 (주)법신사

가 격 9,000원

제출문 <<

한국보건사회연구원장 귀하

본 보고서를 연구용역 「보건의료와 출산 간의 연계성에 관한 거시-미시 접근」의 최종보고서로 제출합니다.

2016년 9월 30일
한국여성정책연구원 원장
이 명 선

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서 론	9
제1절 연구의 배경 및 목적	11
제2절 연구 내용 및 방법	13
제2장 선행연구 및 이론적 고찰	17
제1절 저출산과 보건의료 연구 주제어 분석	19
제2절 임신 전 건강관리 관련 선행연구 고찰	24
제3절 건강한 임신·출산을 위한 생애주기 여성 건강관리	35
제4절 소결	43
제3장 국내외 생애주기별 건강관리 정책	45
제1절 국내의 건강관리 제도	47
제2절 해외의 건강관리 제도	79
제3절 소결 및 시사점	102
제4장 저출산 현상에 대한 보건의료적 미시 분석	107
제1절 임신과 출산, 건강 관련 SNS 분석	109
제2절 임신과 출산, 건강에 관한 생애사적 심층 분석	120
제3절 임신과 출산의 건강 위험과 보건의료 이용 실태	172
제4절 소결	215

제5장 저출산 현상에 대한 보건의료적 거시 분석 219

제1절 전문가 심층면접 221

제2절 전문가 의견조사 237

제3절 소결 269

제6장 보건의료와 출산 간의 거시·미시적 접근 방안 275

제1절 미시적 분석 결론 277

제2절 거시적 분석 결론 279

제3절 미시·거시 통합적 접근 방안 286

참고문헌 291

표 목차

〈표 1-1〉 연구 내용 및 방법	15
〈표 2-1〉 연구 주제에별 주요 파생어 분석 결과	23
〈표 2-2〉 국내외 문헌 요약	31
〈표 2-3〉 청소년기(13~18세) 건강평가	36
〈표 2-4〉 청장년기(19~39세) 건강평가	38
〈표 3-1〉 학년별 건강검진 항목	49
〈표 3-2〉 의료급여 수급권자 일반 건강검진 지원 대상	51
〈표 3-3〉 일반 건강검진 1, 2차 검진 항목	52
〈표 3-4〉 생애전환기 검진 1, 2차 검진 항목	53
〈표 3-5〉 심뇌혈관 질환 예방관리사업 지원 내용	54
〈표 3-6〉 생애주기별 신체활동 프로그램 사업의 지원 내용	56
〈표 3-7〉 방문건강관리사업의 서비스 대상	57
〈표 3-8〉 방문건강관리사업의 대상자 분류	58
〈표 3-9〉 임신·출산 진료비 지원제도 지원 방식	61
〈표 3-10〉 2016년 가구 규모별·급여 종류별 수급자 선정 기준	63
〈표 3-11〉 산모·신생아 건강관리사 지원사업의 서비스 가격 및 기간	64
〈표 3-12〉 산모 건강관리사업의 지원 내용	67
〈표 3-13〉 가임기 여성 건강증진사업의 지원 내용	68
〈표 3-14〉 2016 소득 판정을 위한 건강보험료 기준(기준 중위소득의 80%)	69
〈표 3-15〉 난임부부 시술비 지원사업의 지원 내용	70
〈표 3-16〉 영·유아 건강검진 주기 및 유효 기간	71
〈표 3-17〉 미숙아 및 선천성 이상아의 정의	73
〈표 3-18〉 임신·출산·자녀 양육 지원 홈헬퍼 파견 사업 내용	75
〈표 3-19〉 유산·사산 휴가 일수	79
〈표 3-20〉 'My Pyramid for Kids'의 방과 후 비만 예방 프로그램 스케줄	80
〈표 3-21〉 매사추세츠 통합학교보건 프로그램 구성 요소	83

〈표 3-22〉 프랑스 임신부의 검진 시기 및 검사 항목	88
〈표 3-23〉 영국의 임신 기간에 따른 주요 검사 항목	91
〈표 3-24〉 일본 시정촌에서 공비로 지원하는 임신부 1인당 검진 횟수	93
〈표 3-25〉 일본 시정촌에서 공비로 지원하는 임신부 1인당 검진 비용	93
〈표 3-26〉 일본의 임신 기간에 따른 검진 횟수	94
〈표 3-27〉 일본 후생노동성에서 권고하는 임신 기간에 따른 검사 항목	95
〈표 3-28〉 일본 임신부 영양 비용 지급사업의 대상 질병	95
〈표 3-29〉 소득에 따라 지불하는 일본의 출산비 본인부담금	96
〈표 3-30〉 WIC 프로그램의 참여 자격 조건	97
〈표 3-31〉 슈어스타트 프로그램	100
〈표 3-32〉 슈어스타트 실시 기관	101
〈표 3-33〉 생애주기별 건강관리 제도	104
〈표 3-34〉 생애주기별 건강증진사업의 특성 파악	105
〈표 4-1〉 심층면접 문항 구성	121
〈표 4-2〉 심층면접 참여자 현황	125
〈표 4-3〉 패러다임의 자료 범주화	131
〈표 4-4〉 두 번째 패러다임의 자료 범주화	156
〈표 4-5〉 기혼 여성 연령별 추가 출산 중단 이유(2015, 복수응답)	174
〈표 4-6〉 미혼 남녀의 희망 자녀 수가 1명 이하인 이유(2015)	176
〈표 4-7〉 기혼 여성의 건강상태 변화가 출산 의향에 미치는 영향	180
〈표 5-1〉 심층면접 전문가 현황	221
〈표 5-2〉 전문가 의견조사 현황	237
〈표 5-3〉 전문가 의견조사 내용	238
〈표 5-4〉 저출산 현상의 주된 원인	241
〈표 5-5〉 저출산 현상의 심각성 및 향후 전망	242
〈표 5-6〉 비혼 및 만혼 현상의 심각성 및 향후 전망	243
〈표 5-7〉 제1·2차 저출산·고령사회기본계획 내 보건 의료 정책사업의 건강한 임신과 출산에 대한 기여	246

〈표 5-8〉 제3차 저출산·고령사회기본계획 내 보건 의료 정책사업의 건강한 임신과 출산에 대한 기여	247
〈표 5-9〉 건강한 임신과 출산을 위한 정책 방향	249
〈표 5-10〉 건강한 임신과 출산을 위한 정책안	255
〈표 5-11〉 신의료기술과 출산력 및 건강한 임신과 출산 기여	263

그림 목차

[그림 2-1] ‘저출산(low fertility)’ 관련 워드 클라우드 및 네트워크 주제어	20
[그림 2-2] ‘임신(pregnancy)’ 관련 워드 클라우드 및 네트워크 주제어	21
[그림 2-3] ‘임신 전(preconception)’ 관련 워드 클라우드 및 네트워크 주제어	22
[그림 2-4] 여성의 생애주기별 건강의 사회 결정 요인과 건강이슈	40
[그림 2-5] 여성의 생애주기별 생식건강관리 수요	41
[그림 2-6] 여성의 생식건강에 대한 전 생애적 접근 모형	43
[그림 3-1] 비만 및 만성질환 예방 영양관리사업 수행 체계도	55
[그림 3-2] 금연클리닉 지원 서비스	59
[그림 3-3] Coordinated School Health Program(CSHP) 모형	82
[그림 3-4] 임신·출산 관련 의료 지원 서비스	87
[그림 4-1] 저출산, 임신, 출산 키워드 트렌드 분석	111
[그림 4-2] 임신, 출산, 건강 키워드 트렌드 분석	112
[그림 4-3] 임신, 건강, 흡연, 음주, 비만 키워드 트렌드 분석	112
[그림 4-4] 임신, 건강, 생리, 자궁, 성관계 키워드 트렌드 분석	113
[그림 4-5] 임신, 건강, 부부, 청소년, 대학생 키워드 트렌드 분석	114
[그림 4-6] 저출산에 대한 연관 및 감성 키워드 분석	115
[그림 4-7] 임신에 대한 연관 및 감성 키워드 분석	116
[그림 4-8] 저출산에 대한 워드 클라우드 및 네트워크 그래프 분석	117
[그림 4-9] 고령 임신에 대한 워드 클라우드 및 네트워크 그래프 분석	118
[그림 4-10] 임신에 대한 워드 클라우드 및 네트워크 그래프 분석	119
[그림 4-11] 건강에 대한 워드 클라우드 및 네트워크 그래프 분석	119
[그림 4-12] 결혼 전부터 첫 자녀 출산까지 여성 건강관리 모형	155
[그림 4-13] 첫 자녀 출산 이후 여성 건강관리 모형	167
[그림 4-14] 건강 때문에 추가 출산 의향 없는 기혼 여성 비율(2012, 2015)	174
[그림 4-15] 건강상태 변화에 따른 출산 의향	178
[그림 4-16] 출산 시 산모의 연령대 추이	181

[그림 4-17] 첫째 자녀 출산 시 산모의 연령대 추이	182
[그림 4-18] 미숙아, 저체중아 및 다태아 출산 추이	183
[그림 4-19] 첫째 자녀 출산 시 미숙아, 저체중아 및 다태아 출산 추이	183
[그림 4-20] 첫째 자녀 출산 시 산모 연령별 미숙아 출산 추이	184
[그림 4-21] 첫째 자녀 출산 시 산모 연령별 저체중아 출산 추이	185
[그림 4-22] 첫째 자녀 출산 시 산모 연령별 다태아 출산 추이	185
[그림 4-23] 첫째 자녀 출산 시 모와 부의 연령대별 미숙아 출산 추이	186
[그림 4-24] 첫째 자녀 출산 시 모와 부의 연령대별 저체중아 출산 추이	186
[그림 4-25] 첫째 자녀 출산 시 모와 부의 연령대별 다태아 출산 추이	187
[그림 4-26] 모성사망비, 영아사망률 및 태아사망률 추이	189
[그림 4-27] 산모 연령별 모성사망비 추이	189
[그림 4-28] 산모 연령별 영아사망률 추이	190
[그림 4-29] 산모 연령별 태아사망률 추이	190
[그림 4-30] 여학생의 첫 월경 시작 평균 연령	191
[그림 4-31] 남녀 학생의 첫 성관계 시작 평균 연령	192
[그림 4-32] 남녀 학생의 성관계 경험자 비율 추이	193
[그림 4-33] 남녀 학생 학년 코호트의 성관계 경험자 비율	194
[그림 4-34] 성관계 경험자의 피임 실천율 및 성교육 수혜율	195
[그림 4-35] 성관계 경험자 중 여학생의 임신 경험을 및 인공임신중절시술률, 남녀 학생의 성매개 감염성 질환 경험을	196
[그림 4-36] 연도별 기혼 여성의 임신소모 횟수	197
[그림 4-37] 기혼 여성의 초혼 연령별 임신소모 횟수	198
[그림 4-38] 기혼 여성 난임 진단 비율	199
[그림 4-39] 남녀의 연령별 흡연자 비율 추이	200
[그림 4-40] 남녀의 연령별 음주자 비율 추이	202
[그림 4-41] 남녀의 연령별 고위험 음주자 비율 추이	203
[그림 4-42] 남녀의 연령별 격렬한 신체활동자 비율 추이	204
[그림 4-43] 연령별 비만 및 저체중 비율 추이	205

[그림 4-44] 남녀의 연령별 저체중 비율 추이	206
[그림 4-45] 연도별 진료실인원, 진료비 및 1인당 진료비 추이	207
[그림 4-46] 질병 22대 분류별 진료실인원 비율(2004, 2014년 기준)	209
[그림 4-47] 질병 22대 분류별 진료비 비율(2004, 2014년 기준)	210
[그림 4-48] 연령별 비노생식기계 질환의 진료실인원 및 진료비	211
[그림 4-49] 연령별 임신·출산 및 산욕의 진료실인원 및 진료비	212
[그림 4-50] 연령별 선천성기형·변형 및 염색체 이상의 진료실인원 및 진료비	213
[그림 4-51] 연령별 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인의 진료실인원 및 진료비	213
[그림 4-52] 연령별 자궁경부의 염증성 질환과 자궁내막증의 진료실인원	214
[그림 4-53] 연령별 난관염/난소염과 난소/난관/광인대의 비염증성 장애의 진료실인원	215
[그림 4-54] 연령별 월경장애와 여성불임증의 진료실인원	215

Abstract <<

Macro and Micro Approaches to Link between Health Care and Childbirth

The main purposes of this study are to discuss necessity of preconception health care and seek for the future health care policy through micro and macro analysis in response to low fertility in Korea by spread of late marriage and childbirth.

The microscopic findings showed that, according to national health insurance statistics released over the last decade, there have been increases in the total number of patient and medical expenses relating to pre-term, low birth-weight infants and congenital abnormal infants throughout fertility expectation over the whole life course as well as pregnancy and childbearing stages. The Korean Longitudinal Survey of Women and Family also pointed out that health problems during pregnancy and childbirth have direct influences on childbirth decision of women. Meanwhile, SNS (Social Network Service) analysis found that all women at fertile age have interests in pregnancy, childbirth and reproductive health not only limited to women who become pregnant or give a birth.

The macroscopic findings revealed that Korea has not paid attention to improving quality of pregnancy and childbirth,

2 보건의료와 출산 간의 연계성에 관한 거시-미시 접근

subsequently suggested from experts' opinions that Korean fertility policies should expand to women at the whole fertile age rather than favoring high-risk pregnant women usually after 35 and over

As microscopic and macroscopic studies on health care and pregnancy have been conducted separately, consequential policies on fertility have been also implemented apart. Integrated approaches to the health care and pregnancy based on micro- and macroscopic results should clearly understand preference of people and their choice behaviors at micro level and consider social environmental and institutional characteristics together at macro level.

*keyword: preconception health care, reproductive health, health behaviors

1. 연구의 배경 및 목적

최근 전 가임기 연령대에서 미숙아와 저체중아 출산 및 난임 비율 등이 늘어나면서 저출산의 대응책으로 가임기 여성을 대상으로 한 생애적 건강관리의 필요성이 제기되고 있지만 여전히 우리 사회는 임신·출산기에 국한된 보건의료적 접근을 하고 있다. 따라서 본 연구는 우리 사회의 저출산 현상에 대한 보건의료적 대응을 전 가임기의 건강관리에 초점을 두고, 그 필요성에 대한 과학적 근거들을 기존 자료와 실태조사 분석을 통해 제시한다. 또한 분석 결과에 근거해 보건의료와 저출산 간의 연계성에 관한 미시·거시적 접근 방향을 제안하는 것을 목적으로 한다.

이를 위해 크게 네 가지 내용의 연구를 실시하였는데, 첫째는 생애적 관점의 건강한 임신과 출산에 관련된 선행연구와 이론적 고찰을, 둘째는 국내외 임신·출산과 관련한 생애별 건강관리 정책을 살펴봄으로써 시사점 도출을, 셋째는 저출산 현상에 대한 보건의료적 미시 분석(일반 국민 대상 SNS 분석, 임신·출산 건강위험 및 보건의료 이용 실태 등 포함)을, 그리고 마지막은 저출산 현상에 대한 보건의료적 거시 분석(저출산 현상과 보건의료 역할 및 발전 방향 관련 전문가 의견조사 중심)을 실시하였다.

2. 주요 연구 결과

먼저 미시 분석으로서 첫째 SNS 분석 결과, ‘건강’은 ‘임신’ 및 ‘출산’

과 동일하게 이벤트에 크게 반응하였고, 또한 ‘건강’은 ‘임신’에 대한 ‘출산’의 반응보다 더 크게 반응하고 있어, ‘임신’과 ‘건강’은 더욱 연관된 것으로 확인되었다. ‘임신’ 키워드를 검색한 결과 ‘몸’, ‘음주’, ‘생리’가 연관어로 분석되었는데, 이는 건강 연관어로서, 임신에 있어 건강이 주요 주제로 다루어지고 있었다. 그리고 클라우드 및 네트워크 결과에서도 동일하게 흡연, 음주 등의 건강생활습관과 생리 등 생식건강 관련 주제어가 임신의 연관어로 나타나고 있었다.

둘째, 미숙아·저체중아 및 선천성 이상아 출산 경험 여성을 대상으로 심층면접을 통해 여성이 건강한 임신·출산을 할 수 있도록 하기 위해서는 이를 준비하는 데 도움이 되는 지원이 절실히 필요함을 확인하였다. 즉, 청소년기부터 다양한 지원을 통하여 지적(정보적), 신체적, 심리적 임신 준비를 하도록 하고 임신 의도가 생겨난 시기에 충분한 준비를 하지 못한 여성들에게 이러한 부족을 만회할 수 있는 지원이나 지지 체계도 필요함을 알 수 있었다. 또한 출산 이후 여성에게 부모로서의 역할에 대한 준비를 갖추는 사회적 환경 및 여건을 제공함으로써 성공적인 자녀 양육을 해 나갈 수 있도록 도와야 하며, 이는 재출산을 원하는 여성들이 다시금 임신 및 출산을 위하여 신체적, 심리적으로 준비를 하는 데 기여한다는 점도 확인하였다.

셋째, 여성의 잠재된 건강 문제가 출산 의향에 부정적인 영향을 미칠 수 있는지 기혼 여성을 대상으로 한 여성가족패널조사 자료를 분석한 결과, 자녀를 추가 출산할 수 있는 기혼 여성이 시간의 흐름에 따라 건강상태가 여전히 ‘나쁨’으로 유지되거나 ‘ 좋음’에서 ‘나쁨’으로 변화되었을 때 출산의 의향은 같은 기간 건강상태가 ‘ 좋음’으로 지속되거나, ‘나쁨’에서 ‘ 좋음’으로 회복된 경우에 비해 떨어지는 것으로 확인되었다. 이는 현재 자녀 유무, 연령, 자녀 육아 부담 및 배우자 만족도, 인구사회 및 경제적

특성, 음주 유무, 체질량지수 등을 통제한 상태에서도 나타나, 임신·출산 기의 불건강은 출산 의향에 직접 혹은 간접적 요인으로 작용할 수 있다고 판단된다. 그리고 임신·출산 관련 질환에 대한 보건의료 이용 실태를 분석한 결과, 비노생식기계 질환, 임신·출산 및 산욕, 선천성 기형·변형 및 염색체 이상, 피임 관리와 출산 전 선별검사 및 기타 임신 관리 등과 관련한 진료실인원과 진료비는 지난 10년간(2004~2014년) 전반적으로 증가세를 보였다. 특히 연령대도 이전에는 30대 이상에서 주로 진료실인원 및 진료비가 높았으나 최근으로 올수록 20대로 연령대가 낮아지고 있어, 건강한 임신·출산과 관련하여 관련 질환 예방 및 치료의 대상도 실제 임신·출산기 이전으로 당겨질 필요성을 확인할 수 있었다.

거시 분석으로서 29인의 임신·출산 및 인구 관련 전문가를 대상으로 의견조사를 실시한 결과, 건강한 임신과 출산을 위해 산전과 산후의 건강 관리도 중요하지만, 이보다 임신 전 관리, 더 나아가 전 가임기의 건강관리 필요성에 대해 매우 동의하였다. 건강한 임신과 출산을 위한 정책안과 관련하여 대체로 정책 필요성에 동의하였으며, 특히 청소년 대상 건강검진 내 생식건강 포함, 청소년 대상 (생식)건강 증진을 위한 학교 보건(성)교육의 강화와 건강생활 실천 지원 정책, 그리고 지역사회 산부인과와의 연계, 대학생 등 20대 청년층의 (생식)건강 증진을 위한 학교, 직장 및 보건소와의 연계, 임신 중 건강위험군에 대한 의료급여 보장성 강화, 미숙아·선천성 이상아 지원 비용 확대, 출생 후 만 6세 이하 영·유아에 대한 의료급여 강화 등에 대해서는 좀 더 높은 동의 수준을 보였다. 그리고 신의료기술이 출산력 제고 및 건강한 임신과 출산에 기여한 것에 대해 동의하는 편이었고, 이를 위한 지속적인 연구 지원 확대 필요성에도 동의하는 것으로 나타났다. 마지막으로 건강한 임신과 출산을 위한 개인 수준의 노력도 필요하지만, 이와 함께 정부 차원의 관련 보건의료 인프라 확대 및

환경 조성 등이 통합적으로 지원되어야 함도 중요하다고 지적하였다.

3. 결론 및 시사점

본 연구 결과를 토대로 볼 때, 미시와 거시적 영역은 분절적인 것이 아닌 상호 연계성을 지니고 있는 만큼, 이를 위한 정책도 통합될 필요가 있다. 즉, ‘행위자(micro)’인 개인 수준과 ‘사회 환경(macro)’적 수준 모두 건강한 임신과 출산을 공통적으로 지향하는 목표로 삼고 있고, 이에 도달하기 위한 수단(‘제도’)으로서 전 가임기의 건강관리는 필연적이라고 본다. 행위자인 남녀 개인은 건강한 임신과 출산에 대한 수요가 있고, 필요에 따라 선택적 건강 행위와 의료 행위를 하는데, 이런 것이 제도의 변화를 가져올 수 있다. 또한 비혼화, 만혼화가 고착화되고 있는 사회 환경적 상황은 이에 대응하기 위한 제도의 필요성을 인식하게 하고 기존 제도에 대한 패러다임 전환을 이끌 수 있다. 반대로 제도가 행위자와 사회 환경의 선택에 영향을 미칠 수도 있다. 비혼화, 만혼화, 저출산화는 사회 구조적 문제로 인해 발생하는 것으로 이 구조에 속한 행위자의 집단적 선택 행위가 사회 문화의 변화를 이끌 수 있다. 이렇게 행위자가 사회 환경에 영향을 미치기도 하지만, 반대로 사회 환경이 행위자의 선택적 행위에 영향을 주기도 한다.

이상의 결과와 논의를 토대로 볼 때, 중장기적으로 우리 사회가 직면하게 될 만혼화, 만산화 현상에서 건강한 임신과 출산을 달성하기 위한 관련 제도를 마련할 때, 미시 수준의 행위자인 일반 국민(micro)의 선호와 선택 행위를 명확히 이해하고 파악해 이들을 둘러싸고 있는 거시 수준의 사회 환경(macro)적 특성을 함께 고려할 필요가 있다고 본다. 무엇보다

도 행위자와 사회 환경 그리고 제도는 일방향의 관계가 아닌 양방향의 관계를 지니고 있는 만큼 상호 간의 환류 효과를 명확히 이해하고, 특정 영역에 치우치지 않는 균형성과 지속성을 유지하는 것이 무엇보다도 필요하다.

*주요 용어: 임신 전 건강 관리, 생식건강, 건강행태

제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제1절 연구의 배경 및 목적

1. 연구 배경 및 필요성

최근 우리나라 출산행태에서 관찰되는 주요 특이점 중 하나는 바로 고령 산모의 증가이다. 여성이 임신을 할 수 있는 생물학적 시계(biological clock)는 제한되어 있어, 고령 산모의 증가는 출산아 수 감소라는 인구의 양적인 문제와 산모 본인과 태아 및 신생아의 건강위험성 증가라는 인구의 질적인 문제의 원인으로 인구정책의 주요 대상으로 대두되고 있다.

고령 산모는 임신과 출산 관련 합병증의 발병률이 높고, 미숙아 및 저체중아 출산율도 젊은 산모에 비해 상대적으로 높다. 그러나 최근 10년간 산모의 연령별 미숙아·저체중아 출산율을 분석한 연구(이상림, 2014)에 따르면, 크게 두 가지 중요한 사실을 지적하고 있다. 하나는 산모의 연령 간 미숙아·저체중아 출산율 격차(고연령 > 저연령)가 10년간 거의 동일하게 유지된다는 것이고, 다른 하나는 모든 연령에서 미숙아·저체중아 출산율이 증가하고 있다는 것이다. 여기서 전자는 미숙아·저체중아 출산이 산모의 연령과의 비례성이 존재한다는 것을 의미한다면, 후자는 미숙아·저체중아의 출산이 고연령대 산모로 국한된 것이 아니라 전 가임기에서 나타나고 있음을 의미하는 것이다. 특히 후자는 산모의 생애별 건강상태 및 건강관리와 직간접적인 연관성이 있는 데 주목할 필요가 있다. 또한 전 가임기에서 난임 비율이 늘어나고 있는 점도 같은

맥락이라고 할 수 있다.

최근 우리나라는 고령 산모 등 고위험 임신부 증가에 따라 이들을 대상으로 한 지원 정책의 필요성을 인식해 임신 중 지원책 마련에 노력을 기울이고 있다. 해외 선진 국가들은 저출산의 양적·질적인 문제 해결책으로 임신 전 건강관리(preconception care)에 주목하고, 전체 가임기로 전 생애적 접근(life course approach)의 중요성을 강조하고 있다(이상림, 2014; Misra et al., 2010, 2003). 이를테면 Misra 등(2003)은 임신과 출산의 결과가 단지 임신기의 위험 노출에 의해서 결정되기도 하지만, 여성의 아동기, 청소년기, 청년기(초기-중기 성인기) 등 전 생애에 걸쳐 노출된 물리적·사회적 환경에 영향을 받는 만큼, 전 가임기로 보건의료적 접근을 확대·적용해야 한다고 주장하였다.

우리나라도 2005년 박정환 등(2005)이 〈저출산과 관련된 여성과 어린이 건강문제〉에서 여성의 생식건강 문제는 단지 결혼이라는 법적 테두리 내에서만 나타나는 것이 아니라 혼외 관계에서도 나타날 수 있고, 이러한 것이 더욱 여성의 생식건강 및 향후 중·노년기 건강에까지 영향을 줄 수 있음을 지적하면서 미래 사회의 저출산 문제 해결은 여성에 대한 평생 건강관리 측면에서 접근해야 한다고 강조하였다. 황나미(2008) 역시 모성 건강을 위해서는 모성 이전의 가임기에서부터 생식건강과 이에 영향을 미치는 건강생활 실천 및 질병 예방과 조기 발견을 위한 교육 강화 등 여러 생애에 걸쳐 있는 보건의료사업과 건강증진사업, 저출산 사업을 모두 통합한 범국가적 체계 개선이 필요하다고 지적하였다.

그러나 오늘날 저출산 사업과 보건의료사업 그리고 건강증진사업은 여전히 분절적으로 운영되고 있고 전 가임기를 통합적으로 아우르지 못하고 있다.

2. 연구 목적

따라서 본 연구는 오늘날 한국 사회의 저출산 현상에 대한 보건의료적 대응을 전 가임기의 건강관리에 초점을 두고, 그 필요성에 대한 과학적 근거들을 기존 자료와 실태조사 분석을 통해 제시하고, 이에 근거한 보건의료와 저출산 간의 연계성에 관한 미시·거시적 접근 방향을 제안하는 데 목적이 있다.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용

본 연구의 목적을 달성하기 위해 다음의 연구를 실시하였다.

첫째는 생애적 관점의 건강한 임신과 출산 관련 선행연구 및 이론적 고찰이다. 우선은 저출산과 보건의료와 관련된 연구 동향을 분석하였다. 이를 통해 최근의 보건의료 분야에서 저출산 관련 건강관리의 관심 정도를 살펴보았다. 그리고 이들 주제와 관련된 주요 연구들을 고찰하였다. 주로 생애적 관점에서 임신 전 건강관리이며, 건강생활습관과 건강관리, 생식 건강관리 등에 관한 것이다. 마지막으로 건강한 임신과 출산을 위한 생애별 여성 건강관리에 관한 미국의 가이드라인 및 여성의 생애적 건강이슈 및 건강관리 접근에 대한 이론들을 소개하였다.

둘째는 국내외 임신과 출산 관련 생애별 건강관리 정책에 관한 것이다. 이때 청소년기, 청년기, 성인기, 임신·출산기로 생애주기를 구분하여 제시하였다. 이는 주로 보건복지부의 현행 인구정책들이지만, 교육부, 고용

노동부, 여성가족부 등에서 추진하는 생애별 건강관리 및 생식건강 증진과 관련된 주요 정책들도 포함하였다. 그 이유는 본 연구가 초점을 두고 있는 전 가임기 건강관리를 위해 현행 정책들의 현황을 파악하기 위함이다. 해외 사례들은 특정 국가에 국한하지 않고 전 생애적 관점에서 여성의 건강관리 및 증진을 위한 주요 정책사업들 위주로 제시하였다.

셋째는 저출산 현상에 대한 보건의료적 미시 분석이다. 이는 개인 수준의 건강생활습관과 생식건강, 그리고 이와 관련하여 나타나는 보건의료 이용에 초점을 두었다. 크게 세 가지 내용으로 미시 분석을 실시하였는데, 하나가 빅데이터 분석이다. 최근 우리나라 국민들의 저출산, 임신 그리고 건강에 대한 관심사와 걱정거리 등에 대한 SNS상의 내용(텍스트)을 분석하여 주요 주제들을 도출하였다. 이것은 바로 개인 수준의 저출산 현상에 대한 주요 주제어로 해석 가능하다. 둘째는 건강한 임신과 출산에 대한 생애사적 심층 분석이다. 실제 최근 미숙아·저체중아 및 선천성 이상아를 출산하였거나 결혼 이후 장기간 난임을 경험하고 있는 여성을 대상으로 지금의 상황이 과거 이들의 건강생활습관 및 생식건강과 연관성이 있는지 분석하였다. 이를 통해 청소년기, 청년기 및 기혼기를 아우르는 전 생애적 건강관리, 즉 임신 전 건강관리가 현재의 건강한 임신과 출산 그리고 앞으로의 출산 의향에 영향을 미쳤는지를 개인의 경험에 근거하여 심층적으로 살펴보았다. 마지막은 임신과 출산에 있어 건강의 위험과 보건의료 이용 실태 분석에 관한 것이다. 크게 세 가지 세부 분석을 실시하였는데, 그 첫 번째가 건강의 요인과 출산 의향 및 결과 분석이다. 여기서 건강의 요인은 건강의 변화 그리고 연령이라는 변인이 실제 출산 의향, 그리고 임신과 출산의 결과에 미친 영향을 분석하였다. 두 번째는 생식건강 및 건강생활습관에 관한 연령·기간(age-period) 분석이다. 청소년기 때부터 청년기, 임신·출산기로 이어져 오면서 이들의 건강생활습관

이 어떤 변화와 차이를 보이는지 살펴보았다. 마지막으로 생식건강 및 임신·출산 관련 보건의료 이용 및 비용에 관한 분석이다. 이는 건강보험공단에서 제공하는 우리나라 질병 22대 분류에서 진료실인원과 진료비 자료를 활용하여 그 추이를 살펴보았다. 특히 여기서 가임기 여성의 생식건강과 관련된 질병에 초점을 두어 그 추이도 분석함으로써 임신 전 건강관리의 필요성의 근거들을 제시하였다.

넷째는 바로 저출산 현상에 대한 보건의료적 거시 분석이다. 여기서는 저출산 현상과 보건의료 분야에 대한 이해가 있는 전문가를 대상으로 저출산 현상에서의 보건의료의 역할과 발전 방향에 대한 심층면접을 실시하고, 쟁점이 될 수 있는 내용들을 중심으로 설문지를 개발하여 전문가 대상 의견조사를 실시하였다.

마지막 다섯째는 앞서 미시와 거시 분석을 통합한 미시·거시적 접근 방안을 제안하였다.

2. 연구 방법

위에서 제시한 연구 내용에 대한 방법은 아래 표와 같다.

〈표 1-1〉 연구 내용 및 방법

	연구 내용	연구 방법
선행연구 및 이론적 고찰	저출산과 보건의료 연구 주제어 동향 분석	- 네이버 해외학술정보 검색 - 2011.8~2016.7 - 저출산, 임신, 건강 주제어 분석
	임신 전 건강관리 관련 선행연구 고찰	- 문헌연구 - 건강생활습관 및 생식건강에 초점
	건강한 임신·출산을 위한 생애주기 건강관리 이론	- 임신·출산 관련 전 생애적 건강관리 접근 이론

16 보건의료와 출산 간의 연계성에 관한 거시-미시 접근

연구 내용		연구 방법
국내외 생애주기별 임신·출산 관련 건강관리 정책	국내	- 문헌연구 - 청소년기, 청년기, 임신·출산기로 구분
	국외	
저출산 현상에 대한 보건의료적 미시 분석	빅데이터 분석	- 네이버, 다음 등 주요 검색 포털 사이트를 비롯한 페이스북, 트위터 등 SNS상의 텍스트 분석 - 2016.5~7 - 국내 자료에 초점
	건강한 임신과 출산에 관한 생애사적 심층 분석	- 최근 임신·출산 경험자 중 미숙아·저체중아 경험자, 결혼 후 1년 이상 난임 경험자 20명 - 청소년부터 현재까지의 건강생활습관, 생식건강관리 등에 초점 - 집단초점 심층면접
	건강한 임신과 출산의 위험과 보건의료 실태 분석	- 여성가족패널, 출산력 조사 원자료를 활용한 건강 요인과 결혼·출산 의향 및 결과 분석 - 인구동향조사 출생자료와 사망원인보완조사 원자료를 활용하여 산모의 연령에 따른 미숙아·저체중아 출산 및 모성 사망, 태아 사망, 영아 사망 분석 - 국민건강영양조사 및 청소년건강행태온라인조사 원자료를 활용하여 생식건강 및 건강생활습관에 관한 연령·기간 분석 - 국민건강보험공단의 22대 질병코드 중심으로 생식건강 및 임신·출산 관련 진료실 인원 및 진료비 통계자료 분석
저출산 현상에 대한 보건의료적 거시 분석	저출산 현상과 보건의료의 역할 및 중장기적 발전 방향	- 저출산 현상과 보건의료에 대한 이해가 있는 전문가 10인을 대상으로 저출산 현상에 대한 보건의료의 역할과 발전 방향 심층면접 실시
	전문가 의견조사	- 위의 심층면접 결과에 근거한 주요 내용 중심으로 다양한 분야의 전문가 29명 대상으로 의견조사 실시
결론 및 정책 제언		- 미시 및 거시 분석 결과에 근거한 통합적 접근 방안 제시

제 2 장

선행연구 및 이론적 고찰

제1절 저출산과 보건의로 연구 주제어 분석

제2절 임신 전 건강관리 관련 선행연구 고찰

제3절 건강한 임신·출산을 위한 생애주기 여성 건강관리

제4절 소결

제1절 저출산과 보건의료 연구 주제어 분석

1. 저출산(fertility) 관련 연구 주제어

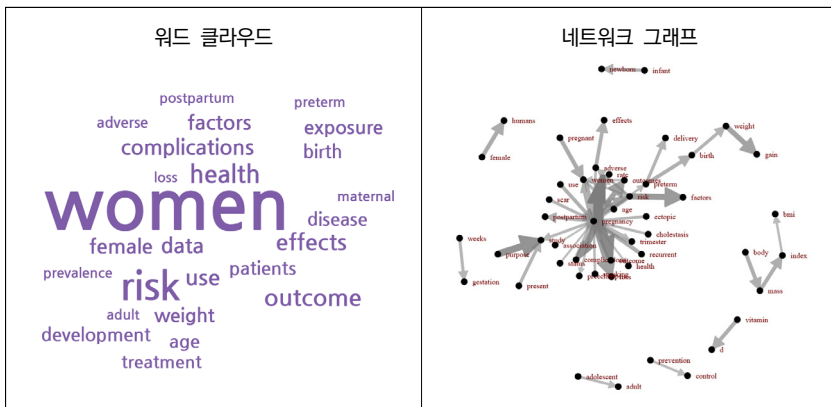
최근 저출산 관련 연구 주제어는 주로 무엇인지 그리고 이에 대한 보건의료의 연구 주제어는 어떤 범주를 보이는지 살펴보기 위해 최근 5년간의 네이버 학술자료에서 제공하는 영문으로 작성된 논문들로 제한하여 워드 클라우드 및 네트워크 분석을 실시하였다. 분석을 위해 텍스트(textom.co.kr)의 솔루션¹⁾을 활용하였다. 주제어는 크게 ‘low fertility’, ‘pregnancy’ 그리고 ‘preconception’으로 하였고, 분석 학술자료는 각각 1982건, 1990건, 1122건이다.

먼저 ‘low fertility’ 키워드로 연관 연구 주제어를 워드 클라우드 분석 결과로 살펴보면, ‘population’이 가장 빈도가 높은 연구 주제어로 나타났다. 이어 ‘countries’, ‘female’, ‘sperm’, ‘levels’, ‘pregnancy’, ‘women’, ‘male’, ‘production’ 등의 순으로 나타났다. 즉, 저출산에 대한 여성과 남성의 임신(수준)과 생식(력)에 대한 연구 주제가 많았다. 이 외에 이보다는 빈도가 상대적으로 낮지만 ‘production’, ‘age’,

1) 텍스트(Textom)은 네이버, 다음 등의 포털 사이트 내 블로그, 카페, 지식in, 뉴스뿐만 아니라 트위터, 페이스북 등의 SNS, 그리고 학술자료에 이르기까지 다양한 웹의 게시글 및 자료를 수집하고 시각적으로 표현도 해 주는 빅데이터 분석 사이트임. 이 장에서는 저출산과 보건의료와 관련된 연구 주제어 분석을 위해 텍스트의 유료 솔루션을 활용함. 자료 수집의 출처 사이트는 네이버의 학술자료로 제한하였는데, 이때 영문으로 작성된 논문이면서 작성(발간)된 기간은 2011년 8월 1일부터 2016년 7월 31일까지 최근 5년으로 하였고, 이들 자료 수집 단위는 연간, 그리고 정제 방법은 명사 중심으로 설정함.

‘outcome’, ‘disease’ 등의 순으로 나타났다. 이들 주제어는 건강과 관련된 것이다. 임신과 관련된 연구들은 주로 여성의 건강 문제를 살펴본 것으로 보인다. 이들보다 연구 주제어로 사용된 빈도는 낮았지만, ‘postpartum’, ‘preterm’, ‘adverse’, ‘weight’, ‘age’, ‘loss’ 등의 연관 주제어도 관찰되었다. 이 역시 건강과 관련된 단어였다. 특히 연령은 임신 관련 연구 주제어에서 다루어지고 있는 것을 볼 때, 국제사회에서도 임신부의 연령과 임신의 연관성 연구를 많이 한 것으로 보인다. 네트워크 분석 결과에서도 ‘pregnancy’를 중심으로 한 연관 주제어 간 네트워크 형성 정도는 동일한 것으로 확인되었다.

[그림 2-2] ‘임신(pregnancy)’ 관련 워드 클라우드 및 네트워크 주제어

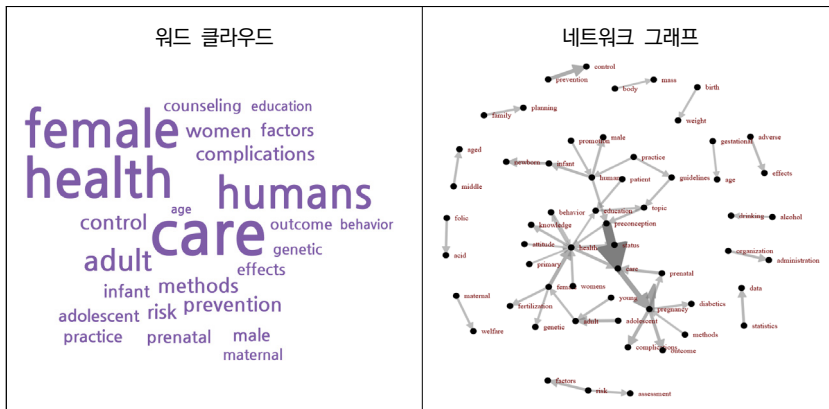


3. 임신 전(preconception) 관련 연구 주제어

‘preconception’은 앞서 살펴본 ‘pregnancy’와 같이 임신의 의미로 사용되지만, 시기적 측면에서 다르게 사용된다. 다시 말해서 ‘pregnancy’가 임신 기간의 상황을 의미한다면, ‘preconception’은 그 이전의 상황

을 의미한다고 볼 수 있다. 그래서 후자는 전자보다 좀 더 예방적 측면과 관련된다고 볼 수 있다. 실제 연구 연관 주제어로 ‘care’와 ‘health’가 나타난 것도 이를 반영하는 것이라 본다. 또한 ‘counselling’, ‘education’, ‘prevention’, ‘prenatal’ 등을 보더라도 그 의미를 확인할 수 있다. 네트워크 분석 결과에서도 ‘preconception’은 임신을 위한 임신 전 건강 관리(예방)에 관한 연구 주제어들과 네트워크를 형성하고 있다.

[그림 2-3] ‘임신 전(preconception)’ 관련 워드 클라우드 및 네트워크 주제어



위에서 살펴본 임신 전을 의미하는 ‘preconception’과 관련하여 국내 외 학술자료 사이트인 구글 스칼라(google scholar), PubMed 및 RISS (학술연구정보서비스)에서 연구 주제어 동향을 좀 더 살펴보았다.²⁾ 그 이

2) 주제어로 검색된 학술자료의 건수는 본 연구 목적에 부합한 자료들뿐만 아니라 다양한 학문 분야의 자료들까지 포괄적으로 검색되어, 이 건수 자체가 임신 전 건강관리에 대한 연구의 동향을 절대적으로 대변하지 않음. 특히 구글 스칼라에서 임신 전 관리에서 남성의 건강관리에 관한 연구자료는 검색 건수가 6000개가 넘었지만, 연구에 실질적으로 쓰일 수 있는 학술자료는 10개 미만이었음. 국내 자료의 키워드 분석은 구글 스칼라와 RISS 검색엔진으로 실시했고, 해외 자료는 구글 스칼라와 PubMed 검색엔진을 이용함. 구글 스칼라와 PubMed는 2007년 1월부터 2016년 7월까지 나온 연구자료 위주로 키워드 분석을 실시했고, RISS는 발행연도 설정을 별도로 하지 않았음. 단일 주제어 검색보다

유는 텍스트의 경우 단일 주제어로만 분석자료를 수집하고 있어, 실제 주제어 간 연관성을 명확히 살펴보는 데는 한계가 있기 때문이다. 다만, 복합 주제어 선정 시 앞의 텍스트의 연구 주제어 네트워크 결과를 고려하여 선정하였다.

국내외적으로 임신 전 건강관리에 관한 연구 동향을 보면 건강생활습관의 개선과 만성질환에 대한 건강관리를 임신 전 건강관리 측면에서 다룬 연구들이 많았다. 건강생활습관 개선과 관련되어 가장 많이 언급된 지표는 흡연, 음주, 신체활동(운동), 영양, 비만, 약물 복용 등이었다.

〈표 2-1〉 연구 주제어별 주요 파생어 분석 결과

주제어	검색 사이트	주요 파생어
임신 + 출산	구글 스칼라	생식건강, 임신 전 관리, 고령 임신부, 출산 건강, 임신, 고령 산모, 음주(습관)
임신 + 남성		임신, 임신 전 관리, 임신 전 건강, 남성, 체중, 생활습관, 음주, 흡연, 연령, 운동, 영양 등
Preconception care		preconception, pre-pregnancy, pregnancy care, nutrition, folic-acid, alcohol, tobacco, substance abuse, diabetes, medication, women's health, pregnancy plan(family plan), teratogen, unintended pregnancy, contraception, awareness
Preconception + chronic disease		diabetes, hypertension, obesity, reproductive age, pregnancy plan(family plan), teratogen
preconception + lifestyle		smoking, weight, drinking alcohol(alcohol consumption), obesity, age, dietary intake, unhealthy life style, pregnancy, nutrition, behavioral change

는, 두 단어 이상으로 조합된 키워드로 검색했을 때, 연구 목적에 부합한 자료들이 검색되는 경향이 더 높았음. 주요 주제어로 앞의 텍스트의 연구 주제어 네트워크 결과를 고려하여 재선정하였는데, 국내는 임신 전 관리, 임신, 출산, 고위험 임신, 해외는 Preconception care (PCC), Prepregnancy, Lifestyle, reproductive, high-risk pregnancy로 하였음.

24 보건의료와 출산 간의 연계성에 관한 거시-미시 접근

주제어	검색 사이트	주요 파생어
preconception + men	구글 스칼라 (계속)	fertility, health promotion, preconception, risk assessment, men's health, primary care, body mass index(BMI), overweight, obesity, lifestyle, reproductive
preconception + reproductive health		pregnancy, pregnancy outcome, pregnancy-related complications, awareness,
preconception + lifestyle	PubMed	overweight, obesity, nutrition, Environmental exposures, chronic and acute illnesses, lifestyle behaviors, reproductive age, screening, health promotion, and interventions, preventative care, healthy weight, level of physical activity
preconception care + STI		infection, sexually transmitted infections (STIs), reproductive age, pregnancy outcome, contraception, HIV
preconception + human papilloma virus		Small for gestational date(SGA), low weight, lifestyle, nutrition, immunization, vaccine
임신 + 예방	RISS	흡연, 음주, 스트레스, 임신 결과, 비만,
임신 + 건강생활습관		비만, 스트레스, 불임, 흡연, 음주
Preconception care		생식건강, 행동, 임신, 인식
고령 임신		산전 관리, 조기 분만, 임신성 고혈압, 제왕절개, 저체중아

제2절 임신 전 건강관리 관련 선행연구 고찰

1. 임신 전 건강생활습관 및 만성질환 건강관리

흡연, 음주, 신체활동과 영양, 비만 등의 건강생활습관은 임신과 출산 행위, 출산 결과(산모와 태아, 영·유아 포함)에 영향을 주는 것으로 잘 알

려져 있다. 그 이유는 건강생활습관(health lifestyle)에는 건강의 결과를 이끌 수 있는 건강위험 행위로의 노출 지속성과 누적성이 내포되어 있는데, 이런 위험 행위를 일시적으로 혹은 짧은 기간 중단하였다 하더라도 임신을 하는 데 있어(임신 전), 그리고 임신을 지속화하고(임신 중), 그리고 그 결과와 회복에 있어(분만 및 그 이후) 위험 요인으로 작용할 수 있다고 보기 때문이다. 만성질환을 통제하기 위한 건강관리는 같은 맥락에서 임신과 출산 및 그 결과에 영향을 줄 수 있다. 그 증거로서 주요 선행연구를 아래와 같이 고찰해 보았다.

고현선 등(2011)은 임신 관련 지식의 습득뿐만 아니라 임신에 대비한 신체조건을 만들기 위한 건강생활습관의 실천은 임신 인식에 대한 변화와 함께 건강한 임신의 가능성을 높일 수 있다고 보았다. 고현선 등(2011)은 건강한 임신을 위한 생활습관 지침을 제시하였는데, 첫째는 임신하기 6개월 전부터 임신 준비를 하고 임신과 관련된 백신 접종 실시, 둘째는 전문가에게 임신에 도움이 되는 생활습관 및 식습관 상담을 받고 체중관리 및 가정 환경과 직업 환경의 전체적인 점검, 셋째는 임신하기 3개월 전부터 금주와 금연 실시, 그리고 넷째는 균형 잡힌 영양식단과 엽산이 포함된 종합비타민을 복용하는 식습관 기르기 등이 그것이라고 했다. 아울러 고현선 등(2011)은 배우자 역시 건강한 생활습관이 건강한 정자 생성에 영향을 주는 만큼 배우자의 건강습관도 동시에 임신 전부터 확인해야 한다고 제안하였다.

Dudenhausen 등(2013)도 젊은 여성에 비해 고령 여성은 임신 기간에 다양한 위험에 노출될 가능성이 많은데 임신을 한 연령이 높을수록 내·외과적 질환 발생, 제왕절개 분만, 자궁 내 태아 발육 부전, 임신성 당뇨, 조산의 가능성이 커질 수 있다고 보았다. 그러나 임신 외에 건강에 영향을 끼칠 위험 요소가 없다면 고령의 임신과 출산도 좋은 결과를 나타낼

수 있으므로 이를 위한 임신 전 건강관리와 상담의 중요성은 크다고 보았다(Dudenhausen et al., 2013). 따라서 Dudenhausen 등(2013)은 건강한 고령 임신을 위한 임신 전 건강관리에 대한 권장 사항으로 임신 전 후에 엽산 복용, 만성질환자의 경우 임신 계획 세우기, 미량영양소와 오메가 지방산, 비타민 D 섭취, 스트레스 관리, 운동 등이 필요함을 강조하였다. 그리고 그들(2013)은 나이를 불문하고 음주와 흡연 여성의 건강뿐만 아니라 저체중아, 기형아 출산 등 모자 보건에 치명적 영향을 줄 수 있어 건강생활습관의 중요성도 강조하였다. Temel 등(2014) 역시 기존 문헌자료를 바탕으로, 특정 병증이 없는 일반 여성을 중심으로 음주, 흡연, 체중, 약물 사용, 식이 및 영양, 엽산 보충과 같은 일반적인 생활습관과 위험행동에 개입한 행동 변화를 살펴본 결과, 고위험 음주습관이 있는 여성에게 금주교육과 피임교육을 실시하자 9개월 후 상담자들의 음주율이 감소했고, 임신 전 관리 상담으로 금연교육을 실시하고 3개월 후에 흡연율이 감소했으며, 저소득층 임신 여성과 영·유아의 영양을 지원하는 Women, Infants, and Children(WIC)에 장·단기 등록한 여성들을 비교해 장기 등록한 여성이 출산한 아이의 몸무게, 출생 일수에 긍정적인 결과가 나타났다고 하였다. Hammiche 등(2011)과 Szwajcer 등(2007), Ford 등(2011)도 건강하지 못한 식이 섭취와 생활습관은 임신 결과에 악영향을 주는 만큼, 역으로 맞춤형 임신 전 상담 과정에서 이러한 식생활 교정이 이루어지고 건강한 행동 변화를 이끌 수 있다고 하였다.

같은 맥락에서 임신 전 만성질환 관리는 임신과 출산 행위 및 그 결과에 영향을 준다고 한다. 대표적인 것이 Mittal 등(2014)의 연구인데, 그들은 만성질환이 있는 여성에게 임신 전 건강관리와 피임 상담으로 임신과 출산을 비롯한 생식건강 결과를 개선할 수 있는지 조사하였다. 그 결과 임신 전 당뇨, 고혈압 등의 질환이 있는 경우 고위험 임신 및 제왕절개

분만 가능성이 높고, 모유 수유를 수행함에 있어서도 어려움에 직면할 가능성이 높았다고 한다. 그리고 Mittal 등(2014)은 의사와의 상담 후 만성 질환 여성들은 임신 계획에 대한 인식과 생식건강과 관련해 선택할 수 있는 도움과 정보가 무엇인지에 대한 인식이 높아졌는데, 그중 의사 상담 후 인식이 가장 크게 개선된 대상자는 상담 전 테스트에서 가장 낮은 점수를 보인 여성과 아이가 없는 여성들이었다고 하였다. 이를 근거로 Mittal 등(2014)은 만성질환 가임기 여성을 대상으로 한 임신 전 건강 상담은 여성들의 생식건강의 중요성에 관한 인식 제고와 건강한 출산 계획을 돕는 데 기여할 수 있다고 지적하였다.

Chuang 등(2010)도 임신하지 않은 만성질환이 있는 여성 72명을 대상으로 조사한 결과, 대체로 고혈압, 당뇨 질환이 있는 여성은 임신 합병증에 대한 위험성을 잘 인지하고 있지만 구체적인 합병증상에 대해선 잘 알지 못하고 이러한 양상은 과거에 임신 합병증을 경험한 여성에게서도 나타났다고 하였다. 전반적으로 고혈압, 당뇨, 비만 여성이 임신과 관련된 위험에 대한 지식이 부족한 상태였고, 임신 전 관리나 임신 계획도 부족한 것으로 나타났으므로 만성질환 여성의 임신 전 관리의 필요성을 주장하였다(Chuang et al., 2010).

한편 건강한 임신과 관련하여 배우자의 건강생활습관 및 건강관리도 매우 중요하다. 대표적인 것이 Frey 등(2008)의 연구인데, 남성의 임신 전 관리는 성공적인 가족계획과 임신 결과에 기여할 뿐만 아니라 남성의 생식건강과 건강행동의 개선, 아버지가 되는 준비를 하는 데 좋은 영향을 끼치지만 임신 전 관리에서 남성에 대한 주목과 관심은 여전히 부족함을 지적하면서, 무엇보다 남성의 임신 전 관리는 여성과 마찬가지로 임신을 위한 건강관리를 넘어서 질병 예방과 건강 증진을 도모할 수 있다고 보았다. 그리고 Frey 등(2008)은 남성을 위한 임신 전 관리에 대한 공통 지침

(서비스 제공자, 서비스 대상, 서비스 장소와 시기 및 방법 등)이 마련되지 않았으므로 임신 전 남성 관리에 대한 자원, 교육, 기관 등을 통합적으로 실행할 수 있는 연구가 향후 필요하다고 강조하였다. 이후 Frey 등(2012)은 남성이 임신 전 건강을 최대로 유지해야 하는 것에 대한 중요성을 인식하는 결정 요인 분석과 임신 전 건강관리에 대한 지식 수준 평가, 임신 전 건강에 대한 정보 습득을 원하는 방식을 살펴보기 위해 진료소를 방문한 남성 132명을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 그 결과 93.2%가 임신 전 건강상태를 최적으로 만들어놓는 것이 중요함을 인식하였고, 임신 전에 임신 전 관리에 대한 정보를 받는 걸 가장 선호했고 상담 정보는 약 75%가 주치의에게 임신 전에 받기를 선호하였다고 한다(Frey et al., 2012). 이는 남성들의 임신 전 건강관리에 대한 지식의 부족과 이에 대한 높은 수요를 의미한다고 볼 수 있다.

Hammiche 등(2012)은 가임기 남성의 과체중과 비만율은 생식건강에 영향을 끼칠 수 있다고 했다. 생식기능 치료와 임신 전 상담을 받는 수정 능력이 낮은 부부 중 남성 450명의 정자를 분석해 BMI, 중심 지방과 다증과 정자 파라미터 간의 연관성을 분석하였다. 그 결과 과체중 남성일수록 자동력 있는 정자의 비율이 낮았고 비만인 남성일수록 사정액 부피와 정자 농도, 총운동성정자 수가 낮은 것으로 나타났다. 다시 말해 수정 능력이 낮은 남성의 정자 농도와 총운동성정자 수는 BMI 수치가 높고 지방과다증이 높을수록 부정적 영향을 받기 때문에 남성의 적정 체중 감량과 관리는 정자의 질과 수정 능력의 향상에 긍정적인 결과로 작용할 수 있다고 보았다(Hammiche et al., 2012).

우리나라에서도 유사 연구들이 많은데 최근의 최진호와 한정열(2016)의 연구에서는 남성의 몸과 관련된 사소한 사항들, 즉 환경, 생활습관, 체중 등이 난임과 직접적으로 관련이 있다고 하였다. 구체적으로 살펴보면,

2011~2014년 산부인과에서 임신 전 관리 목적으로 진료한 260명의 여성 중 61명의 남성 배우자(26~50세, 평균 36.6세)만이 임신 전 상담을 위해 비뇨기과를 방문했고, 임신 노력을 위해 의료기관을 방문하는 남성의 나이가 많고, 정액의 질을 저하시키는 질병을 가지고 있을 가능성이 높지만 대다수의 남성들이 임신 전 관리에 방치되고 있다고 하였다(최진호, 한정열, 2016). 이 결과를 근거로 최진호와 한정열(2016)은 임신 전 남성 관리에 대한 국가적 지원과 홍보가 필요하며, 임신 전 남성의 건강 관리는 자연임신을 목표로 원인적 치료를 시도하고 체외수정이나 보조생식술은 비용, 임신성공률 등을 고려하여 2차적으로 선택할 수 있도록 해야 한다고 주장하였다.

홍순철 등(2015)도 임신 전 관리 항목은 표준화된 지침이 없어 혈액, 소변 검사, 자궁 초음파 등 의료적 검사의 실시율이 높았고 만성질환 상담, 약물 상담, 건강 행위 상담과 배우자에 대한 검사 실시율은 저조하다고 주장하였다. 그러면서 그(2015)는 비만 등 고위험 임부의 임신 전 그리고 임신이 완료된 이후 다음 임신까지를 통합적으로 관리하는 체계 구축과 전문 상담 인력의 배치, 중·고등학교 청소년 시기부터 임신 전 관리에 대해 교육하는 전문적인 프로그램 개발의 필요성을 제안하였다. 같은 맥락에서 Oza-Frank 등(2014) 역시 임신 전 관리를 산전 관리 지원과 함께 통합적으로 임신·출산 지원 정책에 포함하여 임부의 경제적 부담을 완화할 수 있는 정책적 방안의 모색이 필요하다고 제안하였는데, 그 근거(보건 의료적 개입)로서 1차 예방관리에 집중할 필요가 있다고 주장하였다.

2. 임신 전 생식건강관리

Coonrod 등(2008)은 인유두종 바이러스(HPV: Human Papilloma

Virus)는 가장 흔한 성병 질환으로 자궁경부 이형상피증과 자궁암의 원인이 되기도 한다고 하였다. 이들(2008)에 따르면 모성의 인유두종 바이러스 감염은 발병률은 매우 낮은 편에 속하지만, 출산한 아기가 유년기나 청소년기에 접어들 때 증상이 나타나는 재발성 호흡기 유두종증과 후두 유두종의 발병과 연관이 있는 것으로 나타난다고 하였다. 또한 Coonrod 등(2008)은 인유두종 바이러스에 감염된 여성은 출산 시 자연분만보다 제왕절개의 횟수가 더 많은 것으로 나타나며, 임신 전에 인유두종 바이러스를 치료하거나 예방할 수 있는 방법은 임신 때보다 간단한데 가장 기본적인 효과적 방법으로는 인유두종 바이러스 백신 접종을 들었다. 인유두종 바이러스 백신은 인유두종 바이러스 감염과 인유두종 바이러스와 관련된 질환의 발병을 낮출 수 있을 뿐만 아니라 임신 기간 중 자궁기능에 영향을 끼칠 수 있는 고리전기 절제, 추형생검 시술을 피할 수 있는 이점도 있는 것으로 나타나, 어린 청소년기부터 인유두종 바이러스 백신 접종을 권장해야 한다고 강조하였다. Steiner 등(2013)도 인간면역결핍 바이러스(HIV: Human Immunodeficiency Virus) 감염 여성의 임신은 의도하지 않은 경우가 많고, 임신과 출산을 원하는 HIV 감염 여성의 대부분은 공급 부족으로 생식 상담을 제대로 받아 본 적이 없어 이들을 위한 임신 전 관리 서비스 제공과 실행 방법의 개선이 필요하다고 주장하였다.

아울러 Ford(2011)도 저체중아를 출산한 여성은 평균 교육 수준이 낮았고 영양섭관에서 육류, 어류, 유제품, 견과류 섭취가 적다는 문제가 있지만, 동시에 자궁경부암 검사를 받지 않은 비율도 높음을 지적하였다. Lassi 등(2014) 역시 가임기 여성을 대상으로 임신 전 건강행동 관리 및 개입은 성병이 재발하거나 처음 발병하는 위험을 낮출 수 있으며, 또한 임신 전 파상풍 백신 접종이 신생아 사망 감소에 유의미하게 긍정적 영향을 줄 수 있다고 하였다.

여성의 생리 관련 질환도 임신과 출산 행위 및 그 결과에 영향을 주는 것으로 잘 알려져 있다. 그런데 이는 직접적인 영향보다는 매개 요인으로 작용하는 경우가 많은데, Haver 등(2003)의 연구에서 이를 확인할 수 있다. 이들(2003)은 임신성 당뇨를 보이는 환자군과 그렇지 않은 대조군으로 구분하여 살펴보면, 환자군에서는 체질량지수가 낮고 생리주기는 비정기적임을 확인하였다. 이를 통해 Haver 등(2003)은 비정기적인 생리주기는 임신 중 당뇨 질환에 매우 중요한 요인으로 작용하기 때문에, 생리주기 및 관련 질환을 사전에 명확히 확인하여 건강한 임신이 지속되도록 해야 한다고 주장하였다. Rowland 등(2002) 역시 생리주기가 비정기적이며 장기적인 원인에 대한 연구를 하면서 건강생활습관과의 연관성을 지적하였다. 이들(2002)은 비정기적인 생리주기는 체질량지수(BMI)가 높을수록, 그리고 흡연 기간이 길수록 현저히 나타난다고 하면서, 이러한 불건강한 생활습관에 노출된 여성일수록 난임 확률이 높아지는 등 여성의 생식건강 장애의 위험 요인으로도 작용할 수 있다고 지적하였다. 또한 Small 등(2006)도 생리주기가 임신과 출산결과와의 연관성 분석에 초점을 두어 살펴본 결과에서도 생리주기가 30~31일인 여성과 비교해서 그 이상과 그 이하의 생리주기를 보인 여성들은 불임 확률, 자연유산에 노출될 확률도 각각 높다고 하였다.

〈표 2-2〉 국내외 문헌 요약

저자	연도	연구 방법	주요 내용
하정옥	2014	문헌연구	- 역사적·정치적으로 한국 여성의 재생산 건강의 현황 분석 - 한국의 여성 건강과 관련된 제도는 출산력 제고 중심으로 여성의 생식건강 문제를 등한시하는 경향이 있어 생애주기에 따라 여성의 건강에 통합적 관점으로 접근 필요.
Mittal et al.	2014	상답조사	- 만성질환 여성을 대상으로 임신 전 건강관리 상담

32 보건의료와 출산 간의 연계성에 관한 거시-미시 접근

저자	연도	연구 방법	주요 내용
		효과분석	- 을 실시했고 상담 후 이들의 행동 및 인식 변화를 분석함. - 상담 후, 대부분의 대상자가 임신 계획에 대한 인식, 만성질환자가 받을 수 있는 임신에 대한 지원과 정보 인식도가 높아져, 건강한 출산을 위한 만성질환 여성의 임신 전 관리 필요성을 제안함.
Chuang et al.	2010	설문조사	- 만성질환 여성들은 임신 중 합병증에 대한 위험성은 인지하고 있지만 구체적인 증상에 대한 인지는 낮아 만성질환 여성들의 건강한 임신을 위한 임신 전 건강관리의 필요성을 시사함.
고현선 등	2011	문헌분석	- 임신 준비 6개월 전, 3개월 전 등 시기를 나누어 부부의 영양관리, 생활습관 개선 등을 통해 건강상태를 제고해 건강한 임신을 위한 부부의 임신 전 건강관리 지침을 제안함.
Dudenhausen et al.	2013	문헌분석	- 고령 여성의 건강한 임신과 출산을 위한 임신 전 상담의 중요성을 강조함. 고령 여성의 성공적인 임신과 출산을 위한 조건으로 적절한 영양소 섭취와 균형 잡힌 식단으로 비만 예방을 강조함.
Temel et al.	2014	상담조사 효과분석	- 특정 병증이 없는 일반 여성을 대상으로 임신 전 관리 상담을 실시해 금주 및 금연교육, 금연교육, 영양 상담 및 지원을 제공한 뒤, 일정 기간 경과 후, 교육 대상자들은 음주를 및 흡연을 감소, 영양 상태 개선으로 저체중아 출산을 감소 등의 효과를 보였음. - 상담 전의 행동 변화와 긍정적인 임신 결과를 보이며 임신 전 건강관리에 대한 효과를 입증하고 있음.
Hammiche et al.	2011	설문조사	- 임신 전 건강관리를 통해 건강에 악영향을 주는 식이습관과 생활습관개선 효과를 분석함. 수정능력이 낮은 부부를 대상으로 임신 전 상담을 한 결과, 절반 이상이 영양상태 개선으로 생식건강상태가 질적으로 향상되었고 신체활동량을 늘리고 음주를 줄인 남녀도 생식건강 지표가 개선되어 이들의 임신 결과를 높이는 데 기여를 함.
Szwajcer et al.	2007	면접조사	- 임신 전 영양인식과 식이습관이 임신에 영향을 끼치는지를 비임산부와 임신부를 대상으로 조사한 결과, 임신 전 기간, 임신 기간의 영양인식은 이후의 여성의 영양행동과 건강에 영향을 끼쳐 적절한 영양지도가 필요함.
최진호, 한정열	2016	데이터 분석	- 임신 전 건강관리는 여성뿐만 아니라 남성에게도 건강한 임신 성공에 큰 영향을 끼칠 수 있음.

저자	연도	연구 방법	주요 내용
			- 환경, 생활습관 등이 남성 건강과 임신에 직접적 관련이 있지만 대다수 남성들의 임신 전 건강관리에 대한 인식이 높지 않으므로 국가적 차원의 지원과 홍보가 필요함.
Frey at al.	2008	문헌연구	- 임신 전 남성 관리는 성공적인 가족계획과 임신 결과, 남성의 생식건강과 건강행동을 개선하지만 남성을 위한 임신 전 건강의 관심은 낮은 편임. 따라서 남성을 위한 임신 전 건강관리의 공통 지침 개발과 지원을 강조함.
	2012	설문조사	- 임신을 준비하는 남성의 임신 전 건강관리 지식 수준과 정보 습득 선호 경향을 알아본 설문조사 결과, 대부분이 임신 전에 건강상태를 최대로 유지하는 것을 중요시했음. 또, 상당수가 주치의에게 임신 전에 임신 전 상담과 관련 정보를 받기를 선호하는 것으로 나타나 주치의 기반의 임신 전 남성의 건강관리 서비스 개발이 필요함.
Hammiche et al.	2012	분석조사	- 가임기 남성의 과체중과 비만이 정자의 질에 미치는 영향에 대해 분석함. 연구 결과, 과체중 남성일수록 자동력 있는 정자의 비율이 낮았고 비만인 남성일수록 사정액 부피와 정자 농도, 총운동정자 수가 낮아져 걱정 체중 감량 및 유지가 정자의 질적 향상과 수정 능력 제고에 긍정적으로 작용함.
홍순철 등	2015	설문조사	- 조사 대상자의 약 85%가 임신 전 관리에 대해 인식하고 있지만 실제 관리를 받은 대상자는 약 54%로 나타났고 고령 임신부, 고학력자, 초산부, 유산 경험자 등이 임신 전 관리에 대한 인식도와 검사 실시율이 높게 나타났음. 이에 임신 전 관리에 대한 인식 및 홍보 제고와 전문적인 프로그램 개발이 필요함.
Oza-Frank et al.	2014	조사분석	- 연령이 낮거나, 저소득층, 조산을 경험한 여성이 임신 전 관리를 덜 받는 반면, 계획임신을 하거나 첫 임신인 경우, 임신 전 관리에 대한 의료보험이 있는 여성은 임신 전 관리를 더 많이 받는 것으로 나타남. 따라서 임신 전 관리를 임신·출산 정책에 포함해 정부의 통합적인 관리로 경제적 부담을 완화하는 정책적 모색이 필요함.
홍성애, 문선순	2009	국가통계 분석	- 우리나라 여자 청소년의 성행태와 임신 경험에 영향을 주는 요인을 분석함. 영향 요인 중, 음주

34 보건의료와 출산 간의 연계성에 관한 거시-미시 접근

저자	연도	연구 방법	주요 내용
			와 흡연 경험자들의 임신 경험이 높게 나타남. 이는 음주 후의 높은 성경험률과 낮은 피임률에 따른 것으로 기존 성교육의 질적 개선과 청소년 일탈행동 예방을 위한 프로그램 개발이 필요함.
Delgado CE	2008	설문조사	- 대학생의 임신 전 건강과 임신에 대한 성별 인식도 조사를 한 결과, 전반적으로 임신 전 건강과 임신에 대한 인식도는 낮거나 중간 수준이었음. 성별 차이로는 여학생이 남학생보다 인식 수준이 높게 나타나 젊은 층을 대상으로 한 임신 전 건강 및 임신에 대한 정보 제공과 홍보가 필요함.
Lassi et al.	2014	문헌고찰 및 메타분석	- 가임기 청소년, 여성, 기혼 여성의 임신 전 관리가 감염 질환에 어떤 영향을 끼칠 수 있는지를 분석함. 임신 전 건강 상담에 따른 행동 변화로 성병 발병률과 재발률이 감소함.
Steiner et al.	2013	문헌고찰	- 임신과 출산을 희망한 HIV 감염 여성을 위한 임신 전 건강관리 서비스 제공 지점을 제시함. HIV 관리와 임신 전 건강관리를 통합적이고 동시에 진행할 수 있도록 분야별 전문가의 협업을 중심으로 전문 의료시설이나 보건소에서 서비스를 제공해야 함. 지리적 제한이나 전문 인력이 부족할 경우 의료위탁제를 통한 전문 의료기관과의 연계성을 높이는 대안을 제시하며 HIV 감염자들의 임신과 출산을 지원하는 구체적인 임신 전 관리 연구가 필요함.
Ford JH	2011	설문조사	- 임신 주수에 비해 저체중아를 출산한 여성의 임신 준비 시기와 임신 초기까지의 상태조사를 실시한 결과, 공통적으로 교육 수준이 낮고 단백질이 결핍된 영양 불균형, 비정상적 자궁 검사 실시율 등이 나타나 임신 전 영양관리와 부인과 질환 관리의 중요성을 시사함.
Coonrod et al.	2008	문헌고찰	- 인유두종 바이러스(HPV)가 자궁경부암의 원인이 될 뿐만 아니라 출산한 아기가 유년기나 청소년기에 접어들 때 재발성 호흡기 유두종증과 후두 유두종 발병에도 영향을 끼칠 수 있음을 나타내며 임신 전에 자궁경부암 백신 접종으로 인유두종 바이러스 예방을 강조함.
Haver et al.	2003	임상연구	- 임신성 당뇨 질환을 지닌 임신부는 과거에 비정기적 생리주기를 갖고 있을 가능성이 높기 때문에, 건강한 임신 유지를 위해서는 임신 전 생리

저자	연도	연구 방법	주요 내용
			질환 등 관련 질환력에 대한 스크린도 중요함을 주장함.
Rowland et al.	2002	임상연구	- 비정기적 생리주기를 지닌 여성들은 체질량지수(BMI)가 높고, 흡연 노출 기간도 긴 것으로 나타났다으며, 이는 장기적으로는 난임에도 영향을 줄 수 있는 만큼 여성의 생리주기 및 관련 질환 등 건강관리에 대한 의료적 개입이 필요함을 지적함.
Small et al.	2006	임상연구	- 생리주기가 일반적인 주기에 비해 짧거나 긴 경우, 불임의 위험, 자연유산의 위험이 모두 높은 만큼 생리주기 관리 및 관련 건강관리가 필요하다고 주장함.

제3절 건강한 임신·출산을 위한 생애주기 여성 건강관리

1. 여성의 생애주기별 건강관리 가이드라인

미국의 산부인과학회(2011)에서는 여성의 생애주기별 1차적 예방관리 가이드라인을 제안하였다. 생애를 크게 13~18세, 19~39세, 40~64세 그리고 65세 이상으로 구분하고 있다. 본 연구에서는 13~18세와 19~39세의 두 연령군에 대한 가이드라인에 초점을 두고 있다.

먼저 13~18세 청소년기 건강관리를 위한 가이드라인을 보면, 검사 항목을 건강이력과 신체검사, 실험검사로 나눠 설명하고 있다. 건강이력에는 내·외과적 상태, 가족력과 함께 월경상태 건강상태 항목에 포함되어 있다. 그리고 식이/영양상태, 신체활동, 흡연, 음주 및 약물 복용 등의 건강생활습관을 비롯한 성 경험도 항목에 포함되어 있다. 신체검사에서는 신장, 체중, 체질량지수, 혈압 등 2차 성징(성 성숙도 검사), 골반 검사가 있고, 무엇보다도 실험검사 항목에는 클라미디아/임질 검사, HIV 검사가

각각 포함되어 있다.

이렇게 검사를 완료한 이후에는 평가와 상담을 하게 되는데 원치 않는 임신 예방과 성병에 대한 교육과 상담 내용이 들어가 있다. 또한 건강한 임신을 위해 운동과 식이/영양평가를 비롯하여 엽산 보충, 칼슘 섭취 등도 포함되어 있음을 알 수 있다.

〈표 2-3〉 청소년기(13~18세) 건강평가

생애주기적 평가(13~18세)		
1. 검사 항목	2. 평가와 상담	3. 예방접종
1-1. 건강이력 - 방문 목적 - 건강상태 • 내과적 상태 • 월경상태 • 외과적 상태 • 가족력 - 식이/영양평가 - 신체활동 - 대체의학법 사용 - 흡연, 음주, 기타 약물 복용 - 학대 및 방임 - 성 경험 1-2. 신체검사 - 신장 - 체중 - 신체질량지수(BMI) - 혈압 - 2차 성징(성 성숙도 검사(Tanner staging)) - 골반 검사(병력이 있을 경우) - 피부 1-3. 실험검사 1) 정기 검사 - 클라미디아/임질 검사(성생활을 하는 경우) - HIV 검사	2-1. 성생활 - 발달 - 고위험 행위 - 원치 않는 임신 예방 • 성 경험 늦추기 • 피임법 실시(응급피임약 포함) - 성병 • 성관계 상대자 선택 • 콘돔(Barrier protection) 2-2. 운동과 영양 - 운동: 운동 프로그램 논의 - 식이/영양평가(섭식장애 포함) - 엽산 보충 - 칼슘 섭취 2-3. 사회심리적 평가 - 자살: 우울 증상 - 대인/가족관계 - 성적 성향 및 성 정체성 - 개인 목표 개발 - 행동/학습장애 - 학대 및 방임 - 학교만족 경험 - 교우관계 - 데이트 성폭력 예방	1) 정기 접종 - 디프테리아, 파상풍 변독소, 백일해 백신 접종(11~18세 시기에 한 번) - B형 간염 백신(이전에 접종하지 않은 대상자) - 인유두종 바이러스(HPV) 백신 접종(이전에 접종하지 않은 대상자. 9~26세 대상) - 인플루엔자 백신 접종(매년) - 홍역-유행성이하선염(볼거리)-풍진 백신 접종(이전에 접종하지 않은 대상자) - 뇌척수막염군 백신 접종(이전에 접종하지 않은 대상자는 고등학교 입학 전에 접종) - 수두 백신(면역반응이 없는 대상자의 경우) 2) 고위험군 - A형 간염 백신 - 폐렴쌍구균 백신 ** 주요 사망 원인 1. (교통)사고 2. 악성종양(암) 3. 자살 4. 폭행(살인) 5. 심장 질환 6. 선천성 기형, 염색체 이상

생애주기적 평가(13~18세)		
1. 검사 항목	2. 평가와 상담	3. 예방접종
(성생활을 하는 경우) 2) 고위험군 - 대장암 검사 - 공복혈당 검사 - 유전자 검사/상담 - 헤모글로빈 수치 검사 - C형 간염 바이러스 검사 - 지질농도 검사 - 풍진 검사 - 성병 검사 - 결핵피부반응 검사	2-4. 심혈관 위험 요소 - 가족력 - 고혈압 - 이상지질혈증 - 비만 - 당뇨병 2-5. 건강/위험행동 - 위생(치아 포함), 불소 보충 - 부상 예방 • 운동 및 스포츠 • 소형 화기 • 청력 • 직업재해 • 놀이재해(Recreational hazards) • 안전운전 • 헬멧 사용 - 피부 자외선 노출 - 흡연, 음주, 기타 약물 복용	7. 만성 하기도 질환 8. 뇌혈관 질환 9. 인플루엔자 및 폐렴 10. 상피암, 양성종양, 행동 양식 불명 또는 미상의 종양(neoplasms)

자료: The American College of Obstetricians and Gynecologists(2011). p.1009.

19세부터 39세까지의 청장년기 건강관리를 위한 가이드라인을 보면 실험검사 항목에서 생식건강 항목이 많이 추가된 것을 알 수 있다. 예를 들면, 자궁세포 검사, 클라미디아/임질 검사, HIV 검사인데 특히, 자궁세포 검사는 21세부터 2년 주기로 검진을 권장하고 있다. 클라미디아/임질 검사는 25세 이하에서 성생활을 할 경우 권하고 있다. 이러한 성·생식건강 관련 질환은 앞서 선행연구 고찰에서 살펴보았듯이, 건강한 임신과 출산 행위 및 그 결과에 부정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있다.

〈표 2-4〉 청장년기(19~39세) 건강평가

생애주기적 평가(19~39세)		
1. 검사 항목	2. 평가와 상담	3. 예방접종
1-1. 건강이력 - 방문 목적 - 건강상태 • 내과적 상태 • 외과적 상태 • 가족력 - 식이/영양평가 - 신체활동 - 대체의학법 사용 - 흡연, 음주, 기타 약물 복용 - 학대 및 방임 - 성 경험 - 요실금과 변실금 1-2. 신체검사 - 신장 - 체중 - 신체질량지수(BMI) - 혈압 - 목: 선병증, 갑상선 - 가슴 - 복부 - 골반 검사(과거 병력이 있는 19~20세 대상, 21세 이상은 정기 검진) - 피부 1-3. 실험검사 1) 정기 검사 - 자궁세포 검사 • 21세: 2년마다 검사 • 30세 이상: 아래의 조건일 경우, 3년마다 검사 선택 (i) 자궁경부 상피 내 종양 2기 혹은 3기, 면역억제 반응, HIV 감염 혹은 자궁 내 디에틸stil베스트를 노출 검사에서 음성 결과가 3번 연속으로 나올 경우,	2-1. 성생활과 출산 계획 - 원치 않는 임신을 예방하기 위한 피임법(응급피임약 포함) - 생식건강 계획 논의 - 고위험 행위 - 임신 전/유전 상담 - 성기능 - 성병 • 성관계 상대자 선택 • 콘돔(Barrier protection) 2-2. 운동과 영양 - 운동: 운동 프로그램 논의 - 식이/영양평가 - 엽산 보충 - 갈습 섭취 2-3. 사회심리적 평가 - 대인/가족관계 - 친밀한 관계에서 일어난 범죄(Intimate Partner Violence) - 데이트 성폭력 예방 - 직업 만족도 - 라이프스타일/스트레스 - 수면장애 2-4. 심혈관 위험 요소 - 가족력 - 고혈압 - 이상지질혈증 - 비만 - 당뇨병 - 라이프스타일 2-5. 건강/위험행동 - 유방암 자가진단 - 유방암의 화학적 예방(35세 이상인 고위험 여성 대상)	1) 정기 접종 - 디프테리아, 파상풍 변독소, 백일해 백신 접종(Td를 Tdap 접종 한 번으로 대체. 이후 10년마다 Td 접종) - 인유두종 바이러스(HPV) 백신 접종(이전에 접종하지 않은 26세 이하 대상) - 인플루엔자 백신 접종(매년) - 수두 백신(면역반응이 없는 대상자인 경우) 2) 고위험군 - A형 간염 백신(A형, B형 감염 위험이 있을 경우 콤보백신 고려) - B형 간염 백신(A형, B형 감염 위험이 있을 경우 콤보백신 고려) - 홍역-유행성이하선염(볼거리) - 풍진 백신 접종 - 뇌척수막염균 백신 - 폐렴쌍구균 백신 ** 주요 사망 원인 1. 악성종양(암) 2. (교통)사고(의도하지 않은 부상) 3. 심장 질환 4. 자살 5. HIV 바이러스 질환 6. 폭행(살인) 7. 뇌혈관 질환 8. 당뇨병 9. 만성 간 질환과 간 경화증 10. 만성 하기도 질환

생애주기적 평가(19~39세)		
1. 검사 항목	2. 평가와 상담	3. 예방접종
선택 (ii) 인유두종 (HPV) DNA 검사와 자궁경부세포 검사가 음성으로 나올 경우 - 클라미디아/임질 검사(성생활을 하는 25세 이하) - HIV 검사 2) 고위험군 - 골밀도 검사 - 대장암 검사 - 공복혈당 검사 - 유전자 검사/상담 - 헤모글로빈 수치 검사 - C형 간염 바이러스 검사 - 지질농도 검사 - 유방촬영술(맘모그라피) - 풍진 검사 - 성병 검사 - 갑상선자극 호르몬 검사 - 결핵피부반응 검사	- 위생(치아 포함) - 부상 예방 • 운동 및 스포츠 • 소형 화기 • 청력 • 직업재해 • 놀이재해(Recreational hazards) • 안전띠와 헬멧 사용 - 피부 자외선 노출 - 자살: 우울증 - 흡연, 음주, 기타 약물 복용	

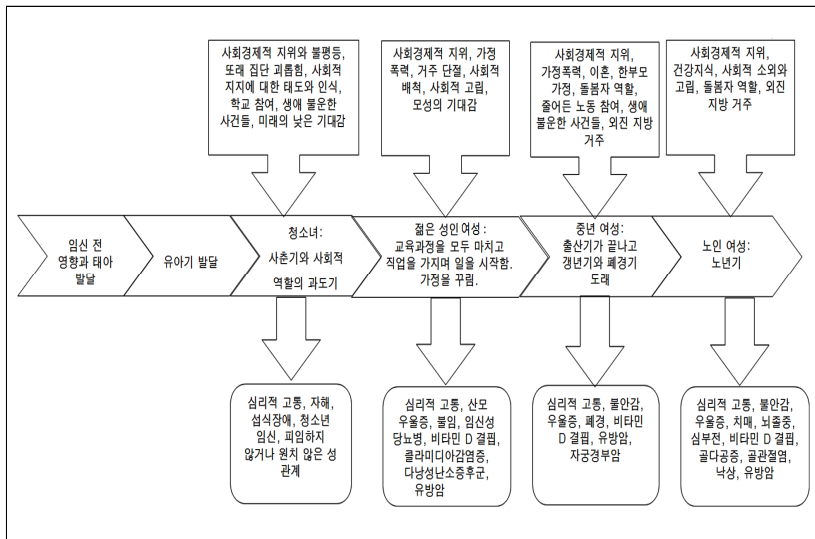
자료: The American College of Obstetricians and Gynecologists(2011). p.1010.

2. 여성의 생애적 건강이슈 및 건강관리 접근

Steel 등(2013)은 생애주기별로 여성이 직면하는 건강이슈(health issues)는 단계 간에 중복되는 지점도 있지만 상이하며 이에 영향을 주는 사회적 결정 요인들(social determinants)도 다양하다고 하였다. 그러면서 가임기, 특히 여성의 임신·출산기의 건강 문제로는 심리사회적 스트레스와 산후 우울증, 불임(난임)과 임신성 당뇨, 빈혈 및 성병 등이 있는데, 이러한 건강이슈는 여성의 개인 수준에서의 특징들, 이를테면 학력이나 고용상태, 가족 형성 등과 연관성이 있다고 하였다. 또한 개인을 둘러싼 사회(환경) 수준의 영향을 받기도 하는데, 이를테면 사회경제적 위치와 가족관계, 사회적 고립과 배척 등이 그것이다. 그리고 청년 및 초기 성

인기의 건강(생식건강 포함)은 이전 시기인 청소년기 2차 성징 과정에서의 사회적 역할 인식 및 적응/대응 능력, 그리고 이에 영향을 미치는 사회적 환경에 영향을 받는다고 하였다.

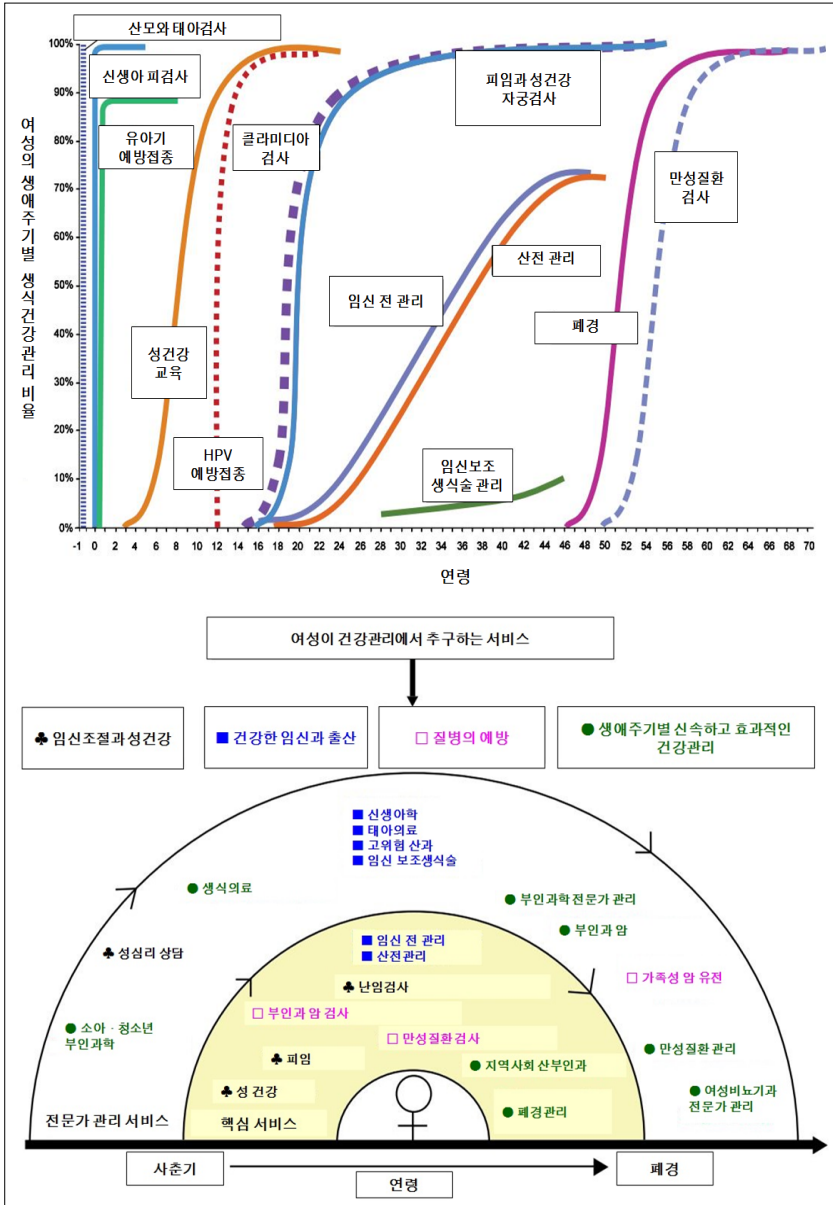
[그림 2-4] 여성의 생애주기별 건강의 사회 결정 요인과 건강이슈



자료: Steel et al.(2013).

Stephenson 등(2014)은 여성의 건강관리를 위해 생애적 접근의 필요성을 주장하였다. 이들에 따르면, 여성의 임신과 출산의 결과 그리고 출산의 의향과 출산 행위는 단지 임신·출산기의 산전 관리와 이들이 지닌 생물학적 및 사회 환경적 요소에 영향을 받는 것뿐만 아니라 이미 그 이전의 생애(청소년기 등) 과정에서의 성생활과 성교육, 피임 방법 및 관련 건강관리(자궁경부암 예방접종, 성병 검사 등)에 의해 결정되는 경우가 훨씬 많다고 하였다(Stephenson et al., 2014).

[그림 2-5] 여성의 생애주기별 생식건강관리 수요



자료: Stephenson et al.(2014).

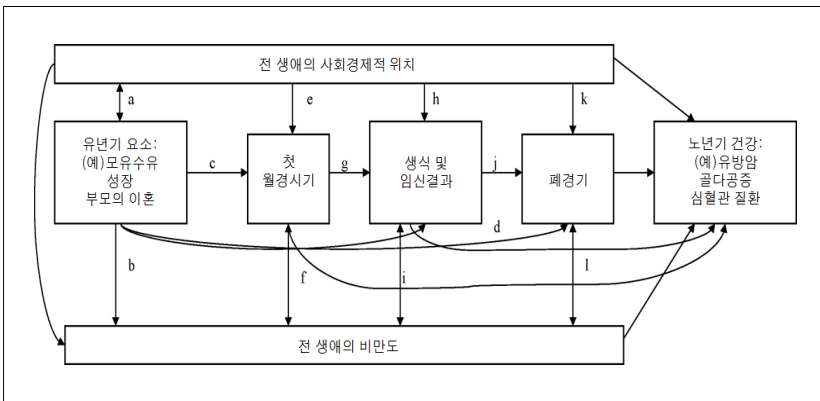
오늘날 빨라지는 성생활과 늦어지는 출산 현상은 대다수의 여성에게 거의 20년 이상 효과적인 피임에 대한 수요가 있음을 의미하며 그 이후부터 환경(폐경)기에 이르기까지(장차 규모가 커질 것으로 예상되는)는 상당수의 여성들에게서 보조생식술(assisted reproductive technology)의 수요가 있음도 의미한다고 볼 수 있다. Stephenson 등(2014)은 [그림 2-5]에서 여성의 생애 과정에서 생식력 강화를 위해 필요한 건강관리 수요 부분을 보여주고 있다. 아이가 태어난 이후 영·유아기에는 모성태아의 건강 스크린과 예방접종을 시작으로 아동 및 청소년기에는 성·생식건강에 대한 교육과 HPV 백신 접종 그리고 성매개 감염성 질환 검진, 성인기로 접어들어서는 임신 전 건강관리와 피임, 자궁 관련 검진과 보조생식술 등 여성의 생애 전반에 대한 관리가 필요하다고 하였다.

한편 생식건강과 출산력(reproductive health & fertility)은 위에서 언급한 생식 관련 행위나 방법, 관련 의료적 개입에 영향을 직접 받기도 하지만, 개인과 가족원의 건강 실천 행위(흡연, 음주, 신체활동 및 영양상태 등) 및 정신적 건강상태가 세대 간에 건강하게 혹은 불건강하게 형성되었는지에 따라 결정되는 만큼 생애적 관점의 성과 생식 관련 건강관리가 필요하다.

Misra 등(2010) 역시 생물학적 요소와 사회적 요소는 전 생애를 걸쳐 상호 연관성을 보이고 궁극적으로 여성의 생식건강 및 관련 질환에 영향을 미칠 수 있다고 하였다. 이들(2010)에 따르면, 여성 개인의 폐경 시기는 이전 시기(영·유아기 및 임신·출산기)의 모유 정도와 발육상태, 부모 이혼 등의 생물학적 및 사회적 환경에 의해 직접적인 영향을 받기도 하지만, 이 시기의 개인이 지닌 (가족의) 사회경제적 위치나 신체 체질량 등 건강상태에 의해 시기가 조정되기도 하였다. 물론 유년 시기의 모유 정도와 발육상태, 부모의 이혼 등은 임신·출산기 여성의 생식건강 결과 및 부

인과적 질환에도 직간접적 영향을 주며, 이는 다시 폐경 시기 및 이후 만 성질환 및 노년의 삶의 질에 원인적 요인으로 작용할 수 있다고 한다. 현 시점의 여성이 경험하는 생식건강상태 및 관련 질환은 이전 생애의 생물학적·사회환경적 요인이 누적된 효과(cumulative effect)의 결과일 수 있다고 지적하였다.

[그림 2-6] 여성의 생식건강에 대한 전 생애적 접근 모형



자료: Misra et al.(2010).

제4절 소결

이 장에서는 저출산 현상과 관련하여 최근 연구 동향을 연구 주제로로 살펴보았고 그 과정에서 건강이 주요 연관어로 확인되었다. 이는 그만큼 임신과 출산 행위를 결정함에 있어 건강이 중요한 요인으로 작용함을 의미한다.

실제 이러한 주제어 분석 결과는 관련 선행연구 고찰에서도 구체적인 연구 사례들과 함께 살펴보았는데, 특히나 임신·출산기뿐만 아니라 임신

전의 생애 과정에서의 흡연과 음주, 신체활동, 영양, 비만, 약물 복용 등의 건강생활습관과 이로 인한 고혈압과 당뇨 등의 만성질환, 그리고 생리 불순 등의 생리 질환과 생애개성 질환을 포괄하는 생식건강을 어떻게 관리하느냐에 따라 건강한 임신과 출산 및 그 결과에 직간접적인 연관성이 있음을 보여주고 있다.

이러한 이유로 미국의 산부인과학회에서는 여성의 생애별 건강관리 가이드라인에 건강생활습관 및 생식건강과 관련된 내용을 포함하고 있다. 같은 맥락에서 Misra 등(2010)과 Stephenson 등(2014)은 여성의 건강한 임신과 출산을 위한 생애별 생식건강관리 및 건강생활습관의 중요성을 이론에 근거하여 제시하고 있다.

제 3 장

국내외 생애주기별 건강관리 정책

제1절 국내의 건강관리 제도

제2절 해외의 건강관리 제도

제3절 소결 및 시사점

3

국내외 생애주기별 건강관리 정책

본 장에서는 국내외의 생애주기별 건강관리 제도를 파악하고자 한다. 생애주기별 건강관리 제도를 파악하는 이유는 현재 국내의 건강관리 제도와 해외의 제도를 파악함으로써 국내 제도에서 부족한 부분이 무엇인지를 파악하고 적절한 대안을 제시하기 위함이다. 본 장에서의 생애주기는 전 생애주기를 다루지는 않았으며, 건강한 출산과 관련이 있는 청소년기, 청년·성인기, 임신·출산기로 나누어 각 생애주기에 해당하는 지원 정책들을 정리³⁾하였다.

제1절 국내의 건강관리 제도

국가가 지원하는 생애주기별 건강관리 제도 및 사업은 보건소를 통해서 이루어지고 있다. 정책의 대상도 영·유아기, 청소년기, 청년·성인기, 임신·출산기, 노년기 등으로 전 생애주기에 해당하는 다양한 지원사업이 있다. 지원 방식은 서비스를 제공하는 형태와 진료비를 직접 지원해 주는 형태가 있으며, 소득과 서비스에 따라 지원되는 내용은 조금씩 차이가 있다.

3) 본 장에서 인용한 정책들은 일반 국민들에게 해당 정책에 대한 일반적인 내용을 설명하기 위해 주관 부처의 홈페이지에 게시된 내용들을 그대로 제시하였으며, 추가 설명을 위해 해당 정책 관련 보고서 등을 참고하여 정리한 것임. 따라서 인용 출처는 각 정책명에 각주로 제시하였기에, 구체적인 내용은 이를 참고하기 바람.

1. 청소년기⁴⁾

〈학교 밖 청소년 건강검진〉⁵⁾

학교 밖 청소년 건강검진은 청소년복지지원법에 근거하여 이들이 건강하게 성장할 수 있도록 지원하기 위해 정기적인 건강검진을 시행하는 사업이다.

지원 대상은 9~18세의 학교 밖 청소년이며, 그 외 19~24세의 학교 밖 청소년 중 건강관리에 취약한 청소년도 신청 가능하다. 학교 밖 청소년 지원센터로 방문 혹은 우편으로 신청 가능하며, 센터에서 대상 자격 확인 후 선정 여부를 개별 통보한다. 검진 비용은 전액 여성가족부 지원으로 본인부담은 없다. 검진 항목에는 문진, 진찰, 혈액 검사, 간염 검사 및 구강 검사 등이 포함되어 있다.

검진 이후 치료가 필요한 저소득층 청소년은 학교 밖 청소년 지원센터 상담원과 상담 후 위기청소년 특별지원, 건강보험 및 의료급여 등의 방법으로 지원받을 수 있는 정보를 안내받을 수 있다.

〈학년별 건강검진〉⁶⁾

학교보건법에 근거하여 학생들의 건강상태를 파악하고 질병을 조기 발견·치료하여 건강한 삶을 도모하기 위하여 학년별 건강검진을 제공하는

4) 본 절의 전반적인 내용은 한국건강증진재단(2014, pp.28-33) 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

5) 본 사업은 학교밖청소년지원사이트 꿈드림 http://www.kdream.or.kr/sub03_10.asp?menuCategory=3(2016. 6. 17. 인출)에서 관련 내용을 인용하였음.

6) 본 사업은 교육과학기술부(2009, pp.1-8)의 「학교건강검사 가이드라인」을 인용하였음.

사업이다. 학교장이 검진기관을 선정하면 검진 대상 학생이 검진기관을 방문하여 건강검진을 받을 수 있다. 검진 대상은 초등학교 1학년, 4학년, 중·고등학교 1학년이며, 기본 검진 항목 외에 학년 대상별 해당 항목 검진이 이루어진다.

검진기관에서는 학생 건강검진 결과 재검진을 요하는 학생에게 재검진을 실시한다. 건강검진 결과 긴급히 정밀검진을 요하는 학생에 대해서는 학교장 또는 학부모가 조기 치료 등 필요한 조치를 취하도록 통보한다.

〈표 3-1〉 학년별 건강검진 항목

	초1	초4	중1	고1
기본 검진 항목	근·골격계 및 척추, 눈·귀·목·피부, 구강 검사, 기관 능력, 소변 검사, 혈압			
병리 검사	혈액형	색감 검사	색각 검사, 간염 검사, 결핵 검사	결핵 검사 빈혈 검사 (여학생)
		비만 학생(혈당, 총콜레스테롤, AST, ALT)		
건강조사	식생활습관, 수면 및 신체활동 등 건강행태 및 건강 상담			

자료: 교육과학기술부(2009). 「학교건강검사 가이드라인」, p.2.

〈청소년 자궁경부암 무료 예방접종〉⁷⁾

여성 청소년의 건강한 성장과 질병 예방을 돕는 ‘건강여성 첫걸음클리닉’ 사업으로 사춘기에 접어든 여학생들을 대상으로 의사와의 1:1 건강상담 서비스와 자궁경부암 무료 예방접종을 제공하는 사업이다.

구체적으로는 초경 전후의 여성 청소년들의 신체적, 정서적 변화에 대

7) 본 사업은 보건복지부 보도자료(2016. 6. 16., pp.1-2) “여성청소년 대상 자궁경부암 무료접종, 건강상담 서비스 6월 20일부터 제공”에서 관련 내용을 인용하였음.

한 적응을 돕고, 건강한 여성으로 자라기 위해 체크해야 할 ‘사춘기 성장 발달’, ‘초경’ 관련 사항 등을 확인하는 상담 서비스와 자궁경부암을 예방할 수 있는 인유두종 바이러스(HPV) 백신 접종을 6개월 간격으로 2회 무료로 제공한다.

2016년 지원사업 대상자는 2003. 1. 1.~2004. 12. 31. 출생한 여성 청소년(약 47만 명)이며, 가까운 참여 의료기관 또는 보건소에서 무료 지원을 받을 수 있다. 예방접종 도우미(<https://nip.cdc.go.kr>) 혹은 보건소 홈페이지에서 참여 의료기관 및 접종 가능한 백신을 확인하여 선택할 수 있다.

〈청소년 산모 임신·출산 의료비 지원〉⁸⁾

청소년 산모 임신·출산 의료비 지원사업은 산전 관리가 취약한 청소년 산모를 대상으로 임신·출산 의료비를 지원함으로써 청소년 산모와 태아의 건강 증진을 도모하는 서비스이다.

지원 대상은 ‘임신헌인서’로 임신이 확인된 만 18세 이하 청소년 산모(소득, 재산 기준 없음)이다. 지원 범위는 임신부가 산부인과 병·의원에서 임신 및 출산과 관련하여 진료받은 급여 또는 비급여 의료비(초음파 검사 등) 중 본인부담 의료비이며, 임신 1회당 120만 원 범위 내에서 지원받을 수 있다. 진료비는 지정요양기관에서 임신·출산 관련 진료 후 국민행복카드로 결제한다. 지원 기간은 카드 수령일로부터 분만예정일 이후 60일까지다.

8) 본 사업은 보건복지부 사회서비스 전자바우처 사업 중 청소년산모 임신출산의료비 지원 사업(http://www.socialservice.or.kr/user/htmlEditor/view2.do?p_sn=24)에서 2016. 6. 21. 인출)에서 관련 내용을 인용하였음.

2. 청년·성인기⁹⁾

〈일반 건강검진〉¹⁰⁾

의료급여 수급권자 일반 건강검진은 건강 취약계층인 의료급여 수급권자를 대상으로 일반 건강검진을 도입하여 만성질환 및 건강위험 요인을 조기 발견하여 지속 치료 및 관리로 건강 증진을 도모하는 서비스이며, 지원 대상은 아래의 표와 같다(한국건강증진재단, 2014, p.34).

〈표 3-2〉 의료급여 수급권자 일반 건강검진 지원 대상

구분	대상	시행 주체(시행 방법)
의료급여 수급권자	만 19~39세 세대주 만 41~64세 세대주 및 세대원 ※만 40세는 생애전환기 검진 실시	보건소(위탁 수행 : 국민건강보험공단)
건강보험 가입자	직장가입자 및 세대주인 지역가입자 40세 이상 지역가입자·피부양자	국민건강보험공단 (직접 수행)

주: 65세 이상 의료급여 수급권자는 노인복지법에 의해 노인 건강진단 대상자에서 제외(단, 66세는 생애전환기 검진 실시).

자료: 한국건강증진재단(2014). 「2014년 보건소 알차게 이용하기」. p.34.

한편, 일반 건강검진 대상자는 지역세대주, 직장가입자 및 만 40세 이상 세대원과 피부양자이며 2년마다 1회 실시한다. 단, 비사무직은 매년 실시한다. 1차 검진 이후 ‘고혈압, 당뇨병 질환 의심자로 판정된 자 및 만 70세와 74세 1차 검진 수검자 중 인지기능장애 고위험군’을 대상으로 2차 검진을 실시한다(한국건강증진재단, 2014, p.34).

9) 본 절의 내용은 한국건강증진재단(2014, pp.34-52)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 발췌하여 인용하였음.

10) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, p.34, p.42)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

〈표 3-3〉 일반 건강검진 1, 2차 검진 항목

1차 검진 항목	2차 검진 항목
1. 진찰, 상담, 신장, 체중, 허리둘레, 체질량지수, 시력, 청력, 혈압 측정 2. 총콜레스테롤, HDL콜레스테롤, LDL콜레스테롤, 트리글리세라이드 3. AST(SGOT), ALT(SGPT), 감마지티피 4. 공복혈당 5. 요단백, 혈청크레아티닌, 혈색소 6. 흉부방사선 촬영 7. 구강 검진 8. KDSQ-P 선별검사(치매 선별검사 : 만 70, 74세만 해당)	1. 공통 - 건강검진 진찰, 상담 2. 고혈압 - 1차 검진 결과 고혈압 질환 의심자: 혈압 측정 3. 당뇨병 - 1차 검진 결과 질환 의심자 : 공복혈당 측정 4. 인지기능장애 - 1차 검진 수검자 중 인지기능장애 고위험군: KDSQ-C 선별검사 및 상담

자료: 국민건강보험공단 홈페이지 http://minwon.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=MENU_WBMAE01에서 2016. 6. 2. 인출.

암 검진은 크게 위암 검진, 대장암 검진, 간암 검진, 유방암 검진, 자궁경부암 검진으로 구분되는데, 여기서 유방암 검진 대상자는 만 40세 이상 여성으로 2년마다 유방 촬영 검사를 받을 수 있다(한국건강증진재단, 2014, p.42). 올해부터는 자궁경부암 검진 대상자의 연령이 기존 만 30세 이상에서 만 20세 이상으로 낮아져, 궁극적으로 대상자가 확대되었다.

〈생애전환기 건강검진〉¹¹⁾

생애전환기 건강검진 서비스는 생애전환기 국민을 대상으로 성별·연령별 특성에 적합한 맞춤형 건강진단 서비스를 도입하여 만성질환 및 건강위험 요인을 조기에 발견하여 치료 및 관리로 건강 증진을 도모하는 서비스이다(한국건강증진재단, 2014, p.35).

11) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, p.35)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

서비스 지원 대상은 생애전환기 만 40세와 66세의 모든 국민이며, 의료급여 수급권자와 건강보험 가입자 모두 동일하게 포함된다. 생애전환기 건강진단 서비스에서는 성별·연령별 특성을 고려하여 필수 검진 항목을 제공하고 있으며 개인별 건강위험평가¹²⁾와 생활습관 평가 및 개선 처방 등 의사 상담 프로그램¹³⁾이 지원된다(한국건강증진재단, 2014, p.35).

〈표 3-4〉 생애전환기 검진 1, 2차 검진 항목

1차 검진 항목	2차 검진 항목
1. 1차 건강진단 문진표 2. 구강 검진 문진표 3. 암 검진 문진표 4. 신장 및 체중 5. 허리둘레 6. 혈압 측정 7. 시력, 청력 진찰 및 상담 8. 흉부방사선 촬영 9. 요 검사 10. 혈액 검사 11. 암 검진 12. 골밀도 검사(만 66세 여성) 13. 노인 신체기능 검사(만 66세) - 낙상 검사(하지기능, 평형성) 14. 구강 검진	1. 1차 건강진단 결과 및 HRA 상담 2. 생활습관 검사 - 생활습관 평가 및 처방 도구 • 흡연: 현재 흡연자 • 음주: 위험 음주 해당자(적정 음주가 아닌 사람) • 운동: 신체활동량이 부족한 자 • 영양: 저체중, 비만 또는 복부비만, 빈혈, 위험 음주, 운동 부족, 고지혈증, 고혈압, 66세 이상 이면서 일상 기능 저하 • 비만: 비만, 복부비만 *비흡연자, 비음주자는 평가(흡연, 음주) 비대상임 3. 정신건강 검사 - 우울증 검사 대상자: - 만 40세 • 공통문진표 8번 항목의 4개 질문 중 3, 4번에 대한 답변이 1개 이상 해당 - 만 66세 • 추가문진표 3번 항목의 3개 질문 중 1번 답변이 1개 이상 해당 - 인지기능장애 선별검사 대상자 : 인지기능에 대한 7번 항목의 5개 질문 중 답변에 대한 합산 점수가 4점 이상인 경우 4. 고혈압, 당뇨 2차 확진검사

자료 : 국민건강보험공단 홈페이지 http://minwon.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=MENU_WBMAE0103에서 2016. 6. 2. 인출.

12) 뇌졸중·당뇨병 등 심뇌혈관 질환 발생 위험도, 교정 가능한 위험 요인과 개선 목표를 제시하고, 개인별 특성에 맞는 교육자료 제공(한국건강증진재단, 2014).

13) 5대 건강위험 요인(흡연, 신체활동, 영양, 음주, 비만)에 대한 생활습관 평가 및 처방, 상담

〈심뇌혈관 질환 예방관리사업〉¹⁴⁾

심뇌혈관 질환 예방관리사업은 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 등 만성 질환 예방관리사업을 추진하여 중증 심뇌혈관 질환으로 인한 질병 부담을 감소시키고 건강수명 연장을 도모하는 서비스이다. 지역사회 주민을 대상으로 상담 및 교육을 실시하고, 고혈압·당뇨병·이상지질혈증 환자를 대상으로는 보건소 진료, 방문건강관리사업, 민간 의료기관의 해당 환자 중 주기적인 교육 및 상담 등 관리 서비스가 필요한 사람들을 등록하여 관리한다. 지원 내용은 크게 지역사회 주민을 대상으로 하는 교육 및 홍보, 환자 조기발견사업, 고혈압·당뇨병·이상지질혈증 환자 등록관리사업으로 구성된다(한국건강증진재단, 2014, p.37).

〈표 3-5〉 심뇌혈관 질환 예방관리사업 지원 내용

구분	예시
지역사회 교육/홍보사업	건강강좌, TV, 라디오 등 대중매체 홍보 등
환자 조기발견사업	혈압·혈당·혈중지질 알기 캠페인 (측정 및 결과 안내, 이상자 개별 상담 및 교육 등)
고혈압·당뇨병·이상지질혈증 환자 등록관리사업(해당 지역만)	개별 상담 및 교육, 보건소 방문건강관리사업 연계 서비스 제공, 민간 의료기관 협력을 통한 만성질환자 지속 관리 등

자료: 한국건강증진재단(2014). 「2014년 보건소 알차게 이용하기」, p.37.

〈비만 및 만성질환 예방 영양관리사업〉¹⁵⁾

비만 및 만성질환 예방 영양관리사업은 건강검진 결과 이상 소견으로

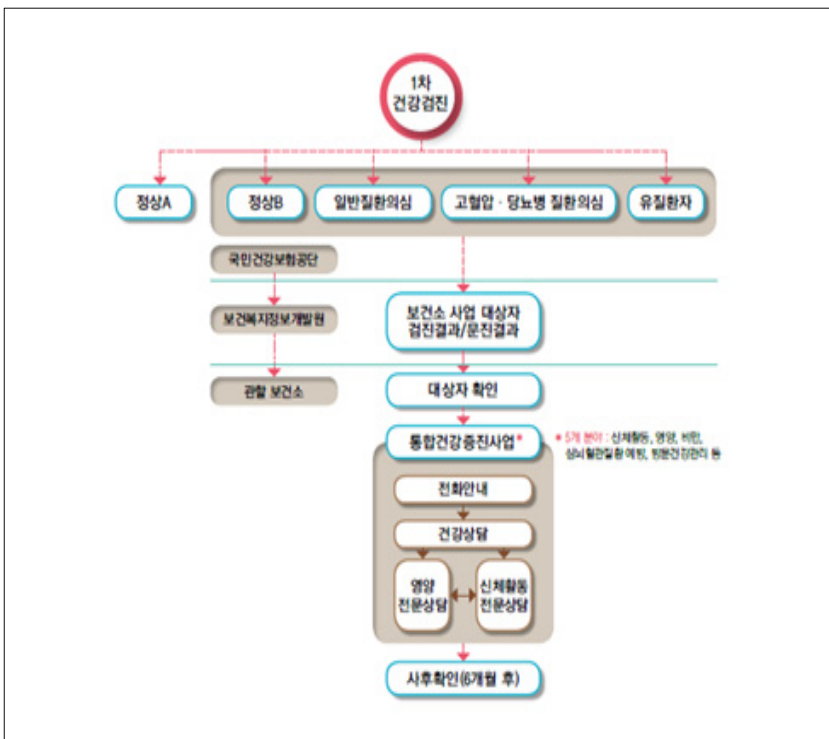
14) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, p.37)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

15) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, p.38)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

판정받은 지역사회 주민을 대상으로 검진 결과와 질환관리 상담을 제공하여 건강 문제 인식 및 건강행태 개선을 유도하기 위한 서비스이다(한국건강증진재단, 2014, p.38).

본 사업은 국민건강보험공단으로부터 건강검진 결과가 연계된 대상 중 건강 상담에 동의한 사람을 대상으로 한다(한국건강증진재단, 2014, p.38). 건강검진 결과에서 비만 및 만성질환 고위험군에게는 영양 상담을 제공하고, 고혈압·고지혈증·당뇨 질환자에게는 영양 상담 및 교육을 제공하고 있다(한국건강증진재단, 2014, p.38).

[그림 3-1] 비만 및 만성질환 예방 영양관리사업 수행 체계도



자료: 한국건강증진재단(2014). 「2014년 보건소 알차게 이용하기」. p.38.

〈생애주기별 신체활동 프로그램 사업〉¹⁶⁾

본 사업은 지역 주민을 대상으로 생애주기·생활터별 지역사회 건강 문제를 고려한 신체활동 프로그램을 운영하여, 건강 증진 및 만성질환 예방을 유도하기 위한 신체활동 실천 인구 증가를 도모하기 위한 서비스이다(한국건강증진재단, 2014, p.39).

사업 내용에는 생애주기·생활터별 교육 및 프로그램 제공, 만성질환 예방을 위한 개인별 서비스 제공, 신체활동 관련 홍보 및 정보 제공, 지역사회 신체활동 자조모임 지원이 포함된다(한국건강증진재단, 2014, p.39).

〈표 3-6〉 생애주기별 신체활동 프로그램 사업의 지원 내용

구분	내용
생애주기·생활터별 교육 및 프로그램 제공	- (생애주기) 임신부, 직장인, 50~60대 주부 등 인구집단별 특성에 맞는 프로그램 제공 - (노인) 낙상, 관절염, 요통 등 노인 질환과 관련된 프로그램 제공 - (아동·청소년) 학교, 지역아동센터 등 생활터에 접근한 프로그램 제공
만성질환 예방을 위한 개인별 서비스 제공	- 건강검진 결과 만성질환자 신체활동 전문 상담 서비스 제공 - 만성질환자에 대한 보건소 내외 건강 증진 프로그램 연계
신체활동 관련 홍보 및 정보 제공	- 신체활동 관련 홍보 및 정보 제공
지역사회 신체활동 자조모임 지원	- 교육 프로그램, 장소 제공, 강사 지원 등 기술적 지원

자료: 한국건강증진재단(2014). 「2014년 보건소 알차게 이용하기」. p.39.

16) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, p.39)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

〈방문건강관리사업〉¹⁷⁾

방문건강관리사업은 건강위험 요인이 있는 취약계층에게 건강위험 요인과 건강 문제를 확인하여 건강 정보와 건강관리 서비스를 제공하고 지역사회 자원 연계를 통해 건강상태를 유지하고 개선하는 사업이다(한국건강증진재단, 2014, p.40). 지원 대상은 크게 4개의 순위에 해당하는 건강위험군 및 질환군이며 구체적인 지원 대상은 아래의 표와 같다(한국건강증진재단, 2014, p.40).

〈표 3-7〉 방문건강관리사업의 서비스 대상

순위	기준
1순위	기초생활수급 대상자 중 건강위험군, 질환군
2순위	차상위계층 중 건강위험군, 질환군
3순위	1순위, 2순위에 해당되지 않는 다문화가족, 북한이탈주민, 독거노인 중 건강위험군, 질환군
4순위	지역아동센터(빈곤 아동), 미인가 시설, 보건소 내 타 부서 및 지역사회 기관으로부터 건강 문제가 있어 의뢰된 건강위험군, 질환군

주: 1) 차상위계층은 실제 소득이 최저생계비 120% 이하 또는 건강보험 부과 하위 20% 이하.

2) 건강위험군은 건강행태위험군(음주, 흡연 등 건강위험 요인과 생활습관 등)과 건강위험군 포함.

3) 장기요양등급 판정자는 제외.

자료: 한국건강증진재단(2014). 「2014년 보건소 알차게 이용하기」. p.40.

17) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, pp.40-41)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

〈표 3-8〉 방문건강관리사업의 대상자 분류

군 분류	대상자
집중관리군	- 건강위험 요인 및 건강 문제가 있고 증상 조절이 안 되는 경우 - 관절염, 뇌졸중, 암 등록자로 흡연·고위험 음주·비만·운동 미실천 중 2개 이상의 건강행태 개선이 필요한 경우 - 임부 또는 분만 8주 이내 산부, 출생 4주 이내 신생아, 영·유아, 다문화가족으로 집중관리가 필요한 경우 - 허약노인 판정 점수가 4~12점인 경우 - 북한이탈주민으로 감염성 질환이 1개 이상이거나, 흡연·고위험 음주·비만·운동 미실천 중 2개 이상의 건강행태 개선이 필요한 경우 ※ 장애인(바텔지수 49점 이하)은 고혈압, 당뇨, 관절염, 뇌졸중, 암 질환이 있는 경우 ※ 암 대상자로 암 치료 종료 후 5년이 경과되지 아니한 경우
정기관리군	- 건강위험 요인 및 건강 문제가 있고 증상이 있으나 조절(위험군)이 되는 경우 - 관절염, 뇌졸중, 암 등록자로 흡연·고위험 음주·비만·운동 미실천 중 1개의 건강행태 개선이 필요한 경우 - 북한이탈주민으로 흡연·고위험 음주·비만·운동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선이 필요한 경우 ※ 장애인(바텔지수 50점 이상)은 고혈압, 당뇨, 관절염, 뇌졸중, 암 질환이 있는 경우 ※ 암 대상자로 암 치료 종료 후 5년이 경과되지 아니한 경우
자기역량지원군	- 건강위험 요인 및 건강 문제가 있고 증상이 있으나 조절(정상군)이 되는 경우 - 질환은 없고, 흡연·고위험 음주·비만·운동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선이 필요한 경우 - 기타 집중관리군과 정기관리군에 해당되지 않는 경우

자료: 한국건강증진재단(2014). 「2014년 보건소 알차게 이용하기」, p.41.

〈금연클리닉 운영〉¹⁸⁾

금연클리닉 운영사업은 흡연자를 위한 금연 지원 서비스 제공을 통해 금연 실천을 유도하고 흡연율을 감소시켜 건강 증진을 도모하기 위한 금연 지원사업이다.

청소년을 포함하는 흡연자는 모두 도움을 받을 수 있으며, 주민등록상

18) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, p.49)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

지역 주민이 아니더라도 이용자의 접근성과 편의를 고려하여 서비스를 제공하고 있다(한국건강증진재단, 2014, p.49).

금연 지원 서비스는 6개월간 9차례 이상의 금연 상담 서비스가 운영되며, 호기일산화탄소(CO) 측정, 니코틴 보조제(니코틴패치, 니코틴껌, 니코틴사탕) 제공, 금연 치료제(부프로피온, 바레니클린), 행동 강화 물품(껌, 구강청결제, 은단 제공 가능) 제공 등이 이뤄진다(한국건강증진재단, 2014, p.49).

신청은 금연클리닉 운영 보건소로 하면 되며, 대상자 등록 후 결심일로부터 6개월간 9차례 상담 서비스(내소상담, 방문상담, 전화상담)가 이루어진다(한국건강증진재단, 2014, p.49).

[그림 3-2] 금연클리닉 지원 서비스

 전화상담서비스 1544-9030 단일번호 09시 ~ 20시까지 상담운영 - 상담형태 - Inbound - 금연정보 제공 및 프로그램 등록 - Outbound - 금연프로그램 참여자 프로토콜 상담진행 (전담상담자) 24시간 ARS 서비스 및 콜백 서비스 운영	 다채널 상담서비스 실시 - 온라인 상담 서비스 및 금연 관련정보 제공 · http://quitline.hp.go.kr - SMS 문자서비스 - 이메일 상담 서비스 · quitline@ncc.re.kr - 금연지침서 우편서비스	 금연교육 및 홍보 - 대상자별 금연교육 및 상담연계 실시 (청소년/여성/산업체) - 금연분위기 조성을 위한 대규모 캠페인 참여 - 금연 흡연관련 정보 수집 데이터베이스 구축
---	--	--

자료: 금연지원사업 : http://www.nosmokeguide.or.kr/mbs/nosmokeguide/subview.jsp?id=nosmokeguide_030102050000에서 2016. 7. 15. 인출.

3. 임신·출산기

〈임신·출산 진료비 지원제도〉¹⁹⁾

임신·출산 진료비 지원제도는 임신·출산의 소득보전 정책 중에서 가장 대표적인 정책으로, 임신이 확진된 임신부의 본인부담금을 경감하여 출산 의욕을 고취하고 건강한 태아의 분만과 산모의 건강관리를 위하여 임신과 출산에 관련된 진료비를 국민행복카드 또는 고운맘카드로 일부 지원하는 제도이다.

지원 대상은 임신이 확진된 건강보험 가입자 또는 피부양자 중 임신·출산 진료비 지원을 신청한 자에 한하며, 의료급여 수급권자나 의료보호 대상자는 지원 대상에서 제외된다.

지원 범위는 임신과 출산에 관련된 진료를 위해 임신부가 지정요양기관에서 받는 진료 비용(출산 비용, 출산 전후 산모의 건강관리와 관련된 진료 포함) 중 본인부담금의 일부이다. 지원 금액은 임신 1회당 50만 원이며(다태아 임신부는 70만 원), 국민행복카드 또는 고운맘카드를 이용하여 본인부담금을 결제할 수 있다. 카드는 분만예정일 다음날부터 60일까지 사용할 수 있으며 동 사용 기간 내 미사용한 잔여 금액은 자동 소멸된다. 다만, 본 지원은 임신·출산 진료비 지원 지정요양기관에서만 국민행복카드와 고운맘카드 사용이 가능하므로 확인 후 사용해야 한다. 의료급여 수급권자의 경우에는 카드가 아닌 의료급여 자격관리 시스템을 통해 동일한 진료비 지원제도의 수혜를 받을 수 있다.

19) 본 사업은 보건복지부 사회서비스 전자바우처 사업 중 임신출산진료비 지원제도 www.socialservice.or.kr/user/htmlEditor/view2.do?p_sn=13(2016. 6. 21. 인출)의 내용을 연구자가 정리하여 인용하였음.

〈표 3-9〉 임신·출산 진료비 지원제도 지원 방식

구분	건강보험	의료급여
지원 대상자	건강보험 가입자 또는 피부양자 중 임신부	의료급여 수급권자 중 임신부
신청 접수처	공단 지사, 이용권 발급 업무를 수행하는 금융기관	시·군·구/읍·면·동
지원 방식	국민행복카드, 고운맘카드	자격관리 시스템 활용 : 가상계좌
지원 기간 종료일	출산예정일 + 60일	좌동
지원 금액	50만 원(다태인 경우 70만 원)	좌동
진료비 지원 소요일	신청 후 약 15일 이후(체크카드 발급 및 배송 기간 소요)	임신·출산 진료비 지원 대상 관련 자료를 건강보험공단으로 전송한 다음 날부터 사용 가능(신청 후 약 4~5일 소요)
사용 기관	공단이 지정한 요양기관(산부인과 의원, 병원, 조산원, 한방의료기관)	산부인과 개설 의료급여기관 등 (진료과목 코드 10) ※ 조산원, 한방의료기관 등(관련 상병으로 진료)
대상자 확인	국민행복카드 또는 고운맘카드 소지	전산 자격 확인(의료급여 자격관리 시스템)
사용 범위	임신·출산 진료 시 발생하는 본인부담금(비급여 포함)	좌동
자격 변동에 따른 정산	지원 기간 내에 자격 변동(건강보험 → 의료급여) 시 바우처카드 지속 사용 ※ 지원 기간 초과 후 미사용 잔액은 자동 소멸	지원 기간 내에 자격 변동(의료급여 → 건강보험) 시 사용 잔액 지급 ※ 지원 기간 초과 후 미사용 잔액은 자동 소멸

자료: 김승희 등(2015). 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사연구. 건강보험정책연구원. pp.83-84.

한편 건강보험 임신·출산 진료비 지원금의 잔액은 국민건강보험공단 홈페이지를 통해 확인할 수 있다. 홈페이지 회원 중 건강보험 임신·출산 진료비 지원 대상자는 이용 가능하며, 이용 내역은 2~3일 전 자료이므로 실제 잔액과 차이가 있을 수 있으며, 지원 종료일 이후에는 조회가 불가능하다. 세부 이용 내역은 개별 카드사 고객센터, 홈페이지를 통해 확인 가능하다²⁰⁾.

〈고위험 임신부 입원진료비 지원제도〉

고령임산부란 의미는 산모의 연령이 만 35세 혹은 40세 이상 등을 의미하며 경우에 따라서 조금씩 다르게 사용되나 일반적으로는 1958년 미국의 The Council of the International Federation of Gynecology & Obstetrics의 기준에 따라서 만 35세 이상의 임신을 고령 임신이라고 정의하고 있다(이소영, 2014, p.2). 임신부의 고령이란 요인은 임신 중의 고혈압 질환, 당뇨, 태반 조기 박리, 전치태반 등의 모성 사망으로 연결될 수 있는 임신 합병증의 가능성과 조산, 사산, 영아 사망 및 뇌신경학적인 장애 및 선천성 기형과 같은 출산 결과와 관련이 있다는 점에서 고령 임신부는 의학적으로 고위험 임신부로 분류된다(이소영, 2014, p.2).

현재 우리나라의 고위험 임신부에 대한 세부 기준은 다음과 같다. 먼저 35세 이상의 임신부로서 임신과 관련하여 입원이 필요하다고 의사가 판단한 경우이거나(김승희 등, 2015, pp.84-85), 임신부로서 아래와 같이 하나 이상의 질환으로 입원치료가 필요한 경우로 구분된다. 후자의 경우는 고혈압, 당뇨병, 심부전, 신질환, 다태 임신, 대사장해를 동반한 임신 과다구토, 절박 유산, 자궁경부 무력증, 자궁 및 자궁의 부속기 질환, 자궁 내 성장 제한, 임신 중 복강 내 수술, 분만 전 출혈, 조기 진통, 전치태반, 양막의 조기 파열, 태반 조기 박리, 양수과다증, 양수과소증 등이 포함된다(김승희 등, 2015, p.85).

고위험 임신부 지원사업의 대상은 소득 기준으로 전국 가구 월평균 소득 150% 이하 가구의 구성원이며, 3대 고위험 임신 질환(조기 진통, 분만 출혈 및 중증 임신중독증)으로 진단받고 입원치료를 받은 임신부이다(보

20) 본 사업은 대한민국 정부 홈페이지 중 건강보험 임신 출산 진료비 지원금 잔액 확인(<http://www.korea.go.kr/service/serviceInfo/PTR000050359>)에서 2016. 6. 21. 인출)에서 관련 내용을 인용했음.

보건복지부, 2015, p.5).

지원 범위는 3대 고위험 임신부 질환의 입원치료에서 가계 부담이 큰 비급여 본인부담금이다. 이때 비급여 본인부담금에는 진찰료, 상급병실입원료 차액, 식대, 투약 및 조제료, 주사료, 처치 및 수술료, 검사료, 전혈 및 혈액성분제제로 등이 포함된다(보건복지부, 2015, p.8).

〈해산급여제도〉²¹⁾

해산급여는 생계급여, 주거급여 및 의료급여 중 하나 이상의 급여를 받는 수급자 중 조산을 했거나 분만하기 전후로 조치와 보호가 필요한 기초생활수급자에게 지급된다. 해산급여액은 1명당 60만 원이 현금으로 지급되고, 추가 출생 영아 1명당 60만 원이 추가로 지급된다.

〈표 3-10〉 2016년 가구 규모별·급여 종류별 수급자 선정 기준

(단위 : 원)

	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구	7인 가구
생계급여 선정 기준 (기준 중위소득 29% 이하)	471,201	802,315	1,037,916	1,273,516	1,509,116	1,744,717	1,980,317
의료급여 선정 기준 (기준 중위소득 40% 이하)	649,932	1,106,642	1,431,608	1,756,574	2,081,540	2,406,506	2,731,473
주거급여 선정 기준 (기준 중위소득 43% 이하)	698,677	1,189,640	1,538,978	1,888,317	2,237,656	2,586,994	2,936,333

자료: 보건복지부(2016a). 「2016년 국민기초생활보장사업안내」. 보건복지부. p.51.

해산에 필요한 금품을 지급받으려는 사람은 해산급여 지급신청서를 거

21) 이 제도는 기초생활 보장을 위한 지원제도 중 해산급여 <http://oneclick.law.go.kr/CSP/CnpClsMain.laf?popMenu=ov&csmSeq=672&ccfNo=3&cciNo=2&cnpClsNo=4>에서 인용함. 2016. 8. 4. 인출.

주지를 관할하는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 제출하면 된다. 이때 제출하는 해산급여 신청서에는 출산의 경우에는 출생증명서를, 사산의 경우에는 의사·한의사 또는 조산사의 사실 확인서나 사산을 증명할 수 있는 이웃 주민의 확인서를 첨부해야 한다.

〈산모·신생아 건강관리사 지원사업〉

산모·신생아 건강관리사 지원사업은 출산 가정에 건강관리사를 파견하여 산후 관리를 지원하는 것으로 2006년 산모·신생아 도우미 지원사업으로 처음 시행되었다. 이후 2008년 전자바우처 시스템이 도입되었고 2013년 산모·신생아 건강관리 지원사업으로 사업 명칭이 변경되고 가격 자율화가 시행되었다(김승희 등, 2015, p.90).

기본 지원 대상은 2016년 기준으로 산모 및 배우자의 건강보험 본인부담금 합산액이 기준 중위소득 80% 이하 금액에 해당하는 출산 가정이다(보건복지부, 2016b, p.33). 서비스는 단태아 10일, 쌍태아 15일, 삼태아 이상 혹은 중증장애 산모의 경우 20일 동안 제공받을 수 있다(보건복지부, 2016b, p.49).

〈표 3-11〉 산모·신생아 건강관리사 지원사업의 서비스 가격 및 기간

	가격		제공 기간	
	기준 가격	책정 가능 최대 가격	제공 기간	제공 일수
단태아	710,000	860,000	2주	10일
쌍태아	1,250,000	1,500,000	3주	15일
삼태아 이상, 중증장애 산모	1,830,000	2,200,000	4주	20일

자료: 보건복지부(2016b). 「2016년 지역자율형 사회서비스 투자사업 산모·신생아 건강관리지원사업 안내」. 보건복지부. p.49.

한편 2015년 7월부터는 산모·신생아 건강관리사 지원사업에도 국민 행복카드 제도가 도입되어 정부의 다양한 바우처 서비스를 하나의 카드를 통해 이용할 수 있게 되었다(보건복지부, 2016b, p.16).

〈마더세이프 프로그램〉²²⁾

한국 마더세이프 전문센터에서 운영하고 있는 사업은 임신 초기에 본인이 임신하였다는 사실을 인지하지 못한 채, 약물, 알코올 그리고 방사선 및 화학물질에 노출되었을 경우 이에 따른 선천성 기형 발생률에 관해 전문적인 상담을 제공한다(이정림 등, 2014, p.35). 이러한 서비스를 통해 불필요한 임신중절을 예방하고 웰빙 임신을 지원하고자 하였다(이정림 등, 2014, p.35). 임신·수유부, 임신을 계획하고 있는 예비 임신부가 임신 기간 동안 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 약물자료 1000종 이상과 상담 사례 6000여 건을 통하여 상담 서비스를 제공하고 있다(이정림 등, 2014, p.35). 또한 임신부 약물 상담 가이드라인을 제시하여 의료인들로 하여금 바른 정보를 제공하도록 하고, 일반인에 대한 교육, 홍보를 하여 약물 사용, 알코올 섭취, 흡연 등으로 인한 태아의 기형에 대한 막연한 우려를 버릴 수 있도록 돕고, 건강한 출산을 하도록 지원하고 있다(이정림 등, 2014, p.35).

한국 마더세이프 전문센터의 사업 대상은 전 국민이며 특히, 예비부부 및 임신부를 대상으로 이루어지고 있으며 저소득층만을 대상으로 하는 별도의 프로그램은 운영되지 않고 있다(이정림 등, 2014, p.36).

사업 내용에는 임신 중 감기약, 피임약 등 약물의 안전한 사용에 대하

22) 본 사업은 이정림 등(2014, pp.35-36)의 저소득층 영유아 및 임신·수유부의 건강과 영양지원방안의 내용을 인용하였음.

여 무료로 온·오프라인 상담을 제공하는 것이 포함되어 있다(이정립 등, 2014, p.36). 중앙센터는 서울에 위치하고 있으며, 이를 중심으로 대전, 광주, 대구, 창원, 부산의 거점병원을 통한 근접거리 상담이 이루어지고 있다(이정립 등, 2014, p.36). 또한 우리나라 임신부 및 수유부를 대상으로 하여 특히 자주 노출되고 있는 위험 약물 및 실제 상담 사례에 대한 DB 구축, 임신부 및 수유부를 위한 마더세이프 교육 실시, 온·오프라인 홍보를 통한 건강한 임신과 출산 환경 조성 등이 사업 내용에 포함되어 있다(이정립 등, 2014, p.36).

구체적인 교육 내용으로는 엽산제 복용의 중요성, 임신 중 알코올 섭취가 미치는 영향, 임신 중 흡연이 미치는 영향, 임신과 당뇨병, 임신과 사우나, 임신과 정신과 질환, 임신과 갑상선 질환, 임신과 암, 임신과 로아쿠탄, 모유 수유 중 약물 섭취가 미치는 영향, 임신과 간질 등이 다루어지고 있다(이정립 등, 2014, p.36).

〈산모 건강관리〉²³⁾

산모 건강관리사업은 임신부터 영·유아기까지 예방접종, 검진 등 양육 정보를 제공하고 철분제, 엽산제 등을 지원하여 안전한 분만을 유도하며, 임신부 및 태아/영·유아의 건강 증진을 도모하는 사업이다(한국건강증진재단, 2014, p.14).

보건소에 등록한 임신부를 대상으로 이루어지는 본 사업은 산전 혈액 검사, 철분제 지원, 엽산제 지원, 산후 우울증 관리 등의 서비스를 제공하고 있다(한국건강증진재단, 2014, p.14).

23) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, p.14)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

〈표 3-12〉 산모 건강관리사업의 지원 내용

내용	상세 지원 내용
산전 혈액 검사	WBC 제공, 간기능, 빈혈, 혈액형, 매독, 에이즈, 총콜레스테롤, B형 간염, 항원항체, 소변 검사(당/단백뇨)
철분제 지원	임산 16주 이상 보건소 등록 임신부(1개월분 단위 5개월간 지원) *최대 5개월분까지 일시 지급 가능
엽산제 지원	임신 12주 이하의 보건소 등록 임신부(1개월분 단위 3개월간 지원) *연령 제한 폐지, 최대 3개월분까지 일시 지급 가능
산후 우울증 관리	선별검사 실시, 자가설문 지원 및 고위험군 추후 관리
표준모자보건수첩 제공	표준모자보건수첩을 필요로 하는 모든 산모 6세 미만 영·유아 무료 건강검진, 산전 검진 보험급여, 예방접종사업 등과의 연계를 통해 적기의 검진 및 예방접종 정보 제공
임산부 배려 엠블럼 (가방고리) 제공	보건소 등록 모든 임신부

자료: 한국건강증진재단(2014). 「2014년 보건소 알차게 이용하기」. p.14.

〈가임기 여성 건강증진사업〉²⁴⁾

가임기 여성 건강증진사업은 여성 생식건강관리를 개인적 차원의 문제가 아닌 가임기 여성 전체의 문제로 인식하여 체계적인 지원 프로그램을 진행하기 위한 서비스이다(한국건강증진재단, 2014, p.15). 가임기 여성 전체를 대상으로 하는 본 사업은 여성 생식보건 증진 프로그램, 성교육·성상담 프로그램 및 홍보, 임신·출산·육아 등 종합정보 제공, 보건소 모유 수유 클리닉 등의 서비스가 제공되며 구체적 지원 내용은 아래의 표와 같다(한국건강증진재단, 2014, p.15).

24) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, p.15)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

〈표 3-13〉 가임기 여성 건강증진사업의 지원 내용

구분	내용
여성 생식보건 증진 프로그램	- 대학생 생식건강 증진 프로그램(예: 캠퍼스 생식건강증진센터 운영 등) - 결혼이주여성 생식건강 증진 지원(예: 보건소 통역요원 파견, 자조모임 등)
성교육·성상담 프로그램 및 홍보	- 성교육·성상담 : 유아, 아동, 청소년, 신혼부부, 성인, 노인 등 대상자 및 지역 특성에 맞는 성교육, 상담 프로그램 운영 - 홍보자료 개발 및 보급, 캠페인 전개 등
임신·출산·육아 등 종합정보 제공	- 가임기 여성의 생애주기별 특성에 맞는 종합정보 제공 ※ 아가사랑 http://www.agasarang.org
보건소 모유 수유 클리닉	- 모유 수유 교육, 간담회 등 운영 - 방문건강관리사업 및 산모·신생아 건강관리사 사업 연계 추진 - 모유 수유 관련 산모식·이유식 상담 및 올바른 영양 정보 제공 - 모유 착유기 위생관리 교육 및 상담 - 모유 수유 홈페이지 운영 - 엄마젖 인터넷 상담 사이트 http://www.mom-baby.org - 모유 수유 문자 서비스 제공 - 모유 수유 홍보 등
예비부부 임신 전 검사 지원	- 계획임신 상담 및 교육, 임신 전 필수검사 지원(소변 검사, 전혈 검사, 풍진항체 검사, 초음파 검사 등)

자료: 한국건강증진재단(2014). 「2014년 보건소 알차게 이용하기」. p.15.

〈영양플러스 사업〉²⁵⁾

영양플러스 사업은 영양상태가 취약한 대상에게 일정 기간 영양교육 및 보충식품을 제공하여 영양 섭취 상태를 개선하고 건강을 증진시키기 위한 사업이다(한국건강증진재단, 2014, p.18).

영양플러스 사업의 지원 대상은 만 6세(72개월) 미만의 영·유아, 임신 부, 출산·수유부이며, 사업 운영 보건소별로 관할 지역 내 거주하는 사람을 대상으로 한다. 소득 기준으로는 가구 규모별 기준 중위소득의 80%

25) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, p.18)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

미만으로 빈혈, 저체중, 성장 부진, 영양 섭취 상태 불량 중 한 가지 이상의 위험 요인 보유자를 대상으로 한다(한국건강증진재단, 2014, p.18).

〈표 3-14〉 2016 소득 판정을 위한 건강보험료 기준(기준 중위소득의 80%)

가구원 수	기준 중위소득 80%	건강보험료 본인부담금(단위: 원)		
		직장가입자	지역가입자	혼합(직장+지역)
1인	1,300천 원	42,386	17,851	42,727
2인	2,213천 원	72,668	62,717	73,532
3인	2,863천 원	94,220	95,200	94,955
4인	3,513천 원	115,661	127,257	117,115
5인	4,163천 원	136,337	153,224	138,194
6인	4,813천 원	157,370	175,760	159,665
7인	5,463천 원	180,611	200,542	183,789
8인	6,113천 원	200,367	221,864	204,178
9인	6,763천 원	222,440	245,238	227,806
10인	7,413천 원	249,453	271,421	258,334
11인	8,063천 원	267,917	288,968	278,613
12인	8,713천 원	291,018	311,780	305,428

주: 가족 수는 주민등록등본을 기준으로 하되 생계를 같이하는 2촌 이내 직계존·비속으로 한정.
자료: 찾기 쉬운 생활법령정보 <http://oneclick.law.go.kr/CSP/CnpClsMain.laf?popMenu=ov&csmSeq=735&ccfNo=2&cciNo=1&cnpClsNo=3>에서 2016. 8. 4. 인출.

영양플러스 서비스는 크게 영양교육 및 상담, 보충식품 공급, 정기적 영양평가를 제공해 준다. 영양교육 및 상담은 대상자 맞춤형 영양교육 및 상담(단체교육, 개인상담, 가정방문 등)을 월 1회 이상 제공, 보충식품은 수혜 대상 구분 및 특성에 따라 6가지 식품 패키지를 공급해 준다(한국건강증진재단, 2014, p.19). 식품패키지에는 대상에 따라 쌀, 감자, 당근, 달걀, 우유, 김 등의 식품이 포함된다. 정기적 영양평가는 6개월 참여 후 영양 문제를 재평가하고 그 결과에 따라 자격 종료 또는 유지가 결정된다(한국건강증진재단, 2014, p.19).

〈난임부부 시술비 지원〉²⁶⁾

난임부부 시술비 지원은 저소득 난임부부에게 체외수정 및 인공수정 등의 시술비를 지원하여 경제적 부담을 경감시키고 가정의 안정 및 저출산 극복을 도모하기 위한 서비스를 제공해 준다(한국건강증진재단, 2014, p.20). 지원 신청은 난임 시술을 요하는 의사의 ‘난임진단서’ 제출자이거나 법적 혼인상태에 있는 난임부부로 접수일 현재 부인의 연령이 만 44세 이하인 자를 대상으로 한다(한국건강증진재단, 2014, p.20). 소득 기준은 전국 가구 월평균 소득 150% 이하에 해당된다(한국건강증진재단, 2014, p.20). 난임부부 시술은 체외수정 시술과 인공수정 시술로 구분되며, 상세한 내용은 아래 표와 같다.

〈표 3-15〉 난임부부 시술비 지원사업의 지원 내용

구분	체외수정 시술	인공수정 시술
지원 횟수	6회	3회
지원 금액	1~3회까지: 180만 원/회 범위 내 (기초수급자는 300만 원)	1회당 50만 원 범위 내
비고	지원결정통지서 발급일로부터 3개월 내 시술	

자료: 한국건강증진재단(2014). 「2014년 보건소 알차게 이용하기」, p.20.

〈영·유아 건강검진〉²⁷⁾

영·유아 건강검진은 영·유아 월령에 적합한 건강검진 프로그램을 도입하여 영·유아의 성장, 발달 사항을 추적 관리하고 보호자에게 적절한 교

26) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, p.20)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

27) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, pp.21-22)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

육 프로그램을 제공하는 서비스이다(한국건강증진재단, 2014, p.21).

만 6세 미만 영·유아를 대상으로 서비스가 제공되며, 선별목표 질환 및 주요 검진 항목에 대해 건강검진을 제공한다. 선별목표 질환에는 성장·발달 이상, 비만, 안전사고, 영아 급사 증후군, 청각·시각 이상, 치아 우식증 등이 포함된다. 검진 항목에는 각 월령에 특화된 문진과 진찰, 신체계측(키, 체중, 머리둘레), 건강교육, 발달평가 및 상담이 포함된다(한국건강증진재단, 2014, p.21).

〈표 3-16〉 영·유아 건강검진 주기 및 유효 기간

구분	시행 주체(시행 방법)	검진 주기 및 유효 기간
의료급여 수급권자	보건소 (위탁 수행: 국민건강보험공단)	1차(4개월): 생후 4~6개월 2차(9개월): 생후 9~12개월 3차(18개월): 생후 18~24개월 4차(30개월): 생후 30~36개월 5차(42개월): 생후 42~48개월 6차(54개월): 생후 54~60개월 7차(66개월): 생후 66~71개월
건강보험 가입자	국민건강보험공단 (직접 수행)	

자료: 한국건강증진재단(2014). 「2014년 보건소 알차게 이용하기」. p.21.

어린이 국가예방접종사업은 감염병 예방을 위해 꼭 필요한 예방접종 서비스를 가까운 병·의원에서도 비용 부담 없이 무료로 받을 수 있도록 접종 비용을 국가가 지원하는 사업이다. 만 12세 이하 어린이를 대상으로 국가예방접종 지원 백신의 예방접종 비용 전액이 지원된다(한국건강증진재단, 2014, p.22). 지원 백신은 총 15개로 BCG(피내용), B형 간염, DTaP(디프테리아/파상풍/백일해), IPV(폴리오), DTaP-IPV(디프테리아/파상풍/백일해/폴리오), MMR(홍역/유행성이하선염/풍진), 수두, 일본뇌염(불활성화 백신), 일본뇌염(약독화 생백신), Td(파상풍/디프테리아), Tdap(파상풍/디프테리아/백일해), Hib(b형 헤모필루스 인플루엔자), 폐렴구균, A형 간염, HPV(사람유두종바이러스)이다.²⁸⁾

〈선천성 대사이상 검사 및 환아관리〉²⁹⁾

본 서비스는 신생아의 선천성 대사이상 유무를 사전에 발견하고 환아의 치료 시기를 앞당기기 위한 서비스이다(한국건강증진재단, 2014, p.23). 당해 연도 출생한 신생아를 대상으로 보건소, 산부인과, 소아청소년과 병·의원 등에서 6가지 검사(페닐케톤뇨증, 갑상선기능저하증, 호모시스틴뇨증, 단풍당뇨증, 갈락토스혈증, 선천성부신과형성증)를 시행한다(한국건강증진재단, 2014, p.23).

1인당 2만 원의 검사비가 지원되고, 2차 정밀검사 결과 환아로 판정된 경우에는 의료기관의 검사 결과 등 증빙서류를 구비하여 보건소에 검사비를 청구할 수 있다(한국건강증진재단, 2014, p.23).

선천성 대사이상 질환으로 진단된 환아로서 특수조제분유 등의 의료지원이 필요하다고 인정된 18세 미만의 환아에 대해서는 특수조제분유 및 특수조제식이 지원되며, 갑상선기능저하증 의료비가 지원된다(한국건강증진재단, 2014, p.23).

〈미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원〉³⁰⁾

본 사업은 미숙아 및 선천성 이상아에게 의료비를 지원하여 장애 및 사망을 예방하기 위한 서비스를 제공하는 지원사업이다(한국건강증진재단, 2014, p.26). 전국 가구 월평균 소득 150% 이하의 미숙아 및 선천성 이

28) 예방접종 도우미(<https://nip.cdc.go.kr/irgd/index.html>에서 2016. 8. 4. 인출)의 관련 내용을 인용함.

29) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, p.23)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

30) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, p.26)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

산아 출산 가정을 지원 대상으로 하되,³¹⁾ 시·도지사 또는 시장, 군수, 구청장(보건소장)이 추가 지원이 필요하다고 인정하는 경우 지원 대상에 포함된다(한국건강증진재단, 2014, p.26).

〈표 3-17〉 미숙아 및 선천성 이상아의 정의

구분	정의
미숙아	임신 37주 미만의 출생아 또는 출생 시 체중이 2.5kg 미만의 출생아로서 보건소장 또는 의료기관의 장이 임신 37주 이상 출생아 등과는 다른 특별한 의료적 관리와 보호가 필요하다고 인정하는 자
선천성 이상아	선천성 이상으로 사망 우려가 있거나, 기능적 장애가 현저하거나 기능 회복이 어려운 영·유아

자료: 한국건강증진재단(2014). 「2014년 보건소 알차게 이용하기」. p.26.

미숙아로 인정된 경우에는 요양기관에서 발급한 진료비 영수증(약제비 포함)에 기재된 의료비(급여, 비급여) 중 본인부담금을 지원해 주며, 선천성 이상아³²⁾는 본인부담금 100만 원 미만의 경우 전액 지원된다(한국건강증진재단, 2014, p.26). 단, 100만 원을 초과하는 경우에는 본인부담금 중 100만 원을 제외한 금액의 80%를 추가 지원하며, 1인당 최고 지급액은 500만 원을 초과할 수 없다(한국건강증진재단, 2014, p.26).

〈영·유아 발달장애 정밀진단비 지원〉³³⁾

영·유아 발달장애 정밀진단비 지원사업은 발달장애, 뇌성마비 등 발달

31) 셋째아 이상은 소득 수준에 관계없이 지원된다.

32) 선천성 이상아는 출생 후 28일 이내 의료기관에서 질병코드가 Q로 시작하는 선천성 이상아로 진단받은 환아로, 출생 후 6개월 이내(퇴원일 기준) 수술 및 치료를 위해 발생한 치료비 중 요양기관에서 발급한 진료비 영수증에 기재된 본인부담금을 지원한다(입원은 1회만 지급)(한국건강증진재단, 2014).

33) 본 사업은 한국건강증진재단(2014, p.27)의 「2014년 보건소 알차게 이용하기」의 내용을 인용하였음.

지연이 의심되는 소득이 낮은 가정의 영·유아 중 ‘정밀평가 필요’ 대상자에게 발달장애 정밀진단비를 지원하는 서비스이다(한국건강증진재단, 2014, p.27).

지원 대상은 당해 연도 국가영·유아건강검진 수검자 중 의료급여 수급권자와 차상위계층 영·유아 중 발달평가 결과 ‘정밀평가 필요’로 판정된 영·유아이다(한국건강증진재단, 2014, p.27). 1인당 1회, 최대 40만 원 이내에서 지원(법정 본인부담금 및 비급여 항목만 지원)되는데, 의료급여 수급권자와 차상위계층은 최대 40만 원, 건강보험료 부과 금액 하위 30% 이상인 자(차상위 제외)는 최대 20만 원까지 지원된다(한국건강증진재단, 2014, p.27).

보건소에서 지원 대상 가정에 ‘발달장애 정밀진단 대상자 확인서’를 발급하면 지원 대상자는 의료기관에 확인서를 제출하고 정밀진단을 받으면 된다. 별도로 원하는 검사기관을 이용하고 선지급한 경우에는 보건소에 후청구가 가능하다(한국건강증진재단, 2014, p.27).

〈여성 장애인 출산 비용 지원〉

비장애 여성에 비해 임신과 출산 시 비용이 추가 소요되는 여성 장애인에게 출산 비용을 지원함으로써, 경제적 부담을 경감하고 모성권 보호에 기여하기 위한 사업이다(보건복지부, 2016, p.326). 지원 대상은 장애인 복지법 제32조(장애인 등록)에 의한 1~6급의 등록 여성 장애인 중 출산한 자, 혹은 임신 기간 4개월 이상의 태아를 유산·사산한 자이며, 태아 1인 기준 100만 원을 지원한다. 관할 주민센터에 방문 신청이 가능하다(보건복지부, 2016, pp.326-327).

〈여성 장애인 가사도우미 파견〉

여성 장애인의 임신·출산·육아·가사 활동을 지원하기 위한 가사도우미를 파견하여 이들의 산후조리, 자녀 양육, 가사 활동을 지원하는 사업이다. 지원 대상은 저소득 가정(평균 소득 100% 이하)의 등록 여성 장애인이다. 해당 지역 시·도립 장애인 복지관을 통해 신청 가능하다(서울시, 2016, p.1).

여성 장애인의 임신·출산·육아양육 서비스를 지원할 수 있는 홈헬퍼를 파견하여 여성 장애인의 복지 증진을 도모하기 위한 사업이다. 서울시에 거주하는 임신 및 출산(예정) 또는 영·유아 자녀를 둔 여성 장애인을 대상으로 한다.

〈표 3-18〉 임신·출산·자녀 양육 지원 홈헬퍼 파견 사업 내용

임신	출산	자녀 양육	
		영·유아	취학 아동
- 산부인과 병원 동행 및 지원 - 아기 용품 챙기기 - 간단한 가사 지원 - 외출 시 이동 지원 등	- 산모 건강 및 영양상태 관리 - 신생아 돌보기(영양, 위생 등) - 병원 동행 - 간단한 가사 지원 등 - 정보 제공	- 자녀 건강관리 (영양관리, 예방접종 등) - 놀이지도 - 정보 제공	- 학습지도 - 놀이지도 - 영양관리 - 정보 제공

자료: 서울시(2016), 「여성장애인 홈헬퍼 사업 운영계획」, p.4.

〈의료기관 외 출산 시 출산비 지급〉³⁴⁾

임산부가 병원이나 조산원이 아닌 곳에서 출산하는 경우에 출산비를

34) 본 사업은 대한민국 정부 홈페이지 중 의료기관 외 출산 시 출산비 지급(<http://www.korea.go.kr/service/serviceInfo/PTR000050397>에서 2016. 6. 4. 인출)에서 관련 내용을 인용했음.

지급하는 제도이다. 병·의원이나 조산원이 아닌 곳(가정, 특정 장소)에서 출산한 자에게 25만 원의 출산비를 지급한다. 출산일로부터 3년 이내에 건강보험공단 지사에 구비 서류를 제출하여야 하며, 아직 출산비 지원을 받지 않은 가정, 건강보험 가입자 또는 피부양자에 한하여 선정된다.

〈아동통합서비스 지원(드림스타트사업)〉³⁵⁾

가족해체, 사회 양극화 등에 따라 아동 빈곤 문제의 심각성이 대두되면서 빈곤 아동에 대한 사회적 투자를 위하여 아동과 가족에 초점을 둔 통합사례관리 서비스를 제공하는 사업이다.

사업 대상은 0세(임산부)~만 12세(초등학생 이하) 아동 및 가족으로 국민기초수급 및 차상위계층 가정, 법정 한부모가정(조손가정 포함), 학대 및 성폭력 피해 아동에게 우선 지원된다.

지원 서비스는 양육 환경 및 아동 발달 영역별로 제공되며 신체·건강, 인지·언어, 정서·행동, 부모·가족 영역으로 구성된다. 특히 신체·건강과 관련하여 아동의 건강한 성장과 신체 발달 증진, 건강한 생활을 위한 건강검진 및 예방과 치료, 아동 발달에 필요한 신체·건강 정보 제공이 이루어진다. 또한 임산부의 건강한 출산 및 양육을 지원한다. 보건복지부의 총괄하에 각 시·도에서 관리 및 운영 지원을 하며, 시·군·구 아동통합서비스 지원 기관에서 사업 지역에 거주하는 해당 연령 아동과 가족, 임산부를 대상으로 양육 환경 및 아동 발달 사정을 통해 서비스 대상을 선정한다.

35) 본 사업은 보건복지부 드림스타트(<https://www.dreamstart.go.kr/>)에서 2016. 6. 4. 인출)에서 관련 내용을 인용했음.

〈출산전후휴가〉

임신 중인 여성 근로자의 건강을 보호하고, 출산으로 인한 여성 근로자의 이직을 방지하기 위한 제도로, 임신·출산을 준비하고 임신과 출산으로 소모된 체력을 회복시키기 위해서 출산 전후 90일(최초 60일은 사업주가 급여 지급)의 휴가를 보장한다. 이때 출산 후 휴가가 45일 이상 확보될 수 있도록 배정한다. 다태아일 경우 출산 전후 120일의 휴가를 보장하며, 출산 후 휴일이 60일 이상 확보될 수 있도록 한다.³⁶⁾

임신한 근로자의 신청에 의해 출산 전에 44일, 출산일 1일, 출산 후 45일의 휴가를 부여하였는데, 출산이 예정보다 늦어져 출산 후 45일이 확보되지 못한 경우가 발생하면, 사업주는 출산 후 45일이 보장되도록 휴가를 더 부여해야 한다. 이때 추가로 부여한 기간에 대하여 사업주가 임금을 지급할 의무는 없다(고용노동부, 2012, p.9).

유산 위험이 있는 근로자는 출산전후휴가 기간 중 출산 전에 사용할 수 있는 44일의 기간을 분할하여 사용할 수 있다. 유산 위험이 있는 근로자는 ① 유산·사산의 경험이 있는 경우, ② 만 40세 이상인 경우, ③ 유산·사산의 위험이 있다는 의료기관의 진단서를 제출한 경우이다(고용노동부, 2012, p.10).

출산전후휴가 급여와 관련하여, 사업주는 최초 60일에 대해서는 급여를 제공해야 하며, 마지막 30일은 고용센터(고용보험)에서 급여를 지원한다. 단, 우선지원 대상 기업인 경우에 고용센터에서 사업주가 지급하는 임금(60일분)을 포함하여 총 90일의 임금을 지원한다(고용노동부, 2012,

36) 본 제도는 고용노동부(2012, pp.9-10, pp.13-16)의 「임신, 출산, 육아기 근로자의 임금 77가지:임신 출산 육아관련 제도 및 정부지원 안내서」의 내용과 고용노동부 홈페이지의 대상자별 정책 중 여성의 경력유지 및 경력단절 예방을 위한 모성보호 육아지원 제도(http://www.moel.go.kr/policyinfo/new/woman/view_content01.jsp에서 2016. 6. 21. 인출) 중 출산 전후 휴가와 관련된 내용을 인용했음.

p.13). 임금 지원은 월 135만 원 한도 내에서 이루어지며, 여성 근로자의 임금이 월 135만 원 이상인 경우에는 사업주가 추가로 지급해야 한다(고용노동부, 2012, p.13).

출산전후휴가 급여는 휴가가 끝난 날 이전에 피보험 단위 기간이 통산 180일 이상(현 사업장, 이전 사업장 통산)이어야 한다(고용노동부, 2012, p.14). 만약 피보험 단위 기간이 180일이 되지 않는 경우에는 고용센터의 급여 지원은 받지 못하고 사업주가 의무적으로 지급해야 하는 최초 60일의 출산전후휴가 급여를 받을 수 있다(고용노동부, 2012, p.15). 출산전후휴가 급여 신청은 거주지 혹은 사업장 관할 고용센터를 통해 할 수 있으며 출산전후휴가 종료일로부터 1년 이내에 신청해야 한다(고용노동부, 2012, p.16).

〈유산·사산 휴가〉

임신 중 유산·사산한 여성 근로자에게 임신 기간에 따라 유산·사산 휴가를 부여한다.³⁷⁾ 자연유산인 경우에만 해당되며 인공임신중절인 경우 모자보건법 제14조(인공임신중절수술의 허용한계)에 해당되는 경우에만 보호 휴가 부여 대상이 된다(고용노동부, 2012, p.20). 이때 근로자는 유산·사산한 사실을 의료기관의 진단서로 입증해야 한다(고용노동부, 2012, p.25).

유산·사산 휴가는 임신 기간에 따른 건강 회복 정도의 차이에 따라 단계별로 보호 휴가가 부여된다. 아래 표는 유산·사산 휴가 일수 상세 내용이다.

37) 본 제도는 고용노동부(2012, pp.20-21, pp.24-25)의 「임신, 출산, 육아기 근로자의 임금 77가지:임신 출산 육아관련 제도 및 정부지원 안내서」의 내용과 고용노동부 홈페이지의 대상자별 정책 중 여성의 경력유지 및 경력단절 예방을 위한 모성보호 육아지원 제도(http://www.moel.go.kr/policyinfo/new/woman/view_content01.jsp에서 2016. 6. 21. 인출) 중 유산·사산 휴가와 관련된 내용을 인용했음.

〈표 3-19〉 유산·사산 휴가 일수

임신 기간	유산·사산 휴가 일수
임신 11주 이내	유산 또는 사산한 날부터 5일까지
임신 12~15주 이내	유산 또는 사산한 날부터 10일까지
임신 16~21주 이내	유산 또는 사산한 날부터 30일까지
임신 22~27주 이내	유산 또는 사산한 날부터 60일까지
임신 28주 이상	유산 또는 사산한 날부터 90일까지

자료: 고용노동부(2012). 「임신, 출산, 육아기 근로자의 궁극한 77가지: 임신 출산 육아관련 제도 및 정부지원 안내서」. p.21.

유산·사산 휴가 급여는 출산전후휴가와 동일한 기준에 의하여 지급한다. 최초 60일은 사업주 부담, 이후 30일은 고용보험에서 지급하며 우선 지원 대상 기업인 경우 90일 모두 고용보험에서 지원한다(고용노동부, 2012, p.24). 월 135만 원 한도 내에서 지원이 이루어지며, 임금이 월 135만 원 이상인 경우에는 초과분만큼 사업주가 지급한다(고용노동부, 2012, p.24).

제2절 해외의 건강관리 제도

1. 청소년기

가. 미국 뉴욕 주 ‘My Pyramid for Kids’³⁸⁾

뉴욕 주는 아동 비만 예방을 위한 건강한 식생활과 신체활동을 제안하

38) 본 절의 내용은 임준 등(2013, pp.99-101)의 생애주기별 지역사회 건강증진사업 추진 전략개발연구의 내용을 인용하였음.

는데 ‘My Pyramid for Kids’ 프로그램의 핵심은 어린이에게 놀이가 곧 신체활동이며 신체활동을 통하여 신체적, 인지적으로 균형 잡힌 발달이 이루어질 수 있기 때문에 어린이는 놀아야 한다는 것이다(노은이, 은상준, 2012, p.24; 임준 등, 2013, pp.99-100에서 재인용).

또한 어린이 비만 예방을 위한 활동은 연령과 정서 발달, 수행 능력에 따라 다르게 제공되어야 한다고 제안하며 ‘My Pyramid for Kids’는 학교 방과 후 활동에 집중되어 있다는 점이 특징이다(노은이, 은상준, 2012, p.24; 임준 등, 2013, p.100에서 재인용).

〈표 3-20〉 ‘My Pyramid for Kids’의 방과 후 비만 예방 프로그램 스케줄

시간	월	화	수	목	금
3:00-3:15	도착 및 출석	도착 및 출석	도착 및 출석	도착 및 출석	도착 및 출석
3:15-3:30	건강한 간식	건강한 간식	건강한 간식	건강한 간식	건강한 간식
3:30-4:00	숙제	신체활동 (운동장/체육관)	구조화된 신체활동	구조화된 신체활동	신체활동 (운동장/체육관)
4:00-4:30	신체활동 (운동장/체육관)	숙제나 보딩 게임, 퍼즐 등	숙제	숙제	숙제나 보딩 게임, 퍼즐 등
4:30-5:00	교육적 게임들	그룹 신체활동	컴퓨터 시간 (30분:신체활동)	교육 관련 영화 관람	그룹 신체활동
5:00-5:30	집단활동	미술 및 조형	자유놀이 놀이터나 체육관	자유놀이 놀이터나 체육관	교육 영화 관람 (1시간 정도)
5:30-6:00	숙제나 보딩 게임, 퍼즐 등	숙제나 보딩 게임, 퍼즐 등	숙제나 보딩 게임, 퍼즐 등	집단활동	

자료: 노은이, 은상준(2012). 아동·청소년 비만예방을 위한 정책적 지원방안. p.24; 임준 등(2013). 생애주기별 지역사회 건강증진사업 추진전략개발연구. p.100에서 재인용.

뉴욕 주의 ‘My Pyramid for Kids’에서 제시하는 신체활동은 최소한 30분 이상의 중강도에서 고강도 운동을 3시간 간격으로 하는 것이다. 특

히 이 중의 절반 이상은 야외에서 진행되어야 하는데, 이 프로그램은 조깅, 걷기, 수영, 자전거 등과 같은 신체활동을 생활화하는 것을 권장한다. 또한 5~12세의 아동을 위한 신체활동 가이드라인을 제공하고 있다(노은이, 은상준, 2012, p.24; 임준 등, 2013, p.100에서 재인용).

또한 장애아동과 함께 신체활동을 할 경우 건강에 더 도움이 되므로 장애아동과 함께하는 커뮤니티를 제안하고 있는데, 장애아동을 위한 체육 시설의 지원 필요성도 언급하고 있다. 대표적인 프로그램 및 기관을 살펴보면 건강한 아동을 위한 게임 방법, 9~13세 아동을 위한 활동 가이드를 제공하고 있다(노은이, 은상준, 2012, p.25; 임준 등, 2013, p.100에서 재인용).

건강한 식생활을 위한 ‘My Pyramid for Kids’ 프로그램에서는 과일, 야채, 곡류를 섭취하고 소금 사용량을 줄이며, 저지방이나 무지방 우유를 섭취할 것을 권장하고 있다. 영양 측면에서는 곡류, 야채, 과일, 우유, 육류 및 콩류 등 5대 영양소를 균형 있게 섭취하는 식단을 제안하고 있다. 또한 뉴욕 주는 Food Bank를 통하여 아이들의 균형 있는 영양소 섭취를 위하여 음식값을 절감할 수 있는 시스템을 마련하고 있다(노은이, 은상준, 2012, pp.24-25; 임준 등, 2013, pp.100-101에서 재인용).

나. 미국 매사추세츠 주 포괄적 학교보건사업³⁹⁾

미국 질병관리본부(CDC)는 올바르지 못한 식생활, 신체적 비활동성 및 흡연 등의 위험 요인을 감소시키기 위하여 통합학교보건 프로그램(Coordinated School Health Program: CSHP) 모형을 개발하고

39) 본 절의 내용은 임준 등(2013, pp.101-103)의 생애주기별 지역사회 건강증진사업 추진전략개발연구의 내용을 인용하였음.

1992년 이후 건강행태와 관련된 여러 시범사업을 육성하였다(안동현, 2009, p.12; 임준 등, 2013, pp.101-102에서 재인용).

[그림 3-3] Coordinated School Health Program(CSHP) 모형



자료: 임준 등(2013). 생애주기별 지역사회 건강증진사업 추진전략개발연구. p.102.

이에 매사추세츠 주에서는 유치원부터 고등학교까지 통합학교보건사업 모형을 표준으로 활용하여 학업 성취 능력의 향상을 목표로 하고 있다(안동현, 2009, p.14; 임준 등, 2013, p.102에서 재인용). 지역사회의 협조 체계를 보면 주 및 지역사회 수준에서 아동·청소년 건강 증진 및 학교 보건교육과 보건 서비스의 개발·수행·지원을 위하여 교육청과 보건부가 공식적인 파트너십을 형성하고 지역 수준에서 효과적인 학교 정책, 환경 변화, 교육 전략을 실행하고 있다(안동현, 2009, pp.14-15; 임준 등, 2013, p.102에서 재인용).

학교 교직원을 대상으로는 프로그램 개발에 필요한 교육을 제공하고, 교육 참여는 근무로 인정해 준다. 또한 통합학교보건 프로그램의 8개 구성 요소 모두를 수행하도록 권장하지는 않으며 해당 학교에서 가능한 예산 범위에서 쉽고 빨리 실행할 수 있는 일부 요소에 대하여 먼저 시도하도록 하고 있다(안동현, 2009, p.15; 임준 등, 2013, p.102에서 재인용).

〈표 3-21〉 매사추세츠 통합학교보건 프로그램 구성 요소

영역	내용
포괄적 보건교육	- 신체적, 정신적, 감성적 및 사회적 건강 모두를 포괄 - 계획적이고 지속적인 12학년까지의 교육과정
학교 보건 서비스	- 1차 의료의 접근도 및 의뢰 체계를 보장 - 활용도를 높이고, 응급치료, 교육 및 상담 기회를 제공함으로써 학생들의 건강을 보호 및 증진시킴
영양 서비스	- 모든 학생의 건강 및 영양 요구를 충족시킬 수 있는 균형 있고 맛있는 식사 제공
상담, 심리, 사회 서비스	- 학생들의 정신, 정서 및 사회적 건강 증진을 위한 서비스
체육교육	- 기초신체활동, 신체적 건강, 댄스, 게임, 단체 및 개발스포츠 등 - 다양한 신체활동 분야의 경험 기회를 제공해 주는 계획적이고 지속적인 교육과정
학교 환경	- 학교의 물리적, 심미적, 사회심리적 환경
가족과 지역사회 참여	- 학생의 건강 및 안녕을 증진시키기 위한 학교, 부모 및 지역사회의 통합적 접근법 - 학교 보건자문위원회, 학교 보건을 위한 협력조직들이 학생의 건강 요구에 적절히 대처하기 위해 가용 자원 및 서비스를 활용
학교 교원 건강 증진	- 교원들에게 건강평가, 보건교육 및 보건 관련 운동 등의 활동을 통하여 건강상태를 향상시킬 수 있는 기회를 부여
가족 및 소비자학	- 학생, 가족 및 지역사회의 신체, 정신 및 사회적 건강을 유지하기 위하여 가용 자원을 획득, 유지, 평가할 수 있는 지식 및 기술을 제공 - 계획적이고 지속적인 12학년 동안의 교육과정

자료: 안동현(2009). 여러 생활터를 통합하는 건강증진 전략 및 사업 개발: 지역사회 및 학교를 중심으로. p.16; 임준 등(2013). 생애주기별 지역사회 건강증진사업 추진전략개발연구. p.103에서 재인용.

2. 청년·성인기

가. 싱가포르의 사업장 건강 증진 프로그램⁴⁰⁾

싱가포르는 근로자의 건강 향상을 추진하기 위하여 1984년 보건부(Ministry of Health)에서 사업장건강교육기구(workplace health education unit)를 설치하였고, 20년간 사업장 건강 증진(WHP: Workplace Health Promotion)을 지속적으로 수행하여 왔다(이강숙, 2009, p.447; 임준 등, 2013, p.109에서 재인용). 또한 싱가포르는 사업장 건강 증진의 체계화를 위하여 2001년 건강증진국(health promotion board: HPB)을 설립하고, 별도로 사업장 지원부(workplace outreach department)를 두어 건강 증진 프로그램을 가지고 있는 기업의 수를 증가시킬 수 있도록 지원하고 있다(이강숙, 2009, p.448; 임준 등, 2013, p.109에서 재인용).

특히 건강증진국은 사업장 내 건강 프로그램의 필요성, 건강 비용 감소 및 근로자의 만족과 같은 효과, 지원 방안에 대하여 특별지원을 시행하고 있다(이강숙, 2009, p.456; 임준 등, 2013, p.110에서 재인용). 이중 Health Eating은 근로자들을 대상으로 보다 건강한 식이 실천에 도움이 되는 환경을 조성하고자 영양 프로그램(Workplace Nutrition Programme)을 시행하고 있으며, E-Bite라는 무료 온라인 프로그램을 통한 영양평가, 건강한 식품 판매를 위한 사내 매점에 관한 조언, 건강식품 선택에 관한 체험학습 등을 제공한다(이강숙, 2009, p.456; 임준 등, 2013, p.110에서 재인용).

40) 본 절의 내용은 임준 등(2013, pp.109-110)의 생애주기별 지역사회 건강증진사업 추진전략개발연구의 내용을 인용하였음.

또한 건강증진국은 사업주에게 근로자들의 적절한 운동을 위하여 엘리베이터 대신 계단 사용하기, 운동을 위한 휴식 시간 제공, 점심시간이나 근무 후 시간을 이용한 운동교실의 개설, 직원 중 Lay Leader를 뽑아 근로자들의 참여 도모, 무료 지역사회 체육 프로그램인 Fitness@Work 참여 협조 등을 권고하고 있다(이강숙, 2009, p.456; 임준 등, 2013, p.110에서 재인용).

개별 사업장에서 금연사업을 위하여 Workplace Smoking Control Programme의 전략을 제시하며 평가도구를 제공하고, 금연 상담 프로그램 등의 연계 서비스를 시행한다. 특히 여성 근로자의 금연을 위한 Get Fresh on 40 Minutes라는 워크숍을 개최하고 있다(이강숙, 2009, p.457; 임준 등, 2013, p.110에서 재인용).

나. 영국의 건강 증진 활동⁴¹⁾

영국 보건부의 지원기구인 Public Health England(PHE)의 공중보건 부문의 정책에는 ① 국가적 건강 증진 캠페인 Change4Life, ② 약물 오남용 및 의존 감소 정책, ③ 모든 어린이들에게 생애 건강한 출발 제공 정책, ④ 비만 감소 및 영양 개선 정책, ⑤ 흡연 감소 정책, ⑥ 위해 음료 감소 정책 등의 건강 증진 활동이 있다(박종 등, 2015, p.138). 이 중에서 비만 감소 및 영양 개선 정책과 흡연 감소 정책의 내용을 소개하면 다음과 같다.

1) 비만 감소 및 영양 개선 정책

영국인들 중 성인의 61.3%, 2~15세 어린이의 30%가 과체중 혹은 비

41) 본 절의 내용은 박종 등(2015, pp.138-142)의 보건소 건강증진사업 실행전략 개발의 내용을 인용하였음.

만이다(박종 등, 2015, p.140). 과체중을 가진 사람은 2형 당뇨병, 심장 질환, 각종 암 질환의 위험성이 더 높다. 고도비만인은 구직이 힘들고 자존감과 정신건강에도 영향을 받는다(박종 등, 2015, p.140). 과체중 및 비만으로 인한 건강상의 문제로 매년 약 8조 6000억 원 이상의 NHS 비용이 소요된다(박종 등, 2015, p.140). 영국은 2020년도까지 성인 비만 수준을 하향 추세로 돌리고 아동 고도비만 하향 추세를 유지하기 위하여 다양한 활동을 하고 있다(박종 등, 2015, p.140).

- 국민들의 건강한 선택을 지원하기 위해 식사와 신체활동에 대한 정보 제공, 식품과 음료 등에 다양한 정보를 포함하는 라벨 표시 등
- 기업의 책임성을 강화하기 위해 위해한 성분의 표기, 메뉴판에 열량 정보 기입 등 실시
- 지역적 요구에 부합하기 위해 지방의회에 비만 감소를 위한 자체 계획 수립을 허용(박종 등, 2015, pp.140-141)

2) 흡연 감소 정책

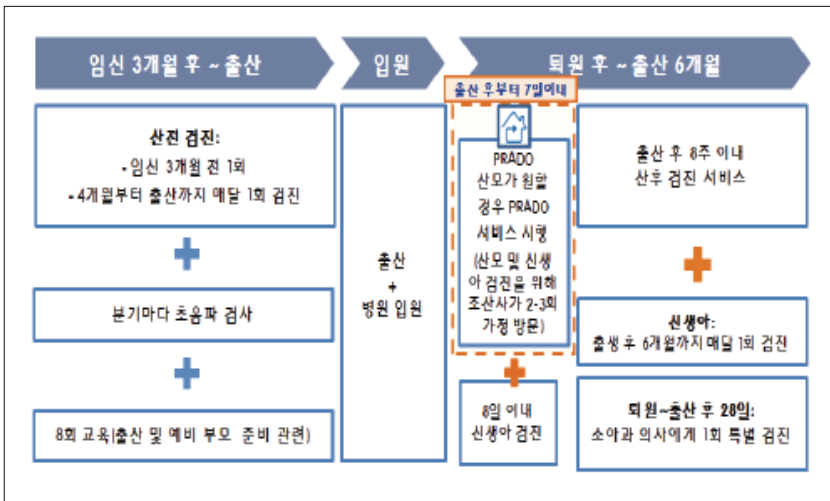
영국에서는 2007년도부터 거의 모든 직장과 공공장소에서 흡연이 금지되었으며, 2003년도부터 담배 광고 금지, 2012년 4월부터 슈퍼마켓에서 눈에 띄는 담배 전시가 금지되었다(박종 등, 2015, p.141). 영국 정부의 Healthy Lives, Healthy People안은 2011~2015년까지 담배 통제를 위한 담배 판촉 금지, 담배 접근성 제한, 생산 규제, 흡연자 금연 지원, 간접흡연 노출 감소 등을 명시하고 있다(박종 등, 2015, p.141). 영국은 2015년까지 성인 흡연율을 18.5%(2009년 기준 21.2%), 15세 미만 흡연율 12%(2009년 15%), 임신 여성 흡연율을 11%(분만 시 측정, 2009~2010년 14% 이상)로 낮추는 것을 목표로 다양한 활동을 펼치고 있다(박종 등, 2015, p.141).

3. 임신·출산기

가. 프랑스의 임신부 지원사업 및 PRADO⁴²⁾

UNCAM(Union Nationale Des Caisses D'assurance Maladie: 국가보험기금연합)에서는 건강보험에서 포함하는 산모 및 신생아에 대한 의료 지원 서비스 절차를 아래와 같이 결정하였다(김승희 등, 2015, p.62)

[그림 3-4] 임신·출산 관련 의료 지원 서비스



자료: 김승희 등(2015). 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구. p.62.

임산부는 의무적으로 임신 중 7회, 출산 후 1회의 검진을 받아야 하며, 이에 대한 본인부담금은 없다(김승희 등, 2015, p.63). 첫 번째 산전 검

42) 본 절의 내용은 김승희 등(2015, pp.62-65)의 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구의 내용을 인용하였음.

진과 산후 검진은 의사에게, 나머지 검진은 의사 또는 전문 조산사에게 받을 수 있다(김승희 등, 2015, p.63). 임신 3개월이 되기 전에 첫 번째 검진을 시작으로, 한 달 단위로 분만 전까지 7회의 검진과 출산 후(주로 8주 이내) 1회의 검진을 포함하여 총 8회의 검진이 권고되고 있다(김승희 등, 2015, p.63). 프랑스에서는 임신부가 임신 주수에 따라 받아야 할 검사 항목을 국가 차원에서 권고하고 있으며, 이는 아래의 표와 같다(김승희 등, 2015, p.63).

〈표 3-22〉 프랑스 임신부의 검진 시기 및 검사 항목

임신 기간	검사 항목
임신 3개월 말 이전	- 일반적 의료진찰, 단백뇨, 당뇨 검사, 매독, 풍진, 톡소플라즈마 검사, HIV항원항체(산모 동의하에) 검사 - 정밀 혈액형 검사(ABO, Rh) ¹⁾ - 초음파 검사
임신 4개월	- 일반적 의료진찰, 단백뇨, 당뇨 검사
임신 5개월	- 일반적 의료진찰, 단백뇨, 당뇨 검사
임신 6개월	- 일반적 의료진찰, 단백뇨, 당뇨 검사 - HBs Ag 검사, 혈구 검사 - 불규칙 항체 검사(anticorps irreguliers) ²⁾ - 초음파 검사
임신 7개월	- 일반적 의료진찰, 단백뇨, 당뇨 검사
임신 8개월	- 일반적 의료진찰, 단백뇨, 당뇨 검사 - 혈액형 검사(ABO, Rh) - 불규칙 항체 검사(anticorps irreguliers) ²⁾
임신 9개월	- 일반적 의료진찰, 단백뇨, 당뇨 검사 - 혈액형 검사(ABO, Rh) - 불규칙 항체 검사(anticorps irreguliers) ²⁾ - 초음파 검사
산후	- 일반적 의료진찰, 단백뇨, 당뇨 검사

주: 1) 산모가 완전한 혈액형 카드가 없는 경우 시행함.

2) Rh(-) 혈액형이거나 수혈받은 적이 있는 경우 시행: 검사 양성인 경우, 항체 확인과 형성을 의무 시행함.

자료: 박문일 등(2008). 산전검사 가이드라인 설정을 위한 기초조사. p.56; 김승희 등(2015, p.64).

임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구에서 재인용.

프랑스에서는 임신 기간 중 3개월에 한 번씩 총 3회의 초음파 검사를 지원해 주고 있다(김승희 등, 2015, p.63). 임신 5개월 말 이전에 하는 초음파 검사는 70%가 급여되나, 나머지 20%는 상호부조조합, 공제조합, 민간보험 등으로 급여되어 보통 10%만 본인이 부담하며, 임신 6개월 이후에 하는 초음파 검사의 본인부담금은 없다(김승희 등, 2015, p.63). 그러나 추가 검사가 필요하다는 의사의 판단이 있을 경우 이에 대한 본인부담금은 없으나, 추후 건강보험공단에서 이에 대한 적절성 평가를 할 수 있다(김승희 등, 2015, p.63).

또한 프랑스에서는 임신 5개월까지의 의료 이용은 사회보장법에서 규정하는 본인부담금⁴³⁾을 지불하지만, 임신 6개월부터 출산 후 12일까지는 임신과 관련 없는 의료 이용을 포함하여 임신부의 모든 의료 이용에 대한 본인부담금이 면제된다(김승희 등, 2015, p.64). 그러나 예외적으로 의사의 판단과 건강보험공단의 사전 승인이 없는 추가 검사는 모두 본인부담이며, 양수 검사도 일반적으로 비급여이나 의사의 판단과 사전 승인이 있는 경우에는 무료이다(김승희 등, 2015, p.64).

출산 후에는 산모에게 PRADO(le programme de retour a domicile) 서비스를 제공하고 있다(김승희 등, 2015, p.64). PRADO란 출산 후 재원 일수를 줄이기 위한 목적으로, 출산 후 집에서 검진 및 관리 서비스를 받을 수 있도록 제공하는 것이다(김승희 등, 2015, p.64). 출산 전 산모는 PRADO 서비스에 대한 자세한 정보를 제공받고, 의료진의 허락과 산모의 동의하에 출산 후 퇴원 시점부터 이 서비스를 받을 수 있다(김승희 등, 2015, pp.64-65). PRADO 서비스는 산모와 신생아를 위해 조산사가 가정을 방문하여 건강검진 및 관리 서비스를 제공하는 것을 기본으로 다양한 인력(간호사, 물리치료사, 조산사 등 의료사회 전문직군, 생

43) 본인부담률은 입원 20%, 외래 30%.

활보조 도우미 등) 및 전화·인터넷 상담 서비스도 지원된다(김승희 등, 2015, p.65). 건강보험공단에서는 책임고문을 지원하나, 전문 의료진과 환자 사이에서 매개체 역할을 할 뿐 의료진의 의사결정에 영향을 미치지 않는다(김승희 등, 2015, p.65). PRADO 서비스는 산모가 출산 후 의료기관보다 가정에서 생활하기를 원하는 욕구를 반영하였을 뿐만 아니라, 임신·출산 관련 지출 비용 및 출산 후 입원 기간 감소에도 긍정적인 영향을 미치고 있다(김승희 등, 2015, p.65).

나. 영국의 임신부 지원제도⁴⁴⁾

영국은 임신, 출산, 산후 관리를 위한 의료 이용의 본인부담금이 없는 국가로, 임신 중이거나 출산 후 12개월 이내에는 처방 의약품도 무료로 구입이 가능하다(김승희 등, 2015, p.69).

영국은 산전 관리가 가장 먼저 실시된 국가로, 임신이 확인되면 임신부는 일반의(GP) 또는 조산사(midwife)를 만나는 것을 시작으로 일반적으로 임신 29주까지는 월 1회, 임신 30주 이후부터는 2~3주에 한 번씩 문진과 진찰이 이루어진다(김승희 등, 2015, p.69). 초산은 약 10회, 경산은 약 7회의 산전 관리를 받게 되며, 의학적으로 문제가 있을 경우 검진 횟수는 더 많아질 수 있다(김승희 등, 2015, p.69). 주로 전담 조산사에게 임신 후부터 출산 후 한 달까지 관리를 받게 되고 이상이 발견된 경우에만 의사에게 의뢰된다(김승희 등, 2015, p.69).

산전 검사는 국가건강검진위원회(National Screening Committee, NSC)에서 최신 연구 결과를 근거로 효과성이 입증된 항목을 선별하여 제

44) 본 절의 내용은 김승희 등(2015, pp.69-71)의 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구의 내용을 인용하였음.

공하며, 모든 검사는 산모의 동의를 받아 시행된다(김승희 등, 2015, pp.69-70). 산전 검진은 혈액 검사, 초음파 검사 등의 각종 검사와 영양, 산모와 아기에게 영향을 줄 수 있는 생활 요소(흡연, 약물, 알코올 등), 모유 수유, 정신건강 문제 등에 대한 상담으로 이루어진다(김승희 등, 2015, p.70). 임신 주수에 따른 검사 항목은 아래의 표와 같다. 조산사와 의사의 판단에 따라 의료적으로 추가 검사가 필요할 경우 무료로 제공되며, 임신부가 추가 검사를 원할 때에는 본인이 비용을 부담해야 한다(김승희 등, 2015, p.70).

〈표 3-23〉 영국의 임신 기간에 따른 주요 검사 항목

임신 기간	검사 종류	검사 내용
임신 14주 이내	혈액 검사	- 혈액색소, 혈액형, 항체, 레서스(rhesus) 확인 - 감염성 질환(매독, B형 간염, HIV, 풍진) 검사 - 겸상적혈구(sickle cell), 지중해빈혈(thalassaemia) 검사 - 다운 증후군, 에드워드 증후군, 파타우 증후군 확인
	초음파 검사	- 다운 증후군, 에드워드 증후군, 파타우 증후군 확인
	안과 검사 ¹⁾	- 당뇨병망막병증 또는 당뇨로 인한 안과 질환 확인
임신 14~28주	혈액 검사	- 다운 증후군 확인 ²⁾ - 혈액색소, 혈액형, 항체, 레서스(rhesus) 확인
	초음파 검사 ³⁾	- 신체이상 확인
	안과 검사 ⁴⁾	- 당뇨병망막병증 또는 당뇨로 인한 안과 질환 확인
임신 28주 이후	안과 검사 ¹⁾	- 당뇨병망막병증 또는 당뇨로 인한 안과 질환 확인

주: 1) 당뇨가 있는 임신부 대상임.

2) 임신 14주 이내에 다운 증후군, 에드워드 증후군, 파타우 증후군 검사(combined test)를 하지 못한 경우에 한함.

3) 만약 임신 14주 이내에 세 가지 증후군 검사(combined test)를 하지 못한 임신부는 다운 증후군은 혈액 검사로, 에드워드 증후군과 파타우 증후군은 초음파 검사로 확인함.

4) 당뇨병망막병증이 확인된 임신부 대상임.

자료: 김승희 등(2015). 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구. p.70.

다. 일본의 임신부 지원사업⁴⁵⁾

일본의 임신부 지원제도는 후생노동성(중앙정부)에서 기본적인 운영 방식을 제시하면 시정촌(지방자치단체)에서 각자의 상황에 맞는 제도를 설계하여 운영하기 때문에 시정촌마다 사업 운영 방식과 지원 금액에 차이가 있다(김승희 등, 2015, p.74).

일본에서는 질병으로 인한 의료 이용만 건강보험이 적용되기 때문에 임신 중 검사와 출산 시 의료 이용은 건강보험 적용 대상이 아니고 자비 부담이 원칙이다. 이에 일본은 각 시정촌에서 임신 중 검진을 지원하고, 건강보험에서 출산 육아 일시금을 지급하여 출산 비용을 보조하고 있다(김승희 등, 2015, p.74).

임신부 검진 실시 주체는 시정촌으로, 공비 부담 횟수와 부담 정도는 시정촌에 따라 다르다. 임신 신고서를 주소지 관할 기관에 제출하면 임신부는 모자건강수첩과 진찰권 또는 보조권을 지급받아 공비로 검진을 받을 수 있게 된다(김승희 등, 2015, p.74). 시정촌(1741개)의 84.8%(1476개)가 검사 항목이 표시된 진찰권을 임신부에게 교부(진찰권 방식)하여 임신부가 진찰권에 표시된 검사를 의료기관에서 받을 수 있도록 하며, 시정촌의 15.2%(265개)가 보조 내역이 포함된 표를 임부에게 교부(보조권 방식)하여 의료기관에서 정한 검사를 임신부가 받을 수 있도록 하고 있다(김승희 등, 2015, p.74).

2014년 기준 시정촌의 95.7%(1666개)에서 임신부 1인당 14회의 검진을 지원하였으며, 검진 지원 횟수에 따른 시정촌 수는 아래의 표와 같다(김승희 등, 2015, p.74).

45) 본 절의 내용은 김승희 등(2015, pp.74-79)의 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구의 내용을 인용하였음.

〈표 3-24〉 일본 시정촌에서 공비로 지원하는 임신부 1인당 검진 횟수

검진 횟수	시정촌 수	비율
14회	1,666개	95.7%
15회	52개	2.9%
16회	5개	0.3%
19회	1개	0.1%
무제한	17개	1.0%
전체	1,741개	100.0%

자료: 신경미(2015). 건강보험해외통신원 동향보고서(일본); 김승희 등(2015). 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구. p.75에서 재인용.

2014년 기준 92.6%(1612개)의 시정촌에서 임신부 1인당 검진 비용으로 8만 엔(72만 8536원)~11만 9999엔(109만 2795원)을 공비로 지원해주었으며, 평균 지원금은 임신부 1인당 9만 8834엔(90만 52원)이었다. 공비 지원금에 따른 시정촌 수는 다음과 같다(김승희 등, 2015, p.75).

〈표 3-25〉 일본 시정촌에서 공비로 지원하는 임신부 1인당 검진 비용

공비 지원금(엔)	시정촌 수(개)	비율(%)
40,000(364,268원)~49,999(455,326원)	7	0.4
50,000(455,335원)~59,999(546,393원)	10	0.6
60,000(546,402원)~69,999(637,460원)	11	0.6
70,000(637,469원)~79,999(728,527원)	77	4.4
80,000(728,536원)~89,999(819,594원)	226	13.0
90,000(819,603원)~99,999(910,661원)	585	33.6
100,000(910,670원)~109,999(1,001,728원)	456	26.2
110,000(1,001,737원)~119,999(1,092,795원)	345	19.8
120,000(1,092,804원) 이상	22	1.3
명시되어 있지 않음	2	0.1

자료: 신경미(2015). 건강보험해외통신원 동향보고서(일본); 김승희 등(2015). 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구. p.75에서 재인용.

일본에서는 “임산부 건강진단에 대한 바람직한 기준”을 고시(2015년 3월 31일, 후생노동성 고시 제226호)하여, 임신부의 검진 시기, 검진 횟수 및 검진 내용을 권고하고 있다(김승희 등, 2015, p.76). 후생노동성에서는 임신부가 아래의 표와 같이 임신 기간에 따라 14회 정도의 검진을 받을 수 있도록 필요한 비용을 각 시정촌에서 부담할 것을 권고하고 있다(김승희 등, 2015, p.76).

〈표 3-26〉 일본의 임신 기간에 따른 검진 횟수

임신 기간	검진 빈도	총검진 횟수
임신~23주	1회/4주	6회
임신 24~35주	1회/2주	6회
임신 36주~분만	1회/1주	2회

자료: 신경미(2015). 건강보험해외통신원 동향보고서(일본); 김승희 등(2015). 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구. p.76에서 재인용.

또한 후생노동성에서는 임신부 검진 시 문진, 검사, 보건지도⁴⁶⁾와 함께 필요에 따라 의학적 검사를 임신 기간 중 적절한 시기에 실시할 것을 권고하고 있다. 임신 기간에 따른 검사 항목은 〈표 3-27〉과 같다(김승희 등, 2015, p.76).

임신 중 임신 고혈압 증후군, 당뇨병, 빈혈, 산과출혈, 심장 질환으로 입원할 경우 각 시정촌에서는 본인부담금을 지원해 주고 있으며, 지원 대상과 지원금은 시정촌마다 다르다(김승희 등, 2015, p.77). 도쿄도의 경우 전년도 소득세액이 3만 엔(27만 3201원) 이하의 세대에 속해 있거나, 26일 이상 입원이 예상되는 사람에게 식비를 제외한 본인부담금을 지원

46) 임신 중 식사나 생활상의 주의 사항 등에 대해서 구체적인 지도를 실시하는 동시에 산모의 정신적인 건강 유지에 유의하고, 임신·출산 및 육아에 대한 불안이나 고민 해소를 도모할 수 있도록 함(김승희 등, 2015, p.76).

해 주고 있다(김승희 등, 2015, p.77)(표 3- 28 참조).

〈표 3-27〉 일본 후생노동성에서 권고하는 임신 기간에 따른 검사 항목

검사 항목	임신 23주 이내	임신 24~35주	임신 36주 이후
혈액형 검사(ABO, Rh)	○	-	-
항체(B형 간염, C형 간염, HIV, 풍진바이러스, HTLV-1) 검사	○	-	-
매독 혈청반응 검사	○	-	-
혈당 검사	○	○	-
자궁경부암 검진(세포진)	○	-	-
성기 클라미디아 검사	○	-	-
초음파 검사	2회	1회	1회

자료: 신경미(2015). 건강보험해외통신원 동향보고서(일본); 김승희 등(2015). 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구. p.76에서 재인용.

〈표 3-28〉 일본 임신부 영양 비용 지급사업의 대상 질병

지원 대상 질병		내용
임신 고혈압 증후군		- 임신 20주 이후부터 분만 후 12주까지 고혈압이 나타나거나, - 고혈압 단백뇨를 동반하는 경우 - 이러한 증상이 단순한 임신의 우발적 합병증에 의한 것이 아닌 경우
당뇨병	합병증 없음	- 소변 아세톤체가 검출되고, - 혈당이 170mg/dl 이상일 경우
	합병증 동반	- 혈당이 140mg/dl 이상이고, - 임신 고혈압 증후군, 양수 과다증, 결핵, 요로 감염 등의 합병증이 있는 경우
빈혈		- 혈색소가 8g/dl 이하인 경우
산과적 출혈		- 과다 출혈로 수혈, 기타 응급조치가 필요한 경우
심장 질환		- 선천성 또는 후천성 심질환이 있고, - 심부전, 폐부종, 심내막염, 심방세동 등의 부정맥 등의 병태 악화가 인정되는 경우

자료: 신경미(2015). 건강보험해외통신원 동향보고서(일본); 김승희 등(2015) 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구. p.77에서 재인용.

일본에서는 2015년 기준 아기 1명당 42만 엔(382만 4814원)을 건강 보험에서 출산 육아 일시금으로 지급하며, 쌍둥이일 경우에는 84만 엔(764만 9628원)을 지급하고 있다(김승희 등, 2015, p.78). 출산 육아 일시금은 임신 4개월(12주)이 지나면 사산이나 유산일 경우에도 지급하나, 임신 22주 미만일 경우에는 40만 4000엔(367만 9107원)이 지급된다(김승희 등, 2015, p.78). 산모의 요구에 따라 건강보험조합에서 의료기관에 직접 지급하기도 하고 본인이 먼저 병원비를 계산하고 나중에 받을 수도 있다(김승희 등, 2015, p.78). 출산 비용을 지불하기 어려운 임신부에게는 소득에 따라 아래의 표와 같이 출산비 일부만 지불하게 하고, 나머지는 해당 시정촌에서 지불한다(김승희 등, 2015, p.78).

〈표 3-29〉 소득에 따라 지불하는 일본의 출산비 본인부담금

소득 기준		본인부담금
생활보호 세대		없음
주민세 비과세 세대		급여액의 10%
주민세 과세 세대	균등할	1,900엔(17,303원) + 급여액의 15%
	소득할	3,600엔(32,784원) + 급여액의 15%
소득세 8,400엔(76,496원) 이하 가구1)		9,000엔(81,960원) + 급여액의 25%

주: 과세되는 연소득이 16만 8천엔(1,529,926원)일 때 소득세액이 8,400엔(76,496원)임.
자료: 신경미(2015). 건강보험해외통신원 동향보고서(일본); 김승희 등(2015). 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구. p.79에서 재인용.

라. 미국의 WIC 프로그램(The special supplemental food program for Women, Infants, and Children)⁴⁷⁾

WIC 프로그램은 미국의 임신부 및 영·유아 보충영양사업으로 미국 연

47) 본 절의 내용은 임준 등(2013, pp.82-84)의 생애주기별 지역사회 건강증진사업 추진전략개발연구의 내용을 인용하였음.

방정부와 USDA(United States Department of Agriculture)가 지원하는 영양 프로그램 중 가장 성공적이라고 평가받고 있는 사업이다(박혜련, 2002, p.912; 임준 등, 2013, p.82에서 재인용).

이 프로그램은 저소득층 중 부적절한 영양으로 건강위험이 높은 임산부, 영아, 수유부, 만 6세 미만의 유아를 대상으로 하며, WIC 프로그램 대상자는 소득 수준, 연령, 거주지 및 영양 판정에 의해 결정된다(박혜련, 2002, p.912; 임준 등, 2013, p.82에서 재인용).

〈표 3-30〉 WIC 프로그램의 참여 자격 조건

항목	자격 조건
연령	- 임산부(출산 후 6주까지 인정) - 출산 후 6개월 미만의 조제분유 수유부 - 출산 후 1년 미만의 영아 - 1세 미만의 영아 - 6세 미만의 유아(만 5세 어린이)
거주지	- 대상자들은 프로그램을 제공받는 주에 거주해야 함
소득 수준	- 소득 수준이 미국 정부에서 지정한 최저 생계비의 185%를 넘지 않아야 함
영양 위험	- 의사, 영양사 또는 간호사와 같은 건강 전문인에 의해 판정된 영양 위험이 있어야 함 - 연방정부에서 지정한 5가지 영양 위험 요인 - 생화학적 검사나 신체계측에 의해 판정된 영양 불균형 : 빈혈, 저체중, 부적절한 성장 - 영양 불균형으로 인한 질병, 조산, 임신성 당뇨 - 제한식이나 부적절한 식사로 인한 영양 결핍 - 알코올이나 약물 남용과 같이 영양 상태에 직접적으로 영향을 미치는 상태 - 부적절한 식이 섭취를 하고 있거나 질병상태로 인해 영양 불균형 문제가 나타나는 사람

자료: 박선아(2012). 영양플러스 사업이 임산부 및 영유아의 영양개선에 미친 효과. p.13; 임준 등 (2013). 생애주기별 지역사회 건강증진사업 추진전략개발연구. p.83에서 재인용.

WIC 프로그램은 크게 보충식품 제공과 영양교육 및 상담, 보건의료 서비스 및 사회 서비스 제공으로 구성된다(임준 등, 2013, p.83).

보충식품은 7종의 패키지 형태로 개발되어 한 달 주기로 제공된다. 수

해 대상자들은 WIC 식품패키지를 취급하는 소매점에서 쿠폰을 이용하여 식품을 구입할 수 있으며, 공급되는 식품은 저소득층 가정의 어머니와 어린이 식사에서 흔히 부족한 영양소인 단백질, 칼슘, 철분, 비타민 A와 C를 풍부하게 공급해 줄 수 있는 우유, 치즈, 철분 강화 곡류, 비타민 C 강화 과일주스 등이다(박선아, 2012, p.14; 임준 등, 2013, p.83에서 재인용).

영양교육 및 상담은 6개월마다 개인이나 그룹으로 최소 두 번의 영양 교육 시간이 의무적으로 주어지며 교육 내용은 임신·영아기 그리고 아동기에 있어서 식생활과 영양 그리고 건강과의 관련성, 성공적인 모유 수유 등으로 구성된다(박선아, 2012, pp.14-15; 임준 등, 2013, pp.83-84에서 재인용).

그 밖에 WIC 프로그램은 대상자의 산전 관리, 예방접종, 빈혈 검사, 납 중독 검사, 어린이의 성장 여부 평가를 위한 신장과 체중의 지속적인 측정, 예방과 진료 등과 같은 보건의료 서비스나 Food Stamp와 같은 사회 서비스를 받을 수 있도록 지원해 준다(박선아, 2012, p.15; 임준 등, 2013, p.84에서 재인용).

마. 영국의 슈어스타트(Sure Start Local Programme)⁴⁸⁾

영국의 슈어스타트 프로그램은 저소득 가정 밀집 지역을 중심으로 아동과 가족들에게 조기 교육, 보육, 보건, 가족 지원 서비스 등을 포괄적으로 제공한다(장명림 등, 2011, p.49; 임준 등, 2013, p.84에서 재인용). 보육 서비스에서 부모 일자리 알선까지 부모들에게 구직 정보와 보육 정보를 동시에 제공하고 임신 전후의 건강진단까지 지원함으로써 가정과

48) 본 절의 내용은 임준 등(2013, pp.84-87)의 생애주기별 지역사회 건강증진사업 추진전략개발연구의 내용을 인용하였음.

지역 공동체 안정을 도모한다(장명립 등, 2011, p.49; 임준 등, 2013, p.84에서 재인용).

1998년 ‘국가보육전략(National Children Strategy)’에서는 서비스를 제공하기 위하여 전문가, 지방정부, 보육 서비스 제공자(provider), 부모, 고용주, 대학 등의 협력을 강조하였으며, 2002년 보육시설 확충을 위한 기금과 아동센터 발달기금을 통하여 교육기술부, 근로연금부, 재무부, 여성평등부의 협력을 통하여 사업을 전개하였다(장명립 등, 2011, p.49; 임준 등, 2013, p.84에서 재인용).

2004년 “부모에게는 선택을, 아동에게는 가장 좋은 출발을(Choice for parents, the best start for children)”이라는 10개년 아동보육전략(Ten Year Childcare Action Plan)을 다시 마련하여 슈어스타트 프로그램이 실질적으로 통합되었다(장명립 등, 2011, p.49; 임준 등, 2013, p.84에서 재인용).

초기 슈어스타트 프로그램은 빈곤 지역 0~3세 아동과 그 부모를 대상으로 시작하였으며, 현재는 영국 내 하위 20% 계층이 거주하고 있는 지역의 임신 중인 부모와 14세(장애가 있을 경우는 16세) 이하 아동과 그 가족을 대상으로 하고 있다(장명립 등, 2011, p.49; 임준 등, 2013, pp.84-85에서 재인용).

중앙정부와 지방당국, 지역사회 인사 자원, 건강, 보육과 교육시설 관계자들과 아동센터 등 다양한 기관들이 통합적으로 서비스를 제공하는 것이 슈어스타트 프로그램의 특징이다(임준 등, 2013, pp.84-85).

〈표 3-31〉 슈어스타트 프로그램

구분	프로그램	내용
저소득 지역의 프로그램	영·유아기 제공 프로그램 (early years provision)	- 5세 미만 아동의 통합된 조기 학습과 보육 제공 - 일하는 부모를 위한 통합된 학습과 보육(예: 주 5일 보육, 1년의 48주, 하루 10시간) 제공 - 아동 보육은 저소득 가정 지역 개선을 우선으로 실시 - 장애아나 특별한 요구가 있는 아동의 가족과 부모에 대한 포괄적 서비스 지원 - 지역학교(방과 후 학교, 건강학교 등)와 연계한 방과 후 활동 제공
	현장방문 (Outreach service)	- 출생 후 2개월 이내의 아동이 있는 모든 가정을 방문 - 취약계층에게 특히 지역사회 인식을 위한 활동을 함 - 가정방문(home visit)과 연계하며, 향후 서비스에 대한 정보를 제공
	가족 지원	- 각 지역의 가족 지원 서비스와 활동에 대해 부모 또는 양육자에게 정보 제공 - 양육에 대한 조언과 지원 - 장애아동의 부모를 위한 지원 활동 - 아버지 참여 증가를 위한 특별 전략 및 활동 실시
	아동과 가족의 건강 서비스	- 어머니와 아버지의 출산 전 교육 및 지원 - 아동 보건 증진 프로그램 실시 - 수유, 위생, 영양, 안전 등에 대한 정보 및 안내 제공 - 어머니의 우울, 산전·산후 우울에 대한 긍정적 정신건강, 정서적 안정 증진을 위한 서비스 제공 - 언어적 지원 - 건강한 가족 스타일에 대한 지원과 금연을 위한 도움 제공
	부모 참여	- 어머니, 아버지를 대상으로 한 상담 및 정보 공유 - 어머니와 아버지 교육관리
	구인센터와의 연계	- 훈련과 고용을 희망하는 부모를 지원하고 격려하기 위한 구인센터와 연계한 서비스 제공
	기타	- 고등 교육기관과의 효율적 연계와 지역 훈련 수급자 연계 - 부모 대상의 언어교육 훈련 - 모성 중요성 훈련 - 지원을 받고 있는 가족의 순위 형제에 대한 아동 양육 및 기타 서비스 - 성인과의 관계를 지원하는 서비스 제공 - 영아용(baby bags), 영·유아기용(toddler bags), 만 3세용(treasure box)인 북스타트 프로그램 연계하여 지원
일반 지역 프로그램		- 각 지역의 특성 및 요구와 부모의 선택을 충족하기 위한 기타 서비스 제공에 맞춰 부가적 서비스를 제공
교육 프로그램		- 교육 커리큘럼으로는 기초 단계 교육과정(Foundation Stage Curriculum)을 사용하며, 2002년 교육법에 의해 국가교육과정으로 포함되었고, 정부의 기금으로 운영되는 모든 조기 교육기관에서 사용

자료: 장명림 등(2011). 취약계층 영유아 통합적 육아지원 모형 매뉴얼 개발. p.50; 임준 등(2013). 생애주기별 지역사회 건강증진사업 추진전략개발연구. p.86에서 재인용.

슈어스타트는 지방정부의 책임하에 민간 서비스, 기초 돌봄기관(primary care trust), 자원 조직 등 다양한 기관의 협조로 운영된다(장명립 등, 2011, p.51; 임준 등, 2013, p.87에서 재인용). 슈어스타트 프로그램은 지역 단위로 운영되고 있으며 모든 지역이 동일한 프로그램을 운영하는 동시에 지역의 필요에 따라 프로그램을 개발하고 확장하며 지역사회가 가지고 있는 인적, 물적 자원을 활용함으로써 사업이 진행된다(장명립 등, 2011, p.51; 임준 등, 2013, p.87에서 재인용).

〈표 3-32〉 슈어스타트 실시 기관

기관	내용
아동센터 (Children's Centers)	- 5세 미만의 아동과 그들의 가족이 통합적인 서비스와 정보를 받을 수 있음. - 유아교육, 보육, 시간제 보육을 기본으로 가족 지원 서비스, 정보 제공 서비스, 보건 서비스, 학령기 아동을 위한 서비스, 전문가 지원 서비스, 지역사회 참여 서비스, 훈련 및 고용 기회를 제공하는 서비스, 방문 서비스 등 영·유아가 있는 가구에게 필요한 모든 서비스를 총체적으로 제공하는 것으로 설계되어 있음. - 모든 아동의 문제(Every Child Matters) 프로그램의 중심 역할을 담당
지역 슈어스타트 프로그램 (Sure Start Local Programmes : SSLP)	- 태어나서 4세가 되기까지의 아동과 가족들의 건강과 복지를 향상시켜 아동들이 학교에 가게 되었을 때 준비가 되어 있도록 하기 위한 목적 - 지역을 기반으로 형성되어 있음.
조기우등기관 (Early Excellence Centers)	- 통합된 교육과 아동 보육, 부모와 양육자, 가족 그리고 지역사회에 직접적으로, 또는 다른 기관과 협력하여 원스톱 방식으로 높은 질의 서비스를 제공함.
이웃보육시설 (Neighborhood Nurseries)	- 가장 취약한 지역과 그 주변 부유한 지역 간의 차이를 줄이고자 시작됨. - 2004년까지 취약 지역의 5세 미만 아동을 위해 높은 질의 접근이 쉬운 종일보육장소 4500개를 세우는 것을 목표로 시작하였고 현재 목표 달성 후 성공적으로 마무리됨. - 현재 이웃보육시설의 대다수는 지역 슈어스타트 프로그램에 연결되어 있음.

자료: 장명립 등(2011). 취약계층 영유아 통합적 육아지원 모형 매뉴얼 개발. pp.51-52; 임준 등 (2013). 생애주기별 지역사회 건강증진사업 추진전략개발연구. p.87에서 재인용.

지방정부는 슈어스타트 사업의 전략 수립, 자문과 협력, 서비스 전달 지원, 재정적 책임, 성과 모니터링, 아동 발달 증진의 책임을 지고 있으며, 지방협력체는 지역 계획을 수립하고 실질적으로 슈어스타트 프로그램을 이끌어 나간다(장명림 등, 2011, p.51; 임준 등, 2013, p.87에서 재인용). 아동과 부모는 지방당국으로부터 아동이 만 4세가 될 때까지 조기 유아교육, 가족 지원, 영양과 건강 등 관련된 도움을 받으며, 지방당국이 각 지역의 슈어스타트를 관장한다(장명림 등, 2011, p.51; 임준 등, 2013, p.87에서 재인용).

제3절 소결 및 시사점

본 장에서는 국내외의 건강한 출산과 관련이 있는 건강관리 정책을 생애주기별로 나누어 살펴보았다. 우리나라의 건강관리 정책은 크게 서비스를 제공하는 정책과 진료비(혹은 비용)를 지원해 주는 정책으로 나누어 볼 수 있으며, 제도별 지원 내용은 사업 대상과 소득 수준에 따라 차이가 있다.

우리나라의 임신·출산과 관련한 건강관리 정책은 임신·출산기에 대부분의 지원사업이 집중되어 있는 것을 알 수 있으며, 생애주기의 연령이 낮아질수록 건강관리 정책의 종류도 적은 것을 알 수 있다. 건강관리는 단순히 임신·출산기뿐만 아니라 청소년기에서부터 적극적으로 이루어질 필요가 있다. 현재 청소년기의 건강관리는 학교 건강검진을 통해 이루어지고 있으나 검사의 내용이 신체측정 수준에 그치고 있다. 따라서 학생들의 학교 건강검진을 내실화하고 건강에 문제가 있는 학생들을 대상으로는 지속적으로 모니터링과 건강 상담을 제공할 필요가 있다. 또한 청소년

기에 2차 성장이 시작되는 만큼 생식건강관리 측면에서 검진 항목에 이 항목이 포함될 필요성이 있지만 현재로서는 그러하지 못한 실정이다.

해외의 건강검진과 관련된 사례에서는 임신·출산기의 사례를 눈여겨 볼 필요가 있다. 프랑스의 임신부 지원제도 중 중요한 것은 PRADO 지원 사업이며, 출산 후 집에서 검진 및 관리 서비스를 받을 수 있도록 조산사가 가정을 방문하여 검진 및 관리 서비스를 제공하고 있다. 또한 전화 및 인터넷 상담 서비스도 제공하고 있다. 전화 및 인터넷 상담 서비스의 경우 우리나라에서의 도입을 신중히 검토할 필요가 있다. 일종의 원격의료에 해당되는 이러한 서비스는 현재 국내에서는 의료법상 도입이 어려운 상황이다. 그러나 가정에서 원격상담 서비스가 제공된다면, 분만 취약 지역의 경우 접근성을 높일 수 있고, 또한 입원 비용의 감소와 임신·출산 관련 비용의 절감을 통해 실질적인 진료비 지원의 효과를 얻게 될 것으로 보인다.

영국에서는 임신이 확인되면 정기적으로 문진과 진찰을 받게 되며 이에 대한 비용 부담이 전혀 없다. 영국은 의료 시스템 자체가 우리나라와 다르기 때문에 일괄적 비교는 어렵지만, 임신·출산 기간의 모든 비용을 국가에서 지원하는 제도는 출산에 대한 비용을 크게 낮추어 산모의 건강 뿐만 아니라 출산을 제고에도 긍정적 영향을 줄 것으로 보인다. 다만, 우리나라에 도입할 때는 건강보험 재정 및 건보료 상승의 문제가 있을 수 있는 만큼, 사전에 이에 대한 면밀한 검토가 필요하다.

일본에서는 중앙정부에서 가이드라인을 제시하면 지방자치단체에서 상황에 따라 사업을 설계·운영하고 있다. 다만 일본에서는 임신 중 검사와 출산 시의 비용은 본인부담이 원칙이기 때문에, 각 지자체에서는 임신 중 검진을 지원하고 출산 육아 일시금을 지급하여 출산 비용을 보조하고 있다.

〈표 3-33〉 생애주기별 건강관리 제도

	청소년기	청년·성인기	임신·출산기
국내	- 학교 밖 청소년 건강검진 - 학년별 건강검진 - 청소년 자궁경부암 예방 무료 예방접종 - 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원	- 일반 건강검진 - 생애전환기 건강검진 - 심뇌혈관 질환 예방관리사업 - 비만 및 만성질환 예방 영양관리사업 - 생애주기별 신체활동 프로그램 사업 - 방문건강관리사업 - 금연클리닉 운영	- 임신·출산 진료비 지원제도 - 고위험 임신부 입원진료비 지원제도 - 해산수당 지급제도 - 산모·신생아 건강관리사 지원사업 - 마더세이프 프로그램 - 산모 건강관리 - 가임기 여성 건강증진사업 - 영양플러스 사업 - 난임부부 시술비 지원 - 영·유아 건강검진 - 선천성 대사이상 검사 및 환아관리 - 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원 - 영·유아 발달장애 정밀진단비 지원 - 여성 장애인 출산 비용 지원 - 여성 장애인 가사도우미 파견 - 의료기관 외 출산 시 출산비 지급 - 아동통합서비스 지원(드림스타트 사업) - 출산전후휴가 - 유산·사산 휴가
해외	- My Pyramid for Kids (미국) - 포괄적 학교보건사업 (미국)	- 사업장 건강검진 프로그램(싱가포르) - 건강 증진 프로그램 (영국)	- 임신부 지원사업 및 PRADO (프랑스) - 임신부 지원제도(영국) - 임신부 지원사업(일본) - WIC 프로그램(미국) - 슈어스타트(영국)

임준 등(2013)의 연구에서는 생애주기별로 건강관리의 문제점을 〈표 3-34〉와 같이 지적하였다.

임산부 및 영·유아를 대상으로 하는 건강관리 및 출산 지원제도는 앞에서 살펴본 바와 같이 다양하게 시행되고 있지만, 직장인 산모를 위한 직장 내 교육과 분위기 조성은 아직까지 미흡한 상황이다. 따라서 ‘싱가포르의 사업장 건강 증진 프로그램’과 같이 직장인의 운동 및 건강관리와 연동하여 직장 내에서 시행될 수 있는 건강관리 프로그램과 교육 등을 개

발·적용할 필요가 있다.

학생들은 학업에 대한 스트레스 및 비만/흡연/음주에 대한 관리가 매우 필요하다. 따라서 학교 건강검진 제도에서 이러한 내용이 적극 반영될 필요가 있으며, 필요시 보건과목이 정규 과목으로 도입되는 것도 고려할 필요가 있다.

직장인의 가장 큰 문제는 운동 부족으로 지적되고 있으나, 현재 청년·성인기의 건강관리사업은 대부분 건강검진 및 비만·만성질환 관리 중심으로 구성되어 있다. 따라서 싱가포르의 사업장 건강 증진 프로그램과 같이 사업장 내에서 건강관리를 할 수 있도록 하는 프로그램을 도입하는 것도 고려할 수 있다.

〈표 3-34〉 생애주기별 건강증진사업의 특성 파악

생애주기	특성
임산부 및 영·유아	- 지역별, 소득 수준별, 산모의 교육 수준별로 임신부 및 영·유아의 건강 문제에 차이가 있으며, 지역에 따른 의료 자원이나 교육 기회의 접근성 차이 심함 - 산모/어린이 특화 건강관리사업에 대한 요구도가 제일 높았으며, 이에 따른 보건소의 인력 및 예산 문제 해결이 시급 - 직장인 산모를 위한 직장 내 분위기 조성, 직장 내 교육 등에 대한 필요성
학생	- 스트레스 인지율과 우울감 경험률이 높으며 그에 따른 정신건강 서비스 사업에 대한 요구도 높음 - 비만/흡연/음주에 대한 교육이 활발하게 이루어져야 하며, 보건소 교육은 방과 후 이용이 저조하므로 보건교육의 정식 교과목화가 필요
직장인	- 운동에 대한 높은 요구도. 특히 농어촌의 경우 운동 인프라 자체가 부족 - 보건소 직접 서비스나 교육 등에는 시간적 제약이 있어 이용하지 못하는 경우가 많으므로, 직장인을 대상으로 하는 건강증진사업에는 시간적 접근성이 중요 - 사업장 규모에 따른 차별화된 접근 방법 필요
노인	- 지역/소득 수준/교육 수준별로 노인 건강 문제와 행태에 차이가 있으므로 접근성 개선과 반복적 교육 필요 - 심뇌혈관 질환뿐 아니라 치매 검진 및 예방사업에 대한 적극적 사업, 홍보, 교육 필요

자료: 임준 등(2013), 생애주기별 지역사회 건강증진사업 추진전략개발연구, pp.4-5의 내용을 연구자가 표로 구성.

제 4 장

저출산 현상에 대한 보건의료적 미시 분석

제1절 임신과 출산, 건강 관련 SNS 분석

제2절 임신과 출산, 건강에 관한 생애사적 심층 분석

제3절 임신과 출산의 건강위험과 보건의료 이용 실태

제4절 소결

4

저출산 현상에 대한 << 보건의료적 미시 분석

제1절 임신과 출산, 건강 관련 SNS 분석

1. 분석 개요

가. SNS 분석 선택

본 절에서는 우리나라 국민들이 임신과 출산과 관련하여 어떤 고민을 하고 있는지 파악하고자 한다. 이를 위해 빅데이터(Big Data) 분석 방법 중 SNS(Social Networking Service) 분석을 실시하였다.

SNS 분석은 일반인들이 카페, 블로그, 페이스북, 트위터, 인스타그램, 댓글 등에 올린 정보를 웹 크롤링 방식으로 수집하여 관련된 키워드의 빈도와 키워드 간의 연관관계를 분석하는 방법이다. 이 분석은 기존의 조사 방식처럼 성별, 연령별, 조사의 기준이 되는 집단별 특성을 파악한다거나 정확하게 인과관계를 확인하기는 어렵지만 SNS상에서 소통되는 많은 데이터(text)를 통해 시대에 따른 트렌드 추이를 확인할 수 있고, 많은 사람들의 생각이 어떤지를 쉽게 확인할 수 있다는 장점이 있다.

나. 분석 방법

SNS 분석을 위해 본 연구에서는 다음의 세 가지 방법을 활용하였다.

첫 번째는 구글 트렌드(Google Trend) 솔루션이다.⁴⁹⁾ 이는 연구자가 본 연구와 관련된 것으로 생각하는 주요 키워드(keywords)를 입력하면,

상호 키워드의 시계열적 흐름(추이)을 통해 연관성이 있는지 확인해 준다. 따라서 본 연구에서는 2004년 1월 이후부터 2015년 7월 말까지 기간 동안의 키워드 분석을 실시하였다.

두 번째는 소셜메트릭스(Social Metrics) 업체의 무료 솔루션이다.⁵⁰⁾ 이는 구글 트렌드 분석에서 흐름 분석을 통해 확인된 키워드를 중심으로 좀 더 상세한 연관 키워드 분석을 할 수 있도록 도와준다. 단 무료 솔루션은 1개월간의 키워드 검색만 가능하며, 7월 12일부터 8월 12일까지의 기간 동안으로 제한 분석을 실시하였다.

마지막 세 번째는 텍스트툼(Textom)⁵¹⁾ 업체의 유료 솔루션이다.⁵²⁾ 텍스트툼은 블로그, 카페, 지식in, 뉴스뿐만 아니라 트위터, 페이스북 등의 SNS에 이르기까지 다양한 웹의 게시글을 수집하고 시각적으로 표현해주는 빅데이터 분석 사이트이다. 본 연구에서는 구글 트렌드와 소셜메트릭스 분석을 통해 확인된 주요 키워드를 중심으로 2016년 5월 1일부터 7월 31일까지 네이버, 다음, 구글 등의 카페, 블로그, 뉴스 등의 게시글과 페이스북의 게시글을 수집하였다.

2. 분석 결과

가. 트렌드 분석

구글 트렌드 사이트에서 ‘저출산’, ‘임신’, ‘출산’을 순차적으로 입력한

49) <https://www.google.co.kr/trends/>

50) <http://www.socialmetrics.co.kr/campaign.html>

51) ‘텍스툼’은 WEB과 SNS상 다양한 채널들의 데이터를 빠른 속도로 수집하여 보다 신속한 데이터 세트(Data set)를 제공하며, 수집 데이터뿐만 아니라 분석자가 가진 데이터도 처리할 수 있는 2-way 정제/분석 기능을 제공함. 정제된 데이터를 워드 클라우드 또는 네트워크 그래프 형태로 시각화도 제공함.

52) <http://textom.co.kr/>

결과, 2014년 1월 이후 ‘저출산’이라는 키워드가 언급된 이후 ‘임신’과 ‘출산’ 키워드 검색이 늘어난 것을 알 수 있다. 그리고 ‘임신’과 ‘출산’은 어떤 이벤트⁵³⁾가 있을 때 같이 반응하는지를 살펴볼 때, 상호 연관성이 있다고 확인할 수 있다.

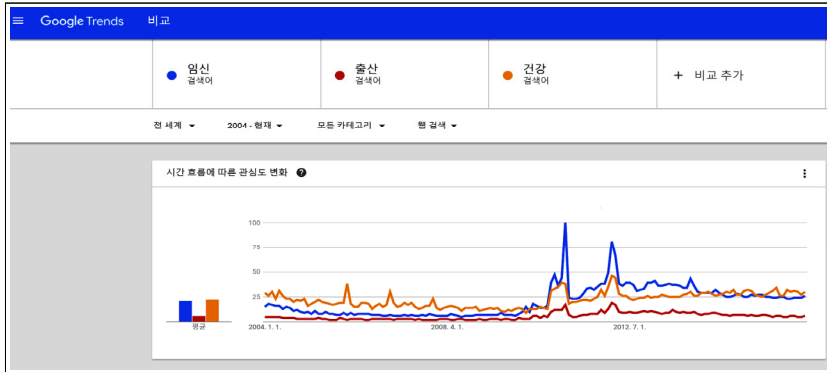
[그림 4-1] 저출산, 임신, 출산 키워드 트렌드 분석



위 결과에서 ‘저출산’ 키워드는 빼고, ‘임신’과 ‘출산’ 키워드에 ‘건강’ 키워드를 추가 분석하였다. 그 결과 ‘건강’은 ‘임신’과 ‘출산’과 동일하게 이벤트에 크게 반응하였다. 또한 ‘건강’은 ‘임신’에 대한 ‘출산’의 반응보다 더 크게 반응하고 있어, ‘임신’과 ‘건강’은 더욱 연관되어 있다고 볼 수 있다. 즉, ‘임신’ 키워드 검색 시 ‘건강’ 키워드도 함께 본다는 의미이다.

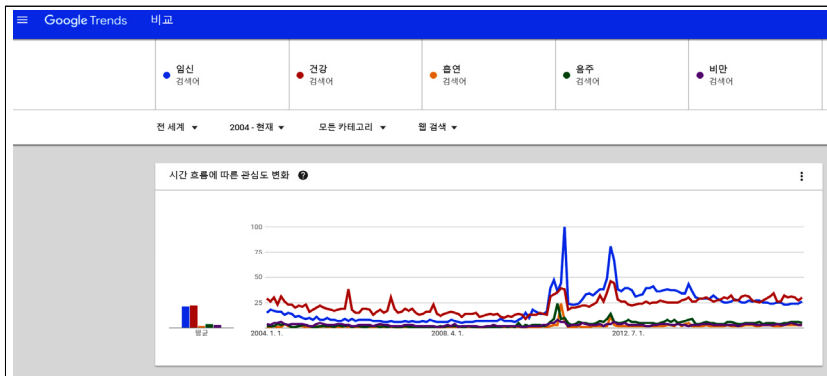
53) 2010~2011년에 어떤 이벤트가 있었는지는 좀 더 그 기간의 정치, 경제 및 사회 상황을 살펴볼 필요가 있지만, 본 연구에서는 이를 확인하지는 않았으며, 다만 키워드 간의 연관성을 확인하는 데 그 목적을 두었음.

[그림 4-2] 임신, 출산, 건강 키워드 트렌드 분석



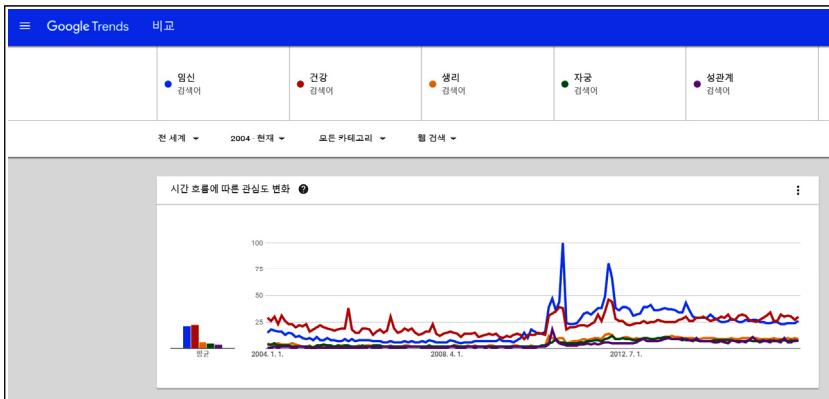
선행연구 논의에서도 언급하였듯, 위 결과에서 ‘출산’을 빼고 임신과 연관성이 높은 건강생활습관 중 ‘흡연’, ‘음주’, ‘비만’을 넣어 ‘임신’과 ‘건강’과의 연관 트렌드를 살펴보았다. 그 결과 ‘임신’에 대한 ‘건강’의 반응 정도만큼은 아니지만, ‘흡연’과 ‘음주’, ‘비만’도 동일 이벤트에서 반응하고 있어 상호 간 연관성이 있다고 볼 수 있다. 특히 ‘흡연’과 ‘음주’는 거의 동일 수준의 반응을 보이고 있어, ‘임신’과 ‘건강’ 검색 시 이 두 검색어도 검색되고 있는 것으로 보인다.

[그림 4-3] 임신, 건강, 흡연, 음주, 비만 키워드 트렌드 분석



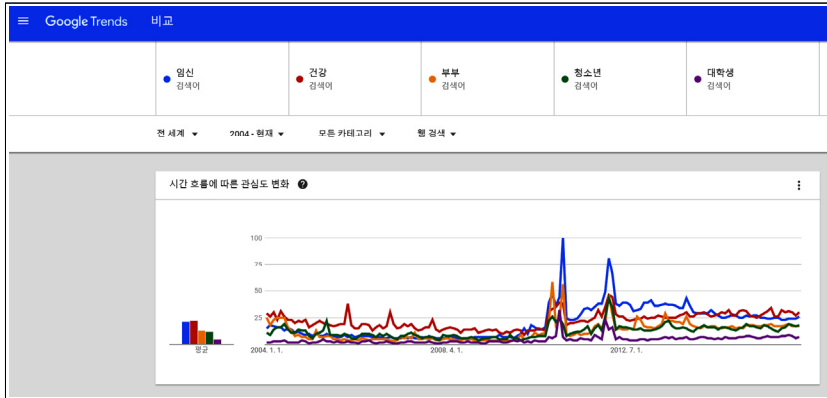
다음으로 위 결과에서 건강생활습관을 제외하고 ‘생리’, ‘자궁’, ‘성관계’를 추가 분석하였다. 이는 생식건강(reproductive health)과 관련된 것이다. 앞서 살펴본 건강생활습관 키워드보다는 반응 정도가 다소 적지만, 그럼에도 불구하고 ‘임신’과 ‘건강’의 반응 시 ‘생리’, ‘자궁’, ‘성관계’의 반응도 함께 나타나고 있음을 알 수 있다.

[그림 4-4] 임신, 건강, 생리, 자궁, 성관계 키워드 트렌드 분석



마지막 분석으로 ‘임신’, ‘건강’에 대한 관심도가 대상자별로 어떠한지를 보기 위해 ‘부부’, ‘청소년’, ‘대학생’ 키워드를 추가하였다. 그 결과 생각 외로 기혼자인 ‘부부’ 못지않게 ‘청소년’의 ‘임신’과 ‘건강’ 키워드에 관심도가 높은 것을 볼 수 있다. 동일한 미혼자일 가능성이 높은 ‘대학생’ 역시 ‘청소년’보다는 반응 정도가 낮지만, 특정 기간의 이벤트에 반응 시 동일 반응을 보이고 있다.

[그림 4-5] 임신, 건강, 부부, 청소년, 대학생 키워드 트렌드 분석

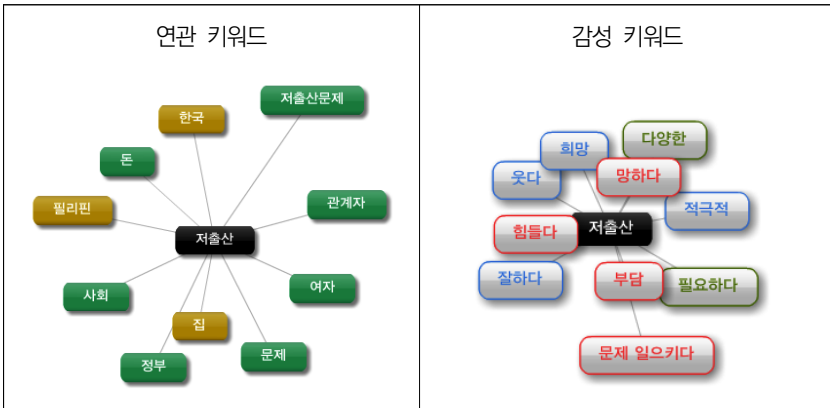


나. 연관어 분석

본 연구에서 가장 핵심 키워드인 ‘저출산’과 ‘임신’에 대한 연관어 및 감성 키워드 분석(2016. 7. 12.~8. 12.)을 소셜메트릭스 업체 무료 솔루션을 통해 실시하였다. 먼저 ‘저출산’에 대한 연관어 분석을 보면, ‘문제’, ‘정부’, ‘사회’, ‘저출산문제’, ‘한국’ 등의 키워드가 검색 상위권(10위)에 위치하고 있음을 볼 수 있다. 이는 일반 국민들이 ‘저출산’을 한국의 사회적 문제로 인식하고 있다는 것을 알 수 있다. 또한 ‘저출산’과 관련하여 ‘집’과 ‘돈’이라는 키워드가 연관 키워드로 나타났는데, 이는 출산에 대해 일반 국민들이 주택과 경제적 문제를 많이 고민하는 것으로 보인다.

감성 키워드 분석 결과를 보면, 부정적인 키워드가 많았다. 이를테면 ‘힘들다(1위)’, ‘부담(5위)’, ‘망하다(8위)’, ‘문제 일으키다(10위)’가 그것이다. 긍정적인 키워드도 있었는데, ‘웃다(2위)’, ‘적극적(4위)’, ‘희망(6위)’, ‘잘하다(9위)’라는 키워드도 상위 랭킹에 검색되었다.

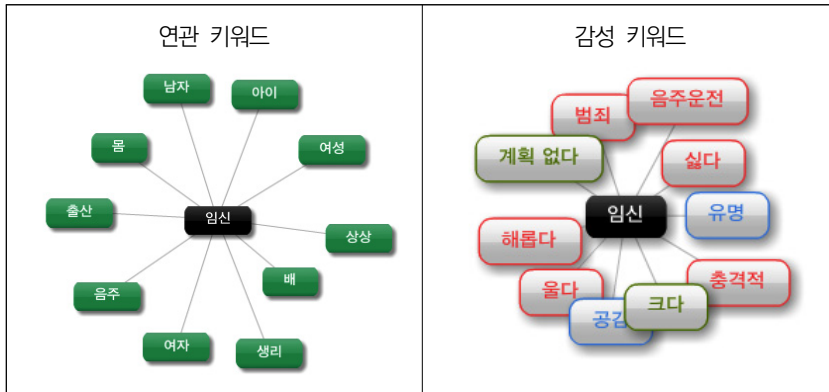
[그림 4-6] 저출산에 대한 연관 및 감성 키워드 분석



다음은 ‘임신’ 키워드를 검색해 보았다. ‘임신’의 연관 검색어로는 ‘출산’이 가장 높게 나타났고, 이는 구글 트렌드에서 확인한 바와 같다. 이후 ‘몸’, ‘여성’, ‘음주’, ‘생리’, ‘아이’ 등의 키워드가 상위권에 위치하였다. 좀 더 분석이 필요한 부분이겠지만, ‘몸’, ‘음주’, ‘생리’는 건강과 연관어이기도 하여, 임신에 있어 건강도 주요 연관어인 것으로 보인다.

감성 분석 결과를 보면 상위권에 대체로 부정적인 키워드가 많아 ‘임신’에 대한 전반적 감성은 ‘부정’적임을 알 수 있다. ‘임신’에 대한 감성 키워드로 ‘해롭다’, ‘싫다’, ‘울다’, ‘충격적’이 추출되었다. ‘계획 없다’는 키워드 역시 국가의 저출산 문제를 해결해야 하는 이 시점에서 부정적인 키워드로 해석될 수 있다. 또한 ‘계획 없다’를 원치 않은 임신으로 볼 수 있는데, 이는 건강한 임신과 출산을 준비하는 데 부정적인 영향을 줄 수 있는 요인인 만큼 보건의료 측면에서도 이 키워드는 중요하다고 본다.

[그림 4-7] 임신에 대한 연관 및 감성 키워드 분석

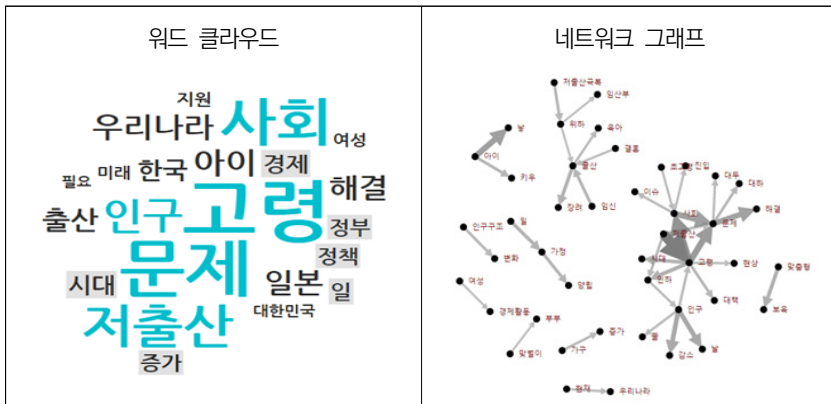


다. 워드 클라우드 및 네트워크 그래프 분석

앞서 구글 트렌드와 소셜메트릭스를 통해 우리나라 국민들이 ‘저출산’, ‘임신’, ‘출산’에 대해 어떤 생각을 가지고 있는지 간략하게 살펴보았다. 연구 방법에서도 언급하였듯 이 두 방법은 해당 SNS 분석 결과를 제한된 기간 동안 무료로 제공해 주는 것으로, 실제 연구자의 분석 방향을 설정할 수 없는 단점이 있다. 따라서 구글 트렌드와 소셜메트릭스 업체를 통해 상호 연관성이 있다고 확인된 ‘저출산’과 ‘임신’ 그리고 ‘건강’과 관련하여 SNS 유료 자료를 텍스트 업체를 통해 구입하여 연관어 분석을 실시하였고, 그 결과를 시각화하기 위해 워드 클라우드(word cloud) 및 네트워크(network) 분석 결과로 제시하였다. 텍스트에서 ‘저출산’, ‘임신’, ‘건강’이라는 키워드로 2016년 5월 1일부터 7월 31일까지 네이버, 다음, 구글 등의 카페, 블로그, 뉴스 등의 게시글과 페이스북의 게시글을 수집하였다. 그 결과 ‘저출산’은 총 7362건, ‘임신’과 ‘건강’은 각각 2만 6000건이 수집되었다.

먼저 ‘저출산’을 검색한 결과, ‘고령’, ‘문제’, ‘사회’, ‘인구’ 등이 가장 눈에 띄는 것으로 나타났다. 이 역시 소셜메트릭스의 연관어 분석 결과와 같이 ‘저출산’은 사회적으로 해결해야 할 문제임을 알 수 있다. 여기서 소셜메트릭스와 다른 특이한 점이 있다면 바로 ‘고령’이라는 키워드다. ‘고령’이 지닌 의미는 여러 가지일 수 있으나 주로 결혼 시기가 늦어지고, 그로 인해 부부의 연령대가 고령이 되는 것이 저출산 현상과 연관되어 있다고 국민들이 판단하고 있는 것으로 여겨진다. 무엇보다도 ‘고령’은 건강과 강하게 연관된 키워드로 국민들은 결혼과 임신의 부담이 되는 건강 문제로 ‘고령’을 검색하고 있다고 판단된다. 이는 네트워크 그래프 분석 결과를 보더라도 확인할 수 있는데, ‘저출산’과 ‘고령’ 간에 가장 굵은 선을 보인다는 점은 이들 간의 관계가 강하다는 의미이다.

[그림 4-8] 저출산에 대한 워드 클라우드 및 네트워크 그래프 분석

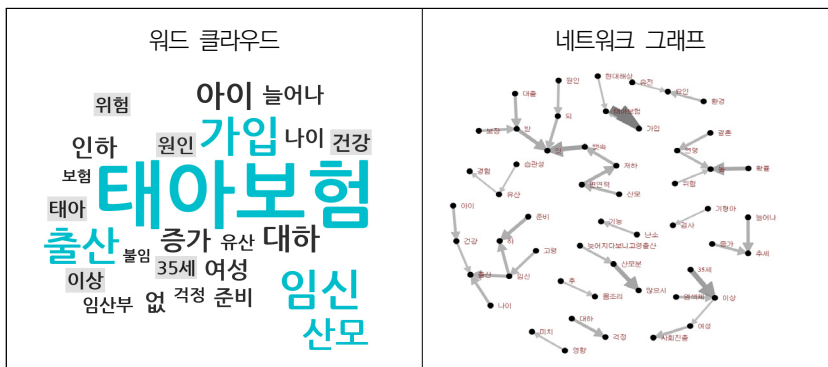


추가적으로 ‘고령 임신’을 분석한 결과, ‘태아보험’이 가장 강한 연관어로 나타났다. 보험은 일반적으로 그 목적이 미래가 불확실한 건강위험 (unpredictable health risk)을 예방하고 대비하기 위함이다. 이런 측면에서 볼 때, ‘고령 임신’이 ‘태아보험’과 연관성이 가장 강한 것은 그만큼

그들의 건강 문제에 대한 고민이 많다는 것을 알 수 있다. 실제 ‘고령 임신’의 연관어로서 ‘건강’과 함께 ‘나이’와 ‘35세’라는 연령도 제시되었다. 또한 ‘원인’, ‘위험’, ‘걱정’, ‘유산’, ‘불임’, ‘이상’ 등 건강에 대한 부정적 위험 키워드들이 연관어로 확인된 것을 볼 때, ‘고령 임신’ 자체는 건강이슈로도 볼 필요가 있다고 본다.

네트워크 그래프에서도 이러한 연관 정도를 동일하게 보여준다. 이를 테면 ‘35세’는 ‘이상’과 연관성이 강하고, 이는 다시 ‘염색체’와 연관성이 높다. 앞서 살펴보았던 ‘고령’은 ‘임신’과 ‘출산’으로 이어지고, 반대로 ‘건강’과 ‘나이’가 네트워크를 형성하고 있음을 보여준다.

[그림 4-9] 고령 임신에 대한 워드 클라우드 및 네트워크 그래프 분석



다음으로 ‘임신’ 키워드를 추가하여 분석한 결과, ‘생리’, ‘증상’, ‘관계’ 등이 중요 키워드로 나타났다. 그 외에는 ‘임신가능성’, ‘임산부’, ‘출산’, ‘배’ 등이 뒤를 이었다. 여기서 가장 연관성이 높은 ‘생리’와 ‘증상’ 키워드는 임신 여부(확진)와 관련성도 있는데, 이는 다시 말해서 임산부의 건강 증상과도 관련된 키워드라고 할 수 있다. 이런 측면에서 ‘임신’에 있어 일반 국민들은 생리 증상, 곧 생식건강에 대한 관심도 높은 것으로 볼 수

제2절 임신과 출산, 건강에 관한 생애사적 심층 분석

1. 연구 방법

가. 연구 주제의 명료화 단계

심층면접을 통하여 가임기 여성의 생애사적 건강관리와 관련한 건강생활 실천 및 보건의료적 정책 수요를 파악하기 위하여 연구자 간 주제를 합의하고 탐색되어야 할 영역에 대한 명료화 단계를 거쳤다. 연구자들의 주제 이해도 및 연구 방향이 어긋남이 없이 일치될 때까지 논의와 토론을 지속하였다.

나. 심층면접 질문의 구성

연구자들 간 심층면접 주제 합의 및 명료화를 바탕으로 심층면접 질문을 구성하였다. 질문은 심층면접에서 탐색하여야 하는 중요 영역 및 탐색 방향을 모두 포함할 수 있도록 하였으며, 심층면접 질문지 내에서 다수의 면접자가 면접을 진행하더라도 면접이 내용과 방향에서 유사한 방식으로 진행될 수 있도록 길잡이의 역할을 한다. 총 20개 주제 영역 165문항이 포함되었고, 주제 영역 내 문항 수는 1개부터 23개까지로 다양하였다(표 4-1 참조).

다. 생애 건강 그래프

생애 건강 그래프는 심층면접 참가자들의 일반 건강 및 생식건강, 건강 실천행동(음주, 흡연, 체중, 신체활동)의 히스토리를 파악하고 그에 맞는

심층 질문을 제시하기 위한 목적으로 조사되었으며, 현재 임신 및 출산과 관련한 내담자의 경험에 대한 맥락을 확인하기 위한 자료로 활용되었다. 이 그래프를 통하여 참여자들의 건강 변화에 따른 건강 실천행동의 변화 시기 및 동기 등을 확인할 수 있었다.

〈표 4-1〉 심층면접 문항 구성

번호	주제	포함 문항 수
1	심층면접자 신청 정보 확인	단일 문항
2	전체적 건강상태(현재 시점 기준)	6
3	여성으로서의 건강상태	9
4	산부인과 병원 방문	4
5	여성 생식건강관리에 대한 태도 및 실천	5
6	여성 생식건강관리에 대한 지식	4
7	청소년기부터 현재까지 생식건강과 관련한 지원의 내용	6
8	인프라 관련(보건의료 서비스 및 상담)	2
9	임신과 관련한 문제점	8
10	(임신·출산 경험자)임신·출산 경험	23
11	신체활동	12
12	비만, 저체중	10
13	음주자	16
14	흡연자	15
15	간접흡연자(현재 비흡연, 과거 흡연자 포함)	10
16	영양/식습관	12
17	배우자 건강 관련	9
18	원가족 관련	8
19	환경 및 사회적 타인의 영향	4
20	기타 제언	단일

생애 건강 그래프 작성 방법에 대하여 제시된 가이드라인은 아래와 같다.

- (1) 건강상태: 출생부터 현재까지 주요 질병 및 질환, 약물 복용 상태 등을 만 나이를 기준으로 그래프상에 기록하며, 전반적인 건강상태

의 좋고 나쁨 정도를 건강상 특이점이 있었던 시기를 중심으로 100점 만점을 기준으로 일반적 건강상태를 연결된 선의 변화로 표현하도록 하였다.

- (2) 성/생식건강: 현재까지 성/생식건강과 관련한 주요한 경험들(첫 월경, 첫 산부인과 방문, 첫 성관계 시기, 결혼, 임신, 유산, 출산, 여성 질환 등)을 그래프상에 기록하며, 성/생식건강상 특이점이 있었던 시기를 중심으로 100점 만점을 기준으로 성/생식건강상태를 연결된 선의 변화로 표현하도록 하였다.
- (3) 음주: 첫 음주 시작 시기부터 현재까지 평균적인 음주량의 변화를 주당 음주 횟수를 기준으로 연결된 선으로 그래프를 작성하도록 하고, 시기별 술의 종류 및 음주량도 함께 기록하도록 하였다. 이때, 음주 시작 및 절주, 금주의 동기나 이유도 함께 탐색하였다.
- (4) 흡연: 현재 및 과거 흡연자들의 첫 흡연 시기부터 현재까지 평균적인 흡연량의 변화를 표시하도록 하였다. 흡연량의 변화가 있는 시점을 중심으로 일일 평균 흡연량을 기록하도록 하였다. 이때, 흡연 시작 및 금연의 동기나 이유도 함께 탐색하였다.
- (5) 체중: 적어도 청소년기부터 현재까지 체중의 변화를 그래프상에 기록하도록 하였다. 이때 자신의 구체적인 체중을 밝힐 수 있는 경우에는 체중의 변화가 있었던 시기를 중심으로 그래프를 작성하도록 하였고, 체중을 밝히기를 원치 않는 참여자는 참여자의 자율적인 정보 제공의 의사를 존중하는 윤리에 따라 저체중, 정상체중, 과체중, 비만, 고도비만의 구분을 주어 대략적으로 표현하는 것을 허용하였다.
- (6) 신체활동: 적어도 청소년기부터 현재까지 신체활동의 수준(걷기, 가벼운 운동, 중강도, 고강도 운동 모두 포함)을 그래프상에 연결된

선으로 표현하도록 하였다. 주당 운동 일수를 기준으로 그래프를 작성하고, 신체활동의 변화가 있었던 시점을 기준으로 어떤 신체활동을 한 번에 몇 분간 했는지도 함께 기록하도록 하였다.

라. 심층면접 대상자

심층면접 대상자는 (1) 대한민국 국적의 만 19~44세 기혼 여성이며 (2) 최근 5년 이내 임신·출산 경험이 있고 자녀가 있거나 혹은 (3) 최근 5년 이내 결혼하여 아직 임신이 되지 않았거나 혹은 (4) 현재 임신 중으로서 출산을 앞두고 있는 자로 정의하였다. 면접 대상자를 위와 같이 표집한 이유는 결혼 이후 임신·출산을 기점으로 전후 시기에 여성들의 경험이 짧은 몇 해 동안이지만 극심하게 변화하며, 신혼기, 임신 준비기, 임신기, 출산기, 양육기 단계별로 개인의 건강에 대한 관심의 초점이 달라지기 때문이다. 양육기 여성들은 신혼기부터 양육기까지의 발달 단계를 모두 경험하였으나 각 단계의 회상을 통한 보고에는 한계가 존재할 수 있다. 질적 분석을 위한 면담에서는 “자신의 생생한 경험을 잘 표현할 수 있는 개인들이어야 한다(Creswell, 2010, p.175)”는 점을 고려하는 것이 중요하므로, 각 단계에 있는 여성을 고루 표집하는 것이 응답의 신뢰성을 확보할 수 있는 방법이라 보았다.

마. 심층면접 참여자 모집

심층면접 참여자 모집을 위하여 연구의 목적, 면접 기간, 소요 시간 및 사례금에 대하여 안내된 공지문을 2016년 7월 11일~17일에 걸쳐 가임기 여성들이 많이 방문하는 인터넷 포털 카페 2곳에 올렸다. 참여자 모집을 위한 인터넷 카페는 N포털에 개설된 카페 중 임신·출산 관련 메뉴가

활성화되어 있고, 회원 수가 200만 명 이상이며, 가장 활성화된 카페 등 급에 속하는 곳을 기준으로 두 곳을 선정하였다.

면접 참가 신청은 공지글에 링크된 웹 설문조사를 통하여 하도록 하였는데, 이 웹 설문은 Qualtrics라는 웹 설문 제작용 프로그램을 사용하여 구성되었고, 면접 신청자가 컴퓨터나 모바일을 통하여 링크에 접속하면 우선 연구의 목적에 대한 설명과 신청 절차에 따른 면접 계획이 안내되었다. 심층면접에 참여를 원하는 사람이 연구의 자발적 참여 및 참여자의 권리를 이해하였음에 동의한 경우, 심층면접 신청자가 자신의 연령, 거주지, 임신·출산 경험, 음주, 흡연, 체중에 관한 간략한 질문에 응답을 제공함으로써 심층면접을 신청하도록 하였다.

바. 심층면접 참여자

면접 신청 절차를 통해 총 43명이 심층면접 신청을 완료하였고, 이 중 신청자들이 제공한 기초적인 자료를 토대로 연구자가 본 연구의 대상으로 적합하다고 여겨진 대상자 20인을 최종적으로 선정하였다. 심층면접 참여자의 기본 정보는 <표 4-2>에 제시되었다.

참여자는 모두 기혼 여성이었으며, 연령은 만 28~39세($M=32.40$, $SD=3.03$)로 나타났다. 결혼 연도는 2009년부터 2015년까지로 다양하였으며, 자녀가 있는 여성이 10명(50.0%)이고, 아직 자녀가 없는 여성이 10명(50.0%)이었다. 자녀가 있는 10명의 여성 중 9명은 한 명의 자녀가 있다고 답하였고, 이 중 한 명은 두 자녀를 출생하였다고 보고하였다. 임신 성공까지 소요된 기간은 6개월 이내부터 5년 이상까지 다양한 분포를 보였고, 현재 자녀가 없는 사람의 경우 임신을 준비하고 있는 기간은 1개월부터 48개월까지 분포하고 있었다.

〈표 4-2〉 심층면접 참여자 현황

구분	면접 형식	연령	결혼 시기	출연	음주	체중	출산 여부	현재 자녀수	출산 연도	임신 성공까지 기간	임신 시도 기간 (무자녀)	기계 수립	근로 구분	학력	(여성 생식건강 관련 증상) 건강 히스토리 세부 내용
참여자 1	1:1	30	2013	비흡연	현재 음주	과 체중	유	-	-	-	9개월	중상	시간제	대학원 이상	- 결혼 후 3년간 임신되지 않음 - 2013 배우자 무정자증 진단 후 배우자 수술 - 2013 비배우자 공여로 시험관 시도 - 2013 자궁근종 발견 - 2014 쌍생아 임신, 출산(34주, 조산)
참여자 2	1:1	37	2009	비흡연	과거 음주	정상 체중	유	2	2014	5년 이상	-	중	전업 주부	대졸	- 2012 자궁근종 발견 - 2016 배란 유도제 복용 시작
참여자 3	1:1	32	2014	현재 흡연	현재 음주	고도 비만	무	-	-	-	48개월	중	전업 주부	대졸	- 18세 다낭성 난소증후군 진단 - 2012 인공수정 7회 시도 - 2013 난관 절제 수술 - 2013~현재 시험관 12차 시도
참여자 4	1:1	34	2014	과거 흡연	현재 음주	저 체중	무	-	-	-	1개월	중	시간제	대학원 이상	- 13세 착착륙만능 - 2012 자궁기형증 진단 - 2014 자궁경부암 초기 의심 수술
참여자 5	1:1	34	2013	과거 흡연	현재 음주	저 체중	유	1	2014	6개월 이내	-	중	전업 주부	대졸	- 정상 임신 및 출산
참여자 6	1:1	30	2013	비흡연	현재 음주	정상 체중	유	1	2015	6개월 이내	-	중	시간제	대졸	- 청소년기부터 잦은 생리 불순 - 2012년 뇌종양 수술 - 2013 다낭성 난소증후군 진단 - 2015 정상 임신, 출산

구분	면접 형식	연령	결혼 시기	출연	음주	체중	출산 여부	현재 자녀수	출산 연도	임신 성공까지 기간	임신 시도 기간 (무자녀)	기대 수입	근로 구분	학력	(여성 생식건강 관련 중위) 건강 히스토리 세부 내용
참여자 7	집단	30	2012	비흡연	과거 음주	정상 체중	유	1	2016	6개월 이내	-	중상	전일제	대졸	- 정상 임신 및 출산
참여자 8	집단	28	2015	비흡연	비음주	정상 체중	예정	-	-	6개월 이내	-	중상	전일제	대졸	- 2007년 다낭성 세포종후군 진단 - 정상 임신, 출산 예정
참여자 9	집단	28	2015	비흡연	현재 음주	정상 체중	예정	-	-	-	16개월	중	전일 주부	대졸	- 20대부터 잦은 질염 경험 - 2015 나팔관 조영술, 배란일 맞추기 위한 호르몬 약 복용 - 2016 정상 임신, 출산 예정
참여자 10	집단	35	2010	과거 흡연	과거 음주	정상 체중	유	1	2015	2~3년 이내	-	중	시간제	대학원 이상	- 2005 자궁내막증 수술 - 2014 시험관 시술 1회로 임신 후 출산 - 2015 노산 염려로 출산 3개월 후 시술 1회 시도 후 임신, 출산 예정
참여자 11	집단	39	2012	비흡연	현재 음주	저체중	유	1	2013	7~12개월 이내	-	중하	전일 주부	대졸	- 2012 업무 과다 및 스트레스로 인한 계류유산 - 2013 저체중아 출산 - 2014~현재 임신 시도
참여자 12	집단	32	2015	비흡연	현재 음주	과체중	유	1	2016	6개월 이내	-	중	전일제	대학원 이상	- 정상 임신 및 출산
참여자 13	집단	31	2014	비흡연	과거 음주	저체중	예정	-	-	1~2년 이내	-	중상	전일제	대졸	- 2년여 시도 끝에 임신, 출산 예정
참여자 14	집단	36	2015	비흡연	현재 음주	비만	무	-	-	-	11개월	중하	전일제	대졸	- 2015 자궁경부암 이형형증 진단 - 현재 임신 시도 중

구분	면접 형식	연령	결혼 시기	출연	음주	체중	출산 여부	현재 자녀수	출산 연도	임신 성공까지 기간	임신 시도 기간 (무자녀)	기계 수입	근로 구분	학력	(여성 생식건강 관련 중년) 건강 히스토리 세부 내용
참여자 15	집단	34	2015	비흡연	과거 음주	과체중	무	-	-	-	10개월	중하	전업 주부	대졸	- 현재 임신 시도 중 - 과도한 업무가 임신에 방해가 될 것이라 예상하여 퇴직 - 청소년기부터 생리 불순 심함 - 결혼 후 산부인과 1.5년, 난임병원 1.5년가량 다니며 임신 시도 - 2014 난소 물혹 제거 수술 - 2015 시험관 시도 실패 - 2016 자연임신, 출산 예정
참여자 16	집단	30	2013	과거 흡연	과거 음주	과체중	예정	-	-	1~2년 이내	-	중상	시간제	대졸	- 정상 임신 및 출산 - 둘째 자녀 임신 계획 - 2012 다낭성 난소증후군 진단 후 난임 치료 시작 - 배란 유도제 인공수정, 시험관 수술 - 2015 임신을 위하여 남편 권유로 퇴사
참여자 17	집단	29	2013	비흡연	현재 음주	과체중	유	1	2014	6개월 이내	-	중상	전업 주부	대졸	- 정상 임신 및 출산 - 둘째 자녀 임신 계획 - 2012 다낭성 난소증후군 진단 후 난임 치료 시작 - 배란 유도제 인공수정, 시험관 수술 - 2015 임신을 위하여 남편 권유로 퇴사
참여자 18	집단	34	2012	비흡연	과거 음주	정상 체중	무	-	-	-	40개월	중하	전업 주부	대졸	- 정상 임신 및 출산 - 2010 첫 자녀 정상 임신, 출산 - 2013 둘째 임신하였으나 업무 과다로 계류유산 - 2013 난임 치료 시작 - 2014 감상산기능저하증 진단 - 2016 둘째 자녀 임신, 출산 예정
참여자 19	집단	34	2011	비흡연	비 음주	과체중	유	1	2012	6개월 이내	-	중	전업 주부	대졸	- 정상 임신 및 출산 - 2010 첫 자녀 정상 임신, 출산 - 2013 둘째 임신하였으나 업무 과다로 계류유산 - 2013 난임 치료 시작 - 2014 감상산기능저하증 진단 - 2016 둘째 자녀 임신, 출산 예정
참여자 20	집단	31	2010	비흡연	과거 음주	정상 체중	유	1	2012	3~4년 이내	-	중	전일제	대졸	- 정상 임신 및 출산 - 2010 첫 자녀 정상 임신, 출산 - 2013 둘째 임신하였으나 업무 과다로 계류유산 - 2013 난임 치료 시작 - 2014 감상산기능저하증 진단 - 2016 둘째 자녀 임신, 출산 예정

이 중 비흡연자는 15명, 과거 흡연자는 4명, 현재 흡연자는 1명이었으며, 음주와 관련하여 전혀 술을 마시지 않는 사람이 2명, 과거에는 음주를 하였으나 현재 금주하는 대상이 8명, 현재 음주를 하는 대상이 10명으로 나타났다. 현재 자신이 저체중이라 보고한 참여자는 4명, 정상체중 8명, 과체중은 6명이었고, 비만과 고도비만도 1명씩 분포하였다. 가계 수입은 중하~중상 범위에 분포한다고 보고하였으며, 근로 형태는 전업주부가 9명, 시간제 근로자가 5명, 전일제 근로자가 6명이었다. 마지막으로 학력은 대졸이 16명, 대학원 이상의 학력이 4명이었다.

사. 자료 수집 방법 및 절차

심층면접의 형식은 면 대 면 인터뷰(6인)와 최소 2인~최대 4인이 한 집단인 포커스그룹 인터뷰(14인)가 동시에 진행되었다. 면접에 소요된 시간은 한 세션당 2~3시간이었다. 모든 참여자에게 면접 전 연구 설명과 함께 참여자의 권리 및 녹음에 대한 동의, 개인 정보 및 녹취록의 사용과 면접 사례비 지급에 대한 설명을 제공하여 동의서에 서명을 받았고 면접의 내용은 녹취하였다. 면접은 참여자들의 거주 지역 근처에 위치한 스터디 룸이나 카페 등에서 진행되었다.

면접은 반구조화된 심층면접 질문을 바탕으로 진행되었고, 면접을 통한 자료 수집을 진행하면서 초반 면접에서 도출된 의미가 있거나 반복적으로 나타나는 핵심적인 범주를 중심으로 후반 면접에서는 초점을 수렴하는 방식으로 이루어졌다. 기본적으로는 생애 건강 그래프의 작성을 선행하여 면접 참여자 개개인의 일반 건강 및 생식건강, 건강생활 실천의 변화의 흐름을 면접자가 면접 초반에 확인하였고, 이를 바탕으로 개인의 건강 실천행동에서 해당 사항이 있으며 응답하기 적절한 심층면접 질문

을 선택하여 질문하였고, 더욱 명료한 진술문을 확보하기 위한 구체적인 추가 질문들 또한 이루어졌다.

아. 자료 분석 방법

자료 분석을 위하여 근거이론 분석을 사용하기 위한 Strauss와 Corbin(1998)의 절차를 적용하였다. 우선 면 대 면 면담에서 녹음된 자료를 바탕으로 축어록을 작성하였고, 이를 토대로 1차적으로 코딩을 시작하였다. 이 1차 코딩에서 도출된 내용을 바탕으로 집단면접에서는 이와 유사한 내용들이 또 진술되는지를 확인하거나 또는 새로운 질문들을 하여 추가적인 내용이 있는지를 확인하는 절차가 이어졌다.

Strauss와 Corbin(1998)의 절차를 따라 면접에서 도출된 내용들의 개방코딩(open coding), 축코딩(axial coding), 선택코딩(selective coding)을 거쳤다. 그 후에 ‘핵심 범주’를 도출하고 그들 간의 관계를 나타내는 패러다임 모형을 적용하는 과정이 이루어졌다. 명명화 단계에서는 본 연구진 2인이 우선 명명화 작업을 진행하였고, 이후 근거이론 방법을 사용한 질적 분석에 충분한 경험이 있는 심리학 박사 2인이 범주 및 명명화의 타당성 및 패러다임 모형을 찾는 축코딩 및 선택코딩에 참여하여 자문 및 논의 과정을 함께하였다.

개방코딩은 면담에서 드러난 개념들을 찾아내고, 이러한 개념들을 비슷한 속성끼리 유사하게 분류하여 범주화하는 과정으로 볼 수 있다. 이러한 과정을 거치면 방대한 양의 자료들이 관리할 수 있는 규모로 축소되고 정리되며 서로 유사한 내용끼리 묶어내는 것이 가능해진다.

다음 단계에서 이루어지는 축코딩은 개방코딩에서 범주화된 개념들 간의 관계를 검증하고, 범주나 하위 범주들을 새로운 방식으로 결합시키는

것이다(Strauss and Corbin, 1998). 축코딩에서는 인과적·맥락적·중재적 조건과 중심현상, 작용·상호작용 전략, 결과의 6가지 범주에 따라 개념들을 분류하게 되는데 이 6가지 범주들은 이론적인 틀이나 체계를 의미하는 패러다임 모형(Paradigm model)의 구성 요소가 된다.

마지막으로 선택코딩은 가장 중심이 되는 핵심 범주를 선택하고, 이론을 통합시키면서 정교화하는 단계를 의미하며, 핵심 범주를 둘러싼 다른 하위 범주들과의 관계가 잘 구축되도록 하는 것이다.

2. 연구 결과

본 연구에서는 결혼 이후 임신 성공 및 출산까지의 기간과 첫 아이 출산 이후 기간의 두 시기를 구분하여 각각의 패러다임 모형을 도출하였다. 첫 번째 패러다임은 임신 준비에서 출산까지의 기간이며 여성 개인이 생애 건강관리를 통하여 성공적인 임신과 출산에 이르기까지의 과정을 나타내는 것으로 볼 수 있다. 이 과정은 결혼 후 자녀를 계획하고 임신을 준비하며 임신과 출산에 성공하기까지의 기간을 의미하는 것이다. 두 번째 패러다임은 자녀를 출산한 이후 자녀를 기르며, 자녀를 기르는 동안 지속적으로 여성 건강을 관리하고, 또 다른 자녀 출산을 계획 준비하는 과정을 나타낸다. 여성들은 한 자녀를 출산한 이후에도 다른 자녀 임신 및 출산을 고려할 수 있으므로 이 시기에도 지속적인 여성 건강관리가 중요한데, 이 시기는 출산과 양육으로 인한 변화로 첫아이를 임신·출산하는 과정과는 또 다른 경험이 생겨나게 됨을 발견하였다. 따라서 본 연구의 결과는 가임기 여성의 생식건강관리 및 출산에 대한 경험들을 첫 출산을 기점으로 두 개의 패러다임 모형으로 구분하여 제시하고자 한다. 단 첫 번째 패러다임은 일반적인 임신과 출산 과정에서 첫 출산이 아닌 경우라도

임신·출산 과정에서 공통적으로 경험할 수 있는 내용들을 범주화하였고, 두 번째 패러다임에서는 한 자녀 이상 출산한 여성들의 출산 이후의 특수한 상황에 국한된 내용들을 범주화하여 정리하였다.

가. 첫 번째 패러다임의 자료 범주화 및 범주 분석

개방코딩을 통해 아래 <표 4-3>과 같이 55개 하위 범주와 22개의 범주가 도출되었다. 구체적인 결과는 다음과 같다.

<표 4-3> 패러다임의 자료 범주화

패러다임	범주	하위 범주
인과적 조건	좋지 않은 건강상태	- 부인과 질환 및 이상 - 부인과 질환 외 신체 건강의 문제 - 난임 시술로 인한 신체적, 심리적 건강의 악화
	생식건강 관리 부족	- 자신의 부인과 질병을 확인/관리하지 못함. - 산부인과 병원 방문을 미룸.
	건강 실천 및 관리 부족	- 적절한 신체활동을 하지 않음. - 음주/흡연을 지속함. - 무리한 다이어트/불균형한 영양 섭취
	나이	- 노산기의 진입
중심 현상	임신의 지연 및 어려움	- 임신의 어려움을 겪음. - 임신을 위하여 예상보다 오랜 기간이 소요됨.
	질병 및 질환에 대한 염려	- 현재 건강상태가 임신에 부정적 영향을 미칠 것에 대한 걱정 - 현재 건강상태가 임신 시 통증/부작용을 일으킬 것에 대한 걱정
	임신 지연으로 인한 스트레스	- 임신이 되지 않는 것에 대해 조급함을 느낌 - 임신이 되지 않아 주변 사람의 눈치를 봄.
맥락적 조건	지식의 부족	- 여성으로서 자신의 몸에 대한 지식 정도 - 여성 생식력을 높이는 건강태도 실천에 대하여 잘 알지 못함. - 음주/흡연이 여성 건강에 미치는 영향을 알지 못함. - 연령별 건강 체크 필요 항목을 알지 못함. - 임신 준비를 위한 생식건강 점검의 필요성을 알지 못함.
	제한적인 성교육	- 피상적인 성교육 내용 - 피임에 집중된 성교육 초점

132 보건의료와 출산 간의 연계성에 관한 거시-미시 접근

패러다임	범주	하위 범주
	여성 건강에 대한 지지 자원	- 여성 관련 질환에 대하여 상의/도움을 요청할 대상이 충분치 않음. - 또래 및 부모의 경험 공유 및 지지
	산부인과 진료에 대한 부정적 경험	- 산부인과 진료 과정에 대한 막연한 불편감 및 부담 - 산부인과 진료 과정에서 느끼는 불편감 - 산부인과 진료 비용에 대한 부담
	혼전 검진	- 혼전 검진(산전 검사) 홍보 부족 - 검사 비용의 부담 - 생식건강 점검하기에 늦은 시기에 지원됨.
	사회적 인식 및 제한	- 업무 과중 및 과로 - 술을 권하는 사회적 분위기 - 여성의 체형에 대한 높은 기준 부과
작용/ 상호작용 전략	정보 수집	- 임신에 도움이 되는 정보를 수집 - 임신/출산 유경험자를 통한 성공적 사례 수집
	건강 향상을 위한 노력	- 절주/금연 - 신체활동을 증가시킴 - 균형적인 영양 섭취 - 건강 보조식품
	전문적 도움	- 출산 전문 병원으로 옮김 - 난임 치료 및 시술 - 병원 쇼핑
중재적 조건	신뢰성 있는 보건의료 정보원의 부족	- 임신·출산과 관련한 정보원 부족 - 여성 생식건강관리에 대한 정보원 부족
	국가 및 지자체의 지원	- 국가 및 지자체 제공 서비스 수혜
	가임기 여성을 위한 진료 시스템	- 임신 가능성에 대한 의료진의 인지와 보호 부족 - 병원 진료과 간 연계 진료의 어려움 - 임신 및 난임자 전문 인프라의 부족
	주변 타인의 임신/출산에 관한 인식 및 태도 부족	- 임신 준비에 대한 배우자의 수동적 태도 - 배우자를 포함한 남성의 임신 관련 지식/인식의 부족과 편견 - 난임 원인이 남성에게 있을 가능성에 대한 방어적 태도 - 난임에 대한 사회적 인식 부족 및 일자리에서의 차별
	임신 및 임신 유지를 위한 비용 부담	- 임신 후 출산까지 비용의 부담 - 난임 시술 및 유지 비용의 부담
결과 및 가능	임신/출산	- 임신 성공 - 출산

1) 중심현상

중심현상은 연구의 주된 관심 문제로 연구 참여자의 관심 속에 있는 주요한 고민이나 문제를 의미하는 것이다(최귀순, 2005).⁵⁴⁾ 본 패러다임에서의 중심현상은 결혼 이후 임신을 시도하는 과정에서 임신이 원하는 시기에 바로 성공하지 못하는 ‘임신 지연 및 어려움’, 현재 건강상태가 임신 및 임신 과정에서의 통증이나 부작용에 영향을 미칠 것을 걱정하는 ‘질병 및 질환에 대한 염려’, 그리고 임신이 예상한 것과 달리 쉽게 이루어지지 않는 상황에서 경험하게 되는 ‘임신 지연으로 인한 스트레스’로 나타났다. 참여자들은 결혼 후 대부분 원할 때 임신이 가능하다는 생각을 가지고 있다가 실제 임신을 시도하게 된 단계에서 임신이 바로 되지 않는 경험을 하고, 지속적으로 임신 시도가 실패하는 경우를 중심현상으로 보고하였다. 이러한 과정들을 겪으며 참여자들은 조급함을 느끼거나, 임신이 되지 않는 것에 대하여 배우자나 양가 부모님 등의 눈치를 보게 되면서 그 과정에서 스트레스를 경험하게 된다고 보고하였다. 또한 임신이 자신의 삶이나 건강에 미칠 영향에 대하여 걱정하거나 자신의 건강이 임신에 미칠 부정적 영향을 걱정하기 때문에 임신 자체를 미루거나 시도하지 않는 중심현상도 하나의 범주로 확인되었다.

생리주기가 딱딱 맞으니까 나는 언제든 임신이 가능하다 생각하고 애를 가져야지 하면 바로 애가 들어설 줄 알았죠.(참여자 10)

(임신이) 쉬울 줄 알았던 것 같아요. 적어도 이렇게 돈을 들여서 날마다 어느 정도(난포가) 자랐는지 병원에 보러 가고 그걸 확인하게 될 줄은 몰랐거든요. 나이도 별로 안 되고, 남편도 나이가 많지 않은데 생각보다 잘 안 되니까 좀 조급해지고, 먼저 임신

54) 최귀순(2005). Strauss와 Calsser의 근거방법이론 비교. 정신간호학회지 14(1), p.84.

한 친구들 이야기 듣고 하면은 나도 돼야 하는데 왜 안 될까 계속 걱정도 되고, 계속 안 되면 어떻게 하지 이런 마음도 좀 들더라고요.(참여자 2)

임신을 하게 되면 임신 유지 기간 동안 제가 가지고 있는 (자궁)기형종이나 (척추)측만증이 임신 유지하는 데 나한테 어떤 어려움을 줄까. 임신 기간 중에 그런 부분에 대해서 어떻게 도움을 받아야 하는지. 배가 커지면 살도 찌고 배도 무거워지면 척추를 누르는 하중이 있으면 통증이 동반이 될 거고요. 임신 기간에 힘들 것들이 걱정이에요.(참여자 4)

2) 인과적 조건

인과적 조건은 중심현상이 발생하거나 발전하도록 만들거나 영향을 주는 사전의 사건이나 일로 구성되는 것이기 때문에 중심현상이 발생하는 이유에 대한 조건을 의미한다. 가임기 여성들이 임신·출산을 준비하는 과정에서 중심현상의 인과적 조건들은 임신 이전 개인이 가지고 있는 ‘좋지 않은 건강상태’, ‘생식건강의 관리 부족’, ‘건강관리 실천 및 관리 부족’, ‘나이’ 등으로 나타났다.

우선 ‘좋지 않은 건강상태’ 범주에서는 기존에 자신의 체력이나 체질과 관련한 내용부터, 개인이 보유하고 있는 질병이나 질환이 임신 의도 및 임신 성공에 영향을 주고 있다는 인식, 부인과 질병이나 질환과 관련하여 자궁근종이나, 다낭성 난소증후군 등과 같은 이상을 가지고 있는 경우 이러한 내용이 임신을 어렵게 하거나 방해가 되고 있는 직접적인 원인으로 인식하였다. 또한 중심현상과 순환적인 관계를 가지고 있기는 하지만, 임신이 어려워 난임 치료를 받는 과정에서 악화된 건강 또한 임신 성공에 장애가 되는 요인으로 보고되는 것을 확인할 수 있었다.

난임이라 시험관 하느라 호르몬 주사를 맞으면 부어요. 과배란하면서 3~4kg씩 찌더라고요. 한 번 할 때마다 5kg, 이렇게 찌고, 운동을 해서 빼야 되는데 마음이 급하다 보니 살이 계속 찌게 된 거죠. 임신 시도하면서 몸도 많이 안 좋아졌지만 우울증도 오고.(참여자 3)

첫째 아이를 친정의 힘을 빌려 기르며 일을 하다 보니까 친정 근처로 이사를 하게 되었어요. 출근 시간만 두 시간 그리고 집에 와서 살림하고 했는데 2년 정도 계속되니까 확실히 몸 건강상태가 일과 육아를 같이 하면서 무리가 갔고요, 그러면서 몸이 많이 안 좋아졌죠. 갑상선 질환 발견되었었고요, 그 뒤로 약물 복용하고 있는데, 갑상선 저하증 오면서 임신을 하기가 좀 어렵더라고요.(참여자 20)

‘생식건강관리의 부족’ 범주는 산부인과를 방문하는 것을 미루거나 가벼운 증상이라고 대수롭지 않게 생각해서 자신의 부인과 질병이 있더라도 빨리 발견하지 못하거나, 증상에 대한 적절한 관리가 이루어지지 않는 경우들이 많은 참여자들에게서 보고되었다. 참여자들은 청소년기부터 임신에 이르기까지 적절한 시기에 제대로 병원에 방문하여 치료, 관리하지 않았던 것이 임신을 더 어렵게 하는 원인이 되었을 가능성이 있다는 점을 인식하고 있는 것으로 나타났다.

진짜 심각한 아픔이 있는 게 아닐까 하는 걱정이 있어서 괜히 무서워서 병원에 더 못 가는 것도 있어요. 특별하게 제가 이상 증상을 안 느끼면 병원은 안 가자는 주의라서 산전 검사도 그냥 안 받았어요. 그러다가 임신해서 병원에 처음 갔는데 위험했던 생각이지요.(참여자 13)

저는 생리 불순이 되게 길었거든요. 1년에 많이 해야 3번. 그런데 그거를 심각하게 받아들이지 않았고 어릴 때부터 뜨문뜨문 했으니까. 언젠가는 하겠구나, 솔직히 말해서 안 하니까 편하다, 그런 생각까지 갖고 있었는데, 그러고서 임신하려다 보니까 생리를 해야 뭐가 되는데 그제야 병원 가니까 물혹이 생긴 것도 그때 알았고. 그런 것에

경각심을 갖고 병원 다녔으면 이렇게 고생을 있는 대로 안 해도 됐고 훨씬 빨랐겠죠.(참여자 16)

‘건강관리 실천 및 관리 부족’ 범주에서는 평소 적절한 운동을 하지 않거나, 음주와 흡연을 지속하는 경우들도 나타났다. 또한 무리한 다이어트로 인하여 건강을 해치거나, 건강한 식습관이나 영양 섭취에 신경을 쓰지 않는 등의 생활습관들이 지속되는 경향성을 보고하는 참여자들이 많았다. 참여자들은 임신을 준비하는 단계에서 대부분 건강관리에 대한 관심이 높아지고 건강행동을 실천하는 경우들이 많아졌지만, 결혼과 함께 임신에 대하여 직접적으로 계획하지 않는 시점에서는 건강한 임신·출산과 건강생활 실천의 관계에 대하여 생각하기 어려웠음을 보고하는 예가 많았다.

임신 준비하면서 더 신경 쓰게 되고 걷기 좋다고 해서 헬스장도 끊었어요. 그 전에는 건강한 생활을 하고 술 안 마시고, 잘 챙겨 먹고 이런 게, 시기적으로 임신·출산과는 먼 시기니까 그렇게 많이 와 닿지는 않았을 것 같아요. 직접적으로 열심히 실행에 옮기거나 하지는 않았을 것 같아요. 이게 급하거나 이런 상황은 아니라고 생각해서...(참여자 1)

마지막으로 ‘나이’ 범주에서는 노화가 진행되고 생물학적으로 건강한 출산을 할 확률이 줄어드는 노산의 연령에 진입하는 것이 중심현상을 유발하는 인과적 조건으로 확인되었다. 참여자들 중 자신의 나이가 한 살 한 살 더 많아짐에 따라 임신이 더욱 어려워지는 것에 대하여 인식하고 있었고, 이로 인해 불안과 조급함이 증가한다고 보고하기도 하였다.

3) 맥락적 조건

맥락적 조건은 중심현상에 영향을 미치거나 이러한 현상을 만들어내는

특수한 상황이나 조건을 의미하는 것이다. 가임기 기혼 여성들의 심층면접 결과 중심현상에 영향을 미치는 맥락적 조건들은 ‘지식의 부족’, ‘제한적인 성교육’, ‘여성 건강에 대한 지지 자원’, ‘산부인과 진료에 대한 부정적 경험’, ‘사회적 인식 제한’ 그리고 ‘혼전 검진’의 범주로 나타나는 것을 확인할 수 있었다.

우선 ‘지식의 부족’은 여성들이 자신의 생애 건강 및 생식건강을 관리하거나 유지하는 데 중요한 보건의료적인 지식들을 알지 못하기 때문에 적절한 건강생활을 실천하지 못하고 이것이 임신의 어려움이나 스트레스로 연결되는 조건들이었다. 청소년기부터의 건강관리가 가임기 여성의 건강을 관리하기 위하여 선행되어야 함에도 불구하고 여성으로서의 자신의 몸에 대한 지식이 부족하여 적절하게 대응하지 못함을 보고하였다. 가령 여성으로서 자신의 몸이 경험할 수 있는 다양한 변화들이 자연스러운 것인지 또는 문제가 되는 변화인지를 구별하지 못하기 때문에 문제 상황인 경우에도 이에 대한 적절한 대응을 하지 않거나 반면 문제가 되는 상황이 아닌데도 걱정하게 되었던 경험을 보고하였다.

그 당시에는 배란 점액? 이런 게 익숙하지 않아서 왜 뭐가 나오지? 이런 고민은 있었던 것 같아요. 그런데 그게 그렇게 문제가 되거나 할 것 같지는 않아서 고민이 되더라도 물어보지는 않았고요.(참여자 2)

무월경이 아홉 달 동안 지속된 뒤에 병원을 갔어요. 스트레스 때문에 그랬겠거니 생각하다가 사는 게 너무 바빠서 얼마 동안 안 했더라 따져 보니 8~9개월 동안 안 했어서 생각이 나서 가고 그랬죠. 20대 초반이었으니까 임신이랑 연관성을 생각을 안 했고, 생리 안 하면 좋지 하고 쉽게 생각했던 것 같아요. 보통 사람들은 증상이 악화되고 나서 겪고 나서 병원 가고 하잖아요. 미리 좀 알았으면 좋았을까 하는 생각이 들었어요. (참여자 18)

또한 생식력을 높이는 건강태도가 무엇인지 잘 알지 못하기 때문에 그에 대한 실천이 어려운 예나, 음주/흡연 및 적절한 신체활동 및 영양 섭취가 여성의 생식력에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 지식이 매우 부족하다는 것을 확인할 수 있었는데 참가자들에게서 임신을 본격적으로 준비하는 시기나 임신 이전에는 흡연과 음주를 지속하는 것이 자신의 생식건강에 미치는 영향이 없거나 적다는 응답도 종종 나타났다. 또한 균형적인 영양 섭취 및 운동이 건강한 임신·출산에 긍정적 영향을 미친다는 연관성에 대하여 알지 못하거나 영향이 없다는 응답이 빈번하게 확인되었다.

임신하기 전에 관리는 (건강한 임신·출산 여부와) 관련 없다고 생각해요. 저뿐만 아니라 주변에도 술도 못 먹고 담배도 못 피우고 이런 사람들도 자궁벽이 두껍다 어떨다 해서 임신 못하는 사람이 있거든요. 제가 봤을 때 그런 거는 선천적으로 타고나는 게 있는 것 같고 운동 부족도 관계없는 것 같고, 근데 비만은 잘 안 되는 것 같고요, 영양소를 잘 따져서 먹는 편도 아니라서 (그래도 임신 잘되었으니) 그렇게 관계없는 것 같아요.(참여자 5)

음주는 과음하지만 않으면 상관없는 것 같아요. 술 먹고도 하도 애 잘 가지는 사람 많이 봐서.(참여자 7)

또한 어느 시기에 어떤 검진이나 체크가 필요한지, 언제부터 어떤 방법으로 생식건강에 대하여 확인하고 관리하는 것이 필요한지에 대하여 구체적으로 알고 있다고 응답한 참가자가 없어 지식 부족에서 기인한 여성 건강의 관리 부족 현상을 확인할 수 있었다.

이러한 지식의 부족과 유사한 범주로 ‘제한적인 성교육’의 문제를 지적하는 경향이 두드러지는데, 많은 참여자들이 공통적으로 청소년기부터 제대로 된 성교육을 받은 경험이 없다는 것에 대한 문제점을 보고하였다. 성교육 자체가 피상적이고 실제적으로 여성 건강을 증진하는 데 도움이

되지 않았음을 이야기하였으며, 성교육이 빨라지는 초경 및 첫 성 경험과 같은 현재 사회의 변화를 반영하지 못하고 있음을 지적하였다. 또한 성교육에 있어서도 주로 청소년 임신의 위험성이나 피임의 방법들을 교육하는데 초점을 두고 있기 때문에 알게 되는 지식 또한 피임에 대한 것이 대부분이지 여성의 생식건강을 위한 관리와 같이 중요한 부분은 정확히 배울 수 없었다고 보고하였다.

좀 더 여성 질환에 대해 많이 정보도 알고 그랬으면 산부인과 가거나 건강관리를 더 빨리 시작했을 것 같아요. 저희 때는 중학교는 가정 시간에 잠깐, 고등학교 때 시청각 자료 외에는 성교육을 받은 적이 없는 것 같아요. 또 성인이 되어서도 성교육을 받은 적은 없고 자신이 직접 자료 등을 찾아서 알게 되는 것이기 때문에 교육이 실질적으로 이루어졌으면 좋았을 것 같아요.(참여자 14)

성교육도 청소년 때 들었던 게 무조건 성관계는 결혼하고 해야 된다, 너네 낙태가 얼마나 무서운 줄 아니 딱 그 정도의 수준인데 사실 요즘 현실하고 너무 떨어지는 이야기잖아요. 차라리 생리통이 심할 때 어떤 어떤 방법을 하면 좋고, 이런 때 어떤 대처를 하는 게 좋고 이런 교육을 하는 게 되게 필요할 것 같거든요. 성교육도 사실 자신의 몸과 건강에 대한 부분이잖아요. 그런 부분이 전혀 제대로 되고 있지 않으니깐. 인터넷 검색만 하지만, 또 틀린 정보도 많잖아요.(참여자 10)

청소년기나 미혼일 때 관심사는 오히려 아이 가지면 안 된다, 피임이 더 관심사지 나의 건강을 어떻게 관리해야 된다 그런 생각은 아예 없었던 것 같아요. 내가 불임일 수도 있지 않을까 이런 생각을 하는 사람은 없고, 내가 애를 가지면 안 되는데 실수하면 안 되는데 그런 정도. 아예 신경을 안 쓰니까 어떤 면의 관리가 필요했었음지도 모르는 것 같아요. 예전부터 관리하는 게 중요하고 아래를 따뜻하게 하는 게 중요하다 하는 거를 배워야지, 요즘은 너무 스킨진 입고 짧은 거 입고 그러니까 사실 자궁건강에 안 좋은 환경은 더 늘어나고 있는 것 같고 애들은 관리의 필요성도 잘 못 느끼고.(참여자 17)

여성의 생식건강관리에 대한 지식도 부족하고, 그에 대한 교육 또한 실효성이 없는 상황에서 여성의 건강한 임신을 어렵게 하는 또 다른 맥락적 조건은 ‘여성 건강의 지지 자원’ 범주로 나타났다. 여성 생식건강에 관해 궁금한 점이 있거나 도움을 받아야 하는 상황이 발생하더라도 이때 도움을 받을 수 있는 대상이 주변에 부재하는 것이다. 가장 가까운 대상으로서 어머니가 청소년기부터 생식건강에 대하여 조언을 주거나 문제가 생겼을 때 적절하게 처치할 수 있도록 도움을 주는 대상인 것으로 나타났지만, 어머니와 성과 관련된 내용을 이야기하는 것 또한 자연스럽게 쉽지는 않았다고 보고하는 경우가 많았다. 또한 또래들과 고민을 나누는 것도 알고 있는 지식이 자신보다 훨씬 많거나 하지 않았기 때문에 한계가 존재하였다.

반면, 생식건강과 관련하여 보건의료적 지식이 있는 친지가 있거나, 어머니가 적극적으로 생식건강과 관련한 불편감에 대처하여 도움을 준 경우 또는 자신과 유사한 문제를 경험한 또래가 산부인과에 방문하거나 치료받았던 경험을 공유했던 경우에는 생식건강에 문제가 생겼을 때 더욱 빨리, 거부감이 없이 이에 대처할 수 있도록 긍정적으로 작용함을 알 수 있었다.

고등학교 때 월경이 너무 불규칙해서 너무 주기가 빨라서 산부인과를 처음 갔던 것 같아요. 엄마가 그래서 산부인과에 데려갔던 것 같고, 그때는 가면 약 처방해 준다는 것을 알았어요. 사촌 언니도 산부인과에서 약을 처방받아서 생리주기를 맞췄다고 이야기해 줬기 때문에, 그리고 그걸 먹어야 네가 편하다 이야기를 들어서 성인들이 하는 그런 검사를 할 거라는 공포는 없이 갔었죠.(참여자 4)

산부인과는 여자라면 누구나 갈 수 있는 거지만 그거를 20살도 안 되는 애가 간다고 하면, 주변에 가본 친구 아마 단 한 명도 없을 것 같아요. 막연한 환상만 가지고 있었던 것 같아요. 가면은 무서울 것만 같고 ‘초음파’라는 거는 알았는데 어

떨게 하는지도 모르고 그런 게 있다고만 알고.(참여자 3)

앞에서 살펴본 바와 같이 생식건강을 관리함에 있어 청소년기부터의 지지와 경험의 공유가 있다면 문제가 있을 경우 적절한 시기에 필요한 의료적인 대처를 할 수 있게 되는 것으로 나타난다. 그러나 대부분의 여성들은 산부인과에 방문하는 것 자체가 특히 청소년기에는 적절치 못한 것으로 보이는 것에 대한 부담감과 성인이 되어서도 산부인과 진료 과정에 대한 심적인 부담이나 주변 시선에 대한 걱정 등으로 산부인과에 방문하는 것을 전반적으로 불편해하는 태도를 보였다.

고등학교 때 3개월간 생리가 계속 멈추지 않고 하혈을 한 거예요. 엄마가 데려가서 병원에 앉아 있는데 주변 사람들이 다 이상하게 쳐다보는 거예요. 정말 이상하게. 재는 사고 쳤나 그런 눈으로 보고 있더라고요. 아파서 온 건데 날 왜 이렇게 보나. 어릴 때 오는 건 별로 안 좋구나. 나쁘게 생각이 들었어요.(참여자 3)

산부인과 갈 때, 남들이 보면 오해하겠다(는 생각이 들었어요). 저는 심지어 결혼을 하고 나서도 회사 근처에 산부인과 가는데도 신경이 쓰이더라고요. 회사 사람들이 지나가다 보면 혹시 임신했나 이런 이야기를 할 수도 있고, 미혼은 훨씬 더하죠.(참여자 10)

산부인과는 '부인'이니까 당연히 임신한 성인 여자가 간다고 생각하잖아요. 임신하지 않은 다른 여자가 간다는 생각을 못하는 이름이에요.(참여자 19)

'산부인과 진료에 대한 부정적 경험'에 있어 또한 많은 여성들이 산부인과 진료 비용에 대한 부담을 이야기하였는데, 일단 산부인과의 일반 병원들에 비하여 한 번 갈 때마다 진료 비용이 비싸고 필요한 검사가 추가됨에 따라 예상치 못하게 진료 비용이 더 늘어나는 일이 종종 발생하고, 병원마다 같은 증상으로 가더라도 진료비가 다르게 청구되는 경험을 한다고 보고하였다. 따라서 비용에 대한 부담으로 산부인과 방문을 꺼리게

되기도 하며, 불필요한 검진이 추가되거나 진료비를 과잉 청구하는 것이 아닌가 하는 의심이 들기도 한다고 보고하였다.

산부인과는 비용이 걱정이 돼서 못 간 경우도 많아요. 가기만 하면 무조건 초음파를 봐야 한다, 초음파를 봐야지 알 수 있다 하는데 갈 때마다 4만~5만 원씩 드니까. 괜히 의사한테 가서도 궁금한 거 물어보지 말걸 그랬나, 궁금한 것 물어보면 괜히 검사해야 할 수도 있으니까. 그렇게 너무 비싸니까. 일반 병원은 3천~4천 원이면 가는데.(참여자 10)

초음파 같은 경우에는 갈 때마다 하는 거잖아요. 그런데도 불구하고 비용이 과도하게 청구되는 것 아닌가 그런 생각이 들었어요. 계속 다니면서 사전에 얼마인지에 대한 고지를 받아본 적은 없고 마지막에 청구받으면 헉 하는 거고요. 그래도 다 필요하다니까 해야지. 근데 병원마다 같은 초음파를 봐도 가격이 조금씩 다르거든요. 부당한 가격을 더 내고 있을 수도 있는 거예요.(참여자 19)

이처럼 산부인과 진료에 대한 부정적 경험으로 인하여 청소년, 미혼기에는 특히 여성 건강에 대한 관리 및 점검을 잘 하지 못하는 경향이 있는데, 이때 대부분의 여성들에게 가장 처음으로 자신의 생식건강에 대하여 확인하는 계기가 되는 것이 '혼전 검진'(산전 검진)이다. 참여자들은 평소 자신의 여성 건강에 대하여 체크할 계기가 없는 공백의 기간이 너무 길다는 것을 지적하였고, 그나마 체크할 수 있는 계기가 되는 산전 검사 또한 지원에 대한 홍보 부족, 그 필요성에 대한 인식 부족, 비용의 부담 등으로 놓치게 되는 것이 문제라고 말하였다. 추가적으로 산전 검사 시기가 결혼과 맞물린 시기이고 이때 필요한 접종 등으로 인해 최소 6개월가량 피임을 해야 했고 따라서 임신 시기가 지연되는 문제점에 대하여 토로하였다.

사실 임신 전에 결혼 전에 하는 검사나 그런 것도 굉장히 비싸거든요. 병원에서 하려

고 하면 100만 원 가까이 주고 해야 되는데 사실 보건소에서 하면 되게 저렴하게 할 수 있어요. 근데 보건소에서 하는 거는 모르는 사람은 아무도 모르고, 홍보가 되거나 그런 것도 없는 부분도 문제라고 생각했고. …(중략) 32세 때 다 항체 풍진, 감염 다 없다고 해서 주사 다 맞는 데 6개월에서 7개월 걸렸거든요. 사실 결혼하고 6~7개월 동안 임신 못 하는 거잖아요. 사실은 훨씬 전에 해서 준비가 된 상태로 결혼을 하는 게 맞죠. 사실 성관계하는 사람은 자궁암 검진 다 필요한 거거든요. 근데 20대에는 또 그런 (검진) 기회가 전혀 없으니까….(참여자 4)

맥락적 조건으로서 또 ‘사회적 인식 및 제한’이 여성들이 생식건강을 관리하여 건강한 임신·출산에 이르는 과정에서 방해 요인으로 지각되기도 하였는데, 일반적인 건강에도 부정적인 영향을 끼치는 과중한 업무와 그로 인한 과로가 생식건강상태도 악화시켰음을 언급하였다. 또한 직장 문화 중 여성들의 음주에 대하여 사회적으로 요구되거나 강요하는 분위기가 존재하고, 술을 잘 마시지 않는 여성에 대한 편견이나 차별이 존재하는 것을 확인할 수 있었다. 즉, 술을 잘 마시는 것이 사회생활을 잘 하는 것이라 평가하거나 술을 잘 마시지 못하는 여성은 중요한 업무에서 배제시키는 분위기가 존재한다는 것이었다.

회사 다니면서 만성피로가 되게 심했고, 일주일에 1~2번 영양제 주사를 안 맞으면 버티지 못할 정도로 힘들었던 적이 있어요. 점심시간에 마늘주사 이런 거 밥 안 먹고 가서 맞지 않으면 오후에 앉아 있지 못할 정도로요. 야근 많고 술 많이 먹어야 되고, 조금만 무리하거나 스트레스 받으면 아침에 일어나기 힘들기도 했고, 그렇게 다니다 보니까 심했을 때는 구내염도 심하게 생기고 피부에 사마귀 같은 것도 나고 야근을 너무 심하게 하고 혹사를 했어서 계속 생리 불순도 심했고요.(참여자 6)

여자이기 때문에 술을 잘 마시면 더 집중이 돼요. 여자들은 잘 못 마시는데 너는 잘 마시는구나 하고. 어필하는 포인트가 되기도 하는데 남자 사원이 술을 잘 마시는 거는 그냥 술을 잘 마신다 하는데 오히려 여자 직원이 술을 잘 마시면 “개 술을 잘 마신다”

막 소문이 나기도 하고. 관계적인 부분에서 더 많은 사람 알게 돼서 그런 좋은 점이 있는 것 같은데 그게 또 피곤하게 작용하는 부분도 있고요.(참여자 2)

관리자분이 술을 좋아하면 화식이 술자리로 주로 되고, 그래서 처음 회사 생활 할 때는 억지로 좀 먹기도 했어요. 누구나 남녀 상관없이 다 잘 먹어야 되는, 안 먹겠다는 말을 할 수 없는 분위기거나, 술을 못 마시거나 하면 그러면 안 돼 사회생활 힘들어 이런 말 듣고 했던 것 같아요. 그러면 또 무리해서 먹게 되고. 일을 할 때 술을 잘 먹는 사람들 위주로 일이 돌아간다는 느낌을 받을 때, 주요한 일들을 나도 할 수 있을 것 같았는데 그런 (술을 먹는) 사람이 포진해 있다거나 그랬던 것 같아요.(참여자 1)

‘사회적인 인식 및 제한’ 중에 ‘여성의 체형에 대한 높은 기준 부과’ 또한 여성들이 특히 균형적이고 건강한 영양 섭취에 신경 쓰기보다는 날씬한 몸매를 더욱 중시하도록 하여 불건강한 다이어트를 하게 만들고 이로써 건강을 해치는 방식으로 작용함을 알 수 있었다.

사회적인 메시지에서 뭔가 여자는 예뻐야 된다, 날씬해야 된다, 날씬해야 예쁜 것이 다 그런 쪽이 더 큰 것 같고, 외모도 경쟁력이다 이런 게 남자도 있지만 여자에게 더 요구되는 것 같아요.(참여자 1)

다이어트를 무리하게 오래 했어요. 거의 6~7년을. 식이조절도 너무 많이 하고, 처음에는 몰라서 요요가 오니까 빨리 빼야겠다는 생각에 다이어트 약도 먹었거든요. 약 먹고부터 몸이 너무 안 좋아졌어요. 병원이나 한의원에서 약을 받아서 먹는데 몸에서 안에 있는 기름을 쫓쫓 다 인위적으로 뺀다고 하더라고요.(참여자 3)

4) 작용/상호작용

작용/상호작용은 참여자들이 당면한 상황에서 문제들을 다루어 가는 방식, 전략, 대처 등을 의미하는 것이다. 임신 지연 및 어려움과 그에

따른 스트레스를 경험하고 있는 가임기 여성들이 이러한 과정을 극복해 나가기 위하여 시도하는 다양한 노력들이 바로 작용/상호작용 요인들이라 볼 수 있다. 일단 여성들은 자녀를 갖기 위하여 다방면에서 ‘정보 수집’을 시도하고, 조금 더 ‘전문적인 도움’을 받기 위하여 노력하는 것으로 나타났다. 또한 자신들의 임신이 더 잘 될 수 있도록 다양한 영역에서 ‘건강 향상을 위한 노력’을 해 나가는 것을 확인할 수 있었다.

구체적으로 살펴보면, 우선 ‘정보 수집’의 측면에서 많은 노력을 기울이는 변화들을 보였는데, 여성 건강상태를 증진하기 위한, 또는 임신에 성공하기 위한 많은 지식이나 자료를 찾아보거나 임신과 출산에 성공한 경험자들의 경험담 등 사례나 그를 통해 정보들을 수집하는 것을 알 수 있었다. 또한 임신을 계획한 뒤에는 수집된 정보들을 바탕으로 자신의 ‘건강 향상을 위한 (구체적이고 실질적인) 노력’을 시작함을 보고하기도 하였다. 따라서 임신의 가능성이 있는 결혼을 앞둔 시점부터 시작하는 경우도 있었고, 임신을 계획하게 된 시점부터 술을 덜 마시거나 금연을 하거나 또는 건강한 음식을 먹고 운동을 지속하려는 노력들을 더 본격적으로 하게 된다는 것을 확인할 수 있었다.

최근에는 임신 준비하면서 확실히 더 신경 쓰게 된 것 같아요. 배가 좀 아프면 근종이 커졌나? 생리통이 있으면 이게 임신에 방해되고 있나? (인터넷) 카페 같은 데 잡지식도 좀 찾아보고. 확실히 관심은 좀 늘어난 것 같아요. 카페를 통해서 정보를 많이 얻어요. 부추나 두유가 임신에 좋다, 몸을 따뜻하게 하면 좋으니까 수면양말을 신고 자는 게 좋다, 이런 지식들 속설들 같은 것들을 많이 듣게 되는 것 같아요. 다 자기네들이 경험한 것들이고 여러 개의 글들이니까 믿게 되더라고요. 그리고 저도 점점 절실해지니까 아 이게 좋다고 하면은 그렇게 또 해 보고 싶고, 어려운 거 아니면 따라가 보고 싶고.(참여자 2)

임신이 잘 안 돼서 병원 다닐 때에 남들 하는 건 다 해 보았던 것 같아요. 부적 쓰는 것부터 제가 한 노력은 병원 다니고 그때쯤 운동도 시작하고 보조식품도 먹고, 엽산

하고 먹고. 생활을 규칙적으로 만들었던 것 같아요. 외식도 안 하려 하고, 한약도 먹고, 신선한 야채 과일 많이 먹으려 하고요. 일부러 배란에 좋다고 버스 한두 정거장 전에 먼저 내려 걸어오기도 하고요.(참여자 1)

결혼 준비하면서 담배 끊었고요. 이때는 30세가 되어서요. 그때 생각은 결혼을 할 수도 있고 출산도 해야 하고 혹시 모르니까 제가 알기로는 출산하기 2년 정도 전부터 미리 금연을 해야 한다는 이야기를 들어서 끊었어요.(참여자 4)

개인적인 수준에서 건강 및 임신을 위한 정보를 수집하고 생활에서 이를 실천하는 노력들이 있지만 개인의 이러한 노력에도 불구하고 임신이 이루어지지 않는 경우, 또는 성공적인 임신에 대한 불안감과 불확실성이 커질수록 ‘전문적인 도움’의 필요성을 느끼고 이에 접근하는 경우들도 존재하였다. 산부인과가 아니지만 임신·출산에 영향을 줄 수 있는 질병이나 질환에 대하여 확인하고자 병원을 여러 곳 방문하는 병원 쇼핑부터, 임신과 출산을 전문으로 하는 병원, 난임 병원까지 개인의 필요에 따라 전문적인 도움에 접근하는 양상이 변화하는 것을 알 수 있었다.

(원래 허리가 아픈 편이어서) 임신하게 되면 척추를 누르는 통증이 동반될 거고 임신 기간에 힘들 것이 걱정이었어서 최근에 병원에 한 번 갔거든요. 그런데 병원에서는 아플 수도 있고 안 아플 수도 있는 거고, 하며 자세히 설명 안 해주고, 지금 진행형이 아니니까 지금 아프면 치료받아라 그렇게 이야기하더라고요. 막연히 불안하니까 이 병원 저 병원 가면서 혹시 도움이 되는 말을 들을 수 있는지 병원 쇼핑을 하게 되는 것 같아요. 그런 사례가 있었다든지, 어떻게 하면 된다는 말을 들으려고요.(참여자 4)

1~2년은 다들 그러니까 기다렸다가 안 생겨서 저도 한약 먹고 신랑도 한약을 먹었죠. 그다음에 제가 3년째에 산부인과를 갔죠. 먼저 가서 배란일 잡고 (관계)하고. 3개월 정도 했어요. 될 줄 알았는데 특별히 뭐가 없는데 안 되니까. 이때 (난임) 전문 병원으로 옮겼죠.(참여자 1)

5) 중재조건

중재조건은 참여자가 경험하는 현상의 강도를 더 심화시키거나 완화시키거나 변화를 유도하는 조건을 의미하는 것이고 이는 참여자의 대처를 포함한 작용/상호작용을 촉진하거나 방해하는 역할을 한다. 임신의 어려움 및 지연을 경험하고 있는 참여자들이 이러한 과정을 극복하기 위한 노력들을 해 나감에 있어 중재적 조건으로 작용하는 것은 ‘신뢰성 있는 보건의료 정보원의 부족’, ‘국가 및 지자체의 지원’, ‘가임기 여성을 위한 진료 시스템’, ‘주변 타인의 임신/출산에 관한 지식 및 인식 및 태도 부족’, 그리고 ‘임신 및 임신 유지를 위한 비용 부담’으로 범주화되어 나타났다.

우선 ‘신뢰성 있는 보건의료 정보원의 부족’은 여성 생식건강관리를 위한 전반적인 지식에 대한 정보원뿐 아니라 임신을 계획하는 단계나 임신을 시도하는 과정에서 어려움이 발생하였을 때 어떻게 대처해야 하는지 개인의 지식이 부족한 경우 공신력 있거나 전문적인 정보를 얻을 수 있는 곳이 많지 않다는 것과 관련한 내용이다. 여성들은 잘 모르는 것이 있거나 알고 싶은 것이 있더라도 주로 인터넷 검색이나 또는 유사한 가임기 여성들이 많이 가입되어 있는 인터넷 카페 등을 통해 정보를 얻는다고 하였다. 반면, 의료 전문가의 의견을 들을 수 있는 방법이 별로 없거나, 전문가에게 의견을 듣는 시간이나 정보의 양이 매우 제한적이라는 것을 이야기하였다.

임신으로 고민하고 그런 상황에 있을 때, 어디에서 무엇을 찾아보면 좀 도움이 된다고 그런 부분들, 난임이 언제까지가 난임이고 이런 게 다 분분하더라고요. 각 병원에서 올리는 정보마다 다르고요. 1년간 아이가 생기면 어떤 부분을 체크해 볼 필요가 있나 이런 단계적인 것들이 좀 제공되면 좋겠어요. 제가 그냥 이렇게 (인터넷) 카페 통해

서 알게 된 것은 일단은 날짜를 받아 보고 그것도 안 되면 주사를 맞아 보고 이런 식으로 카페나 병원 가서 듣기는 했는데 또 다 다르잖아요. 그런 부분도 이해가 되면 좋겠다는 생각. 이런 부분이 (이미) 있는데 제가 모른 것일 수도 있지만 홍보가 안 돼서 접근이 안 되는 것일 수 있으니까요.(참여자 2)

여성이 스무 살이 되면 내가 몇 살에 어떤 혜택이 있고, 몇 살에 무슨 검사를 받을 수 있고 그런 표가 한눈에 볼 수 있었으면 좋겠어요. 저 같은 경우에 임신·출산과 관련해서는 그런 지원 정보를 되게 하나씩 난잡하게 얻었어요. 모두 흩어져 있어요. 그나마 병원 가서 임신했더니 보건소 산전 검사 해 준다 하고 가서 정리된 걸 들었는데, 체크리스트처럼 관리할 수 있었으면 좋겠다는 생각이 들었어요.(참여자 2)

제가 파고 파고 파야 정보를 얻을 수가 있어요. 어릴 때부터 신문이나 뉴스에 수많은 종류의 뉴스들이 있어도 여성의 건강관리나 특히 자궁과 관련해서 그런 건 별로 본 적이 없어요. 인터넷 포털에서도 여성 관련 질병에 대해서는 난임여성 심각, 이런 정도지 뭐를 어떻게 해야 난임을 예방할 수 있대 이런 정보는 별로 없이 이슈거리로만 있는데 그런 것보다 뉴스를 통해 접할 수 있는 것, (미리 생식건강관리를) 해야 한다는 인식을 퍼뜨리는 게 중요했던 것 같아요. 정보들은 주로 소소하게 친구들한테 듣고 하는 것이고 공개적으로 오픈해서 듣거나 접할 수 있었던 기억이 없었던 것 같아요.(참여자 18)

또한 ‘국가 및 지자체의 지원’ 범주에서 가임기 여성의 건강한 임신 및 출산을 위한 국가 및 지자체의 지원에 대하여 많은 참여자들이 인식하고 있으며 이러한 서비스를 이용하고 지원 및 도움을 받았다고 하였다. 그러나 국가 및 지자체가 제공하는 서비스에 대하여 잘 홍보되지 않는 점이나 지역 단위로 제공되는 서비스의 내용 및 수준이 각자 다르다는 점, 그리고 보건소 등에서 제공하는 서비스에 대한 신뢰감이 적고 산부인과 진료와 중복이 발생하게 된다는 점 등에 대한 아쉬움이 있는 것을 확인할 수 있었다.

저는 산전 검사는 신랑이랑 결혼 전에 부담 없이 보건소에 가서 했어요. 피만 뽑거든요. 그래서 간단히 결과 나왔었어요. 보건소 혜택 산전 검사 혜택 받았고요. 자궁(경부암 그거(예방접종)는 이제 잘된 것 같아요. 전에는 돈 많이 들었거든요.(참여자 8)

산전 검사에서 보건소 체크되는 항목들은 걸리거나 하면 굉장히 심각한 항목이기는 한데 많이들 안 걸리는 매독이나 에이즈는 일반인이 많이 걸리진 않잖아요. 그런 걸 기본적으로 받고, 산부인과로 가면 나는 불임에 대해서 걱정한다면 다낭성이나 난소 혹이 있단든지 갑상선 문제라든지 그런 데서 걸리는데 그런 내용은 다 빠져 있다 보니까 좀 보건소 검사는 아쉬움이 있어요. 그제 한 번 피 뽑는 걸로 다 해당이 되는데, 보건소에 서도 피 한 번 뽑아서 가능한 거면 여기서도 하면 좋겠는데 두 번 왔다 갔다 하고 두 번 피 뽑고 해야 하니까.(참여자 19)

또 다른 중재적 조건으로 범주화되는 ‘가임기 여성을 위한 진료 시스템’은 임신, 출산과 관련한 이슈를 갖고 있는 여성들이 안전하고 편리하게 진료 시스템을 이용하는 것과 관련한 내용들을 담고 있었다. 우선 가임기에 임신 가능성이 있는 여성들에 대하여 산부인과 외 다른 병원에서 의료적 처치나 검사 등이 미칠 수 있는 영향에 대하여 의료진이 공통적으로 인식하고 있으며, 이러한 가능성을 고려한 적절한 보호를 받지 못하는 경험의 종종 있는 것으로 나타났다. 또한 여성들이 임신을 고려하거나 임신 중인 상태에서 타 진료과에서 진료를 받을 때, 의료적인 처치가 임신에 어떠한 영향을 줄 수 있는지 충분히 인식하고 산부인과와 연계된 처치가 가능한 시스템이 되어야 함을 지적하는 참여자들도 있었다.

정형외과 가면 엑스레이 같은 것 찍잖아요. 그럼 탈의실에 가면 임신부나 임신 가능성이 있는 사람은 미리 말해 줘라 이렇게 써 있기는 해요. 그런 걸 전혀 안내문구 못 보면 그만인 거잖아요. 말로 아무도 안 해 줘요. 제가 가임기 여성이고, 기혼이고 이런 것 다 쓰잖아요. 신상 정보에, 그런데도 안 알려 주거든요. 그때도 되게 기분이 안 좋은 거예요. 전혀 그런 배려가 없으니까. 저는 산부인과적인 걱정 때문에 정형외과에 갔는데

전혀 그런 것에 대한 연계 진료나 고려 없이 그 증상만 보는 거잖아요. 제 질문에도 잘 대답해 주지 못하고 그런 게 너무 불편한 것 같아요. 더 걱정을 키우는...(참여자 4)

진료 시스템에 대하여 빈번히 면접 참여자들은 출산을 할 수 있는 병원이나 난임 전문 병원이 많지 않고, 그렇기 때문에 항상 대기 시간이 길고 짧은 진료 서비스를 받을 수밖에 없는 구조의 불편함에 대하여 이야기하였다. 따라서 저출산 문제가 시급하다고 하지만 아이를 낳으려는 사람들은 충분한 서비스를 제공받지 못하는 구조라서 임신과 출산 과정을 “전쟁처럼 겪는다”는 생각이 들었다고 이야기하였다.

난임 전문 병원은 진료 시간이 굉장히 짧아요. 1분. 확인만 하는 거예요 그동안 진행 상황을. 그런데 그 1분 진료를 보려고 5시부터 챙겨서 가는 거예요. 병원에 가서 1분 보고 출근하고 그러죠. 진료는 7시 반부터. 궁금한 내용은 적어서 가서 질문할 때도 있는데, 적어가지 않으면 못 물어보고 나오죠. 대기가 엄청 많아요. 지방에서도 오고. 전쟁이예요. 편안한 분위기에서 질문할 것 질문하고, 여유 있게 진료 봤으면 좋겠다 그런 생각 했어요.(참여자 1)

출산이 가능한 병원이 동네에 많지는 않잖아요. 출산 경험이 많은 병원으로 가라고 이야기하는데 저 같은 경우는 대중교통으로 30분 걸리는데 사람이 너무 많아요. 그래서 한 시간은 기본이고 두 시간씩 진료를 기다려서 봐야 하는 불편함이 있죠. 매번 갈 때마다 두 시간씩 기다리기 너무 힘들고 초반에는 한 달에 한 번이라도 달수가 찰수록 2주에 한 번 1주에 한 번 가야 하는데 갈 때마다 두 시간씩 기다리면 내가 왜 이렇게까지 병원에 다녀야 하나. 근데 첫째고 모르니까 병원에서 오라고 하면은 안 가면 불안하니까 가야 하는 거예요.(참여자 12)

앞서 살펴본 바와 같이 가임기 여성들이 임신과 관련하여 직접적으로 의료적인 도움을 구하는 것에 대한 어려움이 있기도 하지만, 심리적인 것과 관련하여 사회나 배우자를 포함한 남성들의 부족한 인식이나 편견으

로 인하여 출산까지의 과정이 고통스러운 경험이 된다고도 한다. ‘임신/출산에 관한 인식 및 태도 부족’에서 우선 함께 자녀를 계획하는 배우자부터도 여성의 고통이나 어려움에 대하여 잘 모르는 경우가 많으며 자신의 일이라고 여기기보다는 도와주어야 하는 정도로 인식하고 있다고 하였다. 즉, 임신을 부부가 함께 준비해 나간다는 인식과 태도보다 배우자가 임신 준비에 수동적인 태도를 취하는 경향이 있음을 보고하였다.

배우자가 임신·출산에 관해서 가령 엽산도 먹으려면 잘 먹는데 옆에서 챙겨 줘야 먹고 한국 남자들은 이 정도가 최대한이죠. 더 하면 유난스럽다고 할 것 같아요. 전문적 자료든 정보든 본인이 먼저 찾아본다든가, 같이 병원을 가자고는 해도 병원을 알아본다든가 이런 건 아니니까. 구체적인 행동을 하는 것은 아닌 것 같아요. 그것을 여자의 역할로 인식하고, 걱정 자체를 안 하는 것 같아요. 제가 걱정하는 거지, 임신이 안 돼도 뭐 되겠지라고 생각하는 것이 좀 있어요.(참여자 13)

배우자의 적극적인 협력이나 도움은 임신 준비 단계부터 지각되는 것이지만, 사실상 남성들이 임신뿐 아니라 성에 대한 지식이 많이 부족하고 잘못된 인식도 많아 여성들을 몰이해와 차별로 대하는 경험이 적지 않다고 한다.

생리대 광고가 파란 물감을 뿌리잖아요. 그래서 남자들은 생리혈이 파란색인 줄 안대요. 소변 참는 것처럼 생리 참을 수 있는 게 아니냐, 생리를 그것 잠깐도 못 참냐. 생리를 하루만 하는 게 아니냐 그런다든지, 너무 남자들은 모르더라고요. 생리휴가로도 말이 많잖아요. 생리통 때문에 고통스러워하는 여성도 많은데, 생리휴가는 왜 금요일에만 쓰냐는 등 남자들이 너무 모르고 무지하니까. 산부인과 임신하는 여자들 가는 곳인데 너는 왜 가냐 발랑 까진 거 아니냐 하는 말도 아무렇지 않게 하고.(참여자 17)

임신은 남성과 여성이 함께 해 나가는 과정임에도 불구하고, 임신이 잘

되지 않는 경우 그 원인을 우선적으로 여성의 문제라고 생각하는 분위기가 있고, 남성이 불임일 가능성에 대하여 매우 방어적인 태도를 취하는 경향이 있었다. 그러다 보니 간혹 남자 쪽에 문제가 있으면 그에 대한 발견과 처치가 늦어지게 되고 또다시 임신이 늦어지게 되는 상황도 발생하는 것을 알 수 있었다.

난임의 문제는 남자 반 여자 반이라고 해도 결국에는 임신을 하는 건 여자다 보니 내가 문제가 있다라는 생각을 하게 되더라고요. 겉으로 보기에 남자가 문제가 없다면. 혹시 착상이 안 되나 이런 식으로, 배란이 잘 안 이루어지는 건가 하는 막연한 걱정이 들고요. 한번 지나가는 말로 남편에게 검사받으러 가자 하니 되게 기분 나빠 하더라고요. 그런 말 하지 말고 그냥 지내자고. 그러고 넘어갔던 것 같아요. 그러던 와중에 임신이 되었지만, 2년 더 지나고 3년 가까이 되었으면 둘 다 병원에 가 봤겠죠.(참여자 13)

처음 신랑이 문제가 있을 거란 생각 전혀 못 했어요. 남편도 생각 못 했고, 평소에 불편감을 느낀 것도 없고 하니까. 또 보통 병원에 가면 시스템 자체가 여자가 먼저 검사를 해요. 남자도 해 보자 이런 게 아니라 여자 먼저 검사를 하고 남자도 하는 게 좋는데 강권하는 분위기는 아니에요. 우선적으로 검사했는데 제가 이상 없다고 나오니까 신랑도 한번 해 보자 해서 신랑이 했죠. 결과 나오고 신랑은 (무정자증이라고 해서) 충격을 받았었어요. 저희는 일반 병원에서 할 수 있는 케이스가 아니어서 원인을 알았으면 바로 큰 병원으로 갔을 거예요. 비용과 시간을 많이 버렸죠. 병원에서는 신랑보고 좀 더 빨리 왔으면 좀 달랐을 수도 있었을 거라고 하더라고요.(참여자 1)

임신이 오래도록 이루어지지 않아 난임 치료를 받게 되는 경우에는 난임 치료 자체의 어려움도 있지만 사회적인 인식 부족 및 일자리에서의 차별을 경험하게 되는 것도 난임 치료를 좋은 상태에서 받기 힘들게 하거나, 난임 치료 기간을 고통스럽게 하는 원인이 된다고 하였다.

시험관 하는 것 자체를 공개하고 싶지가 않았어요. 사람들이 이 주사 뭐냐고, 뭘 들

고 다니냐 하면은 그냥 변명을 했고요. 제가 공개한다고 해도 배려받을 수 있는 복지나 제도가 없었어요. 난임 케어나 단축근무도 없고 공개해 봤자 회식 자리 빠지는 수준이지 그걸로 제 몸이 좋아질 수 있는 건 없었죠. 이식하고 일주일이라도 좀 쉴 수 있었다면 정말 도움이 되었을 것 같아요. 한 번 제가 유산된 걸 아시니까, 말로는 안 하셨지만 그 뒤에 업무적인 기회 자체가 안 온다는 걸 느꼈죠. 진급도 당연히 누락되고, 진급이야 당연히 바라지도 않고요. 난임 치료를 이야기하면 지금도 이렇게 기회가 없는데 아이에게 집중하고 있다는 게 오픈되면 재는 저러다가 아기 낳으면 그만두겠지 하는 사람 취급을 당할 것 같아요.(참여자 20)

난임 치료는 날짜를 제가 지정할 수가 없어요. 병원에서 오라는 날 무조건 가야 돼요. 근데 회사를 다니면 그날 무슨 일이 일어날지 모르는 거예요. 내 연차를 쓰는데도 눈치 주는 사람도 있고요. 때에 맞춰 주사를 맞아야 되는데 그런 공간이 없으니까 화장실에서. 그 주사 들고 왔다 갔다 하는 것도 너무 번거롭고 힘들었으니까. 또 난임 치료 부작용이 많아서 아플 때도 많거든요. 근데 회사 쉬겠다고 이야기를 못 하는 거예요. 그런 게 너무 힘들었죠. 계속 약 먹고 하니까. 병행하는 게 너무 힘들더라고요. 난임으로 병원을 다닌다는 것을 전혀 이해해 줄 수 있는 분위기가 아니니까.(참여자 18)

마지막 중재적 조건으로는 임신 및 임신 유지를 위한 비용적인 부분의 부담이 언급되고 있었다. 현재 임신 지원금의 금액이 충분하지 못하다는 의견도 있었지만, 특히 난임 치료를 받는 경우나 난임 시술을 통하여 아이를 가지려고 하는 경우에 많은 비용 지출로 인하여 경제적 부담이 크다는 것을 확인하였다. 특히 인공수정이나 시험관 시술을 받는 경우 정부에서 지원하는 금액은 정해진 횟수만큼의 시술 비용인데 사실상 그러한 시술을 받기 위하여 준비하는 과정에서의 약값이나 시술이 임신까지 유지되도록 할 때 드는 비용, 또 난임인 경우 몸 상태를 체크하기 위한 검사의 비용이 큰 부담을 주어 금전적인 문제로 난임 시술을 포기해야 하는 경우도 생겨나는 것을 알 수 있었다.

난임 병원에 대해서 가장 힘든 건 비용 문제인 것 같아요. 그게 어떻게 될 하느냐에 따라 달라져요. 인공수정 같은 경우에는 정부 지원 빼고 총비용이 60만~70만 원 정도 들거든요. 시험관 같은 경우에는 정부 지원금 빼고 200만 원 정도 들어요. 처음에는 정부 지원금 있으니 비용이 안 들다가 채취를 하고 이식을 할 때마다 한꺼번에 50만 원 낼 때도 있고 80만 원 낼 때도 있고 다르거든요. 또 검사를 받는다 하면 일단 10만 원 이상 훌쩍 넘어갈 때도 있고 약 처방받으면 약에 따라 10만 원 이상 나오고, 주사가 늘 어나면 그에 따라 또 10만 원 이상 나오고. 그거는 갈 때마다 비용이 달라서. 난임 병원 항목이 또 거의 비급여 항목이거든요.(참여자 18)

시험관 할 때, 스트레스 때문에 정자 난자 질이 안 좋다고 하면 검사를 해야 되는데 검사를 하면 돈 천씩 나오고. 제가 신랑보고 나중에 아기 생기면 이름을 “일억이”로 해야겠다, 그러는데 저희 그동안 쓴 돈 1억 넘었어요. 애 있는 사람들은 아기 없으면 돈 안 들겠다고 이해를 못 하더라고요.(참여자 3)

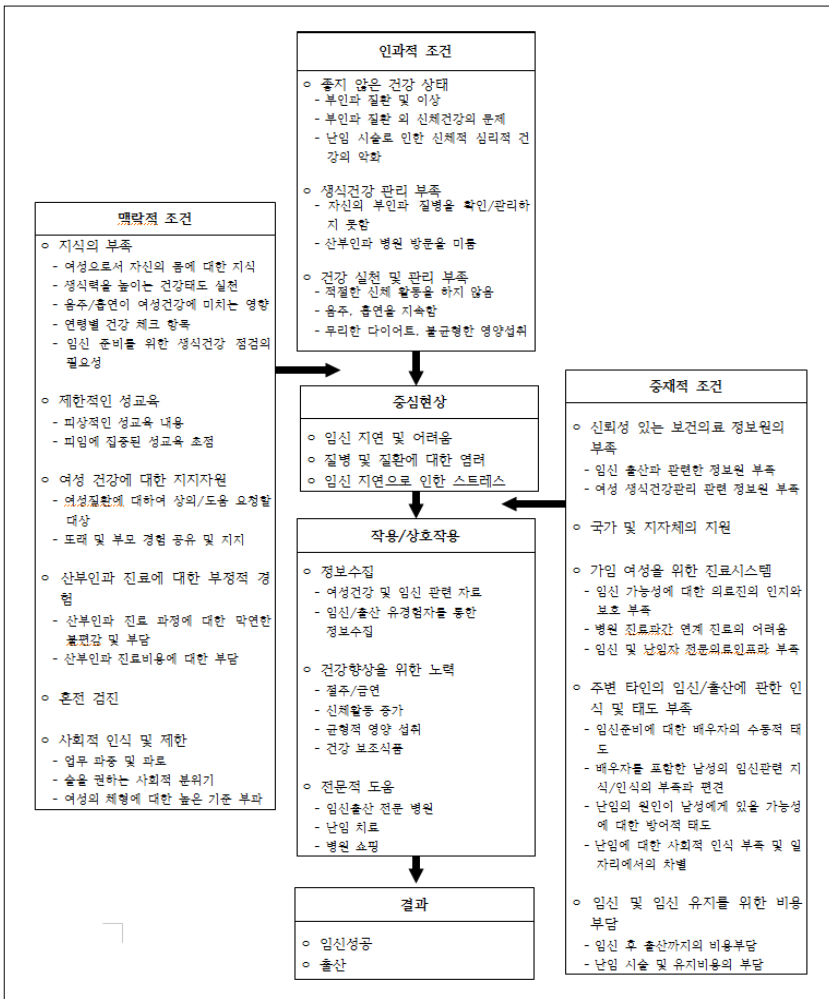
여자 청소년들이 생리를 관찰할 필요가 있다는 교육이 필요한 것 같아요. 생리 불순이라든가 양이 늘거나 없어진다거나 이런 게 자궁내막증이라든가의 증상의 원인일 수 있는데 그것을 소홀히 하다가 나중에 근종이 발생한다든가, 뒤늦게 치료를 하게 되는 일이 발생을 하잖아요. 어릴 때 발견했으면 수월하게 치료했을 텐데 그것에 무지했으니까. 그런 것에 대해 관찰해야 할 필요를 교육해야 할 필요가 있을 것 같아요. (중략) 지금 성교육이라고 하는 것이 너무 형식적이니까 실질적인 정보를 담아 줄 필요가 있다는 생각이 들고요, 그런 학생들이 (산부인과) 가는 것을 꺼리지 않게 하는 사회적 분위기라든가...(참여자 19)

6) 결과 및 기능

결과 및 기능은 작용/상호작용들을 거쳐 나타나게 된 변화와 양상의 총체와 도달점을 의미하는 것이다. 본 연구에서 중심현상에 대하여 개인이 취한 작용 및 상호작용의 결과는 임신에 성공하거나 아이를 출산하는 것

으로 나타났다. 참여자 개인의 건강상태나 상황적 요인들에 따라 각자에게 소요되는 시간이나 투입되는 노력 및 비용은 조금씩 다르지만, 결과적으로는 여성들이 임신에 성공하여 건강하게 아이를 출산하게 되면 원하던 결과에 도달한 것이라 인식하는 것으로 볼 수 있었다.

[그림 4-12] 결혼 전부터 첫 자녀 출산까지 여성 건강관리 모형



나. 두 번째 패러다임의 자료 범주화 및 범주 분석

개방코딩을 통해 아래 <표 4-4>와 같이 37개 하위 범주와 21개의 범주가 도출되었다. 구체적인 결과는 다음과 같다.

<표 4-4> 두 번째 패러다임의 자료 범주화

패러다임	범주	하위 범주
인과적 조건	자녀 출산	- 산후조리 및 산후 관리 - 미숙아, 저체중아 출산
	자녀 양육의 시작	- 자녀 양육의 시작
중심 현상	산후 우울증	- 산후 우울증의 경험
	자녀 양육으로 인한 건강 저하	- 체력적 부담 및 체중 감소 - 건강관리를 위한 물리적 제약
	자녀 양육 부담	- 자녀 양육 스트레스 - 자녀 양육에 따른 경제적 부담
맥락적 조건	산모 관리의 부족	- 산육기 건강관리 부족 - 산후 우울증 관리 부족 - 산모 건강 정상화까지의 장기적 관리 부족
	부모 역할 적응 지원 부족	- 역할 변화에 대한 체계적 지원 부족 - 실질적 육아 방법에 대한 교육 및 지원 부족
	육아 지원 부족	- 육아의 역할을 분담, 보조해 줄 수 있는 지원책 부족
	저체중아, 미숙아 출산 시 지원	- 저체중아, 미숙아에 대한 의료 비용의 부담
작용/상호작용 전략	양육 조력자를 구함	- 친정 근처로 이사 - 베이비시터 고용
	육아 커뮤니티에 참여	- 문화센터 등에서 아기 엄마들을 사귀기 - 온라인 커뮤니티 참여를 통한 네트워킹
	지자체 육아 지원	- 지자체 지원 육아 서비스 및 시설 이용
	음주로 인한 스트레스 해소	- 음주량 증가
	불건강한 식사습관 유지	- 식사 거르기 - 공복 해소를 위하여 인스턴트나 과자로 때움 - 몰아서 먹기
	일터로의 복귀	- 다시 직장이나 일터에서 경제활동 시작

패러다임	범주	하위 범주
중재적 조건	배우자 육아 조력의 한계	- 배우자의 늦은 퇴근 및 잦은 야근 - 배우자의 낮은 양육 책임감 - 배우자의 소극적 양육 참여
	모(母)에 대한 건강관리 여건 부족	- 엄마 건강관리를 위한 프로그램 부족 - 서비스 제공 시간 및 빈도의 불편함
	일과 양육을 병행하기 어려운 사회적 여건	- 출산휴가 및 육아휴직 제도 이용에 대해 부정적인 사회적 인식 - 일과 양육을 병행하는 여성에 대한 배려 부족
결과 및 기능	성공적 적응	- 어머니 역할에 익숙해짐 - 균형적인 생활 관리
	건강 악화	- 건강관리 소홀로 인한 건강 악화
	재출산 계획	- 자녀 계획 및 준비 - 자녀를 더 갖지 않기로 결정함

1) 중심현상

출산 후 아이를 키우는 단계에서 여성들이 경험하는 어려움의 중심현상은 ‘산후 우울증’, ‘자녀 양육으로 인한 건강의 저하’, ‘자녀 양육 부담’의 범주로 나타났다. 우선 자녀를 출산하고 난 뒤 아이가 아직 어린 시기에 산후 우울증이나 우울 증상을 경험하게 되기도 하여 심리적인 건강에 있어 어려움이 발생하는 것을 확인할 수 있었고, 또한 자녀를 양육하게 되면서 생활의 초점이 자신보다는 아이를 키우는 데 집중되며, 어린아이를 돌보아야 하는 상황이 자신의 건강관리를 소홀하게 하고 많은 체력적 부담을 주기 때문에 건강이 저하되는 현상이 나타났다. 또한 육아로 인한 답답함이나 스트레스와 같은 심리적인 부담과 더불어 자녀 양육에 들어가는 비용에 대한 경제적인 부담이 발생하는 것이 중심현상으로 확인되었다.

산후 우울증이 있었어요. 계속 혼자 울고, 떨어져 죽고 싶었고. 그 당시에 제가 아이를 건강관리 어떻게 하는지도 몰랐고, 아이 위주로 계속 돌아가잖아요. 아이가 밖에 못

나가잖아요. 집 안에만 계속 있었어요. 저 같은 경우는 회사도 다니고 이런저런 활동을 엄청 하는 성향의 사람인데. 또 친척도 없는 데서 시집오며 친구도 친척도 없는 동네에 처음으로 왔는데, 아는 사람도 없고 아이는 나만 보면 울고 있고. 남편은 그 당시에 집에도 못 들어올 정도로 출장, 야근이 심하고 그런 시간이 반복이 되다 보니까 끝이 없을 것 같고, 이러다 죽을 것 같고. 그 상황에서 이게 내 인생인 것만 같아서 그런 느낌이 들었던 것 같아요. 임신 전까지 엄마는 엄청난 케어와 관심을 받는데 출산하고 나면서부터는 이 집중이 오롯이 아이에게만 가는데 엄마에 대한 케어가 정말 없어요.(참여자 20)

출산하고 백일까지 되게 힘들었어요. 백일 전에 칠십 며칠 되었을 때는 정말 죽고 싶더라고요. 잠도 못 자고 아이는 나만 보고 있는데 너무 부담스럽고 몸도 너무 힘들니까. 그냥 뭐랄까 보모 하는 로봇 같다고 할까? 나라는 사람이 없어지는 것 같고. 또 요즘 아이 키우며 체력이 낮아졌어요. 목욕시키고 나면 어지럽다든지 그런 식이에요.(참여자 2)

운동을 좋아해도 할 수가 없는데, 저만의 시간이 없으니까요. 운동을 하려면 주 3회라도 해야 하는데, 어찌 보면 핑계일 수도 있는데 육아에 찌들다 보니 버겁고, 아직은 정신적으로나 신체적으로 여건이 안 되는 것 같아요. 또 아기가 자면 그때는 누워 있고 싶죠. 밤에는 숙면이라는 걸 아기 낳고부터 하질 못했어요. 잠을 자도 정신은 깨어 있는 느낌. 애 키우는 사람은 뭔가 꽉 막혀 있는 게 있어요, 답답한 게.(참여자 5)

둘째가 있으면 좋은데 비용이 부담돼서 쉽게는 못 가져요. 현실은 많이 부담이 되는 게 사실이에요. 맞벌이해야 된다고 하더라고요, 아이를 키우려면. 둘째 셋째 마음은 가져 볼까 하지만 근데 그럼 애는 계속 맡겨야 하고 또 케어해 주는 사람 돈 주고 키워야 하고 그러니까 그렇게까지는 하고 싶지 않은 거예요.(참여자 12)

2) 인과적 조건

본 연구에서는 출산 후 단계를 중심현상으로 보고 있으므로 아이를 양육하는 단계를 경험하기 위한 인과적인 조건은 ‘자녀 출산’과 ‘자녀 양육의 시작’으로 보았다. 이때 자녀를 출산하는 경험에는 자녀가 태어나는

사건뿐 아니라 출산을 경험한 산모의 산후 관리나 산후조리가 자녀 양육기의 어려움이 나타나는 것의 양상에 영향을 미치는 것을 확인할 수 있었으며, 또한 출산한 자녀가 저체중이거나 미숙아여서 특별한 의료적인 관심과 관리가 필요한 경우도 자녀 양육기에 중심현상 경험에 중요한 영향을 미치는 요인인 것으로 포함되었다.

3) 맥락적 조건

출산 후 자녀 양육기에 접어든 여성들이 자신의 신체적, 정신적인 건강에 있어 위험에 노출되는 중심현상을 경험하는 것과 관련하여 다양한 맥락적인 조건들이 발견되었다. 우선 ‘산모 관리의 부족’이 한 범주로 나타났다. 아이를 출산한 뒤 산모의 건강상태에 대하여 체크하는 계기가 마련되지 않고 건강의 관심이 영아에게 집중되는 현상을 경험하게 된다. 따라서 출산 과정을 거치며 산모의 신체가 약화된 상황에서 신체적으로 적절한 관리와 충분한 회복의 기회가 주어지지 않고, 산후 우울증 등의 심리적인 어려움에 대하여 확인받거나 도움을 받는 체계가 확립되어 있지 않았다. 그리고 장기적으로 산모가 임신 이전의 정상적인 상태로 회복되기까지 기간에 지지 체계가 없어 산모 개인이 자발적인 노력으로 건강을 회복해야 하는 상황에 직면하게 되는 것이다.

산후 우울증이 좀 있었고. 근데 산모 관리를 병원에서 하지는 않아요. 산모 관리는 알아서 본인들이 하는 거지. 애 낳으면 제왕절개 하고 일주일 뒤에 실밥 잘 아물었나 보고, 오로가 잘 나왔나 초음파 한 번 하고. 더 오라고 하지는 않아요.(참여자 1)

산후 얼마 지나고 나면 산후조리도 엄마가 제대로 못 했는데 애 보느라고 골병 난다고 하잖아요. 일정 기간 지나고 나서 골밀도라든지 산후 검사가 있기는 한데 그것도 자

기 비용으로 다 관리해야 돼요. 산후 검사 다음 달에 한 번 하니까 15만 원인가 나오는 데 부담되는 금액이잖아요.(참여자 7)

출산 후 산모들은 자신의 건강 회복의 책임이 개개인의 몫으로 남겨진 것에 대응하는 것에 더하여 처음 아이를 키우며 낯설고 힘든 어머니로서의 역할에 적응하는 과정 또한 개인이 오롯이 감당해야 하는 부담을 경험하게 된다. 이러한 현상은 ‘부모 역할 적응 지원 부족’이라는 범주로 나타났다. 또한 부모 역할에 적응함에 있어 경험이 있거나 전문적 지식이 있는 사람들의 도움도 필요하지만 육아의 역할을 때로 분담하거나 보조해 줄 수 있는 체계나 여건도 마련되어 있지 않아 ‘육아 지원 부족’도 또 하나의 맥락적인 조건으로 확인되는 것을 알 수 있었다.

처음 엄마가 된 사람들은 육아 자체도 당혹스럽고 그래서 오는 스트레스도 많으니까 상담을 하거나 이때 아이는 이런 발달 과정을 겪는다고 알려주고 체크하거나, 처음 엄마가 되는 과정을 적응하거나 하는 데 필요한 그런 게 있으면 좋겠어요.(참여자 1)

내가 애 낳느라 고생했는데 몸은 아프고 애 보고 있는 거는 누구나 할 수 있는 일 같은데 나는 왜 이렇게 힘들지, 그런 부분인 것 같아요. 사실 누구도 애 키우는 게 이렇게 힘들고 몸도 아프다는 이야기를 안 해 줬잖아요. 육아가 의미 있는 일이며 힘든 일이라고 알려 주는 것이 필요할 것 같아요. 또 남편들이 그걸 적극적으로 도와줘야 한다고 하는데 그걸 모르는 경우가 많잖아요. 그래서 남편들에 대한 교육도 어느 정도는 필요하지 않을까, 병원에서도 애를 낳으면 일종의 그런 정신교육이 좀 필요하지 않을까 싶어요.(참여자 17)

퇴근 시간도 늦고 빨라야 9시인데 제가 애를 8시에 재워요. 그래서 신랑은 아기를 볼 시간이 거의 없죠. 저는 다 제가 (아이를 키웁니다).(참여자 5)

출산 후 운동할 시간이 없어요. 밥 먹을 시간도 없는데요. 애를 좀 시간별로 봐주는

게 있으면 좋을 것 같아요. 예를 들어서 엄마가 산후 요가를 배우는 시간이면 그곳에 애를 봐주는 곳도 같이 있어야 엄마가 할 수 있는데. 아이를 놓고 올 수 있는 상황이 안 되는 엄마들이 훨씬 많으니까요.(참여자 7)

마지막으로 확인된 맥락적 조건은 ‘저체중아, 미숙아 출산 시 지원’이 있었다. 저체중아나 미숙아 출산 시 산모 및 영아에 대한 지원이 있는 경우에는 모자 건강을 관리함에 있어 도움이 많이 된 것으로 인식하였지만, 반면 발달적인 점검이 필요한 시기에 이르고 미숙하게 출생한 아이의 경우 아이를 키우면서 의료와 관련한 많은 비용이 발생하고 이것이 큰 부담을 주는 것으로 인식된다는 것을 확인할 수 있었다.

예전에 저는 아기 출산하고 나서 보건소에서 지원받는 게 있었거든요. 아기 이름으로 분유 나온다는 거 하는 게 있었어요. 우리 아기는 저체중이었어서, 모유 수유하면 두부, 호박, 콩 이렇게 엄마가 먹을 수 있는 반찬들이 단백질 위주로 나왔었고요. 아니면 제가 나가서 시장을 봐 와야 되잖아요. 이렇게 따져 보면 비용이 많지는 않았거든요. 근데 그게 되게 도움이 되고 좋았었어요.(참여자 11)

쌍둥이를 34주에 첫째는 2.34로 태어나고 둘째는 1.78로 태어났어요. 인큐베이터에 있었죠. 중환자실에 첫째는 2주, 둘째는 3주 있었죠. 애들이 만삭아가 아니고 조산아라서 매번 가서 검사들이 꼭 잡혀 있었어요. 접종도 그 와중에 하고. 6개월까지는 거의 2~3주에 한 번씩 병원 갔어요. 검사 비용이 다 자부담이에요. 중환자실 갔을 때에 태어나서 24시간 이내에 중환자실을 가면 국가에서 지원해 주는 게 있어요. 근데 그 이후는 전부 부모 부담. 검사를 추가적으로 받아야 한다거나, 비용 굉장히 많이 들죠. 검사 한 번 할 때마다 30만 원 이렇게 들고, 두 아이니까 60만 원 이렇게 나오고 많이 나오죠. 돈이 없으면 못 키우거나 포기할 수밖에 없는 거죠.(참여자 1)

4) 작용/상호작용

자녀를 출산한 어머니들이 신체적, 심리적, 경제적 부담 등의 어려움을 극복해 나가기 위해 다양한 노력이나 대처를 하게 되는데 어떠한 대처는 건설적이고 긍정적인 방식으로 이루어지지만, 종종 적절한 대처를 찾지 못하거나 오히려 건강을 해치는 방식으로 대처하는 경향도 있는 것으로 나타난다.

우선 건설적인 대처를 모색하는 작용/상호작용으로는 ‘양육 조력자를 구함’, ‘육아 커뮤니티에 참여’, ‘지자체 육아 지원’ 등이 있는 것으로 나타났다. 친정 근처로 이사를 가거나 하여 직접적으로 양육을 도와줄 수 있는 사람을 곁에 두는 방식도 있었지만, 같이 육아를 하는 엄마들끼리 만나서 소통하거나, 직접적인 만남은 아니더라도 온라인을 통해 고충을 나누고 서로 지지를 얻기도 하는 것을 확인할 수 있었다. 또한, 지자체가 제공하는 육아 서비스 및 보육 서비스 등을 이용해 잠시나마 아이의 양육에서 벗어나 자신을 위한 시간을 갖기도 하였다. 그러나 이러한 도움이나 지지를 많이 이용하였거나 실제로 도움을 받았다고 지각하는 경우는 많이 보고되지 않았다.

첫째 아이를 친정의 힘을 빌려서 양육을 하다 보니까 제가 친정 근처로 이사를 했어요.(참여자 20)

저 같은 경우는 문화센터를 다니면서 엄마들하고 육아 정보를 주고받기도 해요. 구에서 하는 육아 관련 프로그램 같은 것들도 있고요.(참여자 5)

애들이 어린이집 가니까 그나마 어린이집 가면 식사를 챙겨 먹죠.(참여자 1)

반면, 아이를 양육하는 상황에서는 자신의 식사를 제때 고르게 먹는 것이 매우 어렵고 번거롭다고 여기는 여성들이 많아 이러한 고충은 ‘불건강한 식습관의 유지’라는 건강하지 못한 생활 패턴을 만들어내는 것을 확인할 수 있었다. 아이와 하루 종일 씨름하다 보면 식사 시간을 놓치기 일쑤이고, 식사를 차려 먹는 것이 번거롭고 힘들기 때문에 굶거나 대충 때우고 몰아서 먹는 방식을 선택한다는 것이다.

애들 있으면 애들 잘 때 먹고 8~9시쯤 먹죠. 밥을 급하게 굉장히 빨리 먹으면서 몰아서 먹어요. 라면도 많이 먹고요. 라면이 빠르고, 밥은 밥을 해서 반찬도 몇 가지 있어야 되는데, 라면은 라면만 있으면 되잖아요. 손쉽게 공복감을 해결할 수 있으니까. 나 하나 먹자고 밥하는 건 잘 안 되더라고요. 배가 고프면 과자나 초코바 같은 것으로 해결하고. 너무 당이 떨어져서 기운이 달린다는 느낌이 드니까 막 아무거나 먹죠.(참여자 1)

거의 아기랑 있을 때는 밥을 안 먹어요. 하루 종일 밥을 먹을 생각을 안 해요. 정말 배고프면 군것질, 초콜릿, 그때그때 집에 있는 걸로 요기하는 거죠. 아기가 징징덜 때 밥을 먹으면 미칠 것 같아요. 내가 뭐하자고 이걸 먹고 있는 거지, 안 먹고 만다 싶었어요. 저녁에 아기가 자고 신랑 오면 몰아서 먹고, 주로 시켜 먹는 거 오늘은 치킨, 내일은 족발. 그때 그나마 먹는 거예요.(참여자 5)

또 양육으로 인한 고충과 스트레스가 발생하였을 때 이를 적절히 해소할 수 있는 방법을 찾을 수 없어 ‘음주로 인한 스트레스 해소’를 선택하는 경우도 있어서 이 또한 건강을 해칠 수 있는 잠재적인 요인이 됨을 알 수 있었다.

술은 사람들이랑 같이 먹잖아요. 친한 아기 엄마들이 있어요. 같이 만나서 점심을 먹잖아요. 그럼 한잔해야지 하면서 먹는 거예요. 분명히 주변의 보는 시선은 되게 안 좋을 거예요. 근데 우리도 너무 힘이 드니까. 아기 낮잠 재워 놓고 그 시간에 우리 밥 먹으면

서 한잔씩 하고. 한잔 짬 하면서 뭔가 스트레스가 풀린다는 그런 느낌 있잖아요. 사람들 만나서 그렇게 하다 보면 잠깐이라도 해소가 되는. 이게 없다면 제 삶이 재미조차도 없을 것 같아요. 스트레스 날릴 수 있는 것. 한정된 이 생활 속에서 그나마 먹으면서 사람 들하고 만나면서 이야기하는 그런 것 있잖아요. 숨구멍 같은... (참여자 5)

또한 대처의 건설적인 면이나 긍정성을 떠나 경제적 부담에 대한 대처로서 ‘일터로의 복귀’가 있었다. 자녀를 키우는 비용이 부담되기 때문에 맞벌이를 선택하여 조금이나마 경제적으로 도움이 되고자 하는 선택을 하게 되는 것이다.

형편이 좋아서 집에서 쉬면 좋겠지만 그런 게 안 되기 때문에 사실 고민이 많이 되기는 해요. 둘째를 낳으려면 여러 가지 경제적인 부분이 제일 많이 크고 그래서 일을 해야 하면서도, 그것 때문에 심리적으로 스트레스도 많이 받기 때문에 임신도 잘 안 되는 것 같고, 그래서 병원을 찾는데 또 병원에 갈 때마다 비용이 작게 나오는 게 아니다 보니 둘째를 과연 가져야 하나 말아야 하나 하는 생각이 들고요. (참여자 12)

5) 중재적 조건

출산과 육아로 인하여 건강관리 및 스트레스 등으로 어려움을 겪을 때 적절한 노력과 대처를 하는 데 영향을 주는 중재적인 조건으로는 ‘배우자 육아 조력의 한계’, ‘모(母)에 대한 건강관리 여건 부족’, ‘일과 양육을 병행하기 어려운 사회적 여건’ 등이 범주화되어 나타났다.

우선 ‘배우자 육아 조력의 한계’는 배우자가 일로 인하여 너무 바쁘고 힘들기 때문에 육아에 조력할 시간이나 여유가 잘 생기지 않고 자녀 양육의 책임이 여성에게 있다고 지각하거나 그로 인해 양육에 소극적으로 참여함으로써 육아의 부담이 여성에게 특히 가중되는 현상을 말한다.

남편이 퇴근 시간이 늦고 주말밖에 시간이 안 나니까 애들을 잘 봐줄 시간이 많지 않아요.(참여자 5)

제가 헬스장이라도 끊어 보고 싶어서 한 시간이라도 시간을 좀 내줘라고 요구를 할까 했는데 남편이 끝나는 시간도 일정하지 않고, 또 야근을 하고 오는 남편에게 새벽 5시부터 야기 보라고 할 수도 없는 거고 한 시간 요구 자체도 남편에게 무리가 있다고 알고 있어서 스스로 그냥 운동까지는 마음먹게 되지는 않게 되는 것 같아요.(참여자 20)

‘모(母)에 대한 건강관리 여건 부족’ 범주는 여성들이 시간을 내서 자신의 건강을 관리하고 싶어도 아이를 맡길 곳이 마땅치 않고, 아이와 함께 할 수 있는 엄마의 건강관리 프로그램이 별로 없으며, 가용한 서비스 제공 시간이나 빈도가 편리하지 못하다는 내용을 포함하고 있다.

지자체에서 하는 부모 대상 프로그램 같은 것을 보면요, 아쉬운 게 시간대가 오후 3~5시 이래요. 그때는 첫째 아이가 있는 엄마들은 못 가거든요. 저녁 준비도 해야 되고 아이를 어린이집이나 유치원에서 데려와야 하는 시간인데 둘째 임신 맘들은 그래서 다 알면서도 못 가요.(참여자 20)

보건소나 육아 지원센터의 프로그램이 좀 자주 자주 있었으면 좋겠어요. 뭐 한 달에 한 번, 분기에 한 번 말고요. 구에서 하는 육아 관련 프로그램은 지역신문 보고 신청을 해야 갈 수 있고요, 모르는 사람은 절대 알 수가 없어요. 또 금방 마감되는데 한번은 신청을 해서 40분인가 하고 온 적 있는데 갔다 오는 길이 허무했어요.(참여자 5)

건강을 관리하고 싶는데 아이를 떼 놓을 방법이 없을 때 속상하더라고요. 의지가 있는데 상황이 되지 않았을 때. 아이를 위한 신체활동 시간에 대한 프로그램들은 굉장히 많은데 그 아이와 함께하는 엄마들은 막상 가면 구경만 하고 있거든요. 아이를 키우는 여성들을 위한 건강 프로그램이나 건강을 지원할 수 있는 것은 전혀 접할 수 있는 기회가 없었어요. 그렇다고 두세 살짜리를 데리고 등산을 할 수도 없고 유모차를 끌고 산책을 하면 애가 뻑뻑 울고 현실적으로 불가능해요.(참여자 17)

‘일과 양육을 병행하기 어려운 사회적 여건’ 또한 중재적 조건의 한 범주로 나타났는데, 육아휴직이나 출산휴가와 같은 제도적인 여건이 마련되는 것뿐 아니라, 아이를 출산한 뒤 일터로 돌아오는 과정을 자연스럽게 받아들이 주는 사회적인 인식 또한 일터로의 복귀를 결정하는 데 영향을 미친다는 것을 확인할 수 있었다.

저는 정부의 지원이 더 많아지면 둘째에 대한 의향이 더 생길 것 같아요. 저도 둘은 낳고 싶지만 현재 있는 정책이나 제도로는 제가 둘을 커버하기 힘들다는 생각이 드는 거고요. 하나도 낳게 된 이유가 육아휴직이 가능하고, 육아휴직을 하더라도 돈도 나오고 이런 식의 여러 가지를 따져 봤을 때 가능해 보였던 거거든요.(참여자 17)

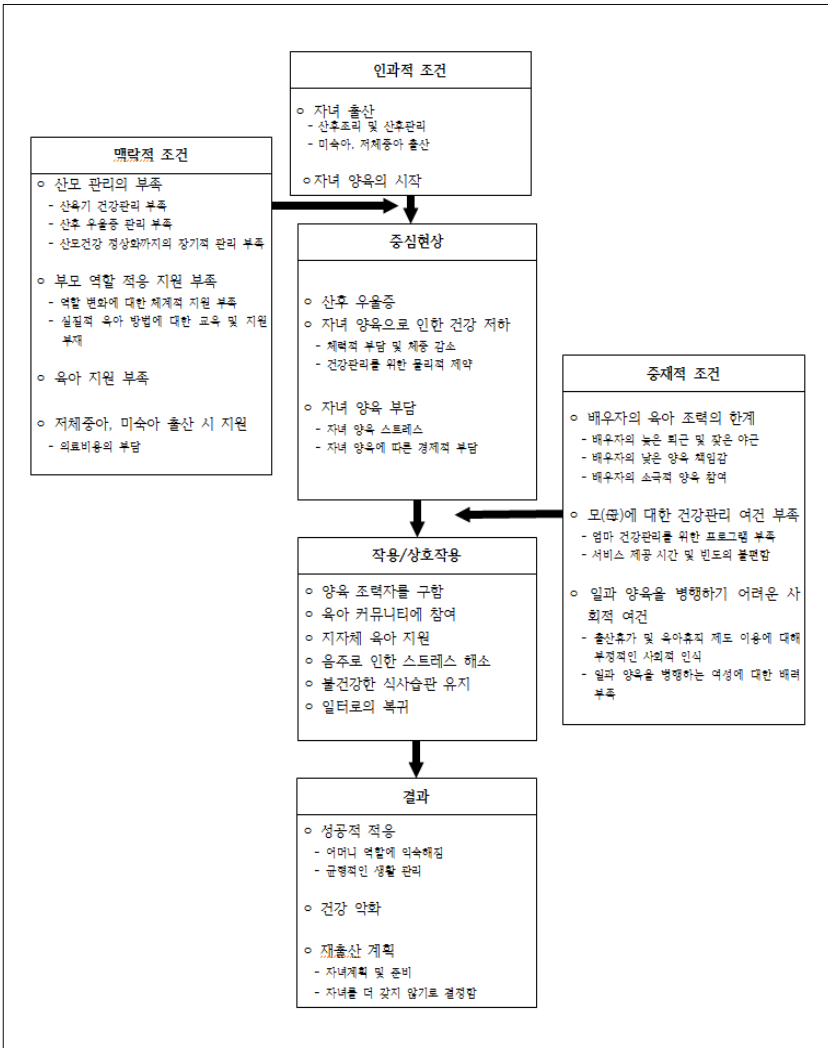
자연스러운 출산휴가조차도 주변 분들이 양심도 없다고 저렇게 자기 자리 비워서 남은 사람 힘들다고 말들을 많이 하는데, 그래서 휴직하더라도 답이 없어요.(참여자 18)

6) 결과 및 기능

출산과 함께 어린 자녀들의 양육기의 어려움을 겪고 그에 대한 적절한 대처와 노력을 통하여 여성들은 각자 생활 영역에서 ‘성공적 적응’을 이루며 어머니 역할에 익숙해지고 육아 과정이 조금씩 적응되고 수월해지는 경험을 하게 되는 것으로 나타났다. 또, 이러한 적응을 통해 생기는 여유들을 자신의 생활을 균형적으로 관리하는 데 사용할 수 있게 되는 결과에 도달하기도 하였다. 아이가 좀 더 자라고 어머니 역할에 익숙해지면서 성공적으로 생활이 적응 상태에 도달하게 되고, 다시금 자녀에 대한 고려 및 출산에 대한 계획을 수립하게 되기도 하는데 최종적으로 내리는 결정은 개인이 처한 상황 및 맥락, 중재적 조건에 따라 달라진다고 할 수 있다. 또, 어떠한 대처를 사용하는가에 따라 출산과 양육 이후 여성들이 자신의

건강을 해치게 되는 경우도 또 하나의 결과로 도출된다는 것도 확인할 수 있었다.

[그림 4-13] 첫 자녀 출산 이후 여성 건강관리 모형



다. 소결

근거모형 방법론을 사용하여 가임기 여성의 건강한 임신·출산과 관련한 경험 및 인식을 분석하여 결혼 이후 임신 성공 및 출산까지의 기간을 중심으로 한 패러다임 1과 첫아이 출산 이후 기간을 중심으로 한 패러다임 2를 도출하였다.

우선 패러다임 1을 중심으로 살펴보고자 한다. 심층면접을 통해 가임기 기혼 여성들이 임신에 오랜 기간이 소요되고 임신 결정을 망설이며 심리적인 스트레스를 받는 단계부터 성공적으로 임신 및 출산을 하기까지의 과정에 관여하는 대표적인 경험 및 인식 패턴들을 확인할 수 있었다. 청소년기부터 지속적으로 경험하고 있는 건강상태 및 임신에 대한 준비도 등은 임신 및 출산 의도에 영향을 미칠 뿐 아니라, 자녀를 갖기로 의도한 경우 임신의 성공 여부에도 영향을 미친다는 인식을 확인할 수 있었다. 그러나 임신을 시도하고자 결심하는 시점이 생물학적으로 임신 성공 가능성이 낮아진 늦은 나이인 경우에는 때로는 이전 시점의 임신 시기 및 의도에 대한 생애 계획이 불가역적으로 영향을 미치기도 한다는 것을 알 수 있었다. 따라서 결혼을 포함하여 임신에 대한 계획이 미리 수립되어 있지 않았거나 임신에 대한 의도가 늦게 생겨나는 경우에는 임신이 잘 되지 않는 현상을 경험할 때 더 미리 건강을 관리하거나 임신과 관련한 준비를 하지 못했던 과거에 대하여 후회하기도 하며, 악화된 신체적 건강상태로 임신을 시도해야 하는 어려움에 놓이게 된다는 것을 의미한다.

이때 적절하고 실효성이 있는 성교육을 받은 경험이 없고, 여성의 생식 건강관리에 대한 지식이 부족하며, 여성 건강관리에 대한 지지 체계가 부족한 상황, 산부인과와 같은 의료 체계에 대한 부정적 인식이나 낮은 접근 의도 등이 이러한 현상이 나타나는 데 영향을 끼치는 맥락적 조건으로

작용함을 확인할 수 있었다. 더불어, 전반적인 여성의 건강상태에 부정적 영향을 끼치는 사회적인 환경이 가임기 여성의 임신을 어렵게 하는 맥락적 조건으로 나타나는 것을 발견하였다. 즉, 건강한 임신 및 출산을 위해서는 2차 성징 이후의 청소년 시기부터 지속적인 관리를 통하여 신체적, 심리적 준비도를 높여 가야 할 필요성이 있는데, 다양한 관점에서의 제약과 제한으로 인해 여성들이 충분히 준비하지 못하고 이로 인해 임신 및 출산에서 어려움을 겪게 되는 것으로 요약할 수 있을 것이다.

여성들이 임신에 대한 신체적, 심리적 준비를 해 임신에 성공하기 위하여 임신에 도움이 되는 정보를 수집하거나, 건강을 다시 관리하고 향상시키기 위한 행동을 실천하고, 때로는 전문적 의료 도움을 추구하는 다양한 노력들을 확인할 수 있었는데 이러한 노력들이 임신과 출산이라는 결과에 도달하는 데 영향을 미치는 다양한 중재적인 조건들이 존재하였다. 우선, 긍정적으로 작용하는 중재적 조건으로서는 국가 및 지자체가 제공하는 다양한 서비스나 혜택이 있으며, 이를 통해 임신까지의 과정에 도움을 받는다는 것을 알 수 있었다. 이는 현재 정책적으로 가임기 여성을 위한 임신·출산 지원 체계가 실효성을 발휘하고 있는 지점을 확인할 수 있도록 해 준다. 그러나 성공적인 임신·출산까지의 과정을 방해하는 요소들도 확인되었는데, 임신·출산에 대한 준비를 갖추려고 해도 그 방법에 대한 신뢰성 있는 정보를 얻을 수 있는 원천이 부족하고, 임신을 준비하는 여성들에 대한 의료적인 지원이 체계적이지 못하거나 부족한 상황이 임신 및 출산에 부정적 영향을 미치는 것으로 인식되고 있었다. 더불어 배우자를 비롯한 남성 및 사회가 여성 건강에 대한 그릇된 인식이나 편견을 갖고 있고, 모성 보호를 위하여 여성을 배려하는 것에 대한 필요성을 느끼지 못하는 것, 임신과 관련한 비용의 경제적 부담감 등도 결과에 부정적인 영향을 미치는 중재적 조건으로 확인되었다.

패러다임 1을 통하여 성공적인 임신 및 건강한 출산이라는 결과에 도달하기까지 여성들이 많은 노력을 기울이지만 이러한 노력들이 적절한 시기에 이루어지지 못하거나, 노력할 방법을 다 알지 못하거나, 또는 적절한 사회적 지원이나 지지가 뒷받침되지 못한 상황에서 이루어지기 때문에 효과적으로 결과에 이어지지 못하는 지점들을 발견할 수 있었다. 많은 여성들이 이러한 어려움을 딛고 임신 및 출산에 성공하게 되면 또 다른 과제에 당면하게 되는데 그에 대한 현상은 패러다임 2를 통하여 살펴볼 수 있다.

패러다임 2에서는 출산 이후 여성들의 경험으로서 출산 이후 건강 회복 및 자녀를 건강하게 양육하는 역할, 그리고 재출산에 대한 준비를 갖추는 결과까지의 과정을 근거이론 방법으로 체계화하였다. 자녀의 출산과 더불어 자녀 양육이 시작되는 인과적 조건으로 인하여 많은 여성들은 신체적, 정신적인 위기를 겪는 중심현상에 다다르게 된다. 출산으로 인한 산후 우울증을 경험하거나, 자녀 양육이라는 새로운 환경 및 신체적 요구의 부담으로 인하여 건강이 나빠지거나, 양육이나 경제적 부담 등으로 심리적 스트레스를 경험하게 되는 것이다. 이러한 인과관계는 맥락적 조건에 의하여 강화되거나 약화될 수 있는 것으로 보는데 현재 우리나라 정책적 지원에 대한 출산, 양육기 어머니들의 실질적인 수요의 지점을 맥락적 조건을 통해 확인할 수 있었다. 우선, 자녀를 출산한 직후 산모의 신체적인 회복을 위하여 산모가 적절히 관리되거나 도움을 받을 수 있는 체계가 부족하다는 인식이 확인되었는데 이는 신체적인 점점뿐 아니라 심리적인 지원 체계도 포함하였다. 출산 후 흔히 나타날 수 있는 통증, 골밀도의 약화, 산후 우울증 경험 등에 대하여 관리하는 체계가 거의 부재하며 자녀를 양육하는 역할을 준비되지 않은 채로 맞이하는 부모에게 적절한 교육의 기회나 지지 체계가 마련되어 있지 않다는 것이 이에 포함된다. 또한,

자녀를 양육할 때 필요에 따라 자녀 양육을 잠시나마 대신 해 줄 수 있는 정부 및 지자체의 지원 체계가 미흡하며, 저체중아나 미숙아를 출산하였을 때 건강한 성장을 위하여 필요한 의료적 지원이 부족하고 비용적인 부담이 크다는 점은 자녀 양육의 책임을 오롯이 부모가 감당해야 한다는 부담감으로 인식되고 있었다.

이러한 어려움을 극복하고 성공적으로 자녀를 양육하기 위하여 양육의 조력자를 가족 내에서 찾거나 고용하며, 엄마들끼리의 네트워킹을 통하여 스스로 지지집단을 확보하거나 비용적인 부담을 해결하기 위하여 일터로 복귀하는 등의 다양한 노력들이 확인되었다. 이때, 지자체의 육아 지원 서비스 및 시설을 이용하여 양육의 도움을 받기도 하였지만 이러한 육아 지원이 충분히 가용하지 않다는 인식이 많았다. 육아의 책임을 감당하기 위하여 스트레스 해결의 자구책으로 음주를 선택하는 경우나, 체력적 시간적 부담 때문에 규칙적이고 건강한 자신의 식사를 포기하는 경우와 같은 비건설적 대처를 선택하는 경우도 빈번히 확인되었다. 즉, 작용 및 상호작용 범주는 건설적이거나 비건설적인 대처가 모두 포함되었는데 이는 모두 양육을 해내기 위한 노력이라는 의미에서 통합될 수 있을 것이다.

이러한 노력들은 다양한 결과에 이르도록 하였는데, 우선 성공적인 적응 및 재출산 계획 및 준비와 같은 결과에 도달하는 데 영향을 미치는 중재적인 조건은 배우자가 육아에 적극적으로 참여하거나, 일과 양육을 병행할 수 있도록 하는 출산휴가나 육아휴직과 같은 지원 체계 등이 있었다. 반면, 건강 악화나 자녀를 더 갖지 않기로 결정하는 결과에 도달함에 있어서는 배우자가 육아에 충분히 조력하지 못하거나, 어머니가 건강관리의 기회를 충분히 갖지 못하는 여건, 그리고 일과 양육을 병행하는 것에 대해 친화적이지 못한 직장이나 사회적 분위기 등이 중재적 조건으로 영향력을 발휘한다는 것을 알 수 있었다.

근거이론 방법을 바탕으로 건강한 임신과 출산에 대한 여성의 경험 및 인식에 대한 두 패러다임을 통하여 가임기 여성들의 임신, 출산과 관련한 다양한 영향을 주는 내용들을 체계적으로 분류하여 살펴보았다. 종합적으로 여성이 건강한 임신·출산을 할 수 있도록 하기 위해서는 ‘준비’를 갖추도록 도울 수 있는 지원이 중요함을 확인하였다. 즉, 청소년기부터의 다양한 지원을 통하여 지적, 신체적, 심리적으로 임신의 준비도를 높일 수 있도록 해야 하며, 임신 의도가 생겨난 시기에 충분한 준비를 갖추지 못한 여성들에게 이러한 부족을 만회할 수 있는 지원이나 지지 체계가 필요함을 알 수 있었다. 또한, 출산 이후 여성에 대하여도 부모로서의 역할에 대한 준비를 갖추는 사회적 환경 및 여건이 제공됨으로써 성공적인 자녀 양육을 해 나갈 수 있도록 도와야 하며, 재출산을 원하는 여성들이 다시금 임신 및 출산을 위하여 신체적, 심리적으로 준비될 수 있도록 하는 지원 및 지지 체계가 확립되어야 할 것이다.

제3절 임신과 출산의 건강위험과 보건의료 이용 실태

1. 건강의 요인과 출산 의향 및 결과 분석

본 절에서는 ‘건강’이 미래의 출산 의향과 희망 자녀 수에 영향을 끼치는 여부와 임신과 출산에서 임신부의 ‘건강’ 수준을 반영하는 ‘연령’과 출산 결과 간의 연관성과 그 추이를 살펴보려고 한다. 먼저 전자를 위해 출산력 자료와 여성가족패널을 활용하였다. 후자의 경우는 통계청의 인구동향조사의 출생신고 자료를 활용하였다.

가. 건강 문제와 출산 의향 및 희망 자녀 수의 연관성

2012년과 2015년 <전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사>에는 ‘앞으로 자녀를 낳을 계획이 있는지?’라는 문항이 있고, ‘낳지 않을 생각이다’라는 응답자에 한하여 ‘가장 주된 이유가 무엇입니까’라고 묻는다. 이유들에는 경제, 사회, 가치관, 가족과 함께 건강이 포함되어 있다. 이는 기혼자와 미혼자 조사 모두에 있다. 그러나 기혼자 문항에는 건강 안에서도 ‘아이가 생기지 않아서’, ‘본인(여성)의 건강 문제 때문에’, ‘배우자(남편)의 건강 문제 때문에’와 같이 세 가지로 구분하여 그 이유를 묻고 있다.

먼저 2015년 기준으로 기혼 여성의 출산 중단 이유(중복응답)에 대해 연령별로 보면, ‘경제’ 문제가 65.9%로 가장 응답률이 높았다. 이어서 ‘가치관’이 29.4%, ‘사회’는 23.9%였다. 그다음이 건강의 문제로 18.3%가 응답하였다. 건강의 문제 내에서도 여성 본인의 건강 문제가 10.8%로 가장 많았고, 아이가 생기지 않아서는 6.7%, 배우자(남편)의 건강 문제는 0.8%에 불과하였다(표 4-5 참조).

자녀 출산 중단 이유의 건강 문제 응답률을 2012년과 2015년을 비교해 보면 ‘아이가 생기지 않는다’와 ‘본인(여성)의 건강 문제 때문에’라는 응답률은 2012년 대비 2015년이 더 높은 것으로 나타났다. 그리고 연령이 증가함에 따라 대체로 응답률이 높은 것으로 나타났다. ‘배우자(남편)의 건강 문제 때문에’에 대한 응답률은 두 조사 모두에서 크게 나타나지 않았으며 연령 간 차이도 거의 없었다(그림 4-14 참조).

〈표 4-5〉 기혼 여성¹⁾ 연령별 추가 출산 중단 이유(2015, 복수응답)

(단위: %, 명)

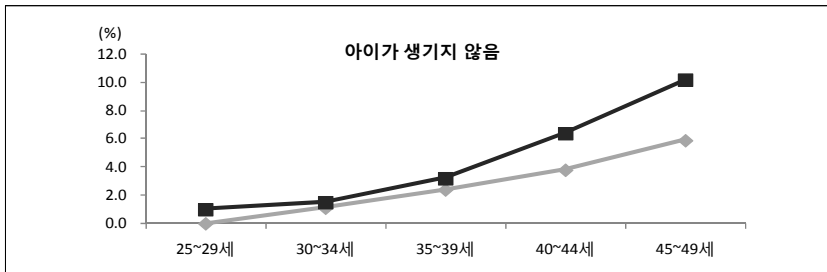
연령대	경제 ²⁾	사회 ³⁾	가치관 ⁴⁾	가족 ⁵⁾	건강 ⁶⁾				기타 ⁷⁾	응답자 전체
					소계	아이가 생기지 않음	본인 건강문제	배우자 건강문제		
25세 미만	113.6	22.7	27.2	4.5	4.5	0.0	4.5	0.0	9.1	22
25~29세	100.0	33.0	46.0	1.0	6.0	1.0	5.0	0.0	0.0	100
30~34세	84.0	38.7	38.1	1.8	12.0	2.1	9.3	0.6	3.3	333
35~39세	72.2	31.5	33.2	3.0	16.2	4.1	10.7	1.4	18.5	439
40~44세	57.7	15.1	25.0	1.8	22.3	8.4	13.0	0.9	51.5	455
45~49세	37.7	8.7	17.9	1.2	26.6	14.3	11.7	0.6	68.0	343
소계	65.9	23.9	29.4	2.0	18.3	6.7	10.8	0.8	33.2	1,692

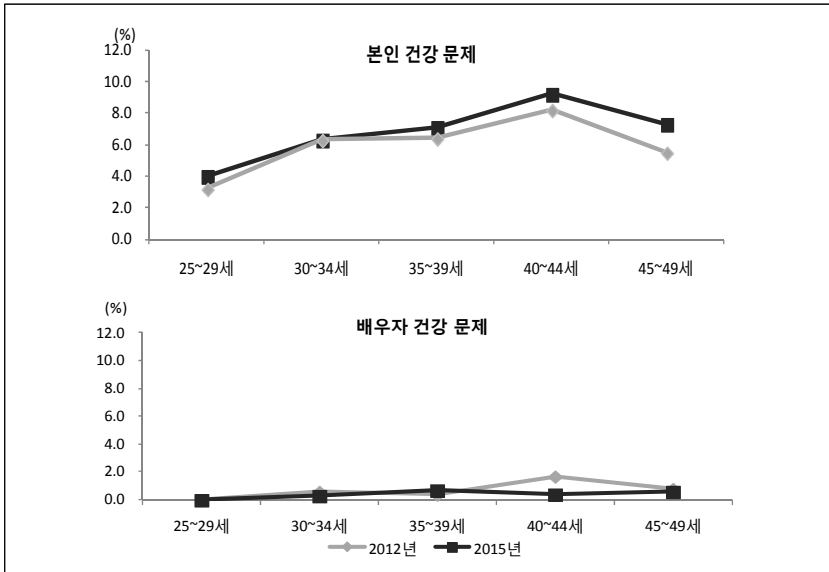
주: 1) 출생아 수가 0~1명이면서 추가 출산 의향이 없는 기혼 여성을 대상으로 분석.

- 2) ①소득이 적어서 ②실업 상태여서 ③고용 상태가 불안정해서 ④자녀 양육을 위한 적절한 주택 마련이 어려워서 ⑤자녀 양육에 많은 비용이 들어서 ⑥자녀 교육에 많은 비용이 들어서
3) ⑦아이를 돌볼 마땅한 사람이나 시설이 없어서 ⑧출산으로 인한 직장에서의 차별 ⑨출산 및 양육으로 인하여 본인의 사회활동에 지장이 있을까 봐 ⑩치열한 경쟁사회에서 자녀들의 장래가 염려스러워서
4) ⑪보다 많은 여가를 즐기기 위해서 ⑫본인 또는 남편이 아이를 싫어해서 ⑬자아성취를 하는 데에 시간이 부족해서 ⑭부부만의 생활이 즐거워서 ⑮계획한 만큼 자녀를 다 낳아서 ⑯남들과 자녀 수가 비슷해서 ⑰아이가 많아서
5) ⑰가정 내에서의 가사 및 양육이 공평하게 분담되어 있지 않아서 ⑱부부관계가 좋지 않아서 ⑳신체적·정신적 장애 또는 만성질환이 있는 가족 수발 때문에
6) ㉑아이가 생기지 않아서 ㉒본인의 건강 문제 때문에 ㉓배우자의 건강 문제 때문에
7) ㉔나이가 많아서 ㉕기타가 해당됨.

자료: 한국보건사회연구원. 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 원자료 분석.

[그림 4-14] 건강 때문에 추가 출산 의향 없는 기혼 여성 비율(2012, 2015)





주: 1) 출생아 수가 0~1명이면서 추가 출산 의향이 없는 15~49세 기혼 여성 중 그 이유가 '건강'인 경우.

2) 2015년은 1순위만 분석.

자료: 한국보건사회연구원, 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 원자료 분석.

미혼자⁵⁵⁾의 경우는 자녀를 희망하지 않거나, 희망하더라도 1명만을 두기 원하는 응답자에 한하여 그 이유를 기혼자와 동일하게 물어보았다.

미혼자 역시 기혼자와 동일하게 '경제' 문제가 현재의 자녀 출산 의향이 없거나, 있더라도 1명만을 희망한다는 이유로 가장 응답률(61.5%)이 높았다. 그다음 이유는 기혼자와 다르게 '사회' 문제가 17.5%로 나타났고, '가치관'은 14.6%로 나타났다. '가족'의 문제는 4.3%였으며, 본 연구에서 관심을 갖고 있었던 '건강'은 1.2%에 불과하였다. 이는 아직 미혼이고, 그만큼 연령이 어릴 가능성이 높기 때문일 수 있으며, 한편으로 임신

55) 미혼자(2,207명)의 0.9%는 자녀를 희망하지 않는다, 18%는 1명만을 희망한다고 응답함. 특히, 미혼 여성은 자녀를 0명 혹은 1명 희망한다는 응답이 1.4%와 19.8%로, 미혼 남성의 0.4%와 16%보다 각각 높음. 즉, 미혼 여성에게서 자녀 희망 의향이 더 낮음(2015년 조사 기준).

과 출산에 대한 본인과 배우자의 건강 문제를 실제 경험하지 않았기 때문에 나타난 결과로 보인다. 그러나 미혼자의 1.2%는 건강 문제가 출산 의향에 부정적인 영향을 미치고 있는 것으로 나타났는데, 이 응답은 100% 미혼 여성에게서 나타났다. 그리고 연령이 30대 이상부터 응답을 보였고, 연령이 증가할수록 응답률이 높아졌다.

〈표 4-6〉 미혼 남녀의 희망 자녀 수가 1명 이하인 이유(2015)

(단위: %, 명)

성	연령대	경제 ¹⁾	사회 ²⁾	가치관 ³⁾	가족 ⁴⁾	건강 ⁵⁾	기타	전체 ⁶⁾
남성	20~24세	73.3	2.2	24.4	0.0	0.0	0.0	100.0(45)
	25~29세	76.5	8.8	14.7	0.0	0.0	0.0	100.0(34)
	30~34세	87.5	7.5	5.0	0.0	0.0	0.0	100.0(40)
	35~39세	64.3	17.9	14.3	0.0	0.0	3.6	100.0(28)
	40~44세	90.5	0.0	0.0	0.0	0.0	9.5	100.0(21)
	소계	78.0	7.1	13.1	0.0	0.0	1.8	100.0(168)
여성	20~24세	58.8	21.3	13.8	5.0	0.0	1.3	100.0(80)
	25~29세	45.6	29.1	24.1	1.3	0.0	0.0	100.0(79)
	30~34세	48.8	31.7	9.8	7.3	2.4	0.0	100.0(41)
	35~39세	54.2	25.0	4.2	12.5	4.2	0.0	100.0(24)
	40~44세	38.5	7.7	15.4	26.9	11.5	0.0	100.0(26)
	소계	50.4	24.4	15.6	7.2	2.0	0.4	100.0(250)
전체	20~24세	64.0	14.4	17.6	3.2	0.0	0.8	100.0(125)
	25~29세	54.9	23.0	21.2	0.9	0.0	0.0	100.0(113)
	30~34세	67.9	19.8	7.4	3.7	1.2	0.0	100.0(81)
	35~39세	59.6	21.2	9.6	5.8	1.9	1.9	100.0(52)
	40~44세	61.7	4.3	8.5	14.9	6.4	4.3	100.0(47)
	소계	61.5	17.5	14.6	4.3	1.2	1.0	100.0(418)

- 주: 1) ① 소득이 적어서 ② 실업 상태여서 ③ 고용 상태가 불안정해서 ④ 자녀 양육을 위한 적절한 주택 마련이 어려워져서 ⑤ 자녀 양육에 많은 비용이 들어서 ⑥ 자녀 교육에 많은 비용이 들어서
 2) ⑦ 아이를 돌볼 마땅한 사람이나 시설이 없어서 ⑧ 출산으로 인한 직장에서의 차별 ⑨ 출산 및 양육으로 인하여 본인의 사회활동에 지장이 있을까 봐
 3) ⑩ 보다 많은 여가를 즐기 위해서 ⑪ 본인이 아이를 싫어해서 ⑫ 부부만의 생활이 즐거울 것 같아서
 4) ⑬ 가정 내에서의 가사 및 양육이 공평하게 분담되어 있지 않아서 ⑭ 장애 또는 만성질환이 있는 가족 수발 때문에
 5) ⑮ 본인의 건강 문제 때문에
 6) 표 안의 수치(비율값)는 소수 첫째 자리에서 반올림되었으므로 각 항목의 합이 100%가 아닐 수 있음.

자료: 한국보건사회연구원. 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 원자료 분석.

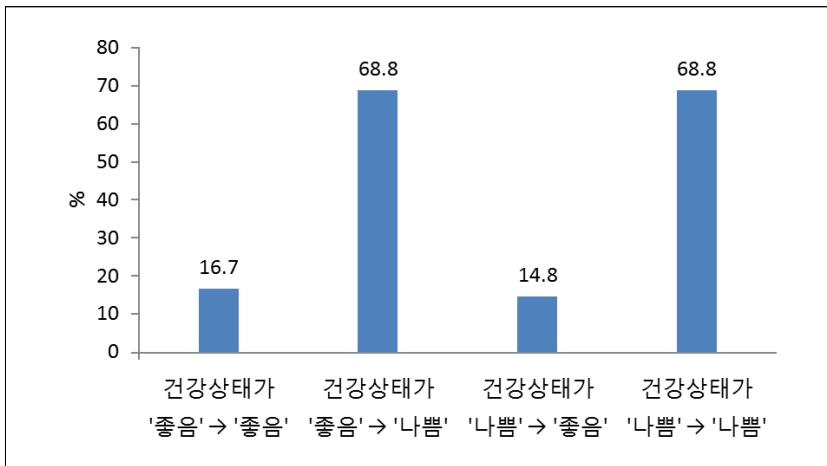
기혼자와 미혼자의 출산 의향에 건강 문제가 영향을 미치는지를 확인하기 위해서는 현재 출산력조사 자료로는 낮은 응답률로 명확한 파악이 어렵다. 그래서 여성가족패널조사 자료를 활용하여 추가 분석을 실시하였다. 2012년과 2015년의 제4, 5차 자료만을 활용했는데 그 이유는 4차부터 건강조사가 포함되었기 때문이다. 제4, 5차 기간 동안(제4차는 이하 'Time1', 제5차는 이하 'Time2')의 주관적 건강상태의 변화에 따른 출산 의향을 분석하였다. 이를 위해 2014년에는 자녀가 없고, 2015년에도 자녀가 없거나 있더라도 1명인 기혼 여성이며, 그 연령대는 5차 조사 기준으로 25~39세로 제한하였다. 그 결과 본 연구에 적합한 분석 대상자는 325명이었다.

이들에 대한 Time2 시점의 인구사회 및 건강 특성을 보면, 응답자의 68.3%가 25~29세였고, 30~34세는 14.5%, 35~39세는 17.2%였다. 자녀는 21.5%만 있었고, 나머지 78.5%는 없었다. 71.7%는 대학 이상의 학력이었고, 80.9%는 경제활동을 하고 있었다. 가구 소득이 200만 원 미만인 가정이 73.5%로 많은 비중을 차지하였고, 300만 원 이상은 14.5%에 불과하였다. 87.1%는 음주자였으며, 92.9%는 체질량지수가 정상 범위에 속했고, 나머지는 비만이거나 저체중이었다. 자녀 양육에 대한 부담이 있다는 응답자는 9.2%였고, 배우자(남편)에 대한 만족도는 5.14점이었다.

한편, 본 연구의 중요한 변수 중 하나인 출산 의향은 조사 응답자의 4분의 3이 넘는 78.8%가 있다고 하였다. 건강 변수의 경우 Time1, 2 기간 동안 자신의 건강상태가 모두 좋다는 응답자는 65.2%, Time1에서는 건강상태가 좋았지만 Time2에서는 건강상태가 좋지 않다는 응답은 4.9%, 반대로 Time1에서는 건강상태가 좋지 않았으나 Time2에서는 건강상태가 좋아졌다는 응답은 24.9%, 그리고 두 기간 모두 건강상태가 좋지 않다는 응답은 4.9%가 있었다.

Time1, 2 기간 동안 건강상태 변화와 출산 의향 간의 연관성을 분석한 결과 건강상태가 Time1, 2 기간 동안 좋았다는 응답자는 16.7%만이 출산 의향이 없다고 응답한 반면, 두 기간 모두 좋지 않다는 응답자는 68.8%가 없다고 응답하였다. Time1에서는 건강상태가 좋았지만, Time2에서는 건강상태가 좋지 않다는 응답자 역시 출산 의향이 없다는 응답이 68.8%로 동일하였다($\chi^2=48.03$, $p<0.0001$).

[그림 4-15] 건강상태 변화에 따른 출산 의향



자료: 여성가족패널 원자료(2012, 2015년) 분석.

건강상태 변화가 출산 의향에 미치는 영향을 살펴보기 위해, 기초현황 분석에서 다루었던 기혼 여성과 연령과 교육 수준 및 경제활동 여부, 음주 및 체질량지수 등을 통제하고, 자녀 수, 자녀 양육 부담, 배우자 만족도, 그리고 Time1, 2 각각의 건강상태 및 이 기간 동안의 건강 변화를 주요 독립변수로 하였다.

분석 결과는 크게 세 가지 모형으로 제시하였는데, 모형1에서는 통제

변수를 고려한 가운데 기혼 여성의 연령, 자녀 수와 출산 의향 간의 연관성을 보았다. 전반적으로 연령이 높을수록, 그리고 자녀가 없는 여성보다는 있는 경우 출산 의향이 없다는 확률이 높은 것으로 나타났다. 이때의 모형 설명력을 보여주는 X^2 는 0.4086이었다. 모형2에서는 모형1에 자녀 양육 부담과 배우자 만족도를 추가로 포함시켰는데, 모형1에서 통계적 유의미성을 보였던 연령과 자녀 수는 오히려 더 통계력이 높아졌다. 이와 독립적으로 배우자에 대한 만족도가 낮을수록 출산 의향이 낮은 것으로 나타났다. 설명력도 모형1보다 소폭 증가한 0.4240이었다. 마지막 모형3은 모형2에 Time1, 2 기간 동안의 건강 변화를 추가하였다. 그 결과 모형2에서의 통계적 유의미성은 그대로 보였다. 무엇보다도 건강 변화 변수도 통계적 유의미성을 보였는데, 특히 건강상태가 Time1, 2 기간 동안 나쁨으로 유지된 기혼 여성들에게서 출산 의향이 가장 낮은 것으로 나타났다. Time1에서는 건강이 ' 좋음'에서 Time2에서는 그 반대로 건강하지 않은 '나쁨'으로 변화가 있을 경우 역시 자녀 출산 의향이 낮았다. 그러나 통계적 유의미성은 나타나지 않았다. 전반적으로 건강 변화를 네 가지 범주로 구분했을 때, Time1에서 2로 시간이 이동하면서 건강상태가 나쁨으로 유지되거나, 건강하다가 나빠진 경우의 대상자 수가 적어 현재 확인된 통계 수치는 큰 의미가 없을 수 있다고 본다. 그럼에도 불구하고 건강 변화와 출산 의향 간에 연관성이 존재하고, 특히 건강이 좋지 않은 쪽으로 유지 혹은 기존 방향의 전환이 있을 경우 출산 의향이 낮은 것은 명확히 관찰되고 있다.

〈표 4-7〉 기혼 여성의 건강상태 변화가 출산 의향에 미치는 영향

구분		모형1		모형2		모형3	
		OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
건강 상태	‘좋음’ → ‘좋음’	1.00		1.00		1.00	
	‘좋음’ → ‘나쁨’					1.60	0.33-7.63
	‘나쁨’ → ‘좋음’					1.11	0.36-3.37
	‘나쁨’ → ‘나쁨’					5.61	1.30-24.24
연령	25~29세	1.00		1.00		1.00	
	30~34세	5.52	1.40-21.72	12.46	2.44-63.66	10.21	1.96-53.25
	35~39세	20.25	5.18-79.20	34.12	7.41-157.07	29.25	6.21-137.78
자녀수	없음	1.00		1.00		1.00	
	1명	8.32	3.30-21.00	8.69	3.27-23.09	9.37	3.40-325.82
자녀 양육 부담	비동의			1.00		1.00	
	동의			1.46	0.46-4.57	1.77	0.56-5.91
배우자 만족도				0.75	0.62-0.91	0.77	0.63-0.95
X ²		0.4086		0.4240		0.4343	

주: 학력 수준, 경제활동 여부, 가구 소득, 음주 여부, 체질량지수는 통제함.
자료: 여성가족패널 원자료(2012, 2015년) 분석.

나. 고령 임신과 출산·사망 결과

1) 산모의 출산 시 평균 연령

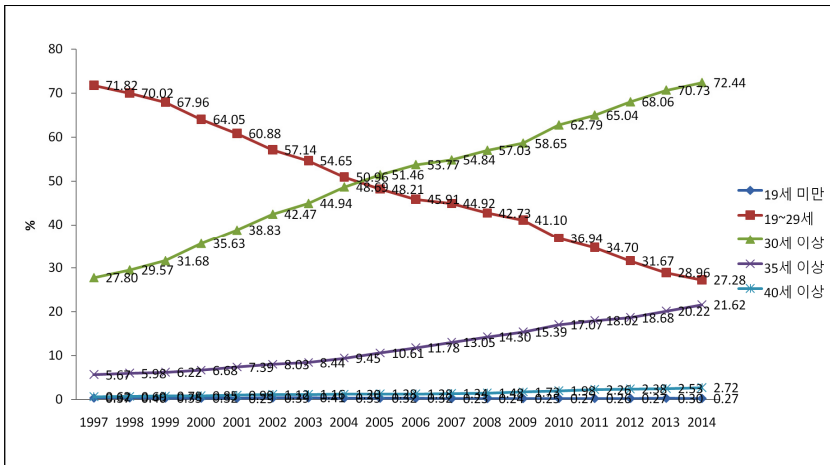
통계청 마이크로데이터 서비스(MDIS)에서 제공하는 인구동향조사 출생 원자료를 1997년부터 2014년까지 제공받아 분석한 결과, 산모의 출산 시 평균 연령은 1997년 27.8세였으나 2007년 30.09세로 30세 벽을 넘었고, 2014년에는 31.54세로 매년 소폭씩 증가하고 있다.

이를 19세 미만, 20~29세, 30세 이상과 같이 연령대별로 구분해서 보면, 19세 미만은 1997년 전체 산모에서 차지하는 비율이 0.37%였는데 2005년에는 0.32%, 그리고 2014년에는 0.27%로 미세하게 감소하고 있

다. 특히 19~29세 산모의 비중은 큰 폭의 감소세를 보였는데, 1997년 출산모의 71.82%가 이 연령대였으나 2005년 48.21%로 절반 아래로 떨어졌고, 2014년 현재는 2005년의 반 정도보다는 조금 많은 27.28%까지 떨어졌다. 이와는 반대로 30세 이상 산모의 비율은 급격히 증가하였다. 이를테면 1997년 이 연령대 산모는 전체의 4분의 1보다 조금 높은 27.8%였으나, 2005년 51.46%로 절반을 넘어섰고, 2014년에는 72.44%로 거의 전체의 4분의 3 수준으로 증가하였다.

‘고령 산모’로 불리는 35세 이상의 산모 비율은 1997년 5.67%였으나, 2005년 10.61%로 2배 정도, 2014년에는 21.62%로 또다시 2배 증가하였다. 40세 이상의 산모 역시 1997년 0.62% 수준이었으나, 2005년 1.28%, 2014년에는 2.72%로 꾸준한 증가세를 보이고 있다.

[그림 4-16] 출산 시 산모의 연령대 추이

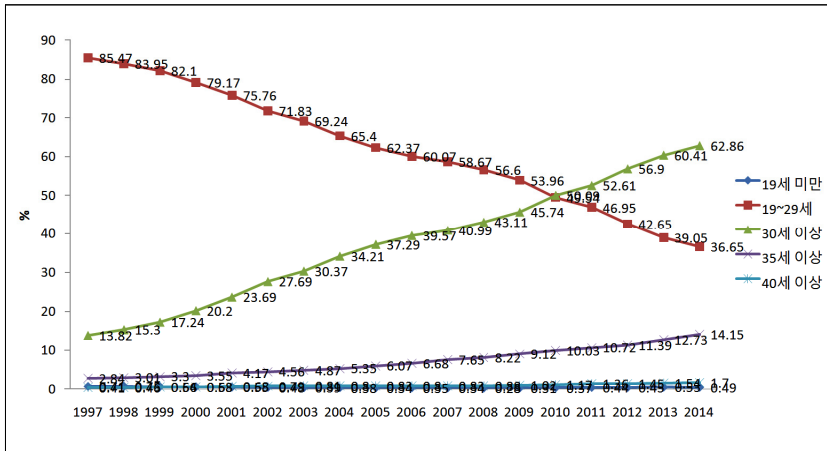


자료: 통계청 인구동향조사 출생자료(1997~2014년) 분석.

출산 시 산모의 연령 증가는 첫째 자녀(first baby)를 기준으로 보더라도 크게 다르지 않다. 즉, 20대 산모의 비율은 급락하였고, 30대 이상은

급증하였다. 2014년 현재 첫째 자녀 출산 시 30대 이상은 62.86%로 1997년 13.82% 대비 4.54배 증가하였다. 35세 이상 고령 산모의 경우도 전체의 14.15%로 1997년 2.84% 대비 4.98배 증가하였다.

[그림 4-17] 첫째 자녀 출산 시 산모의 연령대 추이



자료: 통계청 인구동향조사 출생자료(1997~2014년) 분석.

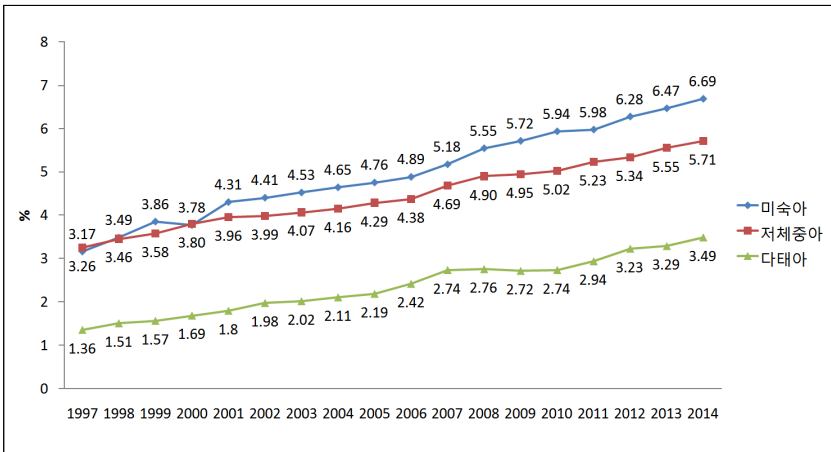
2) 미숙아, 저체중아 및 다태아 출산

임신 주수가 37주 미만인 미숙아, 출생 시 체중이 2500g 미만인 저체중아 그리고 다태아의 출산 비율 또한 모두 증가세를 보이고 있다.

구체적으로 보면, 미숙아는 1997년 3.17%였는데, 2014년에는 6.69%로 2배 이상 증가하였다. 저체중아 역시 같은 기간 1.75배 정도 증가(1997년 3.26%에서 2014년 5.71%)하였다. 다태아 출산 비율은 1997년 전체 출산아의 1.36%였지만, 2014년에는 3.49%로 2.57배 증가하였다. 이 결과는 첫째 자녀 출산을 기준으로 보더라도 동일하다. 다만 그 비율이 전체와 비교해서는 다소 낮다. 즉, 미숙아와 저체중아 출산 비율은

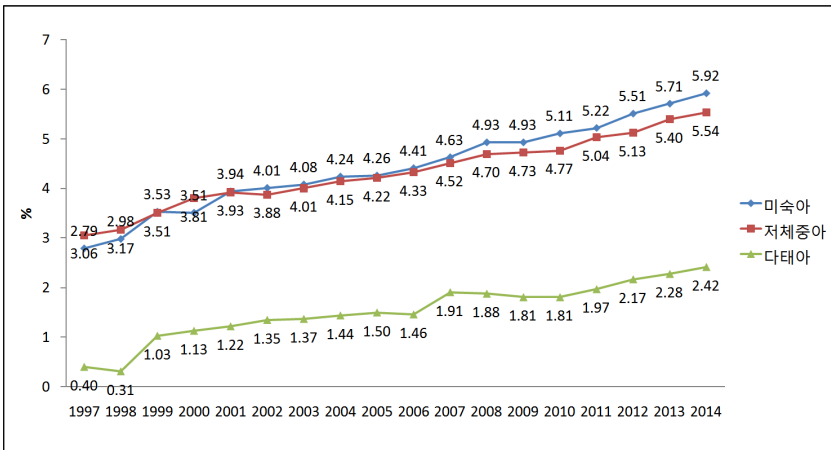
1997년 3.06%와 2.79%에서 2014년 5.92%와 5.54%로 증가하였다. 다태아 출산 비율 역시 같은 기간 0.40%에서 2.42%로 증가하였다.

[그림 4-18] 미숙아, 저체중아 및 다태아 출산 추이



자료: 통계청 인구동향조사 출생자료(1997~2014년) 분석.

[그림 4-19] 첫째 자녀 출산 시 미숙아, 저체중아 및 다태아 출산 추이

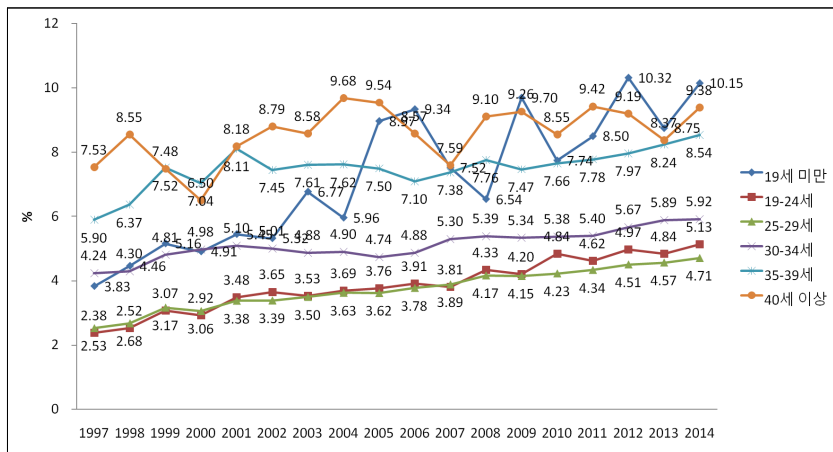


자료: 통계청 인구동향조사 출생자료(1997~2014년) 분석.

3) 산모의 연령과 미숙아, 저체중아 및 다태아 출산

여기서는 첫째 자녀 출산 시 산모의 연령에 따른 미숙아 출산 비율과 그 추이를 살펴보았다. 크게 두 가지 특이점을 확인할 수 있는데, 첫째는 산모의 연령이 30세 이상인 경우 19~29세 산모보다 미숙아 출산 비율이 높다는 점이다. 19세 미만의 산모 비율은 낮아 그 추이가 일정하지는 않지만 전반적으로 상승세를 보인다. 둘째는 모든 연령대에서 미숙아 출산 비율이 증가하고 있다는 점이다. 2014년 현재 기준으로 미숙아 출산 비율이 가장 낮은 25~29세 역시 1997년 2.38%에서 2014년 4.71%로 거의 2배 증가하였다.

[그림 4-20] 첫째 자녀 출산 시 산모 연령별 미숙아 출산 추이



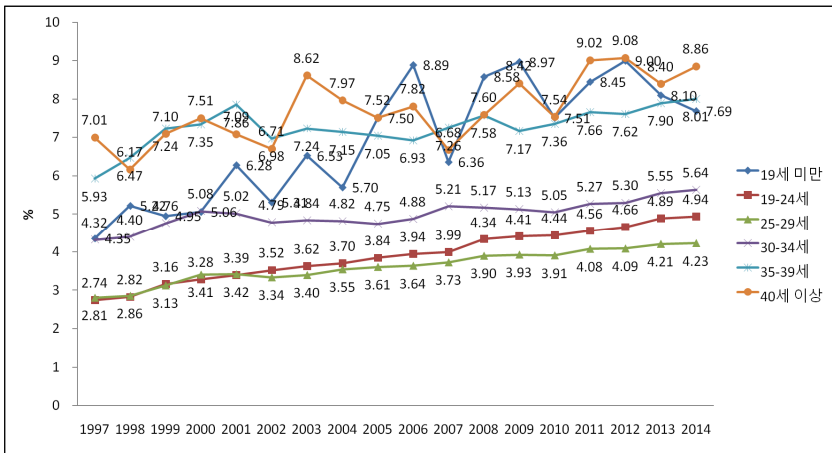
자료: 통계청 인구동향조사 출생자료(1997~2014년) 분석.

저체중아 출산에 대한 산모의 연령대별 추이와 특징들도 앞서 살펴본 미숙아의 결과와 같이 19세 미만이거나 30세 이상의 산모에게서 저체중아 출산 비율이 19~29세보다 상대적으로 높았다. 또한 1997년 이래 저

체중아 출산 비율은 모든 연령대에서 높아지고 있다.

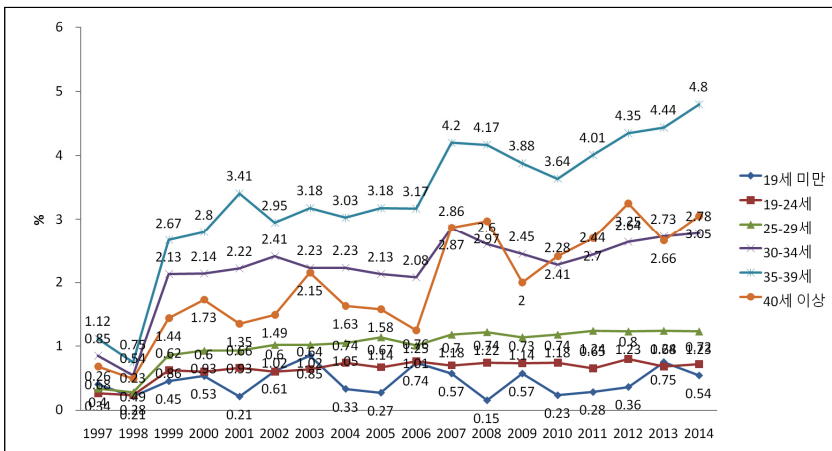
다태아 출산의 경우는 35세 미만은 1997~2014년 기간 동안 큰 차이가 없었다. 그러나 35세 이상에서는 큰 폭으로 증가하였다.

[그림 4-21] 첫째 자녀 출산 시 산모 연령별 저체중아 출산 추이



자료: 통계청 인구동향조사 출생자료(1997~2014년) 분석.

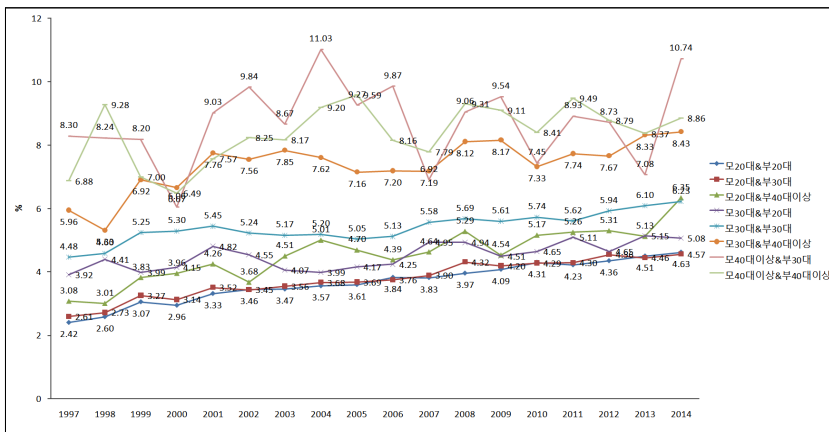
[그림 4-22] 첫째 자녀 출산 시 산모 연령별 다태아 출산 추이



자료: 통계청 인구동향조사 출생자료(1997~2014년) 분석.

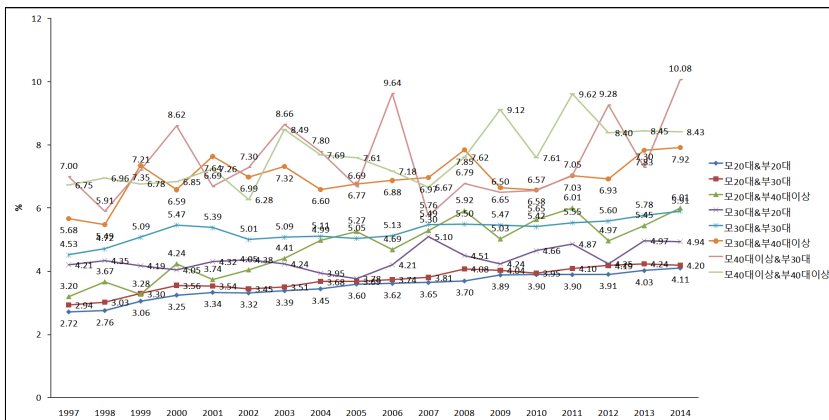
한편, 앞의 모의 연령과 함께 부의 연령도 결합하여 살펴보았다. 그 결과 모의 연령대가 높을수록 미숙아 출산 비율이 높은데, 동일한 모의 연령대라 하더라도 부의 연령대가 높을수록 미숙아 출산 비율도 높았다. 이는 저체중아 및 다태아 출산에서도 동일하다.

[그림 4-23] 첫째 자녀 출산 시 모와 부의 연령대별 미숙아 출산 추이



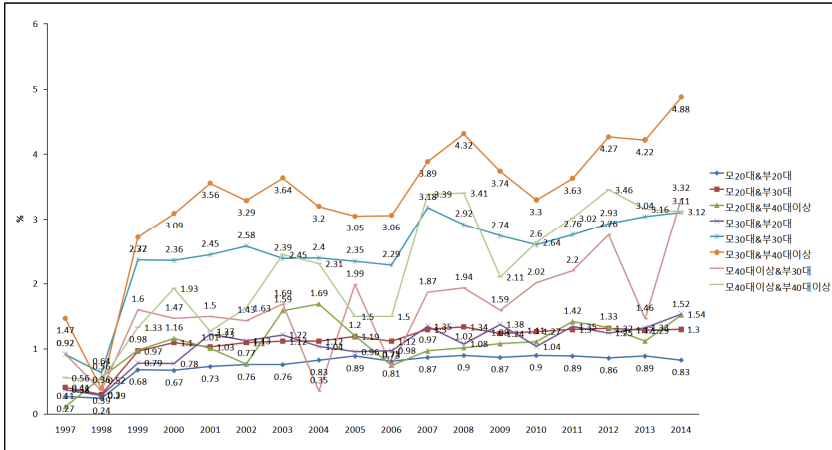
자료: 통계청 인구동향조사 출생자료(1997~2014년) 분석.

[그림 4-24] 첫째 자녀 출산 시 모와 부의 연령대별 저체중아 출산 추이



자료: 통계청 인구동향조사 출생자료(1997~2014년) 분석.

[그림 4-25] 첫째 자녀 출산 시 모와 부의 연령대별 태아 출산 추이



자료: 통계청 인구동향조사 출생자료(1997~2014년) 분석.

4) 산모의 연령과 모성사망비, 영아사망률 및 태아사망률

통계청 마이크로데이터 서비스(MDIS)에서는 2009년부터 매년 모성 사망, 영아 사망, 태아 사망에 대한 ‘사망원인보완조사’ 자료를 제공하고 있는데, 이 자료를 활용하여 모성사망비(maternal mortality ratio, 당해 연도의 출생아 10만 명당 모성 사망자 비), 영아사망률(infant mortality rate, 당해 연도의 총출생아 1000명당 0세 사망자 비율), 그리고 태아사망률(foetal mortality rate, 당해 연도의 출생아 1000명당 자궁 내 태아 사망자 비율)을 구하였다.

2009~2014년 모성사망비⁵⁶⁾는 2011년 출생아 10만 명당 17.20명의

56) 2009~2014년 모성 사망자 수는 총 361명으로 주된 사망 원인은 양수색전증(14.4%), 임신, 출산 및 산후기에 합병된 순환계 질환(12.47%), 산과적 피떡 색전증(9.42%), 기타 자궁 무력, 기타 분만 직후 출혈(각 8.03%) 등의 순위임. 모성 사망자 361명 중 235명(77.3%)은 사망 시 타 기관 이송을 하였고, 이 역시 연령(24세 이하 6명, 25~29세 51명, 30~34세 82명, 35세 이상 96명)이 증가할수록 높음.

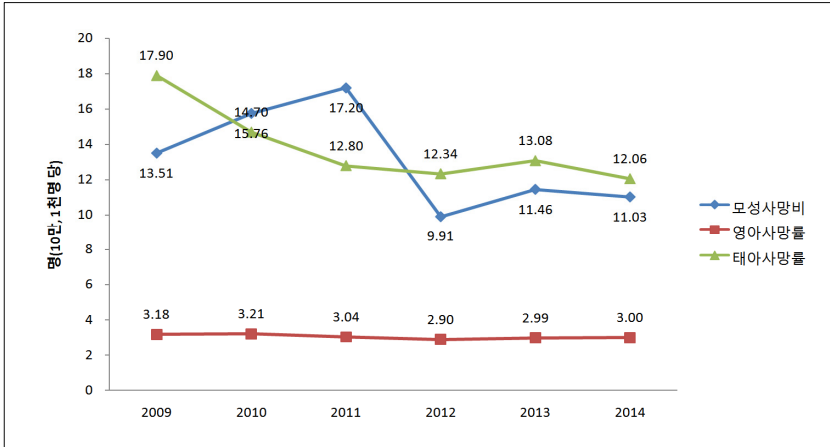
로 가장 높고, 그 이후 감소세를 보이고 있다. 2014년에는 11.09명으로 2011년 대비 6.17명이 감소하였다. 태아사망률⁵⁷⁾도 이 기간 뚜렷한 감소 경향을 보였는데, 2009년 출생아 1000명당 17.90명에서 꾸준히 감소하여 2014년 12.06명까지 떨어졌다. 영아사망률⁵⁸⁾은 2009년 출생아 1000명당 3.18명이었는데, 2012년 2.90명까지 떨어진 이후 2013년 2.99명, 2014년 3.00명으로 반등하였다.

산모의 출산 시 연령에 따른 모성사망비를 보면, 거의 모든 연령대에서 감소세를 보인다. 또한 모든 연도에서 산모 연령에 비례하여 모성사망비는 높아진다. 특히 산모의 연령이 35세 이상에서 모성사망비가 크게 높아진다.

57) 2009~2014년 태아 사망자 수는 총 3만 8387명임. 2009년 8109명에서 꾸준히 줄어 들어 2014년에는 5317명 수준임. 태아 사망자의 95.24%인 3만 6561명은 임신 주수가 37주 미만의 미숙아였음. 이 또한 산모의 연령이 높을수록 미숙아 출산율이 높고, 태아 사망자의 산모 연령 역시 높은 것으로 나타남. 한편 태아 사망자 모의 임신 직전 체질량지수(body mass index, BMI)는 10.47%가 저체중(18.5 미만), 15.15%는 비만(25 이상)이었음. 태아 사망자 사망 원인의 86.6%는 '상세불명 원인의 태아 사망(P95)'이었음.

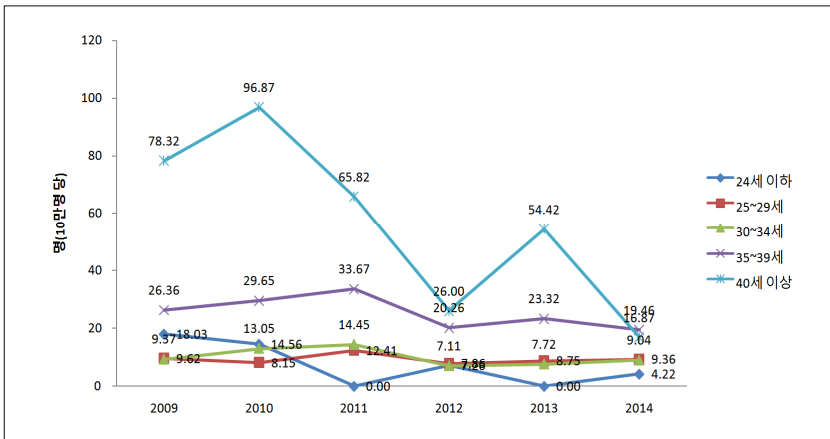
58) 2009~2014년 영아 사망자 수는 총 8373명임. 이들 중 58.5%인 4900명은 37주 미만의 미숙아로 태어났고, 58.3%인 4882명은 출생 시 2500g 미만의 저체중이었음. 이는 앞의 태아 사망자의 미숙아, 저체중아 비율보다는 낮은 수준임. 한편, 영아 사망자이면서 출생 시 미숙아, 저체중인 확률도 산모의 연령과 비례한 것으로 확인됨. 영아 사망자 중 출생 시 이들의 건강상태(피부 색깔, 심박수, 호흡, 근육의 힘, 자극에 대한 반응 등)를 보여주는 지표인 아프가 점수(apsar score)를 보면, 1분과 5분 각 6점 이하(중등도의 어려움)는 모두 72.89%와 54.08%로 나타남. 이 모두 산모의 연령이 높을수록 아프가 점수가 6점 이하의 비율이 높은 것으로 나타남. 영아 사망자 중 산모의 임신 직전 BMI를 보면, 10.91%가 저체중(18.5 미만), 23.32%는 비만(25 이상)으로 나타남. 최근 산모의 BMI가 저체중(2009년 11.14%, 2011년 9.34%, 2014년 12.14%) 비율이 높아지고 있음. 특히, 최근으로 올수록 30세 이상의 고령 산모에서 임신 직전 BMI가 저체중인 비율이 높아지고 있음. 영아 사망의 주된 이유는 '신생아의 호흡곤란증후군(P220)'으로 전체 사망 원인의 20.18%로 가장 높음. 그다음이 '영아돌연사증후군(R95)'이며, 전체의 6.41%에 해당됨.

[그림 4-26] 모성사망비, 영아사망률 및 태아사망률 추이



자료: 통계청 사망원인조사 태아·영아·모성사망 원자료(2009~2014년) 분석.

[그림 4-27] 산모 연령별 모성사망비 추이

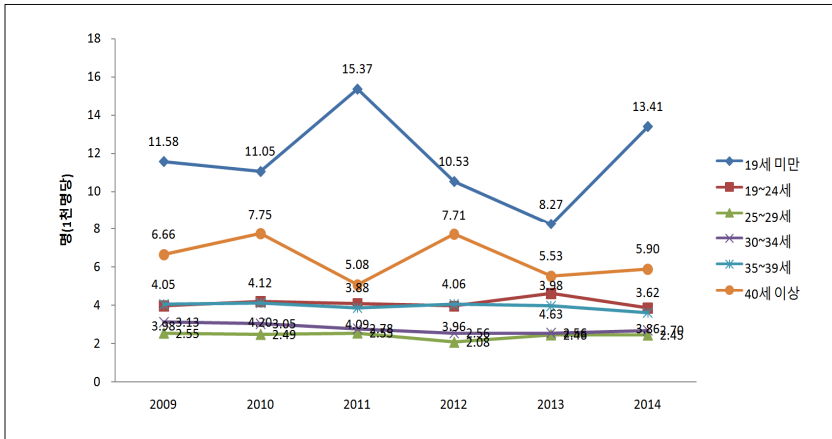


자료: 통계청 사망원인조사 모성사망 원자료(2009~2014년) 분석.

영아사망률의 경우는 산모의 연령이 19세 미만에서 가장 높고, 그 차이가 다른 연령대보다 큰 것을 볼 수 있다. 40세 산모의 영아사망률은 그 다음으로 높고, 19~24세와 35~39세는 거의 비슷하면서 그다음의 순위

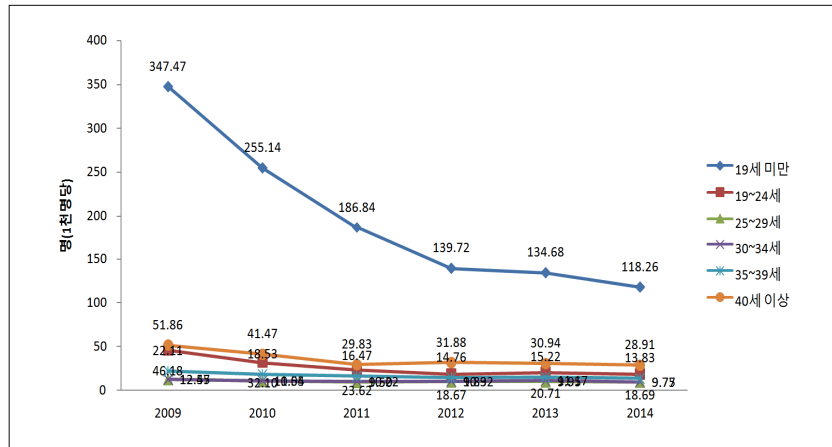
를 보인다. 25~29세가 영아사망률이 가장 낮았고 태아사망률도 영아사망률과 크게 다르지 않다.

[그림 4-28] 산모 연령별 영아사망률 추이



자료: 통계청 사망원인조사 영아사망 원자료(2009~2014년) 분석.

[그림 4-29] 산모 연령별 태아사망률 추이



자료: 통계청 사망원인조사 태아사망 원자료(2009~2014년) 분석.

2. 생식건강 및 건강생활습관에 관한 연령·코호트 분석

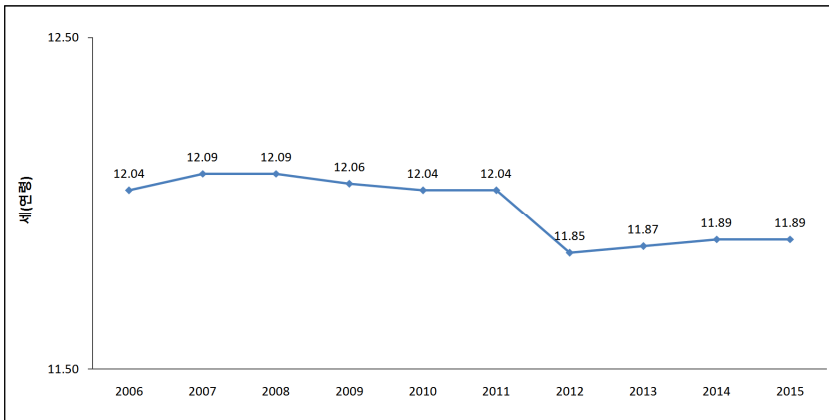
가. 생식건강

1) 청소년기

가) 첫 월경 및 성관계 시작 평균 연령

여학생의 평균 첫 월경 시작 연령을 보면, 2006년⁵⁹⁾ 12.04세(초등학교 6학년 초)였다. 이후 12.09세로 소폭 상승하였지만, 이후 지속적으로 낮아져 10년이 지난 2015년에는 11.89세(초등학교 5학년 말)로 나타났다.

[그림 4-30] 여학생의 첫 월경 시작 평균 연령

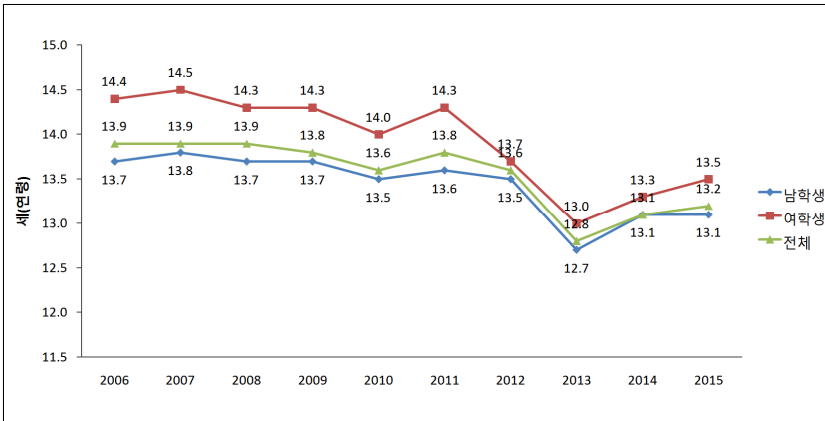


자료: 한국청소년건강행태온라인조사 원자료(2006~2015) 분석.

59) 한국청소년건강행태온라인조사는 2005년부터 실시되었으나, 이때는 고등학교 3학년은 조사 대상에서 제외되어, 이들이 포함된 2006년부터의 조사와 현황 비교 시 차이가 발생되어 본 분석에서는 2005년은 제외함.

첫 성관계 시작 평균 연령을 보면, 전반적으로 어려워지고 있음을 알 수 있다. 즉, 2006년 13.9세(중학교 1학년 후반)였던 첫 성관계 시작 평균 연령이 2010년에는 13.6세(중학교 1학년 중반), 그리고 2015년에는 13.2세(중학교 1학년 초반)로 꾸준히 감소하고 있다. 이러한 감소세는 남학생과 여학생 모두에게서 나타난다. 대체로 남학생의 첫 성관계 시작 평균 연령이 여학생보다 2012년 이전까지는 거의 0.5세 이상 낮았으나, 그 이후부터는 좁혀져 2015년 현재 남학생과 여학생의 첫 성관계 시작 평균 연령은 각각 13.1세와 13.5세로 큰 차이가 없다.

[그림 4-31] 남녀 학생의 첫 성관계 시작 평균 연령

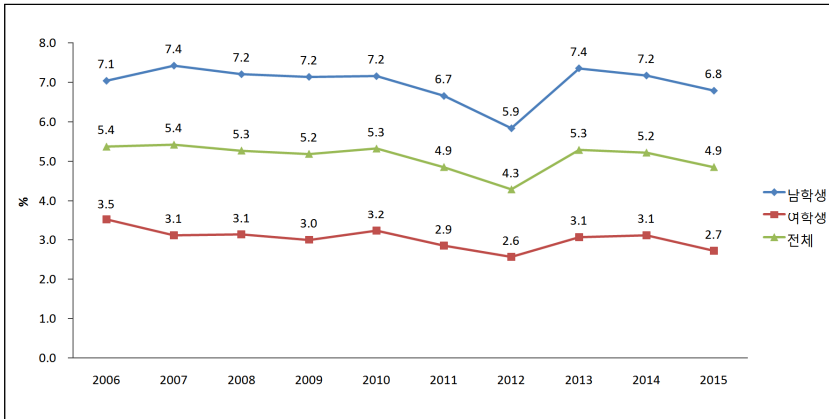


자료: 한국청소년건강행태온라인조사 원자료(2006~2015) 분석.

중학교 1학년부터 고등학교 3학년 청소년기의 성관계 경험자 평균 비율을 보면, 2006년 5.4%에서 2015년 4.9%로 매년 소폭씩 감소세를 보이고 있는데⁶⁰⁾ 이는 남녀 학생 모두에게서 관찰된다. 그리고 대체로 남학생의 성관계 경험자 비율이 여학생보다 2배 이상 높다.

60) 매년 조사 대상자는 7만 명이 넘고, 이들 중 성관계 경험자는 3500~4000명 정도가 있는 것으로 파악됨.

[그림 4-32] 남녀 학생의 성관계 경험자 비율 추이



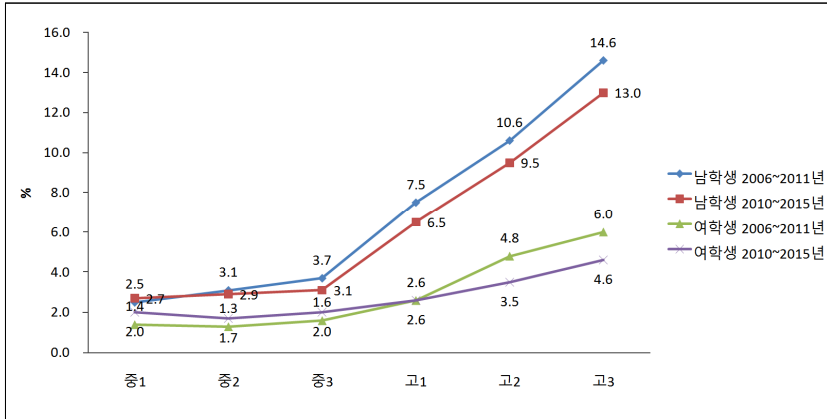
자료: 한국청소년건강행태온라인조사 원자료(2006~2015) 분석.

학년 코호트를 고려하여 한 학년이 높아짐에 따른 성관계 경험자 비율의 변화를 보면, 증가하는 양상을 보인다. 특히, 남녀 학생 모두 중3에서 고1로 진학하면서 그 비율이 크게 증가하였다. 다만 남학생은 2006년에 중1이 2011년 고3이 된 코호트군보다 2010년 중1이 2015년 고3이 된 최근 코호트군이 대체로 성관계 경험자 비율이 높고, 학년이 높아짐에 따른 코호트군 간 차이도 커지고 있다. 그러나 여학생의 경우 최근 코호트군(2010~2015년)보다는 이전 코호트군(2006~2011년)에서 고2, 3학년의 성관계 경험자 비율이 더 높았다(그림 4-33 참조).

나) 피임, 임신, 인공임신중절 및 성매개 감염성 질환 경험

여기서는 성관계 경험이 있는 학생들을 대상으로 피임 실천율, 성교육 수혜율, 임신 경험률, 인공임신중절시술 경험률, 성매개 감염성 질환 경험률 순으로 살펴보았다.

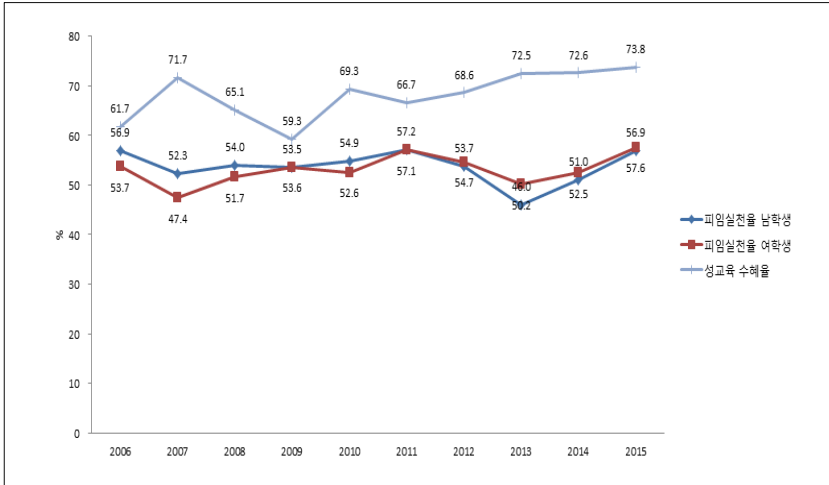
[그림 4-33] 남녀 학생 학년 코호트의 성관계 경험자 비율



자료: 한국청소년건강행태온라인조사 원자료(2006~2015) 분석.

먼저 피임 실천율(가끔씩 포함)을 보면, 2006~2015년 동안 소폭의 차이는 있지만 남녀 모두 거의 50% 초중반이 항상 혹은 가끔씩이라도 피임을 실천하고 있는 것으로 나타났다. 여기서 중요하게 생각해 보아야 할 것은 첫째는 피임을 전혀 하지 않는다는 비율이 반 정도 된다는 점, 두 번째는 지난 10년간 거의 피임 실천율은 높아지는 등의 변동이 없다는 점이다. 반면, 성교육 수혜율은 2009년 이후 증가세를 보여 2015년에는 73.8%까지 증가하였다. 성교육의 내실 정도는 확인할 수 없지만, 이 실태 자료만으로 판단할 때 학생들의 4분의 1 이상은 성교육 수혜를 못 받고 있다. 그리고 성교육 수혜에 비해 피임 실천율이 낮은 것을 볼 때, 학교의 성교육 내용에 피임과 임신, 출산 등이 포함되지 않을 가능성도 있다고 보인다.

[그림 4-34] 성관계 경험자의 피임 실천율 및 성교육 수혜율

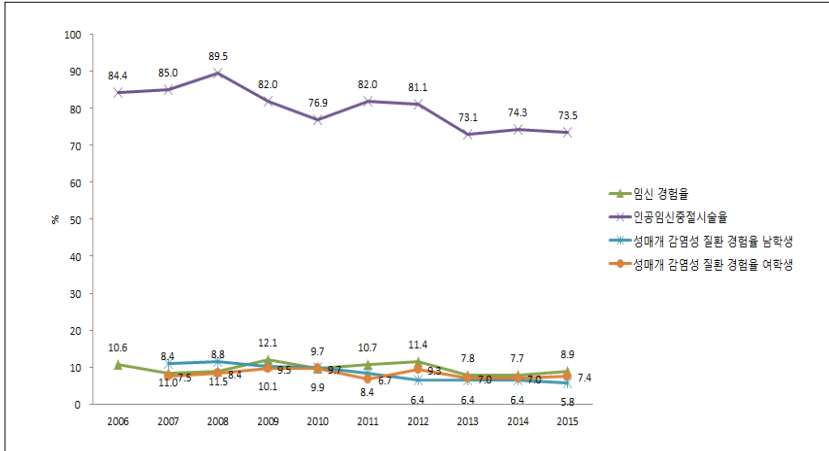


자료: 한국청소년건강행태온라인조사 원자료(2006~2015) 분석.

다음으로 성관계 경험자 중 여학생에게서 임신 경험률을 보면, 2006~2015년 기간 일정한 경향은 보이지 않지만, 7.7%에서 12.1% 정도인 것으로 확인된다. 또 임신을 경험한 여학생의 70~80%는 인공임신중절 시술을 받고 있는 것으로 나타났다. 최근 시술 경험의 추이는 떨어지고 있지만, 대다수의 결정이 인공임신중절로 이어지고 있다는 점은 이유가 무엇이든 여학생의 생식건강을 비롯한 신체적·정신적 건강 측면에서 간과할 수 없는 부분일 것이다. 그리고 성관계 경험자 중 6~10% 정도는 성매개 감염성 질환⁶¹⁾을 경험한 적이 있는 것으로 나타났는데, 이는 남녀가 크게 다르지 않다.

61) 성매개 감염성 질환에는 임질, 매독, 클라미디아, 성기단순포진, 성기사마귀, 요도염, 골반염, HIV 감염, 에이즈 등이 포함됨.

[그림 4-35] 성관계 경험자 중 여학생의 임신 경험을 및 인공임신중절시술률, 남녀 학생의 성매개 감염성 질환 경험률



자료: 한국청소년건강행태온라인조사 원자료(2006~2015) 분석.

2) 성인기

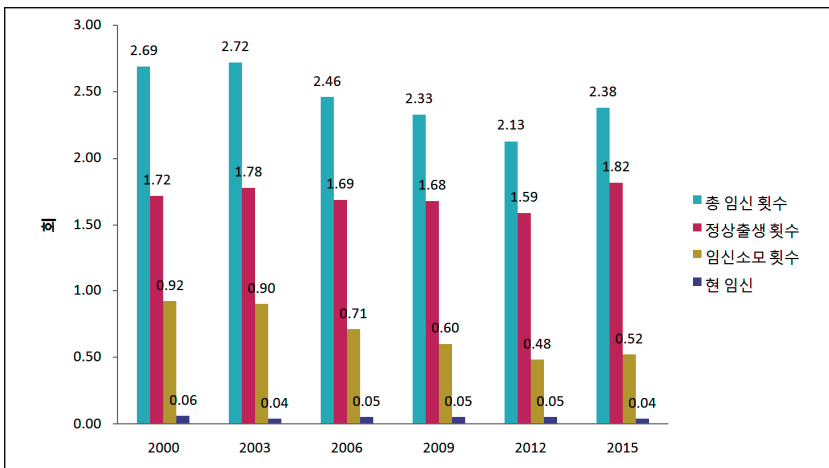
가) 임신소모

〈전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사〉에서는 기혼 여성의 임신소모(사산, 자연유산, 인공임신중절 포함) 정보를 제공해 주고 있다. 2000년부터 2015년까지의 총임신 횟수에서 정상 출생 횟수, 임신소모 횟수 및 임신소모율의 추이를 살펴보았다. 특히, 여기서는 임신소모에 초점을 두고자 한다. 그 이유는 임신소모는 산모의 신체적·심리적 안녕뿐만 아니라 이후 출산 의향에도 부정적인 영향을 주는 것으로 알려져 있기 때문이다. 또한 임신소모에서 인공임신중절을 제외한 사산이나 자연유산은 임신부의 임신 전 건강상태와도 연관성이 높기 때문이다.

전반적으로 총임신 횟수와 정상 출생 횟수는 2012년까지는 감소세를

보이다 2015년 다시 반등하는 경향을 보인다. 임신소모 역시 2000년 0.92회에서 꾸준히 감소하여 2012년 0.48회로 50% 정도 감소하였다. 그러나 2015년에 0.52회로 소폭 증가한 것을 볼 수 있다. 그러나 임신소모율(해당 연도의 임신소모 횟수*100/총임신 횟수)을 보면 2000년 34%에서 꾸준히 감소하여 2006년 29%, 2012년 22.4%, 그리고 2015년에는 22.2%로 감소세를 보인다. 그러나 2015년 기준으로 볼 때, 전체 총임신 중 20% 이상은 사산이나 자연유산 혹은 인공임신중절 등 임신소모를 겪고 있는 것으로 확인된다.

[그림 4-36] 연도별 기혼 여성의 임신소모 횟수

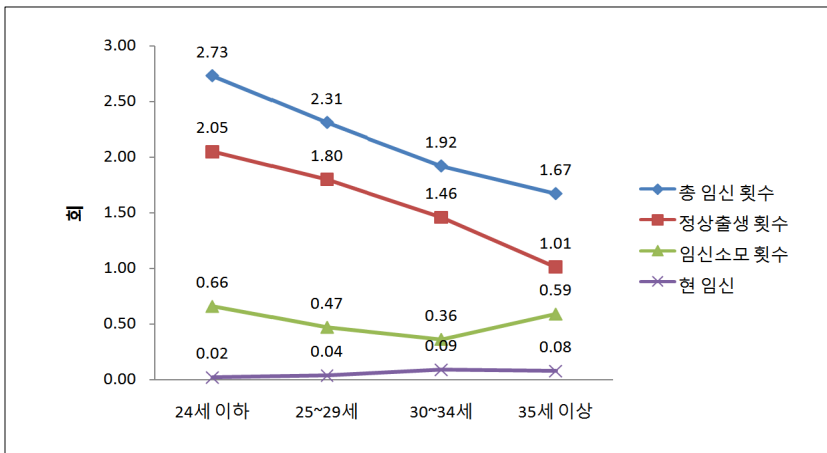


자료: 한국보건사회연구원(2000). 2000년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 원자료 분석.
 한국보건사회연구원(2003). 2003년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 원자료 분석.
 한국보건사회연구원(2006). 2006년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 원자료 분석.
 한국보건사회연구원(2009). 2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 원자료 분석.
 한국보건사회연구원(2012). 2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 원자료 분석.
 한국보건사회연구원(2015). 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 원자료 분석.

한편 2015년 초혼 연령을 기준으로 추가 분석을 실시하였다. 총임신 횟수와 정상 출생 횟수는 초혼 연령이 높을수록 낮아져 연령 간 격차를

명확히 확인할 수 있다. 그러나 임신소모 횟수는 오히려 30~34세에서는 감소하다가, 35세 이상에서 다시 반등하고 있다. 실제 임신소모율도 24세 이하는 24.4%였으나, 25~29세는 20.7%, 30~34세는 19.7% 그리고 35세 이상은 37.1%를 보였다. 여러 원인들이 있겠지만, 35세 이상은 그 이하의 연령군에 비해 사산이나 자연유산의 원인이 되는 (고)연령이 영향을 주었을 것으로 보인다.

[그림 4-37] 기혼 여성의 초혼 연령별 임신소모 횟수



자료: 한국보건사회연구원(2015). 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 원자료 분석.

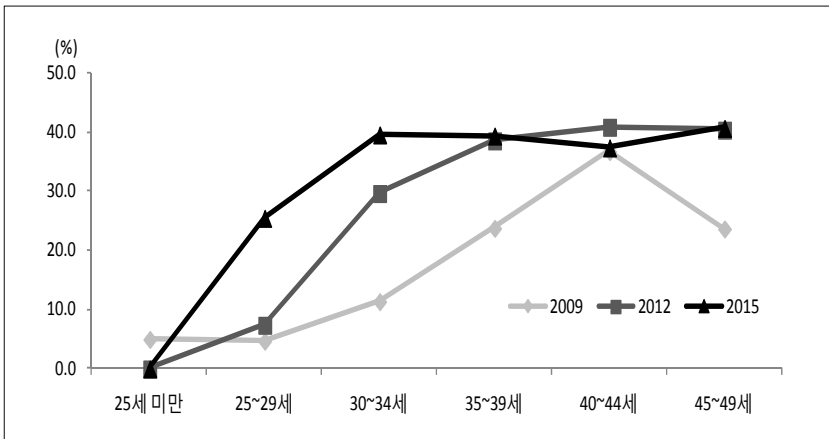
나) 난임

난임(subfertility)은 여전히 그 원인이 명확히 밝혀지지 않은 것이 많지만, 그럼에도 불구하고 여성의 연령, 건강생활습관 및 성·생식건강 등이 주요 원인으로 알려져 있다.

2009년부터 2012년, 2015년의 기혼 여성 중 난임 진단이나 치료를 받은 비율을 살펴보았다. 그 결과 최근으로 올수록 젊은 층에서 난임 진단/

치료율이 높아지고 있고, 2015년에는 30세 이상부터는 40%에 가까운 기혼 여성이 난임 진단/치료를 받은 것으로 나타났다. 2009년과 단순 비교를 해 보면, 25세부터 39세의 실제 결혼과 임신·출산 적령기에 있는 이들에게서 난임 진단 및 치료 비율이 급격히 상승한 것을 볼 수 있다. 2006년부터 난임 지원사업이 시작되어 지원 대상과 범위가 확대되어 늘어났다고 볼 수 있지만 그 점을 감안하더라도 젊은 층에서 난임 진단/치료율이 상승한 것은 이 연령대(젊은 층)로 진입하는 잠재 인구들의 생식건강상태가 좋지 않을 수 있음을 간접적으로 추측할 수 있다. 따라서 왜 이런 현상이 일어나고 있는지에 대한 문제를 명확히 파악해야 할 것이다.

[그림 4-38] 기혼 여성 난임 진단 비율



주: 2009년은 불임 진단 또는 불임 치료를 받은 경우.

자료: 한국보건사회연구원(2009). 2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 원자료 분석.

한국보건사회연구원(2012). 2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 원자료 분석.

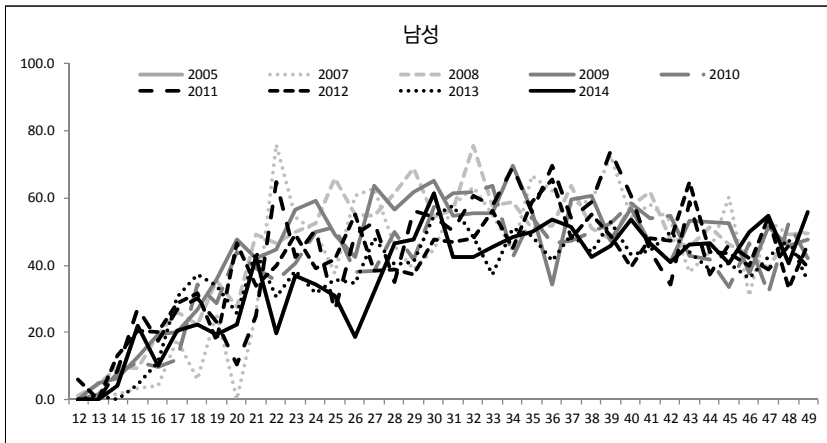
한국보건사회연구원(2015). 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 원자료 분석.

나. 건강생활습관⁶²⁾

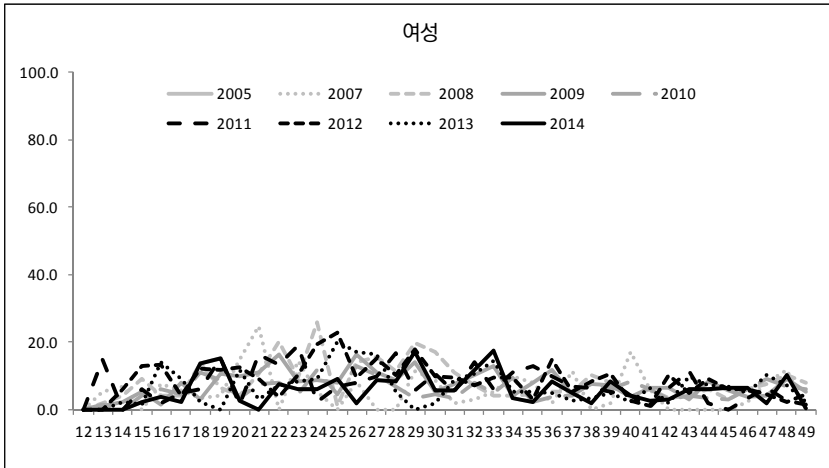
1) 흡연

가임기에 속하는 15~49세 중 현재 흡연자 비율은 2005년부터 2014년 국민건강영양조사 자료를 성별로 분석하였다. 그 결과 남성은 청소년기에서 청년기로 접어들면서 흡연자의 비율이 급격히 증가하고, 20~30대는 60%가 흡연자로 유지한 이후 40대부터 점진적으로 감소세를 보이고 있다. 여성의 경우는 남성에 비해 절대적으로 흡연자 수가 적어 자세히 관찰되지는 않으나, 대체로 청소년기에서 청년기로 오면서 흡연자 비율이 높고 30대에 접어들면서 감소하는 추세를 보인다. 여성이 남성보다 감소세의 연령대가 빠른 것은 그 연령대(30대)가 임신·출산 및 양육기인 점과 연관성이 있을 것이다.

[그림 4-39] 남녀의 연령별 흡연자 비율 추이



62) 본 절에서는 2005~2014년 국민건강영양조사를 기본 분석자료로 활용하였고, 흡연(대상자 수가 적기 때문)을 제외한 나머지 건강생활습관에 대해서는 연령·코호트 분석을 실시함.

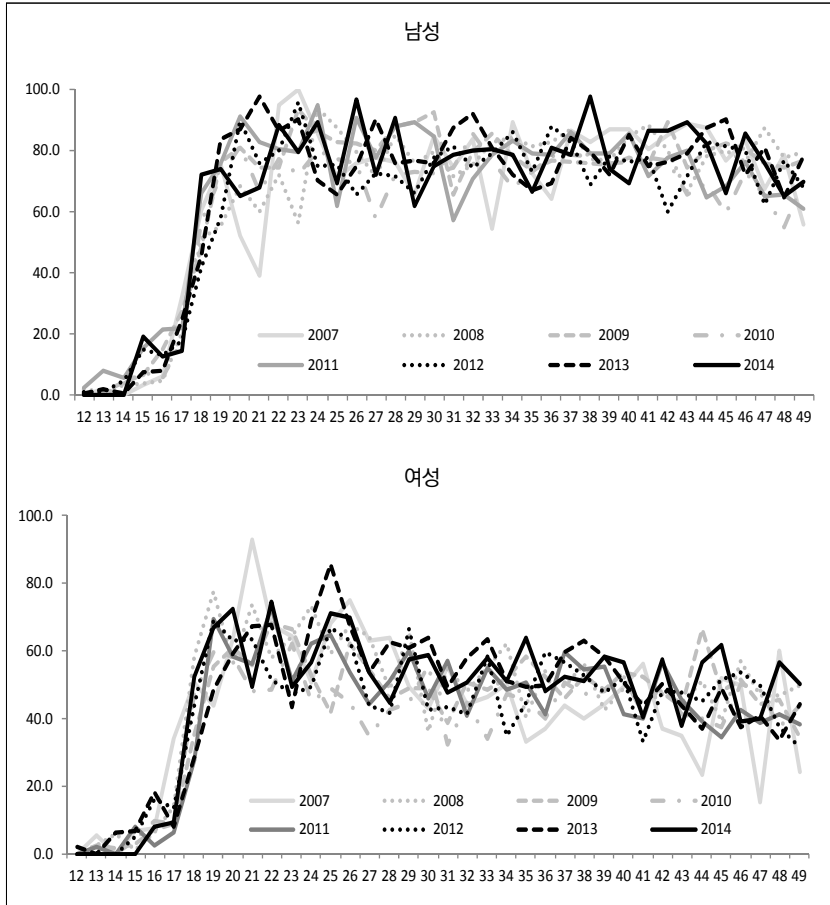


자료: 국민건강영양조사 원자료(2005, 2007~2014) 분석.

2) 음주

현재 음주자 비율 역시 현재 흡연자 비율과 동일한 성별, 연령대별 경향을 보인다. 즉, 남녀 모두 청소년기에서 성인기로 접어드는 시기에는 급격히 음주자 비율이 증가한다. 그 이후에 성별 차이를 확인할 수 있는데 남성은 초기 성인기에서부터 40대 말까지 거의 60~80%가 음주자 비율을 유지하나, 여성은 초기 성인기에서 장년기 그리고 중년기로 갈수록 음주자 비율이 꾸준한 감소세를 보인다.

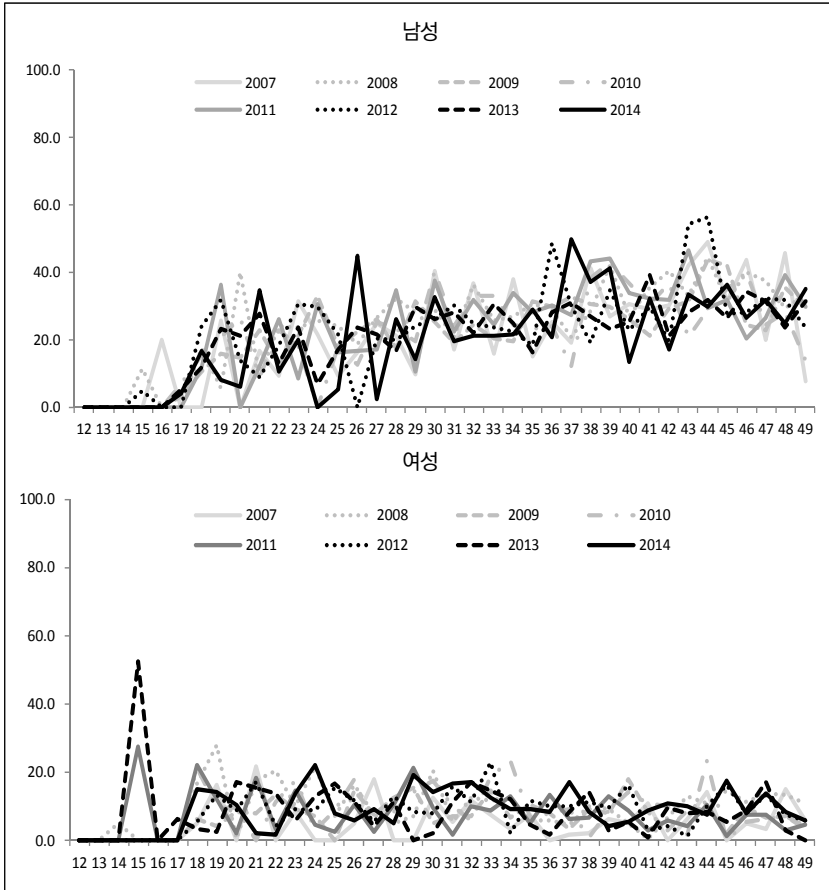
[그림 4-40] 남녀의 연령별 음주자 비율 추이



자료: 국민건강영양조사 원자료(2005, 2007~2014) 분석.

한편 고위험 음주자 비율(1회 평균 음주량이 남성은 7잔, 여성은 5잔 이상)은 위의 현재 음주자 비율과 다른 경향을 보인다. 남성은 연령이 증가함에 따라 고위험 음주자 비율이 꾸준히 상승하며 여성은 젊은 층에서의 고위험 음주자 비율이 고등학생 때부터 높아진 이후 소폭의 감소는 있지만 49세까지 큰 변동 없이 유지되고 있다.

[그림 4-41] 남녀의 연령별 고위험 음주자 비율 추이



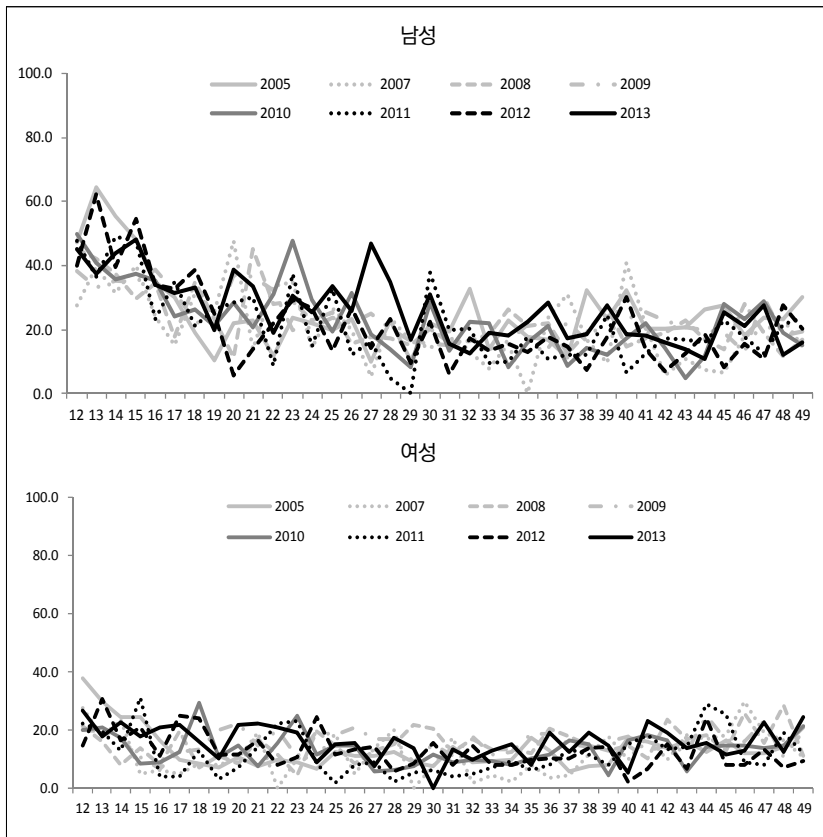
자료: 국민건강영양조사 원자료(2005, 2007~2014) 분석.

3) 신체활동

신체활동 중 숨이 차고 땀이 나는 수준의 격렬한 신체활동을 보면, 대체로 청소년이 가장 높고, 연령이 증가하면서 30대 중반까지는 감소하다가 그 이후 소폭 증가하는 경향을 보인다. 이는 남녀 모두에게서 나타나

는 현상이다. 여기서는 중등도 신체활동 결과를 제시하지 않았지만, 남성은 모든 연령대에서 동일한 신체활동자 비율을 보이지만, 여성은 연령이 증가하면서 아주 조금씩 증가세를 보인다.

[그림 4-42] 남녀의 연령별 격렬한 신체활동자 비율 추이



자료: 국민건강영양조사 원자료(2005, 2007~2013) 분석.

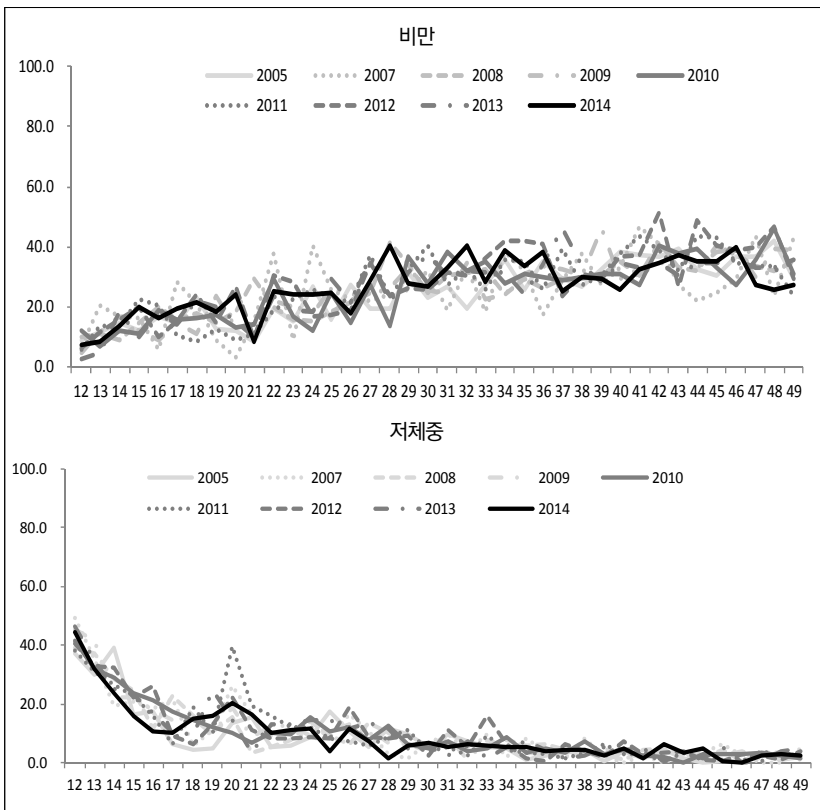
4) 비만

체질량지수(BMI, 체중/신장²)에서 비만자(BMI > 25) 및 저체중(BMI

〈 18.5) 비율을 살펴보았다. 비만자 비율은 대체로 연령이 증가할수록, 저체중 비율은 오히려 연령이 낮을수록 높은 것으로 나타났다.

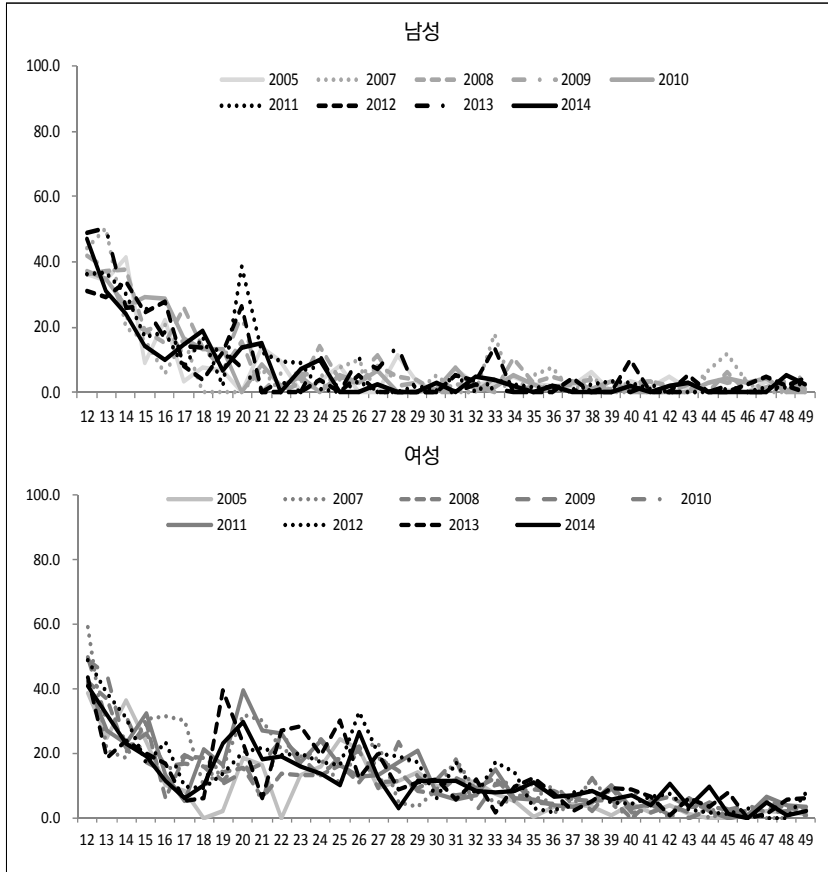
저체중의 경우 임신과 출산의 결과에 부정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있는데, 남녀 모두 연령이 낮을수록 저체중 비율이 높다고 앞서 언급하였다. 그런데 성별로 보면, 특히 여성은 연령 증가에 대한 감소가 남성보다는 다소 완만하며, 20대 중후반까지도 저체중 비율이 남성보다는 크게 높았다.

[그림 4-43] 연령별 비만 및 저체중 비율 추이



자료: 국민건강영양조사 원자료(2005, 2007~2014) 분석.

[그림 4-44] 남녀의 연령별 저체중 비율 추이



자료: 국민건강영양조사 원자료(2005, 2007~2014) 분석.

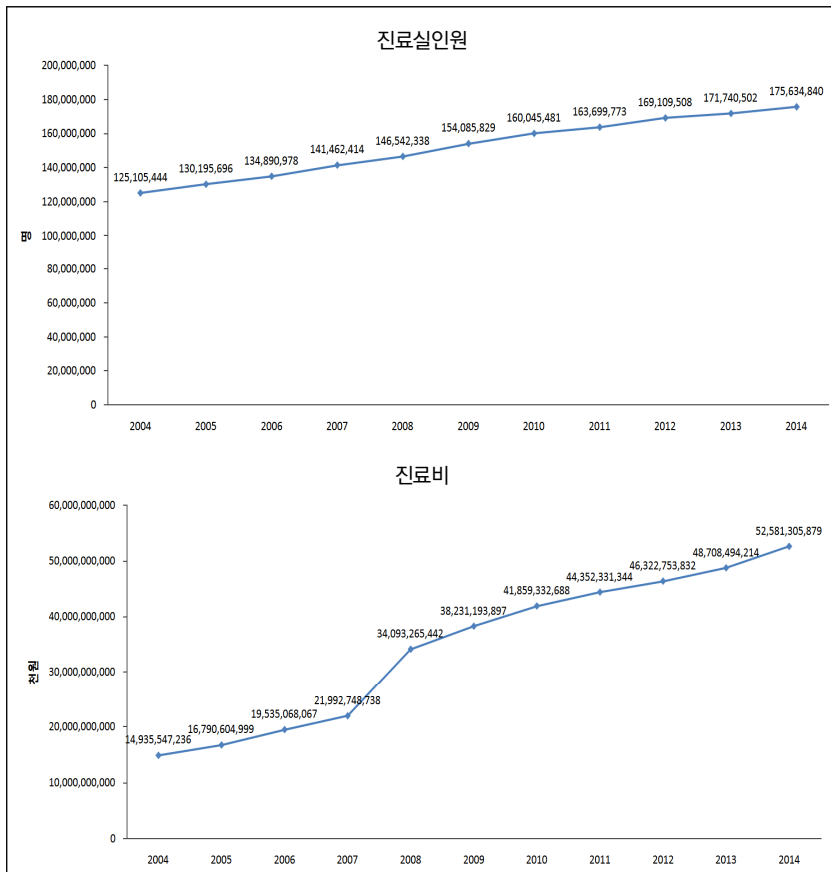
3. 생식건강 및 임신·출산 관련 보건의료 이용 및 비용 추이 분석

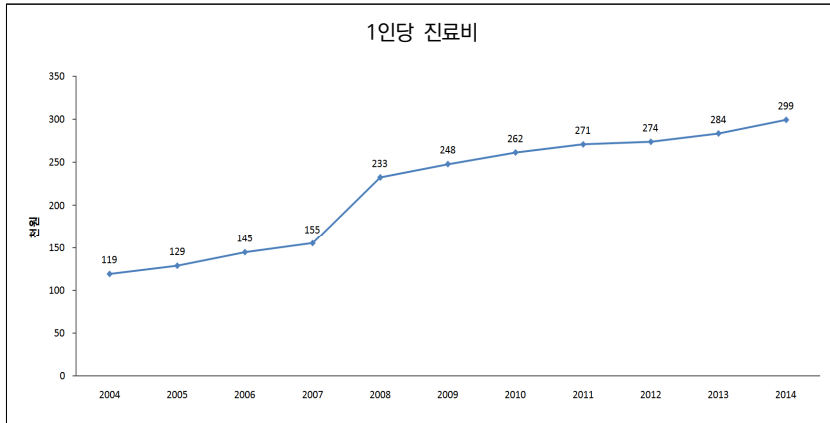
가. 진료실인원 및 진료비 현황

2004년부터 2014년까지 진료실인원과 진료비 그리고 1인당 진료비를 살펴보았다. 진료실인원은 2004년 1억 2510만 명(누적 인원수)에서

꾸준히 늘어나 2014년에는 1억 7563만 명으로 이 기간 동안 28.8% 증가하였다. 진료실인원이 증가함에 따라 진료비 역시 크게 증가하였다. 이를테면 2014년 14조 9355억 원에서 2014년에는 52조 5813억 원으로 71.6% 증가하였다. 1인당 진료비는 2004년 11만 9000원에서 2014년 29만 9000원으로 60.2% 증가하였다. 이러한 증가세는 질병 22대 분류 모두에서 관찰된다.

[그림 4-45] 연도별 진료실인원, 진료비 및 1인당 진료비 추이





자료: 국민건강보험공단 진료실인원 및 진료비 통계자료(2004~2014년) 분석.

나. 질병 대분류별 진료실인원 및 진료비

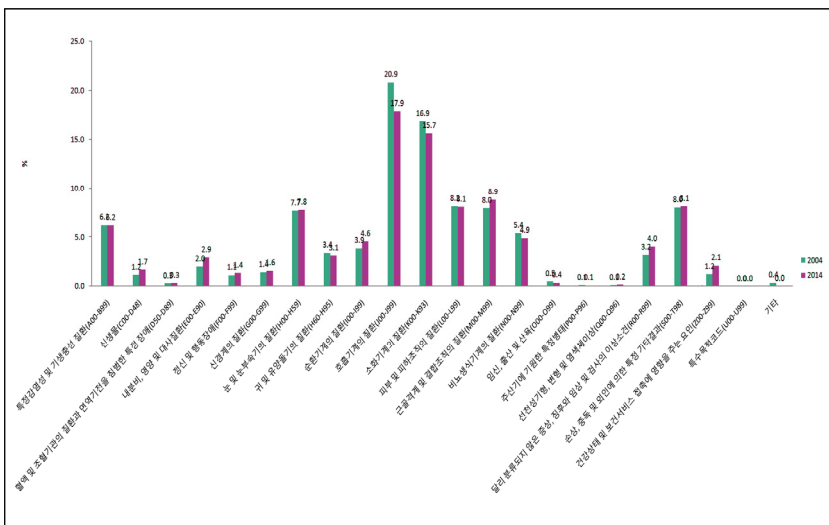
2004년과 2014년의 22대 질병 대분류별 진료실인원과 진료비 비율을 비교하였다. 이때 본 연구에서 초점을 두고 있는 생식건강 및 임신·출산 관련 질환에 관한 진료실인원과 진료비가 전체에서 차지하는 비율을 살펴보고자 한다.

먼저 진료실인원을 보면, 2004년과 2014년 모두 호흡기계의 질환(J00-J99)이 가장 높았다. 2015년 기준으로 볼 때, 전체 질환에서 차지하는 비율은 17.9%였다. 소화기계의 질환(K00-K93)이 전체 진료실인원에서 차지하는 비율은 그다음으로 높아 2015년 기준 15.7%였다. 본 연구에서 관심을 갖고 있는 생식건강 및 임신·출산 관련 질환(비뇨생식기계의 질환(N00-N99), 임신·출산·산욕(O00-O99), 주산기에 기원한 특정 병태(P00-P99), 선천성기형·변형·염색체이상(Q00-Q96), 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00-Z99))에 대한 진료실인원 비율은 다 합쳐도 8% 미만이었으며, 그중에서 비뇨생식기계의 질환이 4.9%로

가장 높았다. 그리고 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인이 2.1%, 나머지 질환은 그 비율이 모두 0.4% 이하였다.

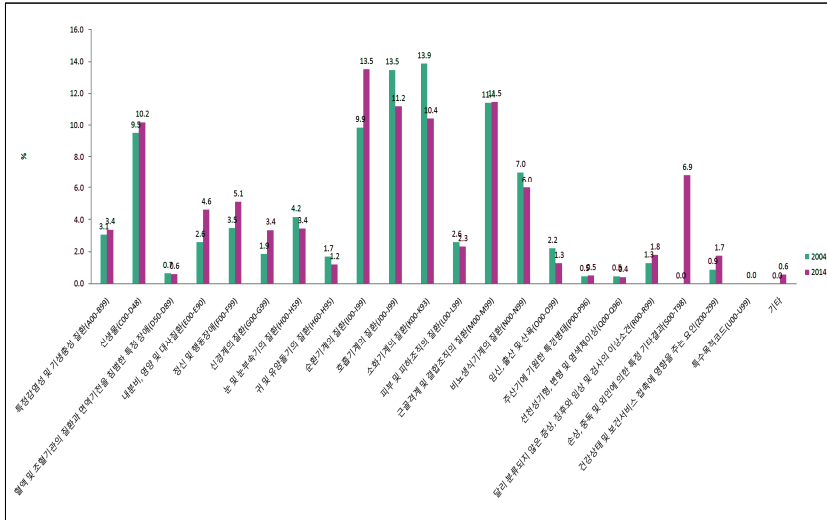
진료비의 경우도 2014년 기준 순환기계 질환(I00-I99)이 전체 진료비에서 차지하는 비율이 13.5%로 가장 높았고, 이어 진료실인원과 같이 호흡기계 질환과 소화기계 질환 등의 순으로 나타났다. 비뇨생식기계의 질환은 6%였고, 임신·출산·산욕이 차지하는 비율은 1.3%였다. 이 수치는 2004년 대비 2014년에는 모두 그 비율이 줄어들었다. 반면, 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인은 2004년 0.9%에서 2014년 1.7%로 소폭 증가하였다.

[그림 4-46] 질병 22대 분류별 진료실인원 비율(2004, 2014년 기준)



자료: 국민건강보험공단 진료실인원 통계자료(2004~2014년) 분석.

[그림 4-47] 질병 22대 분류별 진료비 비율(2004, 2014년 기준)



자료: 국민건강보험공단 진료비 통계자료(2004~2014년) 분석.

다. 생식 및 임신·출산 관련 질환별 진료실인원 및 진료비

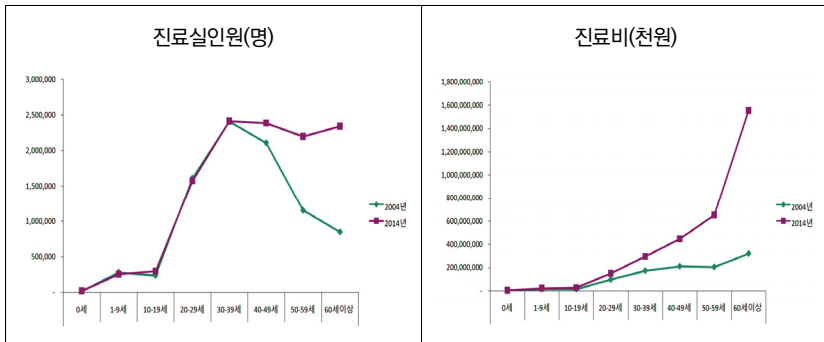
생식건강 및 임신·출산 관련 질환(비뇨생식기계의 질환(N00-N99), 임신·출산·산욕(O00-O99), 주산기에 기원한 특정 병태(P00-P99), 선천성기형·변형·염색체이상(Q00-Q96), 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00-Z99))에 대한 진료실인원 및 진료비의 2004년 대비 2014년의 변화를 살펴보았다.

먼저 비뇨생식기계의 질환⁶³⁾의 진료실인원은 20~40대에 집중되어 있는데, 특히 30대에서 가장 많다. 2004년 대비 2014년의 진료실인원은 30대까지는 비슷하다가 40대에서 많은 것을 볼 수 있다. 그러나 진료비

63) 자궁경부의 염증성 질환, 자궁내막증, 여성생식기 탈출, 난소·난관 및 광인대의 비염증성 장애, 월경장애, 폐경기 및 기타 폐경기 전후 장애, 여성불임증, 기타 비뇨생식기의 장애 등이 포함.

를 보면, 2014년에는 20대부터 진료비가 2004년 대비 높아지고 있고, 연령 증가에 따른 2004년 대비 2014년의 격차는 더욱 커지고 있다. 이 현상만으로 볼 때, 총진료실인원은 20~30대에서 2004년과 2014년이 유사하지만, 진료비는 2014년에서 높아 비노생식기계 질환에 따른 진료비 부담이 높아지고 있음을 알 수 있다.

[그림 4-48] 연령별 비노생식기계 질환의 진료실인원 및 진료비



자료: 국민건강보험공단 진료실인원 및 진료비 통계자료(2004, 2014년) 분석.

임신·출산 및 산욕⁶⁴⁾과 관련해서는 진료실인원이 2004년 대비 2014년에는 20대에서 낮아진 반면, 30대에서 크게 증가하였다. 진료비는 30대에서의 2004년과 2014년 간의 격차가 더욱 큰 것으로 나타났다.

주산기⁶⁵⁾에 기원한 특정 병태⁶⁶⁾는 태아기 때 혹은 분만 직후 신생아에

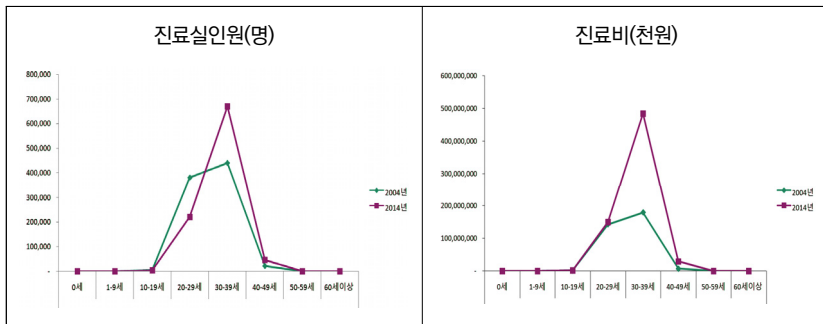
64) 자연유산, 의학적 유산, 임신·출산 및 산욕의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애, 전치태반, 태반 조기 박리 및 분만 전 출혈, 난산, 분만 후 출혈, 기타 임신·분만의 합병증 등이 포함됨.

65) 주산기란 태아가 분만을 경계로 하여 외계의 생활로 이행하는 시기로 신생아 분만 직후, 즉 임신 29주에서 생후 1주까지의 기간을 보통 의미함.

66) 모성 요인과 임신·출산 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받는 태아 및 신생아, 태아 발육 지연, 태아 영양실조와 단기 임신 및 저체중 출산과 관련된 장애, 출산외상, 자궁 내 저산소증 및 출산 질식, 주산기에 기원한 기타 호흡기 장애, 선천성 감염 및 기생충성 질환, 출생 전후기에 특이한 기타 감염, 태아 및 신생아의 용혈성 질환, 기타 출생 전후기에 기원한 병태 등이 포함됨.

게 나타나는 여러 병태를 의미하는 만큼, 연령은 0세에 한정된다. 진료실 인원은 2004년 14만 7435명에서 꾸준히 증가하여 2014년에는 18만 230명까지 도달하였다. 진료비는 2004년 688억 7000만 원이 2014년에는 2695억 6000만 원으로 크게 증가했다. 1인당 진료비도 46만 7000원에서 149만 6000원까지 치솟은 것으로 확인되었다. 이 같은 결과로 지난 10년간 주산기에 기원한 병태가 환자의 규모와 진료비에서 크게 늘어난 것을 볼 수 있다.

[그림 4-49] 연령별 임신·출산 및 산욕의 진료실인원 및 진료비

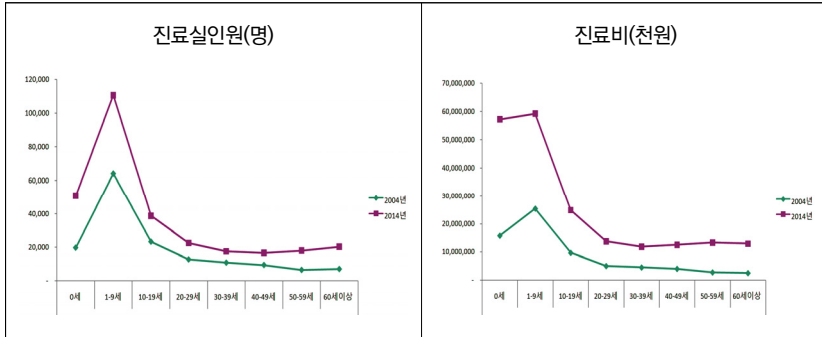


자료: 국민건강보험공단 진료실인원 및 진료비 통계자료(2004, 2014년) 분석.

선천성기형, 변형 및 염색체 이상⁶⁷⁾과 관련해서는 10세 미만의 연령대에서 진료실인원이 가장 많았고, 연령 증가에 따른 감소세를 보였다. 진료비 역시 이를 명확히 보여주는데, 특히 0세 때의 진료실인원은 적었지만 진료비는 가장 높아, 선천성 이상 등에 따른 진료비가 이 시기에 가장 많이 들어가는 것을 알 수 있다.

67) 이분척추증, 기타 신경계의 선천성 기형, 순환기계의 선천성 기형, 구순 및 구개열, 기타 소화기계의 선천성 기형, 기타 비뇨생식기계의 기형, 고관절의 선천성 변형 등이 포함됨.

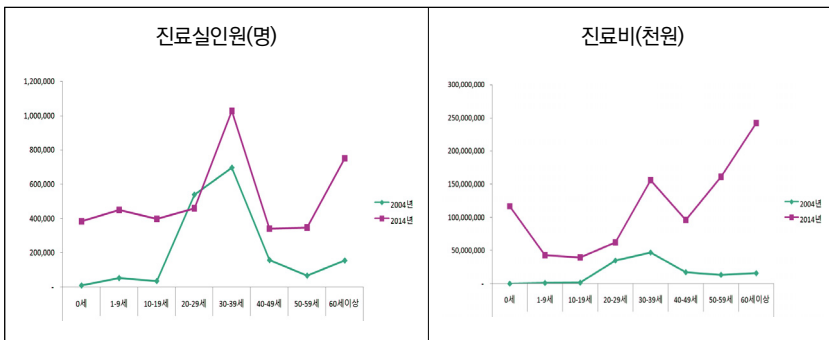
[그림 4-50] 연령별 선천성기형·변형 및 염색체 이상의 진료실인원 및 진료비



자료: 국민건강보험공단 진료실인원 및 진료비 통계자료(2004, 2014년) 분석.

건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인⁶⁸⁾과 관련해서는 2004년 대비 2015년의 진료실인원 및 진료비가 크게 증가하였고, 젊은 층의 증가가 두드러지게 확인된다.

[그림 4-51] 연령별 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인의 진료실인원 및 진료비



자료: 국민건강보험공단 진료실인원 및 진료비 통계자료(2004, 2014년) 분석.

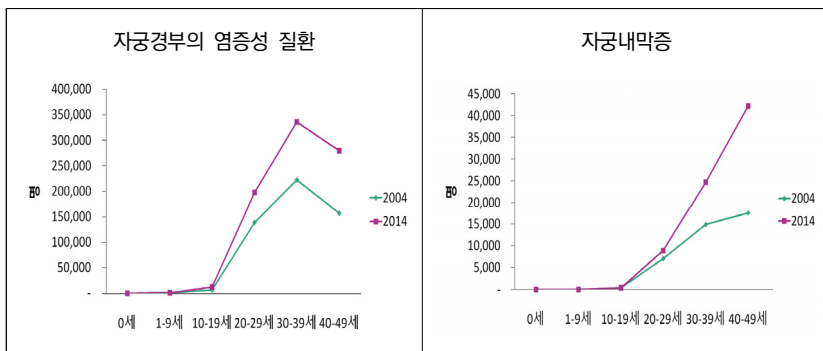
68) 피임관리, 출산 전 선별검사 및 기타 임신의 관리, 분만 후 간호 및 검사, 출산 장소에 따른 출생 영아 등이 포함됨.

라. 주요 비뇨생식기계 질환의 진료실인원 및 진료비

비뇨생식기계 질환 내 건강한 임신과 출산 및 그 결과에 영향을 미칠 수 있는 주요 질환, 즉 자궁경부의 염증성 질환, 자궁내막증, 난관염 및 난소염, 난소, 난관 및 광인대의 비염증성 장애, 월경장애, 여성불임증에 대해 2004년과 2014년 진료실인원의 가임기 연령대 분포를 살펴보았다.

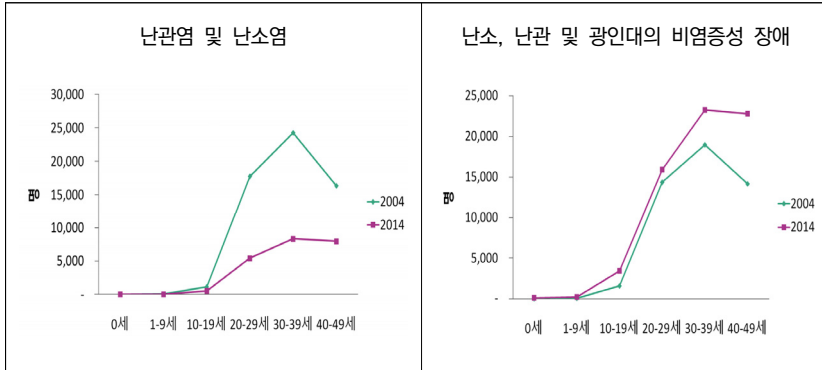
6가지 질환에서 월경장애는 20대에서, 나머지는 30~40대에서 가장 많은 진료실인원을 보였다. 그리고 2004년 대비 2014년의 진료실인원은 모두 증가하였다. 난임이나 건강한 임신과 출산 그리고 그 결과에 영향을 미치는 이 질환들은 30대의 결혼 적령기에서만 늘어나는 것이 아니라 그 이전 연령대에서도 늘어나는 추세이다. 특히 난소, 난관 및 광인대의 비염증성 장애는 20대, 월경장애는 10대에서부터 진료실인원이 늘어나고 있다. 따라서 가임기 전 연령대로의 건강관리 및 증진을 위한 방안 모색이 필요해 보인다.

[그림 4-52] 연령별 자궁경부의 염증성 질환과 자궁내막증의 진료실인원



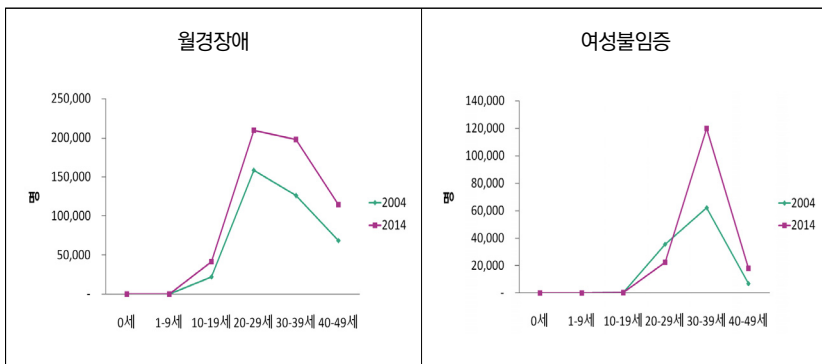
자료: 국민건강보험공단 진료실인원 통계자료(2004, 2014년) 분석.

[그림 4-53] 연령별 난관염/난소염과 난소/난관/광인대의 비염증성 장애의 진료실인원



자료: 국민건강보험공단 진료실인원 통계자료(2004, 2014년) 분석.

[그림 4-54] 연령별 월경장애와 여성불임증의 진료실인원



자료: 국민건강보험공단 진료실인원 통계자료(2004, 2014년) 분석.

제4절 소결

본 장에서는 저출산 현상에 대한 보건의료적 미시 분석을 실시하였다. 이를 위해 임신과 출산, 건강 관련 SNS 분석과 생애사적 분석, 그리고 임신과 출산의 건강위험과 보건의료 이용 실태를 분석하였다.

먼저 SNS 분석을 통해 일반 국민들은 임신과 출산과 관련된 이벤트에서 흡연과 음주, 생리 등 건강생활습관과 생식 질환과 같이 건강의 이벤트도 함께 고려하는 것으로 확인되었다. 다시 말해서, 임신과 출산 행위를 결정하거나 그 행위를 유지하거나 혹은 그 행위를 위해 현재든 과거든 본인(가족, 친구, 배우자 등)의 건강습관이나 관리 측면이 중요하게 고려되고 있었다.

이는 실제 최근 난임이나 임신과 출산을 경험한 여성 20인을 대상으로 실시한 심층면접 결과에서도 확인되었다. 이들 여성은 건강한 임신과 출산을 위해 사전에 준비할 수 있는 지원을 필요로 했으며, 그 준비에는 지식적 측면과 심리적 측면도 있었지만, 신체적 측면도 포함되었다. 이러한 사전 신체적·정신적 안녕 준비와 관련 지식 준비는 자녀가 있는 여성들이 추가 출산을 계획하는 데 있어서도 주요한 지지 자원인 것으로 나타났다.

이를 뒷받침할 수 있는 연구가 바로 여성가족패널조사 자료에 대한 종단분석 결과였다. 여기서는 자녀가 없는 기혼 여성이 2년의 시간이 지난 시점에서 건강상태가 변화되었을 때 자녀 출산 의향의 변화를 살펴보았다. 지난 2년간 주관적으로 생각하는 건강상태가 지속적으로 나쁜 상태였거나, 기존에 좋은 상태에서 나쁜 상태로 변화된 기혼 여성의 경우 출산의 의향이 지속적으로 좋은 상태를 유지하는 동일 기혼 여성에 비해 낮은 것으로 나타났다. 이는 분석 대상자의 연령과 자녀 수(2년이 지난 후 자녀 출산 여부), 자녀 양육 부담 및 배우자 만족도 등을 비롯한 건강생활습관과 인구사회 및 경제적 상황을 통제한 상태에서도 뚜렷한 기울기를 보였다.

이에 추가적으로 오늘날 생애별 건강생활 실천과 생식건강 실태가 어떠한지 그 추이를 살펴보고자 국민건강영양조사 및 청소년건강행태온라인조사 자료를 분석하였다. 전반적으로 성행태 및 흡연, 음주 등의 행위

를 시작하는 연령대는 낮아지고 있는데, 특히 여성의 경우 청소년기와 청년기(20대 초중반)에 불건강한 생활습관 노출 비율이 가장 높았다. 이는 남성과 다른 특성이며 일부에서는 상승세를 보이고 있었다. 이는 생식건강 및 임신·출산 관련 질환에 대한 국민건강보험공단의 진료실인원 및 진료비 추이 분석에서도 동일하게 확인할 수 있었다. 특히 이러한 질환에 노출되어 보건의료 서비스를 이용한 환자의 비율이 2004년에는 30대 이상 인구집단에서 확연히 높았는데, 10년이 지난 2014년에는 30대 이상은 여전히 높고, 기존에 낮았던 20대에서도 높아져 보건의료 서비스 이용 대상 규모가 전반적으로 확대되고 커진 것을 확인할 수 있었다.

이상의 내용을 종합해 볼 때, 일반 국민들 개개인은 임신과 출산에 대한 (추가) 의향에 있어 본인의 건강행태와 건강상태를 직접적이든 혹은 간접적이든 고려하고 있으며 이는 고령 여성에게서 두드러지게 나타나지만 전반적으로 전 가임기 여성에게서 나타나고 있다는 데 주목할 필요가 있다. 이 근거로 흡연과 음주, 신체활동 및 영양, 비만 등의 건강생활습관과 생리 질환과 성매개 질환 등 생식건강의 위험 노출과 관련 질환으로 인한 보건의료 서비스 이용이 전반적으로 많아지고 있다는 점, 이용하는 연령대도 과거 30대 이상에 쏠렸던 것이 20대로 넓혀지고 이들 연령대의 비중도 커져가고 있다는 점 등이다.

따라서 오늘날 임신과 출산에 있어 건강관리는 특정 연령대에 국한되지 보다는 전 가임기로 확대해 생애별 맞춤형 건강관리 및 증진을 지원하는 정책들이 마련되어야 할 것이라 판단된다.

제 5 장

저출산 현상에 대한 보건의료적 거시 분석

제1절 전문가 심층면접

제2절 전문가 의견조사

제3절 소결

5

저출산 현상에 대한 << 보건의료적 거시 분석

제1절 전문가 심층면접

1. 심층면접 개요

가. 심층면접 목적 및 대상자 구성

‘저출산 현상에 대한 보건의료적 대응 방안 모색’을 위해 우리나라 저출산 현상과 보건의료 정책에 대한 충분한 이해가 있고, 관련 업무를 하고 있는 전문가 12인을 심층면접 대상자로 선정하였다. 이때 전공 및 분야를 고려하여 인구보건학자 2인, 보건경제학자 1인, 산부인과 전문의 2인, 예방의학 전문의 2인, 보건소장 1인, 인구보건사업 실무자 2인, 보건학자 2인으로 구성하였다.

〈표 5-1〉 심층면접 전문가 현황

구분	전공 및 분야	성별
전문가 1	인구보건학자	남성
전문가 2	인구보건학자	남성
전문가 3	보건경제학자	여성
전문가 4	산부인과 전문의	남성
전문가 5	산부인과 전문의	여성
전문가 6	예방의학 전문의	남성
전문가 7	예방의학 전문의	남성
전문가 8	보건소장	남성
전문가 9	인구보건사업 실무자	여성
전문가10	인구보건사업 실무자	여성
전문가11	보건학	남성
전문가12	보건학	여성

나. 심층면접 질문 구성

전문가 심층면접의 주된 목적은 크게 두 가지이다. 첫째는 저출산 현상에 대한 보건의료적 대응 방안을 모색하는 것이며, 둘째는 면접 과정에서 도출된 주요 이슈들이나 쟁점들을 파악하여, 2절의 전문가 의견조사지 개발에 이를 적용하여, 궁극적으로 이 연구에서 제시할 한국 사회의 저출산 현상에 대한 보건의료의 미시와 거시적 접근 방안을 모색하는 것이다.

심층면접 질문지는 크게 네 가지 영역으로 구성하였는데, 저출산 현상 원인과 전망, 저출산 현상과 보건의료 정책, 저출산 현상과 생애적 건강 관리 그리고 저출산 현상에 대한 보건의료의 역할과 정책 방향에 관한 것이다.

다. 심층면접 방법 및 분석 내용

전문가와의 심층면접은 1:1 면접을 원칙으로 하였다. 다만 일부 전문가와는 2:1 면접을 하였다. 면접 시간은 1시간에서 1시간 반 정도 소요되었고, 사전에 배포한 면접지에 근거하여 면접이 진행되었다. 이외 면접 과정에서 도출된 새로운 이슈나 쟁점은 추가 질문을 통해 확인하였다.

심층면접을 시행하는 과정에서 확인된 주요 이슈는 임신 전 건강관리의 필요성이었고, 이를 위한 방안이자 쟁점이 되었던 이슈들은 ① 건강검진, ② 주치의 제도, ③ 신의료기술, ④ 원격의료 등이 있었다. 본 절에서는 이들 이슈를 중심으로 간략히 논의하였다.

2. 연구 결과

가. 건강검진 제도

1) 전 가임기의 건강생활습관 및 생식건강 문제

건강한 임신과 출산 그리고 그 결과에 영향을 미치는 요인에 대해 임신 중의 건강관리와 영양상태, 검진도 중요하지만 그 이전인 임신 전의 건강 관리가 매우 중요할 수 있다는 의견들이 많았다. 특히, 젊은 여성들의 식생활 문제, 다이어트 문화, 마른 체형 선호와 운동 부족 등은 한국 사회에서 가임기 여성들의 (생식)건강 문제로 심각하게 작용하고 있다.

“여성들의 다이어트, 식생활, 이런 거거든요. 운동 안 하고, 거친 운동 안 하고 이런 것들이 문제인데. (중략) (불건강한 생활습관을 가진) 이 사람들은 구조화된 것이기 때문에 그것도 관련이 커요. (이외) 생리 관련 문제들, 냉, 이런 것들이 확실히 잡히죠. (중략) 보건 의료가 할 일은 건강한 출산, 건강한 출산의 지원이라고 생각을 하셔야 되고, 거기에서 가장 큰 문제는 지금 현재로서는 우리나라 여성들의 생식건강이 급격히 나빠지고 있다는 거죠. 모든 연령대에 걸쳐서, 그러니까 인구적 차원으로 나빠지고 있다는 게 지금 가장 큰 핵심이고, 거기에 접근을 해야 될 거 같아요. 그래서 그걸 이슈화도 시키고, 정책화도 시키고. 왜냐하면 그걸 예방적 접근으로밖에 갈 수 없기 때문에 이슈화를 시키고, 비용도 별로 안 들고. 문제는 성과가 안 나타나니까 눈에 보이지 않는다는 것이지만, 당연히 갈 방향이죠.”(전문가 2)

같은 맥락에서 현재 조산율이 높아지는 것도 성을 매개로 한 감염성 질환과 연관성이 있는데, 미혼 여성에게서 이러한 부분이 많이 관찰되고 있어 성교육을 통한 올바른 피임 방법 및 생식건강관리가 이들에게도 필요하다는 것을 강조하고 있다.

“조산이 증가하는 것은 감염과 연관이 많아요. 그러니까 조산을 증가는 성 개방 풍조와 연관이 있어요. 생식기 감염이 증가하면 증가할수록 조산 확률은 늘어날 수밖에 없습니다. (중략) 성 개방 풍조가 확대되고 그러면서 혼전 성관계와 또 그로 인한 일부 성매개성 감염의 확대 증가는 나중에 그 시기가 지난 이후에 본격적인 결혼생활을 했을 때 조산의 위험성을 높인다고 할 수 있어요. 임신 전부터 성 지식이 충분해서 그런 성관계를 하더라도… 안 하면, 순결을 지키면 제일 좋기는 하겠지만, 하더라도 콘돔을 쓴다든가, 성 매개성 질환 감염을 예방할 수 있는 그런 성적 지식이 있으면 다행인데, 그렇지 못한 경우라면 앞으로 조산은 더 늘어날 가능성이 많습니다.”(전문가 4)

“지금은 사실 난임이 되는 애들 대부분이 뭐냐 하면 생리 시작하면서 다수의 불특정 성관계라든가 염증이러든가 그런 것들을 관리를 안 하니까 마지막에 가서 병들이 많이 생기는 거 아니에요. 그러다 보니까 그런 것들이 생기고 나서 난임이 되면 더 복잡해지고 안 되는 건 당연한 거잖아. 그러니까 그런 관리를 혼자서도 하고 의료진도 좋고. 그러면 고위험과는 좀 별개의 문제지만, 산부인과 의료진 자체에서도 부담이 덜하고. 환자도 산부인과에 드나드는 게 편안하고…”(전문가 5)

2) 가임기 맞춤형 건강검진

임신 전 건강관리는 기혼자를 대상으로 하는 것도 있겠지만, 어찌 보면 예비 기혼자인 현재의 미혼자를 주된 대상으로 한다고 보아야 할 것이다. 임신 전 건강관리 차원에서 많이 거론된 것이 바로 가임기 남녀를 대상으로 한 건강검진이다.

국내 임신·출산 관련 정책 현황에서도 소개했듯이 우리나라는 현재 국민건강검진 제도가 있지만, 19세 이상 39세의 청장년층은 직장인 가입자가 아닌 이상 검진을 받을 수 없다. 그러나 이 시기는 임신·출산 및 양육기에 속하는 시기이며, 또한 성관계가 왕성하면서 건강생활 실천은 낮은 시기이기 때문에 건강관리 차원에서 건강검진이 필요한 시기이기 때문이다.

“저도 오래전부터 계속 주장하고 있는 게 신혼부부 건강검진권을 주자. 그 건강검진은 그냥 일반 건강검진이 아니라 향후에 건강한 아이를 출산하기 위한 기본 조건이 될 수 있게. 아마 여기 보건사회연구원에서도 계획임신에 대한 프로그램을 계속했었을 거예요. 같이 세미나도 몇 번 했었고요. 아주 거대하게 시작을 하지 않더라도 예를 들어 신혼부부 건강검진권, 10만 원권을 줘서 그것도 임신 전 준비에 집중할 수 있게 그런 카운슬링, 상담이 더 중요해요. 물론 피 검사니 엑스레이니 그런 것보다. 아까 말한 대로 감염성 질환이 있는지 여부를 확인해 보고, 본인이 감염성 질환이 있으면 임신 전에 치료를 하면 조산을 줄일 수 있거든요. 아니면 심한 다이어트를 해서 저체중 여성들은… 의학적으로 보기에는 영양 결핍 상태거든요. 그런 상태에서는 당연히 아기의 건강이 안 좋거든요. 너무 심하게 다이어트를 하는 분들, 암튼 개입을 해서 건강한 아이를 낳을 수 있도록 해야 하는데, 일단 상담이 제일 중요해요. 전문가와의 상담이 제일 중요하고. 미국에서도 이미 그런 관여를 해야 된다는 의식이 있는 여러 전문가 단체에서 그 의견들을 내놓고 있는데, 그걸 제일 잘 하고 있는 곳은 홍콩이라든가 최근에 중국도 신혼부부 사업을 하고 있는 걸로 알고 있어요.”(전문가 4)

“지금 고등학교에서 풍진 예방접종을 하고 있어요. 다 하고 있는 걸로 알고 있어요. 우리나라는 전 국민이. 고1인가? 그때 예방접종을 이미 하고 있는데, 풍진 예방 백신의 효과라는 게 10년 지나면 없어지는 사람이 많아요. 그래서 정작 30대 초반이나 결혼을 앞두고 보면 이미 풍진 자체가 없는 분들이 꽤 있어요. 그런 분들을 (검진을 통해) 찾아서 다시 한번 도와주는 게 필요한 거죠.”(전문가 4)

3) 청소년기 생식건강 관련 검진 항목 추가

현재 학교보건법에 근거하여 초등학생 및 중·고등학생들은 건강검진을 받는다. 중학생과 고등학생은 각 1학년 때 받는데, 이들 청소년기는 2차 성장을 하게 되고 생리 질환 등 여러 생식건강 문제에 대한 관심과 관련 문제가 발생될 수 있는 시기임에도 불구하고 학교 건강검진 항목에는 이 내용이 빠져 있다. 이와 관련하여 전문가들은 그 필요성을 강조한다. 특

하나 체계적인 검진을 위한 전문가 집단 및 관련 기관과의 상호 논의가 충분히 필요함도 강조한다.

“솔직히 20대부터 40세 그 사이가 성적으로 왕성한 활동 시기잖아요. 그리고 요즘에 일찍 시작을 하기 때문에 초등학교 4학년 때부터는 학교 건강검진 관련된 부분에서 산부인과나 비뇨기와 검진이 들어가야 된다고 생각이 들어요. 왜냐하면 그 시기에 어떻게 보면 애들이 초경 관련해서 다른 문제가 있는 아이가 있을 수도 있고, 남자아이들의 경우에 고환이나 생식기에 관련된 문제가 있을 때 조기에 발견되면 치료될 확률이 높기 때문에 그런 것들이 그래서 초등학교 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년 때까지 해서 산부인과, 비뇨기와 검진이 되어야만 아이들이 처음부터 산부인과에 대한 부정적인 인식을 해소하는 데에도 도움이 될 수 있을 거 같고요. (중략) 학생들만을 대상으로 한 검진기관들이 별도로 지정되거나 해야 된다는 생각이 들거든요. 그래야지 학생들에 대해서 좀 더 산부인과도 청소년들을 대상으로 한 산부인과, 비뇨기과도 소아 쪽을 좀 더 잘 볼 수 있는 곳, 이런 식으로 연계가 되면 훨씬 더 조기에 여성 그러니까 가임기 초기의 남녀의 문제를 발견하고 스크리닝해서 이다음에 본인이 임신하고 싶을 때 문제가 있는 것들을 조기에 치료를 할 수 있다는 생각이 들거든요.”(전문가 9)

“아주 필요하죠. 그러니까 일단 정부에서 이번에 자궁경부암 예방 백신 프로그램을 만들면서 그때 아마 상담도 초경 상담에 대한 거를 좀 만든 거 같아요. 당시에든 보면 정책 결정 과정에서 반대하는 분들이 무지 많더라고요. 사실은 반대가 더 우세했어요. 그런데 앞으로도 일단은 지금 이제 그런 정책을 한다고 해서 산부인과 의사들이 마음의 준비가 되어 있는 건 아니에요. 그러니까 체계적으로 산부인과학회라든가 아니면 산부인과 의사사회라든가 관련된 콘텐츠들을 만들고 같이해 나가야 될 거 같아요. 이걸 어느 한 부분만 해서는 될 문제가 아니고요. 의료계와 교육계 그리고 현장, 보건소, 이런 데가 다 같이 의견을 모아서...”(전문가 4)

그렇지만 이것이 현실성이 없다는 지적도 있다. 여전히 한국 사회에서 청소년에게 생식건강을 검진하는 것에 대한 사회적 부담이 있기 때문이

다. 이를 해결하기 위한 방안으로서 공공의 건강검진 서비스 채널이 아닌 민간 채널을 활용하는 것도 제안되었다. 그리고 올해부터 만 12세 여학생을 대상으로 한 자궁경부암 예방접종 서비스 제공과 기존 30세 이상의 자궁암 검진을 20세 이상으로 연령을 확대하는 등 여러 시도들이 있는 만큼, 청소년기와 청년기를 아우르는 미혼자 대상 검진이 이루어져야 할 필요성도 제기되었다.

“차라리 오픈을 하면 학생들이 혼자서 가서 카운슬링 받을 수 있는 쿠폰이라든가 그런 거를 해 놓으면 자기들이 어디든지 가서 병원에 가서 검진을 해도 좋고. 꼭 대학병원 아니어도 좋고, 다른 산부인과도 좋고. 바우처처럼 줘서 너희들이 뭐 1년에 1, 2번씩 상담받고 싶으면 가라 그러면 그냥 초경 상담 바우처, 생리통 상담 바우처, 이런 식으로 해 주면 자기네들이 편하게 그냥 엄마 없이도 나 혼자 갔어! 가서 하면 되잖아. 다른 거 상담받아도 되고. 그러면 산부인과 입장에서든 굉장히 편안할 거고. 엄마랑 같이 안 가도 되니까 애 입장에서든 조기부터 교육이 시켜지고. 그런 개념이 들어가는 거죠.”(전문가 5)

“우리가 12세에 바우처를 시작하잖아요. 그러면 이 12세부터는 어떤 새로운 슬로건이 있어야 될 거 같아요. 그러니까 지금 12세부터는 아니면 지금 12세 지금 22세 이런 식으로 지금의 이 세대가 가정이라는 것에 대해서 어떻게 느끼느냐?라는 어떤 큰 비전과 모임과 포럼과 그런 것들 있잖아요. 그런 모든 것을 아울러서 정말 좋은 거다! 우리는 가족을 만들어야 된다! 이런 식의 좋은 감성이 있어야 되는데...”(전문가 5)

아울러 학생 건강검진에 생식건강 항목을 넣는 것과 관련하여 과학적 근거가 필요한 만큼 관련 연구들에 대한 투자도 반드시 병행되어야 한다.

“저출산을 조금 보완할 수 있는 정책으로는 가능할 거고, 국민 입장으로는 뭐든 해주면 좋은 거고. 그런데 다만 이게 어쨌든 국가 예산으로 하는 것이기 때문에, 그리고 그뿐만 아니라 이게 국가 건강검진으로 하는 질병에 기준이 있어. 예를 들면 그에 해당

되는 질환을 앓고 있는 사람이 많다든가, 그러니까 고혈압, 당뇨는 유병률 자체가 높기 때문에 질환을 앓고 있는 사람들이 많다든지, 그리고 그를 치료할 수 있는 방법이 있는 질환이어야 되고. 그다음에 암튼 WHO에서 제시하는 기준이 몇 개가 있는데 그에 부합한다든가, 어쨌든 전문가들이 봤을 때 이게 타당성은 있어야 돼.”(전문가 3)

나. 주치의 제도

1) 주치의 제도 시범사업의 배경

현재 노인 의료비 증가의 원인으로서는 만성질환 관리 필요성이 대두되면서, 최근 복지부는 만성질환 관리 시범사업을 대한의사협회와 공동 추진 중이다.

주로 중·장년 인구를 대상으로 한 만성질환 시범사업 이외 아동을 대상으로 한 주치의 제도 시범사업(초등학교 치과주치의 제도, 어린이집 전담 주치의 제도 등) 등 여러 대상과 형태로 1차 의료 강화 차원에서 주치의 제도 도입 및 추진 가능성을 검토하였다. 그러나 이러한 주치의 제도 시범사업의 주된 추진 배경에는 지역사회 1차 의료기관의 생존 문제가 직간접적으로 연관되어 있다.

2) 산부인과 주치의 제도 시범사업 도입 가능성

산부인과 주치의 제도 시범사업도 추진된 적이 있다. 한 사례로 서울시 여성가족재단이 청소년을 대상으로 한 성교육과 생식 질환 관련 치료와 상담을 위해 지역사회 산부인과와 연계한 주치의 제도를 시행하였다. 이 사업에는 산부인과 의사의 참여뿐만 아니라 학교의 보건교사와 학생 간 온·오프라인 상담과 응급 지원 체계 구축 등의 내용도 포함해 청소년들이

학교 내, 학교 밖에서 여성과 생식건강 관련 상담과 교육에 있어 접근성을 강화하는 데 목적을 두었다.

다만 산부인과 주치의 제도 도입에 있어 가장 쟁점은 바로 상담과 교육만으로 가능하냐는 것이다. 상담과 교육 측면만 볼 때는 꼭 산부인과 의사가 아니더라도 내과, 가정의학 등의 전문의가 이를 하는 것에 대해서는 동의를 하였다. 물론 반대 의견도 있었다.

“일반적인 건강 정책으로 여성들의 건강을 상당한 수준으로 끌어올리는 것은 사실상 쉽지 않습니다. 하지만 현재의 건강 수준을 확인하고, 집단 간 건강 격차를 확인하는 것은 가능할 것이라 봅니다. 이러한 격차를 확인하고 그 격차를 줄이기 위한 정책을 고려해 보는 것이 좋을 것인데, 프랑스나 스웨덴과 같이 주치의 제도 도입이 하나의 방안이 될 수도 있다고 봅니다. GP나 조산사가 임신 과정에서의 건강 측면을 상담하고 담당하는 것, 보건의료 제공 체계의 변화를 꾀하는 것이 필요하고 가능한 일이라 생각합니다.”(전문가 7)

“그리 효과적이지 않을 것 같습니다. 동네 산과 의원만 좋을 것 같습니다. 전반적인 건강관리를 해 주는 게 더 좋을 것 같은데요? 그러려면 가정의학과가 담당해야 하지 않을까요? 그러면 산과에서 난리 나겠죠? 결국 국민들을 설득하여 세금으로 이러한 정책을 펼치는 것이 이권을 위한 것으로 보일 것이기 때문에 쉽지 않은 정책입니다. 특히 evidence base가 아니기 때문에 더더욱 그렇습니다. 산과로 GP 한다면 건강관리는 안하냐? 그럼 가정의학과도 GP 하겠다고 나설 겁니다.”(전문가 1)

그러나 생식건강과 임신과 출산을 위한 교육과 일부 기초적인 상담은 모르겠지만, 그 이상의 상담은 전문성을 요하고, 실제 검진을 통해 확인되어야 하는 부분이 있어 산부인과 의사가 아닌 타 전공 분야 의사에 의한 임신 전 건강관리로는 한계가 있고 그 역할에서도 제한성이 있다는 지적도 있다.

“그 의사가 어떤 의사든 간에 그런 상담을 할 수 있게끔 하고, 그런 프로그램을 만들 자라는 생각을 갖고 있어요. 저도 그런 의견이라면 반대하지 않아요. 그런데 지금 말씀하신 거는 여러 가지 문제가 되게 섞여 있어요. 왜냐하면 임신부가 문제가 생기기 전까지는 일반 가정의학과 의사랑 만나는 거는 어떻게겠느냐? 만나도 돼요. 그런데 해결은 안 돼요. 그리고 예방도 안 돼요. 해 줄 수 있는 게 없어요. 이미 산부인과 의사도 마찬가지예요. 쉽게 얘기해서 산부인과 의사도 산모가 감염이 있는지 그런 진료를 할 수 있는 시스템을 안 갖고 있는… 예를 들어 그냥 일반 진료 부인과만 보는 의사라면, 그런 여성의 감염성 질환조차 볼 수 있는 시설도 없는 상황인데 무슨 상담을 하겠어요? 그러니까 그거는 여러 가지 문제를 되게 섞어 놓은 거를 말씀해 주신 것이기 때문에 별로 적절하지 않아요. 그런데 실질적으로 산모들에게 큰 도움이 되기는 어려워요. 상담은 해 줘도 돼요. 임신 전에 상담도 해 줘도 되고. 풍진 예방접종 상담도 당연히 하실 수 있죠. 하셔도 돼요. 내과 선생님이 하셔도 돼요. 당연히 해 주셔야 돼요. 가임기 임신 가능성이 있는 여성이 오면, 너무 말랐대! 그리고 혹시 의식이 있는 분이라면 임신 전에 비타민 드셔야 된다, 엽산 드셔야 된다, 이런 상담 해 주셔도 돼요. 그렇지만 그 외에 업데이트된 산부인과 의사들이 할 수 있는 것을 그분들이 하기에는 어려워요. 현실적으로. 그 문제를 섞으면 안 돼요. 섞는다고 이게 해결되지 않아요.”(전문가 4)

“의사들이 생식건강에 대해서 실제로 해 줄 수 있는 게 별로 없어요. 상담 말고는… (중략) GP를 넓혀서 산부인과 영역을 보는 것도 있지만, 저는 산부인과 영역이 이렇게 확대될 필요가 있다. 산부인과가 너무 의료 중심, 기술 중심이고, 고기술이 들어가는 걸로만 의사들이 접근하고 있거든요. 산부인과에서 그런 간단한 상담이라든가 생활 개선이라든가 그런 것들에 대해서는 스스로 신경을 쓰고 있어요. (중략) GP보다는 저는 산부인과가 조금 더 GP화되는 방향으로 찾아보고, 산부인과를 의료보험 차원에서 시범 병원 몇 개 만드는 거는 어떨까요? 그런 것들을 잘 하는… 그래서 그런 식으로 대안을 찾아보는 것도, 젊고 생각이 있는 의사들을 갖고 지역화되고 GP화된 의사들, 그렇게 시범사업을 하면 참 좋겠다. 그리고 보건소나 학교와의 연계성도 한번 생각해 보고….”(전문가 2)

“학교 건강검진 항목에 대해서 지금 비판적인 사람들이 상당히 많아요. 현실적으로 반영이 잘 안 되고, 성 생식건강 부분에 대해서도 상당히 고민을 많이 하시고. 단순하게 저는 그런 생각을 했었죠. GP 일반의를 통해서 한 번 상담이라고 하는 부분들이 먼저

전개가 되면 어린 친구들이 왔을 때 큰 부담이 없을 거라고 생각을 했는데, 또 의료를 하시는 분들은 그게 한계가 있다는 거죠. 내진이라는 부분이 특히 산과의료에서는 상당히 중요한 부분이기 때문에 약간의 전문가 영역별로 충돌 지점은 있지만…”(전문가 9)

그렇지만 오늘날 건강생활습관 및 생식건강 등의 문제로 병원을 찾는 환자의 비율이 높아지고 있다. 특히 20대 이하의 젊은 인구에서 급격히 늘어나고 있고 이런 경향이 향후 자녀를 원하는 시점에 건강한 임신과 출산의 장애 요인으로 작용할 수 있는 만큼, 그리고 저출산이 우리 사회의 주요한 이슈인 만큼 가임기 여성의 임신 전 건강관리 차원에서 주치의 제도 도입에 대한 신중한 검토의 필요성은 있다는 의견도 있었다.

“노인들의 의료비 증가의 문제를 해결하고, 건강한 수명 연장을 위한 차원에서 만성 질환 주치의 제도 시범사업을 추진하고 있듯이, 오늘날 저출산의 문제는 국가의 큰 이슈이며, 이에 대응하는 방안이 여러 것이 있을 것인데, 주치의 제도 역시 하나의 방안이 될 수 있다고 보인다.”(전문가 12)

한편, 주치의 제도를 도입하더라도 성과 생식건강은 더욱 사적인 영역인 만큼 특히 청소년에게 이들 문제로 의료기관을 방문하는 것은 더 부담이 될 수밖에 없으므로 학교 영역에서 보건교사의 역할을 강화하여 이들을 통한 학생들과 지역사회 의료기관(주치의 등) 간의 연계를 도울 필요가 있다는 지적도 있었다.

“학교 보건교사랑 같이 연계시켜서, 일반주치의 뭐 이런 얘기들이 나왔는데 그 주변에 있는 주치의 제도를 같이 연결시키는 거죠. 그래서 그분들을 어느 학교에 축탁위로 두는 거죠. 학교마다 보건교사만 있는 게 아니라 축탁위 제도를 한다든가 주치의 제도를 해서 예를 들어 몇 학년은 어느 병원, 몇 학년은 어느 병원, 이런 식으로 지정해서 하면…”(전문가 10)

다. 신의료기술

1) 보건의료 영역에서 신기술 개발 분야

새로운 의료기술, 즉 신의료기술은 의료법에 의거하여 안전성과 효과성 등 여러 측면에서 과학적 근거에 기반을 둔 유효성을 평가하여 허가 여부를 결정하고 있다. 임신·출산과 관련된 신의료기술도 동일하다.

최근의 신의료기술 영역은 바이오 관련 기술이 많고, 시술보다는 진단 분야의 기술 개발이 더 활발하다. 그 이유는 시술보다 진단은 관련 케이스를 많이 확보할 수 있을 뿐만 아니라 위험성도 상대적으로 낮기 때문이다. 무엇보다도 진단 기술이 진보되어 시술 기술로 이어질 수 있다는 점과 시술 분야 기술은 과학적 근거를 쌓기까지 많은 시간을 필요로 하기 때문에 진단 분야 기술이 활성화될 수밖에 없다고 한다.

임신·출산과 관련된 신의료기술도 상당히 많이 개발되었지만, 실제 평가를 통해 허가된 사례들은 지난 10년간 많지 않다고 한다. 허가된 것도 시술보다는 진단과 관련된 기술이 대다수라고 한다.

“난임 쪽 기술들은 결국에는 임신 전인 거잖아요. 임신 전의 기술들인데 그쪽 부분들은 아직까지는 거의 제 기억에 제가 평가했을 때 제가 한 10년 정도 했거든요. 10년 동안 10개가 안 넘어가는 거 같아요. 신청된 기술이 굉장히 많이 있거든요. 몇 만 개 건수 중에서 10개 이하였던 거 같고. 그리고 진단 쪽, 대부분 유전자 검사를 통해서 기형아에 대한 디텍션 하는 부분들 그런 부분들이 기술적으로는 가장 많았고, 그다음에 말 씀드렸던 임신 중에 시술하는 것들도 있고요. 임신 중인데도 불구하고 종양이 생길 때가 있어요. 그런 기술들도 있고. 그러니까 여러 가지 그런 것들이 복합적으로 섞여 있는 거죠.”(전문가 11)

2) 신의료기술의 양면성

신의료기술의 개발과 발전은 기존의 진단과 시술 치료에서 혁신성을 보여 이를 통해 많은 환자의 건강 문제를 완화하고 극복하는 데 기여한 것은 맞지만 그렇다고 기존의 진단과 시술 기술보다 무조건 우위에 있고, 우선적인 선택지인가에 대해서는 평가 과정에서 심도 있게 다루어져야 하는 부분이다. 무엇보다도 이러한 심도 있는 평가가 중요한 이유는 신의료기술이 우리 현실에 들어오게 될 경우, 의료비를 어떤 형태로든 직간접적으로 올리는 주범이 되기 때문이다. 이는 환자의 정보 취약성과 관련된 것으로, 보건의료 분야는 더욱 그러하다.

“의료비 높이는 거는 100% 맞고요. 그게 양날의 검인 거죠. 지금 계속 신의료기술 평가 쪽에서 압박을 받고 있는 건 두 케이스인 거예요. 신의료기술이라는 게 실제로 정말 그렇다고 하면 기존에 있는 기술보다 정말 좋아서 삶을 윤택하게 만들어 줄 수 있는, 획기적으로 건강을 정말로 높여 줄 수 있는 기술이냐? 비용 대비. 비용은 결국에는 비싸질 수밖에 없는 거니까요. 그런 압박이 한 부분 있는 거고, 경제적인 측면을 보면 신의료기술을 권장하고 계속적으로 우리나라에서 개발하고 선도해야 전 세계에서 글로벌하게 시장을 선도할 수 있다, 그러니까 애(기술)를 빨리 통과시켜 줘라 그런 측면이 있고, 어떤 한 측면에서 보면 진짜 경제적으로 별로 필요가 없다, 그건 기존 기술로도 충분한데 괜히 신의료기술이라는 타이틀로 만들어지고 들어와서 그것들이 비용을 높이고 사람들의 경제적인 부가가치에 대한 부분들을 계속적으로 부담을 안고 가게. 왜 그러냐 하면 사람들은 정보의 비대칭성이 있기 때문에 결국에는 신의료기술이 무조건 더 좋다고 생각하기 때문에 의사가 권했을 때 안 쓸 만한 환자가 별로 없다는 거죠. 그런 것들에 대한 두 가지가 계속적으로 신의료기술 측면에서 압박을 받고 있는 거죠. 현재로서는.”(전문가 11)

그렇지만 우리의 의료수가 체계가 낮은 것이 사실이고 의료기기 업체

및 의료기관에서는 경쟁적 생태 구조에서 수익을 창출해 생존해야 하므로 기존 의료기술로 충분함에도 불구하고 불필요한 의료기술이 개발될 수밖에 없는 구조적 문제도 있다. 소자녀를 갖는 오늘날의 저출산 시대에 산부인과가 산모의 연령과 건강 문제 등을 엮어 불안감을 조성하고, 새로운 검사를 통해 불안감을 해소할 수 있다고 하는 것도 이러한 이유들이 있기 때문이다.

“문제는 우리나라가 비급여권이 100% 사실은 풀려 있는 거죠. 비급여를 관리할 수 있는 방법은 없는데, 그게 비급여가 그렇게 늘어난 데에는 급여가 워낙 수가가 낮다 보니까 수익 창출할 수 있는 데가 비급여밖에 없는 거예요. 문제는. 그러다 보니까 비급여가 창출되려면 결국에는 쓸데없는 기술들에 대한 과잉 진료를 유발할 수밖에 없는 구조로 가고 있는 거죠. (중략) 정말 쓸데없는 검사들을 (의사들이) 권고하는 거예요. 그런데 그거를 어떤 환자들이 안 하겠다고 얘기를 하겠냐는 거죠. 요즘 들어서 더더군다나 아이 1, 2명 갖는 이 시대에. 저는 안 한다고 그랬는데, 대부분의 의사들이 안 하겠냐는 거죠. 그런 것들이 산부인과에서는 횡행되어 있는 거고, 그게 묵인되는 이유는 산부인과에서 애 낳는 것만으로는 도저히 수가를 맞출 수가 없는 거예요.”(전문가 11)

3) 건강한 임신과 출산을 위한 신의료기술의 예방적 접근 강화

신의료기술의 활용은 주로 예방보다는 치료와 이를 위한 진단에 초점을 둔다. 그리고 신의료기술이 허가되어 도입되면 비급여적 성격의 서비스를 위해 활용되는 것이 일반적이다. 그러나 신의료기술이 지닌 강점을 현재의 환자가 아닌 잠재 환자군을 스크린하고 사전에 이를 판정하여 건강관리를 할 수 있도록 예방적 도구로서 활용도 가능하다. 따라서 건강한 임신과 출산을 위한 잠재 위험성을 예방하기 위한 도구로서 신의료기술의 활용도를 다양화하고, 예방에 접근 시에도 급여화하는 것이 필요하다.

“사실은 신의료기술이라고 하면 예방 측면은 사실은 우리나라에서는 잘 안 다뤄요. 실제로. 그게 건강보험이라는 태생적인 문제 때문에 그러거든요. 실제로 예방이란 것들을 건강보험법 내에서는 비급여권으로 아예 빼 버려요. 이거는 건강한 사람에게 하는 검진 이런 것들은 보험에서 커버를 안 해 준다는 것이 기본적인 건강보험의 논리거든요. 그러다 보니까 신의료기술이라는 것도 대부분 다 그런 쪽으로 가고 있는데, 개인적으로 기술로서나 진단학적으로 그것들을 풀어서 보자고 하면 난임이 생기는 원인들 그런 것들을 밝혀내는 것들이 필요하겠죠. 난임이 생기는 원인들이 노령뿐만 아니라 어떤 이유들이 있다 어떤 원인들이 있고, 유전학적인 문제나 환경적인 문제 등 뭐 복합적인 문제들이 있겠지만 그런 것들을 발견하는 기술이 생기게 되면 예방 차원에서 도움은 많이 되겠죠. 그래서 난임에 대한 것들을 이런 식으로 예방할 수 있다 이런 것들. 그런 거는 검진 정도의 체계로 가게 되는 거겠죠. 지금 우리는 모르지만, 검진을 했을 때 아! 난임의 가능성이 높다! 그런 식으로 어드바이스를 해 줄 수 있는 거고, 그러면 당신은 어떻게 해야 된다는 거를 지속적으로 언급해 줄 수 있는 거죠. 당뇨, 고혈압 이런 것들도 당신은 고혈압 전 단계인데 이런 거를 주의해야 된다고 얘기하는 것처럼 똑같은 거죠. 당신은 난임의 확률이 높다, 높아지고 있다, 그러니까 이런 것들을 고려해야 된다, 그런 것들이 결국에는 진단학적인 기술들이 발전해야 되거든요. 그런 진단 기술들이 개발되어야 되죠.”(전문가 11)

4) 저출산 시대 신의료기술 개발 투자 및 적절한 서비스 제공

신의료기술이 건강한 임신과 출산에 기여할 수 있는 부분은 분명 있지만, 문제는 아직 검증이 되지 않았음에도 불구하고 그 비용을 환자에게 부담하도록 하는 것은 적절하지 않다는 점이다. 오히려 그러한 불확실한 부분을 완전히 명확화해서 활용될 때까지 국가 차원의 R&D 투자를 확대하여, 명확하고 분명한 기술, 과학적으로 인정되는 신의료기술을 온전히 이를 필요로 하는 환자에게 제공하는 것이 필요하다.

“신의료기술을 지속적으로 써 보는 건 맞다고 봐요. 그런데 그게 지금도 계속적으

로 얘기되는 게 임상실험을 해서 환자들에게 비용을 받지 않고 하는 건 괜찮지만, 이것을 환자들에게 비용을 전가하면서 마치 이게 검증이 덜 된 상태에서 진입했을 때는 문제는 계속적으로 임상실험을 환자가 비용을 부담하는 형태로 가게 된다는 거죠. 실제로. 현재 이 사람들에게 난임 비용을 지원하는 것도 중요하지만 R&D에 대한 비용을 투자하는 게 굉장히 중요하다고 보는 거고요. 국내에 사실 이런 임상실험 R&D가 굉장히 낮은 편이에요. 보건의료 쪽 R&D 자체가 굉장히 낮기 때문에, 이런 쪽의 R&D들이 지속적으로 투자가 될 필요성이 있는 거죠.”(전문가 11)

라. 원격의료

분만 취약 지역이 매년 발생하는 오늘날 이들 지역에 분만시설 및 관련 장비와 비용 지원을 제공하는 것만으로 실효성이 없다는 지적과 함께 다른 분야와 같이 원격의료가 하나의 대안으로 논의되고 있다. 그러나 의료 현장에서는 원격의료가 지닌 장점이 분명 있지만, 이보다도 더 큰 문제는 원격의료도 의료 행위이지만, 대면 형태의 상담과 진료가 아닌 만큼 의료 사고 발생 위험이 상대적으로 높고, 이 경우 법적인 책임 문제 등이 발생할 수 있다는 점이다. 산과의료의 경우 상담뿐만 아니라 진료가 반드시 수반되어야 하는 만큼, 더욱 그런 문제들이 해결되지 않고서는 원격의료에 대한 반감은 강할 수밖에 없을 것이다.

“그러면 이 법적 책임은 누가 질 거냐는 거죠. 완전 불가능한 거지. 지금 얼굴을 보고도 고위험 컨펌이 안 되는데. 그런 문제들…”(전문가 5)

오히려 분만 취약 지역과 같이 의료 취약지에 대해서는 공중보건의료 의무 배치하는 방법과 산과의료 서비스를 공공재화하는 방법 등이 건강한 임신과 출산을 위해 실효성을 높일 수 있다는 의견들이 많았다.

제2절 전문가 의견조사

1. 전문가 의견조사 방법

가. 의견조사 대상자 구성

앞서 ‘저출산 현상에 대한 보건의료의 역할과 중장기적 방향’에 대한 전문가 면접 내용에 근거하여 전문가 의견조사를 실시하였다. 총 29명을 대상으로 하였으며, 이들은 대학교수 및 연구원 등 학계나 공공기관에서 출산 관련 업무를 담당하는 전문가이다. 이들의 전공 분야⁶⁹⁾는 크게 보건의료 분야와 인문사회 분야로 나뉘며, 각각 17명과 12명이었다.

〈표 5-2〉 전문가 의견조사 현황

분야	N	%
보건의료	17명	58.6
인문사회	12명	41.4
총계	29명	100.0

나. 의견조사 질문의 구성

총 10가지의 주제로 질문지를 구성하였는데 저출산 현상의 원인과 저출산 현상의 심각성 및 향후 전망에서부터 비혼과 만혼 현상, 제1·2 및 제3차 저출산·고령사회기본계획 내 보건의료 정책사업 평가, 저출산 대응

69) 보건의료 분야는 보건학(7명), 예방의학(2명), 산부인과(3명), 가정의학(3명), 간호학(2명), 인문사회 분야는 사회학(6명), 사회복지학(2명), 기타(아동복지, 여성학, 인구학 등 4명)으로 구성됨.

방향 및 건강한 임신과 출산, 이를 위한 건강관리 지원, 그리고 신의료기술과 기여 등으로 구성하였다. 이들 질문은 총 6가지 동의 정도(전혀 동의하지 않는다, 동의하지 않는다, 동의하지 않는 편이다, 동의하는 편이다, 동의한다, 매우 동의한다)로 의견을 물었다. 또한 이들 질문 중 논의가 필요한 내용에 대해서는 동의 혹은 비동의한 이유에 대해서도 물었다.

이외 자녀를 원할 경우, 원하는 시기에 건강한 임신과 출산을 위해 개인의 생애주기별로, 그리고 정부 차원의 어떤 노력과 지원이 증장기적으로 필요한지에 대한 전문가의 의견을 수렴하였다.

〈표 5-3〉 전문가 의견조사 내용

구분	내용
저출산 현상의 주요 원인	- 보육비, 주거비, 교육비, 의료비 등 객관식 응답
저출산 현상의 심각성 및 향후 전망	- 우리나라의 저출산 현상은 심각한 수준이다. - 우리나라의 합계출산율은 지난 10년 1.1~1.3명이었는데 향후 2030년까지 이 수준을 유지할 것이다. - 현재의 우리 사회경제 상황(청년 취업난, 일·가정 양립 어려움, 주거/교육/의료비 부담 증가 등)이 지속될 경우, 합계출산율은 향후 지금보다 더 떨어질 수도 있다.
비혼과 만혼 현상	- 우리나라의 비혼 현상은 심각한 수준이다. - 현재의 우리 사회경제 상황(청년 취업난, 일·가정 양립 어려움, 주거/교육/의료비 부담 증가 등)이 지속될 경우, 향후 비혼 현상은 더욱 심각해질 것이다. - 우리나라의 비혼 현상은 합계출산율을 떨어뜨릴 것이다. - 우리나라의 만혼 현상은 심각한 수준이다. - 현재의 우리 사회경제 상황(청년 취업난, 일·가정 양립 어려움, 주거/교육/의료비 부담 증가 등)이 지속될 경우, 향후 만혼 현상은 더욱 심각해질 것이다. - 우리나라의 만혼 현상은 합계출산율을 떨어뜨릴 것이다.
제1·2차 저출산·고령사회 기본계획의 보건의료 관련 주요 사업	- 임신·출산 의료비 지원은 임신부의 건강한 임신과 출산에 기여하였다. - 난임 치료 시술비 지원은 여성의 건강한 임신과 출산에 기여하였다. - 분만 취약 지역 지원은 임신부의 건강한 임신과 출산에 기여하였다. - 미숙아·선천성 이상아 의료비 지원은 이들의 건강한 성장에 기여하였다. - 고위험 산모·신생아 통합센터 설치는 임신부의 건강한 임신과 출산에 기여하였다. - 마더세이프 프로그램(위험약물 관련 정보 제공)은 여성/임산부의 건강한 임신과 출산에 기여하였다. - 산모·신생아 도우미 지원은 산모와 신생아의 건강에 기여하였다.

구분	내용
제3차 저출산·고령사회 기본계획의 보건의료 관련 주요 사업	- 만 12세 여아에 대한 자궁경부암 예방접종은 여아(여성)의 전 생애적 건강 증진에 기여할 것이다. - 임신·출산 관련 상담 및 교육 비용 지원은 여성의 건강한 임신과 출산에 기여할 것이다. - 고위험 임신부 입원치료의 비급여 지원은 임신부의 건강한 임신과 출산에 기여할 것이다. - 난임 치료 시술비 지원 확대는 여성의 건강한 임신과 출산에 기여할 것이다.
제1·2차 및 제3차 저출산·고령사회 기본계획의 보건의료 전반	- 전반적으로 지난 제1~2차 저출산·고령사회기본계획 내 보건의료사업들은 건강한 임신과 출산에 기여하였다. - 앞으로 제3차 저출산·고령사회기본계획 내 보건의료사업들은 건강한 임신과 출산에 기여할 것이다.
건강한 임신과 출산을 위한 정책 방향	- 비혼 및 만혼 현상이 고착화되는 우리 사회의 상황을 고려할 때 출산아 수를 늘리는 인구정책보다는 건강한 임신과 출산을 지원하는 인구정책을 더 우선적으로 추진해야 한다. - 건강한 임신과 출산을 위해 산전 관리(임신 중)는 중요하다. - 건강한 임신과 출산을 위해 산후 관리(출산 후)는 중요하다. - 건강한 임신과 출산을 위해 임신 전 건강관리(preconception)는 중요하다. - 건강한 임신과 출산을 위해 전 가임기(청소년, 청년 및 임신·출산기)의 건강관리는 중요하다.
생식건강 및 건강한 임신과 출산을 위한 건강관리 지원	- 중·고등학교 학생들의 생식건강 증진을 위해 교육부의 학생 건강검진 항목에 생식건강이 포함되어야 한다. - 중·고등학교 학생들의 생식건강 증진을 위해 학교(학생)와 산부인과가 연계된 건강 프로그램이 필요하다. - 중·고등학교 학생들의 (생식)건강 증진을 위해 학교 보건(성)교육을 강화해야 한다. - 중·고등학교 학생들의 (생식)건강 증진을 위해 건강생활 실천(흡연, 음주, 신체활동, 영양, 비만 등) 지원 정책이 필요하다. - 대학생 등 20대 청년층의 (생식)건강 증진을 위해 기존 복지부가 40~66세에 제공하는 생애전환기 건강검진이 이 시기(20대)에도 필요하다. - 대학생 등 20대 청년층의 (생식)건강 증진을 위해 학교, 직장 및 보건소를 통한 보건(성)교육을 의무화해야 한다. - 대학생 등 20대 청년층의 (생식)건강 증진을 위해 학교, 직장 및 보건소와 연계된 건강 프로그램이 필요하다. - 30대 장년층의 (생식)건강 증진을 위해 기존 복지부가 40~66세에 제공하는 생애전환기 건강검진이 이 시기(30대)에도 필요하다. - 30대 장년층의 (생식)건강 증진을 위해 학교, 직장 및 보건소를 통한 보건(성)교육을 의무화해야 한다. - 30대 장년층의 (생식)건강 증진을 위해 학교, 직장 및 보건소와 연계된 건강 프로그램이 필요하다. - 자궁경부암 예방접종을 만 12세가 넘었더라도 원하는 경우 무료 접종 서비스를 제공해 주어야 한다.

구분	내용
	- 임신 중 건강한 임신 유지에 위험이 있어 추가 진료 및 시술 과정에서 발생된 의료 비용은 보험급여를 확대하여 본인부담금을 낮추어야 한다. - 임신·출산 관련 합병증으로 발생된 의료 비용은 보험급여를 확대하여 본인부담금을 낮추어야 한다. - 미숙아 및 선천성 이상아 지원 비용을 확대해야 한다. - 출생 후 만 1세(영아)가 되기 전까지 발생한 의료비에 대해서는 보험급여를 확대하여 본인부담금을 낮추어야 한다. - 출생 후 만 6세(유아)까지 발생한 의료비에 대해서는 보험급여를 확대하여 본인부담금을 낮추어야 한다. - 분만 취약 지역 임신부의 건강한 임신과 출산 및 건강관리를 위해 원격의료 서비스가 제공되어야 한다. - 임신·출산 및 생식 질환 관련 의료비가 계속 증가하고 있어 전 가임기 대상 생식건강 증진 도모를 위해 주치의 제도를 도입해야 한다(그동안 노인 주치의제, 아동 주치의제, 만성질환 주치의제 등이 시범사업으로 추진됨).
신의료기술과 출산력 및 건강한 임신과 출산 기여	- 신보건의료기술은 출산력 제고에 기여할 것이다. - 신보건의료기술은 건강한 임신과 출산에 기여할 것이다. - 출산력 제고 및 건강한 임신과 출산을 위해 신보건의료기술과 관련된 R&D 지원은 확대되어야 한다.
건강한 임신과 출산을 위한 개인 수준의 생애주기별 노력	
건강한 임신과 출산을 위한 국가 단위 보건의료 정책의 중장기적 지원 방향	

다. 의견조사 분석 방법

모든 문항은 일관되게 6점 척도(매우 동의하지 않음~매우 동의 함)로 동의 정도를 물었다. 이에 각 동의 수준과 동의(매우 동의한다, 동의한다, 동의하는 편이다)와 비동의(전혀 동의하지 않는다, 동의하지 않는다, 동의하지 않는 편이다) 분포, 그리고 평균 점수(6점 만점, 1~6점 범위)를 결과 내용으로 제시하였다. 그리고 일부 쟁점이 되는 문항에 대해서는 전문가가 자유롭게 의견을 제시하게 하고 주된 내용을 도출하였다.

2. 연구 결과

가. 저출산의 원인과 전망

1) 저출산의 원인

우리나라 저출산 현상의 주된 원인에 대해 전문가들은 1순위로 고용 불안(37.9%)을 지목하였고, 이어 양육비 부담(27.6%), 소자녀관, 비혼관 등 가치관 변화(17.2%) 등의 순으로 응답하였다. 1~3순위를 종합한 결과를 보더라도 고용 불안이 23.0%로 가장 응답률이 높았다. 이어 교육비 부담이 21.8%, 양육비 부담은 18.4%로 2, 3번째 순위로 나타났다. 그렇지만 의료비 부담이 저출산의 원인이라는 응답은 1~3순위 어디에도 없었다.

한편, 기타로 응답한 경우도 8.0%가 있었는데, 여기에는 여성의 인식 변화, 양육자 부재, 대학입시 제도, 일·가정 양립이 어려운 근로 여건, 여성 경력단절 등이 해당되었다.

〈표 5-4〉 저출산 현상의 주된 원인

순위	주거비 부담		교육비 부담		양육비 부담		의료비 부담		고용 불안		가치관 변화		성평등 의식 향상		기타	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	2	6.9	0	0.0	8	27.6	0	0.0	11	37.9	5	17.2	0	0.0	3	10.3
2	7	24.1	8	27.6	4	13.8	0	0.0	5	17.2	2	6.9	1	3.4	2	6.9
3	3	10.3	11	37.9	4	13.8	0	0.0	4	13.8	5	17.2	0	0.0	2	6.9
전체	12	13.8	19	21.8	16	18.4	0	0.0	20	23.0	12	13.8	1	1.1	7	8.0

2) 저출산 현상의 심각성 및 향후 전망

‘우리나라의 저출산 현상은 심각한 수준이다’에 대한 평균 점수는 6점 만점에 5.4점으로, 전반적으로 전문가들은 동의하고 있었다. 이들 중 거의 과반수(48.3%)는 매우 동의한다고 응답하였다.

‘우리나라의 합계출산력은 지난 10년 1.1~1.3명이었는데, 향후 2030년까지 이 수준을 유지할 것이다’에 대해서는 절반이 조금 넘는 58.6%가 동의하였다. ‘현재의 우리 사회경제적 상황(청년 취업난, 일·가정 양립 어려움 등)이 지속될 경우, 합계출산력은 향후 지금보다 더 떨어질 수도 있다’에 대해서는 거의 대다수(96.6%)가 동의하였다.

이상과 같이 전문가들은 우리나라의 저출산 문제는 현재 심각한 수준이며, 향후 미래에도 문제가 될 수 있다고 보고 있었다.

〈표 5-5〉 저출산 현상의 심각성 및 향후 전망

문항	비동의				동의				평균
	전혀 동의 안함	동의 안함	동의 않는 편		동의 하는 편	동의 함	매우 동의 함		
우리나라의 저출산 현상은 심각한 수준이다.	0.0	0.0	0.0	0.0	6.9	44.8	48.3	100.0	5.4
우리나라의 합계출산력은 지난 10년 1.1~1.3명이었는데 향후 2030년까지 이 수준을 유지할 것이다.	3.4	10.3	27.6	41.3	6.9	37.9	13.8	58.6	4.1
현재의 우리 사회경제적 상황(청년 취업난, 일·가정 양립 어려움, 주거/교육비 부담 증가 등)이 지속될 경우, 합계출산력은 향후 지금보다 더 떨어질 수도 있다.	0.0	3.4	0.0	3.4	13.8	55.2	27.6	96.6	5.0

3) 비혼과 만혼 현상

‘우리나라 비혼 현상은 심각한 수준이다(4.3점)’, ‘현재의 우리 사회경제 상황이 지속될 경우, 향후 비혼 현상은 더욱 심각해질 것이다(5.0점)’, 그리고 ‘우리나라의 비혼 현상은 합계출산력을 떨어뜨릴 것이다(5.1점)’에 대해 전문가들은 전반적으로 동의하는 것으로 나타났다. 실제 동의한다는 응답률만 각각 72.4%, 100.0%, 93.0%였다.

동일한 맥락에서 만혼 현상의 심각성과 향후 심각성 그리고 출산력에 대한 만혼의 영향 역시 각각 4.2점, 4.8점, 5.0점으로 전반적으로 동의 의견을 보였고, 동의 비율도 각각 75.8%, 96.5%, 93.1%로 나타났다.

〈표 5-6〉 비혼 및 만혼 현상의 심각성 및 향후 전망

문항	비동의				동의				평균
	전혀 동의 안함	동의 안함	동의 않는 편		동의 하는 편	동의 함	매우 동의 함		
우리나라의 비혼 현상은 심각한 수준이다.	0.0	3.4	24.1	27.5	17.2	48.3	6.9	72.4	4.3
현재의 우리 사회경제 상황(청년 취업난, 일·가정 양립 어려움, 주거/교육/의료비 부담 증가 등)이 지속될 경우, 향후 비혼 현상은 더욱 심각해질 것이다.	0.0	0.0	0.0	0.0	27.6	48.3	24.1	100.0	5.0
우리나라의 비혼 현상은 합계출산력을 떨어뜨릴 것이다.	0.0	0.0	6.9	6.9	10.3	51.7	31.0	93.0	5.1
우리나라의 만혼 현상은 심각한 수준이다.	0.0	6.9	17.2	24.1	31.0	34.5	10.3	75.8	4.2
현재의 우리 사회경제 상황(청년 취업난, 일·가정 양립 어려움, 주거/교육/의료비 부담 증가 등)이 지속될 경우, 향후 만혼 현상은 더욱 심각해질 것이다.	0.0	3.4	0.0	3.4	17.2	69.0	10.3	96.5	4.8
우리나라의 만혼 현상은 합계출산력을 떨어뜨릴 것이다.	0.0	0.0	6.9	6.9	17.2	55.2	20.7	93.1	5.0

주: 표 안의 수치(비율값)는 소수 첫째 자리에서 반올림되었으므로 각 항목의 합이 100%가 아닐 수 있음.

나. 저출산·고령사회기본계획 평가 및 기대

1) 1·2차 계획과 건강한 임신·출산 기여 평가

2006~2015년 제1·2차 저출산·고령사회기본계획 내 보건의료와 관련된 주요 정책사업이 건강한 임신과 출산에 기여하였는지, 사업별 기여에 대한 동의 정도를 물어보았다.

질문한 모든 보건의료 관련 사업들이 건강한 임신과 출산에 기여하였다는 데 대해 과반수는 동의하는 것으로 나타났다. 그러나 미숙아·선천성 이상아 지원과 산모·신생아도우미 지원과 같이 거의 4분의 3이 기여하였다고 동의하는 사업들을 제외하면 나머지는 절반을 조금 넘거나 60%대 동의 수준을 보였다. 평균 점수로 동의하는 것으로 판단할 수 있는 4점 이상을 보면, 앞서 지적한 미숙아·선천성 이상아 지원과 산모·신생아도우미 지원 이외 임신·출산 의료비 지원, 분만 취약 지역 지원, 고위험 산모·신생아 통합센터 설치도 해당되었다. 한편 비동의 응답률이 가장 높은 것은 난임 치료 시술비 지원으로 44.8%가 응답하였다.

전반적으로 제1·2차 저출산·고령사회기본계획 내 보건의료 정책사업들이 건강한 임신과 출산에 기여하였는지에 대해 절반이 조금 넘는 58.6%가 동의하였고, 37.9%는 비동의, 3.4%는 모르겠다고 응답하였다. 평균 점수는 3.7점으로 동의와 비동의의 경계선에 위치하였다.

먼저 동의하는 주요 이유들을 보면 두 차례의 계획 내 보건의료 정책사업들을 통해 실제 임신과 출산을 위한 의료비 부담이 체감할 수 있는 정도로 줄었고, 그 혜택을 받을 수 있는 대상자도 확대되었다는 점이 주된 내용이었다.

“여성의 임신과 출산에 대한 보건의료적 접근 인프라 구축과 임신과 출산에 대한 재정적 지원으로 실질적인 체감할 수 있는 혜택을 제공하였기 때문이다.”

“그동안 어쩌면 사각지대에 놓여 있던 해당 여성들이 모집단 안에 들어올 수 있게 폭이 넓어졌다고 보기 때문이다.”

“충분한 액수에는 못 미치지만 의료비 지원(고운맘카드 등)으로 병원에서 양질의 의료 서비스를 받을 수 있는 기회가 증가한 점, 난임 지원사업으로 난임부부에서 임신과 출산이 가능했다는 점 등이 두 차례의 계획으로 이루어졌기 때문이다.”

“보건의료는 질병이나 질환에 대한 치료와 예방 차원의 검진의 역할을 하는데, 만혼과 이로 인한 난임 등의 저출산의 원인에 대해서도 보건의료의 역할은 1~2차 사업들을 통해 행해졌다고 보기 때문이다.”

동의하지 않는 주요 이유들을 보면 여전히 보건의료적 지원 수준이 부족하다는 점이 많았다. 특히 건강한 임신과 출산을 위한 임신 전 예방 차원의 모성 보호 관련 보건의료 시스템의 부재, 그리고 출산 이후 산모와 아이의 건강관리를 위한 시스템의 부족 문제도 지적되었다.

“고운맘카드 지원 확대 등 임신과 출산에 대한 의료비 지원이 강화되었지만, 고위험 임신부, 난임 지원 등은 급여 대상이 제한적이었기 때문에 정책 효과성이 크지 않았기 때문이다.”

“분만 취약 지역 여성들의 임신과 출산 시 장애 요소는 여전히 존재하고 있기 때문이다. 임신·출산 지원금과 산부인과 진료 등의 한시적인 서비스로는 산모들의 니즈를 충족하지 못하고 있다. 전 생애주기별로 봤을 때, 임신 전 예방적으로 모성 보호를 할 수 있는 보건의료 시스템이 부실하며, 출산 후 산모와 아이의 건강을 지속적으로 관리할 수 있는 시스템도 부족하거나 없다.”

〈표 5-7〉 제1·2차 저출산·고령사회기본계획 내 보건의료 정책사업의 건강한 임신과 출산에 대한 기여

문항	비동의				동의				모름	평균
	전혀 동의 안함	동의 안함	동의 않는 편		동의 하는 편	동의 함	매우 동의 함			
임신·출산 의료비 지원은 임신부의 건강한 임신과 출산에 기여하였다.	0.0	13.8	17.2	31.0	24.1	31.0	13.8	68.9	0.0	4.1
난임 치료 시술비 지원은 여성의 건강한 임신과 출산에 기여하였다.	0.0	6.9	37.9	44.8	34.5	20.7	0.0	55.2	0.0	3.7
분만 취약 지역 지원은 임신부의 건강한 임신과 출산에 기여하였다.	0.0	6.9	24.1	31.0	27.6	24.1	13.8	65.5	3.4	4.2
마취·선천성 이상아 의료비 지원은 이들의 건강한 성장에 기여하였다.	0.0	0.0	13.8	13.8	41.4	37.9	3.4	82.7	3.4	4.4
고위험 산모·신생아 통합센터 설치·운영은 임신부의 건강한 임신과 출산에 기여하였다.	0.0	10.3	13.8	24.1	37.9	27.6	3.4	68.9	6.9	4.2
마더세이프 프로그램(위험약물 관련 정보 제공)은 여성/임산부의 건강한 임신과 출산에 기여하였다.	3.4	13.8	20.7	37.9	44.8	10.3	3.4	58.5	3.4	3.7
산모·신생아 도우미 지원은 산모와 신생아의 건강에 기여하였다.	0.0	0.0	24.1	24.1	51.7	13.8	6.9	72.4	3.4	4.1
전반적으로 제1·2차 저출산·고령사회기본계획 내 보건의료사업들은 건강한 임신과 출산에 기여하였다.	0.0	10.3	27.6	37.9	51.7	6.9	0.0	58.6	3.4	3.7

주: 표 안의 수치(비율값)는 소수 첫째 자리에서 반올림되었으므로 각 항목의 합이 100%가 아닐 수 있음.

2) 3차 계획과 건강한 임신·출산 기여 기대

2016년부터 시작되는 제3차 계획 내 보건의료 관련 주요 정책사업들이 건강한 임신과 출산에 기여하는 기대에 대한 동의 정도를 물었다.

네 가지 정책사업 중 고위험 임신부 입원치료의 비급여 지원사업이 건강한 임신과 출산에 기여할 것으로 기대하는 동의 수준이 93.1%로 가장 높았다. 난임 치료 시술비 지원 확대와 임신·출산 관련 상담 및 교육 비용

지원에 대해서는 각각 86.2%의 동의 수준을 보였다. 그러나 올해 하반기부터 시작된 만 12세 여아에 대한 자궁경부암 예방접종에 대해서는 65.4%가 동의하였다.

전반적으로 이들 보건의료 정책사업들이 건강한 임신과 출산에 기여할 것이다에 대해 72.4%가 동의하였다. 평균 점수도 4.2점으로 동의 수준에 좀 더 쏠린 응답 결과를 보였다.

〈표 5-8〉 제3차 저출산·고령사회기본계획 내 보건의료 정책사업의 건강한 임신과 출산에 대한 기여

문항	비동의				동의				모름	평균
	전혀 동의 안함	동의 안함	동의 않는 편		동의 하는 편	동의 함	매우 동의 함			
만 12세 여아에 대한 자궁경부암 예방접종은 여아(여성)의 전 생애적 건강 증진에 기여할 것이다.	3.4	6.9	17.2	27.5	37.9	17.2	10.3	65.4	6.9	4.2
임신·출산 관련 상담 및 교육 비용 지원은 여성의 건강한 임신과 출산에 기여할 것이다.	0.0	3.4	10.3	13.7	41.4	24.1	20.7	86.2	0.0	4.5
고위험 임신부 입원치료의 비급여 지원은 임신부의 건강한 임신과 출산에 기여할 것이다.	0.0	3.4	3.4	6.8	37.9	41.4	13.8	93.1	0.0	4.6
난임 치료 시술비 지원 확대는 여성의 건강한 임신과 출산에 기여할 것이다.	0.0	3.4	10.3	13.7	44.8	27.6	13.8	86.2	0.0	4.4
앞으로 제3차 저출산·고령사회기본계획 내 보건의료사업들은 건강한 임신과 출산에 기여할 것이다.	0.0	6.9	20.7	27.6	62.1	6.9	3.4	72.4	3.8	4.2

주: 표 안의 수치(비율값)는 소수 첫째 자리에서 반올림되었으므로 각 항목의 합이 100%가 아닐 수 있음.

동의하는 주된 이유들을 보면 주로 1·2차보다 정책 지원 내용이 확대된다는 점, 그래서 실질적으로 혜택을 받는 대상자가 많아질 것이라는 점, 무엇보다도 3차 계획에는 임신과 출산에 대한 건강위험을 예방하고자 하는 사업들이 추가된 점이 지적되었다.

“난임부부 지원 확대 등 기존의 복지 관점의 저소득층 대상 사업에서 전 국민의 임신·출산 지원으로 대상자를 넓힘으로써 효과성을 높일 수 있을 거라고 보기 때문이다.”

“1~2차 때에 비해 의료비 및 난임 시술 비용 등 보장 범위를 확대함으로써 비용에 대한 부담을 덜어준 것이 일부 임신과 출산에 도움을 줄 수 있을 것이라고 생각한다.”

“지원 수준이 확대되었기 때문에 보다 보건의료 서비스를 받는 것이 쉬워질 것이며 이는 건강한 임신과 출산에 영향을 미칠 것이라고 생각된다.”

“3차 계획에 포함된 보건의료사업들이 대부분 임신과 출산에 있어서의 건강위험을 예방하고 해결하는 데 필요한 서비스와 사업으로 구성되었으며 점차적으로 그 서비스의 담보 범위를 확대해 나가고자 하기 때문이다.”

“임신·출산, 난임 시술, 산모·신생아 건강관리 등의 보건의료사업들이 건강보험 적용, 의료 접근성 강화, 소득 기준 완화 등 보편적 의료 지원 정책 방향으로 나가는 것은 매우 바람직하며, 이는 경제적, 공공의료 및 문화적 측면 등에서 건강한 임신과 출산에 기여할 것으로 본다.”

반대로 동의하지 않는 이유로는 만혼 현상이 더욱 심화될 것이기에 보건의료의 실제 건강한 임신과 출산에 대한 기여는 제한적일 수밖에 없다는 점, 여전히 3차 계획 내 보건의료 정책 수준이 건강한 임신과 출산을 위해 미미하다는 점, 양적인 지원이 확대되는 만큼 질 관리가 중요하지만 이런 부분은 여전히 제3차에도 고려되지 않은 점 등이 지적되었다.

“보건의료사업을 통한 임신과 출산 개선 자체가 한계가 있다고 생각한다. 도움이 되긴 하지만 그 대상이 제한되어 있다.”

“건강한 임신·출산에 중요한 출산 시기가 만혼화로 늦어지고 있으므로 보건의료사업의 효과성이 적다고 생각된다.”

“제3차 저출산·고령사회기본계획 내 보건의료사업들은 내용이 미비하고, 현실적인 문제점을 극복하는 데 한계가 있다. 분만 취약지 및 건강한 분만 지원사업, 생애주기별 여성 건강 정책 등 보건의료사업에 대한 대책 강화가 필요하다.”

“난임 시술의 비용적 지원을 더 해 주는 방안에서는 조금 도움을 받을 수 있을지도 모른다. 하지만 체외수정의 경우 시술 성공률이 낮으며, 시술 기관별 성공이 0%인 경우

도 많이 있다. 따라서 시술을 시행하는 기관의 질 관리도 중요할 것이라 생각된다.”

다. 건강한 임신과 출산을 위한 정책 방향과 정책

1) 건강한 임신과 출산을 위한 정책 방향

‘비혼 및 만혼 현상이 고착화되고 있는 우리 사회의 상황을 고려할 때 출산아 수를 늘리는 인구정책보다는 건강한 임신과 출산을 지원하는 인구정책을 더 우선적으로 추진해야 한다’는 데 대해 전문가의 62.0%가 동의하였다. 매우 동의한다는 응답도 10.3%가 있었다. 평균 점수는 3.8점이었다.

〈표 5-9〉 건강한 임신과 출산을 위한 정책 방향

문항	비동의				동의				평균
	전혀 동의 안함	동의 안함	동의 않는 편		동의 하는 편	동의 함	매우 동의 함		
비혼 및 만혼 현상이 고착화되는 우리 사회의 상황을 고려할 때 출산아 수를 늘리는 인구정책보다는 건강한 임신과 출산을 지원하는 인구정책을 더 우선적으로 추진해야 한다.	0.0	20.7	17.2	37.9	31.0	20.7	10.3	62.0	3.8
건강한 임신과 출산을 위해 산전 관리(임신 중)는 중요하다.	0.0	6.9	13.8	20.7	0.0	37.9	41.4	79.3	5.1
건강한 임신과 출산을 위해 산후 관리(출산 후)는 중요하다.	0.0	3.4	3.4	6.8	13.8	44.8	34.5	93.1	5.0
건강한 임신과 출산을 위해 임신 전 건강관리(preconception)는 중요하다.	0.0	3.4	3.4	6.8	13.8	44.8	34.5	93.1	5.0
건강한 임신과 출산을 위해 전 가임기(청소년, 청년 및 임신·출산기)의 건강 관리는 중요하다.	0.0	3.4	0.0	3.4	20.7	41.4	34.5	96.6	5.0

주: 표 안의 수치(비율값)는 소수 첫째 자리에서 반올림되었으므로 각 항목의 합이 100%가 아닐 수 있음.

동의하는 주된 이유들을 보면, 비혼과 만혼 현상이 우리 사회에 심각한 저출산의 문제이며, 이것이 건강한 임신과 출산에 미치는 영향이 크다고 보는 것을 전제로 한다. 그리고 건강한 임신과 출산을 통해 산모와 태아의 건강권이 보장되어야 추가 출산도 이루어질 수 있다는 점, 만혼이 심화되는 오늘날 부부가 원하는 경우 건강한 임신과 출산을 지원해야 하는 것은 국가의 당연한 의무라는 점 등도 지적되었다.

“현재 고령 여성으로 인해서 고위험 임신이 증가되고 많은 합병증이 불시에 발생하고 있는데, 이때 의료진과 산모, 보호자 모두에게 경제적이고 법률적인 부담감이 없는 의료 정책이 생겨야만 분만 취약지에도 산부인과 의사들이 분만을 할 것이고 의사들이 많이 산모를 봐야지만 건강한 신생아가 태어날 수 있다고 본다.”

“출생아 수는 다양한 정책이 촘촘하게 짜여 있어야 증가할 수 있기 때문에 단순 인구 정책으로 증가하기는 어렵다고 생각된다. 오히려 건강한 임신과 출산은 추가 출산을 가능하게 할 뿐만 아니라 신생아의 건강을 통해 건강한 인구를 만들기 때문에 보다 중요하다.”

“단편적인 출생아 수를 늘리는 인구정책보다는 어린 나이부터 건강한 임신과 출산에 대한 준비를 하기 위한 교육(예: 가정과 가족의 소중함 등)과 양질의 의료 서비스를 무상으로 누구나 다 받을 수 있다면 도움이 많이 될 것이다.”

“현 정부의 출산아 수를 늘리고자 추진하는 고용, 주택 지원, 돌봄 서비스 및 교육 관련 정책의 효과에 대해서 확신이 없다. 따라서 임신·출산 대상자들과 태어날 아이들 모두(특히 미혼모, 청소년 임부, 고령 임신부, 난임부부, 취약 지역 임신부, 결혼이주여성 등)가 임신·출산 위험에서 벗어나 건강한 출산이 가능한 환경 및 지원을 우선적으로 추진함이 보다 효율적이라고 생각한다. 아직 모두의 건강한 임신·출산을 보장할 수 있는 보건의료 체계를 가지고 있다고 판단되지는 않는다. 특히 위에 언급한 취약계층의 경우 더욱 그러하다.”

“홍콩의 경우에도 우리나라와 같은 저출산 현상을 1980년대부터 경험하였다. 이제는 임신을 원하지 않는 사람이 임신/분만을 원하는 환경을 만드는 것도 중요하지만, 임신을 원하는 부부가 건강한 아이를 출산할 수 있도록 국가와 사회가 돕는 것이 더욱 중요해

지고 있다.”

“건강한 임신과 출산으로 추후 자녀 출산에 대한 건강 확보와 출산 의지를 높일 수 있다고 생각한다.”

“비혼과 만혼은 곧 여성의 출산력 관련 생물학적 시계가 늦어지고 있음을 의미하는데, 그만큼 이러한 비혼과 만혼 현상은 앞으로도 지속될 것으로 전망되기 때문에 앞으로는 건강한 임신과 출산을 위한 정책에 무게를 더 실는 것이 필요하다고 본다.”

“현재와 비교하여 급격하게 출산율 수준이 높아지지 않을 것이라고 예측이 된다면 인구의 양보다 질적인 향상을 통하여 인구 부족 문제에 대한 대응을 하는 것이 적절하다고 생각한다. 예를 들어 난임 치료가 불임부부에게 자녀를 가지도록 도와준다는 점에서 긍정적이긴 하지만 건강한 임신과 건강한 아이를 출산하는 것이 보장될 수 있도록 보완 개선되는 것이 필요하다. 여성의 몸과 태어나는 아이의 건강이 최우선으로 보장되도록 하는 인구정책이 필요하기 때문이다.”

반대로 동의하지 않는 이유들도 많았다. 요약하면 크게 세 가지로 압축되는데, 저출산의 기조가 건강한 임신과 출산이 아니라는 점, 의과학으로 해결이 가능하다는 점, 그리고 건강한 임신과 출산이라는 인구자질 정책은 인구의 양적 정책과 같이 병행되어야 한다는 점이 그것이다.

“건강한 임신과 출산은 이미 충분히 달성되어 있고 일부 취약계층이 있긴 하나 전체 정책의 기조로 이를 삼는 것은 효율성이 떨어진다고 생각한다.”

“건강한 임신과 출산을 지원하는 인구정책도 중요하지만 이는 의과학의 발전으로 어느 정도 커버가 가능하리라 판단된다. 다만 저출산이 고착화됨으로써 출산아 수가 급격하게 감소한다면, 건강한 임신과 출산에 대한 고려 자체가 중요성이 낮아질 것으로 판단된다.”

“두 가지(출산의 양적·질적 정책 모두)를 병행해서 함께 할 필요가 있다고 보기 때문이다.”

‘건강한 임신과 출산을 위해 산전 관리(임신 중)는 중요하다’는 데 대해

서는 79.3%가 동의하였고, 산후 관리의 중요성에 대해서는 이보다 많은 93.1%가 동의하였다. 건강한 임신과 출산을 위해 ‘임신 전 건강관리(preconception)’와 ‘전 가임기(청소년, 청년 및 임신·출산기) 건강관리’의 중요성에 대해서도 각각 93.1%와 96.6%가 동의하였다. 이들 질문에 대한 평균 점수는 모두 5.0점으로 높은 수준을 보였다.

이상의 내용을 볼 때, 전반적으로 건강한 임신과 출산을 위한 인구정책의 필요성에 대해 동의하고 있고 특히, 현재의 산전 관리뿐만 아니라 산후 관리, 그리고 임신 전 건강관리를 전 가임기로 확대할 필요성을 전문가들은 지적하고 있다고 본다.

여기서 본 연구에서 관심을 갖고 있는 임신 전 건강관리와 전 가임기 건강관리의 중요성에 대한 동의 이유를 물었다.

먼저 임신 전 건강관리 중요성에 관한 주된 이유들 중에서도 건강한 임신과 출산의 결과가 임신 중의 산전 관리 여부에 결정되는 것보다는 임신 전 건강관리에 더 영향을 받는다는 점이 가장 많이 지적하는 이유였다. 그리고 여기에는 단지 기혼자로 한정하지 않고, 청소년기, 청년기 등 미혼기로 확대한 건강관리의 필요성도 지적되었다.

“임신 전부터 문제점을 알고, 미리 산모가 (이를) 인지하는 태도가 중요한 해결책이 된다.”

“현재 여학생 및 미혼 여성에서 흡연 및 음주율 등의 건강위험 요인 유병률이 증가하고 있으며, 이 같은 건강위험 요인은 임출산과 매우 직접적인 인과관계가 있음에도 불구하고 이들에 대한 인지도가 낮은 수준이다. 따라서 학교 보건교육에서부터 건강한 임출산과 관련한 교육이 강화될 필요가 있다고 생각한다.”

“임신이라는 상황은 여성에게 많은 생리적 부담을 초래하고 이는 태아의 건강에 직접적 영향을 미치고, 임신·출산에 대한 지식과 정보의 부족은 임신부 및 태아에게 많은 위험을 초래하므로...”

“건강한 임신을 위한 준비가 되지 않은 상태에 임신을 할 경우 임신부와 태아의 건강

이 확보되지 않아 유산 등의 임신소모 가능성이 높고, 건강하지 않은 아기 출산으로 사회적 비용과 가정의 양육 부담 증가 등 사회적 비용 증가 가능성이 있다.”

“임신과 출산의 결과는 단지 임신 단계에서 결정되는 것보다는 그 이전의 여러 상황, 특히 건강생활습관이나 성·생식 관련 질환 등과 연관성이 높기 때문이다.”

“현대 사회에 만혼으로 인해 초산 연령이 30세가 넘어가고 있다. 여성은 태어나면서 일정 수의 난자를 가지고 있고, 점차적으로 연령이 높아지면 배란 등이 어려워질 수 있다. 또한 한국 여성들의 인식에서 혼전 산부인과 진료에 대해서 긍정적으로 생각하지 않아, 청소년기 이전의 여성이 통증 등을 가지고 있어도 산부인과 진료가 어려운 현실이다. 자신도 모르는 사이에 난임이 되는 경우도 많다. 따라서 건강한 엄마 아빠가 되는 것은 아이를 위해 중요한 일이라 생각된다.”

“가임기 여성과 산모들을 인터뷰하면서 느꼈던 점은 임신 전 건강관리를 꾸준히 해 온 사람이 건강한 임신과 출산을 하게 된다는 것이다. 임신 전 건강관리를 하지 않는 경우, 원치 않는 임신을 하거나 준비 없이 임신을 하게 되는 경우가 많았으며, 이는 산모에게 스트레스, 우울감을 높여 산모의 건강뿐만 아니라 아이의 건강에도 영향을 미치게 된다. 또 후후에는 양육 태도에도 영향을 미치게 된다.”

전 가임기 건강관리가 중요하다는 이유들을 보면, 건강의 결과는 단지 해당 시기의 건강관리 정도에 의해 결정되는 것이 아니라 그 이전의 건강상태와 관리 정도에도 영향을 받는 만큼, 임신과 출산의 결과도 동일하다는 점, 무엇보다도 오늘날 성생활의 연령대가 낮아지고, 이로 인해 성·생식 질환 및 건강 문제들이 어린 시기에 발생되지만 이를 묵인하거나, 산부인과 방문에 대한 사회적 편견으로 스스로 회피한다는 점 등을 지적하면서, 전 가임기 건강관리가 필요하다고 하였다. 다만, 한 전문가는 이러한 전 가임기로 건강관리가 확대되는 것이 미혼자에게는 거부반응이 있을 수 있는 만큼 일반적인 건강관리 차원에서 접근할 필요성도 지적하였다.

“성생활의 시작 연령이 어려워지고 청소년 성생활 인구가 늘어나고 있는 시점에서 청소년 시기의 건강관리가 향후 가임 능력과 출산에 영향을 미친다.”

“성적 활동이 시작되고 임신과 출산을 고민하기 시기에 대한 의료적, 건강에 대한 강조는 건강한 아이 출산의 토대이자 건강한 가족 만들기에도 밀접한 연결이라고 생각된다. 생애주기에서 임신·출산과 관련하여 정보, 의료적 접근이 강조되어야 할 가장 중요한 시기라고 생각된다.”

“청소년들의 생리 불순이 증가되고 있으므로 이 시기부터 관리를 해서 다른 질환이 발생하기 전에 예방적인 여러 방향의 접근이 필요하다.”

“청소년, 청년 등의 전 가임기의 생활습관이 임신 중 건강을 결정하는 경우가 많다. 평소의 영양상태가 임신 중 영양 상태 및 태아 건강에 중요한 영향을 미친다.”

“누적불이익이론(cumulative disadvantage theory)에 따라 어린 시절 건강이 성인기 건강을 결정할 수 있으므로...”

“건강은 하루아침에 형성되는 것이 아니기 때문에 성장기 때부터 신체적, 정신적 건강관리(운동, 건강한 생활습관, 성교육 등)는 매우 중요하다. 청소년, 청년 때는 건강에 대한 민감도가 낮기 때문에 나중에 임신과 출산에 악영향을 미칠 수 있는 생활습관이 형성되지 않도록 관리가 필요하다.”

“가임기 전체 시기가 임신이 가능하므로 임신 전 산전 관리와 동일하게 건강관리가 중요하다.”

2) 건강한 임신과 출산을 위한 정책안

앞서 전문가 심층면접을 통해 제안한 건강한 임신과 출산을 위한 주요 정책안들에 대해 전문가들의 동의 정도를 물어보았다.

전반적으로 평균 점수는 ‘동의하는 편’인 4점 이상으로 나타났다. 이들 정책안 중에서도 ‘중·고등학교 학생들의 (생식)건강 증진을 위해 학교 보건(성)교육을 강화해야 한다’, ‘중·고등학교 학생들의 (생식)건강 증진을 위해 건강생활 실천(흡연, 음주, 신체활동, 영양, 비만 등) 지원 정책이 필요하다’, ‘임신 중 건강한 임신 유지에 위험이 있어 추가 진료 및 시술 과정에서 발생된 의료 비용은 보험급여를 확대하여 본인부담금을 낮추어야 한다’, ‘대학생 등 20대 청년층의 (생식)건강 증진을 위해 학교, 직장 및

보건소와 연계된 건강 프로그램이 필요하다’, ‘임신·출산 관련 합병증으로 발생한 의료 비용은 보험급여를 확대하여 본인부담금을 낮추어야 한다’, ‘미숙아 및 선천성 이상아 지원 비용을 확대해야 한다’, ‘출생 후 만 1세(영아)가 되기 전까지 발생한 의료비에 대해서는 보험급여를 확대하여 본인부담금을 낮추어야 한다’, ‘출생 후 만 6세(유아)까지 발생한 의료비에 대해서는 보험급여를 확대하여 본인부담금을 낮추어야 한다’에 대해서는 4점대 후반으로 동의 수준이 높고 동의한다는 응답률도 90%를 넘는다.

〈표 5-10〉 건강한 임신과 출산을 위한 정책안

문항	비동의				동의				평균
	전혀 동의 안함	동의 안함	동의 않는 편		동의 하는 편	동의 함	매우 동의 함		
중·고등학교 학생들의 생식건강 증진을 위해 교육부의 학생 건강검진 항목에 생식건강이 포함되어야 한다.	0.0	3.4	20.7	24.1	24.1	27.6	24.1	75.8	4.5
중·고등학교 학생들의 생식건강 증진을 위해 학교(학생)와 산부인과가 연계된 건강 프로그램이 필요하다.	0.0	6.9	13.8	20.7	31.0	24.1	24.1	79.2	4.5
중·고등학교 학생들의 (생식)건강 증진을 위해 학교 보건(성)교육을 강화해야 한다.	0.0	3.4	3.4	6.8	31.0	27.6	34.5	93.1	4.9
중·고등학교 학생들의 (생식)건강 증진을 위해 건강생활 실천(흡연, 음주, 신체활동, 영양, 비만 등) 지원 정책이 필요하다.	3.4	0.0	6.9	10.3	27.6	27.6	34.5	89.7	4.8
대학생 등 20대 청년층의 (생식)건강 증진을 위해 기존 복지부가 40~66세에 제공하는 생애전환기 건강검진이 이 시기(20대)에도 필요하다.	0.0	13.8	17.2	31.0	27.6	17.2	24.1	68.9	4.2
대학생 등 20대 청년층의 (생식)건강 증진을 위해 학교, 직장 및 보건소를 통한 보건(성)교육을 의무화해야 한다.	3.4	10.3	13.8	27.5	27.6	24.1	20.7	72.4	4.2
대학생 등 20대 청년층의 (생식)건강 증진을 위해 학교, 직장 및 보건소와 연계된 건강 프로그램이 필요하다.	3.4	3.4	0.0	6.7	37.9	31.0	24.1	93.0	4.6

256 보건의료와 출산 간의 연계성에 관한 거시-미시 접근

문항	비동의				동의				평균
	전혀 동의 안함	동의 안함	동의 않는 편		동의 하는 편	동의 함	매우 동의 함		
30대 장년층의 (생식)건강 증진을 위해 기존 복지부가 40-66세에 제공하는 생애전환기 건강검진이 이 시기(30대)에도 필요하다.	0.0	13.8	24.1	37.9	27.6	13.8	20.7	62.1	4.0
30대 장년층의 (생식)건강 증진을 위해 학교, 직장 및 보건소를 통한 보건(성)교육을 의무화해야 한다.	3.4	10.3	31.0	44.7	17.2	17.2	20.7	55.1	4.0
30대 장년층의 (생식)건강 증진을 위해 학교, 직장 및 보건소와 연계된 건강프로그램이 필요하다.	3.4	3.4	13.8	20.6	31.0	27.6	20.7	79.3	4.4
자궁경부암 예방접종을 만 12세가 넘었더라도 원하는 경우 무료 접종 서비스를 제공해 주어야 한다.	3.4	10.3	13.8	27.5	48.3	13.8	10.3	72.4	3.9
임신 중 건강한 임신 유지에 위험이 있어 추가 진료 및 시술 과정에서 발생된 의료 비용은 보험급여를 확대하여 본인 부담금을 낮추어야 한다.	0.0	0.0	3.4	3.4	41.4	41.4	13.8	96.6	4.7
임신·출산 관련 합병증으로 발생한 의료 비용은 보험급여를 확대하여 본인부담금을 낮추어야 한다.	0.0	0.0	3.4	3.4	41.4	41.4	13.8	96.6	4.7
미숙아 및 선천성 이상아 지원 비용을 확대해야 한다.	0.0	0.0	6.9	6.9	27.6	37.9	27.6	93.1	4.9
출생 후 만 1세(영아)가 되기 전까지 발생한 의료비에 대해서는 보험급여를 확대하여 본인부담금을 낮추어야 한다.	0.0	0.0	0.0	0.0	44.8	27.6	27.6	100.0	4.8
출생 후 만 6세(유아)까지 발생한 의료비에 대해서는 보험급여를 확대하여 본인부담금을 낮추어야 한다.	0.0	0.0	0.0	0.0	55.2	20.7	24.1	100.0	4.7
분만 취약 지역 임신부의 건강한 임신과 출산 및 건강관리를 위해 원격의료 서비스가 제공되어야 한다.	6.9	10.3	24.1	41.3	24.1	17.2	17.2	58.5	3.9
전 가임기 대상 생식건강 증진 도모를 위해 주치의 제도를 도입해야 한다(그동안 노인 주치의제, 아동 주치의제, 만성질환 주치의제 등이 시범사업으로 추진됨).	0.0	10.3	31.0	41.3	17.2	31.0	10.3	58.5	4.0

주: 표 안의 수치(비율값)는 소수 첫째 자리에서 반올림되었으므로 각 항목의 합이 100%가 아닐 수 있음.

쟁점이 되는 정책안에 대한 동의 이유를 물었다.

첫째 ‘중·고등학교 학생들의 생식건강 증진을 위해 교육부의 학생 건강 검진 항목에 생식건강이 포함되어야 한다’에 대해 동의하는 경우 그 이유를 보면, 청소년기는 2차 성징이 나타나고, 성적 호기심과 함께 생리가 시작되고, 생리 불순 및 성·생식 관련 질환에 노출되는 시기인 만큼, 이 시기의 관련 건강검진은 필요하다는 점, 그리고 이런 검진 경험이 자연스럽게 성인기의 검진으로 이어질 수 있다는 점, 그리고 교육이 지닌 한계를 극복하는 방안으로서 검진의 필요성 등을 지적하였다. 반대로 청소년기는 더욱더 교육이 중시되어야 한다는 점과, 검진이 지닌 한계점을 지적한 반대 의견도 있었다.

“성 경험 시기의 지연영화 및 성 관련 질환의 증가, 청소년 시기 임신 및 출산의 사회문제화 등으로 학교에서의 생식건강에 대한 교육 및 검진의 필요성이 대두되기 때문이다.”

“청소년기는 2차 성징이 있는 시기이고, 이 시기에는 성적 호기심 및 생식적 기능이 생성되는 만큼, 그리고 여러 질환에 노출될 수 있는 만큼 생식건강 항목이 포함되는 것이 필요하다.”

“생리가 시작하고 자연스럽게 자신의 생리주기와 생식건강에 대한 인지가 추후 산부인과적인 문제를 줄일 수 있는 것이 되고 해외에서도 현재 시행하고 있다.”

“생식건강에 대한 검진은 기혼 여성만이 하는 것이라는 생각을 가지고 있으며 막연한 공포감으로 산부인과 방문을 꺼리므로 학생 건강검진 항목에 생식건강이 포함된다면 자연스럽게 인식 변화가 될 것이다. 인식 개선과 더불어 중·고등학생도 무월경, 생리통, 월경과다, 난소나 자궁의 종양, 선천성 기형, 감염 등의 질환이 있으므로 질환의 조기 발견과 치료를 함으로써 생식건강을 증진시킬 수 있다.”

“중·고등학교 학생들이 실제로 따로 교육이나 검진을 받을 수 있는 기회가 없기 때문입니다.”

“전 생애적인 건강관리를 체계적으로 국민건강보험공단에서 통합 운영 관리할 경우 세대별 건강관리와 국민 개개인의 건강관리로 건강 증진이 가능할 것으로 사료된다.”

둘째 ‘대학생 등 20대 청년층의 (생식)건강 증진을 위해 기존 복지부가 40~66세에 제공하는 생애전환기 건강검진이 이 시기(20대)에도 필요하다’는 데 대해 동의하는 의견을 보면, 20대는 성인으로서 성생활이 완성하게 시작되는 시기이지만, 성과 생식건강 관리의 중요성과 그 필요성에 대한 인식은 낮은 시기인 만큼 예방 차원과 인식 전환 측면에서 국가의 생애전환기 건강검진과 같이 20대에도 건강검진을 시행해야 한다는 것이 주된 이유였다. 반면 동의하지 않는다는 의견들도 있었는데, 그 주된 내용은 건강검진을 시행함으로써 발생된 비용 대비 효과가 미미할 것이라는 점이었다.

“20대의 생식건강이 매우 중요함에도 불구하고 실제로 이들은 젊다는 이유로 또는 결혼, 임신·출산과는 어느 정도 거리가 있다는 인식에 의해 의료, 건강의 사각지대에 위치하고 있다. 문제는 이들의 생식건강이 이렇게 비가시화되어 있다는 것에 대한 사회적 인지가 없다는 점도 매우 심각한 지점이라고 생각된다.”

“20대 또는 30대의 임신 전 검사(생애전환기 건강검진)가 건강한 임신을 준비하기 위한 전제 조건으로 시행되어야 하며, 검사 및 교육이 포함되어야 한다.”

“출산기 이전에 20대 정도에 생식건강을 점검하는 의미로 생애전환기 건강검진을 해 보는 것은 필요하다.”

“청년층에서는 건강상 이상이 있을 가능성이 상대적으로 많지 않지만 이 시기의 질환이 이후 건강 및 임신과 출산에 영향을 미칠 수 있기 때문이다.”

20대와 같이 30대에서도 동일한 질문을 하였는데, 20대보다 동의 응답은 소폭 낮았지만 60% 이상은 30대에도 생애전환기 건강검진이 필요하다고 응답하였다. 그 이유를 보면, 20대와 비슷하였는데, 추가 의견을 중심으로 보면, 30대는 실제 혼인과 임신·출산 행위를 해야 하는 연령대라는 점, 만혼 등으로 건강한 임신과 출산에 있어 고위험자가 많을 수 있다는 점이 있었다.

“임신과 출산의 가장 중요한 시기인 30대의 건강관리가 저출산 극복에 필요하므로.”

“대개 초혼 연령이 30~33세 사이에 들어오기 때문에 미리부터 저해 요소를 완화시키는 것이 필요할 것이다. 예방 차원의 접근이 돈도 덜 들어간다.”

“30대는 20대보다는 취업률이 높아 건강검진을 받을 가능성이 높지만, 임신·출산기로 인해 경력 단절의 가능성이 높은 만큼, 그리고 실제 임신과 출산을 하는 시기인 만큼, 이와 관련된 검진을 실제 제공해 주는 것이 필요하다.”

셋째 ‘출생 후 만 1세(영아)가 되기 전까지 발생한 의료비에 대해서는 보험급여를 확대하여 본인부담금을 낮추어야 한다’에 대해 100%가 동의하였는데, 그 이유를 보면 1세까지의 영아기는 평생의 건강 관점에서 중요한 시기라는 점, 영아기까지 들어가는 의료 비용이 많다는 점과 이로 인한 경제적 부담이 높을 수 있다는 점, 미래의 불확실성에 대한 국가의 책임과 지원 측면에서 동의한다는 의견이 많았다.

“출생 후 1년은 평생의 건강 유지에 영향을 미치는 중요한 시기이기 때문에 이 시기에 건강이 잘 관리된다면 평생의 건강에 영향을 미쳐 의료비 감소에 도움을 줄 수 있을 것이라고 생각한다.”

“영아기는 건강위험에 가장 취약한 시기이고 출생한 아이에 대한 건강을 보장하는 것이 다른 정책보다 저출산 인구정책에 더 직접적으로 기여한다고 생각한다.”

“영아 시기에 발생한 의료비 부담은 매우 크며, 양육 부담이 큰 것이 저출산 원인으로 지목되는 만큼 저출산 정책 관점에서 영·유아 의료비 부담료를 낮춰야 아동 친화적인 출산 환경 제공을 한다고 얘기할 수 있다.”

“1세까지는 작지만 의료기관을 방문해야 하는 상황들이 많이 발생되고, 만혼이나 고위험 임신 등으로 임신과 출산 결과가 좋지 않은 경우 의료 비용의 부담이 높을 수밖에 없는 만큼, 1세까지는 그 비용을 국가가 지원하는 것이 필요하다.”

“현재의 건강보험 보장성이 낮아서 의료비 부담이 높기 때문이다.”

“신생아 중에서도 중증질환에 대해서 의료비를 많이 도와주어야 한다.”

“사회적 양육 책임이라는 취지에 맞추어 영아기까지는 국가가 절대 보장해 주는 것

이 필요하다. 이것은 임신을 계획하는 사람들에게 안심이 되고, 또한 최근 임신의 영아 기 의료점 위험이 증가하고 있다는 점을 고려할 때 이것에 대한 맞춤형 서비스가 필요하다.”

“결혼한 부부가 출산을 주저하는 가장 큰 이유는 미래에 대한 불확실성(uncertainty)에 대한 두려움이며, 이는 보다 구체적으로 예측하지 못한 지출 항목의 증가에 따른 소비 변동성 증가이다. 출산 후 10세까지 자녀에 대한 본인부담 의료비 상한제를 적극적으로 추진한다면 이에 대한 심리적 안정감을 도모하는 데 기여할 수 있을 것이다. 일반적으로 영·유아 및 학동기 연령에서 입원을 초래하는 중증질환의 발생 가능성은 그리 높은 편이 아니므로 이에 초래되는 재원은 생각보다 크지 않을 것이다.”

같은 맥락에서 만 6세까지 발생된 의료비 전액 지원에 대해서도 전문가가 모두 100% 동의를 하였는데, 그 이유는 1세 영아와 거의 동일하였다. 다만 추가 동의 이유를 보면, 영아기보다는 의료 행위로 인해 발생하는 의료비가 낮다는 점, 이 시기는 영아기와 같이 평생 건강에 미치는 정도가 크다는 점이 있었다.

“6세까지는 미취학기로서 1세 때까지보다는 의료비 부담이 낮지만, 일상생활에서 발생하는 의료비는 있어 아이가 성장하는 시기인 6세까지는 의료비 부담을 낮춘다면 자녀 양육비의 부담을 낮추는 효과를 가져올 수 있을 것이라 판단되기 때문이다.”

“만 6세까지 유아의 경우에도 감기 등 가벼운 질병에도 면역력이 확보되지 않은 상태에서 다양한 질환이 유발될 수 있으며, 중증질환의 경우 치료 비용이 만만치 않음을 감안하여 본인부담금을 낮추는 것이 필요하다.”

“유아기는 자녀 스스로 자신의 몸을 관리할 수 없는 연령이고, 면역 체계도 약한 때이다. 부모의 역량이나 노력과도 무관하게 각종 질병에 노출될 수 있는 연령이므로, 영·유아기 건강관리에 대해서 비용 지원이 확대되어야 한다.”

넷째 ‘분만 취약 지역 임신부의 건강한 임신과 출산 및 건강관리를 위해 원격의료 서비스가 제공되어야 한다’에 대해 절반이 조금 넘는 58.5%

만 동의하였다. 그 이유를 보면, 접근성 해소 측면과 지역의 산과의료 서비스에 대한 형평성 차원에서, 그리고 소요되는 비용을 줄이고, 질 높은 의료 서비스를 보장할 수 있다는 측면에서 동의하였다.

“접근성 해소 차원에서 필요하다고 생각한다.”

“분만 취약 지역의 시설 지원보다 재원이 덜 소요되며 질 높은 의료 서비스를 받기 위해 필요하다고 생각한다. 특히 임신부의 산전 진찰과 같은 경우는 위험 상황이 발생하지 않는 routine한 진찰인 경우가 많으므로 충분히 적용 가능하다.”

“분만 취약 지역은 산부인과 의사나 분만시설이 없는 지역으로서 이러한 지역에 거주하는 주민들은 안전하고 건강한 임신과 출산의 사각지대일 수밖에 없다. 지역적 보건의료 형평성 측면에서라도 분만 취약 지역이 발생되지 않도록 국가의 지원은 필요할 것인데, 그 하나의 수단으로 원격의료 서비스가 포함될 수 있다고 생각된다.”

그렇지만 절반이 조금 안 되는 전문가들은 이에 대해 동의하지 않았는데, 그 이유를 보면 동의하는 이유와 반대로 의료의 질이 낮다는 점을 비롯하여 공중보건의사 등 관련 전문가 배치를 통해 분만 취약 지역의 인력 부족 문제 해결과 응급 시스템 구축이 더 절실하다는 점, 의료사고 발생 시 책임의 문제, 보건의료의 자본화 및 기술화로 인한 왜곡 문제 등이 지적되었다.

“임신과 출산은 원격의료 서비스보다는 응급 시 빨리 대응할 수 있는 근거리 응급 시스템을 구축하는 것이 더 필요하다고 보기 때문이다.”

“분만 취약 지역에 공중보건의사 또는 관련 전문 인력을 배치하는 방안이 선행될 필요가 있기 때문이다.”

“이런 제도는 지나친 의료적 낭비라고 생각된다. 수요 부족의 측면, 효과성 등을 고려할 때 분만 취약 지역은 찾아가는 의원(산부인과) 등을 통한 직접적 이동 서비스를 활용하는 것이 더 효율적이라고 생각된다.”

“만성질환의 경우 원격의료 서비스에 의해 불가피하게 발생할 수 있는 의료사고 등의

위험성이 상대적으로 낮을 수 있으나, 임출산의 경우 상대적으로 의료사고의 위험성 및 책임 문제가 매우 민감하게 작용할 것으로 판단된다.”

“원격의료 서비스의 질 관리 및 개인 정보 보호 관련 문제가 있을 수 있으므로…”

“원격의료 도입이 주는 건강 불평등 감소 효과보다 전체 의료의 왜곡(자본화와 기술화)에 미치는 부정적 영향이 더 클 것으로 여겨진다.”

마지막으로 ‘전 가임기 대상 생식건강 증진 도모를 위해 주치의 제도를 도입해야 한다(그동안 노인 주치의제, 아동 주치의제, 만성질환 주치의제 등이 시범사업으로 추진됨)’에 대해서 58.5%만이 동의하였다. 우선 동의하는 이유를 보면, 생식건강을 비롯한 전반적인 건강에 대한 상담을 할 수 있다는 점, 지속적으로 개인의 건강관리를 할 수 있다는 점, 그리고 질병 등 건강 문제를 예방할 수 있다는 점에서 동의한다고 하였다.

“전 가임기에 걸쳐 보다 적극적인 건강 상담 서비스를 제공할 수 있기 때문이다.”

“임출산과 관련한 의학적 상담 및 처치의 경우 산전 관리부터 산후 관리까지의 지속성이 매우 중요하다고 생각한다.”

“주치의 제도는 전 가임기 생식건강 이외에 모든 국민을 대상으로 확대되어야 하는 제도라고 생각하며, 질병 발생 사후 치료적 접근이 아닌 예방적 접근의 지역사회 보건 체계를 위하여 필요하다고 생각한다.”

반대로 동의하지 않는 의견도 절반에 조금 밑도는 정도가 있었는데, 우리나라와 같이 의료 서비스를 자유롭게 선택할 수 있는 곳에서는 실효성이 없을 것이라는 점이 가장 주된 이유였다.

“주치의 제도가 도입된다고 하여도 현 의료계 현실을 감안하면, 실효성은 매우 적을 것으로 생각된다.”

“주치의 제도가 이상적이긴 하지만 우리나라의 의료시장에서 그리 효과적이지 않다.

이미 다른 인구집단을 대상으로 한 주치의 제도도 파일럿 스터디에 그친 이유를 생각해 보아야 한다.”

“우리나라와 같이 의사 선택이 자유로운 나라에서 굳이 특정 의사로 주치의를 정하는 것은 임산부 선택을 오히려 제한할 수 있다.”

라. 신의료기술의 발전과 건강한 임신과 출산

‘신의료기술은 출산력, 그리고 건강한 임신과 출산에 기여할 것이다’에 대해 각각 4분의 3에 가까운 72.4%가 동의한다고 응답하였다. 그리고 ‘출산력 제고 및 건강한 임신과 출산을 위해 신의료기술과 관련된 R&D 지원은 확대되어야 한다’에 대해서도 동일하게 72.4%가 동의하였다.

이상의 질문에 대한 평균 점수는 동의하는 편에 속하는 4점으로 나타났다.

〈표 5-11〉 신의료기술과 출산력 및 건강한 임신과 출산 기여

문항	비동의				동의				평균
	전혀 동의 안함	동의 안함	동의 않는 편		동의 하는 편	동의 함	매우 동의 함		
신의료기술은 출산력 제고에 기여할 것이다.	3.4	6.9	17.2	27.5	48.3	17.2	6.9	72.4	3.9
신의료기술은 건강한 임신과 출산에 기여할 것이다.	3.4	6.9	17.2	27.5	51.7	13.8	6.9	72.4	3.9
출산력 제고 및 건강한 임신과 출산을 위해 신의료기술과 관련된 R&D 지원은 확대되어야 한다.	3.4	6.9	17.2	27.5	41.4	20.7	10.3	72.4	4.0

주: 표 안의 수치(비율값)는 소수 첫째 자리에서 반올림되었으므로 각 항목의 합이 100%가 아닐 수 있음.

마지막 질문인 출산력 제고 및 건강한 임신과 출산을 위해 신의료기술 관련 R&D 지원 확대에 대한 동의 이유를 보면, 난임부부가 늘어나고 있

고, 이에 대한 원인이 여전히 밝혀지지 않았기 때문이라는 점이 가장 많았다.

“난임부부가 늘고 있는 상황에서 이러한 신보건의료기술은 결국 발전해야 할 것으로 생각한다.”

“난임/불임의 이유에 대해서 ‘원인불명’이 30%대에 이르고 있는 상황에서 보건의료 지식의 생산과 보건의료기술의 개선은 의학적으로 매우 중요하며 이를 위한 R&D 지원이 필요하다.”

“신보건의료기술이 어떤 결과를 담보할지는 아직 미지수라고 생각되지만, 이것에 대한 연구개발은 확대될 필요가 있다고 생각됨(출산력 제고와 건강한 임신과 출산 이외 여성의 건강을 우선적으로 고려하는 맥락에서).”

“출산율에 직접적으로 영향을 미칠 수 있다는 이유로 난임부부 지원이 확대되었는데, 이를 뒷받침하기 위한 신보건의료기술이 개발되어야 실제 출산과 이어질 수 있다고 생각한다.”

“임신을 미루거나 다시 하고 싶을 때 선택할 수 있는 기회를 늘려 출산할 수 있도록 도울 수 있으므로. 원치 않는 출산이 아닌 출산 의사가 있고 계획출산에 대한 지원 환경은 중요하다고 생각한다.”

“보건의료윤리 관점에서 모성 건강권을 보호한다는 차원에서 신보건의료기술의 지원에 동의한다. 그러나 신보건의료기술의 적용과 범위는 모성 건강권의 정의를 정확히 내린 다음 진행하지 않으면, 관련 기술산업의 증대만 가져올 뿐 실질적으로 여성의 건강을 향상시키는 데 도움이 되지 않을 것이다.”

이와 반대되는 입장의 이유를 보면, 특징인 중심으로 그리고 진단 중심으로 신의료기술이 집중되어 있어 많은 국가 재정이 사용되어야 하는 등 비용 대비 효과가 낮다는 점과 신의료기술보다는 사회현상에서 이해되고 확인되어야 하는 것이 여전히 더 많다는 점들이 지적되었다.

“우선적으로 여러 명이 혜택을 볼 수 있는 보편적인 의료 지원에 집중을 하여야 할

것이다. 너무나 국소적이면서도 고비용이 투입되는 분야에 집중 투자하는 것은 한정된 재원에서는 우선순위에 밀려나야 한다.”

“이미 임신·출산을 위한 난임 치료 기술에 대한 모든 연구는 전 세계적으로 끝나 있는 상태이다. 다만, 조기 진단 기술만이 발전 과정이 남아 있는 현재의 의료기술 수준을 판단할 때, 이러한 분야의 R&D 지원은 출산력 제고에 도움이 되지 않는다.”

“원격의료와 마찬가지로 배보다 배꼽이 더 큰 정책 아이디어로 생각된다. 이와 연관된 큰 규모의 재정은 사회문제 해결에 아무런 관심이 없는 일부 산부인과 의과학자의 호주머니로 들어가게 될 것이다. 거듭 말하지만 출산율 저하의 원인은 보건 의료기술의 후진성에 기인하고 있지 않으며, 임신·출산 이후 예측할 수 없는 생애주기적 위기(biographical break)에서 찾아야 할 것이다. 산부인과 의사들보다 현재를 살아가고 있는 가임기 여성들의 목소리를 질적 연구를 통해 보다 진지하게 경청하기를 바란다.”

마. 건강한 임신과 출산을 위한 개인의 노력과 정부의 정책 방향

1) 건강한 임신과 출산을 위한 개인 수준의 노력

‘자녀를 원할 경우, 원하는 시기에 건강한 임신과 출산을 할 수 있도록 개인(여성, 남성 모두)은 평소 어떤 노력을 해야 한다고 생각하십니까?’에 대해 개방형 질문을 하였다.

대다수는 청소년기 때부터 청년기, 임신·출산 준비기 등 생애 과정별 건강한 생활습관을 가지고 이를 유지하는 것, 생식건강의 경우 미혼기에도 전문가와의 정기적인 상담과 진료 행위가 개인 수준의 과제라고 보고 있었다. 그리고 건강한 생식건강과 생활습관 유지를 위해 그 중요성을 인지하는 것은 이보다 우선적 과제를 지적하였다.

“청소년기는 원치 않는 임신으로 낙태 시 추후 임신 및 출산에 중대한 영향을 미치므로 성교육을 통한 충분한 동기부여가 될 수 있도록 교육이 필요하며, 흡연/음주/약물 복용 등의 시작 연령이 낮아질수록 건강에 미치는 영향이 큰 만큼 적극적인 학교에서의

주의가 필요하다. 청년기에는 우선 결혼에 대한 긍정적인 생각을 가질 수 있는 스스로의 노력이 필요하며, 또한 신체적으로는 가장 건강한 시기이므로 좋은 생활습관이 지속될 수 있는 노력이 필요하다. 임신·출산 준비기에는 예비부모 교육 등 다양한 건강 및 임신·출산에 대해 알아가려는 노력이 필요하며, 주변 선배들의 조언을 듣는 것 또한 중요한 요소가 되리라고 생각한다.”

“청소년기, 청년기에는 원치 않는 임신을 예방하기 위한 피임교육, 성병 예방, 감염 예방, 음주 및 흡연 예방 등의 건강관리의 중요성을 일깨우고 실제 생애전환기 생식건강 검진으로 산부인과에 대한 거부감을 해소하고 초경 이후에는 미혼 여성도 정기적으로 산부인과를 방문하는 것이 좋다는 인식 개선과 함께 질병의 조기 진단 및 치료를 하여야 한다.”

“청소년기는 올바른 성 가치관을 가지고 기본적인 성 지식이 있어야 한다. 청년기는 올바른 생활습관(금연, 절주, 체중관리) 실천이 중요하다. 임신·출산기는 산부인과의 주 산기 관리를 제대로 따른다.”

“흡연과 음주, 운동과 영양 섭취 등 건강한 생활습관을 실천하는 것은 전 생애에 공통된 상황이라고 보고, 이러한 것은 전문가로부터의 상담이나 진료, 검진보다 중요한 부분이다. 생애 과정에서 건강 이상이나 문제가 있을 경우는 물론이지만, 그렇지 않고 평상시에도 전문가의 상담과 도움을 받아 개인의 건강관리를 꾸준히 하는 것이 중요하다.”

“개인은 평소 임신을 하기 위한 마음가짐과 준비로 건강을 증진시키며, 건강검진을 하여 질환들을 예방할 백신을 맞아두거나 질환을 미리 치료하고 엽산을 복용하는 등의 준비를 (해야) 한다.”

“여성의 경우 산부인과 진료에 대한 부담을 떨치고 증상이 있을 경우 산부인과 진료를 규칙적으로 받아 건강한 엄마가 될 준비를 해야 할 것이다.”

한편 건강한 생활습관 유지 및 생식건강 증진을 위해 개인 수준의 노력은 반드시 필요하지만, 이를 위한 사회 환경적 및 보건의료적 인프라와 관련된 시스템이 우선적으로 마련되어야 한다는 지적도 있었다.

“전 생애에 걸쳐 건강에 이로운 생활습관(영양, 운동, 금연, 정서함양...)을 가지는 것에 최선을 다하는 것이라 생각합니다. 개인적인 견해는 현재 우리 사회와 그 구성원인

우리 개개인의 자가 건강관리 역량 수준에 기초할 때, 개인의 책임적 접근보다는 개인의 이러한 생활습관의 유지 증진을 위한 사회 환경 시스템 구축이 더 우선 과제라 생각됩니다.”

“개인적으로는 건강한 생활습관을 가질 수 있도록 노력할 필요가 있다. 정부는 개인들이 건강한 생활습관을 가질 수 있는 물리적·사회적 환경을 구축할 필요가 있다.”

“국가, 지자체, 지역사회 수준에서 건강한 임신과 출산장려 정책이 수립되었다면, 개인이 노력하는 부분은 가장 쉬운 선택이 될 것이다.”

“특별한 생식건강관리가 아니라, 일상적인 운동과 습관 기르기가 필요하다고 봅니다. 일상생활에서 쉽게 접근할 수 있는 생활체육시설을 늘리고 특히 운동이 부족한 여성들을 위한 운동을 많이 개발해서 보급하여, 일상적인 건강 수준을 높여야 건강한 임신과 출산이 가능하다고 생각합니다.”

“올바른 정보를 가지고 있는 것이 기본적으로 중요하며 안과, 치과에서 기본적으로 받는 정기 검진과 같이 생식기 건강을 위한 정기 검진이 필요하다고 생각한다.”

“평소 성(생식)건강은 개인의 문제로만 치부되었지만 이를 사회가 함께 유지 및 증진할 수 있도록 학교와 직장 내의 교육과 관리를 할 수 있는 인프라가 구축되어야 한다고 생각한다. 또한 30대 이상의 비혼 남녀의 경우 본인의 건강한 임신과 출산을 위해 정자/난자를 보관할 수 있게 정보를 제공할 필요가 있다고 본다.”

2) 건강한 임신과 출산을 위한 정부의 중장기적 정책 방향

앞서 개인 수준의 노력과 다르게 전문가별로 여러 의견들이 있었는데, 중요한 내용 중심으로 보면, 먼저 건강한 임신과 출산을 위해 마련된 보건의료 인프라는 부족하기보다는 상호 연계성을 갖지 못한 것이 문제인 만큼 중장기적으로 연계성을 구축하는 것이 필요하다는 지적이 있었다. 일상생활에서 생식건강과 건강생활 실천을 위한 관련 정보와 교육, 홍보 등이 제공되어야 한다는 것도 중요한 과제로 지적되었다. 이외 보건의료에 대한 접근성 강화 및 건강 문제에 대한 예방 차원에서 1차 의료를 강화하는 방향으로 시스템을 구축해야 한다는 점, 인구정책에서 보건의료 정

책을 연계한 거시적 방향 설계가 필요하다는 점, 그리고 건강한 임신과 출산의 위험 요인에 대한 R&D 투자 등도 저출산 시대의 보건의료에 대한 중장기적 정책 방향으로 지적되었다.

“현재 의료비 지원, 일부 건강 지원 서비스를 제공하는 수준인데, 이러한 것이 분절적이고 파편화된, 즉 백화점식 지원을 하고 있는 것이 가장 큰 문제라고 판단된다. 기존의 보건의료 정책들이 상호 연계성을 지니고, 임신 전 건강관리, 전 가임기의 건강관리로 보건의료 사업들이 연계성을 갖는 것이 무엇보다 중요하다고 본다. 현재 관련 정책들은 상당 부분 마련되어 있지만, 제공이 분절적으로 이루어지고 있고, 정책이 있더라도 이를 이용하는 국민들의 인지와 인식의 문제로 잘 활용되지 않는 것도 있는 만큼, 정책의 연계성과 국민적 인지와 참여가 함께 맞물리도록 현재의 보건의료 정책 및 관련 체계를 분석 평가하여 문제점을 개선해야 할 것이며, 시대적 수요와 관련 현상을 잘 파악하여, 필요한 정책을 마련하는 것도 중요하다.”

“생애에 걸쳐서 개인들이 건강한 생활습관을 실천할 수 있도록 건강교육 및 상담 서비스를 제공하고, 건강검진 후 유소견 판정을 받은 사람들에게는 사후 관리 서비스를 제공해서 질병 발생률을 낮추거나 합병증 발생률을 낮출 필요가 있다.”

“우선적으로 성건강 교육, 생식건강 교육과 홍보가 병행되어 자연스럽게 임신과 출산의 중요성, 건강한 임신과 출산을 이룰 수 있는 정책적 개입이 필요하며, 다음으로 임신·출산이 안심하고 이루어질 수 있는 보건의료 시스템이 임신·출산을 하는 주체들의 다양한 요구에 맞추어서 구축되어야 한다고 생각된다. 임신·출산과 관련해서는 사각지대 없이 보편적으로 적용을 받을 수 있는 정책 실행이 필요하다.”

“보건의료 영역에서는 임출산 및 육아 과정에서 발생할 수 있는 본인부담 비용을 점진적으로 감소시킬 수 있는 정책 강화가 우선적으로 필요하다고 생각한다.”

“즉각적인 효과가 나타나지 않고, 직접적인 영향이 없다고 하더라도 미래 인구의 건강을 위해 투자한다는 측면에서 건강한 임신과 출산을 위한 지원을 꾸준히 확대해 나아가야 할 것이다.”

“누구나 필요시 건강한 임신·출산을 할 수 있는 보건의료 서비스 접근성이 확보되어야 하고 예방적 차원의 건강 유지 증진 차원의 접근에 대한 강화가 더 중요하다고 생각합니다. 1차 예방 및 1차 의료 서비스 강화를 위한 환경 구축 방향으로…”

“보건의료 정책과 인구정책이 맞물린 거시적인 그림이 필요하겠다.”

“임신·출산을 원하는 시기에 누구라도 보건의료 인프라를 편견 없이 이용할 수 있고, 관련한 상담 등의 서비스를 받을 수 있으며, 비용 때문에 건강한 임신과 출산을 포기하는 일이 없도록, 그런 방향으로 나아가야 한다. 중장기적 방향에서 커플에게 임신이 안 되는 정신적 요인을 찾아내도록 커플 상담이 확대되어야 할 것이다. 그 이유는 불임에 있어 정신적 스트레스가 미치는 영향이 매우 큰 것으로 나타나기 때문이다.”

한편 임신과 출산은 개인적인 필요에 의해 결정되는 만큼, 정부가 저출산 현상 극복을 위해 지금과 같은 현물 지원을 지속하는 것은 적절하지 않으며, 오히려 이러한 지원이 국민들로 하여금 당연히 누려야 하는 권리로 인지하게 하는 부작용이 있을 수 있음을 경계해야 한다는 지적도 있었다.

“임신과 출산을 위한 정부 정책 지원에는 한계가 있다. 개인의 필요에 의해 임신과 출산을 하는 것이고… 사회 문화적으로 이런 출산 문화를 유지하기 위한 환경 조성에 더욱 노력해야 한다고 생각된다. 지원 없이는 개인은 임신과 출산을 안 한다는 인식을 심어 줄 우려가 있으므로 현물 지원 정책은 신중을 기해야 할 필요가 있다. 개인들은 출산만 하면 국가에서 양육 및 교육은 전적으로 책임을 져 준다면 임신·출산에 좀 더 자유로울 수 있을 것이다. 국가 정책은 출산 문화를 바꾸고 출산 친화적인 환경을 만드는 것이라 생각하지, 현물 지급을 통해 문제 해결을 시도하는 것은 국가가 해야 할 일이 아니라고 생각된다. 보건의료 정책은 임신 전보다는 임신 후에 집중되어야 한다.”

제3절 소결

이 장에서는 저출산 현상에 대한 보건의료적 거시 분석을 실시하였다. 주로 저출산 현상에 대한 보건의료적 접근 방향을 모색하는 데 초점을 두었고, 이를 위해 전문가 대상 심층면접과 의견조사 방법을 활용하였다.

먼저 심층면접을 통해 저출산 현상에 대한 보건의료적 이슈들을 확인하였고, 이들 중에서 거시적 측면에서의 정책 방향을 위한 논의 주제를 도출하였다. 건강검진 제도, 주치의 제도, 신의료기술 및 원격의료의 그것이다.

건강검진 제도는 현재 국가검진이 전 생애를 대상으로 한다고 하지만, 19세부터 39세의 청장년층은 직장 및 지역 가입자가 아닌 이상 건강검진 대상에서 제외되고 있다. 이들은 40세 이상의 인구집단보다 만성질환 유병률 등이 낮아 건강한 연령대이지만, 성생활이 왕성하고 임신과 출산기에 속하는 만큼 관련 질환에 노출될 위험이 크게 높다. 또한 학교보건법에 의거하여 학생들을 대상으로 건강검진이 이루어지고 있으나, 이 시기에 2차 성징 및 관련 질환이 발병됨에도 불구하고 검진 항목에는 이 부분이 제외되어 있다. 따라서 건강검진이 이 시기에 내실화를 강화하고, 청장년층에 대해서는 검진 대상으로 포괄하여 전 생애적 건강검진을 추진할 필요가 있다는 것이다.

이러한 건강검진은 1회성의 특정 생애의 인구집단에 대한 건강상태 및 관련 위험성을 판정하는 제도인 만큼, 지속성과 실제 위험성 예방과 진료 및 치료에서는 그 실효성이 낮을 수밖에 없다. 특히 건강보험 재원이 고갈되는 오늘날 진료와 치료 중심보다는 예방으로 보건의료적 접근 패러다임을 전환할 필요가 있고, 그런 일환으로 1차 보건의료의 강화, 즉 주치의 제도의 도입 필요성이 대두되고 있다. 최근 고혈압, 당뇨병 등 만성질환 관리 차원의 주치의 제도 시범사업이 추진되고 있는데, 이 또한 만성질환이 전체 건강 위험에 차지하는 비중이 높고, 그만큼 의료비 부담을 가중시키기 때문이다. 물론 이보다는 상대적으로 낮지만, 생식 질환 및 임신과 출산 관련 질환으로 인한 20~30대 환자의 비율과 이들이 부담하는 의료비 비중도 매년 늘어가는 만큼, 생식건강 증진을 위한 주치의 제

도 도입도 필요하다는 것이 주된 논의였다.

신의료기술과 원격진료는 좀 더 의료기술적 측면과 연관성이 있는데, 이러한 기술의 발전 분야는 임신과 출산 영역도 포함하고 있다. 물론 과학적 근거에 의거하여 신의료기술 사용이 허가된다면, 의료비를 증가시키는 요인으로 작용하는 만큼, 신중히 허가 여부를 판단하고, 기존의 의료기술로 충분히 검진과 진료, 시술이 가능하다면 무조건적인 신의료기술의 도입을 환영해서는 안 된다는 의견이 있었다. 그렇지만 저출산 문제가 심화되는 과정에서 난임부부는 주된 정책의 대상으로 고려되고 있는데, 신의료기술은 결혼 이전에 검진과 진료를 통해 난임의 위험 가능성을 진단하고, 치료되도록 하는 예방적 수단으로 활용 가능하다는 의견도 있었다. 원격진료는 이보다는 좀 더 논의가 필요하고 쟁점이 되는 이슈들이 많았다. 이는 편의성과 안전성의 충돌이라고 해도 과언이 아니다. 이를 대체하는 방안으로 공중보건의의 배치나 산과의료의 공공재 전환 등도 논의되었다.

이상의 전문가 심층면접 내용들을 참고하여 29인의 전문가를 대상으로 저출산 현상의 심각성과 향후 전망, 비혼과 만혼 현상, 저출산·고령사회기본계획 내 보건 의료 정책 평가, 건강한 임신과 출산을 위한 정책 방향, 생식건강 및 건강한 임신과 출산을 위한 건강관리 지원, 신의료기술과 건강한 임신·출산, 그리고 개인과 국가 차원의 노력과 정책 지원 방향 등에 관하여 의견조사를 실시하였다.

전문가들은 대체로 우리나라의 저출산 현상은 심각한 수준이며, 10년 이후에도 지금의 합계출산력 수준을 유지할 가능성이 높고, 만약 현재의 우리 사회경제 상황이 지속될 경우 합계출산력은 더 떨어질 수 있다고 전망하였다. 비혼과 만혼 현상도 심각하며 향후 더욱 심화될 수 있고, 합계출산력을 떨어뜨리는 원인으로 작용할 수 있다는 데 대체로 동의하고 있었다.

또한 전문가들은 대체로 1·2차 저출산·고령사회기본계획 내 보건의료 관련 정책사업들은 건강한 임신과 출산에 기여하였다는 데 동의를 하였다. 그러나 그 동의 수준은 50~60%이며, 미숙아·선천성 이상아 지원사업이나 산모·신생아 도우미 지원사업은 4분의 3 이상의 전문가가 긍정적 평가를 하였다. 올해부터 적용되는 3차 기본계획 사업들에 대해서는 기대감이 더 높았는데, 특히 임신·출산 관련 상담 및 교육 비용 지원, 고위험 임신부 입원치료비 지원, 난임 치료 시술비 지원 확대 등은 80% 이상이 건강한 임신과 출산에 기여할 것이라는 데 대해 동의하였다.

전문가들의 60% 이상은 현재의 비혼과 만혼 현상이 고착화된다면 출산아 수를 늘리는 현재의 정책보다는 건강한 임신과 출산을 위한 정책으로의 전환 필요성을 제기하였다. 그리고 건강한 임신과 출산을 위해 산전 관리가 중요하다는 데 대해 거의 80%가 동의하였고, 이보다는 산후 관리와 임신 전 건강관리, 이보다는 전 가임기의 건강관리가 중요하다는 데 93% 이상이 동의하였다.

위에서 전문가 심층면접을 통해 도출된 건강한 임신과 출산을 위한 이슈들을 근거로 하여 연구진이 제안한 정책안들에 대한 전문가들의 의견을 수렴하였다. 그 결과 대체로 필요하다는 데 대해 동의 수준을 보였다. 특히 청소년 대상 건강검진 내 생식건강 포함, 청소년 대상 (생식)건강 증진을 위한 학교 보건(성)교육의 강화와 건강생활 실천 지원 정책, 그리고 지역사회 산부인과와의 연계, 대학생 등 20대 청년층의 (생식)건강 증진을 위한 학교, 직장 및 보건소와의 연계, 임신 중 건강위험군에 대한 의료급여 보장성 강화, 미숙아·선천성 이상아 지원 비용 확대, 출생 후 만 6세 이하 영·유아에 대한 의료급여 강화 등에 대해서는 좀 더 높은 동의 수준을 보였다.

신의료기술이 출산력 제고 및 건강한 임신과 출산에 기여하였다는 데

동의하고 있었으며, 이를 위한 지속적인 R&D 지원 확대가 필요하다는 데 대해서는 좀 더 동의 수준이 높았다.

마지막으로 건강한 임신과 출산을 위한 개인 수준의 노력도 필요하지만, 이와 함께 정부 차원의 관련 보건의료 인프라 확대 및 환경 조성 등이 통합적으로 지원되어야 하는 점도 중요하다고 지적하였다.

제 6 장

보건의료와 출산 간의 거시·미시적 접근 방안

제1절 미시적 분석 결론

제2절 거시적 분석 결론

제3절 미시·거시 통합적 접근 방안

6

보건의료와 출산 간의 << 거시·미시적 접근 방안

제1절 미시적 분석 결론

본 연구는 저출산 현상이 고착화되고 있는 현시점에서 보건의료의 중장기적 방향을 모색하는 데 주된 목적을 두었다. 특히 본 연구는 만혼에 따른 고령 임신부 및 난임부부가 늘어나는 현시점에서 보건의료가 앞으로 지향해야 하는 정책 목표는 건강한 임신과 출산으로 보았고, 이를 위한 근거로서 미시적 분석과 거시적 분석을 실시하였다.

미시와 거시를 구별하거나 연계한 분석 방법론은 많지만 본 연구의 미시적 분석은 개인 수준으로 제한하였다. 그리고 임신과 출산에 있어 건강이 연관되어 있는지를 확인하여 위해 SNS상의 내용과 2차 자료를 활용한 건강 변화에 따른 출산 의향 등을 1차적으로 살펴보는 데 초점을 두었다. 그 결과 건강이 실제 임신과 출산 행위 및 의향에 있어 직간접적인 연관성이 있음을 확인함과 동시에 단지 건강의 문제가 임신·출산기에 국한되지 않고 청년기, 더 나아가 청소년기까지 관심을 가지는 이슈임을 확인하였다. 아울러 산모의 연령은 임신과 출산에 있어 건강상태를 대변하는 지표로 연령 증가에 따른 미숙아·저체중아의 증가뿐만 아니라, 모성 사망, 태아 사망 및 영아 사망의 증가도 명확히 나타나고 있었다. 또한 최근에는 전체 산모 연령대에서 이러한 불건강한 임신과 출산 결과가 높아지고 있음도 확인할 수 있었다.

이에 따라 임신과 출산 행위, 출산 결과에 영향을 미칠 수 있는 요인으로 건강생활습관과 생식건강에 초점을 두고 생애별 실태와 추이를 분석

하였다. 전반적으로 2차 성징의 시기와 성관계 경험의 연령대가 꾸준히 낮아지고 있고, 흡연과 음주 등 불건전한 건강행태는 청소년기부터 늘어나고 있음을 확인하면서 이러한 것이 결국 임신·출산기의 건강성을 악화시킬 수 있다고 보았다. 실제 20인의 출산 경험 여성을 대상으로 한 심층 면접 결과를 보면, 현재의 미숙아 출산 및 난임의 원인, 임신과 출산 관련 합병증 등이 임신 중의 건강관리의 문제보다는 임신 전, 더 나아가 미혼기의 건강생활습관과 생식건강 등과 연관성이 있음을 확인하였다. 또한 이러한 건강생활습관과 생식건강은 추가 출산의 의향에도 영향을 주는 요인으로 작용했다. 이 결과의 근거로 건강보험통계연보 자료에 있는 22대 질환을 중심으로 지난 10년간 진료실인원과 진료비 추이를 분석한 결과, 특이점은 임신과 출산 및 관련 질환 등으로 보건의료 서비스를 받은 진료실인원과 서비스 이용에 따른 진료비가 모두 꾸준히 늘어나고 있고 연령대는 30대가 비중이 높지만 20대의 비중이 크게 증가하고 있다는 점이 었다. 전반적으로 결혼과 출산의 연령이 30대를 넘어서고 있는 오늘날, 20대에서 임신과 출산 및 관련 질환으로 인한 진료인원이 늘어나고 있다는 점은 이들 연령대의 생식건강과 이와 연관성이 있는 건강생활습관이 위험 수준으로 있을 수 있음을 방증하는 것이기도 하다.

개인 수준의 미시적 분석 결과는 기혼자와 미혼자, 그리고 이들의 생애별, 더 나아가 사회경제적 지위에 따른 차이를 면밀히 살펴봄으로써 타당성과 신뢰성을 높일 수 있지만 자료 접근의 제한성으로 분석의 결과는 지금 수준으로만 제시하였다. 그럼에도 불구하고 개인 수준의 건강은 임신과 출산의 행위와 그 결과에 직간접적인 요인으로 작용하며, 건강이슈는 임신·출산기에 접어든 이들에게만 국한된 것이 아니라 그 전의 생애까지도 고려되는 이슈이고 최근에는 더욱 건강이슈가 커져가고 있음을 확인하였다. 미시적 분석에 근거해 볼 때, 건강한 임신과 출산을 위한 건강관리는 임신·출산기는 물론이며, 임신 전 생애까지 필요함을 알 수 있다.

제2절 거시적 분석 결론

미시적 분석과 동일한 주제로 건강한 임신과 출산을 중심으로 거시적 분석을 실시하였다. 거시적 분석에서는 2차 자료 등 기존 자료들을 활용하여 보건의료가 건강한 임신과 출산에 기여하였는지 등을 확인하지 않았는데, 임신과 출산을 비롯한 모든 영역에서 보건의료가 지닌 역할과 지향하는 점이 건강관리와 증진에 있기 때문이다. 그러므로 여기에선, 보건의료와 인구 분야를 두루 연구하거나 실제 현장에서 실무를 맡고 있는 전문가를 대상으로 오늘날 저출산의 원인으로 알려진 만혼화와 만산화, 그로 인한 인구의 질적 문제를 개선하기 위해 보건의료가 앞으로 지향해야 할 거시적 방향을 모색하는 데 연구 목적을 두었다.

이를 위해 크게 두 가지 방법으로 접근을 시도했다. 먼저 12인의 전문가를 대상으로 전반적인 저출산 현상과 보건의료에 대한 심층면접을 실시하였다. 심층면접에서는 보건의료적 환경에서 도전해야 할 이슈들을 뽑는 데 초점을 두었고, 다양한 이슈들이 제안되었다. 그중 쟁점이 되고 향후 건강한 임신과 출산이라는 거대 목적을 달성하기 위해 추가 논의가 필요하다고 판단되는 이슈들을 주목해 건강검진 제도, 주치의 제도, 신의료기술 및 원격진료로 좁혀졌다. 비록 일부 이슈는 임신과 출산 영역은 아니지만 보건의료적 접근을 시도한 선행연구들에서 이미 지적인 내용일 수 있다.

그중 하나가 바로 건강검진 제도이다. 건강검진 제도는 전 국민을 대상으로 건강관리 및 증진을 목적으로 한 국가 차원의 건강 서비스이다. 그러나 19세에서 39세의 청장년층 중 검진 대상이 아닌 경우, 즉 직장가입자가 아닌 대상자는 건강검진 서비스의 사각지대에 있다. 19세에서 39세의 청장년층은 곧 가임기 인구집단으로 건강한 임신과 출산을 위해 건강

관리가 필요한 집단이다. 이는 앞에서 언급한 미시적 분석에서 많은 근거를 바탕으로 논의된 부분이다. 특히, 여성들은 직장가입자로서 건강검진의 대상자였다가도 전통적 성역할 및 일·가정 양립의 어려움, 그리고 출산 및 육아휴직에 대한 기업의 지원 부재 등으로 결혼과 임신 및 출산 혹은 육아의 이유로 경력 단절을 경험하게 된다. 그리고 자연스럽게 건강검진 대상에서도 제외된다. 이것은 이들 여성 인구집단에 대한 국가 단위의 건강검진이 제공되지 않음을 의미한다. 물론 일부 지자체이긴 하지만 임신 준비 기간에, 그리고 국가 단위에서 임신·출산기에 의료 비용 및 일부 특정 집단에 대한 건강 서비스를 제공하고 있지만 모든 대상을 포괄하지는 못한다는 점과 임신·출산기로 국한된 점이 문제이다. 청소년기는 또 다른 사각지대이다. 생식건강의 관리와 미래의 건강한 임신과 출산을 위해서도 청소년기의 관련 건강관리 서비스는 필요하다. 청소년기는 2차 성장을 하는 시기이자 건강생활습관이 형성되고, 생리 질환 등 생식건강 관리의 필요성이 높아지는 시기이다. 그러나 이 시기의 생식건강관리를 위한 산부인과 의료 서비스 이용에 대한 사회적 시각은 여전히 부정적이고 학교와 학부모 또한 부정적 인식이 큰 것이 사실이다. 학생 건강검진은 학교보건법에 의거하여 제공되는데 검진 항목이 개인의 건강상태를 완벽히 측정하지 못하고 성과 생식건강에 관한 부분은 현재 포함되어 있지 않다. 이 부분은 많은 선행연구들에서 학술적, 정책적 근거로 제안된 안이기도 하다.

두 번째 이슈는 주치의 제도였다. 이 제도가 제안된 이유는 논쟁이 있었지만 건강관리는 1차적으로는 상담에 기초하고, 상담 서비스는 무엇보다도 지속성을 비롯한 접근성과 책임성 등이 보장되어야 하기 때문이다. 또 다른 제안의 이유는 예방적 관리이다. 한 개인에 대한 지속적인 상담을 통해 건강의 위험성을 사전에 확인하고, 예방할 수 있는 방안을 모색

할 수 있기 때문이다. 현재로서는 예방의 선택과 책임은 온전히 개인의 몫이다. 세 번째 제안의 이유는 바로 첫 번째 이슈인 건강검진 제도와 연계성과 대체성 때문이다. 건강검진은 보통 1회성인데 그 부족한 부분을 상시적으로 메울 수 있는 점(대체성)과 상위 기관으로의 연계 필요성을 주치의 제도를 통해 확인할 수 있다. 그동안 상대적으로 고령사회로 진입하면서 주치의 제도 도입 검토는 많은 연구들에서 시도되었지만, 저출산의 문제, 건강한 임신과 출산의 문제로 주치의 제도가 공식적으로 논의된 적은 없었다.

저출산과 고령사회는 절대 분리된 것이 아니며, 그러기에 분절적 정책 집행은 적절하지 않다. 저출산·고령사회기본계획에서 볼 수 있듯이 저출산과 고령사회는 같이 연결되어 있다. 이 부분에 대한 통합적 해결 방안 모색 차원에서 주치의 제도를 두 영역에서 수용 가능한지 이제는 심도 있게 검토할 필요가 있을 것이라 본다. 이외 주치의 제도와 관련하여 논의된 것이 바로 상담에 대한 수가를 인정해 주는 것이다. 그리고 꼭 대면상담이 아니더라도 전화나 원격(인터넷) 상담, 핸드폰 영상상담 등 다양한 방법으로 월 일정 횟수 개인별 모니터링 상담을 하도록 하고 이를 인정하는 것도 가능할 것이라 본다.

세 번째 이슈로 신의료기술이 제안되었다. 신의료기술의 발전 속도는 의료인과 의생명에 관계된 일을 하는 전문가들의 의생학지식의 발전과 비례성을 지닌다. 임신·출산과 관련된 신의료기술의 등장 목적은 출산 억제였다. 주로 피임과 관련된 기술이 상당수였고 우리나라도 1960년대 국가 경제발전의 일환으로 피임약과 함께 피임기술을 적극 도입·보급하였다. 이러한 피임 시술법에 관한 연구와 기술 개발, 그리고 임상에서의 적용과 안정성 확보, 그에 따른 과학적 근거들의 축적은 의료인과 의료기술 관련 전문가의 기술적 숙련도를 높이는 계기가 되었다(김경례, 2014,

p.89). 이러한 기술적 숙련은 안전성 및 효과성이라는 새로운 도전을 이끌어 또 다른 신의료기술의 발전을 이루었다. 여기에는 정부의 지원이 있었는데 앞서 지적하였듯, 그 당시 우리나라는 국가 차원의 인구억제 정책을 시행하고 있었기 때문이다. 처음에는 단순 피임 기술을 받았으나, 점진적으로 영구피임으로 기술이 확대·보급되었다. 이제는 그런 기술적 성장이 불임을 유발하는 원인을 찾고, 검진하고 치료하는 목적으로 사용되고 있는 것이 오늘날의 상황이다. 그러나 피임기술 등 의료기술이 임신과 출산에 도입된 1990년대 초까지 의료기술이 여성의 건강에 미치는 영향이나 그와 관련된 부작용 등을 확인하거나, 이를 알고자 하는 노력이 크게 없었던 것이 사실이다. 그 당시 영구피임 기술을 받은 여성들에게서 생식·생리기능의 변화, 질환 등이 발생했고 이는 건강의 위험이 되어 원할 때 임신이 되지 않는 장애 요인이 되기도 하였다(김경례, 2014, p.90). 앞서 언급하였듯이 피임을 위한 기술로 흔히 사용된 복강경 기법은 이후에는 난임을 진단하는 데 활용되는 등 의료기술은 발전을 거듭하면서 정책의 패러다임에 영향을 주고 있다. 오늘날 만혼에 따른 난임부부가 늘어나면서 체외수정 등을 많이 들었을 것인데, 이 또한 1970년부터 의료인을 중심으로 본격화된 관련 연구와 그에 따른 지식의 축적, 세포와 동물, 인간으로 이어지는 실험의 결과들이 안전성과 효과성을 담보하면서 오늘날에 이른 것이라 할 수 있다. 여전히 의료기술은 발전 중이다. 여기서 중요한 점은 의료의 발전이 의료인의 지식과 열정에서 시작된 것도 있지만, 그 당시 국가의 인구억제 정책, 여성의 출산 거부 등 이들의 적극적인 참여가 있어 가능했다는 것이다. 난임의 문제도 동일하다고 비추어 볼 수 있다. 오늘날 난임 기술과 관련된 의료기술의 발전은 과거의 피임 기술로부터 시작된 의료인과 관련 전문가의 지식과 숙련도 및 신기술의 개발도 있었지만, 국가의 인구장려 정책과 여성과 남성의 건강한 임신과

출산을 위한 열정이 맞물려서 가능한 것이다. 난임의 문제를 극복하기 위한 직접적인 시술법에서부터 그 전, 그리고 그 전 단계에서 여러 진단과 검진, 치료법들이 의료기술화를 가져와 난임의 원인을 찾고 있다. 그러나 여전히 난임의 원인이 밝혀진 부분은 일부이고 그 원인을 의생물학적 측면에서 접근해야 하는 지점들이 많이 남아 있다. 그러므로 정부의 난임을 비롯한 임신·출산과 관련된 의료기술 발전을 위한 R&D에 지속적인 지원이 필요하다고 본다. 이와 더불어 신의료기술의 발전으로 의료산업은 거대 시장을 이루었다. 이는 곧 의료비 상승을 가져와 고스란히 환자의 부담이 되었다. 인구 감소로 인해 난임부부에 대한 지원사업이 2006년부터 시작되어 점진적으로 지원이 확대되고 있지만 실제 지원 자체가 실효성이 없다는 지적이 많다. 그 이유는 시술비가 교묘하게 증액되고, 시술에 이용되는 약제비는 전혀 지원되지 않는 등 전반적인 지원이 아닌 부분적인 지원이라 실제 난임 시술 과정에서 신체적·정서적 이유도 있겠지만 경제적 이유로 포기하는 부부들이 많기 때문이다. 그러하기에 의료기술 발전에 따른 다양한 영역에서의 의료비 상승을 통제하는 것도 국가가 해야 할 역할이라 본다.

마지막으로 논의된 이슈는 바로 원격의료이다. 이는 앞서 제시한 건강한 임신과 출산을 위한 건강검진이나 주치의 제도가 실제로 제공되기 어려운 분만 취약 지역이나 도서 벽지 등 원거리 지역의 임신부나 임신 전 건강관리 수요가 있는 남녀를 위해 제안하는 것이다. 어찌 보면 이는 의료 영상, 의료 정보 및 관련 데이터로 구성되었다는 측면에서 신의료기술에도 포함될 수 있겠지만 정보통신기술과 의료인의 지식이 주로 결합된 서비스라고 할 수 있다. 건강한 임신과 출산과 관련해 원격의료는 물리적 공간과 시간을 초월한 의료 서비스로 만혼에 따른 고령 임신부 등 고위험 임신부가 늘어나고 있고 직장생활과 자녀 양육 등 일·가정 양립으로 시간

을 낼 수 없는 여성과 남성, 생리 불순 및 과다, 성매개 질환 등 성·생식 질환과 관련하여 의료 상담이 하고 싶으나 미혼이기 때문에, 기혼이더라도 사적인 내용을 외부에 노출 없이 상담하고 싶을 때 가능하다는 측면에서 원격의료는 임신·출산 분야에서도 적용 가능할 것이라 본다. 또한 환자가 의료인을 찾은 방식에서 의료인이 환자와 소통하는 상호 채널을 확보할 경우 원격상의 주치의 서비스도 가능하다고 본다. 그러나 상담 이외 진단을 하게 될 경우, 진단의 정확성과 진단에 따른 의료사고가 발생할 경우 책임 소재의 문제와 진단 이후 진료와 치료는 온라인상에서는 불가능하다는 점이 문제로 지적된다. 또한 개인 정보의 문제도 동일하게 지적된다. 또 다른 쟁점은 원격의료의 도입된다면 과연 소비자의 이동은 어떠한지이다. 일부 유명하고 큰 병원의 의료인으로부터 원격 서비스를 받고 싶어 결과적으로 진료와 치료를 위해 해당 큰 병원을 방문할 것이라는 입장이다. 그러나 오히려 원격 서비스를 상담에 초점을 두고 강화한다면, 동네의원 이용을 더 활성화시킬 수 있다는 입장도 있다.

이상의 주요 이슈를 근거로 저출산 관련 연구 및 실무에 종사하는 29인의 전문가를 대상으로 의견조사를 통해 의견을 수렴하였다. 전반적으로 지금의 저출산 현상은 심각하다는 데 동의하고 있었고, 과거 10년의 합계출산율은 앞으로 10년이 지나더라도 크게 변동하지 않고 유지될 수 있다는 데 대해서도 동의하였다. 즉, 우리나라의 합계출산율은 큰 변화가 없을 것이라고 전망하였다. 다만, 지금의 경제적, 사회적 상황이 지속될 경우, 지금보다 향후 출산율이 더 떨어질 수 있다는 점에 대해서도 동의하는 편이라고 하였다. 저출산의 원인인 비혼과 만혼에 대해서도 우리 사회는 심각한 수준이며, 지금의 경제와 사회적 상황이 개선되지 않는다면 비혼과 만혼은 더욱 고착화되어 출산에 부정적인 영향을 미칠 수 있다고 하였다.

또한 전문가들은 건강한 임신·출산과 관련하여 지금의 만혼화, 만산화

는 지속될 가능성이 높아 인구정책을 건강한 임신과 출산을 지원하고 강화하는 방향으로 전환해야 할 필요성에도 대체로 동의하였다. 무엇보다도 대다수의 전문가들은 건강한 임신과 출산을 위해 산전 관리와 산후 관리보다 임신 전 건강관리, 이보다 전 가임기의 건강관리로 확대하는 것이 필요하다는 데 동의하였다. 이는 본 연구가 제안하고자 하는 생애별 건강 관리에 관한 것으로 생애별 건강관리 및 생식건강 증진을 위해 연구진이 제안한 정책들에 대해서도 동의하는 편이었다. 앞서 전문가 심층면접에서 건강한 임신과 출산을 위해 도출된 이슈인 건강검진 제도는 동의하는 편이었다. 특히 동의 수준에서 20대와 비교해 소폭 낮지만 30대에 대한 건강검진의 필요성에도 동의하였다. 그 이유는 30대가 더욱더 임신과 출산기에 근접한 연령대이기 때문이다. 주치의 제도와 원격진료에 관해서도 동의하는 편으로 나타났다. 이는 앞서 심층면접에서 다루었듯이 주치의 제도는 예방 차원에서, 원격의료 서비스는 접근성과 형평성 차원에서 필요하다고 응답하였다. 그러나 이들 이슈는 전문가 의견조사에서도 응답 비율이 50% 후반대로 찬반 양론이 상당 부분 갈리고 있었다. 마지막 신의료기술의 출산력 및 건강한 임신과 출산 기여도에 동의하였고, 지속적인 R&D 지원 필요성에도 동의를 하였다. 후자의 결과와 관련해서, 난임의 원인이 불명인 것이 여전히 많다는 점, 임신을 미루거나 결혼을 늦추는 남녀에게 건강권과 임신·출산의 기회 보장을 위해 필요하다는 이유들이 있었다. 그렇지만 비용 대비 효과성, 낮은 효율성, 사회적 흐름과 현상에 근거해 의료기술의 발전이 이루어져야 한다는 점을 들어 무조건적인 지원은 신중해야 한다는 의견도 있었다.

이상의 전문가 대상 심층면접과 이에 근거한 의견조사를 통해, 전문가들은 건강한 임신과 출산을 위한 보건의료적 정책 접근이 오늘날 우리 사회 인구 현상에 비춰 볼 때 시기적으로 필요한 정책 방향이라 여기고 있

는 것으로 나타났다. 여전히 찬반 논쟁의 이슈들이 있고, 시기적으로 우선 해결되어야 할 문제들이 있지만, 현재의 산전·산후 관리를 강화하는 것과 함께 앞으로는 청소년기 때부터 청년기, 장년기 및 임신·출산기 그리고 양육기 등 전체 가임기로 건강관리의 확대가 필요하다는 점이 이 결과를 통해 정리될 수 있었다. 물론 청소년을 대상으로 임신과 출산을 위한 건강관리를 직접적으로 내세우는 정책은 바람직하지 않으며, 향후 이들이 원하는 시점에, 원하는 자녀를 건강하게 가지고 그 아기가 건강하게 태어나 양육될 수 있도록 생애별 상황을 종합적으로 고려한 맞춤형 건강관리 방안을 추진해야 할 것이라 본다.

제3절 미시·거시 통합적 접근 방안

앞서 보건의료와 건강한 임신과 출산에 대한 미시적·거시적 분석 결과와 이에 대한 논의를 하였다. 중요한 결과는 바로 두 영역이 분절적이지 않고 상호 연계성을 지니는 만큼 관련 정책도 통합될 필요가 있다는 것이다. 다시 말해 ‘행위자(micro)’인 개인 수준과 ‘사회 환경(macro)’적 수준에서 건강한 임신과 출산을 공통의 지향하는 목표로 삼고 이에 도달하기 위한 수단으로 전 가임기의 건강관리는 필연적이라는 것이다. 여기서 전 가임기의 건강관리는 전문가 심층면접 및 의견조사에서 제안한 ‘제도’로 정의한다. 그렇다면 만혼화와 만산화가 심화되는 오늘날 ‘행위자’와 ‘사회 환경’, ‘제도’가 건강한 임신과 출산을 달성하기 위한 통합적 접근의 필요성을 논의할 필요가 있다. 따라서 여기서는 제한된 범위에서 이들 세 요소 간의 상호 연관성에 근거해 통합적 접근의 필요성에 대한 근거와 방안을 간략히 제안한다.

첫째는 행위자와 제도 간, 그리고 환경과 제도 간의 연관성이다. 행위자인 남녀 개인은 건강한 임신과 출산에 대한 수요가 있고, 필요에 따라 선택적 건강 행위와 의료 행위를 하며 이것이 제도의 변화를 가져올 수 있다. 본 연구의 미시적 분석에서도 행위자의 건강한 임신과 출산에 대한 니즈가 분명히 있고, 그 니즈는 단지 산전과 산후에 국한된 것이 아니라, 이제는 임신 전의 건강관리로 더 확대되고 있음을 확인하였다. 그러나 아직은 그런 행위자의 니즈가 제도의 변화를 이끌고 있다고는 말하기 어렵다. 관련 전문가 및 이에 관심을 갖는 국회의원, 민간단체 등 이해 관계자들이 조금씩 나타나고, 관련 연구들이 여러 근거들을 생산하는 과정이라 어찌 보면 행위자와 제도 간의 연관성에 대해서는 지금은 과도기적 단계로 판단된다. 행위자가 제도를 이끌기 위해서는 앞서 제안한 지속적인 연구와 이에 대한 투자, 그리고 리더십을 지닌 이들의 지속적인 문제 제기 등이 필요하다. 무엇보다도 건강한 임신과 출산의 당사자인 일반 국민들의 요구와 필요성에 대한 지속적인 제안이 중요하다고 본다. 또한 사회 환경과 제도 간의 연관성도 있다. 사회 환경은 제도의 변화를 이끌 수 있다. 비혼화, 만혼화가 고착화되고 있는 우리 사회의 환경적 상황은 이에 대응하기 위한 제도의 필요성을 인식하게 하고, 기존 제도에 대한 패러다임 전환을 이끌 수 있다고 본다. 한편, 제도가 역으로 행위자와 사회 환경의 선택에 영향을 미칠 수도 있다. 한 예로 행위자의 선호의 결과로 제도가 만들어져 이 제도가 행위자의 선호적 행위를 이끌지만, 시간이 지나면 오히려 행위자의 선호로 만들어진 제도가 행위자의 선택적 범위와 그 행위 결정에 부정적 영향을 줄 수도 있다. 예를 들면 본 연구의 전문가 자문을 통해 제안된 20~30대 청장년층을 위한 건강검진이 제도로써 마련된다면, 처음에는 이들 연령대의 생식건강 및 건강생활습관의 문제가 검진 제도를 통해 확인됨으로써 행위자에게 경각심과 함께 건강에 관한 관심

을 제고시킬 수 있겠지만, 시간이 지나면 행위자는 평소 자발적 의지로 건강생활 실천이나 생식건강관리 행위를 선택하기보다는 건강검진이라는 제도를 통해 행위를 대체하고자 하는 경향으로 변화될 수 있다는 것이다. 그렇기 때문에 검진 제도만 도입되어서는 안 되며, 제도 이용에 대한 행위자로서의 역할과 책임, 그리고 이후 관리의 의무 등 제도와 행위자가 상생의 파트너십을 형성하도록 관련 대책들도 함께 이루어져야 한다고 본다.

둘째는 사회 환경과 행위자 간의 상호 연관성이다. 오늘날 비혼화, 만혼화, 만산화, 이로 인한 저출산화는 우리 사회의 문화라고 해도 과언이 아니다. 이는 사회 구조적 문제로 인해 발생하는 것으로, 이 구조에 속한 행위자의 집단적 선택 행위가 사회 문화의 변화를 이끌었다고 본다. 그런 측면에서 사회 환경은 행위자와 연관성을 갖는다. 그러나 행위자가 사회 환경에 영향을 미치기도 하지만, 반대로 사회 환경이 행위자의 선택적 행위에 영향을 주기도 한다. 그 영향은 긍정적일 수도 혹은 부정적일 수도 있다. 그 판단은 행위자의 인구사회 및 경제적 상황 등에 따라 달라질 수도 있다. 예를 들면, 사회 문화적으로 만산화가 심화되면서 기혼 부부의 자녀 계획 및 그 기간이 본인들의 선택적 의지보다는 사회 문화적으로 형성된 규범 등에 의해 결정될 수 있다는 것이다. 그런데 경제적 상황이 현재의 자녀 계획에 충족되지 않을 경우 사회 문화적 규범이 이들 부부에겐 영향을 더 미칠 수 있다. 결국 자녀 계획이 행위자에 의한 직접적인 행위 결정이었다고 하지만, 사회 환경이 오히려 행위자의 행위 결정에 직접 혹은 간접적으로 개입하였다고 볼 수 있다. 이러한 자녀 계획 및 그와 관련된 행위에 있어 사회 환경과 행위자 간의 상호 연계성은 궁극적으로 건강한 임신과 출산에도 영향을 줄 수 있다.

이상의 결과와 논의를 토대로 볼 때, 중장기적으로 우리 사회가 직면하

게 될 만혼화, 만산화 현상에서 건강한 임신과 출산을 달성하기 위한 관련 제도를 마련할 때, 미시적 수준의 행위자인 일반 국민(micro)의 선호와 선택 행위를 명확히 이해하고 파악해 이들을 둘러싸고 있는 거시적 수준의 사회 환경(macro)적 특성을 함께 고려할 필요가 있다고 본다. 무엇보다도 행위자와 사회 환경 그리고 제도는 일방향의 관계가 아닌 양방향의 관계를 지니고 있는 만큼 상호 간의 환류 효과를 명확히 이해하고, 특정 영역에 치우치지 않는 균형성과 지속성을 유지하는 것이 무엇보다도 필요할 것이다.

마지막으로 본 연구의 미시적·거시적 분석을 통해 도출된 제도들은 행위자와 사회 환경적 니즈에 근거한 것으로 이들 제도가 행위자 및 사회 환경과 균형성과 지속성을 갖고 건강한 임신과 출산이라는 지향하는 목표를 달성하기 위해서는 이들 간의 상호 연관성을 추가 논의하고 평가할 필요가 있다.

참고문헌 <<

- 고용노동부. (2012). 임신, 출산, 육아기 근로자의 궁금한 77가지:임신 출산 육아 관련 제도 및 정부지원 안내서.
- 고현선, 박인양, 신종철. (2011). 건강한 임신을 위한 임신 전 부부의 생활습관. 대한의사협회지, 54(8), pp.825-831.
- 교육과학기술부. (2009). 학교건강검사 가이드라인.
- 김경례. (2014). 난임여성의 체험과 출산기술의 정치. 전남대학교출판부.
- 김승희 등. (2015). 임신 및 출산 지원강화를 위한 기초조사 연구, 건강보험정책 연구원.
- 박문일 등. (2008). 산전검사 가이드라인 설정을 위한 기초조사. 한양대학교 산학 협력단.
- 박정환, 박순우, 이상원, 김종연, 이정애, 신준호, 신손문. (2005). 미래사회 대비 평생건강관리체계 구축을 위한 모자보건사업 강화방안. 대통령자문 고령화 및 미래사회위원회·보건복지부.
- 박종 등. (2015). 보건소 건강증진사업 실행전략 개발 결과보고서, 보건복지부.
- 보건복지부. (2015). 2015 고위험 임신부 의료비 지원사업 안내.
- 보건복지부. (2016). 2016년 장애인복지사업안내.
- 보건복지부. (2016a.). 2016년 국민기초생활보장사업안내.
- 보건복지부. (2016b). 2016년 지역자율형 사회서비스 투자사업 산모·신생아 건강관리지원사업 안내.
- 보건복지부 보도자료. (2016. 6. 16.). 여성청소년 대상 자궁경부암 무료접종, 건강상담 서비스 6월 20일부터 제공.
- 서울시. (2016). 여성장애인 홈헬퍼 사업 운영계획.
- 신경미. (2015). 건강보험해외통신원 동향보고서(일본). 국민건강보험공단.
- 이상림. (2014). 이상(異常)출산의 동향과 정책과제. 보건·복지 Issue & Focus, 한국보건사회연구원.

- 이소영. (2014). 임신부의 고령이 출산결과에 미치는 영향, 한국보건사회연구원 보건·복지 Issue & Focus, 256, pp.1-8.
- 이정림, 민정원, 조혜주. (2014). 저소득층 영유아 및 임신·수유부의 건강과 영양 지원방안, 육아정책연구소.
- 임준 등. (2013). 생애주기별 지역사회 건강증진사업 추진 전략 개발 연구. 한국 건강증진재단.
- 최귀순. (2005). Strauss와 Calsser의 근거방법이론 비교, 정신간호학회지, 14(1), pp.82-90.
- 최진호, 한정열. (2016). 임신 전 남성 관리. 한국모자보건학회지, 20(1), pp.1-11.
- 하정옥. (2014). 임신과 출산을 여성의 건강으로 조망하기. 한국모자보건학회지, 18(1), pp.24-34.
- 한국건강증진재단. (2014). 2014년 보건소 알차게 이용하기.
- 한국보건사회연구원. (2015). 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사.
- 홍성애, 문선순. (2009). 중·고등학교 여학생의 임신경험에 영향을 주는 개인, 가족요인 탐색. 보건 교육·건강증진학회지, 26(4), pp.105-116.
- 홍순철, 황라일, 안기훈, 김정하, 정성원. (2015). 일 지역 임부의 임신 전 관리 실태 및 영향요인. 한국모자보건학회지, 19(2), pp.222-232.
- 황나미. (2008). 건강한 생의 출발을 위한 모성 및 영유아 건강증진정책 방향. 보 건복지포럼, 141(7), pp.5-19.

American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice. (2011). ACOG Committee Opinion no. 483: Primary and Preventive Care: Periodic Assessments. *Obstet Gynecol*, 117, pp.1008-15.

Strauss A, Corbin J. (1998). *Basic of qualitative research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Ne Deli; Sage publications.

Chuang CH, Velott DL, Weisman CS. (2010). Exploring Knowledge and

- Attitudes Related to Pregnancy and Preconception Health in Women with Chronic Medical Conditions. *Matern Child Health J*, 14, pp.713-19.
- Delgado CE. (2008). Undergraduate Student Awareness of Issues Related to Preconception Health and Pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 12(6), pp.774-82.
- Coonrod DV, Jack BW, Boggess KA, Long R, Conry JA, Cox SN, Cefalo R, Hunter KD, Pizzica A, Dunlop AL. (2008). The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199(6), Supplement B, pp.S257-S396.
- Szwajcer EM, Hiddink GJ, Koelen MA, van Woerkum CM. (2007). Nutrition awareness and pregnancy: Implications for the life course perspective. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 135(1), pp.58-64.
- Hammitche F, Laven JS, Twigt JM, Boellaard WP, Steegers EA, Steegers-Theunissen RP. (2012). Body mass index and central adiposity are associated with sperm quality in men of subfertile couples. *Human Reproduction*, 27(8), pp.2365-2372.
- Hammitche F, Laven JS, van Mil N, de Cock M, de Vries JH, Lindemans J, Steegers EA, Steegers-Theunissen RP. (2011). Tailored preconceptional dietary and lifestyle counselling in a tertiary outpatient clinic in the Netherlands. *Human Reproduction*, 26(9), pp.2432-41.
- Ford JH. (2011). Preconception risk factors and SGA babies: Papilloma virus, omega 3 and fat soluble vitamin deficiencies. *Early Hum Dev*, 87(12), pp.785-9.
- Creswell JW. (2010). 질적 연구방법론: 다섯가지 접근. 조홍식, 정선옥, 김진숙,

권지성 공역. 서울: 학지사.

- Dudenhausen JW, Grunebaum A, Staudinger UM. (2013). Optimization of women's health before conception when pregnancy has been postponed. *J Perinat Med*, 41, pp.23-5. doi: 10.1515/jpm.2011.115.
- Frey KA, Engle R, Noble B. (2012). Preconception healthcare: what do men know and believe? *Journal of Men's Health*, 9(1), pp.25-35.
- Frey KA, Navarro SM, Kotelchuck M, Lu MC. (2008). The clinical content of preconception care: preconception care for men. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(6), Supplement B, pp.S389-S395.
- Lassi ZS, Imam AM, Dean SV, Bhutta ZA. (2014). Preconception care: preventing and treating infections. *Reprod Health*, 11(suppl. 3), S4.
- Haver MC, Locksmith GJ, Emmet E. (2003). Irregular menses: An independent risk factor for gestational diabetes mellitus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 188(5), pp.1189-91.
- Misra DP, Guyer B, Allston A. (2003). Integrated perinatal health framework: a multiple determinants model with a life span approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(1), pp. 65-75.
- Misra GD, Cooper R, Kuh D. (2010). *A life course approach to reproductive health: theory and methods*. *Maturitas*, 65, pp.92-7.
- Mittal, P., Dandekar, A., Hessler, D. (2014). Use of a modified reproductive life plan to improve awareness of preconception health in women with chronic disease. *The Permanente Journal*, 18(2), pp.28-32.
- Oza-Frank R, Gilson E, Keim SA, Lynch CD, and Klebanoff MA. (2014).

- Trends and factors associated with self-reported receipt of preconception care: PRAMS, 2004-2010. *Birth*, 41(4), pp.367-73.
- Steiner RJ, Dariotis JK, Anderson JR, Finocchiaro-Kessler S. (2013). Preconception care for people living with HIV: recommendations for advancing implementation. *AIDS*, 27 (Suppl 1), pp.S113-S119.
- Rowland AS1, Baird DD, Long S, Wegienka G, Harlow SD, Alavanja M, Sandler DP. (2002). Influence of Medical Conditions and Lifestyle Factors on the Menstrual Cycle. *Epidemiology*, 13(6), pp.668-74.
- Small CM, Manatunga AK, Klein M, Feigelson HS, Dominguez CE, McChesney R, Marcus M. (2006). Menstrual Cycle Characteristics: Associations With Fertility and Spontaneous Abortion. *Epidemiology*, 17(1), pp.52-60.
- Steel A, Frawley J, Dobson A, Jackson C, Lucke J, Tooth L, Brown W, Byle J, and Mishra G. (2013). *Women's health in NSW - a life course approach: a rapid review*. The University of Queensland and CREWH21.
- Stephenson J, Kuh D, Shawe J, Lawlor D, Rish-Edwards J, Hanson M, Inskip HM, and Nelson SM (2014). *Why should we consider a life course approach to women's health care?*. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.
- Temel S, Vooreest SF, Jack BW, Denktas S, and Steegers EA. (2014). Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. *Epidemiologic Reviews*, 36, pp.19-30.
- 국민건강보험공단 생애전환기 건강진단. http://minwon.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=MENU_WBMAE0103에서 2016. 6. 2. 인출.

- 국민건강보험공단 일반건강검진. http://minwon.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=MENU_WBMAE01에서 2016. 6. 2. 인출.
- 고용노동부 모성보호 육아지원제도. http://www.moel.go.kr/policyinfo/new/woman/view_content01.jsp에서 2016. 6. 21. 인출.
- 금연지원사업. http://www.nosmokeguide.or.kr/mbs/nosmokeguide/subview.jsp?id=nosmokeguide_030102050000에서 2016. 7. 15. 인출.
- 대한민국 정부 건강보험 임신 출산 진료비 지원금 잔액 확인. <http://www.korea.go.kr/service/serviceInfo/PTR000050359>에서 2016. 6. 21. 인출.
- 대한민국 정부 의료기관 외 출산시 출산비 지급. <http://www.korea.go.kr/service/serviceInfo/PTR000050397>에서 2016. 6. 4. 인출.
- 드림스타트. <https://www.dreamstart.go.kr/>에서 2016. 6. 4. 인출.
- 영양플러스사업. <http://oneclick.law.go.kr/CSP/CnpClsMain.laf?popMenu=ov&csmSeq=735&ccfNo=2&cciNo=1&cnpClsNo=3>에서 2016. 8. 4. 인출.
- 예방접종 도우미. <https://nip.cdc.go.kr/irgd/index.html>에서 2016. 8. 4. 인출.
- 임신출산진료비지원제도. www.socialservice.or.kr/user/htmlEditor/view2.do?p_sn=13에서 2016. 6. 21. 인출.
- 청소년산모 임신출산진료비지원제도. http://www.socialservice.or.kr/user/htmlEditor/view2.do?p_sn=24에서 2016. 6. 21. 인출.
- 학교밖청소년 지원사이트 꿈드림. http://www.kdream.or.kr/sub03_10.asp?menuCategory=3에서 2016. 6. 17. 인출.
- 해산급여. <http://oneclick.law.go.kr/CSP/CnpClsMain.laf?popMenu=ov&csmSeq=672&ccfNo=3&cciNo=2&cnpClsNo=4>에서 2016. 8. 4. 인출.

〈원자료 분석〉

여성가족패널(2012, 2015)

통계청 인구동향조사 출생자료(1997-2014)

- 통계청 사망원인조사 태아·영아·모성사망(2009~2014년),
한국청소년건강행태온라인조사(2006~2015)
국민건강영양조사(2005, 2007~2014)
국민건강보험공단 진료비 통계자료(2004~2014년)
전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사(2015)

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

