

저출산 시대와 모성의 건강증진

Low Fertility Era and Maternal Health Promotion

전병주

충북대학교 아동복지학과

Byeong-Joo Jeon(okbj@cbnu.ac.kr)

요약

OECD 회원국 가운데 10여년 넘게 지속적으로 합계출산율이 1.3명 미만을 기록한 국가는 한국이 유일하다. 2006년부터 정부는 인구정책을 본격적으로 추진하고 있으나, 한번 떨어진 출산율은 도무지 회복될 기미를 보이지 않고 있어서 '저출산의 덫'에 빠져있다고 볼 수 있다. 이러한 저출산이 지속되는 경우에는 국가 경쟁력은 물론이고 국가의 존속 자체를 위협할 수 있는 심각한 문제가 발생할 수 있다. 한국 사회에서는 학업과 취업으로 인해 여성의 출산이 점점 늦어지고 있으며, 열악한 근로환경에 의해 임신에 부적절한 건강상태를 초래하기도 하므로 가임기 여성과 임신부에 대한 건강관리는 매우 중요하다고 할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 저출산 시대에 있어 주요 국제기구와 국가가 추진하는 모성 중심의 건강증진 전략을 살펴보고, 이를 토대로 한국 사회에서의 모성 건강증진 정책에 대한 문제점을 분석하여 그들을 위한 보다 효과적인 건강증진 방안을 몇 가지 제시하였다.

■ 중심어 : | 저출산의 덫 | 모성 건강증진 | 태아프로그래밍 | 통합적 접근 |

Abstract

Among OECD countries, Korea is the only country which has continuously recorded total birthrate below 1.3 person for over 10 years. Since 2006, the Korean government has promoted the population policy in full scale. But, the fertility rate which became low has not shown any sign to go up again. Thus, Korea can be understood as having fallen into 'low fertility trap'. Such a low fertility can cause serious problems such as weakening of national competitive power and even survival of the country. In Korea, due to studies and finding jobs among young women, their childbirths are kept being postponed. In some cases, poor working conditions where women work can cause physical conditions not appropriate for pregnancy. Thus, it is very important to let childbearing women, pregnant women take care of their health. Accordingly, conscious of this low fertility era, this study examined major international organizations and countries' health promoting strategies with focus on motherhood and suggested some methods to effectively improve health for motherhood.

■ keyword : | Low Fertility Trap | Maternal Health Promotion | Fetal Programming | Integrated Approach |

* 이 글은 2012년 한국건강증진재단의 '건강증진 논문공모전'에서 수상한 논문의 일부를 수정하고 재구성한 것이다.

접수일자 : 2014년 03월 05일

심사완료일 : 2014년 04월 01일

수정일자 : 2014년 03월 31일

교신저자 : 전병주, e-mail : okbj@cbnu.ac.kr

I. 서론

2014년 저출산과 고령화가 가속화됨에 따라 한국의 미래를 걱정하는 목소리가 높다. 2013년 한국의 합계출산율은 1.19로 나타나 전년보다도 0.11명 감소한 것으로 나타났으며[1], 이것은 OECD 회원국들과 비교하여 아주 낮은 수준이다. OECD 회원국 가운데 한국, 일본, 스페인, 독일 등의 12개국이 출산율이 1.3명 미만으로 떨어진 경험을 했지만, 이 중에서 10여년 넘게 지속적으로 1.3명 미만을 기록한 나라는 한국이 유일하다. 이러한 현상으로 인해 한국의 출산율은 유럽이나 일본에서도 볼 수 없었던 'L'자형 하강 곡선을 그리고 있으며, 한번 떨어진 출산율이 도무지 회복될 기미를 보이지 않고 있어서 Lutz et al.(2006)[2]가 제기했던 '저출산의 덫'에 빠져있다고 볼 수 있는 우려를 낳고 있다¹⁾.

그리고 2013년 기준으로 한국에서의 핵심생산층은 1,978만명으로 집계되어 총인구의 39.4%를 차지하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 핵심생산층이 총인구에서 차지하는 비중은 1949년의 27.9%에서 증가하여 2006년 42.8%로 정점에 달했지만, 그 이후 지속적으로 감소하여 1994년 이후 20년 만에 40% 이하로 내려오게 되었다[3]. 이런 현상은 전후 베이비붐 세대들이 핵심생산층에서 빠져나가는 자리를 새로운 핵심생산층이 채우지 못하고 있다는 뜻으로 그들의 고령화 함께 사회적으로 저출산이 급격하게 진행된 결과라고 볼 수 있다.

이와 같이 신생아 수가 크게 줄고 노인 인구의 비중이 커지면서 정부의 복지지출 부담도 크게 늘어나 국가 재정건전성에도 심각한 위협요인이 될 것이다. 청장년층의 연령대 인구가 줄고 고령 인구가 늘어나는 것은 국가의 생산뿐만 아니라 소비가 줄어드는 결과를 낳을 수 있다. 자본 축적이 사회발전과 유지의 근간인 자본주의 사회에서 생산과 소비가 동시에 줄어드는 것은 자본 축적의 위기를 초래할 수 있고, 이 위기는 혼인과 출산 의지를 심각하게 감퇴시키는 악순환의 고리를 만들 수도 있다. 결국, 저출산이 지속되는 경우에는 국가경쟁

력 뿐만 아니라 국가의 존속 자체를 위협할 수 있는 심각한 문제가 발생할 수 있다.

이러한 문제에 대응하기 위해 OECD 국가들은 20세기 초부터 인구문제에 적극적으로 대응할 방안을 모색하고 있다[4]. 한국 정부도 2006년부터 저출산 극복을 위해 매년 평균 6조원 이상을 인구정책에 투입하고 있지만, 한번 낮아진 출산율은 요지부동이다. 지금까지 정부는 저출산 대책 예산의 70%를 보육 환경 개선에 집중해 왔고, 2014년에도 보육 관련 예산은 전년도 대비 27.7% 증가한 약 5조 3천억 원이지만, 이러한 대책이 저출산 문제해결에 전혀 효과적이지 못한 것임을 확인할 수 있다.

결혼이 늦어지면서 첫째 자녀를 너무 늦게 낳기 때문에 보육 환경이 전보다 개선되더라도 실질적으로 자녀를 두 명이상 낳기 어렵다고 할 수 있다. 지난해 첫째 자녀를 출산한 여성의 평균 연령은 30.73세로 전년도보다 0.23세 상승했다. 둘째와 셋째 이상의 자녀를 출산한 여성의 연령도 32.62세와 34.36세로 전년도보다 각각 0.22세, 0.19세 올라갔다[1]. 이러한 현상은 학교 졸업 후 일자리를 찾기까지 점점 더 많은 시간이 소요되고 있고, 결혼 후에도 안정된 주거를 마련하기 어려운 현실과 높은 사교육비 문제가 다자녀를 갖는데 부담으로 작용하고 있는 등 사회경제적 구조 및 상황이 종합적으로 작용한 것이라고 볼 수 있다.

현재 한국 사회에서 여성들이 학업과 경제활동 참여로 출산이 늦어져 임신부 건강 및 태아 이상을 우려하여 심리적으로 위축되거나, 심지어 임신과 출산을 기피하는 경향까지 나타나고 있음을 인식해야 한다[5][6]. 적어도 한국 사회에서 출산이 점점 늦어져 고령 임신부가 증가하고 있는 것이 현실이고, 첫째 자녀를 출산하는 과정에서 적절한 건강관리가 없으면 둘째 자녀 이상을 기대하기 어렵다. 더욱이 여성의 사회참여가 활발해짐에도 불구하고 열악한 근로환경으로 인해 부적절한 건강상태를 초래하기도 하므로[7] 가임기 여성과 임신부에 대한 건강관리가 매우 중요하다고 할 수 있다. 실제로 2011년 기준으로 한국에서 신생아 10만명 출생당 임신 중이나 출산 6주 이내에 사망하는 산모의 수를 나타내는 모성사망비는 17.2명이며[1], 이것은 OECD 국

1) 오스트리아 인구학자 루츠(Lutz)와 그의 동료들은 가임여성고 출생아 수가 감소하고, 부부가 희망하는 자녀수가 지속적으로 감소하며, 젊은층의 장래 기대소득이 소비수준을 따라오지 못하면 '저출산의 덫'에 빠진다고 경고하였다.

가 중 1위 인 것으로 나타나 임신부의 건강에 대한 대책 마련이 더욱 시급함을 시사한다²⁾.

이와 같이 임신부의 산전 건강관리는 저출산 문제의 극복을 위한 가장 기초적인 일이라 할 수 있어 결국 산모뿐만 아니라 가임기 여성에 대한 건강관리는 그들을 위한 평생건강의 기반이 될 것이고, 국가적으로도 생산성이 높은 인구를 확보하는 지름길이라 할 수 있다. 미국, 일본 등의 주요 국가들은 산모의 건강과 안전한 출산을 위해 가임기 여성의 건강관리에 많은 투자를 하고 있고, 산전관리의 중요성을 강조하며 임신부를 위한 다양한 조기 예방 의료서비스를 실천하고 있다^{4)[7]}.

한국에서도 여성의 임신 및 출산에 관한 분석이 이루어지고 있고^{8)[9]}, 임신부를 위한 종합적인 정책을 마련하고 있지만, 출산 전 가임기 여성들과 임신부를 위한 임신 및 출산에 대비한 건강관리는 아직까지 부족하다¹⁰⁾. 저출산이 단기간에 바꾸기 어려운 추세가 되어 버린 이상, 물리적·금전적 지원을 통해 보육환경에만 치중되어 있는¹¹⁾ 현재의 인구정책으로는 출산을 제고에 한계가 있음을 인식하고, 고령의 임신부가 증가하고 있는 사회현상을 인식하여 모성의 건강에 대한 투자 등도 함께 고려한 종합적인 정책 마련이 필요함을 시사한다.

따라서 본 연구에서는 저출산 시대에 있어 주요 국제기구와 국가가 추진하는 모성 중심의 건강증진 전략을 살펴보고, 이를 토대로 한국 사회에서 모성을 위한 효과적인 건강증진 방안을 몇 가지 제시하고자 한다.

II. 비교법적 고찰

세계적으로 저출산이 문제되고 있는 가운데 이 문제의 해결을 위한 세계보건기구(WHO), 국제인구보건복지연맹(International Planned Population Federation; IPPF) 등의 국제기구에서의 역할을 살펴보고, 모성의 건강증진에 대한 우수한 평가를 받는 미국과 일본 등의

주요 국가들이 국민의 건강향상을 위해 추진하는 일반적인 보건정책과 함께 모성의 건강증진을 위해 추가적으로 어떠한 규정을 마련하고 정책을 추진하는지 살펴보고 한다.

1. 주요 국제기구의 실천방안

1952년에 설립된 국제인구보건복지연맹의 목적은 생식과 관련된 보건의료의 개선을 통한 인류의 건강 및 복지 향상을 도모한다. 구체적으로는 국제인구 문제에 대한 홍보활동, 산모와 영유아의 건강사업, 인공임신중절과 에이즈 예방 등을 중점적으로 실시하고 있다. 특히, 이 단체는 개발도상국의 모자 보건 증진 사업을 벌이는 세계 최대의 NGO로써 각국의 150개 생식과 관련된 보건협회로 구성되어 있고, 한국의 가족계획에도 큰 기여를 했으며, 최근에는 아프리카의 생식 관련 보건사업을 집중적으로 지원하고 있다.

유엔인구기금(United Nations Fund for Population Activities; UNFPA)은 인구문제에 관한 사회적·경제적·인권적 측면의 인식을 높이고, 개발도상국의 인구정책을 지원하기 위해 1967년에 설립되어 각국의 인구문제 해결에 필요한 자금을 지원한다. 세계의 인구문제가 갖는 사회적·환경적 의미에 대한 인식을 제고하기 위한 전략 개발을 적극적으로 추진하고 있으며, 무엇보다 중점적인 사업은 개발도상국과 낙후 지역에서의 여성 생식과 관련된 건강증진정책과 가족계획을 세우도록 하고 있다. 각 국가에 가장 적합한 방법을 선택하여 조직적이고 지속적인 원조를 제공하며 가족계획에서의 인권적 측면에 관한 인식을 향상시키려 하고 있다. 특히 2011년부터 북한 주민들에게 생식보건 정보를 제공하고 모성 사망률을 줄이기 위해 전국적으로 산과 응급진료에 대한 강화와 분만에 필수적으로 필요한 약품을 보급하기 위해 노력하고 있다.

또한, 2005년 세계보건기구에서는 담배규제기본협약(Framework Convention on Tobacco Control; FCTC)을 발표하였다. 이는 보건의료분야에서 최초이자 유일한 조약으로 담배로 인한 보건·사회·경제적 피해로부터 현 세대와 다음 세대를 보호할 목적으로 담배 공급과 수요를 감소시키기 위한 가격·비가격 정책, 담배 해로

2) 모성사망비의 경우 2006년 15명, 2007년 15명, 2008년 12명으로 조금씩 감소하고 있으나, 2009년의 13.5명으로 증가한 이후 2010년 15.7명, 2011년 17.2로 계속 증가하고 있다. 이것은 OECD국가의 평균인 10명보다 더 많은 것이며, OECD 국가 중 1위인 것으로 조사되었다.

음의 경고를 포함한 강력한 금연정책 등을 모두 규정하고 있다. 한국은 2005년도에 이 협약을 비준함으로써 FCTC에 따라 국내법제도를 정비하여야 할 이행의무가 부여되었지만, 관련 협약의 이행을 위한 입법은 지연되고 있는 실정이다.

2. 국가별 실천방안

2.1 미국

미국은 1970년대 이후 막대한 자원을 투입하면서도 국민의 건강수준이 뚜렷한 상승이 나타나지 못하는 결과로 인하여 국가적 차원의 전략 수정을 시도하게 되었고, 이에 핵심이 된 것이 이른바 ‘건강증진’ 개념이라 할 수 있다. 이러한 전략의 변화에는 1960년대 이후의 인플레이션과 경기 후퇴로 인한 정부 예산지출의 부담, 건강문제에 대한 의식의 변화, 의학기술의 획기적 발전 등의 요인이 복합적으로 작용하였다[12]. 이러한 상황에서 1979년의 ‘Health People’이 발표되어 건강수준 향상을 위하여 예방적 서비스, 건강보호, 건강증진 등의 3가지 영역 활동을 제안하였다. 그 후 10년마다 국가적 공중보건 및 건강증진 계획을 발표하고 이를 달성하기 위한 주요 중점 과제 및 모니터링에 대한 세부계획을 수립하고 있는데 다른 국가에 비하여 이 계획에 대한 수립 과정이 상대적으로 장기적이고 다양한 인구집단과 조직이 이 작업에 참여하는 점이 특징이라 할 수 있다.

최근에는 2010년 12월에 ‘Healthy People 2020’이 수립되었는데, 여기에는 가족계획과 아동·청소년의 건강, 건강서비스 사업 등 42개의 사업영역에서 600여개에 달하는 중점과제가 선정되었다. 그리고 모든 인구집단의 건강을 증진함과 동시에 생애의 모든 주기에서 건강한 성장발달과 생활습관, 삶의 질의 향상 등을 총괄목표로 하였다. 이것에 대한 달성 여부를 평가하기 위해 인구집단(인종별, 성별, 사회경제적 상태별 등)의 건강 격차 및 형평성을 측정하고 육체적·정신적·사회적 건강 관련 삶의 질, 만성질환 등을 평가지표를 함께 제시하였다.

특히, 미국의 여성건강 분야의 기반구조가 가진 주요 특징 중 하나는 여성건강과 관련된 연구뿐만 아니라 전

문 인력의 양성 및 교육에 대한 정부의 의지가 상당히 강하다는 평가를 받는다는 것이다[3]. 1996년부터 국립여성건강센터(The National Centers of Excellence in Women’s Health)를 설립하기 시작하여 현재는 대부분의 주에서 이 센터를 운영하고 있다. 이 센터는 여성의 료서비스에 대한 접근성을 높이고자 서비스 전달 체계를 개선하고, 보건부문에서의 여성 요구에 부합하는 통합적 프로그램을 개발하고 있으며, 특히 산모의 임신 중 건강영향 연구와 영아의 건강발달에 사회적 관심을 도모하고 있다. 이 센터는 여성건강 분야의 제도적인 변화를 위한 촉매제로써 여성건강 전 분야에 걸쳐 긍정적인 영향을 미쳤으며, 여성 건강을 새로운 학문 분야로 확립하는데 기여하였다.

1998년에는 ‘여성 건강과 암 권리 법안(Women’s Health and Cancer Right Act of 1998)’을 제정하여 다양한 형태의 의료보험에서 유방절제술과 같은 여성과 관련된 특정 서비스를 반드시 제공할 것을 강제하고 있다. 모든 여성들이 이러한 서비스를 받을 수 있도록 최소한의 기준으로 운영되고 있으며, 각종 임상연구에서도 성별에 따른 정보를 얻을 수 있는 방식으로 연구를 수행하도록 규정하고 있다.

2.2 일본

일본은 중장기적인 국민건강증진운동으로 2000년부터 ‘건강일본 21’을 추진하고 있다. 이 ‘건강일본 21’은 경영학에서 이용되어 온 목표관리 방법을 보건의료부문에서 응용한 것이다. 건강정책에서 목표설정이나 검진서비스 등의 보건정책을 시행함에 있어서 지금까지 축적되어 온 과학적 지식을 이용하여 종합적으로 평가하고 나온 결과에 따라 시행해야 한다는 인식 즉, 근거중심보건의료(EBH: Evidence Based Healthcare)의 생각이다[13]. 현재는 2003년도 규정된 건강증진법을 통하여 ‘건강일본 21’을 효과적으로 추진하고 있다. 국민들의 다양한 계층으로 구성되는 국민회의가 설치되어 있고, 이 취지에 찬성하는 민간단체로 구성된 ‘건강일본 21 전국연합회의’가 구성되어 활동하고 있다. ‘건강일본 21’은 건강을 증진하여 인구집단의 유병률을 줄이고 건강수명을 연장하기 위하여 정부뿐만 아니라 파트

너십으로 대표되는 각종 단체의 기능을 활성화시킴으로써 건강한 사회 구현을 위한 환경을 적극적으로 구축해 나가고 있다[14].

이외에도 2009년 일본 정부는 국제적인 금융 위기에 직면하였지만 국민이 미래에 희망을 갖고 일하며, 질환에 노출되어도 의료혜택을 받을 수 있을 것이고, 아이를 안심하고 낳고 기를 수 있는 사회보장 방안(5가지 안심 플랜)을 발표하였다. 이 과제에서는 저출산 대책이 중요한 부분을 차지하는데 '미래를 짊어질 아이들을 보호하고 키우는 사회구축'을 비전으로 제시함으로써 저출산 정책 추진에 대한 강력한 의지를 보이고 있다[15]. 기존 저출산 대책이 기존자 중심적임을 반성하고 저출산 문제는 미혼, 만혼, 비혼화와 깊은 연관이 있으므로 연애와 결혼을 고려한 정책적 대응을 하였다.

또한, 고령 출산의 증가와 같은 사회적 변화에 맞춰 학교 수준에서 임신이나 불임치료에 대한 정확한 지식을 전달하여 임신과 가족 형성에 대한 인식을 널리 보급하였으며, 불임치료에 대한 표준화 제고 및 연구를 강화 하였다. 이 과정에서 무분별한 시술을 제한하기 위해 보조생식술을 적용하기 위해서는 법률적인 혼인 관계이어야 하며, 간접적인 대리모 금지 등의 가이드라인을 규정하고 있다³⁾. 임신부의 충실한 건강관리와 경제적 부담을 경감하기 위해 임신건강진단에 대한 지원을 확대하여 10회 이상의 건강검진 비용을 지원받을 수 있도록 정부지원을 확대하고 있다.

III. 현행 건강증진 방안 및 문제점

1. 국민건강증진종합계획 2020(HP 2020)

한국에서는 1995년에 제정된 '국민건강증진법'에 의거하여 국민건강증진종합계획을 수립하고 있다. 지난 2002년도에 제1차 국민건강증진종합계획이 수립된 이후에 2005년의 제2차 및 2010년의 제3차 건강증진종합계획이 수립되었다. 심혈관 질환, 각종 암 등의 만성질

환으로 인하여 국민의 주요 사망 원인이 됨에 따라 예방을 중심으로 한 보건정책과 사업이 더 절실히 요구되었기 때문에 이러한 중장기적인 계획을 수립하게 되었다[16].

2011년도에 시작된 제3차 국민건강증진종합계획은 장기적이고 종합적인 틀 안에서 건강증진정책과 함께 정책영역간의 연계를 통한 사업 추진상의 서비스 질 향상, 고객의 건강욕구에 부응하는 서비스의 제공 등을 강조하였다. 이 계획의 비전은 '온 국민이 함께 만들고 누리는 건강세상'으로 각 구성원의 적극적인 자기건강관리 참여를 도모하며, 건강은 국민의 기본권으로서 평등하게 누릴 수 있다는 개념이 적용되고 있어[17] 궁극적으로 건강수명의 연장과 건강 형평성의 제고를 지향한다.

제3차 건강증진종합계획의 전체적인 방향은 정책영역을 기준으로 건강생활실천 확산, 인구집단별 건강관리 강화 등의 총 6개 영역으로 요약될 수 있다. 이러한 영역 중에서 인구집단별 건강관리 분야에서 모성 건강에 대하여 논의하고 있다. 우선, 모성 지원을 위한 대책으로 고령 임신 및 고위험 임신부 건강관리 강화, 분만 취약지역 해소를 위한 투자 확대, 불임(난임) 부부 임신 및 출산을 위한 의료적·사회적 지원체계 구축 등이 강조되고 있다. 이는 모성의 건강행위 실천과 주산기 관리를 강화하여 임신부 및 태아의 건강 위험요소를 예방함으로써 건강한 출산을 도모하고 장애발생을 최소화하며, 모성의 사망률 감소를 목적으로 한다⁴⁾.

이러한 정책은 무엇보다 특정 시기에만 적용되기보다는 보편적이면서 장기적이고 종합적인 틀에서 통합적인 정책 추진이어야 한다. 따라서 정책영역간의 연계를 통한 사업추진상의 효율성 증대와 서비스의 질 향상, 건강욕구에 부응하는 서비스의 제공 등을 기하는 정책을 수립할 필요가 있다.

2. 모성 건강증진 정책

2.1 모성 건강증진 정책목표

3) 보조생식술은 불임을 극복할 수 있는 최적인 시술이지만 인간의 생식세포와 배아를 다룬다는 점에서 다른 의학적 기술보다 윤리적·법적 측면에서 제반규제와 법률이 필요하고 이러한 특성 때문에 여러 논쟁이 일어나고 있다.

4) 모성사망률(출생 10만명당)을 2006년 15명에서 2020년 9명으로 감소시키고, 제왕절개분만 비율을 2008년 36%에서 2020년 30%로 감소시키는 것을 목표로 한다.

모성 건강증진의 주축이 되는 모자보건사업의 정책 목표는 모성 및 가임기 여성의 신체적·정신적 건강증진, 건강에 대한 예방적 투자를 통한 인적 자질 향상, 그리고 이 사업의 원활한 추진을 위한 지원 및 전달체계 구축 등이다. 이를 위해 정부는 1973년 ‘모자보건법’을 제정하고 모성 및 영유아의 건강증진을 위하여 법적·제도적 기반을 마련하였으며, 사업재원을 확충하여 다양한 프로그램을 개발하고 발전시켜 왔다. 1991년에는 ‘영유아보육법’을 제정하여 보호자가 근로 또는 질병 기타 사정으로 인하여 보호하기 어려운 영유아의 심신 보호와 건전한 교육을 통하여 건강한 사회성원으로 육성함과 아울러 모성의 경제적·사회적 활동을 원활하게 하여 가정의 복지증진에 노력하고 있다.

그리고 1995년 제정된 ‘국민건강증진법’을 기반으로 개인별 건강증진사업을 추진하고 있고, 2000년에 제정된 ‘보건의료기본법’에서 국가와 지방자치단체의 생애주기별 건강관리의 필요성을 규정하였다. 모성 건강증진서비스는 모자보건사업 틀 내에서 확대되어 독자적인 사업체계와 사업내용들이 갖추어져 왔다. 그러나 ‘보건의료기본법’에서 국가와 지방자치단체는 건강한 자녀의 출산과 양육의 지원 등 여성과 어린이의 건강을 보호하고 증진하기 위하여 필요한 시책을 강구해야 함을 규정하고 있지만, 이는 다양한 영역에 걸쳐 젠더 관점이 통합된 것이 아니고 전통적인 복지의 요보호 대상으로서의 여성과 어린이의 건강보호 및 증진 언급에 그치고 있다는 비판이 제기되었다.

정부는 2005년 ‘저출산·고령사회기본법’을 제정하고 이른바 ‘새로마지(새로 맞이하는 행복한 출산과 노후) 플랜 2010’을 수립하여 저출산 극복을 위한 출산지원과 차세대 인구자질 향상 관점에서 모성 건강증진사업을 전개하고 있다. 건강보험제도를 통해서도 자연분만, 모자동실 입원료 및 모유수유 관련 건강보험 수가를 책정하고 모성보호 및 영유아 건강증진을 위해 수가를 상향 조정한바 있으며 일부 산전검진과 정상 분만에 따른 본인부담금을 면제하는 등 의료 접근성 향상과 형평성을 추구하고자 하였다.

2.2 모성 건강증진을 위한 전략

2.2.1 ‘가임기 여성’으로의 모성 개념 확대

임산부에 국한하여 정의했던 모성 개념에 대하여 2008년부터는 임산부와 가임기 여성으로 확대하여 그들에게까지 전문적인 보건의료서비스 및 그와 관련된 정보를 제공하였고, 신체적·정신적·사회적으로 건강을 유지하며 가임기 여성의 생식건강 관리와 임신 및 출산, 양육을 지원할 수 있도록 개선하였다.

그러나 가임기 여성들이 확대된 건강지원정책에 느끼는 정도는 아직 미흡하다. 저출산 문제와 관련하여 여성들을 대상으로 의견조사(복수응답 허용)를 한 결과, 교육정책의 개선(45.2%)과 출산관련 복지혜택 강화(40.9%) 등을 가장 많이 응답하였다[18]. 특히 출산에 필요한 의료검사 및 의료서비스에 대한 지원 등의 출산관련 복지혜택에 대한 응답은 주로 20대(50.6%)와 미혼자(44.5%)들에게서 높게 나타났다⁵⁾. 이미 출산을 경험한 여성들보다 향후 출산을 예정한 여성들이 출산관련 복지정책의 필요성을 더 절실하게 느끼고 있음을 확인할 수 있다. 이는 모자보건제도권 밖에 있었던 미혼 여성과 비임신 여성의 생식건강과 영유아의 건전한 양육에 대한 공공지원이 더욱 강화해야 함을 보여주는 것이라 할 수 있다.

이와 함께 한국 사회에서 증가하고 있는 고령 임신부에 대한 준비가 요구된다. 고령 임신과 출산은 상대적으로 저체중아, 조산아 출생 또는 난임(불임) 등의 여러 문제점이 발생할 경우가 높다는 것은 부인하기 어려운 사실이므로 이들을 위한 대책이 조속이 마련되어야 한다.

2.2.2 가임기 여성의 생식건강 증진

2010년 정부가 가임기 여성을 대상으로 인공임신중절 실태조사를 한 결과 연간 약 총 17만건의 임신중절이 발생한 것으로 추정하였는데 이것은 2008년 24만건에서 약 30% 감소한 것이다. 또한 인공임신중절률은 2008년 21.9건에서 2010년에는 15.8건으로 나타나 약 28% 감소한 것이다[19]. 이 같은 인공임신중절의 감소

5) 출산 관련 복지혜택의 강화를 응답한 여성들의 연령별 비율은 20대(50.6%), 30대(39.3%), 40대(33.1%)로 나타났고, 미혼과 기혼은 각각 44.5%와 37.6%로 조사되었다.

요인으로는 가임기 여성 수와 임신능력 감소로 인하여 실질적 임신 가능인구는 감소 추세이지만 정상출생 비율은 증가한 것이 주된 이유로 보인다. 이외에도 계획 임신, 의료계 자정활동, 시술 위해성 인식 확산, 응급피임약 보급 증가로 효과적인 피임방법의 선택과 실천, 정부의 예방정책 등이 복합적으로 작용했을 것이다.

2010년 기준으로 인공임신중절 비율은 기혼여성이 57.1%로 더 높았으며, 인공임신중절률 또한 기혼여성(17.1건)이 미혼 여성(14.1건)보다 다소 높은 것으로 나타났다. 하지만 기혼여성의 인공임신중절률은 2008년 28.1건에서 2009년 20.7건, 2010년 17.1건으로 지속적인 감소세를 보였으나, 미혼여성의 중절률은 2008년 13.9건, 2009년 12.7건으로 다소 줄었으나, 2010년에는 14.1건으로 다시 증가세로 나타나 미혼 여성의 임신중절 문제에 대한 관심 제고가 필요한 것으로 조사되었다. 여전히 가임기 남녀를 대상으로 한 생식건강증진 대책은 선연적 지침에 불과하여 실질적인 성과는 거두지 못하는 것으로 볼 수 있다.

이에 정부는 생명을 존중하는 사회 분위기를 조성하고 불법적인 인공임신중절을 예방하기 위한 '불법 인공임신중절예방 종합계획'을 발표하였다. 여기에는 여성계는 물론 종교계, 의료계 등 사회 각계각층이 참여하는 사회협의체를 구성하고, 향후 민간주도의 사회운동으로 유도해 나갈 계획이 포함되어 있다. 특히 10~20대 미디어 세대의 특성에 맞게 피임방법 등 생식건강정보를 제공하기 위한 온라인용과 스마트폰용 소프트웨어를 개발해 무료로 보급하였고, 생식정보를 바탕으로 피임시기와 방법 등 임신관련 정보의 자동알림, 구체적 피임실천법 등의 정보를 최신 IT활용중심으로 제공하고 있다.

실질적으로 이번 종합계획을 통하여 여성의 생식건강 안정과 개선을 기대하기에는 한계점이 있지만, 최근 뜨거운 쟁점으로 부각된 인공임신중절문제를 사회적으로 공론화하여 통합적으로 해결하기 위한 고민을 담은 점은 긍정적으로 평가할 수 있을 것이다. 또한 인공임신중절에 대한 예방측면에 초점이 맞춰져야 하며, 실질적인 피임교육과 함께 정책마련에 필요한 지속적인 실태조사가 진행되어야 한다. 임신과 출산, 육아와 관련된

사회적 여건을 같이 개선하고 남성에게도 공동책임이라는 인식을 확대 강화하는 것도 필요하다.

2.2.3 모성건강의 생활실천

한국은 보건의료시설, 재화, 서비스 측면은 OECD회원국 중에서 높은 수준이지만, 보건의료의 공공성이 낮고 국민의 경제적 부담이 아직 크게 작용하고 있어[20] 건강을 지키기 위해 일상생활 속에서 건강실천을 도모하는 방안이 더 바람직하다. 모성 건강증진을 위해 주요 연구에서 나타나는 모유 수유, 흡연, 음주, 영양 및 운동 등에 대해 살펴보면 다음과 같다. 우선, 모유 수유는 모성과 영유아 모두에게 중요한 건강 문제이다. 세계보건기구는 모성과 영유아의 건강 향상과 건강불평등을 줄이는 방법으로 모유 수유의 보급률을 늘리는 정책을 권고하는데 모유 수유는 그들의 장기적인 건강보장과 관련되어 있다[21]. 2011년에 미국 덴버에서 열린 소아과학회 연례학술회의(Pediatric Academic Societies annual meeting in Denver)에서 프랑스의 기뤼테(Guy Putet) 박사는 모유 수유가 그들의 건강에 장기적으로 좋은 영향을 미친다는 연구결과를 발표하기도 하였다.

한국 사회에서 모유 수유를 증가하기 위해서는 모유 수유에 대한 대중의 태도를 바꿀 필요가 있다. 특히 동료 간 지지 요소를 포함할 경우에는 여성의 모유 수유 개시율을 증가시키는 결과가 있으며, 성공적으로 모유 수유한 여성과 계속적으로 접촉하기 때문에 효과적인 역할 모델이 된다[22]. 또한, 산후휴가 제도 등은 모유 개시와 지속기간에 영향을 미치므로 산후휴가 제도의 변화가 필요하다. 스웨덴과 노르웨이 등의 북유럽 국가들은 산후휴가로 여성이 장기간 쉴 수 있도록 함으로써 모유 수유의 개시와 지속기간을 증가시킬 수 있었다[23]. 이것은 출산 한 여성의 경우에는 직장으로 돌아갈 시간을 늦추는 것이 모유수유를 더 오래 하게 한다고 할 수 있다. 한국에서도 모유 수유를 증진시키기 위한 국가적 차원의 전략 마련과 이를 추진하기 위한 다양한 사업의 필요성이 요구되고, 기업의 적극적인 참여가 필요하다.

임산부가 직접흡연 또는 간접흡연을 하게 되면 비흡

연자보다 자연유산율이 1.5배 높아지며, 조산 가능성도 3.3배 높아져 미숙아 출생 확률이 높아진다. 흡연은 남성은 물론 여성의 생식계 건강을 해치는데 여성 흡연은 비흡연 여성에 비해 1/3이상 임신될 확률이 낮아진다[24]. 여성 흡연율이 높아지는 것도 심각하지만 더욱 문제가 되는 것은 첫 흡연시기가 갈수록 빨라짐으로써 청소년 더 나아가 아동기에서부터 흡연의 위해성에 대한 교육 필요성이 제기된다. 다행히 정부 주도의 흡연예방 및 금연정책을 ‘2010 국민건강증진종합계획’에 의거하여 평가한 결과 청소년의 최초 흡연시도 및 매일 흡연을 하는 시작 평균연령의 하향 억제에 대해서는 목표를 달성하여 장기적으로 흡연을 저하할 보일 수 있는 기반은 마련되었다고 평가하고 있다[25]. 또한 금연정책을 위한 보건규제는 ‘국민건강증진법’의 일부 조항에 여성 또는 청소년을 대상으로 한 간행물에는 담배광고를 할 수 없다는 내용 등으로 한정되어 있어 적극적 금연정책 추진에 어려움이 있다.

흡연과 함께 문제되는 알코올 섭취는 대부분의 연구에서 많은 질환과 사망을 야기한다는 일관된 결과를 보이고, 사고나 중독으로 인한 사망의 중요한 기여 요인으로 보고 있다[26]. 또한, 음주 시작 연령은 생애 알코올 의존율과 관련이 있음이 나타났고, 알코올 오용의 비용은 반사회적 행동과 건강에 대한 손상, 생식력 손실 등을 포함해 연간 200억 파운드에 달한다는 영국에서의 연구결과가 있다[27]. 산모가 알코올을 흡수하는 경우에는 95%가 태반을 통해 전달되어 태아의 두뇌 발달에 심각한 영향을 미쳐 ‘태아 알코올 증후군(FAS: Fatal Alcohol Syndrome)’ 가능성을 높이며, 출생 직후 또는 성장과정에서 이차적으로 신체적 이상과 행동발달 장애가 발생할 수 있다. 질병관리본부에서 조사한 여성 월간 음주율은 2012년을 기준으로 44.9%이고, 고위험 음주율(최소 소주 5잔 이상을 마시는 술자리가 주 2회 이상)도 8.5%에 이르러서 임신 전후 금주 교육의 중요성이 대두된다.

이외에도 2010년 제정된 ‘국민영양관리법’에서 영양취약계층인 임신부 및 영유아에 대한 영양관리사업을 국가 및 지방자치단체에서 실시하도록 규정함으로써 2005년부터 시범사업으로 운영 중이던 영양플러스사업

수행에 대한 명확한 법적 기반이 마련되었다. 이 사업은 최저생활을 보장하기 위한 복지 또는 구호적 측면에서의 지원과 구별되며, 건강과 관련된 위험요인을 가진 국민에 대해 그 위험인자를 감소시키거나 제거하고 교육과 상담을 통하여 스스로 식생활을 관리할 수 있는 능력을 배양하여 건강을 증진시키고자 하는 공공보건 향상 차원의 사업이라 할 수 있다.

또한, 규칙적 신체활동을 촉진하는 환경에서 질환을 예방하고 건강 체력을 증진시켜야 한다. 특히 가임기 여성의 경우 적절한 신체활동은 전반적인 신체능력 향상은 물론 유방암과 자궁암 발생률을 감소시켜준다[28]. 현대사회의 특성상 만성질환이 증가하고 있고, 이에 대한 대비는 젊은 시절부터 예방적 차원의 접근이 필요하며, 질환이 발병하더라도 합병증으로 진행하지 않도록 지속적인 관리가 필요하므로 운동을 습관화하여 건강향상을 도모해야 한다.

이와 관련한 정책에 대해서 현재 중앙 정부와 각 지방자치단체에서 임신부를 위한 다양한 정책을 추진하고 있지만, 지방자치단체별로 제정여건이 크게 다른 상황에서 추진하는 정책 역시 큰 차이가 있게 되므로 임신부를 위한 필수적인 보건 및 복지서비스는 입법을 통해 해결하려는 노력이 요구된다. 즉, 각 지방자치단체별로 건강정책을 집행할 수 있는 재정 상태 등의 차이가 상당하므로 최소한의 필수적 서비스는 표준화하여 거주지와 상관없이 누구나 기본적인 서비스에 접근할 수 있도록 입법적 노력이 필요하다.

2.2.4 모성의 정신건강

임신과 출산에 따른 우울 등의 정신적 문제는 여성에게 발생하는 가장 흔한 문제이면서 중요한 건강문제 중 하나임을 인식하여야 한다. 이러한 우울과 불안으로 인하여 증가되는 심리·사회적 스트레스는 건강 문제를 야기하게 된다[33]. 임신 중 우울은 임신부로 하여금 부적절한 산전관리, 영양결핍 등을 초래할 뿐만 아니라 태아의 발달 장애나 조산의 확률이 높아지고, 출산 후 아동의 사회·심리적 기능의 저하와 행동문제의 증가와 연관이 높은 것으로 알려져 있으며, 산후 우울증 등은 생리적 변화나 생물학적 원인보다는 심리·사회적인 원인

들이 더 큰 영향을 미치게 되므로[34] 이를 위해 가족뿐만 아니라 사회적 측면에서의 고민이 함께 요구된다.

IV. 모성 건강증진 정책의 나아갈 길

1. 필수 서비스의 표준화 및 접근가능성 제고

모성의 건강증진을 위해서 필수적인 보건의료 서비스 규정의 명문화화를 통하여 표준화된 보건서비스를 제공하며, 보다 서비스의 내실화를 도모하는 방안이 요구된다. 대도시와 농촌지역 등 지역별 차별 출산력이 뚜렷이 나타나므로 각 지방자치단체별로 특성화된 서비스 지원과 그에 따른 대책이 필요하겠지만[29], 필수적인 서비스는 전국의 모든 지역에서 표준화하여 임신한 여성뿐만 아니라 가임기 여성들이 일상에서 건강한 생식을 유지할 수 있어야 한다.

또한, 저출산에 대한 각종 대책이 중앙정부와 지방자치단체로 이원화되어 있는 상황에서 필수적인 임신 관련 건강 및 교육정책을 명문화화하면서 이것을 바탕으로 다양한 콘텐츠를 개발하고 보급하여 누구나 손쉽게 서비스에 대한 접근이 가능하도록 할 필요가 있다. 이러한 과정에서 저출산 현상의 원인별로 수요자들의 요구에 맞는 건강증진 지원정책이 수립되어야 하고 동시에 임신과 출산, 양육을 종합적으로 지원할 수 있는 시스템을 구축하여 지역에 따라 차별적인 지원을 받지 않고 모든 모성들이 필수적인 서비스를 활용할 수 있도록 해야 할 것이다.

2. 태아프로그래밍(Fetal Programming)

임신 기간 중 좋은 영양 상태의 중요성에 대해서 일깨워 주는 연구 분야인 ‘태아 프로그래밍’은 산모의 전체적인 건강 상태가 태아의 건강에 지속적으로 영향을 미치는 것을 강조하고 있다[30]. 임신기간 중의 영양섭취는 우리가 생각했던 것보다 산모와 태아에게 더 결정적일 수 있다. 즉 태아가 동안의 영양상태가 한 개인의 두뇌개발과 신체구성의 변화, 각종 질환의 위험 등의 평생건강에 지속적인 영향을 미친다는 사실이 입증되고 있고, 결국 건강한 임신을 위해서는 좋은 영양섭취

가 중요함을 확인시켜 준다[31].

결국, 태아기 때부터 성인질환이 유래한다는 태아 프로그래밍은 저체중출생아의 적극적인 치료로 성인질환의 다수를 예방할 수 있다는 것을 시사해줌으로써 현재와 같은 저출산 시대에 있어서 매우 중요한 관심사라고 할 수 있다[32]. 이런 태아 프로그래밍은 선진국에서는 출산 문제를 포괄하는 예방의학의 기초가 되고 있지만, 우리는 국가차원에서 앞으로 더욱 발전시켜야 할 부문으로 임신 전 가임기 여성에 대한 영양학적인 관리와 교육을 통하여 태아의 건강과 나아가 미래 국민 건강을 보장받을 수 있을 것이다.

3. 심리·사회적 건강지원

산전·후의 생활 속에서 느끼는 우울 및 불안, 사회적 소외를 없애고 모자의 상호작용을 증진시키는 중재는 임신부 개인에만 초점을 둘 것이 아니라 가족과 사회를 중심으로 하는 중재법이 필요하다. 영국에서의 ‘지역사회 어머니 프로그램(Community Mother’s Programme)’처럼 비슷한 배경을 가진 친근한 지역 여성과의 상담을 통한 친교 확보와 건강관리, 영양, 아동의 전반적인 발달 등 부모 역할 경험을 포함한 정보의 교류를 통하여 임신부의 정신적 문제를 해결하고 자존감을 높이며 가족 구성원의 심리·사회적 건강의 안정과 향상을 모색할 수 있을 것이다. 또한, 산전·후의 건강진단과 관리 향상을 위한 방안과 가족 및 사회의 지지를 강화할 수 있는 전략을 도입하여 모성과 영유아의 건강뿐만 아니라 그들의 사회적·정서적 능력의 향상을 가져오며, 더 나아가 가족과 사회의 역량을 강화하기 위한 프로그램의 도입과 시행이 조속이 이루어져야 할 것이다.

4. 난임(불임)에 대한 지원

저출산을 타개하기 위한 정부의 여러 정책은 가임기의 모든 여성을 대상으로 하며, 고령 임신부, 난임(불임)여성에게는 추가적이고 차별적인 정책이 요구된다. 고연령 임신에 대한 부정적 영향에 대한 두려움으로 출산을 기피할 필요는 없다. 계획임신을 통하여 사전에 철저한 준비와 건강관리를 함으로써 출산과 관련한 경제적 계획은 물론 임신에 보다 이상적이고 좋은 환경을

조성하여 태아에게 발생할 수 있는 각종의 위험을 예방할 수 있을 것이다.

이러한 고령 임신부가 증가하고 저출산 현상이 심화되면서 다각적인 출산장려정책의 일환으로 2006년부터 '난임부부지원사업'을 도입하였고, 출산에 있어서 직접적인 도움이 되어 가시적인 성과를 보인 사업이라는 평가를 받기도 하지만[11], 여성의 건강에 대한 종합적인 고려까지는 아니더라도 생식건강에 대한 고려조차도 전혀 없어서 여성의 건강을 증진하는데 기여할 수 없음은 물론 여성의 건강을 '저출산 대응'을 위한 도구화되었다는 평가를 받기도 한다[35].

더욱이 이 사업을 지원 받기 위해서는 난임시술 지원 대상자의 연령제한이 있고, 인공수정 및 체외수정에 있어서 제한적 지원을 하고 있어서 사업에 한계가 따른다. 이에 비하여 일본은 체외수정 시술에 앞서 인공시술을 먼저 거치게 유도함으로써 여성의 몸에 무리가 덜 가도록 하고 있다. 호주는 국외에서 체외수정을 무제한 지원하고, 프랑스는 인공수정 및 체외수정에 대해 건강보험에서 100% 지원하고 있다.

난임에 대한 다른 국가의 폭넓은 정책적 지원뿐만 아니라 불임으로 인한 정신적 고통과 가족 간 갈등, 사회경제적 부담을 고려할 때 불임 여성 또는 불임의심 여성이 효과적인 의료서비스 이용을 선택할 수 있도록 불임지원 정책의 확대뿐만 아니라 진단 및 시술, 치료 후 대처 방안 등에 관한 투명하고 안정된 기반이 구축되어야 할 것이다. 또한, 여성의 연령이 35세가 넘으면서 체외수정으로 인한 임신 성공률이 급속하게 떨어지므로 취약계층에 대한 건강검진 수검율을 올리면서 가임기 여성들이 실질적으로 필요한 건강검진 항목을 추가하는 등의 실질적인 방법[36]을 통해서 가임기 내지는 결혼 초기에 여성의 생식상태를 미리 검사하여 불임 가능성이 있는 여성은 관련 시술을 조기에 시행하는 것도 고려해 볼 수 있다.

5. 다른 사회체계와의 통합적 접근

세계보건기구의 제1차 건강증진에 관한 국제회의에서 발표한 Ottawa Charter에서는 건강증진을 위한 공공정책 개발을 위해 다른 분야와의 협력 활동을 제시하

고 있다[37]. 이는 중앙과 지방 또는 사회·문화·경제적 분야 등과의 다양한 방법으로 건강증진 정책이 구체화되어야 하며, 상호 연계되어야 한다는 것이다. 여러 건강증진정책을 집행하면서 그 정책의 효율성을 높이기 위해서라도 다양한 영역과의 연계가 중요하지만 한편으로는 다른 사회 영역간의 마찰이 발생할 수 있는데 이러한 마찰을 최소화하기 위해서는 여러 분야와의 전략적 기획과 더불어 파트너십을 통한 통합적인 접근이 필요하다.

이를 위해서는 건강증진의 기본적인 개념을 명확히 제시하는 것이 가장 급선무이고, 다음으로 사회 전체적인 관점에서 제도 운영의 효율성을 제고하며, 다른 분야와의 연계 및 협력을 강화하여야 할 것이다. 건강증진정책의 민간부문과의 연계는 공공기관의 역량과 가용자원, 서비스의 전문성 등에 따라서 공공과 민간이 각각의 기능을 분담하는 방법을 도입하거나, 민간위탁(Contracting Out), 보조금 지급, 민간서비스 구매권(Vouching)방식을 고려할 수 있을 것이다[38]. 또한, 각 지방자치단체에서 다수의 건강증진정책을 집행하고 있고, 임신부의 다양한 욕구를 종합적으로 반영하기 위해서 일선기관을 파트너로 인식하여 '지역적 전략 파트너십' 정책을 추진하여 참여 확대를 도모할 필요가 있다.

V. 결론

현재 한국 사회는 저출산·고령화로 대표되는 인구현상의 격랑기에 놓여 있어 어떻게 대처하느냐에 따라 우리의 미래가 좌우될 수 있다[39]. 따라서 본 연구에서는 한국의 심각한 저출산 문제를 해결하기 위해서는 고령의 임신부가 증가하고 있는 사회현상을 고려해야 하며, 이 과정에서 모성의 건강증진은 문제 해결에 있어 필수적이라고 할 수 있다. 이를 위해 주요 국제기구 및 국가에서의 전략을 살펴보았으며, 이를 토대로 한국에서의 효과적인 모성 건강증진 방안을 제시하였다. 앞으로는 모성의 건강에 대한 중요성을 제고하여 출산율과 그들의 건강수준을 동시에 개선시키는 것에 주안점으로 하는 정책이 진행되어야 할 것이며, 가임기 여성들의 건

강증진을 통하여 모성의 건강뿐만 아니라 미래의 주역인 영유아의 건강을 보장하여 국가발전의 중추적 역할을 기대할 수 있을 것이다. 이러한 의미에서 저출산 시대에 있어 모성의 건강증진 중요성은 아무리 강조해도 지나치지 않으므로 이 문제에 대해 논의를 진행한 본 연구는 충분한 의의가 있다.

모성에 대한 건강증진 정책은 저출산 현상과 관련해 장기적인 안목에서 새로이 변화하는 사회적 문제에 대응하면서 지속적으로 추진되어야 한다. 또한, 모성 건강증진에 대한 과거의 국민적 관심 부족과 사회 구조적인 문제에 대한 반성에서 출발하고, 그들에 대한 정책과 비용 지출은 미래에 대한 투자로 인식해야 한다. 이 과정에서 정부와 기업, 국민들이 각각의 위치에서 비용을 부담할 수 있는 공감대 형성이 중요하므로 모성의 건강증진에 대한 국민들의 인식을 조사하여 그 결과를 바탕으로 보완정책을 마련하는 것이 중요하다. 이러한 연구는 후속연구에서 실천하여 모성의 건강증진과 출산율 제고에 초석이 되고자 한다.

참고 문헌

[1] 통계청, *출생·사망통계*, 서울: 통계청, 2013.
 [2] W. Lutz, V. Skirbekk, and M. R. Testa, "The Low-Fertility Trap Theory," *Vienna Yearbook of Population Research*, Vol.4, pp.167-192, 2006.
 [3] 통계청, *인구주택총조사*, 서울: 통계청, 2011.
 [4] G. Dawson, S. B. Ashman, and L. J. Garver, "The role of early experience in sharpening behavioral and development and its implications for social policy," *Development and Psychopathology*, Vol.12, pp.695-712, 2000.
 [5] 조남훈, *새정부 출범에 따른 저출산 고령화 사회 정책 신규과제 발굴*, 서울: 한국보건사회연구원, 2008.
 [6] E. Haelterman, R. Qvist, P. Barlow, and S. Alexander, "Social deprivation and poor access to care as risk factors for severe preeclampsia,"

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, Vol.11, No.1, pp.25-32, 2003.

- [7] 최정현, 장재선, 김성철, "산모의 직업활동이 태아, 신생아 및 분만방법에 미치는 영향", *한국콘텐츠학회논문지*, 제12권, 제1호, pp.346-353, 2012.
 [8] 김춘숙, *여성의 임신-출산 결정에 영향을 미치는 요인*, 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문, 2008.
 [9] 이정림, "한국아동패널 1차년도 자료 분석: 한국 여성의 임신 및 출산 특성", *육아정책포럼*, 제16권, pp.17-24, 2010.
 [10] 이해정, 이광옥, 신미경, "우리나라 모자보건 정책사업 분석: 미숙아와 저체중 출생아를 중심으로", *아동간호학회지*, 제15권, 제1호, pp.81-87, 2009.
 [11] 이삼식, *저출산 원인과 파급효과 및 정책 방안*, 서울: 한국보건사회연구원, 2010.
 [12] 김동진, "미국 Healthy People 2020의 내용 및 우리나라에서의 시사점", *보건복지포럼*, 제172권, pp.94-108, 2011.
 [13] 이정수, 이원철, 이경수, 고광옥, "일본 건강증진 정책 방향: 생활습관병 대책을 중심으로", *보건교육·건강증진학회지*, 제25권, 제3호, pp.167-181, 2008.
 [14] Tanji Hohi, "일본건강증진사업 목표 및 추진전략: Health Japan 21", *보건교육·건강증진학회 학술대회 발표 논문집*, pp.55-88, 2005.
 [15] 신윤정, *최근 일본의 저출산 대책과 시사점 제5차 저출산대책 포럼 자료집*, 서울: 보건복지부, 2009.
 [16] 이상영, *국민건강증진종합계획 2020 총괄전략 수립에 관한 연구*, 서울: 한국보건사회연구원, 2009.
 [17] 최은진, "건강잠재력 확충을 위한 건강관리체계 강화: 국민건강증진종합계획 2020을 중심으로", *보건복지포럼*, 제166권, pp.37-47, 2010.
 [18] 김혜영, 선보영, 김상돈, *여성의 만혼화와 저출산*

- 에 관한 연구, 서울: 한국여성정책연구원, 2010.
- [19] 보건복지부, 인공임신중절 실태조사, 서울: 보건복지부, 2011.
- [20] 신희정, “한부모 여성가장의 건강권 지원 체험에 대한 질적 연구”, 한국콘텐츠학회논문지, 제13권, 제7호, pp.311-321, 2013.
- [21] J. S. Forsyth, P. Willatts, C. Agostoni, J. Bissenden, P. Casaer, and G. Boehm, “Long chain polyunsaturated fatty acid supplementation in infant formula and blood pressure in later childhood: follow up of a randomised control trial,” *British Medical Journal*, Vol.326, pp.953-958, 2003.
- [22] NHS CRD, “Promoting the initiation of breastfeeding,” *Effective Health Care*, Vol.6, No.2, pp.1-12, 2000.
- [23] B. Hamlyn, S. Brooker, K. Oleinikova, and S. Wands, “Infant feeding 2000: Social Service and Public Safety in Northern Ireland,” London: The Stationery Office, 2002.
- [24] J. Crofton and D. Simpson, *Tobacco: A global threat*, Oxford: Macmillan Education, 2002.
- [25] 서미경, “금연정책의 현황 및 정책과제: 국민건강증진종합계획을 중심으로”, 보건복지포럼, 제175권, pp.74-83, 2011.
- [26] D. Stanistreet and V. Jeffery, “Injury and poisoning mortality among young men are there any common factors amenable to prevention?,” *Crisis*, Vol.24, pp.122-127, 2003.
- [27] H. Graham and C. Power, “Childhood disadvantage and adult health: A lifecourse framework,” London: Health Development Agency, 2004.
- [28] 오영호, *한국의 건강보험제정의 전망과 대책 운동실천을 제고를 위한 국제심포지엄 자료집*, 서울: 보건복지부, 2012.
- [29] 최은영, *한국의 차별 출산력 분석 제6차 저출산 대책 포럼 자료집*, 서울: 보건복지부, 2009.
- [30] W. Allan, *Healthy Eating During Pregnancy*, The Harvard Medical School, 2005.
- [31] 김영주, *저출산 시대의 임신 전 관리와 태아건강 제5차 저출산 대책 포럼 자료집*, 서울: 보건복지부, 2009.
- [32] L. Myatt, “Placental adaptive responses and fetal programming,” *The Journal of Physiology*, Vol.572, pp.25-30, 2006.
- [33] 최세경, 안세영, 신종철, 장동규, “임신 중 우울증상에 대한 임상연구”, 대한산부인과학회지, 제52권, 제11호, pp.1102-1108, 2009.
- [34] 권미경, “임신 중 우울과 모-태아 상호작용”, 아동간호학회지, 제13권, 제4호, pp.416-426, 2007.
- [35] 하정옥, “숫자를 (재)생산하는 몸, 도구화된 여성 건강”, *한국여성학*, 제28권, 제1호, pp.35-69, 2012.
- [36] 최령, 황병덕, “건강보험 건강검진 대상자들의 예방적 의료서비스 이용 특성”, *한국콘텐츠학회 논문지*, 제11권, 제2호, pp.331-340, 2011.
- [37] 남은우, “IUHPE의 건강증진 사업 실행을 위한 우선순위 검토”, *보건교육·건강증진학회 학술대회 발표집*, pp.38-42, 2007.
- [38] 황나미, “건강한 생의 출발을 위한 모성 및 영유아 건강증진정책 방향”, *보건복지포럼*, 제141권, pp.5-19, 2008.
- [39] 이삼식, “인구정책의 현황과 과제”, *보건복지포럼*, 제207권, pp.41-52, 2014.

저 자 소 개

전 병 주(Byeong-Joo Jeon)

정회원



- 2002년 8월 : 동국대학교 법학과 (법학사)
- 2009년 8월 : 충북대학교 법학과 (법학석사)
- 2014년 2월 : 충북대학교 아동복지학과(문학박사)

<관심분야> : 사회보장, 노인복지, 보건의료