



2022 세계인구현황보고서

보이지 않는 사람들

의도하지 않은 임신으로 고통받는
외면당한 사람들을 위한 행동



인구보건복지협회

2022 세계인구현황보고서

본 보고서는 유엔인구기금 커뮤니케이션 및 전략파트너십국(UNFPA Division of Communications and Strategic Partnerships)의 후원으로 작성되었습니다.

편집장

Ian McFarlane

편집팀

편집자: Rebecca Zerzan
크리에이티브 디렉션: Katie Madonia
특집 기사 작성: Janet Jensen
특집 기사 편집: Lisa Ratcliffe
전자판 담당자: Katie Madonia,
Rebecca Zerzan
전자판 자문: Hanno Ranck

선임연구자문

Dr. Nuriye Ortayli

선임자문

Daniel Baker, Gilda Sedgh

연구 및 작성

Daniel Baker, Sarah Keogh,
Gretchen Luchsinger, Mindy Roseman,
Gilda Sedgh, Julie Solo

UNFPA 기술자문

Satvika Chalasani, Witness Chirinda,
Jennie Greaney, Mengjia Liang, Yann Lacayo

외부 오리지널 아트워크

Fidel Evora

오리지널 아트워크에는 여러 사진을 바탕으로 제작한 이미지가 포함되어 있습니다. 원본 자료 목록은 156쪽에서 확인할 수 있습니다.

지도 및 명칭

본 보고서에 사용된 명칭과 지도의 표시는 일체의 국가나 영토, 도시, 지역, 정부의 법적 지위 또는 국경 및 경계의 범위와 관련된 유엔인구기금의 의견을 반영하지 않습니다.

감사의 말

본 보고서를 위해 삶과 작업물을 공유해 주신 다음 분들께 감사드립니다.
Yajaira Alberto(엘살바도르), Dr. Ayse Akin(터키), Anisa T. Arab(필리핀), Theresa Batitis(필리핀), Norhaifa Bocarie(필리핀), Martha Brady(미국), Rebecca Callahan(미국), 'Dalila'(가명, 엘살바도르), Sylvia Farmer(시에라리온), Dr. Demet Gural(터키), Mangenda Kamara(시에라리온), Dankay Kanu(시에라리온), Gregory Kopf(미국), Rahmadina Talusan Malang(필리핀), Logan Nickels(미국), Lucy November(영국), Rahma Samula(필리핀), Mamusu Sesay(시에라리온), Kevin Shane(미국), Mukul Sinha(인도), Fatmata Sorie(시에라리온), Jamanya Square(시에라리온), Sittie Nashiban Tabua(필리핀), Heather Vadhat(미국)

UNFPA 미디어 커뮤니케이션 분과(Media and Communications Branch) 책임자 Selinde Dulceit와 UNFPA 기술담당자(Technical Director) Dr. Julitta Onabanjo, UNFPA 성재생산보건분과(Sexual and Reproductive Health Branch) 분과장 Anneka Knutsson께서 보고서 초안에 가치를 매길 수 없는 통찰력을 제공해 주셨습니다

특집 스토리 및 기타 내용 개발을 지원하거나 기술적 도움을 제공해 주신 아래의 유엔인구기금 동료 및 세계 각지의 후원자들에게 감사드립니다.

Agnes Chidanyika, Jens-Hagen Eschenbaecher, Sonia Gilroy, Lourdes Gordolan, Mario Iraheta, Rebecca Moudio, Margarita O'Farrill, Priyanka Pruthi, Alvaro Serrano, John Sesay, Walter Sotomayor, Federico Tobar, Roy Wadia

UNFPA 인구개발분과(Population and Development Branch)에서는 이 보고서에 첨부된 지표 파트의 데이터와 전반적인 기술적 도움을 제공해 주었습니다.

편집팀에서는 보고서 작성에 기여해 주신 Jonathan Bearak와 Anna Popinchalk를 비롯한 Gutmacher Institute의 연구원 여러분, Vladimira Kantorova를 비롯한 UN 경제사회국(United Nations Department of Economic and Social Affairs)의 인구부서(Population Division) 전문가 여러분, Stephen Kisambira, Joseph Molitoris, Karoline Schmid, 사우샘프턴대학교(University of Southampton)의 대학원 연구원 Ann Garbett, 그리고 Jessica Williamson을 비롯한 Avenir Health의 전문가 여러분께 감사의 말을 전합니다. 선임 편집자 Richard Kollodge는 보고서 작성 과정에서 중요한 역할을 해 주셨습니다.

출판 및 웹 인터랙티브 디자인 및 제작: Prographics, Inc.

용어에 관한 설명

의도하지 않은 임신에 대해 이야기할 때에는 표현이 중요합니다. 의도하지 않은(unintended) 임신은 원치 않은(unwanted) 임신과 같지 않으며, 임신부는 어머니와 같지 않습니다. 임신한 사람이 모두 여성과 소녀인 것도 아닙니다. 트랜스젠더 남성과 논바이너리 또한 임신이 가능하고 실제로 임신을 합니다(Clements, 2018). 이들은 심각한 여러 장벽으로 인해 성과 재생산 보건이나 피임을 편견 없이 이용하기 어렵고, 의도치 않게 임신을 할 위험이 높습니다. 하지만 이 보고서에 사용된 자료는 대부분 여성이나 소녀를 대상으로 하는 연구와 조사에서 가져온 것입니다. 이 자료로부터 내리는 결론을 다양한 젠더를 가진 사람들에게 적용한다면 자칫 부정확한 정보를 제공하거나 성소수자의 문제를 지우는 결과로 이어질 수 있습니다. 따라서 이 보고서는 대체로 여성과 소녀가 마주한 임신의 위험에 대해 이야기하되 많은 곳에서 다양한 젠더를 가진 사람들 또한 같은 위험을 겪고 있다는 사실을 인정합니다. 또한, 이 보고서에는 '의도하지 않은 임신', '원치 않은 임신', '계획하지 않은 임신', '미충족 수요' 등의 용어가 가진 의미를 전달할 수 있도록 본문에 용어의 정의가 포함되어 있습니다.



모두를 위한 권리와 선택의 보장



2022 세계인구현황보고서

보이지 않는 사람들

의도하지 않은 임신으로 고통받는
외면당한 사람들을 위한 행동



인구보건복지협회

목차

서문4
정의6



제1장

보이지 않는
눈앞의 위기

9쪽

집중 분석: 의도하지 않은 임신과 그 결과에 영향을 미치는 요인의 구조 17

제2장

분명한 증거:
의도하지 않은
임신은 개발 부족과
연결되어 있다

19쪽

집중 분석: 청소년 임신과 선택... 30

특별 취재: 선택이라는 환상, 청소년 임신 34

제3장

모든 여성이 위험하다:
행위주체성의 침해는
의도하지 않은 임신으로
이어진다

37쪽

특별 취재: 폭력과 강요, 행위주체성의 박탈 48

특별 취재: 피임이 실패할 때 52

집중 분석: 피임의 효과, 부작용, 그리고 이익 58

설문조사: 질문과 답변 60



제4장

선택을 막는 장애물

67쪽

특별 취재: 새로운 남성용 피임 수단, 왜 오래 걸리나? 70

특별 취재: 변화를 위한 계획 86

집중 분석: 여성이 의도하지 않은 임신을 피할 수 있도록 하는 법과 정책 88

제5장

의도하지 않은 임신의 비용

91쪽

집중 분석: 피임 수요는 어디서 어떻게 미충족되는가: UNFPA 가족계획 프로그램 분석 자료 . 102

제6장

2030 의제의 핵심은 행위주체성이다

107쪽

지표119
 전문용어 주석138
 참고문헌143

모든 임신이 원해서 이루어지는 세상을 만드는 것은 UNFPA 사명의 핵심 중 하나다.

모든 사람에게는 신체적 자율성의 권리가 있다. 아마도 이 권리를 행사하는 데 가장 중요한 것은 임신 여부, 임신 시기, 관계의 상대를 선택할 수 있는 능력일 것이다.

자녀의 수와 출산 간격을 자유롭게 책임감 있게 선택할 권리는 지난 50여 년 동안 수많은 국제 인권협약에서 인정된 기본적인 인권이다. 50년 동안 효과적이고 현대적인 피임 수단도 크게 늘었다. 피임 도구는 현대 공중보건 분야의 가장 큰 업적에 속한다. 그렇다면 왜 거의 절반에 가까운 임신이 의도하지 않은 임신일까?

1994년, 세계인구개발회의(ICPD) 행동 프로그램(Programme of Action)에서는 여성의 권한, 완전한 평등, 그리고 자율성이 사회경제적 발전에 반드시 필요하다는 점을 인정했다. 이 목표는 2030 지속가능개발의제(Agenda for Sustainable Development)의 바탕이 된 주춧돌 중 하나이기도 하다. 2030 지속가능개발의제는 풍요로운 미래를 만드는 데 있어 성과 재생산 보건 및 젠더 평등이 가지는 역할을 인정하며, 여성과 여성 청소년이 성관계, 피임 사용, 재생산 보건에 대해 충분한 정보를 바탕으로 결정을 내릴 수 있는 행위주체성과 관련된 구체적인 지표를 포함하고 있다.

그래서 UNFPA의 활동은 여성과 소녀가 재생산 권리와 선택권을 행사하는 데 필요한 정보와 서비스의 접근성을 확대하는 데 주력한다. 재생산 권리와 선택권은 젠더 평등의 바탕이 되며, 여성과 소녀가 자신의 삶에 대해 더 큰 권리를 행사하고 잠재력을 실현할 수 있도록 돕는다.

의도하지 않은 임신에 따르는 비용이 크다는 것은 잘 알려진 사실이다. 개인의 건강, 교육, 미래뿐 아니라 보건제도 전체와 노동력 및 사회에 있어서도 비용이 발생한다. 그렇다면 왜 신체적 자율성을 보장하기 위해 더 많은 조치가 이루어지지 않았을까?

이 보고서의 주제가 어려운 이유 중 하나는 의도하지 않은 임신이 너무나 흔한 문제라는 데 있다. 거의 모든 사람들이 직접 의도치 않게 임신을 했든, 또는 그런 사람을 알고 있든, 의도하지 않은 임신과 관련된 경험을 가지고 있다. 의도하지 않은 임신은 누군가에겐 위기가 되고, 누군가에겐 뜻밖의 축복이 되기도 한다.

하지만 개인적인 맥락을 벗어나 살펴보면 의도하지 않은 임신은 근본적으로 사회적인 문제이며, 국제적인 결과로 나타난다. 따라서 이 책은 원치 않은 아이나 행복한 사고에 대한 보고서가 아니다. 모성에 대한 보고서도 아니다. 의도하지 않은 임신의 60% 이상이 중절로 이어지는 만큼 임신중절 역시 배제할 수 없는 주제이기는 하지만, 이 책은 임신중절에 대

한 보고서도 아니다. 이 보고서는 의도하지 않은 임신이 발생하기 전, 스스로 결정을 내릴 수 있는 누군가의 행위주체성이 침해되는 상황과 이로 인해 여러 세대에 걸쳐 개인과 사회가 겪어야 하는 결과에 대한 것이다.

보고서 작성자들이 직접 진행한 연구와 파트너 기관에서 제공한 새로운 자료를 살펴보면 수치와 낙인, 공포, 빈곤, 성 불평등을 비롯해 여성과 소녀가 선택권을 행사하고, 피임 수단을 찾아서 이용하고, 파트너와 콘돔 사용 여부에 대해 대화하고, 목소리를 내고, 자신의 바람과 야망을 추구할 수 있는 능력을 침해하는 수많은 요인을 확인할 수 있다. 무엇보다도 이 보고서는 세상이 여성과 소녀의 재생산 능력이 아니라 이들 자체를 얼마나 가치 있게 생각하는지에 대해 도발적이고 불편한 질문을 던진다. 여성과 소녀가 가진 가치를 그대로 인정하고 이들이 사회에 온전히 기여할 수 있도록 하려면 스스로 임신을 선택할 수 있도록 도구와 정보, 권한을 주어야 한다.

의도하지 않은 임신으로 인해 발생하는 전체적인 비용은 정량화할 수 없는 것은 물론 파악조차 불가능하다. 그러나 의도하지 않은 임신율과 낮은 인간개발지수 사이의 상관관계부터 수십억 달러에 이르는 관련 의료비용과 안전하지 않은 임신중절 및 이로 인한 모성사망까지, 어마어마한 기회비용을 지속적으로 발생시킨다는 근거 자료가 점차 늘고 있다. 안전하지 않은 임신중절은 매일 800건 이상의 모

성사망이 발생하는 주된 원인 중 하나다. 이는 세상이 그냥 감당할 수 있는 비용이 아니다.

가족계획 수요 미충족과 예방 가능한 모성사망 및 젠더 기반 폭력, 여성 성기훼손과 조혼을 비롯한 유해한 관습을 없앤다는 UNFPA의 자체 변화목표와 지속가능개발목표의 기한인 2030년이 다가오고 있다. 지금이야말로 후퇴하는 대신 여성과 소녀의 삶에 변화를 가져오고 가장 뒤쳐진 사람들을 돕는 데 박차를 가할 시점이다. 의도하지 않은 임신을 예방하는 것은 타협할 수 없는 첫걸음이다. 사람은 자신의 건강, 신체, 미래에 대해 충분한 정보를 바탕으로 실질적인 선택권을 행사할 수 있어야 더욱 풍요로운 사회와 지속가능하고 평등하며 공정한 정의로운 세상을 만드는 데 기여할 수 있다.

나탈리아 카넴(Dr. Natalia Kanem)

유엔인구기금 사무총장(Executive Director)

정의

의도하지 않은 임신과 피임의 정의는 흔히 까다롭다. 한 공동체에서 흔히 사용되는 용어를 다른 공동체에서는 이해할 수 없는 경우도 많다. 이 보고서에서는 대표적인 용어와 용법을 살펴보고, 용어에 혼동과 오해의 여지가 있거나 여러 뜻으로 사용할 수 있는 경우를 설명한다.

의도하지 않은 임신(Unwanted Pregnancy), 명사 원한 임신일 수도, 원치 않은 임신일 수도 있다.

명사

자녀를 (더) 낳을 계획이 없었던 여성의 임신, 또는 생각보다 일찍 이루어진 원치 않은 시기의 임신을 말한다. 이 정의는 임신의 결과(임신중절, 유산, 계획이 없던 출산)와 무관하게 사용된다.

동의어: 계획하지 않은 임신(Unplanned Pregnancy)

가족계획(Family Planning), 명사

임신 여부와 시기를 결정하기 위해 사용하는 정보, 수단, 방법을 말한다. 다양한 피임 수단은 물론 낳자 계산법, 금욕 등의 비외과적인 방법도 여기 포함된다. 원할 때 임신을 하는 방법과 불임 치료에 관한 정보도 포함한다.

용법 참고사항: '가족계획'이라는 용어가 수용되지 않는 집단도 있다(Paul and others, 2019).

동의어: 피임(contraception), 산아제한(Birth control)

원치 않은 임신(Unwanted Pregnancy), 명사 —

1. 여성이 원하지 않은 임신
2. (학술용어) 설문조사 결과를 기준으로 자녀를 전혀 원하지 않았거나 자녀를 더 낳고 싶지 않았던 여성에게 발생하는 임신. 이 학술적 정의에는 자녀를 (더) 낳을 계획이 없었던 여성이 임신 후 아이를 원할 수 있다는 점이 제외된다.

용법 참고사항: 원치 않은 임신을 의도하지 않은 임신의 동의어로 사용해서는 안 된다.

포괄적 성교육(Comprehensive Sexuality Education)

섹슈얼리티의 인지적, 정서적, 신체적, 사회적 측면에 대해 가르치고 배우는 교과과정 기반 교육이다. 아동 및 청소년이 자신의 건강과 행복, 존엄성을 실현하고, 서로 존중하는 사회적 관계와 성적 관계를 맺고, 본인의 선택이 자신과 다른 사람들의 행복에 미치는 영향을 이해하고, 자신의 권리를 이해하며 일생 동안 권리를 보호받을 수 있도록 지식과 기술, 태도, 가치관을 심어주는 것을 목표로 한다(UNESCO and others, 2018).

동의어: 생활기술교육(Life Skills Education), 가족생활교육(Family Life Education), 성교육(Sexuality Education, Sex Ed)

원치 않은 시기의 임신(Mistimed Pregnancy), 명칭사

1. 나중에 자녀를 가지려 했지만 당장 아이를 가지려는 의도는 없었던 시기에 발생한 임신
2. (학술용어) 흔히 설문조사 결과를 기준으로 여성이 자녀를 가지려고 했던 시기보다 2년 이상 먼저 발생한 임신으로 정의한다.

용법 참고사항: 원치 않은 시기의 임신은 보통 의도하지 않은 임신으로 간주한다.

피임(contraception), 명칭사

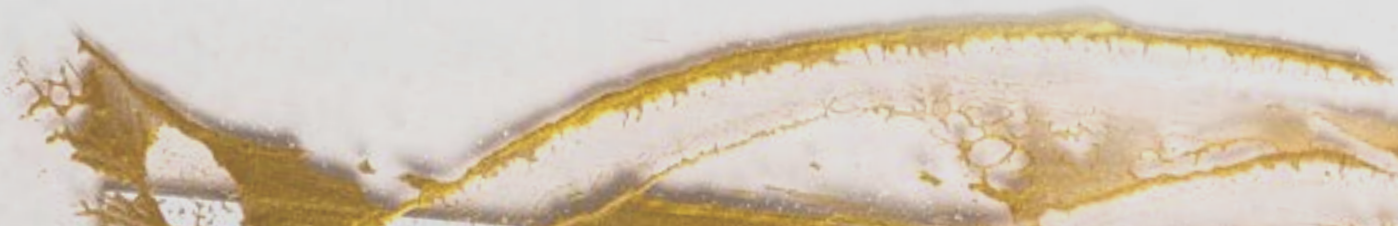
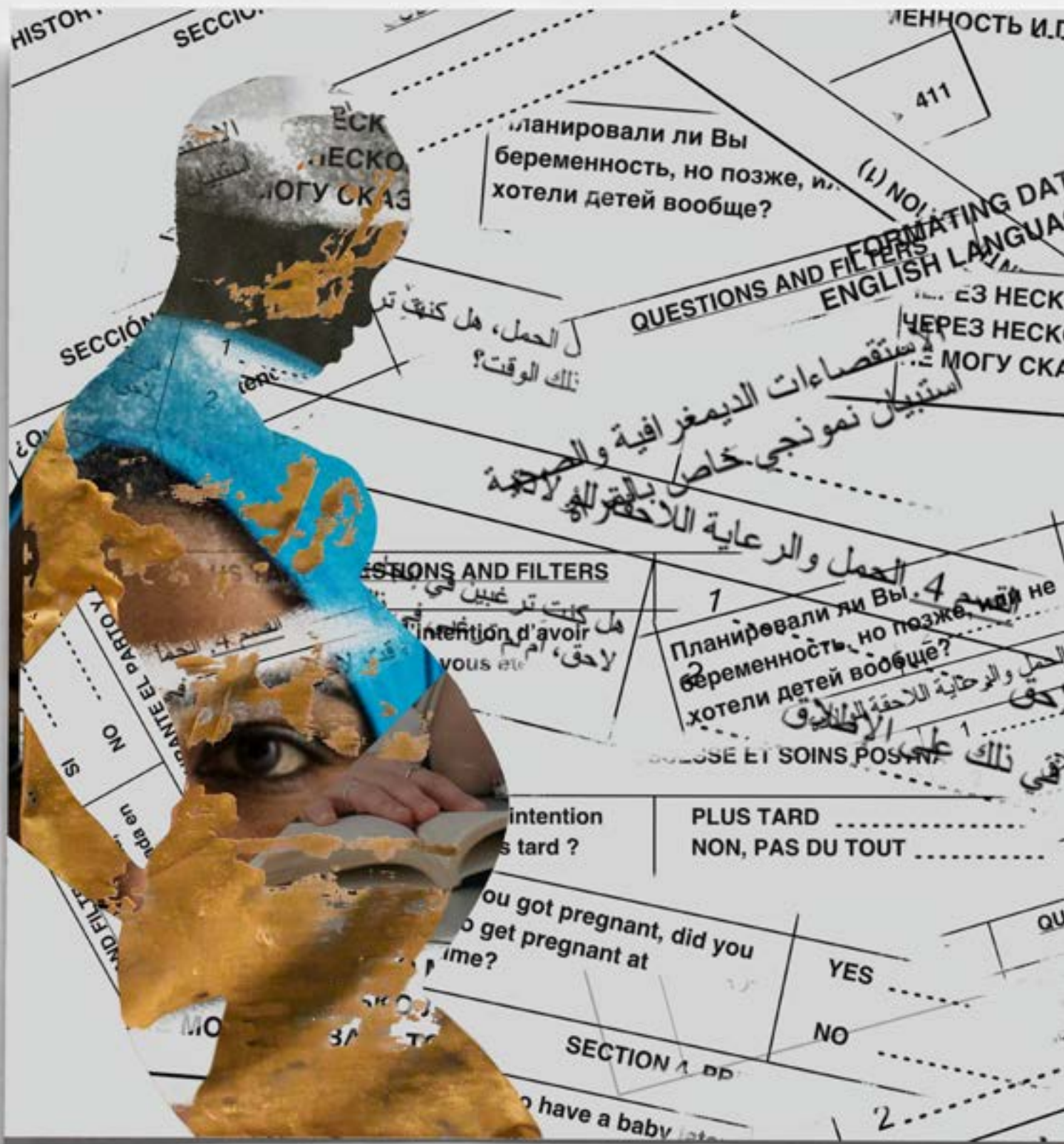
장치, 방법, 약물, 수술 등을 통해 의도적으로 임신을 방지하는 행위(Bansode and others, 2021; Jain and Muralidhar, 2011). 현대적 피임 수단은 “재생산 생물학, 올바른 사용을 위한 정확한 절차, 효과에 대한 증거를 바탕으로 하는” 피임을 가리킨다(Festini and others, 2016). 전통적 피임 수단은 그 밖의 방법을 말한다.

동의어: 가족계획(Family Planning), 산아제한(Birth control)

임신중절(Abortion), 명칭사

1. (일상용어) 수술이나 약물을 통해 의도적으로 임신을 중단하는 것. 동의어: 인공임신중절(Induced Abortion), 선택적 유산(Selective Abortion), 치료적 유산(Therapeutic Abortion)
2. (주로 의학용어) 수정의 결과물이 조기에 체외로 배아전나와 임신이 중단되는 것. 인공임신중절과 일반 유산, 즉 자연유산상을 포함한다.

용법 참고사항: 이 보고서에서 ‘임신중절’은 인공임신중절을 말한다.



제1장

보이지 않는 눈앞의 위기

절반.

여성과 소녀가 스스로 선택하지 않은 임신은 전체의 절반에 달한다 (Bearak and others, 2020).

놀라울 정도로 높은 비중이다. 신체적 자율성에서 가장 중요한 것은 임신 여부를 결정할 수 있는 능력이다. 그러나 너무나 많은 사람들은 자신의 인생을 뒤바꿀 이 결정을 스스로 내릴 수 없다.

임신 여부를 선택하고 자녀의 수와 출산 간격을 결정할 권리는 많은 국제 협약에 포함된 기본 인권이다 (UNFPA, 1994; UN General Assembly, 1989; UN General Assembly, 1979).

현대적이고 효과적인 피임 수단은 보편적인 않지만 널리 보급되어 있다. 그렇다면 왜 전체의 절반에 달하는 임신이 계획하지 않은 임신이고, 그 중 다수가 원치 않은 임신일까?

이 사실은 많은 사람들, 특히 여성과 소녀의 기본권 행사가 제한되어 있다는 점을 떠올리게 한다. 절반이라는 이 통계는 성차별이 계속해서 여성과 소녀는 물론 트랜스젠더와 논바이너리, 젠더 확장적 인구의 삶을 침범할 것임을 나타내는 신호이며, 권리와 정의, 젠더 평등, 인간의 존엄성, 전반적인 사회적 복지에서 나타나는 거대한 격차를 보여준다.

이처럼 계획하지 않은 임신과 원치 않은 임신이 빈번하게 발생하는 것을 보면 절반 이상의 인류가 가진 권리와 가능성이 얼마나 우선시되고 가치를 인정받고 있는지 의문이 떠오른다. 국제사회가 한 마음으로 바라는 건강, 교육, 젠더 평등과 관련된 개발 목표를 달성하지 못할 수도 있다는 신호 같기도 하다.

이처럼 계획하지 않은 임신과 원치 않은 임신이 빈번하게 발생하는 것을 보면 절반 이상의 인류가 가진 권리와 가능성이 얼마나 우선시되고 가치를 인정받고 있는지 의문이 생긴다 떠오른다.

외면당하는 위기, 그리고 기회

매년 발생하는 의도하지 않은 임신은 평균 1억 2,100만 건으로, 하루 331,000건에 해당한다. 세계는 기본적인 인권을 수호하지 못하고 있으며, 상황은 앞으로 악화될 것으로 보인다. 최근 자료에 따르면 세계적으로 의도하지 않은 임신율은 1990년부터 2019년까지 감소했다(Berak and others, 2020). 그러나 세계 인구가 계속해서 증가하는 만큼 결정적인 행동이 없다면 의도하지 않은 임신의 절대적인 발생 횟수는 계속해서 증가할 것이다.

개인과 공동체에 필요한 성과 재생산 보건 서비스의 제공은 기후변화, 분쟁, 공중보건 긴급 사태, 집단 이주와 같은 격변으로 인해 더욱 어려워질 것이다. 이러한 대규모 변화 앞에서 보건 시스템의 역량은 수요 증가로 인해 시험대에 오르게 될 것이다. 특히 위기 사태로 인한 피해가 크고 이미 자원과 서비스 부족이 심각한 최빈국에서는 이 현상이 더욱 두드러질 것으로 보인다(Starrs and others, 2018).

국제사회는 인류가 거대한 변화를 헤쳐나갈 수 있도록 권리 기반 로드맵을 만들었다. 2030 지속가능개발의제가 그것이다. 지속가능개발의제는 지속가능하고 포용적인 개발을 위한 프레임워크로, 세부 목표 3.7과 5.6을 통해 풍요로운 미래를 만드는 데 있어 성 및 재생산 보건과 젠더 평등이 가지는 역할을 명시적으로 인정한다. 두 세부 목표는 모든 사람들이 임신 여부, 자녀의 수, 출산 간격을 선택할 수 있는 권리와 연결되어 있다. 이

권리가 실현되면 모두가 원해서 아이를 낳고 모든 아이의 가치가 인정받을 것이다.

이 보고서에서는 자체 분석(제2장)을 통해 사회적, 경제적 개발 및 젠더 평등 수준이 높으면 의도하지 않은 임신이 적다는 강력한 상관관계를 확인했다. 의도하지 않은 임신이 개인과 사회에게 미치는 영향(5장 참고)을 생각하면 개발 측면에서 재생산권 수호 활동을 진행하는 것이 의도하지 않은 임신을 줄이는 데 필수적이라는 것을 알 수 있다.

빈곤 감소부터 모성보건 개선까지, 의도하지 않은 임신을 줄일 수 있는 다양한 요인은 그 자체로 핵심 개발 목표이기도 하다. 개발과 의도하지 않은 임신 사이의 관련성을 뚜렷하게 보여주는 사례가 바로 안전하지 않은 임신중절로 인해 개인과 보건 시스템에 대해 발생하는 막대한 비용이다. 안전하지 않은 임신중절은 권리와 개발을 모두 저해하는 문제다. 의도하지 않은 임신의 60% 이상이 안전하거나 안전하지 않은 합법 또는 불법 임신중절로 이어진다(Bearak and others, 2020). 전체 임신중절의 약 45%가 아직도 안전하지 않다는 점을 고려하면(WHO, 2020) 이는 공중보건 비상사태에 해당한다. 개발도상국에서는 매년 안전하지 않은 중절로 인해 700만 명의 여성이 입원하며(Singh and Maddow-Zimet, 2016), 매년 임신중절 후 치료에만 약 5억 5,300만 달러의 비용이 발생하고(Vlassoff and others, 2008), 연간 모성사망은 약 193,000건에 달한다(Say and others, 2014). 반면 의도하지 않은 임신과 안전하지 않은 임신중절을 줄이면 보건 시스템이 모성보건과 신생아 보건 등 포괄적인 성 및 재생산 보건 서비스에 자원을 배분할 수



© UNFPA/Fidel Evora

있다. 이러한 투자는 전반적으로 긍정적 영향을 낳는다.

중요하지만 충분하지 않은 피임

피임은 재생산 건강과 권리를 위해 가장 먼저 투자해야 할 영역에 속한다. 세계적으로 임신을 피하려는 여성 약 2억 5,700만 명이 안전하고 현대적인 피임법을 사용하고 있지 않으며, 이 가운데 1억 7,200만 명은 어떠한 피임 수단도 사용하지 않는다(UN DESA, 2021). 이에 따라 UNFPA는 피임수단의 접근성을 강조하며 2020년에만 7억 2,400만 개의 남성용 콘돔, 8천만 세트의 경

구 피임약, 다른 형태의 피임 도구 수천만 개를 배포했다(UNFPA, 2020). 그 외에도 여러 정부, 후원 단체, 비정부기구에서 다량의 피임 도구를 제공했다.

그러나 피임 도구는 분명 중요하지만 그 자체로는 충분하지 않다. 연구(제4장 참고)에 따르면 이제 피임을 하지 않는 이유는 피임 수단에 대한 인식 부족과 접근성 미비 때문이 아니다. 대신 부작용에 대한 우려, 미신, 낙인, 타인의 반대 등이 새로운 장애물 역할을 하고 있다. 이러한 수요 미충족의 원인을 해결하려면 훨씬 다양한 대응이 필요하다.

흔한 편견도 지워야 한다. ‘의도하지 않은 임신’은 동정이나 조롱, 또는 둘 모두의 대상이 되는 십대 미혼모를 떠올리게 하는 경우가 많다. 하지만 사실 100% 믿을 수 있는 피임법은 없고 금욕 결심은 실패하는(또는 압박, 강요, 폭력에 의해 위태로워지는) 경우가 많아서 모든 가임 연령의 여성이나 소녀는 예상치 못하게 임신을 할 수 있다. 의도하지 않은 임신을 둘러싼 흔한 인식을 극복하려면 차별적인 사회적 규범을 바꾸고, 편견을 성문화하는 법률에 반대하고, 십대 청소년은 물론 그 밖의 사람들까지 지원하기 위한 지속적인 개입을 확대할 수 있도록 굳건한 노력이 필요하다.

하지만 민감한 문제인 만큼 그 밖의 어려움도 많다. 의사결정은 가장 개인적인 사생활 내에서 이루어지는 경우가 많으며, 신체적 자율성과 재생산권이라는 근본적인 요소와 맞닿아 있다. 이처럼 개인적인 영역에서 여성과 소녀의 선택권은 매년 줄어들거나 사라져버린

다. 여성은 파트너와 콘돔 사용 여부를 협상하지 못할 때가 많고, 성관계를 거부하지 못할 수도 있다. 실제로 자료를 확인할 수 있는 지역의 전체 여성 중 23%가 성관계를 거부하지 못하는 것으로 나타났다(United Nations, 2022). 가정에서 일어나거나 낯선 사람에 의해 발생하는 강간의 피해자가 될 수도 있다.

학교에서 포괄적 성교육을 제공하지 않으면 여성은 정확한 정보를 접하지 못할 수도 있다. 평생 기회와 선택권을 거의 얻지 못해 임신이 어쩔 수 없는 선택지가 될 수도 있다. 공부를 마칠 수 있는 기회 등이 없으면 임신을 미룰 이유를 찾지 못할 수 있다.

아이를 전혀 원하지 않는데 가족이나 공동체가 이를 용납하지 않을 수도 있다. 청소년이나 자녀를 원하지 않는 사람 등 일부 집단에서는 ‘가족계획’이라는 단어가 수용되지 않기 때문에 이 보고서에서는 보통 ‘피임’을 대신 사용한다.

의도하지 않은 임신이 항상 원치 않은 임신인 것은 아니다. 의도하지 않았으나 축복받는 임신도 있다. 어떤 임신은 임신중절이나 유산으로 이어진다. 원치 않은 임신이 출산으로 이어지기도 한다. 어느 쪽도 아닌 임신도 많을 것이다. 의도하지 않은 것은 아니지만 계획한 것도 아닌 임신, 즉 본인이 무엇을 원하는지 제대로 설명할 수 없거나 임신을 선택할 수 있다는 사실 자체를 상상하지 못한 경우가 그렇다.

권리와 선택은 삶과 죽음의 문제인 경우가 너무나도 많다. 의도하지 않은 임신이 한 번 발생하면 그 결과는 평생 이어지고 공동체 전체로 퍼져나간다. 예를 들어, 발달이 충분히 이루어지지 않아서 임신을 끝까지 안전하게 유지하기 어려운 소녀나 기저질환이 있는 여성의 경우 모성사망률이 급증할 것이다(Singh and Maddow-Zimet, 2016). 임신한 소녀가 달리 공부를 계속할 방법이 없다면 강제로 결혼하거나 학교를 그만둬야 할 수 있다. 보통 이는 평생 소득의 저하로 이어진다. 임신을 이유로 근로에 지장이 생기거나 일을 그만둬야 해서 예상치 못하게 소득을 잃게 될 수도 있다. 임

신한 경우 빈곤 가능성이 높아지고, 이미 부족한 가구 자원을 사용해야 한다.

이 문제는 이미 행위주체성과 신체적 자율성을 약화시키는 다양한 형태의 차별과 취약성에 노출된 사람들에게 더 큰 영향을 미칠 수 있다. 선진국이든 개발도상국이든, 보통 농촌 지역이나 정식 거주지가 아닌 정착지에서는 여성을 위한 서비스, 정보, 지원의 질이 상대적으로 낮다. 경우에 따라 서비스 제공자가 법적으로 청소년과 트랜스젠더에 대한 서비스 제공을 거부할 수도 있다. 장애인

인권의 관점에서 바라본 의도하지 않은 임신

의도하지 않은 임신이 모두 인권 침해의 결과이거나 인권 침해로 이어지는 것은 아니다. 인권은 신체적 자율성과 재생산 자율성 문제에 적용된다(UNFPA, 2021). 여성차별철폐협약(CEDAW 또는 여성협약)을 비롯한 여러 주요 국제 협약에서는 모든 사람이 임신 여부, 임신 시기, 자녀의 수를 선택할 수 있는 권리와 정보, 수단을 가져야 한다고 각국이 의견을 모았다(UN Assembly, 2019). 이 수요가 미충족되면 인권은 약화되거나 침해당한다. 개인이 양질의 재생산 보건 관련 정보를 이용할 수 없거나 정보가 있어도 이를 행동으로 옮길 수 있는 행위주체성이 없는 경우, 성폭력이나 강요를 경험하는 경우, 차별과 불평등 때문에 모든 기회가 차단되어 선택지가 많지 않은 경우가 그렇다.

179개국이 서명한 ICPD 행동 프로그램(Programme of Action)은 1994년 이후 UNFPA 활동의 지침이 되어 왔으며, 모든 국가와 국제사회가 “자발적인 가족계획 선택이라는 원칙을 지지하기 위해 모든 수단을 사용해야 한다”고 촉구했다. 또한, ICPD 행동 프로그램은 “어떤 경우에도 ... 임신중절을 가족계획 수단으로 장려해서는 안 된다”(UNFPA, 1994)고 강조한다(임신중절에 대해서는 21쪽 참고).

179개

국가



다(UNFPA, 2018). 분쟁 등의 위기에 휘말려 의료 이용이 제한적이고 폭력 발생률이 높은 환경에서 사는 사람들은 의도하지 않은 임신의 위험성이 더 높다.

그러나 사회적 문제, 법적 문제, 금기와 비난, 차별적 규범 등의 문제는 결코 넘을 수 없

는 벽이 아니다. 발전의 선순환은 시작될 수 있고, 시작되어야 한다.

의도하지 않은 임신은 사회의 우선 순위를 반영한다

누구나 여성과 소녀의 문제를 중요시해야 한다고 얘기하지만, 실제로 여성과 소녀의 가치를 온전히 인정한다고 주장할 수 있는 사회가 있을까? 여성과 소녀의 바람과 야망, 인간적 가능성은 제한을 받고 있다. 이들은 의도하지 않은 임신을 피할 수 있는 행위주체성을 행사하지 못한다. 행위주체성의 약화, 강요, 낙인, 폭력으로 인한 임신이라면 과연 어떤 사회가 진정으로 모성을 중요시한다고 주장할 수 있을까?

성과 재생산에 관련된 정보 및 서비스를 제대로 지원하고 우선시하지 않는 것은 여성과 소녀의 행위주체성을 중요하게 생각하지 않는 것이다. 이 사실은 코로나19 팬데믹이 시작되던 시기에도 명확히 드러났다. 피임은 당시 가장 광범위하게 중단된 보건의료 서비스 중 하나였다(WHO, 2020a). 팬데믹 첫 12개월 사이 평균 3.6개월 동안 물자와 서비스 제공에 지장이 발생하며 140만 건에 달하는 의도하지 않은 임신이 발생했다(Luchsinger, 2021). 2021년에도 위기는 계속되었고, 어느 정도 조정과 복구가 이루어졌음에도 피임 제공 서비스는 피해가 가장 큰 분야에 속했다(Luchsinger, 2021).

보건의료 시스템을 보편적으로 이용할 수 없고 성과 재생산 서비스가 인간 중심적이거나 포괄적이지 않고 질이 낮다면 보편적으로



인정되는 건강에 대한 권리를 보장하겠다는 정부의 약속은 지켜지지 않은 것과 같다. 특히 보건의료 시스템을 통해 청소년에게 적절하고 접근성 있는 맞춤형 서비스를 제공하지 못하는 경우는 더욱 그렇다. 청소년기의 의도하지 않은 임신은 가장 심각한 결과를 가져올 수 있다. 임신과 출산은 15~19세 소녀의 주요 사망 원인이다(WHO, 2020b).

환자의 권리와 우려를 중요시하지 않는 보건의료 행위 또한 건강에 대한 권리를 침해하는 것이다. 실제로 사람들은 부작용을 우려하고(Bellizzi and others, 2020; Sedgh and others, 2016) 지속적인 피임 사용을 어려워한다. 피임 사용자들 사이에서 의도하지 않은 임신이 자주 발생하기도 한다(Frost and Darroch, 2008). 보건 서비스 수요가 충족되지 않으면 개인의 신체적 자율성과 존엄성, 자신감, 행복이 침해된다. 재생산 보건 및 모성보건에 대한 ‘왓 위민 원트(What Women Want)’ 캠페인에서는 2018~2019년 114개국의 여성과 소녀 120만 명을 대상으로 설문조사를 진행했다. 그 결과 응답자가 가장 많이 요구한 것은 환자를 존중하고 존엄성을 인정하는 서비스였다(White Ribbon Alliance, 2019).

발전도 있었지만 여전히 너무나 많은 법적 제도와 정책은 여성과 소녀에게 낮은 가치를 두고 있다. 피임 사용 시 제3자의 동의를 요구하거나 장애인의 의도하지 않은 임신을 막기 위한 ‘해결책’으로 비자발적인 불임 수술을 허용하는 곳도 여전히 존재한다(UNFPA, 2021). 광범위한 법적 제약을 통해 안전한 임신중절 이용을 제한하면서(UNF-

PA, 2020a) 실제로 중절은 거의 줄이지 못하고 오히려 안전하지 않은 임신중절과 이로 인한 사망을 늘리는 경우도 많다(Ganatra and others, 2017). 피임이 사회적으로 용인되고 보건의료 시스템의 피임 서비스 제공 역량이 충분한 지역에서도 정책 개발자들이 자원 확보를 제한하거나 막기도 한다(Gold and Hasstedt, 2017).



© UNFPA/Fidel Evora

새로운 형태의 피임법이나 접근성 좋고 믿을 수 있는 제품을 만들고 피임 수단의 선택권을 늘리는 등, 지금까지 의도하지 않은 임신을 ‘해결’해 줄 만병통치약을 찾기 위해 많은 노력이 이루어졌다. 그러나 이 문제가 가진 수많은 측면은 여전히 충분한 주목을 받지 못하고 있다. 대표적인 것이 모든 사람의 완전한 행위 주체성과 신체적 자율성을 실현해 줄 핵심적인 하나의 해결책, 바로 젠더 평등이다.

수십 년 동안 젠더 평등은 달성하기 어려운 개발 목표였다. 젠더 평등이 완전히 실현된 국가는 아직 없다. 하지만 분명 젠더 평등은 효과적인 방법이다. 평등한 환경에서 권한을 갖고 살아가는 여성과 소녀는 의도하지 않은 임신에 더 잘 대처하거나 애초에 의도하지 않은 임신을 피할 수 있다(제2장 참고). 또한, 자율성을 행사할 수 있기 때문에 더 나은 삶을 살게 되고, 다른 사람들에게도 긍정적인 영향을 미친다.

오래 전부터 많은 인권 협약과 조약은 젠더 평등을 촉구해 왔다. 1994년 세계인구개발회의(ICPD) 행동 프로그램(Programme of Action)은 완전한 평등을 실현하려면 여성과 소녀가 자신의 신체를 통제할 수 있어야 하고, 남성 및 소년과 동일한 삶과 미래를 누릴 수 있어야 한다는 점을 분명히 했다. 지속가능개발목표

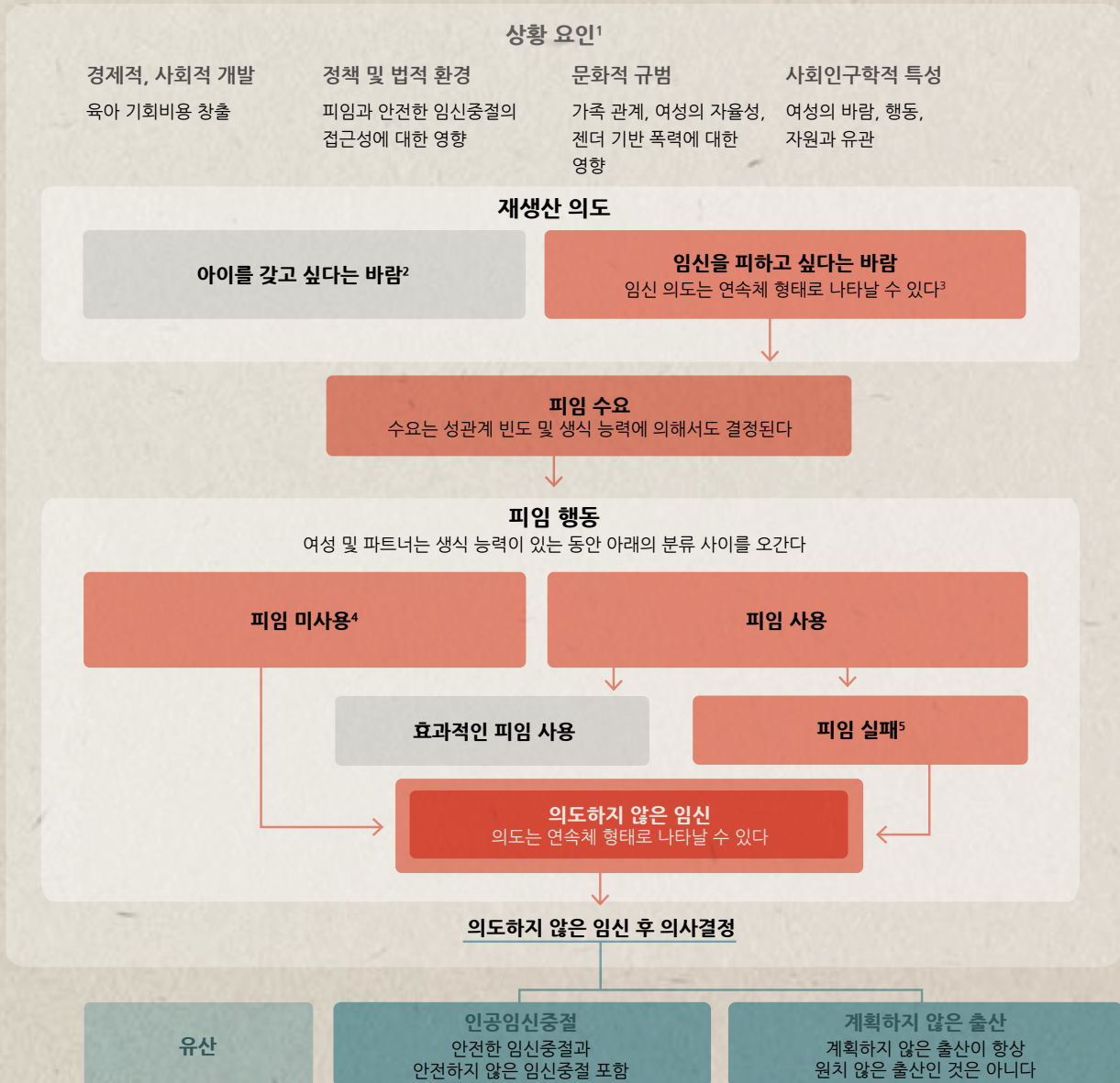
(SDG)에서도 젠더 불평등을 줄여야 한다고 요구한다. SDG에는 젠더 평등에 관한 5번 목표 뿐 아니라 빈곤 감소 및 경제 성장 등과 관련된 여러 목표 및 세부목표가 포함되어 있다.

필요한 것은 포괄적인 노력이다. 이제 보건 시스템을 강화하고, 모든 소년과 소녀를 위해 양질의 교육을 제공하고, 소녀의 운명은 주로 재생산과 모성의 차원에 국한된다는 생각을 바꿔야 한다. 이제 여성은 교육과 양질의 일자리를 누리고 자신의 권한과 자율성을 체감할 수 있어야 한다. 가장 취약한 사람들의 권리를 사회적으로 보호해야 한다. 지도자는 보다 진보적인 젠더 규범을 따라 새로운 방향의 법률과 공공 정책을 마련해야 한다.

‘모든’ 임신이 의도한 임신인 세상은 상상하기 어렵다. 하지만 대부분의 임신이 계획된 임신, 환영받는 임신, 원하는 임신인 세상, 모든 여성과 소녀가 힘과 권한을 가지고 살아가며 자신의 의도에 따라 임신을 직접 선택을 할 수 있는 세상을 만들기 위해 노력할 수는 있다. 이 보고서에서 소개할 수많은 증거는 재생산에 대한 선택을 내릴 수 있는 개인의 행위주체성을 보호하기 위해 해결해야 할 문제를 잘 보여준다. 연구자, 정책 개발자, 활동가들은 이러한 문제를 출발점으로 삼아 데이터와 다양한 국제 협약, 인권 문서, 세계가 공통으로 바라는 2030 지속가능개발의제를 바탕으로 나아가야 한다.

의도하지 않은 임신과 그 결과에 영향을 미치는 요인의 구조

많은 사회인구학 연구에서 의도하지 않은 임신이 발생하는 경로를 설명한다. 아래 그림은 중요한 개입 기회를 나타낸 것이다. 하지만 여기 포함된 요인들은 복잡하며 늘 선형적이지만은 않다. 예를 들어, 재생산 자율성의 부족과 낮은 학력 및 빈곤은 의도하지 않은 임신과 관련되어 있으나 그 인과관계가 항상 분명한 것은 아니다.



출처: 보고서 집필진

회색 상자: 의도치 않게 하지 않은 임신할의 위험 없음. 파란색 상자: 의도하지 않은 임신의 결과.

주: (1)경제적, 사회적, 정책적, 문화적 환경은 의도하지 않은 임신이 발생하는 경로에 영향을 미칠 뿐 아니라 서로에게 영향을 미칠 수도 있다. 의도하지 않은 임신의 빈도가 특정 상황요인에 영향을 미치기도 한다. (2)임신을 원했지만 이후 아이를 갖기 어려운 환경이 될 수도 있다. (3)임신 의도 연속체에는 임신에 대한 양면적 태도는 물론 임신에 대한 의식적 의사결정의 부재 또한 포함된다(2장 참조). 임신 의도에는 임신을 늦추고 싶다는 생각이나 아이를 전혀 갖고 싶지 않다는 생각이 포함된다. (4)피임 미사용 사유에는 피임법에 대한 우려, 임신의 위험성에 대한 불확실성, 양질의 서비스 접근성 부족, 프레임워크에서 설명하는 상황요인(제4장 참고) 등이 포함된다. (5)피임 실패는 52쪽에서 자세히 살펴본다.



제2장



분명한 증거:

의도하지 않은 임신은

개발 부족과

연결되어 있다

2015년, 모든 UN 회원국이 동의한 2030 지속가능개발의제의 주요 목표 중 하나는 젠더 평등이었다. 젠더 평등을 인간 개발의 핵심 중 하나로 인정한 것이다. 지속가능개발의제의 지표 중 하나는 '성관계, 피임 수단 사용, 재생산 보건에 대해 충분한 정보를 바탕으로 직접 결정을 내릴 수 있는 15~49세 여성의 비율'이다.

자신의 성 및 재생산 건강과 권리에 대해 스스로 결정을 내릴 수 있는 여성은 모두 합쳐 57%에 불과하다.

이 지표, SDG 5.6.1은 의도하지 않은 임신의 비율이 전체적인 사회 개발 수준을 반영하며 충분한 정보를 바탕으로 한 재생산 의사결정을 촉진하는 것이 다른 개발 목표의 달성을 뒷받침하는 선순환의 일부임을 강조한다. 64개국에서 파트너가 있는 재생산 가능 연령의 여성을 조사한 최신 SDG 5.6.1 관련 데이터에 따르면 23%는 성관계를 거부할 수 없고, 24%는 자신의 건강에 대해 결정을 내릴 수 없으며, 8%는 피임에 대한 결정권이 없다고 답변했다. 자신의 성 및 재생산 건강과 권리에 대해 스스로 결정을 내릴 수 있는 여성은 모두 합쳐 57%에 불과하다(United Nations, 2022). 의도하지 않은 임신은 바로 이러한 맥락에서 이해해야 한다.

최신 자료를 보면 2015~2019년 사이 세계적으로 매년 약 1억 2,100만 건의 의도하지 않은 임신이 발생했다. 즉, 전체 임신의 48%가 의도하지 않은 임신이었다(Bearak and others, 2020). 이 의도하지 않은 임신 중 61%는 인공 임신중절로 이어졌다.

현재 의도하지 않은 임신율은 감소세를 보이고 있다. 이는 해당 기간 동안 이루어진 개발의 결과일 가능성이 높다. 1990~2019년 사이 15~49세 여성 1,000명당 의도하지 않은 임신의 발생 건수는 79건에서 64건으로 줄었다. 의도하지 않은 임신율이 감소한다는 점을 보면 마음이 놓이기도 하지만, 사실 의도하지 않은 임신을 겪는 여성의 절대적인 숫자는 약 13% 증가했다. 이 30년의 기간 동안 인구가 늘었기 때문이다. 현재 여성 1,000명당 의도하지 않은 임신의 발생 건수는 64건 수준이므로 세계 여성 중 약 6%가 매년 의도하지 않은 임신을 경험하고 있다.

새로운 모델 기반 추정에 따르면 의도하지 않은 임신의 발생율과 발생 건수는 국가마다 크게 다르다(Bearak and others, 2022). 왜 국가별, 지역별로 의도하지 않은 임신의 발생 빈도에 차이가 나타날까? 흔히 임신은 개인의 행동과 책임의 문제로 생각하기 쉽지만, 국가별 경향에서 알 수 있듯 각 국가와 지역의 상황은 신체적 자율성의 개선이나 억압에 중요한 역할을 할 수 있고, 반대로 신체적 자율성의 상실이나 행사 또한 사회적 복지에 실질적인 영향을 미칠 수 있다. 이 두 가지 개념은 의도하지 않은 임신의 책임이 일정 부분 개인이 아닌 국가에 있음을 보여준다.

그렇다면 국가의 어떤 조건이 선택권의 행사에 영향을 미치거나 역으로 영향을 받을까? 지금까지 누적된 데이터로 정확한 답을 알 수는 없지만, 설득력 있는 조건은 있다. 대표적인 것이 개발이다.

임신중절의 경향

의도하지 않은 임신의 비율은 감소하고 있지만 **세계적인 임신중절율은 사실상 그대로다**. 2015~2019년 임신중절율은 재생산 가능연령 여성 1,000명당 39건 수준으로 추정된다(Bearak and others, 2020)(141쪽 전문용어 주석 참고). 세계적으로 모든 임신의 29%(의도하지 않은 임신과 의도한 임신 모두 포함)가 임신중절로 이어진다. 즉, 2015~2019년 평균 연 7,300만 건의 임신중절이 이루어졌다. 임신중절이 안전하지 않으면 여성은 단기적, 장기적인 병은 물론 심지어 사망의 위험까지도 감수해야 한다.

임신중절율에 변화가 없는데 의도하지 않은 임신이 감소한다는 것은 1990~1994년 이후 의도하지 않은 임신이 임신중절로 끝나는 비율이 51%에서 61%로 늘었다는 뜻이다(Bearak and others, 2020). 이러한 연구 결과를 함께 살펴보면 여성은 임신 예방과 의도하지 않은 임신의 중절 등 자신의 재생산 결과에 대해 30년 전보다 약간 더 큰 자율성을 행사할 수 있는 것으로 보인다.

일반적으로 보면 늘어나는 피임 수단의 이용, 젠더 평등의 개선, 개발 지표의 향상과 대체로 유사한 궤적을 그린다. 데이터를 확인할 수 있는 대부분의 국가에서는 개발 진행과 의도하지 않은 임신율의 감소가 함께 나타난다.

그러나 임신중절로 끝나는 의도하지 않은 임신의 비율은 국가별, 지역별로 크게 다르다. **국가 수준에서 본 의도하지 않은 임신 발생 건수와 의도하지 않은 임신이 임신중절로 끝나는 비율 사이에는 뚜렷한 관련성이 없다**. 많은 지역의 여성은 여전히 어느 영역에서는 재생산 선택권을 행사할 수 있지만 다른 영역에서는 그렇지 못하다.

이 장에서는 자체적인 생태계 분석을 통해 의도하지 않은 임신에 대한 국가별 신규 데이터와 개발 지표 사이의 상관관계를 살펴본다. 이 분석은 인과관계를 제시하지는 않는다. 대신, 여기서는 개발과 이로 인한 정책 변화가 의도하지 않은 임신 발생에 어떻게 영향을 미치는지 비판적인 질문을 제기한다. 또한, 이 분석에서는 반대로 여성의 권한과 선택권의 행사가 개발과 국가의 삶의 질에 영향을 미칠 수 있다는 점도 설명한다.

새로운 자료

의도하지 않은 임신의 발생 건수는 지역별로 크게 다르다. 2015~2019년 사이 유럽과 북미 지역에서는 15~49세 여성 1,000명당 의도하지 않은 임신이 약 35건 발생한 것으로 나타났다. 중앙아시아, 남아시아, 사하라 이남 아프리카는 64건이었다. 그러나 지역 내에서도 큰 격차가 존재한다. 예를 들어, 니제르의 의도하지 않은 임신율은 49였으나 우간다는 145였다

의도하지 않은 임신 문제를 해결하기 위해 적극적으로 노력할수록 국가의 발전에도 도움이 된다.

(Bearak and others, 2022). 이처럼 지역 내 차이가 존재하지만 지역별 추정치를 보면 중요한 전체적 경향을 확인할 수 있다. 의도하지 않은 임신 문제를 해결하기 위해 적극적으로 노력할수록 국가의 발전에도 도움이 된다.

특히 유럽과 북미에서는 2015~2019년 의도하지 않은 임신율이 1990년대와 비교해 절반 가까이 줄었고, 남아시아 및 중앙아시아와 라틴아메리카에서는 약 1/4 정도(28%) 감소했다. 사하라 이남 아프리카에서도 비슷한 경향이 나타났으나 감소폭은 12% 정도였다.

이러한 편차는 무엇을 의미할까? 이 분석에서는 이해를 위해 국가별로 중요한 사회적, 경제적, 정책적 지표(UNDP, 2020)와 의도하지 않은 임신율, 그리고 그 가운데 임신중절로 끝나는 비율 사이의 상호관계를 살펴보았다. 분석에는 추정치를 확인할 수 있는 150개국의 1990~2019년 데이터가 사용되었다.

분석 결과 전반적으로 사회경제적 개발 수준과 젠더 평등 수준이 높고 정책에 안전한 임신중절의 법적 이용과 관련된 내용이 더 많이

포함된 국가에서 의도하지 않은 임신율이 낮게 나타났다. 이는 의도하지 않은 임신과 개발 부족이 상호 연결되어 있으며 서로를 강화한다는 점을 잘 보여준다. 즉, 의도하지 않은 임신 문제를 해결하기 위해 적극적으로 노력할수록 국가의 발전에도 도움이 된다.

한편 의도하지 않은 임신 가운데 임신중절로 끝나는 사례의 비율은 다양했다. 세계적으로 문화적, 법적 환경의 차이가 크다는 점을 반영하는 결과다.

사회경제적 개발

보고서 집필진은 2019년 인간개발지수(HDI) 데이터와 HDI의 핵심 요소 두 가지, 즉 교육 수준과 1인당 국민총소득(GNI)을 의도하지 않은 임신율과 비교하여 살펴보았다. 그 결과 세계적으로 2015~2019년의 두 지표를 통해 본 사회경제적 개발 수준이 높을수록 의도하지 않은 임신이 적게 발생한 것으로 나타났다. 이 현상은 개발 점수가 높은 국가일수록 피임 서비스를 더 폭넓게 이용할 수 있고 문화적 장벽이 적어서 여성이 자신의 재생산을 원하는 대로 통제할 수 있을 가능성이 높다는 점으로 설명할 수 있다.(사하라 이남 아프리카에서는 다른 패턴이 나타났다. 이 현상은 141쪽 전문용어 주석에서 자세히 살펴본다.)

임신 결과는 고소득 국가와 중저소득 국가 사이에서 다르게 나타나는 경향이 있었다.

중저소득 국가에서는 사회경제적 개발 수준이 높을수록 임신중절로 이어지는 의도하지 않은 임신의 비율이 높았다(이는 임신중절에 대

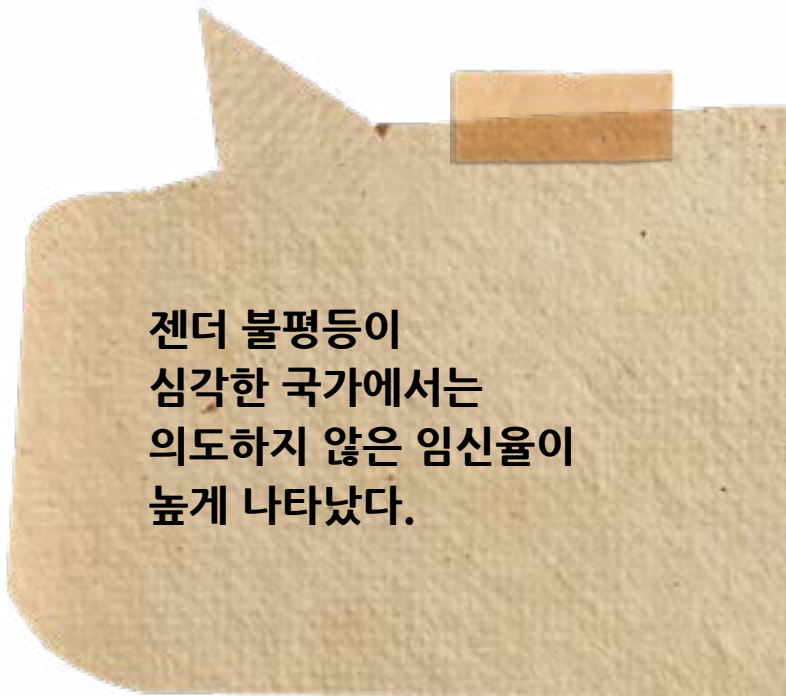
한 법률의 차이를 통제해도 마찬가지였다). 이 결과는 출산과 관련된 기회비용이 증가하면 의도치 않게 임신한 여성이 출산을 피하려는 동기 또한 강해진다는 가설과 일치한다. 1990년부터 2019년까지 30년 동안의 경향에서도 같은 패턴이 나타났다. 국가의 개발 점수가 높아지면 임신중절로 이어지는 의도하지 않은 임신의 비율도 함께 증가했다.

고소득 국가에서는 인간개발지수(HDI) 점수가 높으면 임신중절 가능성이 낮았다. 다만 개발 점수가 낮은 고소득 국가에서는 중절 비율이 높았다. 소득이 높고 개발 수준도 높은 국가에서는 출산을 피하려는 여성이 피임수단 등을 사용해 임신을 더 잘 예방할 수 있다고 가정해볼 수 있다. 또한, 선진국에서는 사회경제적 안전망 덕분에 의도치 않게 임신한 여성도 아이를 포기하지 않고 출산하기가 비교적 쉬울 가능성도 있다.

여성 및 소녀의 소득과 교육 수준이 남성 및 소년의 소득과 교육 수준보다 의도하지 않은 임신 감소에 더 큰 영향을 미친다고 생각해볼 수도 있을 것이다. 그러나 이는 사실이 아니었다. 남성의 1인당 GNI 및 교육 수준과 비교했을 때 여성의 1인당 GNI 점수와 교육 수준이 의도하지 않은 임신 발생 건수나 임신중절의 비율과 특별히 더 강력한 관련성이 있지는 않았다. 즉, 특별히 여성의 1인당 GNI와 교육 수준만 그런 것이 아니라 국가의 전체적인 GNI와 교육 수준이 의도하지 않은 임신과 관련되어 있다는 것이다. 다시 말해 전체적인 개발은 의도하지 않은 임신을 낮추는 요인일 가능성이 높다.

젠더 평등

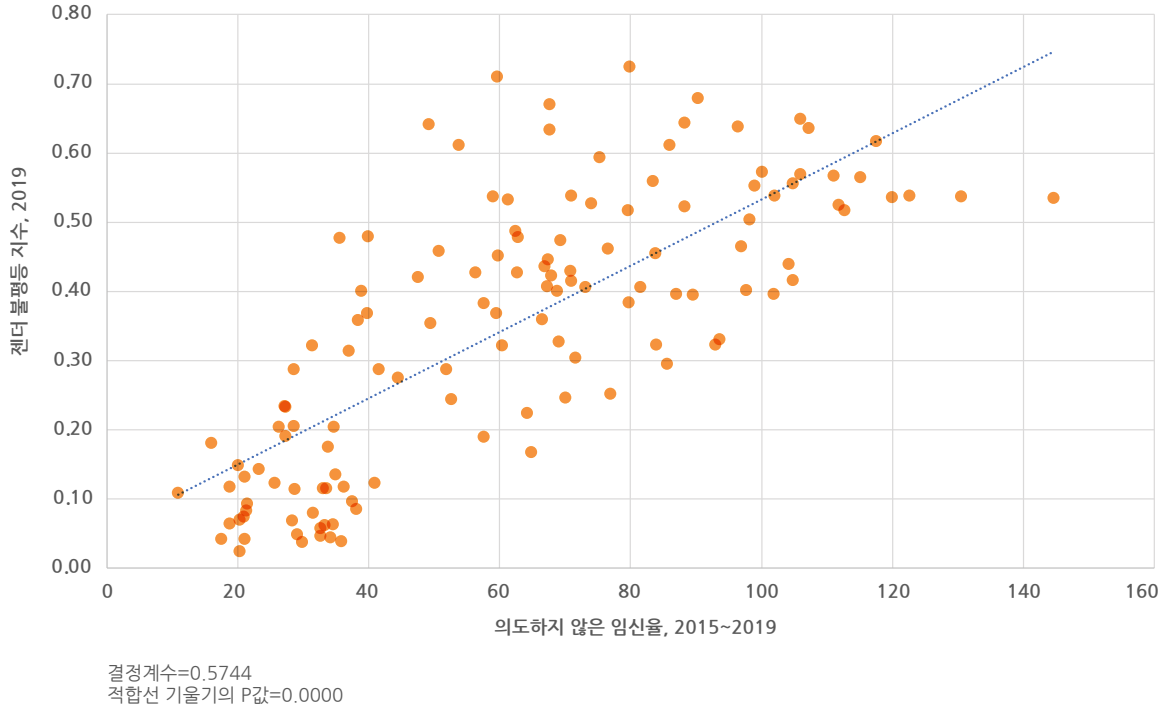
이 연구에서는 젠더 평등과 의도하지 않은 임신 사이의 관계도 분석했다. 여기서 여성과 소녀의 지위는 성평등지수(GII)를 사용해 나타났다. GII는 여성의 재생산 건강, 권한, 경제적 지위의 세 가지 젠더 평등 요소를 측정하는 지표다. GII 점수가 높을수록 젠더 불평등이 심각한 것이다. GII를 기준으로 젠더 불평등이 심각한 국가(및 지역)에서는 중저소득 국가와 고소득 국가를 막론하고 2015~2019년의 의도하지 않은 임신율이 높게 나타났다. 이 상관관계는 HDI를 통제해도 동일한 경향을 나타내는 등, 본 분석에서 살펴본 예측 변수 중 가장 뚜렷했다(그림 1 참조).



**젠더 불평등이
심각한 국가에서는
의도하지 않은 임신율이
높게 나타났다.**

그림 1

2015~2019년의 의도하지 않은 임신율과 젠더 불평등 지수 사이의 상관관계, 2019년



출처: 보고서 집필진, Using data from Bearak and others, 2022의 데이터 사용.

임신 결과에서는 HDI와 비슷한 패턴이 관찰되었다. 중저소득 국가에서는 젠더 평등 수준이 낮으면 의도하지 않은 임신 중 임신중절 비율이 낮아졌다. 이 상관관계는 국가별로 다양한 임신중절 관련 법률의 영향을 고려해도 동일했다. 반면 고소득 국가에서는 젠더 평등 점수가 높으면 의도하지 않은 임신 가운데 중절로 끝나는 비율이 약간 낮아지긴 했지만 유의미한 차이는 없었다.

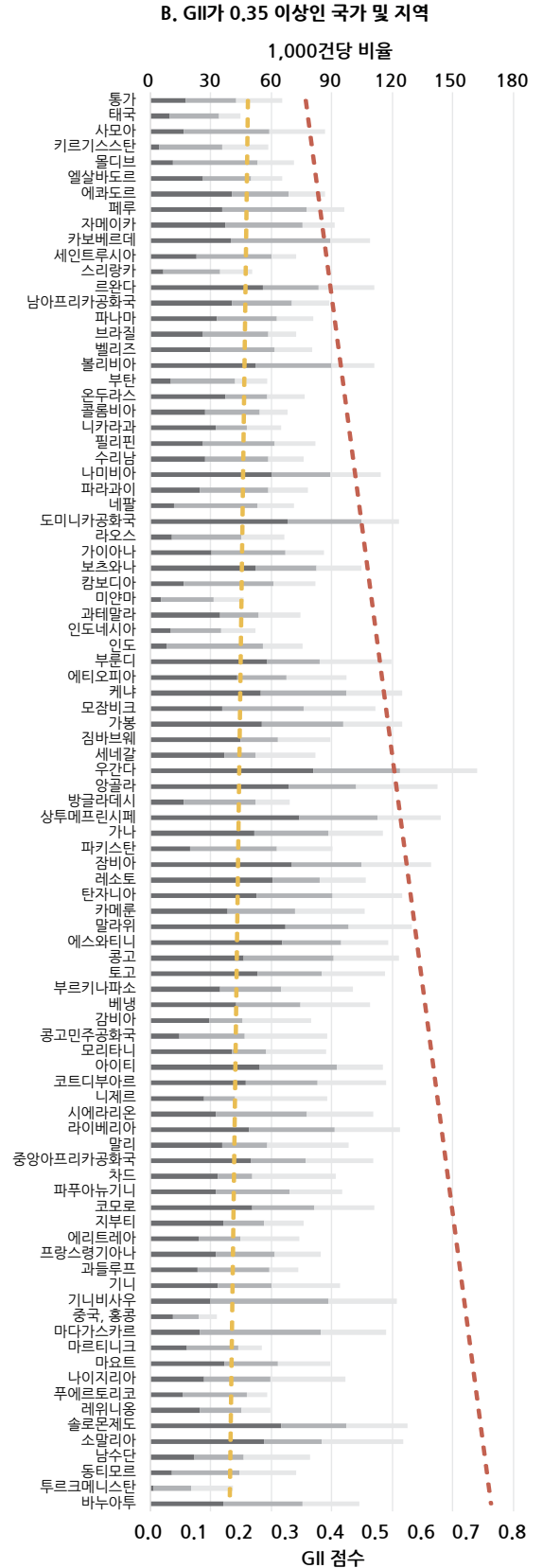
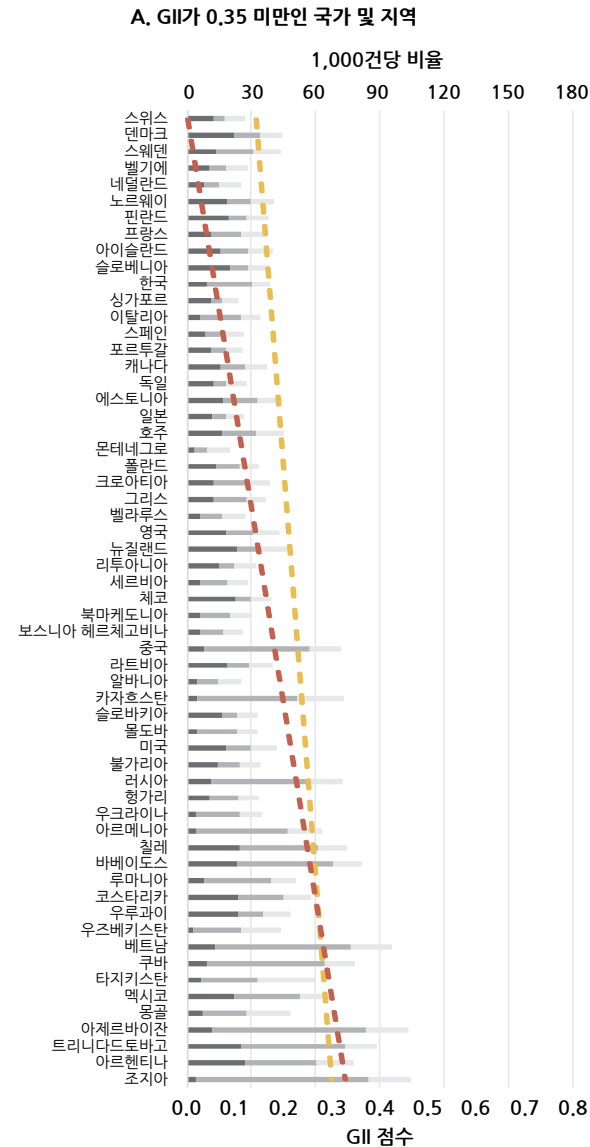
종합적으로 고려하면 중저소득 국가의 사례에서 볼 수 있듯 젠더 평등의 초기 개선이 이루어진 국가에서는 의도치 않게 임신한 여성이 임신중절이라는 선택지를 택할 가능성이 높았다. 그러나 고소득 국가에서는 젠더 평등 점수가 높아도 여성의 임신중절 의지에는 별다른 영향을 미치지 않았다(그림 2). 아마도 이는 고소득 환경의 여성은 처음부터 의도하지 않은 임신을 피하기가 더 쉽기 때문일 것이다.

모성사망률

그림 2

계획하지 않은 출산과 임신중절을, 그리고 의도하지 않은 임신 가운데 계획하지 않은 출산과 임신중절 또는 유산으로 이어진 사례의 비율, 2015~2019년, 성평등지수(GII) 기준

- 계획하지 않은 출산 ■ 임신중절 ■ 유산
- 의도하지 않은 임신 1,000건당 임신중절의 비율
- GII 2019



모성사망률(MMR)(GII의 구성요소)과 안전하지 않은 임신중절 사이의 관계는 잘 알려져 있다. 안전하지 않은 임신중절은 세계적으로 모성사망에 가장 많이 영향을 미치는 요인 중 하나다. 매년 모성사망 가운데 4.7~13.2%가 안전하지 않은 임신중절로 인한 것이다(WHO, 2020). 그러나 의도하지 않은 임신과 모성사망 사이의 관계는 이보다 덜 분명하다.

집필된 분석에서는 확인할 수 있는 MMR 데이터(WHO and others, 2019)(MMR은 특히 보건 부문에서 매우 중요한 개발 지표이다)와 2015~2019년의 의도하지 않은 임신율을 사용했다. 그 결과 모성사망률이 높으면 의도하지 않은 임신율도 증가하는 것으로 나타났다. 이 관계는 소득에 관계없이 모든 국가에서 발견됐다(예외인 사하라 이남 아프리카는 141쪽 전문용어 주석에서 자세히 설명한다).

왜 의도한 임신보다 의도하지 않은 임신을 했을 때 모성사망 위험이 더 높을까? 이 사실은 여러 측면에서 설명할 수 있다. 대표적인 이유는 의도하지 않은 임신이 의도한 임신과 비교해 임신중절로 이어질 가능성이 더 높다는 것이다. 이 임신중절에는 안전하지 않은 중절도 포함된다. 의도치 않게 임신하는 여성은 보건 서비스를 덜 이용한다(제5장, 94쪽에서 자세히 다룬다). 그러나 의도하지 않은 임신이 모성보건에 미치는 영향을 보여주는 자료는 많지 않다. 이 관계가 작동하는 경로도 학술 문헌을 통해 완벽히 밝혀지지 않았다(Gipson and others, 2008).

임신중절법

의도하지 않은 임신율은 임신중절법이 비교적 엄격한 국가(즉, 임신중절이 전면 금지된 곳이나 여성의 생명이 위태로운 경우 또는 여성의 신체적, 정신적 건강을 위해 필요한 경우에만 허용되는 국가)보다 임신중절법이 비교적 자유로운 국가(즉, 사회경제적 이유나 요청에 따라 임신중절이 허용되는 국가)에서 낮게 나타나는 경향이 있다.

이는 주목할 만한 상관관계이나 인과관계는 아니다. 자유로운 임신중절법 자체는 의도하지 않은 임신 발생에 어떠한 영향도 주지 않을 가능성이 높다. 사실 임신중절법이 자유롭다는 것은 그만큼 성생활을 하는 사람들의 수요를 충족할 수 있고 쉽게 사용할 수 있는 성과 재생산 보건 서비스가 폭넓다는 것을 반영한다.

의도하지 않은 임신의 결과를 보면 중저소득 국가에서는 임신중절법과 의도하지 않은 임신 중 임신중절로 끝난 사례의 비율 사이에 뚜렷한 관련성이 없었다. 다시 말해 이들 국가의 엄격한 임신중절법은 임신중절 의향을 줄이지 못하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 고소득 국가에서는 임신중절법이 엄격한 곳보다 임신중절법이 비교적 자유로운 곳에서 임신중절로 이어지는 의도하지 않은 임신의 비율이 훨씬 낮았다. 이 결과는 다른 여러 연구 내용을 뒷받침한다(Berak and others, 2022).

인권 측면에서 본 임신중절

의도하지 않은 임신이 모두 원치 않은 임신인 것은 아니다. 하지만 의도하지 않은 임신의 과반수는 임신중절로 끝난다. 이처럼 임신중절을 바라보는 인권 측면의 관점은 국가와 정책 개발자들에게 매우 중요하다. **재생산권은 인권이다. 모든 사람은 충분한 정보를 바탕으로 자신의 신체와 건강에 대해 결정을 내리고 출산 여부, 출산 시기, 자녀의 수를 선택할 권리를 가진다**(UN General Assembly, 1979). 이러한 권리와 건강 및 생명에 대한 권리에는 안전한 임신중절의 접근성도 포함된다. “임신한 여성 또는 소녀의 생명과 건강이 위협할 때나 임신을 끝까지 유지하는 경우 임신한 여성 또는 소녀가 큰 고통이나 괴로움을 겪어야 할 때, 특히 임신이 강간이나 근친상간의 결과이거나 태아의 생존이 불가능할 때” 안전한 임신중절의 권리는 보호를 받는다(UN CCPR, 2019). 또한, 안전한 임신중절에 대한 접근성은 독립된 권리가 아니다. 안전한 임신중절은 정보, 건강, 평등, 사생활의 권리, 폭력과 젠더에 기반한 편견 및 차별로부터 자유로울 권리 등 다른 인권의 보호와 향유에 좌우된다(OHCHR, 2018).

임신중절의 접근성은 보통 국가 법률을 통해 관리된다(UNFPA, 1994). 그러나 인권 규범이 국가 법률의 범위에 영향을 미치는 경우가 늘어나고 있다. 예를 들어, 2019년 UN 시민적, 정치적 권리에 관한 위원회(Committee on Civil and Political Rights)는 모든 국가가 임신중절을 합법화해야 하고, 여성의 생명과 건강을 보호하기 위한 합법적 임신중절이 허용되어야 하며, 국가가 행정적 장벽이나 기타 장벽을 사용해 여성의 합법적 임신중절을 막아서는 안 된다고 규정한다. 그 외에도 다양한 세계 인권 조약과

기구 및 지역 인권 조약에서는 임신이 강요와 강압의 결과인 경우 임신중절을 인권으로 간주한다(UN CCPR, 2019). 임신중절이나 중절 시도의 합법 여부와 무관하게 중절 후 생명을 구하기 위한 의료 행위는 필요로 하는 모든 사람이 이용할 수 있어야 한다(UNFPA, 1994).

사실 임신중절은 제약이 있는 경우가 많기는 해도 대다수의 국가에서 합법이다. 데이터를 보고한 147개 UN 회원국 가운데 96%가 여성의 생명을 구하거나, 건강을 보호하거나, 강간이 발생했거나, 태아에게 장애가 있을 때 등 정해진 경우나 모든 경우에 여성의 임신중절이 합법이다. 그러나 이들 국가 중 28%에서는 결혼한 여성이 임신중절을 이용하려는 경우 남편의 동의를 필요하며, 36%의 국가에서는 미성년자의 임신중절에 대해 사법적 허가가 필요하다. 또한, 63%에서는 여성이 불법 임신중절을 이유로 형사 기소될 수 있다(United Nations, 2022).

임신중절이 불법이거나 서비스 이용이 불가능한 경우 원치 않은 임신은 ‘강제 출산’으로 표현한다(UN ESCWA, 2004). 개인이 원하지 않는 임신을 끝까지 계속해야 한다는 생각은 젠더 고정관념에 뿌리를 두고 있으며 소녀와 여성의 가치는 재생산 능력에만 있다는 차별적 관념을 반영한다. 국가는 인권 협약에 따라 이처럼 유해한 고정관념을 바꾸고 편견을 강화하는 관습을 철폐해야 한다. 법률과 정책은 최소한 개인이 의도하지 않은 임신을 최대한 피할 수 있도록 해야 한다(UNFPA, 2020b).

선택의 지원, 또는 선택의 억압

이러한 분석은 새로운 데이터를 검토하는 첫걸음에 불과하며, 앞으로 보다 폭넓은 연구가 이루어져야 한다. 하지만 현재로서는 앞서 살펴본 통계도 중요한 통찰을 제공한다. 다양한 개발 지표, 특히 젠더 불평등과 관련된 자료와 의도하지 않은 임신 사이의 뚜렷한 상관관계 등 기존의 가설을 뒷받침하는 정보도 많았다. 그 밖의 분석 결과도 젠더 불평등과 임신 결과 사이의 관계에서 나타난 것처럼 여성의 경험과 의도하지 않은 임신에 대한 대처 방식의 미묘한 국가별 차이를 파악하는 데 도움이 된다.


이러한 데이터에서 알 수 있듯 국가와 공동체의 전반적인 상황은 임신 여부와 시기에 대한 선택권 행사를 촉진하거나 방해하는 환경을 만들어낼 수 있고, 신체적 자율성과 행위주체성이 공동체와 국가의 발전에 있어 호혜적인 역할을 할 수 있다.

의도하지 않은, 원치 않은, 불확실한 임신: 현재 측정 방법의 한계

이 장에서는 의도하지 않은 임신이라는 주제에 대해 가장 포괄적인 최신 데이터를 소개한다. 하지만 의도하지 않은 임신은 사회경제적으로 매우 중요하며 보편적인 경험임에도 불구하고 흔히 설명이 올바르지 않거나 일관적이지 못하다. 주제에 대한 이해 부족으로 인해 측정 방식에 한계가 존재하기도 한다.

먼저 의도하지 않은 임신 중 상당수는 임신중절로 끝난다. 다섯 건 중 세 건(Bearak and others, 2020)이 중절로 이어진다는 점은 대부분의 임신이 의도하지 않았을 뿐 아니라 원치 않은 임신이기도 했다는 사실을 잘 나타낸다. 여러 국가에서 임신중절을 법적으로 제한하고 있으며 임신중절에 대해 사회적, 경제적, 지리적 장벽이 존재하는 공동체가 많다는 것을 고려하면 실제로 의도하지 않은 임신 중 원치 않은 임신의 비율은 더 높을 수 있다.

그러나 모든 의도하지 않은 임신이 원치 않은 임신이라고 가정할 수는 없다. 경우에 따라 여성이 임신할 계획을 적극적으로 세우지는 않았으나 임신에 긍정적인 반응을 보이고 아이를 출산하기로 결정하는 사례도 있기 때문이다. 실제로 프랑스의 대규모 설문조사에서는 임신을 원치 않았다는 답변보다 계획하지 않았다는 답변이 더 많았다(Moreau and others, 2014).

연구자들은 오래 전부터 임신에 대한 여성의 태도가 스펙트럼 형태로 나타난다는 점을  인지하고 이를 정확히 파악하고자 노력해 왔다(Hall and others, 2017; Aiken and others, 2016). 예를 들어,

많은 여성은 가족을 만들거나 늘리는 일에 대해 양면적인 태도를 보인다. 어떤 사람들은 아이를 원하지만 주변 상황이나 파트너, 미래에 대해 확신이 없다. 출산에 대한 여성의 생각은 임신 전까지 변화를 거듭하며, 임신 중에도 바뀐다. 의도성이라는 개념이 모호할 때도 많다. 이러한 상황에 처한 여성과 소녀는 자신의 자유의지를 행사하지 못할 수도 있고, 임신과 출산을 운명처럼 받아들이기도 한다. 자신의 의도가 중요하지 않다고 생각하는 것이다. 비극적이게도 주변 가족과 공동체는 이러한 태도가 옳다고 생각한다.

이러한 불확실성은 데이터에 영향을 미친다. 많은 지표는 여성이 임신 의도에 대해 의식적으로 이분법적인 결정을 내린다고 가정한다. 의도하지 않은 임신 발생을 나타내는 대부분의 최신 추정 자료는 저소득 국가의 인구보건조사(DHS)를 비롯한 인구 기반 설문조사 문항을 바탕으로 한다. DHS에서는 여성에게 지난 5년 동안의 각 임신에 대해 하나씩 질문을 던진다. 보통은 '임신 당시 임신을 하고 싶었는지, 더 나중에 미루고 싶었는지, 아이를 (더) 갖고 싶었는지' 등을 물어본다. 임신을 하고 싶지 않았거나 더 기다리고 싶었다고 답변하는 여성들은 의도치 않게 임신한 것으로 간주한다. 이 방법은 완벽하지 않다 (Population Council, 2015). 예를 들어, 의도하지 않은 임신을 통해 아이를 낳게 된 어떤 여성들은 새로운 현실에 적응한 뒤 임신한 기억을 재구성한다(Ralph and others, 2020). 출산 후 아이와 교감을 형성하거나 의도하지 않은 임신에 대한 낙인을 견뎌내고 나면 과거에 임신을 피했던 것이 단순한 혼란이었다고 회상할 수도 있다. 역으로 임신에 대해 혼란스러웠던 사람이 자신은 임신에 열려 있었다고 기억할 수도 있다. 이처럼 회상을

통한 답변만으로 임신 의도를 측정하면 의도하지 않은 임신의 발생을 과소평가하게 될 수 있다.

여성이 종교적 이유나 기타 사유 때문에 의도적으로 선택하지 않는 쪽을 선택할 수도 있다. 예를 들어, 미래의 일을 운명에 맡기는 것이다. 이러한 사례는 단순하게 분류할 수 없다. 임신에 대해 열려 있었다고 볼 수도 있지만, 계획하지 않은 임신이라고 설명할 수도 있다. 마지막으로 DHS 등의 설문조사는 보통 여성의 의도하지 않은 임신에 대해서만 정보를 수집한다. 따라서 임신에 대한 남성 파트너의 태도나 남성이 자신의 재생산 선택권을 행사할 수 있는 범위는 알려진 바가 거의 없다.

여성의 다양한 경험을 더 잘 반영할 수 있도록 의도하지 않은 임신의 지표를 개선하기 위한 노력이 진행 중이다. 대표적으로 런던 무계획 임신 지표(London Measure of Unplanned Pregnancy)는 0~12의 범위에서 임신의 계획성을 측정한다 (Hall and others, 2017). 계획하지 않은 출산과 임신중절에 대한 모델 기반 추정치가 2016년에 공개되기도 했다(Sedgh and others, 2016a). 뒤이어 세계 거의 모든 국가를 대상으로 한 최초의 모델 기반 국가별 추정 데이터가 만들어졌다(Bearak and others, 2022). 물론 이러한 자료는 추정치에 불과하다. 보다 심도 있고 신뢰도 높은 자료를 확보하려면 여성들이 부끄러움 없이 경험을 이야기할 수 있어야 하며 임신중절 발생 측정을 위한 충분한 자원이 갖추어져야 할 것이다.

청소년 임신과 선택

의도하지 않은 임신은 십대 임신 문제와 혼동될 때가 많다. 그러나 두 개념 사이의 관계는 사실 더 복잡하다. 모든 청소년 출산이 의도하지 않은 임신으로 인한 것은 아니다. 18세 미만 소녀의 출산 대부분은 결혼 관계에서 이루어진다. 이 사실은 유엔 인구부서(Population Division)의 신규 연구(UNDESA, 2022) 결과를 통해 확인되었다. 기존의 설문조사나 자가보고 조사, 기타 측정 방식에서는 이러한 임신 중 다수가 '의도한' 임신으로 분류될 것이다. 그러나 소녀는 언제 누구와 아이를 가질 것인지 결정하는 능력이 매우 낮고, 선택 자체가 불가능한 경우도 많다. 청소년 출산율, 특히 어린 나이의 청소년 출산율을 자세히 살펴보면 자율성과 선택권을 조사할 때 임신 의도를 묻는 현재 측정 방식을 사용하는 데에는 한계가 있음을 알 수 있다.

아동의 모성

중국과 고소득 국가를 제외한 세계 청소년 인구의 96%를 조사한 새로운 UNFPA 연구(UNFPA, 2022)에서는 개발도상국의 20~24세 여성 3명 중 거의 1명이 청소년기(10~19세)에 출산을 한 것으로 나타났다. 아이를 낳은 청소년의 절반 가까이는 아동(17세 이하)이었고, 보통 성인이 되기 전에 추가적인 출산을 한 경험이 있었다.

즉, 개발 도상국의 어린 여성 중 13%는 아동일 때 출산을 시작한다. 이들은 전체 청소년 출산에서 매우 큰 비중을 차지한다. 소녀 4명 중 3명은 14세 이하일 때 처음으로 아이를 낳았고, 20세 이전에 두 번째 출산을 경험했으며, 두 번째 출산한 적이 있는 여성 중 40%는 20세가 되기 전에 세

번째 아이를 낳았다. 15~17세 사이에 첫 출산을 경험한 소녀 가운데 절반은 20세 이전에 두 번째 아이를 낳았다.

또한 청소년의 추가 출산(첫 출산 이후) 중 절반 이상은 빠른 반복출산이었다. 빠른 반복출산은 이전 출산으로부터 24개월 이내에 다시 발생하는 출산을 가리키며, 유아 사망과 질병의 위험이 높다(Molitoris and others, 2019; Rutstein, 2008).

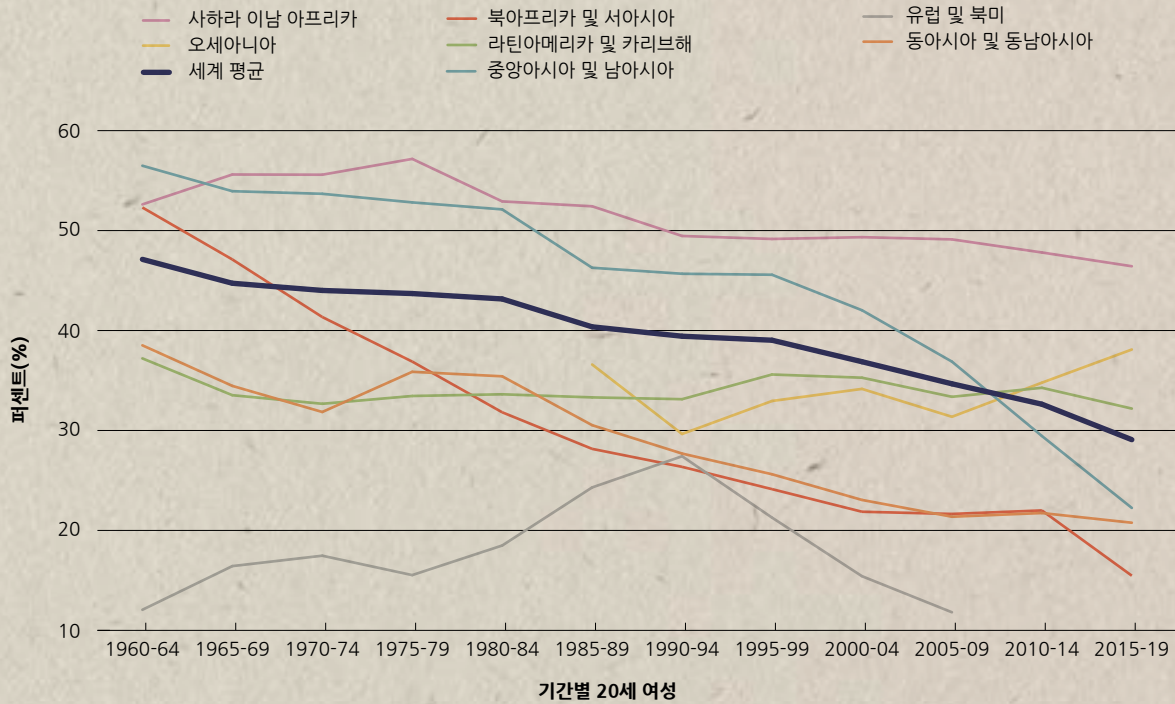
새로운 연구 결과는 다음과 같다.

- 첫 출산을 하는 청소년 소녀 중 **45%**는 본인도 아동이다. 즉, 17세 이하이다.
- 모든 청소년 출생의 **50%**는 아동기에 출산을 시작한 소녀들에게서 나타난다.
- 청소년의 둘째 이후 출산 중 **54%**는 빠른 반복출산이다.

초산 연령을 높이기 위한 노력에도 성과가 있었지만 충분하지는 않았다. 60여 년에 걸친 데이터를 보면 17세 이하 소녀의 청소년기 초산 비율은 60퍼센트에서 45퍼센트로 감소했다. 같은 연령대의 모든 청소년 소녀 출산 비율은 68퍼센트에서 50퍼센트로 떨어졌다. 두 경우 모두 지난 20년간 감소세가 빨라졌으나 감소폭은 10년 동안 약 3%p에 그쳤다. 이 속도로는 아동의 모성을 뿌리 뽑는 데 160년이 걸릴 것이다. 빠른 반복출산은 지난 60년 동안 10년마다 1%p씩 줄어드는 등 감소폭이 훨씬 작았다.

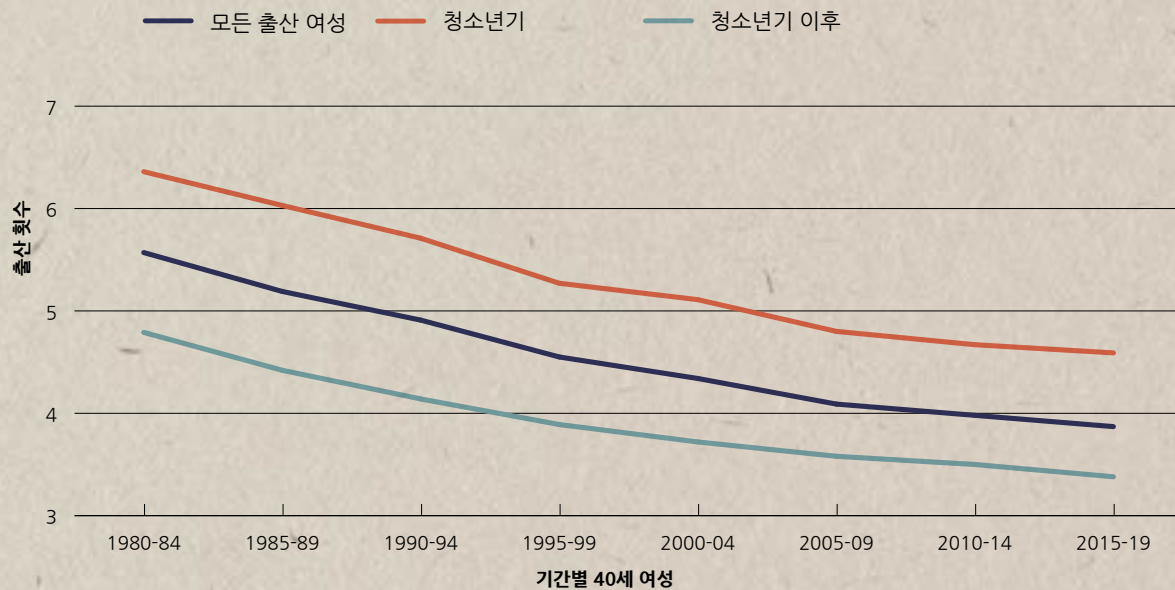
세계적으로 상당한 비율의 여성들이 청소년기에 재생산 생활을 시작한다(그림 3).

그림 3 청소년기에 출산을 시작한 여성의 비율, SDG 지역별 자료, 중국과 고소득 국가 제외



출처: UNFPA, 2022

그림 4 초산 연령별 완결출산율, 세계 평균, 중국과 고소득 국가 제외



출처: UNFPA, 2022

청소년기에 첫 출산을 한 여성은 20세 이후에 출산을 시작하는 여성보다 일생 동안 거의 두 배 더 많은 출산을 하게 된다(그림 4).

아동 결혼의 역할

새로 공개된 유엔 인구부서 분석(UNDESA, 2022)에 따르면 데이터가 있는 54개 개발도상국에서 18세 미만의 소녀의 첫 출산은 대부분 결혼 상태에서 발생한다. 중앙아시아와 남아시아, 북아프리카와 서아시아의 국가들은 가장 일관되게 결혼 출산율이 높다.

청소년기 출산과 결혼 사이에는 어떤 관계가 있을까? 어린 신부는 보통 결혼 초기에 아이를 낳거나 출산 능력을 보여야 한다. 이 경우 결혼 직후에 임신이 이루어진다.

그러나 출산과 결혼, 혼전 성관계에 대한 문화적 믿음이나 젠더 고정관념, 가족의 명예, 안전한 임신중절을 비롯한 성 및 재생산 보건 서비스의 접근성 부족 때문에 임신이 아동 결혼의 원인이 되기도 한다(Petroni and others, 2017). 설문조사 자료에 따르면 18세 미만의 소녀의 첫 출산은 결혼 후 7개월 이내 또는 동거가 시작된

후에 발생하는 경우가 많은데, 이는 혼전 임신이 종종 결혼보다 앞선다는 것을 보여준다(그림 5). 방글라데시, 베냉, 차드, 코모로, 인도네시아, 레소토, 니제르, 파푸아뉴기니, 필리핀과 같은 일부 국가에서는 18세 미만 소녀의 첫 출산 중 5분의 1 이상이 이 범주에 속한다. 다만 이는 지역별, 국가별로 상당한 차이를 보인다(자세한 내용은 142쪽 전문용어 주석 참조).

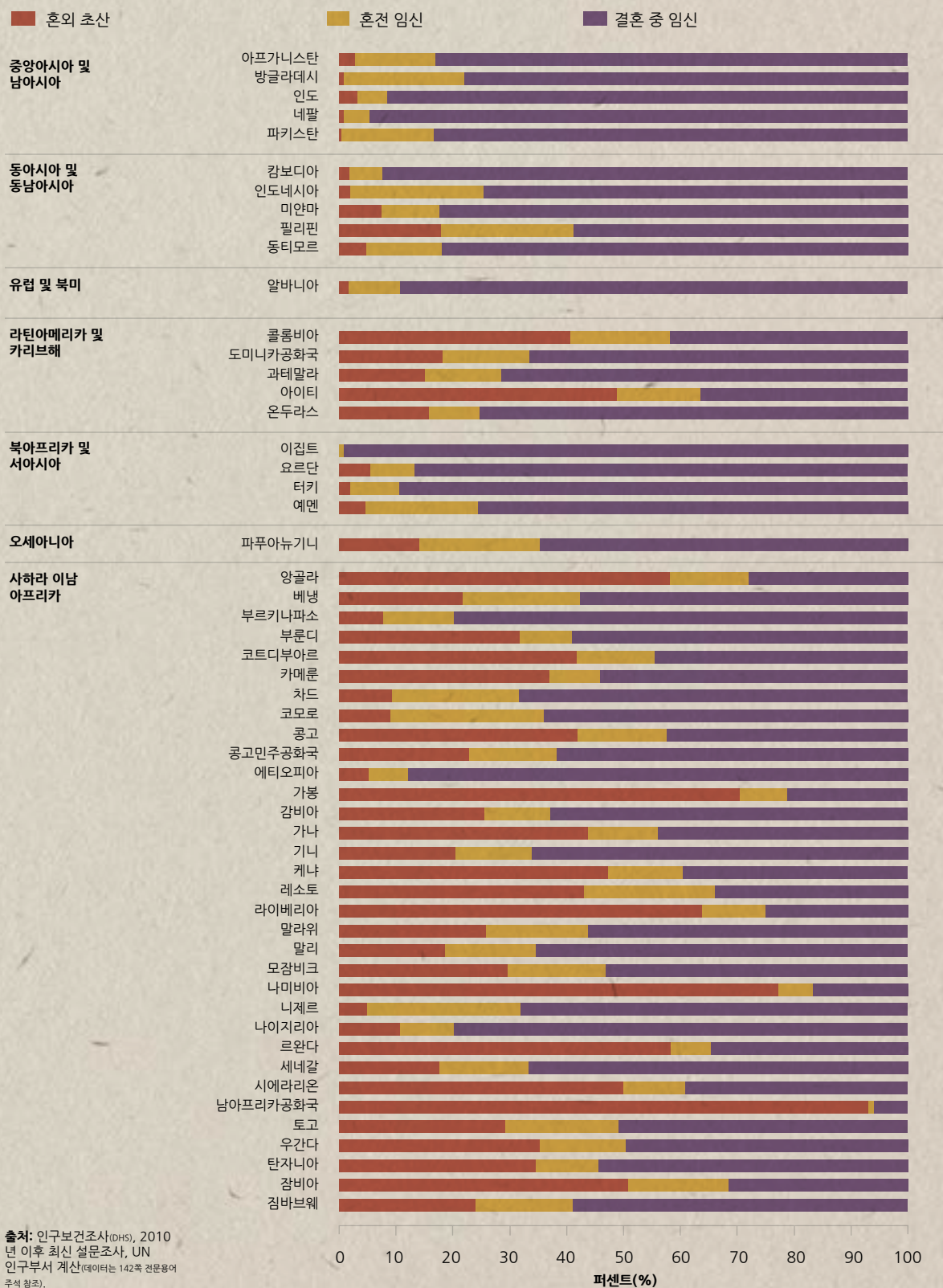
어떤 청소년은 해방의 수단으로 결혼을 한다(Horii, 2021). 결혼이 '강제적'이라고 생각하기보다는 혼전 성관계와 연애관계 금지에 대한 해결책, 심지어는 가정폭력에서 탈출하는 방법으로 보는 것이다. 그러나 이러한 자발적 결혼은 청소년기 출산 등 성인의 역할과 책임을 지나치게 빠른 시기에 안전하지 않은 방식으로 맡게 된다는 점에서 강제 결혼과 같은 해로운 결과를 가져온다.

청소년기에 결혼한 여성과 소녀는 흔히 미혼 청소년이나 노년 여성에 비해 교육, 식구, 경제력, 이동성이 부족하다. 이들은 고립되는 경향이 있고, 출산해야 하는 아이의 수와 출산 시기 등 자신의 건강과 행복에 유해한 상황을 협상할 지식과 기술이 부족하다.

배우자 간의 연령 차이는 여성의 나이가 어릴수록 커지는 경향이 있다(UNDESA, 2022; Haberland and others, 2004). 나이 든 파트너와의 이른 나이에 성생활을 시작하는 것은 소녀의 젠더 관계와 재생산 건강에 좋지 못한 영향을 끼치는 것으로 알려져 왔다(Ryan and others, 2008).

이러한 상황을 해결하려면 청소년과 청년들에게 조기 결혼과 임신의 대안으로 교육, 취업, 참여 기회를 제공함으로써 젠더 불평등을 해소해야 한다. 포괄적인 성교육을 제공하고, 청소년 친화적인 성 및 재생산 보건 서비스와 피임 물품을 제공하고, 청소년이 성생활과 관계에 대한 건강한 접근방식을 형성할 수 있도록 부모와 가족이 정보, 지원, 돌봄을 제공할 수 있도록 하고(UNESCO and others, 2018), 부모의 동의 여부에 관계없이 소녀 및 소년의 최소 법적 결혼 연령을 18세로 설정하고, '유사한 연령의 청소년 사이에서 발생하는 착취적이지 않은 합의된 성적 활동'을 처벌하지 않아야 한다(UNCRC, 2016).

그림 5 18세 이전 첫 출산, SDG 지역별 자료



출처: 인구보건조사(DHS), 2010년 이후 최신 설문조사, UN 인구부서 계산(데이터는 142쪽 전문용어 주석 참조).

선택이라는 환상, 청소년 임신



야자이러를 비롯해 빈곤과 고용 또는 교육 기회의 부족을 겪고 있는 수많은 어린 여성들에게 조기 임신과 결혼은 어느 정도 필연적이다.

© UNFPA/Wilton Castillo

엘살바도르/필리핀—야자이라는 겨우 16살에 18살 남자친구와의 사이에서 아이를 임신했다. 그들은 곧 결혼했다. 야자이라는 결혼이 “내 인생의 새로운 단계의 시작이었다”고 회상한다. “임신을 책임져야 했기 때문에 갑작스러운 변화였어요. 겨우 9학년을 마쳤을 때였죠.”

야자이라는와 같은 상황은 너무나 흔하다. 그녀가 사는 엘살바도르에서는 전체 임신의 4분의 1이 청소년 임신이다(UNFPA El Salvador, 2021). 이는 전체

적인 여성의 권한 상실을 가리키는 징후이다. 십대 임신과 조혼은 가정폭력 및 성폭력과 관련이 있다(UNFPA El Salvador, 2021). 이 경향은 이미 흔한 문제였지만, 코로나19 팬데믹이 진행되는 동안 70% 급증했다(IRC, 2020). 성교육은 최근에는 국가 커리큘럼에 추가되었고, 낙태는 강간, 근친상간, 산모와 아기의 생명이 위험한 경우를 제외하고 모든 상황에서 엄격하게 금지된다.

그렇다면 대부분의 십대 임신이 의도하지 않은 임신일 것이라고 추측할 수 있다. 그러나 실제로 엘살바도르에서 청소년 임신의 절반 이상인 58%는 여성이 의도하며, 남성의 75% 또한 의도적인 임신이라고 답한다(Carter and Speizer, 2005).

16세에 아이를 낳기로 선택했느냐는 질문에 야자이라는 직접적으로 대답하지 않았다. 자신은 성교육을 받지 않았고, 섹스와 임신은 그냥 일어나는 일로 보였다는 것이다. 야자이라는를 비롯해 빈곤과 고용 또는 교육 기회의 부족을 겪고 있는 수많은 어린 여성들에게 조기 임신과 결혼은 어느 정도 필연적이다. 엘살바도르 소녀의 4분의 1 이상이 18세 이전에 결혼을 하거나 비공식적인 결합을 하고 있다(ECLAC, 2020).

야자이라는가 적극적으로 임신을 선택한 것은 아니지만 결혼은 다른 문제였다. “어머니는 제 결혼을 원하지 않으셨지만, 저는 제 아이도 아버지 없이 자라게 하고 싶지 않았어요. 그래서 결혼을 결심했고, 남자친구의 부모님과 함께 살기로 했어요. 제 인생에서 가장 힘든 시기였죠. 제가 결혼을 하려고 시청으로 가는 동안 저희 반 친

구들은 고등학교 개학식에 있었어요. ... 현실을 깨닫게 됐죠. '내가 뭘 하는 거지?'라는 생각이 들었어요."

야자이라는 남편은 계속 교육을 받을 수 있게 해 준다고 약속했지만 현실은 달랐다. 그녀는 어린 아들을 돌보고 치즈를 만들어 팔아 생활비를 보태며 토요일마다 지역에 있는 학교에 다녔다. 학교가 끝나면 집으로 달려가 남편의 식사를 준비했다. 시어머니는 이 상황에 화를 냈다. 야자이라는 "공부 같은 헛소리는 끝났다"는 시어머니의 말을 기억한다.

지구 반대편에 있는 필리핀 마긴다나오의 라마디나는 6학년을 마치기 전까지는 평범한 여학생이었다. 라마디나는 14살 때 16살의 모르시드와 사랑에 빠졌고, 곧 첫 아이를 낳았다. 스스로 결정한 일이었다고 그녀는 말한다. 그러나 라마디나는 그 뒤에 일어날 일을 예상하지 못했다.

"결혼한 후에도 고등학교 1학년은 그럭저럭 마칠 수 있었어요." 라마디나는 둘째 갓난아이를 안으며 말했다. 이후 학교를 계속 다니고 싶다는 그녀의 바람은 가혹한 현실에 부딪혔다. 일 때문에 마닐라에 간 남편은 "나도 공부를 그만두었으니 너도 학교를 그만두라"고 말했다.

경제적 어려움과 어린 나이에 두 아이를 키우는 고충에도 불구하고 라마디나는 엄마로서의 삶을 좋아한다. 그러나 라마디나는 자신이 다른 선택을 했다면 누릴 수 있었을 삶을 상상한다.

현재 라마디나는 "아이들이 필요한 것을 가질 수 있도록" 해외에서 일자리를 찾고 싶다고 말했다. "하지만 남편이 허락하지 않을 거예요. 그럴 수 없다고 하겠죠. 제가 해외에서 일하면 절 버릴 거예요. 그래서 그냥 조용히 있어요. 이제 어디에도 갈 계획이 없어요."라고 그녀는 설명한다.

야자이라도 막힌 기분이었다. 그녀는 결혼을 선택했지만, 다른 삶의 선택들은 그녀가 통제할 수 없었다. 남편은 외도를 하고 야자이라는 정서적으로 학대했다. 야자이라는 떠나고 싶어하자 남편과 그 부모는 야자이라는 아들을 이용했다. "아들은 못 데리고 간다고 했다"고 그녀는 회상한다. 마침내 결혼 5년 만에 그녀는 한계에 도달했다. 야자이라는 아들을 데리고 어머니의 집으로 돌아갔다. "아들을 거기 두고 떠나지는 않을 생각이었어요. 누구도 아들을 제게서 떼어놓을 수는 없어요."라고 그녀는 말한다.

새로운 삶을 개척하기로 결심한 야자이라는 공부를 마치고 경찰에 들어가 젠더 기반 폭력의 생존자들을 지원했다. 그리고 다시 한 번 의도하지 않은 임신을 경험했다. 이번에는 피임을 사용했지만 실패했다. 임신했다고 말하자 파트너는 마을을 떠났다.

현재 34세인 야자이라는 자신감에 찬 분위기를 풍긴다. 그녀는 자신의 커리어에 만족한다. 자랑스러운 두 아들은 6살과 17살이 되었다. 야자이라는 곧 사회복지 학위를 마칠 생각에 들떠 있다. 두 아들은 젠더 불평등 규범을 거부하고 피임과 같은 문제에 대해 당



라마디나 탈루산 말랑, 18세, 두 아이의 엄마. © UNFPA/Rosa May DeGuzman

당히 목소리를 낼 줄 아는 책임감 있는 남자로 키우고 있다. "이런 문제에 대해 아이들과 이야기하지 않는 엄마들이 많지만, 자신감을 얻을 수 있도록 대화를 하는 것이 중요하"고 야자이라는 말한다.

라마디나도 자신의 미래를 위해 새로운 결정을 내리고 있다. 라마디나는 다양한 피임법에 대해 배웠고, 곧 첫 번째 피임 주사를 맞을 예정이다. 자신의 딸에게는 더 많은 선택지가 있으면 좋겠다고 그녀는 말한다. "딸은 저와 달리 학교를 마치고, 결혼하기 전에 목표를 달성했으면 좋겠어요."



제3장

모든 여성이 위험하다:
행위주체성의 침해는
의도하지 않은
임신으로 이어진다

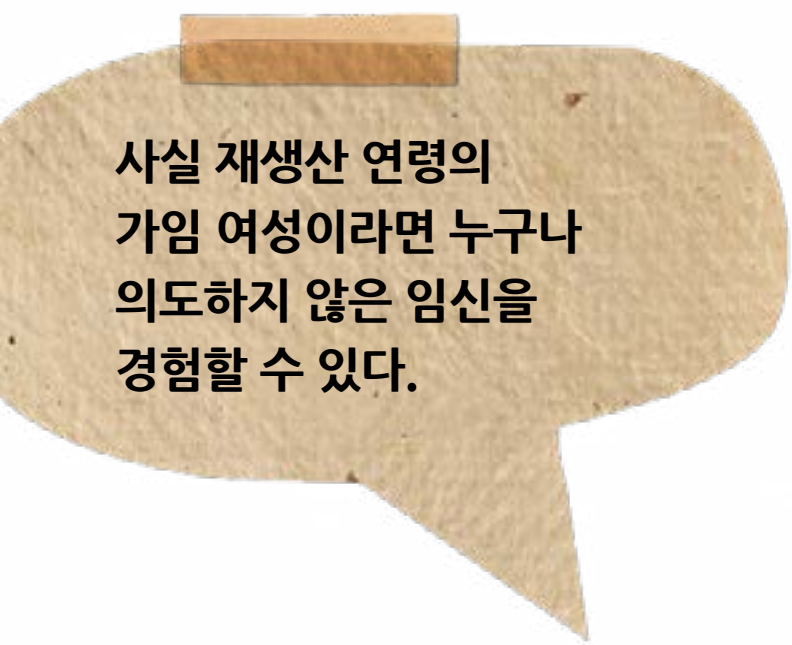


의도하지 않은 임신은 문화, 경제적 계층, 종교, 결혼 상태에 관계없이 모든 여성과 소녀(및 트랜스젠더 남성과 논바이너리)에게 영향을 미친다. 많은 문화와 국가에서 미혼 여성이나 소녀의 임신에는 낙인이 따라붙는다. 반면 기혼 여성은 언제든지 임신의 가능성에 대해 열려 있거나 임신을 그저 받아들이는 사람으로 인식된다. 이는 기혼 여성의 욕구와 선택권을 지우는 편견이다. 이러한 세계관에서는 기혼 여성의 의도하지 않은 임신이라는 개념이 존재하지 않는다.

사실 재생산 연령의 가임 여성이라면 누구나 의도하지 않은 임신을 경험할 수 있다.

피임 수단에는 실패율과 접근성의 장벽이 있다(제4장에서 더 자세히 설명). 성폭력과 재생산 강요는 어디에나 존재하며, 데이터를 확인할 수 있는 국가의 여성 가운데 약 23%는 성관계에 대해 아니오라고 말할 수 없다(SDG 데이터). 거의 모든 가임 여성과 재생산 연령의 소녀는 계획, 바람, 동의 없이 임신을 할 가능성이 존재한다는 뜻이다.

더 큰 취약성과 관련된 요인도 많다. 도덕적 자질이 아니라 앞에서 강조한 사회인구학적 상황이 그것이다. 이러한 요인은 임신을 한다는 불가항력적인 방향으로 여성과 소녀를 몰아붙여 의도하지 않은 임신을 유도한다기보다 인간의 행위주체성을 ‘약화’시킨다고 표현하는 것이 더 적합하다. 이 장에서는 이러한 사회인구학적 상황이 의도하지 않은 임신을 경험하는 여성과 소녀의 의사결정 능력에 어떻게 영향을 미칠 수 있는지 알아본다.



사실 재생산 연령의 가임 여성이라면 누구나 의도하지 않은 임신을 경험할 수 있다.

선택을 지지하거나 저해하는 요인

빈곤과 소득 불평등은 여성의 행위주체성에 영향을 미친다

흔히 빈곤과 의도하지 않은 임신을 연결해서 생각하지만, 둘 사이의 관계는 결코 간단하지 않다. 여성이 임신을 고려하는 의도성은 주변 상황에 의해 결정되는 경우가 많다. 기회가 적은 빈곤층 여성은 임신을 불가피하다고 생각하거나 대가족을 선호하는 경제적 조건하에서 살 수도 있다.

개발도상국을 대상으로 한 연구에 따르면 극빈층 소득 범주에 속하는 여성은 가구소득이 높은 여성보다 의도하지 않은 임신을 더 높다(Sarder and others, 2021; Bain and others, 2020; Ameyaw and others, 2019). 2010~2016년 사하라 이남 아프리카 29개국의 DHS 데이터를 폭넓게 분석한 연구에서는 의도하지 않은 것으로 간주되는 임신의 비율이 극빈층 여성에서 가장 높게 나타난다는 것을 발견했다. 미국 연구에서도 유사한 연구 결과가 나타났다(Finer and Zolna, 2016).

이러한 상관관계에 대한 한 가지 설명은 빈곤층 여성의 경우 현대식 피임 방법을 사용하는 것이 경제적으로 더 부담스럽다는 것이다(Garraza and others, 2020). 또한, 저소득층 여성은 비교적 교육 수준이 낮기 때문에 피임에 대한 지식이 부족할 수 있다. 게다가 농촌에 살거나 도시에서도 서비스가 부족한 지역에 거주할 가능성이 더 높아서 서비스 접근성이 낮을 수 있다.

커플의 합의

1990년대 중반부터 2000년대 중반 사이에 수집된 사하라 이남 아프리카 18개국의 DHS 데이터에 따르면 남성은 아이를 더 갖고 싶다는 욕구를 여성보다 압도적으로 더 많이 표현했다(Westoff, 2010). 사하라 이남 아프리카 4개국을 대상으로 한 최근 2019년 연구에서도 마찬가지로 남편이 원하는 자녀 수가 아내가 생각하는 이상적인 자녀의 수보다 많았다(Atake and Ali, 2019). **그러므로 여기서 중요한 것은 커플이 자율성과 행위주체성을 모두 발휘하여 원하는 자녀 계획을 명확히 표현하고 협상할 수 있는 능력이다.** 안타깝게도 자료에 따르면 많은 여성은 중요한 의사결정에 참여할 수 없다. 최신 데이터를 보면 64개국의 여성 중 8% 이상은 피임을 결정할 힘이 없고, 4분의 1은 성관계를 거부할 힘이 없는 것으로 나타났다(United Nations, 2022). 재생산 선택권이 약한 여성은 흔히 자율성을 찾기 위해 비밀스러운 피임 방법에 의지한다.

미래건강(Avenir Health) 연구진은 커플의 합의를 나타내는 지표, CCI(Couple's Concordance Index)를 만들었다. CCI는 가족 규모에 대한 합의는 물론, 출산 선택에 영향을 미치는 것으로 알려진 힘의 불균형도 함께 측정한다(이를 위해 파트너 간 교육 수준과 연령의 차이, 젠더 규범 등의 요인을 사용한다). CCI 값이 크면 커플이 높은 수준의 합의를 통해 함께 의사결정을 진행한다는 뜻이다. 분석 결과 CCI 점수가 현대적인 피임 수단의 보급률 사이에는 강력한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. CCI 점수가 상대적으로 높지 않은 검토 대상 국가 중 현대적인 피임법 보급률이 55%를 넘는 곳은 없었다(Bietch and Emmart, 2022). 즉, 평등한 조건에서 커플이 함께 미래의 재생산을 계획할 수 있을 때, 현대적 피임 방법을 사용할 수 있는 여성의 권한도 커질 것이다.

또 한 가지 주목해야 할 것은 남성용 피임법의 경우 전통적 방법인 질외사정법, 현대적 방법인 콘돔과 남성 불임 수술이 전부라는 점이다. 둘 중에서 일반적인 사용을 기준으로 세계보건기구(WHO)가 정의하는 '매우 효과적'인 피임법에 해당하는 것은 불임 수술뿐이다. 남성용 콘돔은 일반적으로 사용했을 때 '적당히 효과적'인 피임 수단이다(다만 콘돔이 HIV를 포함한 성병으로부터 사용자를 보호하는 등 다른 장점을 갖고 있다는 점도 생각해 봐야 한다)(WHO, 2020c)(자세한 내용은 70쪽의 남성 피임에 대한 특별 취재 참조). 이처럼 남성들이 이용할 수 있는 피임 수단이 부족하기 때문에 대부분의 피임 부담은 여성이 떠안게 된다. 피임 부담에는 비용, 의료 서비스 이용에 드는 시간, 부작용 등이 포함된다. 게다가 젠더 측면에서 불평등한 사회 규범 때문에 많은 여성들은 피임과 성에 대한 의사 결정권을 거의 갖지 못한다(58쪽의 여성들이 이용할 수 있는 피임법 목록 참조).



© UNFPA/Fidel Evora

그러나 모든 연구에서 빈곤과 의도하지 않은 임신의 직접적 또는 선행적 상관관계가 나타나는 것은 아니다(Habib and others, 2017). 따라서 이 상관관계는 국가별 맥락에 따라 달라지며, 교육 부족 등 빈곤과 관련된 다른 요소들 역시 큰 역할을 한다는 점을 알 수 있다.

연령과 행위주체성

의도치 않게 임신한 청소년의 이야기는 혼전 성관계의 위험성을 설명하기 위한 경고로 사용되는 경우가 많다. 이러한 고정관념으로 인해 많은 사람들, 심지어 정책 개발자들조차



의도하지 않은 임신이 대체로(심지어는 주로) 젊은 여성과 소녀에게 영향을 미친다고 생각하게 되었다. 하지만 데이터를 보면 상황은 훨씬 더 복잡하다.

남아시아 6개국(아프가니스탄, 방글라데시, 인도, 몰디브, 네팔, 파키스탄)의 결혼한 적이 있거나 결혼 상태인 임산부를 대상으로 진행된 최근 연구에서는 15~19세 여성과 소녀의 90%가 자신의 임신을 의도한 임신으로 분류했다. 이는 다른 어떠한 연령대보다도 높은 비율이다. 이 데이터는 언뜻 해당 연령대에게서 의도하지 않은 임신이 많이 발생한다는 가설을 반박하는 자료로 보인다. 그러나, 잠재적 교란 요인

(빈곤, 교육 등)을 통제하면 청소년들은 의도치 않게 임신할 확률이 가장 큰 것으로 나타났다(Sarder and others, 2021). 사하라 이남 아프리카 29개국을 대상으로 한 또 다른 연구에서도 결혼한 적이 없는 사람들을 포함하여 조사한 결과 실제로 미혼 청소년은 나이가 많은 미혼 여성보다 임신을 의도하지 않았다고 답변하는 경우가 더 많았다. 그러나 결혼했거나 동거 중인 사람(또는 파트너와 이혼하거나 사별한 사람)을 포함한 모든 여성과 소녀들 중 15~19세의 응답자는 다른 연령대보다 의도하지 않은 임신의 비율이 낮았다. 모든 연령대와 모든 혼인 상태를 고려하면 아프리카 국가에서 15~19세 여성보다 의도치 않게 임신할 가능성이 더 높은 사람은 고령 여성이었다(Ameyaw and others, 2019).

연구 방법론과 데이터의 품질이 매우 가변적일 수 있기 때문에 쉽게 결론을 내리기는 어렵다. 여성들의 의도하지 않은 임신율은 연구 대상이 인구집단의 모든 여성인지, 혹은 성생활을 하는 여성에 국한되는지에 따라 크게 달라질 수 있다(Finer and Zolna, 2016; Fineer, 2010). 게다가, 젊은 여성들은 특히 결혼한 경우 재생산 능력을 증명할 수 있도록 아이를 낳아야 한다는 문화적 기대의 대상이 된다. 실제로 많은 젊은 여성은 아이를 원하기 때문에 첫 임신을 의도했다면 DHS의 질문을 읽고 자신이 ‘정확’하다고 생각하는 답변을 제공할 수 있다. 하지만 의도성을 다르게 측정한다면, 가령 소녀에게 임신했을 시점에 임신과 공부 중 무엇을 선택했을 것 같냐고 묻는다면 청소년의 의도하지 않은 임신율은 다르게 나타날 수 있다.

중저소득 국가의 청소년들은 특히 심각한 위험 요인에 직면한다.

연구 환경에 따라 다르게 나타나는 결과는 연령대별로 취약성에 차이가 있다는 점으로 설명할 수도 있다. 중저소득 국가의 청소년들은 특히 심각한 위험 요인에 직면한다(Neal and others, 2020). 예를 들어, 이들은 피임 정보 및 서비스 이용에 어려움을 겪고(Smith, 2020; UN CRC, 2003), 현대적인 피임법 수요의 충족 수준도 다른 연령대보다 낮다(Kantorova and others, 2021). 또한, 여러 연구에 따르면 낮은 교육 수준, 약물 사용/남용, 친밀한 파트너에 의한 폭력 등의 개인적 요인, 가족 요인, 공동체 내 요인은 소녀와 청소년이 의도치 않게 임신할 위험을 높인다(Chung and others, 2018).

이처럼 다른 취약성이 존재한다는 점을 고려해 인권 규범은 각국이 비차별에 기초하여 청소년을 위해 사생활과 비밀보장에 대한 권리를 존중하는 양질의 의료 서비스를 보장하도록 지시한다(UNCRC, 2016). 이러한 서비스는 법률, 정책 또는 관행에 따른 부모 또는 보호자의 승인 없이 사용할 수 있고 접근할 수 있어야 한다. 하지만 이러한 권리는 세계의 많은 지역에서 실현되지 않고 있다. 이는 의도하

지 않은 임신을 줄일 수 있도록 청소년기 소녀와 젊은 여성들에게 특히 주의를 기울여야 함을 의미한다. 또한, 청소년들이 의도하지 않은 임신의 결과로 특히 더 높은 비용을 부담한다는 점에 주목할 필요가 있다(이 점은 제5장에서 자세히 설명한다).

반대로 나이가 든 여성들 또한 의도하지 않은 임신을 경험한다. 이들의 위험은 앞서 본 사례와 현저하게 다른 경우가 많고, 피임 서비스의 이용 장벽이나 성과 피임에 대한 불충분한 지식이 아니라 감소하는 자신의 재생산 능력에 대한 오해에서 비롯된다. 중년 및 후반기 출산력과 폐경에 대한 정보는 부족할 때가 많다(Ilankoon and others, 2021; Im and others, 2010). 여성이 나이가 들면 재생산 능력이 실제로 감소하지만, 많은 여성들의 경우 폐경기에도 재생산력이 유지된다. 나이가 들어서 임신이나

성생활과 멀어졌다는 인식은 효과적인 피임법의 사용을 방해할 수 있다(Bakour and others, 2017; Wellings and others, 2013). 폐경 후 생리 불순을 불임과 혼동할 수도 있고, 의료인이 중년의 성 건강에 무엇이 필요한지 잘 모를 수도 있다(Taylor and James, 2012). 실제로 중장년층 여성의 임신은 젊은 여성과 유사한 비율로 발생할 수 있다(Chae and others, 2017; Baldwin and Jensen, 2013).

이 연령대에서는 의도하지 않은 임신의 결과도 다르다. 나이가 든 임신부는 합병증과 유산의 위험이 더 높다(Frederiksen and others, 2018). 임신으로 인해 자신의 교육이 중단될 가능성은 낮지만, 대신 근로 참여, 기존 자녀에 대한 투자, 다른 가족이나 손자를 위한 돌봄, 자신의 은퇴나 노후 돌봄을 위한 저축 등의 형태로 기회비용이 발생한다.

금욕만을 통한 피임법의 문제

많은 사람들은 성행위를 하지 않는 금욕이 임신을 피하는 ‘실패 없는’ 방법이라고 생각한다. 물론 이 방법은 인도적 위기(54쪽 참조)와 같은 상황에서 흔히 발생할 수 있는 강간이나 강요에 의한 성교의 경우에는 해당하지 않는다. 그러나 강요나 폭력이 없어도 금욕을 제대로 하지 않으면 피임 효과가 없을 수 있다. 예를 들어, DHS 응답자들은 피임 방법으로 주기적 금욕을 사용한다고 답변하는 경우가 많다. 그러나 이들 중 약 40%는 12개월 이내에 금욕을 중단한다(Ali and others, 2012).

미혼 청소년 사이의 성적 접촉을 방지하기 위해 ‘금욕만’을 강조하는 교육을 사용하는 경우도 많다. 그러나 금욕만을 장려하는 프로그램은 첫 성관계 시기를 늦추거나, 성관계 빈도를 줄이거나, 성적 파트너의 수를 줄이는데 효과가 없는 것으로 밝혀졌다. 반대로 성적 활동을 지연시키는 데 집중하며 콘돔이나 피임 도구 사용에 관한 내용을 함께 제공하는 프로그램은 효과적이다(UNESCO and others, 2018).

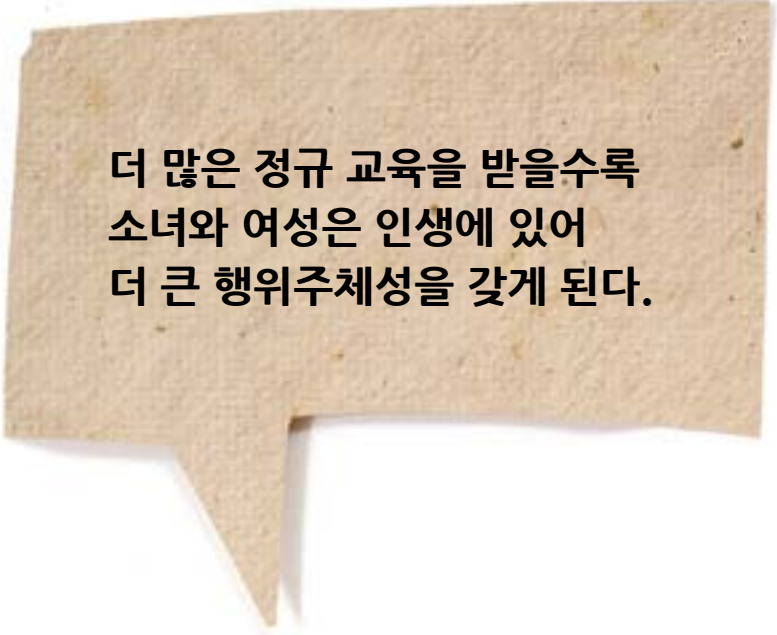
선택과 평등을 가능하게 하는 교육

2030 지속가능개발의제에서 교육과 젠더 평등은 개발의 요소로 인정된다. 더 많은 정규 교육을 받을수록 소녀와 여성은 자신의 인생에 있어 더 큰 행위주체성을 갖게 된다. 결혼 여부와 결혼 시기, 출산 시기, 미래에 낳을 자녀의 수를 더 잘 선택할 수 있다. 또, 선택을 했을 때 더 큰 지지를 받는다. 하지만 혼동해서는 안 되는 두 가지 개념이 있다. 교육은 소녀에게 몸과 권리에 대한 지식을 제공하지만, 의도하지 않은 임신을 예방할 책임을 소녀에게만 떠넘겨서는 안 된다. 공동체에도 책임이 존재한다. 사회가 소녀를 위한 정규 교육을 중요시한다는 것은 소녀와 여성에게 재생산 능력과 모성 외에도 다른 능력이 있다는 점을 인정하는 것이다. 이처럼 여성의 교육 수준은 젠더 불평등과 고정관념을 반영하는 거울이자 극복을 위한 매개체로 볼 수 있다.

많은 연구는 여성의 교육 수준이 높을수록 그렇지 않은 여성에 비해 의도하지 않은 임신을 할 위험이 적다는 것을 발견했다. 실제로 사하라 이남 아프리카 전역을 대상으로 한 연구에서는 초등 및 중등 교육을 받은 여성이 교육을 받지 않은 여성보다 의도하지 않은 임신을 할 가능성이 각각 26%와 29% 낮았다 (Ameyaw and others, 2019). 영국(Wellings and others, 2013)이나 미국(Finer and Zolna, 2016)과 같은 고소득 국가에서도 같은 경향이 나타났다.

남성 파트너의 높은 교육 성취도 역시 의도하지 않은 임신을 감소와 관련이 있다(Seifu and others, 2020). 즉, 남편이 더 교육을 받았을

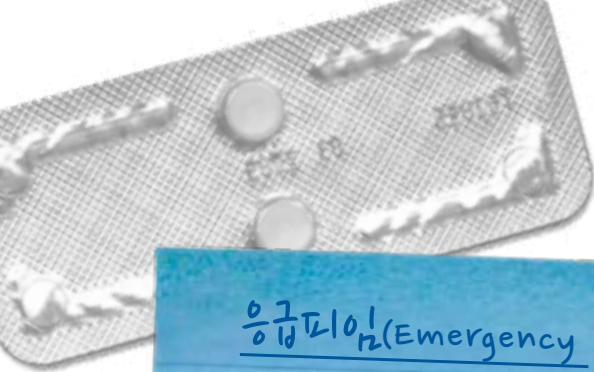
때 여성은 의도하지 않은 임신을 경험할 가능성이 적다. 부분적으로 이는 교육을 받은 남성과 결혼한 여성들은 그들 자신도 교육 수준이 높을 가능성이 크다는 점을 나타내는 것일 수도 있지만, 교육을 통해 남성들이 가족 단위의 행복을 위한 출산 계획의 이점을 더 잘 인식하게 된다는 사실을 보여주기도 한다.



**더 많은 정규 교육을 받을수록
소녀와 여성은 인생에 있어
더 큰 행위주체성을 갖게 된다.**

결혼이 의도하지 않은 임신을 확실히 막아주는 것은 아니다

역사적으로 사람들은 의도하지 않은 임신 문제를 결혼 여부와 연결지어 생각했다. 혼외 임신은 오랫동안 불명예스러운 것으로 여겨져 왔다. 이러한 시각은 문화와 종교 전반에 걸쳐 지속되는 규범이다. 결혼이 의도하지 않은 임신으로부터 직접적인 보호를 제공하지는 않지만, 의도하지 않은 미혼자의 임신으로 인한 낙인과 부정적 영향은 억제해 준다고 볼



응급피임(Emergency
contraception), 명사 -

임신이 되지 않도록 배란을 지연시키거나
수정을 막는 사후피임법.
용법 참고사항: 응급피임약은 임신중절
약물이 아니다.

수 있다. 그러나 데이터를 살펴보면 결혼 여부와 의도하지 않은 임신의 위험 사이에는 명확한 연관성이 없다(Hall and others, 2016; Ikamari and others, 2013; Melian, 2013). 어떤 연구에서는 미혼 여성의 위험이 더 높고, 다른 연구에서는 기혼 여성의 위험이 더 높았다(Ameyaw and others, 2019; Nyarko, 2019; Nyan, 2019). 예를 들어, 사하라 이남 아프리카 29개국을 대상으로 한 연구에서는 전반적으로 미혼 여성이 기혼 여성보다 의도하지 않은 임신율이 높았지만, 연구진이 다른 요인(나이 등)을 통제한 결과 기혼 여성의 의도하지 않은 임신 가능성이 훨씬 높았다(Ameyaw and others, 2019).

의도하지 않은 임신이 사회적으로 더 용인되는 경향이 있는 기혼 여성은 임신중절 가능성이 낮을 것이라고 가정할 수도 있다. 여기서도 가용 데이터에서 나타나는 경향성은

복잡하다. 2016년의 한 연구(Sedgh and others, 2016a)에 따르면 세계 임신중절율은 기혼 여성들 사이에서 더 높았지만, 이는 지역마다 상당히 달랐다.

가족 규모와 의향

많은 연구에서, 자녀가 많은 여성들은 의도하지 않은 임신에 더 취약한 것으로 나타났다. 우간다의 HIV 여성을 대상으로 한 연구에서는 ‘임신 횟수가 많을수록 의도하지 않은 임신을 경험할 가능성이 높아진다’는 것이 밝혀졌다. 남아시아 6개 국가에서 3명 이상의 자녀를 둔 여성의 평균 22.7%는 의도하지 않은 임신을 경험했는데, 자녀가 없는 여성의 경우 이 비율은 5.5%에 불과했다(Sader and others, 2021).

이 연관성은 여러 방식으로 설명할 수 있다. 연구진은 자녀가 많은 여성들의 경우 피임을 일관성 없이 사용하고, 응급피임 수단을 적게 이용하며, 과도한 출혈과 같은 피임 부작용을 경험할 때가 더 많고, 파트너의 거부나 접근하기 쉬운 보건 시설의 피임 용품 재고 부족을 더 많이 경험할 수 있다고 가정했다. 여성 출산 선호도의 관점에서 설명할 수도 있다. 여성의 출산 선호도는 권한이 더 큰 여성(더 많은 교육을 받고, 더 큰 결정권을 갖고, 가계 자원에 더 큰 통제력을 행사하는 여성) 사이에서 비교적 낮은 경향이 있다(Atake and Ali, 2019). 따라서 권한이 비교적 작은 여성은 대가족을 선호하고, 동시에 자신의 재생산에 대해 행사할 수 있는 행위주체성이 적기 때문에 의도하지 않은 임신이 높게 나타날 수 있다.

젠더 스펙트럼 전체에 걸친 위험: 이성애자만의 문제가 아니다

모든 종류의 주변화는 임신할 수 있는 사람들의 행위주체성에 영향을 미칠 수 있다. 보통은 이성애 관계에 있는 여성만이 의도하지 않은 임신의 위험을 가지고 있다고 생각하지만 다양한 연구를 보면 이러한 취약성은 성소수자에게까지 확대될 수 있으며, 오히려 성소수자 사이에서 더 클 수도 있다.

연구자들은 레즈비언이나 양성애자 여성과 같은 성소수자 여성은 위험하지 않다는 생각이 이들의 취약성을 증가시킬 수 있다는 점을 발견했다(Everett and others, 2017). 성소수자 여성은 피임 수단을 사용할 가능성이 낮고, 이성애자 여성보다 재생산 보건의로 서비스 접근성이 낮으며, 추가적인 사회적 스트레스와 낙인에 시달린다.

여러 국가의 연구를 조사한 메타분석 결과 레즈비언과 양성애자 청소년은 이성애자 또래보다 임신 위험이 더 높은 것으로 나타났다(Hodson and others, 2016). 또 다른 연구에서는 레즈비언 여성의 남성 성적 파트너가 이성애자 여성보다 평균적으로 더 많은 것이 관찰되었다(Xu and others, 2010). 이처럼 반직관적인 연구 결과는 부분적으로 사회적 압력, 강요, 성소수자가 경험하는 성폭력 발생률이 훨씬 높다는 사실 등으로 설명할 수 있다(Rothman and others, 2011). 연구자들은 자기 자신을 트랜스젠더나 논바이너리, 젠더 확장적이라고 밝힌 사람들이 경험한 임신 중 약 54%가 의도하지 않은 임신이었다고 보고했다(Moseson and others, 2021). 또한, 성소수자는 추가적인 낙인, 차별 및 디스포리아, 환자를 속단하지 않고 지식이 충분한 의료인을 찾는 과정의 어려움 등 의도하지 않은 임신과 관련된 부정적 결과를 경험할 수 있다(Everett and others, 2019; Müller and others, 2018).

그러나 가족 규모와 임신 의도 사이의 관련성은 확실하지 않다. 어떤 연구에서는 상관관계가 나타났고, 또 어떤 연구에서는 아무것도 나타나지 않았다(Napyo and others, 2020). 어떤 연구에서는 더 많은 아이를 가질수록 의도하지 않은 임신이 감소하는 것으로 나타났다(Ameyaw and others, 2019; Nyarko, 2019).

출산 간격도 여성의 행위주체성 행사에 영향을 미칠 수 있다. 의도하지 않은 임신(Ahrens and others, 2018; Hall and others, 2016; White and others, 2015)과 친밀한 파트너에 의한 폭력(Maxwell and others, 2018)은 둘 다 출산 간격 감소와 관련이 있다. 이처럼 출생 간격이 좁으면 산모와 주산기 및 영유아에게 부정적 결과가 나타날 수 있다(WHO, 2007). 이는 자신의 신체

에 대한 행위주체성과 선택권이 적은 여성의 취약성을 잘 보여준다.

노동력 참여는 선택을 뒷받침한다

많은 연구에서는 유급 노동력의 부재가 의도하지 않은 임신을 상승과 관련이 있다는 것으로 나타났다. 에티오피아에서 실업 여성은 공무원으로 일하는 여성에 비해 의도하지 않은 임신을 경험할 가능성이 6.8배 높았다(Moges and others, 2020). 사하라 이남 아프리카에서는 대체로 일하지 않는 여성의 의도하지 않은 임신율이 다른 4가지 고용 범주(관리직, 사무직, 영업직, 농업직)에 속한 여성보다 훨씬 높았다(Ameyaw and others, 2019).

요점은 유급 노동이 여성의 행위주체성 행사와 신체적 자율성에 힘을 실어주는 효과가 있다는 것이다. 경제적 여유가 있는 여성은 피임 수단을 더 쉽게 이용하여 피임할 수 있으며 가정에서도 의사 결정권이 더 크다(Acharya and others, 2010). 이처럼 소득에 접근할 수 있는 여성의 경우 의도하지 않은 임신의 기회 비

율이 훨씬 더 높는데, 이는 노동에 대한 보수가 의도하지 않은 임신을 피하게 하는 강력한 동기를 유발한다는 것을 나타낸다(Ameyaw and others, 2019). 또한 교육을 받은 여성의 노동력 참여는 개발의 주요 동인이며, 이 개발은 다시 선택권 행사를 뒷받침한다(제2장 참조).

도농 간 격차

여러 연구에 따르면 농촌 여성은 도시 여성보다 의도하지 않은 임신을 할 가능성이 더 높는데, 경우에 따라 두 배 가까이 높을 때도 있다(Ameyaw and others, 2019). 이러한 차이에 대한 가장 간단한 설명은 농촌 여성의 현대적 피임법에 대한 접근성이 낮다는 것이다. 이는 많은 상황에서 사실이지만(제4장에 자세히 살펴본다) 이유의 전부는 아니다. 다양한 지표를 보면 알 수 있듯 농촌 지역에 사는 여성들은 전반적으로 권한과 자율성에 대해 더 큰 장벽을 마주할 수 있다. 예를 들어, 아시아(Acharya and others, 2010), 라틴아메리카(Chant, 2013), 아프리카(Darteh and others, 2019)의 농촌 여성들은 건강 관리, 가정 내 문제 등에 대해 의사결정을 내리거나 피임 사용을 고려할 때 행사할 수 있는 자율성이 비교적 낮다. 농촌 지역의 사회적 규범과 젠더 규범 또한 더 보수적이고 가부장적인 경향을 보일 수 있다. 예를 들어, 콩고 민주공화국의 농촌 여성들을 인터뷰한 결과 사회문화적 규범과 배우자 간의 의사소통 부재가 피임 사용을 억제하는 것으로 나타났다(Mbadu and others, 2017). 또한 개발도상국의 농촌 여성들은 교육 수준이 낮고 빈곤율이 높을 가능성이 더 크다(Suttie, 2019; UN Women 2012).

재생산 강요(Reproductive coercion), 명사

여성의 피임을 방해하거나, 몰래 콘돔을 제거하거나, 임신중절을 강요하거나, 여성이 원하는 임신중절을 막는 등 여성의 재생산 자율성에 적극적으로 개입하는 행위. 이는 친밀한 파트너에 의한 폭력의 한 형태로 인정되지만 가족 구성원이나 타인에 의해서도 자행될 수 있다.

앞에서 본 것처럼 이는 의도하지 않은 임신과 관련되어 있다.

선택지가 없을 때

위에서 살펴본 요인들은 여성과 소녀의 신체적 자율성을 뒷받침하거나 침해하는데 중요한 역할을 한다. 그러나 우리는 또한 많은 여성들이 임신이나 임신 전 성생활에 대해 결정권이 거의 또는 전혀 없다는 것을 알고 있다. 폭력, 강요, 완전히 통제할 수 없는 상황에 의해 여성과 소녀 및 젠더 비순응 인구의 신체적인 자율성은 심각하게 훼손되거나 부정당한다.

폭력과 강요

폭력, 특히 성폭력은 인정된 명확한 인권 침해이며 의도하지 않은 임신과 강력하게 연관되어 있다(Miller and others, 2010). 폭력적이거나, 원하지 않거나, 합의되지 않은 성관계를 경험한 사람은 결과적으로 임신을 할 수 있다. 그러나 다양한 형태의 폭력은 생존자의 의사결정 능력에 더 광범위한 영향을 끼친다. 즉 목소리를 높이고, 의료 서비스(안전한 임신중절 포함)에 접근하고, 피임법을 찾아서 사용하는 능력 등 여성이 여러 방식으로 권리를 행사하는 능력에 영향을 준다.

재생산 통제

‘재생산 통제(Reproductive control)’는 2020년 과학 문헌에서 처음 사용된 표현이지만 이 관행의 역사는 오래되었다(Miller and others, 2010a). 재생산 통제는 가족계획의 동의어인 ‘산아제한’과 달리 여성이 자신의 신체와 출산에 대한 통제권을 행사하지 못하게 하는 정서적 협박, 언어적 학대, 폭력 그 자체와 같은 다양한 행동을 포함한다. 재생산 통제는 ‘재생산 강요’로 확대될 수 있다(Paterno and others, 2021; Tarzia and Hegarty, 2021; Boyce and others, 2020; Grace and Anderson, 2018). 이 경우 여성이 아이를 원해도 파트너 또는 가족이 임신중절을 막거나 반대로 원하지 않는데도 강제로 임신중절을 시키는 등 여성의 재생산 선택에 개입한다. 재생산 강요의 한 형태인 피임 방해에는 콘돔 뚫기, 경구 피임약 버리기, 패치나 질내고리 혹은 IUD 강제로 제거하기(Rowlands and Walker, 2019)가 있으며, 여성이 콘돔을 착용한 상태의 성관계에만 동의했는데 남성이 성관계 중 콘돔을 제거하는 이른바 스텔싱(stealthing)도 포함된다(Brodsky, 2017). 친밀한 파트너에 의한 폭력을 경험한 여성은 다른 여성보다 피임 사용을 거부하는 남성 파트너를 가질 가능성이 두 배 더 높을 뿐만 아니라(Silverman and Raj, 2014), 피임 사용을 협상하려 할 경우 폭력이 심화될 위험도 있다(Thiel de Bocanegra and others, 2010).

폭력과 강요, 행위주체성의 박탈

시에라리온, 프리타운—“저는 임신할 준비가 안 되어 있었어요.” 이제 18세가 된 마무수는 프리타운에서 UNFPA에 털어놓았다. “하지만 이 남자랑 사귀기 시작했을 땐 제 교육을 챙겨주거나 학교 준비물이 필요할 때 도와줄 사람이 없었죠. 이 사람이 유일했어요.”

마무수는 아기의 아버지를 ‘남자친구’, ‘남편’, ‘나를 임신시킨 남자’로 묘사한다. 그만큼 둘의 관계는 많은

의미를 가지고 있지만, 평등하지는 않다.

한 가지 예로, 마무수는 남편을 만났을 때 겨우 10대에 접어든 어린이였다. 게다가 마무수는 계속 학교에 다니고 싶었지만, 더 나은 미래를 꿈꿀 수 있는 희미한 가능성을 붙잡기에 그녀는 너무나 가난했다. “펜과 교과서를 사고, 숙제도 해야 했는데 전 돈이 없었어요. ... 남편이 사귀자고 하기에 제가 겪고 있던 문제를 털어 놓았죠.”

도움은 오래 가지 못했다. “14살에 임신했다는 걸 알았는데, 행복하지 않았어요.”

마무수는 혼자가 아니다. 시에라리온의 많은 여자아이들은 불가능한 선택의 미로를 헤쳐나가려고 애를 쓴다. 시에라리온은 세계에서 십대 임신과 (UNFPA, n.d.) 모성 사망률이 (UNFPA, n.d.a) 가장 높은 나라 중 하나이다. 성폭력은 만연하고 (UNFPA Sierra Leone, n.d.), 그 중 다수가 어린이를 대상으로 하여 끔찍한 결과를 낳는다. 가장 취약한 소녀들은 물을 길어오거나, 물건을 팔거나, 심지어는 학교에 갈 때에도 자신보다 나이가 많은 소년과 남성들에게 공격을 당하거나 성관계를 하자는 제의를 받을 수 있다. 로맨틱한 관계든, 거래적인 관계든, 혹은 애매한 관계이든, 소녀가 성적인 관계에 동의하는 이유는 흔히 자신이 불리한 위치에 있거나 생존 전략이 필요하기 때문이다. 그러나 임신을 하면 집에서 쫓겨나 혼자 버려지는 경우가 많다.

임산부들을 위한 멘토링 프로젝트인 2YoungLife를 공동 설립하고 이끄는 만젠다 카마라(Mangenda Kamara)는 “여자아이들이 원해서 임신을 하는 게 아니”라고 말한다. “극심한 빈곤,



마무수는 14살의 나이에 첫 아이를 임신했다는 사실을 깨달았다.

© UNFPA/Michael Duff

폭력, 성매매를 포함한 다양한 강요 때문에 선택이 제한된다”는 것이다.

소녀에게는 자율성이 거의 없지만 강간으로 인해 아이가 생겨도 직접 모든 책임을 져야 한다. 프리타운의 변호사이자 여성 변호사 단체 L.A.W.Y.E.R.S(Legal Access through Women Yearning for Equality, Rights and Social Justice)의 회장, 파트마타 소리에(Fatmata Sorie)는 “강간을 당해서 임신하면 선택지는 매우 제한적입니다. 강간 피해자들을 돕기 위한 구조가 마련되어 있지 않고, 경찰서에는 예를 들어 강간 검사 키트도 없습니다.”라고 설명한다.

소녀는 압력이나 강요에 의해 성관계를 맺어도 자신에게 책임이 있다는 생각을 하도록 길들여지는 경우가 많다. 소녀는 자신의 권리나 신체에 대해서도 많은 정보를 얻지 못한다. 최근까지도 성교육은 거의 받을 수 없었고, 눈에 띄게 임신한 아이들은 학교로 돌아갈 수 없었다. (소리에의 단체와 UNFPA는 이러한 규칙을 개정하는 법을 요구했지만, 이 정책 도입은 이제 겨우 막 시작되었다.) FP2030에 따르면 15~19세 소녀 중 86% 이상이 피임약을 사용한 적이 없으며, 이들 중 21%는 19세 이전에 아이를 갖게 될 것이다(FP2030, 2020; Stats SL and ICF, 2020). 한편, 시에라리온에서 임신중절은 기소가 가능한 범죄다. 소리에 “임신중절은 가장 안전하지 않고 비전문적인 환경에서 이루어진다”고 말한다.

이러한 요소가 결합하면 치명적인 결과가 나타난다. 킹스 칼리지 런던(King's College London) 출신의 연구원이자 조산사인 루시 노벰버(Lucy November)는 “격리 전에 조사해본 결과 [프리타운 동부의] 18세 미만 소녀 모성사망률이 1/10 수준이었다”고 설명했다(November and Sandall, 2018). 카마라(Ms. Kamara)와 함께 진행한 노벰버의 연구는 2YoungLives의 설립으로 이어졌다.

임신한 소녀는 절연당하고 버려질 수 있다. 현재 18세인 단케이의 경우도 그랬다. 단케이도 자신의 처지를 도와준 나이 많은 남성이 관계를 제안했다고 한다. “제안을 받아들였을 때 그 남자는 저를 조금씩 도와주고 있었어요. 하지만 제가 임신하자 책임을 거부하고 저를 피하기 시작했죠. 그래서 저희 이모가 저를 내보냈어요. 소유권을 주장하는 남자 없이 임신하는 건 수치스러운 일이라고 하셨죠.” 단케이는 친구와 함께 지냈지만 자주 굶주리고 추운 현관 마루에서 잠을 자야 했다.

카마라는 “지역사회, 학교, 병원 등 모든 곳에서 아이들에게 낙인을 찍는다”고 설명한다. “멘토링이나 조언을 통해 도와줄 사람이 없으면 아이를 잃거나 자신의 생명까지 잃게 된다”는 것이다.

하지만 카마라의 이야기에 따르면 이 지역은 약간의 지원도 큰 도움이 될 수 있는 곳이다. 멘토링, 사회적 지원, 육아 지원, 정확한 정보, 친절은 사회를 바꾸고 있다. 2Young-



단케이(18세)는 임신을 했을 때 남자가 아이 아버지라는 사실을 인정하게 하려고 모든 일을 다 했다고 한다. 하지만 남자는 이를 거부했다.

© UNFPA/Michael Duff

Lives를 통해 마무수는 직접 작은 사업을 시작했고, 뛰어난 학생임을 증명했다. 마무수는 자신과 아이뿐 아니라 지역사회를 위해 자신이 가진 것을 최대한 활용하겠다고 다짐했다. 그녀는 “시험을 보고 대학을 졸업하면 간호사가 되고 싶어요. 병원에 가면 간호사들이 사람들을 잘 돌봐주는 모습을 봤거든요.”라고 생각을 밝혔다.

단케이 역시 학교 공부와 육아 사이의 균형을 맞추기 위해 도움을 받고 있다. 아이에게 더 나은 삶을 선물하려는 이들의 회복력과 결단력은 의사 결정자들이 따라야 할 모범이다. 이들은 낭비되지 않고 축복받아야 할 잠재력을 가지고 있다. 둘도 그 사실을 알고 있다.

“이 나이에 어머니가 되는 건 쉽지 않은 일이지만, 이 시간을 통해 저는 더 강해질 거예요.”라고 마무수는 말한다.

수십 년의 연구에 따르면 친밀한 파트너에 의한 폭력, 재생산 강요 및 관련 행동은 피임 사용 및 의도하지 않은 임신의 발생률을 비롯해 생존자의 성적 건강에 큰 영향을 미친다(Skracic and others, 2021; Silverman and others, 2019; Raj and others, 2015; Miller and others, 2010a; Coker, 2007). 폭력 생존자는 여러 사람을 만나는 파트너를 갖게 될 가능성이 높고, 이 파트너가 콘돔을 사용할 가능성은 적다(Silverman and Raj, 2014). 일부 연구에서는 친밀한 파트너에 의한 폭력을 경험한 여성은 폭력을 경험하지 않은 여성과 비교해 남성 파트너가 피임을 거부하게 될 가능성이 두 배 더 높고, 의도치 않게 임신할 가능성 역시 두 배 더 높다(Silverman and Raj, 2014). 이러한 연구는 방

글라데시(Silverman and others, 2007), 뉴질랜드(Fanslow and others, 2008)와 같은 다양한 국가를 대상으로 이루어졌다.

폭력을 경험하는 사람들은 은밀한 피임법에 의지할 가능성이 더 높다(Silverman and others, 2020; McCarragher and others, 2006). 이는 상대를 학대하는 파트너가 적극적으로 생존자의 재생산 자율성을 부정하거나 방해하려 한다는 것을 의미한다. 한 메타분석(Maxwell and others, 2015)에서는 5개국에서 15,000명에 달하는 대상자를 바탕으로 진행된 7개의 연구를 조사한 결과 전체적으로 “[친밀한 파트너에 의한 폭력을] 경험한 여성의 피임 사용 보고율은 [친밀한 파트너에 의한 폭력을] 경험

법과 표준 대(vs) 실제 경험

성폭력과 친밀한 파트너에 의한 폭력이 인권 침해라는 것은 수많은 인권법과 인권 협약을 통해 거의 보편적으로 합의된 사실이다. 성폭력과 친밀한 파트너에 의한 폭력으로부터 자유로울 권리는 수십 년 동안 명확하게 제시되었다. 대표적인 예시가 여성차별철폐위원회(CEDAW)와 유엔의 경제적, 사회적, 문화적 권리에 관한 위원회(CESCR)(UN CESCR, 2016; UN CEDAW, 2017)의 활동이다. 임신이 권력과 강요에 의해 발생하는 경우가 많다는 인식에 힘입어 임신중절은 대다수의 국가에서 합법이 되었고(Allotey and others, 2021), 많은 국제 인권 조약 기구와 지역 인권 조약에서도 임신중절을 인권으로 간주한다(Fine and others, 2017).

폭력 행위를 예방, 조사, 기소 및 처벌하는 데 있어 충분한 주의를 기울여야 한다는 정부의 의무는 국제 인권법, 지역 인권법, 국가 법률에도 반영되어 있다(UNCEDAW, 2017). 또한, 특정 상황에서 강요에 의한 발생하는 ‘강제적’ 임신은 반인륜적 범죄이자 전쟁 범죄로 간주된다(UN General Assembly, 1998; ICRC, 1977). 그러나 이러한 전 세계의 법적 규범과 제도가 압도적인 지지를 받고 있음에도 불구하고 성폭력과 성적 강요는 어디에나 존재하며, 가해자들은 계속해서 면책을 누리고 있다.

하지 않은 여성보다 53% 낮았다”고 밝혔다. 나이지리아의 기혼 여성을 대상으로 한 또 다른 연구에서는 친밀한 파트너에 의한 폭력을 겪은 여성이 폭력에 노출되지 않은 여성보다 피임을 중단할 가능성이 1.28배 더 높은 것으로 나타났다(Kupoluyi, 2020).

성폭력이 아닌 폭력도 여성과 소녀들의 재생산 행위주체성에 심각한 타격을 준다. 1999년 진행된 미국의 한 연구는 성장 과정에서 겪은 가정 내 심리적 또는 신체적 폭력 경험과 의도하지 않은 임신 사이에 강한 상관관계가 있다는 것을 발견했다. 이는 권한 박탈로 인한 장기적 결과를 잘 보여주는 사례로, 권한 박탈이 주는 심리적 영향이 의도하지 않은 임신의 강력한 동인이 될 수 있음을 나타낸다(Dietz and others, 1999).

성폭력과 강압적인 성관계는 얼마나 많은 임신을 초래할까? 데이터에 따르면 정답은 매우 많다는 것이다. 아이티, 말라위, 나이지리아, 잠비아, 우간다에서 진행된 한 연구에서는 13~21세의 소녀와 젊은 여성들을 대상으로 강압적인 성관계에 의한 임신 발생률을 조사했다. 대상자 중 10.4%~18%는 현재 또는 이전의 친밀한 파트너나 가족, 지인, 낯선 사람으로부터 성폭력을 당한 경험이 있었다(Statmatakis and others, 2020). 강간을 경험한 청소년 소녀 중 임신을 했다고 답변한 비율은 나이지리아의 13.2%부터 말라위의 36.6%까지 다양했다. 이 연구는 보고된 생존자 중 3분의 1 이상이 처음 또는 가장 최근에 경험한 강제적이거나 강압적인 성관계에서 임신을 했다고 결론짓는다. 강간 관련 임신 발생률을 조사한 과

19개국의 난민과 국내 실향민의 성폭력을 검토한 연구에서는 성폭력 발생율을 21.4%로 추정했다.

거 연구에서는 강간으로 인한 임신 발생률이 합의된 성관계를 통한 임신 발생률과 비슷하거나 그보다 높다는 것을 발견했다(Gottschall and Gottschall, 2003; Wilcox and others, 2001).

사실 폭력은 생각보다 사회적으로 더 널리 받아들여지고 있다. 21세기가 시작되고 첫 10년 동안 이러한 인식은 남녀 모두에게서 크게 감소했지만(Pierotti, 2013) 태도 변화율은 고르지 않았고, 일부 지역에서는 여전히 여성이 성관계를 거부하면 폭력이 정당화된다고 믿는 여성의 비율이 높다는 연구 결과가 나왔다(World Bank, 2021).

그러나 의도하지 않은 임신을 경험하는 사람들의 신체적 자율성과 임신 관련 의사결정권이 폭력을 통해서만 부정당하는 것은 아니다. 강요, 즉 동의를 받지 않거나 힘, 위협, 압박을 사용하는 행위는 폭력 없이 일어날 수 있으며, 의도를 실행으로 옮기고 선택권을 행사할 수 있는 능력을 크게 떨어뜨린다. 여성들은

피임이 실패할 때

UNFPA—피임은 역사를 바꾸어 놓았다. 지난 수십 년 동안 현대적인 피임법은 여성들의 성생활에 대한 행위주체성을 향상시켰고, 여러 국가의 개발 목표 달성을 도왔다. 하지만 피임법이 항상 효과가 있는 것은 아니다.

인도에 사는 무쿨은 24세에 생명을 위협하는 분만 합병증을 경험한 뒤 IUD를 사용하기로 결정했다. 그러나 1년도 채 지나지 않아 그녀는 자신이 다시 임신했다는 것을 알고 충격을 받았다. 이미 임신 5개월이었다. 중절을 생각하기엔 너무 늦은 시점이었다. 그녀는 둘째 딸을 낳았다. 무쿨은 “기쁜 마음으로 둘째를 낳았고, 두 아이를 계속 키웠어요. 아이는 저희 가족과 친구들의 사랑을 받고 자랐죠.”라며 당시를 회상했다.

무쿨에게는 임신을 예상할 이유가 없었다. 장기적인 피임법인 IUD는 가장 신뢰할 수 있는 피임 방법 중 하나로 꼽힌다. 그러나 실패하지 않는 피임법은 없다. 경구 피임약, 임플란트, 주사제는 물론 정관수술도 마찬가지다. 이러한 피임법은 보통 일관적으로 올바르게 사용하면 실패할 확률이 1% 미만이고 이보다 훨씬 낮을 때도 있지

만, 절대 실패하지 않는 것은 아니다. 예를 들어, 영국에서는 임신중절 4건 중 1건이 호르몬 피임법의 실패로 인한 것이다(BBC, 2017). 이 수치는 콘돔, 다이어프램, 질외사정 등 다른 피임법을 포함시키면 두 배 가까이 증가한다.

“6개월 차에 결과지를 받고 나서야 피임이 되지 않았다는 걸 알았어요. 충격을 받아서 ‘어떻게 된 일이지?’라고 생각했죠.”

몇 년 후, 무쿨은 계속해서 피임을 하던 중 자신이 다시 임신했다는 것을 알게 되었다. 아버지는 계속 아들을 낳으라고 압박했지만 그녀는 분명 셋째를 원하지 않았다. “제가 임신중절을 선택한 건 두 딸에 대한 책임을 다하기 위해서였습니다. 셋째가 태어났다면 책임이 분산됐겠죠. 후회는 없습니다.”라고 무쿨은 설명한다.

엘살바도르의 농촌에 사는 달릴라*도 매우 비슷한 경험을 했다. 결혼식이 끝난 직후 가족계획 상담사가 부부를 찾았다. 하지만 달릴라는 피임을 미뤘다. “아이를 갖고 싶었다”고 달릴라는 말한다. “그러다 딸이 생겨서 정말 행복했죠.”

무쿨처럼 달릴라 역시 첫 아이가 태어난 후 피임을 하기 시작했다. 그리고 무쿨과 마찬가지로 두 번째 아이가 생겼다는 것을 알게 되었다. “6개월 차에 결과지를 받고 나서야 피임이 되지 않았다는 걸 알았어요. 충격을 받아서 ‘어떻게 된 일이지?’라고 생각했죠.”

아이세 아킨(Ayşe Akin) 박사에게 이는 놀라운 이야기가 아니다. 터키의 의사인 아킨 박사는 50년 동안 재생산 및 공공 보건 분야에서 일했다. 그녀는 IUD와 다른 피임법 모두 이러한 돌파 임신 사례가 많이 발생하는 것을 목격했다. “시간이 한참 지날 때까지 임신 사실을 인지하지 못하는 사람들도 있어요. 임신을 전혀 예상하



절대 실패하지 않는 피임법은 없다.

© Shutterstock

“시간이 한참 지날 때까지 임신 사실을 인지하지 못하는 사람들도 있어요. 임신을 전혀 예상하지 못했기 때문이죠”

할 시간도 의향도 없다고 아킨 박사는 말했다.

달릴라와 무쿨은 피임이 실패한 뒤에도 계속 피임법을 사용했다. 무쿨의 남편은 가족이 원하는 규모 이상으로 늘어나지 않도록 정관수술을 받았다. 갑작스러운 두 번째 임신으로 “너무나 기뻐다”고 말하는 달릴라 역시 아이는 두 명이면 완벽하다고 판단했다.

지 못했기 때문이죠.”라고 박사는 설명한다.

그러나 피임 실패가 모든 여성들에게 같은 영향을 미치는 것은 아니다. 2019년 연구에 따르면 특정 피임법을 기준으로 했을 때 가장 어린 피임약 사용자의 실패율이 다른 연령대의 여성보다 최대 10배 높게 나타났다 (Bradley and others, 2019). 이는 다양한 설명이 가능하다. 젊은 여성은 재생산 능력이 더 높거나, 성생활이 더 활발하거나, 피임법을 사용해 본 경험이 적을 수 있으며, 비교적 질이 낮은 피임 상담을 이용하게 될 수도 있다. 가장 가난한 여성들도 피임 실패율이 현저히 더 높았다. 이러한 결과는 의도하지 않은 임신에 대처할 수 있는 능력이 가장 낮은 사람들, 즉 가장 어렵고 가장 가난한 사람들은 임신 예방을

위해 최선을 다해도 임신하게 될 가능성이 더 높다는 것을 나타낸다.

그 결과는 끔찍할 수 있다고 아킨 박사는 설명한다. 아킨 박사는 비밀리에 안전하지 않은 방식으로 임신중절을 한 뒤 찾아온 여러 환자들을 도운 경험이 있다. 많은 여성에게서 출혈, 빈혈, 패혈증이 발생했고, 지속적인 합병증을 겪거나 살아남지 못한 사람도 많았다. “정말 끔찍했다”고 그녀는 말한다. 한 번은 한 달 동안 안전하지 않은 임신중절을 시도한 뒤 입원한 환자 4명 가운데 “세 명이 사망했고, 한 명만 살릴 수 있었다”는 것이다. 터키에서는 1983년 임신중절이 합법화된 이후 상황이 호전되었지만, 지금도 많은 병원에서 안전한 임신중절을 할 수 없으며 많은 의사들이 피임 상담을 제공

현재 달릴라의 두 딸은 십대가 되었다. 달릴라는 아이들에게 그들의 꿈을 지지해주는 파트너를 찾으라고 조언한다. 가족 계획을 생각하라는 말도 빼놓지 않는다. 달릴라는 두 딸이 모두 각자의 미래를 잘 이끌어 나갈 것이라고 믿는다. “여자가 아이를 낳을 준비가 안 됐다고 생각하면 그 누구도 아이를 낳으라고 강요할 수 없어요.”

*사생활과 보호를 위해 가명을 사용했다.



© UNFPA/Fidel Evora

폭력에 대한 두려움으로 인해, 또는 폭력이 사회적으로 용인되거나 당연한 것으로 받아들여진다는 이유로 파트너에게 성과 임신에 대한 결정을 양보한다.

임신이 강간이나 성적 강요의 결과일 때 해악과 권리 침해는 크게 증가한다. 성폭력이나 성적 강요는 그 자체로 인권 침해이며, 타인의 임신을 강요하는 행위와 의사에 반하여 임신을 유지하거나 임신중절을 하도록 강요하는 행위(재생산 강요)는 폭력의 한 형태로 인정되

며 분명한 인권 침해이다(Grace and Anderson, 2018; Miller and Silverman, 2010).

피임법의 실패와 일관성 없는/올바르지 않은 사용

피임 수단을 이용할 수 있다고 해서 의도하지 않은 임신을 모두 예방할 수 있는 것은 아니다. 모든 현대적인 피임법은 정확하게 일관적으로 사용해도 실패할 가능성이 있다. 이처럼 의도하지 않은 임신은 현재 이용 가능한 방법으로는 완전히 없앨 수 없으며 실제로도 없어지지 않을 것이다.

게다가 질병통제예방센터(CDC)와 WHO의 데이터에서 볼 수 있듯 실제 환경에서의 피임법은 실패 발생률이 훨씬 더 높다. 여성용 콘돔의 경우 최대 실패율이 21%에 달한다(피임 효과에 대한 자세한 정보는 58쪽 참조).

실제 환경에서의 피임법 실패와 사용 방식은 전 세계 여성들이 의도치 않게 임신한 이유로 꼽는 대표적인 원인이다. 예를 들어, 영국의 임신중절 제공자인 영국 임신자문서비스(British Pregnancy Advisory Service)는 2016년 자사 센터에서 임신중절을 한 약 60,000명의 여성 중 절반 이상이 하나 이상의 피임법을 사용했다고 보고했다. 임신자문서비스 최고 경영자는 BBC와의 인터뷰에서 “우리의 데이터는 여성들이 아무리 효과적인 피임법을 사용해도 피임만으로는 임신 여부를 통제할 수 없다는 것을 보여준다”고 설명했다(BBC, 2017).

한 연구에 따르면, 피임 사용자의 임신은 의도하지 않은 전체 임신의 거의 절반을 차지했

다. 이러한 임신 10건 중 9건은 일관성이 없거나 잘못된 피임법 사용으로 인한 것이며, 최적의 사용 조건에서 피임법이 실패한 경우는 10건 중 1건이었다(Frost and Darroch, 2008).

다른 형태의 주변화

여러 형태의 주변화가 더해지고 중복되면 사람의 행위주체성이 약화되고 의도하지 않은 임신과 관련된 취약성이 증가한다. 예를 들어, 성 노동자는 피임법 사용 시 법적 및 사회적 장벽에 직면하기 때문에 의도하지 않은 임신 빈도가 높게 나타난다(Faini and others, 2020; Ampt and others, 2018). 장애인 여성은 장애가 없는 여성보다 성폭력을 겪을 가능성이 최대 10배 높게 나타나는 등 극단적인 성폭력의 위험에 처해 있으며, 임신하면 강제 임신중절을 당할 수도 있다(UNFPA, 2018). 인종이나 민족에 따른 불평등과 그 밖의 격차는 의도하지 않은 임신에 대한 개인의 취약성을 악화시킨다. 이 모든 요소에는 본 보고서에서 다룰 수 있는 것보다 더 심도 있는 탐구가 필요하다.

데이터를 보는 것은 비난에서 벗어나는 것이다

의도하지 않은 임신은 순간적인 열정이나 부주의의 결과 등으로 잘못 묘사되거나 오해되는 경우가 많다. 하지만 이 복잡한 문제는 결코 간단히 설명할 수 없다. 이 항목과 제2장에서 살펴본 자료

UNFPA와 의도하지 않은 임신

UNFPA는 의도하지 않은 임신과 안전하지 않은 임신중절을 방지하기 위해 150개 이상의 국가에서 포괄적인 성 및 재생산 보건의료와 서비스의 접근성 및 수요를 지원하고자 활동하고 있으며, 사람마다 필요로 하는 사항이 다르고 성 및 재생산 생활의 단계에 따라 평생 필요사항이 달라진다는 점을 인식하여 평생에 걸친 접근법을 사용하고 있다.



UNFPA의 전략계획(Strategic Plan) 2022-2025는 보편적 건강 보장 계획의 일부로 양질의 성 및 재생산 보건 정보와 서비스 제공을 확대하겠다는 약속을 제시한다.

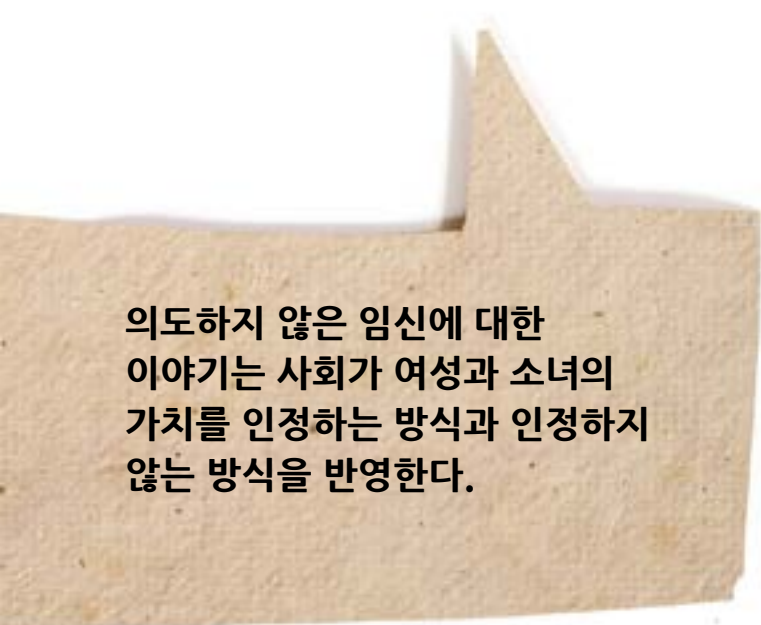
UNFPA는 각 정부가 요청하면 국가별 법률을 최대한 활용하여 WHO 지침 및 ICPD 행동강령 8.25항에 따라 정부, 기타 이행 파트너, 이해관계자가 청소년을 위한 학교 안팎의 포괄적인 성교육, 청소년용을 필요한 양질의 피임 서비스와 상품, 모든 사람을 위한 임신중절 사후 관리, 젠더 기반 폭력이나 조혼을 비롯한 해로운 관행을 예방하고 대응하는 서비스의 접근성을 높일 수 있도록 돕는다.

150개 국가

로 알 수 있듯 의도하지 않은 임신은 폭넓은 정치적, 경제적, 사회문화적, 기술적 힘이 여성과 소녀는 물론 임신할 수 있는 모든 사람들에게 미치는 모든 수준의 영향을 반영한다. 의도하지 않은 임신을 줄이기 위해서는 총체적인 접근법을 취해야 하며, 고통받는 사람들을 비난하고 설교하는 태도에서 벗어나야 한다. 청소년과 미혼 여성의 의도하지 않은 임신에 낙인을 찍으면 이들은 피임 수단을 이용하는 과정에서 장벽에 부딪힌다. 기혼 여성들 사이에 당연히 아이를 낳아야 한다는 생각이 존재하면 의도하지 않은 임신의 경험이 과소평가되기 쉽다. 또한, 낙인은 행복하게 임신을 받아들일 수 있었던 여성이나 임신에 대한 자신의 양면적 생각을 정리할 여유가 필요한 여성들에게도 영향을 미칠 수 있다.

궁극적으로, 의도하지 않은 임신에 대한 이야기는 사회가 여성과 소녀의 가치를 인정하는 방식과 인정하지 않는 방식을 반영한다. 여

성과 소녀에게 임신 여부를 선택할 수 있는 권한을 충분히 제공하지 않는 사회에서 모성이란 열망이 아닌 불가피함이다. 반대로 여성과 소녀에게 스스로 재생산에 대해 의사결정을 내릴 수 있는 권한을 주는 사회는 모성을 넘어 여성이 가진 다른 인간 고유의 가치를 인정한다.



의도하지 않은 임신에 대한 이야기는 사회가 여성과 소녀의 가치를 인정하는 방식과 인정하지 않는 방식을 반영한다.



피임의 효과, 부작용, 그리고 이익

현대적인 피임 방법은 의도하지 않은 임신을 매우 효과적으로 예방할 수 있지만, 피임법 사용자는 의료적, 사회경제적 문제나 공급과 관련된 이유로 특정 피임법이 부적합하다고 생각할 수 있다. 아래 정보는 최신 WHO 지침(WHO, 2020c; WHO, 2018)에서 발췌한 것으로, 의료 상담이나 치료 목적으로 사용해서는 안 된다. 의료인은 원본 출처를 참고하기 바란다.

피임 유형	사용 기간	지속적으로 올바르게 피임을 사용한 여성 100명당 매년 임신 건수	일반적인 방식으로 피임을 사용한 여성 100명당 매년 임신 건수	잠재적 부작용 (불완전 목록)	잠재적 건강 이익 (불완전 목록)
자궁내 장치					
레보노르게스트렐 자궁내 장치(LNG IUD)	3~7년(종류별 상이)	0.2-0.8	0.2-0.8	출혈 변화, 여드름, 두통, 유방의 예민함 또는 통증, 오심, 체중 증가, 어지러움, 감정 기복, 난소 낭종	빈혈, 자궁내막암 및 자궁경부암 예방 가능, 월경통과 출혈, 자궁내막증 증상 완화 가능
구리 자궁내 장치(IUD)	최대 10~12년(국가별 지침에 따름)	0.6	0.8	특히 최초 3~6개월 동안의 출혈량 변화 및 월경통	자궁내막암 예방 가능
호르몬 요법					
임플란트	3~5년(종류별 상이)	0.1	0.1	출혈 변화, 두통, 복통, 여드름(악화 또는 개선), 체중 증가, 유방의 예민함, 어지러움, 감정 기복, 오심, 드문 합병증	증후성 골반내 염증 질환 및 빈혈 예방 가능
프로게스틴 단일 주사제 (DMPA, DMPA-SC, NET-EN)	2~3개월마다(종류별 상이)	0.2	4	출혈 변화, 체중 증가, 두통, 어지러움, 복부의 불편함, 감정 기복, 성욕 감퇴, 골밀도 감소	자궁내막암, 유선유종, 골반내 염증 질환 등의 증상(DMPA), 빈혈(DMPA 및 NET-EN) 예방 가능
월간 주사제 또는 복합 주사 피임제	매월	0.05	3	출혈 변화, 체중 증가, 두통, 어지러움, 유방의 예민함	데이터 부족 - 잠재적 이익은 경구 피임약과 유사할 수 있음
복합 경구 피임약	매일	0.3	7	출혈 변화, 두통, 어지러움, 오심, 체중 증가, 감정 기복, 유방의 예민함, 기타 드물거나 희귀한 건강상의 위험	자궁내막암 및 난소암과 골반내 염증 질환 증상 예방 가능
프로게스틴 단일 피임제	매일	0.3	1-7(사용자의 모유수유 여부에 따라 상이)	출혈 변화, 두통, 어지러움, 감정 기복, 유방의 예민함, 복통, 오심	임신의 위험 예방, 모유 생성에 영향을 미치지 않으므로 수유부 및 유아에게 안전
패치	주 1회, 3주 동안	0.3	7	피부 자극, 출혈 변화, 두통, 오심, 구토, 유방의 예민함 및 통증, 복통, 감기 증상, 질염	데이터 부족 - 잠재적 이익은 경구 피임약과 유사할 수 있음
피임용 질내고리 - 복합 호르몬 방출 장치	3주 동안 고리 착용	0.3	7	출혈 변화, 두통, 질염, 분비물	데이터 부족 - 경구 피임약과 유사할 것으로 예상
피임용 질내고리 - 프로게스틴 방출 장치	90일	1-2	1-2	출혈 변화, 복통, 유방 통증	수유부의 모유 생성에 영향을 미치지 않음

피임 유형	사용 기간	지속적으로 올바르게 피임을 사용한 여성 100명당 매년 임신 건수	일반적인 방식으로 피임을 사용한 여성 100명당 매년 임신 건수	잠재적 부작용 (불완전 목록)	잠재적 건강 이익 (불완전 목록)
장벽 피임법					
자궁경부 캡	관계 전	9-26 (사용자의 출산 경험 여부에 따라 상이)	16-32 (사용자의 출산 경험 여부에 따라 상이)	일부 사용자에게서 자극이 보고됨, 질 손상 가능성	특정 종류의 성병과 자궁경부 전암 및 자궁경부암 예방 가능
다이어프램	관계 전	16	17	일부 사용자에게서 자극이 보고됨, 질 손상 가능성	특정 종류의 성병과 자궁경부 전암 및 자궁경부암 예방 가능
남성용 콘돔	일회용	2	13	매우 드물게 라텍스 알레르기 반응 발생 가능	임신과 성병(HIV 포함)을 이중 예방
여성용 콘돔	일회용	5	21	없음	임신과 성병(HIV 포함)을 이중 예방
살정제	관계 전	16	21	일부 사용자에게서 자극이 보고됨, 질 손상 가능성	임신 위험 예방에 도움
인지형 피임법					
달력 계산법(월경주기 계산법)	매월, 임신 위험일의 성교를 피하거나 위험일에 장벽 피임법 사용	5	12	없음	임신 위험 예방에 도움
증상 기반 피임법	매월, 임신 위험일의 성교를 피하거나 위험일에 장벽 피임법 사용	<1-4	2-23	없음	임신 위험 예방에 도움
수유기 무월경법(LAM)	출산 후 모유수유를 하는 최대 6개월의 무월경 기간	0.9(6개월 이내)	2(6개월 이내)	없음	수유 장려, 산모와 아이의 건강에 도움
질외사정					
질외사정(성교 중단)	관계 중	4	20	없음	
응급 피임					
구리 IUD	피임하지 않은 성관계 후 5일 이내에 삽입	자료 없음	자료 없음	출혈 변화 및 드물고 희귀한 위험 및 합병증	자궁내막암 및 자궁경부암 예방 가능
응급 피임약	피임하지 않은 성관계 후 최대 5일	<1-2	해당 없음	출혈 변화, 오심, 복통, 피로, 두통, 유방의 예민함, 어지러움, 구토	임신 위험 예방에 도움, 기존 임신에 영향을 주지 않음
영구적 피임법					
여성 불임수술(난관결찰술)	영구적 — 즉시 효과 발생	0.5	0.5	드물거나 매우 희귀하게 합병증 발생 가능	골반내 염증 질환 예방 가능, 난소암 예방 가능성 있음
남성 불임수술(정관수술)	영구적 — 최초 3개월은 다른 피임법 사용 필요	0.1	0.15	드물거나 희귀하게 합병증 발생 가능	파트너의 임신 위험 예방

DMPA, 데포 메드록시프로게스테론 아세테이트 • DMPA-SC, 피하 데포 메드록시프로게스테론 아세테이트
NET-EN, 에난트산 노르에티스테론 • STIs, 성병

설문조사

2021년 말, 약식 설문조사를 통해 약 30개 국가에서 60여 건의 답변을 수집했다. 여기 수록된 답변은 명확한 이해를 위해 발췌하여 편집한 것이다.

재생산과 피임에 대해 배운 곳은?

답변	응답자
의대.	인도, 남성, 59세
의대에서 배웠다.	브라질, 여성, 46
청년 주도 단체.	탄자니아, 남성, 53세
학부 교육 과정에서 재생산에 대해 배웠다.	나이지리아, 여성, 37세
의사.	말리, 남성, 43
소속 공동체의 프로젝트.	부르키나파소, 여성, 23세
어머니와 매체를 통해 배웠다.	알제리, 여성, 44세
근무하는 기관.	모로코, 여성, 24세
정규 교육과 SNS.	요르단, 여성, 40세
첫 아이 출산 후 산부인과 의사로부터 배웠다.	우크라이나, 여성, 39세
학교, 대학, TV, 인터넷.	네팔, 여성, 23세

성 건강에 대한 정확한 정보를 얻기 어려웠는가?

답변	응답자
청소년과 청년들은 많은 어려움을 겪는다. 부정확하고 공포를 자극하는 정보만 주어진다.	탄자니아, 남성, 53세
고등학교 때 여자친구가 재생산에 대한 책이 있는 도서관에 가려고 버스를 타고 30마일을 이동했다.	미국, 여성, 70세
많은 사람들이 나이 많은 여성들의 이야기를 믿는다.	요르단, 여성, 44세
내가 아는 거의 모든 청년들이 어려움을 겪고 있다. 특히 나이와 무관하게 미혼자들이 그렇다.	수단, 여성, 31세
대부분의 정보는 도시 지역에서만 얻을 수 있다.	우간다, 남성, 35세
사람들이 공개적으로 성에 대해 이야기하지 않는다.	타지키스탄, 여성, 30세
아이가 6명인 여자를 만난 적이 있는데, 아이를 더 낳기 싫다면서도 방법을 알지 못했다.	라오스, 여성, 58세
주변 사람들이 고정관념 섞인 잘못된 정보를 얻고 있다. 정보를 전달해야 할 사람들은 제대로 훈련이 되어 있지 않다.	베냉, 남성, 24세
그렇다. 부모님이 이런 얘기를 잘 하지 않으셨다.	페루, 여성, 53세
그렇다. 정보가 많지 않다. 다들 이야기하기 꺼리는 주제다.	우크라이나, 여성, 39세

피임에 대해 잘못된 미신을 들어본 적이 있는가?

답변	응답자
피임약을 먹으면 불임이 된다는 이야기를 들었다.	미국, 여성, 39세
성관계 후 소변을 보면 임신이 예방된다는 이야기를 믿는 사람들이 있다.	인도, 남성, 59세
의사들도 출산 경험이 없는 여자는 IUD를 사용할 수 없다는 등의 얘기를 믿는다.	브라질, 여성, 46세
피임약을 먹으면 똥똥해진다는 이야기를 들었다.	가나, 여성, 연령 미공개
피임 도구는 효과가 없고 체내에서 돌아다닐 수 있다는 얘기를 들었다.	나이지리아, 여성, 37세
친구가 약사로부터 수유 중이라 응급 피임약을 먹을 수 없다는 이야기를 들었다. 그래서 친구는 넷째 아이를 갖게 되었다.	스페인, 여성, 40세
피임법 때문에 불임이 되거나 암에 걸릴 수 있고 피임은 외국에서 들어온 개념이라고 생각하는 사람들이 많다.	수단, 여성, 31세
없다. 미혼이라 이런 정보를 찾아보지 않는다. 개인적으로 이런 주제에 대해 얘기하는 것은 터부라고 생각한다.	모로코, 여성, 24세
피임약을 먹으면 불임이 된다는 얘기를 들었다.	부르키나파소, 여성, 43세
그렇다. 콘돔은 혼외 관계에서만 사용해야 하고, 피임약을 먹으면 불임이 되고, IUD를 사용하면 심한 출혈이 발생한다고 들었다.	알제리, 여성, 44세
의사가 여자들에게 잘못된 정보를 많이 전달한다.	브라질, 남성, 75세
이모가 피임에 대해 이야기하는 것은 성관계를 하자는 얘기라고 했다.	멕시코, 여성, 35세
응급 피임약을 너무 많이 먹으면 불임이 된다고 한다.	네팔, 여성, 23세

본인이나 주변 사람이 현대적이지 않은 피임법을 사용한 적이 있는가?

답변	응답자
없다. 하지만 많은 환자들이 질외사정법을 사용한다.	브라질, 여성, 46세
성관계 후에 씻어냈다는 얘기를 하는 여자가 있었다.	우간다, 여성, 46세
그렇다. 특별한 종류의 멜론을 사용했다.	나이지리아, 여성, 60세
없다. 하지만 약초 같은 전통적 방법을 사용한다는 얘기를 들어보기는 했다.	나이지리아, 여성, 37세
자연 방법.	부르키나파소, 여성, 50세

피임 도구를 구하기 어려운가?

답변	응답자
가입한 건강보험 제도 때문에 경구 피임약 이용이 불가능했다.	미국, 여성, 39세
슬럼프의 여성들은 코로나19로 인한 봉쇄 당시 어려움을 겪었다. 그래서 의도하지 않은 임신과 임신중절이 많이 발생했다.	인도, 남성, 59세
그렇다. 의사로서 임플란트와 IUD 키트를 구하기가 어렵다.	브라질, 여성, 46세
그렇다. 특히 청년들은 욕을 듣는다.	나이지리아, 여성, 60세
그렇다.	트리니다드토바고, 여성, 65세
주기적으로 재고가 떨어진다.	우간다, 남성, 35세
결혼하지 않은 여자아이들은 사생활 보호가 없어서 두려워한다. 의사들이 비밀을 지키지 않을 수도 있다.	타지키스탄, 여성, 30세
전혀 그렇지 않다.	베냉, 여성, 27세
아니다.	요르단, 남성, 42세
미성년자는 성인 없이 병원에 갈 수 없다.	파나마, 여성, 56세
그렇다! 21살 때 의사에게 혼이 났다. 다른 의사를 찾아갔더니 아주 숨씨 없이 IUD를 넣어 줬다.	멕시코, 여성, 38세
그렇다. 안타깝다.	페루, 남성, 26세

피임을 하지 말라고 파트너를 압박한 적이 있는가?

답변	응답자
없다!	미국, 여성, 39세
없다. 한 번도 파트너를 그렇게 압박해 보지 않았다.	베냉, 남성, 24세
아니다.	인도, 남성, 59세
그렇다. 아이를 갖고 싶은데 남편은 원하지 않았다.	수단, 여성, 37세
아니다.	탄자니아, 남성, 53세
아니다.	브라질, 여성, 46세
나는 피임을 하자는 쪽이었다.	니카라과, 여성, 50세
아니다.	트리니다드토바고, 여성, 65세
아니다.	타지키스탄, 여성, 30세
그렇다.	인도, 여성, 35세
아니다. 항상 서로 합의를 봤다.	페루, 남성, 26세
아니다.	우크라이나, 여성, 39세

피임 후 부작용을 경험한 적이 있는가?

답변	응답자
체중 증가, 여드름, 오심, 감정 기복, 두통, 설사, 복통.	미국, 여성, 39세
시야가 흐려지고 감정 기복이 심해진다. 아무도 부작용 얘기를 해 준 적이 없었다.	요르단, 여성, 44세
그렇다. 처음 몇 달 동안 심한 출혈과 복통이 있었다.	나이지리아, 여성, 37세
아니다.	인도, 여성, 62세
그렇다. 감정 기복이 있다.	수단, 여성, 31세
해당 없음.	우간다, 남성, 35세
아내가 IUD를 사용하고 복통을 호소했다.	브라질, 남성, 75세
그렇다. 임플란트 때문이었다. 피로가 늘었고 성욕이 감소했다.	멕시코, 여성, 38세
아니다.	파나마, 여성, 56세
체중이 증가했다.	우크라이나, 여성, 39세
아니다.	요르단, 남성, 42세

아이를 가질 의향이 없는데 피임 없이 성관계를 한 적이 있는가?

답변	응답자
그렇다. 하지만 파트너와 질외사정법을 사용했다.	요르단, 여성, 29세
그렇다.	인도, 여성, 62세
그렇다. 개인적으로 콘돔을 좋아하지 않는다. 특히 익숙하지 않은 브랜드나 모르는 종류는 더 그렇다. 그래서 피임 없이 관계를 했다.	국가 미확인, 여성, 24세
그렇다.	탄자니아, 남성, 53세
그렇다. 피임 도구를 구하기 어려웠고, 파트너가 압박할 때도 있었다.	수단, 여성, 31세
드물게 그랬다.	미국, 여성, 30세
그렇다. 피임 도구를 구하기 어려웠다.	트리니다드토바고, 여성, 65세
그렇다.	타지키스탄, 여성, 30세
아니다. 결혼한 후에도 항상 콘돔과 다른 피임법을 함께 사용했다.	브라질, 여성, 65세

**소속된 공동체에서 피임과 관련된 결정을 내리는 사람은?
남성과 여성은 동일한 결정권을 갖고 있는가?**

답변	응답자
보통 경구 피임약이나 지속성 피임약을 먹는 것은 여성의 책임으로 간주된다. 하지만 콘돔은 남성의 책임이다.	미국, 여성, 39세
남녀의 선택권은 같지만 가족과 공동체도 영향력이 있다.	라오스, 여성, 50세
남성의 결정권이 더 크다. 여성이 피임 서비스를 이용하려면 몰래 알아서 행동해야 한다.	인도, 남성, 59세
보통 남자들은 콘돔 사용을 좋아하지 않는다. 많은 남자들이 여자의 피임약 복용을 말린다.	브라질, 여성, 46세
남성의 권한이 더 크다.	탄자니아, 남성, 53세
여성은 결정을 할 수 없다.	나이지리아, 여성, 60세
남성은 쉽게 콘돔을 살 수 있지만 여성이 콘돔을 사려면 시선을 견뎌야 한다. 아직 대부분의 여성은 병원에서 피임법을 이용하려면 파트너의 동의를 얻어야 한다. 대부분의 여성은 파트너의 경제력에 의존하기 때문에 남성이 여성의 결정에 영향을 미칠 수 있다.	나이지리아, 여성, 37세
남성이 의사결정에서 우위를 차지한다.	요르단, 여성, 44세
대부분의 남성은 아내의 피임을 원하지 않는다. 가족과 공동체도 마찬가지다.	탄자니아, 여성, 51세
남성이 궁극적인 결정권을 갖는다. 의사가 남편의 동의를 요구하는 경우가 흔하다.	수단, 여성, 31세
보통 피임은 개인의 선택이 아니라 이용 가능 여부에 따라 결정된다.	우간다, 남성, 35세
우리 남편과 시어머니는 내 선택에 많이 간섭한다.	요르단, 여성, 29세
여성이 피임을 위해 병원에 가도 남편과 동행해야 한다.	베냉, 남성, 24세
피임하면 안 된다고 생각하는 남자가 많다.	모로코, 여성, 24세
우리 종교에서 여성은 피임법을 사용하지 않는다. 남성은 사용하려고도 하지 않는다. 나는 30년 전 우리 아이들의 아버지에게 임신을 하라는 압박을 받았다.	니카라과, 여성, 50세
남자가 여자에게 피임을 하지 말라고 강요하는 부부도 있다. 불편하거나 느낌이 좋지 않다고 한다. 여자는 두려움에 순종한다.	페루, 여성, 20세
나는 원하지 않는데 아이를 가지라는 압박이 있다. 아이를 원하지 않는 내가 비정상이다.	멕시코, 여성, 38세

**본인이나 다른 사람이 의도하지 않은 임신을 경험한 적이 있는가?
지금 본인이 의도치 않게 임신했다면 어떻게 반응하겠는가?**

답변	응답자
현재 의도치 않게 임신 중이다. 오랫동안 만난 파트너와 콘돔을 올바르게 지속적으로 사용했는데 실수가 있었다. 아이를 가질 계획은 없었지만 낳기로 했다. 안타깝게도 임신 때문에 파트너와 헤어져서 혼자 키워야 한다.	미국, 여성, 39세
여동생이 그랬다. 당시 19살이었다.	브라질, 여성, 46세
내가 듣기론 없다. 나라면 바로 임신중절을 할 것이다.	미국, 여성, 30세
18살에 의도치 않게 임신을 했다. 친구 한 명은 35살 즈음에 의도하지 않은 임신을 했다	나이지리아, 여성, 37세
친구 하나가 23살에 중절 수술을 했다. 나였다면 멀리 이동해야 하더라도 안전한 임신중절을 찾았을 것이다.	국가 미확인, 여성, 24세
없다. 나라면 아이를 키우겠다.	라오스, 여성, 58세
내가 20대, 30대에 한 모든 임신은 계획하지 않은 임신이었다.	우크라이나, 여성, 39세
친한 친구가 미소프로스톨로 아이를 지우려고 했다. 하지만 탄자니아에서는 산모의 생명을 구하려는 게 아니면 임신중절이 허용되지 않는다. 그런 일이 다시 벌어지면 안전하지 않은 임신중절을 하는 대신 상황에 잘 대처하라고 충고하고 싶다.	탄자니아, 남성, 53세
그렇다. 친척 한 명이 꽤 어릴 때 결혼을 했고, 결혼 첫 해에 임신하라는 압박을 받았다.	요르단, 여성, 44세
있다. 16살이었는데, 관리를 받지 못해서 사산됐다.	우간다, 남성, 35세



선택을 막는 장애물

금욕을 제외하면(42쪽에서 설명한 것처럼 이 역시 안전하지 않다) 의도하지 않은 임신을 예방하는 가장 확실한 방법은 피임 수단을 사용하는 것이다. 지금까지 안전하고 효과적인 여러 피임 방법이 개발되었다. 모든 형태의 피임은 실패할 수 있지만, 이는 모든 의도하지 않은 임신과 비교하면 상대적으로 적은 비중을 차지한다. 일관적이고 올바른 사용과 관련된 어려움도 중요한 역할을 한다. 하지만 지금으로서 가장 큰 문제는 미충족 피임 수요다.



세계적으로 임신을 피하고자 하는 약 2억 5,700만 명의 여성이 안전하고 현대적인 피임 방법을 사용하지 않고 있으며, 이 여성들 중 1억 7,200만 명은 어떠한 피임법도 사용하지 않고 있다(UNDESA, 2021). SDG 지표 3.7.1은 이 수요의 충족을 명시적으로 촉구하며 국제 개발에서 피임이 차지하는 중요성을 인정하고 있다.

흔한 환원주의적 반응은 임신이 피임 없이 성관계를 가진 당연한 결과이며, 이 사실을 생각하지 못하는 개인이나 커플을 위해 공공 정책이 해결 수 있는 것은 거의 없다는 이야기일 것이다. 그러나 최근 SDG 데이터를 보면 64개 국가의 여성 중 8% 이상이 스스로 피임을 선택할 수 없으며, 24%는 건강 관리에 대해 결정을 내릴 수 없다. 이는 국가의 시정 조치와 규범의 변화가 필요한 명백한 권리 침해이다. 게다가 수백만 명의 여성들이 눈에 덜 띄지만 분명 피임 사용과 미사용, 사용 중단에 영향을 미치는 다양한 상황을 직면하고 있다. 이러한 요인을 보다 심도 있게 탐구한다면 정책 개발자들이 개인의 재생산 행위주체성을 지원하고 보호하기 위해 취할 수 있는 대응을 알 수 있을 것이다.

가족계획 프로그램의 효과

먼저, 가족계획 프로그램은 세계적으로 엄청난 변화를 가져왔다. 피임 사용이 세계 모든 지역에서 증가하고 있으며, 미충족 수요는 감소하고 있다. 2022년에는 재생산 연령(15~49세로 정의) 여성 19억 명 중 11억 명이 피임을 필요로 하는 것으로 나타났다. 즉, 이들은 출

산을 제한하거나 미루고 싶다는 생각을 갖고 있다. 이 중 8억 5,800만 명은 현대적인 피임법을, 8,500만 명은 전통적인 피임법을 사용했다(United Nations, 2022).

연구자들은 여성들이 임신을 피하고 싶을 때도 피임 수단을 사용하지 않는 이유가 바뀌었다는 점에 주목했다(Sedgh and others, 2016). 1980년대에는 피임약에 대한 지식 부족이 가장 흔한 미사용 이유였는데, 지금은 가장 덜 흔한 이유가 되었다. 이제는 미사용 이유로 부작용과 드문 성관계를 끊는 여성이 더 많아졌다. 피임 수단의 접근성도 시간이 지남에 따라 개선되면서 미사용 이유로 언급되는 경우가 줄었다. 이 연구들은 효과적인 가족계획 프로그램에 의해 진전이 이루어질 수 있고 실제로 이루어졌음을 보여준다. 그러나 아직 극복해야 할 격차도 이를 통해 확인할 수 있다. 예를 들어, 특히 농촌 지역을 비롯한 많은 장소에서는 접근성 부족과 지식 부족이 지속되고 있다(Morira and others, 2019).

이러한 격차를 해소하기 위해서는 미사용 비율과 이유를 자세히 살펴볼 필요가 있다. 그 출발점은 여성의 필요를 파악하는 것이어야 한다. 그래야 여성이 자신의 바람에 따라 행동하고 바람을 실현할 수 있는지, 이 능력이 프로그램, 정책, 규범에 어떤 영향을 받는지 알 수 있다. 이 장에서는 연구자와 정책 개발자가 미충족 피임 수요를 고려할 때 던져야 하는 세 가지 중요한 질문, 즉 임신을 예방하거나 미루려는 여성이 (a)현대적인 피임법 사용을 원하는지, (b)특히 원하는 피임 방식이 달라져도 선택한 피임 수단을 이용할 수 있는지, (c)주

변 환경이 피임을 어떻게 촉진 또는 방해하는지를 탐구한다.

이 장은 미충족 수요가 가장 높은 중저소득 국가의 여성에 초점을 맞추고 있지만, 여기서 다루는 많은 문제는 소득 수준이나 지역에 관계없이 모든 국가에 공통적으로 적용된다.

여성은 현대적인 피임법 사용을 원하는가? - 수요 분석

모든 사람은 피임 수단의 사용 여부에 대해 정보에 입각한 자발적 결정을 내릴 권리가 있다. 물론, 이 결정은 임신을 피하려는 자신의 욕망과 직결된다. 그런데 이 욕망이 항상 일정하거나 명확하지는 않다. 이 욕망은 자신의 경험과 신체 뿐 아니라 사회적 규범, 가족, 파트너의 영향을 받으며, 인생의 단계에 따라 변화할 가능성이 높다.

안전 및 부작용에 대한 우려

연구에 따르면 피임을 하지 않거나 중단하는 가장 흔한 이유는 부작용이나 건강 문제에 대한 두려움, 또는 과거의 경험이다. DHS 데이터 분석 결과, 현대적인 피임 수단의 수요가 충족되지 않은 여성 중 38%가 과거에 현대적인 방법을 사용했지만 임신하고 싶기 때문이 아닌 다른 이유로 사용을 중단한 것으로 나타났다(Castle and Askew, 2015). 평균적으로 현대적인 피임법을 사용하기 시작한 여성의 3분의 1 이상이 1년 이내에 사용을 중

남성의 수요

남성도 미충족 피임 수요를 가질 수 있으며 실제로 미충족 수요가 있다는 점 또한 주목할 가치가 있다. 안타깝게도 기존 자료로는 이 사실을 제대로 파악하기 힘들다. 대부분의 재생산 보건 척도처럼 미충족 수요 역시 보통 여성의 행동을 중심으로 정의되기 때문이다. 여성은 피임의 주 사용자로 간주되며, 가용 데이터도 여성에 집중하는 경향이 있다. 그러나 상황을 완전히 파악하려면 여성의 재생산권이 침해되지 않도록 보장하는 동시에 남성의 수요와 지식도 고려해야 한다. 실제로 피임 수요 충족을 위한 보다 포괄적인 접근법을 사용하면 모든 사람이 자신의 재생산 선호도를 표현하고 실현할 수 있도록 보다 힘이 되는 환경을 조성함으로써 여성의 권리와 복지를 높일 수 있다 (70쪽 남성용 피임 수단에 관한 특별 취재 기사 참조; 커플의 합의에 대한 제2장의 텍스트 박스 참조).

또한, 대부분의 피임법은 여성의 생물학적 특성을 중심으로 한다. 다이어프램, 자궁경부 캡, 스펀지, 여성용 콘돔과 같은 장벽 피임 수단과 주사제, 일부 IUD, 경구 피임약, 응급 피임약과 같은 호르몬 피임 수단 등이 그렇다. 이는 임신의 부담을 여성이 더 크게 진다는 점으로 정당화되는 경우가 많지만, 여전히 젠더 평등에 대한 인권 및 윤리 문제를 불러일으킨다. **여성이 피임의 책임을 더 많이 지는 것을 정당화할 수 있을까? 왜 남성은 여성에 비해 피임 선택권이 적을까? 정부는 남성용 피임 수단 개발을 지원해 남녀가 임신 의도를 실현하는 과정에서 맞닥뜨리게 되는 기회와 책임을 균등하게 분배할 수 있도록 해야 할까? 사회는 대체로 이 답을 시장에 맡겨 왔다(Costantino and others, 2007). 그러나 국가에는 젠더 고정관념을 해결할 의무(UN General Assembly, 1979)가 있는 만큼 시장성만으로는 부족하다는 점을 고려해 정부가 더 노력할 필요가 있다.**

새로운 남성용 피임 수단, 왜 오래 걸리나?

UNFPA—“재생산에서 어려운 부분은 아이를 가질 것인지, 그리고 언제 가질 것인지를 결정하는 것”이라고 미국의 남성용 피임 이니셔티브(MCI) 연구원인 로건 니켈스(Logan Nickels)는 말한다. “결정이 내려지면 모든 사람이 자신의 인생 계획을 쉽고 효과적으로 실현할 수 있도록 도구를 사용할 수 있어야 한다”는 것이다.

남성 중심의 두 가지 피임 방법, 즉 콘돔과 질외사정은 현재 세계적으로 사용되는 피임 방법 중 약 26%를 차지한다. 그러나 남성 콘돔은 일반적으로 사용했을 때 실패율이 약 13%이고, 질외사정은 가장 효과적이지 않은 피임 형태 중 하나이다(WHO, 2018). 반면 정관절제술은 가장 효과적인 방법 중 하나로 간주되

지만(WHO, 2018) 이 피임 방법을 사용하는 커플은 3% 미만이다(Pile and Barone, 2009).

알약, 국소 크림, 미세바늘 패치, 생분해성 주사제, 정관절제술처럼 작동하지만 가역적으로 설계된 장치 등 새로운 남성용 피임법의 가능성은 매우 다양하다. 연구개발 중인 피임 수단 데이터베이스에는 40가지 이상의 방법이 나열되어 있다(Calliope, n.d.). 그렇다면 왜 아직 더 나은 남성용 피임법이 보급되지 않은 것일까? 로건은 “사회적으로 여성에게 재생산을 맡기는 분위기가 큰 역할을 했다고 생각합니다. 임신의 부담은 여성이 짊어지죠.”라고 말한다.

문화적 태도는 종종 여성들에게 피임의 책임을 부여한다. 이는 진보를 방

해할 수 있다. 로건은 “남성은 필요한 모든 권리를 갖고 있다는 것이 일반적인 견해이기 때문에 이 문제에서 부차적인 존재로 취급될 때가 많습니다. 그래서 [피임법 개발이] 생산적이고 도움이 되는 방식으로 남성들을 균형 있게 끌어들이기 보다는 여성과 소녀들에게 권리를 제공하는 데 초점을 맞춰왔다고 생각합니다.”라고 설명한다.

연구에 따르면 많은 국가의 남성은 남성 중심의 피임법에 관심이 있다. 9개국의 남성 9,000명을 대상으로 한 2002년 설문조사에서는 응답자의 55% 이상이 새로운 제품을 사용할 의향이 있다고 답했다(Heinemann and others, 2005). 미국에서 약 1,500명의 남성들을 대상으로 진행된 2019년 연구에서는 임신을 예방하고자 하는 사람들 중 60%가 새로운 남성용 피임 수단을 원하는 것으로 나타났다(Friedman and others, 2019). 그러나 세계 제약 산업은 이 분야에서 진전을 이루지 못했다. 미국에 위치한 건강 및 웰빙 비영리단체, FHI 360의 레베카 캘러한(Rebecca Callahan)은 “그냥 인센티브가 없는 겁니다. 기존 [여성용] 제품도 효과가 좋고 안전하니까요.”라고 설명한다.

콘돔과 질외사정

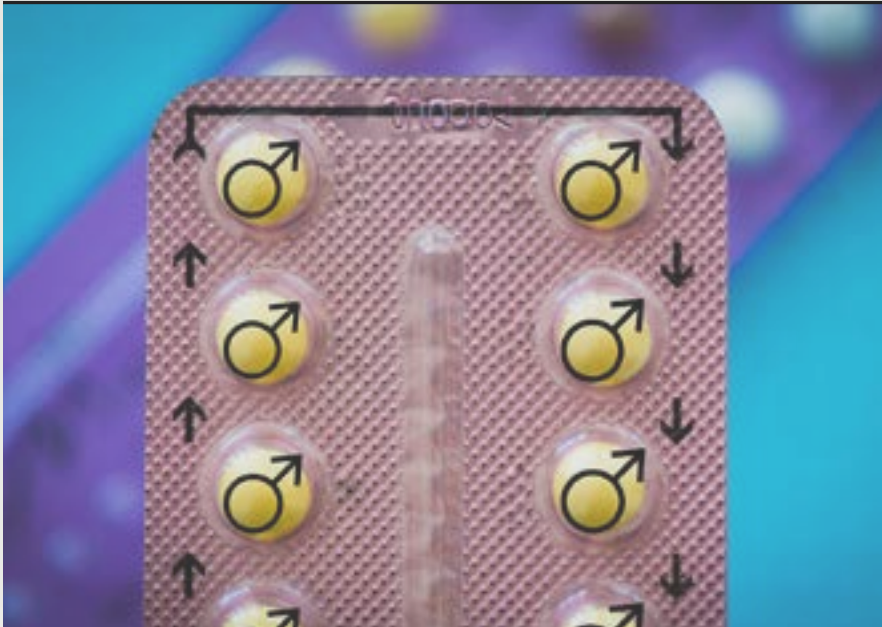
세계적으로 사용되는 피임법 중 26% 차지

- » 남성용 콘돔의 실패율은 약 13%이다.
- » 질외사정은 가장 효과가 떨어지는 피임법 중 하나다.

정관절제술

가장 효과적인 방법 중 하나로 간주된다.

그러나 이 피임법을 사용하는 커플은 전체의 3% 미만이다.



연구 결과 많은 국가의 남성들은 남성 중심의 피임법에 관심이 있다.
Getty Images/Canopy

응답자의 55% 이상이 새로운 제품을 사용할 의향이 있다고 응답했다.

“당시 우리 프로젝트는 남자가 쉽게 새로운 피임법을 받아들일 것이라는 점을 증명했다”고 구랄 박사는 설명한다. 터키 병원 4곳에서 3년 동안 시행한 2,000건 이상의 정관수술 중 60% 이상의 잠재 고객이 단 한 번의 상담 후에 이 수술을 받아들였다. 그러나 후원자의 장기적 지원이 없어 이 피임법은 결국 성공하지 못했다고 그녀는 회상한다. 아직도 터키에서는 정관수술이 드물다(UNDESA, 2021a).

경쟁을 위해 새로운 남성 피임약은 적어도 시중에 유통되는 최고의 여성용 제품만큼 효과적이어야 할 것이다. 한편 새로운 피임 수단은 남성용이든 여성용이든 의약품 중에서도 가장 높은 안전 기준을 충족해야 한다. 레베카 켈러한의 설명에 따르면 “예방을 위해 젊고 건강한 사람들에게 사용하는 제품이기 때문”이다. 새로운 남성용 피임법은 이 기준이 훨씬 높다. 여성의 경우에는 생명을 위협할 수 있는 임신의 잠재적 위험과 비교했을 때 피임법 부작용의 위험성이 낮기 때문이다.

한 연구에 따르면 남성의 주간 호르몬 주사는 임신 예방에 매우 효과적이었고, 대체로 부작용이 적었다(Behre and others, 2016). 여드름, 체중 증가, 감정 기복과 같은 부작용이 발생한 사례가

있었다. 이는 여성도 호르몬 피임법을 사용할 때 겪는 부작용이다. 이 연구는 한 남성에게서 심각한 우울이 나타나고 다른 남성이 자살을 시도하면서 중단되었다. 그러나 우울증은 호르몬 피임약을 복용하는 여성들 사이에서는 이미 알려진 위험이다(Skovlund and others, 2016).

제약 연구 이외의 영역에도 문제는 존재한다. 새로운 피임 방법을 보급하려면 자금 조달과 광범위한 검사, 마케팅 및 유통이 필요하다. 지원이 없으면 사람들이 원하는 효과적인 방법도 흔들릴 수 있다. 데메트 구랄 박사(Dr. Demet Gural)는 1990년대에 터키에서 무도정관수술 도입 프로젝트를 진행하는 과정에서 이러한 사례를 목격했다.

그러나 남성 피임을 어떻게 개선해도 그 자체로는 충분하지 않을 것이다. 모든 사람들이 책임감 있게 재생산 선택을 할 수 있으려면 피임법의 장단점에 대한 정확한 정보, 재생산과 관련된 자신의 바람을 정확히 설명할 수 있는 능력, 그리고 파트너의 수요와 의견에 대한 건강한 존중이 필요할 것이다.

이 분야에서도 진보의 조짐이 보인다. 피임 수단을 개발하는 세계적인 건강 전문가, 마사 브래디(Martha Brady)는 태도의 변화를 목격했다고 말한다. “[젊은 남성들은] 급변하는 세계 속에서 살고 있습니다. 미국부터 아프리카까지, 모든 사람들의 규범이 바뀌었죠. 분명 다른 세대를 산 50대 남성들과 달리 새로운 것을 시도할 의향이 있는 젊은 남성들이 존재할 겁니다.”라고 브래디는 이야기한다.

피임법을 사용하지 않는 이유

구트마허 연구소(Guttmacher Institute)의 간행물, 'Adding it Up'의 분석에 따르면 중저소득 국가의 의도하지 않은 임신 중 77%는 임신을 피하고 싶음에도 불구하고 피임 방법을 사용하지 않거나, 주기적 금욕 또는 질외사정처럼 효과가 낮은 전통적인 방법을 사용하는 여성의 임신이었다(Sully and others, 2020). 36개 중저소득 국가에서 실시한 최근 연구에 따르면 의도하지 않은 임신을 한 여성의 65% 이상이 피임 방법을 사용하지 않거나 전통적인 방법을 사용하는 것으로 나타났다(Bellizzi and others, 2020). 2005~2014년의 52개국 DHS 데이터를 살펴본 연구진은 현대적이거나 전통적인 피임법 수요가 충족되지 않은 기혼 여성의 비율이 콜롬비아의 8%에서 상투메프린시페의 38%까지 다양하다는 것을 발견했다(Sedgh and others, 2016).

여성들이 피임을 사용하지 않는 가장 흔한 이유로는 피임 부작용과 건강상의 위험에 대해 우려하고 (26%), 성관계를 가끔 가지거나 전혀 하지 않으며(24%) 자신이나 가까운 사람들이 피임에 반대하거나 (23%) 산후에 모유수유를 하거나 생리가 재개되지 않은 경우(20%) 등이 꼽혔다. 성생활을 하지만 결혼한 적이 없는 여성들이 임신을 피하고 싶음에도 피임기구를 사용하지 않는 이유로 가장 많이 꼽혔던 것은 역시 드문 성관계(49%), 미혼이라는 사실(29%), 피임 부작용에 대한 우려(19%)였다 (Sedgh and others, 2016).

47개국을 대상으로 한 2019년 연구에서는 성생활이 활발한 여성의 평균 40.9%가 임신을 피하기 위해 피임 방법을 사용하지 않는 것으로 나타났다. 여기서도 가장 많이 꼽힌 이유는 건강 우려와 드문 성관계였는데, 국가별, 인구별, 기타 사회경제적 요인별로 상당한 차이가 존재했다 (Moreira and others, 2019). 예를 들어, '타인의 반대'로 인한 미사용은 미혼 여성보다 기혼 여성에서 더 높았고, '접근성 부족' 또는 '지식 부족'으로 인한 미사용 발생률은 도시 지역보다 농촌 지역에서 약 2배 높았다. 학교를 덜 다닌 여성은 '접근성 부족'으로 인한 미사용을 더 자주 보고했다.

이러한 이유는 정보 정확도, 행위주체성, 건강에 대한 영향(흔히 '공급, 적절한 환경, 수요', 즉 'SEED 모델'로 설명한다)의 문제와 직접적으로 관련된다. 이는 지도자, 정책 개발자, 보건 시스템 등이 상당한 영향력을 미치는 영역이다. 예를 들어, 여성이 부작용을 걱정으로 꼽을 때, 이는 공급(제한된 방법 선택, 부작용에 대한 잘못된 상담)과 수요(피임에 대한 부정적인 경험 및 미신이나 잘못된 인식) 요인을 모두 반영할 수 있다. 눈에 띄는 점은 피임 수요가 충족되지 않은 여성들이 피임에 대해 잘 모른다거나, 피임 수단의 접근성이 떨어진다고거나, 비용이 너무 많이 든다는 이야기를 거의 하지 않는다는 것이다. 이는 부분적으로 가족계획 프로그램의 성공을 나타낸다. 여성의 10% 이상이 이러한 이유를 든 국가는 최근까지도 피임법 사용률이 낮은 서아프리카 및 중앙아프리카 지역이었다(Sedgh and others, 2016).



단하고, 절반 이상이 2년 이내에 중단한다. 연구에 따르면 피임을 중단하는 가장 일반적인 이유는 피임 실패와 해당 방법의 부작용이나 문제 때문이었다(Bradley and others, 2009). 비용과 접근성 문제로 인한 중단은 거의 없었다(Bradley and others, 2009). 그러나 피임 방법을 사용해 본 여성들도 언젠가는 저렴한 피임 방법을 성공적으로 찾아서 사용했으므로 이는 놀라운 일이 아니다.

피임 중단율과 중단 사유는 피임법에 따라 다르지만, 각 피임법의 중단 사유는 시간이 지나도 상당히 일정하다(Castle and Askew, 2015; Bradley and others, 2009). 25개국을 대상으로 한 조사에 따르면 12개월 중단율이 가장 낮은 것은 IUD(13%)였고, 가장 높은 것은 콘돔(50%)이었다. 경구 피임약과 주사제, 주기적인 금욕과 질외사정 등 효과가 낮은 피임법을 사용 후 12개월 이내에 중단한 사용자는 약 40%였다. 어떤 피임법이든 해당 방법과 관련된 이유가 가장 주된 중단 원인이었다(Ali and others, 2012).

중간 수준에서 심각한 수준의 부작용을 겪은 여성은 가벼운 부작용을 경험한 여성보다 피임 사용을 중단할 가능성이 더 높다(Jain and others, 2021). 이러한 결과는 여러 면에서 부작용을 주된 우려로 꼽는 여성들의 걱정을 잘 보여준다. 심각한 부작용은 드물지만 건강을 해칠 수 있다(58쪽 표 참조). 극도로 드문 상황에서는 혈전처럼 치명적인 부작용이 발생하기도 한다. 대체로 피임약이 모성사망의 위험을 낮춰주고(Utomo and others, 2021) 특정 암의 발생 위험을 낮춰주는 등(Hannaford and others,

피임법 구성(Method Mix), 명사

- (1) 개인, 의뢰인,
전체 인구가 이용할 수 있는
피임법 선택지
- (2) (각술용어) 특정 인구 내에서 사용되는
피임법의 패턴이나 분포 또는 비율

2010) 여성의 건강에 다양한 긍정적 결과를 가져다 준다는 것은 확실히 규명된 사실이다. 하지만 이 점이 심각하거나 견디기 어려운 부작용을 직접 겪거나 목격한 사람들의 우려를 해소해주지는 못한다.

사실, 효과적인 피임 방법에 대한 지지와 그 부작용에 대한 두려움은 서로 밀접한 관련이 있는 경우가 많다. 가나에서 15~49세의 여성과 소녀를 대상으로 진행된 최근 연구에 따르면 여성들은 피임 효과가 크다는 점에서 호르몬 피임법을 선호하면서도 부작용(특히 출혈 변화), 미래의 재생산 기능 문제, 장기적 건강 문제를 비롯한 부작용에 대해서는 우려를 표했다. 실제로 이러한 이유 때문에 호르몬 피임법 사용을 중단한 여성도 많다. 호르몬 피임법 때문에 장기적인 건



자율성은 권리에 기반한 가족계획의 핵심이다

가족계획 프로그램에서는 보통 현대적인 피임법 이용률을 주된 성공 지표로 사용한다. 이처럼 피임법 사용 증가에만 집중하면 관찰자가 피임법 미사용을 실패로 간주할 수 있으나, 실제로 피임법 미사용은 여성의 정당한 선택지 중 하나가 될 수 있다. 연구원 리 센더로위츠(Leigh Senderowicz)는 대신 '개인이 피임과 관련하여 원하는 바를 결정하고 이 결정을 실현하는 데 필요한 요인'을 나타내는 '피임 자율성'이라는 새로운 지표를 만들어 사용해야 한다고 주장한다(Senderowicz, 2020). 이러한 관점을 사용하면 권리 기반 접근법에 더 가까운 가족계획 프로그램을 만들 수 있다. 이 지표를 계산하려면 DHS와 같은 인구 기반 설문조사에 문항을 추가해야 할 것이다.

강 문제를 얻었다고 생각하는 경우 사용률이 절반 이상 줄어들었다(Keogh and others, 2021).

이는 중저소득 국가 여성들만의 문제는 아니다. 한 연구에서는 고소득 국가에서 여성과 남성이 호르몬 피임법을 거부하는 원인을 종합적으로 살펴본 결과 신체적 부작용, 정신 건강의 변화에 대한 우려, 성에 대한 부정적인 영향, 미래의 재생산 능력에 대한 우려, 월경에 대한 우려, 두려움과 불안, 그리고 부작용에 대한 우려를 표현했으나 의료인에게 무시당한 경험 등이 주된 이유로 나타났다(Le Guen and others, 2021). 중요한 것은 의료인과 시스템이 존중을 통한 인간 중심적 접근법을 통해 여성과의 신뢰를 구축하거나 복구하고 개인이 필요로 하는 사항이 시간에 따라 바뀔 수 있음을 이해해야 한다는 점이다. 또 한 가지 주목할 점은 기존 선택지가 좁다는 것이다. 따라서 부작용이 적거나 약한 새롭거나 개선된 피임 수단을 개발할 수 있도록 공공 투자가 필요하다.

부작용이 부정적인 사회문화적 결과를 불러와 여성의 피임 중단을 유도할 수도 있다(Castle and Askew, 2015). 질 출혈(주로 월경)을 이유로 여성의 특정 활동 참여를 금지하는 규범이 있는 공동체에서는 피임법으로 인해 부정출혈이 발생하는 경우 피임이 중단될 수 있다. 이 경우 여성은 기도나 식사 준비, 성관계에서 배제될 수 있다. 어떤 여성들은 부작용으로 무월경을 겪기도 하는데, 월경 중단은 흔히 불임으로 판단되기 때문에 성관계를 피하기 어려워지는 경우도 있다(Polis and others, 2018; Chebet and others, 2015).

부정출혈처럼 파트너가 인지할 수 있는 부작용은 은밀한 피임약 사용자(피임약 사용을 파트너에게 숨기는 여성)에게 특히 문제가 될 수 있다(Castle and others, 1999). 특히 파트너가 피임에 반대할 때, 또는 관계에 문제가 있거나 갈등을 피하고 싶을 때에는 비밀리에 피임법을 사용하는 것이 일반적일 수 있다(Kibira and others, 2020; Castle and others, 1999). 은밀한 피임은 여성에게 위험할 수 있다. 에티오피아와 같은 일부 사하라 이남 아프리카 국가에서

는 남편의 허락 없이 여성이 피임을 하면 이를 외도의 신호로 간주한다(Alio and others, 2009). 이는 파트너가 알아차릴 수 있는 피임법 사용의 중단을 더욱 촉진하는 결과로 이어진다.

현대적인 피임법에 대한 지식은 세계적으로 향상되었지만, 아직도 존재하는 수많은 미신과 오해가 피임 미사용을 야기하고 있다. 예를 들어, 가나에서 진행된 단체 토론에서는 많은 여성, 특히 젊은 여성들이 피임을 하면 불임이 될 수 있다고 믿는 것으로 나타났다. 부작용에 대한 소문과 잘못된 정보 역시 피임을 사용하지 않는 흔한 이유에 속했다(Hindin and others, 2014). 케냐의 젊은 남성과 여성들은 현대적인 피임이 미래의 재생산 능력에 해를 끼치기 때문에 임신에 문제가 생기고 선천적 장애가 발생하며 여성이 문란해진다고 생각한다. 또한, 이들은 현대적인 피임이 '비아프리카적'이라고 보며 커플의 성적 자유를 부정한다(Mwaisaka and others, 2020). 이 지역에서 중요한 의사결정자일 때가 많은 남성들에게 피임에 대한 정보를 알리는 것이 중요한 이유다.

피임법 사용자의 만족도

2030년까지 보편적인 성과 재생산 보건 관리, 가족 계획, 교육을 실현하겠다는 약속에 부응하기 위해 각국은 현대적인 피임법으로 피임 수요가 충족된 재생산 연령의 여성(15~49세)과 충족되지 않은 여성의 비율을 모니터링하고 있다. 예를 들어, 최신 SDG 데이터에 따르면 중저소득 국가의 전체적인 피임 수요 미충족률은 9.2%, 현대적인 피임 수요의 미충족률은 13.3%로 나타났다.

이 수치들은 중요하지만 불완전하다. 충족된 수요와 미충족된 수요는 여성을 현대적인 피임법의 사용자와 비사용자로 나누는 대략적인 측정 기준이다. 점점 더 많은 여성들이 현대적인 피임법을 사용하고 있지만, 사용을 중단하는 경우가 많다는 점을 생각하면 분명 현재 이용할 수 있는 피임법에 대해서는 광범위한 불만족이 존재한다.

연구원 로민스키(Rominski)와 스티븐슨(Stephenson)은 이러한 복잡성을 반영할 수 있는 지표가 필요하다고 주장한다. “미충족 피임 수요에 대한 현재 정의는 피임법을 사용하는 모든 여성의 수요가 충족되었다고 가정한다. 이 경우 피임법을 사용하는 여성의 만족도를 고려하지 않기 때문에 사실 수요를 충족하지 못한 여성들도 수요를 충족한 사람으로 분류된다. 많은 여성은 불편한 부작용을 유발하거나 그 외 마음에 들지 않는 특징을 가진 피임법 등 자신의 선호를 만족하지 못하는 피임 수단을 사용하고 있다. 많은 여성들이 주로 부작용을 호소하며 피임법 사용을 중단한다는 점을 생각하면 자신의 선호에 맞지 않는 방법을 사용하는 수많은 여성이 누락되는 현재 미충족 수요의 정의는 피임 수요가 미충족된 여성의 실제 수를 과소평가하고 있다”고 이들은 설명한다(Rominski and Stephenson, 2019).

케냐의 현대적인 피임법 사용자들을 대상으로 한 연구에서는 피임법에 불만족한 현재 사용자들도 수요 미충족으로 재분류했다. 그 결과 피임법 불만족율은 6.6~18.9%로 나타났다. 이 결과를 전국적으로 적용하면 피임 수요

미충족 추정치가 크게(약 25~70%) 증가할 것이다(Rothschild and others, 2021).

성, 재생산, 임신에 대한 지식 부족

피임을 원하거나 필요로 하려면 먼저 자신의 신체, 성, 재생산, 피임에 대해 알아야 한다. 지식 부족은 더 이상 가장 주된 수요 미충족 원인에 속하지 않지만, 여전히 높은 의도하지 않은 임신율과 큰 상관관계를 가진다(Huda

and others, 2013). 많은 청소년은 여전히 포괄적인 성교육을 받지 못하고 있는데, 이 또한 피임과 인간의 신체에 대한 미신과 오해를 널리 퍼뜨리는 데 일조한다.

성 및 재생산 건강과 권리에 대한 필수 정보는 보건 시설을 포함한 학교 안과 학교 밖 프로그램에서 가져와야 한다. 실제로 많은 환경에서 피임에 대한 지식은 주로 보건 시스템을

인권과 포괄적 성교육

정확한 성과 재생산 건강 정보의 부재는 심각한 결과를 초래할 뿐만 아니라 그 자체로 인권 침해이다. UN의 경제적, 사회적, 문화적 권리에 관한 위원회(UN CESCR, 2016)가 명시한 것처럼 성과 재생산에 대한 교육은 건강, 교육, 비차별에 대한 권리의 기본 구성요소이다. 성교육은 아동, 청소년을 포함한 개인이 가족계획에 대한 정보를 찾고, 받고, 다른 사람들에게 알릴 권리를 갖는다는 것을 의미한다. 이러한 인권 의무를 충족하기 위해 국가와 지역사회는 성과 재생산 건강 정보의 접근성과 수용성, 의학적 정확성을 보장해야 하고(UN CESCR, 2016), 이러한 정보가 “나이, 성별, 언어 능력, 교육 수준, 장애, 성적 지향성, 성 정체성, 및 간성 여부 등을 고려해 개인과 지역사회의 요구에 맞게 제공”되도록 해야 한다(UN CESCR, 2016). **이처럼 포괄적인 성교육의 접근성은 건강, 복지, 자율성에 대한 권리를 실현하는 데 중요한 요인이다.** 이러한 권리는 UN 아동권리협약(UN General Assembly, 1989), 여성차별철폐협약(UN General Assembly, 1979), 경제적, 사회적, 문화적 권리에 관한 국제규약(UN General Assembly, 1966), 장애인권리협약(UN General Assembly, 2007) 등에 규정되어 있다.

포괄적 성교육은 젠더 기반 폭력처럼 의도하지 않은 임신을 초래하는 여러 동인을 해결해 주고, 평등한 관계를 맺는 방법과 고정관념 없이 젠더 역할을 존중하는 법, 관계 동의에 대해 대화하는 법 등 의도하지 않은 임신을 예방할 수 있는 도구를 제공한다(Haberland and Rogow, 2015). 질 높은 포괄적 성교육이 위험한 성적 행동을 줄이고 의도하지 않은 임신의 발생률을 줄이는 데 효과적이라는 사실은 많은 연구에서 확인되었다. 포괄적 성교육은 교내 교육과 교외 청소년 친화적 서비스를 연계하는 등 다양한 연계 방식으로 진행할 때 가장 효과적이다(UNESCO and others, 2018).

통해 전달된다. 예를 들어, 에티오피아의 최근 연구에서는 인터뷰에 응한 여성의 68%가 가족 계획에 대한 정보를 의료인으로부터 얻었다고 답변했다. 이 연구에서는 한 번 이상 의도하지 않은 임신을 경험한 사람들은 다음에 다시 임신할 가능성이 낮다는 것을 발견했다. 즉, 이후 출산을 계획할 때 직접 정보를 찾거나 첫 번째 출산에서 얻은 정보를 사용한 것이다(Moges and others, 2020).

의사결정의 자율성을 보장하려면 모든 정보와 상담이 의학적으로 정확해야 하며, 지식적이지 않고 환자에게 도움이 되어야 한다(UNFPA, 2021; UN CESC, 2000). 즉, 의료 종사자와 그 밖의 전문가들은 피임 수단의 기능과 장점 및 위험성에 대해 근거 있는 상담과 정보를 제공해야 하며, 이 정보는 해당하는 여성(및 그 파트너)에 맞는 방식으로 전달해야 한다. 이렇게 정보를 제공하면 피임 미사용을 조장하는 잘못된 정보와 오해, 미신, 두려움을 제거할 수 있을 것이다. 또한, 응급 피임법의 원리에 대해서도 인공임신중절과 구별하여 명확하게 설명해야 한다. 이 부분은 임신중절이 문화적으로 용인되지 않는 공동체와 사람들 사이에서 특히 중요하다.

임신 위험의 계산 오류

수요 미충족의 대표적인 원인 중 하나는 성관계를 자주 하지 않거나 위험이 없다는 인식이다. 이는 임신 위험에 대해 충분한 정보가 중요한 이유이기도 하다. 여성의 피임 수요는 다른 사람이 아니라 여성 본인이 결정할 수 있어야 한다. 성관계를 자주 하지 않는다는 생각

이 수요 미충족의 주요한 원인이라는 점에서 일부 재생산 보건 공동체는 필요할 때, 즉 관계 시에만 사용해도 되는 효과적인 피임법 개발 연구를 옹호하기도 했다. 이상적으로 이러한 피임법은 여성이 파트너 몰래 사용할 수 있는 방법이 될 것이다. 현재로서 성관계 시에만 사용해도 되는 피임법(콘돔, 다이어프램, 자궁경부 캡 등)은 효과가 비교적 떨어지고 파트너의 협력이 필요하다. 연구 참여자들은 이러한 방법에 대한 수요가 존재하며 더 많은 연구가 필요하다고 결론지었다(WHO, 2017). 이러한 연구는 현재 진행 중이다(Jackson and Dossou, 2021).

여성은 선택한 현대적 피임법을 실제로 사용할 수 있는가?

미충족 수요와 관련하여 가장 자주 등장하는 질문 중 하나는 실제로 개인이 피임 수단을 확보할 수 있느냐는 것이다. 이런 식의 질문은 간단하지만 오해의 소지가 있다. 앞서 살펴본 것처럼 가족계획 프로그램은 수요가 가장 큰 지역사회를 위해 현대적인 피임법의 이용 가능성을 성공적으로 확대했다. 가장 소외된 사람들까지 지원할 수 있으려면 지속적인 투자가 필요하겠지만, 대부분의 사람들은 지역사회에서 형태를 막론한 피임 수단을 이용할 수 있다. 따라서 우리는 약간 다른 질문을 던져야 한다. 개인은 자신이 원할 때, 원하는 곳에서 자신이 선택한 피임 수단을 무리 없이 획득할 수 있을까?



계속해서 변화하는 폭넓은 수요를 충족하려면 다양한 피임법이 필요하다. 피임 수단은 이용 가능성과 접근성이 높아야 하며, 제품과 서비스는 품질이 우수해야 한다. 아래에서 설명하겠지만 아직 각 영역에는 상당한 장벽이 존재한다. 전체적 DHS 데이터를 보면 여성 가운데 7~27%가 서비스의 질, 충분한 피임법 선택지의 이용 가능성, 상품의 재고 부족, 비효율적인 환자 의뢰 메커니즘 등 서비스 환경과 관련된 이유로 피임법 사용을 중단한다(Castle and Askew, 2015).

이용 가능성

피임 수단의 이용 가능성은 단순히 지역 상점에 콘돔이 있다는 뜻이 아니다. 이용 가능성이란 정확하고 세심한 가족계획 상담을 포함한 피임 서비스와 폭넓은 피임 수단이 존재한다는 의미이며, 충분한 수의 의료시설과 가

족계획 프로그램 및 훈련된 의료진이 있다는 뜻이다(UN CESCRC, 2016). UN 경제적, 사회적, 문화적 권리에 관한 위원회(CESCRC)는 “양심을 이유로 서비스 제공을 거부하는 등, 이념적 정책과 관습 때문에 제품과 서비스를 이용하지 못해서 서비스 접근에 장애가 발생해서는 안 된다”고 밝혔다(UN CESCRC, 2016).

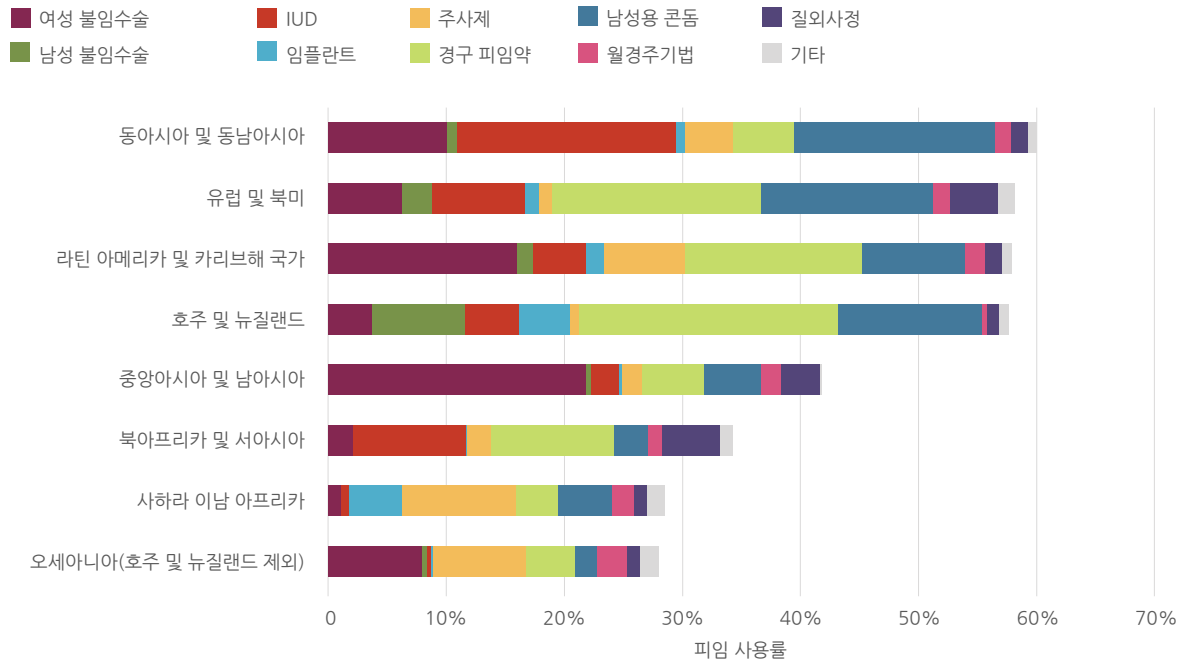
재고 부족 역시 가족계획 프로그램의 중요한 문제다(그림 7 참조). 여러 국가의 DHS 데이터를 분석한 결과, 피임 중단 사례 중 최대 5%가 재고 부족에 의한 것으로 나타났다(Castle and Askew, 2015). 중저소득 국가의 공급망 문제를 살펴본 2017년 조사에서는 공급망 문제가 현대적 피임 수단의 높은 재고 소진율에 기여한 것으로 나타났다(Mukasa and others, 2017). 피임약 재고 부족의 영향을 조사한 2020년의 종합 검토 연구에 따르면 재고 부족은 원하는

효과적인 피임법을 이용할 수 없는 것은 인권 침해이다

비차별과 평등에 기초하여 모든 사람이 양질의 가족계획 정보와 방법을 이용할 수 있도록 해야 한다는 정부의 의무는 여성차별철폐협약과 아동권리협약(UN General Assembly, 1989; UN General Assembly, 1979)에 명시되어 있다. 이 의무는 건강권을 통해 접근성을 보장하는 경제적, 사회적, 문화적 권리에 관한 국제규약(UN General Assembly, 1966)과 같은 여러 기타 인권 조약에서도 확인된다. 성 및 재생산 건강은 모든 개인이 누릴 자격이 있는 보편적인 건강의 최저 기준에 대한 권리에 포함된 중요한 구성 요소이다. 따라서 정부가 이행하는 인권 의무에는 피임 및 가족 계획 방법과 서비스의 이용 가능성, 수용성, 접근성과 높은 품질이 필요하다(UN CESCRC, 2000).

그림 6

피임 수단별 사용자 분포, 지역별 자료, 2019년



데이터 출처: 계산은 세계피임사용(World Contraceptive Use) 2019 데이터 취합 자료를 바탕으로 한다. 추가 도표 작성에는 미시데이터 세트와 설문조사 보고를 사용했고, 2019년 피임 사용률 추정치는 가족계획지표 추정 및 전망(Estimates and Projections of Family Planning Indicators) 2019에서 가져왔다. 집계에는 인구 가중치를 적용했다.

출처: UN 경제사회국, 인구부서(2020). 방법별 피임 사용(Contraceptive Use by Method) 2019.

주: '기타'는 수유기 무월경법(LAM), 질내 장벽 피임법, 응급 피임법, 패치, 질내고리 등 사용 빈도가 적은 현대적 피임법과 질 세척, 장기적 금욕, 부적, 주문, 약초, 복부 마사지 등 전통적인 방법을 포함한다.

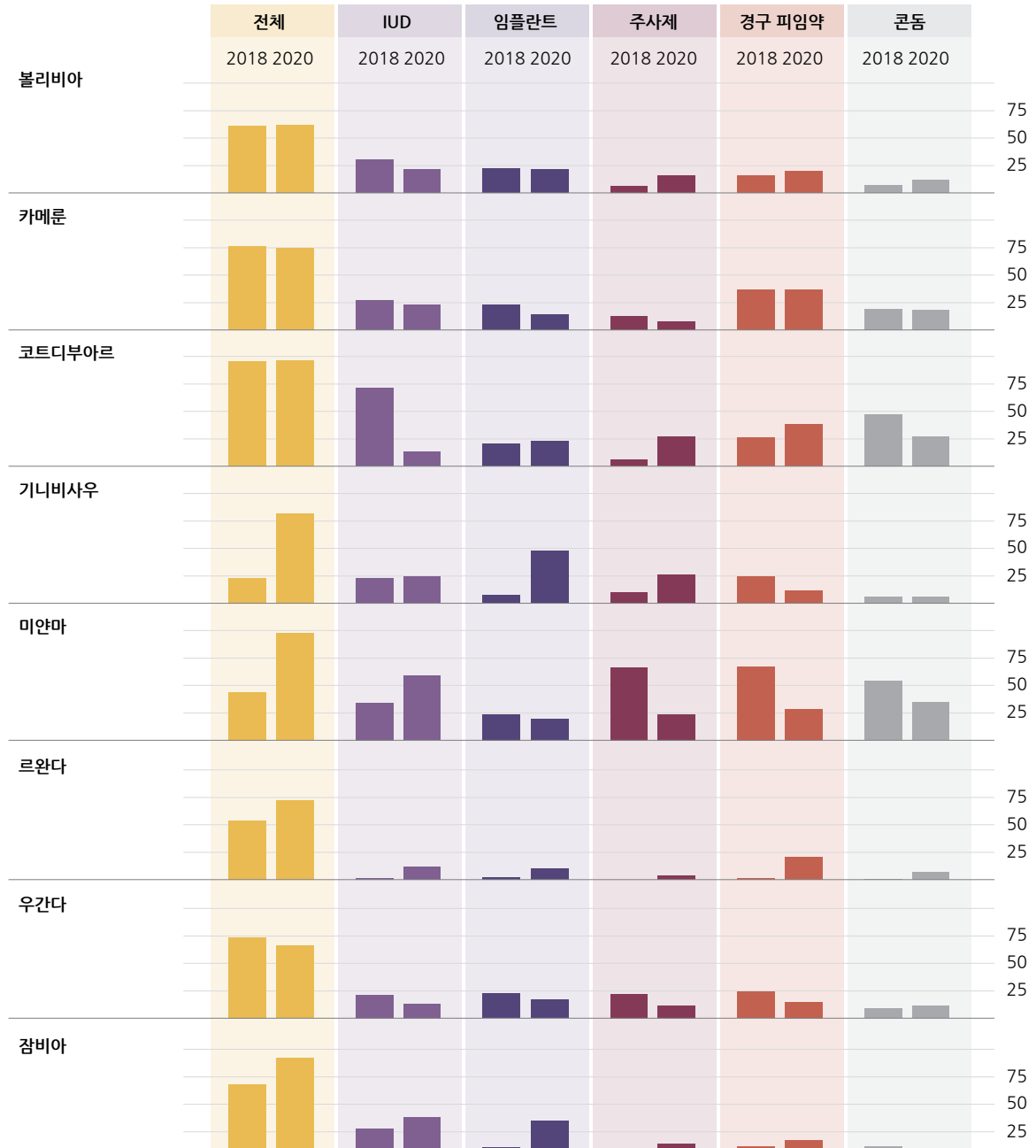
피임법을 사용할 수 있는 능력을 제한했으며 피임법 이용 장소와 비용에 영향을 미쳤다. 그러나 다양한 정의와 측정지표의 차이로 영향을 비교하는 것은 어려웠다(Zuniga and others, 2020).

재고 부족 상황은 코로나19 팬데믹으로 공급망이 붕괴되고 보건 시설 이용이 제한되면서 더욱 악화되었다. 예를 들어, 라틴아메리카에서는 피임 수단의 재고 부족과 가계소득 감소로 여성 약 900~2,000만 명의 현대적 피

임법 이용이 중단된 것으로 추정된다(UNFPA, 2020c). 잠재적 영향을 모델링하기 위해 분석을 진행한 구트마허 연구소(Guttmacher Institute)에 따르면 접근성 감소로 인해 단기적 또는 장기적으로 작용하는 가역적 피임 수단의 사용률이 10% 감소하면서 수요 미충족을 겪는 사람이 약 4,800만 명 증가할 것이고, 이 과정에서 매년 1,500만 명 이상이 의도하지 않은 임신을 경험하게 될 것으로 추정된다(Riley and others, 2020).

그림 7

조사일 기준 재고 소진을 보고한 시설의 비율, 전체 및 피임 수단별 데이터, 선정된 국가*



출처: UNFPA 보급시설 설문조사 보고서(Supplies Facility Survey Reports), 2018년 및 2020년.

*보고 내용은 현재 국가별 절차, 지침, 법률에 따라 표시했다.

재고 부족 상황은 코로나19 팬데믹으로 더욱 악화되었다.

접근성

피임 수단을 이용할 수는 있지만 접근이 불가능한 경우도 있다. 접근성은 장애인, 외딴 지역에 거주하는 사람, 무력 분쟁과 자연재해로 이동한 사람, 청소년을 비롯해 모든 사람이 차별 없이 물리적으로 피임 수단에 접근할 수 있음을 의미한다(UN CESCR, 2016). 또한, 접근성 좋은 피임 수단은 비용이 저렴해야 하며 사용자의 언어 능력과 교육 수준, 장애 등 다양한 요소를 고려했을 때 접근이 용이해야 한다(UN CESCR, 2016). 접근성을 막는 장벽에는 경제적, 지리적 고려사항과 비용(이동 및 육아로 인한 기회비용 포함), 연령 제한이나 결혼 요건 등이 있다. UN의 경제적, 사회적, 문화적 권리에 관한 위원회는 인권 표준에 따라 예산을 사용한 조치, 프로그램, 보험 제도, 공교육, 법률 개정을 통하여 이러한 장벽을 제거하고 해결할 것을 요구한다(UN CESCR, 2000).

또 다른 장벽으로는 낙인과 차별이 있다(Cook and Dickens, 2014). 특정 소녀, 여성, 논바이너리 인구와 장애인이 성적이어서는 ‘안 된다’는 개념은 유해한 젠더 고정관념과 긴밀하게 관련되어 있으며, 억압과 위협, 낙인으로 상대를 차별해 피임 서비스 접근을 방해한다(Horner-Johnson and others, 2020; Cook and Dick-

ens, 2014). 예를 들어, 페루의 데이터를 보면 기혼 여성의 현대적인 피임 수단 사용률은 독신 여성의 두 배 이상 높고, 청소년의 현대적 피임 사용률은 기혼 여성보다 7배 이상 낮다(ENDES, 2020). 사회적, 문화적 기대를 거부하고 아이를 낳지 않겠다고 결심하는 남성과 여성 역시 편견을 겪는다(Ashburn-Nardo, 2017). 청소년이나 독신자도 자발적인 불임수술 접근 과정에서 장벽을 마주하는 경우가 많다(Kimport and others, 2017).

수용성

피임 수요는 여성에 따라 다르며, 한 여성의 수요 또한 시간에 따라 바뀐다. 그러나 여성이 항상 주변 상황과 자신이 원하는 바를 생각했을 때 수용할 수 있다고 판단되는 피임법을 이용할 수 있는 것은 아니다.

수용성에서 중요한 요인은 고객과 의료인 사이의 관계다. 이 관계는 신뢰를 구축하고, 고객과 의료인 모두의 만족을 보장하고, 지역사회 내 의료인의 잔류를 지원하는 데 필수적이다(WHO, 2014). 의료인은 개인의 문화와 공동체를 존중하고 고객의 연령, 성별, 장애 여부, 성적 다양성을 고려해 가족계획 정보 및 서비스를 제공해야 한다(UN CESCR, 2016). 의

료인은 피임 수단의 부작용과 같은 문제, 은밀한 방법을 사용해야 하는지의 여부, 사회적 또는 공동체적 제약 등을 제대로 파악하고 이에 대해 고객과 소통할 수 있어야 한다. WHO는 의료인이 개인과 공동체의 요구사항을 충족할 수 있도록 만들어진 성인지적 상담과 교육을 받을 것을 권고한다. 또한, 의료인은 고객이 피임 수단에 만족하지 못하면 피임법을 바꿀 수 있도록 정보와 선택지를 제시하는 한편 피임의 부작용 관리를 도울 수 있도록 후속 서비스를 제공하는 것이 권장된다(WHO, 2014).

품질

관리 및 서비스의 품질이란 다양한 피임법 중 원하는 것을 선택할 수 있고, 피임법의 효과와 위험성, 장점에 대해 정확한 정보를 제공받을 수 있으며, 전문적인 역량과 존중하는 자세를 갖추고 존엄성과 비차별, 사생활 보호와 기밀 유지를 보장해주는 서비스 제공자로부터 상담과 치료를 받을 수 있다는 것이다(UNDP, 2005). 보건의로 시설에서의 잘못된 처우는 사용자를 멀어지게 하며, 점차 인권 침해로 인정받고 있다(Kholsa and others, 2016). 성 및 재생산 보건 서비스를 제공하는 과정에서 응급 피임법과 같은 기술적 발전과 혁신을 수용하지 못하거나 수용을 거부하는 경우에도 관리 품질이 저해될 수 있다(UN CESC, 2016, 정책 지침은 82쪽 참조).

양질의 서비스에 방해가 되는 중요한 장벽 중 하나는 보건의로 서비스 제공자의 편견이다. 자신이 고객에게 맞는 피임법을 더 잘 선택해줄 수 있다고 판단하거나, 특정 피임법에

대해 선호 또는 반감을 가지고 있는 서비스 제공자의 경우가 대표적이다(Castle and Askew, 2015). 편견은 연령, 출산 경력, 결혼 여부 등의 기준을 바탕으로 할 수 있다. 많은 서비스 제공자는 규범 지침에 포함되어 있거나 의료적 이유로 필요하지 않은 제약을 강요한다(Solo and Festin, 2019). 가장 흔한 예로는 청소년에게 다양한 피임 수단을 제공하지 않는 경우가 있다. 이는 청소년 사이의 성생활을 자신의 시각에서 판단하는 태도나 호르몬 피임법이 미래의 재생산 능력에 미치는 영향에 대한 근거 없는 우려에서 기인할 때가 많다. 서비스 제공자의 편견이 미치는 영향은 측정하기 어렵지만, 거시적 수준의 지표로 피임법 구성에서 나타나는 왜곡(피임 사용자의 50% 이상이 하나의 방법에 의존하는 현상)이 제시된 바 있다(Solo and Festin, 2019).

편견은 피임 수단의 선택을 제한하는 데 큰 역할을 할 수 있는 정책 개발자에게도 영향을 미친다. 예를 들어, 정관수술이나 경구 피임약에 대해 개인적인 편견을 갖고 있는 정책 개발자는 이러한 피임 수단의 제공을 확대하기 위한 프로그램과 정책을 지지하지 않기로 할 수 있다.

피임 서비스의 품질을 관리하고 개선하기 위해 WHO는 피임 프로그램에 품질보장 절차(고객 피드백)와 현재 진행 중인 역량 기반의 교육 및 의료인 관리감독 제도를 포함시킬 것을 권고한다(WHO, 2014).

여성 주변의 환경은 피임 이용을 장려하는가, 혹은 방해하는가?

가족계획 전문가들은 정책 개발자와 보건 시스템이 피임 사용을 장려하는 환경을 조성해야 한다고 주장한다. 과거 피임법 활용을 늘리기 위한 노력은 '수요 창출'이나 '수요 생성' 활동으로 불렸다. 하지만 마케팅 분야에서 차용한 이 용어는 여성의 피임을 유도하거나 설

득해야 한다는 잘못된 의미를 담고 있다. 사실 인권 표준은 정보, 교육, 서비스를 사용해 여성과 임신할 수 있는 모든 사람의 권한을 보장하고 이들이 스스로 자유롭게 임신을 선택할 수 있도록 긍정적인 사회 규범을 통해 지원을 제공할 것을 요구한다. 어떤 표현을 사용하든 전체적인 환경은 충분한 정보를 바탕으로 한 자유로운 선택권을 행사하기에 여전히 부족하다.

자기돌봄 운동을 통한 행위주체성 향상

최근 자기돌봄(self-care)이 주요 서비스 접근성을 확대하는 효과적인 방법이라고 보는 의료 전문가가 늘고 있다. WHO에서는 자기돌봄을 개인, 가족, 공동체가 의료인의 도움 없이 건강을 개선하고, 질병을 예방하고, 건강을 유지하고, 질환 및 장애에 대처할 수 있는 능력으로 정의한다. WHO는 2021년 “자기돌봄 개입은 보건 제도의 관점은 물론 사용자 관점에서도 건강과 행복을 개선할 수 있는 가장 가능성 있고 기대되는 접근법 중 하나”라고 설명했다(WHO, 2021).

코로나19 팬데믹 기간 동안 가족계획 프로그램이 정지되고 이동이 제한되면서 이 접근법은 한층 더 중요해졌다. 어떤 연구자들은 “피임 수단, 피임 시기, 피임법 획득 장소를 결정할 수 있는 개인의 행위주체성 향상”을 위해 “피임의 비의료화를 위한 자기돌봄 접근법 확대”와 “다양한 자기관리식 피임 수단의 확대”를 촉구하기도 했다(Haddad and others, 2021).

2021년 WHO는 자기돌봄 지침을 통해 다음과 같은 가족계획 권장사항을 제시했다(WHO, 2021).

- 재생산 연령인 사람들에게 주사형 피임법을 추가 제공할 수 있도록 자기관리식 주사형 피임 수단을 보급한다.
- 경구 피임약 사용자를 위해 처방전 없이도 일반의약품 경구 피임약(OCP)을 구입할 수 있도록 한다.
- 응급 피임을 원하는 사람들을 위해 처방전 없이도 일반의약품 응급 피임약을 구입할 수 있도록 한다.

법적 장벽

법적 장벽에는 청소년이나 미혼 여성의 피임 수단 확보를 제한하는 법률과 정책 및 관행이 포함된다. 또한, 여기에는 성 및 재생산 보건 서비스의 재정 미비 등 법적 제약과 가까운 요인도 포함된다.

불평등한 젠더 규범과 그 밖의 사회적 장벽

차별적인 젠더 규범 등 유해한 사회 규범을 해결하는 것은 권리를 보장하는 환경을 조성하는 데 반드시 필요한 과정이다. 젠더 평등과 의도하지 않은 임신의 예방 사이에는 분명한 관련성이 존재한다(제2장, 23쪽 참조). 여성에게 행위주체성과 선택권이 있으면 피임 사용률도 높아지는 경향이 있다(United Nations, 2020). 피임에 대한 저항은 종교적 반대, 피임과 임신 중절을 혼동하는 의학적으로 부정확한 오해, 친밀한 파트너에 의한 재생산 강요 형태의 폭력, 아이를 낳고 대가족을 꾸리거나 아들이 태어날 때까지 아이를 계속 낳아야 한다는(남아 선호) 사회나 가족의 압박, 낙인과 미신 및 잘못된 정보 등의 젠더 불평등에 뿌리를 두고 있다. 공동체나 파트너가 여성의 피임 사용에 반대하면 여성은 강제로 피임을 하지 못하거나 신체적 자율성을 되찾기 위해 비밀리에 피임 수단을 사용해야 한다.

케냐에서 진행된 한 연구에서는 여성의 12.2%가 몰래 피임을 하고 있는 것으로 나타났다(Akoth and others, 2021). 가나의 여성 300명을 대상으로 한 인터뷰에서는 34%가 비밀리에 피임 수단을 사용하고 있다고 답했다(Baiden and others, 2016). (두 연구 모두 가장 선호되는 피임법은 주사제였다.) 이처럼 은밀한 피임의

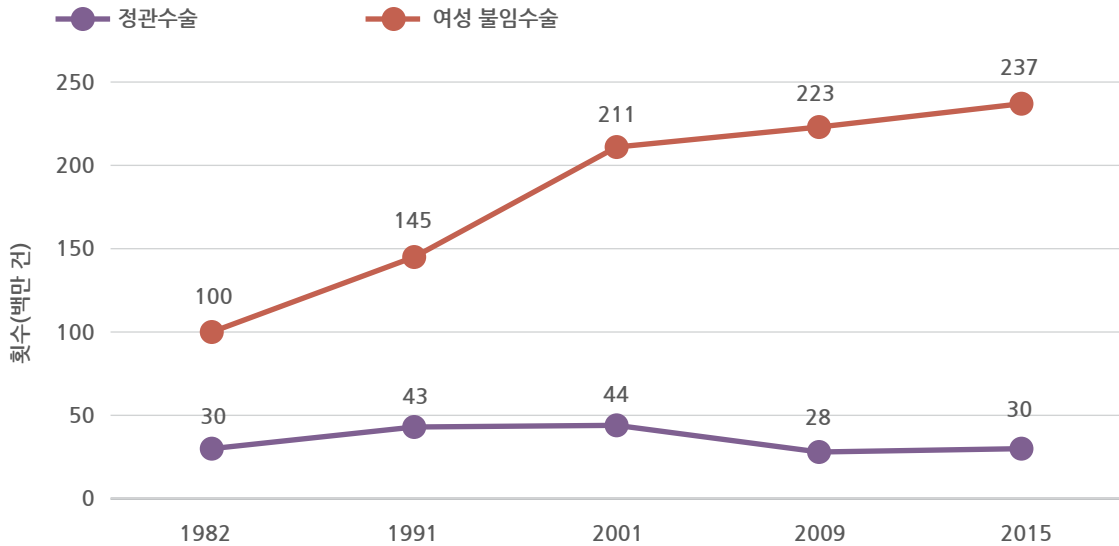
사용률이 비교적 높다는 것은 피임을 사용하지 않거나 사용을 중단한다고 해서 피임에 대한 수요가 없다는 뜻은 아니라는 점을 잘 보여준다. 또한, 이 통계는 피임 수단을 몰래 사용해야 하므로 피임법에 대한 여성의 선택권이 제한된다는 점에서 넓게 보면 여성의 권한이 부족하다는 사실을 반영하기도 한다.

가족계획의 책임이 여성에게 있다고 보는 사회적 관점도 존재한다. 이는 부분적으로 위험을 분배하기 위한 것이다. 임신을 하는 사람은 모성이환과 모성사망, 임신이나 출산으로 인한 실직과 소득 상실 등 임신이 동반하는 해부학적 영향과 경제적인 결과를 모두 떠안아야 한다. 따라서 여성에게는 일관적이고 올바르게 피임법을 사용할 동기가 생긴다. 그러나 이 요인은 사회 규범에 의해 크게 강화된다. 예를 들어, 남성이 이용할 수 있는 피임 수단의 부족(70쪽 특별 취재 기사 참조)은 투자자와 정책 개발자의 의사결정 및 이들의 시장 수요예상을 반영한다. 남성용 피임약, 장기간 지속되는 가역적 젤(정자 차단), 주사제는 계속 임상 시험 단계에 있으나 상업적으로 출시된 적이 없다(Thirumalai and Amory, 2021; Costantino and others, 2007).

남성이 사용하면 덜 침습적이고 덜 위험한 피임 수단인 불임수술의 경우 세계적으로 사용률에 큰 차이가 존재한다. 이는 피임 방법과 프로그램이 여성에게 비교적 더 초점을 맞추고 있다는 점을 반영한다. 2015년에는 약 3,000만 명의 남성이 정관수술을 받았는데, 같은 해 영구적 피임 수단을 이용한 여성은 2억 3,700만 명이였다(UN DESA, 2015). “젠더

그림 8

영구 피임 수단의 세계적 사용 경향



출처: Shelton and Jacobstein, 2016.

평등의 중요성에 대해서는 오래 전부터 국제적 합의가 존재했다. 그러나 정관수술(남성 불임수술)을 보면 겉으로 이야기한 선택권 및 평등 공약과 프로그램의 현실 사이에 격차가 존재한다”고 연구진은 말했다(Jacobstein, 2015).

포괄적 접근법이 필요하다

이 연구는 피임에 대한 오해가 모든 수준에서 반드시 해소되어야 한다는 것을 보여준다. 개인과 의료인들은 재검사의 필요성에 대해 가정과 편견을 가지고 있다. 하지만 이는 의사 결정과 예산 할당 문제에서도 마찬가지다. 이 분야에서 의도하지 않은 임신은 피임 보급품,

라스트 마일(last mile) 서비스 제공, 가족계획 상담에 대한 이야기로 축소되는 경우가 많다.

이처럼 아무리 중요한 접근법이라도 단독으로는 모든 요구사항을 만족할 수 없다. 여러 활동이 상호 연결된 포괄적 패키지를 근본적으로 도입해야만 한다. 파트너나 담당 의료인부터 연구자와 정책 개발자까지, 다른 사람에게 필요한 것을 설명할 수 있도록 여성과 소녀에게는 여유와 지식이 주어져야 하며, 무엇보다 사회가 이들의 목소리에 귀를 기울여야 한다.

변화를 위한 계획

필리핀, 2021년—필리핀 마긴다나오에 사는 40세 여성, 라흐마 사물라는 여섯째 아이를 낳은 뒤 탈진했다. 그녀는 어머니가 여덟 아이를 키우는 모습을 보고 자랐다. “어머니가 일곱 명이나 되는 제 형제자매를 돌보는 모습을 봤기 때문에 가족계획을 시도해야겠다는 결정을 할 수 있었어요. 남편과 저 모두 피임에 동의했죠.” 라흐마의 아이들은 대부분 연년생으로 태어났지만 주사형 피임법의 도움으로 라흐마는 마지막 임신을 2021년까지 미룰 수 있었다. 다섯째를 낳고 5년이 지난 후였다. 라흐마는 주사제가 없었다면 그 사이에 아이를 두 명은 더 낳았을 거라고 확신한다. 라흐마와 남편은 이용할 수 있는 다양한 가족계획 방법을 알려준 지역 의료인에게 고마운 마음을 가지고 있다. 라흐마의 건강 상태는 양호하다. 부작용으로 체중이 증가했지만 환영할 일이었다. 라흐마는 출산 사이에 충분한 간격을 두고 피임 수단을 사용하는 것이 자신의 몸과 가족을 위해 더 나은 선택이었다고 말한다. “아이들도 힘들어하지 않는다”는 것이다.

한 세대 전이었다면 라흐마의 이야기는 이렇게 단순하지 않았을 것이다. 가족계획 및 재생산 보건에 관한 필리핀 정부의 정책에는 큰 변화가 있었다. 1980년대 정책은 인구 증가 억제를 목표로 할당제를 도입하고 피임을 장려했지만, 이후에는 현대적 피임법을 금지하는 가톨릭의 가르침을 따랐다. 수십 년 동안 이어진 피임 찬성파와 반대파 사

연 피임법(재생산 능력 인지형 피임법)을 제외한 모든 형태의 피임에 반대한다.

하지만 몇 년 동안 여러 비영리 단체와 함께 외딴 지역에 살거나 아이를 낳아도 먹여살릴 수 없는 가족들을 위한 피임 수단 제공을 지원한 것 또한 종교 및 공동체 지도자들이었다. 빈곤한 외딴 어촌에 사는 한 여성은 1998년 UNFPA에 “교구 목사가 들어서서 [피임약을] 주고 갑니다. 우리는 어디서 약을 구하는지 모릅니다.”라고 전하기도 했다.

“남편과 저는 삶이 너무 힘들어서 피임을 하기로 했어요.”

이의 갈등으로 필리핀은 험난한 시기를 겪었다. 가족계획은 보통 모성 보건과 아동 생존을 위한 개입 수단으로 홍보되었다. 이 방식은 청소년과 미혼 여성을 소외시켰다(Alvarez, 1993). 2012년에 책임양육 및 재생산보건법(Responsible Parenthood and Reproductive Health Law)이 통과된 후에야 정부는 지금의 고객 중심 및 재생산 보건 중심 접근법에 정착했고, 빈곤 가구를 위해 무료로 가족계획 서비스를 제공할 것을 약속했다. 그러나 아직도 영향력 있는 종교 지도자들은 이른바 자

2012년 법과 비정부 단체, 여성 인권 단체, 방금 이야기한 교구 목사와 같은 개인이 주도하는 풀뿌리 운동은 필리핀의 피임 접근성에 거대하고 긍정적인 영향을 미쳤다. 이는 보건 시스템이나 법적 제도, 사회의 한 가지 노력만으로 이루어진 것이 아니다. 변화를 불러온 것은 수년에 걸친 전체적이고 포괄적인 활동이었다.

법률은 병원과 재생산 서비스에 대한 투자를 촉진하는 데 도움이 되었고, 이제 필리핀 내 90% 이상의 지역이 건강보험 프로그램의 보장을 받는다(FP2030, 2020a). 피임을 둘러싼 뜨거운 논란은 가라앉고 이제 새로운 대화



법률과 풀뿌리 운동은 변화에 일조했다.
Jay Directo/AFP via Getty Images

가 시작되었다. 개인과 가족의 선택과 권리 및 장기적 목표를 둘러싼 논의가 그것이다. 의료인과 가족계획 상담사는 물론 종교 지도자들도 적극적으로 피임에 대한 잘못된 정보를 없애고자 노력하고 있다.

북부의 한 마을에 사는 36세의 영양 상담사, 테레사 바티티스는 “남편과 저는 삶이 너무 힘들어서 피임을 하기로 했어요.”라고 말한다. 이들 부부는 빠듯한 자원을 이미 태어난 네 아이의 교육에 쓰려고 한다. 테레사는 이전엔 호르몬 피임법을 꺼렸다. 부작용

에 대한 두려움도 이유 중 하나였다. 하지만 지역 의료인에게서 장기적으로 작용하는 임플란트 이야기를 들은 그녀는 이 방법을 시도해 보기로 결심했다. “여자들에게 피임 방법을 제공하기 전에 그 피임법의 원리, 사용 방법, 부작용 등의 정보부터 알려준다”고 테레사는 설명한다.

마긴다나오에 사는 아니사 T. 아랍은 15남매 중 하나이다. 아니사는 항상 의지가 강했다. 공부는 그만 하고 결혼하라는 아버지의 이야기를 받아들이는 대신 그녀는 20살에 집을 나왔

다. 아니사도 처음에는 가족계획에 반대했다. 이슬람의 율법에 어긋난다고 생각했기 때문이다. 하지만 “이슬람 교리를 공부하면서 여성에 관한 우리의 전통이 실제 이슬람의 가르침과 너무나 다르다는 것을 알게 되었다”고 아니사는 설명한다.

이제 57세가 된 아니사는 라디오 프로그램을 진행하며 이슬람학(Uztazah)을 가르치고 있다. 그녀는 여성의 교육권, 원하는 경우 원할 때 원하는 사람과 결혼할 권리, 가족계획에 대한 권리를 적극적으로 옹호하고 있다. 아니사는 자신을 따르는 사람들에게 가족계획에 대한 파트와(Fatwa)를 가르친다. 이슬람 학자들의 지지를 받는 법적 견해인 이 파트와에는 피임이 금지되지 않았다는 사실이 명시되어 있다. 가족계획은 나쁜 것이 아니라고 아니사는 설명한다. “우리 여성이 자신의 신체를 돌보는 법을 배워야 최고의 가족이 만들어진다”는 것이다.

여성이 의도하지 않은 임신을 피할 수 있도록 하는 법과 정책

SDG는 국가의 법률 및 규제 프레임워크가 어느 정도 성 및 재생산 보건과 재생산 권리를 지원하는지를 나타내는 포괄적 평가를 최초로 제공한다. SDG 지표 5.6.2는 법률과 규제를 모성 관리, 피임 서비스, 성교육, HIV 및 HPV 예방치료 서비스의 4개 분류로 나누어 모니터링한다.

아래의 13개 구성요소가 모두 의도하지 않은 임신 예방과 직접적으로 관련된 것은 아니다. 하지만 뚜렷한 연결성이 없는 지표(HPV 백신 등)도 재생산 보건 및 권리를 둘러싼 전체적 규제 환경을 보여준다.

각 구성요소의 지표는 지원 법률의 존재 여부와 이 법률의 잠재적 한계를 평가한다. 단, 이 지표에서는 법률과 규제의 실제 이행 여부가 아닌 존재 여부만 측정한다. 지역 내에서도 격차가 크다는 점을 참고해야 할 것이다. 국가 수준의 데이터는 unstats.un.org/sdgs/dataportal에서 확인할 수 있다.

SDG 지표 5.6.2는 13개 구성요소(C1-C13)를 4개의 분류로 나누어 측정한다.

모성 관리

- C1: 모성 관리
- C2: 구명 용품
- C3: 임신중절
- C4: 임신중절 후 돌봄

피임 서비스

- C5: 피임
- C6: 피임 서비스 동의
- C7: 응급 피임

성교육

- C8: 성교육 교육 과정 법률
- C9: 성교육 교육 과정 주제

HIV 및 HPV

- C10: HIV 검사 및 상담
- C11: HIV 치료 및 케어
- C12: 남녀 HIV 환자의 건강 정보 기밀성
- C13: HPV 백신

	모성 관리					피임 서비스				성교육			HIV 및 HPV					SDG 지표 5.6.2 (전체)
	C1	C2	C3	C4	분류 평균	C5	C6	C7	분류 평균	C8	C9	분류 평균	C10	C11	C12	C13	분류 평균	
세계	85	90	43	78	74	78	82	70	76	66	68	65	87	91	93	54	81	76
선진국지역	94	88	71	81	85	84	92	76	84	89	88	88	91	94	95	81	90	87
개도국지역	82	90	33	77	71	75	79	69	74	58	61	58	86	90	92	45	78	72
최빈국지역	79	96	29	79	71	72	70	68	70	53	59	56	88	92	93	38	78	71

UNFPA 지역

아랍국가	73	87	10	88	68	77	67	77	73	31	9	9	89	89	95	8	70	65
아시아 및 태평양	78	87	37	82	71	79	80	73	77	65	65	63	85	86	93	45	78	74
동유럽 및 중앙아시아	93	87	65	95	85	86	100	77	87	93	82	87	84	93	94	50	80	84
라틴 아메리카 및 카리브해 국가	86	86	31	75	70	77	82	60	73	67	77	71	84	86	94	57	80	75
동아프리카 및 남아프리카	84	97	28	87	73	69	72	69	70	53	69	61	84	88	90	61	81	72
서아프리카 및 중앙아프리카	83	98	34	65	70	76	77	72	75	52	55	54	89	97	91	35	79	70





의도하지 않은
임신의
비용

의도하지 않은 임신의 영향은 다양하게 나타난다. 가장 대표적인 것은 출산, 임신중절, 유산 등 임신 자체의 직접적 결과다. 따라서 언뜻 보면 두 가지 시나리오를 비교하여 의도하지 않은 임신의 영향을 측정할 수 있을 것 같기도 하다. 첫 번째는 여성이 아이에게 시간과 자원을 투자하는 것이고, 두 번째는 자기 자신에게 투자하는 것이다. 하지만 이 이분법은 틀렸다. 임신중절을 이용하는 여성의 의도가 한정된 자원을 이미 낳은 아이들에게 투자하는 것일 수도 있기 때문이다. 또한, 임신을 선택할 행위주체성을 부정당한 여성은 자기 자신이나 아이에게 투자를 할 수단이 없다. 여성에게 충분한 경제적 자원이 있어도 폭력적인 파트너에 대한 지속적인 노출 등 다른 비용이 발생할 수 있다.

출산으로 이어지는 임신을 생각할 때에도 주의가 필요하다. 의도하지 않은 임신도 환영 받을 수 있다. 임신을 알게 되었을 땐 두렵고 당혹스러웠지만 결국 아이를 낳아 사랑을 듬뿍 주고 기쁨을 느끼는 사례도 많다. 따라서 의도하지 않은 임신으로 태어난 아이도 상황에 관계없이 수호해야 할 내재적 가치와 존엄성, 인권을 가진 사람임을 인지해야 한다. 이 점은 의도하지 않은 임신으로 인해 개인과 가족이 장기적인 영향을 겪게 된다는 사실과 상충하지 않는다.

그렇다면 우리는 의도하지 않은 임신의 결과를 조사하는 것이 아니라 더 과거로 돌아가서 임신 이전에 시작되는 선택권의 행사와 부정을 탐구해야 한다. 이 장에서는 충분한 정보를 바탕으로 선택에 따라 의도적으로 임신하는 세상과 전체 임신의 거의 절반이 완전한 자유 의지 없이 발생하는 우리의 세상 사이에 어떤 차이가 있는지, 임신에 있어 신체적 자율성의 상실은 어떤 결과를 초래하는지, 의도하지 않은 임신율이 높은 사회가 재생산 능력을 제외한 여성의 잠재력을 온전히 인정하는지를 살펴볼 것이다.

이러한 방식으로 모든 기회비용을 계산할 수는 없다. 하지만 연구자들이 일부 비용을 파악하기 위해 사용해 온 구체적이고 정량화 가능한 방식이 있다. 중절 여부와 무관하게 원치 않은 임신으로 인해 보건 시스템에 발생하는 비용, 여성의 경제적 및 교육적 기여와 기회에 대한 비용, 그리고 산모와 아이의 정신적, 신체적 건강에 대한 잠재적 위험이 그것이다. 특히 임신중절 관련 법률이 엄격해 여성이 안전

하지 않은 임신중절에 의존해야 하고 피할 수 있는 모성 이환과 모성사망을 자주 겪게 되는 곳에서는 중절을 선택하는 경우에도 위험성이 존재한다.

이러한 측정지표는 출발점에 불과하지만, 아이를 원하거나 계획하지 않았던 여성의 신체에서 발생하는 임신에 의해 사회와 국가가 형성되는 방식을 보다 분명히 설명하는 중요한 과정의 첫 걸음이다.

정량화할 수 없는 현상

의도하지 않은 임신의 결과에 대해서는 쉽게 증명하거나 오류를 입증할 수 없는 여러 가정이 존재한다. 예를 들어, 어떤 사람들은 의도하지 않은 출산율이 높으면 범죄율이 증가하거나 가구 스트레스가 높아질 수 있다는 가설을 제시했다(Yazdkhasti and others, 2015). 이는 의도하지 않은 임신의 결과로 나타날 수 있는 공동체와 가족에 대한 현실의 압박을 반영하는 선동적이고 논란의 여지가 많은 주장이다. 그 외에도 미혼 여성이 견뎌야 하는 낙인처럼 평생, 혹은 여러 세대에 걸쳐 이어지는 정량화할 수 없는 결과도 존재한다.

임신의 결과가 단시간에 악화되는 사례 중 하나는 의도치 않게 임신한 청소년과 청년들의 피해이다. 소녀는 학교에서 출석을 허용하지 않거나 아이를 돌봐야 한다는 이유로 학교를 중퇴할 수 있다. 다시 등교하는 것은 어렵거나 때로 불가능하며, 수유나 육아를 위한 환경과 탄력적 등교 시간을 제공하는 학교는 매우 적다(Human Rights Watch, 2018). 공부를 마치지 못한 소녀의 고용 가능성과 소득은 감소

한다. 미혼 상태에서 아이를 출산하면 본인과 아이 모두 차별의 대상이 될 수 있다(Human Rights Watch, 2018).

연구자들도 대체로 이러한 한계를 인정한다. 의도하지 않은 임신의 여러 부정적 영향을 조사한 2015년 문헌 검토 연구의 저자들은 “삶의 질에 대한 실질적 피해는 계산이 불가능하다”고 썼다(Yazdkhasti and others, 2015). 이 연구에서는 “의도하지 않은 임신은 ... 공공 재정과 무관한 다양한 부정적 결과를 낳는다. ... 전체적으로 데이터를 보면 의도하지 않은 임신은 공공 보건 시스템이 직면한 가장 중요한 문제 중 하나이며 사회에도 큰 재정적, 사회적 비용을 야기한다”고 보았다(Yazdkhasti and others, 2015).

정량화할 수 있는 현상

노동력 참여와 소득 잠재력

어려움에도 불구하고 별도의 방법을 사용하면 의도하지 않은 임신의 몇 가지 영향은 측정이 가능하다. 예를 들어, 미국에서 진행된 한 연구는 계획하지 않은 출산이 노동시장 참여를 최대 25% 낮춘다는 것을 발견했다. 이 연구에서는 원치 않은 출산과 원치 않은 시기의 출산(예를 들어, 28세에 임신할 생각이었던 여성이 대신 25세에 임신하는 경우)이 미치는 영향을 측정할 방법을 모색했다. 의도하지 않은 임신이 가족의 행복에 미치는 재정적 영향은 저축과 다른 자산을 활용할 수 있어 임금에 덜 의존하는 고소득 가구보다

의도하지 않은 임신은 인권 침해로 이어질 수 있다

성폭력이나 다양한 형태의 재생산 강요로 인한 임신을 제외하면 대부분의 의도하지 않은 임신은 인권 침해의 직접적인 결과가 아니다. 하지만 의도하지 않은 임신의 결과는 여성과 소녀를 인권 침해에 취약하게 만들 수 있다. 의도하지 않은 임신은 인정된 여러 부정적 영향 중에서도 특히 산전 관리 지연과 관계가 있고, 결과적으로 임신한 여성의 건강을 악화시킬 수 있다(Khan and others, 2019). 여성이 임신을 계속하면 조산 또한 발생할 수 있다(Orr and others, 2000). 임신은 의도했든 아니든 여성의 강제 학교 중퇴나(Human Rights Watch, 2018a) 고용 차별로 이어질 수 있다(ILO, 2012). 그리고 이 차별은 애초에 의도하지 않은 임신의 원인이었을 수 있는 취약한 사회경제적 환경을 다시 악화시킬 수 있다(Aiken and others, 2015). 극단적인 경우에는 혼외 임신이 형사 처벌이나(Canada: Immigration and Refugee Board of Canada, 2013) 사형, 또는 소위 ‘명예살인’과 같은 사법 외 살인, 자살로 이어질 수 있다(UN HRC, 2012; Mansur and others, n.d.).

건강, 교육, 고용, 비차별은 여러 국제 인권 협약을 통해 보호되는 권리다. 의도하지 않은 임신으로 여성과 소녀가 누려야 할 권리가 침해되고 악화된다면 정부는 단독으로, 혹은 국제나 국가 수준의 비정부기구와 협력하여 이러한 권리를 존중하고, 보호하고, 실현할 수 있도록 법률, 정책, 프로그램, 예산, 행정을 통해 모든 조치를 취해야 한다(UN ECOSOC, 1990).

저소득 가구에서 더 큰 것으로 나타났다(Nuevo-Chiquero, 2014).

보건 제도의 비용

임신이나 임신중절 관리 등의 경제적 부담도 계산이 가능하다. 하지만 주의할 점이 있다. 의도치 않게 임신한 모든 여성의 보건의료 비용을 그냥 달리로 나타낸 다음 임신 경험이 없는 여성과 비교할 수는 없다는 것이다. 의도하지 않은 임신은 원치 않았다고보다 의도하지 않은 시기에 발생한 경우가 많다. 따라서 같은 여성이라도 다른 상황에서는 임신 관련 의료 비용이 발생했을 수 있다. 그러나 여성이 경제적으로 안정적인 상태에서 아이를 처음 낳거나 더 낳고 싶어한다고 가정하면 대략적인 비용을 추산할 수 있다.

미국의 연구진은 저소득 및 빈곤 여성의 의도하지 않은 임신이 매우 높은 공적 지출로 이어진다는 사실을 발견했다. “전국적으로 의도하지 않은 임신에 대한 정부 지출은 2010년 기준 210억 달러였다”(Sonfield and Kost, 2015). 미국에서 이 비용은 이후로도 계속 증가했다. 의도하지 않은 임신을 피했다면 감축할 수 있었을 총 비용은 약 155억 달러였다(Sonfield and Kost, 2015).

2010년 브라질 데이터를 조사한 한 연구에서는 브라질 내 의도하지 않은 임신의 총 비용이 약 233억 달러에 달하는 것으로 추산했다(2010년 환율 기준). 이 비용은 적은 비율의 유산 관리 비용(0.8%), 의도하지 않은 임신으로 인한 직접적 출산 비용(30%), 의도하지 않은 임신으로 인해 발생하는 유아 합병증에 대한 비

용(약 70%)으로 나뉘었다. 인공임신중절 비용은 제외되었고, 모성사망 및 휴직으로 인한 비용도 포함되지 않았다(Le and others, 2014).

이러한 추정치는 국가별로 다르며 범위에 한계가 있다. 비슷한 비용을 세계적으로 또는 지역별로 계산하는 것은 쉽지 않고, 비용 측정 방법론이나 측정할 비용 항목에 대해서도 합의된 바가 없다. 그러나 임신과 출산이 매우 큰 비용을 초래한다는 것은 분명하다.

의도하지 않은 임신으로 인해 간접적으로 발생하는 또 다른 큰 비용은 임신중절 및 임신중절 사후 관리 비용이다. 구트마허 연구소(Gutmacher Institute)에서는 폭넓은 연구를 통해 이 비용을 조사했다. 최신 결과를 요약한 구트마허의 ‘Adding It Up’에 따르면 매년 중저소득 국가는 임신중절과 임신중절 사후 관리에 28억 달러를 지출한다. 피임 수요가 완전히 만족되면 이 비용은 절반 가까이 줄어들 것이다(Sully and others, 2020).

정신건강에 대한 영향

의도하지 않은 임신과 정신 건강의 경우 원인과 결과를 명확히 분리하기 어렵다. 둘 모두 여러 공통된 취약성의 원인인 동시에 동인이기 때문이다. 예를 들어, 친밀한 파트너에 의한 폭력은 행위주체성 상실로 이어져 의도하지 않은 임신을 초래하고 동시에 정신건강과 행복을 악화시킬 수 있다(Gipson and others, 2008). 그러나 이 관계를 파악하기 위해 노력한 몇몇 연구는 의도하지 않은 임신이 우울과 심리적 건강 악화의 원인 요소가 되는 경우가 많다는 점을 뒷받침한다.



© UNFPA/Fidel Evora

산후우울증

65,000명 이상의 참여자를 대상으로 진행된 30개 연구에 대한 최신 메타분석에서는 의도치 않게 임신한 여성이 선택에 의해 임신한 여성보다 산후우울증을 앓을 가능성이 1.53배 높은 것으로 나타났다(Qiu and others, 2020). 이 상관관계는 다른 국가와 지역에서 진행된 수많은 다른 연구에서도 관찰되었다(Steinberg and others, 2020; Brito and others, 2015).

고소득 국가의 경우 21년에 걸쳐 우울에 영향을 미치는 출산 관련 요인을 조사한 호주의 종적 연구 결과 참여 여성 중 21%가 출산 후 ‘높은 단계에서 악화 단계’의 우울증을 경험한 것으로 나타났다. 우울증의 가장 뚜렷한 예측 변수에는 파트너와의 갈등, 불안, 임신 중 스트레스, 많은 임신 증상 발생, 사회적 관계의 악화 등이 있다. 덜 뚜렷하지만 통계적으로 유의미한 예측 변수로는 자신이 임신을 원하는지에 대한 불확실성이 있었다(Kingsbury and others, 2015).

임신중절을 원하지만 받을 수 없는 여성은 특히 위험할 수 있다. 1,057명의 여성을 대상으로 우울증을 조사한 2011년 브라질의 인구 집단 연구에 따르면 임신중절을 시도했으나 성공하지 못한 여성은 중절을 시도하지 않은 대조군 여성보다 산후우울증 유병률이 높았다. 이 관계는 임신 전 정신건강 등 산후우울증의 다른 잠재적 예측 변수를 통제해도 지속적으로 나타났다(Ludermir and others, 2011). 마찬가지로 2017년 미국의 종적 데이터 분석에서는 임신중절을 거부당한 여성이 중절에 성공한 여성보다 부정적인 심리적 결과를 겪을 위험이 더 높았다(Biggs and others, 2017).

신체적 건강에 대한 결과

의도하지 않은 출산과 관련된 위험

의도하지 않은 임신과 모성 이환 및 모성사망 위험 사이의 관계는 연구가 덜 이루어진 영역이지만 기존 문헌에서 상관관계가 발견된 바 있다(Tsui and others, 2010; Gipson and others, 2008; Mohllajee and others, 2007). 제2장에서 설명하는 자체 연구에서도 이 주제를 자세히 다뤘다. 의도하지 않은 임신과 높은 모성사망 사

턴어웨이 연구

미국의 유명한 ‘턴어웨이(Turnaway)’ 연구는 임신중절을 거부당한 사람이 임신중절을 받은 사람과 비교해 시간에 따라 어떤 영향을 받는지 파악하고자 설계되었다. 임신중절을 요청한 여성 950명을 5년에 걸쳐 추적한 결과 어떤 여성은 중절 가능 주수가 지난 뒤에야 중절을 요청해 임신중절을 ‘거부(turn away)’당했다. “임신중절이 여성에게 유해하다는 근거는 찾지 못했다. … 임신중절을 받은 여성은 중절을 거부당한 여성과 최소한 비슷한 삶을 살았고, 더 잘 사는 경우가 오히려 많았다.”라고 연구진은 설명했다. 여기에는 신체적 건강, 고용 및 재정적 상황, 정신건강이 포함된다. 이 연구에서는 임신중절을 받은 여성이 “이후에 원할 때 임신을 하고 좋은 연인 관계를 맺을 가능성이 더 높은” 것으로 나타났다.

임신중절을 거부당한 연구 참가자 중 두 명은 출산 관련 원인으로 사망했다. 다른 여성들은 출산 합병증으로 만성 통증 증가와 고혈압 등을 겪었으며 지속적으로 나쁜 건강 상태를 보였다. 임신중절을 거부당한 직후 많은 여성은 불안 증가와 자존감 하락을 호소했다. 또한, 이들은 폭력적인 파트너로부터 잘 벗어나지 못했고 경제적 어려움을 겪는 경우가 많았다.

이 중요한 연구와 이를 토대로 작성된 십여 편의 학술논문은 혁신적인 연구 설계와 더불어 임신중절이 유해하지 않을 뿐 아니라 많은 여성의 행복 증진으로 이어졌음을 나타내는 결과로 많은 주목을 받았다. 제 1연구자인 다이애나 그린 포스터(Diana Greene Foster) 박사는 UNFPA에 “여성들은 원치 않은 임신을 끝까지 유지하는 경우 나타나는 광범위한 결과를 이해하고 있다. 원할 때 임신중절을 받을 수 없었던 여성들은 재정, 건강, 책임, 미래 계획 등 여성들이 우려하는 모든 영역에서 중절을 받은 여성보다 더 나쁜 결과를 겪어야 했다.”고 설명했다.

이에 관계가 존재하는 이유 중 하나는 간단한 상관관계에 있다. 임신과 출산이 늘어날수록 임신과 출산 과정에서 사망하는 여성의 수도 늘어난다는 것이다. 그래서 모성사망을 줄이기 위해 설계된 모든 공공 보건 프로그램에는 활동의 핵심 요소 중 하나로 피임이 포함되어 있다. 의도하지 않은 임신을 줄일 수 있으면 그만큼 모성 원인에 의해 아프거나 사망하는 여성의 수도 줄일 수 있다.

의도하지 않은 임신이 모성사망에 영향을 미치는 두 번째 이유는 이미 여러 맥락에서 살펴본 것처럼 빈곤, 보건 의료 서비스의 접근성 부족, 낮은 교육 수준 등 의도치 않게 임신한 여성을 더 큰 위험에 몰아넣는 여러 특성이 모성사망과 모성 이환 등 출산으로 인한 합병증의 위험도 높인다는 데 있다. 이는 나이가 든 여성과 아이를 많이 낳아 본 여성의 경우에도 마찬가지이다(Bauserman and

others, 2020; Gipson and others, 2008; Campbell and Graham, 2006).

또한, 여러 국가에서 진행된 DHS 데이터 분석에서도 의도치 않게 임신한 여성은 계획에 따라 임신한 여성보다 평균적으로 산전 관리를 비교적 늦게 받기 시작하며 산전 관리를 위한 병원 방문 횟수도 적은 것으로 나타났다(Amo-Adjei and Tuoyire, 2016). 개발도상국에 대한 몇몇 연구는 의도하지 않은 임신이 전자간증, 산후 출혈, 산후 전자간증을 비롯한 질환과 관련성이 있음을 보였다. 인도 우타르프라데시 주의 대규모 연구에서도 비슷하게 이러한 질환의 유병률이 높은 모성사망률(MMR)



© UNFPA/Fidel Evora

에 일조하는 것으로 나타났다(Dehingia and others, 2020). 이 연구는 의도치 않게 임신한 산모가 출산 전까지 받는 산전 관리 수준이 낮다는 점으로 의도하지 않은 임신과 모성 이환 사이의 관련성을 일부 설명할 수 있다는 것을 발견했다(Dehingia and others, 2020).

청소년 산모의 경우 건강 위험이 더 높다. 10~19세의 청소년 산모는 20~24세 여성과 비교해 자간증, 산후기자궁내막염, 전신감염의 발병 위험이 더 높다(WHO, 2020a). 임신과 출산 합병증은 세계적으로 손꼽히는 15~19세 소녀 사망 원인에 속한다(WHO, 2019).

그러나 모성 보건에 영향을 미치는 많은 요인(빈곤, 교육 부족, 보건 시설 접근성 부족 등)이 높은 의도하지 않은 임신율의 예측 변수이기도 하므로 직접적인 인과관계를 찾아내는 것은 쉽지 않다. 이는 의도하지 않은 임신을 줄이는 것이 전체적인 개발 목표, 특히 건강, 교육, 젠더 평등과 관련된 목표 실현과 긴밀히 연결되어 있다는 제3장의 결론을 뒷받침한다.

안전하지 않은 임신중절로 인한 위험

의도하지 않은 임신의 부정적 영향 중에서도 모성보건 악화와 의 인과관계가 뚜렷하고 세계적으로 규모가 매우 큰 영향이 있다. 바로 안전하지 않은 임신중절이다. 연구자들은 2015~2019년 동안 매년 발생한 약 1억 2,100만 건의 의도하지 않은 임신 가운데 약 61%가 임신중절로 이어진 것으로 추정한다(Bearak and others, 2020). 매년 대략 7,330만 건의 임신중절이 발생하는데, 이는 15~49세 여성 1,000명당 임신중절이 39건이라는 뜻이다(Bearak and oth-

ers, 2020). 2010~2014년 데이터를 보면 세계적으로 발생한 모든 임신중절 가운데 약 45%가 안전하지 않은 임신중절이다(Ganatra and others, 2017).

안전하지 않은 임신중절은 대부분 개발도상국에서 이루어진다. 그 중에서도 절반 이상은 아시아에서 발생하는데, 대부분은 인구가 많은 남아시아와 중앙아시아가 차지한다. 한편 안전하지 않은 임신중절의 비중이 유독 높은 지역도 있다. 아프리카와 라틴아메리카에서

는 임신중절 4건 중 3건이 안전하지 않았고, 안전하지 않은 임신중절로 인한 사망 위험은 아프리카에서 제일 높게 나타났다(Ganatra and others, 2017).

안전하지 않은 임신중절은 세계적으로 손꼽히는 모성사망의 원인에 속한다(Say and others, 2014). 강조한 것처럼 매년 모성사망 중 4.7~13.2%가 안전하지 않은 임신중절을 원인으로 한다(WHO, 2020). 이는 SDG 3번 목표 달성에 지속적인 장애물이 존재하며, 특히 세

피임과 안전한 임신중절은 모성사망 예방의 핵심 수단이다

구트마허 연구소(Guttmacher Institute)의 연구진은 중저소득 국가의 여성 피임 수요를 완전히 충족하고 산전 및 신생아 관리를 WHO 권고 수준으로 제공한다면 안전하지 않은 임신중절을 72% 줄이고 모성사망을 62% 낮출 수 있을 것으로 추정한다(Sully and others, 2020). 이러한 발전은 사망률과 이환율을 줄이는 데 큰 도움이 될 것이다. 하지만 안전한 임신중절 관리에 장벽이 존재하는 환경에서는 상당수의 예방 가능한 모성 상해와 모성사망이 계속 발생할 것이다. 앞서 살펴본 것처럼 현실적인 현재 조건에서는 의도하지 않은 임신의 위험을 완전히 제거하는 것이 불가능하기 때문이다.

양질의 보건의료 환경에서 숙련된 의료 전문가가 수행하는 임신중절의 합병증 위험은 의도하지 않은 임신에 따른 출산과 관련된 위험(Gerdt and others, 2016)이나 일반적인 출산 관련 위험(Raymond and Grimes, 2012)보다 훨씬 낮다. 1차 의료 환경에서 원격 의료나 자기관리식 방법을 통해 이용할 수 있는 초기 임신중절 방법은 충분히 이른 시기에 올바른 방법으로 사용한다면 안전하다(Gambir and others, 2020). 하지만 많은 중저소득 국가에서는 임신중절이 합법이어도 의료적 임신중절의 이용 가능성이 제한적이다(Zhou and others, 2020). 안전하지 않은 임신중절로 인한 비극적인 위험을 효과적으로 제거하려면 의료 전문가들에게 올바른 기술을 가르치고, 보건의료 환경의 위생과 사생활 보호를 보장하고, 저렴하며 이용 가능성 높은 적절한 보급품을 제공하는 등 임신중절 서비스의 전체적인 개선이 필요하다. 이러한 조건은 공공 보건 규제와 투자를 통해 충족할 수 있다. 이는 WHO와 다양한 인권 기구가 특히 건강과 생명이 위협한 경우 안전한 임신중절에 대한 법적 장벽을 철폐할 것을 권고한 이유이기도 하다(UN CCPR, 2019; WHO, 2015).

안전하지 않은 임신중절 72% 감소

계 MMR을 2030년까지 100,000명당 70건으로 줄인다는 세부목표 3.1이 위태롭다는 점을 잘 보여준다.

안전하지 않은 임신중절의 결과로 질병과 장애를 겪는 여성의 수는 이보다 훨씬 많다. 2012년 데이터에 따르면 매년 개발도상국에서는 이를 이유로 약 700만 명의 여성이 병원에 입원한다. 매년 안전하지 않은 임신중절의 주요 합병증을 치료하는 데 드는 비용은 5억 5,300만 달러로 추산된다(WHO, 2020).

모성 이환은 안전하지 않은 임신중절의 단기적 영향이자 장기적 결과이다. 최근 WHO에서는 사하라 이남 아프리카와 라틴아메리카 및 카리브해의 안전하지 않은 임신중절 20,000건 이상의 영향을 살펴보고자 두 개의 연구를 진행했다. 그 결과, 임신한 여성이 사망하거나 사망 직전까지 간 경우는 아프리카가 2.3%, 라틴아메리카가 1.3%로 비교적 비중이 적었고, 생명을 위협하는 부작용을 겪은 여성의 비율은 아프리카가 7%, 라틴아메리카가 3.1%였다(Qureshi and others, 2021; Romero and others, 2021). 연구에 참여한 여성의 약 절반(아프리카 58.2%, 라틴아메리카 49.5%)은 적어도 중간 정도의 합병증을 겪은 경험이 있었는데, 이는 수년간 여성의 건강에 영향을 미칠 수 있다(Qureshi and others, 2021; Romero and others, 2021). 2006년 진행된 연구에서는 안전하지 않은 임신중절에 따른 이환 및 사망으로 인한 재생산 연령 여성의 연간 장애보정손실연수(개인의 생산가능기간 중 손실 기간)가 500만 년에 달하는 것으로 나타났다. 연구진은 이 충격적인 결과도 과소평가되었을 가능성이 높다고 경



© UNFPA/Fidel Evora

고한다(Grimes and others, 2006). 어떠한 기준을 적용해도 이 숫자는 수백만 명의 취약한 재생산 연령 여성들이 공공 보건 응급 상황에 처해 있음을 나타낸다.

의도하지 않은 임신으로 태어난 아동에 대한 영향

위에서 살펴본 것처럼 많은 연구 결과에 따르면 의도하지 않은 임신은 산전 관리 이용의 지연 및 관리 빈도 감소와 관련되어 있다. 산전 병원 방문은 여성의 건강에 중요할 뿐 아니라 신생아 사망의 위험을 낮춰주고(Won-demagegn and others, 2018) 아이의 영양 상태 개선에 도움이 되는 등 다양한 이점을 가지고 있다(WHO, 2016).

서구권 국가를 대상으로 한 여러 연구에 따르면 의도치 않게 임신했다고 답변한 미혼 여성은 임신 후 첫 8주 동안 산전 관리를 위해 병원에 방문할 가능성이 훨씬 낮았고, 임신 3

의도치 않게 임신한 여성이 자신의 재생산 능력과 미래의 재생산에 대해 의식적으로 자유로운 결정을 내릴 수 있는 권한이 애초부터 있었다면 의도하지 않은 임신의 부정적인 결과도 발생하지 않았을 것이다.

개월이 지난 후에야 산전 관리를 받을 가능성이 두 배 높았다(Vanden Broek and others, 2016; Heaman and others, 2013; Korenman and others, 2002; Kost and others, 1998). 전부는 아니지만 대부분의 개발도상국 연구에서는 의도하지 않은 임신이 첫 산전 병원 방문 시기와 방문 빈도에 모두 영향을 미치는 것으로 나타났다. 예를 들어, 여러 국가에 대한 DHS 연구에서는 의도치 않게 임신한 경우 산전 병원 방문 시기가 늦어지고 빈도 또한 줄어드는 것이 발견되었다(Amo-Adjei and Tuoyire, 2016). 이집트와 페루, 필리핀에서의 연구 또한 같은 경향을 보였다(Gipson and others, 2008).

의도하지 않은 임신은 모유수유율에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 모유수유는 WHO에서 아동 생존율 개선과 건강한 성장 촉진을 위해 권장하는 행동이다(WHO, 2021a). 유럽과 미국에서 수십 년 동안 연구한 자료에 따르면

의도하지 않은 임신으로 태어난 아이는 모유수유를 전혀 경험하지 못하거나 수유 기간이 짧을 가능성이 높다(Gipson and others, 2008). 어떤 연구에서는 같은 형제자매 사이에서도 계획한 임신으로 태어난 아이가 모유수유로 클 가능성이 더 높은 것으로 나타났다(Korenman and others, 2002). 18개국 DHS 데이터를 분석한 연구에 따르면 전체적으로 의도치 않게 임신한 여성은 1년 이상 모유수유를 계속할 가능성이 10% 낮았으나, 이 패턴은 국가 간에 일관적이지 않았다(Hromi-Fiedler and Perez-Escamilla, 2006).

의도하지 않은 임신으로 태어난 아동은 예방접종, 질병, 치료 측면에서도 불이익을 겪을 수 있다. 이 관련성을 실제로 보인 연구들도 있지만(Gipson and others, 2008) 이는 매우 맥락 특이적인 경향으로 보인다.

의도하지 않은 임신으로 태어난 아이의 경우 계획된 출산으로 태어난 아이와 비교해 신생아 건강을 나타내는 중요한 지표인 출생 시 체중이 낮을 가능성이 높은지, 그리고 계획 없이 태어난 아동에게서 영양실조나 발육부진 등의 장기적 영향이 나타나는지를 살펴본 연구도 많았다. 결과는 일관적이지 않았다. 어떤 연구에서는 관련성이 나타나지 않았다(Bitto and others, 1997). DHS 연구의 경우 이집트, 케냐, 페루에서는 계획 없이 태어난 아동이 1살까지 모든 신생아 접종을 받지 못할 위험이 통계적으로 유의미하게 높았지만, 볼리비아와 필리핀에서는 그렇지 않았다(Marston and Cleland, 2003). 또한, 이 분석에서는 페루와 볼리비아의 경우 의도하지 않은 임신으로 태어

난 아동의 발육부진 발생 가능성이 더 높게 나타났지만 이집트의 경우 그렇지 않았다(Marston and Cleland, 2003).

그 밖의 연구에서는 의도하지 않은 임신과 출생 시 저체중 및 발육부진 사이의 관련성이 관찰되었다. 예를 들어, 방글라데시에서 일련의 연구를 진행한 연구진은 “의도치 않게 임신한 여성은 의도하여 임신한 여성보다 출생 시 저체중인 아이를 낳을 가능성이 3.19배 더 높다”는 점(Rahman and others, 2019), 그리고 “산모의 임신 의향은 아동의 발육부진 및 저체중과 관련이 있다”는 사실을 발견했다(Rahman, 2015). 의도하지 않은 임신으로 태어난 볼리비아와 에티오피아의 아동은 발육부진 위험이 3배 가량 높았다(Shaka and others, 2020; Shapiro-Mendoza and others, 2005). 남아선호가 만연한 사회의 소녀나 지참금 제도가 흔한 사회의 딸 등, 어떤 아이들은 특히 더 큰 불이익을 겪을 수 있다(Gipson and others, 2008).

연구에 따라 이처럼 차이가 나타나는 것은 이 보고서에서 반복적으로 등장하는 정의의 문제 때문이기도 하다. 어떤 연구는 ‘의도하지 않은’과 ‘원치 않은’을 혼용했는데, 실제로 ‘원치 않은’ 임신에는 ‘예상치 못했지만 원한’ 임신이나 ‘원치 않은 시기의’ 임신보다 부정적인 결과가 더 많이 따를 수 있다. 이러한 차이를 확인하는 것은 매우 어려우며, 연구 결과에 영향을 미칠 수 있다. 인과관계를 규명하는 것은 더욱 어렵다. 방글라데시에서 조사를 진행한 연구진은 원치 않은 임신의 스트레스가 출산 결과에 영향을 미쳤다고 보았는데(Rahman and others, 2019), 다른 연구에서는 ‘원치 않은’

임신으로 태어난 아이들이 덜 이상적인 양육 환경에서 자랄 수 있다고 보았다.

그 밖의 요인들도 아동 건강에 대한 영향과 상당한 관련성을 가질 수 있다는 점 또한 고려해야 한다. 가령 에티오피아의 발육부진 예측 변수에는 아버지의 교육 수준을 비롯한 기타 요인들이 포함되었다(Shaka and others, 2020). 모성보건 결과와 마찬가지로 아동의 보건 결과도 인과성 파악이 어려울 수 있다. 하지만 빈곤, 교육 수준 등 여성의 행위주체성 행사 능력을 저하시키는 많은 요인이 산모, 아이, 가족의 건강에도 악영향을 미칠 수 있는 것으로 알려져 있다는 점은 분명하다.

이러한 연구의 결론은 의도치 않게 임신한 여성이 자신의 재생산 능력과 미래의 재생산에 대해 의식적으로 자유로운 결정을 내릴 수 있는 권한이 애초부터 있었다면 의도하지 않은 임신의 부정적인 결과도 발생하지 않았으리라는 것이다. 물론 의도하지 않은 임신이 없는 세상도 모든 부정적 결과로부터 자유롭지는 않겠지만, 여성이 완전한 선택권을 행사할 수 있도록 권한을 제공하는 사회는 모두의 이익을 위해 이러한 상황과 이에 수반되는 비용을 크게 줄이고 인간의 존엄성과 권리, 행위주체성을 수호할 수 있다. 이 과정에서 중요한 것은 앞서 설명한 의도하지 않은 임신의 영향을 비롯해 정량화할 수 있는 결과와 없는 결과에 대한 연구를 확대하여 외면받는 위기의 숨겨진 비용에 대해 이해를 높이는 것이다.

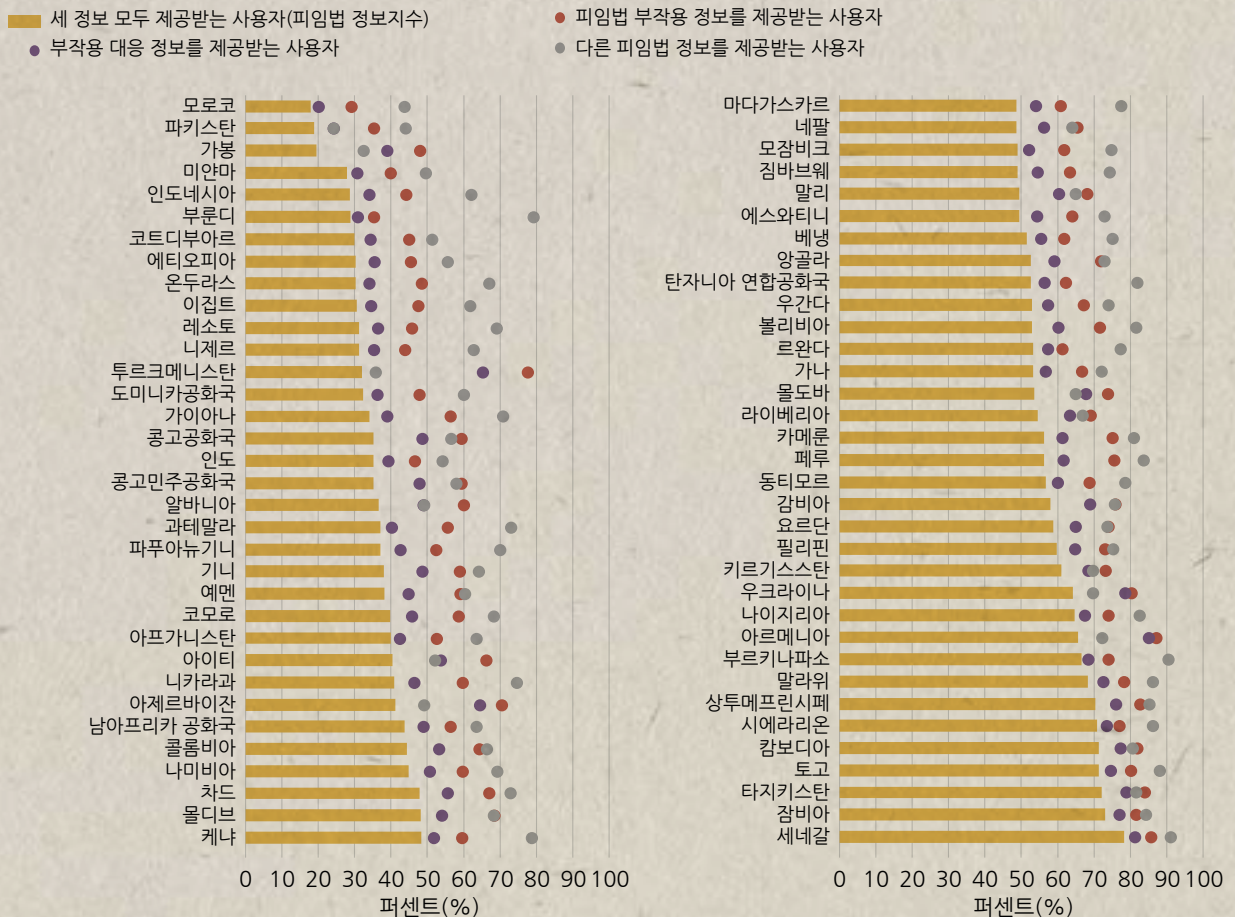
피임 수요는 어디서 어떻게 미충족되는가: UNFPA 가족계획 프로그램 분석 자료

UNFPA는 미래건강(Avenir Health)과 함께 UNFPA에서 가족계획 프로그램을 운영하며 데이터를 확인할 수 있는 국가의 피임 수요 및 이용 현황을 분석한다. 이 데이터는 개입을 설계하고 강화하는 데 사용되지만, 피임법 사용에 영향을 미치는 실제 조건 역시 잘 보여준다.

케어의 질

현대적인 피임법을 사용하는 여성 다수는 피임 수단과 부작용에 대해 제공되는 정보가 불충분하다고 답변했다.

그림 9 주요 피임법 정보를 제공받는 사용자

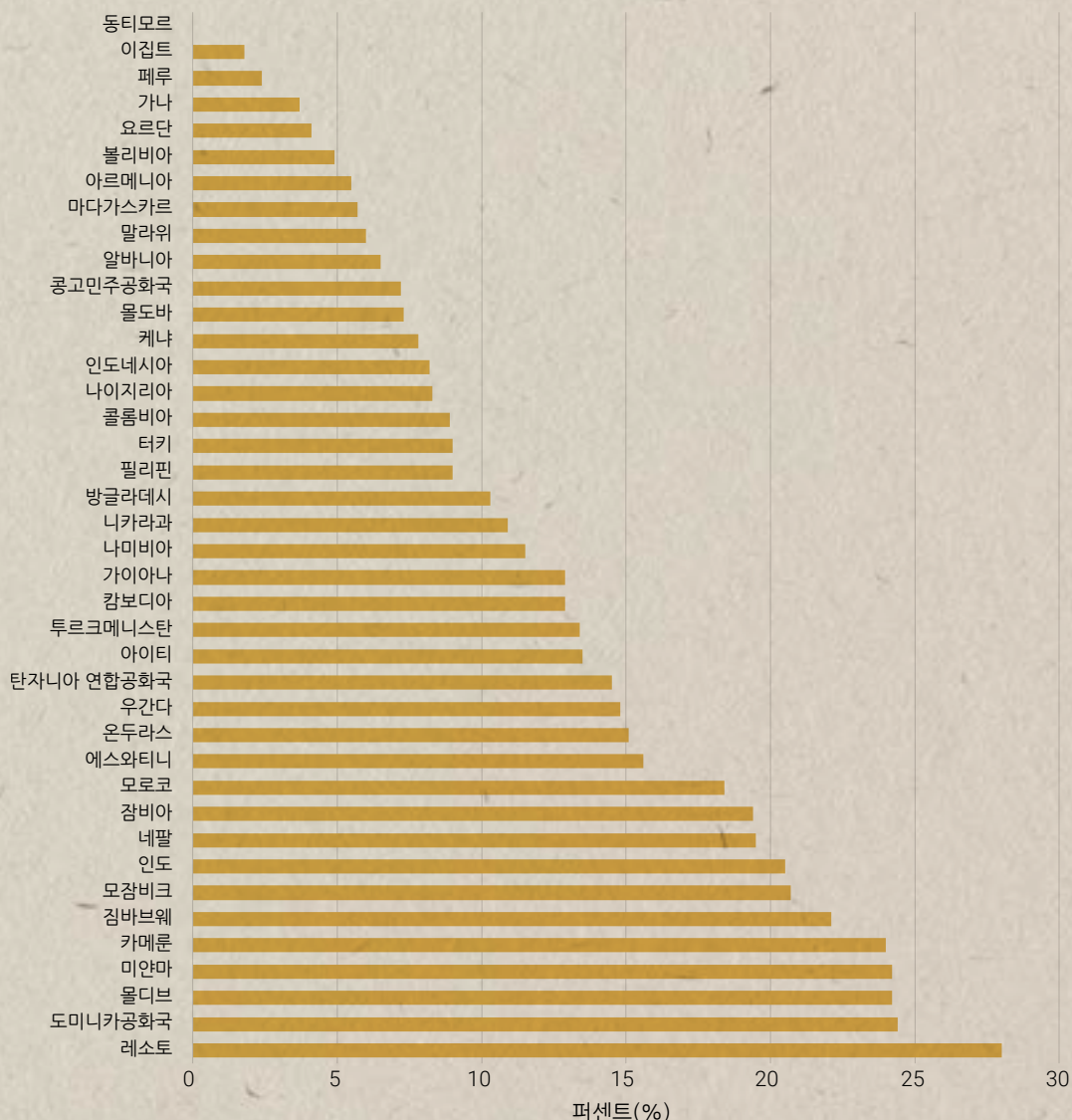


출처: ICF, 2015. DHS 프로그램 STATcompiler(statcompiler.com). 열람일 2022년 2월 10일(데이터는 2000~2020년 국가별 설문조사를 바탕으로 한다. 조사 대상은 설문조사일로부터 5년 이내에 새로운 피임법을 사용하기 시작한 여성이다).

불임수술이 영구적이라는 정보를 제공받지 못한 사용자

일부 조사 대상 국가에서는 불임 수술을 받은 여성 중 다수가 수술이 영구적이라는 정보를 제공받지 못한 것으로 나타났다(2000~2017년 국가별 설문조사 데이터). 이 비율은 동티모르의 경우 0%에서 레소토의 경우 28%까지 다양하다. 정보에 입각한 동의가 없다는 것은 피임 상담을 이용할 수 없거나 상담이 사용자가 이해할 수 있는 방식의 정보 제공에 실패했다는 경고 신호다.

그림 10 불임수술이 영구적이라는 정보를 제공받지 못한 여성 불임시술 사용자

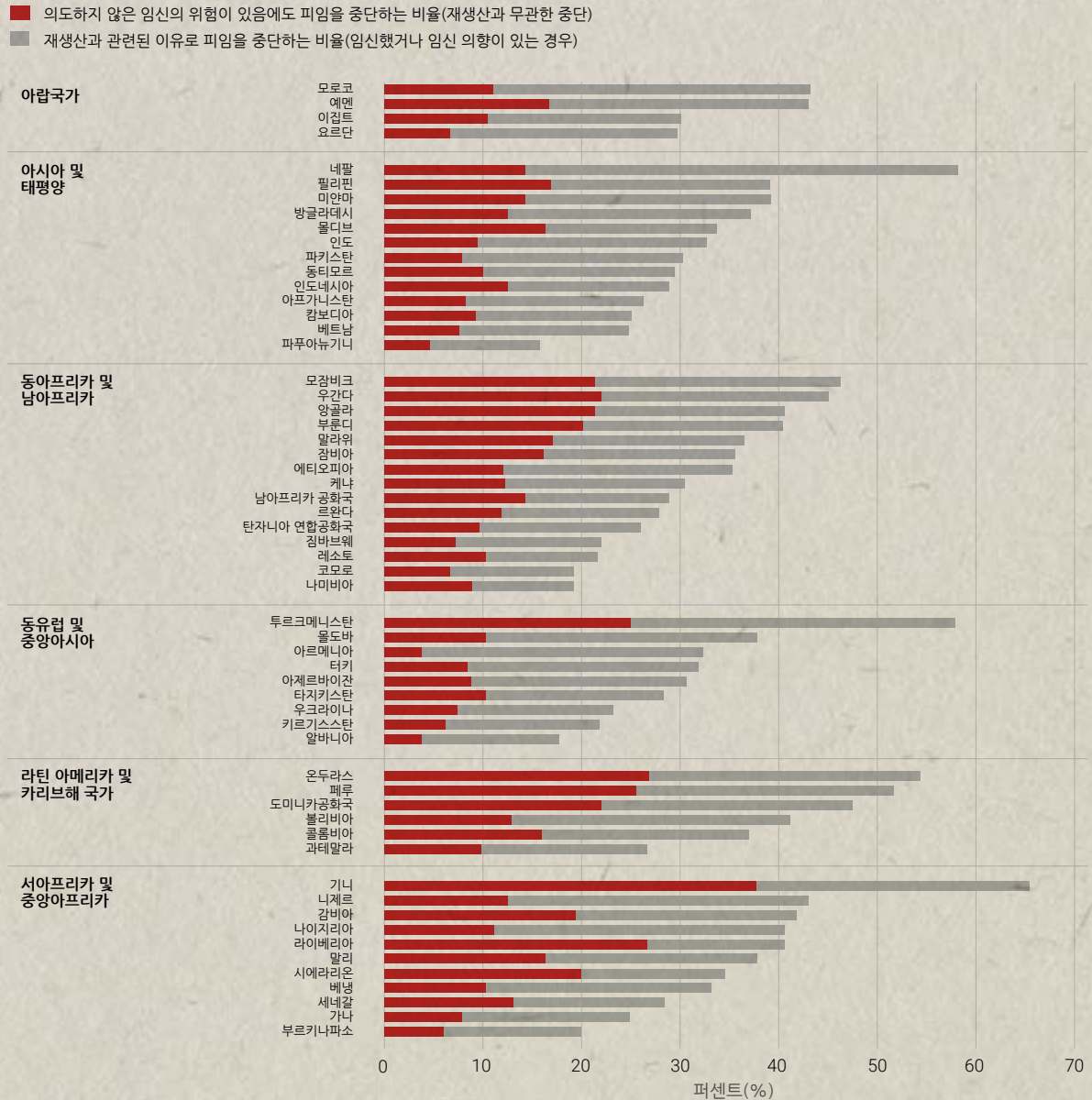


출처: ICF, 2015. DHS 프로그램 STATcompiler(statcompiler.com). 열람일 2022년 2월 10일(데이터는 2000~2020년 국가별 설문조사를 바탕으로 한다).

피임 중단

케어의 질, 피임 수단의 이용 가능성 부족, 부작용, 낙인 등의 요인은 임신을 하고 싶지 않음에도 불구하고 피임법 사용자가 피임을 중단하는 데 일조한다. 피임법 중단율이 높은 곳은 중단 이유를 이해하고 사용자가 다른 믿을 수 있는 방법을 대신 사용할 수 있는지의 여부를 파악할 수 있도록 추가 분석이 필요하다.

그림 11 의도하지 않은 임신의 위험이 있음에도 피임을 중단하는 사용자, UNFPA 지역별 자료



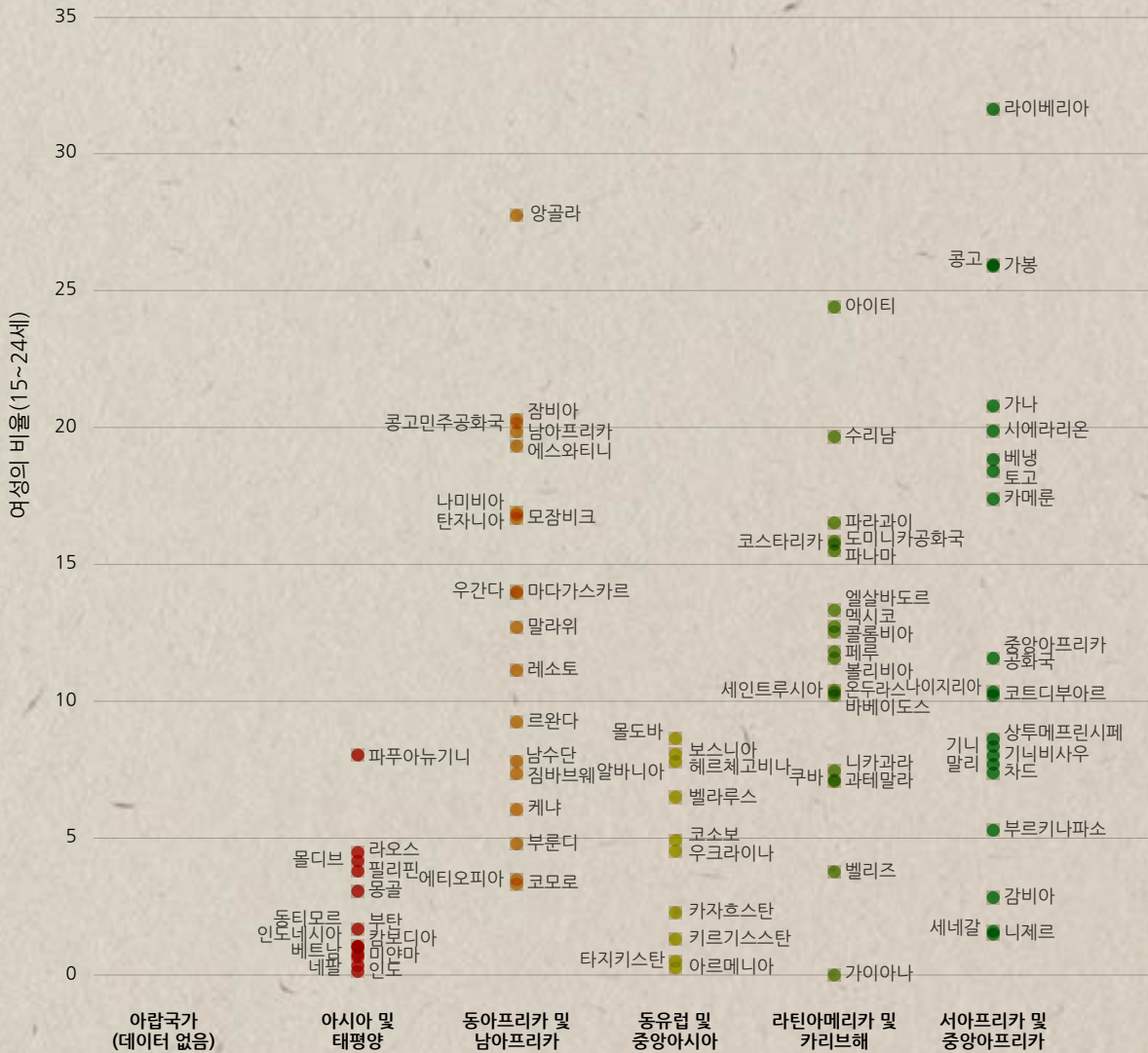
출처: UNFPA 및 미래건강, 가족계획기회 데이터베이스, 2021년 10월 업데이트(발행 중). DHS 데이터에서 취합한 자료.

성생활이 활발한 미혼 청년

미혼이고 산발적으로 성관계를 맺는 청년들은 현대적인 피임 수단의 미충족 수요에 대한 설문조사형 연구에 포착되지 않는 경우가 많다. 미충족 수요에는 지난 30일 동안 성생활을 했던 미혼 개인만 포함되고, 상황에 따라 결혼한 사람에게만 설문을 요청하거나 기혼자만 설문에 거부감이 없는 경우도 있기 때문이다.

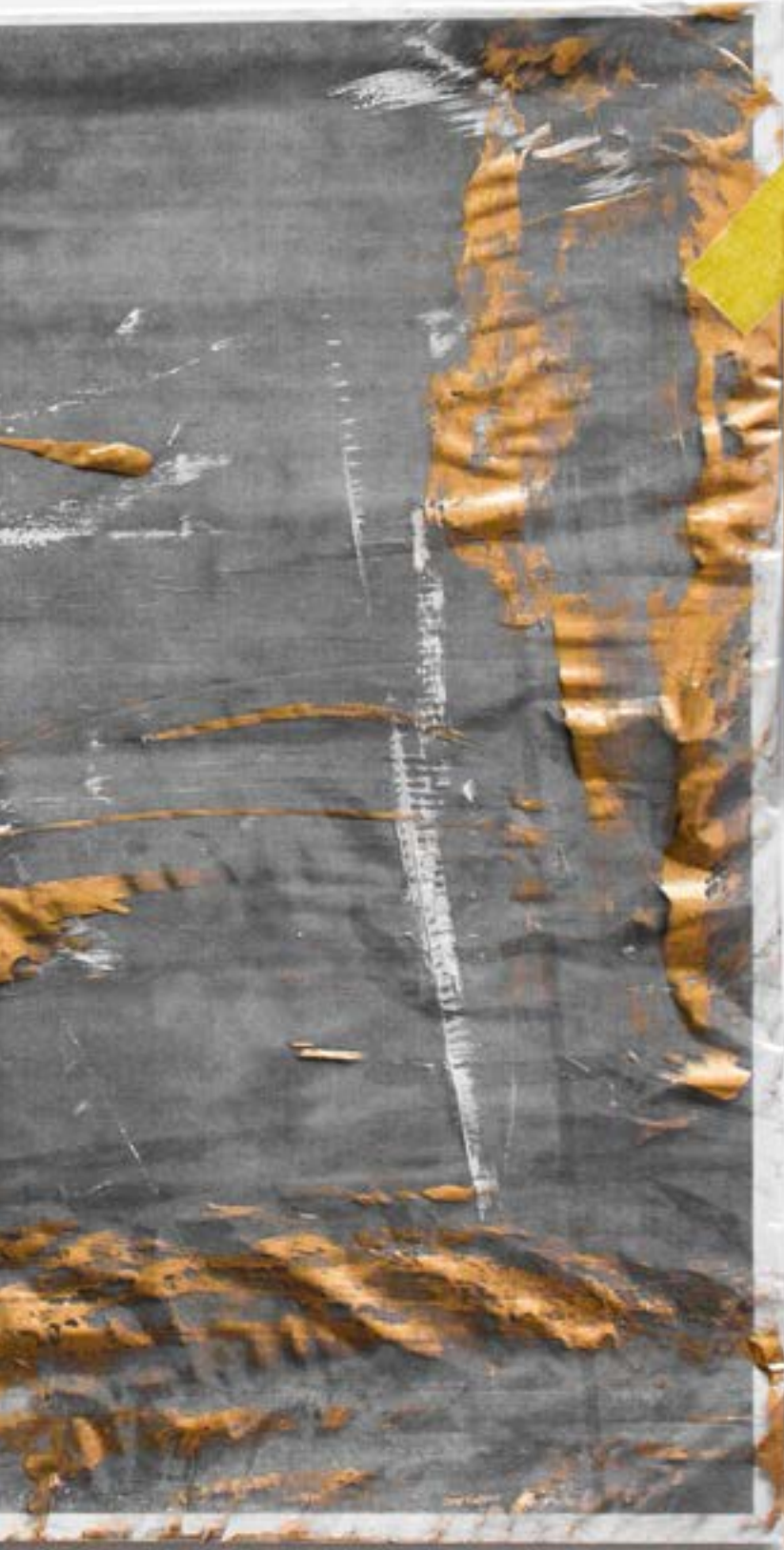
아래 그래프는 젊은 미혼 여성과 소녀(15~24세)의 현대적 피임에 대한 잠재적 수요를 분석한 것이다. 이 자료는 과거 1년 동안 성생활을 한 적이 있으나 현대적인 피임법을 사용하고 있지 않은 사람을 대상으로 한다.

그림 12 지난 1년 동안 성생활을 한 적이 있으나 현대적인 피임법을 사용하고 있지 않은 청소년 소녀 및 젊은 미혼 여성의 비율, UNFPA 지역별 자료



출처: UNFPA 및 미래건강, 가족계획기회 데이터베이스, 2021년 10월 업데이트(발행 중).





2030 의제의 핵심은 행위주체성이다

이 보고서의 핵심은 반복할 가치가 있다. 의도하지 않은 임신은 매년 수백만 명이 겪는 현실이며, 전체 임신의 거의 절반을 차지한다. 매년 약 6%의 여성이 의도하지 않은 임신을 경험한다. 그 가운데 61%는 임신중절로 이어진다.

의도하지 않은 임신이 발생하는 가장 큰 이유는 여성이 자신의 신체에 대한 자율성을 잃거나 애초에 가진 적이 없었기 때문이다. 이러한 자료들은 예외 없이 지속적인 수준의 젠더 차별과 인권 및 개발의 부족을 가리킨다. SDG 달성을 위해서는 이러한 문제를 반드시 해결해야 한다.

의도하지 않은 임신의 결과는 오래 전부터 눈에 보이지 않았다. 의도하지 않은 임신으로 인한 의료 비용을 추정하고, 학교 중퇴율을 모니터링하고, 인력 감소 수준을 예측할 수는 있지만 이는 표면적인 자료에 불과하다. 어떠한 통계도 의도하지 않은 임신으로 인한 생명과 행위주체성, 인적자원의 손실을 나타내지는 못한다. 인구 증가와 이에 따른 성 및 재생산 보건 서비스의 수요 증가는 최빈국에서 가장 빠르게 나타날 것으로 예상되며(Starrs and others, 2018), 의도하지 않은 임신으로 인한 손실도 함께 증가할 수 있다. 코로나19는 성 및 재생산 보건과 가장 취약한 사람들의 권리를 지탱하는 경제적, 정치적, 사회적 시스템의 붕괴에 대해 뼈아픈 교훈을 남겼다(UNFPA, 2020c). 현재 발생하고 있거나 심화되고 있는 분쟁 및 이주 등의 위기와 더불어 기후변화 또한 각종 재난을 가속화할 것이다.

**이처럼 거대한
세계적 문제의 해결책은
여성과 소녀의
완전한 권리와 잠재력을
실현하는 것이다.**

그러나 이처럼 거대한 세계적 문제의 해결책은 의외로 우리 눈앞에 있을 수 있다. 바로 여성과 소녀의 완전한 권리와 잠재력을 실현하는 것이다.

2030 지속가능개발의제는 더 나은 미래를 위해 합의된 로드맵이다. 하지만 이 보고서에서 볼 수 있는 것처럼 모두를 위한 지속적인 개발에 필요한 핵심 요소 중 하나는 행위주체성이다. 모든 사람, 특히 여성과 소녀 및 가장 소외된 사람들이 자신의 건강, 신체, 미래에 대해 충분한 정보를 바탕으로 선택권을 행사할 수 있도록 이들의 행위주체성과 권한을 우선시한다면 강력한 이익의 선순환을 만들어낼 수 있다.

하지만 행위주체성 실현을 위한 노력은 포괄적이어야 하며, 평등에 주력해야 하고, 젠더 전환적이어야 한다(UNFPA, 2020d). 행위주체성을 위한 활동은 젠더 불평등의 근본적 원인을 제거하고 남성과 여성, 권력층과 소외층이 힘, 자원, 기회를 나누어 가지는 분배 과정을 가속화할 수 있어야 한다. 또한, 활동은 경제적, 정치적, 사회적 시스템에 반영되어야 한다. 이러한 시스템은 여성의 유의미한 참여로 강화되고 여성의 배제로 한계를 맞이한다.

우리는 여기서 시작해야 한다.

담론의 재구성

의도하지 않은 임신을 여성만의 문제로 프레임화해서는 안 된다. 인구 감소가 우려되는 국가에서 종종 그러듯 의도하지 않은 임신을 수용 가능하거나, 불가피하거나, 심지어는 바

람직한 것으로 보아서는 안 된다. 담론은 손가락질과 수치심에서 벗어나야 한다.

이 보고서는 이러한 개념을 버려야 할 인권 측면과 개발 측면의 이유를 모두 제시한다. 의도하지 않은 임신은 보건의료 수요 증가, 안전하지 않은 임신중절, 소득과 생산성의 손실, 가족 내 아동에게 할당되는 자원의 감소, 불안정한 가족 관계 등을 초래하여 사회적, 재정적 부담을 높인다(Sonfield and others, 2013). 이러한 정보를 모아서 활용한다면 의도하지 않은 임신 문제를 보다 적극적으로 해결하겠다는 정치적 의지와 공동체의 추진력을 만들어내는 데 도움이 될 수 있다.

정책을 통한 자율성 지원

의도하지 않은 임신의 영향을 받지 않는 국가나 공동체는 없다. 오래 전부터 우리는 임신을 막을 (완벽하진 않지만 대체로 효과적인) 도구와 지식을 갖고 있었으나 의도하지 않은 임신은 여전히 부유한 국가와 빈곤한 국가에서 모두 흔히 발생한다. 이제 각국 정책을 통해 이 문제를 한층 시급히 해결할 시간이다. 이 보고서에서 제시하는 자료는 각국의 인권 의무에 따라 교육, 보건, 노동, 법률 등 개인의 신체적 자율성과 사회적 책임에 대한 강력한 지지를 바탕으로 하는 각종 분야의 정책 마련을 촉진하는데 사용할 수 있다(Macleod, 2016),

최근 UN 인권이사회의 움직임은 정치적 책임이라는 증폭 가능한 긍정적 메시지를 전달하고 있다. 각국이 서로의 인권 기록을 검토하는 정례인권검토(Universal Periodic Review)의 경우 성 및 재생산권에 대한 질문이 늘었다. 이

이제 각국 정책을 통해 이 문제를 한층 시급히 해결할 시간이다.

과정을 통해 의도하지 않은 임신 문제를 조명하고 인권 약속에 따른 행동을 권고할 수 있다.

기존 법률과 규정은 재검토가 필요하다. 예를 들어, 의도하지 않은 임신을 의회에서 검토하면 공적 가시성의 범위를 파악하고 공백을 더 잘 이해할 수 있다. 검토에서는 의도하지 않은 임신을 잘 피할 수 있도록 현재 법률, 규제 정책, 행정명령이 개인을 제대로 뒷받침하는지를 살펴볼 수 있다. 그 과정에서 연령이나 결혼 상태와 연계된 장벽을 비롯해 성과 재생산 보건 정보 및 서비스를 획득하기 어렵거나 불가능하게 만드는 다른 법적 장벽들이 강조될 수도 있다.

그 밖의 우선순위에는 피임 서비스의 자원 마련 현황은 어떤지, 피임 서비스가 만약의 상태에도 반드시 유지되어야 하는 중요한 보건 서비스로 분류되는지(코로나19 팬데믹으로 최근 주목을 받는 영역이다)의 여부를 살펴보는 것이 있다. 이러한 검토는 단순한 재생산 능력을 넘어 섹슈얼리티에 대한 공공 담론 방향을 다

시 설정하는 데 도움이 될 것이다(Luchsinger, 2021). 이는 가족계획 생각이 없는 사람을 비롯해 모두의 성 보건과 복지를 목표로 하는 보다 포괄적인 서비스의 문을 열어줄 것이다.

연구 투자

의도하지 않은 임신의 원인과 결과는 여전히 잘 이해나 측정이 되어 있지 않다. 문제를 실제로 다룬 경우는 더 적다. 새로운 연구는 가령 의도하지 않은 임신에 누가 가장 취약한지, 가장 효과적인 권리 기반 대응은 무엇이고 그 이유는 무엇인지 등 유용한 정보를 만들어낼 것이다. 미래의 연구는 의도하지 않았지만 원한 임신, 양면적 특성을 가진 임신, 원하지 않은 임신의 차이를 더 잘 정의하여 의도하지 않은 임신의 동인을 완전히 파악해야 한다.

연구자들은 피임 사용자가 원하는 것과 필요로 하는 것을 질문해야 한다. 이 질문은 지금까지 충분히 자주 던져지지 못했다. 이용할 수 있는 피임 수단이 여성들의 삶이나 자신의 몸에 대한 여성들의 생각과 현실적으로 맞지 않다면 이는 선택이라 할 수 없다. 이 때 사람들의 경험과 우려를 이해할 수 있도록 임신할 수 있는 다양한 집단의 사람들과 긴밀한 협의를 거쳐야 한다. 또한, 피임을 이용하는 여성이 제공된 피임법을 자동으로 사용하고 계속해서 사용할 것이라는 가정에서 벗어나야 한다. 청소년, 고령층, 장애인, 기혼자, 다양한 젠더를 가진 사람들 등 특정 인구는 의도치 않게 임신할 위험이 없으며 선별적 서비스 제공이 필요하지 않다는 선입견에 도전해야 한다. 파트너의 재생산 보건을 지지하는 남성의 비

율 등 새로운 데이터가 있으면 의도하지 않은 임신이 시작되는 친밀한 관계의 젠더 역학을 조명할 수 있을 것이다(Measure Evaluation, 2017).

부작용을 줄인 피임법과 가끔 사용하는 경우에 더 적합한 피임법 등 새로운 방법이 임상실험 중임에도 불구하고 오랫동안 피임 시장은 비교적 정체 상태였다(Svoboda, 2020). 최근 코로나19 백신을 접종한 경험은 공공 연구와 개발 기금이 대규모 발전을 촉진하는 데 수행하는 역할을 잘 보여준다. 이 교훈을 여기에도 적용할 수 있다. 공공 연구 및 개발 재정의 규모가 큰 국가는 사용자의 수요를 종합적으로 샘플링해 남성용 수단을 포함한 다양하고 새로운 피임법을 모색해야 한다. 마찬가지로 팬데믹은 발전된 보건의료 서비스 접근성에서 나타나는 전체적인 불평등을 보여주었다. 공공 연구 및 개발 자금은 납세자 등 공적 재원을 바탕으로 하는 경우가 많기 때문에 새로운 피임 수단 연구에는 인권 의무에 따라 모든 국가의 접근을 돕는다는 약속이 포함되어야 한다.

포괄적인 보건 서비스

보건 시스템은 개인의 행위주체성을 더 잘 지원할 수 있도록 몇 가지 조치를 취할 수 있다. 대표적인 것이 평생에 걸친 포괄적 성과 재생산 보건 서비스 패키지를 제공하여 성병 예방 문제와 산전 관리 및 모성 관리를 해결하고 낙인과 폭력을 예방하며 신체적 자율성을 존중하는 것이다. 이러한 포괄적 서비스는 이용 과정에서 부모나 배우자에게 서비스 사

용 사실을 고지하거나 이들의 동의를 요구하지 않아야 한다(ACOG, 2017). 많은 청소년과 청년은 가족을 계획한다는 개념에 공감하지 못하므로 가족계획을 피임 서비스로 ‘리브랜딩’하면 청소년에게 열린 서비스임을 나타낼 수 있다(Paul and others, 2019). 호르몬 피임법을 시작하기 전에 청소년들이 특히 거부감을 느낄 수 있는 일반적인 골반검사나 자궁경부 세포검사 등을 요구하지 않는 것도 방법이다(ACOG, 2017).

개입은 다른 외면받는 집단(LGBTI 인구 및 장애인 등)도 도울 수 있어야 하며, 공정한 접근성과 관리 품질, 책임을 보장해야 한다(UNFPA, 2019). 그러려면 지지 활동, 교육, 젠더 기반 예산 할당, 그 외 젠더 편견과 기타 차별적 가정에 맞설 수 있는 도구가 필요하다.

피임은 행동과 투자가 필요한 또 다른 중요한 영역으로, 투자 대비 많은 것을 얻을 수 있는 분야이기도 하다. 한 추정치에 따르면 피임 서비스에 사용하는 금액이 지금보다 1달러씩 늘어나면 임신과 신생아 관리 비용을 3달러씩 줄일 수 있다(Sully and others, 2020). 따라서 피임 수단은 공적 또는 사적으로 재원을 마련하는 모든 보건 패키지나 지정 보건 서비스 목록에 포함되어야 하고(Kaufman and Silverman, 2021) 적절한 예산 할당도 이루어져야 한다. 예를 들어, 자금은 위치나 운영 시간과 관련된 장벽을 허물기에 충분해야 한다(WHO, 2019a). 보건 시설을 통합하거나 구조를 조정하기로 한다면 비용과 이익을 평가할 때 피임 접근성도 고려해야 한다(ACOG, 2017).

**피임은 행동과 투자가 필요한
또 다른 중요한 영역으로,
투자 대비 많은 것을
얻을 수 있는
분야이기도 하다.**

피임 서비스 자체도 포괄적이어야 한다. 즉 임신 의향 검사, 피임법 및 부작용과 기타 잠재적 결과에 관한 상담, 장기간 작용하는 가역적 피임 수단이나 기타 피임 장치의 삽입, 제거, 교체, 재삽입, 피임법을 바꾸고 싶은 여성의 요청에 즉각적으로 대응할 수 있는 정기적인 후속 관리를 포함해야 한다(CDC, 2015). 종교적 이유 등으로 피임 수단을 제공하지 않는 의료 제공자는 찾아오는 환자를 다른 곳으로 의뢰해야 한다(ACOG, 2017).

보편적 건강 보장은 빠져서는 안 될 퍼즐 조각이다. SDG에서 거의 모든 국가는 2030년까지 보편적 건강 보장을 달성하겠다고 공약했다. 이를 위해 노력하는 과정에서 각국은 차별적인 관행과 규범을 바꾸는 한편 성 및 재생산 보건 필요사항을 해결하고 모든 사람들의 권리를 보장해야 한다. 예를 들어, 젠더 불평등과 차별적 관행을 전체적으로 감시하면 남성보다 여성에 대한 불임수술이 부당할 정도로 많은 현상과 같은 문제를 감지하고 고칠 수

있다. 또한, 서비스를 개선할 수 있도록 설문 조사나 그 외 남녀 간 관점 차이를 포착할 수 있도록 성별에 따른 데이터 집계 방식을 사용해 환자들의 피드백을 받아야 한다.

젠더에 민감한 보건 시스템

보건 서비스는 젠더에 민감해야 한다. 즉, 환자의 이야기를 귀기울여 듣고 환자가 받아들일 수 있다고 판단하는 선택지를 살펴보는 권리 기반 서비스가 되어야 한다(제4장에서 자세히 설명). 환자에게 공감할 줄 아는 숙련된 서비스는 피임법뿐 아니라 임신 의향이나 신체적 자율성과 같은 개념에 대해서도 이야기할 수 있는 출발점이 될 수 있다. 환자는 마음 편하게 자신의 걱정이나 바람을 털어놓을 수 있을 것이고, 의료 제공자는 환자가 정확한 정보를 갖고 있는지, 파트너로 인한 압박을 겪고 있는지는 않은지, 다른 걱정은 없는지 파악하게 된다(WHO, 2019b; JohnsonMallard and others, 2017). 의료 제공자는 교육을 받아야 하고, 차별 없이 남성, 여성, 청년, LGBTI 인구를 치료할 의지가 있어야 한다(WHO, 2019a). 젠더 기반 폭력의 생존자에게는 검사와 타 병원으로의 의뢰가 제공될 수 있어야 한다(Hamberger and others, 2015).

보건 시스템은 의료인들 사이의 임금 격차(여전히 남성이 28% 더 높다)를 줄이고 보건의료 의사결정 과정의 젠더 평등을 보장하는 등 젠더 평등을 모델링할 수 있다(WHO, 2019a). 대부분의 조산사는 여성이므로 조산사를 더 많이 기용하고 활용하면 권한 증진에 도움이 될 수 있다. 환자와 같은 공동체 출신이라면 문화

적으로 감수성 있는 서비스를 더 잘 제공할 수 있을 것이다.

마지막으로 보건 시스템은 가장 소외된 사람들에게 손을 뻗을 수 있는 새로운 방법을 탐구해야 한다. 코로나19 팬데믹은 원격의료 사용과 처방 접근성 완화 등 거리와 이동의 제약을 뛰어넘을 수 있는 혁신적인 방법들을 보여주었다. 이러한 방법을 지속하고 확대할 수 있을 것이다. 예를 들어, 영국에서는 원격의료 임신중절을 사용한 여성의 80%가 나중에도 같은 방식을 선택하겠다고 답변했다(FSRH, 2021; Luchsinger, 2021). WHO는 자기관리식 주사형 피임법 등 자기돌봄 이용 가능성을 높이고 경구 피임약과 응급 피임 수단을 처방 없이 이용할 수 있도록 할 것을 권고한다(WHO, 2021).

젠더에 민감한 보건 시스템

코로나19 팬데믹과 기후변화를 비롯한 위기가 찾아오면서 보편적인 사회보호 프로그램은 그 어느 때보다도 긴요한 도구가 되었다. SDG에 따른 공약에 포함된 사회보호 프로그램은 빈곤의 늪에 빠질 수 있는 사람들을 위한 마지막 안전망이다. 팬데믹은 사회보호 제도가 있어도 가정 내 무급 근로의 비중이 부당하게 크고 질과 급여가 낮은 비정규직 직종에 종사해야 한다는 점에서 많은 여성들이 사회보호를 받지 못한다는 점을 보여주었다.

보편적 사회보호제도는 소득 격차는 물론 교육과 보건의료의 격차를 줄임으로써 의도하지 않은 임신으로 이어질 수 있는 다양한 취

약성을 줄일 수 있는 강력한 기회를 제공한다(ILO, 2017). 가령 르완다, 태국, 베트남과 같은 국가는 사회보장제도에 비정규 근로자를 포함시켰다. 팬데믹 동안 세계 최빈국 중 하나인 토고는 비정규 근로자들을 위해 6개월의 모바일 현금 이체 제도를 도입했다. 이 제도는 약 575,000명에게 도움을 주었으며, 그 가운데 65%가 여성이었다. 여성은 근로자이자 가정의 책임자로서 더 큰 수당을 받았다(UN Women, 2021).

사회보호 프로그램은 소득 격차를 줄일 뿐 아니라 서비스 바우처 등을 통해 피임 접근성을 위한 도구도 도입할 수 있다. 잘 설계된 프로그램은 피임 접근성과 선택권을 향상시켰고, 빈곤층이나 청소년, 저학력자 등 소외된 사람들에게 효과적으로 지원을 제공했다. 어떤 프로그램은 관리 기준을 높게 설정하고 서비스 제공자들이 개선된 서비스에 재투자하는 보다 지속적인 소득 흐름을 만들어 여러 측면에서 잠재적 이익을 이끌어냈다(HIP, 2020a).

젠더 기반 폭력 추방하기

의도하지 않은 임신은 비극적이게도 폭력과 관련된 경우가 많다. 파트너를 가져본 적이 있는 15~49세 여성과 소녀 중 약 13%는 지난 12개월 동안 친밀한 파트너에 의한 폭력을 경험한 적이 있었다(United Nations, 2022). 설문조사 결과 많은 여성은 성이나 임신과 관련된 의사결정을 강제로 파트너에게 맡겨야 하는데, 다수의 여성은 성관계를 거부하면 폭력이 정당화된다고 생각한다(Hindin and others, 2008). 강요에 의한 성관계나 임신을 겪는 사람도 많

다. 사법제도 전체에 걸쳐 이를 신고하거나 가해자를 기소하는 경우는 많지 않고 처벌도 불충분하다.

여성들은 무료 법률 지원을 포함한 법적 보호를 쉽게 받을 수 있어야 한다. 또한, 생존자를 중심으로 한 양질의 서비스를 이용하고 경찰부터 검사와 판사까지 상대를 존중하는 편견 없는 법조인의 지원을 받을 수 있어야 한다. 어떤 국가에서든 이러한 이니셔티브는 모든 형태의 젠더 기반 폭력을 온전히 인정하고 해결하며 여성에 대한 차별적 대우를 제거하려는 법적 제도로 뒷받침되어야 한다. 예를 들어, WHO와 UNFPA 등이 2019년 공개한 RESPECT 여성 프레임워크에서는 정책 개발자들이 젠더 기반 폭력을 추방하는 데 사용할 수 있는 명확하고 확대 적용이 가능한 행동 방안을 제시했다(WHO, 2019c).

진전도 있었다. 가령 아랍에미리트에서는 최근 기혼 여성이 남성에게 순종해야 한다는 법을 폐지했다(World Bank, 2021a). 하지만 차별적 법률과 법적 공백은 여전히 세계 곳곳의 여성들에게 영향을 미치고 있다. 최근 공개된 95개국의 데이터에 따르면 전체 국가 중 63%는 동의의 원칙을 바탕으로 한 강간법을 가지고 있지 않았고, 절반은 아직도 여성이 특정 일자리나 산업에서 일하는 것을 제한하고 있는 것으로 나타났다. 약 4곳 중 1곳은 여성이 남성과 동등하게 결혼하거나 이혼할 수 있는 권리를 부여하지 않는다(United Nations, 2021).

성폭력의 위험은 인도적 위기 및 응급 상황에서 크게 악화된다. 이러한 환경에서 강간은

전쟁 무기이자 집단 학살의 도구로 사용될 수 있고, 많은 공동체 보호 장치가 중단되거나 사라지기 때문에 친밀한 파트너에 의한 폭력이 계속해서 발생한다. 이 때 여성이 피임 등(Women's Refugee Commission and others,

2012) 성 및 재생산 보건 서비스를 이용하는 것은 더욱 어렵기 때문에(Tran and others, 2021) 의도하지 않은 임신에 대한 취약성도 증가한다. 응급 피임과 강간 후 치료, 안전한 공간(safe space)과 성폭력 방지를 위한 보호 등 성 및 재생산 보건 서비스 전체에 대한 접근성은 모든 인도적 대응 상황의 타협할 수 없는 필수적 구성요소여야 한다.

유해한 사회 규범 바꾸기

의도하지 않은 임신을 줄이기 위한 노력은 유해한 사회 규범을 검토하고 고치지 않는 한 성공하지 못할 것이다. 젠더 규범과 터부는 가장 피해를 보는 사람들의 목소리를 지우는 경우가 많다. 하지만 이 문제는 사실에 기초한 솔직한 대화가 가장 필요하고 다양한 사람들의 경험이 알려져야 하는 영역이다.

우리는 지금까지 피임과 관련된 낙인 때문에 많은 여성들이 피임 사용을 피하거나 조용히 중단한 사례들을 확인했다. 여성 청소년은 대안을 알지 못해 임신을 기본으로 생각할 수도 있다. 나이가 든 여성은 자신이 임신할 수 없다고 선불리 가정할 수 있다. 연령이나 배경과 관계없이 모든 여성은 파트너의 폭력이나 강압적인 행동을 신고하는 것을 꺼린다.

모두의 신체적 자율성에 대한 권리와 그 실현을 위해 필요한 행동이 주목을 받을 수 있도록 더 큰 사회적 인식이 필요하다. 이러한 논의를 둘러싼 터부를 제거하는 것은 어쩌면 가장 중요할 수 있는 대화, 즉 두 성적 파트너가 각자의 의견, 선택, 계획에 대해 터놓고 이야기하는 열린 대화를 위해 필수적이다. 이러한



대화가 있어야 쌍방이 모두 행위주체성과 자율성을 행사할 수 있다.

젠더 규범과 기대 또한 적극적으로 동시에 해결해 나가야 한다. 의도하지 않은 임신은 다양한 영역에서 관찰되는 여성과 소녀의 권한 부족에 뿌리를 두고 있다. UNFPA 연구에 따르면 현재 변화 속도로는 아동기 임신을 뿌리 뽑는 데 160년이 걸릴 것이다(UNFPA, 2022). 개발도상국에서는 20~24세의 젊은 여성 3명 중 거의 1명이 청소년기, 즉 10~19세에 아이를 낳는 것으로 나타났다. 청소년기 임신이 본인의 선택이었더라도 소녀는 자율성 제한, 사회적 압박, 정보와 서비스 부족을 직면해야 한다. 학교 기반 데이트 폭력 개입, 소년과 소녀 사이에 젠더 평등에 기초한 태도를 심어주기 위한 지역사회 기반 개입, 양육 개입과 같은 조치(Lundgren and Amin, 2015)는 젠더 기반 폭력을 해결하는 데 도움이 될 뿐 아니라 여성과 소녀의 가치를 높이는 데에도 효과적일 수 있다. 다양한 대상과 상황에 맞게 설계된 공공 지지 캠페인(Thomas, 2012)은 권리와 자율성에 관한 인식 제고에 도움이 될 수 있다.

포괄적 성교육은 성공의 핵심이다. 의학적 근거를 바탕으로 한 정보를 권리와 권한의 원칙에 따라 제공한다면 사람들은 자신의 신체와 관계를 부끄러움 없이 논할 수 있는 여유와 언어를 갖게 될 것이다. 올바르게 진행된다면 포괄적 성교육은 미신과 오해를 없앨 수 있고, 소통과 동의 및 존중을 바탕으로 관계를 촉진할 수 있다. 포괄적 성교육에서는 젠더와 권력을 다룰 수 있고, 청소년에게 비밀이 보장되는 피임 관리에 대해 알려줄 수 있다. 조혼과 조

기 임신은 흔한 문제이지만, 포괄적 성교육은 청소년과 부모, 넓게는 지역사회가 참여해 이러한 규범을 살펴보고 대안을 생각해볼 수 있는 공간을 마련해줄 수 있다. 또한, 포괄적 성교육은 인류가 SDG 목표 4.7을 실현할 수 있도록 도와준



임신은 신체적 자율성의 침해가 아닌 적극적 선택의 결과여야 한다.

다. 목표 4.7은 젠더 평등, 인권, 비폭력 문화를 촉진하는 데 필요한 기술과 지식을 모든 학습자가 습득할 수 있도록 할 것을 촉구한다.

성교육 하면 청소년 교육을 연상하는 사람들이 많지만, 전문가들은 아동기부터 연령에 맞는 방식으로 시작해 평생에 걸쳐 성교육을 받아야 한다고 주장한다(ACOG, 2020). 이렇게 하면 성과 재생산의 모든 단계를 다룰 수 있기 때문이다. 이는 학령기를 한참 넘긴 사람들 또한 경직된 젠더 규범과 고정관념을 다시 생각해볼 수 있는 기회를 제공한다.

마지막으로 남성과 소년은 건강한 남성성 모델을 촉진하는 정보 및 사회 규범을 접할 수 있어야 한다. 건강한 남성성을 가진 사람

은 젠더 기반 폭력을 거부하고, 평등과 공정성의 가치를 지지하며, 본인이나 파트너의 재생산에 관해 의견을 나눌 때 세심하게 감정을 표현할 줄 안다.

여성 및 소녀의 권한에 대한 투자

전 세계의 소녀는 조기 임신을 넘어 그 이후의 미래를 보고 가능성을 실현할 수 있도록 권한을 부여받아야 한다. 그러려면 소녀의 권한 보장뿐 아니라 미래 세대의 롤모델이 될 여성의 권한 보장에도 투자해야 한다.

권한에 대한 투자는 유해한 규범을 바꾸는 것과는 다르지만 둘 사이에는 관련성도 존재한다. 권한을 가진 여성과 소녀는 규범 변화를 이끌어낼 수 있지만, 평등하지 않은 세상에서 자신의 위치를 높이는 일을 혼자 책임지지 않는다. 유해한 규범을 바꾸기 위한 노력은 여성과 소녀의 권한 보장을 위한 투자, 그리고 여성의 의사결정 공간 출입을 허용하는 조치와 병행되어야 한다.

예를 들어, 자산 축적과 멘토십 프로그램 등이 있어야 한다. 소녀가 계속 학교에 다닐 수 있도록 하고 노동시장에서의 젠더 차별과 임금 격차를 줄이기 위한 폭넓은 노력이 있어야 한다. 빈곤, 인종 차이 등 다른 종류의 소외를 함께 겪는 여성과 소녀를 위해서는 맞춤형 노력이 필요하다. 직업 교육이나 경제권 보장 이니셔티브 등 이러한 여성과 소녀를 위해 만들



© UNFPA/Fidel Evora

어진 프로그램과 함께 권한 보장에 대한 메시지를 전달하는 것도 좋은 방법이다.

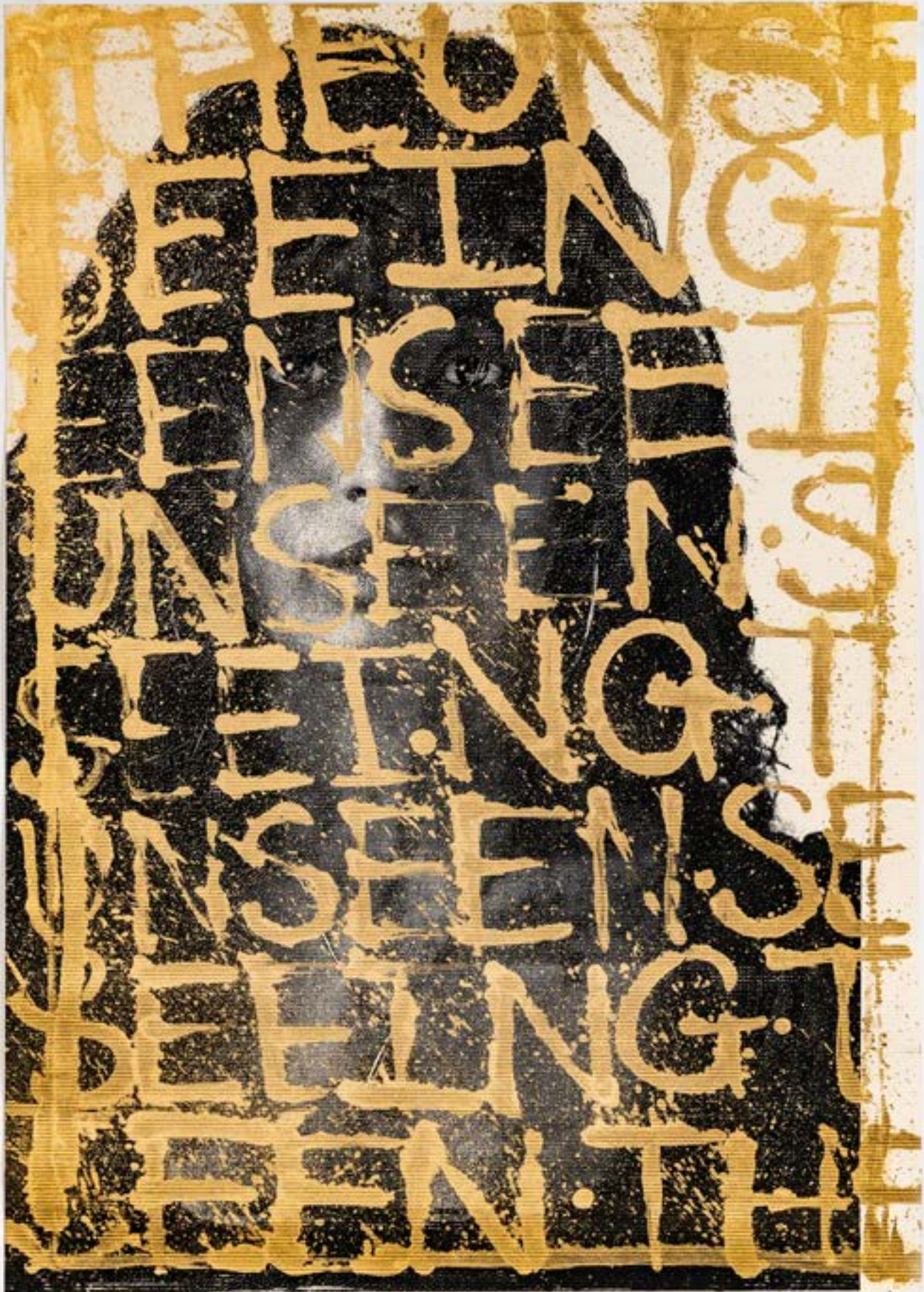
여성 인권 단체에 투자하고 협력하는 것은 특히 이 단체를 여성이 이끄는 경우 큰 도움이 될 것이다. 여성 인권 단체는 여성과 소녀의 개인적인 삶을 자세히 파악하고 있으며, 다양한 공동체에 따른 차이도 인지하고 있다. 이러한 단체는 권리 및 개인의 선호에 맞춰 의도하지 않은 임신의 원인과 해결책을 파악하기에 가장 좋은 위치에 있는지도 모른다. 여성 인권 단체는 활동 단체인 동시에 감시 단체로서 젠더 평등을 개선하기 위한 세계 곳곳의 국가 정책을 유도해 왔다(UN Women, 2021).

이러한 단체는 충분한 재원을 받아야 할 뿐 아니라 젠더 평등에 저항하는 이념적 세력으로부터 보호를 받아야 하며, 젠더 평등이나 민주주의에 반대하는 의제를 추구하고자 시민 사회 및 서비스를 통해 활동하는 단체와도 분명히 구별되어야 한다.

여성 및 소녀의 권한에 대한 투자

전 임신은 신체적 자율성의 침해가 아닌 적극적 선택의 결과여야 한다. 인권 의무와 인간 및 사회의 행복 역시 이를 요구한다. 적극적 선택은 정의의 문제다. 적극적 선택은 보다 회복력 있는 세상을 만든다.

적극적 선택에 필요한 것은 사람마다 다르다. 하지만 충분한 정보와 존엄성을 가지고 선택을 할 수 있도록 모든 사람에게 권한을 부여하는 것은 모두에게 이익이 된다. 우리는 의도하지 않은 임신을 줄이기 위해 노력해야 한다. 뿌리뽑을 수 없다면 0에 가깝게 줄여야 한다. 이 과정에서 우리는 인류가 공유하는 목표에 한 걸음 다가서게 될 것이다. 바로 모든 임신이 원하는 임신인 세상, 모두가 자신의 권리와 잠재력을 온전히 향유하고 실현할 수 있는 세상이다.



지표

ICPD 목표를 향한 발전 현황 추적: 성 및 재생산 건강	120 쪽
ICPD 목표를 향한 발전 현황 추적: 성별, 권리, 인적자본	126 쪽
인구지표	132 쪽
전문용어 주석	138 쪽

성 및 재생산 건강

	모성 사망률 (MMR, 출생아 10만명당 사망 수) ^a	모성 사망률 범위 (UI 80%) 하한치 ^a	모성 사망률 범위 (UI 80%) 상한치 ^a	숙련된 의료진에 의한 분만율, %	미감염 인구 1천 명당 신규 HIV 감염 건수, 전 연령	15~49세 여성 피임실천율				15~49세 여성 가족계획 수요 미충족 비율		15~49세 여성 현대적 피임 방법을 통한 수요 충족 비율	성 및 재생산 보건 서비스, 정보, 교육의 접근성을 보장하는 법률 및 규제, %	보편적 건강보장 (UHC) 서비스 보장 지수
	2017	2017	2017	2014~2020	2020	모든 여성	방법 혼인이나 동반자를 관계를 맺고 있는 여성	현대적 모든 여성	방법 혼인이나 동반자를 관계를 맺고 있는 여성	모든 여성	혼인이나 동반자를 관계를 맺고 있는 여성	2022	2022	2022
세계 및 지역	2017	2017	2017	2014~2020	2020	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2019
세계	211	199	243	82	0.19	49	63	44	57	9	11	77	76	68
선진국지역	12	11	13	99	0.14	58	70	51	62	7	9	79	87	-
개도국지역	232	219	268	81	0.20	47	62	43	56	9	12	77	72	-
최빈국지역	415	396	477	65	0.44	32	42	29	37	16	20	60	71	-
UNFPA 지역														
아랍국가	151	121	208	86	0.03	34	53	29	45	10	15	66	65	61
아시아 및 태평양	120	108	140	86	0.06	52	67	47	62	7	9	81	74	68
동유럽 및 중앙아시아	20	18	22	99	0.15	46	64	36	49	8	11	67	84	74
라틴 아메리카 및 카리브해 국가	74	70	80	95	0.18	59	75	56	70	8	9	83	75	74
동아프리카 및 남아프리카	391	361	463	70	1.20	35	44	32	40	16	21	63	72	47
서아프리카 및 중앙아프리카	717	606	917	55	0.41	20	23	17	19	17	22	46	70	43
국가, 영토 또는 기타 지역	2017	2017	2017	2004~2020	2020	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2019
가나	308	223	420	79	0.63	27	36	23	32	19	27	51	66	45
가봉	252	165	407	89	0.48	38	38	30	27	18	23	54	58	49
가이아나	169	132	215	96	0.43	35	47	33	45	17	25	64	87	74
감비아	597	440	808	84	0.93	14	19	13	19	16	25	44	-	48
과들루프	-	-	-	-	-	46	60	41	54	11	15	73	-	-
과테말라	95	86	104	70	0.05	43	64	36	54	9	13	71	-	57
괌	-	-	-	-	-	41	66	36	56	7	10	74	-	-
그레나다	25	15	39	100	-	46	66	43	61	9	12	77	-	70
그리스	3	2	4	100	0.09	53	75	38	50	4	7	66	72	78
기니	576	437	779	55	0.42	14	14	13	13	17	23	42	79	37
기니비사우	667	457	995	54	0.88	33	23	31	22	16	20	64	80	37
나미비아	195	144	281	88	2.44	52	61	52	61	10	15	83	88	62
나이지리아	917	658	1,320	43	0.42	18	21	14	15	15	19	42	-	45
남수단	1,150	789	1,710	19	1.37	6	8	6	7	20	29	21	16	32
남아프리카 공화국	119	96	153	97	4.6	51	58	51	58	11	14	82	95	68
네덜란드	5	4	7	-	0.02	63	72	61	71	5	7	89	100	86
네팔	186	135	267	77	0.03	42	53	37	47	17	22	63	48	53
노르웨이	2	2	3	99	0.01	67	85	62	79	4	4	89	100	86
뉴질랜드	9	7	11	96	0.02	65	81	61	75	4	5	88	95	86
뉴칼레도니아	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
니제르	509	368	724	39	0.05	17	19	16	18	15	18	50	-	37
니카라과	98	77	127	96	0.11	53	82	51	79	5	6	88	75	70
대한민국	11	9	13	100	-	56	81	51	74	6	5	82	-	87
덴마크	4	3	5	95	0.02	64	77	60	73	5	6	88	87	85
도미니카	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
도미니카공화국	95	88	102	100	0.32	57	73	55	70	8	10	84	-	66
독일	7	5	9	99	0.03	55	68	54	67	7	9	88	87	86
동티모르 민주공화국	142	102	192	57	0.1	19	32	17	29	13	23	53	-	53
라오 인민민주공화국	185	139	253	64	0.13	38	61	34	54	10	14	71	96	50
라이베리아	661	481	943	84	0.29	26	27	25	26	27	32	47	-	42
라트비아	19	15	26	100	-	60	72	53	62	6	9	81	70	72
러시아 연방	17	13	23	100	-	49	68	42	57	6	9	76	70	75
레바논	29	22	40	98	0.03	29	62	22	46	6	13	62	-	72
레소토	544	391	788	87	4.91	52	66	51	66	10	14	83	-	48

ICPD 목표를 향한 발전 현황 추적 성 및 재생산 건강

국가, 영토 또는 기타 지역	모성 사망률 (MMR, 출생아 10만명당 사망 수) ^a	모성 사망률 범위 (UI 80%) ^a	모성 사망률 범위 (UI 80%) ^a	숙련된 의료진에 의한 분만율, %	미감염 인구 1천 명당 신규 HIV 감염 건수, 전 연령	15~49세 여성 피임실천율			15~49세 여성 가축계획 미충족 비율		15~49세 여성 현대적 피임 방법 사용 비율	성 및 재생산 보건 서비스, 정보, 교육의 접근성을 보장하는 법률 및 규제, %	보편적 건강보장 (UHC) 서비스 보장 지수	
	2017	2017	2017	2014-2020	2020	모든 여성	현대적 방법	모든 여성	모든 여성	현대적 방법	2022	2022	2019	
레위니옹	-	-	-	-	-	49	72	48	71	8	9	84	-	-
루마니아	19	14	25	95	0.04	54	72	45	58	5	8	75	98	72
룩셈부르크	5	3	8	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87
르완다	248	184	347	94	0.34	34	58	32	54	11	16	70	82	54
리비아	72	30	164	100	0.05	26	40	17	25	17	25	39	-	60
리투아니아	8	5	12	100	-	48	71	39	57	7	8	72	87	70
마다가스카르	335	229	484	46	0.22	42	51	37	45	14	16	67	-	35
마르티니크	-	-	-	-	-	47	62	43	57	11	14	75	-	-
말라위	349	244	507	90	1.21	49	65	48	64	13	15	78	79	48
말레이시아	29	24	36	100	0.19	35	57	25	41	9	15	57	83	76
말리	562	419	784	67	0.27	18	20	18	20	21	24	46	-	42
멕시코	33	32	35	97	0.16	56	74	53	70	9	10	82	86	74
모로코	70	54	91	87	0.02	43	71	37	61	7	11	74	-	73
모리셔스	61	46	85	100	0.8	43	67	29	44	8	10	57	75	65
모리타니	766	528	1,140	69	-	14	22	13	20	18	28	41	65	40
모잠비크	289	206	418	73	3.5	27	30	26	29	19	22	58	-	47
몬테네그로	6	3	10	99	0.04	23	27	15	16	15	21	41	52	67
몰도바 공화국	19	15	24	100	0.24	55	63	44	50	11	13	67	-	67
몰디브	53	35	84	100	-	16	22	12	18	21	30	34	93	69
몰타	6	4	11	100	-	60	79	48	63	4	5	75	-	81
몽골	45	36	56	99	0.01	41	57	37	51	13	15	70	-	63
미국	19	17	21	99	-	62	76	54	67	5	6	81	-	83
미국령 버진아일랜드	-	-	-	-	-	52	75	49	70	8	8	81	-	-
미얀마	250	182	351	60	-	34	58	33	56	8	14	79	91	61
미크로네시아 연방국	88	40	193	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48
바누아투	-	-	-	89	-	36	49	31	41	15	19	61	-	52
바레인	14	10	21	100	-	29	63	20	43	6	12	58	73	71
바베이도스	27	17	39	99	-	50	63	47	61	12	14	76	44	75
바하마	70	48	110	99	0.28	45	67	43	65	9	12	80	-	70
방글라데시	173	131	234	59	-	52	63	46	55	10	12	74	-	51
베냉	397	291	570	78	0.19	17	19	14	15	24	31	34	91	38
베네수엘라 볼리바르 공화국	125	97	170	99	0.08	56	76	52	71	8	10	83	-	70
베트남	43	32	61	94	0.06	59	80	50	67	4	5	79	54	70
벨기에	5	4	7	-	-	59	67	58	67	5	8	91	-	86
벨라루스	2	1	4	100	0.13	61	70	52	59	5	8	79	83	74
벨리즈	36	26	48	94	0.53	45	57	42	54	14	18	71	43	67
보스니아-헤르체고비나	10	5	16	100	-	38	50	19	21	9	13	40	70	65
보츠와나	144	124	170	100	4.39	58	70	57	69	8	10	87	64	54
볼리비아 다민족국	155	113	213	81	0.08	48	68	36	49	12	16	60	94	67
부룬디	548	413	728	85	0.15	20	32	18	29	17	28	48	65	44
부르키나파소	320	220	454	80	0.1	29	32	28	31	20	24	57	81	43
부탄	183	127	292	96	0.09	39	61	38	59	8	13	80	83	62
북마케도니아	7	5	10	100	-	43	54	19	19	9	13	37	-	68
불가리아	10	6	14	100	-	66	80	50	58	5	6	71	62	70
브라질	60	58	61	99	0.23	65	80	63	77	6	8	89	-	75
브루나이 다루살람	31	21	45	100	-	-	-	-	-	-	-	-	41	77

ICPD 목표를 향한 발전 현황 추적

성 및 재생산 건강

국가, 영토 또는 기타 지역	모성 사망률 (MMR, 출생아 10만명당 사망 수) ^a	모성 사망률 범위 (UI 80%) 하한치 ^a	모성 사망률 범위 (UI 80%) 상한치 ^a	숙련된 의료진에 의한 분만율, %	미감염 인구 1천 명당 신규 HIV 감염 건수, 전 연령	15~49세 여성 피임실천율			15~49세 여성 가족계획 수요 미충족 비율		15~49세 여성 현대적 피임 방법 사용 비율	성 및 재생산 보건 서비스, 정보, 교육의 접근성을 보장하는 법률 및 규제, %	보편적 건강보장 (UHC) 서비스 보장 지수	
	2017	2017	2017	2014~2020	2020	모든 여성	모든 여성	방법 혼인이나 동거를 맺고 있는 여성	모든 여성	혼인이나 동거를 맺고 있는 여성	모든 여성	혼인이나 동거를 맺고 있는 여성	2022	2019
사모아	43	20	97	89	-	12	19	11	18	26	46	29	22	53
사우디 아라비아	17	10	30	99	0.05	19	30	15	24	15	25	46	-	73
사이프러스	6	4	10	99	-	-	-	-	-	-	-	-	72	79
산마리노	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
상투메 프린시페	130	73	217	97	-	38	51	35	47	21	25	60	46	60
서사하라	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
세네갈	315	237	434	75	0.08	21	30	20	28	15	21	56	75	49
세르비아	12	9	17	100	0.02	47	58	28	28	6	11	53	99	71
세이셸	53	26	109	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70
세인트루시아	117	71	197	100	-	49	61	46	57	12	15	76	33	72
세인트빈센트 그레나딘	68	44	100	99	-	50	67	48	65	10	12	80	81	73
세인트키츠네비스	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
소말리아	829	385	1,590	32	0.02	6	10	2	2	15	26	9	-	27
솔로몬제도	104	70	157	86	-	24	32	20	27	13	17	54	-	50
수단	295	207	408	78	0.09	11	16	10	15	17	27	36	57	44
수리남	120	96	144	98	0.3	34	47	33	47	15	22	69	-	67
스리랑카	36	31	41	100	0.01	45	67	37	55	5	7	74	86	67
스웨덴	4	3	6	-	-	60	71	57	68	6	8	87	100	87
스위스	5	3	7	-	-	73	73	68	69	4	7	89	94	87
스페인	4	3	5	100	0.08	60	63	58	61	8	13	85	-	86
슬로바키아	5	4	7	98	-	56	79	48	66	4	6	79	86	77
슬로베니아	7	5	9	100	0.01	53	79	44	66	3	5	79	-	80
시리아 아랍 공화국	31	20	50	96	0	38	62	28	46	8	13	62	81	56
시에라리온	1,120	808	1,620	87	0.7	27	25	26	25	20	24	56	65	39
신트마르턴	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
싱가포르	8	5	13	100	0.01	40	68	35	60	6	10	77	46	86
아랍에미리트 연합국	3	2	5	99	0.13	36	51	29	41	12	17	61	-	78
아루바	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
아르메니아	26	21	32	100	0.11	39	60	21	32	8	12	45	87	69
아르헨티나	39	35	43	100	0.13	60	72	58	68	8	10	85	92	73
아이슬란드	4	2	6	98	0.04	-	-	-	-	-	-	-	-	87
아이티	480	346	680	42	0.45	28	39	26	36	23	34	50	65	47
아일랜드	5	3	7	100	0.08	66	70	63	66	6	9	88	-	83
아제르바이잔	26	21	32	99	0.04	37	57	15	23	9	14	33	-	65
아프가니스탄	638	427	1,010	59	0.04	20	27	18	24	17	24	48	56	37
알바니아	15	8	26	100	0.03	31	44	5	5	11	16	11	79	62
알제리	112	64	206	99	0.04	36	65	32	57	6	9	76	-	75
앙골라	241	167	346	50	0.69	16	17	15	16	27	35	35	62	39
앤티가 바부다	42	24	69	100	-	45	63	43	61	10	13	78	-	72
에리트레아	480	327	718	34	0.07	9	14	9	13	18	29	33	-	50
에스와티니	437	255	792	88	5.28	54	68	53	67	10	13	83	98	58
에스토니아	9	5	13	100	0.16	56	65	51	58	7	11	80	98	78
에콰도르	59	53	65	96	0.12	60	82	54	74	6	6	82	92	80
에티오피아	401	298	573	50	0.12	30	42	30	42	14	21	67	73	38
엘살바도르	46	36	57	100	0.13	52	73	49	69	8	10	82	92	76
영국	7	6	8	-	-	72	76	66	69	5	7	86	96	88

ICPD 목표를 향한 발전 현황 추적 성 및 재생산 건강

국가, 영토 또는 기타 지역	모성 사망률 (MMR, 출생아 10만명당 사망 수) ^a	모성 사망률 범위 (UI 80%) ^a 하한치 ^a	모성 사망률 범위 (UI 80%) 상한치 ^a	숙련된 의료진에 의한 분만율, %	미감염 인구 1천 명당 신규 HIV 감염 건수, 전 연령	15~49세 여성 피임실천율			15~49세 여성 가축계획 미충족 비율		15~49세 여성 현대적 피임 방법 사용 비율	성 및 재생산 보건 서비스, 정보, 교육의 접근성을 보장하는 법률 및 규제, %	보편적 건강보장 (UHC) 서비스 보장 지수	
	2017	2017	2017	2014-2020	2020	모든 방법 여성	현대적 방법 여성	모든 방법 여성	현대적 방법 여성	모든 여성	현대적 방법 여성	2022	2019	
예멘	164	109	235	45	0.04	28	44	21	33	14	23	49	65	44
오만	19	16	22	99	-	21	36	15	25	15	26	41	70	69
오스트레일리아	6	5	8	99	0.03	58	67	56	64	8	11	86	-	87
오스트리아	5	4	7	98	-	66	73	64	70	5	7	89	-	82
온두라스	65	55	76	74	0.07	53	76	47	68	7	9	79	80	63
요르단	46	31	65	100	0.01	31	54	22	39	8	14	57	56	60
우간다	375	278	523	74	0.95	36	46	33	42	18	24	61	-	50
우루과이	17	14	21	100	0.19	57	79	55	77	6	7	87	97	79
우즈베키스탄	29	23	37	100	0.08	50	70	46	66	6	8	84	92	71
우크라이나	19	14	26	100	0.21	53	68	44	55	6	9	75	95	73
이라크	79	53	113	96	-	38	56	27	40	8	12	58	59	55
이란 이슬람 공화국	16	13	20	99	0.03	58	82	47	66	3	4	77	63	77
이스라엘	3	2	4	-	-	39	73	30	56	5	8	68	-	84
이집트	37	27	47	92	0.03	45	61	43	60	9	12	81	-	70
이탈리아	2	1	2	100	0.04	59	67	48	51	5	9	74	-	83
인도	145	117	177	81	0.04	44	57	39	51	9	12	74	74	61
인도네시아	177	127	254	95	0.1	44	62	42	60	8	11	81	77	59
일본	5	3	6	100	0	46	51	39	41	12	17	68	85	85
자메이카	80	67	98	100	0.53	44	73	42	70	8	9	80	76	70
잠비아	213	159	289	80	3.64	38	53	36	50	15	18	68	91	55
적도기니	301	181	504	68	-	18	18	15	15	23	31	38	-	43
조선민주주의인민공화국	89	38	203	100	-	58	74	55	71	8	9	84	83	68
조지아	25	21	29	100	0.17	32	47	23	34	13	18	52	94	65
중국	29	22	35	100	-	69	85	68	84	4	3	92	-	82
중국, 마카오	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
중국, 홍콩	-	-	-	-	-	48	70	45	67	8	9	81	-	-
중앙아프리카공화국	829	463	1,470	40	-	21	23	16	18	23	25	37	77	33
지부티	248	116	527	87	0.13	17	29	16	29	15	26	51	-	48
짐바브웨	458	360	577	86	1.74	49	69	49	69	8	10	86	73	55
차드	1,140	847	1,590	24	0.22	7	8	7	7	19	24	25	59	28
체코	3	2	5	100	-	63	85	56	76	3	4	84	79	78
칠레	13	11	14	100	0.26	64	78	59	72	6	8	85	-	80
카메룬 공화국	529	376	790	69	0.6	23	23	19	17	16	21	49	-	44
카보베르데	58	45	75	97	-	44	58	43	57	13	16	76	84	69
카자흐스탄	10	8	12	100	0.19	43	54	40	51	11	15	76	65	76
카타르	9	6	14	100	0.07	31	49	26	41	9	15	64	71	74
캄보디아	160	116	221	89	0.07	43	63	32	47	7	11	64	98	61
캐나다	10	8	14	98	-	73	82	71	80	3	4	93	-	89
케냐	342	253	476	70	0.72	44	60	43	59	13	16	75	48	56
코모로	273	167	435	82	0.01	20	27	16	22	19	29	42	-	44
코스타리카	27	24	31	99	0.34	56	74	55	72	9	11	84	84	78
코트디부아르	617	426	896	74	0.24	26	26	23	23	21	26	49	64	45
콜롬비아	83	71	98	99	0.18	64	82	61	77	5	7	87	96	78
콩고공화국	378	271	523	91	1.94	43	45	29	28	15	18	51	55	41
콩고민주공화국	473	341	693	85	0.18	26	30	16	16	21	25	33	-	39
쿠바	36	33	40	100	0.18	69	72	68	71	8	9	88	-	80

ICPD 목표를 향한 발전 현황 추적

성 및 재생산 건강

국가, 영토 또는 기타 지역	모성 사망률 (MMR, 출생아 10만명당 사망 수) ^a	모성 사망률 범위 (UI 80%) 하한치 ^a	모성 사망률 범위 (UI 80%) 상한치 ^a	숙련된 의료진에 의한 분만율, %	미감염 인구 1천 명당 신규 HIV 감염 건수, 전 연령	15~49세 여성 피임실천율				15~49세 여성 가족계획 수요 미충족 비율		15~49세 여성 현대적 피임 방법 사용 비율	성 및 재생산 보건 서비스 접근성을 보장하는 법률 및 규제, %	보편적 건강보장 (UHC) 서비스 보장 지수	
	2017	2017	2017	2014-2020	2020	모든 방법		현대적 방법		모든 여성		현대적 방법		2022	2019
						모든 여성	혼인이나 동거를 맺고 있는 여성	모든 여성	혼인이나 동거를 맺고 있는 여성	모든 여성	혼인이나 동거를 맺고 있는 여성	모든 여성	혼인이나 동거를 맺고 있는 여성		
쿠웨이트	12	8	17	100	-	40	59	33	49	9	13	67	-	70	
퀴라소	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
크로아티아	8	6	11	100	0.02	50	71	35	46	5	8	64	98	73	
키르기스스탄	60	50	76	100	0.11	29	42	28	39	12	17	67	73	70	
키리바시	92	49	158	92	-	23	32	19	26	16	23	49	-	51	
타지키스탄	17	10	26	95	0.09	24	33	22	30	16	22	55	-	66	
탄자니아 연합공화국	524	399	712	64	1.26	37	45	33	40	15	19	62	-	46	
태국	37	32	44	99	0.1	53	77	52	75	4	6	90	-	83	
터크스 케이커스 제도	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
터키	17	14	20	97	-	48	71	34	49	6	9	61	78	79	
토고	396	270	557	69	0.45	24	27	22	25	22	30	48	-	44	
통가	52	24	116	98	-	18	33	16	28	13	25	49	-	56	
투르크메니스탄	7	5	10	100	-	35	53	33	50	8	12	76	94	73	
투발루	-	-	-	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
튀니지	43	33	54	100	0.03	31	59	27	51	7	13	70	-	70	
트리니다드토바고	67	50	90	100	0.07	41	49	36	45	14	20	67	27	73	
파나마	52	45	59	93	0.44	48	60	45	56	14	17	73	72	77	
파라과이	84	72	96	98	0.13	59	73	55	67	8	9	82	76	61	
파키스탄	140	85	229	71	0.12	26	38	20	29	11	17	53	69	45	
파푸아뉴기니	145	67	318	56	0.39	28	39	23	32	18	25	51	-	33	
팔레스타인 ¹	-	-	-	100	-	41	62	30	46	7	11	64	68	-	
페루	88	69	110	94	0.13	55	77	43	58	5	7	70	85	78	
포르투갈	8	6	11	100	0.07	60	74	51	62	4	7	79	95	84	
폴란드	2	2	3	100	-	54	74	43	58	6	8	73	89	74	
푸에르토리코	21	16	29	-	-	57	82	52	74	6	5	83	-	-	
프랑스	8	6	9	98	-	65	78	63	76	4	4	92	-	84	
프랑스령기아나	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
프랑스령폴리네시아	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
피지	34	27	43	100	0.16	35	52	30	44	11	16	65	-	61	
핀란드	3	2	4	100	-	79	82	74	77	3	5	90	98	83	
필리핀	121	91	168	84	0.15	36	57	27	43	10	16	59	80	55	
헝가리	12	9	16	100	-	49	70	44	62	6	9	80	93	73	

주석

- 데이터 없음.
- ¹ 모성 사망률 반올림 기준: 1,000 미만은 가까운 1에 맞춰 반올림, 1000 이상은 가까운 10에 맞춰 반올림.
- ² 2012년 11월 29일, 유엔총회에서 팔레스타인에게 ‘유엔 내 비회원 옵서버 국가(non-member observer State) 지위...’를 부여하는 결의안 67/19가 통과됨.

지표의 정의

모성 사망률: 같은 기간 출생 100,000건당 모성 사망 건수(SDG 지표 3.1.1).

숙련된 의료진에 의한 분만을: 숙련된 의료진(의사, 간호사, 또는 조산사)에 의한 출산의 비율(SDG 지표 3.1.2).

미감염 인구 1천 명당 신규 HIV 감염 건수, 전 연령: 감염되지 않은 인구 1,000명당 새로운 HIV 감염 건수의 비율(SDG 지표 3.3.1).

피임실천율: 현재 방법을 막론하고 피임을 실천하고 있는 15~49세 여성의 비율.

피임실천율, 현대적 방법: 현재 현대적 피임 방법을 사용하고 있는 15~49세 여성의 비율.

가족계획 수요 미충족 비율: 출산을 원치 않거나 연기하고 싶지만 피임을 실천하지 않고 있는 15~49세 여성의 비율.

현대적 피임 방법을 통한 수요 충족 비율: 15~49세 여성의 가족 계획 수요 가운데 현대적 피임 방법을 통해 충족되는 비율(SDG 지표 3.7.1).

성 및 재생산 보건 서비스, 정보, 교육의 접근성을 보장하는 법률 및 규제: 15세 이상 남녀에게 성과 재생산 보건 서비스, 정보, 교육에 대한 평등하고 완전한 접근성을 보장하는 국가 법률 및 규제의 범위(SDG 지표 5.6.2).

보편적 건강보장(UHC) 서비스 보장 지수: 일반 인구나 취약층의 재생산, 모성, 신생아, 아동 보건과 감염병, 비전염성 질병, 서비스 역량 및 접근성을 포함하는 추적 개입을 바탕으로 한 필수 서비스의 평균 보장률(SDG 지표 3.8.1).

주요 데이터 출처

모성사망률: 유엔 국제기구간 모성사망추경그룹(MMEIG - WHO, UNICEF, UNFPA, 세계은행, 유엔 인구부서), 2019.

숙련된 의료진에 의한 분만을: 국제 숙련된 의료진 분만 합동 데이터베이스(Joint global database on skilled attendance at birth), 2021, 유엔아동기금(UNICEF) 및 세계보건기구(WHO). 지역별 종합 데이터는 국제 합동 데이터베이스 데이터를 바탕으로 UNFPA가 계산했다.

미감염 인구 1천 명당 신규 HIV 감염 건수, 전 연령: UNAIDS 2021 HIV 추정치.

피임실천율: 유엔 인구부서(United Nations Population Division), 2021.

피임실천율, 현대적 방법: 유엔 인구부서, 2021.

가족계획 수요 미충족 비율: 유엔 인구부서, 2021.

현대적 피임 방법을 통한 수요 충족 비율: 유엔 인구부서, 2021.

성 및 재생산 보건 서비스, 정보, 교육의 접근성을 보장하는 법률 및 규제: UNFPA, 2022.

보편적 건강보장(UHC) 서비스 보장 지수: WHO, 2021.

성별, 권리, 인적자본

	15~19세 청소년 소녀 1,000명당 출산율	15~49세 여성 1,000명당 의도하지 않은 임신 발생률 ²	18세 이하 아동 결혼 비율, %	15~19세 여성 성기훼손 발생률, %	과거 12개월간 가까운 파트너에 의한 폭력 발생률, %	성과 재생산 보건 및 재생산권 관련 의사결정, %	초등교육 전체 순 등록률, %	초등교육 성평등 지수, 전체 순 등록률	중등교육 전반부 전체 순 등록률, %	중등교육 전반부 성평등 지수, 전체 순 등록률	중등교육 후반부 전체 순 등록률, %	중등교육 후반부 성평등 지수, 전체 순 등록률
세계 및 지역	2020-2025	2015-2019	2005-2020	2004-2020	2018	2021	2020	2020	2020	2020	2020	2020
세계	40	64	26	-	13	57	91	0.98	84	1.00	66	1.01
선진국지역	11	34	-	-	-	-	99	1.01	98	1.00	95	1.00
개도국지역	44	70	27	-	-	56	90	0.98	82	1.00	63	1.01
최빈국지역	88	85	38	46	22	54	83	0.96	66	0.98	44	0.90
UNFPA 지역												
아랍국가	45	87	21	65	15	-	94	0.99	87	1.02	66	1.06
아시아 및 태평양	21	64	25	-	13	61	85	-	82	0.95	60	0.92
동유럽 및 중앙아시아	26	54	11	-	9	76	96	1.00	98	0.99	84	0.99
라틴 아메리카 및 카리브해 국가	59	69	24	-	8	74	97	1.01	93	1.02	79	1.03
동아프리카 및 남아프리카	92	101	31	35	24	52	86	0.98	66	0.95	44	0.84
서아프리카 및 중앙아프리카	104	76	41	28	15	36	76	0.91	60	0.97	40	0.87
국가, 영토 또는 기타 지역	2004-2020	2015-2019	2005-2020	2004-2020	2018	2007-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020
가나	78	102	19	2	10	52	94	1.02	92	1.04	75	1
가봉	91	112	22	-	22	48	-	-	-	-	-	-
가이아나	74	76	30	-	11	71	98	0.97	93	1.02	70	1.11
감비아	68	54	26	76	10	23	87	1.13	69	1.03	-	-
과들루프	9	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
과테말라	77	63	30	-	7	65	89	1.01	65	0.94	37	0.94
괌	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
그레나다	36	-	-	-	8	-	99	-	97	-	97	1
그리스	9	33	-	-	5	-	99	1.01	97	0.99	99	0.98
기니	120	70	47	95	21	29	86	0.85	49	0.7	33	0.59
기니비사우	84	99	26	52	-	-	73	0.95	-	-	-	-
나미비아	64	104	7	-	16	71	98	1.03	-	-	-	-
나이지리아	106	68	43	20	13	46	66	0.84	-	-	-	-
남수단	158	54	52	-	27	-	38	0.77	44	0.72	36	0.65
남아프리카 공화국	41	81	4	-	13	65	89	1.02	90	1.01	79	1.01
네덜란드	3	18	-	-	5	-	100	1.01	97	1.01	99	1.01
네팔	63	60	33	-	11	48	96	-	97	1.03	81	1.18
노르웨이	3	34	-	-	4	-	100	1	100	0.99	92	1.01
뉴질랜드	13	41	-	-	4	-	100	1.01	100	1	99	1.03
뉴칼레도니아	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
니제르	154	49	76	2	13	7	59	0.88	35	0.79	14	0.67
니카라과	103	56	35	-	6	-	96	1.03	88	1.03	64	1.08
대한민국	1	35	-	-	8	-	100	1	95	1	93	1
덴마크	2	30	-	-	3	-	99	1.01	100	0.99	91	1.01
도미니카	47	-	-	-	-	-	99	1	97	1.02	80	0.85
도미니카공화국	54	84	36	-	10	77	96	1.01	91	1.01	74	1.04
독일	7	21	-	-	-	-	99	1.01	96	1.02	85	0.98
동티모르 민주공화국	42	50	15	-	28	40	95	1.04	90	1.04	76	1.07
라오 인민민주공화국	83	51	33	-	8	-	92	0.98	70	1	53	0.92
라이베리아	128	106	36	44	27	62	79	1.01	79	0.9	74	0.86
라트비아	12	34	-	-	6	-	99	1.01	98	1.01	95	1.02
러시아 연방	22	64	-	-	-	-	100	1.01	100	1.01	98	1.01
레바논	12	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
레소토	91	99	16	-	17	61	98	1.01	83	1.11	66	1.15

ICPD 목표를 향한 발전 현황 추적 성별, 권리, 인적자본

국가, 영토 또는 기타 지역	2004-2020	2015-2019	2005-2020	2004-2020	2018	2007-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020
레위니옹	28	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
루마니아	36	44	-	-	7	-	87	1	89	0.99	80	1.03
룩셈부르크	5	-	-	-	4	-	99	1	98	0.98	81	1.04
르완다	41	98	7	-	24	63	94	1	96	1.04	50	1.02
리비아	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
리투아니아	11	26	0	-	5	-	100	-	100	-	97	1.02
마다가스카르	151	95	40	-	-	74	98	-	70	1.03	36	0.97
마르티니크	17	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
말라위	138	115	42	-	17	47	98	-	81	1.01	31	0.64
말레이시아	9	-	-	-	-	-	99	1	88	1.04	64	1.14
말리	164	68	54	89	18	8	59	0.9	47	0.86	25	0.74
멕시코	62	60	21	-	10	-	99	-	92	1.03	73	1.06
모로코	19	-	14	-	11	-	100	1	93	0.97	75	0.96
모리셔스	23	-	-	-	-	-	100	1.02	97	1.03	78	1.12
모리타니	84	68	37	67	-	-	77	1.05	72	1.08	39	1.12
모잠비크	180	88	53	-	16	49	99	0.97	57	0.87	31	0.76
몬테네그로	10	11	6	-	4	-	100	1	94	1	88	1.03
몰도바 공화국	21	26	12	-	9	73	99	-	99	-	88	1.01
몰디브	9	60	2	13	6	58	98	1.03	91	-	-	-
몰타	12	-	-	-	4	-	100	-	98	-	92	1.03
몽골	31	31	12	-	12	63	99	0.99	92	1.01	88	1.07
미국	17	35	-	-	6	-	99	1	100	1.02	96	0.98
미국령 버진아일랜드	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
미얀마	28	35	16	-	11	67	98	0.99	79	1.03	57	1.16
미크로네시아 연방국	44	-	-	-	21	-	83	1.02	87	1.06	-	-
바누아투	51	87	21	-	29	-	97	0.99	75	1.04	44	1.14
바레인	13	-	-	-	-	-	98	0.99	96	1.07	87	1.14
바베이도스	50	77	29	-	-	-	97	0.99	96	1	94	1.04
바하마	29	-	-	-	-	-	-	-	78	1.02	73	1.07
방글라데시	74	59	51	-	23	64	95	-	74	1.1	63	1.11
베냉	108	86	31	9	15	36	93	0.94	58	0.87	34	0.75
베네수엘라 볼리바르 공화국	95	-	-	-	9	-	90	1	86	1.02	77	1.12
베트남	35	86	11	-	10	-	99	-	-	-	-	-
벨기에	6	21	-	-	5	-	99	1.01	100	1	98	1
벨라루스	12	19	5	-	6	-	99	0.98	99	1	99	1.02
벨리즈	58	71	34	-	8	-	100	0.99	85	0.98	69	1.11
보스니아-헤르체고비나	10	20	4	-	3	-	-	-	-	-	81	1.04
보츠와나	52	97	-	-	17	-	89	1.01	-	-	-	-
볼리비아 다민족국	71	105	20	-	18	-	95	1	93	0.97	78	1.01
부룬디	58	98	19	-	22	44	90	1.04	70	1.1	38	1.16
부르키나파소	132	75	52	76	11	20	76	1	53	1.1	33	1.08
부탄	59	48	26	-	9	-	96	1.03	88	1.15	72	1.16
북마케도니아	15	23	8	-	4	88	99	1	-	-	-	-
불가리아	39	29	-	-	6	-	85	1	85	0.99	84	0.95
브라질	49	67	26	-	7	-	99	1	98	1.02	85	1.02
브루나이 다루살람	10	-	-	-	-	-	98	1	100	1	83	1.07
사모아	39	66	7	-	18	-	100	-	-	-	90	1.11

ICPD 목표를 향한 발전 현황 추적

성별, 권리, 인적자본

국가, 영토 또는 기타 지역	15~19세 청소년 소녀 1,000명당 출산율	15~49세 여성 1,000명당 의도하지 않은 임신 발생률 ²	18세 이하 아동 결혼 비율, %	15~19세 여성 성기훼손 발생률, %	과거 12개월간 가까운 파트너에 의한 폭력 발생률, %	성과 재생산 보건 및 재생산권 관련 의사결정, %	초등교육 전체 순 등록률, %	초등교육 성평등 지수, 전체 순 등록률	중등교육 전반부 전체 순 등록률, %	중등교육 전반부 성평등 지수, 전체 순 등록률	중등교육 후반부 전체 순 등록률, %	중등교육 후반부 성평등 지수, 전체 순 등록률
	2004-2020	2015-2019	2005-2020	2004-2020	2018	2007-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020
사우디 아라비아	9	-	-	-	-	-	95	1	98	0.98	96	0.94
사이프러스	8	-	-	-	3	-	99	1	99	1	93	0.97
산마리노	1	-	-	-	-	-	96	0.97	92	1	43	0.81
상투메 프린시페	86	130	28	-	18	46	94	1	90	1.06	83	1.03
서사하라	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
세네갈	68	61	31	25	12	7	75	1.14	40	1.19	20	1.13
세르비아	12	21	6	-	4	96	97	1	97	1	86	1.03
세이셸	68	-	-	-	-	-	99	-	97	-	86	1.13
세인트루시아	25	69	24	-	-	-	97	1.06	91	0.99	84	0.95
세인트빈센트 그레나딘	52	-	-	-	-	-	97	-	98	-	85	1.02
세인트키츠네비스	46	-	-	-	-	-	99	-	-	-	96	0.99
소말리아	118	100	36	99	-	-	-	-	-	-	-	-
솔로몬제도	78	114	21	-	28	-	93	1.05	-	-	-	-
수단	87	-	34	87	17	-	67	0.93	66	0.97	48	1.08
수리남	54	67	36	-	8	-	88	1.04	85	1.09	62	1.15
스리랑카	21	39	10	-	4	-	99	-	100	1	84	1.06
스웨덴	4	36	-	-	6	-	100	-	100	-	99	0.99
스위스	2	20	-	-	2	-	100	-	99	0.99	81	0.96
스페인	6	20	-	-	3	-	97	1	100	-	99	1.01
슬로바키아	26	27	-	-	6	-	97	1	95	1	89	1
슬로베니아	4	33	-	-	3	-	100	1.01	99	1.01	99	1
시리아 아랍 공화국	22	-	13	-	-	-	72	0.98	62	0.97	34	1
시에라리온	102	88	30	86	20	36	98	-	51	0.99	35	0.93
신트마르턴	-	-	-	-	-	-	97	-	88	1.06	78	0.95
싱가포르	2	19	0	-	2	-	100	-	100	1	100	1
아랍에미리트 연합국	4	-	-	-	-	-	100	-	99	-	98	1.01
아루바	21	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-
아르메니아	19	53	5	-	5	66	90	1	90	1.02	92	1.14
아르헨티나	50	69	-	-	5	-	100	-	99	0.99	89	1.09
아이슬란드	5	33	-	-	3	-	100	1	100	1	84	1.04
아이티	55	107	15	-	12	59	-	-	-	-	-	-
아일랜드	6	-	-	-	3	-	100	-	99	-	98	1.01
아제르바이잔	48	93	11	-	5	-	90	1.04	99	1	100	1
아프가니스탄	62	-	28	-	35	-	-	-	-	-	44	0.56
알바니아	14	16	12	-	6	69	96	1.04	96	1.04	81	1.09
알제리	12	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
앙골라	163	120	30	-	25	62	82	0.78	76	0.76	18	0.71
앤티가 바부다	28	-	-	-	-	-	99	1.02	99	0.99	87	1.02
에리트레아	76	53	41	83	-	-	53	0.91	64	0.88	51	0.86
에스와티니	87	111	5	-	18	49	85	0.98	97	1	84	0.96
에스토니아	10	38	-	-	4	-	98	1.01	99	1.01	98	1
에콰도르	64	80	22	-	8	87	99	-	98	1.03	79	1.02
에티오피아	80	79	40	65	27	45	87	0.91	53	0.92	26	0.91
엘살바도르	70	58	26	-	6	-	84	1.01	78	1.01	60	0.97
영국	12	36	0	-	4	-	99	1	100	1	97	1.01
예멘	67	-	32	19	-	-	84	0.88	72	0.85	44	0.59

ICPD 목표를 향한 발전 현황 추적 성별, 권리, 인적자본

국가, 영토 또는 기타 지역	2004-2020	2015-2019	2005-2020	2004-2020	2018	2007-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020
오만	8	-	4	-	-	-	98	1.02	97	0.99	90	0.9
오스트레일리아	9	37	-	-	3	-	99	1	98	1	94	1.03
오스트리아	6	-	-	-	4	-	100	1	99	1.01	90	1.02
온두라스	89	68	34	-	7	70	84	1.02	57	1.06	42	1.15
요르단	27	-	10	-	14	61	80	0.99	72	1	57	1.1
우간다	111	145	34	0	26	62	96	1.03	-	-	-	-
우루과이	36	41	25	-	4	-	99	1.01	99	1.01	89	1.06
우즈베키스탄	19	29	7	-	-	-	99	0.98	99	0.98	86	0.99
우크라이나	18	27	9	-	9	81	92	1.02	96	1.01	94	1.03
이라크	70	-	28	7	-	-	-	-	-	-	-	-
이란 이슬람 공화국	31	-	17	-	18	-	100	0.99	95	0.97	74	0.97
이스라엘	8	-	-	-	6	-	100	-	100	-	98	-
이집트	52	-	17	87	15	-	99	-	98	1.02	77	0.98
이탈리아	4	28	-	-	4	-	97	1	98	1	94	1.01
인도	12	62	27	-	18	-	95	1.02	85	1.04	58	1.04
인도네시아	36	40	16	-	9	-	94	0.95	84	1.07	77	1.01
일본	3	21	-	-	4	-	98	1	98	1	99	1.02
자메이카	52	87	8	-	7	-	-	-	76	1.06	54	1.57
잠비아	135	123	29	-	28	49	85	1.05	-	-	-	-
적도기니	176	-	30	-	29	-	45	1.02	-	-	-	-
조선민주주의인민공화국	1	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
조지아	29	94	14	-	3	82	99	1.01	99	1.01	95	1.03
중국	9	65	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-
중국, 마카오	3	-	-	-	-	-	96	0.98	99	1.02	91	1.03
중국, 홍콩	2	28	-	-	3	-	98	-	99	1	100	1
중앙아프리카공화국	229	90	61	22	21	-	67	0.8	44	0.61	16	0.48
지부티	21	50	5	94	-	-	67	0.93	60	1.02	47	0.99
짐바브웨	108	74	34	-	18	60	86	1.02	98	0.95	52	0.9
차드	179	60	61	34	16	27	74	0.79	38	0.68	22	0.51
체코	11	35	-	-	4	-	99	1.01	100	1	96	1
칠레	23	70	-	-	6	-	100	0.99	96	0.99	95	1
카메룬 공화국	122	83	30	1	22	49	92	0.91	63	0.89	46	0.83
카보베르데	12	102	18	-	11	-	92	0.99	87	0.98	73	1.08
카자흐스탄	23	57	7	-	6	-	90	1.01	100	-	99	-
카타르	7	-	4	-	-	-	98	1.03	93	0.94	-	-
캄보디아	30	69	19	-	9	76	89	1	85	1.06	45	0.95
캐나다	7	31	-	-	3	-	100	-	100	1	88	1
케냐	96	113	23	21	23	56	81	1.04	-	-	-	-
코모로	70	95	32	-	8	21	82	1	81	1.02	50	1.07
코스타리카	41	52	21	-	7	-	100	1	96	1.01	92	1.03
코트디부아르	123	96	27	37	16	25	96	0.93	58	0.88	42	0.77
콜롬비아	58	63	23	-	12	-	99	1.01	97	1.01	81	1.03
콩고공화국	111	106	27	-	-	27	84	0.98	-	-	-	-
콩고민주공화국	109	117	29	-	36	31	-	-	-	-	-	-
쿠바	53	72	29	-	5	-	100	1	88	1.01	85	1.05
쿠웨이트	5	-	-	-	-	-	97	1.04	94	1.05	82	1.03

ICPD 목표를 향한 발전 현황 추적

성별, 권리, 인적자본

국가, 영토 또는 기타 지역	15~19세 청소년 소년 1,000명당 출산율	15~49세 여성 1,000명당 의도하지 않은 임신 발생률 ²	18세 이하 아동 결혼 비율, %	15~19세 여성 성기훼손 발생률, %	과거 12개월간 가까운 파트너에 의한 폭력 발생률, %	성과 재생산 보건 및 재생산권 관련 의사결정, %	초등교육 전체 순 등록률, %	초등교육 성평등 지수, 전체 순 등록률	중등교육 전반부 전체 순 등록률, %	중등교육 전반부 성평등 지수, 전체 순 등록률	중등교육 후반부 전체 순 등록률, %	중등교육 후반부 성평등 지수, 전체 순 등록률
	2004-2020	2015-2019	2005-2020	2004-2020	2018	2007-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020
퀴라소	23	-	-	-	-	-	93	0.99	85	1.01	77	1.08
크로아티아	9	33	-	-	4	-	98	1.02	99	1.02	88	1.05
키르기스스탄	38	40	13	-	13	77	100	0.99	99	0.99	73	1.06
키리바시	51	-	18	-	25	-	97	-	-	-	-	-
타지키스탄	54	37	9	-	14	33	99	0.99	94	0.94	61	0.74
탄자니아 연합공화국	139	105	31	10	24	47	84	1.04	28	-	14	0.76
태국	23	38	20	-	9	-	-	-	-	-	79	1
터크스 케이커스 제도	21	-	-	-	-	-	99	-	80	1.06	68	0.9
터키	19	-	15	-	12	-	95	0.99	97	0.99	82	0.97
토고	79	100	25	3	13	30	99	0.98	79	0.85	44	0.64
통가	30	49	10	-	17	-	99	-	89	1.15	59	1.33
투르크메니스탄	22	23	6	-	-	59	-	-	-	-	-	-
투발루	27	-	10	-	20	-	83	1.03	67	0.92	35	1.21
튀니지	7	-	2	-	10	-	99	-	-	-	-	-
트리니다드토바고	32	84	11	-	8	-	99	0.99	-	-	-	-
파나마	74	73	26	-	8	79	89	1.02	76	0.97	69	1.06
파라과이	72	67	22	-	6	-	80	1	76	1.01	70	1.05
파키스탄	54	71	18	-	16	40	-	-	-	-	-	-
파푸아뉴기니	68	80	27	-	31	57	98	0.94	72	0.9	45	0.8
팔레스타인 ¹	43	-	13	-	19	-	95	1	97	1.04	77	1.21
페루	44	90	17	-	11	-	98	-	98	1	96	0.94
포르투갈	7	21	-	-	4	-	100	0.99	100	1	100	0.99
폴란드	10	29	-	-	3	-	99	1	97	0.98	98	1
푸에르토리코	22	54	-	-	-	-	87	1.04	90	1.07	76	1.05
프랑스	9	29	-	-	5	-	100	1	100	1	96	1.01
프랑스령기아나	76	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
프랑스령폴리네시아	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
피지	23	-	-	-	23	-	99	0.99	96	-	74	1.09
핀란드	4	33	0	-	8	-	98	1.01	100	1	96	0.98
필리핀	36	71	17	-	6	81	97	0.99	89	1.07	80	1.09
헝가리	22	27	-	-	6	-	95	1	97	1	88	1.01

주석

- 데이터 없음.
- ¹ 2012년 11월 29일, 유엔총회에서 팔레스타인에게 “유엔 내 비회원 옵서버 국가(non-member observer State) 지위…”를 부여하는 결의안 67/19가 통과됨.
- ² 데이터 제공: 구트마허 연구소(Guttacher Institute).

지표의 정의

- 청소년 출산율:** 15~19세 청소년 소녀 1,000명당 출산 건수(SDG 지표 3.7.2).
- 의도하지 않은 임신율:** 15~49세 여성 1,000명당 연간 의도하지 않은 임신 건수.
- 18세 이하 아동 결혼 비율:** 18세 이전에 결혼하거나 동만자 관계를 맺은 20~24세 여성의 비율(SDG 지표 5.3.1).
- 15~19세 여성 성기훼손 비율:** 여성 할례를 겪은 15~19세 소녀의 비율(SDG 지표 5.3.2).
- 과거 12개월간 가까운 파트너에 의한 폭력:** 지난 12개월 동안 파트너의 신체적/성적 폭력을 경험한 파트너가 있는 15~49세 여성 및 소녀의 비율(SDG 지표 5.2.1).
- 성과 재생산 보건 및 재생산권 관련 의사결정:** 건강 관리, 피임 도구 사용, 파트너와의 성관계 등 3가지 차원에서 스스로 결정을 내리는 15~49세 기혼(혹은 동반자 관계의) 여성의 비율(SDG 지표 5.6.1).
- 초등교육 전체 순 등록률:** 모든 수준의 교육에 등록된 초등 공교육 연령의 전체 학생 수를 해당하는 인구에 대한 백분율로 나타낸 것.
- 초등교육 성평등 지수, 전체 순 등록률:** 초등교육에 대한 전체 순 등록률의 남학생 대비 여학생 값 비율.
- 중등교육 전반부 전체 순 등록률:** 모든 수준의 교육에 등록된 중등 공교육 전반부 연령의 전체 학생 수를 해당하는 인구에 대한 백분율로 나타낸 것.
- 중등교육 전반부 성평등 지수, 전체 순 등록률:** 중등교육 전반부에 대한 전체 순 등록률의 남학생 대비 여학생 값 비율.
- 중등교육 후반부 전체 순 등록률:** 모든 수준의 교육에 등록된 중등 공교육 후반부 연령의 전체 학생 수를 해당하는 인구에 대한 백분율로 나타낸 것.
- 중등교육 후반부 성평등 지수, 전체 순 등록률:** 중등교육 후반부에 대한 전체 순 등록률의 남학생 대비 여학생 값 비율.

주요 데이터 출처

- 청소년 출생률:** 유엔 인구부서, 2021.
- 의도하지 않은 임신율:** Bearak, Jonathan and others, 2022. “Country-Specific Estimates of Unintended Pregnancy and Abortion Incidence: A Global Comparative Analysis of Levels in 2015–2019.” BMJ Global Health, in press. 방법론 관련 정보는 <https://data.guttacher.org/countries>에서 확인 가능.
- 18세 이하 아동 결혼 비율:** UNICEF, 2021. 지역별 종합 데이터는 UNICEF 데이터를 바탕으로 UNFPA가 계산했다.
- 여성 성기훼손 비율:** UNICEF, 2021. 지역별 종합 데이터는 UNICEF 데이터를 바탕으로 UNFPA가 계산했다.
- 과거 12개월간 가까운 파트너에 의한 폭력:** 추정 및 데이터에 관한 기관 간 여성폭력 그룹(Violence Against Women Inter-Agency Group on Estimation and Data: WHO, 유엔여성기구, UNICEF, 유엔통계국, 유엔마약범죄사무소, UNFPA), 2021.
- 성과 재생산 보건 및 재생산권 관련 의사결정:** UNFPA, 2022.
- 초등교육 전체 순 등록률:** UNESCO 통계기관(UIS), 2022.
- 초등교육 성평등 지수, 전체 순 등록률:** UNESCO 통계기관(UIS), 2022.
- 중등교육 전반부 전체 순 등록률:** UNESCO 통계기관(UIS), 2022.
- 중등교육 전반부 성평등 지수, 전체 순 등록률:** UNESCO 통계기관(UIS), 2022.
- 중등교육 후반부 전체 순 등록률:** UNESCO 통계기관(UIS), 2022.
- 중등교육 후반부 성평등 지수, 전체 순 등록률:** UNESCO 통계기관(UIS), 2022.

인구지표

	인구 총인구, 백만	인구성장률 연평균 인구성장률, %	인구 구성					출산율 여성 1인당 합계 출산율	기대수명	
			0~14세 인구 비율, %	10~19세 인구 비율, %	10~24세 인구 비율, %	15~64세 인구 비율, %	65세 이상 인구 비율, %		기대수명, 세, 2021	남성
세계 및 지역	2022	2020-2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	남성	여성
세계	7,954	1.0	25	16	24	65	10	2.4	71	76
선진국지역	1,277	0.1	16	11	17	64	20	1.6	77	83
개도국지역	6,677	1.1	27	17	25	65	8	2.5	70	74
최빈국지역	1,107	2.2	38	22	32	58	4	3.8	64	68
UNFPA 지역										
아랍국가	393	2.0	34	19	28	61	5	3.2	70	74
아시아 및 태평양	4,149	0.8	23	16	23	68	9	2.1	71	75
동유럽 및 중앙아시아	251	0.5	23	15	21	66	11	2.1	71	78
라틴 아메리카 및 카리브해 국가	661	0.8	23	16	24	67	9	2.0	73	79
동아프리카 및 남아프리카	649	2.5	41	23	32	56	3	4.1	62	67
서아프리카 및 중앙아프리카	483	2.6	43	23	32	55	3	4.8	58	60
국가, 영토 또는 기타 지역	2022	2020-2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	남성	여성
가나	32.4	2	37	21	30	60	3	3.7	64	66
가봉	2.3	2.2	37	19	27	59	4	3.8	65	69
가이아나	0.8	0.5	27	18	27	65	8	2.4	67	73
감비아	2.6	2.8	44	23	32	54	3	4.9	62	65
과들루프 ¹	0.4	0	18	14	21	62	21	2.1	79	86
과테말라	18.6	1.8	33	21	31	62	5	2.7	72	78
괌 ²	0.2	0.8	23	16	24	65	11	2.2	78	84
그레나다	0.1	0.4	24	15	22	66	10	2	70	75
그리스	10.3	-0.5	13	10	15	64	23	1.3	80	85
기니	13.9	2.7	42	24	34	55	3	4.4	62	63
기니비사우	2.1	2.3	41	23	32	56	3	4.2	57	61
나미비아	2.6	1.8	37	21	30	60	4	3.2	62	68
나이지리아	216.7	2.5	43	23	32	54	3	5.1	55	57
남수단	11.6	2.1	41	23	33	56	3	4.4	57	60
남아프리카 공화국	60.8	1.1	28	18	26	66	6	2.3	61	68
네덜란드 ³	17.2	0.2	15	11	17	64	21	1.7	81	84
네팔	30.2	1.7	27	20	30	67	6	1.8	70	73
노르웨이 ⁴	5.5	0.8	17	12	18	65	18	1.7	81	85
뉴질랜드 ⁵	4.9	0.8	19	13	19	64	17	1.8	81	84
뉴칼레도니아 ¹	0.3	0.9	21	15	23	68	10	1.9	76	81
니제르	26.1	3.7	49	25	33	48	3	6.6	62	65
니카라과	6.8	1.1	29	19	27	65	6	2.3	72	79
대한민국	51.3	0	12	9	15	71	17	1.1	80	86
덴마크 ⁶	5.8	0.4	16	11	18	63	21	1.8	79	83
도미니카	0.1	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-
도미니카공화국	11.1	0.9	27	18	26	65	8	2.2	72	78
독일	83.9	-0.1	14	9	15	64	22	1.6	80	84
동티모르 민주공화국	1.4	1.9	36	22	32	59	4	3.7	68	72
라오 인민민주공화국	7.5	1.3	31	20	29	64	5	2.5	67	71
라이베리아	5.3	2.4	40	23	32	57	3	4.1	64	66
라트비아	1.8	-1	17	10	14	62	21	1.7	71	80
러시아 연방	145.8	-0.1	19	11	16	65	17	1.8	68	78
레바논	6.7	-1.3	24	16	24	68	8	2	77	81
레소토	2.2	0.8	32	20	29	63	5	3	52	59
레위니옹 ¹	0.9	0.7	22	15	23	65	14	2.2	78	84
루마니아	19	-0.5	15	11	16	65	20	1.6	73	80

인구지표

국가, 영토 또는 기타 지역	인구	인구성장률	인구 구성				출산율	기대수명		
	총인구, 백만	연평균 인구성장률, %	0~14세 인구 비율, %	10~19세 인구 비율, %	10~24세 인구 비율, %	15~64세 인구 비율, %	65세 이상 인구 비율, %	여성 1인당 합계 출산율	기대수명, 세, 2021	남성
룩셈부르크	0.6	1.1	16	11	17	69	15	1.4	81	85
르완다	13.60	2.4	39	22	31	58	3	3.8	68	72
리비아	7	1.1	27	18	25	68	5	2.1	71	76
리투아니아	2.7	-1	16	9	14	63	22	1.7	71	82
마다가스카르	29.2	2.6	40	23	32	57	3	3.9	66	70
마르티니크 ¹	0.4	-0.2	15	12	19	62	23	1.8	80	86
말라위	20.2	2.7	42	25	34	55	3	3.9	62	69
말레이시아 ⁷	33.2	1.2	23	15	24	69	8	1.9	75	79
말리	21.5	2.9	46	25	34	51	3	5.5	60	61
멕시코	131.6	1	25	17	25	67	8	2	73	78
모로코	37.8	1.1	26	17	24	66	8	2.3	76	79
모리셔스 ⁸	1.3	0.1	16	13	20	70	14	1.3	72	79
모리타니	4.9	2.6	39	22	31	57	3	4.3	64	67
모잠비크	33.1	2.8	44	24	34	54	3	4.6	59	65
몬테네그로	0.6	0	18	12	19	66	17	1.7	75	80
몰도바 공화국 ⁹	4	-0.3	16	11	16	71	14	1.3	68	76
몰디브	0.5	-0.7	20	12	19	76	4	1.8	78	81
몰타	0.4	0.3	15	9	15	63	22	1.5	81	85
몽골	3.4	1.4	31	16	23	64	5	2.8	66	75
미국 ¹⁰	334.8	0.6	18	13	19	65	17	1.8	77	82
미국령 버진아일랜드 ²	0.1	-0.3	19	14	20	60	22	2	79	83
미얀마	55.2	0.8	25	18	26	69	7	2.1	65	71
미크로네시아 연방국	0.1	1	31	20	29	64	5	2.9	67	70
바누아투	0.3	2.3	38	22	30	59	4	3.6	69	73
바레인	1.8	1.8	18	11	18	79	3	1.9	77	79
바베이도스	0.3	0.1	16	12	19	66	18	1.6	78	81
바하마	0.4	0.9	21	16	24	71	8	1.7	72	76
방글라데시	167.9	0.9	26	18	27	69	6	1.9	72	75
베냉	12.8	2.6	42	23	32	55	3	4.6	61	64
베네수엘라 볼리바르 공화국	29.3	2	26	18	26	66	8	2.2	69	76
베트남	99	0.8	23	14	21	68	9	2	72	80
벨기에	11.7	0.3	17	12	17	63	20	1.7	80	84
벨라루스	9.4	-0.1	18	11	15	66	17	1.7	70	80
벨리즈	0.4	1.7	28	19	29	66	5	2.2	72	78
보스니아-헤르체고비나	3.2	-0.4	14	11	17	67	19	1.2	75	80
보츠와나	2.4	1.8	33	20	29	63	5	2.7	67	73
볼리비아 다민족국	12	1.3	29	19	28	63	8	2.6	69	75
부룬디	12.6	2.9	45	23	32	53	3	5.1	61	64
부르키나파소	22.1	2.8	44	24	33	54	2	4.9	62	64
부탄	0.8	1	24	17	26	69	7	1.9	72	73
북마케도니아	2.1	-0.1	16	11	17	69	15	1.5	74	78
불가리아	6.8	-0.8	15	10	15	63	22	1.6	72	79
브라질	215.4	0.6	20	14	22	70	10	1.7	73	80
브루나이 다루살람	0.4	0.8	22	15	22	72	6	1.8	75	78
사모아	0.2	1.1	37	21	30	58	5	3.7	72	76
사우디 아라비아	35.8	1.4	24	14	21	72	4	2.2	74	77
사이프러스 ¹¹	1.2	0.6	16	12	19	69	15	1.3	79	83
산마리노	0	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-
상투메 프린시페	0.2	1.9	41	25	34	56	3	4.1	68	73

인구지표

국가, 영토 또는 기타 지역	인구	인구성장률	인구 구성					출산율	기대수명	
	총인구, 백만	연평균 인구성장률, %	0~14세 인구 비율, %	10~19세 인구 비율, %	10~24세 인구 비율, %	15~64세 인구 비율, %	65세 이상 인구 비율, %	여성 1인당 합계 출산율	남성	여성
	2022	2020-2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	기대수명, 세, 2021	
서사하라	0.6	2.2	27	16	25	69	4	2.3	69	73
세네갈	17.7	2.6	42	23	32	55	3	4.4	67	71
세르비아 ¹²	8.7	-0.5	15	11	17	65	20	1.4	74	79
세이셸	0.1	0.5	24	15	21	68	9	2.4	70	78
세인트루시아	0.2	0.4	18	13	21	72	11	1.4	75	78
세인트빈센트 그레나딘	0.1	0.2	21	15	24	68	10	1.8	71	76
세인트키츠네비스	0.1	0.6	-	-	-	-	-	-	-	-
소말리아	16.8	2.9	46	25	34	51	3	5.7	57	60
솔로몬제도	0.7	2.4	40	22	31	57	4	4.2	72	75
수단	46	2.4	39	23	32	57	4	4.2	64	68
수리남	0.6	0.8	26	17	25	66	7	2.3	69	75
스리랑카	21.6	0.3	23	16	23	65	12	2.1	74	81
스웨덴	10.2	0.6	18	11	17	62	21	1.8	82	85
스위스	8.8	0.6	15	10	15	65	20	1.6	82	86
스페인 ¹³	46.7	-0.1	14	10	15	65	21	1.4	81	87
슬로바키아	5.5	0	16	10	15	67	18	1.6	75	81
슬로베니아	2.1	-0.1	15	10	14	63	22	1.6	79	84
시리아 아랍 공화국	19.4	5.5	31	18	26	65	5	2.7	72	79
시에라리온	8.3	2	40	23	33	57	3	3.9	55	57
신트마르턴 ¹⁴	0	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-
싱가포르	5.9	0.8	12	8	14	72	15	1.2	82	86
아랍에미리트 연합국	10.1	0.9	15	9	17	83	2	1.3	78	80
아루바 ¹⁴	0.1	0.4	17	13	19	67	16	1.9	74	79
아르메니아	3	0.1	21	13	19	67	13	1.8	72	79
아르헨티나	46	0.9	24	16	23	64	12	2.2	74	80
아이슬란드	0.3	0.6	19	13	20	65	17	1.7	82	85
아이티	11.7	1.2	32	20	30	63	5	2.8	63	67
아일랜드	5	0.7	20	14	20	65	15	1.8	81	84
아제르바이잔 ¹⁵	10.3	0.7	23	14	20	69	8	2	71	76
아프가니스탄	40.8	2.2	41	25	35	57	3	3.9	64	67
알바니아	2.9	-0.3	17	12	19	67	16	1.6	77	80
알제리	45.4	1.6	31	16	23	62	7	2.8	76	79
앙골라	35	3.2	46	24	33	52	2	5.2	59	65
앤티가 바부다	0.1	0.8	22	14	21	68	10	2	76	79
에리트레아	3.7	1.7	40	25	33	56	4	3.8	65	70
에스와티니	1.2	1.1	36	24	33	60	4	2.8	57	66
에스토니아	1.3	-0.3	16	11	15	63	21	1.6	75	83
에콰도르	18.1	1.2	27	17	26	65	8	2.3	75	80
에티오피아	120.8	2.4	39	23	33	57	4	3.9	66	70
엘살바도르	6.6	0.5	26	17	27	65	9	2	69	78
영국 ¹⁶	68.5	0.4	18	12	17	63	19	1.7	80	83
예멘	31.2	2.1	38	23	32	59	3	3.5	65	68
오만	5.3	1.7	23	12	18	74	3	2.6	77	81
오스트레일리아 ¹⁷	26.1	1.1	19	12	19	64	17	1.8	82	86
오스트리아	9.1	0.2	15	10	15	66	20	1.6	80	84
온두라스	10.2	1.5	30	20	30	65	5	2.3	73	78
요르단	10.3	0.3	31	21	31	64	4	2.6	73	77
우간다	48.4	2.7	45	25	35	53	2	4.5	62	67
우루과이	3.5	0.3	20	14	21	64	16	1.9	75	82

인구지표

국가, 영토 또는 기타 지역	인구	인구성장률	인구 구성					출산율	기대수명	
	총인구, 백만	연평균 인구성장률, %	0~14세 인구 비율, %	10~19세 인구 비율, %	10~24세 인구 비율, %	15~64세 인구 비율, %	65세 이상 인구 비율, %	여성 1인당 합계 출산율	기대수명, 세, 2021	남성
우즈베키스탄	34.4	1.2	29	17	24	66	5	2.3	70	74
우크라이나 ¹⁸	43.2	-0.6	16	11	15	67	18	1.4	68	77
이라크	42.2	2.3	37	22	31	60	4	3.5	69	73
이란 이슬람 공화국	86	1.1	25	14	21	68	7	2.1	76	78
이스라엘	8.9	1.5	28	17	24	60	13	2.9	82	85
이집트	106.2	1.8	34	19	27	61	6	3.2	70	75
이탈리아	60.3	-0.2	13	10	14	64	24	1.3	82	86
인도	1,406.60	0.9	25	18	27	68	7	2.1	69	72
인도네시아	279.1	1	25	17	25	68	7	2.2	70	75
일본	125.6	-0.4	12	9	14	59	29	1.4	82	88
자메이카	3	0.4	23	15	24	68	10	1.9	73	77
잠비아	19.5	2.8	43	25	34	55	2	4.4	62	68
적도기니	1.5	3.1	37	20	29	61	2	4.2	59	61
조선민주주의인민공화국	26	0.4	20	13	21	70	10	1.9	69	76
조지아 ¹⁹	4	-0.3	20	12	18	64	16	2	70	79
중국, 마카오 ²⁰	0.7	1.3	15	8	12	72	14	1.3	82	88
중국, 홍콩 ²¹	7.6	0.7	13	8	12	67	20	1.4	82	88
중국 ²²	1,448.50	0.3	18	12	17	70	13	1.7	75	80
중앙아프리카공화국	5	2	43	26	36	55	3	4.4	52	57
지부티	1	1.3	28	18	27	67	5	2.5	66	70
짐바브웨	15.3	1.6	41	25	34	56	3	3.3	60	64
차드	17.4	2.9	46	25	34	52	3	5.4	54	57
체코	10.7	0.1	16	10	15	64	21	1.7	77	82
칠레	19.3	0.1	19	13	20	68	13	1.6	78	83
카메룬 공화국	27.9	2.5	42	23	33	56	3	4.3	59	62
카보베르데	0.6	1	27	18	26	68	5	2.2	70	77
카자흐스탄	19.2	1	29	16	21	63	8	2.6	70	78
카타르	3	1.6	14	9	17	84	2	1.8	80	82
캄보디아	17.2	1.3	30	19	27	65	5	2.4	68	73
캐나다	38.4	0.8	16	11	17	65	19	1.5	81	85
케냐	56.2	2.2	37	24	33	60	3	3.3	65	70
코모로	0.9	2.1	39	22	31	58	3	4	63	67
코스타리카	5.2	0.8	20	14	21	69	11	1.7	78	83
코트디부아르	27.7	2.5	41	23	33	56	3	4.4	57	60
콜롬비아	51.5	0.4	22	15	24	69	10	1.7	75	80
콩고공화국	5.8	2.4	41	23	32	57	3	4.2	64	67
콩고민주공화국	95.2	3	45	24	32	52	3	5.5	60	63
쿠바	11.3	-0.1	16	11	17	68	16	1.6	77	81
쿠웨이트	4.4	1.1	21	14	19	76	4	2	75	77
퀴라소 ¹⁴	0.2	0.4	18	13	19	64	19	1.7	76	82
크로아티아	4.1	-0.5	14	10	16	64	22	1.4	76	82
키르기스스탄	6.7	1.4	33	18	25	62	5	2.8	68	76
키리바시	0.1	1.6	36	20	29	60	5	3.4	65	73
타지키스탄	10	2	37	19	27	59	4	3.4	69	74
탄자니아 연합공화국 ²³	63.3	2.9	43	24	33	54	3	4.7	65	68
태국	70.1	0.2	16	12	18	70	14	1.5	74	81
터크스 케이커스 제도	0	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-
터키	85.6	0.6	23	16	24	67	10	2	75	81
토고	8.7	2.3	40	23	32	57	3	4.1	61	63

인구지표

국가, 영토 또는 기타 지역	인구	인구성장률	인구 구성					출산율	기대수명	
	총인구, 백만	연평균 인구성장률, %	0~14세 인구 비율, %	10~19세 인구 비율, %	10~24세 인구 비율, %	15~64세 인구 비율, %	65세 이상 인구 비율, %	여성 1인당 합계 출산율	남성	여성
국가, 영토 또는 기타 지역	2022	2020-2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022		
통가	0.1	0.9	34	22	31	60	6	3.4	69	73
투르크메니스탄	6.2	1.3	31	17	25	64	5	2.6	65	72
투발루	0	1.1	-	-	-	-	-	-	-	-
튀니지	12	0.9	24	14	21	66	10	2.1	75	79
트리니다드토바고	1.4	0.2	20	14	20	68	12	1.7	71	77
파나마	4.4	1.4	26	17	25	65	9	2.4	76	82
파라과이	7.30	1.2	28	18	27	65	7	2.3	73	77
파키스탄	229.5	1.8	34	20	30	61	5	3.3	67	69
파푸아뉴기니	9.3	1.9	35	21	31	62	4	3.4	64	67
팔레스타인 ²⁴	5.3	2.3	38	22	31	59	3	3.4	73	76
페루	33.7	0.9	25	15	23	66	9	2.2	75	80
포르투갈	10.1	-0.3	13	10	15	64	24	1.3	80	85
폴란드	37.7	-0.2	15	10	15	65	20	1.5	75	83
푸에르토리코 ²	2.8	0.3	14	14	20	64	22	1.2	77	84
프랑스 ²⁵	65.6	0.2	17	12	18	61	21	1.8	80	86
프랑스령기아나 ¹	0.3	2.4	32	19	27	63	6	3.2	78	83
프랑스령폴리네시아 ¹	0.3	0.6	22	15	23	69	10	1.9	76	80
피지	0.9	0.7	29	18	26	65	6	2.7	66	70
핀란드 ²⁶	5.6	0.1	15	11	17	61	23	1.4	80	85
필리핀	112.5	1.3	29	19	28	65	6	2.4	68	76
헝가리	9.6	-0.3	14	10	15	65	21	1.5	74	81

주석

- 데이터 없음.
- 1 통계를 위해 프랑스 데이터에는 이 지역이 포함되지 않음.
- 2 통계를 위해 미합중국 데이터에는 이 지역이 포함되지 않음.
- 3 통계를 위해 네덜란드 데이터에는 아루바, 보나이러, 신트외스타티위스, 사바, 퀴라소, 생마르탱(독일령)이 포함되지 않음.
- 4 스발바르 및 안마위엔 포함.
- 5 통계를 위해 뉴질랜드 데이터에는 쿡 제도, 니우에, 토켈라우가 포함되지 않음.
- 6 통계를 위해 덴마크 데이터에는 페로 제도나 그린란드가 포함되지 않음.
- 7 사바 및 사라왁 포함.
- 8 아갈레가, 로드리게스, 카르가도스 카라호스 포함.
- 9 트란스니스트리아 포함.
- 10 통계를 위해 미국 데이터에는 미국령 사모아, 괌, 북마리아나 제도, 푸에르토리코, 미국령 버진아일랜드가 포함되지 않음.
- 11 국가 전체를 가리킴.
- 12 코소보 포함.
- 13 카나리 제도, 세우타, 멜리아 포함.
- 14 통계를 위해 네덜란드 데이터에는 이 지역이 포함되지 않음.
- 15 나고르노카라바흐 포함.
- 16 그레이트브리튼 및 북아일랜드 연합왕국을 가리킴. 통계를 위해 영국 데이터에는 앵귤라, 버뮤다, 영국령 버진아일랜드, 케이맨 제도, 채널 제도, 포클랜드 제도(말비나스), 지브롤터, 맨 섬, 몬트세랫, 세인트헬레나, 터크스케이커스 제도가 포함되지 않음.
- 17 크리스마스섬, 코코스(킬링)섬, 노퍽섬 포함.
- 18 2001년 인구조사 당시 국가 영토를 가리킴.
- 19 압하지야 및 남오세티야 포함.
- 20 1999년 12월 20일, 마카오는 중국 특별행정구(SAR)가 되었다. 통계를 위해 중국 데이터에는 이 지역이 포함되지 않았다.
- 21 1997년 7월 1일, 홍콩은 중국 특별행정구(SAR)가 되었다. 통계를 위해 중국 데이터에는 이 지역이 포함되지 않았다.
- 22 통계를 위해 중국 데이터에는 홍콩, 마카오, 중국 특별행정구(SAR), 대만이 포함되지 않음.
- 23 잔지바르 포함.
- 24 동예루살렘 포함.
- 25 통계를 위해 프랑스 데이터에는 프랑스령 기아나, 프랑스령 폴리네시아, 과들루프, 마르티니크, 마요트, 뉴칼레도니아, 레위니옹, 생피에르미클롱, 생바르텔레미, 생마르탱(프랑스령), 윌리스 푸투나 제도가 포함되지 않음.
- 26 올란드 제도 포함.

지표의 정의

총인구: 추산 연양인구.

연평균 인구성장률: 중위 전망을 바탕으로 한 특정 기간의 인구 지수성장률.

0~14세 인구 비율(단위: %): 연령이 0~14세인 인구의 비율.

10~19세 인구 비율(단위: %): 연령이 10~19세인 인구의 비율.

10~24세 인구 비율(단위: %): 연령이 10~24세인 인구의 비율.

15~64세 인구 비율(단위: %): 연령이 15~64세인 인구의 비율.

65세 이상 인구 비율(단위: %): 연령이 65세 이상인 인구의 비율.

합계 출산율: 여성이 가임기 끝까지 생존하여 매 연령마다 해당 연령별 출산율에 따라 자녀를 낳았을 경우 여성 1인당 자녀의 수.

기대수명: 출생 당시 인구의 사망 위험성을 기준으로 신생아가 생존할 것으로 기대되는 연수.

주요 데이터 출처

총인구: 유엔 인구부서, 2019.

연평균 인구성장률: 유엔 인구부서, 2019.

0~14세 인구 비율(단위: %): 유엔 인구부서 데이터를 바탕으로 한 UNFPA 계산, 2019.

10~19세 인구 비율(단위: %): 유엔 인구부서 데이터를 바탕으로 한 UNFPA 계산, 2019.

10~24세 인구 비율(단위: %): 유엔 인구부서 데이터를 바탕으로 한 UNFPA 계산, 2019.

15~64세 인구 비율(단위: %): 유엔 인구부서 데이터를 바탕으로 한 UNFPA 계산, 2019.

65세 이상 인구 비율(단위: %): 유엔 인구부서 데이터를 바탕으로 한 UNFPA 계산, 2019.

합계 출산율: 유엔 인구부서, 2019.

기대수명: 유엔 인구부서, 2019.

전문용어 주석

2020 세계인구현황보고서 통계표에는 모성 보건, 교육 접근성, 성과 재생산 보건 영역에 있어 국제인구개발회의(ICPD) 행동 프로그램(Programme of Action) 후속 계획인 행동 프레임워크(Framework of Action) 목표와 지속가능개발목표(SDG)를 향한 진척을 확인할 수 있는 지표들이 포함되어 있다. 또한, 이 통계에서는 다양한 인구 지표도 찾아볼 수 있다. 본 통계표는 원하지 않은 임신이 존재하지 않고 모든 출산이 안전하며 모든 청소년이 잠재력을 발휘할 수 있는 세상을 위한 활동과 결과에 집중하는 UNFPA의 노력을 뒷받침한다.

다양한 국가 당국과 국제 기구에서는 서로 다른 방식을 사용해 데이터를 수집, 추산, 분석하는 경우가 많다. 따라서 UNFPA는 세계적으로 데이터를 비교하기 위해 주요 데이터 출처에서 사용하는 표준 방법론을 따랐다. 따라서 일부 통계표의 데이터는 국가별 당국에서 만든 데이터와 상이할 수 있다. 지역 분류 기준과 방법론이 변경되고 시계열 데이터가 수정되었으므로 표에 나타난 데이터는 이전 세계인구현황 보고서와 비교할 수 없다.

통계표에서는 인구통계보건조사(DHS) 및 복수지표집단조사(MICS) 등 각국 현황을 나타내는 가구 설문조사, 유엔 기관별 추정치 및 기관 간 추정치를 사용한다. 또한 세계인구전망(World Population Prospects) 2019년 개정판과 2020 가족계획지표 모델 기반 추정 및 전망(Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020, 유엔 경제사회국 인구부서)에 실린 최신 인구 추정치 및 전망도 통계에 포함되었다. 각 데이터에는 용어 정의, 출처, 주석을 함께 적었다. 2021 세계인구현황 통계표는 대체로 2022년 2월 기준 가용 정보를 반영한다.

ICPD 목표를 향한 발전 현황 추적

성 및 재생산 보건

모성사망률(MMR, 생존 출생 10만 건당 사망 수) 및 MMR 범위(UI 80%) 하한치와 상한치(2017).

출처: 유엔 국제기구간 모성사망추정그룹(MMEIG). MMR은 같은 기간 출생 100,000건당 모성 사망 건수를 가리킨다. 추정치는 바이탈 등록 시스템 데이터, 가구 설문조사, 인구조사 데이터를 사용해 MMEIG에서 계산한 것이다. UNFPA, WHO, 세계은행, 유엔 인구부서도 MMEIG의 일원이다. 추정치와 방법론은 정기적으로 MMEIG와 기타 기구 및 학술 기관에서 검토하며, 필요한 경우 모성사망률 데이터 개선 절차의 일환으로 수정이 이루어진다. 추정치는 이전 기관 간 추정치와 비교할 수 없다(SDG 지표 3.1.1).

숙련된 의료진에 의한 분만율, %.

출처: 국제 숙련된 의료진 분만 합동 데이터베이스(Joint global database on skilled attendance at birth), 2021, 유엔아동기금(UNICEF) 및 세계보건기구(WHO). 지역별 종합 데이터는 국제 합동 데이터베이스 데이터를 바탕으로 UNFPA가 계산했다. 숙련된 의료진(의사, 간호사, 또는 조산사)에 의한 분만율이란 임신 중, 출산 시, 산후에 여성을 위해 필수적 관리감독과 조언을 제공하고, 직접 분만을 담당하고, 신생아를 돌보는 등 사람의 생명을 구할 수 있는 산과 의료행위 제공 훈련을 받은 의료인에 의한 분만의 비율을 말한다(SDG 지표 3.1.2). 전통 산파는 짧은 교육 과정을 거친다 해도 이 경우에 포함되지 않는다.

미감염 인구 1천 명당 신규 HIV 감염 전수, 모든 연령.

출처: UNAIDS, 2021. 감염되지 않은 인구 1,000명당 새로운 HIV 감염 전수의 비율(SDG 지표 3.3.1)

15~49세 여성 피임실천율, 모든 방법.

출처: 유엔 인구부서, 2021. 현재 방법을 막론하고 피임을 실천하고 있는 15~49세 여성의 비율을 말한다. 모델 기반 추정치는 표본 조사 보고서의 데이터를 바탕으로 한다. 이 조사 데이터는 모든 가임기 여성 가운데 결혼한 여성(상호 합의에 의한 동반자 관계 포함)이면서 현재 모든 방법의 피임을 실천하는 사람의 비율을 측정한다.

15~49세 여성 피임실천율, 현대적 방법.

출처: 유엔 인구부서, 2021. 현재 현대적 피임을 실천하고 있는 15~49세 여성의 비율을 말한다. 모델 기반 추정치는 표본 조사 보고서의 데이터를 바탕으로 한다. 이 조사 데이터는 모든 가임기 여성 가운데 결혼한 여성(상호 합의에 의한 동반자 관계 포함)이면서 현재 현대적 피임을 실천하는 사람의 비율을 측정한다. 현대적 피임 방법에는 여성 및 남성의 불임 수술, 자궁 내 피임기구(IUD), 임플란트, 주사제, 경구 피임약, 남성용 및 여성용 콘돔, 질내 장벽식(다이어프램, 자궁경부 캡, 살정 폼·젤리·크림·스펀지 등), 수유성 무월경, 응급 피임, 기타 별도로 보고되지 않은 현대적 방법(예: 피임 패치나 질내 고리)이 포함된다.

15~49세 여성 가족계획 수요 미충족 비율.

출처: 유엔 인구부서, 2021. 출산을 원치 않거나 연기하고 싶지만 피임을 실천하지 않고 있는 15~49세 여성의 비율을 말한다. 모델 기반 추정치는 표본 조사 보고서의 데이터를 바탕으로 한다. 전통적 피임 방법을 사용하는 여성은 가족 계획의 수요가 미충족된 경우로 보지 않는다. 모든 여성, 또는 혼인이나 동반자 관계를 맺고 있는 모든 여성은 성적 활동을 하며 임신의 위험을 가진 것으로 가정한다. 이처럼 모든 여성, 또는 혼인이나 동반자 관계를 맺고 있는 모든 여성에게 임신의 가능성이 있는 것으로 가정하면 실제 임신 가능성에 노출된 여성들의 위험과 비교하여 추정치가 낮게 나올 수 있다. 특히 피임 실천율이 낮은 경우에는 실천율이 올라가면 가족계획 수요 미충족도 증가할 수 있다. 따라서 두 지표는 함께 해석해야 할 필요가 있다.

현대적 피임 방법을 통한 수요 충족 비율, 모든 15~49세 여성.

출처: 유엔 인구부서, 2021. 15~49세 여성의 가족 계획 수요 가운데 현대적 피임 방법을 통해 충족되는 비율을 말한다(SDG 지표 3.7.1). 이 지표는 현대적 피임 실천율을 총 가족계획 수요로 나누어 계산한다. 총 가족계획 수요란 피임 실천과 가족계획 수요 미충족의 합을 가리킨다.

성과 재생산 보건 서비스, 정보, 교육의 접근성을 보장하는 법률 및 규제, %
출처: UNFPA, 2022. 15세 이상 남녀에게 성과 재생산 보건 서비스, 정보, 교육에 대한 평등하고 완전한 접근성을 보장하는 국가 법률 및 규제의 범위를 가리킨다(SDG 지표 5.6.2).

보편적 건강보장(UHC) 서비스 보장 지수.

출처: WHO, 2021. 일반 인구나 취약층의 재생산, 모성, 신생아, 아동 보건과 감염병, 비전염성 질병, 서비스 역량 및 접근성을 포함하는 추적 개입을 바탕으로 한 필수 서비스의 평균 보장률(SDG 지표 3.8.1).

성별, 권리, 인적자본

15~19세 청소년 소녀 1,000명당 출산율

출처: 유엔 인구부서, 2021. 15~19세 청소년 소녀 1,000명당 출산 건수를 말한다(SDG 지표 3.7.2). 청소년 출산율은 15~19세 청소년 소녀의 임신 위험성을 나타낸다. 이 비율은 출생 신고 데이터를 사용하는 경우 출생 신고가 철저히 이루어지는지, 태어났지만 출생신고 전이나 출생 24시간 이내에 사망하는 신생아를 어떻게 다룰 것인지, 산모 연령과 관련된 정보의 질이 어떠한지, 이전 기간의 출생을 포함할 것인지에 따라 결과가 달라진다는 한계를 가진다. 인구 추정치의 경우 연령 오인 보고 및 범위와 관련된 한계가 있다. 설문조사 및 인구조사 데이터의 경우 분자와 분모가 같은 인구에서 온다. 주된 한계로는 연령 오인 보고, 출생 누락, 신생아 생년월일 오인 보고, 설문 조사의 경우 표본의 가변성 등을 들 수 있다.

15~49세 여성 1,000명당 의도하지 않은 임신율

출처: Bearak and others, 2022. 이 보고서가 출판되면 추정치와 방법론이 구트마허 연구소 데이터 센터(<https://data.guttmacher.org/countries>)에 업로드할 계획이다.

18세 이하 아동 결혼 비율

출처: UNICEF, 2021. 지역별 종합 데이터는 UNICEF 데이터를 바탕으로 UNFPA가 계산했다. 18세 이전에 결혼하거나 동반자 관계를 맺은 20~24세 여성의 비율을 말한다(SDG 지표 5.3.1).

15~19세 여성 성기훼손 비율

출처: UNICEF, 2021. 지역별 종합 데이터는 UNICEF 데이터를 바탕으로 UNFPA가 계산했다. 여성 할례를 겪은 15~49세 소녀의 비율을 말한다(SDG 지표 5.3.2).

과거 12개월간 가까운 파트너에 의한 폭력 발생률, %

출처: 추정 및 데이터에 관한 기관 간 여성폭력 그룹(Violence Against Women Inter-Agency Group on Estimation and Data: WHO, UN Women, UNICEF, UNSD, UNODC, UNFPA), 2021. 지난 12개월 동안 파트너의 신체적/성적 폭력을 경험한 파트너가 있는 15~49세 여성 및 소녀의 비율(SDG 지표 5.2.1).

성과 재생산 보건 및 재생산권 관련 의사결정, %

출처: UNFPA. 건강 관리, 피임 도구 사용, 파트너와의 성관계 등 3가지 차원에서 스스로 결정을 내리는 15~49세 기혼(혹은 동반자 관계의) 여성의 비율(SDG 지표 5.6.1).

초등교육 전체 순 등록률, %

출처: UNESCO 통계기관 UIS, 2022. 모든 수준의 교육에 등록된 초등 공교육 연령의 전체 학생 수를 해당하는 인구에 대한 백분율로 나타낸 것.

초등교육 성평등 지수, 전체 순 등록률

출처: UNESCO 통계기관 UIS, 2022. 초등교육에 대한 전체 순 등록률의 남학생 대비 여학생 값 비율.

중등교육 전반부 전체 순 등록률, %

출처: UNESCO 통계기관 UIS, 2022. 모든 수준의 교육에 등록된 중등 공교육 전반부 연령의 전체 학생 수를 해당하는 인구에 대한 백분율로 나타낸 것.

중등교육 전반부 성평등 지수, 전체 순 등록률

출처: UNESCO 통계기관 UIS, 2022. 중등교육 전반부에 대한 전체 순 등록률의 남학생 대비 여학생 값 비율.

중등교육 후반부 전체 순 등록률, %

출처: UNESCO 통계기관 UIS, 2022. 모든 수준의 교육에 등록된 중등 공교육 후반부 연령의 전체 학생 수를 해당하는 인구에 대한 백분율로 나타낸 것.

중등교육 후반부 성평등 지수, 전체 순 등록률

출처: UNESCO 통계기관 UIS, 2022. 중등교육 후반부에 대한 전체 순 등록률의 남학생 대비 여학생 값 비율.

인구 지표

인구

총인구(백만)

출처: 유엔 인구부서, 2019. 국가별 추산 연앙인구를 말한다.

인구성장률

연평균 인구성장률, %

출처: 유엔 인구부서, 2019. 중위 전망을 바탕으로 한 특정 기간의 인구 지수성장률을 말한다.

인구 구성

0~14세 인구 비율, %

출처: 유엔 인구부서, 2019. 데이터를 바탕으로 한 UNFPA 계산. 연령이 0~14세인 인구의 비율을 말한다.

10~19세 인구 비율, %

출처: 유엔 인구부서, 2019. 데이터를 바탕으로 한 UNFPA 계산. 연령이 10~19세인 인구의 비율을 말한다.

10~24세 인구 비율, %

출처: 유엔 인구부서, 2019. 데이터를 바탕으로 한 UNFPA 계산. 연령이 10~24세인 인구의 비율을 말한다.

15~64세 인구 비율, %

출처: 유엔 인구부서, 2019. 데이터를 바탕으로 한 UNFPA 계산. 연령이 15~64세인 인구의 비율을 말한다.

65세 이상 인구 비율, %

출처: 유엔 인구부서, 2019. 데이터를 바탕으로 한 UNFPA 계산. 연령이 65세 이상인 인구의 비율을 말한다.

출산율

여성 1인당 합계 출산율

출처: 유엔 인구부서, 2019. 여성이 가임기 끝까지 생존하여 매 연령마다 해당 연령별 출산율에 따라 자녀를 낳았을 경우 여성 1인당 자녀의 수를 말한다.

기대수명

기대수명, 세

출처: 유엔 인구부서, 2019. 출생 당시 인구의 사망 위험성을 기준으로 신생아가 생존할 것으로 기대되는 연수를 말한다.

지역 분류

통계표 도입부에 제시된 UNFPA 평균은 아래 분류에 따른 국가 및 지역별 데이터를 사용하여 계산되었다.

아랍 국가 지역

알제리, 지부티, 이집트, 이라크, 요르단, 레바논, 리비아, 모로코, 오만, 팔레스타인, 소말리아, 수단, 시리아 아랍 공화국, 튀니지, 예멘.

아시아 및 태평양 지역

아프가니스탄, 방글라데시, 부탄, 캄보디아, 중국, 쿡 제도, 피지, 인도, 인도네시아, 이란 이슬람 공화국, 키리바시, 조선민주주의인민공화국, 라오 인민민주주의공화국, 말레이시아, 몰디브, 마셜 제도, 미크로네시아 연방국, 몽골, 미얀마, 나우루, 네팔, 니우에, 파키스탄, 팔라우, 파푸아뉴기니, 필리핀, 사모아, 솔로몬 제도, 스리랑카, 태국, 동티모르 민주공화국, 토켈라우, 통가, 투발루, 바누아투, 베트남.

동유럽 및 중앙아시아 지역

알바니아, 아르메니아, 아제르바이잔, 벨라루스, 보스니아-헤르체고비나, 조지아, 카자흐스탄, 키르기스스탄, 몰도바 공화국, 타지키스탄, 북마케도니아, 터키, 투르크메니스탄, 우크라이나, 우즈베키스탄.

동아프리카 및 남아프리카 지역

앙골라, 보츠와나, 부룬디, 코모로, 콩고민주공화국, 에리트레아, 에스와티니, 에티오피아, 케냐, 레소토, 마다가스카르, 말라위, 모리셔스, 모잠비크, 나미비아, 르완다, 남아프리카 공화국, 남수단, 탄자니아 연합공화국, 우간다, 잠비아, 짐바브웨.

라틴 아메리카 및 카리브해 국가 지역

앵귤라, 앤티가 바부다, 아르헨티나, 아루바, 바하마, 바베이도스, 벨리즈, 버뮤다, 볼리비아 다민족국, 브라질, 영국령 버진아일랜드, 케이맨 제도, 칠레, 콜롬비아, 코스타리카, 쿠바, 퀴라소, 도미니카, 도미니카공화국, 에콰도르, 엘살바도르, 그레나다, 과테말라, 가이아나, 아이티, 온두라스, 자메이카, 멕시코, 몬트세랫, 니카라과, 파나마, 파라과이, 페루, 세인트키츠 네비스, 세인트루시아, 세인트빈센트 그레나딘, 신트마르틴, 수리남, 트리니다드토바고, 터크스 케이커스 제도, 우루과이, 베네수엘라 볼리바르 공화국.

서아프리카 및 중앙아프리카 지역

베냉, 부르키나파소, 카메룬 공화국, 카보베르데, 중앙아프리카공화국, 차드, 콩고공화국, 코트디부아르, 적도기니, 가봉, 감비아, 가나, 기니, 기니비사우, 라이베리아, 말리, 모리타니, 니제르, 나이지리아, 상투메 프린시페, 세네갈, 시에라리온, 토고.

선진국지역(more developed regions)은 통계 목적으로 분류한 것이며 특정 국가나 지역의 발전 단계에 대한 판단을 나타내지 않는다. 선진국지역에는 유엔 인구부서 지역 가운데 유럽, 북아메리카, 오스트레일리아/뉴질랜드, 일본이 포함된다.

개도국지역(less developed regions)은 통계 목적으로 분류한 것이며 특정 국가나 지역의 발전 단계에 대한 판단을 나타내지 않는다. 개도국지역에는 유엔 인구부서 지역 가운데 아프리카, 아시아(일본 제외), 라틴 아메리카 및 카리브해 국가와 더불어 벨라네시아, 미크로네시아, 폴리네시아 전 지역이 포함된다.

최빈국지역(the least developed countries)은 유엔총회 결의안(59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295, 68/18)에서 정의한 바에 따라 아프리카 33개국, 아시아 9개국, 오세아니아 4개국, 라틴 아메리카 및 카리브해 1개국의 총 47개국으로 구성된다(2018년 12월 기준). 최빈국지역에 해당하는 국가는 아프가니스탄, 앙골라, 방글라데시, 베냉, 부탄, 부르키나파소, 부룬디, 캄보디아, 중앙아프리카공화국, 차드, 코모로, 콩고민주공화국, 지부티, 에리트레아, 에티오피아, 감비아, 기니, 기니비사우, 아이티, 키리바시, 라오 인민민주공화국, 레소토, 라이베리아, 마다가스카르, 말라위, 말리, 모리타니, 모잠비크, 미얀마, 네팔, 니제르, 르완다, 상투메 프린시페, 세네갈, 시에라리온, 솔로몬 제도, 소말리아, 남수단, 수단, 탄자니아 연합공화국, 동티모르 민주공화국, 토고, 투발루, 우간다, 바누아투, 예멘, 잠비아이다. 이 국가들은 저개발지역에도 포함된다. 자세한 정보는 <https://www.un.org/en/conferences/least-developed-countries> 참조.

GNI, 교육 수준, 의도하지 않은 임신율 사이의 상관관계에 대한 주석(22쪽)

2015~2019년 상관관계

		2019년 인간개발지수	2019년 평균 교육 연수 (남성 및 여성)	2019년 1인당 국민총소득	2019년 성평등지수
의도하지 않은 임신	세계	***	***	***	***
	LMIC	***	***	***	***
	HIC	***	*	***	***
	사하라 이남 아프리카	**	**		
임신중절로 끝나는 의도하지 않은 임신의 비율	세계				
	HMIC	*	*	*	***
	HIC	*	**		

***: $p < 0.001$
 **: $0.001 \leq p < 0.01$
 *: $0.01 \leq p < 0.05$
 빨간색: 음의 상관관계
 초록색: 양의 상관관계
 흰색: 유의미한 상관관계 없음

1. 세계 관찰 결과: 세계적으로 HDI, GNI, 교육 수준 등으로 측정하는 사회경제적 개발 수준이 높으면 의도하지 않은 임신의 발생률이 낮아지는 강력한 상관관계가 관찰되었다. 이 현상은 개발 점수가 높은 국가일수록 피임 서비스를 더 폭넓게 이용할 수 있고 문화적 장벽이 적어서 여성이 자신의 재생산을 원하는 대로 통제할 수 있을 가능성이 높다는 점으로 설명할 수 있다. 사하라 이남 아프리카에서는 사회경제적 개발 수준이 높을수록 의도하지 않은 임신율도 올라가는 반대의 패턴이 나타났다. 이는 피임 서비스를 포함한 재생산 능력 통제 수단의 접근성과 이용 가능성이 사회경제적 개발을 따라가지 못해 여성과 커플이 많은 아이를 원하지 않게 되었다는 의미일 수 있다.
2. 임신 결과: 사하라 이남 아프리카를 제외한 중저소득 국가와 고소득 국가에서는 모두 사회경제적 개발 수준이 높을수록 의도하지 않은 임신율이 감소했지만 임신의 결과에는 차이가 있었다. 고소득 국가에서는 개발 점수가 높으면 임신중절 가능성이 낮아졌고, 개발 점수가 낮으면 임신중절 가능성이 높아졌다. 이 결과는 개발지표 점수가 낮고 임신중절율이 다른 고소득 국가보다 높은 편인 구 소련권 국가들 때문일 수 있다. 그러나 구 소련권 국가를 분석에서 제외해도 음의 상관관계는 사라지지 않았다. 또 다른 가설은 개발 수준이 높은 국가의 여성이 출산을 피할 강력한 동기를 가지며, 피임 등을 사용해 임신을 더 잘 피할 수 있다는 것이다. 사회경제적 안정망 덕분에 비교적 개발 수준이 높은 국가의 여성이 의도하지 않은 임신을 끝까지 유지하기 비교적 쉬울 수도 있다.

중저소득 국가에서는 사회경제적 개발 수준이 높을수록 의도하지 않은 임신이 임신중절로 끝나는 비중도 높아졌다(임신중절의 법적 지위 차이를 고려해도 동일했다). 이 결과를 보면 육아와 관련된 기회비용이 증가할 때 의도치 않게 임신한 여성은 출산을 피할 강력한 동기를 갖게 된다는 가설이 유력해진다. 이들 국가의 1990~2019년 30년에 걸친 경향에서도 같은 패턴이 나타났다. 국가 수준의 개발 점수가 높아지면 중절로 끝나는 의도하지 않은 임신의 비중은 높아졌다.

3. GNI 및 성별 교육: 남성의 1인당 GNI 점수 및 교육 수준과 비교해 여성의 1인당 GNI 점수 및 교육 수준과 의도하지 않은 임신을 및 임신중절 사이에서 더 강력한 관련성이 나타나지는 않았다.
4. GII 및 청소년기 출산율: GII 점수에는 청소년기 출산율이 포함되어 있고 많은 청소년기 임신은 의도하지 않은 임신이므로 GII와 의도하지 않은 임신 사이의 상관관계의 강도가 과대평가될 수 있다. 그러나 의도하지 않은 임신으로 분류되지 않는 청소년기 출산도 많을 수 있다. 수많은 청소년기 출산이 결혼이나 결합 관계에서 이루어지는데, 특히 젠더 불평등이 심각한 곳에서는 이 경우 출산이 사회적으로 당연한 행위이기 때문이다.
5. GII 및 임신 결과: 중저소득 국가에서는 젠더 평등 수준이 낮으면 의도하지 않은 임신 가운데 임신중절로 끝나는 비율이 낮았다. 이 상관관계는 국가에 따라 임신중절 관련법이 크게 상이함에도 일정하게 나타났다. 반면 고소득 국가에서는 젠더 평등 수준이 높으면 의도하지 않은 임신 가운데 임신중절로 끝나는 비율이 소폭 낮아졌지만 유의미한 수준은 아니었다. (거의 모든 고소득 국가는 다양한 이유의 임신중절을 허용하므로 임신중절의 법적 지위로는 이 결과를 설득력 있게 설명할 수 없다.)

모성사망 및 의도하지 않은 임신을 사이의 상관관계에 대한 주석(26쪽)

1. 모성사망률이 높으면 소득 수준과 관계없이 사하라 이남 아프리카를 제외한 모든 지역에서 의도하지 않은 임신율이 높아졌다.
2. 사하라 이남 아프리카에서는 모성 사망률이 낮은 국가에서 의도하지 않은 임신율이 높은 경향이 있었다. 이들 국가에서는 개발 증가로 모성사망률이 감소하고 의도하지 않은 임신의 기회비용이 증가했으나 임신을 피할 수 있는 능력은 이와 함께 늘지 않았다는 가설을 세워볼 수 있다.

임신중절 경향에 대한 주석(21쪽)

	재생산 연령 여성 1,000명당 비율			전체 임신 중 임신중절로 끝나는 임신의 비율	의도하지 않은 임신 중 임신중절로 끝나는 임신의 비율
	임신	의도하지 않은 임신	임신중절		
1990~94	162	79	40	24.7	50.6
2014~19	133	64	39	29.3	60.9

출처: Bearak and others, 2020.

청소년기 임신과 선택에 대한 주석(30쪽)

청소년기의 육아와 결혼은 그동안 감소해 왔다. 전 세계 청소년기 출산율은 15~19세 여성 1,000명당 56건(2000년)에서 41건(2020년)으로 줄었다. 이처럼 큰 감소에도 불구하고 사하라 이남 아프리카의 청소년기 출산율은 청소년기 여성 1,000명당 100건에 달해 세계 평균의 두 배 이상을 기록했다. 합계 출산율이 크게 감소한 라틴아메리카 및 카리브해 지역 역시 비교적 높은 청소년기 출산율(15~19세 여성 1,000명당 61건)을 유지하고 있다. 지난 수십 년 동안 청소년기 출산율이 감소하면서 결혼이나 결합 관계에 있는 15~19세 청소년의 비율(세계 평균 2000년 16%에서 2020년 12%로 감소)도 함께 줄었다. 가장 변화가 급격했던 곳은 중앙아시아 및 남아시아와 사하라 이남 아프리카였다.

18세 미만의 첫 출산과 결혼을 차례로 분석해 보면 지역별, 국가별로 상당한 차이가 존재한다. 실제로 의도와 상황이 어떻게 학교 수업, 성생활 시작, 피임 이용, 결혼, 육아와 관련된 인생 초기의 변화를 결정하는지 더 잘 이해하려면 국가별 상황을 보다 자세히 분석할 필요가 있다.

UN DESA (2013) 및 같은 연구진의 미공개 연구에서는 DHS 데이터 상세 분석을 바탕으로 다음과 같은 결과를 도출했다.

- 성관계 경험이 없는 청소년 여성의 비율은 사하라 이남 아프리카의 경우 평균적으로 증가하고 있고, 라틴아메리카 및 카리브해 지역에서는 감소하고 있으며 아시아에서는 일정한 수준을 유지하고 있다.
- 하지만 많은 국가에서는 성생활을 시작하는 상황이 변화하고 있다. 과거에는 결혼 관계에서 성생활을 시작했지만, 이제 결혼 전 성생활을 시작하는 방향으로 경향이 바뀌고 있다.
- 특히 미혼 육아가 사회적 낙인의 원인이 되는 경우, 성생활을 하는 미혼 여성들은 기혼 또래와 다른 사회경제적 어려움과 재생산 보건 문제를 가진다. 임신을 하게 되는 경우, 많은 젊은 여성들이 임신하지 않았다면 결혼했을 연령보다 일찍 결혼을 한다.
- 청소년의 피임 실천율은 대부분의 국가에서 30% 미만이었으며, 15~17세의 경우 이보다도 낮은 10% 미만이었다. 모든 지역에서 18~19세 여성 청소년의 피임 사용 증가는 청소년기 출산율의 감소와 맞물려 나타났다(UN DESA, 2022).
- 기혼 청소년 여성은 미혼 청소년이나 나이가 많은 여성과 비교해 일반적으로 교육 수준이 낮고, 가정 내 영향력이나 경제력이 낮으며, 이동성이 낮고, 현대적인 매체에 대한 노출이 적다. 또한, 이들은 고립되는 경향이 있고 자신의 건강과 행복에 해로운 상황에서 협상을 할 수 있는 지식과 기술이 부족하며 재생산 능력을 증명해야 한다는 압박을 받는 경우가 많다. 보통 이들의 남편은 낮은 나이에 결혼한 여성의 남편보다 나이가 훨씬 많다(Haberland and others, 2004; UN DESA, 2022). 조기에 나이가 많은 파트너와 성생활을 시작하는 것은 좋지 못한 젠더 관계나 재생산 건강 문제와 관련이 있다(Ryan and others, 2008).

18세 이전 첫 출산 통계에 대한 주석(33쪽)

도표 작성에 사용된 기본 데이터는 2010년 이후 한 번 이상 DHS가 진행된 각 국가의 최신 DHS 설문조사를 포함한다.

본도 인구는 (1)조사 당시 18~24세였던 여성, (2)18세 이전에 첫 출산을 한 여성, (3)첫 출산일을 확인할 수 있는 여성으로 정의했다. 따라서 본도는 설문조사 당시 18~24세였던 여성이 18세 이전에 경험한 첫 출산의 총 건수를 나타낸다. 18세 이전 출산이 50건 미만이었다는 4개의 설문조사는 배제되었다.

출산은 아래와 같은 세 개의 상호배타적 범주로 분류했다.

1. 혼외 초산: 첫 출산일이 결혼일 이전이었거나 여성이 결혼한 적이 없는 경우
2. 결혼 7개월 이내 초산: 첫 출산일이 결혼일 당일 또는 그 이후였으며 결혼일로부터 7개월이 지나기 이전이었던 경우.
3. 결혼 7개월 이후 18세 미만 초산: 첫 출산일이 결혼일로부터 7개월이 지난 이후였던 경우.

모든 추정치는 제공된 샘플 가중치를 사용해 계산했다. 총 54개 국가가 최종 그래프에 포함되었다. 표시된 18세 이전 초산은 총 61,490건이었다.

자료의 한계: 18세 이전 출산이 100건 미만인 1개 국가가 존재한다. 또한, 5개 국가는 계속 결혼 상태였던 여성만을 샘플링했으므로 혼외 출산의 비중이 과소평가될 수 있다.

참고문헌

- Acharya, Dev R. and others, 2010. "Women's Autonomy in Household Decision-Making: A Demographic Study in Nepal." *Reproductive Health* 7: 15.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2020. "Comprehensive Sexuality Education." Committee Opinion Number 678. Website: acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/11/comprehensive-sexuality-education, accessed 1 December 2021.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2017. "Access to Contraception." Committee Opinion Number 615. Website: acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/01/access-to-contraception, accessed 1 December 2021.
- Ahrens, Katherine A and others, 2018. "Unintended Pregnancy and Interpregnancy Interval by Maternal Age." *Contraception* 98: 52–55.
- Aiken, Abigail and others, 2016. "Comparison of a Timing-Based Measure of Unintended Pregnancy and the London Measure of Unplanned Pregnancy." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 48(3): 139–146.
- Aiken, Abigail and others, 2015. "A Blessing I Can't Afford: Factors Underlying the Paradox of Happiness about Unintended Pregnancy." *Social Science and Medicine* 132: 149–155.
- Akoth, Catherine and others, 2021. "Prevalence and Factors Associated with Covert Contraceptive Use in Kenya: A Cross-Sectional Study." *BMC Public Health* 21: 1316.
- Ali, Mohamed M. and others, 2012. "Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence From 60 Demographic and Health Surveys." Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/handle/10665/75429, accessed 26 November 2021.
- Alio, Amina P. and others, 2009. "Intimate Partner Violence and Contraception Use among Women in Sub-Saharan Africa." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 107(1): 35–38.
- Allotey, Pascale and others, 2021. "Trends in Abortion Policies in Low- and Middle-Income Countries." *Annual Review of Public Health* 42: 505–518.
- Alvarez, R.O., 1993. "We Will Not Rest.' Filipino Women Want a Fertility Management Program that Respects Women's Dignity, Women's Bodies and Women's Choices." *Integration* 35: 22–23.
- Ameyaw, Edward Kwabena and others, 2019. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Surveys." *PLOS ONE* 14(8): e0220970.
- Amo-Adjei, Joshua and Derek Anamaale Tuoyire, 2016. "Effects of Planned, Mistimed and Unwanted Pregnancies on the Use of Prenatal Health Services in Sub-Saharan Africa: A Multicountry Analysis of Demographic and Health Survey Data." *Tropical Medicine & International Health* 21(12): 1552–1561.
- Ampt, Frances H. and others, 2018. "Incidence of Unintended Pregnancy Among Female Sex Workers in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMJ Open* 8(9): e021779.
- Ashburn-Nardo, Leslie, 2017. "Parenthood as a Moral Imperative? Moral Outrage and the Stigmatization of Voluntarily Childfree Women and Men." *Sex Roles* 76: 393–401.
- Atake, Esso-Hanam and Pitaloumani Gnakou Ali, 2019. "Women's Empowerment and Fertility Preferences in High Fertility Countries in Sub-Saharan Africa." *BMC Women's Health* 19: 54.
- Austin, Judy and others, 2008. "Reproductive Health: A Right for Refugees and Internally Displaced Persons." *Reproductive Health Matters* 16(31): 10–21.
- Baiden, Frank and others, 2016. "Covert Contraceptive Use Among Women Attending a Reproductive Health Clinic in a Municipality in Ghana." *BMC Women's Health* 16: 31.
- Bain, Luchuo Engelbert and others, 2020. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *African Journal of Reproductive Health* 24(2): 187–205.
- Bakour, Shagaf H. and others, 2017. "Contraceptive Methods and Issues Around the Menopause: An Evidence Update." *The Obstetrician and Gynaecologist* 19(4): 289–297.
- Baldwin, Maureen K. and Jeffrey T. Jensen, 2013. "Contraception During the Perimenopause." *Maturitas* 76(3): 235–242.

- Bansode, Oshin M. and others, 2021. "Contraception." In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, Florida: StatPearls Publishing. Website: [ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/#_NBK536949_pubdet_](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/#_NBK536949_pubdet_), accessed 15 November 2021.
- Bauserman, Melissa and others, 2020. "Maternal Mortality in Six Low and Lower-Middle Income Countries from 2010 to 2018: Risk Factors and Trends." *Reproductive Health* 17(Suppl 3): 173.
- BBC (British Broadcasting Corporation), 2017. "Contraception Fails in Quarter of Abortions, Say Experts." BBC News, 7 July 2017. Website: [bbc.co.uk/news/health-40520235](https://www.bbc.co.uk/news/health-40520235), accessed 17 November 2021.
- Barak, Jonathan and others, 2022. "Country-Specific Estimates of Unintended Pregnancy and Abortion Incidence: A Global Comparative Analysis of Levels in 2015–2019." *BMJ Global Health*, in press.
- Barak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019." *Lancet Global Health* 8(9): e1152–e1161.
- Behre, Hermann M., and others, 2016. "Efficacy and Safety of an Injectable Combination Hormonal Contraceptive for Men." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 101(12): 4779–4788.
- Bellizzi, Saverio and others, 2020. "Reasons for Discontinuation of Contraception Among Women with a Current Unintended Pregnancy in 36 Low and Middle-Income Countries." *Contraception* 101(1): 26–33.
- Bietsch, Kristin and Priya Emmart, 2022. *Couple Concordance Index: Construction of the Couple Concordance Index and its Relationship with Contraceptive Use*. Washington, DC: USAID MOMENTUM.
- Biggs, M. Antonia and others, 2017. "Women's Mental Health and Well-Being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion. A Prospective, Longitudinal Cohort Study." *JAMA Psychiatry* 74(2): 169–178.
- Bitto, A. and others, 1997. "Adverse Outcomes of Planned and Unplanned Pregnancies among Users of Natural Family Planning: A Prospective Study." *American Journal of Public Health* 87(3): 338–343.
- Boyce, Sabrina C. and others, 2020. "Women's and Girls' Experiences of Reproductive Coercion and Opportunities for Intervention in Family Planning Clinics in Nairobi, Kenya: A Qualitative Study." *Reproductive Health* 17(1): 1–12.
- Bradley, Sarah E. K. and others, 2019. "Global Contraceptive Failure Rates: Who is Most at Risk?" *Studies in Family Planning* 50(1): 3–24.
- Bradley, Sarah E. K. and others, 2009. *Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation*. DHS Analytical Studies No. 20. Calverton: ICF Macro.
- Brito, Cynthia Nunes de Oliveira and others, 2015. "Postpartum Depression among Women with Unintended Pregnancy." *Revista de Saude Publica* 49: 33.
- Brodsky, Alexandra, 2017. "Rape-Adjacent: Imagining Legal Responses to Nonconsensual Condom Removal." *Columbia Journal of Gender and Law* 32: 183–210.
- Calliope, n.d. *The Contraceptive Pipeline Database*. Website: pipeline.ctiexchange.org, accessed 31 January 2022.
- Campbell, Oona M. and Wendy J. Graham, 2006. "Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting On with What Works." *Lancet* 368(9543): 1284–1299.
- Canada: Immigration and Refugee Board of Canada, 2013. "Tanzania: Consequences for a Woman who gets Pregnant out of Wedlock, Including the Possibility of Arrest and Criminal or Civil Proceedings; Whether the same Consequences Apply if the Woman Marries Before the Birth of the Child (2012–July 2013)." TZA104531.E. Website: refworld.org/docid/53e481264.html, accessed 18 December 2021.
- Carter, Marion and Ilene S. Speizer, 2005. "Pregnancy Intentions Among Salvadoran Fathers: Results from the 2003 National Male Reproductive Health Survey." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 31(4): 179–182.
- Castle, Sarah and Ian Askew, 2015. *Contraceptive Discontinuation: Reasons, Challenges, and Solutions*. New York: Population Council and FP2020.
- Castle, Sarah and others, 1999. "A Qualitative Study of Clandestine Contraceptive Use in Urban Mali." *Studies in Family Planning* 30(3): 231–248.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 2015. "The 6118 Initiative. Evidence Summary, Prevent Unintended Pregnancy." Website: [cdc.gov/sixteenths/docs/6-18-evidence-summary-pregnancy.pdf](https://www.cdc.gov/sixteenths/docs/6-18-evidence-summary-pregnancy.pdf), accessed 1 December 2021.
- Chae, Sophia and others, 2017. "Characteristics of Women Obtaining Induced Abortions in Selected Low- and Middle-Income Countries." *PLOS ONE* 12(3): e0172976.
- Chant, Sylvia, 2013. "Cities Through a 'Gender Lens': A Golden 'Urban Age' for Women in the Global South?" *Environment and Urbanization* 25(1): 9–29.
- Chebet, Joy J. and others, 2015. "'Every Method Seems to have its Problems' – Perspectives on Side Effects of Hormonal Contraceptives in Morogoro Region, Tanzania." *BMC Womens Health* 15: 97.

- Chung, Hye Won and others, 2018. "Comprehensive Understanding of Risk and Protective Factors Related to Adolescent Pregnancy in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Journal of Adolescence* 69: 180 – 188.
- Clements, K. C., 2018. "Can Men Get Pregnant?" *Healthline*, 20 December 2018. Website: [healthline.com/health/transgender/can-men-get-pregnant](https://www.healthline.com/health/transgender/can-men-get-pregnant), accessed 18 November 2021.
- Coker, Ann L., 2007. "Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health? A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 8(2): 149 – 177.
- Cook, Rebecca J. and Bernard M. Dickens, 2014. "Reducing Stigma in Reproductive Health." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 125(1): 89 – 92.
- Costantino, Antonietta and others, 2007. "Current Status and Future Perspectives in Male Contraception." *Minerva Ginecologica* 59(3): 299 – 310.
- Darteh, Eugene Kofuor Maafo and others, 2019. "Women's Reproductive Health Decision-Making: A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Surveys in Sub-Saharan Africa." *PLOS ONE* 14(1): e0209985.
- Dehingia, Nabamallika and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Maternal Health Complications: Cross-Sectional Analysis of Data from Rural Uttar Pradesh, India." *BMC Pregnancy and Childbirth* 20(1): 188.
- Dietz, Patricia M. and others, 1999. "Unintended Pregnancy Among Adult Women Exposed to Abuse or Household Dysfunction During Their Childhood." *Journal of the American Medical Association* 282(14): 1359 – 1364.
- ECLAC (Economic Commission for Latin America and the Caribbean), 2020. Gender Equality Observatory for Latin America and the Caribbean. Website: oig.cepal.org/es/indicadores/matrimonio-infantil, accessed 1 March 2022.
- ENDES (Encuesta Demografica y de Salud Familiar), 2020. "ENDES Realizadas." Peru Instituto Nacional de Estadística e Informática. Website: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes>, accessed 17 November 2021.
- Everett, Bethany G. and others, 2019. "Do Sexual Minorities Receive Appropriate Sexual and Reproductive Health Care and Counseling?" *Journal of Women's Health (Larchmont)* 28(1): 53 – 62.
- Everett, Bethany G. and others, 2017. "Sexual Orientation Disparities in Mistimed and Unwanted Pregnancy Among Adult Women." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 49(3): 157 – 165.
- Faini, Diana and others, 2020. "I Did Not Plan to Have a Baby. This is the Outcome of Our Work": A Qualitative Study Exploring Unintended Pregnancy Among Female Sex Workers." *BMC Women's Health* 20: 267.
- Fanslow, Janet and others, 2008. "Pregnancy Outcomes and Intimate Partner Violence in New Zealand." *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 48(4): 391 – 397.
- Festin, Mario Philip R. and others, 2016. "Moving Towards the Goals of FP2020 – Classifying Contraceptives." *Contraception* 94(4): 289 – 294.
- Fine, Johanna and others, 2017. "The Role of International Human Rights Norms in the Liberalization of Abortion Laws Globally." *Health and Human Rights* 19(1): 69 – 80.
- Finer, Lawrence B., 2010. "Unintended Pregnancy Among U. S. Adolescents: Accounting for Sexual Activity." *Journal of Adolescent Health* 47(3): 312 – 314.
- Finer, Lawrence B. and Mia R. Zolna, 2016. "Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008 – 2011." *New England Journal of Medicine* 374(9): 843 – 852.
- Foster, Angel and others, 2017. "The 2018 Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: Revising the Global Standards." *Reproductive Health Matters* 25(51): 18 – 24.
- Foster, Diana Greene, 2020. *The Turnaway Study: Ten Years, a Thousand Women, and the Consequences of Having – or Being Denied – an Abortion*. New York: Scribner.
- Frederiksen, Line and others, 2018. "Risk of Adverse Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age." *Obstetrics & Gynecology* 131(3): 457 – 463.
- Friedman and others, 2019. *Interest Among U.S. Men for New Male Contraceptive Options Consumer Research Study*. Male Contraceptive Initiative.
- Frost, Jennifer J. and Jacqueline E. Darroch, 2008. "Factors Associated With Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use, United States, 2004." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(2): 94 – 104.
- FP2030, 2020. *Sierra Leone Commitments*. Website: fp2030.org/sierra-leone, accessed 31 January 2022.
- FP2030, 2020a. *Philippines Commitments*. Website: fp2030.org/philippines, accessed 31 January 2022.

- FSRH (The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists). 2021. "FSRH statement: Home use of abortion medicines is safe, more accessible and preferred by women, new national study shows." Website: <https://www.fsrh.org/news/fsrh-statement-new-study-telemedicine-abortion-2021/>, accessed November 2021.
- Gambir, Katherine and others, 2020. "Effectiveness, Safety and Acceptability of Medical Abortion at Home Versus in the Clinic: A Systematic Review and Meta-Analysis in Response to COVID-19." *BMJ Global Health* 5: e003934.
- Ganatra, Bela and others, 2017. "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *Lancet* 390(10110): 2372–2381.
- Garraza, Lucas Godoy and others, 2020. "Out-Of-Pocket Spending for Contraceptives in Latin America." *Sexual and Reproductive Health Matters* 28(2): 1833429.
- Gerdt, Caitlin and others, 2016. "Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy." *Women's Health Issues* 26(1): 55–59.
- Gipson, Jessica D. and others, 2008. "The Effects of Unintended Pregnancy on Infant, Child, and Parental Health: A Review of the Literature." *Studies in Family Planning* 39(1): 18–38.
- Gold, Rachel Benson and Kinsey Hasstedt, 2017. "Publicly Funded Family Planning Under Unprecedented Attack." *American Journal of Public Health* 107(12): 1895–1897.
- Gottschall, Jonathan A. and Tiffani A. Gottschall, 2003. "Are Per-Incident Rape-Pregnancy Rates Higher than Per-Incident Consensual Pregnancy Rates?" *Human Nature* 14: 1–20.
- Grace, Karen Trister and Jocelyn C. Anderson, 2018. "Reproductive Coercion: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 19(4): 371–390.
- Grimes, David and others, 2006. "Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic." *Lancet* 368(9550): 1908–1919.
- Haberland, Nicole and Deborah Rogow, 2015. "Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice." *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S15–S21.
- Haberland, Nicole and others, 2004. "Married adolescents: An overview," paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents. New York: Population Council.
- Habib, Muhammad Ali and others, 2017. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancies Amongst Women Attending Antenatal Clinics in Pakistan." *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(1): 156.
- Haddad, Lisa B. and others, 2021. "Addressing Contraceptive Needs Exacerbated by COVID-19: A Call for Increasing Choice and Access to Self-Managed Methods." *Contraception* 103: 377–379.
- Hall, Jennifer Anne and others, 2017. "London Measure of Unplanned Pregnancy: Guidance for its Use as an Outcome Measure." *Patient Related Outcome Measures* 8: 43–56.
- Hall, Jennifer Anne and others, 2016. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Mchinji District, Malawi: Using a Conceptual Hierarchy to Inform Analysis." *PLOS One* 11(10): e0165621.
- Hamberger, L. Kevin and others, 2015. "Screening and Intervention for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings: Creating Sustainable System-Level Programs." *Journal of Women's Health* 24(1): 86–91.
- Hannaford, Philip C. and others, 2010. "Mortality Among Contraceptive Pill Users: Cohort Evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study." *BMJ* 340: c927.
- Heaman, Maureen and others, 2013. "Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review." *Maternal and Child Health Journal* 17: 816–836.
- Heidari, Shirin and others, 2019. "Sexual and Reproductive Health and Rights in Humanitarian Crises at ICPD25+ and Beyond: Consolidating Gains to Ensure Access to Services for All." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 1676513.
- Heinemann, Klaas and others, 2005. "Attitudes Toward Male Fertility Control: Results of a Multinational Survey on Four Continents." *Human Reproduction* 20(2): 549–556.
- Hindin, Michelle J. and others, 2014. "Misperceptions, Misinformation and Myths About Modern Contraceptive Use in Ghana." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 40(1): 30–35.
- Hindin, Michelle J. and others, 2008. "Intimate Partner Violence Among Couples in 10 DHS Countries: Predictors and Health Outcomes." *DHS Analytical Studies* 18. Washington DC: USAID. Website: dhsprogram.com/pubs/pdf/AS18/AS18.pdf, accessed 10 February 2022.
- HIP (High Impact Practices in Family Planning), 2020. "Supply Chain Management: Investing in Contraceptive Security and Strengthening Health Systems." Washington, DC: HIPs Partnership. Website: fphighimpactpractices.org/briefs/supply-chain-management/, accessed 26 November 2021.

- HIP (High Impact Practices in Family Planning), 2020a. "Family Planning Vouchers: A Tool to Boost Contraceptive Method Access and Choice." Washington, DC: HIPs Partnership. Website: fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2019/06/family-planning-vouchers-en-june-2020.pdf, accessed 1 December 2021.
- Hodson, K. and others, 2016. "Lesbian and Bisexual Women's Likelihood of Becoming Pregnant: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BJOG* 124(3): 393–402.
- Horii, Hoko, 2021. "Child Marriage as a 'Solution' to Modern Youth in Bali." *Progress in Development Studies* 20(4): 282–295.
- Horner-Johnson, Willi and others, 2020. "Pregnancy Intendedness by Maternal Disability Status and Type in the United States." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 52(1): 31–38.
- Hromi-Fiedler, Amber and Rafael Perez-Escamilla, 2006. "Unintended Pregnancies Are Associated with Less Likelihood of Prolonged Breast-feeding: An Analysis of 18 Demographic and Health Surveys." *Public Health Nutrition* 9(3): 306–312.
- Huda, Fauzia Achter and others, 2013. *Understanding Unintended Pregnancy in Bangladesh: Country Profile Report*. STEP UP Research Report. Dhaka: icddr.b.
- Human Rights Watch, 2018. "Africa: Pregnant Girls, Young Mothers Barred from School." Website: hrw.org/news/2018/06/14/africa-pregnant-girls-young-mothers-barred-school, accessed 18 November 2021.
- Human Rights Watch, 2018a. "Leave No Girl Behind in Africa. Discrimination in Education against Pregnant Girls and Adolescent Mothers." Website: hrw.org/report/2018/06/14/leave-no-girl-behind-africa/discrimination-education-against-pregnant-girls-and#, accessed 1 December 2021.
- ICRC (International Committee of the Red Cross), 1977. "Protocol Additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949, and Relating to the Protection of Victims of International Armed Conflicts (Protocol I)." Website: refworld.org/docid/3ae6b37f40.html, accessed 26 November 2021.
- Ikamari, Lawrence and others, 2013. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy Among Women in Nairobi, Kenya." *BMC Pregnancy and Childbirth* 13: 69.
- Ilankoon, I. M. P. S. and others, 2021. "Menopause is a Natural Stage of Aging: A Qualitative Study." *BMC Women's Health* 21: 47.
- ILO (International Labour Organization), 2017. *World Social Protection Report 2017–19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals*. Website: ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf, accessed 1 December 2021.
- ILO (International Labour Organization), 2012. *Maternity Resource Protection Package: From Aspiration to Reality For All*. Website: mprp.itcilo.org/pages/en/introduction.html, accessed 1 December 2021.
- Im, Eun-Ok and others, 2010. "Black Women in Menopausal Transition." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 39(4): 435–443.
- IRC (International Rescue Committee), 2020. "IRC Data Shows an Increase in Reports of Gender-Based Violence Across Latin America." Website: reliefweb.int/report/el-salvador/irc-data-shows-increase-reports-gender-based-violence-across-latin-america, accessed 8 February 2022.
- Jackson, Ashley and Leonce Dossou, 2021. "The Appeal and Potential of On-Demand Contraceptive Options." Washington DC: PSI. Website: psi.org/2021/12/the-appeal-and-potential-of-on-demand-contraceptive-options, accessed 9 February 2022.
- Jacobstein, Roy, 2015. "The Kindest Cut: Global Need to Increase Vasectomy Availability." *Lancet Global Health* 3(12): e733–e734.
- Jain, Rakhi and Sumathi Muralidhar, 2011. "Contraceptive Methods: Needs, Options and Utilization." *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India* 61(6): 626–634.
- Jain, Aparna and others, 2021. "Not All Women Who Experience Side Effects Discontinue Their Contraceptive Method: Insights from a Longitudinal Study in India." *Studies in Family Planning* 52(2): 165–178.
- Johnson-Mallard, Versie and others, 2017. "Unintended Pregnancy: A Framework for Prevention and Options for Midlife Women in the US." *Women's Midlife Health* 3: 8.
- Kantorova, Vladmira and others, 2021. "Contraceptive Use and Needs Among Adolescent Women Aged 15–19: Regional and Global Estimates and Projections from 1990 to 2030 from a Bayesian Hierarchical Modelling Study." *PLOS ONE* 16(3): e0247479.
- Kaufman, Julia and Rachel Silverman, 2021. "Bridging the Gap Between Health Financing and Family Planning: How to Effectively Advocate for Contraception in UHC." Washington DC: Center for Global Development. Website: cgdev.org/blog/bridging-gap-between-health-financing-and-family-planning-how-effectively-advocate, accessed 1 December 2021.

- Keogh, Sarah C. and others, 2021. "Hormonal Contraceptive Use in Ghana: The Role of Method Attributes and Side Effects in Method Choice and Continuation." *Contraception* 104(3): 235–245.
- Khan, Md Nuruzzaman and others, 2019. "Effects of Unintended Pregnancy on Maternal Healthcare Services Utilization in Low- and Lower-Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-Analysis." *International Journal of Public Health* 64(5): 743–754.
- Kholsa, Rajat and others, 2016. "International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth." *Health and Human Rights* 18(2): 131–143.
- Kibira, Simon P. S. and others, 2020. "Covert Use of Contraception in Three Sub-Saharan African Countries: A Qualitative Exploration of Motivations and Challenges." *BMC Public Health* 20: 865.
- Kimport, Katrina and others, 2017. "Patient-Provider Conversations About Sterilization: A Qualitative Analysis." *Contraception* 95(3): 227–233.
- Kingsbury, Ann M. and others, 2015. "Trajectories and Predictors of Women's Depression Following the Birth of an Infant to 21 Years: A Longitudinal Study." *Maternal and Child Health Journal* 19: 877–888.
- Korenman, Sanders and others, 2002. "Consequences for Infants of Parental Disagreement in Pregnancy Intention." *Perspectives in Sexual and Reproductive Health* 34(4): 198–205.
- Kost, Kathryn and others, 1998. "Predicting Maternal Behaviors During Pregnancy: Does Intention Status Matter?" *Family Planning Perspectives* 23(1): 79–88.
- Kupoluyi, Joseph Ayodeji, 2020. "Intimate Partner Violence as a Factor in Contraceptive Discontinuation among Sexually Active Married Women in Nigeria." *BMC Womens Health* 20(1): 128.
- Le, Hoa H. and others, 2014. "The Burden of Unintended Pregnancies in Brazil: A Social and Public Health System Cost Analysis." *International Journal of Women's Health* 6: 663–670.
- Le Guen, Mireille and others, 2021. "Reasons for Rejecting Hormonal Contraception in Western Countries: A Systematic Review." *Social Science and Medicine* 284: 114247.
- Luchsinger, Gretchen, 2021. No Exceptions, No Exclusions: Realizing Sexual and Reproductive Health, Rights and Justice for All. High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. Website: nairobisummitcpd.org/publication/no-exceptions-no-exclusions, accessed 24 November 2021.
- Ludermir, Ana Bernarda and others, 2011. "Postnatal Depression in Women After Unsuccessful Attempted Abortion." *British Journal of Psychiatry* 198(3): 237–238.
- Lundgren, Rebecka and Avni Amin, 2015. "Addressing Intimate Partner Violence and Sexual Violence Among Adolescents: Emerging Evidence of Effectiveness." *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S42–S50.
- Macleod, Catriona Ida, 2016. "Public Reproductive Health and 'Unintended' Pregnancies: Introducing the Construct 'Supportability'." *Journal of Public Health* 38(3): e384–e391.
- Mansur, Yusuf and others, n.d. The Economic Underpinnings of Honor Crimes in Jordan. Information and Research Center, King Hussein Foundation. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/JOR/INT_CRC_NGO_JOR_15745_E.pdf, accessed 18 December 2021.
- Marston, Cicely and John Cleland, 2003. "Do Unintended Pregnancies Carried to Term Lead to Adverse Outcomes for Mother and Child? An Assessment in Five Developing Countries." *Population Studies* 57(1): 77–93.
- Maxwell, Lauren and others, 2018. "Intimate Partner Violence and Pregnancy Spacing: Results from a Meta-Analysis of Individual Participant Time-to-Event Data from 29 Low-and-Middle-Income Countries." *BMJ Global Health* 3: e000304.
- Maxwell, Lauren and others, 2015. "Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS ONE* 10(2): e0118234.
- Mbadu, Fidele Muanda and others, 2017. "Barriers to Modern Contraceptive Use in Rural Areas in DRC." *Culture, Health and Sexuality* 19(9): 1011–1023.
- McCarraher, Donna R. and others, 2006. "The Influence of Method-Related Partner Violence on Covert Pill Use and Pill Discontinuation Among Women Living in La Paz, El Alto and Santa Cruz, Bolivia." *Journal of Biosocial Science* 38(2): 169–186.
- Measure Evaluation, 2017. "The Importance of Gender in Family Planning and Reproductive Health Data." Website: measureevaluation.org/resources/publications/fs-17-205b/at_download/document, accessed 1 December 2021.
- Melian, Maria Mercedes, 2013. ["Reproductive Intentions and Factors Related to Unplanned Births, Paraguay, 1995–2008."] *Revista Panamericana de Salud Publica* 33(4): 244–251. [In Spanish]
- Miller, Elizabeth and Jay G. Silverman, 2010. "Reproductive Coercion and Partner Violence: Implications for Clinical Assessment of Unintended Pregnancy." *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 5: 511–515.

- Miller, Elizabeth and others, 2010. "Reproductive Coercion: Connecting the Dots Between Partner Violence and Unintended Pregnancy." *Contraception* 81(6): 457–459.
- Miller, Elizabeth and others, 2010a. "Pregnancy Coercion, Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy." *Contraception* 81(4): 316–322.
- Moges, Yohannes and others, 2020. "Factors Associated with the Unplanned Pregnancy at Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018." *Journal of Pregnancy* 2020: 2926097.
- Mohllajee, Anshu P. and others, 2007. "Pregnancy Intention and Its Relationship to Birth and Maternal Outcomes." *Obstetrics & Gynecology* 109(3): 678–686.
- Molitoris, Joseph and others, 2019. "When and Where Birth Spacing Matters for Child Survival: An International Comparison Using the DHS." *Demography* 56(4): 1349–1370.
- Moreau, Caroline and others, 2014. "Unplanned or Unwanted? A Randomized Study of National Estimates of Pregnancy Intentions." *Fertility and Sterility* 102(6): 1663–1670.
- Moreira, Laisa Rodrigues and others, 2019. "Reasons for Nonuse of Contraceptive Methods by Women with Demand for Contraception Not Satisfied: An Assessment of Low and Middle-Income Countries using Demographic and Health Surveys." *Reproductive Health* 16: 148.
- Moseson, Heidi and others, 2021. "Pregnancy Intentions and Outcomes Among Transgender, Nonbinary, and Gender-Expansive People Assigned Female or Intersex at Birth in the United States: Results From a National, Quantitative Survey." *International Journal of Transgender Health* 22(1–2): 30–41.
- Mukasa, Bakali and others, 2017. "Contraception Supply Chain Challenges: A Review of Evidence from Low- and Middle-Income Countries." *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 22(5): 384–390.
- Muller, Alex and others, 2018. "The No-Go Zone: A Qualitative Study of Access to Sexual and Reproductive Health Services for Sexual and Gender Minority Adolescents in Southern Africa." *Reproductive Health* 15: 12.
- Mwaisaka, Jefferson and others, 2020. "Exploring Contraception Myths and Misconceptions Among Young Men and Women in Kwale County, Kenya." *BMC Public Health* 20: 1694.
- Napyo, Agnes and others, 2020. "Prevalence and Predictors for Unintended Pregnancy Among HIV-Infected Pregnant Women in Lira, Northern Uganda: A Cross-Sectional Study." *Scientific Reports* 10: 16319.
- Neal, Sarah and others, 2020. "Trends in Adolescent First Births in Sub-Saharan Africa: A Tale of Increasing Inequity?" *International Journal for Equity in Health* 19: 151.
- November, Lucy and Jane Sandall, 2018. "Just Because She's Young, It Doesn't Mean She Has to Die: Exploring the Contributing Factors to High Maternal Mortality in Adolescents in Eastern Freetown: A Qualitative Study." *Reproductive Health* 15(1): 31.
- Nuevo-Chiquero, Ana, 2014. "The Labor Force Effects of Unplanned Childbearing." *Labour Economics* 29: 91–101.
- Nyarko, Samuel H., 2019. "Unintended Pregnancy among Pregnant Women in Ghana: Prevalence and Predictors." *Journal of Pregnancy* 2019: 2920491.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2018. "Your Health, Your Choice, Your Rights: International and Regional Obligations on Sexual and Reproductive Health and Rights." Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/OHCHRFactSheetYourHealth.pdf, accessed 1 December 2021.
- Oladeji, Olusola and others, 2021. "Sexual Violence-Related Pregnancy among Internally Displaced Women in an Internally Displaced Persons Camp in Northeast Nigeria." *Journal of Interpersonal Violence* 36(9–10): 4758–4770.
- Orr, Suezanne and others, 2000. "Unintended Pregnancy and Preterm Birth." *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 14(4): 309–313.
- Paterno, Mary T. and others, 2021. "Exploring Reproductive Coercion in Relationship Contexts Among Young Adult, Primarily African American Women at Three Women's Health Clinics." *Journal of Interpersonal Violence* 36(3–4): NP2248–2271NP.
- Paul, Mandira and others, 2019. "Contraception and Youth: Being Responsive to their Sexual and Reproductive Health Needs and Rights." Issue Paper. New York: UNFPA and Guttmacher Institute.
- Petroni, Suzanne and others, 2017. "New Findings on Child Marriage in Sub-Saharan Africa." *Annals of Global Health* 83(5–6): 781–790.
- Pierotti, Rachael S., 2013. "Increasing Rejection of Intimate Partner Violence: Evidence of Global Cultural Diffusion." *American Sociological Review* 78(2): 240–265.
- Pile, John M. and Mark A. Barone, 2009. "Demographics of vasectomy – USA and international." *Urologic Clinics of North America* 36(3): 295–305.

- Polis, Chelsea B. and others, 2018. "There Might be Blood: A Scoping Review on Women's Responses to Contraceptive-Induced Menstrual Bleeding Changes." *Reproductive Health* 15: 114.
- Population Council, 2015. "Conceptualizing and Measuring Unintended Pregnancy and Birth: Moving the Field Forward". STEP UP Meeting Report. Accra: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_ConceptualizingMeasuringUP.pdf, accessed 24 November 2021.
- Qiu, Xing and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Postpartum Depression: A Meta-Analysis of Cohort and Case-Control Studies." *Journal of Psychosomatic Research* 138: 110259.
- Qureshi, Zahida and others, 2021. "Understanding Abortion-Related Complications in Health Facilities: Results from WHO Multicountry Survey on Abortion (MCS-A) Across 11 Sub-Saharan African Countries." *BMJ Global Health* 6: e003702.
- Rahman, Mosfequr, 2015. "Is Unwanted Birth Associated with Child Malnutrition in Bangladesh?" *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(4): 80–88.
- Rahman, Mosfequr and others, 2019. "Maternal Pregnancy Intention and Its Association with Low Birthweight and Pregnancy Complications in Bangladesh: Findings from a Hospital-Based Study." *International Health* 11(6): 447–454.
- Raj, Anita and others, 2015. "Associations of Marital Violence with Different Forms of Contraception: Cross-Sectional Findings from South Asia." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 130(S3): E56–E61.
- Ralph, Lauren J. and others, 2020. "Comparing Prospective and Retrospective Reports of Pregnancy Intention in a Longitudinal Cohort of U.S. Women." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 52(1): 39–48.
- Raymond, Elizabeth G. and David A. Grimes, 2012. "The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States." *Obstetrics & Gynecology* 119(2 pt 1): 215–219.
- Riley, Taylor and others, 2020. "Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 46: 73–76.
- Romero, Mariana and others, 2021. "Abortion-Related Morbidity in Six Latin American and Caribbean Countries: Findings of the WHO/HRP Multi-Country Survey on Abortion (MCS-A)." *BMJ Global Health* 6: e005618.
- Rominski, Sarah D. and Rob Stephenson, 2019. "Toward a New Definition of Unmet Need for Contraception." *Studies in Family Planning* 50(2): 195–198.
- Rothman, Emily F. and others, 2011. "The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian or Bisexual in the United States: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 12(2): 55–66.
- Rothschild, Claire W. and others, 2021. "Incorporating Method Dissatisfaction into Unmet Need for Contraception: Implications for Measurement and Impact." *Studies in Family Planning* 52(1): 95–102.
- Rowlands, Sam and Susan Walker, 2019. "Reproductive Control by Others: Means, Perpetrators and Effects." *BMJ Sexual and Reproductive Health* 45: 61–67.
- Rutstein, Shea O., 2008. "Further Evidence of the Effects of Preceding Intervals on Neonatal, Infant, and Under-Five-Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *Demographic and Health Surveys Working Paper No. 41*. Calverton, Maryland: Macro International. Website: dhsprogram.com/pubs/pdf/WP41/WP41.pdf, accessed 25 November 2021.
- Ryan, Suzanne and others, 2008. "Older Sexual Partners during Adolescence: Links to Reproductive Health Outcomes in Young Adulthood." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(1): 17–26.
- Sarder, Alamgir and others, 2021. "Prevalence of Unintended Pregnancy and its Associated Factors: Evidence from Six South Asian Countries." *PLOS ONE* 16(2): e0245923.
- Say, Laie and others, 2014. "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis." *Lancet Global Health* 2(6): e323–e333.
- Sedgh, Gilda and others, 2016. *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries, accessed 17 November 2021.
- Sedgh, Gilda and others, 2016a. "Abortion Incidence Between 1990 and 2014: Global, Regional, and Subregional Levels and Trends." *Lancet* 388(10041): 258–267.
- Seifu, Canaan Negash and others, 2020. "Association of Husbands' Education Status with Unintended Pregnancy in their Wives in Southern Ethiopia: A Cross-Sectional Study." *PLOS ONE* 15(7): e0235675.

- Senderowicz, Leigh, 2020. "Contraceptive Autonomy: Conceptions and Measurement of a Novel Family Planning Indicator." *Studies in Family Planning* 51(2): 161 – 176.
- Shaka, Mohammad Fayesso and others, 2020. "Determinants of Undernutrition among Children under Five Years Old in Southern Ethiopia: Does Pregnancy Intention Matter? A Community-Based Unmatched Case-Control Study." *BMC Pediatrics* 20(1): 101.
- Shapiro-Mendoza, Carrie and others, 2005. "Parental Pregnancy Intention and Early Childhood Stunting: Findings from Bolivia." *International Journal of Epidemiology* 34(2): 387 – 396.
- Skovlund, Charlotte Wessel and others, 2016. "Hormonal Contraception With Depression." *JAMA Psychiatry* 73(11): 1154 – 1162.
- Shelton, James and Roy Jacobstein, 2016. "Vasectomy: A Long, Slow Haul to Successful Takeoff." *Global Health: Science and Practice* 4(4): 514 – 517.
- Silverman, Jay G. and Anita Raj, 2014. "Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control." *PLoS Medicine* 11(9): e1001723.
- Silverman, Jay and others, 2020. "Associations of Reproductive Coercion and Intimate Partner Violence with Overt and Covert Family Planning Use Among Married Adolescent Girls in Niger." *EClinicalMedicine* 22: 100359.
- Silverman, Jay G. and others, 2019. "Reproductive Coercion in Uttar Pradesh, India: Prevalence and Associations with Partner Violence and Reproductive Health." *SSM – Population Health* 9: 100484.
- Silverman, Jay G. and others, 2007. "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Still Births among a National Sample of Bangladeshi Women." *BJOG* 114(10): 1246 – 1252.
- Singh, Susheela and Isaac Maddow-Zimet, 2016. "Facility-Based Treatment for Medical Complications Resulting From Unsafe Pregnancy Termination in the Developing World, 2012: A Review of Evidence from 26 Countries." *BJOG* 123: 1489 – 1498.
- Skracic, Izidora and others, 2021. "Types of Lifetime Reproductive Coercion and Current Contraceptive Use." *Journal of Women's Health* 30(8): 1078 – 1085.
- Smith, Julia, 2020. "Improving Adolescent Access to Contraception in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence." *African Journal of Reproductive Health* 24(1): 152 – 164.
- Solo, Julie and Mario Festin, 2019. "Provider Bias in Family Planning Services: A Review of Its Meaning and Manifestations." *Global Health: Science and Practice* 7(3): 371 – 385.
- Sonfield, Adam and Kathryn Kost, 2015. Public Costs from Unintended Pregnancies and the Role of Public Insurance Programs in Paying for Pregnancy-Related Care: National and State Estimates for 2010. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/public-costs-unintended-pregnancies-and-role-public-insurance-programs-paying-pregnancy, accessed 18 November 2021.
- Sonfield, Adam and others, 2013. The Social and Economic Benefits of Women's Ability to Determine Whether and When to have Children. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/social-economic-benefits.pdf, accessed 1 December 2021.
- Stamatakis, Caroline E. and others, 2020. "Sexual Violence Prevalence and Related Pregnancy Among Girls and Young Women: A Multicountry Analysis." *Journal of Interpersonal Violence* July 2020. 37: 3 – 4.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission." *Lancet* 391: 2642 – 2692.
- Stats SL (Statistics Sierra Leone) and ICF, 2020. Sierra Leone Demographic and Health Survey 2019. Freetown, Sierra Leone, and Rockville, Maryland, USA: Stats SL and ICF.
- Steinberg, Julia R. and others, 2020. "Psychosocial Factors Associated with Postpartum Contraceptive Method Use after an Unintended Pregnancy." *Obstetrics & Gynecology* 135(4): 821 – 831.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019, accessed 28 November 2021.
- Suttie, David, 2019. Overview: Rural Poverty in Developing Countries: Issues, Policies and Challenges. International Fund for Agricultural Development (IFAD). Website: un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2019/03/Rural-poverty-EGM_IFAD-overview.pdf, accessed 16 November 2021.
- Svoboda, Elizabeth, 2020. "Better Birth Control." *Nature* 588: S166 – S167.
- Tarzia, Laura and Kelsey Hegarty, 2021. "A Conceptual Re-Evaluation of Reproductive Coercion: Centring Intent, Fear and Control." *Reproductive Health* 18(1): 87.
- Taylor, Diana and Evelyn Angel James, 2012. "Risks of Being Sexual in Midlife: What We Don't Know Can Hurt Us." *The Female Patient* 37: 17 – 20.

- Thiel de Bocanegra, Heike and others, 2010. "Birth Control Sabotage and Forced Sex: Experiences Reported by Women in Domestic Violence Shelters." *Violence Against Women* 16: 601–612.
- Thirumalai, Arthi and John K. Amory, 2021. "Emerging Approaches to Male Contraception." *Fertility and Sterility* 115(6): 1369–1376.
- Thomas, Adam, 2012. "Policy Solutions for Preventing Unplanned Pregnancy." Washington DC: Brookings Institution. Website: [brookings.edu/research/policy-solutions-for-preventing-unplanned-pregnancy/](https://www.brookings.edu/research/policy-solutions-for-preventing-unplanned-pregnancy/), accessed 1 December 2021.
- Tran, Nguyen Toan and others, 2021. "Strengthening Health Systems in Humanitarian Settings: Multi-Stakeholder Insights on Contraception and Postabortion Care Programs in the Democratic Republic of Congo and Somalia." *Frontiers in Global Women's Health* 62
- Tsui, Amy O. and others, 2010. "Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies." *Epidemiologic Reviews* 32(1): 152–174.
- United Nations, Statistics Division, 2022. Global SDG Indicators Database. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal, accessed 3 March 2022.
- United Nations, 2021. The Sustainable Development Goals Report 2021. Website: unstats.un.org/sdgs/report/2021/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2021.pdf, accessed 1 December 2021.
- United Nations, 2020. Conflict-Related Sexual Violence: Report of the United Nations Secretary-General. Website: undocs.org/en/S/2020/487, accessed 17 November 2021.
- UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2019. "General Comment No. 36: Article 6, Right to Life: Human Rights Committee." CCPR/C/GC/36. Website: [digitallibrary.un.org/record/3884724?ln=en](https://www.un.org/record/3884724?ln=en), accessed 26 November 2021.
- UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women), 2017. "General Recommendation No. 35 on Gender-Based Violence Against Women, Updating General Recommendation No. 19." Website: [digitallibrary.un.org/record/1305057?ln=en](https://www.un.org/record/1305057?ln=en), accessed 25 November 2021.
- UN CESC (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2016. "General Comment No. 22: (2016) on the Right to Sexual and Reproductive Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." Website: [digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en](https://www.un.org/record/832961?ln=en), accessed 25 November 2021.
- UN CESC (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." Website: [digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en](https://www.un.org/record/425041?ln=en), accessed 25 November 2021.
- UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2016. "General Comment No. 20 (2016) on the Implementation of the Rights of the Child during Adolescence." Website: [digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en](https://www.un.org/record/855544?ln=en), accessed 25 November 2021.
- UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2003. "General Comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child." Website: [digitallibrary.un.org/record/503074?ln=en](https://www.un.org/record/503074?ln=en), accessed 25 November 2021.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022. Forthcoming
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021. Website: <https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators> Accessed 3 March 2022.
- United Nations (Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021a. World Contraceptive Use 2020 (POP/DB/CP/Rev2020).
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2020. Estimates and Projections of Women of Reproductive Age Who Are Married or in a Union.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2020a. World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating Action to Ensure Universal Access to Family Planning. (ST/ESA/SER.A/450).
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2019. World Population Prospects 2019.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2015. "World Contraceptive Use 2015." Website: [un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2015.asp](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2015.asp), accessed 26 November 2021.

- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2013. Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo.
- United Nations Statistics Division, 2020. Global SDG Indicators Database.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2020. Human Development Report. Technical Notes. Website: hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020_technical_notes.pdf, accessed 15 November 2021.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2005. Investing in Development. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals.
- UN ECOSOC (United Nations Economic and Social Council), 1990. “General Comment No. 3: The Nature of States Parties’ Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant).” Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCESCR%2fGEC%2f4758&Lang=en, accessed 1 December 2021.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2018. International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach. Website: unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf, accessed 16 November 2021.
- UN ESCWA (United Nations Economic and Social Commission for Western Asia), 2004. “Arab Regional Ten-Year Review and Appraisal of Implementation of the Beijing Platform for Action.” Website: un.org/womenwatch/daw/Review/english/documents/ESCWASummaryNationalResponses-English.pdf, accessed 16 December 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. Motherhood in Childhood: The Untold Story.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. “My Body is My Own. Claiming The Right to Autonomy and Self-Determination.” State of World Population 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. Annual report. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020a. Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6. Website: unfpa.org/sdg-5-6, accessed 24 November 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020b. “Against My Will. Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality.” State of World Population 2020.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020c. Impact of COVID-19 on Access to Contraceptives in the LAC Region. Website: lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/technical_report_impact_of_covid_19_in_the_access_to_contraceptives_in_lac_1_2.pdf, accessed 1 December 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund) 2020d. Technical Note on Gender-Transformative Approaches: A Summary for Practitioners. Website: unfpa.org/resources/technical-note-gender-transformative-approaches-summary-practitioners, accessed 10 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. Sexual and Reproductive Health and Rights An Essential Element of Universal Health Coverage.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. Women and Young Persons with Disabilities. Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights for Women and Young Persons with Disabilities. Website: unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities, accessed 7 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. “Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994.” Website: unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf, accessed 26 November 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. Adolescents and Youth Dashboard – Sierra Leone. Website: unfpa.org/data/adolescent-youth/SL, accessed 9 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. World Population Dashboard – Sierra Leone. Website: unfpa.org/data/world-population/SL, accessed 9 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund) El Salvador, 2021. Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes – Mapa El Salvador 2020. Website: <https://elsalvador.unfpa.org/es/publications/llegar-cero-embarazos-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-%E2%80%93-mapa-el-salvador-2020>, accessed 1 March, 2022.
- United Nations Population Fund, global databases, 2022. Based on official responses to the United Nations 13th and 12th Inquiry among Governments on Population and Development.
- UNFPA (United Nations Population Fund) Sierra Leone, n.d. “Gender-Based Violence.” Website: sierraleone.unfpa.org/en/topics/gender-based-violence-11, accessed 9 February 2022.

- UN General Assembly, 2007. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. A/RES/61/106. Website: un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html, accessed 17 November 2021.
- UN General Assembly, 1998. "Rome Statute of the International Criminal Court." Website: icc-cpi.int/resource-library/documents/rs-eng.pdf, accessed 1 December 2021.
- UN General Assembly, 1989. Convention on the Rights of the Child. A/RES/44/25. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx, accessed 17 November 2021.
- UN General Assembly, 1979. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. A/RES/34/180. Website: ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf, accessed 15 November 2021.
- UN General Assembly, 1966. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx, accessed 17 November 2021.
- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2012. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences, Rashida Manjoo." A/HRC/20/16. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/A.HRC.20.16_En.pdf, accessed 18 December 2021.
- UN Women, 2021. Beyond COVID-19: A Feminist Plan for Sustainability and Social Justice. Website: unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2021/Feminist-plan-for-sustainability-and-social-justice-en.pdf, accessed 1 December 2021.
- UN Women, 2012. Facts & Figures: Rural Women and the Millennium Development Goals. Website: <https://www.un.org/womenwatch/feature/ruralwomen/facts-figures.html>, accessed 1 December 2021.
- Utomo, Budi and others, 2021. "The Impact of Family Planning on Maternal Mortality in Indonesia: What Future Contribution can be Expected?" *Population Health Metrics* 19: 2.
- Vanden Broek, Jana and others, 2016. "Antenatal Care Use in Urban Areas in Two European Countries: Predisposing, Enabling and Pregnancy-Related Determinants in Belgium and The Netherlands." *BMC Health Services Research* 16: 337.
- Vlassoff and others, 2018. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton, Institute of Development Studies (IDS Research Reports 59).
- Vu, Alexander and others, 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS Currents Disasters*. Edition 1, doi: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
- Wellings, Kaye and others, 2013. "The Prevalence of Unplanned Pregnancy and Associated Factors in Britain: Findings from the Third National Survey Of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3)." *Lancet* 382(9907): 1807–1816.
- Westhoff, Charles F., 2010. *Desired Number of Children: 2000–2008*. DHS Comparative Reports No. 25. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- White, Kari and others, 2015. "Contraception after Delivery and Short Interpregnancy Intervals Among Women in the United States." *Obstetrics & Gynecology* 125: 1471–1477.
- White Ribbon Alliance, 2019. *What Women Want: Demands for Quality Reproductive and Maternal Healthcare from Women and Girls*. Website: whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2019/06/What-Women-Want_Global-Results.pdf, accessed 24 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2021. WHO Guideline on Self-Care Interventions for Health and Well-Being. Website: who.int/publications/i/item/9789240030909, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2021a. "Infant and Young Child Feeding: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020. "Preventing Unsafe Abortion: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion, accessed 15 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020a. "Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: Interim Report, 27 August 2020." Website: who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1, accessed 24 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020b. "Adolescent Pregnancy: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020c. "Family Planning/Contraception Methods: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception, accessed 15 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019. "Global Health Estimates: Life Expectancy and Leading Causes of Death and Disability." Website: who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates, accessed 27 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019a. *Breaking Barriers. Towards More Gender-Responsive and Equitable Health Systems*. Website: who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/gender_gmr_2019.pdf, accessed 1 December 2021.

- WHO (World Health Organization), 2019b. "High Rates of Unintended Pregnancies Linked to Gaps in Family Planning Services: New WHO Study." Geneva: WHO. Website: who.int/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study, accessed 1 December 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019c. RESPECT Women: Preventing Violence Against Women. WHO/RHR/18.19. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf?ua=1
- WHO (World Health Organization), 2018. Family Planning. A Global Handbook for Providers. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf, accessed 26 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2017. Unpublished report.
- WHO (World Health Organization), 2016. "WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience." Geneva: WHO. Website: who.int/publications/i/item/9789241549912, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2015. "Safe Abortion: Technical & Policy Guidance for Health Systems." Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173586/WHO_RHR_15.04_eng.pdf, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2014. "Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services: Guidance and Recommendations." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2007. Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva, Switzerland, 13–15 June 2005. WHO/RHR/07.1. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/?sequence=1, accessed 25 November 2021.
- WHO (World Health Organization) and others, 2019. "Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017." Geneva: WHO. Website: data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT, accessed 15 November 2021.
- Wilcox, Allen J. and others, 2001. "Likelihood of Conception with a Single Act of Intercourse: Providing Benchmark Rates for Assessment of Post-Coital Contraceptives." *Contraception* 63(4): 211–215.
- Women's Refugee Commission and others, 2012. Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-Depth Look at Family Planning Services. New York: Women's Refugee Commission. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/AAASRH_good_practice_documentation_English_FINAL.pdf
- Wondemagegn, Amsalu Taye and others, 2018. "The Effect of Antenatal Care Follow-Up on Neonatal Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Public Health Reviews* 39: 33.
- World Bank, 2021. Gender Indicator Report: Women Who Believe a Husband Is Justified in Beating His Wife When She Refuses Sex With Him. Databank: Gender Statistics. Website: data.worldbank.org/indicator/SG.VAW.ARGU.ZS, accessed 20 October 2021.
- World Bank, 2021a. Women, Business and the Law, 2021. Washington, DC: World Bank. Website: wbl.worldbank.org/content/dam/sites/wbl/documents/2021/02/WBL2021_ENG_v2.pdf, accessed 1 December 2021.
- Xu, Fujie and others, 2010. "Women Who Have Sex With Women in the United States: Prevalence, Sexual Behavior and Prevalence of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection – Results From National Health and Nutrition Examination Survey 2001–2006." *Sexually Transmitted Diseases* 37(7): 407–413.
- Yazdkhasti, Mansureh and others, 2015. "Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article." *Iranian Journal of Public Health* 44(1): 12–21.
- Zhou, Jacy and others, 2020. "Systematic Review of Early Abortion Services in Low- and Middle-Income Country Primary Care: Potential for Reverse Innovation and Application in the UK Context." *Globalization and Health* 16: 91.
- Zuniga, Carmela and others, 2020. "The Impacts of Contraceptive Stock-Outs on Users, Providers, and Facilities: A Systematic Literature Review." *Global Public Health* 2020 doi: 10.1080/17441692.2020.1850829, online ahead of print.

오리지널 아트웍에는 여러 포토그래퍼의 이미지가 사용되었습니다.
구성 및 아트웍에 포함된 이미지의 출처는 다음과 같습니다.

AllGo on Unsplash: 36쪽

Christina @ wocintechchat.com on Unsplash: 37쪽

Eye for Ebony on Unsplash: 36쪽

Faisal Hijjaz from Pexels: 66쪽

HoneyYanibel Minaya Cruz on Unsplash: 11쪽

Ian Kiragu on Unsplash: 36쪽

Irene Strong on Unsplash: 40, 90-91쪽

JESHOOTS on Unsplash: 36, 37쪽

Jessica Felicio on Unsplash: 18-19, 14, 15쪽

Joanna Nix-Walkup on Unsplash: 36쪽

Joshua Hanson on Unsplash: 36쪽

Juan Encalada on Unsplash: 40, 90-91쪽

Kimson Doan on Unsplash: 36, 37쪽

Manuel Lino: 8-9, 18-19, 36-37, 40, 57, 66-67, 90-91, 97, 106-107, 118쪽, 표지

Mateus Campos Felipe on Unsplash: 36쪽

Mathilda Khoo on Unsplash: 37쪽

Mustafa Omar on Unsplash: 8-9, 19, 114, 115쪽

Olha Ivanova on Unsplash: 90-91, 97쪽, 표지

Panitan Punpuang on Unsplash: 9, 36쪽

Parij Borgohain on Unsplash: 37쪽

Rachel Mcdermott on Unsplash: 36, 117쪽

Taylor Hernandez on Unsplash: 36쪽

© UNFPA/Roger Anis: 8, 37쪽

© UNFPA/Sima Diab: 95쪽

Vitor Camilo on Unsplash: 36쪽

Vgajic on iStock: 106쪽

the \mathbb{R}^n -valued function \mathbf{f} is a solution of the system (1) if and only if \mathbf{f} is a solution of the system (2).

Let us assume that the matrix \mathbf{A} is invertible. Then the system (2) can be written in the form

$$\mathbf{f}' = \mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})\mathbf{f} + \mathbf{A}^{-1}\mathbf{B}\mathbf{g}. \quad (3)$$

Let us assume that the matrix $\mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})$ is invertible. Then the system (3) can be written in the form

$$\mathbf{f}' = \mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})\mathbf{f} + \mathbf{A}^{-1}\mathbf{B}\mathbf{g}. \quad (4)$$

Let us assume that the matrix $\mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})$ is invertible. Then the system (4) can be written in the form

$$\mathbf{f}' = \mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})\mathbf{f} + \mathbf{A}^{-1}\mathbf{B}\mathbf{g}. \quad (5)$$

Let us assume that the matrix $\mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})$ is invertible. Then the system (5) can be written in the form

$$\mathbf{f}' = \mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})\mathbf{f} + \mathbf{A}^{-1}\mathbf{B}\mathbf{g}. \quad (6)$$

Let us assume that the matrix $\mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})$ is invertible. Then the system (6) can be written in the form

$$\mathbf{f}' = \mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})\mathbf{f} + \mathbf{A}^{-1}\mathbf{B}\mathbf{g}. \quad (7)$$

Let us assume that the matrix $\mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})$ is invertible. Then the system (7) can be written in the form

$$\mathbf{f}' = \mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})\mathbf{f} + \mathbf{A}^{-1}\mathbf{B}\mathbf{g}. \quad (8)$$

Let us assume that the matrix $\mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})$ is invertible. Then the system (8) can be written in the form

$$\mathbf{f}' = \mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})\mathbf{f} + \mathbf{A}^{-1}\mathbf{B}\mathbf{g}. \quad (9)$$

Let us assume that the matrix $\mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})$ is invertible. Then the system (9) can be written in the form

$$\mathbf{f}' = \mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})\mathbf{f} + \mathbf{A}^{-1}\mathbf{B}\mathbf{g}. \quad (10)$$

Let us assume that the matrix $\mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})$ is invertible. Then the system (10) can be written in the form

$$\mathbf{f}' = \mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})\mathbf{f} + \mathbf{A}^{-1}\mathbf{B}\mathbf{g}. \quad (11)$$

Let us assume that the matrix $\mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})$ is invertible. Then the system (11) can be written in the form


$$\mathbf{f}' = \mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})\mathbf{f} + \mathbf{A}^{-1}\mathbf{B}\mathbf{g}. \quad (12)$$

Let us assume that the matrix $\mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})$ is invertible. Then the system (12) can be written in the form

$$\mathbf{f}' = \mathbf{A}^{-1}(\mathbf{B} - \mathbf{A}\mathbf{C})\mathbf{f} + \mathbf{A}^{-1}\mathbf{B}\mathbf{g}. \quad (13)$$



모두를 위한 권리와 선택의 보장

United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212-297-5000
www.unfpa.org
 @UNFPA

ISSN 1020-5195
ISBN 9789211295115



Sales No. E.22.III.H.1
E/500/2022

 Printed on recycled paper