

주요개념 : 유산

여성의 유산경험에 대한 현상학적 연구*

이 경 혜** · 고 명 숙***

I. 서 론

A. 연구의 필요성

여성의 일생에서 임신, 분만, 그리고 어머니됨은 그들의 성장발달 과정 중 가장 중요한 사건 중의 하나이며, 이러한 과정을 통해서 여성으로서의 자존감과 정체감을 갖게 된다. 또한 여성을 가장 여성답게 하는 것으로서, 이러한 사건에 대해 여성은 각자의 상황과 경험에 따라 개별적이고 독특한 의미를 갖는다(Abrams, 1986; Dickson, 1990; Engai, 1987). 이러한 사건 중 유산은 어떠한 이유로든 임신에 성공하지 못한 것으로서 여성의 자존감과 정체감이 손상되는 치명적이고 불유쾌한 경험으로 기억되고 있다(Cornish, 1976).

그러나 실제로 유산은 빈번하게 일어나고 있으며, 자연유산의 경우 전 임신의 15-20%라고 하고 있으나(Hutti, 1989; Rosenfeld, 1991; Stirtzinger & Robinson, 1989), 실제로는 이것보다 훨씬 많은 것으로 짐작되며 통계적인 수치를 내기가 어렵다. 또한 유산을 사산, 신생아 사망과 같이 자녀를 상실한 것으로 지각하는 여성과 가족에게는 슬픔을 경험하게 하는 위기일 수도 있다. 이와같이 유산이 여성에게는 힘든 경험임에도 불구하고, 이에 대해 가족, 의료인, 사회인들의 적절한 도움을 받지 못한채, 여성들만이 이에 대한 고통을 감당

하고 있다(Gerald & Merenstein; 1986, Hutti; 1989).

한편 인공유산은 오랜 옛날부터 인간이 원하지 않은 임신을 인공적으로 중절 시키고자 하는 욕구가 있어온 이래 오늘날까지 점차 그 빈도가 높아지고 있다(한국가톨릭 의사협회, 1984; Potts, 1985). 특히 1950년대 이후 세계적으로 인공 임신중절의 빈도가 높아졌으며 그 윤리성에 대해서도 사회적으로 격렬하게 논쟁하기 시작했다(고명숙 외, 1992; 한국가톨릭 의사 협회, 1984; 한성숙, 1992; Kalman & Waughfield, 1987). 그러나 현재에는 모성보호법과 함께 임신중절이 합법화 되어 세계적으로 3건의 임신중 1건이 가족계획을 목적으로 인공유산을 한다(Cornish, 1976). 우리나라의 경우에도 인공유산이 가족계획의 일환으로 받아들여져 원하지 않는 임신일 경우 쉽게, 반복적으로 시행되고 있다(홍성봉, 1988).

한편 의료절차에 따라 임신중절술에 참여하게 되는 간호사는 이러한 상황에 대하여 자신의 가치관을 정립하지 못한채, 중절을 받는 여성의 입장이나 인식, 경험에 대하여 특별한 관심없이, 단지 정규적으로 행하는 신체적 간호를 하고 있을 뿐이다. 뿐만 아니라 우리나라의 경우에는 이에 대한 연구도 부족한 실정으로, 지금까지의 연구를 살펴보면 모두 인공유산에 관한 것으로 인공유산의 실태와 지식, 태도, 유산후 합병증에만 국한되어

* 이 논문은 한국 생활과학 연구원의 지원에 의하여 연구되었음.

** 이화여자대학교 간호대학 교수

*** 기독교병원 간호전문대학 교수

있을 뿐 유산을 하는 여성이 어떤 생각을 하고, 무엇을 느끼며, 또 유산 경험을 어떻게 인식하고 의미를 부여하는지 등과 같은 그들의 경험에 초점을 둔 연구는 없었다(고명숙 외, 1992).

간호사는 유산을 경험하는 여성을 그녀의 입장에서 이해하고, 도움을 청할때 그녀의 슬픔과 고통을 함께 나눌 수 있는 가장 중요한 역할을 하며, 그녀의 감정을 표현하게 하고 잘 들어 주는 역할을 할 수 있다(Bowers, 1985). 그러므로 유산을 경험하는 여성의 개별적이고 독특한 경험을 여성의 입장에서 이해한다는 것은 여성 건강을 담당하는 간호사로서 중요하고 의의있는 일이며, 그들의 개별적인 경험에서 의미를 찾아내고 기본구조를 밝히는 것은 유산을 경험하는 여성을 간호하는데 필요한 이론적 기저를 구축하는 일이 된다.

본 연구자가 유산을 경험하는 여성에 관심을 갖게 된 것은 교육 및 임상실습을 통해 가입기의 여성을 만나면서 유산의 과거력이 있는 여성이 상상외로 많은데 비해 유산에 대한 관심이나 간호는 거의 이루어지지 않고 있으며 분만과는 달리 유산후의 간호나 건강관리는 의료인, 가족, 심지어는 여성자신조차도 무시하고 있다는 사실을 알게 되면서 부터였다. 분만이 성공적이고 행복한 경험, 가족적 사건인데 비해 유산은 불유쾌하고 실패한 경험으로 누구의 적절한 도움이나 관심없이 거의 혼자 감당해야 하는 여성만의 사건으로 간주되고 있었다. 특히 원하지 않는 임신으로 인공유산을 해야하는 경우는 임신으로 인해 심한 스트레스와 긴장감을 느끼다가 중절수술후에는 문제가 해결되었다는 안도감을 느끼면서도 내적으로는 자신을 질타하는 양가감정을 가지는 경우가 많았다.

이러한 현상을 지켜보면서 “유산을 경험하는 여성은 그 경험을 어떻게 받아들이며 어떤 의미를 가지는가?”라는 질문을 하게 되었다. 이러한 질문에 답하기 위해서는 질적인 연구를 통해 유산을 경험한 여성의 내면세계를 파악하는 것이 중요하다. 또한 면담과정을 통하여 유산을 경험한 여성에게 자신의 감정을 자유롭게 표현할 수 있는 기회를 제공하는 것이 된다.

B. 연구의 목적

본 연구의 목적은 여성이 유산경험의 현상에 대해 어떤 의미를 가지는지 파악하여 유산을 경험한 여성을 보다 명확히 이해하고 유산 경험의 구조를 확인하기 위함이다.

C. 연구 문제

여성은 유산경험에 대해 어떤 의미를 가지는가?

II. 이론적 배경

A. 연구를 위한 철학적 배경

본 연구를 위한 철학적 배경으로는 현상자체에서 현상을 인식할 수 있는 가능성을 엄밀하게 추구하는 방법에 대한 철학인 현상학을 선택하였다. 왜냐하면 현상학적 연구는 참여자의 서술을 분석하여 인간적으로 경험한 현상의 의미를 밝혀내고 이를 통하여 참여자가 실제로 경험한 살아있는 경험(lived experience)을 서술하고 이해하는 것이 목적이기 때문이다. 현상학에서 말하는 경험이란 일반적인 뜻이 아니라 의식과 그 대상(본논문의 경우는 여성의 유산경험)과의 가장 근원적이고 원초적인 관계를 가르킨다. 즉, 선입관이나 편견이 없는 경험을 의미한다(박이문, 1990 ; 오인탁, 1990).

또한 현상학은 인간의 살아있는 경험에 관하여 연구하는 방법을 제공하려고 시도하고, 그 경험에 참여하는 참여자 자신이 갖는 의미를 서술하고 있으므로 과학으로서의 간호와 간호의 철학적 배경인 인본주의 간에 공유해야 하는 상호의존성과 상호관련성을 갖게 한다(Lynch-Sauer, 1985). 따라서 현상학은 간호전문직에서 사용할 수 있는 유용한 질적 연구방법 중의 하나이다. Leininger(1985)는 현상학적 방법이 주어진 현상에 대해 총체적인 전망을 제공해 줄 수 있다고 했으며, Anderson(1991)은 현상학적 방법을 사용하면 인간의 살아있는 경험을 서술할 수 있다고 하였다.

대표적인 현상학자인 Husserl을 중심으로 의미있는 현상학의 개념들을 간추려 보면 다음과 같다(오인탁, 1990).

첫째, 현상의 개념은 우리가 일상적으로 체험한 세계를 의미한다. 현상은 존재의 세계이며 생활세계이다. 그러므로 현상학에서는 현상을 모든 과학들의 가장 원초적인 근거라고 생각 한다.

둘째, 지향성(intentionalitat)의 개념은 우리가 경험하고 체험하는 세계는 우리의 관심, 애정, 가치같은 의식에 의해 붙잡혀진 세계를 의미 한다. 즉 우리의 체험을 경험한 것에 대한 우리의 의식으로 보는 것이다. 그러므로 관심이 만들어주는 일정한 지향성에 의해 생활세계를 구성하며, 이러한 구성이 일정한 법칙에 의해 이

루어지고, 이 구성의 법칙이 나의 존재 영역을 드러낸다고 보는 것이다.

세계, 판단중지(epoche)의 개념으로 이 개념은 그리이스어 epoche(착점)에서 온 말로 스토아 철학의 기본 개념이다. 이 개념은 역사의 경과에서 어떤 하나의 대상에 대한 모든 견해들을 대상의 본질에 대한 인식에 이르기 위하여 “그 자체에 근거하도록 놓아둠”을 의미한다. 인간은 생활 세계 안에 존재하고 있으면서도 언제나 다시금 생활 세계를 초월할 수 있으며 초월함으로써 인식한다. 생활 세계 자체의 인식에 이르려면, 그 안에 적어있으면서 자연스러운 생활 세계를 이루고 있는 우리의 관심들과 노력들 그리고 태도들을 작용하지 못하도록 해야 한다. 이러한 조치가 판단중지이다. 즉, 판단중지는 객관적 인식을 가능케 하는 조건의 형성이요, 인간이 세계 인식의 주체임을 확인하는 행위이다. 넓은 의미에서 판단중지(epoche), 괄호안에 집어 넣기(bracketing), 현상학적 환원은 같은 의미이다.

네째, 현상학적 환원의 개념으로 이는 인식하는 자가 인식하는 자기 자신과 자신의 인식형성의 최종적 근거를 반성하는 선험적 태도이다. Husserl은 편견에 사로잡힌 소박한 인식으로서 자연적, 인격주의적, 그리고 자연과학주의적 태도를 지적하고, 이를 묶어서 “자연적 태도의 일반 정립”이라고 칭하면서, 현상을 엄밀하게 인식하여, “인식 비판적으로 근거지어진 명중중심적인 지식”을 획득하려면 자연 중심적이거나 인격 중심적인 그리고 도구적, 통계분석적, 계량적인 인식의 태도를 극복하고 선험적인 인식의 태도로 돌아가야 한다고 주장한다. 이를 가능하게 하는 방법이 현상학적 환원이다.

간호계에서는 1970년대에 들어와 현상학적 접근에 관심을 갖기 시작했으며, 1980년대에 들어와 간호연구에 현상학적 접근이 많이 사용되고 있다(Anderson, 1991; Ray, 1985). 한국에서는 정승은(1990), 김애정(1991), 이경혜의(1992) 등이 있다.

B. 유산경험에 대한 문헌고찰

유산은 임신 20주 이내에 체중 500gm 이하의 태어나 배아가 자궁강내에서 사망하는 것을 말한다(Hutti, 1989). 유산에는 태아 혹은 모체측의 소인에 의해 임부의 의도와 관계없이 임신이 중절되는 자연유산과 치료적 인 목적이나 여성이 원하지 않는 임신을 한 경우 인공적으로 임신을 중절하는 인공유산이 있다. 어떤 경우이던 임신은 성공하지 못했으며 유산한 여성은 신체적 정

서적 손상감과 죄책감, 양가감정을 가진다.

자연유산은 예기치 못하고 자신의 의사와는 전혀 상관없이 겪는 경험이므로 많은 문헌에서 자연유산을 한 여성은 ‘상실감을 느끼고 슬픔반응’이 나타난다고 주장하고 있으며, 인공유산은 이유가 무엇이던지간에 의도적으로 선택하여 중절수술을 받은 경우이므로 여러가지 견해에 따라 다양한 연구 결과가 제시되고 있음을 볼 수 있다(Kenny, 1986; Potts, 1985). 즉 유산은 여성에게 부정적인 경험으로서 유산을 경험하는 여성은 불안과 공포, 복합된 감정을 가지며 죽음, 신체적, 정서적 손상, 불명예, 형벌, 미래에 기형아 출산 등 위협적인 반응을 나타낸다는 견해와, 임신으로 인한 신체적 정서적 긴장이 해소되고 원하지 않는 임신일 경우 문제가 해결되어 긴장이 완화되는 느낌을 가진다는 견해이다.

한편 유산은 여성이 경험하는 독특한 현상으로 여성의 입장에 초점을 맞추어 그들의 느낌, 반응, 의미에 관심을 갖는 연구들이 있다. 그러나 어느 경우든 그러한 느낌의 저변에는 자아통제(self control), 모성(motherhood), 여성성(femininity)에 대한 갈등이 있다(Lanahan, 1976). 이러한 갈등은 일시적으로 자존감의 변화를 가져와 불안 정도를 높이고 성공 혹은 불성공적 대처행동을 나타내게 된다.

문헌고찰 결과 여성의 유산 경험을 크게 세가지 측면으로 주장하는 연구들이 있었다. 즉, 부정적인 경험이라고 주장하는 견해, 부정적인 경험만은 아니라고 주장하는 견해, 여성의 입장에 초점을 맞추어 이해 해야 한다는 견해 등이다.

1. 부정적인 경험이라고 주장하는 견해

유산에 대한 여성의 부정적인 경험은 자연유산을 대상으로 한 연구에서 주로 많이 나타났는데 이들은 유산을 사산, 주산기 사망 등과 함께 기대했던 아기를 잃은 데 대한 상실감과 슬픔이 주된 감정이며 그들에게서 나타나는 위협적인 반응을 보고 하고 있다.

Swanson-Kauffman(1986)은 Lindeman의 말을 빌려 슬픔의 증상으로 신체적 장애, 죽을 것 같은 생각, 죄책감, 적의적 반응, 일탈된 행동 등이라고 하였다. Stack(1980)은 「자연유산과 슬픔」이란 논설에서 자연유산후 슬픔이 해결되지 않아 치료가 필요한 경우를 12가지(Stack, 1980)와 5가지(Stack, 1984)로 제시하고 있으며 병리적인 슬픔 반응이 나타나도록 하는 요인을 11가지로 지적했다. Hall(1987)도 자연유산후 나타나

는 슬픔에 영향을 주는 요인과 슬픔반응이 병리적이라고 판단할 수 있는 기준, 병리적 슬픔이 나타나도록 하는 요인 등을 제시했고, Klaus & Kennell(1982)은 자연유산 포함하여 주산기 사망을 경험한 어머니의 1/3이 고통을 받고 있으며 이로 인해 슬픔반응이 나타난다고 하였다.

Leppert & Pahlka(1984)는 자연유산후 나타나는 슬픔의 특성을 조사하기 위하여 15개월 이내에 자연유산을 경험한 22명의 여성을 대상으로 연구를 했는데, 이들 모두 심한 정서적 반응을 보였으며 이를 7단계로 설명하면서 이들 여성이 겪는 가장 어려운 단계는 죄의식 단계였으며, 가족이나 사회적 인식의 부족으로 혼자 슬픔과 고통을 극복해야 한다는 점이 가장 어려운 점이라고 했다.

Reed(1984)도 임신상실로 인해 부부는 지속적으로 슬픔을 느끼며, 표현하고자 하는 욕구가 있으나 그런 표현을 하도록 지지해 주는 경우는 거의 없었는데, 그 이유는 '사회에서는' 자연유산, 사산, 자궁의 임신 등으로 인한 상실은 애도할만한 상실이 아니라고 하는 경향이 있기 때문이라고 했으며, 연령, 다음 임신과의 간격, 정서적 지지의 양 등이 슬픔 반응에 영향을 미치는 요인이라고 하였다.

Broast와 Kenny(1992)는 Reppers와 Knapp의 말을 빌려 아기를 잃고난 후의 슬픔은 임신기간과 관련이 없으며 신생아 사망보다 유산시 더 큰 슬픔을 나타낸다고 하였다. Wall-Hass(1985)도 자연유산을 한 9명을 대상으로 21개의 항목으로 구성된 질문지를 사용하여 자료를 수집한 결과 실제 아기를 상실한 것과 거의 동일한 슬픔반응을 보이고 있다고 하였는데 이러한 슬픔을 인정해 주지 않으면 상실감은 연장되고 해결 되지 않아 병리적 슬픔반응을 나타낸다고 하였다.

대부분 자연유산은 75-85%가 임신초기에 일어나는데 이 시기는 태아를 임부자신과 분리해서 생각지 않기 때문에 슬픔반응이 더 크며 자기자신의 한부분이 떨어져 나가는 아픔을 경험한다고 한다(Gardner & Merenstein, 1986).

이때 가장 중요한 것은 간호사의 증재로서 판단을 서로 나누고 비슷한 경험을 한 사람과 같이 얘기하며 상실의 의미와 슬픔의 과정(grief process)이 정상이라는 것을 알려 주는 것이다(Bowers, 1985). Hutti(1989)는 상실에 대한 타당한 간호증재로서 슬픔을 인정하고 대상자가 슬픔을 표현 할 수 있도록 허락하는 것이라고 하였으며 상실을 받아들이는 방법으로는 죽은 아이에 대하여 이야기를 해주고 직접 먼저 보고 부모가 애착 종결

과정을 가지도록 도와주며 필요하면 종교적 의식을 갖게 하는것이라고 하였다. 한편 Layne(1990)는 유산을 경험하는 여성을 돕기 위해서는 그 여성이 속한 문화에서 임신상실을 어떻게 해석하고 있으며 어떤 의식, 관습이 행해지고 있는가에 대한 연구가 필요하다고 하였다.

자연유산을 경험한 여성은 눈에 보이는 명백한 외적 상실을 경험한 다른 경우보다 주위의 가족, 친구, 친지의 도움을 받지 못하는데, 그 이유를 보면 주위의 사람들이 임부가 임신했었다는 사실을 모르는 경우가 많고, 혹은 임부가 다른 사람에게 임신했다는 사실을 알리지 않은 경우가 많아 가족, 친지 심지어는 남편도 모르는 경우가 있다. 또한 이 시기는 태아가 자신과 분리되어 있는 존재라고 생각하지 않으므로 태아를 자신의 일부라고 생각하고 임신에 대해서 양가 감정을 가지는 것이 정상이다. 그러므로 이 시기에 임신이 중절되면 임부 자신이 그런 생각을 했기 때문이라고 생각하고 자신을 비난하고 죄의식을 느낀다(Hall, 1987 ; Reed, 1984 ; Stack, 1980 ; 1984). 그리고 사회적으로도 아동이나 성인이 사망한 것과 비교해 볼 때, 임신상실 즉 출생전에 사망한 경우는 상실로 보지 않기 때문에 어떤 통과의례(예 : 장례식, 미사 등)가 없이 그 사건에 대해 침묵하는 경향이 있다(Brown, 1991 ; Hall, 1987 ; Layne, 1990 ; Ryan, 1991).

인공유산을 경험한 여성의 경우, 사회적인 평가에 근거한 스트레스와 자신 스스로의 평가에 근거한 스트레스를 동시에 받게 된다. 사회적인 평가에 근거하여 느끼는 정서로는 정당성을 인정받지 못함으로 해서 오는 사회적 낙인감, 죄의식, 수치심, 비난에 대한 두려움 등을 느끼며, 자신 스스로의 평가에서는 유산을 상실로 경험하며 후회, 불안, 우울, 분노 등의 정서를 경험한다(Lodi, 1987).

최의순(1975)는 인공유산이 정신건강에 미치는 영향이 크리라고 보고 Cornell Medical Index(CMI)를 이용하여 조사한 결과 인공유산 경험군이 부적절감, 우울, 불안, 민감성에서 유의하게 높게 나왔고, 특히 20대, 결혼기간이 1-5년, 가족계획 실시군, 카톨릭 신자군에서 정신장애의 점수가 높은 것으로 나왔다고 보고하고 있으며, Kumar & Robson(1978)은 과거에 인공유산을 한 초임부 119명을 대상으로 임신 12-36주 사이에 반복적으로 면담한 결과, 임신 1기에 우울의 빈도가 가장 높게 나타났고 이들의 1/5이 임상적으로 신경증적인 장애를 호소하였다고 하였다. 즉 과거에 인공유산의 경험이 있는 경우 임신 초기에 우울, 불안이 유의하게 높았

다고 보고하고 있어 인공유산의 부정적인 경험이 다음 임신시까지 영향을 미치고 있다는 것을 알 수 있었다.

Major 등(1985)은 인공유산을 부정적인 삶의 사건으로 정의하고 임신 1기에 수술을 한 247명을 대상으로 질문지를 사용하여 성격, 적응에 대한 기대, 임신에 대해 가졌던 의미의 정도, 임신계획 유무와 유산후 적응과의 관계를 조사하여 심리적으로 부정적인 후유증이 나타날 위험이 높은 심리학적 변인을 제시했다. Kalman & Waughfield(1987) 등도 많은 이유로 인공유산을 선택하기는 하나 어떤 이유로 선택을 하던지 그 결정과정이 쉽지 않으므로 유산전 상담이 필요하다고 제안하고 있다. 또 유산후 여성들은 외로움, 우울, 소외감을 느끼고 이해받고 싶고 자신의 경험을 그대로 수용해주시기를 원하며 돌봄을 받고 싶은 욕구가 강하다고 지적하고 있다. Keynon(1986)은 유산 결정과정과 딜레마에 대해 언급했는데, 그는 유산 결정과정이 예후를 예측하는데 매우 관련이 있다고 보았으며, 주로 불안, 우울이 나타나므로 위기라고 설명하고 있다.

나건영(1976), 주경순 등(1990)은 주로 신체적인 합병증에 대해 언급하고 있는데, 속발성 불임증, 자궁 및 자궁 부속기의 손상, 감염, 출혈, 습관성 유산, 요통 및 복통, 전신쇠약, 심지어는 사망 등이 나타날 수 있다고 했다.

2. 부정적인 경험만은 아니라고 주장하는 견해

먼저 자연유산의 경우를 살펴보면, Wall-Hass(1985), 홍성봉(1988), 홍명호의(1991) 등은 의학적으로는 자연유산이 일반적으로 생명을 위협하는 것은 아닌 것으로 받아들여지며, 불완전하게 유산된 경우일지라도 임신내용물을 제거하기 위해 소파수술을 하나 대부분 바로 퇴원한다고 설명하고 있다. Brown(1991)은 자녀가 출생전에 사망한 경우는 큰 아동이나 성인이 사망한 경우보다 의미를 덜 부여하는 경향이 있으며 계획하지 않았거나 미처 임신이 되었다는 것을 모르고 있을 때 유산이 되면 부모들에게 별로 의미가 없거나 오히려 걱정이 제거된 느낌을 받기도 한다고 보고하고 있다.

Shusterman(1976)은 인공유산 경험에 미치는 정신 사회적 요인을 연구했는데, 치료적 유산은 비교적 결과가 좋으며, 비록 부정적인 결과가 있다 하더라도 그 결과가 단순하고 위급한 경우는 드물다고 하였다.

Watters(1980)도 유산에 대하여 반대하는 입장에서 인공유산이 미치는 부정적인 영향이 크다고 주장한 논

문을 비판하면서 원하지 않은 임신을 증명하는 것이 억지로 어머니가 되는 것보다 여성의 정신 건강에 유익하다고 주장하고 있다.

Klaus & Kennell(1982)은 유산후에 슬픔과정을 거치는 하나, 그 과정을 거친 후에는 결혼생활이 강해지며 인생의 오르막 길이나 내리막 길에 대하여 더욱더 잘 대응하는 것처럼 보인다고 했다.

Osofsky & Osofsky(1987)는 「합법적인 유산에 대한 심리적인 반응」이라는 제목의 글에서 미국, 스칸디나비아, 소련과 동구라파, 영국, 일본 등 여러나라의 유산제도를 설명하면서 연구 결과를 제시하고 있는데, 결론적으로 합법적인 치료적 유산인가 아니면 비합법적인 유산인가에 따라 심리적인 반응이 다양하게 나타날 수 있으며 문화적인 전통과 양상이 영향을 미친다고 했으나 놀랍게도 심리적 합병증의 빈도는 낮게 나타난다고 보고하고 있으며 소수의 여성만이 스트레스를 느끼고, 대부분의 여성에게는 긍정적인 영향을 미쳐 오히려 유산후에 고통이 제거되고 행복감을 느꼈으며 성장하는 계기, 즉 발달적 사건으로 의미를 부여하고 있다.

홍성봉(1988)도 의학적인 면에서 인공유산후 나타나는 합병증의 경, 중은 일반적으로 임신기간과 정비례하지만 생명을 위협하는 것은 아니라고 보고있다.

3. 여성의 입장에서 이해해야 한다고 주장하는 견해

간호사는 간호상황에서 유산을 경험하고 있는 혹은 경험한 여성을 흔히 만나게 되므로, 그런 상황에 처할 때마다 어떤 행동을 선택하여 그들을 도울 것인가를 결정해야 한다. 자연유산의 경우는 개별적이고 독특하게 유산을 경험하므로 그 의미를 파악하여 여성에게 필요한 간호를 제공해 줄 수 있지만, 인공유산은 간호사들이 임상에서 흔히 경험하는 딜레마 중의 하나이므로 어떤 행동을 선택하여 그들을 도울 것인가를 결정하기 위해 심사숙고하는 과정을 거치게 된다.

간호사는 자신의 가치관에 따라 인공유산을 찬성 혹은 반대하는 입장에 설 수 있으나, 이미 대상자가 그들의 가치관에 따라 임신중절을 하기로 결정을 하였거나 혹은 수술을 받은 후에 만난 대상자를 간호사 자신의 가치관과 다르다는 이유로 간호를 수행하지 않을 수 없으므로 간호사가 어떻게 하는 것이 대상자를 잘 돕는 방법인가에 관심을 기울여야 한다. 간호사는 대상자의 유산 경험과 이 경험에 부여하는 의미를 잘 이해할 수 있는 독특한 위치에 있으므로(Benner & Wrubel, 1989) 우선

대상자가 겪은 유산 경험을 그대로 파악하여 서술하는 것이 필요하다고 주장하는 견해이다.

먼저 자연유산을 보면 Swanson-Kauffman(1983, 1986, 1988), Hutti(1986), Bansen & Stevens(1992) 등의 연구가 있다. Hutti(1986)는 기혼 여성 2명의 자연유산 경험을 질적연구방법으로 조사했는데, 2명 모두 자연유산 경험에서 스트레스를 받았고 경임부보다 초임부가 자신의 출산 능력에 대해 더 위협을 느끼고 유산후 무감각, 우울, 죄의식을 경험한다고 보고했다. 또 유산 경험이 일반적으로 다음과 같은 다섯 단계를 거친다고 하였다.

- 1) 임신이라는 것을 인식하고 사정한다.
(recognition and assessment of the pregnancy)
- 2) 자연유산의 가능성이 있다는 것을 인식한다.
(recognition of possible miscarriage)
- 3) 실제로 자연유산이 되었다는 것을 인식한다.
(recognition of the actual miscarriage)
- 4) 병원에 가서 의학적인 처치를 받는다.
(hospitalization and medical treatment)
- 5) 집에 돌아와 자연유산으로 인한 영향을 받는다.
(returning home /aftermath)

Swanson-Kauffman(1983)은 최근에 자연유산을 경험한 여성에게 “유산의 의미는 무엇인가?”라는 연구문제에 답을 하기 위해 Glaser & Straus의 근거이론을 사용하여 3 1/2개월 이내에 자연유산을 경험한 5명의 여성을 면담, 분석하여 자연유산의 정서적 충격모델을 제시하고 있다. 또한 여성의 견해로 자연유산의 경험을 서술하기 위하여 임신 16주 전에 자연유산을 한 20명의 여성을 면담하여 자연유산 경험의 범주를 다음과 같이 6가지로 발달시켰다.

- 예감(coming to know).
- 상실과 획득(losing and gaining).
- 상실을 나눔(sharing the loss).
- 타인에게 알림(going public).
- 떠나보냄(getting through it).
- 다시 시작함(trying again).

또 자연유산을 경험한 여성들이 가지고 있는 돌봄의 요구(caring need)를 5가지 범주로 확인하였는데

- 자신의 상실에 대한 의미를 이해받고자 하는 욕구(knowing).
- 자신의 자연유산의 느낌을 함께 느꼈으면 하는 욕구(being with).
- 자신을 위해 무언가를 해주기를 바라는 욕구

(doing for).

- 극복할 수 있도록 자신의 능력을 북돋아 주기를 바라는 욕구(enabling).
- 상실을 극복할 수 있는 능력과 출산조절 능력이 있다는 것을 믿어주기를 바라는 욕구(maintaining belief)이다.

Bansen & Stevens(1992)는 자연유산경험에 대한 여성의 지각을 확인하기 위하여 원했던 임신이 15주 내에 유산된 초임부 10명을 대상으로 하여 유산후 2-5개월 사이에 면담했는데, 내용분석을 통해 4가지의 범주가 확인되었다. 즉,

- 사건으로 인식(The miscarriage event)
- 상실을 나눔(dealing with the loss)
- 타인과 상호작용(interacting with others)
- 미래를 직시(facing the future) 등이었다.

여기에서 고찰해 본 Hutti (1986), Swanson-Kauffman (1983, 1986, 1988), Bansen & Stevens(1992) 등의 연구 결과를 종합하여 보면 자연 유산은 가치있는 대상을 상실한 경험이어서 슬픔반응이 나타나므로 적절한 지지와 돌봄을 제공하여 슬픔을 잘 해결할수 있도록 도와야 하며, 여성들은 대부분 자신의 자연유산 경험에 대하여 책임감을 느끼고, 출혈과 동통을 경험할 때는 생명이 위협받지 않나하는 두려움이 있고, 유산을 확인한 후에는 다른 가족원이 사망했을 때와 유사한 반응을 보인다. 그리고 여성들은 가족이나 친구, 친지 등이 자신의 유산에 대하여 침묵하고 있으면 적절한 지지를 받고 있지 못하다고 느끼며 자신의 유산경험을 있는 그대로 받아준다고 느끼면 적절한 지지를 받고 있다고 생각 한다는 것이다. 그리고 여성들은 유산의 경험을 통해 자신들의 가치관, 전망이 변화 되었음을 느끼고 다시 노력하고 미래에 대해 생각하게 된다고 주장하고 있다.

인공유산에서도 Neustatter & Newson(1986)은 인공 유산경험에 대한 연구를 유산을 찬성 혹은 반대하는 입장에서가 아니라 유산을 경험한 인간에게 초점을 맞추어 연구해야 한다고 주장하고 있다. 이들은 유산의 경험을 복잡한 정서(mixed feeling)라고 표현하면서 유산 후 다소 긍정적인 느낌도 있으면서 양가 감정, 갈등, 격리감도 있다고 하였다. 이들은 여성이 자신의 삶을 선택할 권리가 있다고 주장하는 여권주의적인 견해를 가졌지만 그래도 여성이 임신중절을 결정하는 과정은 괴로우며 혼란스럽고 여러달이 지난 후에도 정서적으로 동요를 경험할 수 있고 허무감도 느낀다고 주장하고 있다. 그러나 그런 느낌은 점점 시간이 지나면서 완화되어 간

다고 했다. 그렇다고 임신중절 수술을 한 것에 대해 후회는 것은 아니며 잘못된 결정이라고도 생각지는 않으나 분명히 슬픈 일이라고 생각한다는 것이다. 즉, 유산의 경험은 복잡한 정서가 공존하므로, 아픔을 경험하나 이 아픔을 통해 강해지고, 쾌활함으로 실망을 극복하고, 괴로움과 수용, 냉정함과 슬픔 등의 정서가 함께하는 그런 경험이라는 것이다.

그러므로 이들의 유산경험을 이해하기 위해서는 어떤 선입관을 가지고 선택적으로 그 경험의 의미를 강조할 것이 아니라 개인이 자신의 경험을 어떻게 느끼는가가 중요함을 알 수 있다. Kenny(1986), Osofsky & Osofsky(1987) 등도 유산경험에 대한 이론이 두가지 서로 상반된 입장에서 제시되고 있으나 어느 것도 일반적인 사실로 받아들여지지 않고 있는데, 그 이유는 인간이 다양한 것 만큼 경험도 다양하기 때문이라고 지적하면서, 그렇기 때문에 유산경험을 이해하기 위해서는 그 개인이 처해있는 배경이 중요하며 연구 결과가 다양하게 나타날 수 밖에 없는 복잡한 주제라는 것을 강조하면서 유산경험을 표현하기 위해 가장 일반적으로 사용되는 단어는 양가감정과 복잡한 정서(mixed feeling)라고 하였다.

III. 연구방법

A. 연구설계

연구방법으로는 유산경험에 대한 여성의 지각, 정서를 그대로 유용한 자료로 사용하는 질적 연구방법을 선택하였으며, 그 중에서도 현상학적 방법을 사용하여 유산을 경험한 참여자의 서술을 분석하여 인간적으로 경험한 현상의 의미를 밝혀내고자 한다.

현상학자들은 연구의 단계를 명확하게 정의하는 것은 연구자의 창의력을 제한한다고 생각하나(Burns & Grove, 1987), 이들이 공통적으로 합의한 내용을 보면 현상학적 연구란 상황을 분석하여 특정한 현상의 기본 구조를 밝히는 것이 목적임을 알 수 있다. 상황의 기본 구조는 연구참여자가 일반적으로 가지고 있는 의미, 느낌을 끊임없이 나타나게 하고 신중하게 대화하여 참여자가 자신의 경험으로 들어가도록 하는 것이다.

현상학적 연구방법의 단계에 대해서는 Parse(1985), Van Manen(1962), Spiegelberg(1984), Giorgi(1979), Colaizzi(1978) 등이 제시하는 방법이 있으며, 현상을 확인하고 구조화하여 결과를 서술하는 것은 거

의 비슷하나 분석방법에 약간의 차이가 있다. 이 중 Colaizzi(1978)의 분석방법에 의하면 그 절차는 다음과 같다.

- 1단계 : 대상자의 면담내용 기록을 자세히 읽는다.
- 2단계 : 자료에서 의미있는 진술을 추출한다.
- 3단계 : 의미있는 진술에서 명확한 의미를 찾아낸다.
- 4단계 : 명확한 의미를 주제의 군으로 조직한다.
- 5단계 : 자료분석 결과를 철저하게 분석 통합한다.
- 6단계 : 가능한 기본구조를 확인하여 연구하는 현상을 정확한 진술로 서술하려고 노력한다.
- 7단계 : 각 대상자의 입장으로 돌아가 봄으로서 타당성을 높이는 단계로 여기에서 나오는 새로운 자료를 연구결과로 통합한다.

B. 연구 참여자 선정

자료수집 방법이 심도있는 면담(indepth interview)이기 때문에 연구 참여자는 연구자와 관계형성이 잘 되어있고 자신의 감정을 분명히 표현할 수 있는 참여자 중 유산을 경험한 자로 임의선정 하였다. 참여자의 거주지는 주로 서울, 광주였으며 연구에 참여하기를 동의하고 연구자를 신뢰하며 자신의 유산경험에 관하여 함께 이야기하기를 원한 사람이다. 물론 연구목적을 설명하였으며 참여에 동의하였어도 연구도중 참여를 거절할 수 있다고 알려주었다. 참여자는 14명(자연유산 5명, 인공유산 7명, 인공유산과 자연유산을 같이 경험한 경우 2명)이며 연령은 29세에서 62세까지의 다양한 연령군으로 유산후 기간은 정하지 않았으며 최하 1년에서 최고 33년까지 였다. 참여자의 교육수준은 대졸 이상이 9명으로 가장 많았고, 고졸 2명, 국졸 1명, 무학 2명이다. 유산횟수는 1회에서 6회까지로 다양하였으며 자연유산인 경우도 모두 유산후 소파수술(D & C)을 경험하였다.

면담장소는 본 연구자의 연구실, 혹은 집, 병원의 간호부장실, 조용한 다방으로 참여자의 프라이버시가 지켜지고 면담내용의 비밀이 보장될 수 있는 곳이며, 익명을 사용하고 연구 이외의 목적으로는 사용하지 않을 것을 약속하였다. 그리고 자료분석 중 자료의 정확한 의미를 확인하기 위하여 다시 면담을 하거나 전화를 할 경우가 있다는 것을 알려 주었다.

C. 자료수집

자료수집은 연구자와 참여자가 서로 마주보며 심도있

는 면담을 통해 연구자가 집적 하였으며 참여자의 동의를 얻어 면담내용을 녹음하였다. 면담장소는 주의의 방해를 받지않는 곳을 택하였으며 참여자가 자신의 경험을 충분히 이야기 할 수 있도록 시간제한을 하지 않았다. 참여자가 더 이상 할 말이 없다고 느낄때 면담을 중지 하였으며 면담소요시간은 50분에서 1시간 40분이며 약 80분이 소요되었다. 면담시에 연구자는 참여자가 진술한 내용에 대해 판단이나 비판적인 태도를 보이지 않도록 노력하였다.

면담을 진행시키기 위한 주요질문은 “유산하신 것에 대해 말씀해 주시겠습니까? 그때의 생각, 느낌, 상황에 대해 말씀해 주십시오. 지금은 어떻게 느끼십니까?” 등이 있다. 1차면담이 끝난후 “유산한 수태물 혹은 태아를 보고 싶었는가? 지금 생각은 어떠한가?”를 추가 질문하였다. 모든 면담내용은 즉시 옮겨 적었으며 이 과정이 끝난후 다음 참여자를 면담하였다.

D. 자료분석

자료분석은 Colaizzi(1978)가 제시한 분석 방법에 따라 분석 하였으면 그 절차는 다음과 같다.

1단계

참여자와의 면담을 기록한 내용을 자세히 반복해서 읽고 그 의미를 탐구하여 의미있는 내용이라고 생각되는 부분에 줄을 그었다.

2단계

조사하려고 하는 현상과 직접 관련이 있는 구절이나 문장을 찾고 진술내용이 거의 같은 경우는 제외시키고 진술 횟수만 기록하였다. 더 나아가 참여자의 표현을 일반적인 형식(general fomulation)으로 바꾸는 노력을 하였다.

3단계

각 의미있는 진술에서 명확한 의미를 찾아내었다. 이 단계는 정확한 묘사를 위해 창조적인 통찰을 필요로 하므로 진술의 타당성(validity)이 문제가 된다. 왜냐하면 대상자가 말하고 있는 것에서 의미하고 있는 것으로의 비약이 필요하기 때문이다. 따라서 명확한 의미의 진술을 위해 다시 원자료로 돌아가 의미의 맥락을 파악하고 종적 횡적 맥락내에 감추어진 의미를 발견하고 설명하려고 하였다. 그러나 연구자는 원래의 자료와 관계없는 의미를 표현해서는 않되므로 되도록 대상자가 표현한 진술내에서 의미를 진술하려고 노력하였다. 신뢰도를 높이기 위해 연구자끼리의 수없는 토의와 질적연구 경

험이 있는 전문가의 자문을 받았으며 정확한 어휘표현을 위해 영어, 국어사전과 국문학자의 자문을 받았다.

4단계

표현된 명확한 의미를 주제군으로 조직 하였다. 이 단계는 3단계와 유사하므로 같은 방법을 적용했으나 추상화의 어려움이 더 크므로 표현의 애매함은 연구자들을 힘들게 하였다. 진술한 주제군이 원래의 면담자료를 설명할 수 있는 것인가를 질문해 보고 만약 주제군이 타당하지 않으면 다시 원자료로 돌아가 진술의 의미를 음미해 보고 주제군 사이의 불일치한 점, 모순점이 있나에 주의를 기우렸다.

5단계

모든 자료의 분석결과를 철저히 서술하여 통합하였다.

6단계

가능한 한 기본구조를 확인하여 명료한 진술로 조사한 현상을 서술하려고 노력하였다.

7단계

마지막 7단계는 각 대상자의 입장으로 돌아가 봄으로서 타당도를 높이는 단계이다. 여기에서 새롭게 나온 자료는 연구결과에 통합한다. 본 연구의 경우에는 새롭게 나온 자료는 거의 없었으며 재 확인된 내용을 통하여 타당도가 높음을 알 수 있었다.

IV. 연구결과

14명의 연구 참여자에게서 나타난 의미있는 진술은 347개였으며 여기에서 50가지의 명확한 의미가 나타났다. 이것은 8가지의 주제군(themes)으로 유목화(categorize)되었으며 나타난 주제는 다음과 같다.

#1 유산에 대해 착잡한 감정을 느낀다.

#2 수술에 대해 불안과 공포를 느낀다.

#3 상실감과 손상감으로 슬픔반응을 보인다.

#4 도와주는 사람이 없어 외로움을 느낀다

#5 유산의 원인을 자신 혹은 타인에게서 찾아보고 죄책감과 원망을 한다.

#6 유산한 것에 대해 후회하지 않으며 아기에 대한 미련도 없다.

#7 시간이 경과한후 유산한 것을 후회하고 아기 생각을 한다.

#8 유산경험을 통해 임신에 대한 책임감을 갖는다.

이상의 주제를 통합하여 진술하면 다음과 같다.

유산한 경험한 여성은 유산을 예상할 때 착잡한 감정

을 가지며, 수술에 대한 불안과 공포를 느끼고, 상실감과 손상감으로 슬픔반응을 보인다. 그 과정에서 자신을 정서적, 사회적으로 지지하고 신체적으로 돌보아줄 사람이 없어 외로움을 느끼며, 유산의 원인을 자신 혹은 타인에게서 찾아보고 죄책감을 갖거나 원망을 하기도 하며, 후회하기도 하고 후회하지 않기도 하는 역설적 감정을 경험 하면서, 책임있는 여성으로서의 자기성숙을 위해 노력한다.

이러한 진술에서 5가지의 기본구조가 나타났다.

5가지의 기본구조는 1) 착잡함, 2) 상실감과 지지욕구, 3) 탓으로 돌림, 4) 역설적 감정, 5) 책임있는 여성으로의 노력이다.

이러한 진술은 기승전결(起承轉結)과 같은 곡선의 양상을 나타내었다. 그 과정을 기본구조별로 주제, 명확한 의미, 의미있는 자료를 대상자의 원래 면담자료로서 점정해 보면 다음과 같다.

기본구조 1. 착잡함.

주제 1 : 유산에 대해 착잡한 감정을 느낀다.

명확한 의미 : 참여자들은 자연유산 혹은 원하지 않은 임신으로 인공임신중절을 예견할 때 착잡한 감정을 갖는다.

의미있는 자료 : “임신한 것을 몰랐는데 유산했다고 하니 이상야릇한 기분이 들었다.”

“새벽 3시반 이후에 유산이 되었으므로 그뒤로 잠을 못이루고 남편이 깨어서 무어라 말을 붙이고... 눈물이 주르르 흐르고... 그때 감정이 착잡해서 뭔지 모르겠어요... 이럴 수가 있을까?...”

“임신이다 하면 오매! 나는 인제 죽었구나 진짜 또 죽었구나 하고 느껴요.”

기본구조 2. 상실감과 지지욕구.

주제 2 : 수술에 대해 불안과 공포를 느낀다.

주제 3 : 상실감과 손상감으로 슬픔반응을 보인다.

주제 4 : 도와주는 사람이 없어 외로움을 느낀다.

명확한 의미 : 참여자들은 수술에 대해 불안과 공포를 느끼고, 상실감과 손상감으로 슬프하고 자신을 도와줄 사람이 없어 외로움을 느낀다.

의미있는 자료 : “불안하고... 아프다는 생각뿐이고 올라가서 해야한다는 생각하니 불안하지요”.

“생명을 잃었다... 뭐... 이런거...”, “유산때 출혈을 보면서 아이의 잔재들이 하나씩 떨어져 나가는 것으로

느껴지고... 내 신체의 아픔같이 느껴지고...”.

“병원에서 D & C 하고도 한 3일간 계속 울었어요. 속상하고 울기만 했어요”, “침대 같은데 드러누우라고 그러드라고... 그때는 또 무섭더라고 또... 몰라... 그냥 아찔하니 쪼까 소름이 끼치는 것 같이 그래”.

“유산할 때 이야기 했어요 그때 아저씨는 어떻게 말을 못하고 나 알아서 하라고 그러더라고요 그래서 그냥 잤다 오겠다 하고 갔죠”.

기본구조 3. 탓으로 돌림

주제 5 : 유산의 원인을 자신 혹은 타인에게서 찾아본다.

명확한 의미 : 참여자들은 유산한 것을 자기(혹은 여자) 탓으로 생각하고 부끄러움과 죄의식을 가지며, 부모나 남편 탓으로 돌리고 원망하기도 한다.

의미있는 자료 : “아기를 떼었다는 사실이 썩 피하게 느껴졌어요”.

“산부인과 병원에 들어가는 것이 부끄럽고 두렵고 노출되는 것이 썩스러웠어요”.

“다른 엄마처럼 집에서 쉬면서 갖지않고 내 욕심으로 인해 일을 하다가 애기에게 그런 피해를 가게 하지 않겠나 하는 죄책감... 많이 갈등이 좀 심했어요”.

“어머니도 원망했지 왜냐하면 왜 나를 여자로 만들어서 이고생을 시키나 하고 생각했지요”.

“날짜 피임을 아무리 할려고 해도 안되, 협조를 안해주고 절대로 안해 부려... 슬머고...”

기본구조 4. 역설적 감정

주제 6 : 유산한 것에 대해 후회하지 않으며 아기에 대한 미련도 없다.

주제 7 : 시간이 경과한 후에 유산한 것을 후회하고 아기 생각을 한다.

명확한 의미 : 참여자들은 유산한 것을 후회하지 않으며 아기에 대한 미련이 거의 없다가 시간이 경과하면서 유산한 것에 대한 후회, 미련, 죄책감 등을 느껴(혹은 반대인 경우도 있음) 감정이 역설적이면서도 역동적으로 변화한다.

시간 경과 정도는 참여자에 따라 다양하며 면담하고 있는 도중에 역설적인 감정을 표현하여 공존하고 있음을 나타내는 경우도 있었고 수십년이 흐른후 지금 생각해보니 변화되었다는 경우도 있었다.

의미있는 자료 : “3-4개월 됐을때 유산한 그애는 낳을려고 했지... 우리 동네에 그 당시 임신되 갖고 낳은 애가 지금 4살인가 먹었는데, 그 애를 보면 항상 이뻐 죽겠어”.

“아들을 바라다던가 하는 미련은 없고 어쩔수 없는 경우니까 자연도태라고 생각해요 나왔으면 하는 생각보다 오히려... 기형으로 나오는 것보다 오히려... 하는 생각이 들었어요. 그런데 지금 이렇게 되니까 그때 유산이 되지 않았으면...”.

“그때는 더 이상 못 낳겠네요 정말로 미련이 없어 생명 갖기도 너무나 힘들어요. ...그러니까 하루를 보내는 것이 너무 지루하네요. 그래서 내가 ○○아빠한테 ‘나 하나 더 놓을 걸...’ 그랬어요. ...그거는 지금 상황이니까 내가 호강스럽게 해본 소리고...”.

“그 때는 교회에 나갔을 때라 내 애한테... 생명한테 미안하고... 그러나 생활에 지치고 너무 지겹다보니까 ‘정말 미안하다’ 그런 생각은 없어요.”

기본구조 5. 책임있는 여성으로의 노력

주제 8 : 유산경험을 통해 자신에 대한 책임감을 갖는다.

명확한 의미 : 참여자들은 유산경험을 받아드리며, 이를 통해 책임있는 여성으로 성숙하고자 노력하며 앞으로의 임신 혹은 피임을 위한 계획을 세운다.

의미있는 자료 : “하나님이 우리에게 주실려고 했지만, 하나님이 주실 선물이 아니어서 거두어 갔기 때문에 우리에게 허락하신 것이 아니므로 우리가 아무리 한다 해도 되는 것이 아니고 하나님의 뜻이라고 생각해요.”

“그 때 기본은 뭔가 좀 초월한 것 같애”.

“그동안 살아오면서 속상하고 절망에 빠졌던 경험이 없는데... 그냥 무난하게 살아왔는데... 내가 경험해 보니까 나도 그런 일을 당할수 있구나 하는 생각이 들고 그 사람들과 내가 섞이는 것 같은 생각이 들었어요 세상 회노애락에 나도 같이 하는 것 같은...”.

“그기서 다섯번째 유산을 하고 나서는 결국 복강수술을 했죠”.

“주의했으면 하는 생각이 들어서 이번 임신때는 굉장히 주의했어요”.

V. 논 의

14명의 참여자들이 진술한 유산경험의 의미는 “유산을 경험한 부인은 유산을 예감할 때 착잡한 감정을 가지며, 수술에 대한 불안과 공포를 느끼고, 상실감과 손상감으로 슬픔반응을 보인다. 그 과정에서 자신을 지지하고 돌보아줄 사람이 없어 외로움을 느끼며, 유산의 원인을 자신 혹은 타인에게서 찾아보고 원망을 하기도하며, 시간이 경과함에 따라 혹은 거의 동시에 죄책감을 느끼

기도 하고 느껴지 않기도 하고, 후회하기도 하고 후회하지 않기도 하는 역설적 감정을 경험하면서, 책임있는 여성으로서의 자기성숙을 위해 노력한다”라는 기승전결(起承轉結)의 양상을 나타내었다.

이러한 양상에서 나타난 5가지의 기본구조 : 착잡함, 상실감과 지지욕구, 탓으로 돌림, 역설적 감정, 책임있는 여성으로의 노력은 Swanson Kauffman(1986)의 예감(coming to know), 상실과 획득(losing and gaining), 상실을 나눔(sharing the loss), 타인에게 알림(going public), 떠나 보냄(getting through it), 다시 시작함(trying again)과 Bansen & Stevens(1992)의 유산 사건(the miscarriage event), 상실을 나눔(dealing with the loss), 타인과의 상호작용(interacting with others), 미래를 직시함(facing the future)이라는 연구결과와 비슷하게 나타났다. 이를 도표로 비교해 보면 다음과 같다.<표 1>

<표 1> 유산의 기본구조에 대한 연구자별 비교

본 연구	Swanson-KM	Bansen & Stevens
착잡함	예감	사건인식
상실감과 지지욕구	상실과 획득	-
탓으로 돌림	상실을 나눔 타인에게 알림	상실을 나눔 타인과의 상호작용
역설적 감정	-	-
책임있는 노력	떠나 보냄 다시 시작	미래직시

이상의 비교에서 한가지 특기할 점은 본 연구에서 나타난 역설적 감정이 Swanson-Kauffman(1986), Bansen & Stevens(1992)의 결과에서는 확실하게 나타나지 않고 있다는 것이다. 본 연구의 역설적인 감정이란 유산한 것에 대해 후회하기도 하고 하지않기도 하며, 잃어버린 아이 생각을 하기도 하나 미련은 없다고 하며, 또 죄책감을 느끼기도 하고 훌가분하게 느끼기도 하는 이율배반적인 감정이 동시에 혹은 시간이 경과하면서 존재한다는 것을 의미한다. Swanson-Kauffman(1986)은 상실과 획득이라는 양면적인 현상을 제시했으나 이것을 참여자가 자신의 초기 임신 상실에 대해 각자가 처한 상황(예. 임신력, 초음파 검사 여부, 배우자와의 관계, 아기를 원하는 가족의 바램 정도, 정서적으로 임신에 개입한 정도 등)에 따라 상실 혹은 획득으로 다양하게 지각한다는 의미이므로, 본 연구에서 한 참여자가 동시에 혹은 시간이 경과하면서 역설적인 감정을 나타낸 것과는 차이가 있다.

분석의 결과에 나타난 기본구조에 따라 논의해 보자.

기본구조 1은 착잡함으로 나타났다.

참여자들은 유산이 될 것같은 예감을 할때 혹은 원하지 않은 임신을 예감할때 불안을 느끼고 유산이 확인 되었을때 착잡한 감정을 나타내었다.

자연유산은 약 75%가 임신초기, 대부분 8주 전에 일어난다(Bansen & Stevens, 1992). 그러므로 여성은 임신에 대한 정체감을 갖기도 전 유산을 경험하게 되므로 그에 대한 감정은 착잡함, 양가 감정 등으로 나타난다(Hutti, 1989). 본 연구의 참여자들은 모두 임신 1기에 유산을 경험한 여성이다. 한 참여자는 “임신한 것도 몰랐는데 유산했다고 하니 이상야릇한 기분이 들었다” “그때 감정이 착잡해서 뭐지 모르겠어요”라고 표현한다. 이런 상황에서 참여자들은 유산한 사실에 대해 믿을 수 없다는 반응을 보이며 충격을 받고 착잡한 감정을 가진다.

한편 인공유산의 경우에는 임신이 될까봐 불안하고 임신이 확인 되었을때, 죽을 것 같은 느낌이었다고 하였는데, 이는 임신 자체가 두려운것이 아니라 원하지 않는 임신이므로 임신중절 수술을 해야 한다는 자체가 죽고 싶을 만큼 감당하기 어려운 경험임을 의미 한다. Cornish(1976)는 임신중절 수술은 피임에 실패하여 원하지 않는 임신이 되었을때 행하는 피임방법으로써 가장 위험도가 높은 방법이므로 임신한 사실을 알때 기분이 나쁘고 안절부절하고 죽고싶은 느낌을 가진다고 하였다. Lenahan(1976)도 원하지 않은 임신을 했을 경우 정신적 불균형 증상이 나타나며 흔히 안절부절, 불면, 무력감, 자살하고 싶은 마음 등이 생긴다고 하였다.

이와같이 유산을 경험하는 여성은 유산을 예감하고 확인할때 착잡한 감정을 느끼는데, 이는 자연유산이나 인공유산 모두 상황은 다를지라도 비슷한 경험을 하고 있다는 것을 알 수 있다. 그러나 인공유산인 경우는 임신을 예감하고 확인할 때부터 참여자 자신이 선택한 중절수술 결정에 대하여, 수술후 지속적으로 양가감정과 착잡함, 충격 등의 반응을 나타내었고, 자연유산인 경우는 소파수술 후에는 시간이 지나면서 그런 반응들이 점차적으로 완화된 것을 볼 수 있다.

기본구조 2는 상실감과 지지욕구다.

참여자들은 이 과정에서 상실과 슬픔을 경험하는데 섭섭하고, 속상하고, 잘못했다는 생각, 무력감, 실패감, 아무말도 하기 싫고, 눈물이 나는 등의 표현을 하였다. Stirtzinger & Robinson(1989)은 유산한 여성은 신생아를 잃었을 때와 같은 슬픔의 반응을 경험하는데 만약

이러한 슬픔을 나눌 수 있는 기회가 없으면 병리적인 슬픔, 결핍감, 공포 그리고 남편, 아기와의 관계이상 등이 나타날 수 있다고 하였다. Rosenfeld(1991)도 자연유산 환자의 신체적 간호는 자주 언급 되고 있으나 정서적인 요구는 무시되고 있다고 하면서 유산 환자의 슬픔을 함께 나누고 상실을 인정해 주면 정상적인 슬픔의 과정이 일어나나 그렇지 않으면 이러한 감정이 억눌려 있어 20년후에도 병리적인 슬픔으로 나타날 수 있다고 하였다. 그러나 본 연구에서는 병리적 슬픔의 증상을 호소하거나 유산후 심한 우울이나 정서적 장애로 정신과적인 치료를 받았다고 진술한 참여자는 한 사람도 없었다. 외국의 경우 유산이나 주산기사망에 대한 대부분의 연구(Gardner & Merenstein, 1986 ; Reed, 1984 ; Rosenfeld, 1991 ; Stirtzinger & Robinson, 1989 ; Swanson Kauffman, 1986)에서 유산후 상실과 병리적인 슬픔에 대해 언급하고 그 중재방법으로 태아(비록 수태물일지라도)를 보고 만지게 하는 등 신체적 접촉을 하게 하고 필요하면 장례식이나 종교의식 등을 갖게 하므로서 슬픔에서 빨리 회복될 수 있도록 도와 주어야 한다고 하였다. 그러나 본 연구의 결과에서는 “수태물을 보고싶었느냐?”라는 2차적 질문에서 보고 싶었다는 참여자는 한 사람도 없었으며 보면 오히려 이상할 것 같고 전혀 보고 싶지 않았다고 진술 하였다. 단지 한 참여자가 언니로 하여금 수태물을 볼 수 있도록 부탁 하겠다고 했는데 그것은 자신이 확실히 임신 했었다는 사실을 확인 하기 위함이었다. 이와같이 외국의 연구결과와는 전혀 다른 결과가 나온 것은 죽은 아이에 대한 가치, 즉 자녀관이 서양과 우리나라의 문화적 차이로 인해 다르기 때문이라고 생각한다. 우리나라는 자식이 부모보다 먼저 죽는 것은 부모에 대한 불효이며 살아서 태어나지 못한 아이는 부모와 인연이 없는 자식이라고 생각했다. 결혼하여 자식을 낳으면 그 아기가 몇차례 사망 경험을 넘겨야 비로서 관명(冠名: 정식이름)을 지어 족보에 올리고 자식으로 인정을 하였으며 흔히 “대역(천연두), 소역(홍역) 다치러야 사주팔자에 있는 내자식이다”, “자식이란 잘 길러야 반타작” 등의 말을 보면 우리 조상들이 인간 교육의 출발점은 잉태하기 전으로 생각하나 자녀는 태어난 후 어느 정도 자라 사망의 고비를 넘겨야 내 자식이 되는 것으로 생각한다(유안진, 1980 ; 1984). 그러므로 이러한 신념이 본 연구 참여자의 반응에 반영되지 않았나 생각한다.

본 연구의 참여자들은 자연유산인 경우도 모두 소파술을 받았다. 따라서 이들은 수술전부터 수술중, 수술후

합병증에 대한 것 까지 수술 전 과정에 대해 불안과 공포를 갖고 있었으며, 이러한 과정에서 심한 신체적 손상감과 자존감의 저하를 나타내었다. 특히 인공유산인 경우는 수술중 심한 통증을 느낀 경우와 수술중에는 정신을 잃어 몰랐다는 경우가 있었는데 이는 아마 마취의 효과에 대한 개인적인 차이가 아닌가 생각된다. 대체로 수술 자체 보다 수술 전에 심리적인 고통이 더 큰 것으로 나타났다.

자연유산인 경우는 대부분 임신 6-8주경에 일어나므로 임부가 임신을 했다는 사실을 체 인식하기 전이므로 유산을 했다는 사실을 받아들이기가 어렵다. 뿐만 아니라 남편이나 그외의 가족 혹은 친구들은 그녀가 임신했었다는 사실을 알지 못하는 경우도 많다(Rosenfeld, 1991). 따라서 자연유산을 한 부인은 누구에게 도움을 청할 여유도 없이 대부분의 경우 진단과 수술 및 모든 처치에 대한 결정이 의사에 의해 내려 진다. 이 경우 임부는 결정과정에 적극적으로 참여하지 못한다. 이것은 현 의료체제에서 당사자인 여성의 의견이 반영 되지 못하는 한 예라고 볼 수 있다. 간호사인 본 연구의 두 참여자는 “초음파를 해보고 echo가 없다고... sac만 있고 알맹이는 다 빠져 나갔다고... 의사가 빨리 해야 한다고 결정을 내려주니까 그때는 좀 이상했어요. 2-3일 기다려 보겠다고 했는데 큰일 난다고 당장 하라고 해서 갑자기 근무 하다가 내려 가서 permission도 안하고 그냥 수술했어요. 그런데 정말 그렇게 급하게 해야 되는지... sono는 레지던트가 하는데 레지던트도 정확히 진단 못하는데...”, “지하철에서 내리는데 출혈이 됐어요 학교를 갈려고 하는데 아무래도 못가겠어서 언니한테 전화하고 언니 아는 병원에 갔는데 유산이라고 지금 수술해야 된다고... 광우가서 하면 안되느냐고 했더니 큰일 난다고 지금 당장 해야 된다고 해서 전화도 못하고 언니 오는 동안에 수술했어요”라고 호소한다.

이와같이 참여자들은 자신의 몸이나 건강에 대한 결정권이 거의 없고 심지어 남편에게 전화를 할 시간도 없이 의사의 결정에 따라 누구의 적절한 도움도 받지 못한 채 혼자 수술을 받는다는 것을 알 수 있다. 이 과정에서 참여자는 불안과 공포를 느끼고 신체적 손상감을 가지며 아무에게도 도움을 받을 수 없으므로 외로움을 느끼고 있다. 의사는 유산을 하나의 질병으로 간주 하므로 편안한 마음으로 시술하지만(Cornish, 1976), 돌봄을 기본으로 하는 간호사는 이 상황에서 무엇을 하였을까...? Bowers(1985)는 불완전 유산이란 진단을 받으면 D & C를 해야 하는데 응급적인 처치가 필요하지 않는 한

의료적 처치는 좀 늦추는 것이 대상자의 슬픔을 함께 나누는데 도움이 된다고 하였다. 본 연구에서도 어느 누구도 수술과정에서 간호사가 한 역할에 대하여 언급한 참여자가 없었다. 자신이 그 병원 간호사인 한 참여자는 “수술을 결정 할 때가 슬프고 말을 못하겠고 눈물이 났어요. 하고 난 뒤는 직원이라 회복실에서 잘 해주시 그런 마음이 없었어요.”라고 하여 수술후의 지지적 간호가 크게 도움이 되었음을 의미하고 있다. 그러나 이 경우도 간호사로서 보다는 친구로서 지지를 받았으며 수술전에는 누구하고도 슬픔을 함께 나누었다거나 간호사의 도움을 받았다는 언급이 없었다. 뿐만 아니라 병원에 아무 연고가 없는 경우는 수술 전부터 수술중, 수술이 끝난 후까지, 어느때도 간호사의 간호나 위로를 받아 본 적이 없으며 수술이 끝나면 바로 귀가하였다고 하였다. 참여자는 “그때는 누군가 옆에서 설명해주는 사람이 있었으면 좋겠어요. 잘못해서 그런것이 아니라는...”이라고 말한다.

한편 피임이 실패하여 반복적으로 인공임신중절을 경험한 참여자는 수술 여부의 결정부터 수술후 몸조리를 하기까지 누구의 도움도 적극적으로 받지 못한 외로움과 원망을 남편, 시부모 혹은 시집 형제에게 투사하고 있으며, 현재 자신의 건강이 나빠진 것이 잦은 중절술과 그후 충분한 몸조리를 하지 못했기 때문이라고 인식하고 있다. 특히 수술을 결정하는 과정에서 남편은 “알아서 하라.”라는 방관적인 태도를 보이며 때로는 “남을수 있으면 낳으라”는 극히 도덕적이고 무책임한 말을 하므로 태아에 대한 죄책감을 여성에게 전가하는 태도를 볼 수 있었다. 한 참여자는 이렇게 말한다. “유산 할 때, 이야기 했어요 그때 아저씨는 어떻게 말을 못하고 나 알아서 하라고 그러더라고요. 그래서 그냥 갔다 오겠다고 갔죠.”라고 말 하므로써 그녀가 이 과정에서 남편의 도움을 전혀 받지 못했으며 부인의 임신과 인공유산에 대해 남편이 회피했던 모습을 볼 수 있다. 원치않는 임신을 스스로 중절시키는 경험을 했던 부인에게서 나타나는 행동양상을 연구한 Cornish(1976)는 임신은 성교의 결과로 초래 되므로 원하지 않는 아기를 임신했다면, 그것을 “벌”로 생각하며 무서워하고 자포자기 하며 내적으로 질타 하는 복잡한 감정을 나타낸다고 하였다. 또한 중절술은 인생에 있어 잊을 수 없는 의미있는 경험이며 처음으로 독립적인 결정을 한 여성은 그의 성장 경험에서 치명적이고 불유쾌한 경험으로 기억된다고 하였다. 뿐만 아니라 사회적으로도 떳떳하지 못하므로 낙인감을 느끼고 도덕적으로는 가치판단이 다르다는 비난을

받을 수 있다고 하였다.

어떤 경우던 유산은 여성에게 태아(생명)뿐만 아니라 자신의 건강, 성욕, 자기 통제감, 자존감과 남편이나 가족과의 사랑까지도 상실했다고 생각하며, 신체적, 정서적, 사회적으로도 치명적인 상실감을 느낀다.

기본구조 3은 탓으로 돌림이다.

참여자들은 유산의 원인을 자신에게서 찾아보고 죄책감을 갖거나 혹은 타인에게서 찾으려 원망한다. 그들은 여자이기 때문에 받는 고통이라 생각하고 자신을 여자로 태어나게 한 친정어머니, 피임에 협조하지 않은 남편을 원망한다. 또한 피임에 실패한 자신의 책임(인공유산)과 임신중 조심하지 않은 자신의 과오(자연유산)에 대해 죄책감을 느끼며 후회하고 질책하기도 하며 한편으로는 운명으로 돌리기도 한다.

Swanson-Kauffman(1983)과 Bansen & Stevens(1992)는 탓으로 돌리는 것을 상실을 나누는 것(sharing the loss, dealing with the loss)과 타인에게 알림(going public)과 타인과 상호작용(interacting with others)으로 범주화 하고 이것을 상실감에 대한 대처행위로 해석했다. Bansen & Stevens(1992)는 유산을 탓으로 돌리는 부인은 상실의 원인을 하나님 뜻, 눈에 미끌어진 것, 음주 등으로 표현했다고 했는데, 이러한 표현은 본 연구에서도 나타났다. 자연유산인 경우는 자신의 부주의로 인해 유산 되었다고 생각하여 그 원인을 자신의 탓으로 돌리고 태어나지 못한 아이에 대해 미안함과 죄의식을 가지며, 인공유산의 경우도 피임실패에 대한 자신의 부주의로 죄없는 생명을 죽인 것에 대한 죄책감을 가지고 있었다. 그러나 한편으로는 피임에 협조하지 않아 원하지 않는 임신을 할 수 밖에 없었고 결과적으로 신체적 도덕적으로 자신이 손상 받는 데 대해 남편을 원망하고, 여자이기 때문에 받는 고통이라 생각하고 자신을 낳아준 어머니를 원망했다. Cornish(1976)도 원하지 않는 임신은 자신이 부주의 했거나 무의식적으로 그런 행동을 결정했기 때문이라고 그의 연구결과에서 밝히므로서 본 연구에서와 같은 결과를 말하고 있다. 참여자들은 자신의 부주의를 후회하고 그 책임을 자신에게 돌리므로 유산(인공임신중절)에 따른 고통을 자신이 감당해야 하는 것을 운명으로 받아들이고 있었다.

기본구조 4는 역설적 감정이다.

참여자들은 시간이 경과한 후에도 유산을 후회하며 죄책감을 느끼고 아기에 대해 미련을 갖는가 하면, 아무

런 후회나 미련 없이 받아 들이기도 하는 역설적(paradoxical)이고도 역동적(dynamic)인 감정의 변화를 경험한다.

참여자들은 그 당시는 수술 할 수 밖에 없었으나 지금은 후회가 되며 유산은 절대 해서는 안되는 경험이라고 말하고 특히 반복적으로 임신 중절술을 받은 경우, 처음 할 때 보다 횟수가 증가할수록 더욱 죄의식이 들었다고 하며 자신이 조심하지 않아서 불쌍한 생명이 사망한 것에 대해 책임감과 죄의식을 느끼고 있었다.

참여자들이 후회하는 내용을 보면, 유산후 몸조리를 못해 자신의 건강이 상한 것(인공유산)과 임신중 섭생을 잘 못해 결국 유산할 수 밖에 없었던 것(자연유산)을 후회했다. 이러한 현상은 외국문헌에서는 거의 찾아볼 수 없었는데 거기에서는 주로 태아 혹은 신생아의 상실에 대해서만 언급 하고 있다(Bowers, 1985; Hutti, 1989; Rosenfeld, 1991). 그러나 본 연구에서는 유산의 결과로 자신의 건강을 상실했다고 인식하고 있었는데, 이는 한국의 산후조리의 특성으로 산후에 충분한 조리를 해야 노후에 건강을 유지할 수 있으며 노화와 함께 건강이 좋지 않은 것은 주로 산후에 충분한 몸조리를 못했기 때문인 것으로 믿고 있는 것과 관련이 있다(Yoo, 1993). 따라서 유산과정도 분만과정과 같은 의미로 보고 정상분만 후에는 충분한 몸조리를 했으나, 유산은 아무 소득(아기)없이 끝났으므로 몸조리를 할 수 없었으며 그 결과 건강이 상했다고 인식하고 있었다. 유산을 경험한 부인이 원하는 돌봄(caring)에 관한 연구를 한 Swanson-Kauffman(1986)도 유산후 남편이 부인을 위해 요리도 해 주고 여러가지 보살펴 주는 것이 도움이 되었다는 참여자의 말을 인용 하면서 부인은 자신을 위해 무엇인가 해주기를 원하며 필요한 에너지를 가지기를 원한다고 하였다. 참여자들은 다음과 같이 말한다. “퇴원후 조리는 누가 시켜줄지 모르겠어요. 이번에는 엄청 힘들는데 시어머니가 해주면 좋은데... 안할라 그래요.” “남편이 생각할때 그런 것은 아무렇지도 않은 거예요 한 열흘 더 넘게 몸이 아프면서 한속(오한)이 들면서 어지러워 움직일 수가 없었어요.”

한편 유산한 것에 대해 아무런 미련이나 후회가 없으며, 홀가분하고 원하지 않는 임신은 당연히 수술해야 된다는 생각도 하고 있다. 또한 그 당시에는 유산할 수 밖에 없었고, 심한 입덧으로 유산후에는 시원하였지만 시간이 경과한 후에는 후회하는 모습을 보였다. 자연유산의 경우도 유산 된 것은 자연도태이며, 기형아로 나오는 것보다 차라리 유산 되는 것이 낫다고 생각하고 있었다.

Cornish(1976)는 D & C를 한 여성은 원하지 않은 임신으로부터 오는 정서적 증상에서 놓여난것 같은 느낌이고 간단한 느낌이라고 하면서 유산은 정서적인 불편감을 현저히 완화시켜 준다고 하였다. 가족계획 시범 사업소에서 수술을 한 한 참여자는 남들이 다 하는 것이라고 생각하니 견딜만 했다고 하면서 수술이 생각만큼 어렵거나 힘든일이 아니라고 하였다. 이는 가족계획의 목적으로 인공유산을 묵인하는데에서 오는 결과라고 사료된다. 그러나 Cornish(1976)는 가족계획의 목적으로 유산을 시키는 것은 피임의 가장 위험한 방법이며 유산이 살인이 아니라 할지라도 다른 피임방법과 같이 생각할 수 없다고 하였다.

이와같이 유산을 경험한 여성은 유산한 것을 후회하고 죄책감을 갖는 부정적인 감정과 후회도 죄의식도 느끼지않는 긍정적인 감정이 역설적 역동적으로 움직여 나가는 것을 알 수 있다.

기본구조5는 책임있는 여성으로의 노력이다.

참여자들은 유산을 통해 책임 있는 여성으로 성숙하고 앞으로 임신 혹은 피임에 대한 계획을 세운다. 유산 경험은 반드시 상실만은 아니었다. 인생에 있어 어떤 경험도 모두 나쁘거나 모두 좋은것만은 아니다. 잃는 것이 있으면 얻는 것이 있다. 참여자들은 유산한 사실을 받아들이면서 유산과 같은 어려운 경험을 통해 다른 사람과 동류의식을 가지며, 남편의 사랑과 잃어버린 아기에 대한 슬픔을 확인하고 슬픔을 함께 나누는 경험을 한다. 또 한편으로는 유산을 통해 자신의 임신 능력을 확인하고 기뻐하며 다음 임신에 대한 열망이 강해진다. 또 피임을 위해 부부가 공동 노력하는 모습도 보여 준다. 한 참여자는 말한다. “그동안 살아오면서 속상하고 절망에 빠지는 경험은 없었는데... 그냥 무난하게 살아 왔는데... 주위에서 어려움을 당할때 저런일도 당하고 사는구나... 내가 경험해 보니까 나도 그런 일을 당할 수 있구나... 같이 섞인 것 같은 느낌이다... 세상 회노애락에 나도 같이 하는것 같은...”, “유산이 나에게 임신 할 수 있는 능력이 있구나... 하는 생각이 들어 수태물을 보는 순간 기뻐다니까요.”

이와같은 반응은 Bansen과 Stevens(1992)의 연구에서도 나타났다. 그들은 참여자들이 유산에 대한 정서적 고통에도 불구하고 임신을 했다는 사실을 확인하고 다시 임신을 할 수 있다는 사실을 믿고 희망을 가지며 다음 임신을 안전하게 하기위해 여러가지를 생각한다고 하였다. 그러나 한편으로 임신에 대한 잠재력이나 자신감을

상실하고 다음 임신을 더욱 조심하는 모습을 볼 수 있다.

Rosenfeld(1991)와 Reed(1984)는 유산에 대한 남편의 슬픔반응을 언급 했는데, 남편은 남성으로써의 역할을 해야하므로 강해야 된다고 생각하므로 울지 않는다고 하였다. 슬프지 않아서가 아니라 슬픔을 표현하는 방법이 여성과 다를 뿐이라고 하였다. 본 연구에서 기대하지 않았던 남편의 울음을 보고 슬픔을 함께 나누고 이를 통해 사랑을 확인 하고 슬픔에서 벗어나 미래의 새로운 계획을 하는 모습을 볼 수 있었다. 한 참여자는 다음과 같이 말 했다. “남편이 우니까 정말 나도 잃어버렸구나 하는 생각을 가졌죠 남편의 눈물을 통해 그것을 확인했죠. 아! 남편이 원했었구나 참 잘 되었으면 우리 남편을 행복하게 해 줄 수 있었을 텐데... 그래서 나도 남편을 보고 눈물을 흘렸다니까요... 유산 이후 슬픈기간은 짧았어요.” 그러나 이러한 반응은 주로 자연유산에서 나타났다. 인공유산에서는 남편이나 가족의 슬픔에 대한 언급은 없었다. 그러나 반복되는 임신중절 수술로 부인의 몸이 약해지는 것을 보고 피임을 위해 공동노력 하는 모습을 보였다.

이와같이 여성은 유산경험을 통해 책임있는 여성으로 노력하고 미래를 계획하는 성숙의 방향으로 나아간다.

VI. 결론 및 제언

여성의 유산 경험을 현상학적인 방법으로 접근하여 그 의미와 구조를 확인하고 유산을 경험한 여성을 보다 명확히 이해하고자 시도된 본 연구는 14명의 참여자들의 살아있는 경험으로부터 8가지의 주제와 5가지의 기본구조를 확인하고 다음과 같은 통합적 진술을 하였다 :

유산을 경험한 부인은 유산을 예감할 때 착잡한 감정을 가지며, 수술에 대해서는 불안, 공포를 경험하고 상실감과 손상감으로 슬픔반응을 나타낸다. 그 과정에서 자신을 지지하고 돌보아줄 사람이 없어 외로움을 느끼며 유산의 원인을 자신 혹은 타인에게서 찾아보고 원망을 하기도 하며, 죄책감을 느끼기도 하고 혹은 느끼지 않기도 하고, 후회하기도 하고 후회하지 않기도 하는 역설적 감정을 경험 하면서 책임있는 여성으로서의 자기 성숙을 위해 노력한다.

이러한 진술에 내포된 개인의 유산경험은 각기 독특하며 불유쾌한 경험이었다. 자연유산이던 인공유산이던 모두 소파술을 받았으며 수술 전과정을 통하여 불안, 공포, 그리고 손상감을 느끼고 있었다. 그러나 태아에 대한 상실감이나 죄책감은 개인의 상황이나 신념체제에

따라 다양하게 나타났는데 인공유산의 경우가 더 복잡한 감정적 변화의 양상을 볼 수 있었다. 뿐만 아니라 가족(남편까지도)이나 의료인(특히 간호사)의 지지를 거의 받지 못하며, 모든 원인과 결과를 여성이 감당하게 하고 있다. 이 과정에서 여성은 태어는 물론 자신의 신체적 건강, 자존감, 도덕심을 상실하고 손상 당했다고 느끼고 있다.

현대 의료체계는 이러한 여성의 입장을 전혀 이해하려고 하지 않고, 여성이 원한다는 이유로 혹은 신체적 건강, 가족계획이라는 국가시책을 수행 하기 위해 간단히 시술 하는 것으로서 그 역할을 다하고 있다. 특히 이러한 과정에서 간호사가 아무 역할도 하지 않거나 못하고 있다는 사실은 주목 해야 할 일이다. 비록 의사는 유산을 단순히 질병으로 간주하고 수술을 하는 것에만 관심을 가진다 할지라도 인간을 총체적으로 접근하는 간호사는 보다 여성의 입장에서 유산을 경험하는 대상자의 개별적이고 독특한 경험의 의미를 확인하고 이해하며 그들의 경험을 함께 나누므로써 그들의 삶의 질을 높이는 데 동참해야 할 것이다. 그러나 지금과 같은 종합병원의 의료전달체계에서는 여성이 경험하는 고통과 아픈 경험에 대해 충분히 얘기를 들어 주고 나눌만한 제도가 마련 되어 있지 않다. 그러므로 이러한 제도의 개선과 함께 무엇보다도 간호사 및 의료진들이 여성건강에 관련된 여성의 경험에 관심을 갖고 여성의 입장에서 이해 하려는 노력이 있어야 한다.

본 연구에서는 미혼 여성의 유산경험과 습관적 유산으로 인하여 불임의 위기에 있는 여성의 유산경험을 다루지 못했다. 이것은 앞으로의 연구과제가 될 것이다.

본 연구에서 밝혀진 주제와 기본구조, 통합적 진술은 임상에서 간호사가 유산환자를 이해하고 간호를 계획하는데 도움이 될 것이라고 기대 한다.

참 고 문 헌

고명숙·고효정·김희숙·박명화·이경혜(1992). 한국 여성건강에 대한 간호연구의 경향과 전망. 간호과학, 제4권, 이화여자대학교 간호학 연구소, 5-16.

김애정(1991). 간호사와 환자의 상호작용에서 환자가 인지하는 돌봄의 구성요소에 관한 연구. 미간행 석사학위 논문, 이화여자대학교 대학원 간호학과.

나건영(1976). 인공 임신 중절과 그 합병증의 현황. 대한불임학회지, 3(2), 13-27.

박이문(1990). 현상학과 분석철학, 서울 : 일조각.

오인택(1990). 현대교육철학. 서울 : 서광사.

유안진(1980). 도리도리 짝짜꿍. 서울 : 문학세계사.

유안진(1984). 한국전통사회의 유아교육. 서울 : 정민사.

이경혜·장춘자(1992). 중년기 여성의 폐경경험에 관한 연구. 모자간호학회지, 2(1), 70-86.

이미숙(1990). 중환자의 절망감에 대한 현상학적 연구. 미간행 석사학위 논문, 이화여자대학교 대학원 간호학과.

이숙향(1988). 농촌 및 도시 지역 기혼 여성의 인공유산 실태. 미간행 석사학위 논문, 경북대학교 대학원.

정승은(1990). 척추 손상환자의 무력감에 관한 연구. 미간행 석사학위 논문, 이화여자대학교 대학원 간호학과.

주경순·서영옥(1990). 불임증의 임상적 고찰. 대한산부인과학회지, 33(7), 985-1000.

최의순(1975). 인공 임신중절 경험자의 정신건강에 관한 연구. 가톨릭 간호, 창간호, 191-198.

한성숙(1992). 간호사들이 임상에서 경험하는 윤리적 딜레마의 실상과 의사결정에 관한 연구. 미간행 박사학위 논문, 서울대학교 대학원.

홍명호·서학은·조경환(1991). 가임여성의 인공유산 실태에 관한 조사 연구. 가정의학과학회지, 3월호.

홍성봉(1988). 인공유산의 변천. 대한산부인과학회지, 31(11), 1503-1513.

홍영희(1976). 한국 부인들의 인공 임신중절 실태에 관한 연구. 미간행 석사학위 논문, 서울대학교 보건대학원.

Abrams, M.(1986). Health care of woman. Journal of Gynecologic and Neonatal Nursing, 15(3), 250-255.

Anderson, J.M.(1991). The phenomenological perspective, In J.M. Morse(Eds). Qualitative nursing research ; a contemporary dialogue. Newbery Park : Sage publication.

Bansen, S.S., & Stevens, H.A.(1992). Women's experience of miscarriage in early pregnancy. Journal of Nurse-Midwifery, 37(2), 84-90.

Benner, P., & Wrubel, J.(1989). The Primacy of Caring : Stress and Coping in Health and Illness. Melano Park : Addison-Wesley Publishing Company.

- Bowers, N.A.(1985). Early pregnancy loss in the infertile couple. Journal of Gynecologic and Neonatal Nursing, 11 /12, 55–57.
- Brost, L., & Kenny, J.W.(1992). Pregnancy after perinatal loss : Parental reactions and nursing interventions. Journal of Gynecologic and Neonatal Nursing, 21(6), 457–463.
- Brown, Y.(1991). Perinatal death and grieving. Canadian Nurse, 87(8), 26–29.
- Burns, N., & Grove, S.K.(1987). The practice of nursing research : Conduct, critique and utilization. New York : W.B. Saunders.
- Colaizzi, P.(1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. Valle & M. King(Eds.), Existential phenomenological alternative for psychology. New York : Oxford University Press.
- Cornish, J.(1976). Woman's experience with abortion. In McNall-Galeener(Eds.), Current practice in obstetric and gynecologic nursing, 205–222. St. Louis, MI : mosby.
- Dickson, G.L.(1990). A Feminist poststructuralist analysis of the knowledge of menopause. Advances in Nursing Science, 12(3), 15–31.
- Engal, N.S.(1987). Menopausal stage, current life change, attitude toward woman's roles and perceived health status. Nursing Research, 36 (6), 353–357.
- Gardner, S.L., & Merenstein, G.B.(1986). Perinatal grief and loss : An overview. Neonatal Network, 10, 7–15.
- Giorgi, A.(1970). Psychology as a human science : A phenomenologically based approach. New York : Harper & Row.
- Hall, R.C.W., Beresford, T.P., & Quinones, J.E.(1987). Grief following spontaneous abortion. Psychiatric Clinics of North America, 10(3), 405–420.
- Hutti, M.H.(1986). An exploratory study of the miscarriage experience. Health Care for Women International, 7, 371–389.
- Hutti, M.H.(1989). Perinatal loss : Assisting parent to cope. Journal of Emergency Nursing, 14(6), 338–341.
- Kalman, N., & Waughfield, C.G.(1987). Mental health concepts. New York : Delmar Publishers, 305.
- Kenny, M.(1986). Abortion : the whole history. NY : Quartet Books, 10–36.
- Kenyon, E.(1986). The dilemma of abortion. Boston : Farber and Farber, 168–179.
- Klaus, M.H., & Kennell, J.M.(1982). Parent-infant bonding. St. Louse : Mosby, 259–292.
- Kumar, R., & Robson, K.(1978). Previous induced abortion and antenatal depression in preliminary report of a survey of mental health in pregnancy. Psycholoical Medicine, 8, 771–715.
- Lanahan, C.M.C.(1976). Anxieties and fears of patients seeking abortion. In McNall-Galeener (Eds). Current practice in obstetric and gynecologic nursing. St. Louis, MI : Mosby
- Layne, L.L.(1990). Motherhood lost : Cultural demensions of miscarriage and stillbirth in America. Women & Health, 16(3 /4), 69–98.
- Leppert, P.C., & Pahlka, B.S.(1984). Grieving characteristics after spontaneous abortion : A management approach. Obstetrics & Gynecology, 64(1), 119–122.
- Leininger, M.M.(1985). Qualitative research method in nursing. Orlando : Grune & Stratton, Inc.
- Lodl, K.M., & McGettingan, B.J.(1987). Women's responces to abortion : Implication for post-abortion support group. In M.R. Walsh, (Eds.). The psychology of women : Ongoing debates (pp.396–408). Yale University Press.
- Lynch-Sauer, J.(1985). Using a phenomenological research to study nursing phenomena. In M.M. Leininger, (Eds.). Qualitative research methods in nursing. Orlando : Grune & Stratton, Inc.
- Major, B., Mueller, P., & Hildebrandt(1985). Attributions, expectations and coping with abortion. Journal of Personality and Social Psychology, 48(3), 585–599.
- MacPherson, K.I.(1981). Menopause as disease : The social construction of a metaphor. Advances in Nursing Science, 3(2), 95–113.

- Merenstein, G.B., & Gardner, S.L.(1985). Handbook of Neonatal Intensive Care. St. Louis, MI : Mosby. 421-430.
- Neustatter, A. & Newson, G.(1986). The mixed feeling : The experiences of abortion. London : Pluto Press.
- Osofsky, J.D., & Osofsky, H.J.(1987). The psychology reaction of patients to legalized abortion. In M.R. Walsh,(Eds.). The psychological of women : Ongoing debates pp. 381-395 Yale University Press.
- Parse, R.R.(1985). Nursing Research : Qualitative Methods. Bowie, MD : Brady Communication Co.
- Phillips, J.R.(1990). New methods of research : Beyond the shadow of nursing science. Nursing Science Quarterly, 3(1), 1-2.
- Potts, M.(1985). Intellectual history of abortion. In P.Sachdev,(Eds.), Perspectives on Abortion. London : The Scarecrow Press.
- Ray, M.A.(1985). A philosophical methods to study nursing phenomena. In M.M. Leininger, (Eds.). Qualitative Research Methods in Nursing(pp. 93-107). Orlando : Grune & Stratton, Inc.
- Reed, K.S.(1984). Involuntary pregnancy loss research and the implications for nursing. Issues in Mental Health Nursing, 6, 209-217.
- Rose, J.F.(1990). Psychological health of women : A phenomenologic study of women's inner strength. Advances in Nursing Science, 12(2), 56-70.
- Rosenfeld, J.(1991). Bereavement and grieving after spontaneous abortion. Amer. Fam. Physician, 43(5), 1679-1684.
- Ryan, P.F., Cote-Arsenault, D., & Sugar, L.L.(1991). Facilitating care after perineal loss : A Comprehensive checklist. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 20(5), 385-389.
- Shusterman, L.S.(1976). The psychological factors of the abortion experience : A critical review. Psychology of Women Quarterly, 1(1), 79-106.
- Spiegelberg, H.(1984). The phenomenological movement. The Hague : Martinus Nijhoff.
- Stack, J.M.(1980). Spontaneous abortion and grieving. Amer. Fam. Physician, 21(5), 99-102.
- Stack, J.M.(1984). The psychological of spontaneous abortion. American Journal of Orthopsychiatric., 54(1), 162-167.
- Stirtzinger, R., Robinson, E.G.(1989). The psychologic effects of spontaneous abortion. EMaj, 140, 799-801.
- Swanson-Kauffman, K.M.(1983). The unborn one : A profile of the human experience of miscarriage. Unpublished doctoral dissertation, Universtiy of Colorado.
- Swanson-Kauffman K.M.(1986). Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. Topics on Clinical Nursing, July, 37-44.
- Swanson-Kauffman, K.M.(1988). Caring need of women who miscarried. In M.M. Leininger, (Eds.). Care : Discovery and uses in clinical and community Nursing. Detroit : Wayne State University Press.
- van Kaam(1969). Existential foundations of psychology. New York : Doubleday.
- Van Manen, M.(1984). "Doing" phenomenological research and writing : An Introduction. Alberta, British Columbia, Canada : University of Alberta Publication Services.
- Wall-Haas, C.L.(1985). Women's perceptions of first trimester spontaneous abortion. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 14(1) : 50-53.
- Watters, W.W.(1980). Mental health consequence of abortion and refused abortion. Canadian Journal of Psychiatry, 25, 68-73.
- Worden, J.W.(1991). Grief counseling and grief therapy : A handbook for mental health practitioner. 2nd ed., New York : Springer Publishing Company.
- Yoo, Eun-kwang.(1993). An ethnographic study about sanhujori : The phenomenon of korean postpartum care. Unpublished doctral dissertation, Universtiy of California San Francisco, San Francisco, CA.

– Abstract –

Women's Experience of Abortion : Phenomenological Perspectives

Lee, Kyung Hy · Koh, Myung Sook***

Women's experience of abortion are not only wide-spread but also significant event in their lives. But this experience has not been a concern for professional care by health care providers, especially nurses. As professional nurses should have holistic approaches to clients, need to understand the lived experience of abortion from women's perspectives. These Nurses must identify unique means for improving the quality of life of women.

This study identified the meaning and structure of the lived experience of abortion. The participants were residents of Seoul and Kwang ju who were recruited through personal recommendation. Colaizzi's method was used for the phenomenological analysis. The research question was aimed at revealing the covert meaning of abortion.

The 14 women who had a spontaneous abortion and /or an artificial abortion and who agreed to participate in the study were informed of the purpose of the study, the possible risks and benefits of participation, the data generation method and they were

assured of privacy and confidentiality.

The investigator conducted in-depth unstructured interviews which were audiotaped with the permission of the participants.

The investigator read the data repeatedly to identify and categorize themes and basic structural elements.

Eight themes of abortion as experienced by these participants were : 1) complicated feelings about the anticipated abortion 2) feelings of fear and anxiety about the operation and complications 3) grieving related loss and injury 4) feelings of loneliness in perceiving no supportive person, 5) attributing the cause of the abortion to significant others or to self, 6) guilt feelings and resentment, 7) vacillating between regretting and not regretting, 8) struggling to a responsible person.

Five basic structures identified were :

- 1) Complicated feelings
- 2) Feelings of loss and need for caring
- 3) Attributings to cause to significant others
- 4) Paradoxical emotion
- 5) Struggling to be a responsible being

The significes of this study for nursing are :

1) It enables nurses and other health care providers understand more clearly the lived experience of abortion

2) It provides information which can be used in for women who experience abortion.

* Professor, College of Nursing Ewha Womans University.

** Professor, Kwang Ju Christian Junior College, PhD Candidate at College of Nursing Ewha Womans University.