

우리나라 유배우 여성의 인공임신중절 결정요인

김설아¹⁾, 정우진^{2)†}, 이선미²⁾, 서문희³⁾
보건복지부¹⁾, 연세대학교 보건대학원 국제보건학과²⁾, 한국보건사회연구원³⁾

<Abstract>

Determinants of Induced Abortion among Married Women in Korean

Seol-A Kim¹⁾, Woo-Jin Chung²⁾, Sun-Mi Lee²⁾, Moon-Hee Suh³⁾

Ministry of Health and Welfare¹⁾

Department of International Health, Graduate School of Public Health, Yonsei University²⁾

Korea Institute for Health and Social Affairs³⁾

The purpose of this study was to explore the determinants of induced abortions of married women in Korea, with focus on the socioeconomic factors including fertility behaviors and ideation regarding family values.

Data from the 2000 Korea National Fertility Survey by Korea Institute of Health and Social Affairs were used for the research. In particular, the women's fertility history from 1998 to 2000 was served as the main data for this study. Among 1,901 pregnancies in total, 1,612 pregnancy outcomes were selected for the final analysis. Chi-square test, Wilcoxon rank sum test and multivariate logistic regressions were employed to identify influential factors on induced abortions. According to the results, working women was more likely than those who did not work to terminate their pregnancy by an induced abortion. Women's religion did not show any significant impact on an induced abortion. A pregnant woman already having more than or equal to two children was very likely to choose an induced abortion. Likewise, those in unwanted pregnancy showed high probability of induced

† 교신저자 : 정우진, 연세대학교 보건대학원(02-361-5094, wchung@yumc.yonsei.ac.kr)

abortions. However, contrary to what we believe, it turned out that the number of sons did not affect the choice of induced abortions.

Key Words : induced abortion, population, married women, maternal health, health policy, Korea

I. 서 론

인공임신중절은 전 임신기간 동안 확진 혹은 의심된 자궁내 임신을 소멸, 제거하는 일련의 과정이다(CDC, 1985). 이는 전 세계 다양한 배경을 가진 여성들이 대부분 경험하고 있으며, 도덕적, 종교적 가치판단의 문제가 연관되어 모성보건과 관련된 문제들 중에서 가장 치열한 논쟁의 대상이 되고 있다(Mundigo와 Indoris, 1999). 우리나라에서는 유배우 부인의 약 50%가 1회 이상 인공임신중절을 경험하고 있는데, 모성보건보다는 주로 원치 않은 임신을 해결하기 위한 출산조절 측면에서 인공임신중절이 다뤄지고 있다(박상화, 1997).

세계보건기구는 1967년 국제회의를 통해 많은 국가에서 인공임신중절로 인한 심각성을 감안하여 모성보건의 측면에서 지속적으로 이 문제에 대한 활동을 할 것임을 천명하였고, 1984년 멕시코에서의 국제인구회의에서는 각 정부에 여성이 인공임신중절을 피할 수 있는 적절한 정책을 시행하도록 촉구하였다. 세계보건기구는 1990년 10월 그루지아 공화국 수도인 트빌리시(Tbilisi) 회의에서 모든 부부와 개인은 어떠한 외부의 압력 없이 자유롭게 자녀의 수와 터울을 조절할 수 있는 기본적인 인권을 가져야 하며, 특히 여성은 자신의 보건에 자율적인 의사결정을 할 수 있어야 한다고 천명하였다. 이 회의에서는 안전하지 못한 인공임신중절은 주요 보건문제이며, 사회적 문제임이 다시 강조되었다(WHO, 1998).

1994년 카이로에서의 국제연합 인구개발회의에서는 국제무대에서 처음으로 인공임신중절이 안건으로 논의되었고, 이듬해 1995년 8월 베이징에서 열린 국제연합 4차 여성회의에서 안전하지 못한 인공임신중절(unsafe abortion)¹⁾을 ‘여성 건강과 생명의 주요 위협요인’으로 인식하고, 인공임신중절이 출산력에 미치는 영향, 모성보건과 정신보건에 미치는 영향, 그리고 피임 행태 등을 포함한 인공임신중절의 결정요인과 결과들을 이해하기 위한 연구, 그리고 인공임신중절의 합병증을 치료하거나 이후의 관리를 위한 연구를 촉진하기로 결의하였다(Mundigo와 Indoris, 1999).

1) 안전하지 못한 인공임신중절은 기술이 부족한 인력 또는 최소한의 의학적 환경을 갖추지 못한 상황에서 원치 않는 임신을 종결시키기 위한 시술을 할 경우를 일컫는다(WHO, 1992).

이렇듯 인공임신중절이 전 세계적으로 윤리적 문제뿐만 아니라 여성의 건강과 관련한 매우 중요한 문제로 인식되고 있음에도 불구하고 우리나라의 인공임신중절에 관한 시각과 연구는 아직까지도 출산조절 측면만이 강조되어 대부분 인구학적 측면에서 이루어지고 있으며 (조남훈과 안남기, 1993; 이삼식, 1998; 은기수, 2001), 모성보건 향상을 위한 보건정책 과제와 연관시켜 수행된 연구는 거의 찾아볼 수 없는 실정이다. 그 이유로는 70년대 이후 강력한 출산을 억제정책으로 인공임신중절이 묵인된 점이 없지 않은 우리나라에서는 인공임신중절의 해악이 오랫동안 국민, 보건행정 연구자 및 정책 당국자의 관심에서 멀어져 있었기 때문이기도 할 것이다.

본 연구는 그 동안의 인구학적 문제 인식을 탈피하여 보건정책의 시각으로 우리나라 유배우 여성의 인공임신중절 행태를 분석하고 그 결정요인을 제시함으로써 모성보건에 대한 연구 및 정책적 관심을 제고할 목적으로 수행되었다.

II. 문헌고찰

1. 모성보건측면에서 본 인공임신중절

인공임신중절이 모성보건측면에서 다루어지기 시작한 것은 비교적 최근의 일이며, 전 세계적으로 매년 임신·출산 관련 문제로 500,000명의 여성들이 사망하고, 이들 중 99%는 저개발 국가에서 일어나고 있다. 또한, 1970년대 이후는 매년 전체 인공임신중절 가운데 대략 30~40만 건이 합법적으로 행해지는 것에 반해, 10~20만 건은 불법적으로 시행되고 있는 실정이다(Odlind, 1997).

전 세계 평균 인공임신중절률은 15~44세 여성 1,000명당 32~46건 정도이다. 가장 낮은 국가는 네덜란드로 5/1,000이고, 가장 높은 국가는 과거 소련으로 186/1,000으로 다양한 양상을 보이고 있다. 인공임신중절로 인한 모성 사망을 정확하게 추계할 수는 없으나, 8명의 모성사망 중 1명은 인공임신중절 및 인공임신중절 관련 합병증으로 인한 것으로 보고되고 있다. 전 세계적으로 1995년에서 2000년 사이의 출생아 100,000명당 인공임신중절로 인한 모성 사망율은 57로 추계된 바 있다(WHO, 1998).

모성사망 이외 인공임신중절 관련 건강 문제는 첫째 인공임신중절의 후유증으로 사망 또는 특정 질환에 이환되는 경우, 둘째 인공임신중절 후의 임신중절에 대한 영향, 셋째 심리적 건강 측면에서의 이상상태 등으로 대별할 수 있다. 인공임신중절로 인한 주요 합병증으로는 과다 출혈, 감염, 생식기관 및 내부장기 손상, 약제에 대한 부작용 및 불완전 유산 등을 포함한다. 인공임신중절로 인한 장기적인 문제들로는 만성적인 골반 통증, 골반내 장기 감염

(Pelvic inflammatory disease), 난관 폐쇄, 그리고 후천성 불임 등이 있다(WHO, 1998). 인공 임신중절 이후 임신중절 결과, 즉 조산, 저체중아, 자궁외 임신 등의 연관성 연구에 의하면 인공임신중절 경험자의 경우 자궁외 임신 상대위험도가 2.9이고, 2번 이상 반복 인공임신중절 경험자에서는 미경험자보다 상대위험도가 13.1로 높은 것으로 보고되었다(박상화, 1997).

인공임신중절은 그 대상자가 여성이라는 특성과 노출을 꺼리는 상황에서 이루어진다는 점, 그리고 불법적인 시술이 성행하고 있어 인공임신중절 관련 통계수치를 정확히 얻기 어려워 모성보건에 미치는 폐해도 정량화하기 어려운 한계점이 있다. 그러나 인공임신중절이 모성보건에 지대한 해악을 주고 있음에도 불구하고 출산조절의 수단으로 향후에도 계속 유행할 가능성이 높다. 최근에는 인공임신중절을 의학적인 이유에서가 아닌 폐경기 여성의 임신, 가난한 여성의 임신, 10대 임신 등과 같은 사회학적 요인들의 영향을 받아 행해지는 부분도 많아지고 있다.

2. 인공임신중절 결정요인

국내외 문헌에서 보고되고 있는 인공임신중절의 주요 결정요인은 다음과 같다.

첫째, 사회경제적 요인을 살펴볼 수 있다. 1988년 미국 여성의 인공임신중절 결정에 관한 연구에서는 인공임신중절을 한 1,900명의 응답자 중 과반수 정도는 자신의 직업이나 고용상태, 그리고 경력 등 자신의 삶에 변화를 줄 수 있는 출산을 할 수 없다는 이유로 임신을 중절하였다고 응답했다(Torres와 Forrest, 1998). 이삼식(1998)의 연구에서는 젊은 여성들에 있어서 취업과 경제적인 이유가 인공임신중절 결정과 관련됨을 보여주었다. 한편, 빈곤 상태는 피임기구에의 접근성을 낮춰 원하지 않는 임신을 하게 하여 결과적으로 인공임신중절 가능성을 높인다(Stotland, 1997). 미국 여성을 대상으로 한 연구에서 연간 소득이 15,000불 미만인 여성의 경우 그렇지 않은 여성보다 1.6~2.2배 인공임신중절의 경향이 높게 나타났다(Henshaw와 Kost, 1996). 여성의 교육수준과 인공임신중절과의 관계는 불분명한 것으로 파악되고 있다(조남훈과 안남기, 1993). 종교의 경우 미국의 1994~1995년 인공임신중절 실태조사에서 종교가 없는 여성이 그렇지 않은 경우보다 3.5~4.0배 정도 인공임신중절 확률이 높게 나타났으나(Henshaw와 Kost, 1996), 다른 연구에서는 인공임신중절이 종교와는 무관하다는 보고도 있다(Stotland, 1997). 남편의 사회경제적 특성은 부인의 임신·출산 과정에 영향을 주는 것으로 나타났다(Mundigo와 Indoris, 1999).

둘째, 임신부의 산과력이 중요한 역할을 한다. 임신당시 연령, 자녀수, 아들 수, 가족 수, 자녀 터울 등이 주요 결정요인으로 보고되고 있다(WHO, 1998; Mogilevkina 등, 2000). 한편 우리나라 여성의 경우 2000년 15~44세 유배우 부인의 첫 번째 인공임신중절의 수용 이유는

자녀를 원하지 않기 때문인 경우가 35.9%로 가장 높았으며, 터울조절 20.5%, 임부의 건강과 혼전 임신이 각각 9.5%으로 나타났다(김승권 등, 2000). 따라서, 원치 않는 임신은 출산 의사 결정에 유의한 영향을 주는 것으로 보고되고 있다(김승권 등, 2000; Mogilevkina 등, 2000). 스웨덴 여성을 대상으로 한 연구에서는 원치 않는 임신을 할 경우 59%가 인공임신중절로 임신을 종결했으며, 스위스는 72%, 덴마크는 56%가 원치 않는 임신을 인공임신중절로 종결한 것으로 나타났다(Tornbom 등, 1999).

셋째, 남아선호 및 인공임신중절에 대한 가치관 요인이다. 인공임신중절의 결정요인으로서 가치관과 관련하여 우리나라 대구지역 여성과 미국 베이지역 교포여성의 선별적 인공유산 결정인자에 관해 비교한 연구에서 남아선호도가 통계적으로 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다(김한곤, 1997). 그러나, 1997년도 전국 출산력 및 가족보건 실태조사자료를 이용한 이삼식(1998)의 연구에서는 남아 선호도가 인공임신중절 수용여부에 대해 차별력을 갖고 있지 않은 것으로 보고하였다. 남아선호사상이 인공임신중절에 대한 적극적인 결정을 할 수 있는 가능성에 대한 보고는 분명하지 않음을 알 수 있다. 한편, Mogilevkina 등(2000)의 연구에서 인공임신중절을 출산조절의 한 수단으로 수용하는 것에 대해 긍정적인 태도를 보이는 여성이 그렇지 않은 여성보다 인공임신중절 결정의 위험이 2.7배 높게 나타났다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구자료

이 연구는 1995년 인구주택총조사 조사구 중 한국보건사회연구원에서 200개 표본조사지역을 추출하여 표본조사구의 11,388가구(조사 완료율 84.9%)내 15~64세 유배우 부인 8,935명(조사 완료율 97.9%)를 대상으로 2000년 6월 19일부터 8월 31까지 출산력 및 가족보건실태를 조사한 자료 중 1998년 1월 1일부터 조사시점까지 임신에 관한 모든 사항을 포함하고 있는 임신력 자료를 분석에 이용하였다.

임신력 조사 응답자 5,261명 가운데 1998년부터 조사시점까지의 총 임신회수는 1,901회이었으며, 그 중 인공임신중절은 315건(19.5%), 나머지는 정상 출산, 임신중, 자연유산, 사산 등이었다.

2. 연구에 사용된 변수

연구의 종속변수는 한 여성의 임신이 인공임신중절로 종결되었는지의 여부이며, 정상 출

산, 사산, 자연유산을 한 범주로 묶어 인공임신중절과 비교하였다. 따라서 한 여성의 경우 임신회수에 따라 다수의 관찰치가 종속변수화 되었다.

독립변수로는 부인과 남편의 사회경제적 요인, 임신·출산요인, 가치관의 특성을 고려하였고 고 자세한 설명은 <표 1>과 같다.

<표 1> 연구에 사용된 독립변수

구 분	측정변수의 내용	측정수준
사회경제적 요인 (부인/남편)	교육수준	무학 및 초등, 중등, 고등, 전문대 이상
	거주지	대도시, 중소도시, 읍·면
	종교	종교없음, 불교, 개신교, 천주교
	현취업여부	취업, 비취업
	동산	없음, 1,000만원 미만, 2,000만원 미만, 3,000만원 미만, 3,000만원 이상
	부동산	없음, 5,000만원 미만, 100,000만원 미만, 200,000만원 미만, 200,000만원 이상
	가구원 1인당 소득(월평균) 가족의 세대형태	27만원 미만, 27만원 이상 3세대 미만, 3세대 이상
임신·출산 요인	임신중절 연도	1998년, 1999년, 2000년
	임신당시 연령	24세 이하, 25세 이상~29세 이하, 30세 이상
	임신당시 피임여부	안했음, 피임했음
	임신당시 자녀의 수(a)	2명 미만, 2명 이상
	임신당시 아들의 수(b)	없었음, 1명 이상
	원하던 임신여부(c)	원하던 임신, 원하지 않던 임신
	a와 c의 상호작용 b와 c의 상호작용	
가치관 요인	남아선호 여부	무 또는 약한 남아선호, 강한 남아선호
	인공임신중절에 대한 태도	반대, 그저 그렇다, 찬성, 모르겠다

주 : 진하게 표시된 범주는 준거범주

가구원 1인당 월평균 소득 : 우리나라 기초생활보장대상자의 경우 중소도시의 2인 가족기준 1인당 평균생계비로 27만원이 지급되므로 이를 기준으로 범주를 나누었으며, 27만원 미만을 준거범주로 하였다.

임신종결연도 : 임신종결 여부를 보고자 임신종결연도를 이용하여 분석하였으며, 1998년도
를 준거범주로 하였다.

임신당시 자녀수 : 우리나라 가계의 희망 자녀수는 2.2명이므로(김승권 등, 2000) 이를 근거
로 자녀수가 2명 이상인 경우와 자녀가 없거나 1명인 경우를 2명 미만으로 묶어 두 범주로
나누었으며, 2명 미만을 준거범주로 하였다.

임신당시 아들의 수 : 아들이 없는 경우와 아들이 한 명 이상인 경우의 두 범주로 나누었
으며, 아들이 없는 경우를 준거범주로 하였다.

임신당시 자녀의 수와 원하던 임신여부의 상호작용 : 자녀가 2명 이상이고 원하지 않은 임
신인 경우를 상호작용항으로 고려하였다.

임신당시 아들의 수와 원하던 임신여부의 상호작용 : 아들이 한 명 이상 있고 원하지 않던
임신인 경우를 감안하여 상호작용으로 나타내었다.

3. 분석방법

이 연구에서는 SAS package 8.0 version을 이용하여 인공임신중절에 유의하게 작용하는
결정요인을 분석하기 위해 카이스퀘어 및 윌콕슨 순위합 검정과 가설 검정을 위한 로짓분석
을 실시하였다. 변수의 크기와 유의성의 변화를 살펴보기 위해 순수 사회경제적 요인을 독립
변수로 하는 모형 1, 여기에 임신·출산 요인을 추가한 모형 2, 다시 가치관 요인을 추가한
모형 3으로 설정하여 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 연구대상자의 기본적 특성

인공임신중절의 결정요인에 관한 분석에 앞서 여러 독립변수와 임신의 결과들 사이의 단
순 관계를 살펴보았다. 총 임신횟수는 1,901회이며, 임신 결과별로 출산 1,138회(59.8%), 인공
유산 315회(16.6%), 임신중 289회(15.2%), 자연유산 154회(8.1%), 그리고 사산 5회(0.3%)이다.

1) 사회경제적 변수와 임신결과와의 관계

다음 <표 2>는 사회경제적 변수와 임신의 여러 결과들 사이의 관계를 보여주고 있다. 먼
저 부인의 교육수준이 중등인 경우 45.2%가 정상 출산인 반면, 38.1%가 인공임신중절로 이
어지고 있다. 그러나, 부인의 교육수준이 전문대 이상인 경우 60.8%가 정상 출산, 인공임신

중절은 13.2%정도로 낮아진다. 남편의 교육수준도 부인과 비슷한 양상이나 교육수준이 초등학교 이하일 때 출산이 52.4%, 인공임신중절이 28.6%로 높게 나타났다.

현재 거주지별²⁾로는 대도시, 중소도시, 읍·면 지역 모두 임신결과가 비슷하게 나타났으나 대도시 거주시 자연유산이 다른 지역보다 약 5%정도 높았다.

부인종교가 불교인 경우 정상 출산이 55.8%, 인공임신중절이 20.8%로 인공임신중절 수준이 높게 나타났다. 그러나, 무교와 개신교의 경우는 정상 출산이 각각 60.4%, 62.4%이며, 인공임신중절은 각각 15.0%, 15.4%로 다른 종교에 비해 인공임신중절 수준이 낮았다. 남편의 종교에서는 개신교가 인공임신중절이 14.0%로 가장 낮았다.

부인과 남편의 취업여부에서는 부인이 취업을 하고 있지 않은 경우 정상 출산이 63.5%, 인공임신중절이 12.9%에 그쳤으나, 부인이 취업을 하고 있는 경우³⁾는 정상 출산이 48.6%인 반면, 인공임신중절은 28.1%로 높게 나타났다. 남편의 취업여부는 부인의 취업상태와 반대의 양상을 띄어 남편이 비취업인 경우 정상 출산이 63.9%, 인공임신중절이 21.3%이나, 남편이 취업일 경우 인공임신중절로 이어진 경우는 16.3%이다.

동산과 부동산, 가구원 1인당 소득에 따라 임신결과는 일정한 경향을 보이고 있지 않으나, 부동산의 경우 부동산이 많을수록 인공임신중절의 비율이 높게 나타났다. 가구의 세대형태에서 2세대인 경우 정상 출산이 65.2%이고, 인공임신중절로 이어진 경우가 17.5%인 반면, 3세대인 경우 정상 출산이 68.2%이고, 인공임신중절이 14.1%로 급격히 감소됨을 알 수 있다. 세대형태가 4세대인 경우 인공임신중절이 한 건도 나타나지 않았다.

2) 산과력(obstetric history)과 임신결과와의 관계

임신·출산관련 변수와 임신결과와의 관계를 살펴보면 <표 3> 과 같다. 임신중절연도의 빈도를 보면 임신중인 경우는 종결상태가 아니기 때문에 결과에 포함되지 않았으며, 1998년도 임신중절 결과에서 정상 출산은 68.7%인 반면, 인공임신중절은 23.0%에 이르고 있다. 그러나, 1999년도에는 정상 출산이 72.2%로 상승하며, 인공임신중절로 이어진 경우도 18.1%로 급격히 감소함을 볼 수 있다.

임신당시의 연령과 임신결과를 보면, 10대에 인공임신중절이 11.5%이었다가 20대에 줄어들어 20~24세에서는 6.9%, 25~29세에서는 10.4%이다. 그러나 30대에 임신을 한 경우에는 인공임신중절로 이어진 경우가 27.2%이상으로 급격히 증가함을 볼 수 있다.

2) 대도시는 특별시, 광역시로 중·소도시는 대도시와 읍·면을 제외한 지역을 말한다.

3) 부인/남편의 현 취업여부는 임신당시의 취업여부가 아닌, 조사시점 당시의 취업여부이기 때문에 로짓분석시 종속변수가 독립변수보다 시간적으로 선행할 수 있는 모순으로 결과에 문제가 있을 가능성이 있으나, 현 취업여부가 최근 3년간의 임신의 결과와의 관계를 보는 것이기 때문에 분석모형에 그대로 포함하였다.

<표 2> 사회경제적 변수와 임신결과와의 관계 (단위 : 명, %)

변 수	출 산	사 산	자연유산	인공 임신중절	임신중	계
부인교육수준						
초등이하	16(57.1)	-	2(7.2)	7(25.0)	3(10.7)	28(100.0)
중등	38(45.2)	1(1.2)	5(6.0)	32(38.1)	8(9.5)	84(100.0)
고등	668(60.5)	3(0.3)	84(7.5)	185(16.8)	165(14.9)	1,105(100.0)
전문대이상	416(60.8)	1(0.2)	63(9.1)	90(13.2)	114(16.7)	684(100.0)
남편교육수준						
초등이하	11(52.4)	-	2(9.5)	6(28.6)	2(9.5)	21(100.0)
중등	51(54.3)	-	9(9.5)	22(23.4)	12(12.8)	94(100.0)
고등	535(59.8)	3(0.3)	72(8.0)	153(17.1)	132(14.8)	895(100.0)
전문대이상	522(60.8)	2(0.2)	68(8.0)	125(14.6)	141(16.4)	858(100.0)
거주지						
대도시	494(58.6)	3(0.4)	91(10.7)	129(15.3)	126(15.0)	843(100.0)
중소도시	474(61.6)	1(0.1)	46(6.1)	132(17.1)	116(15.1)	769(100.0)
읍·면	170(58.8)	1(0.3)	17(5.9)	54(18.7)	47(16.3)	289(100.0)
부인종교						
무교	556(60.4)	3(0.3)	69(7.5)	138(15.0)	155(16.8)	921(100.0)
불교	236(55.8)	-	37(8.7)	88(20.8)	62(14.7)	423(100.0)
개신교	255(62.4)	2(0.5)	35(8.5)	63(15.4)	54(13.2)	409(100.0)
천주교	86(61.9)	-	12(8.5)	23(16.6)	18(13.0)	139(100.0)
기타	5(55.6)	-	1(11.1)	3(33.3)	-	9(100.0)
남편종교						
무교	654(60.0)	3(0.3)	82(7.4)	173(15.9)	179(16.4)	1,091(100.0)
불교	229(55.9)	-	39(9.5)	80(19.5)	62(15.1)	410(100.0)
개신교	192(65.5)	2(0.7)	22(7.5)	41(14.0)	36(12.3)	293(100.0)
천주교	56(58.3)	-	10(10.4)	18(18.8)	12(12.5)	96(100.0)
기타	7(63.6)	-	1(9.1)	3(27.3)	-	11(100.0)
부인의 현 취업여부						
취업	118(48.6)	-	23(9.6)	68(28.1)	33(13.7)	242(100.0)
비취업	482(63.5)	3(0.4)	57(7.5)	98(12.9)	119(15.7)	759(100.0)

- 정우진 외 : 우리나라 유배우 여성의 인공임신중절 결정요인 -

변 수	출 산	사 산	자연유산	인공 임신중절	임신중	계
남편의 현취업여부						
취업	1,095(59.9)	5(0.3)	149(8.1)	298(16.3)	281(15.4)	1,828(100.0)
비취업	39(63.9)	-	2(3.3)	13(21.3)	7(11.5)	61(100.0)
동산						
없음	224(62.4)	-	32(8.9)	61(17.0)	42(11.7)	359(100.0)
1,000만원 미만	146(54.5)	1(0.4)	23(8.5)	50(18.7)	48(17.9)	268(100.0)
2,000만원 미만	139(56.5)	1(0.4)	19(7.7)	39(15.9)	48(19.5)	246(100.0)
3,000만원 미만	165(59.4)	-	25(9.0)	48(17.3)	40(14.3)	278(100.0)
3,000만원 이상	409(62.2)	3(0.5)	49(7.4)	102(15.5)	95(14.4)	658(100.0)
부동산						
없음	646(61.4)	3(0.3)	89(8.5)	141(13.4)	173(16.4)	1,052(100.0)
5,000만원 미만	118(59.9)	-	18(9.2)	33(16.7)	28(14.2)	197(100.0)
100,000만원 미만	178(55.1)	1(0.3)	29(9.0)	66(20.4)	49(15.2)	323(100.0)
200,000만원 미만	106(58.6)	1(0.6)	10(5.4)	40(22.1)	24(13.3)	181(100.0)
200,000만원 이상	44(59.5)	-	4(5.4)	23(31.1)	3(4.0)	74(100.0)
가구원 1인당소득						
27만원미만	583(61.7)	3(0.3)	74(7.9)	145(15.3)	140(14.8)	945(100.0)
27만원이상	555(58.0)	2(0.2)	80(8.4)	170(17.8)	149(15.6)	956(100.0)
세대 형태						
1세대	14(7.1)	-	41(21.0)	28(14.3)	113(57.6)	196(100.0)
2세대	933(65.2)	5(0.4)	96(6.8)	250(17.5)	145(10.1)	1,430(100.0)
3세대	174(68.2)	-	16(6.3)	36(14.1)	29(11.4)	255(100.0)
4세대	17(85.0)	-	1(5.0)	-	2(10.0)	20(100.0)
계	1,138	5	154	315	289	1,901

<표 3> 임신·출산 관련변수와 임신결과와의 관계 (단위 : 명, %)

변 수	출 산	사 산	자연유산	인공 임신중절	임신중	계
임신종결연도						
1998	439(68.7)	1(0.2)	52(8.1)	147(23.0)	-	639(100.0)
1999	426(72.2)	3(0.5)	54(9.2)	107(18.1)	-	590(100.0)
2000	273(71.3)	1(0.3)	48(12.5)	61(15.9)	-	383(100.0)
임신당시 연령(세)						
-19	21(80.8)	-	-	3(11.5)	2(7.7)	26(100.0)
20-24	224(70.4)	-	22(6.9)	22(6.9)	50(15.8)	318(100.0)
25-29	614(64.6)	3(0.3)	69(7.3)	99(10.4)	165(17.4)	950(100.0)
30-34	225(49.3)	1(0.2)	44(9.7)	124(27.2)	62(13.6)	456(100.0)
35+	54(35.8)	1(0.7)	19(12.5)	67(44.4)	10(6.6)	151(100.0)
임신당시 피임여부						
안했음	1,004(65.6)	4(0.3)	121(7.9)	156(10.2)	245(16.0)	1530(100.0)
했음	132(36.8)	1(0.3)	32(8.9)	152(42.3)	42(11.7)	359(100.0)
임신당시 자녀수						
0	581(70.6)	1(0.1)	65(7.9)	38(4.6)	138(16.8)	823(100.0)
1	436(62.8)	2(0.3)	54(7.7)	76(11.0)	126(18.2)	694(100.0)
2	107(32.0)	2(0.6)	31(9.3)	171(51.2)	23(6.9)	334(100.0)
3	13(26.5)	-	4(8.2)	30(61.2)	2(4.1)	49(100.0)
4+	1(100.0)	-	-	-	-	1(100.0)
임신당시 아들의 수						
0	850(66.8)	3(0.2)	101(7.9)	109(8.6)	210(16.5)	1,273(100.0)
1	270(49.8)	2(0.4)	46(8.5)	151(27.9)	73(13.4)	542(100.0)
2	17(20.5)	-	7(8.4)	53(63.9)	6(7.2)	83(100.0)
3+	1(33.3)	-	-	2(66.7)	-	3(100.0)
원하던 임신여부						
원했음	954(70.0)	3(0.2)	108(7.9)	48(3.5)	250(18.4)	1,362(100.0)
안 원했음	183(34.6)	2(0.4)	45(8.5)	261(49.3)	38(7.2)	529(100.0)
계	1,138	5	154	315	289	1,901

임신당시의 피임여부에서 피임을 했음에도 불구하고, 피임실패로 인한 임신이 발생한 경우 인공임신중절로 이어진 경우가 42.3%에 이르는 것으로 나타났으며, 피임을 했음에도 임신인 경우 정상 출산으로 이어진 경우는 36.8%에 불과하다.

임신당시 자녀수가 증가할수록 인공임신중절로 이어지는 경우가 증가하였다. 자녀의 수가 2명 이상인 경우 인공임신중절이 정상 출산에 비해 과반수가 넘고 있다. 또한, 임신당시 아들의 수도 자녀의 수와 마찬가지로 아들의 수가 증가할수록 인공임신중절로 이어지는 임신이 증가하고 있다. 임신당시 아들이 없는 경우 정상 출산이 66.8%이고, 인공임신중절로 이어진 임신이 8.6%인 반면, 아들이 2명인 경우 정상 출산이 20.5%이고, 인공임신중절이 63.9%로 크게 증가했다. 원하지 않은 임신을 한 경우 임신의 49.3%가 인공임신중절로 이어지고, 34.6%만이 정상 출산으로 이어졌다.

3) 가치관 변수와 임신결과와의 관계

<표 4> 는 부인의 가족가치관 변수와 임신결과와의 관계를 보여주고 있다. 남아선호 경향의 정도가 인공임신중절에 어떠한 영향을 주는지 보는 항목에서 강한 남아선호를 보인 경우 정상 출산이 58.2%이고, 인공임신중절로 이어진 경우가 18.9%로 나타났다. 남아에 대한 선호가 없거나, 약한 경우에는 인공임신중절로 이어진 경우가 16.4%이다.

선별적 인공임신중절에 대한 태도를 통하여 성감별로 인한 인공임신중절의 영향을 알아보기 위해 성감별 후 태아의 성이 여아인 경우, 인공임신중절에 대해 어떻게 생각하느냐의 문항의 결과를 살펴보았다. 반대하는 경우 인공임신중절이 15.8%이었지만, 찬성하는 경우에는 인공임신중절이 32.7%로 증가했다.

<표 4> 가족가치관 변수와 임신결과와의 관계 (단위 : 명, %)

변 수	출 산	사 산	자연유산	인공 임신중절	임신중 계	계
남아선호 여부						
무/약한 선호	967(60.4)	5(0.3)	125(7.8)	262(16.4)	242(15.1)	1,601(100.0)
강한 선호	149(58.2)	-	24(9.3)	48(18.9)	35(13.6)	256(100.0)
인공임신중절에 대한 태도						
반대	898(60.9)	2(0.1)	111(7.6)	230(15.6)	233(15.8)	1,473(100.0)
그저 그렇다	173(58.6)	3(1.0)	29(9.8)	58(19.7)	32(10.9)	295(100.0)
찬성	29(52.7)	-	3(5.5)	18(32.7)	5(9.1)	55(100.0)
모르겠다	34(51.5)	-	10(15.2)	9(13.6)	13(19.7)	66(100.0)
계	1,138	5	154	315	289	1,901

2. 인공임신중절 여부와 연구대상자의 특성 비교

인공임신중절 유, 무를 종속변수로 하여 독립변수와의 관계의 통계적 유의성을 보기 위해 카이스퀘어 검정을 실시하였는 바, 인공임신중절과 유의한 관계를 보인 변수들은 <표 5>와 같다.

<표 5> 인공임신중절과 변수와의 관계 - 1 (단위 : 명, %)

변 수	인공임신중절		계	Chi-Square	
	무	유			
부인교육수준	초등이하	18(72.0)	7(28.0)	25(100.0)	30.882***
	중등	44(57.9)	32(42.1)	76(100.0)	
	고등	755 (80.2)	186(19.8)	941(100.0)	
	전문대이상	480(84.2)	90(15.8)	570(100.0)	
부인의 현 취업여부	취업	267(67.4)	129(32.6)	396(100.0)	56.730***
	비취업	1,030(84.7)	186(15.3)	1,216(100.0)	
세대 형태	1세대	55(66.3)	28(33.7)	83(100.0)	16.882***
	2세대	1,034(80.5)	251(19.5)	1,285(100.0)	
	3세대	190(84.1)	36(15.9)	226(100.0)	
	4세대	18(100.0)	-	18(100.0)	
임신중결 연도	1998	492(77.0)	147(23.0)	639(100.0)	8.799*
	1999	483(81.9)	107(18.1)	590(100.0)	
	2000	322(84.1)	61(15.9)	383(100.0)	
임신당시 피임여부	안했음	1,130(87.9)	155(12.1)	1,285(100.0)	209.959***
	했음	165(52.1)	152(47.9)	317(100.0)	
원하던 임신여부	원했음	1,065(95.7)	48(4.3)	1,113(100.0)	522.610***
	안 원했음	230(46.8)	261(53.2)	491(100.0)	
인공임신중절에 대한 태도	반대	1,011(81.5)	230(18.5)	1,241(100.0)	10.664*
	그저 그렇다	205(78.0)	58(22.0)	263(100.0)	
	찬성	32(64.0)	18(36.0)	50(100.0)	
	모르겠다	44(83.0)	9(17.0)	53(100.0)	

주 : *p<.05, **p<.01, ***p<.001

먼저, 부인의 교육수준과 현 취업여부는 인공임신중절에 매우 유의한 것으로 나타났으며 남편과 부인의 종교 유무 및 종류는 관련성이 없었다. 또한, 가구의 세대별 결합형태가 증가할수록 인공임신중절이 감소하는 것으로 나타났다.

1998년에 비해 1999년과 2000년에는 인공임신중절이 감소하였다. 임신당시 피임을 한 경우의 임신이 인공임신중절로 이어진 경우가 통계적으로 유의하게 나타났는데 이는 피임실패로 인한 원치 않는 임신이 인공임신중절로 이어지고 있음을 보여주고 있다. 따라서, 다수의 원하지 않은 임신이 인공임신중절로 종결되었다.

태아성감별 후 여아인 경우 인공임신중절을 할 수 있다고 응답한 여성이 실제 인공임신중절로 임신을 종결한 경우가 많았으나, 남아선호 정도는 인공임신중절과 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

순위형 변수인 임신당시의 연령 및 자녀수, 아들의 수에 대해 윌콕슨 순위합 검정을 실시한 결과, <표 6>과 같이 각 변수별로 인공임신중절과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

<표 6> 인공임신중절과 변수와의 관계 - II

변 수	인공임신중절(Median±IQR)		Z값	P값
	무	유		
임신당시 연령	28±4.00	33±6.00	10.4595	0.0001
임신당시 자녀수	1±1.00	2±1.00	16.3503	0.0001
임신당시 아들의 수	0±1.00	1±1.00	12.8364	0.0001

3. 인공임신중절에 영향을 미치는 요인 분석

다음 <표 7>은 인공임신중절에 영향을 미치는 요인을 각 모형별로 살펴보았다. 사회경제적 요인을 독립변수로 한 모형 1에서는 카이스퀘어 검정을 통해 통계학적으로 유의하게 나타난 변수들이 로짓분석에서도 유의하게 나타났다. 부인의 교육수준에 따라서는 교육수준이 높을수록 인공임신중절 확률이 낮아져 전문대 이상인 경우가 중등인 경우보다 0.24배로 가장 낮았고(95% CI=0.13-0.46), 부인이 비취업자인 경우보다 취업자인 경우 인공임신중절의 확률이 2.71배 높았다(95% CI=2.04-3.60). 경제적 변수인 부동산 보유 정도에 따라서는 부동산이 많을수록 인공임신중절을 행할 확률이 높아져 부동산이 없는 경우보다 '200,000만원 이상'인 경우 최고 3.26배 높았고(95% CI=1.78-5.98), 가구 세대형태에서는 3세대 미만인 경우 3세대

이상의 대가족 형태보다 인공임신중절 확률이 2.49배 높았다(95% CI=1.61-3.84).

모형 2는 임신 및 출산관련 변수를 추가함에 따라 기존 변수 가운데 부동산 보유 정도와 가구 세대형태는 인공임신중절 확률에 유의한 영향을 주지 않는 반면, 남편의 교육수준과 동산 보유 정도는 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 남편의 교육수준이 전문대 이상인 경우 중등인 경우보다 2.25배(95% CI=1.02-4.99), 동산 보유 정도에서는 '1,000만원 미만'인 경우 동산이 없는 경우보다 1.99배(95% CI=1.11-3.55) 인공임신중절 확률이 높았다. 추가변수인 임신중결연도에 따라서는 1998년에 비해 2000년인 경우 인공임신중절을 행할 확률이 0.52배 낮아져(95% CI=0.33-0.84), 임신중결연도가 오래될수록 인공임신중절 확률이 높은 것을 알 수 있다. 임신당시의 연령은 연령이 높을수록 인공임신중절 확률이 높아져 '24세 이하'에 비해 '30세 이상'인 경우 1.89배(95% CI=1.01-3.55), 임신당시 자녀수는 '2명 미만'에 비해 '2명 이상'인 경우 1.70배(95% CI=1.21-2.40)로 임신당시의 연령이 높고 자녀수가 많을수록 인공임신중절 확률이 높은 것으로 나타났다. 원하던 임신여부에 대해서는 원하지 않았던 임신인 경우 임신을 원한 경우보다 인공임신중절 확률이 9.74배 높았고(95% CI=5.58-16.99), 원하던 임신여부와 임신당시 자녀수와의 상호작용은 인공임신중절 확률에 통계학적으로 유의했으나(OR=2.63, 95% CI=1.39-5.00), 원하던 임신여부와 임신당시 아들의 여부는 의미있는 영향을 주지 않았다. 또한, 임신당시 아들 존재 여부에서는 아들이 없는 경우보다 '1명 이상'인 경우 인공임신중절 확률이 1.52배 높았으나, 통계학적으로 5% 유의수준에 미달하였다(95% CI=0.83-2.80).

가치관 변수를 추가한 모형 3은 남편의 교육수준을 제외한 기존 변수에 대해서는 모형 2의 결과와 유사한 경향을 보였으나, 이로 인해 원하지 않은 임신과 임신당시 '30세 이상'의 고연령 부인인 경우 인공임신중절 확률이 다소 증가하는 양상을 보였다. 인공임신중절에 대한 태도에서는 찬성하는 경우에 비해 반대하는 경우 인공임신중절 확률이 0.28배 낮았고(95% CI=0.11-0.68), 강한 남아선호의 경우 그렇지 않은 경우보다 인공임신중절 확률이 0.62배 낮았으나 통계학적으로 유의하지 않았다(95% CI=0.37-1.05).

<표 7> 인공임신중절 결정요인

변 수		모형 1	모형 2	모형 3	
		OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	
부인 교육수준	무학 및 초등	0.648 (0.216-1.941)	0.321 (0.071-1.450)	0.348 (0.076-1.599)	
	중등	-	-	-	
	고등	0.396 (0.227-0.691)	0.421 (0.193-0.919)	0.466 (0.214-1.013)	
	전문대 이상	0.240 (0.127-0.455)	0.319 (0.133-0.766)	0.344 (0.143-0.825)	
	남편 교육수준	무학 및 초등	1.113 (0.336-3.682)	1.587 (0.330-7.639)	1.491 (0.305-7.301)
남편 교육수준	중등	-	-	-	
	고등	0.984 (0.574-1.689)	1.804 (0.867-3.750)	1.713 (0.821-3.572)	
	전문대 이상	0.987 (0.544-1.791)	2.251 (1.015-4.988)	2.197 (0.989-4.882)	
	거주지역	대도시	0.893 (0.599-1.331)	1.177 (0.682-2.029)	1.096 (0.635-1.895)
		중소도시	0.999 (0.673-1.483)	1.343 (0.780-2.313)	1.280 (0.742-2.209)
읍,면		-	-	-	
부인종교	종교없음	0.797 (0.491-1.294)	1.430 (0.760-2.693)	1.340 (0.706-2.544)	
	불교	1.533 (0.739-3.183)	2.334 (0.892-6.107)	2.314 (0.871-6.148)	
	개신교	-	-	-	
	천주교	0.806 (0.330-1.968)	0.501 (0.158-1.588)	0.457 (0.141-1.476)	
남편종교	종교없음	1.381 (0.800-2.386)	1.257 (0.616-2.566)	1.315 (0.638-2.711)	
	불교	0.903 (0.401-2.033)	0.665 (0.228-1.943)	0.662 (0.223-1.963)	
	개신교	-	-	-	
	천주교	1.569 (0.557-4.424)	1.981 (0.523-7.504)	2.047 (0.528-7.932)	
부인의 현취업여부	취업	2.710 (2.041-3.598)	2.288 (1.566-3.345)	2.353 (1.605-3.449)	
	비취업	-	-	-	
남편의 현취업여부	취업	0.770 (0.412-1.440)	0.535 (0.235-1.218)	0.538 (0.236-1.228)	
	비취업	-	-	-	
동 산	없음	-	-	-	
	1,000만원 미만	1.316 (0.852-2.032)	1.988 (1.113-3.553)	2.027 (1.126-3.648)	
	2,000만원 미만	1.138 (0.714-1.815)	1.004 (0.535-1.884)	1.005 (0.536-1.887)	
	3,000만원 미만	1.239 (0.793-1.936)	1.235 (0.670-2.274)	1.196 (0.649-2.206)	
	3,000만원 이상	1.202 (0.821-1.760)	1.180 (0.713-1.953)	1.149 (0.692-1.907)	
부동산	없음	-	-	-	
	5,000만원 미만	1.177 (0.744-1.864)	0.663 (0.356-1.235)	0.666 (0.357-1.244)	
	100,000만원 미만	1.908 (1.328-2.740)	1.018 (0.627-1.653)	0.986 (0.604-1.610)	
	200,000만원 미만	2.290 (1.452-3.611)	1.306 (0.698-2.443)	1.346 (0.716-2.530)	
	200,000만원 이상	3.262 (1.780-5.979)	1.646 (0.709-3.823)	1.601 (0.681-3.763)	

변 수		모형 1	모형 2	모형 3
		OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
가구원 1인당 소득	27만원 미만	-	-	-
	27만원 이상	1.146 (0.872-1.508)	1.114 (0.774- 1.602)	1.111 (0.769- 1.604)
가구 세대형태	3세대 미만	2.485 (1.610-3.836)	1.507 (0.858- 2.647)	1.494 (0.847- 2.635)
	3세대 이상	-	-	-
임신종결연도	1998	-	-	-
	1999	-	0.669 (0.452- 0.988)	0.654 (0.441- 0.970)
	2000	-	0.522 (0.326- 0.836)	0.524 (0.326- 0.842)
임신당시 연령	24세 이하	-	-	-
	25-29세 이하	-	1.394 (0.780- 2.491)	1.479 (0.822- 2.659)
	30세 이상	-	1.890 (1.006- 3.550)	2.017 (1.067- 3.815)
피임여부	안했음	-	0.918 (0.598- 1.408)	0.948 (0.615- 1.461)
	했음	-	-	-
임신당시 자녀수(a)	2명 미만	-	-	-
	2명 이상	-	1.700 (1.205-2.397)	1.643 (1.154- 2.339)
임신당시 아들(b)	없었음	-	-	-
	1명 이상	-	1.524 (0.829- 2.802)	1.639 (0.887- 3.030)
원하던 임신여부(c)	원했음	-	-	-
	안 원했음	-	9.739 (5.584-16.987)	9.880 (5.612-17.396)
	a*c	-	2.632 (1.386- 4.997)	2.785 (1.453- 5.338)
	b*c	-	1.011 (0.476- 2.148)	0.979 (0.457- 2.097)
남아선호여부	무 또는 약한 남아선호	-	-	-
	강한 남아선호	-	-	0.621 (0.367- 1.051)
인공임신중절 태도	반대	-	-	0.277 (0.113- 0.679)
	그저 그렇다	-	-	0.307 (0.118- 0.799)
	찬성	-	-	-
	잘 모르겠다	-	-	0.284 (0.073- 1.095)
상 수		-1.8379	-4.2563	-3.0245
C		0.687	0.908	0.910
AIC ¹⁾		1518.89	983.82	982.36

주 : 1) Akaike's Information Criterion

V. 고찰 및 결론

본 연구에서는 우리나라 유배우 여성의 인공임신중절의 결정요인에 대해 분석하였으며, 연구자료 및 방법상에 있어서 다음과 같은 한계점이 있다.

먼저, 본 연구에서 사용된 자료의 경우 임신, 출산력과 관련된 자료가 피면접자 기술에 근거하고 있기 때문에 자료의 신뢰성 부분에 한계가 있다. 또한, 우리나라 미혼 여성의 인공임신중절에 관한 자료가 없어, 유배우 부인을 대상으로 한 전국 출산력 자료를 사용하였으므로 본 연구가 가임여성 전체 모집단을 대표하고 있지는 않다. 셋째, 시간 의존적 변수인 사회·경제적 요인과 가치관 요인은 임신 당시의 특성이 아닌 조사시점의 특성이므로 임신·출산 요인에 견주어 임신당시의 시점으로부터 변화가 있을 수 있으나, 본 연구에 사용한 자료에는 이에 대한 정보가 없어 이를 통제할 수 없었다. 끝으로 임신상태인 경우가 15.2%를 차지하였으나, 로짓분석시 이를 인공임신중절 또는 출산에 포함시킬 경우 분석 결과상 왜곡이 일어날 가능성이 있으므로 연구대상에서 제외하였다.

이러한 제한점에도 불구하고 기존연구와 비교하여 본 연구에서 발견한 주요 결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 우리나라 여성의 인공임신중절 결정에 관한 최근 연구에서는 부인의 교육수준이 통계적으로 유의한 영향을 주지 않는 것으로 나타났는데(이삼식, 1998), 남편의 사회·경제적 요인을 포함하여 분석한 본 연구에서는 유의한 영향을 주어 전문대 이상의 경우 인공임신중절의 확률이 낮아지는 것으로 나타났다.

둘째, 남편의 취업여부와는 대조적으로 부인의 현 취업여부는 인공임신중절을 결정하는 주요한 요인으로 나타났다. 경제활동을 결혼이후에도 유지하는 여성이 증가하고 있는 추세에서 여성의 취업여부가 우리나라 여성의 인공임신중절 결정에 영향을 주는 것은 시사하는 바가 크다고 할 수 있다. 전반적으로 남편의 사회경제적 특징은 인공임신중절에 영향을 주지 않았다.

셋째, 가구의 세대형태는 임신, 출산요인과 밀접한 관계가 있는 것으로 밝혀졌다. 사회·경제적 요인만을 독립변수로 하는 모형에서 가구의 세대형태가 대가족인 경우 핵가족보다 인공임신중절 결정이 낮아지는 것으로 나타났다. 그러나 임신, 출산요인을 포함하는 모형의 결과에서는 가구의 세대형태가 통계적인 의미를 갖지 못하는 것으로 나타났다.

넷째, 현존 자녀의 수는 인공임신중절 결정에 많은 영향을 주고 있다. 자녀수의 경우 현존 자녀가 2명 이상이 되면, 그렇지 않은 경우보다 2배정도 인공임신중절의 확률이 높아진다. 우리나라 여성이 희망하는 이상자녀수의 평균이 2.2명이기 때문에 이상자녀수에 가까운 자녀가 있는 경우 다음 임신을 인공임신중절의 방법으로 가족의 크기를 조절하고 있음을 시사하고 있다.

다섯째, ‘원하는 임신’ 여부는 인공임신중절에 큰 영향을 주고 있다. 원치 않는 임신을 하게 될 경우 이 임신이 인공임신중절로 종결될 확률은 원하는 임신을 할 경우보다 10배 이상 증가하게 된다.

여섯째, 원하는 임신여부와 자녀수와의 상호작용과 원하는 임신여부와 아들 수와의 상호작용을 분석한 결과 원하는 임신여부와 자녀수와의 상호작용이 인공임신중절 결정에 더 큰 영향을 미치고 있었다. 다시 말해, 원치 않는 임신을 할 경우 아들의 여부보다 현존 자녀수가 많을 경우 인공임신중절로 임신을 종결하게 될 확률이 높아짐을 의미한다. 이러한 현상은 우리나라 사회에 소자녀관이 정착된 후, 자녀수와 자녀의 성 구조가 경쟁적인 상황에서 자녀의 수가 우리나라 여성의 인공임신중절 결정에 더 영향을 미치고 있음을 보여주고 있다.

끝으로, 남아선호 여부는 인공임신중절의 결정에 유의한 영향을 주지 않는 것으로 나타났으나, 태아 성감별시 여아인 경우 인공임신중절을 하는 것에 대해 어떻게 생각하느냐는 구체적인 상황에서 인공임신중절을 할 수 있다는 여성에서 인공임신중절 가능성을 증가시켰다.

본 연구결과에 따라 부적절한 인공임신중절로부터 우리나라 여성의 건강을 보호하기 위해 다음과 같은 정책적 제언을 도출할 수 있다.

첫째, 교육수준이 낮고, 저소득 가계의 여성 또는 자녀수가 2인 이상인 여성이 인공임신중절을 할 가능성이 크므로 이들의 인공임신중절을 예방하고 감소시킬 수 있는 정책마련이 우선되어야 한다. 예를 들어, 고등학력 이하의 취업여성을 위한 가족계획 및 효과적 피임방법이나 2자녀 이상을 가진 부부를 위한 적절한 피임방법 등을 소개하고 실천할 수 있도록 돕는 접근이 필요할 것이다. 한편, 자료가 없어 본 연구대상에는 포함되어 있지 않지만 10대 여성이 저교육·저소득 특성을 가진 집단에 속할 확률이 높으므로 이들에 대한 정책적 관심도 집중되어야 함을 유추하게 한다.

둘째, 취업여성의 인공임신중절이 매우 높다는 사실을 고려하여 이들에 대한 제도적 지원 장치가 마련되어야 한다. 급속한 인구고령화로 생산활동인구가 감소하는 우리나라 추세에서 여성의 경제활동은 그 중요성이 더해 질 것이며, 인공임신중절이 취업여성의 건강에 해를 끼치게 된다면 이는 국가 인력자원의 손실을 초래할 것이다. 또한 상대적으로 교육수준이 높은 취업여성의 출산을 유도하기 위하여 보육인프라를 구축·강화하여 자녀출산과 양육에 필요한 직접부담을 줄이는 정책도 범 정부차원에서 시급히 강구되어야 한다.

셋째, 원하지 않은 임신을 줄이는 방안이 절실하다. 우리나라의 높은 피임실천율에도 불구하고 원치 않는 임신으로 인한 인공임신중절이 높은 현실 속에서 효과적인 피임방법에 대한 홍보와 적절한 교육이 필요하다. 부인의 임신, 출산 특성과 함께 사회, 인구학적 특성을 고려한 가족계획 프로그램과 여성의 생식보건을 고려한 여성 정책의 개발이 지속적으로 이루어질 필요가 있다.

넷째, 모성보건 향상을 위하여 인공임신중절에 관한 정확한 통계와 의학적 자료의 수집, 분석이 요구된다. 이를 위해서는 인공임신중절을 강력히 규제하고 있는 현행 법률을 재검토하여 불법적으로 시행되는 시술을 파악할 수 있는 현실적 방안이 필요하다. 외국의 사례에서도 볼 수 있듯이 인공임신중절의 법적인 허용이 인공임신중절률을 높이지 않고 오히려 안전하지 못한 인공임신중절로 인한 모성 사망률을 낮추는 것을 참고해야 한다(WHO, 1998).

끝으로, 인공임신중절에 대한 태도는 여성의 인공임신중절 결정 행위에 영향을 주고 있다. 인공임신중절이 모성보건에 미치는 영향에 대한 정확한 이해와 정보를 국민들에게 알려 인공임신중절에 대한 올바른 태도를 갖도록 사회적 분위기를 조성할 필요가 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 김승권, 조애저, 이삼식, 김유경, 송인주. 2000년 전국 출산력 및 가족보건 실태조사연구 보고서. 한국보건사회연구원, 2000
- 김한곤. 선별적 인공유산의 결정인자에 관한 비교연구 : 대구지역과 미국 캘리포니아 베이지역. 한국인구학회지 1997; 20(1) : 65-96
- 박상화. 인공임신중절과 여성 생식건강. 대한보건협회지 1997; 23(1) : 66-78
- 은기수. 인공유산의 결정요인에 관한 연구 : 로짓분석과 생존분석의 비교. 한국인구학회지 2001; 24(2) : 79-115.
- 이삼식. 자녀의 성구조에 따른 인공임신중절행태 분석. 보건사회연구 1998; 18(2) : 83-105
- 조남훈, 안남기. 인공임신중절에 미치는 요인의 변화에 관한 분석. 보건사회논문집 1993; 13(2) : 67-80
- Center for Disease Control(CDC). Abortion surveillance 1981. Atlanta. CDC, 1985
- Henshaw SK, Kost K. Abortion patients in 1994-1995 : characteristics and contraceptive use. Alan Guttmacher Institute, New York, USA. Fam Plann Perspect 1996; 28(4) : 140-7, 158
- Mogilevkina I, Hellberg D, Nordstrom ML, Odland V. Factors associated with pregnancy termination in Ukrainian women. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79(12) : 1126-1131
- Mundigo AI, Indoris C. Abortion in the Developing World. WHO, 1999
- Odland V. Induced abortion-a global health problem. Acta Obstetrics et Gynecologica Scandinavica-Supplement 1997; 76(164) : 43-45
- Stotland NL. Psychosocial aspects of induced abortion. Clinical Obstetric and GYN 1997; 40(3) : 673-686

- Tornborn M, Ingelhammar E, Lilja H, Svanberg B, Moller A. Decision-making about unwanted pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78(7) : 636-641
- Torres A, Forrest JD. Why do women have abortion? *Family Planning Perspectives* 1998; 20(4) : 169-176
- Who Division of Reproductive Health, Unsafe Abortion 1998. Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. 3rd edit. WHO/RHT/MSM/97.16. World Health Organization, Geneva