

일부 전문대학 여학생들의 인공유산에 대한 지식 및 태도에 관한 연구

김 은 희*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

무비관적으로 받아들여지는 외래 문화의 물결과 매스컴의 영향으로 성에 대한 개방이 가속화되고 이로 인해 미혼 여성들의 임신과 인공유산 횟수가 증가되고 있는 실정이다(문; 1987).

인공유산이 가족 계획의 일환으로 받아들여져 원하지 않는 임신일 경우 쉽게 반복적으로 시행되고 있다(홍; 1988).

한편 인공유산은 오랜 옛날부터 인간이 원하지않은 임신을 인공적으로 중절시키고자 하는 욕구가 있어온 이래 오늘날까지 점차 그 빈도가 높아지고 있다(Potts; 1985).

특히 1950년대 이후 세계적으로 인공 임신 중절의 빈도가 높아졌으며 그 윤리성에 대해서도 사회적으로 격렬하게 논쟁하기 시작했다(고명숙 외; 1992, 한; 1992, Kalman & Waughtfield; 1987).

이·유(1996)는 우리나라에서도 모자보건법으로 치료적 유산의 범위를 정하고 있으나 이상의 허용한 범위 이외의 선택적 인공유산이 대부분을 차지하고 있다고 하였다.

이러한 인공 유산은 태아가 생존 능력을 갖기 이전

의 임신 시기에 여러 가지 이유로 임신을 중절시키는 것으로(김 1996), Cornish(1976)는 임신 중절 수술은 피임에 실패하여 원하지 않는 임신이 되었을 때 행하는 피임방법으로서 가장 위험도가 높은 방법이라고 하였다.

이·유(1996)는 인공유산 피수술자의 사회인구학적 특성에서 미혼 여성이 차지하는 비율이 점차 늘어나고 있는 추세이며 그 이유로는 초혼 연령이 높아지고 성윤리관의 변화 및 성개방 풍조, 피임에 대한 무지 등에 있다고 하였다.

즉 인공유산 피수술자의 나이가 1970년대에는 30대 부인이 많았으나 점차 20대 부인이 주류를 이루고 있으며 그 이유는 난관결찰술의 광범위한 보급, 젊은 부인에서 자녀를 늦게 가지려는 성향, 미혼 여성에서의 임신증가 등으로 볼 수 있겠다.

높은 인공유산율을 낮추고 모성 보호와 생명 존중 의식을 각자에게 심어주며 무분별하고 무책임한 성인들에 의해 희생되는 어린 생명을 살리는 계기가 필요할 것이다.

인공 유산을 예방하는 전략은 가족계획을 실시하도록 홍보·교육하여 계획에 의한 임신과 출산이 되도록 철저한 교육이 필요하다.

이에 본 저자는 가족 구성원으로 가정 생활을 계획하고 건전한 복지 사회를 이끌어가야할 미혼 남녀들

* 국립의료원 간호전문대학

의 낙태에 관한 의견을 파악하여 금후 보건 교육의 기초 자료로 이용하고자 본 연구를 시도 하였다.

2 연구의 목적

본 연구의 목적은 20대 여성들에게 낙태율이 높다는 보고와 함께 여성 자신이나 가족, 사회에 많은 시사성을 가지고 있다고 본다.

이에 낙태에 대한 올바른 이해와 방향을 제시하여 보건 교육의 기초 자료를 삼고자 함이다.

이러한 전반적인 목적의 달성을 위하여 아래와 같은 구체적인 목적을 갖는다.

- 1) 조사 대상자의 일반적인 특성을 파악한다.
- 2) 낙태에 대한 태도의 정도를 파악한다.
- 3) 낙태에 대한 지식의 정도를 파악한다.
- 4) 일반적인 특성과 낙태에 대한 태도와의 관계를 파악한다.
- 5) 일반적인 특성과 낙태에 대한 지식과의 관계를 파악한다.
- 6) 낙태에 대한 태도와 지식의 정도를 지역별, 전공별로 파악한다.

3 용어의 정의

낙태 : 정자와 난자의 수정후 이미 성장하기 시작한 새로운 생명을 인위적으로 태어나기도 전에 살해하는 행위를 말한다.

낙태에 대한 태도 : 낙태를 하게 되는 일반적인 경우에 대한 태도를 말한다.

태도의 정도 : 낙태에 관한 심적 상황으로, 대상자가 주관적으로 느끼는 긍정적~부정적인 정도를 말한다.

낙태에 대한 지식 : 가임기, 가족 계획, 피임법의 장단점(피임약, 콘돔, 자궁내 장치, 남녀 영구 불임술), 낙태의 방법, 낙태의 가능 시기, 낙태가 가능한 경우와 낙태후의 신체적 합병증에 대한 지식으로 모자 보건법, 전염병 예방법에 열거된 것을 말한다.

지식의 정도 : 낙태에 관한 명료한 의식이나 알고 있는 내용으로, 대상자가 주관적으로 느끼는 인지의 정도를 말한다.

II. 문헌 고찰

인공 유산(인공임신중절, 낙태)이라함은 인위적으

로 행해지는 유산 행위를 뜻하며(이·유 : 1996), 유산에는 태아 혹은 모체측의 소인에 의해 임부의 의도와 관계없이 임신이 중절되는 자연 유산과 치료적인 목적이나 여성이 원하지않는 임신을 한 경우 인공적으로 임신을 중절하는 인공유산이 있다(이·고 : 1994).

즉 산모의 건강이 위험할 때, 태아에 심각한 질환이나 장애가 있을 때, 강간이나 근친 상간에 의한 임신일 때의 경우에 행해지는 치료적 유산과 임부의 요청에 의해 행해지는 자발적 유산으로 나눌수 있다는 것이다.

우리나라 모자보건법 시행령 15조 1항에는 중절수술은 임신한 날로부터 28주일 이내에 있는 자에 한하여 할 수 있다고 명시하고 있다.

이·유(1996)는 초기 인공 유산이 안전하고 쉽기때문에 세계적인 추세라고 하였다.

김(1996)은 전 세계적으로 일년에 약 4천만건 내지 6천만건의 인공유산이 시행되고 있다고 추정되며 전체 임신의 24%~32%가 인공 유산으로 종결된다고 분석하고 있다.

한편 이·유(1996)는 연간 시행되는 인공 유산의 건수를 대략 100만건 이상으로 추정하고 있으나 정확한 숫자는 알기 힘든데 그 이유는 선택적인 인공유산이 보험급여 대상에서 제외되어 있고 시술자와 피시술자가 모두 노출을 꺼리는 등의 문제때문이라고 보고하고 있다.

이러한 유산은 빈번하게 일어나고 있으며 자연 유산의 경우에 전 임신의 15~20%라고 하고 있으나 실제로는 이것 보다 훨씬 많은 것으로 짐작되며 통계적인 수치를 내기 어렵다(Hutti : 1989, Rosenfeld : 1991, Stirtzinger and Robinson : 1989).

현재 뉴질랜드의 낙태율은 1994~1995년에 출산 1000명당 낙태 221명이며, 미국은 4백1명, 네덜란드에는 96명, 독일 1백8명으로 보고되고 있다(간협신보 : 1996.5.9.).

우리나라의 1994년도 보건사회연구원의 전국 출산력 및 가족 보건 실태 조사 자료에 따르면 기혼 여성의 77.4%가 피임을 실천하고 있으나, 인공유산 경험률이 1991년 54%, 1994년 49%에 이르고 있다고 밝히고 피임의 실패와 태아성감별등이 원인을 지적하고 있다(간협신보 1996.3.14.).

한편 1995년도 한국의 사회지표에는 부인 1000명당 인공 유산 건수가 1971년에 63, 1991년에 119, 1993년에 87건 이었으며, 이 중 20세에서 24세 여성의 유산

율이 1971년 28에서 1991년에는 1백86으로, 1993년 1백5였다라고 보고하고 있다.

우리나라 인공유산 현황은 1990년도의 경우 기혼 부인의 과반수가 이를 경험하고 있고 일생동안 평균 1.9회의 인공유산을 하는 것으로 분석되며, 연간 총 출생수에 거의 상응하는 규모의 인공 유산이 매년 기혼 및 미혼 여성에서 행해지고 있고 이중 미혼 여성의 인공 유산이 전체 약 1/3을 차지하며, 그 중 미혼 여성군 및 20~24세의 젊은 부인군에서 인공 유산의 빈도가 증가하고 있다(김; 1996).

또한 박(1996)은 20세 이하의 인공 유산이 전체의 6.4%나 차지하고 있으며 특히 미혼 여성의 26.7%가 20세 이하라고 하였다.

한편 최(1976)는 60.2%가 인공 유산을 찬성한다고 하였으며, 박(1989)은 61.4%가 인공 유산을 찬성하며, 한·김(1990)은 60.0%가 인공 유산을 찬성한다고 보고하고 있다.

또한 고·양(1991)은 인공 유산에 대하여 전체의 51.2%가 반대하였으며 45.0%는 경우에 따라서 찬성하였고 여자가 인공 유산에 대하여 남자보다 수용적인 자세를 나타내었다고 보고하고 있다.

여성의 일생에서 임신·분만 그리고 어머니 됨은 그들의 성장 발달 과정중 가장 중요한 사건 중의 하나이며 이러한 과정을 통해서 여성으로서의 자존감과 정체감을 갖게된다.

이러한 사건중 유산은 어떠한 이유로든 임신에 성공하지 못한 것으로 여성의 자존감과 정체감이 손상되는 치명적이고 불유쾌한 경험인 것이다(Cornish; 1976).

특히 임신 중절 수술을 한 여성 10명중 8명은 낙태에 대해 만족하고 있으며, 2명만이 죄책감을 느끼고 있다는 보고(조선일보 1996.11.1.)는 대단한 시사성을 나타내고 있는 것이다.

Watters(1980)는 원하지않은 임신을 중절하는 것이 억지로 어머니가 되는 것 보다 여성의 정신 건강에 유익하다고 주장하고 있기도 하다.

더욱이 현대 의료 체계는 여성의 입장을 전혀 이해하려고 하지않고 여성이 원한다거나 신체적 건강, 가족계획이라는 국가 시책을 수행하기 위해 간단히 시술하는 것은 매우 시사성이 있는 부분으로 본다.

그러나 인공유산의 윤리적 측면에서 가장 중요한 점은 인간의 존엄과 가치를 부정하거나 침해하여서는 안되고 또한 인간 주체로서 인생이(human life) 시작

되면 그 후에는 태아를 수태시킨 부모를 포함한 어느 누구라도 그 생명을 없앨 수 없다는 것이다(김; 1996).

심각한 것은 우선 임신을 하고 난 후 원하지 않는 아기를 인공 유산하는 경우가 너무 많다는 것이다.

김(1989)은 인공 임신 중절 이유로 원하지않은 임신이 47.8%라고 보고하였다.

이·유(1996)는 인공 유산의 직접적인 동기를 기혼 부인은 더 이상 자녀를 원치않아서(66.4%), 터울 조절(11.2%), 약물 사용이나 방사선 노출에 의한 태아 기형을 우려해서(9.5%), 경제적인 이유(6.1%), 산모의 건강(5.6%)의 순이었으며 미혼여성은 88.6%가 결혼을 하지 않았기 때문이었고 약물 사용이나 방사선 노출이 4.0%였다고 보고하였다.

특히 조(1996)는 자녀를 적게 낳게 되면서부터 아들을 가지지 못할 확률도 그만큼 커지게 되었으며, 자녀를 적게 낳으면서도 아들은 꼭 있어야겠다는 의식이 태아의 성감별과 성선택적 인공임신중절로 이어지고, 그 결과 출생 성비의 불균형으로 나타나고 있다고 하였다.

임부의 84%가 남아를 원하고 있다고 하였고 태어날 아기의 67%가 성별에 대해서 걱정하고 있다고 함(강; 1980)은 아직도 남아선호 사상이 많이 남아 있음을 알 수 있으며, 아들 유무 필요성도 남학생은 60.7%가 꼭 있어야된다고 하였고 여학생의 70.7%는 없어도 괜찮다고 하였고, 아들의 필요한 이유로 남학생은 가문 존속(61.6%), 희망계승(24.1%), 여학생도 가문 존속(49.6%), 희망계승(22.3%)이라고 하였다(이·고; 1981).

또한 이·유(1996)는 피시술자의 현존 자녀수도 인공 유산 수용에 큰 영향을 미치는데 이는 원하는 수의 자녀를 둔 부부들이 출산 억제 목적으로 인공 유산을 선택하기 때문이라고 보고하였다. 그러므로 원하는 수의 자녀를 둔 부부들에게 적극적으로 피임을 권유하고 시행하도록 하는 노력이 필요한 것이다.

특히 경제적으로 어려운 집단은 일반인 집단보다 질병으로 인한 비활동일 수가 높고, 심장 질환, 안질환, 정신질환 등이 높으며, 영아사망률 역시 일반 가족보다 높으므로 빈곤은 건강 위험을 가중시키는 요인이 될 수 있다(고; 1996). 낮은 교육 수준, 사회적 고립, 체념적 생활관 등으로 인해 보건 기관의 이용에 관한 동기 유발을 감소시킬 수 있기 때문이다.

빈곤층에서는 이러한 사회 경제적인 이유로 인공

유산을 하게되는 경우도 상당 부분 차지하리라 보며 임신에 의한 경제 활동의 제한, 임신 출산 양육에 드는 비용등 적극적인 대책이 필요하다.

유(동아일보; 1996.11.1.)는 낙태 수술 여성의 77%가 후회없다고 하였고, 대부분의 여성들이 불법 낙태 수술을 받고 있으며, 낙태에 대해 별로 죄의식을 느끼지않고 있는 것으로 나타났다고 하였다.

법적으로 허용된 낙태는 13.4%에 불과하며 또 낙태 수술을 받은 여성의 76.7%가 수술한 것에 만족한다고 답변한 반면 후회하거나 죄책감을 느낀다는 응답을 한 응답자는 23.3%에 그쳤다고 보고함은 시사성이 많은 문제로 제도가 필요한 부분으로 본다.

그러나 현재는 모성보호법과 함께 임신중절이 합법화되어 세계적으로 3건의 임신중 1건이 가족계획을 목적으로 인공 유산을 한다(Cornish; 1976).

유(간협신보; 1996.11.7.)는 2회 이상 인공유산을 경험한 여성의 비율이 31.0%로 1회이상 인공유산을 경험한 여성 29.0%보다 많았으며 3회와 4회 이상인 경우도 각각 9.5%와 3.2%나 됐다고 하였으며, 이같은 인공 유산이 태아의 성감별로 이어져 성비 불균형을 초래하고 있을 뿐만 아니라 신부부족, 성범죄의 증가, 남성 동성애의 증가, 중기 인공 유산에 의한 모성 건강 저해 등의 많은 문제점을 낳고 있다고 지적했다.

선진국에서는 합법적인 유산을 법적으로 제도화하여 비의학적인 조작으로 인해 초래되는 모성의 피해와 이로 인한 사망을 억제하거나 임신의 예방을 교육하는 정책으로 나서고 있다(김; 1996).

도·김(1980)은 여자가 남자보다 인공 유산이 모체 건강상 해롭다는 지식을 더 많이 갖고 있으면서도 합법화 해야 한다는데 대한 찬성율이 또한 더 높다고 하였다.

우리나라 모자 보건법 제 2조의 6에서는 인공 임신 중절 수술을 정의하고 있으며, 모자보건법 제 14조는 인공 임신 중절 수술의 허용한계를 규정하고 있고 본인과 배우자의 동의를 얻어 인공 임신 중절 수술을 할 수 있다고 하였다.

다만, 배우자의 사망, 실종, 행방 불명 기타 부득이한 사유로 인하여 동의를 얻을 수 없는 경우에는 본인의 동의만으로 그 수술을 행할 수 있으며, 본인 또는 배우자가 심신 장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자 또는 후견인의 동의를 받아서, 친권자나 후견인이 없을 때는 부양 의무자의 동의로 갈음

할 수 있다고 하였다.

이·유(1996)는 인공유산의 결정은 상대방과 상의해서가 기혼 부인은 97.5%, 미혼 여성은 71.8%였고, 피시술자 혼자 결정으로가 기혼 부인은 1.8%, 미혼 여성은 19.8%라고 보고하고 있어서 많은 시사성을 안고 있는 것으로 볼 수 있다.

모자보건법 시행령 제 15조에는 인공 임신 중절 수술의 허용한계를 임신한 날로부터 28주일 이내에 있는 자에 한하여 할 수 있다고 하였다.

한편 인공 임신 중절 수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신 장애나 신체 질환은 유전성 정신분열증, 유전성 조울증, 유전성 간질증, 유전성 정신박약, 유전성 운동신경원 질환, 혈우병, 현저한 범죄 경향이 있는 유전성 정신 장애, 기타 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 현저한 질환으로 규정하고 있다. 또한 인공 임신 중절 수술을 할 수 있는 전염성 질환은 태아에 미치는 위험성이 높은 풍진, 수두, 간염, 후천성 면역 결핍증 및 전염병 예방법 제 2조 제 1항의 전염병을 말한다고 하였다.

이러한 낙태의 방법으로는 외과적 방법으로 경관개대 및 자궁 내용물 제거술(소파술, 흡인법)과 개복술(자궁절개술, 자궁 절제술)이 있으며 약물 이용법에 옥시토신 정맥 주입, 양막내 고장액(20%식염수, 30% 유레아) 프로스타그란딘 E2, E2 프로스타그란딘 유사체(양막내주입법, 양막외주입법, 질내삽입, 비경구주사법, 경구투여) 이상의 복합법, 항황체 호르몬 RU 486을 들고 있다(김; 1996).

특히 조(1996)는 태아 성감별 기법을 통한 인공 임신 중절은 임신 기간이 상당히 지난후에 이루어지는 것이 대부분이기 때문에 모성 건강에 미치는 영향이 그만큼 더 클 수 밖에 없다고 하여 경각심을 일으키고 있다.

유(간협신보; 1996.11.7.)는 피시술자 10명중 6.4명은 인공유산을 한 경험이 있다고 하였다.

이렇듯 유산의 과거력이 있는 여성이 상상외로 많은데 비해 유산에 대한 관심이나 간호는 거의 이루어지지 않고 있으며 유산후 간호나 건강관리는 의료인, 가족 심지어는 여성 자신조차도 무시하고 있는 것이다.

분만이 성공적이고 행복한 경험, 가족적 사건인데 비해 유산은 불유쾌하고 실패한 경험으로 누구의 적절한 도움이나 관심없이 거의 혼자 감당해야 하는 여성만의 사건으로 간주되고 있었다.

이러한 인공유산의 문제점을 이·유(1996)는 첫째, 생명체를 인위적으로 제거시킨다는 윤리적인 문제. 둘째, 출혈, 감염, 자궁 천공 등의 인공유산 수술의 합병증. 셋째, 반복적 인공유산으로 인한 자궁 내막 유착, 자궁의 임신, 임신 중 유산 등의 증가. 넷째, 인공유산 수술비와 경제활동 제한으로 인한 경제적 손실. 다섯째, 남아 선호관 때문에 태아가 여아일 경우 인공 유산을 시행함으로써 생기게 되는 남녀 성비 불균형. 여섯째, 청소년들의 혼전 임신 유산에 따른 정신적, 육체적 건강 저해 등으로 지적하고 있다.

아울러 인공 유산에 의한 모성 사망은 임신초인 임신 2개월전에는 십만건당 0.6건이며 그 이후 임신 주수가 2주일 증가할 때마다 2배씩 증가한다고 한다.

특히 유·안(1984)은 10대의 연령층은 다른 연령층에 비하여 신생아의 위험도가 2배나 높다고 하였다.

한편 홍(1988)은 의학적인 면에서 인공 유산후 나타나는 합병증의 경중은 일반적으로 임신기간과 정비례한다고 하였다.

나(1976), 주등(1990)는 주로 신체적인 합병증에 대해 언급하고 있으며 심지어는 사망 등이 나타날 수 있다고 했다.

한편 김(1996)은 질을 통한 외과적 유산 방법의 합병증으로 자궁 천공, 경부 열상, 출혈, 태아 또는 태반 조직의 불완전 제거 또는 감염증등이 있고 임신 16주 후에 흔히 발생한다고 하였다.

대부분의 임부는 임신과 분만 동안의 생리적, 심리적, 변화에 대한 올바른 지식 및 정보의 부족으로 불필요한 공포와 불안을 경험하게 된다(안; 1983).

임신과 출산을 위기로 볼 때 그 상황에 처한 임부는 개인적인 갈등과 심각한 저항을 겪게 된다(Hoff; 1978, Leifer; 1980, Reading; 1983).

Lanahan(1976)도 원하지 않는 임신을 했을 경우 정신적 불균형 증상이 나타나며 흔히 안절부절, 불면, 무력감, 자살하고 싶은 마음등이 생긴다고 했다.

원하지않는 임신으로 인공 유산을 해야하는 경우에는 임신으로 인해 심한 스트레스와 긴장감을 느끼다가 중절수술후에는 문제가 해결되었다는 안도감을 느끼면서도 내적으로는 자신을 질타하는 양가 감정을 가지는 경우가 많았다(이·고; 1994).

Neustatter & Newson(1986)은 유산의 경험을 복잡한 정서(mixed feeling)라고 표현하면서 유산후 다소 긍정적인 느낌도 있으면서 양가감정, 갈등, 격리감도 있다고 하였다.

특히 유산을 예감할 때 착잡한 감정을 가지며 수술에 대한 불안과 공포를 느끼고 상실감과 손상감으로 슬픈 반응을 보이고 유산의 원인을 찾아보며 원망도 하고 죄책감을 느끼거나, 후회하기도 할 것이다.

사회적으로도 아들이나 성인이 사망한 것과 비교해 볼 때 임신 상실 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 et al; 1987, Layne; 1990, Ryan et al; 1991).

이와같이 유산이 여성에게는 힘든 경험임에도 불구하고 이에 대해서 가족, 의료인, 사회인들의 적극적인 도움을 받지 못한 채, 여성들만이 이에 대한 고통을 감당하고 있다(Hutti; 1989).

Cornish는 원하지않는 임신은 자신이 부주의 했거나 무의식적으로 그런 행동을 결정했기 때문이라고 하며, 자신의 부주의를 후회하고 그 책임을 자신에게 돌리므로 유산(인공임신중절)에 따른 고통을 자신이 감당해야 하는 것을 운명적으로 받아들이고 있다고 한다.

이때 Swanson-Kauffman(1986)은 유산을 경험한 부인이 원하는 돌봄(Caring)에 관한 연구에서 남편이 부인을 위해 여러 가지 보살펴 주는 것이 도움이 되었다고 하였다.

William et al(1981), Cornenwett(1985), Watson(1980)등은 임신부의 불안 정도를 극복하는 방법으로 배우자의 지지적 역할과 공동의식은 매우 도움이 된다고 하였다.

분만 직후의 자기 중심적 단계에서 타인과의 원만한 상호 작용을 할 수 있게 되기까지 여러 가지 감정의 변화를 경험하면서 발달상의 위기에 처하게 되므로, 산모는 신체, 심리, 사회적, 지지를 필요로 하게 된다(Aguilera et al; 1977).

Burke & Weir(1982)는 특히 남편과 아내가 서로 간에 정서적 지지가 되어 그 지지의 결과로 예방적 효과, 치료적 효과, 완충의 효과를 나타낸다고 하였다.

인공 유산은 가족(남편)이나 의료인(특히 간호사)의 지지를 거의 받지 못하며 모든 원인과 결과를 여성이 감당하게 됨에따라 어렵다.

이·고(1994)는 유산후 몸조리를 못해 자신의 건강이 상한 것을 후회했다고 하였다.

따라서 유산과정도 분만 과정이나 같은 의미로 보

고 충분한 몸조리가 필요하나, 유산은 아무 소득이 없이 끝났으므로 몸조리를 할 수 없었으며 그 결과 건강이 상했다고 인식하고 있었다.

이는 한국의 산후조리의 특성이 산후에 충분한 조리를 해야 노후에 건강을 유지할 수 있으며, 노화와 함께 건강이 좋지 않은 것은 주로 산후에 충분한 몸조리를 못 했기 때문이라고 믿는 것과 관련이 있다 (Yoo : 1993).

분만과는 달리 유산후의 간호나 건강관리는 의료인, 가족, 심지어는 여성 자신조차도 무시하고 있다.

한편 의료 절차에 따라 임신중절에 참여하게 되는 간호사는 이러한 상황에 대하여 자신의 가치관을 정립하지 못한 채, 중절을 받는 여성의 입장이나 인식, 경험에 대하여 특별한 관심없이 단지 정규적으로 행하는 신체적 간호를 하고 있을 뿐이다(이·고 : 1994).

간호사는 유산을 경험하는 여성을 그녀의 입장에서 이해하고, 도움을 청할 때 그녀의 슬픔과 고통을 함께 나눌수 있는 가장 중요한 역할을 하며, 그녀의 감정을 표현하게 하고 잘 들어주는 역할을 해야한다.

따라서 어떤 이유로 선택을 하든지 그 결정 과정이 쉽지 않으므로 유산전 상담이 유산후 여성들을 위로움, 우울, 소외감을 느끼고, 이해받고 싶고, 자신의 경험을 그대로 수용해 주기를 원하며 돌봄을 받고 싶은 욕구가 강함을 충분히 감안해야 할 것이다.

가족계획이란 한 가정에서 능력에 맞게 자녀 양육 계획을 세워 출산, 양육함으로써 경제 상황을 윤택하고 화목하게 하는 가정복지계획이며, 가족이라는 사회 단체가 유지 발전되는데 필요한 계획은 물론 사회 생활의 종합적인 계획이 포괄된다(김 : 1980).

가족 계획은 말 자체가 뜻하는 바와 같이 가족을 구성하면 가정 생활을 계획하는데 의미가 있으며 원래 의미인 건전한 복지 사회를 이끌어 가기위해 미혼, 청소년들이 가족 계획을 알고 선택할 수 있는 장기적인 동기 부여가 선행되고 가치관이 형성되어야 할 것이다(고·양 : 1991).

그러나 우리나라 가족 계획 사업은 1962년 착수된 경제 개발 속에 인구 조절 정책이 포함되어 수태 조절이나(contraception) 출산 조절(birth control)의 유사어로 사용되어왔다(공·조 : 1989).

당초의 가족 계획 사업은 전국적인 보건망을 통하여 소자녀의 잇점을 강조하고 이와 관련된 각종 서비스의 제공을 함께 실시하여 수행되어 온 것이다.

이에 가족은 사회의 기본 단위로 건전한 가정은 복지 국가로 가는 관건임을 인지하여 가족계획사업은 가족생활전반에 관한 계획과 복지를 누릴수 있도록 삶의 질을 높이는 방향으로 모색되어야 할 것이다.

특히 임신을 계획하는 것은 부모됨을 준비하는 것으로 부모가 되고자하는 부부들에게는 필요한 과정이며, 이러한 부모로의 준비와 계획으로부터 부모 역할이 올바르게 인식될 수 있는 것이다(이 : 1996).

고(1978)는 미혼 남성을 대상으로 한 연구에서 가족 계획에 찬성하는 수는 84.7%이며, 그 이유로는 자녀를 훌륭히 키우기 위해(60.3%), 모자건강(15.9%), 부부 중심의 생활을 위해 (15.9%)로 나타났으며 아들이 꼭 있어야 한다고 생각하는 대상자는 61.5%로 나타났다고 하였다.

이·고(1981)는 고교생 가족계획에 대한 연구에서 남학생 58.5%, 여학생 72.4%가 가족 계획을 찬성하고 있고, 찬성이유는 남학생이 인구 조절(34.9%), 문화생활영위(28.0%)순이었고, 여학생은 문화생활영위(28.4%), 인구조절(27.6%)순이라고 하였다.

이(1987)는 가족 계획이 개인의 복지 증진보다는 출산 조절을 위한 소자녀 갖기에 중점을 두어왔기 때문에 이러한 반응을 나타낸다고 하였다.

따라서 태울 조절이나 결혼에 대한 지도, 좋은 아이를 낳기 위한 산전섭생지도 등의 다방면으로 접근함이 필요할 것으로 본다.

특히 한·김(1990)은 가족계획에 대한 교육을 받은 군이 안 받은 군보다 인공 유산 반대율이 높음을 보고하였는바 적극적인 가족계획 교육을 실시하여 원하지않는 임신으로 인한 제 문제들로부터 여성들을 보호해야할 것이다.

이에 가족 계획에 대한 올바른 개념, 태도, 가치관을 형성할 수 있는 체계적인 학교 교육이 정규 교과과정중에 이루어져야 하겠으며, 이들이 학교문을 나온 후 직장 내에서의 집단 교육을 통하여 가족 계획에 대한 구체적인 방안에 대한 지도가 이루어져 결혼하기 전에 가족계획에 대한 교육이 완전히 이루어질 수 있도록 학교와 사회의 연계성있는 교육이 필요하다고 본다.

즉 가족계획사업은 질적으로는 모자보건과 양적으로는 인구성장으로인한 사회적 문제에 근본을 두고 인간의 존엄성을 중요시하는 철학에서 시작된 것이다.

따라서 출산 조절 정책은 계획적인 피임 수요에 대

응해야하며 가족계획의 질적 개선도 이루어져야 한다.

즉, 자녀의 출산 양육보호, 핵가족으로 인한 가족 기능 및 역할의 변화, 인구의 도시 집중화, 여성 취업의 확대등 가족 생활의 합리적인 계획과 준비등 다양한 교육과 서비스 개발이 요구된다.

양적인 측면으로서의 소자녀 출산만 강조할 것이 아니라 질적으로 인구자질 향상 측면에서의 모자 보건과 관련하여 터울을 넓힐 수 있는 출산 속도 완화 정책에 보다 깊은 관심과 실천도를 높여야 하며 이를 위해서는 미혼층을 대상으로하여 가족계획에 대한 올바른 정립을 위해 교육이 필요하다.

가족계획은 출산된 자녀의 건강, 국민보건상태와 밀접한 상관 관계를 가지고 있으므로 가족계획 방법에 대한 구체적인 정보 제공이 이루어져야 할 것이다.

또한 지금까지의 가족계획사업 중심의 인구 정책에서 남녀평등을 위한 가족법, 노후 생활 보장 시책 등 절적인 가족계획 사업을 위해 지역사회개발 사업을 통합연계하여 인구의 양적 억제뿐 아니라 모자보건 증진 및 인구 동태를 종합적으로 조정 관리함이 바람직하다.

이로써 신체적 정신적으로 건강하고 사회적으로 건전한 상태를 유지하며 가족계획에 대하여 체계적으로 교육받고 올바른 가치관이 형성된 후에 이성 교제와 결혼에 임하도록 해야 될 것이다.

이·유(1996)는 피임방법에 의한 피임 실패율은 주기법 9%, 살정제 6%, 질외사정 4%, 남성용 콘돔 3%, 자궁내 장치 0.6%, 난관 수술 0.4%, 정관 수술 0.1%, 경구용 피임약 0.1%로 보고하고 있다.

이는 적절한 피임방법을 정확하게 사용할 수 있도록 교육·홍보·실천에 만전이 필요하다고 사려된다.

한편 Cornish(1976)는 가족 계획의 목적으로 유산을 시키는 것은 피임의 가장 위험한 방법이며 유산이 살인이 아니라고 할지라도 다른 피임법과 같이 생각할 수 없다고 하였다.

이·유(1996)는 교육 수준이 높은 여성들은 일반적으로 임신 초기에 인공유산 수술을 받는 경향이 있으며 특히 미혼 여성에서는 고학력일수록 미혼모가 되는 것을 꺼려하여 원치않는 임신이 되었을 경우 대부분 인공 유산을 받는다고 하였다.

고·양(1991)도 피임방법에 대한 구체적인 정보제공의 결여를 지적하였으며 피임 수용을 안하려는 경향에 대하여 피임에 대하여 충분히 상의하고 실행하

는 것이 필요하다.

각 개인에게 적절한 피임방법을 정확하고 지속적으로 사용케하며 교육과 보건의 지속적이어야 하겠다.

젊은 부부들이 임신을 계획하여 원하는 대로 성취 되었을때에는 부모되는 과정을 긍정적, 적극적으로 수용하며 자존감을 유지할 수 있지만, 원치않는 임신을 하게 되었을때 당황하고, 무력감을 느끼며, 부모되는 과정으로의 선택에 갈등을 갖게 된다.

결국 부모가 되고자 하는 부부들은 임신을 수용하지만 그렇지않은 부부들은 인공유산의 어려움을 겪게 되는데 이러한 임신과 관련된 성 지식과 부모의 역할에 대하여 현재 우리의 고등 교육에서 구체적으로 교육되고 있지 않은 실정이다(이 ; 1996).

유산에 관한 논문에서 한국부인 2명중 1명꼴로 유산경험이 있으며, 유산은 생산, 성과 관련된 사망률, 여성 건강과 관련된 3가지 중요한 문제를 갖고 있으며 유산을 위해 clinic을 찾은 사람의 1/3이 미혼모였다고 하였다(문 : 1987).

이·유(1996)는 기혼 부인의 경우는 대부분 배우자와의 임신이었고 미혼여성에서는 애인(76.6%), 동거남(18.3%)이라고 하였다.

따라서 미혼 여성들에게 올바른 성윤리관에 대한 교육과 성개방 풍조에 대한 적절한 대책이 필요하다.

성개방 및 여성의 취업증가 등의 사회적 영향에 맞추어 청소년 시기부터 적극적이고 실질적인 성교육 및 피임 교육의 효율적 실시, 심각한 합병증을 유발시킬수 있는 임신 증기, 인공 유산의 감소 유도, 적극적인 사회제도 개선 및 홍보를 통한 남아선호사상의 희석으로 여성태아의 의도적 인공 유산 발생 소지 근절등이 시급한 과제이다.

학교에서 보건 교육은 장차 이나라를 이끌어 나갈 구성원들에게 건강에 대한 올바른 개념, 태도, 가치관을 형성하게 하고 변화가 용이한 시기에 올바른 건강 습관을 실생활에 행동화한다는 측면에서 중요하다(박 ; 1989).

생명이 소중하게 존중되는 사회를 위한 전사회적인 관심으로 예방 교육을 힘써야 할 것으로 본다.

이상과 같은 연구 결과를 통합해 보건대 가족 계획 사업은 인구 증가를 억제하는 방법에 역점을 두기 보다는 모자보건과 청소년 교육등 인구 자질 향상을 위한 사업이 시도되어야 하겠으며 효율적이고 절적인 가족 계획 사업을 위해서는 기혼자보다는 미혼자 중심의 교육이 강화되어야 할 것이다. 가족 계획 사업

에 대한 올바른 태도 형성을 위하여 미혼 인력이 집중되어 있는 대학에서 가족 계획의 내용, 방법에 대한 구체적인 교육이 이루어져야 할 것이다.

III. 연구 방법 및 절차

1. 연구 대상 및 모집

본 연구는 서울 지역 K간호전문대학, N간호전문대학, 충북지역 C간호전문대학, 충북지역 C전문대학 유아교육과, 치위생과 1학년 학생 376명중 본 연구의 목적을 이해하고 본 연구에의 참여를 수락한 290 명을 대상으로 하였으며 모두 연구 자료로 분석되었다(회수율 77.1%).

자료는 설문없이 대상자 자신이 직접 기록한 후 즉시 수집되었으며, 응답의 소요시간은 15분~30분이었다. 총 수집 기간은 1996년 4월 29일~5월 17일까지였다.

2. 연구 도구

연구 도구는 문헌 고찰을 통하여 얻은 자료를 근거로 본 연구의 목적을 달성할 수 있도록 연구자가 작성한 질문지를 사용하였다.

완성된 설문지에 수록된 질문들은 아래와 같은 영역으로 묶어볼 수 있다.

- ① 일반적인 특성 6문항
- ② 낙태에 대한 태도 30문항(신뢰도 검증치 Cronbach alpha는 .8589)
- ③ 낙태에 대한 지식 13문항(신뢰도 검증치 Cronbach alpha는 .8959)등 총 49문항으로 구성하였다.

특히 태도에 관한 문항은 Likert type의 5단계 척도(1단계: 확실히 아니다. 2단계: 아니다. 3단계: 보통이다. 4단계: 그렇다. 5단계: 확실히 그렇다.)를 사용하였으며 지식에 관한 문항중 10문항도 Likert type의 5단계 척도로(1단계: 확실히 모르겠다. 2단계: 모르겠다. 3단계: 보통이다. 4단계: 안다. 5단계: 확실히 안다.)로 나누어 응답자가 쉽게 이해하고 답할 수 있게하였다. 지식에 관한 문항중 3문항(낙태가 가능한 경우, 낙태가 가능한 질환, 낙태후 합병증)은 모자 보건법과 전염병예방법에 의거 가능한 모든 경우를 열거하고 다중 응답을 할 수 있도록 하였다.

3. 자료의 처리 및 분석

질문지를 통하여 수집된 자료는 코딩카드에 부호화한 후 통계 처리하였다.

각 문항에 대한 반응은 실수와 백분율로 하였으며 태도와 지식에 대한 문항은 낮은 단계인 1점으로 시작하여 높은 단계인 5점까지의 배점을 하였고, 각 반응 지수의 평균(Mean)과 표준 편차(S·D)를 산출하였다. 집단간의 일반적 특성은 t or F-test를 이용하였다.

4. 연구의 제한점

- 1) 본 연구의 도구로 사용된 질문지는 연구자가 문헌을 고찰하여 작성하였으므로 표준화되지 않았다.
- 2) 본 연구의 대상은 연구자가 임의로 택하여 수집하였으므로 전문대학 모든 1학년 학생을 대표할 수 없다.

IV. 연구 결과 및 해석

1. 조사 대상자의 일반적인 특성

대상자의 일반적인 특성은 <표1>과 같다.

<표 1> 조사대상자의 일반적 특성

N=290

특 성 구 분	빈 도 (N)	백분율 (%)	비 고	
연 령	18-19세	72	24.8	
	20-21세	169	58.3	
	22-23세	25	8.6	평균연령 20.47세
	24세 이상	24	8.3	
	계	290	100.0	
아버지의 교육정도	대졸 이상	56	19.3	
	고 졸	138	47.6	
	중 졸	49	16.9	
	국 졸	47	16.2	
계	290	100.0		
어머니의 교육정도	대졸 이상	13	4.4	
	고 졸	133	45.9	
	중 졸	75	25.9	
	국 졸	69	23.8	
계	290	100.0		

〈표 1〉 계속

특 성 구 분	빈 도 (N)	백분율 (%)	비 고	
형제수	없 음	10	3.4	
	1-2명	99	34.1	
	3-4명	142	49.0	평균형제수 2.93명
	5명 이상	39	13.5	
	계	290	100.0	
남자 형제	없 음	42	14.5	
	1명	174	60.0	
	2명	61	21.0	평균형제수 1.17명
	3명	13	4.5	
	계	290	100.0	
여자 형제	없 음	57	19.7	
	1명	69	23.8	
	2명	90	31.0	평균형제수 1.76명
	3명 이상	74	25.5	
	계	290	100.0	
어머니의 낙태경험	있다	66	22.8	
	없다	171	59.0	
	모른다	53	18.2	
	계	290	100.0	
사회경제 상태	상류	4	1.4	
	중류	277	95.5	
	하류	9	3.1	
	계	290	100.0	

즉 18세~31세까지 분포되어 있었으며, 20세~21세가 58.3%로 제일 높은 빈도를 보였고, 평균 연령은 20.47세였다.

대상자 아버지의 교육정도는 고졸이 47.6%로 제일 높은 빈도를 보였고, 어머니의 교육정도는 고졸이 45.9%로 제일 높은 빈도를 보였다.

대상자의 형제수는 0~8명까지 분포되어 있었으며, 3~4명이 49.0%로 제일 높은 빈도를 보였고, 평균 2.93명의 형제가 있었다.

한편 남자 형제는 0~5명까지 분포되어 있었으며, 1명이 60.0%로 제일 높은 빈도를 보였고, 평균 1.17명이었다.

또한 여자 형제는 0~5명까지 분포되어 있었으며, 2명이 31.0%로 제일 높은 빈도를 보였고, 평균 1.76명이었다.

대상자 어머니의 낙태 경험은 없는 경우가 59.0%, 있는 경우가 22.8%였다.

대상자의 사회 경제 상태는 중류층이 95.5%로 제일 많은 빈도를 나타내고 있었다.

2. 조사 대상자의 낙태에 대한 태도의 정도

대상자의 낙태에 대한 태도의 정도는 〈표 2〉와 같다.

〈표 2〉 조사대상자의 낙태에 대한 태도의 정도

N=290

문	항	평 균	±	표준편차
#1	낙태와 피임은 같은 말이다.	4.36	±	0.74
2	낙태는 종교적으로 금해야 한다.	3.34	±	1.15
3	낙태는 윤리적으로 금해야 한다.	3.78	±	1.01
4	낙태는 도덕적으로 금해야 한다.	3.82	±	0.98
5	낙태는 법률적으로 금해야 한다.	2.99	±	1.16
6	낙태는 여성의 건강상 금해야 한다.	3.81	±	0.95
7	낙태는 법으로 금하고 있다.	3.26	±	1.16
8	낙태로 인한 합병증은 임신의 진행에 따라 증가한다.	3.64	±	0.82
9	낙태로 인한 위험은 임신의 진행에 따라 증가한다.	3.75	±	0.87
#10	낙태후 합병증이 없으면 문제가 없다.	4.39	±	1.17
11	낙태후 건강 관리는 필요하다.	4.42	±	0.69
#12	낙태는 여성만의 일이다.	4.71	±	0.95
#13	낙태는 본인의 결정만으로 가능하다.	4.63	±	0.97
14	낙태후 간호는 필요하다.	4.34	±	0.74
15	낙태후 세심한 관심은 필요하다.	4.30	±	0.76
#16	아이들의 수가 많으면 낙태는 필요하다.	3.94	±	1.35
#17	막내 아이가 어리면 낙태는 필요하다.	4.53	±	1.02
#18	임신에 대한 공포가 있으면 낙태는 필요하다.	4.45	±	1.05

〈표 2〉 계속

문	항	평	균	±	표준편차
#19	모성의 나이가 어리면 낙태는 필요하다.	3.59		±	1.37
#20	모성의 나이가 많으면 낙태는 필요하다.	3.79		±	1.31
#21	불우한 결혼이면 낙태는 필요하다.	3.45		±	1.47
#22	불우한 가정이면 낙태는 필요하다.	3.80		±	1.35
#23	거주 환경이 부적합하면 낙태는 필요하다.	3.98		±	1.27
#24	가정의 수입이 적으면 낙태는 필요하다.	4.31		±	1.08
#25	저축의 증대를 위하여 낙태는 필요하다.	4.83		±	0.59
#26	일하는데 어려움이 있으면 낙태는 필요하다.	4.27		±	1.15
#27	가족 계획의 방법으로 낙태는 필요하다.	3.95		±	1.30
#28	산아 제한의 방법으로 낙태는 필요하다.	4.15		±	1.21
#29	인구 조절 정책상 낙태의 합법화는 필요하다.	4.19		±	1.15
#30	미혼 여성의 경우 낙태는 필요하다.	3.23		±	1.39
총 평 균		4.00			

비고 #표 : 부정 문항임

낙태에 대한 30문항중 11문항(2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15번)은 긍정 척도로 환산하였으며, 19문항(1, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30번)은 부정 척도 환산하여 5점 척도중 높은 곳에 5점을, 낮은 곳에 1점으로 처리하였다. 이에 따라 전체적으로 4.00의 점수를 나타내어 보통 이상의 긍정적인 반응을 보이고 있었다.

그중 저축의 증대를 위하여 낙태는 필요하다는 문항은 4.83으로 가장 강한 부정을 나타내고 있었고, 낙태는 여성만의 일이다의 문항은 4.71, 낙태는 본인의 결정만으로 가능하다는 문항은 4.63, 막내 아이가 어리면 낙태는 필요하다는 문항은 4.53, 임신에 대한 공포가 있으면 낙태는 필요하다는 문항은 4.45의 순으로 각각 강한 부정의 반응을 보이고 있었다.

한편 낙태는 법률적으로 금해야 한다는 문항은 2.99, 미혼 여성의 경우 낙태는 필요하다는 문항은 3.23, 낙태는 종교적으로 금해야 한다는 문항은 3.34의 순으로 보통 정도의 반응을 보이고 있었다.

3. 조사 대상자의 낙태에 대한 지식의 정도

대상자의 낙태에 대한 지식의 정도는 〈표 3-1〉과 같다. 낙태에 대한 지식은 총 10문항으로 확실히 아는 경우에 5점을, 확실히 모르는 경우에 1점을 주어 5점 척도로 환산하였다.

낙태에 대한 지식은 전체적으로 2.75의 점수를 나타내어 보통정도의 반응을 보이고 있었다.

그중 임신이 가능한 연령은 3.65로 제일 많이 알고

〈표 3-1〉 조사대상자의 낙태에 대한 지식의 정도

N=290

문	항	평	균	±	표준편차
1	임신이 가능한 연령에 대하여	3.65		±	0.98
2	가족 계획에 대하여	3.38		±	0.85
3	피임약의 장단점에 대하여	2.78		±	0.93
4	콘돔의 장단점에 대하여	2.57		±	0.93
5	자궁내 장치(루프)의 장단점에 대하여	2.31		±	0.88
6	정관결찰술의 장단점에 대하여	2.18		±	0.89
7	난관결찰술의 장단점에 대하여	2.19		±	0.91
8	낙태의 방법에 대하여	3.00		±	0.97
9	낙태가 가능한 시기에 대하여	2.80		±	1.01
10	낙태가 가능한 경우에 대하여	2.66		±	0.95
총 평 균		2.75			

있는 것으로 나타났으며, 가족 계획에 대하여는 3.38, 낙태의 방법에 대하여서는 3.00의 순으로 나타났다.

한편 정관결찰술의 장단점에 대하여는 2.18로 제일 모르고 있는 것으로 나타났고, 난관결찰술의 장단점

에 대하여는 2.19, 자궁내장치의 장단점에 대하여는 2.31의 순으로 나타났다.

대상자의 낙태가 가능한 경우에 대한 지식의 정도는 <표 3-2>와 같다.

<표 3-2> 조사대상자의 낙태가 가능한 경우에 대한 지식의 정도 N=280*

문	항	빈도(N)	백분율(%)
1	우생학적 정신장애가 있는 경우	118	42.1
2	우생학적 신체 장애가 있는 경우	103	36.8
3	유전학적 정신장애가 있는 경우	169	60.4
4	유전학적 신체 장애가 있는 경우	156	55.7
5	전염성 질환이 있는 경우	187	66.8
6	강간에 의하여 임신이 된 경우	217	77.5
7	준강간에 의하여 임신이 된 경우	133	47.5
8	법률상 혼인할 수 없는 혈족간에 임신이 된 경우	114	40.7
9	법률상 혼인할 수 없는 인척간에 임신이 된 경우	119	42.5
10	임신의 지속이 모체의 건강에 심히 해하는 경우	254	90.7
11	임신의 지속이 모체의 건강을 심히 해할 우려가 있는 경우	193	68.9

* 무응답 : 10례

낙태가 가능한 경우는 총 11문항으로 모든 경우를 다중 선택할 수 있도록 하였다.

즉 임신의 지속이 모체의 건강을 심히 해하는 경우에 대하여 90.7%가 반응하여 제일 많이 반응하고 있었다. 또한 강간에 의하여 임신이 된 경우가 77.5%, 임신의 지속이 모체의 건강을 심히 해할 우려가 있는 경우가 68.9%, 전염성 질환이 있는 경우가 66.8%, 유전학적 정신장애가 있는 경우가 60.4%, 유전학적 신체장애가 있는 경우가 55.7%, 준강간에 의하여 임신된 경우가 47.5%, 법률상 혼인할 수 없는 인척간에 임신된 경우가 42.5%, 우생학적 정신장애가 있는 경우가 42.1% 법률상 혼인할 수 없는 혈족간에 임신된 경우가 40.7%로 나타났으며, 우생학적 신체장애가 있는 경우는 36.8%로 제일 낮게 나타났다.

한편 낙태가 가능한 경우를 대상자 1인당 6.2가지 알고 있는 것으로 나타났다.

대상자의 낙태가 가능한 질환에 대한 지식의 정도는 <표 3-3>과 같다.

낙태가 가능한 질환에 대한 경우는 총 39문항으로 모든 경우를 다중 선택할 수 있도록 하였다.

즉, 유전성 질환이 태아에 미치는 위험이 현저한 질환에 대하여 71.6%가 반응하여 제일 많이 알고 있었으며, 유전성 정신 박약의 문항은 65.5%, 유전성 정신 분열증의 문항은 63.3%의 순으로 높은 반응을 보였다.

한편 백일해에 대하여는 7.3%가 반응해 제일 모르고 있었으며, 황열의 문항은 8.0%, 수두의 문항은 8.4%의 순으로 나타났다.

또한 낙태가 가능한 질환에 대하여 대상자 1인당 9.4 가지를 알고 있는 것으로 나타났다.

대상자의 낙태후 신체적 합병증에 대한 지식의 정도는 <표 3-4>와 같다.

<표 3-3> 조사대상자의 낙태가 가능한 질환에 대한 지식의 정도 N=261*

문	항	빈도(N)	백분율(%)
1	유전성 정신분열증	166	63.6
2	유전성 조울증	46	17.6
3	유전성 간질증	123	47.1
4	유전성 정신박약	171	65.5
5	유전성 운동신경 질환	75	28.7
6	혈우병	125	47.9

<표 3-3> 조사대상자의 낙태가 가능한 질환에 대한 지식의 정도

N=261*

문	항	빈도(N)	백분율(%)
7	현저한 범죄 경향이 있는 유전성 정신장애	96	36.8
8	유전성 질환이 태아에 미치는 위험이 현저한 질환	187	71.6
9	콜레라	65	24.9
10	페스트	72	27.6
11	발진티프스	29	11.1
12	장티프스	37	14.2
13	파라티프스	29	11.1
14	디프테리아	33	12.6
15	세균성이질	43	16.5
16	황열	21	8.0
17	폴리오	25	9.6
18	백일해	19	7.3
19	홍역	25	9.6
20	유형성이하선염	28	10.7
21	일본뇌염	32	12.3
22	공수병	44	16.9
23	말라리아	55	21.1
24	발진열	23	8.8
25	성홍열	26	10.0
26	재귀열	24	9.2
27	아메바성이질	38	14.6
28	수막구균성수막염	25	9.6
29	유행성출혈열	64	24.5
30	파상풍	54	20.7
31	렙토스피라증	29	11.1
32	쯔쯔까무시병	28	10.7
33	결핵	65	24.9
34	성병	123	47.1
35	나병	116	44.4
36	풍진	68	26.1
37	수두	22	8.4
38	간염	43	16.5
39	후천성면역결핍증	166	63.6

* 무응답 : 29례

<표 3-4> 조사대상자의 낙태후 신체적 합병증에 대한 지식의 정도

N=275

문	항	빈도(N)	백분율(%)
1	감염	93	33.8
2	불임	241	87.6
3	출혈	135	49.1
4	자궁천공	155	56.4
5	자궁손상	251	91.3
6	사망	70	25.5

* 무응답 : 15례

낙태후 신체적 합병증에 대한 경우는 총 6문항으로 모든 경우를 다중 선택할 수 있도록 하였다.

즉 자궁 손상에 대하여서는 91.3%가 반응하여 제일 많이 알고 있었으며, 불임의 문항은 87.6%, 자궁 천공의 문항은 56.4%, 출혈의 문항은 49.1%, 감염의 문항은 33.8%, 사망의 문항은 25.5%의 순으로 나타났다.

한편 낙태후 신체적 합병증에 대하여 대상자 1인당 3.4가지를 알고 있는 것으로 나타났다.

4. 일반적인 특성과 낙태에 대한 태도와 의 관계

대상자의 일반적인 특성에 따른 낙태에 대한 태도의 정도 차이 검증은 <표 4>와 같다.

즉 연령이 높을수록 낙태에 대한 태도는 높은 점수를 나타내고있었으며 통계적으로도 매우 유의한 것으로 나타났다(p=.000).

이는 연령이 많을수록 정보에 접할 수 있는 기회가 많음에 기인한다고 볼 수 있겠다.

대상자의 아버지와 어머니의 교육정도 별로는 고졸

인 경우에 비교적 높은 점수를 보였으나 통계적으로는 의의가 없었다.

대상자의 전체적인 형제수는 5명 이상인 경우에 비교적 높은 점수를 보였으나 통계적으로는 의의가 없었다.

대상자의 남형제수는 많을수록 비교적 높은 점수를 보였으나 통계적으로는 의의가 없었다.

대상자의 여형제수는 2명인 경우에 비교적 낮은 점수를 보였으며 통계적으로도 매우 유의한 것으로 나타났다(p=.000).

이는 우리나라 특유의 남아선호사상과 인구억제정책을 피부로 느끼에 이러한 반응이 나타날 수 있을 것으로 사려된다.

대상자의 어머니가 낙태 경험이 있는 경우에 비교적 낮은 점수를 보였으며 통계적으로도 매우 유의하게 나타났다(p=.000).

이는 낙태 경험이 있는 경우에 부정적인 반응들을 체험할 수 있었음에 기인한다고 볼 수 있겠다.

대상자의 경제 상태는 좋을수록 비교적 좋은 점수를 보였으나 통계적으로는 의의가 없었다.

<표 4> 조사대상자의 일반적 특성에 따른 낙태에 대한 태도의 정도 차이검증

N=290

특 성	구 분	N	평 균	표준편차	t or F	p	DMR
연 령	18-19	72	3.72	.47	8.097	.000***	A
	20-21	169	3.96	.46			B
	22-23	25	3.85	.55			AB
	24세이상	24	4.22	.48			C
여자형제	없음	57	3.96	.47	10.341	.000***	A
	1명	69	4.05	.44			A
	2명	90	3.73	.52			B
	3명이상	74	3.96	.45			A
어머니의 낙태경험	있다	66	3.70	.50	8.925	.000***	A
	없다	171	3.99	.46			B
	모른다	53	3.91	.48			B

*** p<.001

5. 일반적인 특성과 낙태에 대한 지식과의 관계

대상자의 일반적 특성에 따른 낙태에 대한 지식의 정도 차이검증은 <표 5-1>과 같다.

즉 연령이 많을수록 낙태에 대한 지식은 높은 점수를 나타내고있었으며 통계적으로도 매우 유의하게 나타났다(p=.000).

이는 다방면으로 정보에 접할 기회가 증가됨에 기

인된다고 사려된다.

한편 대상자 아버지의 교육정도 별로는 국졸인 경우에, 어머니의 교육정도 별로는 대졸이상인 경우에 비교적 높은 점수를 보였으나 통계적으로는 의의가 없었다.

대상자의 형제수 별로는 없는 경우보다 있는 경우에 비교적 높은 점수를 보였으며 통계적으로도 유의하게 나타났다.(p=.050).

이는 출산과 함께 야기되는 여러가지 문제점들을 간접경험을 통해서도 감지할 수 있으리라 본다.

또한 대상자의 남형제와 여형제는 많을수록 비교적 높은 점수를 보였으나 통계적으로는 의의가 없었다. 대상자 어머니의 낙태 경험은 있는 경우에 비교적

높은 점수를 보였으나 통계적으로는 의의가 없었다.

경제 상태 별로는 좋은 경우에 비교적 높은 점수를 보였으나 통계적으로는 의의가 없었다.

대상자의 일반적인 특성에 따른 낙태 가능한 경우의 지식에 대한 차이검증은 <표 5-2>와 같다.

<표 5-1> 조사대상자의 일반적 특성에 따른 낙태에 대한 지식의 정도 차이검증

N=290

특 성	구 분	N	평 균	표준편차	t or F	p	DMR
연 령	18-19	72	2.72	.56	10.829	.000***	A
	20-21	169	2.64	.58			B
	22-23	25	3.06	.76			B
	24세이상	24	3.31	.73			B
형 제 수	없음	10	2.52	.50	2.534	.050*	A
	1-2명	99	2.63	.52			AB
	3-4명	142	2.84	.66			B
	5명이상	39	2.78	.79			AB

* p<.05 *** p<.001

<표 5-2> 조사대상자의 일반적 특성에 따른 낙태 가능한 경우의 지식에 대한 차이검증

N=290

특 성	구 분	N	평 균	표준편차	t or F	p	DMR
연 령	18-19	72	6.44	3.04	3.075	.028*	A
	20-21	169	5.93	2.72			A
	22-23	25	8.00	6.07			B
	24세이상	24	6.00	3.23			A
여자형제	없음	57	5.21	2.64	5.605	.004**	A
	1명	69	5.59	2.97			B
	2명	90	7.34	4.07			AB
	3명 이상	74	6.31	2.51			B

* p<.05 **p<.01

낙태 가능한 경우에 대한 지식은 총 11문항으로 모든 경우를 다중 선택할 수 있도록 하였으며 각 1점씩 환산하여 처리하였다.

즉 연령별로는 22~23세의 경우에 비교적 높은 점수를 나타내고 있었으며 통계적으로도 유의하게 나타났다(p=.028).

이는 여성의 취업 증가 등의 사회적 영향에 따른 반응으로 볼 수 있으며, 특히 이·유(1996)의 연구에서와 같이 미혼 여성의 임신 상대방이 동거남과 애인이라는 점에 미루어 지식이 높게 나타날 수 있으리라 본다.

아버지 교육과 어머니의 교육의 정도 별로도 대졸 이상의 경우에 높은 점수를 보였으나 통계적으로는 의의가 없었다.

형제수는 많을수록, 남자 형제는 1명이 있는 경우에

높은 점수를 나타냈으나 통계적으로는 의의가 없었다.

여자 형제는 2명 이상인 경우에 비교적 높은 점수를 보였으며 통계적으로도 매우 유의하게 나타났다(P=.004).

이는 남아 선호 사상에 대한 문제점을 반영하고 있는 것으로 사료되고, 원하지않는 임신에 대한 철저한 대책과 피임에 대한 교육이 강화되어야할 부분으로 본다.

대상자 어머니의 낙태 경험은 있는 경우에 경제 상태는 중간 계층에서 지식의 점수가 높게 나타났으나 통계적으로는 의의가 없었다.

일반적 특성에 따른 낙태 가능 질환의 지식에 대한 차이검증은 다음과 같다.

즉, 낙태가 가능한 질환의 지식은 총 39문항으로 모든 경우를 다중 선택할 수 있도록 하였으며 각 1점

씩 환산하여 처리하였다.

즉 연령별로는 20~21세의 경우에 높은 점수를 나타냈으나 통계적으로는 의의가 없었다.

아버지와 어머니의 교육정도 별로는 대졸 이상의 경우에, 형제수는 많을수록, 남자 형제는 3명 이상인 경우에, 여자 형제는 2명 이상인 경우에 높은 점수를

나타내고 있었으나 통계적으로는 의의가 없었다.

대상자 어머니의 낙태 경험은 있는 경우에, 경제 상태는 중간 계층에서 높은 점수를 나타내고 있었으나 통계적으로는 의의가 없었다.

일반적 특성에 따른 낙태후 신체적 합병증의 지식에 대한 차이점은 <표 5-3>과 같다.

<표 5-3> 일반적 특성에 따른 낙태후 신체적 합병증의 지식에 대한 차이검증

N=290

특 성	구 분	N	평 균	표준편차	t or F	p	DMR
남자형제	없음	42	3.21	1.34	4.022	.019*	A
	1명	174	3.32	1.59			A
	2명	61	2.90	1.56			A
	3명이상	13	4.23	2.01			B

* p<.05

낙태후 신체적 합병증의 지식은 총 6문항으로 모든 경우를 다중 선택할 수 있도록 하였으며 각 1점씩 환산하여 처리하였다.

즉 연령별로는 22~23세의 경우에 높은 점수를 나타냈으나 통계적으로는 의의가 없었다.

아버지와 어머니의 교육 정도 별로는 대졸 이상의 경우에, 형제수는 많은 경우에 높은 점수를 나타냈으나 통계적으로는 의의가 없었다.

남자 형제는 2명 이하인 집단보다 3명 이상인 경우에 높은 점수를 나타냈으며 통계적으로도 매우 유의하게 나타났다(p=.019).

이는 다산이나 출산·양육에 의한 경제적 손실을 우려한 사회 경제적인 부분이 반영되었으리라 보며, 인간의 존엄

과 가치를 부정하는 낙태로 인한 합병증 등을 볼 때 근본적으로 낙태 발생을 막아야 할 것으로 사려된다.

여자 형제는 많을수록 지식이 높아졌으나 통계적으로는 의의가 없었으며, 대상자의 어머니 낙태 경험은 없는 경우에 다소 지식이 높았으나 통계적으로는 의의가 없었다.

경제 상태 별로는 상류 계층보다 중류 계층이 다소 지식이 높은 것으로 나타났으나 통계적으로는 의의가 없었다.

6. 낙태에 대한 태도와 지식의 지역별·전공별 차이 검증

낙태에 대한 태도와 지식의 지역별 차이검증은 <표 6-1>과 같다.

<표 6-1> 낙태에 대한 태도와 지식의 지역별 차이검증

N=290

	지 역				t 값	p 값
	서울(N=114)		지방(N=176)			
	평 균	표준편차	평 균	표준편차		
낙태에 대한 태도	3.88	.46	3.93	.50	-.90	.368
낙태에 대한 지식	2.77	.65	2.74	.63	.45	.654
낙태 가능 경우의 지식	6.30	3.43	6.12	2.98	.45	.653
낙태 가능 질환의 지식	7.44	8.22	9.16	8.82	-1.67	.097
낙태후 신체적 합병증에 대한 지식	3.35	1.64	3.19	1.55	.80	.426

즉 서울지역 대상자는 낙태에 대한 지식, 낙태가 가능한 경우에 대한 지식, 낙태후의 신체적 합병증에 대한 지식이 지방보다 다소 높았고, 지방 대상자는 낙태에 대한 태도와 낙태가 가능한 질환의 지식이 서

울보다 다소 높게 나타났으나 통계적으로는 의의가 없었다.

낙태에 대한 태도와 지식의 전공별 차이검증은 <표 6-2>와 같다.

〈표 6-2〉 낙태에 대한 태도와 지식의 전공별 차이검증

N=290

	지 역				t 값	p 값
	간호(N=197)		비간호(N=93)			
	평 균	표준편차	평 균	표준편차		
낙태에 대한 태도	3.91	.49	3.91	.48	-.09	.926
낙태에 대한 지식	2.78	.62	2.68	.68	1.21	.226
낙태 가능 경우의 지식	6.30	3.43	6.01	2.98	.45	.653
낙태 가능 질환의 지식	7.98	8.80	9.54	9.59	-1.44	.152
낙태후 신체적 합병증에 대한 지식	3.32	1.52	3.13	1.72	.96	.339

즉 간호 계열 대상자는 낙태에 대한 지식, 낙태가 가능한 경우에 대한 지식, 낙태후 신체적 합병증에 대한 지식이 비간호 계열 보다 다소 높았고, 비간호 계열 대상자는 낙태가 가능한 질환의 지식이 간호계열 보다 다소 높게 나타났고, 낙태에 대한 태도는 전

공별로 차이가 없는 것으로 나타났으나 통계적으로는 의의가 없었다.

한편 낙태에 대한 태도와 지식의 간호 계열 중 지역별 차이검증은 표 6-3과 같다.

〈표 6-3〉 간호계열중 낙태에 대한 태도와 지식의 지역별 차이검증

N=197

	지 역				t 값	p 값
	서울(N=114)		지방(N=83)			
	평 균	표준편차	평 균	표준편차		
낙태에 대한 태도	3.88	.46	3.95	.53	-1.01	.312
낙태에 대한 지식	2.77	.64	2.80	.58	-.27	.785
낙태 가능 경우의 지식	6.16	3.23	6.51	3.69	-.70	.483
낙태 가능 질환의 지식	7.44	8.22	8.73	7.89	-1.11	.267
낙태후 신체적 합병증에 대한 지식	3.36	1.64	3.28	1.34	.35	.212

즉 서울지역 간호 계열 대상자는 낙태후 신체적 합병증에 대한 지식이 지방 간호 계열보다는 다소 높았고, 지방 간호 계열 대상자는 낙태에 대한 태도, 낙태에 대한 지식, 낙태가 가능한 경우에 대한 지식, 낙태가 가능한 질환에 대한 지식이 서울 지역 간호 계열 보다 다소 높게 나타났으나 통계적으로는 의의가 없었다.

즉 대상자는 지역별로 전공별로 낙태에 대한 지식과 태도에 차이가 없었다.

V. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 최근 우리나라 20대 여성들에게 인공유산(낙태)율이 높다는 보고에 따라 여성 자신, 가족, 사회에 많은 문제를 일으킬 수 있으므로, 그 예방에

목적성을 두고 가족 계획의 올바른 이해와 방향을 제시하고자 본 연구를 시도하였다.

연구의 대상은 서울 지역과 충북 지역의 3개 전문대학 1학년 여학생중 무작위로 추출한 376명 중 본연구의 참여를 수락한 290명(회수율 77.1%)을 자료로 분석하였다. 연구도구는 연구 목적의 달성을 위하여 연구자가 작성한 질문지를 사용하였고(신뢰도 검증치 $\alpha=.8589, .8959$), 자료는 설명없이 대상자 자신이 직접 기록한 후 수집되었으며, 기간은 1996년 4월 29일 ~5월 17일 까지 였다.

수집된 자료는 SPSS 방식에 의하여 분석되었으며 백분율·산술평균±표준편차, t or F 검증을 사용하였고, 본 연구를 통하여 얻어진 결과는 다음과 같다.

1) 조사 대상자의 일반적 특성

평균 연령은 20.47세 였고, 20~21세에 58.3%가 분포되어 있었다. 부모의 교육정도는 고졸이 가장 많았으며, 평균 형제수는 2.93명, 평균 남자 형제는 1.17

명, 평균 여자 형제는 1.76명이었다.
어머니의 낙태 경험은 없는 것이 59.0%였으며 사회 경제 상태는 중류가 95.5%였다.

2) 조사 대상자의 낙태에 대한 태도의 정도

낙태에 대한 태도의 정도는 5점 척도를 환산하여 평균 4.00으로 보통 이상의 긍정적인 반응을 나타내고 있었다.

그 중 저축의 증대를 위하여 낙태는 필요하다는 문항은 4.83으로 가장 강한 부정을 나타 내었으며, 낙태는 법률적으로 금해야 한다는 문항은 2.99로 가장 낮은 반응을 나타내고 있었다.

3) 조사 대상자의 낙태에 대한 지식의 정도

낙태에 대한 지식의 정도는 5점 척도로 환산하여 평균 2.75로 보통 정도의 반응을 나타내고 있었다.

그 중 임신 가능한 연령에 대하여는 3.65로 가장 높은 반응을 보였고, 정관결찰술의 장단점에 대하여는 2.18로 가장 낮은 반응을 나타내고 있었다.

낙태가 가능한 경우에 대한 지식의 정도는 다중 선택할 수 있는 문항으로 임신의 지속이 모체의 건강을 심히 해하는 경우에 대하여 90.7%로 가장 높은 반응을 보였으며, 우생학적 신체장애가 있는 경우에 대해서는 36.8%로 가장 낮은 반응을 나타내고 있었다.

낙태가 가능한 질환에 대한 지식의 정도는 다중 선택할 수 있는 문항으로 유전성 질환이 태아에 미치는 위험이 현저한 질환의 경우에 71.6%로 가장 높은 반응을 보였으며, 백일해에 대하여는 7.3%로 가장 낮은 반응을 나타내고 있었다.

낙태후 신체적 합병증에 대한 지식의 정도는 다중 선택할 수 있는 문항으로 자궁 손상이 91.3%로 가장 높은 반응을 보였고, 사망이 25.5%로 가장 낮은 반응을 나타냈다.

4) 조사 대상자의 일반적 특성에 따른 낙태에 대한 태도의 정도

연령이 많을수록 낙태에 대한 태도는 높은 점수를 나타내고있었다(F=8.097, p<.000).

여자 형제는 2명인 경우에 비교적 낮은 점수를 나타내고 있었다(F=10.341, p<.000).

어머니가 낙태 경험이 있는 경우에 낮은 점수를 나타내고 있었다(F=8.925, p<.000).

5) 조사 대상자의 일반적 특성에 따른 낙태에 대한 지식의 정도

연령이 많을수록 낙태에 대한 지식의 정도는 높은 점수를 나타내고있었다(F=10.829, p<.000).

형제수는 있는 경우에 낙태에 대한 지식의 정도는 높은 점수를 나타내고있었다(F=2.534, p<.050).

연령이 22~23세에서 낙태 가능한 경우의 지식에 대한 점수가 높게 나타났다(F=3.075, p=.028).

여자 형제는 2명이상에서 비교적 지식에 대한 점수가 높게 나타났다(F=5.605, p<.004).

남자 형제는 3명 이상인 경우에 낙태후 신체적 합병증에의 지식이 높게 나타났다(F=4.022, p<.019).

6) 낙태에 대한 지역별, 전공별 차이

지역별로 전공별로 낙태에 대한 지식과 태도의 차이가 없었다.

2. 제 언

1) 지역과 직종에 따라서도 차이가 있을 것으로 사려되며 횡적으로 확대 적용한 연구가 후후 이루어질 것을 제언한다.

2) 가족 계획에 관한 구체적인 보건 교육의 전후에 따른 변화가 있을 것으로 사려되며 올바르게 긍정적인 태도의 변화가 있도록 유도해야 될 것으로 본다.

참 고 문 헌

간협 신보, 1996. 3. 14., 3면.
간협 신보, 1996. 5. 9., 4면.
간협 신보, 1996. 11. 7., 2면.
강정희(1980). 임신부와 불안 공포의 원인과 정도에 관한 연구, 석사학위 논문, 연세대학교 교육대학원.
고명숙, 고효정, 김희숙, 박명화, 이경혜(1992). "한국 여성 건강에 대한 간호 연구의 경향과 전망", 간호 과학, 제4권, 이화여자대학교 간호학 연구소, 5~16.
고미자(1996). "저소득층 방문 간호 관리를 위한 제안", 한국보건간호학회지, 제10권 제1호, 118~138.
고영애(1978). "도시지역 일부 미혼 근로 남성들의 성 및 가족계획에 대한 지식·태도에 관한 조사

- 연구”, 적십자 간호 1(1), 52~62.
- 고영애·양광희(1991). “산업체 남녀 미혼 종사자들의 가족계획관 연구”, 적십자간호전문대학 논문집, 13권, 89~114.
- 공세권·조애(1989). “인구전환 3기에서의 가족 계획 사업”, 인구보건론집, 9(2), 3~31.
- 김성훈 편저(1996). 보건의료법규, 현문사, 385~399, 105~143.
- 김진홍(1996). “인공 유산과 여성 건강”, 인공 유산과 여성 건강 세미나, 대한 가족 계획 협회, 19~30.
- 김초강(1980). 모자 보건, 가족 계획, 수문사.
- 김혜경(1989). “한국의 초혼 연령과 출산 간격 변화에 대한 연구”, 이화여대 석사학위 논문.
- 나건영(1976). “인공 임신 중절과 그 합병증의 현황”, 대한 불임 학회지, 3(2), 13~27.
- 도복늬·김혜경(1980). “일부 청년들의 가족 계획 및 인공 유산에 대한 의견 조사”, 중앙 의학, 39(2), 127~136.
- 동아일보 1996. 11. 1., 35면.
- 문옥륜(1987). “피임에 대한 KAP 및 인공 임신 중절에 관한 실태 조사”, 보건학 논집, 40.
- 박노예(1989). 보건 교육, 수문사.
- 박숙자(1996). “인공 유산 예방을 위한 홍보·교육 전략”, 인공 유산과 여성 건강 세미나, 대한가족 계획협회, 39~42.
- 박춘화(1989). “기혼 여성들의 임신 중절에 대한 태도 및 실천에 관한 연구”, 복음간전 논문집, 6, 127~136.
- 안황란(1983). “일 지역 임신부의 스트레스 요인 및 상황과 간호 중재에 대한 기초 연구”, 간호 학회지, 13(3), 75~85.
- 유신애·안창일(1984). “한국과 미국 어머니들의 산전 간호와 육아에 대한 관심도 현황 비교 관찰”, 소아과, 26(3), 35~44.
- 이경혜·고명숙(1994). “여성의 유산 경험에 대한 현상학적 연구”, 대한간호학회지, 제24권 제2호, 157~174.
- 이명화(1987). “기혼 여성들의 가족계획에 대한 태도 및 실천에 관한 연구”, 복음간호전문대학 논문집, 5, 87~98.
- 이은희(1996). “초산 부부 임신 경험에 관한 연구”, 간호학 논문집, 서울대학교 간호대학 간호학과 연구소, Vol. 10·No. 2, 252~254.
- 이정자·고영애(1981). “고교생들의 인구 문제 및 가족 계획에 대한 지식·태도 조사 연구”, 적십자 간호, 3, 23~36.
- 이흥균·유태환(1996). “인공 유산 실태에 관한 연구”, 인공 유산과 여성건강 세미나, 대한가족 계획회, 3~16.
- 조남훈(1996). “다시 한번 살펴보는 우리나라의 인구”, 보건 소식, 7·8, 4~5.
- 조선일보, 1996. 11. 1.
- 주경순·서영옥(1990). “불임증의 임상적 고찰”, 대한 산부인과 학회지, 33(7), 985~1000.
- 최철자(1996). “가족계획에 대한 일부 간호대학학생들의 태도에 관한 연구”, 공중보건잡지, 13(1), 152~162.
- 한국의 사회 지표(1995).
- 한선희·김신미(1990). “미혼 여성 근로자의 가족 계획에 관한 태도 조사 연구”, 최신 의학, 33(6), 79~84.
- 한성숙(1992). “간호사들이 임상에서 경험하는 윤리적 딜레마의 실상과 의사 결정에 관한 연구”, 박사학위 논문, 서울대학교 대학원.
- 홍성봉(1988). “인공 유산의 변천”, 대한산부인과학회지, 31(11), 1503~1513.
- Augilera, D., Messick and Farrel.(1977). Crisis Intervention: Theory and Methodology, St. Louis, Mosby Co., 54.
- Brown, Y.(1991). “Perinatal death and grieving”, Canadian Nurse, 87(8), 26~29.
- Burke, R. J. and Weir, T.(1982). “Husband-Wife Helping Relationships as Moderators of Experienced Stress: The Mental Hygiene Function in Marriage”, Family Stress; Coping Social Support, C. Thomas Publisher.
- Cornenwett, L.(1985). “Network structure, social support and psychological outcomes of pregnancy”, Nursing Research, 34(2), 93~99.
- Cornish, J.(1976). “Woman’s experience with abortion. In Mcnall-Galeener (Eds.)”, Current practice in obstetric and gynecologic nursing, St. Luise, MI: mosby, 205~222.
- Hall, R. C. W., Beresford, T. P., & Quinones, J. E. (1987). “Grief following spontaneous abortion”, Psychiatric Clinics of North

- America, 10(3), 405~420.
- Hoff, L. A.(1978). *People in crisis: Understanding and Helping*, London, Addition-Wisley Publishing Co.
- 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.
- 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 dimensions of miscarriage and stillbirth in America", *Women & Health*, 16(3/4), 69~98.
- Leifer, M.(1980). *Psychological effect of motherhood: A study of first pregnancy*, New York: Draeger Press, in Nichols, F. H. and Humenick, S., *childbirth education: practice, research and theory*, 1988.
- Neustatter, A & Newson, G.(1986). *The mixed feeling: The experiences of abortion*. London: Pluto Press.
- Potts, M.(1985). "Intellectual history of abortion. In P. Sachdev, (Eds.), *Perspectives on Abortion*, London: The Scarecrow Press.
- Reading, A.(1983). *Psychological aspects of pregnancy*, New York, Longman Inc.
- 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.
- Stirtzinger, R. Robinson, E. G.(1989). "The psychologic effects of spontaneous abortion", *EMaj*, 140, 799~801.
- Swanson-Kauffman K. M.(1986). "Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss", *Topics on Clinical Nursing*, July, 37~44.
- Yoo, Eun-Kwang(1993). *An ethnographic study about sanhujori: The phenomenon of Korean postpartum care*. Unpublished doctoral dissertation, University of California San Francisco, San Francisco, CA.
- Watson, R. M. & Watson, D. S.(1980). "Some thoughts on prenanacy", *Australian Family Physician*, 9, 561~563.
- Watters, W. W.(1980). "Mental health consequence of abortion and refused abortion", *Canadian Journal of Psychiatry*, 25, 68~73.
- Williamson, P. & English, C.(1981). "Stress and coping in first pregnancy: Couple-family physician Interaction", *The Journal of Family Practice*, 13(5), 629~635.

— Abstract —

Key Words : Knowledge and Attitude on Abortion.

A study on the Knowledge and Attitudes of Abortion in 3 Junior College's Freshmen.

*Kim Eun Hee**

This study was conducted to grasp the condition of freshman's knowledge and attitudes on abortion and to offer the basic materials to prevent abortion in family planning and health promotion. The objects were comprised of 290 who volunteered from 3 Junior colleges. The material of this study was by questionnaire (Cronbach $\alpha = .8589, .8959$) suited to the purpose of this research which has been made through studying references. All the questionnaires were collected immediately without explanation. The data was collected from the 29th of April to the 17th of May in 1996. Analysis of the data was done utilizing SPSS program for percentage, mean \pm standard deviation and ANOVA.

The results are as follows :

1. General features of the objects of study.
Mean age was 20.47, mean of brothers and sisters was 2.93. Those who had no experience in abortion with her mother was 59.0%, and the middle social level was the highest (95.5%).
2. The conditions of attitudes about abortion.
5 points were given to "very affirming" and, 1 point was given to "strong denial" the total average was 4.00, and the range was 4.83~2.99.

3. The condition of knowledge about abortion.
5 point were given to "very affirming" and, 1 point was given to "strong denial", the total average was 2.75, the range was 3.65~2.18. Also knowledge of abortion was 6.2 points. Knowledge of medical and therapeutic abortion was 9.4 points. Knowledge of the physical complications of abortion was 3.4 points.
4. Correlation between general features and attitude variables.
Age groups may have a higher affirmative attitude score in abortion ($F=8.097, p<.000$). The having 2 sisters group may have a low attitude towards abortion ($F=10.341, p<.000$). Experience in abortion with mother group may have a lower affirmative score concerning abortion ($t=8.925, p<.000$).
5. Correlation between general features and knowledge variables.
Age groups may have a higher knowledge score in abortion ($F=10.829, p<.000$). The having brothers group may have more high knowledge in abortion ($F=2.534, p<.050$). The 22~23 years group may have higher knowledge in abortion ($F=3.075, p<.028$). The having more than 2 sisters group have more higher knowledge in abortion ($F=5.605, p<.004$). The having more the 3 brothers group may have higher knowledge the physical complications in abortion ($F=4.022, p<.019$).
6. Correlation between regions of the major variables and knowledge, attitude variables.
There was no significance in the statistics.

* National Medical Center Junior College of Nursing