

## 결혼상태별 인공임신중절문제에 대한 인지도 비교

문인옥\*, 오영아\*\*†

\* 이화여자대학교

\*\* 한국보건복지인력개발원

### I. 서론

우리나라 출산력 실태와 그에 따른 가족보건정책은 1960년 이후 약 50년간 급격히 변화하였다. 특히, 출산력 수준은 크게 감소하여 인구대체수준(합계출산률 2.1) 이하로 떨어져, 여자 1,000명당 합계출산률이 6.0명이던 1960~70년대에 비해 1999년은 1.43명, 2008년 현재 1.19명으로 크게 감소하였다(통계청, 2009). 이는 OECD 국가 중에서도 호주(1.90), 미국(2.01), 영국(1.65), 스웨덴(1.65), 캐나다(1.66), 뉴질랜드(2.04), 덴마크(1.72), 일본(1.32) 등과 비교할 때 우리나라는 최저수준이며, 이와 같은 결과는 출산력 변천이 종료되고 저출산 형태가 정착되었음을 단적으로 보여주는 것이라 하겠다(김승권, 2003). 우리나라가 짧은 기간 동안 출산력이 저하되었던 이유로는 초혼연령의 상승, 피임실천의 증가, 그리고 인공임신중절의 광범위한 시술 등을 꼽을 수 있다(은기수, 2001).

인공임신중절은 인구학적, 사회적, 보건학적, 윤리적 측면에서 많은 문제점을 동반하고 있다. 1800년대 초 영국을 필두로 인공임신중절 시술이 법으로 규제되기 시작하면서(Francome, 1998), 원하지 않는 임신의 종결이 음지에서 불법적으로 시술되기에 이르렀다. 이러한 불법적 시술은 1930년대 미국에서는 모성사망의 18%가 불법적인 인공임신중절에 기인하였고, 1965년에는 모성사망의 25%를 차지하였다는 보고가 있었다(Tietze 등, 1988). 최근에는 전 세계적으로 매년 4천 5백만 건의 원치 않은 임신이 인공임신중절로 종결되고, 이중 1천 9백만 건의 인공임신중절 시술에 대한 안

전성이 결여되어 있으며, 안전하지 못한 유산의 40%가 15~24세의 여성에게 시행되어 매년 약 6만8천명의 여성이 사망하고 있다고 하였다(WHO, 2005). 우리나라에서도 2005년 인공임신중절 시술의료기관 조사 결과 인공임신중절의 규모는 연간 시술건수 342,433건이며 이중 기혼여성 28.6%, 미혼여성은 31.6%로 미혼여성에게서 인공임신중절이 높게 나타나고 있었다. 이중 25~29세 여성의 인공임신중절률은 57.8%로 같은 연령대의 기혼여성 인공임신중절률 40.0%에 비해 현저히 높았다(김해중, 2006). 특히, 기혼자가 인공임신중절을 하는 원인은 더 이상 자녀를 원하지 않아서가 70%로 가장 높았으며, 그 다음으로 경제적인 어려움 17.5%, 임신 중 약물복용 12.6% 순이었으며, 미혼자가 인공임신중절을 받는 원인으로는 미성년자 혹은 혼인상의 문제가 93.7%로 가장 높았으며, 임신 중 약물복용 5.4%, 경제적인 어려움 3.4% 순으로 나타났다(김해중, 2006).

우리나라의 경우 1970년대부터 본격화된 산아제한의 정책 및 장려운동이 사회전반에 확산되면서 인공임신중절 행위에 대한 죄의식이 희박해졌고, 아들선호풍속은 인공임신중절 행위를 더욱 조장·확산하였다. 최근 정부는 부적절한 인공임신중절을 예방함으로써 모성건강과 생명의 존엄성을 제고하여 건강한 사회를 조성하고자, 전 국민을 대상으로 지속적 홍보를 실시하고 청소년 대상의 성교육 및 상담을 활성화시키고자 노력하고 있다(대통령직속 저출산 고령사회위원회, 2008).

특히 인공임신중절문제는 기혼자 뿐만 아니라, 미혼자에 게도 시술되고 있는 경우가 급속히 증가하고 있어 인공임신

교신저자: 오영아

서울특별시 은평구 녹번동 5 한국보건복지인력개발원

전화: 011-776-6644 팩스: 02-3156-1142 E-mail: oya@khrdi.or.kr

▪ 투고일 09.08.20

▪ 수정일 09.09.17

▪ 게재확정일 09.09.19

중절문제에 대한 접근을 기혼자와 미혼자로 차별화된 전략과 방법이 필요한 시기가 되었다(Pierre Yves Ancell 등, 2004). 보건복지가족부(2006)의 조사에서 ‘일에서 성공하기 위해서는 결혼을 하지 않을 수 있다’는 응답이 전체의 54.2%, 미혼 남녀의 경우는 62.7%를 차지하고 있어 일과 결혼, 출산이 늦어지고 있으며, 특히 여성의 경우 임신과 출산이 성공적인 직장생활을 하는 데에 장애로 작용한다고 생각하는 것을 알 수 있다. 또한 우리나라의 중동적 성문화의 확산과 청소년의 성의식 변화로 인해 향후 결혼적령기의 미혼자나 청소년의 인공임신중절 증가 등 다양한 사회적 문제가 야기될 것이 예상됨에 따라 시대적 흐름에 맞는 현실적인 성교육의 실시나 제도적인 대책 마련 등이 필요하게 되었다(문인옥, 2008).

그러나 기존의 인공임신중절에 관한 연구들은 종교적 입장에서 바라보는 연구와 생명의료 윤리학적인 연구가 대다수였으며, 최근에는 기혼여성을 대상으로 한 연구가 주를 이루었다. 특히 기혼여성의 인공임신중절에 영향을 미치는 요인으로는 연령, 초혼시기 등이 주요한 결정요인으로 나타났다(김설아, 2002; 은기수, 2005; 광동선, 2006; 이선영, 2006). 기혼여성의 인공임신중절 결정요인으로 지역, 임신연도, 자녀수, 아들 수, 피임여부, 피임방법 등이라고 밝힌 광동선(2006)의 연구와 임신 당시 연령, 현존 자녀수,

아들 수, 원하는 임신여부 등의 상호작용 등을 밝힌 은기수(2001), 김설아(2002)의 연구가 있다. 그러나 연령과 관련이 있는 미혼자와 기혼자 즉 결혼 상태와 인공임신중절문제에 대한 인지도 비교연구는 미흡한 실정이다. 이에 본 연구에서는 우리나라에서 성인남녀의 결혼상태가 인공임신중절 문제 인지도에 어떠한 차이를 보여주는지를 비교분석하여, 기혼자와 미혼자의 원치 않은 임신 및 인공임신중절을 예방하기 위해 올바른 성교육 자료를 개발하고 인공임신중절 예방을 위한 제도 등 전략을 수립하는 데 기여하고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 조사대상 및 방법

본 연구의 조사대상은 전국의 20세 이상 성인 남녀이며, 표본추출은 전국을 인구보건복지협회 7개 시도지회 소재지인 서울, 인천, 부산, 대전/충남, 전북, 광주/전남, 대구/경북으로 나누어 지역별 100부씩 할당하여 총 700명을 조사하였으며, 불필요한 설문응답 등을 제외하고 본 연구의 최종 조사대상자 수는 총 671명이었다(표 1 참조).

<표 1> 조사대상자 수

(N=671)							
지역	서울	인천	부산	대전	전북	광주	대구
대상(명)	99	104	76	101	104	102	85

본 연구는 구조화된 설문조사를 실시하여, 인공임신중절의 인지도를 파악하고자 하였으며, 2007년 11월 전국의 성인남녀를 대상으로 구조화된 설문지를 통해 일대일 면접 조사를 실시하였다. 조사를 시작하기 전에 조사의 취지를 간략하게 설명한 후 면접원이 직접 기입하거나, 조사대상자가 직접 자기기입식(self-administered)으로 기입하도록 하였다. 조사원들은 조사를 실시하기 전에 인공임신중절문제에 대한 인지도 조사에 대하여 사전교육을 받았다.

### 2. 조사내용

본 연구는 전국의 성인남녀를 대상으로 결혼 상태에 따

른 인공임신중절문제에 대한 인지도를 비교분석하기 위하여 실시한 것으로, 다음과 같은 사항을 중심으로 심층 분석하였다.

조사내용은 크게 일반적 특성(지역, 성별, 학력, 종교, 연령), 인공임신중절 관련법에 대한 의식, 인공임신중절 등 성 의식, 피임지식과 피임경험, 임신과 인공임신중절 경험 여부 등에 대한 변수로 이루어졌으며, 모든 변수는 결혼상태(기혼, 미혼)에 따라 그 특성을 비교하고자 하였다. 피임 지식은 알고 있는 피임방법(난관수술, 정관수술, 자궁내장치, 먹는 피임약, 콘돔, 살(질)정제, 월경주기법, 사후피임약, 질외사정법, 이외의 기타피임법) 10문항으로 분석하였다. 본 조사내용은 고려대학교(2005)에서 인공임신중절 실

태조사 및 종합대책 수립을 위해 수행한 조사내용을 기본으로 인구보건복지협회, 성교육 분야의 전문교수의 자문을 토대로 수정보완하였다.

### 3. 자료 분석 방법

본 연구를 위해 수집된 설문자료는 모두 Excel의 형태로 입력되었으며, 입력된 자료를 SPSS 통계프로그램 운용에 적합하도록 변환하고 문항별로 응답의 분포를 점검하는 과정을 거쳐 분석에 활용하였다. 자료의 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 조사대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율을 구하였다.

둘째, 기혼자와 미혼자의 인공임신중절 인지도 차이를  $X^2$  검정과 t 검정을 이용하여 분석하였다.

셋째, 기혼자와 미혼자의 인공임신중절문제 인지도를 판별해주는 변수들을 확인하기 위해 단계적 판별분석(stepwise discriminant analysis)을 사용하여 분석하였다.

## Ⅲ. 연구결과

### 1. 대상자의 특성

대상자들의 일반적 특성으로 기혼자가 54.7%, 미혼자가 44.6%이며, 지역별로는 인천이 16.2%로 가장 높았으며 그 다음으로 서울, 전북, 대전이 각각 15.8%, 15.4%, 15.3% 이었다. 또한 성별로는 여성이 76.4%로 남성 23.6%보다 많았으며, 학력은 대학졸업이 59.2%로 절반이상을 차지하였고, 고등학교 졸업이 22.5%, 대학원재학이상도 15.7%를 차지하였다. 종교는 없다고 응답한 경우가 36.0%로 가장 높았으며, 그 다음으로 기독교가 34.6%, 불교 16.1%, 천주교 11.1% 순이었다. 연령대별로는 20대가 41.5%로 가장 많았으며, 그 다음으로 30대, 40대, 50대 순이었다(표 2 참조).

### 2. 인공임신중절 관련법 인식

인공임신중절을 법으로 규제하고 있는 것을 알고 있는지 조사한 결과, 기혼자의 90.6%, 미혼자의 73.3%가 알고 있었으나, 미혼자의 26.7%는 이에 대한 법적 규제를 모르고 있었다( $p<0.001$ ).

<표 2> 조사대상자의 일반적 특성

	구분	명	%
지역	서울	99	15.8
	광주	90	14.3
	전북	97	15.4
	대구	78	12.4
	대전	96	15.3
	인천	102	16.2
	부산	66	10.5
	소계	628	100.0
성별	남성	147	23.6
	여성	477	76.4
	소계	624	100.0
학력	중졸	2	0.3
	고등학교중퇴	3	0.5
	고졸	135	22.5
	대학교중퇴	11	1.8
	대졸	355	59.2
	대학원재학이상	94	15.7
	소계	600	100.0
종교	없다	204	36.0
	불교	91	16.1
	기독교	196	34.6
	천주교	63	11.1
	기타	12	2.1
	소계	566	100.0
결혼상태	기혼	323	54.7
	미혼	263	44.6
	기타	4	0.7
소계	590	100.0	
연령대	20대	248	41.5
	30대	203	34.0
	40대	109	18.3
	50대	34	5.7
	60대이상	3	0.5
	소계	597	100.0

주. 무응답 관계로 합계에 약간의 차이가 있음

인공임신중절을 법으로 처벌하는 것이 타당한지에 대해서는 기혼자와 미혼자 모두 법으로 금지해야 하나 처벌할 수 없는 예외도 있다고 응답한 경우가 각각 70.7%, 73.1%로 가장 높았다.

<표 3> 인공임신중절 관련법에 대한 인식

구분	기혼	미혼	합계	(단위: 명(%), mean±S.D.)	
				t or $\chi^2$	p
<b>인공임신중절 법규제 인지</b>					
알고 있다	298(90.6)	198(73.3)	496(82.8)	30.971	.000
모른다	31( 9.4)	72(26.7)	103(17.2)		
소계	329(100.0)	270(100.0)	599(100.0)		
<b>인공임신중절 법 처벌의 타당성 인지</b>					
법으로 금지하고 처벌도 함	59(18.0)	33(12.3)	92(15.4)	4.885	.180
법 금지해야 하나, 처벌할 수 없는 예외도 있다	232(70.7)	196(73.1)	428(71.8)		
법으로 금지할 필요없다	34(10.4)	34(12.7)	68(11.4)		
기타	3( 0.9)	5( 1.9)	8( 1.3)		
소계	328(100.0)	268(100.0)	596(100.0)		
<b>성감별시 의사면허 취소인지</b>					
알고 있다	296(91.6)	191(73.2)	487(83.4)	35.556	.000
모른다	26( 8.0)	68(26.1)	94(16.1)		
기타	1( 0.3)	2( 0.8)	3( 0.5)		
소계	323(100.0)	261(100.0)	584(100.0)		
<b>현행 모자보건법상 허용범위의 적정성 인지</b>					
허용범위 확대	165(51.4)	160(59.9)	325(55.3)	6.242	.044
현재가 적절	78(24.3)	63(23.6)	141(24.0)		
허용범위 축소	78(24.3)	44(16.5)	122(20.7)		
소계	321(100.0)	267(100.0)	588(100.0)		
<b>확대되어야 하는 이유*</b>					
여성건강에 대한 선택권 보장	108(32.4)	100(36.9)	208(34.4)	1.321	.250
사회적 용인될 수 있는 임신중절까지 불법화	95(28.5)	87(32.1)	182(30.1)		
불법 낙태를 줄일 수 있어	74(22.2)	86(31.7)	160(26.5)		
기타	5( 1.5)	3( 1.1)	8( 1.3)		
소계	333(100.0)	271(100.0)	604(100.0)		
<b>축소되어야 하는 이유*</b>					
태아의 생명존중	132(39.6)	117(43.2)	249(41.2)	.770	.380
성개방 문란을 줄이기 위해	73(21.9)	50(18.5)	123(20.4)		
낙태율을 줄여 인구증가	13( 3.9)	8( 3.0)	21( 3.5)		
기타	4( 1.2)	4( 1.5)	8( 1.3)		
소계	333(100.0)	271(100.0)	604(100.0)		
<b>인공임신중절 허용범위에 대한 지식정도(17점 만점)</b>					
인공임신중절 관련 지식	10.88±2.87	9.92±3.88	10.41±3.43	2.211	.028
<b>법 개정시 인공임신중절 가능 개월 수</b>					
12주 이하	192(59.4)	126(48.5)	318(54.5)	10.939	.027
20주 이하	39(12.1)	54(20.8)	93(16.0)		
24주 이하	19( 5.9)	13( 5.0)	32( 5.5)		
28주 이하(현행)	47(14.6)	45(17.3)	92(15.8)		
언제든지	26( 8.0)	22( 8.5)	48( 8.2)		
소계	323(100.0)	260(100.0)	583(100.0)		
<b>인공임신중절 전 유보기간을 두어 상담과정을 제도화</b>					
적극 찬성	177(54.0)	131(49.6)	308(52.0)	1.208	.751
비교적 찬성	129(39.3)	115(43.6)	244(41.2)		
비교적 반대	14( 4.3)	12( 4.5)	26( 4.4)		
적극 반대	8( 2.4)	6( 2.3)	14( 2.4)		
소계	328(100.0)	264(100.0)	592(100.0)		

주 1. \* 복수응답  
2. 무응답 제외

성 선택적 인공임신중절을 막기 위해 의료법 제19조 태아의 성감별행위금지법을 통해 성감별을 해줄 경우 의사면허가 취소될 수 있다는 것에 대해 기혼자의 91.6%, 미혼자의 73.2%가 알고 있었지만, 미혼자의 26.1%는 모르고 있다고 응답하여, 미혼자의 인공임신중절 법에 대한 의식이 낮은 것을 알 수 있었으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p<0.001$ ).

현행 모자보건법의 인공임신중절 허용범위가 적절하다고 생각하는지에 대해서, 기혼자와 미혼자 모두 과반수 이상이 확대해야 한다고 응답하였다. 특히 미혼자의 경우는 약 60%가량이 인공임신중절의 허용범위를 확대해야 한다고 주장하였으며, 허용범위 확대에 대한 주장은 기혼자와 미혼자가 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p<0.05$ ).

인공임신중절의 허용범위가 확대되어야 하는 이유로는 기혼자와 미혼자 모두 여성의 건강에 대한 선택권을 보장하기 위해서가 가장 높았으며, 미혼자는 사회적으로 용인될 수 있는 임신중절까지 불법화되기 때문에 확대해야 한다, 인공임신중절을 줄일 수 있기 때문이라는 응답 순이었다. 허용범위를 축소해야 하는 이유로는 태아의 생명을 존중해야 하기 때문이라고 응답한 경우가 가장 높았으며, 그 다음으로 성 개방 문란을 줄이기 위해서였다.

인공임신중절 허용범위에 대한 지식이 기혼자가 10.88점, 미혼자가 9.92점으로 기혼자의 지식정도가 훨씬 높았으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p<0.05$ ).

임신 초·중기 몇 개월까지 원하는 경우 모두 인공임신중절을 할 수 있도록 법의 개정을 찬성한다면 몇 개월이 적절하다고 생각하는지에 대해서 조사한 결과, 기혼자의 59.4%, 미혼자의 48.5%가 12주 이하가 적절하다고 응답하였다. 그 다음으로 기혼자는 현행대로 28주 이하가 적절하다고 하였고, 미혼자는 20주 이하가 적절하다고 하였으며, 이는 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다( $p<0.05$ ). 그러나 기혼자와 미혼자 모두 20주 이하에 원할 경우 인공임신중절을 할 수 있도록 하자는 의견이 대다수를 차지하였고, 그 외에는 15% 내외로 현행인 28주 이하에서 적절하다고 응답하였다. 특히 인공임신중절 전에 인공임신중절유보기간을 두어 상담과정을 제도화하는 것에 대해서는 기혼자와 미혼자 모두 90%이상이 찬성하고 있는 것으로 나타났다(표 3 참조).

### 3. 인공임신중절 등 관련 성 의식

인공임신중절에 대한 결정권이 누구에게 있다고 생각하는

지에 대해서 기혼자와 미혼자 모두 임신당사자인 여성에게 있다고 과반수 이상이 응답하였으며, 그 다음 순위로 인공임신중절에 대해서는 누구도 선택할 수 없다고 응답하였다. 이외에 기혼자는 당사자의 부모 혹은 상대의 부모라고 응답한 경우가 8.5%로, 미혼자의 3.8%에 비해 높은 비율을 보였다( $p<0.01$ ).

인공임신중절율을 낮추기 위해 가장 시급한 과제로 기혼자와 미혼자 모두 예방적인 피임교육을 들었으며, 그 다음으로 미혼모의 복지정책으로 나타났다( $p<0.05$ ). 인공임신중절관련 가장 심각한 사회문제로는 기혼자는 도덕적 타락과 생명경시 풍조가 44.0%로 가장 높았으며, 미혼자는 미성년 소녀들의 무분별한 출산과 인공임신중절이 44.8%로 가장 높았다( $p<0.01$ ).

혼전성관계에 대하여 어떻게 생각하는지를 조사한 결과, 기혼자의 경우 사랑을 전제로 해도 다소 부정적이라는 응답이 50.3%로 과반수 이상을 차지하였고, 그 다음으로 사랑을 전제로 긍정적이다 29.8%, 매우 자연스럽게 적극적이다 10.4%의 순으로 나타났다. 그러나 미혼자는 53%가 혼전성관계에 대해 개방적으로 나타나( $p<0.05$ ), 미혼자를 대상으로 한 성 교육이 강화되어야 함을 알 수 있었다.

혼전 성관계로 임신을 하면 어떤 선택을 할 것인지에 대해서 기혼자와 미혼자 모두 우선 결혼을 성사시킨다고 응답한 경우가 75.2%, 64.1%로 가장 높았으나, 미혼자의 경우 부득이 인공임신중절을 선택한다고 응답한 경우가 22.5%로 나타났다( $p<0.01$ )(표 4 참조). 미혼자의 20% 이상이 원치 않는 임신을 하게 되면 인공임신중절을 선택할 위험집단으로 분류되어 이들을 대상으로 할 집중적인 대안이 필요하다.

### 4. 피임지식과 피임경험

피임방법에 대한 지식을 알고 있는지 조사한 결과, 기혼자가 피임방법에 대한 지식이 10점 만점에 9.32점, 미혼자가 8.70점으로 나타나 기혼자가 피임방법에 대한 지식이 높은 것으로 나타났으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p<0.001$ ).

또한 기혼자는 경험해본 피임방법으로 콘돔이 63.9%로 가장 높았으며, 그 다음으로 질외사정법 56.1%, 월경주기법 47.4%, 먹는 피임약 33.0%, 자궁내장치 23.5% 등의 순이었다. 미혼자의 경우에도 콘돔이 16.0%, 월경주기법 13.4%, 질외사정법 13.0%, 먹는 피임약 9.4% 순이었으며, 기혼자에 비하여 현저하게 피임방법에 대한 경험이 부족한 것을 알 수 있었다( $p<0.01$ ).

<표 4> 인공임신중절 등 관련 성 의식

구분				(단위: 명(%))	
	기혼	미혼	합계	X <sup>2</sup>	p
<b>인공임신중절 시술 결정권자</b>					
임신당사자 여성	185(56.2)	171(64.5)	356(59.9)	17.102	.004
임신상대자 남성	13( 4.0)	6( 2.3)	19( 3.2)		
당사자부모 혹은 상대부모	28( 8.5)	10( 3.8)	38( 6.4)		
시술 의사	13( 4.0)	2( 0.8)	15( 2.5)		
누구도 선택할 수 없다	75(22.8)	55(20.8)	130(21.9)		
기타	15( 4.6)	21( 7.9)	36( 6.1)		
소계	329(100.0)	265(100.0)	594(100.0)		
<b>인공임신중절 수술시 승낙을 받아야 하는 사람</b>					
본인의 의견만으로 된다	90(29.5)	71(29.8)	161(29.7)	.089	.956
남편(또는 보호자) 승낙	166(54.4)	131(55.0)	297(54.7)		
누구도 선택할 수 없다	49(16.1)	36(15.1)	85(15.7)		
소계	305(100.0)	238(100.0)	543(100.0)		
<b>인공임신중절률을 낮추기 위한 시급한 과제</b>					
예방적인 피임교육	271(83.1)	191(72.6)	462(78.4)	10.450	.015
사후피임약의 자유시판	18( 5.5)	28(10.6)	46( 7.8)		
미혼모 복지정책	34(10.4)	42(16.0)	76(12.9)		
입양제도의 확충	3( 0.9)	2( 0.8)	5( 0.8)		
소계	326(100.0)	263(100.0)	589(100.0)		
<b>인공임신중절관련 가장 심각한 사회문제</b>					
도덕적 타락과 생명경시 풍조	143(44.0)	81(31.0)	224(38.2)	14.918	.002
미성년소녀들의 무분별한출산과 인공임신중절	105(32.3)	117(44.8)	222(37.9)		
성감별로 여아인공임신중절, 출생아 성비불균형	32( 9.8)	18( 6.9)	50( 8.5)		
남성중심적 성문화와 성매매, 성폭력의 만연	45(13.8)	45(17.2)	90(15.4)		
소계	325(100.0)	261(100.0)	586(100.0)		
<b>인공임신중절과 관련하여 가장 존중되어야 할 권리</b>					
임산부의 인공임신중절선택권	76(23.3)	80(30.9)	156(26.7)	4.667	.198
태아의 생명권	237(72.7)	167(64.5)	404(69.1)		
의사의 의학적 진단권	11( 3.4)	10( 3.9)	21( 3.6)		
법률가의 법적 재판권	2( 0.6)	2( 0.8)	4( 0.7)		
소계	326(100.0)	259(100.0)	585(100.0)		
<b>인공임신중절시 후유증 의식</b>					
알고 있다	314(94.6)	235(87.0)	549(91.2)	12.030	.002
모른다	18( 5.4)	32(11.9)	50( 8.3)		
기타	0( 0.0)	3( 1.1)	3( 0.5)		
소계	332(100.0)	270(100.0)	602(100.0)		
<b>용급피임약이 사회에 미치는 영향</b>					
인공임신중절가 줄어들 것이다	81(25.2)	63(24.4)	144(24.8)	1.367	.713
인공임신중절로 인한 여성정신건강 악영향 감소	59(18.3)	51(19.8)	110(19.0)		
사후피임과신으로 인공임신중절증가	53(16.5)	50(19.4)	103(17.8)		
약물오남용문제 야기	129(40.1)	94(36.4)	223(38.4)		
소계	322(100.0)	258(100.0)	580(100.0)		
<b>혼전 성관계에 대한 의식</b>					
매우 자연스런 적극적인 생각	34(10.4)	37(14.1)	71(12.1)	11.055	.011
사랑을 전제로 얼마든지 긍정적	97(29.8)	102(38.9)	199(33.8)		
사랑을 전제로 해도 다소 부정적	164(50.3)	97(37.0)	261(44.4)		
절대 허용할 수 없다	31( 9.5)	26( 9.9)	57( 9.7)		
소계	326(100.0)	262(100.0)	588(100.0)		
<b>혼전 성관계로 임신하면 어떤 선택</b>					
우선 결혼을 성사시킨다	243(75.2)	168(64.1)	411(70.3)	14.232	.003
부득이 인공임신중절을 선택한다	48(14.9)	59(22.5)	107(18.3)		
스스로 혹은 부모와 함께 키운다	22( 6.8)	32(12.2)	54( 9.2)		
출산하여 입양기관/대리부모를 통해 키운다	10( 3.1)	3( 1.1)	13( 2.2)		
소계	323(100.0)	262(100.0)	585(100.0)		

주. 무응답 제외

&lt;표 5&gt; 피임지식과 피임경험

구분	기혼	미혼	합계	(단위: 명(%), mean±S.D.)	
				t or $X^2$	p
<b>알고 있는 피임방법</b>					
난관수술	293(94.8)	221(86.3)	514(91.0)	12.301	.000
정관수술	291(97.0)	233(91.4)	524(94.4)	8.277	.004
자궁내장치	294(95.8)	234(90.7)	528(93.5)	5.883	.015
먹는 피임약	294(97.0)	251(98.0)	545(97.5)	.588	.443
콘돔	302(97.4)	252(98.4)	554(97.9)	.700	.403
살(질)정제	268(91.2)	186(73.8)	454(83.2)	29.144	.000
월경주기법	293(97.0)	237(93.3)	530(95.3)	4.266	.039
사후피임약	267(90.2)	226(89.3)	493(89.8)	.114	.736
질외사정법	297(97.4)	223(88.1)	520(93.2)	18.583	.000
이외의 기타 피임법	196(73.4)	144(61.3)	340(67.7)	8.416	.004
<b>지식점수</b>	9.32±1.68	8.70±2.13	8.99±2.03	3.250	.000
<b>경험해 본 피임방법</b>					
난관수술	29( 9.4)	2( 0.8)	31( 5.5)	19.986	.000
정관수술	49(16.3)	4( 1.6)	53( 9.5)	34.788	.000
자궁내장치	72(23.5)	5( 1.9)	77(13.6)	55.128	.000
먹는 피임약	100(33.0)	24( 9.4)	124(22.2)	44.880	.000
콘돔	198(63.9)	41(16.0)	239(42.2)	131.623	.000
살(질)정제	55(18.7)	10( 4.0)	65(11.9)	28.108	.000
월경주기법	143(47.4)	34(13.4)	177(31.8)	73.345	.000
사후피임약	43(14.5)	14( 5.5)	57(10.4)	11.858	.001
질외사정법	171(56.1)	33(13.0)	204(36.6)	110.358	.000
이외의 기타 피임법	20( 7.5)	4( 1.7)	24( 4.8)	9.200	.002
<b>피임방법 정보경로</b>					
의사/간호사/의료인	69(24.9)	10(12.3)	79(22.1)	11.591	.072
약사	16( 5.8)	5( 6.2)	21( 5.9)		
대중매체	71(25.6)	20(24.7)	91(25.4)		
가족	10( 3.6)	3( 3.7)	13( 3.6)		
주변사람	73(26.4)	31(38.3)	104(29.1)		
인터넷	8( 2.9)	6( 7.4)	14( 3.9)		
기타	30(10.8)	6( 7.4)	36(10.1)		
소계	277(100.0)	81(100.0)	358(100.0)		
<b>피임목적</b>					
태울조절	112(41.3)	9(16.4)	121(37.1)	56.409	.000
단산	118(43.5)	12(21.8)	130(39.9)		
피임	41(15.1)	34(61.8)	75(23.0)		
소계	271(100.0)	55(100.0)	326(100.0)		
<b>피임방법을 택한 이유</b>					
부작용이 없어서	83(30.9)	4( 7.1)	87(26.8)	21.670	.001
영구적이므로	21( 7.8)	3( 5.4)	24( 7.4)		
편리해서	94(34.9)	36(64.3)	130(40.0)		
피임효과가 좋아서	28(10.4)	6(10.7)	34(10.5)		
성 생활에 지장이 없어서	38(14.1)	5( 8.9)	43(13.2)		
기타	5( 1.9)	2( 3.6)	7( 2.2)		
소계	269(100.0)	56(100.0)	325(100.0)		
<b>피임을 하지 않는 이유</b>					
상대방이 원하지 않아서	19(22.1)	4( 2.4)	23( 9.2)	125.048	.000
임신할 것 같지 않아서	31(36.0)	10( 6.1)	41(16.3)		
피임에 대해 몰라서	8( 9.3)	6( 3.6)	14( 5.6)		
성관계를 하지 않아서	9(10.5)	137(83.0)	146(58.2)		
기타	19(22.1)	8( 4.8)	27(10.8)		
소계	86(100.0)	165(100.0)	251(100.0)		

주 1. \* 지식점수 10점 만점

2. 무응답 제외

피임방법에 대한 정보를 기혼자와 미혼자 모두 주변사람을 통해서 알게 되었다는 경우가 각각 26.4%, 38.3%로 가장 높았으며, 그 다음으로 대중매체, 의사/간호사/의료인의 순이었다.

피임목적으로는 기혼자는 단산이 43.5%로 가장 높았으며, 그 다음으로는 터울조절이 41.3%였다. 미혼자는 기타(대부분 임신을 예방하기 위해서) 이유가 61.8%로 가장 높았으며, 단산은 21.8%로 나타났다. 이러한 기혼자와 미혼자의 피임목적은 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<0.001).

피임방법을 택한 이유로는 미혼자는 64.3%가 편리하기 때문이라고 응답하였으며 그 다음으로 피임효과가 좋아서 10.7%, 성 생활에 지장이 없어서 8.9% 이었으며, 기혼자는

편리해서 34.9%, 부작용이 없어서 30.9%, 성 생활에 지장이 없어서 14.1%, 피임효과가 좋아서 10.4% 등의 순으로 나타났다(p<0.01).

또한 피임을 하지 않는 이유로는 기혼자는 임신할 것 같지 않아서가 36.0%로 가장 높았으며, 그 다음으로 상대방이 원하지 않아서라고 응답하였다(p<0.001)(표 5 참조).

임신과 인공임신중절의 경험에 대하여 조사한 결과, 기혼자의 85.6%는 임신 경험이 있었으나, 미혼자의 97.1%는 임신경험이 없었다(p<0.001). 또한 인공임신중절경험 역시 기혼자의 38.7%가 경험이 있는 반면, 미혼자의 1.3%만이 임신중절 경험이 있었다(표 6 참조).

<표 6> 임신과 인공임신중절경험 여부

구분	기혼	미혼	합계	(단위: 명(%), mean±S.D.)	
				t or $\chi^2$	p
임신경험 유무					
있다	185(85.6)	6( 2.9)	191(44.9)	294.146	.000
없다	31(14.4)	203(97.1)	234(55.1)		
소계	216(100.0)	209(100.0)	425(100.0)		
산과력					
만삭회수	1.79±.59	1.00±.00	1.75±.61	17.472	.000
조산회수	1.10±.32	-	1.08±.28	-	-
유산회수	1.50±.70	2.00	1.53±.70	-.707	.482
생존 자녀수	1.86±.56	1.33±.58	1.83±.57	1.561	.255
인공임신중절경험 유무					
없다	133(61.3)	155(98.7)	288(77.0)	72.096	.000
있다	84(38.7)	29( 1.3)	86(23.0)		
소계	217(100.0)	157(100.0)	374(100.0)		
인공임신중절 회수	1.50±.70	2.00	1.53±.70	-.712	.479
인공임신중절 당시나이	30.81±5.03	30.00	30.68±5.03	.160	.873

<표 7> 선정된 인공임신중절문제 인지도 변인들의 Wilks' Lambda 결과

변수	Lambda	F	p
피임경험	.684	124.091	.000
인공임신중절경험유무	.596	90.704	.000
인공임신중절 범규제 인지유무	.571	66.969	.000
성감별시 의사면허 취소인지유무	.554	53.566	.000
인공임신중절유보기간을 두어 상담과정 제도화에 대한 의식	.543	44.613	.000



5. 기혼자와 미혼자의 인공임신중절문제 인지도에 대한 판별분석

기혼자와 미혼자의 인공임신중절문제 인지도에 대한 차이를 설명해줄 수 있는 관련 변수를 찾아봄으로써 각 집단의 특징을 알고 어떤 변수로 인해 인공임신중절문제 인지도에 차이가 있는지를 파악해보고자 판별분석(discriminant analysis)을 실시하였다.

<표 7>에 의하면 단계적 투입과정에서 집단 판별에 공헌을 하지 못하는 것으로 판단된 항목은 제외되고 5개 항목이 선정되었다. 두 집단별 이들 5개의 검사의 평균치 간에는  $F(15, 276759)=33.539$ 로써 0.01% 유의수준에서 통계적으로 유의 있는 차이가 있는 것으로 나타났다.

판별변수와 정준판별함수간의 상관계수를 나타내는 구조행렬에 의하면, 함수 1에서 피임경험, 인공임신중절경험

유무, 인공임신중절 법규제 인지유무, 성감별시 의사면허 취소인지유무, 인공임신중절유보기간을 두어 상담과정 제도화에 대한 의식이 유의한 판별요인으로 나타났으며, 특히 기혼자와 미혼자 두 집단의 인공임신중절문제 인지도를 판별해주는 가장 좋은 판별요인은 피임경험( $r=.740$ )이었다. 그러나 이 경우 보통 구조행렬의 판별적재값이  $\pm 0.30$  이상인 경우 유의적으로 받아들여므로, 판별력이 큰 순서는 피임경험, 인공임신중절경험유무, 성감별시 의사면허 취소인지유무의 순이며 인공임신중절 법규제 인지유무, 인공임신중절유보기간을 두어 상담과정제도화에 대한 의식은 판별력이 별로 없는 것을 알 수 있다(표 8 참조).

두 집단에 대해 추출된 판별식으로 인공임신중절문제 인지도의 분류정확률(hit ratio)을 산출하였고, 그 결과는 79.4%로 나타났다(표 9 참조).

<표 8> 판별함수의 유의도

예측 변수	함수 1	
	표준화된 정준 판별함수 계수	구조행렬
피임경험	.718	.740
인공임신중절경험유무	.499	.547
인공임신중절 법규제 인지유무	-.248	-.263
성감별시 의사면허 취소인지유무	-.239	-.392
낙태시술 전 유보기간을 두어 상담과정 제도화에 대한 의식	-.209	-.175
Eigen value=.842 설명변량=100 정준상관=.676 유의도=.000		

<표 9> 검증표본에 대한 분류행렬

집단		예측 집단		계
		기혼	미혼	
실제 집단	기혼	105(66.5)	53(33.5)	158(100.0)
	미혼	6( 4.7)	123(95.3)	129(100.0)

\* 전체 적중률(hit ratio)=79.4%

IV. 논의

현행 우리나라는 태아가 생존능력을 갖게 되는 시기 이

전에 한하여 치료적 인공임신중절을 모자보건법에서 허용하고 있으나, 우리나라에서는 연간 100만 여건이 넘는 불법 인공임신중절이 난무하고 있는 실정이다. 보건복지가족

부에 따르면 우리나라 연간 인공임신중절 건수는 342,433 건이며, 이중 합법적 인공임신중절 건수는 총 14,939건, 약 4.4%로 추정하고 있다. 2004년도 건강보험청구자료 분석 결과, 모자보건법상 허용되는 인공임신중절 건수는 총 14,939건이며, 이중 30-34세가 5,136건, 25-29세가 4,231건으로 나타나고 있었다(고려대학교, 2005). 실제 고려대학교의 인공임신중절 실태조사에 따르면 2005년의 국내 201개 기관의 의료기관을 조사한 결과 기혼여성의 경우 인공임신중절율이 28.6%인데 반해, 미혼여성의 경우 31.6%로 나타나고 있어, 불법인공임신중절 시술이 많은 것을 추측할 수 있다. 본 연구에서는 이러한 인공임신중절 관련 현행법규에 대한 인식현황을 파악하고, 현실적인 예방방안을 강구하여 사회적 공론화 분위기를 조성하고자, 본 연구에서는 우리나라의 성인남녀 총 671명을 대상으로 결혼 상태에 따른 인공임신중절 문제에 대한 인지도를 비교분석하였다.

본 연구에서 결혼 상태별 인공임신중절문제 인지도를 비교분석한 결과, 기혼자와 미혼자를 판별하는 요인으로는 피임경험, 인공임신중절경험, 성감별시 의사면허 취소인지유무, 인공임신중절 법규제 인지, 인공임신중절유보기간을 두어 상담과정제도화에 대한 의식으로 나타났다.

피임경험은 콘돔을 가장 많이 선호하고 있었으나, 그 다음 순으로 피임효과가 불안정한 자연피임법인 월경주기법과 질외사정법을 사용하고 있어, 제대로 된 피임교육이 필요하였다. 특히 월경주기법과 질외사정법을 사용하고 있다고 응답한 경우는, 피임방법에 대하여 잘 모르고 있는 경우라고 다수의 연구에서 나타나고 있다(곽동선, 2006; 은기수, 2001; 전효숙, 2003). WHO(2005)는 전통적 피임방법은 주로 개발도상국에서 많이 사용되고, 선진국형 국가일수록 현대식 피임방법을 사용한다고 보고하고 있으며, 전통적 피임방법은 30%의 실패율을 보이고 있는 것으로 조사되었다. 또한 피임방법에 대한 정보는 주변사람이나 대중매체를 통해 얻는 경우가 대부분이어서, 정보에 대한 신뢰성이 매우 미흡한 실정이었다. 이는 청소년 건강행태 온라인조사 통계결과에 따르면, 성관계 경험자들 중 부적절한 피임법(질외사정법, 월경주기법) 사용률은 전체 21.6%, 남학생 20.3%, 여학생 25.4%로 나타났으며(보건복지가족부, 2008), 서정식 등(1999)의 연구결과와도 동일하였으며, 미혼여성의 14.9%가 피임교육을 받은 적이 없다고 응답하였다. 또한 성 지식을 습득하는 주된 매체는 텔레비전, 신문, 잡지

등으로 나타났고, 피임법으로는 콘돔, 질외사정법, 경구피임약의 순으로 나타났다. 지금까지 우리나라에서 이루어져 왔던 순결교육 중심의 성교육을 탈피하여, 청소년들을 대상으로 한 피임교육을 실시하여야 한다고 사료되었다. 한국보건사회연구원(2000)은 실패임신을 초래한 피임방법을 구체적으로 조사한 결과, 전체 인공임신중절을 수용한 부인의 25.0%가 월경주기법에 의한 피임실패 중에 임신이 되었으며, 콘돔을 사용 중이었던 경우는 13.4%로 나타나 실패 임신이 높은 피임방법을 보여주었다.

현행 모자보건법 제14조 제1항에는 임신중절을 위해서는 본인과 배우자의 동의가 있어야하고, 배우자가 사망, 실종, 행방불명, 기타 부득이한 사유로 인하여 동의할 수 없는 때에는 본인의 동의만으로 수술을 행할 수 있고, 본인 또는 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없는 때에는 친권자, 후견인 또는 부양의무자의 동의로 이에 갈음할 수 있도록 되어있다. 그러나 연구결과에서는 인공임신중절에 대한 결정권자는 임신당사자라고 응답하는 경우가 많았고, 임신상대자인 남성이나 보호자들이 결정권자라고 생각하는 비율은 매우 낮아, 사실상 이 법이 임신당사자인 여성의 자기결정권을 침해하고 있다고 할 수 있다. 또한 미성년자나 미혼모의 경우 배우자가 없어 이들에 대한 고려가 되어 있지 못한 것을 알 수 있다.

본 연구에서 인공임신중절율을 낮추기 위해 가장 시급한 과제가 무엇이라고 생각하는지에 대하여 조사한 결과, 예방적인 피임교육이 가장 필요하다고 의식하고 있었다. 실제로 최근 우리나라는 성문화가 개방되고, 성에 대한 의식이 변화하면서 과거에 비해 남성과 여성 모두 혼전성관계에 대해 긍정적인 반응을 보이는 경우가 많아졌다. 이는 본 연구의 결과에서도 알 수 있듯이, 기혼자보다 미혼자에게서 혼전성관계에 대한 의식이 더욱 개방적인 것으로 나타났다. 그러나 성의 개방과 혼전성관계에 대한 자유로운 의식 확산에 비해, 피상적인 성교육만이 이루어지고 있어 인공임신중절에 대한 위험을 가중시키고 있다. 이는 인공임신중절로 인한 가장 심각한 사회문제는 미성년 소녀들의 무분별한 출산과 인공임신중절이 38.7%, 도덕적인 타락과 생명경시 풍조가 37.9%라고 응답한 결과에서도 보여주고 있으며, 미혼자의 경우 원치 않은 임신을 하게 되면 인공임신중절을 선택하겠다고 응답한 비율이 20% 이상으로 나타나 이에 대한 대안 마련이 시급함을 알 수 있다.

인공임신중절 시술 이유로는 사회경제적 문제로 경제적 이유가 가장 높아, 복지정책에 대한 고려가 필요함을 알 수 있었으며, 이외에도 자녀를 원치 않아서거나, 임신 중 약물을 복용했기 때문에 하는 경우도 많았다. Brigitta 등 (2000)은 여성의 연령이 낮은 집단의 경우 사회경제적인 이유 또는 관계의 불안정성 등을 주원인으로 꼽고, 35~39세 연령층인 경우 가족계획 차원에서, 40~49세의 경우 대부분 '너무 나이가 많아서'라는 이유로 인공임신중절을 선택한 것이라고 하였다. Toresses와 Forrest(1988)는 인공임신중절을 한 1,900명의 여성에게 면담하여 얻은 자료를 분류하여, 아이가 태어났을 때 변화될 생활에 대한 준비가 없었다라고 응답하였고, 아기를 경제적으로 부양할 수 없어서라고 응답하였다. 이는 양육에 대한 현실적인 문제로, 미혼모를 대상으로 한 복지정책과 대안학교 마련 등을 통해 경제적 지원과 능력을 키울 수 있도록 사회복지정책을 강화해야 한다. 또한 한국보건사회연구원(2000)은 유배우부인의 인공임신중절 이유를 조사한 결과, 자녀를 원하지 않기 때문인 경우가 35.9%로 가장 높았으며, 다음은 터울조절 20.5%, 임부의 건강과 혼전임신이 각각 9.5%, 경제적 곤란 1.5% 등으로 나타났다. 또한 김해중(2005)은 기혼자가 인공임신중절을 받는 원인을 더 이상 자녀를 원하지 않아서가 70%로 가장 높았으며, 그 다음으로 경제적인 어려움 17.5%, 임신 중 약물복용 12.6% 순이었으며, 미혼자가 인공임신중절을 받는 원인으로는 미성년자 혹은 혼인상의 문제가 93.7%로 가장 높았으며, 임신 중 약물복용 5.4%, 경제적인 어려움 3.4% 순으로 나타났다.

인공임신중절 법을 개정한다면 적정기간이 어느 정도인가와 유보기간을 두어 상담과정제도화에 대한 의식을 조사한 결과, 불법인공임신중절을 예방하기 위하여, 원하는 경우에 인공임신중절을 할 수 있도록 법을 개정한다면 어느 정도의 시기가 적정하다고 생각하는가라는 질문에 기혼자와 미혼자 모두 과반수 이상이 임신 초기인 12주 이하가 적정하다고 응답하였으며, 인공임신중절 전 유보기간을 두어 상담과정을 제도화하는 것에 대해서는 90% 이상이 찬성하는 것으로 나타났다. 이는 고려대학교의 2005년도의 연구와도 동일한 결과를 보여주고 있으며, 임신중절이 산모의 육체적, 정신적인 심각한 손상을 피하게 할 수 있기 때문에 임신 초기에 실시하도록 하는 것이 적정하다고 판단하였기 때문으로 사료되었다.

본 연구의 설문조사에 참여한 총 671명의 성인남녀 중에서 미혼자의 경우 20% 내외가 인공임신중절을 법으로 규제하고 있는 것을 모르고 있었으며, 또한 미혼자의 20%는 원치 않는 임신 시에 인공임신중절을 선택하겠다고 응답하였다. 중국에서 중복해서 중복해서 인공임신중절을 시술한 미혼여성의 피임 특성을 분석한 결과, 전체 대상의 3분의 1가량이 과거 인공임신중절 경험이 있고, 이들 중 41.3%는 피임법을 전혀 사용하지 않았다(Y.Cheng, 2004). 이들 위험 집단을 대상으로 한 인공임신중절과 관련한 홍보, 교육 등이 체계적으로 이루어져야 하며, 기혼자와 미혼자를 구분하여 인공임신중절 예방을 위한 접근방법을 차별화하여야 할 것으로 판단된다.

이상과 같은 결과로 볼 때, 기혼자와 미혼자에 대한 인공임신중절 예방을 위한 접근방법은 이들의 인공임신중절문제 인지도 차이를 고려하여 차별화된 접근이 필요하다고 사료되며, 이에 인공임신중절 예방을 위한 방안을 다음과 같이 제안하고자 한다.

첫째, 인공임신중절의 법적 허용범위는 확대하되, 위반에 대한 벌칙기준과 관리감독 등은 강화할 필요가 있다. 이를 통해 불법적으로 시술되고 있는 인공임신중절로 인한 피해를 감소시켜야 한다.

둘째, 미혼자를 대상으로 한 인공임신중절에 대한 홍보와 교육이 강화되어야 한다. 특히 이를 위해 중학교 시기인 청소년 시기부터 체계적으로 성교육을 강화하여, 대처 능력을 익히도록 해야 한다.

셋째, 인공임신중절 시술 전에 유보기간을 도입하여, 상담과정을 제도화해야 한다. 인공임신중절 선택에 신중을 기할 수 있도록, 다양한 대안을 제시하고 임신부와 태아를 우선적으로 지원할 수 있는 시스템을 마련해야 한다.

넷째, 그동안 기혼여성에 국한되어 있던 인공임신중절에 대한 연구를 향후 성별에 구분 없이 기혼자와 미혼자 모두를 대상으로 한 인공임신중절에 대한 조사연구가 지속되어야 하며, 인공임신중절을 예방하기 위한 다각적 정책이 구체적으로 논의되고 제안되어야 한다.

## V. 결론

본 연구에서는 우리나라의 성인남녀 총 671명을 대상으

로 결혼 상태에 따라 인공임신중절 문제에 대한 인지도를 비교하는 데에 그 목적이 있다. 일대일 면접을 통한 설문조사를 2007년 11월 서울, 인천, 부산, 대전, 전북, 광주, 대구 7개 지역에서 실시하였으며, 조사내용은 크게 인공임신중절 관련법에 대한 의식, 인공임신중절 등 관련 성 의식, 피임지식과 피임경험, 임신과 인공임신중절 경험여부 등으로 구성되었다. 자료 분석은 SPSS 14.0 프로그램을 사용하였으며, 결혼 상태별로 기혼자와 미혼자에 따른 인공임신중절문제 인지도를  $X^2$  검정과 t 검정, 단계적판별분석(stepwise discriminant analysis)을 이용하여 분석하였으며, 그 결과는 다음과 같다.

1. 인공임신중절을 법으로 규제하고 있다는 사실을 20% 내외의 미혼자는 의식하지 못하고 있었으며, 병원에서 태아의 성감별 행위 시 의사의 면허취소가 이루어질 수 있는 의료법에 대해서도 모르고 있었다.
2. 모자보건법의 인공임신중절 범위를 확대해야 한다는 의견이 약 90%를 차지하였으며, 기혼자보다 미혼자들이 확대해야 한다는 의견이 높았다. 또한 원하는 경우 인공임신중절을 할 수 있도록 법을 개정한다면 과반수 이상이 임신 초기인 12주 이하에서 적절하다고 응답하였고, 인공임신중절 전 유보기간을 두어 상담과정을 제도화하는 것에 대해서는 90% 이상이 찬성하였다.
3. 인공임신중절에 대한 결정권자는 누구인가라는 질문에 임신당사자인 여성이라고 생각하는 경우가 가장 많았으며, 그 다음 순으로 인공임신중절에 대한 결정은 누구도 선택할 수 없다고 하였다. 또한 인공임신중절 수술시 동의(승낙)를 받아야 하는 사람으로 남편(또는 보호자)의 동의가 필요하다고 응답한 경우가 가장 많았으며, 그 다음 순으로 본인의 의견만으로도 된다고 하였다.
4. 우리사회에서 인공임신중절율을 낮추기 위해 가장 시급한 과제로는 예방적인 피임교육이 가장 필요하다고 하였으며, 그 다음으로 미혼모 복지정책이라고 응답하였다. 인공임신중절로 인해 가장 심각한 사회문제는 미성년자들의 무분별한 출산과 인공임신중절이 38.7%, 도덕적인 타락과 생명경시 풍조가 37.9%로 나타났다.
5. 기혼자는 과반수 이상이 혼전성관계에 대하여 부정적인 반면, 미혼자는 53%가 혼전성관계에 대해 개방

적인 것으로 나타났다( $p<0.05$ ). 또한 미혼자는 부득이한 경우 인공임신중절을 선택하겠다고 응답한 경우가 22.5%로 나타났다( $p<0.01$ ).

6. 피임방법에 대한 지식정도는 기혼자가 미혼자보다 지식이 높은 것으로 나타났으며( $p<0.001$ ), 기혼자와 미혼자 모두 피임방법으로는 콘돔을 가장 많이 선호하고 있었으나, 그 다음 순으로 피임효과가 불안정한 자연피임법인 월경주기법과 질외사정법을 사용하고 있었다.
7. 기혼자와 미혼자의 인공임신중절문제에 대한 인지도를 판별하는 요인으로는 피임경험, 인공임신중절경험, 성감별시 의사면허 취소인지 유무, 인공임신중절법규제 인지, 인공임신중절유보기간을 두어 상담과정제도화에 대한 의식으로 나타났으며, 이 두 집단에 대해 추출된 분류 정확률(hit ratio)은 79.4%로 나타났다.

이렇듯 본 연구의 조사결과 기혼자가 미혼자에 비해 인공임신중절 관련법, 피임지식 등이 높은 편이었으나, 특히 미혼자의 20~30% 내외는 인공임신중절 관련법과 문제를 인지하지 못하고 있었으며, 원치 않는 임신 시에 인공임신중절을 선택하겠다고 응답하여 이들 위험집단을 대상으로 한 적극적인 대책마련이 시급함을 알 수 있었다. 또한 인공임신중절을 감소시키기 위해 원하지 않는 임신을 예방할 수 있도록 피임실천의 내실화를 위한 홍보와 보건교육이 지속적으로 이루어져야 할 것이다. 효율적인 피임방법의 사용을 홍보·교육하고 적극적인 피임보급 및 관리가 반드시 이루어져야 하며, 학교교육 및 사회교육에서 성교육이 강화되어야 할 것이다.

## 참고문헌

- 고려대학교. 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립. 서울:보건복지가족부, 2005.
- 곽동선. 우리나라 기혼여성의 인공임신중절 결정요인에 관한 연구: 피임실패임신과 당시 사용한 피임유형 중심으로. 연세대학교 석사학위논문. 2006.
- 김설아. 우리나라 여성의 인공임신중절 결정요인에 관한 연구. 연세대학교 석사학위논문 2002.
- 김승권. 우리나라 부인이 피임실패임신과 인공임신중절에 관한 논문. 보건사회논집 1992;12(1):119-143.

- 김승권, 조애저, 김유경, 박세경, 이진우. 2003년 전국 출산력 및 가족보건 실태조사연구 보고서. 서울:한국보건사회연구원, 2003.
- 김한곤. 선별적 인공유산의 결정인자에 관한 비교연구: 대구지역과 미국 캘리포니아 베이지역. 한국인구학 1997;23(1):66-78.
- 김해중. 각국의 인공임신중절 실태. 생명윤리 2006;7(1):1-7.
- 대통령직속 저출산 고령사회위원회. 제1차 저출산·고령사회기본계획 2008년도 지방자치단체 시행계획. 2008.
- 도미향, 김영희. 청소년의 낙태의식과 태도에 관한 복지적 접근. 문인옥. 성건강 이동클리닉 사업에 대한 청소년의 보건교육 및 상담 만족도. 한국학교보건교육학회지 2008;9(2):91-103.
- 배은경. 한국사회 출산조절의 역사적 과정과 젠더. 서울대학교 석사학위논문 2003.
- 보건복지가족부. 저출산 고령화 현상에 대한 국민인식조사. 2006.
- 보건복지가족부. 제3차 청소년건강행태 온라인조사 통계. 2008.
- 서정식, 이홍균. 미혼 여자대학생의 성에 대한 지식 및 태도에 관한 조사연구. 대한의학회지 1999;20(1):157-158.
- 서학은, 조경환, 홍명호. 인공유산의 실태와 피임에 대한 조사. 가정의학회지 1991.
- 여성가족부. 여성가족통계연보. 2007.
- 은기수. 인공유산의 결정요인에 관한 연구:로지분석과 생존분석의 비교. 한국인구학회지 2001;24(2):79-115.
- 이삼식. 자녀의 성구조에 따른 인공임신중절형태 분석. 보건사회연구 1998; 18(2):83-105.
- 전효숙, 서홍관. 해방이후 우리나라 낙태의 실태와 과제. 의사회지 2003; 12(23):129-143.
- 한국법제연구원. 간통죄의 존재 및 낙태의 허용범위. 서울:한국법제연구원, 1992.
- 한국보건사회연구원. 인공임신중절 실태조사를 위한 사전조사설계 및 실시에 관한 연구. 서울:보건복지가족부 2003.
- 한국보건사회연구원. 전국 출산력 및 가족보건실태조사. 2000.
- Anne Nordal Broen, Torbjorn Moum, Anne Sejersted Bodtker, Oivind Ekeberg. Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two year follow up study. Science direct 2004.
- Brigitte S, Tullberg and Virpi Lummaa. Induced abortion ratio in modern Sweden falls with age, but rises again before menopause. Science Direct 2001.
- CDC. 1995 National Survey of Family Growth; United States of America 1995.
- Chen Wei. Socio-Economic Determinants of Induced Abortion in China, Asia Pacific Population Journal 2004.
- Dilek Uygur, Salim Erkaya. Reasons why women have induced abortions in a developing country. Science direct 2000.
- Francome C. United Kingdom. In:Sachdev P. editor. International handbook on abortion. Connecticut: Greenwood press 1998:458-494.
- Pierre Yves Ancel1, Nathalie Lelong, Emile Papiernik, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles1 and Monique Kaminski1. History of induced abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: results of the EUROPOP survey Human Reproduction 2004;19(3):734-740.
- Sunita Bose, Katherine Trent. Socio-Demographic Determinant of Abortion in India. Cambridge University Press 2005.
- Tietze C, Forrest JD, Henshaw SK. United States of America. In:Sachdev P. editor. International handbook on abortion. Connecticut: Greenwood press. 1998;473-494.
- World Health Organization. The World 44 Health Report in 2005. 2005.
- Yan Che John Cleland. Unintended Pregnancy Among Newly Married Couples in Shanghai: International Family Planning Perspective 2004; 30(1):6-11.

<ABSTRACT>

## Comparison of Perceptions on Induced Abortion by Marital Status

In-Ok Moon\*, Young-A Oh\*\*†

\* *Ewha Womans University*

\*\* *Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare*

**Objectives:** The purpose of this study was to provide basic data for suggesting the realistic plan for the prevention of induced abortion. We performed an analysis of a recognition and actual conditions of the induced abortion according to the marital status.

**Methods:** Participants were 681 persons of 20 years of age or older who lived in 7 cities and provinces. The data was collected with a structured questionnaire. For data analysis, Chi-square test, t-test and stepwise discriminant analysis were utilized.

**Results:** The results were as follows. When degrees of recognition were analyzed according to the marital status, married were found to have higher levels of recognition of induced abortion than unmarried. From comparison of the recognition, there were significant differences between married and unmarried in terms of the recognition of the law, premarital sex, sex consciousness, intention of induced abortion, knowledge of contraception.

**Conclusion:** The above results showed that marital status was strongly related to the recognition of induced abortion. And measures for preventing the induced abortion, specially about 20 percents of risky unmarried, should be focused.

**Key words:** Induced abortion, Contraception, Premarital sex, Sex consciousness