

우리나라 여성의 인공임신중절  
결정요인에 관한 연구

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

김 설 아

우리나라 여성의 인공임신중절  
결정요인에 관한 연구

지도 정 우 진 교수

이 논문을 보건학석사학위 논문으로 제출함

2002년 6월 일

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

김 설 아

# 김설아의 석사 학위논문을 인준함

심사위원\_\_\_\_\_인

심사위원\_\_\_\_\_인

심사위원\_\_\_\_\_인

연세대학교 보건대학원

2002년 6월 일

## 감사의 글

제 삶을 인도하시는 하나님께 먼저 감사를 드립니다.

방향성 없는 열정을 세심한 배려와 꼼꼼한 지도로 보건학의 깊이를 알 수 있도록 이끌어주신 연세대학교 보건대학원의 모든 교수님들께 머리 숙여 감사를 드립니다.

언제나 깊은 관심과 자상한 가르침으로 논문이 완성될 수 있도록 지도해 주시고, 학문에 대한 사랑으로 창의적인 생각을 할 수 있도록 이끌어 주신 정우진 교수님께 깊은 감사와 존경을 드립니다.

논문의 틀을 잡아주시고 든든한 지지와 격려를 아끼지 않으셨던 서문희 박사님, 논문주제의 관련경향에 대해 알려주시고 문제점에 대해 새로운 방향을 돌아볼 수 있도록 이끌어주신 김진수 박사님께도 감사를 드립니다. 또한, 국제보건학의 새로운 길을 갈 수 있도록 길을 열어주시고 많은 관심을 보여주셨던 김한중 교수님, 김모임 교수님께도 감사를 드립니다.

힘들고 좌절할 때마다 격려와 사랑으로 자신감을 주시고, 자신의 일처럼 도와주신 이경애 선생님과 자료수집 과정에서 세심한 설명을 아끼지 않으셨던 신창우 선생님, 통계 작업을 묵묵히 함께 도와주신 마음 착한 정혜영 선생님께도 감사를 드립니다.

멀리서 기운찬 격려로 힘들고 좌절할 때마다 힘이 되어주신 신미경 님, 김상범 님께 고마움을 전합니다. 많은 관심과 따뜻한 말로 성원을 보내주신 국제보건학과 선·후배님들과 논문이 완성되기까지 든든한 힘이 되어주고, 함께 아름다운 추억을 만들어 갈 수 있도록 해주신 사랑하는 동기 김희수 선생님, 이혜준 선생님께 깊은 고마움을 전합니다.

지칠 때마다 따뜻한 위로를 주고, 언제나 밝고 반가운 얼굴로 맞이해 준 친구 이상아 님과 기도로 함께 해준 친구 심명숙 님, 후배 박소영 님, 유해영 님, 김정미 님, 이은희 선생님, 그리고 이현화 선생님께도 인사를 드립니다. 또한, 멀리서도 자신의 일처럼 깊은 관심을 갖고, 사랑의 격려를 아끼지 않은 동생 도형이에게도 고마움을 전합니다.

한결같은 마음으로 딸을 지켜보시고 가장 든든한 인생의 후원자로 어떻게 삶을 살아야할지 본을 보여주시는 사랑하는 아버지, 어머니께 마음 깊은 감사를 전하며 이 논문을 바칩니다.

배움의 과정 속에서 얻은 작은 깨달음과 열매들은 제 인생의 소중한 밑거름이 될 것입니다. 여전히 부족한 자신을 발견하며, 긴 여정에서 돌아오는 안도감과 새로운 길을 기다리는 기대감이 교차함을 느낍니다.

겸손하게 제가 가진 것들을 나누고, 꾸준한 마음으로 삶을 살기를 바라며 이제 또 다른 발걸음을 위한 준비를 하겠습니다.

2002년 7월

스물 아홉해 여름의 문턱에서

김 설 아 올림

# 차 례

국 문 요 약 .....	iv
<b>I. 서 론 .....</b>	<b>1</b>
1. 연구 배경 .....	1
2. 연구목적 .....	3
3. 용어의 정의 .....	4
<b>II. 문헌고찰 .....</b>	<b>5</b>
1. 인공임신중절 - A Global Health Problem .....	5
2. 인공임신중절의 결정 요인 .....	11
가. 사회 경제적 요인 .....	13
나. 임신 출산 요인 .....	15
다. 가치관 요인 .....	16
<b>III. 연구방법 .....</b>	<b>18</b>
1. 연구의 틀 .....	18
2. 연구가설 .....	19
가. 사회 경제적 요인을 변수로 하는 가설 .....	19
나. 임신 출산 요인을 변수로 하는 가설 .....	20
다. 가치관을 변수로 하는 가설 .....	22
3. 연구자료 및 분석 .....	23

가. 연구자료 .....	23
나. 연구에 사용되는 변수의 내용 .....	24
다. 분석방법 .....	28
<b>IV. 연구결과 .....</b>	<b>29</b>
1. 연구변수의 기술적 통계 .....	29
가. 사회 경제적 변수의 기술적 통계 .....	29
나. 임신 출산관련 변수의 기술적 통계 .....	33
다. 가치관 변수의 기술적 통계 .....	35
2. 연구변수와 인공임신중절과의 관계 .....	36
가. 사회 경제적 변수와 인공임신중절과의 관계 .....	36
나. 임신 출산관련 변수와 인공임신중절과의 관계 .....	38
다. 가치관 변수와 인공임신중절과의 관계 .....	40
3. 로짓 분석을 통한 가설검정 .....	41
가. 로짓분석 .....	41
나. 가설검정 .....	46
<b>V. 고찰 .....</b>	<b>50</b>
1. 연구방법에 대한 고찰 .....	50
2. 연구결과에 대한 고찰 .....	51
<b>VI. 결론 .....</b>	<b>55</b>
참고문헌 .....	58
ABSTRACT .....	61

## 표 목 차

<표 1> Global and regional annual estimates of incidence and mortality, unsafe abortion, United Nation regions,1995-2000 .....	7
<표 2> 우리나라 15~44세 유배우 부인의 최종 인공임신중절 수용이유 .....	12
<표 3> 본 연구에 사용된 독립변수 .....	26
<표 4> 사회 경제적 변수와 임신결과와의 관계 .....	31
<표 5> 임신 출산 관련변수와 임신결과와의 관계 .....	34
<표 6> 가족가치관 변수와 임신결과와의 관계 .....	35
<표 7> 사회 경제적 변수와 인공임신중절과의 관계 .....	37
<표 8> 임신 출산관련 변수와 인공임신중절과의 관계 .....	39
<표 9> 가치관 변수와 인공임신중절과의 관계 .....	40
<표 10> 인공임신중절 결정요인 .....	44

## 그림 목차

<그림 1> 생식보건에 미치는 인공임신중절의 영향 .....	8
<그림 2> 연구 진행과정 .....	18



## 국문 요약

본 연구는 기존의 연구결과들을 검토하여 우리나라 여성의 인공임신중절 결정 요인에 관한 주요 가설들을 검증함으로써 우리나라 여성들의 인공임신중절 결정에 영향을 미치는 사회·경제적 요인, 임신·출산요인, 그리고, 가치관 요인들을 분석하고자 하였다.

연구대상은 2000년 전국 출산력 및 가족보건 실태 조사 자료를 이용하여 임신력 조사에서 1998년부터 조사시점까지의 총 임신회수 1,901회를 사용하였으며, 결정요인 분석을 위한 가설 검증에서는 임신중절 건수 289회(15.2%)를 제외한 1,612건을 최종분석대상으로 하였다. 기술적인 분석을 통하여 우리나라 여성의 각 요인별 임신, 출산 형태를 파악하였으며, 카이스퀘어 검정을 통하여 우리나라 여성의 인공임신중절에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인들을 분석하였다. 다음으로 로짓분석을 통하여 각 결정요인들의 유의성을 통한 가설검정을 실시하였다.

분석결과, 우리나라 여성의 인공임신중절 결정요인으로 사회, 경제적 요인으로 부인의 교육수준이 전문대이상일 경우 인공임신중절의 확률이 낮아졌으며, 현재 취업여부도 인공임신중절의 확률에 유의한 영향을 준 것으로 나타났다. 우리나라 여성의 종교는 유의한 결정요인이 아닌 것으로 파악되었다. 임신, 출산 요인의 경우, 1998년에서 2000년도까지의 임신종결 연도가 인공임신중절 결정에 유의한 영향을 미친 것으로 보였다. 1998년도의 인공임신중절 확률이 다른 연도에 비해 높았던 것을 확인하였다. 임신당시 자녀의 수가 2인 이상인 경우, 원하지 않은 임신일 경우 인공임신중절의 확률이 높아졌다. 임신당시 자녀의 수와 원하지 않은 임신의 여부는 인공임신중절을 결정하는데 상호작용을 하는 것으로 나타났다. 그러나, 아들의 여부는 인공임신중절 결정에 유의한 영향을 주지 않는 것으로 보였다. 가치관 요인에서 성감별후 태아가 여아인 경우 인공임신중절에 반대하는 사람들

의 인공임신중절 확률이 낮아졌다. 이러한 결과들은 우리나라 여성의 인공임신중절 예방을 위한 정책과 프로그램을 개발에 있어 기초자료로 사용되어질 수 있을 것으로 생각된다.

기존의 연구들이 임신, 출산요인과 가치관 요인만을 인공임신중절 결정요인으로 분석하고자 한 반면, 본 연구는 부인과 남편의 사회, 경제적 요인을 분석에 포함하여 인공임신중절 결정에 미치는 영향을 파악하고자 하였다. 향후 우리나라 여성의 인공임신중절 결정요인들을 측정하여 요인들간의 관계에 대한 연구가 필요하다. 또한, 임신 중이었던 결과들을 분석에 포함하여 인공임신중절 결정요인을 분석할 수 있는 방법에 대한 연구도 요구된다.

---

핵심되는 말: 인공임신중절, 결정요인

# I. 서론

## 1. 연구 배경

지난 30년간 우리나라의 출산력 수준은 크게 감소하여 인구대체수준(합계출산율 2.1)이하로 떨어져, 여자 1000명당 합계출산율이 1960년도에 6.0명에서 1999년도에는 1.425명이 되었다. 우리나라의 출산수준을 주요 국가와 비교해 보면 매우 낮은 수준에 있으며, 선진국인 OECD 국가들 중에서도 낮은 위치에 있다. 합계출산율이 1.4대에 속하는 국가는 한국(1.425), 스위스(1.44)이며, 1.4이상의 국가로는 뉴질랜드(2.04), 덴마크(1.72), 미국(2.06), 영국(1.72), 캐나다(1.66), 그리고 프랑스(1.75) 등이 있다(김승권, 조애저, 이삼식, 김유경, 송인주, 2000). 우리나라가 짧은 기간동안 출산력을 저하시킬 수 있었던 이유로는 초혼연령의 상승, 피임실천의 증가, 그리고 인공임신중절의 광범위한 시술 등을 꼽고 있다(은기수 2001).

우리나라의 매우 까다로운 법 규정(모자보건법 14조, 형법 269,270조)에도 불구하고 기혼 여성들은 자녀수를 조절하는 수단으로 인공임신중절을 사용하고 있으며, 미혼 여성들의 경우도 원하지 않은 임신을 한 경우 출산을 막는 방법으로 인공임신중절을 사용하고 있다. 인공임신중절이 신중하게 행해져야 함에도 불구하고, 여성 건강에 미치는 영향에 대한 고려 없이 행해져 오고 있는 것이 지적되고 있다(박상화, 1997). 또한, 우리나라의 피임 실천율이 지속적으로 상승(김승권의, 2000)하고 있음에도 피임실패로 인한 높은 인공임신중절률은 가족계획 정책과 더불어, 여성건강의 측면에서 시사하는 바가 크다.

1980년대 중반 이후부터 심화된 한국사회 전반에 걸친 출생시의 성비불균형현상은 우리나라에 아직까지 남아 있는 남아선호사상과 관련되어 있다. 1980년대 중반까지 우리나라의 출생시 성비는 106내지 107의 수준이었으나, 1980년대 중반이후 상승하여 1995년에는 113을 나타내고 있다(인구 및 주택센서스보고, 1990). 출산력 수준이 대체수준 이하로 내려가면서 소규모 가족관을 갖은 부부의 증가와 자녀 중 남아를 선호하는 바람이 현대의료기구의 보급과 결합하여 태아 성감별과 함께 선별적인 인공임신중절 이용으로 나타나고 있다(김한곤, 1997). 인공임신중절이 선별적으로 행해지고, 이러한 현상이 우리나라 출생시 성비를 심하게 왜곡하고 있는 현상은 주목해야 할 것이다.

우리나라 여성의 인공임신중절 결정에 영향을 미치는 요인에 관한 최근 연구에는 인공임신중절 결정요인으로 임신당시 연령, 임신당시 현존 자녀수, 아들의 수, 원하는 임신 여부, 임신 당시 아들의 수와 원하는 임신 여부의 상호작용 등을 밝힌 은기수(2001)의 연구와 자녀의 수와 자녀의 성구조를 주요 결정요인으로 본 이삼식(1998)의 연구가 있다. 김한곤(1997)의 연구에서는 선별적 인공임신중절의 결정인자로 '아들 필요성'의 가치관을 보여주고 있다. 그러나, 아직까지 인공임신중절을 결정한 여성들의 사회경제적인 요인들에 대한 연구는 미흡한 실정이다.

인공임신중절의 주요 사회경제적 예상지표가 될 수 있는 요인으로 국외 문헌에서는 여성의 경제활동참여정도와 종교를 보여주고 있다. 미국의 1994~1995년 인공임신중절 실태조사에서도 종교가 없는 여성의 경우 다른 일반 여성보다 3.5~4배 정도 인공임신중절을 한 것으로 나타났다(Henshaw SK 외, 1996). 또한, 1988년의 Aida Torres와 Jacqueline Dattoch Forrest연구에서는 인공임신중절을 시행한 여성의 과반수가 직업, 경력, 또는 고용상태를 유지하기 위해 인공임신중절을 시행한 것으로 나타나고 있다. 우리나라 여성의 경제활동 참여율은 점차적으로 증가하여, 2000년 출산력 조사당시 취업중인 부인은 전체의 45.5%였으나, 우리나라의 인공임신중절과 여성의 경제활동 참여율이나 소득과 관련된 뚜렷한 연구결과는 아직까

지 미흡한 실정이다. 종교와 인공임신중절 결정에 관한 연구에서 부인의 종교여부가 인공임신중절결정에 영향을 주지 않는 것으로 본 연구가 있으나(김승권, 1992), 종교의 종류가 인공임신중절 결정에 영향을 주고 있는지에 대해 살펴볼 필요가 있다.

인공임신중절이 향후 우리나라 인구의 질적 향상을 위한 인구 정책과 미래 세대를 책임질 여성건강의 관점에서 주요한 쟁점이 되고 있음에도 불구하고, 우리나라 여성의 인공임신중절 결정과정에 미치는 요인을 분석하고 있는 연구가 아직까지 미흡하고, 사회경제적 특성 등 최근까지의 연구에서 다루어지지 않은 변수들이 있다.

본 연구는 기존의 연구결과를 검토하여 인공임신중절 결정요인에 관한 주요 가설들을 검증함으로써 우리나라 여성들의 인공임신중절 결정 요인들을 파악하여 인공임신중절 예방을 위한 정책과 프로그램 개발을 위한 기초자료 및 기본적인 틀을 제공하고자 한다.

## 2 . 연구목적

본 연구의 목적은 기존의 연구결과들을 검토하여 우리나라 여성의 인공임신중절 결정요인에 관한 주요 가설들을 검증함으로써 우리나라 여성들의 인공임신중절 결정에 영향을 미치는 사회·경제적 요인, 임신·출산요인, 그리고, 가치관 요인들을 밝혀내고 요인들간의 관계를 파악함으로써 인공임신중절 예방을 위한 정책 및 프로그램 개발에 기여하고자 한다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 선행연구와 문헌고찰을 통하여 인공임신중절 결정을 설명하고 예측하는 사회·경제적 요인, 임신·출산요인, 그리고, 가치관 요인들을 분석한다.

둘째, 인공임신중절 결정에 영향을 주는 요인들의 강도 및 관계를 규명한다.

### 3 . 용어의 정의

인공임신중절 : 임신기간 동안 확진 혹은 의심된 자궁내 임신을 소멸, 제거하는 일련의 과정으로 정의된다(CDC 1985). 인공유산이라고도 칭하나 본 연구에서는 인공임신중절로 통일한다.

## II. 문헌고찰

### 1. 인공임신중절 - A Global Health Problem

인공임신중절은 고대부터 시행되어온 시술로써 전 세계의 다양한 배경을 가진 모든 여성들이 경험하고 있으며, 생식보건과 관련된 모든 문제들 중에서 가장 치열한 논쟁의 대상으로 도덕적, 종교적 편견의 부담을 안은 문제<sup>1)</sup>이다(Axel I Mundigo & Cynthia Indriso, 1999).

WHO에서 1967년 World Health Assembly를 통해 인공임신중절을 보건학적 문제로 채택하였다. “인공임신중절은 많은 국가의 심각한 보건문제이다. WHO는 생식보건의 측면에서 지속적으로 이 문제에 대한 활동을 할 것이다.” 1984년 멕시코에서 열린 국제인구회의에서는 각 정부에 여성이 인공임신중절을 피할 수 있는 적절한 절차를 밟도록 촉구하고 있다. 1990년 10월 Tbilisi 회의에서 모든 부부와 개인은 자유롭게 책임감을 갖고, 어떠한 외부의 압력 없이 자녀의 수와 터울을 조절할 수 있는 기본적인 인권을 가짐을 강조하며, 여성은 자신의 생식보건에 자율적인 의사결정을 할 수 있고, 모든 어린이는 원하는 임신에 의한 출생을 할 수 있어야 한다고 했다. 이 회의에서 원하지 않는 임신과 안전하지 못한 인공임신중절은 주요 보건문제이며, 사회적 문제임을 다시 강조했다(WHO, 1997).

마침내, 1994년 카이로에서 개최된 UN의 인구 개발회의에서 국제무대에서는 처음으로 인공임신중절이 안건으로 논의되었다. 그리고, 이듬해 1995년 8월 베이징에서 열린 UN 4차 여성 회의에서 안전하지 못한 인공임신중절(unsafe abortio

---

1) 인공임신중절은 가장 쟁점이 되는 보건문제중의 하나로 여성의 권리와 태아의 생존권과 관련된 도덕적 논쟁을 불러일으키고 있으며, 동시에 HIV를 포함한 STD(Sexually Transmitted Disease)의 위험과 관련된 보건학적 논쟁을 내포하고 있다(Fasouliotis, Sozos J, 2000).

n)2)을 '여성의 건강과 생명을 위협하는 주요인'으로 인식하고, '인공임신중절이 출산력에 미치는 영향, 생식보건과 정신보건에 미치는 영향, 그리고 피임 행태 등을 포함한 인공임신중절의 결정요인과 결과들을 이해하기 위한 연구 그리고, 인공임신중절의 합병증을 치료하거나 이 후의 관리를 위한 연구'를 촉진하기로 하였다 (Axel I Mundigo 외, 1999).

보건학적 관점에서 건강문제로 인공임신중절의 문제는 근래에 국제무대에서 주목을 받기 시작했으며, 인공임신중절과 관련된 연구도 부족한 실정으로 연구를 위한 지원도 최근에 이루어지고 있음을 알 수 있다.

인공임신중절이 여성의 생식보건측면에서 다루어지기 시작한 것은 최근의 일이다. 전 세계적으로 매해 임신·출산 관련 문제로 500,000명의 여성들이 사망하고 있으며, 이들 중 99%는 저개발 국가에서 일어나고 있다. 1970년대 이후 전 세계적으로 매해 대략 30~40만건의 합법적인 인공임신중절술이 행해지고 있으며, 10~20만건의 불법적인 인공임신중절술이 행해지고 있다. 그리고, 세계적으로 전체임신 중 20~30%가 인공임신중절로 소모되고 있다(Odlind, 1997).

전 세계 평균 인공임신중절률은 15~44세 여성 1,000명당 32~46건 정도이다. 가장 낮은 국가는 네덜란드로 5/1,000이고, 가장 높은 국가는 USSR로 186/1,000으로 다양한 양상을 보이고 있다. 인공임신중절은 전체 모성사망의 약 13%를 차지하고 있다. 인공임신중절로 인한 모성 사망을 정확하게 추계 할 수는 없지만, 8명의 모성사망 중 1명은 인공임신중절과 인공임신중절과 관련된 합병증으로 인한 것으로 보고하고 있다. 전 세계적으로 1995년에서 2000년 사이의 출생아 100,000명당 인공임신중절로 인한 모성 사망율은 57로 추계하고 있다(표2-1).

---

2) 안전하지 못한 인공임신중절 : 기술이 부족한 인력이 원치 않는 임신을 종결시키기 위한 시술을 할 경우, 최소한의 의학적 환경을 갖추지 못한 채 원치 않는 임신을 종결시키는 시술을 할 경우, 두 가지의 상황가운데 시술된 인공임신중절(WHO, 1992)



표 1 Global and regional annual estimates of incidence and mortality, unsafe abortion, United Nation regions, 1995-2000

	Unsafe abortion 추계치 (000s)	Unsafe Abortion 발생률 여성 1000명당 (15~49세)	Unsafe abortion 발생비 출생 100명당	Unsafe abortion에 의한 사망 추계	Unsafe abortion에 의한 사망률 ; 출생 100,000명당	모성 사망 중 Unsafe abortion으로 인한 사망 %
<b>World Total</b>	<b>20,000</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>78,000</b>	<b>57</b>	<b>13</b>
More						
Developed Regions	900	3	15	500	4	13
Less						
Developed Regions	19,000	16	16	77,500	63	13
Africa	5,000	27	16	34,000	110	13
Asia*	9,900	11	13	38,500	48	12
Europe	900	5	12	500	6	17
Oceania*	30	15	12	150	51	8
LAC**	4,000	30	36	5,000	41	21

\*일본, 오스트레일리아, 뉴질랜드 제외, \*\*Latin America and Caribbean

자료 : WHO, 1997

인공임신중절은 그 대상자가 여성이라는 특성과 노출을 꺼리는 상황에서 이루어진다는 점, 그리고 불법적인 시술이 성행하고 있는 상황가운데, 인공임신중절과 관련된 정확한 통계적 추계가 어려운 것을 알 수 있다. 그러나, 대략적인 통계결과에서도 알 수 있듯이 인공임신중절은 모성사망율에 많은 부분을 차지하고 있음을 알 수 있다.

인공임신중절과 관련된 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(그림2-1).

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 후천성불임 등이 있다(WHO,1997). 인공임신중절 이후 임신중절 결과 즉 조산, 저체중아, 자궁외 임신등의 연관성 연구에 의하면 인공임신중절 경험자의 경우 자궁외 임신 상대위험도가 2.9(RR)로 높고, 2번 이상 반복 인공임신중절 경험자에서는 미경험자보다 상대위험도가 13.1로 높다(박상화, 1997).

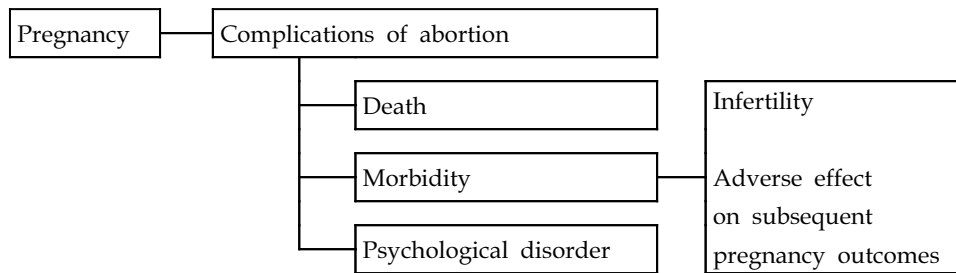


그림 1 생식보건에 미치는 인공임신중절의 영향

여성건강과 모자보건에 치명적인 영향을 미치고 있음에도 불구하고, 인공임신중절은 출산을 조절하는 수단으로 21세기에도 중요한 역할을 할 것으로 생각되고 있다. 많은 사회에서 인공임신중절의 방법을 사용하여 저출산률을 달성하였고, 최근에는 인공임신중절을 의학적인 이유에서가 아닌 10대 임신, 폐경기에 다른 여성의 임신, 가난한 여성의 임신 등과 같은 사회학적 요인들의 영향을 받아 행해지는 부분도 많아지고 있다.

임신이 생명을 위협하는 수준이 아니라 할 지라도, 빈곤가운데 자녀를 양육할 수 없는 경우, 지체나 장애를 가진 자녀를 양육할 수 없는 경우, 배우자의 도움을 받을 수 없는 상황에서 자녀를 양육해야 하는 경우에 여성은 자신의 건강에 위협이 될 지도 모르는 상황에도 인공임신중절을 결정하게 된다(Fasouliotis, 2000).

인공임신중절을 결정하는 여성은 자신의 건강상의 이유나 태아의 건강 등의 의학적 관점뿐만 아니라, 자신을 둘러싸고 있는 개인적인 환경과 사회적인 환경의 영향 속에서 의사결정을 하고 있음을 알 수 있으며, 이러한 맥락에서 인공임신중절은 단지 의학적인 관점에서만 다루어질 수 없는 부분이라는 사실을 알 수 있다.

여성이 원치 않는 임신에 대해 인공임신중절을 결정하는 다양한 상황에서 합법적이거나 불법적이거나 여성에게 안전한 시술을 제공할 수 있는 여건은 부족한 상황이다. 각 국의 피임실천율이나, 출산관련 법률의 제정, 가족계획 정책 등은 여성이 접근할 수 있는 다양한 수준의 보건의료서비스를 형성한다. 예를 들어, 네덜란드는 포괄적이고 저렴한 피임 선택을 할 수 있는 서비스를 제공하고 있으며, 성교육과 관련된 정보에 접근이 용이하고, 인공임신중절관련 서비스에 대해 공적인 기금을 제공하고 있다(Fasouliotis, 2000). 많은 국가들이 인공임신중절과 관련된 법률과 정책을 시행하고 있다. 98%의 국가들이 여성의 생명을 위협을 주는 임신에 대해 법적으로 인공임신중절을 허용하고 있으며, 약 62%의 국가에서 여성의 신체적 건강상의 이유로 시행하는 인공임신중절을 합법적으로 인정하고 있다. 인공임신중절에 관한 강력한 규제가 안전하지 못한 인공임신중절율과 모성사망률을 높이는데 영향을 주는 증거는 루마니아의 경우에서 잘 보여지고 있다. 1966년도 인공임신중절에 대한 강력한 규제의 법률이 통과되었을 때, 인공임신중절율과 관련된 모성사망률은 급격히 증가하였으며, 1990년도에 다소 완화된 법률로 다시 돌아왔을 때, 인공임신중절율과 그와 관련된 모성사망률이 다시 떨어진 것을 볼 수 있다. 일반적인 견해와 달리, 인공임신중절을 합법화하는 것이 인공임신중절율을 높이지는 않는다. 오히려, 인공임신중절에 대해 허용적인 법률이 피임법과 무료 인

공임신중절 시술에 대한 접근도를 높일 수 있고, 이러한 법률을 가진 나라에서 오히려 낮은 인공임신중절율을 나타내고 있다. 캐나다, 튀니지아, 터키등의 나라는 인공임신중절율의 증가 없이 합법적인 인공임신중절의 접근도를 높일 수 있는 법률로 개정하였다(WHO, 1998).

여성이 속한 사회의 법적인 테두리가 인공임신중절을 어떻게 통제하고 있는냐에 따라 인공임신중절의 양상과 그와 관련된 사망률에도 영향을 주고 있음을 알 수 있다.

인공임신중절 결정요인들에는 도시화정도, 문맹률, 그리고 교육, 여성의 사회경제적 상태, 출산 형태, 종교, 문화 그리고 가족계획의 접근성, 그리고 법제화 등을 들 수 있다(Odlind, 1997). 인공임신중절과 관련된 윤리적 문제는 계속적으로 논의가 될 것이다. 강한 남아 선호를 가진 사회에서는 인공임신중절이 선별적으로 사용되어지는 문제와 장애를 가진 임신의 종결과 관련된 장애인들의 권리 문제 등이 있다(Fasouliotis, 2000).

인공임신중절을 둘러싸고 있는 다양한 사회적 관점들과 문화는 여성이 인공임신중절을 결정해 나가는데 있어서 직접적·간접적 영향을 주고 있다는 것을 알 수 있다.

인공임신중절과 합병증의 치료는 계속해서 일어나고 있는 가장 보편적인 시술 중 하나이지만, 국제회의에서 안건으로 채택되는 예는 드물고, 연구도 부족한 상황이다. 전문가들이 이 문제에 대한 인식을 하고 지속적인 관심을 가질 때, 인공임신중절관리를 향상시키며, 예방할 수 있는 방안을 이끌어 낼 수 있을 것이다(Odlind, 1997). 또한, 다양한 정치적, 경제적, 사회적, 문화적 문맥 안에서 진행된 연구는 정책 결정자에게 유용한 정보를 제공할 뿐만 아니라, 인공임신중절을 공론화 하여 여성건강을 옹호할 수 있는 법적 테두리를 만드는데 기여할 수 있을 것이다(Axel외,1999).

## 2. 인공임신중절의 결정요인

인공임신중절을 찾는 대부분의 여성들은 결혼을 했거나, 안정적인 결혼생활을 하고 있는 경우가 많으며, 이미 자녀를 가지고 있다. 이들이 인공임신중절을 하는 주요한 이유는 첫 번째 임신을 늦추기 위함이 아니라, 가족의 수를 제한하거나, 자녀의 터울을 조절하기 위한 경우가 많다(WHO,1998).

우리나라 여성의 경우 인공임신중절을 수용하는 주요 이유는 자녀 불원, 터울 조절, 임부의 건강과 혼전임신, 경제적 곤란, 그리고 태아 이상, 성 선택적인 경우, 기타 등이다(표 2-2).<sup>3)</sup>

우리나라의 인공임신중절은 1973년 모자보건법(모자보건법 14조)이 제정됨으로 몇가지 경우 ①우생학적, 유전학적 정신장애 및 신체장애 ②전염성질환 ③강간, 준강간 ④ 혈족 또는 인척간 ⑤모체의 건강등의 이유로 임신28주 이내의 인공임신중절을 하는 경우를 제외하고는 형법상 낙태의 죄에 해당되고, 낙태를 도와준 의료인도 징역형 또는 벌금형을 부과되도록 되어 있다(형법 269,270조). 우리나라 여성의 최종인공임신중절을 수용하는 이유에 의한 합법적인 인공임신중절은 2000년의 경우 14.7%에 불과하고, 나머지의 대부분은 사회경제적 이유에 의한 불법적 인공임신중절로 사료된다(김승권의, 2000).

여성이 인공임신중절을 결정해 나가는 여러 가지 이유들에서 볼 수 있듯이 의학적 관점뿐만 아니라, 사회경제적 요인들이 영향을 미치고 있음을 알 수 있고, 특히 우리 나라 여성의 경우 점차적으로 경제적 이유나, 자녀의 성선별로 인해 인공임신중절을 수용하고 있는 모습이 증가했음을 알 수 있다.

---

3) 혼전임신으로 첫 인공임신중절을 수용한 유배우 부인은 2000년 9.5%이다.

표 2 우리나라 15~44세 유배우 부인의 최종 인공임신중절 수용이유

(단위:%)

인공임신중절이유	1994	1997	2000
자녀불원	58.4	49.7	48.4
터울조절	11.1	11.0	13.1
임부의 건강상	9.7	10.6	10.0
태아이상	5.1	3.6	4.7
혼전임신	3.3	4.0	5.1
가정문제	1.7	1.9	1.1
경제적 곤란	3.7	7.3	6.5
태아가 딸이므로	1.7	2.6	2.3
기타	5.3	9.3	8.9
계(수)	100.0(2,541)	100.0(2,394)	100.0(2,508)

주: 기타에는 취업중, 약물 및 식품복용으로 태아이상의 우려가 있거나, 태아가 아들 또는 딸일 것 같아서(추측) 등이 포함됨.

자료 :

김승권의, 「2000년 전국 출산력 및 가족보건 실태조사」, 한국보건사회연구원, 2000.

여성이 원하지 않은 임신을 하게 되는 이유는 다양하다. 피임을 하지 않은 많은 여성이 원하지 않은 임신을 하게 되고, 전 세계적으로 매해 8만에서 30만건의 임신은 피임실패로 인한 경우로 지속적으로 가족계획을 하지 않았거나, 부정확한 방법을 사용한 경우이다. 다른 요인들로는 강간 등을 포함한 불가피한 경우, 피임을 통한 조절의 실패, 젊은 층이나 미혼의 경우의 혼전 임신, 많은 자녀가 이미 있는 경우, 극도로 미약하거나, 안정적이지 못한 배우자와의 관계인 경우, 정신적·신체적 건강의 이유, 그리고, 태아의 이상과 경제적인 이유 등으로 원하지 않은 임신을 인공임신중절로 종결하게 된다(WHO, 1998).

가족계획의 발달로 피임실천율은 지속적으로 증가하고 있지만, 피임실패로 인한 인공임신중절의 지속적인 수용과 다양하고 복잡한 이유로 원하지 않은 임신을 인공임신중절로 종결하고 있음을 알 수 있다.

따라서, 인공임신중절에 관한 결정요인의 분석을 위해서는 여성과 여성을 둘러싸고 있는 환경을 세심하게 살펴볼 필요가 있을 것이다.

### 가. 사회 경제적 요인

스웨덴 여성의 인공임신중절 의사결정과정을 연구 한 결과에서 안정된 사회경제적 상태를 갖은 여성들이 임신을 유지하기로 결정하는 경우가 더 많았다. 인공임신중절의 경험 이전에 사회서비스를 이용했던 여성의 경우 인공임신중절의 결정 빈도가 높아졌다(Tornbom & Marie, 1999).

빈곤은 여성의 피임을 비롯한 의료 서비스의 접근을 낮춘다. 빈곤한 여성은 직장에서 더 오래 일을 해야 하며, 지친 상태에서 귀가할 것이다. 어떤 직업은 의료보험을 제공하지 않을 수 있으며, 가족계획 센터에 갈 만한 여유가 없을 수도 있다. 의원을 찾을 형편이 안되거나, 적절한 피임도구를 구입할 형편이 안 될 수도 있다. 이러한 상황에서 빈곤한 여성이 임신을 했을 때, 인공임신중절을 결정하는 것은 당연한 과정이 된다(Stotland, 1997). 미국 여성을 대상으로 한 연구(Henshaw SK, Kost K, 1996)에서 연간 소득이 15,000불 미만이거나, 메디케이드에 가입된 여성의 경우 그렇지 않은 여성보다 1.6-2.2배 인공임신중절의 경향이 높게 나타났다.

인공임신중절과 사회경제적 수준과의 밀접한 관계를 볼 수 있는 결과이다. 여성이 자녀의 출산·양육과 관련된 경제적 변화를 염두에 둘 수밖에 없으며, 이러한 환경은 여성의 인공임신중절 수용에 중요한 영향을 미치는 것을 알 수 있다.

1988년 미국 여성의 인공임신중절 결정에 관한 연구(Adida Torres, Jacqueline Darroch Forrest, 1988) 결과에서 1900명 중 95%이상의 응답자들이 자신들의 결정에 영향을 준 요인으로 1가지 이상을 말하였다. 응답자들은 평균적으로 4가지 정도의 결정요인을 이야기하였다. 인공임신중절을 한 응답자의 과반수 정도는 자신의 직업이나, 고용상태, 그리고 경력 등 자신의 삶에 변화를 줄 수 있는 출산을 할 수 없다는 이유로 임신을 종결하였다고 응답했다. 일반적인 삶의 수준을 유지하기 위해서는 여성이 일을 해야 하는 경우가 많으며, 적절한 교육을 받아야 하는 경우가 증가하고 있다. 이러한 목적들이 예상치 않은 임신으로 위협을 받게 되는 때, 여성은 연령과 결혼유무에 상관없이 인공임신중절을 결정하게 된다.

근대화의 과정 속에서 여성의 사회참여 증가, 여성의 평균 교육기간의 연장으로 인한 초혼연령의 연기 등 많은 요인들이 여성의 임신·출산력에 영향을 미치며, 예상치 않은 임신에 대한 의사결정과정에서도 주요한 요인으로 작용함을 알 수 있다.

여성의 일상적인 삶이 반복적인 사회의 변화와 응급한 상황으로 인해 지속적으로 영향을 받고 있다. 가정 내 언쟁이나 경제적인 어려움으로 변화를 겪으며, 가족 구성원의 법적, 건강상의 문제에 개입하게 된다. 이러한 환경 가운데 노출되어 정서적인 문제를 겪기도 한다(Stotland, 1997).

여성은 임신·출산에 영향을 줄 수 있는 사회적 응급상황을 인식하고, 그 결과로 정서적인 혼란을 경험하기도 한다는 것을 알 수 있다.

스페인 Asturias의 여성을 대상으로 한 Marian Uria의 연구와 중국, 상하이 기혼여성을 대상으로 한 Gui Shi-xun의 연구에서 여성의 교육수준이 높아질수록 인공임신중절이 높아지는 것을 보여주었다. 그러나, 우크라이나 지역의 여성을 대상으로 한 연구에서는 교육이 인공임신중절에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다(Mogilevkina외, 2000).



여성의 교육수준은 적절한 피임법에 대한 정보수용과 지식의 획득이라는 면에서 인공임신중절 결정과 각 국가별 인공임신중절율에 영향을 주는 것으로 알려져 있으나, 교육수준이 인공임신중절의 결정과정에서 어떠한 영향을 주고 있는 지에 대해서 여러 가지 추측이 가능한 것으로 보인다. 우리나라의 경우 교육수준별 피임수용형태가 다르게 나타나고 있다. 저학력층에서는 피임효과가 높은 불임수술 및 자궁내장치시술의 수용율이 높은 반면, 고학력층일수록 상대적으로 먹는 피임약, 콘돔, 살(질)정제, 월경주기법 등의 비효과적인 피임방법을 많이 수용하는 것으로 나타난다(김승권, 1992).

사회적 지지는 직접적으로 자기효능(self-efficacy)<sup>4)</sup>에 기반한 판단에 영향을 주며, 자기효율성을 극대화하고 긍정적인 정서적 반응을 할 수 있도록 도와준다. 지지해주는 사람들은 효능 신념(efficacy beliefs)에 다양한 통로를 통하여 영향을 주며, 비슷한 상황 속에서의 그들 자신의 이야기를 들려주거나, 다른 사람들의 성공적인 대처 방법들을 들려줌으로써 간접적인 배움을 통해 효율 신념을 높일 수 있도록 해준다(Major, Brenda, 1990).

인공임신중절이라는 상황에 직면한 여성은 자신의 판단과 결정과정에서 주위의 가까운 사람들의 의견과 간접경험들의 이야기를 들으며 효과적인 판단을 하기를 원할 것이다. 따라서, 주위의 지지해주는 사람들의 영향은 이러한 결정과정에서 주요한 영향을 줄 것으로 예상할 수 있다.

## 나. 임신 출산 요인

우크라이나 여성의 인공임신중절 결정에 관한 연구에서 미혼(OR=11.8)인 경우, 그리고 출산의 경험이나 인공임신중절 경험이 있는 여성(OR=1.9)이 인공임신중절

---

4) Bandura(1982)에 의하면 자기효능은 특별한 상황에 직면하여 어떻게 효과적으로 적절한 행동을 취할 것인지에 대한 자기인지 또는 판단이라고 했다.

을 결정하게 될 확률이 높게 나타났다(Mogilevkina, Iryna,2000).

인공임신중절을 한 스페인 여성의 사회인구학적 특성을 연구한 결과에서 20세 이하와 35세 이상의 여성으로 결혼하지 않았거나, 학생이거나, 2명 이상의 자녀를 가진 여성이 가장 높은 임신대비 인공임신중절을 나타내고 있다(Marian Uria, Carmen Mosqura,1998).

전세계적으로 여성과 남성의 60%가 현대적인 피임방법을 사용하고 있다. 그럼에도 불구하고, 세계적으로 대략 350만 부부는 이러한 피임법에 대한 정보나 접근 가능한 서비스의 부족을 경험하고 있다.

스웨덴 여성을 대상으로 한 연구에서 원치않은 임신을 할 경우 59%가 인공임신중절로 임신을 종결했으며, 스위스의 연구에서는 72%가 덴마크에서는 56%가 원치않은 임신을 인공임신중절로 종결한 것으로 나타났다(Torbom외, 1999). 원치않은 임신은 여성의 인공임신중절 결정에 매우 결정적인 영향을 주는 것으로 나타나고 있음을 알 수 있다.

우리나라 여성의 인공임신중절 결정에 영향을 미치는 요인에 관한 최근 연구에서 원하는 임신이었는지의 여부, 임신 당시 아들의 여부, 이 둘의 상호작용(은기수, 2000)이 주요한 영향을 준 것으로 밝혀졌으며, 자녀의 수와 자녀의 성구조(이삼식,1998)가 주요 결정요인으로 나타나기도 했다. 이삼식(1998)의 연구에서는 인공임신중절 결정 시 자녀의 성구조와 자녀수가 갈등을 일으킬 때는 자녀수가 더 중요한 요인으로 작용한 것으로 나타났다.

#### 다. 가치관 요인

우리 나라 대구지역의 여성과 미국 베이지역의 우리 나라 동포 여성의 선별적 인공유산 결정인자에 관한 비교연구의 결과에서 아들선호도는 통계적으로 선별적 인공유산에 유의미한 영향을 주는 것으로 나타났다(김한곤, 1997). 그러나, 1997년

도 전국 출산력 및 가족보건 실태조사자료를 이용한 이삼식의 연구(1998)에서는 남아 선호도가 인공임신중절 수용여부에 대해 차별력을 갖고 있지 못한 것으로 분석되었다. 또한, 이삼식의 연구와 같은 자료로 생존분석을 한 은기수의 연구(2001)에서는 오히려 강한 아들 선호를 한 여성들이 그렇지 않은 여성들보다 오히려 인공임신중절의 경향이 낮은 것으로 나타나고 있다. 아들선호사상은 인공임신중절에 대한 적극적인 결정을 할 수 있는 가능성을 높이거나, 전혀 무관할 수 있는 등 분명한 분석결과를 갖지 못하고 있음을 알 수 있다.

Mogilevkina의 연구(2000)에서 인공임신중절을 출산조절의 한 수단으로 수용하는 것에 대해 긍정적인 태도를 보이고 있는 여성들이 그렇지 않은 것으로 보는 여성보다 인공임신중절 결정의 위험이 2.7배 높게 나타났다. 우리나라의 경우 인공임신중절을 선별적으로 사용하는 것에 대한 태도를 묻는 '성감별 후 태아가 여아인 경우 인공임신중절을 찬성하는지'에 대해 찬성하는 여성들에 비해 반대하는 여성들이 인공임신중절을 택하는 가능성이 작은 것으로 나타났다(은기수,2001).

여성들이 인공임신중절을 어떻게 수용하는 지에 대한 태도나 가치관이 인공임신중절을 결정하는 데 영향을 주고 있는 것을 알 수 있다.

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구의 틀

본 연구는 우리 나라 여성의 인공임신중절 결정에 영향을 미치는 요인들을 문헌고찰과 선행연구를 근거로 검증하고자 하였다. 우리 나라 여성의 인공임신중절 결정요인에 관한 연구과정은 아래의 그림3-1과 같다.

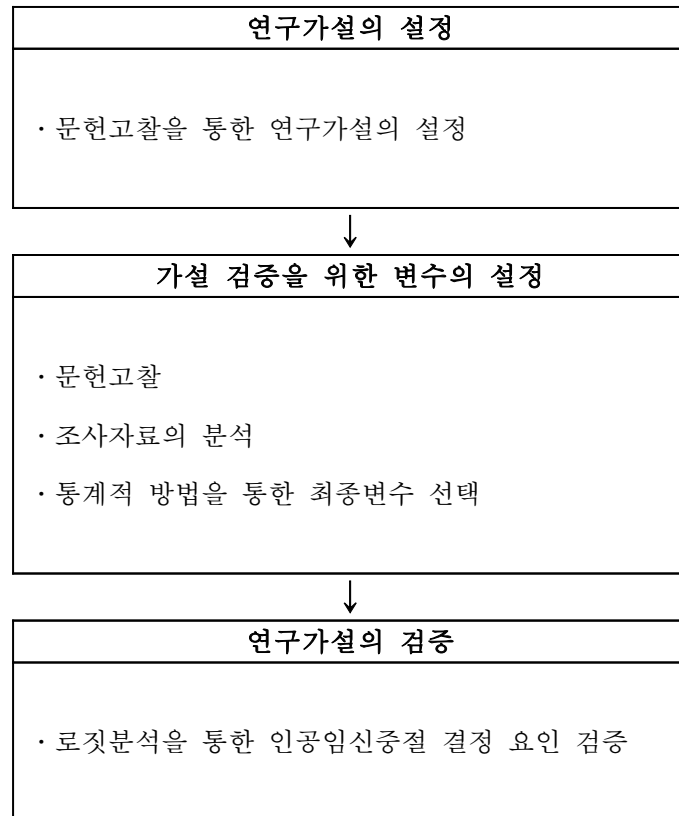


그림 2 연구 진행과정

먼저, 문헌고찰을 통하여 인공임신중절 결정에 영향을 미치는 요인들을 분석하였다. 결정요인들을 이용하여 연구가설을 설정한다. 가설을 설정한 후, 이들 각각의 요인들을 분석할 수 있는 설문문항을 선별하여 변수로 사용한다. 우리나라 여성의 인공임신중절 결정 요인을 통계적인 분석방법을 통하여 검증한다.

## 2. 연구가설

연구가설은 인공임신중절에 결정요인을 연구한 국내·외 문헌을 분석한 후 2000년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 문항과 비교하여 결정요인을 파악할 수 있는 항목을 포함한 사회·경제적 요인, 임신·출산 요인, 그리고 가치관 요인으로 가설을 설정했다<sup>5)</sup>.

### 가. 사회경제적 요인을 변수로 하는 가설

가설1. 부인의 교육수준이 높을수록 인공임신중절 확률이 낮아질 것이다.

여성의 교육수준과 인공임신중절과의 관계는 분명하지 않은 경우가 많다. 만약 교육수준이 효과적인 피임법에 관한 지식 수준을 높인다면, 원치 않은 임신이 줄어들고, 결과적으로 낮은 인공임신중절 수준을 보여줄 것이다. 그러나, 높은 교육수준의 여성들이 피임실패의 위험이 높은 피임법을 사용할 경우에는 그 결과가 달라질 것이다(조남훈외, 1992).

가설2. 부인이 종교를 가진 경우 그렇지 않은 경우보다 인공임신중절의 확률이 낮을 것이다.

---

5) 설정된 가설 중 가설6, 가설7, 가설8, 가설9, 가설10, 가설12, 가설13은 은기수(2001)의 연구가설과 동일하다.

가설3. 남편이 종교를 가진 경우 그렇지 않은 경우보다 인공임신중절의 확률이 낮을 것이다.

종교와 인공임신중절과의 관계는 국외의 문헌에서 자주 언급되어오고 있는 부분이다. 미국의 1994~1995년의 인공임신중절 실태조사에서도 종교가 없는 여성의 경우 다른 일반 여성보다 3.5~4배 정도 인공임신중절을 한 것으로 나타났다(Henshaw SK 외, 1996). 본 연구에서 부인과 남편의 종교가 인공임신중절 결정에 어떠한 영향을 주고 있는지 분석할 필요가 있다.

가설4. 현재 직업을 가진 여성의 인공임신중절의 확률이 높다..

이삼식(1998)의 연구에서 저연령의 여성들이 인공임신중절을 하는 이유가 취업 문제, 경제문제와 밀접한 관련이 있음을 밝히고 있다. 또한, 1988년 미국 여성의 인공임신중절 결정에 관한 연구(Adida Torres, Jacqueline Darroch Forrest, 1988) 결과에서도 여성이 고용상태나 경력을 유지하기 위해 인공임신중절을 택하는 것을 보여주었다. 현재의 직업 유·무가 임신당시의 직업 유·무는 아니지만, 최근 3년간의 임신력과 관련하여 여성의 직업이 인공임신중절에 어떠한 영향을 주고 있는지 살펴 볼 필요가 있다.

가설5. 가족의 세대 형태가 대가족일수록 인공임신중절의 확률이 낮다.

대가족제도<sup>6)</sup>와 같은 규범 및 제도가 출산율의 변화에 영향을 준다고 할 때, 세대형태가 인공임신중절에 어떠한 영향을 주는지 살펴보아야 한다.

#### 나. 임신·출산 요인을 변수로 하는 가설

가설6. 임신당시 자녀의 수가 많을수록 인공임신중절의 확률은 높아진다.

은기수의 분석과 Mogilevkin의 분석에서 인공임신중절의 결정요인 중 하나로 임신당시의 현존 자녀수를 보여주고 있다. Mogilevkin외의 연구에서 우크라이나

---

6) 프리드만(Freedman), 벅크스(Banks), 이스트린(Easterlin) 등의 학자가 있음.

여성의 경우, 자녀가 1명있을 경우 인공임신중절의 위험이 7.1배 높고, 2명의 자녀가 있을 경우에는 22.2배로 증가했다고 보고 있다. 은기수의 분석에서 우리나라 여성의 경우 자녀의 수가 한 명씩 증가할 때마다 인공임신중절에 이를 위험은 49%씩 증가한다고 했다. 임신당시 자녀의 수가 여전히 인공임신중절 결정에 중요한 요인임을 알 수 있다.

가설7. 임신당시 최소한 한 명의 아들이 있다면 아들이 없는 경우에 비해 인공임신중절의 확률이 높다.

전통적으로 강한 남아 선호 경향을 가지고 있는 우리 나라는 현존 자녀의 성구조가 다음 임신을 어떠한 형태로 종결할 것인지에 영향을 미칠 것이다. 소자녀관이 정착되어진 우리 나라의 상황에서 아들의 수보다 아들의 여부가 더욱 많은 영향을 줄 것이다. 따라서, 최소한 한 명의 아들이 있는 경우 아들이 없는 경우보다 임신 시 인공임신중절의 확률이 높아질 것이다.

가설8. 피임을 했는데도 임신한 경우에 인공임신중절로 이어질 확률은 피임을 안한 상태에서 임신한 경우보다 더 높다.

단산을 계획했으나 피임을 못 한 경우와 단산이나 터울조절의 목적으로 피임을 했으나 실패하여 임신한 경우를 실패임신이라고 한다. 기존의 연구들에서 실패임신의 경우 인공임신중절의 확률이 높아진다고 지적하고 있다(김승권1992). 본 연구에서 피임의 여부가 인공임신중절의 여부와 관련이 있는지 살펴보고자 한다.

가설9. 원치않는 임신을 한 경우 인공임신중절로 이어질 가능성이 크다.

많은 국내·외 연구에서 원치않는 임신은 인공임신중절의 주요한 이유로 나타나고 있다(김승권외, 2000; Torbom외, 1999).

가설10. 현존 자녀수가 2명 이상이고, 원하지 않는 임신을 한 경우에 인공임신중절의 가능성이 높다.

2000년 전국 출산력 및 가족보건 실태조사에서 우리 나라 15~44세 유배우 부인의 평균 이상자녀수는 2.2명이다. 현존자녀수가 이상자녀수에 이르거나 이상일

때, 임신을 한 경우 인공임신중절의 가능성은 높아 질 것이다. 자녀수가 원하는 임신여부와 상호작용을 할 경우 인공임신중절의 위험에 어떻게 영향을 줄 수 있는지 살펴보아야 할 것이다.

가설11. 아들이 있으면서 원하지 않는 임신을 한 경우에 인공임신중절의 가능성이 높다.

원하는 임신여부와 자녀의 성구조의 상호작용의 정도는 인공임신중절의 가능성에 다양한 영향을 줄 것이다.

#### 다. 가치관을 변수로 하는 가설

가설12. 강한 아들 선호를 가진 경우 인공임신중절의 확률이 높아질 것이다.

아들선호 가치관은 우리 나라 성비왜곡의 주요한 요인으로 태아 성감별과 선별적 인공임신중절에 영향을 주고 있는 것으로 나타나고 있다(김한곤, 1997). 아들선호 가치관을 갖고 있는 경우 그렇지 않은 경우보다 인공임신중절의 확률이 높아질 것이다.

가설13. 성감별후 태아가 여아인 경우 인공임신중절에 반대하는 사람들은 인공임신중절을 할 수 있다는 사람들보다 인공임신중절의 확률이 낮을 것이다.

인공임신중절의 태도는 여성이 원치않는 임신에 대한 의사결정의 과정에서 유의미한 영향을 주는 것으로 나타났다(은기수, 2001; Mogilevkina, 2000). 우리나라의 출생성비 불균형의 주요한 원인으로 성감별 후 선별적 인공임신중절술을 꼽고 있다. '성감별후 태아가 여아인 경우'라는 구체적인 상황에서 인공임신중절에 대한 태도가 실제 인공임신중절 경험에 어떠한 영향을 미치는지 살펴보고자 한다.



### 3. 연구자료 및 분석

#### 가. 연구자료

본 연구는 2000년 한국보건사회연구원이 조사한 전국 출산력 및 가족보건실태 조사 자료를 이용한다. 이 조사는 2000년 6월 19일부터 8월 31일 사이에 15~64세 유배우 부인 8,935명 대하여 조사를 완료하였다. 임신·출산력 조사는 15~44세의 여성 5,261명만 실시하였다. 본 연구를 위하여 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료 가운데 일반적 사항, 임신력 자료, 가족복지 자료 및 가족가치관 자료를 이용한다.

인공임신중절 결정요인을 분석하기 위하여 시간 의존적 자료의 경우, 1998년 1월 1일부터 조사시점까지의 임신에 관한 모든 사항을 조사한 임신력자료를 이용하였다. 임신력자료는 다음과 같은 변수를 포함한다 : 임신한 해, 임신한 달, 임신의 원·불원여부, 임신당시 피임사용 여부 및 방법, 임신당시 현존 아들 수, 임신당시 현존 딸 수, 임신당시 현존 자녀수, 임신 결과, 임신의 종결 년도, 종결 월 외에 시간의 흐름에 관계없이 변함없는 부인과 남편의 사회경제학적 특성, 가족가치관 특성을 포함하여 우리나라 여성의 인공임신중절 결정요인이 무엇인지 분석하였다.

임신력 조사에서 5,261명의 응답자 가운데 1998년부터 조사시점까지 총 임신회수는 1,901회이다. 5,261명의 응답자 가운데 1998년부터 조사시점까지 단 한 번도 임신을 하지 않은 경우도 있고, 세 번까지 임신을 경험한 부인도 있다. 본 연구는 인공임신중절의 결정요인을 분석하기 위한 연구이므로 모든 임신을 각각의 경험으로 간주하여 임신의 총수를 합하여 분석하였다. 인공임신결정 요인에 관한 본 연구의 가설 검증을 위해서 총 임신회수에서 임신중인 건수 289회(15.2%)를 제외하여 총 1,612건에 대하여 분석하였다<sup>7)</sup>. 정상 출산, 자연유산, 그리고 사산의 경우

를 포함하는 인공임신중절 무는 1297건(80.5%)이었고, 인공임신중절은 315건(19.5%)이었다.

#### 나. 연구에 사용되는 변수의 내용

본 연구의 종속변수는 사산, 자연유산, 정상출산을 한 범주로 묶고, 인공임신중절과 비교하였다. 로짓분석 시 종속변수는 인공임신중절을 할 확률이 된다.

독립변수로는 부인과 남편의 사회경제적 요인, 임신·출산요인, 가치관 특성을 기존연구의 내용을 토대로 구성하였다. 변수를 요인별로 나눈 것은 2000년 전국 출산력 및 가족보건실태조사의 내용을 수정하여 사용하였다. 남편의 사회경제적 특성은 연구대상자인 부인의 임신·출산의 과정에 영향을 주기 때문에 포함하였다(Axel I Mundigo외, 1999). 부인과 남편의 사회경제적 특성에는 교육수준, 거주지역, 종교, 현 취업여부, 동산, 부동산, 가구원 1인당 소득 그리고 가족의 세대형태로 구성되었으며, 임신·출산관련 특성에는 임신중절 연도, 임신당시 부인의 연령, 임신당시 자녀의 수, 임신당시 아들의 수, 임신당시 피임여부, 원하는 임신 여부, 원하는 임신여부와 임신당시 자녀의 수 상호작용항, 그리고 원하는 임신여부와 임신당시 아들의 수 상호작용항이 포함되었다. 가치관 특성에는 남아선호에 대한 태도와 태아성감별 후 인공임신중절에 대한 태도로 구성하였다(표3-1)8).

---

7) 로짓 분석 시 임신중인 경우는 나중에 출생 또는 인공임신중절의 두 경우로 귀결될 수 있기 때문에 연구자가 일방적으로 어느 한 범주로 간주하면 자료와 분석이 왜곡될 위험성이 높다. 이러한 한계를 극복하기 위해서는 임신이 서로 경쟁하는 여러 사건 즉, 정상출산, 사산, 자연유산, 그리고 인공임신중절로 종결되는 경쟁위험(competing risk) 생존분석을 하는 것이 바람직하지만(은기수, 2001), 본 연구에서는 자료 손실의 위험에도 불구하고 임신중인 경우를 제외하고 로짓 분석을 실시하였다.

8) 더미변수로 사용된 독립변수 중 임신당시 연령, 교육수준, 거주지역, 아들선호여부, 임신당시 아들, b와 c의 상호작용 변수는 은기수(2001)의 분석과 동일하게 범주화하였다.

교육수준 : 부인과 남편의 교육수준이 인공임신중절 여부에 영향을 미치는지 보기 위해 교육수준을 독립변수로 사용하였다. 본 연구에서는 무학과 초등을 하나로 묶고, 전문대 이상을 하나의 범주로 묶어 초등, 중등, 고등, 전문대 이상의 네 범주로 만들었다. 중등학력을 준거범주로 삼았다.

종교 : 부인과 남편의 종교여부나 종교의 종류가 인공임신중절 결정과정에 영향을 미치는지 살펴보기 위해 종교를 독립변수로 사용하였다. 본 연구를 위해 천주교와 빈도가 낮은 기타종교를 하나의 범주로 묶어, 종교없음, 불교, 개신교, 천주교의 네 범주로 만들고, 개신교를 준거범주로 하였다.

현 취업여부 : 여성의 경제활동정도가 인공임신중절 결정에 영향을 줄 가능성이 높다. 본 연구에서는 부인과 남편의 경제활동이 인공임신중절 결정에 어떠한 영향을 주는지 살펴보고자 한다. 비록, 현 취업여부가 임신당시의 취업여부가 아니라 조사시점 당시의 취업여부라는 한계가 있지만 최근 3년간의 임신에 대한 결과이기 때문에 독립변수로 채택하였다. 비취업을 준거범주로 하였다.

가구원 1인당 소득(월평균) : 가구총소득을 가구원수로 나누어 가구원 1인당 소득을 구하였다. 기초생활보장대상자 선정시 우리 나라 중소도시의 2인 가족 기준 1인당 평균 생계비로 27만원이 지급되고 있기 때문에 27만원을 기준으로 범주를 나누었다. 27만원 미만이 준거범주이다.

가족의 세대형태 : 확대가족형태나 핵가족의 가족형태는 출산력에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 가족의 세대형태가 부인의 인공임신중절에 영향을 주고 있는지 살펴보기 위해 독립변수로 사용하였다. 전국 출산력 조사에서는 가족의 세대별 결합형태까지 상세하게 조사되었는데, 본 연구의 분석에서는 세대형태만을 사용하였다. 1세대와 2세대를 한 범주로 묶고, 3세대를 4세대형태와 묶어 3세대 이상을 준거범주로 삼았다.

표 3 본 연구에 사용된 독립변수

구분	측정변수의 내용	측정수준
사회경제적 특성 (부인/남편)	교육수준	무학 및 초등, <b>중등</b> , 고등, 전문대이상
	거주지	대도시, 중소도시, 읍·면
	종교	종교없음, 불교, <b>개신교</b> , 천주교
	현취업여부	취업, <b>비취업</b>
	동산	<b>없음</b> , 1000만원미만, 2000만원미만, 3000만원미만, 3000만원이상
	부동산	<b>없음</b> , 5000만원미만, 100,000만원미만, 200,000만원미만, 200,000만원이상
	가구원 1인당소득(월평균)	<b>27만원미만</b> , 27만원이상
	가족의 세대형태	3세대미만, <b>3세대이상</b>
임신·출산 특성	임신종결연도	<b>1998</b> , 1999, 2000
	임신당시 연령	<b>24세 이하</b> , 25~29, 30세 이상
	임신당시 피임여부	안했음, <b>피임했음</b>
	임신당시 자녀의 수(a)	<b>2명미만</b> , 2명이상
	임신당시 아들의 수(b)	<b>없었음</b> , 1명 이상
	원하던 임신여부(c)	<b>원하던 임신</b> , 원하지 않던 임신
	a와 c의 상호작용 b와 c의 상호작용	
가치관 특성	아들선호여부	<b>무 또는 약한 성선호</b> , 강한 성선호
	인공임신중절에 대한 태도	반대, 그저 그렇다, <b>찬성</b> , 모르겠다

주 : 진하게 표시된 범주가 준거범주임.

임신종결연도 : 조사 자료에는 임신한 해와 임신종결 연도가 상세하게 조사되어있다. 본 연구에서는 임신종결 형태인 인공임신중절 여부를 보고자 하기 때문에

임신중결연도를 사용하여 분석하였다. 1998년도를 준거범주로 하였다.

임신당시연령 : 임신의 결과에 많은 영향을 미치는 변수는 임신당시의 연령이다. 임신당시의 연령이 인공임신중절에 미치는 영향은 선형적인 모습은 아니다. 10대의 임신의 경우 인공임신중절이 높으며, 20대에는 낮아진다. 다시 30대 이후 연령이 높아지면 인공임신중절의 위험이 높아진다. 임신당시 연령이 인공임신중절에 비선형적인 영향을 주는 것을 정확히 보기 위해 은기수의 분석에서와 같은 범주로 나누어 사용하였다. 24세 이하, 25-29세, 30세 이상의 세 범주를 만들고, 24세 이하를 준거범주로 하였다.

임신당시 자녀수 : 전국출산력 조사에서는 연속변수로 측정하였다. 임신당시 자녀가 일정 수에 이르면 인공임신중절의 결정에 영향을 미칠 가능성이 높아 질 것이다. 우리 나라의 합계 출산율이 1.4이며, 희망 자녀수가 2.2명이다. 본 연구의 분석에서는 합계출산율과 희망자녀수에 근거하여 자녀수가 2명 이상인 경우와 자녀가 없거나 1명인 경우 2명 미만으로 묶어 두 범주로 나누어 분석하였다. 2명 이상이 준거범주이다.

임신당시 아들의 수 : 우리 나라의 남아선호사상이 임신·출산에 영향을 주고 있음은 잘 알려져 있다. 본 연구에서는 기존연구에서 중요하게 밝혀진 자녀의 성구조와 최소한 아들 하나를 바라는 아들선호사상을 고려해 아들이 없는 경우와 아들이 한 명 이상인 경우의 두 범주로 나누어 측정하였다.

임신당시 자녀수와 원하던 임신여부의 상호작용 : 임신당시 자녀수는 두 범주로 된 더미변수이고, 원하던 임신여부의 변수도 두 범주로 된 더미변수이다. A개의 범주로 된 더미변수와 B개의 범주로 된 더미변수의 상호작용항은  $(A-1)(B-1)$ 개의 더미변수를 모형에서 사용한다. 본 연구에서 두 변수가 2개의 범주로 되어 있으므로 상호작용항은 한 개의 더미변수로 표현된다. 자녀가 2명 이상 있고 원하지 않던 임신인 경우를 상호작용항으로 표현하였다.

임신당시 아들의 수와 원하던 임신여부의 상호작용 : 본 연구에서는 아들이 한

명 이상 있고 원하지 않던 임신인 경우를 상호작용항으로 표현하였다.

인공임신중절에 대한 태도 : 전국출산력조사에서 “태아의 성감별후 여아인 경우 인공임신중절시키는 행위에 대한 태도.”를 묻는 항목이 있다. 이 문항은 구체적인 상황의 설정 가운데 여아에 대한 인공임신중절의 동의여부를 묻고 있다. 이 문항은 인공임신중절에 대한 태도와 선별적 인공임신중절에 대한 태도를 간접적으로 살펴볼 수 있는 문항이다. 찬성하는 범주를 준거범주로 하였다.

#### 다. 분석방법

본 연구에 사용된 모든 자료는 SAS package 8.0 version을 이용하여 통계·분석하였다. 임신의 결과를 인공임신중절과 인공임신중절이 아닌 경우(출산, 사산, 자연유산)로 나누어 연구대상자의 각 특성별 차이 분석은 카이스퀘어검정을 이용하여 분석하였다. 사산과 자연유산의 경우 사례가 많지 않고, 연구대상자의 의지로 발생한 결과가 아니기 때문에 출산과 같은 범주에 넣었으며, 2000년도 조사당시 ‘임신중’인 경우 어떠한 범주에 포함하여도 자료의 왜곡이 일어날 가능성이 있기 때문에 분석대상에서 생략하였다. 인공임신중절 결정요인에 관한 가설 검정을 위해 로짓분석을 실시하였다. 로짓분석은 사회,경제적요인을 독립변수로 하는 모형1과 모형1에 임신,출산 요인을 추가한 모형 2, 그리고 본 연구에 사용된 독립변수를 모두 포함하는 모형 3을 통하여 실시하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 연구변수의 기술적 통계

인공임신중절의 결정요인에 관한 분석에 앞서 여러 독립변수와 임신의 결과들 사이의 관계에 대한 기술적 통계결과를 보았다. 총 임신횟수는 1,901회이며, 임신 결과별로 출산 1138회(59.8%), 사산5회(0.3%), 자연유산 154회(8.1%), 인공유산 315회(16.6%), 그리고 임신중이 289회(15.2%)이다.

#### 가. 사회 경제적 변수의 기술적 통계

다음 표4-1은 사회경제적 변수와 임신의 여러 결과들 사이의 관계를 보여주고 있다. 먼저, 부인의 교육수준이 중등이하인 경우 45.2%가 정상출산으로 이어진 반면 38.1%가 인공임신중절로 이어지고 있다. 그러나 부인의 교육수준이 전문대 이상인 경우 60.8%가 정상출산으로 이어지고, 인공임신중절은 13.2% 정도로 낮아진다. 남편의 교육수준도 부인과 비슷한 양상이나, 교육수준이 초등이하일 때, 출산이 52.4%, 인공임신중절이 28.6%로 높게 나타났다. 교육수준별 임신의 결과 중 임신중인 경우는 부인 중등이하에 비해 전문대 이상인 경우 7%까지 차이가 나고 있음을 알 수 있다.

현재 거주지별<sup>9)</sup>로 살펴보면, 대도시, 중소도시, 읍·면지역 모두 임신결과가 비슷하게 나타나고 있음을 알 수 있다. 단지, 대도시 거주 시 자연유산이 다른 지역보다 약 5%정도 높아진다.

---

9) 대도시는 특별시, 광역시로 중·소도시는 대도시와 읍·면을 제외한 지역

부인종교가 불교인 경우가 정상출산이 55.8%, 인공임신중절이 20.8%로 높은 인공임신중절 수준을 나타내고 있다. 그러나 무교인 경우 정상출산이 60.4%이고, 개신교의 경우의 정상출산도 62.4%이며, 각 각의 인공임신중절은 15.0%, 15.4%로 나타나고 있다. 남편종교가 개신교인 경우 인공임신중절이 14.0%로 가장 낮다.

부인이 취업을 하고 있는 경우<sup>10)</sup> 정상출산은 48.6%인 반면, 인공임신중절은 28.1%로 급격히 높아진다. 취업을 하고 있지 않은 경우 정상출산이 63.5%이고, 인공임신중절이 12.9%에 그치고 있다. 남편의 취업여부는 부인의 취업상태와 반대의 양상을 띄어 남편이 비취업인 경우, 정상출산이 63.9%이고, 인공임신중절이 21.3%이지만, 남편이 취업일 경우 인공임신중절로 이어진 경우는 16.3%이다.

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

---

10) 부인/남편의 현 취업여부는 임신당시의 취업여부가 아닌, 조사시점 당시의 취업여부이기 때문에 로짓분석 시 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 4 사회경제적 변수와 임신결과와의 관계

(단위: 명, %)

변수	출산	사산	자연유산	인공임신 중절	임신중	합(명)
<b>부인교육수준</b>						
초등이하	57.1	0.0	7.1	25.0	10.7	100.0(28)
중등	45.2	1.2	6.0	38.1	9.5	100.0(84)
고등	60.5	0.3	7.6	16.8	14.9	100.0(1105)
전문대이상	60.8	0.2	9.2	13.2	16.7	100.0(684)
<b>남편교육수준</b>						
초등이하	52.4	0.0	9.5	28.6	9.5	100.0(21)
중등	54.3	0.0	9.6	23.4	12.8	100.0(94)
고등	59.8	0.3	8.0	17.1	14.8	100.0(895)
전문대이상	60.8	0.2	8.0	14.6	16.4	100.0(858)
<b>거주지</b>						
대도시	58.6	0.4	10.8	15.3	15.0	100.0(843)
중소도시	61.6	0.1	6.0	17.1	15.0	100.0(769)
읍·면	58.8	0.3	5.9	18.7	16.2	100.0(289)
<b>부인종교</b>						
무교	60.4	0.3	7.5	15.0	16.8	100.0(921)
불교	55.8	0.0	8.8	20.8	14.7	100.0(423)
개신교	62.4	0.5	8.6	15.4	13.2	100.0(409)
천주교	61.9	0.0	8.6	16.6	13.0	100.0(139)
기타	55.7	0.0	11.1	33.3	0.0	100.0(9)
<b>남편종교</b>						
무교	60.0	0.3	7.5	15.9	16.4	100.0(1091)
불교	55.9	0.0	9.5	19.5	15.1	100.0(410)
개신교	65.5	0.7	7.5	14.0	12.3	100.0(293)
천주교	58.3	0.0	10.4	18.8	12.5	100.0(96)
기타	63.6	0.0	9.1	27.3	0.0	100.0(11)
<b>부인의 현취업여부</b>						
취업	48.6	0.0	9.6	28.1	13.7	100.0(24.2)
비취업	63.5	0.4	7.6	12.9	15.7	100.0(75.9)

표 4 계속

변수	출산	사산	자연유산	인공임신 중절	임신중 단절	합(명)
남편의 현취업여부						
취업	59.9	0.3	8.2	16.3	15.4	100.0(1828)
비취업	63.9	0.0	3.3	21.3	11.5	100.0(61)
동산						
없음	62.4	0.0	8.9	17.0	11.7	100.0(359)
1,000만원 미만	54.5	0.4	8.6	18.7	17.9	100.0(268)
2,000만원 미만	56.5	0.4	7.7	15.9	19.5	100.0(246)
3,000만원 미만	59.4	0.0	9.0	17.3	14.4	100.0(278)
3,000만원 이상	62.2	0.5	7.5	15.5	14.4	100.0(658)
부동산						
없음	61.4	0.3	8.5	13.4	16.4	100.0(1052)
5,000만원 미만	59.9	0.0	9.1	16.7	14.2	100.0(197)
100,000만원 미만	55.1	0.3	9.0	20.4	15.2	100.0(323)
200,000만원 미만	58.6	0.6	5.5	22.1	13.3	100.0(181)
200,000만원 이상	59.5	0.0	5.4	31.1	4.0	100.0(74)
가구원 1인당소득						
27만원미만	61.7	0.3	7.8	15.3	14.8	100.0(945)
27만원이상	58.0	0.2	8.4	17.8	15.6	100.0(956)
세대 형태						
1세대	7.1	0.0	21.0	14.3	57.7	100.0(196)
2세대	65.2	0.4	6.7	17.5	10.1	100.0(1430)
3세대	68.2	0.0	6.3	14.1	11.4	100.0(255)
4세대	85.0	0.0	5.0	0.0	10.0	100.0(20)

## 나. 임신 출산관련 변수의 기술적 통계

임신·출산관련 변수와 임신결과와의 관계를 표4-2를 통하여 살펴보면 다음과 같다. 임신종결연도의 빈도를 보면 임신중인 경우는 종결상태가 아니기 때문에 결과에 포함되지 않았으며, 1998년도 임신종결결과에서 정상출산은 68.7%인 반면 인공임신중절은 23.0%에 이르고 있다. 그러나 1999년도에는 정상출산이 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 20세 이상 24세까지는 6.9%, 25세 이상 29세까지는 10.4%이다. 그러나 30대에 임신을 한 경우에는 인공임신중절로 이어진 경우가 27.2%이상으로 급격히 증가함을 볼 수 있다.

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

임신당시 자녀수가 증가할수록 인공임신중절로 이어지는 경우가 증가하는 선형적인 양상을 볼 수 있다. 자녀의 수가 2명 이상인 경우 인공임신중절이 정상출산에 비해 과반수가 넘고 있다. 또한, 임신당시 아들의 수도 자녀의 수와 마찬가지로 아들의 수가 증가할수록 인공임신중절로 이어지는 임신이 증가하고 있다. 임신당시 아들이 없는 경우 정상출산이 66.8%이고, 인공임신중절로 이어진 임신이 8.6%인 반면, 아들이 2명인 경우 정상출산이 20.5%이고, 인공임신중절이 63.9%로 크게 증가했다.

원하지 않은 임신을 한 경우 임신의 49.3%가 인공임신중절로 이어지고, 34.6%만이 정상출산으로 이어졌다.

표 5 임신·출산 관련변수와 임신결과와의 관계

(단위: 명, %)

변수	출산	사산	자연유산	인공임신 중절	임신중	합(명)
임신종결연도						
1998	68.7	0.2	8.1	23.0	0.0	100.0(639)
1999	72.2	0.5	9.2	18.1	0.0	100.0(590)
2000	71.3	0.3	12.5	15.9	0.0	100.0(383)
임신당시 연령						
-19	80.8	0.0	0.0	11.5	7.7	100.0(26)
20-24	70.4	0.0	6.9	6.9	15.7	100.0(318)
25~29	64.6	0.3	7.3	10.4	17.4	100.0(950)
30-34	49.3	0.2	9.7	27.2	13.6	100.0(456)
35+	35.8	0.7	12.6	44.4	6.6	100.0(151)
임신당시 피임여부						
안했음	65.6	0.3	7.9	10.2	16.0	100.0(1530)
했음	36.8	0.3	8.9	42.3	11.7	100.0(359)
임신당시 자녀수(a)						
0	70.6	0.1	7.9	4.6	16.8	100.0(823)
1	62.8	0.3	7.8	11.0	18.2	100.0(694)
2	32.0	0.6	9.3	51.2	6.9	100.0(334)
3	26.5	0.0	8.2	61.2	4.1	100.0(49)
4+	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0(1)
임신당시 아들의 수(b)						
0	66.8	0.2	7.9	8.6	16.5	100.0(1273)
1	49.8	0.4	8.5	27.9	13.5	100.0(542)
2	20.5	0.0	8.4	63.9	7.2	100.0(83)
3+	33.3	0.0	0.0	66.7	0.0	100.0(3)
원하던 임신여부(c)						
원했음	70.0	0.2	7.9	3.5	18.3	100.0(1363)
안 원했음	34.6	0.4	8.5	49.3	7.2	100.0(529)

#### 다. 가치관 변수의 기술적 통계

아들선호 경향의 정도가 인공임신중절에 어떠한 영향을 주는지 보는 항목에서 강한 아들 선호를 보인 경우 정상출산이 58.2%이고, 인공임신중절로 이어진 경우가 18.9%로 나타났다. 아들에 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 6 가족가치관 변수와 임신결과와의 관계

변수	출산	사산	자연유산	인공임신 중절	임신중 합(명)
아들선호 여부					
무/약한 선호	60.4	0.3	7.8	16.4	15.1 100.0(1601)
강한 선호	58.2	0.0	9.4	18.9	13.7 100.0(256)
인공임신중절에 대한 태도					
반대	60.9	0.1	7.5	15.6	15.8 100.0(1474)
그저 그렇다	58.6	1.0	9.8	19.7	10.9 100.0(295)
찬성	52.7	0.0	5.5	32.7	9.1 100.0(55)
모르겠다	51.5	0.0	15.2	13.6	19.7 100.0(66)

## 2. 연구변수와 인공임신중절과의 관계

독립변수와 임신 결과들의 빈도분포를 통하여 기술적 수준에서 관계를 살펴보았다. 로짓분석에 앞서 임신 결과 중 인공임신중절 유, 무를 종속변수로 하여 각 독립변수와 통계학적인 유의성을 보기 위하여 카이스퀘어 검정을 실시하였다. 카이스퀘어 검정에서 사용된 임신결과는 총 1,612건이며, 정상출산, 자연유산, 그리고 사산을 포함하는 인공임신중절 무는 1,297건(80.5%)이었고, 인공임신중절은 315건(19.5%)이었다.

### 가. 사회 경제적 변수와 인공임신중절과의 관계

사회경제적 변수에 따라 임신 결과를 인공임신중절 유, 무인 경우에 대해 분석하였다(표4-4). 분석결과, 고등이상의 학력을 가진 경우보다 초등이하와 중등이하의 경우 인공임신중절로 이어진 임신이 통계적으로 많은 것으로 나타났다. 부인의 종교와 인공임신중절 유,무와는 통계적으로 유의하지 않았지만, 부인의 종교가 개신교인 경우 다른 종교나 종교를 갖지 않은 경우보다 인공임신중절로 이어진 임신의 적었다. 부인이 취업을 하고 있는 경우, 그렇지 않은 경우에 비해 인공임신중절의 경우가 높게 나타났다( $p < 0.001$ ). 부동산을 많이 소유하게 될수록 인공임신중절로 이어진 임신이 증가가 유의하게 나왔으나, 동산이나, 가구원 1인당 소득은 인공임신중절 유, 무에 통계적으로 유의한 차이를 보여주지 못했다. 가구의 세대별 결합형태가 증가할수록 인공임신중절이 감소하는 것으로 나타났다.

표 7 사회경제적 변수와 인공임신중절과의 관계

(단위: 명, %)

변수	인공임신중절		계(수)	Chi-Square
	무	유		
<b>부인교육수준</b>				
초등이하	72.0	28.0	100.0(25)	30.882***
중등	57.9	42.1	100.0(76)	
고등	80.2	19.8	100.0(941)	
전문대이하	84.2	15.8	100.0(570)	
<b>남편교육수준</b>				
초등이하	68.4	31.6	100.0(19)	6.687
중등	73.2	26.8	100.0(82)	
고등	80.0	20.0	100.0(763)	
전문대이상	82.6	17.4	100.0(717)	
<b>거주지</b>				
대도시	82.1	17.9	100.0(717)	2.467
중소도시	79.8	20.2	100.0(653)	
읍·면	77.7	22.3	100.0(242)	
<b>부인종교</b>				
무교	82.0	18.0	100.0(766)	8.341
불교	75.6	24.4	100.0(361)	
개신교	82.3	17.8	100.0(355)	
천주교	81.0	19.0	100.0(121)	
기타	66.7	33.3	100.0(9)	
<b>남편종교</b>				
무교	81.0	19.0	100.0(912)	5.533
불교	77.0	23.0	100.0(348)	
개신교	84.0	16.0	100.0(257)	
천주교	78.6	21.4	100.0(84)	
기타	72.7	27.3	100.0(11)	
<b>부인의 현취업여부</b>				
취업	67.4	32.6	100.0(396)	56.730***
비취업	84.7	15.3	100.0(1216)	
<b>남편의 현취업여부</b>				
취업	80.7	19.3	100.0(1546)	0.767
비취업	75.9	24.1	100.0(54)	

표 7 계속

변수	인공임신중절		계(수)	Chi-Square
	무	유		
동산				
없음	80.8	19.2	100.0(317)	
1,000만원 미만	77.3	22.7	100.0(220)	2.228
2,000만원 미만	80.3	19.7	100.0(198)	
3,000만원 미만	79.8	20.2	100.0(238)	
3,000만원 이상	81.9	18.1	100.0(563)	
부동산				
없음	84.0	16.0	100.0(879)	
5,000만원 미만	80.5	19.5	100.0(169)	21.425***
10,000만원 미만	76.0	24.1	100.0(274)	
20,000만원 미만	74.6	25.5	100.0(157)	
20,000만원 이상	67.6	32.4	100.0(71)	
가구원 1인당소득				
27만원미만	82.0	18.0	100.0(805)	2.390
27만원이상	78.9	21.1	100.0(807)	
세대 형태				
1세대	66.3	33.7	100.0(83)	
2세대	80.5	19.5	100.0(1285)	16.882***
3세대	84.1	15.9	100.0(226)	
4세대	100.0	0.0	100.0(18)	

주: \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

#### 나. 임신 출산관련 변수와 인공임신중절과의 관계

임신·출산 변수와 인공임신중절 유, 무의 관계를 보면(표4-5) 다음과 같다. 임신중절 연도 중 특정연도 1998년에 인공임신중절로 중절된 임신이 증가하였다가 1999년도와 2000년도에 감소가 통계적으로 유의하였다(P<0.05). 임신당시의 연령에서 20대 초반의 경우는 인공임신중절이 크게 감소하나, 30대 이후에는 인공임신중절이 높아지는 것으로 보였다. 임신당시의 피임을 한 경우의 임신이 인공임신중절로 이어진 경우가 통계적으로 높게 나타났으며, 임신 당시 자녀의 수와 아들의 수



증가가 인공임신중절의 증가와 유의미한 것으로 나타났다. 원하던 임신의 경우 인공임신중절은 낮지만, 원하지 않은 임신의 경우는 인공임신중절이 높은 것도 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다.

표 8 임신·출산관련 변수와 인공임신중절과의 관계

변수	인공임신중절		계(수)	Chi-Square
	무	유		
(단위: 명, %)				
임신중결연도				
1998	77.0	23.0	100.0(639)	8.799*
1999	81.9	18.1	100.0(590)	
2000	84.1	15.9	100.0(383)	
임신당시 연령				
-19	87.5	12.5	100.0(24)	152.486***
20-24	91.8	8.2	100.0(268)	
25~29	87.4	12.6	100.0(785)	
30-34	68.5	31.5	100.0(394)	
35+	52.5	47.5	100.0(141)	
임신당시 피임여부				
안했음	87.9	12.1	100.0(1285)	209.959***
했음	52.1	47.9	100.0(317)	
임신당시 자녀수(a)				
0	94.5	5.6	100.0(685)	406.390***
1	86.6	13.4	100.0(568)	
2	45.0	55.0	100.0(311)	
3	36.2	63.8	100.0(47)	
4+	100.0	0.0	100.0(1)	
임신당시 아들의 수(b)				
0	89.8	10.2	100.0(1063)	229.309***
1	67.8	32.2	100.0(459)	
2	31.2	68.8	100.0(77)	
3+	33.3	66.7	100.0(3)	
원하던 임신여부(c)				
원했음	95.7	4.3	100.0(1113)	522.610***
안 원했음	46.8	53.2	100.0(491)	

주: \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

#### 다. 가치관 변수와 인공임신중절과의 관계

태아성감별 후 인공임신중절에 대한 태도에서 찬성하는 경우 인공임신중절이 높게 나타났다( $p < 0.05$ ). 그러나 아들선호의 정도와 인공임신중절 유, 무와는 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다( $p = 0.41$ ).

표 9 가치관 변수와 인공임신중절과의 관계

(단위: 명, %)

변수	인공임신중절		계(수)	Chi-Square
	무	유		
아들선호 여부				
무/약한 선호	80.7	19.3	100.0(1359)	0.674
강한 선호	78.3	21.7	100.0(221)	
인공임신중절에 대한 태도				
반대	81.5	18.5	100.0(1241)	10.664*
그저 그렇다	78.0	22.0	100.0(263)	
찬성	64.0	36.0	100.0(50)	
모르겠다	83.0	17.0	100.0(53)	

주: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

### 3. 로짓 분석을 통한 가설검정

인공임신중절 결정에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 설정한 가설을 검정하기 위해 로짓분석을 하였다. 사산, 자연유산은 모두 출생과 같은 범주에 넣어 인공임신중절 대 그 외의 임신결과로 나누어 총 1,612건에 대한 인공임신중절의 확률을 구한 결과이다. 표 4-5에는 세 개의 모형이 제시되어 있다. 먼저, 모형 1은 사회, 경제적 특성을 변수로 하는 모형이며, 모형 2는 모형 1에 임신, 출산관련 요인이 독립변수로 추가된 모형이다. 모형 3은 본 연구에서 사용된 변수를 모두 독립변수로 한 모형이다. 독립변수들이 추가됨에 따라 인공임신중절 확률의 차이가 나는 것을 볼 수 있다.

#### 가. 로짓분석

인공임신중절 결정 요인을 알아보기 위해 사회,경제적요인과 임신, 출산요인, 가치관 요인을 포함하는 가설을 설정하였다. 독립변수와 인공임신중절 확률과의 관계를 통계적으로 표 4-5를 통하여 살펴보았다. 사회,경제적 요인만을 포함하는 모형 1에서는 부인의 교육수준이 고등이상 높아질 때, 인공임신중절의 확률이 매우 낮아지는 것을 볼 수 있다. 부인의 교육수준이 전문대 이상을 경우에는 인공임신중절을 행할 확률은 중등의 학력을 가진 부인의 경우보다 76%정도 더 낮아진다( $p=0.000$ ). 모형 1에서 남편의 교육수준은 부인의 인공임신중절 확률에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 보인다. 부인이나 남편의 종교는 인공임신중절 확률에 통계적으로 영향을 미치지 않았다. 부인의 현 취업여부는 인공임신중절에 높은 영향을 주는 것으로 나타났다. 부인이 현 취업상태인 경우 그렇지 않은 경우보다 인공임신중절의 확률이 2.7배까지 높아진다( $p=0.000$ ). 경제적 변수로 동산과, 부동산 그리고 가구원 1인당 한 달 평균 소득을 살펴보았다. 모형 1에서 부동산이

많아질수록 인공임신중절의 확률이 높아지는 것으로 나타났다. 가구의 세대 형태가 3세대 미만인 경우 3세대 이상의 대가족의 세대 형태보다 통계적으로 유의하게 인공임신중절의 확률이 높게 나타났다. 3세대 미만의 경우 3세대 이상의 세대 형태의 부인보다 인공임신중절의 확률이 2.4배로 높아진다( $p=0.000$ ).

모형 2에서 새롭게 임신, 출산 요인이 추가됨으로 남편의 교육수준과 동산이 인공임신중절 확률에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났으며, 부동산과 가구 세대 형태는 인공임신중절 확률에 통계적으로 의미 있는 영향을 주지 않았다. 임신중절 연도는 인공임신중절 결정에 영향을 미친 요인으로 나타났으며, 1998년에 비해 1999년도의 인공임신중절 확률은 33% 감소하고( $p=0.043$ ), 1998년에 비해 2000년도의 인공임신중절 확률은 48%까지 감소하고 있다( $p=0.006$ ). 임신당시 연령이 증가할수록 인공임신중절의 확률이 높아지는 것으로 나타났다. 임신당시 피임여부는 인공임신중절의 확률에 통계적으로 의미있는 영향을 주지 않는 것으로 나타났다. 임신당시 자녀수는 인공임신중절 결정에 통계적으로 의미있는 영향을 주고 있는 것으로 보였으며, 임신당시 자녀수가 2명 이상의 경우 2명 미만인 경우에 비해 인공임신중절 확률이 1.7배 상승하게 된다( $p=0.002$ ). 모형 2에서 임신당시 아들의 여부는 인공임신중절 확률에 통계적으로 영향을 주지 않았다. 원치 않는 임신의 경우 원했던 임신보다 인공임신중절 확률이 9.7배까지 높아졌다( $p=0.000$ ). 원하던 임신여부와 임신당시 자녀수와의 상호작용항은 인공임신중절 확률에 통계적으로 유의했지만, 원하던 임신여부와 임신당시 아들의 여부는 인공임신중절 확률에 통계적으로 의미있는 영향을 주지 않는 것으로 나타났다.

모형 3은 본 연구에서 사용된 모든 독립변수를 포함한 것으로 모형 2에 가치관 변수를 추가한 모형이다. 모형 3에서는 부인 교육수준이 전문대 이상인 경우 인공임신중절의 확률이 낮아지며, 부인이 취업을 하고 있는 경우 인공임신중절의 확률이 2.3배( $p=0.000$ )로 올라간다. 동산이 1,000만원 미만인 경우에도 인공임신중절 확률이 높아지는 것으로 나타났다. 임신중절연도의 경우 1999년과 2000년 모두

에서 인공임신중절 확률이 유의하게 낮아지고 있다. 임신 당시 자녀의 수가 2인 이상인 경우 인공임신중절의 가능성은 올라가고, 원치 않은 임신의 경우도 인공임신중절로 임신이 종결될 가능성이 9.8배까지 상승하게 된다( $p=0.000$ ). 임신당시 자녀수가 2인 이상이고, 원치 않던 임신이었다면 인공임신중절로 끝날 가능성이 2.7배까지 높아진다( $p=0.002$ ). 분석결과에서 모형 1과 모형 3을 비교하면, 부인의 교육수준과 동산, 부동산, 그리고 가구 세대형태 등에서 차이가 있다. 또한, 모형 2에 비해 모형 3에서 분석결과가 달라지는 변수는 부인의 교육수준과 남편의 교육수준, 그리고 부인의 임신당시 연령 등이다. 부인의 교육수준의 경우 모형 1과 모형 2에서는 중등의 학력수준을 가진 부인에 비해 고등이상의 학력을 가진 부인이 인공임신중절의 가능성이 낮게 나타났다. 그러나, 가치관 변수가 추가된 모형 3에서는 오직 전문대이상의 교육수준을 가진 부인에서만 인공임신중절 확률이 감소함을 알 수 있다( $p=0.017$ ). 남편의 교육수준의 경우 모형 1과 모형 2, 그리고 모형 3에서 각각 다르게 나타났다. 사회, 경제적 요인만을 독립변수로 한 모형 1에서는 남편의 교육수준이 부인의 인공임신중절 확률에 통계적으로 유의한 영향을 주지 않는 것으로 나타났으나, 부인의 임신, 출산 요인을 통제한 모형 2에서는 남편의 교육수준이 전문대 이상인 경우 부인의 인공 임신중절 확률이 2.2배까지 올라간다( $p=0.045$ ). 그러나 가치관 변수를 통제한 모형 3에서는 남편의 교육수준이 부인의 인공임신중절 확률에 통계적으로 유의한 영향을 주지 않는다. 가구 세대형태의 경우 모형 1에서는 통계적으로 유의하지만, 임신, 출산 요인을 통제한 모형 2와 모형 3에서는 가구 세대 형태가 통계적으로 유의한 영향을 주지 않는 것으로 나타난다. 임신당시 연령의 경우 모형 2의 30세 이상인 경우 인공임신중절 확률을 높이는 것으로 나타나지만, 가치관 요인을 통제한 모형 3에서는 임신 당시 연령이 인공임신중절 확률에 통계적인 유의한 영향을 주지 않는다.

표 10 인공임신중절 결정요인

변수	모형1		모형2		모형3	
	로짓계수	SE	로짓계수	SE	로짓계수	SE
상수	-1.8379	0.5083	-4.2563	0.7498	-3.0245	0.8544
부인 교육수준						
무학 및 초등	-0.4345	0.5602	-1.1368	0.7697	-1.0555	0.7788
중등	준거범주		준거범주		준거범주	
고등	-0.9272**	0.2845	-0.8656*	0.3985	-0.7643	0.3965
전문대 이상	-1.4278***	0.3262	-1.1433*	0.4470	-1.0674*	0.4466
남편 교육수준						
무학 및 초등	0.1068	0.6105	0.4617	0.8018	0.3997	0.8104
중등	준거범주		준거범주		준거범주	
고등	-0.0160	0.2755	0.5898	0.3735	0.5381	0.3749
전문대 이상	-0.0129	0.3038	0.8122*	0.4060	0.7872	0.4073
거주지역						
대도시	-0.1128	0.2036	0.1626	0.2780	0.0921	0.2791
중소도시	-0.00102	0.2016	0.2949	0.2773	0.2472	0.2782
읍,면	준거범주		준거범주		준거범주	
부인종교						
종교없음	-0.2273	0.2473	0.3579	0.3228	0.2930	0.3269
불교	0.4273	0.3727	0.8473	0.4908	0.8390	0.4986
개신교	준거범주		준거범주		준거범주	
천주교	-0.2158	0.4556	-0.6915	0.5888	-0.7832	0.5982
남편종교						
종교없음	0.3230	0.2789	0.2291	0.3639	0.2739	0.3690
불교	-0.1022	0.4142	-0.4074	0.5467	-0.4130	0.5549
개신교	준거범주		준거범주		준거범주	
천주교	0.4505	0.5288	0.6834	0.6796	0.7164	0.6911
부인의 현취업여부						
취업	0.9970***	0.1447	0.8279***	0.1937	0.8557***	0.1952
비취업	준거범주		준거범주		준거범주	
남편의 현취업여부						
취업	-0.2614	0.3195	-0.6262	0.4201	-0.6192	0.4209
비취업	준거범주		준거범주		준거범주	
동산						
없음	준거범주		준거범주		준거범주	
1,000만원 미만	0.2744	0.2166	0.6872*	0.2962	0.7064*	0.2999
2,000만원 미만	0.1294	0.2382	0.0041	0.3210	0.0054	0.3213
3,000만원 미만	0.2141	0.2277	0.2109	0.3117	0.1792	0.3123
3,000만원 이상	0.1840	0.1946	0.1656	0.2571	0.1388	0.2585

표 10 계속

변수	모형1		모형2		모형3	
	로짓계수	SE	로짓계수	SE	로짓계수	SE
부동산						
없음	준거범주		준거범주		준거범주	
5,000만원 미만	0.1631	0.2344	-0.4115	0.3177	-0.4064	0.3188
10,000만원 미만	0.6460***	0.1848	0.0181	0.2471	-0.0138	0.2501
20,000만원 미만	0.8285***	0.2324	0.2669	0.3195	0.2968	0.3211
20,000만원 이상	1.1825***	0.3091	0.4982	0.4300	0.4708	0.4359
가구원 1인당 소득						
27만원 미만	준거범주		준거범주		준거범주	
27만원 이상	0.1366	0.1398	0.1075	0.1857	0.1051	0.1876
가구 세대형태						
3세대 미만	0.9102***	0.2215	0.4104	0.2873	0.4015	0.2896
3세대 이상	준거범주		준거범주		준거범주	
임신종결연도						
1998			준거범주		준거범주	
1999			-0.4026*	0.1993	-0.4248*	0.2011
2000			-0.6504**	0.2402	-0.6468**	0.2420
임신당시 연령						
24세 이하			준거범주		준거범주	
25-29			0.3324	0.2961	0.3911	0.2993
30세 이상			0.6367*	0.3216	0.7018	0.3251
피임여부						
안했음			-0.0859	0.2185	-0.0534	0.2207
했음			준거범주		준거범주	
임신당시 자녀수(a)						
2명 미만			준거범주		준거범주	
2명 이상			0.5304**	0.1755	0.4964**	0.1803
임신당시 아들(b)						
없었음			준거범주		준거범주	
1명 이상			0.4211	0.3108	0.4942	0.3134

표 10 계속

변수	모형1		모형2		모형3	
	로짓계수	SE	로짓계수	SE	로짓계수	SE
원하던 임신여부(c)						
원했음			준거범주		준거범주	
안 원했음			2.2762***	0.2838	2.2905***	0.2886
a*c			0.9676**	0.3272	1.0242**	0.3320
b*c			0.0110	0.3844	-0.0209	0.3885
아들 선호 여부						
무 또는 약한 성 선호					준거범주	
강한 성 선호					-0.4763	0.2684
인공임신중절 태도						
반대					-1.2854**	0.4580
그저 그렇다					-1.1811*	0.4878
찬성					준거범주	
잘 모르겠다					-0.0534	0.6894
-2Log L	1464.892		909.815		900.357	
X <sup>2</sup>	127.675		682.751		692.210	
자유도	26		36		40	
N	1612		1612		1612	

주 : \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

#### 나. 가설검정

본 연구에서 설정된 13개의 가설검정의 결과는 다음과 같다. 본 연구에서 설정한 총 13개의 가설 중에서 6개의 가설이 지지되었고, 7의 가설이 기각되었다.

##### 1) 사회경제적 요인을 변수로 하는 가설

가설1. 부인의 교육수준이 높을수록 인공임신중절 확률이 낮아질 것이다.

부인의 교육수준과 인공임신중절 확률의 관계가 선형적이지는 않지만, 전문대 이상의 교육수준을 가진 부인의 경우 인공임신중절 확률이 낮아짐을 볼 수 있다.



교육수준이 높아짐에 따라 인공임신중절 확률이 낮아진다고 이야기 할 수는 없으나 전문대 이상의 높은 교육수준이 인공임신중절의 확률에 통계적으로 유의한 영향을 준다. 가설1은 모형 3에 의해 지지되었다.

가설2. 부인이 종교를 가진 경우 그렇지 않은 경우보다 인공임신중절의 확률이 낮을 것이다.

가설3. 남편이 종교를 가진 경우 그렇지 않은 경우보다 인공임신중절의 확률이 낮을 것이다.

종교와 인공임신중절과의 관계에 대한 가설은 카이스퀘어검정 결과와 로짓분석에서 유의하지 않게 나왔다. 가설 2와 가설 3은 기각되었다.

가설4. 현재 직업을 가진 여성의 인공임신중절의 확률이 높다.

여성의 경제참여가 인공임신중절에 유의미한 영향을 주고 있는 것은 기존의 문헌을 통하여 알 수 있었다. 그러나 아직까지 우리 나라 여성의 경제활동이 인공임신중절에 미치는 영향에 관한 분석은 미흡한 실정이었다. 우리 나라 부인의 경제활동이 인공임신중절에 미치는 영향을 간접적으로 알 수 있는 가설 4에 대한 검정은 모형 1, 2, 그리고 모형 3에서 지지되었다.

가설 5. 가구의 세대형태가 대가족일수록 인공임신중절의 확률이 낮다.

대가족제도가 출산력에 영향을 주기 때문에 가족제도가 인공임신중절에 어떠한 영향을 주는지 알아보고자 한 가설 5는 모형 1에서는 통계적으로 유의하였으나, 모형 2와 모형 3에서는 인공임신중절의 확률에 유의한 영향을 주지 않는 것으로 나왔다. 가구의 세대형태에 따른 인공임신중절의 확률은 임신, 출산 요인을 통제하는 경우 유의성이 떨어지므로, 가설 5는 기각되었다.

2) 임신, 출산 요인을 변수로 하는 가설

가설 6. 임신당시 자녀의 수가 2명 이상이면 인공임신중절의 확률은 높아진다.

임신당시 자녀의 수는 인공임신중절에 직접적인 영향을 준다. 이미 자녀의 수가 2명이 이른 경우 그렇지 않은 경우보다 인공임신중절로 이어질 가능성이 높다. 모형1, 2 그리고 모형 3을 통하여 가설 6은 지지되었다.

가설 7. 임신당시 최소한 한 명의 아들이 있다면 아들이 없는 경우에 비해 인공임신중절의 확률이 높다.

아들의 여부는 우리 나라의 남아선호사상과 소자녀관의 정착과정에서 중요한 변수로 지적되어왔다. 그러나, 본 연구에서는 아들이 없는 경우보다 아들이 있는 경우 인공임신중절의 가능성이 높아진다는 가설이 기각되었다.

가설 8. 피임을 했는데도 임신한 경우에 인공임신중절로 이어질 확률은 피임을 안한 상태에서 임신한 경우보다 더 높다.

피임 여부가 인공임신중절의 확률에 영향을 주지 않는 것으로 최근 연구(은기수, 2001)에서 나왔다. 본 연구 결과에서도 피임여부가 인공임신중절의 확률에 영향을 주지 않아 가설 8은 기각되었다.

가설 9. 원치않는 임신을 한 경우 인공임신중절로 이어질 가능성이 크다.

원하는 임신여부는 인공임신중절을 결정하는 주요한 요인으로 알려져 있다. 본 연구에서 원치 않은 임신을 할 경우 그렇지 않은 경우보다 인공임신중절로 이어질 확률이 9.8배까지 높아진다( $p=0.000$ ). 모형1, 모형2, 그리고 모형 3을 통하여 가설 9는 지지되었다.

가설 10. 현존 자녀수가 2명 이상이고, 원하지 않는 임신을 한 경우에 인공임신중절의 가능성이 높다..

모형 2와 모형 3에서 가설 11은 지지되었다. 따라서, 현존 자녀가 2명 이상이고, 원치 않는 임신을 한 경우가 동시에 발생하면 인공임신중절에 이를 가능성이 매우 높다고 할 수 있다.

### 3) 가치관을 변수로 하는 가설

가설 11. 아들이 있으면서 원하지 않는 임신을 한 경우에 인공임신중절의 가능성이 높다

원하는 임신여부와 자녀의 성구조의 상호작용을 보는 가설 10은 기각되었다.

가설 12. 강한 아들 선호를 가진 경우 인공임신중절의 확률이 높아질 것이다.

아들 선호 태도는 인공임신중절의 확률에 유의미한 영향을 주지 않는 것으로 보인다. 가설 12는 기각되었다.

가설 13. 성감별후 태아가 여아인 경우 인공임신중절에 반대하는 사람들은 인공임신중절을 할 수 있다는 사람들보다 인공임신중절의 확률이 낮을 것이다.

모형 3을 통하여 선별적 인공임신중절에 대해 반대하는 사람들이 찬성하는 사람들보다 인공임신중절을 택할 확률이 작은 것으로 나왔다. 가설 13은 지지되었다.

## V. 고찰

본 연구는 2000년 한국보건사회연구원이 조사한 전국 출산력 및 가족보건실태 조사 자료를 이용하여 우리 나라 여성의 인공임신중절 결정요인을 분석하기 위해 실시되었다. 사회, 경제적 변수, 임신, 출산 변수, 그리고 가치관 변수와 인공임신중절과의 관계 및 영향을 분석하였다.

### 1. 연구방법에 대한 고찰

본 연구에서 사용된 자료는 조사원이 표본으로 선정된 가구를 방문하여 면접 조사한 것이다. 인공임신중절과 관련된 임신, 출산 관련 내용의 경우 피면접자의 응답을 중심으로 기술된 내용이다. 국외의 인공임신중절 관련 연구의 경우 인공임신중절 의무기록 자료를 이용하거나(Marian Uria외, 1999; Finnegil외, 1994), 모성보건 의무기록 자료와 설문을 동시에 조사한(Knudsen, Lisbeth B, 1995) 연구가 실시되었다. 본 연구에서 사용된 자료의 경우 임신, 출산력과 관련된 자료가 피면접자 기술에 근거하고 있기 때문에 자료의 신뢰성 부분에 한계가 있다. 또한, 전국 출산력 조사가 유배우 부인을 대상으로 한 것이기 때문에 우리 나라 미혼 여성의 인공임신중절에 관한 자료가 없기 때문에 본 연구가 전체 모집단을 잘 대표하고 있는지 의문점이 있다.

연구에서 사용된 독립변수의 경우, 사회, 경제적 요인과 가치관 요인은 임신 당시의 특성을 나타내는 것이 아니라, 조사 시점 당시의 요인이다. 따라서 조사시점으로부터 최근 3년간의 임신, 출산 요인에 견주어, 경제적 요인의 경우는 임신 당시의 시점으로부터 변화된 변수일 수 있다. 로짓분석에서 이러한 시간 의존적 변수들의 영향이 통제되지 않기 때문에 본 연구에서의 결과와 분석에 있어 제한점이 있다.

인공임신중절 결정 요인을 분석하는 방법으로 국내에서는 지금까지 로짓분석이 주로 사용되었으며, 최근 생존분석이 사용되기도 하였다(은기수, 2001). 로짓분석의 경우 임신중인 경우를 인공임신중절에 포함하거나, 출산에 포함하여도 분석 결과의 왜곡이 일어나기 때문에 포함하지 않았다. 임신중인 경우가 전체 연구대상의 289회로 15.2%를 차지하고 있었기 때문에 이 자료들을 대상에서 제외하는 것은 본 연구의 통계학적 처리가 미숙하였기 때문이다. 자료의 손실을 최소한으로 줄이기 위해서는 임신중인 경우를 연구대상에 포함할 수 있는 분석방법으로 생존분석을 시도할 수 있다.

위에서 제시한 문제점에도 불구하고 본 연구는 몇 가지 특징을 가지고 있다. 우리나라에서 인공임신중절과 관련된 의학적 자료의 접근이 용이하지 않고, 불법 인공임신중절이 85%에 도달하는 우리나라의 상황 속에서(김승권의, 2000) 전국 출산력 및 가족보건 실태조사가 갖고 있는 자료를 이용한 본 연구는 의미가 있다. 사회, 경제 요인의 경우 로짓분석에서 독립변수로서의 한계점을 가지고 있지만, 남편의 특성과 함께 경제적 변수를 분석에 포함함으로써 우리 나라 여성의 인공임신중절의 사회, 경제적 결정요인을 파악하고자 하였다.

## 2. 연구결과에 대한 고찰

본 연구를 통하여 우리 나라 여성들의 인공임신중절 결정 요인을 분석하고자 한 연구로 주요 연구과제를 정리하면 다음과 같다.

분석대상은 총 임신건수 1,901건 중 임신중인 경우를 제외한 1,612건이며, 정상출산, 자연유산, 그리고 사산을 포함하는 인공임신중절 무는 1,297건(80.5%)이었고, 인공임신중절은 315건(19.5%)이었다. 가설검정을 위한 로짓분석 결과에서 우리 나라 여성의 인공임신중절 결정에 유의미한 영향을 주는 요인으로 부인의 교육수준, 부인의 현 취업여부, 동산, 임신중절연도, 임신당시 자녀수, 원하던 임신여부, 임신

당시 자녀수와 원하던 임신여부의 상호작용, 그리고 인공임신중절에 대한 태도 등이다. 기존의 연구와 비교하여 본 연구에서 발견된 결정요인을 중심으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 우리 나라 여성의 인공임신중절 결정에 관한 최근연구에서는 부인의 교육수준이 통계적으로 유의미한 영향을 주지 않는 것으로 나타났는데(은기수, 2001; 이삼식, 1998), 남편의 사회,경제적 요인을 포함하여 분석한 본 연구에서는 유의한 영향을 주어 전문대 이상의 경우 인공임신중절의 확률이 낮아지는 것으로 나타났다. 이후의 연구를 통하여 이러한 결과가 나온 과정에 대한 증명이 필요할 것이다.

둘째, 본 연구에서 독립변수로 사용된 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. 비록, 임신당시의 취업여부가 조사내용에 없어 조사시점의 현 취업여부를 통하여 간접적으로 그 영향을 살펴보았다. 기존 연구들(Adida Torres외, 1988)에서 여성이 출산·양육에 따른 경제적인 이유로 임신을 인공임신중절로 종결하는 것을 보았다. 그러나 아직까지 경제적 요인들과 우리 나라 여성의 인공임신중절의 관계에 관한 연구는 미흡한 실정이다. 여성의 경제활동과 사회참여수준이 인공임신중절 결정에 미치는 영향에 관한 연구가 더 필요하다고 할 수 있다.

셋째, 사회, 경제적 요인만을 독립변수로 하는 모형에서 가구의 세대형태가 대가족인 경우 핵가족보다 인공임신중절 결정이 낮아지는 것으로 나타났다. 임신, 출산요인과 가치관 요인을 포함하는 모형의 결과에서는 가구의 세대형태가 통계적인 의미를 갖지 못하는 것으로 나타났다. 이러한 현상에 대해서 분명한 설명을 할 수 없으나, 가구의 세대 형태가 다른 변수들의 영향을 받는다면 어떠한 변수들이 영향을 주고 있는지 분석하여, 가구의 세대형태가 인공임신중절 결정에 영향을

미치는지 검토할 필요가 있을 것이다.

넷째, 1997년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료를 사용한 연구(은기수, 2001)에서는 임신한 해를 독립변수로 사용하였으나, 본 연구에서는 임신종결 연도를 독립변수로 사용하였다. 임신종결 연도의 경우 1998년의 인공임신중절 경향이 1999년과 2000년에 비해 크게 증가되어 있음을 알 수 있다. 1998년은 우리 나라의 경제적 위기인 IMF를 겪는 시기이다. 이 시기에는 출산력에도 변화가 생겨 주목을 받은 바 있다(김승권 외, 2000). 사회적 변화가 여성의 인공임신중절에 직접적인 영향을 미쳤는지 알 수는 없으나, 1998년 인공임신중절로 종결된 임신이 다른 연도보다 높게 나타난 것은 주목해야 할 부분일 것이다.

다섯째, 자녀의 수와 자녀의 성구조는 인공임신중절 결정에 많은 영향을 주고 있다. 자녀 수의 경우 현존 자녀가 2명 이상이 되면, 그렇지 않은 경우보다 2배정도 인공임신중절의 확률이 높아진다. 우리 나라 여성이 기술하고 있는 이상자녀수의 평균이 2.2명이기 때문에 이상자녀수에 가까운 자녀가 있는 경우 다음 임신을 인공임신중절의 방법으로 가족의 크기를 조절하고 있음을 시사하고 있다. 자녀의 수와 함께 현존 자녀의 성구조 역시 인공임신중절에 영향을 주고 있다. 그러나, 인공임신중절에 가장 큰 영향을 주고 있는 것은 다른 연구 결과에서와 마찬가지로 원하는 임신 여부이다. 원치 않는 임신을 하게 될 경우 이 임신이 인공임신중절로 종결될 확률은 원하는 임신을 할 경우보다 10배 이상 증가하게 된다. 원하는 임신여부와 자녀수와의 상호작용과 원하는 임신여부와 아들 수와의 상호작용을 분석한 결과 원하는 임신여부와 자녀수와의 상호작용이 인공임신중절 결정에 더 큰 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 다시 말해, 원치 않는 임신을 할 경우 아들의 여부보다 현존 자녀수가 많을 경우 인공임신중절로 임신을 종결하게 될 확률이 높아진다. 이러한 현상은 우리 나라 사회에 소자녀관의 정착이 된 후, 자녀수와 자녀의 성 구조가 경쟁적인 상황에서 자녀의 수가 우리 나라 여성의 인공임신중절 결정에 더 영향을 미치고 있음을 보여주고 있다(이삼식, 1998). 2000년도 전

국 출산력 및 가족보건 실태조사 자료를 사용한 본 연구에서 아들의 여부가 인공 임신중절의 확률에 통계적으로 유의하지 않게 나타났다. 그러나 1997년도 전국 출산력 자료를 사용한 인공임신중절 관련 연구에서 아들의 여부는 매우 주요한 결정요인으로 분석되었다(은기수, 2001; 이삼식, 1998).

여섯째, 아들 선호에 대한 태도나 가치관은 실제 인공임신중절의 확률에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났는데, 이러한 이유에 대해 이삼식의 연구(1998)에서는 현재 자녀 구조의 합리화로 해석하고 있다. 즉, 현존 자녀가 여아만 있는 부인일수록 남아선호도가 더 높아 성 선별적 인공임신중절 수용의 가능성이 높을 것으로 가정할 수 있으나, 실제로 남아선호도는 현재 자녀의 구조를 합리화(Rationalization)시켜 현존 자녀 중 남아를 많이 가진 부인의 남아선호도가 더 강한 반면, 여아를 많이 가진 부인일수록 남아선호도가 약해지는 경향이 있다고 보는 것이다. 태아의 성감별 시 태아가 여아일 경우 인공임신중절을 하는 것에 대한 의견을 묻는 경우 찬성하는 답을 한 경우의 인공임신중절의 확률이 높아진다. 이것은 구체적인 상황에서 인공임신중절을 출산 조절의 방법이나, 선별적 인공임신중절의 방법으로 인식하고 있는 경우 실제 행위로 이어질 가능성이 높음을 보여 준다.

본 연구 결과는 우리 나라 여성의 인공임신중절 결정요인에 관한 연구로써 인공임신중절 결정에 영향을 미치는 다양한 관계를 규명하고자 하였다. 연구결과를 통하여 우리 나라 여성의 인공임신중절을 예방하고 인공임신중절율을 낮추기 위한 정책과 프로그램의 기초자료 및 전략을 제공할 수 있을 것으로 사료된다.



## VI. 결론

본 연구는 우리나라 여성의 인공임신중절 결정 요인을 사회, 경제적 요인, 임신, 출산 요인, 그리고 가치관 요인들을 통하여 분석하고자 하였다.

연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

우리나라 여성들의 인공임신중절 결정 요인을 분석한 결과 사회, 경제적 요인에서 여성의 교육수준이 전문대 이상의 경우, 인공임신중절의 확률이 낮아질 수 있으나, 남편의 교육수준은 인공임신중절의 확률에 주요한 영향을 미치지 않는 것으로 보인다. 우리나라에서 부인과 남편의 종교는 인공임신중절 결정에 유의한 영향을 주지 않는 것으로 나타났다. 경제적 요인 중에서 남편의 취업여부가 부인의 인공임신중절 결정에 영향을 주지 않는 것과 대조적으로 부인의 취업여부는 인공임신중절의 가능성에 매우 주요한 결정요인으로 파악된다. 또한, 임신중절연도가 우리나라 여성의 인공임신중절 결정에 유의한 영향을 준 것으로 나타나, 1998년도에 인공임신중절의 확률이 높았던 것을 알 수 있다. 특정연도의 인공임신중절이 어떠한 요인에 의한 것인지 알 수 없으나, 이러한 결과에 대해서 논의할 필요가 있을 것이다. 임신당신의 자녀수가 임신당시의 아들 여부보다 인공임신중절 확률을 높게 한 요인으로 작용하였다. 또한, 원하던 임신여부가 임신을 인공임신중절로 종결할 것인지에 주요한 요인으로 작용하고 있음을 확인하였다. 이와 같은 결과는 기존의 연구결과와 동일한 것이다. 또한, 자녀의 수가 2인 이상인 경우에 원하지 않는 임신을 한 부인은 인공임신중절의 가능성이 높아졌다. 아들의 선호여부는 인공임신중절의 결정에 유의한 영향을 주지 않는 것으로 나타났으나, 태아 성감별시 여아인 경우 인공임신중절을 하는 것에 대해 어떻게 생각하느냐는 구체적 상황에서 인공임신중절을 인식하는 태도는 자신의 인공임신중절 결정 행위에 주요한 요인으로 작용한 것을 알 수 있었다.

이상과 같은 연구결과들을 통해 우리나라 여성의 인공임신중절의 결정 요인들을 파악하였다.

우리나라 여성의 인공임신중절율이 낮은 출산력과 강력한 법적 규정에도 불구하고 지속적으로 높은 현실에서 그 결정요인들을 사회, 경제적요인, 임신, 출산요인 그리고 가치관 요인을 통하여 살펴보았다. 우리나라 여성이 인공임신중절을 결정하는 과정에서 여러 가지 요인들이 복합적으로 작용하는 것을 알 수 있었다. 우리나라 여성의 인공임신중절 수술이 모성보건 측면에서 시행되기 보다 주로 원치 않는 임신을 해결하기 위한 출산조절 측면에서 이루어지고 있는 상황에서 다음과 같은 정책적 제언을 하고자 한다.

여성의 생식보건을 증진시키고, 우리나라 인구의 질적 향상을 위하여 우리나라 인공임신중절과 관련된 정확한 통계와 의학적 자료의 수집, 분석이 요구된다. 이를 위해서는 인공임신중절에 대하여 강력하게 규제하고 있는 현행 법률을 재검토하여 불법적으로 시행되고 있는 인공임신중절시술이 파악될 수 있는 현실적인 방안이 필요할 것이다. 외국의 사례에서도 볼 수 있듯이 인공임신중절의 법적인 허용이 인공임신중절율을 높이지 않고 오히려 안전하지 못한 인공임신중절로 인한 모성 사망률을 낮추는 것으로 나타났다. 우리나라 여성이 합법적인 인공임신중절과 그와 인한 합병증과 관련된 의료서비스의 접근이 가능할 때, 법적 테두리 안에서 인공임신중절로 인한 여성 생식보건의 양상을 파악할 수 있게 될 것이다.

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. 예를 들어 고등학력 이하의 취업여성을 위한 가족계획 및 효과적 피임 방법이나, 2자녀 이상을 가진 부부를 위한 적절한 피임방법 등을 소개하고 실천할

수 있도록 돕는 접근이 필요할 것이다.

인공임신중절에 대한 태도는 여성의 인공임신중절 결정 행위에 영향을 주고 있다. 인공임신중절이 여성생식에 미치는 영향에 대한 정확한 이해와 정보를 통하여 인공임신중절에 대한 올바른 태도를 갖도록 사회적 분위기를 조성할 필요가 있을 것이다.

또한, 본 연구의 결과를 토대로 향후 연구를 위해서는 다음과 같이 제언하고자 한다.

인공임신중절에 영향을 주고 있는 사회, 경제적요인과 신념에 대한 반복적인 연구를 통하여 본 연구를 통하여 발견된 결정요인 검증을 위한 추후연구를 할 것을 제언한다. 또한, 본 연구에서 설정한 변수외에 우리나라 여성의 인공임신중절 결정에 영향을 주는 다른 예측요인을 계속 찾아내어 밝히는 방법연구를 제언한다. 마지막으로 인공임신중절을 설명하는 변수들과의 인과적 관계를 잘 파악하여 설명 할 수 있는 연구방법에 대해 추후연구를 할 것을 제언한다.

## 참고문헌

- 권태환, 김두섭. 인구의 이해. 서울대학교출판부, 1990.
- 공세권, 조애저, 김승권, 손성희. 한국에서의 가족형성과 출산형태. 한국보건사회연구원. 1992.
- 김승권. 우리나라 부인의 피임실패임신과 인공임신중절에 관한 연구. 보건사회논집 1992; 12(1): 119-143.
- 김승권, 서문희, 한영자, 김혜련, 조애저, 김유경. 피임실천의 변화양상과 피임방법 결정요인. 출산력 및 가족보건실태의 변화양상과 대책방안에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 2001.
- 김승권, 조애저, 이삼식, 김유경, 송인주. 2000년 전국 출산력 및 가족보건 실태조사연구 보고서. 한국보건사회연구원, 2000.
- 김승권. 우리나라 부인의 피임실패임신과 인공임신중절에 관한 연구. 보건사회논집 1992; 12(1):
- 김한곤. 선별적 인공유산의 결정인자에 관한 비교연구: 대구지역과 미국 캘리포니아 베이지역. 한국인구학 1997; 20(1): 65-96.
- 박상화. 인공임신중절과 여성 생식건강. 대한보건협회지 1997; 23(1): 66-78.
- 박연우, 공세권. 반복 인공임신중절의 변동추세에 관한 고찰. 인구보건논집 1985; 5(2): 101-114.
- 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.
- 정승은. 미혼여성의 건강위험행위 예측모형. 연세대학교 대학원 박사논문, 2000.
- 조남훈, 안남기. 인공임신중절에 미치는 요인의 변화에 관한 분석. 보건사회논집 1993; 13(2): 67-80.

- 홍문식. 인공임신중절 실태에 관한 연구: 일부 중도시 지역의 시술기관을 중심으로. 한국보건사회연구원, 1990.
- Adida Torres and Jacqueline Darroch Forrest. Why Do Women Have Abortion?. *Family Planning Perspectives* 1998; 20(4): 169-176.
- Akile Gursoy. Abortion in Turkey: A matter of state, family or individual decision. *Social Science and Medicine* 1996; 42(4): 531-542.
- Axel I Mundigo, Cynthia Indoris. *Abortion in the Developing World*. WHO, 1999.
- Caroline C. Wang, Eric Vittinghoff, Lu shu Hua, Wang Hai Yun, and Zhou Mei Rong. Reducing Pregnancy and Induced Abortion Rates in China: Family Planning with Husband Participation. *American Journal of Public Health* 1998; 88(4): 646-649.
- Fasouliotis, Sozos J. & Schenker, Joseph G. Ethical Aspects of Reproduction in the Next Century. *Annals of the New York Academy of Science* 2000; 900: 357-374.
- FinnEgil Skjeldestad, Jens-Kristian Borgan, Anne Kjersti Daltveit, Erik H. Nymoen. Induced Abortion: Effects of marital status, age and parity on choice of pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 255-260.
- Knudsen, Lisbeth B. Induced abortions in Denmark. *Acta Obstetrics et Gynecologica Scandinavica-Supplement* 1997; 76(164): 54-59.
- Major, Brenda., Cozzarelli, Catherine., Sciacchitano, Anne Marie., Cooper, M Lynne., Testa, Maria., Pallas M. Perceived Social Support, Self-Efficacy, and Adjustment to Abortion. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 59(3): 452-463.

- Marian Uria & Carman Mosquera. Legal abortion in Asturias(Spain) after the 1985 law: Sociodemographic characteristics of women applying for abortion. *European Journal of Epidemiology* 1999; 15: 59-64.
- Mogilevkina, Iryna., Hellberg, Dan., Nordstrom, Marie-Louise., Od lind, Viveca. Factors associated with pregnancy termination in Ukrainian women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79(12): 1126-1131.
- M. Rotondi, D. Labriola, F. P. Ammaturo, C. Perone, E. Manzo, A. Magliole, N. Rampone, S. Panariello. Induced abortion and contraception: survey of 576 young women in Naples. *Clin Exp Obst & Gyn* 2000; 27(1): 47-50.
- Od lind, Viveca. Induced abortion-a global health problem. *Acta Obstetrics et Gynecologica Scandinavica-Supplement* 1997; 76(164): 43-45.
- Stotland, Nada L. Psychosocial Aspects of Induced Abortion. *Clinical Obstetric and GYN* 1997; 40(3): 673-686.
- Tornborn, Marie., Ingelhammar, Elisabeth., Lilja, Hakan., Svanberg, Bernhard., Moller, Anders. Decision-making about unwanted pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78(7): 636-641.
- 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.

## **ABSTRACT**

# **A Study on Determinants of Induced Abortion Among Korean Women**

Kim, Seol-a

Dept. of International Health

The Graduate School of  
Health Science and Management

Yonsei University

(Supervised by Professor Woojin Chung, Ph. D.)

The purpose of this study was to explore determinants of induced abortion among Korean women concerning the impact of socioeconomic status, the women's fertility, and 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. There were 1,901 pregnancies in total and 1,612 pregnant outcomes were selected for the final analysis excluding the 289(15.2%) cases of the pregnant status. Descriptive analysis showed the results of pregnancies related to characteristics, and the significant factors on determining induced abortion

were found by Chi-square analysis. Finally, Logit analysis was used to determine the relationship between factors and induced abortions.

The results of this study were as follows:

First, women's high educational level was the significant factor reducing the probability of induced abortion. Women in the job market currently had the high probability to terminate their pregnancy by induced abortion. Religion did not have any significant impact on induced abortion in Korea. The year of pregnant outcomes from 1998 to 2000 showed the strong relation with induced abortions, which implied the social impact on women's fertility.

Second, pregnancy with more than 2 children or unwanted pregnancy significantly increased the probability of induced abortion and, there was a strong interaction between number of children at the time of conception and intention of the conception. However, number of son did not affect the choice of induced abortion from this study.

Third, women objecting to induced abortion as the method of selecting male child had the less probability of determining induced abortion comparing to the others.

Based on these results, to develop the prevention strategies and the effective family planning policy for induced abortion in Korea this study could serve as a baseline information.

---

Key words : Induced abortion, Determinant