

한국 유배우 여성의 인공임신중절의 실태 및 결정요인*

은기수** · 권태환***

이 연구는 한국의 인공임신중절의 실태 및 결정요인을 분석하고 있다. 한국보건사회연구원에서 조사한 2000년 전국 출산력 조사 원자료를 이용하여 한국의 유배우 여성들의 인공임신중절을 및 인공임신중절경험율을 여러 독립변수에 따라 분석하고 있다. 한국의 유배우 여성들이 인공임신중절을 행하는 가장 큰 이유는 원하지 않는 임신을 한데서 시작된다. 그러나 원하지 않는 임신이라고 모두 인공임신중절로 귀결되는 것은 아니다. 결국 인공임신중절은 한국 사회에서 단산이나 터울을 조절하기 위한 방법으로 이용되고 있다. 그러나 인공임신중절을 택하는 이유는 매우 다양해서 첫 인공임신중절을 택한 가장 큰 이유는 혼전임신으로 밝혀지고 있고, 그 다음으로 중요한 이유는 경제적인 이유 때문에 인공임신중절을 택하는 것으로 나타나고 있다.

핵심단어: 인공임신중절, 피임, 인공임신중절 결정요인, 생식보건

* 이 연구는 한국보건사회연구원에서 제공한 2000년 전국 출산력 조사 원자료를 이용하여 수행되었다. 자료를 제공하여 준 한국보건사회연구원에 감사를 드린다.

** 한국정신문화연구원, 사회학과 교수

*** 서울대학교, 사회학과 교수

I. 들어가는 말

우리나라에서 가족계획사업이 본격적으로 시작된 1960년대 초부터 1980년대 초까지 출산력 수준을 낮추는데 크게 기여한 세가지 요소는 결혼연령의 상승, 피임실천율의 증가, 그리고 인공임신중절의 광범위한 시행이었다((권태환, 1978; 은기수, 1997; 조남훈, 김승권, 조애저, 장영식, 오영희, 1997:156; Cho, Arnold and Kwon, 1982; Kwon, 1975, 1980, 1982). 어느 나라나 높은 출산력 수준에서 낮은 출산력 수준으로 출산력의 변천이 일어날 때 인공임신중절은 출산력을 낮추는데 기여했다. 우리나라도 예외가 아니다. 그러나 오늘날 우리나라에서 인공임신중절이 출산력의 변화에 미치는 영향은 거의 없다(전광희, 2001). 이미 대체수준 이하로 출산력이 낮아진 상황에서 유배우 여성들의 인공임신중절률도 낮아져서 인공임신중절이 출산력에 미치는 영향은 매우 미미하다.

오늘날 한국 사회에서 인공임신중절이 심각한 사회문제로 부각되는 것은 출산력과 무관하게 미혼여성들이 인공임신중절을 광범위하게 행하고 있다는 데 있다(권태환·전광희·조성남, 1996). 한국 사회에서는 결혼하지 않은 여성들이 출산하는 경우 산부와 출생아 모두 사회적으로 부정적인 낙인이 찍히기 때문에 미혼 여성들이 임신하는 경우 결혼을 서둘러 결혼 내에서 출산을 하는 일부의 경우를 제외하고는 거의 대부분 인공임신중절로 이어지고 있는 것으로 생각되고 있다. 미혼 여성들이 인공임신중절을 널리 행하고 있다는 것은 널리 알려져 있지만, 구체적으로 매년 얼마나 많은 미혼 여성들이 인공임신중절을 행하고 있는지에 관한 정확한 자료는 없다. 거의 모두 사례연구를 통해 부정확한 추정이 이루어지고, 이 추정을 근거로 한국의 미혼 여성에 의한 인공임신중절이 세계적으로 가장 높은 수준에 속한다고 말한 뿐이다. 그러나 미혼 여성들이 임신하는 경우 인공임신중절로 이어지고 있는 경우가 많기 때문에 한국의 출산력에 미치는 영향 또한 거의 없다고 보아도 큰 문제는 없다.

지금까지 우리는 인공임신중절을 주로 출산력을 조절하는 하나의 방편이라는 측면에서만 생각해왔다. 반면에 인공임신중절을 행하는 여성의 건강이라는 측면에서는 별로 생각한 바가 없다. 출산력 수준이 대체수준 이상

으로 높았던 시절에는 출산력을 낮추는 것이 인구정책의 최우선 목표였기 때문에 인공임신중절을 오직 출산력을 조절하는 도구나 방법으로서만 인식했다. 그러나 출산력 수준이 낮아지고 인공임신중절이 출산력에 미치는 영향이 미미해지면서, 인공임신중절에 관한 관심은 여성의 건강이라는 측면에서 새롭게 조명되고 있다.

미국 의학계에서는 인공임신중절 수술을 가장 안전한 수술의 하나라고 한다. 극단적으로 표현하면 점심시간을 이용해서 짧은 시간에 안전하고 간단히 시술할 수 있는 대표적인 수술의 하나라고 한다. 세계보건기구(WHO)에서도 무자격자가 시술하는 안전하지 않은 인공임신중절을 문제삼을 뿐, 자격을 갖춘 의사가 병원에서 행하는 "안전한" 인공임신중절에 대해서는 문제삼지 않는다. 그러나 인공임신중절 수술을 직접 행하는 의사들도 아무리 안전하고 쉽게 행할 수 있는 인공임신중절 수술도 여러 가지 부작용을 수반할 수 있으며 여성들의 건강에 미치는 영향이 클 수 있기 때문에 인공임신중절 수술을 하지 않을 수 있다면 피할 것을 권고한다. 또 육체적으로 뿐만 아니라 정신적으로도 인공임신중절 수술은 여성에게 큰 상처를 남길 수 있다.

그러나 우리나라 뿐만 아니라 출산력 수준이 낮은 서구 선진 사회에서도 여성들은 여전히 높은 비율로 인공임신중절을 경험하고 있다. 예를 들면 캐나다의 경우 1993년에 캐나다 여성들 가운데 16.7%가 인공임신중절을 경험했는데, 이러한 비율이 지속되는 경우 캐나다 여성들 세 명 중 한 명은 일생에 한 번은 인공임신중절을 경험할 것이라고 예측되고 있다(CMA J·JAMC, 1997:756). 미국에서도 인공임신중절은 여성들과 그들의 가족의 삶에서 아주 흔한 일이라고 지적되고 있다. 인공임신중절은 미국에서 가장 흔히 행해지는 수술의 하나라는 것이다. 매년 가임연령층 여성 가운데 2-3%가 인공임신중절을 경험하는데, 이 비율은 미국에서 매해 이루어지는 네 번의 임신 가운데 한 번의 임신이 인공임신중절로 끝나는 비율이라고 한다. 그 결과 미국 여성들이 45세에 이르게 되면 전체 여성의 43%가 인공임신중절을 경험하게 된다고 한다(Grimes, 2000:S1).

이 논문은 여성들의 건강에 직접적인 영향을 미치는데도 아직도 높은 비율로 시행되고 있는 인공임신중절의 실태를 살펴보고, 인공임신중절에 이

르는 결정요인이 무엇인지 분석하려고 한다. 은기수(2001)의 논의의 뒤를 이어 가장 최근의 출산력 자료를 이용하여 한국 유배우 여성들이 얼마나 광범위하게 인공임신중절을 실시하고 있는지 그리고 그 결정요인이 무엇인지 다시 살펴보려고 한다. 먼저 한국을 포함한 전 세계에서 인공임신중절이 얼마나 광범위하게 실시되고 있는지 살펴보면서 한국의 인공임신중절 실태를 분석한다.

II. 인공임신중절의 현황

<표 1>은 세계 몇 나라의 인공임신중절을 선택적으로 보여주고 있다. 여기서 인공임신중절율은 어느 특정한 해에 가임기 여성, 대개 15-44세까지의 여성 1000명당 인공임신중절의 수를 나타낸다.

<표 1> 세계 몇 나라의 인공임신중절율, 1975-1996

국가	1975	1980	1986	1990	1993	1996
*자료가 완전하다고 믿어지는 국가						
불가리아	64.3	76.7	65.5	70.3	55.0	51.3
체코	26.4	32.3	37.9	47.7	30.8	20.7
덴마크	27.0	21.4	17.7	18.2	16.9	-
네덜란드	5.2	6.7	5.3	5.2	5.7	6.5
스웨덴	20.2	20.7	18.9	21.3	19.7	18.7
미국	21.7	29.3	27.4	27.4	25.4	22.9
캐나다	10.5	12.6	11.2	14.6	15.3	-
싱가포르 ¹⁾	23.5	28.4	32.9	22.5	19.2	15.9
*자료가 불완전하거나 완전성이 알려져 있지 않은 국가						
루마니아	-	-	-	181.7	102.4	78.0
일본	25.2	22.5	19.8	17.0	14.6	-
중국	27.5	44.8	44.4	-	27.9	-
베트남	5.0	15.0	24.8	66.4	81.3	83.3
한국	63.9	64.0	-	36.5	33.7	19.6

자료: Henshaw et al. (1999: 46, 표 1)에서 재구성함.

주: 1) 싱가포르는 1990년 이전에는 인공임신중절율이 추정된 인구수에 기반하여 측정되었다. 반면에 1990년 부터는 싱가포르에 거주하고 있는 사람들을 기반으로 측정되었다. 1990년 이전과 1990년 이후의 인공임신 중절율의 차이는 이런 실정을 반영하고 있다.

<표 1>에서 알 수 있듯이 인공임신중절에 관한 자료는 불완전한 경우가 많다. 우리나라의 경우에도 가임기 여성이라 할지라도 전국적인 수준에서 미혼 여성의 인공임신중절에 관해 공식적으로 인정할 수 있는 자료는 없다. 우리나라에서 공식적으로 인정할 수 있는 인공임신중절에 관한 자료는 한국보건사회연구원이 3년마다 조사하고 있는 전국 출산력 조사에서 조사되고 있는 유배우 여성의 인공임신중절 자료이다.

서유럽국가나 미국, 캐나다 등의 인공임신중절율은 비교적 낮은 편이다. 특히 네덜란드는 매우 낮은 인공임신중절율을 보이고 있다. 네덜란드에서는 낙태가 합법화되어 있고, 자유롭게 행할 수 있다. 그러나 피임이 철저하게 이루어지고 있어서 원치 않는 임신을 하게 되고 그 결과 인공임신중절로 임신을 끝내는 경우가 세계 어느 나라보다도 현저하게 낮다.

동유럽은 서유럽과 달리 매우 높은 인공임신중절율을 보이고 있다. 자료가 완전한 것으로 여겨지는 불가리아의 1996년 인공임신중절율은 51.3으로 네덜란드의 8배에 달하고, 미국의 2배가 넘는다. 자료가 불안정하지만 루마니아의 경우 1990년의 인공임신중절율은 181.7로 같은 동구권의 불가리아의 3배 이상의 높은 인공임신중절율을 기록하고 있다. 루마니아를 비롯한 동구권의 국가에서는 아직도 인공임신중절이 출산을 조절하는 방편으로 널리 행해지고 있다. 그래서 이들 국가에는 일종의 “인공임신중절 문화 abortion culture”가 있는 것으로까지 이해되고 있다.

아시아 국가 가운데는 일본의 인공임신중절이 가장 낮은 것으로 나타나고 있다. 물론 일본은 자료가 불완전하거나 자료의 완전성이 알려져 있지 않은 국가 가운데 하나이기 때문에 아시아 지역에서 인공임신중절율이 낮은 싱가포르보다도 실제로 인공임신중절율이 더 낮은지는 확인할 수 없다. 중국의 경우에도 인공임신중절율이 우리나라보다도 더 낮게 나타나고 있다. 이 역시 누구를 대상으로 인공임신중절율이 계산되었는지 분명하지 않기 때문에 정말 중국의 인공임신중절율이 한국의 인공임신중절율보다 더 낮은지는 불분명하다.

한국의 경우 한국보건사회연구원에서 매 3년마다 조사하고 있는 전국 출산력 조사 자료를 이용한 결과이기 때문에 가임연령층의 여성 가운데 유배우 여성의 인공임신중절율로 이해를 해야 한다. 우리나라의 경우 1980년대

10 한국인구학

초까지는 매우 높은 인공임신중절을 보이지만 그 이후 인공임신중절이 급속하게 감소하고 있다. 미혼 여성들의 인공임신중절율은 매우 높은 것으로 알려지고 있지만, 유배우 여성들의 인공임신중절율은 빠른 속도로 낮아지고 있고, 그 결과 우리나라의 출산력 수준에 미치는 영향력은 현재 미미한 수준에 머무르고 있다.

급속하게 낮아지고 있는 우리나라의 인공임신중절율의 경향은 다음 <표 2>에서 더 분명하게 확인된다.

<표 2> 20-44세 유배우 여성의 연령별 인공임신중절율 변동추이

연령	1975	1984	1987	1990	1993	1996	1999
20-24세	63	91	102	186	105	79	53
25-29세	86	146	103	112	94	51	33
30-34세	158	115	71	60	63	49	33
35-39세	153	40	29	21	25	16	12
40-44세	75	20	7	6	1	3	1

자료: 김승권 외 (2000:191, 표 5-1) 재인용.

<표 2>는 한국보건사회연구원에서 발간된 2000년 전국 출산력 조사 보고서 가운데 들어 있는 인공임신중절율의 변동에 관한 표이다. <표 2>는 인공임신중절율이 시기별로 연령에 따라 흥미로운 변화를 겪고 있음을 보여주고 있다. 1975년에는 30-34세 여성들의 인공임신중절율이 제일 높은 158이었고, 그 다음은 35-39세의 여성들의 인공임신중절율로 153으로 나타나고 있다. 그러나 약 10년후인 1984년의 유배우 여성의 연령별 인공임신중절율은 25-29세 연령층이 가장 높은 146으로 나타나고 있고, 10년 전에 가장 높은 인공임신중절율을 기록했던 30-34세 유배우 여성의 인공임신중절율은 115로 25-29세 여성들의 인공임신중절율보다 낮은 것으로 나타나고 있다. 35-39세의 유배우 여성들의 인공임신중절율은 40으로 현격하게 감소하고 있다.

1987년에는 25-29세의 인공임신중절율이 103이고 20-24세의 인공임신중절율이 102로 거의 차이없이 나타난다. 반면에 30세 이상 연령층의 인공임신중절율은 크게 감소하고 있다. 인공임신중절이 가장 많이 일어나는 연령층이 20대로 옮겨온 것이다. 1990년에 이르면 가장 높은 인공임신중절율을

보이는 연령층은 20-24세로 186을 기록하고 있다. 두 번째로 높은 인공임신중절을 보이는 연령층은 25-29세로 112의 인공임신중절을 기록하고 있다. 30대 이상의 연령층에서는 인공임신중절이 더욱 크게 감소하고 있다.

1993년부터는 그 이전에 비해 모든 연령층에서 인공임신중절율이 감소하고 있는 양상을 보인다. 가장 높은 인공임신중절율을 기록하고 있는 20-24세의 인공임신중절율도 105로 3년 전인 1990년보다 현저히 감소한 인공임신중절율을 보여준다. 25-29세의 인공임신중절율은 94로 인공임신중절율이 100이하로 낮아지고 있다.

이후에는 모든 연령층에서 인공임신중절율이 지속적으로 낮아지고 있는 양상을 보여준다. 그래서 1999년의 경우 20-24세의 유배우 여성 1000명당 53건의 인공임신중절이 있는 것으로 나타나는데, 이는 1990년의 인공임신중절율 186에 비하면 28%에 불과한 것이다. <표 2>는 지난 30여년 사이에 인공임신중절을 가장 많이 경험하는 나이가 점차 낮아지다가 최근 10년 사이에는 전 연령층에서 유배우 여성들의 인공임신중절이 매우 빠른 속도로 감소하고 있음을 보여주고 있다.

인공임신중절율의 감소는 인공임신중절을 경험하는 여성 자체도 줄어들 가능성을 내포하고 있다. 물론 유배우 여성들이 인공임신중절을 시행하는 여성과 인공임신중절을 시행하지 않는 여성으로 나뉘어 질 수 있고, 인공임신중절을 행하던 여성들의 인공임신중절의 횟수가 감소할 가능성도 있지만, 인공임신중절율의 감소로 인해 전반적으로 인공임신중절을 경험하는 여성들의 비율이 감소할 가능성이 더 크다. 다음 <표 3>은 1976년부터 2000년까지 가입연령층 유배우 여성들의 인공임신중절 경험율을 보여주고 있다.

<표 3> 역시 한국보건사회연구원의 2000 전국 출산력 조사의 보고서에 제시되어 있는 표이다. <표 3>에 의하면 1976년 현재 15-44세의 유배우 여성 가운데 39%가 인공임신중절을 경험했다. 이 경험율은 1985년에 53%, 1988년에 52%, 1991년에 54%까지 증가한다. 그러나 이후에는 감소추세로 들어서 1994년에 49%의 유배우 여성만이 인공임신중절을 경험하고 있고, 1997년에는 44%, 그리고 2000년에는 39%까지 감소한다.

그러나 인공임신중절의 경험은 유배우 여성들의 연령과 밀접한 관계를

12 한국인구학

맺고 있다. 인공임신중절 경험율이 39%로 낮아진 2000년에도 15-24세 유배우 여성의 경우 13%만이 인공임신중절을 경험했다. 그러나 30-34세 유배우 여성들 가운데는 35%가 최소한 한번 이상의 인공임신중절을 경험했고, 35-39세 여성들은 50%가 경험한 것으로 나타난다. 40-44세 유배우 여성의 경우 인공임신중절 수술을 경험한 비율이 52%로 절반 이상의 유배우 여성들이 최소한 한번 이상의 인공임신중절을 경험한 것으로 나타난다.

<표 3> 15-44세 유배우 여성의 인공임신중절 경험율 변동추이 (단위: %)

연령	1976	1985	1988	1991	1994	1997	2000
전체	39	53	52	54	49	44	39
15-24세	16	22	27	29	21	21	13
25-29세	27	42	41	40	36	27	17
30-34세	46	61	57	55	51	45	35
35-39세	50	63	63	60	58	52	50
40-44세	45	67	62	65	60	53	52

자료: 김승권 외(2000:193, 표 5-2) 재인용

여성의 일생에서 인공임신중절은 가임기간 동안 언제든지 일어날 가능성이 있다. 단 한번만 일어나는 것이 아니라 여러차례 반복될 가능성이 있고, 실제로도 두 번 이상의 인공임신중절을 경험하는 여성도 많다. 인공임신중절이 감소하고 있는 상황에서 한국의 유배우 여성들이 얼마나 자주 인공임신중절을 경험하는지 다음 <표 4>를 통해 살펴보자.

<표 4> 15-49세 유배우 여성의 인공임신중절 경험: 2000년 (단위:%, 명)

연령	무경험	1회	2회	3회 이상	합	N
-24	80.8	13.5	4.3	1.4	100	141
25-29	80.2	15.4	3.5	0.9	100	825
30-34	63.1	22.9	10.6	3.4	100	1224
35-39	50.6	26.7	15.2	7.5	100	1450
40-44	48.3	24.9	17.7	9.1	100	1380
45-49	49.3	26.0	14.8	9.9	100	1066
합	57.1	23.6	12.9	6.4	100	6086

자료: 2000 전국 출산력 조사 원자료. 한국보건사회연구원

주: 1) 임신경험이 최소 1번 이상있는 유배우 여성만을 대상으로 함.

2) 가중치를 부여하지 않은 원자료의 수치임.

2000년 현재 15세부터 49세까지의 유배우 여성 가운데 한 번이라도 인공임신중절을 경험한 비율은 43%이다. 인공임신중절의 횟수도 여성들의 연령과 깊은 관계가 있다. 15세부터 24세까지의 유배우 여성 가운데에서는 19%, 25-29세 유배우 여성 가운데에서는 20%만이 1번 이상의 인공임신중절을 경험하고 있다. 그러나 30대에 접어들면 인공임신중절의 경험이 갑자기 늘어난다. 그래서 30-34세의 유배우 여성 가운데는 37%, 35-39세의 유배우 여성가운데는 49%가 인공임신중절을 경험하고 있다. 가장 나이가 많은 45-49세의 유배우 여성가운데 51%가 한 번 이상의 인공임신중절을 경험했고, 25%의 여성은 두 번 이상의 인공임신중절을 경험하고 있다.

Ⅲ. 기존연구 검토

인공임신중절에 관한 기존연구 검토는 은기수(2001)의 연구에서 비교적 상세하게 다루어지고 있다. 은기수(2001)는 인공임신중절에 관한 기존연구를 검토하면서 특히 최근에 이루어진 김한곤(1997)의 연구와 조남훈·김승권·조애저·장영식·오영희(1997)의 연구를 중점적으로 검토하였다. 인공임신중절에 관한 기존연구의 검토에서 드러난 가장 큰 문제점은 전국 출산력 조사에서 산출하고 있는 임신력 자료를 적절히 분석한 연구가 이루어지지 않고 있다는 점이었다. 기존의 연구는 대체로 횡단적 자료를 이용해 횡단적으로 분석한 연구가 주를 이루고 있었다. 또 임신력 자료라는 종단적 자료를 횡단적 자료로서만 활용하여 자료의 이용가치를 제대로 살리지 못하고 있었다. 방법론적으로는 임신력 자료라는 종단적 자료를 종단적 분석 방법으로 적절하게 분석한 연구를 찾아보기 힘들었다. 때로는 인과관계를 설정하기 힘든 경우에 인과관계를 설정하여 분석한 경우도 있었다.

이런 기존연구의 단점을 드러내고 임신력 자료라는 종단적 자료를 종단적 분석방법으로 분석한 예가 은기수(2001)의 연구였다. 은기수(2001)는 임신력 조사 자료를 기존의 연구방식과 마찬가지로 횡단적 자료로 변형하여 로짓분석을 행한 결과와 종단적 자료에 생존분석방법을 활용하여 분석한 결과를 비교하여 인공임신중절의 결정요인을 보여주었다. 은기수(2001)의

14 한국인구학

연구에서는 피임의 실천여부는 원하는 임신이었는지를 통제하면 인공임신 중절에 미치는 영향이 사라지는 것을 보여주면서 피임의 실천여부가 인공임신중절의 결정요인으로 보기는 힘들다고 주장하였다. 반면에 자녀의 수, 최소한 한명의 아들의 출산여부, 원하는 임신이었는지 등이 한국 유배우 여성들의 인공임신중절을 결정하는 요인임을 밝혔다.

은기수(2001)의 연구에서 드러난 또 하나의 쟁점은 임신당시 최소한 한명 이상의 아들이 있는지의 여부와 원하던 임신의 여부 사이에 상호작용이 있다는 것이었다. 그러나 로짓분석에서는 상호작용이 분명하게 드러나는데, 생존분석에서는 상호작용 변수가 유의도 0.1 수준에서만 유의한 것으로 드러나 상호작용 여부가 불확실하게 나타났다. 은기수(2001)의 연구에서는 로짓분석과 생존분석 사이에 존재하는 상호작용 변수의 유의도 변화를 충분히 설명할 수 없었다.

미혼여성의 인공임신중절에 관한 연구가 귀한 상황에서 권태환·전광희·조성남(1996)은 사례연구를 통해 미혼여성의 인공임신중절의 결정요인을 로짓분석을 통해 밝히고 있다. 또 인공임신중절의 결과 후유증이 어떻게 차이가 나는지도 로짓분석을 통해 밝히고 있다. 이 연구결과 미혼여성들 가운데에서도 유흥업소 종사자들이 반복적인 인공임신중절을 가장 높게 경험하고 있고, 인공임신중절의 후유증도 제일 높게 경험하고 있는 것으로 밝혀졌다.

이 연구에 참여한 여성들의 77%는 원치않는 임신을 한 경우 인공임신중절을 하는 것에 동의함으로써 미혼 여성들이 원치않는 임신을 하는 경우 대부분 인공임신중절로 이어지고 있음을 쉽게 짐작할 수 있다. 원치않는 임신의 경우 권태환 등(1996)의 연구에서 밝혀진대로 미혼여성만 인공임신중절에 의존하는 것이 아니고 은기수(2001)의 연구에서 알 수 있듯이 유배우 여성들도 원치않는 임신을 한 경우 인공임신중절에 의존하고 있다.

이 연구는 은기수(2001)의 연구를 통해 밝혀진 인공임신중절의 결정요인을 다시 한번 확인하고자 한다. 은기수(2001)의 연구에서는 임신력 자료를 생존분석을 통해 인공임신중절의 결정요인을 밝히려 했는데, 임신력 자료의 한계상 “원치않는 임신”이라는 변수가 인공임신중절을 결정하는 가장

중요한 요인임을 지적하는데 그쳤다. “원치않는 임신”의 범주 내에는 여러 가지 다양한 이유가 포함될 수 있는데, 다양한 이유가 구분되지 않은 채 “원치않는 임신”이라고 표현되어 있을 가능성이 높다. 따라서 이 연구에서는 임신력 자료 이외에 일반 설문에서 첫 번째 인공임신중절과 마지막 인공임신중절의 이유에 관한 자료를 분석하여 비록 기술적인 수준이라도 인공임신중절의 결정요인을 살펴보고자 한다.

IV. 자료 및 분석방법

인공임신중절의 실태와 결정요인을 분석하기 위해 이 연구에서는 한국보건사회연구원이 2000년에 조사한 <2000 전국 출산력 조사> 원자료를 활용하고 있다. 이 조사에는 8,935명의 유배우 여성들이 응답했다.¹⁾

일반 설문의 첫 번째와 마지막 인공임신중절의 이유를 분석할 때는 기술적인 분석방법을 활용한다. 그러나 임신력 자료를 활용하여 인공임신중절의 결정요인을 분석할 때는 생존분석방법을 이용하여 분석한다.²⁾

2000 전국 출산력 조사에는 임신력 조사 자료가 포함되어 있다. 임신력 자료에는 응답자가 최근 3년 이내에 경험한 모든 임신에 관한 정보가 담겨 있다. 임신이 일어난 경우 임신년도와 임신 월 그리고 종결년도와 종결 월이 표시되어 있다. 이 연구에서 우리가 관심을 갖는 사건은 인공유산이다. 그러나 임신의 결과는 출생, 사산, 자연유산, 인공임신중절, 임신중 등의 다섯 범주이다. 임신이 되면 단 하나의 동일한 사건으로 종결되는 것이 아니고 서로 경쟁하는 여러 사건으로 종결된다. 따라서 인공임신중절의 생존분석은 전형적인 경쟁위험 생존분석(competing risk survival analysis)의 한 예이다. 임신중은 출생, 사산, 자연유산, 인공임신중절 등 네 범주 중 어디로 이행할지 모르는 상태에서 절단(censored)된 경우에 해당한다. 따라서

1) 이 자료에 관해 자세한 사항은 김승권 등(2000)의 전국 출산력 조사 자료를 참조하기 바란다.

2) 이 연구에서 활용한 생존분석방법은 은기수(2001)의 분석방법과 동일하다. 분석방법을 제시하는 것이 필요하다는 평가자의 의견을 받아들여 은기수(2001:88-89)에 제시되었던 내용을 다시 한번 제시한다.

임신한 후 일어날 수 있는 경쟁위험 사건은 출생, 사산, 자연유산, 그리고 인공임신중절의 네 범주로 볼 수 있다.

T_i 를 어떤 개인 i 에게 있어 출산, 사산, 자연유산 혹은 인공임신중절의 결과가 일어나는 시간이라고 하고, J_i 를 개인 i 에게 일어나는 임신의 결과라고 하자. 그러면 어떤 개인 i 가 시간 t 에 임신의 특정한 결과유형 j 를 경험하는 위험(hazard), $h_{ij}(t)$ 는 다음과 같이 정의될 수 있다.

$$h_{ij}(t) = \lim_{\Delta t \rightarrow 0} \frac{\Pr(t \leq T_i < t + \Delta t, J_i = j | T_i \geq t)}{\Delta t}, (j = 1, 2, 3, 4, \dots) \dots \dots (1)$$

임신의 결과에 따른 위험이 정의되면 우리는 결과유형에 따른 생존함수를 다음과 같이 정의할 수 있다.

$$S_j(t) = \exp \left\{ - \int_0^t h_j(u) du \right\} \dots \dots \dots (2)$$

임신의 결과유형에 대한 위험을 위와 같이 정의하면 우리는 임신의 각 결과유형이 독립변수에 의해 어떻게 영향을 받는지 모형을 구성할 수 있다. 이 연구에서는 비례위험모형(proportional hazard model)을 통해 인공임신중절의 결정요인을 분석하고자 한다. 경쟁위험분석을 위한 일반비례위험모형은 다음과 같다.

$$\log h_{ij}(t) = a_j(t) + \beta_j X_i(t), (j = 1, 2, 3, 4, \dots) \dots \dots \dots (3)$$

이 연구에서 우리의 목적은 인공임신중절의 결정요인이 무엇인지 분석하는 것이다. 생존분석에서 “임신중”은 절단(censored)된 것으로 처리된다. 뿐만 아니라 이 연구는 인공임신중절의 결정요인을 분석하기 때문에 출생, 사산과 자연유산도 종결된 해에 절단된 것으로 간주된다.

V. 연구가설

이 연구에서는 은기수(2001)의 가설을 다시 검증하고자 한다. 그러나 기존 연구의 연구가설을 모두 검증하는 대신 쟁점이 되는 가설을 2000년 전국 출산력 조사 원자료를 활용하여 검증하는 방식을 택한다.

인공임신중절의 결정요인에 관한 기존연구에서 지적되는 대표적인 결정

요인은 피임실천여부이다. 피임을 한 경우에 임신이 되면 인공임신중절로 이어질 위험이 높고, 피임을 하지 않은 경우에 임신이 되면 정상적인 출산으로 이어질 가능성이 높다는 것이다. 따라서 피임의 실천여부가 인공임신중절을 결정하는 요인이라는 것이 기존연구들의 일관된 주장이다. 그러나 은기수(2001)의 연구에서는 원하는 임신 여부를 통제했을 때 피임실천의 여부가 가지는 영향력이 사라짐을 발견함으로써 피임의 실천여부는 인공임신중절의 결정요인이 아니라고 주장했다. 이 연구에서는 2000년 출산력 조사 자료를 통해서도 은기수(2001)의 연구결과가 맞는지 다시 한 번 검증하려고 한다.

가설 1: 피임을 한 경우 임신이 되었다면 피임을 안 한 경우 임신이 되었을 때보다 인공임신중절로 이어질 확률이 높다.

은기수(2001)의 연구에서 드러난 또 하나의 쟁점은 임신당시 아들의 현존여부와 원하는 임신여부 사이에는 상호작용이 있다는 점이다. 횡단적 자료를 횡단적 분석방법으로 분석했을 때는 상호작용 효과가 분명하게 드러났지만, 생존분석에서는 상호작용의 통계적 유의도가 낮게 나타났었다. 이 연구에서는 생존분석을 통해 임신당시 아들의 현존여부와 원하는 임신여부 사이에 상호작용이 있는지를 다시 한번 검증하고자 한다.

가설 2: 임신당시 아들의 현존여부와 원하는 임신의 여부는 상호작용을 한다.

VI. 인공임신중절의 구체적인 이유

우리나라를 비롯한 세계 모든 나라에서 이루어지는 인공임신중절의 가장 근본적인 이유는 원하지 않은 임신때문이다(은기수, 2001; Bankole, 1998). 원하지 않은 임신이기 때문에 인공임신중절로 연결되는 경우가 인공임신중절의 대부분을 차지한다. 그러나 원하지 않은 임신이 모두 인공임신중절로 연결되는 것은 아니다. 임신을 원했다더라도 인공임신중절로 이어질 수 있고, 반면에 원하지 않은 임신이라도 정상적인 출산으로 이어질 수 있다. 따라서 원하든 혹은 원하지 않든 간에 임신이 이루어지면, 그 임신이 출산 후

은 인공임신중절로 이어지는데 영향을 미치는 여러 사회경제적, 생물학적 요인이 존재한다.

다음 <표 5>는 2000년 전국 출산력 조사 자료 가운데 1998년 1월부터 2000년 6월 조사 시점까지 응답자(8,935명)들이 경험한 모든 임신에 관해 조사한 임신력 자료(pregnancy history data)를 활용하여 분석한 결과이다. 이 연구에서는 임신력 자료 가운데 조사 시점 현재 임신중인 경우는 정상출산, 인공임신중절, 사산 혹은 자연유산 가운데 어디로 귀착될 지 모르기 때문에 생략하고 분석하였다.

<표 5> 여러 특성별 임신결과 (단위:%, 명)

변수	인공임신중절	사산+자연유산	정상출산	합	N
원하는 임신여부					
원했다	5.6	12.8	81.7	100.1	829
원하지 않았다	59.4	11.2	29.4	100	429
피임					
했음	53.3	11.9	34.7	99.9	285
안했음	15.2	12.4	72.4	100	971
임신당시 자녀의 수					
0	7.2	12.2	80.6	100	516
1	17.0	12.8	70.2	100	429
2+	61.6	11.6	26.9	100.1	320
임신당시 아들의 수					
0	13.2	12.5	74.3	100	801
1	37.4	12.3	50.3	100	390
2+	74.3	9.5	16.2	100	74
임신당시 딸의 수					
0	14.9	13.2	72.0	100.1	813
1	39.7	7.6	52.7	100	330
2+	45.1	18.9	36.1	100.1	122
임신당시 연령					
-24	11.5	9.6	78.8	100.0	208
25-29	16.1	11.8	72.1	100.0	602
30-34	37.2	13.2	49.5	100.0	325
35+	50.0	16.2	33.8	100.0	130

자료: 2000 전국 출산력 조사 자료 중 임신력 원자료. 한국보건사회연구원
 주: 1) 1998년 1월부터 2000년 6월 조사시점까지의 모든 임신 가운데 임신중인 경우는 제외함.
 2) 가중치를 부여하지 않은 원자료의 수치임.

원하는 임신이었던 경우 82%는 정상출산으로 이어졌고, 13%는 사산이나 자연유산으로 이어져 결국 정상적인 출산으로 이어지지 못했다. 원하는 임신이었지만 5.6%는 중간에 인공임신중절로 이어졌다. 반면에 원하지 않았던 임신이라 할지라도 약 30%의 임신은 정상출산으로 이어졌고, 11%의 임신은 사산이나 자연유산으로 이어졌다. 원하지 않았던 임신의 59.4%만이 인공임신중절로 이어졌다.

임신 당시 피임을 했음에도 불구하고 임신된 경우 35%만이 정상출산으로 이어졌고 53%의 임신은 인공임신중절로 끝났다. 반면에 피임을 안한 상태에서 임신이 된 경우 72.4%는 정상출산으로 이어진 반면 15%의 임신은 인공임신중절로 귀결되었다.

임신이 인공임신중절이나 정상출산으로 귀결되는 데는 임신당시 자녀의 수, 아들의 수, 딸의 수 등도 영향을 미친다. 자녀의 수나 아들의 수, 혹은 딸의 수가 증가할수록 정상출산으로 이어지는 비율이 현저히 감소하고 대신 인공임신중절로 이어지는 비율이 높아진다. <표 5>의 단순빈도표는 임신당시 자녀의 수, 아들의 수, 딸의 수가 증가할수록 인공임신중절에 이르는 경우가 높아짐을 확연히 보여주고 있다.

임신 당시 여성의 연령도 인공임신중절과 깊은 관계를 가지고 있다. 24세 이하에 임신한 경우 11.5%의 임신만이 인공임신중절로 이어졌다. 반면에 30세 이상의 여성이 임신한 경우 50%의 임신이 인공임신중절로 이어졌다. 여성의 연령이 높아질수록 임신이 정상출산으로 이어지는 비율이 줄어들고, 반면에 인공임신중절로 이어지는 비율이 증가함을 <표 5>를 통해 쉽게 확인할 수 있다.

임신력 자료의 유용성에도 불구하고 임신력 자료는 인공임신중절 결정요인의 일부만을 검증할 수 있다. 임신력 자료가 아닌 일반설문 가운데 첫 번째 인공임신중절의 이유와 마지막 인공임신중절의 이유는 임신력 자료가 보여주지 못하는 인공임신중절의 결정요인을 추가로 보여준다.

다음 <표 6>은 임신순위별로 첫 번째 인공임신중절의 이유를 보여주고 있다.

<표 6>에서 유배우 여성들이 경험한 첫 번째 인공임신중절의 이유를 임신순위별로 살펴보면 흥미로운 현상을 발견할 수 있다. 첫 번째 임신이었던

데도 불구하고 인공임신중절로 이어진 가장 큰 요인은 혼전임신이다. 혼전임신이 사생아 출산으로 이어지는 것을 막기 위해 결혼을 앞당겨 결혼내에서 출산을 하기도 한다. 그러나 혼전임신이 결혼으로 이어질 수 있다는 확신이 없거나 혼전임신의 상대와 다른 사람과 결혼하는 경우 많은 혼전임신은 인공임신중절로 이어질 가능성이 높다. <표 6>은 이러한 추론이 사실임을 보여주고 있다. 응답자들은 첫 번째 임신이었음에도 불구하고 인공임신중절을 택한 경우 42.3%가 혼전임신이었기 때문에 인공임신중절을 택했다고 밝혔다. 그 다음은 경제적인 이유 때문에 인공임신중절을 택했다는 응답이 높다. <표 6>을 통해 첫 번째 임신의 12.7%가 경제적인 이유 때문에 인공임신중절로 이어졌음을 알 수 있다.

<표 6> 임신순위별 첫 번째 인공임신중절 이유 (단위: %, 명)

임신 순위	자녀 불원	터울 조절	임부 건강상	태아 이상	혼전 임신	경제적 곤란	취업중	기타	합	N
1	6.2	6.7	8.8	6.2	42.3	12.7	2.3	14.8	100.0	520
2	16.6	42.3	12.9	4.5	0.2	7.2	1.6	14.8	100.0	892
3	70.6	8.1	5.8	3.0	0.0	2.2	0.5	9.9	100.0	879
4	79.1	3.1	6.7	1.8	0.0	2.2	0.4	6.7	100.0	225
5+	75.3	1.0	5.2	0.0	0.0	1.0	0.0	17.5	100.0	97
합	40.3	18.8	8.9	3.9	8.5	7.1	1.2	11.4	100.0	2613

자료: 2000 전국 출산력 조사 원자료. 한국보건사회연구원
 주: 1) 인공임신 경험이 1회 이상 있는 유배우 여성만을 대상으로 함.
 2) 가중치를 부여하지 않은 원자료의 수치임.

두 번째 임신이었는데 인공임신중절로 이어진 경우에는 터울조절의 목적이 가장 높은 것으로 나타났다. 두 번째 임신이었는데 인공임신중절로 이어진 42.3%가 터울조절의 목적 때문에 인공임신중절을 택한 것으로 나타났다. 세 번째로 높은 비율은 자녀를 원하지 않았기 때문에 인공임신중절을 택한 것으로 나타났고, 그 다음이 임신부의 건강상의 이유의 순서로 나타나고 있다.

세 번째 임신부터 인공임신중절로 이어진 가장 중요한 이유는 자녀를 원하지 않았기 때문인 것으로 나타난다. 세 번째 임신의 70.6%, 네 번째 임신의 79%, 다섯 번째 및 그 이상의 임신의 75.3%가 자녀를 더 이상 원하

지 않았기 때문에 인공임신중절을 했다고 응답하고 있다.

이미 외국의 연구에서도(Bankole et al., 1998) 단산이나 터울을 조절하기 위해 인공임신중절이 가장 많이 이루어진다는 연구결과가 밝혀져 있는데 2000년 전국 출산력 조사를 통해서 볼 때 우리나라의 첫 번째 인공임신중절의 경우 첫 번째 임신을 제외하고는 단산의 목적이거나 터울 조절의 목적으로 인공임신중절이 빈번하게 시행되고 있음을 알 수 있다.

다음 <표 7>은 마지막으로 인공임신중절을 택한 경우의 이유를 보여주고 있다.

<표 7> 임신순위별 마지막 인공임신중절 이유 (단위:%, 명)

임신 순위	자녀 불원	터울 조절	임부 건강상	태아 이상	혼전 임신	경제적 곤란	취업중	기타	합	N
2	9.6	9.6	3.8	0.0	34.6	30.8	5.8	5.8	100.0	52
3	29.6	14.1	24.1	4.5	3.0	11.6	0.0	13.1	100.0	199
4	74.5	3.1	6.1	1.5	0.7	7.0	0.7	6.6	100.0	458
5	78.0	2.3	3.8	1.5	1.1	8.0	1.1	4.2	100.0	264
6+	78.6	0.5	3.9	0.0	1.0	4.9	0.5	10.7	100.0	206
합	65.6	4.6	8.1	1.7	2.7	8.7	0.8	7.8	100.0	1179

자료: 2000 전국 출산력 조사 원자료. 한국보건사회연구원

주: 1) 인공임신중절 경험이 2회 이상 있는 유배우 여성만을 대상으로 함.

2) 가중치를 부여하지 않은 원자료의 수치임.

<표 7>은 2000년 전국 출산력 조사의 응답자들에게 마지막 인공임신중절의 이유를 물어 본 결과이다. 응답자에 따라서는 조사 당시 단 한번의 인공임신중절을 경험했다면 첫 인공임신중절이 마지막 인공임신중절일 수 있기 때문에 <표 7>의 분석에서는 인공임신중절의 경험이 최소 2번 이상인 응답자만을 골라 분석했다.

마지막 인공임신중절이지만 개인적으로는 두 번째 임신이었는데 인공임신중절로 이어진 가장 많은 이유는 다시 혼전임신으로 나타나고 있다. 두 번째 임신이 마지막 인공임신중절로 이어진 경우 34.6%가 혼전임신 때문이었다고 응답하고 있다. 그 다음으로 높은 비율을 차지한 이유는 경제적 이유였다.

세 번째 임신이 마지막 인공임신중절인 경우 자녀불원(29.6%), 임부 건

강상(24.1%), 태울조절(14.1%), 경제적인 이유(11.6%)의 순으로 나타나고 있다. 원하지 않는 임신이었기 때문에 인공임신중절을 택한 것으로 나타난다.

네 번째 임신의 결과가 마지막 인공임신중절인 경우 압도적으로 높은 비율로 자녀를 더 이상 원하지 않았기 때문에 인공임신중절을 행한 것으로 나타난다. 75% 이상의 비율로 네번째 임신, 다섯 번째 임신, 그리고 그 이상의 순위의 임신의 결과가 마지막 인공임신중절이었던 경우에 단산의 목적으로 인공임신중절을 행한 것으로 드러났다. 높은 순위의 임신이 마지막 인공임신중절로 이어진 경우 태울조절을 목적으로 이루어진 경우는 거의 없었다.

<표 6>과 <표 7>은 우리나라에서도 외국과 마찬가지로 가장 중요한 인공임신중절의 이유인 단산의 목적이나 태울을 조절하기 위해서 인공임신중절을 행함을 보여준다. 그러나 첫 번째 혹은 두 번째 임신이 인공임신중절로 이어지는 경우 혼전임신이었기 때문에 인공임신중절로 이어진 경우가 많았음을 확인할 수 있었다. 뿐만 아니라 경제적으로 어려운 상황이기 때문에 정상적인 출산을 포기하고 중간에 인공임신중절을 택하는 비율도 높음을 확인할 수 있었다.

<표 6>과 <표 7>을 통해서 인공임신중절의 결정요인은 임신이 원하는 임신이었던지, 아니면 원하지 않는 임신이었던지 뿐만 아니라 여성들의 개인적인 배경, 그리고 자녀에 대한 계획 및 가족의 상황 등 여러 차원의 요인들이 복합적으로 작용하고 있음을 알 수 있다.

VII. 피임과 인공임신중절

지금까지 많은 선행연구에서는 인공임신중절의 결정요인의 하나로 피임의 여부를 지적했다. 즉 임신을 원하는 경우 피임을 하지 않을 것이고, 피임을 하지 않고 임신되는 경우 정상적인 출산으로 이어지는 반면, 임신을 원하지 않으면 피임을 할 것이고, 이 경우 임신이 이루어지면 대개 인공임신중절을 택해 원하지 않는 임신이 출산으로 이어지는 것을 피할 것이라는

가정을 하고 있다.

그러나 사회전체적으로 피임률이 높다고 해서 개인 수준에서 임신을 원하느냐 혹은 원하지 않느냐에 따라 피임의 여부가 자동적으로 결정되는 것은 아니다. 또 피임을 한다 하더라도 피임방법이 매우 다양하고, 피임의 성공률이 피임방법에 따라 크게 다르기 때문에 피임이 인공임신중절의 결정요인이라고 말할 수 있는지는 분명하지 않다. 은기수(2001)는 결국 원하는 임신이었던지의 여부가 인공임신중절을 결정하는 요인이지만, 피임의 실천여부가 인공임신중절을 결정하는 요인이라고 보기 힘들다는 점을 논의했었다.

다음 <표 8>은 원하는 임신 여부와 피임과의 관계를 보여주고 있다.

<표 8> 원하는 임신 여부 및 피임과의 관계 (단위:%, 명)

원하는 임신여부	피임여부		합
	피임했음	피임안했음	
원했음	4.6	95.4	100(1,077)
원하지 않았음	59.4	40.6	100 (466)

자료: 2000 전국 출산력 조사 자료 중 임신력 원자료. 한국보건사회연구원
 주: 1) 1998년 1월부터 2000년 6월 조사시점까지의 모든 임신을 대상으로 함.
 2) 가중치를 부여하지 않은 원자료의 수치임.

임신을 원하는 경우 대부분 피임을 하지 않는다. 원하는 임신이 된 경우 95.4%는 피임을 하지 않았었다. 그러나 임신을 원하지 않는다고 부부가 철저하게 피임을 하는 것은 아니다. 임신이 되었으나 원하지 않는 임신이었던 경우 41%는 피임을 하지 않았었고, 59%만이 피임을 했음에도 불구하고 임신이 된 경우이다. <표 8>의 결과는 한편으로는 임신을 원하지 않았는데도 피임을 하지 않고 성관계를 맺는 경우가 많음을 보여주고 있고, 다른 한편으로는 피임을 했음에도 불구하고 상당히 높은 비율로 임신에 이르는 경우가 많음을 보여주고 있다.

피임이 인공임신중절을 결정하는 요인이 될 수 있는지를 검증하기 위해 원하는 임신여부를 통제된 상황에서 피임에 따른 임신결과를 살펴 본 결과가 <표 9>에 제시되어 있다.

<표 9> 원하는 임신여부에 따른 피임과 임신결과와의 관계 (단위:%, 명)

		인공임신중절	사산+자연유산	정상출산	합	N
원하던 임신						
피임	했다	5.4	5.4	89.2	100	37
	안했다	5.6	13.2	81.3	100.1	791
원하지 않은 임신						
피임	했다	60.5	12.9	26.6	100	248
	안했다	57.8	8.9	33.3	100	180

자료: 2000 전국 출산력 조사 자료 중 임신력 원자료. 한국보건사회연구원
 주: 1) 1998년 1월부터 2000년 6월 조사시점까지의 모든 임신 가운데 임신중진 경우는 제외함.
 2) 가중치를 부여하지 않은 원자료의 수치임.

원하는 임신이었던 경우 피임을 한 경우나 하지 않은 경우에 모두 약 5~6%의 임신이 인공임신중절로 이어졌고, 89%와 81%의 임신은 각각 정상적인 출산으로 이어졌다. 즉 원하는 임신이었던 경우 피임의 여부에 따라 인공임신중절로 이른 비율에 별 차이가 없다. 이는 원하는 임신인 경우 피임의 여부는 인공임신중절을 결정하는데 전혀 영향을 미치지 못함을 말해준다.

원하지 않았던 임신인 경우에는 피임을 했으나 임신된 경우의 60.5%, 그리고 피임을 안했으나 원하지 않은 임신이 된 경우의 57.8%의 임신이 인공임신중절로 이어지고 있다. 앞에서 살펴본 원하는 임신이었던 경우와 마찬가지로 원하지 않는 임신인 경우에도 피임을 했었는지의 여부에 관계없이 인공임신중절로 이어지는 비율에 큰 차이가 나타나지 않는다. 원하지 않는 임신이었는데 피임을 한 경우였고 정상출산으로 이어진 비율은 26.6%이고, 피임을 하지 않았는데 원하지 않는 임신이었고 정상출산으로 이어진 비율은 33.3%로 이 역시 큰 차이가 나지 않는다.

<표 9>를 통해 통계적인 유의도까지 검증하지 않는다 할지라도 피임의 여부가 인공임신중절을 결정하는 요인이라고 보기 어려움을 쉽게 알 수 있다. 즉 어떤 임신이 원하는 임신이었는지, 아니면 원하지 않는 임신이었던지가 인공임신중절을 결정하는 요인인 것이다. 원하는 임신인지의 여부를 통제하는 순간, 피임이 인공임신중절에 미치는 영향력은 사라져 버린다.

VIII. 생존분석 결과

이제 이 절에서 한국 유배우 여성들의 인공임신중절의 결정요인이 무엇인지 생존분석을 통해 살펴보기로 한다. 다음 <표 10>은 2000년 전국 출산력 조사 자료중 임신력 원자료를 활용하여 인공임신중절의 결정요인을 분석하고 있다.

<모형 1>부터 <모형 3>을 통해 공통적인 점을 먼저 살펴보자. 먼저 거주지에 따른 인공임신중절의 차이는 없다. 대도시, 중소도시, 읍면지역을 불문하고 인공임신중절은 고르게 일어난다. 유배우 여성의 종교에 따른 차이도 존재하지 않는다. 성, 임신, 결혼, 이혼 등에 대해 보수적인 입장을 취하는 기독교인들은 다른 종교를 가진 사람들에 비해 인공임신중절을 덜 하지 않을까 기대할 수 있지만, 생존분석의 결과는 응답자의 종교에 따라 인공임신중절에 차이가 없음을 보여주고 있다. 선택적 인공임신중절에 대한 태도에 따라서도 인공임신중절에 대한 차이가 나타나지 않는다. 출산 전에 성감별을 한 후 시행하는 인공임신중절에 반대하는 사람이나 찬성하는 사람 사이에 인공임신중절의 확률 사이에는 통계적으로 유의미한 차이가 존재하지 않는다. 반면에 임신당시 연령에 따라서는 뚜렷한 차이가 나타난다. 즉 임신당시 연령이 높아질수록 인공임신중절을 시행하는 위험율이 상승하며 이는 통계적으로도 유의미하다.

앞 절에서 살펴본 바와 같이 임신당시 피임여부는 인공임신중절 여부를 결정짓는 요인이 아니다. 임신당시 피임을 실천한 경우나 피임을 실천하지 않는 경우에 따른 인공임신중절 시행에 별다른 차이가 존재하지 않았다. <모형 1>은 위에서 간략하게 설명한 몇가지 변수들을 통제된 상황에서 임신당시 피임의 실천 여부에 따라 인공임신중절에 차이가 있는지를 살펴보았다. 임신당시 자녀구성을 통제한 후에도 임신당시 피임을 했었는데 임신이 된 경우에는 임신당시 피임을 하지 않고 임신된 경우에 비해 인공임신중절을 시행할 위험이 높아지고 있음을 보여주고 있다. 또 임신당시 자녀구성은 인공임신중절을 시행할 위험에 크게 영향을 미쳐, 전혀 자녀가 없는 부부에 비해 아들이 한 명 이상, 또는 딸이 한 명 이상, 또는 아들과 딸이 함께 있는 경우는 인공임신중절을 택하는 위험이 높은 것으로 나타난다.

그러나 원하는 자녀여부를 통제하면 피임에 따른 인공임신중절의 차이가 완전히 사라진다. <모형 2>를 보면 임신당시 피임을 한 경우의 생존분석 계수가 0.968에서 -0.118로 크게 작아지면서 통계적인 유의도를 잃고 만다. 즉 <모형 2>에서는 원하던 임신 여부가 인공임신중절을 결정하는 요소이지, 피임여부는 인공임신중절을 결정하는 요소가 아님을 보여주고 있다. 원하지 않는 임신을 한 경우 원한 임신을 한 경우보다 매우 높은 인공임신중절을 행할 위험성을 안고 있다.

<모형 3>은 <모형 2>에 임신당시 자녀 구성과 원하던 임신 여부의 상호작용항을 추가한 모형이다. 먼저 <표 10>의 밑부분의 통계치를 보면 <모형 3>은 <모형 2>에 비해 자유도를 셋이나 늘리면서도 X²의 증가는 0.5에 불과하다. 즉 자유도를 셋이나 늘린 <모형 3>은 <모형 2>에 비해 결코 좋은 모형이 아닌 것이다. <모형 3>이 <모형 2>에 비해 좋은 모형이 아니라는 말은 결국 <모형 2>에 추가한 세 개의 상호작용 항이 인공임신중절의 변이를 설명하는데 거의 도움이 되지 않고 있다는 의미이다.

실제로 생존분석계수를 보아도 상호작용항이 거의 무의미함을 쉽게 알 수 있다. <모형 3>에서 자녀가 아들만 있는데 원하지 않는 임신을 했건, 자녀가 딸만 있고 원하지 않는 임신을 했건, 또 자녀가 아들과 딸 모두 고루 있고 원하지 않는 임신을 했건간에, 준거집단이라고 볼 수 있는 원하지 않는 임신을 하고 임신당시 자녀가 전혀없는 경우와 비교해서 인공임신중절의 위험성에 통계적으로 유의미한 차이가 없다.

은기수(2001)의 연구에서는 한 명의 아들을 갖기를 원하는 아들선호사상의 영향이 아직도 남아 있어서, 원하는 임신이었던지의 여부와 한 명의 아들이 있느냐에 따라 인공임신중절의 위험이 달라진다는 분석결과를 보여주었는데, 2000년 전국 출산력 조사 자료를 이용한 결과는 원하는 임신이었던지의 여부와 임신당시 자녀구성 사이에는 유의미한 상호작용이 없는 것으로 나타나고 있다.

은기수(2001)의 분석에서도 로짓분석에서는 상호작용 효과가 뚜렷하게

드러났는데, 생존분석에서는 오직 0.1 유의도 수준에서 상호작용 효과가 있는 것으로 나타났다.

<표 10> 인공임신중절 결정요인에 대한 생존분석 결과

변수	모형 1	모형 2	모형 3
임신 연도			
1999	- 0.439***	- 0.392***	- 0.391***
2000	- 0.325**	- 0.269	- 0.264
임신당시 연령	0.059***	0.056***	0.056***
거주지			
대도시	0.295*	0.219	0.218
중소도시	0.291*	0.267	0.265
종교			
무종교	- 0.044	0.086	0.091
개신교	- 0.273	- 0.218	- 0.216
천주교	- 0.233	- 0.260	- 0.260
기타	0.935	1.497**	1.520
선택적 인공임신중절에 대한 태도			
그저 그렇다	0.211	0.097	0.098
찬성	0.346	0.267	0.265
잘 모르겠다	- 0.243	- 0.134	- 0.126
임신당시 피임 여부			
했다	0.968***	- 0.118	- 0.120
임신당시 자녀 구성			
아들만(a)	1.373***	0.914***	0.860**
딸만(b)	1.074***	0.725***	0.651*
아들과 딸 모두(c)	2.216***	1.435***	1.676***
원하던 임신여부			
원하지 않던 임신(u)		2.429***	2.393***
상호작용			
u*a			0.082
u*b			0.109
u*c			- 0.232
-2LL	4015.845	3795.373	3794.958
X ²	396.736***	617.494***	617.624***
자유도	16	17	20
사건수	307	307	307
N	1554	1554	1554

주: 1) *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

2) 생략된 준거집단은 다음과 같다: 임신 연도(1998), 거주지역(읍,면), 종교(불교), 선택적 인공임신중절에 대한 태도(반대), 피임(안했다), 임신당시 자녀구성(아들과 딸 모두 없었다), 원하는 자녀 여부(원했다)

이제 2000년 전국 출산력 조사 자료의 분석 결과는 0.1 유의도 수준에서도 상호작용 효과가 없는 것으로 나타나고 있다. 상호작용항이 추가됨으로써 카이스퀘어 값의 변화도 극히 미미하기 때문에 상호작용항의 효과가 거의 없음을 다시 확인할 수 있다.

그러면 왜 상호작용항이 유의미하지 않은 것인가? 표면적으로 나타난 결과에 근거해서 해석한다면 불과 몇 년 사이지만 더 이상 인공임신중절이 임신당시의 자녀의 구성, 특히 남자 한 명을 원하는 남아선호사상에 따라 결정되지 않는 양상으로 변하고 있는 것이라고 설명할 수도 있다. 아들이 한 명 이상 있는 상황과 딸이 한 명 이상 있는 상황에서 인공임신중절을 택하는 위협성에 차이가 없다는 것은 인공임신중절이 자녀의 성별 구성에 반영되는 전통적인 남아선호사상에 의해서 크게 영향을 받지 않고, 단산을 위한 목적으로 행해지고 있다고 생각된다. 그러나 상호작용항이 왜 통계적인 유의도를 잃는지에 관해서는 좀더 분석이 필요하다고 생각된다.

IX. 결론

인공임신중절은 아직도 세계 여러나라에서 광범위하게 행해지고 있다. 인공임신중절의 이유는 다양하다. 선진국/개발도상국에 따라서도 다르고, 개인과 가족의 특성에 따라서도 다르다. 인공임신중절을 결정하는 가장 근본적인 이유는 임신이 원하지 않은 임신이었기 때문이다. 그러나 일단 임신이 이루어지면 원하는 임신이었든 아니었든 간에 출산으로 이어질 것인지 아니면 중간에 인공임신중절로 끝날 것인지를 결정하는데 여러 사회경제적, 생물학적인 요인이 관여하게 된다.

인공임신중절을 결정하는 가장 중요한 요인은 단산이나 터울을 조절하기 위해서이다. 우리나라의 출산력 자료를 통해서도 단산이나 터울을 조절하기 위해서 인공임신중절이 이루어지고 있음을 확인할 수 있었다. 우리나라

에서 인공임신중절이 이루어지는데 영향을 미치는 또 다른 중요한 요소의 하나는 경제적인 이유인 것으로 밝혀졌다. 서양의 경우 더 구체적으로 직장을 계속 다니기 위해서 인공임신중절을 한다는 등 경제적인 이유가 자세히 밝혀지기도 한다. 그러나 우리나라의 경우 취업상의 이유로 인공임신중절을 택한 경우는 많지 않고, 그 외의 경제적인 이유로 인공임신중절을 택하는 것으로 나타난다. 자녀를 키우는데 드는 여러 경제적, 사회적 비용을 감당하기가 어렵기 때문에 인공임신중절을 택하는 경우도 그 중 중요한 이유일 것이다.

임신순위가 빠른 경우에 인공임신중절을 택하는 주요한 이유의 하나는 혼전임신이었다. 우리나라에서는 사생아 및 미혼모에 대한 사회적 낙인효과가 매우 부정적이고 강하기 때문에 혼전임신은 매우 높은 비율로 인공임신중절로 이어지고 있다. 이 논문에서 분석한 자료는 유배우 여성의 임신력 자료였기 때문에 배우자를 만나기 전에 이루어진 임신과 인공임신중절이 있었다해도 거의 기록되지 않은 것으로 판단된다. 아마 조사 당시의 배우자와의 관계 외에 이루어진 임신의 대부분은 인공임신중절로 이어졌을 것이나, 이 점을 밝힐 수 있는 적절한 자료가 존재하지 않는다.

아직도 인공임신중절의 결정요인에 관해서는 많은 연구가 필요하다. 결정요인을 밝힐 수 있는 좋은 자료가 더 많이 생산되어야 한다는 것은 인공임신중절의 결정요인에 관한 연구의 선결요건이다. 각 임신마다 경제에 관한 정보도 수집되어야 한다. 일반 설문에서 이루어진 인공임신중절의 이유가 임신력 조사에서 매 임신의 결과에 대한 이유로 수집된다면 인공임신중절의 결정요인에 관한 연구가 더 심층적으로 이루어질 수 있을 것이다.

참고문헌

- 권태환(1978), “인구성장의 추세와 요인” 이해영, 권태환(편) 《한국사회 I》 서울 대학교 사회과학대학 인구 및 발전문제연구소.
- 권태환·전광희·조성남(1996), “미혼여성의 성, 피임 그리고 인공유산: 수출공단 지역의 사례 연구” 《한국인구학》 19(1), 93-122.
- 김승권, 조애저, 이삼식, 김유경, 송인주(2000), 《2000년 전국 출산력 및 가족보건 실태조사보고서》 한국보건사회연구원.
- 김한곤(1997), “선별적 인공유산의 결정인자에 관한 비교연구: 대구지역과 미국 캘리포니아 베이지역” 《한국인구학》 20(1).
- 은기수(1997), “한국 인구의 변동” 한국사회사학회(편). 《한국 현대사와 사회 변동》. 문학과 지성사.
- _____ (2001), “인공임신중절의 결정요인에 관한 연구: 로짓분석과 생존분석의 비교” 《한국인구학》 24(2), 79-115.
- 전광희(2001), “한국의 출산력: 추이와 전망” 통계청 인구센서스분석 프로젝트. 《한국인구학회》 미간행.
- 조남훈, 김승권, 조애저, 장영식, 오영희(1997), 《1997년 전국 출산력 및 가족보건 실태조사보고》 한국보건사회연구원.
- 한국보건사회연구원(2000), “2000년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 원자료.” 한국보건사회연구원.
- Bankole, Akinrinola, Susheel Singh and Taylor Haas(1998), “Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries” *International Family Planning Perspectives*. 24(3), 117-127 & 152.
- Canadian Medical Association(1997), “Canadian Abortion Rising.” *News and Analysis*. CMAJ. 156(6), 756.
- Cho, Lee-Jay, Fred Arnold, and Tai-Hwan Kwon(1982), *The Determinants of Fertility in the Republic of Korea*. Committee on Population and Demography, Report No. 14. National Research Council. Washington, D.C.:National Academy Press.
- Grimes, David A.(2000), Medical Abortion: Public Health and Private Lives, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 183(2), S1-S2.

- Henshaw, Stanley K., Susheela Singh and Taylor Haas(1999), Recent Trends in Abortion Rates Worldwide, *International Family Planning Perspectives*. 25(1), 44-48.
- Kwon, Tai-Hwan(1975), Components of Population Growth, Kwon, Tai-Hwan, Hae Young Lee, Yunshik Chang, and Eui-Young Yu. *The Population of Korea*. Seoul National University Press.
- _____ (1980), Population Change, Chang, Yunshik (Ed.). *Korea. A Decade of Development*. Seoul National University Press.
- _____ (1982), The Historical Background to Korea's Demographic Transition, Kwon, Tai-Hwan Repetto, Robert C., and John Sloboda. *Economic Development, Population Policy and the Demographic Transition in the Republic of Korea*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wegner, Mary Nell, Evelyn Landry, David Wilkinson and Joanne Tzani(1998), "Men as Partners in Reproductive Health: From Issues to Action" *International Family Planning Perspectives*. 24(1): 38-42.

Current Situation and Determinants of Induced Abortion in Korea

Ki-Soo Elun · Tai-Hwan Kwon

This research explores the current situation and determinants of induced abortion in Korea. Using 2000 National Fertility Survey by Korea Institute of Health and Social Affairs, this study finds that induced abortion rate is rapidly declining so that the role of induced abortion in determining the level of fertility has disappeared. The fundamental reason for resorting to an induced abortion for Korean women is to avoid unwanted birth. Thus, we find that induced abortion is usually taken by Korean women for the purpose of limiting family size and spacing births as in any other countries. Premarital pregnancy and economic hardship are also important reason for taking an induced abortioin, especially for the first time abortion.

Key Words: induced abortion, determinants of induced abortion,
contraception, reproductive health, role of men