

# 子女의 性構成에 따른 人工妊娠中絶行態 分析

李 三 植

1997년 유배우부인의 人工妊娠中絶 건수는 23만 건에 이르고 있고 약 80%가 不法인 것으로 추정되고 있다. 청소년의 혼전임신 및 성 폭력에 의한 人工임신중절을 감안하면 그 수는 훨씬 늘어날 것이다. 人工임신중절은 의료비 등 社會的 費用을 발생시키며 여성 자신의 生殖保健뿐만 아니라 미래세대에까지 영향을 미칠 것이다.

최초 人工임신중절의 시기가 빠르게 나타나고 있으며 人工임신중절을 경험한 부인이 경험하지 않은 부인에 비해 後天性 不妊率이 높게 나타나고 있다. 人工임신중절된 임신의 순위가 낮을수록 反復的 人工妊娠中絶率과 後天性 不妊率이 높게 나타나고 있다. 婚前妊娠과 妊婦健康 및 胎兒異常을 이유로 한 人工임신중절이 반복적으로 행해지고 있다. 자녀의 수와 성구조가 人工임신중절의 주요 決定要因이며, 이 외 社會·경제적인 요인은 대체적으로 영향을 미치지 못하고 있다.

人工임신중절을 줄이기 위하여 일차적으로 원치 않는 임신을 줄이며, 이차적으로는 발생한 임신이 人工임신중절로 소모되는 것을 방지하여야 하며, 마지막으로 人工임신중절에 의한 後유증을 줄이고 반복적 人工임신중절을 예방하기 위해 사후조치를 강화하여야 한다.

◎ 주요용어: 人工임신중절, 생식보건, 임신소모, 後天性 불임률

筆者: 本院 責任研究員

▶ 원고를 검독하여 주신 張英植 副研究委員과 金勝權 責任研究員께 감사드립니다.

## I. 序 論

우리 나라에서 인공임신중절은 원치 않는 임신에 대한 사후수단으로 널리 盛行되어 왔다(조남훈 외, 1997). 결과적으로 지난 30여 년 동안 인공임신중절은 피임, 초혼연령과 함께 출산율을 저하시키는 역할을 하였다(권태환 외, 1996). 인공임신중절 성행의 이유는 크게 네 가지로 구분해 볼 수 있다.

첫째, 小子女觀이 정착되면서 피임의 비실천 또는 실패로 인하여 발생한 원치 않는 임신을 해결하기 위하여 인공임신중절을 수용한 것이다. 둘째, 男兒選好로 적은 수의 자녀 중 적어도 1명의 남아를 갖기 위하여 胎兒性鑑別을 통하여 性選別的 人工妊娠中絶을 수용한 것이다. 셋째, 煽情的, 開放的인 서구의 性文化가 도입되고 있으나, 체계적인 성교육이 결핍되고 근대화, 도시화 및 대가족제도의 쇠퇴로 인하여 사회적, 문화적 가치관의 영향력이 약화되어 청소년의 性活動이 증가하고 있으며, 이로 인한 혼전임신을 해결하기 위하여 인공임신중절을 수용한 것이다. 넷째, 性暴力의 증가로 그 피해자인 여성이 임신한 경우 이를 해결하기 위해서 인공임신중절을 수용한 것이다.

인공임신중절은 윤리적, 사회적인 측면에서 부정적인 영향을 미치며, 여성의 건강측면에서도 심각한 부작용을 발생시키고 있다. 인공임신중절은 태아도 생명이라는 인간존엄의 기본원리를 파괴하여 우리 사회에서 생명을 경시하는 풍조를 낳고 있다. 인공임신중절 시술비용이 엄청나며 또한 의료인력의 소요를 가져와 사회적 비용이 크다는 것이다. 정신적 건강측면에서는 인공임신중절에 대한 정서적 역반응으로서 인공임신중절 후 스트레스(Post Abortion Stress)를 발생시키는데, 이는 인공임신중절 경험후 생애 어느 시기엔가는 슬픔과 후회, 상실감, 죄책감, 분노, 우울증, 피해의식, 幻聽 등을 경험하게 되며 급기야는 약물이나 알코올을 남용하거나 자살을 시도하게 된다는 것이다(박인선, 1998). 육체적으로는

合併症을 유발하여 慢性疾患을 일으키며 심지어 사망에 이르게 하며 또한 後天性 不妊의 원인이 되기도 한다.

1994년 人口開發國際會議(International Conference on Population and Development)에서 채택된 行動綱領(Programme of Action)에 의하면, 생식보건(Reproductive Health)은 生殖體系(Reproductive System)와 관련된 모든 측면에서 육체적, 정신적 그리고 사회적 복지의 완전한 상태로 정의되고 있다. 따라서 생식보건은 出産能力을 가지고 출산여부, 출산시기 및 출산규모를 자유로이 결정할 수 있어야 한다는 의미를 내포하고 있다(UN, 1996). 인공임신중절은 여성의 생식보건에 중대한 위협이 되고 있으며, 1996년 정부가 채택한 인구자질의 향상 및 가족복지의 증진을 위한 정책에도 역행되고 있다. 특히, 인공임신중절은 여성 자신 뿐만 아니라 후천성 불임, 출생성비의 불균형 등을 유발하여 미래 세대에도 영향을 미치고 있어 그 문제가 심각하다.

본 연구에서는 인공임신중절의 행태와 여성의 생식보건에 미치는 영향을 분석하고 인공임신중절 수용의 결정요인을 규명하여, 향후 정책방향을 제시하고자 하였다.

## II. 研究資料 및 研究方法

본 연구를 위해 한국보건사회연구원의 「1997년 全國 出産力 및 家族保健實態調査」자료를 이용하였다. 이 조사는 표본으로 추출된 11,216가구를 대상으로 결혼, 가족주기, 임신, 출산, 피임, 가족복지 등을 조사하였다.

인공임신중절에 대한 변수들의 영향력을 파악하고자 로지스틱 회귀분석을 적용하였다. 종속변수로는 인공임신중절의 수용여부를 이용하였고, 독립변수로는 현재연령, 초혼연령, 이상자녀수, 이상자녀의 성구별 희망, 남아선호도, 선별적 인공임신중절에 대한 태도, 교육수준, 최장거주지, 현존

자녀의 구성 등이 이용되었다. 이들 독립변수의 종류와 값은 다음과 같다.

〈表 1〉 로지스틱 回歸分析에 利用된 獨立變數와 그 값

| 독립변수              | 값  |
|-------------------|--|
| 현재연령, 초혼연령        | 세(연령)  |
| 이상자녀수             | 명  |
| 이상자녀 성구별          | 구별해서=1, 기타=0   |
| 남아선호도             | 없어도 상관없음=1, 모르겠음=2, 있는 편이 나음=3, 꼭 있어야 함=4  |
| 성 선별적<br>인공임신중절태도 | 적극 반대=1, 반대=2, 반대도 찬성도 안함·모르겠음=3, 찬성=4, 적극 찬성=5                                  |
| 교육수준              | 전문대졸 이상(=1,기타=0), 고졸(1, 0), 고졸 미만(1, 0)  |
| 최장거주지             | 농촌(1, 0), 중소도시(1, 0), 대도시(1, 0)  |
| 현존자녀의 구성          | 남1 여0(1, 0), 남0 여1(1, 0), 남1 여1(1, 0), 남2+ 여1(1, 0), 남1 여2+(1, 0), 남2+ 여2+(1, 0) |

로지스틱 회귀분석은 15~44세 유배우부인 전체에 대해서 그리고 생존자녀의 구성별로 시도되었다. 자녀구성별 분석의 한계점으로는 인공임신중절이 현 구조에 이르기 전뿐만 아니라 도달 후에도 수용될 수 있다는 것이다. 그러나 현재의 자녀구조를 도달한 후 그 구조를 유지하기 위한 인공임신중절에 대한 변수의 영향도 아울러 살펴볼 수 있어 의미가 있다 하겠다.

### Ⅲ. 研究結果

#### 1. 人工妊娠中絶 行態

우리 나라 유배우부인의 인공임신중절률은 1975년 112.8에서 1996년 32.7로 급격히 낮아지고 있으며, 전체 건수도 51만건에서 23만건으로 감

소하고 있다. 이러한 추이는 80%를 상회하는 높은 避妊實踐率과 함께 胎兒性鑑別에 의한 성 선별적 人工임신중절에 대한 계몽활동 및 의료법에서의 벌칙규정 강화 등의 영향으로 볼 수 있다.

비록 유배우 부인의 人工임신중절은 감소하고 있으나 청소년의 성활동의 증가로 인한 人工임신중절이 증가하고 있어 전체적으로 人工임신중절이 감소되고 있다고 단정하기는 어렵다. 박인선(1998)에 의하면 혼전 임신건수가 최소한 연간 60만 건으로 추정되고 있다. 청소년의 혼전 임신은 무분별하고 충동적인 성활동의 결과이며, 일부는 성폭력에 의한 결과로서, 이들 임신의 대부분은 人工임신중절로 이어지는 것이 보통이다. 여성의 전화의 1987년 상담통계에 의하면 성폭력 피해자 중 1/4이 임신을 하였으며, 임신여성 중 약 절반이 人工임신중절을 수용한 것으로 나타나고 있다(정숙자, 1994). 그리고 1990년 조사결과에 의하면 일개 중소도시에서 발생한 人工임신중절 중 32.9%가 미혼여성의 人工임신중절(홍문식 외, 1990)로 나타났다.

유배우부인의 연령별 人工임신중절률을 보면, 20~24세의 경우 1990년에 186으로 정점을 이룬 후 1996년 79로, 그리고 25~29세에서는 1984년 146에 도달한 이후 1996년 51로 감소하고 있다. 30세 이상에서는 계속적으로 감소하고 있다. 1996년의 경우 저연령층일수록 人工임신중절률이 상대적으로 높게 나타나고 있는데, 이는 저연령층 부인의 피임실천율이 상대적으로 낮고 또한 피임방법도 안전성이 낮은 콘돔과 월경주기법의 비율이 높기 때문이다(조남훈 외, 1997).

<表 3>에서 15~44세 유배우 부인의 妊娠消耗率을 보면, 평균 2.99회 임신 중 1.05회 즉, 35.1%가 死産, 自然流産, 人工임신중절 등에 의해 소모되었다. 人工임신중절에 의해 소모된 임신수는 0.77로 전체 임신의 25.8%이며, 전체 소모수에 대한 비율은 73.3%로 전체 임신의 1/4이, 그리고 소모임신의 3/4이 人工임신중절에 의해 소모되고 있다.

연령의 증가와 함께 임신노출기간이 길어져 임신수가 증가하고 있으며 소모임신수 특히, 人工임신중절에 의한 임신소모수도 증가하고 있다. 임

〈表 2〉 15~44歲 有配偶 婦人의 年齡別 人工妊娠中絶率 및 件數<sup>1)</sup> 推移

(단위: 건)

| 연령(세)              | 1975 <sup>1)</sup> | 1984 <sup>2)</sup> | 1990 <sup>3)</sup> | 1996 <sup>4)</sup> |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 20~24              | 63                 | 91                 | 186                | 79                 |
| 25~29              | 86                 | 146                | 112                | 51                 |
| 30~34              | 158                | 115                | 60                 | 49                 |
| 35~39              | 153                | 40                 | 21                 | 16                 |
| 40~44              | 75                 | 20                 | 6                  | 3                  |
| 전체                 | 112.8              | 89.1               | 63.6               | 32.7               |
| (건수) <sup>5)</sup> | (510,072)          | (495,127)          | (403,228)          | (230,062)          |

註: 1) 인공임신중절률은 20~44세 유배우부인 1,000명당 인공임신중절수임.

資料: 1) 박병태 외, 『1976년 전국 출산력 및 가족계획평가조사』, 가족계획연구원, 1978.

2) 문현상 외, 『1985년 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국인구보건연구원, 1985.

3) 공세권 외, 『한국에서의 가족형성과 출산형태(1991년 전국 출산력 및 가족보건실태조사)』, 한국보건사회연구원, 1992.

4) 조남훈 외, 『1997년 전국 출산력 및 가족보건실태 조사보고』, 한국보건사회연구원, 1997.

5) 조남훈외, 『최근의 인구동향과 대응전략』, 한국보건사회연구원, 1998.

〈表 3〉 妊娠經驗이 있는 15~44歲 有配偶婦人의 年齡別 妊娠消耗率

(단위: 회, %)

| 연령(세) | 임신 횟수 | 임신 소모 |      |      |      | 임신 소모율 | 인공 중절에 의한 소모율 | 소모중 인공중절 비율 |
|-------|-------|-------|------|------|------|--------|---------------|-------------|
|       |       | 계     | 인공중절 | 사산   | 자연유산 |        |               |             |
| 15~24 | 1.65  | 0.46  | 0.36 | 0.00 | 0.10 | 27.9   | 21.8          | 78.3        |
| 25~29 | 2.15  | 0.62  | 0.42 | 0.01 | 0.19 | 28.8   | 19.5          | 67.7        |
| 30~34 | 2.91  | 0.99  | 0.71 | 0.00 | 0.28 | 34.0   | 24.4          | 71.7        |
| 35~39 | 3.31  | 1.24  | 0.91 | 0.01 | 0.32 | 37.5   | 27.5          | 73.4        |
| 40~44 | 3.57  | 1.31  | 1.02 | 0.01 | 0.28 | 36.7   | 28.6          | 77.9        |
| 전체    | 2.99  | 1.05  | 0.77 | 0.01 | 0.27 | 35.1   | 25.8          | 73.3        |

資料: 한국보건사회연구원, 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료 재분석.

신수의 증가에 비해 소모임신수가 더 큰 폭으로 증가하여 임신소모율은 15~24세 27.9%에서 35~39세 37.5%로 높아지고 있다. 인공임신중절에 의한 임신소모율도 25~29세 19.5%에서 40~44세 28.6%로 연령의 증가와 함께 높아지고 있다. 전체 임신소모중 인공임신중절에 의한 소모가

子女의 性構成에 따른 人工妊娠中絶行態 分析

70% 이상으로 나타나고 있으며, 고연령일수록 그 비중이 높아지고 있다. 이러한 행태는 원하는 자녀수는 연령별로 큰 차이가 없으나 연령의 증가와 함께 임신노출기간이 길어져 임신수가 증가하여 이미 원하는 자녀수를 가진 고연령층에서 보다 많은 임신이 인공임신중절에 의해 소모되었기 때문이다. 결국, 인공임신중절을 줄이기 위한 근본적인 대책으로는 원치 않는 임신을 줄이는 것이다.

최초의 인공임신중절은 평균 26.3세에 그리고 평균 2.3회의 임신순위에서 수용한 것으로 나타나고 있다(表 4 참조). 최초 인공임신중절이 첫 번째 임신인 경우가 22.9%, 두 번째 36.6%, 세 번째 31.4%, 그리고 네 번째 이상의 임신인 경우는 9.1%로 나타나 두 번째와 세 번째 임신이 가장 많이 나타나고 있는데, 이는 원하는 자녀수(평균 2명)와 밀접한 관련이 있다고 볼 수 있다. 최초 인공임신중절시 부인의 평균 연령은 첫 번째 임신인 경우 23.3세, 두 번째 25.9세, 세 번째 28.1세, 네 번째 이상 29.7세로 나타나고 있다.

〈表 4〉 15~44歲 有配偶婦人의 最初 人工妊娠中絶의 妊娠順位 分布

(단위: 명, %)

| 임신순위      | 현재 연령          |                  |                |               | 전체               | 평균<br>최초연령(세) |
|-----------|----------------|------------------|----------------|---------------|------------------|---------------|
|           | 15~24          | 25~29            | 30~34          | 35~44         |                  |               |
| 전체        | 100.0<br>(753) | 100.0<br>(1,212) | 100.0<br>(363) | 100.0<br>(61) | 100.0<br>(2,389) | 26.3          |
| 1         | 49.2           | 13.4             | 3.4            | 4.5           | 22.9             | 23.3          |
| 2         | 36.8           | 42.5             | 21.3           | 9.1           | 36.6             | 25.9          |
| 3         | 12.2           | 36.2             | 51.9           | 49.0          | 31.4             | 28.1          |
| 4+        | 1.8            | 8.0              | 23.5           | 37.4          | 9.1              | 29.7          |
| 평균임신순위(회) | 1.4            | 1.9              | 2.1            | 2.5           | 2.3              |               |
| 평균최초연령(세) | 20.6           | 24.3             | 26.0           | 27.1          | 26.3             |               |

資料: 한국보건사회연구원, 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료 재분석.

저연령(15~24세)에서 첫 번째 임신을 인공 중절한 이유로는 주로 취업문제, 경제문제와 밀접한 관련이 있다고 볼 수 있다. 즉, 결혼후 부인이 계속적인 취업활동을 하기 위해서, 그리고 생활기반을 잡을 때까지

출산을 미루는 결과이기도 하다. 최근의 경향으로 신혼생활을 보다 오래 즐기기 위해서 아이의 출산을 가능한 늦추려는 부부가 우리 사회에서 점차 증가하고 있기 때문으로도 풀이될 수 있다(김승권, 1997). 한편, 혼전 임신이 인공임신중절로 이어지는 결과이기도 하다.

## 2. 人工妊娠中絶이 生殖保健에 미치는 影響

인공임신중절의 시술은 여성의 합병증을 유발시켜 慢性骨盤痛症, 骨盤炎症疾患, 수정관 폐쇄, 후천성 불임, 자연유산 등을 유발시키는 등 여성의 생식보건을 위협하고 있다. 청소년의 인공임신중절은 유배우 부인보다 생식보건에 미치는 영향이 더욱 크다. 청소년은 육체적으로 완전하게 성숙하지 못하여 임신중에 심한 고혈압이 발생할 수 있으며, 사회적 제재에 대한 두려움, 지식과 정보의 부족, 경제적 이유 등으로 보건서비스를 제대로 받지 못하여 건강상태가 악화될 가능성이 높다. 또한, 청소년은 인공임신중절 시술비용을 쉽게 마련하지 못하여 인공임신중절의 시기가 늦어지는 경향이 있어(박인선, 1998) 그만큼 인공임신중절이 청소년의 생식보건에 지대한 영향을 미치게 된다<sup>1)</sup>. 이러한 이유로 청소년의 인공임신중절은 후유증이 심하여 합병증을 유발하며 심지어 사망에까지 이르게 하고 있다.

---

1) 임신한 청소년이 인공임신중절 시술을 위하여 병원에 찾아가나 시술비가 부족하여 바로 시술을 하지 못하는 사례가 빈번함. 인공임신중절 시술비의 부족분을 마련하여 다시 병원을 방문하였을 때에는 임신기간의 증가에 따라 시술비가 더 높아져 인공임신중절 시술을 다시 지연하는 등 결국 임신기간이 상당히 경과된 상태에서 인공임신중절을 시술함에 따라 이들의 생식보건 등 건강에 악영향을 미치고 있음. 현행 모자보건법 제15조에서는 인공임신중절 수술은 임신 28주 이내에 허용하고 있으며, 「1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사」 결과에 의하면 1995~1997년간 유배우부인의 인공임신중절 수술은 92.2%가 2개월 이내에 그리고 나머지 7.8%가 3~6개월간에 이루어지고 있는 것으로 나타남. 청소년의 경우에는 임신후 인공임신중절 수술까지의 기간이 훨씬 길 것으로 추측됨.



〈表 5〉 15~44歲 有配偶婦人의 最初 人工妊娠中絶 妊娠順位別 人工 妊娠中絶에 의한 妊娠消耗

(단위: 회, %)

| 최초인공<br>임신중절<br>임신순위 | 임신<br>횟수 | 임신소모 |            |      |          | 임신<br>소모율 | 인공임신<br>중절에<br>의한<br>임신소모율 | 임신소모증<br>인공임신<br>중절비율 |
|----------------------|----------|------|------------|------|----------|-----------|----------------------------|-----------------------|
|                      |          | 소계   | 인공<br>임신중절 | 사산   | 자연<br>유산 |           |                            |                       |
| 전체                   | 3.89     | 1.88 | 1.67       | 0.00 | 0.21     | 48.3      | 42.9                       | 88.8                  |
| 1                    | 3.76     | 2.10 | 1.86       | 0.00 | 0.24     | 55.9      | 49.5                       | 88.6                  |
| 2                    | 3.67     | 1.76 | 1.64       | 0.00 | 0.12     | 45.5      | 44.7                       | 93.2                  |
| 3                    | 3.86     | 1.74 | 1.59       | 0.01 | 0.14     | 45.1      | 41.2                       | 91.4                  |
| 4+                   | 5.20     | 2.30 | 1.56       | 0.01 | 0.73     | 44.2      | 30.0                       | 67.8                  |

資料: 한국보건사회연구원, 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료 재분석.

여성이 수용한 인공임신중절이 첫 번째 임신인 경우에는 다른 어느 임신순위에서 행해진 인공임신중절보다 향후 생식보건에 미치는 악영향이 크다. 첫 번째 임신을 인공임신중절한 부인의 평균 임신수는 현재까지 3.76, 두 번째 임신인 경우 3.67, 그리고 세 번째 임신인 경우에는 3.86으로 큰 차이가 없는 것으로 나타나고 있다. 그러나 전체 임신소모율은 첫 번째 임신을 인공중절한 부인의 경우 55.9%로 다른 임신순위를 최초로 인공중절을 한 부인들의 임신소모율(두 번째 임신 45.5%, 세 번째 임신 45.1%, 네 번째 임신 44.2%)보다 높게 나타나고 있다. 인공임신중절에 의한 임신소모율도 첫 번째 임신을 중절한 부인의 경우 49.5%로 다른 임신순위를 최초로 중절한 경우에 비해 높게 나타나고 있다. 이는 최초로 인공중절이 행해진 임신순위가 낮을수록 특히 초임인 경우에 반복적 인공임신중절의 가능성이 높음을 보여주고 있다.

후천성 불임은 淋疾이나 性病 등에 의한 細菌感染에 기인한 骨盤炎症 등이 원인이 되나(Sherris & Fox, 1983; Sciarra, 1991), 비위생적인 상황에서 행해진 인공임신중절도 주요 원인이 될 수 있다(UN, 1994). <表 6>에서 볼 수 있듯이 인공임신중절을 경험한 부인의 후천성 불임률은 2.76%로 인공임신중절을 경험하지 않은 부인의 후천성 불임률 2.66%보다 높게 나타나고 있다.

〈表 6〉 15~44歲 有配偶婦人의 人工妊娠中絶 經驗與否別 出生兒數別  
後天性 不妊率

(단위: %)

|     | 출생아수 |      |      |      |       | 전체   |
|-----|------|------|------|------|-------|------|
|     | 0명   | 1명   | 2명   | 3명   | 4명 이상 |      |
| 무경험 | 0.00 | 5.18 | 1.67 | 1.55 | 1.84  | 2.66 |
| 유경험 | 0.00 | 7.09 | 1.30 | 4.85 | 4.63  | 2.76 |
| 전체  | 0.00 | 5.77 | 1.48 | 3.32 | 2.69  | 2.71 |

資料: 한국보건사회연구원, 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료 재분석.

출생아수별로 보면 출생아가 2명인 경우를 제외한 모든 출생아수에서 인공임신중절을 경험한 부인의 후천성 불임률이 경험하지 않은 부인에 비해 높게 나타나고 있다. 추가 출산을 희망하는 경우 인공임신중절이 원인이 될 수 있는 후천성 불임으로 출산수에 대한 生殖權利(Reproductive Health)<sup>2)</sup>가 박탈되고 있음을 알 수 있다. 실제 추가 출산을 희망하는 부인<sup>3)</sup> 중 인공임신중절을 경험한 부인의 후천성 불임률이 1.75%로 인공임신중절을 경험하지 않은 부인의 1.03%에 비해 높게 나타나고 있다.

최초로 인공임신중절이 행해진 임신순위도 여성의 후천성 불임과 밀접한 관련이 있는 것으로 나타나고 있다(表 7 참조). 인공임신중절을 최초로 행한 임신순위가 첫 번째인 경우 후천성 불임률은 3.51%, 두 번째 2.80%, 세 번째 1.78%로 임신순위가 낮을수록 후천성 불임률이 높게 나타나고 있다. 네 번째 이상인 경우 높은 후천성 불임률은 이들 부인의 연령이 비교적 높아 인공임신중절이 외 고연령에서 오는 영향으로 볼 수 있다. 특히, 현재연령이 높은 경우 최초 인공임신중절의 임신순위가 낮을수록 후천성 불임률이 아주 높게 나타나고 있는데, 이는 연령의 증가와 함께 그 영향이 더욱 크게 나타나고 있기 때문으로 풀이할 수 있다.

2) 1994년 인구개발국제회의 행동강령에서 생식권리(Reproductive Rights)를 모든 부부들이 자신의 자녀의 수와 출산간격 및 출산시기를 자유롭게 결정할 수 있는 권리로 정의하고 있음(United Nations, 1996).

3) 추가출산을 희망하는 부인 전체의 후천성 불임률은 1.22%로 나타남.

〈表 7〉 15~44歲 有配偶 婦人의 最初 人工妊娠中絶 妊娠順位 및 現 年齡別 後天性 不妊率

(단위: %)

| 현재연령  | 최초 인공임신중절순위 |       |       |        | 전체   |
|-------|-------------|-------|-------|--------|------|
|       | 1순위         | 2순위   | 3순위   | 4순위 이상 |      |
| 15~24 | 0.00*       | 0.00* | 0.00* | 0.00*  | 0.00 |
| 25~29 | 0.00        | 0.00  | 0.00  | 0.00*  | 0.00 |
| 30~34 | 1.65        | 0.99  | 0.00  | 3.65*  | 1.01 |
| 35~39 | 4.84        | 2.75  | 1.61  | 4.54   | 2.90 |
| 40~44 | 10.40       | 7.95  | 3.07  | 4.26   | 5.84 |
| 전체    | 3.51        | 2.80  | 1.78  | 4.07   | 2.76 |

註: \*는 부인의 수가 50명 미만인 경우임.

資料: 한국보건사회연구원, 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료 재분석.

가족계획은 넓은 범주에서 원치 않은 가임을 피하는 능력뿐만 아니라 원할 때 가임하는 능력도 포함하고 있다. 생식권리는 인공임신중절로 인한 후천성 불임에 의해 좌절되므로 여성에게 심리적 좌절감뿐만 아니라 가족적·사회적 압력을 받는 등 부정적인 결과를 가져온다. 낮은 임신순위에서 행해진 인공임신중절은 습관적 인공임신중절을 유발할 뿐만 아니라 후천성 불임 등의 원인이 되어 여성의 생식보건에 중대한 위협이 되고 생식권리를 파괴하므로, 낮은 임신순위, 특히 초임에서의 인공임신중절의 악영향에 대해 의료계뿐만 아니라 일반부인들에게 홍보와 교육이 강조될 필요가 있다.

### 3. 人工妊娠中絶의 決定要因

이와 같이 인공임신중절은 생식보건에 중대한 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 인공임신중절로 인한 생식보건의 문제를 해소하기 위한 대책을 제시하기 위해서는 부인의 인공임신중절 수용을 결정하는 요인의 규명이 중요하다. 따라서 여기에서는 부인이 수용한 마지막(가장 최근) 인공임신중절의 이유와 함께 이들 인공임신중절 수용결정에 영향을 미치는 인구학적 및 사회·경제학적 요인을 파악하고자 하였다.

## 가. 마지막 人工妊娠中絶 理由

유배우 부인이 가장 최근에 수용한 인공임신중절의 이유를 살펴보면, ‘子女不願’ 49.7%, ‘터울조절’ 11.0%, ‘妊婦의 건강상’ 10.6%, ‘태아 이상 우려’ 7.7%, ‘경제적 곤란’ 7.3% 등의 순으로 나타나고 있다(表 8 참조). 母子保健法에서는 우생학적·유전학적 또는 보건학적 이유에 한하여 인공임신중절을 허용하고 있어 78.1%가 불법적으로 시술되었다고 추정할 수 있겠다.

가장 최근의 인공임신중절이 첫 번째 인공임신중절인 경우에는 ‘자녀 불원’ 38.7%, ‘터울조절’ 15.3%, 임부 또는 태아 이상 28.3%, ‘혼전임신’ 5.3%로 나타나고 있다. 마지막 인공임신중절이 부인의 두 번째, 세 번째, 네 번째 이상인 경우 즉, 인공임신중절의 횟수가 많을수록 ‘자녀 불원’과 ‘경제적 곤란’ 이유의 비중이 높아지고 있는데, 이는 이미 원하는 자녀수를 가진 부인들이 추가임신을 계속적으로 인공임신중절하고 있기 때문으로 볼 수 있다. ‘태아가 딸이므로’라는 이유의 비중도 순위와 함께 급증하고 있어, 출산자녀 중 남아가 없는 부인이 남아를 갖기 위해 태아 성감별을 통해 선별적 인공임신중절을 반복하여 수용하고 있는 것으로 추측해 볼 수 있다.

‘혼전임신’ 이유는 마지막 인공임신중절이 두 번째 이상의 인공임신중절인 경우에도 2% 이상으로 나타나 이들 부인이 혼전에 정보 및 지식의 부족으로 인하여 피임을 실천하지 않아 습관적으로 인공임신중절을 수용한 것으로 볼 수 있다. 최근 청소년의 성활동의 증가 경향을 감안하여 볼 때, 혼전임신을 이유로 한 인공임신중절이 더욱 증가할 것으로 보인다.

妊婦의 건강 및 胎兒異常으로 인한 인공임신중절은 마지막 인공임신중절이 첫 번째 인공임신중절인 경우 28.3%에서 두 번째 15.8%, 세 번째 10.0%, 네 번째 이상인 경우 9.2%로 낮아지고 있다. 이러한 패턴은 인공임신중절 수용 부인 중 이전에 임부의 건강 및 태아의 이상으로 인공임신중절한 후 자발적으로 불임수술을 하거나 비자발적으로 후천성

子女의 性構成에 따른 人工妊娠中絶行態 分析

불임이 되어 후속적 임신이 불가능한 부인이 포함되지 않았으며, 이러한 부인의 비율은 인공임신중절의 횟수에 비례하여 높아지기 때문에 사료된다. 인공임신중절의 이유로 임부의 건강 및 태아이상의 비율이 두 번째 이상의 인공임신중절에서도 높게 나타나고 있는데, 이들 부인들이 임신후 동일한 이유로 인공임신중절을 반복적으로 수용하였을 가능성이 높아 여성의 생식보건 측면에서 문제점으로 지적될 수 있다.

<表 8> 15~44歲 有配偶婦人의 마지막 人工妊娠中絶의 理由

(단위: 명, %)

| 마지막<br>인공임신중절이유 | 마지막 인공임신중절의 순위 |       |       |         | 계       |
|-----------------|----------------|-------|-------|---------|---------|
|                 | 첫 번째           | 두 번째  | 세 번째  | 네 번째 이상 |         |
| 자녀불원            | 38.7           | 61.5  | 70.4  | 65.2    | 49.7    |
| 터울조절            | 15.3           | 6.9   | 2.9   | 1.0     | 11.0    |
| 임부의 건강상         | 13.7           | 6.8   | 6.9   | 5.8     | 10.6    |
| 태아 이상           | 4.6            | 2.9   | -     | 3.4     | 3.6     |
| 혼전임신            | 5.3            | 2.0   | 3.6   | 2.0     | 4.0     |
| 가정문제            | 1.6            | 2.1   | 1.1   | 4.4     | 1.9     |
| 경제적 곤란          | 7.0            | 7.6   | 6.5   | 11.5    | 7.3     |
| 태아가 딸           | 1.8            | 2.8   | 5.5   | 5.2     | 2.6     |
| 태아 이상 우려        | 10.0           | 6.1   | 3.1   | -       | 7.7     |
| 태아가 딸 추측        | 0.1            | 0.1   | -     | -       | 0.1     |
| 태아가 아들 추측       | 0.1            | 0.2   | -     | 0.9     | 0.2     |
| 기타              | 1.9            | 0.9   | -     | 0.6     | 1.3     |
| 계               | 100.0          | 100.0 | 100.0 | 100.0   | 100.0   |
|                 | (1,349)        | (686) | (238) | (120)   | (2,394) |

資料: 한국보건사회연구원, 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료 재분석.

나. 로지스틱 回歸分析 結果

인공임신중절을 수용하는 데 영향을 미치는 변수들에 대한 로지스틱 회귀분석의 결과는 <表 9>와 같다. 각 변수들의 회귀계수는 인공임신중절을 수용하지 않은 것에 대한 인공임신중절을 수용한 대수승산(log odds)의 효과를 나타낸다.

유배우부인 전체에 대한 분석결과를 보면, 統計的 有意性을 가진 변수 중 현재연령은 인공임신중절수용의 대수승산(0.049)을 증가시키고 있는 반면, 초혼연령은 대수승산(-0.045)을 감소시키고 있다. 이는 부인의 현재 연령이 높을수록 그리고 초혼연령이 낮을수록 결혼기간 즉, 가임기간이 길수록 자녀수의 제한 등을 이유로 인공임신중절을 수용했을 가능성이 높기 때문이다. 「1991년 전국출산력 및 가족보건실태조사」의 결과를 이용한 失敗妊娠 부인의 인공임신중절 수용여부에 대한 로지스틱 회귀분석에서도 결혼기간의 증가에 따라 인공임신중절 수용이 높게 나타나고 있다(김승권, 1992). 선별적 인공임신중절에 대한 태도는 대수승산(0.230)을 증가시키고 있어, 실제 인공임신중절 수용과 밀접한 관계가 있음을 보여주고 있다.

현존자녀의 구조별로 보면, ‘남아 0 여아 2+’(0.912), ‘남아 1 여아 1’(0.771), ‘남아 2+ 여아 0’(0.809) 등이 통계적 유의성을 갖고 대수승산을 증가시키고 있다. 이들 자녀구조가 인공임신중절 수용여부에 대해 차별력을 나타내는 이유로는 2명의 자녀를 가진 부인들이 피임실패 등으로 인한 추가 임신을 인공임신중절하였거나, 여아만 2명 이상을 둔 경우 추가 출산이 남아이기를 희망하여 선별적 인공임신중절을 수용하였기 때문으로 추측할 수 있다. 이 외 다른 자녀구조는 통계적으로 유의성을 갖고 있지 않은 것으로 나타나고 있는데, 이는 부인이 원하는 자녀수가 평균 2명 수준으로 현존 자녀수가 1명인 부인의 대부분은 계속 출산을 원하고 있어 임신이 인공임신중절로 종결되는 부인의 비율이 낮으며, 현존 자녀수가 3명 이상으로 많은 부인의 대부분은 자녀수 제한 등을 이유로 과거에 인공임신중절을 경험하였기 때문으로 설명될 수 있다.

교육수준과 최장거주지는 통계적 유의성이 없는 것으로 나타났다. 전술한 1991년 조사자료를 이용한 분석결과에서 이들 변수들이 통계적으로 유의성을 가지며, 교육수준이 높을수록 그리고 거주지가 도시일수록 실패임신이 인공임신중절로 이어지는 경향이 높게 나타나고 있음(김승권, 1992)을 비추어 볼 때, 최근에 들어 교육수준과 居住地와 관계없이 소자녀관이 만연됨에 따라 이들 변수들이 자녀수 제한 등을 이유로 한 인공임신중절의 수용여부에 대해 차별력을 잃고 있기 때문으로 볼 수 있다.

子女의 性構成에 따른 人工妊娠中絶行態 分析

〈表 9〉 妊娠經驗있는 15~44歲 有配偶婦人의 人工妊娠中絶 經驗에 관한 로지스틱 回歸分析(回歸係數)

|              | 전 체       | 현존 자녀의 수 및 성구조 |           |          |          |         |         |        |        |
|--------------|-----------|----------------|-----------|----------|----------|---------|---------|--------|--------|
|              |           | 남0여1           | 남1여0      | 남0여2+    | 남1여1     | 남2+여0   | 남1여2+   | 남2+여1  | 남2+여2+ |
| 현재연령         | 0.049***  | 0.044*         | 0.096***  | 0.083*** | 0.043*** | 0.039** | -0.053  | 0.023  | 0.052  |
| 초혼연령         | -0.045*** | -0.042         | -0.122*** | -0.099** | -0.034   | -0.048  | 0.026   | -0.069 | -0.045 |
| 이상자녀수        | 0.029     | 0.201          | 0.035     | 0.070    | 0.065    | 0.147   | -0.264  | -0.095 | -0.314 |
| 이상자녀 성구별     | 0.013     | -0.840**       | 0.274     | 0.152    | -0.088   | -0.154  | 0.512   | 0.799  | 0.440  |
| 남아선호도        | -0.036    | -0.122         | -0.011    | 0.007    | 0.018    | -0.077  | -0.025  | -0.186 | -0.312 |
| 선별적인공 임신중절태도 | 0.230***  | 0.550***       | 0.051     | 0.046    | 0.299*** | 0.211** | 0.254*  | -0.069 | 0.301  |
| 교육수준         |           |                |           |          |          |         |         |        |        |
| 전문대졸+        | -0.171    | -1.039**       | -0.370    | -0.002   | -0.090   | 0.194   | 0.058   | 0.897  | -1.273 |
| 고졸           | -0.007    | -0.356         | -0.064    | 0.044    | -0.011   | 0.358*  | -0.522* | -0.105 | -0.495 |
| 최장거주지        |           |                |           |          |          |         |         |        |        |
| 대도시          | -0.078    | 0.240          | -0.242    | -0.444*  | -0.069   | -0.208  | 0.164   | 0.554  | 0.552  |
| 중소도시         | -0.076    | 0.426          | -0.036    | -0.345   | -0.064   | -0.235  | 0.310   | 0.851  | 1.221* |
| 현존자녀구성       |           |                |           |          |          |         |         |        |        |
| 남0 여1        | -0.027    |                |           |          |          |         |         |        |        |
| 남1 여0        | 0.318     |                |           |          |          |         |         |        |        |
| 남0 여2+       | 0.912***  |                |           |          |          |         |         |        |        |
| 남1 여1        | 0.771***  |                |           |          |          |         |         |        |        |
| 남2+여0        | 0.809***  |                |           |          |          |         |         |        |        |
| 남1 여2+       | 0.517     |                |           |          |          |         |         |        |        |
| 남2+여1        | 0.361     |                |           |          |          |         |         |        |        |

註: 1) 학력수준 r=고졸 미만, 최장거주지 r=농촌, 자녀의 구성 r=남2+ 여2+

2) \* 0.01<p<0.05, \*\* 0.01<p<0.001, \*\*\* p<0.001

資料: 한국보건사회연구원, 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료 재분석.

남아선호도도 인공임신중절 수용여부에 대해 차별력을 갖고 있지 못하는데, 이러한 결과는 여러 요인들의 복합적인 효과로 인한 것이다. 즉, 일반적으로 현존 자녀가 여아만 있는 부인일수록 남아선호도가 더 높아 성 선별적 인공임신중절 수용의 가능성이 높을 것으로 가정될 수 있으나, 실제로 남아선호도는 현재 자녀의 구조를 합理化(Rationalization)시켜 현존 자녀중 남아를 많이 가진 부인의 남아선호도가 더 강한 반면,

여아를 많이 가진 부인일수록 남아선호도가 약해지는 경향이 있어 (Sam-sik Lee, 1989), 남아선호도가 선별적 인공임신중절 수용에 대해 차별력을 갖지 못하기 때문이다. 또한 소자녀관의 형성으로 남아선호도 보다는 자녀수의 제한이 인공임신중절 수용여부에 더 중요한 요인으로 작용하고 있기 때문이다.

현존자녀의 성구조에 따른 영향을 살펴보면, 여아만 1명을 가진 경우 성 선별적 인공임신중절에 대한 태도가 대수승산을 증가(0.550)시키고 있어, 성 선별적 인공임신중절을 찬성하는 부인일수록 추가출산이 남아 가 될 수 있도록 인공임신중절을 수용했을 가능성이 높다고 볼 수 있다. 교육정도에서 고졸 미만에 비해 전문대졸 이상의 학력이 대수승산을 감소(-1.039)시키고 있어 고학력 부인이 여아를 1명만 가진 경우에 인공임신중절을 상대적으로 덜 경험하고 있음을 알 수 있다. 이상자녀의 성구별은 감소효과(-0.840)를 보이고 있는데, 이상자녀의 성을 구별한 부인일수록 이상자녀로서 남아 1명과 여아 1명을 두기 위하여 그 만큼 성 선별적 인공임신중절 수용의 가능성이 높다고 볼 수 있다. 현재연령은 가임 기간과 관련하여 종속변수에 대해 증가효과를 보이고 있다.

남아만 1명을 가진 경우에는 현재연령과 초혼연령이 통계적 유의성을 가지고 있다. 즉, 남아 1명만으로도 만족하여 단산의지가 있는 부인중 현재연령이 높고 초혼연령이 낮을수록 즉, 가임 기간이 길수록 원치 않은 임신이 발생할 가능성이 높아 그 만큼 인공임신중절을 경험할 가능성이 높기 때문에 풀이할 수 있다.

여아만 2명 이상을 두고 있는 경우 현재연령(0.083)은 대수승산을 증가시키고 초혼연령(-0.099)은 감소시키고 있는데, 가임기간이 긴 부인일수록 자녀수의 제한을 이유로 추가임신을 인공임신중절한 경우가 많기 때문이다. 이는 자녀의 성구조보다는 자녀수의 제한이 인공임신중절에 더 강하게 영향을 미치고 있음을 보여주고 있다. 이러한 경향은 부인의 최장거주지에서도 나타나는데, 농촌 거주자에 비해 대도시에 거주하는 부인이 자녀수의 제한을 위하여 원치 않는 임신을 인공임신중절했을 가



능성이 상대적으로 높다고 볼 수 있다.

남아와 여아 각각 1명을 가진 경우 현재연령(0.043), 선별적 인공임신중절태도(0.299) 등이 통계적 유의성을 가지고 있다. 선별적 인공임신중절태도의 증가효과는 여아를 먼저 가진 부인이 원하는 자녀수와 성구조를 동시에 달성하기 위하여 두 번째 자녀를 갖기 전에 선별적 인공임신중절을 수용했을 가능성이 높다고 볼 수 있다. 현재연령의 증가효과는 원하는 자녀의 수와 성구조를 달성하였다고 생각하는 부인중 가임 기간이 긴 부인일수록 인공임신중절의 경험이 더 높기 때문으로 설명될 수 있다.

남아만 2명 이상 가진 경우 현재연령은 가임 기간과 관련이 있으며, 선별적 인공임신중절에 대한 태도(0.211)의 증가효과는 추가자녀로서 오히려 여아를 선호하여 인공임신중절을 경험하였을 가능성을 보여주고 있다. 고졸의 인공임신중절 수용에 대한 대수승산의 증가효과(0.358)는 이들 부인이 고졸 미만의 부인에 비하여 상대적으로 피임실패로 인한 임신을 인공임신중절 수용으로 해결하였을 가능성이 높기 때문으로 풀이할 수 있다.

자녀수가 많은 경우에는 이들 부인의 연령이 대부분 고연령으로 현재연령과 초혼연령이 유사하여 이들 변수의 효과는 통계적 유의도를 상실하고 있다. 여아가 2명 이상 남아가 1명인 경우 선별적 인공임신중절에 대한 태도의 증가효과(0.254)는 여아들을 먼저 출산한 후 남아를 출산하는 과정에서 선별적 인공임신중절을 수용했을 가능성이 높음을 보여주고 있다. 그리고 학력이 고졸 미만인 부인에 비해 고졸의 부인이 인공임신중절을 보다 덜 경험한 것으로 나타나고 있다. 남아 2명 이상과 여아 2명 이상을 가진 경우에는 부인의 최장거주지 중 중소도시(1.221)가 통계적으로 유의하게 대수승산을 증가시키고 있는데, 중소도시에 오랫동안 거주한 부인이 농촌 부인보다 자녀수의 제한 등의 이유로 인공임신중절을 수용했을 가능성이 높기 때문으로 볼 수 있다. .

결론적으로 자녀의 성구조가 만족스럽지 못한 경우에는 선별적 인공임신중절에 대한 태도가, 그리고 성구조가 만족스러울 경우에는 출산수

의 조절이 인공임신중절의 수용에 영향을 미치고 있다. 자녀의 성구조와 자녀수가 같음을 일으킬 때는 자녀수가 더 중요한 요인이 되고 있다. 사회적 변수들은 부분적으로는 영향을 미치고 있으나 대체적으로 과거 인공임신중절 수용여부를 차별화시키지 못하고 있다.

## IV. 結 論

우리 나라의 인공임신중절 행태와 인공임신중절이 생식보건에 미치는 영향에 대한 분석결과는 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째, 부인들의 임신중 25.8%(평균 0.77건)가 인공임신중절에 의해 소모되고 있다. 최초 인공임신중절의 연령과 임신순위가 낮아 생식보건에 미치는 영향이 크다고 할 수 있다.

둘째, 불법적 인공임신중절이 전체 인공임신중절의 80% 수준으로 나타났다. 혼전임신에 의한 인공임신중절은 이들 임신부가 대체적으로 저연령으로 육체적으로 미숙한 상태이며, 보건서비스에 접촉이 어려워 인공임신중절 시기가 늦어 일반 부인에 비해 생식보건에 미치는 악영향이 클 것이다. 최초로 인공임신중절을 행한 임신순위가 비교적 낮은 순위로 나타나고 있는데, 최초 인공임신중절의 임신순위가 낮을수록 반복적 인공임신중절률이 높게 나타나고 있다. 인공임신중절을 수용한 부인이 경험하지 않은 부인에 비해 후천성 불임률이 높으며, 특히 최초 인공임신중절의 임신순위가 낮을수록 후천성 불임률이 높게 나타나고 있다. 즉, 인공임신중절의 수용으로 인하여 여성의 생식보건의 위협을 받고 있으며, 추가자녀를 원할 경우 더 이상 출산할 수 없어 생식권리가 좌절되고 있음을 알 수 있다.

셋째, 혼전임신에 의한 인공임신중절이 반복적으로 이루어지고 있으며, 임부의 건강 및 태아 이상으로 인한 인공임신중절률이 비교적 높게

나타나고 있다.

넷째, 인공임신중절 수용여부에 대한 로지스틱 회귀분석의 결과 현재 연령 및 초혼연령(가임 기간)과 함께 현존 자녀수와 성구조가 종속변수에 결정적인 영향력을 행사하고 있으며, 사회학적 변수들은 대체적으로 차별력을 갖지 못하고 있다.

이들 분석결과를 토대로 제시될 수 있는 정책방향은 다음과 같다.

### 1. 願치 않는 妊娠의 防止

여성의 생식보건을 증진시키기 위해서는 일차적으로 원치 않는 임신을 줄여야 한다. 일반적으로 원치 않는 임신은 자녀의 규모, 출산시기, 자녀의 터울이 출산계획과 다를 때 발생하며, 이들은 효과적인 피임방법에 의해 방지될 수 있다. 피임실천율이 80% 수준에 있는 나라로서 아직도 인공임신중절이 성행하고 있는 이유는 안전한 피임방법의 실천율이 낮기 때문이다. 따라서, 출산이 완료되지 않은 부인은 출산계획에 맞추어 月經週期法 등 피임실패의 위험이 높은 방법보다는 먹는 피임약 등 일시적이면서도 안전한 효과를 가진 피임방법을, 그리고 출산이 완료된 부인은 子宮內 裝置(IUD), 不妊施術 등 보다 안전한 피임방법을 이용할 수 있도록 홍보하며 아울러 필요한 정보와 서비스를 제공하여야 한다.

혼전임신을 예방하기 위해서는 청소년 시기부터 성교육과 상담이 효율적으로 제공되어야 한다. 현재 학교의 성교육과 상담은 활성화되어 있지 못하고, 일부 사회기관에서 제공하고 있는 성교육과 상담도 단편적으로 실시되고 있어 큰 효과를 거두지 못하고 있다. 따라서 가정, 학교, 직장, 보건의료기관, 관련 민간단체를 유기적, 체계적으로 연결시켜 청소년에게 성에 관한 적절한 정보와 상담을 제공하는 한편, 관련 서비스를 전달시킬 수 있는 체계적이고 효과적인 종합기구가 설립, 육성되어야 할 것이다. 이 기구는 단순히 성교육 및 상담의 제공뿐만 아니라, 피임수단 제공, 청소년 성교육 담당인력의 훈련 및 배치, 성관련 정보와

서비스의 개발 및 제공, 청소년의 임신·성병, 인공임신중절 등과 관련된 사후적인 보호조치활동 등도 아울러 수행하여야 할 것이다.

## 2. 원치 않는 妊娠의 人工妊娠中絶 防止

여성의 생식보건을 증진시키기 위해서 이차적으로는 원치 않는 임신이 인공임신중절로 이어지는 것을 방지하여야 한다. 원치 않는 임신에 대해서는 신뢰할 만한 정보와 효과적인 상담이 제공되어야 한다. 특히, 생식보건의 측면에서 낮은 임신순위 특히, 첫 번째 임신의 인공임신중절이 방지될 수 있도록 홍보와 교육이 이루어져야 하겠다.

인공임신중절의 허용기준을 규정하고 있는 母子保健法에 불법적 인공임신중절의 기술을 처벌하는 벌칙 규정을 두어야 한다. 또한, 태아성감별에 의한 성 선별적 인공임신중절을 방지하기 위하여, 단기적으로는 태아 성감별의 불법적 의료행위에 대한 감시와 이를 위반시 현행 의료법에서 규정하고 있는 의사면허 취소와 3년 이하의 징역이나 1천만원 이하의 벌칙 규정을 보다 강화할 필요가 있다. 태아성감별 및 성 선별적 인공임신중절을 의뢰한 부인도 처벌되어야 할 것이다.

장기적으로는 선별적 인공임신중절의 근본원인인 남아선호를 拂拭시켜야 한다. 남아선호를 불식시키기 위해서는 성평등과 인간생명의 존엄성에 대한 가치관을 어린 시절부터 교육을 통하여 형성시킬 수 있도록 정규 교과과정에 포함되어야 하며, 교자재, 교사들의 태도 등에서 남녀 간 불평등을 조성하는 모든 요소들을 제거하여야 한다. 그리고 여성 스스로가 자신에 대한 평가와 지위를 강화시켜 나가야 하며, 이를 위해서 여성의 역할이 단순히 자녀출산과 양육을 넘어선 사회개발의 일원으로서 남자와 동등한 지위를 가지고 있음을 학교교육과 홍보를 통해 이루어질 수 있도록 하여야 한다.

개인의식의 전환 노력이 사회제도와 법률의 개선에 의해 지원되어야 한다. 명백하고 합리적인 이유가 없이 교육, 고용, 가족생활 등 모든 사

회생활의 영역에서 여성을 차별하는 모든 제도와 법률은 수정되어야 한다. 즉, 국공립기관과 기업체 등에서 일정한 비율의 여성이 고용될 수 있도록 하고, 결혼 및 자녀출산을 이유로 여성을 해직시키는 관행이 철폐될 수 있도록 법률화가 필요하다. 직장 내에서 승진, 보수, 직무, 정년 연령 등에서 여성에 대한 차별을 없애야 한다. 이러한 조치는 여성인력의 활용을 가져오며, 한편으로 여성의 경제적, 사회적 역할을 증대시켜 궁극적으로 남아선호를 불식시켜 인공임신중절을 감소하게 될 것이다.

### 3. 人工妊娠中絶의 事後措置 強化

인공임신중절을 수용할 경우, 인공임신중절로 인한 합병증과 사망을 방지할 수 있도록 양질의 서비스를 개발하고 보급하여야 한다. 또한, 인공임신중절후 상담, 교육, 가족계획서비스를 신속히 제공하여 반복적인 인공임신중절을 방지하여야 한다.

## 參 考 文 獻

- 권태환·전광희·조성남, 「미혼여성의 성, 피임, 그리고 인공유산」, 『한국 인구학』, 제19권 제1호, 한국인구학회, 1996, pp.93~122.
- 공세권 외, 『한국에서의 가족형성과 출산형태(1991년 전국 출산력 및 가족보건실태조사)』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 김승권, 「우리 나라 부인의 피임실패 임신과 인공임신중절에 관한 연구」, 『보건사회논집』, 제12권 제1호, 한국보건사회연구원, 1992, pp.119~144.
- , 「출산력 저하에 따른 가족정책의 방향」, 『보건복지포럼』, 통권 제10호, 한국보건사회연구원, 1997, pp.20~31.
- 문현상 외, 『1985년 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국인구보건연구원, 1985.
- 박병태 외, 『1976년 전국 출산력 및 가족계획평가조사』, 가족계획연구원, 1978.

- 박인선, 『미혼모에 대한 사회복지적 접근』, 『1998년도 춘계학술대회 연  
제집』, 1998.
- 정숙자, 『낙태에 대한 여성 신학적 이해』, 한국여성신학자협의회 주 최  
제1차 “가정과 여성신학 세미나” 강연자료(인터넷 자료), 1994년.
- 조남훈 외, 『1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사보고』, 한국보건사  
회연구원, 1997.
- \_\_\_\_\_, 『최근의 인구동향과 대응전략』, 한국보건사회연구원, 1998.
- 홍문식 외, 『인공임신중절 실태에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1990.
- Sam-Sik Lee, "Determinants of Son Preference: the Case of Republic  
of Korea, 1985", *UN Cairo Demographic Centre Research  
Monograph Series*, 19, 1989.
- \_\_\_\_\_, "Son Preference under Low Fertility in Korea",  
*Proceedings of the International Population Conference*,  
Beijing, 11~17 October 1997, Vol.3, 1997, pp.1025~1043.
- Sciarra, John J., "Infertility: A Global Perspectives on the Role of  
Infection", *Annals of the New York Academy of  
Sciences*(New York), No.626, 1991, pp.478~483.
- Sherris, Jaqueline D., and Gordon Fox, "Infertility and Sexually  
Transmitted Diseases: A Public Health Challenge",  
*Population Reports*, Series L. No.4(July), Baltimore,  
Maryland: The John Hopkins University, Population  
Information Programs, 1983.
- United Nations, "Program of Action Adopted at the International  
Conference on Population and Development", Cairo 5~13  
September 1994, *Population and Development*, Vol.1, Sales  
No. E.95. XIII. 7, 1995.
- \_\_\_\_\_, *The Health Rationale for Family Planning: Timing  
of Births and Child Survival*, Sales No. E.95. XIII. 3., 1994.
- \_\_\_\_\_, *World Population Monitoring: Selected Aspects of  
Reproductive Rights and Reproductive Health*, Sales No.  
E.97. XIII. 7, 1996.

*Summary*

---

## **Analysis of Induced Abortion Behavior Based on The Sex Composition of Children**

*Sam-Sik Lee*

---

In 1997, the number of induced abortions was 230 thousand, of which about 80 per cent were illegally performed. When the induced abortions of adolescents are taken into consideration, its number becomes much greater. Induced abortion not only induces social cost but also deteriorates the reproductive health of women and thereby has a negative impact on future generations.

According to this analysis, the rate of acquired infertility was greater for women who have experienced induced abortions than for those who have not. Specifically, the lower the order of pregnancy in which the women aborted, the higher the rates of pregnancy wastage and acquired infertility. Induced abortions of prenuptial conception are being repeatedly performed. The major determinants of performing an induced abortion were the number and sex composition of living children, but other socio-economic factors appear to have an significant effect on the performance of induced abortion, also.

In order to reduce the number of induced abortions and thereby reduce social costs and, at the same time, to improve the reproductive health of women, first, the number of unwanted pregnancies should be reduced; second, the number of induced abortions performed to solve unwanted pregnancies should be reduced; and third, prevention of repeated induced abortions should be reinforced.