家族計劃 實践이
家族健康에 미치는 影響에 関한 研究

李 時 伯
崔 富 玉

1978年12月

家族計劃研究院

श्री जैन सिद्धान्त भवन
आरा

머 리 말

우리나라 家族計劃事業은 人口의 量的調節과 質的向上을 通한 全体国民의 健康增進을 目的으로하여 現在 地域社会保健事業과 併行하여 遂行되어오고 있읍니다. 그러나 지난 16 年동안의 事業遂行過程을 分析하여보면 実際로 事業의 基本目標가 알맞은 数의 子女와 터울을 調節하므로서 母子健康 乃至 家族健康增進의 重要性을 強調하기 보다는 家族計劃事業手段을 通하여 避姙実践率을 높여 그 結果로서 出産率을 低下시키고져 하는데 가장 큰 目標가 주어졌읍니다. 그러므로 自然히 家族計劃 研究分野에서 健康側面에 対한 評価는 거의 等閑視되어 왔읍니다.

그러나 家族計劃이 人口調節手段으로서만이 아니라 個人, 家族 및 地域社会의 健康增進을 通하여 国家経済社会発展에 絶対的인 寄与를 할 수 있다는 理論은 否認할 수 없기 때문에 이 分野의 研究의 重要性은 至大한 것입니다.

그래서 本 研究는 特히 家族計劃이 母子保健과 直結되고 있는 本質에서 家族計劃実践과 이에 따른 母子保健 乃至 家族健康에 対한 影響을 究明하는데 그 焦点을 두었읍니다. 그러나 本 研究에 使用된 既存資料 蒐集方法이 既往歴調査였기 때문에 研究資料의 多少間의 質的 貧弱性으로 因하여 本来 意図했었던 것만큼 成果를 거두지 못하였던 것으로 생각됩니다. 그러나 本 研究報告書는 앞으로 이 分野의 研究計劃을 樹立하고져 하는 他研究者들에게 指針의 方向을 提供해준다는 데에 그 意味가 크다고 봅니다.

本 研究가 이룩되기까지 많은 도움을 주신 方城 博士, 高 応濟 教授에게 謝意를 表하며, 本 研究에 基本이 되는 家族健康資料를 提供하여주신 高陽郡 保健所, 그리고 学生用健康記録簿를 利用하는데 協助하여주신 元堂国民学校, 新院国民学校, 元中国民学校, 碧蹄国民学校, 三松国民学校, 흥도国民学校 当局에 深深한 感謝를 드립니다. 끝으로 本 研究에 物心両面으로 도와주신 延世大学校 医科大学의 協助에 感謝를 드립니다.

1978年 12月

家族計劃研究院長 金 鐸 一

目　　次

Ⅰ. 序　論 …… 3

1. 研究의 背景 및 必要性 …… 3

2. 研究의 目的 …… 5

Ⅱ. 姙娠·出産과 母子健康(家族健康)에 関한 文献考察 …… 6

1. 出生順位 및 出生回数에 따른 健康影響 …… 6

2. 家族크기에 따른 健康影響 …… 9

3. 出生間隔 및 姙娠間隔에 따른 健康影響 …… 10

4. 出産時母性年齢에 따른 健康影響 …… 12

5. 姙娠順位 및 姙娠回数에 따른 健康影響 …… 13

Ⅲ. 研究方法 …… 16

1. 標本設計 …… 16

가. 調査地域 …… 16

나. 調査対象家族 …… 16

2. 資料蒐集 …… 17

가. 基礎調査 …… 17

나. 既存資料蒐集 …… 18

다. 既存資料移記 …… 19

라. 資料補完 現地調査 …… 22

3. 変数選定 및 定意 …… 23

가. 従属変数 …… 23

나. 独立変数 …… 24

4. 研究의 限界性 …… 26

Ⅳ. 研究対象家族의 諸特性 …… 27
1. 元堂地域 全体의 特性 …… 27
2. 標本調査対象家族의 特性 …… 36
가. 人口学的 特性 …… 36
나. 社会·経済的 特性 …… 40
다. 医療 및 健康에 関한 特性 …… 45
라. 出産 및 家族計劃에 関한 特性 …… 54
Ⅴ. 家族計劃変数別 家族健康水準 …… 61
1. 家族計劃変数別 嬰児健康 …… 64
2. 家族計劃変数別 学齢児童健康 …… 89
3. 家族計劃変数別 母性健康 …… 94
4. 家族計劃変数別 家族健康 …… 103
Ⅵ. 結 論 …… 112
1. 要約 및 結論 …… 112
2. 提言 …… 121
〈参考文献〉 …… 123
〈英文抄録〉 …… 126

I. 序 論

1. 研究의 背景 및 必要性

家族計劃의 本質은 알맞은 数의 子女와 터울을 調節하므로서 家族 全体의 安寧, 특히 母性의 健康과 児童의 健康한 身体的, 精神的, 知的 発達을 가져오는데 있으며, 이를 基盤으로하여 家族計劃事業은 個人, 家族 및 地域社会健康의 増進方案으로서 地域社会保健事業과 並行하여 遂行되어오고 있다.

家族計劃, 経済成長, 健康의 세要素는 서로 不可分의 関係에 놓여있다. 왜냐하면 家族計劃은 人口의 量的調節은 물론 質的向上을 目的으로하기 때문에 家族計劃을 통한 個人 및 家族健康의 維待 및 増進이 人口資質의 向上은 물론 経済社会発展에 크게 寄與한다는 것은 明白한 事実이기 때문이다. 특히 家族計劃은 第 一次的으로 健康問題와 直結되고 있어서 個人単位에서는 母性健康 및 児童健康에, 그리고 集団単位에서는 家族 및 地域社会健康에 미치는 影響을 重要視하지 않을 수 없다.

우리나라 家族計劃事業의 基本目標는 一次的으로 避姙実践率을 높이며 그 결과로서 出産率을 低下시키는데 있다. 이러한 基本目標아래 지금까지의 事業運営方式은 目標量達成을 위한 事業手段(Goal-attainment Model)으로서 家族計劃実践率의 上昇과 出産率低下 中心으로 事業의 成果를 評価했으며 家族計劃과 健康의 相関性에 대해서는 거의 等閑視하였다. 結果的으로 지금까지의 研究는 家族計劃의 영향을 人口学的인 目標로만 解釈하였으며 健康度를 평가하고저하는 試図는 거의 없었다.

그러나 福祉国家建設과 関聯해서 出産率低下에만 置重해온 종래의 家族計劃事業이 앞으로는 保健学的 側面에서 家族計劃의 効用性을 糾明해주도록 要求하고 있다. 그리하여 向后 家族計劃事業은 出産調節手段뿐 아니라 国民健康水準向上을 위한 手段으로도 活用되어야 할 것이다.

家族의 크기와 家族의 健康과는 逆相関関係가 있다는 몇 研究(Wray 1971, 権 1975, 洪 1976)가 있긴 하나 家族計劃을 実践하므로서 個人이나 家族의 健康増進에 미치는 影響의 程度는 구체적으로 밝혀진 바 없다. 물론 社会経済的水準, 環境衛生, 健康事業分配制度, 遺伝的인 要因 等이 健康에 複合的으로 作用하기 때문에 純粋 家族計劃만의 効果를 測定하기에는 어려운 点도 있다.

過去, 우리나라에서 個人 및 集団의 健康状態를 評価하기위해 〃코오엘医学指数〃를 適用한 研究(権 外,1967)는 있지만 個人 및 家族健康水準을 家族計劃과 関聯시켜 研究한 業績은 별로 없다.

그러므로 本 研究는 個人 및 家族의 健康을 把握할 指標를

Joe D. Wray, 〃Population Pressure on Families: Family Size and Child Spacing,〃 Reports on Population/ Family Planning, No.9, Aug, 1971, pp. 403 - 461.

権黎赫 外 〃家族計劃変数와 小児保健의 相関性〃, 서울医大雑誌, 第16巻, 第4号, 1975, pp. 217 - 226.

洪在雄, 宋金順, 〃家族計劃変数에 따른 小児의 身体発育 및 営養状態〃, 大韓保健協会誌, 第2巻, 第3～4号, 1976, pp. 293 - 299.

権黎赫 外 5人, 都市 零細民에 関한 研究, 서울大学校 保健大学院, 1967.

設定하고 그 指標를 家族計劃의 成果와 관련시켜 그 利用可能性을 試図해보는 데에 研究의 重要性이 있다.

2. 研究의 目的

本 研究의 一般的인 目的은 家族計劃実践이 家族健康에 미친 영향을 分析하여 家族計劃事業과 保健事業의 統合運営의 効率性을 支援할 資料를 提供하는데 있다. 이러한 研究目的을 達成하기 위하여 樹立된 具体的인 目的은 다음과 같다.

가. 家族計劃 実践家族과 非実践家族의 児童健康水準을 比較 検討한다.

나. 家族計劃 実践家族과 非実践家族의 母性健康水準을 比較 検討한다.

다. 家族計劃 実践家族과 非実践家族의 家族健康水準을 比較 検討한다.

Ⅱ. 姙娠·出産과 母子健康(家族健康)에 関한 文献考察

近来에 와서 家族計劃分野의 새로운 関心은 人口의 量的調節보다는 人口의 質的向上에 集中되고 있다. 이러한 関心은 経済社会開発政策이 波及 発展되면서 또한 医学, 保健学, 社会科学 等 모든 分野에서 地域社会 健康事業(家族計劃事業 包含)을 通한 質的 삶의 改善에 関心을 두고 있다. 特히 姙娠, 出産現象이 母子保健과 直結되고 있음을 勘案할때 避姙으로 因한 健康向上은 重要한 仮説로 提示할 수 있을 것이다.

出産調節이 健康에 미치는 영향을 처음으로 主張한 사람은 美国人 医師 Charles Knowlton (1800 ~ 1850)으로서, 그는 1832年에 「Fruits of Philosophy or the Private Companion of Young Married」라는 小冊子에서 家族의 健康은 疾病, 戦争, 「페스트」, 飢餓와 같은 環境的 要因 이외에 出産水準에 의해 영향받는다고 報告하였다.* Knowlton의 理論을 根拠로 家族計劃과 健康에 관한 研究結果를 다음과 같이 考察하였다.

1. 出生順位 및 出生回数에 따른 健康影響

一般的으로 多産하는 家族을 보면 社会経済的水準이 낮고, 따라서 営養 및 環境衛生状態가 不良하며, 保健 및 社会教育의 機会가

---

* A.R. Omran, The Health Theme in Family Planning, Carolina Population Center, Monograph 16, 1971, pp. 7-9.

缺如되기 쉬워 母子保健 및 家族健康에 나쁜 影響을 줄 수 있다.

Bajpai 等이 「India」의 「퀸메리」病院의 統計資料에서 出生順位와 周産期死亡(Perinatal Loss)에 관해 報告한 結果는 表Ⅱ-1에서 보는 바와 같이 出生 1,000名에 対해 첫번째 出生順位

表Ⅱ-1 出生順位와 周産期死亡의 関係

出生順位	出生数	周産期死亡	
		数	百分率
1	232	29	12.5
2	189	9	4.8
3 - 5	364	39	10.7
6 - 9	186	30	16.1
10 以上	29	7	24.8
計	1,000	114	11.4

資料源: P.C. Bajpai, et al., "Observations on Perinatal Mortality," Indian Pediatrics 3 (1969): 86.

의 周産期死亡은 12.5퍼센트이나 두번째 出生順位에서는 4.8퍼센트로 顕著하게 減少되었고 세번째부터는 順位가 增加함에 따라서 周産期死亡도 上昇하였다.(Omran, 1971) Harry Oxorn(1955)은 1926 ~ 1952年사이에 「Victoria Montreal Maternity」

P.C. Bajpai, et al., Observations on Perinatal Mortality," Indian Pediatrics, 3 (1969):86.

病院에서 分娩한 63,140名의 婦人을 対象으로한 調査에서 老多産(Grand Multiparas)婦人과 少出産(Lower Parity)婦人의 産科的合併症을 比較한 結果 表Ⅱ-2에서와 같이 少出産婦人에서는 鉗子分娩, 帝王切開가 많은 反面, 老多産婦人에서는 姙娠中毒症, 胎盤早期剝離, 前置胎盤, 娩出困難胎向, 産後出血, 子宮破裂, 母性死亡, 胎児死亡 等이 높은 것으로 報告했다.

表Ⅱ-2 老多産婦人과 少出産婦人의 産科的合併症 比較

合併症	老多産婦人 百分率	少出産婦人 百分率
姙娠中毒症	14.2	4.0
胎盤早期剝離	2.2	0.6
前置胎盤	1.9	0.6
横位	2.2	0.2
腎位	9.8	4.3
鉗子分娩	1.5	9.6
帝王切開	2.5	4.3
産後出血	6.1	3.8
子宮破裂	0.2	0.03
母性死亡	0.9	0.21
胎児死亡	12.4	3.8

資料源:Harry Oxorn, "Hazards of Grand Multiparity", Obstetrics and Gynecology, 5 (1955):150 ~ 56.

A.R. Omran, op cit., pp. 35.
Harry Oxorn, "Hazards of Grand Multiparity", Obstetrics and Gynecology, 5(1955):150 - 156.

우리나라에서 権 等(1975)은 疾病이나 事故의 頻度로 計算한 月間有病率과 出生順位와의 관계를 分析하였다. 그 結果에서 指摘된 바는, 疾病 및 事故는 모두 세번째 出生順位에서 有病率이 가장 높았다. 또한 少児의 身体計測値를 우리나라의 少児標準発育平均値와 比較하여 그 平均値에 未達하는 比率은 두번째 出生에서 가장 낮고, 첫번째出生에서 높으며 그 後 出生에서는 順位가 높을수록 未達比率도 높은 것으로 나타났다.

2. 家族크기에 따른 健康影響

家族健康과 関係된 家族計劃変数中 가장 重要한 要因의 하나가 바로 가족크기이다. Dingle 等이 미국의 「클레브랜드」에서 調査한 感染性胃腸炎은 家族数(兄弟数)가 많을수록 家族 및 個人의 胃腸炎 発病率이 점차로 増加함을 報告하였다.(Wray, 1971) Wray와 Aguirre(1969)는 学齢前(6才未満)児童의 営養状態調査에서 6才未満의 兄弟数가 적은 아이보다는 兄弟数가 많은 아이일수록 営養不足比率이 높은 것으로 報告했다. Scott(1962)와 Grant(1964)는 各各 「런던」의 学齢児童의 成長様相을 家族크기와 관계지어 調査한 結果에서, 가족크기가 클수록 平均 身長, 体重値가

権黎赫外, 前掲書, 1975. pp. 220 ~ 224.

J.D. Wray, op cit, 1971, pp. 407.

J.D. Wray and Alfredo Aguirre, "Protein-Calorie Malnutrition in Candelaria, Colombia. I.Prevalence; Social and Demographic Factors", J Trop Pediat, 15, 1969, pp. 76-98.

J.A. Scott, "Intelligence, physique, and Family Size", British Journal of Preventive and Social Medicine, 16(1962):166.

적어짐을 報告했다. Douglas 와 Simpson (1964)이 硏究한 思春期到達年齡과 家族크기와의 關係에서 少年은 15才를 基準으로 性的成熟比率을, 少女는 12才를 基準으로 月經有無比率을 調査한 結果 兄弟數가 많을수록 思春期 到達比率이 낮았음을 報告하였다.

3. 出生間隔에 따른 健康影響

母子健康側面에서 家族計劃은 터울조절을 가장 優先的으로 強調하는데, 그 理由는 出生間隔이 直接 母性이나 子女의 健康에 影響을 미치기 때문이다. Douglas (1950)는 未熟兒와 出生間隔과의 硏究에서 出生間隔이 1年未滿일때 未熟兒出生率이 가장 높으며 間隔이 길수록 未熟兒出生率이 낮음을 觀察 報告했다. Wolfers 等 (1975)은 姙娠間隔과 兒童死亡率의 關係硏究에서 姙娠間隔이 39個月以上인 경우를 除外하고는 姙娠間隔이 짧을수록 後期新生兒

M.W. Grant, "Rate of Growth in Relation to Birth Rank and Family Size", Britisk Journal of Preventive and Social Medine, 18 (1964):37.

J.W.B.Douglas and Howard R.Simpson, "Height in Relation to Puberty, Family Size and Social Class:A Longitudinal Study," Milbank Memorial Fund Quarterly, 42, 1964, pp. 23.

J.W.B.Douglas, "Some Factors Associated with Prematurity: The Results of a National Survey", Journal of Obstetrics and Gynecology, 57, 1950, pp. 155.

David Wolfers and Susan Scrimshaw, "Child Survival and Intervals Between Pregnancies in Guayaquil, Ecuador" Population Studies, Vol. 29,No.3,1975,pp.489 ~ 490.

死亡率이나 嬰兒死亡率이 顯著하게 높으며, 死産率도 姙娠間隔에 따라 差異를 보여주고 있음을 觀察했다. (表Ⅱ-4 參照) 또한 같은 硏究에서 姙娠間隔이 짧을수록 正常出生確率은 減少되고 반대로 自然流産率은 增加함을 報告하였다. 우리나라에서 洪 等(1976)이 硏究한 出生間隔과 小兒의 身体発育 및 健康狀態에서는 出生間隔이

表Ⅱ-4 生殘出生間隔別 兒童死亡率

出生間隔 (個月)	死 産 率	後期新生兒死亡率	嬰兒死亡率
0 - 2	11.2	82.6	127.0
3 - 14	14.3	38.7	57.8
15 - 26	7.7	19.3	40.1
27 - 38	20.8	10.7	37.4
39 +	29.2	16.6	39.6
計	14.4	30.4	52.4

資料源: David Wolfers and Susan Scrimshaw, "Child Survival and Intervals Between Pregnancies in Guayaquil, Ecuador", Population Studies, Vol.29, No.3, 1975, pp.489-490.

3年未滿인 경우가 3年以上인 경우보다 身体発育平均値 未達比率이 월등하게 높으며, 貧血頻度나 口內炎有病率도 더 높음을 報告

洪在雄外, op cit., 1976, pp. 296 ~ 297.

하였다.

4. 出産時 母性年齡에 따른 健康影響

一般的으로 家族計劃의 主要対象은 可姙期間에 있는 15 - 49才의 有配偶婦人이다. 그러나 可姙期間中이라 할지라도 母体가 35才以上의 高齡이거나 19才以下의 低齡으로 姙娠이나 出産을 經驗할때는 이에 따른 合併症이 흔히 発生하므로 母体의 健康状態가 生理的으로 가장 良好한 20才부터 34才사이에 姙娠이나 出産을 하는 것이 母子의 健康에 有利하다. 出産時 母性年齡과 母性死亡率의 関係에 関해 世界保健機構統計에서 밝혀진 結果(WHO, 1969)에 의하면 母性年齡이 20才以下에서 出産時에 母性死亡率이 높다가 20 - 29才에서는 낮아지고 30 - 34才에서부터 上昇하며 35才에서부터는 急激히 上昇하여 母性年齡과 母性死亡率간에 "J"形曲線을 그리고 있음을 報告했다. 비슷한 研究結果로서 Perkin(1969)이 研究한 分娩時 母性年齡과 分娩合併症의 報告에서도 亦是 15才 - 19才에서의 分娩時 分娩合併症은 20 - 24才에서 分娩時보다 높으며 25 - 29才부터는 年齡이 높을수록 合併症発病率도 上昇하는 것으로 나타났다. Wolfers 等

WHO, 1969 World Health Statistics Report, Vol.22, No.6, 1969.

G.W.Perkin, Presented at Conference on Family Planning and Natonal Development (IPPF), Bandung, June 1-7, 1969:quoted from E.H.Kwon, "Population and Mealth", The Seool Journal of Medicine, Val.16,No.3,1975,pp. 157.

(1975)이 研究한 姙娠時 母性年齡과 姙娠結果에서도 19才以下에서 姙娠時에는 死産率과 自然流産率은 增加하고 있으며 15才以下에서는 死産率이 높고 30 ~ 34才에서 姙娠時에는 人工流産率이 높은 것으로 報告되었다.

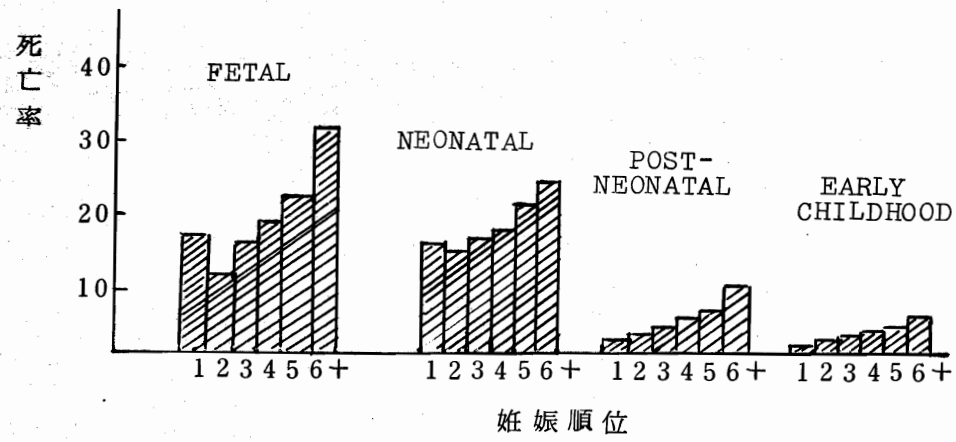
5. 姙娠順位 및 姙娠回数에 따른 健康影響

우리나라 대부분의 婦人들은 適定数의 子女를 가지며 터울調節을 하기 위한 姙娠調節보다는 더이상 出産을 하지 않겠다는 緊迫한 상태에서 家族計劃을 受容하고 있는 実情이다. 그러나 가장 適切한 数만큼의 姙娠이 姙娠消耗없이 出生으로 終結되고 少子女家族이 維持될 수 있다면 母性의 健康과 子女의 成長発育은 훨씬 向上될 것이다.

Chase(1961 ~ 1962)가 1950 ~ 1952年사이에 「뉴욕」洲에서 出生한 約 50万 出生에 대해 嬰幼児死亡率을 調査한 結果를 보면(図表Ⅱ-1参照) 胎児死亡率(Fetal Mortality Rate)과 新生児死亡率(Neonatal Mortality Rate)는 첫번째 姙娠順位에서 높다가, 두번째에서 낮아지며, 세번째順位 以後부터는 姙娠順位가 높아질수록 死亡率도 增加하고 있다. 또한 後期新生児死亡率(Postneonatal Mortality Rate)과 幼児死亡率(Early Childhood Mortality Rate)도 姙娠順位가 높아질수록 增加함을 報告하였다.(Omran, 1971) Russel 等(1970)이 調査한 姙娠数와 周産期死亡率(Perinatal Mortality Rate)의 関係에서도 姙娠数가 增加할수록 死亡率도 上昇하며 姙娠数가 5回以上부터는 死亡率도 急激

David Wolfers and Susan Scrimshaw, op cit. pp. 479 ~ 496.
A.R. Omran, op cit. pp. 87.

図表Ⅱ－1　　姙娠順位別　胎児，嬰児　및　児童死亡率



資料源：Helen C. Chase, "The Relationship of Certain Biologic and Socioeconomic Factors to Fetal, Infant and Early Childhood Mortality - I. Father's Occupation, Parental Age, and Infant's B Birth Rank; II. Father's Occupation, Infant's Birth Weight and Mother's Age" (Mimeographed, Albany New York State Department of Health, 1961 and 1962)

히 上昇함을 報告하였다. Wolfers와 Scrimshaw (1975)는 1971年 9～10月사이에 「에콰도르」의 「Guayaquil」都市에 移住해온 移住者를 対象으로한 研究에서 姙娠順位에 따른 姙娠終結類形을 調査한 結果 自然流産과 人工流産은 姙娠順位가 높아질수록 增加하나 出生率은 反対로 姙娠順位가 높을수록 낮아지고 있음을 報告했다.

以上 文献을 通해 検討해본 結果로서 出生順位, 出生回数, 家族数, 出生 및 姙娠間隔, 出産時 母性年齢, 그리고 姙娠順位 및 姙娠回数

에 따라 個人(母性, 子女)및 家族単位에서 뚜렷한 健康差異가 있음이 観察되었다. 이와 같은 結論은 家族計劃이 個人 내지 集団(家族)에 미치는 健康問題가 至大함을 確因시켜 주는 것이다.

J.K. Russel, et al., "Maternity in Newcastle - Upon-Tyne: A Community Study", Lancet, 1, 711, 1963.

D. Wolfers and S. Scrimshaw, op cit., 1975, pp. 487.

Ⅲ. 研 究 方 法

1. 標本設計

가. 調査地域

1962年에 우리나라 農村地域社会에 家族計劃事業이 처음으로 紹介된 곳은 京畿道 高陽郡 元堂面이다. 그러므로 本 研究는 家族計劃이 우리나라 地域社会에 처음으로 紹介된 同地域에 대하여 1962年부터 1977年까지 16年동안 政府가 地域社会住民에게 提供했던 家族計劃 및 保健事業 既存資料를 주로 利用하여 住民들의 健康状態를 評価하고저 한 것이다.

나. 調査対象家族

本 調査는 調査対象家族 選定에 있어 二段階로 나누었다. 먼저 元堂面 全 地域에 対한 基礎調査의 目的으로 1977年 9月 現在 元堂面에 実際 居住하는 家口 全数를 対象하였으며, 다음은 家族計劃実践과 家族健康과의 相関性을 把握하기 위하여 元堂面 基礎調査 対象家口에서 標本抽出하였다. 元堂面 全 家口에서 행한 具体的인 標本抽出過程과 対象者選定에 따른 考慮事項은 다음과 같다.

첫째 基礎調査에서 作成된 21個 行政区域別 家口名簿(2,977家口)를 根拠로 家族単位名簿(3,473家族)를 作成하였다.

둘째 標本抽出時에 統制된 変数는 婦人의 年齢이 50才以上인 家族 ② 未婚家口 ③ 出生子女가 없는 家族이다. 그 理由는 未婚家口와 出生子女가 없는 家族은 出産에 따른 健康의 変化를 把握하기위한 本 研究目的에 適合하지 않으며, 婦人의 年齢이 50才以

上인 家族을 除外한 것은 1962年의 社会文化的 與件으로 보아 可姙年齡의 中間年齡인 35才以後에 主로 避姙実践을 했을 것으로 仮定하여 1962년의 35才에서 1977年까지의 15年을 合한 50才를 基準으로 하였다.

셋째 基礎調査結果 婦人의 年齡이 50才以下이고, 出生子女가 있는 家族中 1962年부터 1977年 사이에 家族計劃을 5年以上 実践한 家族, 5年未満 實践家族,* 非實践家族의 三集団으로 나누어 各各 名簿를 作成하였다. 이것은 本 研究目的에 符合되도록 家族計劃 実践集団과 非実践集団을 任意로 標本抽出할 수 있도록 階級을 만들기 위함이다.

家族計劃 実践期間을 5年 基準으로한 理由는 家族計劃을 実践하지 않는 自然状態에서 5年 期間동안 約 二回出産이 있을 것으로 보아 2回 出産에 따른 健康에 미친 影響은 비교적 有意한 것으로 推測하며, 5年間의 家族計劃実践은 避姙行為의 確実性을 陽性的으로 나타낸다고 볼 수 있기 때문이다.

넷째 家族計劃 5年以上 実践家族 全数와 非実践家族을 5年以上 実践家族과 同数가 되도록 系統的 標本抽出하여 이를 研究対象家族으로 하였다.

2. 資料蒐集

가. 基礎調査 実施

基礎調査地域의 家口 및 家族特性을 把握하고 家庭健康記録簿

---

* 実際 家族計劃 実践期間을 5年으로 基準하였다 하더라도 그 內容에 있어서는 應答者의 記憶力 不確実로 硬直性이 없다.

調査対象家族을 階層別로 標本抽出하기 위한 目録表 作成을 目的으로 実施하였다.

本 基礎調査는 元堂面内 21個 行政里의 里長을 訓練시키고 事前에 準備된 調査紙를 使用하여 調査하였다. 基礎調査의 内容은 첫째 家口員 事項, 둘째 家口主 및 世帯主婦人의 年度別 家族計劃 実施與否, 셋째 家族計劃 및 母子保健 登録與否, 넷째 元堂面内 居住期間 等이다.

基礎調査 結果 元堂面内에는 2,977가구(household)가 居住하고 있으며 이를 家族単位로 分類하면 3,473家族(family)이다.

3,473家族을 本 研究目的에 合当하도록 婦人의 年齢과 家族計劃 実践年数에 따라 分類하면 表Ⅲ-1에서 보는 바와 같다.

表Ⅲ-1 婦人年齢 및 家族計劃実践年数別 家族数

区 分	家族数	百分率
婦人年齢 50才以上家族	1,005	28.9
婦人年齢 50才以下, 家族計劃 5年以上実践家族	619	18.1
婦人年齢 50才以下, 家族計劃 5年未満実践家族	717	21.4
婦人年齢 50才以下, 家族計劃 非実践家族	1,132	32.6
計	3,473	100.0

* 婦人이 없는 家族에서는 男便의 年齢으로 代置하였다.

나. 既存資料蒐集

本 研究에서 主要 分析対象資料는 既存 政府事業資料와 地域社会資料에서 蒐集하였다. 政府事業資料로는 高陽郡 保健所가

管理, 保管하고 있는 1962年 以後의 既存 事業資料中 元堂面 住民에 관한 家族計劃 및 健康関係資料가 包含되며 地域社会資料는 延世大学校 医科大学에서 1962年에 元堂面에서 調査했던 家族計劃 調査表, 現在 国民学校에 在学中인 学生들의 学生用 健康記録簿를 통하여 蒐集하였다. 蒐集된 資料種類, 資料蒐集年度 및 資料出処는 다음과 같다.

① 家口員 및 家族計劃現況 (1977.9, 基礎調査結果)

② 家口現況記録表 (1973 ~ 1977, 高陽郡保健所+家族計劃研究院 : 이 資料는 家族計劃研究院에서 訓練을 받은 家族計劃要員이 実習訓練目的으로 高陽郡保健所家族計劃要員과 함께 追究調査한 것임.)

③ 家庭記録表 (1962 ~ 1968. 高陽郡 保健所)

④ X - Ray 撮影台帳 (1965 ~ 1977.9. 高陽郡 保健所)

⑤ 予防接種台帳 (1967 ~ 1977.9. 高陽郡保健所)

⑥ 喀痰検査台帳 (1967 ~ 1977.9. 高陽郡保健所)

⑦ 結核患者登録台帳 (1963 ~ 1979.9. 高陽郡保健所)

⑧ 家族計劃登録台帳 및 登録簿 (1968 ~ 1977.9. 高陽郡保健所)

⑨ 母性 및 嬰幼児 登録台帳 (1962 ~ 1977.9. 高陽郡保健所)

⑩ 子宮内装置 観察記録表 (1966 ~ 1974. 高陽郡保健所)

⑪ 診療記録簿 (1967 ~ 1977. 9. 高陽郡保健所)

⑫ 学生用 健康記録簿 (1972 ~ 1977.9. 元堂面内 6개 国民学校)

⑬ 家族計劃調査表 (1962年 延世大学校 医科大学)

다. 既存資料移記

個人単位로 蒐集된 資料는 다음과 같은 過程을 통해서 1977年 10月 1日부터 1978年 3月 30日까지 家族単位의

健康記録을 設定하였다.

(1) 家族健康記録簿 作成

個人単位의 既存 家族計劃 및 健康関係資料를 修正, 補完하여 家族単位의 健康記録을 만들기 위하여 既存資料를 移記할 새로운 양식 "家庭健康記録簿"를 設計하였다.

家庭健康記録簿는 「Family Health Indicator」(WHO, 1976)를 기초로하여 変数를 選定하고 이와 관련된 研究論文(Sackett 1977, Tinkham 1972, AMSA 1971, 朱 1976)과 연세大学校 医科大学이 設計했던 家庭健康記録簿를 参考로하여 本 研究目的에 合当한 家庭健康変数를 確定한 後, 1962年부터 1977年까지의 記録을 年度別로 記録할 수 있도록 区分하여 設計하였다.

家庭健康記録簿는 本 研究의 目的을 達成하기 위하여 다음의 変数를 包含하였다.

Report of a WHO Study Group, Statistical Indices of Family Health, WHO, Technical Report Series 587, 1976.

D.L. Sakett, "The Development and Application of Indices of Health : General Methods and a Summary of Results", A.J.P.H., 67:423 - 428, 1977.

C.W. Tinkham, E.F.Voorhes, Community Health Nursing Evolution and Process, Appleton-Century Crofts, 1972, pp. 146 - 175.

I.A. Nage, "The Impact of Family Size on Family Health", The Teaching and Practice of Family Health, Association of Medical Schools in Africa, 1971, pp.54 - 61.

朱鶴中, 徐炅, "保健部門指標의 体系와 測定方法", 部門指標의 体系와 測定方法, 韓国開発研究院, 1976.pp. Ⅲ-1~Ⅳ-33.

(가) 家口員 事項

(나) 健康管理

(다) 死亡記録

(라) 出産 및 避姙歴

(마) 罹患記録

(바) 学齢期, 思春期子女 健康記録

(사) 嬰幼児 健康記録

(아) 姙娠, 出生記録

(자) 経済状態

(차) 文化状態

(카) 環境衛生状態

(2) 移記要員選抜 및 訓練

移記要員은 学歴을 高等学校 卒業以上으로 하고 元堂面 地理에 밝은 사람으로서 個人別 面接을 通하여 4명을 選抜하였다. 移記要員은 本 研究에 대한 背景 및 目的과 우리나라의 家族計劃事業 및 家族計劃 基礎知識에 관해 1日間 基礎訓練을 받았으며 5日동안 基礎調査에 調査員으로 参與시켜 本 研究의 內容을 理解하도록 하였다. 移記要員은 移記作業에 参與하기 前에 事前 準備된 家庭健康記録簿와 記録指針書를 통하여 記録內容, 記録方法, 간단한 医学用語에 관해 訓練을 받았으며 移記內容 및 方法을 완전히 理解하도록 하기 위해 研究者의 指導를 받아 実際로 10家口씩 移記를 하는 実習訓練을 받았다.

(3) 移記方法

移記作業은 1977年 10月 1日부터 1978年 3月末까지 6個

月間 継續되었다.

実際 移記方法은 우선 蒐集된 既存資料를 行政里, 年度, 種類別로 分類하여 一連番号를 준후 姓別로 名単을 作成하였다. 作成된 名単은 研究対象家口의 家口員事項 및 住所와 対照하여 이중 該当者의 既存記録內容을 研究対象家口의 家庭健康記録簿 該当項目에 記録하였다. 移記된 家庭健康記録簿는 研究担当者가 随時 指導監督하여 誤記與否를 修正할 수 있도록 했다.

過去 16年間의 記録을 家庭健康記録簿에 移記하는 過程에서 가장 큰 問題点으로 発見된 것을 整理하면 다음과 같다.

①研究対象家口는 家口主 혹은 世帯主를 中心으로 하여 家族単位로 記録하게 되어 있으나 既存事業記録은 個人単位로 記録되어 있고 世帯主名이나 住所가 記載되지 않거나 혹은 不明確하게 記載되어 있어 既存資料名単, 研究対象家口의 家口員 名単을 対照할 때나 同名二人인 경우에는 家庭訪問하여 確認해야 하였기 때문에 많은 時間이 所要되었다.

②既存記録內容中 內容이 記録되지 않았던 項目(특히 住所의 番地나 마을이름, 世帯主名, 保健所来訪 以前까지의 罹患期間)이 있어서 既存資料를 완전히 利用할 수는 없었다.

③診療記録의 경우 再訪問한 患者의 記録이 以前에 訪問했던 記録과 連結되지 않아서 一時的인 治療方法만을 把握할 수 있으며 個人의 全般的인 健康変化는 把握할 수 없었다.

라. 資料補完 現地調査

既存資料 移記過程에서 漏落된 項目 및 補充資料를 蒐集하고 또한 既存記録內容의 妥当性 및 正確性을 検討하기 위하여 1978年 4月 6日부터 5月 10日까지 資料補完 現地調査를 実施하였다.

面接調査要員(9名)은 移記要員을 포함한 高等学校 卒業以上의 女子로서 社会調査経験이 있는 者를 우선 基準으로 하여 選抜하였다.

調査員은 調査始作 前에 ①本 研究의 背景 및 目的, 研究過程 ②家族計劃概要 ③家族計劃과 保健과의 関係 ④面接記述 및 調査要領 ⑤調査表(家庭健康記録簿) 記録方法에 관해 3日間 訓練을 받았다.

調査員은 研究対象家口를 直接 家庭訪問하여 事前 資料蒐集이 된 家庭健康記録簿를 根拠로 漏落된 補充資料를 蒐集하고 既存記録内容의 妥当性, 正確性을 検討하여 誤記된 内容을 修正, 補完하였다.

3. 変数 및 用語 定義

가. 従屬変数

本 研究에서 使用된 従屬変数는 調査対象家族의 〃家族単位健康〃으로 하였다.

家族単位의 健康을 測定하는데는 우선 健康의 概念을 定義하여야 할 것이다. 넓은 意味에 있어서 健康은 世界保健機構(WHO)의 定義를 빌리면, 身体的 疾病이나 不具가 없을뿐 아니라 精神的, 社会的 安寧까지도 包含하고 있다. 그러나 本 研究에서는 調査資料의 制限性때문에 身体的 健康水準 및 健康行為만으로 健康状態를 把握코저 하였으며 精神的 및 社会的 安寧状態는 健康指標에서 除外시켰다.

〃家族単位健康〃은 다시 ① 嬰児健康 ② 学齢児童健康 ③ 母性健康 ④ 家族健康으로 分類하였다.

嬰児健康変数에는 身体的 成長発育値로서 生後 1年까지의 月齢別 身長, 体重値와 幼歯発生時期, 걷는時期, 말하는時期를 包含시켰다. 但 各 観察値는 一定한 対象児의 月齢別로 継續的인 観察値가 아니고 各 月齢에서 観察된 成長発育値의 平均値이다.

学齢児童健康変数에는 身体的 成長発育値로서 年齢別 身長, 体重値를 包含시켰다. 亦是 各 観察値는 一定한 対象児童의 年齢別로 継續的인 観察値가 아니고 各 年齢에서 観察된 成長発育値의 平均値이다.

母性健康変数에는 罹患状態와 出産特性및 医療機関 利用度로서 罹病期間, 傷病分布, 死亡子女数, 姙娠消耗, 病院分娩数, 医療要員에 의한 分娩介助数를 包含시켰다.

家族健康変数에는 罹患状態와 健康行為로서 健康問題解決場所, 健康知識水準, 肉類消耗量, 医療費, 生活費, 罹病期間, 傷病分布를 包含시켰다.

나. 独立変数

本 調査에서는 家族計劃이 健康에 미친 効果를 分析하는 것이 重要한 目的이므로 家族計劃을 実践한다 함은 두가지 側面에서 分析하였다. 첫번째는 〃家族計劃実践行為〃로서 家族計劃実践與否 내지는 家族計劃実践期間을 包含하며, 이들은 家族計劃에 対한 分明한 動機形成과 肯定的인 態度가 갖추어져 있음을 意味한다. 둘째는 〃家族計劃実践結果〃로서 家族計劃行為에 뒤따르는 結果, 즉 小数의 姙娠 및 出生数, 適切한 出生間隔과 出産時 母性年齢, 出生順位를 包含한다. 그러므로 本 研究에서 選定한 独立変数는 ① 姙娠数 ② 家族計劃実践期間 ③ 出生児数 ④ 平均

出生間隔 ⑤ 最終兒出産時 母性年齡 ⑥ 出生順位 等이다.

本 研究에 使用된 独立変数들은 다음과 같이 定義하였으며 各 変数는 한 婦人에게서 調査日(1977年 9月 30日)까지에 있었던 姙娠 및 出産을 基準으로 하였다.

姙娠数 : 한 婦人의 可姙初期부터 調査当日까지의 総 姙娠数이다.

家族計劃実践期間 : 1962年以後부터 調査当日까지의 総 家族計劃実践個月数로서 家族計劃実践期間中 事故姙娠이 있었던 달(月)도 実践個月로 看做하였다. 1962年을 基準으로한 理由는 1962年부터 調査地域에 처음으로 家族計劃事業이 導入되었기 때문이다.

出生兒数 : 한 婦人에게서 그 婦人의 첫 姙娠時부터 調査当日까지에 出生했던 総 出生兒数이다. 그러므로 婦人이 再婚했을 경우 初婚에서 出生한 出生数도 包含하였다.

平均出生間隔 : 1962年 1月以後 첫出生이 있었던 다음月부터 調査日을 基準으로 맨 마지막出生이 있었던 바로 以前月까지의 期間(個月)을 1962年 1月以後에 出生한 総 出生数에서 하나를 뺀 数로 나눈 平均個月을 意味한다. 그러므로 各 出生사이의 出生間隔의 平均이 아니다. 但, 出生兒가 1名인 경우에는 分析対象에서 除外시켰다.

最終兒出産時 母性年齡 : 調査当日을 基準으로 맨 마지막 出生兒의 出産時 母性의 満年齡이다. 但 2名以上의 出生兒가 있는 경우에만 母性의 年齡에 관계없이 最終兒로 보았고, 出生兒가 1名인 경우에는 分析対象에서 除外시켰다.

出生順位 : 한 家族에서 1962年以後 出生한 첫出生兒와 調査当日을 基準으로 마지막 出生한 最終出生兒만을 対象으로 하여 1962

年以前에 出生한 出生児까지 包含하여 出生順位를 把握하였다.

4. 本 研究의 限界性

本 研究에서 갖는 몇가지 限界点은 다음과 같다.

1) 本 研究方法은 研究視点으로부터 観察期間을 통해 追跡調査(prospective study)를 해야하나 既存資料를 利用한 既往歴調査(Retrospective study)를 하게 되므로 蒐集된 資料에는 誤差가 있을 수 있다.

2) 健康状態는 出産과 社会経済的水準에 의해 複合上昇効果를 받기 때문에 두 要因을 分離시켜서는 健康에 미친 家族計劃変数만의 単独効果를 把握하기 어려운 点이 있다.

3) 研究対象이나 研究地域 選定에 있어서 研究目的에 따라 意図的으로 標本을 選定한 点과 選定된 研究地域이 16年間의 急激한 社会変化로 인해 農村特性에서 都市形構造로 変化하였기 때문에 研究結果를 農村地域이나 都市地域의 結果로만 一般化하기에는 制限点이 있을 것이다.

4) 罹患記録과 嬰幼児 및 学齢児童의 発育状態記録은 모든 対象記録을 利用하지 않고 記録中 一部를 標本抽出하여 分析하였으므로 標本数가 적은데에서 오는 誤差를 排除할 수 없다.

Ⅳ. 研究対象家族의 諸特性

1. 元堂地域 全体의 特性

(1) 地域 및 人口 特性

元堂面은 高陽郡의 中心部에 위치한 郡庁所在地로서 서울로부터 西北쪽으로 약 15㎞정도에 위치하고 있으며 面積 3,529ha에 約 3,000家口가 居住하며 人口密度는 480名/㎢이다. (元堂面, 1977)

이곳은 家族計劃事業 初創期인 1960年 初盤에는 農村型 社会構造를 가지고 있었으나 近来에 와서 교통수단의 발달로 서울과는 時間生活圏에 속해있고, 서울近郊 체육시설 誘致관계로 社会, 文化, 経済的 영향을 많이 받아 都市型 社会構造로 変化되어가는 過程에 있어 全 家口의 38퍼센트가 農家이고 62퍼센트는 非農家이다.(元堂面, 1977) 그러나 総 面積의 92퍼센트가 開発制限区域으로 住居環境의 変化는 低調한 편이다. 医療機関으로서 高陽郡 保健所가 있으며, 一般「크리닉」, 薬局, 漢医院이 各各 1個所씩 있다. 教育機関으로는 国民学校가 4, 農協大学 1個校가 있으며, 中, 高等学校는 面外에 있다.

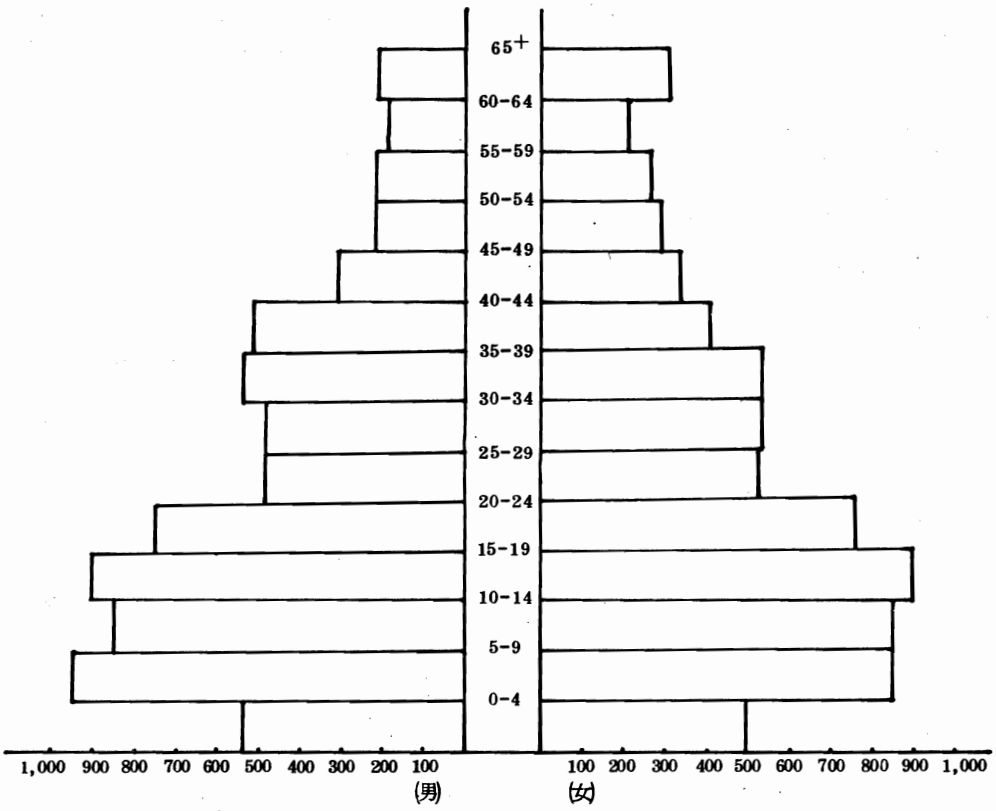
元堂面은 1962년부터 1968년까지 延世大学校 医科大学에서 主管, 高陽郡 保健所를 中心으로 家族計劃事業이 展開되었으며, 1968年부터는 政府로부터 家族計劃 示範保健所로 指定되어 있어서 保健所 및 家族計劃事業에 対한 住民들의 認識 및 利用率이 他地域에 비해 比較的 높은 편이다.

元堂面에는 現在 2,977家口가 居住하고 있으며 이를 世帯別로 区分하면 3,473世帯이다. 이 중 調査資料가 不充分한 47家口를

京畿道 高陽郡 元堂面, 面政現況, 1977.

除外한 2,930家口에 대한 性別, 年齡別 人口構造를 보면 表 및 図表 Ⅳ-1과 같다.

図表 Ⅳ－1 調査地域의 性別, 年齡別 人口構造피라밋



총 調査対象人口는 14,367 名이며, 男子가 7,202 名으로 50.1 퍼센트, 女子가 7,165 名인 49.9 퍼센트로서 전체 人口의 性比는 100,52 이다. 이는 元当面의 96.86보다는 약간 높은 편이나, 京畿道 전체의 100,66 과는 거의 같고 面部의 103,37 보다는 약간 낮다.(経済企劃院, 1976)

전체 人口중 4才以下의 児童이 차지하는 比率이 7.2퍼센트, 14才以下의 少年人口는 31.6퍼센트이며, 65才以上의 老年人口가 3.8퍼센트, 15～64才의 生産年齢人口가 64.6퍼센트로서 生産年齢人口가 非生産年齢人口보다 높은 편이다. 특히 15～49才의 可姙女性群이 元堂地域 全体 人口의 27.3퍼센트를 차지하는 比率은 우리나라 전체의 24.8퍼센트, 面部의 21퍼센트(経済企劃院, 1976) 보다 현저히 높다. 그 理由는 元堂面에 体育, 娯楽施設(골프장, 수영장……)이 集中되어 있는 관계로 젊은층의 職業女性이 많기 때문으로 解析된다.

(2) 家口形態

우리나라 農村家族의 研究(李光奎 1975, 李萬甲 1963)에서 밝혀진 家口의 世帯別 構成을 보면 夫婦와 未婚子女로 構成된 所謂 夫婦家族(核家族)이 전체 家口의 半数以上을 차지하고 있다.

本 調査地域의 家口形態는 表 Ⅳ-2에 나타난바와 같이 全 家口中 核家族形態가 75.5 퍼센트로서 이것은 서울시 永登浦区에서

経済企劃院, 1975 年「센서스」 調査資料, 1976.
李光奎, 韓国家族의 構造分析, 一志社, 1976, pp.47-52.
李萬甲外, 韓国의 農村家族研究, 서울大学校出版部, 1963, pp.16-31.

表Ⅳ－1　対象家口의 性別 年齡別 人口構造

年齡	男子		女子		計		性比
	数	%	数	%	数	%	
0 - 4	534	7.4	504	7.0	1,038	7.2	105.95
5 - 9	955	13.3	834	11.6	1,789	12.5	114.50
10 - 14	858	11.9	849	11.9	1,707	11.9	101.06
15 - 19	902	12.5	908	12.7	1,810	12.6	99.34
20 - 24	747	10.4	760	10.6	1,507	10.5	98.29
25 - 29	493	6.9	520	7.3	1,013	7.1	94.81
30 - 34	494	6.9	535	7.5	1,029	7.2	92.34
35 - 39	563	7.8	534	7.5	1,097	7.6	105.43
40 - 44	505	7.0	378	5.3	883	6.2	133.60
45 - 49	306	4.3	310	4.3	616	4.3	98.71
50 - 54	220	3.1	273	3.8	493	3.4	80.59
55 - 59	225	3.1	237	3.3	462	3.2	94.94
60 - 64	174	2.4	199	2.8	373	2.6	87.44
65 +	226	3.1	324	4.5	550	3.8	69.75
計	7,202	100.1	7,165	100.1	14,367	100.1	100.52

実施한 調査結果(尹鍾周, 1977)와 비슷하며 위의 農村地域과는 현저한 差異를 보이고 있다. 이는 元堂面이 서울과 隣接한 관계로 都市型 社会構造를 이루고 있기 때문인 것으로 해석된다.

尹鍾周, 金洙明, "서울市의 人口, 保健 및 医療保険에 관한 調査研究", 人口問題論集, 第21号, 1977, pp.5-134.

表 Ⅳ - 2　　家口의　形態

家口形態	家口数	百分率
核家族	2,212	75.5
拡大家族	597	20.4
其他	121	4.1
計	2,930	100.0

(3)　家口크기

表Ⅳ－3에서 보는 바와 같이 家口員이 5名以下인 家口가 全体의 63.7퍼센트를 차지하며, 8名以上인 家口가 9.0퍼센트이다. 이는 「센서스」결과(経済企劃院, 1976) 高陽郡의 面単位 家口当 人口인 5名以下가 59.6퍼센트, 8名以上 12.4퍼센트보다 家口員数가 비교적 적음을 보여주고 있다. 이러한 現状

表Ⅳ－3　　家口 크기

家口員数	家口数	百分率
1 - 3	703	24.0
4 - 5	1,164	39.7
6 - 7	800	27.3
8以上	263	9.0
計	2,930	100.0
平均	4.91	

経済企劃院, 前掲書.

은 元堂面이 高陽郡에 속한 面単位중에서 特히 서울에 가깝기 때문에 都市型 社会構造로 変化되어가고 있으며 核家族化와 더불어 家族計劃受容으로 因한 小家族 規範이 形成되고 있기 때문인 것으로 풀이된다.

(4) 調査地域内 居住期間

対象家口의 調査地域内 居住期間은 表 Ⅳ－4에서 보는 바와 같이 1962年以前부터 계속해서 살고있는 家口가 77.6퍼센트이며 5年미만 거주가족은 13.2퍼센트로서 전체의 $\frac{3}{4}$이 長期間 調査地域에 살고 있다. 元堂面이 서울과 近接하면서도 이와 같이 家口移動이 적은 것이 興味롭다.

表 Ⅳ－4 調査地域内 居住期間

居住期間(転入年度)	家口数	百分率
1-4 年 (1974-1977 年)	386	13.2
5-8 年 (1970-1973 年)	145	4.9
9-12 年 (1966-1969 年)	88	3.0
13-16 年 (1962-1965 年)	32	1.1
17 年以上 (～ 1961 年)	2,273	77.6
모 름	6	0.2
計	2,930	100.0

(5) 世帯主 및 世帯主婦人의 年齢分布

世帯主 및 世帯主婦人이라 함은 한 家口内의 男便과 그 婦人을 말하며 男便이 없는 경우 그 婦人을 世帯主로 하였다. 世帯主 및 世帯主婦人의 年齢分布는 表 Ⅳ－5에서 보는 바와 같다.

世帶主는 全体的으로 30-49 才群에 屬한 家口가 가장 많아 63 퍼센트를 차지하며 平均年齡이 43.4 才이다.

表 Ⅳ－5 世帶主 및 世帶主婦人의 年齡分布

年齡	世帶主		世帶主婦人	
	数	百分率	数	百分率
24 -	48	1.6	191	6.8
25 - 29	220	7.5	404	14.3
30 - 34	415	14.2	522	18.6
35 - 39	571	19.5	533	18.9
40 - 44	516	17.6	369	13.1
45 - 49	354	12.1	287	10.2
50 - 54	270	9.2	213	7.6
55 - 59	228	7.8	140	5.0
60+	308	10.5	155	5.5
計	2,930	100.0	2,814*	100.0
平均	43.4		39.0	
標準偏差	11.4		11.2	

* 2,930 이 못되는 理由는 世帶主婦人이 없는 116 家口 때문이다.

世帶主婦人의 年齡도 역시 30-49 才群에 60 퍼센트以上 集中되고 있으며 20-29 才群이 20 퍼센트를 차지하고 있다. 世帶主婦人의 平均年齡은 39.0 才로서 世帶主보다 4.4 才가 낮다.

(6) 世帯主婦人의 家族計劃受容率 및 最初 家族計劃受容時期

現在 家族計劃을 実践하고 있거나 혹은 現在는 実践하지 않지만 過去에 家族計劃을 実践한 経験이 있는 世帯主婦人을 포함한 比率은 48.4퍼센트로 나타났다. 이 結果는 다른 都市地域(李時伯, 1977)의 65.9 퍼센트, 農村地域(家族計劃研究院,1978)의 59.2 퍼센트보다 顕著히 낮은데 그 理由는 本 調査対象婦人

表Ⅳ－6 世帯主婦人의 家族計劃 受容与否

受容与否	家口数	百分率
未 実 践	1,453	51.6
現実践＋中断	1,361	48.4
計	2,814*	100.0

* 婦人이 없는 116 家口 除外

이 有配偶 可姙婦人이 아니고 既婚婦人이기 때문이 아닌가 推測된다.

家族計劃受容婦人의 最初 避姙実践時期를 보면 表Ⅳ－7 에서 보는 바와 같이 全体 婦人의 71.6 퍼센트가 1970 年以後에 들어와서 受容하였으며 그 以前에 避姙을 受容한 非率은 28.4 퍼센트이다. 또한 婦人年齢別 避姙受容時期 差異를 보면 婦人年齢이 높을수록 受容時期가 빠른 것은 当然한 結果이지만 特히 最近인 1974-1977 年 사이에 29 才以下 婦人群에서 受容率이 현저히 높다는 事実은 家族計劃実践理由가 断産을 目的한것 뿐만 아니고

李時伯外, 自費負担家族計劃 受容可能性에 対한 調査研究, 家族計劃研究院, 1977, pp.45.

家族計劃研究院, 1976 全国 出産力 및 家族計劃 実態調査, 1978.

表Ⅳ－7　　世帯主婦人의　年齡別　家族計劃　受容時期

年　度	受容率	婦人年齡別 受容率					
		29-	30-34	35-39	40-44	45-49	50+
1962-1965	13.2	0.5	2.2	7.3	25.9	38.5	79.1
1966-1969	15.2	1.0	6.2	20.9	22.7	31.2	14.0
1970-1973	29.1	12.0	32.9	38.1	29.9	21.1	4.6
1974-1977	42.5	86.5	58.7	33.7	21.5	9.1	2.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

터울調節도　포함된　것으로　풀이된다.

(7)　世帯主婦人의　家族計劃登録　및　母子保健　登録状況

保健　및　家族計劃事業의　評価資料로서　該当機関에　登録된 数를　利用하였다. 表 Ⅳ－8에서　보는　바와　같이　家族計劃登録은 전체　族口中　34퍼센트가　등록되었으며　母子保健을　위해　保健機関에　登録한　것은　전체　家口中　35.4퍼센트였다.　이　가운데　23퍼센트는　보건소에, 나머지　12.4퍼센트는　病·医院에　등록된　것으로　나타났다.

表Ⅳ－8　　家族計劃登録　및.　母子保健登録　状況

登録 및 機関	家族計劃		母子保健	
	家口数	百分率	家口数	百分率
登録안함	1,857	66.0	1,818	64.6
登録했음	957	34.0	996	35.4
保健所	-	-	647	23.0
病·医院	-	-	349	12.4
計	2,814*	100.0	2,814*	100.0

*　婦人이　없는　116 家口　除外

2. 標本調査対象家族의 特性

家族計劃実践과 家族健康과의 相関性을 把握하기 위해서 基礎調査対象家口에서 標本推出한 家族의 特性은 다음과 같다.

가. 人口学的 特性

調査対象家族의 人口学的 特性은 表Ⅳ－9에서 보는 바와 같다.

家族의 크기를 살펴보면 5人家族이 24.2퍼센트로 가장 많고, 5名以下인 家族이 53.1퍼센트로서 全国의 5名以下인 家族 59.3퍼센트와 面部의 52.8퍼센트(経済企劃院, 1976)와는 差異를 보이고 있다. 平均 家族크기는 5.5名이다.

調査된 1,028家口의 総 家族員 5,638名의 年齢分布를 보면 生産年齢(15-64才)人口의 比率이 61.4퍼센트, 少年人口(0-14才)比率이 35.3퍼센트, 老年人口(65才以上)가 3.3퍼센트를 차지하였다. 특히 5-9才群과 10-14才群에 比해 幼年群(0-4才)의 比率이 현저하게 낮은 点과 調査対象婦人의 平均年齢이 37.7才임으로 보아 대부분의 婦人들이 家族計劃을 実践하고 있거나 또는 많은 婦人이 이미 断産을 하였음을 示唆한다.

婦人의 調査 当時의 年齢은 35-39才群에 属하고 있는 家族이 27.8퍼센트로 가장 많고, 40-44才群은 21.9퍼센트이며, 婦人의 平均年齢은 37.7才이다.

本 研究에서는 한 家族内에 夫婦가 둘以上인 경우 젊은 夫婦를 調査対象으로 하였으므로 젊은 夫婦中 男便을 世帯主로 하였다.

経済企劃院, 前掲書.

表Ⅳ－9　　対象家族의　人口学的　特性

人口学的特性	家族数	百分率	平　均	標準偏差
家族크기				
3-	115	11.2		
4	182	17.7		
5	249	24.2	5.5	1.65
6	216	21.0		
7	158	15.4		
8+	108	10.5		
家族員의　年齢				
0-4	362	6.4		
5-9	743	13.2	-	-
10-14	883	61.4		
65+	186	3.3		
婦人의　年齢				
24-	34	3.3		
25-29	109	19.7		
30-34	172	16.9	37.7	6.92
35-39	283	27.8		
40-44	223	21.9		
45-49	181	17.8		
50+	17	1.7		
世帯主의　年齢				
24-	5	0.5		
25-29	44	4.3		
30-34	101	9.8	42.3	7.58
35-39	213	20.7		
40-44	288	28.0		
45-49	223	21.7		
50+	150	15.0		
婦人의　結婚年齢				
19-	403	39.2		
20-24	519	50.5	20.7	3.28
25+	106	10.4		
結婚期間（年数）				
5-	130	12.7		
6-10	142	13.8		
11-15	206	20.0	16.4	8.27
16-20	210	20.4		
21-25	176	17.1		
26+	164	16.0		
現存子女数				
1	131	12.7		
2	187	18.2		
3	266	25.9	3.3	1.42
4	266	25.9		
5+	178	17.3		
6才以下死亡子女数				
0	925	90.0		
1+	103	10.0	0.11	0.35

世帯主의 調査 当時 年齢은 40-44才群에 属하고 있는 家族이 가장 많아 28퍼센트를 차지하며, 45 - 49才群이 21.7퍼센트, 그리고 35-39才群은 20.7퍼센트이다. 平均年齢은 42.3才로서 婦人의 年齢보다 約 4才가 높다.

結婚年齢과 出産力이 反比例하고 있음은 이미 다른 研究結果(李興卓, 1978)에서도 報告되었다. 특히 우리나라에서 家族計劃実践理由가 터울조절보다는 断産에 있음을 勘案할때 結婚年齢이 높고 따라서 可姙期間이 짧음은 出産力이 낮아질 가능성이 크다. 本研究에서 結婚年齢은 우리나라의 社会文化的 与件으로 보아 再婚의 경우가 많지 않으므로 再婚与否에 관계없이 現男便과의 事実婚因年月을 基準으로 하였다. 20-24才사이에 結婚한 婦人이 가장 많아 50.5퍼센트를 차지하고 있으며 19才以下도 39.2퍼센트나 된다. 이들의 平均結婚年齢은 20.7才로 나타났다. 한편 結婚期間은 11-15年, 16-20年인 婦人이 各各 20퍼센트, 20.4퍼센트이며 平均 結婚期間은 16.4年이다.

現存子女数의 分布를 살펴보면 3명인 家族과 4명인 家族이 各各 25.9퍼센트로서 首位를 차지하고 있으며, 現在 政府가 勧奨하고 있는 두子女家族은 18.2퍼센트, 그리고 5名以上의 子女가 있는 家族이 17.3퍼센트를 차지하고 있다. 平均現存子女数는 3.3名으로 都市低所得層家族(林鍾権, 1978)이나 中都市地域(李時

李興卓, 韓大愚, 初婚年齢과 出産力間의 相関関係에 관한 研究, 家族計劃研究院, 1978, pp.96-103.

林鍾権外, 統, 班長을 통한 都市低所得層 住民의 母子保健 및 家族計劃 普及方案研究, 家族計劃研究院, 1978, pp.101.

伯, 1978)에서와 같으나, 農村地域의 3.6 名(家族計劃研究院,1978) 보다는 낮게 나타났다.

幼児死亡이 個人, 家族 및 地域社会의 出産力, 社会経済的 및 健康水準과 密接한 関係가 있음은 再論의 餘地가 없다. 그러므로 幼児死亡率은 地域社会 및 国家開発水準을 評価하는 指標가 될 뿐 아니라 한 家族単位에서 実際 일어난 幼児死亡数는 그 家族의 健康指標로서 매우 重要한 資料이다. 本 調査에서는 幼児死亡의 事例数가 적을뿐 아니라 死亡記録이 未備한 理由로 死亡率보다는 死亡事例数를 밝혔다. 6才以下 死亡子女가 1명以上인 家族이 10 퍼센트이며 家族当 平均 死亡子女数는 0.11 명이다.

나. 社会, 経済的 特性

調査対象家族의 社会, 経済的 特性은 表Ⅳ-10에서 보는 바와 같다. 結婚에 의한 家族의 形成과 量的 膨脹 및 発達段階에 따른 世代変化過程은 家族形態의 変化를 가져오며 家族形態의 変化는 그 家族의 人口 및 社会経済的 様相을 変化시킨다. 家族形態는 李光奎(1976)와 Murdock(1965)의 分類를 参考로 하여 크게 ① 核家族 ② 3世代以上 直係家族 ③ 拡大家族으로 分類하였다. 여기에서 核家族이라 함은 夫婦와 그들의 未婚子女로 形成되는 家族을 意味하며, 3世代以上 直係家族이라 함은 直係3世代 혹은 直係4世代家族을 意味하고, 拡大家族은 其他 나머지 家族을 包含

李時伯, 前掲書, 1978, pp.24.
家族計劃研究院, 前掲書
李光奎, 前掲書, pp.45-52.
G.P.Murdock, Social Structure, Macmillan Co., 1965, pp.23-40.

表 Ⅳ－10　　対象家族의 社会経済的 特性

社会 経済的 特性	家族数	百分率	平 均	標準偏差
家族形態				
核家族	792	77.0		
3世代以上 直系家族	232	22.6	-	-
拡大家族	4	0.4		
家族의 移動状況(以前居住地域)				
大都市	141	44.1		
市	48	15.0	-	-
邑	81	25.3		
面	50	15.6		
婦人의 教育水準(修学年数)				
無 学(0)	127	12.4		
国民学校(1-6)	662	64.4		
中学校 (7-12)	172	16.7	6.0	2.98
高等学校(13-15)	60	5.8		
大学以上(16+)	7	0.7		
世帯主의 教育水準(修学年数)				
無 学(0)	57	5.5		
国民学校(1-6)	421	41.0		
中学校 (7-12)	243	23.6	8.24	3.49
高等学校(13-15)	254	24.7		
大学以上(16+)	53	5.2		
世帯主의 職業				
農, 蓄産業	419	40.7		
一般事務, 技術職	222	21.6		
単純労動	218	21.2	-	-
販売・行商	91	8.9		
其 他	42	4.1		
無 職	36	3.5		

社会 経済的 特性	家族数	百分率	平 均	標準偏差
意思決定権者				
가. 子女教育				
男 便	235	22.9		
婦 人	309	30.1	-	-
夫 婦	476	46.4		
其 他	6	0.6		
나. 健康.保健				
男 便	145	14.1		
婦 人	445	43.4	-	-
夫 婦	429	41.9		
其 他	6	0.6		
다. 家族計劃				
男 便	129	12.8		
婦 人	247	24.5	-	-
夫 婦	630	62.1		
其 他	3	0.3		
月間生活費 (単位:원)				
3万未満	66	6.5		
3万 - 6万未満	401	39.1		
6万 - 9万未満	239	23.3	78,639	41,727
9万 -12万未満	198	19.3		
12万 -15万未満	75	7.3		
15万以上	46	4.5		

하였다. 調査結果 核家族이 77 퍼센트로서 圧倒的으로 많고 3 世代以上 直係家族이 22.6 퍼센트이다.

地域居住期間을 포함한 居住移動状況을 보면 調査対象 1,028 家族中 31.1 퍼센트만이 1962 年以後에 本 調査地域으로 移住해왔으며, 나머지 68.9 퍼센트는 16 年以上 調査地域에 居住함으로서 調査対象家族은 비교적 人口移動이 安定된 것으로 나타났다. 移住해온 家族의 前居住地域은 都市가 59.1 퍼센트, 邑面地域이 40.9 퍼센트이다.

婦人 및 世帯主의 教育水準을 보면 婦人의 경우 64.4 퍼센트가 国民学校 学歴을 가졌고, 無学者가 12.4 教育을 받은 婦人은 23.2 퍼센트, 婦人의 平均教育年数는 6 年이다. 世帯主는 全体의 53.5 퍼센트가 中学校以上의 教育을 받았으며 国民学校를 다닌 世帯主는 41.4 퍼센트, 無学者가 5.5 퍼센트이다. 이들의 平均 教育年数는 8.24 年으로 婦人보다 約 2年 더 높다.

世帯主의 職業이란 한 地域社会内에서 그 家族이 차지하는 比重을 反映해줌과 동시에, 그 家族의 社会, 経済的 水準을 規定하는 指標로 使用되고 있다. 調査된 世帯主의 職業을 보면 農業, 畜産業이 가장 많아 40.7 퍼센트, 販売나 単純労動과 같은 肉体労動 従事者가 31.4 퍼센트이며, 一般事務 및 技術職 従事者는 21.6 퍼센트이다.

한 家族의 意思決定権이 누구에게 있느냐는 것은 그 家族의 民主性 내지는 伝統的인 父系中心의 家族機能의 変化程度를 把握하는 指標가 된다. 우리나라 従来의 伝統的 家族制度에서는 家長이 家事問題에 参与하는 領域이 많았고 家長의 決定은 絶対的이었다. 이는 家長이 経済生活을 全的으로 支援한다는 経済能力 理由이외에 文化的 要因이 크게 作用하고 있었다. 그러나 家族

은 하나의 社会的 組織単位体로서 모든 意思決定門題는 家族全体를 위한 것이어야 하므로 한 個人의 決定보다는 家族이 하나의「팀」으로서 相互決定하는 것이 바람직하다. 本 調査에서는 重要家事問題로서 子女教育, 健康, 保健, 家族計劃門題를 주로 누가 決定하는지에 対해 물었다. 子女教育問題에 있어서는 夫婦가 相議하여 決定하는 家族이 46.4 퍼센트로 제일 높다. 대단히 흥미로운 일은 婦人이 子女教育問題에 대하여 決定하는 家族이 30.1 퍼센트로서 남편의 決定보다 높다. 健康, 保健問題에 있어서도 43.4 퍼센트가 婦人이 決定하여 男便의 意思決定보다 높다. 한편 41.9 퍼센트는 夫婦가 相議하여 決定한다. 家族計劃問題에 있어서는 62.4 퍼센트가 夫婦가 相議하며 24.5 퍼센트는 婦人이 決定하는 것으로 나타났다. 이 結果로 보아 重要家事問題에 대하여는 40 퍼센트以上이 夫婦가 議論하여 処理해가며 特히 男便中心의 家長権이 20 퍼센트内外로 弱化됨을 볼때 都市化에 따른 主婦의 役割이 크게 向上되었으며 家族의 意思決定에 民主化가 進行되고 있음을 보여준다.

한 家族의 経済水準을 나타내는 直接的인 指標로서 月平均所得額을 기준하는 것이 常例이다. 그러나 農業에 종사하는 家族에 대한 毎月 平均所得額을 測定하기는 大端히 힘든다. 그래서 本 調査에서는 生活費를 住居費, 光熱費 等에 月平均 支出된 額数로 하여 家族의 経済水準을 把握하고저 하였다. 調査対象家族의 月平均生活費는 78,639 원으로 中都市地域의 80,410 원 (李時伯, 1978) 보다는 약간 낮으나 実際로는 本 調査에서는 教育費가 除外되어 있으므로

李時伯, 前掲書, pp.33.

中都市地域보다는 약간 높거나 같을 것으로 생각된다.

다. 医療 및 健康에 関한 特性

調査対象家族의 医療 및 健康에 関한 特性은 表Ⅳ－11 에서 보는 바와 같다.

個人, 家族 및 地域社会의 健康水準을 測定하는 指標로서 身体的 健康状態와 建康에 영향을 주는 社会経済的, 環境的 与件을 이용한다. 그중 특히 健康에 영향을 미치는 経済的 与件으로서 医療費는 健康行為를 測定하는 間接的인 指標로서 利用된다. 一般的으로 健康水準이 높을수록 個人, 家族 및 国家社会의 医療費 支出額은 많다.(保健社会部, 1971) 本 研究에서 月間医療費라 함은 1個月동안에 家族全体의 健康管理에 支出되는 平均費用으로서 疾病治療는 물론 健康検診을 받거나 薬局에서 薬品購入, 漢薬服用等에 所要된 一切의 経費를 包含한다. 調査結果, 家族当 月間医療費 支出額은 3千원未満인 家族이 48.6 퍼센트로 가장 많고, 5千원以上인 家族이 31.2 퍼센트, 3千～5千원인 家族이 20.2 퍼센트이며, 範囲는 100 원에서부터 5万2千원까지로 家族別 医療費 支出額의 差異가 크다. 家族当 月間 平均医療費는 4,119 원으로 月平均生活費의 5.24 퍼센트를 차지하여 家計支出費中 医療費가 차지하는 比重이 都市에서 2.9 퍼센트, 農村地域에서 3.6 퍼센트(保健社会部, 1971)인 것과 比較하면 本 調査対象家族의 医療費負担이 무거움을 알 수 있다. 또한 서울市의 零細民을 対象으로 1976

保健社会部, 우리나라 農村保健 改善을 위한 綜合的 研究, 1971, pp.213, pp.205.

表Ⅳ－11　　対象家族의 医療 및 健康에 関한 特性

医療 및 健康 特性	家族数	百分率	平 均	標準偏差
月間医療費（単位：원）				
999-	61	6.4		
1,000-1,999	191	20.0		
2,000-2,999	212	22.2	4,119	6,207
3,000-3,999	167	17.5		
4,000-4,999	26	2.7		
5,000-5,999	136	13.4		
6,000+	162	17.8		
健康問題 解決場所				
薬　　局	857	84.0		
病・医院	113	11.1	－	－
保 健 所	50	4.9		
月間保健機関 訪問回数				
0	762	74.3		
1	171	16.7	0.44	1.0
2+	92	9.0		
月間肉類消耗量（単位：斤）				
0	378	36.8		
1-2	359	34.9		
3-4	151	14.7	1.92	2.31
5-6	80	7.8		
7 +	60	5.8		
健康知識水準				
20	11	1.1		
40	70	6.8		
60	182	17.8	80.0	19.6
80	395	38.6		
100	366	35.7		

医療 및 健康 特性	家族数	百分率	平 均	標準偏差
病院分娩回数				
0	811	78.9		
1	154	15.0	0.29	0.66
2	47	4.6		
3+	16	1.6		
医療要員에 의한 分娩介助数				
0	684	66.5		
1	221	21.5	0.51	0.87
2	78	7.6		
3+	45	4.4		
理想的 離乳実施時期				
生後 3 個月	11	1.1		
生後 6 個月	109	10.6	–	–
生後 7-12 個月	517	50.4		
生後 13 個月以上	400	39.0		
罹患者의 家族内位置				
子 女	978	57.2		
男 便	302	17.7	–	–
婦 人	333	19.5		
其 他	96	5.6		
傷病分布				
伝染病, 奇生虫疾患	133	7.8		
新生物疾患	38	2.2		
内分泌, 営養, 物質代謝疾患	41	2.4		
血液, 造血器疾患	4	0.2		
精神病, 精神神経病, 人格異常	19	1.1		
神経系 및 感覚器疾患	82	4.8		
循環器系疾患	69	4.0	–	–
呼吸器系疾患	454	26.6		
消化器系疾患	261	15.3		
歯科疾患	9	0.5		
性, 泌尿器系疾患	69	4.0		
分娩 및 姙娠, 分娩産褥合併症	49	2.9		
皮膚 및 皮下組織疾患	105	6.1		
骨 및 運動器系疾患	25	1.5		
先天的 畸形	2	0.1		
事故, 中毒 및 暴力	201	11.8		
症状 및 診断不適当의 状態	148	8.7		

年에 調査한(張任源,1977) 1人当 月医療費 151원과, 本 調査에서의 749원을 比較하면 約 5倍나 차이가 있다. 調査時期가 달라 急擧한 物価上乗効果를 勘案한다 해도 都市零細地域보다는 医療費 負担이 크다고 볼 수 있다.

個人 또는 家族이 健康問題를 해결하기 위하여 찾아가는 場所는 그 個人 또는 家族의 社会的水準을 나타내준다. 本 研究에서 健康問題 解決場所라함은 疾病의 軽重에 관계없이 健康에 関한 問題가 発生했을때 問題解決을 위해 最初로 選択하는 医療形態가 무엇인가를 意味한다. 調査結果 나타난 医療形態는 84퍼센트가 薬局이고 11.1퍼센트가 病·医院이며 保健所는 4.9퍼센트에 不過하다. 이는 서울 零細地域(張任源, 1977)에서 調査된 結果(약국 40.9%, 病·医院 45.6%)와는 현저한 差異를 보인다. 早期診断과 治療를 担当하는 病·医院과 公衆保健에 力点을 둔 保健所에서 早期에 良質의 治療를 받을 수 있음에도 불구하고 医療機関보다 薬局利用率이 현저하게 높은 理由는 반드시 医療費 支出問題에만 関聯된 것이 아니고 이외에도 伝統的으로 公共組織에 対한 住民들의 信頼心 低下가 作用하고 있을 것으로 思料된다.

地域社会住民은 그 地域社会内의 保健機関을 利用하므로서 疾病豫防 및 早期発見, 早期治療를 可能케 할 뿐 아니라 保健機関利用率이 높으면 높을수록 健康習慣 및 健康行為에 肯定的인 態度

張任源, 鄭 澈, "一部 都市 零細地域의 保健実態", 豫防医学会誌, 第10巻, 第1号,

를 취하게 될 것이다. 이런 意味에서 医療機関 訪問回数를 알아 보았다.

本 調査에서 医療機関訪問回数라 함은 1個月동안에 健康管理 (診断 및 治療, 疾病豫防 目的으로)를 받기 위해 家族員이 病·医院이나 保健所를 찾았던 回数로서 漢医院이나 薬局은 医薬機関으로 包含시키지 않았다. 結果로서 平均 医療機関訪問数는 1個月동안에 0.44 回로써 調査対象家族의 74.3 퍼센트가 한번도 医療機関을 찾지 않았으며 1回 訪問한 家族이 16.7 퍼센트, 2회以上 訪問한 家族은 9퍼센트에 불과하다. 이처럼 医療機関 利用度가 낮은 理由는 健康問題 解決場所가 거의 薬局인 때문인 것으로 풀이된다.

肉類消耗量은 単純히 経済的 次元에서만 다루어질 수 있는 問題가 아니며 健康 및 保健指標의 一部로 看做되고 있다. 人間에게 必要한 営養素는 여러가지가 있지만 그중에서도 특히 우리나라 国民들의 営養摂取源으로 흔히 不足되기쉬운 営養素가 蛋白質이다. 営養状態는 直接的인 方法으로 臨床検査나 身体検査를 通해 測定할 수 있으나 本 研究에서는 月間 肉類消耗量을 調査하여 動物性蛋白質 摂取量을 間接的으로 測定하여 家族의 営養状態를 把握하고져 하였다. 結果로서 平均 家族数 5.5명을 基準으로 할때 家族当 月平均 肉類消耗量은 1.9 斤이었다. 5斤以上 摂取하는 家族은 13.6 퍼센트에 불과하며 전혀 肉類를 摂取하지 않는 家族은 調査対象家族의 $\frac{1}{3}$ 以上인 36.8 퍼센트이다.

社会·経済的 生活水準이 向上되면서 健康知識은 여러 大衆媒体物을 通해 伝達되고 있으나 이러한 一方的인 知識들을 地域社会住民들이 얼마나 正確하게 알고 있으며, 実際 健康管理에 이러한

知識이 얼마나 影響을 주는지는 未知数이다. 本 調査에서는 家族의 健康에 관한 知識水準을 把握하기 위하여 5가지 質問에 対해 被面談者가 正確하게 알고 있으면 知識이 있는 것으로 看做하였다. 5가지 質問内容은 ① 肺結核의 伝染性 与否 ② 豫防接種의 再接種의 必要性 ③ 寄生虫의 感染経路 ④ 寄生虫 豫防法 ⑤ 胃腸管係의 感染経路 等으로서 以上의 質問에 맞게 대답한 項目을 20点씩 계산하여 100点을 基準으로 하였다. 그 結果로서 平均 知識水準은 80点으로 80点을 받은 家族이 38.6 퍼센트, 100点을 받은 家族이 35.7 퍼센트, 60点以下인 家族이 27.5 퍼센트의 分布를 보였다. 이 結果로 보아 本 調査地域이 農村임을 勘案할때 비교적 健康에 대한 知識水準은 良好한 것으로 판단된다. 그러나 知識水準이 낮은 約 26 퍼센트 住民이 全国水準에서는 더욱 많을 것으로 보아 健康教育의 必要性은 切実히 要求된다.

姙娠과 出産은 女性에게 일어나는 正常的인 生理現象이지만 分娩時에 随伴되는 危険과 応急한 事態가 発生될 可能性이 많으므로 母子保健의 立場에서 病院分娩과 医療要員에 依한 分娩介助를 勧奨하고 있다. 本 研究에서는 1962 年以後에 있었던 分娩 및 分娩介助에 関해서 調査하였으며 医療要員이라 함은 医師, 助産員, 母子保健要員, 看護員을 包含한다. 그 結果로서 1回以上의 病院分娩経験이 있는 婦人은 21.2 퍼센트이며 平均 病院分娩回数는 0.29 回이다. 이것을 1962 年以後 婦人当 分娩数 2.39 와 比較할때 겨우 12.1 퍼센트만이 病院分娩했다. 또한 1回以上 医療要員에 의해 分娩介助를 받은 経験이 있는 婦人은 34.5 퍼센트이며 平均 医療要員에 依한 分娩介助数는 0.51 回로서 1962

年以後의 婦人当 平均 分娩数 2.39 와 比較할 때 21.3 퍼센트가 医療要員으로부터 分娩介助를 받았다. 이 結果는 서울 零細民에서 調査(張任源, 1977)한 病院分娩率(13.6 %)이나 医療要員에 依한 分娩介助率(32.6 %)보다는 약간 낮으나, 農村地域에서 調査(李性寛外, 1972)한 病院分娩率(3.7 %)이나 医療要員에 依한 分娩介助率(11 %)보다는 훨씬 높다. 그 理由는 調査地域이 地理的 条件으로 보아 서울보다는 医療施設이 不足하지만 다른 農村地域보다는 医療施設 利用이 손쉽고, 또한 保健事業 示範地域으로서 調査地域이 他地域에 비해 医療事業이 더많이 露出되었기 때문이라 생각한다。

母乳는 아기의 発育에 가장 適合한 営養食品이겠지만 生後 5 - 6個月이 되면 母乳의 量만으로는 営養이 모자라며, 아기는 젖以外의 固形食 혹은 半固形食品을 원한다. 그러므로 아기가 母乳없이도 正常的으로 成長, 発育하도록 하고 同時에 成人의 固形食品에 循化할 目的으로 젖이외의 다른 食品을 먹이는 것이 離乳이다. 離乳時期는 언제라고 정해진 것은 없으며 個人에 따라 어린아이가 스스로 다른 음식물을 먹으려 할때, 또한 味覚이 잘 発達되기 전에 시작하고 것이 좋다. 대부분의 아기들이 生後 4 - 5個月부터 母乳만으로는 営養素가 不足하고, 이 時期에 味覚이 発達하게 되므로 이 時期 以前인 生後 3個月부터 補充食餌를 주는 것이 좋다. 本 調査에서는 "젖 이외의 음식물을 언제부터 먹이는 것이 좋겠읍니까?"를 물어 婦人이 생각하는 適切

張任源外, 前掲書, 1977.pp.3-15.

李性寛外, "農村에 있어서의 母子保健実態 現況", 慶北医大雑誌, 第第13巻, 第2号, 1972, pp.302-303.

한 離乳時期를 把握하고져 했다. 結果로서 理想的으로 생각하는 離乳時期가 生後 3個月이라고 応答한 婦人은 1.1퍼센트에 불과하며 半数以上이 7～12個月에, 39퍼센트는 1年이 지난 후에, 9.6퍼센트는 4～6個月에 離乳를 実施하는 것이 바람직하다고 応答하였다. 이는 거의 모든 婦人들이 母乳만으로는 営養이 不足한 生後 6個月以後에 補充食餌를 주는 것으로 알고 있어 母子保健教育이 切実히 要求됨을 알 수 있다.

健康調査에서 一般的으로 使用되는 指標中 하나가 罹患曆이다. 罹患歴을 通해 罹病率, 有病率, 傷病名, 罹患者의 特性을 把握하는것은 個人, 家族 및 地域社会 保健事業計劃 및 評価에 貴重한 資料가 된다. 本 調査에서 把握한 罹患歴은 1970年 以後부터 調査日사이에 家族員에게 発生했던 急慢性 疾患으로서 日常活動을 하지 못하고 欠勤, 欠席정도의 病床을 要求하는 状態, 慢性 疾病, 先天性疾患, 再活을 要求하는 身体的 不具, 精神疾患 등이 있는 경우로 規定하였다. 1970年을 基準으로한 理由는 既存記録中의 하나인 「診療記録簿」가 1970年度부터 保存되어 있기 때문이다. 年度別로 記録된 罹患歴中 任意로 2例만을 推出하여 이를 分析対象으로하고, 罹患者의 家族内位置와 傷病名을 分類하였다. 結果로서 罹患者의 家族内位置中 子女가 차지하는 率이 가장 높아 57.2%, 婦人이 19.5%, 男便은 17.7%이다. 이는 婦人의 平均 現存子女数 3.3名을 参酌하여 볼때 (子女; 婦人; 男便= 3.3 : 1 : 1) 子女나 男便보다는 婦人의 健康問題로 인해 保健所訪問率이 높거나 罹患率이 높다고 볼 수 있다. 罹患者의 傷病分布는 呼吸器係 疾患이 가장 많아 26.6퍼센트를 차지하며 消化

器係疾患이 15.3 퍼센트로 나타나 서울 永登浦地域의 調査結果 (尹鍾周, 1977)와 類似하다. 다음으로는 事故, 中毒 및 暴力이 11.8 퍼센트, 症状 및 診断不適当의 状態가 8.7 퍼센트이고 伝染病, 寄生虫疾患이 7.8 퍼센트로서 主要 傷病으로 나타났다.

라. 出産 및 家族計劃 特性

調査対象家族의 出産 및 家族計劃特性은 表 IV-12 에서 보는 바와 같다.

먼저 姙娠数를 보면 調査対象家族의 婦人 1,028 名中 15.4 퍼센트는 8 回以上의 姙娠経険을 가졌으며 가장 比率이 높은 姙娠経険数는 4 回로서 16.1 퍼센트이고, 2 回以下, 3 回, 5 回, 6 回의 姙娠経険이 各各 15 퍼센트 정도이다. 平均 姙娠数는 5.1 回로 나타났으며, 이는 1971 年에 調査(KIFP, 1973)한 平均 姙娠数(全国 5.0, 農村地域 5.3)와 比較할때 本 調査에서 対象婦人의 年齢(50 歳以下)과 1971 年度 調査対象婦人의 年齢(15 ~ 54 歳)을 勘案한다면 별 差異가 없음을 알 수 있다.

本 調査에서 姙娠消耗라 함은 死産(姙娠 제 28 週以後에 일어난 胎児死亡), 人工流産(人為的으로 中断된 姙娠), 自然流産(姙娠 28 週以内에 自然的으로 中断된 姙娠)을 의미한다. 調査対象家族의 1,028 婦人이 経険한 姙娠消耗数는 총 1,443 건으로 이는 총 姙娠의 27.5 %에 해당되며 姙娠消耗中 死産이 차지하는 比率이

尹鍾周, 金洙明, 前掲書, pp.111.

KIFP, Report on 1971 Fertility-Abortion Survey, 1973, pp.70.

表Ⅳ－12　　対象家族의　出産　및　家族計劃　特性

出産 및 家族計劃特性	家族数	百分率	平　均	標準偏差
姙娠数				
1	56	5.4		
2	91	8.9		
3	143	13.9	5.1	2.50
4	166	16.1		
5	153	14.9		
6	158	15.4		
7	103	10.0		
8+	158	15.4		
姙娠消耗数				
0	413	40.2		
1	237	23.0		
2	179	17.4	1.40	1.74
3	90	8.8		
4	47	4.6		
5+	62	6.0		
最終児出産時母性年齢				
24-	113	11.6		
25-29	350	36.1		
30-34	336	34.6	30.1	4.60
35-39	147	15.2		
40+	24	2.5		
平均出生間隔（個月）				
15-	324	31.5		
16-36	456	44.4	20.4	18.15
37+	248	24.1		
家族計劃実践期間（個月）				
36-	365	35.5	78.6	43.2
37-72	219	10.9		
73+	332	21.3		
家族計劃最初実施時期（年度）		32.3		
62-65	163	24.6		
66-69	177	16.7	-	-
70-73	252	38.0		
74-77	71	10.7		
最初家族計劃実施前出生数				
0	43	6.5		
1	165	24.9	2.22	-
2	194	29.2		
3	151	22.8		
4+	110	39.4		
家族計劃実施期間中事故姙娠数				
0	487	73.4		
1	82	12.4	0.52	-
2	55	8.3		
3+	39	5.9		
원치않는姙娠에 対한 人工流産実施態度				
하겠다	841	83.0		
경우에　따라서	53	5.2	-	-
하지 않겠다	86	8.5		
모르겠다	33	3.3		

5.2퍼센트, 人工流産이 80.5퍼센트, 自然流産이 14.3퍼센트를 차지한다. 姙娠消耗를 1回以上 經險한 婦人이 59.8퍼센트이며, 調査対象家族의 婦人은 平均 1.4回의 姙娠消耗를 經險한 것으로 나타났다. 이 結果는 農村地域의 調査結果(KIFP, 1973, 平均姙娠消耗 0.6, 死産 0.1, 自然流産 0.2, 人工流産 0.3) 보다는 2倍以上으로 높으나 都市地域의 姙娠消耗(KIFP, 1973, 姙娠消耗 1.2, 死産 0.0, 自然流産 0.3, 人工流産 0.9) 와는 큰 差異가 없다. 이와 같이 姙娠消耗率이 다른 農村地域에 비하여 현저히 높은 理由는 婦人들의 年齡分布로 보아 断産을 目的으로 近来에 와서 人工流産을 実施하는 婦人이 많아졌기 때문으로 생각된다.

本 調査에서 最終児라함은 母性의 年齡에 関係없이 最近에 出生한 子女를 말하며, 母性의 断産時期를 基準으로한 最終児가 아니다. 그러므로 最終児 出産時 母性年齡은 断産年齡과는 그 의미가 다르다. 단 1962年 以後 出生子女가 1名인 경우에는 最終児가 없는 것으로 간주하였다. 그러므로 調査日로부터 가장 最近의 出産時 母性年齡은 調査結果 25 ~ 29歲群이 36.1퍼센트로 首位이고 다음으로 30 ~ 34歲군이 34.6퍼센트, 35歲以上群에서도, 17.7퍼센트나 차지하고 있다. 이들의 平均 出産年齡은 30.1歲로서 平均 結婚年齡 20.7歲를 参酌한다면 약 10年以上에 걸쳐 姙娠, 出産을 経験하고 있음을 알 수 있다.

KIFP, Ibid.

1962年 以後 出生한 첫子女 出産時로 부터 가장 最近에 出産한 時期까지의 期間을 出生한 総 子女数에서 하나를 뺀 数로 나누어 平均 出生間隔을 구하였다。 平均 出生間隔이 16 ~ 36 個月인 家族이 가장 많아 44.4퍼센트이고 15個月以下인 家族이 31.4퍼센트나 되어 産褥期間 2個月을 제외하면 약 1年만에 다시 出産하므로서 오는 母子健康問題를 우려하지 않을 수 없다。 全体婦人의 平均 出生間隔은 20.4個月이다。

本 調査에서 의미하는 家族計劃 実践期間은 1962年 以後부터 調査日까지 사이에 避姙을 自的으로 하여 各種 家族計劃方法을 使用했던 総 期間으로서 이를 個月로 표시하였다。 그러므로 現在까지 家族計劃 方法을 使用해온 期間뿐 아니라 現在는 中断했더라도 以前에 使用했다면 그 使用期間까지를 모두 합하였다。 調査対象婦人中 家族計劃方法을 1個月이라도 使用한 경험이 있는 婦人은 64.5퍼센트로서--이를 家族計劃受容率로 본다면 零細民地域 調査結果(林鍾権外, 1978, 69.0%)나 大都市 調査結果(家族計劃研究院, 1978, 68.0%)와 約 5퍼센트 차이가 있으나, 調査対象婦人의 特性(서울 零細民과 大都市: 15 - 44歳 有配偶婦人, 本 調査対象: 50歳以下婦人)을 勘案한다면 家族計劃受容率에는 큰 差異가 없을 것이다。 調査婦人対象中 6年以上 家族計劃을 実践한 婦人은 32.3퍼센트, 3 - 6年 実践婦人은 21.3퍼센트, 3年以下 実践婦人이 10.9퍼센트이다。 그러나 平均 家族計劃実践期間은 78.6個月로서 7年이 넘는다。

林鍾権外, 前掲書, 1978, pp.108

家族計劃研究院, 前掲書, 1978.

家族計劃을 受容한 663名의 婦人들의 最初 受容時期를 보면 70 ~ 73年사이가 가장 많아 38퍼센트, 다음으로 62 ~ 65年이 24.6퍼센트, 62 ~ 69年이 16.7퍼센트, 74 ~ 77年이 10.7퍼센트로서 近来에 와서 家族計劃 受容率이 현저히 낮아지고 있다.

이 結果는 調査対象家族의 標本抽出過程과 婦人의 年齡分布로 보아 35歲以後가 약 70퍼센트를 차지하고, 平均年齡이 37.7歲임을 勘案할때 最近에 와서 家族計劃 受容率이 낮아진 理由를 理解할 수 있을 것이다.

現在 우리나라 家族計劃実践婦人의 대부분이 断産을 自的으로 避姙하고 있음은 이미 많은 研究에서 밝혀진바 있다. 그러므로 家族計劃実践動機를 갖는 가장 중요한 要因이 出生子女数이다. 出生子女数가 2名일때 처음으로 家族計劃을 受容하는 比率이 가장 많아 29.2퍼센트, 다음으로는 1名에서 24.9퍼센트, 3名일때 22.8퍼센트로 나타났으며 子女가 전혀 없을때부터 家族計劃을 始作하는 比率도 6.5퍼센트로 나타났다.

平均的으로 2.2名의 子女가 出生한 뒤에 家族計劃을 受容하는 것으로 나타났으며, 이 結果는 다른 研究結果(KIFP, 1971, 全国水準 3.6, 서울 3.0, 都市 3.3, 農村 4.0)보다는 낮은 것으로 나타나 調査対象家族은 政府가 勧奨하는 두子女 갖기에 대한 態度에 積極的임을 알 수 있다.

다음에는 家族計劃 実践期間中 事故姙娠数를 알아보았다. 事故姙娠이라 함은 家族計劃 実践期間中에 避姙方法의 未熟, 使用道具의 未備로 인해 姙娠이 되는 것을 말한다. 그러므로 事故姙娠이 되는 경우 母性健康을 해치는 人工流産을 하게 되거나

원치 않는 子女를 낳게된다. 本 調査에서 나타난 事故姙娠率은 家族計劃을 実践했던 663名의 婦人中 1回以上 事故姙娠을 経険한 比率은 26.6퍼센트이며, 平均 0.52回의 事故姙娠을 経険한 것으로 나타났다. 이러한 結果로 보아 家族計劃受容時에 效果的인 家族計劃 方法을 選択할 수 있도록 하는 家族計劃 教育이 절실히 要求된다.

人工流産에 대한 態度를 알아보기 위하여 "婦人께서 원치않는 姙娠을 했을 경우 人工流産을 하시겠읍니까"라는 質問을 使用하였다. 이에 대해 83퍼센트의 婦人이 人工流産 実施에 肯定的인 態度를 보였고 8.5퍼센트만이 不正的인 態度를 보임으로서 원하는 数의 子女를 가진 後에는 出産抑制에 대해 絶対的임을 보인다.

V. 家族計劃變數別 家族建康水準測定

本 研究의 主要目的은 家族計劃実践이 家族健康에 미치는 効果를 밝혀내는 것이다. 家族計劃実践은 크게 나누어 ① 生理的, ② 心理的, ③ 社会文化的, ④ 経済的 ⑤ 教育的 領域에서 家族健康機能에 影響을 미칠 수 있으며, 그 影響은 直接的이거나 間接的일 수 있으며 또는 陽性的이거나 否定的일 수 있다.(WHO, 1976) 이러한 仮定을 根拠로하여 本 研究의 主要 関心은 家族計劃実践이 家族健康에 미치는 여러 影響에서 특히 陽性的인 面, 즉 家族計劃을 実践하므로서 健康維持 및 健康増進을 가져올 것이라는 仮定을 統計的인 観察과 分析을 통해 検定하는데 있다.

家族計劃実践이 家族健康水準에 미치는 影響을 把握하는데는 2가지 形態의 指標로 区分하여 分析하는 方法이 있다. 첫째는, 個人単位指標로서 個人, 즉 母性, 児童 혹은 家族構成員 個個人의 身体的 機能, 死亡, 罹患을 把握하는 것과 둘째는 家族単位指標로서 家族을 社会的 集団의 기본적인 単位로 하여 家族의 機能이 제대로 遂行되고 있는지 그 能力을 判断하는 接近方法이다. 即 社会経済的, 環境的 背景과 家族構成員間의 相互関係를 把握하는 것이다.(WHO, 1972) 또 그 외에 다른 側面에서 家族計劃実践이 家族健康에 미치는 効果를 分析하는 接近方法으로 첫째는

Report of a WHO Study Group, op.cit., 1976. pp 29-57.

WHO, Report of Consultation on the Statistical Evaluation of the Impact of Family Planning on Health Convened in Geneva from 9 to 13, Oct., 1972.

姙娠, 出産으로 인하여 発生하는 母性 및 嬰幼児健康上의 損失面을 糾明하므로서 家族計劃을 通한 姙娠豫防이 直接 間接的으로 健康向上에 이바지한다는 것과, 둘째는 家族計劃変数에 따른 家族健康指標의 変化를 直接 連結시켜 比較観察하는 것이다 (高応麟, 1978)

그러나 本 研究에서는 위의 두 見解를 参考로하여 実際로 利用된 個人単位指標로서는 嬰幼児, 学齢児童, 그리고 母性의 身体的機能을 開発하였으며, 家族単位指標로서는 本 調査資料의 制約点때문에 家族의 機能보다는 家族의 健康行為를 従属変数로하고 姙娠과 出産의 結果를 独立変数로 하여 두 変数간의 関係를 分析하였다. 여기에서 使用된 各 家族計劃変数는 健康에 陽性的 영향을 미칠 것으로 仮定하는 順序로 細分하였으며 그 内容은 다음과 같다.

첫째 姙娠回数는 1 - 2回, 3 - 5回, 6回以上으로 細分하였는데 그 理由는 1 - 2回일때는 姙娠消耗없이 政府가 勧奨하는 두子女出生으로 姙娠終結하는 理想的인 姙娠数이며, 3 - 5回는 現在 우리나라 婦人의 平均姙娠数 (家族計劃研究院, 1978)의 範囲이며, 6回以上은 健康을 威脅하는 姙娠消耗를 同伴하는 過姙娠数로 看做하였다.

둘째 家族計劃実践期間은 37個月以上과 36個月以下로 細分하였다. 앞에서 言及한 바와 같이 처음 基礎調査를 通한 標本抽出時에는 60個月, 즉 5年을 基準으로 하였다. 5年間의 家族計劃実践은

高応麟, "調査資料에 対한 分析諮問 意見" 参照, 1978.
家族計劃研究院, 前掲書 : 平均姙娠数가 全国水準에서 4.7回, 大都市 4,5回, 기타都市 4.9回, 農村이 4.9回를 보였다.

避姙行為의 確実性을 陽性的으로 나타낸다고 볼 수 있기 때문이었다. 그러나 3年을 基準으로한 理由는 적어도 3年間의 家族計劃実践은 家族計劃에 対한 態度가 分明함을 나타낸다고 보았다. 또 3年을 基準으로 했을때 調査対象家族을 家族計劃実践 및 非実践의 두集団으로 나누어 比較하기에 적절한 分布가 되기 때문이다.

셋째 出生児数는 1－2名, 3－4名, 5名以上으로 細分하였다. 出生子女数 2名은 現在 政府가 勧奨하는 理想的인 子女数가 2名인 点이고 3－4名은 우리나라의 平均現在子女数(家族計劃研究院, 1978)를 堪案하였고, 5名以上은 過剰出生으로 規定하였다.

넷째 平均出生間隔은 37個月以上, 16 ～ 36個月, 15個月以下로 細分하였다. 一般的으로 出生間隔이 짧을수록 母体 및 新生児의 営養欠乏症発現率과 疾病罹患率이 높으며 児童의 成長, 発育, 知能発達이 不振하다. 37個月以上은 産褥期(2個月)와 授乳期(12個月), 母体의 身体的 休息期(12個月) 및 姙娠期間 (9個月)까지를 包含한 理想的인 出生間隔이고, 16 ～ 36個月은 母体의 休息期間中 姙娠한 경우이며, 15個月以下는 休息期가 전혀 없이 授乳期에 姙娠하여 母子保健에 가장 不利한 出生間隔이다.

다섯째 最終児出産時 母性年齢은 29歳以下, 30 ～ 34歳, 35歳以上으로 細分하였다. 生理的으로 健康한 出産期間은 20代의 10년이며, 30歳가 지나면 女性生殖器에 生理的 支障이나 疾病発生率이 높고, 특히 30代後半에서는 胎児에게는 先天的 異常이, 母性에게는 分娩合併症発生 및 死亡率이 높다. 29歳以下는 理想的인 断産年齢이며, 30 ～ 34歳는 우리나라 婦人의 平均現在子女数와

家族計劃研究院, 前掲書, 1978.

30 ~ 34 歲群婦人의 平均現存子女数가 거의 一致하므로 30 ~ 34 歲를 우리나라 婦人들의 断産年齡으로 看做하였다. 또 35歲以上은 姙娠, 出産에 따르는 危険이 急增하는 年齡으로 規定하였다.

여섯째 出生順位는 1順位, 2 - 3順位, 4順位以上으로 区分하였다. 1順位는 2 - 3順位보다 健康危険이 더 높은 것으로 알려지고 있지만 그 理由는 分明하지 않다. 그러나 出生順位가 児童健康에 미치는 영향은 子女出生이 많아지고 出生順位가 늦어짐에 따라 母性의 関心이 分散됨으로해서 各 子女에 대한 営養管理가 소홀하게될 것이다. 따라서 児童의 身体的, 精神的 및 知的 発達이 不振하게될 것이며, 이러한 環境속에서의 家庭生活은 質面인 面에서 否定的 要因이 될 것이라는 仮定을 한다.

한가지 附言할 것은 本 調査資料中 身体計測値는 既存記録만을 利用한 関係로 事例数가 적어 性別差異 計算은 하지 않았다.

1. 家族計劃変数別 嬰児健康

嬰児健康水準을 説明하기위한 家族計劃変数는 ① 姙娠数 ② 家族計劃実践期間 ③ 出生児数 ④ 平均出生間隔 ⑤ 最終児出産時母性年齡 ⑥ 出生順位이다.

嬰児健康水準은 成長発育値를 ① 月齡別体重 ② 月齡別 身長 ③ 幼歯発生時期 ④ 걷는 時期 ⑤ 말하는 時期로 나누어 検討하였다.

家族計劃変数와 嬰児의 成長発育의 相関性에 대해서는 有数의 報告가 있지만 実際로 어느 程度 영향을 주는지 一貫性있는 結果는 밝혀지지 않았다. 仮定하건데 家族計劃을 実践하므로서 直接的으로

母性의 姙娠 및 出産이 調節되어 第一次的인 現象으로 姙娠·出産에 따르는 嬰幼児死亡率 및 母性死亡率의 低下, 母性의 産後合併症発生 可能性이 적고 또한 子女数 自体에도 変化를 가져올 것이며 이러한 結果는 家族内의 모든 家族員에게 영향을 줄것이다. 특히 環境의 지배를 예민하게 받는 嬰児는 健康한 母性의 영향으로 営養状態가 良好해지며 成長発達에도 絶対的인 영향을 받을 것으로 推測되는 것이다.

가. 家族計劃変数別 嬰児의 成長値(体重)

本 研究에서 調査한 平均体重値는 対象嬰児의 出生日로부터 体重測定日까지를 計算하여 該当되는 満月齢의 体重値를 原則으로 調査하였으나 該当個月이 넘으면 다음 個月의 体重으로 計算하였다(例: 2個月 10日째에 잰 体重은 3個月 体重으로 計算하였음)

家族計劃変数別 嬰児의 出生時 및 生後1年까지의 個月別 平均体重値는 다음표와 같다(表V-1 参照)

嬰児의 健康水準을 가장 잘 代表해주는 出生時体重은 姙娠数別로 差異를 보여 姙娠回数가 3-5回인 群에서 가장 낮고, 出生時体重의 2倍가 될 수 있는 4個月과 그리고 8個月에서는 姙娠数가 적은 群에서 体重이 크다. 反対로 1, 2, 3, 7個月에서는 姙娠数가 많을수록 体重도 큰것으로 나타났다. 그러나 個月別 体重의 変化는 図表V-1에서 보는 바와 같이 生後5個月까지는 姙娠回数가 3-5回보다 6回以上인 경우에 体重도 크나 6개월부터는 姙娠数가 적을수록 体重의 変化도 甚하지 않고 体重도 큰 것으로 나타났다.

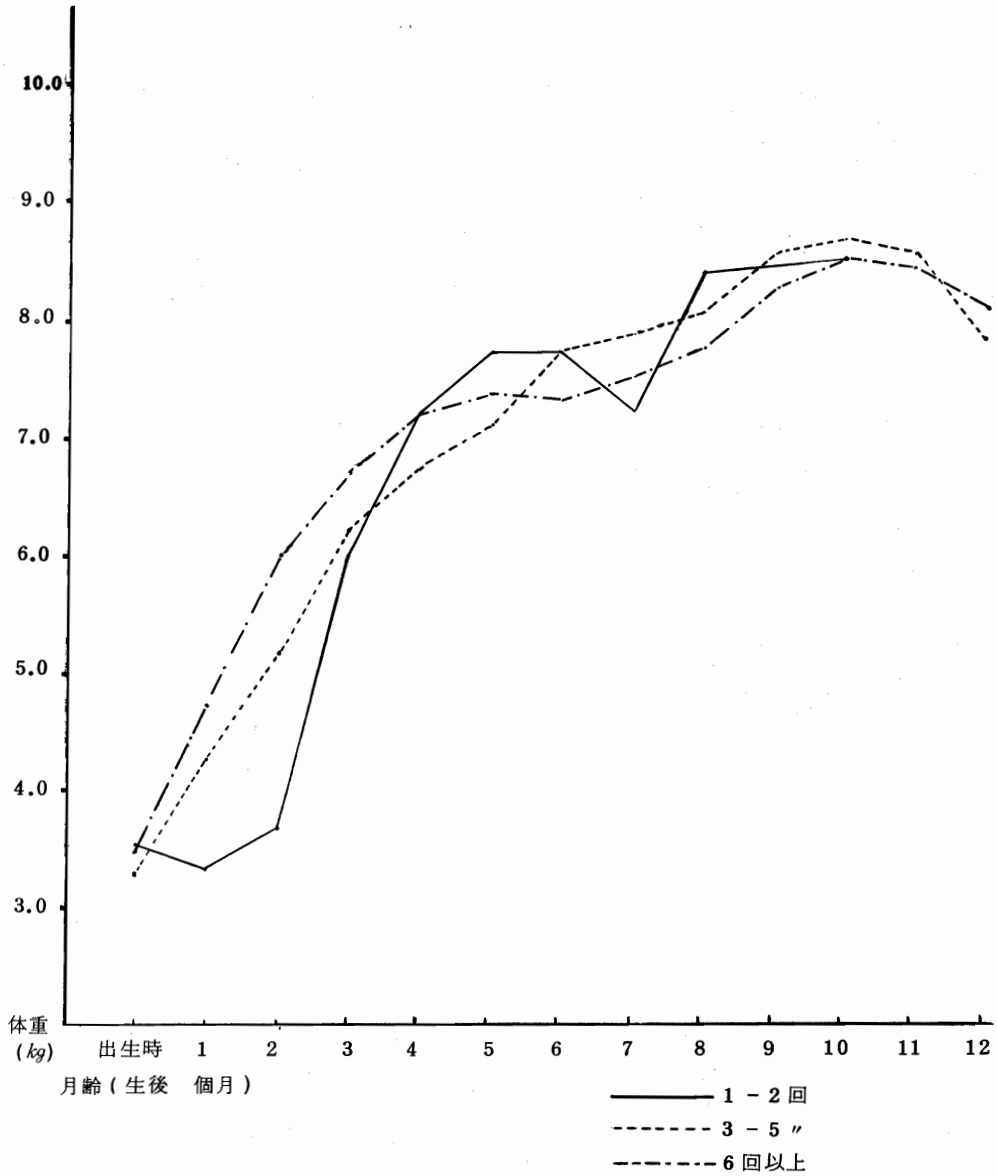
表V－1

家族計劃変数別　嬰児의　月齢別　成長値（体重）

（単位：kg）

家族計劃変数＼月齢別体重	出生時	1個月	2個月	3個月	4個月	5個月	6個月	7個月	8個月	9個月	10個月	11個月	12個月
	平均	平均	平均	平均	平均	平均	平均	平均	平均	平均	平均	平均	平均
姙娠回数													
1－2	3.54	3.35	3.70	6.0	7.23	7.73	7.73	7.23	8.40	－	8.50	－	－
3－5	3.29	4.24	5.17	6.21	6.76	7.11	7.73	7.86	8.04	8.55	8.66	8.53	7.78
6＋	3.50	4.73	5.97	6.71	7.21	7.37	7.32	7.51	7.75	8.26	8.50	8.43	8.10
家族計劃実践期間(個月)													
37＋	3.37	4.39	5.76	6.57	6.97	7.30	7.53	7.64	7.87	8.44	8.55	8.48	8.03
36－	3.41	4.24	5.26	6.29	7.09	7.37	7.72	7.62	8.24	8.34	8.50	8.30	9.55
出生児数													
1－2	3.39	3.78	5.02	6.04	7.00	7.64	8.03	7.43	7.93	7.80	8.75	－	10.60
3－4	3.41	4.41	5.72	6.62	7.09	7.34	7.65	7.78	8.12	8.74	8.36	8.42	8.15
5＋	3.50	4.73	5.58	6.50	6.76	6.84	6.64	7.35	7.36	7.35	9.00	8.65	－
平均出生間隔(個月)													
37＋	3.40	4.52	5.90	6.57	7.28	7.31	7.49	7.73	7.67	8.21	7.50	8.00	7.85
16-36	3.43	4.22	5.36	6.37	6.88	7.26	7.52	7.54	7.87	8.55	8.76	8.68	9.17
15－	2.80	－	3.95	6.10	7.60	7.77	－	7.10	8.40	－	8.50	－	－
最終児出産時母性年齢													
29－	3.31	4.27	5.42	6.52	7.15	7.39	7.92	7.76	8.12	8.92	8.66	8.53	9.17
30-34	3.55	4.49	5.65	6.30	6.87	7.23	7.17	7.17	7.91	7.90	8.20	8.00	7.85
35＋	3.20	3.20	5.35	6.63	6.60	7.23	7.10	8.40	7.40	8.45	9.40	8.65	－
出生順位													
1	3.29	3.76	5.33	6.11	6.82	7.50	7.67	7.97	8.09	8.31	8.42	8.44	8.80
2－3	3.38	4.38	5.61	6.35	6.90	7.28	7.60	7.69	7.87	8.30	8.27	8.41	8.85
4＋	3.60	4.45	5.28	6.21	6.83	6.97	7.06	7.48	7.82	8.20	8.25	7.76	7.94

図表Ⅴ－1　　姙娠回数에　따른　月齡別　体重変化



家族計劃実践期間이 37個月以上일때, 다시 말해서 実践期間이 길수록 대체로 平均体重値가 크나 出生時와 生後4－5個月의 体重은 実践期間이 짧을때 큰것으로 나타났다. 그러나 図表V－2에서 보는 바와 같이 대체적으로 실천기간이 길수록 個月別 体重変化曲線도 緩慢하다.

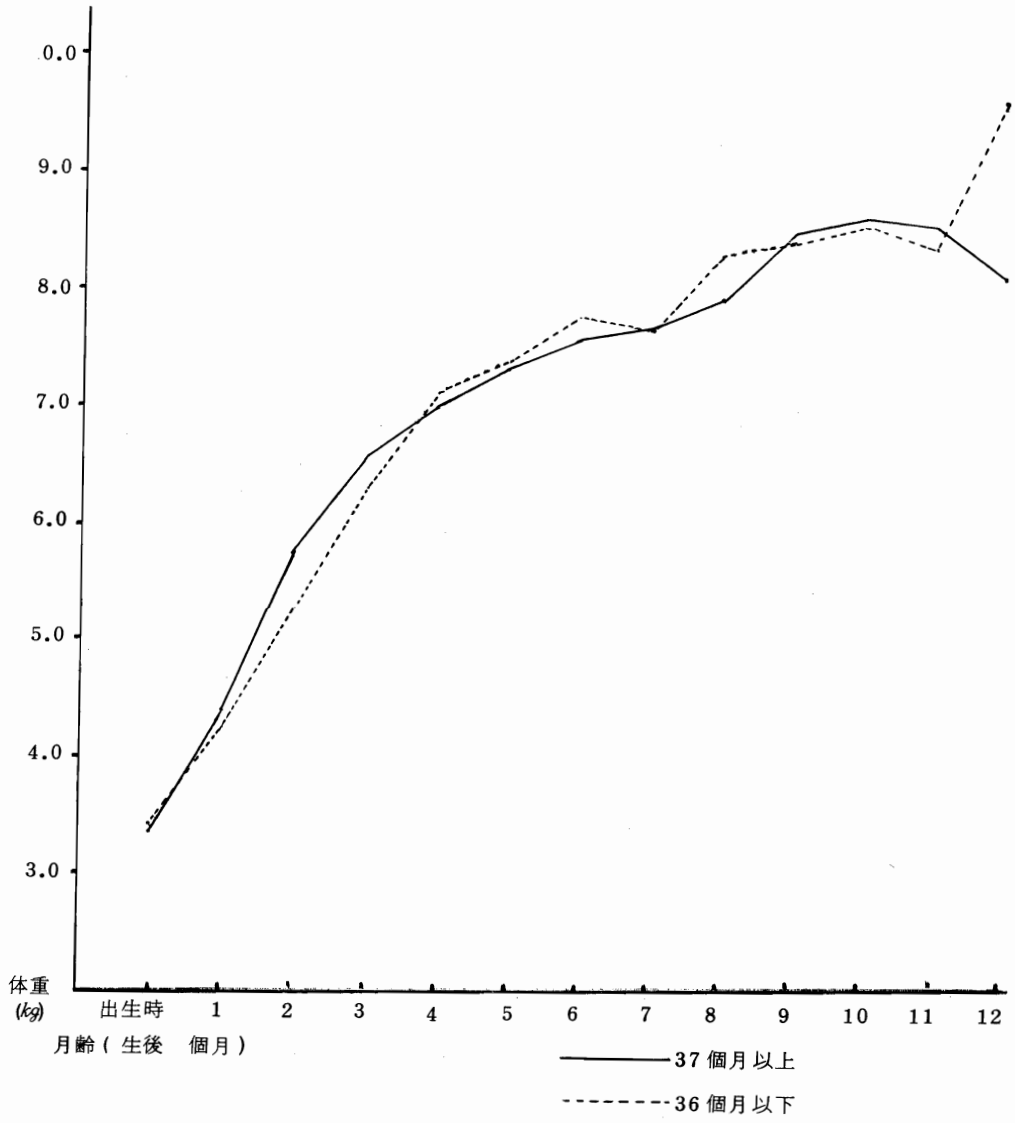
出生児数別 嬰児의 体重変化를 살펴보면 출생시와 生後1個月에서는 出生児数가 적을수록 体重도작다. 그러나 出生時体重의 2倍가 될 수 있는 生後4個月에서는 出生児数가 많을수록 出生時의 2倍가 될 수 있는 体重에 이르지 못하고 있다. 図表V－3에서 보는 바와 같이 嬰児中期에는 出生児数가 적을때 体重이 크나 전반적으로 3－4명의 出生児에서 体重도 크고 体重変化도 緩慢하다.

平均出生間隔別 嬰児의 体重変化를 観察해볼때 出生時 体重에서 平均出生間隔이 15個月以下일때 현저하게 체중이 미달되었다. 그러나 図表V－4에서 나타난 바와 같이 嬰児初期에는 出生間隔이 적을수록 체중도 적으나 後期에는 嬰児初期에서 보여준 一貫性있는 変化는 나타내지 않았다. 그러나 全般的으로 平均出生間隔이 길수록 体重도 크고 個月別 体重変化도 甚하지 않는 것으로 해석된다.

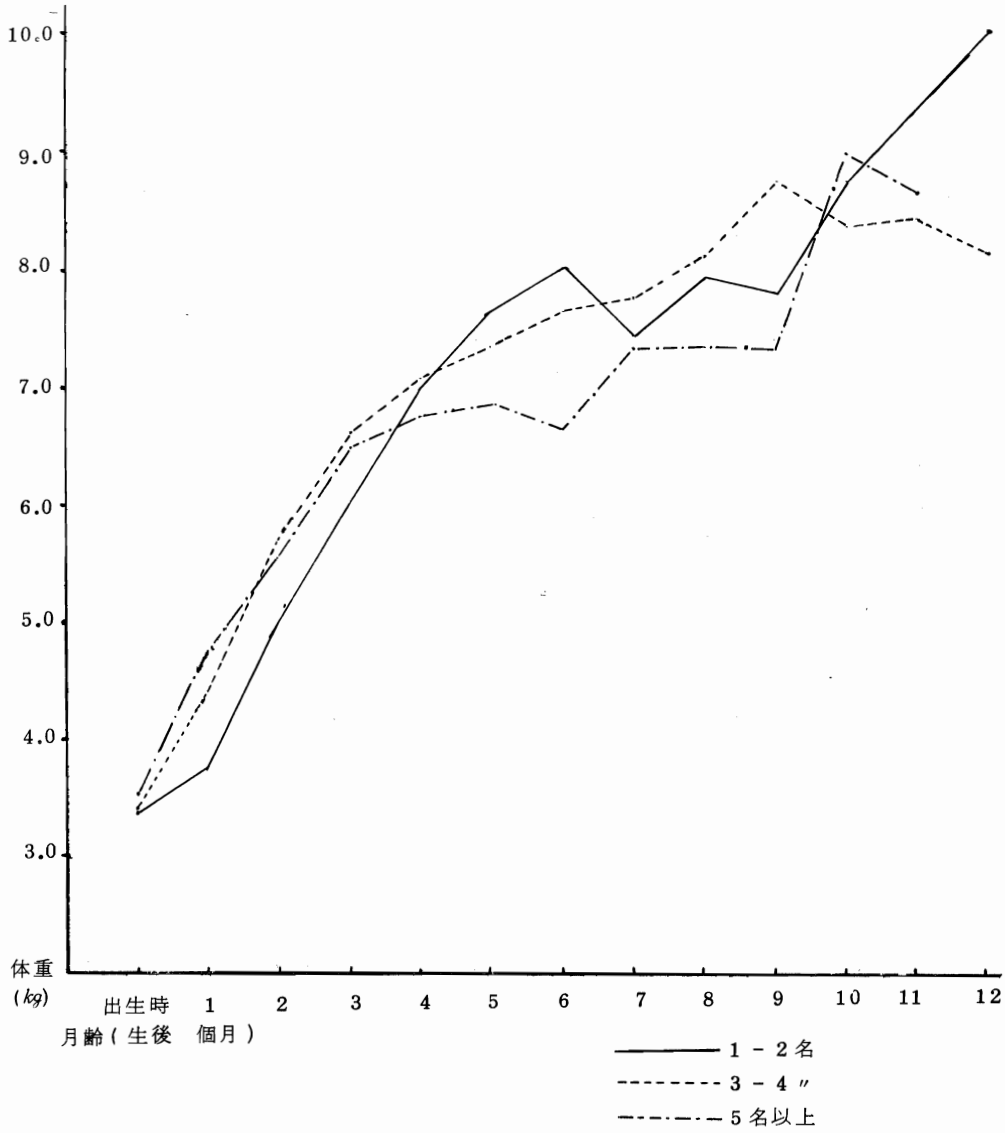
最終児出産時 母性年齢에 따른 体重変化를 보면 出生時와 嬰児初期인 生後 1～2個月에서는 母性年齢이 30 ～ 40歳群에서 嬰児体重이 현저하게 크게 보이나 嬰児中期에서부터는 母性年齢이 29歳以下에서 出生한 아이들의 체중이 큰것으로 나타났다. 図表V－5에서 보는 바와 같이 全般的으로 29歳以下群에서 出生한 아이들이 좋은 発育曲線을 보여주고 있다.

다음 出生順位別 嬰児体重変化를 살펴보았다. 出生時와 生後1

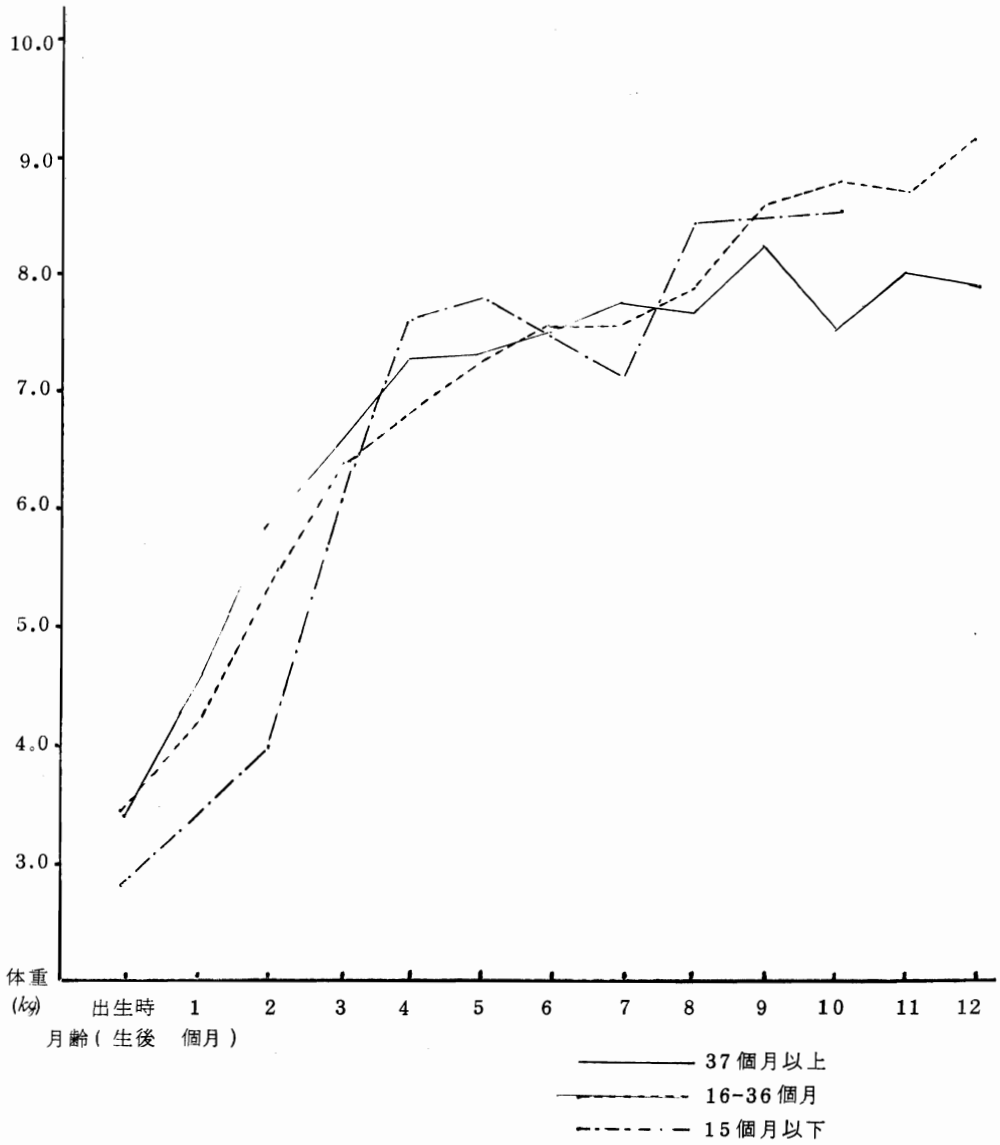
図表Ⅴ－2　　家族計劃　実践期間에　따른　月齢別　体重変化



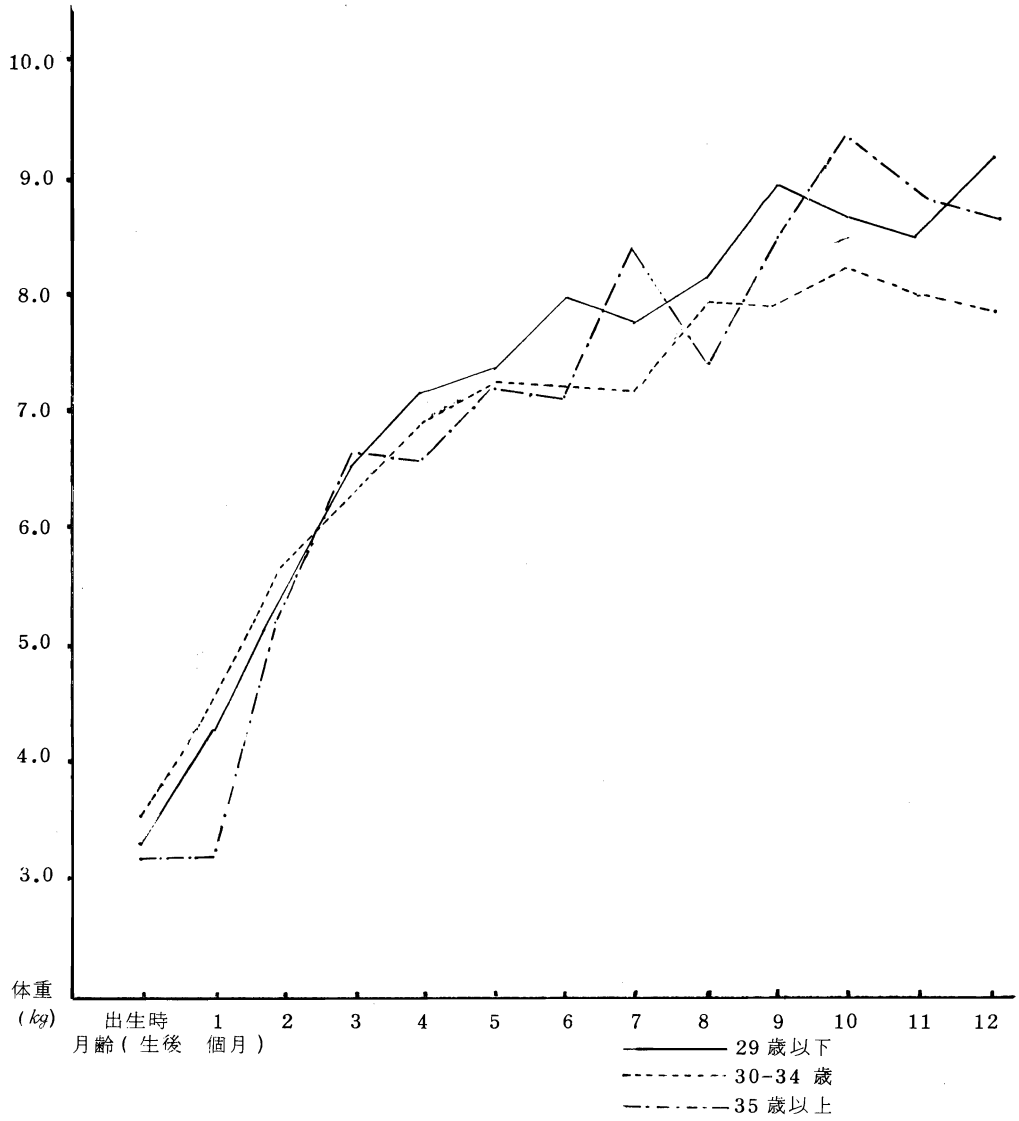
図表Ⅴ－3　　出生児数에　따른　月齡別　体重変化



図表 V - 4　　平均出生間隔에 따른 月齡別 体重変化



図表Ⅴ－5　最終児出産時母性年齢에 따른 月齢別 体重変化



個月에서는 出生順位가 4以上에서 체중이 크나 2,3,4 個月에는 出生順位가 2－3順位가, 5個月以後부터는 出生順位가 1順位에서 체중이 크다. 図表V－6에서 보는 바와 같이 出生順位가 4以上에서는 嬰児初期에 体重이 크나 中期에서부터는 현저하게 낮게 観察되었다.

以上에서 家族計劃変数와 嬰児의 体重을 考慮해볼때 嬰児初期에는 家族計劃実践結果 嬰児의 体重이 작으나 嬰児後期에는 家族計劃을 잘 할수록 体重이 크며 月齢別 体重의 変化도 緩慢한 것으로 나타났다. 그 理由는 嬰児初期에 家族計劃을 안한 結果에도 체중이 큰것은 姙娠이 거듭될수록 母性의 子宮腔이 膨脹되어 (IPPF, 1970) 出産時 嬰児의 体重이 클 수 있으며 그 影響으로 嬰児初期의 体重도 큰 것으로 해석된다. 그러나 嬰児後半期에는 家族計劃을 実践한 結果 터울이 조절되고 子女数가 적으므로서 育児라는 良好한 環境的 要因에 의해 체중이 큰 것으로 思料된다.

나. 家族計劃変数別 嬰児의 成長値 (身長)

本 研究에서 調査한 平均身長値의 測定方法은 平均体重値의 測定方法과 같다. 家族計劃変数別 嬰児의 出生時 및 生後1年까지의 個月別 平均身長値는 다음과 같다. (表V－2 参照)

먼저 姙娠回数別 嬰児의 身長変化를 살펴보면 嬰児初期인 生後5個月까지는 姙娠数가 많을수록 身長이 크나 6個月째부터는 姙

IPPF, The Relationship between Family Size and Maternal and Child Health, Working Paper NO. 5, 1970, pp.9-10.

図表V－6　　出生順位에　따른　月齡別　体重変化

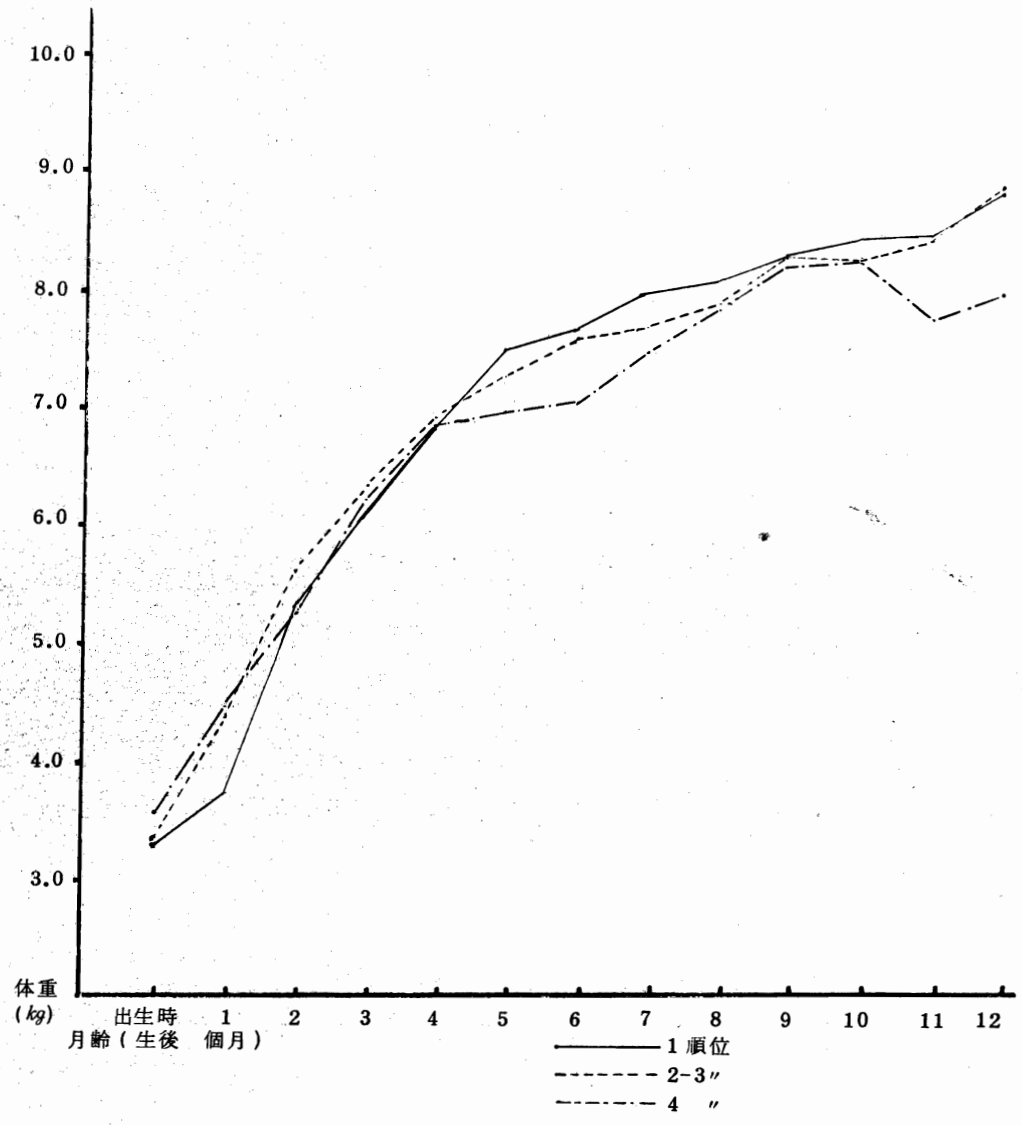


表 V－2　　家族計劃変数別　嬰児의　月齢別　成長直（身長）

（単位：cm）

家族計劃変数 ＼ 月齢別身長	出生時	1 個月	2 個月	3 個月	4 個月	5 個月	6 個月	7 個月	8 個月	9 個月	10個月	11個月	12個月
	平均	平均	平均	平均	平均	平均	平均	平均	平均	平均	平均	平均	平均
姙娠回数													
1－2	－	－	50.0	58.5	64.1	65.0	67.3	64.3	68.5	－	72.0	－	－
3－5	51.5	52.6	58.5	60.5	63.2	64.9	68.5	68.9	70.2	71.6	72.9	74.7	74.3
6＋	－	56.9	59.3	61.7	65.1	66.5	66.4	67.1	68.8	70.5	71.5	72.2	71.0
家族計劃実践期間(個月)													
37＋	52.0	55.5	58.8	61.5	64.0	65.8	67.8	67.8	69.4	71.2	71.7	73.2	71.7
36－	51.3	53.3	58.5	60.3	64.5	65.1	66.4	66.6	69.7	70.8	73.3	74.3	76.5
出生児数													
1－2	53.0	53.8	56.8	60.3	63.8	65.4	68.7	65.0	68.0	71.0	72.5	－	76.0
3－4	50.0	54.3	59.8	62.3	64.5	66.3	67.5	68.1	69.9	71.5	72.8	73.8	73.0
5＋	－	55.0	58.1	57.1	63.2	63.8	66.2	67.8	69.2	69.5	71.0	73.3	－
平均出生間隔(個月)													
37＋	48.0	55.3	58.8	60.7	65.2	66.1	71.0	67.8	69.3	71.5	68.5	71.3	70.5
16-36	52.7	53.9	59.0	61.4	63.7	65.3	66.8	67.6	69.3	70.8	72.9	74.6	75.7
15－	－	－	53.0	58.0	64.4	66.0	67.9	64.0	68.0	－	72.0	－	－
最終児出産時母性年齢													
29－	53.0	－	58.8	61.5	64.7	65.7	68.2	67.7	69.8	72.1	73.7	74.7	75.7
30-34	50.0	52.6	58.3	60.4	63.6	65.8	66.8	66.9	69.5	69.8	69.5	70.0	70.5
35＋	－	56.9	58.5	59.4	63.0	65.1	66.0	69.2	67.5	72.0	74.0	73.3	－
出生順位													
1	52.6	54.2	57.8	60.3	62.1	64.8	65.7	67.2	68.7	70.3	71.4	72.0	72.3
2－3	51.5	53.9	58.6	61.0	63.4	64.9	67.4	67.0	68.4	70.3	71.4	72.9	73.8
4＋	53.0	55.2	57.9	60.3	63.5	65.0	66.6	67.7	69.4	70.5	71.4	71.5	71.2

娠数가 3－5回에서 가장 크다. 図表V－7에서 보는 바와 같이 月齡別 身長変化曲線은 전체적으로 姙娠数가 3－5回일때 가장 緩慢하다.

家族計劃実践期間別 嬰児의 身長差異를 観察해볼때 出生時부터 生後3個月까지는 家族計劃実践期間이 길수록 身長도 더 크나 10個月부터 12個月까지는 実践期間이 짧을때 身長이 더 크다. 그러나 図表V－8에서 보는 바와 같이 嬰児前期와 中期에서는 家族計劃実践期間이 길때, 嬰児後期에서는 実践期間이 짧을때 身長変化曲線이 緩慢하다.

出生児数別 嬰児의 身長차이를 보면 出生時와 生後6個月 그리고 12個月에서는 出生児数가 1－2名인 경우가 身長이 크고, 生後1個月에서는 出生児가 3－4名인 경우에 크다。

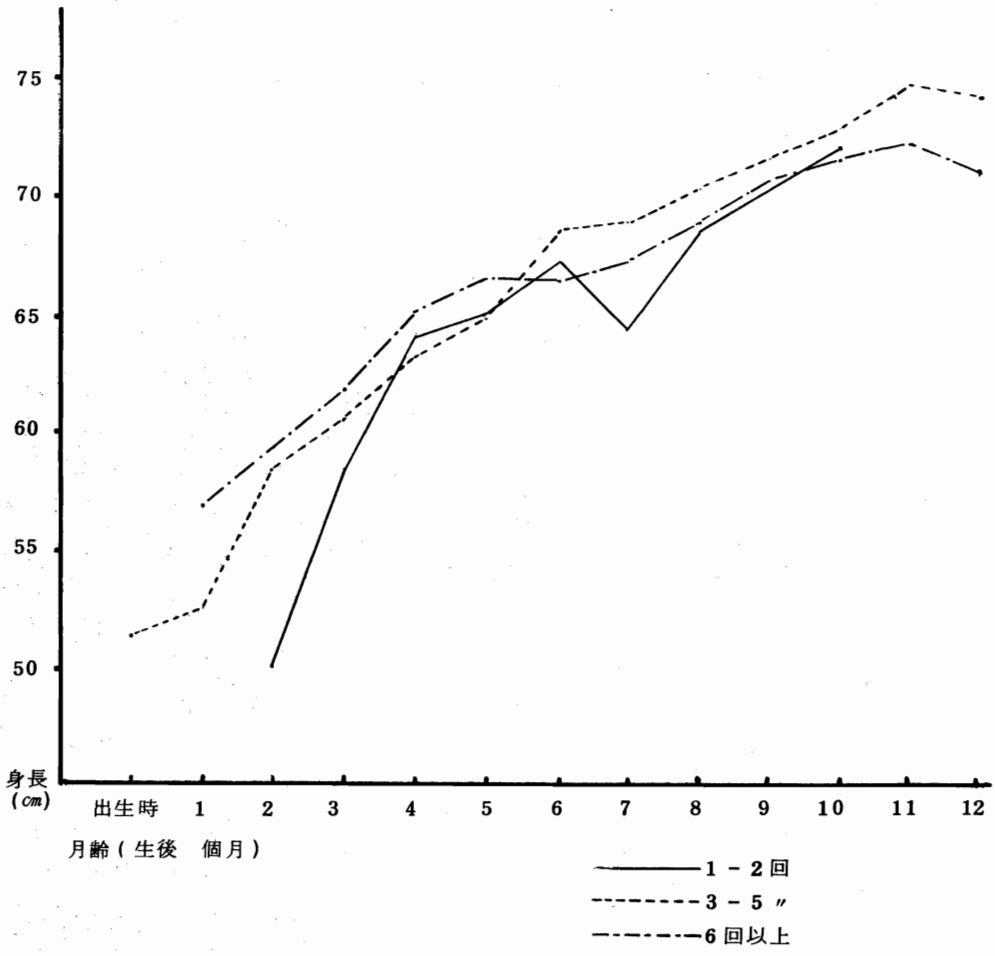
그리고 나머지 個月에서는 모두 出生児数가 3－4名인 경우가 가장 크다。 身長変化曲線에서도 出生児数가 3－4名인 경우에 曲線이 가장 緩慢함을 보여준다。(図表V－9 参照)

다음으로 平均出生間隔別 嬰児의 身長変化를 살펴보았다. 嬰児中期에서는 平均出生間隔이 길때 身長이 크나 生後1個月을 除外하고는 嬰児前期와 嬰児後期에서 平均出生間隔이 16～36個月일때 身長이 가장 크다. 그러나 図表V－10에서 보는 바와 같이 平均出生間隔이 15個月以下일때는 身長도 작으며 変化도 甚하다.

最終児出産時 母性年齡別 嬰児의 身長変化를 살펴보면 嬰児前半期는 29歲以下群에서 身長이 가장 크고 35歲以上群에서 身長이 대체적으로 적다. 図表V－11에서 보는 바와 같이 29歲以下群에서 전반적으로 身長도 크고 変化曲線도 緩慢하다. 30～34歲群과 35歲以上群 사이에는 僅少한 差異를 보인다.

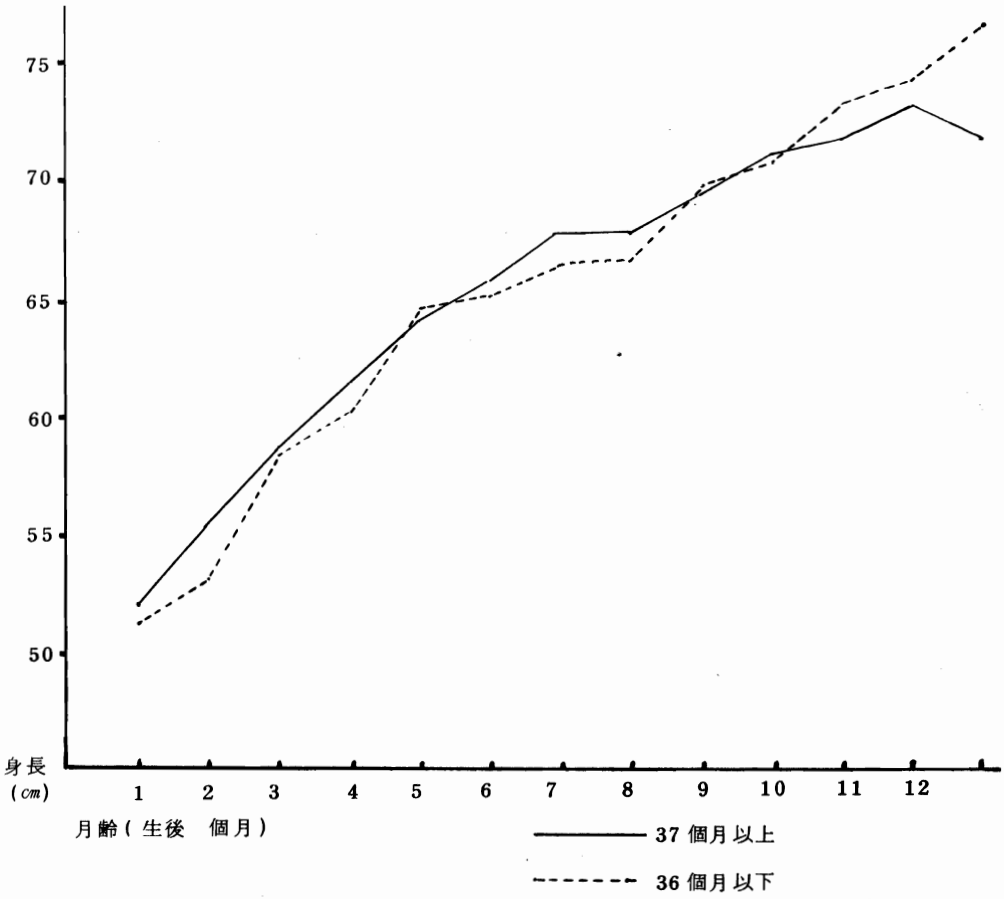
図表Ⅴ－7

姙娠回数에　따른　月齡別　身長　変化

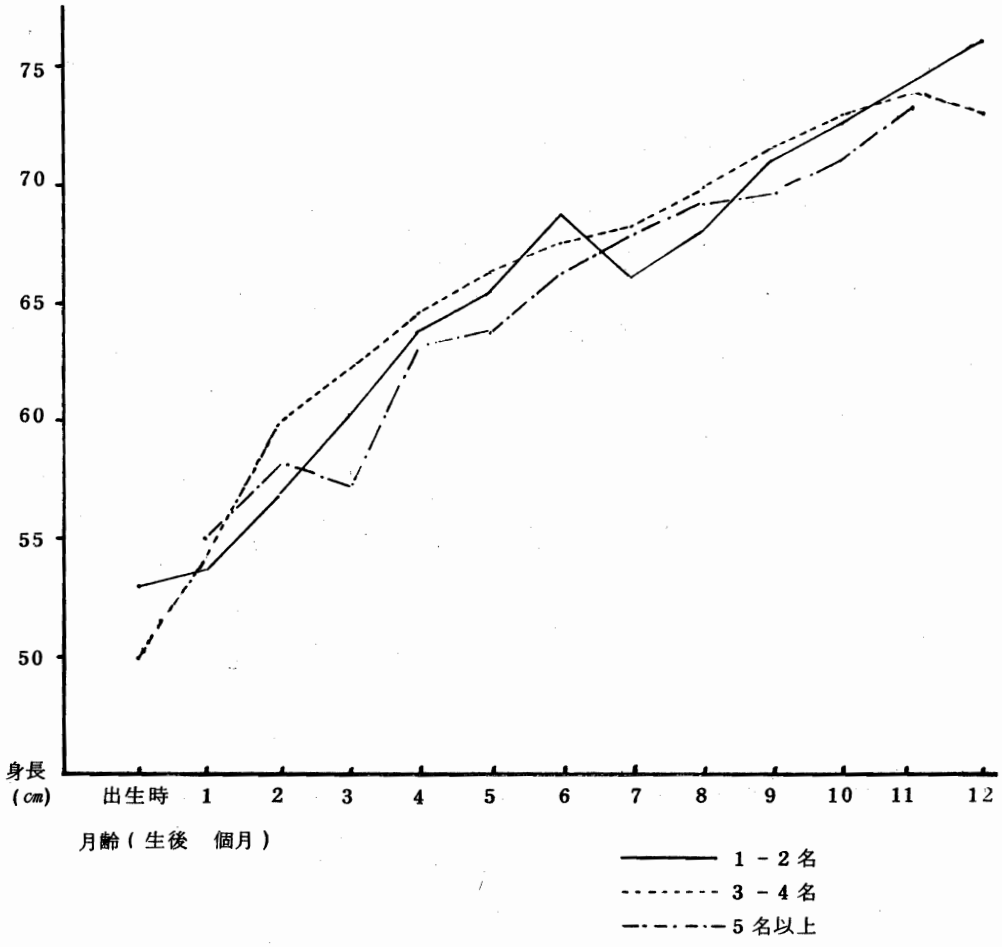


図表Ⅴ－8

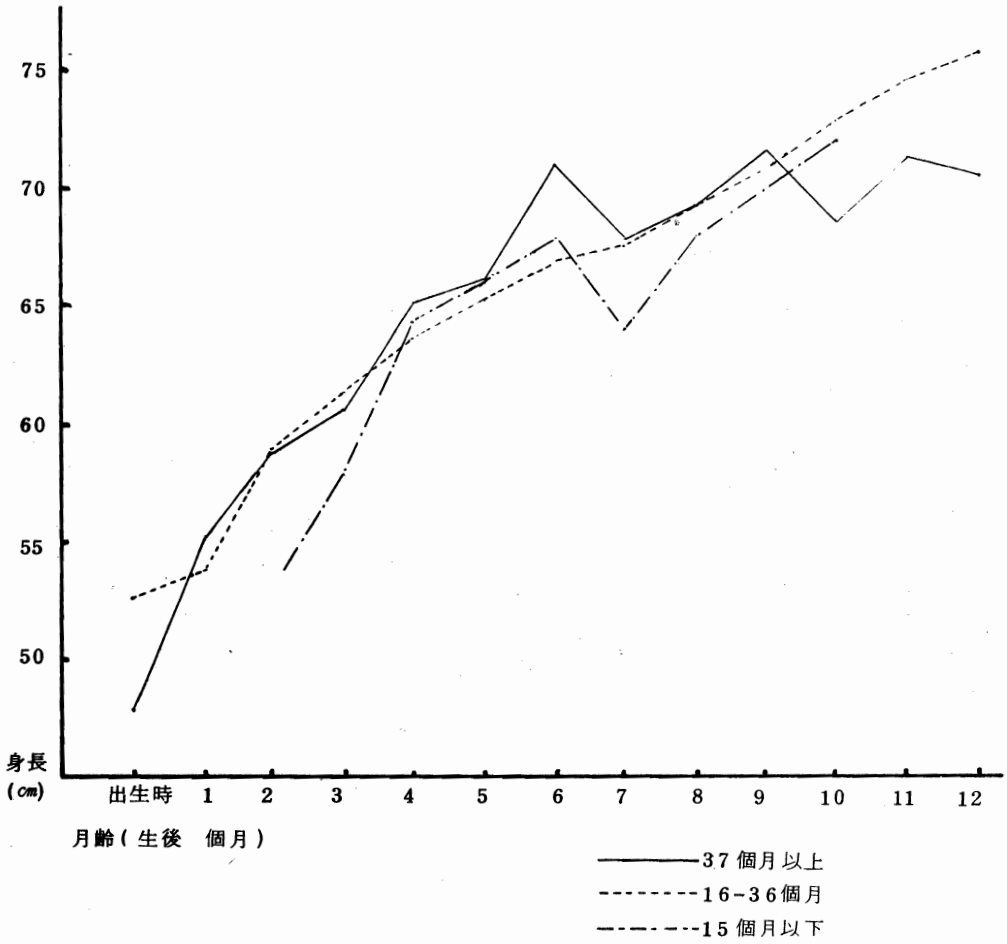
家族計劃　実践期間에　따른　月齡別　身長変化



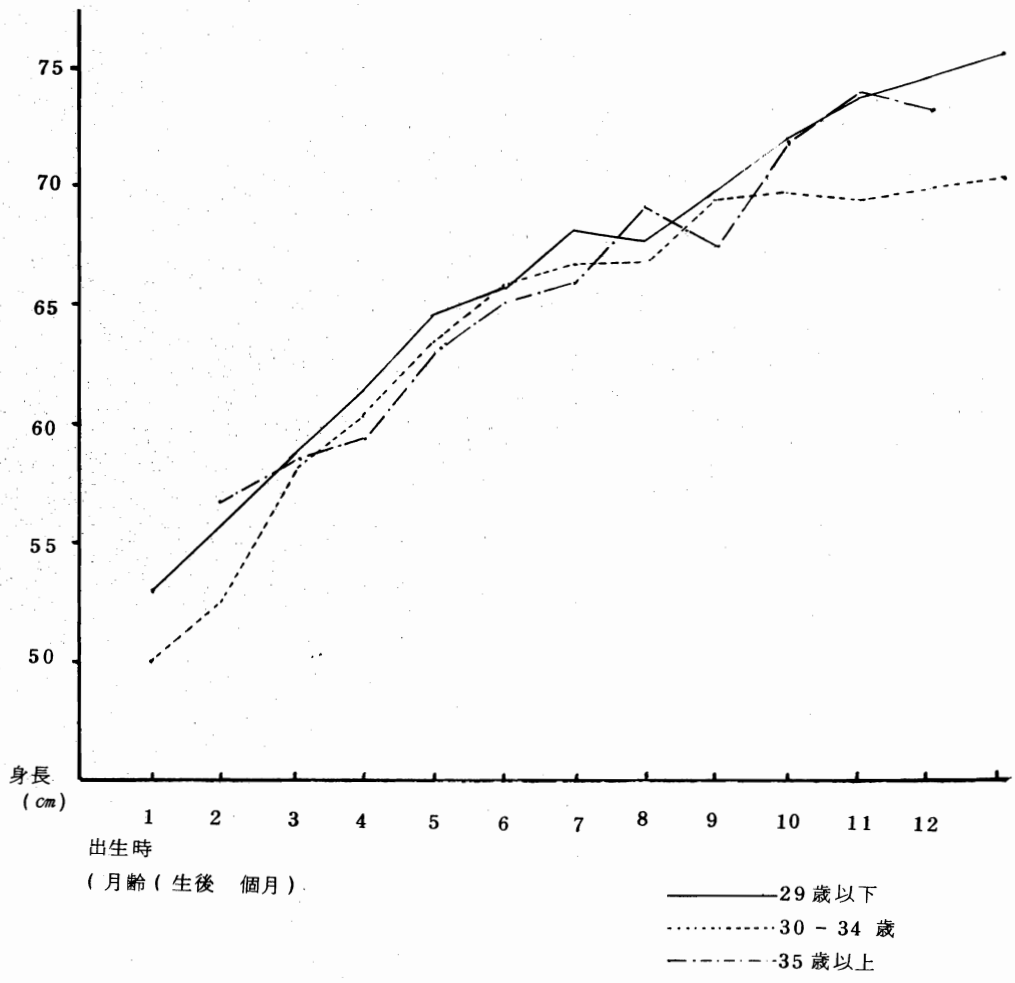
図表 V - 9　　出生児数에 따른 月齡別 身長変化



図表Ⅴ－10　　平均出生間隔에　따른　月齡別身長変化



図表Ⅴ－11　最終児出産時　母性年齢에　따른　月齢別　身長変化



出生順位別 嬰児의 身長変化는 出生順位에 따라서 身長에 큰 差異를 보이지는 않으나 전반적으로 4順位이상에서 身長이 크고 生後2個月부터 6個月까지는 1順位가 身長이 제일 작다. 図表V－12에서도 보는 바와 같이 順位別 身長変化는 僅少한 差異를 보이나 그중 4順位以上群이 전반적으로 身長도 크고 変化曲線도 緩慢하다.

以上에서 家族計劃変数와 嬰児의 身長変化를 検討해볼때 姙娠数, 出生児数, 出生順位別로는 家族計劃実践結果보다는 非実践結果에서 身長이 크고, 平均出生間隔, 最終児出産時 母性年齢別로는 家族計劃実践結果 嬰児全期를 통해서 部分的으로 身長이 큰것이 확인되었다. 그러나 이 結果로 미루어보아 本 研究에서는 家族計劃実践에 따른 嬰児의 身長은 큰 意味를 주지 못한 것으로 나타났다. 이러한 結果는 身長発達이 家族計劃実践에 依하여 左右되기 보다 他要因의 影響을 더 強하게 받은 탓이 아니었나 推則된다. 例로서 遺伝的인 要因 내지 社会経済的인 与件을 들 수 있을 것이다.

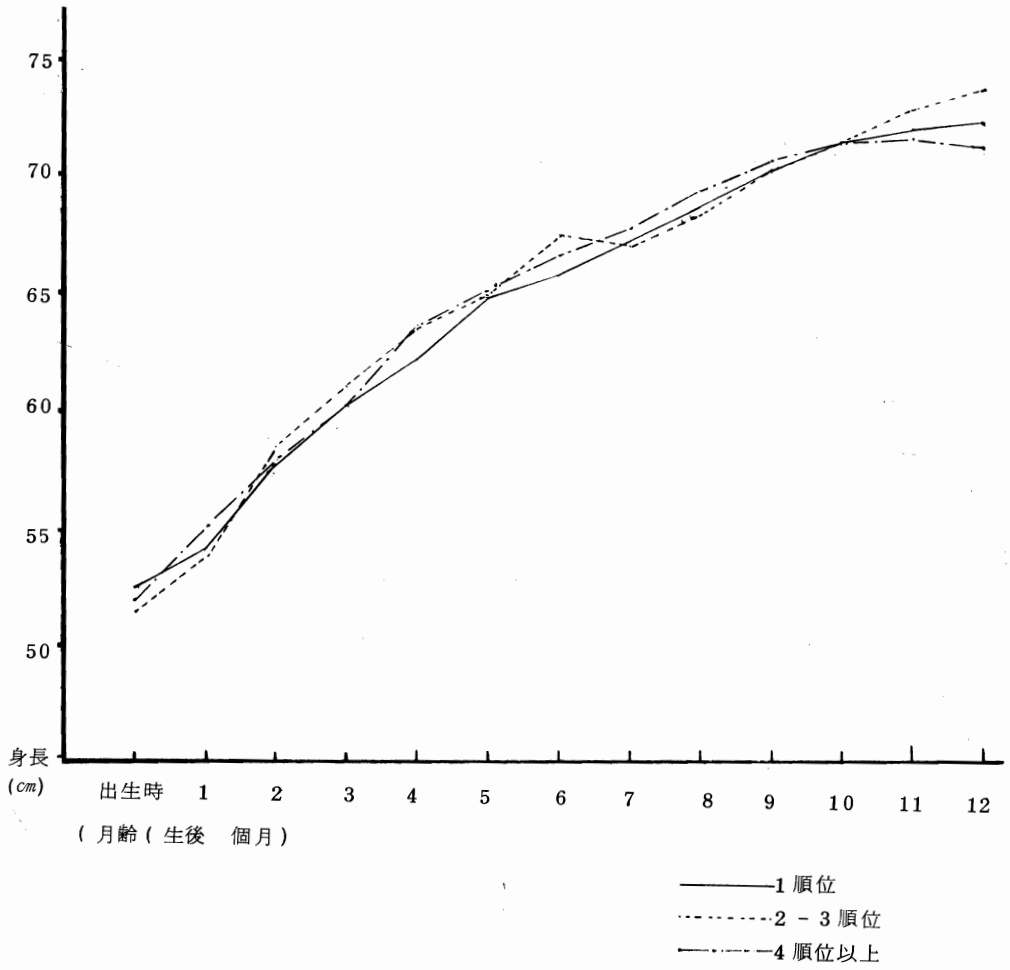
다. 家族計劃変数別 嬰児의 成長発育値 (幼歯発生, 걷기, 말하기)

本 研究에서 調査한 幼歯発生時期, 걷는時期, 말하는時期의 測定은 다음의 基準에 따라 各 事件이 처음으로 観察되었던 月齢을 調査하였다.

o 幼歯発生時期는 첫번째 歯牙가 잇몸으로 나타났던 生後個月을 基準으로 하였다.

o 걷는時期는 다른 사람이나 물건을 붙잡거나 기대지 않고 스

図表Ⅴ－12　　出生順位에　따른　月齡別　身長変化



스로 발을 내딛을 수 있는 生後個月을 基準으로 하였다.

o 말하는時期는 엄마, 아빠, 맘마, 물 等의 基本単語를 分明하지는 않더라도 発音할 수 있는 生後個月을 基準으로 하였다.

家族計劃変数別 嬰児의 幼歯発生時期, 걷는時期, 그리고 말하는 時期의 変化는 表V－3과 같다.

姙娠回数에 따른 幼歯発生時期, 걷는時期, 말하는時期는 모두 姙娠数가 1－2回일때 가장 빠른 것으로 나타났다.

家族計劃実践期間에 따른 걷는時期, 말하는時期는 家族計劃実践期間이 길때 빠르나 幼歯発生時期는 반대로 家族計劃実践期間이 짧을때 빠르게 나타나고 있음이 興味롭다.

出生児数에 따른 幼歯発生時期, 말하는時期는 出生児数가 많을때 더 빠르며, 걷는時期는 出生児数 1－2名과 5名以上인 경우에서 같은 水準에 있다。

그리고 平均出生間隔에 따른 幼歯発生時期, 걷는時期, 그리고 말하는 時期는 모두 平均出生間隔이 짧을수록 빠른 것으로 나타나고 있는데, 이것은 一般的인 期待値에 合当하지 못하다。 이 点에 대해서는 좀더 깊은 観察과 分析이 要求되고 있다。

最終児出産時 母性年齢에 따른 幼歯発生時期, 걷는時期, 말하는 時期는 모두 35歳以上群에서 가장 빠르며, 다음으로 29歳以下群이고, 30～34歳群이 가장 느리다。

出生順位別 幼歯発生時期는 1順位가 빠르며 2順位以上은 같다。 걷는 時期와 말하는 時期는 順位에 따라 별 差異가 없다。

以上에서 家族計劃変数와 幼歯発生時期, 걷는時期, 말하는時期를 検討해볼때, 대체로 家族計劃을 実践하지 않는 家族, 즉 出生児数가 더 많고, 터울이 짧을때 発育이 더 빠른 것으로 나타

表V－3　　家族計劃変数別　嬰児의　成長発育値（幼歯発生時期，걷는時期，　말하는時期）

（単位：生後　個月）

家族計劃変数	幼歯発生	걷　기	말하기
	平　均	平　均	平　均
姙娠回数			
1－2	7.4	12.0	11.4
3－5	7.7	12.1	11.8
6＋	7.5	12.1	11.7
家族計劃実践期間（個月）			
37＋	7.7	12.0	11.6
36－	7.5	12.2	11.9
出生児数			
1－2	7.6	12.0	11.9
3－4	7.7	12.1	11.7
5＋	7.5	12.0	11.6
平均出生間隔（個月）			
37＋	7.7	12.1	11.9
16－36	7.6	12.1	11.6
15－	6.9	11.5	11.2
最終児出産時母性年齢			
29－	7.6	12.0	11.7
30－34	7.6	12.2	11.8
35＋	7.5	11.9	11.7
出生順位			
1	7.3	12.0	11.6
2－3	7.6	12.2	11.7
4＋	7.6	12.1	11.6

나 원래 期待했던 家族計劃의 長点이 一貫性있게 나타나지 않았다. 그 理由를 本 研究에 使用된 資料로서 説明하기는 未恰하나 말하기나 걷기는 営養状態나 育児의 効果보다는 특히 兄弟간의 相互作用을 통해 発育相乗効果를 얻어 兄弟가 많은 家族에서 오히려 発育이 促進되지 않았나 풀이된다.

2. 家族計劃変数別 学齢児童健康

学齢児童健康水準을 説明하기위한 家族計劃変数로서는 ① 出生児数 ② 平均出生間隔 ③ 最終児出産時 母性年齢等을 使用했으며 学齢児童健康水準測定은 身体的 成長値인 年齢別 体重, 年齢別 身長의 変化로서 判定하였다.

児童의 発育은 内的要因으로서는 両親의 遺伝因子, 母体의 健康状態에 의해서, 外的要因으로는 営養, 疾病, 生活環境에 의해 複合的인 영향을 받아 変化되므로 家族計劃変数와 児童의 発育은 相関性이 있을 것으로 仮定할 수 있다.

가. 家族計劃変数別 学齢児童의 体重

本 研究에서 調査된 平均体重値는 各 国民学校에서 管理保管하고 있는 児童의 「学生用健康記録簿」에서 既記録된 身体検査結果를 利用하였다.

家族計劃変数別 学齢児童의 年齢別 平均体重値는 表 V－4와 같다.

表 V－4　家族計劃変数別　学齢児童의　年齢別 体重

(単位 : kg)

家族計劃変数	7 歳	8 歳	9 歳	10 歳	11 歳	12 歳
	平 均	平 均	平 均	平 均	平 均	平 均
出生児数						
1 ～ 2	19.2	20.9	22.6	24.0	28.0	—
3 ～ 4	19.3	21.1	23.1	26.4	27.0	24.0
5+	18.7	20.7	22.9	25.3	27.7	32.0
平均出生間隔(個月)						
37+	19.2	20.6	22.5	25.0	29.0	—
16 ～ 36	19.1	20.9	23.1	25.7	26.6	24.0
15−	18.5	23.2	25.0	26.5	30.0	32.0
最終児出産時 母性年齢						
29−	19.5	21.2	23.5	26.2	26.8	—
30 ～ 34	19.0	20.8	22.9	26.0	28.4	28.0
35+	18.7	20.7	22.0	24.6	23.5	—

먼저 出生児数別 学齢児童의 体重変化를 살펴보면 7歳부터 10歳까지는 出生児数가 3－4名인 家族의 児童体重이 제일 크나 11歳에서는 1－2名일때, 12歳에서는 5名以上일 때가 크게 나타났다.

平均出生間隔別 学齢児童의 体重変化에 있어서는 7歳를 除外하고는 平均出生間隔이 15個月以下일때 즉 出生間隔이 짧을때 대체로 体重이 큰 것으로 나타났다.

最終児出産時 母性年齢別 学齢児童의 体重은 7歳부터 10歳까지는 29歳以下群에서 体重이 가장 크나, 11歳에서는 30－34歳群이 크고 35歳以上群이 가장 적다.

나. 家族計劃変数別 学齢児童의 身長

平均身長値 역시 平均体重値와 마찬가지로 各 国民学校에서 管理하고 있는 「学生用健康記録簿」의 既記録을 利用하였다. 家族計劃変数別 学齢児童의 年齢別 平均身長値는 다음과 같다(表 V－5 参照)

家族의 総 出生児数別 学齢児童의 身長変化를 보면 出生児数가 1－2名일때 身長이 가장 크며, 出生児数가 많을수록 身長이 적게 나타나고 있음이 注目된다. 特히 5名以上의 出生児数가 있는 경우에 他出生児数 規模에서 보다 越等히 작은 結果를 보인다.

平均出生間隔別 学齢児童의 身長変化에 있어서는 7歳群을 除外하고는 平均出生間隔이 15個月以下일때 身長이 제일 크나 7歳群에 限해서 観察해볼때는 15個月以下일때 가장 작다.

表Ⅴ－5　家族計劃変数別　学齢児童의　年齢別　身長

(単位 : cm)

家族計劃変数	7 歳	8 歳	9 歳	10 歳	11 歳	12 歳
	平 均	平 均	平 均	平 均	平 均	平 均
出生児数						
1 － 2	114.0	117.7	124.6	128.8	139.0	—
3 － 4	113.9	117.9	123.1	128.3	128.2	126.6
5 +	112.9	117.2	122.3	126.5	130.0	141.5
平均出生間隔(個月)						
37 +	113.6	117.3	122.7	126.0	130.3	—
16-36	113.6	117.6	123.0	127.6	129.5	126.6
15 −	109.3	121.1	126.4	132.6	136.0	141.5
最終児出産時 母性年齢						
29 −	114.3	118.4	123.6	129.1	134.6	—
30-34	113.2	117.0	122.7	127.6	130.6	134.1
35 +	112.9	117.7	121.7	125.3	120.5	—

最終児出産時 母性年齢에 따른 学齢児童의 身長変化는 母性年齢이 29歳以下群에서 身長이 가장 크며, 母性의 出産時年齢이 늦을수록 学齢児童의 身長発育도 低調한 것으로 나타났다. 이러한 現象은 間接的으로 家族計劃의 意味를 内包하고 있는 結果로 現在 政府家族計劃事業에서 強調하고 있는 焦点이 될 수 있다.

以上에서 家族計劃変数와 学齢児童의 年齢別 体重 및 身長을 考慮해볼때, 体重에서는 出生児数와 平均出生間隔에 따라서는 家族計劃実践의 有利한 効果가 明確하지 않으나, 最終児出産時 母性年齢別로는 家族計劃이 児童의 身体発育에 미치는 陽性的 効果를 보여주었다. 身長에서는 出生児数와 最終児出産時 母性年齢이 家族計劃의 有利한 効果를 보였다.

3. 家族計劃変数別 母性健康

母性健康水準을 説明하기위한 家族計劃変数로서 ①総姙娠回数 ②家族計劃実践期間 ③出生児数 ④平均出生間隔 ⑤最終児出産時 母性年齢을 使用하였다. 母性健康水準의 判断基準은 死亡子女数, 姙娠消耗, 医療事業利用度, 罹病期間, 傷病分布 等이 包含된다.

家族計劃의 母性保健的 側面은 小数의 出産과 적절한 터울 및 断産時期를 調節하여 直接的으로 母性健康을 増進시키는 것이다. 그 根拠는 첫째 多産을 하게 되면 母体는 出産時 産科的 損傷이나 難産率이 높아지고, 子女가 많을 수록 母性은 営養摂取의 障碍가 오며, 非衛生的인 家庭環境을 초래하게 된다. 둘째 生理的으로 適当한 出産時期는 20代의 10年이다. 30歳가 넘으면 女性生殖器에 生理的 支障이나 疾病発生率이 높아 母性死亡率이 높거나 難産 및 姙娠消耗率이 높으므로 30歳以前에 断産함이 좋다. 셋째 姙産婦는 非姙娠, 非授乳婦人보다 身体疲労度가 더 높고 営養素要求量도 더 많다. 그런데 出産後 母体의 身体回復期間이 없이 授乳期와 다음 姙娠期間이 重複되면 母体는 営養障碍로 인해 疾病発生이 頻繁해지고 死亡率도 높다. 넷째 以上에서 列挙한 断産年齢과 出生터울을 考慮한다면 한 婦人의 最大限의 姙娠回数는 3 - 4回이다. 그러나 이 回数도 出生子女数를 考慮한다면 姙娠은 調節되어야 하며 더 以上의 姙娠을 反復하는 것은 出産 및 育児의 負担이나 姙娠中絶로 인해서 母体의 健康은 威脅받게 될 것이다. 그러므로 원치 않는 姙娠으로 인해 母性의 身体的 및 精神的 健康을 해치는 人工流産으로 姙娠을 終結시킬 것이 아니라 원하는 期間동안 姙娠을 完全히 防止할 수 있도록 하는 家族計劃実践이 重要

따라서 母性健康을 위한 家族計劃의 実際에는 子女数, 断産時期, 姙娠数, 出産터울 및 家族計劃実施가 包含된다.

가. 家族計劃変数別 母性의 罹病期間

本 調査에서 罹病期間을 計算하기 위한 罹病状態의 基準은 日常活動을 하지 못하고 缺勤, 缺席정도의 病床을 要求하는 状態, 慢性疾病, 先天性疾病, 再活을 要求하는 身体的 不具, 精神疾患 等으로 因한 労動力의 喪失状態이다.

調査된 罹病期間은 1970年부터 1977年 9月 사이에 母性에게 위의 罹患状態가 있었던 期間으로 한 罹患状態가 29日以下 계속될때에는 日単位로, 30日以上 長期間 계속될때에는 月単位로 区分하여 計算하였다.

家族計劃変数別 母性의 罹病期間은 表V-6에서 보는 바와 같다.

姙娠回数別로 罹病期間을 平均하여 볼때 1～2回의 姙娠群에서 罹病期間이 0.29個月로 나타났으나 3回以上일 때는 현저한 上昇을 보이고 있다. 家族計劃実践期間에 따라서는 実践期間이 길때 罹病期間도 더 길다. 出生児数別로는 3-4名일 때가 가장 길고 5名以上일 때가 짧다. 平均出生間隔別로는 出生間隔이 긴 集団에서 罹病期間이 짧다. 즉 出生間隔이 37個月以上에서 가장 짧아 1.86個月인데 反해 16-36個月은 이보다 훨씬 긴 2,38個月이다. 最終児出産時 母性年齢別로 検討해 볼때에는 29歳以下에서 2.35個月로 罹病期間이 가장 길고, 30～34歳群에서는 1.86個月로 짧다.

以上의 結果를 가지고 整理해 볼때 家族計劃実践期間과 最終児

表V - 6　　家族計劃変数別　母性의　罹病期間

家族計劃 変数	観察数	1個月未満 罹病期間 平均日	1個月以上 罹病期間 平均個月
姙娠回数			
1 - 2	147	0.66	0.29
3 - 5	462	0.62	2.67
6 +	419	0.72	2.26
家族計劃実践期間(個月)			
37 +	550	0.72	2.45
36 −	478	0.60	1.83
出生児数			
1 - 2	276	0.64	1.78
3 - 4	453	0.79	2.71
5 +	299	0.49	1.68
平均出生間隔(個月)			
37 +	324	0.76	1.86
16-36	456	0.66	2.38
15 −	248	0.54	2.11
最終児出産時 母性年齢			
29 −	521	0.74	2.35
30-34	336	0.41	1.86
35 +	171	0.92	2.19

出産時 母性年齡을 除外한 다른 変数에서는 家族計劃実践으로 因한 間接 또는 直接的인 影響이 罹病期間에 미치고 있는 것으로 나타났다. 즉 姙娠回数가 많으면 많을수록 그리고 平均出生間隔이 짧으면 짧을수록 母性의 罹病期間은 길다.

나. 家族計劃変数別 母性의 傷病分布

傷病分布에 있어서도 위의 罹患状態와 関聯지어 確実한 診断名이 밝혀있으면 그에 따라서, 診断名이 不分明한 경우에는 主要症状에 의해 分類하였다. 家族計劃変数에 따른 母性의 傷病分布成績은 表V-7과 같다.

全体的으로 母性의 傷病分布를 보면 消化器系疾患이 21.9퍼센트로 가장 많고 다음으로 呼吸器系疾患이 16.1퍼센트, 分娩 및 姙娠, 分娩産褥合併症이 13.4퍼센트, 性, 泌尿器系疾患이 12.8퍼센트, 症状 및 診断不適当의 状態가 10.3퍼센트 等으로서 主要傷病으로 나타나 있다. 神経系 및 感覚器疾患과 循環器系疾患이 5퍼센트 内外이고 나머지 疾患은 3퍼센트以下이다.

다음 家族計劃変数別로 母性의 傷病分布를 보면 姙娠数가 많을수록 消化器系疾患이 増加하며 新生物疾患이나 性, 泌尿器疾患은 減少되었고, 家族計劃実践期間이 짧을수록 呼吸器系疾患, 新生物疾患, 症状 및 診断不適当의 状態와 事故, 中毒 및 暴力 等은 増加하고, 神経系 및 感覚器疾患은 減少되었다. 또 出生児数가 많을수록 循環器 및 消化器系疾患은 増加하고 分娩 및 姙娠, 分娩産褥合病症은 減少되었고, 平均出生間隔이 짧을수록 呼吸器系疾患은 増加하고 神経系 및 感覚器疾患은 減少되었으며, 最終児出産時 母性年齡에 따라서는 年齡이 높을수록 消化器系疾患이 増加되는 것으로

表V - 7　　家族計劃変数別　母性의　傷病分析

(単位：퍼센트)

家族計劃変数	観察数	百分率	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
姙娠回数																		
1 - 2	28	100.0	3.6	10.7	-	-	-	-	-	17.9	14.3	-	14.3	17.9	7.1	-	10.7	3.6
3 - 5	139	100.0	-	4.3	2.2	-	0.7	4.3	8.6	14.4	18.7	-	14.4	17.3	1.4	-	11.5	2.2
6 +	162	100.0	1.9	1.2	0.6	0.6	2.5	6.2	6.2	17.3	25.9	0.6	11.1	9.3	3.1	0.6	9.3	3.7
家族計劃実践期間(個月)																		
37 +	185	100.0	0.5	2.2	1.6	0.5	2.7	6.5	7.0	14.6	22.7	-	13.0	13.5	3.8	0.5	8.6	2.2
36 −	144	100.0	2.1	4.9	0.7	-	-	2.8	6.3	18.1	20.8	0.7	12.5	13.2	1.4	-	12.5	4.2
出生児数																		
1 - 2	73	100.0	1.4	6.8	1.4	-	-	4.1	5.5	20.5	11.0	1.4	15.1	19.2	4.1	-	6.8	2.7
3 - 4	169	100.0	0.6	3.6	1.2	-	1.2	4.1	6.5	16.0	23.7	-	12.4	12.4	3.0	0.6	11.8	3.0
5 +	87	100.0	2.3	-	1.2	1.2	3.5	6.9	8.0	12.6	27.6	-	11.5	10.3	1.2	-	10.3	3.4
平均出生間隔(個月)																		
37 +	95	100.0	2.1	3.2	-	-	1.0	9.5	6.3	13.7	16.8	-	8.4	17.9	3.2	-	15.8	2.1
16-36	148	100.0	-	1.4	2.0	-	2.7	3.4	6.0	14.9	28.4	-	14.9	12.8	2.0	0.7	7.4	3.4
15 −	86	100.0	2.3	7.0	1.2	1.2	-	2.3	8.1	20.9	16.3	1.2	13.9	9.3	3.5	-	9.3	3.5
最終児出産時　母性年齢																		
29 −	167	100.0	1.2	4.2	1.2	-	1.2	4.2	4.8	17.4	21.6	0.6	12.6	15.0	1.8	0.6	12.0	2.4
30-34	96	100.0	2.1	2.1	2.1	-	2.1	3.1	10.4	19.8	21.9	-	11.5	9.4	6.3	-	5.2	3.1
35 +	66	100.0	-	3.0	-	1.5	1.5	9.1	6.1	7.6	22.7	-	15.2	15.2	-	-	13.6	4.5
計	329	100.0	1.2	3.3	1.2	0.3	1.5	4.9	6.7	16.1	21.9	0.3	12.8	13.4	2.7	0.3	10.3	3.0

1. 伝染病，寄生虫疾患　2. 新生物疾患　3. 内分泌，営養，物質代謝疾患，　4. 血液，造血器疾患
5. 精神病，精神神経病，人格異常　6. 神経系　및　感覚器疾患　7. 循環器系疾患　8. 呼吸器季疾患
9. 消化器系疾患　10. 歯科疾患　11. 性，泌尿器系疾患　12. 分娩 및　姙娠，分娩産褥合併症
13. 皮膚　및　皮下組織疾患　14. 骨　및　運動器系疾患　15. 事故，中毒　및　暴力　16. 症状　및　診断不適当의　状態

나타났다.

다. 家族計劃変数別 母性의 死亡子女, 姙娠消耗 및 医療事業利用度

本 研究에서 死亡子女는 6歲以下에서 死亡한 総 子女数이고, 姙娠消耗는 人工流産, 自然流産, 死産으로서 이들의 総 経験回数를 말한다. 医療事業利用度는 病院分娩数와 医療要員에 의한 分娩介助数이다.

家族計劃変数別 母性의 死亡子女, 姙娠消耗 및 医療事業利用度에 関한 成績은 다음과 같다. (表V-8参照)

死亡子女는 平均出生間隔을 除外한 다른 家族計劃変数에서는 劃一的으로 家族計劃非実践結果로서 死亡子女数가 増加하는 様相을 보여 家族計劃을 非実践하므로서 母性의 健康을 威脅하고 있음을 보여준다.

人工流産은 姙娠数가 増加할수록 그 経験回数도 増加하나 6回以上에서는 4倍以上으로 急増하였다. 그러나 出生児数와 平均出生間隔에서는 各 変数의 中間群에서 가장 많고 家族計劃実践期間이 길수록 많다. 自然流産과 死産은 姙娠数, 家族計劃実践期間, 最終児出産時 母性年齢別로는 家族計劃非実践結果로서 経験頻度가 많은 것으로 観察되었다. 出生児数, 平均出生間隔에서는 反対로 家族計劃実践結果로서 自然流産과 死産의 経験이 더 많다.

病院分娩이나 医療要員에 의한 分娩介助는 모두 姙娠数, 出生児数, 最終児出産時 母性年齢에서 家族計劃実践結果에서 많으나 家族計劃実践期間에서는 反対의 様相을 보이며, 平均出生間隔에서는 그 変数의 中間群에서 많다. 이 結果로 보아 家族計劃을 잘 하므로서 医療事業利用度도 높게 나타난 것으로 풀이된다.

以上의 分析結果를 土台로하여 検討해보건데 罹病期間別 家族

表 V - 8 家族計劃変数別 母性의 死亡子女, 姙娠消耗 및 医療事業利用度

家族計劃変数	観察数	6歳以下 死亡子女	人工流産	自然流産	死産	病院分娩	医療要員 分娩介助
		平均	平均	平均	平均	平均	平均
姙娠回数							
1 - 2	147	0.01	0.07	0.05	0.01	0.52	0.62
3 - 5	462	0.11	0.55	0.16	0.07	0.33	0.59
6 +	419	0.15	2.14	0.30	0.10	0.18	0.38
家族計劃実践期間(個月)							
37 +	550	0.11	1.43	0.18	0.07	0.21	0.47
36 −	478	0.12	0.79	0.23	0.08	0.39	0.56
出生児数							
1 - 2	276	0.02	0.74	0.22	0.09	0.53	0.69
3 - 4	453	0.12	1.39	0.21	0.06	0.26	0.57
5 +	299	0.19	1.09	0.17	0.07	0.12	0.26
平均出生間隔(個月)							
37 +	248	0.14	1.27	0.27	0.12	0.20	0.41
16-36	456	0.15	1.38	0.18	0.06	0.40	0.72
15 −	324	0.04	0.68	0.17	0.05	0.21	0.29
最終児出産時母性年齢							
29 −	521	0.07	1.17	0.18	0.05	0.32	0.52
30-34	336	0.14	1.18	0.20	0.09	0.30	0.56
35 +	171	0.19	0.93	0.28	0.12	0.22	0.40

計劃実践의 結果는 母性健康에 미친 効果가 明確하게 把握되지 않았지만 死亡子女와 姙娠消耗에서는 家族計劃実践結果로 그 数가 減少하여 뚜렷한 影響力이 感知된다. 한편 医療事業利用度도 家族計劃実践結果와 함께 높아져서 母性健康에 미치는 陽性的 効果를 보여주고 있다.

4. 家族計劃変数別 家族健康

家族健康水準을 説明하기 위한 家族計劃変数로서는 ①姙娠数 ②家族計劃実践期間 ③出生児数를 使用하였다. 家族健康水準을 測定하기 위한 基準으로서 健康知識水準, 月間医療費, 月間生活費, 罹病期間, 傷病分布를 包含하였다.

本 研究에서 家族의 健康水準은 罹病期間이나 傷病分布와 같은 身体的 状態以外에 社会経済的 水準, 혹은 健康知識 및 健康行為로도 測定하였다. 그 理由는 이미 第Ⅲ章에서도 밝힌 바와 같이 家族計劃의 効果가 直接的으로는 出産水準을 変化시키지만 間接的으로는 家庭의 社会経済的 水準向上은 물론 教育的 및 環境水準向上을 招來하므로서 健康에 影響을 미치기 때문이다.

가. 家族計劃変数別 家族의 健康知識 水準.

表Ⅴ-9에서 보는 바와 같이 健康知識水準은 家族計劃変数에 따라 큰 差異는 없으나 姙娠回数에 따라서는 5回以下에서 보여준 知識水準이 6回以上에서 보다 높다. 그러나 家族計劃実践期間에 따라서는 별 差異가 없으며, 出生児数에 따라서는 出生児数가 많을수록 知識水準은 낮은 것으로 나타났다.

表V - 9　　家族計劃変数別　家族의　健康知識水準

家族計劃変数	計		100点	80点	60点	40点	20点	平均
	観察数	百分率	百分率	百分率	百分率	百分率	百分率	
姙娠回数								
1 - 2	147	100.0	42.9	28.6	19.0	8.8	0.7	80.8
3 - 5	459	100.0	37.9	37.9	17.7	5.2	1.3	81.2
6+	418	100.0	30.9	42.8	17.5	7.9	0.9	79.0
家族計劃実践期間(個月)								
37+	548	100.0	34.1	40.3	18.6	6.4	0.6	80.4
36−	476	100.0	37.6	36.6	16.8	7.3	1.7	80.2
出生児数								
1 - 2	275	100.0	41.1	36.7	15.3	5.8	1.1	82.2
3 - 4	451	100.0	36.1	38.8	18.6	5.5	1.0	80.8
5+	298	100.0	30.2	39.9	18.8	9.8	1.3	79.6

나. 家族計劃変数別　家族의　医療費支出　差異

表V - 10에서　보는　바와　같이　姙娠回数와　出生児数에　따라서는　姙娠数나　出生児数가　많을수록　家族当　医療費支出은　많으나　個人当　医療費는　적다. 그러나　家族計劃実践期間에　따라서는　実践期間이　길수록　家族当　医療費支出은　많으나　個人当　医療費는　적게　나타났다。　다시　말하여　家族当　医療費支出이　많다고　해서　家族個個人의　医療恵択이　좋아지는　것은　아니며　家族単位의　医療費支出　負担만　많아진다고　解析된다。

表V - 10 家族計劃変数別 家族의 医療費支出 差異

(単位 : 원)

家族計劃変数	観察数	月間医療費 家族		月間医療費 個人	
		平 均	標準偏差	平 均	標準偏差
姙娠回数					
1 - 2	147	3,070	3,972	797	931
3 - 5	462	3,990	6,215	788	1,168
6 +	419	4,628	6,774	785	1,299
家族計劃実践期間(個月)					
37 +	550	4,256	6,358	746	1,127
36 −	478	3,960	6,032	837	1,263
出生児数					
1 - 2	276	3,578	4,467	912	1,214
3 - 4	453	4,051	6,677	750	1,264
5 +	299	4,719	6,790	731	1,049

다. 家族計劃変数別 家族의 生活費 差異

표 V − 11 에서 보는 바와 같이 生活費도 医療費에서와 같이 姙娠回数와 出生児数에 따라서는 姙娠数나 出生児数가 많을수록 家族当 生活費支出은 많으나 個人当 年活費는 적다。 그러나 家族計劃実践期間別로는 実践期間이 길수록 家族 및 個人当 生活費支出은 모두 많다。

라. 家族計劃変数別 家族의 罹病期間

表V - 12에서 보는 바와 같이 姙娠回数에 따라서는 姙娠数가

表V - 11　　家族計劃変数別　生活費支出　分布

(単位：원)

家族計劃変数	計		生活費／家族		生活費／個人	
	観察数	百分率	平均	標準偏差	平均	標準偏差
姙娠回数						
1 - 2	146	100.0	57,530	29,449	14,956	6,386
3 - 5	461	100.0	75,357	39,940	14,638	7,577
6 +	418	100.0	89,100	44,375	14,456	6,752
家族計劃実践期間(個月)						
37 +	549	100.0	89,029	42,504	15,405	7,494
36 -	476	100.0	66,190	37,651	13,694	6,462
出生児数						
1 - 2	274	100.0	61,398	37,120	15,204	7,086
3 - 4	453	100.0	79,633	38,221	14,454	6,996
5 +	298	100.0	92,257	45,771	14,158	6,516

많을수록　家族当　罹病期間은　길어지고　있음이　観察된다.　個人当　罹病期間을　計算해볼때는　姙娠数가　3 - 5回일때　가장　길다.　그러나　家族計劃実践期間에　따라서는　実践期間이　길때　家族当　및　個人当　罹病期間은　모두　길다.　出生児数에　따른　罹病期間은　出生児数가　3 - 4명일때　家族　및　個人当　罹病期間이　제일　길다.　그러나　出生児数가　5名以上에서는　오히려　짧아지고　있다.

마. 家族計劃変数別　家族의　傷病分布

家族計劃変数別　家族의　傷病分布는　表V-13과　같다.

表V - 12　　家族計劃変数別 家族의 罹病期間

家族計劃変数	観察数	1個月未満罹病期間(日)		1個月以上罹病期間(個月)	
		平均/家族	平均/個人	平均/家族	平均/個人
姙娠回数					
1 - 2	147	27.4	6.93	39.2	9.92
3 - 5	462	52.2	9.90	66.7	12.66
6+	419	54.0	6.16	62.4	10.0
家族計劃実践期間(個月)					
37+	550	52.3	8.82	68.9	11.62
36-	478	46.1	9.26	51.9	10.42
出生児数					
1 - 2	276	38.3	9.34	50.0	12.20
3 - 4	453	55.6	9.93	72.5	12.95
5+	299	50.3	7.61	53.8	8.14

먼저 家族計劃変数別로 傷病分布를 보면 姙娠回数에 따라서 姙娠数가 많을수록 伝染病, 寄生虫疾患, 消化器系疾患, 性 및 泌尿器系疾患, 事故, 中毒 및 暴力 等의 傷病率이 높아지고 있다. 家族計劃実践期間에 따라서는 傷病分布에 큰 差異를 보이지 않으며, 出生児数에 따라서는 出生児数가 많을수록 消化器系疾患, 症状 및 診断不適当의 状態, 事故, 中毒 및 暴力 等의 傷病이 増加됨을 보여준다. 本 分析에서 具体的으로 各 傷病分布에서 家族計劃変数와 関聯하여 뚜렷한 傾向을 発見할 수는 없었으나 앞으로 聯関可能性에 대하여 좀더 깊은 観察이 必要할 것이다.

表V - 13　　家族計劃変数別　家族의　傷病分布

(単位：퍼센트)

家族計劃変数	計 観察数	計 百分率	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
姙娠回数																			
1 - 2	144	100.0	5.5	4.2	1.4	0.7	0.7	7.6	2.1	28.5	10.4	0.7	2.8	3.5	8.3	1.4	0.0	13.9	8.3
3 - 5	804	100.0	7.0	2.4	3.1	0.1	1.0	5.6	5.0	28.6	12.6	0.7	3.9	3.1	6.2	1.1	0.1	11.2	8.3
6+	761	100.0	9.1	1.7	1.8	0.2	1.3	3.4	3.4	24.1	19.1	0.2	4.5	2.5	5.7	1.8	0.1	12.0	9.1
家族計劃実践期間																			
37+	680	100.0	7.7	2.5	1.3	0.1	0.4	4.1	4.0	28.4	16.3	0.9	4.4	3.4	4.7	1.8	0.1	11.8	8.1
36-	1,029	100.0	7.9	2.0	3.1	0.3	1.6	5.2	4.1	25.4	14.6	0.3	3.8	2.5	7.1	1.3	0.0	11.8	9.0
出生児数																			
1 - 2	331	100.0	7.3	2.7	3.0	0.3	0.3	5.1	3.6	29.3	11.2	0.9	5.1	4.5	6.4	1.5	0.0	10.9	7.9
3 - 4	866	100.0	8.2	2.4	2.8	0.1	1.2	5.1	4.3	26.3	15.3	0.6	3.7	2.6	6.4	1.5	0.2	10.6	8.7
5+	512	100.0	7.4	1.6	1.3	0.4	1.6	4.1	3.9	25.2	17.8	0.2	3.9	2.1	5.7	1.3	0.0	14.3	9.2

1．伝染病，寄生虫疾患　　2．新生物疾患　　3．内分泌，営養，物質代謝疾患　　4．血液，造血器疾患
5．精神病，精神神経病，人格異常　　6．神経系　및　感覚器疾患　　7．循環器系疾患　　8．呼吸器系疾患
9．消化器系疾患　　10．歯科疾患　　11．性，泌尿器系疾患　　12．分娩 및 姙娠，分娩産褥合併症
13．皮膚　및　皮下組織疾患　　14．骨　및　運動器系疾患　　15．先天的　畸形　　16．事故，中毒　및　暴力
17．症状　및　診断不適当의　状態

以上의 結果에서 보면 家族計劃의 結果라고 볼 수 있는 姙娠数, 出生児数에서는 家族健康水準을 나타내는 모든 変数에서 家族計劃을 実践하므로서 健康에 주는 影響이 陽性的으로 나타나고 있다. 그러나 家族計劃에 대한 好意的 態度의 結果라고 볼 수 있는 家族計劃実践期間에 따라서는 生活費와 罹病期間에서 家族計劃을 実践한 家族이 非実践家族보다 健康이 優勢함을 보이고 있다.

VI. 結　　論

1. 要約 및 結論

本 報告書는 京畿道 高陽郡 元堂面을 対象으로 既存 家族計劃 및 保健関係 事業資料를 利用하여 家族計劃実践이 母性 및 子女를 包含한 家族単位의 健康에 미친 影響을 測定한 結果이다.

이 研究는 調査地域内 家庭의 出産水準, 家族計劃実態, 個人 및 家族健康水準을 把握하여 家族計劃諸変数와 家族健康의 相関性을 検証하는데 重点을 두었다. 이에 따른 具体的인 目的은 다음과 같다.

가. 家族計劃実践家族과 非実践家族의 児童健康水準을 比較検討한다.

나. 家族計劃実践家族과 非実践家族의 母性健康水準을 比較検討한다.

다. 家族計劃実践家族과 非実践家族의 家族健康水準을 比較検討한다.

研究対象은 1段階로서 1977年 9月 当時 調査地域에 居住하는 家口 全体를 対象으로 基礎調査를 実施하였으며, 2段階는 基礎調査結果에서 婦人의 年齢과 出生子女, 家族計劃実践期間을 統制하여 家族計劃実践集団과 家族計劃非実践集団을 任意로 標本抽出하였다.

資料는, 基礎調査에서는 訓練된 21名의 行政里長이 里籍簿와 家族訪問에 의한 直接面談을 통해 蒐集하였고, 標本抽出된 1,028家族에 対해서는 1962年부터 1977年 9月까지의 既存 家族計劃 및 保健関係 資料에서 蒐集하였다. 그 過程은 訓練된 4名의

移記要員을 통해 1977年 10月부터 1978年 3月까지 6個月에 걸쳐 既存 個人単位의 記録을 調査対象家族別로 「家庭健康記録簿」에 移記한 후, 既存記録内容의 妥当性, 正確性을 検討하였다. 資料의 正確性을 높이고 補充資料를 蒐集하기 위해 1978年 4月부터 1個月間 訓練된 調査員이 既 作成된 「家庭健康記録簿」를 根拠로 家庭訪問하여 家族員과의 直接面談을 통해 誤記된 内容을 修正 補完하여 「家庭健康記録簿」를 完成시켰으며 이를 分析資料로 하였다.

資料分析은 婦人의 出産水準과 家族計劃実態를 根拠로 한 家族計劃変数를 独立変数로 定하고, 従属変数는 家族健康水準으로 하였다. 家族健康水準은 嬰児健康, 学齢児童健康, 母性健康, 家族健康으로 細分하여 嬰児와 学齢児童 健康水準은 成長発育値를, 母性健康水準은 傷病状態, 姙娠消耗, 死亡子女, 医療事業利用度를, 家族健康水準은 傷病状態와 健康行為를 健康指標로 利用하였다.

本 研究의 主要 結果를 要約하면 다음과 같다.

1〕元堂面 全体 家口의 特性

元堂面 全体 調査対象 2,930家口에 対한 分析結果는 다음과 같다.

1) 調査対象 全体 人口는 14,367名으로 性比는 100.52이다. 年齢分布는 14歳以下群이 31.6퍼센트, 15-64歳群이 64.6퍼센트 65歳以上群이 3.8퍼센트이며, 15-49歳의 可姙女性이 全体 人口의 27.3퍼센트를 차지한다. 世帯主의 平均年齢은 43.4歳, 婦人의 平均年齢은 39歳이다.

人口移動은 比較的 安定되어 68.9퍼센트가 16年以上 調査地域에 長期居住하고, 나머지 31.1퍼센트는 16年以下 居住家族으로서 이들의 以前居住地는 約 60퍼센트가 都市地域이다.

2) 家口類形은 核家族이 75.5퍼센트이고, 平均家口크기는 4.91名이며 이들 家口中 77.6퍼센트가 調査地域에서 長期居住하여 家口移動이 적다.

3) 全体 調査対象家口의 婦人의 家族計劃受容率은 48.4퍼센트이며 이들의 家族計劃受容時期는 대부분이 1970年以後이다. 특히 29歳以下 婦人群에서 1974 - 1977年 사이에 受容率이 현저히 높아 家族計劃実践理由가 断産以外에 터울조절도 包含되고 있음을 보여준다.

2] 標本調査対象家族의 特性

標本調査対象 1,028家族에 対한 分析結果를 다음과 같이 要約한다.

가. 人口学的 特性

1) 家族크기는 平均 5.5名이며 家族当 平均現存子女数는 3.3名으로 두子女家族은 18.2퍼센트에 불과하다. 6歳以下의 児童死亡이 있는 家族은 10퍼센트로서 平均死亡子女数는 0.11名이다.

2) 調査対象人口中 幼年群(0-4歳)이 5 - 9歳나 10 - 14歳群보다 현저하게 적어 대부분의 婦人들이 家族計劃을 実践하고 있거나 이미 断産하였음을 示唆한다. 婦人의 平均年齢은 37.7歳, 男便은 42.3歳이고, 婦人의 平均結婚年齢은 20.7歳이며 이들의 平均結婚期間은 16.4年이다.

劃実践期間은 78.6個月이며 36個月以上 実践婦人은 53.6퍼센트이다.

4) 家族計劃実施前 平均出生子女数는 2.2名이며 1名以下에서 実施하는 比率은 31.4퍼센트이다. 家族計劃 実践期間中 事故姙娠数는 平均 0.52回이며 1回以上 事故姙娠 経験婦人은 26.6퍼센트이다.

5) 人工流産에 対해서 83퍼센트의 婦人이 肯定的인 態度를 보여 대부분의 婦人이 원하는 子女数를 가진 후에는 出産抑制에 積極的인 態度를 보이고 있다 하겠다.

3〕家族計劃変数別 家族健康水準

가. 家族計劃変数別 嬰児健康

家族計劃変数와 嬰児의 成長発育의 相関性은 家族計劃의 結果가 直接的으로 成長発育에 作用한다기보다는 母性의 姙娠·出産을 調節하여 母性을 健康하게하고, 環境의 支配를 鋭敏하게 받는 嬰児는 健康한 母性의 影響을 받아 営養状態가 良好할 수 있으며 成長発達에 絶対的인 影響을 받을 것으로 仮定하는 것이다.

家族計劃結果가 보여준 嬰児의 成長発育을 다음과 같이 要約한다.

1) 家族計劃変数別 嬰児의 体重은 嬰児初期에는 家族計劃을 実践한 結果 嬰児의 体重이 작으나 嬰児後期에는 家族計劃을 잘할수록, 즉 子女数가 적고 터울이 길어지므로서 月齢別 体重의 変化도 緩慢하여 家族計劃変数와 嬰児体重의 相関性을 보여주고 있다.

2) 家族計劃変数別 嬰児의 身長은 平均出生間隔이 길고 母性年齢이 빠를수록 一部 月齢에서 身長이 크나 姙娠数, 出生数, 出生順位에 따라서는 家族計劃非実践結果에서 身長이 크다. 이 結果로 보아 家族計劃変数는 嬰児의 身長에 큰 意味를 주지 못하였다.

3) 家族計劃変数別 嬰児의 幼歯発生時期, 걷는時期, 말하는時期는 家族計劃을 実践하지 않는 結果, 즉 出生数가 많고 터울이 짧을때 発育이 더 빠르다.

4) 위의 結果로 보아 嬰児의 成長発育은 家族計劃要因이외에 本 研究에서 統制하지 못한 他要因, 즉 社会経済的 与件이나 遺伝的 要因, 家族構成員間의 相互作用 等의 影響이 더 強하게 作用하지 않았나 推測된다.

나. 家族計劃変数別 学齢児童健康

1) 学齢児童의 年齢別 体重은 出生児数에 따라서는 家族計劃의 結果가 一貫性있게 나타나지 않았고, 平均出生間隔別로는 家族計劃을 実践하지 않는 結果에서 陽性的 効果를 보였다. 最終児出産時 母性年齢別로는 家族計劃을 実践한 結果에서 陽性的 効果를 보였다. 結果的으로 学齢児童의 体重은 平均出生間隔과는 逆相関性을, 最終児出産時 母性年齢과는 正常関性을 보인다.

2) 学齢児童의 年齢別 身長은 出生児数가 적고 最終児出産時母性年齢이 낮을수록 身長이 크나, 平均出生間隔이 적을수록 身長이 커서, 学齢児童의 身長은 出生児数와 最終児出産時 母性年齢別로는 家族計劃의 陽性的 効果를 보이나, 平均出生間隔에서는 一貫性을 보이지 않는다.

다. 家族計劃変数別 母性健康

家族計劃의 母性保健的 側面은 小数의 出産과 적절한 터울 및 断産時期를 調節하여 直接的으로 母性健康을 增進시킨다.

家族計劃結果가 보여주는 母性健康을 다음과 같이 要約한다.

1) 姙娠数, 出生児数, 平均出生間隔別로는 家族計劃実践의 結果, 즉 姙娠数 出生児数가 적고 平均出生間隔이 길수록 母性의 罹病期間은 짧아서 家族計劃実践으로 인한 直接 또는 間接的인 影響이 罹病期間에 미치고 있으니 家族計劃実践期間과 最終児出産時 母性年齢別로는 家族計劃 実践結果가 健康에 逆効果를 보여 준다.

2) 全体的으로 母性의 傷病分布는 消化器系疾患이 21.9 퍼센트, 呼吸器系疾患이 16.1 퍼센트, 分娩 및 姙娠, 分娩産褥合併症이 13.4 퍼센트, 性·泌尿器系疾患이 12.8 퍼센트, 症状 및 診断不適当의 状態가 10.3 퍼센트의 分布로서 主要傷病을 나타내 준다. 家族計劃変数別 母性의 傷病分布는 姙娠数, 出生数가 많고 最終児出産時 母性年齢이 높을수록 消化器系疾患이 增加하고, 家族計劃実践期間과 平均出生間隔이 짧을수록 呼吸器系疾患은 增加한다.

3) 死亡子女数는 姙娠数, 出生児数가 많고 家族計劃 実践期間이 짧으며 最終児出産時 母性年齢이 높을수록 增加하여 家族計劃을 実践하지 않으므로서 母性健康을 威脅하고 있다. 人工流産実施는 모든 家族計劃変数에서 劃一的으로 家族計劃実践結果에 따라 그 数가 減少하고 있으며, 自然流産과 死産의 発生은 出生児数와 平均出生間隔에서 家族計劃実践結果에 따라 그 経験数가 더 많다. 한편 人工流産, 自然流産 및 死産을 包含한 姙娠消耗는 全般的으로 家族計劃実践結果로 그 数가 減少하여 健康에 陽性的인 影

라. 家族計劃変数別 家族健康

家族計劃이 家族健康에 대한 効果는 一次的으로 家族計劃을 実践하므로서 母性의 出産水準을 変化시키고 出産水準의 変化로 인한 間接的인 影響은 家庭의 社会経済的 水準向上은 물론 教育的 및 環境水準向上을 招來하므로서 全体 家族構成員 健康에 影響을 준다. 家族計劃結果가 보여주는 家族健康을 다음과 같이 要約한다.

1) 家族의 健康知識水準은 姙娠数나 出生児数가 적을수록 높으나 家族計劃 実践期間에 따라서는 差異가 없다.

2) 月間医療費와 月間生活費는 姙娠数나 出生児数가 많고, 家族計劃実践期間이 길수록 家族当 支出은 많으나 個人当 支出은 적다.

3) 家族의 罹病期間은 姙娠数가 많고 家族計劃実践期間이 길수록 家族 및 個人当 罹病期間이 길다. 그러나 出生児数에 따라서는 一貫性이 없다.

4) 家族의 傷病分布는 姙娠数, 出生児数가 많을수록 消化器系疾患, 伝染病, 寄生虫疾患, 事故, 中毒 및 暴力의 傷病이 增加하나 家族計劃実践期間別로는 差異가 없다.

5) 위의 結果로 보아 姙娠数, 出生児数에 따라서는 家族健康水準을 나타내는 모든 変数에서 家族計劃을 実践하므로서 健康에 주는 影響이 陽性的으로 나타나고 있다. 家族計劃 実践期間別로는

生活費와 罹病期間에서 家族計劃 実践結果 健康이 優勢하다.

2. 提 言

本 研究의 目的이 家族計劃実践이 家族健康에 미치는 影響을 究明함에 있으므로 研究結果에 依拠 다음과 같이 政策的인 提言을 하고져 한다.

첫째 家族計劃実践結果가 健康에 미치는 影響이란 第一次的으로 母性의 出産水準과 家族数를 変化시켜 家庭의 社会経済的 水準, 教育水準을 높이고 따라서 質的인 家庭生活을 招來하여 間接的으로 母子 및 家族이 健康하게 됨을 볼때 家族計劃事業 戦略樹立에 母子保健 乃至 健康事業을 通한 避姙受容者의 吸収対策을 더욱 開発시켜야 할 것이다.

둘째 本 研究에 使用된 資料는 既存資料를 利用한 既往歴調査를 하였으므로 調査資料가 貧弱하다. 그러므로 研究에 使用된 各種 変数들이 어느程度 正確히 測定되었으며, 또한 相互関聯性을 어느程度 鋭敏하게 나타내줄 것인지에 대해서는 不確実한 状態에 있다. 따라서 本 研究에 使用된 資料만으로 研究結果를 具体的으로 説明하기에는 未恰한 点이 있다. 그러므로 좀 더 広範囲하게 많은 要因을 考慮한 追蹟調査가 앞으로 必要할 것으로 본다.

參 考 文 獻

1. 家族計劃研究院, 1976 全国 出産力 및 家族計劃 実態調査, 1978

2. 経済企劃院, 1975年 「센서스」調査資料, 1976.

3. 高陽郡 元堂面, 面政現況. 1977.

4. 権黎赫 外 4人, "家族計劃変数와 小児保健의 相関性", 서울医大雑誌, 第16巻, 第4号, 1975.

5. 権黎赫 外 5人, 都市 零細民에 関한 研究, 서울大学校 保健大学院, 1967.

6. 保健社会部, 우리나라 農村保健改善을 위한 綜合的 研究, 1971.

7. 李光奎, 韓国家族의 構造分析, 一志社, 1976.

8. 李萬甲, 韓国의 農村家族 研究, 서울大学校出版部, 1963.

9. 李性寛 外, "農村에 있어서의 母子保健実態 現況", 慶北医大雑誌, 第13巻, 第2号, 1972.

10. 李時伯, 李任田, 自費負担家族計劃 受容可能性에 対한 調査研究, 家族計劃研究院, 1978.

11. 李興卓, 韓大愚, 初婚年齢과 出産力間의 相関関係에 関한 研究, 家族計劃研究院, 1978.

12. 朱鶴中, 徐 炅, "保健部門指標의 体系와 測定方法", 部門指標의 体系와 測定方法, 韓国開発研究院, 1976.

13. 林種権 外, 統・班長을 통한 都市低所得層 住民의 母子保健 및 家族計劃普及方案 研究, 家族計劃研究院, 1978.

14. 尹種周, 金洙明, "서울市의 人口, 保健 및 医療保険에 관한 調査研究", 人口問題論集, 第21号, 1977.

15. 張任源, 鄭奎澈, "一部 都市 零細地域의 保健実態" 豫防医学会誌, 第10巻, 第1号, 1977.

16. 洪在雄, 宋金順, "家族計劃変数에 따른 小児発育 및 営養状態" 大韓保健協会誌, 第2巻, 第3 - 4号, 1976.

17. Bajpai, P.C., et al., "Observations on Perinatal Mortality", Indian Pediatrics, 3, 1969.

18. Chase, H.C., "The Relationship of Centain Biologic and Socioeconomic Factors to Fetal, Infant and Early Childhood Mortality", Mimeographed, Albany New York State Department of Health, 1961 and 1962.

19. Douglas, J.W.B., "Some Factors Associated with Prematurity: The Results of a National Survey", Journal of Obstetrics and Gynecology, 57, 1950.

20. Douglas, J.W.B., Simpson, H.R., "Height in Relation to Puberty, Family Size and Social Class: A Longitudinal Study", Milbank Memorial Fund Quarterly, 42, 1964.

21. Grant, M.W., "Rate of Growth in Relation to Birth Rank and Family Size", British Journal of Preventive and Social Medicine, 18, 1964.

22. IPPF, The Relationship Between Family Size and Maternal and Child Health, Working Paper No. 5, 1970.

23. Kwon, E.H., "Population and Health", The Seoul Journal of Medicine, Vol. 16, No. 3, 1975.

24. KIFP, Report on 1971 Fertility - Abortion Survey, 1973.

25. Murdock, G.P., Social Structure, Macmillan Co., 1965.

26. Naga, I.A., "The Impact of Family Size on Family Health, The Teaching and Practice of Family Health, Association of Medical Schools in Africa, 1971.

27. Omran, A.R., The Health Theme in Family Planning, Carolina Population Center, Monograph 16, 1971.

28. Oxorn, H., Hazards of Grand Multiparity", Obstetrics and Gynecology, 5, 1965.

29. Report of a WHO Study Group, Statistical Indices of Family Health Indicator, WHO Technical Report Series 587, 1976.

30. Russel, J.K., et al., "Maternity in Newcastle - Upon - Tyne: A Community Study, Lancet, 1, 1963.

31. Sakett, D.L., "The Development and Application of Indices of Health: General Methods and a Summary of Results", A.J.P.H., 67, 1977.

32. Scott, J.A., Intelligence, Physique, and Family Size", British Journal of Preventive and Social Medicine, 16, 1962.

33. Tinkham, C.W., Voorhies, E.F., Community Health Nursing Evolution and Process, Appleton - Century Crofts, 1972.

34. WHO, Report of a Consultation on the Statistical Evaluation of the Impact of Family Planning on Health Convened in Geneva, 1972.

35. WHO, 1969 World Health Statistics Report, Vol. 22, No. 6, 1969.

36. Wolfers, D., Scrimshaw, S., "Child Survival and Intervals Between Pregnancies in Guayaguil, Ecuador", Population Studies, Vol. 29, No. 3, 1975.

37. Wray, J.D., "Population Pressure on Families: Family Size and Child Spacing", Reports on Population/ Family Planning, No. 9, Aug., 1971.

38. Wray, J.D., Aguirre, A., "Protein - Carolie Malnutrition in Candelaria, Colombia, I. Prevalence; Social and Demographic Factors", J Trop Pediat, 15, 1969.

- ABSTRACT -

A STUDY OF THE EFFECTS OF FAMILY PLANNING PRACTICE ON FAMILY HEALTH

The objective of this study is to generate data to guide the integration of family planning with health services by analysing the effect of family planning on family health.

This study purposes:

1) To compare the health status of a child of family planning acceptors' families with the child of non-acceptors.

2) To compare the health status of mothers of family planning acceptors' families with mothers of non-acceptors.

3) To compare the health status of family planning acceptors' families with the status of non-acceptors' families.

For this study, families residing in Wondang township, Koyang county, were studied.

In all 1,028 families were studied.

In the selection of the families the following criteria were employed: 1) wife's age was under 50; 2) the families had to have one or more live births.

Data were obtained from individual health and family planning records from the Koyang health center and other community sources.

The study proceeded in the following phases.

1) Record linkage was done to create a body of family health data by merging the individual records that had been kept in relation to health and family planning services.

2) A special survey of families was done to collect supplementary data on those items not available in the existing records and to check the completeness, coverage and validity of information recorded in the family planning and health services records.

3) The data collected through the survey was analysed to assess possible differences between the health status of family planning acceptors' families and that of non-acceptors.

For this study family planning variables include: number of pregnancies, duration of family planning practice, number of live births, mean birth interval, mother's age at last birth and birth order. The status of family health is divided into the health statuses of the infant, school-aged child, mother and family. Health indicators are indicators of physical development, types and duration of illness, child death, pregnancy wastage, health behavior, etc.

Percent and mean value were utilized in the statistical analysis of the study results.

Major finding can be summarized as follows:

1. Health Status of Infant

1) In the first half of year of infancy, the weights of children born to family planning users were lower than non-users, but in the last half of the first year, the weights of children born to family planning users were higher than non-users.

2) The heights of infants born to family planning users were higher than non-users when the mean birth interval and maternal age at last birth are controlled. But the heights of infants born to family planning non-users are taller than users when the number of pregnancies and live births are controlled.

3) Teething, walking and speaking appear more rapidly among children of non-users than among children of users.

2. Health Status of School-aged Children

1) The weights of school-children born to family planning users are higher than non-users when maternal age at last birth is controlled. But the weights of school children born to family planning users are lower than children of non-users when the mean birth interval is controlled.

2) The heights of school-children born to family planning users are taller than the children of non-users when the number of live births and maternal age at last birth are controlled.

3. Health Status of Mother

1) The less pregnancies and live births and the longer the mean birth interval, the shorter the duration of maternal illness. But when the duration of family planning practice and maternal age at last birth are controlled, the duration of maternal illness is longer among users than among non-users.

2) The more pregnancies and live births and the higher the maternal age at last birth, the higher is the incidence of digestive diseases. The shorter the duration of family planning practice and mean birth interval, the higher is the incidence of respiratory diseases.

3) The more pregnancies and live births, the shorter the duration of family planning practice and the higher the

maternal age at last birth, the more pregnancy wastage and the lower the level of utilization of health services.

4. Health Status of Family

   1) The lower the number of pregnancies and live births, the higher the level of health knowledge in the family, but no differences by the duration of family planning practice were found.

   2) Medical expenditures and living expenses per month are more for families and less for individuals among non-users of family planning.

   3) The total duration of illness in families shows no differences between users and non-users.

   4) Higher levels of digestive diseases, communicable diseases, parasitism, accident and intoxication are found among non-users of family planning than among users.

Conclusion:

1. Regarding family planning practice and child health, it is concluded that other factors not controlled in this study effect the growth and development of children. These factors are socio-economic conditions, hereditary factors, inter-relationships of family members, etc.

2. Family planning practice has a positive effect on maternal health in all health indicators of maternal health status. This shows that family planning practice has its greatest effect on maternal health.

3. Family planning practice has a positive effect on family health indicators because the number of pregnancies and live births are less.