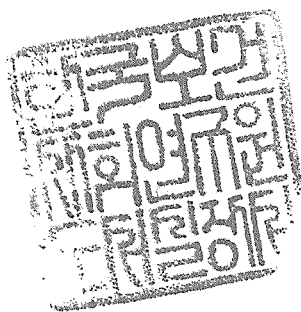


母乳授乳實態 分析과 支援政策의 課題

朴 仁 和
黃 那 美

韓國保健社會研究院



머 리 말

診療爲主의 保健醫療政策으로부터 健康 增進과 保護라는 「새로운 方向으로의 轉換」(new horizons in health)이 요구되는 世界的 動向에서, 母乳授乳의 保護·勸獎·支援은 「健康한 삶」을 위한 첫걸음이다. 따라서 國民資質向上과 직결되는 兒童健康 增進政策에서 母乳授乳의 重要性은 더 이상 강조할 나위가 없다.

그러나 母乳代替食品 製造業界의 왜곡된 廣告와 販促活動으로 인하여, 그릇된 정보가 消費者들에게 확산되면서 母乳授乳가 沮害되어, 兒童과 女性健康의 危害要因으로 대두되었다. 이에 1980年을 전후하여 世界 保健界의 對應이 시작되었으며, 특히 1990년대에 들어 各國 政府들은 UN을 통하여 母乳授乳가 兒童과 女性뿐 아니라, 社會全體에 큰 이익이 됨을 다시 한번 역설하고 있다.

이러한 動向에도 불구하고, 우리나라에서는 母乳授乳率의 減少趨勢에 관한 우려가 國民的 共感帶를 형성하지 못한 채, 調劑粉乳 賣出額은 1992年 2,724억원으로 1987年 이래 5년간 무려 7배나 伸張되었다.

이와 같은 懸案에 토대를 두고, 본 연구는 全國 保健機關에서 수집한 「授乳樣相 모니터링」 資料를 深層分析하여, 母乳授乳 實態에 관한 全國水準의 統計値와 要因別 差異實踐率을 제시하고 있다. 특히 본 연구는 정책 기초자료를 생산하기 위하여 保健 서비스 제공시 얻은 情報를 분석하였다는 점에서, 향후 「서비스 統計」(service statistics)의 開發을 先導하고 있다고 하겠다.

研究 結果, 우리나라에서 新生兒 2명 중 1명은 완전히 調劑粉乳로 양육되기 시작하는 것으로 나타나, 한국 사회에서 健康 增進·保護的 行爲實踐이 低調하다는 일면을 단적으로 보여준다. 이와 같은 問題의

實狀을 담고 있는 本 研究는 兒童保健을 위하여 노력하고 있는 中央
및 地方의 政策立案者, 學界 등 社會各界 여러분들에게 時宜適切하게
도움을 제공할 것이다.

이 연구를 支援하여 주신 保健社會部 保健局 生活保健課와 全國 保健
所의 關係官들에게 研究陣을 대신하여 감사드리며, 이 연구 結果가 「어
린이를 위한 世界頂上會談」에서 채택된 「2000年의 目標」를 향한 兒童保
健部門 政策樹立에 기여하기를 기대한다.

끝으로 본 報告書에 제시된 내용은 연구진의 研究 結果이며, 當院의
공식견해가 아님을 밝혀둔다.

1994 年 12 月 30 日

韓國保健社會研究院

院長 延 河 清

目 次

序 言

I. 序 論	9
1. 研究背景	9
2. 研究目的	11
3. 研究方法 및 內容	11
II. 母乳授乳에 관한 國際動向과 社會醫學的 重要性	14
1. 國際的 動向	14
가. 母乳授乳 勸奨・支援을 위한 國際動向	14
나. 各國의 母乳授乳 實踐經驗率 變動樣相	16
2. 理論的 考察: 社會醫學的 重要性和 意義	18
가. 영아사망률의 減少效果	18
나. 疾病豫防 效果	21
다. 健康增進 및 關聯效果	23
III. 우리나라의 社會醫療的 與件變化	25
1. 女性就業의 擴大	25
2. 醫療機關에서의 母子分離制度	27
3. 母乳代替食品 生産量 增加	28
4. 母乳代替食品 販促活動 規制	30

IV. 영유아의 母乳授乳 實踐樣相과 差異實踐率 分析	33
1. 分析資料	33
2. 分析技法	36
3. 分析對象의 社會人口學的 및 保健醫療의 特性	38
4. 영유아 月齡別 母乳授乳繼續實踐率	41
5. 社會醫療의 要因別 差異實踐率	46
가. 社會人口學的의 要因別 差異實踐率	46
나. 出生兒의 健康水準別 差異實踐率	60
다. 保健醫療의 與件別 差異實踐率	63
6. 母乳授乳 中斷時期에 관한 密度確率과 危害率	70
V. 結論 및 政策建議	73
1. 要約	73
2. 母乳授乳 勸獎·支援政策의 方向과 課題	81
가. 醫療供給者 관련 支援政策의 課題	82
나. 實踐對象者 관련 勸獎·保護政策의 課題	84
參考文獻	89
附 錄	97
1. 성공적인 母乳 먹이기 10단계: WHO·UNICEF 共同宣言	99
2. 地域別 母乳授乳 繼續實踐率	100
서울市, 釜山市, 大邱市, 仁川市, 光州市, 大田市, 京畿道, 江原道, 忠淸北道, 忠淸南道, 全羅北道, 全羅南道, 慶尙北道, 慶尙南道	
3. 영유아 授乳樣相 모니터링 樣式	114

表 目 次

<表 2- 1>	國家別 新生兒의 母乳授乳 實踐經驗率 比較	17
<表 2- 2>	母乳授乳에 대한 人工授乳의 死亡危險 關聯 研究結果	20
<表 3- 1>	年齡別 女性就業率 變動推移: 1970~1990년	26
<表 3- 2>	結婚狀態別 女性의 經濟活動 比率推移: 1970~1990年	26
<表 3- 3>	調製粉乳 生産實績 變動推移: 1975~1992年	29
<表 4- 1>	地域別 分析對象兒數 現況	34
<表 4- 2>	分析對象兒 어머니의 教育水準 比較	35
<表 4- 3>	對象兒의 社會人口學的 및 保健醫療的 特性	40
<表 4- 4>	分析變數間 單純相關係數	41
<表 4- 5>	完全 母乳授乳 繼續實踐率(모유만 수유): 全體	43
<表 4- 6>	混合授乳 包含時 母乳授乳 繼續實踐率: 全體	44
<表 4- 7>	居住地域別 母乳授乳 繼續實踐率	48
<表 4- 8>	어머니의 學歷別 母乳授乳 繼續實踐率	52
<表 4- 9>	영유아의 性別 母乳授乳 繼續實踐率	54
<表 4-10>	영유아의 出生順位別 母乳授乳 繼續實踐率	56
<表 4-11>	어머니의 年齡別 母乳授乳 繼續實踐率	58
<表 4-12>	영유아의 出生體重別 母乳授乳 繼續實踐率	61
<表 4-13>	分娩 醫療機關 種類別 母乳授乳 繼續實踐率	64
<表 4-14>	分娩形態別 母乳授乳 繼續實踐率	66
<表 4-15>	醫療機關에서의 母乳授乳與否別 母乳授乳 繼續實踐率	68
<表 5- 1>	對象兒의 母乳授乳 繼續實踐率 및 授乳期間 要約	76

圖 目 次

<圖 3- 1>	調製粉乳 生產實績 變動推移: 1975~1992年	30
<圖 4- 1>	영유아의 月齡別 母乳授乳 繼續實踐率: 全體	45
<圖 4- 2>	居住地域別 完全 母乳授乳 繼續實踐率	49
<圖 4- 3>	居住地域別 完全/部分的 母乳授乳 繼續實踐率	50
<圖 4- 4>	어머니의 學歷別 完全 母乳授乳 繼續實踐率	53
<圖 4- 5>	영유아의 性別 完全 母乳授乳 繼續實踐率	55
<圖 4- 6>	영유아의 出生順位別 母乳授乳 繼續實踐率	57
<圖 4- 7>	어머니의 年齡別 母乳授乳 繼續實踐率	59
<圖 4- 8>	영유아의 出生體重別 母乳授乳 繼續實踐率	62
<圖 4- 9>	分娩 醫療機關 種類別 完全 母乳授乳 繼續實踐率	65
<圖 4-10>	分娩形態別 完全 母乳授乳 繼續實踐率	67
<圖 4-11>	醫療機關에서의 母乳授乳與否別 完全 母乳授乳 繼續實踐率	69
<圖 4-12>	영유아의 月齡別 母乳授乳 中斷에 관한 密度確率과 危害率	71

I. 序 論

1. 研究背景

國民資質向上과 保健福祉增進에 직결되는 兒童健康 增進政策은 次世代國民의 生存과 健康에 결정적 영향을 미치게 된다는 점에서 先進國 일수록 정부의 政策的 關心이 큰 분야이다. 특히 1990년 「어린이를 위한 世界頂上會談」에 참석한 158개국은 會談에서 채택된 「2000년의 目標」¹⁾에 도달하기 위하여 國家別 行動計劃(National Programs of Action)을 세우기로 공식 약속했다.

이러한 動向에서 볼 때, 多樣性和 相異性으로 특징 지워지는 現代社會일지라도, 아동건강증진을 위한 母乳授乳 勸奨 및 支援策 만큼은 매우 普遍的 價値라는 점에 동의하지 않을 수 없다. 즉 「세계보건기구」(World Health Organization: WHO) 事務總長과 「국제연합 아동기금」(United Nations Children's Fund: UNICEF) 總裁의 共同宣言에서처럼, 先進國 또는 開發途上國, 産業社會 또는 傳統社會, 南半球 또는 北半球 등 각국이 처하고 있는 상이한 특성에도 불구하고, 母性の 役割이란 어디에서나 존재하므로 母乳授乳는 결코 差等없이 적용될 수 있는 原則이다(WHO · UNICEF, 1989:1).

1) 오늘의 정치 지도자들에게 중대한 挑戰을 제안하고 있는 共同宣言과 行動計劃은 兒童의 生存, 保護, 發達을 위하여 2000년까지 「26개 目標」를 달성하기로 합의하고 있다. 특히 保健問題와 관련, 衛生적 環境, 적절한 營養, 영유아 死亡率의 극소화를 추구함으로써, 아동의 健康과 올바른 養育을 강조하고 있다. 이러한 맥락에서 母乳授乳의 擴大를 위하여 “모든 女性이 아기에게 母乳를 먹일 수 있어야 하고, 모든 아기들은 4-6개월 동안 母乳만으로 키워져야 하며, 그 후에는 적절한 補充食과 함께 2년 또는 그 이상 母乳를 먹일 수 있어야 한다”는 「이노센티 선언」(1990년 8월)에서 시작된 目標을, 이어 9월에 열린 「어린이를 위한 世界頂上會談」에서 다시 採擇하였다.

따라서 1980년을 전후하여 母乳授乳 勸獎을 위한 세계적인 對應이 시작되었는데, 대표적 例가 WHO의 「母乳代替食品 販賣에 관한 國際規約」(1981) 제정이다. 그리고 1990년대에 들어서면서 각국 政府는 UN을 통하여 母乳授乳가 어린이와 어머니의 健康, 나아가서는 社會全體에 큰 이익이 됨을 다시 한번 역설하였다. 이러한 노력은 國際的인 4 가지 主要宣言, 즉 「母乳授乳의 保護·勸獎·支持에 관한 이노센티 宣言」, 「兒童의 權利에 관한 國際協約」, 「兒童의 生存·保護·發達을 위한 世界宣言」, 「營養에 관한 世界宣言 및 行動計劃」을 통하여 널리 알려지고 있으며, 이 흐름에서 우리나라 역시 國際規約를 충실히 이행해 나아가야 할 의무를 띠고 있다.

국제사회의 이러한 노력과 더불어 先進國에서는 1970년대 이후부터 母乳授乳率이 上昇하여, 구미 각국과 일본 등에서는 80-90% 수준에 이르고 있는 반면, 우리나라에서는 오히려 減少趨勢를 나타내고 있다. 그러나 모자보건 분야의 統計算出이 不進하여 最近의 全國實態를 제대로 파악할 수 없지만, 일부 병원 및 지역단위의 統計에 의하면 新生兒期에도 母乳授乳率이 매우 저조하다는 지적이 제기되고 있다(심태섭, 1994; 서울시, 1993). 또한 과거 모유수유증진을 위하여 母子同室制(rooming-in system)를 실시해 온 병원에서도, 醫療保險 酬價上 이러한 서비스가 支援되지 못하였던 문제 등으로 인하여 동 제도를 계속 운영하지 못하고 中斷하게 된 것이 우리의 母性 保健醫療 서비스가 當面하고 있는 현실이다.

그러므로 保健政策의 기본방향을 人口資質向上에 두고 건전한 兒童健康增進政策을 수립하자면, 모유수유실천에 관한 신뢰성 있는 統計値는 과연 어떠한 水準이며, 어떠한 요인이 모유수유를 阻害하고 있기 때문에 健康增進 및 保護를 위한 普遍的 價値를 추구하는 世界的 趨勢에 逆行하고 있는지에 관한 규명이 요구된다.

2. 研究目的

본 研究는 첫째, 우리나라 어린이들의 월령별 母乳授乳 實踐樣相 變動에 관한 全國水準의 최근 統計를 제시하고, 둘째 각종 社會人口學的 및 保健醫療的 要因別 差異實踐率을 산출하여, '어떠한 要因이 모유수유율을 沮害시키고 있는가'를 분석하며, 셋째 '특히 어느 時期에 모유수유 실천행위가 減少되고 있는가'를 규명함으로써, 아동건강 증진정책 개발에 근간이 되는 母乳授乳의 勸獎·支援·保護를 위한 우리나라의 行動計劃 수립에 基礎資料를 提供하고자 한다.

3. 研究方法 및 內容

이 연구는 保健所 서비스 이용 영유아의 母乳授乳 實踐樣相 變化에 관한 月齡別 過去歷(retrospective information)과 수유양상에 관련되는 대상아의 社會人口學的 및 保健醫療的 要因을 파악하는 데 목적을 두고 설계된, 「영유아 授乳樣相 모니터링」 자료를 分析하였다²⁾. 이 모니터링은 構造化된 調査樣式을 사용하여, 保健所 근무 간호사가 서비스를 받기 위하여 내소하는 어머니와의 面接(interview)을 통하여 回顧方式(recall method)으로, 이들 어린이의 출생 이후(1993년 1월 이후)부터 조사시점(1994년 4-8월)에 이르기까지의 기간에 걸쳐 변화된 授乳樣相에 관한 정보를 수집한 것이다. 따라서 1994년 4월에서 8월까지의 기간(5개월)에 모니터링된 事例 중 1993년 1월-12월간 出生兒에 관한 정보를 가려뽑아, 最終적으로 全國 214개소 保健所 來所 영유아 10,830명을 본 분석에 포함하였다.

본 분석에서 영유아의 月齡別 母乳授乳 繼續實踐率(cumulative continuation rate)과 각종 社會醫療的 要因別 差異實踐率을 산출하기 위

2) 이는 1994년 4월부터 「保健社會部」와 「韓國保健社會研究院」이 공동으로 全國 保健所에서 실시한 영유아 健康關聯 情報의 모니터링이다(附錄 2 참조).

하여 적용한 통계기법은 「生命表 分析技法」(life-table analysis)이다. 授乳樣相과 같이 영유아의 月齡經過에 따라 실천율이 점차 저하되는 특성을 지닌 사항은 出生 코호트(birth cohort)³⁾ 개념을 적용하여 산출된 生存函數의 繼續實踐率로서 파악되어야 의미있는 統計가 제시된다. 왜냐 하면 통상적으로 활용되는 橫斷面的 分析技法(cross-sectional analysis)으로 현 시점에서의 實踐樣相만 파악한다면, 출생 이후 변화되는 授乳樣相에 관한 정보를 분석에 포함할 수 없으므로, 실천율 감소양상이 統計値에 제대로 반영되지 않게 된다. 특히 生命表 技法은 각 단위기간별 實踐率과 授乳期間의 중앙값 산출시, 조사시점에서 「모유수유가 終了된 事例」(uncensored case)뿐 아니라, 「모유수유가 持續되고 있는 事例」(censored case)도 해당 단계의 분석에 포함함으로써, 偏倚되지 않은(unbiased) 結果의 推定이 가능하다.

또한 본 연구는 전국수준의 통계산출을 위하여 별도의 實態調査에만 의존하기보다는, 公共保健機關에서 서비스 대상자⁴⁾에 관하여 모니터링한 건강관련 情報을 분석하였다는 점에서, 향후 保健醫療機關을 통한 「서비스 統計」(service statistics)의 開發을 선도하고 있다는 意義가 있다.

본 연구에 포함된 내용을 간략히 언급하면, 第2章에서는 모유수유 勸獎·支援에 관한 國際的 動向과 세계적으로 研究, 立證된 구체적 實證資料를 통하여, 모유수유의 重要性과 意義를 논의하고 있으며, 第3章에서는 모유수유실천에 관련된 社會醫療的 與件變化와 母乳代替食品의 生産量 변동추이를 記述하고 있으며, 第4章에서는 생명표 분석기법에 의하여 우리나라 영유아의 月齡別 母乳授乳實踐樣相 變動과 각종 사회 인구학적 및 보건의료적 요인별 差異實踐率을 분석하고 있으며, 第5章에서는 향후 바람직한 兒童健康 增進政策의 수립을 위한 母乳授乳 勸獎·支援策의 方向과 實踐課題를 논의하고 있다.

3) 본 분석에서 同一 코호트라 함은 月齡이 같은 집단을 일컫는다.

4) 본 분석의 모니터링 대상은 주로 豫防接種 서비스를 받기 위하여 내소하는 영유아라고 하겠다.

다만 본 연구에서 지적하고자 하는 점은 동 분석이 保健所 來所者를 중심으로 하고 있다는 제약이다. 즉 보건소 서비스는 다소 社會經濟的 水準이 낮은 계층에서 이용된다는 通念과 관련하여, 영유아 서비스 이용자에게도 이러한 사실이 適用되고 있는가를 검토할 필요가 있다. 따라서 본 자료에서 활용 가능한 情報인 保健所 來所 어머니의 教育水準을 社會階層의 代理變數(proxy indicator)로 삼아, 全國 標本調査에서 나타난 영유아 어머니들의 教育水準과 비교해 본 결과, 본 분석대상의 教育水準이 보다 높은 것으로 밝혀졌다(表 4-2 참조).

이러한 점에서 비록 單一指標에 의한 판단이기는 하지만, 본 분석대상은 결코 社會경제적으로 취약한 계층이 아니라 상당히 普遍的 分布를 대변할 수 있는 人口集團이라고 볼 수 있으며, 오히려 全國標本보다 다소 社會경제적 수준이 높을 可能性도 배제할 수 없다는 점이 고려되어야 할 것이다. 따라서 본 분석결과는 保健機關 利用者에 국한되었지만 全國規模로 수집된 자료이므로, 모유수유실태에 관한 統計가 全無한 현 여건에서는 이를 통하여 全國水準의 母乳授乳實踐率을 가늠하는 데 별다른 무리가 따르지 않는다고 판단된다.

II. 母乳授乳에 관한 國際動向과 社會醫學的 重要性

1. 國際的 動向

가. 母乳授乳 勸獎·支援을 위한 國際動向

母乳代替食品(조제분유) 製造業界의 왜곡된 廣告와 販促活動으로 인하여, 조제분유가 영양상 母乳과 동일하거나 또는 더 우수하다는 잘못된 정보가 消費者들에게 확산되면서, 세계적으로 母乳授乳實踐率이 점점 低下하여 영유아와 어머니의 건강에 커다란 沮害要因으로 대두되어 왔다. 이러한 문제의 심각성을 인식한 UN 기구에서는 1979년 이래 母乳授乳의 保護 및 勸獎을 위하여 지대한 關心을 쏟고 있는데, 이는 先·後進國에 관계없이 保健醫療界뿐 아니라 全社會的으로 지속적 關心을 받아오고 있으며, 이에 관한 國際動向은 다음과 같이 요약된다.

- 1) 1979년 「世界 兒童의 해」에 WHO·UNICEF는 공동으로 母乳授乳 勸獎을 주제로 「영유아 營養改善에 관한 宣言文」 등의 實踐 決議案을 채택하였다.
- 2) 1981년 WHO 총회에서 「母乳代替食品 販賣에 관한 國際規約」(International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes)이 決議된 이래, 세계 각국은 모유대체식품 판매가 결코 어린이의 母乳授乳를 沮害하는 方向에서 판촉되지 않도록 할 의무가 있으며, 이에 관한 移行事項을 WHO에 보고하도록 되어 있다.

3) WHO 分析(1982)¹⁾에 의하면, 국가의 經濟社會發展 과정에 따라 그리

고 한 국가내에서도 社會階層別로 상이한 母乳授乳樣相은 다음과 같은 3단계의 變遷過程을 거치는 것으로 요약되고 있다. 특히 社會계층별 로 볼 때, 變化를 先導하는 집단은 「都市 엘리트층」이며, 다음이 「都市 低所得層」이고, 마지막이 變化를 가장 拒否하는 「農村의 傳統的 階層」인데, 이러한 社會계층별 變動양상이 반영되어 전국수준의 모유수유실 천율이 결정된다. 따라서 母乳授乳 勸獎政策을 시행해 나감에 있어서는 變化를 선도해 나가는 집단인 「都市 엘리트층」의 役割이 강조되어야 할 것이다.

이론

- 제1단계 (Traditional phase)
母乳實踐率이 높고 授乳期間이 긴 傳統的 時期
- 제2단계 (Transitional phase)
實踐率이 낮아지고 授乳期間이 짧아지는 轉換期
- 제3단계 (Resurgence phase)
實踐率이 다시 높아지고, 授乳期間도 길어지는 甦生期

- 4) 1989년 WHO · UNICEF는 공동으로 「성공적인 母乳 먹이기 10 단계」 (산모와 신생아 관리를 하는 모든 醫療施設에서의 指針)를 발표하였다.
- 5) 1992년 「母乳授乳實踐을 위한 世界同盟」(WABA)은 「아기에게 친근한 病院 만들기 사업」(Baby-Friendly Hospital Initiative: BFHI)의 일환으로 「世界 母乳週間」을 창설, 이 기간에 母乳授乳 支持의 기치를 내걸고 세계적으로 함께 기념행사를 가지거나, 모유수유를 위한 行動을 보이는 기회를 가지고 있다.
- 6) 1990년대에 들어 각국 정부들은 UN을 통하여 母乳授乳가 아기와 업

1) 세계 86개국에 걸쳐 1960-70년대의 자료를 분석한 결과이다.

마, 나아가서는 社會全體에 큰 利益이 됨을 다시 한번 역설하였으며, 이는 다음 4가지 主要宣言을 통하여 이루어지고 있다.

- 母乳授乳의 保護, 勸獎 및 支持에 관한 이노센티 선언(Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding: 1990. 8.)²⁾
- 兒童의 權利에 관한 국제협약(International Convention on the Rights of the Child: 1990. 9.)
- 兒童의 生存, 保護, 發達(Child Survival, Protection and Development)을 위한 世界宣言 및 行動計劃(1990. 9.)³⁾
- 營養에 관한 世界宣言 및 行動計劃(1992.12.)

나. 各國의 母乳授乳 實踐經驗率 變動樣相

<表 2-1>을 통하여 各國의 母乳授乳 實踐經驗率 變動樣相을 살펴보면, 우리나라의 경우 1970년대에는 93.9%에 이르렀으나 1990년대에는 72.5% 水準으로 저하되었음에 비하여 일본, 미국 등에서는 增加趨勢임을 알 수 있다. 일본의 경우 생후 첫 1개월간 母乳授乳 實踐率이 1970년 73.7% 정도에서 1990년에는 86.9%까지 增加하였으며, 미국에서는 1970년 23.0%에 불과한 母乳授乳 實踐經驗率이 1987년에는 56.3%까지 增加하였음을 알 수 있다. 그리고 스웨덴, 핀란드, 스위스 등의 유럽 국가에서는 1970년대 후반부터 이미 90%를 上廻하는 母乳授乳 實踐經驗率을 달성한 것으로 알려져 있다.

이러한 점에서 우리나라의 경우 母乳授乳 實踐에 관한 제2단계, 즉 轉

2) 最上の 母乳授乳를 위하여, 30개국 政府가 조인한 이 宣言은 1995년까지 國際 規約과 이에 관계된 世界保健 決議案의 이행을 각국 政府에 요구하고 있다.

3) 세계 71개국 국가 원수를 포함, 158개국 대표들이 참석한 가운데 뉴욕에서 열린 「어린이를 위한 世界頂上會談」에서는 兒童의 生存, 保護 및 發達을 위한 世界宣言과 行動計劃이 만장일치로 채택되었다.

換期에 있다고 볼 수 있는데 유럽 국가나 일본 등과 같이 제3단계의 甦生
 期에 접어들 수 있도록 모유수유를 적극 권장·지원함으로써 영유아기 健
 康을 바람직하게 유도하여야 할 필요성이 크게 부각되고 있다.

<表 2-1> 國家別 新生兒의 母乳授乳 實踐經驗率¹⁾ 比較

(단위: %)

국 가	1970년대	1980년대	1990년대
한국	93.9 (1974)	83.3 (1983)	72.5 (1994)
일본 ²⁾	73.7 (1970)	80.7 (1980)	86.9 (1990)
중국	-	65.5 (1980년대 중반) 도시 56.2 (1987년) 농촌 71.6 (1987년)	-
싱가포르		65.0 (1980)	
베트남		도시 96.0 (1990년) 농촌 98.0 (1990년)	
호주 ³⁾		85.0 (80년대 중반)	
미국 ⁴⁾	23.0 (1970)	52.3 (1980-81) 56.3 (1987)	-
필리핀	88.9 (1973)	83.5 (1983)	-
스웨덴	93.0 (1975~76)	-	-
헝가리	97.0 (1975~76)	-	-
스위스	92.0 (1979)	-	-
핀란드	98.0 (1979)	-	-
포르투갈	67.5 (1979)	-	-

註: 1) 기간에 무관하게 일단 母乳授乳한 경험이 있는 경우를 말함.

2) 생후 1개월에서의 모유수유율(혼합수유 포함)임.

3) 생후 6개월에서의 모유수유율(혼합수유 포함)임.

4) 미국의 NCHS가 주관한 전국표본조사인 「National Survey of Family Growth」의 결과임. 1987년의 경우를 구체적으로 보면, 인종별로는 백인 61%, 흑인 23%, 히스패닉 42%이며, 교육수준별로는 대졸 72%, 고졸 45%, 지역별로는 도시 57%, 농촌 53%임.

資料: 1) WHO, *World Health Statistics*, 35(2), 1982, pp. 106-116.

2) 일본 후생통계협회, 『國民衛生の 動向』, 40(9), 1993.

3) 한국보건사회연구원, 『가족보건 실태조사 보고』, 1989, 1992.

4) 경제기획원·가족계획연구원, 『1974년 한국 출산력조사 보고』, 1977.

5) Alan S Ryan, *AJPH*, 81(8), 1991, pp. 1049-1052.

6) Yue Chen, *AJPH*, 82(2), 1992, pp. 264-266.

2. 理論的 考察: 社會醫學的 重要性和 意義

健康은 「삶의 質」을 향상시키는 본질적 要素로 특히 영유아기 健康은 일생동안 건강한 삶을 營爲하는데 基礎가 된다. 1981년 미국정부의 「母乳授乳와 영아건강에 관련된 科學的 證據 査定作業 팀」에서 “母乳는 地域과 人種을 초월하여 감염질환을 예방하고 경제수준이 낮은 국가에서는 영아생존율을 提高시킨다”는 결론을 내린 바 있다(RTF, 1984:579). 당시 UNICEF 總裁는 “만약 全世界의 어머니들이 母乳로 아기를 키운다면 해마다 1백만명의 어린 生命을 구할 수 있을 것이다”라고 演說한 내용에서 母乳의 우수성을 단적으로 표현하였으며, 이러한 노력에 힘입어 母乳授乳의 重要性이 널리 인식되었다. 따라서 영유아기 健康을 도모하기 위해서는 무엇보다도 먼저, 出生 直後부터 母乳授乳를 통한 營養攝取가 요구되는데, 이는 母乳가 주는 健康上 利點으로 인하여 바람직한 成長과 發育에 필요한 營養分이 완벽하게 제공되기 때문이다.

이와 같은 맥락에서, 本節에서는 최근 낮아지고 있는 우리나라 母乳授乳實踐率을 높이기 위한 戰略開發에 기초자료로 활용하고자, 1980년 이후 활발하게 전개되고 있는 諸 外國의 研究結果⁴⁾를 考察하여 母乳授乳의 優秀性を 再照明해 보고자 한다.

가. 영아사망률의 減少效果

영아사망률은 한 國家의 保健醫療 및 福祉水準을 나타내는 指標로 사용된다. 1980년대에 이르러 영아사망률을 낮추는 데 母乳授乳가 기여하고 있음이 발표되어 先·後進國을 막론하고 人工授乳로 인한 死亡危險 露出에 관련된 연구들이 활발히 진행되었다. 각 國家別로 死亡原因에 따른 母乳授乳의

4) 이 연구들은 完全 母乳授乳兒와 人工授乳兒를 比較한 것으로 대상 영유아의 月齡, 體重, 出生順位, 社會經濟的 수준, 環境, 生物學的 健康管理水準, 그리고 母性年齡 등의 변수들을 통제하여 나타난 결과이다.

影響力을 살펴보면 <表 2-2>와 같다.

開發途上國이라 볼 수 있는 라틴 아메리카 지역에서는 매년 5세 미만의 영유아가 腸管系感染으로 인하여 50만명 정도 死亡하고 있는데, 대부분 人工授乳과 관련된 것으로 알려져 있다. WHO 美洲地域 사무처(Pan American Health Organization)에서 이루어진 연구 결과에 의하면, 人工授乳兒의 경우 腸管系感染으로 인한 死亡 危險比가 동 表에서 제시된 바와 같이 母乳授乳兒에 비하여 3~5배인 것으로 發表되었다(Macedo, 1988:303).

말레이시아의 경우도 이와 유사한 연구 결과를 나타내고 있는데, 이는 人工授乳에 필요한 飲用水의 非衛生的 處理과 낮은 環境衛生水準(上水道, 化粧室 施設 등)이 관련 되어 나타난 結果로, 開發途上國에서의 母乳授乳實踐은 영아사망률 減少側面에서 매우 중요한 意味를 띠고 있다고 보겠다.

先進國에서는 人工授乳에 따른 飲用水나 環境水準이 衛生的이고 良好할 뿐 아니라, 영아사망률을 낮추게 하는 다른 醫療技術的 要因이 함께 작용하고 있어서 死亡威脅과 관련된 母乳授乳의 效果는 상대적으로 낮은 편이다(Cunningham, 1991:659-666). 그럼에도 불구하고 1980년대 이후 母乳授乳가 死亡率 減少와 相關關係가 높은 것으로 연구 보고된 바 있다.

1983년 생후 1주 이후의 新生兒를 대상으로 한 英國의 豫防 프로그램이 그 중 하나로, 母乳授乳가 後期 週産期死亡率을 5.2에서 1.9로 감소시키는 데 기여한 要因으로 나타났다(Carpenter et al., 1983:723). 또한 1986년 생후 1개월 이후의 영아를 대상으로 한 연구에서도 母乳授乳는 死亡率 감소에 영향을 미치는 요인 중 하나로 제시되었다(Madeley, 1986:459).

그 이후 여러 國家에서도 이와 관련된 연구 작업이 지속되어 왔는데, 美國 「National Institute of Environmental Health Sciences」에서 수행한 연구 결과에서는 아기에게 母乳를 먹이기로 결정하는 것은 영아사망률을 출생 1,000명당 4.0까지 낮출 수 있는 것으로 기술하고 있어(Rogan, 1989:25), 先進國에서도 영아사망률을 낮추는 데 母乳授乳가 중요한 役割을 한다고 평가할 수 있다.

<表 2-2> 母乳授乳에 대한 人工授乳의 死亡危險 관련 研究結果

國 家 (年 度)	對象兒 月齡	相對危險比 ¹⁾	死亡原因	研究者/機關
영 국 (1981)	0~ 3개월	7.7	突然死症候群	Watson E.
미 국 (1982)	0~ 6개월	7.0	突然死症候群	Frank A.L.
영 국 (1983)	1주~12개월	-	Unexpected Death	Capenter R.G.
영 국 (1986)	1주~12개월	-	Unexpected Death	Madeley R.J.
브라질(1987)	1주~12개월	2.5~14.2	腸管系 感染	Victora C.G.
라틴아메리카(1988)	0~12개월	3.0~ 5.0	腸管系 感染	PAHO ²⁾
말레이시아(1988)	1주~12개월	2.5~ 5.2	一般的 死亡	Habicht J.P.
미 국 (1988)	0~12개월	3.7~ 5.0	突然死症候群	NIEHS ³⁾
미 국 (1989)	1~12개월	-	-	NICHHD ⁴⁾

註: 1) 完全 母乳授乳를 한 대상에게서 사망이 발생하는 비율에 대하여 人工授乳를 한 대상에게서 사망이 발생하는 비율에 대한 比값임.

2) PAHO: Pan American Health Organization

3) NIEHS: National Institute of Environmental Health Sciences

4) NICHHD: National Institute of Child Health and Human Development

한편 人工授乳行爲나 母乳授乳 實踐의 失敗는 「영아 돌연사 증후군」⁵⁾(sudden infant death syndrome: SIDS)과 관련이 있는 것으로 평가되고 있는데, 특히 美國과 西유럽 地域에서는 原因을 알 수 없는 突然死가 後期 新

5) 突然死의 原因은 醫學적으로 밝혀지지 않고 있으나, 임신중 흡연과 藥物복용, 임신말기의 감염 등이 위험요인으로 알려지고 있다.

生兒 死亡의 主要要因으로 보고된 바(Anderson, 1990:640), 1983년 美國의 영아사망 중 1/3이 「영아 돌연사 증후군」으로 제시되어 큰 문제로 대두된 바 있다.

역시 <表 2-2>에 제시된 美國 研究所(National Institute of Child Health and Human Development)에서의 연구 결과를 보면, 人工授乳兒는 母乳授乳兒에 비하여 원인불명의 突然死에 대한 相對危險比가 3.7배(혹인 5.0배)인 것으로 나타나(Damus, et al, 1988:187), 아직 정확한 原因이 밝혀지지 않은 突然死의 경우도 人工授乳가 그 危險要因으로 제시되고 있다. 특히 보틀리즘으로 인한 突然死의 경우는 유일하게 人工授乳兒에게서만 발생된다고 보고한 바 있어(Arnon, et al., 1982:568), 母乳授乳兒와 人工授乳兒의 死亡率 差異에 대한 理論의 根據를 제시하고 있다. 따라서 母乳는 先進國, 開發途上國에 관계없이 全世界的으로 어린이를 死亡에서 구할 수 있는 최상의 自然食品임을 입증하고 있다.

나. 疾病豫防 效果

▶ 感染으로부터의 保護 : 1970년대 미국의 증산층을 대상으로 한 研究結果를 통하여 母乳授乳 效果를 고찰해 본 결과, 人工授乳兒는 母乳授乳兒보다 下氣道 感染疾患이 5배 정도 발생한 것으로 나타났다(Cunningham, 1979:685). 그 이후 이를 지지하는 研究結果가 계속 발표되어 모유수유는 喘息, 氣管支炎, 細氣管支炎 등의 下氣道 呼吸器 感染疾患으로부터 어린이를 보호해 준다는 사실이 立證되었다(Brown et al., 1989:31; Forman et al., 1984:447; Frank et al., 1982:239; Wright et al., 1989:946; Spady, 1982:167).

北美地域의 영아를 대상으로 한 研究에서는 人工授乳兒의 경우 腦膜炎(haemophilus influenzae infection)의 발생위험이 母乳授乳兒보다 4-16배인 것으로 나타났다(Cochi et al., 1986:887; Istre et al., 1985:190; Lum et al., 1982:16). 핀란드에서도 人工授乳兒에게는 영아기 동안 腦膜炎 발생

율이 母乳授乳兒보다 높게 나타나, 만 2세까지의 腦膜炎 발생빈도가 생후 6개월 이후까지 母乳授乳를 한 아기보다 3배 정도인 것으로 발표되었다(Takala, 1989:694).

1981년 미국정부에서는 “母乳는 어느 國家이든지를 막론하고 胃腸管感染을 예방한다”고 발표한 바 있는데(RTF, 1984:579), 말레이시아, 방글라데시 등의 개발도상국과 북유럽, 북미지역의 中上流層을 대상으로 한 역학적 연구에서도 母乳授乳兒는 胃腸系疾患의 감염이 人工授乳兒에 비하여 有意하게 낮은 것으로 나타났다(Macedo, 1988:303; Victora et al., 1987:319; Briend et al., 1988:879).

또한 생후 6개월까지의 完全 母乳授乳兒는 人工授乳兒보다 中耳炎 發生이 낮은 것으로 분석되어, 中耳炎에 대한 감염으로부터도 역시 보호될 수 있는 것으로 나타났다(Timmermans et al., 1980:545; Saarinen, 1982:567; Teele et al., 1989:83).

이처럼 母乳는 下氣道 呼吸器感染, 胃腸系感染, 그리고 腦膜炎, 中耳炎 등의 非胃腸系 感染 등으로부터 예방적 효과를 나타낸다는 사실이 입증되었다. 특히 出生體重이 正常體重보다 未達이거나 未熟兒를 分娩한 어머니 젖에서는 感染으로부터 아기를 더욱 보호해 줄 수 있는 여러 물질들이 생성되며, 소화를 도와주는 리파제도 正常兒를 分娩한 어머니 젖보다 더 많이 들어 있는 것으로 나타났다(Clavano, 1982:287). 따라서 低體重兒나 未熟兒의 경우에는 母乳授乳를 실천하여야 할 필요성이 더욱 크다고 하겠다. 특히 開發途上國에서의 대부분 영아사망은 未熟兒에게 母乳授乳를 중단하여 나타난 感染과 직결되는 것으로 報告하고 있어(Janowitz et al., 1981:287), 開發途上國에서의 母乳授乳 實踐은 큰 의미를 띠고 있다고 보겠다.

▶ 알레르기에 대한 保護: 異物蛋白質에 적게 노출된 完全 母乳授乳兒는 食品 알레르기 반응을 일으키지 않을 뿐 아니라, 皮膚發疹, 두드러기성 구진 등의 알레르기 질환 발병률이 人工授乳兒에 비하여 낮은 것으로 나

타났다(Gerrard et al., 1973:1). 다만 알레르기에 대하여 家族歴이 있는 경우에는, 아토피성 皮膚炎의 進行을 느리게 하는 效果가 있는 것으로 나타났다(Lucas et al., 1990:837).

다. 健康增進 및 關聯效果

▶ 長期的 健康效果: 1980년대 중반까지만 해도 母乳는 영유아기의 感染과 疾病에 대한 豫防效果로서 그 重要性이 부각되었다. 그러나 成長 후에도 일부 慢性疾患의 發生을 억제해 준다는 研究結果가 발표되자, 母乳는 健康의 長期的 效果側面에서 주목받게 되었다. 즉 영아기에 人工授乳를 한 경우에는 淋巴가 비대하게 되어 자가 면역질환과 복합작용하여 免疫現象(immune phenomena)이 유발, 신체의 免疫體系 不安定으로 인한 疾病이 發生될 수 있는 것으로 보고된 바(Anderson, 1974:59), 이를 뒷받침하는 연구 결과를 보면 다음과 같다.

成人期の 慢性 消化障礙(celiac diseases), 急性 局限性 小腸炎(Crohn diseases), 潰瘍性 大腸炎(ulcerative colitis) 등의 疾病罹患 가능성은 영아기에 母乳授乳한 경우보다 人工授乳한 경우에서 發生率이 더 높은 것으로 나타났다(Koletzko et al., 1989:1617). 그리고 韃장의 베타 세포의 免疫障礙로 인하여 유발되는 糖尿病의 경우에는⁶⁾ 人工授乳가 그 危險要因이 되어 나타난 것이라고 보고하였다(Mayer et al., 1988:1625). 淋巴腫瘍은 일부 면역조절기관의 장애로부터 초래되는 惡性新生物인데, 1988년 연구보고에 의하면 이 疾患의 경우, 영아기에 人工授乳한 경우는 6개월간 母乳授乳한 경우에 비하여 相對危險比가 약 6배인 것으로 나타났다(Davis, 1988:365).

▶ 知能 및 情緒的 發達: 세계적으로 저명한 專門醫療誌인 「란셋」(The

6) 免疫障礙가 原因이 되어 發生되는 糖尿病은 전체의 6~26%이다.

Lancet)은 1992년 2월 「루카스 팀」(Lucas et al.)의 연구결과 母乳授乳를 한 아기들의 知能發達指數가 人工授乳를 한 경우에 비하여 8~9점 정도 높은 것으로 發表하고 있다. 이어 4월에 실린 論評(Jacobson et al., 1992:926)에서는 모유수유아의 지능지수가 5~6점 정도 높다는 연구결과가 제시되어, 母乳授乳에 대한 관심이 保健醫療界뿐 아니라, 社會的으로도 더욱 높아지게 되었다.

그리고 무엇보다도 중요한 것은 母乳授乳를 통하여 아기는 어머니에게서 心理的인 滿足感과 安定感을 얻게 되며, 이는 건전한 情緒的 發達을 도와 훗날 人格形成에 좋은 영향을 주게 된다는 점이다.

▶ 母性的 健康上 利點: 母乳授乳의 또 다른 利點은 母性的 健康을 위한다는 점이다. 授乳 중에는 옥시토신이라는 호르몬이 분비되어 妊娠으로 弛緩된 子宮收縮을 도와 産後回復을 촉진시킨다. 또한 完全母乳授乳를 실천하고 있는 중에는 호르몬의 조절로 産母에게 일정기간 동안은 避妊效果를 가져온다고 보고하고 있다.

이처럼 母乳는 아기와 어머니 모두에게 疾病豫防 및 健康增進 측면에서 世界 어느 지역에서나 동등하게 利點을 주는 유일한 食品이라는 점에서, 아무리 科學이 발달하였다 할지라도 결코 조제될 수 없는 自然의 攝理로 아기를 위한 최상의 食品이다(WHO, 1989:3).

Ⅲ. 우리나라의 社會醫療的 與件變化

母性の 母乳授乳 實踐은 外的要因에 의하여 쉽게 영향을 받을 수 있는 行爲이다(Mcfarlane, 1989). 더욱이 1970년대 경제개발과 産業化에 따른, 經濟・社會・文化的인 여건 변화에 편승하여 여성의 役割變化 내지 役割擴大가 야기됨에 따라, 母乳授乳實踐이 어렵게 되거나 수유기간이 단축될 소지가 많아지게 되었다. 따라서 제반 社會的 環境變化에 대한 고찰이 요구되는데 그 실태를 파악해 보면 다음과 같다.

1. 女性就業의 擴大

1970년대 이래 우리나라의 경제사회발전과 더불어 女性就業率은 계속 증가되었다(表 3-1 참조). 이 중 특히 25~34세 연령층은 出産 및 育兒가 집중적으로 이루어지는 시기로, 그 어느 연령층보다 母乳授乳實踐과 밀접한 관련이 있다. <表 3-1>에서 이들 연령층에서의 就業率을 보면, 1970년에는 25~29세의 경우 30.0%, 30~34세의 경우 38.3%이었으나, 이후 계속적으로 증가되어 1990년에는 각각 42.0%, 49.1%로 나타났다. 그리고 <表 3-2>에서 未婚女性の 就業比率을 보면 1970년에서 1990년 동안 1.3% 포인트 증가한 반면, 既婚女性은 9.9% 포인트 증가한 것으로 나타나고 있다.

그런데 人工授乳를 하는 어머니에 대한 조사결과(김효진, 1993:387) 母乳授乳를 하지 못하는 이유가 職場때문인 경우가 압도적으로 많아(76.4%), 既婚者의 취업이 母乳授乳實踐에 직접적인 障礙가 되고 있음을 알 수 있다. 더욱이 우리 사회의 전반적인 與件이나 環境을 보면 既婚者를 위한 職場 託兒施設 등의 社會的 支援이나 制度的 裝置들이 아직 제대

로 운용되지 않고 있어, 이러한 여건에서 職場에 다니는 어머니가 모유수유를 실천하기란 매우 어려울 것이다. 그러므로 1970년대 이래 출산기 여성의 취업은 증가되고 있는 반면, 母乳授乳實踐은 저하되고 있는 추세가 대비를 이루고 있다. 그렇다면 오늘날 여성인력의 사회참여가 강조되고 있는 만큼, 취업여성이 母乳授乳를 할 수 있도록 하는 여건도 함께 검토되어야 할 것이다.

<表 3-1> 年齡別 女性就業率 變動推移: 1970~1990년

(단위: %)

연 령	1970	1975	1980	1985	1990
20~24	39.6	41.6	45.6	51.6	61.6
25~29	30.0	28.8	29.9	35.3	42.0
30~34	38.3	36.2	41.0	43.2	49.1
35~39	44.4	48.6	55.3	52.3	57.6
전 체 ¹⁾	37.2	38.3	40.5	39.6	46.2

註: 1) 15세 이상의 전 여성에 대한 취업률임.

資料: 1) 經濟企劃院 調査統計局, 『人口 및 住宅調査報告: 經濟活動』, 1970~1990.

2) 統計廳, 『經濟活動人口年報』, 1992.

<表 3-2> 結婚狀態別 女性の 經濟活動 比率推移: 1970~1990년

(단위: %)

	1970	1975	1980	1985	1990
既婚者	36.9	43.1	35.6	41.0	46.8
未婚者	44.3	55.8	49.1	44.7	45.6

資料: 經濟企劃院, 『人口 및 住宅센서스 報告』, 1970~1985.

統計廳, 『經濟活動人口年報』, 1990.

2. 醫療機關에서의 母子分離制度

과거 대부분의 산모들은 동네 의원이나 조산소, 또는 가정에서 분만하여 분만 직후부터 곁에 있는 出生兒에게 자연스럽게 젖을 물리게 되었다. 따라서 산모는 母乳授乳 實踐에 별다른 불편을 느끼지 않은 채, 아기를 母乳로 양육하여 왔다. 그러나 최근 병원에서의 분만이 급증함에 따라 대부분의 출생아는 「新生兒室」이 설치되어 있는 醫療施設에서 專門醫療人을 통하여 看護管理를 받게 되었다. 이로 인하여 産母에게는 휴식이 주어졌으나, 아기는 출생시부터 어머니와 隔離되어¹⁾ 母乳를 먹을 수 있는 기회를 놓치게 되었다. 물론 産母가 母乳授乳를 원할 경우에는 醫療人이 아기를 산모에게 데려다 주거나 산모가 「新生兒室」에 가서 母乳를 먹일 수 있으나, 醫療人이나 産母에게 불편을 초래하게 되므로 母乳授乳實踐에 대한 義務나 責任感이 확고하지 않고서는 모유를 먹이기란 참으로 어려워지게 되었다. 따라서 산모와 아기를 따로 관리하는 지금의 慣行으로는 현실적으로 모유수유를 실천하기란 여간 어려운 일이 아닐 수 없다.

그런데 母乳授乳를 하지 못하는 理由로서는 「젖이 나오지 않기 때문」인 경우가 가장 많은 것으로 제시되고 있는데(박흥기, 1987; 공세권, 1992), 엄마 젖은 출산후 되도록 빨리 아기에게 물리지 않으면 계속 나오지 않게 되어 모유수유가 어렵게 된다. 따라서 母乳授乳 試圖는 생후 첫날의 수유에 달려 있다고 보아도 과언이 아니다. WHO 등에 의하면 出生 첫 1~3일 동안의 수유형태는 모유수유 실천에 큰 영향을 미친다고 報告한 바(WHO, 1989:19; Coreil, 1988:273), 施設分娩率이 99%에 이르고 있는 우리나라 실정에서는 생후 첫날을 보내는 醫療機關에서의 授乳行態가 母乳授乳와 직결되는 문제라 아니할 수 없다.

따라서 첫 수유를 모유로 경험하도록 하는 방안이 요구되는데, 최근 우

1) 구미 각국에서는 「母子同室制」가 널리 행해지고 있으나, 우리나라에서 이를 제대로 실시하고 있는 綜合病院은 1개소뿐이라고 알려져 있다.

리나라에서는 UNICEF를 중심으로 「아기에게 친근한 病院 만들기 운동」(BFHI)을 통하여 母子同室을 권장, 母乳授乳를 실시하도록 유도하고 있지만, 의료기관의 자발적 참여에 의존하기에는 현실적으로 매우 어려운 일이다. 이에 따라 保健社會部에서는 母乳授乳實踐을 위한 제도적 여건을 마련하기 위하여, 1994년 3월 의료보험수가에 모유수유에 관련되는 항목을 신설하였다. 즉 의료기관에서 출생아를 母子同室에 입원, 관리할 경우 「入院病院 管理料」²⁾를, 그리고 의료기관에서 母乳授乳를 하도록 하는 경우 「母乳授乳 看護管理料」³⁾를 책정하여 醫療報酬 支拂制度에 반영하였다. 이러한 의료여건의 변화는 다행스러운 일이나, 예컨대 3차 의료기관에서 母子同室을 운영하면서 모유수유를 지도하는 경우 1日 8,100원 정도의 酬價上 報償이 주어지는 현실이 과연 醫療機關과 醫療人의 認識과 行動을 변화시키는 데 어느 정도 성과를 가져올 수 있을지, 아직 예측하기 어려운 상태이다.

3. 母乳代替食品 生産量 增加

科學化 시대에 들어서면서 선진국에서는 아기의 養育도 科學의 힘으로 쉽게 해결되리라고 생각했다. 이에 따라 1960년대 전세계적으로 女性解放運動이 일어나면서 人工授乳가 「女性解放」의 상징으로 인식되어, 母乳 대신 調製粉乳가 대체되는 養育形態가 붐을 이루었다.

1950년대에 시작된 우리나라의 영유아용 粉乳産業은 최근에 이르기까지 크게 신장한 것으로 알려져 있다. <表 3-3>을 통하여 1975년 이후부터 1992년까지의 年間 調製粉乳 國內 生産實績 推移를 보면, 출생아수는 큰 변화가 없었음에도 불구하고 粉乳生産量은 매년 증가하여 1975년

2) 3차 醫療機關 5,560원, 綜合病院 5,170원, 病院 4,210원, 醫院 3,590원이다(保健社會部, 1994:72).

3) 3차 醫療機關 2,540원, 綜合病院 2,200원, 病院 1,920원, 醫院 1,660원이다(保健社會部, 1994:72).

10,000천톤이었던 것이 1992년 27,600천톤으로 그 동안 약 2.8배 늘어난 것으로 나타났다(圖 3-1 참조).

이러한 생산 증가에도 불구하고 1981년 이후부터 현재까지, 우리나라 企業들은 조제분유를 일부 輸入(수입량: 900~1,300톤)하고 있어 실제 소비량은 더욱 많은 것으로 추정된다(한국농촌경제연구원, 1992). 따라서 이러한 현상은 國家的 次元에서의 法的 裝置나 적절한 規約의 제정을 통하여 대처되어야 할 필요성을 제기하고 있다.

한편 이러한 규모의 粉乳利用에 따른 비용은 個人家計에서 지출되었다고 볼 수 있는데, 최근 調製粉乳 販賣金額을 살펴 보면 1987년에는 약 405억원이었으나 1992년에는 약 2,724억원으로 5년 동안 무려 7배에 가까운 費用支出이 일어난 것으로 나타났다(農水産部, 1993). 즉 母乳授乳를 대신한 人工授乳로 인하여 얼마나 큰 賣出額 伸張이 粉乳産業界에 일어나게 되었는 지를 지적하지 않을 수 없으며, 이러한 현안은 母乳授乳의 經濟的 利點을 다시 한번 부각시키고 있다.

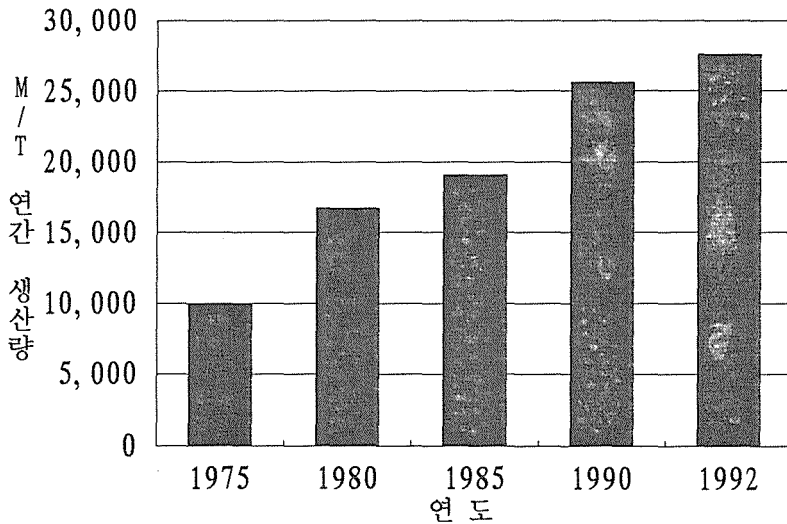
<表 3-3> 調製粉乳 國內 生産實績 變動推移: 1975~1992년

	1975	1980	1985	1990	1992
조제분유 생산실적(M/T)	10,000	16,747	19,095	25,700	27,600
출생아수 (千名)	698	755	611	632	661

註: 1) 韓國農村經濟研究院, 『食品需給表』, 1992.

2) 統計廳, 『人口 및 住宅 센서스 報告』, 1975, 1980, 1985, 1990.

3) ———, 『將來人口推計』, 1991.



<圖 3-1> 調製粉乳 生産実績 變動推移: 1975~1992년

4. 母乳代替食品 販促活動 規制

1981년 WHO에서는 모유수유 지원책의 일환으로서, 母乳代替食品의 販賣促進 活動規制를 위한 社會制度的 裝置의 마련을 권장하는 「母乳代替食品 販賣에 관한 國際規約」을 제정하여, 세계 각국에 이의 이행을 촉구해 왔다. 그러나 母乳代替食品會社들의 跛行的인 販促活動이 또 다른 형태로 전개되고 있으며, 세계적으로도 母乳授乳實踐은 아직 제대로 정착되지 않은 실정이다.

WHO의 國際規約 제정 이래, 우리나라에서는 調製粉乳 養育效果의 선전으로서 調製粉乳會社가 지원하여 매년 실시되어 왔던 「우량아 선발대

회」가 1982년부터 中斷되었지만, 모유수유실천을 증진시키는 데 필요한 肯定的인 社會變化가 활발히 일어나지는 못하였다.

1991년 4월에는 우리나라의 모든 粉乳製造會社들이 텔레비전, 라디오, 신문, 잡지 등에 선전이나 광고를 하지 않을 것을 서명, 이에 「食品衛生法 施行規則」이 개정된 바 있다.

그리고 1994년 8월 1일 「母乳授乳의 날」을 기하여, 3大 調製粉乳會社(남양유업, 매일유업, 파스퇴르 분유)들은 病·醫院 分娩兒를 대상으로 自社製品의 이용률을 높이기 위하여 定價보다 낮은 가격이나 無料로 病·의원에 공급해 온 商業主義 販促活動을 全面 禁止하기로 保健社會部, 그리고 消費者 代表와 함께 合意하였다. 이러한 일련의 활동들은 이미 WHO(1981)에서 保健醫療機關을 통한 粉乳의 擴散을 막기 위하여 규정한 내용에 포함된다.

그러나 이러한 約束에도 불구하고 최근 분유회사들은 조제분유 販促의 일환으로 볼 수 있는 인공 젖꼭지나 離乳食用 粉乳를 표방한 母乳代替品들을 대중매체를 통하여 다시 선전하고 있으며, 심지어 버스 廣告板에도 粉乳廣告를 하고 있어 어머니들에게 모유의 진정한 價値 및 重要性에 대한 인식을 희석시키고 있다.

母乳代替品 판촉에 관한 이러한 움직임으로 볼 때, 病·醫院을 대상으로 하는 粉乳販促行爲는 더욱이 노출되기 어려운 與件에 놓여 있으므로, 경쟁적인 판촉행위에서 초래되는 조제분유의 利用擴散은 지속적으로 監視되어야 하는 부분이다.

그러므로 모유수유 증진을 위한 調製粉乳 製造業界의 公約이 계속 이행되도록 하려면, 지속적 監督과 指導가 수반되어야 한다고 보겠다. 왜냐하면 분유회사의 입장에서 볼 때, 分娩 醫療機關은 어머니에게 간접적으로 自社粉乳를 판촉할 수 있는 중요한 通路役割을 하기 때문이다. 그리고 多國籍 企業까지 포함된 母乳代替食品會社들이 계속 새로운 製品을 開發하고 아울러 치밀한 마케팅 戰略으로 판촉을 전개하고 있어서, 母乳授

乳의 勸獎・保護는 자칫 저해받기 쉬운 사회환경적 여건 하에 처해 있음을 알아야 할 것이다.

IV. 영유아의 母乳授乳 實踐樣相과 差異實踐率 分析

우리나라 어린이들의 母乳授乳 實踐樣相에 관한 최근의 動向과 각종 社會人口學的 및 保健醫療的 要因別 差異實踐率을 분석하여, 母乳授乳의 勸獎, 保護 및 支援政策 樹立에 기초자료로 활용하고자, 1994년 「保健社會部」와 「韓國保健社會研究院」이 공동으로 全國 保健所에서 실시한 「영유아 授乳樣相 모니터링」 자료를 분석하였다.

1. 分析資料

이 연구에서는 保健所 서비스 이용 영유아의 母乳授乳 實踐樣相 변화에 관한 月齡別 過去歷(retrospective information)과 수유양상에 관련되는 대상아의 社會人口學的 및 保健醫療的 要因을 파악하는 데 목적을 두고 설계된, 「영유아 授乳樣相 모니터링」 자료를 분석하였다. <附錄 2>에 제시된 것처럼 構造化된 조사양식을 사용하여, 「保健所 家族保健係 또는 母子保健係」 근무 간호사가 서비스를 받기 위하여 내소하는 어머니와의 面接方式을 통하여 어린이에 관한 授乳情報를 수집하였다.

분석대상으로 사용된 자료를 구체적으로 살펴보면, 1994년 4월에서 8월 까지의 기간(5개월)에 모니터링된 事例 중 1993년 1월~12월간 출생아에 관한 정보를 가려뽑아¹⁾, <表 4-1>에 제시된 것처럼 最終적으로 全國 214 개소 保健所 來所 영유아 10,830명을 본 분석에 포함하였다²⁾.

1) 분석대상아를 1993년 出生兒로 제한한 까닭은 수유양상에 관하여 적어도 4개월 이상의 情報를 얻기 위함이다.

2) 분석대상아에 관한 통계처리 과정에서 대상아를 居住地域에 따라 分類하고, 이를 「1990년 인구 센서스」 결과(통계청, 1992:32-39)에서 나타난 0세 인구비율에

<表 4-1> 地域別 分析對象兒數 現況

	분석대상 보건소수	조사 대상아수	加重値 적용후 분석 대상아수
대 도시	48개소	2,726명	5,324명
중소도시	107	3,109	3,668
군 지 역	59	4,995	1,838
합 계	214	10,830	10,830

즉 보건기관의 「서비스 통계」(service statistics)를 본격적으로 활용한 본 연구는 1993년도 출생아의 어머니를 대상으로 回顧方式(recall method)에 의하여 얻어진 이들 어린이의 出生以後(1993년 1월 이후)부터 調査時點(1994년 4~8월)에 이르기까지의 기간에 걸쳐 변화된 授乳樣相에 관한 정보를 분석한 것이다.

그런데 이 자료가 保健所 來所者를 중심으로 하고 있다는 제약 때문에, 자칫 代表性에 문제가 제기될 수 있다는 점을 들지 않을 수 없다. 즉 보건소 서비스는 다소 社會經濟的 水準이 낮은 계층에서 이용된다는 通念과 관련하여, ‘과연 영유아 서비스 이용자에게도 이러한 사실이 그대로 適用되고 있는가’를 검토할 필요가 제기된다. 따라서 본 자료에서 활용가능한 정보인 保健所 내소 어머니의 教育水準을 社會階層을 대변하는 代理變數(proxy indicator)로 삼아, 全國 標本調査의 그것과 비교해 보았다(表 4-2 참조).

그 결과 영유아 서비스 이용대상자는 오히려 전국 표본조사에서 나타난 영유아 어머니들의 教育水準보다 높은 것으로 밝혀졌다(高卒以上: 본 조

따라 加重値(大都市 1.95313, 中小都市 1.17987, 郡地域 .36787)를 적용하여, 최종적으로 분석대상아 비율이 「大都市: 中小都市: 郡地域 = 50: 33: 17」이 되도록 함으로써, 산출된 통계치의 代表性이 제고되도록 하였다. 그리고 全國 269개소의 보건소 가운데 본 분석에서 제외된 55개 보건소에서는 모니터링된 사례 가운데 1993년 출생아에 관한 자료가 없었기 때문이다.

사 86.1%, 전국 표본조사 72.6%). 그렇다면 적어도 영유아 서비스에 관한 한 보건소는 脆弱階層 住民들에 의하여 주로 이용된다기 보다는, 오히려 보건소 隣近地域의 一般住民들에 의하여 보편적으로 利用된다고 볼 수 있다.

<表 4-2> 分析對象兒 어머니의 教育水準 比較:
本 資料와 全國 標本調査

	본 분석대상	전국표본조사 대상 ¹⁾
계	100.0%	100.0%
중졸 이하	13.9	27.4
고 졸	66.4	58.0
전문대졸 이상	19.7	14.6

註: 1) 한국보건사회연구원, 『1991년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 1992, p. 219.

이러한 점에서 본 분석대상은 비록 교육수준이라는 單一指標에 의한 판단이기는 하지만, 결코 사회경제적으로 취약한 계층이 아니라 普遍的인 分佈를 대변할 수 있는 人口集團이라고 볼 수 있으며, 오히려 全國標本보다 다소 사회경제적 수준이 높을 可能性도 배제할 수 없다는 점이 분석결과를 해석하는 데 고려되어야 할 것이다.

다시 말하자면 본 분석결과를 통하여 全國水準의 母乳授乳實踐率을 가늠하는 데는 별다른 무리가 따르지 않는다고 판단된다. 다만 保健所 영유아 서비스 이용자는 就業하지 않고 있는 主婦들이 대부분이라는 점과 상당히 健康한 편에 속하는 어린이들이라는 점이 특기할 만한 사실이며, 이러한 특성은 母乳授乳에 영향을 미치는 요인이라는 점에서 염두에 두어야 할 것이다. 왜냐 하면 모유수유는 어머니의 就業과 陰의 相關關係를 가지므로 본 모니터링 양식에 어머니의 就業與否를 기재하도록 설계하였으나, 수집완료된 거의 대부분에서 就業事例가 나타나지 않았다. 또한 대

상아의 건강수준을 가늠할 수 있는 지표인 低體重出生兒 비율이 2.3%에 불과하다는 점에서 일단 保健所에는 건강한 영유아들이 來所하게 된다고 볼 수 있다.

따라서 이러한 限界를 극복하여 보다 심층적으로 우리나라 어린이들의 授乳樣相을 연구할 수 있는 자료는 1995년도 前半期에 본격적으로 全國 標本調査 資料의 활용이 가능할 때 이루어지리라 기대된다. 즉 韓國保健 社會研究院에서 매 3년마다 실시하고 있는 전국수준의 대표성이 있는 자료인 「1994년도 家族保健實態調査」를 통하여 10,613 標本調査家口에서 나타난 1990년 이후 出生兒의 授乳樣相 및 母子保健 實態調査 자료화일이 이용 가능해지면 이에 관한 深層分析이 이루어질 수 있을 것이다.

2. 分析技法

위의 분석자료를 활용하여 최근 우리나라에서의 영유아 月齡別 母乳授乳 繼續實踐率(cumulative continuation rate)을 산출하기 위하여 적용한 통계적 기법은 生命表 分析技法(life-table analysis)³⁾이다. 즉 授乳樣相과 같이 어린이의 月齡經過에 따라 그 실천형태가 變化되는 특성을 지닌 사항은 生命表方式에 의하여 繼續實踐率의 개념으로 파악되어야 의미있는 統計値가 제시된다. 따라서 동 방식에 의한 모유수유실천의 生存函數는 다음과 같이 추정된다(Dixon, 1988).

3) 본 분석에서 사용한 전산 프로그램은 SPSS-X의 生存函數 分析技法(survival analysis)이다.

$$r_i = n_i - 1/2 c_i$$

r_i : 각 단위기간에서 모유수유 中斷危險에 露出된 事例數

n_i : 각 단위기간에 포함된 事例數

c_i : 각 단위기간에서 모유수유가 지속되는 事例數
(number censored)

$$q_i = d_i / r_i$$

q_i : 각 단위기간에서 모유수유 中斷 確率

d_i : 각 단위기간에서 모유수유 中斷 事例數

$$p_i = 1 - q_i$$

p_i : 生存確率 즉 母乳授乳確率

(conditional probability of surviving)

$$P_{i+1} = p_i P_i$$

P_i : 母乳授乳 繼續實踐率(cumulative proportion surviving to the end of the i th interval). 단 P_1 는 1임.

그리고 母乳授乳에 관한 生存曲線이 減少되는 양상과 관련하여, 生存函數의 「密度確率」(probability density)을 통하여 「관찰된 全體期間 중 授乳 中斷이 가장 많이 일어나는(最頻數) 期間」을 비교하며, 「各 單位期間 중 授乳中斷確率が 가장 높은 시기」는 「危害率」(hazard rate)⁴⁾비교를 통하여 찾아낸다.

$$f_i = (P_i - P_{i+1}) / h_i = (P_i q_i) / h_i$$

f_i : 각 단위기간의 중앙시점에서 密度確率

h_i : 각 단위기간의 길이(the width of the i th interval)

$$\lambda_i = 2 q_i / \{ h_i (1 + p_i) \}$$

λ_i : 각 단위기간의 중앙시점에서 危害率

4) 'failure rate', 'instantaneous death rate', 또는 'force of mortality' 라고 일컬어지며, 각 단위기간의 中央時點(midpoint)에서 추정된다.

또한 본 분석에서는 모유수유실천에 관한 각종 要因別 差異實踐率을 산출하여, 政策立案을 위한 實質的인 기초자료로서의 활용가치를 제고시키고자 하였다. 이 때 「各 要因의 範疇別 生存函數 比較」(sub-group comparison)를 위하여는 「D 統計量」(Statistics D)을 산출하였다. 이는 標本數가 커질수록 自由度 $g-1$ (g 는 比較集團數)의 Chi-square 分布와 유사한 양상을 보이는 統計值로서, D값이 커질수록 비교집단간의 生存曲線은 더욱 相異함을 의미한다⁵⁾.

3. 分析對象의 社會人口學的 및 保健醫療的 特性

분석대상아에 관한 全般的인 與件을 이해하기 위하여 이들의 社會人口學的 및 保健醫療的 特性을 居住地域別 分類에 따라 살펴보면 <表 4-3>과 같다.

특징적인 점을 들어보면 첫째, 産婦人科醫院 등 1차 의료기관에서의 分娩이 32.7%에 불과하여(대도시 29.6%, 중소도시 37.8%, 군지역 31.3%), 전체 分娩의 2/3가 2, 3차 醫療機關에서 이루어지고 있음을 알 수 있다. 특히 郡地域 産母들의 病院級 醫療機關 利用(66.9%)이 중소도시 산모들(61.8%)보다 더 높다는 점은 군지역 의료시설의 脆弱性과 1차 의료기관의 분만기피현상이 복합적 작용으로 인하여 산모들이 분만시 市地域에 있는 병원을 찾게 되기 때문으로 볼 수 있다.

둘째, 帝王切開分娩 比率은 21.6%로 전국 平均(26.7%)⁶⁾보다는 다소 낮지만 帝王切開分娩이 상당히 보편적으로 이루어지고 있음을 다시 한번 확인할 수 있다. 의료기관 종류별 제왕절개분만율은 종합병원 31.2%, 병원 26.9%, 의원 22.5%이며, 이러한 차이는 유의하였다.

5) 이 통계량은 Lee and Desu(1972)의 algorithm을 이용한 survival scores로부터 산출된다(SPSS-X, 1986:875).

6) 이 통계는 1993년 2/4 분기중 의료보험연합회에 청구된 「진료비명세서」 자료를 분석한 결과이다(朴仁和 外, 1993:157).

셋째, 保健所 내소 영유아 가운데 低體重出生兒는 2.3%에 불과하다는 점에서 볼 때 보건소 서비스는 상대적으로 건강한 어린이들에 의하여 주로 이용됨을 알 수 있다⁷⁾.

마지막으로, 母乳授乳와 관련하여 관심이 모아지는 부분은 99%의 分娩이 이루어지고 있는 醫療機關에서의 授乳形態이다. 의료기관에서 母乳를 授乳한 경우(완전 모유수유를 의미하지는 않음)는 31.9%에 불과하여, 약 70%의 신생아는 出生後 醫療機關에서 전적으로 人工授乳되고 있음을 알 수 있다. 이를 의료기관 종류별로 보면 종합병원에서의 모유수유 경험률은 25.3%이며, 병원의 경우 35.3%이고 의원에서는 34.4%로 나타났고, 이러한 차이는 유의하였다.

동 분석에 포함된 특성 가운데 각 변수의 범주별로 地域間 유의한 차이를 보이고 변수는 어린이의 出生順位, 어머니의 教育水準, 分娩時 利用한 醫療機關 種類, 帝王切開分娩 與否 및 醫療機關에서의 母乳授乳 與否 등이다.

그리고 <表 4-4>에 제시된 각 變數間의 單純相關關係는 이후 社會醫療的 要因別 差異實踐率의 의미를 해석하는 데 참고로 활용하고자 한다⁸⁾.

-
- 7) 低體重出生兒 發生比率에 관한 전국수준의 통계는 없지만, 1992년 일부 종합병원에서 早産兒(재태기간 37주 미만) 발생비율은 약 6.2%이며, 1993년 일부 의료기관에서 低體重兒 발생비율은 8.1%라는 점(朴仁和 外, 1993:84)에 비추어 볼 때, 保健所 來所 영유아는 상대적으로 건강한 아이들임에 틀림이 없다.
- 8) 왜냐 하면, 타변수의 影響力을 統制하지 않은 상태에서 산출되는 單純相關係數만으로 변수들의 聯關性을 논의할 수는 없기 때문이다.

<表 4-3> 對象兒의 社會人口學的 및 保健醫療의 特性

(단위: %)

	계	대도시	중소도시	군지역
계 (분석대상아수: 명)	100.0 (10,830)	100.0 (5,324)	100.0 (3,668)	100.0 (1,838)
성별				
남	52.8	53.2	51.7	53.9
여	47.2	46.8	48.3	46.1
출생순위**				
첫째아	47.5	49.2	47.9	41.9
둘째아 이상	52.5	51.8	52.1	58.1
어머니 연령				
29세 이하	66.7	64.2	68.4	70.7
30세 이상	33.3	35.8	31.6	29.3
어머니 교육수준**				
중졸 이하	13.7	10.6	11.7	27.7
고졸	66.4	66.9	67.8	62.2
전문대졸 이상	19.7	22.6	20.5	10.1
분만장소**				
종합병원, 병원(2, 3차 기관)	66.6	69.7	61.8	66.9
의원 등(1차 기관)	32.7	29.6	37.8	31.3
가정분만, 기타	.8	.7	.4	1.8
분만형태**				
정상분만	73.3	72.1	72.4	78.4
제왕절개분만	26.7	27.9	27.6	21.6
출생체중				
2,500g 미만	2.3	2.1	2.6	2.5
2,500g 이상	97.7	97.9	97.4	97.5
분만후 의료기관에서 모유수유 경험 여부**				
모유수유했음	31.9	34.7	30.1	27.7
안했음	68.1	65.3	69.9	72.3

註: **는 X^2 통계량의 유의수준이 .000 이하인 경우임.

<表 4-4> 分析變數間 單純相關係數

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7
V1: 거주지역	1.000						
V2: 출생순위	-.089**	1.000					
V3: 어머니연령	.076**	.463**	1.000				
V4: 어머니 교육수준	.166**	-.203**	-.030*	1.000			
V5: 분만장소	.010	-.106**	.019	.018**	1.000		
V6: 의료기관에서 모유수유 여부	.059**	.026**	.004	-.016	-.076**	1.000	
V7: 제왕절개 분만 여부	.044**	-.082**	.053**	.030*	.079**	.073**	1.000

註: 1) * $p < .01$, ** $p < .001$

- 2) V1: 1 군부, 2 중소도시, 3 대도시
 V2: 1위, 2위, 3위……
 V3: 연령(세)
 V4: 1 국졸, 2 중졸, 3 고졸, 4 대졸
 V5: 1 의원, 2 병원, 3 종합병원
 V6, V7: 0 No, 1 Yes

4. 영유아 月齡別 母乳授乳 繼續實踐率

가. 영유아의 月齡別 母乳授乳 繼續實踐率

全體 대상아의 完全 母乳授乳 繼續實踐率을 보면, 출생 이후 55.6%의 新生兒가 생후 첫 1개월간 완전히 모유로 수유되기 시작하면서, 이후 아기의 月齡增加에 따라 점차 減少하게 되는 實踐率은 첫 돌에 이르게 되면 거의 終結된다(表 4-5 및 圖 4-1 참조). 구체적으로 살펴보면, 生後 첫 3개월간을 완전히 모유로 수유되는 영아는 41.6%이며, 生後 6개월까지 완전히 母乳授乳되는 경우는 28.8%이고, 生後 9개월까지는 17.3%에 불과하다. 이는 현재 세계적으로 권장되고 있는 指針인 “모든 영아는 4~

6개월까지 완전히 母乳로 양육되도록 한다”는 내용과는 너무나 동떨어진 實態이다.

전체 영유아에 관한 授乳期間의 中央값(median)⁹⁾은 1.6개월에 불과하여 우리나라에서의 완전 모유수유기간이 얼마나 짧은가를 단적으로 제시하고 있으며, 일단 完全 母乳授乳로 출발한 경우(55.6%의 영아)에 국한하여 수유기간을 산출하면 6.2개월 정도이다.

다음으로 混合授乳를 포함하는 母乳授乳 繼續實踐率 즉 완전히 母乳授乳하는 경우와 部分的(모유와 조제분유 혼합)으로 母乳授乳하는 경우를 합하여 보면, 출생 이후 72.5%의 신생아가 完全/部分的으로 모유수유되기 시작하면서 이후 아기의 月齡이 증가함에 따라 점차 감소하지만, 그 양상은 完全 母乳授乳의 경우에 비하여 보다 완만한 곡선을 보여주고 있다. 生後 첫 3개월간 完全/部分的으로 母乳授乳되는 영아는 58.9%이며, 生後 6개월까지 완전/부분적으로 母乳授乳되는 경우는 45.1%이고, 9개월까지는 31.2%이다. 이와 같이 감소되는 모유수유실천율은 첫돌에 이르게 되면 거의 모든 영아들에서 終結된다(表 4-6 참조).

수유기간의 중앙값(median)은 母乳授乳를 전혀 하지 않은 全對象兒를 포함하여 산출할 경우 4.8개월이며, 일단 完全/部分的 母乳授乳로 출발한 경우(72.5%의 영아)에 국한하여 산출하면 8.4개월로 나타났다.

9) 授乳期間과 같은 변수의 代表値를 산출할 경우, 平均(mean)은 특별히 수유기간이 긴 사례(outlier)가 있을 경우 그 값이 커지는 방향으로 영향을 받게 되므로, 이러한 효과를 배제하기 위하여 100명이 있다면 50번째와 51번째 값의 평균으로 산출되는 中央값을 대표치로 취하였다.

<表 4-5> 完全 母乳授乳 繼續實踐率(모유만 수유): 全體

영유아기	완전 모유수유실천율 ¹⁾ (completely practising proportion)	밀도확률 (probability density)	위해율 (hazard rate)
생후 첫 1개월째	55.6%	.444	.571
2	45.6	.100	.198
3	41.6	.040	.091
4	37.2	.043	.111
5	32.4	.048	.137
6	28.8	.036	.119
7	24.3	.046	.172
8	19.6	.047	.215
9	17.3	.023	.124
10	14.6	.027	.169
11	12.6	.020	.146
12	10.2	.024	.211
13	1.9	-. ²⁾	-. ²⁾

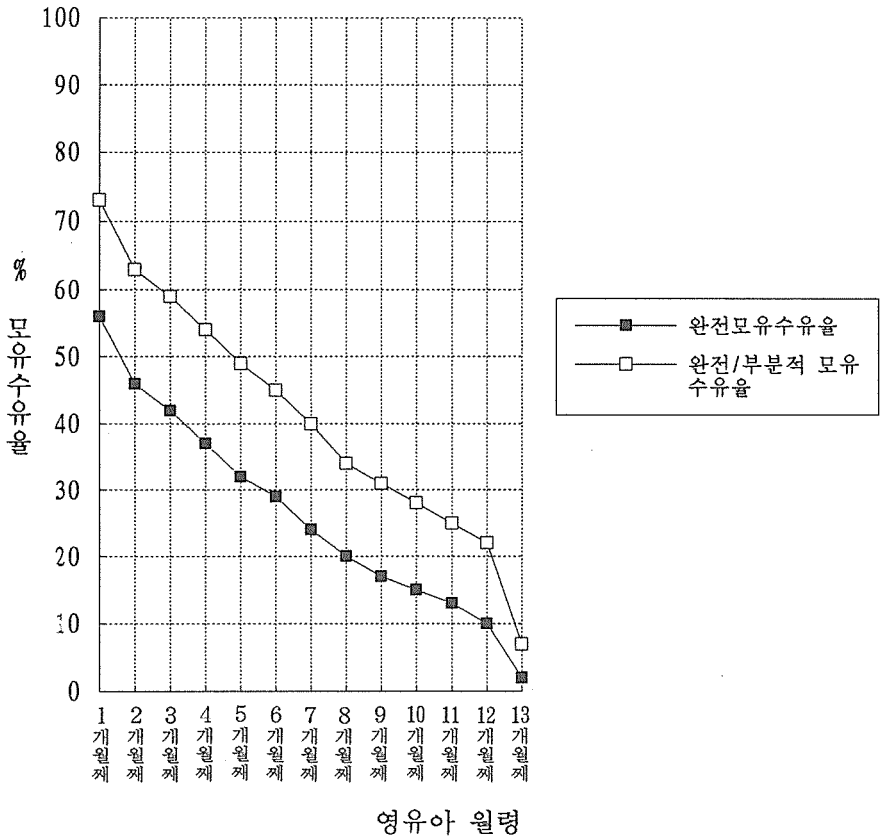
수유기간(중앙값): 전대상아 1.6개월
완전 모유수유아에 국한시 6.2개월

註: 1) 각 期間의 완료시점을 기준으로 한 實踐率임. 즉 '생후 3개월째'에서 '完全 母乳授乳實踐率'이 41.6%라 함은 생후 3개월이 완료되는 시점(생후 90일)에서 완전히 母乳만으로 수유되는 경우가 출생아 100명 중 42명이며, 나머지 58명은 혼합수유되거나 또는 모유수유가 완전히 중단되었다는 의미임. 그리고 이후의 表들에서 제시된 實踐率의 意味도 모두 이와 같이 해석되어야 함.

2) 最終 單位期間에서의 密度確率과 危害率의 산출은 無意味하므로 제외함.

<表 4-6> 混合授乳 包含時 母乳授乳 繼續實踐率: 全體

영유아기	혼합수유포함시 모유수유 실천율 (practising proportion including partially breast-fed)	밀도확률 (probability density)	위해율 (hazard rate)
생후 첫 1개월째	72.5%	.275	.319
2	63.2	.093	.137
3	58.9	.043	.071
4	53.9	.049	.087
5	49.1	.048	.093
6	45.1	.040	.085
7	39.9	.052	.123
8	34.4	.055	.148
9	31.2	.032	.098
10	27.8	.034	.116
11	25.3	.025	.093
12	22.2	.031	.129
13	6.7	-	-
수유기간(중앙값): 전대상아 4.8개월 완전/부분적 모유수유아에 국한시 8.4개월			



<圖 4-1> 영유아의 月齡別 母乳授乳 繼續實踐率: 全體

5. 社會醫療的 要因別 差異實踐率

이상 언급한 전체 어린이들의 母乳授乳率에서 파악된 것처럼, 전반적으로 低調한 우리나라에서의 母乳授乳實態에 관한 이해를 바탕으로 健康增進을 위한 첫 단계로서 어린이들을 위한 母乳授乳 勸獎 및 支援에 관한 구체적 政策을 개발하자면, 대상아의 각종 社會人口學的 요인이나 출산과 관련된 保健醫療 與件上의 특성에 따른 母乳授乳實踐率의 差異를 검토할 필요가 있다.

따라서 본 연구에서는 대상아의 居住地, 어머니 教育水準 등 社會階層을 대변하는 변수와 대상아의 性, 出生順位 및 어머니 年齡 등 人口學的 변수, 대상아의 출생시 健康水準(저체중출생 여부), 그리고 출산과 관련하여 이용한 醫療機關 種類, 帝王切開分娩 여부, 출산 후 醫療機關에서의 母乳授乳 여부 등을 포함하는 保健醫療 與件上의 변수 등 각종 요인들의 範疇別로 母乳授乳率의 差異에 관한 生存函數의 減少樣相을 관찰하였다.

가. 社會人口學的 要因別 差異實踐率 分析

분석대상의 社會人口學的 要因別 差異實踐率은 다음과 같다.

첫째, 대상아의 居住地域別로 母乳授乳實踐率의 차이를 보면, 출생 직후 첫 1개월간의 完全 母乳授乳實踐이 대도시 거주 영유아의 경우 55.1%, 중소도시의 경우 54.5% 및 군지역의 경우 59.3%로 출발하여, 생후 6개월째의 완료시점에 이르면 대도시에서는 29.4%, 중소도시에서는 27.5%, 군지역에서는 29.8%로 감소하게 된다.

그리고 混合授乳 포함시 母乳授乳實踐率을 보면 출생 직후 첫 1개월간에는 대도시거주의 경우 72.4%, 중소도시의 경우 70.8%, 군지역의 경우 75.9%에서 출발하여, 생후 6개월째의 완료시점에 이르게 되면 대도시에서는 45.4%, 중소도시에서는 41.8%, 군지역에서는 51.1%로 감소하게 된다

(表 4-7 및 圖 4-2, 3 참조).

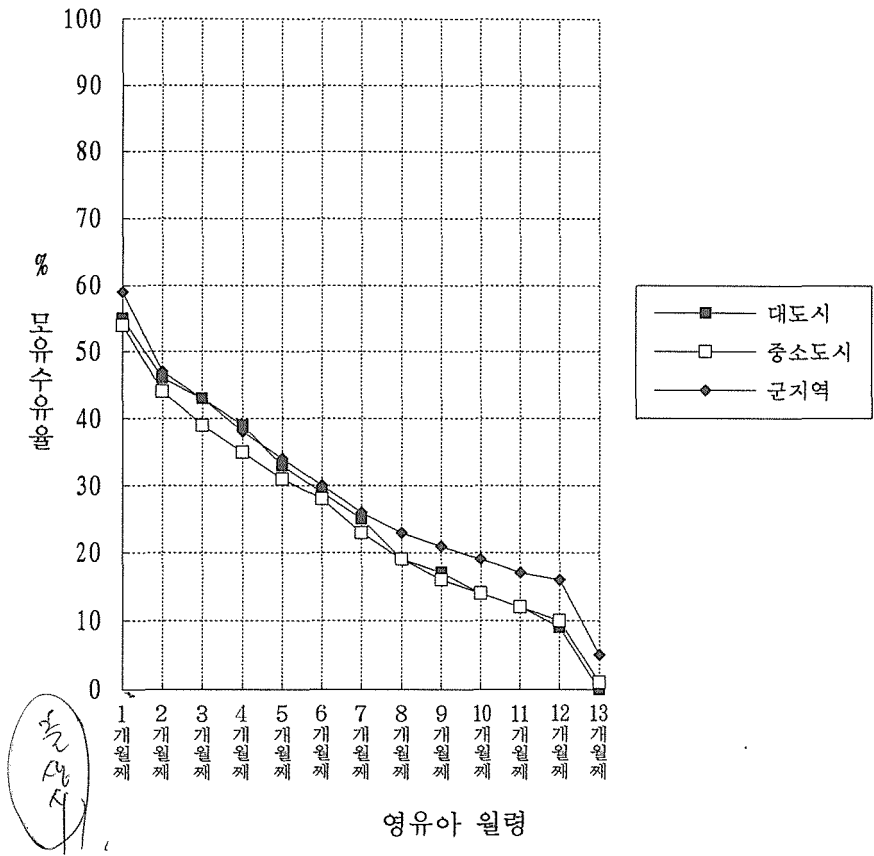
이와 같은 居住地域別 차이는 完全 母乳授乳의 경우, 대도시와 중소도시 거주 영유아 간에 유의하지 않은 것으로 나타났으며($D=2.139$, $p=.144$), 混合授乳의 경우에는 오히려 대도시 지역에서 授乳期間이 긴 것으로 나타났다(全對象兒 基準時: 대도시 4.8개월, 중소도시 4.1개월, $D=7.415$, $p=.007$). 즉 수유양상에 관한 한 적어도 대도시와 중소도시를 특징적으로 구분할 필요가 없음을 알 수 있는데, 이는 모유수유실천율의 低下趨勢가 부분적일지라도 대도시뿐 아니라 이미 中小都市에도 擴散되었으며, 오히려 대도시보다도 中小都市에서 人工授乳 選好傾向이 있음을 증거하는 결과라고 하겠다.

그렇지만 꼭 관심을 두어야 하는 점은 일단 母乳授乳를 시작하게 되면 수유기간의 중앙값이 居住地域에 無關하거나, 또는 대도시 지역에서 더 높게 나타났다는 사실이다(完全 母乳授乳兒 授乳期間: 대도시 6.4개월, 중소도시 6.1개월, 군지역 6.0개월). 여기에서 우리가 얻을 수 있는 시사점은 都市化 程度가 모유수유를 저해하는 요인으로 작용하리라는 것이 보편적 추론이지만, 적어도 출생 직후 일단 母乳授乳實踐으로 유도되기만 한다면, 그 이후의 持續樣相에서는 居住地 요인이 별다른 영향을 미치지 않게 된다는 사실이다. 이러한 점에서도 출생 직후의 母乳授乳實踐 誘導가 결정적 요인임이 다시 한번 확인된다고 하겠다. 다만 전체 대상아를 기준으로 하자면 전반적으로 시지역 거주자에 비하여 郡地域에서 모유수유실천율이 조금 높게 나타났다.

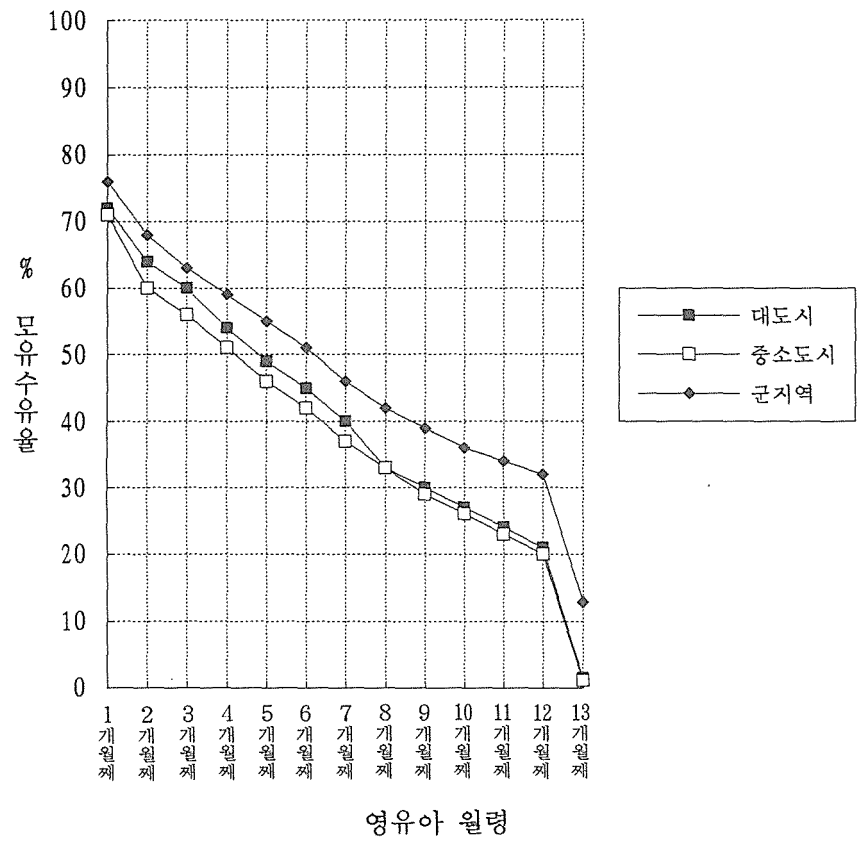
<表 4-7> 居住地地域別 母乳授乳 繼續實踐率

(단위: %)

영유아기	완전 모유수유실천율			혼합수유 포함시 모유수유실천율		
	대도시	중소도시	군지역	대도시	중소도시	군지역
생후 첫 1개월째	55.1	54.5	59.3	72.4	70.8	75.9
2	46.2	43.8	47.3	63.7	60.4	67.3
3	42.7	39.4	42.9	59.5	55.7	63.3
4	38.6	34.9	38.0	54.4	50.6	59.3
5	32.9	31.3	33.5	49.1	46.1	55.4
6	29.4	27.5	29.8	45.4	41.8	51.1
7	24.6	23.1	25.6	39.9	36.7	46.4
8	19.1	19.0	22.6	33.1	32.7	42.3
9	16.9	16.4	20.8	30.0	29.2	39.2
10	13.9	14.1	18.7	26.5	25.8	36.3
11	11.9	12.1	17.2	24.3	22.8	34.2
12	9.4	9.7	15.8	21.2	19.5	32.3
13	.0	.4	4.7	1.5	1.1	12.8
수유기간(중앙값): 전대상아	1.6개월	1.4개월	1.8개월	4.8개월	4.1개월	6.2개월
생존함수의 비교:						
세 집단간	D=10.945 p=.004			D=50.566 p=.000		
대, 중소도시간	D= 2.139 p=.144			D= 7.415 p=.007		
대도시, 군부간	D= 5.458 p=.020			D=30.368 p=.000		
중소도시, 군부간	D=10.908 p=.001			D=48.266 p=.000		
수유기간(중앙값): 모유/혼합 수유아 국한시	6.4개월	6.1개월	6.0개월	7.5개월	7.3개월	9.5개월



<圖 4-2> 居住地域別 完全 母乳授乳 繼續實踐率



<圖 4-3> 居住地域別 完全/部分的 母乳授乳 繼續實踐率

둘째, 분석대상이 속한 社會階層을 가늠할 수 있는 변수인 어머니의 教育水準은 母乳授乳 實踐樣相에 뚜렷한 차이를 주는 요인으로 제시되었다. 교육수준이 높을수록 母乳授乳實踐率は 저하되는 경향이 뚜렷하여, 어머니가 大學教育을 받았을 경우 그 출생아의 完全 母乳授乳期間은 불과 1.0개월로 어머니가 중학교 또는 그 이하의 교육을 받은 경우(3.2개월)에 비하자면 40% 수준에 불과하다($D=137.342$, $p=.000$, 表 4-8 및 圖 4-4 참조).

이러한 점은 거주지역별 差異實踐率에서 검토된 결과와 더불어 우리 사회에서도 都市 中産層을 중심으로 한 올바른 授乳文化가 형성되어 나가야 할 필요성을 제기시키고 있다. 왜냐 하면 도시 엘리트 집단의 育兒規範은 곧 아기를 키우는 모든 산모들의 授乳行態를 선도해 나아가는 데 상당한 영향력을 미치게 되기 때문이다.

셋째, 人口學的 要因에 따른 差異實踐率을 검토해 보면, 男兒의 경우가 女兒에 비하여 母乳授乳期間이 짧은 것으로 나타났다. 完全 母乳授乳實踐時 男兒의 授乳期間 중앙값은 1.4개월임에 비하여, 女兒에서는 1.7개월로 유의한 差異를 보이고 있다($D=10.975$, $p=.001$). 그러나 混合授乳를 포함하는 母乳授乳의 경우에는 남아 4.7개월, 여아 4.9개월로 나타났으나, 이 차이는 統計的으로 有意하지 않았다($D=3.146$, $p=.076$, 表 4-9 및 圖 4-5 참조).

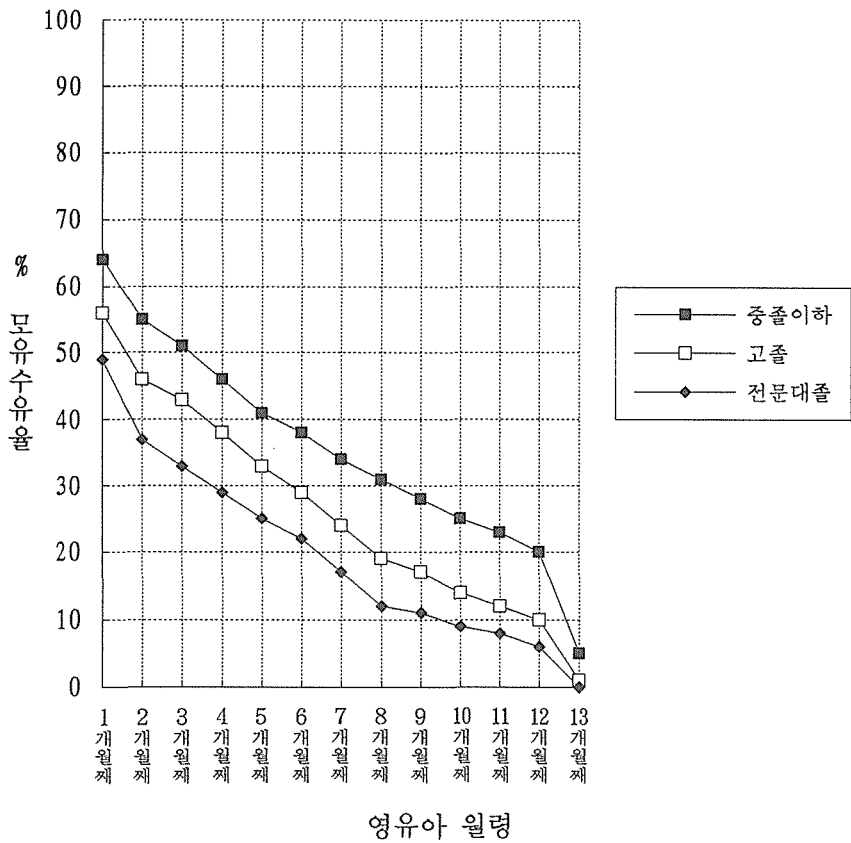
그렇다면 ‘왜 男兒에게서 人工營養만으로 養育되는 비율이 有意하게 더 높은가’에 관하여는, 쉽게 그 해답을 얻을 수 있는 男兒選好와 관련된 어머니들의 잘못된 認識이라고 할 수 있다. 이는 中國의 경우(Chen, 1992:264-266)와도 일치된 결과로, 男兒를 選好하는 사상이 자녀의 보다는 영양공급을 위하여 調劑粉乳를 선택하게 하는 잘못된 형태로 나타난 결과이다.

이러한 현상은 出生順位別로 볼 때도 첫 아이의 母乳授乳期間이 더 짧다는 사실과 유사한 의미를 부여할 수 있다(첫째아 1.4개월, 둘째 이상 1.7개월, $D=18.281$, $p=.000$, 表 4-10 및 圖 4-6 참조).

<表 4-8> 어머니의 學歷別 母乳授乳 繼續實踐率

(단위: %)

영유아기	완전 모유수유실천율			혼합수유 포함시 모유수유실천율		
	중졸이하	고졸	전문대졸 이상	중졸이하	고졸	전문대졸 이상
생후 첫 1개월째	63.5	56.4	48.8	77.3	72.9	68.5
2	54.8	46.4	36.9	69.9	64.2	56.0
3	50.8	42.5	32.6	67.0	60.0	50.2
4	45.8	37.9	29.0	64.0	55.0	43.7
5	41.0	32.7	25.1	59.7	50.0	38.9
6	38.0	28.9	21.6	56.2	45.9	34.5
7	33.9	24.4	16.5	52.8	40.4	28.7
8	30.7	19.3	12.3	48.1	34.4	24.5
9	27.7	16.9	10.9	44.3	30.8	22.9
10	25.3	14.0	9.0	41.6	27.1	20.2
11	22.7	11.9	7.9	39.2	24.4	18.5
12	19.7	9.5	5.9	35.2	21.3	16.2
13	4.9	1.1	.0	5.0	5.5	4.0
수유기간(중양값): 전대상아	3.2개월	1.6개월	1.0개월	7.6개월	5.0개월	3.0개월
생존함수의 비교:						
세 집단간	D=141.016 p=.000			D=165.684 p=.000		
중졸, 고졸간	D= 52.293 p=.000			D= 61.668 p=.000		
중졸, 대졸간	D=137.343 p=.000			D=157.537 p=.000		
고졸, 대졸간	D= 61.722 p=.000			D=173.328 p=.000		
수유기간(중양값): 모유/혼합 수유아 국한시	7.7개월	6.2개월	5.2개월	11.2개월	7.7개월	6.0개월

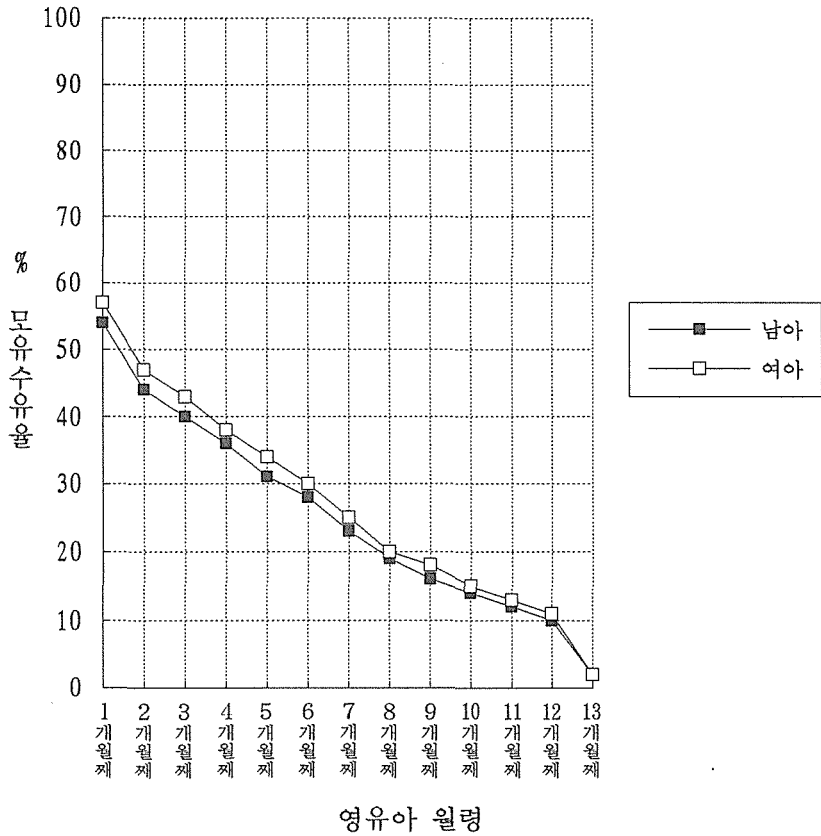


<圖 4-4> 어머니의學歷別 完全 母乳授乳 繼續實踐率

<表 4-9> 영유아의 性別 母乳授乳 繼續實踐率

(단위: %)

영유아기	완전 모유수유실천율		혼합수유 포함시 모유수유실천율	
	남 아	여 아	남 아	여 아
생후 첫 1개월째	54.0	57.0	71.4	73.5
2	44.0	47.0	62.5	63.8
3	40.3	42.8	58.4	59.1
4	36.1	38.4	53.6	54.0
5	31.1	33.8	48.4	49.6
6	27.5	30.2	44.1	45.9
7	23.2	25.4	39.0	40.5
8	18.7	20.4	33.7	34.9
9	16.4	18.1	30.8	31.4
10	13.9	15.2	27.5	27.7
11	12.1	13.0	24.8	25.6
12	9.8	10.5	21.8	22.5
13	2.0	1.7	5.9	7.7
수유기간(중앙값): 전대상아	1.4개월	1.7개월	4.7개월	4.9개월
두 집단간 비교	D=10.975, p=.001		D=3.146 p=.076	
수유기간(중앙값): 모유/혼합 수유아 국한시	6.1개월	6.4개월	7.6개월	7.7개월

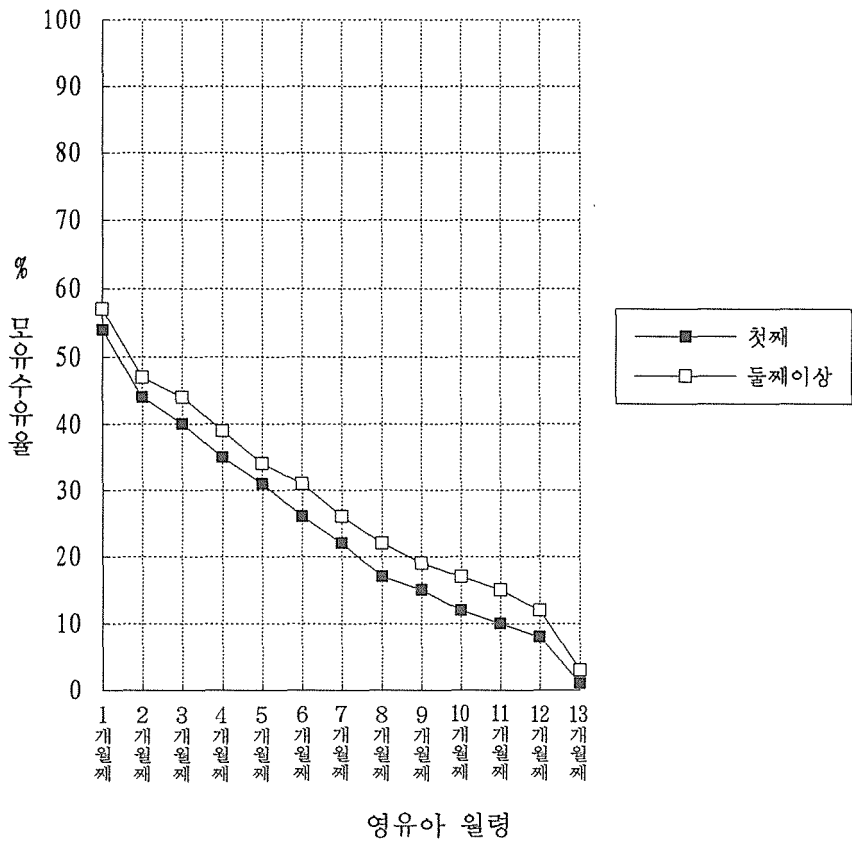


<圖 4-5> 영유아의 性別 完全 母乳授乳 繼續實踐率

<表 4-10> 영유아의 出生順位別 母乳授乳 繼續實踐率

(단위: %)

영유아기	완전 모유수유실천율		혼합수유 포함시 모유수유실천율	
	첫 째	둘째 이상	첫 째	둘째 이상
생후 첫 1개월째	54.4	56.6	71.8	73.1
2	43.7	47.3	61.5	64.7
3	39.5	43.5	56.8	60.6
4	35.2	39.0	51.7	55.7
5	30.6	34.1	46.6	51.2
6	26.2	31.1	42.2	47.4
7	22.1	26.1	37.6	41.6
8	17.0	21.7	31.8	36.5
9	14.9	19.3	28.4	33.5
10	12.2	16.5	24.9	30.1
11	10.1	14.6	22.1	27.9
12	7.6	12.4	19.4	24.6
13	.8	2.8	5.3	7.8
수유기간(중앙값): 전대상아	1.4개월	1.7개월	4.3개월	5.3개월
두 집단간 비교	D=18.281	p=.000	D=20.907	p=.000
수유기간(중앙값): 모유/혼합 수유아 국한시	5.8개월	6.6개월	7.3개월	8.0개월



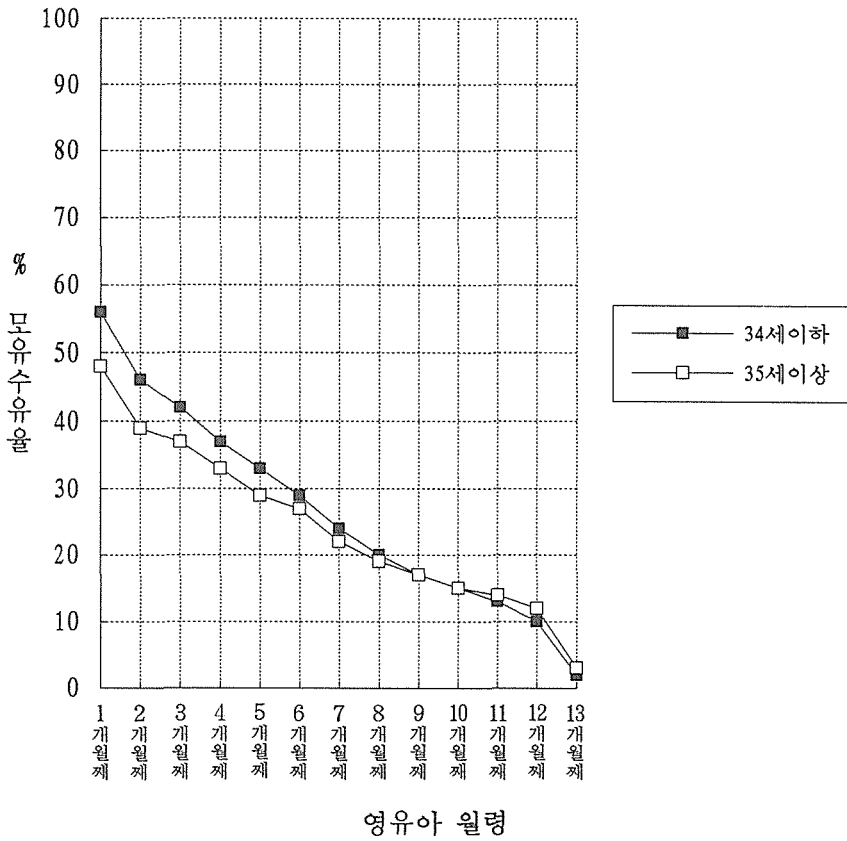
<圖 4-6> 영유아의 出生順位別 母乳授乳 繼續實踐率

다음으로 <表 4-11>을 통하여 어머니의 年齡別 差異實踐率을 보면 低 年齡層 集團에서 실천율이 높은 것으로 나타났다(完全 母乳授乳期間: 34 세 이하 1.6개월, 35세 이상 1.0개월; 混合授乳期間: 34세 이하 4.8개월, 35 세 이상 3.5개월, 圖 4-7 참조). 그러나 D 統計值(8.370 내지 11.591)를 통하여 본 두 집단간의 差異는 다른 변수들에 비하여 다소 떨어졌다. 그렇지만 연령집단간의 이러한 차이는 妊婦의 연령이 높을수록 帝王切 開分婭率이 높아지며($r=.053$, $p<.001$, 表 4-4 참조), 제왕절개분만시에는 母乳授乳實踐率이 매우 低調하다(表 4-14 참조)는 사실과 聯關된다고 하 겠다.

<表 4-11> 어머니의 年齡別 母乳授乳 繼續實踐率

(단위: %)

영유아기	완전 모유수유실천율		혼합수유 포함시 모유수유실천율	
	34세 이하	35세 이상	34세 이하	35세 이상
생후 첫 1개월째	55.6	48.4	72.9	63.8
2	45.9	39.1	63.5	55.7
3	41.9	36.6	59.1	52.1
4	37.4	32.8	54.1	47.6
5	32.6	28.6	49.2	44.6
6	28.9	26.7	45.2	42.0
7	24.4	21.5	40.1	33.9
8	19.5	19.2	34.4	30.7
9	17.3	16.9	31.2	27.9
10	14.5	14.9	27.7	26.4
11	12.5	13.8	25.2	25.1
12	10.0	12.4	22.0	23.2
13	1.5	2.7	6.9	6.3
수유기간(중앙값): 전대상아	1.6개월	1.0개월	4.8개월	3.5개월
두 집단간 비교	D=8.370	p=.004	D=11.591	p=.001
수유기간(중앙값): 모유/혼합 수유아 국한시	6.2개월	6.5개월	7.7개월	7.6개월



<圖 4-7> 어머니의 年齡別 母乳授乳 繼續實踐率

나. 出生兒의 健康水準別 差異實踐率

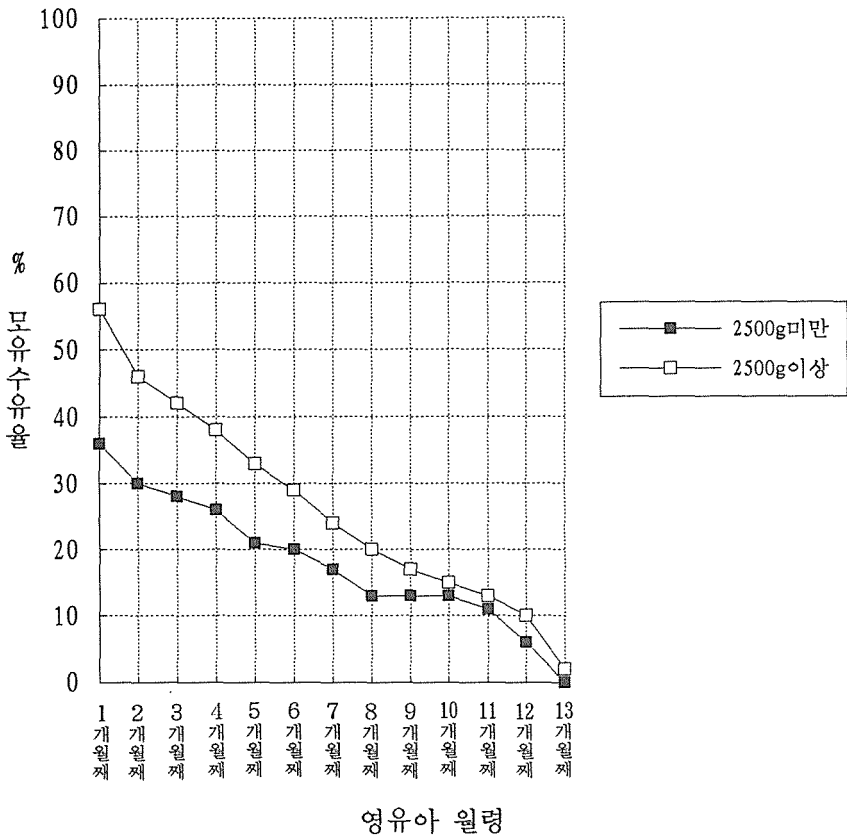
출생아의 健康水準을 말해주는 대표적 指標인 出生時 體重에 따른 분류에 의하면, 低體重出生兒(2,500g 미만)에서는 完全 母乳授乳期間이 正常 體重 出生兒의 1/2 수준에 불과한 0.8개월이고($D=30.118$, $p=.000$), 생후 첫 1개월간의 完全母乳授乳率은 36.4%에 불과하였다(表 4-12 및 圖 4-8 참조). 그리고 混合授乳 포함시 母乳授乳期間 중앙값도 저체중아에서는 1.3개월에 불과하지만, 정상체중아에서는 4.9개월로 유의한 차이를 보이고 있다($D=37.009$, $p=.000$).

그런데 1993년 우리나라에서는 처음으로, 妊娠 滿期前(pre-term) 出生兒(在胎期間 37주 미만 또는 259일 미만) 분만 산모의 初乳 및 初期 成熟母乳는 滿期兒 분만 산모의 모유에 비하여 總免疫細胞數, 各 免疫細胞數 및 림프구 아형 세포수가 增加되어 있다는 연구결과가 제시되어 주목을 끌고 있다(김영훈 외, 1993:255-265). 물론 外國에서는 여러 학자들의 연구를 통하여 만삭 분만아보다 早産兒에게 母乳授乳가 더욱 중요하다는 연구결과가 발표된 바 있다(Richie et al, 1982:1116-1119; Jain et al, 1991: 395-399). 즉 早産兒 분만 산모의 모유가 보유하고 있는 이러한 특징은 특히 免疫學的 缺陷으로 인하여 위장관 및 호흡기 감염에 이환되기 쉬운 早産兒에게 免疫學的 恒常性を 유지하는 데 도움을 줄 수 있다는 이론적 근거를 제시하는 것이다. 이러한 의미에서 早産兒가 대부분이라고 할 수 있는 低體重出生兒를 위한 母乳授乳는 滿期兒의 경우와는 또 다르게 중요한 의미를 띠게 되므로, 低體重出生兒를 분만한 產母들이나 이들의 분만을 개조한 모든 醫療人들이 저체중출생아를 위한 모유수유에 관하여 올바른 인식을 가져야 할 것이다.

<表 4-12> 영유아의 出生體重別 母乳授乳 繼續實踐率

(단위: %)

영유아기	완전 모유수유실천율		혼합수유 포함시 모유수유실천율	
	2500g 미만	2500g 이상	2500g 미만	2500g 이상
생후 첫 1개월째	36.4	56.1	53.0	73.0
2	29.8	46.0	43.3	63.7
3	27.7	42.0	40.0	59.4
4	25.6	37.5	36.9	54.4
5	21.4	32.7	33.5	49.5
6	19.7	29.0	31.1	45.5
7	16.7	24.4	28.1	40.2
8	12.7	19.7	24.7	34.6
9	12.7	17.4	22.3	31.4
10	12.7	14.6	22.3	27.9
11	10.5	12.7	21.1	25.4
12	6.3	10.3	16.4	22.4
13	.0	1.9	7.4	6.7
수유기간(중앙값): 전대상아	0.8개월	1.6개월	1.3개월	4.9개월
두 집단간 비교	D=30.118	p=.000	D=37.009	p=.000
수유기간(중앙값): 모유/혼합 수유아 국한시	6.5개월	6.2개월	7.5개월	7.7개월



<圖 4-8> 영유아의 出生體重別 母乳授乳 繼續實踐率

다. 保健醫療的 與件別 差異實踐率

1989년 WHO와 UNICEF가 공동으로 母乳授乳 勸獎·支援을 위하여 保健醫療機關과 保健醫療人의 各별한 役割을 강조한 것처럼, 醫療供給者側 要因이 산모의 수유행태를 결정하는 데 커다란 役割을 한다는 점은 널리 인정되는 사실이다. 따라서 醫療供給者 측면의 요인에 따라 모유수유의 差異實踐率을 보면, 어떤 種類의 醫療機關에서 분만이 이루어졌는가에 따라 출생아에 관한 모유수유실천율에 상당한 차이가 나타난다(表 4-13, 14, 15 및 圖 4-9, 10, 11 참조).

즉 綜合病院이나 病院 등의 2, 3차 醫療機關에서 분만한 산모의 수유기간 중앙값(1.4개월)은 産婦人科醫院 등 1차 의료기관에서 분만한 경우(1.8개월)에 비하여 짧다($D=21.564$, $p=.000$).

그리고 帝王切開 分娩時에는 完全 母乳授乳期間이 정상분만시의 1/2에 불과하다는 매우 유의한 차이가 제시되었다(정상분만시 1.9개월, 제왕절개 분만시 0.9개월, $D=118.147$, $p=.000$).

또한 分娩後 의료기관에서 입원기간 중 신생아에게 母乳를 授乳한 經驗이 있는 경우에는 출생 직후부터 의료기관에서 全的으로 調劑粉乳로 수유된 경우에 비하여, 繼續 母乳授乳되는 기간이 훨씬 긴 것으로 나타났다(完全 母乳授乳期間: 의료기관에서 모유수유 경험시 3.6개월, 의료기관에서 완전 조제분유시 1.0개월, $D=395.023$, $p=.000$).

그렇다면 지금까지 관찰한 다른 어떤 유형의 변수보다도 醫療供給者 側의 특성이 반영되는 이 세 가지 변수의 각 범주에 따라, 母乳授乳實踐에 관한 生存函數가 크게 差異를 나타내고 있다는 본 연구결과는 注目되어야 하는 실증적 증거라고 하겠다. 특히 「分娩後 의료기관에서의 母乳授乳 經驗」이라는 변수가 이 중에서도 母乳授乳 實踐에 더욱 큰 影響力을 미치는 것으로 나타났다는 점은, 향후 母乳授乳 勸獎政策 樹立에 비중있게 반영되어야 할 것이다.

다시 말하여 母乳授乳의 勸獎 및 支援과 관련, 全世界的으로 관심이

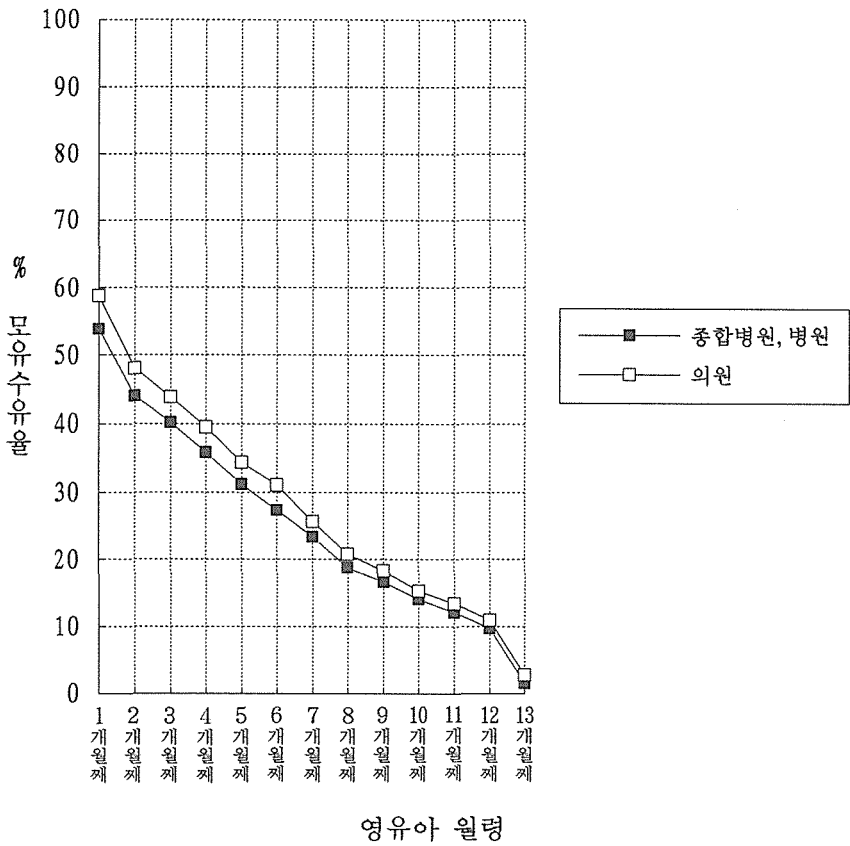
집중되고 있는 出生直後 醫療機關에서의 母乳授乳¹⁰⁾가 이후의 授乳樣相에 상당한 影響을 준다는 점이 우리나라의 여건에서도 實證的으로 제시되었으며, 이러한 분석결과는 母乳授乳 勸獎政策 開發에서 구체적으로 적용되어야 할 것이다.

<表 4-13> 分娩 醫療機關 種類別 母乳授乳 繼續實踐率

(단위: %)

영유아기	완전 모유수유실천율		혼합수유 포함시 모유수유실천율	
	종합병원, 병원	의원 등	종합병원, 병원	의원 등
생후 첫 1개월째	53.8	58.8	71.2	74.9
2	44.1	48.1	62.0	65.5
3	40.2	43.9	57.6	61.1
4	35.8	39.5	52.8	55.9
5	31.2	34.4	48.1	50.9
6	27.4	31.1	43.8	47.3
7	23.4	25.6	39.0	41.1
8	18.8	20.8	33.6	35.5
9	16.6	18.3	30.6	31.8
10	14.1	15.3	27.5	27.8
11	12.1	13.4	25.0	25.5
12	9.7	10.9	21.7	22.7
13	1.5	2.8	5.6	9.4
수유기간(중앙값): 전대상아	1.4개월	1.8개월	4.6개월	5.2개월
두 집단간 비교	D=21.564	p=.000	D=12.402	p=.000
수유기간(중앙값): 모유/혼합 수유아 국한시	6.1개월	6.3개월	7.6개월	7.7개월

10) WHO와 UNICEF가 공동발표(1989)한 「성공적인 母乳 먹이기 10단계」에는 ‘태어난 지 30분 이내에 엄마 젖을 물린다’고 되어 있다. 그러나 ‘어려울 경우에는 분만 후 6시간내에 모유수유를 도와주도록 한다’는 것이다. 따라서 「아기에 게 친근한 病院 만들기의 國際基準」에 의하면 正常 陰式分娩을 한 산과병동의 산모 중 80%가 출산 후 30분 이내에 적어도 30분간 아기의 피부를 맞대고 모유수유 시작하도록 도움을 받을 수 있어야 하며, 帝王切開分娩 산모의 경우는 적어도 50%가 의식이 있는 첫 30분 이내에 이와 같이 모유수유를 할 수 있어야 한다는 것이다(유니세프 한국위원회 등, 1994:2-32).

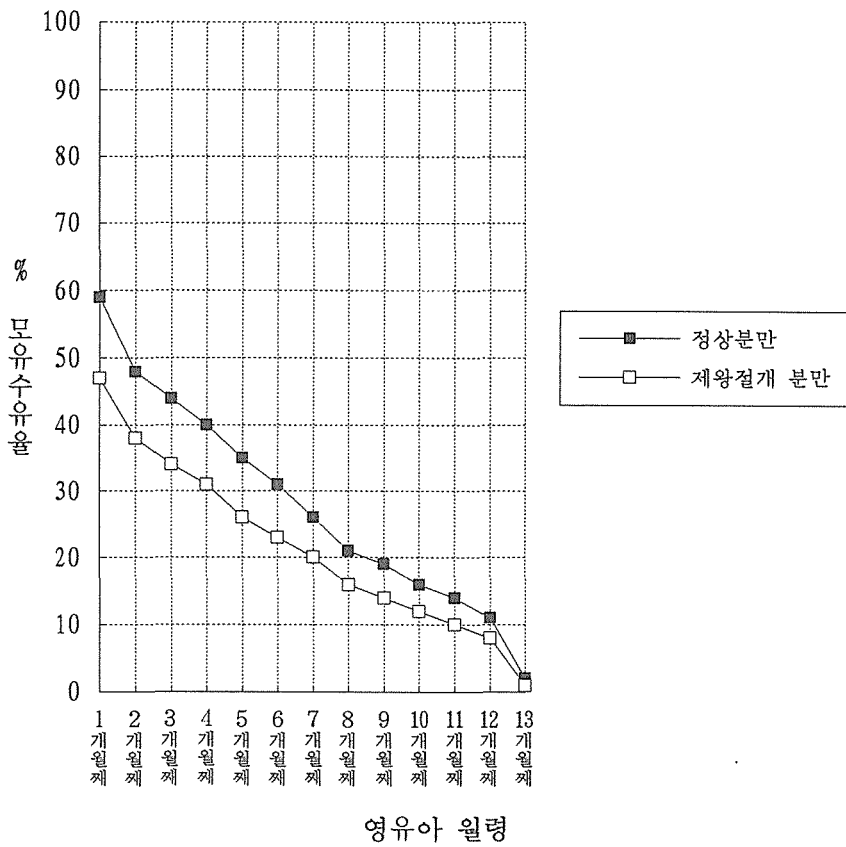


<圖 4-9> 分娩 醫療機關 種類別 完全 母乳授乳 繼續實踐率

<表 4-14> 分娩形態別 母乳授乳 繼續實踐率

(단위: %)

영유아기	완전 모유수유실천율		혼합수유 포함시 모유수유실천율	
	정상분만	제왕절개 분만	정상분만	제왕절개 분만
생후 첫 1개월째	58.8	46.8	75.6	63.8
2	48.4	37.8	66.3	54.9
3	44.3	34.1	61.9	50.7
4	39.7	30.5	57.0	45.7
5	34.7	26.2	52.0	41.2
6	30.8	23.3	47.8	37.8
7	25.8	20.0	42.3	33.3
8	21.0	15.6	36.6	28.4
9	18.6	13.7	33.1	26.0
10	15.6	11.8	29.4	23.3
11	13.6	10.0	26.9	21.0
12	11.1	7.8	23.6	18.5
13	2.2	.9	7.2	4.9
수유기간(중앙값): 전대상아	1.9개월	0.9개월	5.5개월	3.1개월
두 집단간 비교	D=118.147	p=.000	D=137.304	p=.000
수유기간(중앙값): 모유/혼합 수유아 국한시	6.3개월	6.0개월	7.8개월	7.3개월

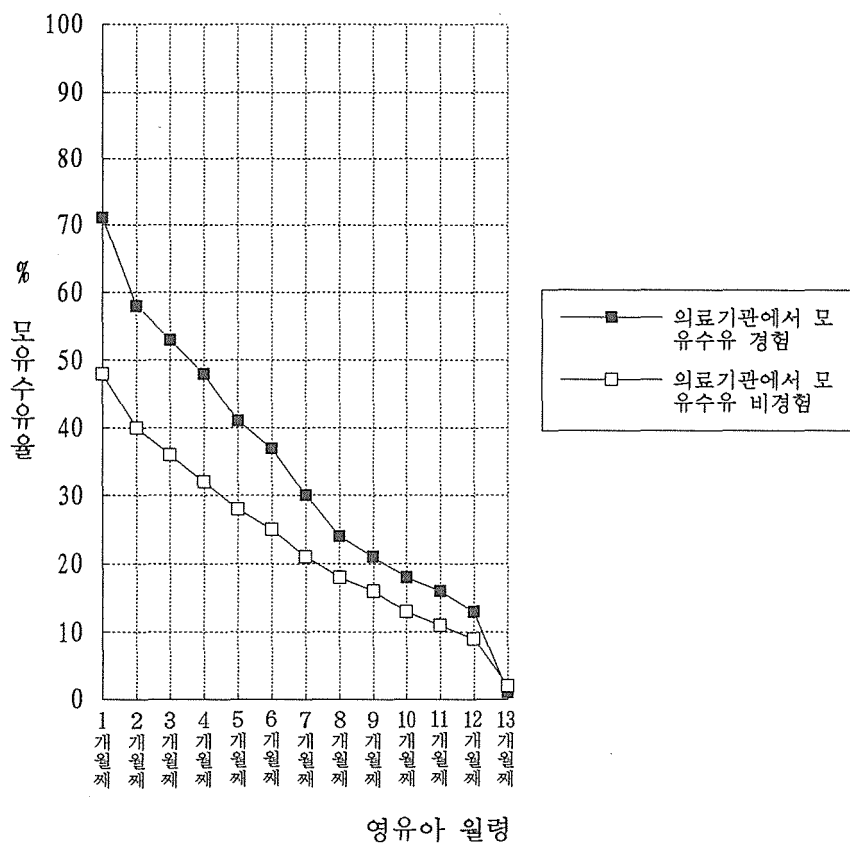


<圖 4-10> 分娩形態別 完全 母乳授乳 繼續實踐率

<表 4-15> 醫療機關에서의 母乳授乳與否別 母乳授乳 繼續實踐率

(단위: %)

영유아기	완전 모유수유실천율		혼합수유 포함시 모유수유실천율	
	의료기관에서 모유수유 경험이 있는 경우	의료기관 에서 전혀 모유수유 하지 않음	의료기관에서 모유수유 경험이 있는 경우	의료기관 에서 전혀 모유수유 하지 않음
생후 첫 1개월째	71.1	48.3	89.1	64.6
2	57.9	39.7	77.8	56.3
3	52.9	36.2	72.6	52.4
4	47.7	32.2	67.5	47.5
5	41.4	28.1	61.3	43.3
6	37.1	24.8	56.7	39.6
7	30.4	21.3	49.3	35.4
8	23.6	17.6	41.4	31.1
9	20.6	15.6	37.2	28.3
10	17.8	12.9	33.6	25.0
11	15.6	11.1	30.9	22.6
12	13.3	8.6	27.9	19.5
13	1.4	2.2	7.6	6.4
수유기간(중앙값): 전대상아	3.6개월	1.0개월	6.9개월	3.5개월
두 집단간 비교	D=395.023	p=.000	D=476.565	p=.000
수유기간(중앙값): 모유/혼합 수유아 국한시	6.2개월	6.2개월	7.6개월	7.7개월



<圖 4-11> 醫療機關에서의 母乳授乳與否別 完全 母乳授乳 繼續實踐率

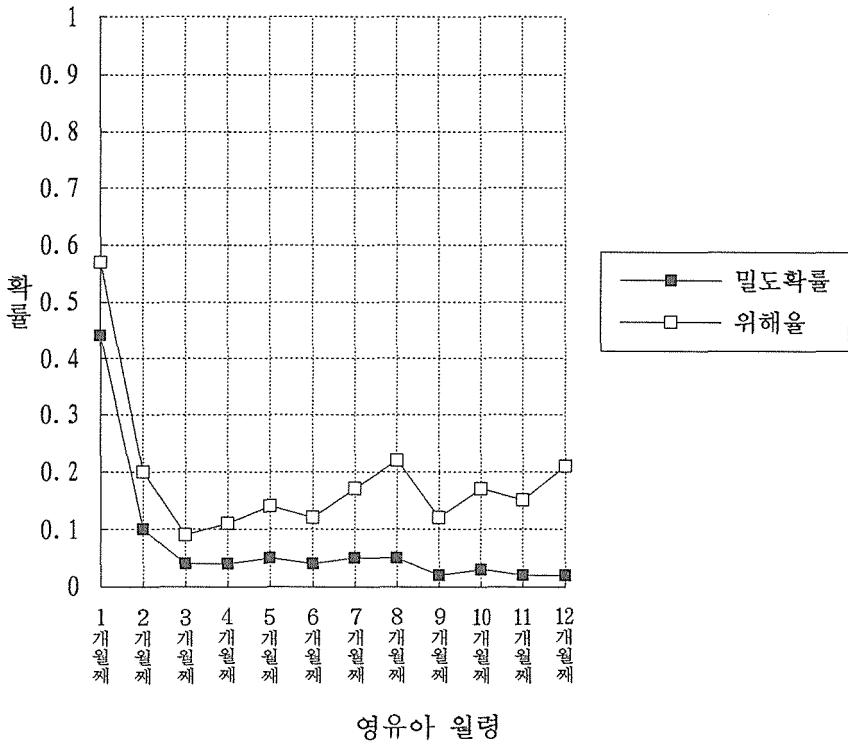
6. 母乳授乳 中斷時期에 관한 密度確率과 危害率

우리나라에서 母乳授乳率이 이와 같이 低調하다면, 앞으로 어머니들이나 醫療人들을 대상으로 이를 勸獎하고 支援하기 위한 敎育 및 弘報政策을 펼쳐 나감에 있어서, 妊娠, 出産 및 授乳期의 過程을 통하여 과연 ‘어느 時期에 초점을 맞추어야 하는 것이 效果의이겠는가’를 구체적으로 살펴해보아야 한다.

따라서 본 연구에서는 母乳授乳에 관한 生存曲線이 減少되는 양상과 관련하여, 「관찰된 全體期間 중 授乳中斷이 가장 많이 일어나는(最頻數) 期間」을 生存函數의 「密度確率」(probability density)을 통하여 고찰해 보면 아래와 같다(表 4-5, 6 및 圖 4-12 참조).

完全 母乳授乳에 관한 生存函數에서는 출생 후 수유가 시작되면서 첫 한 달간에 가장 많은 사례의 어머니들이 母乳授乳를 시도조차 하지 않고 人工營養을 하는 방향으로 결정한 것으로 나타났으며(밀도확률 .444), 그 다음도 역시 밀도확률의 값은 상당히 낮아지지만 생후 첫 2개월째임이 밝혀졌다(밀도확률 .100). 그리고 완전/부분적 母乳授乳에 관한 生存函數의 密度確率에서는 完全 母乳授乳의 경우와 마찬가지로 첫 수유가 시작되면서 바로 가장 많은 사례의 어머니들이 거의 시도하지도 않고 母乳授乳를 拋棄한 것으로 나타났으며(밀도확률 .275), 그 다음은 생후 첫 2개월째임이 밝혀졌다(밀도확률 .093).

그렇다면 母乳授乳에 관한 勸獎은 역시 임부의 産前管理 期間을 통하여 이루어져야 하며, 출산 후 이를 실천에 옮기기 위해서는 의료기관에서의 母乳授乳와 적어도 생후 첫 1개월간에 이르는 기간 동안 母乳授乳가 확실히 기반을 내릴 수 있도록 이를 保護하는 保健醫療人들의 지속적 指導나 相談이 필수적 요소라고 하겠다.



<圖 4-12> 영유아 月齡別 母乳授乳 中斷에 관한 密度確率과 危害率

그리고 「各 單位期間 中 授乳中斷確率」이 가장 높은 시기」를 나타내는 「危害率」(hazard rate)을 보면, 가장 높은 시기가 생후 첫 1개월째(.571)라는 점에서 母乳授乳 勸奨이 어느 시기부터 시작되어야 效果를 거둘 수 있는지를 충분히 시사받게 된다. 또 그 다음으로 危害率이 높은 시기는 생후 7, 8개월경(.172 내지 .215)으로 나타났는데, 이 시기는 補充食의 도입과 관련이 깊은 시기이다.

또한 완전/부분적으로 母乳授乳를 하는 경우 중에서 危害率이 가장 높은 시기도 생후 첫 1개월째(.319)로 나타났다. 그 다음으로는 補充食의 도입과 관련되는 생후 7, 8개월경에 危害率이 높은 것(.123 내지 .148)으로 나타났다.

이러한 결과를 통하여 볼 때, 강조하자면 「出産 前에 이미 母乳授乳實踐에 관한 충분한 教育과 弘報」를 통하여 출산 후 母乳授乳를 실천하겠다는 어머니의 意志가 확고해지도록 지도하는 방향으로 모유수유 勸奨政策을 전개해 나감이 효과적이라는 결론을 얻게 된다.

또한 출산 후 이러한 意志가 실현되도록 하기 위해서는 출생 직후부터 醫療機關에서 모유수유가 이루어지도록 「母子同室制」(rooming-in system)의 實施와 함께, 보건의료인의 母乳授乳 指導가 醫療酬價上 충분히 반영되도록 하는 制度的 支援이 필요하다.

이와 함께 이후 家庭에 돌아가서도 모유수유가 중단되지 않고 保護받을 수 있도록 하기 위하여는, 적어도 첫 1개월간은 居住地 保健所의 보건의료인들이 「家庭訪問 서비스」를 통하여 지속적으로 母乳授乳를 지도·상담하도록 함이 바람직하다는 것은 두말 할 나위가 없다. 특히 小家族化 경향에 비추어 볼 때 出産家庭을 위한 訪問 서비스는 保健福祉的 側面에서 필수적으로 개발되어야 할 주요한 支援策 중 하나이다.

V. 結論 및 政策建議

1. 要約

가. 研究背景과 必要性

人口資質向上과 직결되는 兒童健康 增進政策 開發에서 母乳授乳의 重要性和 意義는 더 이상 강조할 나위가 없다. 즉 診療爲主의 保健醫療施策으로부터 「健康에 관한 새로운 認識轉換」(new horizons in health)을 요구하고 있는 世界的 動向에서, 母乳授乳의 保護·勸獎·支援은 「健康 增進과 保護」(health promotion and protection)를 위한 첫걸음이다. WHO 事務總長과 UNICEF 總裁의 共同宣言에서처럼, 多樣性和 相異性으로 특징 지워지는 現代社會이지만 母性の 役割이란 지구상의 어느 곳에서나 共通의이므로, 母乳授乳의 實踐은 결코 차등없이 적용될 수 있는 普遍的 價値로서 존중된다.

그러나 母乳代替食品 제조업체의 왜곡된 廣告와 販促活動으로 인하여 그릇된 정보가 消費者들에게 확산되면서, 세계적으로 母乳授乳實踐率이 점차 저하되어 兒童과 女性健康에 危害要因으로 대두되었다. 우리나라에서도 1974년 93.9%에 이르렀던 母乳授乳 經驗率¹⁾이 최근 크게 저하된 것으로 우려되는 반면, 調劑粉乳 生産量은 1975~1992년 기간 중 2.8배 증가한 것으로 나타났다. 그리고 調劑粉乳 賣出額은 1987년 405억원 수준에서 1992년 2,724억원으로 늘어나 5년간 무려 7배의 신장을 기록하고 있다²⁾.

1) 期間에 無關하게 모유수유한 적이 있는 比率을 말한다.

2) 이러한 매출규모는 1992년 기준시 모든 出生兒 1인당 年間 平均 412천원의 家計負擔을 나타내는데, 만약 출생 직후부터 완전히 調劑粉乳로 양육되는 영아를

따라서 1990년대에 들어 각국 政府들은 UN을 통하여 母乳授乳가 아동과 여성뿐 아니라, 社會全體에 큰 利益이 됨을 다시 한번 역설하고 있다. 국제사회의 이러한 노력과 더불어 先進國에서는 1970년대 이후부터 母乳授乳率이 上昇하여, 구미 각국과 일본 등에서는 80~90% 수준에 이르고 있는 반면, 우리나라에서는 오히려 減少趨勢를 나타내고 있다.

그러므로 「어린이를 위한 世界頂上會談」(1990년)에서 채택된 「2000년의 目標」에 도달하기 위하여 國家別 行動計劃을 세우기로 公式 約束한 바와 같이, 우리나라에서도 이에 부응하여 兒童의 健康增進 政策樹立에 토대가 되는 기초자료를 확보하자면, 먼저 건강한 삶의 出發을 의미하는 母乳授乳에 관한 全國 水準의 신뢰성있는 統計와 沮害要因의 규명이 요구되고 있다.

나. 研究目的

본 研究에서는 첫째, 우리나라 어린이들의 월령별 母乳授乳 實踐樣相變動에 관한 전국 수준의 최근 통계를 파악하고 둘째, 각종 社會人口學的 및 保健醫療的 要因別 差異實踐率을 분석하여 ‘어떠한 要因이 모유수유율을 沮害시키고 있는가’를 검토하며 셋째, ‘어느 時期에 모유수유 실천행위가 크게 減少되고 있는가’를 규명함으로써, 母乳授乳의 勸獎, 保護 및 支援을 위한 우리나라의 行動計劃 수립에 基礎資料를 提供하고자 한다.

다. 研究方法 및 內容

이 연구는 1994년 「保健社會部」와 「韓國保健社會研究院」이 공동으로 全國 保健所에서 실시한 「영유아 授乳樣相 모니터링」資料를 분석하였다. 동 자료는 保健所 서비스 이용 영유아의 母乳授乳 實踐樣相 變化에 관한 月齡別 過去歷(retrospective information)과 授乳樣相에 關連되는 社會醫療的 要因을 파악하는데 목적을 두고 설계된 것이다. 構造化된 양식을 사용하여, 保健所에 내소하는 어머니와의 面接을 통하여 이들 어린이의 출생 이후부터 조사시점까지의 授乳樣相變化에 관한 정보를 수집하였다. 따라서 1994년 4월에서 8월까지의 기간에 모니터링된 事例 중 1993년 1월 ~12월간 出生兒에 관한 정보를 가려 뽑아, 最終的으로 全國 214개소 保健所 來所 영유아 10,830명을 본 분석에 포함하였다³⁾.

그리고 이와 같이 수집된 자료에 「生命表 分析技法」(life-table analysis)을 적용하여 영유아의 月齡別 母乳授乳 繼續實踐率(cumulative continuation rate)과 각종 社會醫療的 要因別 差異實踐率을 산출하였다. 授乳樣相처럼 月齡經過에 따라 그 실천형태가 變化되는 특성을 지닌 사항은 生命表 技法에 의하여 繼續實踐率의 개념으로 파악되어야 意味있는 統計가 제시되며, 各種 要因別 差異實踐率이 산출되어야 政策立案을 위한 實質的 資料로서 活用價値가 커지게 된다.

라. 영유아의 月齡別 母乳授乳 繼續實踐率

全體 대상아의 「完全 母乳授乳 繼續實踐率」을 보면, 출생 이후 55.6%의 新生兒가 완전히 모유로 수유되기 시작하면서 이후 아기의 月齡增加와 더불어 實踐率은 점차 감소하는 양상을 보이게 된다(表 5-1 참조). 구체적

3) 본 연구는 전국수준의 통계산출을 위하여 별도의 實態調査에만 의존하기보다는, 公共保健機關에서 서비스 대상자에 관하여 모니터링한 건강관련 情報를 분석하였다는 점에서, 향후 保健醫療機關을 통한 '서비스 統計'(service statistics)의 開發을 선도하고 있다는 意義가 크다.

으로 보면, 生後 3개월까지 완전히 母乳授乳되는 경우는 41.6%이고, 生後 6개월까지는 28.8%에 불과하며, 이는 첫돌에 이르게 되면 완전히 終結된다. 전체 영유아의 授乳期間의 中央값(median)은 1.6개월에 불과하며, 完全 母乳授乳兒에 국한한 授乳期間 中央값은 6.2개월이다.

<表 5-1> 對象兒의 母乳授乳 繼續實踐率 및 授乳期間 要約

(단위: %)

	계	대도시	중소도시	군지역
분석대상아수(명)	10,830	5,324	3,668	1,838
생후 첫 1개월 완료시 수유양상				
완전 모유수유	55.6	55.1	54.5	59.3
완전/ 부분적 모유수유	72.5	72.4	70.8	75.9
완전 인공수유	27.5	27.6	29.2	24.1
생후 첫 3개월 완료시 수유양상				
완전 모유수유	41.6	42.7	39.4	42.9
완전/ 부분적 모유수유	58.9	59.5	55.7	63.3
완전 인공수유	41.1	40.5	44.3	36.7
생후 첫 6개월 완료시 수유양상				
완전 모유수유	28.8	29.4	27.5	29.8
완전/ 부분적 모유수유	43.5	44.3	40.2	48.1
완전 인공수유	56.5	55.7	59.8	51.9
수유기간 중앙값(개월)				
완전 모유수유기간	1.6	1.6	1.4	1.8
완전/ 부분적 모유수유기간	4.8	4.8	4.1	6.2

다음으로 「混合授乳를 포함하는 母乳授乳 繼續實踐率」을 보면, 출생 이후 72.5%의 신생아가 完全/部分的으로 모유수유되기 시작하면서 이후 月齡增加에 따라 점차 감소하지만, 그 양상은 完全 母乳授乳의 경우에 비하여 보다 완만한 양상을 보인다. 生後 3개월까지 完全/부분적으로 母乳授乳되는 경우는 58.9%이고, 6개월까지는 45.1%이다. 전체 영유아의 完全/部分的 모유수유기간의 中央값은 4.8개월이며, 일단 完全/部分的 母乳授乳 兒에 국한하는 경우의 모유수유기간은 8.4개월로 나타났다.

마. 社會醫療的 要因別 差異實踐率

1) 社會人口學的 要因別 差異實踐率

첫째, 대상아의 居住地域別로 母乳授乳實踐率의 差異를 보면, 完全 母乳授乳의 경우 대도시와 중소도시 거주 영유아간에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으며($D=2.139$, $p=.144$), 混合授乳의 경우에는 오히려 대도시 지역에서 授乳期間이 긴 것으로 나타났다. 즉 수유양상에 관한 한 적어도 대도시와 중소도시를 특징적으로 구분할 필요가 없음을 알 수 있는데, 이는 모유수유실천율의 低下趨勢가 이미 中小都市에도 擴散되었으며, 오히려 중소도시에서 人工授乳 選好傾向이 있음을 증거하는 결과이다.

그렇지만 관심을 두어야 하는 점은 일단 母乳授乳를 시작하게 되면 수유기간의 중앙값이 居住地域에 無關하거나 또는 대도시 지역에서 더 높게 나타났다는 사실이다(6.1~6.4개월). 이는 출생 직후 일단 母乳授乳實踐으로 유도되기만 하면, 그 이후의 持續樣相에서는 도시화라는 요인이 별다른 영향을 미치지 않는다는 점을 시사한다.

둘째, 분석대상이 속한 社會계층을 가늠할 수 있는 변수인 어머니의 敎育水準은 母乳授乳 實踐樣相에 뚜렷한 차이를 주는 요인으로 제시되었다. 敎育수준이 높을수록 母乳授乳實踐率의 저하경향이 뚜렷하여, 어머니가 大學敎育을 받았을 경우 그 출생아의 完全 母乳授乳期間은 불과 1.0개월

로, 어머니가 중학교 또는 그 이하의 교육을 받은 경우(3.2개월)에 비하자면 40% 수준에 불과하다($D=137.343$, $p=.000$). 이러한 점은 거주지역별 差異實踐率에서 검토된 결과와 더불어 우리 사회에서 「都市 高 教育階層」을 중심으로 한 올바른 授乳文化가 형성되어 나가야 할 필요성을 제기시키고 있다.

셋째, 人口學的 要因에 따른 差異實踐率을 검토해 보면, 男兒의 경우가 여아에 비하여 母乳授乳期間이 짧은 것으로 나타났다. 예를 들어, 完全母乳授乳의 경우 男兒의 授乳期間 중앙값은 1.4개월임에 비하여 女兒에서는 1.7개월이며, 이러한 차이는 통계적으로 유의하였다($D=10.975$, $p=.001$). 그렇다면 ‘왜 男兒에게 더 많이 人工營養을 하는가’는 男兒選好와 관련된 어머니들의 잘못된 인식에 기인한다고 말할 수 있다. 이러한 현상은 出生順位別로 볼 때도 첫아이의 母乳授乳期間이 짧다는 사실과 그 맥을 같이하는 것이다.

넷째, 어머니의 年齡別 差異實踐率을 보면 低年齡層 集團에서 실천율이 높은 것으로 나타났다(완전 모유수유기간 中央값: 34세 이하 1.6개월, 35세 이상 1.0개월). 이는 임부의 연령이 높을수록 帝王切開分娩率이 높아지며($r=.053$, $p=.001$), 제왕절개분만시에는 母乳授乳實踐率이 매우 低調하다는 사실과 연관된다고 하겠다.

2) 出生兒의 健康水準別 差異實踐率

출생아의 健康水準를 말해주는 대표적 지표인 出生時 體重에 따른 분류에 의하면, 저체중출생아(2,500g 미만)의 경우에는 完全 母乳授乳期間의 中央값이 정상출생아의 1/2 수준에 불과한 0.8개월이고, 생후 첫 1개월간의 完全 母乳授乳率은 36.4%에 불과하였다($D=30.118$, $p=.000$). 그런데 우리나라에서도 임신 滿期前(pre-term) 出生兒 분만산모의 初乳 및 初期 成熟母乳은 만삭아 분만산모의 모유에 비하여 免疫細胞數 및 림프구 아형 세포수가 증가되어 있다는 연구결과가 제시되어 주목을 끌고 있듯이, 무

産兒가 대부분인 低體重出生兒를 위한 母乳授乳는 滿朔兒의 경우와는 또 다르게 중요한 의미를 가진다는 점에 정책적 관심이 요구된다.

3) 保健醫療의 與件別 差異實踐率

醫療供給者 側의 要因에 따른 모유수유의 差異實踐率을 보면, 어떤 종류의 醫療機關에서 분만이 이루어졌는가에 따라 출생아에 관한 모유수유 실천율에 상당한 차이가 나타난다. 즉 綜合病院이나 病院 등의 2, 3차 醫療機關에서 분만한 산모의 수유기간(1.4개월)은 産婦人科醫院 등 1차 의료기관에서 분만한 경우(1.8개월)에 비하여 짧다($D=21.564, p=.000$).

그리고 帝王切開分娩時에는 完全 母乳授乳期間이 정상분만시의 1/2에 불과하다는 유의한 차이가 제시되었다(정상분만시 1.9개월, 제왕절개분만시 0.9개월, $D=118.147, p=.000$).

또한 分娩後 의료기관에서 입원기간 중 신생아에게 母乳授乳한 經驗이 있는 경우에는 출생 직후부터 의료기관에서 全的으로 조제분유로 수유된 경우에 비하여, 이후 家庭에 돌아와서 繼續 母乳授乳되는 기간이 훨씬 긴 것으로 나타났다(完全 母乳授乳期間: 의료기관에서 모유수유경험시 3.6개월, 의료기관에서 완전 조제분유시 1.0개월, $D=395.023, p=.000$).

즉 母乳授乳 勸獎·支援과 관련하여 전세계적으로 관심이 집중되고 있는 出生直後 醫療機關에서의 母乳授乳가 이후의 수유양상에 엄청난 영향을 준다는 점이 우리나라의 여건에서도 實證的으로 제시되었다고 하겠다.

바. 母乳授乳 中斷 最頻時期

우리나라에서 母乳授乳率이 이와 같이 低調하다면, 앞으로 이를 勸獎·支援하기 위한 敎育·弘報戰略을 펼쳐 나감에 있어서, ‘과연 어느 時期에 초점을 맞추어야 하는가’가 중요하다.

본 연구에서 母乳授乳에 관한 生存曲線이 감소되는 양상과 관련하여, 관찰된 전체기간 중 ‘授乳中斷이 가장 많이 일어나는(最頻數) 期間」을 생

存函數의 密度確率(probability density)을 통하여 고찰해 보면, 完全 母乳授乳에 관한 生存函數에서는 출생 후 수유가 시작되면서 첫 한 달간에 가장 많은 사례의 어머니들이 母乳授乳를 시도조차 하지 않고 人工營養을 하는 방향으로 결정한 것으로 나타났으며(.444), 그 다음도 역시 비록 확률은 낮지만 생후 첫 2개월째임이 밝혀졌다(.100). 完全/부분적 母乳授乳에 관한 생존함수의 密度確率에서도 完全 母乳授乳의 경우와 마찬가지로 첫 수유가 시작되면서 바로 가장 많은 사례의 어머니들이 母乳授乳를 거의 시도하지도 않고 拋棄하는 것으로 나타났다(.275).

그리고 「單位期間 중 授乳中斷確率이 가장 높은 時期」를 검토하기 위하여 危害率(hazard rate)을 살펴보면, 동 확률이 높은 시기가 생후 첫 1개월째(.571)라는 점에서 母乳勸奨이 어느 시기부터 시작되어야 效果를 거둘 수 있는지를 충분히 시사받게 된다. 이는 完全/부분적으로 母乳授乳한 경우에도 마찬가지로 나타났다.

그렇다면 母乳授乳 勸奨은 妊婦의 産前管理期間을 통하여 이루어져야 하며, 출산후 이를 실천에 옮기기 위해서는 의료기관에서의 母乳授乳와 적어도 생후 첫 1개월간의 기간 동안 母乳授乳를 保護하는 보건의료인들의 지속적 指導나 相談이 필수요소라고 하겠다.

2. 母乳授乳 勸奨・支援政策의 方向과 課題

母乳授乳가 아동의 成長과 發達, 그리고 전생애를 통한 健康増進과 保護에 지대한 영향을 주고 있음은 주지하는 바와 같다. 그럼에도 불구하고 전국 214개 保健所에 來所한 1993년도 出生兒(10,830명)의 母乳授乳 實態를 분석한 결과, 우리나라에서는 출생 직후에 이미 新生兒 2명 중 1명은 전혀 母乳授乳되지 않는 것으로 나타났다.

그렇다면 ‘어떠한 요인이 母乳授乳 實踐의 장애요소로서 작용하고 있는가’를 규명하여 이에 대한 정책대안을 수립할 필요가提起되는데, 본 研究結果에 근거하여 유의한 변수로 제시된 요인들을 도출해 보면, 그 構成要素가 크게 醫療供給者側(provider agency) 要因과 授乳實踐 對象者側(client) 要因으로 구분된다. 따라서 醫療供給者側과 授乳實踐 對象者側의 유의한 변수들을 통하여 유도될 수 있는 대응책을 摸索해 보고자 한다.

첫째, 出産時 醫療供給者側 요인 중에서는 의료기관에서의 「母乳授乳 經驗與否」가 본 분석에 포함된 어떤 변수보다도 母乳授乳實踐에 가장 유의한 차이를 초래한 요인으로 나타나($D=395.023 \sim 476.563$, $p=.000$), 分娩이 이루어진 의료시설에서부터 母乳授乳가 실천될 수 있도록 하는 方案이 대두되어야 할 필요성이 크다고 하겠다. 그리고 본 研究 結果, 母乳授乳實踐率이 낮은 것으로 나타난 帝王切開 分娩兒와 低體重兒의 경우에는 특히 의료인의 집중적인 管理과 支援이 요구되므로, 醫療機關이나 관련 醫療人의 役割을 強化시키는 측면에서 대책을 강구하는 것이 母乳授乳 勸奨效果를 극대화시킬 수 있는 효과적인 接近方法이라 볼 수 있다.

둘째, 授乳對象側 요인 중에서 教育水準이 높은 母性, 男兒를 分娩한 母性, 그리고 첫 자녀를 출산한 母性에게서 母乳授乳實踐率이 낮게 나타나고 있음은 母乳授乳에 대한 認識이 왜곡되고 있다는 사실을 여실히 보여주고 있다. 그런데 이러한 결과는 母乳授乳實踐 當事者인 어머니에게 그 根本原因이 있으므로 일차적으로는 女性을 대상으로 하되 홍보・교육을 실시해 나가야 하지만, 더 나아가서는 이들의 家族과 社會全般에 걸쳐 母

乳授乳의 認識提高를 위한 방안을 포괄적으로 강구함이 보다 根本的인 方向이라 생각된다.

따라서 본 절에서는 母乳授乳實踐率의 提高와 授乳持續期間의 延長이라는 目標아래, 이 두 가지 방향에서 전개될 수 있는 母乳授乳 勸獎 및 支援策을 제시해 보고자 한다.

가. 醫療供給者 關聯 支援政策의 課題:

分娩醫療施設에서부터의 母乳授乳 勸獎·支援 方案

본 연구결과, 分娩施設에서 母乳授乳 경험이 없는 경우, 즉 出生兒의 첫 授乳를 調製粉乳로 시작한 경우에는 母乳授乳實踐率이 매우 낮은 것으로 나타나 分娩施設에서의 첫 授乳行態가 이후의 母乳授乳 實踐과 깊은 연관성이 있음을 알 수 있게 한다.

그런데 현재 우리나라의 거의 모든 綜合病院⁴⁾에서는 의료인의 專門的 診療와 효율적 看護管理를 위하여 出生兒를 出生 直後부터 產母와 隔離시키고 있어서, 아기는 母乳를 먹을 수 있는 기회를 놓치게 된다. 물론 產母가 母乳授乳를 원할 경우에, 醫療人이 아기를 產母에게 데려다 주거나 산모가 新生兒室에 가서 모유수유를 할 수는 있다. 그러나 이러한 행위는 醫療慣行으로 볼 때, 醫療人의 業務에 지장을 초래하므로, 母乳授乳에 적절한 施設이 지원되거나 人力이 보강되지 않고서는 이를 현실적으로 실천하기 어려운 점이 많다. 왜냐 하면 產母가 母乳授乳에 대한 올바른 知識을 가지고 自身과 아기의 건강을 위하여 어떤 어려움이 있어도 실천하겠다는 意志가 확고할지라도, 의료인의 협조없이 의료기관에서 母乳를 먹이기로 참으로 어려운 實情이기 때문이다. 즉 모유 먹이기를 위해서는 分娩醫療施設에서의 方針이 關鍵이며, 이와 함께 醫療人의 지도·관리가 중요한 役割을 하게 된다. 따라서 出生兒가 첫 授乳를 母乳로 경험하도

4) 엄밀히 말하자면, 우리나라에서 철저하게 分娩後 母子同室管理를 실시하는 綜合病院은 1개소에 불과하다.

록 하기 위한 방안으로 의료기관에 대한 政策的, 制度的 裝置의 도입이 요구된다고 보겠다.

1) 分娩醫療施設에서의 「母子同室制」(rooming-in system) 實施

産母와 아기를 따로 관리하는 지금의 의료기관 慣行으로는 母乳授乳를 실천하기란 매우 어려운 일이다. 따라서 무엇보다도 먼저 分娩施設에서 産母와 出生兒가 같은 방에 있게 하는 입원실 구조가 요구되는데, 이 「母子同室」 형태의 운영이야말로 分娩 醫療機關에서 産母와 新生兒가 母乳授乳 經驗을 갖도록 하기 위한 핵심적인 方案이다.

그러나 「母子同室制」가 이루어지면 의료기관에서는 出生兒를 個別的으로 保護・管理하여야 하므로, 기존방식의 별도 新生兒室에서 모든 신생아를 함께 관리하는 경우보다 醫療人의 관리 책임이 더 막중하게 요구된다. 즉 의료기관의 입장에서 볼 때, 醫療人의 업무가 加重될 뿐 아니라 적절한 입원실 공간이 확보되어야 하므로, 母子同室制를 능동적으로 施行하기란 현실적으로 어려운 일이다. 따라서 현재의 규정 하에서는 「母子同室」의 운영을 기피할 수 밖에 없는 실정이므로, 이를 권장하자면 제도적 뒷받침이 요구된다.

그러므로 母乳授乳 實踐을 增進시키기 위하여 향후 病院設立 規定에 産科病床은 일정 비율의 母子同室 설치를 義務化하는 관련조항을 신설함이 바람직하다고 본다. 단, 産母가 질병 즉 B형 간염, 포진 등이 있는 경우나 産母나 出生兒가 감염의 위험이 있는 경우에는 隔離될 필요가 있으므로, 기존의 「新生兒室」은 유지되도록 한다. 그리고 기존 病院에서는 授乳時 新生兒를 産母에게 데려다 주는 방법으로 「母子同室」과 동일한 代替效果를 가져오도록 운영하면서, 점진적으로 母子同室制를 도입하도록 하는 방안이 그 代案이 될 수 있겠다.

2) 母乳授乳 專門醫療人力의 配置

의료인의 母乳授乳 勸獎과 支持活動은 産母의 母乳授乳 實踐行爲에 직접적인 영향을 준다. 더욱이 帝王切開分娩과 低體重兒를 分娩한 경우에는 의료인의 專門的인 査定과 지속적인 管理가 요구되므로, 母乳授乳 專門醫療人力 배치가 더욱 절실히 요구된다. 특히 危險이 예상되는 分娩이 많이 이루어지는 綜合病院에서는 出生兒를 査定, 管理하고 母乳授乳 實踐行爲를 지원할 수 있는 人力이 확보되어야 할 필요성이 크다고 본다. 이미 美國에서는 母乳授乳 指導와 看護管理를 전담하는 「授乳 相談者」(breast-feeding consultant)가 배치되어 出産 前後의 임신부와 가족을 지도하고 있다. 또한 일본, 호주, 뉴질랜드 등에서도 專門 看護人力을 두고 母乳授乳 준비를 위한 지도와 더불어 母乳授乳를 어렵게 하는 身體的 要因에 관하여 관리해 주거나 교육을 실시하고 있다.

이러한 추세에 비추어 볼 때, 실질적인 情報提供과 母乳授乳 支持者로서의 역할을 수행하는 專門人力이 綜合病院內에 배치되어야 할 필요성이 크다고 하겠다. 그러나 의료기관이 자발적으로 전담인력을 배치하기란 쉽지 않으므로, 이에 대한 制度的 裝置로서 최근 「醫療의 質 管理」의 일환으로 수행하고자 하는 「綜合病院 서비스 評價制」의 한 평가항목으로 이를 다루는 것이 적절한 勸獎方法이라 보겠다.

나. 實踐對象者 關聯 勸獎政策의 課題:

母乳授乳에 관한 認識提高 方案

母乳授乳에 대한 認識을 제고시키기 위해서는 무엇보다도 먼저 ‘어떤 대상집단에서 母乳授乳實踐率이 낮은가’를 규명하여, 母乳授乳를 勸獎하고 支援하여야 할 일차적 目標集團을 파악할 필요가 제기된다. 본 研究 結果에 근거하여 母乳授乳 脆弱集團으로 간주되는 對象者側 특성을 도출하여 보면, 母性側 특성으로는 教育水準이 높은 여성, 35세 이상의 高年齡, 初産婦 등이었으며, 出生兒側 특성으로는 帝王切開分娩兒, 低體重兒, 그리

고 男兒인 경우로 나타났다.

따라서 母性이 高學歷일수록 母乳授乳實踐率이 낮게 나타나고 있음은 保健敎育의 필요성이 절실함을 알 수 있게 한다. 즉 지식층 여성이 母乳授乳를 실천하게 되면 이들이 속한 이웃과 지역사회에 매우 긍정적인 波及效果를 초래하므로, 母乳授乳實踐의 「甦生期」(제3단계)를 선도하는 「都市 엘리트층 母性」들에 대한 母乳授乳의 올바른 지식과 인식확립의 重要性이 바로 여기에 있다고 보겠다.

또한 男兒를 분만한 산모에게서 母乳授乳實踐率이 낮게 나타나고 있는 점은 중국의 경우와도 일치된 결과인데(Chen, 1992:264-266), 이는 男兒를 선호하는 傳統的 思考方式과 調製粉乳가 母乳보다 좋다는 잘못된 판단 아래 나타난 결과라고 볼 수 있어, 어머니의 올바른 知識涵養이 무엇보다 중요한 요소라고 인식된다. 그러므로 母乳授乳에 대한 認識을 제고시키기 위해서는 이상과 같은 특성을 지닌 대상을 중심으로, 弘報·敎育을 전개해 나가야 할 필요성이 대두된다.

한편 弘報·敎育戰略에 있어서는 1968년 美國의 한 醫師가 “人工授乳는 간편하고 안전하며 누구나 성공적으로 수행할 수 있어 母乳授乳로 인한 불편을 더 이상 감수할 필요가 없는 것으로 생각된다”고 同僚 醫療人과 中産層 母性을 대상으로 조언을 하였는데, 開發途上國을 포함한 여러 國家에 이 내용이 전달됨으로써 당시 人工授乳가 전세계적으로 널리 확산되었다는 實例가 있다(Hill, 1968:161). 이는 곧 국가적 차원의 지원정책 결여와 더불어 保健醫療界의 支持가 수반되지 않았을 경우, 人工授乳를 선택하기가 매우 용이하다는 사실로 이해될 수 있어, 母乳授乳의 認識提高를 위한 弘報·敎育活動에서는 국가적 차원에서의 노력이 重要な 役割을 한다고 볼 수 있다.

1) 保健醫療界의 支持: 母乳의 우수성을 입증하는 實證的 연구수행

外國의 경우와는 달리 그간 우리나라 保健醫療界가 母乳授乳 實踐에 대하여 그다지 관심을 두지 않았음은 '10 個所의 分娩醫療施設 중 7個所에서는 모유수유가 전혀 이루어지지 않고 있다'는 본 연구결과로 충분히 立證된다. 물론 이러한 여건 하에서 모유의 우수성에 관한 臨床的 研究가 소홀하였음은 두말 할 나위가 없다. 그러나 모유수유 권장을 지원하기 위하여는, 외국의 연구결과도 많지만, 한국인을 대상으로 하여 母乳授乳의 우수성을 입증하는 實證的 연구결과가 提示될 때, 그 效果가 극대화될 수 있을 것이다. 따라서 우리나라에서의 研究를 통하여 모유권장을 위한 科學的이고 技術的인 支持가 수반되도록 함이 바람직하다고 보겠다.

2) 公共保健機關에서의 勸獎 및 支持:

保健所의 健康增進事業을 통한 母乳授乳 勸獎活動 強化

保健所에서 임산부를 대상으로 「아기 健康 가꾸기」 프로그램을 운영하여 母乳授乳의 중요성과 필요성을 강조하고, 충분한 상담을 실시하여 母乳授乳에 어려움이 따르지 않도록 지원하며, 母乳授乳의 지속을 어렵게 만드는 요인들을 중점적으로 指導·管理한다. 본 연구결과, 신생아(생후 첫 1개월)의 母乳授乳經驗率(혼합수유 포함시)이 72.5%임을 볼 때 母乳授乳의 지속적 實踐을 위하여 방문 서비스를 통한 보건 의료인의 역할이 매우 중요하다고 볼 수 있다. 특히 小家族化 경향에 비추어 出産家庭을 위한 家庭訪問 서비스는 保健福祉的 側面에서 필수적으로 개발되어야 할 주요 지원책 중 하나이다.

그런데 授乳指導시 '출생 후 언제까지 母乳授乳를 하여야 하는가'가 문제로 제기될 수 있는데, 최근 報告에 의하면 先進國의 경우에는 최소 생후 6개월까지, 그리고 環境衛生水準이 낮은 開發途上國에서는 생후 2년까지도 母乳授乳를 권장하고 있다(Cunningham, 1991:659-666). 따라서 우리나라에서는 적어도 생후 6개월까지는 完全 母乳授乳를 實踐하도록 勸獎

하는 것이 바람직하다고 본다.

3) 民間醫療機關에서의 母乳授乳 勸獎 및 準備 支援

등 분석결과, 母乳授乳 中斷確率이 가장 높은 시기가 출생 직후와 출생 후 첫 1, 2개월째임을 감안하여 볼 때, 母乳授乳 勸獎教育은 출산 전에 이루어져야 함이 분명하므로 産前管理를 통한(특히 임신말기) 教育이 가장 효과적이라는 결론을 얻게 된다. 또한 대부분(88.1%)의 산전관리가 民間醫療機關에서 이루어지고 있는 현실을 감안하여 볼 때(공세권 외, 1992:216), 醫療機關에서의 授乳教育 및 指導는 그 擴散效果가 크다고 보겠다. 따라서 母乳授乳에 관한 올바른 지식전달을 위해서는 民間醫療機關을 통한 教育이 성과가 클 것으로 판단되므로, 母乳授乳 권장을 위한 민간기관의 정기적인 프로그램 운영이 요구된다. 혹 민간의료기관에서 이와 같은 프로그램을 독자적으로 운영하기 어려운 경우에는 地域 保健所와 連繫하여 「아기 健康 가꾸기」를 共同으로 실시하도록 하는 것도 좋은 방법이 될 수 있을 것이다.

4) 社會的 支持: 「母乳 먹이기」를 위한 구체적 슬로건의 擴散

母乳授乳實踐率을 높이고 授乳期間의 단축을 막기 위해서는 어머니를 대상으로 教育·弘報하는 단계에서 더 나아가 이들이 속한 家族과 地域社會 모두를 대상으로 함이 바람직하다고 본다. 즉 社會運動의 차원으로 母乳授乳 勸獎을 확산시키는 것이 어머니로 하여금 母乳授乳 行爲에 대한 矜持를 높여줄 수 있기 때문이다.

이에 民間 保健醫療 有關團體(大韓看護協會, 大韓醫學協會, 大韓病院協會, 大韓家族計劃協會 등)를 중심으로 모유수유 實行指針이 될 수 있는 구체적 슬로건을 製作하여 사회전반에 널리 弘報하고, 이를 통하여 국민의 健康增進 行爲를 올바른 방향으로 선도해 나아갈 수 있도록 하는데 관심을 기울여야 할 것이다.

예를 들어, ‘모든 女性은 母乳를 수유할 수 있어야 하며, 아기에게는 健康할 權利로서 母乳가 수유되어야 한다’는 인식 아래 ① 「출생 후 6주까지는 오로지 母乳만 먹이자」, ② 「출생 후 6개월까지는 가능한 한 母乳만으로 키우자」, ③ 「출생 후 6개월 이후에도 쉽게 調製粉乳로 바꾸지 말자」 등의 슬로건을 통하여 初乳를 포함한 영아기 母乳授乳의 중요성을 강조하여야 할 것이다.

한편 醫療人에게는 ① 「産前에는 모유수유 準備을 위한 교육을」, ② 「産褥入院期間 중에는 모유수유 實踐을 위한 지도를」, ③ 「BCG 예방접종시(생후 1개월 이내 실시됨)에는 모유수유 持續을 위한 상담을」 등의 슬로건을 만들어 그 역할을 강조하여야 할 것이다.

이상과 같이 현재 우리나라에서 매우 低調한 것으로 나타난 母乳授乳 實踐을 제고시키기 위하여, 保健醫療機關과 保健醫療人이 하여야 할 몫, 母乳授乳 實踐의 當事者인 어머니가 하여야 할 몫, 社會가 함께 하여야 할 몫을 각각 제시하였다. 이들이 一體가 되어 母乳授乳를 保護·支援·勸奨한다면, 21世紀를 향하여 새롭게 강조되고 있는 「健康 增進과 保護」의 첫걸음인 「엄마 젖 먹이기」는 빠른 시기에 그 成果를 거둘 수 있을 것이다.

參 考 文 獻

- 경제기획원·가족계획연구원, 『1974年 韓國 出産力調査 報告』, 1977.
- 경제기획원 조사통계국, 『人口 및 住宅調査報告』, 경제활동, 1970~1995.
- , 『장래인구추계』, 1991.
- 공세권 외, 『한국에서의 家族形成과 出産形態: 1991년 전국 출산력 및 가족보건 실태조사』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 김영훈·조성훈, 「미숙아 및 만삭아 분만 산모의 初乳와 成熟 母乳에 있어서 면역세포 구성의 비교관찰」, 『가톨릭대학 의학부 논문집』, 제 46집, 제1호, 1993, pp. 255~265.
- 김효진, 「영아의 授乳 및 補充食에 대한 조사연구」, 서울대학교 대학원 석사학위논문, 1992.
- 농수산부, 『食品添加物 生産實績』, 1987, 1992.
- 박인화·황나미, 『母子保健의 政策課題와 發展方向』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 박흥기 외, 「이유에 관한 실태조사」, 『소아과』, 30(3), 1987.
- 보건사회부, 『의료보험 요양급여 기준 및 진료수가 기준』, 1994.
- 서울시, 「母乳授乳率 調査結果」, 1993(내부자료).
- 심태섭, 「병원의 모유권장 정책」, 『母乳授乳勸奨 活性化方案 세미나』 소비자 문제를 연구하는 시민의 모임, 1994.
- 유니세프 한국위원회·아기에게 친근한 병원만들기 위원회, 『성공적인 母乳授乳를 위한 教育 指針書』, 1994.
- 통계청, 『1990 人口 住宅 總調査 報告書』, 제1권 전국편, 1992.
- 통계청, 『經濟活動人口年報』, 1980, 1992.
- 한국농촌경제연구원, 『食品需給表』, 1992.

日本 厚生統計協會,『國民衛生の 動向』, 40(9), 1993.

Alan S.R., Willam F. P. et al., "A comparison of breast-feeding data from the national surveys of family growth and the Ross laboratories mothers surveys", *AJPH*, 81(8), 1991, pp. 1049~1052.

Anderson J.A., Weiss L., Rebeck J.W., Cabal L.A., Sweet L.C., "Hyperreactivity to cow's milk in an infant with LE and tart cell phenomenon", *J. Pediatr.*, 84, 1984, pp. 59~67.

Anderson L.J., Parker R.A., Strikas R.L., "Association between respiratory syncytial virus outbreaks and lower respiratory tract deaths of infants and young children", *J. Infect. Dis.*, 161, 1990, pp. 640~646.

Arnon S.S., Damus K., Thompson B., Midura T.F. & Chin J., "Protective role of human milk against sudden death from infant botulism", *J. Pediatr.*, 100, 1982, pp. 568~573.

Bauchner H., Leventhal J.M., Shapiro E.D., "Studies of breastfeeding and infections: How good is the evidence?", *JAMA*, 256, 1988, pp. 887~892.

Briend A. et al., "Breastfeeding, nutritional state and child survival in rural Bangladesh", *Br. Med. J.*, 296, 1988, pp. 879~882.

Brown K.H. et al., "Infant feed practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar", *Pediatrics*, 83, 1989, pp. 31~40.

Carpenter R.G., Gardner A., Emery J.L., et al., "Prevention of unexpected infant death", *The Lancet*, 1, 1983, pp. 723~727.

Chandra R.K., Puri S., Hamed A., "Influence of maternal diet during lactation and use of formula feeds on development of atopic eczema in high-risk infants", *Br. Med. J.*, 299, 1989, pp. 228~230.

- Chen Y. et al., "Artificial feeding and hospitalization in the first 18 months of life", *Pediatrics*, 81, 1988, pp. 58~62.
- Chen Y., "Factors associated with artificial feeding in Shanghai", *AJPH*, 82(2), 1992, pp. 264~266.
- Clavano N.R., "Mode of feeding and its effect on infant mortality and morbidity", *J. Trop. Pediatr.*, 82, 1982, pp. 287~293.
- Cochi S.L., Fleming D.W. et al., "Primary invasive Haemophilus influenzae type B disease: a population-based assessment of risk factors", *J. Pediatr.*, 108, 1986, pp. 887~896.
- Cunningham A.S., "Breast-feeding and health in the 1980s", *J. Pediatr.*, 118, 1991, pp. 659~666.
- , "Morbidity in breast-fed and artificially fed infant", *J. Pediatr.*, 90, 1977, pp. 726~729.
- Cunningham A.S., Jelliffe D.B., Jelliffe E.F.P., "Breast-feeding and health in the 1980s: A global epidemiology review", *J. Pediatr.*, 118(5), 1991, pp. 659~666.
- Damus K., Pakter J. et al, *Postnatal medical and epidemiological risk factors for the sudden infant death syndrome*, New York: PMA Publishing Corp., 1988, pp. 187~201.
- Davis M.K., Savitz D.A., Gradubard B.I., "Infant feeding and childhood cancer", *The Lancet*, 2, 1988, pp. 365~368.
- Dixon W.T., *BMDP Statistical Software Manual*, Volume 2. University of California Press, 1988.
- Emery J.L., "Is sudden infant death syndrome a diagnosis?", *Br. Med. J.*, 299, 1989, p. 1240.
- Forman M.R. et al., "Breast-feeding and respiratory infections during the first year of life", *Int. J. Epide.*, 13, 1984, pp. 447~453.
- Frank A.L. et al., "Breastfeeding and respiratory virus infection",

- Pediatrics*, 70, 1982, pp. 239~245.
- Gerrard J.W. et al., "Cow's milk allergy", *Acta Paediatr. Scand.*, 234, 1973, pp. 1~21.
- Habicht J.P., Davanzo J., Butz W.P., "Mother's milk and sewage: their interactive effects on infant mortality", *Pediatrics*, 81, 1988, pp. 456~461.
- Han S.T., *New Horizons in Health*, WHO/WPRO, 1994(Mimeo)
- Hill L.F., "A salute to La Leche League international", *J. Pediatr.*, 73, 1968, pp. 161~162.
- Howie P.W., Forsyth J.S. et al., "Protective effect of breastfeeding against infection", *Br. Med. J.*, 300, 1990, pp. 11~16.
- Istre G.R., Conner J.S., Broome C.V. et al., "Risk factors for primary Haemophilus influenzae disease: increased risk from day care attendance and school-aged household members", *J. Pediatr.*, 108, 1986, pp. 887~896.
- Jacobson S.W., Jacobson, J.L., "Breast feeding and intelligences(IQ)", *The Lancet*, vol 339, 1992, pp. 926~927.
- Jain N. et al., "Cellular composition including lymphocyte subsets in preterm and fullterm human colostrum and milk", *Acta Paediatr. Scand.*, 80, 1991, pp. 395~399.
- Janowitz B. et al., "Breastfeeding and child survival in Egypt", *J. Biosoc.*, 13, 1981, pp. 287~297.
- Koletzko S., Sherman P. et al., "Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood", *Br. Med. J.*, 298, 1989, pp. 1617~1618.
- Lucas A., Brooke O.G., et al., "Early diet of preterm infants and development of allergic or atopic disease: Randomized prospective study", *Br. Med. J.*, 300, 1990, pp. 837~840.

- Lum M.K., Ward J.I., Bender T.R., "Protective influence of breastfeeding on the risk of developing H. influenzae type B disease", *Pediatr. Res.*, 436, 1982, p. 161.
- Macedo C.G., *Infant mortality in the Americas*, PAHO Bulletin, 22, 1988, pp. 303~312.
- Madeley R.J., Hull D., Holland T., "Prevention of postneonatal mortality", *Arch. Dis. Child.*, 61, 1986, pp. 459~463.
- Mayer E.J., Hamman R.F., Gay E.C. et al., "Reduced risk of IDDM among breastfed children", *Diabetes*, 37, 1988, pp. 1625~1632.
- Mafarland G.K. et al., *Nursing Diagnosis & Intervention*, 1989, p. 126.
- NCHS, "Advance report of final mortality statistics", *1987 Monthly Vital Statistics Report*, 38, 1989, pp. 32~33.
- , "Health aspects of pregnancy and childbirth", *Vital and Health Statistics*, Dept. of Health and Human Services, 1988.
- Pullan C.R., Toms G.L., Martin A.J. et al., "Breastfeeding and respiratory syncytial virus infection", *Br. Med. J.*, 281, 1980, pp. 1034~1036.
- Report of the Task Force on the Assessment of the Scientific Evidence, "Relating to infant-feeding practices and infant health", *Pediatrics*, 74, 1984, pp. 579~762.
- Richie E.R. et al., "Distribution of T lymphocyte subsets in human colostrum", *J. Immunol.*, 129, 1982, pp. 1116~1119.
- Rogan W.J., "Cancer from PCBs in breast milk? a risk benefit analysis", *Pediatr. Res.*, 612, 1989, p. 25.
- Royal L., Alade M.O., "Effect of delivery room routines on the success of first breastfeed", *The Lancet*, 336, 1991, pp. 1105~1107.

- Saarinen U.M., "Prolonged breastfeeding as prophylaxis for recurrent otitis media", *Acta Paediatr Scand.*, 71, 1982, pp. 567~571.
- Spardy D.W., *Between two worlds*, Univer of Alberta, 1982, pp. 167~173.
- SPSS-x, User's Guide, 2nd ed., SPSS Inc, 1986.
- Takala A.K, et al., "Risk factors of invasive *Haemophilus influenzae* type B disease among children in Finland", *J Pediatr.*, 115, 1989, pp. 694~701.
- Taylor E.M., Emery J.L., "Trends in unexpected infant deaths in Sheffield", *The Lancet*, 2, 1988, pp. 1121~1123.
- Teele D.W., Klein J.O., Rosner B., "Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective cohort study", *J. Infect. Dis.*, 160, 1989, pp. 83~94.
- Timmermans F.J.W. et al., "Chronic granulomatous otitis media in bottle-fed children", *Canad. Med. Assoc. J.*, 122, 1980, pp. 545~547.
- Trussell J. et al, "Trends and differentials in breastfeeding behavior: Evidences from the WFS and DHS", *Population Studies*, 46, 1992, pp. 285~307.
- Victora C.G., Smith P.G., Barros F.C. et al., "Evidence for protection by breastfeeding against deaths from infectious diseases in Brazil", *The Lancet*, 2, 1987, pp. 319~322.
- Watson E., Gardner A., Carpenter R.G., "An epidemiological and sociological study of unexpected death in infancy in nine areas of Southern England", *Med. Sci. Law.*, 21, 1981, pp. 78~88.
- WHO, The Prevalence and duration of breast-feeding: "A critical review of available information", *World Health Statistics*, 35(2), 1982, pp. 92~116.

WHO · UNICEF, *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: the Special Role of Maternity Services*, Geneva, 1989, pp. 17~19.

Whorwell P.J., Holdstock G. et al., "Bottle feeding, early gastroenteritis, and inflammatory bowel diseases", *Br. Med. J.*, 1, 1979, p. 382.

Wright A.L. et al., "Breast-feeding and lower respiratory tract illness in the first year", *Br. Med. J.*, 299, 1989, pp. 946~949.

附 錄

附 錄 1: 성공적인 母乳 먹이기 10단계

附 錄 2: 地域別 母乳授乳 繼續實踐率

附 錄 3: 영유아 授乳樣相 모니터링 樣式

성공적인 母乳 먹이기 10단계

WHO · UNICEF 共同 宣言(1989)

▶ 産母와 新生兒를 관리하는 모든 保健醫療施設은:

1. 보건의료인을 위한 母乳授乳 方針을 갖는다.
2. 이 방침을 실행하기 위하여, 모든 보건의료인들에게 技術을 訓練시킨다.
3. 母乳 젖의 장점을 妊産婦에게 敎育시킨다.
4. 태어난 지 30분이내에 母乳 젖을 물린다.
5. 임산부에게 母乳 젖 먹이는 方法을 자세히 가르친다.
6. 갓난 아기에게 母乳 젖 이외의 다른 食物을 주지 않는다.
7. 母乳과 아기는 한방을 쓰도록 한다.
8. 母乳 젖은 아기가 원할 때마다 먹인다.
9. 아기에게 母乳 젖 외에 다른 것을 물리지 않는다.
10. 母乳 젖 먹이는 모임을 만들고, 産母가 퇴원하면 이 모임의 도움을 받도록 한다.

附錄 2

〈附表〉 地域別 母乳授乳 繼續實踐率¹⁾

1. 서울시

영아기	완전 모유수유시			혼합수유 포함시		
	모유수유 실천율	밀도확률	위해율	혼합수유 포함시 실천율	밀도확률	위해율
생후 첫 1개월째	57.9%	.421	.533	71.7%	.283	.329
2	48.3	.096	.181	62.3	.094	.140
3	44.2	.041	.089	57.6	.048	.078
4	40.5	.037	.088	52.8	.048	.087
5	34.6	.059	.157	47.4	.054	.107
6	31.1	.035	.107	43.6	.038	.084
7	25.6	.055	.192	38.7	.049	.120
8	20.7	.049	.213	34.4	.043	.116
9	18.4	.022	.115	31.7	.027	.081
10	15.1	.034	.200	28.2	.036	.120
11	12.9	.022	.155	25.8	.023	.083
12	10.8	-	-	23.4	-	-
수유기간(중앙값): 전대상아	1.8개월			4.5개월		
수유기간(중앙값) 모유수유아 국한시	6.4개월			7.7개월		

1) 본 統計에서 濟州道가 제외된 까닭은 분석대상 사례수가 50 미만이었기 때문이다.

2. 부산시

영아기	완전 모유수유시			혼합수유 포함시		
	모유수유 실천율	밀도확률	위해율	혼합수유 포함시 실천율	밀도확률	위해율
생후 첫 1개월째	60.6%	.394	.491	82.0%	.181	.198
2	45.9	.147	.277	74.3	.077	.098
3	41.9	.039	.090	71.0	.033	.046
4	37.8	.042	.104	67.0	.039	.057
5	31.7	.061	.175	63.5	.035	.054
6	28.0	.037	.123	56.1	.050	.081
7	22.4	.056	.221	37.4	.097	.181
8	13.2	.092	.518	18.9	.196	.502
9	10.4	.029	.242	14.2	.053	.198
10	8.1	.023	.245	11.7	.034	.152
11	6.2	.019	.270	11.6	.020	.103
12	4.6	-	-	9.6	-	-
수유기간(중앙값) : 전대상아	1.7개월			6.9개월		
수유기간(중앙값) : 모유수유아 국한시	5.4개월			7.4개월		

3. 대구시

영아기	완전 모유수유시			혼합수유 포함시		
	모유수유 실천율	밀도확률	위해율	혼합수유 포함시 실천율	밀도확률	위해율
생후 첫 1개월째	41.0%	.590	.838	57.8%	.422	.534
2	38.6	.024	.061	50.6	.072	.133
3	34.9	.036	.098	44.6	.060	.127
4	32.5	.024	.071	43.4	.012	.027
5	26.5	.060	.204	37.4	.060	.149
6	25.3	.012	.048	36.1	.012	.033
7	24.0	.013	.053	31.1	.026	.076
8	21.1	.029	.129	25.5	.046	.146
9	19.5	.016	.080	25.5	.000	.000
10	16.1	.034	.191	19.3	.037	.138
11	16.1	.000	.000	19.3	.000	.000
12	14.2	-	-	16.0	-	-
수유기간(중앙값): 전대상아	0.9개월			2.1개월		
수유기간(중앙값): 모유수유아 국한시	8.4개월			9.0개월		

4. 인천시

영아기	완전 모유수유시			혼합수유 포함시		
	모유수유 실천율	밀도확률	위해율	혼합수유 포함시 실천율	밀도확률	위해율
생후 첫 1개월째	45.9%	.541	.742	66.7%	.333	.400
2	39.9	.060	.140	57.9	.087	.140
3	37.7	.022	.056	54.1	.038	.068
4	33.3	.044	.124	47.5	.061	.119
5	29.2	.041	.132	42.0	.056	.123
6	25.5	.037	.135	37.3	.023	.056
7	21.3	.042	.179	29.1	.061	.164
8	17.3	.040	.208	22.5	.059	.189
9	15.4	.019	.116	18.6	.040	.151
10	12.9	.025	.179	15.7	.032	.143
11	11.3	.015	.128	13.2	.028	.145
12	4.6	-	-	6.0	-	-
수유기간(중앙값): 전대상아	0.9개월			3.7개월		
수유기간(중앙값): 모유수유아 국한시	6.6개월			7.1개월		

5. 광주시

영아기	완전 모유수유시			혼합수유 포함시		
	모유수유 실천율	밀도확률	위해율	혼합수유 포함시 실천율	밀도확률	위해율
생후 첫 1개월째	61.8%	.382	.472	74.8%	.252	.288
2	60.2	.016	.027	69.9	.049	.067
3	59.3	.008	.014	68.3	.016	.024
4	50.3	.091	.165	61.8	.065	.100
5	40.4	.099	.218	53.7	.081	.141
6	35.3	.051	.135	43.2	.	.118
7	33.3	.020	.059	30.9	.000	.000
8	20.8	.125	.462	22.5	.091	.211
9	20.8	.000	.000	11.2	.077	.222
10	20.8	.000	.000	11.2	.000	.000
11	20.8	.000	.000	11.2	.000	.000
12	20.8	-	-	11.2	-	-
수유기간(중앙값): 전대상아	4.0 개월			5.6 개월		
수유기간(중앙값): 모유수유아 국한시	7.2 개월			8.2 개월		

6. 대전시

영아기	완전 모유수유시			혼합수유 포함시		
	모유수유 실천율	밀도확률	위해율	혼합수유 포함시 실천율	밀도확률	위해율
생후 첫 1개월째	47.0%	.530	.722	70.6%	.294	.345
2	41.5	.055	.123	60.9	.097	.148
3	38.8	.027	.068	57.0	.039	.067
4	35.1	.037	.099	49.7	.073	.136
5	30.5	.046	.142	43.6	.061	.130
6	27.4	.031	.107	39.4	.033	.078
7	26.2	.012	.044	28.0	.026	.068
8	19.8	.064	.276	16.8	.066	.192
9	19.8	.000	.000	13.6	.021	.071
10	19.8	.000	.000	12.4	.024	.087
11	17.4	.025	.133	10.2	.025	.100
12	14.9	-	-	9.0	-	-
수유기간(중앙값): 전대상아	0.9 개월			4.0 개월		
수유기간(중앙값): 모유수유아 국한시	7.4 개월			7.4 개월		

7. 경기도

영아기	완전 모유수유시			혼합수유 포함시		
	모유수유 실천율	밀도확률	위해율	혼합수유 포함시 실천율	밀도확률	위해율
생후 첫 1개월째	55.6%	.444	.571	71.5%	.285	.333
2	44.2	.114	.228	60.7	.108	.163
3	40.0	.042	.101	56.5	.042	.072
4	35.2	.048	.128	51.0	.055	.103
5	31.5	.037	.111	46.4	.046	.094
6	27.7	.038	.128	42.0	.039	.087
7	22.9	.048	.188	35.8	.050	.126
8	19.0	.039	.188	30.6	.044	.124
9	16.4	.026	.147	26.1	.037	.118
10	14.3	.021	.140	21.9	.037	.132
11	12.2	.021	.156	18.9	.029	.120
12	10.2	-	-	14.9	-	-
수유기간(중앙값): 전대상아	1.5 개월			4.2 개월		
수유기간(중앙값): 모유수유아 국한시	6.0 개월			7.4 개월		

8. 강원도

영아기	완전 모유수유시			혼합수유 포함시		
	모유수유 실천율	밀도확률	위해율	혼합수유 포함시 실천율	밀도확률	위해율
생후 첫 1개월째	50.1%	.499	.664	66.6%	.334	.401
2	40.2	.100	.220	57.2	.094	.151
3	35.9	.044	.114	53.4	.036	.064
4	31.9	.039	.115	48.8	.046	.090
5	26.1	.058	.201	42.2	.067	.145
6	23.8	.023	.092	36.3	.039	.096
7	20.8	.030	.133	27.1	.054	.151
8	17.9	.029	.152	22.4	.029	.090
9	15.8	.021	.126	16.1	.045	.16233
10	11.4	.044	.320	11.4	.053	.229
11	10.4	.011	.097	10.1	.014	.070
12	5.9	-	-	6.4	-	-
수유기간(중앙값): 전대상아	1.0개월			3.8개월		
수유기간(중앙값): 모유수유아 국한시	5.5개월			7.0개월		

9. 충청북도

영아기	완전 모유수유시			혼합수유 포함시		
	모유수유 실천율	밀도확률	위해율	혼합수유 포함시 실천율	밀도확률	위해율
생후 첫 1개월째	60.2%	.398	.496	75.3%	.247	.282
2	55.2	.051	.088	69.8	.056	.077
3	51.2	.040	.074	65.0	.048	.071
4	46.7	.045	.091	61.9	.031	.048
5	45.9	.009	.019	61.3	.006	.010
6	42.8	.031	.069	53.7	.020	.033
7	31.0	.118	.321	39.7	.034	.059
8	20.6	.104	.402	26.3	.045	.084
9	20.6	.000	.000	19.5	.000	.000
10	20.6	.000	.000	16.2	.000	.000
11	20.6	.000	.000	9.9	.000	.000
12	20.6	-	-	7.6	-	-
수유기간(중앙값): 전대상아	3.3개월			12개월		
수유기간(중앙값): 모유수유아 국한시	7.1개월			12개월		

10. 충청남도

영아기	완전 모유수유시			혼합수유 포함시		
	모유수유 실천율	밀도확률	위해율	혼합수유 포함시 실천율	밀도확률	위해율
생후 첫 1개월째	58.6%	.415	.523	75.3%	.247	.282
2	45.7	.129	.247	64.2	.111	.159
3	42.8	.029	.065	59.9	.043	.070
4	38.7	.041	.101	53.9	.060	.105
5	34.1	.047	.128	48.6	.048	.094
6	30.5	.036	.110	41.5	.045	.095
7	26.8	.037	.130	32.3	.033	.077
8	23.5	.034	.133	27.8	.038	.095
9	22.6	.008	.035	23.1	.016	.042
10	21.7	.010	.045	19.8	.025	.071
11	20.9	.007	.035	14.9	.008	.023
12	19.3	-	-	13.5	-	-
수유기간(중앙값): 전대상아	1.7개월			4.8개월		
수유기간(중앙값): 모유수유아 국한시	6.3개월			8.0개월		

11. 전라북도

영아기	완전 모유수유시			혼합수유 포함시		
	모유수유 실천율	밀도확률	위해율	혼합수유 포함시 실천율	밀도확률	위해율
생후 첫 1개월째	57.9%	.421	.533	75.2%	.248	.283
2	46.1	.119	.229	63.4	.118	.170
3	40.9	.051	.118	57.0	.064	.107
4	35.8	.051	.134	52.8	.042	.077
5	31.9	.040	.116	49.5	.033	.064
6	27.3	.046	.155	42.1	.055	.119
7	22.8	.045	.180	32.9	.057	.137
8	19.9	.030	.137	24.6	.040	.110
9	17.3	.026	.138	19.7	.025	.075
10	16.0	.013	.078	15.8	.016	.050
11	14.4	.016	.106	8.9	.028	.097
12	13.5	-	-	4.2	-	-
수유기간(중앙값): 전대상아	1.7개월			4.9개월		
수유기간(중앙값): 모유수유아 국한시	5.6개월			7.2개월		

12. 전라남도

영아기	완전 모유수유시			혼합수유 포함시		
	모유수유 실천율	밀도확률	위해율	혼합수유 포함시 실천율	밀도확률	위해율
생후 첫 1개월째	64.4%	.356	.433	84.0%	.161	.175
2	53.2	.112	.191	76.1	.078	.098
3	46.9	.063	.125	70.3	.059	.080
4	40.5	.064	.147	64.3	.057	.085
5	36.3	.042	.109	59.2	.044	.071
6	31.1	.052	.154	49.2	.059	.104
7	24.8	.063	.226	40.0	.069	.135
8	19.1	.058	.262	32.0	.055	.123
9	17.1	.020	.108	26.8	.038	.096
10	15.4	.017	.103	21.4	.027	.073
11	13.2	.022	.154	14.9	.033	.098
12	10.2	-	-	11.2	-	-
수유기간(중앙값): 전대상아	2.5개월			6.6개월		
수유기간(중앙값): 모유수유아 국한시	5.8개월			8.0개월		

13. 경상북도

영아기	완전 모유수유시			혼합수유 포함시		
	모유수유 실천율	밀도확률	위해율	혼합수유 포함시 실천율	밀도확률	위해율
생후 첫 1개월째	53.2%	.468	.612	69.6%	.304	.359
2	42.8	.104	.217	61.6	.080	.122
3	38.9	.040	.096	58.4	.032	.053
4	35.0	.039	.105	54.5	.038	.066
5	31.4	.036	.109	50.4	.041	.078
6	28.2	.031	.106	43.8	.038	.079
7	25.6	.026	.098	36.5	.042	.094
8	22.4	.032	.133	31.3	.032	.078
9	20.1	.023	.109	27.6	.025	.067
10	17.7	.024	.128	22.2	.025	.072
11	16.0	.017	.099	19.1	.022	.066
12	14.2	-	-	16.5	-	-
수유기간(중앙값): 전대상아	1.3개월			5.1개월		
수유기간(중앙값): 모유수유아 국한시	6.6개월			9.8개월		

14. 경상남도

영아기	완전 모유수유시			혼합수유 포함시		
	모유수유 실천율	밀도확률	위해율	혼합수유 포함시 실천율	밀도확률	위해율
생후 첫 1개월째	58.6%	.414	.522	67.1%	.329	.394
2	42.1	.165	.329	56.2	.109	.178
3	36.5	.056	.143	49.3	.068	.129
4	33.3	.032	.091	46.9	.025	.052
5	30.1	.032	.101	43.7	.032	.070
6	25.1	.050	.179	36.3	.056	.136
7	23.5	.016	.068	30.3	.016	.042
8	22.8	.007	.028	27.1	.013	.036
9	21.9	.009	.041	21.9	.053	.163
10	20.4	.016	.074	17.3	.014	.047
11	14.6	.058	.333	12.0	.088	.364
12	4.9	-	-	7.6	-	-
수유기간(중앙값): 전대상아	1.5개월			2.9개월		
수유기간(중앙값): 모유수유아 국한시	5.2개월			8.3개월		

附錄 3

영유아 授乳樣相 모니터링(0,1세아)

시 구
 _____ 도 _____ 시 보건 소
 _____ 군

아기 일련번호: _____

id

baby No.

2)

3)

4)

1. 아기이름: _____ 2. 생일: 199__년 __월 __일(만__개월)
 3. 성별: ☐1. 남 ☐2. 여 4. 출생순위: _____번째 자녀

5. 아기 출생시 어머니의 연령은 만으로 몇 세였습니까? 만 _____ 세

5)

6. 어머니께서는 학교를 어디까지 다니셨습니까?

☐0. 무학 ☐1. 국졸 ☐2. 중졸 ☐3. 고졸 ☐4. 대졸이상

6)

7. 아기는 어디에서 태어났습니까?

☐1. 종합병원 ☐2. 병원 ☐3. 의원
☐4. 조산소 ☐5. 보건기관(보건소, 모자보건센터 등)
☐6. 가정분만 ☐7. 기 타

7)

8. 아기를 어떻게 분만하셨습니까?

☐1. 정상분만(질식분만) ☐2. 제왕절개분만

8)

9. 병·의원에서 퇴원 전에 엄마 젖을 먹인 적이 있습니까?

☐1. 예 ☐2. 아니오

9)

10. 아기의 출생시 체중은 얼마나 됩니까? _____ gm

10)

11. 출생 이후부터 현재까지(0세아인 경우)/ 돌이 될 때까지(1세아인 경우)
아기의 월령변화에 따라 수유형태와 보충식 실천 및 어머니 취업에
관한 변화양상을 해당월별로 표시(v)해 주십시오.

출생 ↓	신생아기												백일 ↓	첫돌 ↙			
					1 개월	2 개월	3 개월	4 개월	5 개월	6 개월	7 개월	8 개월	9 개월		10 개월	11 개월	12 개월
	1주	2주	3주	4주													
아기 월령 ¹⁾	0 개월				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
모유만 수유함																	
혼합(모유+분유)																	
조제분유만 먹임																	
규칙적인 보충식 먹임 ²⁾																	
어머니 취업함 ³⁾																	

- 주: 1) 월령이란 만 월령의 개념임(예: 월령 1개월이면, 생후 31일에서 60일 간의
기간임)
2) 보충식이라 함은 모유나 조제분유 외 다른 식품을 매일 1회 이상 규칙적으로
먹이는 경우를 말함
3) 어머니가 집안일 외에 날마다 집에서 떨어진 곳에 있는 직장(일터)에
나가서 일을 할 경우 v 표시함

研究報告書 94-22

母乳授乳實態 分析과 支援政策의 課題

1994年 12月 日 印刷

값 3,000원

1994年 12月 日 發行

著 者 朴 仁 和 外

發行人 延 河 清

發行處 韓國保健社會研究院

서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14

代表電話：355-8003~7

登 錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)

印 刷 大明文化社

© 韓國保健社會研究院 1994

<著者略歷>

朴 仁 和

서울大學校 家政大學 食品營養學科 卒業

서울大學校 保健大學院 保健學 碩士

서울大學校 保健學 博士 (保健統計學 專攻)

現 韓國保健社會研究院 保健政策研究室長

黃 那 美

서울大學校 醫科大學 看護學科 卒業

서울大學校 保健大學院 保健學 碩士

서울大學校 大學院 博士 課程 (地域社會看護學 專攻)

現 韓國保健社會研究院 責任研究員
