

신생아 조산의 국제적 동향과 시사점

International Trends and Implications for Preterm Birth

이난희 한국보건사회연구원 전문연구원

1. 머리말

현재 많은 국가에서 조산(preterm birth)의 위험요인이 증가하고 있다. 세계적으로 매년 약 1,500만명 정도가 조산으로 출생하고 있으며, 이 가운데 매년 백만명 이상이 조산으로 인한 합병증으로 사망하고 있다. 생존한 아이들 가운데에서도 상당 수는 학습장애, 시각장애, 청각장애 등 일생동안 장애를 안고 살아간다.¹⁾

조산(Preterm birth)은 시간에 의한 증후군으로, 임신 37주 미만의 분만으로 정의된다. 선진국에서의 조산율은 신생아의 약 5~7%에 해당하지만, 개발도상국에서는 이보다 훨씬 높고, 전세계 신생아사망의 약 28%를 차지한다.²⁾

조산아의 대부분은 미숙아이기도 하다. 미숙

아와 관련한 문제는 UN의 밀레니엄개발 목표에도 잘 나타나 있다. 밀레니엄개발 목표(MDGs)란 UN에서 채택된 의제로, 2000년부터 2015년까지 세계의 빈곤을 반으로 줄이고자 8개의 주제로 하여 세부목표를 설정하고 있는데, Goal 4(유아사망률 감소)에는 5세 미만 유아사망률(under 5 mortality)을 2/3까지 감소시킨다는 목표가 포함되어 있다. 이는 5세 미만 사망의 40%가 신생아의 건강에 달려 있기 때문이며, Liu 등(2012)에 의하면, 2010년 전 세계 5세 미만 어린이 사망 가운데 14%가 조산으로 인한 합병증(Preterm birth complications)으로 사망한 것으로 보고하였다.³⁾

미숙아(prematurity)는 현재 5세 미만 어린이의 두 번째로 높은 사망 원인이며, 생애 첫 1개

1) WHO(2012). Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth.

2) Menon, R.(2008). Spontaneous preterm birth, a clinical dilemma: etiologic, pathophysiologic and genetic heterogeneities and racial disparity. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 87(6), pp.590~600.

3) Liu, L., Johnson, H.L., et al.(2012). Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-2010: an updated systematic analysis, The lancet, in press.

월 이내의 가장 중요한 단일 사망원인이다. 미숙아(Prematurity)의 문제는 고소득(high income) 국가에서는 중요한 공중보건 우선순위가 되고 있으나, 저소득(low-income) 및 중소득(middle-income) 국가에서는 국가 차원에서의 데이터의 부족 등으로 조산아와 관련한 정책의 한계가 있다. 공중보건학적인 관점에서 볼 때, 조산에 대한 정책 목표를 달성하기 위해서는 이와 관련한 데이터의 확보가 매우 중요하다.

우리나라는 모자보건법에서 미숙아등의 출생에 관한 사항을 관할 보건소장에 보고하도록 하고 있으며, 보건소장은 매년 미숙아 등의 전년도 출생사항을 관할 특별시·도를 거쳐 보건복지부장관에게 보고하도록 하고 있다.

본 연구에서는 신생아 조산에 대한 국제적인 정의 및 원인과 문제점을 살펴보고, 조산과 관련된 국제적 동향 및 우리나라의 현황을 검토하여, 그 시사점을 살펴보고자 한다.

2. 조산의 정의와 원인

1) 조산의 정의(Definition of preterm birth)

미숙아(prematurity)라는 개념에는 분만 후 생명을 유지하기에는 생물학적으로 미성숙하다는 의미가 포함되어 있다. 성숙(maturity)이란

완전한 발달이나 성장이 완성되는 과정을 말한다. 조산아(Infants bom pretem)는 신체의 기관이 미성숙하여 생존을 위한 도움을 필요로 하는 경우가 종종 있다. 이와 같이 성숙(maturity)의 정도는 사망률과 이환율에 중요한 결정요인이 된다.⁴⁾

조산(preterm birth)이란 임신이 완료되는 37주 이전 출생아 또는 여성의 마지막 월경 시작일부터 259일 미만으로 정의된다.⁵⁾ 이는 다시 임신 주수(gestational age)에 따라 extremely pretem(28주 미만)⁶⁾, very pretem(28주 이상 32주 미만), moderate pretem 또는 late pretem birth(32주 이상~37주 미만)으로 나뉜다. 조산율에 대한 지표는 태수(단태아, 다태아)와 관계없이 출생아 100명당 37주 미만 출생아 수로 나타낸다(WHO, 1977 재인용).

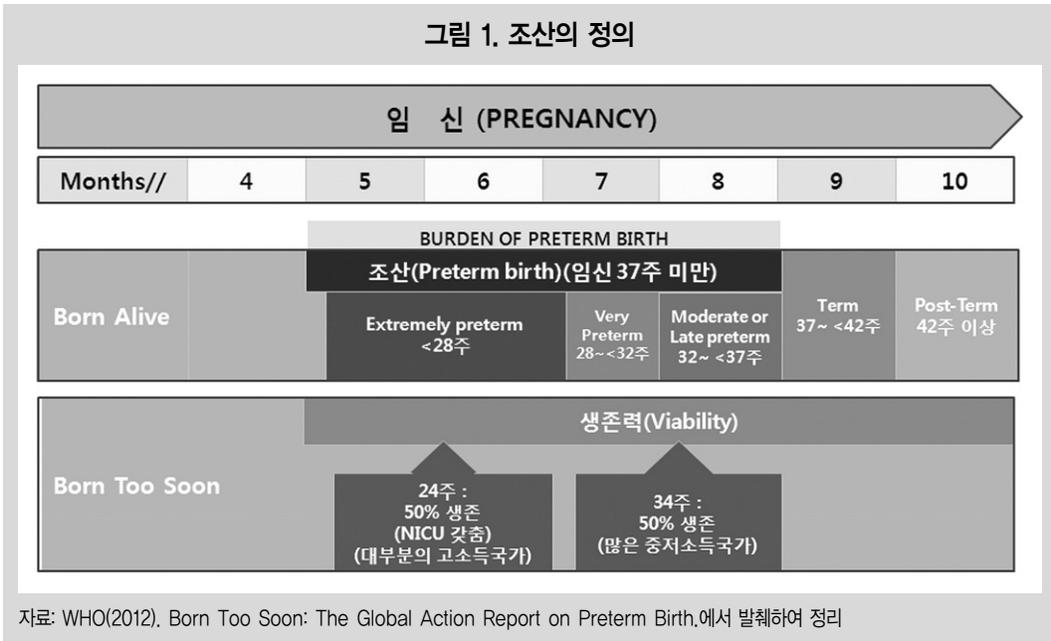
전세계적으로 신생아 사망 가운데 최소 50%는 조산이 원인이며, 고소득국가(high income country)에서는 24주 이내 출생아가 신생아 집중치료를 받아 생존할 확률이 50%, 중저소득국가(low and middle income country)에서는 34주 이내 생존 확률이 50%이다(그림 1 참조).

2) 조산아 발생 원인 및 위험요인

조산(preterm birth)의 원인은 다양하고, 복잡하며, 모든 여성들은 심리사회적, 생물학적, 임

4) IOM(2007). Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention. Washington, D.C.: National Academy Press.
 5) WHO(1993). International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, Vol.2. Geneva, Switzerland.
 6) 우리나라의 기준은 P07.2: 극단적 미숙아(Extreme immaturity), 임신 후 28주(196일) 이하, P07.3: 기타 조산아(Other preterm infants), 임신 후 2주 이상 37주(196일 이상 259일) 이하 및 미숙아로 구분하고 있음(자료: 통계청(2007). 한국표준질병·사인분류, p.675).

그림 1. 조산의 정의



상적 요인으로 인해 조산의 위험을 안고 있다고 볼 수 있다. 조산은 대개 우연히 발생하며, 기존에 알려진 이외의 원인으로 인해 발생하기도 한다. 또는 산모나 아기의 건강 보호를 목적으로 의료제공자들에 의해 유도되기도 한다. 본 장에서는 조산을 산모와 관련된 원인, 유형별 원인, 임상적인 원인으로 나누어 살펴보기로 한다.

산모와 관련된 조산의 원인을 살펴보면, 먼저, 조산의 가장 중요한 위험요인 중 하나는 산모의 과거 조산아 출산 경험이다. 산모의 임신력은 다태아의 임신, 제왕절개, 조산, 저출생체

중아, 장애 또는 사망 등 산모와 아기 모두의 건강상 위험과 관련이 있기 때문이다. 그러므로 조산아를 출산한 경험이 있는 산모는 다음 임신을 고려하기 전에 전문가와 논의해야 한다. 이외에 인종과 민족간에도 차이가 있는 것으로 보고되고 있으며⁷⁾, 여아보다 남아에게서 더 높다.⁸⁾ 조산은 사회 경제적 요인과 생활방식과도 관련되어 있으며, 최근에는 유전자의 역할도 제기되고 있다.⁹⁾ Wise 등(2010)의 연구에 의하면, BMI 지수가 18.5 미만의 저체중 여성 및 BMI 지수가 30 이상의 비만인 여성에서 조산의 위험이 증가

7) <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/MaternalInfantHealth/PretermBirth.htm>

8) Kent, A.L., et al.(2012). Mortality and adverse neurologic outcomes are greater in preterm male infants. *Pediatrics*, 129(1), 124~131.

9) Steer, P.(2005). The epidemiology of preterm labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 112(Suppl 1), 1~3.

하며¹⁰⁾, 현대의학기술의 발달 덕분에 작은 미숙아들이 생명을 구하는 내용이 마스크에 보도되면서 조산이 대수롭지 않은 일이라는 생각이 가임여성들 사이에 번지고 있는 것도 하나의 문제로 지적된다.

조산을 유형별로 보면, 자연조산(spontaneous preterm birth)과 의료제공자에 의한 조산(provider-initiated preterm birth)으로 나누어 볼 수 있다.¹¹⁾ 자연조산이란 자연적으로 출산이 시작되거나 출산 전에 양막이 파열되는 경우이며, 자연 조산의 징후는 임신기간,¹²⁾ 사회적·환경적인 요인 등으로 다양하지만, 아직 명확하게 밝혀지지 않고 있다.¹³⁾ 의료제공자에 의한 조산(provider-initiated preterm birth)은 산모나 태아 징후 또는 다른 비의료적인 원인으로 인해 임신 37주 전에 출산을 유도하거나 선택적인 제왕절개 출산을 하게 되는 경우이다. 최근 한 연구에서는 임신 34주에서 36주까지 의료제공자에 의한 조산의 절반 이상이 특별한 의료적인 징후없이 수행된 것으로 보고되었다.¹⁴⁾

이와 같이 조산은 유전적(genetic), 후생적(epigenetic), 환경적인 위험요인들의 상호작용 결과이며, 산모의 연령, 임신간격, 체질량지수(BMI) 등도 자연조산의 위험을 증가시키는 요인으로 작용하기도 한다.¹⁵⁾ ¹⁶⁾ 또는 임신기간을 잘못 측정하여 의도되지 않은 조산이 발생하기도 한다.¹⁷⁾

조산의 원인을 임상적으로는 산모와 태아로 구분하여 볼 수 있다. 산모의 원인으로는 심한 전자간증, 태반조기박리, 자궁파열, 담즙분비장애 등이며, 비정상적 검사를 동반한 태아성장지연은 조산의 더 직접적인 원인이 될 수 있다.¹⁸⁾

산모가 신장 질환, 고혈압, 비만과 당뇨 등의 질환을 가진 경우 조산의 위험이 증가한다. 전 세계적으로 비만과 당뇨병은 조산을 증가시키는 중요한 요인이 되고 있다. 실제로 영국의 한 지역에서 산모가 당뇨를 갖고 있는 경우 모두 조산으로 출생하였으며, 전 인구에서도 조산으로 출생할 확률이 2배 이상이었다.¹⁹⁾

10) Wise LA, et al.(2010). Prepregnancy body size, gestational weight gain, and risk of preterm birth in African-American women. *Epidemiology*. Mar; 21(2), pp.243~252.

11) Goldenberg, R.L., et al.(2008). *Epidemiology and Causes of preterm birth*, The Lancet, 371(9606), pp.75~84.

12) Steer, P.(2005). The epidemiology of preterm labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 112(Suppl 1), pp.1~3.

13) Menon, R.(2008). Spontaneous preterm birth, a clinical dilemma: etiologic, pathophysiologic and genetic heterogeneities and racial disparity. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 87(6), pp.590~600.

14) Gyamfi-Bannerman, C., et al.(2011). Nonspontaneous late preterm birth: etiology and outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(5), 456 e451~456.

15) Goldenberg, R.L., et al.(2008). 전계서.

16) Muglia, L.J., & Katz, M.(2010). The enigma of spontaneous preterm birth. *The New England Journal of Medicine*, 362(6), pp.529~535.

17) Mukhopadhyaya, N., & Arulkumaran, S.(2007). Reproductive outcomes after in-vitro fertilization. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 19(2), pp.113~119.

18) Ananth, C.V., and Vintzileos, A.M.(2006). Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19(12), pp.773~782.

표 1. 조산의 유형과 위험요인

구분	위험요인(Risk factors)	예(Examples)
자연 조산	- 임신연령과 임신간격 (Age at pregnancy and pregnancy spacing)	<ul style="list-style-type: none"> • 청소년임신 (Adolescent pregnancy) • 고령산모 (Advanced maternal age) • 짧은 임신간격 (Short inter-pregnancy interval)
	- 다태임신 (Multiple pregnancy)	<ul style="list-style-type: none"> • 쌍둥이 임신을 증가 (Increased rates of twin) • 의료적 지원을 받은 고차다태임신 (Higher order pregnancies with assisted reproduction)
	- 감염 (Infection)	<ul style="list-style-type: none"> • 요로감염 (Urinary tract infections) • 말라리아 (Malaria) • 인체면역결핍바이러스 (HIV) • 매독 (Syphilis) • 세균성질염 (Bacterial vaginosis)
	- 산모의 만성질환 (Underlying maternal chronic medical conditions)	<ul style="list-style-type: none"> • 당뇨병 (Diabetes) • 고혈압 (Hypertention) • 빈혈 (Anaemia) • 천식 (Asthma) • 갑상선질환 (Thyroid disease)
	- 영양 (Nutritional)	<ul style="list-style-type: none"> • 영양결핍 (Undernutrition) • 비만 (Obesity) • 미량원소결핍 (Micronutrient deficiencies)
	- 생활양식 / 직업 (Lifestyle/work related)	<ul style="list-style-type: none"> • 흡연 (Smoking) • 과도한 음주 (Excess alcohol consumption) • 기분전환약물 사용 (Recreational drug use) • 과도한 신체활동 (Excess physical work/activity)
	- 산모의 정신건강 (Maternal psychological health)	<ul style="list-style-type: none"> • 우울 (Depression) • 여성에 대한 폭력 (Violence against women)
	- 유전적 요인 및 기타 (Genetic and other)	<ul style="list-style-type: none"> • 가족력 등 유전적 위험 (Genetic risk, e.g., family history) • 자궁경관무력증 (Cervical incompetence)
의료제공자에 의한 조산	<ul style="list-style-type: none"> - 유도분만 또는 제왕절개 출산 (Medical induction or cesarean birth) • 산과적 적응증 (Obstetric indication) • 태아의 적응증 (Fetal indication) - 기타: 비의료적 적응 (Not medically indicated) 	<ul style="list-style-type: none"> • 자연 조산의 위험요인과 중복 (There is an overlap for indicated provider-initiated preterm birth with the risk factors for spontaneous preterm birth)

자료: Menon, R.(2008). Spontaneous preterm birth, a clinical dilemma: etiologic, pathophysiologic and genetic heterogeneities and racial disparity. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 87(6). pp.590~600.에서 발췌 정리

19) Steer, P.(2005). 전개서.

3) 조산의 예방과 관리

조산을 예방하기 위해서는 먼저 임신 3개월에 초음파검사를 실시하고 시험관수정에 의한 임신의 경우 쌍태아 등 다태임신을 최소한으로 줄이도록 해야 한다.²⁰⁾

본 연구에서는 조산의 예방과 관리방안을 WHO(2012)의 조산(preterm birth)의 예방, 조산아(premature baby)의 관리, 조기진통(Premem labor)의 관리로 나누어 정리하였다.²¹⁾

첫째, 조산의 예방이다. 이는 일관된 예측관리 프로그램을 통하여 출산간격 및 청소년 친화적인 서비스 등 가족계획, 교육 및 영양, 성관계를 통한 감염(STI)을 예방하며, 모든 여성에 대해 출생전 관리프로그램을 실시하고, STIs, 고혈압, 당뇨의 스크리닝 및 관리, 생애 위험에 대한 행태 변화 및 조산 위험이 높은 여성에 대한 집중적인 관리이다. 또한 유도분만과 제왕절개분만을 위한 제공자 교육, 금연 및 임신한 여성의 고용보장 등을 통한 정책적인 지원이다.

둘째, 조산아의 관리이다. 이는 수유지원, 신생아 소생(resuscitation), 캥거루 케어(Kangaroo Mother Care), 염산염 탯줄 관리(Chlorhexidine cord care)와 같은 기본적인 추가적인 신생아 관리를 말한다. 여기에는 호흡기 질환 및 감염 등 합병증을 가진 조산아 관리, 시설을 갖춘 포괄적인 신생아집중치료 등이 포함된다.

셋째, 조기진통의 관리이다. 이는 진통을 늦추는 자궁수축억제제(Tocolytics), 출생전 코르

티코스테로이드(corticosteroids), 조기양막파열 시 항생제 투여(Antibiotics for pPROM) 등을 통한 관리이다.

3. 조산아의 국제적 동향

1) 미국

미국의 경우, 조산아의 비율은 2009년 12.18%에서 2010년 11.99%, 2011년 11.72%로 계속해서 감소하고 있으나, 1990년대에 보고된 비율에 비해 여전히 높다.²²⁾

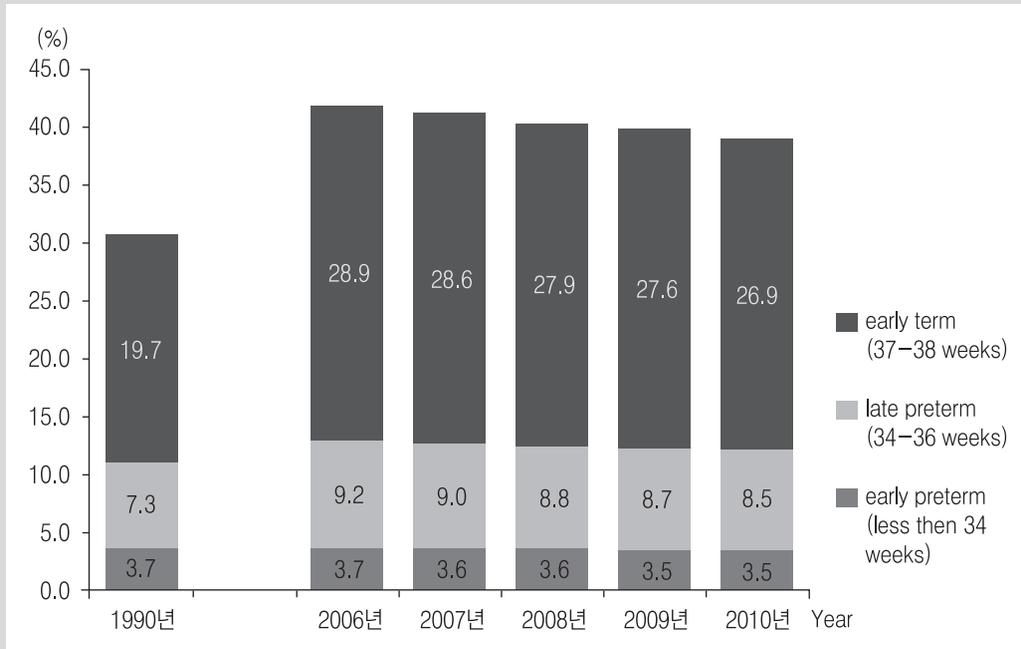
조산은 임신기간에 따라 extremely preterm(28주 미만), very preterm(28주 이상 32주 미만), moderate preterm 또는 late preterm birth(32주 이상~37주 미만)으로 구분된다. 지난 20년 동안 조산율에 있어서 변화는 대부분이 후기조산으로 2009년부터 2010년까지 후기조산율은 8.66%에서 8.49%로 감소하였다. 이는 2006년 보다 6% 감소한 수치이다. 34주 미만 또는 초기 조산의 비율은 2006년 이후 감소하였으나, 2009년과 2010년은 3.50%로 변화가 없다. 산모의 연령별로 보면, 2010년에 25~34세에서는 조산의 가능성이 가장 낮고, 40세 이상의 산모연령에서 조산아 출생 가능성이 가장 높다. 이는 여성의 연령이 많아질수록 조산아 출생 가능성이 높다는 점을 시사한다.

20) IOM(2007). 전게서.

21) WHO(2012) 전게서.

22) NCHS(2012). Births: Final data for 2010. National vital statistics reports with web release. Hyattsville

그림 2. 임신기간에 따른 출생 현황(1990, 2006~2010년)



자료: NCHS(2012). Births: Final data for 2010. National vital statistics reports with web release. Hyattsville, MD: NCHS.에서 발췌

미국에서는 37주 이전에 출생하는 조산아의 비율이 2006년 12.8%에서 2011년에 11.7%로 줄어들어 상당한 진전이 이루어진 것으로 볼 수가 있으나, UN 밀레니엄에서 정하고 있는 목표에는 못 미치고 있다. 한편 'Healthy people

2020'에서는 모성, 영아 및 어린이 건강 (Maternal, Infant, and Child Health)에 대한 목표를 설정하고, 조산아 감소를 위한 구체적인 목표를 정하고 있다(<http://www.healthypeople.gov/2020>).

표 2. Healthy People 2020의 조산아 감소를 위한 목표

MICH-9	Reduce preterm births
MICH-9.1	Reduce total preterm births
MICH-9.2	Reduce late preterm or live births at 34 to 36 weeks of gestation
MICH-9.3	Reduce live births at 32 to 33 weeks of gestation
MICH-9.4	Reduce very preterm or live births at less than 32 weeks of gestation

자료: [http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicId=26\(MICH-9. Reduce preterm births\)](http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicId=26(MICH-9. Reduce preterm births))

2) 일본

일본의 경우, 임신 37주 미만인 조산아의 수는 수적인 면에서 감소하였으나, 출생아 100명당 비율은 2010년 5.72%에서 2011년 5.74%로 증가하였다. [그림 3]의 임신기간별 출생수 비율의 추이를 보면, 만 42주 이상의 비율은 점차

낮아져 2010년에는 0.3%를 나타내고 있다. [그림 4]에서와 같이 산모의 연령계층별 출생수의 연도별 추이를 살펴 보면, 1970년 이후 20대에서의 출생률이 급격하게 감소하는 것을 알 수 있으며, 최근에 을수록 30대 이후에서의 출생률이 상승하는 경향을 보이고 있다.

일본의 경우, 조산아 문제를 모자보건 관리

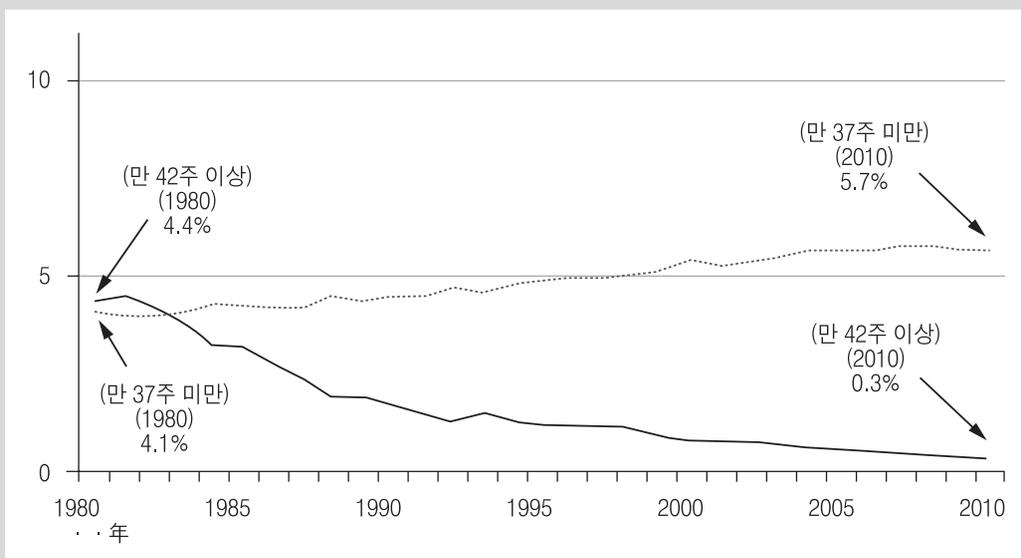
표 3. 일본의 조산아 현황(2010~2011년)

(단위: 명, %)

구분	2010년	2011년
출생아 총수	1,071,304	1,050,806
37주 미만	61,315	60,285
조산율	5.72	5.74

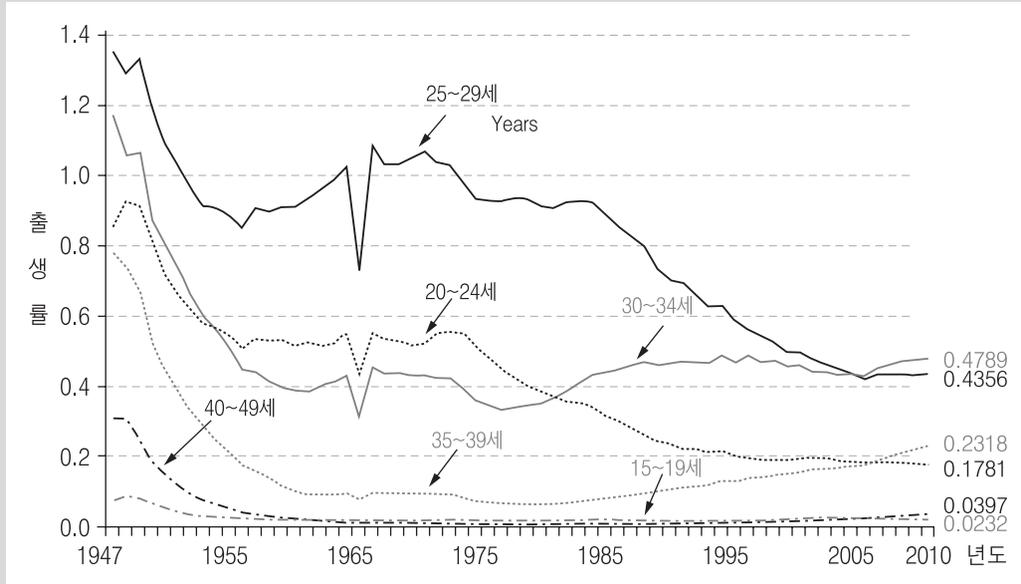
자료: 일본후생성통계국 <http://www.e-stat.go.jp>

그림 3. 임신기간별 출생수 비율의 추이(1980~2010년)



자료: 일본후생노동성(2012), 平成24年我が國の人口動態(平成22年までの動向) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>에서 발췌정리

그림 4. 모의 연령계층별 출생률의 연도별 추이(1947~2010년)



자료: 일본후생노동성(2012), 平成24年我が國の人口動態(平成22年までの動向) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>에서 발췌정리

의 측면에서 접근하고 있다는 점은 특징적이라 할 수 있으며, 2001년부터 후생노동성과 문부과학성 등에 의해 시작된 ‘건강한 부모와 자녀 21’은 이를 대표하는 계획이라고 할 수 있다. 이 계획은 국민운동계획의 대상기간인 2001년부터 2013년까지로 사춘기, 임신부기, 태아기, 신생아기, 영유아기 등으로 구분하고, 네트워크를 구축하여 사춘기의 보건대책, 임신·출산에 관한 안전성 확보 및 불임 지원, 아동보건의료 수준을 유지 향상, 자녀의 마음의 안정에 따른 발달촉진과 육아불안 경감에 대한 세부목표를 설정하여 추진해오고 있다. 당초 ‘건강한 부모와 자녀 21’ 사업기간은 2010년까지였으나 차세대육성지원대책추진법(次世代育成支援對

策推進法)에 기초하여 이의 효과적인 목표달성을 위해 2014년까지 연장하여 추진하고 있다. 한편, 출산 및 육아에 대한 준비로, 임신초기에는 유산의 예방, 임신중기에는 조산의 예방을 세부 기준으로 설정하고 전문가 상담을 유도하고 있다.

4. 우리나라의 조산아 현황

1) 출생아

출생통계로 본 우리나라의 조산율을 2001년부터 2011년까지 살펴보면, 2001년 총출생아

100명당 4.3명에서 2011년에는 6.0명을 기록함으로써 1.4배 증가하였다. 조산율은 출생아 100명당 임신 37주 미만 출생아(단태아, 다태아 구별없이)를 나타낸 것이다.

2) 영아사망

우리나라 영아사망 가운데 임신주수 37주 미만 조산아의 분포를 살펴보면, 2002년부터

2008년까지 계속해서 50% 이상을 유지하고 있어 임신 37주 미만 출생아에서 영아사망률이 높음을 알 수 있다. 이를 다시 세분하여 보면, 28주 미만(extremely preterm)에서 30%에 가까운 비율을 나타내고 있으며, 28주 이상 32주 미만(very preterm)은 20%대를 유지하고 있다.

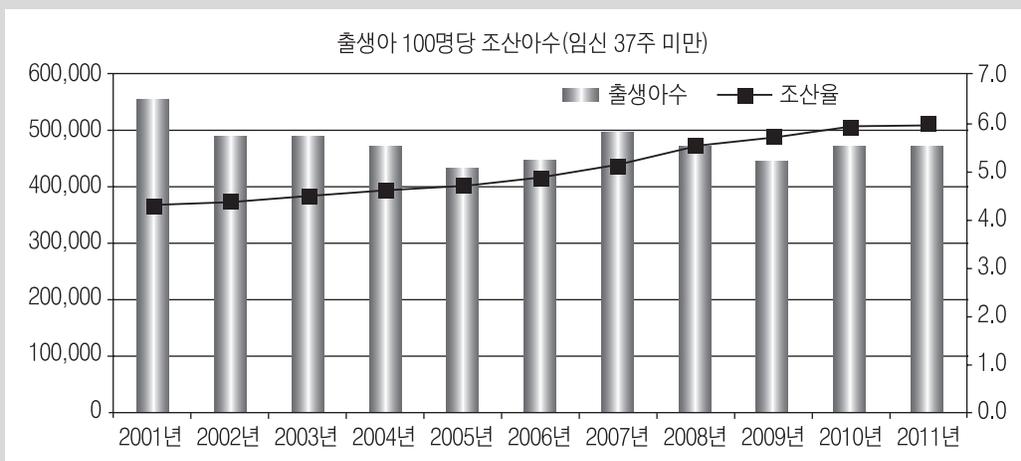
표 4. 연도별 조산아 현황

(단위: 명, %)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
출생아 수	554,895	492,111	490,543	472,761	435,031	448,153	493,189	465,892	444,849	470,171	471,265
조산아수	23,804	21,520	21,997	21,794	20,521	21,681	25,314	25,702	25,374	27,823	28,166
조산율 ¹⁾	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	5.1	5.5	5.7	5.9	6.0

주: 출생아 100명당 조산아수로 나타냄.
 자료: 통계청 국가계포털 <http://kosis.kr/>

그림 5. 연도별 조산아 현황



자료: 통계청 국가통계포털 <http://kosis.kr/>

표 5. 임신주수에 따른 영아사망 비율 추이

(단위: %, 명)

구분	2002년	2005년	2006년	2007년	2008년
37주 미만					
28주 미만	29.2	28.1	31.0	32.3	29.2
28~32주 미만	19.9	14.0	13.7	11.2	12.9
32~37주 미만	15.0	13.5	13.0	12.8	10.6
37주 이상	35.9	44.3	42.3	43.7	47.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(명)	(1,650)	(1,572)	(1,528)	(1,637)	(1,502)
전체 영아사망수	(2,631)	(2,055)	(1,850)	(1,788)	(1,652)

자료: 최정수 외(2010). 2007~2008 영아·모성사망조사 -영아사망·사산-, 보건복지부·한국보건사회연구원, p.85.

5. 시사점

이른 출생(born too soon)은 신생아 시기를 넘어서 생애주기 전반에까지 건강수준이 확대되고 영향을 미친다. 조산아는 대부분 특별한 관리가 필요하며, 뇌성마비(cerebral palsy), 지적장애(intellectual impairment), 만성폐질환(chronic lung disease), 시력 및 청력손실(vision and hearing loss) 등과 같은 심각한 건강상의 위험을 안고 있다.²³⁾

유산, 사산, 저출생체중아, 조산아, 선천성이상아 등 원치 않는 임신결과를 예방하기 위해서는 적절한 산전관리가 필요하다. 이에 대한 대책으로 UN에서는 밀레니엄 개발목표(MDGs)를 설정하였고, 각 국가별로도 다양한 정책목표와 평가지표를 설정하여 추진하고 있다.

우리나라에서도 제3차 국민건강증진종합계획

획(HP 2020)을 통해 모성건강 및 영유아건강을 중점과제로 정하고 세부목표를 설정하였으나²⁴⁾, 조산아의 사전 예방을 위한 구체적인 목표는 설정되어 있지 않다. 다만 임신·출산과 관련한 정부지원 정책으로 임신 중 산모에 대한 철분제 및 엽산제 지원사업, 임신·출산 진료비 지원사업, 영유아 건강을 위한 미숙아·선천성이상아 의료비 지원사업 및 신생아 집중치료 병상 확충 등을 추진하고 있다(<http://momplus.mw.go.kr>).

미국의 HP2020의 조산아에 대한 구체적인 정의와 조산아 예방을 위한 세부목표 설정, 일본의 모자보건관리 측면에서의 접근방법은 조산아 발생에 대한 국가차원에서의 사전적 예방 관리라는 점에서 시사점을 제공하고 있다.

산전관리는 임신의 결과를 결정하는 가장 중요한 요소 가운데 하나이다. 산전관리의 목적은 산모와 태아의 안녕을 지켜 건강한 아기를 분만

23) WHO(2012). 전세서.

24) 보건복지부(2011). 제3차 국민건강증진종합계획(2011~2020).

하는 것이다. 전국 출산력조사를 통해 조사된 우리나라 산전수진율²⁵⁾은 100%이며²⁶⁾, 국제기구에도 2009년 우리나라의 산전관리율(Pregnant women receiving prenatal care)은 100%로 보고되었다(<http://data.worldbank.org>). HP2020에서도 임부의 고위험요인을 예방하고 조기발견 치료하기 위한 임신 8주 이내 첫 산전검진율을 2006년 93.9%에서 2011년 96.0%, 2020년까지는 97.0%로 증가시킨다는 목표를 정하고 있다.

이에 반해, 산전관리의 질적인 면에 대한 관심은 상대적으로 높지 않다. 건강한 아기 출산에 있어 실질적으로 고려해야 할 것은 산전관리의 횟수가 아닌 산전관리의 충실도에 있다고 보

이며, 전문가들의 권고에 따른 임신부들의 올바른 산전관리 수행 여부도 건강한 아기 출산에 있어 중요한 요건이 된다.

결론적으로, 임신, 출산과 관련하여 산전관리 등 산모의 건강관리를 위한 실질적인 투자 및 관리는 유산 및 사산율을 감소시키고, 산모와 신생아의 건강은 물론, 특히 조산아, 저체중아 등의 출생도 예방할 수 있을 것이다. 이를 위해서는 보다 정확하고 지속적인 모자보건과 관련한 종합적인 통계 확보가 우선적으로 이루어져야 할 것이며, 건강아 출산을 목표로 한 세부적인 지표를 생산하여 관리하여야 할 것으로 본다. 보건복지

25) 현재 산전수진율과 산전관리율은 동일한 의미로 사용되고 있음.

26) 김승권 외(2009). 2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 한국보건사회연구원.