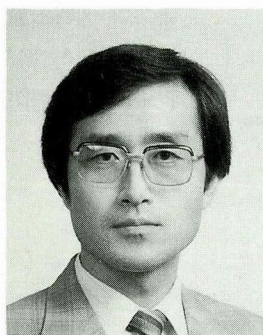


인구자질 향상을 위한 가족보건정책



張 英 植

한국보건사회연구원 부연구위원

우리 나라의 가족보건사업은 가족계획과 모자 보건을 근간으로 하고 있다. 과거 인구의 급격한 증가억제가 국가의 우선 정책과제로 대두되었을 때는 피임보급의 양적 확대에 역점을 둔 사업을 추진하였고, 출산수준이 대치출산수준 이하의 낮은 수준이 지속된 이후에는 모자보건 향상과 출산율저하 과정에서 나타난 인구의 고령화, 성비의 불균형 등 인구자질 향상에 중점을 둔 정책을 추진하고 있다. 인구자질 향상은 건강한 육체와 정신을 전제로 하며, 이는 모든 사람의 소망이고, 보건사업의 과제이다. 특히 모성건강은 태어나는 아기의 건강과 밀접한 관련을 갖고 있으며, 유아기의 건강은 평생건강에 큰 영향을 미치는 만큼 인구자질 향상을 위하여 이들의 건강증진을 위한 노력의 필요성은 재론할 여지가 없다. 여기에서는 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사의 분석을 통하여 출산력과 모성건강에 영향을 미치는

피임실패와 모자보건실패를 살펴보고 이와 관련된 가족보건정책 방향을 제시하고자 한다.

1. 우리나라 부인의 피임실패

가. 피임실패현상

15~44세 유배우부인의 피임실패율은 1976년에 44.2%에 불과하였으나 꾸준히 증가하여 1997년에는 가장 높은 80.5%를 나타내고 있다. 1989년 이래 정부의 가족계획사업에 대한 예산이 연차적으로 대폭 감액되고, 특히 1996년 6월 정부의 인구정책이 인구증가억제 정책에서 인구자질 및 복지정책으로 전환된 이후에도 피임실패율이 증가하였다는 사실은 국민의 자발적인 피임실패가 생활화되고 보편화되었음을 입증하는 것이다.

최근 피임방법별 실패율의 변화 양상의 특징은 여성불임수술인 난관수술이 정부의 피임보급물량이 감소하면서 실패율이 크게 저하되고 있는 반면 남성피임방법인 정관수술과 콘돔은 증가하고 있으며, 피임효과가 낮은 기타방법의 사용이 늘어나는 경향이라고 보겠다(표 1 참조). 이와 같이 남성피임방법의 실패율 증가는 피임의 생활화와 함께 여성위주의 피임실패구도를 탈피한다는 측면에서 매우 바람직한 현상으로 받아들여지지만 월경주기법과 같은 피임효과가 낮은 기타방법 사용의 증가는 원치 않는 임신에 의한 인공임신중절의 증가가 우려된다.

20~44세 유배우부인의 인공임신중절건수는 정부에서 강력한 인구증가억제 정책을 추진하기 이전인 1981년까지는 계속 증가하였으나, 그 이후 점차 감소하기 시작하여 1996년에는 231건건으로 추정되어 1990년에 비하면 약 43%가 감소하였다(표 2 참조). 이와 같은 인공임신중절건수의 감소는 피임실패율의 증가, 인공임신중절의 위해성에 대한 인식의 변화 등에 의한 것으로 생각된다. 그러나 1997년 조사결과 15~44세 부인의 1995년부터 1997년 조

15~44세 유배우부인의 피임실패율은 1976년에 44.2%에 불과하였으나 꾸준히 증가하여 1997년에는 가장 높은 80.5%를 나타내고 있어 국민의 자발적인 피임실패가 생활화되고 보편화되고 있다.

사시점까지 인공임신중절로 종결된 부인을 대상으로 피임실패를 분석한 결과 임신당시 피임을 실천하지 않은 경우가 61.3%였으며, 피임을 실천하였다 하더라도 월경주기법과 같은 피임실패확률이 높은 재래식 피임방법을 사용한 경우가 대부분인 것으로 나타났다. 따라서 인공임신중절의 감소를 위하여는 비효과적인 피임방법은 효과적인 피임방법으로 전환토록 유도하고, 방임군의 임신은 곧바로 인공임신중절로 이어지기 때문에 이들이 피임을 수용할 수 있도록 적극적인 홍보 및 교육이 이루어져야 할 것이다.

표 1. 15~44세 유배우부인의 피임방법별 피임실패율(1976~1997년)

(단위: %)

피임방법	1976	1982	1988	1991	1994	1997
전체	44.2	57.7	77.1	79.4	77.4	80.5
난관수술	4.1	23.0	37.2	35.3	28.6	24.1
정관수술	4.2	5.1	11.0	12.0	11.6	12.7
자궁내장치	10.5	6.7	6.7	9.0	10.5	13.2
먹는피임약	7.8	5.4	2.8	3.0	1.8	1.8
콘돔	6.3	7.2	10.2	10.2	14.3	15.1
기타	11.3	10.3	9.2	9.9	10.6	13.6

자료: 한국보건사회연구원, 각년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

표 2. 연도별 20~44세 유배우부인의 인공임신중절수 추정

(단위: 천건)

1970	1981	1990	1996
293	594	403	231

주: 전국 출산력 및 가족보건실태조사 결과에 의한 추정치임.

자료: 한국보건사회연구원, 각년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

나. 피임실패 목적

우리 나라 부인들의 피임실패 특징은 단산위주의 피임실패를 하고 있는 것이다. 1997년 15~44세 유배우부인의 피임실패 목적을 살펴보면, 88.7%가 '더 이상 추가자녀를 원치 않아' 단산을 목적으로 피임을 실패하고 있으며, 터울조절을 목적으로 피임을 실패하고 있는 부인은 9.3%, 건강이나 취업, 경

제적 이유 등으로 피임을 실천하고 있는 부인은 2.0%로 나타났다. 이와 같은 현상은 과거와 큰 차이는 보이지 않고 있는 것으로 1994년에 비하면 단산이 약간 증가한 반면 터울조절은 약간 감소하는 경향을 보였다. 단산목적 위주의 피임실천부인이 많을수록 피임에 실패할 경우 인공임신중절로 이어질 가능성은 그만큼 높아진다.

표 3. 15~44세 피임실천중인 유배우부인의 피임목적
(단위: %)

피임목적	1988	1991	1994	1997
터울조절	7.4	6.3	11.8	9.3
단산	90.7	89.4	85.9	88.7
기타이유	1.9	4.3	2.3	2.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 한국보건사회연구원, 각년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

다. 피임수용 비용부담 실태

피임방법 중 정부에서 지원해온 피임방법은 정관수술과 난관수술 그리고 자궁내장치, 콘돔, 먹는피임약 등이 있다. 정부에서는 자비실천을 용이하게 할 수 있도록 1982년부터 의료보험을 통하여 피임시술을 받을 수 있도록 하였으며, 1989년 이후 정부에서는 피임보급 물량을 크게 감소시키고 자비에 의한 실천을 유도하여 왔다. 이에 따라 정부지원에 의한 피임실천율은 크게 낮아지고 자비부담에 의한 실천비율은 크게 증가하였다. 즉, 정부지원에 의한 실천비율은 난관수술이 1991년 82.2%에서 1997년에는 57.5%로 감소하였으며, 정관수술은 동기간중 87.7%에서 11.8%로 그리고 자궁내장치는 47.5%에서 13.2%로 크게 낮아졌다. 콘돔 및 먹는피임약은 정부피임보급 물량이 크게 감소함에 따라 콘돔 및 먹는피임약은 대부분이 약국 등에서 자비로 구입하여 사용하고 있는 것으로 나타났다.

1997년 15~44세 유배우부인의 88.7%는 단산을 목적으로 피임을 실천하고 있으며, 터울조절을 목적으로 피임을 실천하고 있는 부인은 9.3%, 건강이나 취업, 경제적 이유 등으로 피임을 실천하고 있는 부인은 2.0%로 나타났다.

표 4. 15~44세 피임실천 유배우부인의 피임방법별 비용 부담실태

(단위: %)

피임방법 및 연도		정부지원	의료보험	자비부담	기타	계
난관수술	1991	82.2	10.8	4.6	2.4	100.0
	1997	57.5	14.0	25.9	2.6	100.0
정관수술	1991	87.7	8.7	1.9	1.7	100.0
	1997	11.8	8.9	78.2	1.1	100.0
자궁내장치	1991	47.5	45.2	6.0	1.3	100.0
	1997	13.2	8.9	76.8	1.1	100.0

자료: 한국보건사회연구원, 각년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

라. 임신노출상태

15~44세 부인중 불임수술을 수용한 부인은 36.8%, 자연불임인 부인은 2.5%, 기타 임신불가능 부인은 1.0%로 현재 임신이 불가능한 상태에 있는 부인은 40.3%이다. 이는 1994년의 43.7%에 비하면 3.4%포인트가 낮아진 것이다. 반면 15~44세 부인중 임신가능 부인 59.7%는 일시 피임실천중에 있는 부인 43.7%, 피임비실천중인 부인 11.5%, 현재 임신중인 부인 4.5%로 구성되어 있다. 따라서 현재 임신이 가능하면서 피임을 실천하고 있지 않아 임신 위험에 노출된 부인은 전체부인의 11.5%이다. 그러나 이들 부인들이 피임을 실천하지 않고 임신위험에 노출되어 있다고 해서 모두 방임군으로 볼 수는 없다. 이들 부인가운데는 자녀를 원하기 때문에 피임을 실천하지 않는 부인들이 있기 때문이다. 현재 피임비실천부인 중 자녀를 원하거나 일시적으로 피임이 불필요한 부인 등을 제외하면, 사용상 불편, 부작용, 피임

표 5. 15~44세 유배우부인의 임신노출상태

(단위: %)

	임신불가능			임신가능			계
	불임수술 수용	임신 불가능	자연 불임	현재 임신중	피임 실천중	피임 비실천	
1994	40.2	1.2	2.3	6.2	37.1	13.0	100.0
1997	36.8	1.0	2.5	4.5	43.7	11.5	100.0

자료: 한국보건사회연구원, 각년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

지식 부족 등을 이유로 실제 피임을 필요로 하면서 피임을 하지 않는 방임부인은 15~44세 부인중 3% 이하이다.

3. 모자보건 실태

가. 산전수진 실태

임신기간 동안의 적절한 산전검진은 임부의 건강과 태아의 이상유무를 조기에 발견하여 대처함으로써 태아의 정상성장 및 안전분만을 꾀할 수 있다. 연도별 최종 출생아의 산전수진율의 변화를 살펴보면 1985년 조사에서 최종아에 대한 산전수진율은 82.4%였으나, 1997년에는 99.6%로 증가하여 거의 대부분이 산전진찰을 받고 있다. 이는 의료시설이 빈약한 농어촌 지역을 대상으로 공공부문의 모자보건사업이 집중적으로 실시되어 왔으며, 전국민의료보험의 실시로 의료이용이 용이해졌기 때문이다.

표 6. 연도별 15~44세 유배우부인의 최종출생아 산전수진율(1985~1997년)

(단위: %)

연도	1985	1988	1991	1994	1997
전국	82.4	88.5	94.4	99.2	99.6

주: 1985년 자료는 1980~1985년, 1988년 자료는 1983~1988년, 1991년 자료는 1987~1991년, 1994년 자료는 1990~1994년, 1997년 자료는 1995~1997년의 조사시점까지의 최종출생아를 분석대상으로 함.

자료: 한국보건사회연구원, 각년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

나. 분만실태

1) 분만장소

1995년 이후 출생아 가운데 최종아의 분만장소를 보면, 종합병원이 39.0%로 가장 많으며, 의원 31.1%, 병원 28.2%, 조산소 1.1%, 그리고 보건소 0.3%로서 시설분만을

15~44세 부인중
임신가능 부인 59.7%는
일시 피임실천중에 있는
부인 43.7%,
피임비실천중인 부인
11.5%, 현재 임신중인
부인 4.5%로 구성되어
있으나, 실제 피임을
필요로 하면서 피임을
하지 않는 방임부인은
3% 이하이다.

은 99.7%이며, 단지 0.3%의 부인만이 자택 등 비시설에서 분만하고 있는 것으로 나타나 이제는 우리 나라 부인의 대부분이 안전분만을 위한 보호장치 내에 있음을 알 수 있다. 이와 같은 병·의원 중심의 시설분만율이 높아진 이유는 1989년부터 전국민의료보험 실시에 따라 의료시설이용이 용이해졌고, 생활수준의 향상 및 출산율저하로 안전분만 및 자녀건강에 대한 관심이 높아졌기 때문이다.

표 7. 연도별 15~44세 유배우부인의 최종출생의 분만장소(1985~1997년)
(단위: %)

분만장소	1985	1988	1991	1994	1997
비시설분만	24.8	12.3	1.9	1.2	0.3
시설분만	75.2	87.8	98.1	98.8	99.7
종합병원	17.8	23.6	-	31.8	39.0
병원	45.8 ¹⁾	53.4 ¹⁾	91.0 ²⁾	21.3	28.2
의원	-	-	-	43.1	31.1
조산소	9.1	7.4	5.1	2.0	1.1
보건소 ³⁾	2.5	3.4	2.0	0.7	0.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주: 1985년 자료는 1980~1985년, 1988년 자료는 1983~1988년, 1991년 자료는 1987~1991년, 1994년 자료는 1990~1994년, 1997년 자료는 1995~1997년의 조사시점까지의 최종출생아를 분석대상으로 함.

1) 의원 포함; 2) 종합병원, 의원 포함; 3) 보건지소, 모자보건센터, 보건진료소 등을 포함
자료: 한국보건사회연구원, 각년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

2) 분만형태

1995년 이후에 출생한 최종아의 분만형태는 64.1%가 자연분만이고, 35.9%가 제왕절개 분만이다. 제왕절개분만율은 1988년 11.9%에서 점차 증가하여 1997년에는 35.9%로 크게 높아졌다. 우리 나라의 제왕절개분만율 35.9%는 선진국인 영국 10.1%(1983), 미국 24.1%(1986)와 비교하면 높은 비율이다. 제왕절개분만은 임신부 및 주산기 사망률 감소에 기여한 것은 사실이지만 의학적으로 정상분만에 비해 많은 합병증을 초래하고 모유수유실천을 저해하는 주 요인으로도 작용하고 있어 불필요한 제왕절개분만은 모자보건분야의 새로운 문제점으로 부각되고 있다.

표 8. 15~44세 유배우부인의 최종출생아
제왕절개분만 비율(1988~1997년)

(단위: %)

연도	1988	1991	1994	1997
전국	11.9	17.3	31.5	35.9

주: 1988년 자료는 1983~1988년, 1991년 자료는 1987~1991년, 1994년 자료는 1990~1994년, 1997년 자료는 1995~1997년의 조사시점까지의 최종출생아를 분석대상으로 함.

자료: 한국보건사회연구원, 각년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

다. 수유양상

1995년 이후 출생아 중 최종아에 대한 수유양상을 살펴 보면, 모유만 수유한 경우인 모유수유율은 14.1%이며, 모유와 인공유 수유를 병행하거나 모유를 수유하다가 인공유를 수유한 경우인 혼합유수유율이 52.5%, 그리고 모유수유는 전혀 해본 적이 없는 인공유수유율이 33.4%이다. 연도별 모유수유율을 보면, 1985년 59.0%에서 점차 낮아져 1997년에는 14.1%로 저하되었으며, 인공유수유율은 1985년 15.6%에서 1997년 33.4%로 계속 증가하여 인공유수유가 더욱 확산되고 있다.

표 9. 15~44세 유배우부인의 최종출생아에 대한
수유양상(1985~1997년)

(단위: %)

연도	모유	혼합유	인공유	계(수)
1985	59.0	25.3	15.6	100.0(3,538)
1988	48.1	33.9	18.0	100.0(2,843)
1994	11.4	60.7	27.9	100.0(1,930)
1997	14.1	52.5	33.4	100.0(1,163)

주: 1985년 자료는 1980~1985년, 1988년 자료는 1983~1988년, 1991년 자료는 1987~1991년, 1994년 자료는 1990~1994년, 1997년 자료는 1995~1997년의 조사시점까지의 최종출생아를 분석대상으로 함.

자료: 한국보건사회연구원, 각년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

우리나라 제왕절개 분만율은 점차 증가(1997년 35.9%)하고 있는 추세로 제왕절개 분만이 임신부 및 주산기 사망률 감소에 기여한 것은 사실이지만, 정상분만에 비하여 많은 합병증을 초래하는 등 모자보건분야의 새로운 문제점으로 부각되고 있다.

라. 선천성대사이상검사 실태

선천성대사이상검사는 이상자를 조기에 발견함으로써 지체아 발생을 예방하기 위한 수단으로 1991년부터 정부가 모자보건사업의 일환으로 적극 추진하고 있다. 검사에 의한 발견율은 극히 낮지만, 이러한 검사에 의해 조기 치료를 할 경우 정신박약아의 발생을 방지할 수 있다는 점에서 큰 의미가 있다 하겠다. 1995년 이후 출생한 최중아의 선천성대사이상 검사를 받은 비율은 73.6%로서 1994년의 검사 비율 35.7%에 비하면 높은 증가를 보였다.

표 10. 15~44세 유배우부인의 최종출생아에 대한
선천성대사이상검사 수검여부

(단위: %)

1994년 검사율	1997년			
	하였음	하지 않았음	잘 모르겠음	계
35.7	73.6	20.8	5.6	100.0

자료: 한국보건사회연구원, 1994, 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

3. 가족보건정책 방향

가. 피임실천의 내실화

부인의 피임실천율이 80.5%라는 매우 높은 수준을 유지하고 있음에도 불구하고 전체임신의 26.1%가 인공임신중절로 종결되고 있고, 인공임신중절 수용부인의 61.3%는 피임을 실천하지 않은 상태에서 임신이 되었으며, 38.7%는 피임실패에 의해 임신이 된 것으로 나타났다. 인공임신중절은 주로 출산율이 높은 젊은 연령층에서 많은 것으로 나타나고 있어 우리 나라 부인의 피임수용 및 실천에 많은 취약성이 있음을 보여주고 있다. 따라서 향후 가족계획사업은 젊은 연령층에 대한 터울조절 목적의 피임실천수용을 유도하기 위해서 뿐만 아니라 성병 및 에이즈 등의 예방을 위해 콘돔의 사용을 활성화할 수 있도록 홍보활동을 강화하여야 한다. 또한 최근 높아지고 있는 월경주기법 등은 피임실패 위험이 높아 사용에 신중을 요하는 피임방법인 만큼 피임목적에 따라 효과적인 피임방법을 사용할 수 있도록 하고, 아직도 많은 부인이 현피임실천 방법을 바꾸겠다던가, 부작용으로 피임을

중단하거나 실패임신을 하는 경우가 있는 만큼, 적합한 피임방법의 선택에 도움을 주고, 부작용이나 실패임신을 최소화할 수 있도록 하는 피임실천의 질적 개선에 역점을 두어야 할 것이다.

향후 정부 가족계획사업은 아직도 생활여건이 어려운 대상을 중심으로 한 정부의 무료피임보급은 지속하고, 청소년에 대한 피임관련 지식 전달이 학교나 가정을 통하여 이루어지기보다는 친구나 잡지 등을 통하여 습득되고 있는 만큼 성과 관련된 올바른 가치관의 형성과 필요한 지식 전달을 위한 체계적인 성교육이 초·중·고등학교의 정규교과과정을 통해서 이루어지도록 하고 학부모를 대상으로 한 교육기회도 확대할 필요성이 있다. 또한 모성건강의 저해와 성비불균형의 원인이 되는 태아성감별에 의한 선택적 출산이 일어나지 않도록 홍보·교육활동을 강화하는 동시에 처벌 및 감시기능도 강화하여 성비불균형으로 인한 사회문제를 완화하는 동시에 인공임신중절을 감소시켜 모성건강도 보호하여야 할 것이다.

나. 모자보건의 내실화

대부분의 분만이 의료기관에서 이루어지고 있으나, 높은 제왕절개수술분만을 그리고 낮은 모유수유율, 선천성 대사이상 검사항목의 제한 등은 인구자질 향상을 위해 개선을 요하는 부분들이다. 모자보건사업의 내실화를 위하여 향후 모자보건사업은 공공부문과 민간의료기관과의 연계로 임신부 및 출생아에 대한 자료화일을 보건소에 구축하여 임신부 및 출생아에 대한 체계적이고 효율적인 관리가 이루어지도록 하여야 한다. 모자보건수첩이 임부의 산전, 분만, 산후와 관련된 일련의 건강상태와 출생아의 건강상태가 기록·유지될 수 있는 중요한 역할을 하므로 수첩의 발급뿐만 아니라 활용이 생활화될 수 있도록 임부에 대한 철저한 교육과 수첩 소지자에 대한 보건소 등 공공 의료기관에서의 진료비 감액, 모자보건 관련정보의 제공

대부분의 분만이
의료기관에서
이루어지고 있으나, 높은
제왕절개수술분만을
그리고 낮은 모유수유율,
선천성대사이상
검사항목의 제한 등은
인구자질 향상을 위해
개선을 요하는
부분들이다.

등이 이루어지도록 하여야 할 것이다.

정상분만수가는 적정수가를 유지하여 산전관리와 분만관리가 동일 의료기관에서 지속적으로 관리될 수 있도록 하여야 할 것이며, 또한 임산부의 의식행태를 바꿀 수 있도록 제왕절개의 위해성에 대한 홍보활동도 강화되어야 할 것이다.

모유수유실천을 높이기 위해서는 직장여성을 위한 육아휴직제의 정착, 직장에서의 아가방 운영, 모유수유에 대한 의식 전환을 위한 적극적인 홍보활동의 전개, 출산관련 병의원에서의 모유수유에 대한 홍보교육의 의무화, 병의원을 통한 분유선전 자제 등을 위한 정책적 지원이 필요하다. 또한 정부의 선천성대사이상검사의 실효성을 증대시키기 위해서는 페닐케톤뇨증과 갑상선기능저하증에 한하여 무료로 실시하고 있는 검사항목을 당뇨증, 호모시스틴뇨증, 선천성부신과형성증 등의 질환에 대한 검사도 이루어질 수 있도록 검사항목이 확대되어야 할 필요가 있다. 앞으로 모자보건의 증진을 위해서는 공공부문에서는 영유아 예방접종, 선천성대사이상검사 등 기존의 모자보건사업을 질적으로 개선하고, 산전·산후진찰과 태아의 기형아검사 등은 의료보험 급여대상에 포함하여 공공과 민간부문의 역할과 기능이 재정립되어야 할 것이다. 