

우리나라 農村의 母子保健의 問題點과 改善方案

慶北大學校 醫科大學 豫防醫學教室

李 性 寬

緒 言

우리나라 母子保健은 모든 保健分野에서 가장 뒤떨어질 뿐만 아니라 世界 어느나라 보다도 뒤지고 있다. 한個人的 發育過程에 있어서 가장 成長이 旺盛하고 將來 體力을 左右하는 것은 妊娠期나 幼兒期의 健康如何에 달려 있음은 第二次大戰中 出生한 日本人들의 體格을 보아도 明白한 事實이다. 따라서 母子保健은 個人的 成長發育은 勿論, 나아가서 한 나라의 國民體力 向上에도 絶對的인 役割을 함은 再言을 要치 않는다. 이렇듯 重要한 母子保健分野가 우리나라에서는 一般國民은 勿論이거니와 醫療人까지도 等閑視하고 傳統的인 慣習에 放任하고 있음은 人命尊重의 人權面으로보나 醫學發展의 技術間으로보나 時急한 改善이 要望된다. 더욱 이러한 母子保健은 高度의 技術이 要하는 것도 아니고 따라서 高度로 訓練된 醫師가 擔當할 分野는 極히 制限된 部分임을 감안할 때 우리나라 農村保健은 改善하는 方向에서 가장 接近하기 쉬운 分野이기도 하다. 著者는 그間 農村住民들에 對한 母子保健實態調查에서 나타난 問題點을 提示하고 이의 改善方案을 提案코저한다.

A. 農村母子保健의 問題點

1. 母性保健

有配偶可妊婦女性들의 妊娠 및 分娩에 關한 知識에 있어서 잘 알고 있는 사람은 33%에 不週하고 나머지 67%는 全然모르고 있거나 알더라도 不完全하다는 사람들이다. 그리고 이러한 知識의

供給源으로서는 主로 保健知識의 門外漢인 媼母들의 經驗에 依한 知識을 傳授받고 있고 32%에서 醫師, 看護員 및 雜誌등을 通해서 익히고 있다.

妊娠回數에 있어서 問題點은 全居住 可妊女性의 平均妊娠數는 4.3회로서 이들中 5回以上 經驗者가 43%이며 이를 完全히 出産을 마친婦人(閉經期)에서 보면 5回以上 經驗者가 80%로서 이는 Chase 등이 말한바 母子健康에 危險을 招來하는 點에서 심각성을 나타내고 있다.

또한 全體婦人들의 20% 内外가 不願하는 妊娠을 하고 있다는 點에서 이러한 多産의 危險과 더불어 하루速히 避妊法의 向上을 圖謀하여 妊娠浪費를 除去할 것이 要望된다.

다음 妊娠期間中 合併症은 15.4%로서 이中 妊娠中毒이 가장 많고 다음이 異常出血으로서 이로 因한 胎兒發育에 支障을 招來하여 未熟兒出生率이 高率로 차지한다.

妊娠中 慢性疾患所持者가 7%로서 慢性胃腸炎, 心臟病, 肺結核이 主고 그中 一部는 治療하면서 妊娠을 繼續함도 可能하나 妊娠中絶을 要하는 疾病도 있어 이로 因한 母子間의 生命에 危險도 招來할 可能性이 많다.

妊娠間隔에 있어서 理想的인 터울은 36個月以上이 바람직하며 이보다 短縮時에는 亦是母子間의 健康에 支障을 招來한다. 우리나라에서는 長期間의 母乳養育으로 因하여 터울이 相當히 延長되기는 하나 2年以內 妊娠이 9%, 36個月未滿에서 58%가 妊娠되고 있다.

人工流産에 있어서 所謂 醫學的인 理由로 因한 流産은 極히 一部이고 大部分이 不願妊娠으로 因한 것이며 또한 그 實施率이 增加하는 傾向이 있

어 善導할 것이 要望된다.

마지막으로 母性死亡率은 充分한 數를 觀察하지 못하여 그 信憑性이 疑心되기는 하나 大體로 10,000 出生에 30~35로서 이는 歐美各國에 比하여 10배나 높다. 이들 死因은 無力性出血, 妊娠中毒 및 感染症 등으로서 大部分이 豫防可能한 疾病들이다.

產前管理

前記한 바와 같이 妊娠期間中 여러가지 疾病과 合併症이 隨伴되므로 產前處理가 要望되는데 그 現況은 別表와 같다. 즉 理想的인 產前管理는 妊娠 3個月前부터 始作해서 妊娠 6個月까지는 每月 1日, 7個月에서 9個月까지는 2回, 10個月에는 每週 1回로 되어있다. 우리나라 農村에서는 妊娠中 偶發的인 疾病으로 因한 受診을 包含해서 17.5%가 病院을 訪問하고 있다. 그러나 初診時 妊娠月數가 3個月 以內것은 不過 20%이고 7個月 以後 受診한 것이 44%로서 이미 發生한 여러 合併症을 矯正하기에는 時日이 늦은 것이 大部分이다. 受診回數에 있어서도 理想的으로는 9回以上인 것이 要望되나 5回 以上은 2.5%에 不過하고 1~2回가 11%로서 總受診回數의 60% 以上을 차지할 수 있었다. 換言하면 우리나라 農村婦人들의 產前管理는 名目뿐 何等의 效率的인 管理方法이 아님을 推測할 수 있다. 그러나 合併症이 同伴한 婦人에서 正常妊娠에 比하여 產前受診率이 높음을 볼 수 있었다.

分娩環境

分娩의 95%가 家庭分娩이다. 이는 家族制度와 封建的인 傳統이 繼承되어 음에 基因된다. 分娩 介助者에서도 專門職에 依한 介助는 10% 內外에 不過하고 大部分이 家族에 依해서 介助되며 심지어 아무런 介助者도 없이 產母單獨으로 分娩하는 수가 16%에 達하고 있다. 臍帶切斷器具도 消毒된 가위 使用은 20% 內外이고 未消毒가위 使用이 60%이며 놀랍게도 흙물은 甌를 使用하고 있는 것이 20%에 達한다.

이렇게 非衛生的인 環境下에서는 新生兒에 있어서의 破傷風, 產母에 있어서의 感染症이 頻發될

것이 豫測된다. 그러나 住民들에 對하여 施設分娩을 利用 안하는 理由를 質疑한바 半數 以上에서 入院分娩의 必要性을 느끼지 않는다는 것이다. 이는 한편 家族(媳母)들의 依한 干涉과 本人들의 無知의 所致로서 先進國에 比하여 10배나 높은 母性死亡이나 3~4배에 達하는 幼兒死亡이 自己나 自己아이에게는 該當안된다고 생각하는 사람이 많은 까닭이다.

難產率은 5% 內外로서 殆半은 原因不明이고 臍帶異常과 胎盤異常, 胎兒位置異常 및 CPD가 主要原因이다.

2. 幼兒保健

幼兒養育은 90% 以上이 母乳에 依存하고 있으며 人工養育 및 混合養育은 極히 一部에 不過하다.

授乳期間은 1年以內에 離乳하는 것이 28%에 不過하고 2年以上까지 授乳하고 있는 것이 30% 以上이며 심지어 다음 妊娠까지 授乳를 繼續하는 사람이 9%나 된다.

豫防接種

우리나라 農村에 있어서 唯一한 幼兒保健의 하 나인 豫防接種狀況을 滿5歲 未滿兒童에 對하여 調査한바 BCG가 34.4%, 天然痘기 28.2%, DPT는 22.9%이나 完全 3回接種者는 5.2%, polio에서도 全體는 24.7%이나 完全接種은 2.3%에 不過하였다.

嬰幼兒死亡과 死因

滿 1歲 未滿兒의 出生 1,000에 對한 死亡은 42였으며 死因으로서 肺炎, 新生兒破傷風이 가장 높고 早產兒, 및 痙攣, 腸炎 및 先天的인 畸形兒 등의 順이다. 即 大部分이 豫防可能한 疾病으로 死亡되고 있다.

死亡時 年齡은 1週以內의 初生兒死亡이 全死亡의 65%, 1個月까지의 新生兒死亡은 83%의 高率로서 過去와 달리 요즘은 大部分이 出生後 1個月 以內에 死亡하고 있다. 이는 過去에는 急性傳染病등이 出生 3個月後부터 發生하여 死亡이 많았으나 이가 減少됨에 따라 相對的으로 新生兒期의

死亡이 增加한 때문이라고 생각된다. 그리고 死亡時에 何等의 醫療의 措置없이 죽은아이가 52%로서 死亡이 出生後 短時日內에 일어나므로 時間的 餘裕도 없었겠지만 醫療施設의 不足이 큰 原因인듯하다.

B. 改善方案

1. 部落要員을 活用하는 方案

現下 우리나라 實情에 비추어 그다지 專門的인 分野가 아닌 部分에까지 醫師나 助產員에 依存한다는 것은 非現實的으로서 醫師나 助產員 및 看護員들에서 一定한 教育을 받은 部落要員들은 어머니會를 通하여 部落同僚 들에게 妊娠, 分娩, 離亂 및 豫防接種등에 對한 正確한 知識을 啓蒙 教育할 수 있다. 이로서 一般婦人들은 妊娠에 同伴되는 合併症에 對한 豫防으로서의 產前管理, 多產, 胎毒의 短縮 및 人工流產등의 有害를 除去하기 爲한 避妊法의 採擇, 難產防止를 위한 施術 分娩의 增加, 分娩環境의 改善, 嬰幼兒營養改善을 爲한 授乳期의 短縮 및 離乳食의 勸獎, 正確한 豫防接種知識으로서 幼兒들에 對한 免疫의 徹底 등을 期할 수 있을 것이다.

部落要員은 妊婦들을 자주(月1回) 訪問하여 異常者를 發見時에는 助產員이나 醫師에게 依賴하여 確認시킨다.

分娩時 分娩環境을 衛生的으로 遂行하기 爲하여 消毒된 分娩器를 配布 그 使用方法을 가르친다 그리고 順産인 경우 直接介助함도 바람직한 일이다.

部落內 幼兒들에 對한 豫防接種의 勸獎과 子女數나 危險要因등을 考慮하여 適合한 婦人들에 對한 避妊의 勸誘등을 실시한다.

2. 母子保健要員(補助看護員)이나 助產員(看護員)에 依한 改善策

上記한 部落要員으로서는 미치지 못할 部分을 擔當한다.

첫째는 部落要員 或은 部落婦女子들에게 妊娠, 分娩, 幼兒養育등 母子保健에 關한 保健教育을 實施한다.

다음 可能한限 모든 家庭分娩을 도운다. 難產

인 境遇에는 產婦人科專門醫에 依賴토록 한다.

妊娠에 同伴되는 中毒症 其他 合併症에 對한 檢査와 簡單한 處置를하고 어려운 問題만을 專門醫에게 依賴한다.

嬰幼兒에 對한 營養指導에 있어서 우선 授乳期間에 對한 產母들에 對한 啓蒙教育과 離乳食을 指導하되 可能한限 該當地域에서 生産되는 農產物을 利用해서 만드는 方法을 開發하여야 한다.

豫防接種에 對한 올바른 知識을 婦女子들에게 教育함과 同時에 直接豫防接種을 實施하여 明白한 記錄을 남기도록 한다.

3. 醫師들에 依한 事業

全妊娠期를 通하여 最少限 세번의 產前管理를 實施한다. 即 初回は 妊娠의 確認과 全體身體檢査를 實施하여 慢性疾患有無를 確認하여 妊娠의 繼續與否를 指示하고 同時에 血液檢査로서 潛在性梅毒이나 貧血, 血液型, RH 因子등도 確認함이 要望된다. 妊娠途中에 異常者는 恒時 檢診이 要望되며 마지막 胎兒位置가 固定되었을때 胎兒位置를 確認하여 難產可能性 與否를 確認하고 同時에 骨盤測定을 通하여 難產의 憂慮가 있는 사람에게는 入院分娩을 勸告한다.

其他 合併症이 甚한 사람에 對한 診療 및 疾病 兒나 問題兒에 대한 診療와 指導등을 實施한다.

總 括

韓國農村의 母子保健은 封建傳統의인 社會的인 諸要因과 大家族制度라는 體制下에 分娩, 養育은 傳統의陋習을 그대로 繼承되어 一部地域을 除外하고는 5000年의 慣習이 綿綿하게 이어져 왔다.

妊婦들의 100%가 產前管理 乃至 施術分娩을 실시하고 있는 先進國家에는 못미친다 할지라도 開發途上 國家에서의 專門職에 依한 分娩이 그의 90% 以上인 이마당에 門外漢에 依한 分娩은 고사하고라도 單獨分娩이 20% 内外이며 아직 新生兒死因의 으뜸을 차지하고 있는 것이 不潔한 器具使用으로 인한 破傷風이다.

이러한 狀況下에서 妊婦 및 幼兒健康保護를 爲한 產前管理나 幼兒相談은 마치 奢侈라고 생각할 정도로 우매한 이들地域의 母子保健發展을 爲하

여는 革新的인 改善이 要望된다. 多幸스러운 일은 이들 母子保健의 大部分의 範圍가 高度의 技術을 要하는 分野가 아니라는 事實과 오랜 歷史를 가진 어머니會의 組織이 우리나라 坊坊谷谷에 健在하여 現在도 여러가지 保健事業에 이바지 한다는 事實이다. 이들中 保健에 關心을 가지고 있고 指導者의인 適格者에게 一定教育을 實施 한다면 母子保健의 殆半이 解決 된다고 確信한다. 即 保健知識의 不備로 惹起되는 母子間의 健康에 有害한 因子의 除去, 各種合併症의 早期矯正을 爲한 產前管理의 徹底, 出生兒健康管理을 爲한 幼兒相談과 營養指導등의 廣範圍한 分野는 이들 部落要員 단으로도 充分히 解決될 수 있다. 이보다 多少의 技術을 要하는 分娩介助, 合併症에 대한 檢査와 處置 그리고 胎兒位置와 狹少骨盤등의 難産發見 등은 看護員이나 助産員에 依해서 解決될 分野이다. 醫師가 要하는 일은 極히 局限된 甚한 合併症이나 難産 其他 疾病診斷을 爲한 것으로서 事業分量面으로 보았을때에는 極히 一部임을 알 수 있다. 要컨대 現 우리나라 現實下에서 農村母子保健의 發展은 期한려면 大幅 非專門要員을 果敢히 採用活用하고 專門職은 看護員 或은 助産員까지는 專屬으로 하되 醫師에 依한 介入은 非專屬으로 함이 妥當하다고 생각된다.

ABSTRACT

Problems in the field of maternal and child health care and its improvement in rural Korea

Lee, Sung Kwan

Department of Preventive Medicine and
Public Health, School of Medicine,
Kyungpook University

Introduction

Recently, changes in the patterns and concepts of maternity care, in both developing and developed countries have been accelerating. An outstanding development in this field is the number of deliveries

taking place in hospitals or maternity centers. In Korea, however, more than 90% of deliveries are carried out at home with the help of untrained relatives or even without helpers. It is estimated that less than 10% of deliveries are assisted by professional persons such as a physician or a midwife.

Taking into account the shortage of professional person in rural Korea, it is difficult to expect widespread prenatal, postnatal, and delivery care by professional persons in the near future. It is unrealistic, therefore, to expect rapid development of MCH care by professional persons in rural Korea due to economic and sociological reasons. Given these conditions, it is reasonable that an educated village women could used as a "maternity aid", serving simple and technically easy roles in the MCH field, if we could give such a women incentive to do so.

The midwife and physician are assigned difficult problems in the MCH field which could not be solved by the village worker. However, with the application of the village worker system, we could expect to improve maternal and child health through the replacement of untrained relatives as birth attendants with educated and trained maternity aides.

We hope that this system will be a way of improving MCH care, which is only one part of the general health services offered at the local health centre level.

Problems of MCH in rural Korea

The field of MCH is not only the weakest point in the medical field in our country but it has also dropped behind other developing countries. Regarding the knowledge about pregnancy and delivery, a large proportion of our respondents reported having

only a little knowledge, while 29% reported that they had "sufficient" knowledge.

The average number of pregnancies among women residing in rural areas was 4.3 while the rate of women with 5 or more pregnancies among general women and women who terminated childbearing were 43 and 80% respectively. The rate of unwanted pregnancy among general women was 19.7%. The total rate for complications during pregnancy was 15.4%, toxemia being the major complication. The rate of pregnant women with chronic disease was 7%.

Regarding the interval of pregnancy, the rates of pregnancy within 12 months and within 36 months after last delivery were 9 and 49% respectively. Induced abortion has been increasing in rural areas, being as high as 30-50% in some locations. The maternal death rate was shown 10 times higher than in developed countries (35/10,000 live births).

Prenatal care

Most women had no consultation with a physician during the prenatal period. Of those women who did have prenatal care, the majority (63%) received such care only 1 or 2 times throughout the entire period of pregnancy. Also, in 80% of these women the first visit came after 4 months of gestation.

Delivery conditions

This field is lagging behind other public health problems in our country. Namely, more than 95% of the women delivered their baby at home, and delivery attendance by a professional person occurred only 11% of the time. Attendance rate by laymen was 73% while those receiving no care

at all was 16%.

For instruments used to cut the umbilical cord, sterilized scissors were used by 19%, non-sterilized scissors by 63% and 16% used sickles. Regarding delivery sheets, the rate of use of clean sheets was only 10%, unclean sheets, vinyl and papers 72%, and without sheets, 18%.

The main reason for not using a hospital as a place of delivery was that the women felt they did not need it as they had previously experience easy deliveries outside hospitals. Difficult delivery composed about 5% of the total.

Child health

The main food for infants (95%) was breast milk. Regarding weaning time, the rates within one year, up to one and half, two, three and more than three years were 28, 43, 60, 81 and 91% respectively, and even after the next pregnancy still continued lactation.

The vaccination of children is the only service for child health in rural Korea. As shown in the Table, the rates of all kinds of vaccination were very low and insufficient.

Infant death rate was 42 per 1,000 live births. Most of the deaths were caused by preventable diseases. Death of infants within the neonatal period was 83% meaning that deaths from communicable diseases decreased remarkably after that time. Infant deaths which occurred without medical care was 52%.

Methods of improvement in the MCH field

1. Through the activities of village health workers (VHW) to detect pregnant women by home visiting and, after registration,

visiting once a month to observe any abnormalities in pregnant women. If they find warning signs of abnormalities, they refer them to the public health nurse or midwife.

Sterilized delivery kits were distributed to the expected mother 2 weeks prior to expected date of delivery by the VHW. If a delivery was expected to be difficult, then the VHW took the mother to a physician or call a physician to help after birth, the VHW visits the mother and baby to confirm health and to recommend the baby be given proper vaccination.

2. Through the midwife or public health nurse (aid nurse)

Examination of pregnant women who are referred by the VHW to confirm abnormalities and to treat them. If the midwife or aid nurse could not solve the problems, they refer the pregnant women to the OB-GY specialist. The midwife and PHN will attend in the cases of normal deliveries and they help in the birth. The PHN will conduct vaccination for all infants and children under 5 years old.

3. The Physician will help only in those cases referred to him by the PHN or VHW. However, the physician should examine all pregnant women at least three times during their pregnancy.

First, the physician will identify the pregnancy and conduct general physical examination to confirm any chronic disease that might disturb the continuity of the pregnancy.

Second, if the pregnant woman shows any abnormalities the physician must examine and treat.

Third, at 9 or 10 months of gestation (after sitting of the baby) the physician should examine the position of the fetus

and measure the pelvis to recommend institutional delivery of those who are expected to have a difficult delivery. And of course, the medical care of both the mother and the infants are responsible of the physician.

Overall, large areas of the field of MCH would be served by the VHW, PHN, or midwife so the physician is needed only as a parttime worker.

1. Maternal Health

A. Pregnancy

1. Knowledge about pregnancy and delivery:

Rate of women with nothing or a little but not sure	67%
Source of information about pregnancy and delivery; Mother or mother-in-law.....	68%

2. Number of pregnancy

Average No. of pregnancy of women residing in the area;.....	4.3 times
Rate of women who have experienced 5 or more times of preg.	43%
Rate of women who have experienced 5 or more pregnancy among women who passing the age of bearing.....	80%
Rate of unwanted pregnancy.....	19.7%

3. Complication during pregnancy.....15.4%

Hemorrhage	1.8
Toxemia	8.2
Others	5.4
Chronic diseases during pregnancy.....	7.0%
Chronic gastro-intestinal disease.....	28%
Heart disease	8
Nephritis	4
Pulmonary tuberculosis	4
Communicable disease	10
Other chronic disease.....	14
U. K.	32

4. Interval between pregnancy;

Within 12-24 months.....	9.0%
--------------------------	------

Between 25-36 months.....	49.0
5. Induced abortion.....	30-50%
6. Maternal death.....	35/10,000 live births

B. Prenatal care

Rate of women who received prenatal care at last pregnancy.....	17.5%
Gestation month at first visit	
Within 3 months.....	20%
4-6 months	36
After 7 months.....	44
Times of visits;	
1-2 times	11
3-4.....	4
5 or more.....	2.5
Rate of prenatal care by complication	
With complication	38%
Without complication	16

C. Delivery condition

Home delivery.....	95%
Attendants at last delivery	
Laymen	73%
Without attendants.....	16
Instruments used to cut the umbilical cords;	
Non-sterilized seissors.....	62
Sickles	19
Delivery sheets;	
unclean sheets.....	90
Reason for not using hospital as a place of delivery;	
No need	51%
The rate of difficult delivery.....	5.0%
Umbilical cord anomaly.....	20
Placenter anomaly.....	19
Position anomaly of fetus.....	6
CPD.....	4
U. K.	51

2. Child health

Feeding:

Breast feeding.....	95%
Artificial feeding.....	2
Mixed feeding.....	3
Weaning time:	
Within 6 months.....	3%
7-9 months.....	7
10-12 months	18
13-18 months	15
19-24 months	17
25-36 months	21
37 months or more.....	10
Still lactation after pregnancy.....	9

Vaccination:

Children who are under 5 years old	
BCG	34.4
Small pox	28.2
D. P. T.	22.9
Complete vaccination.....	5.2
Polio	24.7
Complete vaccination.....	2.3
Infant death.....	42/1,000

Cause of death:

Pneumonia	10%
Tetanus	10
Premature.....	8
Convulsion	7
Enteritis	6
Congenital malformation.....	3
Measles	1
Asphyxia	1
Unknown.....	54

Age at death of infants:

Within 24 hours after birth	34%
2-7 days	31
2-4 weeks.....	18
2-3 months.....	9
4-6 months.....	4
7-12 months	4

Death place:

At home	97%
Without medical care	52

文 獻

1. Wallace, H. M. : Health services for maternity mothers and children. Saunders Company, 2nd ed. : 356, London, England, 1962.
2. Chase, H. C. : A study of risks, medical care, and infant mortality. Am. J. Pub. Health, 63:169 Supplement, 1972.
3. Butler, N. R. : Causes and prevention of perinatal mortality. WHO Chronicle 21:65, 1967.
4. 李性寬, 金斗熙, 芮旻海, 鄭鍾學 : 農村母子保健實態調查. 慶北醫大雜誌, 13:291, 1972.
5. 權彝赫, 金泰龍, 朴亨鍾 : 都市地域의 母子保健實態에 關한 研究. 人口問題集, 9號, 150, 1969.
6. 李性寬, 李善佑 : 都市婦人의 產前管理와 非產前管理가 産科의 合併症에 미치는 影響에 關한 研究. 慶北醫大雜誌, 16:73, 1975.
7. 權彝赫, 姜吉遠, 金仁達 : 產前管理 및 分娩에 關한 研究. 人口問題集 10號, 165, 1970.