

## 장애아를 가진 一部 母性的 임신기왕력에 대한 연구

이화여자대학교 체육대학 건강교육과

김 초 강

—Abstract—

### **A Study on a past pregnancy experiences of maternity with handicapped children**

**Cho Kang Kim**

*Department of health education, physical college in Ewha Women's University*

Ratio of physically and mentally handicapped people among the total population is about 3~4%. Regardless of the extent of seriousness of handicaps, they have to sustain various difficulties in their life time and pose challenging problems to their homes, community and nation.

In the spectrum of their problems, measures such as treatment, rehabilitation and welfare work all occupied important part but most significant measure is the prevention.

Such handicaps items from health care of maternal and child, mostly causes throughout the process of pregnancy, delivery and upbringing. And then this study is focused on the pregnant history of the mothers with handicapped children.

The objective of this study is to identify the basic factors which can create a handicapped child during pregnancy and is to prevent the birth of such a child.

For this study, 301 mothers who have handicapped children were selected, now receiving various training at 5 rehabilitation and educational facilities. And questionnaires distributed to them during the period of Oct, 1983 to Dec, 14. The collected responses have been analyzed in terms of significant numbers, percentage and metric average.

Their related results are as follows:

1. The sexual ratio between the male and female was 58.5% compare 41.5%. The average age of the handicapped children was 10.1 years old and that of mothers at the time of the children's birth was 28.9 old years. They were born as 2.14th in their family, the ratio of antenatal care for pregnant mothers was 36.2% and 22.9% were abnormally delivered.

37.9% out of the total were born from mothers with ages above 35 years and as their first baby.

2. The time of confirming the handicapped nature of children was during babyhood by 97.1% and discovery of these misfortunes were made by chance. As for causes of those handicapped status 20.9% disease from complication, 15.3% from difficulties experience at

the time of delivery, 11.3% from heredity and 10% were results of drug abuse during pregnancy, and 49.8% of the handicapped children were mentally retarded.

## I. 서 론

### A. 문제의 제기

母胎집단이 국민보건의 기준이 됨은 이 두집단이 인구비례상 차지하는 비중이 크며<sup>11)23)28)</sup> 그 중에서도 생물학적 측면에서 본 모성집단은 임신, 출산 및 양육의 기능을 맡은 인구 생산집단이요, 영·유아를 총칭한 어린이 집단은 차기세대의 인력자산으로 출생, 성장이라는 연관된 신체적 특성을 지닌 집단으로 한 개인의 평생 건강 내지는 결합과 깊은 관련이 있기 때문이다.<sup>20)</sup> 또 어린이의 건강자질, 그리고 성장·발달이라는 향후 특성과 속도를 결정하는 요인도 여성들의 건강과 임신·출산이라는 생리적 기능 및 그 관련여하에 달려 있고 전전 하고도 정상적인 어린이 출생과 건강한 성장도 영·유아시기의 건강관리에 좌우되므로 이 두 집단을 대상으로 한 모아보전이 국민보건관리의 대표집단이요, 기준집단이 않될 수 없다<sup>11,23)</sup>. 그러나 임신, 출산 및 양육의 결과가 바람직하지 못하고 선천적이든 후천적이든 어떤 병변에 의해 기인된후 최선의 의료ச்ச나 보건관리를 받은 후에도 치료되지않고 만성 또는 영구히 신체 내·외의 기능에 손실을 가져와 정상생활이 어려운 상태를 장애라 정의<sup>8,20)</sup>하여 1980년도 인구센서스에 우리나라 심·신장애 인구도 인구 1000명당 23.7%로 전국에 약 100만명의 장애인구가 있다고 보고<sup>20,31)</sup>될 바 있다.

장애의 요인은 흔히 선천적인 것과 후천적 요인 및 이 두요인이 결합된 혼합 이론이 받아들여지고 있고<sup>20)</sup> 그 장애원인의 대부분이 임신중 임신력과 깊은 관련이 있으며<sup>13)</sup> 특히 임신 및 분만을 중심으로 한 모성보건관리의 양육을 중심으로한 영·유아 보건봉사에 달려 있다<sup>23)</sup>. 여기서 말하는 선천적결합이라 함은 이미 존재해 있는 결합을 말하며<sup>55)</sup> 이에 비해 후천적원인은 다면적 요인<sup>40)</sup>으로 사망에 직결되지 않는 건강장애 역시 보건학상 중요한위치를 차지한다<sup>11)</sup>고 볼 수 있다.

현대의학의 발전은 모아의 위험요인을 많이 배제해 하고 있지만 장애아 출현에 대한 원인규명은 아직도 많은 문제점을 제기하고 있다. 이는 장애아의 포본, 기준, 분포, 분류 및 추후관리 등이 사회제급 및 인식에 따라 다르고, 관리를 위한 자료의 불충분 등이 또한 결과를 상이하게 다르게 하기때문에 모아보건학적 측

면에서 발생가능한 예방을 위한 다각적 접근이 필요하다고 본다. 그리하여 본 연구도 부분적이거나 이미 장애아를 가진 모성 일부집단을 대상으로 임신기왕력을 조사, 분석하여 발생가능한 원인을 연구하여 모아보건 측면에서 출현가능한 장애예방을 위한 예방교육사업에 다소나마 기여코져 본 연구를 시도하였다.

### B. 연구의 목적

가계내 유전이나 선천성 결합이 절대적이라는 일반상식과는 달리 선천적요인이기 보다는 임신시 임신섭생 내용 및 분만력, 그리고 양육태도에 따라 발생하는 장애아 출현률이 높음은 근자 연구논문에서마다 제시되고 있는 실정이나 모아보건 측면에서 조사 연구된 경우는 극히 드물어 모아보건봉사를 통한 예방교육목적으로 설정된 연구 내용은 다음과 같다.

첫째, 장애아를 가진 모성집단의 일반적 특성을 연구한다.

둘째, 장애아 임신시 임신 및 분만기왕력 내용을 연구한다.

셋째, 장애아의 일반적 특성을 연구한다.

### C. 연구방법

#### 1) 연구대상

서울시내에 소재한 총 10개의 특수아동시설 중 특수교육기관인 E대학 사회복지관 특수아동교실, 언어청각센터, Y대학 부속 소아재활원, S재활원, M특수학교, K특수학교 재학 아동의 어머니를 대상으로 다음의 기준에 의해 임의 선정하였다.

첫째, 현재 통원교육 혹은 통원치료를 받고 있는 아동의 어머니.

둘째, 아동연령이 만 3세에서 18세사이.

셋째, 장애 라는 의학적진단을 받은 아동.

넷째, 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여를 자원한 모성을 대상으로 이상의 기준에 의해 선임된 총 301명이을 대상으로 하였다.

#### 2) 연구도구

본 연구의 목적달성을 위하여 사전 구조화된 질문지를 사용하였으며 그 내용은 다음과 같다.

모성의 일반적 특성 25문항, 장애아 임신시 임신기왕력 15문항, 장애아출산시 신체특성 3문항, 장애아 성장, 발육 및 결합에 관한 특성 12문항 등 총 55개문

**Table 1.** Demographic Characteristics

Item	Contents	%	No.
Age: (Mean=39)	25—29	7.3	22
	30—34	19.6	59
	35—39	23.3	70
	40—44	31.6	95
	45—49	13.6	41
	50—54	2.7	8
	55 <sup>+</sup>	2.0	6
Marital status:	A first marriage	94.4	284
	Remarriage	1.7	5
	Seperated	1.0	3
	Separation	2.7	8
	Divorced	0.3	1
Age at 1st marriage: (Mean=23.8)	—19	4.0	12
	20—24	57.5	173
	25—29	36.9	111
	30—34	1.7	5
Duration of marriage: (Mean=14.8)	— 4	2.7	8
	5— 9	21.6	65
	10—14	30.9	93
	15—19	23.9	72
	20—24	9.6	29
	25—29	7.6	23
	30—34	1.7	5
	35 <sup>+</sup>	2.0	6
Educational level:	Primary school or less	17.9	54
	Middle school	31.2	94
	High school	33.6	101
	College or more	17.3	52
Religion:	Protestant	30.6	92
	Buddhism	33.6	101
	Confucianism	2.3	7
	Catholicism	7.3	22
	No religion	26.2	79

항이다.

3) 자료수집 및 방법

자료수집기간은 1983년 10월 1일부터 10일까지 50명을 대상으로 사전조사하여 수정, 보완한 후 동년 12월 14일까지 연구자가 해당기관의 협조를 받아 직접 면담 또는 기술케하여 현지에서 회수하였다.

4) 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 연구의 목적에 따라 실수와 백분률

및 산술평균으로 산출하였다.

연구의 제한점은 일부 장애아 교육시설 및 치료시설이 대상이고 더 많은 장애아 모성을 대상으로 한 무작위추출법이 아니므로 일반화된 모든 경험자의 경우가 아니라는 점이다.

**Table 2.** Socio - economic characteristics

Item	Contents	%	No	
Occupation:	Unemployed	81.1	244	
	employed	18.9	57	
	occupational type:	salary	19.3	11
		daily pay	7.0	4
Household economic level:	Good side	11.0	33	
	Not bad	68.4	206	
	Poor side	22.6	62	
Medical care insurance	Yes	2.3	7	
	Medicare	42.5	127	
	No	55.5	167	

**Table 3.** Health Level According to Period

Item Contents	Premarital	In those days of marriage	In those days of delivery	Present condition
Well	67.4	60.5	50.5	32.6
Normal	28.2	34.9	38.5	45.2
Poor	4.3	4.7	11.0	22.3

## II. 연구 결과

### 1. 응답자의 일반적인 특성

#### 1) 인구학적 특성

응답자의 평균연령은 39세로 40대가 54.9%로 가장 많았고 다음이 30, 20 및 50대 순이었다.

결혼은 초혼이 94.4%로 평균결혼기간은 14년 8개월로 평균 23.8세 때 결혼하였으며 교육수준은 고등교육 이상이 50.9%로 종교는 불교, 기독교 순이었다(표 1 참조).

직업은 대부분이(81.1%)가 가사 종사자이며 응답자의 55.5%가 의료수혜를 받지 못하고 있는 것으로 나타났다(표 2참조).

#### 2) 시기별 건강상태

결혼과 출산이 연륜을 더해가며 경험하는 생리적과정이기는 하나 결혼전이나 결혼당시보다 출산이 거듭될수록 건강수준이 나빠져 간다는 일반적 견해와 달리 나뻐던 건강이 오히려 점차 좋아졌다고 응답한 경우도 22.3%나 되었다.

### 2. 응답부인들의 월경 및 임신기왕력

#### 1) 월경력

평균 초경연령은 16세로 빠리는 12세에서 늦게는 20세 사이에 했으며 월경 주기는 27일형, 기간은 4,6일로 이미 폐경된 부인도 10.0%나 되었다.

일반적으로 월경통은 생리현상의 하나로 월경에 수반되는 증상으로 보나 생리통을 수반하지 않은 월경생리도 37.2%나 되었고, 결혼 및 출산에 따라 점차 감소되는 생리 현상임을 볼 수 있었다(표 4참조).

#### 2) 임신기왕력

총 임신회수는 평균 4.95회, 분만 3.07회로 총 임신 손실수는 1.88이며 평균 생존자녀가 2.65명 이므로 출산이후 성장과정중의 자녀손실수는 0.45명이다.

산전관리란 임신에 따른 임신부의 신체내·외의 생리적 변화와 더불어 이에 수반되는 이상 임신 및 임신 합병증을 조기에 진단하고 치료하며 임신 경과에 따라 변화되는 태아의 발육과 건강을 조기에 진단, 교정할 목적으로 반드시 수행되어야 할 관리요 받아야 할 의무인 산전관리를 임신중에 규칙적으로 받았다는 36.2%를 제외하면 거의 한번도 안받았다는 22.3%를 포함하여 관리를 안받은 것으로 나타났다.

임산부의 영양섭취도 비임신시에 비해 약 300cal 더 먹도록 권장되는데 비해 주습에 의해 가려먹은 경우도 24.3%, 되는데 대조적인 것은 태교에 대한 관심만은 비교적 높다(표 5참조).

**Table 4.** History of menstration N=301

Item	Contents	%
Menarche age: (Mean=16)	12	1.7
	13	7.0
	14	11.3
	15	16.9
	16	21.6
	17	21.3
	18	13.3
	19	6.0
	20	1.0
	Menstration cycle(day): (Mean=27)	—19
20—24		47.2
25—29		42.2
30—34		7.3
35 <sup>+</sup>		0.7
Menstration period(day): (Mean=4.6)	under 2	1.3
	3	17.9
	4	29.2
	5	23.4
	6	4.3
	7	16.9
	irregularity	0.7
Menstral pain:	no	37.2
	yes	54.2
	slight	34.4
	normal	51.5
	severe	14.1

**3. 장애아 임신시 임신기왕력**

1) 임신기왕력

장애아 임신시 임신 총기간은 평균 39주로 그중 조산분만 13%, 정기산 80.7%, 만기산 6.3% 등으로 비정상기간에 출생된 장애아 임신이 22.9%나 되었다.

임신당시 모성의 평균연령은 28.9세이나 35세 이후의 노산도 37.9%나 되었다. 장애임신은 비교적 첫 임신때와 임신간격이 짧은 경우, 임신시 모성건강이 양호하지 못한때의 임신(18.6%) 및 영양상태가 좋지 못한 때의 임신(10.6%) 순으로 많았다.

장애아 임신시 임신에 따른 생리적변화가 정상 임신과 구분되던 경우가 27.6%, 임신합병증 발병으로 질병과 병행되었던 임신의 경우도 4.7%나 되었다(표 6

**Table 5.** History of pregnancy N=301

Item	Contents	%
Number of total pregnancy: (Mean=4.95)	1	2.7
	2	12.3
	3	16.9
	4	18.6
	5	18.6
	6	12.3
	7	5.8
	8	6.0
	9	2.3
	10 <sup>+</sup>	5.0
Number of total delivery: (Mean=3.07)	1	5.3
	2	32.2
	3	30.2
	4	20.3
	5	8.3
	6	2.0
	7	1.7
Number of living child: (Mean=2.65)	1	5.3
	2	35.2
	3	32.2
	4	16.9
	5	8.0
	6	1.3
	7	1.0
Prenatal care:	Routine check for every pregnancy	36.2
	Irregular check after 1st pregnancy	30.6
	Intermittent check for every pregnancy	11.0
	No-check	22.3
	Diet intake:	Balanced diet
	Unbalanced diet	24.3
	No answer	7.3
Prenatal influence:	Have good knowledge of total education and keep it	19.6
	Endeavor after keeping	57.8
	No keep	9.6
	Have no concern	13.0

**Table 6.** History of handicapped child was become Pregnant N=301

Item	Contents	%
Pregnant duration (Wks): (Mean=39 wks)	28	1.3
	32	3.7
	36	8.0
	40	80.7
	44	3.0
	48	3.3
Mother's age at pregnancy: (Mean=28.9)	—24	15.9
	25—29	46.2
	30—34	25.9
	35—39	8.6
	40—44	2.7
	45+	0.7
Birth order: (Mean=2.14)	1st	42.2
	2nd	25.2
	3rd	17.3
	4th	9.3
	5th	4.3
	6th	0.7
	7th	1.0
Birth interval(year): (Mean=2.3)	one child	42.2
	1 or less	20.9
	2	17.9
	3	11.3
	4	2.0
	5	1.0
	6	1.3
	7+	3.3
Physical Condition:	Good health	81.4
	Poor health	17.9
	No answer	0.7
Nutritive condition:	Well nourished	40.9
	Normal	48.5
	Poor	10.6
Change of mother's body shape:	No change except pregnancy disfigurment	72.4
	Heavy morning sickness and discomfort	22.9
	Other abnormal symptom with pregnancy	4.7
Complication of pregnancy:	Yes	4.7
	No	95.3

Intake of pregnant favorable food:	yes	6.0
	no	94.0

참조).

#### 2) 장애아 분만 기왕력

분만장소는 27.6%의 가정분만을 제외하고는 병원분만이 제일 높았으며(64.5%) 따라서 대부분 의료요원의 분만보조를 받으며 분만하였으나 분만직후 신생아의 건강이 정상과 구분되었던 경우가 31.2%로 그 대부분의 이유가 분만진행과정이 원만치 못한 경우(29.8%), 출혈(18.1%) 및 태아의 위치 이상(16%) 등이었고 이로 인해 유도분만(43.6%), 곁자분만(31.9%) 및 재왕절개(18.1%) 등의 분만 보조수단을 받아 분만 하였었다. 분만직후 신생아 상태가 가사상태로 인한 호흡곤란도 15.9%나 있었다(표 7참조).

#### 4. 장애아의 일반적특성

대상 장애아의 평균연령은 10.1세로 5세에서 14세 사이의 아동이 전체의 74.8%로 남아가 여아보다 17% 더 많았다.

이들의 장애 요인별 진단명은 정신박약이 49.8%로 그 중 많고 그 다음이 청각장애, 중복장애, 지체·언어 및 정서장애의 순이었다.

장애의 발견시기나 동기중 특이한 것은 이미 장애가 능 임신인줄 알면서도 분만을 한 경우가 3명이었고 그 외 대부분은 성장중 우연한 동기에 의해 주로 유아기 때 발견된 것으로 나타났다.

성장과정은 정상인 다른 아동과 차이가 있었던 경우가 30.2%이었고 일반적인 건강상태나 질병이환은 정상아와 구분되는 점이 확실치 못했으며 자녀가 가진 장애의 원인이 막연한 일반적 상식과는 달리 실질적이기도 구체적인 원인에 의해 출생됨을 알고 있다는 점이다.

장애가되는 원인이 어린이 성장과정 중 기인된 질병 합병증에 의한 원인이라고 응답해준 경우가 20.9%로 가장 많았고, 다음이 분만 과정중 비정상 분만의 하나인 난산이 원인이라 응답해 주었으며(15.3%) 이외 임신시 약물복용에 의한 원인(10%), 가정의 경제적 빈곤 또는 주거환경불량에 의한 원인(각 5.0%, 6.0%) 등 그 대부분의 원인이 임신, 분만 및 양육기간 중에 발생됨을 알고 있는 점이다. 선천적 원인에 의한 장애라 응답해준 경우는 11.3% 뿐이었다. 이점이 모성을 대상으로 한 보건교육 및 관리면에서 예방적 측면을 위해 최선을 다 해야할 내용이라 사려된다(표 8참조).

**Table 7.** History of delivery when mother was delivered of handicapped child N=301

Item	Contents	%
Place at delivery:	Hospital or Clinic	64.5
	Home	27.6
	Midwives	7.3
	Health center	0.7
Attendant at delivery:	Doctor	64.5
	Midwife	9.6
	Parents	11.3
	Neighbors woman or	
	Grand mother	10.0
	Husband	3.0
	None	1.7
Instrument used to cut umbilical cord:	Sterilized scissor	88.0
	Unsterilized scissor	11.3
	Knife	0.7
Baby weight(kg): (Mean=3.03)	-2.0	5.0
	2.0-2.49	9.3
	2.5-2.99	10.3
	3.0-3.49	31.9
	3.5-3.99	10.0
	4.0 <sup>+</sup>	5.0
Respiration status immediately after birth:	Normal	71.4
	More or less long time need until crying	15.9
	Do not know	12.6
Condition of delivery:	Normal	68.8
	Abnormal	31.2
Abnormal Condition:	Delayed delivery	29.8
	have fetus	10.6
	Small pelvis	6.4
	Abnormal position of fetus	16.4
	Hemorrhage	18.1
	Poor health of mother	10.6
	Other	8.5
Delivery type:	Induction	43.6
	Forceps	31.9
	Cesarean section	18.1
	Painless	6.2
	Others	6.2

**Table 8.** General characteristics of handicapped child N=301

Item	Contents	%
Sex:	Male	58.5
	Female	41.5
Age: (Mean=10.1)	-4	8.3
	5-9	36.9
	10-14	37.9
Diagnosis of the handicapped child:	15 <sup>+</sup>	16.9
	Mentally retarded	49.8
	Auditory disturbance	31.9
	Aphasia	3.7
Discovered motive:	Emotional defects	2.7
	Orthopedia	8.3
	Overlapping handicapped	3.7
	Accidental finding during growth	83.7
Discovered time:	Physical examination	7.3
	Doctor's finding immediately after delivery	5.6
	During check before delivery	1.0
	Others	2.3
	Before delivery	1.0
Physical condition:	At delivery	3.7
	Neonate	5.0
	Infant	33.9
	Child	54.5
	School child	2.0
Frequency of disease:	Good	50.5
	Normal	25.6
	Poor	23.9
Immunization:	Not-so-frequent	60.5
	Frequent	36.2
	No answer	3.3
Growth process:	Relatively received	83.7
	No immunization	16.3
	Normal	40.5
Etiology of handicap that handicapped children's mother group knows:	Normal range with slight abnormal	29.2
	Have handicapped	30.2
	Hereditiy	11.3
	Poor maternal health state	1.7
	Poor family environment	6.0

Poor household economy	5.0
Difficult delivery	15.3
Malnutrition	6.0
Complication of disease	20.9
Accident	7.3
Poor nurses	4.3
Taking medicine during pregnancy	10.0
Short interval pregnancy	0.3
Trip during pregnancy	1.3
Others	10.6

## II. 고 찰

우리나라 심신장애의 실태는 1961년 보사부에 의한 한국장애아동 조사를 기점으로 여러번의 전국적 규모의 조사가 개인들에 의한 부분적 조사와 더불어 이루어졌으나 아직도 그 결과 추계치의 차이가 크고 또 장애에 대한 정의와 범위에 대한 확고한 기준설정 없이 대략 인구비례당 약 3%인 100만명 이상의 장애인구가 있는 것으로 추정하고 있는 실정이다.

근간 조사에 의한 장애출현빈도는 보사부(1980)의 2.4%<sup>20)24)</sup>, 같은해 김동현의 23.74%, 이성우(1981)의 24.46%<sup>30)</sup> 및 정혜경(1982)의 3%<sup>36)</sup> 등이다. 그중 약 11205명<sup>19)</sup>만이 전국의 92개 시설에서 교육 및 재활 등의 복지혜택을 받고 있으며 서울에는 10개의 아동시설에 총 1092명<sup>10)</sup> 장애아동이 혜택을 받고 있어 연구대상 인원은 그중 약 35%에 해당되는 인구라 할 수 있다.

장애아의 성비도 김홍균<sup>10)</sup>의 연구에서와 같이 남아가 여아보다 더 많은 것으로 나타났다. 이에 비해 U.N<sup>19)</sup>에서는 전인류의 10% 정도, 그리고 국제연합통계<sup>1)</sup>에 의하면 교육, 문화, 경제수준 등에 별차이없이 세계인구의 12~18%가 장애인구라 할만큼 많으며 Grant는 미국 아동의 경우 100명 중 20명이, Rutter<sup>63)</sup>는 12명 중 1명이 장애아라 제시할만큼 어떤 사회, 어느 연륜에서나 다 함께 가지고 있는 공통된 문제로 제기되고 있다.

원래 인간은 출생에서부터 사망에 이르기까지 한 개인으로서의 존재 이외에도 가족의 일원이자 지역사회 주민으로 남녀노소를 불문하고 장애문제를 가진 가정은 단순한 가정문제가 아니라 이전에 어려운 많은 문제를 사회문제의 하나로 제기하기 때문에 예방, 치료 및 재활<sup>9)</sup> 문제에 이르기까지 이에 대한 포괄적인 조사 연구<sup>8)</sup>가

이루어 져야 하겠다.

물론 문제중심의 치료나 사회복지를 위한 재활사업도 중요한 사업이나 이에 앞서 선행되어야 할 사업이 예방이다.<sup>1)11)23)</sup>.

예방 사업중에서도 일차적인 예방사업은 모아보건을 대상으로 한 보건교육과 임신관리에 달려있다<sup>23)32)34)40)41)44)</sup>. 왜냐하면 장애의 원인이나 발생시기가 생후 만 6세 이전인 유아시기에 가장 많고<sup>44)</sup> 특히 1세 미만의 영아시기가 43.8%<sup>19)</sup>나 되어 그 원인별 내용과 관리 대책 모두가 모성보건 및 영유아보건 관리 여하에 달려 있기 때문이다.

성숙한 여성의 건강은 한 개인의 건강이라는 의미 이상으로 중요한 이유가 가족의 건강관리자로서의 역할 외에도 자녀출산이라는 인류번영의 의미에서도 대단히 중요하다. 이는 곧 모체를 통해 모성의 자질 그대를 유전 이라는 형태로 자녀에게 있는 그대로 또 관리하는 만큼 전달되기 때문이다<sup>56)</sup>, 그러므로 건강이라는 자질을 유산받고 성장·발육 하기에 좋은 모체 건강과 가정환경 및 결핍되지 않는 영양관리와 질병예방을 위한 보건관리 외에도 건강향상이 도모되는 좋은 발육만이 결합과 장애를 예방하는 첩경이 되기 때문이다. 각 나라마다 영아사망률 및 모아건강 수준이 그 지역사회의 보건수준 외에도 문화지표<sup>16)22)</sup>로 쓰일만큼 중요한 이유가 그 때문이며 국민의 보건의식화를 위한 선도방법이나 국민보건수준의 향상 방법 또한 모아집단의 건강에 달려있다.

원래 임신과 분만은 생물학적 측면에서 볼 때 여성생식기 최고의 기능이며<sup>57)</sup>이에 따른 모든과정은 질병과 엄격히 분리되는 정상적인 생리현상의 하나이나 그 과정이 건강하지 못하거나 비정상적인 임신 또는 분만이거나 출생이후 적절한 환경이 되지 못하여 건강한 자녀로 성숙하지 못하고 어떤 병변에 의해 선천적(출생시 이미 존재해 있는 장애<sup>40)</sup> 또는 유전<sup>57)</sup>이든 후천적 환경요인<sup>57)</sup>이든 최선의 의료서비스를 받은 후에도 치료 또는 교정되지 못하고 만성 또는 영구히 심·신기능이 소실된 상태<sup>7)21)</sup>를 장애라 한다. 장애란 지체부자유, 시각장애, 청각장애, 음성 및 언어장애, 정신박약 등의 내용으로 구분된다<sup>50)</sup>.

우리나라 장애아의 장애유형별 내용을 보면 지체장애가 약 60만명으로 가장 많고 청각장애가 약 11만명, 그리고 정신박약, 시각장애, 언어장애 등이 각 4천여명, 그리고 간질 및 중증장애가 2천 및 1천여명<sup>30)</sup>으로 본 연구대상은 정신박약이 49.8%로 가장 많았고 청각 및 지체장애 순이었다. 이러한 장애의 시기별 요인은



선천적요인 5.7%(본연구에서는 6.6%)과 출생후 장애 요인 81.5%로 대별되며 장애아 출현빈도를 높이는 원인이 임신 이전, 모성의 건강상태로부터 출생이후 성장과정중 환경에 이르기까지 그 대부분이 임신과 출산 그리고 양육에 달려있다<sup>29)</sup>.

임신 이전부터 임신초기까지 장애아 임신을 가능케 하거나 그 빈도를 높여주는 대부분의 원인이 염색체의 이상<sup>66)</sup> 유전자의 이상<sup>52)</sup> 그리고 수정과 수정란의 착상 및 발육을 저해하는 모체측 요인 외에도 비타민의 부족이나 과다<sup>46)</sup><sup>53)</sup> 부신피질 호르몬의 작용<sup>51)</sup> 생식세포의 노후<sup>58)</sup> 혼외임신이나 사춘기 어머니<sup>37)</sup>, 20세 미만이나 40세 이상의 어머니<sup>10)</sup><sup>49)</sup><sup>62)</sup><sup>65)</sup> 방사선조사<sup>54)</sup>, 지연수정<sup>25)</sup>, 근친결혼<sup>15)</sup> 등의 신체적 조건 외에도 결혼 가정, 부부관계, 직업, 교육정도, 사회·경제적수준<sup>8)</sup><sup>44)</sup> 등이 밀접한 관련 요인이 된다.

수정 이후 분만까지의 전 임신과정 중에서도 출생시 초생아체중<sup>60)</sup>과 출생순위<sup>45)</sup> 화학물질이나 약물의 오용과 남용<sup>13)</sup><sup>18)</sup><sup>22)</sup><sup>24)</sup><sup>25)</sup><sup>26)</sup>, 흡연<sup>61)</sup>, 임신주수<sup>58)</sup>, 모체의 갑염성질병<sup>13)</sup><sup>35)</sup><sup>48)</sup>, 영양상태 및 당뇨병<sup>66)</sup> 그리고 임신력 등의 산과력이 대단히 중요<sup>13)</sup><sup>56)</sup>하며 특히 임신과 이에 따른 질병이나 합병증의 조기발견 및 치료의 기점이 되는 산전관리의 수혜 유·무<sup>12)</sup><sup>64)</sup>에 따라 안전인신 및 분만율과 장애아 출현률에 깊은 관계가 있다.

산전관리 수혜집단보다 비관리 집단에서 정<sup>35)</sup>의 연구에서는 5배, 임<sup>3)</sup>의 연구에서는 10배나 장애아 출현 빈도가 높은 것으로 제시되고 있다. 이러한 장애중 선천성원인에 의한 장애의 대부분은 수정후 3 내지 10주 경인 태생기나 최종 월경일로부터 4 내지 11주에 성립<sup>47)</sup> 된다 하며 그 장애중 약 3분의 1만이 출생과 더불어 인지될뿐 Mechantoshi 혹은 Melline 등에 의하면 43.2%가 출생직후 진단되며 생후 7개월 이내에 진단이 가능한 경우가 38.7%, 그 나머지는 생후 1년 이후에나 가능하다고 하였다. 본 연구에서는 산전관리 도중 장애아 임신이 진단된 경우가 3명이었고, 출생직후가 5.6%, 유아관리중 신체검사 과정에서 7.3%, 그리고 83.7%가 성장과정중 우연히 발견된 경우로 나타났다.

분만력 및 분만양상, 그리고 분만환경도 도의시 될 수 없는 여건<sup>33)</sup>으로 출생시 손상<sup>24)</sup> 미숙분만<sup>5)</sup><sup>10)</sup><sup>23)</sup> 및 난산<sup>4)</sup> 등에 따라 다르고<sup>24)</sup> 출산직후 초생아 관리에 따른 장애출현도 가능해서 분만과정에 따른 생리적 변화에 충분한 지식없이 온전한 분만이 이루어질수 없다<sup>59)</sup> 하겠다. 분만 이후에도 적절한 산육관리의 부족<sup>45)</sup>이나 어린이 성장에 부적절한 환경이거나 불량한사회 및 경제적 빈곤도 장애의 출현빈도를 높여준다고 Drillery (1958)의 연구에서도 제기하였고 특히 모성집단의 양

육지식과 이에 따른 실천태도에 따라 직접 및 간접 영향이 크다<sup>6)</sup><sup>42)</sup><sup>56)</sup><sup>58)</sup>고 하였다.

본 연구에도 정기적이고 규칙적인 산전관리 수혜집단은 36.2%에 지나지 않았고 전 분만아의 13%가 조산아 이었으며 모성연령 30세 이상의 고령분만이 37.9%로 첫번째 자녀에서 많았다. 분만상태도 31.2%가 유도 및 재왕절개술 등 비정상 분만을 하였으며 출생당시 체중이 2.9kg 미만인 24.6%나 되었다. 장애아가 되는 요인도 질병합병증에 의한 원인이 20.9%, 유전 11.3%, 난산 15.3%, 임신시 약물복용 10.0%, 외에도 가정환경 불량과 영양불량이 각 6%씩이고 가정 경제의 빈곤 및 양육불량도 각각 5.0%, 및 4.3%이었다. 이외에도 모체건강의 불량 및 임신사고, 터울이 잦은 임신 등 모두 모성보전 및 영·유아 보전관리의 미숙이나 수혜불량 등이 그 대부분의 원인이었다.

#### IV. 결론 및 제언

우리나라 심·신장애는 인구비례당 약 3~4%로 정도의 차이를 불문하고 심·신 결합을 가지고 여생을 사는 동안 많은 문제를 개인은 물론 가정, 사회 및 국가에 제기하게 된다. 이들의 문제 해결을 위한 사회·정책적 배려나 복지, 재활 등의 의료제공 등도 꼭 해야 할 필연적 사업이나 더욱 중요하고도 효과적인 사업은 예방이다. 그 장애 원인의 대부분이 임신, 출산 및 양육을 중심으로 한 모아보전관리에 달려 있어 장애아를 가진 일부 모성집단을 대상으로 1983년 10월부터 동년 12월 14일까지 시내 5개 시실에서 재활 및 교육혜택을 받고 있는 장애아 모성, 301명을 대상으로 현지 직접 조사에 의해 연구된 결과는 다음과 같다.

##### 1. 응답자의 일반적인 특성

평균연령은 39세로 23.8세에 결혼하여 14.8년간 결혼생활 중이며, 81.1%가 가정주부로 50.9%가 고등교육 이상의 고학력자이었다.

##### 2. 응답자의 임신 기왕력

총 임신회수는 4.95회로 평균분만 3.07회로 임신손실수는 1.88명이다. 평균 생존자녀수가 2.65명이므로 자녀 손실수는 0.45명으로 36.2%만 산전관리를 받았으며 임신합병증 발병률은 4.7%이었다.

##### 3. 장애아 임신시 임신기왕력

총 임신기간은 39주로 정상분만은 77.1%뿐 22.9%가 비정상분만에 의해 출생되었으며 분만당시 평균 모성연령은 28.9세 때 2.14번째 자녀로 출생되었으나 35

세 이상의 고령시 첫분만아로 출생된 경우도 37.9%이었다.

#### 4. 장애아 분만시 분만기왕력

전 대상아의 64.5%가 시설분만이었으나 31.2%가 비정상 분만법에 의해 출생되었다.

#### 5. 장애아의 일반적 특성

대상 장애아의 평균연령은 10.1세로 남녀 성비는 58.5 : 41.5로 남아가 17%, 더 많았으며 전 아동의 74.8%가 정신박약아이였고, 장애발견 시기는 92.1%가 영·유아시기 이었다.

#### 6. 응답대상자가 알고 있는 장애원인

영·유아시기 발생되었던 질병합병증에 의한 장애로 알고 있는 경우가 20.9%로 가장 많았고, 다음이 난산 15.3%, 유전 11.3% 임신시 약물복용 10.0% 및 가정환경불량, 가정경제의 빈곤 및 터울이 갖은 임신순이었다.

이상과 같은 결론으로 보아 이미 발현된 장애의 치료나 교육 및 재활도 중요한 보건봉사의 일환이나 이보다 더욱 중요한 것이 예방이다. 예방을 위한 최선이자 최후방법이 있다면 철저한 산전보호와 보건교육이다. 이를 위해 대상별, 시기별 보건교육 자료의 개발과 교육실천이 요구된다고 제언하는 바이다.

### 참 고 문 헌

- 강세윤: 장애아의 의료제도; 재활협회지, 15 : 3, p.5, 1983.
- 곽현모 외 4인: "모성기록부에 의한 한국인의 산모의 분석보고"; 대한 산부인과 학회지, 23 : 11, pp.83~94, 1980.
- 김동현: 한국 사회복지 서비스의 문제점과 개선방안; 한국 개발 연구원; 2 : 5, pp.146~161, 1980.
- 김두호: 난산; 대한의학지, 21 : 8, p.667, 1978.
- 김영임: 저체중아 출산에 영향을 미치는 요인분석; 인구보건논집, 2 : 1, pp.53~70, 1982.
- 김정권: 지능 개발이 늦은 아이; 서울, 자행회, 1973.
- 김정근·김동희: 보건통계학개론; 서울, 세영사, p.282, 1980.
- 김정근·허 정: 인구정책과 인구 자질향상을 위한 연구; 인구학회지, 3 : 1, pp.6~171, 1979.
- 김화목: "재활사업과 사회개발; 심신장애자 재활 세미나 보고서. 연세의료 재활원, p.23, 1971.
- 보건사회부 통계연보., 제31호, 보사부 pp.164~168, 1985.
- 김초강: 모자보건과 가족계획; 서울, 수문사, pp.13~15, 1982.
- 남철현 외 3인: 국민 보건의식 행태조사연구; 한국 인구 보건 연구원, pp.114~116, 1984.
- 독고영창: 선천성 기형에 대해서; 대한 소아과 학회지, 19 : 5, pp.12~23,
- 문현상 외 2인: 전국 가족 보건 실태 조사연구; 한국 인구 보건 연구원, pp.74~78, 1982.
- 민부기 외 3인: 선천성 기형아의 임상적 고찰; 대한 산부인과 학회지, 26 : 1, p.1687, 1983.
- 박선섭, 강양희: 현대 보건학; 형설 출판사, pp.544~545, 1983.
- 박인서 외 4인: 임신부의 임상통계적 고찰; 대한 산부인과 학회지, 23 : 2, p.120, 1980.
- 박종무: 약물에 대한 출생전 장애에 대해서; 대한 소아과 학회지, 19 : 5, pp.13~18.
- 보건신보: 보건연감; p.103, 1984.
- 보사부: 보건사회; pp.59~333, 1982.
- 보사부: 아동과 청소년 지도자 협의자료; pp.290~296, 1971.
- 박양원: 현대 공중 보건학; 제병 문화사, p.348, 1982.
- 박태근: 모자보건학; 연대 출판부, pp.1~2, 1982.
- 서울 보건 연구회: 보건백서; 하권, pp.267~280, 1981.
- 안 민: 한국인 출산아의 선천성 기형에 대한 고찰; 대한 소아과 학회지, 18 : 367, 1975.
- 유한기: 임신중 약물 사용에 대한 문제점; 대한 산부인과 학회지, 19 : 1, p.9, 1980.
- 이기병: 우리나라 불구 아동의 현황과 대책; 대한 의학 협회지; 22 : 4, pp.267~273, 1979.
- 이광옥: 모자보건 관리를 위해 위험 요인별 감별 평점 기준 분류 개발에 관한 연구; 연세대학교 대학원 박사학위 논문, p.1, 1982.
- 이두봉: 출생전 장애요인; 대한 소아과 학회지., 19 : 5, pp.1~7. 1980.
- 이성우: 심신장애자 실태추계; 대한 보건 학회지., 7 : 1, pp.3~5, 1981.
- 이소우: 심신장애자 실태조사분석; 대한 간호지., 20 : 3, pp.12~23, 1981.
- 이현영: 장애자의 예방과 치료; 삼육 재활원., 1976.

33. 임재탁 : 서울시 일부 모성의 산전관리에 대한 실태조사 연구; *공중 보건잡지*, 8 : 2, p.366, 1971.
34. 정혜경 : 정신박약아동의 장애요인에 대한 부모의 인식조사; 서울대 보건대학원 석사 학위 논문, (미간행), p.2, 1982.
35. 정순오 : 임신중 바이러스 감염이 태아에 미치는 영향; *대한 산부인과 학회지*, 19 : 1, p.4, 1976.
36. 중앙일보 : 7월 9일자 사설, 1981.
37. 조미영. 이경혜 : *고위험 모성 간호학*; 서울, 수문사, p.51, 1980.
38. 정경자 : *심신장애의 예방과 조기치료*; 철도 간호논문집, 1982.
39. 차철환 : *심신장애 예방과 모자 보건 관리*; 한국키비탄, 1978.
40. 심신장애 발생과 예방대책; *재활소식* 55호, 삼육재활원, p.1, 1978.
41. 최규완 : *출생전 장애의 진단*; 대한 소아과 학회지, 19 : 5, pp.24~27, 1900.
42. 하영수 : *아동 간호학*; 서울, 수문사, 1980.
43. 한상현 외 : *한국의 영아 사망률*; 인구 보건 연구원, p.107, 1981.
44. 현대사회와 장애인 복지 : 우리나라 장애인 현황; 제 3회 복지사회 심포지움., 아산 사회복지 사업재단, p.143, 1981.
45. 황경태 : *고위험 임신아의 장기적 예후(결과)*; 대한 소아과 학회지, 20 : 5, pp.10~14, 1977.
46. Anderson, R.C. et. all : *Like childhood of recurrence of congenital malformation*; *J. Lancet*, 74 : 175, 1954.
47. Babson. Benson. Pernoll. Benda : *Management of high-risk pregnancy and intensive care of the neonatal*; 3rd Ed., Mosby company, pp.267~281, 1975.
48. Collins, L.S. : *The congenital malformations following maternal subela at various stage of pregnancy*; *J of Med. August* 2 : 456, 1953.
49. Edmund R. Novak : *Novak Textbook of Gynecology*; 9th ed., The C.V. Mosby Co., p.24, 1976.
50. Edited by Neils H. Lauersen : *Modern management of high-risk preg; prenum medical book company, New York & London*, p.403, 1979.
51. Fraster, F.C. and Saintot T.D. : *Production of congenital defects in the off springs of pregnant mice treated with cortison; progress report abnormal develop, Arch, Pathal* 44 : 34, 1951.
52. Grant, M. : *Services for handicapped children; Handbook of community health 2nd Ed.*, Lea & Febiger, Philadelphia, p.130, 1975.
53. Hale F. : *Relation of vitamine of anopythalmos-in pigs*; *Am. J. of opthal* 18 : 1087, 1955.
54. Hicks, S.P. : *Some defect of ionizing sadiation and matabolic inhabation on developing mammalian nervons system*; *J. of Ped.* 40 : 489, 1952.
55. H. Davis and S.R. Silverma : *Abnormal hearing and Deafness Learning and Deafness*; New York, Hult Rinehart and Wonton, p.119, 1970.
56. Hobel, C.J at all : *Prenatal and Intrapartum high-risk*; *Am. J. of ob & gyn Vol.* 117, pp. 1~9, 1973.
57. Lautery, J. : *Classe social universifarie de France*; p.288, 1980.
58. Leota, K. McNall & Joseph, V. Colloa : *Current practice in Ob & Gny Nursing*; The C.V. Mosby Co, p.76, 1976.
59. Morden P.M. et. all : *Congenital abnormalities in the new born infant*; *J. of Preprod, Fertil*, 20 : 69, 1964.
60. Puffer, R.R. and Sersanoc, V. : *Birth weight maternal age and birth order; Three imporment determinents in infant motality, Scientific publication, Po.* 294, 1975.
61. Reta, H. Hill : *Drugs in gested by pregnant woman; Clinical pharmacology and therapeutics*, 14 : 654, 1975.
62. Robbin, L. : *Textbook of pathology*; 3rd Ed. W. B. Saunders Co, p.484, 1968.
63. Rutter. Tizard. Whitmor : *Education Health and Behavior*; Longman, London, 1970.
64. Steven, L. : *Gortmaker: The Effects of prenatal care upon the health of the newborn*; *Am. J. of public health*, 69 : 7, p.655, 1979.
65. Tesh, J.M. Gloven, T.D. : *Aging of rabbit spermatozoa in the male tract and its effects on fertility*; *J. Report, Fertil*, 20 : 827, 1907.
66. Wite P : *Pregnancy complication diabetes*; *Am. J. Med*, 7 : 609, 1949.