

家族計劃과 母子保健

梁 在 謨

(연세대학교 의과대학 학장)
(대한가족계획협회장)

I. 서 론

가족계획이란 각 부부 단위의 생식행위가 잘 계획되어서 원하는 임신과 출산을 하는 것이라 하겠다. 이는 세가지 문제, 즉 어린이의 태울, 자녀수, 그리고 건강의 질 등을 포함한다. 가족 계획의 최종 목적은 가정 생활의 복지향상에 있다.

모자건강은 가족계획의 셋째된 문제와 관계 있는데, 부모와 어린이의 건강을 다룬다지만 최종 목적은 가족 계획과 매우 밀접하여서 두 분야는 불가분의 관계라 하겠다. 그러면 문제는 (왜)가 아니고 (어떻게) 양자를 통합하느냐에 있다고 본다. 이 글은 가족계획의 모자 보건적인 면에 관해서 알려진 것을 검토하고 양자의 통합에 대한 제안을 하는 것이다.

II. 가족계획의 모자보건적인 면

개발도상에 있는 나라에서 대부분의 가족계획(프로그림)은 만혼, 태울 조절, 30세 내지 34세에서 단산을 주창하고 있는 바 이것들은 모두 가족수를 적게 하려 하고 있는 것이겠다. 이러한 움직임은 부모로서의 책임감을 충분히 이행할 수 있는 기회를 부여할 뿐만 아니라 모성 사망률, 태아 유실, 영아 사망률 등의 감소에 지대한 영향을 미치고 있다.

이러한 영향은 「프로그램」이 특별히 저 소득층을 상대로 하고 결혼외의 출산을 방지하는데 더욱 뚜렷할 수 있다.

광범위한 가족계획 「프로그램」이 개발 도상국들에서 전례 없이 증가하며 집단검사와 계속적인 진찰을 통해서 특히 부인파에서 비정상적인 다수 건강진단을 받게 되었다. 이에 대한 보고와 자료는 다음과 같다.

A. 모성 보건

1) 일반적으로 출산의 위험도는 모성연령이 20세 이하일수록 30세 이상으로 될수록 증가한다(Perkin 1968).

2) 산욕기간의 사망률과 이환률의 증가는 반복되는 임신에서 유래한다는 것은 잘 알려져 온 사실이다. (Yerushalmy, et al 1940).

1960년에 20세 미만의 부인에서 산욕 사망률은 10만 의 생존 출생아에 대해 22.7였고 계속해서 5년 간격 집단에서는 각각 20.7, 29.8, 50.3, 92.8, 138.7이었는데 45세 이상에서는 289.5였다(Vital Statistics, 1960).

3) Wright 셀본에서 1962~1963년에 35~39, 40~44, 45~49세의 임신부가 사망할 위험도는 평균 모성 사망 위험도에 비해 각각 1.5, 2.0, 3.3배 높았다고 보고했다(Wright 1968).

35세 이상의 부인은 전 출생아의 16%를 낳지만 셀본의 전 모성 사망의 26%를 차지했다.

4) Perkin은 1963년 타이에서 30세 이상의 부인은 전 출산아의 42%를 낳지만, 보고된 전 모성 사망의 57%를 차지한다고 보고했다. 35세 이상의 임부가 없으면 출생아는 22% 감소하고 모성사망은 38% 감소할 것이다(Perkin 1969).

5) 위에서 언급된 보고는 35세 이상에서의 출생아수가 감소하던 모성 사망률도 감소된다는 것을 지적한다 산과적(産科的)으로 볼때 이러한 관계는 단지 출산 연령이 많아지는 것 뿐만 아니라 다산부에서도 마찬가지로 결과를 초래한다고 한다. 이러한 두 요소 즉, 출산 연령의 증가와 다산은 이따금 서로 독립적으로 임신에 대한 위험도를 증가시키지마는 보통 그 영향은 부파적이다(Eastman and Hellman 1964 p. 4).

6) 이러한 관계가 오늘날까지 지속된다는 것은 다음 표에서 입증되는 바 이것은 근 35만의 출생아를 분석한 것이다(표-1).

7) 반복되는 임신의 신체적인 결과는 자궁 경부암의 발생 빈도와 높은 분만회수와의 사이에 분명한 관계가 있음을 가지고도 증명될 수 있다. 이것은 빈번한 자궁 경부의 손상이 악성종양과 나아가서는 높은 사망률을 초래하기 때문인 것 같다(Pellic 1952).

8) 나이 많은 어머니는 더 많은 산과적 합병증을 경험한다. 타이 방콕에 있는 부인병원의 자료(표-2)는

<표-1> 348,393 출산에 대하여 연령 및 분만회수에 의한 모성 사망(1951~61)

전모성	사망/10,000 출생
	8.7
20 미만·계	5.1
초 산	4.4
1~3회 경산	5.2
4회 이상 경산	—
20~29: 계	6.6
초 산	4.1
1~3회 경산	5.4
4회 이상 경산	13.2
30~39: 계	13.8
초 산	12.2
1~3회 경산	11.5
4회 이상 경산	17.8
40 이상: 계	34.3
초 산	61.4
1~3회 경산	20.0
4회 이상 경산	44.1

(자료: Obstetrical Statistical Cooperative)

모성 연령의 증가에 따르는 분만의 합병증이 증가한다는 것을 분명히 보여준다(Perkin 1969). 합병증이 생긴 분만은 20~24세의 부인에서 11.2%인데 35~39세에서는 19.9%로서 7.7%의 증가를 볼 수 있다.

<표-2> 연령에 의한 합병증 있는 분만수 (타이, 방콕, 부인병원, 1964)

모성연령	분 만 수	합병증 있는 분만수	
15~19	1,521	203	13.3%
20~24	6,193	693	11.2%
25~29	5,956	832	14.0%
30~34	2,835	445	15.7%
35~39	1,294	257	19.9%
40~44	444	104	23.4%
45~49	47	10	21.3%
계	18,291	2,544	13.9%

(자료: Perkin)

9) 원치 않은 임신에 대한 공포는 결혼생활에서 중요한 병적인 문제로 대두되었다. 이러한 공포는 벌써 여러명의 자녀가 있고 또 자녀를 갖는다는 것은 매우 골치덩어리로 생각하는 부인에서 심각해지는데 그것은 기존자녀를 돌보기에도 벅찬 상태이기 때문이다.

그러니까 또 임신한 것은 자신에게 육체적인 면에서 가중된 부담을 줄 것이란 압박감을 자아내게 하고 가정의 안전에 위협을 줄 것이다(Laidlaw 1960).

<표-3> 연령군에 의한 100 임신당 인공유산(서울)

연령군	100 임신당 인공 유산				
	1940~44	1945~49	1950~54	1955~59	1960~64
20미만	0.0	0.0	2.1	6.3	b
20~24	0.2	0.6	2.1	3.8	8.1
25~29	a	1.6	2.7	9.4	17.9
30~34	a	a	6.1	14.4	38.6
35~39	a	a	a	24.1	58.0
40~44	a	a	a	a	50.0

(자료: 홍성봉)

주: (a) 1964년에 폐경기가 지났으므로 이 조사에는 표시 않았음.
(b) 이 조사에 표시하기는 너무 어렵음.

10) 높은 율로 발생하는 유산(Gebhard, etal 1958, calderone 1958, Hong 1966)은 임신을 거부하는 것으로 널리 알려진, 그리고 임신한다는데 대한 불안을 가리키는 것으로 볼 수도 있다. 정신적 육체적인 모성 보직과 관련된 불법 「인공(人工) 유산」에 대한 위협의 증가는 명백하다. 100 임신당 유산은 연령과 분만회수 증가에 따라 증가일로를 보이는 것을 볼 수 있다(United Nations 1954, Hong 1969).

11) 1945년부터 1961년까지 뉴욕시에서 유산후에 사망한 수를 추정했는데 절대수와 산욕사망의 발생률 공히 증가를 보인다(Janovski etal 1963).

<표-4> 분만회수에 의한 인공유산을 한 부인수와 백분율(서울)

분만회수	면접한 부인수	인공유산을 한 부인수	
0	182	0	0%
1	424	0	0%
2	493	26	5%
3	514	58	11%
4	457	101	22%
5	353	118	33%
6	265	132	50%
7이상	516	308	60%
합 계	3,204	743	25%

(자료: 홍성봉)

12) 홍씨는 응답자의 36%가 인공유산후에 불면이나 호소를 경험하였다고 보고했는데 16%는 한번의 호소 10%는 두번, 그리고 나머지 10%는 세번 이상의 경험을 호소했다. 또 합병증의 발생은 임신수가 많아질수록 임부의 연령이 높을수록, 그리고 임신개월이 길수록 증가했다(1960).

13) 임신을 연기하거나 피하는 문제는 더 이상 임신

하므로서 그 질병 자체가 악화하는 경우에 야기(惹起)되어 왔다.

완전하지는 않지만 그러한 질병을 들면 (Greenhill 1954, Jeffcoate 1957, Macleod 1955, and Howkins 1956. among many others) (자료; Jaffe and Polgar 1967).

암(癌) · 심혈관신병(心血管腎病) · 만성신염(慢性腎盂炎) · 당뇨병(糖尿病) · 전간(癲癇) · 심한빈혈(貧血) · 용혈성 질병(溶血性疾病)(Rh不適合等) · 고혈압(高血壓) · 다발성 경화증(多發性硬化症)과 기타 신경성 상태 · 신염(腎炎) · 산과적 손상(예: 반복되는 제왕절개수술 · 파킨슨씨 병 · 정신증과 신경증 · 가비대성근위축증(假肥大性 筋萎縮症) · 재발되는 유산 · 반복되는 임신중독 · 류마치스성 심장병 · 메독(梅毒) · 임신(臨床)에서 어떤 수술이나 소모성질환후에 얼마 동안 등은 임신이 금기로 되어 있다.

현대의학의 발전은 이런 많은 조건을 가진 부인에서 적당한 의학적인 또는 가정적인 처치로서 원하는 임신 을 가능케 하였다.

그러나 이러한 적당한 처치를 기대할 수 없거나 위협에 노출되기를 원치 않는 다수의 부인에게 피임을 보장할 수 있는 기회를 줘야 한다.

B. 태아(胎兒) 및 영아(嬰兒) 보건

사산, 신생아 및 영아 사망률은 연령의 증가 및 분 만 회수의 증가에 따라 다음의 보고에서 보는 바와 같이 증가된다.

1) 미국 보건교육후생성의 보고에 의하면 태아 사망률은 조산에서 높고 2번째 출산에서 가장 낮았으며 3번째 출산부터는 다시 갑자기 증가한다. 6번째 이후의 출산에서는 두번째 출산의 사산 위험도의 약 3배, 조산아 위험도의 2배가 된다. 각 5년 간격 모성연령군에서 동일한 경향을 보이는데 각 연령군에서 2번째 출산아의 태아 사망률이 낮고 이후 점차 증가를 보인다 (표-5).

<표-5> 출산 순위에 의한 태아 사망률

(1956, 1958, 1961년의 1,000 생존 출생당 평균화)

첫출산	둘째번	셋째번	넷째번	다섯째번	여섯이후
16.0	11.4	13.5	16.7	20.5	30.0

(자료: 미국 DHEW Sin vital Statics)

2) Perkin은 사산의 빈도가 모성 연령의 증가 및 분 만 회수의 증가와 함께 증가한다고 보고했다(표-6). 그리하여 미국과 「방콕」 공회 위험도의 증가가 단순히 모성 연령의 증가에 따르는 것이 아니고 분명히 높은

<표-6> 모성 연령, 분만 회수, 사산률

(타이, 방콕, 부인병원 1967)

모성연령	출 산	사 산 수	사 산 수
20미만	2,205	27	1.2%
20~29	13,179	137	1.0%
30~34	3,256	56	1.7%
35이상	1,990	66	3.3%
분만회수			
0	7,348	99	1.3%
1.2	7,051	90	1.3%
3.4	3,007	41	1.4%
5이상	2,225	54	2.4%

(자료: Perkin)

분만회수의 결과도 관여한다.

3) Potter 등은 1965년 「편잡」 지방에서의 태아 손실 에 대한 연구에서 태아 사망률의 증가와 임신회수의 증가와는 유의한 관계가 있다고 밝혔다.

4) Matsunaga(1969)의 보고에 의하면 1965년에 1,000 출생당 사망률은 모성 연령 25~29에 2회의 분만 회수에서 20으로 가장 낮았으며 모성 연령 25~29에 분만 회수 7에서 114로 가장 높았다(표-7).

<표-7> 모성연령과 분만회수에 따른 1,000 출생당 사망률(일본)

모성 연령	분 만 회 수						
	1	2	3	4	5	6	9
19미만	38	57	—	—	—	—	—
20~24	28	25	35	—	94	—	—
25~29	33	20	22	28	39	58	114
30~34	45	24	22	24	32	42	51
35~39	61	35	33	31	34	34	40
40~4	87	52	42	49	47	45	40

5) 미국의 16개 병원에서 퇴원한 65,865에 기초를 둔 산과통계 협의회(1961)의 보고는 출산 순서와 태아 및 신생아 사망률 사이에는 유사한 관계가 있음을 말 하였다. 백인 부인중 추산기 사망률이 첫째에서 넷째 번 출산까지는 2.6%인데 여섯번째 출산아는 4.7%, 일곱째는 5.6%였다. 유색부인중 그 경향은 유사하였 지만 그율은 일정하게 백인보다 거의 2배였다(Jaffe and Polgar 1967).

6) 영국에서 시행한 Heady and Morris(1959)의 조사는 약 150만의 출생과 1949년과 1950년에 등록된 태 아 사망과 또 이 부해에 태어난 모든 영아사망은 포함 했다.

이 보고에 의하던 사산들은 초산에서 높고 제2, 제3 분만에서 낮았으며 분만 회수가 많을수록 높아지고 젊은 어머니에서 태어난 자녀에서 높는데 특히나 이에 비해 태 가쪽을 거느린데서 높았다. 신생아 사망의 형태는 초산과 파다분만 회수의 부인에서 태어난 자녀에서 사산이 높은 것과 마찬가지로였다.

이런 점을 돌이켜 볼때 Tietz(1963)는 효과적인 출산력 조절이 젊은 모성의 자녀중 신생아 사망률을 감소시키고 분만회수의 빈도를 낮춤으로서 태아사망률과 신생아 사망률을 줄인다고 결론 지었다.

7) 박은 한국 농촌지역의 영아사망에 대한 연구는 분만회수의 증가와 더 많은 영아사망과의 사이에 관계가 있음을 입증했다(박 1962).

영아사망률은 제2 출산아에서 68, 제5 출산아에서 79, 제9 출산아에서는 186으로 증가를 보이고 있다(박 1962)

8) 18년전 뉴욕의학 「아카데미」는 태울 조절이 피임의 의학적 적응증으로 되어야 한다는 결론에 도달하였다(New York Academy of medicine 1946). 임상적으로 본 태 자녀 사이의 간격은 모자보건과 안녕에 매우 중요한 것을 알 수 있다. 이것은 많은 산과 또는 부인과의 교과서에서 보아도 명백하다.

그 전형적인 예로서 Jeffcoate(1957)는 단일 부인이 너무 자주 많은 자녀를 갖는다면 한 아이를 낳은후 충분한 회복도 못한채 다음 아이를 가지게 된다고 했다.

9) Eastman(1944)과 Yerushalmy(1945)는 출생과 다음 임신 사이의 기간이 비교적 짧은 때 모성 연령이나 분만회수에 무관하게 사산률이 높다고 하였다.

최근에 이러한 관계는 런던 병원의 영국 의학연구소에서 조사되었다. 신생아 사망과 조산의 위험도는 연령

에 비해 태 가쪽을 거느린 연소한 부인에서, 즉 임신을 일찍 시작하고 계속해서 여러번 연달아 출산할 경우에 특히 높다(Heady and Morris 1955).

11) 이러한 관찰은 필라델피아에서 16,000명의 계속되는 분만에 기초를 둔 조사연구(Bishop 1964)에 의해서 뒷받침된다.

조산(早産)의 빈도는 임신 사이의 간격이 1년 이내 일 때, (표-8)과 같이 현저하게 증가하였다.

<표-8> 임신 간격과 조산과의 관계

기 간	조 산 %
초 산.....	11.4
23개월이상.....	7.8
12~23개월.....	10.3
12개월미만.....	18.0

12) Illsley(1967)는 각각 조사에서 분만회수나 모성 연령은 무뇌아(無腦兒), 뇌수종(腦水腫), 이분척추, 일반적 기형아의 높은 위험도와 관계 있음을 보고하였다.

13) 정신적인 병적 상태와 아울러 모자관계의 부조화는 임신을 원치않는 자도의 거부와 관계 있고(Menninger 1943) 특히 유산을 시도하는 결과와 관련된다(Caplan 1954). 과도한 출산과 행동장애의 관계는 봄비는 가정에서의 태만자가 성별, 지식수준, 인종 등으로 대조된 비 태만자보다 더 두드러진다는 것을 지적한다(Gluck and Gluck 1950).

14) 어떤 염색체 이상(染色體異狀), 즉 G-trisomy xxy, xxx 등은 모성 연령과 매우 관계가 있다는 것은 잘 알려진 사실이다.

<표-9> 젊은 모성군에 의한 Trisomics 발생의 비교적인 감소 (영국 및 일본) 영국 자료는 Richards에 의함 1967

모 성 연 령	해 산 부 인 의 백 분 물			
	잉글랜드와 웨일즈		일 본	
	1939	1964	1939	1964
19세 미만	4.6	8.7	2.5	1.0
20~29	54.9	62.3	53.2	75.1
30~34	23.4	17.6	22.9	19.4
35~39	12.7	8.7	15.2	4.0
40이상	4.4	2.7	6.2	0.6
총 수	100.0	100.0	100.0	100.0
평균 연령	29.2	26.7	29.3	27.0
비교발생도의 기대치 Down증후군	100	78.4	100	52.4
xxy, xxx	100	83.2	100	64.8

Matsunaga(1969)는 일본에서 20~29세의 젊은 부인들이 한 두명의 자녀만을 가지는 가족형의 급격한 증가로 1929년부터 1954년까지에 trisomics의 발생이 어느 정도 감소했는지를 보여 주기 위하여 잉글랜드, 웨일즈와의 비교자료를 요약했다(표-9).

Down 증후군에 대한 감소치는 일본에서 잉글랜드와 웨일즈에서 27%였다. 조기의 영아사망과 매우 관계있는 trisomy D.E등이 비슷한 감소를 보인다는 것(WHO 1966)을 고려하면 전민적인 소아의 증대성은 이들 국가에서 눈에 띄게 다르다는 것이 명백하다. 부가하여 인골발우부전(軟骨發育不全), 척추합지증(尖頭合脂症), 혈우증(血友症), 화골성근염(化膿性筋炎), 양측성장막모(兩側性網膜母) 등의 기병을 포함하는 어떤 유전자의 변이와 부친 연령과의 관계가 부정적이라는 증거를 말할 수 있다. 이 중에는 49세가 넘는 아버지의 경우는 젊은 아버지에 비해 위험도가 10배나 되는 것도 있다.

C. 사회경제적 특성

가족계획 운동의 개척자요 IPPF(국제 가족계획연맹)의 창설자이며 수태조절이란 말을 최초로 사용한 Margaret Sanger가 1912년 뉴욕시에 처음 수태조절 클리닉을 설치하였는데 이는 빈곤층의 부인을 위한 것이었다.

요즘은 가족계획은 인간의 기본권으로서 누구나 어느 부부나 그러한 서비스를 받을 권리가 있는 것이다. 그러나 여러나라에서 공공기금에 의해 지원받고 있는 이 프로그램이 가난하고 혼인의 관계에서 임신한 한 젊은 여성들에게 특별히 관심을 두고 있다.

이런 특수한 사회 경제적 특성을 가진 목표 집단에 주어지는 우선권은 다음과 같은 보고에 의해서 타당성을 가지게 된다.

1) 모성 사망과 영아사망 및 이환율은 빈곤층에서 매우 높으므로 출산 조절에 대한 의학적인 이유는 다수의 집단보다는 이러한 가정에게 불가피한 처사이다(Jaffe and Polgar 1969).

2) WHO의 모자보건 전문위원회(1961)는 빈곤과 임신의 불리한 요소간에 상호작용을 강조했다. 영양상태가 나쁜 부인은 종종 임신기간 동안 잘 돌보지 못 받고 더더욱 환경이 살며 살필살이가 형편 없어서 심각한 산과적 문제를 경시할 뿐더러 가족적인 문제는 많고 단순한 위생에도 무지하고 자신을 돌보려는 마음 가짐이 매우 적다.

3) Lesser(1963)는 필라델피아, 뉴욕 시카고에서 조사한 바 조산율은 적당한 산전 관리를 받은 군(群)에 비해 부적합한 또는 전혀 산전 관리를 받은 군이 2~3

배 높은 것을 보였다.

4) 퀴리 산티아고에서 인공유산에 대한 역학적 연구를 한 Armijo와 Monreal 1964)은 경제적 빈곤과 수태 조절방법에 대한 무지가 인공유산율 증가하게 하는 근본적 원인이라고 결론 지었다.

5) 경이적으로 높은 조산율은 모성 혈액소의 감소와 관계 있는데 부적당한 영양상태는 빈곤층에 더욱 많다(Bishop 1964).

6) 빈곤층의 어머니는 고소득층에 비해 더 많이 앓고 더 잘 병에 걸리는 것이 확실하다. 빈혈, 영잉질조, 민성인관원환, 임신중독, 골반위축(骨盆萎縮), 조기전통, 기타 다른 문제등의 발생도가 높다(Thompson 1963).

7) 실제로 모성 및 영아사망률과 이환율을 측정하는데 있어서 혼인외의 모자는 혼인한 모자에 비해 매우 높은 위험도를 보인다(Pakter 등 1961). 1955년부터 1959년까지 뉴욕시의 혼외출생을 분석할 때 사망률과 이환율은 적출에 비해 9배나 되었다. 이러한 차이는 타연구에서 밝혀진대로, 결혼을 안한 어머니는 적당한 시기에 정기적인 산전관리를 비교적 받지 않는 것이 중요한 요인중의 하나라 볼 수 있다.

8) 유사한 결과가 북캘리포니아주 보건위원회(Donnelly 1962)에 의해 보고되었다. 1957년부터 1961년까지의 모성사망률은 혼인모성(5.0)에서 보다 비혼인모성에서 2배(10.6/10,000 출생)였고 영아사망률은 혼인한 경우(28.8)보다 비혼인에서 역시 2배(55.3/1,000 출생)였다.

III. 모자보건과 가족계획의 통합

Wallace 등(1968)은 가족계획을 포괄적인 의미에서 모자 보건과 불가결한 일부로 생각하는 것은 의학적으로 타당한 것이라고 보고했다.

가족계획을 모자보건에서 분리시키는 것은 합당한 의학적인 기관과 전문적인 의학적 관리에서 분리시키는 결과를 초래한지도 모른다. 이러한 실명은 모자 보건의 개명과 사업이 이미 잘 세워져 있고 가족계획이 처음으로 소개되는 「프로그래」이 아닌 나라에서는 타당하다. 불행하게도 많은 개발도상국에서 연구의 폭발적인 압력이 이미 심각하여 많은 준비기간을 허용치 않을 때 모자 보건 사업은 아직 발전되어 있지 않다. 모자 보건 사업이 종종 보전을 하는 사람에게만 매우 매력적이지만, 개발도상국에서 예산을 할당하는 정부 지도자에게는 아주 매력적이지 않다.

사망을 특히 영아사망률이 높은 나라를 제외하고는 가족계획이 정부와 공공기관에 의해 공히 잘 지원되는 고로 국가적인 가족계획은 모자보건 증진을 위한 하나의 작전적인 기초로 사용되어야 한다고 제안한다(양등 1966).

활발한 국가적 가족계획사업 때문에 마침 한국의 모든 가임부들은 가족계획 요원들과 접촉한 것이고, 이들의 3분의 1 이상은 앞으로 수년내로 부인과 전문의에게 무료 진료를 받는 특권이 부여될 것이다. 이 사업은 또한 자궁내 장치의 삽입에 따른 합병증의 무료 치료란 제공하는데 빈혈치료를 위해 철제제를 부여하고 골반강내염증의 치료를 위해 항생물질을 제공한다.

그러므로 우리는 모자 보건을 넓은 의미의 가족계획 사업중 필수적인 분야라고 믿어지지 않으며, 잘 구축된 가족계획사업하에서 모자보건사업을 개발하고 통합하는 최선의 방법을 모색중인 것이다.

Rosa(1967)는 개발진행국에서 농촌 모자 보건 사업 영역에 접근하는 새로운 가족계획의 영향이란 논제에서, 인도의 예를 들어 모자 보건사업은 오늘까지 개발도상국에서 극히 적은 부분의 집단만을 담당해 왔다. 그러나 최근에 와서는 이러한 나라의 경제발전을 위하여 가족계획이 중요시되고 모자보건 사업 기구와 밀접한 관계가 있는 가족계획 방법의 발전은 이에 대한 변화를 기약한다.

초기에는 모자 보건 사업을 확대 보급시킴에는 여러 가지 문제를 부가시킨다 하더라도, 추가된 요구와 지

원은 중국에 가서는 가족계획사업을 강화해줄 것이다. 이러한 모자보건 사업의 영역은 농촌 보건 서비스의 선구적인 것이 된다.

Wallace(1968) 등은 두 사업간에는 대상인구와 궁극 목적이 같기 때문에 같은 기술요원을 가지고 사업을 공동 추진함으로써 제한된 예산과 요원을 보다 효율적으로 활용할 수 있는 장점을 들었다.

그러나 그들은 또한 모자 보건사업과 분리된 가족계획사업 준비의 유익한 점을 인식하고 있었다. 모자보건사업이 없거나 부당한 어떤 국가나 지역사회에서는 인구 조절문제에 대한 긴급한 경제적 정치적 요구가 있고 또 모자보건사업이 충분히 확정되고 증진되기까지 가족계획사업추진을 기다릴 수는 없다는 것을 의심할 여지 없이 느낄 것이다.

종교적인 배경으로 인하여 가족계획사업에 대한 정치적인 반대가 심한 몇 나라에서는 모자보건사업의 일환으로 발전시키는 것이 바람직한 일이기도 하다. 한 가지 피해야 할 것은 두가지 사업을 너무 졸속하게 통합함으로써 이미 잘 되어온 사업마저 망치게 하는 일은 없어야 한다.

우리는 유능한 요원의 양성과 좋은 「프로그램」을 마련하는 데는 시간을 요한다는 사실과 너무 자주 역군을 바꾸는 것은 좋지 못함을 이해하여야 한다.

그리고 또 우리는 잘 진행된 하나의 「프로그램」이 자동적으로 두 「프로그램」중 다른 하나도 증진시켜 준다는 것을 알아야 한다고 생각하는 바이다.

♣ 영어강좌 안내

> 영어강습 오전반 신설 <

본회에서는 취업 및 이민으로 해외에 나가고자 계획중에 있는 회원들을 위하여 그동안 오후에만 실시하던 영어강습을 아래와 같이 오전반을 추가로 신설하여 실시코자 계획하고 있습니다. 특히 R.N.반은 새로운 교재를 보충하여 보다 짜임새 있고 충실한 내용으로 보완하였습니다. 최근 미국의 R.N. 시험에서 상당수의 문제가 출제됐다는 교재가 비교적 이해하기 쉽고 내용이 좋아 이를 추가로 보충하기로 하였습니다. 회원 여러분의 많은 참가를 바랍니다.

일시 : 1973. 3. 2. (매주 월요일-금요일)

장소 : 본회 4층 강의실

시간 : 오전반(오전 7시반-10시반)

오후반(오후 4시반-7시반)

{ 기초영어 (7시반-9시)

{ 영어회화 (4시반-6시)

{ R.N.문제 (9시-10시반)

{ R.N.문제 (6시-7시반)