



연구보고서 2013-31-09

저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제

이소영 · 임지영

【책임연구자】

이소영 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요저서】

A Comparison of Native- and Foreign-born Koreans in the Impact of Maternal Educational Attainment on Birth Outcomes
The fourth annual conference book, The Research Center for Korean Community at Queens College of CUNY, 2013

유럽연합의 사회서비스 고용규모와 결정요인에 대한 고찰: 2000~2010년 정부요인의 영향을 중심으로

한국사회복지조사연구, 36, pp.333~354, 2013(공저)

【공동연구진】

임지영 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2013-31-09

**저출산·고령화 대응 인구조질 향상방안:
고령 임신부의 출산실태와 정책과제**

발행일 2013년
저자 이소영 외
발행인 최병호
발행처 한국보건사회연구원
주소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우:122-705)
전화 대표전화: 02)380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처 (사)남북장애인교류협회
가격 7,000원

© 한국보건사회연구원 2013
ISBN 978-89-6827-072-7 93330

발간사 <<

우리나라에서 지속되고 있는 저출산 현상은 인구의 고령화와 맞물려 이로 인한 경제 성장에 미치는 파급 효과로 인하여 단순한 개인 차원의 문제가 아닌 사회적인 문제로 인식되고 있는 실정이다. 이에 대응하여 정부는 2005년 9월 ‘저출산·고령사회 기본법’을 제정하고 ‘저출산·고령사회위원회’를 설치하였으며 2006년부터는 저출산·고령사회 기본계획을 수립하고 다양한 세부과제를 시행해 왔으나 2013년 10월 현재에도 합계 출산율이 1.1명으로 예측되어, 여전히 초저출산 사회로 남아 있다는 사실을 간과할 수 없다. 따라서 이제는 출산율의 양적인 증가에 치우쳐 온 그동안의 저출산 대응 정책들의 접근 방법을 초월하여 인구의 자질 향상이라는 질적인 접근도 함께 고려해야 할 시기임에 분명하다. 이러한 측면에서 고위험군에 속하는 고령 임신부의 지속적인 증가와 이들의 출산 결과에 주의를 돌릴 필요가 있다고 하겠다.

이러한 배경 하에서 본 보고서는 고령 임신부들이 임신과 출산을 선택할 수 있는 출산 친화적인 사회 환경을 조성하여 인구의 질을 향상시킴으로써 저출산 문제에 대응하고자 하는 목적을 가지고 심층 면접, 전국 통계 데이터의 분석, 전문가 조사 등 다양한 연구 방법을 활용하여 이를 토대로 고령 임신부와 이들의 출산 결과와 그에 영향을 미치는 위험 요인들을 사전적으로 예방하는 동시에 사후적으로 지원하는 보다 효과적이고 실질적인 정책적인 제언을 도출하고 있다는 데에 그 의의가 있다고 하겠다.

본 보고서는 이소영 부연구위원의 책임 하에 임지영 연구원이 연구진으로 참여하였다. 본 연구진은 바쁘신 중에도 본 보고서를 읽고 조언을 주신 본 원의 이삼식 인구정책연구본부장과 박수지 부연구위원, 동국대학교 사회학과 김형용 교수, 한국여성정책연구원 김동식 박사에게 감사의 뜻을 전한다. 또한 연구를 위해 많은 지원과 조언을 제공해 준 전문가 및 심층면접 참여자들에게도 깊은 감사를 드린다.

2013년 12월
한국보건사회연구원장
최 병 호

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서론	13
제1절 연구의 배경 및 목적	13
제2절 연구의 내용 및 방법	18
제2장 선행연구 및 이론적 고찰	25
제1절 선행연구	25
제2절 이론적 고찰	36
제3장 고령 임신부의 출산결과 추이 및 현황	47
제1절 고령 임신부의 추이 및 현황	47
제2절 고령 임신부의 출산결과 추이 및 현황	52
제4장 고령 임신부 관련 법률 및 지원 현황	61
제1절 관련 법률	61
제2절 지원 현황	67
제5장 고령 임신부의 출산 결과에 영향을 미치는 요인 분석	75
제1절 연구 방법	75
제2절 연구 결과	81

제6장 고령 임신부 심층 면접	101
제1절 연구 대상 및 방법	101
제2절 연구 결과	109
제7장 고령 임신부 정책 관련 전문가 조사	159
제1절 연구 방법	159
제2절 연구 결과	161
제8장 정책적 지원 방안 및 결론	173
제1절 정책적 지원 방안	173
제2절 결론	186
참고문헌	189
부 록: 조사표	203

표 목차

〈표 1- 1〉 평균 초혼 연령 및 첫째아 출산시 모의 평균 연령	15
〈표 1- 2〉 모의 연령별 출산율 및 합계출산율	15
〈표 2- 1〉 선행연구 결과 정리	33
〈표 3- 1〉 가임여성 및 만35세 이상 가임여성 추이	48
〈표 3- 2〉 전체 산모 및 만35세 이상 산모 추이	50
〈표 3- 3〉 저체중출생아 출산 추이	54
〈표 3- 4〉 조산 추이	57
〈표 4- 1〉 건강가정기본법의 임신·출산 관련 주요 내용	62
〈표 4- 2〉 모자보건법의 임신·출산 관련 주요 내용	63
〈표 4- 3〉 저출산·고령사회기본법의 임신·출산 관련 주요 내용	64
〈표 4- 4〉 국민건강보험법의 임신·출산 관련 주요 내용	64
〈표 4- 5〉 국민건강보험법 시행령의 임신·출산 관련 주요 내용	65
〈표 4- 6〉 국민영양관리법의 임신·출산 관련 주요 내용	66
〈표 4- 7〉 고위험 임신부 관련 정책(지방자치단체)	69
〈표 5- 1〉 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사에서 추출한 표본	76
〈표 5- 2〉 출산력(Kleinman-Kessel Index of parity)	78
〈표 5- 3〉 산전 관리 적합도 지표(Kessner Index of Adequacy of Prenatal Care)	79
〈표 5- 4〉 이항 로지스틱 회귀분석 방정식	81
〈표 5- 5〉 고령 산모와 비교령 산모의 일반 특성	83
〈표 5- 6〉 고령 산모와 비교령 산모의 산과적 특성 차이	85
〈표 5- 7〉 고령 산모와 비교령 산모의 출산 결과	86
〈표 5- 8〉 모의 사회경제적, 산과적 특성에 따른 연령별 출산 결과(저체중출생아 출산)	88
〈표 5- 9〉 모의 사회경제적, 산과적 특성에 따른 연령별 출산 결과(조산)	91
〈표 5-10〉 이항 로지스틱 회귀분석 결과(저체중)	93
〈표 5-11〉 이항 로지스틱 회귀분석 결과(조산)	95
〈표 6- 1〉 심층 면접대상자 특성	102

〈표 6- 2〉 35세 이상 가임 여성 및 고령 산모 비율(2010)	103
〈표 6- 3〉 심층 면접에 대한 개요	105
〈표 6- 4〉 심층 면접 질문의 주요 내용	108
〈표 7- 1〉 고위험 임신부 대상 정책의 특화 적합도 평가	163
〈표 7- 2〉 임신·출산 관련 정책의 특화 적합도(전체 전문가 대상)	165
〈표 7- 3〉 임신·출산 관련 정책의 특화 적합도(보건의로 분야 전문가 대상)	166
〈표 7- 4〉 임신·출산 관련 정책의 특화 적합도(사회과학 분야 전문가 대상)	167
〈표 7- 5〉 임신·출산 관련 정책의 우선순위(중복응답)	169
〈표 8- 1〉 정책적 지원 방안	186

그림 목차

[그림 1-1] 연구 체계도	21
[그림 3-1] 만35세 이상 가임여성 비율 추이	48
[그림 3-2] 만35세 이상 산모 비율 추이	51
[그림 3-3] 초혼연령 및 초산연령 추이	52
[그림 3-4] 저체중출생아 출산비율 추이	55
[그림 3-5] 조산비율 추이	58
[그림 6-1] 생태체계도 모형	107
[그림 8-1] 정책 지원 방안의 틀(Conceptual Model)	173

Abstract <<

Improving the Population Quality in Low Fertility and Aging Korea: Policy Challenges for Birth Outcomes for Women of Advanced Maternal Age

This study contributes to the limited number of studies of birth outcomes in advanced maternal age by examining: 1) if there is an association between advanced maternal age and adverse birth outcomes (low birth weight and preterm birth); 2) what are the protective factors and risk factors of birth outcomes for pregnant women aged 35 year or older ; and 3) how the “Weathering Hypothesis,” which explains the association of maternal age and birth outcomes, and “Epidemiological Paradox,” which explains the association of low socio-economic status and favorable birth outcomes are applied to Korean women

Statistical analysis was performed on data from the Korean birth registration data of 2003 to 2012 in order to find a profile and trend of birth outcomes of women of advanced maternal age and from the National Survey on Fertility, Family Health and Welfare of 2003, 2006, and 2009 compiled by Korea Institute for Health and Social Affairs. Additionally, interviewing women of advanced maternal age was performed as a qual-

itative method to understand their needs.

Binary logistic regression demonstrates advanced maternal age is not a significant risk factor of low birth weight and preterm birth. Significant risk factors for low birth weight include low parity and initiation of prenatal care at 3rd trimester, and significant risk factors for preterm birth are low parity and not having adequate prenatal care. Significant protective factor for both low birth weight and preterm birth includes increased number of previous normal birth.

The findings from this study have policy implications. The population group that public policies should focus on is women of advanced maternal age with low parity or initiation of prenatal care at 3rd trimester or having no adequate prenatal care in order to promote better birth outcomes for this population. Therefore, systematic support are needed including counseling program before and during pregnancy and adequate prenatal care guidelines to help them to plan their pregnancy without unnecessary fear, to receive adequate care they need, and to enhance their birth outcomes. In conclusion, public policies should support late childbearing by providing assistance in the whole process of pregnancy, childbirth, and child raising to make it healthy and overcome low-fertility.

1. 연구의 배경 및 목적

- 우리나라의 저출산·고령화 현상은 상당기간 지속될 가능성이 높아 인구변동에 대응하기 위해서는 다양한 접근이 모색될 필요가 있음.
 - 저출산과 만혼으로 인해 출산연령이 지속적으로 증가함에 따라 지난 10년간 만35세 이상 고령 임신부의 출산율도 증가
 - 고령 임신으로 인한 영유아의 건강 상태 및 인구 질에 대한 국가적 관심과 정책대응이 요구됨.

- 본 연구의 목적은 고령으로 인한 고위험 산모의 실태를 파악하고, 출산의 질을 높여 출산력을 증가시킬 수 있는 대응책을 모색하여 출산을 촉진하는 사회 환경적 분위기를 제공하는 것임.

2. 주요 연구 결과

- 임신부의 정의에 있어서 고령 임신부는 연령이 만35세 혹은 만40세 이상 등으로 경우에 따라서 기준이 상이하나, 일반적으로는 1958년 미국의 The Council of the International Federation of Gynecology & Obstetrics의 기준에 따라서 만35세 이상의 산모를 의미함.

4 저출산고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제

- 연령과 출산 결과, 사회경제적 수준과 출산 결과에 대해 설명하는 이론으로 Weathering Hypothesis와 Epidemiological Paradox를 고려함.
- Weathering Hypothesis는 연령의 변화에 따른 건강 상태에 대한 대표적인 이론으로, 임신부의 연령과 출산 결과에 관해 설명하는 이론임.
 - 흑인과 백인의 연령별 출산 결과 차이를 분석하여, 평균적인 출산 결과의 양상(pattern)을 보이는 백인에 비해 흑인은 저연령 산모의 출산 결과가 좋고 그 후 열악한 사회경제적인 요인의 누적으로 인해 고연령으로 갈수록 출산 결과가 나빠진다는 가설
- Epidemiological Paradox는 소득이나 교육 수준으로 대표되는 사회경제적 위치가 낮은 계층의 사람들이 그러한 열악한 배경에도 불구하고 암이나 사망률 등의 질병에 있어 더 낮은 발병률을 보이는 경향을 설명하는 역설적인 이론임.
- 임신부를 대상으로 한 법률이나 지원 사업 및 정책 등은 전체 임산부를 대상으로 한 사업이 많으며, 최근에는 고령 임신부를 포함한 고위험 임신부를 대상으로 한 국가 및 지방자치단체의 사업·정책이 도입되고 있어서 아직 미미한 수준임.
- 현행법 중 임신 및 출산에 관하여 고령 임신부를 포함한 임산부를 지원하기 위한 사업의 근간이 되는 법률로는 건강가정기본법, 모자보건법, 저출산고령사회기본법, 국민건강보험법, 국민영양관리법 등이 있음.

- 고령 임신부를 포함한 고위험 임신부에 대한 지원 사업으로는 만 35세 이상 임신부를 대상으로 한 엽산제 지원 사업이 있으며, 총 10곳의 지방자치단체에서 고위험 임신부를 대상으로 한 사업이 있고 민간단체에서 고위험 임신부에게 의료비를 지원하는 사업도 시행되고 있음.
- 고령 산모의 출산 결과에 영향을 미치는 요인에 관한 분석을 위해 「전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」의 2003, 2006, 2009년 자료를 토대로 하여 이항 로지스틱 회귀모형으로 분석함.
- 모의 연령은 다른 요인들을 통제했을 때 출산 결과에 영향을 주는 유의미한 요인이 아님.
 - Weathering Hypothesis는 저체중출생아 출산과 조산에 있어 성립하지 않음.
 - 저체중출생아 출산에 영향을 주는 유의미한 요인들은 이전 정상출산 횟수(previous normal birth), 저출산력(low parity), 고출산력(high parity), 임신 말기의 산전 진찰 초진이며, 더 나아가 이전 정상출산 횟수와 저출산력이라는 요인은 고령과 비고령 산모에게 미치는 영향이 다름.
- 조산의 확률을 낮추는 유의미한 보호 요인(protective factor)은 이전 정상출산 횟수와 여아 출산이었으며 조산의 확률을 높이는 위험 요인(risk factor)은 초산에 비해 저출산력인 경우와 고출산력인 경우, 산전 관리의 적합도에 있어서 적합하지 않은 경우로 고령과 비고령 산모에게 동일한 영향을 미침.
 - 산모의 사회·경제적인 변수는 모두 유의미하지 않아서 역학역설(Epidemiological Paradox)은 적용 불가능

6 저출산고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제

- 심층 면접의 질문을 위해 Bronfenbrenner가 사용한 생태체계이론을 이용함. 서울, 울산, 경기, 제주 네 지역에서 총 19명에 대해 심층 면접을 진행함.
 - 만35세 이상의 고령 임신부는 스스로를 고령 임신부라고 느끼지 않는 경우가 많았음. 그러나 출산 후 회복이나 양육 등에 있어 비 고령 임신부와 차이점을 언급하기도 함.
 - 고령 임신부 다수가 병원에서 만35세 이상에게 제안하는 추가 진료의 비용 부담을 진술하였으며, 정보 습득이나 교육에 대한 욕구를 나타냄.

- 고령 임신부를 위한 정책적인 제언을 위해 본 연구는 고령 임신부의 정의와 기준, 관련 정책에 대한 전문가들의 평가 및 제언과 관련하여 집단적인 판단을 도출하기 위해 변형된 델파이 전문가 조사방법을 적용함.
 - 현재 통용되는 고령 임신부에 대한 정의(만35세 이상 임신부)에 대해 전체의 66.7%가 현재의 기준이 적합하다고 함.
 - 그러나 고령 임신은 모두 고위험 임신이라고 응답을 한 경우를 포함하여 대부분의 응답자들은 질병력, 초산 여부 등을 고려하여 고위험 임신의 등급을 설정하여 고위험 임신을 세분화할 필요가 있다고 함.
 - 국가 및 지방자치단체에서 현재 시행되고 있는 고위험 임신부(고령 임신부 포함)에 관한 지원 정책과 국가에서 시행중인 임신과 출산관련 지원 정책 중 고령 임신부에게 특화하기에 적합한 것이 어느 것인지를 묻는 질문에 대한 응답은 다음과 같음.

- 고령 임신부 대상 정책으로 특화하기에 적합하다고 여겨지는 것으로는 ‘고위험 임부 산전검진’, ‘엽산제 지원’, ‘기형아 검사’, ‘고위험 임부 의료비 지원’, ‘고위험 임부 특별 관리’, ‘고위험 임부 기형아(양수)검사비 지원’임.
- 고령 임신부를 대상으로 특화하기에 적합한 정책은 임신이 가능하도록 지원하는 정책과, 산전에 특별히 관리하도록 지원하며 상담 등의 서비스를 제공해 주는 정책 및 산후 관리에 관한 지원들이 언급되어 고령 임신부를 대상으로 임신 전부터 출산 후에 이르기까지 다양하게 지원할 수 있는 정책이 필요함을 시사함.

3. 결론 및 시사점

- 고령 임신부를 임신과 출산, 양육과 관련하여 지지해 줄 수 있는 지지체계로서의 사회를 구축해 나가도록 정책적인 지원이 필요함.
- 신뢰할 만한 자료(database)의 구축을 통해 고령 임신부를 대상으로 하는 연구가 많이 이루어져야 하며 이를 토대로 올바른 정보가 공유되어야 함.
- 임신 전부터 상담과 교육을 하여 필요한 정보를 제공하며 임신을 위한 준비를 할 수 있도록 지원해야 함.
 - 이와 더불어 건강 검진을 통한 임신 전부터 관리할 수 있는 지원이 효율적일 것으로 사료됨.
 - 특히 엽산(folic acid)나 엽산이 포함된 종합 비타민제(multivitamin with folic acid)등을 임신 전부터 임신을 계획한 고령의 가임기 여성에게 우선적으로 섭취할 수 있도록 지원

- 임신 중에는 체계적이고 적합한 산전 관리를 받을 수 있도록 지원
 - 한국의 상황에 적합한 포괄적이고 구체적인 산전 관리에 관한 지침(guideline)을 마련하는 것이 우선적으로 고려되어야 함.
 - 고령 임신이면서 다른 위험 요소로 정기적인 산과 검진 이외의 추가적인 검사, 진료 등이 필요한 경우 일정 정도 지원할 수 있는 고령 임신의 고위험 임신 차등화 추가 지원제도와 같은 체계가 필요
 - 임신부터 출산 후까지 교육과 상담을 포함하는 체계적인 도움을 줄 수 있는 준전문가(para-professionals)로 이루어진 도우미 제도를 제안함.
- 출산 후에는 고령 임신부를 위한 산후 관리가 필요
 - 출산 후에도 산후 검진을 보다 정밀하게 하여 관절통, 산후 우울증 등 고령 산모에게 수반되기 쉬운 증세 및 질환에 대해 검진 및 이상시 치료를 지원
 - 고령 산모는 산후 산모 신생아 도우미의 도움의 필요 정도가 더 크다는 점을 감안하여 소득 제한을 완화하거나 소득에 따라 본인 부담금을 다르게 책정하되 모든 고령 산모를 그 대상으로 포함시킬 것을 제안함.
- 무엇보다도 고령 임신에 관한 올바른 시각과 정보를 제공해주고 고령 임신을 인정하고 지지해 주는 사회 환경의 조성이 필요함.
- 임신과 출산, 양육과 관련하여 임신부를 지지해 줄 수 있는 지지 체계로서의 사회를 구축해 나가도록 폭넓은 정책적인 지원을 제고해야 함.

- 고령 임신에 대한 막연한 두려움을 없애고 난임과 불임이 되었을 때 쉽게 치료하고 임신을 시도할 수 있도록 지원해 주며, 출산과정에서 위험에 대한 공포를 덜 느끼게 하고, 출산 이후 아이 양육에 있어서 신체적·정신적으로 건강하도록 하는 지원책이 우선적으로 필요함.

*주요용어: 고령 임신부, 저체중출생아 출산, 조산





제1장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 배경 및 방법



제1절 연구의 배경 및 목적

우리나라의 저출산 현상이 지속되면서 이제는 초저출산 사회라는 용어가 심심치 않게 회자되고 있다. 실제로 우리나라는 합계출산율¹⁾이 1983년 인구대체수준인 2.1명에 도달한 후 지속적으로 하락하다가 2001년 1.3명이 되면서 초저출산 사회²⁾로 진입하게 되었다. 더욱이 2005년에는 합계출산율이 1.08에 달하여 세계 최저 수준에 이르렀다. 이러한 출산력의 저하는 노동 가능한 연령을 감소시킴으로써 노동시장의 생산성을 떨어뜨리고 결과적으로 경제 성장을 둔화시키기 때문에 저출산은 단순한 사회현상이 아닌 사회문제로 인식되고 있는 것이다. 선행연구에서는 출산력의 저하는 저출산으로 인한 노동 가능 인구의 감소에 따른 노인부양 부담 가중, 경제성장속도의 위축, 사회보장제도 및 인프라 확장에 따르는 공공재원의 조달 문제 등 많은 문제를 야기하며 국가 발전의 장애 요인이 되고 있다고 평가했다(김경하 외, 2009).

이에 대응하여 정부는 2005년 9월 ‘저출산·고령사회 기본법’을 제정하고 ‘저출산·고령사회위원회’를 설치하였으며 2006년 8월에는 제1차 저출산·고령사회 기본계획을 수립하고 5년간 42.2조원을 투입하여 4대 분야 237개 세부과제를 시행해 왔다. 그러나 급속도로 진행되는 저출산과 고령화 현상을 완화시키기에는 한계가 많았다. 따라서 제1차 저출산·

1) 합계출산율(TFR, Total Fertility Rate): 여성 1명이 평생 동안 낳을 것으로 예상되는 평균 자녀수를 나타내는 지표

2) 합계출산율이 1.3명 이하인 경우

고령사회 기본계획의 성과와 한계를 인식하여 일과 가정 양립을 사회 각 부분으로 확산하고 결혼·출산과 양육부담을 줄이는 것에 초점을 두어 2010년에 제2차 저출산·고령사회 기본계획을 수립하게 되었고, 2015년 까지 시행할 예정이다. 이러한 저출산·고령화 대응 정책들이 효과를 나타 내기에는 장시간이 소요되는 것은 당연한 일이나, 우리나라는 2013년 10월 현재에도 합계 출산율이 1.1명으로 예측되어, 여전히 초저출산 사회로 남아 있다는 사실을 간과할 수 없다. 또한 이러한 저출산 대응 정책 들의 대부분은 출산율의 양적인 증가에 치우쳐 온 것이 사실이다. 이제는 단순히 양적인 접근뿐만 아니라 인구의 자질 향상이라는 질적인 접근도 고려해야 할 시기이며 이러한 측면에서 현재 고위험군에 속하는 고령 임신부와 그들의 출산 결과에 관심을 가질 필요가 있는 것이다.

저출산의 원인의 하나로 지적되는 것은 여성의 고학력화 및 사회참여 확대와 그에 따른 결혼 연령의 지연이다. 실제로 만혼과 노산은 임신과 출산이 가능한 가임 기간이 단축됨을 의미하기 때문에 합계출산율에 결정적인 영향을 미친다(이정주, 2007). 만혼과 노산은 만30세 미만의 모 의 출산을 감소시킴으로써 합계출산율의 하락에 직접적인 영향을 미칠 수 있지만, 역으로 만30세 이상의 모의 출산을 증대시킴으로써 그만큼에 해당하는 합계출산율을 증가시켜서 저출산 문제에 어느 정도의 해결책이 될 수 있다고 볼 수 있겠다. <표 1-1>은 최근 10년 간(2002~2012)의 평균 초혼 연령과 첫째아 출산시 모의 평균연령의 추이를 제시하고 있다. 표에서 보듯이 지난 10년간 초혼과 첫째아 출산 시의 모의 평균 연령은 모두 지속적으로 증가하여 2012년 여성의 평균 초혼 연령은 29.4세이 며 초산시 모의 평균연령은 30.5세에 다다르게 되었다.

〈표 1-1〉 평균 초혼 연령 및 첫째아 출산시 모의 평균 연령

(단위: 세)

구분	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12
초혼 연령	27.0	27.3	27.5	27.7	27.8	28.1	28.3	28.7	28.9	29.1	29.4
모 연령	28.3	28.6	28.8	29.1	29.3	29.4	29.6	29.9	30.1	30.3	30.5

자료: 통계청 인구동향조사, 각 연도.

이와 비슷하게 연령별 출산율³⁾ 추이를 살펴보면 만30세 미만의 모의 출생율은 감소하는 반면 만30세 이상의 모의 출생율은 증가하고 있음을 알 수 있다. 다음의 〈표 1-2〉는 최근 10년(2002~2012) 동안의 연령별 출산율 및 합계출산율을 보여주고 있다.

〈표 1-2〉 모의 연령별 출산율 및 합계출산율

(단위: 명)

구분	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12
15~19세	2.6	2.5	2.3	2.1	2.2	2.2	1.7	1.7	1.8	1.8	1.8
20~24세	26.5	23.6	20.6	17.8	17.6	19.5	18.2	16.5	16.5	16.4	16.0
25~29세	110.9	111.7	104.5	91.7	89.4	95.5	85.6	80.4	79.7	78.4	77.4
30~34세	74.5	79.1	83.2	81.5	89.4	101.3	101.5	100.8	112.4	114.4	121.9
35~39세	16.6	17.1	18.2	18.7	21.2	25.6	26.5	27.3	32.6	35.4	39.0
40~44세	2.4	2.4	2.4	2.4	2.6	3.1	3.2	3.4	4.1	4.6	4.9
45~49세	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
합계출산율	1.17	1.18	1.15	1.08	1.12	1.25	1.19	1.15	1.23	1.24	1.30

자료: 통계청 인구동향조사, 각 연도.

만30세 미만의 모와 만30세 이상의 모의 출산율은 합계출산율의 증감에 큰 영향을 받지 않고 2003년 이후 지속적인 증감을 보여 준다. 다시 말해서 만30세 미만 모의 출산율은 지속적으로 감소하고 있는 반면 만30세

3) 출산율: 여성인구 1천 명당 출생아수

이상 모의 출산율은 지속적으로 증가하고 있다. 이 중 특히 2002년 30대 후반의 출산율은 16.6명이었으나, 2012년에는 39.0명으로 10년 동안 22명 가량 크게 증가하였다. 이러한 현상을 살펴 볼 때, 저출산의 대응책으로써 만30대 후반의 고령 임신부의 임신과 출산을 지지할 수 있는 사회적 환경을 조성할 필요가 있다고 볼 수 있다.

최근 출산의 양적인 측면인 출산율과 함께 만혼과 노산으로 인한 출산 결과(birth outcomes)와 관련된 인구의 질에 관한 문제가 대두되고 있다(김동식 외, 2011; Cho et al., 2011). 선행연구에 의하면, 고령 임신부는 다른 임신부에 비해 저체중아, 미숙아, 선천성이상아 등 고위험 신생아를 출산할 가능성이 높다(Cho et al., 2011). 또한, 고령 임신부는 이러한 부정적인 출산 결과(adverse birth outcome)와 관련이 되고 모성 사망으로 연결될 수 있는 임신 합병증의 가능성이 높다는 점에서 의학적으로 고위험 산모로 분류될 뿐만 아니라, 정신적으로도 다양한 정서적 불안정을 초래할 수 있으므로 고령 임신부에게 보다 집중적인 관심과 관리가 필요하다고 할 수 있다(Lampinen et al., 2009). 이에 대응하여 새롭게 출범하는 정부는 고령 임신부를 포함하는 고위험 임신부 지원 강화를 공약으로 하여 고위험 임신부에 관한 진료비에 따른 경비 지원 및 고위험 분만 통합치료 센터 설립을 약속하였다.

현재 정부는 저출산 문제에 대한 대응 정책으로서 임신과 출산에 관련된 다양한 지원 정책을 확대하고 있는데, 일과 가정의 양립을 위한 출산 전후휴가, 임신 중 시간제근무 활성화, 임신부·영유아 영양플러스, 엽산제 지원, 임신과 출산에 관련된 건강보험 급여 혜택의 일환으로 산전 진찰에 대한 보험 급여, 자연분만 본인 부담 면제, 미숙아 본인부담 면제 및 임신부 출산 지원금 등의 급여를 확대해 나아가고 있다. 이와 더불어 보육비 및 유아교육비 지원, 자녀양육비용 경감을 위한 소득공제 정책, 보

육시설의 확충, 육아휴직 등도 확대하고 있다. 다른 각도로 바라보면 우리나라의 임신과 출산에 관련된 중앙정부 정책들의 대다수는 출산이 종료된 후 지원되는 사후 정책들이라고 볼 수 있다. 그러므로 건강한 임신과 출산이 가능하여 여성이 임신과 출산을 선택할 수 있는 사회적 환경의 조성에 있어서는 아직 미흡한 점이 많다.

또한 이러한 정책들이 실효를 거두기 위해서는 고위험 임신부 집단을 세분화하여 지원해야 한다는 것이 동시에 지적되고 있다(김경하 외, 2009). 즉, 저출산 문제에 대응하는 정책들이 부정적인 임신 결과와 관련하여 고령 임신부라는 위험 요인(risk factors) 뿐만 아니라 교육 수준, 소득, 거주지 등의 사회경제적 요인과 산전 관리 행태나 임신 중 흡연 및 음주 경험 등의 산과적인 요인 등을 포함하여 가장 열악한 집단을 우선적으로 지원함으로써 전반적으로 고령 임신부의 출산 결과를 향상시킬 수 있는 효과적인 접근 방법이 된다는 것이다.

지금까지 고령 임신부를 포함한 고위험 임신부에 대한 국내 연구의 대다수는 일부 병원의 임신부를 대상으로 임신부 및 태아의 건강에 관련되거나 진료 실적에 관한 의학적인 연구이며(길기철 외, 2007; 김태은 외, 2009; 황라일 외, 2011), 김동식 외(2011)는 국가수준의 연구는 미미한 실정이라 보고하고 있다. 그러므로 본 연구는 고령 임신부의 지속적인 증가와 그로 인한 부정적인 출산 결과의 가능성을 고려하여 교육·소득·거주지·기타 산과적 특징 등에 따른 우리나라의 고령 임신부의 특성을 살펴보고 이들의 출산 결과와 그에 영향을 미치는 위험 요인들을 분석하여 보다 효과적이고 실질적인 정책을 도출하여 고령 임신부들이 임신과 출산을 선택할 수 있는 출산 친화적인 사회적 환경을 조성하는 데 그 목적이 있다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구 내용

본 연구는 고령 임신부와 출산 결과, 그리고 출산 결과에 영향을 미치는 요인들을 파악하여 고령 임신부의 출산의 질을 높이는 정책적인 제언을 하고자 한다.

제2장에서는 고령 임신부와 출산 결과에 대한 선행연구들과 본 연구에 바탕이 될 수 있는 이론들을 고찰하였다. 구체적으로 1절에서는 먼저 선행연구에서 사용된 고령 임신부에 관한 정의를 살펴보고 고령 임신부의 출산 결과에 영향을 미치는 요인을 사회경제적·인구학적 관점에서 살펴보았다. 마지막으로 고령 임신부의 출산 결과를 국내의 연구와 해외 여러 나라의 연구를 통해 살펴보았다. 2절에서는 고령 임신부의 출산 결과에 대해 설명할 수 있는 Weathering Hypothesis라는 이론과 역학역설(Epidemiological Paradox)이라고 불리는 두 이론을 심도 있게 살펴보았다.

제3장에서는 고령 임신부와 고령 임신부의 출산 결과(저체중출생아 출산, 조산)의 현황과 추이에 대해 살펴보았다. 제4장에서는 고령 임신부를 지원하기 위한 사업의 근간이 되는 법률과 중앙정부, 지방자치단체, 기타 민간단체에서 제공하는 지원 사업들을 제시하였다. 현재 고령 임신부만을 위한 법률과 지원 사업은 거의 없다고 할 수 있기 때문에 가급적 고령 임신부에게 초점을 맞추되 모든 임신부에게 해당되는 법률과 고령 임신부를 포함하는 고위험 임신부를 위한 지원 사업을 기술하였다. 제5장에서는 모의 연령(고령)이 출산 결과에 유의한 영향을 미치는지, 그리고 고령 임신부의 출산 결과에 영향을 미치는 요인들을 통계분석을 통해 찾아

보았다. 제6장은 통계분석이 갖는 여러 가지 한계점을 보완하기 위해 고령 임신부들을 대상으로 한 심층 면접의 결과를 담았다. 제7장은 고령 임신부를 위한 정책적 제언을 위해 전문가들의 조사 내용을 분석하였고 통계 분석, 심층 면접 및 전문가 조사를 토대로 제8장은 정책적 제언을 하였다.

2. 연구 방법

본 연구에서는 문헌고찰, 기술 통계 분석, 심층 면접, 이항 로지스틱 회귀분석, 전문가 조사 방법이 활용되었다. 우선 고령 임신부에 관해 선행연구된 논문들을 분석하여 고령 임신부의 개념을 확립하였다. 다음으로 1990년대 말부터 현재까지 연구된 고령 임신부를 대상으로 하는 국내·외의 연구들을 찾고 이 중 고령 임신부의 출산 결과(저체중출생아의 출산, 조산 등)와 출산 결과에 영향을 미치는 요인들에 대해 연구한 논문들을 선별하여 각 논문에 나타난 고령 임신부의 출산 결과를 비교하고 분석하였다.

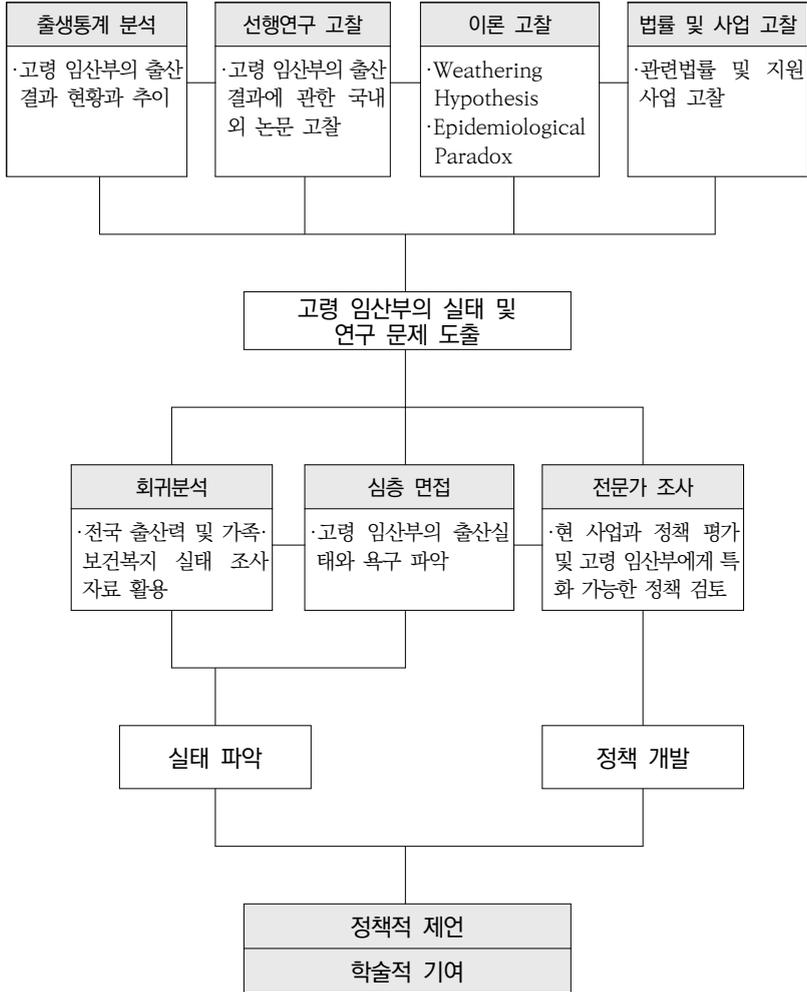
또한 지난 10년간(2002년~2012년)의 통계청의 출생통계 데이터 자료를 가지고 한국의 고령 임신부의 추이와 현황에 대해 분석하였다. 통계청의 출생통계는 고령 임신부의 출산 결과에 대한 내용은 담고 있으나 출산 결과에 영향을 줄 수 있는 사회경제적 요인에 대한 변수들이 없기 때문에 기술 통계의 수준에서 분석하였다. 통계청의 출생통계 자료 대신 한국보건사회연구원에서 3년마다 조사되고 있는 「전국 출산력 및 가족 보건·복지 실태 조사」 2003년, 2006년, 2009년 자료를 토대로 하여 고령 임신부 표본을 추출하였고, 표본인 고령 임신부의 특징을 비고령 임신부와 비교하여 기술 통계를 사용하여 분석하고, 이항 로지스틱 회귀분석을

통해 출산 결과(저체중 출생아 출산, 조산)에 영향을 미치는 사회경제적 요인, 산과적 요인을 알아보았다. 「전국 출산력 및 가족 보건·복지 실태 조사」의 경우 통계청의 출생통계 자료와 비교하여 비록 표본 수는 훨씬 적지만 출산 결과에 영향을 미치는 사회경제적 요인에 대한 변수를 비교적 많이 포함하고 있기 때문에 회귀분석에 있어서 유용한 자료이다. 이항 로지스틱 회귀분석에서는 저체중 출생아 출산, 조산을 각각 종속변수로 하고 선행연구를 통해 밝혀진 출산 결과에 영향을 주는 요인 중 사용 가능한 독립변수를 가급적 많이 포함하여 분석하고자 하였다.

이와 더불어 양적 분석을 보완하기 위해 질적 방법인 심층 면접을 통해 고령 산모의 임신과 출산에 관련된 여러 요인들과 겪는 어려움, 그리고 필요로 하는 정책적 지원 등을 알아보려고 하였다. 심층 면접은 통계청의 인구총조사와 출생통계를 근거로 하여 만35세 이상 가임 여성의 수 대비 고령 산모의 수의 비율이 가장 높은 제주, 경기, 서울 지역과 만35세 이상 가임 여성은 많으나 고령 산모의 수는 적은 예외적인 지역적 특성을 지닌 울산 지역을 포함하여, 최종적으로 서울, 경기, 울산, 제주 지역에 거주하는 출산 후 36개월 미만인 만35세 이상 총 19명의 산모를 대상으로 진행 되었다. 본 연구는 심층 면접의 질문과 분석을 위해서 Bronfenbrenner의 생태체계이론(ecological systems theory)이라는 틀을 도입하여 응용하였다.

추가로, 고령 임신부를 접해 본 여러 분야의 전문가(교수, 공무원, 의사, 간호사, 임상병리사)를 대상으로 하는 전문가 조사 기법을 사용하여 고령 임신부에게 필요한 정책에 관한 의견을 조사하여 분석하였다. 이러한 본 연구의 설계는 다음과 같다.

[그림 1-1] 연구 체계도







제2장 선행연구 및 이론적 고찰

제1절 선행연구

제2절 이론적 고찰



2

선행연구 및 이론적 고찰 <<

제1절 선행연구

1. 고령 임신부의 정의

고령 임신부의 정의에 있어서 임신부의 연령이 만35세 혹은 만40세 이상 등으로 경우에 따라서 기준이 상이하나 일반적으로는 1958년 미국의 The Council of the International Federation of Gynecology & Obstetrics의 기준에 따라서 만35세 이상의 임신부를 고령 임신부라고 정의하고 있다. 한편으로는 만35세 이상의 초산모만을 고령 산모라고 정의하는 학자들도 있다. 예를 들어, 1985년 세계보건기구(WHO)와 국제산부인과연맹에서도 만35세 이상의 나이에 첫 임신을 한 경우를 고령 초산모라고 정의하고 있다. 현재는 초산모 혹은 경산모의 구별 없이 만35세 이상이라는 기준이 국내외에서 주로 적용되고 있다(박문일 외, 2005). 국내의 선행연구에 있어서도 최수란 외(2003)의 연구를 제외하고 모두 '만35세 이상'이라는 기준을 사용하고 있다. 따라서 본 연구에서는 고령 임신부를 출산 횟수에 관계없이 만35세 이상의 산모로 정의한다.

고령 임신부는 임신 중의 고혈압 질환이나 당뇨, 태반조기박리, 전치태반 등의 모성 사망으로 연결될 수 있는 임신 합병증의 가능성이 높다는 점과 조산, 사산, 영아 사망 및 뇌신경학적인 장애 및 선천성 기형과 같은 출산 결과와도 관련이 있다는 점에서 의학적으로 고위험 산모로 분류된다(박문일 외, 2005; 서경, 2005; Jahan et al., 2009). 더욱이 고령 초

산인 경우는 난산이나 기형아 출산에 대한 우려가 높아 우리나라나 미국의 경우 만35세가 넘는 산모에게 병원에서 산모의 안전과 건강한 출산을 위해 추가적인 진료와 검사를 권하는 것이 일반적이다.

고령 임신부가 고위험 임신부로 될 가능성이 높은 것은 우선 자궁근종과 같은 부인병이나 고혈압, 당뇨병, 비만, 심장병과 같은 성인병을 이미 갖고 있는 경우가 많기 때문이다. 선행연구에 따르면 고혈압의 경우는 고령 임신부가 젊은 연령의 임신부에 비해 약 2-4배 증가하며(Marai & Lakew, 2002) 임신성 당뇨병의 경우도 만35세 이상의 고령 임신부에서 증가하여 거대아 출산과 그로 인한 난산의 가능성이 높아진다. 고령 임신부는 태반 조기박리와 같은 산전 출혈의 위험과 임신성 고혈압(임신중독증)의 발병 위험이 높아지게 되며 그 합병증으로 미숙아나 발육부진 태아, 심지어 태어나 신생아 사망을 초래할 수도 있다. 또한 모체의 노화로 인해 난자의 염색체에 돌연변이가 생겨 다운증후군과 같은 염색체 이상아를 출산하는 경우도 증가하여 유산, 사산, 선천성기형이 증가하게 된다(김태은 외, 2009).

하지만, 무엇보다 간과하지 말아야 할 점은 고령 임신이 모두 고위험 임신이 아니라는 사실이다. 즉, 많은 고령 임신부가 건강한 임신과 출산을 하고 있다는 것이다. 이를 뒷받침 하는 많은 선행연구도 있는데 우선 고령 산모는 일반적으로 교육 수준이 높기 때문에 사회경제적인 위치가 높다는 이점이 생물학적 약점을 보상한다는 주장이다(Hammarberg & Clarke, 2005; Joseph et al., 2005; Mirowsky, 2005). 또한 생물학적으로 보았을 때 고령 임신부는 고령 임신부가 아닌 경우보다 미숙아와 저체중아를 출산할 확률이 높지만 고령 임신부는 임신과 출산에 관한 정보와 교육 프로그램의 접근도 및 이용도가 높고, 판단력과 사고력 등이 다른 임신부에 비해 뛰어나서 이러한 요인들이 부정적인 출산 결과

(adverse birth outcome)를 상쇄시킬 수 있기 때문에 연령이 높아질수록 반드시 임신과 출산의 질과 출산 결과가 좋지 않다고 볼 수는 없다고 주장한다(김상미와 조영태, 2011; O'Leary et al., 2007).

그러므로 임신과 출산의 결과에 있어서 고령 임신이 반드시 부정적인 것만은 아닐뿐더러 고령이라는 요인 외에도 고령 임신부의 출산 결과에 영향을 미치는 다른 요인들이 많음을 알 수 있다. 따라서 고령 임신부의 임신 및 출산 결과에 영향을 미치는 여러 요인들을 살펴보고 위험 요인을 제거 혹은 완화시킴으로써, 증가하고 있는 고령 임신부의 보다 건강하고 바람직한 임신 및 출산 결과를 지원하는 정책을 도출할 수 있을 것이다. 그리하여 고령 임신부의 건강한 임신과 출산을 가능하게 하는 출산 친화적인 사회 환경을 조성하는데 이바지 할 수 있을 것이다.

2. 출산 결과에 영향을 미치는 요인

출산 결과에 영향을 미치는 요인은 근본적으로 의학적인 요인이기 때문에 의학계를 중심으로 오랫동안 이에 관련하여 많은 연구들이 행하여져 왔다. 이러한 의학적인 요인은 이 보고서의 목적에는 직접적인 연관이 없으므로 여기서는 사회경제적·인구학적 관점에서의 요인들로 제한하여 살펴보고자 한다.

우선, 임신부의 연령은 앞서 언급했듯이 생물학적인 요인에 영향을 줌으로써 직접적으로 출산 결과에 영향을 미친다. 특히 산모의 고령은 조산아 출산의 위험과도 관련이 있다고 하였고(Feldman et al., 2007), 여성의 첫 출산 연령이 저체중출생아 출산에 미치는 영향에 대한 한 연구에서는 고령 산모가 첫 아이를 분만하는 경우 만25세에서 만29세의 초산부에 비해, 다른 요인들을 보정한 상태에서 저체중아를 출산할 확률이 2배 이

상 높아졌다고 보고하고 있으며(이정주, 2007), 의학적 제반 여건들을 보정한 상태에서 고령은 조산, 저체중출생아 출산, 신생아 사망 등의 출산 결과와 직접적인 상관관계가 있다는 연구 결과들이 있다(Delbaere et al., 2007). 이와는 반대로 건강한 초산부에게 있어서 산모의 연령은 저체중출생아 출산과 연관성이 없다고 보고된 연구도 있다(Kirz et al., 1985). 다른 연구에서도 임신부의 연령보다 사회경제적이며 개인의 행동에 관련된 요인이 출생아의 체중에 더 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다(Kelly et al., 2008).

연령의 효과를 상쇄시키는 사회경제적인 요인으로는 교육 수준, 혼인 상태, 가족의 사회적 지위, 소득 등이 언급된다. 특히 사회경제적인 요인에 있어서 교육 수준은 가장 사회경제적 지위를 대변하는 요인으로 알려져 있기도 하다(Delbaere et al., 2007). 저체중출생아 출산의 빈도가 고령 임신부 집단에서 높게 나타나지만 다른 요인들을 보정했을 때는 연령보다는 학력(저학력)과 혼인상태(미혼)가 저체중출생아 출산에 영향을 주었다고 연구된 바 있다(Dickute et al., 2004). 또한 많은 선행연구에서 산모의 고학력은 영아 사망률을 낮추는 보호 요인(protective factor)으로 입증되었다(Hogue & Vasquez, 2002; Pena et al., 2000; Wise, 2003). 저체중출생아 출산이라는 출산 결과에 있어서도 산모의 학력과 저체중출생아 출산과의 상관성은 꾸준히 보고되어 왔다(Acevedo-Gracia et al., 2005·2007; Cramer, 1987; Din-Dizietham & Hertz-Picciotto, 1998). 그 외에도 스웨덴의 출생 자료를 이용한 선행연구에 있어서도 고학력일수록 저체중아 출산과 영아 사망률을 낮춘다고 보고되어 있다(Gisselmann, 2005). 재미 한인 산모에 관한 연구에서 산모의 교육 수준은 신생아의 체중과 밀접한 관계가 있음을 알 수 있었고(Cho & Frisble, 2005), 국내의 선행연구에서도 산모의 교육 수준이 높

아질수록 바람직한 출산 결과를 가진다는 것이 입증되었다(이정주, 2007). 싱가포르의 임산부를 대상으로 한 연구에서는 부의 직업을 포함한 가족의 사회적 지위가 안정될수록 바람직한 출산 결과를 도출할 수 있다고 하였다(Chia et al., 2004). 이밖에도 거주지에 따라서 다른 출산 결과를 보이기도 하는데, 한 연구에 따르면 가난한 지역에 거주하는 임산부들이 다른 지역에 거주하는 임산부에 비해 사산 및 조산과 같은 부정적인 출산 결과를 보인다고 하였다(Luo et al., 2006). 결과적으로 산모의 저학력과 낮은 소득은 임신 기간 동안의 부적절한 영양 상태와 산전 관리의 낮은 접근도(accessibility), 가족 및 사회적 지지의 부족과 관련이 있기 때문에 부정적인 출산 결과를 낳는다고 볼 수 있다(Singh & Yu, 1996).

이 외에도 적절한 산전 관리는 출산 결과와 직접적인 관련이 있다. 캐나다, 체코, 핀란드, 퀘벡, 스코트랜드, 스페인, 스웨덴, 미국의 조산아 출산 등의 출산 결과에 관한 한 연구에서는 조산아 출산에 영향을 미치는 위험 요인들로 임신 중 흡연 및 약물 복용, 부적절한 영양 섭취, 스트레스와 우울, 물리적 학대 및 사회적 지지의 부재 등을 꼽았다(Kramer et al., 2000). 재미 한인 산모를 대상으로 한 연구에서도 산모의 교육 수준과 더불어 산전 관리의 적합도(adequacy of prenatal care)가 출산 결과에 영향을 미치는 가장 결정적인 요인으로 인지되었다(Cho et al., 2005). 국내에서는 김태은 외(2009)가 산모의 산전 관리가 바람직한 출산 결과와 밀접한 관계가 있다고 하였다.

이러한 여러 요인들을 고려해 보았을 때 학력이나 소득이 높고, 적절한 산전 관리를 받은 임산부에게 고령이라는 요인은 출산 결과에 부정적인 영향을 주지 않을 가능성이 높다고 볼 수 있겠다.

3. 고령 임신부의 출산 결과

고령 임신부의 임신 및 출산은 고위험 요인으로 생각되곤 한다. 생물학적 관점에서 볼 때, 만35세 이상의 고령 산모는 20대 젊은 산모에 비해 미숙아, 저체중아, 선천성 이상아 등과 같은 고위험 신생아를 출산할 위험이 상대적으로 높기 때문이다(김상미와 김동식, 2012). 그러나 고령 임신부의 임신 및 출산 결과가 나쁘지 않다는 연구도 있으며, 더 나아가 최근에는 고령이 출산 결과에 영향을 미치지 않거나 영향이 있더라도 사회경제적인 요인으로 인해 영향력이 감소된다는 연구결과가 도출되고 있는 상황이다. 한 예로, 조산과 주산기 사망 위험에 있어서 학력 수준이 높고, 임신 중 흡연을 하지 않은 건장한 여성의 경우 고령 임신부와 그렇지 않은 임신부와 유의미한 차이는 발견되지 않는다고 주장하는 연구도 있다(Berkowitz et al., 1993).

고령 임신부의 임신·출산 영향요인으로 언급되는 인자는 임신 중 고혈압질환, 당뇨, 사산, 태반조기박리, 전치태반 등 임신 합병증 및 제왕절개의 빈도, 전치태반, 자궁근종, 수술부의 감염 빈도 등이 있고 이로 인한 부정적인 출산 결과에는 신생아의 질병, 사망 및 뇌신경학적 장애, 미숙아, 저체중출생아, 다태아, 다운증후군을 포함한 선천성 기형 등이 있다(박문일, 2004; 서경, 2005; Jahan et al., 2009; 김태은 외, 2009; 이경석 외, 2011; 황라일 외, 2011). 이러한 부정적인 출산 결과 중 조산은 우리나라뿐만 아니라 미국을 비롯한 여러 선진국에서도 주산기 사망률 및 이환율의 가장 중요한 원인으로, 기형을 제외한 주산기 사망률의 약 70%를 차지하고 신경학적 이환율의 거의 절반을 차지하고 있다(구윤희 외, 2006). 또한 이철(1997)은 영아 사망률의 약 2/3를 차지하는 신생아 사망률의 가장 흔한 원인 중 하나가 저체중 출생이라고 주장하였다. 즉, 조

산과 저체중 출생의 문제가 가장 보편적으로 발생하는 부정적인 출산 결과라는 것을 의미하며 이러한 이유에서 본 연구에서는 조산 및 저체중출생아 출산을 중점적으로 알아보려 한다.

고령 임신부의 조산 및 저체중출생아 출산 관련 연구 결과는 <표 2-1>과 같다. 대부분의 연구에서 고령 임신부의 조산 비율이나 조산 위험이 높다고 보고하고 있다(박상화 외, 1999; 홍성훈 외, 2002; 박정한 외, 2004; 허혁 외, 2004; 구윤희 외, 2006; 황라일 외, 2011). 그러나 양영균 외(1998), 장은철 외(2002)는 고령 임신부의 조산 비율이 낮다고 보고하였고, 장은철 외(2002)의 연구에서는 통계적으로 유의미한 결과를 보였다. 최수란 외(2003)의 연구에서는 만40세 이상의 임신부를 기준으로 만40세 미만의 임신부와 비교한 결과, 두 집단 간 조산에 관한 차이가 없음을 밝혔다. 국외의 연구에서도 고령 임신부의 조산이라는 출산 결과와 관련하여 일치된 결과가 도출되지 않았다. Mercer et al.(1996), Beydoun et al.(2004), Verma(2009), Wang et al.(2011)은 임신부의 고령은 조산과 유의한 관계가 없다고 한 반면, Astolfi & Zonta.(1999), Jolly et al.(2000), Joseph et al.(2005), Hsieh et al.(2010)의 연구에서는 임신부의 고령은 조산아 출산에 있어서 위험 요인으로 밝혀졌다. 또한 Valadan et al.(2011)은 40세 이상의 산모에게서 조산이 증가함을 보여 주었다.

저체중출생아 출산의 경우는 대부분의 연구에서 모의 연령이 영향을 미친다는 데 동의하였다(양영균 외, 1998; 장은철 외, 2002; 박정한 외, 2004; 허혁 외, 2004; 김상원 외, 2010; 문주영 외, 2011; 이경석 외, 2011). 즉, 고령 임신부의 경우 저체중출생아 출산 비율이 높거나 출산 위험이 높다고 보고하고 있다. 국외의 연구에서도 산모의 고령이 저체중아 출산의 위험 인자라고 보고하고 있다(Jolly et al., 2000; Beydoun et

al., 2004; Rich-Edwards et al., 2003; Joseph et al., 2005; Hsieh et al., 2010; Yaniv et al., 2011). 반면 고령 임신부의 저체중출생아 출산이 다른 임신부와 차이가 없다고 하는 경우도 있었다(홍성훈 외, 2002; 최수란 외, 2003; 김태은 외, 2009). 예외적으로 국외의 한 연구에서는 40세 이상의 산모가 20~29세 산모에 비해 저체중출생아 위험이 적다고 보고되었다(Yogev et al., 2010).

일부의 국외의 연구에서는 고령 임신부의 연령을 세분화하여 출산 결과를 보고했는데, Cleary-Goldman et al.(2005)의 연구에서는 만 35~39세의 산모에게서 조산과 저체중아 출산의 위험이 증가했고, Yogev 외(2010)의 연구에서는 만45세 이상의 산모에게서 조산과 저체중출생아 출산율이 증가했으며, Glasser et al.(2011)은 만45세 이상의 초산모에게서 조산과 저체중아 출산율이 증가함을 보여주었다. 또한 몇몇 연구에서 모(母)나 부(父)의 사회경제적 지위가 임신 및 출산 결과에 영향을 미친다고 보고하고 있다. 박정한 외(2004)는 모성의 연령과 부정적인 출산 결과간의 관련성에 혼란 변수로 작용할 수 있는 요인으로 산모의 학력 및 직업, 혼인상태 등을 들어, 사회경제적 요인이 임신 결과에 영향을 미칠 수 있음을 시사하였다.

김태은 외(2009)는 국내외 연구를 소개하며 교육 정도, 결혼 상태, 학력, 경제력, 부모의 직업 등을 보정하였을 때 위험도가 감소함을 예로 들어, 사회경제적 환경이 개선된다면 고령 초산모에서도 저체중출생아의 출생률을 줄일 수 있을 것이라 하였다. 이정주(2007) 역시 산모가 낮은 사회경제적 계급에 속할수록 신생아의 출생 체중은 작다고 보고하여 사회경제적 요인이 영향을 미친다고 보고하였다. 사회경제적 요인에 초점을 두어 분석한 연구는 김상미와 김동식(2012)이 있는데, 연구자는 2000년대 후반으로 오면서 출산 결과에 모의 연령이 지닌 영향력이 사라진 대

신 부모의 사회경제적 지위, 특히 학력이 지닌 영향력이 커지고 있음을 밝히고 있다. 이 연구에서는 고령으로 인해 출산 결과가 정상아가 아니더라도 사회경제적 지위가 높은 부모는 아동의 건강을 잘 관리하여 향상시킬 수 있다고 하였다. 국외의 연구에서는 소수 인종이라는 인종적 요인이 고령 산모의 저체중 출생아 출산에 영향을 미치며(Khoshnood et al., 2005), 저학력의 고령 산모에게 조산아 출산의 위험이 높음을 입증하였다(Astolfi et al., 2005). 결론적으로 대부분의 연구에서 고령이라는 인자가 조산 및 저체중 출생아라는 출산 결과에 영향을 미친다고 보고하고 있으나, 이는 사회경제적 요인에 따라 달라질 수 있음을 시사하고 있다.

〈표 2-1〉 선행연구 결과 정리

구분	저자	분석자료	출산 결과
국내 연구	양영균 외 (1998)	종합병원산부인과 분만 산모의 출산 결과	- 고령 임신부의 조산 비율이 낮음. - 고령 임신부의 저체중출생아의 비율이 높음.
	박상화 외 (1999)	1996년 출생통계자료	- 고령 임신부 내에서도 출산 연령이 높을 수록, 초산부일수록 조산의 위험도 증가
	장은철 외 (2002)	종합병원산부인과 분만 산모의 출산 결과	- 고령 임신부의 조산 비율이 낮음* - 고령 임신부군에서 저체중출생아 출산의 비율이 높음. - 고령 임신부의 주산기 사망은 다른 연령과 비교하여 차이가 없음.
	홍성훈 외 (2002)	종합병원산부인과 분만 산모의 출산 결과	- 만35세 이상의 고령 임신부는 30세 미만의 임신부에 비해 조산하는 비율이 높음* - 저체중출생아의 차이는 유의하지 않음.
	최수란 외 (2003)	대학병원산부인과 분만 산모의 출산 결과	- 40세 미만의 임신부와 40세 이상의 고령임산부는 조산 및 저체중출생아 출산의 차이가 없음.
	박정한 외 (2004)	포항시·천안시 거주 20세 이상 초산모의 출산 결과	- 고령 임신부의 조산 위험이 높음* - 고령 임신부의 저체중출생아 출산 위험이 높음.
	허혁 외 (2004)	대학병원산부인과 분만 산모의 출산 결과	- 고령 임신부는 20-29세 임신부에 비해 조산 비율이 높음* - 고령 임신부는 20-29세 임신부에 비해 저체중출생아 출산 비율이 높음. - 고령 임신부는 20-29세 임신부에 비해 영아사망 비율이 높음.

34 저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제

〈표 2-1〉계속

구분	저자	분석자료	출산 결과
국내 연구	박상화 외 (2005)	2003년 출생통계자료	- 고령 임신부의 조산 위험이 높음*
	구윤희 외 (2006)	1995-2003년 출생통계자료	- 고령 임신부의 조산 위험이 높음*
	김태은 외 (2009)	대학병원산부인과 분만 산모의 출산 결과	- 고령 임신부의 저체중출생아 출산은 다른 임신부와 차이가 없음.
	김상원 외 (2010)	1995-2007년 출생통계 자료	- 산모의 고연령이라는 인자가 저체중 출생아 출산에 영향을 미침.
	문주영 외 (2011)	95,00,05,08년 출생통계 자료	- 고령 임신부 증가에 따라 저체중출생아 출생 증가
	이경석 외 (2011)	95-10년 출생통계 자료	- 모든 연령대에서 저체중출생아 출산 비율이 증가하며, 특히 고령 임신부군에서 저체중 출생아 출산 비율이 급격히 증가함.
	황라일 외 (2011)	01-08년 건강보험 급여자료	- 고령 임신부의 조기분만 증가 추이를 보임. - 고령 임신부의 유산된 임신이 증가 추이를 보임.
	김상미 외 (2011)	05-08년 출생통계자료와 사망원인통계자료	- 대졸이상, 고졸 또는 30세 이상 고령 출산과 영아사망 간의 연관성이 없음.
	조영태 외 (2011)	1995,2005년 출생통계자료	- 모의 고령은 미숙아 출산의 위험요소임*
	구유진 외 (2012)	2005-2008년 대학병원자료	- 모의 연령이 증가할수록 조산과 저체중 출생아 출산이 증가함.
	김상미 외 (2012)	01-03,06-08년 출생통계자료와 사망원인통계자료	- 2000년대 초반에 비해 후반에 모의 연령이 영아사망에 미치는 영향력 감소하였으나 사회경제적 지위가 지닌 영향력은 증가
해외 연구	Mercer et al. (1996)	1992-1994년 10개 병원 출산 산모 통계자료	- 산모의 연령은 조산과 관련 없음*
	Astolfi et al. (1999)	1990-1994년 이태리 출생통계자료	- 모의 고령은 조산 위험을 증가시킴.
	Jolly et al. (2000)	1988-1997년 영국 St. Mary Maternity Information System 출산자료	- 고령 산모는 조산과 저체중출생아 출산의 위험이 높음*
	Rich-Edwards et al. (2003)	1994-1996년 미국 시카고 출생신고자료	- 연령이 증가할수록 저체중출산의 위험이 증가*

〈표 2-1〉계속

구분	저자	분석자료	출산 결과
해외 연구	Beydoun et al. (2004)	레바논 9개 병원 산모 조사	- 모의 고령은 조산아 출산에 영향을 미치지 않음* - 고령은 저체중출생아 출산의 위험 요인*
	Astolfi et al. (2005)	1990-1996년 이태리 출생통계자료	- 30세 이상 임신부는 조산아 출산의 위험이 높음(저학력의 경우 더욱 위험이 증가).
	Cleary-Goldman et al. (2005)	1999-2002년 병원통계자료	- 35-39세의 산모에게서 조산과 저체중 출생아 출산의 위험이 증가함.
	Joseph et al. (2005)	1988-2002년 캐나다 Nova Scotia Altee 주산기 통계 자료	- 고령 산모에게서 조산과 저체중 출생아 출산의 위험이 증가함.
	Khoshnood et al. (2005)	1991년 미국 영아출생/사망통계 자료	- 고령은 저체중출산과 상관이 있으며 백인보다 흑인, 남미인에게 더 큰 영향을 미침.
	Gage et al. (2008)	1985-1988년 미국 뉴욕주 출생통계자료	- 모의 연령은 출생체중에 영향을 미치며 영아사망에 직접적인 영향을 미침*
	Verma (2009)	병원분만 산모의 출산 결과	- 고령 임신부의 조산아, 저체중출생아 출산은 다른 임신부와 차이 없음.
	Hsieh et al. (2010)	1990-2003년 타이완 산모 설문조사	- 모의 고령은 조산과 제중출생아 출산과 관련이 있음*
	Yogev et al. (2010)	2000-2008년 산부인과 기록	- 45세 이상의 산모에게 있어서 조산과 저체중출생아 출산율이 증가 - 40세 이상의 산모는 20-29세 산모에 비해 저체중출생아 출산의 위험이 감소 됨.
	Glasser et al. (2011)	2004-2008년 이스라엘 병원 산모 케이스 스터디	- 45세 이상의 초산모에게서 조산과 저체중 출생아 출산율이 증가
	Valadan et al. (2011)	2004, 2005년 4개 병원의 산모 조사	- 40세 이상의 산모에게서 조산이 증가
	Wang et al. (2011)	2004-2007년 노르웨이 대학병원자료	- 모의 고령자체는 출산 결과에 영향을 미치지 않음*
	Yaniv et al. (2011)	1995-2005년 대학병원자료	- 모의 고령은 저체중출생아 출산의 위험을 증가시킴.

주: 통계적으로 유의한 결과는 "*"로 표시함.

제2절 이론적 고찰

1. Weathering Hypothesis

연령의 변화에 따른 건강 상태에 관한 대표적인 이론으로 ‘Weathering Hypothesis’를 들 수 있다. ‘Weathering Approach’, ‘Weathering Effect’, ‘Weathering Framework’라는 용어로도 통용되는 weathering hypothesis는 임신부의 연령과 출산 결과에 관해 설명하는 비교적 근래에 대두된 이론적인 틀이다. 이 이론은 생애 주기 모형(life-course model)의 논리적 해석에 기반을 두고 있다. 따라서 weathering hypothesis를 이해하기 위해서는 건강에 관한 생애 주기 모형의 원칙들을 살펴 볼 필요가 있다. 생물학적, 행동적, 심리학적, 사회적 보호 요인과 위험 요인의 복합적인 상호작용이 인간의 생애 주기에 따라 건강 상태에 영향을 준다는 것을 제시하는 생애 주기 모형은 생애 주기 접근법(life-course approach), 생애 주기 관점(life-course perspective), 생애 주기 이론(life-course theory)등과 유사한 개념이다. 1960년대에 개발된 생애 주기 모형은 개인의 삶의 역사를 검토하고 과거의 사건이 미래의 결정과 결혼, 이혼 혹은 질병의 발병 등의 사건에 어떻게 영향을 미치는지에 대해 연구한다(White & Klein, 2007). 예를 들어 일반적으로 저체중출생아 출산이나 영아 사망과 같은 출산 결과는 산전 관리의 질에 의해 설명이 될 수 있다. 그러나 생애 주기 모형에서는 이러한 출산 결과가 여성의 일생동안의 생애 주기에 따른 보호 요인과 위험 요인의 결과라고 설명한다. 따라서 한 세대의 건강과 사회경제적 수준은 다음 세대의 건강 상태에 직접적으로 영향을 미친다고 주장한다. 이러한 생애 주기 모형의 구체적인 원칙들은 다음과 같이 요약될 수 있다.

- 첫째, 현재의 경험과 개인이 속한 환경은 미래의 건강에 영향을 미친다.
- 둘째, 인생에 있어서 보다 중요하고 민감한 기간이 건강의 궤도 (trajectory)에 영향을 준다.
- 셋째, 건강은 생물학적인 요소, 물리적·신체적인 요소, 사회 환경적인 요소에 영향을 받는다.
- 넷째, 질병에 있어서 유전 인자는 보호 요인과 위험 요인을 동시에 제공하는 반면, 건강의 차이는 유전 인자와 개인의 선택 그 이상을 반영한다.

이러한 생애 주기 모형의 원칙들을 기반으로 하여 사회과학자인 Geronimus(1992)는 백인과 흑인간의 건강의 불평등을 연구하면서 백인과 명확한 차이를 보이는 흑인의 출산 결과를 관찰하여 분석하고자 하였다. Weathering hypothesis는 생애 주기 모형에서와 같이 상황(context)이 직접적으로 건강에 영향을 미친다고 가정한다. Geronimus 이전의 많은 학자들도 이웃(거주지)이나 소득 수준과 같은 사회경제적인 지위와 건강의 상관성에 관해서 보고해 왔지만, Geronimus는 상황의 개념을 보다 확대시켜서 사회경제적인 요인을 넘어서 흑인이 느끼는 정치적인 사회구조에서 오는 심리적인 스트레스와 억압감까지도 포함시켰다. 더 나아가 건강에 관한 이러한 상황적 요소(contextual factors)는 개인의 연령이 높아짐에 따라 더욱 축적이 된다는 것이다. 다시 말해서, 부정적인 상황적 요소가 많이 축적된 고령 임신부가 그렇지 않은 임신부보다 출산 결과가 좋지 않다는 것이다. 이러한 측면에서, 원래 weathering hypothesis는 지속적으로 높은 흑인의 10대 임신을 설명하기 위해 도입되었지만 반대로 고령 임신과 출산 결과를 설명하는 데에 적용될 수 있다. Geronimus는 이러한 가설을 발표한 후 1996년에 이를 실증적으로

검증했다. 그 결과 흑인 여성의 경우 모의 연령의 증가에 따라 저체중출생아와 극소 저체중출생아의 출생 위험이 급속도로 증가하는 것을 보여주었다. 또한, 부적절한 산전 관리, 흡연, 임신성 당뇨, 고혈압 등 전통적으로 출산 결과에 영향을 미치는 위험 요인으로 분류되는 대다수의 요인들을 통제하고 나서도, 이상적인 임신부의 연령으로 알려진 20대 중후반의 연령이 10대 후반의 연령보다 저체중출생아와 극소저체중출생아의 출산 위험과 더 높은 상관관계를 보였다. 반면, 백인 여성의 경우에는 이러한 경향이 나타나지 않았고, 흑인 여성의 경우에도 평균 이하의 사회경제적 수준인 경우에서만 이러한 경향이 나타났다는 점에서 가설을 입증하였다.

다른 선행연구에 있어서도 weathering hypothesis는 입증되었다(Raus et al., 2001; Wildsmith, 2002). 뉴욕에 거주하는 흑인과 백인 여성을 대상으로 한 연구에서는 각각의 인종을 빈곤 계층과 그렇지 않은 계층으로 나누어 저체중 출생아 출산의 위험을 지표로 제시했는데 빈곤층의 저체중출생아 출산 위험은 모의 연령이 증가할수록 비교적 가파른 기울기로 증가함을 보여주었다(Rauh, 2001). Geronimus는 또한 사회경제적 수준이 낮은 여성들이 연령이 높아질수록 더욱 출산 결과가 좋지 않아지는 경로를 설명하였다. 생애 주기에 따라 연령이 높아질수록 심리, 사회, 경제적 스트레스의 노출과 환경적 위험에의 노출 시간이 길어져, 흑인 여성이 출산 가능한 나이가 될 때 이미 건강 상태는 나빠지기 시작하는 단계가 된다는 것이다. 또한 Geronimus는 열악한 건강 상태와 건강의 궤도(trajjectory)는 오랜 빈곤으로 인한 열악한 건강 상태와 축적된 스트레스에 의한 결과로서의 ‘알로스타 부하(allostatic load)⁴⁾’의 정도

4) 만성 스트레스의 부작용이 누적된 탈진 상태. 외부 변화에 대응하여 인체가 안정 상태로 돌아가지 못하고 지속적으로 발생하는 삶의 부정적인 경험에 적응해 버리는 경우 발생한다 (뇌기반교육용어사전 참조, <http://21erick.org>). McEwen and Stellar(1993)에 의

에 영향을 받는다고 주장한다(Geronimus, 1996a·1996b; McEwen, 2000). 최근의 연구에 따르면 사회경제적으로 낮은 수준의 흑인은 보다 일찍 알로스타 부하가 일어나며, 사회경제적으로 보다 높은 수준의 동일 연령의 백인보다 높은 수준의 알로스타 부하를 경험함으로써 만35세 이상이 되면서 건강 상태가 급속하게 나빠지게 된다(Chyu & Upchurch, 2011; Geronimus et al., 2006).

실제로 많은 연구들이 사회심리적 스트레스가 열악한 건강 상태와 관련이 있다고 보고하고 있으며, 특히 미국 흑인의 경우 해로운 물질과 납, 유독성 폐기물 등에 의한 위험에 노출이 되어 있기 때문에 백인에 비해 건강 상태가 좋지 않다고 ‘환경 정의(environmental justice)’에 관한 연구들은 보고하고 있다(Bullard et al., 2007). 더 나아가 대다수의 빈곤한 흑인의 거주지는 건강한 음식과 녹지 등 건강과 관련된 자원에의 접근성이 열악하기 때문에, 이러한 요인들과도 관련이 있다고 본다(Thoits, 2010). 즉, 흑인 여성과 같이 사회경제적으로 낮은 지위에 있는 여성의 경우 생물학적인 위험 요인을 완충하고 보완해줄 수 있는 사회적 요인이 결핍된 상태에 놓여, 결과적으로 산모의 연령은 위험 요인에 노출된 기간을 대변하게 된다는 것이다(Rich-Edwards et al., 2003). 이 때 사회적이며 경제적인 환경은 한 개인의 건강과 밀접한 관계를 가지는데 이러한 사회경제적 환경은 개인 수준의 사회경제적인 지위에서부터 살고 있는 거주지역의 질까지 모두 포함하는 개념인 것이다(Rosenthal & Lobel, 2011).

요약하면, 사회경제적으로 낮은 계층의 여성은 고령이 될수록 사회 환경에서 오는, 출산 결과에 있어서의 위험 요인에 노출하는 시간이 길어짐에 따라 오랫동안 축적된 위험 요인으로 인해 저체중출생아 출산 등

해 개념화되었다.

부정적인 출산 결과를 낳게 된다는 것이다. 그러므로 고령이라는 요인 자체가 위험 요인이 아니라 사회경제적으로 낮은 지위라는 위험 요인이 고령과 함께 축적이 되어 임신 결과의 질이 낮아진다는 것이고, 따라서 단순히 고령이기 때문에 임신 결과의 질이 낮다고 단정 지을 수는 없다. Weathering hypothesis는 십대의 임신이 흑인에게 있어서 좋은 출산 결과를 갖는 나이이므로 마치 십대의 임신이 장려되는 것이 바람직하다는 인식을 심어 줄 수 있다고 비판받고 있으나, 이 이론은 흑인뿐만이 아니라 미국과 영국 등의 다른 인종뿐만 아니라 여러 나라에 있어서 저체중출생아 출산, 조산아 출산 등의 다양한 출산 결과를 설명하며 현재에도 활발히 연구·적용되고 있는 이론이다(Khoshnood et al., 2005; Meadows et al., 2009).

사회경제적으로 양극화된 한국의 환경을 고려해 볼 때 한국 임신부의 사회경제적 수준은 출산 결과에도 영향을 미칠 것임이 분명하다. 특히 낮은 사회경제적 수준에 있는 고령 임신부들은 낮은 사회경제적 수준과 관련된 위험 요인에 오랜 기간 노출이 되어왔기 때문에, 이들의 출산 결과는 높은 사회경제적 수준을 지닌 산모들에 비해 나쁠 수 있을 것이라 예측된다. 국내에서도 weathering hypothesis를 주목하여 연구가 이루어졌는데(박정환 외, 2004; 김상미와 김동식, 2012), 중졸의 교육 수준을 가진 모에 있어서 영아사망이라는 출산 결과는 모의 연령에 따라 그 위험이 증가함을 보이며, weathering hypothesis가 입증되었다(김상미와 조영태, 2011).

2. 역학역설(Epidemiological Paradox)

건강을 결정하는 가장 중요한 요인은 삶의 질과 수준이다(Molina et al., 1994). 따라서 낮은 수준의 사회경제적인 지위는 바람직하지 못한 건강 상태를 낳게 되는 것은 분명하다. 그러나 역설적으로 생활수준이 비교적 낮은 위치에 있음에도 불구하고 미국에 거주하는 남미계통의 사람들은 백인에 비해 건강 상태가 같거나 더 좋은 결과를 보여준다. 이러한 현상은 공중보건 의료 분야에서 ‘Hispanic Health Paradox’ 혹은 ‘역학역설(Epidemiological Paradox)’로 알려져 왔다(Markides & Eschbach, 2005; Morales et al., 2002). 역학역설은 소득이나 교육 정도로 대표되는 사회경제적 위치가 낮은 계층의 사람들이 그러한 배경에도 불구하고 암이나 사망률 등의 질병에 있어서 더 낮은 발병률을 보이는 경향을 의미한다. 출산 결과에 있어서 남미 사람들이 낮은 사회경제적 지위로 인해 건강에 좋은 여러 요인과 경험이 열악한 상황임에도 불구하고 미국 내 남미인의 영아 사망률은 낮고 남미 산모에게서 태어난 태아는 저체중아가 될 위험이 적다고 보고되었다(Hummer et al., 2007; Reichman et al., 2008; Yang et al., 2009).

역학역설에 관한 많은 연구들이 남미인이라는 문맥에서 이루어졌기 때문에 대부분의 연구는 남미인의 이러한 건강 상태에 관해, 그들을 건강하게 하는 보호 요인들에 한정을 지어 이 이론을 설명하고자 하였다. 남미인에게서 발견되는 첫 번째 보호 요인은 문화적 요인이다. Gee와 그 동료들에 의해 처음 제기가 된 문화적인 보호 요인은 가족 및 이웃으로부터의 지지와, 술·담배와 약물 등에 대한 강한 터부를 포함한 건강한 행동과 습관이다(Gee et al., 1976; Padilla et al., 2009). 실제로 미국에 거주하는 남미인의 경우 백인에 비해 임신기간 동안 보다 영양이 있

는 식단을 유지하고 음주와 흡연 등의 위험한 행동을 하지 않는 경향이 있다고 보고되었다(Guendelman & Abrams, 1995). 이와 더불어 남미인의 강한 가족 간, 친척간의 응집력이 그들의 보호 요인으로 꼽힌다.

또 다른 보호 요인은 종교이다. 남미인은 다른 인종보다 종교 생활을 많이 하는데, 종교 활동의 참여는 산모의 건강한 생활 습관으로 이어지고, 이로 인해 바람직한 출산 결과를 낳게 된다는 것이다. 실제로 한 선행연구에 따르면 백인의 산모보다 남미인 산모가 저체중출생아 출산이라는 출산 결과에 있어서 더 좋은 결과를 보였는데, 저체중출생아를 출산한 이들의 종교 비참여도를 비교했을 때, 백인의 산모가 남미인 산모에 비해 약 2배가량 종교 활동을 전혀 하지 않았다(Reichman et al., 2008).

비록 선행연구의 대부분이 남미인이라는 문맥에서 이 이론을 적용하였지만, 최근 캐나다에서 몬트리올에 거주하는 캐나다인을 대상으로 연구에 따르면 저체중아 출산과 부당경량아(Small for Generational Age, SGA) 출산에 있어서는 epidemiological paradox가 성립되었지만, 조산아 출산에 있어서는 이 이론이 성립되지 않았다(Auger et al., 2008).

이 이론은 미국에 거주하는 한국인의 출산 결과에 관한 선행연구에서는 성립되지 않았는데 이는 미국에 있는 한국인이 같은 소수 민족이면서도 남미인이나 흑인들과 다른 상황에 처해 있음을 방증하는 예이기도 하다(Lee, 2012). 한국에 거주하는 한국인을 대상으로 이 이론의 적용을 연구한 선행연구는 아직 존재하지 않는다. 고령 임신부는 고령 외에도 고학력 및 고소득인 경우가 많은데 이러한 높은 사회경제적 지위가 이들에게 있어서 보호 요인이 될지, 아니면 epidemiological paradox에 입각하여 보호 요인이 되지 않을지는 의문이다. 더 나아가서 이

러한 사회경제적 보호 요인이 연령에 따라 축적되는 위험 요인을 상쇄시킬 만큼 강하게 작용하는지 역시 의문이다. 본 연구에서는 weathering hypothesis와 epidemiological paradox의 두 가지 이론을 염두에 두고 두 이론이 고령 임신부의 출산 결과를 설명하는데 있어서 어떻게 적용될 수 있는지 분석하고자 한다.





제3장 고령 임신부의 출산 결과 추이 및 현황

제1절 고령 임신부의 추이 및 현황

제2절 고령 임신부의 출산 결과 추이 및 현황



3

고령 임신부의 출산결과 << 추이 및 현황

제1절 고령 임신부의 추이 및 현황

1. 만35세 이상 가임여성의 추이

최근 10년간 한국의 전체 여성 인구수는 꾸준히 증가하여 2002년에 비해 2012년에는 약 141만 명가량 늘어난 것으로 확인되었다(표 3-1 참조). 그러나 만15세부터 만49세까지의 가임여성은 점차 줄어 2002년에 비해 2012년 약 63만 명가량 감소하였다. 전체 여성인구 대비 가임여성 인구 비율로 보면 2002년에는 57.3%였다가 2012년에는 51.7%로 약 5.6%p 감소하였다. 반대로 만35세 이상부터 만49세까지의 비교적 고령이라고 볼 수 있는 가임여성은 증가하고 있는 추세이다. 2002년 약 600만 명가량이었던 만35세 이상 가임여성은 2012년 약 635만 명가량으로 증가하였다. 이에 따라 가임여성 대비 만35세 이상 가임여성 비율도 2002년 43.1%에서 2012년 48.3%로 증가하였다. 이는 한국 사회 전반적인 인구 고령화 현상과 맞물리는 현상이라고 볼 수 있다. 즉, 한국 사회는 급속하게 고령화 사회가 되어가고 있고 이에 따라 가임기 여성 안에서도 고령의 가임여성이 늘고 있음을 알 수 있다.

48 저출산고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제

〈표 3-1〉 가임여성 및 만35세 이상 가임여성 추이

(단위: 명, %)

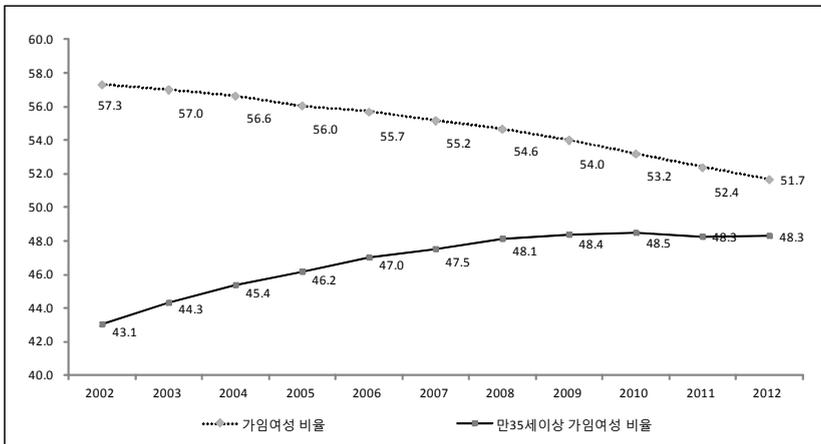
구분	전체 여성	가임여성	만35세 이상 가임여성 (가임여성 대비 비율)
2002	24,029,756(100.0)	13,768,820(57.3)	5,927,964(43.1)
2003	24,116,680(100.0)	13,746,734(57.0)	6,090,656(44.3)
2004	24,220,722(100.0)	13,711,541(56.6)	6,220,233(45.4)
2005	24,326,040(100.0)	13,628,886(56.0)	6,290,904(46.2)
2006	24,434,775(100.0)	13,601,700(55.7)	6,393,275(47.0)
2007	24,577,679(100.0)	13,556,897(55.2)	6,442,136(47.5)
2008	24,717,470(100.0)	13,506,636(54.6)	6,500,391(48.1)
2009	24,843,206(100.0)	13,415,117(54.0)	6,492,024(48.4)
2010	25,205,281(100.0)	13,401,552(53.2)	6,494,871(48.5)
2011	25,327,350(100.0)	13,261,893(52.4)	6,400,662(48.3)
2012	25,444,212(100.0)	13,143,710(51.7)	6,346,876(48.3)

자료: 통계청 주민등록인구통계 각년도.

2002년부터 2012년까지의 만15세부터 49세까지의 가임여성과 만 35~49세 가임여성의 추이 변화를 [그림 3-1]을 통해 제시하였다. 전체 가임여성의 수는 점차 감소하는 모습을 보이고 있지만, 만35세 이상 가임 여성은 증가하는 모습을 보이고 있다.

[그림 3-1] 만35세 이상 가임여성 비율 추이

(단위: %)



자료: 통계청 주민등록인구통계 각년도.

2. 고령임산부의 추이

통계청 출생통계를 통해 지난 10년간의 산모의 추이를 분석하려 한다. 출생통계 자료는 출생신고를 한 모든 출생아의 기록이므로 출생아를 기준으로 하여 모의 연령 및 출생아 체중, 임신주수를 포함한 임신·출산 관련 정보를 담고 있다. 추이를 분석하기 위해 본 연구에서는 가임 여성의 연령(만15~49세)으로 제한하여 분석하지 않고, 모든 산모를 대상으로 한다. 또한, 출생통계는 출생아를 기준으로 작성되기 때문에 단태아가 이닐 경우 동일 모의 정보가 중복되어 분석되며 쌍태아와 삼태아의 경우에는 조산 및 저체중일 확률이 높아 본 추이 분석에서는 단태아의 경우만 분석하였다. 실제로 통계청 출생통계 2012년 자료를 분석해 본 결과, 쌍태아 중 저체중이 55.7%, 삼태아에서는 93.3%로 높게 나타났고, 쌍태아의 52.6%, 삼태아의 97.6%가 조산으로 나타났다.

〈표 3-2〉는 전체 산모를 고령 산모와 비고령 산모로 분류하여 지난 10년간의 추이를 제시하고 있다. 만35세 이상 가임여성의 비율이 증가함과 동시에, 실제로 전체 산모 중 만35세 이상 산모의 비율도 점차 증가하고 있는 것을 알 수 있다. 2002년 약 49만 2천명이었던 산모는 2012년 총 48만 5천 명 정도로 감소하였다. 이에 따라 만35세 미만 산모 역시 규모가 축소되어 2002년 45만 명가량에서 2012년 약 39만 명으로 감소하였다. 그러나 이와는 대조적으로 만35세 이상 산모는 증가하는 모습을 보이고 있다. 구체적으로 2002년 만35세 이상 고령 산모는 약 4만 명에 불과하였으나 2012년에는 2배 이상 증가하여 약 9만 명에 달한다.

50 저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제

〈표 3-2〉 전체 산모 및 만35세 이상 산모 추이

(단위: 명, %)

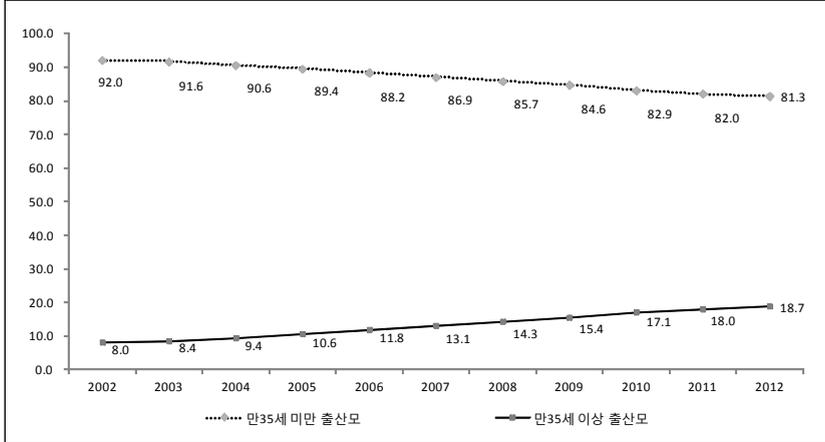
구분	전체 산모	만35세 미만 산모	만35세 이상 산모
2002	491,519(100.0)	452,065(92.0)	39,454(8.0)
2003	489,645(100.0)	448,340(91.6)	41,305(8.4)
2004	471,895(100.0)	427,301(90.6)	44,594(9.4)
2005	434,101(100.0)	388,023(89.4)	46,078(10.6)
2006	447,304(100.0)	394,607(88.2)	52,697(11.8)
2007	492,214(100.0)	427,966(86.9)	64,248(13.1)
2008	465,087(100.0)	398,588(85.7)	66,499(14.3)
2009	444,099(100.0)	375,744(84.6)	68,355(15.4)
2010	469,411(100.0)	389,285(82.9)	80,126(17.1)
2011	470,968(100.0)	386,088(82.0)	84,880(18.0)
2012	484,500(100.0)	393,980(81.3)	90,520(18.7)

자료: 통계청 출생통계 원자료 분석.

[그림 3-2]는 전체 산모 대비 만35세 미만 산모와 만35세 이상 산모의 비율의 변화 추이를 나타낸 것이다. 만35세 미만 산모는 2002년 전체 산모의 92.0%를 차지했으나 2012년에는 81.3%로 현저히 감소하였다. 반면 만35세 이상 산모는 2003년에 전체 산모의 8.0%로 극히 낮은 비중을 차지하였으나 2012년 18.7%로 2배 이상 증가하였음을 알 수 있다.

[그림 3-2] 만35세 이상 산모 비율 추이

(단위: %)



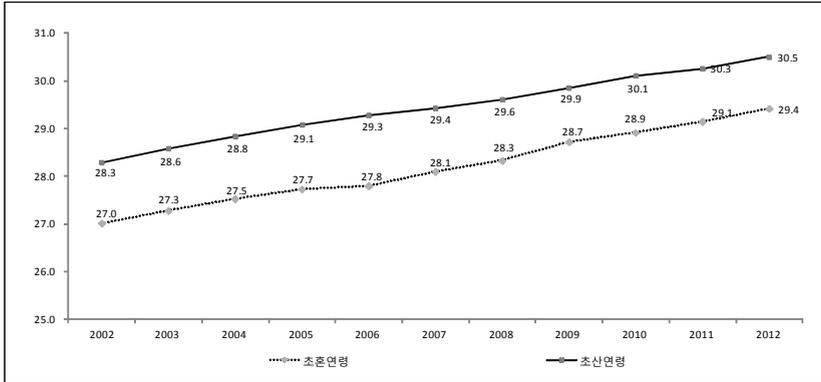
자료: 통계청 출생통계 원자료 분석.

만35세 이상 산모가 증가하는 것은 만혼에 기인한다고 볼 수 있다. 실제로 통계청의 출생통계를 살펴보면 평균 초혼 연령이 지속적으로 증가하고 있고 이에 따라 비슷한 기울기로 평균 초산 연령도 증가하고 있음을 알 수 있다(그림 3-3 참조). 2002년 평균 초혼 연령은 27.0세였으나 2012년에는 29.4세로 평균 초혼 시기가 약 2년 정도 늦추어졌고 이에 따라 평균 초산 연령도 2002년 28.3세에서 2012년 30.5세로 약 2년 정도 늦추어졌다. 이러한 평균 초혼 연령과 초산 연령의 증가는 2명 이상의 자녀 계획이 있는 경우에 경산에 있어서 고령 산모가 될 확률이 높아짐을 의미하기도 한다.

52 저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제

[그림 3-3] 초혼연령 및 초산연령 추이

(단위: %)



자료: 통계청 인구동향조사, 각년도.

제2절 고령 임신부의 출산결과 추이 및 현황

1. 저체중출생아 출산 추이

출생통계에서 확인할 수 있는 출산 결과는 출생아의 체중과 임신주수이다. 이 두 변수를 조작하여 저체중출생아 출산 추이와 조산의 추이를 분석한 결과는 다음과 같다.

먼저 출생체중 2,500g 미만의 저체중출생아 출산 추이를 분석해본 결과, 전반적으로는 저체중출생아 출산 비율이 약간 증가하고 있다는 것을 확인할 수 있다(표 3-3 참조). 2002년 17,909명(3.7%)에서 2003년 17,921명(3.8%)으로 소폭 증가한 뒤, 2008년 17,507명(3.9%)로 증가하였고, 2011년과 2012년에는 각각 18,182명(4.0%)과 18,513명(4.0%)로 4%대에 진입하였다.

이러한 결과를 고령 산모와 비고령 산모의 두 집단으로 나누어 비교해

본 결과 통계적으로 유의미한 차이가 있었는데, 우선 비고령 임신부는 전체적인 추이와 비슷한 방향으로 소폭 증가하였음을 알 수 있다. 비고령 산모의 경우 2002년 15,738명(3.6%)에서 2012년 14,244명(3.7%)으로 저체중출생아 출산 비율이 증가하였다.

이와는 대조적으로 고령 산모의 경우 점차 저체중출생아 출산 비율이 낮아지는 것을 볼 수 있다. 2002년에는 2,171명(5.7%)의 고령 산모가 저체중출생아 출산하였는데 1년 후인 2003년에는 2,347명으로 0.2%p 증가하였다. 2004년에는 2,374명으로 절대적인 수는 고령 산모의 수의 증가로 인해 약간 증가하였으나 전체 고령 산모 대비 비율로는 5.5%로 전 해에 비해 0.4%p 감소하였다. 2009년에는 4.9%로 4%대에 진입하였고, 2012년까지 비슷한 비율을 유지하고 있다.

54 저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제

〈표 3-3〉 저체중출생아 출산 추이

(단위: 명, %)

구분	전체 산모	비고령산모	고령산모	χ^2
2002				
전체	478,056(100.0)	439,941(100.0)	35,944(100.0)	136.625***
저체중	17,909(3.7)	15,738(3.6)	2,171(5.7)	
2003				
전체	475,398(100.0)	435,559(100.0)	39,839(100.0)	539.510***
저체중	17,921(3.8)	15,574(3.6)	2,347(5.9)	
2004				
전체	458,443(100.0)	415,291(100.0)	43,152(100.0)	423.258***
저체중	17,045(3.7)	14,671(3.5)	2,374(5.5)	
2005				
전체	421,424(100.0)	376,862(100.0)	44,562(100.0)	349.336***
저체중	16,032(3.8)	13,623(3.6)	2,409(5.4)	
2006				
전체	433,447(100.0)	382,634(100.0)	50,813(100.0)	250.111***
저체중	16,535(3.8)	13,955(3.6)	2,580(5.1)	
2007				
전체	476,166(100.0)	414,608(100.0)	61,558(100.0)	316.611***
저체중	18,142(3.8)	15,008(3.6)	3,134(5.1)	
2008				
전체	450,006(100.0)	386,173(100.0)	63,833(100.0)	290.715***
저체중	17,507(3.9)	14,252(3.7)	3,255(5.1)	
2009				
전체	430,104(100.0)	364,395(100.0)	65,709(100.0)	232.557***
저체중	16,628(3.9)	13,394(3.7)	3,234(4.9)	
2010				
전체	454,451(100.0)	377,521(100.0)	76,930(100.0)	274.849***
저체중	17,553(3.9)	13,774(3.6)	3,779(4.9)	
2011				
전체	456,339(100.0)	375,039(100.0)	81,300(100.0)	287.551***
저체중	18,182(4.0)	14,098(3.8)	4,084(5.0)	
2012				
전체	467,974(100.0)	381,571(100.0)	86,403(100.0)	282.497***
저체중	18,513(4.0)	14,244(3.7)	4,269(4.9)	

***<.001, **<.05, *<.01.

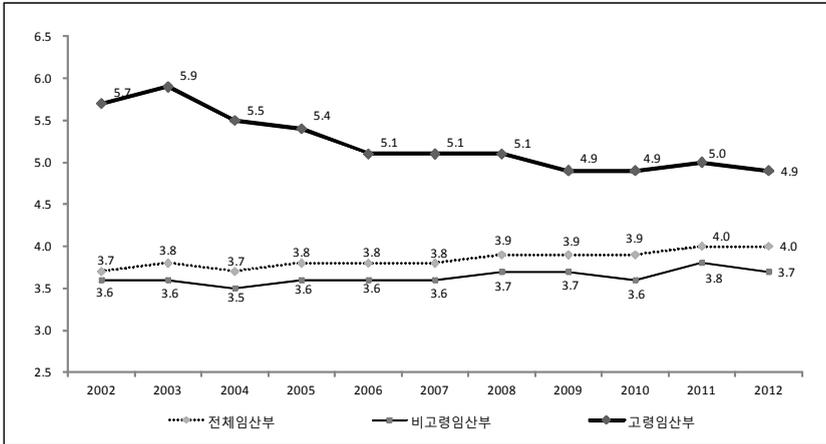
자료: 통계청 출생통계 원자료 분석.

위와 같은 추세는 [그림 3-4]에서 가시적으로 확인할 수 있다. 비고령 산모는 전체 산모에 비해 저체중출생아 출산 비율이 낮고, 고령 산모는

전체 산모에 비해 저체중출생아 출산 비율은 높다. 그러나 여기서 주목해야 하는 점은 2002년에 비해 2012년으로 갈수록 그 차이가 점차 줄어드는 경향을 보인다는 것이다. 2002년 당시 전체 산모의 저체중출생아 출산 비율이 3.7%인 데 비해 비고령 산모의 경우는 저체중출생아 출산 비율이 3.6%이고 고령 산모의 경우는 저체중출생아 출산 비율이 5.7%로 고령 산모와 비고령 산모 간에 2.1%의 차이가 있었지만, 2012년에는 전체 산모의 저체중출생아 출산 비율이 4.0%, 비고령산모의 저체중출생아 출산 비율은 3.7%, 고령 산모의 저체중출생아 출산 비율은 4.9%로 고령 산모와 비고령 산모 간에 1.2%p의 차이를 보여준다. 즉, 2012년에는 2002년과 비교하여 두 집단 간의 차이가 반 정도가 줄어드는 것을 확인할 수 있다.

[그림 3-4] 저체중출생아 출산비율 추이

(단위: %)



자료: 통계청 출생통계 원자료 분석.

2. 조산 추이

〈표 3-4〉는 고령 산모와 비고령 산모의 임신 37주 미만에 출산하는 조산의 추이를 교차분석한 결과이다. 전체적으로 모든 산모에게서 조산 비율은 증가하는 것으로 나타났다. 2002년에는 출산한 전체 477,709명의 산모 중 17,608명(3.7%)이 조산을 하였는데 이후 2004년에는 3.8%, 2005년에는 3.9%, 2007년에는 4.0%, 2008년에는 4.2%, 2009년에는 4.3%, 2010년에는 4.5%, 2012년에는 4.6%로 조산 비율이 꾸준히 증가하였다. 출산의 횟수는 저출산의 현상으로 전반적으로 감소하는 것에 비해 조산의 횟수는 2003년 17,608명에서 2012년 21,994명으로 소폭이지만 증가하고 있었다.

비고령 산모의 경우 역시 저체중출생아 출산의 경우와 마찬가지로 전체적인 변화 추세와 동일한 움직임을 보였다. 2002년 3.5%(15,285명)였던 조산 비율은 2008년 4.0%(15,282명)로 4%대에 진입하였고, 2012년에는 4.3%(16,545명)로 증가하였다.

그러나 고령 산모의 경우에 있어서 조산의 추이는 저체중출생아 출산 추이와 마찬가지로, 비고령 산모와 전체 산모의 조산 비율이 점차 증가하는 것과 반대의 양상을 보이고 있다. 2002년에 2,323명(6.1%)이 조산을 하였으나 조산 비율은 점점 감소하여 2007년 5.6%로 최저치를 기록하였다. 그 후 약간 증가하여 비록 2012년에는 5.9%의 비율을 보였으나 전반적으로는 감소하는 추세라고 볼 수 있다.

〈표 3-4〉 조산 추이

(단위: 명, %)

구분	전체 산모	비고령산모	고령산모	χ^2
2002				
전체	477,709(100.0)	439,636(100.0)	38,073(100.0)	679.937***
조산	17,608(3.7)	15,285(3.5)	2,323(6.1)	
2003				
전체	474,899(100.0)	435,108(100.0)	39,791(100.0)	798.823***
조산	17,796(3.7)	15,280(3.5)	2,516(6.3)	
2004				
전체	457,595(100.0)	414,579(100.0)	43,016(100.0)	661.260***
조산	17,362(3.8)	14,760(3.6)	2,602(6.0)	
2005				
전체	420,378(100.0)	375,969(100.0)	44,409(100.0)	593.160***
조산	16,225(3.9)	13,576(3.6)	2,649(6.0)	
2006				
전체	432,150(100.0)	381,527(100.0)	50,623(100.0)	503.503***
조산	16,940(3.9)	14,035(3.7)	2,905(5.7)	
2007				
전체	474,845(100.0)	413,517(100.0)	61,328(100.0)	498.542***
조산	18,824(4.0)	15,386(3.7)	3,438(5.6)	
2008				
전체	449,933(100.0)	386,129(100.0)	63,804(100.0)	534.962***
조산	19,078(4.2)	15,282(4.0)	3,796(5.9)	
2009				
전체	430,073(100.0)	364,374(100.0)	65,699(100.0)	427.466***
조산	18,647(4.3)	14,805(4.1)	3,842(5.8)	
2010				
전체	454,421(100.0)	377,496(100.0)	76,925(100.0)	429.343***
조산	20,354(4.5)	15,825(4.2)	4,529(5.9)	
2011				
전체	456,192(100.0)	374,913(100.0)	81,279(100.0)	502.011***
조산	20,303(4.5)	15,502(4.1)	4,801(5.9)	
2012				
전체	467,902(100.0)	381,514(100.0)	86,388(100.0)	423.471***
조산	21,677(4.6)	16,545(4.3)	5,132(5.9)	

***<.001, **<.05, *<.01.

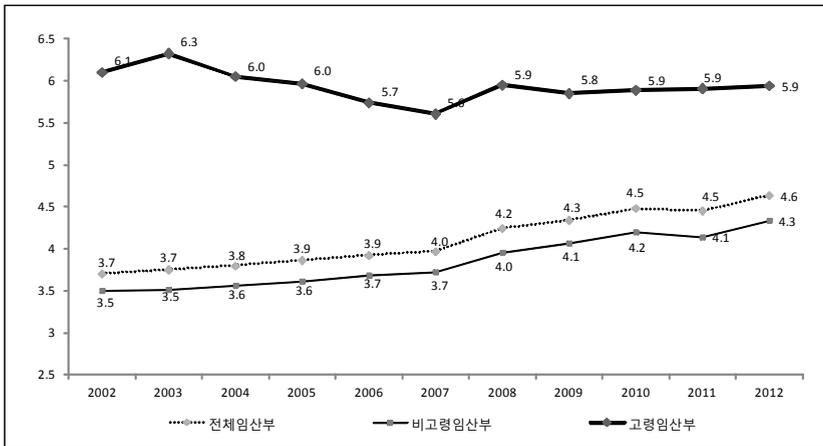
자료: 통계청 출생통계 원자료 분석.

위의 분석 결과를 보다 시각적으로 제시한 결과는 [그림 3-4]에서 확인할 수 있다. 저체중출생아 출산의 경우와 마찬가지로 비고령산모의 조

산 비율은 전체 산모의 조산 비율보다 약간 낮고, 고령산모는 조산 비율이 전체 산모에 비해 높게 나타났다. 앞에서 언급했듯이 방향성에 있어서도 비고령 산모와 전체 산모의 경우는 증가하는 양상을 보이나 고령 산모의 경우는 증가하는 양상을 보인다. 그 결과 2002년 고령 산모의 조산 비율과 비고령 산모의 조산 비율 간의 차이는 2.6%p로 크게 차이 나는 반면, 2012년에는 그 차이가 1.6%p에 지나지 않았다.

[그림 3-5] 조산비율 추이

(단위: %)



자료: 통계청 출생통계 원자료 분석.

결론적으로 저체중출생아 출산과 조산이라는 두 가지의 출산 결과를 살펴볼 때 간과하지 말아야 할 점은 비록 전체 산모와 비고령 산모에게 있어서는 저체중출생아 출산과 조산의 비율이 지속적으로 증가하고 있으나 고령 산모의 경우는 이와 대조적으로 이러한 부정적인 출산 결과 (adverse birth outcome)가 감소하고 있는 경향을 보인다는 점이다.



제4장 고령 임신부 관련 법률 및 지원 현황

제1절 관련 법률

제2절 지원 현황



4

고령 임신부 관련 법률 << 및 지원 현황

제1절 관련 법률

1. 현행법

임신 및 출산에 관련하여 임신부(고령 임신부 포함)를 지원하기 위한 사업의 근간이 되는 법률로는 건강가정기본법, 모자보건법, 저출산·고령 사회기본법, 국민건강보험법, 국민영양관리법 등이 있다. 개별 법령을 살펴보면 다음과 같다.

먼저 건강가정기본법을 살펴보면, 이 법은 건강한 가정생활과 가족의 유지를 위한 국가 및 지방자치단체 등의 책임을 명시하고 있으며, 가족구성원의 복지증진에 이바지할 수 있는 지원 정책을 강화하여 건강한 가정을 구현하는 것을 목적으로 하고 있다(표 4-1 참조). 구체적으로 제8조에서 혼인과 출산의 사회적 중요성을 강조하고 있고, 그에 따라 국가 및 지방자치단체에 부여되는 모성보호와 태아의 건강보장 등 적절한 출산환경 조성의 의무를 명시하고 있다. 또한 제15조, 제21조 등에서는 출산, 양육과 삶이 원활히 진행될 수 있도록 지원 정책 등을 수립할 수 있도록 하고 있다.

〈표 4-1〉 건강가정기본법의 임신·출산 관련 주요 내용

<p>제1조(목적) 이 법은 건강한 가정생활의 영위와 가족의 유지 및 발전을 위한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체 등의 책임을 명백히 하고, 가정문제의 적절한 해결방안을 강구하며 가족구성원의 복지증진에 이바지할 수 있는 지원 정책을 강화함으로써 건강가정 구현에 기여하는 것을 목적으로 한다.</p>
<p>제8조(혼인과 출산) ① 모든 국민은 혼인과 출산의 사회적 중요성을 인식하여야 한다. ② 국가 및 지방자치단체는 출산과 육아에 대한 사회적 책임을 인식하고 모성보호와 태아의 건강보장 등 적절한 출산환경을 조성하기 위하여 적극적으로 지원하여야 한다.</p>
<p>제15조(건강가정기본계획의 수립) ① 여성가족부장관은 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 건강가정기본계획(이하 "기본계획"이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다. ② 기본계획에는 다음 각호의 사항이 포함되어야 한다. 6. 가족의 양육·부양 등의 부담완화와 가족해체예방을 통한 사회비용 절감 8. 가족의 건강증진을 통한 건강사회 구현</p>
<p>제21조(가정에 대한 지원) ① 국가 및 지방자치단체는 가정이 원활한 기능을 수행하도록 지원하여야 한다. ② 제1항의 규정에 의하여 지원하여야 할 사항은 다음 각호와 같다. 1. 가족구성원의 정신적·신체적 건강지원 4. 태아검진 및 출산·양육의 지원 5. 직장가정의 양립 9. 그 밖에 건강한 가정의 기능을 강화·지원할 수 있는 관련 사항 ③ 국가 및 지방자치단체는 취업여성의 임신·출산·수유와 관련된 모성보호 및 부성보호를 위한 유급휴가시책이 확산되도록 노력하여야 한다.</p>

다음으로 〈표 4-2〉에서 모자보건법을 살펴보도록 한다. 모자보건법 제 1조에 따르면, 모자보건법은 모성 및 영유아의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모하여 국민보건을 향상시키려는 데 그 목적이 있다. 이를 위해 국가와 지방자치단체가 모성과 영유아의 건강을 증진시키기 위한 조치를 할 수 있도록 길을 열어두고 있다. 특히, 임신부·영유아·미숙아 등의 건강관리가 가능하도록 하고 있다.

〈표 4-2〉 모자보건법의 임신·출산 관련 주요 내용

<p>제1조(목적) 이 법은 모성(母性) 및 영유아(嬰幼兒)의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모함으로써 국민보건 향상에 이바지함을 목적으로 한다.</p> <p>제3조(국가와 지방자치단체의 책임) ① 국가와 지방자치단체는 모성과 영유아의 건강을 유지·증진하기 위한 조사·연구와 그 밖에 필요한 조치를 하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 모자보건사업 및 가족계획사업에 관한 시책을 마련하여 국민보건 향상에 이바지하도록 노력하여야 한다.</p> <p>제10조(임산부·영유아·미숙아등의 건강관리 등) ① 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 건강진단·예방접종을 실시하거나 모자보건요원에게 그 가정을 방문하여 보건진료를 하게 하는 등 보건관리에 필요한 조치를 하여야 한다.</p> <p>② 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등 중 입원진료가 필요한 사람에게 다음 각 호의 의료 지원을 할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 진찰 2. 약제나 치료재료의 지급 3. 처치(處置), 수술, 그 밖의 치료 4. 의료시설에의 수용 5. 간호 6. 이송

저출산·고령사회기본법은 2005년에 제정되어 비교적 최근에 만들어진 법률이다. 합계출산율의 급격한 저하와 빠른 고령화로 인해 문제가 제기되면서, 이 문제를 해소하고자 도입되었다. 특히 제9조에서 국가 및 지방자치단체의 임신부·태아 및 영유아에 대한 건강진단 등 모자보건의 증진과 태아의 생명존중을 위한 시책의 수립·시행 의무를 두고 있다(표 4-3 참조). 또한 자녀의 임신·출산·양육 및 교육에 소요되는 경제적 부담을 경감하기 위하여 필요한 시책을 강구하고 있다. 이를 기반으로 수립된 저출산고령사회기본계획이 지속적으로 시행되고 있으며, 특별히 기본계획 내에 고령 임신부를 포함하는 고위험 임신부를 위한 정책이 마련되어 있다.

64 저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제

〈표 4-3〉 저출산·고령사회기본법의 임신·출산 관련 주요 내용

<p>제1조(목적) 이 법은 저출산 및 인구의 고령화에 따른 변화에 대응하는 저출산·고령사회정책의 기본방향과 그 수립 및 추진체계에 관한 사항을 규정함으로써 국가의 경쟁력을 높이고 국민의 삶의 질 향상과 국가의 지속적인 발전에 이바지함을 목적으로 한다.</p> <p>제9조(모자보건의 증진 등) ①국가 및 지방자치단체는 임신부·태아 및 영유아에 대한 건강진단 등 모자보건의 증진과 태아의 생명존중을 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.</p> <p>②국가 및 지방자치단체는 임신·출산·양육의 사회적 의미와 생명의 존엄성 및 가족구성원의 협력의 중요성 등에 관한 교육을 실시하여야 한다.</p> <p>③국가 및 지방자치단체는 임신·출산 및 양육에 관한 정보의 제공, 교육 및 홍보를 실시하기 위하여 필요한 기관을 설치하거나 그 업무를 관련 기관에 위탁할 수 있다.</p> <p>제10조(경제적 부담의 경감) ①국가 및 지방자치단체는 자녀의 임신·출산·양육 및 교육에 소요되는 경제적 부담을 경감하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.</p> <p>②국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 시책의 강구 및 지원을 위하여 자녀의 임신·출산·양육 및 교육에 소요되는 비용의 통계조사를 실시할 수 있다.</p>

다음으로 국민건강보험법이 임신 및 출산에 관련된 내용을 담고 있다 (표 4-4 참조). 국민건강보험법 제1조에서는 출산을 포함하는 기타 다른 사항에 대한 보험급여를 실시하여 국민보건 향상 및 사회보장 증진을 목적으로 하고 있음을 말하고 있다.

〈표 4-4〉 국민건강보험법의 임신·출산 관련 주요 내용

<p>제1조(목적) 이 법은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함을 목적으로 한다.</p>

국민건강보험법은 시행령에 임신 및 출산에 대한 사항을 직접적으로 명시하고 있다(표 4-5 참조). 현재 모든 임신부에게 지급되는 임신·출산 진료비가 국민건강보험법 시행령에 근거하여 지급되고 있으며, 부가급여 형태로 지급되는 임신·출산 진료비의 비용을 하나의 태아를 임신한 경우에는 50만원, 둘 이상의 태아를 임신한 경우에는 70만원을 지급한다고 규정하고 있다.

〈표 4-5〉 국민건강보험법 시행령의 임신·출산 관련 주요 내용

- 제23조(부가급여) ① 법 제50조에 따른 부가급여는 임신·출산 진료비로 한다.
- ② 제1항의 임신·출산 진료비는 임신한 가입자 또는 피부양자가 제24조에 따라 지정된 요양기관에서 받는 임신과 출산에 관련된 진료(출산 전후 산모의 건강관리와 관련된 진료를 포함한다. 이하 같다)에 드는 비용으로 하고, 그 지급액은 다음 각 호의 구분에 따른 금액의 범위에서 임신한 가입자 또는 피부양자가 실제 부담한 금액으로 한다.
1. 하나의 태아를 임신한 경우: 50만원
 2. 둘 이상의 태아를 임신한 경우: 70만원
- ③ 임신한 가입자 또는 피부양자가 제1항에 따른 부가급여를 받으려면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공단에 신청하여야 한다.
- ④ 임신한 가입자 또는 피부양자가 제3항에 따라 임신·출산 진료비를 신청할 당시에 법 제53조 및 제54조에 따라 보험급여가 제한되거나 정지된 경우에는 제1항에 따른 부가급여를 실시하지 아니한다.
- ⑤ 공단은 임신한 가입자 또는 피부양자에게 제2항에 따른 임신·출산 진료비의 지급과 관련하여 이용권[그 명칭 또는 형태와 상관없이 공단이 일정한 금액이 기재(전자적 또는 자기적 방법에 따른 기록을 포함한다)된 증표를 발행하고 가입자 또는 피부양자가 제24조에 따라 지정된 요양기관에 제시하여 임신과 출산에 관련된 진료를 받을 수 있게 한 증표를 말한다. 이하 같다]을 발급하여야 한다.
- ⑥ 임신한 가입자 또는 피부양자는 제5항에 따라 발급받은 이용권을 요양기관이 확인한 분만 예정일부터 60일이 지난 후에는 사용할 수 없다.
- ⑦ 제2항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 임신·출산 진료비의 지급 절차와 방법, 이용권의 발급과 사용 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

마지막으로 국민영양관리법이 있다. 현재 시행되는 임신부 및 영유아 보충영양관리 사업(영양 플러스 사업)이 국민영양관리법 제11조에 근거하여 시행되는 것이다(표 4-6 참조).

〈표 4-6〉 국민영양관리법의 임신·출산 관련 주요 내용

- 제11조(영양취약계층 등의 영양관리사업) 국가 및 지방자치단체는 다음 각 호의 영양관리사업을 실시할 수 있다.
1. 영유아, 임신부, 아동, 노인, 노숙인 및 사회복지시설 수용자 등 영양취약계층을 위한 영양관리사업
 2. 어린이집, 유치원, 학교, 집단급식소, 의료기관 및 사회복지시설 등 시설 및 단체에 대한 영양관리사업
 3. 생활습관질병 등 질병예방을 위한 영양관리사업

이상에서 살펴보았듯이 비교적 다양한 영역에서 임신 및 출산에 관한 여러 법령들이 제정되어 있고 국가 및 지방단체는 위의 법률 등에 의거하여 임신부를 위한 지원 사업을 구축하고 있다. 이러한 관점에서 비록 저출산·고령사회 기본법에 의거하여 고령 임신부를 포함한 고위험 임신부에 대한 지원이 있지만 주목해야 할 것은 현행 법률 중 어떠한 것도 고령 임신부를 따로 지칭하여 지원하고 있지는 않기 때문에 고령 임신부만을 특화한 지원 사업 또한 거의 없는 실정이다.

2. 법률 개정안

고령 임신부의 임신 및 출산에 관한 관심이 증대되면서 이 부분에 대한 내용을 법률에 담기 위하여 이찬열 외 12인의 의원은 2012년 6월 13일

모자보건법 일부 개정안을 제출하였다. 이찬열 의원 등은 개정안에서 만 35세 이상인 고령(高齡)임산부는 임신 합병증 발생, 태아의 질병발생이나 사망할 위험이 높아 산전·산후관리 및 출생아의 건강 관리에 드는 의료비가 만35세 미만의 임신부에 비하여 많이 드는 실정이며, 현재 고령 임신부의 출산율이 지속적으로 증가할 뿐만 아니라 결혼, 임신과 출산의 시기를 늦추는 사회 분위기와 경제 위기 등으로 인하여 급격히 가속화될 것으로 예측되고 있으므로 고령 임신부에 대한 국가 및 지방자치단체의 보건·의료적·재정적 지원 및 건강관리 체계를 구축함으로써 고령 임신부 및 신생아의 건강을 보호해야 한다고 주장하였다(이찬열 외, 2012).

구체적으로 이 개정안에서는 국가와 지방자치단체가 만35세 이상 임신부의 건강관리를 위하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 임신·출산에 필요한 비용 및 서비스 중 일부를 지원할 수 있도록 하는 모자보건법 제10조의4를 신설하는 것을 제안하고 있다. 그러나 이 개정안은 통과되지 않았고, 현재 고령 임신부에 대한 지원은 여전히 미미한 현실이다.

제2절 지원 현황

1. 중앙정부

중앙정부에서 실시하는 정책 중 고령 임신부만을 대상으로 특화하여 제공하는 정책은 거의 없는 실정이다. 고령 임신부가 포함되는 고위험 임신부를 대상으로 한 정책 역시 다양한 편은 아니다.

앞에서 언급했듯이 정부에서는 출산율을 제고하고 고령사회에 적절히 대응하기 위해 저출산·고령사회 기본계획(새로마지 플랜)을 5년 단위로

수립하여 시행중이다. 현재 시행중인 제2차 저출산·고령사회 기본계획(2011~2015)에서는 저출산 분야 추진방향 및 과제로 임신·출산에 대한 지원 확대 방안을 제시하고 있는데, 그 중 임신·분만 취약지역에 대한 의료지원 강화 부분에서 고위험 임신부 관련한 정책이 제시되고 있다. 고위험 분만 및 신생아 치료를 위한 통합 치료센터를 설립·지원 방안이 그것인데, 연차적으로 광역 의료권에 고위험 분만 통합 치료센터를 설치하여 중증 고위험 산모에 대한 분만과 신생아 치료 등 통합적 전문 의료를 제공하기 위한 정책이다. 통합 치료센터는 해당 지역권내 산부인과(특히 분만 취약지 산부인과)와 연계하여 운영할 계획이다(제2차 저출산·고령사회 기본계획, 2011).

고령 임신부가 대상임을 명확히 제시한 정책은 엽산제 지원 정책이다. 보건복지부의 임신·출산 및 양육 지원 정책을 정리한 책자인 ‘마음 더하기(2012)’에 따르면, 엽산제는 만35세 이상 고령 임신부에게 지급되는데 현재 엽산제는 보건소를 통해 지급되고 있다.

2. 지방자치단체

지방자치단체에서 실시하는 정책의 경우 역시 중앙정부와 마찬가지로 고령 임신부만을 대상으로 특화하여 제공하는 정책은 많지 않다. 고령 임신부가 속하는 고위험 임신부를 대상으로 시행되는 정책은 <표4-7>과 같다.

2010년에 고위험 임신부를 대상으로 시행된 지방자치단체의 사업은 총 10가지인데 그 중 연령 기준이 있는 사업은 서울 동작 보건소의 ‘고위험 임부 산전검진 사업’, 광명시 보건소의 ‘기형아 검사 사업’과 창원군 보건소의 ‘고위험 임부 특별 관리 사업’이다. 각각의 사업에서 규정하고

있는 고위험의 연령 기준은 상이하다. 구체적인 연령 기준은 ‘고위험 임부 산전검진 사업’에서 만20세 미만 및 만33세 이상으로 두고 있고, ‘기형아검사 사업’은 만35세 이상, ‘고위험 임부 특별관리 사업’은 만20세 미만 및 만35세 이상으로 각각 다르게 적용하고 있다.

2011년 역시 10개의 사업이 진행되었다. 그 중 6개는 2010년에 시행된 사업이 계속 진행된 것이고 4가지의 사업이 추가 되었다. 고령 임신부를 대상으로 명시한 사업은 무안군 보건소의 ‘임산부 산전 검사비 지원 사업’ 1개에 불과하다. 이 사업에서는 만35세 이상 고위험 임부에게 기형아검사 쿠폰을 1회 지급하고 있다.

〈표 4-7〉 고위험 임신부 관련 정책(지방자치단체)

구분	담당	사업명	사업내용
2010	서울 동작 보건소 지역보건과	고위험 임부 산전검진	대상: 만20세 미만 및 만33세 이상 내용: 고위험 임신대상 산전 정밀검진 병원연계
	인천 서구 보건소 건강증진과	임산부 등록 및 상담	대상: 관내 임신부 내용: 고령 및 고위험 임신부의 자기관리 방법 및 시기별 검사의 중요성 교육
	광명시 보건소 보건사업과	기형아검사	대상: 관내 만35세 이상(고위험군) 임신부 내용: 기형아 검사 쿠폰 발급
	양평군 보건소 모자보건실	자신만만 출산교실	대상: 임신 16주 이상 된 임신부 내용: 임신의 이해, 고위험 임신과 대처, 완전한 모유수유법 등
	이천시 보건소 보건사업과	고위험 임부 의료비지원	대상: 고위험 임부 진단자 내용: 고위험 임부중 양수검사, 정밀초음파, 기형아검사자 1회 15만원 내에서 1회 지원
	창원군 보건소 가족보건담당	고위험 임부 특별관리	대상: 20세 미만 및 만35세 이상의 임부, 고혈압, 당뇨병, 심장병, 갑상선 질환을 가진 임부, 습관성 유산, 사산, 기형아 출산 경험 임부

70 저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제

〈표 4-7〉 계속

구분	담당	사업명	사업내용
2010	보령시 보건소 보건사업과	임산부 초음파 검진	대상: 관내 등록된 임산부 내용: 관내 산부인과 진찰용 초음파 검진 의뢰서 발급(고위험산모는 매달 발급)
	평양시 보건소 건강증진과	임산부 건강교실	대상: 보건소 등록 임산부 내용: 고위험 임부 관리 교육, 모유수유 지도 등
	경주시 보건소 건강관리과	임산부 무료검진사업	대상: 보건(지)소 등록 임산부 내용: 빈혈, B형간염 조기발견으로 고위험 임부 조기발견 및 관리
	평양시 보건소 건강증진과	임산부 건강교실	대상: 보건소 등록 임산부 내용: 고위험 임부 관리 교육, 모유수유 지도 등
	경주시 보건소 건강관리과	임산부 무료검진사업	대상: 보건(지)소 등록 임산부 내용: 빈혈, B형간염 조기발견으로 고위험 임부 조기발견 및 관리
	하동군 보건소	고위험 임부 기형아(양수) 검사비 지원	대상: 군에 주민등록이 되어 있는 고위험 임부 내용: 임신16~20주 기형아 검사결과 고 위험 임부로 판명되어 양수검사를 실시한 임부에겐 양수검사비 60만원 지급
2011	인천 서구 보건소 건강증진과	임산부 등록 및 상담	대상: 관내 임산부 내용: 고령 및 고위험 임산부의 자가관리 방법 및 시기별 검사의 중요성 교육
	울산 중구 보건소 보건과	임산부 및 가임 여성 엽산제지원	대상: 중구 관내 거주 임신 12주 이내 임 산부 및 난임지원 가임 여성 내용: 난임지원 대상 가임 여성 등 고위험 가임 여성에 대해 엽산제 지원
	성남시 중원구 보건소 보건행정과	행복한 출산 준비 교실	대상: 임신 20~32주 이상의 임산부 내용: 임신의 이해 및 고위험 임신과 대처, 분만의 이해 등
	양평군 보건소 모자보건실	자신만만 출산교실	대상: 임신 16주 이상 된 임산부 내용: 임신의 이해, 고위험 임신과 대처, 완전한 모유수유법 등

〈표 4-7〉 계속

구분	담당	사업명	사업내용
2011	이천시 보건소 보건사업과	고위험 임부 의료비 지원	대상: 고위험 임부 진단자 내용: 고위험 임부 중 양수검사, 정밀초음파, 기형아검사자 1회 15만원 내에서 1회 지원
	광양시 보건소 건강증진과	임산부 건강교실	대상: 보건소 등록 임산부 내용: 고위험 임부 관리 교육, 모유수유 지도 등
	무안군 보건소 건강증진계	임산부 산전 검사비 지원	대상: 무안군관내 등록 임산부 내용: 만35세 이상 고위험 임부 기형아 검사 쿠폰 1회 지급
	경주시 보건소 건강관리과	임산부 무료 검진 사업	대상: 보건(지)소 등록 임산부 내용: 빈혈, B형간염 조기발견으로 고위험 임부 조기발견 및 관리
	경주시 보건소 건강관리과	국제결혼이주여성 임산부 건강교실	대상: 국제결혼이주여성 가입기여성 및 임산부 내용: 모유수유, 고위험 임부 관리, 산후관리, 신생아관리 등
	하동군 보건소	고위험 임부 기형아(양수) 검사비 지원	대상: 부모가 군에 주민등록을 두고 있으면서 자녀를 임신한 자 내용: 임신16~20주 기형아 검사결과 고위험 임부로 판명되어 양수검사를 실시한 임부에게 양수검사비 60만원 지급

자료: 보건복지부. 지방자치단체 인구정책 사례집, 각연도.

3. 기타: 고위험 임신부 지원 사업⁵⁾

‘고위험 임신부 지원 사업’은 생명보험사회공헌재단과 인구보건복지협회가 고위험 임신부의 비용 부담 경감 및 가정의 경제적 안정을 도모

5) 고위험 임신부 지원 사업에 대한 설명은 생명보험사회공헌재단과 인구보건복지협회가 공동으로 운영하는 고위험 임신부 지원 사업 블로그(<http://blog.naver.com/4674219>)에서 발췌하여 정리한 것임.

하기 위해 추진하는 사업으로, 생명보험사회공헌재단의 재원으로 운영 되는 사업이다.

이 사업에서는 고위험 임신의 주요 요인으로 모의 연령, 체중, 신장, 기존 질환(당뇨병, 고혈압, 심장병, 신장병, 천식, 빈혈 등), 이전 임신 합병증(임신중독증, 조기양막파수, 조산, 사산 등), 산과적 요인(다태 임신, 이상 태위, 자궁이상, RH(-)산모 등)을 언급하고 있다.

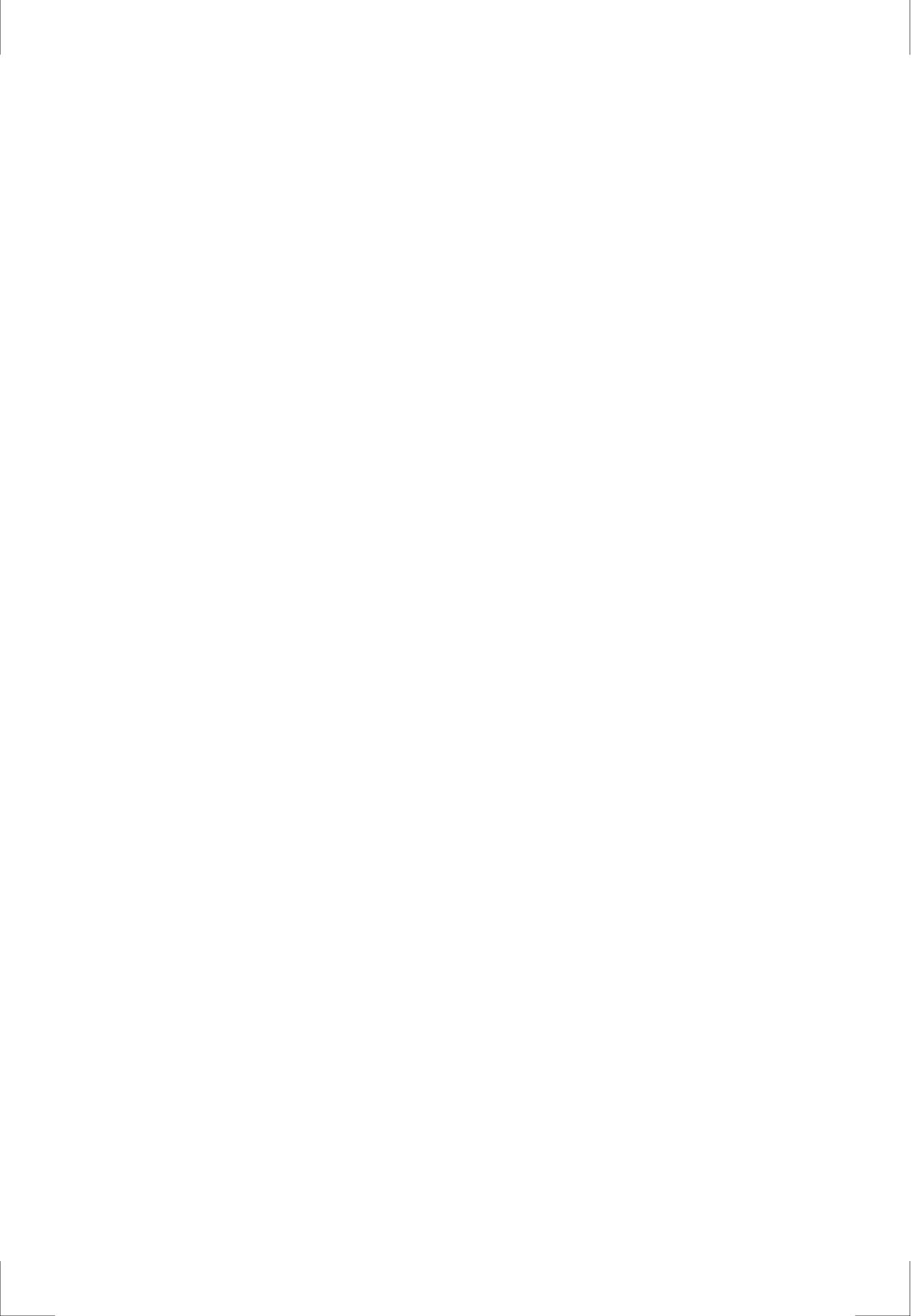
이에 따라 선정 시 신청자의 소득 수준, 고위험 임신의 중증도, 연령 등을 고려하고 있으며, 소득 기준으로는 월평균 소득 150% 이하 가정(건강보험료 기준)을 지원하고 있다. 결혼여부와는 상관없이 신청 가능하다. 지원액은 1인당 최대 60만원이고 지원대상자가 임신에서 분만까지 지출한 의료비를 지원하고 있다.



제5장 고령 임신부의 출산 결과에 영향을 미치는 요인 분석

제1절 연구 방법

제2절 연구 결과



5

고령 임신부의 출산 결과에 << 영향을 미치는 요인 분석

제1절 연구 방법

1. 연구 자료

고령 임신부의 출산 결과에 영향을 미치는 요인들에 대한 분석을 수행하기 위해 본 연구는 한국보건사회연구원에서 실시하고 있는 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」의 2003년, 2006년, 2009년 자료를 사용하였다. 1960년대부터 실시된 「전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」는 출산력 변화에 따른 결혼, 임신, 출산, 양육에 관한 여러 측면을 파악하여 인구 및 가족 정책의 수립에 있어서의 함의를 주는데 그 목적이 있다. 조사의 주기는 3년이며 조사는 가구 조사와 개인 조사로 설계되어 있고 조사 대상은 16,000여 표본 가구에 거주하는 만15~59세의 기혼 가구원이다. <표 5-1>은 해당 조사년도에 실시된 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」의 실제 응답한 조사 가구 수, 조사년도 2년 전 1월 1일부터 조사 시점까지 출산 경험이 있는 여성의 수, 해당 여성 중 출산 결과에 대해 결측치가 없는 본 연구의 분석 대상인 여성의 수를 제시하고 있다.

〈표 5-1〉 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사에서 추출한 표본 (단위: 명)

조사 년도	2003년	2006년	2009년	총계
조사 가구	13,976	14,497	13,883	42,356
출산 여성	1,113	970	1,010	3,093
연구 대상	918	936	928	2,782

〈표 5-1〉에서 보듯이 총 42,356 조사 가구 중에 지난 2년 사이 출산한 여성의 수는 총 3,093명인데 이 중 종속변수를 산출하기 위해 필요한 출생 체중과 재태 주수(gestational age)에 결측치가 없는, 본 연구의 분석 대상인 여성의 수는 총 2,782명이다. 또한 이 중 주요 독립변수에 결측치가 있는 표본을 삭제하고 남은 회귀분석 대상은 총 2,768명인데 본 연구의 주된 관심 대상인 고령 임신부는 311명이다. 본 연구는 이러한 표본을 SPSS 20.0을 사용하여 분석하였다.

2. 연구 방법

연구를 수행하기 위해 본 연구는 전체 산모 그룹에서 고령 산모와 비고령 산모가 연령을 제외한 산모의 특성과 출산 결과에 관해 어떻게 다르게 나타나는지 살펴보고, 출산 결과에 영향을 미치는 다른 요인을 통제했을 때에도 산모의 고령이라는 연령이 출산 결과에 독립적인 영향을 미치는지를 회귀모형을 통해 알아보하고자 한다.

가. 연구 문제(Research Questions)

1. 산모의 고령이라는 연령은 다른 여러 요인들 통제했을 때에도 저체중출생아 출산과 조산을 증가시키는 위험 요인인가?

2. 다른 여러 요인을 통제했을 때에 고령 임신부의 출산 결과(저체중 출생아 출산과 조산)에 독립적으로 영향을 미치는 요인에는 어떠한 것들이 있는가?
3. 고령 임신부의 출산 결과에 독립적으로 영향을 미치는 요인들의 종류와 그 크기는 비고령 임신부의 경우와 비교했을 때 어떻게 다른가?
4. 모의 연령이 증가할수록 낮은 수준의 사회·경제적 영향으로 부정적인 출산 결과가 증가한다는 것을 설명하는 이론인 'Weathering Hypothesis'와 모의 사회·경제적 수준이 낮을수록 역설적으로 바람직한 출산 결과가 증가한다는 것을 설명하는 이론인 '역학역설 (Epidemiological Paradox)'은 어떻게 적용될 수 있는가?

나. 변수

본 연구의 회귀분석에서 사용되는 종속변수는 저체중출생아 출산과 조산이다. 저체중출생아 출산이란 출생체중 2,500g 미만의 출생아를 출산하는 것을 의미하며 조산은 재태주수 37주 미만의 출산을 의미한다.

이러한 출산 결과에 영향을 미치는 것으로 알려진 선행연구에서 제시된 독립변수는 모의 연령, 혼인 상태, 교육 수준, 가구 소득, 모의 취업여부 등의 사회·경제적 변수들과 출산력(parity), 정상 출산 경험여부, 출생아의 성별, 산전 진찰 초진 시기, 산전 진찰 횟수, 산전 관리의 적합도(adequacy of prenatal care) 등 산과 관련 변수이다(제 2장 참조).

구체적으로 살펴보면, 본 연구에서 산모의 연령은 만35세 이상의 고령인지 아닌지의 더미변수(dummy variable)로 사용되었고, 혼인 상태는 현재 유배우인지 아닌지로 구분했으며 교육 수준의 경우는 각각의

교과 과정에 따라 초등학교, 중학교, 고등학교, 전문대학교, 대학교, 대학교 이상으로 구분한 후 빈도수가 현저하게 작은 초등학교와 중학교 졸업을 합하여 고등학교 졸업 이하와 전문대학 졸업 이하, 대학교 재학 이상의 세 집단으로 구분하였다. 모의 취업 여부는 현재 취업 중인지와 아닌지의 더미변수로 사용하였고, 가구 소득의 경우는 가구의 월평균소득을 의미하는데 다른 변수들의 값과의 크기를 고려하여 자연로그값을 취하여 활용하였다. 단 소득이 0원인 21개의 표본의 경우는 1원을 더해서 자연로그값을 0으로 만들어 사용하였다. 산모의 산과적인 요인으로 산전 진찰 시기와 횟수, 적합도, 출산력을 사용하였는데, 우선 출산력의 경우는 <표 5-2>에서 제시하는 ‘Kleinman-Kessel Index of Parity’를 활용하였다.

<표 5-2> 출산력(Kleinman-Kessel Index of parity)

출산력	모 연령	이전 출산(previous birth) 횟수
첫째아 출산 (First birth)	해당 없음	0
저 출산력 (Low parity)	18세 이상	1회
	25세 이상	2회
고 출산력 (High parity)	18세 미만	1회 이상
	18세 이상~25세 미만	2회 이상
	25세 이상	3회

자료: Kleinman J. and Kessel, S. (1987). Racial difference in low birth weight. England Journal of Medicine. 317(12), pp.749~753.

이전 정상출산 횟수는 이전의 출산에서 정상 출산을 한 횟수를 의미하며 따라서 초산인 경우는 무조건 0의 값을 갖게 된다. 산전 진찰의 초진 시기는 임신 초기, 중기, 말기로 나누어 구분하였고 산전 관리의 적합도의 경우는 초진 시기와 산전 진찰 횟수와 재태주수를 고려하여 만든 산전

관리 적합도 지표(Kessner Index of Adequacy of Prenatal Care)를 활용하여 가장 빈도수가 높은 '적합(Adequate)'과, 빈도수가 극히 낮은 '부적합(Inadequate)', '보통(Intermediate)', '무진료(No care)'를 합하여 '기타'로 분류하였다. 이를 보완하기 위해 회귀모형에는 초진 시기와 산전 진찰 횟수를 독립변수로 추가하였다.

〈표 5-3〉 산전 관리 적합도 지표(Kessner Index of Adequacy of Prenatal Care)

적합도	초진시기 (임신주수)	재태주수	산전 진찰 횟수
적합 (Adequate)	임신12주 이하 이면서	13주 이하	1회 이상이거나 무응답
		14-17	2회 이상
		18-21	3회 이상
		22-25	4회 이상
		26-29	5회 이상
		30-31	6회 이상
		32-33	7회 이상
		34-35	8회 이상
	36주 이상	9회 이상	
부적합 (Inadequate)	임신28주 이상 이거나	14-21	0회 이거나 무응답
		22-29	1회 이하이거나 무응답
		30-31	2회 이하이거나 무응답
		32-33	3회 이하이거나 무응답
		34주 이상	4회 이하이거나 무응답
보통 (Intermediate)	적합, 부적합, 무 진료의 경우를 제외한 경우		
무 진료 (No care)	산전 진찰을 받지 않은 경우		

자료: Institute of Medicine, National Academy of Sciences: Infant Deaths, An Analysis by Maternal Risk and Health Care. In: Contrasts in Health Status, Vol. I, 1973. Based on: The American College of Obstetricians and Gynecologists: Standards for Obstetric-Gynecologic Services. Chicago, 1974.

다. 이항 로지스틱 회귀모형(Binary Logistic Regression Model)

본 연구에서는 고령 임신부의 출산 결과에 영향을 주는 요인을 회귀모형으로 파악하고자 하였다. 두 가지 이항 로지스틱 회귀모형의 식은 저체중출생아 출산(식1)과 조산(식2)을 각 식의 종속변수로 하고 모의 연령, 혼인 상태, 교육 수준, 취업 여부, 월평균 가구 소득 등 인구학적, 사회경제적 요인과 출산력, 이전 정상출산 횟수, 출생아 성별, 초진 시기, 산전진찰 횟수, 산전 진찰 적합도 등 산과적인 요인을 독립변수로 하는 함수로 가정하였다. 이와 더불어 각각의 독립변수들이 출산 결과에 있어 고령 임신부에게 다르게 영향을 미치는지의 여부와 그 크기를 비교하기 위해 모의 연령변수를 제외한 다른 모든 독립변수와 모의 연령 변수(비고령 산모=0, 고령 산모=1)와의 상호작용항(interaction term)을 포함하였다.

각각의 식은 상수항과 모의 연령만을 포함하는 단순 식(restricted model: 식1-1)과 식2-1))과 모든 독립변수를 포함하는 식(full model, unrestricted model: 식1-2)와 식2-2))과 비교하여 임신부의 고령이라는 것이 출산 결과에 어떤 영향을 미치는지 파악하고자 하였다. 즉, 다른 요인들을 통제하지 않은 상태에서 모의 연령이 출산결과에 미치는 영향을 먼저 살펴보고 출산결과에 영향을 미치는 다른 요인들 통제한 상태에서 모의 연령이 출산결과에 동일한 영향을 미치는지 비교하고자 한다. 이를 식으로 표현하면 <표 5-4>와 같다. 식1)은 저체중출생아 출산을 종속변수로 하고 식2)는 조산을 종속변수로 하여 이들에 영향을 미치는 요인들을 구하는 함수식이다.

〈표 5-4〉 이항 로지스틱 회귀분석 방정식

식1-1)	$\log (P/(1-P)) = \beta_0 + \beta_1 \times MA$
식1-2)	$\log (P/(1-P)) = \beta_0 + \beta_1 \times MA + \beta_2 \times \chi + \beta_3 \times \chi \times MA$
	P = 저체중출생아의 출산 확률 1-P = 저체중출생아를 출산하지 않을 확률
식2-1)	$\log (P/(1-P)) = \beta_0 + \beta_1 \times MA$ (식2-1)
식2-2)	$\log (P/(1-P)) = \beta_0 + \beta_1 \times MA + \beta_2 \times \chi + \beta_3 \times \chi \times MA$ (식2-2)
	P = 조산(재태주수 37주 미만의 출산) 확률 1-P = 조산하지 않을 확률

각 식에서 MA는 모의 연령 터미변수로 모의 연령이 만35세 이상의 고령의 경우 그 값이 1이며 χ 는 앞에서 언급한 모의 연령을 제외한 모든 독립변수들을 의미한다. 또한 $\chi \times MA$ 는 각각의 독립변수에 모의 연령(고령)이라는 변수를 곱하여 각각의 요인들이 고령 산모와 비고령 산모에게 다르게 미치는 영향의 크기를 측정하기 위한 상호작용항(interaction term)을 의미한다.

제2절 연구 결과

1. 기술 통계

가. 고령 임신부의 특성

〈표 5-5〉는 전체 산모의 인구학적, 사회경제적 사항들을 고령 산모와 비고령 산모로 나누어 교차분석을 한 결과이며 통계적 유의도는 카이제곱 검증과 F 검증을 활용하였다. 전체 2,782명의 분석대상 중 311명

(11.2%)이 만35세 이상의 고령 산모이며 비고령 산모는 2,471명이었다.

전체 산모를 살펴보면 대부분의 조사대상자는 유배우(99.3%)였고, 이혼이나 사별, 별거 등의 기타 혼인상태는 0.7%에 불과했다. 고령 산모와 비고령 산모는 혼인상태에 있어 통계적으로 유의미한 차이를 보였는데 구체적으로 고령 산모 중 기타 혼인상태는 1.6%로, 비고령 산모(0.6%)에 비해 2.5배 이상 높은 비율이었다.

고령 산모와 비고령 산모간의 교육 수준 역시 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 고령 산모가 비고령 산모에 비해 고졸 이하 학력의 비율(53.7%)과 대학교 재학 이상의 학력 비율(33.8%)이 높았다. 비고령 산모의 고졸 이하 학력 비율은 48.6%, 대학교재학 이상 학력 비율은 31.2%였다.

취업 여부는 통계적으로 유의미한 차이를 보이지는 않았지만 비고령 산모(25.1%)에 비해 고령 산모(28.9%)가 현재 취업하고 있는 비율이 높았다. 두 집단 모두 취업하고 있는 경우(25.5%)보다 취업하지 않은 경우(74.5%)가 많았다.

소득수준은 평균을 비교해본 결과, 고령 산모의 소득수준이 좀 더 높은 것으로 나타났다. 고령 산모의 평균소득은 302만원이었고 비고령 산모는 283만원이었으며 이들의 차이는 통계적으로 유의미하였다.

〈표 5-5〉 고령 산모와 비교령 산모의 일반 특성

(단위: 명, %, 만원)

구분	계	고령 산모	비고령 산모	χ^2/ F
전체	2,782(100.0)	311(100.0)	2,471(100.0)	-
혼인 상태				
유배우	2,763(99.3)	306(98.4)	2,457(99.4)	4.414*
기타	19(0.7)	5(1.6)	14(0.6)	
교육 수준				
고졸이하	1,304(46.9)	167(53.7)	1,137(46.0)	
전문대학	602(21.6)	39(12.5)	563(22.8)	17.451***
대학교재학이상	876(31.5)	105(33.8)	771(31.2)	
취업 여부				
취업	710(25.5)	90(28.9)	620(25.1)	2.152
비취업	2,072(74.5)	221(71.1)	1,851(74.9)	
소득 수준				
평균(표준편차)	285.1(154.3)	302.0(169.3)	283.0(152.2)	4.413*

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.주: 소득수준은 F값을 제시하였으며, 기타 변수는 χ^2 값을 사용함.

출산력(parity), 이전 정상출산 횟수, 출생아 성별, 초진 시기 및 산전 진찰 횟수와 산전 관리의 적합성을 포함한 산과적 특성에 대한 고령 산모와 비교령 산모의 차이를 교차분석을 시행한 결과는 〈표 5-6〉과 같다.

우선 출산력은 고령 산모와 비교령 산모 간에 통계적으로 유의미한 차이가 있었다. 초산의 경우, 고령 산모(22.2%)에 비해 비교령 산모(50.1%)가 월등히 높은 비율을 보였다. 반대로 초산이 아닌 경산인 경우인 저출산력(low parity)과 고출산력(high parity)에 있어서 고령 산모가 비교령 산모에 비해 높은 비율을 보였다. 고령 산모는 저출산력이 230명으로 총 311명 중 74.0%였고, 고출산력은 3.9%였다. 비교령 산모는 저출산력이 49.2%, 고출산력이 0.6%로 고령 산모에 비해 낮았다. 이는 고령 산모의 경우 초산보다 경산인 경우가 더 많음을 의미한다.

이전 정상출산 횟수의 경우도 고령 산모와 비교령 산모 간에 유의한 차

이가 발견되었다. 전체 분석 대상자의 이전 정상출산 횟수 평균은 0.7회였는데 고령 산모는 1.2회로 평균에 비해 높았고, 비고령 산모는 0.6회로 평균에 비해 낮았다. 이러한 결과 역시 고령 산모의 경우는 초산보다 경산이 많으며 이들의 초산 결과는 대부분 정상이었음을 의미한다. 출생아의 성별을 살펴보면, 남아가 1,451명, 여아가 1,331명으로 남아가 많았다. 고령 산모(54.0%)와 비고령 산모(51.9%) 모두 남아의 비율이 높게 나타났다고 이 두 집단 간의 차이는 통계적으로 유의미하지 않았다.

산전 진찰의 초진 시기는 두 집단 모두 임신 초기가 90% 이상으로 현저히 높게 나타났다. 고령 산모 5.5%, 비고령 산모 5.3%를 제외하고 모두 임신 초기에 초진을 받은 것으로 확인되었다. 두 집단 간의 통계적인 차이는 유의미하였다. 산전 진찰 횟수 역시 두 집단의 차이는 없었는데 고령 산모는 평균 12.9회, 비고령 산모는 평균 13.0회 산전 진찰을 받는 것으로 나타났다. 이는 고령 산모여도 초산이 아니므로 비고령 산모에 비해 산전 진찰을 늦게 시작하게 되어 진료를 다소 적게 받는 것으로 사료된다.

산전 관리 적합도 지표를 통해 '적합(adequate), 부적합(inadequate), 보통(intermediate), 무진료(no care)'로 분류한 결과, 산전 관리 적합도가 '적합'으로 나타난 경우는 총 89.3%로 높게 나타났다. 따라서 회귀 분석을 위해 산전 관리 적합도를 적합과 기타로 재분류하여 분석한 결과, 적합도는 고령 산모와 비고령 산모 사이에 통계적으로 유의한 차이가 있었는데 산전 관리 적합도가 적합으로 나타난 비고령 산모(90.0%)가 고령 산모(83.9%)에 비해 많음을 알 수 있다. 이는 역시 초산인 경우가 많은 비고령 산모가 그렇지 않은 경우보다 의료진의 지시에 따라 산전 관리를 잘 받았음을 시사한다.

〈표 5-6〉 고령 산모와 비고령 산모의 산과적 특성 차이

(단위: 명, %, 회)

구분	계	고령 산모	비고령 산모	χ^2 / F
출산력				
첫째아 출산	1,308(47.0)	69(22.2)	1,239(50.1)	
저출산력	1,446(52.0)	230(74.0)	1,216(49.2)	106.752***
고출산력	28(1.0)	12(3.9)	16(0.6)	
이전 정상출산 횟수				
평균(표준편차)	0.7(0.7)	1.2(0.8)	0.6(0.7)	185.091***
출생아 성별				
남아	1,451(52.2)	168(54.0)	1,283(51.9)	
여아	1,331(47.8)	143(46.0)	1,188(48.1)	0.487
초진 시기				
임신초기	2,620(94.6)	292(94.5)	2,328(94.6)	
임신중기	142(5.1)	16(5.2)	126(5.1)	0.071
임신말기	7(0.3)	1(0.3)	6(0.2)	
산전 진찰 횟수				
평균(표준편차)	13.0(4.7)	12.9(7.9)	13.0(4.2)	2.229
적합도				
적합	2,485(89.3)	261(83.9)	2,224(90.0)	
기타	297(10.7)	50(16.1)	247(10.0)	10.712***

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.주: 이전 정상출산 횟수와 산전 진찰횟수는 F값을 제시하였으며, 기타 변수는 χ^2 값을 사용함.

나. 출산 결과

전체 사례수 2,782명 중 101명(3.6%)이 저체중출생아를 출산하였고, 2,778명 중 159명(5.7%)이 조산하였다. 고령 산모의 경우 311명 중 21명(6.8%)이, 비고령 산모는 2,471명 중 80명(3.2%)이 저체중출생아를 출산하였고, 조산의 경우는 고령 산모 311명 중 35명(11.3%), 비고령 산모는 2,467명 중 124명(5.0%)으로 나타났다(표 5-7 참조). 즉, 저체중출생아 출산과 조산에 있어 고령 산모의 경우에서 비고령 산모보다 약 2배의 발생률이 있었고 두 집단간의 차이는 통계적으로 유의미하였다.

〈표 5-7〉 고령 산모와 비고령 산모의 출산 결과

(단위: 명, %)

구분	계	고령 산모	비고령 산모	x2
저체중출생아 출산				
정상체중	2,681(96.4)	290(93.2)	2,391(96.8)	9.754***
저체중	101(3.6)	21(6.8)	80(3.2)	
조산				
정상 출산	2,619(94.3)	276(88.7)	2,343(95.0)	19.851***
조산	159(5.7)	35(11.3)	124(5.0)	

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05.

모의 사회경제적, 산과적인 특성에 따른 출산 결과를 고령 산모와 비고령 산모로 나누어 살펴보면 다음과 같다(표 5-8, 표 5-9 참조). 대부분의 독립변수는 더미변수이므로 빈도수와 백분율로 표시했고 월평균 소득수준과 산전 진찰 횟수의 경우는 숫자변수(numeric variable)이므로 평균과 표준편차를 제시하였다.

먼저 〈표 5-8〉은 저체중출생아를 출산한 경우에 고령 산모와 비고령 산모의 차이를 교차분석한 표이다. 저체중출생아를 출산한 101명의 조사대상자 중 고령 산모는 21명이고 비고령 산모는 80명이었다. 비고령 산모는 80명 모두 배우자가 있었고, 고령 산모는 21명 중 2명이 유배우 이외의 혼인 상태였으며 이는 통계적으로 유의하였다.

교육 수준은 고령 산모는 고졸이하가 61.9%, 전문대학은 9.5%, 대학교 재학 이상이 28.6%였고, 비고령 산모는 50.0%가 고졸이하, 전문대학 21.3%, 대학교 재학 이상이 28.8%로 통계적으로 고령 산모와 비고령 산모 간의 유의한 차이는 없었지만 고령 산모에서 고졸이하가 더 높게 나타나 비고령 산모와 비교해 고령 산모의 교육 수준이 낮음을 알 수 있다. 현 취업상태는 고령 산모에서 좀 더 높게 나타났다. 통계적으로 두 집단 간의 차이가 유의하지 않으나 저체중출생아를 출산한 고령 산모의 38.1%와 비고령 산모의 23.8%가 현재 취업하고 있는 것으로 나타났다. 소득수

준은 고령 산모가 더 높은 것으로 보인다. 고령 산모 집단의 평균 소득은 월 307.7만원으로 비고령 산모의 250.1만원에 비해 약 57.6만 원 가량 높았으며 이는 유의확률 0.1 수준에서 유의하였다.

저체중출생아 중 남아는 52명, 여아는 49명이었다. 고령 산모 집단에서는 남아가 12명, 여아 9명이었고 비고령 산모 집단은 남아 40명, 여아 40명으로 두 집단 간 통계적으로 유의미한 차이는 보이지 않았다.

출산력에서는 첫째아 출산 집단(41.6%)에 비해 저출산력 집단(56.4%)의 경우가 저체중출생아를 많이 출산한 것으로 확인되었다. 고령 산모와 비고령 산모 사이의 통계적 유의한 차이는 발견되지 않았으나 비고령 산모는 저체중출생아 출산시 해당 자녀가 첫째아 출산인 경우가 46.3%였고, 고령 산모는 23.8%였다. 저체중출생아를 출산한 고령 산모 중 71.4%가 저출산력이었고, 비고령 산모의 경우에는 52.5%였다. 고출산력인 경우에는 각각 1명 뿐이었다. 이전 정상출산 횟수의 평균값은 고령 산모 집단에서 높았다. 고령 산모 집단은 1.1회, 비고령 산모 집단은 0.5회로 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 저체중출생아 출산의 경우에 있어서 고령 산모의 경우 초산이 아닌 경우가 더 많음을 의미한다.

산전 관리에 있어서 고령 산모와 비고령 산모 모두 임신초기에 초진을 받았다. 산전 진찰 횟수 역시 고령 산모와 비고령 산모에서 유의한 차이를 보이지 않았는데 고령 산모의 경우 13.4회, 비고령 산모는 13.3회였다. 이는 저체중출생아 출산을 하지 않은 고령 산모와 비고령 산모집단과 비교했을 때는 다소 높은 수치이다. 산전 관리 적합도는 전체 101사례 중에서 87명(86.1%)이 적합하였고, 14명(13.9%)이 그 외의 경우였다. 비록 통계적으로 유의한 차이는 발견되지 않았으나 집단별로는 고령 산모에 비해서 비고령 산모가 적합한 비율이 더 높았다. 고령 산모는 81.0%가 적합하였고, 비고령 산모는 87.5%가 적합하다는 결과가 나왔다.

88 저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제

〈표 5-8〉 모의 사회경제적, 산과적 특성에 따른 연령별 출산 결과(저체중출생아 출산)

(단위: %)

구분	계	저체중출생아 출산		
		고령 산모	비고령 산모	χ^2 / F
전체	101(100.0)	21(100.0)	80(100.0)	
혼인 상태				
유배우	99(98.0)	19(90.5)	80(100.0)	7.773*
기타	2(2.0)	2(9.5)	0(0.0)	
교육 수준				
고졸이하	53(52.5)	13(61.9)	40(50.0)	1.665
전문대학	19(18.8)	2(9.5)	17(21.3)	
대학교재학이상	29(28.7)	6(28.6)	23(28.8)	
취업 여부				
취업	27(26.7)	8(38.1)	19(23.8)	1.748
비취업	74(73.3)	13(61.9)	61(76.3)	
소득 수준				
평균(표준편차)	262.1(141.5)	307.7(207.0)	250.1(117.4)	2.804†
출산력				
첫째아 출산	42(41.6)	5(23.8)	37(46.3)	4.106
저출산력	57(56.4)	15(71.4)	42(52.5)	
고출산력	2(2.0)	1(4.8)	1(1.3)	
이전 정상출산 횟수				
평균(표준편차)	0.6(0.7)	1.1(0.9)	0.5(0.6)	11.212***
출생아 성별				
남아	52(51.5)	12(57.1)	40(50.0)	0.340
여아	49(48.5)	9(42.9)	40(50.0)	
초진 시기				
임신초기	91(90.1)	18(85.7)	73(91.3)	2.913
임신중기	7(6.9)	3(14.3)	4(5.0)	
임신말기	3(3.0)	0(0.0)	3(3.8)	
산전 진찰 횟수				
평균(표준편차)	13.3(6.0)	13.4(7.0)	13.3(5.8)	0.006
적합도				
적합	87(86.1)	17(81.0)	70(87.5)	0.597
기타	14(13.9)	4(19.0)	10(12.5)	

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .1$.

주: 소득, 이전 정상출산 횟수와 산전 진찰횟수는 F값을 제시하였으며, 기타 변수는 χ^2 값을 사용함.

〈표 5-9〉는 조산한 경우에 고령 산모와 비고령 산모의 차이를 교차분석한 표이다. 전체 159명 중 35명(22.0%)이 고령 산모 집단으로 나타났고, 나머지 78.0%는 비고령 산모였다. 조산의 경우 두 집단 간 통계적으로 유의미한 차이를 보이는 요인은 이전 정상출산 횟수이다.

이전 정상출산 횟수는 고령 산모가 비고령 산모에 비해 높았다. 분석대상의 평균 이전 정상출산 횟수는 0.7회이다. 그 중 고령 산모는 평균 1.0회의 정상 출산을 경험하였고, 비고령 산모는 0.6회의 정상 출산을 경험한 것으로 나타났다. 초산에 있어서 조산한 비고령 산모(46.0%)와 비교해 고령 산모의 28.6%만이 초산인 것을 감안했을 때 고령 산모가 이전 정상출산 경험이 더 많음은 당연한 결과이다. 소득수준의 경우 고령 산모 집단에서 높게 나타났다. 고령 산모 집단은 월평균 308.3만원이었고 비고령 산모 집단은 월평균 265.9만원이었는데 두 집단 간의 차이는 유의확률 0.1 수준에서 유의하였다.

다른 독립변수들에 있어서 고령 산모와 비고령 산모 간의 통계적 유의한 차이는 발견되지 않았으나 두 집단의 차이를 살펴보면 다음과 같다. 우선 혼인상태에 있어서 고령 산모 집단에서 저체중 출생아 출산의 경우와 마찬가지로 유배우자가 아닌 비율이 조금 더 높게 나타났는데 비고령 산모의 0.8%, 고령 산모의 5.7%가 기타의 혼인상태였다.

교육 수준의 경우 역시 집단 간의 통계적으로 유의한 차이는 발견되지 않았는데 고졸 이하의 학력 집단에서 조산 비율이 가장 높았고(54.1%) 그 뒤로 대학교 재학 이상의 학력집단(32.1%), 전문대학 집단(13.8%) 순으로 조산 비율이 높게 나타났다. 고령 산모 집단과 비고령 산모 집단으로 구분한 경우에서도 순서는 동일하였다. 고령 산모는 고졸 이하 57.1%, 전문대학 5.7%, 대학교 재학 이상 37.1%였고, 비고령 산모는 고졸이하 53.2%, 전문대학 16.1%, 대학교 재학 이상 30.6%로, 고령 산모

가 비고령 산모에 비해 고졸이하의 비율과 대학교 재학 이상의 비율이 높게 나타났다. 취업여부에 있어서는 고령 산모 집단이 현재 취업 상태인 경우가 34.3%로 비고령 산모 집단의 22.6%보다 높게 나타났다.

출산력은 전체 대상자에 있어서 첫째아 출산인 경우가 42.1%, 저출산력 56.0%, 고출산력 1.9%로 분포하였다. 고령 산모는 10명(28.6%)이 첫째아 출산이었고 고출산력이 1명(2.9%)이었으며 24명(68.6%)이 저출산력이었다. 반면 비고령 산모는 46.0%가 첫째아 출산이었고, 52.4%가 저출산력, 1.6%가 고출산력이었다. 이는 초산 연령은 고령 산모와 비고령 산모 간에 큰 차이가 없음을 시사한다. 출생아 성별은 총 남아 96명(60.4%), 여아 63명(39.6%)이었다. 조산을 한 고령 산모와 비고령 산모 모두 남아를 더 많이 출산한 것으로 확인된다.

초진 시기에 있어서 고령 산모와 비고령 산모의 차이는 없었다. 두 집단 모두 대부분 임신 초기에 진료를 받은 것으로 나타났다. 고령 산모의 88.6%, 비고령 산모의 93.5%가 임신 초기에 초진을 받았다. 임신 중기 이후에 초진을 받은 경우는 전체 159명 중 12명(7.5%)에 불과하였다. 산전 진찰 횟수 역시 비슷하였는데, 고령 산모는 임신 기간 동안 평균 12.1회 산전 진찰을 받았고, 비고령 산모는 평균 12.8회 산전 진찰을 받은 것으로 나타났다. 또한 산전 관리 적합도의 경우 대부분 적합한 것으로 나타났다. 고령 산모의 82.9%, 비고령 산모의 84.7%가 산전 관리를 적절하게 하였다. 고령 산모 6명(17.1%)과 비고령 산모 19명(15.3%)이 적합 외의 분류에 포함되었다. 두 집단 간 통계적으로 유의미한 차이는 발견되지 않았으나 고령 산모가 비고령 산모보다 초진을 늦게 받고 이에 따라 산전 진찰 횟수도 적게 되어 결과적으로 적합한 수준의 산전 관리를 적게 받았음을 알 수 있다.

〈표 5-9〉 모의 사회경제적, 산과적 특성에 따른 연령별 출산 결과(조산)

(단위: %)

구분	계	조산		
		고령 산모	비고령 산모	χ^2/ F
전체	159(100.0)	35(100.0)	124(100.0)	
혼인 상태				
유배우	156(98.1)	33(94.3)	123(99.2)	3.552
기타	3(1.9)	2(5.7)	1(0.8)	
교육 수준				
고졸이하	86(54.1)	20(57.1)	66(53.2)	2.576
전문대학	22(13.8)	2(5.7)	20(16.1)	
대학교재학이상	51(32.1)	13(37.1)	38(30.6)	
취업 여부				
취업	40(25.2)	12(34.3)	28(22.6)	1.986
비취업	119(74.8)	23(65.7)	96(77.4)	
소득 수준				
평균(표준편차)	275.3(132.7)	308.3(162.1)	265.9(122.1)	2.804†
출산력				
첫째아 출산	67(42.1)	10(28.6)	57(46.0)	3.456
저출산력	89(56.0)	24(68.6)	65(52.4)	
고출산력	3(1.9)	1(2.9)	2(1.6)	
이전 정상출산 횟수				
평균(표준편차)	0.7(0.7)	1.0(0.9)	0.6(0.7)	7.698**
출생아 성별				
남아	96(60.4)	19(54.3)	77(62.1)	0.696
여아	63(39.6)	16(45.7)	47(37.9)	
초진 시기				
임신초기	147(92.5)	31(88.6)	116(93.5)	1.675
임신중기	11(6.9)	4(11.4)	7(5.6)	
임신말기	1(0.6)	0(0.0)	1(0.8)	
산전 진찰 횟수				
평균(표준편차)	12.7(5.3)	12.1(4.1)	12.8(5.6)	0.469
적합도				
적합	134(84.3)	29(82.9)	105(84.7)	0.068
기타	25(15.7)	6(17.1)	19(15.3)	

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .1$.주: 소득, 이전 정상출산 횟수와 산전 진찰횟수는 F값을 제시하였으며, 기타 변수는 χ^2 값을 사용함.

2. 이항 로지스틱 회귀분석 결과

가. 저체중출생아 출산에 영향을 미치는 요인

고령이라는 모의 연령이 저체중출생아 출산에 독립적인 영향을 미치는지와 고령 임신부의 저체중출생아 출산에 영향을 미치는 요인들은 어떤 것들이며 이들은 비고령 임신부의 저체중출생아 출산과 비교해서 어떻게 다른지를 분석하기 위한 이항 로지스틱 회귀분석의 결과는 다음의 <표 5-10>과 같다. 모형의 적합성 여부를 판단하는 모형계수 전체테스트(omnibus test of model coefficients) 결과 모형 1-1과 모형 2-1 모두 상수항만 포함한 모형(null model)에 비해 유의미했으며 유의 확률은 각각 $p=0.004$ (모형 1-1)와 $p=0.002$ (모형 1-2)으로 나타났다.

이항 로지스틱 회귀모형을 통해 도출된 결과에서 주목할 점은 모형 1-1에서 고령이라는 모의 연령은 저체중 출생아 출산의 확률을 증가시키는 유의미한 위험 요인(risk factor)이었으나 다른 여러 요인들에 의해 통제된 모형 1-2에서는 더 이상 저체중출생아 출산의 확률을 증가시키는 유의미한 위험 요인이 아니라는 것이다. 즉, 고령이라는 모의 연령 자체보다는 고령과 상관관계가 있는 여러 요인들이 저체중출생아 출산에 있어서 고령의 영향을 상쇄시키고 있음을 의미한다. 이러한 측면에서 제 2장에서 언급한 Weathering Hypothesis는 저체중출생아 출산에 있어서 성립하지 않는다고 볼 수 있다.

〈표 5-10〉 이항 로지스틱 회귀분석 결과(저체중)

구분	모형1-1		모형1-2		상호작용항 회귀계수
	회귀계수	OR	회귀계수	OR	
모 연령					
고령	0.77***	2.2***	-0.21	0.81	해당없음
혼인 상태					
기타			-17.86	0.00	19.72
학력					
고졸 이하			0.09	1.09	0.20
전문대졸 이하			-0.15	0.86	0.10
소득					
ln소득			-0.12	0.89	0.21
취업 상태					
비취업			-0.02	0.98	0.29
출생아 성별					
여아			0.03	1.02	-0.26
이전 정상출산 횟수					
			-2.04***	0.13***	1.67*
출산력					
저출산력			2.26***	9.58***	-1.96*
고출산력			2.98*	19.69*	2.02
산전 진찰 초진 시기					
중기			0.08	1.09	1.16
말기			3.64***	38.08***	-21.72
산전 진찰 횟수					
			0.03	1.03	-0.01
산전 진찰 적합도					
기타 적합도			0.19	1.21	-0.45

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05.

주: 상호작용항(interaction term)은 각각의 요인들이 고령 산모와 비고령 산모에게 다르게 미치는 영향의 크기를 측정하기 위해 모의 연령(고령)을 제외한 모든 독립변수에 모의 연령(고령)이라는 변수를 곱하여 만든 항을 의미함. 상호작용항의 경우는 회귀계수만 제시함.

저체중출생아 출산에 영향을 주는 요인들은 이전 정상출산 횟수, 저출산력(low parity), 고출산력(high parity), 임신말기 산전 진찰 초진으로 밝혀졌고, 더 나아가 이전 정상출산 횟수와 낮은 출산력이라는 요인은 고령과 비고령 산모에게 각각 다른 정도로 영향을 미침이 밝혀졌다. 저체중 출생아 출산을 감소시키는 유의미한 보호 요인(protective factor)은 이전 정상출산 횟수였는데 이전 정상출산 횟수가 증가할수록 비고령 산모

가 저체중출생아 출산을 할 오즈(odds)는 0.87배⁶⁾ 감소하나 고령 산모의 경우는 이전 정상출산 횟수가 증가할수록 저체중출생아 출산을 할 오즈(odds)가 0.13배⁷⁾ 감소한다. 즉 고령 산모의 경우보다 비고령 산모에게 이전의 정상 출산 경험이 더 큰 보호 요인이 되었다고 볼 수 있다.

한편, 저체중출생아 출산을 증가시키는 유의미한 위험 요인은 저출산력, 고출산력과 임신말기 산전 진찰 초진이었다. 초산보다 저출산력일 때 비고령 산모의 경우 저체중출생아 출산을 할 오즈(odds)는 초산할 경우의 오즈(odds)의 9.58배 증가하나 고령 산모의 경우는 저출산력일 때 저체중출생아 출산을 할 오즈(odds)는 초산일 경우의 오즈(odds)보다 1.35배 증가하게 된다. 저출산력 역시 고령 산모보다는 비고령 산모에게 더 큰 위험 요인으로 나타났다. 또한 산전 진찰 초진의 경우도 임신 말기에 초진을 하는 것은 모든 산모에게서 유의미한 위험 요인으로 나타났는데 임신 말기에 초진을 하게 되는 것은 임신 초기에 하는 것 보다 저체중출생아 출산을 할 오즈(odds)가 38.08배 증가하게 된다.

나. 조산에 영향을 미치는 요인

고령이라는 모의 연령이 조산에 독립적인 영향을 미치는지와 고령 임신부의 조산에 영향을 미치는 요인들은 어떤 것들이며 이들은 비고령 임신부의 조산과 비교해서 어떻게 다른지 검증하기 위해 실행한 이항 로지스틱 회귀분석의 결과는 <표 5-11>과 같다. 모형의 적합성 여부를 판단하는 모형계수 전체테스트(omnibus test of model coefficients)결과 모형 1-1과 모형 2-1 모두 상수항만 포함한 모형(null model)에 비해 유의미했으며 유의 확률은 각각 $p=0.000$ (모형 1-1)과 $p=0.003$ (모형 1-2)으로 나타났다.

6) $1-\exp(-2.04)$

7) $1-\exp(-2.04+1.67)$

비록 이항 로지스틱 회귀모형 2-1에서 고령이라는 모의 연령은 조산의 확률을 증가시키는 유의미한 위험 요인이었으나 모형 2-2를 통해 도출된 조산에 영향을 주는 요인들 중 모의 고령은 유의미한 요인이 아님이 밝혀졌다는 점에 주목할 필요가 있다. 다시 말해서, 고령이라는 모의 연령 자체보다는 고령과 관련된 다른 요인들이 조산에 있어서 모의 고령보다 더 큰 영향을 준다는 것이다. 이러한 점에서 조산에 있어서 역시 Weathering Hypothesis는 성립하지 않는다.

〈표 5-11〉 이항 로지스틱 회귀분석 결과(조산)

구분	모형1-1		모형1-2		상호작용항 회귀계수
	회귀계수	OR	회귀계수	OR	
모 연령					
고령	0.87***	2.4***	-0.10	0.90	해당없음
혼인 상태					
기타			0.13	1.40	1.06
학력					
고졸 이하			0.09	1.09	-0.09
전문대졸 이하			-0.41	0.67	-0.50
소득					
ln소득			-0.12	0.89	0.37
취업 상태					
비취업			-0.90	0.91	0.16
출생아 성별					
여아			-0.49**	0.61**	0.43
이전 정상출산 횟수					
			-0.76*	0.47*	0.34
출산력					
저출산력			0.92*	2.52*	-0.94
고출산력			1.76 [†]	5.79 [†]	-1.36
산전 진찰 초진 시기					
중기			-0.31	0.73	1.53 [†]
말기			0.80	2.22	-18.48
산전 진찰 횟수					
			0.02	1.02	-0.06
산전 진찰 적합도					
기타 적합도			0.79*	2.20*	-1.18

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05, † p<.1.

주: 상호작용항(interaction term)은 각각의 요인들이 고령 산모와 비고령 산모에게 다르게 미치는 영향의 크기를 측정하기 위해 모의 연령(고령)을 제외한 모든 독립변수에 모의 연령(고령)이라는 변수를 곱하여 만든 항을 의미함. 상호작용항의 경우는 회귀계수만 제시함.

이항 로지스틱 회귀모형을 통해 도출된 조산에 영향을 주는 요인들은 출생아의 성별과 이전 정상출산 횟수와 저출산력과 고출산력, 산전 진찰 이었고 이들 요인들은 고령과 비고령 산모에게 동일한 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 산전 진찰 초진 시기가 임신 중기인 경우 임신 초기인 경우와 비교해서 유의미한 위험 요인은 아니었으나 비고령 임신부와 비교했을 때 고령 임신부에게 보다 큰 위험 요인이 되었다.

조산의 확률을 낮추는 유의미한 보호 요인은 이전 정상출산 횟수와 여아출산이었으며 조산의 확률을 높이는 위험 요인은 초산에 비해 저출산력인 경우와 고출산력인 경우, 그리고 산전 관리의 적합도에 있어서 적합하지 않은 모든 경우를 포함한 기타 적합도에 해당하는 것으로, 위의 모든 요인들은 고령과 비고령 산모에게 동일한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 구체적으로 산전 관리 적합도에 있어서 적합한 경우보다 그렇지 않을 경우 조산을 할 오즈는 2.20배 증가하며 저출산력일 경우 초산인 경우에 비해 조산을 할 오즈가 2.52배 증가하고 고출산력일 경우는 5.79배 증가한다. 또한 이전 정상출산 횟수가 늘어날수록 조산을 할 오즈는 약 0.47배 감소하는 것으로 나타났다.

3. 소결

기술 통계를 살펴보았을 때 고령 산모가 그렇지 않은 산모에 비해 유배우 상태가 아닌 경우(1.0%p 차이), 고졸이하의 교육 수준인 경우(5.1%p 차이), 대학교 이상의 교육 수준인 경우(2.6%p 차이)가 더 많았고 이러한 특성에 있어서 고령 산모와 비고령 산모간의 차이는 통계적으로 유의미하였다. 산과적 특성에 있어서는 출산력, 이전 정상출산 횟수, 산전 관리 적합도에 있어서 두 집단간 통계적으로 유의미한 차이를 나타냈는데 비

고령 산모는 고령 산모에 비해 초산인 경우가 더 많았고 산전 관리에 있어서 '적합'의 경우는 더 적게 나타났다. 이는 초산이 아니기 때문에 산전 관리가 비고령 산모보다 소홀했음을 시사한다.

저체중출생아 출산과 조산을 한 고령 산모집단과 비고령 산모 집단을 비교해 보면 저체중출생아 출산의 경우에는 혼인 상태와 이전 정상출산 횟수에 있어서, 그리고 조산의 경우에는 이전 정상출산 횟수에 있어서 두 집단 간의 유의한 차이가 발견되었다.

이항 로지스틱 회귀분석을 통해 살펴본 가장 중요한 점은 산모의 고령 자체는 다른 요인의 통제를 받지 않았을 때 저체중출생아 출산과 조산에 있어서 부정적인 출산 결과(adverse birth outcome)를 일으키는 위험 요인으로 밝혀졌지만 다른 여러 요인들의 통제를 받았을 때는 독립적으로 부정적인 출산 결과를 낳는 유의미한 위험 요인이 아니라는 것이다. 이는 고령이라는 것 자체보다는 고령과 함께 연관된 다른 요인들이 출산 결과에 더 큰 영향을 미친다는 것을 의미한다. 이러한 점에서 Weathering Hypothesis는 성립하지 않으며 소득과 교육 수준으로 대변되는 사회경제적 수준은 통계적으로 유의미한 출산 결과에 영향을 주는 요인이 아닌 것으로 드러나 역학역설(Epidemiological Paradox)이론은 적용이 불가능했다. 그러나 비록 통계적으로 유의하지 않았으나 소득과 교육 수준이 높을수록 부정적인 출산 결과를 낮추는 보호 요인으로 작용하여 역학역설 역시 성립하지 않음을 알 수 있다. 이항 로지스틱 회귀분석 결과 출산 결과에 영향을 미치는 유의미한 요인들은 많지 않았다. 이는 사회경제적인 여러 요인들에 추가적으로 의학적인 요인을 고려해야 함을 시사한다.

본 연구의 한계는 데이터에서 출발한다. 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」의 경우 출산 결과와 관련된 여러 측면을 살펴 볼 수 있는 장

점이 있는 반면, 의학적인 변수들은 거의 포함하고 있지 않기 때문에 의학적인 요인과 함께 사회경제적인 요인을 포함시켜서 분석하는 것에는 한계가 있다. 또한 2006년 자료에는 지역에 대한 변수가 없어 지역사회의 영향에 대한 측면을 볼 수 없었다. 추가적으로 2012년 자료를 사용할 수 없는 시점이므로 본 연구의 분석이 다소 현실감이 떨어질 수도 있다는 한계가 있다. 그럼에도 불구하고 본 연구의 분석결과는 통계청의 출생통계자료를 분석한 결과 및 심층 면접 자료를 분석한 결과와 크게 다르지 않았다. 예를 들어, 통계청의 출생통계자료는 출산결과에 영향을 미치는 요인들로 부모의 교육 수준과 연령 정도만을 포함하고 있으므로 대다수의 선행연구는 회귀분석보다는 기술통계에 의존하여 분석하고 있는데, 1995~2008년 출생통계자료를 이용한 연구들은 기술통계를 통해 고령 임신부에게서 저체중 발생이 높다고 보고하고 있다(김상원 외, 2010; 문주영 외, 2011; 이경석 외, 2011). 또한, 1995~2003년 출생통계를 이용한 다른 연구들에서 고령 임신부는 통계적으로 유의하게 조산의 위험이 높다고 보고하고 있다(박상화 외, 1999; 구윤희 외, 2006). 이러한 선행 연구들은 대체로 출산결과에 영향을 미치는 요인들을 포함하지 않은 상태에서 분석을 했으므로 본 연구에서 다른 요인들을 포함하지 않은 회귀 분석식인 식1-1)과 식2-1)의 결과와 같다고 볼 수 있겠다.



제6장 고령 임신부 심층 면접

제1절 연구대상 및 방법

2절 연구 결과



6

고령 임신부 심층 면접 <<

제1절 연구 대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 양적 방법과 함께 질적 방법을 혼합하여 사용한다. 따라서 질적 방법인 심층 면접을 통해 고령 산모의 임신과 출산에 관련된 여러 요인들과 고령 산모가 임신과 출산의 과정을 통해 겪는 어려움, 그리고 필요로 하는 지원 등을 알아보려고 하였다. 서울, 경기, 울산, 제주 지역에 거주하는 출산한지 36개월 미만인 만35세 이상 산모를 대상으로 이들의 임신 전과 임신 중, 그리고 출산과 그 후의 건강 상태, 의료이용행태, 사회경제적·지역적 특성을 고찰하였다.

다음의 표는 심층 면접을 완료한 대상자들에 대해 설명하고 있다. <표 6-1>에서 보듯이 서울에서 6명의 고령 산모와 경기, 울산, 제주에서는 각각 4명의 고령 산모, 비교를 위한 대조군으로서 울산에서 1명의 비고령 산모가 본 연구를 위한 심층 면접에 참여하여 분석 대상자는 총 19명이다.

〈표 6-1〉 심층 면접대상자 특성

지역	사례번호	출산연령	총 자녀 수	자녀월령
서울	서울A	40	2	10개월
	서울B	37	3	9개월
	서울C	38	1	12개월
	서울D	38	1	10개월
	서울E	39	1	28개월
	서울F	41	1	10개월
울산	울산A	41	2	8개월
	울산B	37	2	7개월
	울산C	35	2	8개월
	울산D	37	2	12개월
	울산E	34	1	4개월
경기	경기A	39	3	7개월
	경기B	43	1	25개월
	경기C	37	2	14개월
	경기D	41	1	26개월
제주	제주A	41	1	0개월
	제주B	40	3	0개월
	제주C	39	2	1개월
	제주D	35	2	9개월

2. 연구 방법

앞에서 언급했듯이 본 연구는 양적 방법의 한계점을 극복하기 위해 질적 방법을 혼합하여 사용한다. 양적 방법의 한계로서 기존의 데이터가 갖는 한계는 사회경제적·문화적 요인을 알 수 있는 변수가 많지 않다는 것이다. 또한 양적 분석에서 사용되는 데이터는 설문을 통해 구축되었고 이러한 과정에서 발생하는 한계가 있다는 것이다. 즉 설문 문항에 대해 조사 대상자들이 짧은 시간에 대답함에 따라 보다 구체적인 정황들을 파악

할 수 없어서 고령 임신부가 된 여러 상황적인 요인과 임신과 출산에 있어서 겪는 어려움을 자세히 알 수 없다. 또한 여러 상황적인 요인들도 시간에 따라 변하며 그때그때 고령 산모에게 다른 영향을 주기 때문에 한 시점에서 조사하는 설문조사로는 이러한 요인들을 제대로 규명하기 어렵다. 따라서 본 연구는 심층 면접을 통해 양적 방법이 갖는 이러한 한계점을 극복하고자 한다.

심층 면접의 대상자를 선정하기 위한 첫 번째 단계로 대상자가 거주하는 대상지역을 통계청의 인구총조사와 출생통계를 참고하여 선정하였다.

〈표 6-2〉 만35세 이상 가임 여성 및 고령 산모 비율(2010)

(단위: %)

지역	만35세 이상 가임 여성 ¹⁾ 비율	고령 산모/ 전체 산모	고령 산모/ 만35세 이상 가임 여성
전국	48.1	16.9	0.60
서울특별시	44.5	19.8	0.65
부산광역시	47.9	18.1	0.54
대구광역시	49.9	16.3	0.50
인천광역시	48.9	17.1	0.57
광주광역시	45.7	15.4	0.50
대전광역시	46.4	16.7	0.55
울산광역시	52.4	13.8	0.52
경기도	49.4	17.7	0.67
강원도	50.3	15.9	0.57
충청북도	48.1	14.1	0.54
충청남도	46.2	13.7	0.57
전라북도	48.6	15.7	0.60
전라남도	51.6	14.4	0.65
경상북도	49.4	13.4	0.52
경상남도	51.4	14.3	0.58
제주도	50.7	20.5	0.86

주: 1) 만35세 이상 가임 여성 = 만35세 이상 50세 미만 여성 / 15세 이상 50세 미만 여성
 자료: 1) 통계청(2010). 인구총조사.

2) 통계청(2010). 출생통계.

〈표 6-2〉에서 제시되었듯이, 통계청의 인구총조사를 근거로 우리나라 만35세 이상 가임 여성의 비율을 살펴보고, 통계청의 출생통계를 근거로 고령 산모의 비율을 지역별로 나누어 살펴본 후 이에 따라 만35세 이상 가임 여성 대비 고령 산모의 비율이 가장 높은 제주, 경기 지역과 다음으로 높은 서울과 전라남도 지역 중 전체 산모 대비 고령 산모의 비율도 높은 서울 지역을 선정하였다. 또한 전체 가임 여성 대비 만35세 이상 가임 여성의 비율이 가장 높지만 고령 산모의 비율은 낮은 예외적인 지역적 특성을 지닌 울산 지역을 추가로 선정하였다. 또한 이러한 특성 때문에 울산 지역의 경우에는 울산에서 출생하여 계속 거주하고 있는 만35세 미만의 산모를 대조군으로 선정하여 심층 면접을 진행하였다.

심층 면접 참여자들에 대한 면접 기간은 2013년 4월 13일에서 2013년 7월 4일까지였으며, 면접 참여자가 거주하고 있는 해당 지역의 참여자의 집이나 산후 조리원 또는 조용한 카페 등에 연구진이 직접 가서 진행하였고, 면접시간은 사례 당 1시간에서 2시간 정도 소요되었다. 면접 과정은 우선 연구에 대한 설명과 개인 정보 보호에 관한 설명을 한 후 동의서를 받고 녹음하였고, 녹음 자료는 모두 전사하였다. 이러한 과정에서 면접 참여자의 응답 내용이 손상되지 않도록 가능한 모든 응답 내용을 그대로 기술하였다. 심층 면접 진행 과정에 대한 개요는 다음의 〈표 6-3〉과 같다.

〈표 6-3〉 심층 면접에 대한 개요

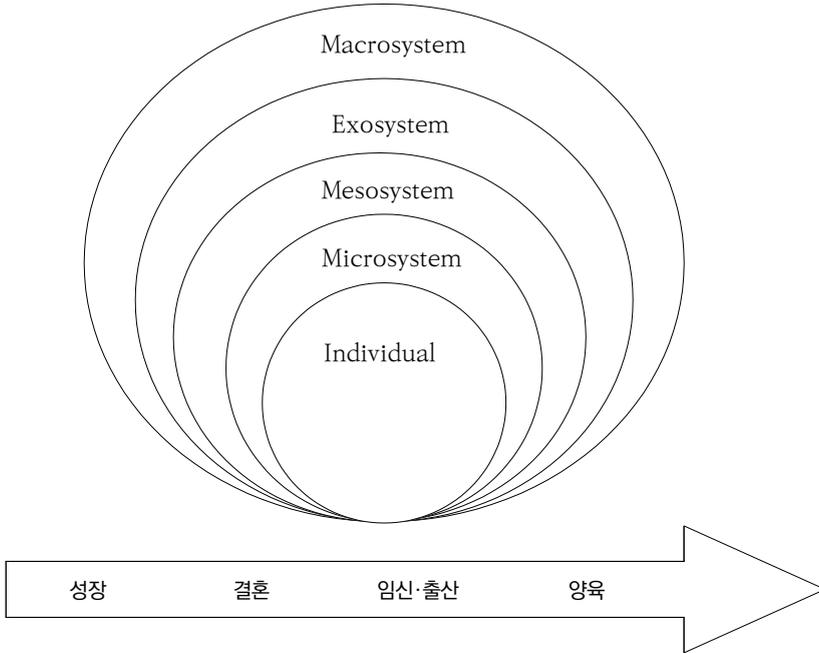
구분	구체적 내용
면접 참여자 모집 과정	-지역 선정 후, 지역의 통장님 추천과 지역 방문하여 문의한 후 첫 번째 참여자를 모집하고 기존 면접자가 다음 면접자를 추천하는 snowball형식의 방법 활용
면접 참여자	-총 18명의 고령 산모: 서울(6명), 경기(4명), 울산(4명), 제주(4명) -울산 지역에서 1명의 만35세 미만의 산모
면접 방식	-반구조화 개별 면접
면접 시간	-1~2시간
면접 내용의 기록 및 녹취	-면접참여자의 사전동의서를 받고 기록 및 녹취, 전사함
면접 진행자	-연구진

심층 면접의 질문을 위해 생태체계이론(Ecological Systems Theory)이라는 틀을 적용하였다. 인간은 사회적 동물이므로 인간의 행동을 이해하기 위해서는 인간을 둘러싸고 있는 환경을 이해해야 하는 것은 타당하다. 따라서 고령 임신부라는 인간 자체보다는 환경속의 인간(person-in-environment)라는 측면에서 고령 임신부를 둘러싸고 있는 환경을 보는 것이 이들의 임신과 출산에 관련된 사항들을 살펴보는 데 적합하다고 할 수 있다. 이러한 환경 혹은 사회 체계를 설명하는 이론에는 크게 일반체계이론(System Theory)과 사회생태론(Social Ecology), 그리고 체계이론과 생태이론이 결합된 생태체계이론(Ecological Systems Theory)이 있다. 본 연구에서는 환경만을 강조하지 않고 인간과 환경을 모두 강조하여 인간과 환경의 상호작용을 중시하는 Bronfenbrenner가 인간 발달 과정을 분석하기 위해 사용한 생태체계이론을 사용하여 고령 임신부의 실태를 분석하고자 한다.

생태체계이론은 인간에게 영향을 미치는 체계를 그 범주에 따라 미시

체계(micro system), 중간체계(mesosystem), 외부체계(exosystem), 거시체계(macrosystem), 시간체계(chronosystem) 등 다섯 가지로 분류하였다(Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Crouter, 1983; Kail & Cavanaugh, 2010). 미시체계는 개인에게 직접적으로 영향을 미치는 가장 가까운 환경인 배우자, 부모, 직장, 친구, 의료서비스 등이 그 예이다. 즉 미시체계는 직접적이고 대면적인 상호작용을 함으로써 개인에게 영향력을 미친다고 할 수 있는데 중간체계는 배우자와 부모와의 관계, 이웃과 친구와의 관계 등 개인을 둘러싼 둘 이상의 미시체계 간의 상호관계로 이루어진다. 다음으로 외부체계는 개인과 직접 상호작용을 하지 않으나 외부체계와 미시체계에 영향을 주는 환경을 의미하며 지역사회나 정책 및 서비스가 그 예라고 할 수 있다. 거시체계는 미시체계, 중간체계, 외부체계에 문화적 요인들을 포함하는 광범위한 체계로 가치관과 지역문화, 종교 등이 포함될 수 있다. 마지막으로 시간체계는 시간의 흐름에 따른 개인과 둘러싼 환경의 변화를 의미한다. 즉, 개인과 개인을 둘러싼 생태환경(체계)은 과거, 현재, 미래의 시간 체계의 변화 속에서 작용한다. 예를 들어 개인의 특성과 성장 시기에 따라 미시체계가 달라질 수 있다는 것이다. 즉 어릴 때는 부모가 가장 중요하여 큰 영향을 받지만 자라면서 또래집단이 더 큰 영향을 미칠 수 있다는 것이다 (Bronfenbrenner, 1979; Kail & Cavanaugh, 2010).

[그림 6-1] 생태체계도 모형



[그림 6-1]에서 볼 수 있듯이 고령 임신부를 둘러싼 미시체계, 중간체계, 외부체계, 거시체계와의 상호작용과 성장 과정과 결혼, 임신과 출산, 양육과 미래의 축으로 볼 수 있는 시간체계를 사용하여 각각에 속할 수 있는 여러 가지 고령임산부의 출산에 영향을 미치는 요인들을 중심으로 심층 면접을 분석하고자 한다. 이러한 생태체계이론에 따라 개인과 가족, 친구, 직장, 지역사회, 그리고 정책으로 대변되는 국가라는 각각의 체계라는 한 축과 시간의 흐름 즉, 성장 과정과 결혼, 임신과 출산, 양육과 미래라는 다른 한 축을 사용하여 각각의 매트릭스 셀에 속할 수 있는 여러 고려하여 분석하고자 하였다. 이러한 심층 면접 분석을 위한 주요 사항을 간략하게 정리하면 <표 6-4>와 같다.

108 저출산고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제

〈표 6-4〉 심층 면접 질문의 주요 내용

구분	성장배경	결혼	임신과 출산	양육	미래
개인	- 교육 수준 - 건강 상태 - 결혼과 출산에 관한 가치관	- 결혼 연령 - 시기적 이유 - 부모의 결혼관	- 출산 연령(본인/배우자) - 자녀 수 - 가장 어린 자녀 월령 - 출산 결과 - 고령 임신 인지여부 - 산전 관리/분만방법/산후 관리 - 임신 당시 어려웠던 점 - 출산 후 어려웠던 점	- 양육 가치관 - 양육 방법 - 양육 후 건강 상태 및 관리 - 양육비용 부담 정도 - 양육 시 어려운 점 - 기타 인구학적 사항	- 추가 출산 여부 및 이유
가족	- 가족 구조 - 가족 관계 - 가족의 가치관	- 배우자 결혼 연령 - 배우자 직업 - 배우자 건강 - 배우자의 가사 참여도	- 임신 시 태도 - 임신 시 배우자의 가사 참여도 - 출산 후 배우자의 가사 참여도 및 양육 참여도	- 배우자의 육아와 가사 참여도	
친구	- 친구 수 및 관계	- 친구들의 결혼 시기	- 친구들의 임신과 출산 여부 - 친구들의 자녀 수 - 친구의 고령 임신부 비율	- 친구들과의 양육 품앗이 정도	
직장	<ul style="list-style-type: none"> - 직업 이력 - 직업관(직업과 가정의 가치 비중 정도) 및 앞으로의 취업 희망 여부 - 일자리 유지 여부 및 이유(그만두었을 경우 시기와 이유) - 직장의 고용 환경 - 직장 내 일가족 양립 제도 현황(출산 휴가, 육아 휴직 사용 여부 및 분위기) - 직장 동료 및 상사와의 관계 				
지역 사회	<ul style="list-style-type: none"> - 성장 지역 - 배우자의 출신지 - 지역 문화(가부장적 전통) 		<ul style="list-style-type: none"> - 현 거주지의 지역 환경 및 특성 - 지역 문화(가부장적 전통, 남아 선호 등) - Stigma(주변의 시선): 고령 임신부 관련 - 주변에 고령 임신부가 많은지 여부 		
정책	<ul style="list-style-type: none"> - 지원 정책 인지도 및 인지 경로/수혜 여부 - 정책 평가 및 개선 방안 		<ul style="list-style-type: none"> - 정책 제언 		

제2절 연구 결과

1. 심층 면접 참여자의 특성: 생태체계론적 접근

심층 면접 참여자 각각의 특성을 생태체계론적인 시각을 가지고 분석한 결과는 다음과 같다.

현재 둘째를 출산하고 육아휴직 중인 서울A는 안정적인 직업을 찾기 위해 늦게 결혼을 했다. 결혼 후 바로 첫째를 임신했기 때문에 고령 임신은 아니었다. 둘째는 계획에 없었는데 출산하게 되었다. 임신 6주부터 산전 진찰도 받으며 꾸준히 철분제와 엽산제도 섭취하였으나 임신 중에 임신성 당뇨가 있었다. 일차진료소에서 제왕절개로 출산하고 출산 후 2주는 산후조리원에서 산후관리를 하였다. 둘째아를 출산한 현재의 나이는 만40세로 신체적으로 어려움이 많다고 토로했다. 현재는 육아휴직중이지만, 복직 후의 일가정양립 문제로 고민하고 있었다.

오남매의 넷째로 성장한 서울B는 결혼은 다른 형제자매와 마찬가지로 일찍 만25세에 한 살 연상과 결혼하였고, 계획 하에 첫째와 둘째아를 출산하였다. 계속해서 친정어머니에게 아이를 맡기고 직장생활을 해왔다가 셋째를 임신하면서 그만 두었다. 만38세에 계획되지 않은 셋째아를 임신하게 되었는데 종교적인 이유로 출산을 결심했다고 했다. 임신은 3개월 쯤에 인지했고 친구가 운영하는 산부인과에서 꾸준히 산전 진찰을 받아왔으며 38주째에 정상체중아를 자연분만으로 출산했다. 당뇨와 혈당에 주의하라는 것 외에는 고령 임신부로서 임신 중 건강상의 문제는 없었고, 산후 조리는 시어머니가 3주 정도 집에서 돌보아 주었다고 진술했다. 현재는 배우자의 가사 및 육아의 부담이 높아 어느 정도 도움은 되지만 신체적으로 여전히 힘들다고 했다.

2남2녀 중 2녀로 성장한 서울C는 어린이집의 교사로 근무하다가 결혼은 형제 자매보다 늦게 만37세에 했고 1년 뒤에 첫 번째 체외수정 시도로 성공하여 임신 40주 예정일에 자연분만으로 정상체중아를 출산하였다. 직장은 임신하면서 그만 두고 운동을 즐겨해서 임신 기간 동안 많이 힘든 점은 없었다고 했다. 임신 후에 빈혈이 있었고 임신 16주에 난소에 혹이 있어서 제거 수술을 했었다고 했다. 현재는 양육에 관한 신체적 부담과 여러 가지 정신적 스트레스가 많다고 진술했다.

서울D는 3남매 가정에서 성장했고 어머니로부터 결혼 압박이 있었음에도 불구하고 3남매 모두 결혼을 늦게 했고 친구들은 결혼하지 않은 경우도 많다고 했다. 무엇보다 육체적으로 고된 직장생활을 하느라 결혼이 늦어졌고 만34세에 결혼하여 불임 병원도 다니고 식이요법과 영양제의 섭취를 하는 등 임신을 하기 위해 많은 노력을 했다. 만38세에 40주째 골반이 잘 벌어지지 않아 제왕절개로 정상 체중아를 출산했다. 자궁근종이 있었고 조산이 될까봐 신경을 많이 썼고 늦은 나이에 어렵게 생긴 아이라 24시간 아이에게 눈을 떼지 않는다고 말할 정도로 육아에 있어서 지나치게 과잉보호하고 있었다. 현재 우울증으로 병원 상담도 받았으나 약 처방만 받고 복용은 하지 않고 있는 상태이다.

서른셋에 결혼한 서울E는 2녀 중 장녀로 서울에서 나고 자랐다. 유산 경험이 있었고 난임이었으나, 인공 수정 등의 시술은 하지 않고 배란일을 맞추는 정도로 임신이 가능했다. 임신시기에 크게 노력한 일은 없었으나 산전 관리는 꾸준히 받고 양수검사를 제외한 검사는 다 받았다. 만39세에 출산을 했으며 자연분만이었다. 산후조리원 2주, 개인적으로 산후조리사를 2주 고용해서 산후관리를 하였다. 육아휴직을 쓸 수 있는 직장환경이었으나 업무 관련한 사정 때문에 출산휴가 3개월, 육아휴직 3개월 후 복직하였다. 현재 가사를 도와주는 분을 두고 있으며 남편 역시 가사와 양

육에 참여하기 때문에 큰 어려움은 없다고 하였다.

서울F는 고등학교 졸업까지 제주에서 거주했고 대학을 다니면서부터 서울에서 거주하였다. 결혼 전까지 취업하고 있었으며 결혼 후에는 부동산 관련 일을 시간제근무로 하고 있다. 주변의 친구들과 비슷한 시기인 만25세의 나이로 일찍 결혼을 했으나 불임이 되어서 포기하고 있었다가 자연적으로 결혼한지 16년 만에 만41세의 나이로 출산을 하였다. 임신 5주째에 임신을 인지하고 엽산제를 복용했으며 임신 38주에 계획된 제왕절개로 정상체중아를 출산했다. 남편의 가사 및 육아의 참여도는 높아 만족하고 있는 상태이다.

울산A는 첫째를 만37세에 출산하고 둘째는 만41세에 출산하였다. 두 아이 모두 고령 임신이었던 그녀는 결혼 생각이 없어서 결혼이 늦어졌다 하였다. 7남매 중 동생 한 명은 아직 미혼이었다. 남편은 두 살 연하의 직장인으로 본가에서 철저히 독립을 하고 산후조리를 도맡아 해줄 정도로 가정적이어서 두 아이를 양육하는 데에는 크게 무리가 없어 보였다. 첫 아이 임신 당시에는 울산 지역으로 옮긴지 얼마 되지 않아 우울감이 있었으나 둘째는 그렇지 않았다. 산전 관리는 철저히 한 편이고, 두 아이 모두 제왕절개로 출산하였다. 추가출산 계획은 나팔관 절제술 후 없지만, 만약 수술을 하지 않았다면 낳을 수도 있었을 것 같다고 이야기하여 출산과 양육에 대한 부담감은 크지 않아 보였다.

울산에서 태어나서 성장한 울산B는 1남2녀 중 장녀로 태어났고 동생들은 모두 결혼을 일찍 하려는 의향은 없었는데 어머니의 재촉으로 일찍 결혼했으나, 본인은 만35세에 한 살 연상인 남편과 결혼했다. 결혼 전에는 경리 일을 했었고, 친구들 중 본인이 가장 결혼이 늦었기 때문에 빨리 출산해야겠다는 생각에 계획하고 임신·출산하였다. 결혼 전부터 임신 관련 진료도 받고 나름 신경을 썼고 결혼 후 서둘러서 임신을 했으나 첫

임신은 유산이 되었다. 첫 아이 출산 후 3년 만에 둘째아를 출산했다. 둘째아는 임신 5주에 인지하였고 38주에 첫째아와 마찬가지로 제왕 절개하여 정상아를 출산하였다.

3남 1녀의 가정환경에서 성장한 울산C는 스스로는 만혼이라고 느끼며 만32세에 결혼을 했다. 오빠는 일찍 결혼을 했고 집에서도 지속적으로 결혼을 재촉하였고, 아버지가 정년퇴임하시는 해에 다섯 살 연상인 남편과 결혼을 하였다. 큰애가 8개월 될 때까지 직장 생활을 했으며 계획 없이 둘째를 만37세에 출산하였다. 임신 5~6주에 임신을 인지하였고 산후 조리는 시어머니가 첫째아를 돌보고 친정에서 2달간 지내면서 했다고 하였다. 38주에 자연분만으로 정상체중아를 출산했다. 남편의 가사 및 육아 참여도는 높다고 했다.

남편과 아내 모두 서울이 연고지이나 현재는 울산에 자리잡은 울산D는 가부장적인 가정환경에서 성장하였다. 서른 넷에 결혼을 하였으나 본인의 삶과 일을 충분히 보내고 난 후라 오히려 만족스러워했다. 첫 임신 때는 엽산제를 임신 3개월 전부터 먹는 등, 나름의 준비를 하였으나 둘째 임신은 계획하지 않았던 일이라 임신 전부터 준비하지는 못했다. 둘째는 만37살의 나이에 자연분만으로 정상 체중아를 출산하였다. 첫 번째의 출산 때는 산후우울증 등의 어려움이 많았는데, 두 번째 출산을 한 현재는 생각보다 수월하다고 하였다.

대조군으로 심층 면접에 참여하게 된 울산에 거주하는 비고령 산모인 울산E는 만33세에 결혼을 했는데 본인 스스로는 결혼이 늦은 편이라고 인식하고 있었다. 10세에 울산으로 이사를 와서 울산지역에 오래 거주한 상태였다. 결혼에 생각이 없었으나 여동생이 노산의 어려움을 재차 강조하여 결혼에 이르게 되었다고 진술하였다. 결혼 후 바로 임신을 하고 출산하였다. 임신 전 진찰이나 검사는 한 적이 없었는데, 직장에서 매년 건

강 검진을 했기 때문에 크게 걱정을 하지 않았다고 했다. 자연분만하였으며, 산후 조리는 조리원에서 2주 있고 산후도우미를 2주 고용하였다. 아이를 키울 때 양육비가 많이 들어가기 때문에 자녀를 더 가질 생각은 없다고 하였다.

경기A는 서른셋에 결혼하여 자녀 셋을 출산하였다. 막내(7개월)는 만 39세에 출산하여 고령 임신이었다. 둘째 때 임신성 당뇨가 있어서 셋째 임신했을 당시에다 식사 관리를 하였다. 셋째아는 정상 출산하였고, 산후 조리는 친정어머니께서 3주간 해주셨다. 직업이 출산휴가나 육아휴직을 제대로 쓰기 어려운 것이어서 첫째 임신했을 당시 만삭까지 일하다가 그만두고 현재는 양육에 전념하고 있다. 아이 셋을 양육하는 것이 힘들 때도 있지만 남편이 가사와 양육에 많이 참여하고 있고, 주변에 오랜 친구들이 가까이 있으며, 무엇보다 남동생이 근처에서 살기 때문에 많은 도움이 되고 있다고 진술했다. 사회생활에 대한 욕구가 없는 것은 아니나, 자녀를 키운 후에 다시 일을 시작할 것이라고 하였다.

서울에서 태어나 성장하고 결혼 후에 경기도에서 살게 된 경기B의 경우 결혼에 관심이 없었고 부모님의 재촉으로 만35세에 결혼했으며 만43세에 첫 아이를 출산했다. 결혼 후 계획 없이 임신이 바로 되었는데 감기약을 자주 먹어서 위험하다는 생각이 들어 인공임신중절을 했고 그 후에는 임신이 잘 되지 않았다고 했다. 여러 검사도 받고, 다니던 직장도 그만두고 영양제 및 엽산제를 복용하며 배란조절 등을 통해 임신을 하려고 노력하였다. 한 번의 자연 유산을 하고 인공 수정을 계획하고 있던 중에 임신을 하게 되었다. 임신 4~5주차에 임신을 인지하고 임신 중기부터는 다시 직장생활을 했다. 자연분만을 계획했다가 42주에 제왕절개를 통해 정상 체중아를 분만했다. 산후 조리는 3주간 친정에서 했다고 했으며 남편의 가사와 양육 참여도는 높다고 했다.

가부장적인 집안 환경에서 자라 서른한 살에 결혼한 경기C는 결혼 후 바로 임신하여 첫째를 정상 출산하였고, 둘째는 가지려고 계속 시도하였는데 오랫동안 생기지 않았다. 둘째를 임신한 후로 산전 관리는 철저히 하였고, 양수검사를 포함한 모든 검사를 받았다. 하혈과 염색체 문제 등 태아에게 문제가 있을 것 같아 임신 기간에 스트레스를 많이 받았으나 자연 분만으로 정상 체중아를 출산하였다. 산후 조리원에 2주 있었고, 한 달 정도 산후 도우미를 고용하여 산후 조리를 하였다. 첫째만 있을 때는 남편과의 사이도 그렇게 좋지 않았으나 둘째를 가진 후에 남편과의 사이가 좋아졌다고 하였다. 그러나 현재에도 산후 우울증 약을 복용하고 있는 등, 임신·출산과 육아에서 오는 스트레스가 커 보였다.

1남3녀 중의 막내로 태어난 경기D는 30세 이후 부모님으로부터 지속적인 결혼 재촉을 받아왔으나 업무량이 많은 한국과 해외의 직장에서 일하느라 결혼은 늦게 하게 되었다고 했다. 만40세에 같은 나이의 남편과 결혼을 하고 직장은 결혼하면서 그만 두었다고 했다. 친구들 중에서도 결혼이 많이 늦은 편이었고 다른 형제자매 모두 일찍 결혼해서 다자녀를 두고 있다고 했다. 임신 전부터 식이조절, 영양제 등의 복용, 운동, 화장품과 향수 사용의 자제, 머리 염색을 자제하고 의사가 권유한 모든 검사를 받는 등 최선을 다해서 임신 전과 임신 중의 기간을 보냈다. 자연분만을 계획했으나 35주에 양수가 터져서 제왕절개로 조산을 했으나 정상체중아를 출산했다. 산후 조리는 일주일간 산후 조리원에 있었고 그 후 친정어머니가 한 달간 돌봐 주었으며 남편의 육아 분담이 잘 되어있으나 꼼꼼한 성격 때문에 본인 스스로 모든 것을 하고자 한다고 했다. 현재 재취업을 하고자 하는 욕구가 있다.

제주A는 4남매 중 막내로 자랐다. 일찍 결혼한 친구는 지금 자녀가 고등학생인 경우도 있을 정도이지만 제주A는 결혼 생각이 없어 늦게 결혼

하였다. 동갑인 남편은 현재 석사 과정을 밟고 있으며, 제주A가 가구주인 상태이다. 엽산제와 철분제도 임신 사실을 알고 난 후 챙겨 먹었고, 임신 후 산전 검사는 조산원과 일반 병원을 병행하며 열심히 받았으며 건강상의 문제는 없었다. 출산일은 예정일에 비해 약간 늦었으나 정상 체중아를 분만하였고 산모와 신생아 모두 건강하다고 하였다. 면접 당시 출산 4일째여서 양육의 어려움은 실감하고 있지 못하였으나 고령으로 인해 산후의 체력적인 어려움을 토로하였고, 앞으로의 양육에 대해 두려움을 나타내었다.

셋째를 만39세에 낳은 제주B의 경우 5남매라는 가정환경에서 성장했으며, 결혼은 만23세에 비교적 일찍 했고 집안일은 요리만 하고 나머지는 모두 남편이 담당한다고 진술할 만큼 남편의 가사와 육아 참여도가 높았다. 결혼 후 바로 이어서 첫째와 둘째를 출산했으나 봉사 활동과 직장 생활을 지속하면서 세 번의 유산을 했고 10년 만에 셋째를 출산하게 되었다. 임신 후 바로 엽산제를 복용했는데 보건소에서 제공한다는 것을 알고 직접 구매하여 복용했다고 진술했다. 셋째는 8주에 산부인과에서 초진을 받았고 산전 진찰을 꾸준히 받았으나 마지막 달에는 병원에서 기형아 검사 등 여러 검사를 권유하여 비용 상의 문제로 산부인과를 더 이상 다니지 않고 조산원으로 옮겨 36주에 정상체중아를 출산했다. 병원에서 출산하지 않은 이유는 편안하지 않은 분만 환경이 마음에 들지 않고 각종 검사에 따른 비용부담 때문이라고 진술했다. 임신 전부터 약간의 우울증 증세가 있었고 임신과 출산을 겪으면서 심한 불면과 우울증을 겪고 있다고 호소했다.

제주도에서 태어나 현재까지 거주중인 제주C는 육아휴직 중이다. 회사 분위기 상 출산전후휴가만 사용할 수 있었으나 개인적으로 휴가를 모아서 출산전후휴가기간보다 조금 더 길게 휴직을 하고 있는 상태이다. 제주

C는 만 32에 결혼하여 한 번의 유산을 거쳐 만34세에 첫 아이를 낳고 4살 터울로 둘째를 가졌다. 터울이 길어진 이유는 직장 때문이었으며 각종 업무 관련된 행사로 인해 시간이 없었기 때문이다. 첫째아 임신 때에는 고령 임신 기준을 넘지 않아 양수검사를 권유받지 않았으나, 둘째아 임신 당시에는 연령 때문에 양수 검사를 권유 받았다고 했다. 산전 진찰은 빠짐없이 받았고, 낳으면서 많이 힘들었지만 둘째아는 자연분만으로 정상 체중아를 출산했다. 제주C는 고령 임신부의 출산과 관련한 지원이 있으면 좋겠다며 다양한 정책을 제안하였다.

제주D는 서울에서 출생하고 딸 셋이라는 환경에서 성장했고 성인이 돼서 제주로 이주하여 현재까지 거주하고 있다. 결혼 전부터 자영업과 프리랜서 일을 해왔다. 결혼은 만31세에 했으며 만33세에 첫째를 낳고 만35세에 둘째아를 출산했다. 임신 5주부터 산부인과에서 산전 검사를 받기 시작 했으며 병원에서 권장하는 검사는 모두 받았다고 진술했다. 출산은 38주에 조산원에서 정상체중아를 자연분만했고 나이 때문에 더 이상의 추가 출산은 고려하지 않는 상태이다. 현재 친정어머니는 서울에서 거주 하시며 직장생활을 하고, 시부모님은 제주에 거주하시나 나이가 많아 주변에 도와줄 사람이 없어서 힘들지만 아이를 가진 엄마들의 모임을 통해 많은 지지와 지원을 받는다고 진술했다.

2. 중점 사항

가. 고령 임신부에 대한 정의와 체감도

면접 참여자들은 대체로 본인 스스로는 고령 임신부라고 느끼지 않는 것으로 나타났다(서울B, 서울C, 울산D, 울산E, 경기D, 제주B, 제주C, 제

주D). 제주B의 경우는 요즘 결혼을 늦게 하기 때문에 최소한 만38세는 되어야 고령 임신부라고 할 수 있다고 진술했고 본인의 경우 임신과 출산 과정에 있어서 비고령 임신부와 비교해서 차이점을 느끼지 않고 다만 출산 후 회복 속도가 늦는 것이 차이라고 진술했다. 제주D 역시 스스로는 고령 임신부라 체감하지 않았으나 의료진을 포함한 주변의 반응으로 인식하게 되었다고 했다. 하지만 그러한 정의에 동의하지 않음에도 불구하고 회복에 있어서는 확연한 차이가 있다고 진술했다.

“고령은 아니라고 생각했어요. 요즘에는 워낙 추세가... 한 사십? 제가 생각하기에는 40살 넘게. 넘을 때에...(중략) 초산이 한 서른일곱? 그 정도면...”(서울B)

“저는 제가 막 개인적으로는 느끼진 못했었어요, 처음에. 왜냐면 저보다 나이 많은 사람들이 되게 많거든요. 주변에. 근데 아직 결혼도 안하고... 40대 인데. 결혼도 안 하고 애기도 뭐 아직, 출산도 경험도 없고 해서... 저는 뭐 ‘아, 내가 고령이다.’ 이렇게 생각 안 했었는데, 방송에서 계속 얘기하고, 주변에서도 서른다섯이... 이상이 돼버리면 출산 안 하는 게 좋을 것 같다고, 이런 말... 막 이런 얘기를 많이 하셨어요...(중략)...그 의사선생님이 너무 나이를 가지고... 나이는 숫자에 불과한 거잖아요. 사람에 따라 다 틀린데, 그거를 가지고 나이로 막 뭐라고 하는 게 좀 아닌 거 같더라고요. 그게 좀 안타깝더라고요 (중략) 이제 나이가 있으니까 돌로... 이제 더 이상은 몸이 안 따라줘서 너무 힘들어서 못 키워줬더라고요. 진짜 누가 키워준다는 사람만 있으면 낳겠다고 이런 얘기도 막 해요. 근데 힘들어서... 힘이 달리더라고요... 낳는 거 보다는 키우는 게 (힘들어요)... 그리고 이게 얘기 넣고 나면 여자들 몸이 많이 축나잖아요. 그게 작년 다르고... 제가 이렇게... 제가 느끼니까 이제는 더 이상 못 낳겠더라고요...몸이. 체력이 달리더라고요. 임신은 뭐 다들... 하는 거 무난하게 하는데... 낳는 것도 무난한데 이제... 키우는 게 좀.” (제주D)

서울C와 울산D, 경기D, 제주C의 경우 본인 스스로는 고령 임신이라고 생각하지 않았지만 병원에 갔을 때 느꼈고 주변에서 걱정스런 반응을 보

여서 고령 임신부라고 느껴졌다고 했다. 서울C는 임신과 출산을 경험해 본 결과 사회적으로 고령 임신에 대해 지나치게 부정적으로 인식시킨다고 지적했다. 경기D는 결혼 전부터 임신과 출산에 대한 준비와 관리를 잘 했기 때문에 만40세임에도 불구하고 주변에서 고위험이라고 말하기 전까지 고령 임신이라고 느끼지 않았다고 했다.

“스스로 생각 못했구요. 언제 느꼈냐면, 병원에 가서 느꼈어요. 병원에서 남들 하는 검사보다 더 이러저러 검사를 더 많이 요구하고. 실제로 했고. (중략) 제가 노산이다 보니까 노산은 골반이 잘 안 벌어진다면서요? 그러가지고 고생... 제 친구도 고생하다가 수술했거든요. 그리고 많이 먹으면 애가 뭐 부쩍부쩍 크다 라는 것 때문에 고기 같은 거는 많이 안 먹었어요.” (서울C)

“저는 임신 했을 때, 제가 마흔하나. 마흔하나였죠? 마흔하나였는데, 저는 그때도 위험하다고 생각은 안 했거든요. 근데 주위에서 뭐... 이렇게 검사를 하면, 이제 고위험군으로 들어가는 게 있고... 제가 결혼하기 전에도 제 나름대로 결혼 전에도 그렇고, 애기 가져서도 관리를 잘 했다고 계속 뭐 했으니까는 별로 걱정은 안 했는데.” (경기D)

고령 임신이라고 스스로 인식하였으나 나중에 인식이 변한 경우도 존재한다. 서울D는 처음에는 고령 임신이라고 생각하고 걱정했으나 인터넷으로 여러 사람과 접해보면서 그리고 실제 병원에서 본인보다 나이가 많은 산모들이 많은 것을 보며 인식이 변화하였다. 그는 만40세는 되어야 고령 임신부라고 진술했다. 경기C는 임신 당시에는 연령 때문에 걱정을 했으나 낳고 보니 본인이 생각만큼 늦은 출산은 아닌 것 같다고 하였다.

“(고령 임신이라고) 그 전부터도 생각을 해가지고, 카페에다가 나 임신할 수 있냐고 막 이러면서 올렸었어요. 그런데 사람들이 괜찮다고 하더라고요. 그런데 너무 놀라웠던 게 뭐냐면요, 제가 ○병원에서 애를 낳았는데, 이렇게 병실이

짜 있잖아요? 그런데 내 옆에 마흔 살. 그 옆에 마흔하나. 하하하. 그러더라고
요. 너무 많더라고요? 나는 내가 젊은 것. 그 중에 내가 제일 어리거든요. 하
하하. 그렇더라고요. (중략) (고령 임신이라고 할 수 있는 나이는) 제가 경험해
본 바로는 ... 마흔...” (서울D)

“나이 때문에. 막 TV에서나 매스컴에서나 아니면, 그런 데서 막 고령 임신은 뭐
위험하다, 고혈압 걸리면 애가 막 뇌... 막 무서운 얘기만 하는 거예요. 다운증
후군 확률 높아진다... 그리고 막 애기가 고혈압이나 당뇨하면은 애기가 뭐 신
장이 나빠져 가지고 뇌성마비 막 걸린다... 이런 식으로 겁을 막 주니까... 막
너무 무서운 거예요. 그런데 그렇지만은 않은데...” (서울D)

서울F는 양수 검사를 병원에서 권유했을 때 처음으로 고령 임신부임을
느꼈고, 임신과 출산보다는 양육의 시점을 생각해 볼 때 고령에 출산했다
는 생각이 들 것 같다고 했다. 하지만 출산 방법에 있어서는 고령이라는
이유로 제왕절개를 계획했고 제왕절개로 출산하였다.

“(고령 임신이라고)느껴졌어요. 어떤 점에서 그렇게 했냐면, 이제 애 낳는 시점이
아니라, 애 초등학교 이렇게... 엄마들이랑 이렇게 나이를 남편이 이제 저보다
한 살 많거든요. 지금 마흔네 살인데, 남편 은퇴시기와 아이의 학교를 해보니까
늦었다는 걸 알겠더라고요. 남편이 이제 58세, 아직까지는 정년아닙니다. 58세
정년인데, 애는 이제 그때 되면 중학생... 중3 정도밖에 안 되니까 우선은 이게
좀... 경제적인 구조에서 늦었구나... 라는 생각이 들더라고요. (중략) 신체적으
로는 그냥... 그 전부터 제가 좀 몸이 튼튼한 편이 아니었기 때문에 그렇지, 객
관적으로 보면 크게 그런 건 없는 거 같아요. 그런데 이제 괜히 핑계 대는 거
죠. ‘아~ 늙어서 힘든가보다.’ 하하하. 가장 힘든 건, 임신 했을 때도 뭐 아프
고 힘들고 이런 건 없었었고요, (중략) 앞으로의 양육 기간에 기준 에 대한 것
때문에 ‘내가 너무 늦게 낳는구나.’ 그런 생각 했었고. 그 다음에 만35세 이상
은 고령 산모라고 해가지고 양수검사 하라고 한 적이 있었어요. 처음 그 때,
‘아. 내가 고령이구나’ 하고 느꼈었지만... 그거는 이제 좀 제가 무시했어요. 왜
냐하면 그때 임신 주기가 꽤 된 건데, 그런 검사를 해서 아기가 이상하더라도
어쩔 수 없이 낳아야 되지 낙태는 안 되겠다, 라고 생각을 했기 때문에, 그거

는 사회적인 그런 개념이니까 제가 무시할 수가 있었지만, 이제 낳아서 내가 50인데 초등학교 1학년의 엄마라고 생각하니까 이제 '내가 좀 늦었네. 낳으려면 내가 좀 일찍 낳았어야 되는데'..."(서울F)

"고령 임신부... 거기 그... 병원에서 아직은 35으로 보고 있는데, 그건 아닌 거 같고. 40대... 제 나이쯤 돼야... 40대가 넘어야... 41세, 42세 이때부터가 되지 않을까 생각이 들어요. 왜냐하면 결혼하고 보통 2,3년 안에 애가 생기잖아요. (중략) 결혼 하고 10년 정도 되면 고령 아닐까요?정말 병원 기준은 좀 못 마땅해요. 서른다섯... 요새 신체 나이라는 게 또 사람마다 틀리니까 그건 아니고, 양육할 수 있는 사회적 나이가 지금 고령이나 아니냐의 문제가 되는 것 같아요."(서울F)

"고령이니... 제 나름대로는 머리를 쓴다고 썼죠. 막 자연분만 하려고 고생만 하다가 안 돼가지고 제왕절개를 해버리게 한다고 한다면, 오히려 내 몸이 더 망가질 것 같은 생각이 들더라고요. 좀 자신감이 없었어요. 자신감도 없고, 그렇게 좀 그 리스크를 피해가고자? 제가 원해서 했어요." (서울F)

울산A, 울산B의 경우는 신체적으로 힘들기 때문에 고령 임신부라고 생각했다고 했다. 하지만 울산B는 만35세에 임신한 첫 애의 경우는 고령 임신부라는 인식도 있었고 위험하다는 생각도 했으나 만36세에 임신한 둘째아의 경우는 첫째아의 양육에 대한 부담 때문에 오히려 신경을 덜 쓰게 되었다고 진술하였고, 경기A 역시 초산이었다면 걱정을 했겠지만, 셋째 아이였기 때문에 크게 걱정을 하지 않았다고 말했다. 이를 통해 고령 임신부 중에서도 초산과 경산에 따라 인지도 및 체감도가 다르다는 것을 알 수 있다.

"애 늦게 낳았어도 건강하다고 생각 했는데, 애 때 검사를 받아보니까 골다공증 수치가 높게 나온 거예요. 그러니까 영향이 있는 거 같아요. 나이가 들어서 낳은 게. 있긴 있는 거 같아요."(울산A)

“(둘째) 애 때는 괜찮았는데, 첫째 때는 그런 말씀 많이 했어요. 겁도 많이 났고 만으로는 서른다섯... 그 때 서른여섯이었으니까. 위험하다고 많이 그랬거든요. (중략) 첫째 때 너무... 그 뭐라 해야 되나... 쫓아다니다 보니까 애... 큰애랑 놀아줘야 되니까 애 때는 신경을 많이 안 쓰게 되더라고요.”(울산B)

“좀 늦은 나이죠. 그런데 이제 제가 초산이었다면 정말 많이 늦었다고 생각하고 많이 걱정하고, 정말 병원을 꼬박꼬박 다니고 어떻게 그랬을 텐데, 병원에서도 크게 저기 안 하고 애가 어쩔든 셋째니까...”(경기A)

울산C의 경우는 우선 임신이 잘 안되어서 고령 임신이라고 느꼈다고 했고 더불어 배우자의 나이 때문에도 고령 임신이라고 느꼈다고 했으며 그렇기 때문에 출산을 할 때에 걱정이 되었다고 했다. 하지만 실제로 만 35세 이전에 출산한 첫째아의 임신 기간이 만37세에 출산한 둘째아의 임신 기간과 비교해서 신체적으로 더 힘들었다고 진술하여 초산과 경산이라는 기준이 임신부의 건강에 있어서 중요함을 알 수 있다. 또한 그러한 경험 때문인지 고령 임신부의 기준으로 만35세는 빠르다고 진술했다.

“(고령 임신이라는 것을) 당시에는 좀 느꼈어요. 일단 둘째고, 제 친구들을 보면 거의 뭐 지금 놓으면 셋째 놓는 애들도 많았거든요. 텀도 좀 있었고... 또 그 때 당시에 둘째 가지려 했는데, 잘 안 가져지는 거예요. 하다가 이게 한 6개월 정도 계속 실패가 되는 거예요. 계속 안 되니까 나중에는 이제 정말 내가 나이가 들어서 이게 안 되나 싶어서. 첫째 같은 경우에는 이제 뭐 빨리 들어섰는데, 둘째는 하려고 해도 안 되니까 그게 되게 좀 속상하더라고요. 그래서 내가 좀 내가 나이가 있어서 안 되는 가보다... 이런 생각이 들어서 포기를 하려고 하는 찰나에 딱 둘째가 생겼어요.” (울산C)

“팔다리가 좀 많이... 의사선생님 같은 경우에는 좀 짜게 먹으니까 싱겁게 먹으라고 말씀 하시는데, 싱겁게 먹어도 팔다리가 너무 많이 부어서 첫째 때는 그게 되게 많이 고생을 많이 했었어요. 거의 막달? 한 7개월 이후부터는 팔다리가 다 부어가지고 잘 때 너무 심해... 심각해가지고 그게 되게 좀 많이 힘들었

었어요. (중략) 둘째는 괜찮았어요.”(울산C)

“병원은 다 다니고... 검사란 검사는 다 하고요. 왜냐면 혹시 또 저는 노산이라고 생각을 했기 때문에 본인 스스로... 그니까 저희 신랑이 다섯 살 터울이다 보니까 신랑도... 둘이 이제 40대, 30대... 중후반 되니까 그거 때문에 검사할 거 있으면 검사는 다 꼬박꼬박 받고 그랬었죠.” (울산C)

“(고령 임신부라고 하면) 한 36세, 37세도 괜찮을 거 같아요. 고령... 왜냐하면 또 결혼이 늦춰지는 상황에서 꼭 굳이 그 나이대를 기준으로... 어쨌든 개인차가 또 있으니까 산모의... 건강 상태나 그런 게...” (울산C)

면접 참여자 중에 나이가 많은 편인 경기B와 제주A의 경우는 주변의 얘기와 본인의 나이가 객관적으로 많기 때문에 스스로 고령 임신이라고 느꼈다고 하였다.

“그냥 뭐 주변에서 얘기 하는 것도 하지만, 본인들이 나이가 많으니까 알죠 뭐. 그래서 더 병원 열심히 다니고 이제... 민감하죠. 선생님이 이제 한 마디 하면 이제 그게 어떤 건가 하고서는 그때는 되게 심각하죠.”(경기B)

“대부분 웬만한 사람들은 다 (제왕절개) 수술하게 된다, 그러더라고요. 나이 많은 사람들은. 자기... 음... 맨날 하는 일이 그러니까. 그래서 그렇기도 하고 이제 주변에서 자기는 이렇게 이제 뭐 나이가 많아서 애를 낳았는데, 하루 이틀 고생하다가 결국엔 수술하게 된다, 그 얘기를 자주 하니까... 자신은 좀 없고. 제가 뭐 특별히 체력이 더 좋은 것도 아니고. 남들보다. 그래서 이제 좀 해보다가 안 되면 해야 되겠다, 했는데... 이제 애가 나올 생각을 안 해 가지고 그...촉진제 맞아서 했는데도 전혀 이제 그게 안 됐어요. (중략) 선생님이 끝까지 고생해 보자고 하다가 도저히 내 몸은 안 될 것 같다고...”(경기B)

나. 고령 임신과 출산을 하게 된 이유

1) 본인의 가치관

5남매라는 환경에서 자라난 제주B는 이미 아이가 둘이 있고 지난 10년간 세 차례의 유산도 겪었음에도 불구하고 셋째아를 출산했는데, 이 경우는 고령 임신부 본인의 가치관이 임신과 출산을 결심하는데 있어서 큰 역할을 했다.

“그래도 이렇게 애들이 세 명 이상은 있어야 이제 사회성도 생기고 좋겠다 싶어 가지고 이제 애기를 낳으려고 했는데..... 처음에는 막 나이가 먹어가지고... 이제 아우 또... 걱정하는 분들. 그니까 뭐 친정엄마도 그렇고, 그리고 이제 뭐 경제적인 거를 생각하시는 그런 분들은 되게 걱정을 많이 하시고... 그런데 엄마로써는 저는 굉장하... 음... 좋은 거 같아요. 그니까 참.. 저도 그랬지만, 둘째 딱 낳고, 애기 안 낳으려는 이유가 되게 다 이기적인 이유로 안 낳는 거거든요. 남자들은 이제 본인들 고생하는 거 때문에 이제 경제적인 그런 거 때문에 그렇고, 여자들은 힘도 들고 또 몸도 망가지고.... 이렇게 생각해서 그런데... 그... 실은 그 망가지고 그런 거 이상으로 얻는 게 더 훨씬 많은데 그거에 대해서 좀 많이 좀 더 홍보가 되었으면 좋겠어요.....아이가 한 명 더 있어서, 그 아이들 간에 있는 그런 것들.....” (제주B)

서울C의 경우는 본인이 가지고 있는 가치관과 남편의 형제를 보며 추가 출산 고려하는 것으로 나타났다.

“음... 그런데 아이한테 줄 수 있는 가장 큰 선물 같아요. 그리고 저희 남편도 형제 한명 있거든요. 저희 남동생... 그러니까 시동생하고 우리 남편하고 지내는 거 보면서 저런 형제면... 같이 사는데 서로 인생에 도움이 되겠다, 이런 생각이 들더라고요.”(서울C)

2) 늦은 결혼

서울C, 서울D, 경기B, 경기D, 울산B, 울산C, 제주D의 경우 모두 늦은 결혼으로 첫 아이를 늦게 출산했다. 대부분의 경우 개인적으로 별다른 이유 없이 결혼이 늦어지게 되었지만 이들 중 특히 결혼할 의지가 없어서 늦게 결혼한 경우는 경기B, 울산B, 제주C이다. 울산B의 경우는 결혼에 대한 의지가 없었는데 그에 대한 이유로 임신과 육아에 대한 두려움을 꼽았다. 울산C의 경우는 상황에 의해서 결혼이 늦어졌고, 또 다른 상황으로 결혼이 서둘러졌다고 했다. 울산D는 자신의 삶을 누린 후에 결혼을 하겠다고 결심한 경우였다.

“저는 그냥 결혼 시기를 한번 놓치고 그래서... 저희 아빠가 좀 일찍 돌아가셔서 지고... 엄마랑 둘이 있고... 그 시기를 놓치다 보니까 또 남자들은 여자들의 나이를 보잖아요. 하하하. 출산과 임신 이런 게 있기 때문에... 그래서 그렇게 하다가... 저의 친구... 대학 동기예요. 그래서 동창 모임에서 그래서 서로... 노쳐 녀고 노총각... 하하하. 그래가지고 이제 만나게 되어서 결혼하게 되었어요.”
(서울C)

“일본에서 유학생활을 좀 오래했어요. 그리고 나서 들어와서, 어... 서른세 살에 제가 들어왔나? 그러니까 결혼시기가 좀 지난 데다가, 사람 만나는 것도 귀찮고 그래서 별로 생각을 안 하다가 우연히 진짜 결혼하게 됐어요. 일본에서는 계속 대학원까지 하고, 들어와서는 계속 일 하다가 그러다보니 놓치게 됐어요.”
(경기D)

“솔직히 결혼할 생각이 없다가 아버지가 편찮으시니까 부랴부랴 이제 그냥 간 거죠 뭐... 선은 많이 봤어요. 그런데 그때까지 솔직히 결혼생각도 없었고 ... 그러다가 이제 아버지 편찮으시니까 이제 흑시나 하는 마음에 부랴부랴 선 봐서 했죠 뭐.” (울산B)

“그냥... 그런 게 있잖아요. 임신하고 육아하고 이런 게 저한테는 무서운 거예요. 애 키울 자신도 없고. 그러다가 뭐 계속 미루다 보니까 결혼이 늦어진 거죠.”
(울산B)

“결혼이 하려고 한 사람이 있었는데, 그 사람이 안 되다 보니까 이제 좀 계속 늦어지고 그랬던 거 같아요. 더 늦춰질 수도 있었는데, 어차피 해야 될 거면 그 때(아버지 정년퇴임때) 하는 것도 맞겠다 싶어서... (중략) 조금 결혼 늦게 하는 바람에 애도 조금... 늦게 가지게 된 거죠.” (울산C)

“내가 능력이 없어서 집에서 빌붙어 있는 것도 아니고, 내가 내 일을 하면서 나름 인생도 즐기고 있으니까 서른넷이라는 나이가 늙었다는 생각을 하기 보다는... .. 일찍 한 사람들은 일찍 해서 나중에 그... 뭐랄까 애를 빨리 키우고 또 인생을 찾아나가면 되거든요. 근데 저 같은 경우는 반대로 생각한 거죠. 내가 할 수 있는 거를 다 해보고...”(울산D)

“저는 원래 결혼할 생각이 없었어요. 처음부터... 뭐 꼭 결혼을 해서 애기를 낳고... 애기들은 좋아했지만, 애기를 꼭 낳고 뭐 이런 거 보다는 그냥 제 삶... 생활이 그닥 나쁘지 않았기 때문에...(중략)결혼생각 없이 그냥 일만 하고 있다가...”(제주D)

위에서 언급된 경우들과는 반대로 결혼을 일찍 했지만 셋째아를 고령에 임신하여 출산한 경우도 있고(서울B, 제주B), 결혼은 일찍 했지만 불임이어서 늦게 출산한 경우(서울F)도 있다.

3) 늦은 임신

제주B의 경우 셋째아를 임신하기 전에 세 번의 유산이 있었다. 경기B의 경우 결혼은 만35세에 했으나 한 번의 인공 유산과 한 번의 자연 유산 후에 만 43세에 첫 아이를 출산하였다.

“처음에 이제 애기를 빨리 안 가지려고 했는데, 바로 애기가 있었어요. 그랬는데 그때 이제 그런 걸 잘 몰라가지고 약을 먹고 있어가지고... 무슨 저기 감기약 같은 거를 그때 줌...(중략) 그때 그랬는데, 애기가 생겨가지고, 그때 지웠어요. 그때에는. 그리고 나서 이제 한 1년인가 2년 있다가 이제 애기를 가지려고... 늦게 결혼을 했는데, 너무 이제 일찍 가지면 힘들 것 같다고 그러가지고... 남편이... 그러다가 이제 기다리는데 안 되더라고요. 계획을 하니까 이제 안 되고... 그러가지고 계속 기다리다가 마흔... 마흔네 살에 네... 애기를 낳았죠.” (경기B)

4) 지역적 요인

울산의 경우 지역의 경제적 수준과 남아선호라는 가치관이 이 지역의 출산을 야기한다. 울산A와 울산D는 서울지역에서 거주하다 결혼과 함께 울산에 거주하게 된 사례자로, 서울지역에 비해 울산이 경제적인 수준이 높다고 진술했었고, 울산C 역시 울산에 거주하는 대부분이 경제적으로 어렵지 않게 살고 있어서 자녀를 많이 낳는 경향이 있다고 하였다. 울산B의 경우는 울산은 아직 남아선호가 남아 있고 본인의 경우도 시부모님의 남아선호 가치관으로 인해 둘째아를 출산했다고 했다.

“뭐 얘기하기로는 수입이 좀 아무래도 다른 도시보다 좋고, 애기 키우기에 솔직히 돈이 많이 들잖아요. 그니까 병원가도 병원비도 조리원비도 그렇고 솔직히 돈이 있어야 다 할 수 있는 거요.”(울산D)

“요즘 최근에 저는 셋째는 되게 많이 보거든요. 주변에... 다들 먹고 살만 한가... 싶어서. 하하하 그러니까 여기는 불황을 잘 모르는 거 같아요. (중략) 제가 봐도 그냥 다들 고만고만하게 그냥 사시니까... 제가 봤을 때 셋째가 되게 많아요.” (울산C)

“... 큰집에서 아들이 없으니까... 어머님이 이제 저희 쪽에... 그걸 주신 거예요. 어쨌든 아들은 있어야 된다고. 울산은 그... 남아선호 이런 게 좀 남아있죠. 아

직은 남아있죠. (중략) 여기는 다... 일동서가 다 딸이니까... 딸 둘 밖에 없으니까 '아들은 있어야 된다.' 이렇게 얘기 하시니까... 나중에 보니까 '아들이다' 하니까 좋아하시더라고요." (울산B)

반면 제주도에 거주하는 면접 참여자들은 한결같이 제주의 지역적인 요인이 출산을 장려하게 되고 고령이 되어서도 출산을 하게 만드는 요인이라는 것에 동의했다. 제주C와 고등학교 때까지 제주도에서 거주하던 서울F도 제주도는 “빈부격차가 없어서” 출산율이 높다고 설명했다.

“보이는 거, 느껴지는 거, 사는 거는 갭이 별로 크지 않기 때문에... 그리고 뭐랄까... 음... 애 낳고 키우는 거에 대해서 상대적으로 두려워하지 않는 거 같아요. 애 낳는 거를 기쁨으로 생각하고, 더 예뻐하고, 그리고 애 낳는 것을 막... 애를 키울 때까지 몇 억 들고... 이렇게 계산 안 해요. 계산 안 하는 거 같아요.”(제주C)

“생활이 그렇다고 여기가 넉넉해서 사람들이 이렇게 얘기 낳는 거 보다는, 마음으로 좀 편한 거 같아요. 여기가 서울보다는. 뭐 쫓기는 거 없이. 서울 같은 경우는 우선 딱 생각하면, 너무 복잡하고 막 시간에 얽매이고 쫓기고 막... 그 맞벌이 부부들 많고. 근데 여기는 보면, 맞벌이 부부들도 많기는 하는데, 서울에 비해서는 별로 없는 거 같아요. 가정, 가사 일 하는 엄마들이 참 많은 거 같더라고요. 그리고 주변에서 또 식구들이 도와주는... 시댁이나 이렇게 해서 도와주는 일도 많고... 물질적인 여유보다는 그냥 심적인 여유? 그런 거 때문에 엄마들이 많이 낳는 거 같아요. 제가 보면, 제 주변에도 셋째 있는 사람 정말 많거든요. 셋째가 정말 아무렇지도 않게 다들 셋째예요. 셋이 기본이더라고요. 가는 곳마다. (중략) 임신 안 됐었는데, 여기 와가지고 이제 심적으로도 좀 안정되고, 공기 좋고 하니까 자연적으로 된 엄마들도 봤어요. 일부러 얘기 가지러 오는 사람들도 있고 하니까...”(제주D)

제주B의 경우 복합적인 제주의 지역 문화가 또한 늦게 셋째아를 출산을 하게 된 요인이라고 설명했다.

“여기는 제사를 많이 지내잖아요... 그게 많이 있는 거 같아요...유교적인 전통 좀 더 있어서 그런 것도 있는 거 같아요..... 그리고 또 하나는 옆집에서 셋째 낳으면 나도 낳고 싶고... 그게 있어요. 옆집에도 하나밖에 없고, 뒷집도 하나고, 옆에는 두 명이고 그러면 내가 두 명 있는 게 ‘아, 나도 많이 낳은 거야.’ 이렇게 생각하는데, 여기는 전체적으로 많이 낳으니까 이제 그게... 그게 분명히 있는 거 같아요.....(동네에서) 굉장히 잘 나눠주세요... 그니까 뭐 굴 같은 거, 뭐 야채 같은 거.....특히 제주도는 씨족 저기잖아요... 공동체가 이렇게 아직 많이 그렇게 도시처럼 무너지지 않았기 때문에 그것도 많이 낳는 데에 영향을 끼칠 것 같아요.” (제주B).

5) 기타 요인

서울B의 경우는 이미 자녀가 둘이 있고, 계획도 하지 않았는데 6살 터울로 셋째가 생겼다. 그는 종교적인 이유로 출산을 결심했다고 했다.

“내가 종교가 가톨릭이라 죄를 짓고 살 수가 없어서...”(서울B)

다. 고령 임신부로서 힘든 점

1) 산전 관리

대부분의 면접 참여자들은 산전검사를 의사의 권유대로 잘 받은 것으로 나타났다. 특별히 고령이라는 생각에 지나치게 주의한 경우도 있었다(경기C, 경기D). 첫째아가 아닌 경우 시간적 여유 등의 이유로 산전 관리에 소홀한 경우도 있으며(울산C, 제주B, 제주D) 이전의 임신과 마찬가지로 사전 관리를 잘 받은 경우도 있고(서울B), 고령 임신이라 조금 더 주의를 하면서 산전 관리를 잘 받은 경우도 있었다(서울D, 제주A).

“그러니까는 결혼하자고 얘기 나오면서부터 이제... 산전검사 같은 거 다 하고, 건강검진 다 하고... 아무래도 나이가 많으니까 그거는 조심을 했어요. 그리고 엽산제 같은 경우는... 결혼 전... 그니까 3개월, 임신 3개월 전부터 먹어야 된다고 그래서 결혼 전부터도 계속 먹었어요.” (경기D)

“둘째가 더 관리가 안 됐거든요. 하하 왜냐하면 첫째도 괜찮... 첫째도 초반에는 몰랐으니까 엽산제나 이런 약을 안 챙겨먹었거든요. 안 챙겨먹어도 애가 너무 건강하고 한데, 둘째는 굳이... 라는 생각이 있어가지고 약간 둘째는 더 무신경했다는 게 느껴지는 거 같아요. 그니까 첫째도 같이 키우면서 둘째도 같이 해야 되니까 좀 정신이 없기도 없었고... 첫째도 건강했는데, 둘째도 괜찮겠거니 해서 좀 덜 신경 쓴 거 같아요. 태교나 이런 것도... 좀 약간 더 무뎠다고 해야 되나... 괜찮겠지... 이러면서. 약간 좀 그런 건 있는 거 같아요.” (울산C)

대부분의 면접 참여자들은 여러 이유로 양수 검사를 받지 않았다. 비용 상의 이유와 친구인 산부인과 의사도 권유하지 않아 필요성을 크게 느끼지 않아서(서울B), 태아에게 주는 위험성 때문에(서울D, 서울F), 그리고 검사 결과를 미리 알고 싶지 않아서(서울F) 양수 검사를 받지 않았다고 했다. 제주B의 경우는 양수검사 뿐만 아니라 병원에서 검사를 많이 권해서 비용 상의 이유로 임신 36주부터 병원을 다니지 않았다고 했다. 제주D는 수치가 다 정상으로 나와서 병원에서 권하지 않기도 했고, 본인도 양수검사 자체에 부정적인 생각을 가지고 있었다.

“다운증후군 검사랑 다 양수검사 이거... 저는 그 검사는 값도 비싸고 해가지고 양수검사까지는 안했어요...(중략) 양수검사도... (친구인 산부인과 의사)“야 이거 돈 많이 나오니까 하지 말아라.” .”(서울B)

“양수검사는 함부로 하는 거 아니라고 얘기하더라고요. 그렇게 얘기하는 데서는 아무래도 좀 돈... 돈 때문에 그렇게 무조건 양수검사 하라고 하는 데도 있다고 하더라고요.”(제주D)

“(양수 검사) 안했어요. 그거 하라고 하더라고요. 그래서 왜 하나 그랬더니 나이가 많아서라고... 그런데 생각을 해보세요. 그 애... 뱃속에다가 바늘을 왜 찌러요. 아우. 그거를 왜 하라고 그러는 거예요. 도대체.” (서울D)

“(검사) 받으라는 건 다 받았고, 양수만 안했어요. 비용도 그렇지만, 위험성도 있다고 그러고. 결과를 미리 알고 싶지는 않았어요. (중략) 그런데 좀 하라는 식으로 약간 좀 그런 건 느꼈어요.”(서울F)

서울B는 양수검사의 경우에는 고령 임신부여서가 아니라 고위험 임신의 경우에 받는 것이 좋다고 진술했다.

“...양수검사까지는 그렇게 고위험군 아니면 할 필요 없을 것 같아요. 왜냐하면... 이전에 무슨 그런 거를... 임신한 경험이 있거나 뭐 그런 거나... 가족력이 좀 있거나 이렇게... 뭐 이제 환경에서 또 많이 노출될 수도 있잖아요. 그러니까... 그런 쪽에 일하시는 분... 산업장이나... 이런데 노출된... 임신부들한테는 좀 해볼 필요가 있는 것 같은데...” (서울B)

또한 근본적으로는 양수 검사의 필요성에 대한 문제점을 지적하기도 하였다.

“처음 임신을 했는데 기형아 수치가 엄청 높게 나와서 거의 기형아 될 확률이 99.9%라고 그랬데요. 근데 그냥.. 낳았나... 어쩔 수 없으니까 5개월 넘고 뭐... 그걸 해가지고 일단 낳았대. 근데 멀쩡하데요. 그러니까 임신 중에 불안만 가중되고... (중략) 정확도도 많이 떨어지고. 근데 거기 검사 결과에 보이면 이거는 뭐 100% 검사결과를 보장할 수 없고 뭐 몇 %에서 오차가 있을 수는 있다 이렇게 얘기는 해주는데 그것만 믿고서 이렇게 얘기를 선택할지 포기할지 그거 하기는... 결정하기는 되게 어려운 것 같아. 진짜. 그리고 시기가 많이 늦어요. 그거 진짜 알려면 빨리 알아야지 5개월 넘어서 알면 다 큰 애기를 어떡해...” (서울B)

서울C는 산전 관리는 꾸준히 잘 받았지만 다운증후군 수치가 높게 나와서 병원에서 양수검사를 권유했고 양수검사 결과가 좋지 않아도 할 수 있는 것이 없다는 의사의 말을 듣고 검사를 거부했고 이러한 과정에서 병원을 옮겼다고 했다.

“양수검사 라는 게 뭐 다른 문제까지 아닐 수가 있느냐...이런 건 괜찮은데... 그냥 염색체 검사로 알 수 있다는 거예요. 그러면은 그냥 안 하겠다고... 그냥 다른 초음파나 이런 건 다 정상이었거든요. 그리고 그 양수검사라... 아니 그 다운증후군 수치 검사 라는게 단순히 그냥 확률적인 그런 거라 하더라고요. 그래서 그냥 병원을 아예 옮겼어요. 제가 조사에 의해서... (다른 병원으로) 옮겼어요. 그래서 또 거기서도 선생님이 뭐 다행스럽게 저한테 많이 격려를 주셨어요.” (서울C)

반면 양수검사를 받은 경우도 있었다(울산A, 경기B, 경기C, 경기D). 울산A와 경기C는 기형아에 대한 부담감이 크게 작용한 것으로 보인다.

“기형아 검사하고, 그런 거만 하라는 검사는 다 했는데, 큰애 때는 그 말이 없어서 양수검사를 안 했는데, 애는 수치가 좀 높게 나와서 고민을 많이 했어요. 그런데... 또 주변에서 말이 많아가지고... 이게 또 뭐 병원 상술이네, 수치가 어지간히 높기 전에는 다 정상으로 나온다고 막... 그런데 마음이 막상 그런 말 들으니까, 잠이 안 오잖아요. 마음도 안 놓이고...”(울산A)

“제가 또 나이가 많으니까 음... 양수검사를 권하는 쪽이더라고요. 그래서 한 번 해봤어요. 피검사 상엔 이상은 없었는데. 그랬는데, 염색체 모양이 특이하다는 얘기를 들어서 아 저는 막 너무 무서워서 난 못 낳는다고 막 그렇게 했었던 거예요.”(경기C)

경기B와 경기D의 경우도 의사의 권유대로 양수검사를 받았는데 경기D는 남편이 양수검사 결과를 가지고 할 수 있는 일이 없는데 받았다고 해

서 싸웠고, 경기B의 경우는 스스로 검사 자체가 태아에게 좋지 않고 검사 결과를 알아도 할 수 있는 것은 없기 때문에 검사를 받을 필요가 없다며 본인이 받은 것을 후회했다.

“고위험군으로 나온 거예요. 그래서 문자를 받고 나서 바로 가가지고... 그 전에 조금씩 얘기를 했거든요? 만약에 문제가 있으면 양수검사까지 나는 하겠다. 그랬는데 저희 신앙은 그렇게 대수롭지 않게 생각을 했나 봐요. 그런데 저는 문자를 받고 나서 바로 가가지고 얘기 듣고서 그 자리에서 그냥 양수검사를 받았거든요. 그리고 나서 저녁때 와서 얘기를 하니깐... 만약에 그래서 양수검사 결과에서도 만약에 얘기 상태가 안 좋다 그러면 그때 어떻게 할 거냐... 그것 때문에 그날 저녁에 많이 싸웠는데...”(경기D)

“양수검사 하는 게 오히려 애기한테 영향이 가잖아요. 그러니까... 이제 사실 그런 깊이 있게 그 검사에 대한 정보를 모르니까, 의사가 이런 거를 해서 이제 고령이면 그럴 가능성이 있다. 그러니까 집안에 그런 내력이 아니더라도 가능성이 있다고 하니까, 한 거예요. 그랬는데, 나중에는 괜히 했다 싶더라고요. (중략) 그러니까 이제 너무 또 늦어지니까 그런 거를 듣고선 또 안 하기는 뭐한 거예요. 그래서... 그랬는데 지나고 나서 생각해 보니까 검사를 해봐도 이제 뭔가 이렇게... 우리가 조치를 취할 수 있는 게 없다 하더라고요. 지우는 거 말고는 없으니까... 그런... 저는 이제 병원에서 미리 알면 뭔가 이렇게... 모든지 병원 초기에 알잖아요. 알면 좋아질 수가 있잖아요. 그래서 저는 그렇게 생각을 했는데... 뭐 아는 것 뿐이지, 결과일 뿐이지, 별 뭐 조치는 없다고.” (경기B)

2) 출산에 관련된 부담감, 걱정

결혼 전 간호사로 근무했던 서울B의 경우는 기형아 출산을 할까봐 걱정했다고 했고 서울C는 다운증후군 수치 때문에 걱정을 했고, 울산C의 경우는 자연분만이 힘들까봐 걱정했다고 진술했다. 서울D는 많은 노력으로 임신했기 때문에 더욱 걱정을 했다. 경기D의 경우는 노산이라는 생각에 철저하게 임신 전부터 준비했다고 했다.

“...기형아 생길까봐 엄청 걱정했어요. 나이도 많고... 그래가지고 걱정했는데, 다행히 잘... 생겨서. 노산이면은 확률이 올라가잖아요.”(서울B)

“되게 심란해졌어요. 그러니까 처음까지는 그 임신이라는 거에 기뻐가지고 병원에 갔었는데, 이제 12주 넘어가면서부터 이제 여러 가지 검사를 하게 되잖아요. 그러다보니까 막 뭐 초음파 상으로도 심장이 한쪽이 0.4cm 정도 크다고 그러고, 다운증후군 수치도 그렇고, 심장이 그런 것도 다운증후군 아이들이 그런 경향이 있다고 그러고. 계속 선생님도 그쪽으로 연관을 시키는 거예요. 그리고 노령이고. 그리고 고령 임신부고 하니까... 하는 게 좋지 않겠냐.”(서울C)

“(산전 관리에) 좀 지독한 면이 없지 않아 있었던 것도 같기는 한데, 아무래도 불안감 때문에 그랬던 거 같아요. 늦게 낳는다는 불안감.”(경기D)

“아무래도 애기 놓을 때 걱정이 많이 되죠. 저는 자연분만 했거든요. 둘 다 자연분만 했는데, 혹시 둘째는 괜히... 어... 안 되지 않을까 싶어서... 자연분만 안 될까봐 그게 좀 많이 걱정이 됐었어요.”(울산C)

3) 출산 후 관리와 육아

무엇보다도 대부분의 면접참여자들은 출산 후의 산후 관리 및 늦은 회복과 육아에 있어서의 신체적 어려움을 호소했다(서울B, 서울C, 서울D, 서울F, 경기B, 경기D, 울산B, 울산C, 제주B, 제주D). 구체적으로 서울B는 허리가 아파서 치료를 받긴 했으나 아기를 맡길 데가 없어서 더 이상의 치료를 받을 수 없다고 했다. 서울C는 운동을 꾸준히 해서 임신과 출산에는 별다른 어려움이 없었지만 육아에 따른 신체적 어려움이 있다고 했다. 제주B는 회복속도가 느린 것을 가장 힘든 점으로 꼽았고 제주D의 경우는 첫째아를 돌보면서 산후 관리를 했기 때문에 신체적으로 어려움이 있음을 호소했다.

“지금은 허리 좀 아프고, 애기 낳고 나서도 여기 엄청 아팠는데, 정형외과 가서... 갔더니 골반이 비틀어졌데. 그래가지고...(중략) 골반교정을 해준 거예요. 딱 한번 받았는데 너무 괜찮아지고. 그 이후에는 가지고 못 했어요. 애기 봐줄 사람 없어서...(중략) 요즘에는 허리가 되게 많이 아파요. 애기가 움직임이 이제 많아져가지고 움직임이 없을 때에는 그리고 또 몸무게가 작을 때에는 업어 줘도 별로 그렇게 힘든 줄 모르는데, 이제 움직임이 많아지고 ...(중략)... 내가 안보고 있을 때에는 집안일을 할 때에는 업고 일을 해야 돼요. 그래가지고 업고 일을 하면 일 하는 것도 힘든데, 애가 지금 10키로가 넘거든요. 쌀 한가마니 지고 일 하는 거예요. 그니까 허리가 요즘에 너무 아파요.” (서울B)

“나이 먹고 애기 낳고 키우는 게... (서울C)”

“조리원에서는 3주 있고.. 집에서 도우미 2주 했는데요. 몸이 되게 회복이 느렸어요. 저는 건강한 임신 기간을 거쳐서 애기 낳고 나서 회복도 빠를 것이라는 자신이 있었어요. 자만했었어요. 하하하. 그런데... 차라리 이럴 거면 수술을 할 걸... 이런 생각이 들 정도로 애기 낳고 나서 정말 힘들었어요. 회복도 느렸고...” (서울C)

“허리가 아팠어요. 많이 아팠어요. ... 애 낳고 나서가 더 힘들어요... 나는 어저께도 ‘내가 나이 들어서 이렇게 힘든가... 다른 사람도 이렇게 힘든가 나는 왜 이렇게 힘든가’ 그 생각이 들어서 아주 체력이 딸려가지고... 네. 그런 생각이 들더라고요. 모르겠어요. 다른 어... 젊은 엄마들은 어떻게 모르겠는데 나는 되게 힘든데요. 아니면 내가 너무 애한테 너무 이렇게 에너지를 쏟다보니까...너무 애한테 포커스 맞춰서 밥도 안 먹고 애 노는 동안 밥도 잘 안 먹고... 지금도... 맨날 라면만 대충... 지금 한계가 왔어요. 제가요 (중략) 애기... 애기를 그러니까 뭐지 애기 계속 이렇게 막 넘어질까봐 다칠까봐 계속 개만 보고 있다가 잠깐 이제 애 자고 나면은 그때 쯤싸게 젖병 삶고 빨래하고 막 이러다 보면 밥 먹을 시간 없으니까 뭐 이렇게... 그리고 나서 잘 동안 이유식을 막 또 만 들고 이러고 나면 그 자는 시간도 부족... 애 잠깐 한 시간도 부족하니까... 그리고 애 눈뜨고 나서 애 쫓아다니고 다칠까봐.... ” (서울D)

“애기 낳고, 바로 또 제가 아팠어요. 그냥 피부병이 생겼는데 약을 먹어야 된대요. 그래서 그게 간단한 건지 알았는데, 한 두 어 달 약을 먹었거든요. 그래서

그게 지금도 조금은 남아있어요. 그래서 그게 제대로 치료도 못한 거 같고... 애기 키우느라고. 이제 아무래도 관리를 좀 잘 못해가지고...(중략) 애기 키우는 데에도 체력이 많이 달리고, 그리고 체중이 불기도 불고. 그래서 많이 이제 힘들죠. (중략) 그런 거에서 스트레스 좀 받죠.” (경기B)

“늦게 결혼해서... (중략) 제가 결혼을 해서 애기를 딱 낳고 엄마가 연세가 많으셔서 못 봐주시니까 엄마는 엄마대로 속상하니까 “그러게 일찍 결혼하러니까 왜 늦게 결혼해서 이러냐.” (중략) 그니까 어떨 때 막 지금처럼 몸이 안 좋고, 그리고 애기를 누가 잠깐이라도 봐줬으면 좋겠다... 하는 생각이 들 때가 있잖아요. 근데 선뜻 엄마한테 이제 애기도 못하고 이럴 때는... 애기하면 어차피 엄마가 못 봐주는데, 속상하잖아요. 그러니까 그럴 때에는 ‘아... 잠깐이라도 어디 맡기거나 그랬으면 좋겠다.’ 라고 생각이 들고, 산후조리원에서 들어와서 엄마가 봐준다, 그래서 2주 있을까 하다가 1주일만 있다가 왔거든요. 그런데 아무래도 엄마가 힘들어 하시는 거 보면은 아... 조금 그렇다... 라는 생각이 들면서 그래도 일주일 있었던 것도 돈이 또 문제가 됐으니까 1주일 있었잖아요. 그러니까 그게 조금이라도 지원이 되면 더 좋지 않았을까, 생각이 들었어요. (중략) 시부모님들도 연세가 좀 있으시니까 제가 애기를 다 봤거든요? 신랑이 많이 도와주긴 했어도? 그니까 관리는 지금 잘 됐다고는 못해요. (중략) 허리가... 작년에도 그래서 되게 고생을 많이 했거든요. 그러다 지난 주 목요일 날 애기를 업고 막 뛰었어요. 그랬더니 단박에 막 주말에 와가지고, 아예 오른쪽에는 지금 감각이 없어서 월요일부터 지금 물리치료랑 받고 있거든요... 근데 조금 이제 나아지긴 했는데, 이게 감각이 없다가 이제 조금 나아지니까 막 통증이 장난이 아닌 거예요. .”(경기D)

“...혈신 많이 돌아다녔거든요. 애를 임신 하고. 근데 애 출산하고 난 뒤에 이게 몰아서 온다 해야 되나? 그러더라고요. 보니까...(중략) 저는 한... 제왕절개는 한 일주일 정도 입원이거든요. 그래갖고 바로 친정집으로 갔거든요.(중략) 보통 자고 일어나면 피로가 풀린다 이러는데, 거의 그런 풀리는 게 없어요.” (울산B)

“허리가 조금 아파요. (중략) (첫째를) 너무 너무 힘들게 낳아가지고... (중략) 둘째 낳고 나니까 허리가 더 아픈 거예요. 그래서 조금... 애 업고 많이 업고 있

거나 좀 있으면 되게 허리가 아픈 게 느껴져요. 허리... 골반이 틀어진 게 제 스스로 느껴지거든요.” (울산C)

“청소를 하면서 뒤에 징징거리는 아이를 달고서 청소하고 이유식을 주고 반찬을 준비 한다는 게, 쉬운 거 같지만 쉽지가 않거든요. 굉장히 스트레스를 받는 거예요. 내가 사랑을 많이 주고 싶어도 나도 모르게 짜증을 내고 있는 거예요.” (울산D)

“회복되는 게 정말 틀려요... 20대 산모하고, 30, 40 산모는 확실히 달라요. 똑 같이 얘기 놓고 나와도, 음... 못 일어나죠 뭐. 첫 번째 나이 먹은 산모는... 당장에 첫째는 저 딱, 발딱 일어나서 병실로 딱딱딱 걸어 가가지고 이제... 누워있고... 그때부터 이제 몸이 힘들고..... 그래서 그게 아무래도 이제 회복이 빨리 빠리는 안 되는 거 같아요.” (제주B)

“이제 낳고 나서 좀 무리하면서 조리가 제대로 이루어지지 않으니까 아무래도 첫째 때보다는 지금 몸이 되게 많이 아프더라고요. 예. 그래서 ‘아, 이려다 진짜 죽는 거 아닌가.’ 그 정도로 너무 몸이 아픈데, 어, 뭐... 다 제가 키워야 되고, 맡은 일이다 보니 어떻게 할 수가 없는 거예요.” (제주D)

신체적으로 힘든 것 뿐만 아니라 고령 임신이기 때문에 비고령 산모의 부모님과 비교하여 고령산모의 부모님도 고령이 되어 출산 후의 돌봄을 부탁하는 것이 현실적으로 어렵다고 하며 지지 체계의 부재에 대해 토로했다(서울F, 제주A, C)

“제가 나이가 40대가 됐는데, 애 낳았다고 엄마한테 뭐 반찬을 해달라, 애를 봐달라, 이거는 좀 아닌 거 같아요. 내가 성인이 됐으니까 내 애는 내가 길러야 된다는 그런 생각? 제가 좀 젊었으면, 철 없었으면, “엄마. 좀 봐줘. 나 잠 좀 자게.” 그랬을 텐데... 좀 그런 책임감이 있어서 그런지 부모님 부탁하기가 미안스럽던데요? ... 부모님도 이제 칠순이 다 되어 가시는데...” (서울F)

신체적인 어려움 뿐만 아니라 정신적인 스트레스도 크다는 것을 알 수 있었는데 우울감 또한 면접 참여자들 중 일부가 겪는 어려움이었다. 약한 정도의 우울증을 경험하는 경우(경기D, 울산A, 울산C)부터 비교적 심한 정도의 우울증까지 경험하고 있는 서울D의 경우 모두 신체적인 어려움뿐만 아니라 정신적으로도 무척 힘들어 했다.

“인정은 하고 싶지 않지만, 지금 이렇게 돌아보면, 그게 우울증이 아니었나 하는 생각이 들어요. 지금도 막 이렇게 말이 신랑한테는 좋게 안 나오는 거 있잖아요. 얘기하다보면 ‘아, 내가 왜 이렇게 인상을 쓰고 있지?’ 라는 그런 생각이 들어요. 그니까 나도 모르게 이렇게 딱 얘기 하고 나서 ‘어, 저 사람이 왜 나한테 저런 반응을 보이지?’ 라고 뒤돌아서 생각하면, ‘아, 내가 먼저 짜증스럽게 얘기를 했구나.’라는 생각이 들어요. 이제 이게 많이 스스로 다스리려고 하는데도, 아무래도 내 몸이 안 좋고, 내가 피곤하고 막 이러니까 이게 좋은 말이 잘 안 나오는 거 같아요.”(경기D)

“요즘에 조금 우울증 비슷한 게 오는 거 같아요. 이게 조울증도 아닌 것이 한번씩 오는 거 같아요. 한번 씩... 주기가 있는 거 같아요. 첫째 때도 그랬어요. 그래가지고... 예. 한번씩 이렇게 주기가 왔다 싶으면 한번 씩 친정에 갔다가 있다가 오고 그러거든요. (중략) 우울증이 안 올래야, 안 올 수가 없는 거 같아요. 답답하니까 계속 애만 보고 하는 게... 그래서 그런 거 같아요.”(울산C)

“지금은 아주 최악이에요. 아우 나 진짜 최악 정도가 아니라고. 막 죽을 것 같아요. 정말... (중략) 저는 뭐... 얘기 잘 때, 다른 사람들은 잔다고 그러는데 저는 자분 일이 없어요. 요즘에는 최근에 체력이 바닥이 났거든요 제가. 요즘에는 그냥 쉬자 그러고 싶는데, 우울증도 있어가지고... 예호... 머리도 막 심난하고... 미용실도 못 가니까. 막 먹지도... 못 먹지, 못 자지, 머리는 심난하고...”(서울D)

라. 고령 임신부가 체감하는 건강한 출산과 산모의 건강을 위해 중요한 시기

임신 전도 중요한 시기이나 실제적으로 관리를 할 수 있는 시기라는 점에서 임신초기(울산C, 울산D, 제주B, 제주C)와 말기(제주B, 제주C)라고 진술했다.

“정말 계획 임신이 아닌 이상은 애 들어선지 잘 모르잖아요. 저도 첫째 때는 정말 신랑이랑 정신없이 술 마시고... 둘이 술 마시는 거 좋아해서 같이 술 마시러 잘 다니거든요 어디든... 정말 결혼 초에도 친구들 만나서 결혼 했다고 술 많이 마시고 약간 그럴 때였거든요. 술 정말 많이 마셨는데, 그 다음날 보니까 오바이트 하면서 속이 좀 미숙 미숙 하는 거예요. 평소 하던 그게 아니라서 이상하다, 이상하다 싫어가지고 보니까 임신을 한 거예요... 되게 걱정 많이 했었거든요... 그래서 이거는 결혼 전에는, 임신 전에는 정말 계획 임신 아닌 이상은 잘 모르시니까... 초가 조금 중요하지 않을까 싶어요.”(울산C)

“의식이 있다면, 전에 준비를 하는 게 건강한 아이가 들어왔는 데 도움이 되지 않을까. 제가 첫째 때 유산기가 되게 심했거든요. 하혈도 엄청 많이 했고. 그래서 유산방지 주사도 맞았었고. 그랬는데, 그게 초기의 불안함이... 굉장히 커요. 임신에 대한 불안함이나 그런 게 크게 내가 아무 문제없이 애를 수월하게 낳으면, 임신에 대한 두려움은 없었을 텐데, 난 처음부터 좀 많이 벅격대가지고... 따지고 보니까 내가 그만큼 관리를 안했고, 애를 위해 뭔가 준비가 안 되어 있는 상태기 때문에 하혈할 만도 하지, 이런 생각도 했었거든요.”(울산D)

“근데 임신 전에는 말이 그렇지 솔직히 실질적으로 잘 관리가 되지는 않는 거 같아요. 뭐... 영양제를 열심히 먹는다든지 이런 관리가 잘되지 않고... 닥쳐야지 닥쳐서 임신해서 이제 그때부터라도 잘하면 되는데, 실제로 자기 생활습관을 바꾸는 일이 쉽지가 않으니깐... 근데 어쨌든 임신을 일단은 하면 그때부터 이제 관리를 제대로 하면 좋은 거 같아요.”(제주B)

한편, 일부 참여자들은 임신 전이 가장 중요한 시기라고 진술했다. 서울B는 임신 전에 여러 검사들을 무료로 해주는 것이 가장 필요한 지원책이며 교육이 중요하다고 하면서 임신 전이 가장 중요한 시기임을 내비쳤고, 서울C, 경기B, 경기D, 울산B, 울산E도 임신 전이 가장 중요한 시기라고 진술했다. 제주D는 가장 중요한 시기는 임신 전이라고 언급하면서 임신 중에는 병원에서 받는 산전 관리보다도 스스로의 몸 관리와 규칙적이고 영양 있는 식사 등이 더 중요하다고 진술했다.

“임신하기 전이 제일 중요한 거 같아요. 솔직히 기본 몸을 만들어 놓고 임신해야 되니까. 솔직히 유산하기 전에는 그런 걸 잘 몰랐어요. 아 그냥 임신하면 쉽게 이제 배 불러오고, 출산 하겠지... 이렇게 생각했는데, 약은 먹어도 솔직히 거기에 대한 그거는 잘 몰랐으니까. 이제 유산하고 난 뒤에... ‘아 기본 체력하고 몸을 만들어 놔야겠다.’ 이 생각을 하고 만들었었거든요.” (울산B)

“요즘에 그 음주나 흡연문화가 많이 발달 돼 있잖아요. 저는 정말 그 엄마가 진짜 되기 위해서는 자기가 아무리 좋아해도 최하 6개월 전에는 준비를 하는 게 좋다고 저는 생각하거든요. 그런데 엄마들이 너무 자기 멋대로 자기 좋아하는 거, 먹을 거 다 먹고선 이렇게 얘기 갖고 하는 거는 저는 얘기한테 못할 짓 하는 거 같다고 생각해요. 그래서 준비를 시작하려면 최하 6개월 전부터라도 좀 몸 관리 하면서 예... 좀 안정을 취하고 해서 얘기를 갖는 게 중요한 거 같아요...제 주변에서도 그렇고, 제가 겪어봐서는 임신 전이 더 중요한 거 같아요.”(제주D)

“얘기 갖고 나서 (가장 중요한 것은) 몸 관리. 그니까 운동, 규칙적인 운동이라던가 아니면 음식 관리 같은 거...음식 관리... 가려 먹는다고 해야 되나? 좀 얘기한테 안 좋은 음식, 해로운 음식 잘 챙겨 먹고... 아닌거...” (제주D)

마. 정책적 평가

1) 고운맘카드

대부분의 면접 참여자들은 고운맘 카드가 도움이 많이 되었지만 지원액은 부족했다고 진술했다(서울A, 서울C, 서울D, 서울F, 울산A, 울산B, 울산D, 경기A, 경기B, 제주B, 제주C). 서울C는 고령 임신부로서 병원에서 원하는 검사들을 다 받았기 때문에 고운맘카드 정도의 지원은 많이 부족하다고 했고 서울D는 불안한 마음에 더욱 병원을 자주 다녀서 부족하다고 했고 경기B는 양수검사와 제왕절개분만을 했기 때문에 추가 부담이 많이 되었다고 했다. 서울F는 본인은 120만 원 정도 추가로 비용이 들었지만 부담이 없었고 단지 하루에 쓸 수 있는 금액이 정액이 된 것이 불편하다고 하면서, 소득이 낮은 고령 임신부에게는 현재 지원액으로는 충분하지 않을 것이므로 금액을 제한하는 것이 문제라고 했다. 제주B의 경우는 비용상의 이유로 의료진이 원하는 검사를 다 받지 않았고 결과적으로 고운맘카드는 고령 임신부에게 있어서는 임신과 출산에 관련하여 일부만을 지원하고 있다고 평가했다.

“병원에서 남들 하는 검사보다 더 이러저러 검사를 더 많이 요구하고. 실제로 했고. 그리고 더 많이 다녔고. 그 ‘고운맘카드’ 30만원 나오잖아요? 30만원이 었나? 어 그걸로 턱도 없을 정도로. (중략) 그게 병원에서 권장하는 수준만큼 병원에 가려면 부족하고요.” (서울C)

“부족하죠. 저는 조금 조바심도 많고, 걱정이... 그러니까 다른거는 안 그러는데, 애한테 있어서는 너무 걱정이 많아가지고요. 조금만 애기 태동 없거나 이상하거나 하면 찻싸게 병원에 달려갔어요. (중략) 음... 부족하죠. 부족하죠. 다들...”(서울D)

“더 있으면 더 도움 많이 되겠죠. 그만큼 도움 받았죠. (중략) 뭐 계속 병원비는 드니까. 병원비 그걸로 해서 좋긴 좋았는데, 이제 뭐 애기 낳을 때 이런 비용 그런 거는 못했죠. 저희가 했죠. (양수) 검사하고 수술을 했으니까 이제 비용이 더 들잖아요. 그냥 우리가 했죠. 이제 그런 거.” (경기B)

“첫째 때는 기형아검사 하고, 저기 양수검사하고..(중략) 돈이 굉장히 많이 들어 갔었거든요. 그게(고운맘 카드) 있긴 있었는데, 너무 금액이 적었어요. 솔직히 초기에 다 쓰니까...” (울산B)

“저는 이번에 이렇게 진료를 받으면서, 일단은 그 병원의 진료가 거기에서 오라는 대로 진짜 다 나가면, 다 하면 택도 없이 모자라는 거 같아요. 근데 저는 처음에 안 가고 이제 8주에 가고 그리고 검사도 안 하고 했는데도 이제 그래도 어... 저기가 뭐야... 애기 나올 때까지 그... 27만원 정도 이렇게 남아있었어요...(중략)...검사를... 기형아검사가 한 번에 십 얼마 이렇게 뭐 많이 드는데, 그 검사를 안 해서 그나마 남아있던 건데, 그거를 이제 이번에 낳으면서 여기서 썼거든요.....”(제주B)

고운맘카드는 1회에 결제할 수 있는 비용이 정해져 있기 때문에 서울A는 1일 한도액이 설정된 부분에 대한 불편한 점을 말하였다.

“어떤 것들은 그렇게 하면 카드를 나눠서 결제해야 돼요. 고운맘으로 얼마까지... 뭐 3만원이면 3만원 해주시고, 나머지는 이걸로 해주세요... 그런 게 불편했어요.”(서울A)

제주D는 약국에는 적용이 안 되고 병원에서만 적용되는 점에 대한 불만을 언급했다. 반면 서울지역의 일부 산부인과에서는 병원에서 살 수 있는 품목이 많아 적용되는 품목에 관한 지역적 편차가 있음을 알 수 있다.

“약국에서 약을 살 수가 없으니까 병원에서 낳지 않은 엄마들은 그 남은 돈 너무 아까운 거 같아요...(제주D)

“그게 일부 산부인과 같은 데서는 거기서 이제 영양제 같은 것 막 팔아요. 그럼 거기서는 다 쓸 수 있는 거예요.” (서울B)

2) 영양플러스

제주A, 제주B의 경우는 영양플러스를 이용하고 있고 도움을 많이 받고 있으며 현재 만족한다고 진술했다

“주변에 이제 엄마들 중에 받는... 애기들이 받는 경우도 있고, 또 임신부 중에 있어가지고... 예... 그래서 받고 있어서 도움을 되게 많이 받아요... 우유 같은 거는 지금 열심히 먹고 있어요. 모유수유하고, 우유 막 마시고, 또 모유수유하고... 열심히 먹고 있어요.”(제주B)

3) 출산 장려금

경기A는 출산장려금이 근처 지자체에 비해 적은 부분을 아쉬워했다. 또한 출산장려금 외에 자녀보험에 대한 홍보를 하지 않는 부분을 언급하였다.

“그거를 전혀 얘기 설명은 없었던 거 같아요. 따로 어떻게 그래도 그... 그... 그래도 먼저 이제는 얘기를 해줬는데, 기왕이면 뭐 정말 기왕이면 임신했을 때부터 태어보험을 들어주면 정말 감사한거지만 그래도 뭐 아무래도 출산적인 문제니까 그런데 그래도 출생신고를 했을 때라도 그거를 가입하겠는지 안 하겠는지 이런 안내장이라도 줬으면 좋지 않았을까...”(경기A)

울산B의 경우는 지방자치단체의 출산장려금이 별 도움 안 되었다고 진술한 반면, 제주B의 경우 출산 장려금이 다자녀 출산에 효과가 있다고 진술하여 소득에 따라 다르게 느낌을 시사했다.

“(출산 장려금이 도움은) 별로... 10만원... 받아도 그만, 안 받아도 그만이지않아요, 보면... 주니까 받는 거지. 안 주면 그냥 안 받는 그런 수준이니까.” (울산B)

4) 보건소 이용: 엽산제, 철분제 지원

제주B의 경우는 본인의 실수로 지원을 못 받았고, 대부분의 경우는 보건소를 통해 지원되는 것을 인지하고 지원받았다(제주D, 서울B, 서울C, 경기A, 경기C). 경기D의 경우는 보건소를 통해 철분제와 엽산제를 지원 받았으나 더 좋은 것을 주변에서 추천받아 사서 복용했다고 했다. 또한 지역별 차이가 있어서 지원받는 정도가 달랐음을 알 수 있다. 서울 지역의 임신부들은 접근도가 더 커서 서울C는 미네랄 검사 등 각종 검사를 보건소를 통해서 실시했고 교육도 받았다고 했으며 모두 효과적이라고 긍정적으로 평했다.

“...(지원받을 수 있는 것 등) 보건소가면 다 알려줘요... 아니 뭐 설문지에도 나오고, 산전 체크하라고 문자 같은 것도 오고...”(서울B)

“첫째 때는 강남 쪽에 살았는데 거기서는 초음파도 다 봐줬었어요... 둘째 임신했을 때는 대전에서 유성구 살았는데, 거기서는 초음파 이런 거 안 봐주고.”(서울B)

대부분의 면접 참여자들은 보건소를 잘 이용했으나 예외적으로 서울E와 울산B의 경우는 보건소를 이용하지 않았는데 울산B의 경우는 보건소가 멀고 교통이 불편하다는 이유로 보건소를 이용하지 않았다고 했다.

“보건소는 솔직히 너무... 여기서 너무 멀어요. 그러니까... 이왕 차타고 가는 거 병원가자 그래갖고... 그리고 교통편이 너무 안 좋으니까 그쪽엔 안 가게 되더라고요. (울산B)

5) 난임 지원

서울C와 서울D는 보건소를 통해 난임 지원을 받았다. 서울C의 경우는 어머니의 권유를 받고 보건소에서 지원한다는 사실을 친구로부터 듣고서 신청했고 배란촉진제를 복용하다가 체외수정을 첫 시도에 성공하여 출산을 했으며 보건소에서 절차도 잘 되어 있어서 신청하고 바로 지원을 받았다고 했다. 특히 병원에서 보건소로 검사 결과도 바로바로 연결되었기 때문에 여러 가지로 편리했다고 했다. 서울D의 경우는 인공수정을 3번 시도한 후 체외수정을 1회 시도하여 출산을 했다. 두 경우 모두 지원을 받았으나 자기부담도 어느 정도 컸다고 했다. 구체적으로 서울D의 경우는 약 200만 원 정도의 자기 부담금이 있었다고 진술했다.

“처음에는 어... 그 별 이상은 없다고 그러시고 배란만 좀 촉진하면... 그래가지고 약을 먹었었죠. 그래가지고 자연 임신 시도했었는데, 그게 잘 안 됐었어요. 그리고 약을 이렇게 먹으니깐 그 다음 달부터는 나이도 상관있나 보더라고요. 난자가 안 자라는 거예요. (중략) 그래가지고 의사선생님이 그 뭐 인공수정 하려고 했었는데, 이렇게 되면 난소가 너무 무리가 간다고 그러셔가지고. 한 번 고민해보라고... 시험관을 고민해보시라고 그러더라고요. 그래서... 거의 고민 없이 나이가 있으니깐... 그냥 빠르게 하는 방법으로 그냥... 결정해서 하기로 했죠.”(서울C)

“시험관 비용도 저는 솔직히 되게 조금 들었어요. 그랬는데 국가에서 140만원을 지원하잖아요? 그런데 오히려 그렇게 되면서... 그 본인이 그거에 대해서 자세히 알고, 의사랑 상의를 해서 ‘저는 그거는 안 하겠습니다.’ 라고 말하지 많은 이상은 병원에서 뭐든 쓸 수 있는 약은 다 하는 거예요. 그러니까 거의 그 약값에서 차이가 많이 나더라고요. 그런 것도 좀 해결이 돼야 될 거 같아요.”(서울C)

바. 정책적 욕구

1) 정부 지원

대부분의 면접 참여자들은 각종 검사들로 인해 고령 임신부는 다른 임신부들에 비해 비용이 훨씬 많이 들어간다는 것에 공감하며 이에 대한 정부 지원을 원했다. 특히 서울A, 서울C, 경기D, 울산A, 울산B, 울산D, 울산E, 제주A, 제주B, 제주C, 제주D의 경우는 다른 임신부들과 차등하여 보다 액수를 많이 지원하는 것을 원하고 있다. 단, 서울C는 소득 수준과 고위험 수준에 따라서 차등하여 지원해 주어야 한다고 했다.

"당연히 많이 지원해 줘야죠. (연구자: 그럼 어느 정도 많이 지원해 줘야 한다고 생각하세요?) 그러니까 애 검사하는 비용은 전액 해줘야 한다고 생각해요. 약간 더 들어가는 거니까." (서울A)

"첫째 때도 보통 이제 나이가 적으면 검사할 게 많이 없는데, 나이가 많으니까 검사할 것도 많고, 그리고 또 저는 첫째 때 솔직히 뭐라 그러나... 배란 주사라 해야 되나? 임신이 이제 제대로 그게 안 되니까, 자리를 제 때 못 잡으니까 배란 주사를 맞아야 된다고 하더라고요. 그것도 가격이 만만치 않더라고요, 보니까. (중략) 저처럼 배란 주사 맞고, 양수검사 하고, 기형아검사 하고... 나이 많으면 솔직히 그런 검사를 다 권하는 거예요. 선생님이... 그러니 안 할 수도 없고... 겁을 주시니까..." (울산B)

"저는 그게 고령이기 때문에 더 지원을 해줘야 되고 이런 생각보다는 그냥 수준에 따라서 더 해줘야 되는 이런 생각... 해주면야 좋죠. 특히 고령 임신부... 왜냐하면 만약... 저 같은 경우에도 저번에 다운 수치가 나온다고 하면 다른 병원에서 또 한 번 받고 싶고 이려는 거 있잖아요. 같은 검사 내용을 가지고 다른 병원에서 또 초진 검사 할 수 있고... 또 대학병원에 가서 또 검사 해봐야 되고 그러니까..." (서울C)

반면 서울B는 고령 임신부에게 비용이 추가되는 기형아 검사나 양수 검사 같은 검사는 그 자체에 문제가 있기 때문에 고령 임신부도 반드시 받을 필요가 없고 따라서 100만 원 정도를 모든 임신부에게 지원해 주면 좋을 것 같다고 진술했다. 서울D는 임신 중 태아의 기형아 검사 및 유전자 이상 검사를 무료로 실시해 주는 것이 가장 우선적으로 지원해야 할 정책이라고 했다.

앞에서 언급한 고운맘카드 사용에 있어서 불편한 점들의 개선에 관해서도 의견이 있었는데, 울산C의 경우에는 고운맘카드를 쓸 수 있는 기간을 늘려주면 좋을 것 같다고 진술했다. 또한 하루에 정해진 금액만큼만 결제할 수 있도록 되어 있는 고운맘카드의 일일한도액을 폐지했으면 한다는 제안도 있었다(서울E). 검사비가 한도액 이상으로 나왔을 때 여러 번에 걸쳐 다른 카드로 결제해야 하는 번거로움에 대한 언급이었다.

“고운맘카드’가 출산 후 한 달 까지만 쓸 수가 있더라고요. 꼭 한 달이라는 기간을 정할 필요가 있을까 싶어서... (기간을) 무제한은 아니더라도, 한 3개월이나 100일 정도까지 맞춰서 하면 그것도 괜찮을 거 같다는 생각이...” (울산C)

“차라리 어떤 항목에 제한을 두더라도, 한도 제한을 없애면 좀 편하지 않을까... 일단 카드 두 번 결제 하는 게 불편하니까...”(서울E)

한편, 울산E는 고령 임신부에게 가장 중요한 것은 검사라고 말하며, 양수검사의 비용을 할인해주는 정책이 필요하다고 하였다. 비슷한 관점에서 제주C 역시 고령 임신부에게 제안되는 양수검사 비용을 포괄할 수 있도록 고운맘카드의 지원액이 2배가량 높아져야 한다고 진술했다.

“산모 입장에서는 어떤 검사 있는지 모르잖아요. 다만 그러니깐 병원에서 하라는 대로 다 한단 말이예요. 근데 양수검사 같은 경우는 제 의지대로 안 한거란 말

이예요. 근데 일반 사람들은 하겠죠? 일반 사람들... 이제 저 같은 경우는 ... 기형아 상관없이 낳을 거기 때문에 검사 안 했기 때문에 그 검사비가 안 들었음에도 불구하고, 약간 부족했어요. 근데 일반 사람들은 정상인으로 태어나지 않은 거에 대한 두려움 때문에 검사하는 사람 많을 거예요. 제 주위에도 검사한 사람 많았거든요. 그니깐 그 검사까지 하면 더 오버된단 말이에요. 그래서 '고운맘카드' 금액을 차등으로 줬으면 좋겠어요.”(제주C)

또한, 불임지원 연령 확대 제안도 있었다. 경기A는 불임지원에 여성은 연령 제한이 있는 것을 지적하고, 연령 제한을 없애야 한다고 하였다.

정부지원의 경우 무엇보다 홍보의 필요성을 제기했다. 보건소에서 지원되는 엽산제 및 철분제는 보건소 이용 경험이 있거나 출산 경험이 있거나 보건소 이용 경험이 있는 사람을 아는 경우에만 이용했다. 서울B, 제주C의 경우 보건소에서 엽산제 및 철분제를 지원하는 현시점에서는 보다 홍보를 많이 해서 많은 사람에게 알리거나 보건소뿐만 아니라 일반 산부인과에서도 무료로 제공하는 것도 좋다고 했다. 실제로 제주D는 첫 임신 때에는 몰라서 지원을 못 받고 자비로 사서 복용하고 이번 둘째 임신 때만 지원 받았다고 했고, 제주B는 원래 알고 있었지만 깜박 잊어서 자비로 사서 복용했다고 했다. 서울C 역시 임신이나 출산 경험이 없는 경우는 보건소에서 지원받을 수 있다는 정보 자체를 알기 어렵다고 하며 병원에서 똑같이 지원하는 것이 좋을 것 같다고 말했다. 이와 함께 서울F의 경우에는 보건소의 이용을 장려하는 것도 필요하다고 했다.

“임신 안 해보고 그런 사람들은 아마 모를 거예요. 보건소에서 철분제 이런... 엽산 이런 것 준다는 것도. (중략) 그냥 일반 산부인과에서도 엽산이나 철분... 주게 했으면 좋겠어. 똑같이 보건소를 가나... 왜냐하면 우리 지금 예방접종도... 선생아 보건소에서 하나 소아과에서 하나 똑같이 무료로 해주잖아요. 그러니까 선택하게. 보건소... 이 보건소가 먼 사람은 보건소를 안 갈수가 있어요. 그러니까 가까운 산부인과 갈 수 있고, 가까운 소아과 갈 수가 있잖아요.”(서울B)

“차라리 보건소에서 그런 홍보를 잘 해서, 고령 임신부들에 대해서 따로 저렴하게 받을 수 있도록 보건소를 통하면... 병원비 자체를 지원 하는 거는 아무래도 좀 어려울 것 같고. 보건소를 통해서 그런 고령 임신부들이 작은 비용으로 필요한 검사를 진행할 수 있도록 해주는 것도 방법이지 싶어요.”(서울E)

“만약에 세수도 생각을 해야 되고, 오히려 그거는 늘어났는데... 낳기 전에는 산모만 건강하면, 웬만하면 보건소에서 다 해주고 하니까... 제가 봤던 돈 내고 했던 몇 가지 검사들 중에는 보건소에서 그냥 할 수도 있었었는데 제가 했던 것도 좀 있더라고요.”(서울F)

2) 인식 변화

서울B는 배우자의 출산과 육아 과정에서의 참여를 독려하는 사회 분위기와 직장 문화를 만드는 것이 중요하다고 했다. 서울C도 고령 임신에 대해 무조건 부정적으로만 바라보는 사회 분위기가 바뀌어야 한다고 했다.

“아빠를 야근을 많이 시키는 그런 사회 분위기가 안 되면 좋을 것 같아요. 그런 사회 분위기잖아요. 우리 문화는... 한국은 참 야근이 이렇게 상습적으로 행해지는 사회 분위기 때문에 아빠들이 집을 빨리 안 들어와요. 그러면 이제 출산율이 떨어지고, 또 가정불화도 생기고 그렇게 되는 것 같아요. 아빠가 조금 집에 빨리 빨리 들어오는 그런 분위기가 되면 출산율도 올라가고 또 가족관계도 더 좋아지고 ... 그게 제일 좋은 것 같은데 저는. 집에서 이제... 임신 스트레스 배우자가 이렇게 많이 도와주고 그러면 훨씬 덜 하고 육아 스트레스도 덜 하고 그러니까... 그게 가장 중요한 것 같아요. 내가 세 아이를 딱 임신 하면서... 자기 남편이 도와주는 게 제일 낫지 뭐...”(서울B)

“임신을 계획했었고 전부터 몸을 건강하게 만드는 게 중요하다 이렇게 언니한테 듣고 그러가지고 그 전부터 노력을 했었던 부분이 컸어요. 그렇게 때문에 임신 기간도 큰 탈 없이 했다고 생각이 들고, 출산까지는. 그런데 그... 지금도 많이 잘하고는 있지만 사회적인 분위기가 고령 임신이기 때문에 문제가 있다, 뭐 검

사를 더 해야 된다, 그런 분위기 있잖아요. 그런 거 보다는 차라리 그냥 엄마 들한테 임신이 늦어졌으니까 어떤, 어떤 생활패턴이라던가... 여자들 솔직히 그런 게 중요하잖아요. 그런 거를 그냥 교육 시키는 방향으로... 그런 게 있으면 좋겠어요. 진짜 고령이라고 딱 박아버리면, '아. 그러면 하나만 낳고 말아야지.' 이런 생각 할 것 같아요.”(서울C)

제주B의 경우 역시 고령 임신에 관해 긍정적인 생각을 가지고 이에 대한 사회적 인식의 변화가 필요함을 지적했다.

“임신 전에는 고령 임신해도 건강하게 잘 낳을 수 있다는 사회적인 분위기를... 인식의 변화하고 그 주변에서 정말 막 좀 많이 도와주시면 좋을 거 같아요. 주변 사람들도 '아휴. 나이가 먹어서.' 이렇게 생각하지 말고...(중략)... 그니까 주변에서 어쨌든 이렇게 잘 낳을 수 있다... 뭐 '나이도 먹었는데 뭐 하나면 됐지.' 이렇게 생각하지 말고, 만약에 괜찮으면 최대한 낳을 수 있는 만큼 낳을 수 있도록 좀 주변 사람들의 인식변화가 좀 있어야지 될 거 같고요. 그리고 막 사회적으로 막 너무 무서운 사건, 사고만 만날 뉴스에 나오고... (중략)... 청소년이 할아버지 때렸다, 이런 거 나오는데 그게 아니라, 할아버지가 청소년을 잘 타이르신 거다, 청소년이 그렇게 그러면 안 된다. 이렇게 그렇게 그 뉴스가 나와야지, '요즘 청소년 무섭다.' 뭐 이런 식으로 나오니까... 이걸 진짜... 하하하 그러면 더 못... 개도를 못하잖아요. 그러니까 그렇게 듣기에만 혹하는 그런 거 말고, 지금 어떻게 가야지 잘 가는 건지, 어르신이 그렇게 아이들한테 이렇게 하는 거는 잘하는 거고, 이제 아이가 육해가지고 이렇게 하는 거는 이거는 잘 못한거다. 그렇지만 이제 청소년기에는 뭐 잘못할 수 있으니까 애네는 이렇게 뭐 잘 개도해가지고 하자, 이런 식으로 뉴스가 나와야지... 담배 핀다고 뭐라고 했다고 때렸다고 그래서 '요즘 청소년들 무섭습니다.' 뭐 이런 식으로 하고.....” (제주B)

3) 교육

고령 임신부에게 있어서 필요한 정책으로 제주B는 임신 전후의 교육이 중요하다고 했으며 서울C는 정부가 우선적으로 고령 임신부에게 지원해

야 할 것은 건강 및 영양에 관한 교육이라고 했고 경기B와 울산B의 경우도 임신과 출산에 관한 전문가로부터의 교육이 필요하다고 했다. 서울D의 경우도 임신, 출산, 육아 등 모르는 것이 많아 불안감이 컸고, 이러한 이유로 임신 시에는 병원을 자주 갔었고 현재도 그렇기 때문에 교육이 가장 필요하다고 했다. 울산C의 경우는 이러한 이유에서 교육을 많이 받았고 많은 도움이 되었다고 진술했다. 서울F도 임신, 출산, 육아에 대한 교육이 필요하다고 하며 주변의 임신부들은 나이가 적어서 사귀는 것도 어렵고 유용한 정보는 얻기가 특히 어렵다고 했다.

“애를 딱 낳았을 때 정말... 내가 잘 못 하면 안 되는데... 아무튼 그거는 겪어봐요. 겪어보셨을 수도 있는데 정말... 무지한 상태에서 애를 키워야 되는데 막... 그런데 내가 지금 잘 못하면 안 되잖아요. 무섭고. 무섭고 공포스럽고 그래가지고 그때 너무 많이 울었어요. 애 안고... 애 울고.. 애도 막 울고. 애도 나도 같이 막 울고. 어떻게 해야 될지를 몰라가지고. 무섭고 막. (중략) 이게 좀 더 잘... 이게 뭐지? 문제없이 장애나 이런 것 없이 잘 클까... 사실은 그 그... 그것도 가장... 네. 그것도 너무... 그게 가장 큰 스트레스였죠. 왜냐하면 모르니까. 잘 크고 있는 건지 어찌는 건지... (중략) 그... 애를 딱 낳았는데, 애기가 어떻게 안아야 되는지, 분유를 어떻게 줘야 되는지, 그거를 전혀 모르겠는 거예요. 그리고 애기는 막 가끔 가다가 이렇게 손을 이렇게 막 떨더라고요. 눈도 약간... 어떻게 뻤더라 눈이? 애기 낳으면 좀 이상한 것 있잖아요. 나 생각이 안 난다. 그런데 그니까... 막 정상적인 행동... 반응인데 그게... 나는 애를 막 자지러지고 그러는데 어떻게 해야 될지를 전혀 모르겠는 거예요. 막 누가 뭐 물어보지도 못하고. 그런데... 그걸 또 친구한테 전화를 하면은 애기를 원래 그러한다고. 애기 원래 손 떠다고. 그래요. 그리고 뭐 그런 그런 것들을 있었는데... 그때 되게 힘들었거든요? 근데 나는 이제 불만이 뭐냐면... 그런 거를 구형이나 이런데서 좀...출산 전에...” (서울D)

“그런 거는 좀 필요했어요. ‘다산콜센터’처럼 어떤 거는 어른들이 먹으면 안 된다고 하는 음식들이 있고, 인터넷 뒤져보면 좀 먹어도 괜찮다는 음식들이 있고, 좀 헛갈릴 때가 많잖아요. (중략) 그래서 모유수유를 하고 있을 때 먹는 약이라

던가, 파스라던가 이런 것들을 좀 그때 그때 좀 물어보고 싶은 게 많은데, 병원가가지고 물어봐야 되잖아요... 마땅히 물어볼 데가 없어요. 음식도 마찬가지로. 책을 사다가 미리미리 보긴 하지만, 그때 그때에 그런 사항을 좀 물어볼 수 있는 데가 있으면 좋을 것 같아요. 콜센타나 상담전화처럼... 그런게 있으면 좀... 하지 않을까...(중략) 제가 요가... 임신부 요가에서 알게 된 엄마들이 좀 있는데, 나이 차이가 조금씩 좀 나기도 하고... 또 정보라고 하더라도 다들 초산이니까 잘 모르고, 또 요즘엔 친정엄마들이 애들을 키워주더라고요? 그래서 젊은 엄마들 같으면 애를 둘째, 셋째를 낳아도 잘 모르더라고요. 자기가 직장 다녀버리고 첫애는 뭐 이런 식으로 해버리니까. 잘 몰라요. 모르고... 음... 정보 공유 라기 보다는 서로 안 좋은 거... 뭐랄까... 어디 물건이 좋은가...(중략) 양육에 대한 정보, 책에 들어있는 거는 제가 공부를 하지만, 급할 때 있잖아요. 갑자기 당황스러울 때에 전화를 해서 뭐 얘기가 열이 난다 던가 할 때 뭐 물어볼 때 있잖아요. 급하게 생각 안 나는 부분이 있잖아요. 아니면 또 이제... 하이트ن 요즘은 다 따로따로 애들을 키우니까 좀 모르는 것들이 많아서 그런 거 좀 물어볼 수 있는 콜센타가 있으면 좋겠어요.”(서울F)

“정확한 정보가 없어서 사람들이...그냥 이렇게 자기 생각대로 주변에서 말 듣고, 그리고 제가 이제 산부인과 가서 앉아있으면, 저한테 많이 물어봐요. 저도 물어보고. 그런데 서로 몰라요. 그니까 그런 이제 근데 의사선생님이나 이제 그런 전문가들이 얘기를 할 때에는 우리가 원하는 답은 안 주시고, 이게 좀 그... 의사선생님의 입장에서 아... 이건 병이다, 안 병이다, 이런 식의 논리로 얘기를 하시니까, 우리는 이런 제품을 쓰면 좋을까? 이런 여러 가지... 디테일하게 이런 거를 몰라서... 그게 좀 답답하더라고요. 임신 기간 중에. 그런데 그... 태교를 해야 되고, 어찌고 저찌고 할 게 너무 많은데, 그런 거를 컴퓨터 들여다보고 그게 너무 힘이 들잖아요. 그런 것들 하고 이제 뭐 비용적인 것도 그렇고. 그런 교육프로그램이나 그런 게 좀 쉽게, 쉽게 찾아볼 수 있는 그... 이제 사람들이 또 직장 많이 다니니까 인터넷 공간에서 쉽게 정보를 좀 알 수 있고, 그리고 그런 비용들이 잘 모르는 사람들은 돈을 좀 많이 쓸 수가 있잖아요.”(경기B)

“저는 임신하고 출산에 관한 교육이 좀 많았으면 좋겠어요. 솔직히 너무 무지한 상태에서 임신하고 출산하고 뭐 이러니까. 그리고 나중에 출산을 하고 육아를 하니까 너무 좀... 모르는 게 너무 많으니까. 뭐 어떤... 예를 들어서 뭐 이런 교육도 저 같은 경우에도 제일 큰애가 그런 예를 알았으면 빨리... 더 빨리 갔을 건데, 그걸 모르는 상태에서 육아를 하다보니까...(중략) 친구가 아무리 얘기

해줘도 ‘내 애는 그렇지 않다.’ 이런 식으로 나오니까... 솔직히 반박을 하게 되잖아요. 친구가 아무리 얘기해줘도. 근데 전문가가 얘기해주면 그래도 사람들이 듣게 되잖아요.” (울산B)

“교육도 되게 중요한 거 같아요. 교육을... 또 인터넷으로 찾아보면 다 나올 거 같지만, 그래도 막상 직접 듣는 강의가 도움이 저는 되게 많이 들었거든요. 그래서... 보건소에서 하는 거나 그런 거 많이 듣고... 또 뭐 문화센터나 이런 것도 많이 했으니까... 그런 게 저는 되게 중요했던 거 같아요.” (울산C)

“괜히 준비만 열심히 하다가 또 막상 임신이 잘 안 되고 그러면 또 스트레스를 더 오히려 많이 받고 그러니까... 교육을 받는 거는 되게 좋은 거 같아요.”(제주B)

“...제주도는 아무래도 육지랑 다르게 그런 것들이 많지가 않아요. 그 교육 같은 부분이. 육아교육이라던가 아니면 뭐 박람회라던가 이런 게 없기 때문에, 좀 그렇게 접하기가 쉽지가 않아요. 간간히 그냥 병원에서 조금씩 하는 거? 그런 교육이나 좀 받고... 아니면 보건소에서 가끔 뭐 얘기 날기 전에 어 뭐 턱반이 같은 거 만든다, 이런 정도 해가지고... 육아 얘기 조금씩 하는 그거 외에는 그냥 많지가 않더라고요.” (제주D)

4) 산후 관리

제주B의 경우는 산후 조리에 대한 어려움에 대해 길게 언급했다. 실질적인 육구와 함께 본인이 겪고 있는 우울증에 대해서도 산후 조리원 생활이 도움이 되며 고령 임신부를 돌볼 부모님도 나이가 많으셔서 돌보아 줄 수 없기 때문에 산후조리원이 필요하고 그에 대한 지원을 정책적으로 지지해 주기를 원한다고 호소했다.

“...애기 낳고 나서 조리를 해 줄 분이 없더라고요. 그러니까 좀 젊을 때는 친정엄마가 이렇게 해 주실 수 있고 그랬는데, (중략) 엄마들이 서른다섯 넘으면, 친정엄마들이 대부분 60 후반이나 막 이렇게 되다 보니까, 막 70 초반, 막 이러

면 그러면 그 분들도 건강이 안 좋은 경우도 있고 그러니까 그 조리를 해줄 분이 없으니까 이렇게 기관에 와가지고...(중략)...너무 비용도 솔직히 부담이 많이 되고요. (중략) 나이 30대 중, 후반 이렇게 되는 엄마들은 힘들더라고요. 모유도 잘... 좀 덜 나오고, 회복도 더디고. 그러니까 예... 그게 좀 그런 거 같아요. 그래서 일단은 나이 많으신 분들은 좀... 이제 이렇게 조리를 할 수 있는 그런 실질적인 그게 되게 많이 필요할 거 같아요. (중략) 조리를 할 수 있는 그런 데가 있었으면 좋겠어요. 그니까 국가에서 이렇게 지원을 해서 (중략) 아주 전문적인 지식이 있는 데에서 조리를 좀 뭐 1주일이나 뭐 아니면 열흘이든 이렇게 할 수 있는 그런 게 있었으면 좋겠어요. 그게 되게 현실적으로 필요하더라고요. (중략) 심리적으로도 그 시간에 안정이 돼야지 될 것 같고요. 그리고 그 이제 몸도 그때 회복을 좀 해야지 좋은 거 같아요. 그 시간에 잘 회복하면 정말 오히려 안 좋았던 데도 좀 더 좋아질 수도 있고, 이렇게 돼서...어쨌든 그때 관리를 잘 하면, 그 이후의 삶의 질이 되게 좋아질 수도 있는데.....”(제주B)

비슷한 이유로 하루에 몇 시간이라도 아이를 돌보아주는 서비스를 원하는 경우도 있었다(서울A, 경기A).

“음... 아이를 돌봐주는 사람들이 하루에 세 시간 씩이라도 우리 집으로 오는 것. ... 돈도 돈이지만 이게 하루에 몇 시간만이라도 정부에서.... 와주는 서비스는 힘들겠죠?”(서울A)

“아이라도 봐줄 수 있는... 지금 오전에 애만 있어가지고 병원에 갈까 생각 하는데, 애가 또 있으니까 병원도 못 가게 되거든요. 정말 나중에 누군가에게 부탁을 했는데, 그 누군가도 그리 만만치는 않잖아요.”(경기A)

제주D는 고통 임신부 중에서도 돌보아야 할 자녀가 있는 경우 산후 관리를 위한 아이돌보미 서비스가 추가로 지원되어 다른 임신부들보다 우선순위를 주어서 산후 관리를 잘 할 수 있도록 정부가 지원해주면 좋겠다고 진술했다.

“...둘째다 보니까 애기 어린이집을 보내고 어디 맡아서 해 줄 사람이 없기 때문에, 그렇다고 도움이 부를 수 있는 상황도 아니고. 그래서 일주일만 하고 나서 엄마가 오셔서 해 주셨는데, 그래도 엄마도 길어야 한 달 있었나? 가시면서 혼자서 이제 둘째 보고, 첫째 어린이집 보내면서 애 같이 보고 또... 그런 상황이었어요. 그래서 뭐 막 요즘에 진짜 몸이 너무 아픈 거예요. 손목이며, 무릎까지도 막... 무릎 구부리지를... 무릎 구부리는 거 있잖아요. 그거 무릎 꿇고 앉는 거 자체가 막... 예. 그래서 정말 제가 죽을 거 같아가지고 한의원을 간 적도 있어요. 한의원 가서도 이제 애가 있다 보니까 침을 편하게 맞을 수도 없고. 진짜 딱 15분 침만 맞고 온 적도 있고. 너무 힘들어서... 예. 그런 게 있더라고요. 애기 낳고도 그 후에 이제... 첫째 있는 분들도 있겠지만, 둘째인 경우는 더 힘드니까 그런 것도 조금 어떻게 좀...잠깐 뭐 한 시간이면 한 시간, 이렇게 봐줄 수 있는 분들, 집에 오시던가 아니면 그 기관에 맡길 수 있다던가... 이렇게 해서 좀 그런 것도 해주셨으면 좋겠고... 관공서 같은 데에서도 이런 애기들 처리할 때, 고령 임신부 먼저 좀 우선순위로 이렇게 좀 해결... 처리해 줄 수 있는 부분?.....이제... 다자녀 가정도 있고, 그리고 고령인 엄마 먼저 좀 이렇게... 처리해서...” (제주D)

보건소의 산후 도우미 서비스를 이용하고 싶은 욕구가 있었으나 고용보험료 기준 때문에 사용하지 못한 케이스도 있었다(제주C). 이 사례자는 고령 임신부에 대해 산후도우미 서비스를 이용할 수 있는 기준을 완화하는 것을 제안하였다. 경기A는 구체적으로 바우처를 제공하는 방안을 제시했다.

“39세 뭐 이후에 아이를 낳은 사람들은 바로 6개월 이후에 병원 가는 거를 딱 해주고. 정말 티켓처럼. 부인과, 산부인과... 부인과 쪽으로 병원을 딱 이렇게 출산 후에 뭐 2년, 3년 안에 뭐 1년에는 뭐 자궁 쪽을 보고, 2년에는 뭐 보고 이렇게. 수유 한 사람 같은 경우도 유방암 나올 수도 있으니까 그런 거라든지, 이런 거 있었으면 좋겠어요.”(경기A)

5) 기타

경기D는 고령 임신부를 포함하여 임신부를 위한 운동할 수 있는 여건이 만들어졌으면 좋겠다고 했다.

“고령 임신부... 만이 아니라 임신부를 위해서 조금 그니깐... 뭐라 그럴까... 운동할 수 있는 여건이라든지, 그 그런 여건을 좀 많이 만들어 줬으면 좋겠어요. 그니깐 저 같은 경우는 수영장이 참 가까워요. 그래서 수영장을 갈 수 있으면 가면 좋은데, 그 임신부를 위한 그런 프로그램들이 없어요. 근데 조금 멀리 가면 있더라고요. 비싸고. 그러니깐 그런 운동 할 수 있는 기회. 그리고 아. 막 산책 같은 게 좋다. 걸어야 된다. 그러는데 대부분 요즘 다들 맞벌이하잖아요. 근데 그게 그 시간대가 참 활용할 수가 없거든요. 그러니깐 뭐 어떨게든, 그렇게 해서라도 조금이라도 이렇게 출산을 장려하고 싶은 의미라면, 그런 게 조금 프로그램화가 되어 있어가지고 하면은 아무래도 조금 몸을 움직이고 이러면 좀 건강도 좋아지면서 그니까 뭐지, 생각도 좀 좋아지지 않을까요? 예. 그리고 애기 낳아서도 그런 정책이 좀 있었으면 좋겠어요. 그래서 지금 제가 다니는 데는 그런 프로그램이 없는데, 여기 성남중앙도서관 쪽에 여성회관에는 엄마가 수영하는... 그니깐 엄마가 거기다가 뭐를 수강을 하면, 그 앞에 어린이집이 있는데, 거기서 이제 애기를 잠깐 잠깐 봐준다고 그러더라고요. 그니깐 비용은 이제... 싸요. 시간당 1800원이긴 한데, 비용을 지불하기는 해도 봐준다고는 하더라고요. 그래서 이제 그거를 좀 알아보려고 하는데, 그런 데가 좀 많았으면 좋겠어요. 예. 그러면 엄마들이 그니깐 애들만 양육 집에서 하는 엄마들도 스트레스가 좀 줄어들고, 그러지 않을까... 그니까 제일 문제는 애기 낳고서 이제 아픈 거. 갑자기 일이 생겼을 때 봐줄 사람이 없다는 건데, 그럴 때 좀 도움을 줄 수 있는 시설이라든지 정책이 있었으면 참 좋겠어요.” (경기D)

고령 임신부라는 것이 체감되는 것은 나중에 아이가 컸을 때라고 진술했던 서울F의 경우는 그러한 시점에 학비 등의 지원이 필요할 것이라고 했다.

“오히려 문제가 되는 게, 은퇴시점이 됐을 때, 중고등학생이 되었을 때 이제 부모님들이... 그런 아이들을 이제 어떻게 교육하느냐... 그 부분이 저희는 나중에 문제가 발생할 것 같아요. 지금은 문제 발생하는 게 없고, 정부에서 그런 혜택이나 뭐 돈들을 준다고 한다면, 이런 공돈처럼 받아쓰고 지금 당장은 좋은 거 같은데, 진짜 우리가 도움이 필요로 할 때는... 부모는 뭐 일자리는 없고 나이는 많아서 고용은 안 되는데 애들은 학비를 필요로 할 때. 그때가 그 고령 임신부들한테 좀 사회적으로 도움을 줘야 되는 거 아닌가 싶은 거거든요...”(서울F)

제주C는 이 외에도 몇 가지 제안을 하였는데 구체적으로 임신부는 단축근무가 가능하도록 하고 출산휴가나 육아휴직 기간에는 청년인턴을 고용하여 job sharing이 가능하도록 하는 방안과 산후조리원 비용을 연말정산 시 소득공제를 해 주는 방안이다.

“그게 현실적으로 될지는 모르겠지만, 그 부분이 필요한 거 같아요. 임신부와 지금 그... 청년들의 직업창출에서 두 가지 효과를 볼 수 있는 게 그거 같아요. 그니깐 임신부에게 업무시간을 단축시켜 주는 거예요.”(제주C)

심층 면접의 결과를 요약해 보면 참여자들의 대부분이 스스로 고령 임신이라는 인식을 처음부터 갖고 있지는 않았지만 주변의 반응들로 인해 처음 인식하게 되고 출산 후의 어려움으로 인해 고령 임신에 대해 체감함을 알 수 있었다. 이들과의 심층 면접을 통해 고령 임신부들이 고령 임신을 하게 된 배경과 임신과 출산과 양육의 과정 속에서 겪고 있는 여러 가지 어려움, 그리고 이에 따른 다양한 정책적인 욕구들에 대해 파악할 수 있었다. 이들의 이러한 실태가 반영된 제도적인 장치를 고안해야 할 필요성이 있음을 알 수 있었다. 본 연구의 뒷부분에서는 이러한 사항들을 고려하여 구체적인 정책적 제언을 하고자 한다.



제7장 고령 임신부 정책 관련 전문가 조사

제1절 연구 방법

제2절 연구 결과



7

고령 임신부 정책 관련 << 전문가 조사

제1절 연구 방법

1. 연구 방법

고령 임신부를 위한 정책적인 제언을 위해 본 연구는 전문가들의 고령 임신부의 정의와 기준, 관련 정책에 대한 평가와 제언과 관련하여 집단적인 판단을 도출하기 위해 변형된 전문가 조사방법을 적용하였다. 전문가 조사 중에 가장 흔히 사용되는 델파이(Delphi) 조사방법은 정책대안을 개발하고 그 결과를 예측하기 위한 주관적이고 직관적인 방법으로 패널의 직접적인 토론을 구조화된 설문지의 형태로 대체하여 직접 토론의 현실적인 어려움과 직접토론에 따른 약점을 보완함으로써 조사에 참가한 전문가들이 직접 모여서 논쟁하지 않고서도 여러 전문가들의 의견을 수집하고 교환하여 최종 합의점을 구하는 조사방법이다(이종성, 2006). 따라서 통상 델파이 조사는 2회 이상으로 실시하게 되어 있는 데 반해 본 연구에서는 의견의 최종 합의를 구하기보다는 전문가들의 다양한 견해를 수용하기 위한 목적이므로 비슷한 형식을 취하지만 단 1회의 조사만을 한다는 점에서 그 차이가 있다고 하겠다.

전문가 조사기간은 2013년 9월 9일부터 10월 7일까지 약 30일간이었으며 e-mail과 직접 면담 방법을 활용하였다. 문항은 고령 임신부의 정의와 기준에 대하여 그리고 고령 임신부 관련 정책과 새롭게 도입될 수 있는 정책에 대하여 개방형 주관식 문항과 구조화된 객관식 문항으로 구

성되어 있다. 기존의 고위험 임신부 관련정책과 일반 임신·출산에 관한 정책에 관하여 고령 임신부에게 특화하여 적용하기 적합한지에 대해 가능성의 정도를 5점 리커트(Likert) 척도(1점: 매우 낮음, 5점: 매우 높음)로 평가하도록 구성하였고, 조사된 사항은 SPSS 20.0을 이용하여 항목에 대한 최빈치(mode)와 평균 및 표준편차 등의 기술통계 분석을 실시하였다.

2. 조사 대상

델파이 기법은 전문가 패널의 구성에 따라 결과가 다를 수 있기 때문에 본 연구에서는 비교적 다양한 학문과 의학 분야의 전문가들을 포함시켜서 진행하였다. 델파이 조사에 참여하는 전문가의 수가 통상적으로 15명 이면 중위수의 차이가 별로 없다는 이유로 15명 이상을 권장하고 있는데 이는 낮은 응답률에 기인하는 것으로 본 연구에서는 전문가 대상자들이 모두 적극적으로 참여하였기 때문에 12명이라는 표본은 충분하다고 볼 수 있다. 본 연구에 참여한 전문가 패널의 인구학적인 특성을 살펴보면 남자 6명, 여자 6명이며, 전문 분야별로 살펴보면 7명이 사회과학 분야이고 5명이 보건의료 분야의 전문가이다. 사회과학 분야는 사회학, 사회복지학, 행정학, 아동학 전공과 임신부 관련 프로그램을 오랜 기간 담당하고 있는 보건소의 공무원을 포함하고 보건의료 분야는 산부인과 의사, 소아청소년과 의사, 간호사, 임상 병리사를 포함한다. 사회과학 분야와 보건의료 분야의 차이는 작은 표본 검증에 적합한 Fisher's Exact Test값을 이용하여 통계적 유의성에 관해 검증하였다.

제2절 연구 결과

1. 고령 임신부의 정의 및 기준

현재 통용되는 만35세 이상의 산모라는 고령 임신부에 대한 정의에 대한 의견에서 사회과학 분야의 전문가들 중에서는 4명(57.1%)이 부적합하다고 한 반면 보건의료 분야의 전문가들 중에서는 4명(80.0%)이 이러한 기준은 적합하다고 하였다. 그러나 만35세라는 기준이 적합하다고 응답한 보건의료 분야의 전문가들의 일부는 만35세부터 생식능력이 떨어져서 만40세가 되면 생식능력이 매우 급격하게 떨어진다고 언급하여 만40세 정도가 보다 관리가 필요한 고령 임신부임을 시사했다. 보건의료 분야의 전문가들과 사회과학 분야의 전문가들 간의 의견 차이에 대한 통계적 유의성은 발견되지 않았다($p=0.81$). 따라서 전체 표본을 염두에 두었을 때 전체의 66.7%(7명)가 현재의 기준이 적합하다고 하였다.

고령 임신은 모두 고위험으로 간주할 수 있는지에 대한 질문에는 사회과학 분야에서는 4명(57.1%)이, 보건의료 분야에서는 1명(20.0%)이 그렇지 않다고 응답을 했으며 사회과학 분야와 보건의료 분야의 전문가들 간의 통계적으로 유의미한 차이는 발견되지 않았다. 즉 전체의 58%는 고령 임신은 모두 고위험 임신이라고 보았다. 그러나 고령 임신은 모두 고위험 임신이라고 응답을 한 경우를 포함하여 대부분의 응답자들(91.7%)은 질병력, 초산 여부 등을 고려하여 고위험 임신의 등급을 설정하여 고위험 임신을 세분화할 필요가 있다고 덧붙였다.

2. 고령 임신부에게 특화할 수 있는 기존의 정책

국가 및 지방자치단체에서 현재 시행되고 있는 고령 임신부를 포함하는 고위험 임신부에 관한 지원 정책을 고령 임신부에게 특화하기에 적합한지를 묻는 질문에 대한 사회과학 분야의 전문가와 보건의료 분야의 전문가별 응답을 살펴보았다. 적합도는 1점(매우 낮음)부터 5점(매우 높음)으로 표시하게 되어 있으며 점수와 더불어 의견을 제시할 수 있도록 하였다. 국가 및 지방자치단체에서 시행 중인 기존의 정책 중에서 4점 이상의 점수를 획득한 정책을 본 연구에서는 고령 임신부를 대상으로 하는 정책으로 특화하기에 적합하다고 여겨지는 정책으로 간주하였다. 이러한 고령 임신부를 대상으로 하는 정책으로 특화하기에 적합하다고 여겨지는 정책으로는 ‘고위험 임부 산전검진’, ‘엽산제 지원’, ‘기형아 검사’, ‘고위험 임부 의료비지원’, ‘고위험 임부 특별 관리’, ‘고위험 임부 기형아(양수)검사비 지원’이었다. 이 중 사회과학 분야와 보건의료 분야의 전문가 모두 적합하다고 하는 정책은 세 가지로 ‘고위험 임부 산전검진(전체 평균 4.50)’, ‘고위험 임부 의료비지원(전체 평균 4.17)’, ‘고위험 임부 특별 관리(전체 평균 4.42)’였는데 세 가지 모두 산전 관리에 관한 내용이었으며 특히 이 중 고령 임신부를 대상으로 특화하기에 가장 적합하다고 여겨지는 정책은 ‘고위험 임부 산전검진’이었는데 각각의 전문가 집단에서도 모두 가장 특화하기에 적합하다고 응답하였다. 이는 고령 임신부를 경제적 지원을 포함하여 특별히 관리하여 산전 검진을 잘 받을 수 있도록 정부에서 지원하는 정책이 가장 필요함을 시사한다.

〈표 7-1〉 고위험 임신부 대상 정책의 특화 적합도 평가

(단위: 점)

구분	전체	보건의료 분야	사회과학 분야
	평균 (표준편차)	평균 (표준편차)	평균 (표준편차)
엽산제 지원	4.00 (0.95)	3.80 (1.30)	4.14 (0.69)
고위험 임부 산전 검진	4.50 (0.50)	4.40 (0.55)	4.57 (0.53)
임산부 등록 및 상담	3.83 (0.72)	3.80 (0.84)	3.86 (0.69)
기형아검사	3.92 (1.08)	3.60 (1.14)	4.14 (1.07)
자신만만 출산교실	3.25 (1.06)	3.40 (1.14)	3.14 (1.07)
고위험 임부 의료비 지원	4.17 (1.03)	4.20 (0.84)	4.14 (1.03)
고위험 임부 특별 관리	4.42 (0.79)	4.40 (0.89)	4.43 (0.79)
임산부 초음파 검진	3.33 (1.44)	3.00 (0.71)	3.57 (1.81)
임산부 건강교실	3.17 (1.03)	3.20 (0.84)	3.14 (1.21)
임산부 무료검진사업	3.42 (1.16)	2.80 (0.84)	3.86 (1.21)
고위험 임부 기형아(양수)검사비 지원	4.08 (0.79)	3.80 (0.84)	4.29 (0.76)
임산부 및 가임 여성 엽산제 지원	3.25 (1.22)	3.40 (1.14)	3.14 (1.35)
행복한 출산 준비 교실	3.17 (1.03)	3.20 (0.84)	3.14 (1.21)
임산부 산전 검사비 지원	3.33 (1.30)	3.20 (1.10)	3.43 (1.51)
국제결혼 이주여성 임신부 건강교실	3.33 (1.15)	3.40 (0.55)	3.29 (1.5)

고위험 임신부 대상의 지원 정책은 고령 임신부를 포함하고 있기 때문에 현재 시행중인 고위험 임신부 대상의 지원 정책 중에서 고령 임신부를 대상으로 특화하기에 적합한 지원 정책으로 4점 이상의 점수를 획득한 지원 정책은 비교적 여러 가지 있었다. 반면, 국가에서 시행중인 모든 임신과 출산관련 지원 정책 중에서 고령 임신부에게 특화하기에 적당한 정책은 적합하다고 여겨지는 정책은 4점 이상을 획득한 것이 없었다. 우선 전체 전문가 집단을 대상으로 하는 조사에서는 고령 임신이 유산과 사산 등이 될 가능성이 높기 때문에 ‘유산·사산에 대한 보호 휴가 급여(3.58)’가 고령 임신부를 대상으로 특화하기에 비교적 가장 적합하다고 나왔다. 보건의로 분야의 전문가들은 ‘장애아 보육비 전액 지원(3.80)’과 ‘장애아 교육비 전액 지원(3.80)’이 고령 임신부에게 특화하기에 비교적 적합하다고 평가했다. 즉, 고령 출산의 결과로 장애아를 출산할 수 있기 때문에 장애아 양육과 관련하여 고령 임신부 대상으로 정책을 특화할 수 있다고 응답했다. 반면, 사회과학 분야의 전문가들은 ‘임신·출산 진료비용 지원(3.71)’과 ‘엽산제 지원(3.71)’이 고령 임신부에게 특화하기에 비교적 적합한 정책이라고 응답하였다. 고령 임신부는 임신과 출산에 드는 진료비용이 일반 임신부와 비교해서 높기 때문에 진료비용 지원을 차등해서 특화하는 정책이 비교적 높은 점수를 획득하였다. 엽산제 역시 고령 임신부는 산전에 특별히 더 관리가 필요하기 때문에 엽산제를 고령 임신부에게 우선적으로 제공해야 한다는 의견이었다.

〈표 7-2〉 임신·출산 관련 정책의 특화 적합도(전체 전문가 대상)

(단위: 점)

구분	효과적합성	
	평균	표준편차
임신·출산 진료비용 지원	3.33	1.07
의료기관 외 출산 시 출산비 지급	2.17	1.03
만 18세 이하 산모를 위한 mampan 카드	2.25	0.75
체외수정 시술비 지원 및 인공수정 시술비 지원	3.42	1.62
마더세이프(Mother Safe) 상담서비스	3.00	1.13
철분제 지원	3.00	1.04
엽산제 지원	3.33	0.98
산모·신생아도우미 서비스	3.17	1.47
엄마젯 인터넷 상담실	2.83	1.11
선천성 대사 이상 검사(6종)	3.42	0.90
신생아 청각 선별 검사	3.25	0.87
미숙아 의료지원비 및 선천성 이상아 의료비 지원	3.50	0.90
영유아 건강검진 지원	3.00	0.85
아동인지능력향상 서비스	2.92	1.00
필수예방접종 지원	3.17	1.34
만0~2세 보육료 지원	2.83	1.40
만3~4세 보육료·유아학비 지원	2.92	1.31
5세 누리과정(보육료·유아학비 지원)	2.75	1.29
어린이집 미이용 아동 양육수당 지원	2.33	1.15
아이돌봄 지원	2.75	1.22
육아휴직급여	3.00	1.35
육아기 근로시간 단축급여	2.92	1.24
출산전후휴가 급여	3.00	1.48
유산·사산에 대한 보호 휴가 급여	3.58	1.24
배우자 출산휴가 급여	2.75	1.48
주택특별공급	2.33	1.30
주택구입·전세자금 대출	2.42	1.31
다자녀 추가공제제도	2.42	1.16
전기요금 20% 감액	2.33	1.23
국민연금 출산크레딧	2.58	1.44
자동차 취·등록세 감면	2.17	1.19
다자녀 우대카드	2.58	1.38
장애아 보육비 전액 지원	3.08	1.51
장애아 교육비 전액 지원	3.08	1.51

〈표 7-3〉 임신·출산 관련 정책의 특화 적합도(보건의료 분야 전문가 대상)

(단위: 점)

구분	효과적합성	
	평균	표준편차
임신·출산 진료비용 지원	2.80	0.84
의료기관 외 출산 시 출산비 지급	1.60	0.89
만 18세 이하 산모를 위한 간편한 카드	2.40	0.55
체외수정 시술비 지원 및 인공수정 시술비 지원	4.20	0.84
마더세이프(Mother Safe) 상담서비스	3.20	0.84
철분제 지원	2.80	0.84
엽산제 지원	2.80	0.84
산모·신생아 도우미 서비스	3.20	0.84
엄마넷 인터넷 상담실	3.00	1.00
선천성 대사 이상 검사(6종)	3.40	0.89
신생아 청각 선별 검사	3.20	0.45
미숙아 의료지원비 및 선천성 이상아 의료비 지원	3.60	0.55
영유아 건강검진 지원	3.00	0.00
아동인지능력향상 서비스	3.00	0.00
필수예방접종 지원	3.40	1.14
만0~2세 보육료 지원	2.80	1.10
만3~4세 보육료·유아학비 지원	2.80	1.10
5세 누리과정(보육료·유아학비 지원)	2.40	0.89
어린이집 미이용 아동 양육수당 지원	2.20	0.84
아이돌봄 지원	2.60	1.14
육아휴직급여	2.80	0.84
육아기 근로시간 단축급여	2.80	0.84
출산전후휴가 급여	2.60	1.14
유산·사산에 대한 보호 휴가 급여	3.60	0.55
배우자 출산휴가 급여	2.40	1.14
주택특별공급	2.20	0.84
주택구입·전세자금 대출	2.40	0.89
다자녀 추가공제제도	2.60	0.89
전기요금 20% 감액	2.60	1.14
국민연금 출산크레딧	2.60	1.14
자동차 취·등록세 감면	2.40	1.34
다자녀 우대카드	2.80	1.10
장애아 보육비 전액 지원	3.80	0.84
장애아 교육비 전액 지원	3.80	0.84

(표 7-4) 임신·출산 관련 정책의 특화 적합도(사회과학 분야 전문가 대상) (단위: 점)

구분	효과적합성	
	평균	표준편차
임신·출산 진료비용 지원	3.71	1.11
의료기관 외 출산 시 출산비 지급	2.57	0.98
만 18세 이하 산모를 위한 mampan 카드	2.14	0.90
체외수정 시술비 지원 및 인공수정 시술비 지원	2.86	1.86
마더세이프(Mother Safe) 상담서비스	2.86	1.35
철분제 지원	3.14	1.21
엽산제 지원	3.71	0.95
산모·신생아도우미 서비스	3.14	1.86
엄마젯 인터넷 상담실	2.71	1.25
선천성 대사 이상 검사(6종)	3.43	0.98
신생아 청각 선별 검사	3.29	1.11
미숙아 의료지원비 및 선천성 이상아 의료비 지원	3.43	1.13
영유아 건강검진 지원	3.00	1.15
아동인지능력향상 서비스	2.86	1.35
필수예방접종 지원	3.00	1.53
만0~2세 보육료 지원	2.86	1.68
만3~4세 보육료·유아학비 지원	3.00	1.53
5세 누리과정(보육료·유아학비 지원)	3.00	1.53
어린이집 미이용 아동 양육수당 지원	2.43	1.40
아이돌봄 지원	2.86	1.35
육아휴직급여	3.14	1.68
육아기 근로시간 단축급여	3.00	1.53
출산전후휴가 급여	3.29	1.70
유산·사산에 대한 보호 휴가 급여	3.57	1.62
배우자 출산휴가 급여	3.00	1.73
주택특별공급	2.43	1.62
주택구입·전세자금 대출	2.43	1.62
다자녀 추가공제제도	2.29	1.38
전기요금 20% 감액	2.14	1.35
국민연금 출산크레딧	2.57	1.72
자동차 취·등록세 감면	2.00	1.15
다자녀 우대카드	2.43	1.62
장애아 보육비 전액 지원	2.57	1.72
장애아 교육비 전액 지원	2.57	1.72

위에서 언급된, 국가에서 시행중인 모든 임신과 출산관련 지원 정책 중에서 고령 임신부에게 특화하기에 적당한 정책은 적합하다고 여겨지는 정책의 경우는 평균점수로 비교를 하였다. 이와 더불어 언급되는 빈도의 측면을 추가로 살펴보기 위해 국가에서 시행중인 모든 임신과 출산관련 지원 정책 중에서 고령 임신부에게 특화 가능한 정책에 관하여 순위(1~3)를 정하도록 하였다. 2번 이상 언급된 정책은 1순위에서 '체외수정 시술비 지원 및 인공수정 시술비 지원(5번)'과 '임신·출산 진료비용 지원(2번)'이었고 2순위에는 2번 이상 공통적으로 선택된 정책은 없었으며 3순위에서는 '장애아 보육비 전액 지원'이었다. 기타 1순위로 선택된 정책은 '선천성 대사 이상 검사', '마더세이프 상담서비스', '미숙아 의료지원비 및 선천성 이상아 의료비 지원'이었다. 다음의 <표 7-5>는 우선순위의 구분없이 우선순위 1~3위에 2번 이상 언급된 정책들과 언급된 횟수를 요약하여 제시한다. 가장 많이 언급된 정책은 '체외수정 시술비 지원 및 인공수정 시술비 지원(6번)'이었고 다음으로 많이(3번) 언급된 정책들은 '임신·출산 진료비용 지원', '마더세이프 상담서비스', '선천성 대사 이상 검사', '미숙아 의료지원비 및 선천성 이상아 의료비 지원'이었다. 기타 2번씩 언급된 정책들은 '육아휴직 급여', '유산·사산에 대한 보호휴가 급여', '장애아 보육비 전액 지원', '산모·신생아도우미 서비스', '엄마젯 인터넷 상담실'이었다.

이를 종합해 보면 고령 임신이 쉽지 않다는 측면에서 임신이 가능하도록 지원하는 '체외수정 시술비 지원 및 인공수정 시술비 지원'이 고령 임신부대상으로 특화하기에 적합하다는 전체 전문가의 공감대를 얻었다고 볼 수 있다. 비슷한 맥락에서 고령 출산 결과와 연관 지어 부정적인 출산 결과를 예방하기 위한 특정 검사의 지원과 고령 임신과 출산에 있어서의 진료비용 지원과 부정적인 출산 결과에 대한 사후 관리 차원에서의 정책

들이 고령 임신부를 대상으로 특화하여 지원할 수 있는 정책으로 제시되었다고 볼 수 있다. 이에 더불어 고령 산모로서 산후 관리 지원에 관한 정책도 특화하기에 적합하다고 언급되었다. 무엇보다 간과하지 말아야 할 부분은 고령 임신부들을 대상으로 하는 상담이 특화하기에 적합한 정책으로 지적이 되었다는 것이다. ‘마더세이프 상담 서비스’뿐만 아니라 ‘엄마젯 인터넷 상담실’을 언급한 전문가들도 고령 임신부에게는 일반 임신부보다 상담이 필요하다는 것이 전문가들 사이에서 공감대를 얻었다. 추가적으로 이러한 정책을 모든 고령 임신부에게 특화하기보다 소득 등을 고려해서 필요에 따라 차등하여 지원하는 것을 고려해야 한다는 의견도 제시되었다.

〈표 7-5〉 임신·출산 관련 정책의 우선순위(중복응답)

(단위: 명)

구분	응답자
체외수정 시술비 지원 및 인공수정 시술비 지원	6
임신·출산 진료 비용 지원	3
마더세이프(MotherSafe)상담서비스	3
선천성대사이상검사(6종)	3
미숙아 의료지원비 및 선천성 이상아 의료비 지원	3
육아휴직급여	2
유산·사산에대한보호휴가급여	2
장애아 보육비 전액 지원	2
산모·신생아도우미서비스	2
엄마젯 인터넷 상담실	2

3. 소결

비록 만35세 이상의 산모를 고령 산모라고 정의하는 오랜 관행에 과반수의 전문가들이 동의했으나 고령 임신부가 모두 고위험 산모로 간주될 수 있는지에 대한 질문에는 보건의료 분야의 전문가들과 사회과학 분야의 전문가들 모두 산모의 연령과 더불어 출산력, 초산여부, 질환력, 유전력 등 여러 요소들이 고려되어야 할 필요가 있음을 지적하였다.

고령 임신부를 대상으로 특화하기에 적합한 정책은 임신이 가능하도록 지원하는 정책과 산전에 특별하게 관리하도록 지원하고 상담 등의 서비스를 제공해 주는 정책, 산후 관리에 관한 지원들이 언급되어 고령 임신부를 대상으로 임신 전부터 출산 후에 이르기까지 다양하게 지원할 수 있는 정책이 필요함을 시사했다.



제8장 정책적 지원 방안 및 결론

제1절 정책적 지원 방안

제2절 결론



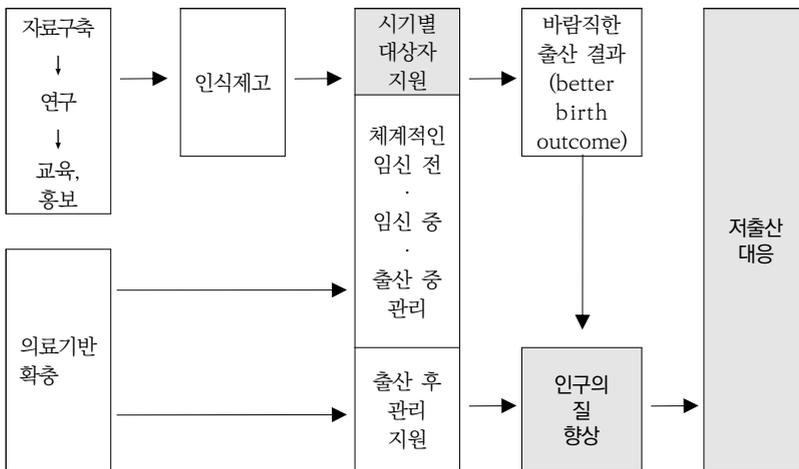
8

정책적 지원 방안 및 결론 <<

제1절 정책적 지원 방안

본 절에서는 통계청의 출생통계를 토대로 살펴본 고령 임신부의 추이와 실태, 「전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」 2003, 2006, 2009년 자료(data)를 이용한 고령 임신부의 출산 결과에 영향을 미치는 요인에 관한 양적 연구와 고령 임신부를 대상으로 한 질적 연구, 그리고 전문가 집단을 대상으로 고령 임신부 관련 정책에 대한 조사를 바탕으로 하여 고령 임신부를 지원함으로써 인구의 질을 향상시키고 저출산 시대에 대응하는 제언을 하고자 한다. 이러한 정책의 지원의 틀은 다음의 그림과 같다.

[그림 8-1] 정책 지원 방안의 틀(Conceptual Model)



[그림 8-1]에서 볼 수 있듯이, 먼저 신뢰성이 있는 자료(database, DB)를 구축하고 연구하여 올바른 정보를 가지고 교육하고 홍보함으로써 고령 임신과 출산에 대한 인식을 제고하며 의료기반 확충을 통한 체계적인 관리를 통해 더 나은 출산 결과(better birth outcome)를 도출하고 출산 후의 관리를 지원하는 것이 정책적으로 해야 할 일이다. 이를 통해 산모와 출생아 모두의 건강이 증진되어 해당 인구의 질적인 향상을 이루게 되고 최종적으로는 저출산 시대에 대응하는 효과적인 정책이 되는 것이다.

따라서 정책적인 지원 방안은 크게 두 가지의 영역으로 나뉜다. 첫 번째 영역은 올바른 정보를 생성하기 위한 자료의 구축과 이를 토대로 하는 연구의 활성화, 연구결과를 토대로 과학적 근거에 기반을 둔(evidence-based) 교육과 홍보이며, 두 번째 영역은 생애주기에 맞춘, 대상자에 대한 직접적인 지원과 생애주기별 필요한 의료진을 포함한 의료 기반의 구축을 통한 간접적인 지원이다. 이러한 정책적 지원은 모두 임신과 출산, 양육과 관련하여 지지해 줄 수 있는 지지체계로서의 사회를 구축해 나가는데 그 목적이 있다고 하겠다.

1. 교육과 홍보

고령 임신부에 관해 올바른 정보를 제공하고 교육하고 홍보하기 위해서는 무엇보다 과학적인 근거에 기반을 둔 많은 연구들이 이루어져야 한다. 우리나라의 경우 고령 임신부를 주제로 하는 선행연구는 많지 않다. 연구가 활성화되기 위해서는 무엇보다 신뢰할만한 자료(data)가 있어야 한다. 현재 발표된 우리나라의 고령 임신부에 관한 선행연구들은 모두 통계청의 출생통계자료를 사용하거나 병원 단위의 진료기록을 사용하여 이

루어졌다. 본 연구에서는 「전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」 2003, 2006, 2009년 자료를 사용했는데 2003년 자료부터 2009년 자료에 연속으로 포함된 변수가 제한적이어서 더 많은 설명변수를 회귀분석에 포함시킬 수 없었다. 또한 의학적 질병 사항이 자료에 포함되어 있지 않아서 통제변수로서 유용한 의학적인 요인들이 배제되었다. 그럼에도 불구하고 이 자료에는 출생통계자료에서 포함하고 있지 않은, 많은 사회·경제적 요인들을 설명하는 변수들이 포함되어 있는 현재 사용가능한 유일한 자료이다. 따라서 국가적 차원의 신뢰할 만하며 많은 설명 변수들을 포함한 자료를 구축하는 일이 무엇보다 선행되어야 할 일이라고 본다. 즉, 한국에도 미국의 PRAMS(the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System)와 같은 자료(database)를 구축할 필요가 있다. PRAMS의 경우 미국 질병관리본부(the Centers for Disease Control and Prevention, CDC)와 각 주의 Health Department에서 함께 하는 프로젝트로서 가능한 많은 산모(주 별 매년 1,300~3,400명)에게 임신 전, 임신 중, 출산 직후의 산모의 태도(attitudes)와 경험 등 의학적인 요인과 사회·경제적인 요인들과 기타 여러 가지 요인들을 포함한 임신과 출산에 관한 설문조사를 실시한다. 이렇게 구축된 자료(database)는 지속적으로 많은 연구의 기초자료로 사용된다. 한국도 미국의 PRAMS를 벤치마킹(benchmarking)하여 각 지방자치단체에서 실시하고 중앙정부가 수집하는 국가 차원의 임신과 출산에 관련한 신뢰할만한 자료를 구축하는 것이 무엇보다 중요한 시점이라고 할 수 있다. 이러한 신뢰할 만한 자료를 바탕으로 하여 많은 연구들이 지속적으로 이루어지고 이를 토대로 하여 올바른 정보들이 공유되어야 한다.

또한 모든 고령 임신이 위험한 것은 아니며 관리를 잘 받게 되면 안전하게 출산할 수 있다는 점에 대한 사회적 인식과 교육이 필요하다. 실제

로 본 연구의 회귀분석 결과를 보면 산모의 고령은 저체중출생아 출산과 조산에 있어서는 다른 여러 요인의 영향력을 통제했을 때 유의미한 위험 요인이 아닌 것으로 밝혀졌다. 그럼에도 불구하고 심층 면접 조사의 결과에서도 볼 수 있듯이 부정확하고 무책임한 정보로 인해 임신부들은 혼란스러워하고 있으며 한쪽에서는 과도한 걱정으로 임신 시도 자체를 하지 않는 경우도 있었다. 더욱이 몇몇 경우는 고령 임신과 출산을 바라보는 사회의 부정적인 시각에 대해 지적하기도 했다. 따라서 고령 임신에 대한 막연한 두려움을 해소하고 사회의 부정적인 시각을 제거하기 위한 인식의 전환이 필요하다. 캐나다의 경우 국가적 차원에서 ‘건강한 임신 전략(Healthy Pregnancy Strategy)’을 세우고 건강한 임신에 관한 국민 인식을 높이기 위해 여러 캠페인을 벌이고 여러 프로그램을 운영한다. 한국도 이처럼 전문가들을 통해 합의가 된 내용을 가지고 정확한 정보를 많은 사람들이 인지할 수 있도록 대대적으로 홍보하는 노력을 강구할 필요가 있다. 이를 위해 TV광고, UCC 공모, 대중 교통을 이용한 광고, 온라인상의 홍보 배너 광고 등을 활용할 수 있겠다. 많은 가임기 여성들이, 특히 고령의 가임기 여성들이 제대로 된 임신과 출산에 관한 정보를 획득하여 고령 임신은 무조건 위험한 임신이라는 인식을 탈피하여 본인의 출산 관련 건강에 대해 정확히 알고 건강한 임신과 출산을 위해 미리부터 관리하는 방법을 배울 수 있도록 하는 대대적인 교육과 홍보가 우선적으로 필요하다고 하겠다.

2. 생애 주기별 대상자 지원

가. 임신 전 지원 방안

만혼화 현상으로 인한 초산의 만산 현상은 결혼과 동시에 임신을 위한 지원이 필요함을 시사한다. 또한 전문가 조사와 심층 면접 조사 결과 임신 초기와 함께 임신 전이 가장 중요한 시기라는 의견이 많이 나왔다는 점에서도 임신 전의 지원은 중요하다. 실제로 미국에서도 지난 20년간 산전 관리(prenatal care)가 임신 및 출산 결과에 있어서 가장 중요한 요소라고 강조했었는데 최근에 와서는 임신 전 관리(preconception care)가 임신 및 출산 결과에 있어서 중요한 영향을 미친다고 하여 이에 대한 인식이 높아졌다(Lu, 2007). 구체적으로 2006년에는 질병관리본부(CDC)와 유독성물질질병등록청(Agency for Toxic Substances and Disease Registry: ATSDR)에서 임신 전 관리를 위한 권고안(Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care)⁸⁾을 발표하였다.

한국에서도 임신 전 관리에 대한 중요성을 인식하여 임신 전부터 통합적으로 관리를 받을 수 있는 체계를 구축할 필요가 있다. 임신 전에 다음 단계와의 연계가 용이하도록 상담을 받을 수 있는 제도적 장치를 고안하여 의무화하는 것이 필요하다. 즉, 국민건강보험공단에서 실시하고 있는 ‘생애 전환기 건강검진’과 같은 제도로서, 생애 주기별 맞춤형 통합 건강 서비스로의 일환으로 결혼을 하고 나면 임신에 관한 상담을 필수적으로 받을 수 있도록 하는 제도를 신설하여 임신 전부터 개인 맞춤형으로 임신과 출산에 관한 관리를 할 수 있도록 지원하는 것이다. 예를 들어 혼인 신

8) 전문은 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm> 참조

고 시에 무료 상담안내책자와 쿠폰 등을 제공하는 것도 하나의 방안이다. 우선적으로는 만35세 이상 고령의 혼인 신고자를 대상으로 하여 시범적으로 시행한 후 차차 그 범위를 확대하여 최종적으로는 모든 신혼부부가 혜택을 받을 수 있도록 하는 것이다. 동시에 관련 전문가들이 모여 신뢰성 있는 상담 지침서(manual)를 만들어 이를 보급하고 각 산부인과 병원과 보건소에 고령 임신부전담 상담코너를 신설·제도화하여 전문적인 상담을 받게 된다면 임신에 대해 거부감을 없애고 실질적으로 필요한 신뢰성 있는 정보와 도움을 받을 수 있도록 하는 것이다. 이를 위한 전문 인력의 양성과 모니터링이 또한 필요할 것이다. 더 나아가 오프라인뿐만 아니라, 특히나 취업중인 고령의 가임 여성에게 더욱 필요한 온라인 사이트로도 운영하여 필요한 임신과 출산에 관한 정보를 제공하고, 온라인상에 A&Q나 FAQ와 같은 게시판을 개설하고 필요에 따라서는 24시간 전문가와 연계하여 온라인으로 상담을 할 수 있도록 장치를 마련하는 것이 효과적이라고 본다. 이와 더불어 이미 존재하고 있는 이용 가능한 상담 서비스의 접근도(accessibility)를 높이기 위한 홍보 역시 중요하다.

임신 전에 상담과 함께 실질적으로 건강 검진을 받을 수 있는 제도적 장치를 의무화하여 지원해주는 것도 필요하다. 이를 통해 임신과 출산에 초점을 둔 실제적인 생체학적 나이를 알아보고 이에 따라 임신 전부터 관리할 수 있도록 지원하는 것이다. 예를 들어 임신 전 검사로 개인에 따라 난자의 노화 속도가 다르다는 것에 점을 염두에 둔 난소노화검사⁹⁾ 같은

9) 피검사를 통해 난소의 나이를 알 수 있는 검사인데 대표적으로 생리주기와 상관없이 혈액검사로 난소 기능을 평가하는 AMH(항뮬러리안호르몬: 난소 안에서 배란이 되는 어린 난포들에서 분비되는 호르몬), 생리 2~4일 사이에 혈액검사로 난소 기능을 평가하는 FSH(난포자극호르몬: 뇌하수체에서 분비되는 성선자극호르몬) 수치를 보고 판단할 수 있다. 초음파로는 생리 초기에 난포의 수를 체크해서 난소의 노화 검사 AFC(기저동난포수: 초음파로 측정된 성숙 난포로 진행할 가능성을 가진 난포의 개수, 불임치료시 난소 반응을 예측하는 인자)를 한다.

검사를 미리 받을 수 있도록 하는 것이 필요하다. 이러한 난소노화검사 등을 임신 전에 받음으로써 잠재적 고위험 임신, 불임, 조기폐경의 가능성을 예측할 수 있게 되어 이에 따라 효과적이고 효율적으로 관리 할 수 있게 된다. 더 나아가서는 이를 통해 난임 치료로까지 연계가 가능하다. 난임 및 불임에 관한 지원에 있어서는 지원 대상을 모든 고령의 가임 여성에게로 확대하여 소득에 따라 차등으로 횟수의 제한 없이 지원하는 것이 요청되는 사항이라고 본다.

이와 더불어 임신 전부터 필요한 건강 관리법과 영양 섭취에 관한 홍보 및 교육도 필요하다. 특히 엽산(folic acid)나 엽산이 포함된 종합 비타민제(multivitamin with folic acid)등을 임신 전부터 임신을 계획한 고령의 가임기 여성에게 우선적으로 섭취할 수 있도록 교육하고 지원해 주는 것이 필요하다. 엽산은 비타민 B9으로 DNA 생성에 관련이 있어서 기형아 및 유산과 관련이 있다고 알려져 있고 Catov 외의 연구(2011)에서도 엽산이 포함된 종합 비타민제의 경우 미숙아와 저체중출생아 출산에 있어서 보호 요인이 된다고 보고되어 있어 이러한 영양 보충제를 섭취하는 것이 중요함을 알 수 있다(김동식 외, 2011에서 재인용). 이러한 여러 가지의 이유로 엽산의 경우는 미국 보건당국(The Public Health Service)에서는 복용량을 규정했고 미국 질병예방 TF(U.S. Preventive Services Task Force)에서는 그 시기를 규정하여 임신을 계획하는 여성이 임신 전 4주부터 하루에 400mg씩 섭취하는 것을 권장하고 있다(김동식 외, 2011; 한정열, 2005). 그러나 실제로 임신 전부터 엽산을 섭취한 고령 임신부는 본 연구의 심층 면접 대상자 중에는 거의 없었다. 부수적인 효과로 임신 전부터 섭취하게 될 경우 임신 중에 섭취해야 할 필요성을 더욱 잘 깨닫고 섭취할 수 있게 된다. 심층 면접조사 대상자들 중의 일부 고령 산모들은 임신 중의 엽산제 지원에 대해서도 잘 몰랐던 경우도 있었다는

점을 감안할 때 이러한 여러 측면의 교육과 홍보도 동시에 필요하며 이를 뒷받침하여 제도화하는 것이 또한 필요하다.

나. 임신 중 지원 방안

전문가 조사에서도 언급되었듯이 체계적인 산전 관리가 고령 임신부의 임신과 출산에 있어서 가장 중요하다고 할 수 있다. 본 연구의 회귀분석에서도 산전 진찰을 늦게 받기 시작하는 것은 저체중출생아 출산을 증가시키는 유의한 위험 요인으로 밝혀졌으며, 조산에 있어서는 적합하지 않은 산전 관리를 받는 것과 고령 산모의 경우 비고령 산모에 비해 임신 중기에 산전 초진을 받는 것은 임신 초기에 산전 진찰을 받기 시작하는 것과 비교하여 유의미한 위험 요인으로 밝혀졌다. 비록 한국의 경우 산전 진찰 수신율은 다른 나라와 대조적으로 거의 100%를 보이지만 실제로 이들이 적합한 정도로 산전 진찰을 받고 있는 지에 대한 조사는 이루어지지 않고 있다. 영국의 경우는 국가보건의료체계(NHS)에서 지침서를 만들고 이에 따른 적합한 산전 관리의 시기와 각 시기에 따른 검진과 교육내용을 표준화시켜서 산전 관리에 있어서 체계적인 관리를 하고 있다. 한국의 경우에도 실정에 맞는 산전 진찰 가이드라인이 필요하다고 할 수 있다. 비슷한 맥락에서 산부인과 병원에서도 연령에 따라 고령 임신부라는 이유로 다양한 검사를 권유할 것이 아니라 보다 실효성 있게 질환력이나 초산여부, 임신 중독증 등과 같은 위험 요인의 정도를 심도 있게 파악하여 각각의 고령 임신부에게 적합하고 적절한 검사를 권유할 수 있도록 표준화된 지침서(manual)를 사용하여 의료비의 낭비를 방지할 필요가 있다.

또한 임신하면서부터 출산 후까지 체계적으로 관리해 주는 준전문직(para-professional)의 조산사와 산모·신생아 도우미의 역할을 수행할

수 있는 도우미 제도를 만드는 것도 효과적이라고 사료된다. 이러한 비슷한 제도는 외국에서 이미 오래전부터 존재해 왔으며 활성화되고 있다. 한국의 산모·신생아 도우미의 역할을 하는 비슷한 직종으로 ‘산파, 조산사’를 뜻하는 ‘midwife’, ‘doula’, ‘hebamme(독일)’가 있고, ‘방문 간호사 (community nurse)’를 뜻하는 영국의 ‘health visitor’가 있다. 우선 midwife는 비교적 세계적으로 흔한 직종으로 한국에서는 조산원과 연계하여 활동하고 있다. 호주에서는 의학적인 문제가 있는 산모 외에는 많은 경우에 산파(간호사)가 출산과 출산 이후를 방문 간호 형식으로 돌보고 있다. Doula¹⁰⁾의 사전적 의미는 ‘임산부에게 조언을 해 주는 출산 경험이 있는 여자’이다. 이들은 산모에게 출산전, 출산 도중, 출산 이후에 조언을 주고 정보를 제공하며 정신적·육체적 지지를 해주는 역할을 한다 (Hodnett et al., 2011). Doula로부터 분만 중 적극적인 지지를 받은 경우 산모와 출생아의 건강에 긍정적인 영향이 있었다는 보고가 있다(Paul, 2008). Health visitor¹¹⁾는 전 연령층에 있어서 상담 등을 포함하여 1차 의료기관의 역할을 담당하는데 산모의 경우 midwife로부터 역할을 인수 받아 산후관리에 관한 지원, 수유에 관한 교육, 산후 우울증을 포함한 산모와 신생아의 건강을 위한 지지체계의 역할을 담당한다. 이들은 Nursing and Midwifery Council에 의해 자격증을 얻고 규제를 받는다. 위에 언급된 모든 직종은 산전과 출산 도중, 그리고 출산 후의 전 과정에 연관되어 도움을 주는 역할을 한다. 한국도 보다 체계적으로 임신부터 출산 후까지 상담하고 교육하며 도와줄 수 있는 도우미 제도를 만드는 것이 필요하다고 본다.

10) Doula에 관한 내용은 Wikipedia 온라인 백과사전을 참조함.

11) 영국의 health visitor에 관한 내용은 ‘NHS Careers’ 웹페이지를 참조함.

<http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/nursing/careers-in-nursing/health-visiting/what-do-health-visitors-do/>

이와 더불어 회귀 분석 결과에서도 제시되었듯이 저체중출생아 출산과 조산의 확률을 높이는 위험 요인은 초산인 경우와 비교해서 저출산력과 고출산력인 경우, 산전 관리의 적합도에 있어서 적합하지 않은 경우였다. 반대로 정상 출산한 경험이 많을수록 저체중출생아 출산과 조산의 확률을 낮추는 경향을 보였다. 따라서 고령 산모 중에서도 초산인 경우, 경산이지만 이전 출산이 정상 출산이 아닌 경우에는 더욱더 관심을 가지고 관리를 해야 한다.

산전 진료비에 있어서 고령 임신부의 경우 실제로 양수 검사 등 비용이 많이 드는 검사를 병원에서 권유하게 되는데 현행 지원 정책은 모든 임신부에게 고운맘카드로 같은 액수(2013년 12월 기준 50만원)를 지원하고 있기 때문에 비용에 있어서 부담을 느끼는 경우가 많다. 심층 면접 결과에서도 알 수 있듯이 나이에 따라 받는 검사가 다르기 때문에 대부분의 비고령 산모의 경우는 지원 금액이 남고 고령 산모의 경우는 모자라는 문제가 있었다. 전문가 조사에서도 고령 임신부의 진료비의 차등 지원이 특화하기 적합한 정책으로 지적되었다. 따라서 보편적인 고운맘카드 외에 연령과 위험 요인의 정도에 따라서 추가적이고 보다 적극적인 지원이 필요하다고 볼 수 있다. 즉, 고령 임신에서 다른 위험요소가 있어 정기적인 산과 검진 이외의 추가 검사, 진료 등이 필요한 경우 일정 정도 지원할 수 있는 고령 임신의 고위험 임신 차등화 추가 지원제도와 같은 체계가 필요하다.

다. 출산 지원 방안: 의료 기반의 확충

고령 임신부의 출산 결과를 향상시키기 위해서는 고령 임신부를 포함한 모든 고위험 출산을 안전하게 할 수 있도록 분만과 분만 후 집중 관리

를 위한 개인병원-전문병원-대학병원 간 ‘응급의료망(emergency medical network, EMNet)’의 구축이 필요하다. 더 나아가 지역별 의료 환경적 특성을 고려한 개인병원-전문병원-대학병원 산전 관리 체계 및 의료서비스망 구축에 대한 의료망도 필요하다. 이러한 체계는 지역의 1차 병원에서는 일반 임신부에서 고위험 환자를 스크린하고, 2차병원에서는 단순 분만을 담당하고, 마지막 지역 거점병원인 3차 병원에서는 1, 2차병원에서 고위험군으로 판정된 혹은 응급 전원된 환자에 대한 합병증 관리(생존, 치료 및 회복)를 맡도록 함으로써 의료기관별 비용효과성도 추구할 수 있다. 또한 이러한 체계를 통해 보다 건강한 출산을 위한 산과 전문 인력의 양질의 양성에 도움이 될 수 있다. 즉 현재 특정 대형병원에 몰려있는 산과 전문 인력의 수급문제를 해결하고, 이에 대한 양질의 양성 프로그램을 개발함으로써 산과 전문 인력의 사회적 인식 제고와 사회진입의 다양성 확보할 수 있다는 것이다. 추가적으로 일본의 경우처럼 고령 임신부에게도 “고운맘카드”로 일괄적으로 같은 수준의 치료비를 지원하는 것에서부터 벗어나 고령 임신부에게 분만수가를 차등으로 인상하여 고령 출산에 의한 고위험 분만을 고령하고 위험을 사전에 대처할 수 있도록 책정된 수가에 가산점을 주는 방식을 고려해 보는 것도 유용하다고 볼 수 있다.

라. 출산 후 지원 방안

심층 면접조사 대상자들에게 고령 임신이라는 것을 체감하게 된 계기에 대한 질문에서 대부분은 병원에서 고령이라고 규정하고 여러 검사를 권유할 때 처음으로 고령임을 느꼈으며 출산 후 신체의 회복이 더디고 신생아를 돌보는 것이 힘들기 때문에 스스로가 고령 산모라는 것을 실감한

다고 응답하였다. 다시 말해 이들이 가장 신체적으로 힘들어 지는 시기는 출산 후라는 것이다. 따라서 출산 후에도 산후 검진을 보다 정밀하게 하여 관절통, 산후 우울증 등 고령 산모에게 수반되기 쉬운 신체적·정신적인 증세 및 질환에 대해 검진 및 이상시 치료를 지원해 주는 정책이 필요하다.

「전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」의 2003, 2006, 2009년 조사 결과 비고령 산모에 비해 고령 산모가 취업 중인 경우가 더 많았다. 이는 역으로 전문직 종사자의 경우 만혼이 되고 고령 임신과 출산을 하게 되는 것을 방증하는 것이다. 더욱이 고령 산모의 경우 대부분 가사, 육아에 있어 도움을 줄 수 있는 친정 부모님 혹은 시부모님도 고령 임신부와 함께 고령화되어 실질적인 도움을 받을 수 없는 실정이다. 이러한 모든 여건 속에서 더더욱 직장 생활을 병행하며 출산과 육아를 하는 것에 대한 고령 임신부의 신체적 부담감뿐만 아니라 정신적 스트레스 또한 그렇지 않은 산모와 비교하여 훨씬 클 수 있다는 점을 간과할 수 없고 따라서 고령 임신부가 출산 후 겪는 우울증의 강도도 점점 더 커질 수밖에 없다.

실제로 심층 면접 조사 결과 대부분의 고령 산모는 산모와 신생아의 건강관리 및 가사 지원을 하는 산후 지원 도우미가 필요하다고 했으나 소득 제한이 있어서 쉽게 산후 도우미 혹은 산모·신생아 도우미 지원을 받기 어렵다는 진술을 많이 하였다. 따라서 현행 산모 신생아 도우미 지원 사업을 확대하는 것이 우선적으로 필요하다. 고령 산모는 비고령 산모보다 산모 신생아 도우미의 도움의 필요 정도가 더 크다는 점에서 고령 산모의 경우 소득 제한을 완화하거나 소득에 따라 본인 부담금을 다르게 책정하되 모든 고령 산모를 그 대상으로 포함시키고 지원 기간도 늘리는 방안도 고려해 볼 만하다. 이와 더불어 추가적으로 고령 산모를 대상으로 방문

상담 등을 통해 정서적, 정신적 도움을 받을 수 있는 제도를 만드는 것도 필요하다고 하겠다. 궁극적으로는 앞에서 언급한 임신부터 출산 후까지 지원해 줄 수 있는 준전문가 도우미 제도를 만들고 이들이 산전 관리에서 산후 관리까지 돌봄 서비스를 제공하는 것이 가장 효과적일 것이라고 사료된다.

「전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」의 2003, 2006, 2009년 조사 대상자인 고령 산모의 경우 초산보다는 경산인 경우가 더 많았다. 이들은 초산보다 경산의 경우 산전 진찰도 늦게 받기를 시작하고 적합도에 있어서도 적합하지 않는 경향이 있었다. 이는 고령이라는 점보다 첫 번째 출산이 아니라는 점에서 산전 관리가 소홀해지 것이라고 볼 수 있다. 따라서 첫째아 출산 후 둘째아를 계획하는 산모에게 산전 관리의 중요성에 대해 미리 교육하는 것도 추가적으로 필요할 것으로 보인다.

3. 요약

위에서 언급한 구체적인 정책적인 지원 방안들은 다음의 <표 8-1>로 요약될 수 있다. 우리나라의 경우 임신과 출산에 관련된 다양한 지원 정책을 실시하고 있는데 임신 중 진료비 지원(고운맘카드) 등의 일부 지원 정책을 제외한 대부분의 정책은 출산 후의 지원 정책이라는 한계가 있다(김동식 외, 2011). 이에 비해 본 연구에서는 임신부터 시작하여 출산 후까지 지원하는 체계적이고 통합적인 지원 방안이라는 점에서 그 의의가 있다고 하겠다.

〈표 8-1〉 정책적 지원 방안

영역	정책 지원		법적 근거
교육과 홍보	<ul style="list-style-type: none"> - 국가적 신뢰할 만한 자료(database) 구축 - 많은 연구들의 활성화 - 인식 개선을 위한 과학적 근거를 기반으로 든(evidence-based) 교육과 홍보 		<ul style="list-style-type: none"> - 모자보건법 3조 - 저출산·고령사회기본법 9조 2항, 3항
생애 주기별 지원	임신 전	<ul style="list-style-type: none"> - 상담과 검진의 의무화 (난임 지원 연계) - 건강관리법, 영양 섭취에 관한 교육 - 관련 전문가 양성 	<ul style="list-style-type: none"> - 건강가정기본법 21조 - 모자보건법 3조
	임신 중	<ul style="list-style-type: none"> - 적합한 산전 관리 체계 구축 (표준화된 지침서) - 진료비 차등 지원 	산전 · 산후
	출산	<ul style="list-style-type: none"> - 의료 체계(system) 구축 및 확충 	
	출산 후	<ul style="list-style-type: none"> - 고령 출산에 맞는 정밀한 산후 검사와 진료비 지원 - 산후 도우미 확대 지원 	도우미

제2절 결론

본 연구에서는 고령 임신부의 임신과 출산에 관련하여 보다 정확한 실태를 파악하고자 하였다. 본 연구는 통계청의 출생자료를 이용하여 지난 10년간 고령 임신부의 추이와 고령 임신부의 출산 결과에 관해 살펴보고 「전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」 2003, 2006, 2009년 자료를 분석을 하여 고령 임신부의 출산 결과에 영향을 미치는 요인들에 관해 살펴보고 심층 면접조사를 통해 고령 임신부의 어려운 점을 조사하고 전문가들의 의견을 토대로 하여 정책적 제언을 하였다.

기존의 고령 임신부를 포함한 고위험 임신부에 대한 국내 연구의 대다수는 일부 병원의 임신부를 대상으로 임신부 및 태아의 건강에 관련되거나 진료 실적에 관한 의학적인 연구로 적은 표본을 가지고 조사를 하거나 통계청의 출생통계를 이용하여 제한된 수의 변수를 사용하여 출산 결과를 분석한 것에 비해 본 연구는 「전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」 2003, 2006, 2009년의 자료로 보다 많은 인구학적, 사회·경제적 요인들을 포함하여 출산 결과에 영향을 미치는 요인들에 대해 분석하였다는 데에 그 의의가 있다고 하겠다.

일부에서는 2012년 한국의 합계출산율이 1.3을 넘어 초저출산 사회를 벗어났다고 인식하기도 한다. 그러나 2013년 10월 현재 인구보건복지협회가 건강보험공단의 ‘고운맘 카드’에 기록된 출산 예정일 자료로 분석한 결과, 2013년의 합계출산율은 1.1로 나타나 한국은 다시 초저출산 국가로 돌아갈 것으로 예상된다. 이러한 상황에서 저출산 대응 정책은 아직도 우리가 고민해야 할 문제인 것이다. 출산율을 높이는 것은 사회적 책임이며 따라서 국가가 할 일이다. 더욱이 심층 면접조사의 결과에서도 제시했듯이 고령 임신부에게 있어서 임신과 출산과 양육에 있어서의 속한 지역의 영향을 무시할 수 없다. 이를 더 확대하면 고령 임신부가 살고 있는 우리나라라는 지역적 영향은 크다는 것이다. 법률혼 내에서 발생하는 출산만을 자녀로 인정하는 한국의 문화에서는 결혼과 함께 가족제도 내에서 합법적으로 출산을 많이 할 수 있도록 장려하는 것이 저출산에 대한 해법이다. 초혼이 늦어진 만큼 임신을 시도하는 모의 연령도 높아졌다. 실제로 고령임산부는 지속적으로 증가추세에 있음을 앞 장에서 확인할 수 있었다. 따라서 고령 임신은 무조건 고위험 임신이므로 고령임산부는 취약대상자라는 접근보다는, 지지하고 지원해야 하는 대상자라는 접근이 보다 실효성 있는 접근이라고 사료된다. 즉, 모의 고령과 관련된 위험 인

자들을 따로 관리하여 고위험인 고령임산부들의 출산 결과를 향상시키려는 노력과 함께 고령임산부가 고위험 임신부가 되지 않도록 임신 전부터 관리하여 지원하는 것이 보다 효율적이라고 볼 수 있다. 다시 말해서 임신부가 고령 임신에 대해 가진 막연한 두려움을 없애고 난임과 불임이 되었을 때 쉽게 치료하고 임신을 시도할 수 있도록 지원해 주며, 출산과정에서 위험에 대한 공포를 덜 느끼게 하고, 출산 이후 아이양육에 있어서 산모와 출생아가 신체적·정신적으로 건강하도록 하는 정책이 우선적으로 필요하다고 하겠다. 무엇보다 고령 임신에 관한 올바른 시각과 정보를 제공해주고 고령 임신을 인정하고 지지·지원해주는 사회 환경의 조성이 필요하다고 결론지을 수 있다.

참고문헌 <<

- 건강가정기본법(개정 2011.9.15., 법률 제11045호).
- 구윤희·김선권·심재윤·원혜성·이필량·김암(2006). 출생신고에 근거한 전국 조산율의 분석 -1995년부터 2003년까지-. 대한산부회지, 49(9), pp.1855~1865.
- 국민건강보험법(개정 2013.5.22., 법률 제11787호).
- 국민영양보험법(개정 2010.3.26., 법률 제10191호).
- 길기철·이귀세라·권지영·박인양·김사진·신종철·김수평(2007). 40세 이상 고령 임신이 주산기 결과에 미치는 영향. 대한주산회지; 18(2): pp. 125-130.
- 김경하·황라일·윤지원·김진수(2009). 임부의 산전 진찰 의료이용양상 및 진료비 분석. 보건행정학회지. 19(4), pp.53~65.
- 김동식·김영택·김태희(2011). 고령 임신부의 임신결과 및 정책지원 방안. 서울: 한국여성정책연구원.
- 김상미·김동식(2012). 부모의 사회경제적 지위가 출산 결과 및 영아사망에 미치는 영향: 2000년대 초반과 후반을 중심으로. 한국인구학, 35(1), pp.131~149.
- 김상미·조영태(2011). 사회경제적 수준에 따른 산모의 고연령이 영아사망에 미치는 영향: 교육 수준을 중심으로. 보건과 사회과학, 29, pp.69~97.
- 김상원·이정주·김지현·이재희·윤신원·채수안 외(2010). 우리나라 저체중출생아와 이에 관계된 인자의 변화양상, 1995-2007. 대한주산회지, 12(3), pp.282~287.
- 김태은·이순표·박종민·황병철·김석영(2009). 건강한 고령 초산모에서 산모 연령이 임신 결과에 미치는 영향. 대한주산회지; 20(2): 146~152.
- 뇌기반교육용어사전. 인터넷 주소: <http://21erick.org>.
- 대한민국정부(2012). 제2차 저출산고령사회 기본계획 2011-2015.
- 모자보건법(개정 2012.5.23., 법률 제11441호).
- 이찬열 외 12인(2012.6.13.). 모자보건법 일부개정법률안.

- 문주영·한원호·심계식·장지영·배종우(2011). 한국의 출산 산모 연령분포 변화와 고령 산모에서 저체중출생아의 빈도. 대한주산회지, 22(1), pp.30~36.
- 박상화·임달오·윤병준(2005). 출생신고자료를 이용한 만35세 이상 초산부의 조분만 위험에 관한 연구. 한국보건정보통계학회지, 30(1), pp.11~16.
- 박상화·한정호·김성민·구승엽·김석현(1999). 만35세 이상 임신부에서 조산 발생 위험 인자에 관한 연구 -1996년 인구동태 통계를 중심으로-. 대한산부회지, 42(7), pp.1416~1412.
- 박정환·이주영·박순우·박성준(2004). 늦은 첫 임신이 저출생체중 및 조산에 미치는 영향. 한국모자보건학회지, 8(1), pp.7~15.
- 박문일(2004). 임신부 관리 현황과 문제점. 한국모자보건학회 학술대회 자료집. 서울: 한국모자보건학회.
- 박문일·한동운·류기영·윤태형·이정은, 한현주(2005). 고위험 임신부의 효율적 관리 방안 연구. 한양대학교 의과대학 건강증진사업지원단.
- 보건복지부(2012). 마음더하기 -결혼, 임신에서 육아까지 정부지원정책 가이드.
- 서경(2005). 고령 임신의 위험 및 바람직한 어머니의 출산 연령. 한국모자보건학회 학술대회 자료집. 서울: 한국모자보건학회.
- 양영균·정병욱·정진국·이명재·윤광혁·신승권(1998). 고령산모에 관한 임상통계학적 고찰. 대한산부회지, 41(1), pp.34~41.
- 이경석·한동훈·배종우(2011). 한국의 15년간 산모 및 신생아 관련 통계 지표의 변화. 대한주산회지, 22(3), pp.229~236.
- 이정주(2007). 여성의 첫 출산 연령이 저체중출생아의 출생률에 미치는 영향. 대한소아과학회지, 50(12), pp.1206~1211.
- 이종성(2006). 델파이방법. 서울:교육과학사.
- 이철(1997). 우리나라 저체중아 출생 현황 및 문제점. 한국모자보건학회지, 1(2), pp.223~227.
- 인구보건복지협회 블로그. 인터넷주소: blog.naver.com/4674219.
- 장은철·손은식·임희택·김기중·이호형·최호준(2002). 만35세 이상 산모의 임신 및 주간기 예후에 관한 고찰. 대한산부회지, 45(5), pp.816~822.

- 저출산고령사회기본법. (개정 2012.5.23., 법률 제11444호)
- 최수란·김광준·이순표·김석영·윤성준·이의돈(2003). 40세 이후 고령 산모의 임신
과 출산의 임상적 고찰. *대한산부회지*, 46(3), pp.612~616.
- 통계청. 인구동향조사. 각 연도.
_____. 인구총조사. 각 연도.
_____. 주민등록인구통계. 각 연도.
_____. 출생통계. 각 연도.
- 한국보건사회연구원. 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사. 각 연도.
- 한정열(2005). 계획임신-건강한 아기 출산을 원하는 엄마들의 선택. 서울: 조선일보
생활미디어.
- 허혁·황지영·김도균·이형종·심재철·양희생(2004). 만35세 이상 고령 산모의 임신
과 출산에 대한 임상적 연구. *대한산부회지*, 47(3), pp.458~463.
- 홍성훈·김윤진·최형민·정병준·전명관·이용수(2002). 만35세 이상 고령 산모의 임
신과 출산의 최근 동향에 관한 임상적 연구. *대한산부회지*, 45(4),
pp.549~553.
- 황라일·김경하·윤지원·이정석(2011). 만35세 이상 고령 임신부 진료실적 추이에
관한 연구. *보건행정학회지*, 21(4), pp.585~598.
- Acevedo-Garcia, D., Soobader, M. J., & Berkman, L. F.(2007). Low
birthweight among US Hispanic/Latino subgroups: The effect of
maternal foreign-born status and education. *Social Science &
Medicine*, 65(12), pp.2503~2516.
- Acevedo-Garcia, D., Soobader, M. J., & Berkman, L. F.(2005). The
differential effect of foreign-born status on low birth weight by
race/ethnicity and education. *Pediatrics*, 115(1), pp.20~30.
- Astolfi P., De Pasquale A., Zonta L.A.(2005). Late childbearing and its
impact on adverse pregnancy outcome: stillbirth, preterm
delivery and low birth weight. *Rev Epidemiol Sante Publique* 53,
pp.2S97~2S105.

- Astolfi P. and Zonta L.(1999). Risks of preterm delivery and association with maternal age, birth order, and fetal gender. *Hum. Reprod.*, 14, pp.2891~2894.
- Auger, N., Luo, Z-C., Platt, R. W., Daniel, M.(2008). Do mother's education and foreign born status interact to influence birth outcomes? Clarifying the epidemiological paradox and the healthy migrant effect. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 62, pp.402~409.
- Berkowitz G. S. et al. (1993). Does delayed childbearing increase risk? *The Journal of the American Medical Association*, 269(6), pp.745~746.
- Beydoun H, Itani M, Tamim H, Aaraj A, Khogali M, Yunis KA. (2004). National Collaborative Perinatal Neonatal Network. Impact of maternal age on preterm delivery and low birthweight: a hospital~based collaborative study of nulliparous Lebanese women in Greater Beirut. *Journal of Perinatol*, 24(4), pp.228~35.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. & Crouter, A. C. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In P. H. Mussen (Series Ed.) & W. Kessen (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology*, Vol. 1: History, theory, methods (4th ed., pp. 357~414). New York: Wiley.
- Bullard, R. D., Mohai, P., Safa, R., Wright B.(2007). *Toxic wastes and race at twenty*. 1987-2007:United Church of Christ Racial Justice Ministry Team.
- Catov. JM., Bodnar. LM., Olsen. J., Olsen. S. and Nohr EA. (2011).

- Periconceptional multivitamin use and risk of preterm or small-for-gestational-age births in the Danish National Birth Cohort. *American Journal of Clinical Nutrition*, 94, pp.906~912.
서울: 한국여성정책연구원; 2011에서 재인용(김동식 외, 2011)
- Centers for Disease Control and Prevention(CDC). webpage: www.cdc.gov
- Chia SE, Lee KS, Chen OY.(2004). Low birth weight in relation to parental occupations-a population-based registry in Singapore(1994-1998). *Neurotoxicol Teratol*, 26 pp.285~90.
- Cho, Y., S., S., & Frisble, W. P. (2005). Adverse birth outcomes among Korean Americans: The impact of nativity and social proximity to other Koreans. *Population Research and Policy Review*, 24, pp.263~282.
- Cho, Y., Hummer, R. A., Choi, Y., Jung, S. W.(2011). Late childbearing and changing risks of adverse birth outcomes in Korea. *Matern Child Health J*, 15, pp.431~437.
- Chyu, L., & Upchurch, D. M. (2011). Racial and Ethnic Patterns of Allostatic Load Among Adult Women in the United States: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2004. *Journal of Women's Health*, 20(4), pp.575~583.
- Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al.(2005). Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstetrics and Gynecology*, 105, pp.983~990.
- Cramer, J. C. (1987). Social factors and infant mortality: identifying high-risk groups and proximate causes. *Demography*, 24(3), pp.299~322.
- Delbaere L. et al.(2007). Pregnancy outcome in primiparae of

- advanced maternal age, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 135(1), pp.41~46.
- Dickute J, Padaiga Z, Grabauskas V, Nadisauskiene RJ, Basys V & Gaizauskiene A.(2004). Maternal socio-economic factors and the risk of low birth weight in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*, 40, pp.475~482.
- Din-Dzietham, R. & Hertz-Picciotto, I. (1998). Infant mortality differences between Whites and African Americans: The effect of maternal education. *Am J Public Health*, 88(4), pp.651~656.
- Feldman P.J. et al.(2007). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), pp.715~725.
- Gage, T. B., Fang, F., O'Neill, E., Stratton, H. (2008). Maternal Age and Infant Mortality: A Test of the Wilcox-Russell Hypothesis. *American Journal of Epidemiology*, 169(3), pp.294~303.
- Gee, S. C., Lee, E. S., & Forthofer, R. N. (1976). Ethnic differentials in neonatal and postnatal mortality: a birth cohort analysis by a binary variable multiple regression method. *Social Biology*, 23, pp, 317~325.
- Geronimus, A. T.(1996a). Black/white differences in the relationship of maternal age to birthweight: A population-based test of the weathering hypothesis. *Social Science & Medicine*, 42(4), pp.589~597.
- Geronimus, A. T.(1996b). What teen mothers know. *Human Nature*, 7(4), pp.323~352.
- Geronimus, A. T.(1992). The weathering hypothesis and the health of African-American women and infants: evidence and speculations. *Ethnicity & Disease*, 2(3), pp.207~221.

- Geronimus, A. T. Hicken, M., Keene, D., Bound, J.(2006). "Weathering" and Age Patterns of Allostatic Load Scores Among Blacks and Whites in the United States. *Am J Public Health*, 96(5), pp.826~833.
- Gisselmann MD. (2005). Education, infant mortality, and low birth weight in Sweden 1973-1990: Emergence of the low birth weight paradox. *Scand J Public Health*, 33, pp.65~71.
- Glasser, S., Segev-Zahav, A., Fortinsky, P., Gedal-Beer, D., Schiff, E., Lerner-Geva,L. (2011). Primiparity at very advanced maternal age ≥ 45 years. *Fertility and Sterility*, 95(8), pp.2548~2551.
- Guendelman, S. & Abrams, B..(1995). Dietary intake among Mexican-American women: Generational differences and a comparison with White non-Hispanic women. *American Journal of Public Health*, 85(1), pp.20~25.
- Hammarberg, K., Clarke, V. E. (2005). Reasons for delaying childbearing—a survey of women aged over 35 years seeking assisted reproductive technology. *Australian Family Physician*, 34(3), pp.187~189.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, J.G., Sakala, C. and Weston, J. (2011) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.
- Hogue, C. J., & Vasquez, C. (2002). Toward a strategic approach for reducing disparities in infant mortality. *Am J Public Health*, 92(4), pp.552~556.
- Hsieh, T-T., Liou, J-D., Hsu, J-J., Lo, L-M., Chen, S-F., & Hung, T-H. (2010). Advanced maternal age and adverse perinatal outcomes in an Asian population. *European Journal of Obstetrics &*

- Gynecology and Reproductive Biology*. 148, pp.21~26.
- Hummer, R. A., Powers, D. A., Pullum, S. G., & Gossman, G. L. (2007). Paradox Found (Again): Infant Mortality Among the Mexican Origin Population of the United States. *Demography*, 44(3), pp.441~457.
- Jahan M. K., Shafiquzzaman M, Nahar K, Rahman M, Sultana N, Rahman M. M, Begum R. (2009). Outcome of pregnancy in women 35 years of age and above. *Mymensingh Medical Journal*, 18(1), pp.7~12.
- Jolly, M., Sebire, N., Harris, J., Robinson, S., Regan, L. (2000). The risks associated with pregnancy in womem aged 35 years or older. *Human Reproduction*, 15(11), pp.2433~2437.
- Joseph, K.S., Allen, A.C., Dodds, L., Turner, L.A., Scott, H., Liston, R., (2005). The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstetrics and Gynecology*, 105 (6), pp.1410~1418.
- Kail, R. V., & Cavanaugh, J. C. (2010). *The Study of Human Development. Human Development: A Life-span View (5th ed.)*. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Kelly, Y., Panico, L., Bartley, M., Marmot, M., Nazroo, J., & Sacker, A. (2009). Why does birthweight vary among ethnic groups in the UK? Findings from the Millennium Cohort Study. *J Public Health*, 31(1), pp.131~137.
- Khoshnood, B., Wall, S., & Lee, K.-s. (2005). Risk of Low Birth Weight Associated with Advanced Maternal Age Among Four Ethnic Groups in the United States. *Maternal and Child Health Journal*, 9(1), pp.3~9.
- Kirz DS, Dorchester W, Freeman RK. (1985). Advanced maternal age: the mature gravida. *American Journal of Obstetrics &*

- Gynecology*, 157, pp.7~12.
- Kleinman J. and Kessel, S. (1987). Racial difference in low birth weight. *England Journal of Medicine*, 317(12), pp.749~753.
- Koo, YJ, Ryu HM, Yang JH, Lim JH, Lee JE, Kim MY, Chung JH.(2012). Pregnancy outcomes according to increasing maternal age. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 51(1), pp.60~65.
- Kramer, M. S., Seguin, L., Lydon, J., & Goulet, L. (2000). Socioeconomic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 14, pp.194~210.
- Lampinen R, Vehviläinen-Julkunen K, Kankkunen P. (2009). A review of pregnancy in women over 35 years of age. *The Open Nursing Journal*, 6(3), pp.33~38.
- Lee, S.(2012). *Impact of Maternal Educational Attainment Status on Birth Outcomes by Maternal Nativity Status of Korean Americans*. Doctoral dissertation, Brandies Univ., The Heller school for social policy and management.
- Lou Z. C. et al.(2006). Effect of neighborhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 174(10), pp.1415~1420.
- Lu, M. C. (2007). Recommendations for preconception care. *Am Fam Physician*. 76 (3), pp.397-400.
- Marai W, Lakew Z. (2002). Pregnancy outcome in the elderly gravida in Addis Ababa. *East African Medical Journal*, 79(1), pp.34~37.
- Markides, K. S., & Eschbach, K. (2005). Aging, migration, and mortality: Current status of research on the Hispanic paradox. *Journals of Gerontology*, 60B, pp.68~75.
- McEwen, B. S. (2000). Allostasis and Allostatic Load: Implications for

- Neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*, 22, pp.108~124.
- McEwen, B. S., Stellar E.(1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 27;153(18), pp.2093~2101.
- Meadows, S. O., Beckett, M., Elliott, M., & Petersen, C. (2009). *Maternal Health Status and Early Childbearing: A Test of the Weathering Hypothesis*. Paper presented at the Population Association of America.
- Mercer BM, Goldenberg RL, Das A, et al.(1996). The preterm prediction study: a clinical risk assessment system. *Am J Obstet Gynecol*. 174, pp.1885~1893; discussion, pp.93~95.
- Mirowsky J. (2005). Age at first birth, health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*. 46(1), 32~50.
- Morales, L. S., Marielena, L., Kington, R. S., Valdez, R. O., & Escarce, J. J. (2002). Socioeconomic, cultural, and behavioral factors affecting Hispanic health outcomes. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 13, pp.477~503.
- Molina, C., Zambrana, R. E., & Aguirre-Molina, M. (1994). *The influence of culture, class, and environment on health care*. Washington, D.C: American Public Health Association.
- NHS Careers. 인터넷 주소: <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/nursing/careers-in-nursing/health-visiting/what-do-health-visitors-do/>
- O'Leary, C.M., Bower, C., Knuiman, M., Stanley, F.J., 2007. Changing risks of stillbirth and neonatal mortality associated with maternal age in Western Australia 1984-2003. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21, pp.541~549.

- Padilla, Y. C., Hamilton, E. R., & Hummer, R. A. (2009). Beyond the Epidemiological Paradox: The Health of Mexican American Children at Age 5. *Social Science Quarterly*, 90(5), pp.1072~1088.
- Paul, P (2008-03-02). "And the doula makes four". The New York Times. Retrieved 2013-10-19.
(http://www.nytimes.com/2008/03/02/fashion/02doula.html?pagewanted=all&_r=0)
- Pena, R., Wall, S., & Persson, L. A. (2000). The effect of poverty, social inequity, and maternal education on infant mortality in Nicaragua, 1988-1993. *Am J Public Health*, 90(1), pp.64~69.
- Rauh VA, Andrews HF, Garfinkel RS.(2001). The contribution of maternal age to racial disparities in birthweight: a multilevel perspective. *American Journal of Public Health*, 91(11), pp.1815~1824.
- Raus, V. A., Andrew, H. F., and Garfinkel, R. S.(2001). The Contribution of maternal age to disparities in birthweight: A multilevel perspective. *American Journal of Public Health*, 91(11), pp.1815~1824.
- Reichman, N. E., Hamilton, E. R., Hummer, R. A., & Padilla, Y. C. (2008). Racial and ethnic disparities in low birthweight among urban unmarried Mothers. *Maternal and Child Health Journal*, 12, pp.204~215.
- Rich-Edwards, J.W., Buka, S. L. et al.(2003). Diverging associations of maternal age with low birthweight for black and white mothers. *International Journal of Epidemiology*, 32(1), pp.83~90.
- Rosenthal, L. & Lobel, M. (2011). *Explaining Racial Disparities in Adverse Birth Outcomes: Unique Sources of Stress for Black*

- American Women*. Social Science & Medicine, In Press, Accepted Manuscript.
- Singh, G. K., & Yu, S. M. (1996). Adverse pregnancy outcomes: Differences between U.S.- and foreign-born women in major U.S. racial and ethnic groups. *American Journal of Public Health*, 86, pp.837~843.
- Thoits, P. A. (2010). Stress and Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1 suppl), pp.S41~S53.
- Valadan, M., Tanha, F., Sepahi, A.(2011). Pregnancy Outcomes in Women of Advanced Age. *Journal of Family and Reproductive Health*, 5(2), pp.57~61.
- Verma S.(2009). Advanced maternal age and obstetric performance. *Apollo Med*, 6(3), pp.258-263.
- Wang Y, Tanbo T, Abyholm T, Henriksen T (2011) The impact of advanced maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestations. *Arch Gynecol Obstet*, 284, pp.31-37.
- White, J. M., Klien, D. M (2007). *Family theories*. sage.
- Wildsmith, E.M.(2002). Testing the Weathering Hypothesis among Mexican-Origin Women. *Ethnicity and Disease*, 12(4), pp.470~479.
- Wise, P. H. (2003). The anatomy of a disparity in infant mortality. *Annu Rev Public Health*, 24, pp.341~362.
- Yang, W., Qeadan, F., & Smith-Gagen, J.(2009). The Hispanic epidemiological paradox in the fastest-growing state in the United States. *Hispanic health care international*, 7(3), pp.130~140.
- Yaniv, S., Levy, A., Wiznitzer, A., Holcberg, G., Mazor, M., Sheiner,

- E.(2011). A significant linear association exists between advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283(4):755~9.
- Yogev, Y., Melamed, N., Bardin, R, Tenenbaum~Gavish, K, Ben~Shitrit, G, Ben~Haroush, A.(2010). Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(6):558, pp.e1~7.



부 록: 조사표 <<

고령임산부 지원정책 검토 및 개발을 위한 조사

안녕하십니까?

한국보건사회연구원에서는 2013년도 일반과제로 「저출산 고령화 대응 인구자질 향상 방안: 고령임산부의 출산실태와 정책과제」 연구를 수행하고 있습니다.

최근 혼연연령이 높아짐에 따라 만35세 이상의 고령임산부 또한 증가하고 있습니다. 그러나 아직까지 고령임산부만을 대상으로 하는 정책은 거의 없는 실정입니다. 따라서 한국보건사회연구원에서는 고위험임산부(고령임산부 포함)를 대상으로 하는 기존의 정책을 평가하고, 추후 고령임산부를 위한 정책을 형성하는 것을 목적으로 본 조사를 진행하고 있습니다. 귀하의 의견은 고령임산부를 대상으로 하는 정책 개발에 많은 도움이 될 것이라 기대합니다.

설문 내용에 제시된 문항은 문헌연구를 통해 작성되었으며, 참고한 자료는 다음과 같습니다.

1. 보건복지부. 2010년 및 2011년 지방자치단체 인구정책사례집.
2. 보건복지부. 마음더하기 - 2012년 정부지원정책가이드.

본 전문가 조사는 1회 진행될 예정이며, 설문 항목 이외에도 개인적인 의견을 자유롭게 개진해주시면 감사하겠습니다. 바쁘신 중에도 조사에 응해주셔서 진심으로 감사드립니다.

2013년 9월

연구책임자 이소영

작성하신 설문지는 아래 연락처로 보내주시기 바랍니다.

■ 우편 송부 : (122-705) 서울시 은평구 진흥로 235 한국보건사회연구원 인구정책 연구본부 임지영 연구원

■ 이메일 송부 : limji@kihasa.re.kr

※ 관련 문의 : 한국보건사회연구원 임지영(02-380-8295)



고령임산부의 정의 및 기준

1. 현재 임신부의 연령이 만35세 이상인 경우, 1958년 미국의 The Council of the International Federation of Gynecology & Obstetrics의 기준에 따라서 고령임산부라고 정의하고 있습니다. 귀하께서는 현재 적용되고 있는 이 기준이 적당하다고 생각하시는지, 그리고 그 이유는 무엇인지 기입하여 주십시오.

2. 귀하께서는 모든 고령임신이 고위험임신이라고 생각하십니까? 혹은 고령임신이 고위험임신에 포함되기 위해서 추가되어야 하는 조건이 있다면 어느 것입니까?

3. 고령임산부의 임신 및 출산과 관련하여 가장 중요한 시기는 임신 전, 임신 초기, 임신 중기, 임신 말기 중 언제라고 생각하십니까? 그리고 그 이유는 무엇입니까?

고령임산부 관련 정책

4. 다음은 국가 및 지방자치단체에서 시행되고 있는 고위험임산부(고령임산부 포함) 관련 정책입니다. 각 정책별로 고령 임신부에게 적용하기에 적합하다고 생각되는지와 고령임산부의 건강한 임신과 출산에 효과적이지 그 정도를 평가하여 주십시오.

담당	사업명	사업내용	적합성
			① 매우 낮음 ② 낮음 ③ 보통 ④ 높음 ⑤ 매우 높음
전국 보건소	임산제 지원	대상: 35세 이상 임신부 내용: 임신 초기에 한해 지원	① ② ③ ④ ⑤
서울 동작 보건소 지역보건과	고위험임부 산전검진	대상: 20세미만 및 35세 이상 내용: 고위험임신대상 산전 정밀검진 병원연계	① ② ③ ④ ⑤
인천 서구 보건소 건강증진과	임산부 등록 및 상담	대상: 관내 임신부 내용: 고평 및 고위험 임신부의 자기관리방법 및 시기별 검사의 중요성 교육	① ② ③ ④ ⑤
광명시 보건소 보건사업과	기형아검사	대상: 관내 35세 이상(고위험군) 임신부 내용: 기형아 검사 쿠폰 발급	① ② ③ ④ ⑤
양평군 보건소 모자보건실	자신만만 출산교실	대상: 임신 16주 이상 된 임신부 내용: 임신의 이해, 고위험 임신과 대처, 완전한 모유수유법 등	① ② ③ ④ ⑤
이천시 보건소 의료미지원	고위험임부 의료미지원	대상: 고위험임부 진단자 내용: 고위험임부중 양수검사, 정밀초음파, 기형아검사자 1회 15만원 내에서 1회 지원	① ② ③ ④ ⑤
창원군 보건소 가족보건담당	고위험임부 특별관리	대상: 20세 미만 및 35세 이상의 임부, 고혈압, 당뇨병, 심장병, 갑상선 질환을 가진 임부, 습관성 유산, 사산, 기형아 출산경험 임부	① ② ③ ④ ⑤
보령시 보건소 보건사업과	임산부 초음파 검진	대상: 관내 등록된 임신부 내용: 관내 산부인과 진찰용 초음파 검진의뢰서 발급(고위험산모는 매달 발급)	① ② ③ ④ ⑤
광양시 보건소 건강증진과	임산부 건강교실	대상: 보건소 등록 임신부 내용: 고위험 임부 관리 교육, 모유수유지도 등	① ② ③ ④ ⑤
경주시 보건소 건강관리과	임산부 무료검진사업	대상: 보건(지)소 등록 임신부 내용: 빈혈, B형간염 조기발견으로 고위험 임부 조기발견 및 관리	① ② ③ ④ ⑤
하동군 보건소	고위험 임부 기형아(양수) 검사비 지원	대상: 군에 주민등록이 되어 있는 고위험 임부 내용: 임신16~20주 기형아 검사결과 고위험 임부로 판명되어 양수검사를 실시한 임부에게 양수검사비 60만원 지급	① ② ③ ④ ⑤
울산 중구 보건소 보건과	임산부 및 가임여성 임신제지원	대상: 중구 관내 거주 임신 12주이내 임산부 및 난임지원 가임여성 내용: 난임지원 대상 가임여성 등 고위험 가임여성에 대해 임신제 지원	① ② ③ ④ ⑤
성남시 중원구 보건소 보건행정과	행복한 출산 준비 교실	대상: 임신 20~32주 이상의 임신부 내용: 임신의 이해 및 고위험 임신과 대처, 분만의 이해 등	① ② ③ ④ ⑤
무안군 보건소 건강증진계	임산부 산전검사비 지원	대상: 무안군관내 등록 임신부 내용: 만35세 이상 고위험임부 기형아검사 쿠폰 1회 지급	① ② ③ ④ ⑤
경주시 보건소 건강관리과	국제결혼 이주여성 임신부 건강교실	대상: 국제결혼이주여성 가입여성 및 임신부 내용: 모유수유, 고위험임부 관리, 산후관리, 신생아관리 등	① ② ③ ④ ⑤

206 저출산고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제

5. 다음은 현재 국가에서 시행중인 임신·출산 관련 정책입니다. 다음의 정책 중 고령임산부에게 특화하기에 알맞다고 생각하시는 정도를 숫자로 기재하여 주시고 특화하기 적합한 정책을 한하여 그 이유에 대해 서술하여 주십시오.

구분	지원사업	특화 적합성	이유
		① 매우 낮음 ② 낮음 ③ 보통 ④ 높음 ⑤ 매우 높음	서술
임신	① 임신·출산 진료비용 지원 대상: 모든 임신부	① ② ③ ④ ⑤	
	② 의료기관 외 출산 시 출산비 지급 대상: 의료기관 외 출산한 경우	① ② ③ ④ ⑤	
	③ 만 18세 이하 산모를 위한 말뚝한 카드 대상: 만 18세 이하 임신부	① ② ③ ④ ⑤	
	④ 체외수정 시술비 지원 및 인공수정 시술비 지원 대상: 전국가구 월평균소득 150% 이하	① ② ③ ④ ⑤	
	⑤ 마더세이프(Mother Safe) 상담서비스 대상: 모든 임신부	① ② ③ ④ ⑤	
	⑥ 철분제 지원 대상: 보건소 등록 모든 임신부	① ② ③ ④ ⑤	
	⑦ 엽산제 지원 대상: 만 35세 이상 임신부	① ② ③ ④ ⑤	
	⑧ 산모·신생아도우미 서비스 대상: 전국가구 월평균소득 50% 이하	① ② ③ ④ ⑤	
	⑨ 알마젯 인터넷 상담실 대상: 모유수유에 대해 궁금한 경우	① ② ③ ④ ⑤	
	신생아	⑩ 선견성 태사 이상 검사(6종) 검사: 모든 신생아 환아지원: 소득 관계 없이 모든 환아	① ② ③ ④ ⑤
⑪ 신생아 청각 선별 검사 대상: 최자생계비 200% 이하		① ② ③ ④ ⑤	
⑫ 미숙아 의료지원비 및 선천성 이상아 의료비 지원 대상: 전국가구 월평균 150% 이하		① ② ③ ④ ⑤	
영유아	⑬ 영유아 건강검진 지원 대상: 만6세미만 모든 영유아	① ② ③ ④ ⑤	
	⑭ 아동인지능력향상 서비스 대상: 전국가구 월평균 100% 이하 가정의 만 2-6세 아동	① ② ③ ④ ⑤	
	⑮ 필수예방접종 지원 대상: 전국가구 월평균소득 100% 이하	① ② ③ ④ ⑤	
	⑯ 만0~2세 보육료 지원	① ② ③ ④ ⑤	
	⑰ 만3~4세 보육료유아학비 지원 대상: 영유아가구 소득하위 70%	① ② ③ ④ ⑤	
	⑱ 5세 누리과정(보육료유아학비 지원)	① ② ③ ④ ⑤	
	⑳ 어린이집 미이용 아동 양육수당 지원 대상: 차상위계층 이하 가구	① ② ③ ④ ⑤	
㉑ 아이돌봄 지원 대상: 만 3개월~12세 자녀를 둔 가정	① ② ③ ④ ⑤		

구분	지원사업	특화 적합성	이유
		① 매우 낮음 ② 낮음 ③ 보통 ④ 높음 ⑤ 매우 높음	
근로자 가정	㉑ 육아휴직급여 대상: 만6세이하 취학전 자녀	① ② ③ ④ ⑤	
	㉒ 육아기 근로시간 단축급여 대상: 피보험단위기간이 180일 이상이고 연속 30 일이상 육아휴직	① ② ③ ④ ⑤	
	㉓ 출산전후휴가 급여 대상: 여성근로자	① ② ③ ④ ⑤	
	㉔ 유산사산에 대한 보호 휴가 급여 대상: 여성근로자	① ② ③ ④ ⑤	
	㉕ 배우자 출산 휴가 급여 대상: 남성근로자	① ② ③ ④ ⑤	
다자녀 가정	㉖ 주택특별공급 대상: 3자녀 이상 무주택 세대주	① ② ③ ④ ⑤	
	㉗ 주택구입-전세자금 대출 대상: 3자녀 이상 무주택 세대주	① ② ③ ④ ⑤	
	㉘ 다자녀 추가공제제도 대상: 자녀2인 100만원	① ② ③ ④ ⑤	
	㉙ 전기요금 20% 감액 대상: 3자녀 이상 가정	① ② ③ ④ ⑤	
	㉚ 국민연금 출산크레딧 대상: 2008년 1월 이후 태어난 둘째 이상 자녀를 둔 부모	① ② ③ ④ ⑤	
	㉛ 자동차 취득등록세 감면 대상: 18세 미만 3자녀 이상 가구	① ② ③ ④ ⑤	
장애 아동 가정	㉜ 다자녀 우대카드 대상: 2~3자녀 이상 가정	① ② ③ ④ ⑤	
	㉝ 장애아 보육비 전액 지원 대상: 보육시설을 이용하는 만 12세 이하 장애아	① ② ③ ④ ⑤	
	㉞ 장애아 교육비 전액 지원 대상: 유치원을 이용하는 만 3~5세 특수교육대상 장애아	① ② ③ ④ ⑤	

5-1) 위의 평가 항목에서 고령 임신부를 위한 정책으로 특화 혹은 수정 할 수 있는 지원정책을 우선순위에 따라 구체적으로 기술해 주십시오.

1순위	
2순위	
3순위	

208 저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제

6. 기타 새롭게 도입이 필요한 고령임산부를 위한 정책을 자유롭게 제언하여 주십시오.



대단히 감사합니다.

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 판매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 회비납부

- 홈페이지를 통해 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행 019-219956-01-014 (예금주: 한국보건사회연구원)

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 235 한국보건사회연구원
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| ▪ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ▪ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ▪ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ▪ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ▪ Yes24 http://www.yes24.com | ▪ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2013-01	근거중심보건정책에 필요한 연구근거 현황 및 활용	김남순
연구 2013-02	국민건강증진기금사업의 운영현황과 개선방안 연구	김혜련
연구 2013-03	의료서비스산업의 경쟁구조 및 경영효율성에 관한 연구	김대중
연구 2013-04	보건의료서비스 분야의 소비자 위상과 권리	윤강재
연구 2013-05	식품분야 규제정책의 변화와 향후 식품안전 관리강화를 위한 규제합리화	정기혜
연구 2013-06	화장품 및 의약품에 대한 소비자 중심적 연구	김정선
연구 2013-07	보건의료분야 국가연구개발사업 운영현황 및 개선방안	박은자
연구 2013-08	진료비지출 요인분석 및 거시적 관리방안	신현용
연구 2013-09	의약품 정책이 의사의 처방에 미친 영향 연구	박실비아
연구 2013-10	한국의 건강불평등 지표와 정책과제	김동진
연구 2013-11	한국 의료의 질 평가와 정책과제 I: 한국 의료의 질 보고서 설계	강희정
연구 2013-12	국민연금기금운용 중장기 정책수립	원종욱
연구 2013-13	소득분배 악화의 산업구조적 원인과 대응 방안	강신욱
연구 2013-14	소득계층별 순조세부담의 분포에 관한 연구	남상호
연구 2013-15	저소득층 현금 및 현물서비스 복지지출의 사회경제적 영향분석	김태완
연구 2013-16	기회의 불평등 측정에 관한 연구: 성장배경을 중심으로	김문길
연구 2013-17	2013년 빈곤통계연보	임완섭/노대명
연구 2013-18	고용·복지 연계정책의 국제비교 연구: 한중일의 최근 정책변화를 중심으로	노대명
연구 2013-19	근로 및 사회정책에 대한 국민의식 분석	이현주
연구 2013-20	한국복지매일 연계 질적 연구(3차): 취약계층의 삶을 중심으로	김미곤
연구 2013-21	사회서비스 수요 공급의 지역단위 분석 연구	박세경
연구 2013-22	사회복지영역의 평가제도 분석 및 개선방안	정홍원
연구 2013-23	장애인의 자립생활 지원 방안: 발달장애인을 중심으로	김성희
연구 2013-24	장애인지원서비스의 질과 공급특성 분석 연구	박수지
연구 2013-25	복지재정 DB구축과 지표 분석	박인화
연구 2013-26	중앙과 지방의 사회복지재정 형평화 연구: 재정분담체계 재구조화를 중심으로	고제이
연구 2013-27	사회보장 중장기 재정추계 모형개발을 위한 연구	신화연
연구 2013-28	사회보장 재원조달에서의 세대 간 형평성 제고방안 연구	유근춘
연구 2013-29	의료기관의 개인정보 보호현황과 대책	정영철
연구 2013-30	우리나라 아동빈곤의 특성	정은희
연구 2013-31-01	한중일 인구동향과 국가 인구전략	이삼식
연구 2013-31-02	인구예측모형 국제비교 연구	이삼식
연구 2013-31-03	자녀 양육 지원 정책 평가와 개선 방안	신윤정
연구 2013-31-04	보육서비스 공급 적정성 분석 및 개선방안 연구	김은정
연구 2013-31-05	아동보호체계 연계성 제고방안	김미숙
연구 2013-31-06	여성고용 활성화 방안 연구	여유진
연구 2013-31-07	출산·보육 통계생산 및 관리효율화 연구	도세록

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2013-31-08	가구·가족의 변동과 정책적 함의	김유경
연구 2013-31-09	저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제	이소영
연구 2013-31-10	저출산고령사회에서의 일차의료기관 모형개발	황나미
연구 2013-31-11	저출산고령사회 동태적분석을 위한 지역 추적조사: 사례지역을 중심으로	오영희
연구 2013-31-12	저출산·고령화 시대의 한국 가족주의에 대한 진단과 정책적 함의	외부위탁
연구 2013-31-13	남북한 통합 시 적정인구 연구	이삼식
연구 2013-31-14	중·노년층의 삶의 질과 정책과제	정경희
연구 2013-31-15	고령화 대응 노인복지서비스 수요전망과 공급체계 개편연구	이윤경
연구 2013-31-16	다중노후소득보장체계 관점에서의 공적연금제도 개편 방안	윤석명
연구 2013-31-17	노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안	선우덕
연구 2013-31-18	요양병원과 요양시설의 역할정립방안연구: 연계방안을 중심으로	김진수
연구 2013-31-19	효과적 만성질환 관리방안 연구	정영호
연구 2013-31-20	인구고령화가 소비구조 및 산업생산에 미치는 영향 연구	외부위탁
연구 2013-31-21	여성노인의 노후빈곤 현황 및 대응정책	외부위탁
연구 2013-31-22	농촌 노인일자리 현황과 정책과제	외부위탁
연구 2013-31-23	평생교육관점에서 바라본 노년교육의 현황과 정책과제	이윤경
연구 2013-32-1	지방자치단체의 건강영향평가 및 지식포털운영	서미경
연구 2013-32-2	건강영향평가(TWCG)성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가	최은진
연구 2013-33	아시아국가의 사회정책 비교연구: 건강보장	홍석표
연구 2013-34	취약위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례관리 연구(4년차)	정은희
연구 2013-35	2013년 친서민정책으로서 사회서비스 일자리 확대전략III: 사회서비스산업-제3섹터-고용창출 연계 모델	이철선
연구 2013-36	2013년 보건복지통계정보시스템 구축 및 운영	오미애
연구 2013-37	인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영: 빅 데이터 활용방안을 중심으로	송태민
연구 2013-38	2013년 사회정신건강 연구센터 운영: 한국사회의 갈등 및 병리현상의 발생현황과 원인분석 연구	이상영
연구 2013-39	2013년 지방자치단체 복지정책 평가센터 운영	김승권
연구 2013-40-1	2013년 한국복지패널 기초분석 보고서	이현주
연구 2013-40-2	2013년 한국복지패널 심층분석 보고서: 신규 표본가구 통합DB(KOWEPS_Combined)을 중심으로	최현수
연구 2013-41	2011년 한국의료패널 기초분석 보고서(II): 만성질환관리, 일반의약품이용, 입산출산 부가조사	최정수
협동 2013-1	비영리법인 제도의 개선방안에 관한 연구(3년차)	오영호
협동 2013-2	가임기 임신 전 출산건강 관리지원 방안 연구	이상림

