

## 고령 임부의 가족지지, 부부관계의 질 및 건강증진행위

박영주\* · Paula A. Viau\*\* · 정춘희\*\*\* · 윤지원\*\*\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성 및 목적

최근 국내 출산율은 1960년대 이후 지속적으로 감소 하던 추세가 1990년은 여자 1000명당 1.6명에서 1996년에는 1.7명으로 증가추세를 보이고 있다. 구체적으로는 30-34세가 50명에서 83명으로, 35-39세는 7명이 10명으로, 40-44세는 1명이 4명으로 특히 30세 이상 여성의 출산율이 증가하는 경향을 보이고 있다(보건복지부, 1999). 이러한 경향은 선진국에서도 나타나는 현상으로, 미국의 경우 1990년대 이후 7년간 감소 추세이던 출산율이 1998년 이후 증가추세를 보이고 있으며, 연령별 증가율에서는 20-24세가 0.7%, 25-29세는 1.8%, 30-34세 2.5%, 35-39세 3.6%, 40-44세 2.8%로 증가하고 있어서 30대 이후의 출산율의 증가가 두드러진 것으로 보고하고 있다(Kelly, 2000).

그 동안 고령 임부의 임신 결과에 대해서는 20대 임부에 비하여 대체로 부정적인 것으로 보고되어왔다. 즉, 고령 임부는 수태능력 감소 및 유전적 결함의 가능성 증가 (Blixstein, Lancet, & Kessler, 1987; Hollander & Breen, 1990; Toner & Flood, 1993), 저출생 체중아 또는 과출생 체중아의 발생빈도 증가, 전

치태반이나 태반조기박리 같은 임신후반기 출혈의 발생 빈도 증가, 조산의 증가, 임신성 당뇨 및 임신성 고혈압의 발생빈도 증가, 제왕절개 수술분만의 증가, 모성사망률의 증가, 그리고 주산기 이환률 및 사산률이 더 높은 것으로 보고되고 있다(Ales, Druzin, & Santini, 1990; Berkowitz, Skovran, Lapinski, & Berkowitz, 1990; Lehman & Chism, 1987; Reichman & Pagnini, 1997; Sholtz, Haas, & Petru, 1999). 그러나 이러한 연구결과에 대하여 일부 연구자들은 고령 임부의 노화된 생식과정 (reproductive aging)에 대한 이해가 전제되어야함은 분명하지만, 단순히 임부의 연령과 산과적 결과의 인과관계를 추론하기보다는 고령의 임신과 관련된 특정 환경, 즉 의학적 관리, 임신전 질환, 수태능력 감소 또는 계획되지 않은 임신과 같은 요인들이 통제된 후에 임부 연령과 산과적 결과간의 인과관계가 추정되어야 함을 지적하고 있다(Mansfield, 1986; Windridge & Berryman, 1999).

일반적으로 고령 임부는 35세 이상의 연령에서 첫임신이나 반복 임신과 출산을 하는 임부로 정의된다. 그동안의 고령 임부의 임신결과에 대해 일관적이지 않은 연구결과에도 불구하고 의료계에서는 일반적으로 고령 임부를 고위험 임부로 분류하고 있다. 또한 고령 임부 자신도 연령 때문에 비록 건강하더라도 태아가 고위험일

\* 고려대학교 간호대학 부교수  
\*\* 미국 로드아일랜드대학 교수  
\*\*\* 고려대학교 구로병원 수간호사  
\*\*\*\* 고려대학교 간호대학 조교

수 있다고 믿는 경향이 있고 이 때문에 스트레스를 경험할 수 있다고 보고되고 있다(Mansfield & Cohn, 1986; Windridge et al., 1999). 임부간호의 주요 초점은 건강증진이라는 점에서 고령 임부의 지지체계, 건강관심 및 건강증진행위에 대한 이해는 모성과 태아의 결과를 개선하기 위한 전인적 간호전략 수립 및 적용에 중요하다. 그러나 그동안 국내에서 고령 임부의 건강관심 및 건강증진행위를 파악하기 위한 연구는 시도되지 않았다. 따라서 본 연구는 35세 이상의 고령 임부의 가족지지, 부부관계의 질 및 건강증진행위를 탐색하고 이들간의 관계를 규명하기 위하여 시도되었다.

## 2. 용어의 정의

### 1) 가족지지 (Perceived family support)

본 연구에서는 Procidano 와 Heller (1983)에 의해 개발된 Perceived social support from family (PSS-Fa)에 의해 측정된 가족지지점으로 정의한다.

### 2) 부부관계의 질 (Quality of marital relationship)

본 연구에서는 Norton (1983)에 의해 개발된 부부관계의 질 측정도구 (Quality of marriage index: QMI)로 측정된 점수로 정의한다.

3) 건강증진행위 (Health promoting behavior): 개인의 안녕감을 높이며 건강잠재력을 실현해가는 행위로 개인 생활양식의 통합된 부분을 일컫는 것이다 (Pender, 1987). 본 연구에서는 Walker, Sechrist 와 Pender (1987)가 개발한 건강증진생활양식척도 (Health promoting life-style profile: HPLP)로 측정된 점수로 정의한다.

## II. 문헌 고찰

고령 임부의 임신결과에 대한 선행 연구들은 고령 임부의 모체측, 태아측의 영향을 보고하고 있다. Hansen (1986)은 문헌고찰을 통해서 35세 이상의 여성은 수태능력이 34-46% 감소하고, 고령 임부에게서 고혈압, 자간전증, 당뇨병이 일반적 합병증은 아니지만 좀더 위험을 초래할 수 있는 것으로 보고하였다. 또한, 분만진행 이상 및 제왕절개 수술분만, 전치태반이나 태반조기박리와 같은 임신후반기 출혈 및 모성사망률이 20대 임부 보

다 높은 경향이 있음을 보고하였다. 태아 역시 위험에 처하는 경향이 높은데, 2500gm 이하의 저체중아나 4000gm 이상의 과체중아의 출생이 높은 경향이 있고, 사산률은 30대 말에는 2배, 40대 중반에는 3-4배로 증가하는 것으로 보고하였다. 신생아 사망률 역시 임부연령과 약하지만 상관관계를 보이며, 염색체 기형, 특히 trisomy 13, 18, 21과 성염색체이상의 발생률이 30대 부터 증가하여 35세에는 1.4%, 40세에는 1.9%, 45세에는 8.9% 증가하는 것으로 보고하고 있다. Gordon, Milberg, Daling과 Hickok(1991)은 35세 이상의 고령 초임부에서 임신이나 분만중 합병증이 보고되지 않은 경우 1차 제왕절개 수술분만율은 20대 임부보다 2.5배 높았음을 보고하였다. Reichman 등(1997) 역시 30대 임부가 25-29세 임부보다 저출생체중아의 출산율이 높다고 보고하였다. 최근에는 Cuckle(1999)은 1988-1997년까지 10년간의 연구를 종합 분석한 결과 고령 임부에서의 다운증후군아의 출생률이 24% 높음을 보고하였으며, Sholz 등(1999)은 1986년부터 1995년까지 분만 사례 39,148명중 59명의 40세 이상의 초임부의 모성 신생아의 병원기록지를 검토한 결과 평균 임신일수는 40세 이상의 임부에서 더 짧았고 유도분만과 제왕절개 수술분만율이 더 높았으며, 평균 출생시 체중이 유의하게 낮았고, 주산기 사망률이 더 높았음을 보고하였다 이 연구에서 연구자들은 고령 임부에서 수술분만이 높았던 주된 원인을 높은 산과적 합병증 발생률로 분석하고, 이 때문에 고령 임부의 산전관리에서는 조산 가능성에 대한 조기 검진과 자간전증의 조기 증상 확인에 중점을 두어야 함을 제안하였다. 또한 Hickey(2000)는 30세 이상 임부의 임신중 체중증가는 Institute of Medicine에서 제시하는 표준보다 체중증가가 적은 경향이 있는 것으로 보고하였다.

그러나, 이에 반해 Mansfield(1986)는 모성연령과 산과적 결과(임신중독증, 지연분만, 제왕절개수술, 전치태반, 태반조기박리, 모체사망률, 주산기 사망률, 저체중 출생아)와의 관련성을 검토하기 위하여 선행연구 104편을 검토한 결과 대부분(90%)의 연구가 심각한 방법론적 결함이 있었기 때문에, 고령의 생물학적 조건에 의한 결과이기보다는 낮은 임신과 관련된 특정 환경, 의학적 관리, 임신전 질환, 저하된 수태능력 및 계획되지 않은 임신 등을 반영하는 것일 수 있다고 지적하면서, 연령과 산과적 결과간의 인과관계 검증을 위해서는 다른 요인들의 엄격한 통제가 선행되어야함을 지적하였다. 이어

Mansfield와 Cohn(1986)은 모성연령, 모성스트레스, 임신합병증 및 정서적 스트레스가 임신결과에 영향을 미치는 생리적 기전에 대해서는 일관된 결론을 내리기는 어려우나 스트레스는 임신 결과에 부정적 영향을 미칠 수 있음을 지적하면서 고령의 임부는 연령 때문에 자신들이 고위험 임부라고 믿는 경향이 있어서 연령 그 자체보다는 두려움으로 인한 스트레스 때문에 좀더 임신중에 위협에 처할 수 있음을 지적하였다. Berkowitz 등(1990)은 20세 이상의 단태아를 출산한 3,917명의 임부에 대한 코호트 연구에서 20-29세의 임부보다 35세 이상 임부에서 저출생체중아를 출산할 가능성이 조금 높았으나, 30-34세 임부와 35세 임부 군에서 조산, 저출생체중아, 낮은 아프가 점수, 주산기 사망의 위험이 증가된다는 증거는 없었다고 보고하였다. 그러나 인구사회학적 변수와 의학적 위험 요인을 통제한 후에도 35세 이상의 임부는 임신성 당뇨, 임신성 고혈압, 임신중 출혈, 태반조기박리 및 전치태반 등 임신중과 분만중에 합병증 발생이 높은 경향이 있고, 30세 이상의 임부는 제왕절개 수술분만 및 신생아 중환자실 입원의 가능성이 더 높은 것으로 나타났다. 또한 최근 연구에서 Windridge 등(1999)은 35세 이상 임부와 20-29세의 임부의 임신, 출산 및 출산후 1년간 임부 연령과 산과력이 산과적 결과, 여성의 분만지각 및 산후우울에 미치는 영향을 조사한 결과, 병록지에서 임부 연령의 영향을 확인하기 어려웠고 단지 고령 임부는 20대의 젊은 임부보다 비록 건강한 경우에도 태아가 임신과 분만 중에 더 위협에 처해있을 것이라고 지적하는 경향이 있음을 지적하였다.

## 2. 고령 임부의 지지체계, 건강관심 및 건강증진행위

고령 임부의 임신 적응에 대해서 일부 연구자들은 다음과 같은 부정적 긍정적 관점을 동시에 지적한다. 즉, Stark(1997)는 고령 임부는 높은 교육수준, 직업적 경력 및 재정적으로 안정을 이룬 여성인 경향이 있으며, 이 때문에 부모기로의 역할이행과정에서 갈등을 경험할 수 있고, 또한 고령 임부는 그녀의 부모 역시 좀더 고령이거나 생존하지 않을 가능성이 더 많아서 결과적으로 고령 임부의 지지체계는 약할 수 있다고 지적한다. 또한 의학적 생물학적으로 고위험이라는 인식, 임신전 검사는 임부 자신과 아이의 안녕에 대한 우려를 가중시킬 수 있다. 또한 분만중 통증의 공포, 무기력 및 통제력 상실은 특히 교육과 직업적 경력에서 통제력이 발달한 고령 임

부를 당황하게 할 수 있다(Harker & Thorpe, 1992). 반면에, 비록 고령 임부가 임신에 대한 우려가 크더라도 임신관리를 젊은 20대 임부집단보다 더 잘할 수 있고, 덜 갈등을 갖고 임신에 적응할 수 있다. 즉, 고령 임부의 삶의 경험이 임신과 모성 적응에 도움을 줄 수 있다. 즉, 인내와 융통성은 경험을 통해 발달되는 것이므로 임신중 오히려 정신사회적으로 건강할 수 있다. 따라서 최근 임신을 연기하는 여성들의 대부분은 좋은 건강수준을 보이고, 일반적으로 중산층의 교육정도가 높고 의료 접근성이 높은 여성들이므로 확실히 부정적 임신결과를 가져오리라 예측하는 것은 보류되어야 한다고 지적한다(Stark, 1997).

국내에서 고령 임부의 건강증진에 관한 연구는 거의 수행되지 않았다. 그러나 임부들은 임신중에 건강행위를 추구하려는 경향이 있으며, 이것이 임신결과와 관련이 있음을 보여주는 연구들이 있다. 이를테면, Higgins, Frank와 Brown(1994)은 115명의 임부를 대상으로 임신중 여성의 건강행위에서의 변화를 자가보고식으로 조사했다. 그 결과 면담한 여성중 49% 이상이 식이, 운동, 흡연, 음주 및 비타민 섭취에서 변화가 있었음을 보고하였다. Kemp와 Hatmaker(1993)는 저소득 계층의 고위험 임부와 저위험 임부를 대상으로 한 연구에서 고위험 임부의 건강증진생활방식척도 점수가 저위험 임부보다 더 낮았음을 보고하였다. 따라서 임신중 간호의 주요 초점은 건강증진에 두어야 하며, 일반적으로 임신기의 여성들은 어느 발달시기보다도 건강관리에 대한 수용력 즉 학습준비정도가 높은 시기라고 할 수 있다(Bahr & Kruger, 1983; Lewallen, 1989; Telleen, 1993).

이상의 문헌고찰을 통해 볼 때, 고령 임부의 임신결과에 대해서는 일관성있는 연구결과가 제시되지 못하고 있으며, 고령 임부의 임신기 적응에 있어서도 긍정적 부정적 측면이 동시에 제시되고 있다고 할 수 있다. 그럼에도 임상실무에서는 35세 이상의 고령 임부는 자주 고위험 임부로 인식되고 있고 고령 임부 자신도 스스로 고위험 임신으로 인식하는 경향이 있으며 이로 인하여 고령 임부는 고유의 간호요구를 갖고 있을 것으로 예측될 수 있다.

## Ⅲ. 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 35세 이상 고령 임부의 지지체계, 건강관심 및 건강증진 행위를 탐색하고, 그 관계를 규명하기 위한 explorative correlational study이다.

## 2. 연구대상

본 연구는 K대 의료원 산하 서울소재 K병원과 경기도 소재 A병원 분말실에 입원한 35세 이상의 고령 임부 중 임신 28주 이후의 임부를 유한모집단으로 하였으며, 이중 본 연구 참여에 동의한 82명의 여성을 편의표집하였다.

## 3. 연구도구

### 1) 일반적 특성 질문지

본 연구에서 이용된 일반적 특성 질문지는 본 연구자들에 의해 구성되었으며, 대상자의 인구사회학적 특성을 묻는 5문항과 산과적 특성을 묻는 10문항으로 구성되었다.

### 2) 가족지지척도

고령 임부의 가족지지정도를 측정하기 위해서는 Procida와 Heller(1983)에 의해 개발된 PSS-Fa를 이용하였다. 응답범위는 '대체로 그렇다'. 4점에서 '대체로 그렇지 않다'. 1점으로 점수범위는 최저 20점에서 최고 80점으로 점수가 높을수록 가족지지정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 내적일관성 신뢰도 Cronbach's alpha는 .85로 나타났다.

### 3) 부부관계의 질 측정도구

고령 임부의 부부관계의 질을 측정하기 위해서는 Norton(1983)에 의해 개발된 QMI를 이용하였다. 본 도구는 부부관계의 질을 묻는 6문항으로 구성되었는데, 이중 서술평정척도로 구성된 5문항을 본 연구에서 이용하였다. 응답범위는 '가장 동의한다'. 7점에서 '전혀 동의하지 않는다'. 1점으로 점수범위는 최저 7점에서 최고 35점으로 점수가 높을수록 부부관계의 질이 좋음을 의미한다. 본 연구에서의 도구의 내적일관성 신뢰도 Cronbach's alpha는 .92로 나타났다.

### 4) 건강증진생활양식척도

고령 임부의 건강증진생활양식을 측정하기 위해서는 Walker 등(1987)에 의해 개발된 HPLP를 이용하였다.

본 도구는 자아실현 13문항, 건강책임 10문항, 운동 5문항, 영양 6문항, 대인관계지지 7문항 및 스트레스관리 7문항의 6영역의 48문항으로 구성되어있다. 응답범위는 '규칙적으로 한다.' 4점에서 '전혀 하지 않는다.' 1점으로, 최저 48점에서 최고 192점으로 점수가 높을수록 건강증진생활양식을 잘 실천하는 것을 의미한다. 도구 개발당시 신뢰도는 각 영역이 Cronbach's alpha .70에서 .90이었으며, 전체 신뢰도 계수는 Cronbach's alpha .92이었다. 본 연구에서 Cronbach's alpha는 .92였으며, 영역별 신뢰도 Cronbach's alpha는 자아실현 .87, 건강책임 .76, 운동 .70, 영양 .59, 대인관계지지 .81, 스트레스관리 .74이었다.

## 4. 자료수집방법

본 연구의 자료수집기간은 1999년 11월부터 2000년 6월까지 7개월간으로, 자가보고식 질문지는 임부의 동의 하에 면담후 대상자가 직접 기록하게 한 뒤 바로 회수하였으며 질문지 완성시간은 평균 20분이었다.

## 5. 자료분석방법

본 연구에서는 질문지를 통하여 수집된 양적 자료의 분석을 위해서는 pc-SAS program을 이용하여 전산통계 처리하였다.

1. 대상자의 일반적 특성, 지각된 건강상태, 가족지지정도, 부부관계의 질정도 및 건강증진생활방식 정도는 빈도, 백분율, 평균, 표준편차 등의 기술통계를 이용하였다.
2. 대상자의 일반적 특성에 따른 가족지지정도, 부부관계의 질정도 및 건강생활방식정도의 차이는 t-test, ANOVA를 이용하였다.
3. 대상자의 가족지지정도, 부부관계의 질정도 및 건강생활방식정도간의 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient를 이용하였다.

## III. 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자의 일반적 특성은 다음과 같다(표 1). 먼저 대상자의 평균연령은 36.5세였으며, 연령별 분포는

〈표 1〉 고령임부의 일반적 특성

N = 82

변수		Mean(S.D.)	n(%)	Range
연령		36.48(2.03)		35-44
결혼상태	기혼		82(100)	
	미혼		0(0)	
직업	가정주부		58(70.7)	
	시간제		7( 8.5)	
	전일제		17(20.7)	
교육수준	중졸		7( 8.6)	
	고졸		36(44.4)	
	대졸이상		38(46.9)	
임신 횟수		2.95(1.63)		1~8
유산 횟수		0.90(1.15)		0~5
생존 자녀수		0.96(0.80)		0~3
임신연령(주)		33.69(3.36)		25~39
태아수	단태아		79(97.6)	
	쌍태아		2( 2.4)	
	무응답		1	
첫 산전진찰 시기(주)		6.45(2.71)		1~16
임신계획여부	계획된 임신		53(64.6)	
	계획되지 않은 임신		29(35.4)	
산전 상담여부	있음		27(32.9)	
	없음		55(67.1)	
양수검사 여부	있음		19(23.2)	
	없음		63(76.8)	
임신중 입원경험여부	있음		20(24.4)	
	없음		62(75.6)	
임신전 만성질환여부	있음		27(32.9)	
	없음		55(67.1)	

35-39세가 92.7% (76명)이었으며 40세 이상은 7.3% (6명)이었다. 결혼상태는 모두 기혼이었으며, 가정주부가 70.7%(58명)이었고, 시간제 및 전일제 직업을 가진 대상자는 29.3%(24명)로 나타났다. 교육정도는 고졸이상이 91.3%(74명)이었고 중졸은 8.6%(7명)로 높은 교육수준을 나타냈다.

한편, 대상자의 평균 임신횟수는 2.95회로 첫 임신인 대상자는 23.2%(19명)인 반면, 대상자의 76.8%(63명)가 1회 이상의 임신경험이 있는 것으로 나타났다. 대상자의 31.7%(26명)는 이전 분만경험이 없었으며, 68.3%(56명)는 1회이상 분만경험이 있는 것으로 나타났다. 현재 생존 자녀가 없는 대상자는 32.9%(27명), 1명은 37.8%(31명), 2명은 28.0%(23명), 3명은 1.2%(1명)이었다. 유산경험은 대상자 48.8%(40명)가 1회 이상의 유산경험이 있었으며, 대상자의 조사시 평균 임신연령은 33.7주(5명)였고 최저 25주 최고 39주이었다. 대상자의 2.4%(2명)는 다태임신이었으며, 첫 산전진찰

시기는 평균 6.45주였으며, 87.7%(71명)가 임신 8주 이전에 첫 산전진찰을 받은 것으로 나타났다. 임신계획 여부에서는 35.4%(29명)이 이번 임신을 계획하지 않은 임신으로 보고하였다.

임신전 임신상담(Preconceptual counseling)을 받은 경험이 있는 대상자는 전체의 32.9%(27명)이었으며, 양수검사를 받은 대상자는 23.2%(19명)이었고, 이번 임신과 관련하여 입원한 경험이 있는 대상자는 24.4%(20명)였다. 이들이 입원한 이유는 조산(4명), 임신오조(3명), 전치태반(3명), 질박유산(2명), 조기태아하강(1명), 당뇨(2명), 고혈압(1명), 조기태아하강(1명), 및 자궁경관무력증(1명)이었다. 현재 앓고 있는 질환(preexisting or chronic medical conditions)이 있는 대상자는 32.9%(27명)로 나타났으며, 이들의 질환명은 빈혈(8명), 임신성 고혈압(6명), B형간염 보균자(4명), 당뇨(3명), 만성간염(2명), 알러지성 비염(1명), 난소낭종(1명), 기관지염(1명), 정맥류(1명)으로 보고되었다.

2. 대상자의 가족지지정도, 부부관계의 질 정도 및 건강증진행위정도

대상자가 지각한 가족지지정도의 평균은 3.24점으로 비교적 높은 것으로 나타났으며, 대상자가 지각한 부부관계의 질정도 역시 평균 5.47점으로 전반적으로 부부관계의 질이 높은 것으로 나타났다. 건강증진생활방식정도는 평균 2.38점으로 가꿈 하고있는 수준정도를 나타냈다. 영역별 건강증진 생활방식정도는 자아실현 2.74, 건강책임 1.85, 운동 1.53, 영양 2.81, 대인관계지지 2.60, 스트레스 관리 2.51로 영양 영역의 건강증진생활방식을 가장 잘 하고 있는 반면 운동 영역의 건강증진생활양식은 가장 낮게 수행하는 것으로 보고했다.

<표 2> 고령임부의 가족지지, 부부관계의 질 및 건강증진행위점수 (N=82)

Variables	Mean	SD	Max.	Min.
가족지지	3.24	.36	1.00	4.00
부부관계의 질	5.47	.94	1.00	7.00
건강증진행위	2.38	.37	1.00	4.00
자아실현	2.74	.47		
건강책임	1.85	.48		
운동	1.53	.55		
영양	2.81	.52		
대인관계 지지	2.60	.53		
스트레스 관리	2.51	.53		

3. 대상자의 가족지지정도, 부부관계의 질 정도와 건강증진행위 간의 관계

본 연구 대상자의 가족지지정도, 부부관계의 질 정도와 건강증진생활방식정도간의 관계 검정 결과는 다음과 같다(표 3). 먼저, 건강증진 생활방식은 가족지지정도 ( $r = .40, p = .0002$ ), 부부관계의 질정도( $r = .33, p = .003$ )와 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

<표 3> 지각된 건강상태, 부부관계의 질 및 건강증진행위 간의 관계

변수	가족지지	부부관계의 질
	r (p-value)	r (p-value)
건강증진행위	.40 (.0002)	.33 (.003)

4. 대상자의 일반적 특성에 따른 가족지지정도, 부부관계의 질정도 및 건강증진행위 정도

대상자의 인구사회학적 특성 중 교육정도와 직업 유무에 따른 가족지지정도, 부부관계의 질정도 및 건강증진 생활방식정도의 차이 검정 결과 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 산과적 특성 중 현재 생존 자녀수, 임신계획여부, 출산경험에 따른 가족지지정도, 부부관계의 질정도 및 건강증진 생활방식정도의 차이 검정 결과에서는 가족지지정도는 임신계획여부( $t = 2.17, p = 0.03$ )에 따라, 부부관계의 질정도는 출산경험( $t = 2.36, p = 0.02$ )에 따라 5% 유의수준에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(표 4).

5. 추가분석

본 연구에서는 고령 임부가 임신중 경험한 건강과 관련된 관심(우려) 및 건강증진행위를 파악하기 위하여 다음과 같은 개방형 질문을 중심으로 면담을 진행하였다. 먼저 "귀하는 이번 임신을 고위험 임신으로 생각합니까?", "그렇게 생각한다면 그 이유는 무엇입니까?", "현재 임신동안 귀하가 특별한 건강관심을 경험했다면 그 내용은 무엇입니까?" "귀하가 현재 임신중에 건강행위가 변화했다면 그 내용은 무엇입니까?" "현재 임신동안 의료인으로부터 받고 싶은 도움이 있다면 무엇입니까?", 그리고 "현재 임신을 귀하는 무엇으로 표현하셨습니까?" 이었다.

본 연구 대상자 82명중 61명의 임부가 현재 임신을 고위험이라고 지각하고 있었다. 이렇게 인지하는 이유에 대해서 대상자들은 현재 임신이 노산이므로 아기의 기형 걱정(28명), 임신중 합병증(임신중고혈압, 당뇨, 유산, 갑상선, 난소낭종) 또는 임신전 내과적 질환과 관련된 본인의 건강과 관련된 임신 예후에 대한 걱정(29), 의료진이 고위험 임신이라고 하기 때문에(2명), 육체적 힘들과 자신없음(2명)을 제시하였다.

한편, 연구대상자중 71명의 임부가 현재 임신에서 건강관심을 경험한 것으로 보고하였다. 면담결과 그들의 현재 임신에서 주요 건강관심 주제는 '태아의 안녕에 대한 관심', '태교에 대한 관심' '모체의 신체적 건강관심' '모체의 정신적 건강관심', '안전분만의 우려' 그리고 '양육을 위한 관심'의 6 주제로 나타났다. 각 건강관심 주제에 따른 구체적인 건강증진행위를 보면, 먼저 '태아 안녕에 대한 관심'은 좋은 영양상태를 유지하기, 휴식 수면등

〈표 4〉 고령임부의 가족지지, 부부관계의 질 및 건강증진행위 정도 차이 검정

변수	가족지지		부부관계의 질		건강증진행위	
	M	t or F	M	t or F	M	t or F
인구학적 특성						
교육						
중졸	3.32	1.59	5.45	70	2.49	1.32
고졸	3.16		5.33		2.31	
대중 이상	3.30		5.60		2.43	
직업						
주부	3.23	35	5.52	79	2.38	.28
진일제/시간제	3.26		5.36		2.40	
산과적 특성						
생존 자녀수						
없음	3.17	2.40	5.74	1.93	2.43	79
1명	3.21		5.26		2.31	
2명이상	3.37		5.44		2.41	
임신계획 여부						
계획된임신	3.18	2.17*	5.55	1.08	2.33	.10
계획되지 않은 임신	3.35		5.31		2.48	
임신력						
초산부	3.21	.63	5.82	2.36*	2.48	1.50
경산부	3.26		5.33		2.34	

\* p < .05

안정시간 갖기, 임신전에 하던 과격한 운동은 삼가고, 임신시 좋은 수영등의 운동을 새로 시작하기 등의 건강행위를 한 것으로 나타났다. '태교에 대한 관심' 주제에서는 좋은 생각하기, 명상하기, 음악듣기, 및 종이접기 등을 하는 것으로 나타났다. '모체의 신체적 건강 관심'에서는 현재 임신 합병증과 임신전 내과적 질환에 대한 염려, '모체의 정신적 건강 관심'에서는 불안, 우울 등을 극복하기 위하여 정신적 안정을 꾀하려고 노력하고 긍정적 자아감을 가지려고 노력한 것으로 나타났다. 안전분만을 위하여 분만자세 및 유방, 몸 마사지를 하거나 양육에 대한 우려로 모유수유를 위한 준비 등을 한 것으로 나타났다. 임신중에 의료인으로부터 받고자하는 도움에 대해서는 41명의 임부가 산전교육/검사시 자세한 설명/미래에 대한 자세한 설명을 의료진으로부터 듣기를 희망하였고, 좀더 의료진이 신뢰롭게 친절/배려(12명), 안전분만(10명) 및 정신적 안정(4명)을 가질 수 있도록 하는 도움을 원한 것으로 나타났다.

현재 임신에 대해 60명의 임부가 긍정적 반응을 보였다. 이들의 현재 임신에 대한 표현을 보면, 반가움/기쁨/감사/기대(26명), 축복(7명), 하나님의 생명/창조(6명), 신비/경이(2명), 하늘의 뜻/운명(2명), 다행/안도(2명), 진정한 가정을 이룸(2명), 귀인/고귀함(2명), 희망/설레임(2명), 새인생의 시작(2명), 추수하는 기분(1명), 만

남의 준비과정(2명), 위대/대단함(2명), 사랑의 시작(1명), 환상적(1명)으로 표현하였다. 그러나 7명의 임부는 당혹/걱정으로, 6명의 임부는 힘든 임신으로 표현하였으며, 6명의 임부는 양가적인 감정, 즉 기쁨과 걱정(4명), 안도와 걱정(1명), 기쁨과 슬픔(1명)을 표현하였다. 이에 반해 3명의 임부는 아무런 감정도 없다고 표현하였다.

분만후 예상되는 건강행위 및 일상활동의 변화를 보면 14명의 대상자가 별 변화가 없을 것이라고 한 반면, 68명의 대상자가 변화가 있을 것이라고 응답하였다. 이를 구체적으로 보면, 육아 때문에 바쁘고 힘들어짐(23명), 마지막 분만이므로 산후조리를 잘할 것임(6명), 체형관리를 위해 운동(25명), 신체 건강회복을 위해 노력(7명), 새생활이나 내생활 시작할 것임(2명), 가족유대관계 증진(1명), 행복해질 것 같음(1명), 더 열심히 긍정적으로 삶(2명) 등을 보고하였다.

#### IV. 논 의

본 연구결과 고령 임부가 인지한 가족지지정도, 부부관계의 질정도는 비교적 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 실제 고령 임부의 가족지지정도나 부관계의 질정도가 20대 임부에 비해 높다고 해석 가능하다. 그러

나. 본 연구대상자의 인구학적 및 산과적 특성을 보면, 교육정도가 고졸 이상이 91.3%(74명)이며, 초산부가 31.7% (26명)에 이른다는 것을 고려한다면 본 연구 대상자인 임부가 비교적 사회경제적 안정을 이룬 집단일 수 있고, 본 연구대상자를 표집한 병원이 서울시내소재 3차 대학병원이라는 점 등 표본추출에서의 편기 개입의 가능성을 배제할 수 없다. 그러나 국내에서 고령 임부집단에 대한 인구사회학적 특성 및 산과적 특성에 대하여 전국 단위의 경험적 연구에 기초한 자료가 없기 때문에 본 연구의 대상자의 특성을 비교하는 것이 어렵다.

한편, 건강증진생활방식의 각 영역별 점수에서는 영양 영역이 가장 높은 반면 운동 영역이 가장 낮은 것으로 나타났다. Telleen(1993)은 임부와 가임기 여성의 건강증진행위를 본 연구에서 이용된 HPLP 도구로 비교한 결과 영양 영역에서 두 집단간에 유의한 차이가 있었음을 보고하였다. 국내에서는 김혜숙과 최연순(1993)이 기혼임부와 미혼임부의 건강증진행위의 차이를 HPLP로 측정하여 비교한 결과, 자아실현, 건강책임, 운동 및 영양 영역에서 두 집단간에 유의한 차이가 있음을 보고한 바 있다. 그러나 이 연구에서는 HPLP 도구의 문항을 한국 임부에게 적용하는 점에서 문제점이 제시되지는 않았다. 그러나 본 연구결과 건강증진행위에 대한 면담결과 및 운동 영역에서의 건강행위가 가장 낮은 점수를 보인 점등을 동시에 고려한 결과 HPLP 도구의 운동 영역 문항 내용은 한국임부상황에 적용하는데는 다소 무리가 있다고 생각된다.

대상자의 일반적 특성 및 산과적 특성에 따른 가족지지정도, 부부관계 만족정도의 차이점정에서는 기대와는 달리 임신을 계획하지 않은 임부에서의 가족지지정도가 계획된 임신을 한 임부의 가족지지정도보다 높았으며, 통계적으로 유의한 차가 있었다. 이의 해석을 위하여 임신의 계획여부와 현재의 생존 자녀수간의 교차분석을 시도한 결과 계획되지 않은 임신의 경우 대체로 셋째 아이의 출산의 비율이 높은 것으로 나타났다. 따라서 고령 임부의 경우 계획되지 않은 임신시 가족지지정도가 높다고 단순히 해석하기 보다는 이 경우 3번째 아이의 출산을 한 임부의 경우 사회경제적으로 안정된 가정일 가능성 등 인구사회학적 특성에 대한 분석이 고려되어 해석되는 것이 타당하다고 생각된다.

본 연구에서는 고령 임부의 지지체계 (support systems)를 사회적 관계의 기능적 측면을 측정하고자 하였으며, 그 측정 영역을 가족지지와 부부관계의 질로

측정하였다. 그 결과 고령 임부의 가족지지와 부부관계의 질은 건강증진행위와 정의 상관관계가 있는 것으로 확인되었다. 이러한 결과는 사회적지지와 건강 또는 건강증진행위와의 관계를 확인한 다수의 선행연구결과를 검증해주는 것이라고 사려된다(Cohn & Syme, 1985).

한편, 추가분석으로 고령 임부의 건강우려 및 건강증진행위를 면담한 결과 본 연구 대상자중 61명의 임부가 현재 임신을 고위험으로 인지하고 있는 것으로 나타났다. 이렇게 인지하는 주요 이유를 그들의 연령으로 제시하였으며, 연령과 아기의 기형 및 모체건강과의 관련성을 염려하는 것으로 나타났다. 고령 임부의 고위험 임신으로의 수용은 임신중 건강행위를 추구하는 긍정적 측면이 있을 수 있으나, 의료진으로부터 대부분의 임부가 산전교육, 검사 및 임신후에 대하여 자세한 설명을 듣기를 희망하거나 안전분만을 희망하였다는 점에서 막대한 불안 및 스트레스를 20대 임부보다 더 경험하고 있을 수 있다는 해석도 가능하다. 따라서 Mansfield 등(1987)과 Windridge 등(1999)의 지적처럼 이에 대한 적절한 간호중재가 계획 수행되어야 할 것으로 생각된다. 또한 약 23%의 임부가 임신에 대해 부정적이거나 양가적인 감정을 갖고 있는 것으로 보고하고 있다는 점에서 고령 임부가 임신에 대해 갖고 있는 개념을 사정할 필요가 있으며, 이에 따른 적절한 간호중재가 수행되어야 한다고 생각된다.

## V. 결론 및 제언

결론적으로, 본 연구 결과 고령 임부의 가족지지정도, 부부관계의 질 정도는 높았으며, 지지체계와 건강증진행위간에는 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 그러나 HPLP 도구를 임부에게 적용시에는 운동 영역 문항의 적절성이 고려될 필요가 있다. 또한 고령 임부들은 고위험 임신으로 지각하는 경향이 있으며, 비록 소수이더라도 연령 때문에 임신에 대해 부정적이거나 양가적인 감정을 갖고 있는 것으로 나타났다. 따라서 고령 임부 간호시에는 고령 임부의 지지체계 및 건강관심 등을 사정할 수 있는 간호전략이 모색될 필요가 있고 이에 따른 적절한 간호중재가 수행되어야 할 필요가 있다.

## 참 고 문 헌

김혜숙, 최연순 (1993). 미혼임부와 기혼임부건강증진행



- 위 차이에 관한 비교연구. 대한간호학회지, 23(2), 255-268.
- 보건복지부 (1999). 연령별 출산률의 변화 (1960-1996년).
- Albers, L., Lyndon-Rochelle, M., & Krulewitch (1995). Maternal age and labor complications in healthy primigravidas at term. Journal of Nurse Midwifery, 40(1), 4-12.
- Ales, K.L., Druzin, M.L., & Santini, D.L. (1990). Impact of advanced maternal age on the outcome of pregnancy. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 171, 209-216.
- Bahr, J.E., & Kruger, S.F. (1983). Self-care practices of pregnant women from the central Kansas area. Kansas Nurse, 58(6), 1-2, 21.
- Berkowitz, G.S., Skovron, M.L., Lapinski, B.H. & Berkowitz, R.L. (1990). Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. New England Journal of Medicine, 322(10), 659-664.
- Blickstein, I., Lancet, M., & Kessler, I. (1987). Reevaluation of the obstetric risk for the older primipara. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 25, 107-112.
- Cohn, S., & Syme, S.L. (1985). Social support and health. New York: Academic press.
- Cuckle, H. (1999). Maternal age standardization of prevalence of Down's syndrome. Lancet, 354(9178), 529-530.
- Gordon, D.M.M., Milberg, J., Dahng, J., & Hickok, D. (1991). Advanced maternal age as a risk factor for cesarean delivery. Obstetrics and Gynecology, 77(4), 493-497.
- Hansen, J.P. (1986). Older maternal age and pregnancy outcome: A review of the literature. Obstetrical and Gynecological Survey, 41(11), 726-742.
- Harker, L., & Thorpe, K. (1992). "The last egg in the basket?" Elderly primiparity- a review of the findings. Birth, 19(1), 23-30.
- Hickey, C.A. (2000). Sociocultural and behavioral influences on weight gain during pregnancy. American Journal of Clinical Nutrition, 71(suppl.), 1364s-1370s.
- Higgins, P., Frank, B., & Brown, M. (1994). Changes in health behaviors made by pregnant women. Health Care for Women International, 15(2), 149-156.
- Hollander, D., & Breen, J.L. (1990). Pregnancy in older gravida. How old is old? Obstetrical and Gynecological Survey, 45(2), 106-112.
- Kelly, K. (2000). No blackout required: After years of decline, the number of births goes up. U. S. News & World Report, April 10.
- Kemp, V., & Hatmaker, D. (1993). Health practices and anxiety in low-income and high- and low-risk pregnant women. Journal of Obstetrical, Gynecological, and Neonatal Nursing, 22(3), 266-272.
- Lehman, D.K., & Chism, J. (1987). Pregnancy outcome in medically complicated and uncomplicated patients aged 40 years or older. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 157(3), 738-742.
- Lewallen, L.P. (1989). Health beliefs and health practices of pregnant women. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 18(3), 245-246.
- Mansfield (1986). Re-evaluating the medical risks of late childbearing. Women & Health, 11(2), 37-59.
- Mansfield, P.K., & Cohn, M.D. (1986). Stress and later-life childbearing: Important implications for nursing. Maternal-Child Nursing Journal, 15(3), 139-151.
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality. A critical look at the dependent variable. Journal of Marriage and Family, 45, 141-151.
- Procidano, M., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and family: Three validation studies. American

Journal of Community Psychology, 11(1), 1-24.

Reichman, N.E., & Pagnini, D.L. (1997). Maternal age and birth outcomes: Data from New Jersey. Family Planning Perspectives, 29(6), 268-272.

Sholtz H.S., Haas, J. & Petru, E. (1999). Do primiparas aged 40 years or older carry an increased obstetric risk? Preventive Medicine, 29, 263-266.

Stark, M.A. (1997). Psychosocial adjustment during pregnancy: The experience of mature gravidas. Journal of Obstetrical, Gynecological, and Neonatal Nursing, 26(2), 206-211.

Telleen, T.M. (1993). Health promotion practices of pregnant and nonpregnant women. Journal of Holistic Nursing, 11(3), 237-245.

Toner, J.P., & Flood, J.T. (1993). Fertility after the age of 40. OB/GYN Clinics of North America, 20(2), 261-272.

Walker, S., Sechrist, K., & Pender, N. (1987). Health promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36(2), 76-81.

Windridge, K.C., & Berryman, J.C. (1999). Women's experiences in giving birth after 35. Birth, 26(1), 16-23.

- Abstract -

Key concept : Mature Gravid, Family Support, Quality of Marital Relationship, Health-Promoting Behaviors

## Health Promoting Behaviors, Family support, and Quality of Marital Relationship of the Mature Gravid after 35

*Park, Young-Joo\* · Paula A. Viau\*\*  
Jung, Chun-Hee\*\*\* · Yoon, Ji-Won\*\*\*\**

This study was performed to explore the family support, the quality of marital relationship, and health promoting behaviors of the mature gravidas, and to validate the relationship between them. From November, 1999 to June, 2000, mature gravidas older than 35(N=82) were recruited from K University Hospital located in Seoul and Kyungki Province, Korea. Data was collected using a self-rating method and semi-structured interview. The questionnaires were : Perceived Social Support from Family developed by Procidano & Heller (1983), Quality of Marital Index by Norton (1983), and Health Promoting Life-style Profile by Walker, Sechrist, & Pender (1987).

Interviews were conducted using the interview guide with open-ended questions related to health concerns and health promoting behaviors. Data was analyzed using a pc-SAS program for quantitative data. The levels of the perceived family support and the quality of marital relationship were relatively high. The

---

\* Associate Professor, College of Nursing Korea University

\*\* Associate Professor, College of Nursing University of Rhode Island, Rhode Island, USA

\*\*\* Nurse Manager, Korea University Kuro Hospital

\*\*\*\* Teaching Assistant, College of Nursing, Korea University

relationship between perceived family support and quality of marital relationship, and health promoting life-style behaviors was statistically significant. Six themes emerged as primary concerns for the mature gravidas during childbearing: "Concerns related to the fetal well-being", "Concerns related to fetal education", "Concerns related to the maternal physical

health", "Concerns related to the maternal emotional health", "Concerns related to safe delivery" and "Concerns related to child-rearing". Nursing implications for practice include expanding prenatal assessment inventories to address the concerns and support system of mature gravidas.