

여성 불임술 수용의 영향 요인에 관한 연구

배 은 경* · 이 미 라**

I. 서 론

A. 연구의 필요성

국가 인구정책의 일환으로 1962년 부터 가족계획사업이 전국적으로 시도된 이래 각 가정의 모자건강, 가족경제의 향상, 보다 나은 자녀교육과 국가 경제발전을 위해 가족계획의 의미는 더욱 강조되고 있다. 우리나라는 1970년 750만명이던 가입여성의 수가 지난 10년간 250만명이나 늘어 현재 1,000만명이 되었고, 1990년에는 다시 200만이 늘어 1,200만명이 될 것으로 추산되고 있다(대한가족계획협회, 1985). 이와 같은 가입여성수의 증가는 필연적으로 인구의 증가를 가져오게 된다. 현재 우리 나라는 인구밀도(P. km²)가 393명으로 우리나라와 거의 같은 국토 면적을 가진 포르투갈의 108명에 비해 매우 높은 편이며 (한국인구보건연구원, 1984), 근로자 한 사람의 부양 가족수도 선진국의 2명에 비해 두배에 달하는 4명인 것으로 보고되고 있다(대한가족계획협회, 1985). 그 동안 가족계획에 대한 범 국민적인 계몽이 실시되어 각 가정의 평균 자녀 수가 감소되고 있으며, 피임을 실천하는 가정도 점점 많아지고 있다.

이와 같이 가족계획의 필요성을 인식하여 피임을 실천하는 가정의 수가 증가되면서 가족계획사업의 목적이 어긋나는 바람직하지 못한 현상이 나타나게 되었다. 즉 자녀를 더 이상 원치 않는 상태에서 불임을 목적으로 피임을 실천하던 가정에서 피임에 실패하는 경우 인공 임신 중절술을 받게 되는 사례가 발생하게 된 것이다. 1985년 경향신문에 실린 1,000명의 주부를 대상

으로 조사 연구한 결과 보고에 의하면 자녀를 더 이상 원치 않는 상태에서 피임에 실패하여 인공 임신 중절술을 받은 부인의 수는 59.7%에 이르고 있으며, 연령 별로 볼 때 임신 가능성이 높은 24~34세 군에서는 84.6%라는 매우 높은 수치를 나타내고 있다. 또 동일한 이유로 인공 임신 중절술을 2회 이상 경험한 부인의 수는 64%에 이르는 것으로 보고되었다.

인공 임신 중절술은 비합법적, 비도덕적임은 물론 신체적으로도 국소감염, 빈혈, 습관적 유산, 자궁파열 쇼크, 사망 등과 같은 부작용을 유발하여 모성건강 장애의 큰 요인으로 지적되고 있다(홍, 1984; 보건사회부, 1977-a).

자녀를 더 이상 원치 않는 부부가 피임에 실패하는 경우 그들은 원치 않는 아기를 출산하게 되든가, 인공 임신 중절술을 받게 되는데 이때 인공 임신 중절술을 받는 것은 그 부인의 건강에 해로울 수 있으며, 만약 출산하게 된다면 인구 증가를 가중시켜 국가의 주택난, 식량문제, 환경오염 및 자원 고갈 등의 문제를 증가시키게 된다고 할 수 있다. 그러므로 모성 건강을 유지하고 국가적인 정책에 협조하는 길은 더 이상 자녀를 원치 않는 부부가 피임을 실천할 것이 아니라 불임술을 시술받는 것이라 하겠다.

불임술은 가족계획사업이 시작되었던 1960년대 부터 권장되어 왔다. 불임술에 대한 선호도는 1980년 14.5%에서 1983년 34.0%로 증가해 왔으나 1980년대에 들어와 가입여성의 수가 급격히 증가되었고, 자녀를 원치 않음면서도 피임 방법만을 이용하다가 실패하는 가정의 수가 많으므로 불임술 권장을 위한 보다 적극적인 시도가 필요하다고 사려되어진다. 지금까지 불임

* 중앙대학교 대학원 간호학과

** 중앙대학교 의과대학 간호학과 부교수.

술 권장을 위한 노력으로 다수의 연구가 이루어져 왔으나(고, 함, 1980; 김, 서, 1979; 공, 조, 박, 1979; 문, 한, 김, 1977), 대부분 불임술 수용자의 인구학적 특성을 확인한 것이었으며, 불임술의 수용에 큰 영향을 주는 요인이 뚜렷하게 제시되지 못하고 있다.

불임술은 모성 건강을 유지하고, 한 가정의 경제, 주거환경, 자녀 양육 등에 영향을 줌으로써 가족 구성원의 정신적, 사회적 건강에 기여하므로 하나의 건강행위라 할 수 있다. 그리고 불임술의 수용은 각 개인의 인지에 의해 이루어지게 되므로 불임술의 수용에 영향을 주는 요인은 건강행위의 발생을 설명하기 위한 이론인 건강신념모형으로써 발견될 수 있을 것이다. 따라서 저자는 건강신념모형으로써 불임술 수용 결정을 설명할 수 있는가 규명하고, 불임술 수용에 중요한 영향을 주는 요인을 파악하기 위하여 본 연구를 시도하였다.

B. 연구의 목적

불임술을 증진시킬 수 있는 방안을 모색하기 위하여 본 연구는 다음과 같은 연구목적에 갖는다.

- ① 불임술 수용에 영향을 주는 요인을 파악한다.
- ② 건강신념모형으로써 불임술의 수용 결정을 설명할 수 있는가 규명한다.

C. 연구문제와 가설

이러한 연구목적에 달성하기 위하여 다음과 같은 연구문제와 그에 따른 가설이 제기되었다.

연구문제: 불임술 수용부인들의 불임술에 대한 지각된 민감성, 심각성, 유익성, 장애성은 미수용 부인들과 차이가 있는가?

가 설 :

1. 불임술 수용부인의 지각된 민감성 측정치는 미수용 부인의 민감성 측정치보다 높을 것이다.
2. 불임술 수용부인의 지각된 심각성 측정치는 미수용 부인의 심각성 측정치 보다 높을 것이다.
3. 불임술 수용부인의 지각된 유익성 측정치는 미수용 부인의 유익성 측정치 보다 높을 것이다.
4. 불임술 수용부인의 지각된 장애성 측정치는 미수용 부인의 장애성 측정치 보다 낮을 것이다.

D. 용어의 정의

본 연구에서 사용된 용어의 정의는 다음과 같다.

- ① 지각된 민감성: 인간이 자기가 특정 질병에 걸릴 가능성이 있다고 인지하는 것(Rosenstock, 1974)을 뜻하며, 본 연구에서는 자신이 또 임신할 가능성에 대한

지각 정도를 Likert식 5단계 척도에 따라 측정된 점수의 합으로서 점수가 많을수록 민감성이 높은 것을 의미한다.

② 지각된 심각성: 인간이 만약 자신이 특정 질병에 걸리는 경우 그 질병이 자신의 생명, 가정생활, 사회생활 등에 영향을 줄 것이라고 인지하는 것(Rosenstock, 1974)을 뜻하며, 본 연구에서는 자신이 또 임신하는 경우 임신이 자신의 건강, 가족관계, 사회경제생활 등에 미칠 영향에 대한 지각 정도를 Likert식 5단계 척도에 따라 측정된 점수의 합으로서 점수가 많을수록 심각성이 높은 것을 의미한다.

③ 지각된 유익성: 인간이 만약 자신이 특정 질병에 대한 예방적 행위를 이행한다면 그로 인해 그 질병에 걸리지 않을 수 있다고 인지하는 것(Rosenstock, 1974)을 뜻하며, 본 연구에서는 자신이 불임술을 받음으로써 사회, 경제생활, 가정생활에서 느낄 수 있는 이로운 점을 Likert식 5단계 척도에 따라 측정된 점수의 합으로서 점수가 많을수록 유익성이 높은 것을 의미한다.

④ 지각된 장애성: 인간이 만약 자신이 특정 질병에 대한 예방적 행위를 이행한다면 그로 인해 손실을 감수해야 한다고 인지하는 것(Rosenstock, 1974)을 뜻하며, 본 연구에서는 자신이 불임술을 받는데 드는 비용, 시간, 부작용 등에 대한 지각 정도를 Likert식 5단계 척도에 따라 측정된 점수의 합으로서 점수가 많을수록 장애성이 높은 것을 의미한다.

⑤ 불임술: 남성과 여성의 성 세포의 통로를 차단하여 양성의 성 세포의 결합을 저지함으로써 수태를 예방하는 것으로 본 연구에서는 여성의 난관폐쇄에 의한 불임술을 의미한다.

⑥ 불임술 수용 부인: 불임술을 받은 사람을 뜻하나, 본 연구에서는 유배우 가입여성으로서 불임술을 받고자 불임술 시술 의료기관에 내원한 여성을 의미한다.

⑦ 불임술 미수용 부인: 불임술을 받지 않은 사람을 뜻하나, 본 연구에서는 유배우 가입여성으로서 불임술 권장 대상이 되나 아직 불임술을 받기로 결심하지 못한 여성을 의미한다.

II. 이론적 배경

불임술 수용에 영향을 주는 요인을 발견하고, 건강신념모형으로써 불임술 수용을 설명할 수 있는가 검토하기 위하여 불임술과 건강신념 모형 등에 관한 선행 연구를 고찰한 결과는 다음과 같다.

A. 불임술

불임술은 남성과 여성 모두에게 시행할 수 있는데, 여성 불임술은 1823년 런던의 Brundell에 의해서 처음 시도되었다고 한다. 불임술은 본래 임신 또는 분만이 모체의 생명이나 건강을 손상시킬 가능성이 있다고 판단되어질 때, 임신을 방지함으로써 모체의 건강을 보호하기 위하여 사용되었던 것이다(김, 윤, 이1980; 강, 1980; 광, 1979).

여성의 경우 불임을 초래할 수 있는 방법에는 여러 가지가 있으나, 수술 후의 건강문제와 도덕적인 측면을 고려해 볼 때 난관폐쇄를 초래하는 불임술이 널리 이용되고 있다. 우리 나라에서도 1960년대 이후 국가의 인구조절정책을 가능케 하는 방안으로 난관불임술이 채택되어 출산을 저지시키는 데 많은 영향을 주어 왔다.

우리나라 여성 불임술 수용부인의 인구사회학적 특성을 보면 몇가지 특기할 사항이 있음을 알 수 있다. 불임술 수용부인의 평균 연령은 30.9세이며, 이들의 평균 자녀수는 2.7명이고, 특히 남아가 1명 이상 있는 사람들이 대부분이어서 남아의 존재 유무가 불임술 수용 결정에 큰 영향을 주고 있음을 알 수 있다(조, 1984). 과거 불임술 수용부인의 학력은 대졸이상의 고학력이었으나 1979년 조사에서는 교육수준과는 무관함이 밝혀졌으며(공, 박, 권, 1981), 또 불임술을 시술 받기 이전에 인공임신중절술을 2회 이상 받은 부인들이 많은 것으로 나타났다(공등, 1981; 문등, 1977; 보건사회부, 1977-b).

불임을 원하면서도 불임술 대신 다른 피임방법을 이용하거나 인공 임신 중절술을 받는 이유는 불임술 시술후에 자녀를 잃게 되지 않을까 하는 두려움과 불임술에 관한 근거 없는 소문에 영향이 있는 것으로 알려졌다. 이러한 내용에는 여성의 성 기능을 잃어버릴 것이라는 두려움, 남편이 자신을 멀리할 것이라는 생각, 수술 자체에 대한 공포감, 수술 후의 부작용 등이 있는 것으로 보고되고 있다(홍, 1984).

그러나 그 동안의 지속적인 교육으로 이러한 소문이 사실이 아님이 널리 제명되었고, 최근에는 복원술이 발달되어 30~67%에 달하는 것으로 알려져 있어서(장, 1983) 자녀의 상실에 따르는 두려움을 극복하게 해 주고 있다.

B. 건강신념모형

건강신념모형은 Kurt Lewin의 장의 이론을 건강행

위의 설명에 도입하여 만든 이론으로서 Lewin의 이론에 의하면 인간의 행위는 어느 한 시점에서 인간에게 존재하는 심리적인 장으로 표현된다(Maiman, 1974). 그러므로 인간의 행위를 설명하려면 인간의 과거 경험보다 현재 인지상태에 중점을 두어야 한다는 것이다.

하나의 행위가 일어나려면, 인간이 그 행위의 결과에 대해 가치를 부여해야 하고, 또 그 행위가 인간이 기대하는 특정 결과를 초래할 것이라고 생각해야 한다는 것이다. 그래서 건강신념모형 연구자들은 특정 건강문제에 대한 예방적 행위를 취하고자 하는 인간의 정신적 준비를 지각된 민감성과 심각성으로 결정하고, 특정 행위의 이행에 대한 평가를 지각된 유익성과 장애성으로 결정하였다(Maiman, Becker, 1974).

지각된 민감성, 심각성, 유익성, 장애성 등의 변수와 건강행위 이행의 관계를 조사한 연구의 결과를 보면 대체로 지각된 민감성, 심각성, 유익성이 높고 장애성이 낮을 때 건강행위 이행이 높은 것으로 나타났다.

현재까지 건강신념모형으로써 건강행위 이행의 정도를 설명한 연구 결과에 의하면 건강신념 모형만으로는 건강행위의 이행을 충분히 설명하지 못하는 것으로 나타나 있는데(최, 1980; Haefner, Kirscht, 1970), 일부 학자들은 지각된 민감성, 심각성, 유익성, 장애성 등의 건강신념 변수보다는 행동의 계기가 더 중요하다고 보고하기도 하였다(이, 1984; 최, 1983).

그러나 행동의 계기가 특정 행동을 초래하기 전에 행동의 계기가 작용할 수 있도록 개인의 인지 상태가 준비되어져 있어야 할 것으로 사려되므로 건강신념변수는 계속 중요성을 갖는다고 생각되어진다.

C. 본 연구의 이론적 기틀

건강신념 모형을 불임술 수용이라는 구체적인 상황에 적용한다면 임신이 자신의 생활에 불리한 영향을 줄 것이라는 신념, 만약 불임술을 받는다면 임신에 대한 민감성과 심각성이 저하되어 자신에게 유익을 줄 것이라는 신념을 가져야 하며 불임술을 수용하는데 따른 것으로 예상되는 장애를 작게 인지하여야 한다.

그리고 이러한 신념은 개인의 인구학적 변수들, 즉 연령, 직업, 종교, 교육수준, 경제 상태, 가족 구조, 남아와 여아의 수, 이전의 피임 경험, 인공임신중절 횟수 등에 의해 영향을 받게 된다.

이상에서 고찰한 결과에 따라 개인의 건강신념 및 인구학적 변수와 불임술 수용과의 관계를 모형으로 표시하면 그림 1과 같다.

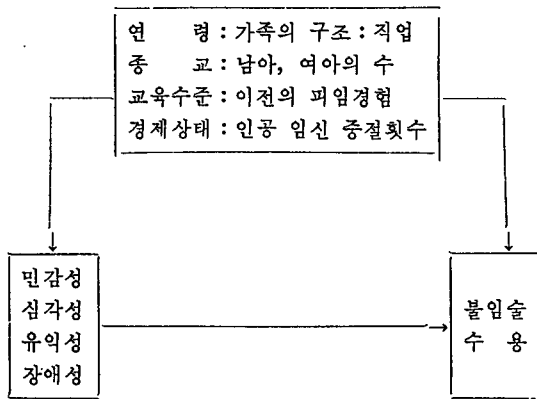


그림 1. 본 연구의 이론적 기틀

Ⅲ. 연구 방법

A. 연구 설계

불임술 수용 부인과 미수용 부인의 임신에 대한 건강신념 변수 및 불임술 수용에 대한 지각의 차이를 규명하기 위하여 본 연구는 다음과 같은 과정으로 진행되었다.

먼저 불임술을 시술받고자 내원하였으며, 연구 대상자 기준에 부합되는 부인들을 수용군으로 선정하였다. 이와 같이 수용군을 선정한 다음 수용군의 인구학적 특성을 파악하여 수용군과 유사한 특성을 가지고 있으며, 연구 대상자 기준에 부합되는 부인들 중에서 미수용군을 선정하였다.

본 연구의 설계는 그림 2와 같다.

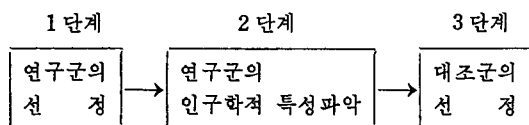


그림 2. 본 연구의 설계

B. 연구 대상

본 연구의 대상자는 수용군과 미수용군으로 구성되었다. 수용군은 1986년 2월 17일~3월 21일 사이에 가족계획회 부속의원에서 불임술을 시술받고자 내원한 부인들 중에서 본 연구에 협조하기를 동의한 부인 35명이었다.

본 연구 대상자의 선정 기준은 다음과 같다.

- ① 23세 이상 35세 이하의 유배우 부인.
- ② 현존 자녀수가 2명 이하의 부인.
- ③ 본 연구에 협조하기를 동의한 부인.

선행 연구에서는 불임술 수용 결정에 남아의 수가 중요한 것으로 나타났으나 자료수집전 본 연구자의 예비조사의 결과 남아가 없는 상태에서 불임술을 받는 부인의 수가 많으므로 남아의 유무는 연구 대상자 선정 기준에서 제외되었다.

미수용군은 서울특별시와 인천직할시에 거주하는 유배우 가입 여성중 학력, 경제수준 등의 인구학적 특성이 수용군과 유사한 부인들 중에서 본 연구에 협조하기를 동의한 36명이었다.

본 연구에 참여한 대상자의 수는 수용군이 35명, 미수용군이 36명이었다.

C. 연구 도구

본 연구에서 사용된 도구는 다음과 같이 제작되었다.

1. 지각된 민감성 측정도구

지각된 민감성 측정도구는 임신 가능성에 대한 개인의 지각을 서술한 문헌(공동, 1981; 문등, 1977)의 고찰 결과에 근거하여, 본 연구자가 개발한 문항으로 구성되었다.

각 문항은 “매우 동의한다” 5점, “약간 동의한다” 4점, “보통이다” 3점, “별로 동의하지 않는다” 2점, “전혀 동의하지 않는다” 1점의 척도에 의해 측정되며 점수가 많을수록 민감성이 큰 것을 의미한다.

이 도구의 내용 타당도는 간호학 교수 1인과 가족계획관계 실무자 2인에 의해 검토되었고, 신뢰도는 35명을 대상으로 검정한 결과 Cronbach's $\alpha = .86$ 의 신뢰도를 보였다.

2. 지각된 심각성 측정도구

지각된 심각성 측정도구는 임신 가능성에 대한 개인의 심각성을 서술한 문헌(공동, 1981; 김과서, 1979; 문등, 1977)의 고찰 결과에 근거하여 본 연구자가 개발한 9문항으로 구성되었다.

각 문항은 “매우 그럴 것이다” 5점, “약간 그럴 것이다” 4점, “잘 모르겠다” 3점, “별로 그렇지 않을 것이다” 2점, “전혀 그렇지 않을 것이다” 1점의 척도에 의해 측정되어 점수가 많을수록 심각성이 큰 것을 의미한다.

이 도구의 내용 타당도는 간호학 교수 1인과 가족계획 실무자 2인에 의해 검토되었고 Cronbach's $\alpha = .79$ 의 신뢰도를 보였다.

3. 지각된 유익성 측정도구

유익성 측정도구는 불임술을 이행함으로써 건강, 가족관계, 사회생활, 가정경제, 성 생활 등에 어떤 이로운 점이 있다고 생각하는가를 묻는 10개 문항을 가진 도구로 개발되었다.

각 문항은 “매우 동의한다” 5점, “약간 동의한다” 4 점, “보통이다” 3점, “별로 동의하지 않는다” 2점, “전혀 동의하지 않는다” 1점의 척도에 의해 측정되며 점수가 많을수록 유익성이 큰 것을 의미한다.

이 도구의 내용 타당도는 간호학 교수 1인과 가족계 획관계 실무자 2인에 의해 검토되었고 Cronbach's $\alpha = .65$ 의 신뢰도를 보였다.

4. 지각된 장애성 측정도구

장애성 측정도구는 불임술을 받고자 할 때 어려움을 주는 요인에 관한 문헌(인구보건연구원, 1984)의 고찰 에 근거하여 12개 문항을 가진 도구로 개발되었다.

각 문항은 “매우 동의한다” 5점, “약간 동의한다” 4 점, “보통이다” 3점, “별로 동의하지 않는다” 2점, “전혀 동의하지 않는다” 1점의 척도에 의해 측정되며 점수가 많을수록 장애성이 큰 것을 의미한다.

이 도구의 내용 타당도는 간호학 교수 1인과 가족계 획관계 실무자 2인에 의해 검토되었고, Cronbach's $\alpha = .66$ 의 신뢰도를 보였다.

D. 연구진행절차

본 연구의 주요 진행 절차는 다음과 같다.

- ① 1985년 12월 유배우 가입여성으로서 불임술을 받 지 않은 부인 10명과의 면담을 통하여 임신 가능성 및 불임술에 대한 태도를 예비 조사하였다.
- ② 문헌고찰과 면담에서 얻은 결과를 종합하여 임신 가능성에 대한 민감성과 심각성 및 불임술 수용에 대 한 유익성과 장애성을 측정하기 위한 도구를 작성하였 다.
- ③ 간호학 교수 1인과 가족계획관계 실무자 2인에 의해 내용 타당도가 검토되었다.
- ④ 자료 수집에 참여할 가족계획협회 부속의원 실무 자 2인에게 자료 수집에 따르는 유의사항에 대한 교육 을 실시하였다.
- ⑤ 1986년 2월 17일부터 가족계획협회 부속의원에서 수용군의 자료를 수집하였다.
- ⑥ 1986년 3월 3일부터 미수용군의 자료를 수집하였 다.

표 1. 불임술 수용군과 미수용군의 인구학적 변수의 분포 비교

특 성	구 분	수용군 실수(백분율)	미수용군 실수(백분율)	χ^2	df	P
연 령	24~28세	12(34.29)	14(38.89)	5.51	2	0.064
	29~30세	10(28.57)	17(47.22)			
	31~34세	13(37.14)	5(13.89)			
종 교	유	22(62.86)	22(64.71)	0.02	1	0.886
	무	13(37.14)	12(35.29)			
교육 정도	중졸 이하	11(31.43)	7(19.44)	24(68.37)	29(80.56)	
	고졸 이상	24(68.37)	29(80.56)			
직 업	유	6(17.14)	9(25.00)	0.657	1	0.417
	무	29(82.86)	27(75.00)			
가족의 구조	핵가족	32(91.43)	28(77.78)	2.526	1	0.112
	대가족	3(8.57)	8(22.22)			
인공 임신 중절 횟수	0	12(34.29)	15(41.67)	0.501	2	0.778
	1	12(34.29)	10(27.78)			
	2회 이상	11(31.43)	11(30.56)			
여아의 수	유	21(60.00)	21(58.33)	0.020	1	0.886
	무	14(40.00)	15(41.67)			
남아의 수	유	27(77.14)	27(75.00)	0.045	1	0.832
	무	8(22.86)	9(25.00)			
경제 상태	30만원 미만	7(20.00)	13(36.11)	5.119	2	0.077
	30~40만원	23(65.71)	14(38.89)			
	40만원 이상	5(14.29)	9(25.00)			

표 2. 불임술 수용군과 미수용군의 제 건강신념변수 측정치의 비교

변 수	수용군 평 균	표준편차	미수용군 평 균	표준편차	t	df	p
민감성	4.30	0.48	3.38	1.21	-4.18	46.2	.0001***
심각성	4.00	0.49	3.47	0.58	-4.10	69.0	.0001***
유익성	4.10	0.32	3.87	0.47	-2.41	62.7	.0188*
장애성	3.27	0.29	3.37	0.57	0.91	52.6	.3642

* $p < .05$
 ** $p < .01$
 *** $p < .001$

표 3-1. 불임술 수용군의 인구학적 변수가 제 건강신념 변수에 미치는 영향

특 성	구 분	실수	민감성		심각성		유익성		장애성	
			F(t)	P	F(t)	P	F(t)	P	F(t)	P
연 령	24~28세	12								
	29~30세	10	7.23	0.002**	0.05	0.94	0.17	0.94	0.12	0.88
	31~34세	13								
종 교	유	22								
	무	13	-0.98	0.33	-0.23	0.81	-0.87	0.38	1.50	0.14
교육정도	중졸 이하	11								
	고졸 이상	24	-0.01	0.98	-0.34	0.72	-0.89	0.37	-1.41	0.16
직 업	유	6								
	무	29	1.73	0.09	-0.28	0.77	1.52	0.14	-0.12	0.89
가족의 구조	핵가족	32								
	대가족	3	0.71	0.48	0.65	0.57	1.20	0.34	0.45	0.69
인공임신	0	12								
중절횟수	1	12	1.27	0.29	1.59	0.22	2.17	0.13	1.53	0.23
	2회 이상	11								
여아의 수	유	21								
	무	14	-0.18	0.85	-0.80	0.42	0.66	0.51	0.29	0.77
남아의 수	유	27								
	무	8	0.45	0.64	0.42	0.67	-0.66	0.51	0.96	0.34
경제상태	30만원 미만	7								
	30~40만원 미만	23	0.03	0.97	0.33	0.72	0.32	0.72	0.53	0.59
	40만원 이상	5								

E. 연구의 제한

본 연구의 제한점은 다음과 같다.
 본 연구의 대상자들은 우연적 표집 방법에 의해 표
 집됨으로써, 교육 및 경제수준 등의 인구학적 분포가
 편중된 집단이므로, 본 연구 결과를 다른 집단이나 대
 상에 확대 해석할 때는 신중한 고려가 요구된다.

IV. 연구결과

A. 불임술 수용군과 미수용군의 인구학적 특성의 유
 사성 검정

수용군과 미수용군의 인구학적 제변수 즉 연령, 종
 교, 교육정도, 직업, 가족의 구조, 인공임신중절 횟수

여아·남아의 수, 경제상태의 유사성을 χ^2 점정에 의해 검토한 결과는 다음과 같다(표 1 참조).

인구학적 제변수의 분포에 있어서 수용군과 미수용군 간에 유의한 차이는 없었다.

B. 가설의 검정

본 연구에서 설정된 가설의 검정 결과는 다음과 같다(표 2 참조).

가설 1: “불임술 수용 부인의 지각된 민감성 측정치는 미수용 부인의 민감성 측정치 보다 높을 것이다”는 지지되었다($t=-4.18, df=46.2, p<.0001$).

가설 2: “불임술 수용 부인의 지각된 심각성 측정치는 미수용 부인의 심각성 측정치보다 높을 것이다”는 지지되었다($t=-4.10, df=69.0, p<.0001$).

가설 3: “불임술 수용 부인의 지각된 유익성 측정치는 미수용 부인의 유익성 측정치 보다 높을 것이다”는 지지되었다($t=-2.41, df=62.7, p<.05$).

가설 4: “불임술 수용 부인의 지각된 장애성 측정치

는 미수용 부인의 장애성 측정치보다 낮을 것이다”는 지지되지 않았다($t=0.91, df=52.6, p>.05$).

C. 인구학적 변수가 제건강신념 변수 및 불임술수용 유무에 미치는 영향 분석

인구학적 제 변수 가운데 불임술 수용 유무에 영향을 줄 것으로 기대되는 변수들 즉 연령, 종교, 교육정도, 직업, 가족의 구조, 경제상태, 남아·여아의 수, 인공임신중절횟수 등이 건강신념변수의 측정치 및 불임술 수용 유무에 영향을 미치는가를 ANOVA, t-test에 의해 규명해 본 결과는 다음과 같다(표 3-1, 3-2 참조).

불임술 수용군과 미수용군에서 모두 연령에 따라 민감성 측정치에 유의한 차이가 있었으며, 미수용군에서는 연령 외에도 인공임신중절 횟수 및 경제상태, 교육정도에 따라 장애성 측정치에서도 유의한 차이가 있었다.

연령, 경제상태, 교육정도, 인공임신중절 횟수등 인

표 3-2. 불임술 미수용군의 인구학적 변수가 제 건강신념 변수에 미치는 영향

특 성	구 분	실수	민감성		심각성		유익성		장애성	
			F(t)	P	F(t)	P	P(t)	P	F(t)	P
연 령	24~28세	14								
	29~30세	17	3.80	0.03*	0.12	0.88	0.47	0.63	0.25	0.78
	31~34세	5								
종 교	유	22								
	무	12	0.68	0.49	-1.05	0.29	-0.65	0.51	0.31	0.75
교육정도	중졸 이하	7								
	고졸 이상	29	-0.70	0.48	1.13	0.26	-1.36	0.18	2.07	0.04*
직 업	유	9								
	무	27	0.67	0.50	-0.57	0.56	0.60	0.55	-0.87	0.40
가족의 구조	핵가족	28								
	대가족	8	-1.40	0.16	2.11	0.41	0.47	0.63	-1.77	0.09
인공임신 중절횟수	0	15								
	1	10	0.41	0.66	1.01	0.37	0.15	0.86	4.15	0.02*
	2회 이상	11								
여아의 수	유	21								
	무	15	-0.41	0.68	-0.79	0.43	-0.60	0.54	-1.40	0.16
남아의 수	유	27								
	무	9	1.00	0.32	0.35	0.72	1.62	0.11	-0.50	0.55
경제상태	30만원 미만	13								
	30~40만원	14	0.55	0.58	0.17	0.84	0.78	0.46	4.90	0.01**
	40만원 이상	9								

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

구학적 변수에 따라 민감성과 장애성 측정치가 어떻게 변화하는가를 알기 위하여 Pearson 적률상관계수로써 검정한 결과 불임술 수용군에서는 연령이 증가함에 따라 민감성($r = -.4860, p < .001$)이 감소되었고, 미수용군에서는 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 또한 미수용군에서는 인공임신중절 횟수가 증가할수록 장애성 측정치($r = .4160, p < .01$)가 증가되었으며, 경제상태 및 교육정도는 장애성 측정치와 상관관계가 없는 것으로 나타났다.

V. 고 찰

본 연구는 건강신념모형으로써 불임술의 수용 유무를 설명할 수 있는가를 검정하고 불임술 수용에 영향을 주는 요인을 파악하고자 이루어졌다. 따라서 본 연구의 결과를 이러한 목적과 결부시켜 논의하고자 한다.

건강신념모형으로써 불임술 수용 유무를 설명할 수 있는가를 검정하기 위하여 불임술 수용군과 미수용군 간의 제 건강신념변수 측정치의 차이를 비교해 본 결과 불임술 수용군의 민감성, 심각성, 유익성 측정치가 불임술 미수용군의 측정치보다 유의하게 높은 것으로 나타났다.

건강신념모형을 이용한 국내·외 선행연구의 결과를 보면 건강신념 제변수 중 일부 변수들만이 건강행위의 발생과 관련이 있는 것으로 나타났다.

결핵 검진을 위해 x-ray 촬영을 받도록 결심하게 하는 요인을 규명하기 위한 Hochbaum(1958)의 연구, 치과검진 이행을 연구한 Kegeles(1968)의 연구에서는 민감성과 심각성만이 영향을 준 것으로 나타났다.

또 일부 연구에서는 건강신념 제변수중 한 변수만이 건강행위의 발생에 영향을 준 것으로 보고되기도 하였는데, Kegeles(1965)의 암의 조기 발견을 위한 세포학적 검진의 연구, Schonfield(1963)의 부모가 자녀에게 투베르클린 반응검사를 시키지 않은 이유에 관한 연구, Stanislav 등(1966)의 결핵의 자가진단과 검진과의 관계에 대한 연구, 심(1983)의 폐결핵 환자의 치료지시 이행에 미치는 영향에 관한 연구에서는 유익성만이 영향을 준다고 보고하였다. 또한 Borsky와 Sagen(1959)의 건강진단에 대한 태도 연구, 진단과 치료에 대한 환자의 지시 불이행을 연구한 Gillium과 Borsky(1974)의 연구에서는 심각성만이 영향을 준 것으로 보고되었다.

그동안 건강신념모형으로써 다양한 건강행위의 이행을 설명하는 연구가 이루어졌는데 건강신념 제변수 이외에 건강행위에 관한 지식, 사회적 지지, 건강 통

제위 등의 변수를 포함하여 건강행위의 이행정도를 설명하기도 하였다(김, 1984; 진, 1984, 이, 1984, 이, 1982; Ogionwo, 1973; Kegeles & Mich, 1963; Borsky & Sageon, 1959).

본 연구에서는 불임술 수용군의 민감성, 심각성, 유익성 등 제 변수의 측정치가 미수용군의 측정치 보다 유의하게 높게 나타났으므로 불임술 수용 유무는 다른 변수를 추가시키지 않고 건강신념모형만으로 설명이 가능하다고 생각되어진다.

본 연구에서는 장애성의 측정치는 불임술 수용군과 미수용군간에 차이가 없는 것으로 나타났는데 현재 우리나라는 불임술 수용을 결정한 사람은 누구나 무료로 불임술을 시술 받을 수 있기 때문에 수술비용과 수술 장소에 따르는 장애성의 내용이 장애성의 차이를 둔화시킨 것이 아닌가 생각되어진다. 따라서 수술비용과 장소에 관한 내용을 제외하고 수술에 따르는 부작용 및 현존자녀의 미래에 대한 걱정 등의 내용을 중심으로 장애성을 다시 측정할 필요가 있다고 생각한다.

또한 불임술 수용군과 미수용군 모두 임신에 대한 민감성과 심각성을 가지고 있으나 불임술 수용군의 측정치가 유의하게 높으므로 이러한 결과에 근거하여 생각할 때 민감성과 심각성의 측정치가 어느 수준 이상으로 증가될 때 유익성의 측정치도 증가하면서 불임술을 수용하게 되는 것이 아닌가 생각되어진다.

실제로 Haefner와 Kirscht(1970)는 결핵에 관한 필름을 보여 주자 민감성과 심각성이 높아지므로써 결핵 예방을 위한 건강행위가 증가되었다고 보고하였다.

연령과 인공임신중절 횟수등의 인구학적 변수와 민감성과 장애성 등의 건강신념변수와의 상관관계를 검정한 결과 불임술 수용군에서 연령이 증가함에 따라 민감성 측정치가 감소된 것으로 나타났다. 그러나 연령이 증가된다 하여 실제 임신 가능성이 사라지는 것은 아니므로 연령이 증가함에 따라 민감성이 감소되는 것을 방지하지 않는다면 고출산 연령군의 임신율은 계속될 것이다. 그러므로 고출산 연령군의 여성에게는 민감성을 계속 높여 주어야 할 필요성이 있다고 생각된다.

또한 인공임신중절 횟수가 많을수록 장애성도 높은 것으로 나타났는데 이것은 불임술을 받고자 원치 않는 여성들은 임신된 경우 더 이상 자녀를 원치 않으면서 계속 인공임신 중절을 받기 때문이라고 생각되어진다. 인공임신 중절은 여성의 건강에 해로우므로 불임술 권장 계획에는 인공임신 중절의 위험성을 강조할 필요가 있다고 생각된다.

지금까지 국가적 차원에서 시술비용과 장소 제공 등

으로 장애요인을 충분히 낮추어 왔으나 불임술 미수용 부인에게서 장애성은 여전히 높으므로 아직도 장애성 측정치를 높게 만드는 장애 요인을 구체적으로 확인하는 연구가 필요하며, 개인의 불임술 수용이 국가의 인구문제 해결에 유익이 된다는 내용보다는 직접적으로 개인의 육체적, 사회적 생활향상에 유익이 된다는 내용을 강조하는 것이 더 바람직하다고 생각되어진다.

VI. 맺음말 및 제언

A. 맺음말

본 연구는 건강신념모형으로써 불임술 수용을 설명할 수 있는가를 검정하고 불임술의 수용에 영향을 주는 요인을 파악하고자 시도되었다.

이러한 연구 목적을 달성하기 위하여 불임술을 시술받고자 가족계획 부속의원에 내원한 부인중 연구 기준에 적합한 35명을 선정하여 수용군으로 명명하였고, 수용군과 인구학적 특성이 유사한 유배우 가임 여성중 불임술을 받지 않은 부인 36명을 선정하여 미수용군으로 명명하였다.

연구 도구는 관계 문헌 고찰 결과에 근거하여 연구자에 의해 제작되었다.

연구 도구의 내용 타당도는 간호학 교수 1인과 가족계획관계 실무자 2인에 의해 검토되었고, 신뢰도는 수용군의 자료로써 검정되었다.

수집된 자료는 컴퓨터 SAS System을 이용하여 t-test, χ^2 -test, ANOVA에 의해 분석되었다.

본 연구를 통하여 얻은 결론은 다음과 같다.

① 불임술 수용 부인의 임신에 대한 민감성과 심각성 측정치 및 불임술 수용에 대한 유익성 측정치가 불임술 미수용 부인의 측정치 보다 높게 나타났으므로 건강신념모형은 불임술 수용 유무를 설명할 수 있다 하겠다.

② 인구학적 변수가 건강신념 변수에 미치는 영향은 수용군에서는 연령이 증가함에 따라 민감성이 감소되었고($r = -.4860, p < .001$) 미수용군에서는 인공임신 중절 횟수가 증가할수록 장애성 측정치가 증가하는 것($r = .4160, p < .01$)으로 나타났다.

B. 제언

본 연구 결과에 근거하여 다음 사항을 제언한다.

1. 앞으로 불임술 미수용 부인에게 불임술을 수용하도록 권장하는 교육에는 인구의 증가에 대한 심각성이라는 임신에 대한 민감성과 심각성을 높여 주는 내용과 불임술 수용에 따르는 개인의 신체적, 사회적 유

익성을 강조하는 내용이 포함되어야 할 것으로 사려된다.

2. 불임술 수용에 대한 장애성의 항목에서 자녀의 미래에 대한 걱정, 남편의 반대, 수술후 부작용 등의 내용을 더 강조하는 측정 도구를 새로 개발할 것을 제안한다.

3. 불임술 미수용 부인에게 민감성, 심각성, 유익성에 대한 교육을 실시한 후 다시 측정하여 민감성, 심각성, 유익성의 변화가 유도되었는가를 확인하는 연구가 필요하다.

참고 문헌

- 강신명, 여성피임 및 피임술의 최근 동향, 월간간호, 1980, 40, 40~42.
- 경향신문, 18, 2. 1986, 10.
- 고갑석, 함의순, 시도별 피임 실천의 차이에 대한 연구, 가족계획연구원, 1980.
- 공세권, 조미희, 박인화, 가족계획 사업목표량제 개선 연구, 가족계획연구원, 1979, 42~69.
- 공세권, 박인화, 권희완, 한국 가족 계획 사업, 가족계획연구원, 1981.
- 곽현모, 여성불임술, 가족 계획 연구원, 년도미상.
- 김용완, 윤영희, 이희영, 수태조절법, 가족 계획 연구원, 1980.
- 김은희, 감염 예방접종 이행의 영향요인에 관한 연구. 중앙의대지, 1984, 9(4), 633~651.
- 김지자, 서문희, 농촌 부락내 가족 계획 정보 강의 특성과 피임수용, 가족계획 연구원, 1979.
- 대한가족 계획협회, 인구문제 100선, 대한 가족 계획협회, 1985.
- 문현상, 한성현, 김기호, 한국 여성 불임술 수용자의 인구학적 특성에 관한 연구, 가족계획 연구원, 1977.
- 보건사회부, 인구와 가족계획, 1977.
- 보건사회부, 여성의 영구 피임법, 월간간호, 1977, 40, 113.
- 이미라, 임부의 건강 신념과 산전간호 이행의 관계 연구, 이화여자대학교 대학원, 1974.
- 이종경, 예방적 건강행위 이행의 예측인자 발견을 위한 연구—자궁암 조기 발견을 중심으로, 연세대학교 대학원, 1984.
- 심영옥, 폐결핵 환자의 자아 개념과 건강신념이 치료적 행위 이행에 미치는 영향, 간호학회지, 1983, 13(3), 61~74.

- 장윤석, 미세수술을 이용한 난관불임 복원수술, 대한 보건의학회지, 1983, 9(1), 55~61.
- 전시자, 당뇨병 환자의 치료지시 이행에 관한 연구, 적십자 간호전문대학 논문집, 1984, 6, 105~128.
- 조남훈, 1983년도 가족계획사업평가, 한국 인구보건연구원, 1984.
- 최영희, 고혈압 환자의 치료지시 이행 연구, 간호학회지, 1980, 10(2), 57~74.
- 최영희, 지지적 간호 중재가 가족 지지 행위와 환자역할 행위에 미치는 영향에 관한 연구, 연세대학교 대학원, 1983.
- 한국인구보건연구원, 인구보건의료 및 통계, 1984.
- 홍성봉, 인공임신 중절 그 후유증과 대책, 가족계획협회, 1984.
- Borsky, P.N. and Sagen, O.K. Motivations toward health examination, *American Journal of Public Health*, 1959, 49(4), 514~527.
- Gillum, R.F. and Borsky, A.J. Diagnosis and management of patient noncompliance. *Journal of American Medical Association*, 1974, 228(12), 153~1567.
- Haefner, D.P. Kirscht, J.P. Motivational behavioral effects of modifying health belief. *Public Health Report*, 1970, 86(6), 478~486.
- Hochbaum, G.M. Public participation in medical screening programs; a sociopsychological study. *Public Health Service*, 1958.
- Kegeles, S.S. and Mich, A.H. Some motives for seeking preventive dental care, *Journal of American Dental Association*, 1963, 67(7), 90~95.
- Kegeles, S.S. Kirscht, J.P. Haefner D.P. and Rosenstock I.M. Survey of beliefs about cancer detection and taking papanicolaou tests, *Public Health Reports*, 1965, 80(9), 815~823.
- Lewin, Kurt. *Field theory in social science: Selected theoretical papers*. In Dorwin Cartwright, (Ed) N.Y.: Harper and ROW, Publishers, Inc. 1951.
- Maiman, Lois, A. and Becker, M.H. The health belief model; Origins and correlates in psychological theory. In M.H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare: N.J.: Charles, B. Slack. Inc. 1974.
- Maiman, L.A. The Health Belief Model: Origins and correlated in psychological theory, *Health Education Monographs*, 1974, 2(4), 336~353.
- Ogionwo, W. Socio-psychological factors in health behavior, *International Journal of Health Education*, 1973, 16(2), 1~15.
- Rosenstock, I.M. Historical origins of the health belief models, *Health Education Monographs*. 1974, 2(4), 328~335.
- Stanislav V. and Kasl, C.S., Health behavior, illness behavior, and sick role behavior, *Archives of Environmental Health*, 1966, 12(2), 246~266.

—Abstract—

A Study on the Influencing Factors of Women's Adoption of Sterilization

Bae, Eun Kyoung & Lee, Mila.*

The purposes of this study were to clarify whether the health belief model could explain the women's adoption of sterilization and to find the factors which influence the adoption of sterilization.

To achieve these purpose, 35 women, who visited the family planning hospital to undergo an surgical operation for sterilization, were selected and named the group of adoption. Also, 36 women, who have the same demographic characteristics as the group of adoption, and have no sterilization among the married women, were selected and named the group of non-adoption. The measuring instruments used in this study were made by the researchers on the basis of the results of the review of the related literatures. The validity of these instruments was examined by one professor majoring in nursing and two family planning practioners. The reliability was proven by calculation of Cronbach's α with data of the group of adoption.

The data was analyzed by t-test, X²-test, and ANOVA using Computer SAS system. The results

* Department of Nursing, Chung-Ang University

were following:

1. Health belief model could be said to explain whether women accept the sterilization or not, because the degrees of susceptibility and severity for future pregnancy and the degree of benefit for adoption of sterilization in the group of adoption are higher than those of the group of non-adoption.

2. Influence of demographic variables on health belief variables was as follows.

With advancing ages, degree of susceptibility increased in the group of adoption, and the higher the number of artificial abortion increased, the higher degree of barrier increased in the group of non-adoption.

Suggestions for further studies and applications to the nursing practice are as follows

1. If one wants to educate the non-adoption women, one would be better to give such information as to increase the perception of susceptibility, severity and benefit.

2. New instrument to measure the perceived barrier which includes such items as fear on well-being of the existing children, objection of husband and postoperative complication, is needed.

3. A study to find the change of perception on health belief variables is needed, after education to increase the level of perceived susceptibility and severity on the future pregnancy, and benefit on sterilization is given.