주요개념 : 여성건강, 여성건강간호센터, 생애주기, 건강증진생활양식

일부지역 여성건강간호센터 설립 및 여성건강관리 프로그램을 위한 기초조사

일부지역 여성건강간호센터 설립 및 여성건강관리 프로그램을 위한 기초조사 : 본 연구는 1997년도 학술진흥재단 학술연구조성 지원금액에 의해 이루어진 1차연구임

이은희 · 최상순 · 소애영

이은희, 소애영 : 원주대학 간호학과
최상순 : 연세대학교 원주의과대학 간호학과

Ⅰ. 연구목적 및 필요성

여성들은 여성으로서의 생리적 문제와 임신, 출산으로 인한 건강문제를 가지고 있으나 대부분의 여성들은 그들의 건강문제에 대해 제대로 간호 받지 못하는 실정이다. 이는 가부장제 하에서 여성들 스스로가 자신들의 건강 문제를 제대로 인식하지 못하기도 하고, 인식했다고 하더라도 생리적인 문제로 여겨 문제시하지 않거나 때로는 심리정신적인 문제로 간과되기도 한다. 또는 지극히 정상적인 생리적인 문제들 예를 들면 월경이나 폐경 등은 병리적인 문제로 크게 인식되어 일생동안을 환자 취급을 당하기도 한다(최연순 외, 1999).

여성건강의 정의는 첫째, 병리 생태학적인 질병이 없는 상태를 말하고, 둘째로 역할 수행 개념으로서 여성이 그의 삶에서 역할을 수행할 수 있는 상태나 조건을 마하며, 셋째, 적응 능력 개념으로 여성이 환경의 변화에 적절하게 반응하는 능력이 있고, 넷째, 잠재력의 극대화를 위해 개인과 환경 상태를 최적으로 하는 것을 말하는 것이다(양순옥 외, 1996). 그러나 많은 여성학자들은 좀 더 포괄적 정의로, 질병이나 자녀 출산의 기능을 넘어서 남성 중심 사회에서 살아가는 여성의 편치 않음(die-ease), 그리고 여성으로서의 전반적인 경험에 대한 관심을 가지는 것으로 여성의 삶에 전체적 맥락으로 이해하려 한다(Griffith-Kenny, 1986).

여성건강을 주로 다루는 산부인과 영역의 의사들은 거의 남성들이므로 여성들의 건강문제에 대한 정확한 파악보다는 치료받아야할 대상자로서만 인식하기 때문에 여성의 경험이나 역할, 대처 능력, 잠재력 등은 전혀 고려되지 않는다. 그리고 진단이나 치료시에 성적인 문제가 있을 때에는 프라이버시가 침해되거나 존중받지 못하기 때문에 여성들이 자신의 문제를 깨달아도 남성의사가 있는 병원에서 자신의 문제들을 충분히 노출시키지 못한다(최연순 외, 1999). 따라서 여성 건강의 문제들을 종합적으로 해결해 주려면 같은 여성들인 간호사가 건강에 대한 자기 결정을 돕는데 가장 적합하며, 또한 간호과정은 환자 관점에서 간호를 제시하고 개인의 모든 사고와 느낌이 존중되며 여성의 경험을 중시하는 의식 개발을 할 수 있으므로 간호사의 역할이 중요하다(최연순 외, 1999 ; Mcbride, 1986). 특히 여성의 생의 과정에서 발생하는 건강문제를 임상의학모델에서 벗어나 통합적으로 보는 연구와 더불어 지역특성을 고려

하여 연구된 자료의 결과를 바탕으로 프로그램을 개발하고 그 결과를 보는 연구가 필요하다(박영숙, 1998).

원주시의 여성 인구는 전체 인구의 약 50%에 해당되며, 여성건강과 관련된 의료기관으로는 종합병원 3기관, 산부인과 의원 10여기관, 조산소 2기관, 보건소 1기관이 있다. 의료기관들은 신체적 질병에 대한 서비스를 위주로 하며, 보건소는 국가 중심 사업에 치중되어 있으므로 지역 주민 특성에 맞는 종합적인 서비스를 제공해 줄 수 있는 사업이 요구된다.

한 예로 최상순, 이은희, 윤경희, 심복경과 최남희(1996)의 원주지역 모유수유 실태조사에서 전국의 평균 모유수유율인 3개월 완전모유수유율 41.6%(황나미, 1995)보다도 낮은 1개월 모유수유율 23.2%이었으며, 이은희(1995)의 연구에서 임부들은 병의원에서 산전 관리를 받지만 의학적 검사만 할 뿐 임부들의 경험이나 호소들은 간과되므로, 임신으로 인해 발생한 신체, 정신적인 문제들을 상담할 수 있는 상설 기관을 희망하였다. 또한 원주시는 노인 여성의 비율이 타 시도에 비해 많은 편으로 60세이상의 여성인구가 차지하는 비율은 전체인구의 6.4%, 여성인구의 12.7%이고, 대부분 노인여성들이 리 단위의 농촌에 거주하고 있으므로 체계적인 건강관리를 받지 못하고 있으며(원주시 통계연보, 1998), 노인 여성들의 건강문제에 대해서는 지역 내에서 역학조사가 이루어진 바가 없다.

21세기 강원여성 발전계획에 의하면(강원도, 1998), 여성들이 필요로 하는 복지시설중 여성건강관리를 위한 의료시설에 대한 요구(24,3%)가 가장 많았고, 이은희, 최정숙, 소애영, 이경숙과 최상순(1998)의 원주시 여성정책욕구 실태조사에서도 여성건강간호센터에 대한 요구(23.6%)가 가장 많았다. 이런 관점에서 지역의 특성에 따른 여성건강 및 가족건강에 대한 일창예방간호, 건강상담 및 전문적인 교육 등의 특수사업의 개발을 위한 여성건강간호센터의 설립이 필요하며, 이는 세계보건기구에서 인간 보건여건의 보호 및 증진을 위한 21개의제(Agenda)중에 여성건강의 보호를 위해 치료 중심보다는 생애주기를 통해 접근하기 쉬운 서비스를 포함한 예방적이며 건강증진을 위한 보건시설의 설치 강화를 주요 목표로 설정(KSDN, 인간보건 여건의 보호 및 증진, 1998)하고 있는 것과 맥을 같이 한다.

따라서 본 연구는 원주시 지역 여성들의 건강문제 및 건강행위에 대한 체계적인 자료수집과 분석을 통하여 여성건강간호센터의 설립과 프로그램을 개발하기 위한 기초조사로 수행되었다. 즉 여성들의 건강문제를 대상자들이 갖고 있는 일반적인 특성, 여성생식 특성, 생애주기별 건강문제, 건강에 대한 관심, 건강 지각, 건강증진 생활양식, 여성건강 간호센터에 대한 요구등을 통합적으로 파악함으로써 지자체의 미비한 지역자료를 보강하고, 지역사회 진단에 근거한 여성건강관리 프로그램 개발을 위하여 수행되었다.

Ⅱ. 문헌고찰

1. 여성건강의 정의와 중요성

여성은 남성과는 신체적, 정신적, 사회적, 그리고 문화적으로 차이점을 가진다. 이런 차이점은 건강문제에 있어서도 남성과 다른 특징을 가지게 되며, 질병 경험이나 증상 경험에 있어서도 차이를 가져온다. 최근까지만해도 여성건강에 대한 관심은 임신, 출산을 중심으로 한 모자보건관리의 범주를 크게 벗어나지 못한 상태였다. 따라서 여성의 진정한 건강문제가 무엇인지는 잘 알려져 있지도, 분명히 정의할 수도 없었다.

여성건강이란 한마디로 정의하기 어렵다. 여성의 건강은 단지 질병이 없는 상태만을 의미하는 것도 아니며 단순히 한 분야로 정의되어질 수도 없다(박영숙, 1998 ; 박정은, 1996; 이경혜, 1996). 여성건강 연구는 여성을 연구대상자로 포함하는 것에서부터 건강문제에 이르기까지 다양한 영역을 포함하며 단순히 생식에 관련된 여성의 역할에 제한되어지는 것이 아닌 여성의 전반적인 건강 관심사를 의미한다(Mcbride와 Mcbride, 1982). Chesney와 Ozer(1995)는 여성건강에 대한 접근을 통합, 조직하기 위한 모델로 생식과 관련된 건강/ 남성보다 여성에게 더 흔한 질병들/ 여성건강에 대한 사회적 영향(역할, 규

범, 빈곤)/ 여성에 대한 폭력/ 여성과 보건정책의 5가지 분야를 포함하고 있다. 이경혜(1997)는 여성건강은 여성의 일생에 걸친 총체적인 건강으로 삶의 질을 향상하는 것을 의미하며 생식건강을 핵심으로 가족 및 국가의 건강과 직결되며, 여성은 스스로 여성임을 인식하고, 자기간호 능력을 가짐으로써 자신의 건강관리를 할 수 있으며, 여성의 건강문제는 각기 독특하고 반응이 다양하므로 여성건강전문가는 건강문제 해결을 위해 개별적인 접근이 요구되며 이를 통해 여성의 총체적인 건강과 삶의 질을 향상시킬 수 있다고 제시하였다.

이와 같이 여성건강의 목적은 여성의 생애주기에서 일어나는 요구와 변화에 적절히 대처할 수 있게 도와 건강을 유지 증진할 수 있을 뿐 아니라(하영수, 1995), 건강 문제에 대한 대처 방안을 모색하여 여성들의 삶의 질을 향상할 수 있도록 돕는 것이다(Andrist, 1988).

2. 여성건강 문제와 현황

여성건강문제는 여성이 생의 주기를 통하여 당면하는 모든 생활사건들이 되며, 그 생활사건 속에서 부딪히는 건강문제들을 모두 포괄한다(최영희, 1998). 특히 지금까지의 여성건강은 임신과 관련한 산전관리와 분만의 측면에만 관심이 기울어져 있어 여성들의 삶의 주기 동안에 걸친 여러 변화를 통해 이해되지 못한 점이 있다(김혜숙, 1995). 따라서 여성의 건강문제는 자신의 생애주기와 다음 세대의 건강문제에 영향을 미치기 때문에 생애주기별로 검토하는 것이 가장 적절하다(박정은, 1996).

미국의 국립보건원에서 제시하고 있는 여성의 건강문제는 생애주기에 따라 사춘기(1-15세) ; 태아의 남아와 여아간의 발달 차이, 어머니의 건강이 아기에게 미치는 영향, 여아의 사회심리적 발달, 자아개념 등, 청소년기에서 폐경전 중년기915-45세) ; 성접촉으로 인한 감염, 피임, 임신 출산, 악성종양, 우울증, 심장질환, 만성골반통 등, 폐경후부터 65세이전의 논녀기(45-65세) ; 폐경과 관련된 건강문제, 호르몬 치료, 골다공증, 심리 정서적 문제 등, 65세 이후의 노년기; 노화문제, 삶의 질 상실과 슬픔, 자가간호, 우울 등으로 분류하고 있다(Fogel과 Woods, 1995). 이경혜(1997)는 여성건강의 내용을 ①생식기능; 출산-육아, 불임, 유산, 피임, ②여성에게 많은 질병 ; 암, 에이즈, 생식기 질환, 피로, 비만, 식이장애, ③자아실현; 여성역할, 자아정체감, 건강관리능력, ④정신건강; 스트레스, 우울, 불안, 인격장애, ⑤여성건강관리정책 ; 건강교육, 건강관리, 생정통계, 여성노인, 홀로 사는 여성, ⑥]성성; 사춘기 임신, 성 차이, 성폭력, ⑦갱년기 변화 ; 골다공증, 관절염, 호르몬 변화, 폐경과 노화, ⑧부부관계. 가족새오할, 성생활, 가족 및 사회 등의 8범주로 유목화하였다.

우리 나라의 여성건강 현황을 살펴보면 여성은 남성보다 유병율이 높은데(남성 16.1 : 여성 20.8), 구체적으로 빈혈과 생식기계 질환에서 각각 3.8배, 관절염 2.6배, 정신장애 2.3배, 고혈압성 질환과 기타 심질환이 1.8배, 치과적 질환 1.5배 더 높게 나타났다. 그러나 유병일 수는 여성 5.9일, 남성 5.7일, 와병일수는 여성 0.7일, 남성 0.8일로 비슷하다(여성통계보, 1997). 이는 미국 국립보건원(NIH,1992)의 여성이 남성보다 만성질환 유병률이 높고 이로 인해 의료서비스를 찾는 경우가 많다는 보고와 일치한다.

질적 건강수준을 간단하게 검토해볼 수 있는 지표의 하나로 WHO와 하버드 대학이 공동으로 제시한 장애보정생존년수(Disability-Adjusted Life Year : DALY)는 평균수명 중 질병이나 부상으로 인해 조금이라도 아프지 않고 생활에 불편함이 없는 상태로 살수 있는 기간 즉 건강수명을 말하는 것으로 우리 나라는 남자가 50.7세임에 비해 여자는 49.9세(윤병준, 1996)로 평균수명인 여자 : 남자=77.4세:69.5세(여성통계연보, 1997)에 비해 건강수명이 상당히 짧다. 이는 질병 등에 시달리면서 사는 기간이 남자 18.8세, 여자 27.5세(통계청, 1996)로 여자가 만성질환 등의 유병기간이 길고, 1992년 1년간 의료기관에서의 진료자수는 인구 천명당 평균 97.1명이며 그중 여성이 104.7명으로 남자 84.9명보다 많으나, 1인당 치료일수는 여성의 경우 남성보다 4.8일이 적다(보건복지 통계연보, 1996). 이러한 통계와 관련된 강원도 또는 원주시 통계는 정확한 정보가 부족하다.

강원도 여성들의 검진실태는 종합검진을 받은 여성이 32%, 자궁암 검진율 45.7%, 유방암 검진율

18.5%, 인공임신중절 경험 44.4%이었다. 또한 강원도 여성들의 경제활동 참가율은 46.1%, 원주시 여성은 48.5%로 전국 평균 48.7%에 비해 낮은 수치이다(강원도, 1998). 이은희 외(1998)는 원주시 여성정책욕구실태조사에서 여성들의 73.7%가 어느 정도 건강하다고 인식하고 있었으나 이는 전국평균 73.7%가 어느 정도 건강하다고 인식하고 있었으나 이는 전국 평균 76.8%보다는 낮은 비율이며(통계청, 1993), 어떠한 질환도 없다고 응답한 여성이 23%에 지나지 않았다. 기혼여성의 56%가 유산경험이 있었고, 절대로 유산을 해서는 안된다고 응답한 여성들은 19.8%로 대부분의 여성들이 유산에 대하여 긍정적 태도를 보였다. 또한 여성들의 4.2%가 흡연을 하며, 59%의 여성들이 음주를 하지만, 운동을 하지 않는 여성이 71.8%로 여성들의 건강관련 지각 행위가 매우 낮은 것으로 분석되었다. 성폭력을 당한 여성은 96명(5.1%)이고 그중 71명이 모르는 사람에게 당하였으며, 176명이 가정폭력을 당하였으며, 그중 136명이 남편에게 폭력을 당하였다.

이러한 결과를 종합해 볼 때 여성들은 남성보다 수명이 길지만 유병율과 치료일수가 또한 높게 나타나는 데 이는 여성들의 생식적인 문제와 제도적 문제들이 복합되어 있는 것으로 사려된다. 이에 강원도에서는 여성건강 서비스를 확대하고 관리를 체계화하며, 생애주기별 여성건강교육을 강화할 것으로 천명하였다(강원도, 1988). 따라서 원주시 지역에서도 여성건강과 관련된 문제들을 지역사회 내에서 진단하여 정보화화, 건강증진차원에서의 여성건강 프로젝트들이 운영되어야 한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 조사 대상자와 조사방법

조사시기는 1998년 5월 12일부터 6월 30일까지이며, 조사 대상자는 원주시에서 거주하고 있는 18세 이상 성인여성 1300명을 대상으로 설문지를 배포한 결과 1120부를 회수, 이중 응답상태가 미비한 40부를 제외한 1080명을 대상으로 분석하였다.

조사방법은 구조화된 설문지로 자기 기록식 또는 인터뷰를 통하여 이루어졌다. 설문조사는 자료의 비표본 오차를 줄이기 위해 본 연구자가 연구 보조원들을 훈련하여 대상자들에게 동의를 구한다음 배분 및 수집하였다. 지역선정은 원주시 지역의 특성인 시내, 외지역의 인구 분포에 따라 7:3의 비율로 구분, 행정구역(동, 면, 리)에 따라 일차적으로 층화한후 해당 지역에서 편의추출을 하였다.

2. 조사내용 및 도구

연구 조사의 내용은 일반적 특성(8문항), 여성으로서 경험하는 건강문제(8문항), 일반적인 건강문제(63문항) 및 건강관심 및 행위(12문항), 건강증진 생활양식(41문항), 과거 출산 경험(7문항)과 여성건강간호센터설립에 대한 문항(5문항)의 총 144문항들로 구성되었다.

위 도구는 연구자들이 여성건강 및 건강행위와 관련된 기존의 연구결과들을 고찰하고, 지역의 특성을 고려하여 작성한 뒤, 사전조사를 한 후 수정 보완하여 사용하였다. 건강증진 생활양식 도구는 Walker 등(1987)이 개발한 건강증진 생활 양식(Health Promoting Lifestyle Profile ; HPLP)을 서연옥(1995)이 번역한 47개문항을 41개 문항으로 수정하여 사용하였고,, 도구의 신뢰도는 Cronbach' α값으로 측정하였으며, 전체 도구의 신뢰도는 .9039, 영역별 신뢰도는 자아실현(11문항) .86, 건강책임(8문항) .79, 운동 및 영양(10문항) .79, 대인관계 유지(6문항) .79, 스트레스 관리(6문항) .75등이었다.

Ⅳ. 연구결과

1. 인구학적 특성

응답자의 연령별 분포는 18-64였고, 30-39세의 연령층이 33.4%로 가장 많고, 60세 이상이 3.9로 가장 적었으며, 평균연령은 35.8세였다. 이는 원주시 여성들의 연령분포와 비교할 때 비슷한 분포이나 노년층(원주시 6.8%, 1998)은 약간 적은 분포이다. 또한 여성의 생애주기에 따라 건강문제가 다름을 고려하여(박정은, 1997) 3개의 집단으로 분류한 결과 미혼집단(18-39세 미혼) 20.0%, 출산 및 양육집단

(18-39세 기혼) 49.9%, 40세 이상의 중년 및 노년 집단의 29.8%로 구분되었다(표1).

<표1> 인구학적 특성

특 성	구 분	빈도(%)
연 령	18-29세	357(33.1)
	30-39세	361(33.4)
	40-49세	252(23.2)
	50-59세	68(6.3)
	60세이상	42(3.9)
생애주기별 집단	미혼 집단	219(20.0)
	출산, 양육집단	539(49.9)
	중년, 노년집단	322(29.8)
거 주 지	원주시내	737(68.2)
	원주시외	343(31.8)
직 업	학 생	98(9.1)
	전업주부	502(46.5)
	직업여성	472(43.7)
	무 응 답	8(0.3)
결혼여부	미 혼	219(20.0)
	결 혼	798(73.9)
	이혼,사별	56(5.2)
	무 응 답	7(0.3)
학 력	무 학	22(2.0)
	초등교 졸업	102(9.4)
	중등교 졸업	128(11.9)
	고등교 졸업	423(39.2)
	대졸 이상	399(36.9)
	무 응 답	6(0.2)
월 수 입	100만원 미만	224(20.7)
	200만원 미만	519(48.1)
	300만원 미만	208(19.3)
	300만원 이상	100(9.2)
	무 응 답	29(2.7)
계		1080(100)

거주지는 시내 거주자가 시외 거주자보다 2배정도 많지만 이는 원주시 인구분포와 일치하며, 직업이 있는 여성은 43.7%, 교육정ㄷ는 고등학교 졸업이 39.2%로 가장 많았고, 가족형태는 핵가족이 67.8%, 평균가족구성원 수는 4.20명으로 우리나라 평균치인 3.34명(통계청, 1997)보다 많았다. 평균 월수입은 100만원 이상-200만원 미만이 48.1%로 가장 많았다.

이를 종합해 보면 원주시 지역의 특성을 그대로 나타내는 집단임을 알 수 있으며(이은희 외, 1998), 시내지역은 학력정도가 높으며, 경제적 여유가 있는 젊은 연령층이며, 시외지역은 학력정도가 ㄴㅈ고 경제적 여유가 적은 노년층이 많은 전형적인 도농 복합형 인구 분포이다.

2. 여성생식과 관련된 특성

여성생식과 관련된 특성으로 초경 연령은 14-15세가 48.8%로 가장 많고, 평균 초경연령은 15.17세(유박영, 1998 ; 15.7세)였다. 연령별로 조사한 결과 60세 이상의 연령군에서는 16.33세인 반면, 30세 미만의 연령군에서는 14.47세로 점차 초경 연령이 빨라지고 있었다(표2-1).

<표2-1> 여성생식 특성

특 성	구 분	빈도(%)	평균±표준편차 (범위)
초경연령	13세이하	140(12.9)	15.17±1.56
	14-15세	527(48.8)	(11세-21세)
	16-17세	315(29.2)	
	18세이상	91(8.5)	
	무 응 답	7(0.6)	
	계	1080(100)	
폐경연령	39세이하	9(8.0)	49.47±3.86
	40-44세	12(10.7)	(36세-57세)
	45-49세	38(33.9)	
	50세이상	53(47.3)	
	무 응 답	4(3.4)	
	계	116(100)	
임신횟수	0회	265(24.5)	2.43±2.01
	1회	103(9.5)	(0회-13회)
	2회	207(19.2)	
	3회	194(18.0)	
	4회	165(15.3)	
	5회이상	146(13.5)	
	계	1080(100)	
출산횟수	0회	306(28.3)	1.64±1.41
	1회	147(13.6)	(0회-9회)
	2회	401(37.0)	
	3회	142(13.1)	
	4회	45(4.2)	
	5회이상	38(3.6)	
		2(0.1)	
	계	1080(100)	
인공유산 경험	0회	477(58.5)	0.49±0.88
	1회	177(21.7)	(0회-7회)
	2회	118(14.5)	
	3회이상	33(4.1)	
	무 응 답	10(1.2)	
	계	815(100)	

폐경된 여성은 116명이었으며 그중 자연폐경은 95명(81.9%)였고, 자연폐경 연령은 50세 이상이 47.3%로 가장 많았으며 평균 폐경연령은 49.47세로, 우리나라 여성의 평균 폐경연령 범위 49-51세, 평균연령 48세(대한 폐경학회, 1995)보다 많다. 인공폐경된 여성은 21명(18.1%)으로 연령의 범위는 31세-51세, 평균연령은 40.4세였다. 폐경 전후기 증상으로는 열감 23.6%와, 우울, 신경예민, 서러움 등의 심리적인 증상이 17.4%를 보였고, 한명의 여성이 평균 2가지 이상의 증상을 호소하였다.

임신 횟수는 약 50%의 여성이 2-3회 임신을 했으며, 평균 임신횟수 2.43회였다. 출산횟수는 2회가 37.0%, 평균 출산횟수는 1.63으로 우리나라 여성의 합계출산률 1.6과 비슷한 수준이다(인터넷 통계청 자료, 1998).

월경전후 증상으로는 허리아픔이 49.2%로 가장 많았으며 신경예민, 하복부 팽만, 유방 아픔, 피로 등이 대상자의 1/3이상에서 호소하고 있었는데, 이는 김정은(1995)의 연구결과에서 행동의 변화와 피로가 많았던것과 비교하여 차이가 있다. 그리고 전체 대상자 중 89.3%가 하나 이상의 월경전후 증상을 경험하고 있는 것으로 나타났다(표2-2).

인공유산경험은 미혼자를 포함한 전체 대상자의 40.3%가 경험이 있었고, 유산횟수의 범위는 1-7회로 나타났는데, 이는 1991년에 이루어진 전국 출산력 조사결과(공세권, 1992)인 39%보다 약간 높다. 인공유산 사유는 원하지 않는 임신이 42.8%로 가장 많았으며, 약물복용(23.6%), 터울 조절(14.5%)등의 순서로 나타났다. 이중 원하지 않는 임신이나, 터울 조절, 혼전 임신 등의 사유는 올바른 피임법 사용으로 사전에 예방할 수 있는 요소로 63.8%에 해당되며, 인공유산에 대한 허용적 태도 등은 보건교육으로 간호가 접근 하루 수 있는 영역이다. 이중 원하지 않는 임신이나, 터울 조절, 혼전 임신 등의 사유는 올바른 피임법 사용으로 사전에 예방할 수 있는 요소로 63.8%에 해당되며, 인공유산에 대한 허용적 태도등은 보건교육으로 간호가 접근 할 수 있는 영역이다. 출산시 문제를 경험한 여성은 87.1%이며, 문제로는 출혈, 고혈압성 질환을 비롯한 빈혈, 부종, 요통 등 다양한 문제점들이 있었고, 산후우울을 경험한 여성이 31%였다. 대상자들의 피임 실천률은 79.4%로 우리나라 평균치 78%보다 다소 높았다. 피임방법으로는 루우프 17.8%, 콘돔(16.4%), 월경주기법(12.2%), 질외사정(10.5%)의 순이며, 먹는 피임약이 3.6%로 가장 낮은 것으로 나타났다.이는 15-54세 유배우 여성을 대상으로 한 홍문식 외(1994)의 조사에서 영구불임술이 40.2%로 가장 높고, 일시적 피임방법에서 콘돔, 자궁내 장치, 먹는 피임약○로 나타난 결과와 순위가 거의 일치한다.

3. 생애주기별 건강문제

여성들이 지난 1년동안 자주 경험한 주관적 건강문제를 조사한 결과 34종류의 건강문제들이 응답되었으며, 그중 15순위까지만 제시하였다(표 3-1). 여성 1인당 평균 건강문제수는 전체 대상자가 3.1개를 호소하였고, 집단별로는 미혼집단 2.8개, 출산양육집단 2.9개, 중년 노년 집단 3.7개를 호소하여 연령이 높아질수록 건강문제의 수가 증가하였다. 대상자 전체에서는 피로감이 28.1%로 가장 많았고, 두통, 신경예민, 어깨결림, 기억력 감소 등의 순이었다.

집단별로 차이를 보인 증상은, 미혼집단은 우울한 기분, 두통, 출산양육 집단은 두통, 신경예민, 중년 노년 집단은 소외된 기분 및 우울한 기분, 신경예민 등 정신적인 문제를 많이 호소하였으며, 중년노년 집단에서는 관절신경통을 비롯한 근골격계 증사의 호소가 많았는데 이것은 폐경기와 더불어 수반되는 생리적 정서적 변화와 건강문제로 이해될 수 있다.

조사된 건강문제 중 순위는 매우 낮았지만 중요한 증상인 자살충동은 전체 대상자 중 162명(15.0%)이 간혹, 17명(1.6%)이 자주 느꼈다고 응답하였다. 특히 신경예민, 우울한 기분, 소외된 기분 등 정신적인 문제들의 응답수가 많은것과 연관시켜 볼 때 신체적인 건강문제 뿐만 아니라 정신적인 건강문제를 고려해야 한다.

조사된 건강문제 중 순위는 매우 낮았지만 중요한 증상인 자살충동은 전체 대상자 중 162명(15.0%)

<표 2-2> 여성 생식 특성

특 성	내 용	빈도(%)
월경 전후증상	허리 아픔	474(43.9)
	신경예민	439(40.6)
	하복부 팽만	434(40.2)
	유방 아픔	422(39.1)
	피로	295(27.3)
	기분변화	255(23.6)
	무응답	116(10.7)
폐경 사유	자연 폐경	95(81.9)
	수술로 인한 폐경	21(18.1)
폐경 전후증상	열감	61(52.6)
	월경없어 편함	51(44.0)
	우울, 신경예민, 서러움	45(38.8)
	사지 저림	23(19.8)
	땀	21(18.1)
	가슴답답	16(13.8)
	기타	42(36.2)
	무응답	6(5.1)
인공유산 사유	원하지 않는 아이	14542.9)
	임신 중 약물복용	80(23.7)
	터울 조절	49(14.5)
	경제적 어려움	30(8.9)
	임부의 건강문제	26(7.7)
	혼전 임신	22(6.5)
	기타	41(12.1)
출산시 문제	출산문제 있음	674(87.1)
	출산문제 없음	98(12.7)
	무응답	2(0.2)
산후 우울경험	경험 함	265(31.0)
	경험하지 않음	499(58.4)
	무응답	10(0.6)
현재 피임방법	난관수술	173(27.1)
	루우프	114(17.8)
	콘 돔	105(16.4)
	정관수술	67(10.5)
	질외사정	67(10.5)
	월경주기법	78(12.2)
	먹는 피임약	23(3.6)
	기타	12(1.9)

(다중 응답임)

<표3-1> 생애주기별 건강문제 순위

순 위	전체집단수(%) (n=1080)		미혼집단(%) (n=219)		출산육아집단(%) (n=539)		중년노년집단(%) (n=322)	
1	피로감	303(28.1)	피로감	63(28.8)	피로감	145(26.9)	피로감	95(29.5)
2	두 통	188(17.4)	우울한기분	41(18.7)	두 통	97(18.0)	관절신경통	77(23.9)
3	신경예	178(16.5)	두 통	39(17.8)	신경예민	91(16.9)	기억력감소	69(21.4)
4	어깨결림	169(15.6)	변 비	35(16.0)	기억력감소	82(15.2)	어깨결림	64(19.9)
5	기억력감소	166(15.4)	땀흘림	31(14.2)	어깨결림	78(14.5)	신경예민	58(18.0)
6	우울한기분	152(14.1)	신경예민	29(13.2)	무 좀	69(12.8)	눈흐려짐	58(18.0)
7	땀 흘림	152(14.1)	가슴앓이	29(13.2)	변 비	65(12.1)	땀흘림	57(17.7)
8	관절신경통	139(12.9)	위장장애	28(12.8)	땀흘림	64(11.9)	무 좀	56(17.4)
9	변 비	133(12.3)	어깨결림	27(12.3)	빈 혈	63(11.7)	두 통	52(16.1)
10	감 기	132(12.2)	소외된기분	22(10.0)	우울한기분	62(11.5)	우울한기분	49(15.2)
11	가슴앓이	124(11.5)	냉,대하	22(10.0)	손발저림	61(11.3)	가슴앓이	44(13.7)
12	눈흐려짐	123(11.4)	얼굴열감	22(10.0)	감 기	59(10.9)	손발저림	42(13.0)
13	손발저림	113(10.5)	눈흐려짐	21(9.6)	가슴앓이	51(9.5)	감 기	37(11.5)
14	빈 혈	107(9.9)	알레르기	16(7.3)	냉,대하	50(9.3)	위장장애	35(10.9)
15	위장장애	104(9.6)	빈 혈	15(6.8)	관절신경통	49(9.1)	변 비	33(10.2)
평균문제수	3.1건		2.8건		2.9건		3.7건	

(다중 응답으로 15순위까지 제시함)

이 간혹, 17명(1.5%)이 자주 느꼈다고 응답하였다. 특히 신경예민, 우울한 기분, 소외된 기분 등 정신적인 문제들의 응답 수가 많은 것과 연관시켜 볼 때 신체적인 건강문제 뿐만 아니라 정신적인 건강문제를 고려해야 한다.

여성들이 지난 1년 동안 진단 받은 질병의 유무와 종류에 대한 조사결과(표3-2), 의사로부터 진단 받은 상병율은 479명(44.4%)이었으며, 미혼집단 31.5%, 출산양육 집단, 42.5%, 중년노년 집단 56.2%로 연령이 높아질수록 상병율이 증가하였다. 또한 여성 1인당 질병의 수는 전체 대상자 1.7개, 미혼집단 1.3개, 출산양육 집단할수록 질병의 수도 증가하였다. 질환별로는 위염(14.1%), 관절염(7.8%), 자궁, 질염(7.3%)이었으며, 미혼집단은 위염, 기관지염, 출산양육 집단은 위염, 자궁과 질염, 자궁암, 중년노년 집단은 관절염, 위염, 고혈압의 순으로 나타나 집단별 차이를 보였다.

4. 건강지각 및 건강행위

대상자들의 건강에 대한 지각과 관심은 집단별로 유의한 차이가 있었다(표4-1). 건강에 대한 관심은 13.7%가 건강에 대해 관심이 있고 현재 건강관리를 하고 있으며, 74.2%는 관심은 있으나 건강관리를 하지 않았다. 즉 건강에 대해 관심을 가지고 있는 사람이 87.9%로 높은데 비해 86.1%가 건강관리를 하지 않는 것으로 나타나 건강관리실천이 취약함을 알 수 있다. 또한 전체 대상자중 14.5%가 건강하지 않다고 응답하였는데, 이는 전국의 여성을 대상으로 한 주관적 건강인식 상태에 대한 조사에서 16.5%(송건용, 1992), 15.1%(최정수, 1995)로 나타난 결과와 유사하다. 집단별로 건강하지 않다고 인식하는

<표 3-2> 생애주기별 진단받은 진단명 순위

순 위	진단받은 수(%) (n=479)		미혼집단(%) (n=69)		출산양육집단(%) (n=229)		중년노년집단(%) (n=181)	
1	위 염	152(14.1)	위 염	26(11.8)	위 염	72(13.6)	관절염	59(18.3)
2	관절염	84(7.8)	기 타	12(5.5)	자궁,질염	52(9.6)	위 염	54(16.7)
3	자궁,질염	79(7.3)	기관지염	9(4.1)	자궁암	37(6.9)	고혈압	25(7.7)
4	신장방광염	47(4.4)	척추디스크	5(2.3)	신장방광염	30(5.6)	자궁,질염	24(7.5)
5	자궁암	46(4.3)	골 절	4(1.8)	관절염	24(4.5)	척추디스크	20(6.2)
6	고혈압	40(3.7)	식중독	4(1.8)	농약중독	16(3.0)	신경쇠약	15(4.7)
7	디스크	39(3.6)	우울증	3(1.4)	유방암	16(3.0)	골다공증	15(4.7)
8	생식기종양	31(2.9)	안 질	3(1.4)	신경쇠약	16(3.0)	신장방광염	14(4.3)
9	신경쇠약	28(2.6)	신장방광염	3(1.4)	척추디스크	14(2.6)	치 질	14(4.3)
10	유방암	25(2.3)	자궁,질염	3(1.4)	고혈압	12(2.2)	심장병 우울증	10(3.1) 10(3.1)
상병율	479/1080(44.4)		69(219(31.5)		229/539(42.5)		181/322(56.2)	
진단명 종류	28종류		19종류		25종류		28종류	

(다중 응답으로 10순위까지 제시함)

<표4-1> 건강지각

항 목	전체 대상자 수(%) (n=1080)		미혼집단(%) (n=219)	출산양육(%) (n=539)	중년노년(%) (n=322)	X^2
건강관심	관심있고 건강관리 함	147(13.7)	22(10.0)	67(12.5)	58(13.3)	23.129***
	관심있고 건강관리 안함	801(74.2)	167(76.3)	423(78.9)	211(65.5)	
	관심없고 건강관리 안함	128(11.9)	30(13.7)	46(8.6)	52(16.1)	
건강지각	매우 건강하다	60(5.6)	22(10.0)	24(4.5)	14(4.3)	54.704***
	건강하다	432(40.1)	85(38.8)	242(45.1)	105(32.6)	
	그저 그렇다	430(39.9)	92(42.0)	215(40.0)	123(38.2)	
	건강하지 않다	136(12.6)	18(8.2)	51(9.5)	67(20.8)	
	전혀 건강하지 않다	20(1.9)	2(0.9)	5(0.9)	13(4.0)	
생활불편	불편하지 않다	479(44.4)	121(55.3)	250(46.6)	108(33.5)	49.403***
	그저 그렇다	371(34.4)	70(32.0)	184(34.3)	117(36.3)	
	불편하다	214(19.9)	28(12.8)	101(18.8)	85(26.4)	
	매우 불편하다	14(1.3)	0(0)	2(0.4)	12(3.7)	

***p<.0001

집단은 중년노년집단이 24.8%로 높고, 미혼집단이 9.1%로 낮게 나타났는데, 연령이 증가함에 따라 스스로 느끼는 건강상태가 나쁘게 나타나며 유병률이 증가하는 것과 같다(남정자 외, 1996). 일상생활을 영위함에 있어서 불편감을 느끼는 정도도 중년노년 집단이 30.1%로 높았다.

여성들의 일반적 건강행위는 <표4-2>와 같다. 자신의 건강을위한 노력행위로는 전체 대상자는 규칙적인 식사(49.4%)가 가장 많았으며, 편안한 마음을 갖거나(44.5%), 충분한 수면을 취했으며(40.6%), 규칙적 운동은 11%로 적었다. 미혼집단은 병원정기검진(2.3%)이 가장 적은 반면, 충분한 수면(41.0%)이

가장 높고, 출산양육집단은 규칙적인 식사, 편한 마음, 충분한 수면등을 대상자의 40%이상이 실천하고 있었으며, 중년노년집단은 편안한 마음을 갖는다(43.8%)가 가장 많았고, 병원 건강검진(16.1%)의 비율이 다른 집단보다 높았다. 특별히 건강행위를 하지 않는 여성도 미혼집단 40.2%, 출산양육집단 34.7%, 그리고 중년노년집단이 36.3%나 되어 이러한 대상자들에게 보건교육등의 간호중재가 필요하다.

그리고 전체 대상자의 30.5%가 최근 1년 이내에 건강검진을 받은 경험이 없었으며, 검진내용으로 혈액검사(35.7%)가 가장 높았고 자궁암검사, 소변검사의 순이었다. 집단별로 미혼집단은 혈액, 소변검사, 흉부 X선검사 등이 많은 반면, 출산양육 집단과 중년노년 집단은 자궁암검사가 42.2%로 가장 높아서 부인암 검사에 대한 홍보가 어느정도 이루어지고 있음을 알 수 있으나 아직은 부족하다. 전체 대상자들 중 313명(29.0%), 미혼집단의 82명(37.4%), 출산양육집단의 167명(30.9%), 중년노년집단의 130명(40.4%)이 습관적으로 약품을 복용하고 있었다. 약품의 종류로는 소화제(15.7%), 진통제(13.7%), 박카스(4.6%)의 순이었다. 집단별 복용약품은 미혼집단은 진통제(17.8%), 출산양육집단과 중년노년집단은 소화제로 각각 14.5%, 20.2%였다. 투약동기는 소화불량(31.3%), 통증완화(28.4%), 질병치료(16.6%)로 나타났다.

건강에 대한 정보는 62.2%가 언론매체를 통해서 얻고 있으며, 의료인력이나 기관을 통해 접하는 비율은 23.7%에 그쳐 지역사회에서 건강에 관련한 체계적인 정보를 제공할 수 있는 보건의료전문 조직이나 인력의 활용이 필요하다.

<표4-2> 건강행위

항 목		전체 대상자 수(%) (n=1080)	미혼집단(%) (n=219)	출산양육(%) (n=539)	중년노년(%) (n=322)
건강행위	규칙적인 식사	411(38.5)	75(34.2)	216(40.1)	120(37.3)
	편한 마음	481(44.5)	86(39.2)	254(47.1)	141(43.8)
	충분한 수면	439(40.6)	90(41.0)	227(42.1)	122(37.9)
	규칙적 운동	119(11.0)	24(10.9)	50(9.3)	45(13.9)
	병원 정기검진	106(9.8)	5(2.3)	49(9.3)	52(16.1)
	영양식이, 보약	221(20.5)	25(11.4)	111(20.6)	85(26.4)
	특별한 것 없음	392(36.3)	88(40.2)	187(34.7)	117(36.3)
검진내용	신체검사	215(19.9)	64(29.2)	82(15.2)	69(21.6)
	자궁암 검사	360(33.3)	2(0.9)	223(41.4)	135(42.2)
	유방암 검사	133(12.3)	2(0.9)	55(10.2)	76(23.8)
	혈액 검사	386(35.7)	68(31.1)	185(34.3)	133(41.6)
	소변 검사	357(33.1)	62(28.3)	162(30.1)	133(41.6)
	내시경 검사	124(11.5)	14(6.4)	54(10.0)	56(17.5)
	X선 촬영	298(27.6)	50(22.8)	124(23.0)	124(38.8)
	기타 검사	414(38.3)	30(13.7)	198(36.7)	186(58.1)
	검사 안받음	329(30.5)	108(49.3)	146(27.1)	75(23.4)
습관적 복용약품	소화제	170(15.7)	27(12.3)	78(12.3)	65(20.2)
	진통제	148(13.7)	39(17.8)	73(17.8)	36(11.2)
	박카스	50(4.6)	13(5.9)	24(5.9)	13(4.0)
	감기약	52(4.8)	12(5.5)	26(5.5)	14(4.3)
	영양제	47(4.6)	3(1.3)	21(1.3)	23(7.1)
	기타	127(11.8)	23(10.5)	47(10.5)	57(17.7)

항 목		전체 대상자 수(%) (n=1080)	미혼집단(%) (n=219)	출산양육(%) (n=539)	중년노년(%) (n=322)
투약동기	소화불량	160(31.3)	23(28.0)	72(41.4)	65(46.4)
	통증완화	148(28.4)	39(47.5)	68(39.1)	38(27.1)
	질병치료	85(16.6)	19(23.1)	26(14.9)	40(28.6)
	피료	70(13.7)	13(15.8)	28(16.1)	29(20.7)
	기타	51(10.0)	12(14.6)	22(12.6)	17(12.2)
건강정보	언론기관	672(62.2)	134(61.2)	344(63.8)	194(60.2)
	혼자서 스스로	387(35.8)	92(42.0)	217(40.3)	78(24.2)
	의료인 자문	256(23.7)	33(15.1)	135(25.0)	88(27.3)
	건강 강좌	104(9.6)	10(4.6)	55(10.2)	39(12.1)
	주위에 문의	89(8.2)	21(9.6)	48(8.9)	20(6.2)
	관심 없음	36(3.3)	14(6.4)	8(1.5)	14(4.3)
	기타	45(16.4)	6(2.7)	16(2.9)	23(7.1)

(다중응답임)

5. 건강증진 생활양식

여성들의 건강증진 생활양식의 분석결과, 대상자 전체의 총 평점은 2.41, 영역별로는 대인관계(2.85), 자아실현(2.72)이 높은 반면 건강책임(1.82)이 가장 낮게 나타났다(표5-1). 이는 다른 선행연구들(박은숙 외, 1998 ; 이규난, 1998; 박재순, 1995; Walker 외 1988 ; Ahijvych와 Bernhard, 1994; Duffy, 1996)에서 건강증진 생활양식의 실천정도가 자아실현, 대인관계가 높은 반면 건강책임, 운동영역이 저조한 것으로 나타난 결과와 일치하였다. 대인관계를 제외한 모든 하위영역 항목과 건강증진 생활양식의 전체 평균 점수에서 집단별로 유의한 차이가 있었다. 즉 전체 항목에서는 출산양육 집단이 높았지만, 자아실현은 출산양육집단, 건강책임과 운동 미친 영양은 중년노년 집단, 대인관계와 스트레스 관리는 미혼집단이 높은 점수를 보였다.

<표5-1> 생애주기 집단별 건강증진생활양식 (평균±표준편차)

건강증진양식	문항수	전체대상자 (n=1080)	미혼집단 (n=219)	출산,양육집단 (n=539)	중년,노년집단 (n=322)	T or F
자아실현	11	2.72±.55	2.69±.44	2.78±.55	2.65±.60	6.196**
건강책임	8	1.82±.53	1.62±.39	1.83±.52	1.94±.57	24.614***
운동,영양	10	2.24±.52	2.08±.48	2.25±.51	2.34±.54	15.798***
대인관계	6	2.85±.56	2.89±.49	2.86±.55	2.82±.61	1.161
스트레스관리	6	2.55±.58	2.60±.53	2.57±.57	2.47±.63	4.589**
총 계	41	2.41±.40	2.35±.32	2.44±.41	2.42±.44	2.883*

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

이러한 결과는 서연옥(1995)의 중년여성의 평균점수와 순위가 유사한 반면, 박명희(1997)의 연구결과보다 평균점수(2.65)가 낮고, 순위는 자아실현(2.91), 대인관계(2.83)로 차이가 있었다. 또한 여대생을 대상으로 조사한 신혜숙(1997)의 조사에서 평균점수 2.61보다 낮았으나, 이미라(1997)의 연구의 2.30보다

는 높았으며, 순위는 유사하였다.

인구학적 특성에 따른 건강증진생활양식의 차이를 분석한 결과, 연령, 거주지, 학력, 결혼상태와 월수입 등에 따라서 유의한 차이를 나타냈다(표5-2). 즉 연령은 50세에서 59세 집단이 가장 높은 점수를 보였는데, Walker(1988)와 박정숙, 박청자와 권영숙(1996)의 연구에서도 젊은 연령층이 다른 연령층에 비해 실천정도가 낮은 것으로 보고된 결과와 일치하였다. 또한 60세 이상의 노년층에서 실천정도가 가장 낮았는데, 이는 전정자(1996)의 연구에서 60세 이상으로 이루어진 집단이 다른 집단보다 건강증진 생활양식 수행정도가 낮은 것으로 보고된것과 일치하며, 따라서 이들 연령층의 건강증진 생활양식의 실천률을 높이고 동기를 유발 할 수 있는 프로그램개발과 전략이 요구된다.

<표5-2> 인구학적 특성에 따른 건강증진 생활양식

특 성	구 분	실수	평 균	T or F
연 령	18-29세	357	2.37±.36	4.013**
	30-39세	361	2.43±.40	
	40-49세	252	2.42±.42	
	50-59세	68	2.54±.45	
	60세이상	42	2.28±.51	
거 주 지	시내 거주	737	243±.35	3.641*
	시외 거주	343	2.37±.41	
결혼형태	미혼	219	2.35±.32	3.914**
	기혼	798	2.43±.42	
	이혼,사별,별거	56	2.34±.48	
직 업	학생	98	2.36±.32	0.495
	전업주부	502	2.41±.44	
	직업여성	472	2.42±.38	
학 력	무학	22	2.23±.39	5.895***
	초교졸	102	2.30±.42	
	중졸	128	2.33±.38	
	고졸	423	2.42±.41	
	대졸이상	399	2.46±.39	
월 수 입	백만원 미만	224	2.30±.39	9.178***
	이백만원 미만	519	2.42±.40	
	삼백만원 미만	208	2.46±.37	
	삼백만원 이상	100	2.53±.46	

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

거주지별로는 시내거주 여성들이 시외거주 여성들보다 건강증진 생활양식의 실천정도가 높으며, 결혼 후 남편과 동거하고 있는 여성이 배우자가 없는 여성에 비해 상대적으로 높은 점수를 보였다. 직업 여성들이 전업주부보다 약간 높았고, 학생들이 가장 낮았으나 유의한 차이는 없었다. 교육정도에 따라서 학력수준이 높을수록 실천정도가 높았는데, 이는 Weitzel(1989)의 연구에서 학력이 건강증진 생활양식의 실천에 영향하는 변수이며, 교육정도가 건강정볼ㄹ 습득하는 기반이며, 학력이 건강증진 행위를 설명하는 데 기여한다는 선행연구(송영신, 1998; 전정자 외, 1996)와 일치하고, 월수입이 낮을수록 실천정도가 낮은 것도 다른연구결과와 일치한다(송영신, 1998; 이규난, 1998; 전정자 외, 1996). 따라서 아주 낮거나

높은 연령층, 배우자가 없는 여성, 시외거주, 낮은 교육정도, 낮은 월수입인 여성들에게 우선적으로 건강정보를 제공해야 한다.

여성들의 건강관심 및 건강지각에 따라 건강증진 생활양식이 유의한 차이가 있었는데(표5-3), 이는 다른 연구들에서도 건강지각이 설명력이 높은 것과 일치한다(Duffy, 12988 ; Speak, 1989). 즉, 건강에 관심을 갖고 건강관리를 하고 있는 여성들이 그렇지 않은 여성에 비해 실천정도가 높았다. 또한 매우 건강하거나, 건강하지 않거나, 생활불편을 많이 지각하는 여성들이 건강행위를 많이 하는 반면, 건강상태를 보통으로 지각한 여성들은 건강행위를 하지 않는 것으로 나타나, 이러한 집단에 대한 건강증진 프로그램의 우선 접근이 요구된다.

거주지별로는 시내거주 여성들이 시외거주 여성들보다 건강증진 생활양식의 실천정도가 높으며, 결혼 후 남편과 동거하고 있는 여성이 배우자가 없는 여성에 비해 상대적으로 높은 점수를 보였다. 직업 여성들이 전업주부보다 약간 높았고, 학생들이 가장 낮았으나 유의한 차이는 없었다. 교육정도에 따라서 학력수준이 높을수록 실천정도가 높았는데, 이는 Weitzel(1989)의 연구에서 학력이 건강증진 생활양식의 실천에 영향하는 변수이며, 교육정도가 건강정보를 습득하는 기반이며, 학력이 건강증진 행위를 설명하는데 기여한다는 선행연구(송영신, 1998 ; 전정자 외, 1996)와 일치하고, 월수입이 낮을수록 실천정도가 낮은 것도 다른 연구결과와 일치한다(송영신, 1998 ; 이규난, 1998 ; 전정자 외, 1996). 따라서 아주 낮거나 높은 연령층, 배우자가 없는 여성, 시외거주, 낮은 교육정도, 낮은 월수입인 여성들에게 우선적으로 건강정ㅂ를 제공해야 한다.

여성들의 건강관심 및 건강지각에 따라 건강증진 생활양식이 유의한 차이가 있었는데(표5-3), 이는 다른 연구들에서도 건강지각이 설명력이 높은것과 일치한다(Duffy, 1988 ; Speak, 1989). 즉 건강에 관심을 갖고 건강관리를 하고 있는 여성들이 그렇지 않은 여성에 비해 실천정도가 높았다. 또한 매우 건강하거나, 건강하지 않거나, 생활불편을 많이 지각하는 여성들이 건강행위를 많이하는 반면, 건강상태를 ㅂ통으로 지각한 여성들은 건강행위를 하지 않는 것으로 나타나, 이러한 집단에 대한 건강증진 프로그램의 우선 접근이 요구된다.

<표5-3> 건강지각에 따른 건강증진 생활양식

특 성	내 용	평 균	T or F
건강관심	관심있고 건강관리	2.76±.47	54.232***
	관심만 있음	2.38±.36	
	관심도 없음	2.22±.36	
건강지각	매우 건강함	2.60±.43	11.070***
	건강함	2.48±.41	
	그저 그렇다	2.31±.43	
	건강하지 않음	2.39±.43	
	전혀 건강하지 않음	2.47±.38	
생활불편	불편하지 않음	2.48±.40	7.943***
	그저 그렇다	2.35±.38	
	약간 그렇다	2.34±.42	
	매우 불편함	2.51±.39	

***p < .001

6. 여성건강간호센터 설립에 대한 필요성

여성건강관리를 전문적으로 담당할 기관설립에 대하여 절대 다수의 여성들(95.1%)이 필요성을 인식하고 있었고(표6-1), 다른 연구와도 일치한다(강원도, 1998 ; 이은희 외, 1998).

<표6-1> 여성건강간호센터에 대한 인식

항 목	내 용	빈도(%)
여성건강간호센터 필요성	필요하다	1027(95.1)
	필요하지 않다	49(4.5)
	무응답	4(0.4)
설치 장소	여성회관	329(30.5)
	독립기관	318(29.4)
	보 건 소	193(17.9)
	종합병원	91(8.4)
	기 타	117(10.8)
	무 응 답	32(2.9)
교육 시간	오전 10-12시	282(26.1)
	오후 2시-4시	250(23.1)
	저녁 7시-9시	310(28.7)
	언제나 가능	59(5.5)
	언제나 불가능	176(16.3)
	무응답	3(0.3)

여성건강간호센타가 설립되는 장소로는 현재 관내에 잇는 여성회간이 30.5%로 가장 많았으며 독립기관(29.4%), 보건소(17.9%)로 나타났다. 여성회관과 보건소는 지방자치 산하 공공기관으로서 이를 자원으로 활용할 경우 지자체의 행정적 지원과 인적, 물리적 자원, 및 기존 자원의 활용이라는 측면에서 효율적으로 운용할 수 있다고 사려된다. 또한 원하는 교육프로그램 운영의 시간대는 일반 가정주부들을 위한 낮 시간대, 직장 여성들을 위한 저녁 시간대로 나타났다.

전체 여성들이 요구하는 교육내용의 우선순위는 올바른 식생활, 가족건강, 스트레스 관리, 건강운동의 순으로 나타났고, 집단별로는 요구하는 교육의 내용이 조금씩 차이가 있었다(표6-2). 미혼 집단은 올바른 성생활, 비만관리인 반면, 출산양육 집단은 갱년기 건강관리, 올바른 성생활 등이, 중년노년 집단은 갱년기 건강관리의 요구도가 높고, 다른 집단에서 요구되지 않은 치매관리, 올바른 약 봅용법 등이 포함되어 있었다. 즉 이러한 교육요구는 집단 별 건강문제와 관련이 있으며, 따라서 여성들을 위한 교육내용을 정하거나 실시할때에는 생애주기에 따른 건강문제와 교육내용의 요구를 고려하여 운영되어야 할 것으로 사료된다.

<표6-2> 생애주기 집단별 요구하는 건강교육 내용 순위

순위	전체 대상자 수(%) (n=1080)		미혼 집단 수(%) (n=219)		출산양육집단 수(%) (n=539)		중년노년집단 수(%) (n=322)	
1	올바른식생활	611(56.8)	올바른 식생활	140(63.9)	올바른식생활	311(58.2)	가족 건강	175(54.3)
2	가족 건강	595(55.3)	건강 운동	138(63.0)	가족 건강	293(54.9)	올바른 식생활	160(45.7)
3	스트레스 관리	551(51.3)	가족 건강	127(58.0)	스트레스 관리	275(51.5)	갱년기 건강	153(47.5)

순위	전체 대상자 수(%) (n=1080)		미혼 집단 수(%) (n=219)		출산양육집단 수(%) (n=539)		중년노년집단 수(%) (n=322)	
4	건강운동	535(49.8)	스트레스 관리	123(56.3)	건강 운동	251(47.0)	스트레스 관리	153(47.5)
5	갱년기 건강	409(38.0)	올바른 성생활	98(44.7)	갱년기 건강	199(37.3)	건강 운동	146(45.3)
6	암 예방	400(37.2)	비만 관리	92(42.0)	올바른 성생활	196(36.7)	암 예방	136(42.2)
7	올바른 성생활	394(36.7)	응급 처치	86(39.3)	암 예방	192(35.6)	치매 관리	116(36.0)
8	비만 관리	390(36.3)	피임,가족계획	85(38.8)	비만관리	190(35.6)	비만 관리	108(33.5)
9	응급 처치	322(30.0)	산후조리	85(38.8)	피임, 가족계획	179(33.5)	약 복용법	105(32.6)
10	피임가족계획	321(29.9)	성폭력,가정폭력	79(36.1)	응급 처치	169(31.6)	올바른 성생활	100(31.1)

(다중응답으로 10순위까지 제시함)

Ⅴ. 결론 및 제언

본 연구는 이래 통합시에 거주하고 있는 여성들의 건강문제 및 건강행위에 대한 체계적인 자료수집과 분석을 통하여 여성건강간호센터의 설립필요성에 대한 구체적인 근거를 마련하고 교육 프로그램을 개발하기 위한 기초조사로 실시되었다. 18세 이상 여성 1080명을 대상으로 인구학적 특성 및 여성 생식관련 특성, 건강문제, 건강행위 및 건강증진 생활양식 등을 설문 조사하여 나타난 결과는 다음과 같다.

1. 인구학적 특성 ;대상자들의 연령분포는 18-84세, 표ㅇ균연령은 35.8세였다. 여성들의 생애주기별로 미혼집단 20.0%, 출산양육집단 49.9%, 중년노년 집단 29.8%로 구분되었다. 시내거주자가 68.0%이며, 직업여서이 43.7%, 결혼 73.9%, 학력은 고졸이 39.2%로 가장 많았다. 가족 유형은 핵가족이 67.8%이고, 가족의 평균 월수입은 100만원 이상 200만원 미만이 48.1%로 가장 많았다.

2. 여성생식과 관련된 특성 ; 여성생식과 관련된 특성으로 평균 초경 연령 15.2세, 평균 폐경연령 48세, 평균 임신횟수 2.4회로 나타났다. 인공유산 경험율은 41.5%, 유산사유는 원하지 않는 임신이 가장 많았다. 산후 우울경험은 31%이었고, 피임실천률 79.4%인데 그중 영구 불임술이 37.6%인 반면 일시적 피임방법은 루우프가 17.8%로 가장 많았다.

3. 생애주기별 건강문제 ; 대상자들의 주관적 건강문제는 피로감이 28.1%로 가장 많았고 집단별 차이가 있는 건강문제는 미혼집단은 우울한 기분, 두통, 출산양육집단은 두통, 신경예민, 중노년 집단은 관절 신경통, 기억력 감소로 나타났다. 과거 1년동안 질환을 진단받은 대상자는 연령이 즈악함에 따라 상병율이 증가하였고, 미혼집단과 출산양육집단은 위염, 중년노년집단은 관절염이 가장 많았다.

4. 건강지각 및 건강행위 ; 응답자는 자신의 건강에 대하여 관심을 갖고 있으나 실제로 건강관리 실천정도는 매우 취약하였다. 집단별 건강관리 실천정도는 미혼집단이 가장 낮았고, 일상생활 중 불편감 정도는 중년노년 집단이 가장 높았다. 건강행위는 규칙적인 식사가 가장 많았고, 습관적 약품복용율은 29%였으며, 건강에 대한 정보는 언론매체를 통해 얻는 비율이 가장 높았고 의료인력이나 기관을 통해서는 낮게 나타났다.

5. 건강증진 생활양식 ; 건강증진 생활양식의 실천정도는 2.41점으로 낮았으며, 하위 영역 중 대인관계 영역이 높은 반면 건강책임 영역이 낮게 나타났다. 집단별로는 중년노년 집단이 실천정도가 높고 미혼집단이 낮은 것으로 나타났다. 건강증진 생활양식은 연령, 거주지, 결혼상태, 학력, 월수입에 따라 차이가 있었고, 60세 이후를 제외하면 대체로 연령이 많아질수록 실천 정도가 높았으며 시외거주자, 배우자가 없는 경우, 학력과 경제력이 낮을수록 건강증진 실천정도가 낮았다.

6. 여성건강 간호센터의 설립필요성 ; 응답자의 절대 다수가 여성건강을 체계적으로 관리해줄 기관의

필요성을 인식하였으며, 설치장소는 여성회관, 보건소였다. 프로그램의 제공시간은 저녁 7-9시, 건강교육 내용은 올바른 식생활, 가족건강, 스트레스 관리, 건강운동등의 순이었다. 집단별로는 미혼집ㄷㄴ은 성생활, 성폭력이며, 출산양육 집단은 갱년기 건강관리, 암 예방, 치매관리 등이 차이가 있어서 교육내용 개발 시에는 생애주기별 건강교육 요구에 다라 다르게 선정해야 함을 알 수 있다.

따라서 여성들의 건강프로그램은 접근성, 수용성을 위하여 생애주기와 인구학적 특성을 고려하여 개발해야 한다. 또한 건강증진행위의 취약대상으로 대체로 연령이 낮거나 아주 높은 집단 고령집단, 학력이 낮고,, 경제수준이 어려우며, 배우자가 없는 대상자들에 대한 관심이 필요하다. 또한 여성들이 건강을 전담할 여성건강 간호센터는 새로운 독립기관이나 민간 의료기관보다는 여성회관이나 일차보건 의료조직을 이용하는 것이 대상자의 참여의 용이성, 경제적 비용과 기존 자원의 활용이라는 측면에서 효율적이며, 학교, 산업장, 등의 다른 일차보건의료기관과의 연계체계가 필요하다.

이상의 연구결과를 통해 다음과 같이 제언하고자 한다.

1) 여성들의 건강문제와 건강증진 생활양식은 생애주기에 따라 유의한 차이가 있으므로 건강증진 프로그램의 개발은 생애주기별로 특성에 따라 준비되어야 하며 접4근 방법에서도 차이를 두어야한다. 이를 위해 생애주기별로 건강증진 생활양식을 설명할 수 있는 요인들에 대한 심층 연구가 요구된다.

2) 건강지각 및 건강행위는 연관성이 높으나 본 조사에서는 건강지각이 높은 반면 건강행위의 실천정도가 매우 취약하므로 건강지각을 높이는 간호중재 개발이 필요하다.

3) 이와 같은 연구들이 다른 지역과 비교될 수 있도록 비교연구가 필요하며, 또한 여성들의 건강을 체계적으로 관리할 수 있도록 연구와 서비스 제공이 연계성을 갖는 여성건강간호센터가 설립될 수 있는 제도적, 행정적 개선과 지원이 수반되어야 한다.

참 고 문 헌

1. 고효정(1997). 여성건강에 대한 간호연구 동향. 여성과 건강, 계명대학교 간호과학연구소 학술대회 자료집, 1-18.
2. 김혜숙(1995). 여성건강-연구와 교육의 미래 방향. 대한간호, 34(3), 6-14.
3. 남정자 외(1994). 정신보건의 현황과 정책과제. 한국보건사회연구원.
4. 박소영(1997). 초등ㅅ학교 양호교사의 건강증진 생활양식 실천정도와 영향요인에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위 논문.
5. 박영숙(1998). 여성의 건강문제와 간호방향, 간호전문직의 과제와 실천방향, 수문사, 323-362.
6. 박은숙, 김순자, 김소인, 전영자, 이평숙, 김행자, 한금선(1998). 노인의 건강증진 행위 및 싦의 질에 영향을 미치는 요인. 간호학회지, 28(3), 638-649.
7. 박재순(1995). 중년후기 여성의 건강증진행위 모형구축. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
8. 박정숙, 박청자, 권영숙(1996). 건강교육이 대학생의 건강증진 행위에 미치는 영향. 간호학회지, 26(2), 359-371.
9. 박정은(1996). 여성건강문제 현황과 대책. 간호학 탐구, 5(1), 23-35.
10. 박정은(1997). 성인여성건강교육 실태와 교육프로그램 개발. 한국여성개발원.
11. 보건복지부(1994). 보건복지통계연보.
12. 서연옥(1995). 중년 여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원 박사학위논문.

13. 송영신, 이미라, 안은경(1997). 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. 간호학회지, 27(3), 541-549.
14. 윤병준(1996). 한국인의 건강수준에 관한 연구. 한국보건사회연구원.
15. 원주시(1998). 원주시 통계연보. 원주시.
16. 이경혜(1996). 여성건강의 최신이론과 쟁점. 간호학 탐구, 5(1), 36-55.
17. 이경혜(1997). 여성건강을 위한 개념적 모형. 간호학회지, 27(4), 933-942.
18. 이규난(1998). 충북지역 교사의 건강증진 생활 양식 실천정도와 관련요인. 가톨릭대학교 산업보건대학원 석사학위논문.
19. 이숙자, 박은숙, 박영주(1996). 한국 중년여성의 건강증진 행위예측모형. 간호학회지, 26(2), 320-336.
20. 이숙희, 박영숙(1998). 여성건강에 대한 간호연구 분석 : 1988-1997. 여성건강간호학회지, 4(1), 105-120.
21. 이은희(1995). 초산부부의 임신경험에 대한 연구- 부모전환과정-. 서울대 대학원 박사학위 논문.
22. 이은희, 최상순, 최정숙, 소애영, 이경숙(1998). 원주시 여성정책욕구 실태조사. 원주시.
23. 전정자(1996). 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교 연구. 성인간호학회지, 8(1), 41-54.
24. 장순복(1995). 여성건강. 대한간호, 34(5), 257-270.
25. 최영희(1998). 여성건강을 위한 행동전략. 이화여자대학교 여성건강증진센타 심포지움자료, 1-23.
26. 최상순, 이은희, 윤경희, 심복경, 최남희(1996). 모유수유 실태와 관련요인에 관한 여누. 여성건강간호학회지, 2(2), 222-234.
27. 최연순, 장순복, 조희숙, 최양자, 장춘자, 박영숙, 이남희, 조동숙, 이은희(1999). 모성간호학 4판, 여성건강간호학. 수문사.
28. 통계청(1996). 1995 생명지표. 통계청.
29. Ahijevych, K., & Bernhard, L.(1994). Health Promoting behaviors of african american women. Nursing Reserach, 43(2), 86-89.
30. Chesney, M. A., & Ozer, E. M. (1995). Woman and Health ; in search of a paradigm, Women's health research of gender behavior and policy, 1(1), 3-26.
30. Chinn, P. L. (1994). Developing nursing perspectives in women's health, An Aspen Publication.
31. Duffy, M. E., & Hernandes, M.(1996). Correlates of health promotion activities in employed mexican american women. Nursing Research, 45(1), 18-23.
32. Gliss, C. L., Highly, B. L., Roberts, B. M., & Martinson(1989). Toward a science of family nursing, Addison Wesley.
33. Griffith-Kenny, J. (1986). Contemporay Women's Health. Addison-Wesley.
34. KSDN(Korea Sustainable Development Network)(1988). 인간보건여건의 보호 및 증진 (Agenda 21, Chapter 6). KSDN 홈페이지. www.ksdn.or.kr
35. McBride, A. B., McBride, W. L.(1982). Theoretical undepinning for women's health. Women & Health. 6, 37-55.
36. Noack, H. (1987). Concepts of health and health promotion. Measurement in health

promotion & protection , WHO regional Publicaions, European Series 22. Copenhagen, WHO/Europe.
37. O'Donell, M. (1989). Definition of health promotion : partⅢ, expending the definition. American Journal of Health Promotion, 1(2), 6-9.
38. Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank-Stromoborg, M. (1990). Predicting health-promotion life style in the workplace. Nursing Research, 39(6), 326-332.
39. Prohaska, T. R., Lenenthal, E. A., & Leventhal, H. (1985). Health practices and illness cognition in young, middle aged, and elderly adults. Journal of Gerontology, 40, 569-578.
40. Speke, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perception & lifestyles of the elderly. Research in Nursing & Health, 12, 93-100.
41. Tayler, R. B.(1982). Health Promotion : Principles and Clinical Applications, Appleton-Century-Crofts.
42. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J.(1987). The health-promoting lifestyle profile : development and psychometric characteristics. Nursing Research, 136(2), 76-81.
43. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J.(1988). The health-promoting life styles of older adults ; comparisons with young and patterns, ANS, 11(1), 76-90.
44. Weitzel, M. H. (1989). A Test of the health promotion model with blue collar workers. Nursing Research, 38(2), 99-104.

-Abstract-

Key concept : Women;s health, Women's lifecycle, Health promoting lifestyles

A Study on Women's Health Status for Setting up Women's Health Nursing Center and Developing Health Program

Lee, Eun Hee · Choi, Sang Soon · So, Ae Young

Lee, Eun Hee : Professor, Department of Nursing, Wonju National College
Choi, Sang Soon : Professor, Department of Nursing, Wonju College of Medicine, Yonsei University
So, Ae Young : Professor, Department of Nursing, Wonju National College

The purpose of this paper was to identify the performance of health promoting lifestyles and health perception over 18 years old women living Wonju city so that the results will be based for setting up women's health nursing center.

The subjects were 1080 women selected by stratified and purposive sampling. The data were collected by self reporting questionnaire and interview from May to June, 1998. Data were analyzed by SPSS win program. The results were as follows :

1. The range of age was 18-84 years, The proportion according to women's lifecycle was premarital group 20.0%, delivery and rearing group 49.9%, over middle aged-elderly group 29.8%.

2. The mean menarchial age was 15.2 and menopausal age was 48. Mean frequenices of pregnancy is 2.4 and artificical abortion rate is 36.4%. Primary cause of abortion was unwanted babies 42.8%. The practice rate of family planning was 79.4% and permanent sterilization rate was 37.6%.

3. Fatigue was predominated problem in target population. Depression and headache was predominated in premarital group, headache and nervous felling in delivery and rearing group, arthritis and loss of memory in over middle aged-elderly group.

4. Only 13.7% of the target population make some efforts for their health in compare to 85.9% have attention for their health. Perception of unhealthy rate was 9.1% in premarital group, 24.8% in delivery and rearing group, 30.1% in middle aged-elderly group.

5. The average score of the HPLP(Health Promoting Lifestyle Profile) was 2.41. The variable with the highest degree of performance was interpersonal relationship, whereas the one with the lowest degree was the professional health maintenance. The significant difference was found in HPLP according to age, residential area, marital status, educational level, income level.

6. Majority(95.1%) of the target population agreed on necessity for women's health nursing center. Proper location area was presented to women's center and public health center. The priority for health education program was proper diet, family health, stress management, and exercise.

In conclusion, we should prepare the education program for women's health according to women's lifecycle, because health perception, HPLP, and education program needed was differentiated in women's lifecycle. Also we suggest that women's health nursing center based community was needed for proper management of women's health.