

가나 볼타지역 가임여성의 가족계획 실천에 영향을 미치는 요인

김재우¹ · 남은우^{1,2}

¹연세대학교 보건과학대학 보건행정학과, ²연세대학교 글로벌헬스센터

Factors That Affect Family Planning of Fertile Women in Volta Region in Ghana

Jae Woo Kim¹, Eun Woo Nam^{1,2}

¹Department of Health Administration, Yonsei University College of Health Sciences; ²Yonsei Global Health Center, Wonju, Korea

Background: Family planning is widely practiced today to resolve the over-growing population and overcome obstacles that thwart socio-economic growth. While Ghana was the first country in Africa to implement family planning program, its birthrate is still twice as much as world average due to weak infrastructure and strategic plans to enforce the policy. Thus, there is a need to objectively verify the factors that affect family planning of fertile women of Ghana.

Methods: Total of 630 self-administered questionnaires were distributed from April 8 to 17 of 2013 to collect data. Six-hundred eighteen questionnaires were analyzed, excluding the 12 incomplete questionnaires. Collected data were analyzed using PASW SPSS ver. 18, and logistic regression analysis was performed to verify the factors that affect practice of family planning.

Results: Satisfaction with health and medical facilities, experience with family planning education and awareness of birth control methods significantly affected practice of family planning. Based on analysis using odds ratio, enforcement rate of family planning increased by 4.574 times when the subjects were satisfied with health and medical facilities, by 3.920 times when received family planning education, and by 3.284 times when they were aware of birth control methods.

Conclusion: By adopting family planning education program, government should be able to change fertile women's perception of family planning. A strategic plan is necessary in order to increase access to medical facilities, improve service satisfaction, and induce women to enforce family planning voluntarily.

Keywords: Family planning services; Satisfaction with health and medical facilities; Experience with family planning education; Awareness of birth control method

서 론

1. 연구의 배경 및 필요성

가족계획은 미국의 지역사회 보건간호원이었던 Margaret Sanger 가 모자보건 향상과 반복되는 임신의 위험에서 벗어나게 하기 위한 인도주의적 입장에서 운동을 시작한 것이 시초로써 오늘날에 이

르기까지 전 세계적으로 인구문제해결을 위한 방안으로 활용되고 있다[1]. Chang [2]의 연구에 따르면 가족계획이란 '가지고 싶은 수 만큼의 자녀를 낳고 싶을 때에 낳도록 하자'는 것으로, 알맞은 수의 좋은 자녀를 적당한 터울로 낳음으로써 부모의 건강과 가정의 경제능력 향상에 도움을 줄 수 있다고 주장하였다. 이러한 가족계획은 인간의 기본권이자 인구와 자원 및 생산성 간의 균형을 유지하

Correspondence to: Eun Woo Nam
Department of Health Administration, Yonsei University College of Health Sciences,
1 Yeonsedae-gil, Wonju 220-842, Korea
Tel: +82-33-760-2413, Fax: +82-33-762-9562, E-mail: ewnam@yonsei.ac.kr
Received: October 21, 2014 / Accepted after revision: December 23, 2014

© Korean Academy of Health Policy and Management
It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permit unrestricted non-commercial use,
distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

기 위한 것으로[3], 특히 인구가 급증하고 있는 중·저소득 국가에서 필요로 하는 정책이다.

일반적으로 높은 출산율과 급속한 인구증가는 사회경제 발전의 심각한 장애를 유발한다. 급속한 인구증가는 고용을 불완전하게 하며 식량문제를 야기시킴으로써 빈곤을 악화시킨다[4]. Organization for Economic Cooperation and Development 개발원조위원회의 빈곤감소 지침에 따르면 빈곤의 근본원인으로 몇 가지를 소개하였는데, 그중의 한 원인으로 높은 출산율로 인한 급속한 인구증가를 꼽았다[5]. 우리나라의 경우 1961년 11월에 가족계획사업을 정부의 공식적인 시책으로 채택하였고, 1962년부터 경제개발5개년 계획의 일환으로 본격적으로 추진하였으며 1996년까지 지속하였다[6]. 그 결과 인구증가율이 1960년 3%에서 1990년 1% 미만으로 안정되었으며, 여성 1인당 출산율은 1960년 6명에서 1996년 1.7명으로 감소하였다[7].

이처럼 높은 출산율을 억제하기 위한 방안으로 가족계획은 매우 효과적인 방법이다. 특히 아프리카의 인구는 2009-2050년까지 연평균 1.66% 증가하여 세계 인구 증가율 0.71%보다 약 2.34배 높을 것으로 예상[8]되고 있어 아프리카 국가들의 가족계획의 도입과 실천은 반드시 필요하다.

아프리카 서부의 기니만(灣)에 위치한 가나는 1969년 아프리카 국가들 중 가족계획 프로그램을 가장 빨리 받아들인 나라이다. 하지만 1989년까지 정책의 적용은 매우 느렸는데, 이는 정책을 실행하기 위한 기반이 부족하고 전략적 계획이 부족하였기 때문이다. 한 예로 가족계획을 실행한지 20년이 지난 1989년에도 현대 피임기술의 사용은 5%에 지나지 않았다. 또한 1994년 46개 보건의료시설에 종사하는 서비스 제공자들을 인터뷰한 결과 현대적인 피임기술에 있어 부적절한 지식을 갖고 있는 것으로 나타났다. 이에 1994년에 가족계획정책은 재검토되었으며, 2020년까지 출산율을 3명으로 줄이는 것을 목표로 시행되고 있다[9-11]. 하지만 가나의 여성 1인당 출산율은 4명으로 세계 평균 2명보다 여전히 2배 높은 출산율을 보이고 있다[12].

가나에 가족계획정책이 시행된 1969년 이후로 가나 가족계획정책의 실행 배경 및 성과를 분석하는 연구[9,10]나 서비스 제공자들의 가족계획 인식 및 현황에 관한 연구[11]가 있었으나 가임여성의 입장에서 그들의 가족계획 실천에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 규명하는 연구는 아직 진행되지 않았다. 그간 한국에서의 아프리카 보건의료 관련 연구는 우간다 보건의료현황과 정책과제[13]가 있었으나 가나 관련 연구는 아직 없는 실정이다. 따라서 본 연구에서는 가나의 높은 출산율로 인한 급속한 인구증가를 막아 빈곤을 줄이고 가나 가임여성의 가족계획 실천에 영향을 미치는 요인을 객관적으로 검증하여 향후 가나 대상 보건 분야 official development assistance (ODA) 사업개발 및 사업추진에 필요한 정보를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 아프리카 가나의 볼타지역 가임여성 15-49세의 연구대상자 중 임신하거나 5세 미만 아이를 갖고 있는 여성을 대상으로 그들의 가족계획 실천에 영향을 미치는 요인을 분석하여 한국정부에서 추진 중인 ODA사업 프로그램 개발에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

방 법

1. 연구모형

연구모형은 가나 가족계획정책에 관한 선행연구를 기반으로 하여 연구자의 가설모형을 설정하였다(Figure 1). 독립변수군으로는 (1) 기본적 특성, (2) 경제적 상태, (3) 보건의료서비스, (4) 가족계획 인식, (5) 건강상태를 고려하였다. 기본적 특성의 세부항목은 연령, 종교, 교육수준, 가구원 수, 자녀 수로 하였고 경제적 상태의 세부항목은 가족의 주 수입원을 고려하였다. 보건의료서비스의 세부항목은 보건의료시설 이용경험 유무, 보건의료시설 만족도를 고려하였고 가족계획 인식의 세부항목은 피임방법인지 여부와 가족계획 교육경험 유무로 설정하였다. 마지막으로 건강상태는 주관적 건강상태를 고려하였다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구대상은 가나 볼타지역 가임여성 15-49세의 연구대상자 중 임신하거나 5세 미만 아이를 갖고 있는 여성을 대상으로 하였다. 자료수집은 2013년 4월 8일부터 17일까지 인터뷰에 따른 구조화된

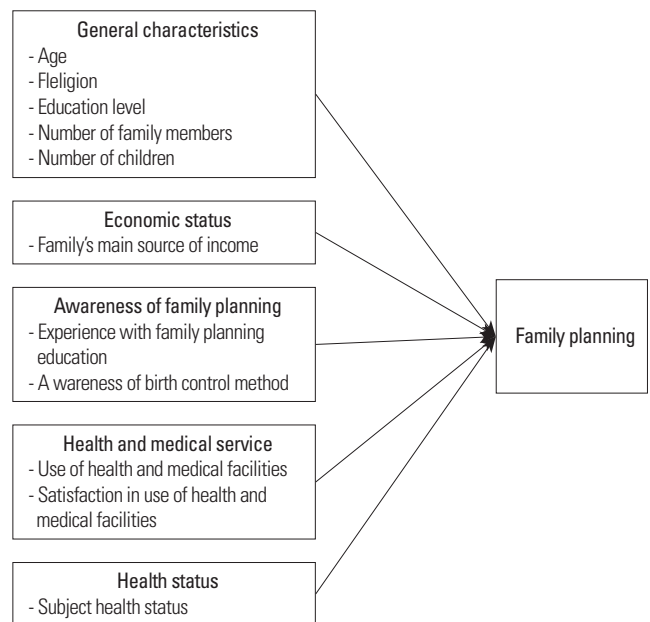


Figure 1. Research model.

자기기입식 설문지를 통하여 수집하였으며, 설문지는 총 630부를 배포하였다. 회수된 630부 중 응답이 미흡한 12부를 제외한 618부를 분석하였다.

조사는 횡단면적 조사를 하였고, 조사방법은 대면 인터뷰방식에 의하여 15-49세의 가임기 여성 가운데 임신한 적이 있거나 5세 미만의 아이를 키우고 있는 여성을 대상으로 구조화된 설문지를 이용하여 인터뷰 조사하였다.

조사를 위하여 World Health Organization Expanded Programme on Immunization의 '30×7' 집락추출방법이 사용되었다. 연구설계는 신속한 요구분석과 같은 목적을 위해서 채택되었으며, 변형 없이 사용되었다. 집락은 가나 통계서비스(Ghana statistic service)의 2010년 인구주택총조사에 의해 개발된 enumeration area (EAs)를 사용하여 구역 내에서 선정되었다. EAs는 하나의 도시지역 또는 하나의 마을, 농촌지역에 있는 마을의 한 부분 또는 마을의 그룹에 속한 '지역사회 집락'으로 정의되며, 하나의 EAs에는 약 200개의 가정이 속한다. '30×7'이 의미하는 것은 30개의 EA는 구역 내의 모든 EA목록에서 무작위로 추출되며, EA당 7개의 가정이 추출된다. EA는 확률추출법을 통하여 추출되었다. 각 구역의 표본크기는 n=30×7로 210가구가 된다. 따라서 3개의 구역이 조사대상지역이기에 총 표본의 크기는 n=3(30×7)에 따라 630개 가구이다.

선택된 각 EAs를 위한 enumeration area maps는 가나 통계서비스국에 의해서 생성되었으며, 이 map은 EA의 구획을 확인하기 위해서 사용되었다. 조사가구 선택방식은 EA와 함께 변형된 random walk method를 사용하였다. 불필요한 중복을 피하고 표본분포를 개선하기 위해 한 가구를 표본으로 결정하여 그 가구에서 가장 적합한 응답자 한 명을 선정하여 인터뷰하였다.

자료수집을 위해 3개의 대상구역에 총 7명의 조사자가 2013년 4월 8일부터 17일까지 조사하였고 조사를 위한 조사자 교육은 조사 전에 5일간 실시하였다. 조사요원은 현지어에 능통한 가나대학교 보건대학원에 재학 중인 학생들이었다.

3. 연구도구

본 연구에서 사용된 측정도구는 연구진이 개발한 설문지를 가나 보건부(Ministry of Health) 산하 Ghana Health Service와 협력하여 수정·개발한 구조화된 설문지를 사용하였다. 설문은 인구사회학적 특성, 경제적 상태, 영양 및 보건, 질병에 대한 지식, 태도, 실천, 산모, 신생아, 아동 보건서비스, 환경보건상태 및 보건서비스 니즈(needs)에 대한 정보를 수집하였다.

4. 분석방법

본 연구에서 수집된 자료는 통계 프로그램 PASW SPSS ver. 18 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 이용하여 분석하였고 다음의 절차로 통계분석을 실시하였다. 첫째, 연구대상자의 기본적 특성을 파

악하기 위하여 빈도분석을 실시하였다. 둘째, 연구대상자의 기본적 특성, 경제적 상태, 가족계획 인식, 보건요로서비스, 건강상태에 따른 가족계획 실천 여부와와의 차이를 파악하기 위해 chi-square test를 시도하였다. 셋째, 가족계획 실천 여부에 영향을 미치는 요인을 검증하기 위해 로지스틱회귀분석(logistic regression analysis)을 실시하였다.

결 과

1. 대상자의 인구통계학적 특성

조사대상자의 일반적인 특성을 분석한 결과는 Table 1과 같다. 연령은 20대와 30대가 각각 316명(51.1%), 195명(31.6%)으로 가장 많았으며, 종교는 Christianity이 396명(64.1%)으로 가장 많았다. 교육수준은 중등교육과 초등교육이 각각 254명(41.1%), 205명(33.2%)으로 가장 많았고, 교육을 받은 적 없는 사람도 124명(20.1%)으로 나타났다. 가구원 수는 4-6명이 364명(58.9%)으로 가장 많았고, 자녀 수는 0-2명과 3-5명이 각각 334명(54.0%), 236명(38.2%)으로 가장 많았다.

2. 대상자의 기본적 특성에 따른 가족계획 실천 여부

대상자의 기본적 특성에 따른 가족계획 실천 여부의 차이를 파악하기 위해 chi-square test를 시도하였고 그 결과는 Table 2에 제시하였다. 대상자의 기본적 특성에서 가족계획 실천 여부와 유의한

Table 1. General characteristics of subjects

Variable	Classification	Value
Age (yr)	15-19	47 (7.6)
	20-29	316 (51.1)
	30-39	195 (31.6)
	40-49	60 (9.7)
	Religion	None
	Christianity	396 (64.1)
	Moslem	6 (1.0)
	Traditional	133 (21.5)
Education level	None	124 (20.1)
	Elementary	205 (33.2)
	Middle	254 (41.1)
	Above high	35 (5.7)
No. of family members	1-3	124 (20.1)
	4-6	364 (58.9)
	Above 7	130 (21.0)
No. of children	0-2	334 (54.0)
	3-5	236 (38.2)
	Above 6	48 (7.8)
Total		618 (100.0)

Values are presented as frequency (%).

Table 2. Family planning based on general characteristics

Variable	Classification	Family planning		p-value
		Yes	No	
Age (yr)	15-19	8 (17.0)	39 (83.0)	8.475*
	20-29	68 (21.5)	248 (78.5)	
	30-39	62 (31.8)	133 (68.2)	
	40-49	15 (25.0)	45 (75.0)	
Religion	None	19 (22.9)	64 (77.1)	2.813
	Christianity	97 (24.5)	299 (75.5)	
	Moslem	0	6 (100.0)	
	Traditional	37 (27.8)	96 (72.2)	
Education level	None	29 (23.4)	95 (76.6)	1.912
	Elementary	49 (23.9)	156 (76.1)	
	Middle	63 (24.8)	191 (75.2)	
	Above high	12 (34.3)	23 (65.7)	
No. of family members	1-3	28 (22.6)	96 (77.4)	3.224
	4-6	85 (23.4)	279 (76.6)	
	Above 7	40 (30.8)	90 (69.2)	
No. of children	0-2	70 (21.0)	264 (79.0)	7.755*
	3-5	65 (27.5)	171 (72.5)	
	Above 6	18 (37.5)	30 (62.5)	

Values are presented as number (%).
* $p < 0.05$.

차이를 보이는 변수는 연령, 자녀 수로 나타났다. 연령에서는 가족 계획을 실천하고 있는 집단은 30-39세가 62명(31.8%)으로 가장 많았고, 40-49세가 15명(25.0%)으로 그 뒤를 이었다($p < 0.05$). 자녀 수에서는 가족계획을 실천하고 있는 집단은 6명 이상이 18명(37.5%), 3-5명이 65명(27.5%), 0-2명이 70명(21.0%)으로 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다($p < 0.05$).

3. 대상자의 경제적 상태에 따른 가족계획 실천 여부

대상자의 경제적 상태에 따른 가족계획 실천 여부의 차이를 파악하기 위해 chi-square test를 시도하였고 그 결과는 Table 3에 제시하였다. 경제적 상태에 따른 가족계획 실천 여부와는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

4. 대상자의 가족계획 인식에 따른 가족계획 실천 여부

대상자의 가족계획 인식에 따른 가족계획 실천 여부의 차이를 파악하기 위해 chi-square test를 시도하였고 그 결과는 Table 4에 제시하였다. 가족계획 교육경험의 유무에 따른 가족계획 실천 여부의 차이는 가족계획 교육경험이 있는 집단이 151명(25.5%), 가족계획 교육경험이 없는 집단이 2명(7.4%)으로 교육경험이 있는 집단의 가족계획 실천도가 통계적으로 유의하게 높았다($p < 0.05$). 피임방법 인지 여부에 따른 가족계획 실천 여부의 차이는 피임방법을 인지하고 있는 집단이 149명(25.8%), 피임방법을 인지하고 있지 못한 집단이 4명(10.0%)으로 피임방법을 인지하고 있는 집단의 가족계

Table 3. Family planning based on economic status

Variable	Classification	Family planning		p-value
		Yes	No	
Agriculture	Yes	20 (22.5)	69 (77.5)	0.292
	No	133 (25.1)	396 (74.9)	
Businessman	Yes	116 (26.7)	319 (73.3)	2.875
	No	37 (20.2)	146 (79.8)	
Civil servant	Yes	6 (27.3)	16 (72.7)	0.077
	No	147 (24.7)	449 (75.3)	
Worker	Yes	26 (23.2)	86 (76.8)	0.175
	No	127 (25.1)	379 (74.9)	
Overseas duty	Yes	0	1 (100.0)	0.330
	No	153 (24.8)	464 (75.2)	

Values are presented as number (%).

Table 4. Family planning based on awareness

Variable	Classification	Family planning		p-value
		Yes	No	
Experience with family planning education	Yes	151 (25.5)	440 (74.5)	4.562*
	No	2 (7.4)	25 (92.6)	
Awareness of birth control method	Yes	149 (25.8)	429 (74.2)	5.000*
	No	4 (10.0)	36 (90.0)	

Values are presented as number (%).
* $p < 0.05$.

Table 5. Family planning based on experience and satisfaction of health and medical facilities

Variable	Classification	Family planning		p-value
		Yes	No	
Use of health and medical facilities	Yes	136 (26.7)	374 (73.3)	4.762*
	No	17 (15.7)	91 (84.3)	
Satisfaction in use of health and medical facilities	Yes	148 (26.5)	411 (73.5)	9.284***
	No	5 (8.5)	54 (91.5)	

Values are presented as number (%).
* $p < 0.05$. *** $p < 0.001$.

획 실천도가 통계적으로 유의하게 높았다($p < 0.05$).

5. 대상자의 보건의료시설 이용경험과 만족도에 따른 가족계획 실천 여부

대상자의 보건의료시설 이용경험과 만족도에 따른 가족계획 실천 여부의 차이를 파악하기 위해 chi-square test를 시도하였고 그 결과는 Table 5에 제시하였다. 보건의료시설 이용 유무에 따른 가족계획 실천 여부의 차이는 보건의료시설 이용경험이 있는 집단이 136명(26.7%), 보건의료시설 이용경험이 없는 집단이 17명(15.7%)으로 보건의료시설 이용경험이 있는 집단의 가족계획 실천도가 통계적으로 유의하게 높았다($p < 0.05$). 또한 보건의료시설 이용 만족

Table 6. Family planning based on subject health status

Variable	Classification	Family planning		p-value
		Yes	No	
Subject health status	Good	113 (24.8)	342 (75.2)	0.006
	Bad	40 (24.5)	123 (75.5)	

Values are presented as number (%).

도에 따른 가족계획 실천 여부의 차이는 보건의료시설 이용에 만족하는 집단이 148명(26.5%), 만족하지 않는 집단이 5명(8.5%)으로 보건의료시설 이용에 만족하는 집단의 가족계획 실천도가 통계적으로 유의하게 높았다($p < 0.001$).

6. 대상자의 주관적 건강상태에 따른 가족계획 실천 여부

대상자의 주관적 건강상태에 따른 가족계획 실천 여부의 차이를 파악하기 위해 chi-square test를 시도하였고 그 결과는 Table 6에 제시하였다. 대상자의 주관적 건강상태와 가족계획 실천 여부는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

7. 가족계획 실천에 영향을 미치는 요인

대상자의 가족계획 실천에 영향을 미치는 관련 요인을 파악하기 위하여 가족계획을 실천하고 있는 군과 실천하고 있지 않는 군 간에 유의한 차이가 나타난 연령, 자녀 수, 가족계획 인식, 보건의료서비스 변수를 독립변수로 투입하여 로지스틱회귀분석을 실시하였다. 로지스틱회귀분석을 위한 적합성 검정 Hosmer-Lemeshow 검정에서 p값이 0.913으로 나타나 귀무가설이 채택되어 회귀모형의 자료에 적합한 것으로 나타났으며($\chi^2 = 33.135, p < 0.001$), 회귀모형의 종속변수에 대한 설명력은 15.2%로 나타났다.

회귀모형에 투입된 독립변수 중에서 보건의료시설 이용 만족도, 가족계획 교육경험, 피임방법 인지 여부가 가족계획 실천 여부에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 승산비(odds ratio)를 통해 가족계획 실천 여부를 분석해 보면 보건의료시설 이용에 만족한 경우 가족계획 실천율은 4.574배 높아지고, 가족계획 교육경험을 받은 경우 가족계획 실천율은 3.920배 높아졌다. 마지막으로 피임방법을 인지한 경우 가족계획 실천율은 3.284배 높아짐을 확인하였다(Table 7).

고 찰

본 연구는 가나 가족계획정책의 실행 배경 및 성과에 관한 연구 [9,10]와 가나 가족계획서비스 제공자들의 가족계획 인식 및 현황에 관한 연구[11]를 기반으로 하였으며, 가나 불타지역 가임기 여성 15세에서 49세의 연구대상자 중 임신하거나 5세 미만 아이를 갖고 있는 여성을 대상으로 그들의 가족계획 실천에 영향을 미치는 요인

Table 7. Factors that affect family planning of subjects

Variable	Classification	Odds ratio (95% confidence interval)
Age (yr)	10-19	1
	20-29	1.191 (0.518-2.739)
	30-39	1.793 (0.714-4.506)
	40-49	1.003 (0.333-3.022)
No. of children	0-2	1
	3-5	1.129 (0.696-1.831)
	Above 6	1.866 (0.850-4.096)
Use of health and medical facilities	None	1
	Yes	0.858 (0.422-1.743)
Satisfaction in use of health and medical facilities	No	1
	Yes	4.574 (1.449-14.436)**
Experience with family planning education	None	1
	Yes	3.920 (1.256-17.192)*
Awareness of birth control method	No	1
	Yes	3.284 (1.126-9.573)*

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

을 분석하기 위해 시도되었다. 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

첫째, chi-square test를 통한 연구대상자의 기본적 특성, 경제적 상태, 가족계획 인식, 보건의료서비스, 건강상태에 따른 가족계획 실천 여부의 차이를 분석한 결과 연령과 자녀 수, 가족계획 인식, 보건의료서비스에 따라 가족계획 실천은 통계적으로 유의한 차이가 있음을 확인하였다. 기본적 특성의 연령에 따른 가족계획 실천 여부는 30-39세가 실천도가 가장 높았고 40-49세가 그 뒤를 이었는데, 이는 30대와 40대가 가족계획 실천율이 높다고 보고한 기존의 연구결과와 유사하다[14-17]. 또한 자녀 수에 따른 가족계획 실천 여부는 자녀 수가 많아질수록 실천도가 높았는데 이 또한 평균 자녀 수가 증가함에 따라 가족계획 실천율이 높아진다고 보고한 기존의 연구결과를 지지한다[14-16]. 하지만 연구대상자의 교육수준에 따른 가족계획 실천 여부는 통계적으로 유의하지 않았는데, 이는 가임기 여성의 학력이 높을수록 가족계획 실천율이 높다고 보고한 기존의 연구[15]와는 상반된 결과이다. 가족계획 인식에 따른 가족계획 실천 여부의 차이는 가족계획 교육경험이 있고 피임방법을 인지한 경우가 가족계획 실천도가 높았는데, 이는 가족계획 교육경험이 있는 도시지역의 여성이 가족계획 교육경험이 없는 농촌지역의 여성보다 가족계획 실천율이 높다고 보고한 기존의 연구 [14]와 대다수 여성의 피임에 대한 이해와 시행은 가족계획 교육에 의해 영향을 받고 있음을 규명한 연구[18]와 유사한 결과로 가족계획 실천율을 높이기 위해서는 가족계획 교육사업을 확대할 필요성이 있음을 시사한다. 하지만 가족계획 교육경험이 있지만 가족계획을 실천하지 않는 집단의 비율도 440명(74.5%)으로 매우 높았는데, 이는 가족계획 교육사업의 양적 확대뿐만 아니라 질적인 수준의 향상도 함께 고려해야 함을 의미한다고 할 수 있다. 마지막으로 보

건의료시설 이용경험과 만족도에 따른 가족계획 실천 여부의 차이는 보건의료시설을 이용한 경험이 있고, 보건의료시설 이용에 만족한 경우가 가족계획 실천도가 높게 나타났다. 보건의료서비스와 가족계획 실천 여부의 차이에 관한 관계를 직접적으로 입증한 국내의 선행연구는 존재하지 않지만, 보건의료서비스에 만족한 환자는 더욱 지속적으로 보건의료서비스를 이용하는 경향이 있고, 특정 서비스 제공자와의 관계를 지속하며 의료진의 치료에 순응할 뿐만 아니라 그들의 치료에 훨씬 적극적으로 참여하며 치료에 협력하게 되고 처방된 치료방법을 잘 지킨다고 보고한 기존의 연구결과에 [19] 비추어 볼 때, 가임기 여성들이 자발적으로 가족계획을 실천하고 지속적으로 유지하기 위해서는 보건의료서비스 제공자와의 지속적인 관계를 통해 보건의료시설의 만족도를 높이는 방안을 강구해야 함을 알 수 있다.

둘째, 로지스틱회귀분석을 이용하여 가족계획 실천 여부에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 보건의료시설 이용 만족도, 가족계획 교육경험 유무, 피임방법 인지 여부가 가족계획 실천 여부에 통계적으로 유의한 영향을 주는 요인으로 나타났다. 이는 '세계 200만 명의 여성은 안전하고 효과적인 가족계획방법을 실천하고 싶지만 가족계획 정보와 고품질의 보건의료서비스에 접근하기 어렵기 때문에 올바른 가족계획을 실천하지 못한다'라고 밝힌 United Nations Population Fund의 보고[20]와 유사한 결과로 가족계획 실천율을 높이기 위해서는 가족계획 교육이나 피임방법 교육과 같은 정보제공과 보건의료시설의 접근성을 높이고 고품질의 서비스 제공을 통해 만족도를 높여야 함을 의미한다. 또한 남아시아와 아프리카에서 라디오와 텔레비전과 같은 매스미디어를 이용하여 가족계획에 관한 정보를 제공하는 것은 비용효과적인 전략이며, 가족계획 실천에 매우 긍정적인 영향력을 미치는 방법임을 증명한 기존의 연구[21]와 이란에서 1990년대에 가족계획정책의 한 방법으로 정부가 주도적으로 소가족의 장점과 혜택을 홍보하는 캠페인을 통해 출산율을 획기적으로 낮춘 연구결과[22]를 고려할 때 중앙정부 주도의 매스미디어를 활용한 가족계획 정보제공방법도 충분히 도입할 만한 방법이라 할 수 있다.

이러한 연구결과는 기존의 가족계획 실천 여부에 영향을 미치는 선행연구와 비교하여 가족계획 프로그램의 서비스 제공자가 아닌 서비스의 소비자인 가임여성의 입장에서 그들의 가족계획 실천에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 규명하였고, 이미 입증된 바 있는 가족계획 교육, 피임방법 인지뿐 아니라 보건의료시설 이용 만족도가 여성의 가족계획 실천에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인임을 밝혀냈다는 점에서 의의가 있다고 하겠다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 가나 볼타지역 여성만을 대상으로 한 조사연구이기 때문에 연구결과를 가나 가임기 여성 전체의 특성으로 일반화하기 위해서는 기타 조건들을 신중히 고려해야 할 필요가 있다. 가나 통계청 발표자료에 의하면 기독교인이 71.2%로

본 조사지역 여성의 기독교인 비율 64.1%와 약간의 차이는 있으나 기독교가 주요 종교임을 알 수 있고, 교육수준의 경우 전국 통계는 34.7%가 전혀 교육경험이 없는 반면에 조사지역은 20.1%로 약간 교육수준이 높은 지역이다. 평균 가족수는 전국이 4.4명이고, 본 조사에서는 4-6명이 58.8%로 비슷한 구조를 보이고 있다[23]. 둘째, 제시된 요인 외의 가족계획 실천 여부에 영향을 미칠만한 다양한 요인에 대해서는 연구가 이루어지지 않았고, 연구자가 선정한 일부 요인만을 다루었다. 셋째, 횡단면자료를 이용하여 분석하였기 때문에 인과관계의 의미를 부여하는 데는 한계가 있다.

본 연구의 목적은 아프리카에서 가장 먼저 가족계획 프로그램을 받아들인 가나를 대상으로 그들의 가족계획 실천에 영향을 미치는 요인을 규명하여 한국정부에서 추진 중인 ODA사업 프로그램 개발의 기초자료를 제공하는 데 있다. 연구결과에 따르면 가족계획 실천에는 보건의료시설 이용 만족도, 가족계획 교육경험 유무, 피임방법 인지 여부가 중요한 영향요인으로 나타났다. 따라서 정부가 주도적으로 가족계획 교육 프로그램을 시행하여 여성들의 가족계획에 관한 인식 및 가치관의 변화를 이끌어 낼 수 있어야 한다. 가족계획 교육 프로그램을 정기적으로 시행함으로써 여성의 지위, 협상력, 자주성 그리고 의사결정력을 향상시킬 것으로 기대한다. 본 연구에서는 남성에 관한 가족계획 인식 및 교육수준은 조사하지 않았다. 그러나 향후 남성의 정기적인 교육 또한 가족계획과 사회전반에서 여성의 역할을 받아들일 수 있도록 하는 데 큰 힘이 되도록 반드시 실천해야 한다. 마지막으로 보건의료시설의 접근성을 높이고 서비스 만족도 개선을 통해 여성들이 자발적으로 가족계획을 실천하고 지속적으로 유지하기 위한 전략적인 대안을 구축할 필요가 있다.

감사의 글

이 논문은 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구이다(NRF-2013S1A5B8A01055336).

REFERENCES

1. Yoon JJ. Demography. Seoul: Han-Ul Book Centre; 1973.
2. Chang KS. Family planning of Korea. Christian Home 1973;214:94-96.
3. Kim YH, Cha HH, Yum YT. A study on the family planning practice of some urbanites. Korean J Rural Med 1984;9(1):27-38.
4. Embuldeniya D. Gijs Walraven: health and poverty: global health problems and solutions. Int J Volunt Nonprofit Organ 2012;23(4):1189-1190. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11266-011-9248-7>
5. Coll-Black S, Bhushan A, Fritsch K. Integrating poverty and gender into health programs: a sourcebook for health professionals. Nurs Health Sci 2007;9(4):246-253. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00340.x>
6. National Archives of Korea. Family planning policy [Internet]. Daejeon: National Archives of Korea; 2006 [cited 2013 Oct 25]. Available from: <http://>

- //theme.archives.go.kr/next/populationPolicy/issue02.do.
7. Statistics Korea. Social date of Korea. Daejeon: Statistics Korea; 1992.
 8. Statistics Korea. The population of the world and Korea. Daejeon: Statistics Korea; 2009.
 9. Gyimah SO, Adjei G, Coffie N. Ghana's Family Planning Policy. [place unknown]: Think Africa Press. 2011 Oct 20.
 10. Mayhew SH, Adjei S. Sexual and reproductive health: challenges for priority-setting in Ghana's health reforms. *Health Policy Plan* 2004;19 Suppl 1:i50-i61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czh045>
 11. Stanback J, Twum-Baah KA. Why do family planning providers restrict access to services?: an examination in Ghana. *Int Fam Plan Perspect* 2001; 27(1):37-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2673804>
 12. United Nations Population Fund. The state of the world population report. New York: United Nations Population Fund; 2012.
 13. Jo CH, Baik IR, Kim CB, Lee KJ. Uganda's medical care services and policy implication: on basis of Kakiri town survey. *Korean Assoc Afr Stud* 2012;35:143-176.
 14. Shin DH, Moon JS. A study on family planning practice. *Korean Academy of Community Health Nursing* 1990;2(1):29-30.
 15. Lim HK, Kim CK. A study on the practice of family planning of some married women: focusing on sex & number of actual children. *J Korean Soc Health Educ* 1994;11(10):57-69.
 16. Choi HC. A structural model of the natural family planning behaviors of married women [dissertation]. Seoul: Kyung Hee University; 2002.
 17. Son GS. Family planning and maternal-child health services that disciplined itself in primary health care post from 1980 to 2009. *J Korean Acad Rural Health Nurs* 2008;3(2):104-115.
 18. Beekle AT, McCabe C. Awareness and determinants of family planning practice in Jimma, Ethiopia. *Int Nurs Rev* 2006;53(4):269-276. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00492.x>
 19. Bartlett PJ, Schewe CD, Allen CT. Marketing orientation: how do hospital administrators compare with marketing managers? *Health Care Manage Rev* 1984;9(1):77-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00004010-198400910-00009>
 20. United Nations Population Fund. Ensuring that every pregnancy is wanted [Internet]. New York: United Nations Population Fund [cited 2013 Oct 25]. Available from: <http://www.unfpa.org/rh/planning.htm>.
 21. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet* 2006;368(9549):1810-1827. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)69480-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(06)69480-4)
 22. Salehi-Isfahani D, Abbasi-Shavazi MJ, Hosseini-Chavoshi M. Family planning and fertility decline in rural Iran: the impact of rural health clinics. *Health Econ* 2010;19 Suppl:159-180. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/hecl.1613>
 23. Ghana Statistical Service. 2010 Population and housing census national analytical report. Accra: Ghana Statistical Service; 2010.