

PRECEDE 진단 요인을 이용한 베트남 여성이주자 생식보건교육 관련 요인 분석

윤영옥*†, 문인옥**

* 인구보건복지협회 국제협력팀

** 이화여자대학교 보건관리학과

Associated Factors on Reproductive Health of Vietnamese Female Immigrants: Application of PRECEDE Model

Youngok Youn*†, Inok Moon**

*International Cooperation Div. of Planned Population Federation of Korea

**Department of Health Education and Management, Ewha Woman's University

<Abstract>

Objectives: This study was performed to identify the related factors on Vietnamese immigrant women's reproductive health problems. Survey Participants were 231 immigrant vietnamese woman who lived at six cities in Korea. **Methods:** The comprehensive PRECEDE model comprised of diagnosis and planning curricular targeted or immigrant women aged 15-49. Data collection was conducted by face-to-face interview survey. **Results:** 1. The influential variables of recognition of reproductive health problems from the logistic analysis were using contraceptives ($p=0.002$), relationships with partners ($p=0.000$), the need of family planning ($p=0.007$), social support ($p=0.009$). This means that they experienced reproductive health problems when they did not use contraceptives, did not need family planning, did not receive social support and had close relationships with their partners. **Conclusion:** The basic data were provided for prevention of reproductive health problems such as unwanted pregnancy and abortion, as well as improved understanding of the different views on pregnancy, birth culture and sexual and reproductive health between Korea and Vietnam.

Key words: Multi-cultural family, Reproductive health

I. 서론

역사적으로 생식보건이라는 용어는 1970년대부터 세계 보건기구(WHO)에서 사용되기 시작하였고(조남훈, 이삼식, 1999) 1994년 카이로에서 개최된 유엔 인구개발에 관한 국제회의(International Conference in Population and Development)에서 채택한 행동강령의 주요 내용은 종래의 단순한 가족계획 개념에서 탈피하여 통합된 성 건강, 생식권리 등을 기초로 하는 정책 및 프로그램을 수립하고 이행하도록

권장하고 있다(UN, ICPD Report, 1994).

1990년대 이후 한국남성과 결혼하거나 근로 목적으로 한국에 거주하는 외국 여성이주자가 급격히 증가하는 추세를 보이고 있으며, 이들 여성이주자의 대부분은 중국, 베트남 등 동남아시아 국가 출신으로 이들은 한국에 거주하면서 문화적 차이와 언어소통 문제로 사회적응이 어렵고 보건교육 및 보건의료 서비스의 수혜도 매우 빈약한 실정이다.

그동안 여성이주자의 1순위였던 중국은 전년도 보다 29.2%감소한 반면, 베트남은 74%가 증가하였으며(법무부,

교신저자 : 윤영옥

서울특별시 동작구 상도1동 래미안 3차 321동905호

전화: 010-2949-4652 Fax: 02-2634-5094 E-mail: petit00@chol.com

▪ 투고일 : 2010.11.12

▪ 수정일 : 2010.11.30

▪ 게재확정일 : 2010.12.11

2006) 베트남과는 베트남 전쟁으로 한동안 단절되었다가 국교가 재개되는 1992년부터 국제결혼이나 베트남 근로자들이 유입되면서 급속도로 늘어나고 있다. 여성이주자의 모국이 대부분 우리나라의 출산율 수준에 비해 상대적으로 높은 국가 출신들이어서 출신 국가의 출산 행태를 따를 경우, 상대적으로 국내 일반 여성에 비하여 출산력이 높을 가능성이 있다. 여성이주자들의 출산수준은 향후 우리나라 전체 출산력에도 영향을 미칠 것이며, 이에 따라 생식보건 서비스 수요에도 영향을 초래할 것이다(이삼식 등, 2007).

외국인 여성과의 국제결혼이 11%로 '다문화 사회'로 이행되고 있는 현재 전국에정부지정 다문화가족지원센터 80개소에서는 한국어 및 다문화 이해교육, 부부 가족 교육, 정보화 교육 등 자녀 보호와 상담서비스를 제공하고 있으나(보건복지가족부, 2009), 국제 결혼한 여성이주자를 대상으로 2005년도에 건강상태, 건강보험가입, 필요한 보건의료 서비스 유형과 접근성 등을 조사한 기초 조사만이 있을 뿐 가입여성인 각 국가별 여성이주자들을 위한 전문화된 체계적인 생식보건교육 관련 연구는 미흡한 실정이다.

PRECEDE-PROCEDE 모형은 건강과 관련된 복합적인 요인들을 단계적으로 분류하고 조직화할 수 있는 방법이며, 비교적 동일특성을 갖춘 집단에서 효율적 적용이 가능하다. 프로그램을 개발하는 경우 최종 목표에 영향을 미치는 여러 요인에 대한 다각적인 접근법을 제시하고 있으며, 특히 건강행위에 사회적, 생태학적 측면(가족, 지역사회, 문화, 신체적, 사회적 환경)이 중요한 요인임을 강조하고 있어 건강행위 변화에 대한 효율적인 생식보건교육 영역을 설정하고 개발하는 과정에 적절하다.

PRECEDE-PROCEDE 모형을 적용한 생식보건교육 영역에 대한 체계적으로 연구가 요구됨에 본 연구에서는 베트남 여성이주자들을 대상으로 인공임신중절을 포함한 임신출산 관련 생식보건 문제를 사회적, 역학적, 행위적, 교육적, 행정적, 정책적 각 단계별로 진단 분석하고, 베트남 여성을 대상으로 한 생식보건교육 영역을 설정하고 향후 베트남여성이주자대상 생식보건교육 프로그램 개발의 기반을 구축하고자 한다.

II. 연구방법

1. 조사대상 및 방법

본 연구의 대상자는 베트남에서 이주해온 여성으로 2008년 기준 법무부에 등록된 여성이주자 17,028명 중 베트남 여성(서울 2,445명, 부산 594명, 인천 291명, 대전·충남 225명, 광주·전남 249명)을 설문 가능한 대상자를 편의 추출 하였다. 실제 380매를 배포하여 267매를 회수하여 70.3%의 회수율을 보였고 응답이 미흡한 36매를 제외한 231매를 실제 분석하였다. 조사된 설문자료를 PRECEDE모형 단계에 따라 베트남 여성들의 생식보건 문제 인식에 관련 요인을 진단하고 분석하였으며, 이를 근거로 베트남 여성이주자들을 대상으로 생식보건교육 영역을 설정하였다.

2. 조사도구 및 통계처리 방법

본 조사도구는 베트남 여성이주자와 관련된 여러 선행 연구를 중심으로 PRECEDE 진단과정을 적용하였고, 구조화된 설문지로 세부적으로는 일반적 특성(체류기간과 자격, 연령, 정규교육여부, 종교, 거주형태, 이주이유, 직장여부 및 종류), 행위 및 역학적 요인(임신 출산 현황, 음주, 흡연, 약물복용, 피임이용, 생식보건문제)과 교육적 요인(소인성요인, 가능성요인, 강화성요인)으로 구성되었다.

행위 및 역학적 도구는 총 13문항으로 선행연구 이금연(2003), 설동훈 등(2006)내용을 참조 수정하여 이용하였으며, 신뢰도 Cronbach's α 는 0.6821이었다.

교육적 진단을 위해서는 3가지 측면에서 소인성 요인으로는 자기효능감, 생식보건 태도를 파악하여 개인적인 영향을 분석하고자 하였으며, 자기효능점수는 Bandura연구에 의거하여 Sheer, Maddux 등에 의해 개발된 23개의 일반적 자기효능척도를 활용하여 예비조사 후 12문항의 자기효능감 도구를 사용하였으며, 신뢰도 계수는 0.7292였다. 생식보건 관련태도에 관한 문항은 4점척도로 구성하여 점수화하고 신뢰도 Cronbach's α 는 0.7429였다.

가능성 요인으로 보건의료이용, 생식보건교육 요구도를 조사하였고, 강화성요인으로 생식보건문제 발생시 의존 지지하는 대상에서 조사하였으며, 설문구성은 <표 1>과 같다 <표 1 참조>.

행정적 정책적 진단방법으로 베트남과 한국 보건 복지

<표 1> 설문조사 내용

개념	측정변수 및 조사내용	문항수
사회적 진단 및 일반적 사항	체류자격과 기간, 결혼여부, 연령, 정규교육정도, 종교, 거주실태, 이주이유, 직장 관련 내용	12
역학적 진단 행위적 진단	임신 출산 현황, 음주, 흡연, 피임 행동 및 인식 주관적 생식보건문제 유무	13
교육적 진단	소인성	자기효능감, 생식보건 태도
	가능성	보건의료이용행태, 생식보건교육 요구도
	강화성	의지하는 주변 대상
합계		77

분야 일선 관계자와의 인터뷰와 1990년부터 2006년까지 문헌을 통하여 법적, 행정적, 정책 환경을 분석하였다. 생식보건교육 요구도를 조사하기 위하여 기존의 정부에서 생식보건사업으로 추진되고 있는 생식보건 사업 영역에 근거하여, 여성이주자들에게 생식보건 교육 요구도를 조사하였다. 위 조사도구를 이용하여 응답하여 수집된 자료는 SPSS 12.0을 이용하여 분석하였다.

대상자의 사회적 요인 및 일반적 특성, 직업특성, 생식보건 관련행동, 보건의료이용, 주변의 사회적 지지대상은 빈도와 백분율, 평균, 표준편차를 사용하였으며, 생식보건문제와 관련성은 Chi-square, T-test 검정을 하였다. 자기효능감, 생식보건 태도는 평균과 표준편차를 사용하고, 대상자의 자기효능감에 따른 생식보건문제의 관련성은 t-test 분석으로 검정하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 생식보건교육 영역설정을 위한 진단단계

1) 인구사회학적인 특성

베트남 여성이주자의 인구사회학적 특성으로 체류자격, 체류기간, 결혼유무, 연령, 정규교육정도, 종교, 거주 지역 및 형태 한국에 이주한 이유를 조사하였으며, 그 내용은 <표 2>와 같다.

응답한 연구대상자들의 인구사회학적 특성 중 여권에 표시된 체류자격은 83.5%가 결혼 자격으로 체류하고 있으며, 평균 한국체류기간은 3.4년(표준편차 0.78), 연령은 25

세 미만이 29.9%, 25세 이상 30세미만이 61.5%, 30세 이상이 8.6%로 25세 이상 30세 미만이 가장 많았고, 평균 연령은 26.31세였다.

정규교육은 중졸이하가 56.7%가 있었고, 26.0%만이 고등학교를 다닌 것으로 나타나 베트남 고향에서의 사회 경제 여건상 교육 수준이 높지 않음을 파악 할 수 있다. 종교는 57.1%가 불교이며, 거주 지역은 서울 경기 지역(57.1%)에 전월세 55.8%, 자가 28.2%, 기숙사 및 자취 기타 16.0% 명 순으로 한국에 거주하고 있었다. 한국에 온 이유는 대부분 결혼(83.6%)이었으나 그 외에 ‘지식, 기술습득을 위해’ 10.8%, ‘돈을 벌기 위해’가 3.9%였다.

2) 역학적, 교육적 진단

(1) 소인성 요인

소인성 요인으로 생식보건 태도와 자기효능감을 조사하였으며, 생식보건 관련 행동에 따른 대상자들의 생식보건태도<표 3>, 자기효능감 <표 4>는 다음과 같다.

생식보건 태도는 4점 척도로 이성관계의식(16점), 가족계획의식(20점), 의사소통(20점)의 3요인으로 총 56점 만점으로 되어 있다. 생식보건태도 점수가 높다는 것은 적극적으로 가족계획을 하고, 성에대하여 의사소통이 원활하지만 이성관이 개방적 태도를 의미하고 있다. 생식보건 태도가 높다는 것이 바람직한 것을 의미하는 것은 아니지만 성, 임신 출산에 대한 태도수준을 파악하게 한다.

생식보건 문제가 있었던 경우 생식보건에 대한 태도 총 점수가 40.29점으로 문제가 없었던 경우의 태도 점수 38.08 점보다 통계학적으로 유의하게 높았다($p < 0.01$). 이성관계의식이 높은 경우($p < 0.001$), 가족계획 의식이 낮은 경우

($p < 0.05$) 생식보건 문제에 영향을 미치는 변수로 통계학적 으로 유의하였다.

<표 2> 인구사회학적 특성

항목	구분	명	%
체류자격	결혼	193	83.5
	취업	23	10.0
	기타	15	6.5
결혼유무	기혼	193	83.5
	미혼	38	16.5
연 령	25세 미만	69	29.9
	25세 이상~30세 미만	142	61.5
	30세 이상	20	8.6
정규교육	중졸이하	131	56.7
	고등학교	60	26.0
	대학교이상	40	17.3
종교	불교	132	57.1
	천주교	57	24.7
	기독교	39	16.9
	기타	3	1.3
거주지역	서울경기	132	57.1
	부산	44	19.0
	인천	18	7.8
	대전	17	7.4
	광주 전남	20	8.7
거주형태	임대(전월세)	129	55.8
	자가	65	28.2
	기숙사, 자취기타	37	16.0
한국이주이유	결혼	193	83.6
	새로운 경험	4	1.7
	지식 기술 습득	25	10.8
	돈을 벌기 위해	9	3.9
	계	231	100.0

<표 3> 생식보건문제 유무에 따른 생식보건태도 점수

항목(총점)	생식보건문제		평균±표준편차	t
	유	무		
이성관계의식 (16점)	13.23 ± 1.57	9.82 ± 1.51	11.03 ± 2.24	-16.21**
가족계획의식 (20점)	13.21 ± 2.94	14.01 ± 1.78	13.73 ± 2.29	2.23*
의사소통 (20점)	13.84 ± 2.64	14.26 ± 1.97	14.11 ± 2.24	1.24
생식보건 태도 (56점)	40.29 ± 5.32	38.08 ± 3.86	38.87 ± 4.56	-3.29**

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

<표 4> 생식보건문제 유무에 따른 자기효능감 점수

항목(총점)	생식보건문제		평균±표준편차	t
	유	무		
성취의지(27점)	22.04 ± 2.82	22.07 ± 3.30	22.06 ± 3.13	0.86
사회적 지지(9점)	4.62 ± 1.18	5.03 ± 1.13	4.88 ± 1.16	2.57*
자기효능감 (36점)	30.04 ± 2.74	27.74 ± 3.42	28.55 ± 3.38	-5.23

*p<0.05

<표 5> 의료보장 행태에 따른 생식보건문제 유무

단위 : 명(%)

항목	구분	생식보건문제		계	χ ²
		유	무		
의료이용	있다	62(34.3)	119(65.7)	181(100.0)	0.56
	없다	20(40.0)	30(60.0)	50(100.0)	
	소계	82(35.5)	149(64.5)	231(100.0)	
이용기관	병·의원	41(39.5)	78(60.5)	129(100.0)	6.86
	외국인 무료진료소	8(72.7)	3(27.3)	11(100.0)	
	보건소	3(37.5)	5(62.5)	8(100.0)	
	약국	15(45.5)	18(54.5)	33(100.0)	
	소계	62(34.3)	119(65.7)	181(100.0)	
보험가입	직장가입건강보험	22(38.6)	35(61.4)	57(100.0)	4.77
	지역가입건강보험	27(28.1)	69(71.9)	96(100.0)	
	의료급여 1, 2종	11(36.7)	19(63.3)	30(100.0)	
	아무 것도 없다	22(45.8)	26(54.2)	48(100.0)	
	소계	82(35.5)	149(64.5)	231(100.0)	
교육경험	있다	26(31.0)	58(69.0)	84(100.0)	0.26
	없다	56(38.1)	91(61.9)	147(100.0)	
	소계	82(35.5)	149(64.5)	231(100.0)	
교육시간	일시적	2(18.2)	9(81.8)	11(100.0)	10.1
	30분 미만	5(15.6)	27(84.4)	32(100.0)	
	30분 이상~1시간 미만	9(39.1)	14(60.9)	23(100.0)	
	1시간 이상	10(55.6)	8(44.4)	18(100.0)	
	소계	26(31.0)	58(69.0)	84(100.0)	

생식보건과 관련하여 안전한 성행동을 통제할 수 있는 높은 자기효능감이 필요하며, 본 연구에서는 3점 척도로 성취의지(27점), 사회적 지지(9점)의 총 36점으로 자기효능감을 조사하였다. 생식보건 태도 점수와는 달리 자기효능감 총 점수는 생식보건 문제와 통계학적으로 유의한 차이

가 없었으나, 자기효능감 중 사회적 지지 점수가 낮은 경우(p<0.05) 생식보건 문제에 영향을 주는 변수로 나타났으며, 통계학적으로 유의하였다<표 4 참조>.

(2) 가능성 요인

가능성 요인으로 보건의료이용, 보험가입여부, 의료기관별 이용여부, 생식보건사업 수혜 경험을 조사하였다. 34.3%가 생식보건 문제를 인식하여 의료기관을 방문한 경험이 있었지만, 생식보건문제와 의료기관을 이용한 경험 여부와는 통계학적으로 유의한 차이는 없었다. 보건교육 경험이 있는 경우 생식보건문제를 31% 인식하고 있었으나, 보건교육 경험에 따른 생식보건문제에 통계학적으로 유의한 차이는 없었다<표 5 참조>.

생식보건교육 영역에 대한 요구는 ‘한국의 성, 임신출산 문화의 이해’, ‘지역사회 관계기관 및 상담실 이용방법’, ‘성, 가족계획의 개념 및 피임방법’ 순으로 요구하는 것으로 나타났다<표 6 참조>.

(3) 강화요인

사회적 지지 점수가 낮은 경우($p<0.05$) 생식보건 문제에 영향을 주는 변수로 나타났으며, 통계학적으로 유의하였다<표 4 참조>. 생식보건문제를 인지하는 경우 주변인 중 지지대상은 한국에 있는 베트남친구(41.5%)와 인터넷(19.5%), 배우자(10.9%) 순으로 응답하였다.

이들 정도면 성사된다. 짧은 기간으로 인해 베트남 여성이 모국을 떠나 한국으로 이주해 생활하는 관계상, 한국인 배우자 및 한국에 대한 정보가 부족하여 피해가 발생하고 있다.

셋째, 중앙부처 차원 및 지자체 단위에서 일부 사업들이 여전히 중복 시행되고, 단편적으로 집행되고 있으며, 지자체 지원 사업은 전통혼례식, 말하기대회, 장기자랑 등 행사 성격의 프로그램이 대부분이다. 지자체 재정 자립도, 민간단체·기업 지원 등 지역의 인적·물적 자원 여건에 따라 지역 간 서비스 편차 존재하고, 아직은 결혼이민자 및 다문화사회에 대한 사회전반적인 인식이 여전히 부정적이다.

넷째, 초기적응을 위한 한국어 교육 등 일부사업에 집중되어 지역별, 출신국 별 다양한 욕구 반영이 부족하다. 정부에서는 여성결혼이주자 건강검진 시범사업을 위한 사전 조사와 여성결혼이주자 시범사업을 도모하고 결혼이주자를 대상으로 많은 사업을 추진하고 있으나, 가입기 여성인

3) 행정적, 정책적 진단

행정적, 정책적 진단의 일환으로 문헌조사와 현장조사를 분석한 결과, 첫째, 보건복지부 다문화가족과에서 정책을 총괄하고 있으며, 다문화가족지원 업무가 복지부로 이관되었으나 부내 사업간 시너지효과를 얻기 위한 사업간 연계가 미흡하며, 지자체도 전담조직의 미설치, 담당인력의 전문성 부족 등 다문화가족 지원 사업 추진체계가 아직 미성숙 단계이다.

생식보건 서비스 전달체계를 구축하려해도 아직 분산적이고 격차가 심해 지역별, 서비스별 사각지대가 상존한다. 그리고 전문 서비스 제공기관인 다문화가족지원센터 상근종사자가 1인으로 허브기능을 원활히 수행하기에는 부족하다.

둘째, 베트남 결혼 전 정보 제공이 매우 제한적이라는 데 문제가 있다. 한국 내에서 여러 가지 이유로 인하여 결혼 상대를 찾지 못한, 혹은 찾기를 원하지 않는 남성들과 경제적으로 부족한 환경에서 한류의 물결을 통해 한국의 풍족한 삶을 동경하는 여성들 사이에 결혼을 주선한다. 전형적인 베트남 여성과의 결혼은 만난 지 하루 길어야

여성이주자를 대상으로 한 사업의 개별국가에 대한 문화적 이해와 고려는 미흡하다.

다문화사회에 대응하는 한국어 학교 및 보건소를 거점으로 하고, 민간조직인 여러 자원을 이용한 다문화지원센터 등 각 네트워크를 포괄하는 의뢰체계 구축과 국가별 문화를 고려한 생식보건교육 개발이 요구된다.

2. 생식보건교육 영역 선정 단계

생식보건교육 영역설정을 위하여 각 진단단계별로 주관적으로 느끼는 생식보건 문제와 관련된 사회적 요인과 역학적, 행위적, 정책적 요인들을 진단하였으며, 본 연구의 진단조사 결과를 근거로 한 베트남 여성이주자들에게 필요한 생식보건교육 영역은 아래와 같다.

1) 성, 가족 문화 이해하기

한국과 베트남 양국 간 성, 임신, 출산, 가족에서의 차이

점을 이해하고 주변인들과 관계를 증진하는데 도움이 되는 내용이 우선 선정 되었다. 보건교육 요구도의 1순위로 한국의 임신 출산 문화 차이에 대한 대상자들의 관심이 높

고, 사회적 지지도를 제고하기 위한 양국 간 상호 문화에 대한 이해가 기본적으로 필요하다.

<표 6> 생식보건교육 요구도

항목	요구도	
	Mean ± S.D.	순위
한국의 성, 임신 출산문화 이해하기	3.90 ± 1.02	1
지역사회 관계기관 및 상담실 이용방법	3.87 ± 1.25	2
성, 가족계획의 개념 및 피임방법	3.71 ± 1.06	3
인공임신중절과 원치않는 임신예방법	3.69 ± 0.67	4
정신건강, 성의 이해	3.67 ± 0.98	5
임산부 관리방법 및 특징	3.65 ± 0.94	6
성병 및 HIV/AIDS 검진 및 관리	3.71 ± 1.24	7
이유식이 조리법, 필요성	3.70 ± 1.69	8
모유수유의 중요성 및 실천방법	2.58 ± 1.03	9
모자보건수첩을 활용한 방법	1.62 ± 1.18	10

2) 인간의 생식보건

대상자의 생식보건교육 요구도가 3순위를 차지하고 있었다. 베트남 여성이주자들이 피임에 관심이 있었으며, 루프사용이 39.8%로 나타났다. 생식보건문제에 영향을 미치는 변수로 피임을 하지 않는 경우 생식보건문제 발생가능성이 있었다. 정확한 피임에 대한 지식과 실제 사용이 가능한 새로운 피임 방법을 원하고 있었으며, 충족할 수 있도록 그림을 이용하거나 사용가능한 피임방법 및 도구를 소개하고, 정확한 피임 기전을 이해하도록 한다.

3) 인공임신중절의 이해

본 연구에서 생식보건 문제를 고민한 사람들이 35.5%(82명) 이 가운데 인공임신중절이 12.1%로 김혜련 외(2008) 4.4%보다 높았으나, 전체 여성이주자를 대상으로 한 연구인 설동훈(2005)의 20.2%와 2006년 출산력조사에서 인공임신중절 경험율이 34.0% 보다는 낮았다. 이들 연구가 전체 여성이주자를 대상으로 한 연구임을 감안하면 인공임신중절율이 높다고 사료되며 실질적인 인공임신중

절을 이해하고, 원치 않는 임신을 예방하는 것이 가장 효과적이다. 설명보다는 “인공임신중절예방홍보”비디오 영상물을 시청하고, 시청후 느낌과 의견을 서면으로 제출하는 토의교육이 요구된다.

4) 임산부 관리 방법 및 특징

임신, 출산 과정을 이해하고 약물에 대한 이해와 임신 시 이상증후를 알고 대처할 수 있도록 하였다. 본 연구에서 베트남 여성이주자는 음주를 해본 베트남 여성이 25.1%, 약물을 복용하는 경우가 27.7%였으며, 흡연율은 거의 없었다. 베트남은 전통약재를 이용한 다양한 약물을 문화적으로 복용하고 있었으며, 이에 대한 주의도 요구된다.

이에 임신 출산 과정에 대하여, 임산부 약물복용에 대한 주의, 임신 중 이상증후에 대한 정보를 포함하는 조산예방 수칙 등을 제공하여 실질적인 교육 효과를 제고해야한다.

5) 지역사회 자원 활용

마지막으로, 지역사회 관계기관 및 상담실 이용하는 방

법을 알고 지역사회 주민으로써 잘 이용할 수 있도록 관련 정보와 인터넷을 통한 지역사회 자원이용방법을 제공한다.

본 연구에서 보건의료 기관을 찾은 경험이 78.4%였으며, 71.3%가 주로 병의원을 찾았다. 지역 가입 건강보험이 41.6%, 보험이 없는 경우도 20.7%에 이른다. 앞서 행정적 진단 결과와 같이 지역에 따른 사회복지관, 여성이주자상담소, 동사무소 등을 통해 국제결혼 여성이주자를 위한 한국어 및 문화적응 교육, 취업정보, 의료 등을 제공하고 있으나, 여성이주자들의 이용율은 저조한 편으로 한국어 및 문화적응교육에 24%가 참여하나 대부분 사업 참여율 또

는 이용율이 낮다(복지부 2005). 즉 홍보를 통해 보험가입과 의료서비스를 이용하도록 해야 한다.

인공임신중절 등 생식보건 문제를 해결하는 방법으로 의존 대상을 베트남 친구로 응답 하였다. 센터, 소규모 네트워크 등 베트남 네트워크를 이용한 생식보건교육이 효과적일 수 있다. 특히 지역사회 자원으로 보건소 및 센터 등을 활용하는 방법을 인식시킨다.

이러한 보건의 관련 태도와 행태 변화를 위하여 동기/기술요인을 고려한 문화적 특성에 맞춘 교육내용을 아래 <표 7>과 같이 구성하였다.

<표 7> 태도 변화를 위한 동기/기술요인과 교육내용

태도변화	구분		
	동기요인	기술요인	영역
<ul style="list-style-type: none"> - 다문화에서 잠재능력을 지닌 인력으로써 지역사회 이해 - 가족계획, 피임방법의 선택과 결정 	<ul style="list-style-type: none"> - 모국과의 문화 차이를 인식 - 다문화 잠재능력을 가진 인력으로서의 역할 및 자신감 	<ul style="list-style-type: none"> - 생식보건문제해결능력 - 피임 지식, 문제 예방, 중재기술 	<ul style="list-style-type: none"> - 성, 가족문화 이해하기 - 인간의 생식보건
<ul style="list-style-type: none"> - 원치않는 임신예방 - 약물복용 예방 및 임신시 이상증후 예방 - 의뢰 연계된 지역사회자원 이용 	<ul style="list-style-type: none"> - 인공임신중절, 임신이상 증후 등 생식보건 문제의 인식 - 인공임신중절 등 책임있는 행동 인식 - 약물의 위해 인식 - 보건의료체계 인식 	<ul style="list-style-type: none"> - 인공임신중절 - 조산예방수칙 - 보건교육 자료 확보 - 바른 약물용방법 - 의뢰, 연계위한 지역사회자원 확보 	<ul style="list-style-type: none"> - 인공임신중절 예방의 이해 - 임신부 관리방법 및 특징 - 지역사회자원의 활용

IV. 논의

본 연구는 베트남 여성이주자를 위한 생식보건교육 프로그램 개발 중 영역선정에 중점을 두었으며, 먼저 대상자의 삶의 질적 향상을 목적으로 생식보건교육 각 영역이 지향하는 세부목적을 진단결과에 근거하여 확인하였다.

삶의 만족을 자신의 현재 삶에 대하여 얼마나 만족하는가를 개인 자신이 인지하고 주관적으로 평가하는 것으로 정의했을 때, 이 정의에 대한 해석은 개인의 다양성이 존재하는 만큼이나 다양할 것이다. 즉 각 개인이 처해있는 상황에 따라서 그리고 현재 삶의 비중을 어디에 두고 있는가에 따라서 삶의 질과 만족도는 달라진 것이다. 그러므로 삶의 질을 논의하면서 대상 집단의 특성이 매우 중요하며, 이에 따라 다양하게 나타날 것이라는 것이다(양옥경,

1994). 질병을 일으키는 원인에는 여러 가지가 있지만, 주요요인은 각 개인의 여러 가지 행동이나 습관이라고 할 수 있다. 예로 음주, 흡연, 편식, 약물복용, 계획하지 않은 성생활 등이다(윤운성, 2005). 여성은 전통적으로 여성의 생식보건과 관련하여 산부인과학과 모성간호학에서 주로 다루어져왔다. 그러나 여성을 총체적인 인간으로 간주하는 인본주의적 접근과 여성의 지위향상, 여권주의(feminism) 운동과 함께 여성의 건강은 인간의 전 생애를 중심으로 환경과의 상호작용에서 여성의 불편함(dis-ease)을 해결하고 여성이 자신의 몸을 스스로 조정하고 통제하는 능력을 갖게 함으로써 삶의 질을 향상하는 것으로 확대되고 있다(조재국, 1988). 주관적으로 느끼는 생식보건문제로 인한 불편을 감소시키는 것은 여성의 삶의 질을 향상시키는데 중요하다. 그리하여 본 생식보건교육의 목적은 생식보건교

육을 통하여 베트남 여성이주자들이 주관적으로 느끼는 생식보건문제로 인한 불편을 감소시켜 여성의 삶의 질을 제고하고자 한다.

본 연구에서는 생식보건교육 영역 설정을 위하여 PRECEDE모형에 따른 진단분석을 통해 베트남 여성이주자들의 인구사회학적 특성, 생식보건문제를 역학적으로 규명하였으며 설정된 생식보건교육 영역의 목적과 그 내용은 아래와 같다.

사회적 진단으로 베트남 여성의 60% 이상이 중졸인 것과 같이(설동훈, 2006), 본 연구의 대상자들도 중졸 이하가 대부분(56.7%)으로 비슷하였다. 이주 여성의 학력은 고졸이 가장 많았고, 일본 여성의 학력이 가장 높은 편으로 나타났다.

평균 연령은 26.31세이며, 61.5%가 25세 이상에서 30세 미만인 가임기 여성이었다. 김혜련 외(2008)의 24.5세보다 연령이 많았으나, 체류기간은 평균 3.4년으로 5년 이하의 짧은 기간으로 문화적응에 어려움을 겪고 있다. 설동훈의 연구(2006)에서도 평균 체류기간이 5년 미만이 87.6%로 대부분을 차지하고 있었다.

체류 자격은 대부분 결혼(83.6%)이 많았으며 실질적으로 필요에 의한 가임기 여성에 관련된 내용으로 생식보건교육 영역 선정이 필요하였다.

또한, 역학적 진단의 결과, 약물복용($p<0.001$), 신경안정제 복용($p<0.001$)이 생식보건문제에 영향을 끼치는 것으로 나타났다. 베트남은 질병을 음양의 조화로 인지하고 있는 동양의학을 신봉하고 있다. 일반 서양의학은 양의 기운으로 좋지 않고, 음의 기운인 전통적인 치료방법을 선호하고, 전통적인 치료제를 사용하고 있다. 그리하여 전통적인 치료제를 모두 사용하게 되어 더 이상 쓸 수 없게 될 경우에 서양의술을 도움을 받는 경우가 대부분이다(Norwark 1998). 이는 신경안정제 사용 뿐 아니라 베트남은 전통적인 치료제 등 약물 구입이 비교적 용이한 사회문화적 환경을 지니고 있기 때문에 생식보건교육 영역 선정 시 고려가 필요하다.

생식보건교육 영역 선정을 위하여 교육적 진단을 하는 것은 태도 변화와 관련하여 바람직하지 못한 행동을 일으키는 요인이나 이를 바람직하게 하는 요인들을 규명하고 그러한 요인들을 제거하거나 강화시켜 바람직한 방향으로 유도하기 위한 것이었다.

이를 위해 소인성 요인으로 생식보건태도와 자기효능

감을 조사한 결과 이성관계의식이 높은 경우($p<0.001$), 가족계획의식이 낮은 경우($p<0.05$) 생식보건문제에 영향을 미치며, 통계학적으로 유의하였다. 자기효능감 중 사회적 지지가 낮은 경우($p<0.05$)가 생식보건 문제에 영향을 미치는 변수로 통계학적으로 유의한 차이가 있었으며, 생식보건교육을 수행하는 경우 사회적 지지와 가족계획의식을 강화하는 교육에 대한 고려가 필요하다. 여성이주자들이 익숙한 고향을 떠나서 낯선 한국에 와서 적응해 나가는데 있어서 사회적 지지는 스트레스를 예방 감소시켜주는 중요한 요소가 된다(강유진, 1999).

베트남 여성들의 지역사회 및 이웃 주민간의 관계를 조사한 김상임(2004)에 의하며 한국에 이주한 베트남 여성들이 지역사회 및 이웃 주민 간에 사회적 소통은 현저히 적은 것을 보고하였다. 본 연구에서는 강화성요인으로 주변인의 지지대상을 조사한 결과 생식보건 문제를 해결하는 방법으로 한국에 있는 베트남 친구(41.5%)와 인터넷(19.5%), 배우자(이성친구)(10.9%) 순으로 응답하였으며, 생식보건문제 해결을 위하여 접근하는 방법에서 고려해야 할 부분으로 판단된다.

가능성요인으로 의료보전이용과 생식보건교육 요구도를 조사하였으며, 건강보험가입 현황은 전체 79.3%였고, 김혜련 외(2008)의 결과 88.7%와 비교하면 낮지만, 설동훈(2006) 결과 76.4%보다 향상되었다. 아직 건강보험이 아무것도 없는 경우가 20.7%였으며, 한국에서 보건관련 행사나 교육을 받은 경험이 36.4%만 있었다. 법무부에 등록되면 여성이주자의 경우 보험가입이 자동 적용되므로 적은 비용으로 의료보험에 가입이 가능하다. 하지만 의료보험증을 수령해야 보험이 적용된다는 사실을 모르는 경우가 많아 이에 대한 홍보가 필요하다. 보험가입 뿐 아니라 보건소, 각종 센터 등 지역사회 자원 이용에 관련된 정보제공과 홍보를 통해 가정 및 사회의 부담을 경감할 필요가 있다.

가임기 여성인 베트남 여성들에게 정확한 피임방법을 제공하고, 가족계획의식을 높여야 하는 생식보건교육 영역이 요구되었다.

연구대상자들은 대부분 결혼자적으로 체류한 가임기 여성으로 5년 이하 단기간의 체류기간을 갖고 있다. 한국성, 임신 출산 문화를 이해하지 못하고 있으며, 주관적으로 인공임신중절, 성병, 산부인과질환으로 인한 생식보건문제를 35.5%가 경험하고 있다.

행정적 분석을 통해 지역사회 자원을 활용에 대한 지식, 홍보의 필요성이 요구되었으며, 기존 정부 사업에 근거한 생식보건교육 내용에 대한 요구는 ‘한국의 성, 임신출산문화의 이해’, ‘지역사회 관계기관 및 상담실 이용방법’, ‘성, 가족계획의 개념 및 피임방법’ 순으로 요구하는 것으로 나타났다.

생식보건교육 영역 선정에 있어서 문화적 이해를 기본으로 요구하였으며 한국의 성 임신 출산 문화의 이해 영역이 1순위였다.

이에 본 연구결과 선정된 생식보건교육 영역은 적절한 생식보건관리로 건강한 임신 출산, 가족 및 사회적 부담을 경감시킴으로써 삶의 질을 향상을 목적으로 하며 진단별 분석에 따른 목표는 다음과 같다.

사회적 진단결과 베트남과 한국 양국 간의 임신, 출산 과정에 대한 이해가 필요함을 파악할 수 있었으며, 우선적으로 베트남과 다른 한국의 가족관과 임신, 출산 문화에 대한 이해가 요구되며, 양국 사회문화에 대한 이해가 기본이 되어야 한다. 부가적으로 한국 다문화 사회의 일원으로써 자존감을 갖게 해야 한다.

역학적, 교육적 진단결과 우선 생식보건 문제를 감소시키도록 가족계획 방법, 성 생식보건 의미를 습득 활용하게 해야하였다. 실질적인 인공임신중절 예방 교육이 필요하였으며, 임신 출산과정에 대한 인식과 임신 시 이상증후를 습득하게 하고 약물복용 등에 대한 주의를 기울이게 한다. 마지막으로 행정적, 정책적 진단결과 지역사회자원에 대한 정보를 제공하고 활용하도록 홍보, 교육해야할 필요가 있었으며, 세부목표는 아래와 같다.

첫째, 베트남과 다른 한국의 가족관과 임신 출산문화 이해시켜야 하며,

둘째, 가족계획 방법 및 성, 생식보건의 의미를 습득 활용하게 한다.

셋째, 인공임신중절 예방에 대한 바람직한 생식보건 태도 변화를 유도한다.

넷째, 일상생활에서의 약물복용 등 임신 출산 시 건강증진을 위한 바람직한 변화를 유도한다.

다섯째, 지역사회 자원을 활용하는 방법을 알게 한다.

그리하여 PRECEDE 진단결과에 근거한 베트남 여성이주자 생식보건교육 영역 선정 과정을 제시하면 [그림 1]과 같다.

V. 결론

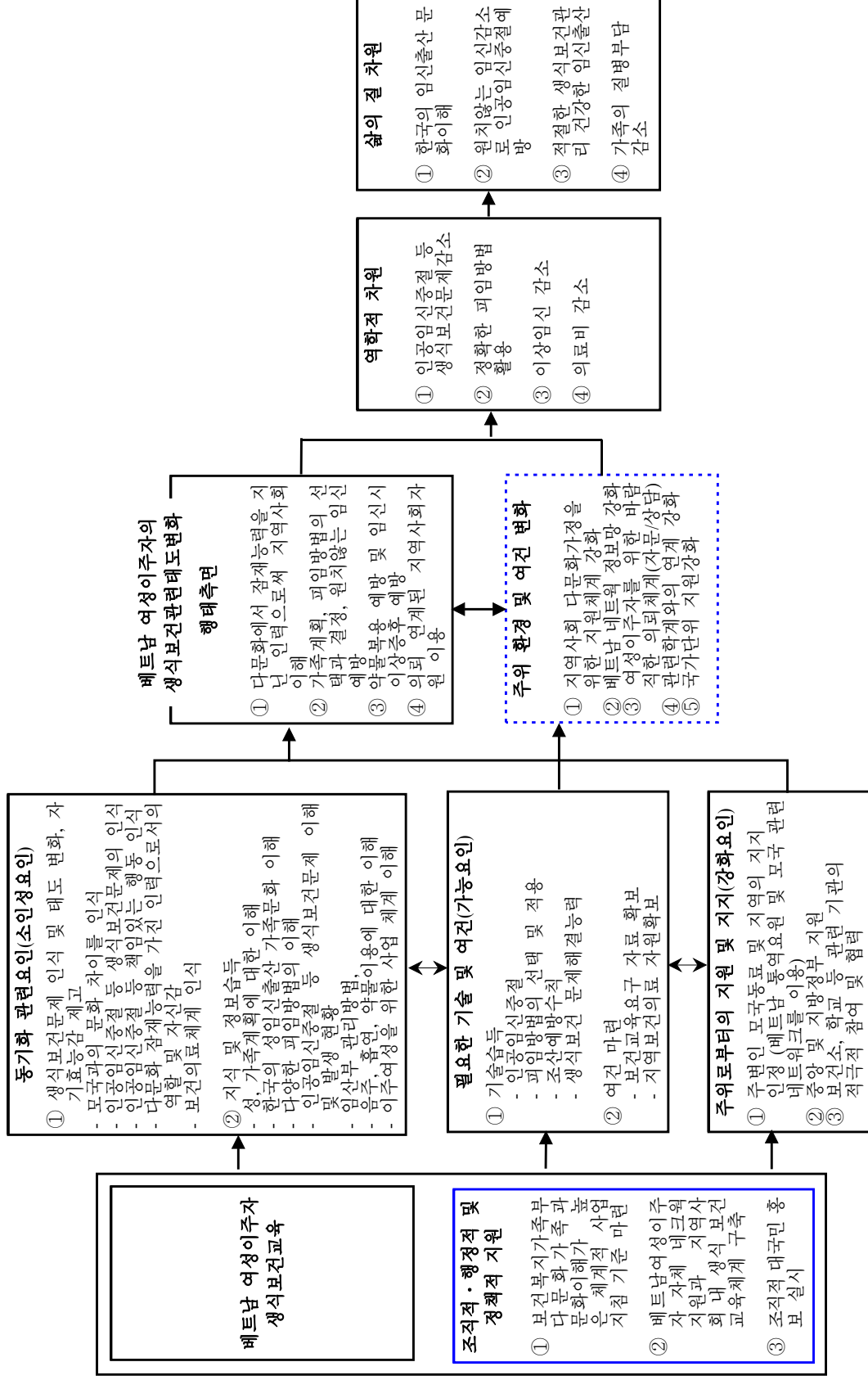
1990년대 이후 한국남성과 결혼하거나 근로 목적으로 한국에 거주하는 외국 여성이주자가 급격히 증가하는 추세를 보이고 있으며, 이들 여성이주자의 대부분은 중국, 베트남 등 동남아시아 국가 출신으로 이들은 한국에 거주하면서 문화적 차이와 언어소통 문제로 사회적응이 어렵고 생식보건 서비스의 수혜도 매우 빈약한 실정이다. 특히 이들 여성은 대부분이 가임기 연령층이기 때문에 이들에 대한 생식보건교육 및 서비스의 질적 수준은 장기적으로 인구자질 및 미래 노동력의 질적인 차원에서 매우 큰 의미를 지니고 있다.

본 연구에서 선정된 생식보건교육은 일 국가를 대상으로 시도한 베트남 여성이주자의 특성을 분석하여 선정된 생식보건교육 영역으로 그 의미가 있다. 생식보건교육은 베트남 여성들이 양국 간의 임신, 출산 문화의 차이를 이해하고, 원치 않는 인공임신중절 등 생식보건 문제를 예방할 수 있도록 고안된 것이다. 각자 자신의 현 상태에 맞는 가족계획 방법과 임신을 원하는 경우 임신 시 필요한 정보를 제공하고자 하였으며, 약물에 허용적인 문화를 고려하여 보완하고자 하였으며, 지역사회자원의 활용에대한 영역을 설정하였다. 이에 다음의 내용을 제언하고자 한다.

첫째, 사회적 진단결과 베트남 여성이주자대상으로 기본 생식보건교육 영역을 구성하기 위하여, 체계화하고, 태도 변화를 위한 기술요인을 고려한 문화적 특성에 맞춘 구성이 되어야 한다. 특히, 연령과 중졸이하의 학력을 고려하여, 베트남 언어로 번역된 자료를 이용하고, 실질적인 피임 및 약물예방, 안전한 임신이 되도록 성교육세트 등 모형, 시청각 자료인 비디오를 이용한 교육이 되어야 한다.

둘째, 역학, 교육진단 결과 원치 않는 인공임신중절 등 생식보건 문제를 예방할 수 있도록 각자 자신의 현 상태에 맞는 피임과 임신을 원하는 경우 임신 시 필요한 정보를 제공하기 위해 노력을 기울여야 한다.

셋째, 지역사회 자원에 대한 정보를 최대한 효율적으로 활용을 강조한다. 베트남 여성이주자에 대한 문화적, 사회적 특성에 부합되는 개별화된 프로그램이 되도록 하기 위해 각종 소규모 베트남인 네트워크를 이용한 학교, 보건소 지역사회자원을 이용한 교육이 되어야 한다.



[그림 1] 생식보건교육 프로그램

마지막으로, 우리나라에서 국제결혼 이주여성의 국내 유입은 앞으로 더욱 가속화될 전망이다기 때문에 이들을 위한 질적인 생식보건 정보와 서비스의 제공은 인구자질의 향상과 미래에 질적으로 우수한 노동력을 확보한다는 차원에서 매우 중요한 의미를 내포하고 있다. 따라서 다문화 사회에 대응하여 이주여성과 그 가족을 위한 효과적인 생애주기별 생식보건교육 개발하고 개선하기 위한 지속적인 연구개발 노력이 경주되어야 한다.

끝으로 본 연구는 연구의 대상이 베트남 여성이주자들로써 표본선정에 어려움이 있었으며, 서울, 경기도, 부산, 광주, 대전 등 대한민국의 5개 지역을 선정하였으나 같은 지역 내에서도 편중되어 있어 우리나라 전역에 거주하고 있는 전체 베트남 여성이주자를 대표한다고 하기에는 한계가 있다. 설문지 회수율이 낮고 회수가 용이하지 않았으며, 이는 설문응답자들이 교육수준이 낮고 간접적 표현으로 생식보건문제에대한 설문응답을 회피한 경우가 있을 수 있다. 이에 설문 무응답자들에대한 추적조사를 시행하여 설문 응답자들의 특성과 비교하는 것이 필요하지만 현실적인 제약으로 인해 설문 무응답자들에대한 추적조사를 시행하지 못하여 본 조사결과를 일반화하는데 제한점으로 작용한다. 또한, 본 연구의 설문지는 연구자가 선행연구를 참고하여 작성한 것으로 사전조사 후 수정 보완 하였으나 조사표의 표준화를 위한 노력이 지속되어야 하는 제한점이 있다.

참고문헌

강유진. 한국 남성과 결혼한 중국 조선족 여성의 결혼생활 실태에 관한 연구. 한국가족관계학회지. 1999;2:61-80.
 김상임. 상담사례를 통해 본 국제결혼 이주여성의 삶. 이주여성인권센터. 2004.
 김혜련, 황나미, 장인순, 윤강재, 강복정. 국제결혼 이주여성 생식보건 실태조사. 한국보건사회연구원. 2008.

법무부. 출입국 통계연보. 법무부 출입국·외국인정책본부. 2008.
 보건복지부 다문화가족과. 다문화가족 생애주기별 맞춤형 지원강화대책. 보건복지가족부. 2008.
 설동훈, 이해경, 조성남. 결혼이민자 가족실태조사 및 중장기 지원정책방안 연구, 여성가족부. 2006.
 양옥경. 삶의 만족측정을 위한 척도개발. 한국사회복지학 1994;24:157-198.
 이삼식, 박중서, 김필숙, 김형석. 국제결혼 이주여성의 결혼 출산 행태와 정책방향. 한국보건사회연구원. 2007.
 윤운성. 자기효능감을 통한 건강한 행동변화. 선문대학교 사회과학논집 2005;4:187-210
 이금연. 국제결혼 가정의 현실과 문제. 한국내이주여성 및 국제결혼 가정의 문제와 대책. 이주여성인권연대.2001.
 이삼식. 새로운 정부출범에 따른 저출산·고령사회정책 신규과제 발굴. 보건복지가족부·한국보건사회연구원. 2008.
 조재국. 여성의 삶의 질 향상을 위한 건강중심 접근전략: 여성 건강과 인권: 여성건강증진센터 개소기념 심포지움 보고서. 이화여자대학교 간호과학대학. 1998.
 행정안전부. 전국주민등록인구통계, 행정안전부 주민제도과. 2008.
 조남훈, 이삼식. Population and Development in Korea: Focus on the ICPD Programme of Action. 한국보건사회연구원. 1999. 쪽 13-17.
 Norwak T. Traditional Health Care a culturally competent Approach. In: Purnell LD, Paulanks BJ. Philadelphia, FA Davis Company. 1998. pp. 449-477.
 Oakley A, MacFarlane A, Chalmers I. Social class, stress and reproduction. In: Rees AR, Purcell H, editors. *Disease and the Environment*, Toronto: Wiley, 1982. pp. 11-49.
 Sherer N, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B. The self-efficacy scale : construction and validation, *Psychological Reports*, 1982; 55:663-671.
 De Vaus DA. Surveys in Social Research. Crows Nest, NSW:Allen & Unwin. 2002.
 Vietnam Ministry of Health. Reproductive Health Statistics, Government of Population and Family Planning, Ministry of Health. 2008.