

콩고민주공화국 여성들의 주관적
건강상태에 영향을 미치는 요인 분석
- 임산부와 5세 미만 아동의 모성(母性)을 중심으로 -

연세대학교 대학원
보건행정학과
이 형 일

콩고민주공화국 여성들의 주관적
건강상태에 영향을 미치는 요인 분석

- 임산부와 5세 미만 아동의 모성(母性)을 중심으로 -

지도 남 은 우 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2013년 6월 21일

연세대학교 대학원

보건행정학과

이 형 일

이형일의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____인

심사위원 _____인

심사위원 _____인

연세대학교 대학원

2013년 6월 21일

감사의 글

2년 간의 대학원 생활을 마무리 하면서 절 지켜주신 하나님과 소중한 추억의 한 조각이 되어주신 모든 분들께 감사의 글을 올립니다.

먼저 부족한 제게 학업 뿐 아니라 바르게 세상사는 법을 가르쳐주신 남은우 교수님께 깊은 감사의 마음을 표합니다. 보건행정의 자랑 이규식 교수님, 이해종 교수님, 서영준 교수님, 정형선 교수님, 진기남 교수님, 이광수 교수님께도 배움의 기쁨을 만끽하게 해주신 점에 대해 감사드립니다. 그리고 따뜻하게 챙겨주신 소애영 교수님 역시 감사드리는 바입니다.

함께 공부하며 웃음과 미소 그리고 힘이 되어준 대학원 식구들 - 너무 늦게 친해져서 아쉬운 현명하고 자상한 조란, 항상 고마운 주말친구 재우, 언제나 멋진 그녀 신희누나, 나의 고민상담사 현숙쌤, 슬기쌤, 사랑과 학업 모두 잡은 진주누나, 좀 더 친해질 시간이 부족해 아쉬운 대학원 동기 은주, 언제나 바쁜 차선미, FM조교장 효중이, 똑 부러지는 졸업동기 최솔지, 친절하고 잘 웃던 혜진이, 고등학교부터 선배 기영이형, 학부 동기 할배 경준이, 절 많이 걱정해주시던 상미쌤, 다시 만나 반가웠던 민경이 누나, 한 학기만에 헤어지게 된 진미, 김선미, 성용이, 은경쌤 - 차마 이름 올리지 못한 모든 분들께 진심으로 고마움을 표합니다.

그리고 건강도시 연구센터 식구들 - 에티오피아에 있는 좋은 친구이자 예쁜 후배인 보고싶은 도형이, 보람이, 졸업학기에 많은 배려를 해주어 항상 감사한 진성이형, 첫 학기 많이 신경써주지 못해 미안하면서 또 고마운 영민이, 하윤이, 혜리, 창복이, 신유형, 밝은 미소 Sarita - 특별한 마음을 담아 감사드립니다.

내가 지쳤을 때 언제나 힘이 되어준 친구들 - 이제는 유부남이 된 승영, 도전 솔로탈출 아람, 결혼 좀 해야 할 전솔지, 포기하지 못할 인연 재혁이, 태

훈이, 친구같은 동생 민철이, 연세보건 식구들 - 그대들이 있어 행복했습니다.

마지막으로 내 존재의 이유이자 가장 사랑하는 우리 가족에게 감사드립니다. 세상에서 제일 든든한 버팀목이자 롤모델, 그리고 멋진 벗이 되어주신 아버지 이석주, 기도와 사랑으로 지켜주신 어머니 최석순, 이제는 한 가정의 가장이 된 존경하는 우리 형님 이성일에게 감사와 사랑한다는 말을 전합니다.

새로운 시작길에서 당신들의 응원을 등에 지고 출발하려 합니다. 지쳐쓰러지지 않고 기대에 부응할 수 있는 멋진 한결같은 사람이 되도록 노력하겠습니다. 다시 한번 모든 분들께 감사드립니다.

이형일 드림

차 례

표 차례	iii
그림 차례	iv
국 문 요 약	v
제 1장 서론	1
1. 연구배경	1
2. 연구목적	7
제 2장 연구방법	8
1. 연구대상 및 자료수집방법	8
2. 연구내용	11
2.1 연구모형	11
2.2 측정도구	13
3. 분석방법	16
제 3장 연구결과	17
1. 응답자의 기본적 특성	17
1.1 기본적 특성 빈도분석	17
1.2 기본적 특성과 주관적 건강상태	19
2. 경제적 상태	21
2.1 경제적 상태 빈도분석	21
2.2 경제적 상태와 주관적 건강상태	22
3. 보건의료 서비스	23
3.1 보건의료 서비스 빈도분석	23
3.2 보건의료 서비스와 주관적 건강상태	24
4. 상병 양상	25
4.1 상병 양상의 빈도분석	25

4.2 상병 양상과 주관적 건강상태	26
5. 주관적 건강상태	27
5.1 주관적 건강상태	27
5.2 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인 분석	28
제 4장 고찰	31
1. 연구결과에 대한 고찰	31
2. 연구의 제한점	35
제 5장 결론 및 제언	36
1. 결론	36
2. 제언	37
참고문헌	39
부록 1. 설문지	42
영문요약	45

표 차례

<표 1> Kenge 보건지역별 표본 수	10
<표 2> Boko 보건지역별 표본 수	10
<표 3> 변수설명과 측정방법	15
<표 4> 기본적인 특성 빈도분석	18
<표 5> 응답자의 기본적인 특성에 따른 주관적 건강상태	20
<표 6> 직업별 가족의 주 수입원 빈도분석	21
<표 7> 응답자의 경제적 상태에 따른 주관적 건강상태	22
<표 8> 보건의료 서비스 빈도분석	23
<표 9> 응답자의 보건의료 서비스에 따른 주관적 건강상태	24
<표 10> 상병 양상 빈도분석	25
<표 11> 응답자의 상병 양상에 따른 주관적 건강상태	26
<표 12> 주관적 건강상태	27
<표 13> 주관적 건강상태를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석	30

그림 차례

<그림 1> 인구보정 표본 수 공식	8
<그림 2> 연구모형	12

국 문 요 약

콩고민주공화국 여성들의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인 분석

- 임산부와 5세 미만 아동의 모성(母性)을 중심으로 -

콩고민주공화국의 평균수명은 2010년 기준 남자 47세, 여자 51세로 세계 최저수준이며 5세 미만 아동의 사망률이 인구 천 명당 540명(아프리카 평균 480명, 세계평균 210명)으로 모자보건분야 지표가 매우 열악한 실정이다. 21세기에 진입하면서 주관적 건강상태는 신체적 건강과 정신적 건강에 영향을 미치는 것으로 밝혀져 선진국 뿐만 아니라 개발도상국가의 국민들에게도 중요한 지표가 되었다.

본 연구의 목적은 콩고민주공화국 여성들 중 임산부와 5세 미만 아동의 모성(母性)을 중심으로 그들의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 분석하여, 콩고민주공화국 모성들의 주관적 건강상태 증진에 유효한 프로그램 및 모자보건 사업 개발을 위한 기초자료를 제공함에 있다.

연구 목적을 달성하기 위하여 콩고민주공화국 내 반둔두 지역 2개 보건지역(Kenge, Boko)의 임산부와 5세 미만 아동의 모성 400명(Kenge-300명, Boko-100명)을 대상으로 주관적 건강상태에 영향을 미치리라 예상되는 요인을 응답자의 기본적 특성, 경제적 상태, 보건의료 서비스, 상병 양상으로 분류하여 설문조사를 실시하였다.

주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 기본적 특성(연령, 종교, 교육수준, 읽을 수 있는 능력, 가구원 수, 자녀 수, 영양교육 경험 유무), 경제적 상태(직업별 가족의 주 수입원), 보건의료 서비스(의료보험 가입여부,

보건시설 이용경험 여부, 보건서비스 이용 시 비용 지불의사), 상병 양상(임신 중독증 경험 여부, 최근 1년간 아팠던 경험)을 독립변수로 하여 각 변수들을 차례대로 고려한 위계적 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 그 결과, 영양교육 경험이 있는 응답자, 사무직에 종사하고 있는 응답자, 의료보험에 가입하지 않은 응답자, 최근 1년간 아팠던 경험이 없는 응답자가 주관적 건강상태가 좋다고 응답하였다.

본 연구의 결과는 콩고민주공화국의 주관적 건강상태 및 모자보건 향상을 위해서 보건과 영양분야의 지적 재산을 늘리기 위한 교육에 기반을 둔 프로그램을 개발하고, 해당 국가의 실태를 정확히 파악하여 정책을 개발해야 하며, 일상생활에서의 질병이 없도록 건강을 관리 할 수 있는 시스템을 사회 전반적인 측면에서 정립하여야 한다는 점을 시사한다.

제 1장 서론

1. 연구배경

UN은 2000년 9월, 본부에서 개최된 새천년 정상회의에서 빈곤퇴치를 위한 전 세계적인 약속으로 ‘새천년 개발 목표(Millennium Development Goals, MDGs)’를 수립하였다. MDGs는 빈곤 퇴치, 보건 및 교육 개선, 환경보호, 양성평등, 국제 파트너십 구축 등을 목표로 하고 있으며 191개의 UN회원국이 2015년까지 달성하기로 선언하였다. 이 중 보건분야는 가장 우선시해야 하는 분야로 ‘유아사망률 감소, 산모건강상태의 증진, HIV/AIDS, 말라리아 및 기타 상병 양상 퇴치’의 세 가지 목표가 직접적으로 보건과 관련이 있으며 그 외 나머지 목표들에도 간접적인 연관성을 가지고 있다(한상태 외, 2008).

보건분야가 이 시대에 주요한 협력 항목으로 고려되는 이유는 개발도상국가에서는 여전히 생활습관병 및 전염병으로 인해 많은 사람들이 생명을 잃고 있으며, 이것이 인류의 공영을 저해하는 주요한 요소이기 때문이다(한상태 외, 2008). 특히, 유아사망률과 모성사망률을 살펴보았을 때 선진국과 개발도상국의 격차가 크다.

세계적으로 매년 약 35만 명의 모성이 임신 및 출산 과정 중 사망하고 있고 개발도상국의 경우에는 평균적으로 임산부 6명당 1명이 사망하고 있다. 또한 임신 및 출산 후에 발생하는 합병증, 미비한 치료와 산후관리, 낙후된 시설 및 인력 부족 등으로 개발도상국의 모성 사망률은 높은 실정이다(www.koica.go.kr). 따라서 다수의 선진국 및 비정부기구(Non Governmental Organization, NGO)는 아프리카 등 보건의료가 열악한 지역을 대상으로 모자보건 사업을 활발하게 수행하고 있다.

MDGs의 목표를 달성하기 위한 여러 국가 정부의 노력 중 최근 취약한 모자보건에 대한 관심이 높아지고 있다. 전 세계적인 노력에도 불구하고 사회적, 문화적, 경제적으로 취약한 계층에서는 아직 모자보건에 있어 많은 혜택을 받지 못하고 있다. 개발도상국에서는 문화적으로 여성이 자기주도적인 건강관리를 할 수 없으며 또한 임산부에게 중요한 산전, 산후와 관련된 보건의료 서비스 이용에 있어 문화적, 사회적인 인식이 매우 낮다.

콩고민주공화국은 아프리카 대륙 국가 중에서도 국민총소득 211달러(2011년 기준)의 최빈국에 해당한다. 콩고민주공화국의 평균수명은 2010년 기준 남자 47세, 여자 51세로 세계평균인 남자 66세, 여자 71세에 한참 밑돈다. 또한 5세 미만 아동의 사망률이 인구 천 명당 170명(아프리카 평균 119명, 세계평균 57명), 모성사망률은 인구 십만 명당 540명(아프리카 평균 480명, 세계평균 210명)으로 모자보건분야 지표가 매우 열악한 실정이다(www.who.int).

21세기에 진입하면서 주관적 건강상태는 신체적 건강과 정신적 건강에 영향을 미치는 것으로 밝혀져 선진국 뿐만 아니라 개발도상국가의 국민들에게도 중요한 지표가 되었다.

주관적 건강상태란 상병 양상, 사망, 후속 장애 및 의료이용을 예측하게 해주는 일반적인 신체 건강상태의 강력한 지표이다. 또한 의사가 평가한 건강보다 사망률을 예측하는데 더 효과적이다(Elena et al., 2007).

주관적 건강상태는 자기인지건강과 동일한 의미로 해석되며 주관적 건강상태를 평가하는 것은 Breslow(1989)가 언급한 건강상태를 평가하는 세 가지 방법 중 하나에 포함된다. 건강을 측정하는 방법은 첫째, 객관적인 신체적, 정신적 상태의 검사, 둘째, 사회적 기능의 수행 능력 측정, 셋째, 자기인지건강의 평가이다.

주관적 건강상태에 대한 연구는 여러 논문을 통해 발표된 바 있으며 이를 중요하게 여기는 큰 이유는 다음과 같다.

윤병준(1998)은 건강에 대한 주관적인 인식은 건강을 사회적으로 정의할 때 매우 중요한 변수라고 하였다. 아픈 사람은 행동상의 변화와 아프다는 감정을 갖게 되며 그러한 행동과 감정은 사회적 형태로 나타나기 때문이다. 사람들은 질병을 가지고 있어도 그것을 인지하지 못하는 수가 많으며, 질병에 대한 명백한 증거가 없어도 아프다고 느끼는 경우도 흔하다. 아프다는 의식이 없이 질병에 대처하는 행위는 발생하지 않기 때문에 사회학적 측면에서 보면 전자의 경우는 환자라고 일컬을 수 없으며 후자의 경우만이 환자로 간주된다.

주관적 건강상태는 비용이 적게 들고 측정하기가 쉬우며 의사를 비롯한 다른 전문가의 평가 대신 사용할 수 있어 비용-효과적인 장점을 갖기 때문에 건강에 대한 연구에 유용하다(Goldstein et al., 1984).

주관적 건강상태는 실제 건강과 차이가 있으며(Bound, 1990), Crossley와 Kennedy의 연구(2002)에 따르면 건강상태에 대한 질문을 시간적 간격을 두고 반복할 경우 차이가 있다고 밝히며 주관적 건강상태의 객관적이지 못한 점에 대한 문제 제기가 있지만 지역사회 건강조사에서 쉽게 얻을 수 있다는 실용적인 측면과 여러 다른 임상지표보다 사망률에 대한 위험도 예측률이 높다는 점 때문에 여전히 많은 연구의 주요 변수로 사용되고 있다. 하지만 임상 의사들은 주관적 건강상태의 유효성과 중요성에 대해서 회의적이고 여전히 생리학적 결과물들을 더욱 선호하는 편이다(Peter et al., 2005).

주관적 건강상태에 영향을 주는 요인 분석에 대한 연구는 연구자가 처해 있는 환경 및 관심사에 따라 그 조사대상이 매우 다르다. 한국을 비롯한 공여국에 해당하는 선진 국가에서는 주로 노인 및 특정 직업, 경제적 취약자에 대한 주관적 건강상태에 대한 연구가 행해지고 있다. 아프리카를 대상으로 한 주관적 건강상태에 대한 연구는 드물다. 빈민가의 경제적 상태 혹은 질병 특히, AIDS 간병인들의 주관적 건강상태에 대한 연구가 수행된 적이 있다(Walter et al., 2006).

윤병준(1998)은 주관적 건강상태가 건강관련행위 변수인 흡연, 음주, 운동, 식사, 수면과 각각 유의한 관련성이 있는 것으로 나타났으며 평소의 건강상태와도 높은 상관관계가 있다고 하였다.

김혜련(2010)의 연구에 따르면 다문화가족의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인은 출신국가별 연령, 교육수준, 가구소득수준, 체류기간 등이었다. 이 연구에서는 젊은 연령층이거나 건강이 좋은 사람이 이민을 하는 경우가 많기 때문에 이민 초기에는 이민자들이 본국인보다 건강하며, 체류기간이 경과하고 문화적으로 적응함에 따라 본국인과 유사한 수준의 건강을 갖게 되는 경향이 있다고 하였다. 이를 소위 'healthy immigrant effect'라고 한다.

이윤환 외(1998)의 연구에 따르면 노인의 주관적 건강상태평가에 영향을 미치는 주요 요인으로 연령, 성, 직장의 유무, 만성질환, 신체적·정신적 건강 및 기능상태, 병원입원의 경험 여부 등이었다. 즉 연령이 낮을수록, 남성인 경우, 무직인 경우, 만성질환이 많을수록, 중풍·관절염 또는 당뇨병이 있는 경우, 신체적 및 정신적 기능상태가 나쁠수록, 그리고 병원입원의 경험이 있는 경우 등에 있어서 자신의 건강을 비관적으로 볼 확률이 높았다. 노인의 주관적 건강상태 평가에는 특히 질병과 신체적·정신적 기능상태가 중요한 영향을 미치므로 질병 예방과 건강증진이 중요하기 때문에 이에 대한 올바른 이해 및 정책적 노력이 필요하다.

이해정 외(2002)는 수입, 운동, 영양불량, 질환 수, 심장질환, 뇌혈관질환, 낙상, 일상생활 수행능력, 도구적인 일상생활 수행능력, 우울증, 사회적 지원이 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치며 특히, 영양상태가 나쁠수록 그리고 심장질환이나 우울증이 있을 경우 건강상태에 대해 더 부정적으로 생각한다고 밝혔다. 이처럼 노인의 주관적 건강상태에 영향을 끼치는 요인이 다양하기 때문에 건강 향상을 위해서는 다각적인 접근이 필요하다.

Ellen et al.(2000)은 주관적 건강상태와 사망률과의 관계를 시계열적 조사방

법을 이용하여 성별로 연구하였다. 이 연구에 따르면 남자의 경우 과체중, 고혈압, 자가진단 심근경색·뇌졸중, 혈중 당도 또는 단백질 농도, 맥박, 흡연유무 등이 주관적 건강상태에 영향을 미치고 또한 사망률에도 유의하게 영향을 준다. 또한 과거에 주관적 건강상태를 매우 좋음, 좋음, 좋은 편임으로 답한 경우 시간이 흘렀을 때 주관적 건강상태를 더 좋게 평가하였다. 여자의 경우 순환계 질환의 진단, 저체중, 과다혈소판, 정상 및 고혈압, 흡연유무, 운동부족 등이 주관적 건강상태에 영향을 미쳤고 사망률에도 유의하게 영향을 주었다. 하지만 남성과는 다르게 과거에 주관적 건강상태를 매우 좋음, 좋음, 좋은 편임으로 답한 경우 시간이 흘렀을 때 주관적 건강상태를 더 좋게 평가하지는 않았다.

Leah와 Varda(2003)는 남아프리카 공화국 흑인 거주 구역인 Soweto에서 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인들에 대한 연구를 50세 미만과 이상으로 나누어 수행하였는데 관련변수로 사회·경제적 상태, 사회교류활동, 삶의 질 인식정도, 사회적 자원과의 접근도를 보았다. 사회·경제적 상태는 두 연령대에서 모두 유의한 영향력을 가졌으며, 사회교류활동은 50대 이상의 그룹에만 유의하였다. 즉, 사회·경제적 상태에 해당하는 요소인 직업, 수입, 교육수준 등이 높을수록 주관적 건강상태가 더 좋았고, 50대 이상의 그룹에서는 사회교류활동이 활발할수록 주관적 건강상태가 더 좋았다. 삶의 질 인식 정도는 삶의 질이 높다고 생각할수록 주관적 건강상태가 좋다고 평가한다는 점에서 두 연령 그룹이 같았다. 사회적 자원과의 접근도는 두 그룹이 다른 결과가 나왔는데, 50대 미만의 그룹에서는 접근도가 낮거나 높을 때 모두 주관적 건강상태 평가가 좋았고 50대 이상 그룹에서는 접근도가 낮을 때 주관적 건강상태가 좋지 않았으며 접근도가 높을 때 주관적 건강상태가 좋았다.

이상규(2002)의 연구에서는 한국의 사회환경요인이 지역별 사망률과 개인의 주관적 건강상태에 미치는 영향에 대해 밝혔다. 이 연구에 의하면 주관적 건

강상태의 불균형이 건강행태와 관련된 보건적인 지표 뿐 아니라 소득과 교육 수준에 따라 더 크게 좌우된다. 따라서 건강수준의 격차에 정책적으로 접근하기 위해서는 경제정책, 교육정책 등 기존의 통상적인 보건정책과 더 나아가 이를 벗어나는 광범위한 국가정책 간의 협조가 필요하며 이를 위해서는 건강상태 불균형 문제에 어떠한 시각으로 접근할 것인지에 대한 사회적 합의가 필요하나 많은 현실적인 어려움이 존재한다.

Boubou et al.(2007)는 아프리카 주요 4개 도시의 건강 형평성에 대한 연구를 하였다. 이 연구에 의하면 아프리카인들의 수직적, 수평적 건강상태가 매우 불균형한데, 특히 경제적 소득에 따른 보건지출비용에 따라 격차가 심했다. 경제적 소득은 곧 고용정책을 포함한 사회정책 등과 밀접한 관련이 있으므로 불균형한 건강상태를 해결하기 위한 보건정책을 수립할 때 타 분야의 정책적 고려는 필수적인 것이다.

이상의 내용을 중심으로 하여 본 연구에서는 모자보건 실태가 열악한 콩고 민주공화국 모성을 대상으로 주관적 건강상태에 대해 심층 조사 분석을 하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 콩고민주공화국 여성들 중 임신부와 5세 미만 아동의 모성(母性)을 중심으로 그들의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 분석하여, 콩고민주공화국 모성들의 주관적 건강상태 증진에 유효한 프로그램 및 모자보건사업 개발을 위한 기초자료를 제공하기 위한 것이다.

본 연구의 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 조사대상자의 주관적 건강상태와 기본적 특성, 경제적 상태, 보건의료 서비스, 상병 양상 간의 관계를 분석한다.

둘째, 기본적 특성, 경제적 상태, 보건의료 서비스, 상병 양상이 주관적 건강상태에 미치는 영향 요인에 대해 분석한다.

제 2장 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집방법

본 조사의 설문지는 미국의 Columbia 대학교에서 아프리카 말라위 지역을 대상으로 Baseline Survey 했던 설문지를 일부 변형하여 사용하였다. 2013년 1월에 9명을 대상으로 예비조사를 실시하였으며 콩고민주공화국 내 반둔두 지역 2개 보건지역(Kenge, Boko)의 임산부와 5세 미만 아동의 모성 400명 (Kenge-300명, Boko-100명)을 대상으로 하였다. 표본 수는 아래의 공식을 이용하여 산출하였다.

$$SS' = \frac{SS}{1 + \frac{SS-1}{Pop}}$$

<그림 1> 인구보정 표본 수 공식

SS' = 인구보정 표본 수

SS = 표본 수²⁾

Pop = 인구

$$2) SS = \frac{Z^2 * (p) * (1-p)}{c^2}$$

SS = Sample Size

Z = Z값(예: 95% 신뢰수준일 때 1.96)

p = 소수점으로 표현(0.5의 형식, 원하는 표본 사이즈에 따라 사용)

C = 신뢰구간, 소수점으로 표현(0.04=±4의 형식)

위의 공식을 이용하여 산출한 표본수는 모집단이 약 240,000명일 때 신뢰수준 95%, 유의수준을 5%로 했을 시 384명이다. 본 조사는 유의수준 5%를 넘는 숫자를 목표 표본수로 하여 400명을 조사하였고 본 논문에서는 기본적인 연령 변수가 결여된 48개의 설문지를 제외한 352개를 분석에 사용하였다.

자료수집 방법은 Kenge 8개, Boko 2개의 보건구역을 임의선정 하였고 각 구역별 마을 중 3곳을 무작위 표본추출 하였으며 사전에 교육받은 8명의 조사원들이 직접 가구 방문하여 설문조사를 수행하였다. 가구 선정은 편의추출법을 이용하여 마을 입구에 위치한 가구부터 순서대로 조사하였다. 조사대상지역 선정에는 한국국제협력단 콩고민주공화국 사무실의 협조를 받아 이루어졌고, 조사원 선정은 Kinshasa대학 보건대학원 교수진의 추천에 의하였다. 조사원 교육은 2013년 1월 중 3일간 실시하고, 조사원 자격으로는 ① 설문조사지역 현지 거주자, ② 대학 이상 졸업자, ③ 설문조사 참여 유경험자, ④ 현지언어 구사 능력자로 하였다. 설문조사는 2013년 2월 중 8일간 수행되었다.

<표 1> Kenge 보건지역별 표본 수

보건구역	보건지역	인구	%	표본 수
KENGE	KOBO	15,322	12.0	36
	MISELE	12,805	10.0	30
	BARRIERE	15,808	12.5	38
	MAKIALA	11,186	8.9	27
	MUKILA	23,875	18.8	56
	KOLOKOSO	20,452	16.1	48
	PONT WAMBA	13,529	10.7	32
	CBCO	14,027	11.0	33
	계	127,004	100	300

<표 2> Boko 보건지역별 표본 수

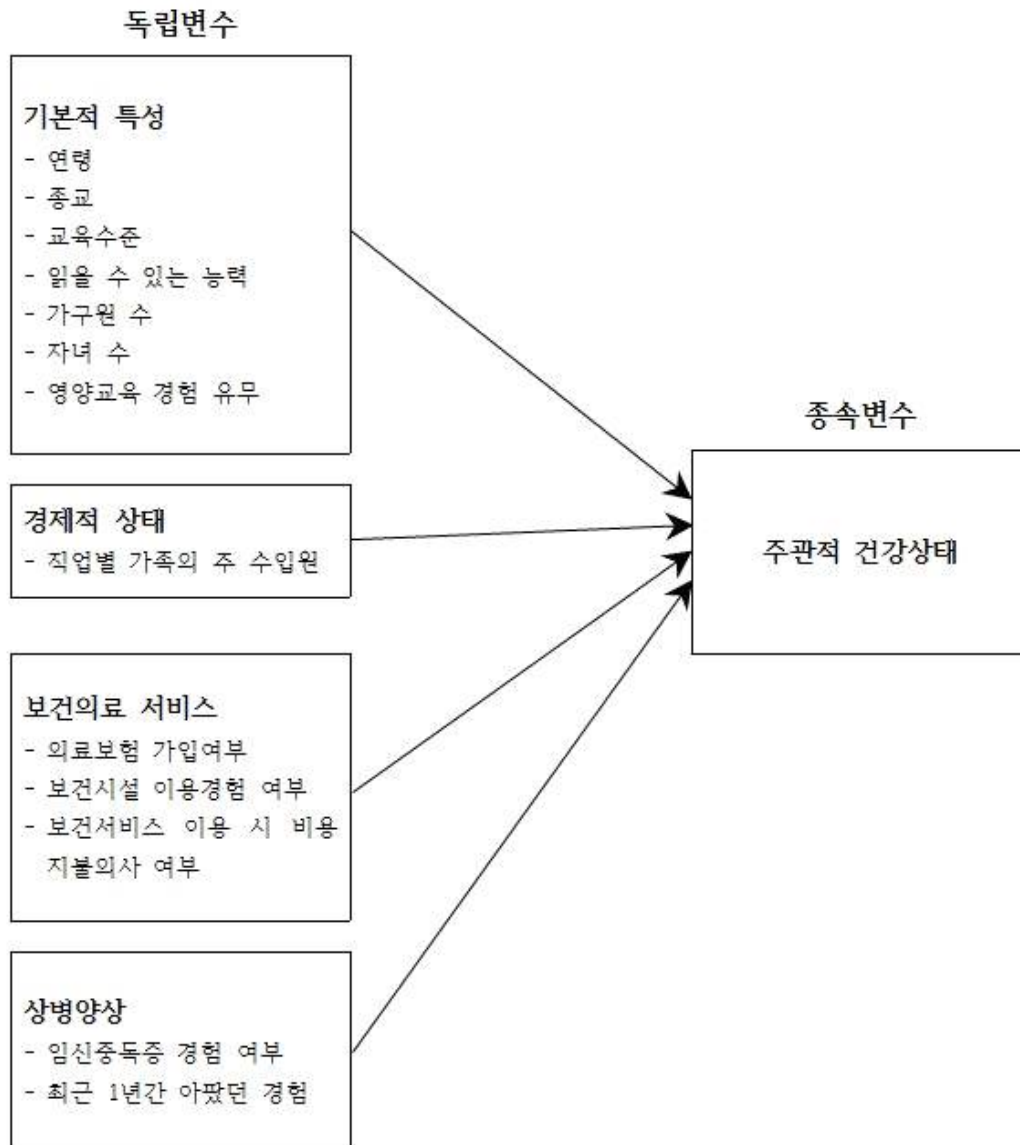
보건구역	보건지역	인구	%	표본 수
BOKO	BOKO-IKIALALA	7,629	35.0	35
	KASINSI	13,991	65.0	65
	계	21,620	100	100

2. 연구내용

2.1 연구모형

임산부와 5세 미만의 아이를 가진 모성의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 조사하기 위하여 다음 <그림 2>와 같이 연구모형을 설정하였다.

독립변수로는 1) 기본적 특성, 2) 경제적 상태, 3) 보건의료 서비스, 4) 상병 양상을 고려하였다. 기본적 특성의 세부항목은 연령, 종교, 교육수준, 읽을 수 있는 능력, 가구원 수, 자녀 수, 영양교육 경험 유무로 하였고 경제적 상태는 직업별 가족의 주 수입원으로 하였다. 보건의료 서비스 분야에 대한 변수로는 의료보험 가입여부, 보건시설 이용경험 여부, 보건서비스 이용 시 비용 지불의사 여부로 하고 상병 양상에 대한 변수로는 임신중독증 경험 여부, 최근 1년간 아팠던 경험으로 하였다.



<그림 2> 연구모형

2.2 측정도구

(1) 종속변수

본 연구에서는 종속변수를 임신부와 5세 미만 아동의 모성이 인지하는 주관적 건강상태로 설정하였다. 주관적 건강상태는 ‘당신의 건강을 어떻게 평가하십니까?’라는 질문에 1) 매우 나쁘다, 2) 나쁘다, 3) 보통이다, 4) 좋다, 5) 매우 좋다 의 5점 척도로 측정하였다. 통계분석을 위해 ‘매우 나쁘다, 나쁘다, 보통이다’는 ‘나쁨’으로, ‘좋다, 매우 좋다’는 ‘ 좋음’으로 변경하였다.

(2) 독립변수

본 연구의 독립변수는 기본적 특성, 경제적 상태, 보건의료 서비스, 상병 양상으로 하였다.

1) 기본적 특성

기본적 특성으로는 연령(10~19세=0, 20~29세=1, 30~39세=2, 40세 이상=3), 종교(종교 없음=0, 종교 있음=1), 교육수준(중등교육 미만=0, 중등교육 이상=1), 읽을 수 있는 능력(글 못읽음=0, 글 읽음=1), 가구원 수(1~3명=0, 4~6명=1, 7~9명=2, 10명 이상=3), 자녀 수(0~2명=0, 3~5명=1, 6~8명=2, 9명 이상=3), 영양교육 경험 유무(없음=0, 있음=1)로 정하였다.

2) 경제적 상태

경제적 상태를 알아보기 위한 변수는 직업별 가족의 주 수입원(농업=0, 1, 사업=0, 1, 사무직=0, 1, 노동자=0, 1, 기타=0, 1)으로 하였다.

3) 보건의료 서비스

보건의료 서비스 항목에서는 의료보험 가입여부(가입 안함=0, 가입함=1), 보건시설 이용경험 여부(없음=0, 있음=1), 보건서비스 이용 시 비용 지불의사 여부(없음=0, 있음=1)를 변수로 하였다.

4) 상병 양상

상병 양상 항목에서는 임신중독증 경험 여부(없음=0, 있음=1), 최근 1년간 아팠던 경험(없음=0, 있음=1)을 변수로 하였다.

<표 3> 변수설명과 측정방법

종속변수	변수설명	측정방법	
주관적 건강상태	주관적 건강인식	나쁨(0), 좋음(1)	
독립변수	변수설명	측정방법	
기본적 특성	연령	10~19세(0), 20~29세(1), 30~39세(2), 40세 이상(3)	
	종교	없음(0), 있음(1)	
	교육수준	중등교육미만(0), 이상(1)	
	읽을 수 있는 능력	글못읽음(0), 글읽음(1)	
	가구원 수	1~3명(0), 4~6명(1), 7~9명(2), 10명 이상(3)	
	자녀 수	0~2명(0), 3~5명(1), 6~8명(2), 9명 이상(3)	
	영양교육 경험 유무	없음(0), 있음(1)	
경제적 상태	직업별 가족의 주 수입원	농업 비종사(0), 종사(1) 사업 비종사(0), 종사(1) 사무직 비종사(0), 종사(1) 노동자 비종사(0), 종사(1) 기타 비종사(0), 종사(1)	
	보건의료 서비스	의료보험 가입여부	가입안함(0), 가입함(1)
		보건시설 이용경험 여부	없음(0), 있음(1)
		보건서비스 이용 시 비용 지불의사 여부	없음(0), 있음(1)
	상병 양상	임신중독증 경험 여부	없음(0), 있음(1)
최근 1년간 아팠던 경험		없음(0), 있음(1)	

3. 분석방법

수집된 자료는 통계 프로그램 SPSS 18.0을 이용하여 다음과 같은 방법으로 분석하였다.

첫째, 기본적 특성과 경제적 상태, 보건의료 서비스, 상병 양상에 대해 빈도 분석을 실시하였다.

둘째, 기본적 특성, 경제적 상태, 보건의료 서비스, 상병 양상 정도에 따라 주관적 건강상태에 차이가 있는지를 알아보기 위해 χ^2 검증을 실시하였다.

셋째, 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 밝히기 위해서 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

제 3장 연구결과

1. 응답자의 기본적 특성

1.1 기본적 특성 빈도분석

본 연구에서는 기본적 특성을 연령, 종교, 교육수준, 읽을 수 있는 능력, 가구원 수, 자녀 수, 영양교육 경험 유무를 고려하여 분석하였다(표 4). 먼저 연령별 분포에서는 20대와 30대가 각각 46.6%(164명), 35.8%(126명)로 많았으며 10대가 11.6%(41명), 40대 이상 6.0%(21명) 순이었다. 종교 분포에서는 종교 없음이 90.9%(320명)으로 종교 있음 9.1%(32명)보다 많았다.

교육수준 분포로는 교육을 받은 적 없거나 초등학교 졸업인 중등교육 미만이 50.0%(176명), 중학교에서 대학교 이상인 중등교육 이상이 50.0%(176명)였다. 읽을 수 있는 능력에서는 글을 못 읽음 43.8%(154명), 글 읽음 56.3%(198명)으로 글을 읽을 수 있는 사람이 12.5%(44명) 더 많았다.

가구원 수 분포에서는 4~6명과 7~9명이 각각 39.5%(139명), 36.1%(127명)로 많았으며, 1~3명 12.8%(45명), 10명 이상 11.6%(41명) 순이었다. 자녀 수 분포는 3~5명이 46.6%(164명)로 가장 높은 비율을 차지했고, 0~2명 37.5%(132명), 6~8명 13.6%(48명), 9명 이상 2.3%(8명) 순이었다. 영양경험 교육 분포를 살펴보면 영양교육 경험이 있음이 64.5%(227명)으로 경험 없음 35.5%(125명)보다 많았다.

<표 4> 기본적 특성 빈도분석

빈도 = 352(100.0%)

	구 분	빈 도	%
연령	10~19세	41	11.6
	20~29세	164	46.6
	30~39세	126	35.8
	40세 이상	21	6.0
	계	352	100.0
종교	없음	320	90.9
	있음	32	9.1
	계	352	100.0
교육수준	중등교육 미만 (무학, 초등졸업)	176	50.0
	중등교육 이상 (중등졸업~대학이상)	176	50.0
	계	352	100.0
읽을 수 있는 능력	글 못 읽음	154	43.8
	글 읽음	198	56.3
	계	352	100.0
가구원 수	1~3명	45	12.8
	4~6명	139	39.5
	7~9명	127	36.1
	10명 이상	41	11.6
	계	352	100.0
자녀 수	0~2명	132	37.5
	3~5명	164	46.6
	6~8명	48	13.6
	9명 이상	8	2.3
	계	352	100.0
영양교육 경험	없음	125	35.5
	있음	227	64.5
	계	352	100.0

1.2 기본적 특성과 주관적 건강상태

응답자의 기본적 특성과 주관적 건강상태와의 관계를 분석한 결과(표 5), 주관적 건강상태는 교육수준, 읽을 수 있는 능력, 영양교육 경험 유무에 따라 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 그러나 다른 기본적 특성과는 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다. 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 주관적 건강상태와 교육수준은 중등교육 이상인 응답자(71.6%, 126명)가 중등교육 미만인 응답자(59.1%, 104명)보다 주관적 건강상태가 좋았다.

둘째, 주관적 건강상태와 읽을 수 있는 능력은 글을 읽을 수 있는 응답자(70.2%, 139명)가 글을 읽지 못하는 응답자(59.1%, 91명)보다 주관적 건강상태가 좋았다.

셋째, 주관적 건강상태와 영양교육 경험 유무는 영양교육을 받은 경험이 있는 응답자(65.3%, 162명)가 영양교육을 받은 경험이 없는 응답자(54.4%, 68명)보다 주관적 건강상태가 좋았다.

<표 5> 응답자의 기본적 특성에 따른 주관적 건강상태

빈도 = 352(100.0%)

구분	주관적 건강상태	
	좋음	χ^2
연령	10~19세	28(68.3)
	20~29세	113(68.9)
	30~39세	78(61.9)
	40세 이상	11(52.4)
종교	없음	212(66.3)
	있음	18(56.3)
교육수준	중등교육 미만	104(59.1)
	중등교육 이상	126(71.6)
읽을 수 있는 능력	글 못 읽음	91(59.1)
	글 읽음	139(70.2)
가구원 수	1~3명	34(75.6)
	4~6명	86(61.9)
	7~9명	83(65.4)
	10명 이상	27(65.9)
자녀 수	0~2명	93(70.5)
	3~5명	106(64.6)
	6~8명	26(54.2)
	10명 이상	5(62.5)
영양교육 경험 유무	없음	68(54.4)
	있음	162(65.3)

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

2. 경제적 상태

경제적 상태에 대한 문항은 직업별 가족의 주 수입원으로서 ‘가족의 수입원은 무엇입니까?’에 대하여 분석하였다. 선택 항목은 농업, 사업, 사무직, 노동자, 기타로 구분하였고 다중응답으로 조사되었다.

2.1 경제적 상태 빈도분석

경제적 상태에 대한 응답 분포를 살펴보면(표 6), 농업에 종사하는 사람이 78.4%(276명)으로 가장 많았고 사무직 28.7%(101명), 사업 23.3%(82명), 노동자 9.7%(34명), 기타 2.3%(8명) 순이었다.

<표 6> 직업별 가족의 주 수입원 빈도분석

빈도 = 352(100.0%)

구분		빈도	%
농업	비종사	76	21.6
	종사	276	78.4
	계	352	100.0
사업	비종사	270	76.7
	종사	82	23.3
	계	352	100.0
가족의 주 수입원(직업)	사무직	101	28.7
	비종사	251	71.3
	계	352	100.0
노동자	비종사	318	90.3
	종사	34	9.7
	계	352	100.0
기타	비종사	344	97.7
	종사	8	2.3
	계	352	100.0

2.2 경제적 상태와 주관적 건강상태

응답자의 경제적 상태와 주관적 건강상태와의 관계를 분석한 결과(표 7), 주관적 건강상태는 사무직에 종사하고 있는지 아닌지에 따라 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 통계결과를 살펴보면 사무직에 종사하는 응답자(76.2%, 77명)가 사무직에 종사하지 않는 응답자(61.0%, 153명)보다 주관적 건강상태가 좋았다.

<표 7> 응답자의 경제적 상태에 따른 주관적 건강상태

빈도 = 352(100.0%)

구 분		주관적 건강상태	
		좋음	χ^2
농업	비종사	53(69.7)	.827
	종사	177(64.1)	
사업	비종사	172(63.7)	1.372
	종사	58(70.7)	
가족의 주 수입원 (직업)	사무직 비종사	153(61.0)	7.426**
	사무직 종사	77(76.2)	
노동자	비종사	209(65.7)	.213
	종사	21(61.8)	
기타	비종사	223(64.8)	1.775
	종사	7(87.5)	

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

3. 보건의료 서비스

보건의료 서비스에 대해 조사하기 위해서 ‘가족이 의료보험에 가입되어 있습니까?’, ‘보건시설에서 서비스를 받은 경험이 있습니까?’, ‘서비스를 이용함에 있어 돈을 지불 할 의사가 있습니까?’ 등의 세 문항을 사용하였다.

3.1 보건의료 서비스 빈도분석

의료보험에 가입하지 않은 경우는 94.0%(331명)이었고 가입한 경우는 6.0%(21명)이었다. 보건시설 이용경험이 있는 경우는 91.8%(323명)이었고 경험이 없는 경우는 8.2%(29명)이었다. 보건서비스 이용 시 비용 지불의사 여부는 지불 안함이 96.6%(340명)이었고 지불함이 3.4%(12명)이었다(표 8).

<표 8> 보건의료 서비스 빈도분석

빈도 = 352(100.0%)

구 분		빈 도	%
의료보험 가입여부	가입 안함	331	94.0
	가입함	21	6.0
	계	352	100.0
보건시설 이용경험	없음	29	8.2
	있음	323	91.8
	계	352	100.0
보건서비스 비용 지불 의사	없음	12	3.4
	있음	340	96.6
	계	352	100.0

3.2 보건의료 서비스와 주관적 건강상태

응답자의 보건의료서비스와 주관적 건강상태 사이의 관계를 분석한 결과(표 9), 주관적 건강상태는 의료보험 가입여부에 따라 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 의료보험 미가입 응답자(66.8%, 221명)가 의료보험 가입 응답자(42.9%, 9명)보다 주관적 건강상태가 좋았다. 그러나 보건시설 이용경험 여부와 보건서비스 이용 시 비용 지불의사 여부는 통계적으로 유의미한 차이가 없었다.

<표 9> 응답자의 보건의료 서비스에 따른 주관적 건강상태

빈도 = 352(100.0%)

구 분	주관적 건강상태		χ^2
	없음	있음	
의료보험 가입여부	미가입	221(66.8)	4.985*
	가입	9(42.9)	
보건시설 이용경험 여부	없음	18(62.1)	.149
	있음	212(65.6)	
보건서비스 이용 시 비용 지불 의사 여부	지불 안함	9(75.0)	.512
	지불함	221(65.0)	

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

4. 상병 양상

상병 양상은 ‘당신은 최근 임신 중 임신중독증 경험이 있습니까?’, ‘당신은 최근 1년(12달)간 아팠던 적이 있습니까?’라는 두 문항으로 조사되었다.

4.1 상병 양상의 빈도분석

임신중독증의 경우, 경험이 없는 경우가 98.9%(348명)이었고 경험이 있는 경우는 1.1%(4명)이었다. 지난 1년간 아팠던 경험이 있다는 응답자가 73.0%(257명), 경험이 없다는 응답자는 27.0%(95명)이었다(표 10).

<표 10> 상병 양상 빈도분석

빈도 = 352(100.0%)

구 분		빈 도	%
임신중독증 경험	없음	348	98.9
	있음	4	1.1
	계	352	100.0
지난 1년간 아팠던 경험	없음	95	27.0
	있음	257	73.0
	계	352	100.0

4.2 상병 양상과 주관적 건강상태

응답자의 상병 양상과 주관적 건강상태 사이의 관계를 분석한 결과(표 11), 주관적 건강상태는 최근 1년간 아팠던 경험 유무에 따라 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 주관적 건강상태는 최근 1년간 아팠던 경험이 없는 응답자(78.9%, 75명)가 최근 1년간 아팠던 경험이 있는 응답자(60.3%, 155명)보다 주관적 건강상태가 좋았다. 임신중독증 경험 유무는 통계적으로 유의미하지 않았다.

<표 11> 응답자의 상병 양상에 따른 주관적 건강상태

빈도 = 352(100.0%)

구 분	주관적 건강상태		χ^2
	없음	있음	
임신중독증 경험	없음	228(65.5)	.420
	있음	2(50.0)	
최근 1년간 아팠던 경험	없음	75(78.9)	10.637***
	있음	155(60.3)	

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

5. 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 ‘당신의 건강 상태가 어떻습니까?’라는 문항으로 조사되었고 ‘매우 나쁘다’, ‘나쁘다’, ‘보통이다’, ‘좋다’, ‘매우 좋다’로 측정하였다. 본 연구에서는 로지스틱 회귀분석을 위해 ‘매우 나쁘다’, ‘나쁘다’, ‘보통이다’는 ‘나쁨’으로, ‘좋다’, ‘매우 좋다’는 ‘ 좋음’으로 해석하여 분석했다. 이를 5점 척도로 환산하였을 때 해당 지역 주민들의 주관적 건강상태 평균점수³⁾는 3.67점이었다.

5.1 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 ‘ 좋음’이라고 응답한 사람이 65.3%(230명)이었고 ‘나쁨’이라고 응답한 사람은 34.7%(122명)이었다.

<표 12> 주관적 건강상태

빈도 = 352(100.0%)

구 분	빈 도	%	
주관적 건강상태	좋음	230	65.3
	나쁨	122	34.7
	계	352	100.0

3) 국내의 지역별 주관적 건강상태 평균점수는 다음과 같다.
 광명 : 3.25점(2006년), 안동 : 3.26점(2008년), 양평 : 3.34점(2008년),
 의왕 : 3.30점(2008년), 장수 : 3.30점(2009년), 태백 : 3.43점(2008년)

5.2 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인 분석

주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 기본적인 특성(연령, 종교, 교육수준, 읽을 수 있는 능력, 가구원 수, 자녀 수, 영양교육 경험 유무), 경제적 상태(직업별 가족의 주 수입원_농업, 사업, 사무직, 노동자, 기타), 보건의료 서비스(의료보험 가입여부, 보건시설 이용경험 여부, 보건서비스 이용 시 비용 지불의사 여부), 그리고 상병 양상(임신중독증 경험 여부, 최근 1년간 앓았던 경험)을 독립변수로 하여 각 독립변수군을 차례대로 고려한 4단계의 위계적 로지스틱 회귀분석을 실시하였다(표 13).

1단계에서는 기본적인 특성인 연령, 종교, 교육수준, 읽을 수 있는 능력, 가구원 수, 자녀 수, 영양교육 경험 유무를 고려하여 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 그 결과, 영양교육 경험 유무가 주관적 건강상태와 통계적으로 유의한 관계에 있었다. 즉, 영양교육 경험이 있는 사람이 없는 사람에 비해 주관적 건강상태가 약 2.104배($p < .01$) 좋은 것으로 나타났다.

2단계에서는 기본적인 특성을 포함한 경제적 상태 변수를 모두 고려하여 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 그 결과, 영양교육 경험 유무, 사무직 종사 여부가 주관적 건강상태와 통계적으로 유의하였다. 즉, 영양교육 경험이 있는 사람이 없는 사람에 비해 약 2.071배($p < .01$) 주관적 건강상태가 더 좋았고, 사무직에 종사하는 사람이 종사하지 않는 사람에 비해 약 1.929배($p < .05$) 주관적 건강상태가 좋았다.

3단계에서는 2단계에 분석했던 기본적인 특성, 경제적 상태에 보건의료 서비스를 추가하여 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 그 결과, 영양교육 경험 유무, 사무직 종사 여부, 의료보험 가입여부가 주관적 건강상태와 통계적으로 유의하였다. 영양교육 경험이 있는 사람이 없는 사람에 비해 약 2.156배($p < .01$) 주관적 건강상태가 좋았고, 사무직에 종사하는 사람이 그렇지 않은 사람에 비

해 약 2.039배($p<.05$) 주관적 건강상태가 좋았다. 의료보험에 가입한 사람은 가입하지 않은 사람에 비해($p<.05$) 주관적 건강상태가 좋지 않았다.

마지막으로 4단계에서는 상병 양상에 해당하는 임신중독증 경험 여부와 최근 1년간 아팠던 경험 변수를 추가하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 그 결과, 영양교육 경험 유무, 사무직 종사 여부, 의료보험 가입여부, 최근 1년간 아팠던 경험이 주관적 건강상태에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 영양교육 경험이 있는 사람이 없는 사람에 비해 약 2.134배($p<.01$), 사무직에 종사하는 사람이 아닌 사람에 비해 약 2.111배($p<.05$) 주관적 건강상태가 좋았고, 의료보험에 가입한 사람이 가입하지 않은 사람에 비해($p<.05$), 최근 1년간 아팠던 경험이 있는 사람이 없는 사람에 비해($p<.01$) 주관적 건강상태가 좋지 않다고 나타났다.

본 연구의 모형 타당도는 1단계부터 4단계까지 모두 타당하였고, 모든 변수를 고려한 4단계의 분석 모형은 약 12.5%의 설명력을 갖고 있다(표 13).

<표 13> 주관적 건강상태를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석

빈도 = 352(100.0%)

구 분	1단계		2단계		3단계		4단계	
	B	EXP (B)	B	EXP (B)	B	EXP (B)	B	EXP (B)
기본적 특성								
연령								
연령(1)	-.047	.954	-.018	.982	-.054	.947	-.007	.993
연령(2)	-.095	.910	-.064	.938	-.118	.888	-.131	.877
연령(3)	-.045	.956	.043	1.044	.165	1.179	.127	1.136
종교	-.428	.652	-.302	.739	-.200	.819	-.076	.927
교육수준	.491	1.634	.385	1.470	.375	1.455	.407	1.502
읽을 수 있는 능력	-.067	.935	-.055	.947	-.133	.875	-.119	.888
가구원 수								
가구원 수(1)	-.631	.532	-.633	.531	-.500	.606	-.491	.612
가구원 수(2)	-.450	.638	-.412	.662	-.344	.709	-.283	.753
가구원 수(3)	-.139	.870	-.197	.821	-.117	.890	-.201	.818
자녀 수								
자녀 수(1)	-.130	.878	-.153	.858	-.216	.806	-.218	.804
자녀 수(2)	-.693	.500	-.795	.452	-.857	.424	-.826	.438
자녀 수(3)	-.391	.676	-.424	.654	-.400	.670	-.144	.866
영양교육 경험 유무	.744**	2.104	.728**	2.071	.768**	2.156	.758**	2.134
경제적 상태								
(가족의 주 수입원)								
농업			.505	1.658	.558	1.747	.580	1.785
사업			.364	1.439	.475	1.607	.476	1.610
사무직			.657*	1.929	.712*	2.039	.747*	2.111
노동자			-.230	.794	-.118	.888	-.155	.857
기타			1.262	3.531	1.072	2.920	1.217	3.376
보건의료 서비스								
의료보험 가입여부					-1.053*	.349	-1.032*	.356
보건시설 이용경험 여부					.354	1.425	.429	1.536
보건서비스 이용 시 비용 지불의사 여부					-.607	.545	-.776	.460
상병양상								
임신중독증 경험 여부							-.848	.428
최근 1년간 아팠던 경험							-.958**	.384
-2 Log likelihood	431.482		424.064		419.251		407.321	
Chi-square	22.816*		30.235*		35.048*		46.978**	
Percent of correct	6.3		8.2		9.5		12.5	

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

제 4장 고찰

1. 연구결과에 대한 고찰

본 연구는 서아프리카 콩고민주공화국 Kenge, Boko 지역의 임산부와 5세 미만의 아이를 가진 모성을 대상으로 기본적인 특성, 경제적 상태, 보건의료서비스, 상병 양상에 대해 파악하고 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 수행되었다. 종속변수는 주관적 건강상태로 하였고, 독립변수는 주관적 건강상태에 영향을 미칠 것으로 예상되는 기본적인 특성(연령, 종교, 교육수준, 읽을 수 있는 능력, 가구원 수, 자녀수, 영양교육 경험 유무), 경제적 상태(직업별 가족의 주 수입원), 보건의료 서비스(의료보험 가입여부, 보건시설 이용경험 여부, 보건서비스 이용 시 비용 지불의사 여부), 상병 양상(임신중독증 경험 여부, 최근 1년간 아팠던 경험)으로 하였다.

조사대상자의 주관적 건강상태가 각 독립변수인 기본적인 특성, 경제적 상태, 보건의료 서비스, 상병 양상과 관계가 있는지 알아보기 위해 χ^2 검정을 실시하였다.

첫째, 기본적인 특성을 분석해본 결과, 교육수준이 주관적 건강상태와 통계적으로 유의하였고 교육수준이 높을수록 주관적 건강상태가 좋았다. 이는 교육수준이 낮을수록 주관적 건강상태가 좋지 않다(윤병준, 1998; 이윤환 외, 1998; Leah et al., 2003; 이상규, 2002)는 연구결과와 일치하였다. 읽을 수 있는 능력 또한 주관적 건강상태와 연관이 있었다. 즉, 글을 읽을 수 있다고 응답한 사람이 주관적 건강상태가 더 좋았다. 글을 읽을 수 있는 능력을 독립변수로 주관적 건강상태와의 관계를 연구한 선행연구는 없었다. 영양교육 경험 유무

도 주관적 건강상태와 관련이 있었으며 영양교육을 경험한 사람이 그렇지 않은 사람보다 주관적 건강상태가 좋았다. 기본적 특성에서 주관적 건강상태와 통계적으로 유의한 변수인 교육수준, 읽을 수 있는 능력, 영양교육 경험 유무는 모두 지적능력과 관계된 변수로 보건 및 건강과 관련한 교육을 통해 해당 지역 주민들의 주관적 건강상태를 향상시킬 수 있다는 결론을 내릴 수 있다.

둘째, 경제적 상태와 주관적 건강상태 사이의 관계를 분석해본 결과, 사무직에 종사하는 사람이 주관적 건강상태가 더 좋았다. 여러 선행연구에서 직업의 유무로 인한 주관적 건강상태 측정은 있었으나(이윤환 외, 1998; Leah et al., 2003) 본 연구에서처럼 여러 가지 직업 중 주관적 건강상태와의 관계를 분석한 연구는 없었다.

셋째, 보건의료 서비스에서는 의료보험 가입여부가 주관적 건강상태와 통계적으로 유의하였는데, 의료보험에 가입하지 않은 응답자가 가입한 응답자보다 주관적 건강상태가 좋았다.

넷째, 상병 양상에서는 지난 1년간 아팠던 경험이 주관적 건강상태와 관계가 있었는데, 지난 1년간 아팠던 경험이 없는 사람이 주관적 건강상태가 더 좋았다.

다음으로 기본적 특성, 경제적 상태, 보건의료 서비스, 상병 양상이 주관적 건강상태에 미치는 영향 요인에 대해 분석하기 위해 4단계의 위계적 로지스틱 회귀분석을 실시 한 결과이다.

1단계에서는 기본적 특성을 분석하였다. 기본적 특성에서는 영양교육 경험 유무만이 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인으로 밝혀졌다. 즉, 영양교육 경험이 있는 사람이 그렇지 않은 사람보다 약 2.104배 주관적 건강상태가 좋았다. 이는 영양불량 상태가 있으면 자신의 건강상태를 부정적으로 평가한다(이해정 외, 2002)는 연구결과를 지지하였다.

2단계에서는 경제적 상태를 추가하여 회귀분석을 실시하였다. 영양교육 경

험 유무와 사무직 종사 여부가 주관적 건강상태에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 영양교육 경험이 있는 사람이 없는 사람에 비해 약 2.071배, 사무직에 종사하는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 약 1.929배 주관적 건강상태가 더 좋다는 결과가 나왔다. 따라서 영양교육 프로그램 개발이 필요하다는 것을 알 수 있고 사무직에 종사하는 사람들의 주관적 건강상태가 높은 원인을 파악하여 다른 직종에도 적용할 수 있는지에 대한 방안을 고려해 볼 필요가 있다.

3단계에서는 보건의료 서비스를 추가하여 분석하였다. 그 결과, 영양교육 경험 유무와 사무직 종사 여부, 의료보험 가입여부가 주관적 건강상태에 유의하게 영향을 미쳤다. 영양교육 경험이 있는 사람이 없는 사람에 비해 약 2.156배, 사무직에 종사하는 사람이 아닌 사람에 비해 약 2.039배 주관적 건강상태가 좋았고, 의료보험에 가입한 사람이 가입하지 않은 사람에 비해 주관적 건강상태가 좋지 않았다. 의료보험에 가입한 사람이 가입하지 않은 사람에 비해 주관적 건강상태가 좋지 않다는 결과는 의료보험에 가입하지 않은 사람일수록 주관적 건강상태가 좋지 않다(Nam et al., 2008)는 연구결과와 상반되었다. 이러한 결과가 나온 이유는 다음과 같이 유추할 수 있다. 첫째, 콩고민주공화국이 한국과 달리 의료보험 시스템이 정립되지 않아 국민들이 의료보험에 대한 필요성을 잘 느끼지 못하기 때문이다. 둘째, 의료보험에 가입한 사람일수록 본인의 건강에 대해 부정적으로 인식하는 사람일 가능성이 높기 때문이다. 셋째, 의료보험에 가입하였으나 서비스를 받을 의료기관이 부족하거나 시설이 낙후하여 부정적으로 인식할 수 있기 때문이다. 또한 설문 대상자 수가 적어서 대표성을 갖기 어려우므로 정확한 원인 파악이 어렵기 때문일 수 있다.

4단계에서는 상병 양상을 포함한 모든 독립변수군이 주관적 건강상태에 영향을 미치는지 파악하기 위해 분석을 시행하였다. 그 결과, 영양교육 경험 유무, 사무직 종사 여부, 의료보험 가입여부, 최근 1년간 아팠던 경험 유무가 통계적으로 유의하게 주관적 건강상태에 영향을 주었다. 영양교육 경험이 있는

사람이 없는 사람에 비해 약 2.134배, 사무직에 종사하는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 약 2.111배 주관적 건강상태가 좋았고, 의료보험에 가입한 사람이 가입하지 않은 사람에 비해, 최근 1년간 아팠던 경험이 있는 사람이 없는 사람에 비해 주관적 건강상태가 더 좋지 않았다. 최근 1년간 아팠던 경험이 있는 사람이 없는 사람에 비해 주관적 건강상태가 더 좋지 않다는 연구결과는 몸이 아플수록 주관적 건강상태가 좋지 않다는 연구결과(Hugo et al., 2009)와 일치하였다.

2. 연구의 제한점

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 콩고민주공화국의 두 개 지역(Kenge, Boko)만을 대상으로 조사하였기 때문에 연구결과를 콩고민주공화국 모성 전체의 특성으로 일반화하기 위해서는 기타 조건들을 신중히 고려해야 할 필요가 있다.

둘째, 위계적 로지스틱 회귀분석 모형의 설명력이 12.5%로 다소 낮게 나왔으므로 관련 영향요인들에 대한 추가적인 연구가 필요하다.

셋째, 해당지역 주민들의 교육수준이 전반적으로 매우 낮은 것으로 미루어 설문에 대한 응답 내용이 부정확 할 수도 있다는 단점이 있다.

넷째, 횡단면 자료를 이용하여 분석하였기 때문에 인과관계를 부여하는 데는 한계가 있다.

제 5장 결론 및 제언

1. 결론

본 연구의 목적은 콩고민주공화국 여성들 중 임신부와 5세 미만 아동의 모성(母性)을 중심으로 그들의 주관적건강상태에 영향을 미치는 요인을 분석하는데 있다. 이를 위해 콩고민주공화국 내 반둔두 지역 2개 보건지역(Kenge, Boko)의 임신부와 5세 미만 아동의 모성 400명(Kenge-300명, Boko-100명)을 대상으로 면접 설문조사를 실시하였다. 종속변수는 주관적 건강상태로 하였고, 독립변수는 주관적 건강상태에 영향을 미치리라 예상되는 요인을 응답자의 기본적인 특성, 경제적 상태, 보건의료 서비스, 상병 양상으로 분류하였다.

주요 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 각 독립변수와 주관적 건강상태와의 관계를 파악하기 위해 χ^2 검정을 시행해본 결과, 주관적 건강상태는 기본적인 특성의 교육수준, 읽을 수 있는 능력, 영양교육 경험 유무와 관계가 있었으며 각각 교육수준이 높을수록, 글을 읽을 수 있는 능력이 있을수록, 영양교육 경험이 있을수록 그렇지 않은 응답자에 비해 주관적 건강상태가 좋았다. 경제적 상태에서는 사무직 종사여부와 관련이 있었는데 사무직에 종사하는 응답자가 그렇지 않은 응답자에 비해 주관적 건강상태가 좋았다. 보건의료 서비스에서는 의료보험 가입여부가 관련이 있었으며, 의료보험에 가입하지 않은 사람이 가입한 사람보다 주관적 건강상태가 좋았다. 상병 양상에서는 최근 1년간 아팠던 경험이 없는 사람이 있는 사람보다 주관적 건강상태가 유의하게 좋았다.

둘째, 위계적 로지스틱 회귀분석 결과, 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인은 최종적으로 영양교육 경험 유무, 사무직 종사 여부, 의료보험 가입여부,

임신중독증 경험 여부였다. 즉, 영양교육 경험이 있는 사람이 없는 사람에 비해, 사무직에 종사하는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해, 의료보험에 가입하지 않은 사람이 가입한 사람에 비해, 그리고 최근 1년간 아팠던 경험이 없는 사람이 있는 사람에 비해 주관적 건강상태가 좋다고 응답할 가능성이 더 큰 것으로 밝혀졌다.

결론적으로 본 연구가 시사하는 바는 콩고민주공화국 여성 특히, 임신부와 5세 미만 아동의 모성(母性)들의 주관적 건강상태에 대한 중요성을 알고 이들의 주관적 건강상태를 향상시키기 위한 노력이 향후 아이들의 건강과 직접적으로 관련이 있으므로 이에 적합한 정책을 수립해야 한다는 점이다. 연구결과에 비추어 보았을 때 조사 대상자의 주관적 건강상태는 주로 교육 등 지적재산과 관련이 있는 것으로 나타났으며, 이에 따라서 임신부 건강을 개선하기 위해서는 보건교육 및 영양교육을 중심으로 한 정책이 필요함을 시사한다.

2. 제언

본 연구의 결과를 토대로 몇 가지 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구는 콩고민주공화국 반둔두 지역의 두 보건지역(Kenge, Boko)만을 대상으로 하였으나 주관적 건강상태를 향상시키기 위한 국가 전반적인 모자보건 정책 혹은 아프리카 대륙 전체를 위한 모자보건 정책을 수립하기 위해서는 콩고민주공화국 내 다른 지역이나 아프리카 대륙 내 다른 국가에서도 같은 조사를 실시하여 비교분석 할 필요가 있다.

둘째, 선진국이나 기타 개발도상국에 실행되었던 보건 정책은 비효율적일 수 있으므로 본 연구 또는 콩고민주공화국 실태조사결과를 바탕으로 한 맞춤형

형 보건정책이 필요하다.

셋째, 개발도상국을 대상으로 한 주관적 건강상태에 대한 조사는 거의 이루어지지 않았으므로 한 시점에서 설문조사를 한 후 종료할 것이 아니라 시간적 간격을 두어 주관적 건강상태의 변화에 영향을 미치는 요인이 무엇인지에 대한 연구가 필요하다.

넷째, 독립변수 중 보건의료 서비스의 의료보험 가입여부에 주목해야 한다. 일반적으로 의료보험을 시행하고 있는 선진국에서는 의료보험에 가입한 사람이 주관적 건강상태가 좋다. 하지만 본 연구에서는 의료보험에 가입하지 않은 응답자가 주관적 건강상태가 더 좋다고 나타났다. 이는 고찰에서도 언급한 바와 같이 여러 가지 이유가 있을 수 있으므로 이에 대한 정확한 원인을 파악하여 의료보험에 가입한 사람이 주관적 건강상태가 더 좋아질 수 있도록 방안을 마련해야 할 것이다.

참고문헌

- 강금식, 정우석(2010). 알기 쉬운 통계학. 도서출판 오래.
- 김진영, 임인숙, 송예리아, 한신원(2012). 고용형태와 성별에 따른 주관적 건강에서의 격차: 건강자원과의 상호작용 효과를 중심으로. 한국인구학회지, 35(1).
- 김혜련(2010). 다문화가족의 건강 및 보건의료 실태와 정책과제. 보건복지포럼, 165.
- 고영, 이인숙(2009). 취약계층 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인. 지역사회간호학회지, 20(1).
- 목진용(2003). 경로당 등록 노인의 주관적 건강수준과 관련 요인. 아주대학교 공공정책대학원 정책학과 석사학위논문.
- 윤병준(1998). 주관적 건강상태에 영향을 미치는 관련요인 분석. 서울보건대학 논문집, 18.
- 송예리아, 남은우(2009). 사회자본 정도 및 건강행동이 한국인의 주관적 건강에 미치는 영향 분석. 한국보건교육건강증진학회지, 26(3)
- 송예리아(2008). 사회경제적 수준, 사회자본, 건강행동에 따른 주관적 건강: 사회자본을 중심으로. 연세대학교 박사학위 논문.
- 윤강재(2006). 만성질환 유병상태 및 건강검진 결과와 주관적 건강인식의 관련성 연구. 서울대학교 석사학위 논문.
- 이상규(2002). 사회환경요인이 지역별 사망률과 개인의 주관적 건강상태에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 보건학과 박사학위논문.
- 이윤환, 최귀숙, 강임옥, 김한중(1998). 노인의 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인. 한국노년학회지, 18(2).

- 이혜정, 정유지, 김희진, 서희선, 이홍수, 심경원, 이상화, 조주연(2002). 노인의 주관적 건강평가의 관련 요인. 가정의학회지, 23(10).
- 조동숙(2006). 도시 여성노인의 주관적 건강상태. 여성건강간호학회지, 12(1).
- 최은희, 남은우, 이규식, 진기남, Daisuke Houri, Liu Zhong Min, Kenji Matsumoto(2010). 한·중·일 중학생의 생활양식 비교 및 생활양식이 주관적 건강에 미치는 영향. 한국학교보건교육학회지, 11(2).
- 한상태, 김한중, 남은우(2008). 국제보건학. 고려의학 제3판.
- 세계보건기구 홈페이지, www.who.int
- 한국국제협력단 홈페이지, www.koica.go.kr
- Bound J(1990). Self-Reported versus objective measures of health in retirement model. The Journal of Human Resources, XXVI.
- Breslow, L(1989). Health Status Measurement in the Evaluation of Health Promotion. Medical Care, 27(3).
- Crossley, T. F., Kennedy, S.(2002), The Reliability of Self-Assessed Health Status. Journal of Health Economics, 21(4).
- Elena Erosheva, Emily C. Walton, David T. Takeuchi(2007). Self-Rated Health among Foreign- and U.S.-Born Asian Americans. Medical Care, 45(1).
- Ellen L. Idler et al(2000). Survival, Functional Limitation, and Self-rated Health in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study 1992. American Journal of Epidemiology, 152(9).
- Eun Woo Nam, Nayu Ikeda, Jackie Green, Ji Young Moon, Myung Bae Park(2008). Determinants of the Self-Rated Health Status of the Elderly in Healthy City Wonju. Republic of Korea. Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, 25(5).

- Goldstein MS, Siegel JM, Boyer R(1984). Predicting Changes in Perceived Health Status. *Am J Public Health* 74(6).
- Hugo Westerlund, Mika Kivinmaki, Archana Singh-Manoux, Maria Melchior, JaneE Ferrie, Jaana Pentti, Markus Jokela, Constanze Leineweber, Marcel Goldberg, Marie Zins, Jussi Vahtera(2009). Self-Rated Health Before and After Retirement in France(GAZEL): a cohort study. *Lancet*, 374.
- Leah Gibert, Varda Soskolne(2005). Self-Assessed Health - a case study of social differentials in Soweto, South Africa. *Health&Place*, 9.
- Peter M. Fayers, Ron Hays(2005). *Assessing quality of life in clinical trials* second edition. Oxford University Press.

부록 1. 설문지

Survey for Strengthening Maternal and Child Health(MCH)
and Health Care Service System Survey in Democratic
Republic of the Congo

Form No. _____

Starting time: _____

District: _____

1. General Information:

1-1. Age: _____

1-2. Religion: _____

1. No religion 2. Catholic 3. Protestant
4. Kimbanguist 5. Muslim 6. Others _____

1-3. Education: _____

1. Uneducated 2. Graduated Elementary school
3. Graduated Secondary school 4. Graduated High School
5. Bachelor, Master, Doctor 6. Others _____

1-4. Can you read a letter? _____

1. Yes 2. No.

1-5. How many family members do you have including you? _____

1-6. Number of your children? _____

1-7. Have ever taken any nutrition or weaning classes?

1. Yes 2. No

2. Economic Status

2-1. Sources of income of the family?(Multiple Responses)

1. Agriculture 2. Business
3. Official 4. Labour
5. Others

3. Health and Medical Services

3-1. Does your family has Health insurance?

1. Yes 2. No

3-2. Have you ever used such healthy facility?

1. Yes
2. No

3-3. You need to pay there for any services?

1. Yes
2. No

4. Diseases

4-1. Did you experience Pre-eclampsia during recent pregnancy?

1. Yes
2. No

4-2. Have you been sick during the last 12 months(1 year)?

1. Yes
2. No

5. Self-rated Health

5-1. How would you rate your health?

1. Very Bad
2. Bad
3. Moderate
4. Good
5. Very Good

ABSTRACT

Influencing Factors upon Women's Self-Rated Health in the Democratic Republic of the Congo

- Pregnant Women and Mother of Children under 5 years old -

Lee, Hyeong Il

Dept. of Health Administration

The Graduate School of

Yonsei University

In 2001, the average life expectancy for men was 47 years and for women 51 years in the Democratic Republic of the Congo, which were among the lowest in the world. The death rate of children under the age of 5 is 540 per 1,000 live births in DR Congo while the African and the world averages are 480 and 210 respectively. The maternal and child health indicator is very poor in DR Congo. In the 21st century, self-rated health has proven to affect both physical and mental health and been regarded as an important indicator in both developed and developing countries.

This study aims to analyze factors influencing self-rated health of pregnant women and mother of children under 5 in DR Congo, and provide basic data which can be used in developing maternal and child health projects and health promotion programs to enhance women's self-rated health in the DR Congo.

To achieve the objective, a survey was conducted among 400 women, 300 of whom were from Kenge and 100 from Boko in Bandundu Province, who were pregnant women and mother of children under 5. Questionnaires were administered on factors expected to affect the self-rated health, categorized into basic information and economic status of respondents, healthcare service, and illness patterns.

Independent variables included basic information consisting of age, religion, educational background, literacy, household size, number of children, experience of nutrition education, economic status based on the main source of family income by occupation, healthcare service consisting of health insurance, use of health facilities, payment intention of healthcare service, and illness patterns consisting of experience of toxemia of pregnancy and illness during the past year. The hierarchical logistic regression analysis was performed taking each variable into account. The results show that those who have had nutrition education, work in the office, have no health insurance, or have had no illness for the last one year perceive themselves to be in good health.

To improve the self-rated health status and promote maternal and child health in DR Congo, the results suggest that the government or relevant agencies should develop programs to educate people regarding health and nutrition, and policies based on the right status of each country. Systems are also required for healthcare at all social levels along with aspects to avoid illness in daily life.

Key Words : self-rated health, self-perceived health , maternal and child health, health education, Democratic Republic of the Congo