

여성건강 간호센터를 위한 모형개발* - 일개 통합시를 중심으로 -

이은희** · 소애영** · 최상순***

I. 서 론

1. 연구의 필요성과 목적

여성건강은 단순히 생식과 관련된 여성의 역할에 제한되어지는 것이 아닌 여성의 전반적인 건강 관심사를 의미하는 것으로, 사회에서 살아가는 여성의 편치 앎음(dis-ease)과 관련되어 있다. 가부장적 가치관이 지배적인 우리 나라 여성들은 신체적 생리적으로 뿐만 아니라 사회적으로도 건강에 관한 한 취약집단으로 여성만의 건강을 포괄적인 관점에서 파악하는 것이 필요하다. 특히 여성은 자신의 건강문제뿐 아니라 일차적으로 가족의 건강을 유지해야 할 책임이 있다. 따라서 여성 스스로가 건강관리 할 수 있도록 적정기능수준을 높여주는 것은 당사자인 여성뿐만 아니라 파급효과 측면에서 그 중요성이 강조된다.

세계보건기구는 여성의 건강관리 능력향상을 위한 건강프로그램의 우선 순위가 그들의 생애주기 전반을 통해서, 특별히 생활양식과 관련된 기본건강과 생식건강에 주어져야 함을 강조하였고, 1995년 북경세계여성대회에서도 12개의 중요한 의제중의 하나로 건강영역을 다루어 생애주기에 따른 여성건강 관리의 중요성이 그 어느 때보다 부각되고 있다. 여성건강은 단지 질병이 없는 상

태만을 의미하는 것도 아니며 단순히 한 분야로 정의되어질 수도 없다(박영숙, 1998; 박정은, 1996; 이경혜, 1996). Chesney 와 Ozer (1995)는 여성건강에 대한 접근을 통합, 조직하기 위한 모델로 생식과 관련 관련된 건강/ 남성보다 여성에게 더 흔한 질병들/ 여성건강에 대한 사회적 영향(역할, 규범, 빈곤)/ 여성에 대한 폭력 / 여성과 보건정책의 5가지 분야를 포함하고 있다.

Sharp(1992)는 기존의 병원체계에서는 여성의 건강을 위한 프로그램이 없다고 주장하면서 여성의 요구와 관심에 부응하는 서비스를 제공하는 프로그램을 개발해야 한다고 주장하였다. 1990년대에 미국전역에 간호서비스를 제공하는 간호센터가 전국적으로 100여개가 새롭게 생겨났으며, 대부분의 지역사회 간호센터들은 건강증진과 건강보호 서비스를 통합하고, 특히 여성건강 클리닉은 여성의 작업요구에 맞는 환경제공, 여성용 자가 교육 자료제공, 성별에 따른 건강교육과 상담, 교실운영, 대상자의 자기효능감과 자존감증진을 통해 자신의 건강과 삶에 대한 통제감을 얻도록 돕는다. 여성건강 클리닉의 운영은 건강관리체계 내에서 여성들이 직면하게 되는 무관심에 비추어 환영받을만한 접근법이다(최명애 와 이인숙 역, 1997).

원주시의 여성정책 욕구 실태조사에서 여성들을 위한 복지시설로 여성건강간호센터에 대한 요구가 가장 많았

* 이 연구는 1997년 학술진흥재단의 학술지원비에 의해 수행됨
** 원주대학 간호과 교수
*** 연세대학 원주 의과대학 간호학부 교수
투고일 1월 25일 심사일 3월 21일 심사완료일 10월 10일

고(이은희, 최정숙, 소애영, 이경숙, 및 최상순, 1998), 21C 강원 여성 발전계획(강원도, 1998)에서도 여성건강 관리를 위한 보건의료시설에 대한 요구가 가장 높게 나타났다. 지역 내에는 여성들의 일차건강관리를 위한 전담 기관이나 시설은 없으며 보건소의 건강교실에서 일부 교육이 이루어지고 있는 실정이다. 따라서 여성들의 건강 요구를 충족시켜줄 수 있는 여성건강간호센터가 필요하며, 이는 미국의 지역사회 간호센터나 여성건강센터의 모형이 하나의 모델이 되어 우리 지역사회에 맞는 센터 모형으로 개발할 필요가 있다.

Green과 Kreuter(1991)는 건강증진을 건강한 삶의 조건과 행위를 위한 교육적, 환경적 지지의 조합으로 정의하였다. 이에 여성건강간호센터는 여성들의 건강증진을 위하여 삶의 조건과 행위를 변화시키기 위한 교육적 환경적 조건들을 조합해야 한다. 본 연구는 Green과 Kreuter(1991)가 제시한 PRECEDE-PROCEED 모델 중 1차적으로 PRECEDE 모델에 근거하여 여성건강간호센터의 운영모형을 개발하기 위하여 다음과 같은 구체적인 목적을 갖는다.

- 1) 원주지역 18세 이상 여성들의 건강문제를 PRECEDE 모형에 따라 분석한다.
- 2) 원주지역 여성대상의 건강교육 프로그램, 자원 및 제공실태를 파악한다.
- 3) 자료들을 근거로 바람직한 여성건강간호센터의 운영 모형을 제시한다.

II. 문헌 고찰

1. PRECEDE-PROCEED 모델

Green과 Kreuter(1980)는 보건교육 기획을 위하여 PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) 모델을 제시하였고, 1991년에 PRECEDE-PROCEED (Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) 모델로 보완하여 건강증진 기획 틀의 2가지 주 구성요소를 제시함으로써 건강증진프로그램을 다른 어떤 모형보다 포괄적으로 설명하고 있다(Green & Kreuter, 1991). 즉 건강과 건강행위에 미치는 요인들이 다양하고 이들 요인들이 상호작용하고 있음을 설명하며, 이는 지금까지 다른 모형들이 건강행위 변화에 대한 책임을 대상자 중심으로 보았으나, 이 모형은 사회적 맥락들이

건강관련 행위변화에 미치는 중요한 요인임을 강조하여 다른 건강모델과 비교하여 구분되는 현실성 있는 사업계획 모델이다(박형중, 1997).

PRECEDE는 건강증진프로그램을 계획하는 사람으로 하여금 건강상태를 결정하는 복합적인 요인들을 고려하게 하고, 평가를 위한 구체적인 목적과 기준을 세우게 하며 정책을 개발하고 증재와 평가과정을 위한 단계들을 제공한다. PROCEED모형은 행정적 진단단계를 정교화하고 연장한 것으로 구성요소들은 최근의 것으로 아직 잘 알려져 있지 않으며 평가도 미흡하다. PRECEDE-PROCEED 모델은 9 단계로 이루어졌다.

1 단계는 사회적 진단으로 어떤 지역사회가 경험하는 사회적인 문제들은 삶의 질에 대한 실질적이며 정확한 지표가 된다. 대상 인구집단의 관심 문제나 일반적인 요구 등에 대한 사정을 통해 삶의 질을 고려한다. 2 단계는 역학적 진단으로 1단계에서 들어 난 사회적 문제들이나 목표들에 기여할 수 있는 특별한 건강목표나 문제들을 확인한다. 3 단계는 행동적, 환경적 진단으로 주요 보건의료 문제와 관련되는 구체적 건강행위, 생활양식, 환경적 요인들을 파악한다. 4 단계는 교육적, 조직적 진단으로 대상자의 건강행위, 생활양식에 영향을 미치는 성향요인(predisposing factors), 강화요인(reinforcing factors), 촉진 요인(enabling factors)을 파악한다. 성향요인은 대상자의 지식, 인지, 태도, 신념, 가치관 등이며, 강화요인은 대상자의 행동이나 환경변화에 영향을 줄 수 있는 동료, 가족, 의료인력 등 지지인력의 태도 및 행동에 해당된다. 촉진요인은 자원의 이용가능성, 접근성, 서비스의 이용 및 제공에 관한 규칙들, 개인들의 기술 등이다. 5 단계는 행정적, 정책적 진단으로 프로그램의 개발 및 시행과 관련되는 조직적, 행정적 능력과 자원을 검토하고 평가하며 인력, 물자, 시설, 예산 등이다. 6 단계는 시행, 7 단계는 과정평가, 8 단계는 영향평가, 9 단계는 결과평가로 프로그램을 개발하고 그 결과를 평가하는 과정이다.

본 모델을 기초로 한 연구들은 그 유용성에 비해 적은 편이다. 국내의 논문으로 학교보건교육개선에 관한 진단적 접근방법으로 이 모델을 적용하여 행동변화의 준거를 찾아 이에 따른 정책제안을 시도하였고, (남정자, 정기혜, 최성옥, 1989), 유재순(1996)도 고등학교에 적용하여 유사한 결과를 보고하였다. 오현수와 김영란(1993)은 관절염 대상자를 위한 건강증진 프로그램의 계획을 위해 본 모델을 적용하여 간호영역에서 건강증진을 위한 접근 시 각 진단 단계의 상호관계를 고려하여

프로그램의 효과를 높일 수 있다고 보고하였다. 또한 보건소에 등록된 24명의 당뇨병 환자들에게 시도된 연구 결과 교육자중심의 교육보다는 대상자의 건강문제와 장애요인에 대한 사정을 기초한 프로그램 개발이 필요함이 보고되었다(정해숙, 1994). 이상의 연구결과를 볼 때 국내에서 이루어진 논문들은 환경적 진단과 행정적 진단에 대한 언급이 부족하여 추후 이 부분에 대한 연구가 보완적으로 필요하다.

국외의 연구로 듀폰회사는 근로자들을 위한 건강증진 프로그램의 개발을 위하여 이 모델의 5가지 단계 중 1 단계인 사회적 진단을 제외한 결과를 근거로 근로자들의 건강증진 프로그램 요구와 행정지원 요구를 제시함으로써 회사의 예산을 건강증진 프로그램에 배정하고 건강문제에 따른 여러 가지 보건교육자료가 회사에 비치 되도록 하는 행정지원을 받게되었다(Bertera, 1990). 또한 캐나다 보건복지부(Canadian Health and Welfare Department)는 보건서비스 대상자들의 건강행위의 양상 파악을 위한 개념 틀로서 행동적, 환경적 진단단계를 사용하였고, 이들 자료는 타 지역사회에서 조사결과와의 비교자료 기준으로 활용되고 있다.(Green & Kreuter, 1991에서 재인용)

2. 외국에서의 여성건강 간호센터

1) 미국에서의 여성건강간호센터

미국에서는 여성건강을 담당하고 있는 기관의 명칭이나 그 기능이 매우 다양하여 전체를 파악하기란 힘들다. 간호사들이 주축이 되어 운영되는 지역사회의 간호전달 체계모형도 여러 명칭을 사용하고 있으나 Lockhart (1995)는 간호센터를 간호사가 주 관리자로서 일차건강을 제공하고 의료소비자 간호에 책임을 지는 것이라고 하였다. Riesch(1992)는 지역사회 간호센터의 유형을 지역사회 영역센터, 기관중심의 센터, 건강유지 서비스를 제공하는 건강증진센터, 간호사만이 간호를 제공하는 독자적 간호서비스센터로 구분하였다.

미국에서 여성의 일차건강 간호전문가의 역할은 외래에서 10대 소녀에서부터 노인여성에 이르기까지 일차건강을 제공하는 것이다. 여성의 생식기 건강상태뿐만 아니라 전반적인 건강상태를 체계적으로 사정하고, 신체적, 심리사회적 건강문제를 진단하고 관리한다. 건강관리의 목적은 건강증진, 유지, 회복이며 여성의 일차건강 간호전문가의 치료적 전략은 자조관리, 위험요인 감소, 건강감시, 스트레스 감소, 영양, 사회적지지, 적절한 대

처, 정신적 안녕 및 건강상담과 건강교육, 그리고 산전관리 및 산후관리 등 다양한 영역의 서비스를 제공하고 있다. 운영과 재정은 설립기관에 따라 다르게 운영되지만 의사, 건강교육자, 약사, 영양사, 사회복지사 등 다양한 직종의 전문가들이 함께 참여하고 있고, 재정은 주 정부의 보조금을 받거나 대학교에 소속된 경우는 대학의 보조금, 보험급여, 대상자가 지불하는 경비 등으로 운영되고 있다(박영숙, 1999).

본 연구자가 Boston지역을 중심으로 자료를 얻을 수 있거나 방문한 결과, Brigham Women's 병원에 있는 여성건강센터는 그 설립 동기가 기관 내에 있는 여성직원들이 상담의 필요성을 느껴 적은 수의 여성 직원으로 시작하였던 사업이 기관의 필요성에 의해 확대시켜 센터로 독립시켰으며, 여성 의사와 전문간호사 및 기타 직원들이 협동하여 여성건강관리센터로 발전되게 되었다. 또한 3명의 간호사들이 지역사회 여성의 삶의 질을 향상시키기 위해 설립한 여성센터는 의학적인 면을 제외한 정보와 교육, 운동, 사회적, 정서적지지 등의 프로그램을 운영하고 있었다. 이외에도 지역에 따라서는 이민자를 위한 지역사회 일차건강진료, 건강교육, 질병예방 등의 서비스를 제공하며 비영어권 사람들을 위하여 여러 언어로 프로그램이 운영되고, 또한 임신과 출산기 여성을 위한 산전 크리닉만이 별도로 운영되는 기관도 있어 교육 프로그램과 연구활동을 활발하게 진행하고도 있었다. 이와 같이 대부분의 기관들은 지역과 기관의 특성에 따라 혹은 설립취지에 따라 특색있는 서비스를 제공하고 있었고, 정부차원에서도 나름대로 포괄적인 여성건강을 위한 프로그램을 시행하면서 복합된 사업체제로 운영되고 있었다. 대상자들은 다양한 서비스 제공기관 중에서 각자 자기들의 요구와 조건에 맞는 기관들을 선택하여 이용하고 있다.

2) 스웨덴에서의 여성과 어린이를 위한 모자보건 센터 (Maternal and Child Health Center)

스웨덴의 모자보건 센터는 우리나라의 모자보건센터의 개념이지만 스웨덴에서는 여성건강센터 내지는 가족센터의 의미를 가진다. MCH 센터는 여성과 어린이 건강을 중점적으로 관리하는 센터로, 여성건강을 위하여 조산사들이 상주하면서, 조산사 1인당 1년에 약 100여명의 임부를 담당하도록 구성되고, 지역별로 설치되어 있으며, 관내 주요 병의원과 연계되어있다.

이곳의 주요기능은 임부들의 산전, 산후관리, 모유수유교육, 청소년을 비롯한 여성들을 위한 성교육과 가족

계획 상담, 23세에서 60세까지 여성들을 위한 자궁암 검사 등이다. 즉 생식과 관련된 여성건강은 모두 조산사의 역할이었지만, 중년여성이나 노년여성을 위한 프로그램은 아직 없었다. 산전관리는 임신기간동안 부모모임을 통하여 임신생리, 출산시 통증조절, 산후조리와 모유수유 등과 관련된 내용들을 책자와 컴퓨터를 통한 영상교육을 하고 있다. 또한 부모모임 시간에는 조산사가 주도적으로 모임을 열지만 임신 주 수에 따라서 치과의사, 영양사, 물리치료사, 심리학자와 보육교사들과 함께 모임을 가짐으로써 임신부부에게 나타날 수 있는 변화, 그에 대한 대처와 역할변화 등에 대해 조언을 해주며, 문제가 발생했을 때는 연계된 병원으로 이송된다. 산후관리도 병원과 협력하여 산후 3일에 병원에서 검진을 받고 특히 모유수유의 문제를 확인하고, 헤모글로빈, 몸무게, 혈압, 부모역할 및 가족계획에 대하여 상담한다.

스웨덴에서의 모자보건센터는 국가의 주도적인 통제 아래 운영된다. 즉 사회주의 복지국가로서 모든 재정을 국가에서 부담하기 때문에 여성들은 별도의 부담없이 이용할 수 있다. 운영은 조산사와 아동전문간호사에 의하여 운영되며 프로그램별로 의사, 영양사, 치과의사, 사회복지사 등이 함께 참여하고, 교육과 상담, 일차건강관리 등을 실시한다. 조산사들은 이민자를 위하여 스웨덴어 이외에 영어를 비롯한 여러 언어를 익혀 여성과 그 가족에게 서비스를 제공하고 있다(이은희, 1999).

3. 국내에서의 여성건강간호센터

국내에서 간호사들이 주도적으로 여성건강을 전담하고 있는 기관은 찾아 볼 수가 없었으나, 의사들이 진료 중심이나 질병을 진단하는 검진중심의 여성건강센터는 몇몇 병원에서 부인과 질환을 위주로 운영하고있다. 일부 병원에서는 분만 통증완화를 위한 라마즈 교육을 간호사들이 주도적으로 실시하고 있으나, 전체 여성들을 대상으로 운영하는 것은 아니다.

여성들을 위한 건강교육 프로그램을 서울시 대부분의 구 보건소와 사회복지시설에서 운영하고 있는데, 보건소의 교육내용을 보면 모성·영유아 관리(모자건강교실), 임신·출산, 산전관리, 라마즈 요법, 골다공증 등 중년 여성을 위한 교육, 피임(가족계획)상담, 성폭력 상담, 자궁암, 유방암과 자가진단 등이 이루어지고 있다(박정은, 1997).

그러나 교육을 하기에는 보건소 인력이 부족하고, 교육 및 상담 프로그램이 여성의 생애주기의 전 과정을 다

루는데 한계가 있으며, 여성건강 전문간호사 제도가 없어서 체계적인 교육과 연구 및 교육프로그램 개발 등이 미흡한 실정이다.

III. 연구방법

1. 진단과정

PRECEDE 모형에 따라 원주지역 여성들의 건강문제를 진단하기 위하여 이은희 등(1998)의 원주시 여성정책 욕구실태조사, 이은희, 최상순 및 소애영(1999)의 일부지역 여성건강간호센터 설립 및 여성건강관리 프로그램 개발을 위한 기초조사, 이은희, 소애영 및 최상순(1999)의 여성들의 생애주기별 건강증진행위와 관련요인에 관한 연구를 참조하였다. 행정적 정책적 진단은 원주시 통계연감(1999)과 여성건강 관련 교육프로그램 운영실태에 대한 설문조사를 실시하여 분석하였다.

이은희 등(1998)의 조사시기는 1997년 10월 한달 동안 구조화된 설문지를 2000부 배포하여 1870부를 분석대상으로 하였다. 조사내용은 인구학적 특성, 가족 및 안전, 교육 및 문화, 사회복지 및 환경, 보건 및 건강, 정치 및 경제활동의 6 영역, 90문항으로 구성되었다.

조사시기는 1998년 5월 12일부터 6월 30일 까지이며, 대상자는 원주시에서 거주하고 있는 18세 이상 성인여성 1300명을 대상으로 배포한 결과 1120부를 회수, 이중 응답상태가 미비한 40부를 제외한 1080명을 대상으로 분석하였다. 조사내용은 구조화된 설문지로 일반적 특성(8 문항), 건강지각 및 관심(3문항), 건강증진행위(41문항), 자기효능감(14문항), 성역할 고정관념(12문항), 가족지지(17문항), 건강통제위(18문항)으로 총 113문항으로 구성되었다.

두 연구의 지역 선정은 원주시 지역의 특성인 시내, 외지역의 인구 분포에 따라 7:3의 비율로 구분, 행정구역(동, 면, 리)에 따라 일차적으로 총화한 후 해당 지역에서 편의추출을 하였다. 조사자들을 훈련하여 자기기록식 또는 면접을 통하여 자료를 수집하였다.

2. 개발과정

PRECEDE 모형의 진단단계에서 분석된 내용을 기초로 원주시의 여성건강간호센터를 운영하기 위한 프로그램 개발을 위해 국내에서 현재 진행되고 있는 여성진

강관련 사업 및 교육 프로그램들을 검토하였으며, 외국의 여성건강간호센터를 조사하기 위하여 미국과 스웨덴의 여성건강센터를 방문하여 서비스 운영실태를 조사하였다. 이를 토대로 원주시 지역 특성에 맞는 여성건강간호센터의 운영모형 개발을 위해 자문위원회의 자문을 받아 개발하였다.

IV. 연구결과

1. PRECEDE모형에 의한 여성건강실태 분석

1) 1단계 :사회적 진단

여성들의 삶의 질에 대한 지표로서 생활만족도는 여성들의 41.4%가 생활에 만족하였고, 18-29세의 젊은 연령층은 불만족율이 높은 반면 다른 연령층에서는 만족율이 더 높았고, 56%의 여성이 계속 이 지역에 정주하겠다고 응답하였다. 여성으로서의 삶의 만족도는 만족하는 여성이 49.7%로 대체로 긍정적이었으며, 18-29세의 젊은 여성들이 불만족한 비율이 높은 반면, 30세 이상에는 만족한 비율이 높았다. 여성복지를 위한 사업으로는 보육시설의 확대가 가장 많았으며, 여성복지시설로는 여성건강간호센터에 대한 욕구가 가장 많았다(24%). 또한 여성들은 법과 제도, 사회관습, 직장생활 등에서 불평등을 경험하였으며, 불평등하지 않다고 느낀 여성은 2.5%에 지나지 않았다.

2) 2단계: 역학적 진단

여성들의 여성생식과 관련된 특성으로 초경연령은 14-15세가 48.8%로 가장 많고, 평균 초경연령은 15.2세이며 초경연령이 점차 빨라지고 있었다. 평균 임신횟수 2.43회, 평균 출산횟수는 1.63회이다. 고위험 출산을 경험한 여성은 87.1%이며, 문제로는 출혈, 고혈압성 질환을 비롯한 빈혈, 부종, 요통 등이었고, 산후 우울을 경험한 여성이 31%였다.

74.2%의 여성들이 건강에 관심은 있지만 건강관리를 하지 않는다고 응답하였고, 주관적인 건강지각은 '매우 건강하다' 5.6%(전국평균 3.8%, 통계청, 1997), '건강하다' 40.1%로 여성들의 건강지각은 긍정적으로 나타났다. 그러나 지난 1년간 자주 경험한 평균 건강문제 수는 3.14이었으며, 연령이 증가함에 따라 건강문제의 수가 증가하였고, 건강문제는 피로감, 두통, 신경예민, 어깨결림, 기억력 감소 등이었다. 또한 지난 1년간 진단받은 여성들의 상병율은 44.4%이었으며, 미혼집단

31.5%, 출산양육 집단, 42.5%, 중년노년 집단 56.2%로 연령이 높아질수록 상병율이 증가하였다. 여성 1인당 질병의 수는 미혼집단 1.3개, 출산양육 집단 1.6개, 중년노년 집단 2.0개로 역시 연령이 증가할수록 질병의 수도 증가하였다. 질환별로는 미혼집단은 위염, 기관지염, 출산양육 집단은 위염, 자궁과 질염, 자궁암, 중년노년 집단은 관절염, 위염, 고혈압으로 집단별 차이를 보였다.

3) 3단계: 행동적, 환경적 진단

(1) 행동적 진단: 대상자들의 건강행위의 행동적 진단은 일상적인 건강행위를 보면 여성들의 38%는 술을 전혀 마시지 않는다고 응답하였으나 이는 전국 여성평균인 67% 보다 낮은 수치로 여성들의 음주율이 높으며, 흡연율은 여성들의 94.4%가 전혀 피우지 않는다고 응답하여 전국 여성평균인 93.9%보다 낮게 나타났다. 사고예방을 위하여 47%의 여성은 안전벨트를 매번 하지만 38.3%는 가끔, 14.1%는 전혀 안전벨트를 하지 않는다고 응답하였다.

자신의 건강을 위한 노력행위로는 규칙적인 식사(49.4%), 편안한 마음을 갖거나(44.5%), 충분한 수면을 취했으며(40.6%), 규칙적 운동은 11.0%로 적었다. 여성들의 30.5%가 최근 1년 이내에 건강검진을 받지 않았으며, 검진내용으로 혈액검사, 자궁암검사, 소변검사를 받았다. 기혼여성 중 자궁암 검진율은 42%, 유방암 검진율 17.0%로 낮은 수치이다. 또한 미혼집단 37.4%, 출산양육집단 30.9%, 중년노년집단 40.4%가 습관적으로 약품을 복용하며, 종류로는 소화제, 진통제, 박카스이었다.

모유수유율은 76.5%가 모유수유 경험이 있었으나 수유기간이 평균 1개월 미만으로 매우 짧으며, 모유수유를 지속하지 않은 이유로는 젖부족과 직장에 다니기 때문이었다. 인공유산경험율은 미혼자를 포함한 대상자의 40.3%가 경험이 있었고, 인공유산 사유는 원하지 않는 임신(42.8%), 약물복용(23.6%), 터울조절(14.5%) 등이었다. 피임실천율은 79.4%, 피임방법으로는 영구불임술 37.6%, 루우프 17.8%, 콘돔 16.4% 등이었다.

Pender의 건강증진생활양식 도구를 이용하여 조사한 여성들의 건강증진행위의 평균 점수는 2.41이었고, 생애주기 집단별로 차이가 있었으며, 출산양육 집단이 다른 집단보다 건강증진 생활양식의 실천도가 높았다. 또한 연령, 거주지, 교육정도, 월수입에 따라 차이가 있어

서, 연령은 60세 이상 여성에서, 거주지는 시외곽지역 여성, 교육정도가 낮은 여성, 월수입이 적은 여성들이 건강증진행위가 낮은 것으로 나타났다.

(2) 환경적 진단: 1997년 말 현재 등록된 의료기관 수는 종합병원 2, 병원 3, 개인의원 76, 치과의원 36, 한방 병의원 22, 조산소 2, 보건소 1, 보건지소 8, 보건진료소 8 개소이고(원주시 통계연보, 1998), 여성들이 상병 시에 자주 이용하는 의료기관은 병의원 45%, 약국 40%이다.

여성들의 학력은 무학 20.9%, 초등교졸 22.0%, 중졸 17.1%, 전문대졸 6.7%, 대졸 6.2%로 강원도 타시,군에 비해 학력정도가 높은 편이며, 경제활동을 하는 여성 취업률은 37.4%이다(강이수, 1998). 여성들의 56.9%가 자신의 경제상태에 불만족하고 있으며, 여성명의 재산으로는 저축계좌(33.5%), 각종 신용카드(20.7%)를 가지고 있으나, 자동차(9.2%)와 주택(7.8%)을 소유하고 있는 여성의 비율은 현저히 낮았다. 84.7%의 여성들이 취업을 원하며, 시간제 근무직을 선호하였다. 여성들의 가족형태는 핵가족 70.4%, 확대가족 21.4%이고, 동거가족 수는 평균 4명이었다. 가족 내 역할분담은 공통분담이 39.3%, 부부분담 33.0%, 주부전담 24.1%이며, 가족 중 부담이 되는 식구가 있는 여성은 20.8%로 장기 질환자나 장애인 자녀 등으로 응답하였다.

4) 4단계: 교육적, 조직적 진단

건강증진행위에 직접적으로 영향을 줄 수 있는 요인들로 성향요인, 강화요인, 촉진요인으로 구분된다. 이 요인들이 생애주기별로 차이가 있다는 문헌고찰을 통해서 세 집단으로 분석하였다. 집단분류 근거는 이경혜 등(1997)의 분류에 따라 중년기의 연령을 40세로 보아 40세 이전과 이후를 구분하고, 40세 이전은 출산경험이 예상되는 결혼을 기준으로, 18세 이상 40세 미만의 미혼여성집단, 18세 이상 40세 미만의 가임기, 분만기, 모성기를 합쳐 출산육아 집단으로 구분하였다. 또한 40세 이상은 중년과 노년을 합하여 중년노년 집단으로 구분하였다.

(1) 성향요인 : 건강증진행위에 영향을 주는 변수들로는 자기효능, 가족지지, 성고정관념, 건강통제위가 모두 상관관계가 있었다. 즉 자기효능이 높을수록, 가족의 지지를 받을수록, 성고정관념이 적을수록, 내적통제위는 높을수록, 외적, 우연통제위가 낮을수록 건강증진행위를 많이 하였다. 건강증진행위는 자기효능, 건강관심, 가족

지지, 내적통제위, 생활불편, 타인통제위, 우연통제위의 순으로 약 40%가 설명되었다. 생애주기 집단별로 영향 요인, 순위와 설명력은 차이가 있어서 미혼집단은 자기효능, 가족지지와 건강관심이 30.2%를 설명하였고, 출산육아집단은 자기효능, 가족지지, 건강관심, 내적통제위와 생활불편이 44.5%를 설명하였으며, 중년노년집단은 자기효능, 건강관심, 내적통제위, 가족지지, 생활불편과 교육정도로 약 39.4%를 설명하였다.

(2) 강화요인 : 여성이 질병을 앓을 때 55.7%의 여성들은 가족들이 관심을 갖고 치료에 동참하였으나, 43.4%의 여성들은 가족들이 관심만 보여준다거나 또는 관심조차 보여주지 않는다고 응답하여 적지 않은 여성들이 가족의 지지를 받지 못하였다. 건강관리를 하지 못하는 이유로 집안 일로 인하여 시간이 없어서 건강관리를 못하는 여성 41.9%, 경제적 어려움으로 인한 여성 10.9%로 집안 일이 건강관리보다 우선되는 것을 알 수 있다.

(3) 촉진요인 : 지난 1년간 한번이라도 건강교육을 받은 여성은 12.4%로 87.6%의 여성들이 건강에 대한 직접적인 교육을 받아 본 적이 없었다. 교육기관으로는 보건진료소, 농촌지도소, 방송국, 종합병원 등이며, 교육횟수는 대부분의 여성들이 단 1회만 교육받았다. 교육내용은 자궁암, 당뇨병, 고혈압, 관절염 등 만성질환에 대한 내용이 많았다. 건강에 대한 정보는 62.2%가 언론매체를 통해서 얻고 있으며, 의료인력이나 기관을 통해 접하는 비율은 23.7%로 매우 낮았다. 여성들이 여성건강간호센터에서 교육받기를 원하는 내용으로는 건강을 위한 올바른 식생활, 가족건강, 스트레스 관리 등으로 나타났는데, 원하는 교육의 내용도 생애주기 집단별로 차이가 있었다. 미혼집단은 올바른 식생활, 운동, 가족건강이었고, 출산양육집단은 올바른 식생활, 가족건강, 스트레스 관리, 중년노년집단은 가족건강, 올바른 식생활 및 갱년기 건강의 순으로 나타났다.

5) 5단계: 행정적, 정책적 진단

행정적 정책적 진단은 최종 진단적 과정에서부터 계획을 수행하기 위한 적용가능성에 대한 부분으로 여성대상의 건강증진 프로그램운영과 관련된 공공보건조직(보건소, 보건지소, 보건진료소)과 민간조직(3차 대학부속 병원, YWCA, 방송국 등)에서의 제공실태이다. 보건소에서는 건강교실을 중심으로 출산준비교실과 갱년기교실을 주기적으로 운영하고 있으나 보건지소는 건강관련교육이 이루어지지 않았다. 보건진료소는 다양한 건강교육

프로그램이 제공되고 있으며 지역사회 주민조직을 보조 인력으로 활용하고 있다. 대학부속병원은 건강증진법의 시행으로 성인병 관련 건강교육과 건강진단이 17회에 걸쳐 이루어졌으나 여성만을 위한 건강교육은 골다공증 교육 1회뿐이었다. 의료기관이 아닌 기관으로 방송국은 매월 정기적으로 여성교양강좌, 임신육아교실에서 건강 교육을 하고 있으나 강사는 의사에 치중되어 있다. 사회복지관은 여성건강프로그램은 없이 주로 성인병관리와 노인건강관리를 중심으로 교육을 하며, 이외에 여성회관, 농업기술센터, 대학, 산업장, 교회 등에서 간헐적으로 건강교육이 이루어지고 있었다.

이들 조직에서 건강교육시의 문제점은 공공보건조직은 보건교육 자료에 대한 정보 및 자료에 대한 부족, 보건교육 매체 부족, 예산부족, 자체인력의 준비 미비 등 자원부족과 관련한 문제들이었다. 반면에 민간조직은 교

육장소, 홍보 및 인식부족으로 인한 대상자 참여 저조, 대상자의 건강요구 파악에 대한 기초자료 부족으로 요구에 부응하는 보건교육 내용을 준비하기가 어렵다는 점이었다.

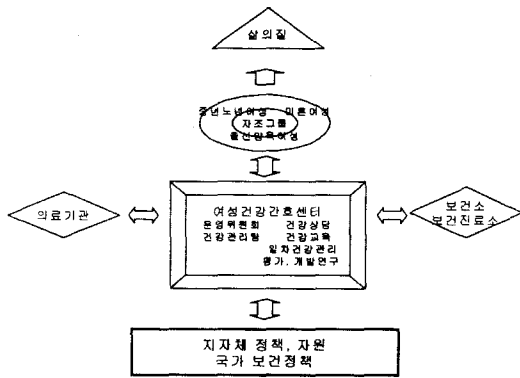
2. 원주시 여성건강 간호센터 운영 모형

PRECEDE 모형은 대상자의 행위변화에 영향을 줄 수 있는 사회적, 환경적, 그리고 행정적 정책들이 영향을 준다는 것으로 본 여성건강 간호센터의 운영모형은 그러한 요인들을 고려하여 개발되었다. 또한 모형은 운영목표, 대상, 센터의 조직과 기능, 지역사회 연계기관과 정책적 지원체계의 조합형태로 구성되었다. 즉 운영목표는 생애주기를 특성으로 하는 여성들의 삶의 질 향상을 그 목표로 하며, 대상은 각 생애주기별 여성들이다. 센터의 조직과 기능으로 조직은 운영위원회와 건강

<표 1> PRECEDE단계에 따른 변수선정과 결과

진 단 단 계	모형에서의 변수	본 연구에서 사용한 변수	결과 및 문제점
1단계: 사회적 진단	성차별, 행복감, 적대감, 자아존중감, 삶의 만족도, 복지시설	성차별 경험, 생활만족도, 여성복지 우선 사업요구, 정주 의사.	보육시설의 확대와 여성건강간호센터의 요구/ 97.5%의 여성이 생활이나 사회에서 성차별 경험
2단계: 역학적 진단	불구, 불편감, 이환률, 사망률, 주관적 건강 인지, 신체적합도, 가임력, 발병률	주관적 건강지각, 1년간 자주 경험한 건강문제, 1년간 의료기관에서 진단받은 진단명	1년간 자주 경험한 건강문제수 3.14건/ 상병률 44.4%/ 건강 문제; 피로감, 두통, 신경예민, 어깨결림/ 진단명 순위: 위염, 관절염
3단계: 행동적진단	건강행위이행, 음식소비양상, 음주, 흡연, 적응, 예방적 조치, 자가간호	HPLP, 건강관련행위, 건강검진경험, 음주, 흡연, 약물 복용, 유산경험, 모유수유실천, 운동, 안전벨트착용	음주를 62%/ 흡연을 5.6%/ 안전벨트착용률 47%/운동실천도 11%/ 암검진을 저조/습관적 약품복용률 높음/모유수유기간 짧음/ 유산경험 40.3%
3단계: 환경적진단	경제적, 물리적, 사회적 요인들, 의료서비스의 접근도, 제공가능성, 형평성	경제수준, 학력, 건강문제로 돌보아야할 가족, 가족내 역할 분담, 직업 유무, 가족형태, 의료기관 이용도.	돌보아야 할 가족이 있는 여성 20.8%/ 주부가 모든 역할 전담 24.1%/ 직업여성 37.4%/병의원 이용률 45%
4단계: 교육적, 조직적 진단	성향요인 지식, 태도, 신념, 가치, 인지 강화요인 동료, 부모, 고용주의 건강행위 및 태도 촉진요인 자원의 이용가능성, 접근도, 의뢰, 법, 규정, 기술들	건강지각 및 관심, 자기효능감, 성역할 고정관념, 건강통제위, 건강에 대한 가족들의 관심, 가족 지지도, 건강정보원, 1년간 건강관련교육 이수경험, 생애주기별 건강교육요구	건강중진행위에 영향력 있는 변수순위: 자기효능, 건강관심, 가족지지, 내적통제위 과반수 이상의 여성이 가족의 관심 및 지지 받지 못함. 집안 일이 건강보다 우선됨 대다수 여성이 건강교육 받지못함/건강정보는 주로 TV에 의존/원하는 교육내용: 식생활, 가족건강, 스트레스관리, 집단별 차이 있음
5단계: 행정적, 정책적 진단	정책, 규정, 조직	원주시에 1998년 제공되었던 공공 및 민간기관 교육프로그램; 소요예산, 사업내용, 인력규모, 제공빈도, 강사 위촉,	보건소:출산, 갱년기교실/보건지소:보건교육 없음/보건진료소 ; 다양한 프로그램, 마을건강원 활용/3차병원: 여성 건강교육 부족/방송국: 임신육아교실 * 문제점- 홍보부족, 대상자 참여저조 /공공기관-교육자료 및 활용 매체부족, 예산 및 인력준비 미흡/민간기관-대상자의 건강요구에 대한 기초자료 부족

관리팀으로 구성되고 기능은 자조그룹을 중심으로 건강 교육, 건강상담, 일차건강관리, 서비스 개발 및 평가연구 등이다. 센터의 운영형태는 지역사회 의의료기관과 보건소와 연계를 가지며 지자체와 국가의 정책적 지원이 있을 때 좀 더 효율적으로 운영되고 그 목표가 달성될 수 있음을 보여준다(그림 2).



〈그림 2〉 여성건강 간호센터 모형

1) 운영목적과 기대효과

연구결과에서 나타난 바와 같이 민간과 공공조직의 보건의료 서비스 제공의 연계가 부족하고, 제공되고 있는 여성건강 교육 프로그램이 생애주기별로 체계화될 필요가 있다. 즉 원주시 여성들의 건강문제와 건강교육 요구의 해결을 위하여 여성건강을 전담하는 기구가 필요하다.

여성건강간호센터는 여성들을 위한 일차건강관리제공을 목적으로 하며 생애주기와 관심영역에 따른 자조그룹 형성, 건강교육, 간호서비스 제공과 상담, 의뢰를 통한 지지자원연계 등을 실시한다. 이를 통해 여성들의 건강을 효율적으로 관리해 줄 수 있는 프로그램을 구성하여 여성이 처한 특수한 상황에 따른 교육의 효과를 높일 수 있으며 여성들이 직접 프로그램 운영에 참여함으로써 사회참여 기회 확대와, 지자체에 대한 정책반영의 기회가 될 수 있다. 또한 간호학 교수들의 지역사회에 대한 봉사기회 제공과 간호학 학생들의 교육을 위한 실습의 장으로 활용될 수 있다.

2) 조직 및 운영 형태 : 여성건강간호센터는 단독적으로 운영되기보다는 지자체의 정책적 지원아래 관내 민간과 공공 의료기관과 연계되어 효율적으로 운영되어야 한다. 즉 지자체의 공공조직을 이용한 행정 및 재정적

지원이 필요하며, 대상자 발견, 서비스 제공, 의뢰 및 추후관리를 위한 보건의료서비스 기관간의 협력체제를 구성하는 조정기관으로서의 역할을 담당해야 한다.

여성건강간호센터를 효율적으로 운영하기 위하여 구체적으로 운영위원회 및 건강관리팀을 구성한다. 운영위원회에는 보건소장 및 시청 관계자, 여성 활동가, 변호사, 교수 등 여성건강과 관련된 정책결정에 영향을 미칠 수 있는 지역 내 인사들로 구성하며 운영에 관한 사항들을 협의, 결정하도록 한다. 건강관리팀은 관내 대학 간호학 교수들이 중심되어 의사, 치과의사, 한의사, 사회복지사, 영양사, 물리치료사, 운동처방사 등 관련 전문인들을 포함하여 조직하며, 교육과 서비스, 상담 등을 실시하고, 간호사가 조정자로서 참여하는 것이 바람직하다. 또한 여성건강간호센터에서 여성건강에 대한 기본적인 계획을 수립하여 보건소와 보건지소, 보건진료소에서 각 지역 건강요구에 따라 소규모 그룹으로 여성들이 직접 활동을 할 수 있도록 지원한다.

3) 주요 기능 : 여성건강간호센터의 주요 업무는 건강교육 및 상담, 일차건강관리를 위한 검진 안내 및 지역사회 의료기관과의 연계 등의 일차건강관리, 자조그룹 관리, 교육프로그램의 개발 및 평가를 위한 지속적인 연구사업 등을 할 수 있다.

◆ 자조그룹 관리 : 여성건강간호센터를 효율적으로 운영하기 위해서는 여성들의 생애주기별, 특수 질환별, 건강관심 영역별로 소규모 그룹의 자조그룹들을 형성하여 운영하는 것이 바람직하다. 예를 들어 관절염, 당뇨병, 출산여성, 모유수유, 요실금 자조그룹 등이다. 자조그룹은 건강관리의 책임이 여성 자신에게 있다는 것을 인식시키고, 다른 사람들과 경험 및 정보를 나눔으로써 건강관리에 대한 자신감을 심어주며, 스스로 적극적인 건강관리를 통하여 책임의식을 함양시키고, 건강증진을 도모할 수 있다. 효율적인 자조그룹의 활성화를 위하여 자조그룹의 지도자들을 양성하며, 지도자들간의 연계를 통한 정보제공도 도모한다.

◆ 건강상담 : 건강상담은 직접상담과 전화상담을 병행한다. 직접상담을 위하여 별도의 프로그램을 운영하며, 전화상담을 위하여 상담원을 상주시키거나 자원봉사자들과 연계하여 운영할 수 있다. 상담내용은 여성들의 건강과 관련된 내용을 포함하되 비밀을 지키며, 상담의 결과가 긍정적 결과를 유발하도록 후속조치들을 병행할 수 있어야 한다.

◆ 건강교육 : 건강교육은 생애주기, 특수질환, 관심

영역에 따른 교육프로그램을 개발하여 운영하되 주간, 월간, 연간 계획을 수립하고 여성들에게 직접 교육을 통하여 지식을 함양시키는 것이다. 교육내용은 본 연구에서 나타난 생애주기별 집단의 건강 관련 특성과 건강행위에 영향을 미치는 요인, 건강교육 요구에 따라 교육목표를 설정하고 교육내용을 조정할 수 있어야 한다. 교육자는 관내 대학의 간호학 교수와 지역내 의사, 치과의사, 한의사, 영양사, 사회복지사 등과 연계하여 지역 내 인사들을 포함한다. 또한 여성들이 교육프로그램에 적극적으로 참여할 수 있는 홍보 및 지원체계를 필요로 하며, 여성들에게 교육제공에 대해 실비를 부담시킴으로써 참여의식을 높일 수 있고 센터 운영에 도움이 될 수도 있다.

◆ 일차건강관리: 여성들의 일차건강관리를 위한 서비스로 여성건강 수첩을 발행하여 관리하고(이은희, 최상순, 소애영, 2000), 질병예방을 위한 건강검진 안내 및 연계사업을 할 수 있다. 여성건강수첩은 여성자신 스스로 건강을 관리하기 위한 것으로 여성건강에 대한 정의와 중요성, 생애주기에 따라 미혼여성, 출산육아여성, 중년노년여성들을 위한 간단한 교육내용과 자신의 산과력, 건강력, 건강생활양식, 검진 받아야 할 각종 검사와 시기, 검진결과, 투약상황, 치료과정을 기록지에 기록할 수 있도록 제시하며, 건강관련기관과 인터넷 사이트 등의 주소를 포함한다. 결과적으로 자신의 건강력을 기록하게 함으로써 여성들은 자신의 건강에 대하여 지속적으로 관심을 가질 수 있으며, 스스로 건강관리에 대한 책임의식을 높일 수 있다. 또한 질병예방을 위한 검진내용과 시기 등을 제시하고, 간단한 검사 등을 실시하여 질병예방에 관한 일차건강관리 서비스를 제공한다.

◆ 서비스 개발 및 평가 연구 : 여성건강간호센터의 지속적인 운영을 위하여 프로그램의 개선작업이 필요하다. 즉 지역 내 여성들의 건강문제 사정 및 진단, 프로그램개발 및 평가, 모니터링, 평가결과에 따른 피드백의 순환 등에 대한 연구작업이 포함되어야 한다.

4) 재정 : 여성건강간호센터를 운영하기 위해서 재정은 필수적이거나 재정의 확보가 매우 어려울 수 있다. 따라서 필요한 재정은 수익자 부담의 원칙에 따라 수혜자인 여성들이 저가의 상담료 및 교육료의 일부를 부담한다. 또한 지자체의 정책적 지원을 요청하여 원주시 및 강원도의 여성발전기금의 활용, 관심있는 유지들의 지원금 등으로 기금을 확보하여 활용하는 방법을 모색해 볼 수 있다.

5) 설치 장소 : 원주시에 여성건강간호센터를 설치 운영할 수 있는 기관으로는 여성회관, 보건소, 관내 간호대학 등에 부속 설치하거나 별도 독립기관으로 설치하는 방법이 있을 수 있다. 가능한 기관 중 원주시 여성들의 접근가능성과 기존의 공간과 시설물의 활용이라는 측면에서 여성회관이 적합하며, 설문조사에서도 여성회관을 가장 좋은 장소로 응답하였다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 여성들의 건강증진과 삶의 질 향상으로 목표로 지역 실정에 맞는 여성건강 간호센터의 운영모형을 개발하기 위해 시도되었다. 여성건강문제 진단은 기존의 연구들은 이은희 등(1998)의 원주시 여성정책육구 실태조사, 이은희, 최상순과 소애영(1999)의 일부지역 여성건강간호센터 설립 및 여성건강관리 프로그램 개발을 위한 기초 조사, 그리고 이은희, 소애영과 최상순(1999)의 여성들의 생애주기별 건강증진행위와 관련요인에 관한 연구- 일개 통합시를 중심으로의 연구들을 Green의 PRECEDE 모델에 따라 분석하였으며, 운영모형은 문헌고찰 및 미국과 스웨덴의 여성건강센터 방문결과를 참고하여 개발하였다.

1. 여성건강문제 진단결과

여성건강간호센터에 대한 욕구가 여성복지시설 중 가장 많았고, 평균 건강문제 수는 3.1건, 자주 경험하는 건강문제는 피로감, 두통, 신경예민 이었다. 44.4%의 여성이 1가지 이상의 질환을 의료기관에서 진단 받았고, 위염이 14.1%, 관절염 7.8%, 자궁, 질염 7.3% 순으로 나타났다. 여성들의 흡연율은 62%, 흡연률 5.9%. 사고 예방을 위한 안전벨트 착용률은 47% 였다. 건강행위 중 규칙적 운동이 가장 적었고, 건강행위를 전혀 하지 않는 여성이 37%였다. 최근 1년 이내에 30.5%의 여성이 건강검진을 받은 경험이 없으며, 29%의 여성이 습관적으로 약을 복용하고 있었다. 인공유산경험률은 40.3%, 유산사유는 원하지 않는 임신이 42.8%, 터울 조절 14.5%였다. 모유수유율은 76.5%이지만 수유기간은 1개월 미만이었다. 건강증진 생활양식중 가장 실천이 부족한 것은 건강책임이며, 운동, 영양의 순이었다. 여성들의 의료기관 이용률은 병의원 45%, 약국 40%이다.

건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로 자기효능, 가족지

지, 성고정관념, 건강통제위 등이며, 체계적인 건강교육을 받은 여성이 적었고, 건강정보는 주로 언론매체에 의존하고 있었다. 건강교육 프로그램을 운영하는 기관은 보건소와 보건진료소에서 건강교실을 중심으로 출산준비교실과 갱년기교실을 주기적으로 운영하고 있으며, 3차 병원은 여성만을 위한 건강교육은 1회에 그쳤고, 방송국에서 여성교양강좌, 임신육아교실이 의사 중심으로 월 1회씩 이루어지고 있다.

2. 미국과 스웨덴의 여성건강간호센터

미국의 여성건강간호센터는 여성들의 일차건강관리를 위하여 지역사회에서 다양한 형태의 조직과 서비스를 제공하고 있었으며 재정은 개인부담금과 기금에 의해 운영되고 있었다. 스웨덴의 모자보건센터는 임신여성과 그 가족을 위한 서비스, 청소년을 위한 성교육과 가족계획, 자궁암 검사 등을 제공하며, 국가의 통제하에 운영되고 지역사회 내의 의료기관과 연계가 잘 되어 있었다.

3. 여성건강간호센터 모형개발

여성건강간호센터의 운영모형은 운영목표, 대상, 센터의 조직과 기능, 지역사회내의 연계기관, 정책적 지원 체계의 조합으로 구성되었다. 즉 여성들의 체계적인 일차건강관리제공을 통한 삶의 질 향상을 목표로 하며, 생애주기와 관심영역별 자조그룹 결성과 관리, 건강상담, 건강교육, 지속적인 프로그램의 개발 및 평가에 대한 연구를 주요 업무로 한다. 센터의 조직은 운영 및 조직관리를 위한 운영위원회와 여성들에게 프로그램을 제공할 수 있는 건강관리팀으로 구성되고, 건강관리팀에는 간호사가 주축이 되어 건강전문인들이 함께 참여할 수 있도록 조직된다. 또한 센터는 여성들의 질병예방을 위한 건강검진, 질병치료와 재활을 위하여 지역내 의료기관과 보건소, 보건진료소 등과 연계하고, 재정은 시의 보조금과 여성들의 부담금으로 충당한다.

제 언

이상의 결과들을 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째로 지역 특성에 맞는 여성건강센터들이 설치되고 다양한 프로그램들이 개발 운영되어야 한다. 둘째로 본 연구에서 개발된 운영프로그램의 적용 후, 결과를 평가

할 수 있는 후속연구들이 필요하다. Green의 모형은 PRECEDE-PROCEED 모형 중 본 연구에서는 PRECEDE 모형만이 적용되었다. 따라서 개발된 모형이 적용되고 평가할 수 PROCEED모형에 대한 후속연구가 필요하다. 셋째로 전문간호사제도가 점차 확대되어 가고 있지만 아직 여성건강전문간호사 제도가 없으므로 여성건강에 대한 일차건강관리를 전담할 수 있는 전문간호사제도가 필요하다.

참 고 문 헌

- 강원도 (1998). 21세기 강원여성 발전계획: 1998-2002.
- 강이수 (1998). 원주시여성의 현실과 여성운동, 원주시 회연구, 상지대학교 사회과학연구소, 한울 아카데미.
- 고효정, 정금희, 박경빈, 김혜영 (1997). 여성건강 간호연구의 최근동향, 여성건강간호학회지, 3(2), 205-214.
- 광주군 보건소 (1999). 건강증진사업 보고서, 경기도 광주군 보건소
- 남정자, 정기혜, 최성옥 (1989). 학교보건교육개선에 관한 연구(II)-진단적 접근방법에 의한 실태조사를 중심으로-, 한국인구보건연구원.
- 박영숙 (1998). 여성의 건강문제와 간호방향, 간호전문직의 과제와 실천방향, 수문사, 323-362.
- 박영숙 (1999). 여성의 건강을 위한 간호전달체계 모형 개발-조산원 중심으로 여성건강간호학회지, 5(1), 106-119.
- 박정은 (1997). 성인여성건강교육 실태와 교육 프로그램 개발, 한국여성개발원
- 박형중, 김공현, 김광기 (1997). 보건교육-계획, 행동 이론, 평가를 중심으로-, 신평출판사, 61-67
- 오현수, 김영란 (1993). 건강증진 프로그램의 계획과정-관절염 대상자를 중심으로-, 간호학탐구, 2권 2호, 79 - 101
- 원주시 (1998). 원주시 통계연보, 원주시.
- 유재순 (1996). 고등학교 보건교육에 대한 진단적 연구 -PRECEDE모형을 근거로-, 서울대학교 대학원 박사학위논문
- 이경혜 (1996). 여성건강의 최신이론과 쟁점, 간호학탐구, 5(1), 36-55.
- 이경혜 (1997). 여성건강을 위한 개념적 모형, 간호학

- 회지, 27(4), 933-942.
- 이은희, 최상순, 최정숙, 소애영, 이경숙 (1998). 원주시 여성정책육구 실태조사, 원주시.
- 이은희, 최상순, 소애영 (1999). 일부지역 여성건강간호센터 설립 및 여성건강관리 프로그램 개발을 위한 기초 조사, 여성건강간호학회지, 5(1), 119-133.
- 이은희, 소애영, 최상순 (1999). 여성들의 생애주기별 건강증진행위와 관련요인에 관한 연구- 일개 통합시를 중심으로, 대한간호학회지, 29(3), 700-710.
- 이은희, 최상순, 소애영 (2000). 여성건강간호센터 운영 모형과 프로그램 개발에 관한 연구, 학술진흥재단 지원연구 보고서
- 이은희 (1999). 스웨덴 조산사들의 역할, 조산협회지, 9, 27-36.
- 정혜숙 (1994). PRECEDE 모형을 활용한 당뇨병교육 프로그램 개발-일 보건소 당뇨 등록환자를 중심으로-, 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문.
- 최영희 (1998). 여성건강을 위한 행동전략, 이화여자대학교 여성건강증진센터 심포지움자료, 1-23.
- 최명애, 이인숙 역 (1997). Nola J. Pender저 (1997). 건강증진과 간호실무, 현문사.
- 최연순, 장순복, 조희숙, 최양자, 장춘자, 박영숙, 이남희, 조동숙, 이은희 (1999). 여성건강간호학, 수문사.
- Bertera, R. L. (1990). Planning and Implementing Health Promotion in the Workplace: A Case Study of Dupont Company Experience, Health education Quarterly, 17(3), 307-327
- 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.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). Health Promotion Today and a Framework for Planning, Health promotion planning an educational environmental approach, 2nd Ed, Mayfield Publishing Company.
- Lichter, M. et al (1986). Oakwood Hospital Community Health promotion Program, HealthCare Management Review, 11, 75-87.
- Lockhart, C. A. (1995). Community nursing centers: An analysis of status and needs. In B. Murphy(Ed.), Nursing centers: The time is now, New York: National League for Nursing.
- Riesch, S. K. (1992). Nursing centers : An analysis of the anecdotal literature, Journal of Professional Nursing, 8(1), 16-25.
- Sharp, C. L. (1992). Establishing a women's center. Nursing Management, 23(8), 65-66.
- Taylor, D. L. & Woods, N. F.(1996). Changing Women's health, changing nursing practice. Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 25(9), 791-802.
- www.ksdn.co.kr. (1998) 인간보건 여건의 보호 및 증진, Agenda 21, chapter 6.

-Abstract-

Key concepts : Women's health, PRECEDE model, Women's health care center

Model Development a Womens' Health Care Center in the Community

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

The purpose of this study was to analyze womens' health problems using Green & Kreuter's 1991 PRECEDE model and to develop a model for a womens' health care center located in the community. The subjects were recruited from Wonju City.

* Department of Nursing, Wonju National College

** Department of Nursing, Wonju College of Medicine Yonsei University

1. The results showed that 23% of the sample population felt there was a need for a womens' health care center. The mean number of health problems was 3.1. The prevalence rate, was 44.4%, and the rate for an artificial abortion, was 36.4%. Also 30.5% did not have a health examination in the past year. Women using the hospital for medical care accounted for 45% of the sample, while 40% used the drugstore. The average score on the HPLP was 2.41, and this was influenced by self-efficacy, family support, sexual role, and health locus of control. There are a few educational programs in the city provided by the Wonju Health Center and by community health nurse practitioners.
2. The nursing center, as defined in North America, is a nurse-anchored system of primary health care delivery or neighborhood health center. Centers offer various services ranging from primary care to the more traditional such as education, health promotion, wellness screening, and coordination of services by advanced practice nurses. For examples in Sweden MCH centers provide total services for childbearing women and their families, sexual counseling and education for adolescents, and screening by midwives for cervical cancer.
3. The developed model combines purpose, target population, organization, and services, and is related to health resources. The purpose is primary health care and promotion of the quality of life. The target population can be grouped according to the life cycle, (premarried age group, the childbearing/child rearing age group, and middle aged and elderly women) and focuses on self-help. The organization of the center includes an advisory committee to plan and evaluate, and a health services team that will be multidisciplinary to provide health care, counseling education, and research.
The model development suggested that a variety of women's health care centers are needed to insure adequate management of women's health. Follow-up research using PROCEED is needed to analyze health outcomes. Also a health nursing specialist system is required to develop health promotion, and improve the quality of life of women.