

# 여 성 건 강 - 실무발전 방향 -

장 순 복

(연세대학교간호대학 교수)

## I. 우리의 입장

여성의 건강지표는 국가의 건강지표를 대변할 만큼 중요하며 그 영향력이 크므로 대한간호협회는 1995년 5월 국제간호사의 날 주제를 “여성건강 : 간호사들이 그 길을 열다”로 정하고 학술발표와 제반 논의등을 하였다. 이를 계기로 이제 한국간호에서는 여성건강 관리를 구체적으로 간호사업의 일환으로 수용하고 전개해 나갈 전환적 신호를 보인 것이라고 볼 수 있다.

미국에서는 1990년대에 들어서 클린턴 대통령의 건강관리 개혁안이 발표됨에 따라 새로운 건강관리 개념이 도입되었고 이에따라 간호사들은 여성의 힘을 북돋우고 교육하고 자신의 건강을 책임질 수 있도록 도와야만 하는 입장에 있다고 Wood & Ransom(1994)는 말하였다.

우리나라도 국민건강증진법이 1995년 1월 5일에 입법되고 9월 1일을 기하여 발효 되었으므로 건강관리의 새로운 장이 열리고 있음이 예고된다. 우리나라의 보건관계법이 건강증진법으로 개정됨에 따라 전국적으로 기존의 건강관리 체계내에서는 건강관리 개념의 변화와 함께 건강관리 사업 운영방식의 전환과 우선순위의 재조정이 불가피하게 되었다. 종래의 보건관계법이 국민건강증진법으로 개정되면서 이 법의 목적은 “국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천 할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함에

있다”고 명시하고 있다. 구체적으로는 국민건강증진에 명시된 변화된 건강관리 내용을 보면 이전의 사업대상은 ‘환자’였으나 ‘건강한 자’로, 사업내용이 ‘약물투여나 기술적 치료’였던 것을 ‘생활습관의 변화유도’로, 관리 질병대상을 ‘감염성 질환’에서 ‘만성퇴행성 질환’으로, 이를 위한 건강관리 재원은 ‘국고와 지방비’였던 것을 ‘국고, 지방비 및 기금’으로 충당하는 것으로 재원의 범위를 확대하였다(박기준,1995). 이는 증진 차원에서의 건강관리는 세금에 의해서 국가만이 담당해오던 질병관리와는 다르므로 기업이나 사회 자치단체등도 재정적으로 지원할 수 있다는 점에서 건강관리의 개념이나 그 접근방식에 있어서 변화의 수준이라기 보다는 근본적인 개혁이라고 할 수 있다. 이에 따라 정부는 이전의 건강관리 체계의 조직을 정비하고, 인력을 확보하고, 시설장비를 보강하는 등의 체제 정비, 건강생활 실천운동, 보건소중심의 건강증진사업, 건강증진을 위한 조사연구 및 보건의료인력의 재교육까지 계획하고 있으나 여성중심의 건강관리안을 찾아보기가 매우 어렵다. 이는 우리나라만이 당면하는 고유한 현상은 아닐 것이다.

미국의 경우에도 Foster(1994)는 그동안 여성 건강문제는 주로 암, 성병, 심장병, 출산관련 합병증등을 다루었으나 건강증진, 건강유지, 건강에 방측면이 다루어 지지않아 사실상 건강관리 방안이 명확하게 제시되지 못한 현실임을 지적하였다. 그는 1989년 모든 정보를 조사하였으나 여성건강에 관한 통합적인 접근방식을 찾기는 어려웠다고

보고하였다.

그러므로 우리나라의 경우 건강관련 법이 지향하는 방향이 건강증진이라는 사실은 여성건강관리의 속성이 대부분 건강증진의 차원에서 다루어져야 함을 고려해야 할 때에 매우 고무적인 긍정적인 현실이지만, 새로운 법의 방향에 따라 제시된 건강관련 사업계획에서 여성건강이 구체적으로 다루어지지 않고 있다는 사실은 우리에게 도전이 되므로 여성건강에 진지한 관심을 갖고 있는 간호사들이 그들의 내적인 관심을 구체적으로 실천해 보여야만 하는 시대적 요청에 직면하고 있는 현실이다.

그러므로 우리는 여성건강증진을 위해 실질적인 전략을 수립해야 한다.

## II. 여성건강관리 전략

여성건강관리를 위해서 사업을 전개하는 전략적인 측면과 실무적 측면에서의 접근이 병행되어야 한다. 포괄적인 전략을 세우고 여성을 위한 간호사업을 전문적으로 한다는 것은 그다지 용이한 일은 아닐 것이다. 이는 Foster(1994)가 120여군데의 여성건강관리 기관을 방문해 보고 문헌을 고찰을 한 후에도 여성건강증진과 보호를 위한 포괄적인 방안을 제시하기가 어려웠다고 보고함으로써 여성건강관리의 복잡성과 현실적인 대안 마련의 어려움을 피력한 사실등을 통하여 더욱 실감하게 된다.

그러나 1990년 WHO는 유럽의 9개 나라가 공동으로 한 연구를 통하여 여성건강이란 여성이 자신의 건강에 관한 책임감을 높이어 건강증진과 건강보호를 위한 자가관리를 하도록 유도하는 것으로서 이를 위한 통합된 여성건강관리 접근방식이란 건강관리자와 수혜자가 함께 참여하는 방식이어야 하고, 여성 개인의 생의 주기와 발달과업에 시의적절하게 건강증진, 건강유지, 질병예방을 통해 최고의 안녕수준을 유지하는 것을 목적으로 해야 함을 천명함으로써 여성건강관리를 정의하고 그 접근방식을 제시하였다.

그러므로 이 모든 사업을 계획하는 철학적인 관점은 다음과 같다.

1. 여성이 자신의 인간적 정체성을 각성시키는 관점
2. 건강관리에서 가능한 다양한 통로를 통하여 몸, 마음, 정신, 환경을 통합시키는 관점
3. 여성 자신의 책임을 기꺼이 받아들이고 모든 의사결정을 스스로 할 수 있다는 관점
4. 건강관리 과정에 적극 참여하도록 돕는 관점

이상과 같은 여성건강관리의 목적과 관점을 달성할 수 있는 사업계획을 위하여 우리는 다음의 단계를 거쳐 할 것이다.

첫째, 우리가 갖고 있는 강점, 약점, 열려진 가능성과 장애요인 등에 관한 상황적 진단을 하고

둘째, 장·단기 목적을 세우고

셋째, 운영계획을 세우고

넷째, 재정계획을 세워야 할 것이다.

여성에게 적절한 건강관리를 하려면 여성과 여성건강에 영향을 미쳐왔던 사회, 역사, 정치적 요인을 충분히 이해하고 있어야만 과거의 편견과 오류를 발견하고 이를 수정할수 있는데 이는 건강관리자나 여성 모두의 관심사로서 여성자신의 자율성 정도에 초점을 맞추어야 한다(Eidsness & Wilson, 1994). 그래야만 여성들이 자신을 돕는다는 것이 사회 역사적 맥락 속에서 무엇인지에 관해 의사소통 할수있고, 의사결정과정을 도울 수 있고, 유용한 인력자원을 활용하도록 도울 수 있는 전략을 수립 할 수 있다(Abrums, 1993.; Choi, 1995).

이상의 네 단계에 관하여 좀더 구체적으로 논의한다면 다음과 같다.

첫째, 진단된 사실에 대해서는 여성건강사업의 장애요인이 되는 사회의 부정적 태도, 치료전문 인력과 사업관련 인력간의 갈등예방, 부적절한 기존의 건강관리기관, 건강관리자의 태도, 기존체제의 저항, 건강관리자의 교육부족, 건강관리자의 역할제한, 건강관리자들이 갖고있는 부적절한 정보등을 파악하여야 한다. 이상의 과정에서 파악된 부정적 요인을 완화시키기 위하여 여성의 중요성을 인식시키는 노력이 필요하고, 갈등을 완화시키기 위

하여 타협과 절충을 하고, 건강관리 프로그램의 수정, 건강관리자에게 여성건강의 중요성을 일깨울 수 있는 워크샵 개최, 교육이나 훈련프로그램 개설, 유용한 정보제공 통로의 마련 등을 계획에 포함시켜야 한다.

둘째, 장단기 목적은 사회적으로는 사회경제적 여건이 조절되어 사회적 스트레스를 감소시킬 수 있는 가능성을 발견해 내고, 여성자신을 위해서는 소비자인 여성자신의 역할인식을 제고시키어 건강 관련 우선순위에 대한 의사 결정과정과 요구사정에 적극 참여 할 수 있도록 하는 방안을 세우고, 간호사는 기존의 건강관리를 보다 효율적으로 할 수 있는 방안을 수립한다.

셋째, 운영방안으로는 기존의 건강관리 조직을 이용하여 여성건강 관련 프로그램을 부기적으로 개설, 운영하는 방안과 독립된 여성건강 센터를 운영하는 방안을 들 수 있다.

넷째, 이러한 건강관리 사업들은 재정적으로 자립할 수 있어야 한다. 사업적 측면에서 창의적이고 분석적인 접근을 하여 현재 우리가 갖고 있는 다양한 자원을 활용해야 한다.

건강증진과 예방에 예산을 지원할 수 있는 사회단체와의 유대를 증진 하기위해 산업체의 여성건강 관리를 위한 교육이나 상담, 프로그램개설 및 운영을 도와주는 등의 다각적인 노력을 해야 한다. 그러나 현실적으로 미국의 건강관리 센터들이 1970년대에 초기단계에서 대학차원에서 간호사가 교수진과 협력체제로 건강관리센터를 운영하면서 운영을 위한 재정적 지원을 다양하게 간호대학이나 지역에서 받았던 사실과 우리나라의 경우 대기업이나 기존의 3차 진료기관에서 자체의 이미지 향상을 위한 수준에서 여성건강 관련프로그램이 운영되고 있는 사실을 고려할 때에 자체 독립된 예산을 확보하기는 어렵다. 이를 위한 예비단계의 노력으로 우선은 실무, 교육, 연구간의 연관성을 제고 하는데 주안점을 두는 학교와 임상의 연계체제 운영방식과 기존의 보건관리 조직망을 통하여 전문적인 기술이나 능력지원을 하는 방법이 소극적이거나 지원을 마련하거나 대중에게 여성건강 관

리의 유익성을 알리고 평판을 얻는 길이 된다고 본다. 물론 적극적인 방법으로는 연구의 계획서가 수용되어 재정적 지원을 받는 길이라고 본다.

### III. 여성건강관리 범위

여성건강의 주요 속성은 출산중심적인 사항, 정상 성장발달 과정, 사회문화적 특성, 성 건강관련 사항, 모성문제, 삶의 질 문제, 건강증진 환경과의 조화, 여성의 경험, 인간간의 상호작용, 환경을 변화시키는 능력 등으로 포괄적으로 제시되어 그 범위가 광범위 함을 알 수 있다. 그러나 여성건강 관리의 범위는 여성의 출생부터 죽음까지의 생물학적 관점에서 되기보다는 여성의 성적 특성이 발현되는 사춘기의 시점에서 여성의 성적 특성이 퇴화되어 성적존재이기 보다는 인간적 존재로 귀화되는 시점까지에 집중하여야 한다고 본다(이경혜 등, 1995 Sullivan, Eileen., Fields, Bonnie., Kelly, Joseph., & Whelan, Ellen-Morrie 1993). 최소한 건강이 보장되어야 하는 대상자로는 초경을 하는 여성부터 폐경시기까지의 여성이 포괄되어야 하며 그들의 안녕수준을 높이는 것을 목적으로 해야 한다.

이를 달성하기 위한 여성건강 관리센터의 세가지 접근법은 유방암, 약물중독등의 건강문제, 생활유형과 관련된 문제, 그리고 여성주의적 입장에서의 문제를 다루는 것으로 대별되는데 각각의 관점의 문제를 포괄하되 여성들이 경험하는 내적인 느낌을 특히 존중해야 한다(Bigbee, 1989; Woods, 1995).

여성의 성장발달적 측면에서 우선적인 건강관리의 내용은 다음과 같다.

-사춘기 여성을 위해서는

매년 건강사정을 하여 확대, 강간, 안녕수준, 스트레스요인등을 파악하고, 위기, 자살, 가족계획, 강간, 성폭력, 영양결핍, 비만, 사고, 성병등의 감염위험성에 대하여 상담하고, 기본적인 지식인 신체의 해부, 생리, 성장발달, 월경, 생식생리, 성정체감 각성, 남녀관계, 약물사용, 건강문제의 해결

방법등을 교육해야 한다. 미국에서는 여성학대와 약물남용이 여성상해의 주 요인이 되어 여성사망율과 이혼율을 증가시키고 있는 현실이므로 점차 우리사회에서도 비중있게 고려 해야할 것이다 (Campel, 1993; Kowpak, 1991).

- 성인 여성을 위해서는

첫째, 건강증진의 핵심행위는 섭생, 스트레스 관리, 골격유지, 위해물질 기피(술, 담배, 약물). 둘째, 건강보호의 핵심행위는 산전산후 자가관리 및 태교, 안전분만, 가족계획, 셋째, 건강예방의 핵심행위는 조기진단, 조기발견, 감염예방, 자궁경부암, 유방암 예방행위, 심혈관계 질병이나 성인형 당뇨 예방행위등을 교육, 상담, 일차, 이차예방 교육과 관리 및 성적 적응을 도와야한다.

- 갱년기 여성을 위해서는

성인여성을 위한 내용과 함께 부가적으로 갱년기의 이해와 적응을 위한 내용과 성공적인 나머지 반생애를 위한 프로그램이 운영되어야만 여성의 질적인 삶을 도울 수 있을 것이다.

이상의 모든 프로그램 운영은 여성을 하나의 성적인 특성을 갖춘 존재로 보고 성건강 측면이 포괄될 것이 강조된다.

#### IV. 여성건강관리센터 운영

건강관리센터의 운영상 고려점은 서비스의 질과 관리체계의 두가지 일 것이다. (Wallis, 1990)

서비스의 질을 위하여는 전문간호사에 의해, 여성을 위해 운영되고, 간호사가 관리하고, 서비스요금의 지불체계를 확립하고, 의뢰체계를 확립하고, 그리고, 사업의 평가기준이 설정된 상태에서 제공되어야 한다.

다양한 여성의 문제를 포괄적으로 다루려면 간호사나 의사, 사회사업가, 사회학자, 여성학자들과 함께 다학제간 협동과 통합적인 접근을 하여야 성공적이고도 여성을 만족시킬만한 서비스가 되겠지만 여성에게 서비스를 직접 제공할 수 있는 전문가적 능력을 갖고 있는 간호사가 주도적으로 해야 할

것이다. 그러려면 여성에 관련된 생리, 심리, 사회적 지식과 그 지식을 사용하는 방법인 전문적인 능력과 경험을 갖고 있는 간호사가 우선적으로 해야 한다.

사실상 미국의 건강관리 센터의 45%는 일차건강관리를 담당하고 있다. 2차, 3차 건강관리 수준에서는 건강사정과 검색이 19%, 교육이 14%, 상담이 7%, 가정간호가 3%이고, 3%는 심리, 정신적 문제를 다루고 있다(Leslie Swider, 1986). 미국 간호사에 의하여 관리되는 20개의 건강관리 센터들이 그 동안 해왔던 일들은 대체로 일차건강관리로서 임상전문 간호사와 교수요원이 한팀을 이루어 진행되어 왔다고 보고 되었다. 거의 대부분 기관에서 제공된 서비스의 내용을 보면 가족계획, 산전관리 교육, 검색 등이 주종이었으며 자체지집단이나 연구소내 사업으로 통합 시키는 경우도 많았다. 우리는 우리 여성을 사정하고, 진단한 것에 근거하여 사업의 우선순위를 조절해 나가야 할 것이다. 효율적인 사업운영을 하려면 구체적으로 소비자측이나 간호사측의 개인이나 집단과 관련된 자료를 전산화하고, 대중매체를 포함하여 광범위하게 건강교육 자료를 배포하고, 고급기술과 인력을 확보하고, 국내외적으로 정책결정 과정에 여성을 참여시키고, 자원봉사자를 활용해야 할 것이다.

여성건강관리 센터의 성공적 운영지침으로는

1. 사업을 계획하는 초기단계에서부터 재정과 법적인 자문을 구한다.
2. 요구를 사정하되 표면적 요구가 아닌 내재된 요구를 사정한다.
3. 장기적으로 운영 가능성이 있는 전략계획을 수립한다.
4. 헌신적인 인력을 확보한다.
5. 지역과의 유대를 강화한다.
6. 저렴한 비용효과를 도모한다.
7. 간호사가 줄 수 있는 건강이득을 분명히 알린다.
8. 대상자 위주의 시간대에 운영한다.
9. 대상자 수준에 맞추어 만족도를 높인다.

10. 의뢰 기관과의 상호지원하는 분위기를 조성해야 한다.

이상의 제반사항을 고려한다면 바람직한 여성건강 수요를 충족시킬 수 있다고 본다.

## V. 결 론

여성건강 관리를 준비하는 입장에서 우리나라사회의 강점은 여성의 높은 학력수준, 여성들의 적극적인 사회참여 요구, 전문인력 분포의 증가등이고, 약점은 유교문화에 영향을 받은 남녀간의 성차별이고, 열려진 가능성은 성차를 극복하려는 법이 제정된 점과 함께 산업발달에따른 높은 경제수준이며 결정적인 잠재력은 역사적으로 실증된 성공적인 가족계획 경험등을 반추하여 긍정적으로 준비해 나갈 수 있다고 전망된다. 그러므로 우리는 기존의 건강관리망을 통하여 여성건강관리 프로그램을 개설 할 뿐 아니라, 구청 단위의 사업, 연구소등을 중심으로 교수요원과 임상간호사의 협동체제로 혹은, 3차 진료기관에서의 여성건강 관련 프로그램의 개설 및 기존 조산소나 그외의 독립된 여성건강관리센터를 운영함으로써 여성건강을 증진시킬 수 있다고 결론 지을 수 있다. ■

## 참고문헌

- 박기준(1995). 국민건강증진법의 내용 및 시행계획, 국민건강증진의 실행방안. 추계보건대학원세미나, 1995 11월 16일, 연세대학교알렌관
- 이경혜, 한영란, 배정희, 정금희 (1995). 여성건강에 대한 개념분석연구, 여성건강간호학회지, 제 1권 1호 223면
- Abrams, M.(1986). Health care for women, Journal of Obstetrics, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 15(3):250-255.
- Bermosk, Loretta S.& Porter, Sarah E.(1979). A pattern for healthing services. Women's Health And Human Wholeness, Appleton-Century-Crafts. p181-200.
- Bigbee, JL.(1989). The effects of consumer education on women's health :a pilot study. Women & Health 15(1):57-70.
- Choi, C. Elizabeth(1995). The women's health care practice, 여성건강증진을 위한 간호의 전망, 여성건강간호학회 하계학술세미나, 연세대학교의과대학 131호
- Campel, JC.(1993). Women abuse and public policy :potential for Nursing action. AWHONNS Clinical Issues in Perinatal & Womens Health Nursing, 4(3):503-12.
- Eidsness L, Wilson, AL.(1994). Women voicing their autonomy :the changing picture of women's health care, South Dakota Journal of Medicine, 47(7):227-9.
- Foster, Joyce Caneron (1994). A women's Agenda, Holistic Nursing Practice, July p74-88.
- Kowpak, M.(1991). Adolescent health concerns :a comparison of adolescent and health care provider perceptions. Journal of the American Academy of Nurse Prastitioners, 3(3):122-128.
- Leslie, LA. & Swider, SM. (1986). Changing factors and changing needs in women's health care. Nursing Clinics of North America, 21(1):111-123.
- Lundy M. & mason S. (1994). Women's health care centers :multiple definitions. Social Work in Health Care, 19(3-4):109-122.
- Woods, NF. (1995). Cancer research:future agendas for women's health, Seminars on Oncology Nursing, 11(2):143-147.
- Wood, SH. & Ransom, VJ. (1994). The 1990s : a decade for change in women's health care policy. Journal of Obstetric, Gynecology, & Neonatal Nursing, 23(2):139-143.