

한국의 모자보건 현황과 대안

이 경 혜*

1. 서 론

1. 모자보건의 중요성

모자보건은 어머니와 어린이의 건강을 보호하고 유지, 증진함으로써 어머니(여성)는 건강한 자녀를 안전하게 출산하고, 태어난 어린이는 건강하게 성장 발육하여 개인과 가족의 질적인 삶은 물론 미래 국가와 사회의 건강한 인적자원을 양성하는 국가적인 사업이다. 그러므로 그 나라의 발전수준은 모자보건의 수준으로 결정하며 영아사망률과 모성사망률은 국가 발전의 수준을 대표한다. 모자보건의 대상은 가임기 여성(15-45세)과 어린이(0-15세)로서 전국민의 54%를 차지하며 신체, 정신, 사회, 문화, 정치, 경제적으로 취약하므로 국가적인 보호가 요구된다(방송, 1996; 박정환 1998). 그럼에도 불구하고 여성과 어린이는 국가 정책의 가장 하위에 있으며 국가가 전쟁이나 재난을 당할 때 가장 먼저 피해를 입는 것은 여성과 어린이이다.

모성(어머니)은 여성이다. 여성을 위한 건강관리는 어느 사회이던 여성의 역할이나 지위와 평행선을 이루며 여성건강의 질(quality of women's health)은 그 나라 국민건강에 직접 간접으로 영향을 미친다. 왜냐하면 여성은 미래의 국민인 자녀를 낳고 양육하고 사회화하며 가족건강을 관리하는 건강관리자 교육자이기 때문이다(Butanarescu, 1983). 어머니가 건강하지 못하면 기형아나 장애아를 낳게 되고, 비록 건강하게 낳았다 하더라도 사랑으로 잘 양육하지 않으면 모성 박탈(deprivation)증상을 가진 문제아를 만든다. 이러한 어린이는 성인이 되어서도 자신의 역할을 다 할 수 없고 남의 도움을 받아야 하므로 국가 발전을 저해하게 된다. 박정환(1998)은 노벨 평화상을 받은 미국의 Theodore Roosevelt 대통령의 말을 인용하여 "우리세대의 가장 중요한 책무는 우리 국가과업을 이어나갈 다음 세대를 훌륭히 기르는 일입니다. 특히 여아를 보호해야 합니다" 라고 하였다.

건강한 어린이를 위해서는 먼저 건강하게 태어나야 하고 그러기 위해서는 어머니인 여성이 건강해야 한다. 따라서 여성건강은 국가 전체의 통합된 한 부분으로서 국가발전정도 와 밀접한 관련을 가지고 있다. 선진국이나 개발도상국이나 저개발국이나에 따라 여성과 어린이에 대한 정책에 차이가 있으며 모자의 건강상태도 달라진다(McElmurry, Norr, Park, 1993). 따라서 여성과

* 이화여자대학교 간호과학대학 교수

어린이의 건강은 개인뿐만 아니라 가족과 국가사회 전체를 위해 대단히 중요하며 세계가 하나의 마을(village)이 되는 국제화 사회에서는 인류전체의 행복을 위해 중요하다. 이러한 중요성 때문에 1948년 UN 총회에서 채택된 세계인권선언에는 "어머니와 어린이는 각별한 보호(care)와 원조를 받을 수 있다(제 25조 2항)고 하였으며 1995년 북경에서 열린 제 4차 여성대회에서는 여성의 권리 특히 생식권리와 생식건강(reproductive right and reproductive health)을 강조하였다. 생식건강은 여성건강의 핵심이며(이경혜, 1998), 여성(어머니)과 어린이의 건강은 인류의 복지와 행복의 근원이다.

2. 여성건강으로서의 모자보건

한국을 비롯한 대부분의 가부장제도의 국가에서 모자보건은 주로 결혼한 여성과 그 자녀를 대상으로 하고 있다. 그러므로 결혼하지 않은 여성이나 10대 미혼모는 모자보건의 대상에 포함되지 않는다. 또한 모성사망률이나 주산기 사망률, 결혼률 등 각종 통계에 포함되지 않아 이들의 건강 관리는 사각지대(dead space)에 빠져 있다. 그러나 최근 여성의 교육 및 지위향상, 취업여성의 증가, 여권운동(feminism movement)에 힘입어 여성의 권리주장은 여성을 더 이상 모성으로만 머무르게 하지 않는다. 다시 말해서 모든 여성은 결혼하고 자녀를 가져야 한다는 모성 이데올로기가 무너지고 여성은 여성으로서 자율성과 자유의지를 가지고 결혼, 임신, 피임을 선택하고 결정할 권리가 있다는 것이다(김은실, 1996). 또한 결혼을 하던 하지 않던 여성은 자신의 건강을 스스로 지키고 관리할 수 있는 능력을 가져야 한다(이경혜, 1998). 그러므로 결혼제도 밖에서 다양한 역할을 하고 있는 여성들의 생식(재생산)건강과 생식권리(reproductive health and reproductive right)를 모자보건의 테두리 속에서 다루기는 어렵다. 또한 모자보건에 영향을 미치는 많은 사회적 문제들(issues)은 결혼과 관계없이 모든 여성의 건강에 영향을 미친다. 이와 같이 모자보건의 범위가 확대되고 건강문제가 사회문제와 함께 쟁점화 됨에 따라 최근에는 "모성건강", "모자건강"이라는 명칭보다는 "여성건강", "여성-어린이 건강", "가족건강"이라는 명칭으로 범위와 역할이 확대되고 있다. 일례로 간호학에서는 과거 모성간호학회가 여성건강간호학회로 명칭을 변경하고 교과목 명칭과 교과내용을 모성간호학에서 여성건강간호학으로 확대, 개편하고 있다. 여성건강은 지금까지 결혼한 여성의 출산과정을 다루던 모성간호학이나 산부인과적 과라다임에서 벗어나 여성의 전생애(life span)를 중심으로 환경과의 상호작용에서 여성의 불편함을 해결하고 여성이 자유의지(여성으로서의 의식: women's consciousness)에 의해 자신의 몸을 조정하고 통제(control)하는 힘(empowerment)을 갖게 함으로써 여성의 삶의 질을 향상하는 것으로 정의하고 있다(이경혜, 1997).

본 논문에서는 한국의 모자보건현황을 크게 여성건강의 개념 속에서 핵심인 모성과 어린이의 건강관리와 여성의 건강관리 수준을 살펴보고자 한다.

II. 본 론

1. 모자보건의 현황

1) 사회지표로 본 모자보건

(1) 모성사망률과 사망원인

모성사망률은 그 나라의 건강수준을 평가하는 보건지표로서 모자보건의 중요한 통계수치이다(김양희, 원혜미, 1996).

모성사망률은 출생아 10,000명당 임신, 분만 및 산욕합병증으로 사망한 여성의 수로 1988년부터 1992년까지 3.0(통계청 1993)이었으나 1996년은 2.0으로 줄어들었다(한영자 외, 1997).

사망원인은 임신중독증 33.4%, 출혈 22.2%, 감염이 35.4%, 유산 7.4%(통계청, 1993)로 산후감염과 임신중독증에 의한 사망이 많다. 임신중독증은 임신 6-7개월 이후에 고혈압, 부종, 단백뇨의 증상을 가진 임신합병증으로 심하면 경련과 발작을 일으키는 자간으로 발전하여 태아와 산모의 생명을 위협하는 무서운 합병증이다. 임신중독증은 주로 나이가 어린 초임부 그리고 단백질 부족 등 영양상태가 좋지 않은 임부에서 자주 발생한다. 최근에 경제상태가 좋아져 영양부족이 있는 임부가 드물고 대부분 산전관리를 받으므로 임신중독증을 미연에 방지할 수 있어 모성사망률이 낮아지고 있으나 전국적인 수준은 아직도 높은 것으로 나타났다. 그러나 전국자료에 의한 한영자 등(1997)의 연구에 의하면 모성사망의 직접사인으로 출혈이 25.7% 고혈압(임신중독증) 16.3%, 색전증이 15.6%를 차지하며 감염은 불과 1.6%를 차지해 위의 결과와 다소 차이가 있다. 이러한 차이는 한국의 통계자료가 매년조사하지 않고 추정치에 의존하는 경우가 많은 결과로 다소 부정확한 점이 있다.

(2) 영아 사망률과 사망원인

영아사망률도 모성사망률과 함께 중요한 모자보건 지표이다. 영아 사망률은 1년 동안 태어난 출생아 1000명당 1세미만 영아의 사망수로 1992년 현재 12.8이다. 영아사망은 모성사망률보다 높으며 미국(9.1), 영국(7.9), 등의 선진국 수준에 비해 높다. 영아 사망률도 차츰 감소추세에 있으나 모성사망률에 비해서는 상당히 완만하다. 영아의 출생시 체중은 여아는 3.17kg, 남아는 3.24kg으로 양호하며 2.5kg미만의 저체중아의 출생률은 6.0-6.4%이다.

그러나 사망원인은 조산 및 저체중과 관련되는 장애가 41.8%로 가장 높고 선천성기형이 19.0%이다. 사망시기는 생후 1일이 40.9%, 2-7일이 44.2%로 대부분이 1주 이내에 사망한다. 과거에는 홍역, 백일해, 파상풍 등 전염성질환에 의한 사망이 주로 많았으나 영아에 대한 예방접종을 의무화함으로써 전염병에 의한 사망보다는 저체중아와 선천성기형에 의한 사망이 늘고 있다.

영아사망률은 그 나라의 발전정도에 따라 차이가 있다. 한국은 그 동안 놀랄만한 경제발전을 했으나 영아사망률이 아직도 높은 것은 모자보건에 대한 투자가 상대적으로 부족하기 때문으로 사료된다.

(3) 임신부의 건강관리실태

한국 임신부 건강관리는 병 의원 및 종합병원을 비롯하여 보건소, 조산소 등에서 이루어지고 있다. 의료전달체계는 1, 2, 3차 의료기관으로 구분하여 1차는 보건소, 조산소, 의원이고 2차는 병원 및 일부 종합병원, 그리고 3차는 대학병원이다.

임부의 산전관리실태는 1994년 97.6%이며 현재는 98%로 거의 100에 달한다. 그러나 대부분 혈압 및 체중측정과 혈액검사, 소변검사 등 의학적인 검사를 주로 하며, 초음파 검사를 상대적으로 한다. 초음파검사는 음파의 진동을 영상으로 나타내어 태아의 이상유무와 건강상태를 확인할 수 있는 유용한 검사이나 임신중 위험요인이 적은 임부에게도 일률적으로 적용하며, 어떤 병원에서는 매 검진때 마다 실시하여 임부의 비용부담을 증가시키고 있다. 초음파 검사가 태아의 건강을 향상시켰다는 근거가 없음에도 불구하고(Grant, 1986; 박정환, 1998) 남아선호사상이 강한 한국의 경우는 태아의 성별을 감별하는 것으로 악용되어 인공임신중절을 하기에는 위험한 시기임에도 불구하고 여아인 경우 인공유산을 시키고 있다.

한편 한국의 여성들은 태아가 건강하고 똑똑한 아이로 태어나는 것을 바라므로 임신 중에 태교에 힘쓴다. 태교는 중국에서 기원하여 한국의 전통적 태아양생법(간호)으로 임부들이 지켜온 내용들이다. 이 중에는 과학적으로 설명하기 어려운 것이 많아(예: 태아의 성별을 바꾸는 것) 비과학적이고 미신적이라고 하여 관심이 적었으나 최근에 과학성과 중요성이 인정되면서 많은 임부가 태교음악을 듣고 태교를 실천하고 있다. 또한 산전체조, 출산교실(Lamaze class)참여 등 임신중 간호에 힘쓰고 있다.

분만은 99.7%가 시설분만을 하고 있으며 가정에서 분만하는 경우는 거의 없다. 시설분만 가운데서도 주로 종합병원, 병원, 의원 등에서 분만하며 보건소(1.1%)나 조산소(0.3%)에서의 분만은 점차 감소하고 있다. 이러한 경향은 최근 전국민 의료보험시행과 경제상태의 향상, 교통의 발달로 도시와 농촌간의 격차가 줄어들어 결과로 대부분의 임부들이 종합병원을 선호하기 때문이다. 그러나 병원분만은 제왕절개 분만의 증가와 과도한 의료비 부담, 태아와 산모에게 불필요한 조작을 증가시키고 있으며 가족의 참여와 모유수유를 방해한다. 분만은 인간의 경험 중 가장 경이롭고 감동적인 경험이며 가족적인 사건으로 여성에게는 성숙의 한 과정이다. 그러므로 분만과정에는 가족 특히 남편의 참여가 중요하다. 그럼에도 불구하고 대부분의 병원에서는 분만과정 중에 남편의 참여를 허락하지 않으며 태아감시기, 수액요법 등으로 분만여성의 자유로운 활동을 제한하고 있다.

병원분만으로 인해 초래되는 가장 큰 문제는 제왕절개 분만의 빈도가 증가하는 것이다. 제왕절개분만은 원래 아두골반불균형, 태위이상, 태아질식, 전치태반 등 정상 질식분만(vaginal delivery)으로는 태아와 모체의 생명이 위험할 때 수술적인 방법으로 분만을 하는 것이다. 그러나 최근에는 태아나 산모의 위험이 높지 않은데도 수술을 하고 있다 그 이유는 의사들이 질식분만으로 인한 위험성을 줄이고 분만시간을 단축하고 싶은 욕구와 여성이 분만으로 인한 진통을 참지 못하고 마취로 고통이 없는 상태에서 분만하고 싶은 욕구, 그리고 분만비용을 높이고자 하는 병원정책 때문이다. 이러한 이유로 최근 한국에서는 제왕절개분만이 36%를 상회하는 실정이다. 한번 제왕절개분만을 하면 다음 분만도 반복제왕절개술을 해야 하므로 이로 인해 제왕절개술의

빈도는 더욱 높아진다. 또한 오랜 입원기간으로 산모의 의료비부담을 증가시키며 모유수유를 방해하고 어머니와 아기의 조기접촉을 방해하여 모아애착(maternal attachment)을 지연시키는 등 그 폐해가 많다. 그러므로 저위험임부(low risk pregnancy)는 가급적, 보건소와 조산원 등 일차의료기관을 이용하고 정상분만을 하는 것이 바람직하다.

(4) 피임 실태

한국은 1962년부터 인구억제를 위해 가족계획의 일환으로 피임을 정부사업으로 추진하여 왔다. "아들, 딸 구별 말고 둘만 낳아 잘 기르자"라는 슬로건 하에 피임기구의 보급과 국민의 피임 교육 및 실천을 장려하였다. 그 결과 피임실천률이 1970년 24.5%이던 것이 1991년에는 79.4%로 증가하였다. 현재는 국가 사업이 끝난 상태로 피임기구 보급은 끝났지만 피임실천률은 80.5%로 여전히 높은 상태이다(양재모, 1991). 이에 따라 출산율은 1960년 6.0이던 것이 1984년에는 2.1, 1993년에는 1.75로 감소하고 있다. 이러한 현상은 국민들이 적은 수의 자녀를 원하는 것과, 원치 않은 임신을 하였을 경우 인공임신중절을 함으로써 인공임신중절을 피임방법의 일종으로 사용하기 때문이다. 특히 남아선호사상이 강한 한국사람은 성감별을 통해(양수 검사, 초음파검사) 3번째나 4번째 임신이 딸이라는 것이 판명되면 인공임신중절을 하는 경우가 많다. 그 결과 남녀 성비가 여아 100명당 남아가 109.5(자연성비105-106)로 남아 수가 많다. 특히 출생순위가 셋째이면 205.9, 넷째이면 237.7로 증가하여 앞으로 남녀성비불균형에 따른 심각한 사회문제가 야기될 것이 예상된다(박정환 1998).

이와 함께 한국의 15-44세의 유배우 여성 중 1인당 평균 임신중절 횟수는 1991년 1.1회, 1994년 0.8회로 거의 모든 여성이 1회 이상의 인공임신중절을 경험하고 있음을 알 수 있다. 여기에 미혼모의 임신중절을 더하면 그 수는 더 증가한다. 인공임신중절을 하는 이유로는 자녀를 원치 않지 때문이 58.4%로 가장 많고 다음이 태울조절(11.1%)이며, 임부건강 때문(9.7%), 태아이상(5.1%)은 소수에 불과하다. 인공임신중절은 태아의 선천성 기형이나 임부의 건강상태가 임신울 더 이상 유지할 수 없을 정도로 불량할 때 의학적인 진단에 의해서 행하는 것이 정상이다. 그럼에도 불구하고 원치 않은 임신이나 태아의 성이 원하는 성이 아니라고 하여 불법적으로 인공임신중절을 하는 것은 여성의 건강을 심히 손상할 뿐만 아니라 생명존중이라는 윤리적인 문제에도 저촉이 된다. 연구에 의하면 인공유산울 경험한 여성은 그 원인이 무엇이었든 간에 유산한 사실을 생생히 기억하면서 심한 죄책감과 정신적 갈등을 경험하는 것으로 나타났다(이경혜 고명숙, 1996).

한국여성이 가장 많이 하는 피임 방법은 1-2명의 원하는 자녀를 낳은 후 난관수술(44.5%)이나 정관수술(11.6%)과 같은 영구 불임술을 하고 그 외 자궁 내 장치(10.5%), 콘돔(14.3%) 먹는 피임약(1.8%)과 같은 일시적 피임방법을 하고 있다.

(5) 모유수유 실태

한국여성의 수유양상은 최근 유니세프와 함께 모유의 우수성과 모유수유실천을 위한 범세계적인 운동에도 불구하고 점점 감소하는 추세이다. 즉 1985년에 59%가 1994년 11.4%로 줄었다. 모유수유를 하지 않는 이유로 "모유 양이 부족해서(42.5%)," "우유가 더 좋아서(17.5%)를 들

고 있으나 이것은 잘못된 인식이다. 모유는 필요한 만큼 나오기 때문에 어머니의 영양상태가 나빠지 않는 한 모유가 부족하지 않다. 그럼에도 불구하고 모유가 부족하다고 하는 것은 분만시 병원분만과 제왕절개술분만으로 입원기간 동안 아기에게 모유수유를 하지 않고 신생아실에서 우유(조제분유)를 먹이므로 빨기 쉬운 고무젖꼭지에 길들여진 아기가 어머니 젖을 잘 빨지 않으려고 하는 것과 어머니가 모유수유로 인한 불편함을 참지 못하여 쉽게 모유수유를 포기하기 때문이다. 또 주위에 모유수유를 하는 사람이 적기 때문에 모유수유하는 방법을 배울 기회가 없는 것도 한 이유에 속한다. 우유가 더 좋다는 이유는 과대한 매스컴의 선전으로 기인한다. 아기에게는 모유보다 더 좋은 음식은 없다. 모유는 영양면에서 뿐만 아니라 어머니와 아기와의 접촉을 통해 애착관계가 형성되며 이것은 후에 성인으로서의 인격형성에 중요한 영향을 미친다. 또한 어머니의 체중조절을 위해서도 도움이 된다. 최근 취업여성의 증가가 모유수유를 방해하는 요인이 되고 있으나 취업여성의 수가 아직은 적은 관계로 "취업 때문에"라는 이유는 6.9%에 불과하다(홍문식 외, 1994)

앞으로 모유수유율을 높이기 위해서는 분만 후 병원에서 모자가 함께 있는 모자동실제도(rooming-in system)를 실시하고 간호사를 비롯한 전문가들의 모유수유에 대한 적극적인 교육과 가족들의 지지 및 역할모델이 있어야 할 것이다.

(6) 영유아 예방접종

영유아 예방접종은 영아사망율을 감소시킬 수 있는 가장 확실한 방법으로 1960년대부터 정부의 중요한 모자보건사업으로 시행되고 있다. 그 결과 예방접종율은 95.8%로 높다(임종권, 1991).

예방접종의 종류로는 DPT(디프테리아, 백일해, 파상풍), 소아마비, 결핵예방제인 BCG, B형 간염, 홍역, MMR(홍역, 볼거리, 풍진)을 기본접종으로 하고 있으며 좀 더 큰 어린이인 경우 뇌염 예방접종을 하고 있다. 그 결과 전염병의 발생률은 매우 낮다. 그러나 최근 예방접종으로 인한 부작용이 극히 소수의 어린이에게서 나타남에 따라 어머니들이 예방접종을 기피하는 경향이 있으나 이것은 일시적인 현상이며 만일 예방접종을 하지 않았을 경우 나타날 피해는 그보다 훨씬 크다. 그러므로 예방접종의 방법과 백신의 면역가와 관리 등을 보다 신중히 하여 부작용으로 인한 피해를 없애야 한다. 또한 4-6세 아동의 추가접종과 어머니가 어린이 예방기록카드를 잘 보관함으로써 전염병 예방을 위한 대책마련을 하여야 한다.

(7) 어린이 사고예방

어린이 사고는 어린이 사망의 가장 중요한 원인이다. 영유아(1-4세)의 사망원인은 손상 및 중독이 51.5%로 가장 높고 이중 23.2%가 교통사고이다. 그 외 선천성 이상(12.5%), 악성 신생물(7.3%) 중추신경계의 비 염증성 질환이다. 손상과 중독은 영유아의 경우 낙상, 화상, 어물질 혹은 약물 등과 같은 유해물질 흡인 등 주로 가정 내에서 돌보는 사람의 부주의로 인한 것이 많으며, 큰 아동은 건물 도로, 놀이시설 등에서의 사고, 장난감을 비롯한 각종 공산품의 제조과정과 사용시의 위험요인 등에 의한 사고, 특히 최근에는 자가용 승용차의 증가로 교통사고가 증가하고 있다. 그러므로 어린이가 자가용을 탈 경우에는 반드시 어린이용 의자와 안전벨트 착용을 의무화

해야 한다. 또한 어린이와 부모를 대상으로 안전교육에 대한 교육도 실시해야 하나 현재로서는 미흡한 실정이다.

최근 국민생활수준의 향상으로 영양상태가 좋아지고 서양식의 fast food이 어린이의 식생활을 지배함에 따라 비만증을 가진 어린이가 증가(9%)하고 있다. 어린이의 비만은 후에 당뇨병, 고혈압, 지방간 등 성인병을 초래할 수 있으므로 어릴 때의 식습관 형성은 어린 시기의 건강뿐만 아니라 성인기의 건강행위를 위해서도 대단히 중요하다.

출생전의 선천성질환이나 출생 후 사고로 인하여 각종 심신장애자가 증가하는 것도 어린이의 건강을 위협한다. 1985년 한국인구보건연구원의 전국심신장애자 실태보고조사에 의하면 전체 인구 중 장애자 출현률은 인구 1000명당 22.7이다. 이 수치는 선진국(1000명당 100)에 비해서는 적은 숫자이나 장애자에 대한 보호시설이나 치료가 부족한 실정에서 각종 장애자들이 일생을 살아가는 동안 격어야 할 불편은 그들의 삶의 질을 크게 위협한다. 그러므로 국가차원에서 장애자의 발생을 예방하고 장애자의 재활과 교육사업에 투자를 해야 한다. 한 가정이나 사회에 장애자 한사람을 양육하고 교육하는데는 막대한 비용이 들고 이는 결국 국민전체의 부담으로 돌아간다. 그러므로 무엇보다 예방에 관심을 가져야 하며 이는 곧 모성(어머니)인 여성건강과 직결된다.

2. 여성의 건강수준

1) 여성의 건강수명과 상병상태

오늘날 인간의 건강요구는 단순히 생명을 보존하는데만 있지 않고 자신의 기능을 다 하면서 삶의 질을 향상시키는데 있다. 그러므로 단순히 평균 수명이 얼마나냐 문제가 아니라 질병이나 부상으로 인해 아프지 않고 생활에 불편함이 없는 상태로 살수 있는 기간인 건강수명이 얼마나냐 문제가 된다. 따라서 건강수명은 인간의 삶의 질을 측정하는 중요한 지표중의 하나가 된다.

한국을 비롯하여 대부분의 나라에서 평균수명은 여성(77.4세)이 남성(69.5세)보다 길다. 그러나 일생동안 질병에 시달리면서 사는 기간은 남자가 18.8년인데 비해 여자는 27.5년으로 건강수명은 남자가 50.7세, 여자가 49.9세로 여자가 더 짧다(통계청, 1996). 이것은 여자가 남자에 비해 질병에 시달리며 사는 기간이 더 길다는 것을 의미한다. 실제로 여성의 건강관리는 가족의 건강관리 순위 중 가장 하위에 있으므로 예방적인 건강관리를 받지 않을 뿐 아니라 임원 및 진료기간도 남성에 비해 짧다.

여성의 상병상태를 보면 여성의 생식기 질환이 가장 많고 다음이 출산과 관련된 직접산과적원인이다. 이것은 여성건강 중 생식건강(reproductive health)이 가장 중요하다는 것을 의미한다(조재국, 1998, 이경혜, 1997, 1998).

한편 여성의 5대 사망원인은 뇌혈관질환, 암, 심장병, 불의의 사고, 고혈압성 질환의 순이며, 특히 사망원인 중 2위인 암은 자궁경부암이 가장 높은 비율(22.8%)을 차지해 역시 생식기 질환이 가장 문제가 된다는 것을 알 수 있다. 이와 같이 생식기질환이 많은 것은 조기검진과 조기발견이 어렵기 때문이다. 생식기관과 관련된 건강문제에 대한 조기검진과 발견이 어려운 것은 질병발생 부위가 인간의 처부인 생식기(성기)인 관계로 비록 검진을 위한 것이라 할지라도 쉽게 노

출하기가 어렵기 때문이다. 이에 더하여 병위의 복잡한 절차와 의료인의 불친절과 무관심, 결과에 대한 두려움, 그리고 경제적인 이유도 여성생식기질환의 조기검진, 조기발견을 어렵게 하는 이유가 된다. 특히 미혼여성일 경우 산부인과를 간다는 것은 내과나 외과를 가는 것만큼 쉽지 않다. 그러므로 미혼여성의 생식기건강문제를 위해서는 산부인과는 결혼한 부인들만 가는 것이라는 사회적인 편견을 불식시키는 것과 함께 미혼여성을 위한 특수 클리닉과 특수 접근방법(special approach)이 필요하다.

2) 10대 임신과 미혼모

미혼모는 합법적이고 정당한 절차 없이 임신중이거나 출산한 여자를 말한다. 한국여성개발원은 보다 광범위하게 혼전 임신 및 출산을 한 경우, 혼전임신을 했으나 낳기 전에 중절한 경우, 결혼하지 않은 사실혼의 경우에서 생겨난 자녀를 가진 여성을 모두 미혼모의 범위에 포함시키고 있다.

한국은 최근 산업화 도시화 과정에서 성에 대한 가치관이나 태도가 변하고 이성교제의 범위가 넓어지며 젊은 여성들 사이에 쉽게 돈을 벌고자 하는 욕구에서 유흥가로 들어가는 여성이 많다. 그 결과 미혼모의 수가 계속 증가하며 이들의 약 25%는 10대이다. 그러나 아직 미혼모에 대한 정확한 통계가 나와 있지 않다. 전국 출산력 조사에서는 18-34세미만의 미혼여성 중 3.4%가 임신의 경험이 있다고 밝히고 있으나 정확한 통계가 나와있지 않아 실제 임신, 출산, 임신중절의 경험이 있는 여성은 이보다 훨씬 많은 것으로 추측된다. 한인령(1997)의 연구에 의하면 10대 미혼모의 발생은 84년 24.9%에서 96년 49.7%로 2배 이상 증가하고 있다.

미혼모 발생은 미혼모 자신뿐만 아니라 태어난 아기와 사회전체에 바람직하지 못한 사회문제를 초래한다. 특히 10대 임신은 교육적 경제적 정도 낮아 충분한 건강관리를 받을 수 없으며 부모로서의 발달과업을 달성 할 수 없다. 또한 신체적인 미숙과 영양 부족으로 유산, 조산, 저체중아 출산 등 합병증을 동반한 고위험 임신부, 고위험 태아 및 영아가 된다. 뿐만 아니라 10대 미혼모는 어머니 역할을 획득하기 위한 준비가 되어있지 않으므로 좋은 어머니가 될 수 없다 따라서 이러한 어머니에게서 자란 아이는 어머니와의 애착과정이 잘 형성되지 못한 관계로 어른이 되어서도 책임 있는 행동을 하지 못하여 또 다시 미혼모가 될 가능성이 높다(이경혜외 1997). 이것은 미혼모의 가족배경을 볼 때 미혼여성의 1/3이 결혼가정의 자녀인 것으로 보아 알 수 있다. 그러나 최근에는 정상가정의 자녀에서도 미혼모의 발생이 증가하고 있는 데 이들은 대체로 가출소녀들로서 최근 한국의 경제사정의 악화로 실직자가 많고 이로 인한 가정불화와 부모의 가출, 입시위주의 학교생활에 대한 부적응 그리고 사춘기의 충동 등이 원인이 되어 가출을 하게되고 문란한 성행위로 인해 쉽게 미혼모가 되는 경향이 있다.

미혼인 여성이 임신을 하면 임신의 결과를 인공유산과 분만중 어느쪽을 택할 것인지를 결정해야 하고, 분만을 할 경우는 자신이 키울 것인지 입양을 시킬 것인지를 결정해야 한다. 한국의 경우 임신한 미혼여성의 84.8%가 인공유산을 시켰으며 분만을 한 경우는 15.2%에 지나지 않는다. 분만을 한 경우도 대부분 임신을 중절시킬 시기를 놓쳐서(31.6%), 중절비용이 없어서(18.8%)등 중절을 원했던 경우가 대부분이며 미혼부와의 관계를 유지하기 위해(4.9%), 생명에 대한 애착때문(24.6%)에는 소수였다. 출산한 아기에 대해서는 미혼모의 87.9%가 입양을 원하

고 있다(한인령, 1998).

이와 같이 미혼모 특히 10대여성의 무책임한 임신과 출산은 국가적 차원에서 예방되어야 한다. 최근 한국은 복지사업의 일환으로 중·고등학생과 근로청소년을 대상으로 성교육을 포함한 계몽교육을 실시하고 있으며 유흥가에서의 미성년자 고용 및 출입을 단속하고 있으나 청소년을 유혹하는 각종 음란물과 성에 대한 무지와 막연한 호기심, 그리고 환락적인 생활환경은 10대 청소년의 유혹과 성행위를 막기에 역부족이다. 그러므로 10대 임신과 미혼모를 예방하기 위해서는 먼저 가정에서부터 성교육이 이루어져야 하며 다음은 학교에서 정규교과목으로 일관성 있는 성교육과 피임교육을 실시해야 한다. 또한 일선교육자나 보건의료관계자 그 외 청소년과 관련이 있는 전문가들은 성교육과 성 상담에 대한 연수교육을 통해 청소년들이 올바른 성 의식과 성행위를 할 수 있도록 도와야 한다.

현재 한국에는 15개의 청소년 종합상담소와 63개의 여성복지상담소, 35개 성폭력피해 상담소가 있어 부분적으로 성교육과 성 상담을 하고 있으며 가족계획협회를 통해 성교육을 위한 교재가 개발되고 있다. 그러나 이러한 숫자와 물량은 전체 성 건강 문제를 위해서는 부족한 실정이다. 또한 미혼모 시설은 전국에 8개, 입양알선 기관은 5개에 불과하며 20개의 국내 입양 알선기관이 있다. 그러나 한국은 가족간의 혈연을 중요시하므로 자기혈연이 아닌 아이를 입양하기를 원치 않는다. 따라서 대부분의 경우 해외입양을 하고 있으며 국내입양은 그 수가 극히 적다. 최근 이에 대한 계몽으로 다소 수가 늘어나고 있으나 아직은 미미하다. 한편 모자보호시설이 전국에 37개소가 있어서 미혼모가 스스로 아이를 양육하기를 원할 때 3년 동안 보호를 받을 수 있으며 2년 연장도 할 수 있다. 여기서는 생계비, 중학교 및 실업계 고등학교 학비지원, 방과후 지도, 아동급식비, 직업훈련수당, 생업자금융자, 영구임대주택 입주 우선권, 퇴소시 세대당 200만원의 자립정착금, 보육시설 이용시 보육비의 지원을 받을 수 있다. 그러나 이러한 보호시설을 이용하는 미혼모가 많지 않아 수용인원을 다 채우지 못하고 있다. 그 이유는 미혼모에 대한 사회적 낙인으로 여성이 미혼모라는 사실이 세상에 알려지는 것을 싫어하여 가지 않는 경우가 있으며, 또 다른 이유로는 미혼모시설이 대부분 대도시에만 있다는 것과 이러한 시설이 있는지조차 모르는 홍보 부족에 기인한다. 따라서 이 부분에 대해서는 국가적인 대책과 함께 미혼모의 예방과 태어난 아기의 양육 그리고 미혼여성의 건강관리를 위한 정보제공과 학제적인 접근(interdisciplinary approach)이 요구된다.

3) 여성폭력 실태

여성에 대한 폭력은 가부장적 사회통제의 한 형태로 한국을 비롯한 대부분의 가부장제도를 가진 사회에서 남성이 여성을 조정하고자 하는 한 수단으로 이루어지고 있다.

여성폭력에는 신체적 폭력과 성폭력 그리고 신체적 폭력 후 성폭력을 가하는 등 다양하며 그 방법과 형태가 차츰 잔인해지고 있다.

먼저 신체적 폭력을 보면 서울지역 가정주부 중 60%가 남편으로부터 구타를 당하고 있으며 이중 주기적으로 구타당하는 여성이 28.5%, 비 주기적으로 구타당하는 여성은 22%라는 보고가 있다(최의순, 1996). 이와 같이 한국사회에서는 가정에서의 아내구타는 가정적인 사건으로 인식

하고 가정의 권력은 남편이 갖고 있으므로 사회적인 문제로 삼지 않았다. 심지어 여성은 3일에만 번씩 때려야 부드러워지고 여성다워진다는 속담이 있을 정도이다. 그러나 1970년 이후 여권운동이 활발해지면서 아내구타 문제는 사회화 문제로 인식하게 되었다.

여성폭력은 어느 사회계층에서나 일어나고 있지만 남편의 수입이 적고 불안정할 때, 남편과 아내간의 사회적 직업적 지위가 불안정 할 때(예: 아내의 학력이나 지위가 더 높고 수입이 많은 경우), 가정에서 최종결정권이 자신에게 있다고 믿는 남성이 자신의 역할에 위협을 받을 때 더 쉽게 일어난다. 또한 가정 외에서의 스트레스와 부부간의 불화, 음주 등은 아내구타를 촉진하는 요인이 된다. 최근 한국은 갑작스런 경제적 위기로 인하여 남편이 실직을 당하고 아내가 취업전선에 나서게 됨에 따라 남편의 지위와 권위가 위협을 받게되어 이러한 스트레스가 아내구타로 연결되고 있다. 따라서 아내구타의 빈도가 증가(44.9%)하고 있으며 그 방법으로 잔인해져 56.9%가 병원치료를 받아야 할 정도이다(최의순, 1996). 그러나 가정폭력은 대부분 가정내 사건으로 인식하고 있으며 피해여성도 이러한 사실을 수치스럽게 생각하여 신고하지 않는 경우가 대부분이므로 실제 빈도는 발표된 결과보다 훨씬 많은 것으로 추측된다.

여성의 신체적 폭력의 결과는 외상, 골절 등 신체적인 손상에서부터 심할 경우 살인까지 나타나고 있다. 최근 한국에는 남편에게 상습적으로 매를 맞는 딸을 보다못해 장모가 사위를 살해 한 사건까지 있었다. 이러한 결과는 가정내 폭력에 경찰이 개입해야 하며 입법화하여 피해자를 처벌해야 한다는 움직임으로 연결되어 1998년 7월 1일부터 가정폭력 특별법 시행령이 발효하게 되었다. 그러나 한국문화에서는 가정에서 일어난 사건을 법률에 의해 보호를 받거나 처벌을 하기 위해 신고를 하는 사람은 극히 일부에 지나지 않으며 대부분 은폐된 상태에서 많은 여성이 피해를 당하고 가정이 파괴되는 어려움을 겪고 있다. 그러므로 법률적인 문제도 중요하나 인간의 행동을 근원적으로 변화시킬 수 있는 교육과 상담을 통해 여성으로서의 인식과 대처 능력을 길러주고 따뜻한 보살핌을 통해 가정폭력을 미연에 방지하고 폭력적 환경에서 벗어나도록 한다. 여성건강을 담당하는 보건 의료인도 지금까지는 피해여성이 응급실을 통해 치료를 받거나 입원을 했을 경우에 신체적인 치료나 간호에 그쳤지만, 이제는 여성의 입장에서 피해여성을 이해하고, 여성이 폭력적인 환경에서 피하고 도움을 청함으로써 스스로 자신의 몸을 지키고 건강을 유지, 증진할 수 있도록 힘과 정보와 지식을 제공하여야 한다.

여성에 대한 성폭력은 여성의 건강을 가장 심각하게 해치는 것으로서 예방되고 근절되어야 할 문제이다. 그럼에도 불구하고 성폭행의 빈도는 점차 증가하고 있다(한국성폭력상담소, 1993). 성폭행에는 성기노출, 성적희롱, 음란전화, 강간미수, 강간, 어린이 성추행 등이 있으며 이중 강간이 가장 심각하다.

전통적으로 한국사회는 성 의식이 강하고 여성의 정조관념이 강함에 따라 성 윤리가 남성에게는 허용적인데 비해 여성에게는 엄격성을 요구하여 남성행위에 대한 책임을 여성에게 지우고 있다. 따라서 많은 여성이 성적 피해를 당하고도 사회의 낙인이 무서워 신고하지 못하고 혼자 고통을 당하고 있다.

여성이 경험하는 강간 후 건강문제로는 비호생식기의 열상, 감염, 동통은 물론, 원하지 않는 임신과 성병, 그리고 정신 사회적으로 쇼크, 불신, 분노, 두려움, 인격손상, 사람에 대한 경계심,

남성에 대한 공포, 결혼 후 불감증 등 신체, 정신, 사회적으로 많은 건강문제를 초래하고 있다.

성폭력의 대부분(62.3%)은 아는 사람에 의한 폭력이므로 노출하거나 사회적인 도움을 받기가 어렵다. 직장내 성희롱이나 언어적 폭력(83.6%)은 여성에게 심각한 정신적, 인격적 손상임에도 불구하고 남성중심의 사회에서는 단호히 거절하기 어려운 실정이다(신은혜, 1984). 매춘은 법적으로 금지되어 있음에도 불구하고 많은 유흥업소에서 10대 여성을 대상으로 매춘행위가 이루어지고 있다. 그 결과 에이즈, 성병 등 생식기 감염, 불안, 우울, 자포자기, 피로 등 강간증후군을 나타내며 일생을 포기하는 경우가 허다하다. 또한 불법적인 인공임신중절과 미혼모발생은 여성의 건강뿐만 아니라 그 자녀와 가족의 건강을 해치고 교육과 경제적 문제(가난)로 새로운 사회문제를 유발시킨다.

어느 사회이든 가난은 건강에 가장 악영향을 미치는 변수로서 불충분한 영양, 비위생적인 주거 환경, 교육기회의 박탈, 질병의 조기검진 및 치료능력 부재 등으로 건강을 유지, 증진할 수 없으며 삶의 질이 저하된다. 그러므로 여성의 건강을 총체적으로 관리하기 위해서는 간호사, 의사, 사회사업가, 법률가, 심리상담가, 경찰 등 전문가들로 구성된 단체에서 여성의 건강권리를 보호하고(protecting), 옹호하고(advocating), 지지하고(supporting) 교육하고(educating) 직접간호(caring)함으로써 여성이 스스로 자신의 문제를 해결할 수 있도록 도와야 한다.

4) 여성의 건강 관련 행위

(1) 흡연, 음주, 약물복용

술, 담배, 약물을 오 남용하는 여성의 수가 점차 늘어나고 있다.

흡연은 최근 남성의 흡연률이 감소하는 반면 여성의 흡연률이 증가하고 있다. 또한 흡연을 처음 시작하는 연령이 점차 낮아지며 특히 여성의 연령이 더욱 낮아진다는데 문제가 있다.

흡연은 남녀 모두에게 해를 주는 기호품이지만 특히 여성에게 더 유해하다. 즉, 난소기능을 손상시켜 에스트로겐 분비에 영향을 미치며 이로 인해 폐경이 빨리 오고 피부가 거칠어지며 골다공증 발생을 촉진한다. 결론적으로 빨리 노쇠하게 된다. 또한 유방암의 발생률을 2배나 증가시킨다(Fooden, 1983; 이경혜, 1996). 특히 임신부가 흡연을 하는 경우에는 태아의 체중 증가가 되지 않아 저체중아(2.5kg미만)를 분만하게 되고 저체중아는 신생아 사망의 가장 큰 원인이 된다. 흡연은 담배를 피우는 사람뿐만 아니라 주위에서 담배연기를 마시는 사람에게도 영향을 미쳐 임신부가 담배연기를 마시면 자신이 담배를 피우는 것과 같은 효과가 나타난다. 그러므로 전 세계적으로 금연운동이 일어나고 있다. 그럼에도 불구하고 일부 여성들 중에는 그 동안 남성들이 주로 애용했던 담배를 여성이 애용함으로써 남성과 동등해진다는 생각으로 담배를 피우는 사람이 있다. 이런 것은 남녀평등과는 아무 관계가 없다. 남성에게 나쁜 것은 여성에게도 나쁘고 담배는 여성에게 더욱 나쁘므로 나쁜것 까지 남성과 동등해질 필요가 없다. 오늘날의 여성운동은 남성과 동등하기를 원하는 초기의 여권운동을 넘어, 여성의 특성을 여성의 장점으로 인식하고 남성과 공존하고 남성을 리더하는 여권운동으로 발전해야 한다.

여성의 음주비율은 1986년에 17.8%가 1992년에는 33.0%로 점차 증가하고 있다(통계청, 1994). 그러나 현재는 이 비율을 훨씬 상회할 것으로 추측되며 특히 청소년 연령층에서 급속히

증가하고 있다. 여성은 남성에 비해 비교적 늦은 나이에 술을 시작하지만 일부 청소년들은 14세 이전에 시작하는 경우도 있다(유형심, 1993). 술은 남녀를 불문하고 간을 손상하고 고혈압과 심장병의 발병을 촉진한다. 특히 여성에게는 남성에 비해 심장에 더 나쁜 영향을 미친다. 동일한 양의 술을 마셔도 여성의 혈중농도는 남성보다 더 높다. 그 이유는 여성이 탈수소화효소를 적게 가지고 있어서 1/3가량의 대사 되지 않은 알코올을 혈액으로 보내기 때문이다. 알코올 의존 여성은 난소의 병리적 변화로 무월경, 무배란, 유산, 조산, 조기폐경 등의 건강문제를 나타내며 일부일 경우 태이알콜 증후군이 나타나 자궁내 발육부전, 지능발달부전, 중추신경계장애 등을 일으킨다. 그러므로 여성의 음주는 남성보다 더 심각한 건강문제를 초래한다.

약물의 오·남용도 청소년층에서 크게 증가하고 있어 사회문제화 되고 있다. 청소년이 약물을 쉽게 사용하는 이유는 약국이나 슈퍼마켓에서 분도, 가스, 향정신성 약물을 비교적 쉽게 구입할 수 있기 때문이다.

약물의 오용(misuse)이란 향정신성 약물, 마약 등을 치료목적 외에 사용하는 것을 말한다. 약물복용은 의식과 행동조절 능력을 감소시켜 음주, 자동차 사고, 폭력적 행동 등 반사회적이고 불건강한 행동을 하게 된다. 특히 여성이 약물을 복용할 경우, 불임, 유산, 조산, 기형아 출산 등 2세 출산에 막대한 영향을 미쳐 건강한 사회구성원을 배출하지 못한다. 약물오용은 성별, 연령, 사회계층과 관련 없이 자존감(self esteem)이 낮은 사람에게서 많이 볼 수 있다. 특히 약물에 의존하는 여성의 특성을 보면 신체적, 성적 폭력을 당한 여성, 자신감이 없고 불안한 여성, 우울한 여성, 결혼이나 폐경 등의 변화와 스트레스에 잘 대처하지 못하는 여성, 만성적 건강문제를 가진 여성, 가족 중 약물복용자와 함께 사는 여성 등이 도피수단으로 약물을 복용하고 있다.

이와 같이 흡연, 음주, 약물복용은 남성보다 여성에게 더 많은 건강상의 문제를 초래하며 특히 임신과 관련하여 자녀의 출산과 건강에 영향을 미친다는데 문제의 심각성이 더하다. 그러므로 여성에게 흡연, 음주, 약물복용에 대한 폐해를 인식시키고 약물복용을 촉진하는 환경적, 경험적 요인을 제거하며 자아인식과 문제해결능력을 향상시켜 주는 교육을 통한 예방이 필요하다.

(2) 식습관 및 운동

최근 젊은 여성을 중심으로 날씬한 몸매가 선호되면서 식습관 장애가 문제가 되고 있다.

이러한 성향은 문화적인 관계로 오늘날의 미의 기준이 젊고 아름답고 날씬한 것을 가치 있게 생각하는 문화현상에서 비롯된다. 미스 유니버스를 비롯한 각종 미인대회와 패션모델, 영화배우 TV 탈렌트는 젊은 여성의 선망의 대상이 된다. 이에 따라 젊은 여성은 비만해지는 것을 두려워하여 음식을 먹지 않아 기아상태에 이른다. 이러한 여성은 객관적으로 비만하지 않는데도 스스로 비만하다고 느끼며 심지어 임신부까지도 음식을 제한하여 태아의 건강을 위협하고 빈혈 등 임신 합병증을 유발하고 있다. 날씬한 몸매는 단순히 아름답다고 느낄 뿐만 아니라 취업에도 유리하다. 그래서 젊은 여성은 무리하게 다이어트를 하고 얼굴은 물론 전신 성형수술을 하여 자신의 몸매를 교정하고 있다. 이러한 과정에서 여러 가지 부작용이 나타나 심각한 건강문제를 일으킨다. 이것은 문화와 사회적 가치가 여성의 건강을 해치는 요인으로 작용한 것이다.

식습관 장애에는 신경성 식욕부진(anorexia nervosa) 과 신경성 병적기아(bulimia nervosa)가 있다. 신경성 식욕부진 여성은 식욕을 느끼지만 그것을 부정하고 음식을 거부한다. 따라서 섭취

되는 열량이 적으므로 심부체온이 저하되고 효소생산이 저하되어 식욕이 떨어지고 위가 비워지는 시간도 저하되어 배고픔을 느끼지 않는다. 심박동수가 줄고 혈압이 떨어지며 월경이 없어지고 골수기능이 저하되어 빈혈이 온다.

신경성 병적 기아는 단시간에 많은 음식을 먹는 폭식 후에 구토를 하거나 하리제를 복용하여 배설함으로써 영양의 흡수를 막는 것으로 10대 여성에게 흔하다. 신경성 식욕부진과 마찬가지로 비만에 대한 두려움을 가지고 있다. 폭식은 외로움, 배고픔, 분노, 불안, 자기비하적 사고, 인간관계의 갈등 등에 의해 촉진되며, 음식을 토하고 흡수를 막는 것은 낯선해야 한다는 사회적 기대에 의해서 초래된다. 이와 같이 폭식 후 토하거나 설사하는 행위는 수분과 전해질의 불균형을 가져와 탈수와 부종이 반복된다. 또한 월경이 불규칙하거나 없을 수도 있다.

체중을 감소시키는 방법으로 무리한 운동을 하는 경우가 있다. 운동은 건강유지, 증진, 질병예방을 위해 필요한 건강행위이다. 그러나 적절한 운동은 건강에 도움이 되나 지나치거나 잘못된 운동은 오히려 건강을 해친다.

중년여성의 운동은 특히 중요한데 폐경기 이후의 골다공증, 심장질환, 당뇨병 등 성인병 예방을 위해서는 적절한 운동이 필수적이다. 특히 골다공증은 중년기 이전 어린시거나 청년기때의 보행량과 관련이 있다. 여성에게 골다공증이 더 문제가 되는 것은 폐경기 이후에 에스트로겐의 결핍이 골다공증을 촉진하는 요인이기 때문이다. 따라서 에스트로겐 대체요법으로 골다공증을 예방, 치료할 것을 권하고 있다. 그러나 에스트로겐만으로 골다공증을 예방치료할 수 없으며 운동과 칼슘복용을 병행해야 한다. 또한 에스트로겐은 발암물질로 유방암과 자궁내막암을 증가시키므로 에스트로겐 치료를 할 때는 주기적인 조기암 검진을 필요로 한다. 운동은 보행이나 조깅, 가벼운 에어로빅 등 피로하지 않을 정도의 운동이어야 하며, 만일 질병이 있거나 치료목적일 경우에는 의사의 처방을 받아야 한다. 지나친 운동은 오히려 에너지를 감소시키고 피로를 유발한다. 따라서 신진대사를 방해하여 노폐물이 축적되고 이것은 다시 피로를 유발하는 악순환이 계속된다. 무리한 운동으로 골절이나 인대의 손상이 있을 경우에는 더 심각한 건강문제가 초래되며 노인의 경우 이로 인한 합병증으로 사망할 수도 있다.

3. 여성과 어린이의 건강증진을 위한 대안

여성의 건강은 여성자신 뿐만 아니라 미래사회의 주요 인적 구성인 2세 출산과 직접적인 관련이 있으므로 가족, 사회 국가적으로 중요하다. 그러므로 이에 대한 대안도 개인/가족, 국가/사회적으로 접근해야 한다.

개인적으로는 여성 개개인이 여성으로서의 인식을 가지고 자신의 몸의 주인이 되어 자신의 건강을 지켜야 한다. 여성으로서의 인식(awareness)이 있어야 건강관리기관을 찾고 건강관리를 할 수 있는 능력을 갖는다. 여성건강의 가장 핵심적이며 많은 비중을 차지하는 생식건강을 위해 임신부는 산전, 산후 건강관리를 통해 자가간호 할 수 있는 능력을 가져야 한다. 출산과정은 가족적인 사건으로 병이 아니다. 그러므로 저위험 임신부일 경우 종합병원과 같은 3차 의료기관에서 고액의 의료부담과 제왕절개 등의 불필요한 시술을 하는 것보다 조산소나 보건소에서 가족중

십의 분만을 하는 것이 비용절감은 물론, 병원균에 의한 2차적 감염을 줄이고, 모유수유를 증진하며, 모-아, 부-아 애착과정을 증진시킬 수 있다. 또한 여성으로 하여금 창조의 기쁨과 성취감을 경험하게 하며 신생아를 돌볼 수 있는 어머니역할 획득과 자가간호능력을 갖게 한다.

모아애착은 어린이 성장발달을 위해 대단히 중요한 것으로 신생아기의 주요발달과업인 신뢰감 형성에 영향을 미친다. 영아 초기에 모아 상호작용이 잘 되지 않아 애착관계가 형성되지 않은 어린이는 모성박탈 증상을 나타내어 사회에 부적응적이고 반사회적인 행동을 함으로써 다음 세대의 자녀양육에 영향을 미쳐 또다시 모성박탈증의 자녀를 갖게 되는 악순환이 된다. 최근에는 출산과 양육이 가족적인 사건이므로 모아애착뿐만 아니라 부아애착에도 관심을 가지고 있다.

고위험 임신을 예방하여 모성사망률과 영아사망률을 감소시키기 위해 의학적인 산전관리를 받고 남편과 함께 출산교실에 참여하여 스스로 건강관리할 수 있는 능력을 갖도록 한다. 여성은 질병에 대한 두려움이나 자신의 건강을 우선순위 하위에 둠으로써 건강이 악화된 후에야 병원을 찾는 잘못된 습관이나 불건강한 행위를 버리고 조기 암(자궁암, 유방암)검진과 정기적인 건강검진을 받음으로써 암으로 인한 사망을 예방해야 한다. 성과 성행위에 대한 올바른 지식과 적절한 피임방법을 적용하여 원치 않는 임신으로 인한 인공임신중절을 줄여야 한다. 생식기 질환과 폐경기 증상, 노년기의 만성병 예방과 건강유지, 증진을 위해 조기검진 조기치료와 자신의 질병과 건강 문제에 대한 정확한 인식을 가지고 의료인과 함께 치료계획에 참여해야 한다. 여성은 흔히 자신의 건강문제를 의사(남자), 남편, 아들이 대신 결정하고 어떤 치료/수술을 왜 하며 그 결과 어떤 변화가 오는지 모르는 경우가 많다. 여성은 자신의 몸의 주인이 되어 자신의 건강문제는 자신이 결정하고 해결에 동참해야 한다. 또한 건강유지, 증진을 위한 여가활동과 운동 등 다양한 프로그램에 참석하고 자조단체(self-help group)를 조직하여 서로 정보를 교환하고 자가간호(self care)능력을 기름으로써 삶의 질을 높일 수 있다.

사회적으로는 여성이 건강관리를 잘 받을 수 있도록 의료전달체계를 마련하고 저렴한 가격으로 쉽게 접근할 수 있도록 교육프로그램을 실시해야 한다. 미혼여성이 산부인과에 가는 것에 대한 편견을 버리고 쉽게 건강관리를 받을 수 있도록 특수 클리닉을 마련해야 한다. 의료인은 미혼모에 대해 도덕적인 비판을 하지 말고 여성의 입장에서 지지, 제공, 옹호, 교육, 격려함으로써 여성의 건강문제를 해결하고 스스로 건강관리할 수 있는 능력을 갖도록 돕는다. 전문적이고 숙련된 기술을 가진 전문간호사제도(예: 여성건강전문간호사)를 실시하여 여성의 건강을 총체적으로 다룰 수 있도록 한다. 특히 청소년을 위한 성교육과 피임교육을 실시하여 미혼모 발생을 줄이고 인공임신중절을 받은 여성과 아기를 입양시킨 여성, 성폭행 및 구타당한 여성을 위한 추후관리(follow-up care)를 하여 여성이 나쁜 환경에서 벗어나 자립할 수 있도록 도와야 한다. 취업여성의 증가에 따라 직장과 가정을 병행하는 데서 오는 과중한 부담과 가족간의 갈등, 취업여성의 건강문제와 육아문제 해결을 위한 야간병원의 운영과 탁아시설을 확충해야 하며 가정 내에서도 남편을 비롯한 가족구성원의 역할분담이 있어야 한다. 어린이 사고를 예방하기 위한 부모교육과 안전시설을 제도화하여 사고로 인하여 장애아가 되는 것을 미연에 방지해야 한다. 전염병 발생은 다소 줄어들었다고 하나 예방접종을 게을리해서는 안된다. 특히 탁아소 등 시설기관의 어린이 건강을 위해 사회단체와 국가가 다같이 지원과 관심을 기울여야 한다.

국가적으로는 여성건강 특히 모자건강을 국가적인 사업으로 인식해야 한다. 최근 한국 여성 NGO 위원회의 여성건강분과위원회에서는 여성건강을 위한 행동전략을 제시하고 국가와 민간단체가 서로 협력하고 나아가 국제기구와도 협력해야 한다고 하였다(최영희, 1998). 또한 여성이 쉽게 건강관리를 받을 수 있도록 의료전달 체계를 체계화하고 법적인 보호를 해야 하며, 여성이 신체 정신사회적으로 최적의 건강을 누릴 권리가 보건의료법에 반영되었는지 검토하고 변화해 가는 여성의 역할과 책임에 부응한 정책을 반영해야 한다고 하였다. 가난은 건강을 해치는 가장 큰 요인이다. 그러므로 여성건강을 위한 공공투자와 정부예산을 증가하여 경제력이 없는 미혼모와 저소득층의 여성을 위한 건강관리를 지원해야 한다. 영유아들을 위한 충분한 영양공급과 예방접종, 사고방지 등 양질의 건강관리를 받을 수 있도록 교육과 시설을 제도화해야 하며 미혼모 자녀에 대한 국내입양을 늘릴 수 있도록 가족제도에 대한 인식의 변화를 위한 대국민 홍보를 할 필요가 있다. 정확한 생정통계(vital statistics)와 사회지표를 통해 모자건강의 현황과 변화를 파악하는 연구를 계속해야 하며, 이를 위한 투자가 이루어져야 한다. 의료기관 및 의료인의 적절한 수급정책과 수준을 향상시켜 전 국민이 수준 높은 건강관리를 받을 수 있도록 한다. 특히 고위험 임부의 색출(screen)과 관리로 모성사망률과 주산기 사망률(태아 및 신생아 사망)을 줄이고, 농어촌이나 도시빈민여성들이 적어도 1년에 한번씩은 건강검진을 받을 수 있도록 제도화하여야 한다. 에이즈를 비롯한 성병의 예방과 10대 여성의 윤락행위, 흡연, 음주, 약물복용 등 불건강한 건강행위를 예방하기 위해 학교 및 청소년 근로현장을 찾아가서 그들의 고민과 건강문제를 상담하고 교육해야 한다. 알콜, 흡연, 단식으로 발생하는 건강의 위험요소를 감소시키기 위해 여성, 보건의료인, 정책입안자, 일반대중에게 그 심각성과 중요성을 인식시킨다. 여성을 신체적, 성적학대 및 폭력으로부터 보호하기 위해 국가는 특별 예방책을 채택하고 법적으로 공식화한다.

IV. 결 론

이상 한국의 모자보건 현황을 여성건강이라는 보다 넓은 개념에서 고찰해 보았다. 모성은 여성이다. 그러나 모든 여성이 모두 모성이 되는 것은 아니다. 대부분의 나라에서 모성이라면 법적으로 결혼하여 자녀를 가진 사람을 말하나 오늘날의 사회는 복잡하여 결혼을 하지 않는 여성도 있고 결혼을 하였으나 자녀를 가지지 않는 여성, 또 결혼하여 자녀를 가지기를 원하나 자녀가 없는 여성도 있다. 그러므로 이 모든 여성과 부모가 없는 시설기관의 어린이를 모두 포괄하기 위해서는 모자보건의 범위를 넘어 여성과 어린이의 건강을 논해야 한다. 앞으로 가족구조나 가족형태가 다양해짐에 따라 가족의 역할이 사회로 이양되고 가족의 건강관리기능이 약화될 가능성이 있다. 그러므로 여성과 어린이의 건강관리는 국가, 사회와 의료전문인에게 더 많은 역할을 부과한다. 그러나 가족은 사회의 기본단위이므로 가족적인 결속과 건강관리 능력은 건강한 여성과 어린이, 나아가 국가사회의 우수한 인적자원을 위해 아무리 강조해도 지나치지 않다. 그러므로 여성자신을 비롯하여 가족이 여성과 어린이의 건강관리에 적극 참여하여야 하며 의료전문가도 여성주의와 가족중심적 접근을 통하여 총체적인 간호와 관리를 하여야 한다.

사회가 복잡해짐에 따라 여성과 어린이의 건강문제는 점점 증가할 것이며 이것은 여러 가지 요인이 복합되어 한가지 문제의 해결은 또 다른 문제를 야기할 수 있다. 그러므로 여성과 어린이의 포괄적인 건강관리를 위해서는 여러 학문분야의 전문가들에 의한 다학제적(multidisciplinary)인 접근과 연구가 요구된다.

참 고 문 헌

- 김양희 윤혜미 (1996). 여성사회지표 개발. 한국여성개발원
- 김은실 (1996). 여성의 역할-인류학적 측면에서-. 한국모자보건학회 창립총회 및 기념학술대회 보고서. 77-83
- 박정환 (1998). 우리나라 모자보건의 현황과 증진방안. 제26회 보건의 날 기념 심포지움 보고서: 모성보건증진과 가족보건. 대한보건협회. 21-72
- 방숙 (1996). 우리나라 모자보건의 현황과 발전방향: 모자보건의 역사, 현황 및 과제. 한국모자보건학회 창립총회 및 기념학술대회 보고서. 한국모자보건학회. 17-76
- 신은혜 (1984). 1984년 상반기 사례연구. 여성의 전화 개위 1주년 보고서. 서울: 여성의 전화
- 유형심 (1993). 청소년의 우울성향이 음주상태에 미치는 영향에 관한 조사연구. 미간행. 이화여대 대학원 석사학위 논문
- 이경혜 (1996). 여성건강의 최신이론과 쟁점. 간호학탐구. 5(1) 39-58
- 이경혜 (1998). 여성건강간호학의 정체성. 여성건강간호학회지. 4(1):29-37
- 이경혜 (1997). 여성건강을 위한 개념적 모형. 대한간호학회지. 27(4):933-942
- 이경혜, 고명숙 (1994). 여성의 유산경험에 대한 현상학적 연구. 대한간호학회지. 24(2) 157-174
- 이경혜 외(1997). 여성건강간호학 상. 서울: 도서출판 현문사
- 임종권, 황나미, 장동현 (1991). 도시보건소 모자보건사업 운영개선연구. 한국보건사회연구원
- 양재모 (1991). 우리나라가족계획의 현황과 문제점. 예방의학회지. 24(1):70-85
- 조재국 (1998). 여성의 삶의 질 향상을 위한 건강증진 접근전략. 여성건강증진센터 개소기념 심포지움 보고서: 여성건강과 인권. 이화여대 간호과학대학
- 최의순, 고명숙, 이규은, 김숙영 (1996). 구타, 성폭력, 이혼을 중심으로 본 여성 건강문제에 관한 고찰. 여성건강간호학회지. 2(1):92-107
- 통계청 (1993). 사망원인 통계연보
- 통계청 (1994). 한국통계연감 제 41호
- 한영자, 도세록, 박정환, 이승욱 (1996). 모성사망비 추정 및 사망원인분석. 한국보건사회연구원
- 한인령 (1998). 미혼모 발생 현황 및 한국 미혼모 복지의 방향. 한국모자보건학회 제3차 학술대회 연세집. 한국모자보건학회
- 한국성폭력상담소 (1995). 개소 2주년 기념자료집

홍문식 외 (1994). '94 전국 출산력 및 가족보건·심태조사. 한국보건사회연구원

Butanareescu, G. (1983). Women's Health: An Investment in the Future. Issue in Health Care of Women, 4: 93-105

Fooden, M. (1983). Women's Mental Health: In Fooden Myra (1982). Genes and Gender: IV The Second X and Women's Health. New York: Gordian Press

Grant, A. (1986). Controlled Trials of Routine Ultrasound in Pregnancy. Birth, 13:16-22

McElmury, B.J., Norr, K.F., Parker R.S. (1993). Women's Health Status across the Globe. in McElmurry, B.J., Norr, K.F., Parker, R.S., Women's Health and Development, Jone's and Bartlett Publishers.