

사업장에서의 HIV/AIDS 대응방안



권관우(權寬祐)
한국에이즈퇴치연맹 사무총장

1. 서론

우리나라 HIV/AIDS 유행이 1985년도에 시작되어 최근에는 급격하게 증가하는 추세이다. 확인된 감염인들의 직업은 차별방지를 위하여 밝히지 않고 있으나 거의 모든 직종에서 확인되고 있는 실정이다. 그러므로 어느 직장에서나 HIV 감염인이 현재 근무하고 있을 수도 있고 앞으로도 발견될 수 있는 가능성이 높다고 할 수 있다. 검사 기피풍조가 만연된 우리나라에서 미확인 HIV 감염인 상당수가 될 것으로 추정해 볼 때 이들의 행태 여하에 따라 향후 HIV/AIDS 확산 정도가 변화될 것이다.

한편, 확인된 HIV 감염인들이 호소하는 어려움이 여러 가지가 있으나 그 중에서 신분노출을 가장 두려워하는 것이 우리나라의 특성이

다. 이는 보수적인 이중적 문화구조상 성 문제를 금기시하고 있기 때문에 더욱 그렇다. 특히 에이즈는 성과 관련된 질병으로 보기 때문에 사회적 낙인이 강하게 나타나는 데다가 에이즈를 아주 혐오스럽게까지 생각하기도 한다. 신분노출을 가장 우려하는 장소로는 직장이 단연 많다. 그렇기 때문에 직장에서 HIV 감염인이 있거나 상담을 할 때 어떻게 대응할 것인가가 매우 중요하다. 이는 HIV/AIDS를 지니고 살아가고 있는 감염인과 환자들의 삶을 위해서 매우 중요하며 일반 직원들의 건강권 보호를 위해서도 필요하다.

그러므로 이제부터 우리나라와 세계의 HIV/AIDS 현황과 HIV의 정제, AIDS의 임상양상, HIV/AIDS 검사, 치료, 상담, 정부의 관리정책, 예방 및 홍보 활동 등을 살펴봄으로써 산업간호사의 업무 향상에 기여하고자 한다.

2. HIV/AIDS 현황

가. 세계적 에이즈 현황

세계적으로 1999년 말 현재 3,430만명으로 추정되는 HIV(Human Immunodeficiency Virus ; 인간면역결핍바이러스) 감염인과 AIDS 환자가 있으며 1,880만명이 후천성면역결핍증으로 사망했다. 세계적으로 에이즈와 다른 바이러스성 성병을 제외하고도 약 3억3천3백만명 이상이 치료가능한 성인성질환(STIs)에 이환되어 있다. '99년 한해에만 약 540만명 가량이 에이즈에 새로 감염되었고 그 중 약 50% 정도가 여성이다.

나. 우리나라의 에이즈 실태

우리나라에서는 1985년에 국내에서 처음 HIV 감염인이 발견된 이래 매년 증가하여 2000년 9월 말 현재 복지부에서 집계하고 있는 감염인 수는 1,224명이다. 이중 271명은 사망하였고 189명이 환자로 전환되었다.

<표 1> 우리나라 에이즈 연도별 현황

2000년 9월말 기준 (단위:명)

구분	계	'85-92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00
총감염자 (여자)	1,224 (156)	251 (27)	72 (7)	89 (11)	108 (19)	102 (12)	124 (17)	129 (18)	186 (26)	163 (19)
감염자중 환자	191	10	6	11	14	22	33	35	34	26

* 사망자 : 271명 (환자:189명)

감염인 1,224명에 대한 역학조사 결과 감염경로가 확인된 1,055명의 감염요인을 살펴보면 96%(981명)가 성접촉에 의한 것으로 확인되었으며(나머지는 역학조사 진행중이거나 감염경로 불명자임) 성접촉감염인 중 281명은 국외이성, 452명은 국내이성, 282명은 동성과의 성접촉에 의해 감염된 것으로 보고되었다.

<표 2> 우리나라 감염인의 감염요인별 현황

단위 : 명. () 안 수치는 백분율임

합계	성접촉			수혈		혈액 제제	수직 감염	약물 주사	기타	역학 조사중	
	소계	국외 이성	국내 이성	동성애	국내						국외
1,224 (100)	1,015 (82.9)	281 (22.9)	452 (36.9)	282 (23.0)	10 (0.8)	11 (0.9)	17 (1.4)	1 (0.1)	- (7.8)	95 (36.9)	74 (6.0)

초등·중등·고등·대학 등 학생 에이즈감염자가 '98년 상반기에 4명으로 급증해, 청소년 에이즈 문제에 대한 대책 마련이 시급한 것으로 지적되기도 했다. 2000년 10월에는 여고생이 처음으로 원조교제를 통해 HIV감염이 확인되어서 사회에 충격을 주었다.

3. AIDS의 개요와 HIV

에이즈(AIDS)는 Acquired Immune Deficiency Syndrome의 머릿글자로, 우리말로 후천성 면역결핍증이라 하며 HIV가 인체 내에 침투하여 면역기능이 저하되어 건강한 인체에서는 활동이 억제되던 세균, 곰팡이, 바이러스 등 감염성 미생물이 병원체로 재활하거나 새로운 균이 외부로부터 침입, 증식함으로써 발병하는 일련의 모든 증상들을 총칭하는 말이다. 보건학적인 측면에서 에이즈란 그 중요도 여부 자체보다 우선하는 관심사는 에이즈 감염인이 건강한 사람에게 전염시키고 결국은 사회 전체를 오염시킬 수 있는 전염병이라는 점이다. 그러나 에이즈를 정확히 알면 예방할 수 있다. 바로 에이즈 교육의 강화가 에이즈 예방의 최선이자 유일한 수단이다.

가. 에이즈의 개요

1) 에이즈는 HIV라는 바이러스에 의해 전염되는 치명적인 전염병이다.

체내에 들어온 HIV는 특정 림프세포(T4)를 공격하여 그 세포의 기능과 역할을 마비시킨다. T4림프구는 인체의 건강을 지켜주는 면역체계의 총지휘자 역할을 한다. 바로 이 세포가 사멸되면 그 역할을 대신할 다른 세포가 없으므로 면역체계의 와해로 이어진다.

2) 에이즈는 사람만이 피해자이고 에이즈바이러스의 제공자도 사람이다.

에이즈는 사람만이 피해자이고 에이즈바이러스의 제공자도 사람으로 에이즈바이러스에 감염된 사람(양성자)의 혈액이나 체액(정액 및 질액)이 우리 몸에 주입되면 에이즈에 걸리게 된다.

3) 에이즈감염인의 혈액이 다른 사람에게 주입되는 경로는 다양하다.

에이즈감염인의 혈액이 다른 사람에게 주입되는 경로로는 수혈, 혈액을 원료로 한 약품을

투여받은 경우와 양성자의 피가 묻은 주사 바늘, 면도날, 칫 등을 소독하지 않고 같이 사용하는 경우가 포함되지만 양성자의 체액(정액)이 다른 사람에게 직접 다량으로 교환되는 성접촉이 전체 감염의 대부분을 차지하기 때문에 에이즈는 성병으로 간주된다.

문제는 환자가 되기 전의 HIV양성자(감염인)로, 이들은 아직 환자가 아니기 때문에 건강한 사회에 스며있는 기간이 평균 10년이나 된다. 따라서 이들은 정상적 성상대로 받아들여지기 때문에 에이즈바이러스 전파의 주원인이다. 에이즈의 등장으로 인간의 성행태가 날 날이 거론되는 이유는 성접촉이 가장 중요한 감염 경로이기도 하지만 그 행태에 따라 위험도가 다르기 때문이다. 즉 에이즈의 전파는 성상대의 숫자, 소속집단의 종류, 접촉 방법, 성접촉 행태에 따라 각각 감염 위험도에 차이가 있기 때문에 여러 형태의 성행태가 언급될 수밖에 없다.

나. 성행태에 따른 위험도

1) 남성 동성간의 성행태가 아니면 안전한가?

아니다. 에이즈 발견의 초창기에 경험하였듯이 남성 동성애자의 항문을 통한 성행태는 특히 수동적 역할을 하는 경우 감염 확률이 가장 높다. 정확히 그 확률을 계산하기 힘든 이유는 대체로 이들이 행위와 수혈, 마약 등을 병행하기 때문이다.

2) 이성간의 성접촉에 의한 감염 위험은?

통계에 의하면 아시아 지역의 에이즈감염인의 90%가 이성간 성적 접촉에 의하여 감염된다. 감염인과 일회 성접촉으로 감염 확률은 1-2%에 달한다. 그러나 성상대의 숫자와 빈도에 따라 위험도는 급상승한다. 부부 중 어느 한쪽 만이라도 부부 이외의 사람을 성상대로 하면 두사람 모두 위험하다. 비정규적인 성상대가 또 다른 사람과의 성적 관계를 가질 수 있으며 그 제삼자인 성상대의 성적 행위로 인한 위험률이 본인에게 직접 전가되고, 이는 다시 부인

또는 남편에게 연결되기 때문에 어느 한편의 부정으로 인해 부부 모두 혼음집단의 일원으로 에이즈 감염 위험 집단에 속하게 된다.

3) 이성간의 성접촉 가운데 특별히 에이즈에 더 잘 걸리는 경우가 있나?

에이즈감염인은 오랜 기간 건강한 상태로 남아있다는 사실을 잊어서는 안된다. 여기에는 한편이 만약 다른 성병 - 임질, 매독, 헤르페스 또는 기타 상처가 있을 경우나 여자가 월경 중이면 감염 확률이 높아진다. 더욱이 정상대가 성행위를 상업적 수단으로 하는 사람이라면 그 위험도는 극대화된다. 이성간의 성접촉의 경우에도 항문 성행위는 남성 동성애자의 경우와 마찬가지로 가장 위험하다.

4) 남자와 여자의 경우 누가 더 잘 걸리나?

에이즈도 다른 성병처럼 남자가 여자보다 감염되기 더 쉽다. 그러나 여자가 피임약을 복용 중이면 질 내벽이 약한 상태가 되고 성병 중에 클라미디아에 감염된 여자는 감염 기회가 남자와 동일하게 높아진다. 남자의 경우도 성병 등으로 괴양이 있거나 포경상태이면 감염이 쉬워진다. 실제로 아프리카에서는 포경상태이거나 성병이 있는 남자의 50%가 단 한번의 매춘지역에서의 성경험으로 에이즈에 걸렸다(당해 지역 매춘여성의 85%가 에이즈양성자였음).

5) 단 한번의 매춘지역에서의 성 경험으로 에이즈에 걸릴 확률은 ?

이는 그 지역의 에이즈 감염을 특히 매춘여성의 감염률과 직접 관계되므로 정답은 없다. 일반적으로 평균 1% 미만이다. 그러나 확률이란 개인에게는 걸리느냐 아니냐 뿐이지 1%라고 해서 내몸의 1%만 걸린다는 얘기는 아니다. 두 사람의 성병 유무, 월경 등이 또 다른 변수이다.

6) 이성간의 성 접촉에 의한 에이즈 감염을 막을 수 있나?

완벽한 방어수단은 없다. 완벽하지는 않으나

방어적 성행위 즉 남성 여성 모두 콘돔을 사용하면 감염을 막을 수 있다고 하나 아직 통계자료는 없다.

7) 여성 동성애자는 에이즈와 전혀 무관한가?

문헌에 보고된 감염인은 2명이 있으나 여성 동성애자 가운데는 남성 동성애자의 경우처럼 이성 접촉을 동시에 하는 사람이 있으므로 완벽한 검증이 요구되며 여성 동성애 관계만으로는 문제가 없는 것으로 본다.

8) 구강 성행위로도 에이즈에 걸리나?

가능하다. 자료에 이견이 있긴 하나 구강 성행위로 감염될 수 있는 확률은 성기 접촉 감염 확률의 10-11%이라는 보고가 있으며 이는 물론 구강 점막의 상태에 따라 좌우된다.

4. AIDS 임상양상

HIV 감염인의 임상양상은 무증상의 건강한 보균자로부터 각종 기회감염, 악성종양, 신경계통의 합병증까지 매우 다양하게 나타나고 HIV 감염 자체보다 이러한 말기 증상이 주된 사망 원인이 된다. 일반적으로 HIV에 최초로 감염된 후 짧은 급성 HIV 증후군을 거친 다음 오랜 기간의 무증상 잠복기에 들어가게 된다. 이 기간 동안 증상은 없고 혈중의 바이러스는 급속히 감소하지만 대신 림프조직 내로 들어가서 활발한 증식을 계속하며 인체의 면역기능을 파괴시킨다. 면역과파가 점차 심해져 한계점에 도달하게 되면 이로 인한 합병증들이 생기고 비로소 AIDS라 부르게 된다. 즉 AIDS란 HIV 감염으로 인해 면역기능이 심하게 손상되면서 다양한 기회질환들이 출현하는 것을 말한다.

가. HIV 감염과 질환의 단계

일반적으로 심한 면역기능 손상으로 인해 치명적인 기회감염이 있을 때에 AIDS를 처음 진단하게 되는 경우가 흔하지만 HIV 감염인의 면역학적 또는 임상적 상태는 그 범위가 매우 넓다. HIV 감염자의 상태를 분류하는 기준으

로 흔히 사용되는 것이 말초혈에서의 CD4+T 세포수를 측정하는 것이다. CD4+T 세포가 500/ μ 미만인 경우는 면역학적 손상이 있다는 것을 뜻하며 증상 유무에 관계없이 CD4+T 세포가 500/ μ 보다 많은 경우는 초기, 200-499/ μ 인 경우는 중기, 200/ μ 미만인 경우는 말기(advanced) HIV 감염이라고 한다.

미국질병관리센타에서 1993년에 성인과 13세 이상의 청소년에 대한 분류법을 만든 것이 현재까지 이용되고 있는데, 이는 CD4+T 세포수에 따라 1·2·3으로 분류하고 임상양상에 따라 A·B·C로 나누어 이 두 가지를 병합하여 분류하는 방법이다.

임상 분류상 A군은 증상이 없거나 지속적인 전신성 림프절염이 있거나 급성기 증상이 있는 경우이다.

B군은 C군에 속하지 않으면서 중등도의 증상을 갖는 경우를 말하며 세포성 면역손상이 있거나 HIV 감염에 의해 합병된 임상증상이나 치료를 받는 경우를 포함하는데 구강칸디다증, 지속적인 질칸디다증, 자궁경부이형성증, 구강·모발 백반증, 재발성 또는 2개 이상의 피부절을 침범하는 대상포진, 말초신경증이 B군에 포함된다.

C군은 뒤에 나오는 AIDS 정의질환 및 상태를 모두 포함한다. 여기에는 위중한 세균성, 진균성, 바이러스성, 기생충에 의한 감염들과 일부 악성종양, 뇌증, 소모증이 포함된다.

나. 임상양상

(1) 급성 HIV 증후군

처음 감염되고 2-6주의 잠복기를 거친 후 증상이 나타난다. 모든 감염자에서 초기 증상이 나타나는 것은 아니고 보고에 따라 차이가 많지만 대개 50% 정도에서 증상이 나타나는데, 이러한 증상들이 나타나는 경우가 증상이 없는 감염자에 비해 질병의 경과가 빠를 가능성이 있다.

몸살과 같은 고열, 두통, 인두통, 근육통 구역, 구토, 설사 등이 나타나며 정도가 가벼운 경우부터 심한 경우까지 다양하다. 체중도 1kg에서 심하게는 10kg 이상까지 감소하기도 한다.

(2) 무증상기(임상적 잠복기)

감염인에 따라 다르지만 급성 감염 증상이 사라진 후 아무 증상도 없는 시기가 몇 년간 지속된다. 그러나 증상이 없더라도 HIV 감염은 계속 진행되어 세포면역 기능이 점차 감소하게 되며 검사상 CD4+T 세포수가 서서히 감소한다. 무증상 감염시에도 일부 감염자에서는 지속성 림프절염(PGL ; persistent generalized lymphadenopathy)을 동반하는 경우가 있다. PGL의 정의는 서혜부를 제외한 2곳 이상의 부위에서 직경 1cm 이상의 림프절이 만져지며 림프절이 커질만한 다른 원인이 없는 경우를 말한다.

<표 3> AIDS 정의

임상분류(clinical categories)			
CD4+T 세포수에 따른 분류	A	B	C
	무증상, 급성감염증 (PGL)	증상 (A도 C도 아닌 경우)	AIDS정의질환 (AIDS indicator Condition)
1 $\geq 500 / \mu$	A1	B1	C1
2 200~499 / μ	A2	B2	C2
3 $< 200 / \mu$	A3	B3	C3

* A3,B3,C1,C2,C3를 AIDS로 정의.

(3) AIDS 관련 증후군(ARC ; AIDS-Related Complex) 및 초기증상

수년간의 무증상 감염시기가 지나면 원인을 알 수 없는 발열, 오한, 식은 땀, 설사, 체중 감소 등의 증상을 경험하게 되며 이외에 전신무력감, 피로감, 식욕부진, 불면증 등도 나타난다. 이러한 증상들은 대개 AIDS로 진행되기 바로 전에 나타나기 시작하는데 이를 'AIDS 관련 증후군'이라고 부른다.

CD4+T 세포수가 500/㎕ 미만으로 감소하면서 다양한 임상증상들이 나타난다. 구강칸디다증이나 구강백반(oral hairy leukoplakia) 등 구강병변이 가장 흔하며, 그 외에도 아프타궤양이나 치주염이 나타난다. 이 시기에 피부병변이 다양하게 나타나는데 지루성피부염이 흔하고 포도상구균 감염, 각종 피부진균증, 입술 가장자리나 생식기 또는 항문 주위에 생기는 단순포진이나 대상포진, 전염성연종(molluscum contagiosum)을 관찰할 수 있다. 특히 부어 있던 림프절이 줄어들거나 구강칸디다증, 구강백반, 아프타궤양, 대상포진 등은 AIDS로의 진행 위험성이 커지는 것을 예고하는 증후가 된다.

(4) AIDS 정의 질환 (AIDS indicator condition)

감염 말기가 되면 세포매개성 면역의 저하로 인하여 정상인에서는 잘 나타나지 않는 각종 바이러스, 진균, 기생충, 원충 및 세균에 의한 기회감염이 나타난다. 이러한 기회감염은 일반적으로 환자가 가지고 있던 감염증이 재활성화(reactivation)되어 나타나는 것으로 생각된다. 결핵, 대상포진등 몇 가지의 기회 감염을 제외하고는 타인에게 잘 전파되지 않고 치료에 잘 반응하지만 치료를 중단하면 재발하는 등 완치가 어렵다. 주요한 기회 감염으로는 주폐포자충 폐렴(PCP ; Pneumocystis carinii pneumonia), 식도 또는 폐의 칸디다증, 독소플라즈마증, 폐외 효모균증(cryptococcosis), 침습성거대세포 바이러스(CMV ; cytomegalovirus) 감염, 결핵, 비정형결핵 등이 있다. 기회감염 이외에 카포시육종, 뇌의 원발성림프종, 면역아세포림프종

(immunoblastic lymphoma) 등의 악성종양도 나타난다.

HIV에 감염된 후 AIDS로 진행되기까지의 기간은 사람마다 차이가 많지만 전과 경로에 관계없이 50%의 감염자가 AIDS로 진행되는 데 약 10년이 소요되는 것으로 알려져 있다. 물론 1-2년 이내에 AIDS로 진행하는 감염자도 있으나 15년 이상 아무런 증상없이 건강히 지내는 감염자도 많다.

5. HIV/AIDS 검사

가. HIV 감염의 검색시험

HIV 항체를 탐지하는 검색시험(screening test)은 그 특징과 종류가 다양하다. 최초의 HIV 진단제는 효소를 이용한 면역학적검사 방법인 ELISA(enzyme-linked immunosorbent assay)법을 이용하여 개발되었다. ELISA법이 HIV 감염 진단을 위해 개발되어 사용된 후 라텍스(latex), 적혈구, 젤라틴 등의 입자응집법(particle agglutination tests) 등이 개발되었으며 이후-dot블롯응집법이 개발되었다.

검색시험의 목적은 위양성의 결과를 나타내는 경우가 있더라도 민감도를 높혀 모든 양성 혈청을 양성으로 탐지함에 있다. 검색시험 결과, HIV에 감염되지 않은 사람의 검체에서 극소수가 불가피하게 위양성으로 나타나는 경우가 있으므로 검색시험의 결과를 최종 판정결과로 사용되어서는 안되며 시험 과정에서 기술적인 잘못에 의한 실험자의 실수가 발생할 가능성을 완전히 배제할 수 없으므로 반복검사가 필수적이다. 반응결과를 진양성으로 판정하기 위하여 원리가 다른 시험이나 제조사가 다른 진단제로 최소한 2~3회 반복하여 시험하고 그 결과를 관찰해야 한다.

나. HIV 감염 확인시험

민감도가 높은 HIV 검색시험은 많은 검체를 동시에 시험하기에는 적당하지만 일반적으로 특이도가 충분히 높지는 않다. 검색시험에서

생물학적 위양성 결과가 나타날 수 있다는 것을 의미한다. 검색시험은 처음에 수혈에 의한 감염을 방지하기 위한 목적으로 계획되었으므로 검색시험의 민감도는 그러한 목적을 달성하기에 충분하도록 구성되어 있다. 그러나 검색시험의 특이도가 낮을 수도 있기 때문에 검색시험에서 양성반응이 나온 경우 HIV 감염을 확실히 입증하기 위하여 재확인되어야 하며 검색시험의 결과만으로 최종결과로 결론지을 수 없다. 이점은 특히 양성예측도가 낮고 감염의 가능성이 적은 대상군을 시험할 때 더욱 고려해야 하는 문제이다.

확인시험의 경우 대부분 웨스턴브롯(WB ; Western Blot), 간접형광항체분석 (IFA ; Indirect Fluorescent Assay), 방사면역침강분석

법(RIPA ; Radio Immunoprecipitation Assay)과 같은 특이도가 매우 높은 시험법을 사용한다. 이 시험법들은 특이도가 대단히 높아 실험이 정확하게 수행되고 그 결과가 정확하게 해석된다면 생물학적 위양성 결과는 나타나지 않는다. 그러나 이 시험법은 검색시험보다 더 많은 비용이 소요되며 실험수행과 해석이 힘들다. 확인시험의 결과는 항상 양성 혹은 음성의 명확한 결과로만 나타나지는 않기 때문에 최종결론을 내리기 전에 또 다른 보조시험이 필요한 경우도 있다. 확인시험의 중요한 목적은 검색시험에서 양성반응을 나타낸 가검물이 부정확하게 HIV 감염으로 동정되지 않았다는 것을 명확히 하는데 있다.

<표 4> HIV 진단법의 특성

진단원리	경쟁적 효소면역시험법	웨스턴 브롯	간접 면역형광	면역결합
항원 고정면	비드 혹은 미량측정판의 웰	니트로셀룰로오막	감염세포	line 면역시험
탐색 항원	바이러스 용원액 재조합 항원 합성펩티드	정제 HIV 분리 항원	HIV	HIV-1/HIV-2 합성펩티드
소요 기구	항온기 판독기 미량파이펫	흔들판 미량파이펫 진공펌프	인큐베이터 미량파이펫 형광 현미경	휘젓는기구 흡입기 미량파이펫
소요 시간	3시간	2.75시간	2시간	4시간

6. 치료

현재 치료제에는 크게 역전사효소억제제와 단백분해효소억제제가 있으며, 역전사효소억제제는 다시 뉴클레오사이드 계열과 비뉴클레오사이드 계열로 나눈다. 미국의 FDA에서 공인

된 에이즈치료제 중 뉴클레오사이드계열의 역전사효소억제제에는 지도부딘(Zidovudine, AZT), 디다노신(Didanosine, ddI), 잘시타빈(Zalcitabine, ddC), 스타부딘(Stavudine, d4T), 라미부딘(Lamivudine, 3TC) 등이 있다. 비뉴클레오사이드 계열의 역전사효소억제제는 바이

라문(Viramune, Nevirapine), 레스크립터(Rescriptor, Delavirdine), 스톡크린(Stocrin, Efavirenz)등이 있다. 단백분해효소억제제는 인비라제(Invirase, Saquinavir), 크릭시반(Crixivan, Indinavir), 노르비어(Norvir, Ritonavir), 비라셉트(Viracept, Nelfinavir) 등 15종 정도가 사용되고 있으며 국내에는 6-7종의 치료제가 쓰이고 있다.

각테일요법이란 단백분해효소억제제를 포함하는 3종 이상의 약물을 병용하여 치료하는 요법을 말한다. 현재 국내에서 각테일요법으로 사용되고 있는 약물로는 뉴클레오사이드 역전사효소 억제제인 AZT, 3TC, ddI, ddC와 단백분해효소억제제인 크릭시반, 비라셉트 등이 있고 비뉴클레오사이드 역전사효소억제제로는 스톡크린이 있다.

최근 치료법의 향상으로 미국의 에이즈사망률이 현저하게 감소하였다. HIV에 감염된 후 가능한 한 치료를 빨리 시작하여 RNA의 수를 낮게 유지하여 에이즈로의 진행을 지연시킨다면 에이즈로 진행되지 않은 상태로 자기의 수명을 다할 수 있을 것이다.

7. 에이즈검사 전후의 상담

산업간호사가 에이즈검사 전후에 상담을 할 때 중요한 것은 HIV 항체검사가 AIDS에 대한 검사는 아니라는 것을 내담자에게 알려주는 것이다. HIV 항체가 있다는 것이 반드시 AIDS에 걸렸거나 AIDS로 발전할 것이라는 것을 의미하지 않는다는 것이다. 현재 우리나라에서는 검사결과를 알려주는 업무를 보건소 에이즈담당자들이 하고 있다.

HIV 항체검사를 하는 것에 관해 내담자와 상담할 때에는 고려사항과 유익성에 관해 내담자와 충분히 토론하는 것이 중요하다. 검사 시 고려사항은 압박감과 불안감이 증가할 가능성, HIV 항체 양성 결과에 대한 사회적인 낙인, 비밀을 유지하려는 데서 오는 압박감, 친교를 맺고 유지하는 것의 어려움 등이 있다. 검사의 유익성은 결과를 알게 됨으로써 압박감을 해소하고 미래에 대한 결정이 용이하며 성관계 상

대를 보호하려는 동기가 증가되며 증상들을 확인하여 즉각적인 치료 개시가 용이하고 예방치료가 가능하다는 것 등이다.

에이즈검사 이후 상담은 비록 검사 전 상담과는 분리되어 보이지만 서로 관련성은 높다. HIV 항체 검사 결과는 어떻게 알려줄 것인가, 내담자가 그 결과에 어떻게 대처할 것인가는 검사 전 상담을 통해 에이즈 양성이라는 결과에 대해 얼마나 준비가 되었는가에 달려있다. 만일 에이즈 양성 결과에 대해서 충분한 이야기를 나누지 못한 내담자에게는 그 결과 내용을 알려줘서는 안될 것이다. 내담자가 그 결과의 의미와 그에게 미치는 영향에 대해 이야기할 기회가 없었다면 내담자는 그 결과를 듣고 난 후 자살충동을 느끼는 것은 흔한 일이기 때문이다.

검사 후 상담에서 상담자는 내담자에게 다음과 같은 정보를 알려주어야 한다.

- 1) 상담자는 내담자에게 검사 결과가 어떻게 나왔는지를 물어본다.
- 2) 상담자는 내담자에게 검사 결과를 어떻게 이해하는지 알아본다.
- 3) 만일 음성이라면 전염의 예방과 안전한 성관계에 대한 계획을 강화한다.
- 4) 만일 양성이라면 :
 - ① 현재의 걱정거리를 확인한다.
 - ② 내담자가 결과에 대해 누구에게 말할 것인지 상의한다.
 - ③ 내담자가 무엇을 다른 사람에게 말할 것인지 상의한다.
 - ④ 내담자가 언제 다른 사람에게 말할 것인지 상의한다.
 - ⑤ 내담자가 어떻게 다른 사람에게 말하고 어떻게 다룰 것인지 상의한다.
 - ⑥ 내담자가 이후의 몇 시간과 몇 일을 어떻게 보낼 것인지를 확인한다.
 - ⑦ 내담자가 예상하는 곤경이 무엇이고 어떻게 대처할 것인지를 확인한다.
 - ⑧ 내담자가 그밖에 누구에게 의지할 수 있는지 알 수 있도록 도와준다.

- ⑨ 상담자에게 질문을 할 수 있도록 격려한다.
- ⑩ 안전한 성관계 · 좋은 식생활 · 수면 · 운동 등과 같은 건강에 관해 상의한다.
- 5) 내담자에게 충격 · 분노 혹은 불신의 반응이 꽤 흔하다는 것을 알려준다(정신적 불안이 심할 경우 전문의를 소개시켜준다).
- 6) 차후의 의학적인 절차(전문의 진찰)와 증상의 즉각적인 확인과 치료가 도움이 된다는 것을 알려준다.
- 7) 지역에서 도와줄 수 있는 기관에 대한 정보를 제공한다.

현재 에이즈검사는 보건소 · 병원 · 의원 · 건강관리협회 등에서 실시되고 있으나 에이즈검사 전후의 상담을 완벽하게 하기에는 전문상담원의 부족 등으로 인해 미흡한 감이 없지 않다(전문상담원 양성은 한국에이즈퇴치연맹에서 연 2-3 회 실시하고 있음).

8. 정부 HIV/STI관리정책

중전의 국가 에이즈 및 성병관리사업은 주로 정기검진 대상자(특수업태부, 유행접객원 등)의 보건소 등록관리와 일반검진 대상자에 대한 보건증 발급을 통한 사후관리 등으로 이루어져 왔으며, 필요시마다 대중매체 등을 이용한 홍보 · 교육이 대부분이었다. 그러나 의료보호법 시행령의 개정('98.2)으로 그간 국가에서 무료로 실시하였던 성병검진 및 치료사업이 대부분 유료화 됨으로 인해 특수업태부 등 영세계층 정기검진 대상자들의 검진 소홀이 우려되고 있다. 또한 보건증 발급 · 소지제도 폐지에 따라 검진대상자들에 대한 효율적인 관리체계 유지가 어려워질 것으로 예상되고 있다. 따라서 현행 국가차원의 정기검진, 무료치료 및 사후 정책이 자연스럽게 개인차원의 『자발적 검사 및 건강관리』형태로 정책이 변화될 수밖에 없으며 이에 따라 에이즈 및 성병의 감염으로부터 국민건강을 적극적으로 보호하기 위해서는 보다 체계적이고 효율적인 사업 수행방안을 마련, 시행하는 것이 향후 주요정책과제로 대두되었다. '99년부터 정부에서는 HIV/STI 관리를 위

해 HIV/STI 감시체계 구축 · 운영, 성병전담 진료기관(간이진료소, 대응진료소 등) 운영의 활성화 도모, HIV/AIDS 감염자 및 환자에 대한 진료비 지원 확대 및 성병 검진 및 치료비용의 국고지원 등을 중점으로 하여 사업을 추진하고 있다.

지속적인 홍보를 통하여 사회 전반의 인식을 바꾸어 나가는 것은 에이즈퇴치의 가장 중요한 사업으로 정부의 노력만으로는 어려우며 민간단체의 활동과 협조가 필요하다. 이를 위하여 정부에서는 '99년부터는 에이즈 예방 홍보사업을 민간단체에서 전담하도록 하여 관련 예산을 대폭 지원하고 있다.

9. 예방홍보 및 상담 활동

근로자 보건교육의 주제로 에이즈 예방 교육을 계획하고 있다면 정부의 예방 홍보활동을 대행하고 있는 민간전문단체인 한국에이즈퇴치연맹(홈페이지 : www.aidskorea.org, 전화 : 02-747-4070)과 연계하면 각종 홍보물과 홍보 인원을 협조 받을 수 있음을 물론이며 사업장 내에서 HIV 감염인이 발생했을 경우에도 각종 지원을 받을 수 있다. 한국에이즈퇴치연맹에서는 1993년부터 2000년 6월말 현재까지 총 2,606 회 1,051,728명을 전문교육을 해왔고 UNAIDS의 정보센터(Information Support Center)와 APCASO의 National Focal Point로서 최신 정확한 정보를 제공, 홍보하고 있다. 일반인 전문상담실(전화 : 02-747-4070)과 HIV 감염인 전용상담소(전화 : 02-747-4072)를 활용하면 감염인 전용소식지 <K-Plus>를 받아볼 수 있는 등 전문서비스 혜택을 받을 수 있다. 또한 우리나라 문화 특성상 청소년들의 건전한 성문화를 양성하여 근본적인 에이즈퇴치를 위해 '순애모(순결한 생활로 에이즈를 퇴치하는 모임)' 활동도 전개하여 청소년과 학부모들의 적극적인 호응도 받고 있다.

한국에이즈퇴치연맹에서 운영하고 있는 '정보센터'는 감염인의 정신적, 심리적 안정을 지원하는 상담과 정보 제공, 친목 도모, 간이진

료, 권익 보호 등을 통해 감염인 관리사업의 효율성을 극대화하고 동료상담 및 동료간병도 하고 있으므로 이용 가능하다.

HIV 감염인들을 위한 ‘숙식쉼터’는 대한에이즈예방협회(홈페이지 : www.aids.or.kr, 전화 : 02-675-4111)에서 운영하고 있으며 소외 받은 감염인/환자에게 숙식 및 편안한 휴식, 요양 장소를 제공하고 전문의료팀의 정기진료를 통한 적절한 치료를 받도록 안내하고 있으므로 HIV 감염인들에게 연결하면 효과적이다. AIDS 환자의 경우 정부에서 치료비를 지원하고 각종 복지 및 혜택을 제공하고 있으므로 해당 보건소와 연계할 수도 있다.

10. 결론

산업간호사가 사업장 내에서 HIV/AIDS와 관련된 업무를 수행함에 있어서 효과적인 대응 방안은 다음과 같이 간추릴 수 있다.

사업장에서 근로자 중에서 HIV/AIDS 환자나 감염인이 발생했을 때 사업주와 근로자 사이의 중간 입장에서 산업간호사의 대응 방식에 따라 결과가 달라진다. 즉 산업간호사가 에이즈에 대해 정확히 모르는 상태에서 차별적 자세를 취하면 그 감염인은 해고되거나 축출될 수밖에 없으나 산업간호사가 정확한 정보에 근거하여 인권존중의 자세를 취하면 감염인은 건강이 유지되는 한 정상인과 함께 근무할 수 있다. 그러므로 중간관리자 입장에서 산업간호사의 역할은 결정적으로 중요한 것이다. 일본에서는 중간관리자 에이즈교육이 활성화되고 있는데 사업장 내 HIV/AIDS 환자나 감염인이 발생했을 때 잘못 대응하여 해고한 뒤 인권침해로 법원 소송에서 패하게 되면 기업 이미지를 저해하여 오히려 경영에 손실을 입는 등의

피해가 나타나기 때문이다.

또한 산업간호사에게 근로자가 HIV/AIDS 관련 상담을 요구해 오거나 효과적 상담의 필요할 때에는 해당 근로자의 비밀 보장에 유의하면서 최선을 다해 원칙적인 상담을 해주어야 한다. 이후 도움이 필요할 때에는 UNAIDS-ISC(한국에이즈퇴치연맹)로부터 정확한 정보를 제공받거나 전문상담원 연수과정을 참여하는 등 연계협력관계를 유지하는 것이 중요하다. 그리고 예방을 위한 홍보 및 교육이 필요할 때에는 산업간호사들이 직접 교재를 활용하여 실시할 수도 있고 전문교육을 받거나 전문가를 초청하여 효과적인 활동을 전개하는 것도 바람직하다.

에이즈 예방은 정확한 정보가 생명이다. 이미 에이즈는 불치병이 아니다. 고혈압처럼 초기에 효과적으로 관리하면 건강을 장기간 유지할 수 있는 만성질환으로 변해가고 있으므로 무조건 불치병으로 혐오하거나 기피해서는 안 된다. 에이즈는 다른 질병과는 달리 위중도는 높지만 예방이 확실히 가능한 질환이다. 에이즈의 원인, 정체, 감염경로, 증상 등이 모두 규명되었으므로 침투경로만 차단하면 효과적으로 예방할 수 있다는 사실이 입증되었다. “에이즈는 예방교육이 특효약이다”라는 경험적 진리가 광범위하게 통용되고 있는 상태이다. 산업 현장에서 근로자들의 건강권 보호를 위해서 노고를 아끼지 않는 산업간호사들이 에이즈를 정확히 알고 근로자들의 경각심 인식과 위험행태 변화를 위한 각종 노력을 효과적으로 전개할 때 “에이즈 없는 건강한 직장”이 될 뿐만 아니라 우리 사회의 건강과 안녕이 그만큼 보장될 것으로 기대한다(*).

<참고문헌>

이원영. HIV란? 에이즈전문상담원 양성연수 자료집. 한국에이즈퇴치연맹. 2000

김양리. HIV감염과 AIDS의 임상양상. 에이즈전문상담원 양성연수 자료집. 한국에이즈퇴치연맹. 2000

강 춘. HIV/AIDS 검사방법. 에이즈전문상담원 양성연수 자료집. 한국에이즈퇴치연맹. 2000

박승미. 에이즈검사전후 상담. 에이즈전문상담원 양성연수 자료집. 한국에이즈퇴치연맹. 2000

유병희. 정부의 HIV/AIDS 관리정책과 방향. 에이즈전문상담원 양성연수 자료집. 한국에이즈퇴치연맹. 2000

권관우. 에이즈관련 NGO의 역할 및 활동. 에이즈관리요원반 교육교재. 국립보건원훈련부. 2000

국립보건원 방역과. 2000년 9월말 현재 HIV 감염자 발생 현황, 보건복지부, 2000.10.6.

한국에이즈퇴치연맹. 후천성면역결핍증 길라잡이. 에이즈의 치료와 전망. 1999

UNAIDS(UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). AIDS epidemic update : December 1999

WHO Office of HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases

