

여성건강증진

신혜숙

(경희대학교 의대 간호학과 교수)

I. 서론

여성건강관리란 질병이나 임신 출산 등 여성으로서 겪는 전반적인 경험뿐만 아니라 그것들로 인한 불편함(dis-ease)을 포함하며 또한 여성건강문제와 관련된 사회 문화적 요인도 내포한다.

간호문헌에서 여성건강이란 주제에 관심을 가진 것은 비교적 최근이다. 간호학이 체계적인 학문으로 발전해 감에 따라 간호의 대상자인 인간을 전체적으로 보게 됨과 아울러 여성건강에 대한 개념도 여성의 신체·정신·사회·문화·영적인 측면 등 총체적인 문제로 확대되었고, 따라서 여성의 역할, 인식, 경험 등 가족과 사회내에서 여성건강과 관련된 모든 문제에 대한 관심이 높아지고 있다(신혜숙,1996; 여성건강간호학회,1995; 이경혜 외 3인,1995; 최의순 외 3인,1996).

여성은 문화나 사회와 깊은 관계를 맺고 있으며, 건강관리를 추구하는 여성은 자신이 존재하는 사회적 맥락내에서 건강을 유지하게 되고 따라서 여성건강 문제는 개인이 영위하고 있는 삶의 전체 맥락에 걸쳐 서로 얽혀 있는 것으로서 질병이나 자녀 출산의 기능을 넘어서 여성의 삶 전체와 관련된 것으로 보아야 한다.

건강증진에 대한 Ottawa현장은 다섯 가지 건강증진의 활동요소를 첫째, 자신의 건강에 대한 개인적 기술을 개발하는 것, 둘째, 개인의 건강증진을 위하여 지역사회가 건강과 관련된 활동을 강화하는 것, 셋째, 건강증진에 도움이 되는 지지적 환경

을 구축하는 것, 넷째, 관련된 공공정책을 수립하는 것, 다섯째, 기존의 건강서비스 제도를 개혁하는 것 등으로 제시하고 있는데, 이는 앞으로 여성건강증진의 활동방향을 제시해 준다.

오늘날의 간호의 대상자는 환자라기 보다는 의료소비자 또는 고객(client)으로 건강문제와 치료에 대하여 충분한 정보를 원하며 건강과 삶의 질에 영향을 미치는 결정에 적극적으로 참여하기를 바란다. 즉, 그들은 질병예방과 건강증진의 전략 및 치료적 대안 등에 대하여 알기 원함은 물론 건강과 관련된 사회복지제도에 대하여 관심을 지니며 나아가서 이러한 제도를 통하여 자신들의 건강에 혜택 받기를 기대하며 또한 이러한 제도들이 그들의 삶의 질을 향상시키는데 기여되기를 원한다는 것이다.

그러므로 여성건강관리에 직접적인 변화와 영향을 줄 수 있는 우리의 간호는 여성의 신체적 건강 관련 문제외에 전반적인 여성의 사회·정치·경제·문화적 환경과 관련된 여성문제에 관해 폭넓은 관심을 갖고 여성건강문제를 다룰 수 있어야 할 것이다.

따라서 오늘날의 간호대상자들의 변화에 발맞추어 본 특집에서는 여성특성과 여성건강문제를 토대로 여성건강증진을 위한 간호접근을 고찰함과 아울러 여성건강증진과 관련된 미국의 사회복지 프로그램의 예를 소개함으로써 우리나라 여성건강증진의 질적 향상을 도모하고자 한다.

II. 여성의 특성과 여성건강문제

1. 여성의 특성

여성의 특성을 다양한 측면에서 제시할 수 있으나 본 장에서는 여성의 역할변화를 중심으로 여성의 특성에 대하여 언급하고자 한다.

전통적으로 여성들은 가족내에서 특정 역할을 지닌 주부로서 그리고 어머니로서 간주되어 왔고 이러한 역할에 의해 여성들의 존재가 정의되어 왔으며, 서구의 가족 개념이 들어오면서 여성의 성역할은 더욱 가정에 국한되는 것으로 설명되어 왔다.

우리나라에서도 여성의 출산, 수유의 생물학적 기능은 여성의 모성수행을 당연한 것으로 인식해왔으며, 이는 여성의 영역을 가정으로 제한시키는 중요한 근거로 제시되어 왔다. 근대화와 함께 핵가족의 정착 그리고 남녀의 성별분업은 가족과 자녀에 의존된 어머니상을 만들어 주었고, 여성들은 일차적으로 가족의 건강을 유지할 책임이 있으며, 돌봄은 여성이 담당해야 하는 일로 받아들여져 왔다.

그러나 국가의 가족계획사업의 성공과 산업화, 도시화의 진전으로 출산율이 저하되어 가족규모가 작아지고, 가족의 형태가 핵가족화되고 초기 자녀양육시기가 짧아지는 등 가족 주기의 변화가 있게 되었고 가사용품의 상품화와 가전제품의 증가로 여성들이 가사노동에 소요하는 노동력과 시간에 변화가 오게 되었다.

즉, 자녀수의 감소, 교육수준의 증가, 출산 이후의 지속적인 취업이나 재취업은 여성이 전통적인 모성역할에 대한 새로운 모색을 하게 하였고 여성들은 가정밖에서도 자신의 정체성을 추구하기 시작하였다.

특히 오늘날 사회 정치적 변화와 함께 여성들의 교육수준이 높아지면서 여성들이 가정내에서 뿐만 아니라 공적인 영역에서 수행하는 역할이 다양해지게 되었다.

한편 건강과 관련하여 여성의 삶은 첫째, 여성들은 남성들이 겪는 것보다 더 많은 문제를 재생산 영역에서 겪게 된다. 둘째, 무급 가사노동으로 인한 여성의 격리는 여성들이 우울증 유병률이 높은

것과 상관관계가 있다. 셋째, 여성들은 가족의 건강을 책임지고 있으며 가족들 편에 서서 특히 자녀들을 위해서 의사를 자주 만나는 경향이 있다. 넷째, 여성들은 비공식적 보건관리자로서 가족원의 질병치료에 책임을 맡고 있다. 다섯째, 여성의 사회화는 여성들이 환자역할을 행하는데 더 수용적이게 한다. 여섯째, 여성들은 정상적인 출산을 의료화하는데 복종하지 않으면 안된다. 일곱째, 여성은 남성보다 오래 산다는 등의 특성을 지니고 있다(박영숙,1996).

이러한 여성의 다양성과 특성에도 불구하고 출산과 자녀양육은 여성들에게 여전히 큰 부담을 주며, 여성의 건강은 임신과 관련한 산전관리, 분만의 측면에만 관심이 기울어져 있어 여성을 한 삶의 주기 동안에 걸친 여러 변화를 통해 이해하지 못하고 있는 실정이다.

특히 다가오는 21세기의 과학 발달과 사회변화는 여성인구의 변화, 여성의 생활경험 변화, 여성의 역할과 지위의 변화 등에 큰 영향을 끼칠 것이므로 여성에게 일반적인 신체적 건강문제외에도 정신·사회적 압박, 역할갈등, 역할과중, 역기능적 대인관계 등과 같은 많은 건강관련 문제를 유발하게 된다.

그러므로 여성건강관리에 직접적인 변화와 영향을 줄 수 있는 우리의 간호가 여성의 신체적 건강 관련 문제외에 전반적인 여성의 정신, 사회, 문화, 정치, 경제 측면에 관해 폭넓은 관심을 갖고 여성문제를 다룰 수 있어야 하겠다.

2. 여성건강문제

여성건강간호의 목적은 여성의 삶의 과정에서 일어나는 요구와 변화 및 사회, 정치, 경제, 문화적으로 발생하는 여성문제에 적절히 대처할 수 있게 여성을 도와 건강을 유지 증진케 할 뿐만 아니라 여성들의 삶의 질을 향상시키는데 있다.

특히 여성의 건강이 강조되는 이유는 여성이 출산과 육아 그리고 가족원의 건강관리에 대한 책임을 담당해 왔으므로 여성건강의 질이 곧 모든 국민건강의 질에 영향을 준다는 인식때문인데, 그동안 여성건강에 대해서는 여성문제에 대한 인식부

족과 함께 사회문화적 요소들이 무시된 채 여성건강문제가 다루어져 왔다.

여성으로 탄생한 순간부터 노년에 이르기까지 여성은 시기별로 큰 전환점을 맞게 되는데, 여성의 삶의 주기에 따라 대두되는 건강문제를 소개하면 다음과 같다(김혜숙,1995; 탁영란,1995).

첫째, 출생에서 사춘기(1~15세) : 태아의 남녀간의

발달차이, 어머니의 건강이 아기에 미치는 영향, 여아의 사회 심리적 발달(자아개념) 등

둘째, 청소년기에서 폐경전 중년기(15~45세) : 성 접촉으로 인한 감염, 피임, 출산, 임신, 약성 종양, 우울증, 심장질환, 만성골반통증 등

셋째, 폐경후 부터 65세 전의 노년기(45~65세) : 폐경과 관련된 건강문제, 호르몬 치료, 골다공증, 심리·정서적 문제 등

넷째, 65세 이후의 노년기 : 노화문제, 삶의 질, 상실과 슬픔, 자가간호, 우울 등으로 여성건강 문제는 삶의 주기에 따라 복잡하고 다양함을 확인할 수 있다.

즉, 여성은 모성기능을 수행하는 것과 연관하여 생리적, 신체적, 정신적 및 사회적인 부담 등 여러 가지의 위험요인을 안고 있으며, 특히 여성 몸의 특수성과 관련된 호르몬의 변화 등으로 남성에게 비해 특별한 건강문제를 지니게 되는 것이다.

그러므로 여성의 삶의 주기를 통하여 여성은 남성에게 비해 건강에 대한 관심이 다를 수 밖에 없으며 또한 다른 종류의 건강문제를 지니고 살아가게 되는 것이다.

한편 최근 여성관련 통계를 살펴보면(통계청, 1997), 남아선호사상의 영향으로 출생기회에서부터 여성이 차등화되는 경향이 있는 점, 여성교육이 내용상 전문대학과 일부학과에 편중되어 있는 점, 36시간 이하 취업자가 남성보다 많은 점, 부모의 자녀 교육목적이 아들·딸에 따라 차등한 점, 남성의 가사노동 시간이 국제적으로 비교할 때 낮은 점 등이 여성 삶의 질을 향상시키는데 문제점으로 시사되고 있다. 남정자(1997)연구원의 보고에서도 확인할 수 있듯이 남성의 평균수명이 여성보다 낮아 노령인구의 여성화 현상으로 노인여성인구의

비율이 늘고 있는 현상, 여성의 건강수명이 남성의 건강수명보다 짧은 현상과 유병률이 높은 현상, 남아선호사상으로 성감별로 인한 유산율이 높아 남녀 성비가 깨어지는 현상, 인공임신중절(기혼여성의 50% 즉, 기혼여성 1인당 1건 이상)로 인한 신체·정신적 피해, 특히 20-29세의 젊은 여성들의 인공임신중절율의 증가 현상, 그의 시설분만으로 모유수유율의 하강현상, 급증하는 성희롱·성폭력 등의 현상은 오늘날의 여성건강문제들로 언급되고 있다.

이러한 현상은 여성들의 건강문제는 의학적 문제 뿐만 아니라 사회·문화·경제적 측면으로도 중요한 문제임을 시사하고 있으며 따라서 오늘날의 여성건강문제는 전체 사회 속에서 인식되어야 한다.

한편 빈곤퇴치를 위한 비정부기구(NGO) 형거 프로젝트 인도지부 바나발리 사무총장은 출산이 빈곤을 악화시키는 최대 요인이라며 가족계획의 중요성을 역설하면서 빈곤으로부터의 해방 노력은 여성에게 초점이 맞춰져 추진되어야 근본해결이 가능하다고 하였다.

즉, 빈곤의 최대 피해자는 여성이며, 15억 세계 빈곤층의 70%를 웃도는 11억 여명이 여성이고 여성 빈곤층은 영양결핍, 생계 최전선의 투입 등으로 기아선상에서 허덕일 뿐만 아니라 잦은 출산으로 빈곤을 확대 재생산하는 주체이기도 하다는 것이다.

이러한 견해들을 통해서도 여성문제는 개인적인 문제 이전에 사회 구조적인 문제로서 불평등한 사회적인 조건의 문제를 함께 규명해야 한다. 즉, 여성문제는 여성을 차별하는 사회 경제 체제가 변화해야만 해결될 수 있음을 보여 주기도 한다.

그러므로 여성건강증진을 위해서는 여성으로 태어나는 시점에서부터 노년을 맞는 생애 주기 동안 발생하는 여성건강에 영향을 주는 여성의 신체·정신·사회·문화·경제적 취약점과 건강문제에 간호실무자와 간호학자들의 관심과 노력이 요구된다.

Ⅲ. 여성건강증진을 위한 간호접근

이미 기존의 간호학자들이 언급한 바와 같이 여성건강의 기본 철학은 여성을 위한 여성중심의 건강관리를 하는 것인데, 여성건강에 대한 전통적 견해는 임신, 분만, 산욕 등을 중심으로 한 생식능력의 범위를 벗어나지 못하였으며 신체적, 생리적 변화와 부인과적 질병을 관리하는데 한정되어 왔다. 즉, 여성의 안녕에 대한 중요한 측면을 간과한 체신체적, 생리적 변화와 질병을 치료하는데 관심을 두어왔다.

그러나 현재의 관심은 여성으로서의 전반적인 안녕, '편치않음'과 '질병없음'에 대한 관심의 증가로 여성건강을 여성의 삶의 맥락에서 총체적으로 이해되어야 한다는데 초점을 두고 있다. 그러므로 대상자인 여성의 건강요구나 건강에 대한 신념, 가치, 경험을 중시하여야 하고 여성 스스로 건강관리에 대한 결정에 참여할 수 있는 능력과 권리를 가진 인간으로 고려하여야 한다는 것이다.

일반적으로 건강증진의 특성(김영임,1997)은 질병이나 특정 건강문제중심이 아니다. 질병예방이 소극적인 회피성 행위인데 비해 건강증진은 적극적인 접근 행위이고, 질병예방이 단순히 질병의 치료나 예방에 그치는 병리적 발생을 위축시키는 것에 비해 건강증진은 건강행위의 실천을 통하여 사람들이 지니고 있는 건강잠재력이 충분히 발휘될 수 있도록 개발하고 건강평가를 통하여 건강위험요인을 조기발견함으로써 건강을 유지 향상하기 위한 보건교육적, 사회제도적, 환경보호적 수단을 강구하는 것이다. 즉, 건강증진의 특성상 여성건강증진을 위해서도 다학문적인 접근이 필수적이며, 여성건강관리에 직접적인 변화와 영향을 줄 수 있는 우리의 간호도 여성의 신체적 건강관련 문제 외에 전반적인 여성의 사회적, 문화적, 정책적 문제에 관해서 폭넓은 관심을 갖고 여성문제를 다룰 수 있어야 할 것이다.

따라서 건강증진을 위한 간호활동은 개인수준, 단체 및 기관수준, 지역사회 수준에서 이루어져야 함은 물론 각 수준마다 간호과정에 따라 이루어져야 하는데, 여성의 성장발달적 측면에서 우선적인

여성건강관리의 내용은 다음과 같이 정리할 수 있다(장순복,1995).

사춘기 여성을 위해서는 : 매년 건강사정을 하여 안녕수준 · 스트레스요인 등을 파악하고 위기 · 자살 · 학대 · 강간 및 성폭력 · 영양결핍 · 비만 · 사고 · 성병 등에 대하여 상담하고, 기본적인 지식인 신체의 해부 및 생리 · 성장발달 · 월경 및 생식생리 · 성정체감 · 남녀관계 · 약물사용 · 건강 문제의 해결 방법 등을 교육해야 한다.

성인 여성을 위해서는 : 건강증진의 핵심행위는 섭생 · 스트레스 관리 · 골격유지 · 유해물질 기피(술,담배,약물), 건강보호의 핵심행위는 산전산후 자가관리 및 태교 · 안전분만 · 가족계획, 건강예방의 핵심행위는 조기진단 · 조기발견 · 감염예방 · 자궁경부암 · 유방암 예방행위 · 심혈관계 질병이나 성인형 당뇨 예방행위 등을 교육 및 상담, 일 · 이차 예방교육과 관리 및 성적 적응을 도와야 한다.

갱년기 여성을 위해서는 : 성인 여성을 위한 내용과 함께 부가적으로 골다공증 · 뇨실금 · 자궁암 · 심장질환 · 영양 · 운동 등 갱년기의 이해와 적응을 위한 내용과 성공적인 나머지 절반의 생애를 위한 프로그램이 운영되어야만 여성의 질적인 삶을 도울 수 있을 것이다.

즉, 여성의 삶의 주기에 따른 포괄적인 여성건강 평생관리에 관심을 가져야 한다.

그러므로 여성건강을 담당하고 있는 우리의 간호가 다양한 여성건강문제에 대하여 적극적인 관심을 가져야 함은 물론 한편으로 여성 스스로 자신의 건강에 대한 책임과 건강관리에 적절히 참여할 수 있도록 돕는 간호중재방안을 설정하고 수행하는데 힘써야 한다.

특히 우리의 여성건강간호의 궁극적인 목적이 여성의 삶의 질 향상에 기여하는데 있다면 그 대상자인 여성들에게 보다 나은 간호와 건강정보를 제공해야 할 것이며 이를 위해서는 여성의 권리 신장이나 사회제도의 개혁 등 전반적인 여성문제에 대해서도 지속적인 관심을 가져야 할 것이다.

한편 여성건강증진 사업은 전략적인 측면과 실무적 측면에서의 접근이 병행되어야 하는데, 최근 여성건강증진의 대안으로 경기도청에서 추진 중에

있는 여성발전 중·장기계획(경기도청,1996)에서도 확인할 수 있듯이 여성건강증진을 위해서 청소년·근로여성·미혼모·매춘여성·농촌여성·빈곤층 여성·노인여성 등과 같은 건강문제 취약집단과 여성의 비만·음주·흡연·약물복용·생활양식·학대 및 폭행·대처기술·자원활용 등에 대한 실태를 확인하려는 노력이 요구된다.

한편 간호학자들은 여성건강을 위한 간호를 위해서 다양한 연구방법을 통한 여성건강문제 해결에 접근할 필요가 있으며, 여성건강증진을 위한 보다 나은 연구와 실무를 위해서는 다학제적 접근을

시도해야 할 것이다.

그러므로 여성건강증진을 위한 간호접근을 위해서는 대부분이 여성으로 구성된 우리 간호집단이 여성의 건강문제와 요구에 직접적인 관심과 활동을 나타내 보여야 하며, 아울러 여성 개인에게 건강에 관한 정보를 제공하거나 건강교육을 실시하는 구체적인 활동의 요구에 적극적으로 응해야 한다. 특히 여성건강증진에 영향을 미칠 수 있는 정책을 수립하는데도 적극적인 참여가 절실히 요망된다.

여성발전 중·장기 계획 (보건 부문)	
여성의 생식보건 예방확대 및 치유책의 선진화	1) 청소년의 생식보건문제 예방 : 청소년, 소년, 부모, 교사들에 대한 성교육확대 강화, 청소년 성폭력예방교육확대 강화 2) 임신중절율과 난관 수술율의 감소 : 안전한 피임방법 보급, 확산 여성회관에 임신, 출산건강에 관한 교육, 상담 강화 성감별, 영아유기 등 남아선호사상 불식을 위한 교육, 상담 강화 3) 제왕절개율 감소를 위한 소비자 운동 전개
여성의료서비스 접근도 향상을 통한 여성건강증진	1) 저소득, 노인, 농촌 의료이용 향상 : 여성보건센터 설립(면지역) 보건소 노인 물리치료, 성인병 치료 활성화 조기퇴원여성을 위한 가정간호도입 산후관리를 위한 가정봉사원 서비스 개발 2) 여성관련 암예방검진 증대 보건(지)소, 여성보건센터에 여성관련 암검진 시설 강화 3) 여성 정신질환 치료프로그램 확대 정신보건센터내 여성상담프로그램 신설
여성건강증진을 위한 생활습관행위 개선	1) 건강한 식습관, 운동, 비만대책 수립 2) 건강교육 프로그램 보급, 확장

경기여성발전 중·장기계획 : 경기도 여성정책실 자료(1996)

IV. 여성건강증진을 위한

미국의 사회복지 프로그램의 예

1995년 여성건강분과위원회에서 마련한 여성건강을 위한 행동전략 계획서를 통해 우리나라 여성건강 전략적 목적 1(여성이 일생을 통해 적절한 보건 의료정보 및 필요한 의료서비스를 자유롭게 이

용할 수 있도록 한다)에서 제시하였듯이 여성은 건강하고 안전한 생활을 누릴 자유가 있다. 즉, 건강과 생식능력에 관련된 보건의료서비스를 자유롭게 선택하고 이용할 권리와 환경과 건강문제에 대한 책임의식을 갖고 적절한 보건의료서비스를 받을 권리가 있는 것이다.

최근 우리나라는 여성의 복지증진을 위한 지원책(여성정책,1997)으로 성폭력특별법 제·개정, 보육시설확충·내실화, 요보호 여성에 대한 지원강화, 여성정보센터 설립 등이 마련되었듯이 우리나라에서도 여성건강증진의 차원인 여성사회복지제도들의 변화가 눈에 띄게 일어나고 있다.

본 장에서는 여성건강증진과 관련된 미국의 사회복지 프로그램의 한 예를 소개하고자 한다.

본 장에서는 여성건강증진과 관련된 미국의 사회복지 프로그램의 한 예를 소개하고자 한다.

여성복지증진을 위한 지원책	
성폭력 특별법 제·개정	성폭력 범죄가 빈발해짐에 따라 여성과 미성년자를 성폭력의 범죄의 위협으로부터 보호하기 위하여 성폭력 범죄의 처벌 및 피해자 보호 등에 관한 법률 및 동법 시행령이 제정됨. 법개정으로 13세 미만 어린이 성폭행이 비친고죄화 되었고 친족간간의 범위가 4촌이내 혈족에 더하여 2촌 이내의 인척도 포함하게 되어 의붓아버지,오빠에 의한 강간도 가중 처벌 가능하게 됨.
보육시설 확충·내실화	아동의 건전한 육성과 맞벌이 가정의 경제적,사회적 활동지원을 도모하기 위하여 95년 7월부터 직장보육시설을 설치 운영하는 사업주에게 보육교사 1인당 월 50만원의 인건비를 지원하는 한편 최고 3억원까지 설치비를 융자하고 있음. 직장보육시설 설치의무화, 작업장의 규모는 영유아 보육법 시행령의 개정으로 여성근로자 500인 이상을 고용하고 있는 사업장에서 여성근로자 300인 이상을 고용하고 있는 사업장으로 변경함.
요보호 여성에 대한 지원강화	미혼모의 발생예방을 위한 교육실시와 함께 미혼여성이 임신·출산하였을 경우 안전분만과 건강회복을 위해 미혼모 보호시설을 전국 8개소에 설치,운영하고 있음. 취약지역 등에 윤락여성 선도와 가출여성 윤락화 방지를 위하여 95년 12월말 현재 128개의 부녀상담소를 설치, 운영하고 있으며 388명의 여성복지상담원의 상담업무를 하고 있음.
여성정보센터 설립	정부는 여성관련 정보접근 및 교환을 통하여 여성의 사회참여 확대를 도모하기 위해 한국여성개발원내에 여성정보센터를 설립함(96.6). 현재 여성관련 법률,교육,건강 등 다양한 실용정보를 제공하기 위한 db를 개발중임.
기타 : 제 1 차 여성정책 기본계획안 마련	여성들이 일과 육아를 병행할 수 있도록 지원하기 위해 육아휴직기간을 분할해 사용할 수 있는 제도와 가족간호휴직제 도입도 추진됨. 여성건강증진 차원에서는 산전진찰비용에 대해 의료보험을 적용해 나가며,임신중인 여성을 위해 월 1회 유급 태아검진휴일제도를 신설하는 방안이 마련되어 있음. 출산휴가기간을 현재보다 늘리는 방안도 검토키로 함.

여성정책(1997). '93~'97 여성정책을 정리한다

1. 모자보건프로그램

1) 저소득 산모를 위한 메디컬

이는 저소득층 임신부를 위한 무료 산전진료 및 분만 프로그램이다. 즉, 메디컬을 신청하는 것부터 임신부의 산전·산후관리 및 분만비 혜택을 받을 수 있는 프로그램으로 산부인과의 산전진료와 분

만, 그리고 분만 후 2주 또는 6주까지 무료로 진료를 받을 수 있는 제도이다.

이 프로그램의 혜택을 받을 수 있는 자격기준은 수입이 적은 저소득층(가족당 Net(네트) 수입을 알려면 현재 받는 Gross(그로스) 월급에서 90달러를 제하고 자녀 부양비는 2살 이하일 경우 자녀당 2백달러를 제하고 2살과 2살 이상일 경우는 자녀

당 1백75달러를 제한), 저소득자로서 소정의 양식에 따라 신청, 규정에 적합한 심사를 받고 심사에 합격이 되면 가정에서 메디컬 스티커(Medical Sticker)를 우편으로 받게 된다.

3주에서 길게는 6주 동안의 기간이 지난 후에는 스티커(Sticker)를 받을 수 있고 이 스티커를 이용하여 산전진료 및 무료분만의 혜택을 받을 수 있다. 산전진료와 분만은 물론 필요한 비타민과 임신부 보건 및 영양에 대한 상담을 모두 무료로 받게 되며 특히 임신부들의 영양상태나 그외 건강에 관한 지식을 교육 받을 수 있다. 병원 방문시 매번 혈압과 체중을 검진하며 임신부들이 주로 호소하는 증상과 그 완화방법, 정상적인 범위내에서의 임신 증상에 관해 필요한 자료를 기초로 모자보건교육을 제공받기도 한다.

임산부들이 건강하게 임신을 지속시키고 건강한 분만을 할 수 있도록 돕기 위한 이 제도는 특히 임신부들의 영양문제에 초점을 두고 있어 임신 초반부터 잘 짜여진 식단과 영양의 고른 섭취로 임신과 분만 산후생활을 건강하게 이끌어 주는데 중점을 두고 있는 제도라 하겠다.

2) 임신부 및 영유아를 위한 특별 제도

(AIM : Access for Infant and Mothers Program)

이는 주정부에서 혜택을 주는 또 하나의 임신부를 위한 프로그램을 말한다. 이 프로그램은 메디컬(저소득층)에 해당되는 임신부들 보다는 수입이 조금 더 많고 그렇다고 경제적으로 건강한 아기를 분만하기에는 어려운 임신부에게 해당되는 프로그램이다. 즉, 중산층을 위한 임신부 및 유아를 위한 특별 프로그램을 말한다.

이 프로그램으로 혜택받기를 원하는 임신한 여성은 AIM 프로그램 신청서를 작성하는데 신청자격은 임신 30주 미만(임신 7개월-7½개월)인 경우에만 해당된다.

신청 후 3주만에 가정으로 연락이 오며 혜택을 받게 됐다는 연락을 받으면 이때부터 의사의 진찰을 받게 된다. 이 특별 프로그램으로 임신부는 산전·산후 관리 및 분만비 혜택을 받으며 얼마간의 비용을 일시불이나 여러번으로 나누어 지불할 수 있는 혜택도 받는다. 특히 이 제도는 체류조건이나

신분에는 제한이 없는 것이 특징이다.

2. 여성, 영유아, 아동을 위한 프로그램

(Women, Infants, and Children : WIC)

WIC는 영양섭취부족의 위험이 높은 아동과 여성들을 위해 1974년 이래 실시해 온 영양식품 보조 프로그램으로서 임신중인 여성, 산모, 유아, 그리고 아동들은 WIC 프로그램을 통해 식품 상환권을 받을 수 있다. WIC 프로그램을 취급하는 곳은 보통 모성보호를 담당하는 진료소, 병원, 지역사회센터 등이다.

이 프로그램은 연방정부가 대부분의 재정을 충당하고 농림부(Department of Agriculture)가 전체적 운영을 담당하고 있다.

수혜자격은 임신중인 여성, 산모, 또는 모유를 먹이는 여성, 영유아나 5세 미만의 아동이다.

임신중이라면 증명서를 가져와야 하고 그 외에 신청자나 신청자의 자녀가 더 나은 영양 공급이 필요한 상태에 놓여 있어야만 한다.

WIC 자격여부는 의학적/영양상의 위험에 근거해 평가된다. 또한 신청자와 신청자의 자녀에 관한 의학적 정보가 요구된다. 또한 가정의 총소득이 저소득인 경우(예 : 가족수 1인, 2인, 3인, 4인 경우 각각에 대해 월총소득 \$1,021, \$1,369, \$1,718, \$2,066) WIC의 혜택을 받을 수 있다.

한편 연방정부의 기금부족으로 인해 WIC에 가입할 자격이 있는 사람이 모두 혜택을 받는 것은 아니며, 원조가 가장 절실한 사람들에게 혜택을 주기 위해 우선순위 기준(의학적으로 위험한 상태에 있는 임신부나 수유중인 여성과 유아, WIC 수혜자 여성에게서 출생한 6개월 이하의 유아나 임신중에 WIC 수혜자격이 있었던 여성, 의학적으로 위험한 상태에 있는 5세 이하의 아동과 산모, 부적절한 식사를 하고 있는 임신부나 수유중인 여성과 유아, 부적절한 식사를 하고 있는 5세 이하의 아동, 영양상태가 위험한 산후의 여성)이 있다.

혜택내용은 WIC 담당장소에서 식품 상환권(Voucher-바우처)을 받게 되면 이 상환권으로 식품점에서 우유, 치즈, 달걀, 주스, 시리얼, 콩, 버터 등을 구입할 수 있다. 또한 유아들을 위한 철분이 함

유된 분유와 시리얼의 상환권도 받을 수 있다. 상환권은 매월 1인당 평균 50달러에 해당된다.

한편 WIC 프로그램을 통해서 임신중에 필요한 영양섭취에 관한 교육을 받을 수 있으며, 상담자나 이 프로그램에 참여 중인 다른 어머니들과 함께 수유와 아동들의 식사 습관에 관한 관심사들을 서로 정보교환하기도 한다. 또한 모유를 먹인다면 출산 후 1년동안 WIC프로그램에 참여할 수 있으며 인공유를 먹이는 경우는 6개월까지 참여할 수 있다.

3. 아동서비스 (Children's Services : CS)

1) 아동복지국

(Department of Children's Services : DCS)

DCS 즉, 아동복지국은 미성년자와 미성년자가 포함된 가정의 복지를 위해 포괄적인 서비스를 제공한다. DCS는 학대 대상의 아동들의 안전을 위한 보호센터(Maclaren Children's Center)도 운영하고 있으며 정신적, 성적, 신체적 아동학대 및 보호태만을 집중 담당하는 아동 학대부서가 매일 24시간 아동학대 보고에 긴급 대처하기 위해 대기하고 있다. 그의 아동입양(Adoption)과 가정탁아(Foster Home)에 관한 전반적인 서비스도 담당하고 있다. 그 반면 아동을 입양 또는 수양가정에 보내야하는 상황의 발생을 예방하고 또 더 나은 가정환경과 가족관계를 증진시키기 위해 상담 및 여러가지 서비스를 Family Preservation(가정보호)라는 부서에서 담당하고 있다. 특히 DCS내에 「Asian Pacific Project」부서는 급증하는 아시아계 가정 및 아동들에게 필요한 전반적인 서비스를 담당하고 있다.

2) 아동건강 및 장애예방 프로그램

(Children Health and Disability Prevention Program : CHDP)

이 프로그램은 메디켈 수혜자격이 없더라도 19세 미만 아동들에게 무료 신체검사와 예방접종을 제공한다. 메디켈을 가진 아동은 21세까지 수혜자격이 있다. 치과진료, 안경, 처방약 또는 CHDP 검사에서 발견된 기타 의학적 문제들을 무료로 치료 받을 수 있다. 혜택을 위한 기준은 그리 엄격하지 않다.

3) 미성년자 동의 서비스(Minor Consent Services)

이는 청소년 및 아동 건강보호(Health Care for Teens and Children)제도의 하나로서 이는 12세에서 21세 사이의 대상자들에게 몇가지 항목(마약 또는 알콜남용, 성병, 임신 또는 가족계획, 정신건강, 성적 학대)에 관련된 무료의 비밀보장이 되는 치료를 제공하는 제도이다. 특히 21세 미만으로 성폭행을 당한 경우 무료의 비밀 보장이 되는 의학적 치료를 받기 위해 「미성년자 승인 서비스」를 신청할 수 있다.

한편 정신건강 서비스를 필요로 한다면 가정 및 아동 상담자 또는 심리학자로부터 정신건강 치료 또는 상담이 요구되거나, 자신 또는 다른 사람에게 심각한 신체적·정신적 위해를 가할 위험이 있거나 근친상간 또는 아동학대의 추정된 피해자임을 확인할 증명을 가져와야 한다.

4) 아동영양급식(Child Nutrition)

이는 아동들은 정상적인 신체적 정신적 발달을 위해 좋은 영양을 섭취해야 하므로 연방정부에서는 학교, 탁아기관, 여름학교 프로그램들을 통해 수혜자격이 있는 아동들에게 무료 또는 할인된 가격으로 식사를 할 수 있도록 지원하고 있는 제도를 말한다.

(1) 학교급식

일부 아동들은 정기적인 영양가 있는 식사를 하지 못하기 때문에 모든 공립학교, 일부 사립 및 종교단체의 원조를 받는 학교들이 아침 및 점심 또는 점심 급식 프로그램을 실시하고 있다. 급식 프로그램을 신청한 학교는 무료 또는 할인가격으로 급식을 받는 학생과 전액을 주고 급식을 받는 학생수에 근거해서 정부로부터 환불을 받는다.

매학기 초나 학교를 옮길 때마다 이 급식 프로그램에 참가하기 위해서는 신청을 해야 한다.

만일 부양아동을 가진 가족에 대한 원조(AFDC)나 식품권(Food Stamp)을 받고 있다면, 케이스 번호만 주면 자녀들은 자동적으로 무료급식을 받을 수 있다.

위탁아동들은 위탁부모들의 소득에 상관없이 종종 무료급식을 받을 자격이 있다. 할인급식 가격은

교육지구에 의해 책정이 되며, 법에 의하면 아침은 30센트 이상, 점심은 40센트 이상이 될 수 없다.

한편 자녀가 19세 미만이면 「개방된 프로그램(Open Program)」을 통해서 방학기간에도 무료로 영양가있는 식사를 제공받을 수 있다. 만약 장애자라면 21세 까지 해당된다. 지역에 살고 있는 아동들의 절반정도가 또는 프로그램에 등록된 아동들이 적어도 반이상이 학교에서 제공하는 무료 또는 할인가격의 급식을 받는 경우라면 여름방학 급식 프로그램 등으로 이 프로그램은 주정부의 지원을 받을 수 있다.

(2) 아동급식 보조 프로그램

승인된 후원인의 지도감독하에 있는 가정탁아소나 허가된 비영리 탁아소는 정부의 기금을 받아서 아동들에게 하루에 4번까지 식사나 간식을 제공할 수 있다. 정상적인 아동일 때는 12살까지, 장애아동인 경우는 15살까지 혜택을 받을 수 있다.

(3) 임신한 학생들을 위한 급식보조

주정부는 임신한 하거나 수유중이면서 학교에 다니고 있는 학생들에게 (이 학생들은 평소보다 많은 영양을 섭취할 필요가 있기 때문에) 영양보충 음식을 제공하는 프로그램을 지원하고 있다.

이에 참여하고 있는 학교는 아침 또는 점심시간에 평상시보다 많은 음식을 주는 방법과 특별한 간식 또는 보충식을 주는 방법중에서 한 가지를 택할 수도 있고 두 가지를 다 제공할 수도 있다. 이 프로그램의 수혜자격을 위해서는 의사, 개업간호사, 진료소 또는 보건소, 자격이 있는 조산사, AFDC나 WIC 프로그램과 같은 원조 프로그램 등 중 하나로부터 임신중이거나 수유중이라는 증명서를 받아 제출하여야 한다.

4. 기타 프로그램

1) 저소득층 여성 및 노년여성을 위한 제도 (Medicare & Medi-Cal)

(1) 메디케어(Medicare)

이 프로그램은 노인의 병원비용과 기타 의료비용을 보장해 주기 위한 제도로써 65세 이상의 노

인을 대상으로 연방정부가 운영하는 의료보험이다. 미국의 65세 이상 인구의 97%를 커버하고 있다. 메디케어는 두개의 프로그램으로 구성되는데 part A라고 불리는 병원보험(Hospital Insurance)과 part B라고 하는 외래진료 서비스 보험인 보조적 의료보험(Supplemental Medical Insurance)으로 되어 있다. 미국에서는 병원요금과 의사요금을 구분해서 계산하므로 이를 구분하기 위해 두 부분으로 나눈 것이다.

한편 65세 이상이면서 사회보장 혜택을 받을 자격이 없다면 매달 2백 21달러를 내면 메디케어 병원 보험을 들 수 있다.

보조적 의료보험은 현재 65세가 됨과 동시에 가입하면 매달 일정액의 보험료(1993년 기준 31달러 80센트)를 지불해야 수혜자격이 생기게 되는 선택적인 건강보험 프로그램이다.

수혜 혜택으로 병원 입원시 메디케어 병원보험은 병원 입원 60일을 한 기간으로 정하고 그 기간 동안의 병원 입원비의 6백 76달러를 수혜자가 지불해야 한다. 즉, 병원보험은 최초 60일 동안의 메디케어가 의학적으로 필요하다고 인정한 비용중 6백 76달러를 제외한 모든 병원 입원비를 지불해 준다.

part B 는 병원 입원 치료외의 비용 중 의사비용을 비롯한 외래진료, 물리치료, 검사 및 기구사용 등에 대해 89%를 지불해 준다. 나머지 20%와 매년 1백 달러의 본인 부담액과 메디케어에서 허용한 비용을 초과한 금액에 대해서는 본인이 부담하는 것이다.

(2) 메디캘(Medi-Cal)

이는 공적부조(SSI,AFDC)를 받는 사람이나 또는 저소득자를 위해 의료비를 정부가 환자 본인 대신 지불해 주는 공적부조 의료 혜택 프로그램이다. 연방정부와 주정부가 공동으로 재정과 운영을 분담하고 medicaid 프로그램을 캘리포니아주에서는 메디캘이라 부르고 있다.

의사나 치과외사의 외래진료, 병원이나 요양원에서의 입원 치료, 정신병치료, 약처방과 구입,안경, 보청기, 의료기구 등에 대해 무료 또는 비용분

담으로 혜택을 받을 수 있으며 임신부, 64세 이상 또는 12세 이하인 경우를 제외하고 수혜자는 처방을 포함한 많은 서비스들에 대해 1달러씩 지불해야 한다.

응급실에서 받은 비응급 치료에 대해서는 5달러를 내야하며 메디켈에서는 메디케어에서 일반적으로 지불하지 않는 것들까지도 지불해 주므로 보조적인 건강보험이 별도로 필요하지 않다. 그러나 메디켈에서 지불하는 기준의료비가 워낙 낮기 때문에 메디켈을 취급하는 의사, 병원의 수가 매우 제한되어 있어 양질의 진료를 받을 수 있는지는 논란의 여지가 있다.

2) 부양 아동을 가진 가족에 대한 프로그램

(Aid to Families with Dependent Children : AFDC)

이 프로그램은 부양아동이 있는 가정 또는 임신한 여성이 자립할 수 있을 때까지 원조를 해주는 제도로서 기금의 대부분은 연방정부와 주정부에서 지원되며 카운티는 이 프로그램을 운영한다.

이 프로그램은 불우한 아동들을 돕는데 목적이 있으므로 다음 몇가지 항목(부모중 한쪽 또는 양쪽이 집에 없거나 장애가 있다, 양쪽 부모가 집에 있으나 주 소득자가 실직했거나 약간의 소득이 있어도 1개월에 1백 시간 이상 일하지 않고 있다, 그 외 19세 미만의 자녀가 있어야 한다)에 해당되어야 AFDC를 받을 수 있다.

한편 가족의 월 총소득(과세 및 공제전)이 다음 기준((1993년 기준 : 가족수 1인, 2인, 3인, 4인, 5인에 대한 각각 소득한계 \$ 638, \$1,048 \$1,300, \$1,542, \$1,761) 미만이어야 수혜자격이 있다.

한편 AFDC를 받고자 하는 사람들 중 일부는 GAIN(자립을 위한 계획)이라 하는 고용 및 직업훈련 프로그램에 참가해야 한다. GAIN프로그램에 참가하는 동안 참가자는 아동양육비와 교통비를 받을 권리가 있으며, 한편 GAIN에 참여하는 것이 면제되는 경우(16세 미만, 18세 미만이며 고등학교 또는 풀 타임으로 직업학교에 재학중인 사람, 아프고 장애가 있거나 60세 이상인 사람, GAIN프로그램 실시 기관들로부터 멀리 떨어진 곳에 거주

하는 자, 3세미만 자녀가 있는 사람, 임신한 지 3개월 이상인 여성, 이미 일주일에 30시간 이상 일을 하고 있는 사람 등)도 있다.

AFDC를 받게 되면 메디켈과 식품권을 받을 자격이 자동적으로 주어진다. 특별히 추가로 지급해야 할 사유(예를 들면 최소한 2개월 이상 지속되는 의학적 치료를 위한 높은 교통비 부담, 질병이나 장애치료로 인한 수도·전기·가스 비용·식이요법을 위한 식품비)가 있을 때 추가금액이 지불된다.

특히 현재 3년간 캘리포니아 주정부는 적자재정과 불경기를 이유로 AFDC급여금을 삭감해 왔으며 앞으로도 당분간 수혜자격 요건의 강화와 급여금 삭감의 추세는 계속될 것으로 보인다.

3) 아동양육비 집행 프로그램

(Child Support Enforcement Program)

아동양육비 집행 프로그램은 부재부모를 찾아내어 자녀들에 대한 부모로서의 의무를 확고히 하고 부재부모의 자녀/배우자에 대한 재정적 지원의무를 담당한다. 아동양육비 집행 프로그램하에서 수행되는 활동들은 가족들에게 중요한 혜택을 제공한다. 즉, 양육비 집행은 가족들이 자립하도록 돕는다. 부모로서 의무 확립은 자녀에게 상당한 사회적·심리적 의미를 띠며 사회보장 및 다른 혜택뿐만 아니라 자녀양육에 대한 권리를 확고히 해 주기 때문이다.

4) 식품권 (Food Stamps:FS)

식품권 프로그램은 저소득 가정의 영양상태를 향상시키기 위하여 식품과 교환할 수 있는 쿠폰을 제공해 주는 제도를 말한다. 식품권은 세대별로 주어진다. 같이 사는 사람들은 한 식품권으로 가족이 해당된다. 그러나 같이 살지라도 부모 또는 형제가 60세 이상이거나, 보조적 소득보장, 사회보장, 장애로 인한 퇴역군인 혜택을 받는 이들은 한 식품권 가족에 속하지 않으므로 이 경우를 제외하고는 부모, 형제, 자녀들은 한 가족으로 식품권을 신청한다.

식품권 수혜를 위해서는 미국시민이거나 시민이 아닌 경우는 영주권자, 피난민, 임시입국허가자 등과 같은 자격이 있어야 한다. 세대의 총소득과 순

소득이 한도액 미만이어야 한다. 그의 소득 한도액을 충족시키는 외에 자산 총액이 2천달러를 넘어서는 안된다.

V. 결 론

21세기를 맞이하여 더욱 중요하게 부각될 건강 문제는 건강보호와 건강증진일 것이다. 오늘날 간호학적 관심이나 실무의 방향도 건강증진으로 집중되어 가는 추세이며, 특히 건강증진은 간호사의 기본업무 중 하나로서 간호업무와 간호교육의 기초가 되고 있음을 부인할 수 없다.

건강증진은 건강을 개선하고 통제할 수 있는 능력을 높여주는 과정이며 최적의 건강상태를 지향해 생활양식을 변화시킬 수 있도록 돕는 것이다. 이는 단순히 질병이나 사망률을 낮추는 것이 아니라 정상시의 건강을 유지, 증진하는데 초점을 두고, 대상자의 건강한 생활양식을 증진시키므로써 신체적, 정신적, 사회적, 영적 안녕 수준을 증가시키는데 그 목적이 있다.

최근 들어 간호계에서는 여성건강에 대한 관심이 높아지면서 여성중심의 간호접근을 통해 여성의 건강을 유지, 증진시키고 삶의 질을 향상시키는 간호중재를 하고자 노력하고 있다.

특히 오늘날의 여성건강에 대한 개념의 변화는 생식기능과 관련된 여성들에서 다양한 계층과 신체적, 정신적, 사회적 측면의 건강문제를 지닌 여성들에게까지 간호대상과 범위가 확대되게 되었는데, 여성건강간호는 여성의 삶과 관련되어 나타나는 여성건강요구와 문제에 맞추어 조망하는 것이 바람직하며, 결국 여성들이 원하는 건강관리를 제공하는데 초점을 두고 있다.

따라서 여성건강증진을 위한 간호접근은 우선 여성건강관리에 대한 지식을 제공함으로써 여성 스스로의 대처기전 강화, 개인의 적응수준 향상, 건강관리의 참여와 결정에 도움을 줄 수 있어야 한다. 또한 여성건강증진의 전략으로서 여성의 건강교육 외에 여성의 특수한 건강요구에 기초한 여성건강증진모형이나 사회프로그램의 개발 및 평생 건강관리센터의 운영방안이 요구된다.

특히 우리 간호계는 여성건강증진에 영향을 미

칠 수 있는 여성건강관련 정책과 제도의 결정에 관심을 갖고 이에 적극적으로 참여하고 활동을 하는 자세가 필요하다.

참 고 문 헌

- 경기도(1996). 경기여성발전 중·장기계획(여성정책실).
- 김영임(1997). 국민건강증진법과 간호사의 역할, 대한간호, 36(3), 20-25.
- 김혜숙(1995). 여성건강-연구와 교육의 미래 방향, 대한간호, 34(3), 6-1.
- 남정자(1997). Lifecycle-specific Well Woman Health Care: Comprehensive Approach-Policy. 여성건강간호학회 정기총회 및 학술대회 자료집, 3-36.
- 박영숙(1996). 여성건강(Update Nursing '96 주제강연: 제일병원 간호부), 7-20.
- 신혜숙(1996). 성희롱에 대한 여대생의 태도 유형, 여성건강간호학회지, 2(2), 147-163.
- 여성건강간호학회(1995). 여성건강증진을 위한 간호의 전망, 여성건강간호학회 하계 학술세미나.
- 정무장관 제 2실(1997). '93-'97 여성정책을 정리한다, 여성정책, 29호, 8-13.
- 이경혜 외 3인(1995). 여성건강에 대한 개념분석연구, 여성건강간호학회지, 1(2), 222-233.
- 장순복(1995). 여성건강-실무발전방향-, 대한간호, 34(5), 6-10.
- 최의순 외 3인(1996). 구타,성폭력,이혼을 중심으로 본 여성건강문제에 관한 고찰, 여성건강간호학회지, 2(1), 92-107.
- 탁영란(1995). 여성건강: 21세기를 향한 임상,연구,교육의 새로운 모델, 대한간호, 34(2), 6-10.
- 통계청(1997). 통계로 보는 여성의 삶의 질.
- DHHS(1994). Handout of Department of Health and Human Services.
- Fogell C.I. & Woods N.F.(1995). Women's Health, SAGE Pub.
- KHEIRC(1994). Handout of Korean Health Education, Information & Referral Center

- (U.S.A.).
- Kjervik D.K. & Martinson I.M.(1986). Women in Health & Illness: Life Experiences and Crises, W.B.Saunders Co.
- LARFPC(1993). Handout of Los Angeles Regional Family Planning Council(U.S.A.).
- Peggy L.C.(1994). Developing Nursing Perspectives in Women's Health, An Aspen Pub.
- School of Public Policy and Social Research (1994). Handout of Social Welfare, Department of Social Welfare(UCLA).
- SSAO(1993). Handout of Social Security Administration Offices(U.S.A.).
- WDPSSSO(1993). Handout of Welfare Department of Public Social Service Offices (U.S.A.).