保健敎育 · 健康增進學會誌 第24卷 第3號(2007. 9) pp.99-118
Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, Vol.24, No.3(2007)

〈종설〉

취약계층 여성의 건강증진 방안

전경숙** · 장숙랑**† · 이선자* · 이효영** · 홍보경* · 김보람**
* 서울대학교 보건대학원 · ** 서울대학교 보건대학원 보건환경연구소

〈목 차〉

Ⅰ. 서론
Ⅱ. 취약성의 개념 및 범주
Ⅲ. 취약여성 건강증진의 원칙과 사례
Ⅳ. 우리나라 취약계층 여성의 건강문제 및 건강증진사업 현황
Ⅴ. 취약계층 여성을 위한 건강증진 방안
Ⅵ. 결론

Ⅰ. 서 론

여성은 남성과는 달리 보건의료에 있어서 상대적인 취약성을 갖고 있다. 우리나라를 비롯하여 많은 국가에서 여성은 가족 우선의 관습적인 생활방식 때문에 질병상태가 악화되거나 위독해지기 이전까지는 보건서비스의 접근과 혜택이 어렵고 동등한 의료기회가 제약되는 현상이 나타나고 있다. 성에 기초한 부당한 차별적 상황은 취약계층 여성의 경우 더욱 심화된 형태로 건강, 교육, 복지, 노동 등의 전 부문에 걸쳐 다양하게 발생하고 있으며(석재은, 2004), 취약계층 여성의 건강증진 활동에 있어서도 사회적 기회의 불평등 현상이 심각한 것으로 인지되고 있다.

1997년 경제위기 이후 지속되고 있는 우리사회의 양극화 속에서 저소득, 취약계층 여성의 취업활동이 증가하고 있으나 가족의 생계유지에 우선순위를 둔 취업으로 인해 정작 취약계층 여성 자신의 기본적인 건강유지 활동은 어려운 상황이다(노혜련 등, 2005; 석재은 등, 2006). 결국 취약한 건강유지 활동은 경제활동에 제한을 가져오기도 하여 가난과 질병의 악순환 고리를 생성하고 있다. 따라서 경제 및 고용활동, 교육과 문화 활동, 건강 및 보건활동 등의 사회전반에 걸쳐 취약계층 여성의 고통과 부담 가중이라는 부정적 파급효과를 발생시키고 있다(석재은 등, 2006).

또한 정부차원의 여성 노동환경과 직장여성의 건강관리에 대한 종합적인 대책이 미흡하고(정진주 와 황정임, 2005), 여성의 경우 사회적 요구와 적응과정에서 결혼과 임신을 늦추거나

† 교신저자 : 장숙랑
서울대학교 보건대학원 보건환경연구소
전화: 02-3668-7858; FAX: 02-765-9104, E-mail: jysr@snu.ac.kr jysr1@hanmail.net

포기하는 사례가 현실 사회문제로서 제시되고 있다. 취업여성은 대부분 비정규직이거나 중소기업에 종사하고 있으며, 근무환경과 고용형태가 여성근로자의 건강상태에 영향력을 미침으로써 가정과 기업, 국가차원의 정책문제로 대두하고 있다(정진주 와 황정임, 2005). 더욱이 취약계층 여성에 관한 정책은 모자복지법, 성폭력 및 가정폭력 방지법, 윤락행위 방지법 등의 제정을 통해 위기상황에 처한 여성들에게 기초적인 사회적 안전망은 제공되고 있으나 이 조차도 위기극복과 자립 지원에 있어 한계를 가진다(석재은, 2004; 석재은 등, 2006). 건강과 예방측면에서의 정책은 더욱 희소하여 저소득 여성가구주 지원 정책의 경우 '어머니'와 '근로자'로서의 두 역할을 적절히 수행할 수 있을 만큼 효과적인 지원체계를 구축하지 못하였으며 여성가구주 자신의 건강을 소홀히 하게 되는 상황은 문제로 지적된 바 없다. 최근 다양한 위험에 직면한 빈곤여성가구주 지원을 위한 소득보장, 주거지원, 고용지원, 자녀양육지원, 건강 및 심리정서 지원 등의 내용을 담은 프로그램 및 정책들이 국민기초생활보장법과 모부자복지법을 근거로 실행되고 있으나 이들 저소득 모자가정의 보호에 있어 한계성을 면치 못하고 있다. 특히, 빈곤여성가구주가 직면하는 건강문제 해소를 위한 지원은 거의 제공하고 있지 않고 있다(노혜련 등, 2005). 의료급여의 경우도 주로 모성보호에 치중하고 있고 출산이후에 자녀와 여성가구주에 대한 건강증진 정책은 매우 부족한 실정이다.

취약계층 여성의 적극적인 사회참여와 경제활동의 촉진은 적합한 건강관리 환경 조성 기반 위에서 가능하다. 이들 여성에게 건강 환경 조성과 건강에 관한 역량을 함양할 수 있는 적절한 방안에 대해 이제는 그들의 요구를 바탕으로 드러내어 놓고 논의할 단계에 이르렀다. 따라서 본 연구는 지역사회 내의 취약계층 여성을 대상으로 고용과 경제활동에 기여, 심리적·물리적 안정감 도모, 건강한 가정육성에 기여할 수 있는 건강증진 방안을 모색해 보고자 하였다. 이를 위해 먼저 2007년 현재까지 진행된 기존자료 및 문헌의 고찰을 통하여 취약계층 여성의 범주화 및 그들의 주요 건강 문제 와 서비스 요구를 살펴보고 이차적으로는 전국 여성단체 현황(2007년)과 지역별 조직을 인터넷 홈페이지 및 지자체 민간단체 현황 보고들을 중심으로 국내 여성단체 조직 현황 및 운영 현황을 파악함과 동시에 전국 70개의 여성 민간단체장 및 관련 실무자 의견조사를 통해 지역사회 민간자원으로서 여성단체의 건강증진 프로그램 수행 역량을 파악함으로써 지역사회의 취약계층 여성 건강증진 방안을 제안하였다.

Ⅱ. 취약성의 개념 및 범주

1. 개인차원의 개념 모형

취약성에 대한 가장 기본적인 개념으로 개인결정요인모형(Individual Determinant Model)은 취약계층을 타고난 특정 인구 집단으로 정의하며 연령, 성, 인종, 민족성, 교육, 소득 및 생활변화 등에 초점을 두고 있다(Rogers, 1997). 남녀 공히 분류 목적에 따라 취약 인구집단으로 고려될 수 있는데, 여성은 자신이 건강하지 못하다고 보는 경향이 있고, 남성은 높은 사망률과 짧은 평균 수명 때문에 취약인구 집단이라 할 수 있다. 여성의 취약성은 일차적으로 임신, 육아 및 간호로 인한 스트레스에서 유래되며 가족 내 갈등으로 인한 정신건강 문제가 크며

여성은 남성보다 경제적 자원에 있어서도 열악하다.

개인의 사회자원 모형(Individual Social Resources Model)은 연령, 성, 인종 등 인구학적 사회구조적 특성에 따른 물질적, 비물질적 자원에 따라 상대적인 취약성을 가진다는 개념이다(Aday, 1993). 특정한 사회 및 개인적 자원의 부족으로부터 위험이 생긴다는 것으로 이모형에 따르면 사회지위(social status), 사회자본(social capital)과 인적자본(human capital)이 취약성에 영향을 준다.

개인 보건행태 모형(Individual health behavior Model)은 취약계층이 건강증진 행위 실천율이 낮고, 흡연, 음주 및 약물중독과 같은 건강에 위험한 행위를 더 하며(Power 와 Matthews, 1997; Lantz 등, 1998; Power 등, 1998), 이는 특정 건강 상태에 직접적 영향을 미치고 건강 격차를 만든다는 개념모형이다(Lantz 등, 1998). 건강행위 모형을 주장하는 학자들은 스트레스를 유발하는 사회심리적 요인으로 취약계층의 건강행위를 설명하며, 낮은 수준의 사회관계 및 사회적 지지, 자존감 및 삶의 조절력의 감소, 낮은 사회적 권력과 자원이 스트레스원이라 주장한다(Lantz 등 1998).

개인의 사회경제적 지위 모형(Individual Socioeconomic Status Model)은 건강은 개인의 사회경제적 지위에 의해 영향을 받는 다는 것으로 낮은 사회경제수준의 개인은 건강을 유지 증진하기 위한 경제적 자원이 제한되며(영양, 주거, 교통, 육아 서비스 등), 보건의료 접근성도 낮아진다.

2. 다수준의 개념 모형

개인수준의 위험요인을 넘어 지역사회 수준의 결정요인에 대해 탐색한 모형들로 먼저 지역사회 사회자원 모형(Community Social Resource Model)은 취약성이 단순히 개인의 불행, 의지 문제가 아니며(Flaskerud 와 Winslow, 1998), 취약성에 기여하는 사회적 요인을 제시하고 있다. 사회자원은 Aday가 제시한 개인 사회자원 모형과 유사하지만, 지역사회 수준 및 개인수준 모두에서 사회자원을 탐색하는 점에서 다르다.

지역사회 환경 노출 모형(Community Environmental Exposure Model)은 취약성을 생산하는 지역사회 영향의 하나로, 건강에 위해한 환경에의 노출이 잠재적 역할을 한다는 설명이다. 사회경제적 수준이 낮은 지역은 주거 환경이 좋지 않고 인구 밀집 지역의 경우 대기오염 등 고위험 환경에 노출된다(Power 와 Matthew, 1997).

개인 및 지역사회 상호작용 모형(Individual and Community Interaction Model)은 개인 및 지역사회 수준의 위험요인을 포함하는 포괄적인 모형이다(Aday, 1993). 개인수준의 자원은 사회위치, 사회자본, 인적자본 및 건강요구이며 지역사회수준 자원은 지역사회 응집력, 이웃의 특성, 지역사회 건강 요구이다. 이에 기초하여 9개의 가장 취약한 인구집단으로 신체적 취약계층(고위험 모성과 영아, 만성질환 및 장애자, HIV/AIDS 감염환자), 정신적 취약계층(정신질환자 및 정신 장애인, 알코올 및 약물 남용자, 자살 및 타살 위험에 있는 자), 사회적 취약계층(폭력가족, 노숙자, 이민자 및 난민자)을 들었다.

가장 최근에 발표된 Shi 와 Stevens(2005)의 포괄적 접근 모형은 개인, 사회, 지역사회의 위험과 보건의료 접근성이 복합적으로 관여하여 '취약성'을 만들어 낸다는 개념이다. 건강취약성은 개인수준과 생태학적 수준에서의 소인성(predisposing), 가능성(enabling), 요구(need)의 특성이 수렴되어 결정된다. 소인성, 가용성 및

요구 특성이 상호 작용하여 보건의료에의 접근, 서비스 질과 건강수준에 영향을 준다. 개인의 취약성은 자신의 개인적 특성뿐만 아니라 개인 간, 환경 간 상호작용에 의해서 결정된다.

3. 취약계층 여성의 범주

위에서 고찰한 모형에 의하면, 여성에서의 취약성이란, 여성 개인과 여성인구집단의 보건의료접근성, 보건의료 질, 건강상태에 직접적 영향을 주는 것이다. 취약성의 궁극적 효과는 건강상태에 악영향을 주는 것이며 그보다 먼저 보건의료접근과 질을 제한하는 것으로 나타난다. 보건의료 접근성은 건강보험의 유형, 예방, 응급, 재활 및 특수 치료의 이용에 대한 접근성이며, 의료의 질은 보건의료 공급자 또는 시설의 접근성, 의료진과의 관계, 서비스의 포괄성, 서비스의 통합성, 가족중심 서비스, 지역사회 충족, 서비스의 만족도 등으로 측정될 수 있다.

따라서 취약성에 기여하는 하나 또는 그 이상의 결정요인에 의해 정의된 특정 인구집단을 취약계층으로 정의할 수 있다. 하나의 취약성에 기여하는 요인에 의한 취약계층 여성의 범주에는, 인구학적 특성 등의 소인성 요인에 의한 '노인여성', 가용성 요인에 의한 '미보험 외국인 여성노동자', '차상위 계층 여성', 건강욕구요인에 의한 '만성질환자' 나 '장애 여성' 등이 될 수 있다. 두 가지 이상의 요인이 복합된 경우 더 소수의, 높은 우선순위를 가진 취약계층 여성 범주로 분류할 수 있으며 이에는 '빈곤 여성가구주', '독거여성노인', '빈곤 가구 내 장애 여성', '미혼모', '폭력피해여성', 'AIDS/HIV 감염 여성'이 그 예이다. 물론 취약인구집단의 개념화 및 범주화는 충분한 표본과 비교 집단을 대상으로 정확하고 신뢰할 만한 측정에 의해 이루어져야 하나 본 연구에서는 위에서 검토한 취약성의 모형들의 고찰에 근거하여 두 가지 이상의 취약성 기여 요인이 복합된 우선순위가 높은 취약계층 여성 범주에 해당하는 저소득 여성 가구주, 독거여성노인, 빈곤가구 내 장애 여성에 중심하여 논의를 전개해 나가고자 한다.

Ⅲ. 취약여성 건강증진의 원칙과 사례

1. 세계보건기구(WHO)의 여성 건강증진 접근

WHO(2004)의 건강개발센터(Center for Health Development)에서 발행된 『여성과 건강, 여성의 능력 및 지도력의 강화(WOMEN AND HEALTH, Maximizing Women's Capacities and Leadership)』 보고서에서 취약계층 여성의 건강증진을 위해 건강한 가정/건강한 마을(Healthy home/Healthy Village : HHVV) 프로그램을 제시하였다. 이 프로그램은 건강증진과 건강보호 및 세부 프로그램들을 통합한 하나의 "단일화된 작업"을 강조하고 있다. 즉 총체적인 접근으로 파트너십을 통한 해결을 강조하며 역량 강화, 학제 간 접근의 지역사회중심 건강과 건강증진을 강조하고 있다. 또한 여성 건강에서 특수하게 이슈가 되는 것은 생식 건강(reproductive health), 모자건강, 가족계획으로 줄어드는 보건의료예산과 여성의 간병자로서의 전통적인 역할, 무급노동으로 인한 전통적인 낮은 지위, 가족계획 등에 대한 책임도 해결되어야 하는 과제임을 제시하고 있다.

여성 건강에서 있어서 '역량'의 의미는 여성의 건강 지식과 기술, 스스로 건강관리의 참여, 정보, 치료, 간호, 처치 등의 접근에 있어 여성에 대한 편견, 배제 등이다. 대부분의 가정에서

여성은 가족 간병인으로서 가장 중요한 역할을 담당하고 있고, 또한 여성의 교육과 발전에 투자를 하는 것이 여러 가지 건강관련 결과에 중요한 영향을 줄 수 있기 때문에 여성의 역량강화는 매우 중요하다. 여성의 건강역량강화는 지속되는 성 불평등(gender inequalities)의 영향을 줄여 줄 수 있는 최고의 비용 효과적인 방법이라 평가하고 있다.

2. 취약 여성을 위한 건강증진 프로그램 사례

1) 와이즈 우먼 프로그램(WISEWOMAN Program : Well-Integrated Screening and Evaluation for Women Across the Nation)

WISEWOMAN 프로그램은 미국에서 보험이 없는 취약 여성들 특히 중년여성을 대상으로 건강검진 접근성과 건강증진 중재를 통해 인종간의 차별과 건강형평성을 달성하고자 만들어진 것이다. 1992년에 시작되었고, 2002년에 세워진 기금에 의해 디자인된 12개의 프로젝트에서 심혈관계 질환 위험요소 중재 프로그램을 수행하였으며, 자료를 표준화하고 효과적인 행동전략을 적용하여 미래를 위한 계획을 마련한 발전을 이루었다.

이 12개의 프로젝트는 40-64세 여성 중 국가 유방암 및 자궁암 조기검진 대상자들을 등록하여, 이들 중 보험에 가입되지 않았거나 취약여성, 즉 재정상태가 좋지 않은 여성을 선정하였다. 일차적인 평가 항목으로는 혈압, 혈중 납 수준(lipid level), 흡연이다. 중간단계 평가로는 자가 보고 식이섭취, 신체활동, 변화단계, 행동변화의 장애 등이다. 2002년 한 해 동안 8164명의 취약, 저소득 여성들이 프로그램에 참여하였으며 이들을 위해 문화적, 언어적인 장벽을 해소한 건강증진 프로그램과 자료들을 개발하고 교육하였다. 23%의 여성에서 고지혈증이 발견되었고 이중 48%는 새로 알게 된 것이다. 38%가 고혈압으로 판명되었는데 24%는 새로 알게 된 것이다. 약 75%의 여성이 비만이거나 과체중이며, 42%가 흡연자였다(CDC, 2006).

만성질환 위험요인을 가진 취약여성들을 위한 접근이라는 점에서 이 과제의 의의가 있다. 이 과제가 안고 있는 문제점은 현재 안전한 제공자망을 통해서 일반적으로 수행되어 왔는데, 여기에는 연구와 평가를 수행할 자원이나 인력이 턱없이 부족하다는 것이다. 다른 한편, 여기에서 얻은 결과는 특히 사회적으로 의학적으로 가장 취약한 여성들을 대상으로 했기 때문에 특히 건강불평등을 줄이는 데에 결정적인 정보를 제공해 줄 수 있다는 것이다.

2) 취약계층 여성의 주산기 건강관리(Midwifery care of poor and vulnerable women : 1925-2003)

이민자, 소수인종, 낮은 접근성, 저소득 등 적절하게 산과적인 관리를 받지 못하는 여성을 대상으로 주정부 법 내에서 수행되는 서비스로 현재 주산기 건강관리(midwifery care)는 모든 사회경제적 수준의 여성을 대상으로 광범위하게 다양한 장(setting)에서 이루어지고 있다. 1960년부터 1963년까지 켈리포니아(California) 마데라 카운티(Madera County)의 주산기 건강관리(midwifery care)의 경우, 주산기 건강관리(midwifery care)를 위해 특별법을 제정하여 주산기 건강관리(midwifery care)를 받고 있지 않거나 늦어진 사람들을 위해 2명의 관리자(농촌지역 여성들)를 고용하여 활동하도록 했다. 당시의 참여자 중 78%가 병원분만을 하였으며, 산전관리, 병원 출산과 산후 관리 방문 등 서비스를 지속적으로 증가시켰다. 그 결과 조산아

사망(premature death)이 급격히 감소하였고, 영아사망이 인구 1000명당 24에서 10.3으로 감소하였다. 1980년대와 90년에서는 도심 내 영세 여성과 여러 위험요인을 혼합해서 가진 여성, 농촌여성, 소수 인종 여성 산모에 대한 거대한 사업을 수행하였는데 주로 주산기 건강관리(midwifery care)는 이동(ambulation), 목욕(shower), 식사, 감정적 지지 등의 서비스가 제공되었으며 그 결과로 일차적인 제왕절개 분만율 감소 및 주산기 사망 감소의 훌륭한 성과를 이루었다 한다(Raisler 와 Kennedy, 2005).

3) 담배로 부터의 해방 프로젝트(Tobacco Free Project: SFTFP): 지역사회 활동 모형

건강격차에 있어서 사회적 요인을 해결하고자 5단계 과정으로 구성되었다. 샌프란시스코의 지역사회 건강증진, 질환 예방의 일환으로 실시된 "담배로 부터의 해방 프로젝트(Tobacco Free Project: SFTFP)"는 포괄적 흡연 조절 계획이다. 5단계의 과정으로 건강격차의 사회적 결정요인을 다루고, 환경적 변화를 향해 정책과 조직 활동이 이루어질 수 있도록 설계되었다. 참여활동을 통한 접근이 지역사회 변화를 가져올 수 있는 힘을 기른다는 가치에 근거한다. 따라서 지역사회주민이 직접 지역사회의 건강수준을 사정, 계획, 실행, 개선, 평가하고 이를 위해 요구되는 자원과 기술을 습득하도록 하였다. 이 사업은 첫째, 개인의 생활양식과 행위 변화에 전적으로 초점을 둔 기존 프로젝트에서 벗어나, 경제적 환경적 불평등을 촉진하는 지역사회 특성을 제거하기 위해 지역사회 구성원과 기관을 동원함으로써 환경적 변화를 증진하는 것과 둘째, 지역사회 건강을 평가하고 증진하는데 필요한 자원과 기술을 획득하도록 지역사회 구성원에게 기초를 제공하는 데에 목표를 두고 실행되었다(Lavery 등, 2005).

3. 사례 고찰을 통한 함의

○ 연계 협력의 필요성 및 중요성

위의 사례들은 보건의료와 지역사회 사회서비스 자원(또는 인력) 개발 및 부문 간의 연계, 타 부문 전문가들 사이의 협력을 통해 지역사회의 의료, 심리, 사회 및 경제적 욕구를 해소하는 프로그램을 개발하고 실행하고자 하는 노력을 보였다. 특히 지역사회 기반 조직 형성(검진센터 설립 등)과 프로그램개발을 위한 공동체 형성, 국가의 공공보건목표를 위한 지역사회 조직 및 활동 모형 형성, 일차보건의료 서비스 전달과 건강센터의 개발 등이 공통적인 특징이라 볼 수 있었다.

지역사회와 인구집단 개개인이 무엇을 원하는지에 대한 완전한 이해 없이 취약 그룹의 일부만이 참여 하거나 거의 참여가 이루어지지 않은 상태에서 전문가들만의 사업실행에 대해 이제 이의를 제기해야 할 때가 왔다고 본다. 취약 여성의 건강 위험요인을 감소시키기 위한 프로그램 개발에 있어서, 관련 집단이 참여하도록 하는 데에 초점을 두어야 한다. 다양한 측면의 심도 있는 접근, 문화적 언어적으로 적정한 방법으로 접근, 보건의료에의 접근성 향상, 대상자 요구에 부응하는, 그리고 파트너십 구축된 지역사회의 참여를 통해 이루어져야 한다. 위의 사례들에서 이러한 요소들이 성공적으로 갖추어져 있음을 확인할 수 있었다.

○ 지역사회 중심 접근

사회경제적 차이의 문제를 해결하기 위해 지역사회 구축을 통한 이웃자원을 강화하는 것이 위 사례들의 특징이다. 지역사회 구축은 지역사

회 주민과 지도자가 변화를 만들어내고 서로의 관계를 향상시켜나가며, 궁극적으로는 지역문제를 분석하고 풀어나가기 위한 지역사회 또는 이웃의 역량을 강화해나가는 것이라는 것은 이미 알려져 있다. 지리적 구분 외의 다양한 사람들에게까지 지역사회 요인은 영향을 미친다. 지역사회 건설은 직접적 의료서비스 문제에만 국한되는 것이 아닌 교통, 안전한 음식, 복지지원, 및 건강문제를 표명하는 능력을 강화하는 리더십 개발을 포함한다. 건강에서의 격차를 해소하기 위한 전략들이 일개 요인에만 초점을 두는 것이 아니라 취약성의 다양한 요인들을 동시에 고려하고 더 포괄적이고 근본적으로 사회적 의제가 다루어져야 한다는 것을 알 수 있다.

○ 통합된 건강증진 프로그램

WISEWOMAN 프로젝트는 과제의 접근 방식이나 틀이 국내 적용가능하고, 수행에 필요한 인프라가 비교적 잘 갖추어져 있다고 본다. 우리나라는 전국 각 자치구별로 보건소가 존재하고 취약계층의 보건의료 접근성 향상을 보건사업으로 이미 수행하고 있다. 대표적인 예가 방문보건사업이다. 현재 전 국민 건강검진 및 암검진 사업이 국가차원에서 수행되고 있고 보건소의 방문보건사업과 건강증진사업이 활발히 가동되고 있기 때문에, 조각난 보건사업들을 통합하는 과정을 통해 취약여성을 위한 만성질환 예방 및 관리 프로그램을 조직하고 실천할 수 있을 것으로 본다. 프로그램 개발과 주체는 지방정부와 보건소가 하고 여성 단체, 여성 연구소 등은 협력기관으로 지역사회 취약여성 건강증진사업에 동맹할 수 있다. 주산기 산모 프로그램(Midwifery program)과 같은 모자보건사업은 현재 우리나라 보건사업에서도 이미 수행하고 있다. 현 모자보건사업의 내용과 제공체계를 활용하여 취약여성의 모성 관련 프로그램으로 여성단체와 협력한다면 보다 향상된 프로그램이 될 수 있을 것이다. 특히 미혼모 수용시설이나 성폭력 피해 여성 쉼터 등 특수 취약여성을 대상으로 하는 여성단체, 민간단체와 연계하여 임산부 건강관리, 모유수유 지도, 모자보건 교육 및 정보 제공, 원치 않는 임신 예방지도, 영유아 발달 및 스크리닝과 진단, 검진, 미숙아 선천성 기형아 추구관리, 산전 산후 건강관리 프로그램 등은 시급하고도 적용이 용이한 프로그램으로 사료된다.

Ⅳ. 우리나라 취약계층 여성의 건강문제 및 건강증진사업 현황

1. 취약계층 여성의 건강문제

1) 저소득 여성의 건강상태

말기 암을 제외한 대부분의 만성질환 이환율에 있어 저소득 여성의 경우 남성에 비해 높게 나타나는 반면 고혈압 조절, 당뇨의 혈당치 조절 및 건강검진과 같은 만성질환 관리율은 오히려 저소득 남성보다 저소득 여성에서 낮은 상태였다(문옥륜 과 장숙랑, 2007). 또한 배우자가 말기 암환자인 여성의 경우 간병역할까지 감당해야 하는 부담을 안게 된다.

저소득 계층의 기능상태 및 주관적 건강인식에서도 성별 차이가 존재하는데, 65-74세 남성 노인의 3.1%, 75세 이상 남성 노인의 2.6%가 와상상태(일상생활수행능력이 완전 결핍된 상태)인데 비해 여성 노인은 65-74세에서 3.1%, 75세 이상에서 6.8%가 와상상태로 여성노인의 경우 기능제한을 더 경험하며 주관적 건강인식 또한 45세~74세 연령에서 대체로 여성이 남성

에 비해 건강하지 못한 편으로 확인된다(문옥륜 과 장숙랑, 2007; 정경희 등, 2005). 한편 현재의 보건소 방문보건요원인력과 자원으로는 저소득 취약계층을 위한 일차적인 의료문제 해결이외 다양한 도움을 제공하는 데는 많은 한계가 있다(문옥륜 과 장숙랑, 2007).

2) 빈곤여성 가구주의 건강문제

경제위기 이후 노동시장 경쟁이 치열해지고 가족해체 현상이 증가함에 따라 가족의 생계를 책임져야하는 여성이 급증하고, '빈곤의 여성화' 경향이 뚜렷이 나타나고 있다(김수현 등, 2001). 우리나라의 한 부모가정은 2005년 150만 가구에 이르러 전체가구의 9.4%를 차지하며 이 중 19.5%가 여성가장이다(노혜련 등, 2005). 여성가구주는 가족자원이 적어 대부분 가구주 혼자 생계유지와 자녀양육을 떠맡아야 하는 상황에 놓이게 되며 그들의 빈곤율은 크게 증가하였다. 국내 선행연구들에 따르면 빈곤여성 가장이 경험하는 가장 큰 어려움은 생계유지와 관련된 경제적 어려움, 자녀교육 및 양육이다(박영란 등, 2003). 여성가장의 84.9%가 본인의 수입으로 생활하고 있으나(옥선화 등, 2001), 가구의 생계를 책임지는 여성가구주들은 경제활동의 경험이 부족하고 직업훈련도 제대로 되어있지 않으며 대부분 낮은 임금, 비정규직으로 진입하는 경우가 대부분이다. 이러한 여성가구주의 빈곤문제는 세대 간 이전되는 문제가 있어 이들의 자녀들이 다음세대에서도 빈곤 가구로 전락할 위험이 높은 것으로 알려져 있다(김수현 등, 2001). 저소득층 여성가장의 생활만족도는 일반 기혼 여성보다 낮으며 우울감은 상대적으로 높다고 알려져 있다. 특히 편모들은 배우자 상실로 인한 경제적 어려움과 사회관계망의 축소를 경험하게 되고 이로 인해 우울, 자존감 저하와 같은 심리적문제와 정신 건강상의 문제를 경험하기 쉽다(노혜련 등, 2005). 또한 여성 가구주의 만성질환 이환율은 남성 가구주에 비해 모든 연령층에서 높게 나타나며 특히 가구주로서 생계와 가사를 책임지는 연령인 45-64세의 여성 가구주의 경우 주관적 건강이 가장 낮았다(문옥륜 과 장숙랑, 2007). 여성 가구주의 건강상태가 남성에 비해 더 열악하며 중년 여성 가구주의 건강관리가 적극적으로 필요하다는 것을 알 수 있다. 빈곤여성 가구주의 건강향상을 위해 만성질환 관리 및 건강검진 등 예방서비스를 제때에 받을 수 있도록 지원하는 서비스가 필요할 것이다. 특히 중장년의 빈곤 여성 가구주가 가족원을 위한 다중 역할로 인해 더 큰 건강문제를 축적해 나가지 않도록 이런 계층의 여성들이 취업을 하는 산업장, 가정, 지역사회 등 여러 장(setting)에서 관심과 노력을 모아주는 것이 필요하다.

3) 독거 여성 노인의 건강 문제

2004년 노인생활 실태 및 복지요구 조사 보고(정경희 등, 2005)에 의하면, 노인 가구의 경우 여성 가구주의 비율이 높고, 사별의 비율이 높으며, 교육 수준이 낮고, 비 취업율이 높은 상태이다. 여성 노인은 연령의 증가와 함께 남성에 비해 만성 질환의 유병율이 더 높아 시설의 이용기간도 더 길고, 더 의존적일 가능성도 높다(신경림 와 김정선, 2004). 노년기 보편적인 문제인 소득 감소와 소득 상실의 문제가 우리나라 여성 노인에서는 사회적 요인에 의해 더 취약한 빈곤상태로 나타난다(신경림 등, 2005). 독거노인은 여성비율이 높고 낮은 학력 수준과 낮은 가구 소득 등 사회 경제적으로 열악한 상황에 있을 뿐만 아니라, 주관적 건강상태도 일반 노인에 비해 매우 낮은 것으로 조사되었다

(최영, 2005). 박기남(2002)의 연구에서는 독거 여성 노인의 경우, 경제적으로 어려울 경우에는 자식간의 유대뿐만 아니라, 친척간, 이웃간의 유대도 소원해지는 경향을 보였다. 강동구 저소득 가구 실태 조사결과(문옥륜 과 장숙랑, 2007)에서도 독거 여성노인의 주관적 건강인식이 남성 독거 노인에 비해 낮게 나타났으며 75세 이상에서는 여성의 경우 10.8%가 도움이 필요한 정도로, 2.2%는 전혀 할 수 없는 와상상태인 것으로 나타났다. 고령 여성 독거노인의 기능상태가 낮은 것은 독거 여성 노인을 위한 간병과 간호가 적극적으로 필요하다는 것을 의미한다. 남성 노인의 경우 유배우거나 간병가족원이 있는 경우가 많아서 독거 남성 노인이 낮은 기능상태에서 독거상태를 지속할 가능성은 여성 노인보다 낮다. 반면에 여성 노인의 무배우가 많고 기능상태가 낮다 하더라도 간병자없이 독거로 지내는 경우가 많다. 이렇게 홀로되어 낮은 기능상태를 가진 독거 여성 노인들은 지속적으로 방문해 주는 이웃이나 도움 제공자가 없는 경우 급격한 건강악화나 응급상황에 적절히 대처하지 못하고 홀로 돌아가시게 되거나 오랫동안 방치되는 경우가 많아 심심찮게 보도되곤 한다. 따라서 독거 여성 노인에 대해서는 지역사회의 관심과 도움이 절대적으로 필요하다. 증가하는 있는 치매로 인하여 남성에 비하여 수명이 긴 여성노인에서는 더 큰 문제가 될 수밖에 없다. 가족 중에 치매 노인이 있는 경우, 가족들은 그를 돌보느라 심신의 자유가 제한되고 노인 보호 및 부양의 책임이 커지면서 노인 부양이 큰 부담으로 다가오게 된다(최윤정 등, 2003).

4) 장애 여성 현황과 건강 문제

장애인이면서 여성이라는 두 가지 불리함에 노출된 여성 장애인에 대한 그간의 연구들은 대부분 교육, 고용 및 승진, 보험가입이나 시설이용에서의 차별 경험에 대한 보고가 대부분이다. 이들이 겪고 있는 건강문제에 대한 기술적인 연구도 부실한 실정이다. 임신 출산 육아 과정에서 비장애 여성과는 다르게 경험하는 건강결과들과 이를 적절하게 관리하는 방법에 대해 연구가 축적되어 있지 않고, 당연한 귀결이겠지만 그 결과, 서비스 자원과 제공 체계가 희소하기 때문에 이 사회에서 여성 장애인으로 건강하게 살아가는 것은 매우 어려운 일임을 느끼게 할 수 밖에 없다. 여성 장애인은 남성과 동일한 비중을 차지하고 있음에도 불구하고 상대적으로 정책적 측면의 고려대상에서 배제되어 왔다. 건강증진 정책 차원에서도 별다른 관심을 받지 못하고 있다. 전국적으로 장애인의 성별 분포를 보면 전체 재가 장애인의 38.6%인 총 53만 여명이 여성장애인으로 추정되고 있으며 이 규모는 전체 인구대비로는 1.1%에 해당된다. 남성 장애인의 비중은 감소하고 있는 반면에 여성 장애인의 비중은 지속적으로 증가하고 있다(변용찬 등, 2002). 1995년도에 장애우 권익문제연구소에서 서울에 거주하는 여성장애인을 대상으로 실시한 소규모 실태조사 결과, 교육현황에서 여성 장애인이 열악한 환경임을 확인하였다. 교육 경험이 전혀 없는 여성 장애인이 11.6%였으며 중졸 이하가 44.7%였다. 결혼 상태에 대해서도 대부분이 미혼이었으며 취업의 경험이 있거나 취업한 경우가 35%정도에 그쳤다(장애우 권익문제연구소, 2000). 또, 여성장애인의 도구적 일상생활수행능력 결핍이 더 높은 것으로 나타났는데 (문옥륜 과 장숙랑, 2007), 18-44세 연령에서는 남성이 전혀 할 수 없는 비율이 여성에 비해 높지만 반면에 도움이 필요한 정도로 결핍된 군은 여성이 더 많았

다. 45-64세 중장년층에서는 전체적으로 여성의 기능상태가 더 좋았으나, 완전 결핍된 비율은 남성보다 높았다. 남성장애인 중 혼자서 외출할 수 있는 비율은 82.4%인데 반하여, 여성 장애인의 경우에는 67.8%에 불과한 것으로 나타나, 여성장애인이 남성 장애인에 비해 중증인 경우가 많기 때문에 나타나는 현상으로 이해된다. 여성장애인의 경우 장애인 복지사업에 대한 인지율이 낮고, 이에 따라 수혜율 역시 낮은 것으로 나타나 여성 장애인을 대상으로 하는 홍보가 필요한 실정이다.

2. 정부 정책 및 서비스 현황

우리나라 여성 정책은 여성의 보편적인 권리 신장과 복지에 관련된 정책으로 제한되어 있다. 저출산 고령화에 대한 우려 역시 여성의 전통적인 역할 책임의 불이행으로 기인한다는 논리가 잠재하고 있으며, 여성의 가족 내 역할을 강조하고 노동시장 진출을 제한하는 입장이 존재하는 것이 사실이다. 취약계층 여성에 관한 정책은 단지 '요보호여성' 정책의 형태로 저소득 모자가정, 미혼모, 성매매여성, 성폭력 및 가정폭력 피해여성 등이 주로 복지의 대상이 되는 잔여주의적 접근을 가지고 있었다.

모자복지법, 성폭력 및 가정폭력 방지법, 윤락행위 등 방지법의 등의 제정을 통해 위기상황에 처한 여성들에게 기초적인 사회적 안전망이 마련되었으나, 위기극복과 자립 지원에도 한계를 가진다는 것이 연구자들의 공통적인 주장이다. 건강과 예방측면에서의 정책은 더욱 희소하다. 저소득 여성가구주 지원 정책은 '어머니'와 '근로자'로서의 역할을 인정하였지만, 두 역할을 적절히 수행할 수 있을 만큼 효과적인 지원체계를 구축하지 못했으며 이러한 두 가지 역할을 수행하면서 상대적으로 자신의 건강에 무관심 하게 되는 상황은 문제로 지적된 바 없었다. 의료보험의 사각지대에 있는 여성들에 대한 관심이 부족하고 여성건강증진 측면에서의 서비스 전문성과 예산도 부족하다. 최근 다양한 위험에 직면한 빈곤여성가구주를 지원하기 위해 국민기초생활보장법과 모부자복지법을 근거로 실행되고 있으나 건강문제 해소를 위한 지원은 희소하고 의료급여도 주로 모성보호에 치중하고 있어, 건강증진 정책은 매우 부족한 실정이다.

여성장애인도 한 인간으로서의 인간다운 삶을 영위할 수 있는 권리 보장이 필요하고, 여기에는 여성 장애인의 노동권 확보, 건강권 확보, 교육권 확보, 정보 접근권 확보, 여성 장애인 스스로의 인식개선 등이 필요하다. 또한 결혼, 임신, 출산, 육아 등에 관한 지원 강화, 폭력 근절, 여성장애인 단체를 비롯한 민간 기구의 지원 강화, 여성 장애인에 대한 체계적인 조사 연구 실시가 필요하다. 뿐만 아니라, 고위험 여성장애인 집단에 대한 우선 보호를 위해 여성 장애인의 개인특성을 고려한 차별화된 접근 전략 수립과 추진이 필요하며, 이를 위해서는 생활안정 지원 사업 강화와 재가복지사업 확대가 필요하다.

취약계층 여성 건강증진 정책을 개발하는 데 있어서 기존의 사업내용을 재구성할 필요가 있다. 여성의 취약성 범주에 따라 발생할 수 있는 다 영역의 문제(건강문제를 포함하여)에 개입할 수 있는 방식으로 접근해야 한다. 기존에 취약계층 범주별로 전형적인 사업 내용으로 짝지워 진 구분을 이제는 지워야 한다. 예를 들면, 성폭력피해여성=쉼터, 감염여성=보건소 등록 관리, 노인독거여성=말벗 등이 그것이다. 포괄적인 접근이 필요한 이유는 앞으로 정책 환

경이 계속 급변하고 새로운 보건 요구가 증대할 것이기 때문이다. 취약계층 여성의 범주는 변화할 것이며 어떠한 특성을 가진 취약계층 여성은 증가하고, 반대로 또 다른 특성의 취약계층 여성은 감소할 것이기 때문이다. 이러한 변화는 노동시장의 변화와 여성의 역할 변화와 무관하지 않다. 지금까지의 "요보호 여성"이 아닌, 일반 여성의 일과 직장 양립에 대한 관심이 증대될 것이다. 또한 이혼과 비혼 여성이 지속적으로 증가하고 있다. 고령화로 인한 여성노인 문제, 여성부양자 문제가 확대될 것이다. 여성의 빈곤화 현상이 심화되고 있으며 여성의 빈곤과 빈부격차가 심화, 확대되고 있다. 여성의 비정규직화가 확산되고 있고 가족을 둘러싼 여러 변화와 노동시장의 유연화가 맞물려있다. 또한 성별직종격리현상이 커지고 있다. 보육, 병수발 등 돌봄 노동에서 여성노동이 집중적으로 증가하고 있으며 이들 여성들은 비정규직, 저임금, 차별임금, 열악한 복지조건에서 일하는 경우가 대부분이다. 결국 기존 사회보장 제도의 실효성이 한계에 봉착하였다. 이러한 다양한 추세의 한가운데에서 보다 효율적으로 민감한 취약계층 여성 건강 지원 방안이 마련되지 않으면 안 된다. 취약계층 여성의 특성과 생애주기별 건강증진을 위한 사회보장, 서비스 제공 체계 및 제도 개선이 필요하다.

3. 취약계층 여성을 위한 민간단체 사업 현황 및 사업 의지

현재 여성건강증진사업은 2003년까지 여성가족부의 주관으로, 2004년부터는 보건복지부의 주관으로 이루어지고 있으나, 민간단체와의 협력으로 이루어진 사업은 매우 적다. 직접적으로는 한국 여성의 우울관리, 중년기 여성의 건강관리를 위한 실천지침 홍보사업, 여성 건강의 중요성을 환기시키기 위한 건강 정보 제공, 여성 음주 실태 및 문제 사례 상담, 간접적으로는 요실금 및 골다공증 등의 여성 질환 전문교육과정 운영을 통한 교육 전문가 양성, 여성에 대한 선입견을 줄이고 여성건강에 대한 공감대 확산을 위한 토론회 및 캠페인, 직장 여성을 위한 건강증진 지도자 양성, 여성농민을 위한 건강증진 사업 등이 이루어졌다. 하지만 사업의 수나 지속성에 있어서는 매우 부족한 실정이며, 또한 여성가족부가 2001년에 생겨 2003년의 민간단체 협력 사업을 통한 여성건강 증진 방안이 처음 시도되었던 것을 감안하면 취약 여성을 위한 건강증진 접근은 걸음마단계라 할 수 있다. 2003년 시행된 취약계층 건강증진 사업은 장애인, 국제 이주 노동자, 성매매 • 가정폭력 피해자 등을 대상으로 지원 사업 및 대책 마련 등의 사업으로 이루어졌고, 전체 여성을 위한 건강증진 프로그램은 여성 질환 및 건강관리와 음주 문화 개선 및 우울 관리 등이 실시되었다

여성/민간단체 의견조사 결과[1], 현 여성 민간단체 중에서 취약계층 여성을 대상으로 사업을 수행하고 있는 곳은 약 30%정도에 불과하며, 여성/민간단체의 전체 사업 중 포괄적 의미에서의 건강 관련 사업을 하는 경우는 27%이다. 여성 민간단체가 건강관련 사업 수행을 하기 어려운 문제점은 내부적으로 전문성의 부족, 전문성을 갖춘 인력의 부족, 예산의 부족이다. 취약계층 여성을 대상으로 건강사업을 하고 있는 여성/민간단체의 대표적인 프로그램들은 간병인 양성 교육, 무료진료봉사(의료지원), 여성건강강좌, 상담, 출산 도우미 지원이다. 취약계

1) 전국 70개의 여성 및 민간단체를 대상으로 우편설문, 홈페이지와 문헌고찰을 통해 조사하였다.

층 여성 건강관련 사업을 수행하면서 느낀 가장 큰 어려움은 업무 진행 상 정보가 부족하고 관련 기관과의 연계가 어렵다는 점, 사업비 사용에 제제 요인이 많다는 점, 건강증진 프로그램을 수행하기 위해 정부 예산을 지원받을 수 있는 통로를 잘 모른다는 점 등이다.

여성/민간단체의 건강증진프로그램 요구도를 파악한 결과, 단체들은 취약여성에 대한 직접적인 보건 서비스 프로그램을 제공할 의지가 충분히 있었으며, 또한 타분야 프로그램과의 연계 의지도 뚜렷하였다. 여성/민간단체가 제공 주체가 되고 보건소, 보건의료자원은 협력 연계 기관으로 활동하는 주도적인 건강증진사업도 가능할 것으로 본다. 이러한 주도적인 건강증진프로그램은 주로 특수 취약여성을 대상으로 하는 쉼터 등의 이용시설이나 수용시설의 경우(예를 들면 여성 외국인 이주 노동자 센터 등) 요구와 의지가 높았다. 보건소 등의 공공 보건의료서비스 기관이 제공주체가 되고, 여성/민간단체는 건강증진 프로그램이나 노인보건 프로그램에 연계하여 운영하는 것도 가능하며 이러한 연계형 건강증진 프로그램은 지역사회 재가 취약여성의 다수를 위한 건강증진사업에서 지역사회에 기반을 둔 민간단체(지역 민우회, 지역 부녀회 등)에서 적합할 것이다. 여성민간단체 주도적 건강증진프로그램은 단체가 제공하는 현 교육 훈련 프로그램에 건강관리 내용을 포함하는 것으로 지식과 기술적 지원을 보건의료자원으로부터 제공받을 수 있다.

건강증진프로그램을 수행하는 데 있어서 취약여성간의 상호지지체계를 구축하도록 하여 서로 사정을 이해하고 공유할 수 있는 사람들간의 상호지원, 공동행동 등을 위한 지지체계 구축이 가능할 것이다. 또한 취약여성에 대한 지역사회 지원체계로서 자원봉사조직, 기부금 모금, 서비스 제공, 지역사회 행정 지원, 지속적인 고충 상담 및 지원 체계가 마련되도록 발전해 나가야 한다. 건강증진프로그램 뿐만 아니라 취약여성에 대한 경제적 지원 및 직업제공을 위한 지역사회 자원 동원 연계도 필요하다.

여성/민간단체 의견조사 결과, 건강증진 프로그램 수행을 위해 민간단체 실무자 교육 훈련이 필요하다는 의견이 많았다. 취약여성의 건강문제파악, 건강문제 해결을 위한 역량강화, 보건의료 서비스 연계, 자원봉사 동원, 자원 파악 및 연계 등에 대한 실무자 공동 교육 프로그램이 각 단체 협력 사업으로 개발되어야 한다. 이에 대한 정부 지원 또는 인센티브가 필요할 것이다. 또한 전문가 및 연구자들의 참여를 통하여 실태파악, 중재방법 개발, 민간단체 실무자 교육, 사업평가, 장기발전계획 수립 등이 이루어질 수 있을 것이다.

지속적이고 적극적인 정부 지원에 대한 요구가 높았는데, 전문가의 참여 유도, 민간단체간의 협력체계 유도, 민간단체 활동 지원, 제도 정책 개발, 연구사업 지원 등에 대해 정부 지원이 있어야 할 것이다.

Ⅴ. 취약계층 여성을 위한 건강증진 방안

지금까지 취약계층 여성은 누구이며, 우리는 그녀들을 위해 무엇을 해야 하며, 현재까지 무엇을 하고 있었는지 파악해 보았다. 이 내용을 토대로 앞으로 그녀들의 건강증진을 위해 무엇이 더 필요한지, 과연 할 수 있는지에 대해 정리해 보고 건강증진 프로그램을 제안하고자 한다.

1. 취약계층 여성의 건강문제

취약계층 여성의 건강문제와 미 충족된 요구를 살펴보았을 때 공통적인 특성이 있었다. 즉, 여러 생애 과정에서 지속적인 보건의료 자원접근과 건강관련 서비스가 요구됨에도 불구하고, 제한된 복지지원에 주로 의존하고 있으며, 일부 건강관련 서비스는 양적 질적으로 낮은 수준이다. 또한 이들이 겪는 건강문제에 포괄적 지속적으로 접근되지 못하고 일회적, 단편적으로 서비스가 제공되고 있었다. 취약성은 개인적인 사회 인구학적 요인과 건강문제 뿐만 아니라 사회자원 즉, 자원의 가용성과 상대적인 위험요인(선행요인, 가능요인)에 의해 결정된다는 취약성의 개념에 비추어 취약여성의 건강문제를 바라볼 필요가 있다. 결국, 개인적 차원을 넘어서서 위험요인들의 상호작용에 중재를 가하는 포괄적이고 지속적인 건강증진 프로그램이 필요하다. 따라서 취약계층여성 대상의 주거, 복지, 재정, 상담 사업을 위주로 운영해 왔던 여성/민간단체가 건강증진프로그램에도 관심을 기울여야 한다.

2. 취약 여성을 위한 건강증진 원칙

WHO의 취약계층을 위한 건강증진접근에 의하면 지역사회의 여성과 파트너쉽을 형성하여 건강증진에서 일차적인 역할을 하는 담당자로 리더쉽을 함양하도록 강조하고 있다. 이는 여성/민간단체 중 각 지역 단체들이 충분히 활용할 수 있는 접근방법이다. 지역사회 파트너쉽은 여성 지도자가 권력을 가지는 것을 의미하는 것이 아니라 정보를 가지는 것을 말하며, 수집된 정보를 나누고 의사결정 능력을 가지는 것임을 특별히 주지할 필요가 있다. 취약계층 여성의 역량강화를 위해서는 치료와 교육, 예방서비스의 병행, 치료 및 의료접근이 가능하도록 경제적 지원 및 정보 제공, 낙인과 차별의 제거, 인권의 보호 및 사회적 지지 서비스의 제공에 초점을 맞추어야 한다. 이러한 역량강화는 그러나 단계적으로 조금씩 달성되어야 한다. 현재 우리나라의 여성 민간단체는 위의 다양한 단계에 속하는 내용으로 사업 수행을 하고 있으나, 단계적이라기보다 특정 단계에 중점을 두는 경우가 많다.

3. 여성 민간단체를 활용한 취약계층 여성의 건강증진 프로그램

여성 민간단체의 특성과 역량 및 취약여성의 특성에 따라 여성 민간단체 차원에서 수행 가능한 건강증진 프로그램은 크게 두 가지로 생각해 볼 수 있다. 저소득 가구 내 여성, 재가 장애인이나 노인여성 등 재가 취약 여성을 위한 건강증진 프로그램으로 연계 협력형 건강증진 프로그램, 미혼모 쉼터, 이주 여성 노동자 쉼터, 미혼모 수용시설, 장애여성 이용시설 등 여성 민간단체 조직 내에서 이용, 수용 취약여성을 위해 주도적인 건강증진 프로그램이 가능하다. 두 가지 유형의 프로그램은 그 내용과 제공체계가 다음과 같이 운영될 수 있다.

연계협력형 건강증진프로그램은 취약여성에 대한 직접적인 보건 서비스 프로그램 제공에 있어서 타 분야 프로그램과의 연계를 통해 수행한다. 보건소가 제공주체가 되고, 여성 민간단체는 연계하여 운영 가능하다. 주도적 건강증진 프로그램은 여성민간단체가 제공 주체가 되며 보건소, 보건의료자원은 협력 연계 기관으로 활동한다. 두 가지 틀의 건강증진 프로그램에는

	연계협력형 건강증진프로그램		주도형 건강증진 프로그램
수행 가능단체	자원봉사센터, 지역사회형 시설 또는 단체(지역 여성 민우회 등), 여성복지관, 여성회관, 지역 지부회가 있는 여성/민간단체들		미혼모시설(수용 및 이용) 쉼터형 시설(성폭력, 가정폭력 피해여성 등) 이주여성, 장애 여성 등 인권단체 등 특수 취약여성을 위한 이용 및 수용시설 등
주요대상	지역사회 재가 취약 여성으로 많은 수의 여성을 대상으로 할 수 있다. 저소득 가구 여성, 빈곤여성 가구주, 노인, 재가 장애여성 등이 모두 포함될 수 있다.		취약여성이 주로 모여들고 이용하는 시설에서 건강증진 프로그램을 수행하는 것으로 더 특수한 취약성을 가진 집단을 대상으로 할 수 있다.
특징	지역사회에 주로 저소득 가구 내 여성을 대상으로 하여 성인 및 노인 여성의 주요 대상이 될 수 있으며 만성질환 관리와 예방 차원에서의 건강증진 프로그램이 초점이 된다. 보건소의 건강증진사업을 위주로 여성민간단체의 역할은 연계 협력이다.		취약여성의 특성과 요구에 따라 맞춤식의 건강증진 프로그램이 기획된다. 다른 사회재활 프로그램과 병행이 된다. 여성민간단체가 지역의 보건소나 민간의료기관의 협력으로 수행한다.
제공서비스 (역할)	도우미 제공 정보 제공 자원봉사(가사, 차량, 배달 등) 전화상담		건강교실 운영 영양상담, 건강검진 임신, 출산, 산전 산후 관리 서비스 제공 추후 관리를 위한 건강 상담서비스
수행계획	현재부터 단기에 수행 가능 장기적 지속	→	장기적 계획이 필요함.

공통적으로 다음과 같은 선결 조건이 반드시 필요할 것이다.

○ 취약여성 역량강화를 위한 교육, 훈련

건강관리에 대한 기본 지식, 건강위험요인의 통제방법, 직업훈련, 가족 관리 방법, 지역사회 자원 활용 기술. 여성민간단체가 제공하는 현 교육 훈련 프로그램에 건강관리 내용을 포함. 지식과 기술적 지원을 보건의료 자원으로부터 제공받을 수 있다.

○ 취약여성간의 상호지지체계

서로 사정을 이해하고 공유할 수 있는 사람들 간의 상호지원, 공동행동 등을 위한 지지체계 구축이 필요하다.

○ 취약여성에 대한 지역사회 지원체계

자원봉사조직, 기부금 모금, 서비스 제공, 지역사회 행정 지원, 지속적인 고충 상담 및 지원체계

○ 취약여성에 대한 경제적 지원 및 직업제공을 위한 지역사회 자원 동원 연계

기업, 사업주, 복지단체, 행정기관 등을 통한 연계

○ 민간단체 및 건강증진 프로그램 관련 실무자 교육 훈련

취약여성의 건강 문제파악, 건강문제 해결을 위한 역량강화, 보건의료 서비스 연계, 자원봉사 동원, 자원 파악 및 연계 등에 대한 실무자 공동 교육 프로그램이 각 단체 협력 사업으로 개발되어야 하며 이에 대한 정부 지원 또는 인센티브가 필요하다. 구체적인 교육 훈련 내용 및 방법은 다음의 사항을 고려해야 할 것이다. 첫째, 교육은 일회적 단기적 교육이 아니라 지

속적 체계적인 교육으로 이루어져야 한다. 둘째, 관련 학계와 연계하여 과학적이고 장기적인 교육 프로그램으로 전국적 여성민간단체 조직들에게 확산될 수 있는 안정적이고 지속적인 프로그램으로 개발되어야 한다. 셋째, 중장기 교육내용에는 건강증진사업 기획, 평가, 방법론과 보건환경 변화에 대한 인식을 제고할 수 있는 포괄적인 내용으로 구성되어야 한다. 넷째, 기획 영역에서는 취약성의 개념과 범주, 지역사회 진단, 우선사업의 선정과 전략 개발에 관한 교육내용이 이루어져야 한다. 다섯째, 평가 영역에서는 평가의 개념과 유형 및 지표, 평과과정에 대한 상세한 교육이 되어야 한다. 여섯째, 인식제고를 위해서는 지역사회 역량강화의 개념과 방법, 사례에 대한 견학, 토론식의 교육이 필요할 것으로 사료된다. 일곱째, 상호 연계협력의 중요성과 방법에 관한 워크샵, 연계협력 강화를 위한 업무 혁신의 방법과 각 조직의 역할에 대해 함께 결론을 도출하는 세미나, 워크샵 등 다양한 방법으로 교육을 수행하는 것이 좋을 것이다.

○ 전문가 연계

전문가 및 연구자들의 참여를 통하여 실태파악, 중재방법 개발, 민간단체 실무자 교육, 사업평가, 장기발전계획 수립 등이 이루어질 수 있을 것이다.

○ 정부 지원과 정부의 역할

전문가의 참여 유도, 민간단체간의 협력체계 유도, 민간단체 활동 지원, 제도 정책 개발, 연구사업 지원 등이 필요하다. 구체적인 정부의 역할은 다음과 같이 정리해 볼 수 있겠다. 첫째, 취약계층 여성 지원 정책의 목표에 건강 향상을 반드시 포함해야 한다. 둘째, 보건복지부와 여성가족부의 공동으로 보건의료 접근성 향상 정책 및 서비스 제공 계획을 마련해야 한다. 셋째, 취약계층 여성 지원 정책 추진 계획은 취약계층 여성의 다양한 범주가 포함되어야 하며 각 범주별 문제에 대한 차별화된 정책이 개발되어야 한다. 넷째, 취약계층 여성 지원 정책의 사업 내용에는 관련 시설과 단체에서 건강증진 프로그램을 수행할 수 있는 지원 내용이 포함되어야 한다. 다섯째, 지방정부는 지역사회 거주 여성의 리더쉽 향상을 위해 지역사회 민간단체에게 동기를 제공한다. 즉 육성된 여성 지도자가 취약계층 여성을 위한 사업을 수행할 수 있는 의사결정력을 가지도록 한다. 대표적인 예가 주부 자원봉사 조직, 훈련, 양성을 위한 지원 등이다.

1) 연계 협력형 건강증진 프로그램 안

보건소의 건강검진사업과 방문보건사업, 건강증진사업을 통합하여 "통합 건강증진프로그램"을 기획한다. 통합 건강증진 프로그램은 지역사회 민간 여성단체의 적극적인 연계 협력을 통해 취약여성의 역량강화와 지역사회 역량강화를 동시에 달성할 수 있도록 한다. 프로그램의 개괄은 그림과 같다.

2) 민간단체 주도형 건강증진 프로그램 안

향후 여성 민간단체에서 주도하여 수행할 수 있는 취약계층 건강증진 프로그램을 제안하면 다음과 같다. 아래 그림에서와 같이 취약 여성 범주별로 건강증진 프로그램 외에도 다양한 개별적인 프로그램들이 함께 필요하다. 또한 취약계층 여성을 위한 리더쉽 향상 관련 프로그

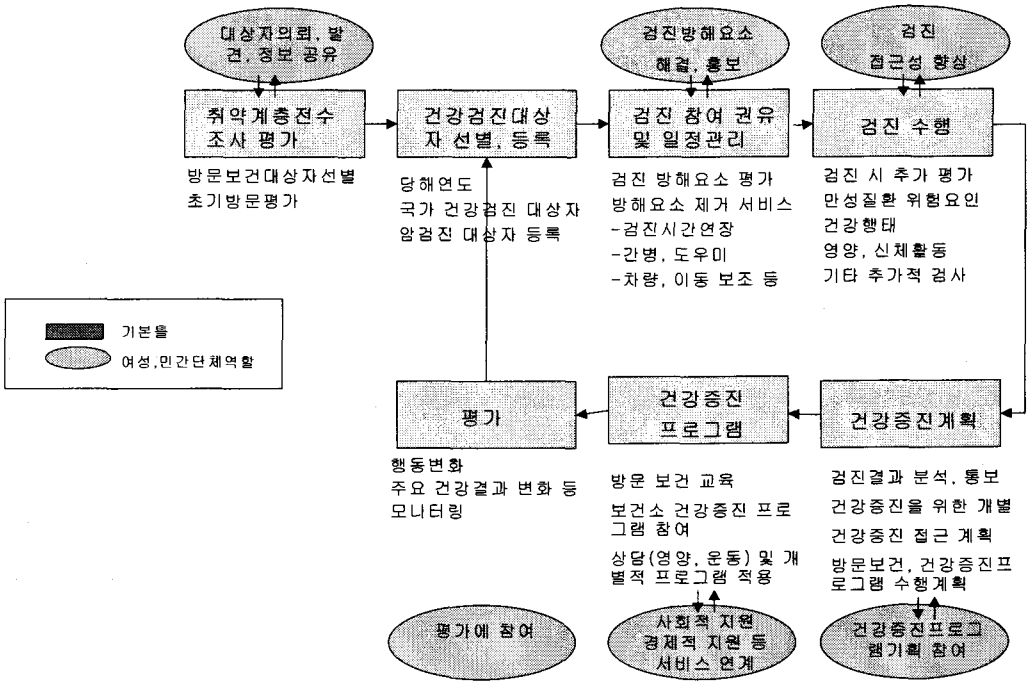

그림 1. 취약여성을 위한 통합 건강증진 프로그램(안): 연계협력형 프로그램

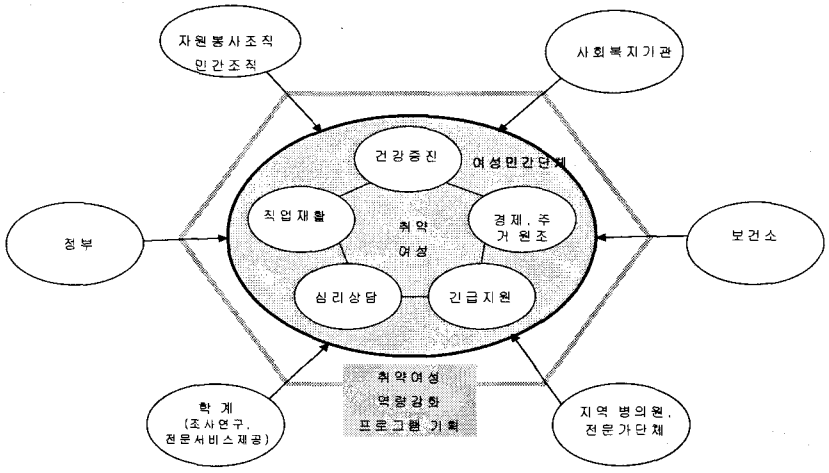

그림 2. 여성 민간단체의 건강증진 프로그램(주도형 프로그램)을 위한 자원연결체계

램도 가능하다. 이러한 프로그램을 기획하는 데에 있어 관련 자원들이 함께 논의하는 과정이 요구된다. 관련 자원들은 아래 제시된 보건소, 전문가단체 및 민간의료기관, 사회복지기관, 지역 민간조직(부녀회 등), 자원봉사조직 등이 가능하며 취약여성의 범주에 따라 관련 자원이 가감될 수 있다. 본 연구에서 제안하는 건강증진 프로그램 외에도 보다 다양하고 포괄적인

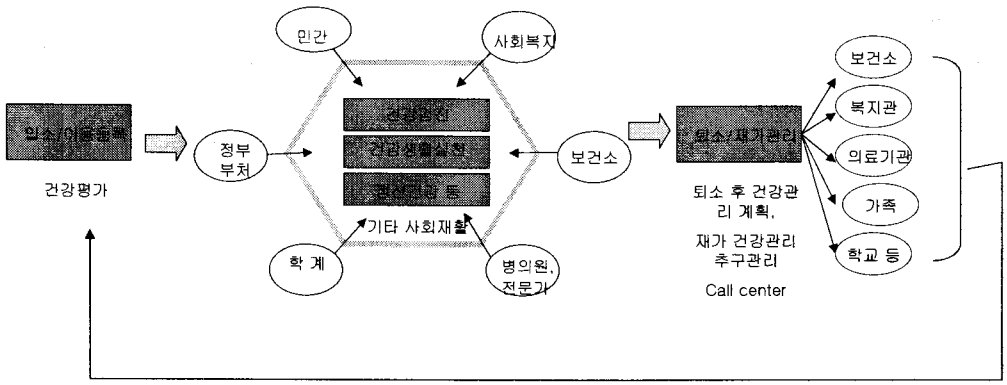

그림 3. 여성/민간단체 주도형 취약여성 건강증진 프로그램

프로그램이 가능할 것이다. 제안된 건강증진프로그램을 수행할 수 있는 보다 더 구체적인 방법을 모색함과 동시에 보다 효율적인 프로그램을 개발하는 데에 더 많은 연구를 축적해야 할 것이다.

취약성의 범주에 따라, 단체의 성격에 따라 건강증진 프로그램은 다양하게 개발될 수 있는데 장애여성을 위한 건강증진 프로그램(장애여성의 모성 건강 증진, 장애 여성 노인의 성공적 노화), 미혼모 건강증진 프로그램(미혼모 산전 산후 관리, 미혼모를 위한 건강교육), 폭력 피해여성을 위한 건강증진 프로그램(폭력 피해여성을 위한 건강한 성, 정신건강)이 그 예이다. 맞춤식의 프로그램도 여성민간단체가 주도하는 건강증진 프로그램 제공체계는 입소 또는 이용등록에서부터 재가 관리 또는 퇴소관리까지 공통적인 흐름을 가지게 된다. 이 과정에서 프로그램 개발부터 평가까지 지속적으로 관련 연계기관이 참여하며 여성 민간단체의 퇴소 후에 각 관련 기관에서 다시 대상자의 관리를 맡을 수 있다.

Ⅶ. 결 론

취약계층 여성은 성과 사회경제적 측면에서의 형평문제를 동시에 안고 있다. 취약계층 여성들이 스스로의 건강관리 능력을 함양하여 삶의 질을 증진할 수 있도록 건강 환경을 조성하고 건강에 관한 자기 효능감을 심어줄 수 있는 건강증진 방안 및 프로그램의 방향과 내용을 위해선 고려되어야 할 사항이 있다. 첫째, 취약계층 여성의 건강욕구를 기반으로 한 실질적인 프로그램으로 구축되어야 한다는 점이다. 이러한 욕구는 개인적 차원을 넘어 다양한 사회적 요인들과 위험요인들 간의 상호작용까지 고려되어야 한다. 둘째, 지역사회 여성과의 파트너쉽을 형성하여 단계적 역량강화에 초점을 맞추어야 하며 지방정부, 보건소, 여성단체, 여성 연구소 등 지역사회 관련 집단의 협력, 연계를 통한 지역사회 중심의 통합적 접근이 이루어져야 한다.

지역사회가 중심이 되어 수행 가능한 통합적 건강증진 프로그램으로 '민간단체 주도형 건강증진프로그램'과 '연계협력형 건강증진프로그램' 두 가지를 제안 할 수 있다. '민간단체 주도형 건강증진프로그램'은 미혼모, 이주여성, 장애여성 등 특수한 취약성을 가진 집단의 특성과 요

구에 따른 맞춤식 건강증진 프로그램을 민간단체가 주도하고 지역의 보건소나 민간의료기관 등 지역사회 보건의료자원이 연계, 협력하여 수행하는 것이다. '연계협력형 건강증진프로그램'은 지역사회에 속해 있는 저소득 가구 여성 및 노인 여성을 대상으로 할 수 있는 건강증진 프로그램으로 예를 들면, 만성질환 관리와 예방 차원의 직접적인 보건 서비스 프로그램 제공에 있어서 보건소가 주체가 되어 실시하되 지역사회 내 민간단체와 연계와 협력을 통해 수행하는 것이다. 두 가지 건강 증진 프로그램의 공통적 선결조건에는 취약여성 역량강화를 위한 교육 및 훈련, 취약여성간의 상호지지체계, 취약여성에 대한 지역사회 지원체계, 취약여성에 대한 경제적 지원 및 직업 제공을 위한 지역사회 자원 동원을 위한 연계, 민간단체 및 건강증진 프로그램 관련 실무자 교육 훈련, 전문가 및 연구자들의 참여 연계이며 또한 이러한 모든 연계 및 지원 체계 구축을 위한 정부의 지원과 역할이 반드시 포함되어야 할 것이다. 제안된 취약여성 건강증진 프로그램은 향후 보건사업의 형태나 여성가족부의 여성단체 협력 사업으로 진행하는 데에 기초 연구 사업 제안서로 활용될 수 있을 것이다.

우리나라 취약계층 여성의 범주화는 취약성 개념 전체를 포괄한 범주를 다루지 못하고 일부 우선순위가 높은 두 가지의 즉 소인성 요인과 가능성 요인 중심으로 범주화 하였으나 앞으로 취약계층 여성 범주에 대한 검증 절차가 더 필요하다고 사료된다. 또한 소수에 해당하는 AIDS/HIV 감염여성, 출소자 여성, 외국인 여성 노동자, 윤락업 종사 여성 등의 취약계층 여성에 대한 연구가 부족한 현실임을 알리며 앞으로 취약계층 여성에 대한 정의와 사회문제에 대한 학문적 접근의 기초가 마련되고 이를 기반으로 취약계층과 취약계층 여성에 대한 종합적인 연구가 이루어지길 기대해 본다. 이러한 연구의 축적을 통해 한국 사회에서 다양한 조건에 놓인 취약계층 여성이 건강하고 가치 있는 삶으로 나아가기 위한 지원 내용을 확인하고, 향후 여성복지의 바람직한 건강증진 정책대안을 제시할 수 있을 것이다.

참고문헌

김미경, 송다영. 여성의 노인부양부담 완화를 위한 성인지적 정책개발. 한국여성개발원, 2002.

김수현, 박은철, 김소임. 서울시 저소득 여성가구주를 위한 자활지원 방안. 서울시정개발연구원, 2001.

노혜련, 유서구, 박화옥. 취약여성가구주 사례관리 사업 평가와 운영방안에 관한 연구. 보건복지부, 2005

문옥륜, 장숙랑. 건강 강동을 위한 보건의료서비스 발전방안. 강동구 보건소, 2007.

박영란. 저소득 모자가정의 자립방안 연구. 한국여성개발원, 1998.

박기남. 생애구술을 통해 본 독거여성노인의 삶. 도서출판동녘, 페미니즘연구, 2004.

박영란, 정진주, 황정임, 권문일, 김창엽, 석재은, 엄규숙, 유태균, 정인숙, 황수경. 여성빈곤퇴치를 위한 정책개발연구. 한국여성개발원, 2003.

변용찬, 김성희, 윤상용, 정민아. 여성 장애인 생활실태와 대책. 한국보건사회연구원, 보건복지부, 2002.

석재은. 한국의 빈곤의 여성화에 대한 실증 분석. 한국사회복지학2004; 56(2): 167-194.

석재은, 김용하, 유희정. 취약계층 여성정책의 발전방향 연구. 여성가족부, 2006.

신경림, 김정선. 도시지역 여성노인의 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태 및 건강증진행위와의 관계연구. 대한간호학회지 2004; 34(5): 869-880.

신경림, 약물오남용 예방프로그램이 저소득 여성노인의 약물오남용 예방에 대한 지식, 태도, 예방행위 및 우울에 미치는 효과. 대한간호학회지 2005; 35(5): 763-773.

옥선화, 성미애, 허정원. 경제위기 이후의 빈곤 여성가장의 생활실태 조사. 대한가정학회지 2001; 39(2): 1-13.

장숙랑, 이선자, 전경숙, 이효영, 채은희, 홍보경, 김보람. 여성단체조직을 활용한 취약계층 여성의 건강증진 프로그램 개발, 서울대학교보건환경연구소/ 보건복지부, 2006

정경희, 오영희, 석재은, 도세록, 김찬우, 이윤경, 김희경. 2004년 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사. 한국보건사회연구원, 2005.

정진주, 황정임. 비정규 여성근로자 건강증진방안 연구. 한국여성개발원, 2005.

최영. 가구형태에 따른 노인의 건강상태 결정요인에 관한 연구. 한국노인복지학회 2005; 3(29): 123-150.

최윤정, 이민영, 조미자, 문정신, 치매노인 여성의 체험연구. 한국노년학회지 2003; 23(1): 113-128.

Aday, LA. Indicators and predictors of health services utilization., In Williams SJ and Torrens PR(Eds.), Introduction to health services(4th ed. pp. 46-70). Albany, NY: Delmar.

Chronic Disease Prevention and Control, U.S. Department of Health and Human Services. Wisewomen Work: A Collection of Success Stories From Program Inception Through 2002, 2006.

Flaskerud, JH., and BJ. Winslow. Conceptualizing vulnerable populations health related research. Nursing Research 1998; 47: 69-78.

Lantz PM, JS. House, Lepkowski JM, Williams DR, Mero RP, Chen J. Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults. JAMA 1998; 279: 1703-1708.

Lavery, SH., Smith, ML., Esparza, AA., Hrushow, A. Moore, M., and Reed, DF. The community action model: a community-driven model designed to address disparities in health. American journal of health. 2005; 95: 611-616.

Power, C., Matthews, S. Origins of health inequalities in a national population sample. Lancet 1997; 350: 1584-1589.

Power, C., Matthews, S. Manor O. Inequalities in self-rated health: Explanation from different stages of life, Lancet 1998; 351: 1009-1014.

Raisler, J. and Kennedy, H., Midwifery care of poor and vulnerable women, 1925 - 2003, Journal of Midwifery & Women's Health 2005; 50(2): 113-121.

Rogers, AG. Vulnerability, health and health care, Journal of Advanced Nursing 1997; 26: 65-72.

Shi, L., Stevens, GD. Vulnerable population in the United States. John Wiley & Sons, Inc. San Francisco, 2005.

WHO. Women and Health: Maximizing Women's Capacities and Leadership. Center for Health Development. Kobe, Japan, 2004.

<Abstract>
<Review>

Community Health Promotion Program for Vulnerable Women

Gyeong-Suk Jeon** · Soong-Nang Jang**† · Seon-Ja Lee* · Hyo-Young Lee** Bo-Kyung Hong* · Bo-Ram Kim**

** Graduate School of Public Health, Seoul National University, Seoul, Korea*
*** Center for Aging and Population Research, Institute of Health and Environment, Seoul National University, Seoul, Korea*

There are little program and services that have been developed to address the health and health care needs of vulnerable women. The access for their timely and appropriate health care and health promotion services have been a increasing concern. The purpose of this study was to suggest health promotion program for vulnerable women with collaboration of women's NGOs.

At the first part of this study, we reviewed a conceptual framework for identifying vulnerable population, and issues regarding health problems, unmet needs, policies and programs that have been developed to address their need. In second part, we focused on investigating the role, subjects and activities of women's NGOs and their capacity for health promotion program. The last part of this study proposed health promotion programme with integrating above two parts of study.

In describing what type of health promotion program available in women's NGOs, eight major programs and services were summarized.

1. Direct health promotion program and collaborating program with other services.
2. Education and training for empowerment of vulnerable women
3. Organizing mutual support system, such as self-help group
4. Community supports. Vulnerable women living at home may benefit from linkage to community services as much as women living in facility
5. Organizing collaboration system with program for economic support and job training, social rehabilitation
6. Trainer's training for practitioners in NGOs
7. Technical, informational support from professional groups
8. A national coordinating policies for vulnerable population should be established at the central level. National support for NGOs' health promotion program are needed in solving unmet needs of vulnerable women.

Key words; Health promotion program; Vulnerable women; NGO; Collaboration