

취약지역 빈곤아동을 위한 건강증진프로그램 개발

김혜경* · 이윤희 · 문순영 · 권은주
한국건강관리협회 건강증진연구소

I. 연구의 목적

본 연구의 목적은 사회양극화현상 등으로 기본적 생존권마저 위협받고 있는 취약지역 빈곤아동을 대상으로 건강증진 프로그램을 개발함으로써 빈곤의 악순환에 따른 건강불평등 해소와 빈곤아동의 건강한 성장기반 조성을 도모하는 것이다. 이를 달성하기 위해 현재 우리나라 빈곤아동의 인구학적, 보건학적인 실태조사를 실시하고, 그 결과를 기초로 다양한 차원의 프로그램과 정책, 지원체계, 평가체계를 개발함으로써 이들의 건강문제에 대한 포괄적인 접근방안을 마련하고자 하였다.

II. 연구방법

빈곤아동의 건강증진에 대한 요구도를 파악하기 위해 전국 106개 지역아동센터(공부방) 아동 3,081명을 대상으로 건강검진과 설문조사를 실시하였으며, 아동보건복지 담당자 대상 설문조사를 실시하였다. 프로그램 개발을 위해 WHO 및 OECD 선진국의 빈곤아동 건강증진 정책과 프로그램 사례분석을 통해 이들의 성공전략을 도출하고 국내의 적용가능성을 평가하였다.

III. 연구결과

1. 빈곤아동의 인구 · 보건학적 실태

(1) 빈곤아동의 규모와 특성

○ 아동의 절대빈곤율은 2004년 7.39%에서 2006년 7.93%로 증가하였고, 2006년도 상대빈곤율은 9.34%로 나타났다.

○ 아동빈곤율은 2006년도를 기준으로 연령대가 12-14세일 때, 가구주가 노인가구나 모자가구일 때, 편부보다는 편모가정일 때 더 높은 것으로 조사되었다.

(2) 빈곤아동의 건강수준 및 건강결정요인

○ 세끼 식사를 하지 않는 아동의 비율은 초 · 중 · 고등학생 각각 26.7%, 32.9%였으며, 34.1%였다. 또한 초등학생의 25%, 중학생의 37%, 고등학생의 약 50%는 아침식사를 하지 못하는 편인 것으로 조사되었다.

○ 규칙적 운동을 실천 아동의 비율은 초 · 중 · 고등학생 각각 38.8%였고, 31.7%, 23.4%로 일반 초등학교 아동의 53.8%에 비하여 낮았다.

○ 일반 아동에 비해 초, 중·고등학생 모두 안전장비를 실천하는 비율과 향후 착용에

대한 의도가 일반아동에 비해 낮았다.

- 가족 중 흡연, 과음하는 가족 비율이 일반아동에 비해 높았다.
- 일반아동에 비해 신장과 체중이 적었고 저체중아동이 많았다.
- 시력교정 대상은 초등학생 25.6%, 중학생 27.3%, 고등학생 31.4%였으며, 일반아동에 비해 빈곤아동의 교정대상이 많음 또한 현재 안경을 착용 중인 학생도 초등학생의 경우 10.5%가 재교정이 필요하였다.
- 빈혈유병률이 초·중·고등학생 각각 0.6%, 2.2%, 2.1%로 일반아동보다 높았으며, 고혈압유병률은 초·중·고등학생 각각 7.8%, 15.5%, 22.9%였다.
- 2주 이상 일상생활이 어려울 정도로 슬프거나 절망감을 느껴본 경험을 조사한 결과 초등학생의 20%, 중학생의 25%가 있다고 답하였다. 2005년 제3기 국민건강영양조사 결과 12.2%에 비하면 빈곤아동의 우울감 경험률이 더 높았다.
- 치아우식증 유병률이 초·중·고등학생 각각 49.1%, 48.4%, 40.9%로 매우 높았다.

(3) 빈곤아동의 건강증진 요구도(전문가 관점)

- 취약지역 빈곤아동의 건강문제 중 가장 심각한 문제는 영양불량, 정신건강, 안전 및 폭력사고, 체격(신장, 체중), 구강질환 순으로 답하였다.
- 취약지역 빈곤아동의 건강생활습관 중 가장 심각한 문제는 식습관, 스트레스관리, 안전습관 순으로 답하였다.
- 빈곤아동에게 가장 필요한 건강증진 제도 및 프로그램은 급식서비스 제공 및 건강서비스 제공(건강검진, 치료 및 치료기관으로의 의뢰서비스 등)으로 답하였다.
- 빈곤아동에게 가장 필요한 보건교육은 영양교육, 스트레스 관리, 폭력예방 순인 것으로 답하였다.

2. 국내·외 빈곤아동 대상 건강증진 제도 및 프로그램 현황

아동·청소년의 보건복지 관련법과 정부와 민간단체의 빈곤아동층에 대한 지원사업, 프로그램 현황을 검토한 결과, 현행 건강증진 제도 및 프로그램은 지역사회 의료기관과의 연계체계가 부족하고, 통합적 건강관리 측면에서의 사각지대가 발생하는 것으로 나타났다.

선진사례로는 세계보건기구 유럽지역 사무소의 건강불평등 완화를 위한 정책과 선진국의 대표적 빈곤아동 관련 정책인 캐나다의 Fair Start, 미국의 Head Start, 영국의 Sure Start를 분석하였다. 또한 빈곤아동을 포함한 아동과 청소년 건강증진을 위해 실시되고 있는 호주의 Best Start 정책을 분석함으로써 개발될 우리나라 빈곤아동 대상 건강증진 프로그램의 방향을 설정하였다.

3. 빈곤아동을 위한 포괄적 건강증진 프로그램 및 지원체계

건강증진 프로그램은 건강서비스와 보건교육으로 구분하여 세부 주제영역별로 제공되

어야 하는 서비스와 교육 내용을 제시하였다. 세부 주제영역은 요구도 조사로 실시된 건강검진과 설문조사 결과를 바탕으로 빈곤아동이 갖고 있는 주요 건강문제, 건강습관의 문제를 해결하기 위한 내용으로 구성하였다. 주제영역은 건강생활실천과 예방중심 건강관리를 구분하여, 건강생활실천에서는 식습관, 운동, 금연/절주, 안전, 성교육을 다루었으며, 예방중심 건강관리에서는 체격, 시력/청력, 만성질환 관리와 정신보건, 구강보건의 문제를 예방하고 관리하는 내용으로 구성하였다.

건강증진 프로그램 수행을 위한 실행전략으로는 정기적인 건강조사, 가정방문, 영양지원, 관리의료제도를 이용한 건강서비스를 제공하고, 추구관리를 위한 건강상담, 건강생활실천을 위한 보건교육으로 구성되었다. 또한 개인, 개인과 개인간의 상호작용, 학교, 지역사회로 접근차원을 구분하여 건강증진 프로그램을 계획하고 통합적으로 운영하는 다차원적 접근방법을 통해 영역별로 개발되었다.

국가 수준의 보건정책 및 서비스 효과적으로 반영될 수 있는 가장 좋은 방법은 공공기관과 민간기관이 파트너십을 형성해 민간 인프라를 적극적으로 활용하는 것이다. 특히 취약계층이 밀집해 있는 지역을 중심으로 정기적인 건강검진을 수행하고, 아동의 발육 발달에 필수적인 식이가 제공될 수 있도록 지역사회 내 민간 의료기관 및 민간단체, 보건산업 관련 영리기업 등과 공공기관이 적극적으로 파트너십을 구축해서 공공과 민관이 연계된 서비스를 제공된다면, 서비스에 대한 접근성이나 질, 유용성 등이 특히 개선될 수 있다.

본 연구에서는 빈곤아동의 건강증진을 위한 공공분야와 민간분야 간 파트너십 구축 모형을 제시하였다. 민간분야는 크게 민간법인과 민간영리기관으로 구분될 수 있으며, 공공부분이 민간부분 기관과의 파트너십 구성을 위해 지원해야 하는 사항과 기여할 수 있는 부분을 제시하였다. 또한 공공분야의 경우에서도 국가/지역 단위 수준과 국제 단위 수준을 구분하여 공공분야 내에서의 파트너십 구축의 중요성도 강조하였다.

4. 빈곤아동 건강증진 프로그램 평가체계

빈곤아동을 위한 건강증진프로그램 평가체계는 Framework for Program Evaluation in Public Health(미국 Center for Disease Control and Prevention, 1999)을 기본으로 하여 개발하였다. 건강증진프로그램 질을 평가할 수 있는 모니터링 지표와 효과성 평가를 위한 성과지표를 함께 개발하여 제시하였다.

IV. 결론

취약지역 빈곤아동의 건강증진요구를 파악하고, 이를 바탕으로 건강증진프로그램과 지원체계를 개발한 본 연구결과는 다음과 같은 측면에 기여할 수 있을 것으로 예상된다.

첫째, 취약지역 빈곤아동에 대한 인구학적, 보건학적 정확한 실태파악을 통해 아동 건강문제의 심각성에 대한 인식을 제고시킬 수 있다.

둘째, 빈곤아동의 현행 보건복지정책의 평가자료 및 포괄적 건강증진 서비스 제공을 위

한 정책 아이디어를 제공할 수 있다.

셋째, 구체적 목표와 수행전략을 포함하는 건강증진 프로그램과 가족 및 학교, 공공, 민간기관이 함께 참여하는 다차원적인 지원체계를 제시함으로써 지역사회 중심 아동 건강증진 서비스의 효과성과 효율성을 제고할 수 있다.

넷째, 아동보호기능을 건강증진을 위한 사전예방적 투자 중심으로 전환하여 아동인구의 질적 성장에 기여하고, 건강형평성 확립에 기여할 수 있다.