

육아정책 Brief

통권 제34호 | 발행인: 우남희 | 발행일: 2015년 2월 10일 | 발행처: 육아정책연구소

02 February

저소득 가정 영유아의 건강 및 영양 불평등 해소되어야

I. 영유아 건강 및 영양 관리의 중요성

저소득 가정 영유아의 건강 및 영양은 그 중요성에 비해 비중있게 다루어지지 못하였음.

- 미래세대의 주역이 될 영유아 시기의 건강과 영양은 어느 시기보다도 중요하며 생애주기별 건강에 대한 지원은 주요한 국가적 인적 자원에 대한 투자임.
 - ▶ 질병발생 기전을 설명하는 이론 중의 하나인 생애과정접근모형(lifecourse approach)¹⁾에 따르면 생애 초기와 그 이후 생애 동안의 위험요인 노출이 상호작용하거나 가산적으로 함께 작용하여 생애 후기에 걸쳐 고혈압, 당뇨병, 암 등 주요 만성질환 발생에 영향을 미치는 것으로 나타났음.
- 2013년부터 각 지자체에서는 지역여건에 맞도록 건강증진사업을 통합하여 '지역사회 통합 건강증진사업'을 시행하고 있으나 저소득층만을 대상으로 한 사업은 극히 일부임.
 - ▶ 지역사회 통합건강증진사업은 지자체가 지역사회 주민을 대상으로 실시하는 건강생활실천 및 만성질환 예방, 취약계층 건강관리를 목적으로 하는 사업을 통합하여 지역특성 및 주민 수요에 맞게 기획·추진하는 사업임(보건복지부, 2014).
 - ▶ 금연, 절주, 영양, 비만 등 13개 사업영역으로 구성되며, 영유아 대상 영양 사업은 '영양플러스 사업', '영유아, 임산부 영양관리 사업', '어린이집·유치원 영양관리사업'이 있음. 이 중 저소득층만을 대상으로 이루어지는 사업은 '영양플러스 사업' 임.
- 저소득 가정 영유아의 건강·영양 관련 사업은 그동안 다른 보육·교육 관련 사업에 비해 비중 있게 다루어지지 못하였음. 저소득 가정 영유아의 건강·영양 행태를 파악하고 이를 증진하기 위한 방안 마련이 필요함.
- 본고는 다음 2개의 자료에 기초하여 분석한 결과임.
 - ▶ 국민건강영양조사 제5기(2010~2012) 자료를 2014년도 최저생계비를 기준으로 소득을 구분한 후 만1세~5세 자료 분석(이하 국민건강영양조사)²⁾
 - ▶ 2014년도에 최저생계비 200%이하 저소득 가정 만1세~5세 영유아 부모 544명 대상으로 실시한 '영유아 건강 및 영양 실태' 설문조사 자료 분석(이하 이정림 외, 2014)³⁾

1) Hertzman, C., Power, C., Matthews, S. & Manor, O. (2001). Using an interactive framework of society and lifecourse to explain self-rated health in early adulthood, *Social Science & Medicine*, 53(12), 1575-1585.

2) 보건복지부·질병관리본부(2014). 국민건강영양조사 원시자료 제5기(2010~2012)

3) 이정림·민정원·조혜주(2014). 저소득층 영유아 및 임산·수유부의 건강과 영양 지원 방안. 육아정책연구소.



▶ 영유아 신체성장과 관련한 내용은 이상의 자료에서 만2세~5세 해당자료 분석하였음.

Ⅱ. 저소득 가정 영유아의 건강 상태

농촌지역 저소득 가정 영유아
가 비만 위험이 더 높음

● 저소득 가정 영유아의 신체성장 상태

- ▶ 저소득 가정(최저생계비 및 최저생계비 200%이하) 영유아는 과체중에 해당되는 비율이 13.6%, 10.6%로 최저생계비 200%를 초과한 가정의 8.1%에 비해 비만의 위험이 상대적으로 더 높은 것으로 나타남(국민건강영양조사).

〈표 1〉 소득별 영유아 체질량지수 분포

단위: %(명)

구분	5백분위수 미만 (저체중)	5-95백분위수 (정상)	95백분위수 초과 (과체중)	계
전체	4.9	85.3	9.8	100.0(1,731,014)
최저생계비	2.2	84.2	13.6	100.0(232,486)
최저생계비 200% 이하	5.6	83.8	10.6	100.0(670,244)
최저생계비 200% 초과	5.0	86.8	8.1	100.0(828,283)

주: 질병관리본부·대한소아과학회(2007)에서 체질량 지수에 대한 표준 성장도표 백분위수가 제시된 24개월 이상 영유아에 한해 분석하였음.

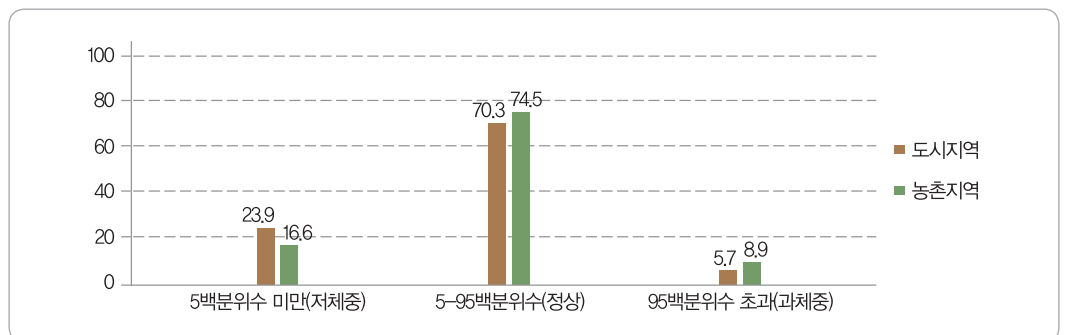
- ▶ 농촌 지역 저소득 가정의 영유아는 비만 위험이, 도시 지역 저소득 가정의 영유아는 저성장 위험 비율이 더 높음(이정림 외, 2014).

〈표 2〉 지역규모별 영유아의 체질량지수 분포

단위: %(명)

구분	5백분위수 미만 (저체중)	5-95백분위수 (정상)	95백분위수 초과 (과체중)	계
전체	20.8	72.1	7.1	100.0(366)
지역규모				
도시지역	23.9	70.3	5.7	100.0(209)
농촌지역	16.6	74.5	8.9	100.0(157)

주: 부모의 자가기입식 응답자료를 활용하여, 측정시기의 만 연령을 기준으로 질병관리본부·대한소아과학회(2007)에서 체질량 지수에 대한 표준 성장도표 백분위수가 제시된 24개월 이상 영유아에 한해 분석하였음.



[그림 1] 지역규모별 영유아 체질량지수

저소득 가정 영유아의 신생아
대사 이상 검사율 및 구강
검진율이 더 낮음

● 저소득 가정 영유아의 건강관리 현황

- ▶ 저소득 가정 영유아의 신생아 대사 이상 검사율과 구강검진율은 유의하게 낮음(표 3 참조).

- ▶ 기초생활수급(130만원 이하) 가정 영유아 대상의 구강관리 교육과 치료가 필요함.
 - 기초생활수급 가정의 영유아는 ‘전혀 치솔질을 하고 있지 않다’는 응답이 4.8%이었고, ‘치과치료가 필요하다’는 응답은 33.3%이었음(이정림 외, 2014).

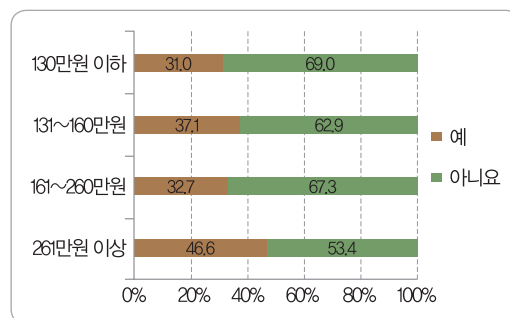
〈표 3〉 영유아의 신생아 대사 이상 검사 및 영유아의 1년 간 구강검진 여부

단위: %(명)

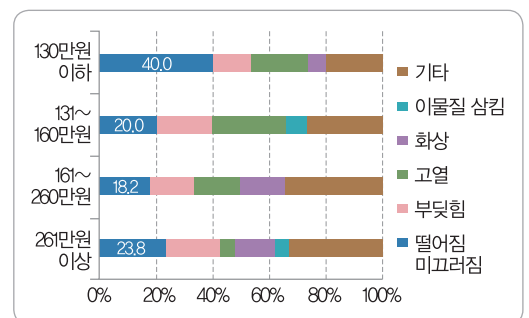
소득 구분	경험 있음	경험 없음	계(수)	$\chi^2(df)$
신생아 대사이상 검사				
전체	96.2	3.8	100.0(2,483,927)	
최저생계비	91.6	8.4	100.0(278,679)	
최저생계비 200% 이하	96.3	3.7	100.0(1,025,623)	7.85(2)**
최저생계비 200% 초과	97.3	2.7	100.0(1,179,626)	
구강검진				
전체	39.3	60.7	100.0(2,590,899)	
최저생계비	24.2	75.8	100.0(317,957)	
최저생계비 200% 이하	35.4	64.6	100.0(1,043,711)	23.20(2)***
최저생계비 200% 초과	46.6	53.4	100.0(1,572,138)	
$\chi^2(df)$		4.358(4)		

** $p < .01$, *** $p < .001$.

- ▶ 기초생활수급 가정 영유아는 심각한 증상이 있을 때만 병원을 이용함(이정림 외, 2014).
 - 기초생활수급 가정의 영유아는 입원율이 35.7%로 상대적으로 높았지만, 외래 치료율은 낮아 심각한 증상 시에만 병원 이용하는 것으로 추정됨.
- ▶ 기초생활수급 가정 영유아의 응급실 이용 원인은 집에서 떨어지거나, 미끄러지는 비율이 40%로 다른 집단에 비해 가장 높았음(이정림 외, 2014).



[그림 2] 가구소득별 외래치료 경험여부



[그림 3] 가구소득별 사고 및 중독의 발생원인

Ⅲ. 저소득 가정 영유아의 영양 실태

저소득 가정 영유아의 비타민C, 비타민A, 나이아신의 섭취는 필요량에 못 미치는 경우가 많았음

- 저소득 가정 영유아의 영양 관리 상태
 - ▶ 최저생계비 가정 영유아의 에너지적정 비율이 지켜지지 않는 경우가 많았음.
 - 최저생계비 가정 영유아들이 적정 비율에 못 미치거나 과다하게 섭취하는 경우는 탄수화물 52.4%, 지방 44%로 나타났음(국민건강영양조사).
 - ▶ 저소득 가정 영유아들은 비타민C, 비타민A, 나이아신 섭취가 부적절한 것으로 나타남.

〈표 4〉 영유아의 부적절한 영양소 섭취 현황

단위: %(명)

소득 구분	탄수화물	단백질	지방	비타민A	티아민	리보플라빈	나이아신	비타민C	칼슘	철
전체	46.4	3.8	36.8	26.0	13.2	19.0	21.8	33.2	55.8	34.1
최저생계비	52.4	2.4	44.0	37.5	20.0	23.9	29.5	43.1	64.7	41.2
최저생계비 200% 이하	48.5	3.7	37.3	25.4	13.4	21.0	23.5	35.2	55.1	34.4
최저생계비 200% 초과	43.6	4.2	35.1	23.5	11.6	16.1	18.6	28.1	54.0	32.1
$\chi^2(df)$	2.203(2)	0.875(2)	2.415(2)	7.167(2)*	4.371(2)	3.751(2)	6.383(2)*	7.980(2)*	4.014(2)	2.306(2)

주: 보건복지부(2010)에서 한국인 영양섭취기준으로 연령별 에너지 적정비율과 평균필요량(EAR)을 제시한 영양소를 중심으로 분석하였으며 기준값에 미달(또는 초과)한 영유아의 백분율을 제시함.

* $p < .05$.

- ▶ 기초생활수급 가정의 영유아들은 간식으로 과자, 사탕, 초코렛을 먹는 비율이 20.2%로 261만원이상 소득 집단 12.8%에 비해 더 높음(이정림 외, 2014).
- ▶ 영유아 자녀를 둔 부모의 건강관리 지식수준은 가구소득이 높을수록 높음(이정림 외, 2014).

IV. 저소득 가정 영유아 건강 및 영양 수준 증진 방안

지자체별로 저소득 가정 영유아의 주요 건강 문제를 파악하고 특성에 맞는 사업을 전개해야 함

가정방문사업을 확대하고 지역 보건소에 정규 인력을 충원하여 지역사회 통합건강증진사업을 내실화하는 것이 필요함

- 가정방문사업을 통한 영유아부모 지원
 - ▶ 잘못된 건강관리 행태를 유지하는 저소득 가정을 포함하여 농촌지역 다문화 가정의 영유아 건강관리 행태 등을 지도하고 지원하는 것이 필요함.
 - 중장기적으로 영유아 영양 및 건강을 위한 방문건강관리사업의 확대 필요
- 저소득 가정 영유아를 위한 영양사업 개선
 - ▶ 지역 보건소에 전문영양사를 정규직으로 고용하여 숙련된 인력이 사업을 지속적으로 관리할 수 있도록 예산지원 확보 필요
 - ▶ 식품을 직접 배송하는 것보다는 교환카드 혹은 쿠폰 등을 제공하여 사업의 수혜자가 카드나 쿠폰을 가지고 보건소에 방문하여 식품을 수령해 가는 방안 제안함.
- 지역사회 통합건강증진사업의 내실화
 - ▶ 각 지자체 보건소는 해당 지역의 주민건강실태조사 등에 기초하여 서비스 수요 조사를 실시하고, 지역적 특성에 맞는 맞춤형 영유아 대상 사업을 전개하는 것이 필요함.
 - ▶ 지역사회 통합건강증진사업의 사업별 수혜자격 기준을 보다 명확히 해야 함.
 - 사업별로 수혜 기준이 최저생계비, 평균소득 등 적용기준이 각각이고 가족사항 기준도 모두 다름.
 - ▶ 지역사회 영유아들의 전반적인 건강·영양 상태가 향상되는지를 장기적인 관점에서 단계적으로 점검할 수 있는 평가지표가 개발되어야 함.
 - ▶ 영유아를 포함한 지역주민 건강조사 및 사업관리, 홍보 등이 원활하게 이루어지기 위해서 지역 보건소마다 정규 인력 충원이 필요함.

이정림 연구위원 leettu@kicce.re.kr