

## 양극화된 지역사회 영양문제 : 풍요와 신빈곤

송길원

세네갈 영양컨설턴트

### Polarized Nutritional Problems in Community : Feast and Famine

Gil Won Song

Nutrition Consultant in Senegal, Senegal

---

#### 서론

---

한국의 연간 일인당 국민소득이 1994년에 미화 8,500불에서 일년만에 선진국 진입 지표인 10,000불의 선을 돌파, 다시 경제적인 기적을 세계에 과시했다. 이러한 고도의 경제성장과 산업화로 이룬 물질적 풍요를 많은 국민이 즐기고 있는데 반하여 이면에는 발전에서 소외된 빈곤층이 증가하는 추세를 보이고 있다. 고도성장에도 불구하고 지역간, 산업간, 계층간의 소득과 부 그리고 기회의 불균형과 불평등은 심화되어 왔다(윤정혜 1992).

1980년대 후반부터 90년대에 들어서면서 산업구조, 생산구조 변화에 따른 노동의 고기능화, 가족 및 공동체 해체와 소비영역에서의 시대적 격차 확대로 생긴 신 빈곤현상은 하나의 심각한 사회 문제로 부각되었다. 빈곤층은 절대빈곤층과 상대빈곤층으로 구분된다. 절대빈곤층은 실업, 연로, 질병, 불구 등으로 생계유지수단이 전혀 없어서 가계소득이 최저생계비에 미달되어 공적 부조의 대상이 되는 가계를 말한다. 1994년 생활보호대상자는 거의 2백만명이었다(보건복지부 1995). 이에 반하여 상대 빈곤층은 근로능력이 있으나 극도로 불안정한 취업상태로 인하여 가계소득이 국민의 평균소득의 절반 또는 일정비율에 미달되는 가계를 말한다. 즉 임시고용, 일일고용 등 고용상태가 불안정한 노동자 또는 노점상, 행상 등의 영세영업자로 불안정 취업층이 포함된다. 월평균소득이 전체가계의 월평균 가계지출의 60% 이하에 있는 빈곤층은 1988년말 22%에 달하고 있고 그 비율은 해마다 조금씩 증가하는 추세를 보이고 있다(윤진호 1990). 이들은 "인간다운 생활"을 못해 상대적 박탈감(주관적

박탈)과 상대적 박탈상태(객관적 박탈)에 놓여 있다. 급격한 사회의 변동으로 인한 이혼율의 증가로 편모가정의 비율은 1990년에 15.7%였고, 또한 인구의 고령화로 2백만 고령자 거주가구의 10%가 단독가구였다(보건복지부 1995). 이 다양한 가족형태는 가정의 경제와 식생활에 영향을 미치는 요인이다.

GNP는 한 국가의 경제활동과 국민의 소득수준을 나타내지만 국민의 복지, 개발정도, 개인간의 부의 분배를 측정하지 않으며 환경보존상태도 계속되지 않기 때문에 삶의 질을 반영한다고 할 수 없다. 그러나 GNP가 흔히 개발의 지표로 쓰이는 이유는 소득을 객관적으로 측정하기가 용이하기 때문이다. 한편 5세 미만 아동의 영양상태는 국가발전의 지수(indicator)로서 사회의 건강복지양상을 반영하기 때문에 경제지수보다는 생활의 질의 수준을 보다 정확하게 보여준다(U.S agency 1995).

UNDP가 산출한 1995년 세계빈곤인구현황추계를 보면 전체인구 57억 5천만 중 15억 6천 4백만(27.2%)이 가아에 허덕이는데, 그중 61.8%가 아시아에 있고 17.3%가 아프리카에 있다(UNDP 1995). 또 World Bank추계에 의하면(World Bank 1995) 세계인구의 15%가 세계 총 GNP의 80%를 차지하고, 총 인구의 56%가 저국민소득기준인 미화 695불 이하(1일 한화 1500원 미만) 소득군에 속한다. 이렇게 세계의 부는 지역과 국가에 불균등하게 분배되어 있다. World Bank는 세계 연간 소득의 2~3%만 재분배하면 세계의 빈곤은 2000년까지 해소된다고 주장하고 있다(Waterlow 1992).

세계인구의 영양상태를 보면 많은 저개발국가의 대부분 아동이 만성영양부족으로 정상적인 정신적, 신체적 발육이 불가능하다. 만성영양부족 즉, PEM, 철분결핍

빈혈증, Vit. A 결핍증, 요오드 결핍증이 있는 인구가 세계인구의 거의 20%가 된다(Table 1)(Latham 1984).

1978년 Alma Ata 회의에서는 "Health for all by the year 2000"라는 지향목표를 선언했는데 4년밖에 안 남은 현실점에서 기적이 일어나지 않으면 그 목표성취가 불가능하다고 본다. 풍요한 선진국은 풍요와 활용 부족으로 인한 overnutrition과 관련된 성인병으로, 저개발국가에서는 빈곤과 박탈로 인한 undernutrition과 예방치료가 가능한 감염병으로 골치를 앓고 있다. 영양학자들이 애용하는 용어 "Moderation"의 성취를 통한 지구촌 건강유지는 너무도 힘든 과제인 것 같다.

한국은 단기간에 빈곤에서 풍요를 성취하였으나 아직도 빈곤과 풍요가 공존하는 나라이다. 따라서 영양문제 또한 양극화되었다. 이 논문에서는 절대빈곤의 한 예로 세네갈의 영양문제와 식생활을 거쳐 저소득시대의 한국 영양상태와 비교해보고 현재의 주요영양문제를 선진국과 비교, 검토함으로써 우리나라 지역사회 영양학이 나아가야 할 방향을 모색하고자 한다.

1. 세네갈의 영양상태

세네갈은 사하라사막의 남쪽에 위치해 있고 대서양에 접한 나라로 전 토지의 20%가 경작은 가능하지만 비옥하지 못한 곳이다(document national du senegal 1992). 인구는 8백 10만명이고 연평균 인구증가율은 2.7%이다(Table 2). 연간 일인당 국민소득은 미화 750불. 한국의 70년 초반의 수준이다. 양곡(조, 쌀, 옥수수)은 필요량의 52%가 국내에서 생산되고 수입이 40%이고 원조가 8%이다. 국민의 섭취열량중 92%가 식물성 식품, 8%가 동물성 식품에서 온다. 평균수명은 49세로 한국의 1950년 초기의 수준이다. 문맹율은 높아서 남자 61%, 여자 81%이다.

Table 3은 세네갈 국민의 주요 사망원인이다.

대부분의 사망원인이 면역에 의한 예방이나 치료가 가능한 감염병이다. 1950년대 이전에 한국인의 주요 사망원인이 전염병, 호흡기관, 소화기계 질환이었던 것과 유사하다. 당뇨병과 심장병은 극소수 부유층의 질환으로 한정되어 있다.

영아사망률과 유아사망률이 1986년과 1992년 사이에 천명 출생 중 각각 86명에서 68로 감소하고 191에서 131로 현저히 감소했는데(Table 4). 이는 같은 기간에 면역률이 21%에서 65%로 증가한데 기인한 것으로 보인다(Cusack 1995).

그러나 이 극적인 아동사망률 감소에도 불구하고 아동 영양상태는 변화가 없었거나 더 악화된 것으로 보인다(Table 5).

Underweight와 Stunting은 아동의 1/4 정도에 고정되어 있지만 5년 사이에 wasting은 두배로 증가하였다. 그 이유는 면역의 증가로 살아남은 아이의 수는 증가하였으나 심각한 영양실조상태로 이 아이들이 영양불량 통계에 첨가된 원인이라고 보겠다. 이러한 아동의 영양실조증은 낮은 절대적 모유 수유율(low rate of exclusive breast feeding), 부적절한 이유식의 양, 질, 도입 시기, 환경의 오염으로 인한 빈번한 설사와 어머니의 저영양상태에 기인한다.

세네갈 분만여성의 사망률은 한국(30/100,000)의 17배인 510/100,000이고, 저체중영아(low birth weight) 분

Table 1. World population affected by malnutrition, WHO

Deficiency	Prevalence	Mortality/year
Protein energy malnutrition	500 million	10 million
Iron deficiency anemia	350 million	
Vit. A deficiency	6 million	750,000
Iodine deficiency		
Goiter	150 million	
Cretinism	6 million	

Table 2. 세네갈과 한국의 기초통계비교

항 목	세 네 갈(1995)	한 국(1995)
총인구	8,100,000	44,800,000
인구증가율(%)	2.7	0.97
GNP(US\$)	750	10,079
Life expectancy(years)	49	71
Illiteracy(%)	71	3

Table 3. 세네갈 국민의 주요사망원인(1991)

Illness	%
Malaria	32.6
Tetanus	17.0
Diarrhea	10.6
Pertussis	6.3

Table 4. 영아와 5세 미만 아동사망률(DHS I & II)

	1987	1992
영아 사망률(per 1000 births)	86	68
5세 미만 아동 사망률(per 1000 births)	191	131

Table 5. 6개월~3세 아동의 저영양상태(DHS I & II)

Malnutrition	1987	1992/93
Stunted(< - 2Z Height/Age)	23%	23%
Underweight(< - 2Z Height/Age)	22%	24%
Wasted(< - 2Z Weight/Height)	6%	12%

만율은 11%이다. 여성의 40%가 18세 미만에 첫 분만을 했고, 평균분만율이 6.0이다. 임신부의 38%가 빈혈증이 있고, 또한 Vit. A 결핍증, 요오드 결핍이 큰 영양문제이다. 여성의 저영양상태와 분만시 높은 사망율은 낮은 열량섭취, 힘든 노동에 많은 열량소모, 빈번한 임신과 수유, 보건소 이용율이 낮기 때문이다.

세네갈 현재의 GNP가 한국의 70년대 초기와 비슷한데 저영양상태율이 높은 이유는 급증하는 인구, 환경의 오염, 낮은 수준의 유통체계가 주요원인이 되지만 단조로운 식생활에 크게 기인한다고 본다. 한국의 다양한 식생활은 최근 북한에서 심각한 식량난 해결을 위해 잡곡, 콩비지, 깻묵, 나무껍질, 지게미, 소나무껍질 등으로 대충음식을 만드는 걸로도 알 수 있다(동아일보 1996). 많은 아프리카 국민들은 곡류 위주의 식생활을 하는데 추수 전, 즉 우리나라의 보리고개에 해당하는 기간에는 소량의 단일곡식으로 만든 죽을 먹어 허기를 메우고 아이들에게 이유식으로 붉은 죽만을 주는 경우가 허다하다.

위에서 고찰한 바와 같이 극심한 세네갈의 저영양상태를 향상시키기 위하여 많은 국제기관과 비정부기관이 협력하고 있다. Walsh, Warren(1979)은 1979년 아동의 건강증진사업에 선택형 보건기술(selective health technology), 즉 GOBI-FFP(growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding, immunization, family planning, female education, food)를 제시했다. UNICEF와 USAID는 그 중 oral rehydration과 면역사업을 많은 개발국가에서 활발히 추진하여서 세계의 영아, 유아 사망을 감소에 크게 기여하였다. 이 두 사업은 아동의 생존을 가능하게는 하지만 아동의 영양상태향상에는 실제 도움은 안된다고 비판하는 영양학자가 많다(Huffman, Steel 1995). 대신 성장 monitoring, 모유 수유, 이유식 향상이 직접 영양향상에 영향을 미치므로 그 면에 노력해야 된다고 강조하고 있다. 최근 World Bank는 senegal에서 community nutrition project를 5년 사업으로 시작했다. 대도시의 빈민지역에 397개의 지역영양센터를 설립하고, 6개월~3세 유아의 성장 monitoring과 보충식품공급, 임신부와 수유부에서 보충식품공급을 주 활동으로 하고 있다.

## 2. 한국지역사회의 영양문제 변천

한국은 1953년 연간 일인당 GNP가 미화 67달러로 영양불량이 빈번해서 UNICEF와 USAID의 원조와 정부의 긴급 설미운동, 양곡소비 절약을 위한 분식과 혼식의

무화로 식량난 해결을 시도하였다. 1970년 중반이후부터 식생활이 안정된 시기로 보는데(이일하 1993), 그 때 GDP가 미화 천불도 안되었다. 성장이 어린이의 체위는 1956년에서 1986년 30년 동안의 통계에서 보듯이 현저하게 향상되었다(문교부 1986). NCHS(national center for health statistics)/WHO 표준치(WHO 1983)와 비교해 보면 6세에서 17세 아동의 신장과 체중이 1953년에는 거의 -2 표준편차 미만에서 30년 후에는 거의 중간치에 가까워지고 있다. 특히 15세 남자의 신장과 체중이 그 기간에 각각 21.1cm와 15.5kg이 증가했고 12세 여자는 각각 21.5cm와 11.4kg이 증가했다. 이 아이들은 1970년 후에 태어나 식생활이 안정된 시기에 성장했기 때문에 영양상태가 양적, 질적으로 크게 향상되어 왕성한 성장발육을 보였다. 또한 전국민의 건강 수준이 향상되고 평균수명도 71세로 증가되었다. 그러나 인구의 고령화, 환경과 생활양식의 변화는 다른 측면의 건강문제를 초래했다.

한국인의 주요 사망원인의 변화(채범석 · 한정호 1996)는 Table 6에 있다.

1950년대와 60년대에는 폐렴, 기관지염, 결핵 등이 주된 사망원인이었으나 70년대부터는 암과 순환계질환이 주요 사망원인으로 대두되어 현재까지 계속되고 있는 추세이다. 식생활이 안정된 시기부터 식생활과 관련된 만성퇴행성질환이 증가하는 새로운 질병구조 양상을 보이고 있다. "93년 사인통계연보"에 의하면 고혈압, 심장병, 뇌졸중 등 순환기계질환이 30.2%로 가장 많고, 다음으로는 암이 21.4%이고, 교통사고 및 손상, 중독사가 14.8%를 차지한다(통계청 1994). 이는 1992년 미국과 일본의 주요 사망원인과 비슷하다.

성인병을 유발하는 중요한 인자인 비만증은 열량소모에 비해 과잉열량섭취에 기인한다. 1970년 이후 수행된 비만증 연구를 검토해보면 아동의 비만율이 1974년에 2% 정도이었으나 1980년 중반에는 10% 정도이고 80년대 후반에는 15~20%선을 기록하고 있다. 1990년 국민영양조사에 의하면 7,023명 성인대상 중 신체질량지수(BMI)가 25~30인 체중과다증이 17.2%이고, 30 이상인 비만이 1.5%였다(채범석 · 한정호 1996).

Table 6. 한국인의 주요사망원인

	1958	1966	1974	1986	1993
1	폐렴 기관지염	폐렴 기관지염	악성신생물	악성신생물	순환계질환
2	결핵	결핵	뇌혈관질환	뇌혈관질환	악성신생물
3	뇌혈관질환	뇌혈관질환	고혈압	사고	사고

최근 미국의 NHANES III(1988~1991)조사에 의하면 NHANES II(1976~1980)에 비해 성인의 체중이 평균 3.6kg이 증가했다(Allred 1995). 성인의 비만증(남자 BMI>27.8; 여자 BMI>27.3) 비율도 같은 기간에 25.4%에서 33.4%로 증가했다. 열량섭취를 보면 지방열량의 섭취가 38%에서 34%로 감소하는 반면에 총 열량섭취는 1일 1인당 100~300Kcal가 증가했다. 미국에서는 저지방섭취 교육이 활발하게 진행이 되어 지방에서 섭취하는 에너지의 비율을 감소시키는데 다소 성공한 대신 저지방섭취의 지나친 강조로 인해 국민들에게 저지방식품만 섭취하면 총 열량섭취는 증가해도 괜찮다는 혼동을 불러왔다. 그 좋은 예로 1959년 Mead Johnson의 Liquid 다이어트 상품 metrecal의 일화를 들 수 있다. 이 상품 4병을 섭취하면 900Kcal와 완전영양을 공급하므로 체중감소를 위한 저열량식품으로 공급되었다. 그러나 소비자들은 이 상품에 체중감소를 하는 성분이 있다고 생각해서 정상식사를 하면서 metrecal을 섭취하였으므로 오히려 체중증가를 초래하는 현상이 일어났다. 결국 이 상품이 시장에서 사라지기는 했으나 영양교육의 중요성을 인식시켜 주었다.

미국 AMA 통계에 의하면 전체인구 2억 6천 5백만 중 5천 8백만이 비만인데 8천만이 다이어트를 하고 있다고 한다(Time 1995). 1989년에 다이어트와 관계된 식품과 상품에 소비한 돈이 미화 330억불에 달했는데 이 규모는 UN 기관들이 저개발국가의 영양과 건강사업지원에 필요한 1년간의 예산과 비슷하다. 이 다이어트 산업과 더불어 증가한 것은 간식의 일회분량(portion size)이다. 간식산업은 double gulp, super-size fries, king-size butterfinger, large popcorn 등을 개발해서 일회분량이 500~900Kcal를 공급한다.

한국에서도 산업의 발달과 여성의 사회적 진출로 가공식품이 증가하고, 외식의 비중이 가게 전체식비에서 점차 증가하고 있다. 식비중에 외식비가 차지하는 비율(%)을 보면 1975년에 2%, 1985년에 7.5%, 1989년에 19.4%, 1991년에 21.5%로 보고되었다(통계청 1991). 주요외식산업중 최근에 급속도로 성장보급되고 있는 것이 fast food점이다. 간편성을 위주로 운영하며, 청소년과 젊은층을 대상으로 변화하는 이 fast food는 대체로 고열량, 고지방, 고염식이고, 칼슘, 비타민 A, 비타민 C, 식이섬유가 낮은 경향이 있다. 따라서 이 fast food 소모는 전통 식문화와 국민 영양상태에도 영향을 미칠 것으로 간주된다. 또한 풍요한 생활로 건강하게 오래 살

려는 욕구가 비현실적으로 늘어나서 건강(보조)식품의 섭취가 급격히 증가했다. 이러한 추세와 더불어 새로 등장한 산업이 다이어트산업이다. 일간지 전면을 차지한 과대효능 광고들은 날씬한 모델과 다이어트 전과 후의 사진으로 소비자의 관심을 끌려 노력하고 있다. 한국식 음양다이어트, 솔표다이어트, 헬스 다이어트, intra 다이어트는 15내지 20kg의 체중감소를 단기간에 할 수 있다고 주장하며, 카이텍(kai tek) ear ring, diet 운동기, 비바벨트(slim belt)도 많은 효능을 신전하고 있다. 미라클 자연건강기는 다이어트와 성인병치료의 이중 효과를 나타낸다고 하며 diet school은 삼분 통화로 날씬해질 수 있다고 다짐한다. 심지어는 여자 중고등학생에 있어서는 손가락에 반창고를 감고 살을 빼려는 시도가 유행되기도 한다.

한국소비자보호원이 최근 서울, 부산, 광주에서 다이어트식품을 이용하는 여성 3백명을 대상으로 실시한 결과를 보면 40%의 복용자가 정상체중지었고 5%가 저체중자였다(동아일보 1996). 또한 40%의 여성이 어지럼증, 위장장애, 설사 등 부작용을 경험했고, 72%가 효과가 없거나 미미하다고 했다. 따라서 범람하는 효능 과대 광고로 소비자를 유혹하는 다이어트 식품과 체중감소 상품들은 영양전문인의 지도하에 정부의 엄격한 규제가 필요하다.

우리나라 식생활은 계속 변화하고 있으며, 특히 지방섭취량이 꾸준히 증가하고 있고 질병패턴도 함께 변화되어 가고 있다. 서구 여러 나라에서는 지난 20여년간 만성 질병에 미치는 식이지방의 역할에 대한 관심이 증가되었다. 1993년 11월에 실시한 보건사회부 주관 국민영양조사에 의하면 지방에너지 섭취비율이 1969~70년보다 두 배 이상인 18.2%로 증가되었다(문헌경·이행신 1996). 거의 조사대상 2,000가구 중 가구주의 교육정도와 수입이 높을수록, 또 가구주의 연령이 낮을수록 지방에너지 섭취비율이 높았다. 또한 지방에너지 섭취비율이 높을수록 식품 및 음식의 섭취량 자체도 높았다. 시골가구의 60%가 15% 이하의 지방에너지 섭취비율을 보여 도시보다 현저히 낮은 추세를 보였다. 단백질 섭취량은 지방에너지 비율과 함께 증가하는 것으로 나타났는데 과거의 양질 단백질섭취에 대한 강조에 기인한다고도 보겠다. 현재 한국의 지방에너지 비율은 서구의 몇 나라와 비교해 보면 아직은 낮은 추세이다(Table 7)(채범석·한정호 1996).

FAO/WHO(1994) 유지전문위원회는 필수지방산 공

Table 7. 지방질 에너지 섭취율

나 라	년 도	지방에너지%
West Germany	1988	48.1
France	1988	46.0
U.S.A.	1988	45.4
U.K.	1987	42.6
Japan	1990	28.4
Korea	1993	18.2

급, 지용성비타민의 흡수율 및 에너지 밀도를 고려하여 적어도 지방에너지 비율을 15%로 유지할 것을 권장하였다. 따라서 한국인의 현재의 지방에너지 섭취율은 거의 이상적이라고 보겠다. 따라서 현 수준에서의 지방섭취의 증가를 엄격히 억제하고, 특히 가공식품, fast food, 다이어트 식품의 섭취 monitoring을 통해서 한국의 전통적인 저지방식단의 장려와 고수가 필요하다.

### 3. 국제영양사업의 진화와 한국의 응용영양프로그램

국제영양사업의 역사를 고찰해 보면 1950년 후기와 1960년대의 응용영양사업(applied nutrition program)은 UN기관의 지지로 65 개개발국가의 지역사회에서 소규모 식품생산, 분유를 이용한 아동급식과 영양교육에 초점을 두었다(Levinson 1991). 이 시기에는 단백질 결핍이 저개발국가의 중요한 영양문제라고 해서 고단백질 식품개발에 주력하였다. 이 사업의 성공여부는 조직적인 평가체계가 미흡해서 잘 모르나, 성공적이지 아니었다고 간주하고 1970년대에는 multisectoral nutrition planning이 주도하였다. 즉, 영양불량은 단지 건강문제만이 아니고 식품정책, 농업, 국가소득 등 국가의 개발프로그램과 직접 관련된다는 주장으로 정부의 많은 부서를 통합, 관리해서 영양개선을 시도했으나 국가수준에서 실행이 거의 불가능하였다. 또 응용영양프로그램에서는 지역사회가 중심이었는데 지리적인 중간지점인 보건소로 옮겨 영양사업과 감염퇴치사업을 병행했다. 따라서 1990년대에는 그 초점이 다시 지역사회로 옮겨진 통합 영양프로그램(integrated nutrition program)으로 진화되었다. 이 통합된 프로그램은 응용 영양프로그램과 같이 지역사회가 프로그램의 핵심이 되고 지역주민이 자발적으로 참여하여 저영양상태의 원인규명과 향상을 위한 사업형성과 계획을 추진하였다. 그러나 응용 영양사업과는 달리 아동성장 monitoring 요소를 추가하고 사업대상 인구를 영아와 유아, 빈곤가구, 저영양상태인구로 좁혔다. 영양교육도 자원결핍을 고려해서 현실에 맞게 하여, 그 사

업의 효율적인 관리와 평가에 중점을 두었다. Jelliffe가 1959년에 제의한 protein energy malnutrition 용어가 단백질에 치중하는 프로그램을 초래했기 때문에 최근에는 energy nutrient malnutrition(ENM) 용어가 에너지에 중점을 두는 프로그램에 더 적합하다는 주장도 있다(Waterlow 1992).

한국의 응용영양프로그램은 1960년도에 시작해서 세계의 추세에 흔들리지 않고 도입시기부터 농촌진흥청 주관으로 성공적으로 현재까지 지속되고 있다. 만성적인 영양불량증상이 높은 농촌을 대상으로 영양개선 시범마을을 육성해서 농민영양수준의 향상, 식생활 태도 및 행동개선, 전문연구 및 훈련기관을 설립하였다. 최근에는 식량영양계획과정 설치와 식생활개선 전문교육을 실시하고 있다(정금주 1996). 이 응용영양프로그램은 다년간의 조직과 교육의 경험이 있으므로 장래의 국민영양정책과 시행에 모델로 이용할 가치가 있다고 본다.

국민의 건강증진 및 질병의 예방을 위해서는 식량영양정책이 수립되어 계층간 지역간의 불균형을 해소해야 한다. 따라서 정부는 ①식량의 종류별 적정수준 확보, ②영양취약 집단의 영양상태 향상(노약자, 영아, 아동, 빈곤층), ③식품의 질과 안정성의 향상, ④건강한 식생활 지침의 작성 등의 대책을 세워야만 한다. 그 중 식생활 지침은 국민의 영양상태 평가와 영양학의 새로운 지식을 반영해서 영양교육의 기반으로 활용해야 되므로 항상 재검토와 개정이 필요하다.

미국의 식사지침은 1958년에는 칼슘, 비타민 A와 비타민 C 등 특정 영양소 섭취 권장에 주력했는데, 1980년에 처음 나온 US Dietary Guidelines는 만성병의 방지를 위하여 각 식품군의 비례를 변경하라고 권장하였다. 즉, 과일, 야채, 곡류의 섭취를 증가하고 지방질, 소금과 설탕을 감소하라고 권장하였다. 체중도 1980년에는 이상(ideal) 체중유지, 85년에는 바람직한(desirable) 체중유지, 90년에는 건강한(healthy) 체중유지를 권장하였다. 5년마다 개정되는 이 지침은 성인병의 원인이 다양하기 때문에 1995년 개정과정에도 전문가들의 논쟁이 대단하다(Dairy council digest 1995).

영국의 예를 보면 보건성에서 국민에게 건강증진을 위한 식생활과 생활습관지침을 주는 것을 꺼려하고 있다. 영국 성인은 1980년에서 1992년 사이에 평균체중이 4.5kg이 증가되었다. 최근 정부로부터 위탁을 받은 두 영양학자가 영국인의 절반이 체중과다라고 지적하고 소비자의 영양지식향상, 저지방식품 이용, 매일 30분 운동을

추천한 보고서를 작성하였으나 공개하지 않은 것은 일년에 거의 4조억의 매출을 올리는 간식산업체의 압력이라고 "The Economist"가 1995년 9월말에 보고하였다(The Economist 1995).

한국에서는 1986년 한국영양학회에서 한국인을 위한 식사지침 10개 항목을, 1990년에 보사부에서 국민식생활지침 5개 항목을 발표했다. 1995년에는 국민건강증진법을 제정, 공포, 시행하였는데 이 법령은 국민건강증진기금을 조성해서 보건교육, 국민영양개선사업 등의 자원계획을 주요골자로 하고 있다(박기준 1996). 따라서 30년간의 조직과 교육의 경험이 있는 응용영양사업은 과거의 농촌만이 대상이던 것을 확대하여 전 국민영양사업의 실시에 모델로 이용할 가치가 있다고 본다. 사회 각 부문에서 계층간, 지역간의 불균형을 파악해서 각 집단에 적절한 영양개선이 필요하다. 영양적 취약집단의 예는 영아, 노령자, 다이어트하는 사람들이다.

한국의 모유영양비율은 계속 감소하는 추세를 보여 1990년대에는 도시에서 22.7%, 농촌에서 58.8%를 보이고 있다(송요숙 1991). 이 현상은 산모의 취업, 경제수준 향상, 오류된 정보, 조제분유사업의 발달 등 많은 요소에 기인한다(안홍석 1995). 평균수명 연장으로 인한 인구의 고령화와 가족해체 등의 문제는 혼자사는 노인의 비율을 증가시켰다. 또한 매스컴에서의 오류된 정보와 과잉선전되는 다이어트 상품은 무방비한 소비자에게 혼동을 초래한다. 국민에게 올바른 정보와 지식을 주어서 개개인이 바른 선택을 해서 바람직한 식생활과 건강생활을 할 수 있도록 하는 이상적인 영양교육이 필요하다. 따라서 식품영양 정책의 수립은 국민의 적절한 영양유지와 건강 생활증진을 위해 시급한 문제이다.

## 결 론

고속도의 경제성장으로 인해 양극화된 영양문제를 해소하는 데는 궁극적으로 사회 재분배와 복지정책이 필요하다. 소비빈곤을 감소하는 대신에 복지를 향상시키고 고용율을 높이는 대신에 지속성이 있는 생계유지를 조장해서 개개인의 삶의 질을 향상시켜야 한다. 한국이 복지사회로 발달하는 과정에서 적절한 식품영양정책이 수립되어서 복지정책에 반영되어야 한다. 올바른 영양교육과 식습관 향상은 또한 국민의료비의 절약을 가져온다.

전국민 개개인의 최적 영양상태와 건강유지를 위해서는 triple A방법, 즉 assessment(판정), analysis(원인

규명)와 action(예방 및 치료)이 필요하다. 사회 각 부문에서 빈부 양계층에 존재하는 영양문제를 항상 주시하고 파악해서 집단의 특성을 고려한 장, 단기간의 영양프로그램이 설립되어야 한다.

Fast food, 건강(보조)식품, 다이어트 식품들의 등장과 식품산업의 발달은 소비자의 식품선택에 혼동을 가져왔다. 한국의 전통적인 식생활의 우월성은 저장식품의 다양성, 저지방음식패턴, 균형성으로 인하여 국제영양학자의 부러움의 대상이 되었다. 따라서 급변하는 청소년의 음식취향과 국민의 식생활습관을 감시하고 현대감각에 맞게 전통식품을 발전시킴으로 이상적인 식문화를 창조해서 국민영양의 기본이 되어야 하겠다.

## 참고 문헌

- "다이어트 식품 부작용 경험 40%" : 동아일보 1996년 5월 17일 보도  
 도시가구 통계연보(1991) : 통계청  
 문현경 · 이행신(1996) : 국민영양을 이용한 지방에너지 섭취비율에 따른 식품섭취 패턴과 식이관련인자의 비교 연구. *한국영양학회지* 29(3) : 321-330  
 박기준(1996) : 지역사회 보건과 영양정책. *지역사회영양학회지* 1(1) : 104-106  
 보건복지 통계연보(1995) : 보건복지부 제 41 호  
 송요숙(1991) : 우리나라에서 영아의 수유 및 이유보충식 급식현황과 개선방향. *한국영양학회지* 24(3) : 282-291  
 "식량난 갈수록 심각, 대응식으로 이기자" (1996) : 동아일보 5월 12일  
 안홍석 · 배현숙 · 김수연(1995) : 모유영양의 실시기간에 영향을 주는 생리적 사회행동적 요인분석. *한국영양학회지* 28(4) : 331-344  
 윤정혜(1992) : 도시빈곤가계의 상대적 박탈 · 소비를 중심으로 서울대학교 대학원 소비자 아동학과 문학박사논문  
 윤진호(1990) : 한국의 불안정취업층에 관한 연구. 서울대학교 대학원 경제학과 박사논문.  
 이일하(1993) : 한국인의 식생활 양상의 변화가 건강 및 질병상태에 미친 영향. *한국식문화학회지* 8(4) : 359-372  
 정금주(1996) : 한국 농촌 영양개선사업의 실제와 성과. *지역사회영양학회지* 1(1) : 107-113  
 채범석 · 한정호(1996) : 한국 지역사회영양의 현황과 전망. *지역사회영양학회지* 1(1) : 107-113  
 통계청(1994) : 1993 사망원인 통계연보  
 Allred, J.B.(1995) : Too much of a good thing? An overemphasis on eating low fat foods may be contributing to the alarming increase in overweight among U.S.z adults. *J. Am dietetic Assoc* 95(4) : 417-418  
 Beyond Child Survival : An Assessment of Infant and

- Child Nutrition in Africa(1995) : Nutrition Communication Project, United States Agency for International Development
- Cusack, Gil-Won et al(1995) : Child Survival and family planning activities in Senegal : A review of the literature and recommendations for future research and programs. Child Survival and Family Planning Project
- "Dietary Guidance : Philosophies and Issues"(1995) : Dairy Council Digest. March/April 66 : 2
- Document National du Senegal(1992) : Ministère du Développement Rural et de l'Hydraulique & Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale
- "Fat Tiems" (1995) : Time Magazine Jan. 16
- Huffman, S & Steel, A.(1995) : Do Child survival Interventions Reduce Malnutrition? The Dark Side of Child Survival In Child Growth and Nutrition in Developing countries, Priorities for Action. Edited by Pinstrup-Andersen, P. et al. Cornell University.
- Latham, M.C.(1984) : International Nutrition Problems and Policies. In World Food Issues. edited by Drosdorff, M. Ithaca, N.Y. : Cornell University Center for the Analysis of World Food Issues. Program in International Agriculture
- Levinson, F.J.(1991) : The evolution and effectiveness of integrated Nutrition Projects. In Addressing Malnutrition in Africa. Low-cost program possibilities for government agencies and donors. The World Bank, Washington D.C.
- UNDP 인간개발 보고서(1995)
- Walsh J.A. & Warren, K.S.(1979) : Selective Primary Health Care. *New Eng J Med* 301 : 967-974
- Waterlow, J.C.(1992) : Protein Energy Malnutrition. Edward Arnold, London, Melbourne, Auckland
- WHO(1983) : Measuring change in Nutritional Status, Geneva
- World Bank Atlas(1995)