

취약지역 빈곤아동의 인구·보건학적 특성 분석

김혜경* · 이윤희* · 문순영* · 권은주**

*한국건강관리협회 건강증진연구소

〈목 차〉

I. 서론	V. 결론
II. 연구방법	참고문헌
III. 연구결과	Abstract
IV. 고찰	

I. 서론

1. 연구의 필요성

생애주기를 기준을 볼 때 다양한 사회경제적 취약계층의 건강문제들이 존재하고 있으나, 이 중 빈곤아동층의 건강문제는 국가의 미래 성장 기반으로서 아동인구의 잠재적 가치를 고려할 때 보다 적극적이고 사전예방적인 정책투자과 효과적이며 효율적인 건강증진 사업의 실행을 통해 감소되어야 한다. 우리나라 아동의 빈곤율은 2003년 10%대인 것으로 나타나 전체아동 1157만명 중 110만명 이상이 빈곤선 아래에서 생활하고 있는 것으로 조사되었다(류연규, 최현수, 2003). 아동 빈곤율 증가의 주요원인은 경제시장의 변화와 가족 구조의 변화(이혼율의

증가, 편부모가구의 증가 등)를 들 수 있으며, 현대사회의 사회양극화 현상의 심화로 빈곤아동 건강의 불평등은 심화되고 있다.

아동기의 빈곤경험은 교육기회 감소, 인지능력 저하, 의료서비스 부족, 건강상태 저하, 사회적응기술 부족 등 인생기회의 박탈을 초래할 가능성을 높이고, 이러한 기회박탈은 성인이 된 이후의 생산성을 저하시키고, 실업에 처할 위험을 높이기 때문에 빈곤의 악순환을 초래할 수 있다(성주현, 2003).

특히 빈곤이 아동에게 미치는 건강영향은 아동기 결식문제에서 비롯된 영양의 불균형으로 발육부진, 발달지체 등과 같은 신체발육발달의 문제, 성인기에 골다공증(칼슘부족), 위암, 뇌졸중(염분 과다섭취), 당뇨(비만)등의 문제를 일으킬 수 있으며, 특히 철분결핍성 빈혈은 인

교신저자: 권은주

서울시 강서구 화곡 6동 1097 한국건강관리협회 건강증진연구소

전화번호: 016-306-5948, Fax: 02-2601-6142, E-mail: 4ever35@hanmail.net

지능력의 저하와 관련된다는 보고도 있다 (Pollite 등, 1985). 또한 우울과 불안 등과 같은 정서문제와 공격성, 주의력 결핍, 과잉행동장애, 반사회적 행동 등과 같은 심리·사회발달 문제에 이르기까지 광범위한 것으로 밝혀지고 있다 (Wood, 2003). 이런 연구들은 빈곤아동들이 장기적으로 열악한 건강수준을 가질 수 있다는 증거를 제공한다.

이렇듯 빈곤아동의 건강문제는 문제의 양적인 측면이나 향후 국가에 대한 영향력의 측면을 고려할 때 시급하게 해결되어야 하는 국가적 과제로 간주되어야 한다. 그러나 현재의 국가적 상황은 빈곤아동 문제의 중요성과 시급성에 대한 인식을 시작하는 단계로 최근 빈곤아동의 실태에 관한 광범위한 조사나 문제해결대책을 위한 선행연구는 거의 없는 실정이다. 실제로 UNICEF에서 발행한 OECD국가의 아동빈곤실태보고서(2005)에도 OECD 30개국 중 아동빈곤을 산정을 위한 자료가 없는 4개국 중 하나로 한국이 명시되어 있다.

따라서 본 연구는 현재 우리나라 빈곤아동의 인구·보건학적인 특성을 파악함으로써 이들의 건강증진 요구에 근거한 빈곤아동 건강증진 정책 및 프로그램 개발을 촉진시키고자 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 사회양극화현상 등으로 기본적 생존권마저 위협받고 있는 취약지역 빈곤아동을 대상으로 이들의 건강증진에 대한 요구도를 파악함으로써 건강증진 정책 및 프로그램 개발의 방향설정에 기여하고, 빈곤의 악순환에 따른 건강불평등 해소와 빈곤아동의 건강한 성장기반 조성을 도모하는 것이다. 구체적인 연구

목표는 다음과 같다.

첫째, 현재 우리나라의 빈곤아동 규모와 특성을 파악한다.

둘째, 취약지역 빈곤아동의 주요 신체적 건강문제를 파악한다.

셋째, 취약지역 빈곤아동의 주요 정신적 건강문제를 파악한다.

넷째, 거주 특성별, 사회경제적 특성별 건강문제의 차이를 파악한다.

II. 연구방법

1. 취약지역 빈곤아동의 정의

취약지역 빈곤아동이란 아동복지법에서 정의한 18세 미만인 자로 경제적 어려움과 부모의 사망, 유기, 방임 등으로 충분한 부양을 받지 못하는 사회적으로 보호가 필요한 요보호아동을 의미하며, 소년소녀가장세대, 저소득 한 부모 가정의 아동과 법적 지원체계에서 벗어난 차상위계층에 속하는 결손, 결식가정의 아동들이 빈곤아동에 포함된다(아동복지법, 보건복지부 아동복지사업 안내서, 모부자복지법). 본 연구에서 아동이란 로 한정한다. 본 연구에서는 부모의 도움없이 건강검진을 받을 수 있고 설문조사에 답할 수 있는 초등학교이상 고등학교 재학 이하의 아동으로 연구대상을 한정하였다.

2. 빈곤아동의 규모산출

본 연구에서는 2004년도와 2006년도의 통계청 가계조사 자료를 사용하여 가구의 소득수준을 기준으로 가구 내 18세 미만의 아동존재여

부를 판단하고, 빈곤한 가구에서의 아동빈곤율을 산출하였다. 소득은 가구소득에서 비소비지출을 제외한 가처분소득을 기준으로 하였으며, 본 연구에서 원자료로 활용한 통계청 가계조사 중의 경우 매월 조사된 자료로 동일가구의 가구원수, 가중치, 소득, 비소비지출에 대하여 평균값을 적용하였다. 또한 가구규모에 따른 소득의 차이를 조정하기 위해 OECD의 국가간 비교연구에서 활용되고 있는 가구균등화지수($\epsilon = 0.5$)를 사용하여 균등조정가구가처분소득을 산출하여 적용하였다.

절대빈곤율의 경우 복지부에서 매년 발표하는 가구규모별(가구원수별) 최저생계비를 기준으로 가구가처분소득이 가구규모별 최저생계비 미만에 해당하는 경우를 빈곤가구로 설정하고, 빈곤가구의 아동수를 파악하여 전체아동과의 비율을 계산하였다. 상대빈곤율의 경우 통계청 자료의 가중치를 적용한 균등조정가구가처분소득이 중위소득 50%미만에 해당하는 경우를 빈곤으로 설정하고, 빈곤가구의 아동수를 파악하여 전체아동과의 비율을 계산하였다.

아동빈곤율의 연도별 추이를 살펴보기 위한 비교 기준으로는 2006 한국의 주요 아동지표에 제시된 1996년과 2000년도 아동빈곤율을 활용하였다. 이는 2004년 전과 후에 실시된 각 가계조사에서 연령구분 및 기타 구분범주에 상의한 차이가 있어, 기존 자료를 본 연구에서 재분석하는 것이 어려울 것으로 판단되어서이다.

3. 건강검진 및 설문조사

취약지역 빈곤아동의 주요 건강문제를 파악하기 위해, '06년 한국건강관리협회 사회공익사업 『저소득층 아동 대상 무료 건강검진 사업』

에 참여한 전국 14개 시·도의 106개 지역아동센터(공부방)이용 아동 3,081명을 대상으로 건강검진과 설문조사를 실시하였다. 건강검진은 신장, 체중, 시력, 청력, 혈압, 심전도, 요충, 구강 검사, 소변 및 혈액검사, 심전도검사, 요충검사, 구강검사, 흉부X-ray항목을 실시하였고, 설문조사로는 주관적 건강상태, 주관적 체격상태, 가정의 화목도와 학교생활만족도, 정신건강과 관련한 스트레스 인지수준, 스트레스의 원인, 우울감 경험여부, 우울감의 원인 등을 조사하였다. 지역아동센터는 보건복지부에서 소외계층의 밀집지역, 대도시 외곽 빈민지역의 저소득층 아동이나 농어촌과 같은 취약지역에 방치된 아동을 위해 방과 후 보육서비스를 제공할 목적으로 운영되는 기관이므로, 본 연구대상인 취약지역 빈곤아동이 가장 많이 밀집하여 있을 것으로 추정되었다.

4. 자료분석

SPSS(ver12.0)통계프로그램을 활용하였으며 인구사회학적 특성별 유소견을 차이는 chi-square test를, 조사결과 평균치 비교는 t-test와 one-way ANOVA를 시행하였다. 유의수준은 0.05로 하였다.

Ⅲ. 연구결과 및 논의

1. 빈곤아동의 규모

1) 아동빈곤율

가구규모별 최저생계비 이하를 기준으로 설정한 아동의 절대빈곤율의 경우, 1996년 3.63%,

2000년 7.68%(한국의 주요 아동지표, 2006), 2004년 7.39%, 2006년 7.93%로 2004년도에 소폭 감소된 경우를 제외하고는 지속적으로 증가되고 있는 것으로 나타났다. 일반적으로 가처분소득을 기준으로 산출한 빈곤율의 값이 경상소득을 기준으로 산출한 빈곤율의 값보다 낮게 나오는 경향(김미곤 외, 2006; 유경준 외, 2003)이 있음을 감안했을 때, 이러한 결과는 전체적으로 아동 절대빈곤율이 증가되고 있음을 추정할 수 있게 한다.

아동의 상대빈곤율은 2004년은 10.96%, 2006년 9.34%로 산출되어, 한국의 주요 아동지표(2006)에서 발표된 1996년의 7.61%, 2000년 10.97%와 비교할 때, 2006년의 상대빈곤율은 2000년대 이후 감소된 것으로 나타났으나 1996년의 7.61%를 기준으로 본다면 2006년의 9.34%로 증가된 상태가 유지되고 있다. 절대빈곤율과 동일한 관점에서, 가처분소득을 기준으로 한 2004년의 아동 상대빈곤율이 경상소득을 기준으로 한 2000년의 아동 상대빈곤율보다 낮게 산출될 수 있음을 감안했을 때, 일시적인 아동 상대빈곤율의 감소경향도 1996년도 이후 아동 상대빈곤율의 전반적인 증가추세의 일부분으로 간주되어질 수 있다.

또한 2004년 10.96%에 대비해 2006년 9.34%로 아동 상대빈곤율이 다소 감소된 것은 1996년 이후 아동 상대빈곤율의 전반적인 증가추세 내에서 보이는 일시적인 현상으로 보여진다. 이는 1997년 IMF 재정위기 이후 사회계층간 빈부격차가 증가하였으나, 참여정부의 지속적인 복지 및 공공사회 지출 확대(대통령자문 빈부격차·차별시정위원회, 2007)가 영향을 미쳐서, 상대적인 아동 빈곤율이 다소 정제된 것으로 추정된다. 또한 여기에는 여성의 노동시장 참여율 증가로

인해 저소득층 가정의 출산율이 감소(고령화및미래사회위원회, 2006; 저출산고령사회기본계획, 2006; 최숙희, 2006; 이시원, 2006)된 것과 저소득층 모 부자 가족에 대해 지원이 확대된 점(<http://www.mogef.go.kr/>)도 복합적으로 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 본 연구의 이러한 경향은 가처분소득을 기준으로 빈곤율을 분석하였을 때, 참여정부 이후 빈곤이 둔화되고 소득분배의 개선효과는 점차 개선되고 있다는 최근 보도 자료와도 일치하는 것이다(대통령자문 빈부격차·차별시정위원회, 2007).

2) 인구·사회학적 특성별 아동 빈곤율

인구·사회학적 특성별 아동의 절대빈곤율은 <표 1>과 같다. 거주지역에 따른 아동빈곤율을 통계청 가계조사의 거주지역 구분 기준인 서울과 서울외 지역으로 구분하여 산출한 결과, 2004년에 비하여 서울 지역의 아동빈곤율은 4.60%에서 4.45%로 다소 감소되는 경향을 보였으며, 서울 외 지역의 아동빈곤율은 7.79%에서 8.41%로 상승되는 경향을 보였다. 이는 서울, 부산, 대구 등의 대도시에서 유출되는 인구의 대부분이 경기도로 흡수되어 경기도의 전입 인구가 급증하고 있는 시·도간 인구가동 추세(통계청, 2006)를 반영한 것으로 추정된다. 또한 통계청 가계조사에서 구분한 기준이 서울과 서울 외 지역의 이원화된 형태로 구분되어 있어, 도시지역과 비도시지역, 수도권과 비수도권간의 아동복지 정책 및 지역별 경제상황 등이 본 연구에서 산출한 아동빈곤율에 영향을 미치지 보다는, 서울지역과 서울외 지역의 전입인구 증감이 아동 빈곤율에 영향을 미칠 것으로 판단된다.

<표 1> 인구·사회학적 특성별 아동 빈곤율 변화(절대빈곤율 기준)

단위 : %

구분		2004년	2006년
전체		7.39	7.93
거주지역			
	서울	4.6	4.45
	서울 외	7.79	8.41
연령별			
	0-5세	7.54	7.59
	6-11세	7.30	7.43
	12-14세	7.47	8.89
	15-17세	7.14	8.52
가구유형별*			
	노인가구	39.44	47.42
	모자가구	15.11	13.70
	맞벌이가구	1.94	1.83
	일반가구	8.66	9.64
부모동거특성별			
	편부가구	18.50	16.35
	편모가구	23.50	26.46
	양부모가구	6.40	6.64
가구주 성별			
	남성가구주	6.12	5.95
	여성가구주	15.72	19.00
차상위계층**			
	노인가구	16.90	9.28
	모자가구	9.77	6.85
	맞벌이가구	2.42	2.51
	일반가구	5.26	5.68

* 노인가구: 18세미만 가구원과+65세 가구원으로 이루어진 가구, 모자가구: 엄마와 18세 미만 미혼자녀로 이루어진 가구, 맞벌이 가구: 가구주와 배우자가 취업, 일반가구: 그 외 기타가구

**차상위계층: 가구 가처분소득이 최저생계비 100% 이상, 120%미만으로 정의

연령대별 아동빈곤율을 살펴보면, 2004년은 0-5세가 가장 높았던 반면, 2006년은 12-14세 연령대가 가장 높았고 다음은 15-17세 순이었다. 가구유형별 아동빈곤율 역시 통계청 가계조사

의 가구유형 기준인 노인가구와 모자가구, 맞벌이가구, 일반가구로 구분하여 산출하였다. 2004년도와 2006년도 모두에서 노인가구의 아동빈곤율이 가장 높게 나타났으며, 다음이 모자가구 순이었다. 특히 노인가구의 아동빈곤율이 높은 것은, 자녀세대의 이혼 및 생사불명, 사망

등의 이유로 인한 가정해체 현상이 증가되어 노인이 손자녀와 함께 생활하는 노인가구의 비율이 최근 10년간 급격하게 증가되었으며(통계청, 2006; 이화영, 2006), 특히 노인가구의 대부분을 차지하는 65세 이상 여성노인의 국민기초생활보장제도 수급비율이 다른 연령대에 비해 3배 이상 높은 현상(보건복지부, 2005)과 같이, 여성노인층의 빈곤문제가 심각함에 기인하는 것으로 추정된다. 이러한 본 연구의 결과는 2007년 보건복지부에서 실시한 희망스타트 시범지역육구조사에서 취약지역에 거주하는 0-12세 아동의 주 양육자가 어머니와 조부모였다는 결과(보건복지부 보도자료, 2007)와 부분적으로 일치하는 것으로 판단된다.

양부모가구에 비해, 편부와 편모일 경우에 아동빈곤율이 2004년 18.50%, 23.50% 2006년 16.35%, 26.46%로 높게 나타났고, 2004년과 2006년 모두 편모 가정에서의 아동빈곤율이 편부 가정에서의 아동빈곤율보다 높게 나타났다. 이는 최근 경제위기와 가족해체 등으로 편모가정(모자가정)이 계속적으로 증가되고 있으나, 노동시장 내 여성의 불안정한 고용조건과 저임금, 미숙련 노동직에서의 여성 집중화현상(한나라당 정책위원회, 2007)이 편모가정의 빈곤율을 높였을 것으로 생각된다.

가구주 성별에 따른 아동빈곤율을 살펴보면 남성가구주와 여성가구주의 아동빈곤율이 2004년 6.12%, 15.72%, 2006년 5.95%, 19.00%로 나타나, 여성가구주의 아동빈곤율이 더 높게 나타났다. 여성가구주의 빈곤이 아동빈곤율에 지대한 영향을 미친다는 점을 감안했을 때, 이는 여성가구주 가구의 빈곤율(36%)이 남성가구주 가구의 빈곤율(11%)에 비해 3.2배 정도 높은 빈곤율을 보였다는 연구(김수정, 2007)와

일치하는 것이다. 또한 앞에서 제시한 편모가정의 아동빈곤율(26.46%)이 여성가구주의 아동빈곤율(19%)보다 높게 나타난 것은 사별이나 이혼이 여성빈곤을 더욱 악화시키며(한나라당 정책위원회, 2007; 김수정, 2007; 석재은, 2004; 여지은, 2003), 거기에 교육비의 사적 부담비율이 높은 미성년자녀가 있는 가구가 더욱 빈곤화 될 가능성이 높다는 연구결과(민주노동당 정책위원회, 2005)로 설명된다.

차상위계층의 아동빈곤율은 노인가구에서 가장 높았고 다음은 모자가구 순이었다. 이러한 경향은 최저생계비를 기준으로 산출한 아동빈곤율의 경우와 일치하였다.

2. 빈곤아동의 건강수준

1) 조사대상 아동의 일반적 특성

(1) 인구사회학적 특성

전체 대상자 3,081명 중 초등학생이 2,710명으로 전체대상의 88%였으며, 중학생이 323명으로 10.5%, 고등학생이 48명으로 1.6%를 차지하였다. 초등학생과 중학생의 경우, 기초생활수급자의 비율이 각각 31%, 33%였으며, 차상위계층의 아동이 35% 내외였고, 해체가구의 경우 초등학생은 약 16%, 중학생은 약 12%였다.

(2) 인지된 건강상태 및 환경 특성

자신의 건강상태에 대한 생각을 질문한 결과 초등학생은 56%가 좋다고 하였으며, 7.5%는 나쁘다고 답하였다. 중학생, 고등학생 중 건강상태가 좋다고 답한 학생의 비율은 약 35%와 38%였다(표 2). 이는 2005년 제 3기 국민건강영양조사 결과(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2006)에서 7-11세 아동의 81.2%, 12-18세

아동의 75%가 자신의 건강상태를 좋다고 응답한 결과와 비교하면, 본 연구에서의 빈곤아동의 주관적 건강수준은 전체 아동의 주관적 건강수준보다 낮은 편이라 할 수 있다. 자신의 체격에 대한 생각을 질문한 결과, 조사대상 학생 중 초

등학생과 중학생은 약 20% 내외가 자신은 통통한 편이라고 인식하였다. 초등학생 중 자신을 뚱뚱하다고 답한 학생은 7%, 중학생은 12%였다. 고등학생은 초, 중학생보다 통통하거나 뚱뚱하다고 인식하는 비율이 낮았다.

<표 2> 조사대상 아동의 인지된 건강상태 및 환경 특성

구분		초등		중등		고등		계		Mean±SD
		명	%	명	%	명	%	명	%	
주관적 건강 상태 ***	매우 나쁘다	46	(1.8)	6	(1.9)	0	(0.0)	52	(1.8)	3.65±0.95
	나쁜 편이다	148	(5.7)	45	(14.2)	4	(8.5)	197	(6.6)	
	보통이다	952	(36.5)	154	(48.6)	25	(53.2)	1,131	(38.1)	
	좋은 편이다	855	(32.8)	86	(27.1)	13	(27.7)	954	(32.1)	
	매우 좋다	606	(23.2)	26	(8.2)	5	(10.6)	637	(21.4)	
	계	2,607	(100.0)	317	(100.0)	47	(100.0)	2,971	(100.0)	
주관적 체격 상태	매우 말랐다	202	(7.7)	22	(6.9)	3	(6.4)	227	(7.6)	3.00±1.01
	마른 편이다	543	(20.6)	60	(18.8)	12	(25.5)	615	(20.5)	
	보통이다	1,188	(45.0)	127	(39.8)	23	(48.9)	1,338	(44.5)	
	통통한 편이다	513	(19.4)	71	(22.3)	6	(12.8)	590	(19.6)	
	뚱뚱하다	192	(7.3)	39	(12.2)	3	(6.4)	234	(7.8)	
	계	2,638	(100.0)	319	(100.0)	47	(100.0)	3,004	(100.0)	
가정의 화목도 ***	전혀 화목하지 않다	118	(4.5)	15	(4.7)	2	(4.4)	135	(4.6)	3.81±1.08
	대체로 화목하지 않다	143	(5.5)	26	(8.2)	7	(15.6)	176	(6.0)	
	그저 그렇다	587	(22.6)	101	(31.9)	15	(33.3)	703	(23.8)	
	대체로 화목하다	904	(34.8)	126	(39.7)	13	(28.9)	1,043	(35.3)	
	매우 화목하다	842	(32.5)	49	(15.5)	8	(17.8)	899	(30.4)	
	계	2,594	(100.0)	317	(100.0)	45	(100.0)	2,956	(100.0)	
학교 생활 만족도 ***	전혀 즐겁지 않다	161	(6.2)	28	(8.9)	1	(2.2)	190	(6.4)	3.70±1.15
	즐겁지 않은 편이다	152	(5.8)	77	(24.4)	19	(42.2)	248	(8.4)	
	그저 그렇다	559	(21.5)	86	(27.3)	8	(17.8)	653	(22.1)	
	즐거운 편이다	927	(35.7)	83	(26.3)	13	(28.9)	1,023	(34.6)	
	매우 즐겁다	800	(30.8)	41	(13.0)	4	(8.9)	845	(28.6)	
	계	2,599	(100.0)	315	(100.0)	45	(100.0)	2,959	(100.0)	

*** p<0.001

가정 분위기는 초등학생은 조사대상의 2/3 이상이, 중학생은 1/2 정도가 화목한 편으로 답하였다. 학교생활에 대한 만족도는 초등학생은 66%정도가 즐겁다고 답하였으며, 12%는 즐겁지 않다고 답하였다. 중학생의 경우는 약 40%가 즐겁다고 하였고, 33%에 해당하는 학생들이 즐겁지 않다고 답하였다. 중학생의 학교생활에 대한 만족도가 초등학생에 비하여 낮았고, 고등학생의 경우 표본수가 작기는 하지만 44%에 해당하는 학생들이 즐겁지 않다고 답하여, 연령대가 증가할수록 학교생활에 대한 만족도는 감소하는 것으로 조사되었다(P<0.001).

인구사회학적 특성별 주관적 건강상태와 체격상태, 가정의 화목도 및 학교생활만족도를 살펴본 결과는 <표 3>과 같다. 주관적 건강수준은 초등학생인 경우(P<0.001), 부모와 동거하는 경우(P<0.01)가 그렇지 않은 경우보다 유의하게 높았다. 또한 편부가정의 아동들과 기초생활수급자이면서 동시에 해체가족인 아동들의 주관적 건강수준이 그렇지 않은 경우보다 유의하게 낮았다. 주관적 체격상태는 여아들이 남아들에 비해 자신을 더 통통하게 인식하고 있었으며(P<0.01), 중학생들이 초등학생이나 고등학생에 비하여 자신의 체격을 더 통통하다고 인식하고 있었다.

<표 3> 인구사회학적 특성별 인지된 건강상태 및 환경 특성

단위 : Mean±SD

구 분		주관적 건강상태	주관적 체격상태	가정의 화목도	학교생활 만족도
성별	남자	3.62 ± 0.97	2.94 ± 1.02	3.73 ± 1.10	3.62 ± 1.22
	여자	3.67 ± 0.93	3.05 ± 1.00	3.88 ± 1.05	3.78 ± 1.09
			**	***	***
학교별	초등	3.70 ± 0.95	2.98 ± 1.00	3.85 ± 1.08	3.79 ± 1.13
	중등	3.26 ± 0.87	3.14 ± 1.08	3.53 ± 1.01	3.10 ± 1.17
	고등	3.40 ± 0.80	2.87 ± 0.95	3.40 ± 1.10	3.00 ± 1.09
		***	*	***	***
부모동거 특성별	부모동거안함	3.58 ± 0.99	2.97 ± 1.02	3.47 ± 1.13	3.65 ± 1.22
	편부동거	3.53 ± 1.02	2.94 ± 1.02	3.52 ± 1.13	3.52 ± 1.25
	편모동거	3.59 ± 0.93	3.00 ± 0.98	3.76 ± 1.08	3.62 ± 1.16
	부모동거	3.69 ± 0.93	3.01 ± 1.01	3.92 ± 1.04	3.77 ± 1.12
		**		***	**
사회경제적 특성별	기초생활수급자	3.57 ± 1.00	2.94 ± 1.00	3.67 ± 1.13	3.65 ± 1.21
	차상위계층	3.70 ± 0.94	2.98 ± 1.00	3.86 ± 1.06	3.73 ± 1.11
	해체가족	3.62 ± 0.93	3.05 ± 0.97	3.60 ± 1.10	3.56 ± 1.23
	기초생활수급+해체가족	3.49 ± 1.00	3.10 ± 1.02	3.65 ± 1.13	3.51 ± 1.22
	차상위계층+해체가족	3.74 ± 1.07	3.05 ± 1.09	3.55 ± 1.16	3.55 ± 1.17
	기타	3.69 ± 0.92	3.03 ± 1.03	3.99 ± 0.97	3.82 ± 1.11
		**		***	**

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

가정의 분위기에 대한 질문에서는 여학생, 초등학생, 부모동거의 경우에 더 화목하다고 답하였으며($P<0.001$), 고등학생, 편부동거, 차상위 계층이면서 해체가족인 경우 가정의 화목한 정도가 낮았다. 학교생활에 대한 만족도는 여학생과 초등학생이 높았으며($P<0.001$), 부모와 동거하는 경우가 그렇지 않은 경우보다 유의하게 높았다($P<0.01$). 또한 편부가정, 기초생활수급자이면서 해체가족인 아동들의 학교생활만족도는 그렇지 않은 경우보다 유의하게 낮은 것으로 조사되었다($P<0.01$).

2) 신체적 건강상태

(1) 체격

빈곤아동의 신체계측 결과를 교육인적자원부

에서 발표한 2005년도 학생신체검사 결과와 비교해보면 빈곤아동의 신장과 체중 발달 상황이 일반적인 아동의 평균치 보다 부진함을 알 수 있었다. 빈곤아동의 신장은 전 연령대에서 일반적인 아동의 평균치 보다 작게 나타났다. 초등학교 1학년 아동인 경우 빈곤아동의 신장은 일반아동 보다 약 2cm 작게 나타났으며, 연령이 증가할수록 차이가 커져 초등학교 5학년 이상부터는 약 5cm 차이까지 나타났다. 체중의 경우도 신장과 마찬가지로 빈곤아동이 일반아동 평균치 보다 낮게 나타났다. 초등학교 1학년 아동인 경우 빈곤아동이 일반아동 평균치에 비해 약 2kg정도 적게 나타났으나, 연령이 증가할수록 차이가 커져 초등학교 5학년 이상부터는 약 5kg 이상의 차이가 나타났다<표 4>.

<표 4> 아동의 연령대별 신장과 체중 발육상태

구 분	빈곤아동				일반아동*			
	신장(cm)		체중(kg)		신장(cm)		체중(kg)	
	남	여	남	여	남	여	남	여
초등학교								
1학년(6세)	118.2	121.9	22.3	24.5	120.6	119.3	24.0	22.9
2학년(7세)	123.0	122.4	24.8	23.6	126.5	125.3	27.3	26.0
3학년(8세)	128.7	126.9	28.0	26.4	132.0	131.0	31.0	29.4
4학년(9세)	133.8	132.8	31.3	30.1	137.3	137.1	34.8	33.4
5학년(10세)	138.5	138.4	35.2	34.3	143.0	143.7	39.4	38.1
6학년(11세)	144.3	145.8	39.7	39.3	149.1	150.3	44.5	43.6
중학교								
1학년(12세)	151.4	150.8	43.9	44.0	156.4	154.9	50.2	47.8
2학년(13세)	157.8	154.7	48.2	43.9	163.2	157.9	55.7	51.0
3학년(14세)	163.7	158.9	55.5	52.3	168.5	159.3	61.0	53.1
고등학교								
1학년(15세)	167.1	157.9	57.8	52.9	171.6	160.2	64.1	54.4
2학년(16세)	172.6	155.9	58.1	50.7	172.8	160.7	66.1	55.2
3학년(17세)	173.4	156.4	60.3	50.7	173.6	161.0	68.1	56.1

*일반아동: 교육인적자원부 2005년도 학생신체검사 결과표

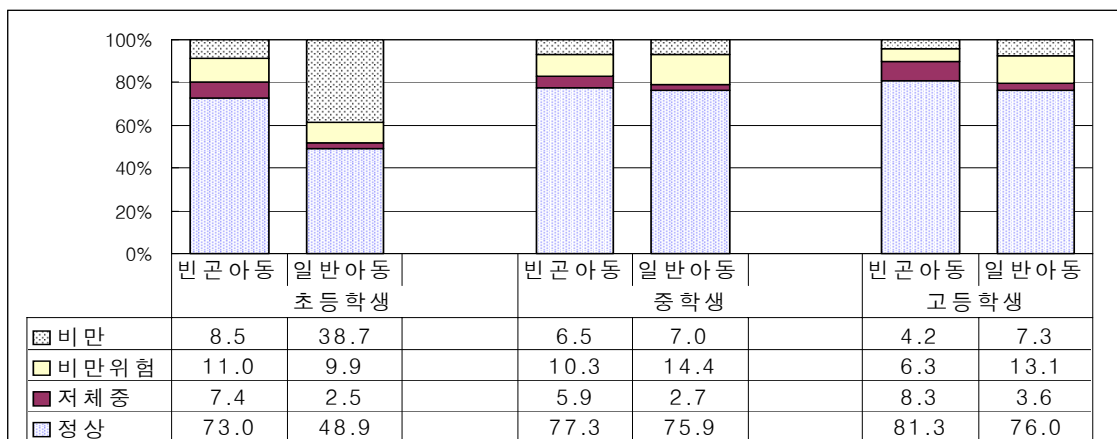
비만도(BMI)의 경우, 빈곤아동은 일반아동에 비해 저체중의 비율이 높았고, 일반아동은 빈곤아동에 비해 비만의 비율이 높았으며, 이러한 결과는 초등학생에서 더욱 두드러졌다. 빈곤아동의 저체중 비율은 초등학생이 7.4%, 중학생 5.9%, 고등학생 8.3%였으며, 일반아동의 저체중 비율은 초등학생 2.5%, 중학생 2.7%, 고등학생 3.6%였다.

이상과 같은 연구결과는 2004년 중앙일보가 후원한 '건강지킴이'사업으로 실시된 지역아동센터(공부방) 이용아동 292명을 대상으로 한 건강검진결과와 유사한 것으로 이 연구에서도 국내학생 신체검사결과와 평균과 비교한 결과 신장, 체중이 각 학년의 평균치보다 작은 것으로 나타났다. 또한 본 연구에서는 일반아동에 비해 빈곤아동에서 신체발육발달 지연 외에 저체중을 나타낸 비율이 높게 나타났는데, 그 이유는 결식으로 인한 영양소 섭취의 부족이 아닐까 사료된다. 최근 연구결과에 따르면 결식아동으

로 분류되어 정부로부터 급식지원을 받는 만 10-12세 빈곤아동들의 영양소 섭취량이 빈곤아동에 비해 현저하게 떨어지는 것으로 보고하였다(임중환, 2007). 아직 국내에서는 결식문제와 신체발육발달과의 인과관계를 입증한 연구결과가 없지만, 외국의 경우 아동기 결식문제에서 비롯된 영양의 불균형으로 발육부진, 발달지체 등과 같은 신체발육발달의 문제를 야기할 수 있음이 보고되었다(Pollite 등, 1985; Wood 등, 2003).

(2) 시력 및 청력

교정대상은 빈곤아동의 경우 초등학생 25.6%, 중학생 27.3%, 고등학생 31.4%였으며, 교육인적자원부에서 발표한 결과는 초등학생 17.3%, 중학생 23.3%, 고등학생 24.6%로 빈곤아동 교정대상이 평균 보다 많은 것으로 나타났다. 또한 현재 안경을 착용 중인 학생도 초등학생의 경우 10.5%가 재교정이 필요한 것으



*일반아동 : 한국건강관리협회, 2005년도 학생건강검진 결과 자료

비만도 분류기준 : BMI(Body Mass Index : kg/m²)를 '표준성장곡선'에 대비 후 나이별 성장기준과 비교 하여, 5%미만을 저체중, 5~85%는 정상군, 85~95%는 비만위험군, 95%이상인 경우를 비만이라 정의함.

<그림 1> 아동의 비만도 분포

로 조사되었다.

청력장애가 있는 학생은 검사한 초등학교 2,622명 중 14명으로 0.5%였고, 중·고등학교는 없었다. 교육인적자원부에서 발표한 결과는 초등학교의 0.06%가 청력장애가 있는 것으로 나타나 빈곤아동의 청력장애 비율이 일반아동보다 높은 것으로 나타났다.

(3) 혈압 및 혈액검사

학년이 올라갈수록 평균 수축기혈압과 이완

기혈압이 높아지는 것으로 나타났으며, 고혈압 유병률은 초등학교 7.8%, 중학생 15.5%, 고등학교 22.9%였으며, 일반아동에 비해 높았다. 특히 빈곤아동의 고혈압은 성인기에 우리나라 주요 사망원인 2, 3위를 차지(통계청, 2006)하고 있는 뇌혈관계질환, 심장질환으로의 이행을 가져올 수 있으며 치명적인 건강장애로 인한 생산성 저하를 초래하여 빈곤의 악순환을 초래하므로 아동기에 적극적인 건강관리를 할 수 있도록 각 가정, 정부, 지역사회의 개입이 필요

<표 5> 아동의 검사항목별 평균치

단위 : Mean±SD

구 분	검사인원	초등	중등	고등
빈곤아동				
수축기혈압 (mmHg) ***	3,052	98.8 ± 11.8	107.3 ± 10.8	110.0 ± 12.2
이완기혈압 (mmHg) ***	3,052	62.0 ± 8.4	66.7 ± 8.0	70.0 ± 9.4
Hb (g/dl) ***	3,045	12.9 ± 0.8	13.7 ± 1.2	14.2 ± 1.5
Hct (%) ***	3,045	39.0 ± 2.4	41.5 ± 3.4	43.0 ± 4.2
RBC (x10 ⁶ /dl) ***	3,045	4.6 ± 0.3	4.8 ± 0.4	4.8 ± 0.5
chol (mg/dl) ***	3,045	161.5 ± 25.3	152.6 ± 25.9	149.8 ± 25.5
AST (IU/L) ***	3,045	26.0 ± 10.0	20.5 ± 7.6	17.6 ± 4.3
ALT (IU/L)	3,045	17.9 ± 13.0	15.7 ± 12.6	13.5 ± 6.6
일반아동*				
수축기혈압 (mmHg) ***	781	-	105.8 ± 10.4	109.9 ± 11.2
이완기혈압 (mmHg) **	781	-	67.7 ± 6.7	68.9 ± 8.1
Hb (g/dl) ***	4,520	13.0 ± 0.7	13.8 ± 1.0	14.1 ± 1.4
Hct (%) ***	3,694	38.6 ± 2.1	41.1 ± 2.8	-
RBC (x10 ⁶ /dl) ***	3,694	4.6 ± 0.3	4.8 ± 0.3	-
chol (mg/dl) ***	4,396	165.6 ± 25.5	152.2 ± 24.0	154.4 ± 25.2
AST (IU/L) ***	4,465	26.5 ± 11.6	23.6 ± 8.2	20.0 ± 6.7
ALT (IU/L) **	4,465	18.1 ± 14.5	17.5 ± 13.1	15.2 ± 12.8

*일반아동 : 한국건강관리협회, 2005년도 학생건강검진 결과 자료

** p<0.01, *** p<0.001

하다고 생각된다.

Hb, Hct, RBC 평균값은 학년이 올라갈수록 높아지는 경향을 보였으며 Hb을 기준으로 한 빈혈 유병률은 초·중·고등학생이 각각 0.6%, 2.2%, 2.1%였으며, 일반아동은 0.1%, 0.8%, 1.8%로 빈곤아동의 빈혈 유병률이 일반아동보다 높았다.

(4) 구강질환

빈곤아동 구강검사 결과 초등, 중등, 고등학생 모두에서 정상소견 아동 보다 치아 우식증인 아동의 비율이 더 높았다. 치아 우식증은 학년이 높아질수록 감소한 반면, 치주질환은 학년이 높아질수록 증가하였다. 치아우식증 유병률은 빈곤아동과 일반아동이 거의 비슷한 수준이었으나, 치주질환은 일반아동의 평균 유병률에 비해 빈곤아동 유병률이 높았으며, 부정교합을 포함한 기타 치과질환도 빈곤아동에서 유병률이 더 높게 나타났다.

(5) 기타

소변검사 항목 중 뇨당이 검출된 아동은 전체아동에서 초등학생 1명(0.04%)만이 검출되었고, 단백이 검출된 아동은 초등학생에서 1.5%, 고등학생에서 2.0%(1명)검출되었으며, 뇨잠혈은 초등학생 4.2%, 중학생 6.4%가 검출되었다.

빈곤 초등학생의 요충감염률은 1.6%, 중학생은 0.3%로 나타났다. 요충에 감염될 경우 심한 신경불안 증세와 함께 학습장애를 유발하는 만큼 빈곤아동에 대한 정기적인 요충검사 및 구충제 지원이 필요하다.

심전도 검사 결과 정상소견은 95.3%였고, 유병률이 가장 높은 것은 동부정맥이었으며, 초등학생 1.5%, 중학생 0.3%, 고등학생 6.3%이었다. 또한 흉부 X-ray 검사 결과 정상소견은 98.4%였고, 유병률이 가장 높은 소견은 비결핵성질환이었으며, 초등학생 0.6%, 고등학생 2.1%였다. 그밖에 심장비대, 폐렴, 기관지염 등

<표 6> 아동의 검사항목별 유소견 현황

단위 : 명(%)

구 분	초등		중등		고등	
	빈곤아동	일반아동*	빈곤아동	일반아동*	빈곤아동	일반아동*
고혈압	210 (7.8)	-	50 (15.5)	8 (4.8)	11 (22.9)	127 (20.7)
빈혈	16 (0.6)	3 (0.1)	7 (2.2)	5 (0.7)	1 (2.1)	11 (1.8)
고콜레스테롤	59 (2.2)	76 (2.4)	4 (1.2)	6 (1.0)	-	9 (1.5)
간기능 이상	76 (2.8)	131 (4.1)	8 (2.5)	9 (1.4)	-	15 (2.4)
치아우식증	479 (49.1)	(50.8)	46 (48.4)	(47.4)	9 (40.9)	(41.5)
치주질환	33 (3.4)	(0.6)	5 (5.3)	(2.9)	4 (18.2)	(5.3)
부정교합외 기타	96 (9.8)	(5.6)	12 (12.61)	(9.1)	-	(11.7)
시력교정대상	626 (25.6)	(17.3)	75 (27.3)	(23.3)	11 (31.4)	24.6

*일반아동: 고혈압, 빈혈, 고콜레스테롤혈증, 간기능 이상은 한국건강관리협회, 2005년도 학생건강검진 결과 자료, 구강검사와 시력검사결과는 교육인적자원부 2005년도 학생신체검사 결과표

고혈압 정의 : 수축기혈압≥120mmHg 또는 이완기혈압≥80mmHg, 빈혈정의 : Hb <기준치

고콜레스테롤 정의 : 콜레스테롤치 > 기준치, 간기능 이상 정의: AST >40, 또는 ALT >45 인 경우

대부분의 유소견은 초등학생에서 나타났다.

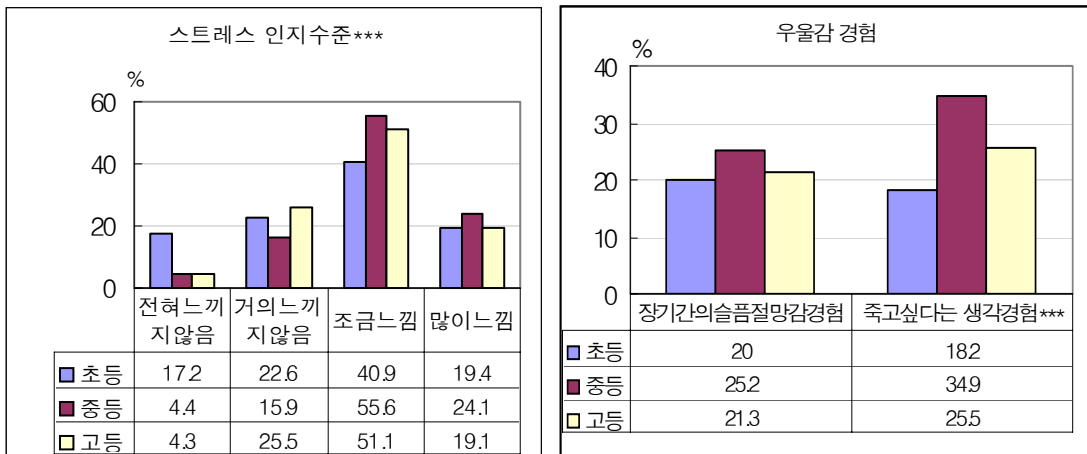
3) 정신적 건강상태

초등학생은 60% 정도가 스트레스를 느낀다고 답하였으며, 19%의 아동들은 스트레스를 많이 느낀다고 하였다. 스트레스를 느끼는 비율은 중학생의 경우 더 높아 약 80%가 스트레스를 느꼈으며, 24%는 많이 느낀다고 하였다 (P<0.001).

스트레스의 원인으로는 초, 중, 고등학생 모두 공부문제를 가장 많이 지적하였으며, 중학교, 고등학교로 갈수록 공부문제를 지적한 학생들의 비율이 높아졌다. 그 다음순위의 스트레스 원인으로 초등학생은 친구문제, 가정문제의 순으로, 중학생은 가정문제, 진학문제의 순으로, 고등학생은 돈 문제를 지적하였다. 초등학생의 경우 기타를 지적한 아동들이 많았는데, 기타에는 형제자매가 스트레스의 원인이 된다는 지적이 가장 많았으며, 다음이 꾸중, 미래에 대한 불안 등이 포함되어 있었다.

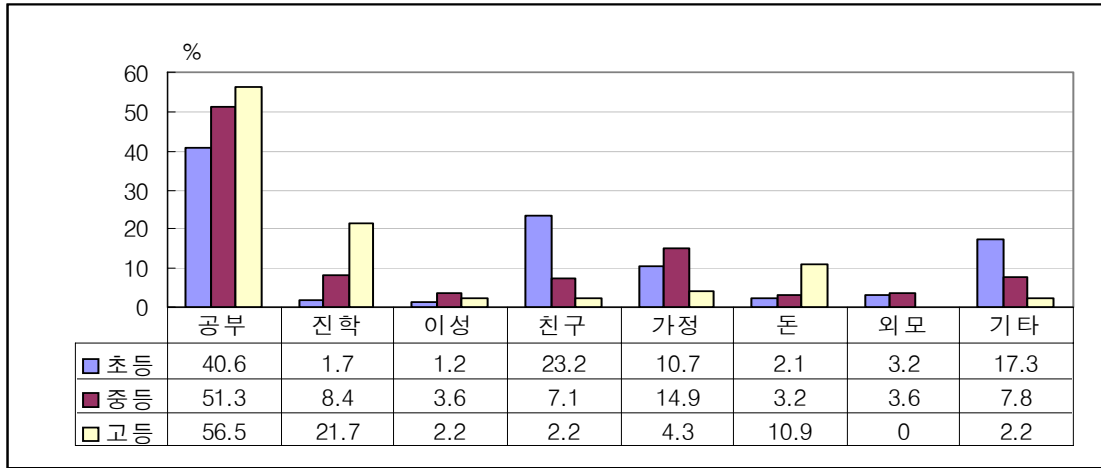
2주 이상 일상생활이 어려울 정도로 슬프거나 절망감을 느껴본 적이 있는가에 대한 질문에 초등학생의 20%, 중학생의 25%가 있다고 답하였다. 2005년 제3기 국민건강영양조사 결과에서는 조사대상 청소년의 12.2%가 같은 경험이 있다고 답한 것에 비하면 빈곤아동의 우울감 경험률이 더 높음을 알 수 있다.

지난 1년간 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있느냐는 질문에는 초등학생의 18%, 중학생의 약 35%, 고등학생의 약 26%가 있다고 답하여, 주관적 스트레스 수준과 마찬가지로 중학생의 우울감 경험률이 초등학생과 고등학생에 비하여 유의하게 높았다(P<0.001). 죽고 싶은 이유는 초등학생은 공부, 친구, 가정문제가 가장 많았고, 중·고등학생은 공부와 가정문제가 많았다. 기타에는 형제자매간의 갈등이 가장 많았으며, 꾸중, 학교생활, 왕따, 괴롭힘, 폭력, 건강문제 등이 포함되어 있었다. 자살을 생각해본 학생의 비율도 2005년 제3기 국민건강영양조사 결과에서는 전체의 13.2%가 그렇다고 답하여,

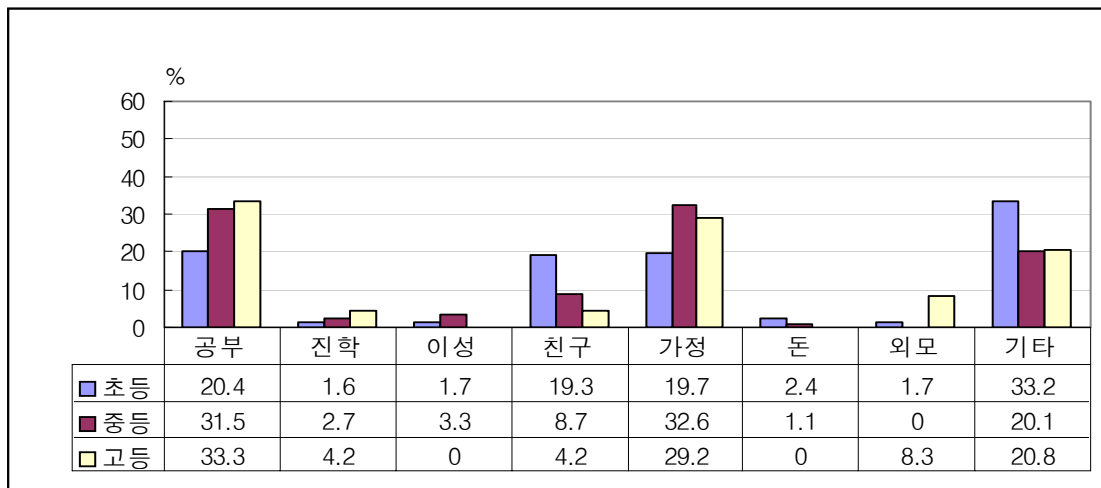


*** p<0.001

<그림 2> 스트레스 인지수준과 우울감의 경험



<그림 3> 스트레스의 원인



<그림 4> 죽고 싶은 생각의 원인

본 조사결과인 빈곤아동의 자살생각 경험 비율이 높음을 알 수 있다. 자살을 생각하게 한 이유는 학업, 가정문제, 이성문제의 순으로 나타나 본 조사에서의 빈곤아동의 결과와 유사하였다. 또한 서울·경기지역 지역사회 복지관에서 서비스를 받고 있는 국민기초생활 보장 수급대

상 조부모손자녀세대의 초등학교 1-6학년 아동을 대상으로 한 연구(성지혜, 2001)에서도 빈곤 아동의 우울 수준이 정상집단의 아동에 비해 높은 것으로 나타났으며, 빈곤아동의 우울과 불안에 대해서 성적 및 교사지지가 유의미한 영향력을 미치는 것으로 보고 된 바 있다.

4) 부모와의 동거 특성에 따른 신체적, 정신적 건강상태

부모와의 동거 특성에 따라 건강상태에 유의한 차이가 있는지를 살펴본 결과 저체중이 많은 군은 편부가정이 7.8%로 가장 많았고 비만 군도 편부가정이 9.0%로 가장 많아, 편부가정에서의 체중관리가 소홀함을 알 수 있었다. 고혈압 유병률은 양부모가 모두 없는 아동이 10.5%로 가장 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았으며, 시력교정이 필요한 아동도 편부가정의 아동이 29.0%로 가장 높았으나, 통계적으로 유의하지는 않았다. 혈액검사 항목에서는 빈혈 유병률이 부모와의 동거형태에 따라 유의

한 차이를 나타냈는데 편부가정에서 빈혈 유병률이 2.2%로 가장 높았다(P<0.001). 치아우식증 유병률은 편부가정의 아동이 19.7%로 가장 높았고 다음은 양부모와 동거하지 않는 아동 19.3%순이었으며 부모와의 동거형태에 따라 유의한 차이를 나타냈다(P<0.01). 반면 치주질환은 양부모와 동거하지 않는 아동의 경우가 가장 높았다(P<0.05).

부모와의 동거형태와 아동이 스트레스 수준과의 관련성을 분석한 결과, 통계적으로 유의하지는 않았지만, 양부모와 함께 거주하지 않는 아동의 경우 스트레스를 많이 느낀다고 답변 비율이 가장 높았다. 또한 지난 1년간 연속적으

<표 7> 부모동거 특성에 따른 신체적, 정신적 건강상태

단위 : 명(%)

구 분		부모동거안함	편부동거	편모동거	부모동거	계
신 체 적 건 강	저체중	24 (6.3)	25 (7.8)	33 (7.3)	140 (7.4)	222 (7.3)
	정상	296 (77.3)	237 (73.6)	347 (76.4)	1,364 (72.2)	2,244 (73.6)
	비만위험	30 (7.8)	31 (9.6)	36 (7.9)	235 (12.4)	332 (10.9)
	비만	33 (8.6)	29 (9.0)	38 (8.4)	151 (8.0)	251 (8.2)
	시력교정대상	88 (25.2)	88 (29.0)	115 (27.4)	421 (24.8)	712 (25.7)
	고혈압	40 (10.5)	23 (7.1)	38 (8.4)	170 (9.0)	271 (8.9)
	빈혈***	-	7 (2.2)	7 (1.5)	10 (0.5)	24 (0.8)
	간기능이상	8 (2.1)	8 (2.5)	9 (2.0)	59 (3.1)	84 (2.8)
	고콜레스테롤	3 (0.8)	4 (1.3)	11 (2.4)	45 (2.4)	63 (2.1)
	우식증**	75 (19.3)	64 (19.7)	86 (18.9)	309 (16.0)	534 (17.3)
치주질환*	9 (2.3)	6 (1.8)	10 (2.2)	17 (0.9)	42 (1.4)	
정 신 적 건 강	스트레스 전혀 느끼지 않는다	54 (17.0)	57 (17.6)	59 (13.1)	296 (15.6)	466 (15.6)
	거의 느끼지 않는다	68 (21.4)	72 (22.3)	93 (20.7)	420 (22.2)	653 (21.9)
	인 지 조금 느낀다	120 (37.7)	124 (38.4)	208 (46.3)	818 (43.2)	1270 (42.6)
	수준 많이 느낀다	76 (23.9)	70 (21.7)	89 (19.8)	358 (18.9)	593 (19.9)
	장기간의 슬픔, 절망감 경험**	80 (25.1)	84 (26.1)	99 (22.0)	350 (18.5)	613 (20.5)
	죽고싶다는 생각경험*	66 (20.6)	83 (25.9)	96 (21.4)	355 (18.8)	600 (20.1)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는가를 묻는 질문에 그렇다 라고 답한 아동은 20.5%였고, 그 중 편부가정의 아동이 26.1%, 양부모 모두 안계신 가정의 아동이 25.1%로 부모와 함께 사는 아동(18.5%)보다 유의하게 높았다($P<0.01$). 지난 1년간 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있는지를 묻는 질문에 답한 아동의 비율도 편부가정이 부모와 함께 사는 아동 보다 유의하게 높았다($P<0.05$).

아동은 가정 내의 여러 가족원과의 상호작용을 통하여 획득되는 지식과 경험을 바탕으로 성장하므로 가정은 아동에게 중요한 역할을 한다. 따라서 이 시기의 부모의 결손은 본 연구결과에서와 같이 아동의 신체적, 정신적 건강상의 문제를 가져올 수 있는데, 이는 부모지지의 보호적 기능이 상대적으로 낮게 나타나는 경향이 있기 때문인 것으로 여겨진다(오경자 등, 2005). 보호자의 상실, 양육거부 등 자의적으로 가정으로부터 분리된 아동들을 대리 보호하거나, 가족 지원서비스를 강화하는 등의 정부차원의 대책 마련이 필요하다.

5) 가족의 사회경제적 특성에 따른 신체적, 정신적 건강상태

가족의 사회경제적 특성에 따라 아동의 건강상태의 차이가 있는지를 살펴본 결과는 <표 8>과 같다. 가족의 사회경제적 특성에 따른 비만도(BMI)의 분포는 통계학적으로 유의하지는 않았으나, 저체중의 비율은 기초생활수급자 가족의 아동에서 가장 컸으며, 비만위험은 차상위계층(기타를 제외하고)이, 비만은 차상위계층과 해체가족에 함께 속한 가족의 아동에게서 그 비율이 가장 높았다. 고혈압의 유병률은 차

상위계층에서 유의하게 높았으며($P<0.01$), 차아우식증의 경우도 차상위계층과 해체가족의 특성을 모두 갖고 있는 아동에게서 그 비율이 유의하게 높았다($P<0.05$).

기초생활수급자와 해체가족의 특성을 모두 갖고 있는 아동에게서 장기간의 슬픔과 절망감을 경험한 비율이 유의하게 높았으며($P<0.001$), 죽고 싶다는 생각을 경험한 비율도 가장 높았다($P<0.001$).

아동기의 환경이 미치는 부정적인 생물학적, 발달상의 영향은 이후의 생활여건에 관계없이 일생동안의 건강과 안녕에 중대한 영향을 미친다. 특히 사회경제적 지위정도는 생애주기를 따라 매우 큰 영향을 미치며, 다른 생애 단계에도 다양한 강점들로 작용할 수 있다. 이러한 사회경제적 지위와 아동의 건강과의 관련성은 지금까지 많은 연구들을 통해서 검증되고 있다. 1994년 0~18세의 미국 아동 33,911명을 대상으로 the National Health Interview Survey에서 가족의 사회경제적 지위와 아동의 건강지위에 대해 조사를 실시한 바 있다(Chen 등, 2005). 조사 결과, 아동기의 가족의 낮은 사회경제적 지위가 아동 건강에 악영향을 미치고 있었으며, 이는 연령과 상관없이 아동기 전반에서 나타났다. 또한 Goodman(1999)은 미국 청소년들이 스스로 생각하는 자신의 건강상태와 청소년 사망과 성인사망으로 이어지는 심각한 청소년의 5가지 질환들에 사회경제적 지위의 정도가 미치는 영향을 살펴보기 위해, 15483명의 청소년과 부모들을 대상으로 종단적 연구를 실시하였다. 연구 결과 사회경제적 지위 요소 중에서 청소년 스스로가 생각하는 건강상태에 영향을 미치는 것은 우울과 비만인 것으로 나타났다으며, 자살시도도 경제적 수입에 영향을 받

<표 8> 가족의 사회경제적 특성에 따른 건강검진 유소건 현황

단위 : 명(%)

구 분		기초생활 수급자	차상위계층	해체가족	기초생활수급 +해체가족	차상위계층 +해체가족	기타	계
신 체 적 건 강	저체중	64 (8.3)	74 (7.2)	16 (6.9)	9 (5.2)	3 (5.4)	56 (7.1)	222 (7.3)
	정신적건강	582 (75.6)	754 (73.3)	179 (77.2)	130 (75.6)	39 (69.6)	560 (70.9)	2244 (73.6)
	비만위험	69 (9.0)	119 (11.6)	18 (7.8)	16 (9.3)	16 (10.7)	104 (13.2)	332 (10.9)
	비만	55 (7.1)	82 (8.0)	19 (8.2)	17 (9.9)	8 (14.3)	70 (8.9)	251 (8.2)
	시력교정대상	182 (25.9)	223 (24.2)	64 (30.0)	48 (29.3)	15 (27.8)	180 (25.2)	712 (25.7)
	고혈압 **	65 (8.5)	94 (9.1)	17 (7.3)	4 (2.3)	3 (5.4)	88 (11.1)	271 (8.9)
	빈혈	11 (1.4)	8 (0.8)	1 (0.4)	1 (0.6)	0 (0.0)	3 (0.4)	24 (0.8)
	간기능이상	18 (2.3)	29 (2.8)	5 (2.2)	4 (2.3)	1 (1.8)	27 (3.4)	84 (2.8)
	고콜레스테롤	15 (2.0)	26 (2.5)	7 (3.0)	3 (1.8)	1 (1.8)	11 (1.4)	63 (2.1)
	우식증 *	132 (16.8)	171 (16.5)	53 (22.8)	25 (14.5)	18 (30.5)	135 (17.0)	534 (17.3)
	치주질환	9 (1.1)	20 (1.9)	4 (1.7)	1 (0.6)	2 (3.4)	6 (0.8)	42 (1.4)
정 신 적 건 강	스트레스 전혀 느끼지 않는다	128 (17.0)	152 (15.2)	35 (15.4)	26 (15.4)	10 (17.2)	115 (14.9)	466 (15.6)
	스트레스 거의 느끼지 않는다	155 (20.6)	234 (23.3)	52 (22.8)	24 (14.2)	10 (17.2)	178 (23.1)	653 (21.9)
	스트레스 조금 느낀다	320 (42.4)	427 (42.6)	85 (37.3)	77 (45.6)	23 (39.7)	338 (43.9)	1270 (42.6)
	스트레스 많이 느낀다	151 (20.0)	190 (18.9)	56 (24.6)	42 (24.9)	15 (25.9)	139 (18.1)	593 (19.9)
	장기간의 슬픔, 절망감 경험**	170 (22.5)	206 (20.5)	53 (23.2)	49 (29.0)	13 (23.6)	122 (15.8)	613 (20.5)
죽고싶다는생각경험***	162 (21.5)	200 (19.9)	53 (23.2)	52 (30.8)	14 (25.5)	119 (15.5)	600 (20.1)	

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

는 것으로 보고되었다. 이외에도 Heclo(1997), Schneiders 등(2003)과 Wood(2006)의 연구에서도 사회경제적 지위가 아동의 건강문제 발생에 기여한다는 연구결과들을 제시한 바 있다.

IV. 결론

본 연구는 사회양극화현상 등으로 기본적 생존권마저 위협받고 있는 취약지역 빈곤아동의 인구학적, 보건학적 특성을 분석하여 건강증진을 위한 요구도를 파악하고 이들을 위한 건강증진 프로그램 및 제도적 장치 개발을 위한 기

초자료를 제공하고자 하는 목적으로 시도되었다. 주요 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 2006년도 전국 가계조사 자료를 활용하여 아동빈곤율을 산출한 결과 절대빈곤율은 7.93%, 상대빈곤율은 9.34%인 것으로 나타났다. 아동빈곤율은 연령대가 12-14세일 때, 가구주가 노인 또는 모자 가구일 때, 편부모다는 편모가정일 때, 서울 외 지역일 때 더 높은 것으로 조사되었다.

둘째, 주요 신체적 건강문제를 파악한 결과, 빈곤아동들은 신장과 체중 발달 상황이 일반적인 아동의 평균치 보다 부진함을 알 수 있었으며, 연령이 증가할수록 더 큰 차이를 나타냈다.

빈곤아동은 일반아동에 비해 저체중이 많았다. 또한 일반아동에 비하여 시력 교정대상이 많았으며, 빈혈과 고혈압 유병률이 높았다. 치아우식증은 초등학생과 중학생의 약 50%가 유병률을 보여 가장 흔한 구강질환이었으며, 빈곤아동과 일반아동이 거의 비슷한 수준이었다. 그러나 치주질환은 일반아동보다 빈곤아동에서 유병률이 더 높았다.

셋째, 빈곤아동은 일반아동에 비해 우울감을 더 많이 경험하는 것으로 조사되었으며, 자살에 대한 생각도 더 많이 하는 것으로 나타났다. 스트레스를 느끼는 비율과 우울감을 경험하는 비율은 중학생이 가장 높았다. 스트레스의 원인과 죽고 싶은 생각이 드는 원인으로는 공부문제를 가장 많이 지적하였다.

넷째, 부모와의 동거특성에 따라 건강상태에 차이점이 있는가를 분석한 결과, 편부가정의 아동에게서 저체중, 비만, 빈혈, 치아우식증인 비율이 가장 높았다. 부모와 함께 동거하지 않는 아동들의 경우는 고혈압 유병률과 치주질환의 유병률이 가장 높았다. 장기간의 슬픔이나 절망감을 경험한 비율은 편부가정과 부모와 동거하지 않는 가정이 높았으며, 죽고싶다는 생각을 하는 아동의 비율은 편부가정에서 가장 높았다.

다섯째, 고혈압의 유병률은 차상위계층에서 높았으며, 치아우식증의 경우도 차상위계층과 해체가족의 특성을 모두 갖고 있는 아동에게서 그 비율이 가장 높았다. 또한 기초생활수급자와 해체가족의 특성을 모두 갖고 있는 아동들에게서 우울감과 자살에 대한 생각을 경험하는 비율이 가장 높았다.

이상과 같은 연구결과는 현재 우리나라의 취약지역 빈곤아동에 대한 인구학적, 보건학적 정

확한 실태파악을 함으로써 빈곤아동 건강문제의 심각성에 대한 인식을 제고시킬 수 있으며, 또한 빈곤아동의 현행 보건복지정책의 평가자료 및 포괄적 건강증진 서비스 제공을 위한 정책 아이디어를 제공할 수 있을 것으로 기대된다. 빈곤아동들의 신체발육발달 지연, 시력저하, 고혈압, 빈혈, 우울감 등과 같은 건강문제점을 극복하기 위해서는 빈곤아동의 신체적, 정신적 건강문제와 관련된 행동적, 환경적 결정요인에 분석이 후속연구로 수행되어야 하며, 이러한 결정요인을 다루기 위한 체계적이고 포괄적인 대책마련에 대한 연구가 계속되어야 할 것이다. 근본적인 해결책을 찾기 위한 노력은 다차원적으로 실시되어야 할 것으로 생각된다. 즉 국가, 가정, 학교, 지역사회 등의 인프라 구축을 통한 협력체계하에 정기적인 건강검진, 가정방문서비스, 관리의료제도, 보건교육, 급식지원 등의 지원서비스가 체계적이고 포괄적으로 실시되어야 할 것이다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 비교분석을 위한 일반아동의 건강조사자료는 2005년도 학생 신체검사결과로, 파악된 건강특성의 차이가 아동의 사회경제적 요인에 의해 발생된 특성의 차이가 아닌 조사시점 또는 조사방법에 따른 차이일 가능성이 있다는 점을 들 수 있다. 둘째, 본 연구에서는 지역아동센터를 이용하는 아동들을 대상으로 조사를 실시하여 빈곤아동의 건강특성을 파악하였다. 지역아동센터를 이용하는 아동들의 특성을 조사한 결과 2/3 정도의 아동들이 본 연구에서 정의한 취약지역의 빈곤아동인 것으로 확인되었다. 그러나 조사결과 사회경제적 특성이 정확하게 파악되지 않은 아동들이 있었으며 지역아동센터를 이용할 수 없거나 이용하지 않는 빈곤아동들을 연구대상

으로 포함시킬 수 없었으므로 본 연구의 결과의 일반화에 제한이 있다. 셋째, 본 연구에서의 아동이란 아동복지법에서 정의한 18세 미만인 자로 한정하고 단, 부모의 도움 없이 건강검진을 받을 수 있고 설문조사에 답할 수 있어야 하므로 초등학교이상 고등학교 재학 이하의 만 18세 미만인 자로 한정하였다. 초·중·고등학생들을 모두 연구대상으로 포함하였으나 조사결과 극소수의 고등학생만이 지역아동센터를 통해 접근할 수 있었다. 따라서 표본수가 극히 작은 고등학생의 연구결과는 일반화에 제한이 있다.

참고문헌

관계부처합동. 저출산고령사회기본계획 시안 2006~2010, 2006.

김미곤·양시현·최현수. 한국의 빈곤동향과 정책 방향, 보건사회연구, 2006;26(1): 3-35.

김수정. 여성가구주 가구의 빈곤원인과 빈곤위험의 젠더격차, 페미니즘 연구, 2007; 7(1):93-133.

대통령자문 고령화및미래사회위원회. 출산력 저하의 원인-출산행태 및 출산력의 차이, 2006.

대통령자문 빈부격차·차별시정위원회. 빈곤율 정책, 소득분배 개선효과, 2007자료집:빈곤위기 아동·청소년 희망찾기, 2005.

류연규, 최현수. 우리나라 아동빈곤율 수준과 변화 경향: 1982~2002년 도시근로자가구를 중심으로, 한국아동복지학, 2003;19:135-165.

민주노동당 정책위원회. 여성빈곤해소를 위한 성인지적 정책 생산방향, 2005 민주노동당 여성국감, 2005.

보건복지부. 보건복지통계연보, 2005.

보건복지부. 희망스타트 아동육구조사 결과, 보건복지부 보도자료, 2007.

보건복지부, 한국보건사회연구원. 국민건강영양조사 제3기(2005): 아동 및 청소년의 건강수준 및 보건의식행태조사, 2006.

석재은. 한국의 빈곤의 여성화에 대한 실증분석. 한국사회복지학, 2004;56(2):167-194

성주현. 취약계층의 빈곤, 건강의 이중위험. 한울아카데미, 2003.

성지혜. 빈곤한 조부모손자녀세대 아동의 우울 및 불안에 관한 연구, 이화여자대학교 석사학위 청구논문, 2001.

여지영. 여성가구주와 남성가구주의 빈곤차이에 관한 연구, 서울대학교 사회복지학 과 박사학위 청구논문, 2003.

오경자, 김은이, 도레미, 어유경. 빈곤가정 청소년의 심리사회적 적응: 위험요인과 보호요인의 탐색, 한국심리학회지:임상, 2005;24(1):53-71.

이시원·김영기·이성진. 우리나라 지방자치단체의 출산감소요인에 관한 연구, 한국 행정논집, 2006;18(1):83-103.

이화영. 조손가족의 가족기능에 영향을 미치는요인, 노인복지연구, 2006;32:327-355.

임종한. 빈곤아동의 영양상태에 따른 건강상의 변화 실태조사. 민주노동당 환경위원회, 2007.

최숙희. 한국의 출산율 제고를 위한 제언, 경제연구, 2006;3(2):67-92.

통계청. 2005 Census 인구주택총조사-전수조사결과, 2006.

통계청. 2005 Census 인구주택총조사 표본집계결과-인구이동, 통근·통학부문, 2006.

한나라당정책위원회. 한국의 여성빈곤과 탈빈곤대책, 한나라당정책위원회 민생정책 릴레이 심포지엄, 2007.

한국의 주요 아동지표, 2006.

Chen E, et al. Socioeconomic status and health: Do gradients differ within childhood and adolescence? Social Science & Medicine, 2006;62:2161-2170.

Goodman E. The Role of Socioeconomic Status Gradients in Explaining Differences in US Adolescents' Health. American Journal of Public Health, 1999;89(10):

1522-1528.

Hecol HH. Values underpinning poverty programs for children. *Future Child*, 1997;7:141-148.

Pollite E. et al. Cognitive effects of iron deficiency anemia, *The Lancet*, 1985;1:158-159.

Schneiders, J., Drukker, M., van der Ende, J., Verhulst, F.C., van Os, J. and nicolson, N.A. Neighbourhood socioeconomic disadvantage and behavioural problems from late childhood into early adolescence, *Journal of Epidemiology and community Health*, 2003;57:699-703.

UNICEF. Child poverty in rich countries 2005. UNICEF Innocenti Research Center, 2005.

Wood D, Effect of Child and Family Poverty on Child Health in the United States; poverty, child health, community-based advocacy, *Pediatrics*, 2003;122:707-711

<http://www.mogef.go.kr/>

<ABSTRACT>

Demographic Characteristics and Health Problems of Low Income Children in Underserved Area

Hye Kyeong Kim* · Yun Hee Lee* · Sun Young Moon* · Eun Joo Kwon*†

**Health Promotion Research Institute, Korea Association of Health Promotion*

Objectives: The purpose of this study was to identify the major health problems of poor children, and to provide basic information for developing health care program for low income children in underserved area.

Methods: Health data were collected through medical examination(KAHP Social Welfare Service) and analysed for 3,081 poor children in 106 local children's centers nationwide.

Results:

1. The mean height and weight of poor children were lower than those of nonpoor children. The differences were increased by age.
2. The rate of relative low weight was higher in poor children than in nonpoor children. On the contrary, The obesity rate was higher in nonpoor children than in poor children.
3. Poor children were more likely to have vision problem, anemia, high blood pressure, and oral health problems than nonpoor children.
4. The Health problems of children were the most serious in single father family.

Conclusion: In order to improve children's health status, health promotion program for poor children should be developed and implemented. Health promotion program should include activities including regular health examination, home visiting, nutrition support, managed health care, health counseling and education. And the community support network was suggested for the efficacy of the program, including home, school and community.

Key words : Low income children; Child poverty rate; Health problems