

아동·청소년 건강증진사업의 과제와 발전방향: 영양, 신체활동 증진 및 비만예방을 중심으로

*A Strategy for Child and Adolescent Health Promotion:
Nutrition, Overweight and Obesity*



김혜련 한국보건사회연구원 연구위원

본 소고에서는 학령기 아동을 중심으로 아동·청소년기의 영양과 신체활동 및 비만예방 문제에 초점을 맞추었다. 그동안 우리나라의 현황과 선진국의 경험에 비추어 아동·청소년기의 건강증진을 강화하여 미래의 질병부담을 막고, 건강한 미래세대를 확보하기 위해서 크게 다섯가지 방향을 제시한다. 첫째, 교육부, 학교, 보건관련 부처 등 관계기관이 상호성 있는 파트너십을 구축하는 아동·청소년 건강증진 관리체계를 정립하여 산발적으로 추진되고 있는 관련 국가사업의 연계체계 구축과 조정, 학생건강증진종합대책의 상호성 있는 추진, 둘째, 학교보건 분야의 전문인력자원 및 지역의 보건의로 인적·물적자원의 효율적 활용과 중복의 조정, 셋째, 사업의 지속가능성을 위한 지역사회의 참여와 모니터링의 개선, 넷째, 개별사업별로 추진되고 있는 영양·신체활동·금연·절주 등을 ‘학교건강증진사업’들 속에서 전체 아동을 대상으로 한 포괄적인 프로그램으로 전개되도록 아동과 청소년에 대한 건강증진사업 방향을 수혜자인 학령기 아동을 중심으로 개편, 발전시키는 패러다임의 전환이 요구된다.

1. 서론

아동과 청소년은 다가오는 우리의 미래사회를 투영한다. 그동안 경제발전으로 아동과 청소년의 건강수준은 향상되었지만, 생활양식의 변화에 따라 비만 등 새로운 건강문제가 대두되고 있으며, 소득의 양극화로 사회계층간 이들의 건강위해 요인 격차도 증가할 가능성이 크다. 우리나라의 청소년 인구는 6~17세 학령기 인구로 볼 때 7,746천명으로 전체 인구의 15.9%를 차지하며, 점차 감소추세에 있다. 2008년 현재 학령기 인구는 6~11세(초

등학교) 인구가 3,643천명(전체 인구중 비중 7.5%), 12~14세(중학교) 2,071천명(4.3%), 고등학생 2,032천명(4.2%)이며, 9~24세 청소년 인구로 보면 10,494천명으로 총인구의 21.6%를 차지한다(통계청, 2008). 저출산에 따른 아동·청소년인구의 감소 추세는 이들이 건강하게 성장할 수 있도록 정책적인 배려를 더욱 필요로 한다.

학령기 아동·청소년기는 일생 중 사망이나 질병발생이 가장 적은 시기이다. 그러나 학령기 아동·청소년기는 일생을 통해서 영향을 미치는 건강행동과 건강한 생활을 유지하는데

필요한 생활기술(life skill)을 습득하는데 가장 중요한 시기이다. *Life Course Approach*에 따르면 소아청소년기, 더 거슬러 올라가서 태아기부터 성장패턴과 대사과정이 ‘프로그래밍’되어 생애에 걸친 영향을 미쳐 성인기의 고혈압, 당뇨병, 암 등 주요 만성질환 발생에 영향을 미치는 것이 밝혀지고 있어 아동·청소년기의 건강은 다른 생애 주기와는 다른 중요한 의미를 갖는다.

본 소고에서는 학령기 아동을 중심으로 아동·청소년기의 영양과 신체활동 및 비만예방 문제에 초점을 맞추고자 한다. 즉, 우리나라의 아동·청소년 건강증진사업의 현황과 문제점을 제시하고, 최근 WHO 및 미국 등의 아동·청소년 건강증진 사업 동향과 사례 고찰을 종합하여 아동·청소년 건강증진사업이 나아가야 할 방향을 영양과 신체활동 및 비만에 초점을 맞추어 논의하고자 한다.

2. 아동·청소년기의 건강 현황

아동·청소년기는 학교라는 특별한 셀팅을 통해서 일생동안의 건강에 대한 지식과 기술을 습득하고 문제해결 능력을 배양하고 사회화를 형성하는 성장기이다.

건강증진사업을 효과적으로 달성하기 위하여 지역사회의 학교, 사업장, 보건의료기관 등의 장(場, setting)을 중심으로 접근하는 것이 세계적인 추세이다. 건강증진사업을 전개하는데 있어서 아동과 청소년을 대상으로 하는 경우에는 이들이 학령기에 속하며, 학령기 아

동·청소년 인구집단의 95% 정도가 집단적으로 생활하는 학교를 통해서 사업을 확산시키는 것이 효과적이다. 선진국에서도 학령기의 아동과 청소년의 건강증진은 학교 셀팅을 중심으로 활발히 전개되고 있으며, 보건부처나 전문기관에서 프로그램의 개발과 전문적인 기술지원을 하고 있다.

학교를 중심으로 건강증진사업을 전개하는데는 다음과 같은 장점이 있다. 즉, 대상인구집단이 동일한 체계 속에 속해 있고 동질적이어서 프로그램의 적용이 용이하며 실현이 용이한 다양한 사업수단을 적용할 수 있다. 또한 사업의 연속성이 유지될 수 있으며, 구체적인 사업내용을 개발하여 적용하고 확산시킬 수 있는 가능성이 높다. 또한 학교건강검진 등 기존의 건강검진기록 등을 보완적으로 활용하여 사업의 효율을 높일 수 있는 장점도 있다.

1) 영양섭취 현황

학령기 아동 및 청소년의 주요 영양문제는 국민건강영양조사, 청소년건강행태조사와 각종 선행연구 결과는 편식 및 채소기피, 비만, 패스트푸드 섭취 증가 등의 나쁜 식습관과 영양 불균형이 가장 큰 문제로 제기되고 있다. 한편, 결식아동 등 취약계층의 저영양문제도 여전히 높으며, 특히, 여고생 및 여대생에서 식이 행태에 문제가 많다. 특히 청소년기는 높은 아침결식(2005년 및 2006년 청소년건강행태조사결과 아침결식자의 비율이 26~27%)과 신체이미지 왜곡에 따른 부적절한 체중 조절 행위가 보편화되어 심각한 수준에 이르

고 있다.

2005년 국민건강영양조사 결과 아동 및 청소년을 7~12세와 13~19세로 보았을 때 이들의 영양섭취 부족 인구가 각각 17.8%, 15.0%로 영양섭취가 낮은 인구비율이 다른 연령층에 비하여 높다. 칼슘, 철의 섭취량 부족이 매우 높으며, 리보플라빈, 비타민 A의 섭취량도 부족한 인구가 많다. 반면, 한국인영양섭취기준(KDRIs)에 비하여 7~12세 어린이의 16.9%, 13~19세의 21.8%는 지방섭취가 과잉이고 나트륨도 권장량의 2배 이상 섭취하여 나트륨 과잉섭취 인구가 많았고, 에너지와 지방의 과잉섭취 인구도 높아 영양불균형이 문제가 된다.

2) 신체활동 현황

2005년 및 2006년 청소년건강행태조사 결과 청소년의 신체활동 실천율은 외국에 비하여 매우 낮은 수준이다. 격렬한 신체활동 실천율은 32%(남자 45% 내외, 여자 17% 내외)이며, 중등도 신체활동 실천율은 11%(남자 15% 내외, 여자 5% 내외)로 낮고, 여가와 체육시간 활용 부족으로 체력이 감소하고 있다.

3) 아동·청소년 비만 유병률 현황

아동·청소년 비만유병률은 전세계적인 현상으로 현대사회에서 가장 심각한 공중보건 의 도전의 하나가 되고 있다. 소아 및 청소년 기의 비만은 어린시기부터 당뇨병, 고혈압, 고지혈증 등의 위험에 노출되게 만들어, 개인

의 평생 건강에 영향을 미치는 건강위해 요인으로 비만한 소아는 신체적인 성장장애 뿐만 아니라, 우울증, 성격장애, 적응장애 등을 일으켜 정신적 문제를 초래할 수 있으며, 대부분 성인기 비만으로 연결되어 다음 세대의 의료비 부담을 증가시키기 때문에, 소아·청소년기의 비만 예방과 관리가 중요하다.

우리나라에서도 영양 섭취의 불균형, 신체활동의 감소로 소아 비만이 빠르게 증가하고 있다. 1998년 소아·청소년(2~18세) 비만 유병률이 모두 5.8%에 불과하였으나, 2005년에는 9.7%로 지난 7년간 1.7배 증가하였다. 교육인적자원부의 초·중·고등학교의 2006년 신체발달 상황 및 건강검진 결과에서도 초·중·고생의 비만율은 11.62%(경도 6.46%, 중등도 4.32%, 고도 0.84%)로 매년 증가추세에 있다. 또한 저학년에서 고학년으로 갈수록 높아지고, 남학생이 여학생보다 비만율이 높은 것으로 나타난다(표 1).

청소년건강행태조사 결과, 우리나라 중학교 학생의 비만(과체중과 비만)율은 2005년 8.6%, 2006년에는 9.2%이다. 남자는 2005년 11.2%, 2006년에는 11.7%이며, 여자는 2005년 5.6%, 2006년에는 6.5%로 중학교에서 고등학교로 갈수록 증가하고 있다.

한편, 2005~2006년 중학교 학생의 저체중율은 2005년, 2006년 7% 정도로 특히 중학생의 저체중율은 9%에 이른다. 2007년 국가인권위·한국보건사회연구원의 빈곤층 아동 급식지원제도 실태조사 결과, 결식아동의 저체중율이 10%에 이르러 조사 표본의 차이는 있으나 국민건강영양조사나 청소년행태조사

표 1. 초·중·고등학교 학생의 2006년 비만도 현황

구 분	성별	정상	비만도 현황			
			경도	중등도	고도	계
초	남	86.92	7.24	4.98	0.86	13.08
	여	90.65	5.78	3.15	0.42	9.35
	평균	88.77	6.52	4.07	0.64	11.23
중	남	86.36	7.01	5.45	1.18	13.64
	여	91.27	5.12	3.07	0.54	8.73
	평균	88.80	6.08	4.26	0.86	11.20
고	남	84.94	7.40	6.11	1.55	15.06
	여	89.42	6.07	3.67	0.84	10.58
	평균	87.19	6.73	4.88	1.20	12.81
전체 평균		88.38	6.46	4.32	0.84	11.62

주: 비만도(%) = (실측체중 - 신장별표준체중) / 신장별표준체중 × 100

경도비만(20~29%), 중등도비만(30~49%), 고도비만(50% 이상)으로 구분하며, 표준체중은 대한소아과학회에서 제시한 신체발육 표준치의 성별 표준체중 사용

자료: 교육인적자원부, 2007.

에 나타난 일반 아동·청소년에 비하여 저소득층 아동에서 저체중 문제가 여전히 큰 것을 볼 수 있다. 이것은 우리나라 아동·청소년들이 증가하는 비만문제와 더불어 소득양극화와 결혼가정의 증가로 영양과잉문제와 함께 저영양문제가 공존하고 있음을 보여주는 결과이다.

3. 우리나라 아동·청소년의 건강관리 체계

1) 관리 부서

우리나라에서 아동·청소년의 건강관리와 관련된 부서는 교육과학기술부의 '학생건강

안전과(구 학교체육보건급식과)와 보건복지가족부 건강정책국의 '건강증진과', '보건정책과'와 아동청소년정책실의 '아동청소년복지과', '아동청소년정책과'와 식품의약품안전청의 어린이먹거리안전대책을 주관하는 영양기능식품국의 '영양평가팀'으로 업무가 산재되어 있다. 그러나 교육부처와 보건부처간에 학령기 아동·청소년의 건강관리를 위한 조정·협력 기전은 거의 없다.

아동·청소년의 건강관리를 뒷받침하는 단독 법령은 없으며, 학교보건법, 2006년에 전면 개정된 학교급식법, 국민건강증진법, 2008년 제정된 어린이 식생활안전 특별법, 국민체육진흥법 등 여러 법령에 산재되어 있고, 관련된 현행법이 각각 작용하고 있어 학생들의 건강증진 문제들을 총괄적이고 체계적이며,

일관성 있게 수행하기 어려운 체계이다. 학교 보건법 상 교육과학기술부와 보건복지가족부의 관련 국장 및 민간전문위원으로 구성되는 '학교보건위원회'가 있으나 활성화되어 있지 않고 심의자문기능에 그치고 있다.

2) 관련 정책

아동·청소년 건강관리 관련 정책도 <표 2>와 같이 「국민건강증진종합계획(Health Plan

2010), 「학생건강증진종합대책」, 「학교급식종합대책」, 「어린이먹거리안전대책 2010」 등의 여러 국가 정책 및 계획에 포함되어 있으나 각각의 정책과의 연계나 조정은 거의 없는 실정으로 이들 국가 계획에서 아동·청소년의 영양과 신체활동 및 비만예방관리 부분은 장황한 계획들이 수립되어 있지만 실제로 추진이 이루어지지 못하고 있는 계획이 많으며, 내용에 있어서도 일관성 부족과 중복이 많다. 이들 정책들은 향후 내용의 중복과 조정협력,

표 2. 아동·청소년의 건강관리와 관련된 국가 정책 및 계획 (영양, 신체활동, 비만 예방 관련 분야)

국가 대책 및 계획	주관 부처 및 기관	내 용 (영양, 신체활동, 비만예방 관련 분야)
「국민건강증진종합계획」 (Health Plan 2010)	보건복지부	<건강생활 실천 영양부문> ◦ 권장 에너지 이상의 섭취 인구 비율 감소 ◦ 권장 에너지 중 지방섭취 비율 증사 추세 억제 <예방중심 질병관리: 과체중과 비만 부문> ◦ 청소년 비만인구 비율을 현 수준으로 유지 ◦ 소아 비만인구 비율을 현수준으로 유지 <건강생활 실천 운동부문> ◦ 청소년의 규칙적 (중강도)운동 실천율 16% 이상으로 증가 ◦ 청소년의 규칙적 (고강도)운동 실천율 40% 이상으로 증가 <학교보건> ◦ 건강증진학교 네트워크 구축, 참여 학교 확대 ◦ 학교보건지원센터 설립
「학생건강증진종합대책」 (2007~2011)	교육과학기술부	◦ 비만학생 예방 프로그램 운영·정착, 2011년까지 학생비만을 15%로 감소 ◦ 학교급식 영양표시제 운영, 학교 내 탄산음료 판매 금지 ◦ 신체활동 강화 프로그램 운영, ‘웰빙 건강체조’실시, 신체활동 중심의 교육과정 운영 ◦ 학교스포츠클럽 운영 ◦ 학생건강체력평가시스템 도입 ◦ 학교건강환경평가제 도입

〈표 2〉 계속

국가 대책 및 계획	주관 부처 및 기관	내 용 (영양, 신체활동, 비만예방 관련 분야)
「학교급식개선 종합대책」 (2007~2011)	교육과학기술부	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 학교급식 영양관리기준, 학교급식 영양표시제 ◦ 학교급식 품질관리 및 안전성 강화 ◦ 영양관리 및 식생활지도 강화 ◦ 지역거점 학교급식 지원센터 설치 운영
「어린이먹거리안전종합대책 2010」	식품의약품 안전청	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 식품안전보호구역 지정관리 ◦ 어린이 기호식품 광고 등 규제 강화 ◦ 어린이 기호식품의 첨가물 사용 규제 강화 ◦ 어린이 단체급식 지원체계 구축, 어린이 급식관리 지원센터 설치·운영 ◦ 식품안전·영양 교육 및 홍보 강화 ◦ 우수한 제품에 대한 소비자 접근성 제고 (영양표시 개선 등) ◦ 어린이 식생활안전관리특별법 제정 ◦ 당, 나트륨, 트랜스지방 등 영양위해 성분 저감화
「국가비만종합대책」 (2005~)	보건복지부· 질병관리본부	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 식생활 개선을 위한 학교 프로그램 개발 및 보급 ◦ 운동 및 신체활동 활성화를 위한 학교에서 활용할 프로그램 개발 및 보급, 체조 및 전국민 걷기운동의 활성화 ◦ 학교를 대상으로 한 아동 비만관리 프로그램 강화
「아동·청소년 정책 5개년 계획」(수립중)* (구 국가청소년위원회 청소년정책기본계획 2008~2012)	보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 청소년 비만 예방 및 유발 환경요인 개선: 학교 연계 청소년 비만 진단, 치료사업 추진 ◦ 지역기반의 비만예방 프로그램 개발 운영 ◦ 비만 유발 환경개선 및 학교 급식 식단관리의 효율화(교육부, 식약청 협조) ◦ 학교급식 영양표시제 운영 및 급식 위생기준 및 체계의 개선
「어린이 건강대책」 (2007)	대통령자문 지속가능발전위 원회	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 비만·체력관리를위한 학교 중심 건강관리체계 구축 ◦ 학교 및 사회체육 활성화 등 어린이 체력증진 대책 수립 ◦ 식품영양 관리를 통한 어린이 비만 관리 강화 ◦ 저소득층 영양불량 아동 지원 강화

* 구 국가청소년위원회의 제4차 청소년정책기본계획(2008~2012)과 보건복지부의 아동정책 5개년 계획을 종합하여 현재 수립 중

나아가서 종합적인 계획 아래 각각의 국가시책을 조율하고, 주무 기관의 명확한 역할 분담 방안을 검토하여 추진되어야 할 부분이 많다.

현재 아동·청소년에 대한 건강관리 프로

그램 운영에서 가장 중요한 것은 교육과 보건의 파트너쉽이다. 그러나 우리나라는 교육부처와 보건부처의 협력과 명확한 역할분담이 매우 미진하고, 교육현장의 특성으로 인하여

학생의 건강증진을 도모하기 위한 보건교육 등 정규 커리큘럼의 확대나 법정수업시간의 추가는 현실적으로 어렵다. 이러한 여건으로 인하여 생활습관이 형성과 평생관리에서 중요한 영향을 미치는 아동·청소년기에 적절한 건강생활을 습득하고 실천을 유도하기에는 매우 미흡한 실정이다. 그나마 진행되는 프로그램들은 시범사업 형태로 운영되어 단기적, 지협적이며, 학생 건강관리를 위한 제도나 지원체계가 미비하여 지속적으로 원활히 이루어지기 어렵다.

비만예방 사업의 경우를 예로 들면 보건소 건강증진사업(영양, 운동, 비만), 보건소 비만 클리닉, 사회서비스의 일환으로 운영되는 비만바우처사업, 서울시교육청의 학생건강교실(비만교실), 국민건강보험공단의 비만교실 시범사업 등 학생을 대상으로 한 유사한 사업이 산발적이면서도 내용상 중복적으로 이루어지고 있으나 사업간의 역할 분담이나 협조체계 구축은 거의 이루어지지 않거나 일선에서 협조하는 선에서 그치고 있어 향후 사업의 확산에 따른 조율이 시급히 요구되고 있다.

4. 아동·청소년 건강증진사업의 문제점과 향후 발전 방향

최근에 와서 아동·청소년을 대상으로 한 비만교실이나 영양교육, 신체활동 증진 프로그램이 주로 학교에서 초·중·고등학생을 대상으로 보건소의 건강증진사업의 일환으로

또는 학교 자체나 서울시 교육청 등 지방 교육청 시범사업 형태로, 또는 국민건강보험공단의 시범사업으로 산발적이거나 개발되어 운영되고 있다. 이러한 사업들은 나름대로 사업의 개발 경험과 아동·청소년 건강증진사업 개발에 기초 자료와 사례를 확보하고, 사업 관련자의 역량을 개발하였다는 데 의미가 있다. 그러나 이제까지 아동·청소년 건강증진 프로그램들이 가진 문제점은 다음의 다섯 가지로 요약될 수 있다.

첫째, 교육부와 보건부문의 파트너십 부족으로 인한 아동·청소년기 건강관리 체계의 미흡

둘째, 학교보건 전문인력의 활용 미흡과 일반교사의 참여 기전 미흡

셋째, 직접서비스 제공 중심, 건강문제를 가진 아동·청소년 중심의 단편적, 산발적 사업 전개

넷째, 추구관리 및 모니터링과 평가체계의 미흡

다섯째, 아동·청소년 건강 결정요인에 대한 다각적 접근의 미흡

이러한 문제점에 대응하여 아동·청소년 건강증진사업의 개선을 위해서 다음 다섯가지 방향을 제시한다.

1) 학령기 아동·청소년의 건강증진 사업체계의 정립, 부처간 목표의 공유와 역할 조정

학령기 아동·청소년 건강증진사업체계에 서 가장 중요한 요소는 학교가 속해 있는 교

육부문과 보건부문의 파트너쉽 구축이다. 우리나라는 교육행정이 일반행정과 분리되어 있어 보건과 교육부문의 연계체계가 선진국에 비하여 매우 미약하며, 지역사회와의 연계를 통한 실질적인 지원체계가 미흡하다.

앞서 <표 2>에서 제시한 바와 같이 교육과학기술부의 학생건강증진종합대책(2007~2011), 「학교급식개선 종합대책(2007~2011)」, 식약청의 「어린이먹거리안전종합대책 2010」, 보건복지가족부의 「국민건강증진종합계획 (Health Plan 2010)」과 「국가비만종합대책」을 실효성 있게 추진하고 유사사업을 조정하기 위해서 국가의 관련 부처가 목표를 공유하고 협조관계를 통하여 세부 추진내용에 대한 역할 분담과 협조체계를 마련하여야 할 것이다.

WHO 유럽지역사무소에서는 2006년 「비만에 대응한 유럽헌장」, 2007년 「2차 식품 영양정책 실행계획 2007~2012」, 2007년 「The EC Platform 영양백서」등 일련의 실행정책을 수립하면서 공통적으로 강조하고 있는 점은 정부부처간(intersectoral) 조정, 보건분야·교육분야·민간(기업)·NGO 등 이해 관계자들, 중앙정부와 지방정부 간의 협력과 조정이다. 영국에서는 교육부처와 보건부가 학생의 건강증진을 위하여 조인트벤처 프로그램을 구축하여 Whole School Approach를 통하여 학교 교육과정을 총체적으로 활용하면서 건강부문에서 보건부와 긴밀한 협력하에 'Food in School'과 같은 학령기 아동·청소년 건강증진프로그램을 시행하고 있는 것을 볼 수 있어 우리 사회문화적 특성에 맞게 벤치마킹할 필요가 있다.

2) 일선 학교보건 관련 전문인력 및 교사의 협력 강화 및 참여를 통한 사업 효율화

우리나라는 학교를 기반으로 한 비만프로그램을 증재하기에 적합한 전문 인력과 자원(99% 학교급식, 체육관련 시설, 보건실 등)을 학교에서 자체적으로 갖추고 있다. 특히 최근 영양교사제도의 확립으로 학교급식과 연계한 식생활교육 활성화를 통한 학생 건강개선을 적극적으로 추진할 수 있는 여건이 조성되어 있다. 보건교사와 영양교사, 체육교사가 협력할 수 있는 비만프로그램 방향을 확립하고, 협력을 유도할 수 있는 정책과 지침, 역할 분담 및 이들의 교육·훈련방안을 마련하며, 학교내 전문 인적자원이 보건교육, 영양교육, 체육교육을 통합적으로 운영하여 학생들에게 전달되도록 하여야 한다. 또한 사업의 확산과 지속성을 위해서는 일반 담임교사의 참여와 역량 강화방안이 중요한 전략으로 채택되어야 한다.

3) 포괄적이고 종합적인 학령기 아동·청소년을 위한 학생 건강증진 프로그램 체계로 전환

유럽의 아동·청소년 건강증진프로그램의 큰 흐름은 학교 기반의 증재가 확실한 효과를 가진다는 근거에 바탕을 두고 아동 및 청소년기의 대부분의 시간을 보내는 학교에서 건강한 생활을 유지하는데 필요한 생활기술(life skill)을 배우도록 학교와 주변의 건강한 식사와 신체활동을 장려하는 환경 조성에 대한 노

력도 강조하고 있다. WHO는 ‘건강증진학교 (Health promoting schools)’ 만들기 운동을 도입하여 건강한 학교 만들기를 전세계적으로 확산시키고 있다. 이 사업은 학교 공동체의 모든 구성원들의 건강을 증진시키기 위해서 포괄적이고 종합적으로 학생의 건강생활 역량 강화와 학교의 사회적·물리적 환경 지원, 학교보건정책의 확립, 지역사회 연계, 건강생활을 위한 개인 건강기술 역량 개발로 구성되어 있다. 또한 유럽지역에는 *European Network of Health Promoting Schools*를 통하여 유럽의 여러 국가들이 자국의 문화와 사회경제적 특성에 따라 개발된 다양한 건강증진학교 모델과 사업개발 경험을 공유하고, 협력하는 네트워크를 구축하고 있음을 볼 수 있다. 미국의 경우도 유럽보다는 학교보건이 의료화, 세분화 되어 있지만 CDC는 학교보건모델로 ‘*Coordinated School Health Program (CHSP)*’을 개발 보급하고 있다. 그 요소는 크게 교육과 환경, 서비스로 구분하고 여기에 보건교육, 체육교육, 보건서비스, 영양서비스, 상담과 심리서비스, 건강한 학교환경, 학교 교직원의 건강증진의 8개 세부요소로 포괄적으로 구성하고 있다.

이와 함께 최근 선진국 동향은 학교 비만 프로그램의 경우 비만아동만을 대상으로 하는 경우 비만 아동에게 사회적으로 낙인감, 식이장애(신경성 거식증, 폭식증), 심리적 위축과 정신적 스트레스, 자아효능성 감소 등의 문제를 초래함에 따라 비만아동만을 대상으로 하는 프로그램은 드물어지고, 비만아동을 포함하는 전체 아동을 포함하는 예방 프로그

램으로 진행하고 있다. 싱가포르가 비만아동에 대한 ‘*Trim and Fit*’ 프로그램이 비만감소 효과가 컸지만 낙인감 등 부작용도 초래되어 전체학생에 대한 ‘*Holistic Health Framework*’로 2008년부터 전환한 것은 시사점이 크다. 우리나라도 우리나라의 학령기 아동·청소년에 대한 건강증진사업을 지금까지의 같이 ‘흡연’, ‘음주’, ‘비만’ 등의 개별 사업으로 각각 수행하는 형태에서 전반적인 학생 건강증진사업 체계를 마련하고 그 속에서 개별사업을 학생의 수요에 따라 추진하도록 해야 할 것이며, 비만 프로그램도 단순히 체중조절, 식습관교정, 신체활동에 치중하지 않고 지지적이고 자아 존중감을 줄 수 있는 아동과 청소년의 정신적, 심리적 발달을 고려한 포괄적인 내용으로 전환되어야 할 것이다.

4) 학생 건강증진 사업의 모니터링과 평가체계의 발전

WHO의 비만에 대응한 유럽현장, 2차 식품영양정책 실행계획, EC의 Platform 영양백서 등에서는 아동·청소년의 영양과 신체활동 증진, 비만예방을 위해서 정부 부처 및 관련자들과의 협력·조정과 함께 연구와 모니터링 및 평가를 강조한다. 그동안 질병관리본부가 교육과학기술부와 협조하여 2005년부터 매년 실시하고 있는 청소년건강행태조사를 더욱 발전시키고, 조사결과를 사업과 정책에 좀더 피드백 되어야 할 것이다. 교육과학기술부의 검진과 학생체력조사 결과를 사업에 개인정보를 보호하면서 학생건강증진사업

의 기초자료로 효과적으로 활용하여야 한다. 또한 아동과 청소년 비만판정기준이 각각 다른 기준 (BMI, 상대체중 등)을 사용하고 있어 혼란이 있으므로 평가기준을 통일하거나 병행할 필요가 크다. 또한 미국의 학교보건지표 (School Health Index: SHI)나 WHO의 건강증진학교 지표와 같은 학교보건사업에서 자체적으로 활용할 표준화된 학교보건지표를 개발하여 보급하여 학교보건사업을 모니터링 하는 체계를 점진적으로 도입하여야 할 것이다.

5) 아동·청소년의 건강행동을 지원하는 다각적 정책 접근 추진

2008년 OECD의 *The Prevention of Lifestyle-Related Chronic Diseases* 보고서에서는 인구집단의 라이프스타일에 영향을 미치는 요인으로 ‘개인의 행태요인’, ‘교육’, ‘사회경제적 요인’, ‘공급자 측 요인’, ‘환경적 요인’, ‘보건의료시스템 요인’의 6가지를 들고 있다.

WHO 유럽지역에서는 아동·청소년의 건강증진을 위해서 다양한 건강결정 요인을 고려하여 통합적으로 사업 수행하도록 독려한다. 학교 세팅(setting)에서 신체활동에 참여할 수 있는 기회를 증대시키고, 학교에서 탄산음료 대신 물을 마시도록 장려하는 것을 주요 실행계획에 포함하고 있다. 2006년 WHO 유럽지역에서 채택한 비만대응을 위한 현장에서는 필수적 실행요소(action package)를 제시하고, 이해관계자들의 자발적인 참여를 촉구함은 물론 입법화나 규제 수단을 통해 참여를 유인하는 전략도 구사하고 있다. 더불어

건강한 식품 섭취, 매일매일의 신체활동 기회 증대, 학교에서의 영양 및 체육교육 강화, 아동 및 청소년도 소비자로서 정보접근성을 높이기 위한 이해하기 쉽도록 영양표시(nutrition labelling)의 개선, 식품광고마케팅에 대한 어린이의 취약성에 대응하여 마케팅 압력의 감소 등 아동·청소년 건강증진을 위한 다각적인 접근 전략을 펴고 있다. 유럽위원회(EC)는 2005년부터 *EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health* 시작하여 2007년 발표한 ‘영양백서’에서 학교에서의 과일과 채소 소비 촉진 사업, 신체활동 장려 등 아동과 청소년의 영양과 신체활동 증진과 비만 대책을 촉구하고 있다. 제2차 WHO 유럽지역 식품영양정책 실행계획(2007~2012)에서는 4가지 중점 도전분야 중 2개를 아동과 청소년의 비만, 식이와 관련된 만성질환으로 선정하고, 이를 타개하기 위한 실행영역에서 건강한 생애의 출발을 지지하기 위한 태아 영양증진, 모유수유 실천 지원, 적시성 있고 안전한 보충식 도입의 지지, 유아교육기관과 학교의 영양 식품 정책 개발 장려를 포함하고 있다.

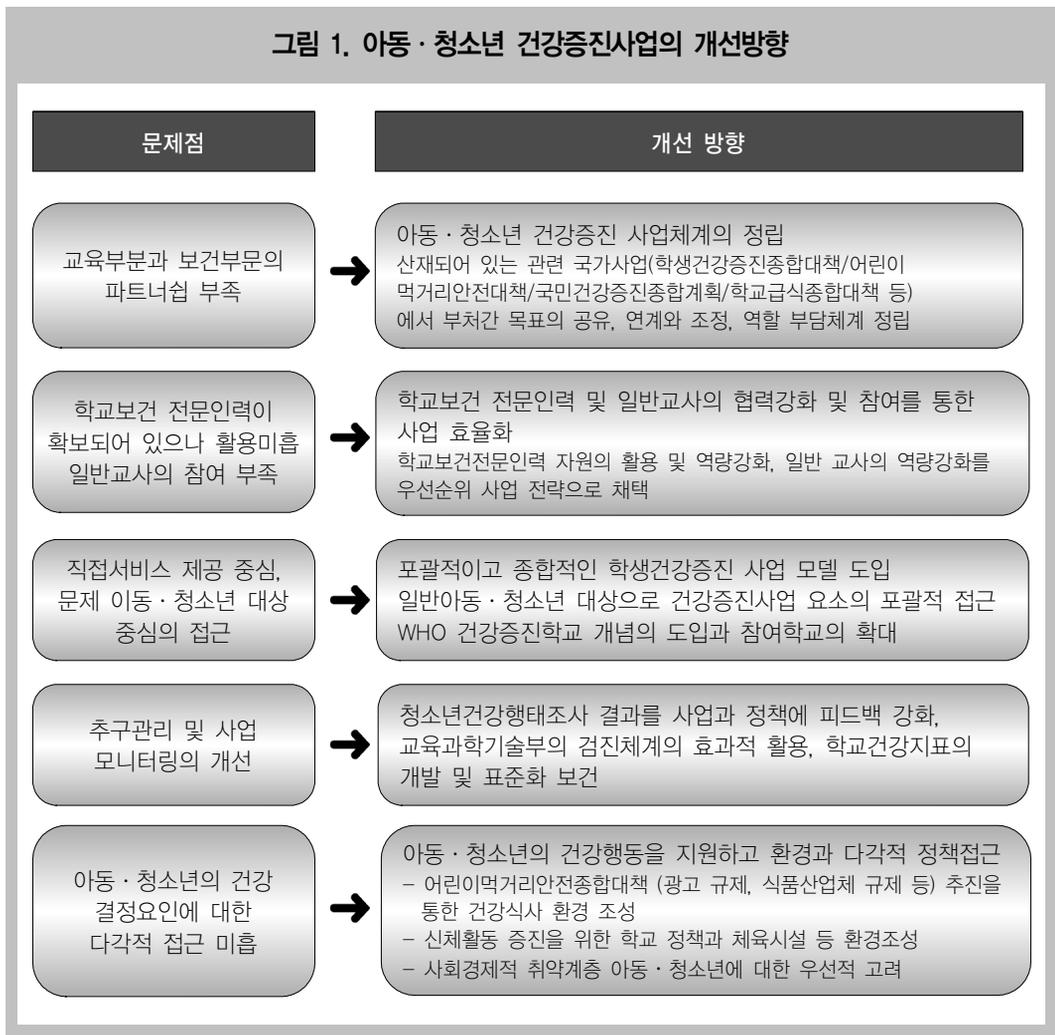
한편, WHO 유럽지역에서는 *Steps to Health: A European framework to promote physical activity for health 2007*에서 아동·청소년 비만예방을 위해 학교에서 신체활동을 강화시키는 규정을 가지도록 하며, 아동들이 일생을 통하여 신체활동 습관이 동기화되도록 학교에서 체육교육과 신체활동을 장려하고, 신체활동과 다양한 운동을 하도록 운동장을 재건축하고 설비를 갖추도록 하는 등 정책적, 교육적, 환경적 측면에서 포괄적인 신체활동

증진 대책을 제시한바 있다.

이제까지 우리나라의 아동·청소년 건강증진사업은 주로 개인의 행태요인이나 교육에 치우쳐 있었으며, 개인의 행동을 지지하는 환경조성 요인이나 정책적 제도적 접근이 소홀하였다. 최근 식약청의 ‘어린이먹거리안전 종합대책’은 학교 주변 환경의 개선, TV 방송 식품광고의 규제, 식품산업체의 협조를 통한

가공식품의 지방과 나트륨 저감화 등을 추진하고 있어 건강한 식사환경을 조성하기 위한 접근방법을 마련하고 있으며, 교육부처에서도 학교내 탄산음료 추방캠페인을 전개하고 있는 등 환경조성을 위한 접근이 최근에 와서 도입되고 있다. 신체활동 증진을 위한 체육시간의 활용과 체육시설 조성도 중요성이 논의되고 있다.

그림 1. 아동·청소년 건강증진사업의 개선방향



5. 맺음 말

우리나라에서 학생, 아동과 청소년에 대한 건강증진 프로그램이 개발되고, 학생들에게 서비스가 이루어지기 시작한지는 불과 10년이 안되지만 그동안 다양한 학교기반 프로그램들이 보건소, 학교, 교육청, 보건복지부 등에서 개발되어 시범사업이 이루어져 오고 있으며, 프로그램 운영이 역량이 축적되고 있다.

또한 학교에 건강증진사업을 위한 전문인력(보건교사, 영양교사, 체육교사)이 확보되어 있으며, 학생 건강상태를 모니터링할 수 있는 청소년건강행태조사 시스템이나 교육과 학기술부의 학생 신체발달 및 건강검진시스템이 갖추어져 있고 사업의 모니터링을 위한 기반이 갖추어져 있어 학교보건에서 중요한 인프라가 어느 정도 갖추어져 가고 있으며, 최근 ‘학생건강증진종합계획’, ‘학교급식종합대책’등의 정책이 추진되고 있어 학생의 건강증진사업을 위한 여건이 조성되고 있다.

그러나 이제까지의 학령기 아동·청소년 건강증진 프로그램은 수혜대상이 제한되어 있고, 일선 사업을 지원하는 체계가 이루어져 잘 이루어져 있지 못하여 일선에서 프로그램 운영이 매우 어렵고, 그 파급효과도 제한적이

었다.

WHO, 유럽국가, 미국, 싱가포르 등의 선진국의 경험과 그동안 우리나라의 사업경험에 비추어 교육부, 학교, 보건관련 부처와 관계기관의 실효성 있는 파너트쉽 구축과 함께, 중복을 막고, 기존 사업을 활용한 자원의 확보와 활동, 사업의 지속성을 위한 지역사회의 참여와 모니터링을 포함하는 아동 청소년 건강증진 관리체계의 정립, 학생건강증진종합대책과 어린이 먹거리 안전종합대책의 실효성 있는 추진, 산재되어 있는 관련 국가사업의 연계체계 구축과 조정 필요, 포괄적인 학생건강증진 프로그램으로 개별 영양, 신체활동과 금연 및 절주 등의 건강증진사업을 연계하여 종합적으로 운영하는 방향으로 아동과 청소년에 대한 건강증진사업의 패러다임 변화가 요구된다.

더불어 사회경제적 요인이 아동·청소년의 건강에 미치는 영향이 지대하므로 저소득층, 결손가정의 아동과 청소년에 대한 결식아동 지원사업, 드림스타트사업 등에 건강과 영양적 측면의 내용이 정책에 강화되고 체계적으로 추진되어 아동과 청소년의 건강형평성을 제고하고, 아동·청소년의 건강수준을 향상시키는 방향으로 추진되어야 할 것이다. **붙임**