

아동의 신체적 건강상태와 정책과제

Policy Development for the Physical Health of Children



최은진 한국보건사회연구원 연구위원

국민건강증진종합계획에 의한 국민건강정책부문의 영역은 건강생활실천의 영역, 만성질환 및 감염성질환의 상병관리, 안전환경보전, 인구집단별 건강관리, 인프라 분야 등으로 구분된다. 개인의 상병, 라이프스타일, 환경, 의료이용을 위한 인프라 등이 중요한 영역이라는 것을 알 수 있다. 이러한 영역은 개인의 신체건강증진을 위하여 필수적인 요소이다. 아동의 건강정책영역도 이러한 기준으로 구분할 수 있다. 유아기부터 아동후기에 이르기까지 아동의 주관적 건강수준과 예방접종, 질병상태의 경험과 의료이용, 가정내외의 안전에 관한 문제 등이 포함된다. 본 원고에서는 2013년의 아동실태조사 결과를 기초로 하여 아동의 신체적인 건강수준과 의료이용, 안전문제대책 등에 대한 정책적 시사점을 분석해 보았다¹⁾.

1. 들어가며

우리나라의 영아사망률은 출생아 1,000명당 3.3명으로 OECD 30개국의 영아사망률 평균 5.1명보다는 낮으나, 스웨덴(2.8명), 일본(2.6명)보다는 높은 편이다²⁾.

신생아기의 사망원인은 선천기형, 변형 및 염색체이상 등 선천성이상이 68.4%이고 고령산모 및 저체중출생아 증가가 사망률증가의 원인이 되고

있다. 0~17세의 아동 장애인은 전체 장애인의 3.9%를 차지하고 있고 주요 유형은 자폐성 장애, 지적장애, 언어장애, 심장장애 등의 순으로 많은 양상을 보이고 있다. 장애의 원인은 90.0%가 질병 및 사고와 같은 후천적 장애이다. 후천적 장애의 원인중 질환의 비중이 55.6%로 사고보다 다소 높은 편이다. 운수사고사망은 아동기의 주요 사망원인이며 지난 10년간 다소 감소하였으나 크게 감소하지 않고 있다³⁾.

1) 아동실태조사는 0~18세 미만 아동에 대한 생활실태 및 복지욕구, 건강수준 및 건강관리현황에 대한 내용을 담고 있다.

2) 보건복지부(2010). 제3차국민건강증진종합계획(HP2020).

3) 통계청. 국가통계포털. <http://kosis.kr>

2. 전반적인 건강수준

1) 주관적 건강수준

2013년도의 아동종합실태조사에서 아동의 주관적 건강상태는 4점 척도로 설문하였고, 전체적으로 90%이상이 건강상태가 좋다는 응답이 많았으며, 평균점수는 3.3점이었다. 2008년 조사결과에서는 0~2세 3.5점, 3~5세 3.4점, 6~8세 3.4점, 9~11세 3.3점, 12~18세 3.3점 등 이었다. 대체로 이전 조사결과와 비슷한 결과가 나온 것으로 해석할 수 있다.

소득수준별로 건강수준의 평가가 다르게 나타났다. 차상위가구, 기초수급가구, 일반가구의 순서로 건강수준이 낮게 평가되었고, 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 지역별 차이로는 저연령층일수록 대도시지역아동의 건강수준이 낮게 나타났고, 통계적으로도 유의하였다. 아동이 응답한 건강상태는 평균 3.3으로 주양육자의 응답과 같은 양상을 보였다.

9~17세 아동중 주관적 건강수준이 나쁘거나 매우 안 좋은 비율은 우리나라는 2.8% 수준이었다. 다른 OECD선진국(11, 13, 15세 아동)들과 비교했을 때 가장 낮은 스위스 7.7%보다 낮았다(2012년).

주양육자의 건강상태는 약 95.0%가 좋다고 응답하였다. 아동의 성별이나 연령대별로 큰 차이가 나타나지는 않았다. 소득수준별로 볼 때 기초수급

가구에서 좋지 않은 것으로 응답한 경우가 상대적으로 많았다. 지역별 격차보다는 소득수준별 격차가 큰 것으로 나타났다.

2) 체중, 신장과 비만 현황

아동의 평균몸무게는 0~2세 14.6kg, 3~5세 18.0kg, 6~8세 25.4kg, 9~11세 38.4 kg, 12~17세 53.2kg 등이었다. 아동의 평균 신장은 0~2세 84.4cm, 3~5세 105.6cm, 6~8세 123.9cm, 9~11세 143.8cm, 12~17세 162.1cm 등 이었다. 2008년과 비교했을 때 0~2세의 체중과 신장은 증가한 것으로 나타났다.

체중과 신장제곱의 비율로 나타내는 체질량지수(Body Mass Index: BMI)를 분석해본 결과 만 6세부터는 연령이 높아질수록 평균 BMI도 상승하는 경향을 보였다. 소득수준별로는 기초수급가구에서 평균 BMI가 상대적으로 높게 나타났다. 아동의 비만비율은 2013년 아동실태조사에서는 3~17세 아동기준으로 빈곤가구 5.2%, 일반가구 3.3% 등으로 나타났다(질병관리본부의 아동비만기준). 질병관리본부의 2013년 국민건강영양조사에서는 6~11세 아동의 6.1%, 12~18세 아동의 12.7%가 비만으로 분류되었다⁴⁾. OECD국가 2011년 기준으로 볼때 전체 평균은 5~17세 아동의 남아 22.9%, 여아 21.4%가 과체중 또는 비만인 것으로 분석되었다. 당시 우리나라 평균은 남아 16.2%, 여아 9.9%로 다른 OECD국가에 비해 비만도가

4) 질병관리본부의 아동 비만기준은 체질량지수(BMI) 25이상 또는 연령별 체질량지수 기준 95백분위수 이상; 보건복지부, 질병관리본부 (2013). 국민건강통계, p.568.

낮은 수준인 것으로 나타났다⁵⁾.

아동실태조사에서는 자가응답에 기준하여 조사를 하였기 때문에 신체계측을 기준으로 한 국민건강영양조사와는 차이가 있을 수 있다. 국민건강영양조사에 기초한 아동비만의 추이는 점차 증가하는 경향을 보이고 있고, 저소득층 아동의 BMI 정상수준은 일반아동에 비해 크게 못미치는 것으로 분석된 바 있다⁶⁾. 즉 저소득층 아동의 저체중과 비만문제를 종합적으로 관리하기 위한 정책이 강화되어야 할 필요가 있다.

3) 주요 질병

아동실태조사 조사 전 한 달 동안 질병이나 손상으로 아동이 거의 하루 종일 집이나 병원에 누워서 보내야 했던 외병일수에 대한 설문(3세 이상)에서 121명이 있었다고 응답하였다(약 3.6%). 121명의 월평균 외병일수는 4.0일(표준편차 4.2)이었다. 성별차이가 유의하지는 않았으나, 여자가 약간 높은 경향이 있었다. 연령별로는 6~8세에서 외병일수가 가장 높았다. 연령별 차이는 통계적으로도 유의하였다. 기초수급가구에서 외병일수가 증가하는 경향을 보였다.

아동이 앓고 있는 주요 질병으로는 알레르기성 질환, 천식 등 환경성 질환이 많은 것으로 나타났다. 0~2세에서는 알레르기성질환, 만성기관지염 등의 응답이 있었고, 3~5세에서는 알레르기성질환, 천식, 만성중이염 등이 있었다. 6~8세에서는 암, 폐결핵, 만성중이염과 같은 만성질환이 있다는

응답이 있었는데, 암이 있는 가구는 기초수급가구와 차상위가구, 대도시와 농어촌지역에서 나타났다. 9~11세의 경우도 알레르기성 질환과 천식이 주요 질병으로 나타났다. 12~17세에서는 알레르기성 질환, 천식, 우울장애 등의 질병이 있는 것으로 나타났다.

아동이 앓고 있는 주요 질병이 없는 대상은 94.7%였다. 기초수급가구에서 질병이 없는 경우는 87.3%로 낮게 나타났고, 소득수준이 높아질수록 질병이 없다는 응답이 높았다. 연령대별로 보면 연령이 증가할수록 질병을 가진 아동이 증가하는 경향이 있었다. 지역별로는 농어촌지역에서 질병이 없다는 비율이 가장 높았고, 대도시, 중소도시의 순으로 높았다.

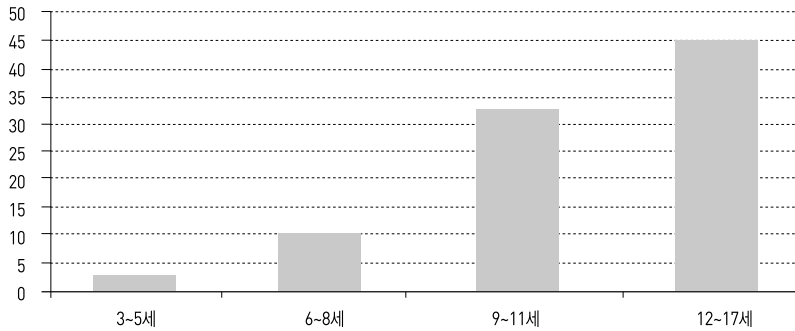
4) 안경착용 현황

아동이 안경을 착용하는 지에 대한 질문에서 안경을 착용한다는 응답이 전체 29.9%로 높게 나타났다. 6~8세부터 10%를 상회하는 경향을 보였고, 12~17세에서는 45.3%로 높은 비율을 나타내었다. 소득수준별로 살펴본 안경착용률은 기초수급가구, 차상위가구, 일반가구의 순으로 높게 나타났다. 지역별로는 대도시, 중소도시, 농어촌의 순으로 안경착용률이 높게 나타났다. 2008년 조사와 비교시 3~5세의 안경착용률이 증가하였고, 6~8세에서는 다소 감소하였다. 6~8세를 지역별로 2008년 조사와 비교했을 때 중소도시와 농어촌지역에서 6~8세의 안경착용률은 감소경향이 뚜렷하

5) OECD(2011), "Overweight and obesity among children", in Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance~2011~19~en; p.57.

6) 김혜련, 이수형, 최중명, 오영인(2011), 저소득층아동비만 및 저체중 문제의 진단과 대응방안, 한국보건사회연구원.

그림 1. 연령대별 안경착용률 현황



자료: 보건복지부(2013), 아동종합실태조사, 한국보건사회연구원.

게 나타났다.

3. 건강관련 생활습관

1) 수면습관

아동의 평균 기상시각은 7시 16분경으로 나타났다. 12~17세 연령층에서는 연령이 증가할수록 기상시간이 빨라지는 경향이 있었고, 취침시각은 평균 10시 12분경으로 나타났다. 12~17세 연령층에서 기상시각이 빨라지고, 취침시각은 더 늦어지는 경향이 있었다.

학령기 중·고등학생 시기인 12~17세의 수면 시간은 평균적으로 7시간 28분 정도 되는 것으로 추정할 수 있다. 2008년 아동실태조사의 12~17세 평균수면시간 7.1시간보다는 다소 증가했다. 외국 청소년들(15~24세)의 평균 수면시간을 비교해보

면(BLS & ATUS, 2004; EUROSTAT & HETUS, 2005), 미국이 8시간 47분, 영국 8시간 36분, 핀란드 8시간 31분, 스웨덴 8시간 26분 등으로 외국에 비해 1시간 가량 적은 것으로 해석할 수 있다.

수면의 질과 관련된 질문에서 전반적으로 잘 자는 경우는 전체적으로 70.4% 정도였다. 대체로 수면을 잘 하는 연령층은 9~11세 연령층으로 81.7%의 응답률을 나타내었다.

개인별 수면시간을 살펴보면 6~8세의 총 수면 시간은 9시간 26분, 9~11세는 8시간 41분, 12~14세는 8시간, 15~17세는 6시간 58분으로 나타나 고등학생 시기로 가면서 수면시간이 줄어드는 것을 알 수 있었다.

2) 식습관

아침식사를 항상 하는 비율은 61.3%였고, 소득 수준별로 차이를 보였다. 기초수급가구와 차상위

가구의 아침식사비율은 절반이 못되는 것으로 나타났다. 지역별로는 대도시, 중소도시, 농어촌의 순으로 항상 아침을 먹는 비율이 높게 나타났다. 연령별로는 6~8세 연령층에서 항상 아침 식사하는 비율이 높고 이후 그 비율이 낮아지는 것으로 나타났다.

아침식사를 하지 않는 이유는 63.6%가 늦게 일어나서 시간이 없어서라고 응답하였다. 소득수준별로 분석했을 때 일반가구가 저소득가구보다 더 늦게 일어나서 시간이 없어서 아침을 못먹는 것으로 응답한 것을 알 수 있었다. 특히 농어촌 지역에서 더 두드러진 경향을 보였다.

항상 저녁식사를 하는 경우는 86.9%로 나타났다. 항상 저녁을 먹는 비율도 기초수급가구와 차상위가구가 일반가구보다 낮은 것으로 나타났다. 지역별로는 대도시지역의 저녁식사 비율이 높고 중소도시 농어촌 등은 낮아지는 경향을 보였다.

또한 아동의 인스턴트 식품 섭취현황은 우리나라 만 17세 미만 아동을 대상으로 주3회 이상 라면, 햄버거, 콜라 등 인스턴트 식품을 섭취하는지 여부로 측정하였다. 8세 이하 아동의 경우 주양육자가 응답하였으며, 9세 이상 아동은 스스로 응답하였다. 결과를 살펴보면, 우리나라 아동의 51.2%가 주 3회 이상 인스턴트 식품을 섭취하는 것으로 나타났다. 남자 아동일수록, 연령이 증가할수록, 일반가구의 아동일수록 그 비율이 높게 나타났다.

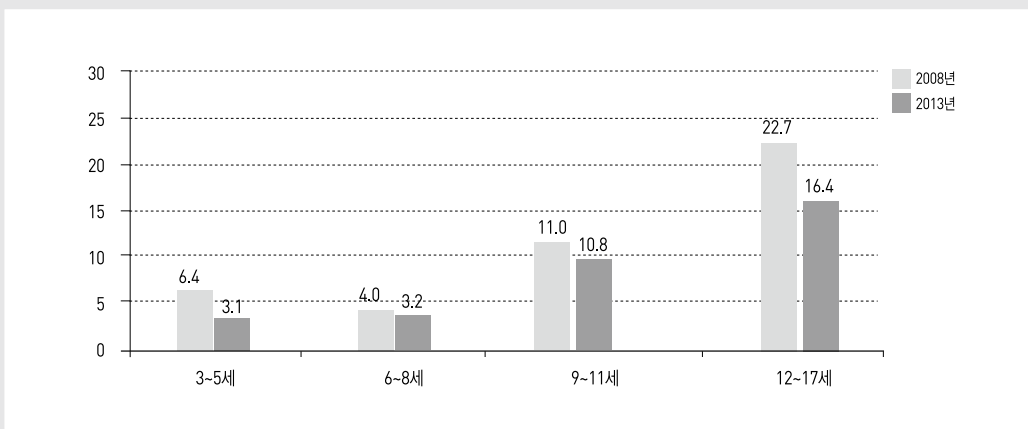
3) 신체활동

최근 일주일동안 30분 이상 운동을 한 평균 일수는 1.9일인 것으로 나타났고, 전체 아동의 34.0%정도만 주3일 이상 30분 이상 운동한 것을 알 수 있었다. 또한 31.2%는 하루도 운동을 하지 않은 것으로 나타났다.

운동 실시 일수로 보면, 남자의 운동일수가 여자

그림 2. 아동의 연령별 아침식사 결식률 변화

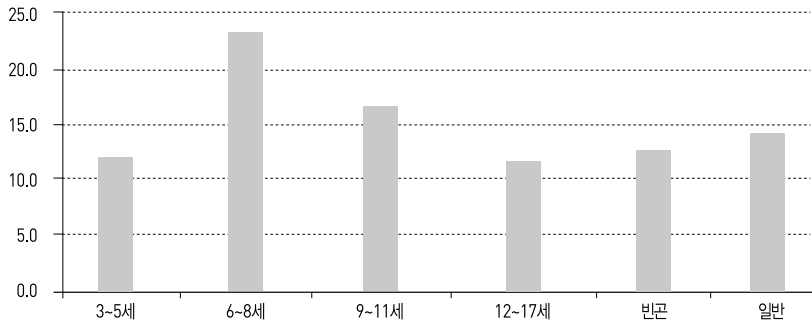
(단위: %)



자료: 보건복지부(2013), 아동종합실태조사, 한국보건사회연구원.

그림 3. 연령별 신체활동 현황

(단위: %)



주: 최근 7일간 30분이상 운동한 날이 5일이상인 아동 비율; 3~17세
 자료: 보건복지부(2013). 아동종합실태조사, 한국보건사회연구원.

보다 많았다. 연령별로는 6~8세의 운동일수가 가장 높았고 연령증가와 더불어 감소하는 경향을 보였다. 소득수준별로는 기초수급가구의 운동일수가 차상위가구 및 일반가구보다 낮게 나타났다. 지역별로는 대도시와 농어촌 아동의 운동일수가 상대적으로 많은 것으로 나타났다.

71.3%로 가장 높았다. 소득수준별로는 일반가구의 치과검진수검률이 62.6%로 가장 높았다. 지역별로는 대도시, 중소도시, 농어촌의 순서로 수검률이 높았다.

2008년 조사의 경우 9~11세는 70.5%의 치과검진 수검률을 보여서 다른 연령대에 비해서 가장 높았다. 소득간의 불균형보다는 지역별 격차가 크게 나타났고, 농어촌 지역의 치과검진 비율이 낮은 편이었다.

4. 의료이용

1) 건강검진과 치과검진

연간 건강검진 수검률은 48.5%였다. 차상위가구의 수검률이 높았고, 지역별로는 대도시와 농어촌의 수검률이 상대적으로 높았다. 연간 치과검진 수검률은 62.3%였다. 연령별로는 9~11세가

2) 예방접종

예방접종률은 필수항목을 모두 다했다는 비율이 94.4%로 높게 나타났다. 95%이상의 높은 접종률은 0세에서 11세까지 같은 경향을 보였다. 소

7) 2013년도 아동실태조사설문지의 설문항목에 표기된 필수예방접종 종류: 결핵(BCG피내용), B형간염, 뇌수막염(Hib), 소아마비(폴리오), 디프테리아 / 파상풍 / 백일해(DPT), 수두, 홍역 / 이하선염 / 풍진(MMR)

특수준별로는 기초수급가구에서 집중률이 낮았고, 지역별로는 농어촌에서의 집중률이 낮게 나타났다⁷⁾.

상대적으로 높게 나타났다.

3) 연간 응급실 이용

연간 응급실 이용경험은 전체적으로는 1.6%였다. 연령대별로는 0~2세가 2.9%로 가장 높았다. 주된 응급실 이용원인은 교통사고, 찢리거나 베임, 중독, 낙상, 추락 등 이었다. 소득수준별로는 기초수급가구와 차상위가구의 이용률이 높았다. 지역별로는 대도시지역의 응급의료 이용 경험률이 높았다. 연간응급실 이용경험자 중 그 원인은 교통사고가 13.6%로 상대적으로 높은 비율을 나타내었다. 주로 이용하는 보건의료기관은 지역 내 병원이 가장 높은 88.2%를 나타내었다. 농어촌지역에서는 보건소 이용비율이 상대적으로 높게 나타났다. 종합병원 및 대학병원이용률은 일반가구에서

5. 아동 주양육자의 특성

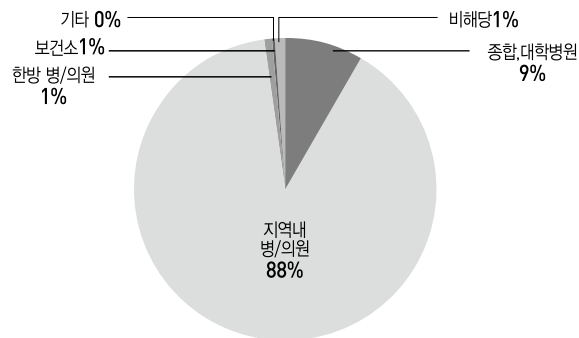
1) 주양육자의 건강수준

주양육자의 연간음주율은 61.5%정도로 거의 술을 마시지 않은 것으로 나타났다. 소득수준별로는 기초수급가구와 차상위가구 주양육자의 배우자에서 주간 음주율과 매일 음주율이 상대적으로 높은 경향이 있었다.

주양육자(부모) 본인의 흡연율은 약 4.9%였고, 주양육자의 배우자의 흡연율은 35.1%로 나타났다. 일반가구에서의 흡연율이 높았고, 지역별로는 중소도시에서의 흡연율이 높았다.

주양육자 본인이 흡연자인 경우 또는 배우자가 흡연자인 경우 가정 실내흡연율이 30%가 넘는 것

그림 4. 지역내 주로 이용하는 보건의료기관 현황



자료: 보건복지부(2013). 아동종합실태조사, 한국보건사회연구원.

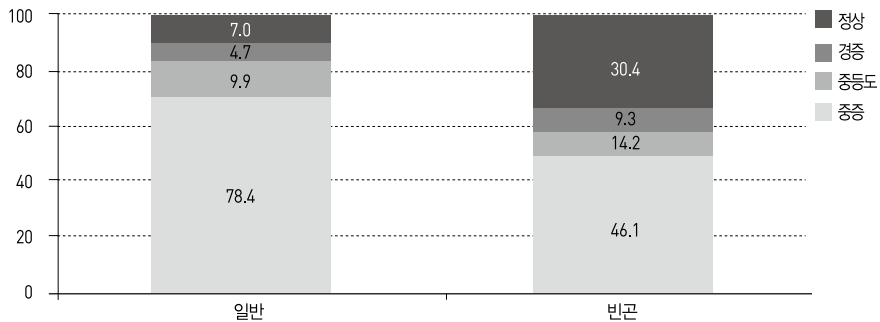
으로 보고되었다. 아동의 연령대별로 보면 9~11세와 12~17세 청소년 부모의 가정 실내 흡연율이 높게 나타났다. 차상위가구, 조손 및 한부모가족, 중소도시지역에서 가정의 실내에서 흡연을 한다고 응답한 비율이 높게 나타났다.

2) 주양육자의 우울수준

부모의 우울감의 정도는 11개 문항으로 이루어진 한국판 역학연구센터 우울척도(Center for Epidemiological Studies Depression, CES-D)를 사용하여 측정되었고, 17세 미만 모든 아동의 주양육자를 대상으로 조사되었다. 주양육자의 평균 우울수준은 5.65점으로 나옴, 2012년 복지패널에

서 나타난 성인의 우울수준 5.1점과 유사하였다. 주양육자의 우울수준은 아동의 연령이 높을수록, 소득수준이 낮을수록, 중소도시나 농어촌에 거주할수록, 한부모 및 조손가정일수록 높게 나타났다. 60점 환산 점수 기준 16점 이상인 우울증이 의심되는⁸⁾ 주양육자의 비율은 22.9%, 25점 이상인 중증우울증이 의심되는 주양육자 비율은 전체 주양육자 중 7.9%로 나타나 2012년 정신질환실태 역학조사에서 나타난 우울증 유병률 6.7%과 유사하게 나타났다. 중증우울증이 의심되는 주양육자 비율은 소득수준이 낮은 가구에서 높게 나타났다. 주양육자의 우울감이 높을수록 가족관계가 나빠지며, 아이와 함께 놀아주는 시간이 적고, 아동방임과도 밀접한 연관이 있는 것으로 나타났다. 주양육자의

그림 5. 17세 미만 아동 주양육자의 소득수준별 우울증 의심군 유형 구성 비율



자료: 보건복지부(2013). 아동종합실태조사, 한국보건사회연구원.

8) 우울수준을 측정하는 CES-D 척도는 원래 20문항으로 이루어져 있으나, 조사의 용이성을 위해 주로 11문항으로 이루어진 척도로 활용되고 있음. 11문항 CES-D 척도역시 신뢰도 및 타당도가 높은 것으로 기존 연구에서 보고하고 있음. 20문항 척도를 바탕으로 계산된 우울수준 총점이 16점보다 높으면 우울증을 의심할 수 있음. 따라서 본 조사에서 사용한 11문항의 우울총점에 20/11을 곱하여(60점 만점으로 환산) 우울증 의심군(경증, 중등도, 중증 우울증 의심군)을 계산하였음. 구체적으로 16점 이상 20점 이하인 경우 경증우울증, 21점 이상 24점 이하인 경우 중등도 우울증, 25점 이상인 경우 중증 우울증 의심군으로 계산함.

우울감과 같은 정신건강 상태는 아동의 건강한 성장발달에 영향을 미치므로, 아동 개인 뿐 아니라 가족에 대한 접근 역시 포괄적으로 이루어져야 할 필요가 있다.

3) 안전

아동의 안전습관 실태조사결과 영유아기에 아동의 질식위험을 높일 수 있는 물질에 대한 방치비율은 18.7%로 나타났으며 이는 0~2세의 영아에 비해 3~5세의 유아가 높게 나타났다. 카시트 사용에 대해서는 사용하고 있다는 응답은 0~2세 69.8%, 3~5세 60.5%로 나타났다. 2008년 조사시 0~2세 아동의 31.5%, 3~5세 아동의 51.9%만이 카시트를 사용하고 있다는 응답에 비해 많이 상승하였으며 0~2세의 경우는 확연히 상승하였다.

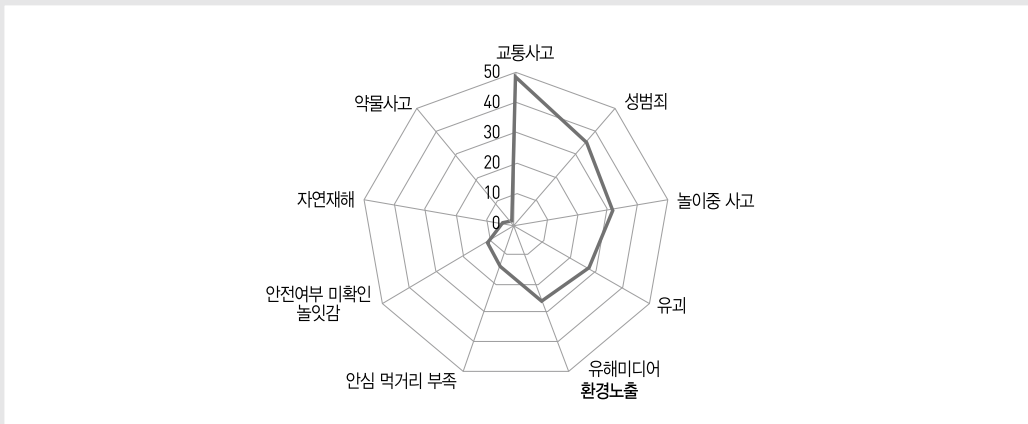
약품, 뜨거운 물, 화기 등 위험한 물건이 아이의

손이 닿지 않는 곳에 보관하고 있는지에 대해서는 0~5세 아동 양육자의 84.4%가 닿지 않는 곳에 보관하지 않고 있다고 응답하였다. 이는 성별에 따라서는 남아의 주양육자가 위험한 물건을 방치하는 비율이 낮았으며, 연령별로는 0~5세 아동 주양육자보다 6~8세 아동 주양육자가 위험한 물건 방치 비율이 조금 낮게 나타났다. 소득별로는 위험한 물건이 아동의 손에 닿지 않는 곳에 보관한다는 응답률이 일반가구(84.6%)가 기초수급가구(78.5%)와 차상위가구(76.9%)에 비하여 높게 나타났으며, 지역별로는 농어촌(90.4%)이 대도시(82.5%), 중소도시(85.3%)에 비해 높게 나타났다.

자녀의 안전에서 가장 걱정되는 부분 1순위는 교통사고가 30.8%로 가장 높게 나타났으며, 성범죄 17.5%, 놀이중 사고 16.8%, 유괴 13.0%, 유해미디어 노출 12.3%의 순으로 높게 나타났으며 안심먹거리 4.3%, 안전여부 미확인 놀잇감 3.8%, 자

그림 6. 아동의 안전에 대하여 가장 우려되는 분야

(단위: %)



주: 아동의 안전관련 1, 2순위 종합한 순위
 자료: 보건복지부(2013). 아동종합실태조사, 한국보건사회연구원.

연재해 0.8%, 약물사고 0.8%는 비교적 낮은 수준을 보였다. 이러한 결과는 성별에 따라 다소 다른 경향을 보였는데 특히 성범죄의 경우 남아의 양육자인 경우 7.3%로 다른 안전사고에 비해 낮게 응답한 반면, 여아의 양육자인 경우 성범죄가 28.5%로 교통사고 26.9%보다도 높아 모든 안전사고 유형 중에서 가장 걱정되는 안전으로 나타났다.

소득수준에 따라 비교해 보면 전체적인 응답양상은 비슷하였으나 소득이 높아질수록 유괴에 대해 걱정하는 응답이 높았으며 반대로 성범죄에 대해서는 소득이 낮을수록 걱정하는 응답이 높았다. 지역별로는 농어촌의 경우 놀이 중 사고에 대해 걱정하는 응답률(20.4%)이 다른 지역보다 높았으며, 유괴에 대해서는 낮게 나타났다. 중소도시의 거주자는 성범죄에 대한 걱정률이 21.5%로 대도시(13.4%)나, 농어촌(13.2%)에 비해 성범죄에 대한 걱정이 확연히 높은 것으로 보고되었다.

6. 나가며

2013년 아동실태조사 결과 전반적으로 아동의 건강지표들은 긍정적인 것으로 해석할 수 있었다. 그러나 성인 인구에서 만성질환과 같은 생활습관병이 증가하고 있기 때문에 아동기에 신체활동의 증가 등 건강생활을 위한 예방적 정책지원이 더 많이 필요하다는 것을 알 수 있다. 불균형적인 식습

관, 운동부족 등으로 성인기에 만성질환위험요인이 증가할 가능성이 있다. 우리나라 아동의 비만수준은 다른 국가와 비교했을 때 비교적 낮은 수준에 속하지만, 국내연구결과에 의하면 빈곤층 아동의 저체중 및 비만현상이 심각하다고 보고되고 있다. 따라서 빈곤층 아동의 정상적인 발육발달을 위한 적극적으로 대책이 다양한 경로로 지원되어야 할 것이다.

신체건강과 관련하여 특히 우려되는 점은 안경 착용률이 청소년후기에 현격히 증가하는 데 있다. 안경착용 예방을 위하여 바람직한 영양섭취와 신체활동을 늘릴 수 있는 여러 가지 기회와 서비스를 개발해야 할 것이다.

질병의 치료를 위한 의료서비스 이용은 소득수준과 큰 차이를 보이지 않고 전체 아동이 전반적으로 병원을 많이 이용하는 것으로 나타난 것은 바람직한 현상이지만 의료자원이 적은 지역의 접근성을 확대하기 위한 노력이 계속 필요하다.

아동의 신체건강증진뿐만 아니라 정신적인 건강증진을 위해서도 주양육자에 대한 지원도 필요하다. 우울증이나 흡연, 음주와 같은 건강위험행동을 지속적으로 모니터링하고 건강증진을 위한 서비스 접근성을 높이도록 해야 할 것이다. 끝으로 아동이 안전하게 생활할 수 있는 환경의 조성을 위해서는 건설교통분야와 환경분야, 보건복지분야의 협업이 필수적이다. 중장기적인 목표를 공유하여 건강하고 안전한 환경조성을 위한 지속가능한 정책이 마련되어야 할 것이다. ■