

연구보고서 2008-24-2

드림스타트의 건강영향평가

Health Impact Assessment of the Dream Start

강은정

노정미

김효진

임성은

방미란

한국보건사회연구원

드림스타트의 건강영향평가

연구보고서 2008-24-2

| | |
|-------|---|
| 발행일 | 2008년 12월 |
| 저자 | 강은정 외 |
| 발행인 | 김용하 |
| 발행처 | 한국보건사회연구원 |
| 주소 | 서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705) |
| 전화 | 대표전화: 02) 380-8000 |
| 홈페이지 | http://www.kihasa.re.kr |
| 등록인쇄처 | 1994년 7월 1일 (제8-142호) 대명기획 |
| 가격 | 7,000원 |

© 한국보건사회연구원 2008

ISBN 978-89-8187-531-2 93510

머 리 말

과거에는 건강을 향상시킬 수 있는 수단은 보건의료제도에 국한되었다고 보는 관점이 지배적이었다. 그러나 개인을 둘러싼 사회경제적 환경 및 보건의료제도 이외의 제도에 의해서도 개인의 건강이 긍정적 혹은 부정적인 영향을 받을 수 있다는 증거들이 점차 축적되면서 사회적 건강결정요인의 중요성에 눈을 돌리게 되었다.

건강영향평가는 사회적 건강결정요인의 건강에 미치는 영향의 정도와 인구 집단 간의 그 분포의 차이를 평가함으로써 궁극적으로 개인의 건강 수준을 향상함을 목적으로 한다. 이러한 점에서 건강영향평가는 세계보건기구의 오타와 선언에서 주창된 ‘건강한 공공정책’을 실현하고자 하는 것과 맥락을 같이 한다고도 볼 수 있다. 즉, 모든 분야의 공공정책, 사업, 계획 등은 건강에 영향을 미칠 수 있으며 따라서 이들 정책이 결정되는 과정에서 그것이 건강에 미치는 영향을 고려해야 한다는 것이다.

이와 같이 건강영향평가는 국민의 건강증진을 위해 매우 중요한 수단임에도 불구하고 국내에서의 연구는 외국 사례 연구를 중심으로 한 문헌 검토 단계에 머물러 있었다. 즉, 건강영향평가의 사례가 없으며 따라서 국내 현실에 맞는 실질적인 사업 수행 지침을 마련하는데 한계가 있었다. 이에 2008년 ‘건강영향평가시스템 구축 및 운영’ 사업에서는 이러한 과거의 국내 연구 성과와 정책적 필요성과의 간격을 메우기 위하여 건강영향평가 시범사업을 통해 실질적인 사업의 지침을 마련하기 위한 기초를 닦고자 하였다.

본 사업은 새 정부의 5개 국정지표 핵심과제의 하나인 드림스타트사업이 시범사업 단계에서 정규사업으로 확정되고 또한 사업지역이 전국으로

확대되기 전에 이 사업이 아동의 건강에 미치는 영향을 평가해 봄으로써 보다 향상된 사업을 개발하는데 도움을 주고자 하였다. 이 사업은 복지 분야의 사업에 대한 건강영향평가의 예로서 국내 건강영향평가 사업의 모형으로 활용될 수 있는 가치가 있을 것으로 본다.

국내에서 처음 이루어지는 연구라 어려움이 많았음에도 불구하고 사업을 마무리한 강은정 부연구위원, 노정미 연구원, 김효진 선임연구원, 임성은 선임연구원, 방미란 연구원 등 연구진께 감사하며, 연구에 협조를 아끼지 않은 드림스타트센터 및 드림스타트지원단, 그리고 자문 위원으로 수고해 주신 연세대 김희순 교수, 대구가톨릭대 박순우 교수, 연구원내 김혜련 연구위원, 서미경 연구위원께 감사를 드린다. 끝으로 본 연구의 내용은 저자의 의견임을 밝히고자 한다.

2008년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 하

목 차

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| Abstract | 1 |
| 요 약 | 5 |
| I. 서론 | 8 |
| 1. 건강영향평가의 소개 | 8 |
| 2. 드림스타트 사업의 개요 | 19 |
| 3. 아동 건강지표 및 건강결정요인 | 28 |
| 4. 경제적 어려움이 건강에 미치는 영향에 대한 경로 | 35 |
| 5. 드림스타트의 건강영향평가의 배경 및 필요성 | 36 |
| II. 드림스타트 사업의 건강영향평가 방법 | 37 |
| 1. 건강영향평가 운영위원회의 구성 | 37 |
| 2. 스크리닝 | 37 |
| 3. 스코핑 | 41 |
| III. 대상 인구 및 지역의 특성 | 48 |
| 1. 대상 인구의 특성 | 48 |
| 2. 대상 지역의 특성 | 70 |

| | |
|--|------------|
| IV. 건강영향평가 결과 | 85 |
| 1. 드림스타트사업의 정책 분석 | 85 |
| 2. 아동 학대 | 96 |
| 3. 산전관리 | 107 |
| 4. 예방접종 | 113 |
| 5. 영양 | 119 |
| 6. 보건의료서비스 접근성 | 125 |
| 7. 평가 종합 및 건강 영향의 우선순위 | 129 |
| | |
| V. 드림스타트사업의 건강영향평가에 대한 평가 | 133 |
| 1. 건강영향평가에 대한 평가 방법 | 133 |
| 2. 드림스타트사업의 건강영향평가에 대한 평가 결과 | 133 |
| 3. 제언 | 135 |
| | |
| VI. 결론 | 136 |
| | |
| 참고문헌 | 137 |
| | |
| 부 록 | 145 |

표 목차

| | |
|---|----|
| 〈표 1- 1〉 건강에 영향을 미치는 주요 범주 및 요소 | 14 |
| 〈표 1- 2〉 잠재적 건강 영향 구체화 양식 | 16 |
| 〈표 1- 3〉 빈곤아동수 추이(1998~2006년) | 20 |
| 〈표 1- 4〉 드림스타트 센터(전국 32개소) | 23 |
| 〈표 1- 5〉 드림스타트 대상아동 구분 | 25 |
| 〈표 1- 6〉 아동의 대표적 건강지표 | 30 |
| 〈표 1- 7〉 아동의 건강결정요인 | 33 |
| 〈표 2- 1〉 UK Department of Health의 스크리닝 도구 | 38 |
| 〈표 2- 2〉 적합한 HIA의 형태 선택 | 40 |
| 〈표 2- 3〉 수집해야 할 증거의 유형 | 43 |
| 〈표 3- 1〉 대상 아동의 인구학적 특성 | 48 |
| 〈표 3- 2〉 대상 가구원의 인구학적 특성 | 50 |
| 〈표 3- 3〉 대상 가구의 인구학적 특성 | 52 |
| 〈표 3- 4〉 대상 가구의 경제환경 및 주거환경 | 53 |
| 〈표 3- 5〉 가구 위험사정 결과 | 55 |
| 〈표 3- 6〉 가구 위험사정 결과 | 57 |
| 〈표 3- 7〉 가구원의 건강상태 | 58 |
| 〈표 3- 8〉 주 양육자의 정신건강상태 : 우울(지난 1달 기준) | 59 |
| 〈표 3- 9〉 주 양육자의 정신건강상태 : 자기통제감(지난 1달 기준) | 60 |
| 〈표 3-10〉 주 양육자의 정신건강상태 : 우울(지난 1달 기준) | 61 |
| 〈표 3-11〉 주 양육자의 정신건강상태 : 자기통제감(지난 1달 기준) | 61 |
| 〈표 3-12〉 주 양육자의 정신건강상태 : 우울(지난 1달 기준) | 62 |

| | |
|---|-----|
| 〈표 3-13〉 주 양육자의 정신건강상태 : 자기통제감(지난 1달 기준) …… | 63 |
| 〈표 3-14〉 대상 아동의 건강상태 …… | 64 |
| 〈표 3-15〉 대상 아동의 발달상태 …… | 67 |
| 〈표 3-16〉 대상 아동의 건강행태: 고학년 아동 대상 …… | 69 |
| 〈표 3-17〉 경제활동인구(구직기간 4주 기준, 2008년 9월) …… | 71 |
| 〈표 3-18〉 산업별 경제활동인구 …… | 72 |
| 〈표 3-19〉 자동차등록현황 …… | 74 |
| 〈표 3-20〉 주택보급 …… | 75 |
| 〈표 3-21〉 의료시설 …… | 76 |
| 〈표 3-22〉 의료 인력 및 의사 1인당 인구 …… | 77 |
| 〈표 3-23〉 의약품 판매업소 …… | 78 |
| 〈표 3-24〉 보건소 현황 …… | 78 |
| 〈표 3-25〉 문화 공간 …… | 79 |
| 〈표 3-26〉 체육시설 …… | 80 |
| 〈표 3-27〉 환경 오염물질 배출 시설 …… | 82 |
| 〈표 3-28〉 상수도 보급 현황 …… | 83 |
| 〈표 3-29〉 하수도 보급 …… | 83 |
| 〈표 3-30〉 생활폐기물 발생량 …… | 84 |
| 〈표 4- 1〉 외국의 스타트 사업 …… | 89 |
| 〈표 4- 2〉 국내의 빈곤아동지원정책 …… | 94 |
| 〈표 4- 3〉 세계보건기구의 생태학적 요소별 성장단계별 아동학대 예방 프로그램 …… | 97 |
| 〈표 4- 4〉 드림스타트사업 실시 전후의 아동 학대 빈도의 변화: 보호자 설문 결과 …… | 99 |
| 〈표 4- 5〉 드림스타트 사업 실시 전후의 아동 학대 빈도의 변화: 고학년 아동 설문 결과 …… | 101 |

| | | |
|----------|---|-----|
| 〈표 4-6〉 | 산전관리 실태 | 110 |
| 〈표 4-7〉 | 사회적인 관점에서의 예방접종의 경제적 가치 | 113 |
| 〈표 4-8〉 | 표준 예방접종 일정표 | 114 |
| 〈표 4-9〉 | 예방접종 기록 보유 현황 | 116 |
| 〈표 4-10〉 | 대상 아동의 생후 6개월까지 수유 형태 | 120 |
| 〈표 4-11〉 | 드림스타트사업 전후의 식생활습관의 변화: 1세 이상 아동 대상 | 122 |
| 〈표 4-12〉 | 보건의료서비스 접근성 현황 | 126 |
| 〈표 4-13〉 | 보건의료서비스를 받지 못하거나 늦게 받은 이유 | 127 |
| 〈표 4-14〉 | 영향의 우선순위 결정 매트릭스 | 132 |

그림목차

| | | |
|----------|------------------------------------|----|
| [그림 1-1] | 건강영향평가의 절차 | 9 |
| [그림 1-2] | 아동기 빈곤의 영향: 드림스타트 사업의 이론적 근거 | 21 |
| [그림 1-3] | 드림스타트 사업의 목표와 방향 | 23 |
| [그림 1-4] | 드림스타트 사업추진전략 | 24 |
| [그림 1-5] | 드림스타트 사업추진체계도 | 26 |
| [그림 1-6] | 아동의 건강 및 발달 모형 | 28 |
| [그림 1-7] | 경제적 어려움이 아동의 건강에 미치는 경로 | 35 |

Abstract

1. Purpose

- To suggest a health impact assessment model for welfare programs
- To help the policy makers and field staff who are involved in the Dream Start program for planning its program content and methods

2. Methods

- Setting a steering committee which consisted of the health impact assessment research team, experts, and the Dream Start management center staff
- screening-scoping-appraisal-HIA process evaluation
- Appraisal
 - Program for HIA: Three Dream Start centers' 2008 Dream Start plans
 - Appraisal items: prenatal care, vaccination, nutrition, access to health care services, and child abuse
 - Appraisal methods: literature review, community profiling, focus group meetings with field staff and parents, interview survey and secondary data analysis

3. HIA results: Suggestions on the Dream Start program

- The Dream Start was expected to have positive effects on children's health, but improvements were needed to maximize its positive effects.
- Prenatal care
 - Abstinence educations for smoking and drinking during pregnancy; Provisions of programs for smoking cessation and cutting down drinking
 - Only 50% of the infants received the inborn error of metabolism test and therefore educations on the importance of this test and a connection with the public health center for free tests are needed.
 - Economic support for regular prenatal examinations and nutrition supplement provision along with health education from a nurse is needed.
- Vaccination
 - Education on the importance of timely vaccinations and keeping the vaccination history card is needed.
 - An alert system is needed to notify the free vaccination services provided by the public health centers and the vaccination schedule for each child.
 - Lest the parents should miss the timely vaccination period due to the long distance to the public health center and the long waiting time at the public health center, vaccination at the community center or the Dream Start center or vaccination vouchers can be considered.
 - Financial support for high cost vaccinations such as A-type hepatitis, pneumococcus needs to be expanded.

- Nutrition
 - Dinner program needs to be expanded to breakfast to reduce the breakfast missing rate.
 - A continuing education program is needed for the health staff in the Dream Start center to have expertise in nutrition
 - When the center provides any foods, a monitoring is needed to check if the food is taken by the child and if there are any food allergy problems along with nutrition education.
 - A nutrition education for children is needed.
 - A cooking class for parents is needed on nutritious snacks, nutritious menu, and cooking methods.
- Access to health care services
 - A training program for the Dream Start staff on the importance of the access to health care services and the connection with available health care resources is needed.
 - A standing system is needed to provide information on the health care facilities cooperated with the Dream Start center, health care cost comparison results, and list of guardians available when the parent is unable to take the child to a health care facility.
 - A support for family members with chronic diseases is also needed.
- Child abuse
 - Let alone the case management service, more prevention-oriented programs need to be provided for the entire Dream Start children and their families.
 - Trust toward the Dream Start should first be established.
 - A comprehensive approach is needed for the family of an abused child

4

including mental health services and treatments

4. Importance and Application

- First health impact assessment demonstration project from the perspective of social determinants of health in Korea
- A model of health impact assessment for welfare programs
- Useful for developing the 2009 Dream Start guidelines

요 약

1. 연구 목표

- 지금까지 외국에서 이루어진 건강영향평가 모형에 관한 연구에서 제시된 모형 가운데 우리나라에 적합한 모형 탐색
- 향후 드림스타트사업의 내용과 방법을 계획하는데 정책결정자 및 실무책임자들에게 도움을 주고자 함.

2. 연구 방법

- 운영위원회 구성(전문가, 연구진, 드림스타트지원단)
- 스크리닝-스코핑-평가수행-HIA 과정 평가
- 과업지서서 작성
 - 평가 대상: 3개 센터의 2008년 드림스타트사업
 - 평가 내용: 산전관리, 예방접종, 영양, 보건의료서비스 접근성, 아동학대
 - 평가 방법: 문헌고찰, 지역사회 프로파일 구성, 현장 직원 및 양육자 포커스 그룹, 설문조사 및 이차자료 분석

3. 건강영향평가 결과-드림스타트에 대한 제언

- 드림스타트가 건강에 긍정적인 영향을 줄 것으로 예상되지만 긍정적인 영향을 극대화하기 위해서는 개선 필요
- 산전관리

6 드림스타트의 건강영향평가

- 임신 중 흡연, 음주를 하지 않도록 교육하고 금연, 절주 서비스 제공
- 선천성대사이상검사를 받는 임부의 비율이 약 50%에 그쳐서 이에 대한 교육과 보건소의 무료 검사로의 연계 필요
- 정기적인 산전 진찰을 위한 경제적인 지원, 영양제 보급과 같은 물질적 지원과 함께 간호사를 통한 보건교육(리플렛 보다는 면담)
- 예방접종
 - 적기 예방접종의 중요성에 대한 교육(예방접종기록 카드 보관 포함)
 - 보건소 무료 예방접종 시기에 대한 안내. 아동별로 접종 시기를 알려주는 ‘알림 서비스’를 제공
 - 보건소까지의 거리와 대기시간 때문에 시기를 놓치는 일이 없도록 센터나 주민자치센터에서 보건소 직원이 예방접종을 하거나 예방접종 바우처 제공
 - A형 간염, 폐구균 예방접종과 같이 본인부담액이 높은 접종에 대한 의료비 지원 확대
- 영양
 - 아침 결식률을 낮추기 위해 석식 프로그램을 아침 식사까지 연장
 - 센터의 건강 담당자들이 영양에 대해 전문 지식을 갖도록 보수교육 제공
 - 식품을 지급하였을 때는 그것이 아동에 의해 섭취되었는지, 알레르기과 같은 문제는 없는지를 모니터링 하고 이 때 영양 교육도 병행하여 실시
 - 아동을 대상으로 영양 교육 실시
 - 양육자를 대상으로 영양 간식, 영양 식단과 조리법에 대한 교육
- 보건의료서비스 접근성
 - 보건의료서비스의 접근성에 대한 중요성과 가용한 지역사회 의료자원으로의 연계에 대한 직원 교육 필요

- 센터와 연계한 병의원의 주소와 연락처, 의료비 비교 자료 제공, 보호자 동행 불가 시 동행해 줄 사람 연계 등 상시적인 체계 마련
 - 만성질환을 가진 가족들에 대한 지원 대책도 마련
- 아동학대
- 아동학대에 대하여 사례관리뿐만 아니라 예방을 위해 전체 아동 및 가족을 대상으로 한 프로그램의 개발과 제공 필요
 - 드림스타트사업에 대한 신뢰 구축이 선행
 - 아동학대를 경험하고 있는 가정을 위해서 정신건강을 포함한 보다 다양한 치료(놀이, 미술, 음악, 정신)를 제공하는 통합적 접근이 필요

4. 의의 및 활용 방안

- 사회적 건강결정요인이라는 관점에서 수행된 국내 최초의 건강영향평가 시범사업
- 복지 사업의 건강영향평가 모델로 활용
- 2009년 드림스타트사업 지침 개발 및 각 센터의 사업 계획에 활용

I. 서론

1. 건강영향평가의 소개

가. 건강영향평가의 개념

건강영향평가란 정책, 프로그램 혹은 사업을 인구집단의 건강에 대한 잠재적인 영향과 인구집단 내에서 이러한 영향의 분포에 관하여 판단할 수 있도록 하는 과정, 방법, 수단의 조합을 말한다(Gothenberg Consensus Paper, 1999).

건강영향평가의 중요한 두 가지 구성 요소는 첫째, 서로 다른 정책 대안들의 건강에 미치는 영향이 정확한 예견이고, 둘째, 정책 결정 과정에서 건강에 대한 영향이 고려되도록 하는 것이다.

나. 건강영향평가의 목적

건강영향평가의 목적은 정책 혹은 프로그램의 잠재적인 영향에 대한 지식을 향상시키고, 의사 결정자들과 영향을 받는 인구집단에게 알리며, 부정적 영향은 최소화하고 긍정적 영향은 최대화하도록 제안된 정책을 수정하도록 하는 것이다(Gothenberg Consensus Paper, 1999). 이 내용을 요약하면,

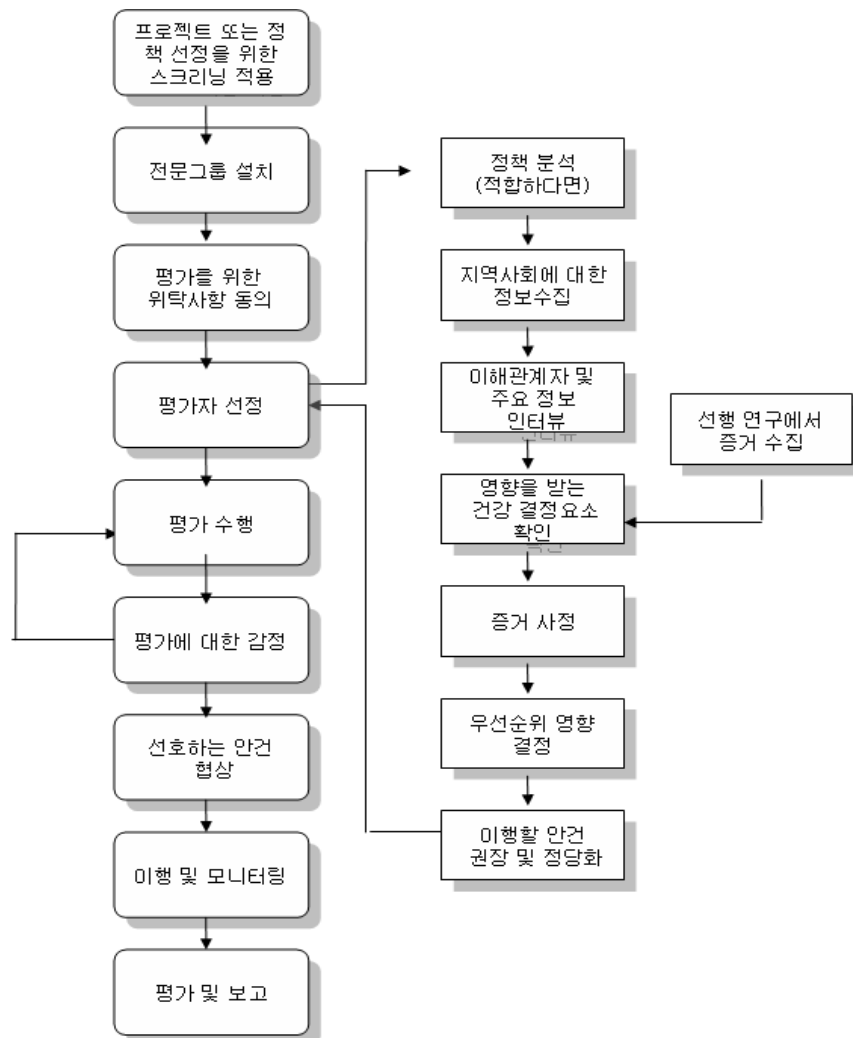
- * 건강 영향에 대한 예측(prediction)
- * 다양한 이해집단의 참여(participation)
- * 제안된 정책의 수정(informing)

이 핵심 요소임을 알 수 있다.

다. 건강영향평가의 절차

Merseyside 건강영향평가 지침이 제시하는 건강영향평가의 절차는 [그림 1-1]과 같다(Scott-Samuel, Birley, Arden, 2001).

[그림 1-1] 건강영향평가의 절차



[그림 1-1]은 건강영향평가의 절차가 왼쪽에 나열된 과정과 오른쪽에 나열된 방법으로 구성되는 것을 보여준다. 과정은 건강영향평가 실행을 위한 큰 틀 혹은 흐름이라면, 방법은 그것을 수행해내는 체계라고 볼 수 있다. 건강영향평가의 과정은 스크리닝, 평가를 위한 정책이나 프로젝트 선정, 전문가 집단과 과업지시서 작성, 건강영향평가, 대안의 우선순위 협상, 건강영향평가 모니터링 및 과정 및 결과 평가, 지속적인 검토를 할 수 있는 피드백 제공을 포함한다. 한편 건강영향평가의 방법에는 정책 분석, 영향을 받는 지역 및 지역사회의 프로파일링, 이해관계자들을 통한 예상되는 잠재적인 건강 문제 파악, 예상되는 건강 문제들의 중요성, 크기 등의 평가, 건강 문제를 발전시키거나 완화시킬 수 있는 대안 및 권고사항 고려가 포함된다.

1) 과정(PROCEDURES)

가) 스크리닝

스크리닝은 프로젝트, 프로그램이나 정책이 건강영향평가를 필요로 하는가를 판단하는 과정이다. 이것은 법으로 정해진 경우도 있지만 그렇지 않은 경우도 있다. 예를 들어, 우리나라의 경우 2010년부터 환경영향평가에 건강영향평가를 포함하도록 환경보건법에 명시가 되어 있기 때문에 환경영향평가의 대상이 되는 모든 사업들은 건강영향평가의 대상이 될 것이다.

법적인 의무와 관계없이 건강영향평가를 진행하고자 할 때도 자원의 한계를 고려할 때 건강영향평가의 실시는 그 타당성을 보여줄 필요가 있다. 그리하여 건강 영향이 무시할만한 수준이거나 반대로 건강 영향이 잘 예견되지만 통상적인 조치로 쉽게 통제할 수 있는 경우는 건강영향평가가 필요하지 않은 경우이다.

나) 운영위원회 구성 및 과업지시서 작성

스크리닝에 따라 프로젝트가 결정이 되면, 다양한 분야의 전문가를 포함한 운영위원회를 구성하고 프로젝트 개발을 제안하고 보완하기 위한 건강영향평가 과업지시서(terms of reference)를 작성하게 된다.

과업지시서의 목적은 사업 수행에 있어 반드시 포함되어야 할 과정을 명시하여 과업 수행의 질을 보장하기 위함이다. 과업지시서는 각 사업의 성격에 따라 작성되어야 하지만 대개 다음의 공통적인 요소들을 포함한다¹⁾.

1. 고려해야 할 잠재적인 건강 영향
 - 모든 건강 영향 확인
 - 논의될 필요가 있는 중요한 영향이나 그렇지 않은 영향 확인
2. 경계 지정
 - 시간 범위
 - 지리적 경계
 - 영향 받는 인구집단
 - 연령이나 임신 등 특별히 관심을 가져야 하는 대상에 대한 구별 제시
3. 참여할 필요가 있는 이해 당사자들의 파악
4. 제안자, 보건 전문가, 다른 이해 당사자들 간의 위험 평가의 세부사항 동의
5. 기타
 - 운영위원회의 구성원 명단, 역할
 - 운영위원회에 주는 피드백의 내용 및 빈도
 - 제안서의 비타협적 측면
 - 목적과 목표
 - 건강영향평가를 지탱하는 가치

1) 참고자료: enHEALTH. (2001). HIA Guideline., WHO, MOE, KEI. (2007). National workshop on Health Impact Assessment., Mindell J. 등, Heller J 등 (2007)

- 건강영향평가의 배경되는 정보
- 위험도 평가에 적용될 방법
- 시간계획
- 관리 준비 상태
- 작업 프로그램
- 이용 가능한 자원과 필요로 하는 자원
- 영향을 미칠 의사결정 포럼
- 모니터링과 평가계획 등

다) 선호하는 대안의 선정을 위한 협상

HIA가 수행되면, 여러 대안들이 고려된다. 명백히 가장 좋은 것으로 고려되었다고 하더라도 그것을 자동적으로 받아들여서는 안 된다. 정치적으로 긴급한 것들을 고려하고, 전문가 그룹을 배제 혹은 포함하여 최종적으로 결정할 것이다. 다른 이해당사자들 사이의 의견 대립이나 힘의 부조화도 중요하다. 이런 경우에는 운영위원회의 대표나 구성원의 리더십이 중요하다.

라) 이행, 모니터링과 평가

건강영향평가는 이행 뒤에 그 결과를 모니터링하고 평가하여 그 사업의 지속 여부를 결정하게 된다는 점에서 감사 주기와 유사하게 볼 수 있다. 모니터링을 위한 지표나 방법은 프로젝트의 성격과 내용뿐 아니라 인지된 평가의 정도에도 의존한다. 만약 중요한 자원이 활용 가능하다면 모니터링은 활용 가능한 지표를 수집하고 설명하는 것 뿐 아니라 건강영향평가의 일부를 반복하게 할 수 있도록 해야 한다.

결과 평가는 역설적이지만 건강영향평가의 성공 정도에 따라 제약을 받는다: 성공적으로 회피한 부정적인 영향(혹은 성공적으로 강화된 약한 긍정적 영향)은 명확하게 확인하기 어렵다. 원래 제안된 계획에 따른 결과

와 실제 이행된 프로젝트의 결과를 비교할 수 있다면 그렇게 해야 한다. 타당성을 높이기 위해 가능한 사실 다각화(triangulation)와 같은 다중 사정 방법(multi-method assessments)을 사용할 필요가 있다.

과정 평가는 건강영향평가의 과정이 당초 운영위원회에 의해 작성된 과업시지서를 얼마나 잘 따랐는지, 그리고 건강영향평가에서 제안된 권고사항을 이행한 정도를 평가하는 것이다.

2) 방법(METHODS)

가) 정책분석

정책에 대한 건강영향평가는 건강영향평가가 다루어야 할 주요한 측면들을 결정하기 위해 초기 정책 분석이 필요하다. 여기서는 초기 정책 개발에서 이미 만들어진 자료를 사용한다. 정책의 주된 측면에는 그 정책이 실행되는 정치사회적 맥락 및 정책적 맥락; 정책의 목적, 우선순위, 의도한 결과; 트레이드오프, 정책의 효과성을 결정할 수 있는 결정적인 사회문화적 영향 등이 포함된다.

나) 영향을 받는 지역 및 지역사회에 대한 정보 수집

프로젝트의 영향을 받을 수 있는 지역과 지역사회의 프로파일을 사회인구적인 자료와 건강 자료, 주요 정보원으로부터의 의견 등을 통해 작성해야 한다. 이 때 취약집단에 대한 특별한 관심이 필요하다.

다) 이해관계자 및 주요 정보자와의 면담

잠재적인 건강 영향의 포괄적인 그림을 그리고자 한다면 많은 이해관계자들을 참여시킬 필요가 있다. 이해관계자들(프로젝트 수행에 관련된 자나 직접적으로 프로젝트의 영향을 받는 사람)과 주요 정보자(프로젝트와 그것의 결과

에 관련된 지식이나 정보를 가지고 있으며 프로젝트에서 책임적인 역할을 수행하는 사람)들이 필요하다. 그 지역의 관심과 염려를 반영하고 사회정의라는 윤리적 관점에서 건강영향평가의 과정에서의 대중의 참여는 필수적이다.

사업에 따라 이해관계자의 정의가 달라지겠지만 일반적으로 다음을 포함한다.

- * 영향을 받는 지역사회의 대표
- * 프로젝트의 제안자
- * 프로젝트와 연관된 지식을 지닌 전문가
- * 건강 관련 전문가 (의료인, 사회복지사 등)
- * 연관된 시민 단체
- * 주요 정책 결정자

라) 잠재적 긍정/부정 영향인자 확인

건강영향평가에서 확인되는 잠재적인 건강 영향의 범위는 합의된 건강의 정의에 의해 결정된다. 이 때 Lalonde(1974)와 Labonte(1993)의 작업으로부터 도출된 건강의 사회-환경적 모형이 주로 사용되는 것은 그 모형이 포괄적인 건강결정요인을 가정하고 있기 때문이다.

〈표 1-1〉 건강에 영향을 미치는 주요 범주 및 요소

| 건강에 대한 영향 범주 | 특정한 영향의 사례 (건강결정요소) |
|------------------|---|
| 생물학적 요소 | 연령, 성, 유전적 요소 |
| 개인적/가족 환경 및 생활습관 | 가족 구조와 기능, 초,중,고 교육, 직업, 실업 위기대처능력, 식이습관, 흡연, 음주, 운동량, 물질오 남용, 여가, 운송수단(자전거, 자가용) |
| 사회적 환경 | 문화, 또래 압력, 차별대우, 사회적 지지(이웃, 사회 네트워크/고립, 지역/문화/정신적인 참여) |
| 물리적 환경 | 대기, 수질, 주거 환경, 작업 환경, 소음, 냄새, 조망, |

| 건강에 대한 영향 범주 | 특정한 영향의 사례 (건강결정요소) |
|--------------|---|
| | 공공 안전, 도시 계획, 가게(위치, 규모, 질), 교통수단 (도로, 철도), 토지 이용, 오물 처리, 에너지, 지역의 환경적 특성 |
| 공공 서비스 | 접근 가능(위치/접근 불가/비용)하고 질 좋은 1차/지역사회/2차 보건의료, 육아, 사회적 서비스, 주거/여가/고용/사회 보험 서비스; 공공 운송, 다른 보건 서비스, 비법적 기구나 서비스 |
| 공공정책 | 경제/사회/환경/건강의 추세, 지역 및 국가의 우선순위, 정책, 프로그램, 프로젝트 |

잠재적인 건강 영향을 수집하는 데는 앞에서 말한 이해당사자와 주요 정보제공자에 대한 질적인 조사도 포함되어야 한다. 관련 대상의 성격과 숫자는 물론 연구 대상 프로젝트의 성격과 범위, 표본에 대한 고려와 현실상의 제한점에 의해 결정될 것이다. 잠재적인 방법의 범위는 준-구조적인 면접, 포커스 그룹, 델파이 조사 등이 포함된다.

과정의 첫 번째 단계는 주요 정보제공자에게 제안된 프로젝트의 요약을 제공하는 것으로 충분한 의견을 이끌어내기 위해 충분히 자세한 정보를 제공한다. 이 때 적시성이 중요하다; 평가(assessment)는 개발 과정에서 충분히 초기 단계에 고려되어서 실행 이전에 건설적인 수정이 이루어 질 수 있도록 해야 하지만, 프로젝트의 성격과 내용과 관련하여 분명한 생각이 형성되고 문서화될 정도로 늦은 시점에 이루어져야 한다.

어떤 경우에는 개방형 질문으로도 충분히 잠재적인 건강 영향을 확인하도록 할 수 있지만, 다른 경우에는 <표 1>에 나열된 결정요인과 범주를 사용한 폐쇄형 질문을 하는 것이 도움이 될 때가 있다. 초기 면접에서 강조된 문제들은 포커스 그룹이나 브레인스토밍에서 보다 자세하게 다루어질 수도 있다. 민감하거나 비밀이 요구되는 사안들에는 면접이 보다 적절하다.

자료는 다음의 정보를 기록하도록 고안된 <표 1-2>에 있는 양식에 기록된다.

- * 프로젝트 개발과 시행 중의 잠재적인 건강 영향
- * 긍정적, 부정적 건강 영향들 (예 - 잠재적 부정적 영향 - 천식 등)
- * 확인된 영향을 초래한 건강 범주와 결정인자 (예 물리적 환경과 대기 오염)
- * 결정요인을 변경하는 프로젝트 활동 (예 증가된 교통량)
- * 잠재적 영향의 성격 및 크기
- * 잠재적 영향의 측정 정도 - 질적인 면, 측정가능한 면이나 수량화 가능성 - definite, probable, speculative

<표 1-2> 잠재적 건강 영향 구체화 양식

| 범주/ 구체적인 건강상의 영향 | 프로젝트 개발/수행 활동 | 예상되는 건강 영향 (영향의 성격 및 크기, 영향의 측정 가능한 정도 - 질적(Q), 측정가능(E), 수량화 가능(C) ?) | | 영향의 위험도 -definite(D), probable(P), speculative(S) |
|---------------------------|---------------------|--|--------|--|
| | | 긍정적 영향 | 부정적 영향 | |
| | | | | |

마) 건강위험 평가

가능하면 위험에 대한 인식을 잠재적인 영향들을 확인한 때에 기록한다. 어떤 경우에는 기존의 근거(문헌고찰이 요구됨)가 위험에 대한 정확한 평가를 할 수도 있다. 그러나 많은 경우, 특히 정보제공자에 지역사회 주민들을 포함할 경우에는 위험 평가는 주관적인 지각에 기초하여 이루어진다. 위험에 대한 인식은 측정가능성과(잠재적 영향이 질적인가, 측정가능한가, 계산가능한가) 발생 가능성(definite, probable, speculative)에 대한 간단한 3점 척도를 사용하여 기록한다. 이들 척도들을 계량화하려는 시도는 막아야 한다.

바) 건강 영향의 측정 및 평가

어떤 경우는 정보제공자에 의해 건강 영향들이 확인되는 그 때에 영향의 규모를 계량화할 수도 있다. 다른 경우에는 문헌검토를 통해서 등 이들은 분리되어 수행될 것을 요구받는다. 이는 가치평가에 있어서도 마찬가지다. 비록 이 경우는 자원의 합의와 잠재적 영향의 기회비용에 관한 근거를 얻기 매우 어렵기는 하지만, 하지만 원칙적으로 이런 자료는 QALY나 다른 그러한 비용-효과 지표를 사용하여 만들 수 있다.

사) 영향의 순위 결정 및 가장 중요한 영향의 발견

모든 건강 영향 평가에서 대부분은 모든 잠재적인 영향들을 고려하기는 불가능하다. 따라서 주요 정보제공자들은 그들이 확인한 영향들의 우선순위를 정할 필요가 있다. 모든 초기 증거가 수집되면, 우선순위 설정 작업이 이루어져야 한다(대개 운영위원회를 통해서). 위험에 대한 다른 지각 때문에 완전한 합의를 도출하는 것은 매우 드문 일이다. 따라서 모든 정보제공자들의 관점이 충분히 반영될 수 있도록 기준을 정할 필요가 있다. 우선순위의 수는 건강영향평가의 크기, 프로젝트의 중요성, 그리고 확인된 영향들의 성격에 따라 다르다. 우선순위의 수가 결정되면 가능한 정보와 연관된 증거를 수집한다. 이것은 과업지시서의 재평가로 나타날 수 있다.

아) 대안 고려 및 우선순위의 영향 관리를 위한 권고사항 결정

때로는 프로젝트의 최적의 건강 영향을 제공하는 단일한 분명한 해결책이 정의될 수도 있지만, 대개의 경우는 일련의 대안들이 정의되고 제시될 것이 요구된다. 공식적인 대안 평가가 종종 적절하다; 다른 경우에는 운영위원회에서 합의된 기준에 바탕을 둔 덜 공식적인 접근으로도 충분할 수 있다. 두 경우 모두 궁극적인 결과는 프로젝트가 수행되는 사회적, 물질

적, 정치적 환경을 구성하는 많은 복잡한 제한조건들을 고려하여 건강 영향이 최적화될 수 있도록 프로젝트를 수정하도록 하는 권고사항들에 대한 합의를 이루는 것이다. 때로는 프로젝트를 중단하는 대안도 언급될 필요가 있을 것이다.

대안 혹은 권고사항들의 다음과 같은 특성들이 고려될 필요가 있을 것이다.

- * 권고사항이 실행될 때의 프로젝트 개발의 단계나 수행
- * 실행의 정확한 시기
- * 실행에 의해 영향을 받는 건강결정요인
- * 이 영향의 성격과 발생할 가능성
- * 권고사항을 수행하는 기관과 기금
- * 권고사항의 기술적인 타당성
- * 권고사항의 사회적 평등성과 수용성
- * 권고사항의 비용 - 직접적/간접적, 자본/수익, 고정/변동, 재무/경제
- * 권고사항의 실행의 모니터링 방법

라. 건강영향평가의 가치

건강영향평가는 인구집단의 건강에 영향을 줄 수 있는 조치와 정책들을 발견하여 건강에 대한 피해는 감소시키고 이익은 증가시키는데 있으며, 따라서 예방적인 건강관리로서 유용한 도구라고 할 수 있다. 이것은 지금까지 몰랐거나 잘 알려지지 않았거나 예견하지 못했던 잠재적인 심각한 건강 영향을 부각시키고, 농업, 교육, 경제 등과 같이 보건 이외의 다른 분야에서 건강을 고려하도록 하여 건강증진의 분야간 활동을 촉진시킬 수 있다.

건강영향평가가 추구하는 또 다른 중요한 가치는 건강 형평성이며 다양한 인구계층에 대한 건강 영향의 차이에 관심을 둔다.

2. 드림스타트 사업의 개요

가. 드림스타트 사업의 필요성

근래의 한국사회는 저성장 속에서 양극화에 의한 불평등 및 빈곤 현상이 심화되었으며, 이는 생활의 질을 결정하는 각종 소비영역, 즉 사회복지 서비스, 교육, 의료, 주거, 정보, 문화 등의 불평등으로 확산되었다. 더욱이 빈곤의 대물림과 같은 세대 간 격차까지 우려되는 현상을 초래하고 있으며, ‘근로빈곤층’(working poor)으로 대변되는 신빈곤층을 확산시켜 경제성장의 걸림돌이 되는 ‘사회적 배제’(social exclusion) 현상을 초래하고 있다.

이와 더불어 최근 해혼(解婚)가정, 이주(移住)가정 등 문제발생의 우려가 높은 가정이 대량 발생되어, 이들 가정의 아동은 사회적 배제(social exclusion)의 우려가 있을 뿐만 아니라 건강한 성장·발달이 어려워 심각한 사회문제로 대두될 위험성도 있다. 특히 빈곤가정에서 성장하는 아동들은 학습부진, 교육소외, 영양결핍, 학대, 방임, 정서적 불안정 및 폭력화 등 복합적 문제에 노출되는 문제가 증가하게 되었다.

따라서 우리사회에서 취약계층 아동의 문제는 더 이상 소수의 문제로 방치할 수 없는 수준이다. 2006년의 경우 절대빈곤아동수는 545,193명(도시: 523,386명)이고, 상대빈곤아동수는 915,925명(도시: 1,155,810명)으로 추정되나, 자료의 한계상 자영업자를 제외한 추계이기 때문에 자영업자를 포함시킬 경우 빈곤아동수는 더 늘어날 것으로 보인다. 지역적으로는 절대빈곤아동수는 전국 수치가 도시 평균보다 많게 나타났으며, 상대빈곤아동수는 도시 지역이 전국 평균보다 많은 것으로 나타났다. 이는 농어촌 지역의 절대 아동빈곤율이 도시보다 높음을 시사하는 것이다.

〈표 1-3〉 빈곤아동수 추이(1998~2006년)

(단위: %, 명)

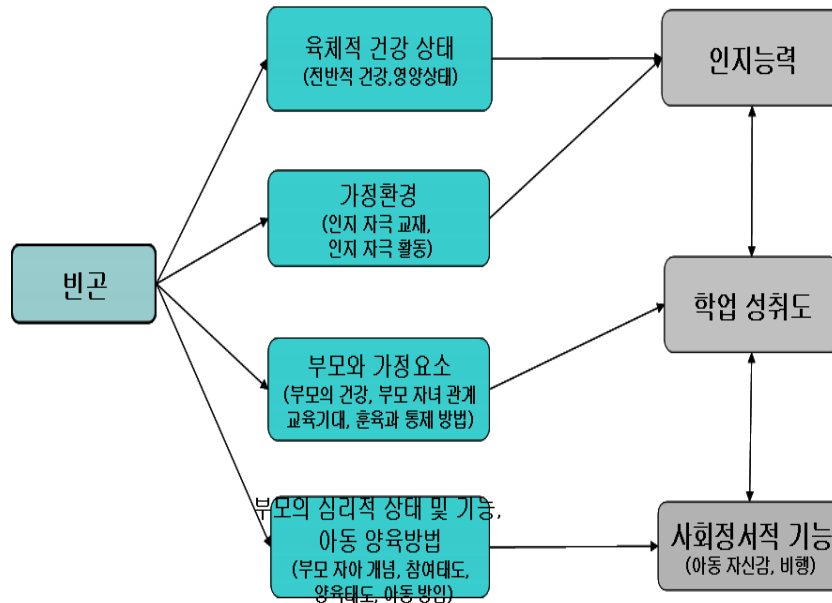
| 연도 | 전체아동수 | 절대빈곤 | | | | 상대빈곤 | | | |
|------|------------|-------------|-----|-----------|---------|-------------|------|-----------|-----------|
| | | 절대 아동빈곤율 | | 추정아동수 | | 상대 아동빈곤율 | | 추정아동수 | |
| 1998 | 12,550,763 | 8.0 | | 1,004,061 | | 10.8 | | 1,355,482 | |
| 1999 | 12,303,275 | 8.8 | | 1,082,688 | | 10.6 | | 1,304,147 | |
| 2000 | 12,077,392 | 6.7 | | 809,185 | | 9.8 | | 1,183,584 | |
| 2001 | 11,872,394 | 5.4 | | 641,109 | | 9.9 | | 1,175,367 | |
| 2002 | 11,665,981 | 4.4 | | 513,303 | | 9.7 | | 1,131,600 | |
| 2003 | 11,478,537 | 5.3 | 5.9 | 608,362 | 677,234 | 10.4 | 11.4 | 1,193,768 | 1,308,553 |
| 2004 | 11,297,516 | 7.4 | 8.5 | 836,016 | 960,289 | 10.8 | 11.8 | 1,220,132 | 1,333,107 |
| 2005 | 11,105,069 | 5.7 | 6.1 | 632,989 | 677,409 | 10.9 | 8.8 | 1,210,453 | 977,246 |
| 2006 | 10,903,869 | 4.8 | 5.0 | 523,386 | 545,193 | 10.6 | 8.4 | 1,155,810 | 915,925 |

주: 1) 자영업자 제외; 2) 읍영부분은 전국수치, 비읍영부분은 도시수치임.

자료: 통계청, 「도시가계조사데이터」, 「가계조사데이터」, 각 연도, 원자료 분석.

취약계층 아동의 양적인 규모에 사회적 관심을 갖는 중요한 이유는 많은 선행연구들에서 빈곤이 아동의 신체적, 정서적, 인지적 발달에 부정적인 영향을 초래한다고 밝혔기 때문이다. 빈곤은 아동의 신체적 건강과 인지·사회·정서적 발달에 부정적인 영향을 미치고, 이러한 부정적인 영향은 낮은 학업성취도와 비행 등의 행동적인 문제를 야기하며, 성인기의 열악한 사회경제적 지위로 연결되는 가능성을 증가시키고 있다. 빈곤이 아동 발달에 미치는 부정적인 영향은 빈곤의 기간이 길수록, 극심한 빈곤일수록, 그리고 어린 시기에 경험한 빈곤일수록 그 영향이 큰 것으로 나타나고 있다.

[그림 1-2] 아동기 빈곤의 영향: 드림스타트 사업의 이론적 근거



한편 빈곤이 아동발달에 부정적인 영향을 미치는 것은 낮은 소득 그 자체보다는 빈곤과 연관된 환경적 영향 때문으로, 낮은 소득을 가진 부모의 특성이 더욱 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 빈곤한 부모일수록 아동양육 기술과 그에 대한 관심이 낮고, 교육에 대한 관심도 낮을 확률이 높아 아동발달에 부정적인 결과를 초래할 확률이 높다.

최근 연구(오정수 외, 2005)에서는 21세기 아동정책과제의 우선순위로써 보호아동과 저소득층 아동을 위한 정책을 강화하고 아동의 권익신장을 위한 정책을 중요시 하고 있는데, 보호아동정책은 보호아동을 위한 가정, 사회보호시스템을 강화하여 아동을 둘러싼 환경이 능동적, 적극적으로 대응해야 함을 의미한다. 또한 저소득층 아동정책은 지역사회의 저소득층 아동을 위한 지원체계를 강화하여 지역사회의 총자원을 동원한 빈곤아동 대

응정책이라 할 수 있다. 마지막으로 아동권의 신장 정책은 아동권리, 아동학대예방 등 UN의 아동권리협약의 철저한 준수를 위한 노력을 중요시하고 있다. 이러한 일련의 연구결과들은 빈곤이 아동발달에 얼마나 다양한 영역에서 부정적인 영향을 미치는지를 경고하고 있으며, 동시에 취약계층 아동의 인지·사회·정서적 발달 지원과 함께 환경적 개입의 중요성을 증명하고 있다.

그러나 현재 한국의 저소득층 아동들에 대한 정책적 지원은 대부분 사후대처적이고 단기소득 지원형으로 구성되어 있어 빈곤의 세대 간 전이문제를 해결할 수 없는 것으로 나타났다. 그동안 빈곤가정에 대한 정책적 지원은 공적부조, 후원결연 연계, 복지서비스 기관단위의 개입정도였으며 빈곤아동에 초점을 둔 지원은 부족하였다. 따라서 국민기초생활보장수급 가정 및 차상위가정의 아동에 대한 전수조사를 실시하여 지원실태를 파악하고 수요자인 아동중심의 사전예방적 통합서비스 체계를 보다 건실히 구축할 필요가 있다. 따라서 취약계층 아동들의 건강한 발달을 지원하기 위해서는 기존의 사후대처적인 서비스체계에서 탈피하여 공평한 출발을 보장하는 인적투자 서비스체계로의 전환이 필요하다.

나. 드림스타트 사업의 목적

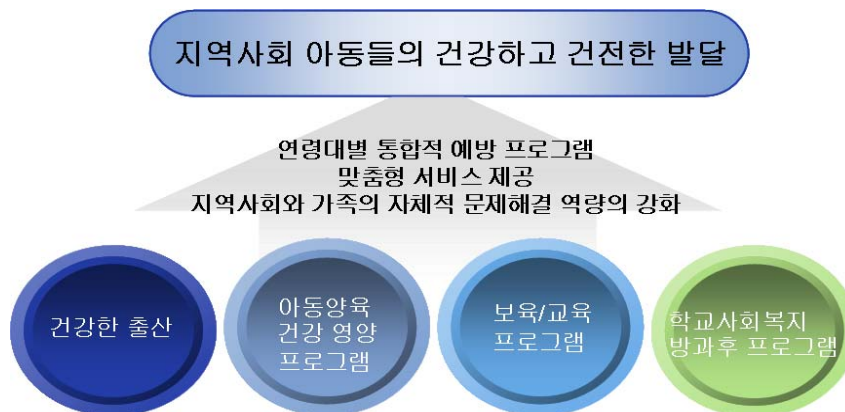
드림스타트 사업(아동보호통합서비스)의 주요 목적은 취약지역에 거주하는 임산부, 0~12세 아동, 그리고 그들의 가족을 대상으로 건강, 복지, 보육·교육의 맞춤형 통합서비스를 제공함으로써 저소득계층의 아동이 건강하게 성장하고 사회가 기대하는 충분한 자질을 최대한 갖추도록 정책적으로 도모하는 것이다. 이러한 목적을 바탕으로 하여 2007년부터 전국에 16개소 센터가 설치·운영되었으며, 2008년에는 추가로 16개 센터가 신설되어 현재 전국적으로 32개 센터가 운영되고 있다.

<표 1-4> 드림스타트 센터(전국 32개소)

| 시범연도 | 센터 |
|-------|--|
| 2007년 | 서울중랑, 부산사하, 대구수성, 광주남구, 광주북구, 인천계양 울산울주, 경기시흥, 경기포천, 강원양구, 전북정읍, 전남여수 전남강진, 경북영주, 경남김해, 제주제주 |
| 2008년 | 서울성북, 부산진구, 대구남구, 광주동구, 대전동구, 충북청주 경기안양, 경기남양주, 강원강릉, 전북완주, 전남보성, 전남나주 경북포항, 경남사천, 경남함양, 제주서귀포 |

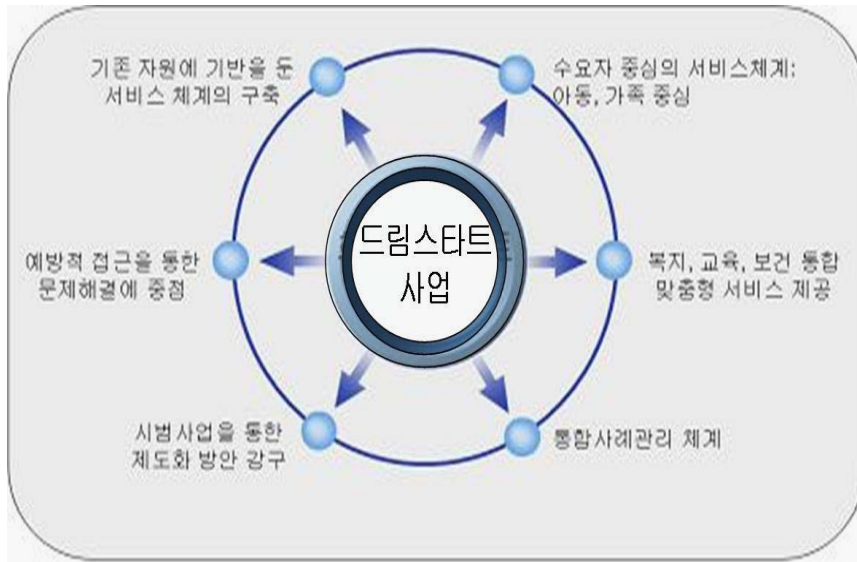
드림스타트는 정부의 역할과 책임을 강화하는 측면에서 아동서비스를 제공하는 특징을 지님으로서 종전의 민간위탁 중심의 서비스 전달체계를 과감히 탈피하고 있다. 중앙정부, 지방정부, 그리고 지역사회 보건복지 및 교육 관련기관과의 협력체계를 구축·활용함으로써 빈곤의 대물림을 차단하고 공평한 양육여건을 보장을 목적으로 하고 있다. 문제가 심화된 후 개입하는 “사후적 아동보호서비스”에서 “문제발생 이전에 조기 개입하는 서비스”를 시도하고 있다. 궁극적으로 한국사회의 전체 아동이 건강보장, 양질의 보육·교육보장을 통해 사회적 보호체계 속에서 성장하도록 지원함을 목표로 하고 있다.

[그림 1-3] 드림스타트 사업의 목표와 방향



이러한 드림스타트 사업의 목적을 달성하기 위하여 다음과 같은 기본방향을 가지고 있다. 첫째, 문제가 심화된 후의 문제해결이나 치료보다는 문제발생을 사전에 예방하는 예방적 서비스 확립, 둘째, 공급자 위주의 체계에서 탈피하여 지역사회와 가족 스스로 문제해결을 할 수 있는 서비스체계 구축, 셋째, 취약계층의 임신부와 영유아의 건강 및 영양문제 해결을 위해 가정방문 프로그램을 통한 건강할 기회 보장, 넷째, 종합적이고 능동적인 맞춤형 복지서비스를 제공하여 아동과 가족의 삶의 질 개선과 빈곤의 대물림 차단, 다섯째, 건전한 사회·정서적 발달, 취학준비 및 기초학력 제고를 위한 보육·교육 프로그램을 제공하여 출발점에서의 교육기회의 형평을 보장이다.

[그림 1-4] 드림스타트 사업추진전략



다. 드림스타트 사업대상

2008년 현재 전국에 총 32개 센터가 운영 중에 있으며, 사업대상은 시범지역 내 국민기초생활보장수급가구 및 차상위 계층에 준하는 취약계층 가정의 0세~만 12세 미만의 아동과 그 가족이다. 아동의 전인적 발달을 지원하기 위해 아동과 부모(주양육자)를 대상으로 개입하는 2세대 프로그램(two-generation program)을 지향하고 있으며, 드림스타트 사업의 대상이 되는 모든 아동에게 인테이크(intake)를 실시하고, 사업대상 아동을 단순프로그램 참여대상 아동과 집중사례관리 대상아동으로 구분하고 있다.

단순프로그램 참여대상 아동은 드림스타트 사업에서 제공하는 건강검진과 문화체험 프로그램 등과 같은 일회성의 성격을 띤 기본적인 서비스를 제공받을 수 있으며, 도움이 필요한 경우 드림스타트 전담팀과 연락하여 정보제공 서비스를 받게 된다. 집중사례관리 대상아동은 문제의 심각성과 긴급성을 고려하여 저위험 아동과 고위험 아동으로 구분한다. 대상아동의 부모에게는 아동양육에 필요한 부모교육과 직업훈련 관련기관과의 연계서비스를 제공하며, 일과 육아의 병행이 가능하도록 보육서비스 제공 등 대상아동의 건강한 발달을 지원하기 위한 맞춤형 서비스를 제공한다.

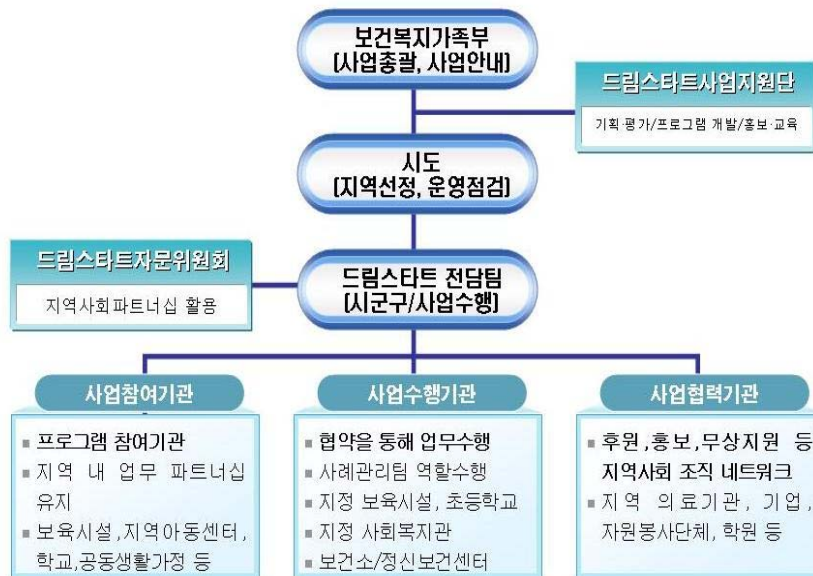
<표 1-5> 드림스타트 대상아동 구분

| 구분 | | 설명 | |
|-------------|----------------|---|---|
| 일반 대상 | 0세~만 12세 미만 아동 | <ul style="list-style-type: none"> • 홍보와 정보제공 • 아웃리치, 연계를 통해 사업대상 될 수 있음. | |
| 드림스타트 사업 대상 | 사례관리 대상 | 단순프로그램 참여 대상 | • 경제적인 빈곤상황임에도 불구하고 건강한 상태를 유지하고 있는 아동과 가족 |
| | | 집중사례관리 대상 | <ul style="list-style-type: none"> • 현재 표출되는 문제의 심각성이 낮아서 예방적인 개입으로 문제해결이 가능한 아동과 가족 • 긴급한 개입이 필요하거나 문제의 심각성이 매우 높고 지속기간이 만성적이어서 문제의 위험도가 높은 아동과 가족 |

라. 드림스타트 사업 추진체계 및 프로그램

드림스타트 사업은 보건복지가족부에서 주관하는 사업으로 보건복지가족부는 사업 총괄을 담당하고 있으며, 한국보건사회연구원에 위탁을 통해 드림스타트 사업지원단을 설치하여 드림스타트 사업의 기획과 평가, 프로그램 개발 및 운영, 교육 및 평가업무를 수행하고 있다. 시·도는 시범지역 추천, 드림스타트 사업계획의 검토·조정, 예산집행 지도감독과 드림스타트 사업 지원을 담당하고 있다. 시·군·구는 해당 과 내에 드림스타트팀을 구성하여 직접 센터를 운영하고 있는데, 이를 위해 드림스타트 센터에 건강, 복지, 보육·교육 영역을 전담할 공무원 3인 이상을 전담발령하고 공무원을 제외한 사례관리자 3인 이상을 배치하여 아동에게 필요한 서비스를 제공하기 위한 지역사회 자원을 연계·조정하는 역할을 담당하고 있다. 또한 각 센터별로 자문위원회를 구성하여 사업의 자문과 지원을 받아야 한다.

[그림 1-5] 드림스타트 사업추진체계도



마. 드림스타트 프로그램 기본방향

드림스타트 분야별 프로그램은 사전예방적 성격을 가지고 있으며, 연령 대별 발달단계에 맞는 서비스들로 구성되어 있다. 서비스 제공방법은 서비스 제공주체에 따라 직접서비스, 연계서비스, 공동서비스로 구분되며, 서비스 제공방법은 지역사회 욕구와 자원체계에 따라 달라질 수 있다. 구체적인 서비스 방식은 다음과 같다.

- **직접서비스:** 드림스타트센터가 직접 서비스를 제공하는 것으로 해당 서비스를 제공할 수 있는 관련기관이 없거나, 센터 내에 서비스를 제공할 수 있는 시설, 인력 및 프로그램이 완비되어 있어 직접 서비스 제공이 가능한 경우임.
- **연계서비스:** 드림스타트센터가 직접 서비스를 제공할 수 없어 보건소, 지역아동센터, 보육시설 등의 관련기관과 서비스 대상자를 연계하여 서비스를 제공하는 것으로 지역사회 내에서 관련 서비스가 진행되고 있는 경우에 해당됨.
- **공동서비스:** 드림스타트센터와 보건소, 지역아동센터, 보육시설 등의 관련기관이 함께 서비스를 제공하는 것으로 센터와 관련기관이 공동으로 연계하여 서비스를 제공하는 것임.

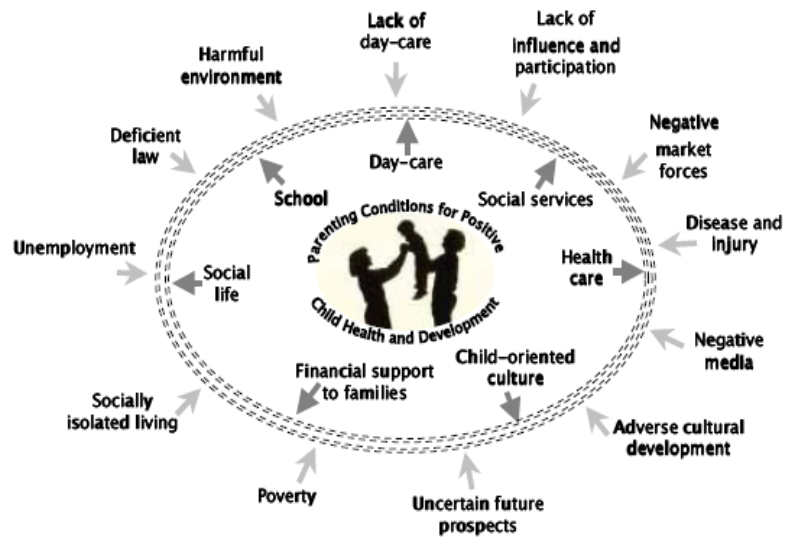
드림스타트는 건강, 복지, 보육·교육의 3개 분야에서 다양한 프로그램을 개발, 연계, 제공하고 있으며, 생태체계이론에 따라 아동만이 아니라 가족역량 강화에 초점을 맞추어 진행하고 있다. 먼저 건강서비스는 취약계층 임산부의 건강한 출산 및 양육 지원, 취약계층 아동의 신체·정서적 건강 발달 증진, 건강한 생활을 위한 사전 예방적 부모교육 및 가족역량 강화에 초점을 맞춘 프로그램을 제공하고 있다. 복지서비스는 취약계층 아동과 가족의 생활안정, 삶의 질 개선, 빈곤 대물림 차단을 위한 종합적이고 능동적인 맞춤형 복지서비스 제공, 가족지원 서비스를 통한 가족유대 강

화 및 건강한 가정생활 도모, 사전예방적 성격의 교육을 통한 삶의 질 제고를 주요 목표로 하여 프로그램을 제공하고 있다. 마지막으로 보육·교육 서비스는 예방·맞춤·통합형 아동발달 서비스를 지향하며 수요자 중심의 지역 보육·교육 안전망 구축, 아동양육과 관련된 실제적인 정보 및 훈련 제공을 통한 부모의 역량강화, 자아존중감 및 긍정적 성격 형성을 위한 가정기능 회복 및 강화를 위한 프로그램을 중점적으로 제공하고 있다.

3. 아동 건강지표 및 건강결정요인

건강영향평가를 위해서는 아동의 건강에 영향을 미치는 건강결정요인과 건강 자체를 측정할 수 있는 지표를 아는 것이 우선되어야 한다.

[그림 1-6] 아동의 건강 및 발달 모형



Adapted by Gunnlaugsson G and Rügby M from Skolhälsovården 1998. Underlag för egen kontroll och tillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen, 1998.

[그림 1-6]은 보건의료, 사회서비스, 보육, 학교, 사회생활, 경제적 여건, 문화 등 매우 광범위한 요소들이 아동의 건강과 발달에 영향을 미치는 것을 보여준다. 광범위한 문헌고찰을 통하여 아동의 건강을 나타내는 대표적인 지표와 건강결정요인들을 구체적으로 살펴보았다.

가. 아동의 건강지표 (health indicator)

<표 1-6>은 대표적인 아동의 건강지표이다. 지표들은 영역의 중요성이 대등하다고 판단되는 사망, 질병, 영양, 사고, 정신건강 등의 총 5개의 영역으로 나누었다. 사망 지표로서는 영아 사망률, 연령별 사망률, 그리고 사고로 인한 사망률이 핵심지표에 포함되었다.

질병 유병률에서는 신체적인 질병만을 포함하였고 정신건강은 따로 분리하였는데, 아동에서는 정신건강의 비중이 그 만큼 높음을 강조하기 위해서이다. 아동의 주요 질병에는 암, 당뇨, 호흡기 질환, 치과 질환, 전염병이 포함되었고, 전염병 예방을 위한 취학 전 아동의 예방접종률도 주요 지표로 포함되었다.

영양 영역의 핵심 지표로는 아침 결식, 1일 권장량 75% 미만 섭취자 비율, 비만율이 포함되었다. 안전 및 사고 영역에는 운수, 화재, 독극물에 의한 사고 발생률, 사고로 인한 골절 손상률, 그리고 아동 학대 발생률이 포함되었다. 마지막으로 정신건강 영역의 핵심 지표로는 주의력결핍과잉행동장애, 학습장애, 정신증(psychosis), 불안, 품행장애/반사회적 인격장애, 애착장애, 섭식장애, 약물중독(흡연, 음주), 틱 혹은 뚜렛 증후군, 자살, 우울, 스트레스가 포함되었다.

〈표 1-6〉 아동의 대표적 건강지표

1. 사망률^{6,7}
 - 1) 영아 사망률
 - 2) 연령별 사망률
 - 3) 아동 사고 사망률
2. 질병 발생률 및 유병률
 - 1) 소아암 발생률¹
 - a. 백혈병
 - b. 악성림프종
 - c. 신경모세포종
 - d. 윌름종양
 - f. 기타 암
 - 2) 당뇨 발생률
 - 3) 호흡기 질환 유병률
 - a. 천식
 - b. 중이염
 - c. 알레르기
 - 4) 아동 치과 질환 유병률
 - 5) 아동 전염병 발생률²
 - a. 결핵
 - b. 홍역, 볼거리, 풍진
 - c. B형 간염
 - d. 파상풍
 - e. 소아마비
 - f. 일본뇌염
 - g. 장티푸스
 - h. 수두
 - i. 폐렴
 - j. 뇌수막염
 - k. 신증후군출혈열
 - l. 인플루엔자
 - 6) 취학 전 아동 예방접종 비율
3. 아동 영양⁴
 - 1) 아침 결식 아동의 비율
 - 2) 1일 권장량 75% 미만 섭취자 비율
 - 3) 비만율

4. 안전 및 사고³⁴
 - 1) 운수 사고로 인한 손상 발생률
 - 2) 화상으로 인한 입원률
 - a. 가정 내
 - b. 학교/학원 시설
 - 3) 독극물 사고로 인한 입원률
 - a. 가정 내
 - b. 학교/학원 시설
 - 4) 사고에 의한 골절 손상 발생률
 - a. 가정 내
 - b. 학교/학원 시설
 - 5) 아동 학대 발생률
5. 아동의 정신건강⁵
 - 1) ADHD 유병률
 - 2) 학습장애 유병률
 - 3) 정신증 유병률
 - 4) 불안장애 유병률
 - 5)品行장애/반사회적 인격장애 유병률
 - 6) 애착장애 유병률
 - 7) 섭식장애 유병률
 - 8) 약물중독
 - a. 흡연율
 - b. 음주율
 - 9) 틱 혹은 뚜렛 증후군 유병률
 - 10) 자살시도 혹은 자살률
 - 11) 우울증 유병률
 - 12) 스트레스 인식 정도

- 자료: 1) 4대 대표 소아암을 구분하여 지표로 삼음(출처: 한국소아암재단 웹사이트)
 2) 질병관리본부 아동 표준 예방접종 일정표를 참고로 지표를 삼음(출처: 질병관리본부 웹사이트)
 3) EU Community Health Monitoring Program, CHILD project, Report to the European Commission, Sep. 2002)
 4) 청소년 생존권 현황과 지표 개발
 5) Meeting on Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders: setting WHO directions, Geneva, 31 January ~ 1 February 2002)
 6) 2006 한국의 주요 아동지표, 보건복지부
 7) WHO Health Statistic Indicators

나. 아동의 건강결정요인 (health determinants)

아동의 건강결정요인은 생태학적인 차원과 건강에 대한 영향의 특성 차원의 두 가지 차원에서 구분을 하였다. 아동을 둘러싼 생태학적 차원은 개인 혹은 아동 자신, 가정, 학교, 또래집단, 그리고 사회 환경으로 구분하였다. 건강에 미치는 영향의 특성은 건강을 보호하는 요인(protective factors)과 건강을 해치는 요인(risk factors)으로 구분하였다.

개인 수준에서의 건강결정요인에는 생물학적인 장애, 비만, 우울과 같이 건강지표와 중복되는 요인들과 함께 건강행동, 인지능력, 충동성, 공격적 성향, 스트레스 반응성, 애정결핍, 자기이미지, 자기통제력, 자아효능감 등이 있었다.

가정 수준에서의 건강결정요인에는 부모의 양육태도, 양육으로 인한 스트레스, 부모교육, 자녀와의 의사소통 방식 등 부모의 양육과 관련된 요인들이 중요한 요인으로 드러났다. 이와 함께 가족결속, 가정폭력, 가정갈등과 같은 가족들 간의 관계 요인이 포함되었다. 다음으로 임신 중 건강관리, 모유수유, 예방접종, 안전관리와 같은 부모의 건강관리 이행이 가정 수준에서의 건강결정요인으로 포함되었다.

학교 수준에서의 건강결정요인에는 학교를 지속적으로 잘 다니는지의 여부와 학업 성취 등 학생 개인적인 요소가 우선 포함되었다. 이와 더불어 교사 당 학생 수의 비율, 교사의 관심, 적절한 규율과 통제, 방과후 활동 등 학교 환경 요인들도 건강에 영향을 미치는 것으로 파악되었다.

마지막으로 사회 환경적 요인으로는 지역사회 빈부격차, 학생 등록률, 고용률과 같은 사회경제적 환경과 미디어, PC 등 매체환경, 대기, 수질, 토양, 위생 등과 같은 환경적 요인, 그리고 보건의료서비스 체계와 이에 대한 접근성 등이 건강결정요인에 포함되었다.

<표 1-7> 아동의 건강결정요인

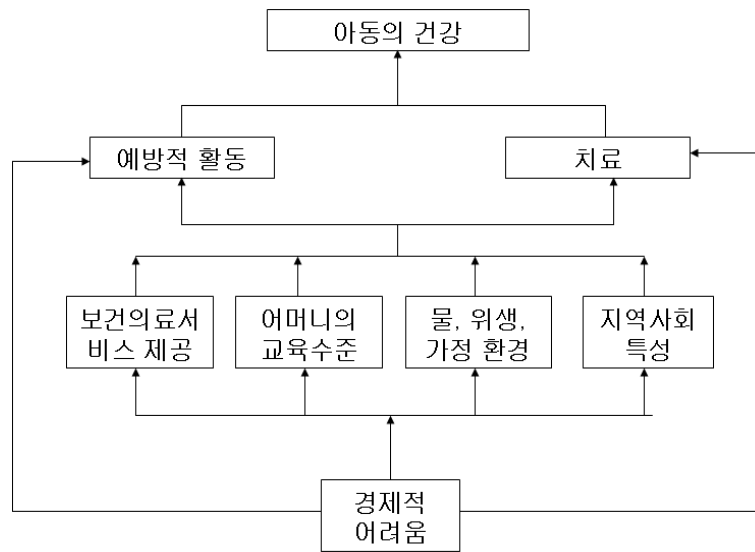
| 영역 | Risk Factors | Protective Factors |
|----|--|--|
| 개인 | 생물학적인 장애 ¹ 비만(정영호 외, 2006) 우울(방경숙 외, 2008) 불건강 행동(가공식품, 편이식품 섭취, 식이장애, 운동 부족, 씻지 않음, 불규칙한 수면) (이지원, 1999) 건강염려(강순화, 2003) 인지능력 부족 ¹ 충동성 ¹ 애정결핍 ¹ 공격적인 성향(강지영, 2002) 스트레스에 대한 반응성(오경자 외, 2005) | 종교에의 헌신, 신앙심 ¹ 사회적 기술 ¹ 규범에 대한 인식 ¹ 건강행동 이행(운동, 적절한 음식섭취, 위생, 휴식과 수면, 활기, 긍정적인 사고, 적절한 대인관계, 건강검진이나 예방접종, 규칙적인 생활, 보온 유지) (이지원, 1999) 높은 자기이미지(김성희, 2007) 높은 자기통제력(김성희, 2007) 높은 자아효능감(김성희, 2007) 부모의 중요성에 대한 인지 ¹ |
| 가정 | 부모교육의 부재 ¹ 가족의 정신적 문제 ¹ 자녀양육 스트레스 ¹ 지나치게 권위적이거나 방임적인 자녀양육 ¹ 과잉보호 ¹ 대가족(출생순서) (한성현 외, 2000) 과도한 가족결속력 ¹ 가난 ¹ 가정폭력에의 노출 ¹ 가족갈등(이채원, 2004) | 부모의 존재 ¹ 부모의 학교와 위험행동에 대한 가치관 ¹ 부모의 건강관리 이행 (임신 중 건강관리, 피임, 모유수유, 예방접종, 안전관리) (방경숙 외, 2008) 양친 부모의 생존 ¹ 가족응집, 단합(이채원, 2004) 부모-자녀간의 의사소통 ¹ 권위 있는 양육방법-긍정적인 양육 태도(강지영, 2002) 적절한 자녀 수 ¹ 조기교육 (Michael Rigby, 2002) |

| 영역 | Risk Factors | Protective Factors |
|-------|--|--|
| 학교 | 지속적인 결석, 유급, 정학 ¹ 학교 환경(교사 당 너무 많은 학생수, 교사의 관심 부족, 차별, 열악한 교육 시스템, 작은 교실, 지나치게 엄격한 규율 등)(이선미, 2005) | 학업 성적 향상 ¹ 일관된 학교생활 참여 ¹ 학교 정책 ¹ 학교 환경(교사수와 학생수 적절한 비율, 학생들에게 적절한 수업 환경, 적절한 학교 내 학생 통제, 규율 등)(이선미, 2005) 교사 지지, 효과적인 방과후 활동 지지(이선미, 2005) |
| 또래 집단 | 동료집단의 선입관 ¹ 사회적 고립 ¹ 사회적 일탈행동에의 참여 ¹ 또래의 비행성향(오경자 외, 2005) | 동료집단의 올바른 대우 위험하지 않은 친구들 긍정적인 사회 규범을 지닌 친구들 |
| 사회 환경 | 건강하지 못한 이웃(Narayan Sastry, 2003) 빈부격차(이선미, 2005) 폭력적인 미디어에 대한 노출 ¹ PC 접근성(남영욱 외, 2005) 아동, 청소년을 타겟으로 한 광고에의 지속적인 노출 ¹ 담배, 알코올, 약물, 화기물예의 노출(WHO, 2002) 대기오염(WHO, 2002) 수질오염(WHO, 2002) 토양오염-농약(WHO, 2002) 열악한 공중위생(WHO, 2002) | 연령에 따른 교육 참여 ¹ 아동청소년기 학생들의 학교 등록율 ¹ 성인의 고용률 ¹ 보건의료서비스에 대한 접근성 ¹ 보건의료체계의 구축, 활성화 ¹ 긍정적인 역할 모델에 대한 접근 ¹ 의미있는 성인으로부터의 지지(강지영, 2002) 종교기관 ¹ 친사회적 미디어(WHO, 2002) |

주: 1 US DHHS (2004). Improving the health of adolescents & young adults: A guide for states and communities; 저소득층 아동의 신체발달 특성별 행동·환경적 결정요인 분석 및 근거중심 전략개발(김명 외, 2007) 재인용.

4. 경제적 어려움이 건강에 미치는 영향에 대한 경로

[그림 1-7] 경제적 어려움이 아동의 건강에 미치는 경로



Mosley와 Chen(1984)은 아동의 생존(혹은 사망)을 결정하는 요인을 크게 ‘직접 요인(proximate determinants)’과 ‘사회경제적 요인(socioeconomic determinants)’으로 구분하였다. 직접 요인은 수유 형태, 예방적 행위, 산전 및 산후 관리와 같이 아동의 건강에 직접적으로 영향을 미치는 요인들이며, 후자는 어머니의 지식, 가구의 소득, 의료서비스에 대한 접근성 등 직접 요인에 영향을 미침으로써 아동의 건강에 영향을 미치는 요인이라는 점에서 차별성이 있다. 직접 요인은 예방적인 활동과 치료로 구분할 수 있다. 예방적인 활동(preventive activities)은 아동의 이상적인 건강 상태에서 벗어나는 모든 상태, 즉 성장발달의 지연, 질병, 장애, 사망을 예방할 수 있는 모든 행위를 말한다. 예를 들어 모유수유, 충분하고 균형잡힌 영양의 공급, 예

방접중, 산전 및 산후 관리 등이 이에 해당한다고 할 수 있다. 치료는 질병이나 장애가 발생한 이후에 제공되는 의학적, 간호적 처치 및 관리를 뜻한다.

[그림 1-7]은 아동이 속한 가정의 경제적 어려움이 어떤 경로를 통하여 아동의 건강에 영향을 미치는지를 보여준다. 먼저 경제적 어려움은 그 자체로서 예방적 활동과 치료에 영향을 미침으로써 아동의 건강을 결정하는 요인이 된다. 이와 더불어 경제적 어려움은 다른 사회경제적 특성 즉, 보건의료서비스의 제공, 어머니의 교육수준, 위생 및 환경, 그리고 기타 지역사회의 특성을 통해서 예방적 활동과 치료에 영향을 미칠 수 있다.

5. 드림스타트의 건강영향평가의 배경 및 필요성

현재 건강영향평가는 환경영향평가와 통합하여 실시되는 흐름에 있으나, 제도로 안착하기까지는 여러 가지 실험이 필요하다. 예를 들어 무엇에 대해서 건강영향평가를 할 것인지와 각 대상에 대해서 어떻게 평가를 할 것인지에 대한 경험이 필요하다. 지금까지 외국에서 이루어진 건강영향평가 모형에 관한 연구에서 제시된 모형 가운데 우리나라에 적합한 모형을 찾기 위해서는 시범사업을 통한 모형의 검증이 필요하다.

드림스타트 사업은 보건복지가족부가 취약계층의 아동의 정상적인 발달을 위하여 추진하는 포괄적인 아동지원사업이며 현 정부의 5대 국정지표 핵심과제 중 하나이다. 이 사업의 확대 발전을 위해서는 이 사업이 아동의 정상적인 발달을 구성하는 여러 가지 요소에 미치는 영향에 대한 객관적인 평가가 필요할 것이다. 본 사업에서는 드림스타트사업이 아동의 정신 및 신체 건강에 미치는 영향을 객관적으로 평가함으로써 향후 드림스타트사업의 내용과 방법을 계획하는데 정책결정자 및 실무책임자들에게 도움을 주고자 한다.

Ⅱ. 드림스타트 사업의 건강영향평가 방법

1. 건강영향평가 운영위원회의 구성

건강영향평가 운영위원회는 건강영향평가를 수행하는 주체로서 주된 임무는 스코핑과 평가를 수행하는 일이다. 이를 위해 드림스타트사업에 대한 전문지식을 갖춘 사람, 건강영향평가 전문가, 아동건강 연구 경험자 등 다학제적인 팀이 구성되었다. 건강영향평가의 운영위원회가 스코핑을 통해 과업지시서를 구성하고 별도의 평가팀이 과업지시서에 따라서 평가를 하는 건강영향평가의 예가 많지만, 본 사업에서는 건강영향평가에 경험이 있는 전문가가 극히 제한적인 우리나라 상황을 고려하여 운영위원회에서 평가까지 담당하였다.

2. 스크리닝

스크리닝은 건강영향평가를 할 것인지 아닌지를 결정하는 과정이다. 대상 사업이나 정책의 건강 영향이 무시해도 될 만한 수준이거나 건강 영향이 잘 알려진 것이고 잘 이해되고 일상적으로 잘 적용되는 방법이 있어 즉각적인 통제가 가능하여 자세한 실험이나 분석이 요구되지 않는 경우에는 건강영향평가를 하지 않는다. 이를 판단하기 위해서는 <표 2-1>과 같은 도구를 사용하는 것이 바람직하다.

〈표 2-1〉 UK Department of Health의 스크리닝 도구

| 스크리닝: Part 1. 제안서의 변수 검토 | | |
|---|--|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - 각각의 변수에 대하여 다음 상황에 대한 수준 혹은 경계를 제시해야 함. <ul style="list-style-type: none"> (1) HIA를 수행하지 말 것 (2) 속성 평가(rapid appraisal) 실시 (3) 중간 평가(intermediate appraisal) 실시 (4) 포괄적 평가(comprehensive appraisal) 실시 - 모든 형태(정책, 프로그램, 프로젝트)의 제안서에 해당하는 변수 <ul style="list-style-type: none"> · 조직 내부/협력체의 우선순위에서 차지하는 제안서의 상대적인 중요성 · 제안서에 의해 영향을 받는 인구집단의 크기 · 영향을 받는 인구집단 내부의 위험집단(at-risk group: 나이, 영양상태 등)의 존재 여부 · 제안서의 개발 단계 (예, 수정 가능성) - 프로그램 및 프로젝트에 관한 제안서에 해당하는 변수 <ul style="list-style-type: none"> · 제안서의 크기 · 제안서의 비용 · 영향을 받는 인구집단에 대한 피해 성격 및 정도 | | |
| 스크리닝: Part 2. 잠재적인 건강영향의 특성에 관한 질문 | | |
| HIA를 찬성하는 편향 | 당신의 지식에 의하면: | HIA에 반대하는 편향 |
| 예/모름 | 잠재적인 부정적인 건강 영향이 심각할 것인가? | 아니오 |
| 예/모름 | 잠재적인 부정적인 건강 영향이 인구집단 내의 일부 집단(예, 나이)에 불균등하게 더 크게 작용할 것인가? | 아니오 |
| 예 | 잠재적인 건강 영향에 관해서 지역사회 의 염려/관심이 있는가? | 아니오 |
| 아니오/모름 | 영향 평가를 지원할 충분한 근거/경험이 있는가? | 예 |
| 아니오/모름 | 건강 영향을 경감시킬 수 있는 권고사항들을 지원할 충분한 근거/경험이 있는가? | 예 |
| 예/모름 | 제안서로 인한 잠재적인 부정적인 건강 영향을 경감시키고자 하는 조치들 중에 실제로 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 것이 있는가? | 아니오 |
| 아니오/모름 | 현재 제공되는 서비스를 통해 잠재적인 부정적인 건강 영향이 쉽게 역전될 수 있는가? | 예 |
| 예 | 영향을 받는 지역사회 혹은 인구집단에 사회적 자원을 증가시킬 필요가 있는가? | 아니오 |

| 스크리닝: Part 3. HIA가 반드시 수행되어야 하는 상황에 관한 질문 목록 | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------|
| 속성 HIA를 찬성하는 편향 | 당신의 지식에 의하면: | 중간 혹은 포괄적인 HIA에 찬성하는 편향 |
| 예 | HIA를 수행하는데 시간이 제한되는가? | 아니오 |
| 예 | 의사결정에 영향을 미칠 수 있는 기회가 제한적인가? | 아니오 |
| 예 | 외부 요소에 의해 정해진 일정이 당신의 통제 범위를 넘는가? | 아니오 |
| 예 | HIA를 수행하는데 자원이 매우 한정되어 있는가? | 아니오 |

| 스크리닝: Part 4. HIA를 수행하기 위해 필요한 조직 내부의 역량 혹은 협력에 관한 질문 목록 | | |
|---|---------------------------------------|------------------|
| 평가자에게 위탁하자는 편향 | 당신의 지식에 의하면: | 내부 평가자를 임명하자는 편향 |
| 아니오 | 조직 내에 HIA를 수행할만한 전문성과 기술을 가진 사람이 있는가? | 예 |
| 아니오 | 조직 내에 있는 사람이 HIA를 수행할 시간이 있는가? | 예 |

자료: Commonwealth of Australia, Health Impact Assessment Guidelines, 2001 (<http://enhealth.nphp.gov.au/council/pubs/ccpub/htm>)

2008년 건강영향평가 사업은 한국보건사회연구원이 경제인문사회연구회에서 일반사업의 하나로 2007년에 예산을 획득하였다. 이 과정에서 시범사업의 종류가 정해졌고, 시범사업을 정하는 기준은 공식적인 스크리닝 과정을 거치지 않은 상태에서 연구책임자의 주관적 판단에 의해 정해졌다. 하지만 예산 규모(3억×32개 센터=96억)나, 사업 대상이 아동이라는 점을 고려할 때 건강영향평가를 할 가치가 있다고 판단되었다. 또한 2009년부터는 전국으로 확대할 계획이므로 본 건강영향평가는 이 계획이 추진되기 전에 보다 적절한 모형을 개발하는데 유용하게 사용될 것으로 기대된다. 이 밖에도 2008년은 건강영향평가의 시범사업의 해이고 우리나라에서 최초로 이루어지는 사업임을 고려할 때 연구진이 얼마나 관련 조직으로부터 협력을 얻기 쉬운가도 고려의 대상이 되었다. 드림스타트사업은 지원단을 한국

보건사회연구원에 두고 있기 때문에 정보 교류가 용이한 경우였다.

건강영향평가의 유형 면에서는 12개월이라는 비교적 긴 시간이 주어졌으며, 1차 자료를 수집할 수 있는 예산이 허락되었기 때문에 아래 <표 2-2>에서 기존 문헌 고찰과 1차 자료 수집이 동시에 이루어지는 포괄적인 건강영향평가를 수행하기로 하였다.

<표 2-2> 적합한 HIA의 형태 선택

| 탁상 HIA (Desk-based HIA) | 속성 HIA (Rapid HIA) | 중간 HIA (Intermediate HIA) | 포괄적인 HIA (Comprehensive HIA) |
|---|--|--|---|
| 전담자 한 사람이 2~6주간 | 전담자 한 사람이 6~12주간 | 전담자 한 사람이 12 주에서 6개월까지 | 전담자 한 사람이 6~12개월 |
| 3가지를 넘지 않는 영향 | 3가지를 넘지 않는 영향 | 3~10 가지의 영향 | 모든 잠재적 건강 영향 |
| 잠재적인 건강영향에 대한 광범위한 검토 | 잠재적인 건강영향에 대한 더 자세한 검토 | 잠재적인 건강영향에 대한 평가와 특정한 영 향에 대한 평가 제공 | 잠재적인 건강영향에 대한 포괄적인 평가 제공 |
| 시간과 자원이 제한 적일 때 가능 | 시간과 자원이 제한 적일 때 가능 | 충분한 시간과 자원 제공될 때 가능 | 충분한 시간과 자원 제공될 때 가능 |
| 'off the shelf'에 기초 한 자료 조사 및 존 재하는 접근 가능한 자료에 대한 분석 | 기존 자료 수집 및 분석 및 주요 이해관 계자와 전문가의 제 한적인 input | 기존 자료 수집 및 분석 뿐 아니라 주요 정보제공자와 이해관 계자로부터 제공받은 질적인 데이터 수집 | 복합적인 자원(정성적 이고 정량적인) 수집 및 분석 |
| 기존문헌 정보를 중 심으로 한 고찰 | 자료수집과 회의 개 최, 정보수집과 평가 활동. 내부적으로 역량에 한계가 있을 때 외부 기관과 협력 | 자료수집과 회의 개 최, 이해관계자들과 주 정보제공자들 확 인, 정성적이고 정량 적인 정보 분석. 내부적인 역량의 한계 시 외부 기관 협력. | 자료수집과 회의 개최, 이해관계자들과 주 정 보제공자들 확인, 정성 적이고 정량적인 자료 분석. 내부적인 역량의 한계 시 외부 기관과 협력 |
| 적은 영향력..... | | | 많은 영향력..... |

자료: Harris P, Harris-Roxas B, Harris E, & Kemp L. Health Impact Assessment: A practical guide. Sydney: Centre for Health Equity Training Research and Evaluation Part of the UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity, UNSW. 2007.

3. 스코핑

가. 스코핑의 개요

2008년 9월 4일 예방의학(모자보건 전문), 아동간호, 예방의학(건강영향평가 전문), 드림스타트지원단 등 총 7명으로 구성된 운영위원회가 스코핑에 참여하였다. 스코핑은 건강영향평가 보고서에 포함되어야 하는 구체적인 문제들을 확인하는 과정으로서 스크리닝과 실제 위험의 평가, 모니터링 및 평가 사이를 연결한다.

스코핑의 목적은 독립적인 평가 주체인 컨설턴트들(3~5명)이 평가를 할 수 있도록 하는 틀인 과업지시서(Terms of Reference)를 작성하는 것이다. 스코핑에서 검토해야 할 사항에는 “누가(분석의 주체),” “무엇을(분석의 범위),” “어떻게(분석의 방법)”가 포함된다.

나. 과업지시서

1) 건강영향평가의 목적 및 목표

건강영향평가의 목적은 드림스타트 사업 계획이 지역사회 빈곤 아동의 건강 수준에 미치는 영향을 평가하는 것이고, 목표는 참여하는 각 센터의 2009년 사업계획서에 개선 방안을 제안하는 것으로 합의하였다.

2) 다루어야 할 주요 건강 문제

주된 건강 영향을 확인하기 위하여 아동의 건강지표와 아동의 건강결정요인을 4명의 박사급 연구자들이 검토하였다. 각 지표의 적절성을 1~4점 척도로 평가하여 4명의 평가자의 점수를 합산한 후 가장 높은 점수를 받은 다음의 다섯 가지를 주요 건강 영향으로 선정하였다.

- 아동학대
- 산전관리
- 예방접종
- 영양
- 보건의료서비스 접근성

3) 수집해야 할 증거의 종류²⁾

건강영향평가에 사용될 증거의 범위와 유형을 명시하는 것이 도움이 된다. 이 때 고려해야 할 사항으로는, 잠재적인 영향의 증거를 구성하는 것에 대해서 건강영향평가에 참여하는 사람들이 갖고 있는 가치, 시간, 자원, 섭외 가능한 전문가, 건강영향평가 제안서의 유형, 활용 가능한 증거 등이 있다.

증거의 범위와 유형을 결정하는데 있어서 중요한 두 가지 질문은 첫째, 제안서에 의해 발생할 수 있는 각각의 건강 영향을 위한 최선의 증거는 무엇인가와 둘째, 제안자, 이해관계자, 정책결정자들이 다양한 유형의 증거에 부여하는 가중치는 얼마인가 하는 것이다.

아래 <표 2-3>에서 핵심 질문들을 따라 가면서 증거의 유형을 검토하였다. 첫 번째, ‘사업이 이행되면 그 지역을 누가 사용하게 되는가’라는 질문은 개발 사업에 적절한 질문이기는 하지만 드림스타트사업도 지역(예, 특정 동)을 기반으로 전개되기 때문에 적절하다고 판단하였다. 이 경우에는 지역사회 자문이 가장 적절한 증거 유형이고, 이 밖에 포커스 그룹이나 이해관계자 인터뷰도 중요하다. 두 번째 질문은 ‘사업이 건강결정요인을 변화시킬 것인가’라는 것이고, 이에 대한 검토를 위해서는 문헌고찰이

2) 참고 자료: Harris P, Harris-Roxas B, Harris E, & Kemp L. Health Impact Assessment: A practical guide. Sydney: Centre for Health Equity Training Research and Evaluation Part of the UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity, UNSW. 2007.

가장 필요하며 지역사회 자문과 정책 검토도 부가적으로 필요하다. 세 번째, 인구집단별로 차등적인 영향을 불러올 것인가라는 질문에 대한 답을 얻기 위해서도 문헌고찰이 주된 증거의 유형이며 본 사업에서는 현장 조사를 통한 분석도 추가하기로 하였다. 다음으로 사업의 중요성에 대해서는 지역사회의 자문 등 질적 연구 자료가 필요할 것으로 판단되었다. 마지막으로 사업에 대한 만족도에 있어서도 지역사회 자문이 중요한 자료가 된다는 데 일치하였다.

이상을 정리하면 본 사업을 위해서는 문헌고찰, 지역사회 자문 등 질적 자료, 그리고 지역사회 조사 자료가 필요한 것으로 나타났다.

〈표 2-3〉 수집해야 할 증거의 유형

| 핵심 질문 | 증거의 유형 | | | | 질문의 관련성 |
|---|---------|-------|-------|-------------------------|---------|
| | 지역사회 자문 | 문헌 고찰 | 정책 검토 | 특별한 자료수집* | |
| (사용) 사업이 이행되면 그 지역을 누가 사용하게 되는가? | +++ | + | + | ++ (포커스 그룹, 이해관계자 인터뷰) | yes |
| (효과) 사업이 건강결정요인을 변화시킬 것인가? | ++ | +++ | ++ | | yes |
| (차등적인 영향) 제안된 사업이 차등적인 영향을 불러올 것인가? | + | +++ | ++ | +++ (조사 분석) | yes |
| (중요성) 제안된 변화가 지역사회와 이해관계자들에게 중요한가? | +++ | N/A | N/A | +++ (포커스 그룹, 이해관계자 인터뷰) | yes |
| (만족) 지역주민, 제공자, 다른 이해관계자들이 제안된 변화에 만족하는가? | +++ | N/A | N/A | +++ (포커스 그룹, 이해관계자 인터뷰) | yes |

주: * 포커스 그룹, 주요 이해당사자들 인터뷰, 모델링 등
+, ++, +++는 해당질문에 답변할 수 있는 근거의 자료가 충분한 정도를 나타냄.

4) 건강영향평가의 시간, 공간, 인구집단에 대한 범위

건강영향평가의 시간적 범위는 2008년 사업 시작일로부터 2008년 12월 31일까지로 하였다. 공간적 범위는 각 센터의 관할 지역으로 하였다. 평가

대상 인구집단은 드림스타트사업 대상인 아동 및 그 가족으로 하되 다음의 집단에 대해서는 특별한 고려를 하기로 하였다. 첫째, 장애아, 알코올 중독자 부모를 둔 아동, 가정폭력을 경험한 아동 등의 고위험 아동, 둘째, 저체중 출생아, 셋째, 다문화 가정 아동 또는 한부모 가정 아동.

관련된 이해당사자에는 대상 아동 및 그 가족, 드림스타트 센터 직원, 보건복지가족부, 시도, 시군구 행정 담당자, 의료기관(특히 보건소), 아동의 생활환경과 관련된 사람(예: 교통안전의 경우 경찰), 사업 위탁기관 협약 담당자, 교육청, 지역사회 보육협회 대표, 자문위원이 포함되는 것으로 논의되었다.

5) 건강 영향의 측정 및 평가 방법

전문가 위원회(혹은 평가단, 컨설턴트)는 아동청소년 건강 전문가(의사, 간호사)와 아동청소년 전문 보건학자/예방의학자가 포함되어야 한다고 결정이 되었다. 세계보건기구는 건강영향평가의 평가단은 운영위원회와 독립적인 전문가로 구성되어서 과업지시서를 객관적으로 수행할 것을 주문하고 있다. 하지만 건강영향평가의 경험이 전혀 없는 우리나라 현실에서 독립적인 평가단을 확보하기가 어려웠기 때문에 사업을 진행하는 운영위원회에서 평가단의 역할도 수행하기로 하였다.

건강 영향을 측정하는 이 단계는 건강 영향의 우선순위를 결정하기 위해 확인 단계에서 수집된 정보를 종합하고 비판적으로 평가하는 단계이다. 건강을 전체적으로 고려하기 위해서는 영향 평가에서 보다 넓은 시각을 가져야 하며 따라서 균형 있는 다학제적인 팀이 필요하다. 본 사업에서는 정책분석, 대상 지역의 프로파일 작성, 이해관계자와의 면담, 문헌고찰, 그리고 대상자 설문조사와 같은 다양한 자료를 통하여 분석하기로 하였다.

A. 드림스타트 사업의 정책분석

운영위원회는 드림스타트 사업이 중앙정부의 정책에 의해 실시되는 사업이므로 먼저 큰 틀에서 이 정책의 의미와 위치를 분석할 필요가 있다고 판단하였다. 정책분석에는 먼저 드림스타트 사업의 내용으로서 이 사업이 수행되는 사회정치적 또는 정책적인 맥락, 정책 목적, 우선순위, 기대효과를 기술하도록 하였다. 이와 더불어 빈곤 아동을 지원하기 위한 유사한 정책 및 사업들, 예를 들어 교육복지투자지역, 지역아동센터와의 비교를 통하여 드림스타트사업의 장점과 단점을 분석하도록 하였다. 또한 국내외 각종 스타트 사업들과도 비교하여 드림스타트의 정책적 위치를 파악하도록 하였다.

B. 대상 지역 및 이를 포함한 지역사회의 프로파일

드림스타트사업으로 인하여 건강에 영향 받는 인구에 대한 특성에는 대상 지역의 인구, 인구밀도, 성별 연령별 인구 분포, 출생률, 민족, 사회경제적인 특성 등 인구사회학적 특성과 사망률, 장애률, 유병률과 같은 건강상태 지표도 조사하도록 하였다. 사회경제적 특성으로는 주거상태, 주거의 종류, 고용 상태를 포함하도록 하였으며, 알코올 섭취 등 건강행태와 가정에서의 아동의 간접흡연 경험 여부도 조사하도록 하였다.

대상 지역의 환경적 요인으로서 교통 인프라, 사회적 서비스나 보건의료서비스, 여가서비스 등의 사회 기반 시설과 함께 대기, 수질, 토양 오염 정도, 물이나 쓰레기 처리 상태, 교통 문제, 주거의 질과 양에 관한 정보도 수집하도록 하였다.

C. 이해관계자 및 주요 정보자 면담

건강영향평가의 과정에서 잠재적인 건강 영향을 포괄적으로 평가하기

위해서는 사업 수행자들과 사업 대상자들의 목소리를 듣는 것이 중요하다고 판단하였다. 구체적인 방법으로는 반구조적인 면접이나 포커스 그룹을 제안하였다.

D. 문헌고찰

다루어야 할 주요 건강 문제에 대하여 각각이 아동의 건강에 미치는 영향에 대하여 문헌고찰로부터 근거를 수집하기로 하였다.

E. 설문조사

설문조사의 주요 목적은 드림스타트사업으로 인한 건강 영향의 정량적 평가 자료를 수집하는 것이었다. 즉, 드림스타트사업에 들어오는 아동 및 그 가구는 인테이크 조사(2008년 신규 센터의 경우 욕구조사 추가)를 받게 되어 있는데, 여기에는 고위험 아동 여부 등 아동의 건강결정요인들을 다수 포함하고 있다. 설문조사는 이 인테이크 및 욕구조사를 반복함으로써 2007년과 2008년에 드림스타트사업을 실시한 센터는 각각 2년과 1년 동안의 건강결정요인의 변화를 측정할 수 있도록 한 것이다(pre-post design). 또한 부가적으로 기존 자료(센터 내 회색 자료 등)에서 파악할 수 없는 지역사회 프로파일에 관련된 내용을 얻기 위하여 설문조사를 실시하기로 하였다. 조사대상은 건강영향평가 사업에 참여하기로 한 3개 센터에서 인테이크 설문을 마친 아동 및 그 가구로 하였다.

인테이크 설문지의 조사 내용에는 주관적 건강상태, 발달 상황, 건강 및 영양상태 등이 포함되어 있으며, 욕구조사에는 영유아, 학령기, 고학년 등 연령별로 건강, 영양, 보육, 건강행태 등이 포함되어 있었다.

조사 설계는 해당 아동의 건강상태가 사업 전과 후에 변화가 있는지 확인하고자 하는 전후 비교를 하도록 하였고 또한 가능하면 일반 아동의 건강수준과도 비교하고자 하였다(case-control design).

이 밖에 건강영향평가 사업의 종료시점이 12월 31일이고 그 전에 평가 보고서를 작성해야 하는 일정을 감안하여 10월 초에 조사를 실시하도록 하였고 자료 처리 및 분석은 10월 중순에 시작하여 11월 초에는 마치도록 하였다.

6) 기타 결정 사항

전체 건강영향평가 사업의 일정에 대하여 논의하였고, 10월에 현장조사를 실시하고 11월에는 영향평가를 종료하며 드림스타트의 건강영향평가 사업에 대한 평가를 하고, 12월에 최종보고서를 작성하기로 하였다.

기관 사이에 필요로 하는 정보와 데이터를 공유할 수 있는 방법에 있어서는 기밀 유지를 위하여 각 센터에 관련된 자료는 전자문서 형태로 교환하지 않으며 문서 형태로 회의 장소에서만 열람하기로 하였다. 한국보건사회연구원 소유의 정보 및 데이터는 이메일 등 인터넷을 통하여 공유하기로 하였다. 여기서 기밀 사항이란 각 센터에서 만들어진 모든 문서, 즉 사업계획서, 아동관련 기록 등을 말한다.

본 시범사업의 최종 결과인 최종보고서와 사업의 과정에서 만들어진 회의자료, 그리고 조사 자료 등 사업 추진에 관련된 모든 문서 및 전자문서의 소유는 한국보건사회연구원에 있는 것으로 하였으며, 그 외 다른 산출물(학술대회 발표, 학술지 발표, 언론 발표 등)의 소유는 각 산출물의 산출에 기여한 저자들에게 있는 것으로 하였다.

사업 예산은 2008년도 「건강영향평가시스템구축 및 운영」사업의 사업비에서 지출하는 것으로 하였다.

평가 과정에서 합의를 도출하지 못했을 때는 운영위원회가 검토를 하고, 여기서도 합의가 도출되지 못했을 경우는 사업 책임자가 결정하는 것으로 하였다. 필요하다면 사업 책임자를 통해 운영위원들의 동의(서면·이메일 포함)로 과업지시서를 변경할 수 있도록 하였다.

Ⅲ. 대상 인구 및 지역의 특성

1. 대상 인구의 특성

가. 인구학적 특성

먼저 대상 아동의 인구학적 특성을 살펴보면 <표 3-1>과 같다. 성별의 경우 센터 3곳 모두에서 대상 아동의 남녀 비율이 50% 전후로 비슷하였다. 연령의 경우 센터 A는 만6~8세(저학년)가 33.5%로 가장 많았으며, 다음으로 만9~11세(고학년)가 32.4%, 만3~5세(학령전기)가 17.3%, 만12~13세(고학년)가 10.4%, 만0~2세(영유아)가 6.4% 순으로 나타났다. 센터 B는 만6~8세(저학년)가 35.3%로 가장 많았으며, 다음으로 만9~11세(고학년)가 29.4%, 만3~5세(학령전기)가 18.4%, 만12~13세(고학년)가 11.4%, 만0~2세(영유아)가 5.5% 순으로 나타났다. 센터 C는 만9~11세(고학년)가 36.3%로 가장 많았으며, 다음으로 만6~8세(저학년)가 29.0%, 만3~5세(학령전기)가 17.1%, 만0~2세(영유아)가 9.3%, 만12~13세(고학년)가 8.3% 순으로 나타났다.

<표 3-1> 대상 아동의 인구학적 특성¹⁾

(단위: 빈도(%))

| 대상 아동 | | 센터 A (n=173) | 센터 B (n=201) | 센터 C (n=193) |
|-------|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 성별 | 남자 | 87(50.3) | 99(49.3) |
| 여자 | | 86(49.7) | 102(50.7) | 96(49.7) |
| 연령 | 만0세~2세(영유아) | 11(6.4) | 11(5.5) | 18(9.3) |

| 대상 아동 | | 센터 A (n=173) | 센터 B (n=201) | 센터 C (n=193) |
|-------|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 연령 | 만3세~5세(학령전기) | 30(17.3) | 37(18.4) | 33(17.1) |
| | 만6세~8세(저학년) | 58(33.5) | 71(35.3) | 56(29.0) |
| | 만9세~11세(고학년) | 56(32.4) | 59(29.4) | 70(36.3) |
| | 만12세~13세(고학년) | 18(10.4) | 23(11.4) | 16(8.3) |

주: 1) 현장조사 자료

대상 아동을 제외한 가구원의 인구학적 특성을 살펴보면 <표 3-2>와 같다. 대상 가구원의 성별은 센터 3곳 모두에서 여자가 남자보다 많이 나타났는데, 여자의 비율이 각각 센터 A는 62.5%, 센터 B는 64.2%, 센터 C는 59.7%로 나타났다. 다음으로 대상 가구원의 연령을 살펴보면 센터 3곳 모두에서 30~39세가 가장 많음을 알 수 있었다.

대상 가구원의 결혼 상태를 살펴보면 배우자가 있는 경우가 센터 A는 36.7%, 센터 B는 37.3%, 센터 C는 44.4%로 가장 높았고, 센터 3곳 모두에서 이혼이 20% 정도로 매우 높은 비중을 차지하였으며, 사별의 경우는 6~7%로 나타났다.

대상 가구원과 아동과의 관계는 센터 3곳 모두에서 모(母)의 경우가 가장 많이 나타났는데, 센터 A는 37.9%, 센터 B는 37.3%, 센터 C는 40.3%로 나타났다. 다음으로 부(父)의 경우는 센터 A는 20.6%, 센터 B는 20.1%, 센터 C는 23.5%로 나타났다.

대상 가구원의 교육수준은 센터 3곳 모두에서 고등학교가 가장 많았는데 센터 A는 38.3%, 센터 B는 45.1%, 센터 C는 34.7%로 나타났다. 대상 가구원의 경제활동 상태는 센터 3곳 모두에서 비경제활동 인구가 30%대로 가장 많았는데, 센터 A는 32.7%, 센터 B는 35.4%, 센터 C는 33.2%로 나타났다. 다음으로 센터 A는 실업자가 13.3%로 많았으며 일용직 임금근

로자가 12.1%, 자활 및 공공 근로자가 11.3%의 순이었다. 센터 B는 일용직 임금근로자가 16.8%, 임시직 임금근로자가 14.2%, 상용직 임금근로자가 7.5%의 순이었으며, 센터 C는 임시직 임금근로자가 14.6%, 일용직 임금근로자가 11.2%, 실업자가 10.8%의 순이었다.

〈표 3-2〉 대상 가구원의 인구학적 특성¹⁾

(단위: 빈도(%))

| 가구원 | | 센터 A (n=248) | 센터 B (n=268) | 센터 C (n=268) |
|---------|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 성별 | 남자 | 93(37.5) | 96(35.8) | 108(40.3) |
| | 여자 | 155(62.5) | 172(64.2) | 160(59.7) |
| 연령 | 20세 미만 | 66(26.6) | 58(21.6) | 57(21.3) |
| | 20세~29세 | 11(4.4) | 20(7.5) | 18(6.7) |
| | 30세~39세 | 80(32.3) | 77(28.7) | 83(31.0) |
| | 40세~49세 | 65(26.2) | 71(26.5) | 78(29.1) |
| | 50세~59세 | 9(3.6) | 11(4.1) | 11(4.1) |
| | 60세~69세 | 10(4.0) | 13(4.9) | 8(3.0) |
| | 70세~79세 | 2(0.8) | 10(3.7) | 7(2.6) |
| | 80세 이상 | 2(0.8) | 4(1.5) | 3(1.1) |
| | 무응답 | 3(1.2) | 4(1.5) | 3(1.1) |
| 결혼상태 | 유배우 | 91(36.7) | 100(37.3) | 119(44.4) |
| | 사별 | 17(6.9) | 21(7.8) | 16(6.0) |
| | 이혼 | 55(22.2) | 65(24.3) | 52(19.4) |
| | 별거 | 5(2.0) | 10(3.7) | 4(1.5) |
| | 미혼 | 48(19.4) | 44(16.4) | 39(14.6) |
| | 비해당(만14세 이하) | 32(12.9) | 28(10.4) | 35(13.1) |
| | 동거 | 0(0.0) | 0(0.0) | 3(1.1) |
| 아동과의 관계 | 부 | 51(20.6) | 54(20.1) | 63(23.5) |
| | 모 | 94(37.9) | 100(37.3) | 108(40.3) |
| | 조부 | 5(2.0) | 9(3.4) | 9(3.4) |
| | 조모 | 14(5.6) | 25(9.3) | 15(5.6) |
| | 형제자매 | 69(27.8) | 58(21.6) | 60(22.4) |

| 가구원 | 센터 A (n=248) | 센터 B (n=268) | 센터 C (n=268) |
|------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 기타친척 | 14(5.6) | 15(5.6) | 9(3.4) |
| 비혈연 | 1(0.4) | 7(2.6) | 4(1.5) |
| 교육수준 | | | |
| 무학 | 5(2.0) | 15(5.6) | 9(3.4) |
| 초등학교 | 15(6.0) | 23(8.6) | 31(11.6) |
| 중학교 | 77(31.0) | 69(25.7) | 77(28.7) |
| 고등학교 | 95(38.3) | 121(45.1) | 93(34.7) |
| 전문대학 이상 | 51(20.6) | 39(14.6) | 50(18.7) |
| 어린이집/유치원 | 0(0.0) | 0(0.0) | 6(2.2) |
| 미취원/미취학 | 4(1.6) | 1(0.4) | 2(0.7) |
| 무응답 | 1(0.4) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| 경제활동 상태 | | | |
| 상용직 임금근로자 | 16(6.5) | 20(7.5) | 14(5.2) |
| 임시직 임금근로자 | 17(6.9) | 38(14.2) | 30(11.2) |
| 일용직 임금근로자 | 30(12.1) | 45(16.8) | 39(14.6) |
| 자활 및 공공 근로 | 28(11.3) | 12(4.5) | 5(1.9) |
| 고용주 | 1(0.4) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| 자영업자 | 8(3.2) | 10(3.7) | 5(1.9) |
| 무급가족봉사자 | 6(2.4) | 3(1.1) | 10(3.7) |
| 실업자 | 33(13.3) | 19(7.1) | 29(10.8) |
| 비경제활동인구 | 81(32.7) | 95(35.4) | 89(33.2) |
| 기타 | 28(11.3) | 26(9.7) | 47(17.5) |

다음으로 <표 3-3>은 대상 가구의 인구학적 특성을 나타낸다. 먼저 가구 형태를 살펴보면 센터 3곳 모두에서 한부모 가구가 가장 많았는데 센터 A는 59.5%, 센터 B는 51.6%, 센터 C는 43.7%로 나타났다. 다음으로 부부와 자녀로 이루어진 가구가 많았는데 센터 A는 27.9%, 센터 B는 30.3%, 센터 C는 42.9%로 나타났다.

한편 다문화 가정인 경우는 센터 A는 4.5%, 센터 B는 0.8%, 센터 C는 1.6%로 나타났으며, 외국인 배우자의 출신국가로는 센터 A는 중국, 필리핀, 일본, 센터 B는 일본, 센터 C는 중국, 필리핀으로 나타났다.

〈표 3-3〉 대상 가구의 인구학적 특성¹⁾

(단위: 빈도(%))

| | | 센터 A | 센터 B | 센터 C |
|-------|--------------|----------|----------|----------|
| | | (n=111) | (n=122) | (n=126) |
| 가구 형태 | 부부 및 자녀 | 31(27.9) | 37(30.3) | 54(42.9) |
| | 한부모 및 자녀 | 66(59.5) | 63(51.6) | 55(43.7) |
| | 조부모, 부부 및 자녀 | 4(3.6) | 3(2.5) | 2(1.6) |
| | 조부모 및 손자녀 | 1(0.9) | 7(5.7) | 9(7.1) |
| | 기타 친척 및 아동 | 1(0.9) | 2(1.6) | 0(0.0) |
| | 형제자매로만 구성 | 1(0.9) | 1(0.8) | 1(0.8) |
| | 비혈연 | 0(0.0) | 1(0.8) | 1(0.8) |
| | 기타 | 7(6.3) | 8(6.6) | 4(3.2) |
| 다문화가정 | | 5(4.5) | 1(0.8) | 2(1.6) |

주: 1) 현장조사 자료

나. 사회경제적인 특성

<표 3-4>는 대상 가구의 사회경제적 특성을 나타낸 것이다. 센터 3곳 모두 기초생활보장수급가구가 가장 많았는데 센터 A는 73.0%, 센터 B는 47.5%, 센터 C는 69.8%로 나타났다. 다음으로 차상위계층 가구는 센터 A는 12.6%, 센터 B는 18.0%, 센터 C는 19.8%로 나타났다. 월평균 가구소득은 대부분 150만원 미만이었다.

대상 가구의 주거환경으로 방 개수, 주택형태, 주택 소유, 거주 기간 및 환경상 특이사항에 대해 살펴보았다. 방 개수는 센터 A는 2개 및 3개 이상이 각 45.9%, 센터 B는 2개가 54.9%, 3개 이상이 42.6%로 나타났으며, 센터 C는 2개가 78.6%, 3개 이상이 14.3%로 나타나 센터 3곳 모두에서 방 2개 이상이 90% 이상임을 알 수 있었다. 주택형태는 센터 A는 단독주택이 57.7%, 센터 B는 다세대 연립주택이 63.1%, 센터 C는 아파트가 85.7%로 가장 많았다. 주택의 소유 형태는 센터 A와 센터 B는 월세가 각 47.7%, 36.1%로 센터 C는 국민임대아파트가 42.1%로 가장 높았다. 거주

기간으로는 센터 A와 센터 B는 2년 이상이 각 47.7%, 51.6%로 센터 C는 1~2년이 45.2%로 가장 높게 나타났다. 환경상 특이사항으로는 주위 소음이 센터 A는 26.1%, 센터 B는 23.8%, 센터 C는 13.5%로 가장 높게 나타났다.

〈표 3-4〉 대상 가구의 경제환경 및 주거환경¹⁾

(단위: 빈도(%))

| | | 센터 A (n=111) | 센터 B (n=122) | 센터 C (n=126) |
|--------------|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 경제 환경 | | | | |
| 기초생활수급 | 기초생활보장수급 | 81(73.0) | 58(47.5) | 88(69.8) |
| | 차상위계층 | 14(12.6) | 22(18.0) | 25(19.8) |
| | 비해당 | 8(7.2) | 33(27.0) | 9(7.1) |
| | 모름 | 8(7.2) | 9(7.4) | 4(3.2) |
| 월가구소득 | 없음 | 4(3.6) | 3(2.5) | 4(3.2) |
| | 100만원 미만 | 44(39.6) | 50(41.0) | 65(51.6) |
| | 100~150만원미만 | 47(42.3) | 41(33.6) | 27(21.4) |
| | 150~200만원미만 | 7(6.3) | 10(8.2) | 7(5.6) |
| | 200만원 이상 | 1(0.9) | 9(7.4) | 3(2.4) |
| | 무응답 | 8(7.2) | 9(7.4) | 20(15.9) |
| 주거환경 | | | | |
| 방 개수 | 1개 | 9(8.1) | 3(2.5) | 9(7.1) |
| | 2개 | 51(45.9) | 67(54.9) | 99(78.6) |
| | 3개 이상 | 51(45.9) | 52(42.6) | 18(14.3) |
| 주택형태 | 아파트 | 17(15.3) | 23(18.9) | 108(85.7) |
| | 다세대 연립주택 | 27(24.3) | 77(63.1) | 13(10.3) |
| | 단독주택 | 64(57.7) | 10(8.2) | 4(3.2) |
| | 복합용도주택 | 2(1.8) | 8(6.6) | 1(0.8) |
| | 비거주용 건물내주택 | 1(0.9) | 3(2.5) | 0(0.0) |
| | 임시가건물 | 0(0.0) | 1(0.8) | 0(0.0) |
| 주택 소유 | 자가 | 7(6.3) | 20(16.4) | 10(7.9) |
| | 전세 | 34(30.6) | 37(30.3) | 6(4.8) |
| | 월세 | 53(47.7) | 44(36.1) | 17(13.5) |
| | 영구임대아파트 | 0(0.0) | 0(0.0) | 32(25.4) |
| | 국민임대아파트 | 2(1.8) | 1(0.8) | 53(42.1) |

| | | 센터 A (n=111) | 센터 B (n=122) | 센터 C (n=126) |
|------------------------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 거주 기간 | 기타 | 15(13.5) | 20(16.4) | 8(6.3) |
| | 6개월 미만 | 13(11.7) | 12(9.8) | 7(5.6) |
| | 6개월~1년 | 13(11.7) | 12(9.8) | 10(7.9) |
| | 1~2년 | 32(28.8) | 35(28.7) | 57(45.2) |
| | 2년 이상 | 53(47.7) | 63(51.6) | 52(41.3) |
| 환경상 특이사항 ²⁾ | 악취/불결 | 16(14.4) | 16(13.1) | 7(5.6) |
| | 주위 소음 | 29(26.1) | 29(23.8) | 17(13.5) |
| | 환기 부적절 | 16(14.4) | 18(14.8) | 6(4.8) |
| | 채광 부족 | 19(17.1) | 27(22.1) | 13(10.3) |
| | 운수사고 위험 | 7(6.3) | 7(5.7) | 2(1.6) |
| | 향락유흥업소 | 4(3.6) | 8(6.6) | 1(0.8) |

주: 1) 현장조사 자료 2) 복수응답

다. 위험 가구에 대한 확인

<표 3-5>와 <표 3-6>에서는 대상 가구 및 가정환경에 대한 위험 정도에 대해 살펴보았다. 해당 항목에 대해 설명하면 1)에서 5)까지는 가정폭력 및 보호자의 정신건강으로 인해 건전한 양육이 불가능한 경우로서 즉각적인 격리보호나 의료적 지원이 요구되는 위험요소이다. 6)에서 8)까지는 가정환경의 안전, 위생상태, 보호자의 신체질환, 간병부담 등으로 인해 양육 환경 지원이 필요한 경우를 말한다. 또한 해당 항목의 심각성 정도는 임상적 주의나 지속적인 관찰을 요하는 경우는 1점, 문제가 매우 심각하여 즉각적인 개입이나 진단과 치료가 필요한 경우는 2점으로 하였다.

먼저 <표 3-5>는 드림스타트사업에 참여하는 가구에 대해 실시한 인테이크 조사 자료이다. 센터 A에서는 “보호자가 신장병, 당뇨병 등 만성적인 신체질환이 있다” 항목이 가장 높았는데 1점이 8.9%, 2점이 1.1%로 나타났으며, 다음으로 “보호자가 정신분열증이나 정신지체 등과 같은 정신장애가 있다” 항목에서 1점이 7.3%, 2점이 1.1%로 나타났다. 센터 B에서는

“가정환경의 위생 및 안전상태가 불량하다” 항목이 가장 높았는데 1점이 12.0%, 2점이 1.6%로 나타났으며, 다음으로 “보호자가 신장병, 당뇨병 등 만성적인 신체질환이 있다” 항목에서 1점이 8.7%, 2점이 6.0%로 나타났다. 센터 C에서는 “아동에 대한 신체적, 의료적, 교육적 방임이 있다” 항목이 가장 높았는데 1점이 12.7%, 2점이 1.8%로 나타났으며, 다음으로 “보호자가 신장병, 당뇨병 등 만성적인 신체질환이 있다” 항목에서 1점이 10.2%, 2점이 3.6%로 나타났다. 한편 각 해당 항목에 점수를 곱하여 평균 점수를 산출한 결과 센터 B와 센터 C는 각 0.8점으로, 센터 A는 0.3점으로 나타났다. 아울러 1)에서 5)까지의 항목 중 단 한 개의 항목에서라도 2점이 있으면 고위험 가구로 판정하였는데, 센터 C에서 6가구로 가장 많았으며 센터 A와 센터 B는 4가구로 나타났다.

〈표 3-5〉 가구 위험사정 결과¹⁾

(단위: 빈도(%))

| | 센터 A (n=179) | | 센터 B (n=184) | | 센터 C (n=166) | |
|---|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|
| | 2) | 3) | 2) | 3) | 2) | 3) |
| 1) 아동에 대한 구타와 욕설 등 신체적, 정신적 학대가 있었다 | 0(0.0) | 1(0.6) | 10(5.4) | 1(0.5) | 7(4.2) | 2(1.2) |
| 2) 아동에 대한 신체적, 의료적, 교육적 방임이 있다 | 2(1.1) | 2(1.1) | 13(7.1) | 0(0.0) | 21(12.7) | 3(1.8) |
| 3) 보호자가 정신분열증이나 정신지체 등과 같은 정신장애가 있다 | 13(7.3) | 2(1.1) | 5(2.7) | 1(0.5) | 6(3.6) | 1(0.6) |
| 4) 보호자가 알콜중독이나 남용의 징후가 보인다 | 0(0.0) | 0(0.0) | 11(6.0) | 1(0.5) | 2(1.2) | 3(1.8) |
| 5) 배우자 학대가 있거나 부부갈등이 심각하다 | 0(0.0) | 1(0.6) | 12(6.5) | 2(1.1) | 5(3.0) | 4(2.4) |
| 6) 가정환경의 위생 및 안전상태가 불량하다 | 7(3.9) | 3(1.7) | 22(12.0) | 3(1.6) | 9(5.4) | 3(1.8) |
| 7) 주보호자 외에 가족내 지속적인 관리를 요하는 치매노인, 중증장애인 등이 있다 | 0(0.0) | 0(0.0) | 6(3.3) | 4(2.2) | 6(3.6) | 4(2.4) |

| | 센터 A (n=179) | | 센터 B (n=184) | | 센터 C (n=166) | |
|-------------------------------------|--------------|--------|--------------|---------|--------------|--------|
| | 2) | 3) | 2) | 3) | 2) | 3) |
| 8) 보호자가 신장병, 당뇨병 등 만성적인 신체질환이 있다 | 16(8.9) | 2(1.1) | 16(8.7) | 11(6.0) | 17(10.2) | 6(3.6) |
| 합계 ⁴⁾ (평균) ⁵⁾ | 60(0.3) | | 141(0.8) | | 125(0.8) | |
| 고위험 가구 수 ⁶⁾ | 4가구 | | 4가구 | | 6가구 | |

주: 1) 인테이크 조사자료

2) 임상적 주의나 지속적인 관찰을 요함(1점) 3) 문제가 매우 심각하여 즉각적인 개입이나 진단과 치료가 필요함(2점)

4) 합계=1점×()문항+2점×()문항 5) 평균=합계/가구 수

6) 고위험 가구 판정기준 : 1)에서 5)까지의 고위험항목(가정폭력 및 부모의 정신건강 등) 중 단 한 개의 항목에서라도 2점이 있으면 고위험으로 판정

다음으로 <표 3-6>은 10월에 실시한 현장조사 결과를 나타내는데 인테이크 조사 자료와 비교했을 때 전반적으로 보다 심각함을 알 수 있다. 구체적으로 살펴보면 센터 A에서는 “아동에 대한 신체적, 의료적, 교육적 방임이 있다” 항목이 가장 높았는데 1점이 15.3%, 2점이 1.8%로 나타났으며, 다음으로 “가정환경의 위생 및 안전상태가 불량하다” 항목에서 1점이 13.5%, 2점이 0.9%로 나타났다. 센터 B에서는 “아동에 대한 신체적, 의료적, 교육적 방임이 있다” 항목이 가장 높았는데 1점이 20.5%, 2점이 2.5%로 나타났으며, 다음으로 “가정환경의 위생 및 안전상태가 불량하다” 항목에서 1점이 16.4%, 2점이 2.5%로 나타났다. 센터 C에서는 “아동에 대한 구타와 욕설 등 신체적, 정신적 학대가 있었다”는 항목이 가장 높았는데 1점이 18.3%이었으며, 다음으로 “보호자가 신장병, 당뇨병 등 만성적인 신체질환이 있다” 항목에서 1점이 11.9%, 2점이 5.6%로 나타났다. <표 3-5>의 인테이크 조사에서와 마찬가지로 <표 3-6>의 현장조사에서의 평균 점수를 살펴보면 센터 B가 1.2점으로 가장 높았으며, 센터 A는 1.0점, 센터 C는 0.9점으로 인테이크 조사 시보다 점수가 더 높음을 알 수 있었다. 아울러 고위험 가구 수는 센터 A와 센터 B는 각, 13가구, 9가구로 인테이크

조사 시보다 더 많았으나, 반면 센터 C는 5가구로 인테이크 조사 시보다 적음을 알 수 있었다.

〈표 3-6〉 가구 위험사정 결과¹⁾

(단위: 빈도(%))

| | 센터 A (n=111) | | 센터 B (n=122) | | 센터 C (n=126) | |
|---|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|
| | 2) | 3) | 2) | 3) | 2) | 3) |
| 1) 아동에 대한 구타와 욕설 등 신체적, 정신적 학대가 있었다 | 12(10.8) | 0(0.0) | 16(13.1) | 2(1.6) | 23(18.3) | 0(0.0) |
| 2) 아동에 대한 신체적, 의료적, 교육적 방임이 있다 | 17(15.3) | 2(1.8) | 25(20.5) | 3(2.5) | 9(7.1) | 4(3.2) |
| 3) 보호자가 정신분열증이나 정신지체 등과 같은 정신장애가 있다 | 3(2.7) | 4(3.6) | 5(4.1) | 3(2.5) | 4(3.2) | 1(0.8) |
| 4) 보호자가 알콜중독이나 남용의 징후가 보인다 | 3(2.7) | 1(0.9) | 4(3.3) | 4(3.3) | 7(5.6) | 1(0.8) |
| 5) 배우자 학대가 있거나 부부갈등이 심각하다 | 7(6.3) | 2(1.8) | 6(4.9) | 3(2.5) | 7(5.6) | 0(0.0) |
| 6) 가정환경의 위생 및 안전상태가 불량하다 | 15(13.5) | 1(0.9) | 20(16.4) | 3(2.5) | 8(6.3) | 0(0.0) |
| 7) 주보호자 외에 가족내 지속적인 관리를 요하는 치매노인, 중증장애인 등이 있다 | 4(3.6) | 4(3.6) | 5(4.1) | 2(1.6) | 9(7.1) | 0(0.0) |
| 8) 보호자가 신장병, 당뇨병 등 만성적인 신체질환이 있다 | 11(9.9) | 7(6.3) | 14(11.5) | 5(4.1) | 15(11.9) | 7(5.6) |
| 합계 ⁴⁾ (평균) ⁵⁾ | 114(1.0) | | 145(1.2) | | 108(0.9) | |
| 고위험 가구 수 ⁶⁾ | 13가구 | | 9가구 | | 5가구 | |

- 주: 1) 현장조사 자료
 2) 임상적 주의나 지속적인 관찰을 요함(1점) 3) 문제가 매우 심각하여 즉각적인 개입이나 진단과 치료가 필요함(2점)
 4) 합계=1점×()문항+2점×()문항 5) 평균=합계/가구 수
 6) 고위험 가구 판정기준 : 1)에서 5)까지의 고위험항목(가정폭력 및 부모의 정신건강 등) 중 단 한 개의 항목에서라도 2점이 있으면 고위험으로 판정

라. 건강 상태 및 건강 행태

<표 3-7>은 대상 가구원의 건강상태를 나타낸 것으로 가구원의 주관적 건강수준, 장애 유무 및 간접흡연에 대해 살펴보았다. 먼저 가구원의 주관적 건강수준은 좋거나 매우 좋다고 응답한 경우가 센터 A는 44.4%, 센터 B는 40.3%, 센터 C는 38.5%로 나타났다. 반면 보통 및 나쁘거나 매우 나쁘다고 응답한 경우는 센터 A는 55.6%, 센터 B는 56.7%, 센터 C는 61.2%로 나타났다. 대상 가구원의 장애 유무 여부는 센터 A는 13.3%, 센터 B는 11.9%, 센터 C는 16.4%에서 장애가 있는 것으로 나타났으며, 장애가 있는 경우 등록 여부는 센터 A는 63.6%, 센터 B는 71.9%, 센터 C는 77.3%에서 등록했음을 알 수 있었다. 한편 가정 내에 규칙적인 흡연자가 있는 경우는 센터 A는 17.1%, 센터 B는 28.7%, 센터 C는 25.4%로 나타났다.

〈표 3-7〉 가구원의 건강상태¹⁾

(단위: 빈도(%))

| | | 센터 A (n=248) | 센터 B (n=268) | 센터 C (n=268) |
|----------|-------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 주관적 건강수준 | 매우 좋음 | 23(9.3) | 20(7.5) | 24(9.0) |
| | 좋음 | 87(35.1) | 88(32.8) | 79(29.5) |
| | 보통 | 81(32.7) | 104(38.8) | 103(38.4) |
| | 나쁨 | 46(18.5) | 36(13.4) | 49(18.3) |
| | 매우 나쁨 | 11(4.4) | 12(4.5) | 12(4.5) |
| | 모름 | 0(0.0) | 8(3.0) | 1(0.4) |
| 장애 유무 | 있음 | 33(13.3) | 32(11.9) | 44(16.4) |
| | 없음 | 215(86.7) | 236(88.1) | 224(83.6) |
| 장애 등록 여부 | 등록 | 21(63.6) | 23(71.9) | 34(77.3) |
| | 미등록 | 12(36.4) | 8(25.0) | 10(22.7) |
| | 무응답 | 0(0.0) | 1(3.1) | 0(0.0) |
| | | 센터 A (n=111) | 센터 B (n=122) | 센터 C (n=126) |

| | | 센터 A (n=248) | 센터 B (n=268) | 센터 C (n=268) |
|--------------------|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 간접흡연 ²⁾ | 가정 내 규칙적 흡연자 있음 | 19(17.1) | 35(28.7) | 32(25.4) |

주: 1) 현장조사 자료 2) 가구 단위로 조사함.

다음으로 <표 3-8>부터 <표 3-13>은 주 양육자의 정신건강상태를 나타낸 것으로 주 양육자의 우울 및 자기통제감에 대해 살펴보았다. 먼저 <표 3-8>은 센터 A의 주 양육자의 우울 정도를 나타낸 것으로 “전혀 그렇지 않음” 1점~“매우 그런 편임” 5점으로 점수를 산출한 것이다. 센터 A의 경우 “모든 일이 힘에 겨웠다” 항목이 3.0점으로 가장 높았으며, “매사에 피곤하고 안절부절함 느낌이다” 항목이 2.9점, “희망이 없다고 느꼈다” 항목이 2.6점의 순으로 나타났다.

<표 3-8> 주 양육자의 정신건강상태 : 우울(지난 1달 기준)¹⁾

(단위: 빈도(%))

| | 센터 A (n=111) | | | | | 점수 ²⁾ |
|---------------------|-----------------|-----------|----------|----------|----------------|------------------|
| | 전혀 그렇지 않음 | 그렇지 않음 | 보통 | 그런 편임 | 매우 그런 편임 | |
| 초조하였다 | 34(30.6) | 27(24.3) | 21(18.9) | 23(20.7) | 6(5.4) | 2.5 |
| 희망이 없다고 느꼈다 | 31(27.9) | 25(22.5) | 25(22.5) | 21(18.9) | 9(8.1) | 2.6 |
| 매사에 피곤하고 안절부절함 느낌이다 | 20(18.0) | 20(18.0) | 32(28.8) | 30(27.0) | 9(8.1) | 2.9 |
| 모든 일이 힘에 겨웠다 | 19(17.1) | 21(18.9) | 25(22.5) | 28(25.2) | 18(16.2) | 3.0 |
| 너무 슬퍼서 삶의 즐거움이란 없었다 | 25(22.5) | 29(26.1) | 35(31.5) | 20(18.0) | 2(1.8) | 2.5 |
| 나 자신이 가치가 없다고 느꼈다 | 37(33.3) | 32(28.8) | 24(21.6) | 12(10.8) | 6(5.4) | 2.3 |

주: 1) 설문에 응한 가구 대표를 대상으로 조사

2) 전혀 그렇지 않음(1점)~매우 그런 편임(5점)의 5점 척도

<표 3-9>는 센터 A의 주 양육자의 자기통제감 정도를 나타낸 것이다. 센터 A의 경우 “삶의 문제를 다루는데 자주 무기력하다고 느낀다”는 항목이 2.6점으로 가장 높았으며, “자신의 문제를 스스로 해결할 수 있는 방법이 전혀 없어 보인다”는 항목과 “가끔 나의 삶이 남에 의하여 좌지우지된다고 느낀다”는 항목이 각 2.4점으로 나타났다.

<표 3-9> 주 양육자의 정신건강상태 : 자기통제감(지난 1달 기준)¹⁾

(단위: 빈도(%))

| | 센터 A (n=111) | | | | | 점수 ²⁾ |
|------------------------------------|--------------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| | 전혀 그렇지 않음 | 그렇지 않음 | 보통 | 그런 편임 | 매우 그런 편임 | |
| 자신의 문제를 스스로 해결할 수 있는 방법이 전혀 없어 보인다 | 28(25.2) | 30(27.0) | 36(32.4) | 12(10.8) | 5(4.5) | 2.4 |
| 가끔 나의 삶이 남에 의하여 좌지우지된다고 느낀다 | 31(27.9) | 34(30.6) | 25(22.5) | 17(15.3) | 4(3.6) | 2.4 |
| 나에게 일어나는 일들에 대하여, 나 자신이 어찌할 방도가 없다 | 32(28.8) | 30(27.0) | 32(28.8) | 13(11.7) | 4(3.6) | 2.3 |
| 삶의 문제를 다루는데 자주 무기력하다고 느낀다 | 27(24.3) | 30(27.0) | 26(23.4) | 21(18.9) | 7(6.3) | 2.6 |

주: 1) 설문에 응한 가구 대표를 대상으로 조사

2) 전혀 그렇지 않음(1점)~매우 그런 편임(5점)의 5점 척도

<표 3-10>은 센터 B의 주 양육자의 우울 정도를 나타낸 것이다. 센터 B의 경우 “모든 일이 힘에 겨웠다” 항목이 3.2점으로 가장 높았으며, “매사에 피곤하고 안절부절할 느낌이다” 항목이 3.0점, “초조하였다”, “희망이 없다고 느꼈다”, “너무 슬퍼서 삶의 즐거움이란 없었다” 항목이 각 2.8점으로 나타났다.

<표 3-10> 주 양육자의 정신건강상태 : 우울(지난 1달 기준)¹⁾

(단위: 빈도(%))

| | 센터 B (n=122) | | | | | 점수 ²⁾ |
|---------------------|--------------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| | 전혀 그렇지 않음 | 그렇지 않음 | 보통 | 그런 편임 | 매우 그런 편임 | |
| 초조하였다 | 25(20.5) | 25(20.5) | 33(27.0) | 32(26.2) | 7(5.7) | 2.8 |
| 희망이 없다고 느꼈다 | 22(18.0) | 33(27.0) | 27(22.1) | 31(25.4) | 9(7.4) | 2.8 |
| 매사에 피곤하고 안절부절할 느낌이다 | 18(14.8) | 13(10.7) | 44(36.1) | 39(32.0) | 8(6.6) | 3.0 |
| 모든 일이 힘에 겨웠다 | 13(10.7) | 18(14.8) | 34(27.9) | 42(34.4) | 15(12.3) | 3.2 |
| 너무 슬퍼서 삶의 즐거움이란 없었다 | 21(17.2) | 32(26.2) | 34(27.9) | 24(19.7) | 11(9.0) | 2.8 |
| 나 자신이 가치가 없다고 느꼈다 | 28(23.0) | 31(25.4) | 33(27.0) | 21(17.2) | 9(7.4) | 2.6 |

주: 1) 설문에 응한 가구 대표를 대상으로 조사

2) 전혀 그렇지 않음(1점)~매우 그런 편임(5점)의 5점 척도

<표 3-11>은 센터 B의 주 양육자의 자기통제감 정도를 나타낸 것이다. 센터 B의 경우 “삶의 문제를 다루는데 자주 무기력하다고 느낀다” 항목이 2.9점으로 가장 높았으며, “자신의 문제를 스스로 해결할 수 있는 방법이 전혀 없어 보인다” 항목이 2.6점, “나에게 일어나는 일들에 대하여 나 자신이 어찌할 방도가 없다” 항목이 2.5점의 순으로 나타났다.

<표 3-11> 주 양육자의 정신건강상태 : 자기통제감(지난 1달 기준)¹⁾

(단위: 빈도(%))

| | 센터 B (n=122) | | | | | 점수 ²⁾ |
|------------------------------------|--------------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| | 전혀 그렇지 않음 | 그렇지 않음 | 보통 | 그런 편임 | 매우 그런 편임 | |
| 자신의 문제를 스스로 해결할 수 있는 방법이 전혀 없어 보인다 | 26(21.3) | 37(30.3) | 30(24.6) | 17(13.9) | 12(9.8) | 2.6 |

| | 센터 B (n=122) | | | | | 점수 ²⁾ |
|---|-----------------|-----------|----------|----------|----------------|------------------|
| | 전혀 그렇지 않음 | 그렇지 않음 | 보통 | 그런 편임 | 매우 그런 편임 | |
| 가끔 나의 삶이 남에 의하여 좌지우지된다 고 느낀다 | 26(21.3) | 48(39.3) | 27(22.1) | 19(15.6) | 2(1.6) | 2.4 |
| 나에게 일어나는 일들 에 대하여, 나 자신이 어찌할 방도가 없다 | 26(21.3) | 39(32.0) | 28(23.0) | 22(18.0) | 7(5.7) | 2.5 |
| 삶의 문제를 다루는데 자 주 무기력하다고 느낀다 | 18(14.8) | 24(19.7) | 43(35.2) | 29(23.8) | 8(6.6) | 2.9 |

주: 1) 설문에 응한 가구 대표를 대상으로 조사
2) 전혀 그렇지 않음(1점)-매우 그런 편임(5점)의 5점 척도

<표 3-12>는 센터 C의 주 양육자의 우울 정도를 나타낸 것이다. 센터 C의 경우 “모든 일이 힘에 겨웠다” 항목이 2.9점으로 가장 높았으며, “매사에 피곤하고 안절부절함 느낌이다” 항목이 2.6점, “초조하였다” 항목이 2.4점의 순으로 나타났다.

<표 3-12> 주 양육자의 정신건강상태 : 우울(지난 1달 기준)¹⁾
(단위: 빈도(%))

| | 센터 C (n=126) | | | | | 점수 ²⁾ |
|-------------------------|-----------------|-----------|----------|----------|----------------|------------------|
| | 전혀 그렇지 않음 | 그렇지 않음 | 보통 | 그런 편임 | 매우 그런 편임 | |
| 초조하였다 | 42(33.3) | 22(17.5) | 35(27.8) | 23(18.3) | 4(3.2) | 2.4 |
| 희망이 없다고 느꼈다 | 46(36.5) | 26(20.6) | 32(25.4) | 15(11.9) | 7(5.6) | 2.3 |
| 매사에 피곤하고 안절 부절함 느낌이다 | 33(26.2) | 25(19.8) | 33(26.2) | 26(20.6) | 9(7.1) | 2.6 |
| 모든 일이 힘에 겨웠다 | 28(22.2) | 18(14.3) | 31(24.6) | 36(28.6) | 13(10.3) | 2.9 |
| 너무 슬퍼서 삶의 즐거 움이란 없었다 | 41(32.5) | 31(24.6) | 35(27.8) | 13(10.3) | 6(4.8) | 2.3 |
| 나 자신이 가치가 없다 고 느꼈다 | 55(43.7) | 31(24.6) | 22(17.5) | 14(11.1) | 4(3.2) | 2.1 |

주: 1) 설문에 응한 가구 대표를 대상으로 조사
2) 전혀 그렇지 않음(1점)-매우 그런 편임(5점)의 5점 척도

<표 3-13>은 센터 C의 주 양육자의 자기통제감 정도를 나타낸 것이다. 센터 C의 경우 “삶의 문제를 다루는데 자주 무기력하다고 느낀다” 항목이 2.5점으로 가장 높았으며, “나에게 일어나는 일들에 대하여 나 자신이 어찌할 방도가 없다” 항목이 2.3점, 나머지 두 항목이 각 2.1점으로 나타났다.

<표 3-13> 주 양육자의 정신건강상태 : 자기통제감(지난 1달 기준)¹⁾

(단위: 빈도(%))

| | 센터 C (n=126) | | | | | 점수 ²⁾ |
|------------------------------------|--------------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| | 전혀 그렇지 않음 | 그렇지 않음 | 보통 | 그런 편임 | 매우 그런 편임 | |
| 자신의 문제를 스스로 해결할 수 있는 방법이 전혀 없어 보인다 | 45(35.7) | 36(28.6) | 28(22.2) | 17(13.5) | 0(0.0) | 2.1 |
| 가끔 나의 삶이 남에 의하여 좌지우지된다고 느낀다 | 46(36.5) | 38(30.2) | 27(21.4) | 13(10.3) | 2(1.6) | 2.1 |
| 나에게 일어나는 일들에 대하여, 나 자신이 어찌할 방도가 없다 | 43(34.1) | 34(27.0) | 25(19.8) | 19(15.1) | 5(4.0) | 2.3 |
| 삶의 문제를 다루는데 자주 무기력하다고 느낀다 | 35(27.8) | 24(19.0) | 39(31.0) | 19(15.1) | 9(7.1) | 2.5 |

주: 1) 설문에 응한 가구 대표를 대상으로 조사

2) 전혀 그렇지 않음(1점)~매우 그런 편임(5점)의 5점 척도

한편 대상 아동의 건강상태를 살펴보면 <표 3-14>와 같다. 아동이 주로 앓는 질병의 경우 센터 3곳 모두에서 감기가 가장 높았으며 다음으로 아토피 순으로 나타났다. 아토피의 비중은 센터 A, B, C에서 각각 22.5%, 22.9%, 20.7%인 것으로 나타났다. 기타 응답으로 비염, 장염, 편도선염, 변비 등이 있었다.

다음으로 아동에게 안전사고가 발생한 적이 있는 경우는 센터 A는 31.8%, 센터 B는 33.8%, 센터 C는 23.3%로 나타났다. 사고 유형으로는 센

터 3곳 모두에서 사람이나 사물에 부딪힌 경우가 가장 높게 나타났다. 센터 A는 사람이나 사물에 부딪힌 경우가 30.9%, 화상이 20.0%, 교통사고가 18.2%, 센터 B는 사람이나 사물에 부딪힌 경우가 35.3%, 교통사고가 29.4%, 화상이 13.2%, 센터 C는 사람이나 사물에 부딪힌 경우가 35.6%, 교통사고 및 화상이 각 17.8%의 순으로 나타났다. 아울러 사고 장소의 경우 센터 A는 가정 및 부속 시설이 49.1%로 가장 높았으며 도로 및 운송 지역이 14.5%, 공원 또는 여가 시설이 12.7%의 순으로 나타났으며, 센터 B는 도로 및 운송 지역이 32.4%로 가장 높았으며 가정 및 부속 시설이 29.4%, 보육 및 교육 시설이 23.5%의 순으로 나타났다. 센터 C는 센터 A와 마찬가지로 가정 및 부속 시설이 37.8%로 가장 높았으며 다음으로 공원 또는 여가 시설이 13.3%, 보육 및 교육 시설과 도로 및 운송 지역이 각 11.1%의 순으로 나타났다.

〈표 3-14〉 대상 아동의 건강상태

| | | (단위: 빈도(%)) | | |
|-------------------------|------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | 센터 A (n=173) | 센터 B (n=201) | 센터 C (n=193) |
| 아동의 주요 질병 ¹⁾ | | | | |
| | 천식 | 9(5.2) | 14(7.0) | 8(4.1) |
| | 아토피 | 39(22.5) | 46(22.9) | 40(20.7) |
| | 감기 | 98(56.6) | 125(62.2) | 96(49.7) |
| | 설사 | 5(2.9) | 5(2.5) | 2(1.0) |
| | 기타 | 24(13.9) | 38(18.9) | 30(15.5) |
| 안전사고 발생 | | 55(31.8) | 68(33.8) | 45(23.3) |
| 사고 유형 ¹⁾ | 교통사고 | 10(18.2) | 20(29.4) | 8(17.8) |
| | 추락 | 7(12.7) | 3(4.4) | 4(8.9) |
| | 화상 | 11(20.0) | 9(13.2) | 8(17.8) |
| | 질식 | 2(3.6) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| | 열상 | 4(7.3) | 1(1.5) | 0(0.0) |

| | 센터 A (n=173) | 센터 B (n=201) | 센터 C (n=193) |
|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 자상 및 절단 | 0(0.0) | 3(4.4) | 1(2.2) |
| 동물이나 곤충에 물림 | 2(3.6) | 4(5.9) | 2(4.4) |
| 사람/사물에 부딪힘 | 17(30.9) | 24(35.3) | 16(35.6) |
| 사람에게 맞음 | 2(3.6) | 1(1.5) | 0(0.0) |
| 기타 | 7(12.7) | 7(10.3) | 8(17.8) |
| 사고 장소 ¹⁾ | | | |
| 가정 및 부속 시설 | 27(49.1) | 20(29.4) | 17(37.8) |
| 보육 및 교육 시설 | 1(1.8) | 16(23.5) | 5(11.1) |
| 도로 및 운송 지역 | 8(14.5) | 22(32.4) | 5(11.1) |
| 스포츠 또는 운동 장소 | 1(1.8) | 2(2.9) | 3(6.7) |
| 상업 또는 서비스 시설 | 0(0.0) | 1(1.5) | 0(0.0) |
| 공원 또는 여가 시설 | 7(12.7) | 6(8.8) | 6(13.3) |
| 야외 | 2(3.6) | 2(2.9) | 5(11.1) |
| 기타 | 9(16.4) | 3(4.4) | 4(8.9) |
| 사고 후유증 | | | |
| 없음 | 51(92.7) | 59(86.8) | 33(73.3) |
| 현재 치료 중 | 3(5.5) | 4(5.9) | 7(15.6) |
| 기능의 결손 | 0(0.0) | 3(4.4) | 0(0.0) |
| 기타 | 1(1.8) | 2(2.9) | 5(11.1) |

주 : 1) 복수응답

다음으로 <표 3-15>에서는 대상 아동의 발달 상태에 대해 살펴보았다. 해당 항목의 심각성 정도는 임상적 주의나 지속적인 관찰을 요하는 경우는 1점, 문제가 매우 심각하여 즉각적인 개입이나 진단과 치료가 필요한 경우는 2점으로 하였다. 아울러 1)에서 4)까지의 고위험 항목 중 단 한 개의 항목에서라도 2점이 있으면 고위험으로 판정하였다.

센터 A에서는 “주의집중을 하지 못하고 행동통제 및 충동조절에 어려움을 겪는 등 주의력결핍, 과잉행동 장애의 징후가 보인다”는 항목이 가

장 높았는데 1점이 9.8%, 2점이 1.7%로 나타났으며, 다음으로 “눈을 깜박이거나 코를 킁킁거리는 등의 틱증상을 보인다” 항목에서 1점이 7.5%로 나타났다.

센터 B에서는 센터 A와 마찬가지로 “주의집중을 하지 못하고 행동통제 및 충동조절에 어려움을 겪는 등 주의력결핍, 과잉행동 장애의 징후가 보인다”는 항목이 가장 높았는데 1점이 9.8%, 2점이 1.7%로 나타났으며, 다음으로 “눈을 깜박이거나 코를 킁킁거리는 등의 틱증상을 보인다”는 항목에서 1점이 7.5%로 나타났다.

센터 C에서는 “또래들과 어울리지 못하고, 함께 즐거워하지 못하며 따돌림을 당하는 등 사회적 행동이 결여되어 있다” 항목이 가장 높았는데 1점이 8.3%, 2점이 0.5%로 나타났으며, 다음으로 “주의집중을 하지 못하고 행동통제 및 충동조절에 어려움을 겪는 등 주의력결핍, 과잉행동 장애의 징후가 보인다”는 항목에서 1점이 7.8%, 2점이 0.5%로 나타났으며, “정서상태가 불안정하거나 우울하다” 항목에서 1점이 7.8%, 2점이 1.6%로 나타났다.

한편 각 해당 항목에 점수를 곱하여 평균 점수를 산출한 결과 센터 C가 1.1점으로 가장 높았으며, 센터 A는 1.0점, 센터 B는 0.9점의 순으로 나타났다. 아울러 고위험 가구 수는 센터 B와 센터 C에서 8가구, 센터 A에서 7가구로 나타났다.

<표 3-15> 대상 아동의 발달상태

(단위: 빈도(%))

| | 센터 A (n=173) | | 센터 B (n=201) | | 센터 C (n=193) | |
|---|-----------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|
| | 1) | 2) | 1) | 2) | 1) | 2) |
| *정신지체가 있거나 의심된다 | 3(1.7) | 1(0.6) | 2(1.0) | 3(1.5) | 4(2.1) | 3(1.6) |
| *신장병이나 소아당뇨, 심장병 등 지속적인 관리를 요하는 만성질환이 있다 | 11(6.4) | 1(0.6) | 5(2.5) | 3(1.5) | 5(2.6) | 3(1.6) |
| *언어청각 장애나 지체장애 등의 신체장애가 있다 | 5(2.9) | 4(2.3) | 1(0.5) | 1(0.5) | 6(3.1) | 5(2.6) |
| *선천적 기형이 있다 | 4(2.3) | 6(3.5) | 1(0.5) | 3(1.5) | 6(3.1) | 5(2.6) |
| *눈을 깜박이거나 코를 킁킁거리는 등의 틱증상을 보인다 | 13(7.5) | 0(0.0) | 12(6.0) | 2(1.0) | 14(7.3) | 1(0.5) |
| *의사소통에 문제가 있고, 다른 사람에 대한 관심이 부족하며 자신만의 세계에 빠져있는 등 자폐성 장애의 징후가 보인다 | 4(2.3) | 0(0.0) | 6(3.0) | 2(1.0) | 6(3.1) | 0(0.0) |
| *주의집중을 하지 못하고 행동통제 및 충동조절에 어려움을 겪는 등 주의력결핍, 과잉행동 장애의 징후가 보인다 | 17(9.8) | 3(1.7) | 16(8.0) | 3(1.5) | 15(7.8) | 1(0.5) |
| *또래들과 어울리지 못하고, 함께 즐거워하지 못하며 따돌림을 당하는 등 사회적 행동이 결여되어 있다 | 9(5.2) | 1(0.6) | 13(6.5) | 3(1.5) | 16(8.3) | 1(0.5) |
| *정서상태가 불안정하거나 우울하다 | 11(6.4) | 1(0.6) | 20(10.0) | 3(1.5) | 15(7.8) | 3(1.6) |
| 배설이나 섭식과 관련된 문제가 있다 | 12(6.9) | 0(0.0) | 7(3.5) | 3(1.5) | 12(6.2) | 3(1.6) |
| *월령(연령)에 비해 언어발달이 현저히 늦다 | 12(6.9) | 2(1.2) | 11(5.5) | 5(2.5) | 6(3.1) | 7(3.6) |
| *출생 시 미숙아로 태어났다 | 9(5.2) | 3(1.7) | 5(2.5) | 3(1.5) | 9(4.7) | 2(1.0) |
| *극단적 감정표현과 타인 및 애완동물 등에 대해서 공격성을 보인다 ³⁾ | 1(1.7) | 0(0.0) | 2(3.0) | 0(0.0) | 2(3.6) | 0(0.0) |
| *월령(연령)에 비해 운동능력이 현저하게 부족하다 ³⁾ | 2(3.3) | 1(1.7) | 2(3.0) | 1(1.5) | 3(5.5) | 1(1.8) |
| *도벽, 가출, 폭력, 약물 남용 등과 | 3(2.7) | 0(0.0) | 5(3.7) | 0(0.0) | 3(2.2) | 0(0.0) |

| | 센터 A (n=173) | | 센터 B (n=201) | | 센터 C (n=193) | |
|---|-----------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|
| | 1) | 2) | 1) | 2) | 1) | 2) |
| 같은 문제행동을 보인다 ⁴⁾ | | | | | | |
| *학습활동과 관련된 문제 징후가 있다 ⁴⁾ | 6(5.3) | 1(0.9) | 9(6.7) | 1(0.7) | 11(8.0) | 1(0.7) |
| 합계⁵⁾(평균)⁶⁾ | 170(1.0) | | 189(0.9) | | 205(1.1) | |
| 고위험 가구 수⁷⁾ | 7가구 | | 8가구 | | 8가구 | |

주: 1) 임상적 주의나 지속적인 관찰을 요함(1점) 2) 문제가 매우 심각하여 즉각적인 개입이나 진단과 치료가 필요함(2점)
 3) 취학 전 아동 대상 4) 취학 아동 대상
 5) 합계=1점×()문항+2점×()문항 6) 평균=합계/가구 수
 7) 고위험 가구 판정기준 : 1)에서 4)까지의 고위험항목 중 단 한 개의 항목에서라도 2점이 있으면 고위험으로 판정

다음으로 <표 3-16>에서는 대상 아동의 건강행태를 고학년 아동을 중심으로 살펴보았다. 센터 A의 경우 “남의 돈이나 물건을 슬쩍 훔친 적이 있다” 항목이 12.9%로 가장 높았으며 “다른 사람을 심하게 때린 적이 있다” 항목이 7.1%의 순으로 나타났다. 센터 B의 경우 “다른 사람을 심하게 때린 적이 있다” 항목이 8.5%로 가장 높았으며 “술을 마신 적이 있다” 항목이 2.8%의 순으로 나타났다. 센터 C의 경우 “남의 돈이나 물건을 슬쩍 훔친 적이 있다” 항목과 “술을 마신 적이 있다” 항목에서 각 6.9%로 가장 높았으며 “인터넷 성인사이트를 본 적이 있다” 항목이 5.2%의 순으로 나타났다.

또한 센터 C 관할 지역에 거주하는 드림스타트사업 대상자가 아닌 고학년 아동을 대조군으로 하여 센터 3곳의 아동과 비교해 보았다. 그 결과 “학교를 이유 없이 맘대로 결석한 적이 있다”는 항목과 “인터넷 성인사이트를 본 적이 있다”는 항목을 제외하면 센터 C의 대상자가 대조군보다 문제가 적은 것으로 나타났다.

〈표 3-16〉 대상 아동의 건강행태: 고학년 아동 대상

(단위: 빈도(%))

| 지난 1달 동안 | 센터 A (n=70) | 센터 B (n=71) | 센터 C (n=58) | 대조군 ¹⁾ (n=198) |
|-------------------------|----------------|----------------|----------------|------------------------------|
| 담배를 피운 적이 있다 | 1(1.4) | 0(0.0) | 1(1.7) | 11(5.6) |
| 술을 마신 적이 있다 | 2(2.9) | 2(2.8) | 4(6.9) | 47(23.7) |
| 남의 돈이나 물건을 슬쩍 훔친 적이 있다 | 9(12.9) | 0(0.0) | 4(6.9) | 16(8.1) |
| 다른 사람을 심하게 때린 적이 있다 | 5(7.1) | 6(8.5) | 2(3.4) | 35(17.7) |
| 남의 돈이나 물건을 뺏은 적이 있다 | 2(2.9) | 1(1.4) | 1(1.7) | 9(4.5) |
| 학교를 이유 없이 맘대로 결석한 적이 있다 | 2(2.9) | 0(0.0) | 1(1.7) | 1(0.5) |
| 인터넷 성인사이트를 본 적이 있다 | 0(0.0) | 0(0.0) | 3(5.2) | 10(5.1) |

주: 2008년 10월 조사 결과임.

1) 센터 C 관할 지역에 거주하는 드림스타트사업 대상자가 아닌 고학년 아동임.

2. 대상 지역의 특성

대상 지역은 드림스타트 센터가 관할하는 지역을 대상으로 하였으며, 각 센터별로 2-3개동(洞)으로 구성되어 있다. 센터 A는 2개 동(洞)을, 센터 B는 1개 동(洞)을, 센터 C는 3개 동(洞)을 관할 구역으로 하고 있다. 이에 따라, 대상 지역의 특성에 관한 통계 자료를 동(洞)단위로 찾아보려고 하였으나, 아직 우리나라는 많은 항목에 동(洞)단위의 자료를 구축하고 있지 않은 실정이다. 이와 같은 이유로 드림스타트센터 관할 지역이 속해있는 구(區), 시(市) 또는 도(道)별 통계 및 자료를 통해 대상 지역의 특성을 알아보고자 한다.

가. 사회경제적 특성

1) 고용

각 대상 지역별 경제활동 인구를 비교한 표는 <표 3-17>과 <표 3-18>이다. 고용에 관한 통계 자료는 통계청에서 매달 실시하는 시도별 ‘경제활동인구조사’의 2008년 9월 통계자료를 사용하였다. 경제활동인구의 기준은 구직기간 4주이상인 15세 이상 인구 이고, 산업별 경제활동 인구는 취업자 기준으로 조사된 것이다.

<표 3-17>에서 보듯이 15세 이상 인구는 센터A 지역이 1,135천명, 센터 B 지역 9,229천명, 센터C 지역 1,203명이고, 이 중 경제활동인구는 센터A 지역이 654천명, 센터B 지역이 6,767명, 센터C 지역이 741명이다. 경제활동참여율을 확률로 보았을 때 센터A 지역이 57.7%로 세 지역 중 가장 낮은 확률을 보이고, 센터 B 지역이 62.5%로 가장 높게 나타난다. 고용률 또한 센터 B 지역이 가장 높은 것으로 나타난다. 각 지역의 실업율은 센터A (4.1%), 센터B (3.1%), 센터C (2%)의 순서로 나타난다. 이와 같은 현

상은 센터B 지역이 수도권에 자리 잡고 있어 인구 밀도가 높고 직업 선택의 폭이 다른 지역에 비해 높기 때문이라고 추측되어진다. 이에 반해, 센터A는 각 센터 중 가장 위도 상 가장 남쪽에 위치하고 있어 인구수가 적고, 교통이 수도권과 멀리 떨어져 있어 직업 선택의 폭이 가장 낮기 때문이라고 추측할 수 있겠다.

<표 3-17> 경제활동인구 (구직기간 4주 기준, 2008년 9월)

(단위: 천명, %)

| 구분 | 센터 A | 센터 B | 센터 C |
|----------|-------|-------|-------|
| 15세이상 인구 | 1,135 | 9,229 | 1,203 |
| 경제활동인구 | 654 | 5,767 | 741 |
| 취업자 | 627 | 5,588 | 726 |
| 실업자 | 27 | 179 | 15 |
| 비경제활동인구 | 481 | 3,462 | 462 |
| 경제활동참가율 | 57.7 | 62.5 | 61.6 |
| 실업률 | 4.1 | 3.1 | 2 |
| 고용률 | 55.3 | 60.6 | 60.4 |

주: 15세 이상인구 → 군인, 전투경찰, 공익근무요원, 형이 확정된 교도소 수감자 등은 제외됨.
 자료: 통계청 사회통계국 고용통계팀

<표 3-18>은 산업별로 경제활동인구를 구분하였다. 산업은 농림·어업, 광공업, 제조업, 사회 간접 자본 및 기타서비스, 건설업, 도소매·음식숙박업, 사업·개인·공공서비스 및 기타, 전기·운수·통신·금융으로 구분되어 있다. 전체적으로 경제활동인구가 가장 많이 차지하는 분야는 사회 간접 자본 및 기타서비스 분야(5,306천명) 이고, 다음으로, 사업·개인·공공서비스 및 기타 직종의 인구가 많고, 도소매·음식숙박업, 광공업, 제조업, 전기·운수·통신·금융, 건설업 순이다. 농림·어업분야(341천명)에 종사하는 경제활동인구는 가장 낮은 수를 보이는데, 이것은 산업혁명이후 농어업 종사자

들이 점차 감소하고 사회구조가 변화함에 따라 직업선택에도 변화가 있음을 시사하고 있다. 또한 대상 지역의 특성으로 보았을 때 각 센터의 대상 지역이 도시 지역에 위치하고 있음을 볼 때 농림·어업에 종사하는 수는 극히 드물다고 보겠다.

각 센터 지역의 산업별 경제활동인구를 보면, 센터A, B, C 모두 사회 간접 자본 및 기타서비스 업종에 종사하는 인구가 가장 많고, 그 다음으로 사회 간접 자본 및 기타서비스, 사업·개인·공공서비스 및 기타 산업, 도소매·음식숙박업 순으로 경제활동인구가 분포되어있다. 특별히 다른 점은 센터A와 센터B의 경우 농림·어업에 종사하는 인구가 가장 적는데, 센터C의 경우 건설업에 종사하는 인구가 가장 적다.

〈표 3-18〉 산업별 경제활동인구

(단위: 천명)

| 구분 | 센터 A | 센터 B | 센터 C | 계 |
|--------------------------------|------|-------|------|-------|
| 농림·어업 | 10 | 214 | 117 | 341 |
| 광공업 | 73 | 1,090 | 131 | 1,294 |
| 제조업 | 73 | 1,086 | 129 | 1,288 |
| 사회 간접 자본 및 기타서비스 | 544 | 4,284 | 478 | 5,306 |
| 건설업 | 55 | 383 | 55 | 493 |
| 도소매·음식숙박업 ¹⁾ | 151 | 1,258 | 169 | 1,578 |
| 사업·개인·공공서비스 및 기타 ²⁾ | 265 | 2,057 | 194 | 2,516 |
| 전기·운수·통신·금융 ³⁾ | 73 | 587 | 60 | 720 |

주: 1) 도소매·음식숙박업 = 도매 및 소매업 + 숙박 및 음식점업

2) 사업·개인·공공서비스 및 기타 = 부동산 및 임대업 + 사업서비스업 + 공공행정 + 교육서비스업 + 기타공공·수리 및 서비스업 + 가사서비스업 + 국제 및 외국기관

3) 전기·운수·창고·금융 = 전기, 가스 및 수도사업 + 운수업 + 통신업 + 금융 및 보험업

자료: 통계청 사회통계국 고용통계팀

2) 교통

교통 특성은 각 센터 대상 지역의 자동차등록현황으로 알아보았다(표 3-19 참고). 자동차는 승용차, 승합차, 화물차, 특수차, 2륜 자동차로 구분 지었고, 각 항목에서 관용, 자가용, 영업용으로 구분 지었다. 센터A 지역을 보면, 승용차가 전체 47,038대이고 이 중 관용이 47대, 자가용이 44,807대, 영업용이 2,184대이다. 승합차는 전체 4,284대 중 관용이 31대, 자가용이 3,905대, 영업용이 348대이고, 화물차는 전체 10,843대 중 관용이 56대, 자가용이 10,052대, 영업용이 735대이다. 특수차는 전체 97대 중 관용 11대, 자가용 23대, 영업용 63대이고, 2륜 자동차는 전체 5,172대 중 관용이 8대, 자가용이 5,164대이다. 센터B 지역은 승용차 전체 102,404대 중 관용이 80대, 자가용이 100,803대, 영업용이 1,521대이고, 승합차 전체 10,588대 중 관용 40대, 자가용 10,207대, 영업용 341대이다. 또한 화물차 전체 30,430대 중 관용이 118대, 자가용이 27,316대, 영업용이 2,996대이고, 특수차는 전체 300대 중 관용이 11대, 자가용이 46대, 영업용이 243대이고, 2륜 자동차는 전체 7,472대 중 관용이 58대, 자가용이 7,414대이다. 센터C 지역은 승용차 전체 175,270대 중 관용이 263대, 자가용이 168,583대, 영업용 6,424대이고, 승합차 전체 14,593대 중 관용 164대, 자가용 13,040대, 영업용 13,040대이다. 그리고 화물차 전체 36,361대 중 관용 293대, 자가용 32,921대, 영업용 3,147대이고, 특수차 전체 417대 중 관용이 28대, 자가용이 108대, 영업용이 281대이다. 또한 2륜 자동차는 전체 21,831대 중 관용이 190대, 자가용이 21,641대이다. 각 센터 지역을 비교해 보았을 때, 센터C 지역이 모든 항목에서 다른 지역에 비해 자동차등록수가 많은 것으로 나타난다.

〈표 3-19〉 자동차등록현황

(단위: 대)

| 구분 | | 지역 | | |
|--------|-----|--------|---------|---------|
| | | 센터 A | 센터 B | 센터 C |
| 승용차 | 관용 | 47 | 80 | 263 |
| | 자가용 | 44,807 | 100,803 | 168,583 |
| | 영업용 | 2,184 | 1,521 | 6,424 |
| | 합계 | 47,038 | 102,404 | 175,270 |
| 승합차 | 관용 | 31 | 40 | 164 |
| | 자가용 | 3,905 | 10,207 | 13,040 |
| | 영업용 | 348 | 341 | 1,389 |
| | 합계 | 4,284 | 10,588 | 14,593 |
| 화물차 | 관용 | 56 | 118 | 293 |
| | 자가용 | 10,052 | 27,316 | 32,921 |
| | 영업용 | 735 | 2,996 | 3,147 |
| | 합계 | 10,843 | 30,430 | 36,361 |
| 특수차 | 관용 | 11 | 11 | 28 |
| | 자가용 | 23 | 46 | 108 |
| | 영업용 | 63 | 243 | 281 |
| | 합계 | 97 | 300 | 417 |
| 2륜 자동차 | 관용 | 8 | 58 | 190 |
| | 자가용 | 5,164 | 7,414 | 21,641 |
| | 합계 | 5,172 | 7,472 | 21,831 |

자료: 각 지역 교통정책과 혹은 교통과

3) 주거

각 주택보급현황을 특성에 대하여 2006년 기준으로 <표 3-20>에 나타내 보았다. 주거형태는 단독주택, 아파트, 연립·다세대주택, 비주거용 및 빈집으로 구분하였으며, 보통 가구 수와 주택 보급률을 표시하였다. 주택 보급

를은 집이 필요한 가구 중 집에 살고 있는 가구의 비율을 나타낸다. 주택 보급률에서 주택이란 한가구가 살 수 있도록 지어진 영구 건물이며, 건물 한 개 이상의 방과 부엌 그리고 독립된 출입구가 있어야 한다. 전체적으로 모든 센터 지역의 주택 보급률이 90퍼센트 이상의 높은 보급률을 소유하고 있다. 이 중 센터C 지역이 101.23%의 주택 보급률로 가구 수가 100일 때 주택 수는 약 101개로 전체 가구 수에 비해 주택 공급이 많다는 해석을 할 수 있겠다. 이에 비해, 센터A와 B는 전체 가구 수에 비해 주택의 수가 가구 수에 조금 못 미친다고 보겠다. 각 지역별로 거주형태를 비교해보면, 모든 지역에서 아파트에 사는 가구 수가 가장 많은 것을 나타낸다. 센터A와 센터C 지역은 아파트 다음으로 단독주택에 사는 인구가 많았으나, 센터B 지역의 경우 아파트 다음으로 연립·다세대주택에 거주하는 가구가 많은 것으로 나타난다. 또한 센터A와 센터B 지역은 비주거용 및 빈집 통계가 존재하지 않아 비주거용 및 빈집에 사는 가구의 숫자를 파악할 수 없고, 센터C는 2,745호가 비주거용 및 빈집에서 살고 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-20〉 주택보급

| 구분 | (단위: 호, %) | | |
|-----------|------------|---------|---------|
| | 센터 A | 센터 B | 센터 C |
| 단독주택 | 30,149 | 8,996 | 40,119 |
| 아파트 | 37,876 | 75,748 | 119,116 |
| 연립·다세대주택 | 2,368 | 19,981 | 7,231 |
| 비주거용 및 빈집 | - | - | 2,745 |
| 보통 가구수 | 74,990 | 102,483 | 167,155 |
| 주택 보급율 | 94 | 99.6 | 101.23 |

자료: 인구주택총조사 보고서, 건축과

4) 보건의료서비스

각 보건의료서비스 특성은 다른 사회경제적 특성과 비교했을 때 대상 인구의 건강상태와 건강행위에 가장 직접적인 영향을 미치는 중요한 요소라고 할 수 있겠다. <표 3-21>는 각 지역의 의료시설 현황을 종합병원, 병·의원, 치과 병·의원, 한방 병·의원 그리고 기타로 구분하여 나타내었다. 전체적으로 의료시설이 가장 많은 지역은 센터C 지역(671) 이고, 센터B(298), 센터A (225)이다. 종합병원이 가장 많은 지역은 센터C (6개소)이고, 센터A (3개소), 센터B (2개소) 순이다. 센터C 지역이 병·의원, 치과 병·의원, 한방 병·의원의 수가 세 지역에서 가장 많다. 그리고 병·의원의 숫자는 센터A 지역이 센터B지역보다 많지만 치과 병·의원, 한방 병·의원은 센터B 지역이 센터A 지역보다 많은 것으로 나타난다. 또한 앞에서 나타난 의료시설들을 제외한 기타 의료시설의 숫자는 센터A 지역이 7개소, 센터C 지역이 6개소, 센터B 지역이 3개소가 있다. 하지만 해당 지역의 인구밀도와 분포, 서비스 접근성 등을 고려했을 때, 의료시설의 개수로만 의료서비스현황을 다 파악할 수는 없다.

〈표 3-21〉 의료시설

(단위: 개소)

| 구분 | 센터 A | 센터 B | 센터 C |
|---------|------|------|------|
| 종합병원 | 3 | 2 | 6 |
| 병·의원 | 202 | 160 | 378 |
| 치과 병·의원 | 63 | 85 | 141 |
| 한방 병·의원 | 40 | 48 | 140 |
| 기타 | 7 | 3 | 6 |
| 합계 | 225 | 298 | 671 |

자료: 2007년 보건복지통계연보, 2008 각 구정주요통계

다음은 <표 3-22>에서 의료 인력 및 의사 1인당 인구수를 비교하였다. 의사 1인당 인구수는 센터C 지역이 549명으로 나타나고, 다른 지역은 통계가 나타나 있지 않아 세 지역을 비교할 수는 없다. 센터A 지역은 의사의 수가 375명, 한의사 103명, 조산사 7명 간호사 및 조무사 1,255명 그리고 기타 의료 인력이 631명이다. 여기에서 기타 의료 인력은 약사, 의료기사와 의무 기록사를 포함한다. 센터B 지역은 의사 363명, 한의사 55명, 조산사 4명, 간호사 및 조무사 862명, 기타 의료 인력이 355명이고, 센터C 지역은 의사 1,149명, 한의사 172명, 조산사 7명, 간호사 및 조무사 3,083명, 기타 의료 인력이 963명이다.

<표 3-22> 의료 인력 및 의사 1인당 인구

(단위: 명)

| 구분 | 센터 A | 센터 B | 센터 C |
|-----------|-------|-------|-------|
| 의사 | 375 | 363 | 1,149 |
| 한의사 | 103 | 55 | 172 |
| 조산사 | 7 | 4 | 7 |
| 간호사 및 조무사 | 1,255 | 862 | 3,083 |
| 기타 | 631 | 355 | 963 |
| 합계 | 2,448 | 1,639 | 5,374 |
| 의사1인당 인구수 | - | - | 549 |

주: 기타 = 약사, 의료기사, 의무 기록사
 자료: 2007년 보건복지통계연보

보건의료서비스 특성으로 <표 3-23>과 같이 의약품 판매업소 현황을 비교하였다. 센터A 지역은 전체 144개소의 의약품 판매 업소가 있는데, 이 중 약국 102개소, 도매상 26개소, 약업사 3개소, 한약업사 13개소가 있다. 센터B 지역은 전체 131개소의 의약품 판매 업소가 있고, 이 중 약국 124개소, 도매상 4개소, 약업사 2개소, 한약업사 1개소가 있다. 센터C 지역은

약국 277개소, 도매상 32개소, 한약업사 41개소로, 전체 350개소의 의약품 판매업소가 있다. 의약품 판매업소는 센터C 지역이 다른 지역에 비해 많이 보유하고 있는 상황이다.

〈표 3-23〉 의약품 판매업소

(단위: 개소)

| 구분 | 센터 A | 센터 B | 센터 C |
|------|------|------|------|
| 약국 | 102 | 124 | 277 |
| 도매상 | 26 | 4 | 32 |
| 약업사 | 3 | 2 | - |
| 한약업사 | 13 | 1 | 41 |
| 매약상 | - | - | - |
| 합계 | 144 | 131 | 350 |

자료: 2007년 보건복지통계연보, 통계청 한국통계연감(2007), 해당 도 통계연보

<표 3-24>는 각 지역의 보건소 현황을 비교하였다. 보건소는 보건소, 보건지소, 보건진료소를 구분하였다. 센터A와 센터B 지역은 각 1개 보건소가 있고, 센터C는 3개 보건소가 있다. 센터B의 경우 1개 보건지소가 있고, 다른 지역은 보건지소가 있지 않다. 그리고 센터B 지역은 5개 보건진료소, 센터A 와 센터C 지역은 2개 보건진료소가 있다.

〈표 3-24〉 보건소 현황

(단위: 개소)

| 구분 | 센터 A | 센터 B | 센터 C |
|-------|------|------|------|
| 보건소 | 1 | 1 | 3 |
| 보건지소 | 0 | 1 | 0 |
| 보건진료소 | 2 | 5 | 2 |

자료: 건강보험심사평가원 급여기준실 자원관리팀.

5) 문화 및 여가시설

문화 및 여가시설은 건강에 직접적인 큰 영향을 미치지 않지만, 경제 수준 및 삶의 질의 척도를 알아볼 수 있는 요소 중에 하나이다. 이에 따라, 각 지역에 주민들을 위한 문화 및 여가시설의 특성에 대해 알아보았다. 문화공간은 박물관, 공공도서관, 공연시설, 전시시설, 지역문화 복지시설 그리고 기타시설로 구분하였다. 센터A 지역은 공공도서관 4개소, 공연시설 3개소, 전시시설 1개소, 지역문화 복지시설 4개소, 기타시설 2개소로 총 14개소의 문화 공간 시설을 갖추고 있다. 센터B 지역은 공공도서관 3개소, 공연시설 5개소, 전시시설 1개소와 기타시설 1개소로 총 10개소의 문화 공간 시설을 갖추고 있다. 센터C는 박물관 5개소, 공공도서관 3개소, 공연시설 37개소, 전시시설 7개소, 지역문화 복지시설 8개소, 기타시설 3개소로 총 63개소의 문화 공간 시설을 갖추고 있다. 센터A와 B 지역은 박물관시설이 없고, 센터C에는 5개소가 있는 것을 나타나고, 다른 지역에 비해 센터C 지역이 문화 공간 시설을 비교적 많이 갖추어져 있는 것으로 나타난다.

〈표 3-25〉 문화 공간

(단위: 개소)

| 구분 | 센터 A | 센터 B | 센터 C |
|-----------|------|------|------|
| 박물관 | - | - | 5 |
| 공공도서관 | 4 | 3 | 3 |
| 공연시설 | 3 | 5 | 37 |
| 전시시설 | 1 | 1 | 7 |
| 지역문화 복지시설 | 4 | - | 8 |
| 기타시설 | 2 | 1 | 3 |
| 합계 | 14 | 10 | 63 |

자료: 해당 지역 문화관광과 혹은 문화체육과.

다음은 각 대상 지역의 체육시설 현황에 대해 비교한 표이다. 체육시설은 실내체육관, 종합경기장, 테니스장, 수영장과 같이 큰 경기장 시설로 구분하고, 경기장을 제외한 일반 등록체육시설과 신고체육시설로 구분하였다. 신고체육시설에는 볼링장, 당구장, 수영시설, 태권도장, 운동시설 등 체육관련 시설들을 말한다. 센터A 지역은 실내체육관 1개소, 테니스장 1개소, 수영장 1개소를 갖추고 있고, 센터B 지역은 실내체육관 4개소, 테니스장 8개소, 수영장 1개소를 갖추고 있다. 센터C 지역은 실내체육관 6개소, 종합경기장 1개소, 테니스장 2개소, 수영장 1개소로 다른 대상 지역에 비해 경기장을 많이 갖추고 있다. 또한 각 대상 지역의 신고체육시설은 센터A 지역이 126개소, 센터B 지역이 515개소, 센터C 지역이 648개소를 운영하고 있다. 등록체육시설은 지역별 통계자료가 나타나있지 않아 표시하지 않았다. 문화공간과 마찬가지로 체육시설 또한 다른 대상 지역에 비해 센터C 지역이 많은 수를 가지고 있다. 이와 같이, 문화 및 여가 시설은 센터C 지역이 다른 지역에 비해 높음을 알 수 있다.

〈표 3-26〉 체육시설

(단위: 개소)

| 구분 | | 센터 A | 센터 B | 센터 C |
|--------|-------|------|------|------|
| 경기장 | 실내체육관 | 1 | 4 | 6 |
| | 종합경기장 | - | - | 1 |
| | 테니스장 | 1 | 8 | 2 |
| | 수영장 | 1 | 1 | 1 |
| 등록체육시설 | | - | - | - |
| 신고체육시설 | | 126 | 515 | 648 |

자료: 각 지역 문화관광과 혹은 체육청소년과, 해당 지역 2008년 규정주요통계, 문화관광부 2005 체육백서, 해당 도 통계연보.

나. 환경

사회경제적 특성 다음으로 대상인구의 환경적 특성에 대하여 알아보하고자 한다. 건강에 있어 환경적 요소는 건강에 영향을 미치는 중요한 특성으로 깨끗한 환경은 건강한 생활과 삶의 질을 높여주는 중요한 역할을 한다. 본 보고서에서는 환경적 특성으로 대기/수질/소음 및 진동, 상하수도 시설, 쓰레기에 관한 특성을 비교해 보고자 한다.

1) 대기/수질/소음 및 진동

대기/수질/소음 및 진동의 특성은 환경 오염물질 배출 시설을 통해 각 지역의 대기/수질/소음 및 진동에 대해 알아보하고자 한다. 대기 오염은 가스, 먼지, 매연 등으로 인한 오염을 말한다. 대기 오염물질 배출 시설은 센터C 지역이 79개소, 센터B 지역이 61개소, 센터A 지역이 22개소로 센터A 지역이 가장 많은 대기오염물질 배출 시설을 갖추고 있다. 수질 오염물질 배출 시설은 센터C 지역이 351개소, 센터B 지역이 181개소, 센터A 지역이 101개소로 수질 오염물질 배출 시설도 센터C가 가장 많은 시설을 가지고 있다. 소음 및 진동은 센터B 지역이 87개소, 센터C 지역이 33개소, 센터A 지역이 6개소로 센터B 지역이 소음/진동으로 인한 오염이 가장 높은 것으로 보인다. 전체적으로 환경 오염물질 배출 시설이 가장 적은 지역은 센터A 지역 (129개소)이다. 이것으로 보았을 때, 환경으로 인한 피해가 가장 적고, 다른 지역에 비해 쾌적한 환경을 가지고 있을 것 같은 지역은 센터A 지역이다.

〈표 3-27〉 환경 오염물질 배출 시설

(단위: 개소)

| 구분 | 센터 A | 센터 B | 센터 C |
|-----------------|------|------|------|
| 대기 (가스, 먼지, 매연) | 22 | 61 | 79 |
| 수질 | 101 | 181 | 351 |
| 소음/진동 | 6 | 87 | 33 |
| 합계 | 129 | 329 | 463 |

자료: 해당 지역 환경과 혹은 환경관리과 혹은 환경정책과, 환경부 “환경통계연감”

2) 상하수도 시설

다음으로 상하수도 시설에 관한 대상 지역의 특성을 알아보려고 한다. 상하수도 시설 특성은 상수도 보급 현황, 급수 사용량, 하수도 보급으로 나누어 표를 만들어 보았다. 첫째로 <표 3-28>에서 대상 지역의 총인구수와 급수 인구수를 비교해 상수도 보급률을 나타내어 각 센터별로 상수도 보급률을 비교해 본 결과, 센터A 지역이 99.7%로 다른 대상 지역에 비해 가장 높은 보급률을 나타내었다. 하지만, 다른 지역들도 상수도 보급률이 95%를 넘는 것으로 보았을 때, 모든 지역의 상수도 보급 현황은 대체적으로 높은 것으로 나타난다. 시설용량은 센터B가 394,000 m³/일, 센터C가 125,000 m³/일 이고, 급수량은 센터C가 233,563 m³/일, 센터B가 184,221 m³/일로 센터C가 센터B에 비해 높은 숫자를 보인다. 마지막으로, 1인 1일 급수량은 센터 B 지역이 459l, 센터B 지역이 382l로 센터C지역에 비해 센터B 지역의 1인 1일 급수량이 높은 것을 나타난다. 센터A 지역은 시설용량, 급수량, 1인 1일 급수량의 통계자료가 나타나 있지 않아 비교에서 제외하였다.

〈표 3-28〉 상수도 보급 현황

(단위: 명, m³/일)

| 구분 | 센터 A | 센터 B | 센터 C |
|--------------------------|---------|---------|---------|
| 총인구 | 212,450 | 403,648 | 630,637 |
| 급수인구 | 211,755 | 401,629 | 611,488 |
| 보급율 | 99.7 | 99.5 | 96.9 |
| 시설용량 (m ³ /일) | - | 394,000 | 125,000 |
| 급수량 (m ³ /일) | - | 184,221 | 233,563 |
| 1인 1일 급수량(l) | - | 459 | 382 |

자료: 상수도 사업소 시설과 혹은 상수도 관리과, 각 지역 통계연보, 환경부 “<http://library.me.go.kr> 상수도통계”

둘째, 하수도 보급 현황에 대해 비교해 보았다 <표 3-29>. 총인구 대비 하수처리인구를 보급률로 나타내었다. 센터A 지역이 98.5%로 하수도 보급률이 가장 높았고, 센터C 지역이 97.3%, 그리고 센터B 지역은 하수도 보급률이 86.6%로 하수도 보급률이 가장 높은 센터A 지역보다 11.9% 낮고, 모든 대상 지역 중 가장 낮은 수치를 보인다.

〈표 3-29〉 하수도 보급

(단위: 명, %, m)

| 구분 | 센터 A | 센터 B | 센터 C |
|--------|---------|---------|---------|
| 총인구 | 212,450 | 403,648 | 630,637 |
| 하수처리인구 | 208,311 | 54,089 | 614,100 |
| 보급율 | 98.5 | 86.6 | 97.3 |

자료: 각 지역 하수도과 혹은 시수질보건과, 각 지역 통계연보, 환경부 “<http://library.me.go.kr> 하수도통계”

3) 쓰레기

마지막으로 환경적 특성 중 각 지역의 쓰레기 현황에 대하여 비교하여 보았다. 쓰레기는 공업 폐기물 발생량을 제외하고 생활폐기물 발생량만을 비교하였다<표 3-30>. 통계 자료는 2004년을 기준으로 조사된 것으로 “2005 전국 폐기물발생 및 처리현황”의 자료를 참고하였다. 생활폐기물 발생량은 센터C 지역이 772.6 톤/일, 센터B 지역 312.2 톤/일, 센터A 지역 225.5 톤/일 순으로, 센터C 지역이 가장 많은 생활 폐기물을 발생하고 있다. 생활폐기물 발생량은 <표 3-17>의 총인구수와 비교했을 때, 센터C 지역의 총인구수가 가장 많고(630,637명), 다음 센터B (403,648명), 센터C (212,450명)의 순서로, 생활폐기물 발생량이 인구수에 비례된다. 생활폐기물 매립 현황은 센터C 지역이 314.1 톤/일, 센터B 지역이 100 톤/일, 센터 C 지역이 59.7 톤/일로 나타난다. 그리고 소각 현황은 센터C 지역이 84.8 톤/일, 센터A 지역이 34.7 톤/일, 센터 B 지역이 15.6 톤/일로 나타나고, 재활용품 발생량은 센터C 지역이 942.8 톤/일, 센터B 지역 196.6 톤/일, 센터 A 지역 131.1 톤/일로 나타난다. 소각을 제외한 모든 생활폐기물 발생량 항목이 센터C 지역, 센터B 지역, 센터A 지역 순으로 나타난다.

〈표 3-30〉 생활폐기물 발생량

(단위: 톤/일)

| 구분 | 센터 A | 센터 B | 센터 C |
|-------|-------|-------|-------|
| 생활폐기물 | 225.5 | 312.2 | 772.6 |
| 매립 | 59.7 | 100 | 314.1 |
| 소각 | 34.7 | 15.6 | 84.8 |
| 재활용품 | 131.1 | 196.6 | 942.8 |

자료: 환경부폐기물통계 “2005 전국폐기물발생 및 처리현황”

IV. 건강영향평가 결과

1. 드림스타트사업의 정책 분석

가. 국내의 빈곤아동지원정책과의 차별성

아동기 빈곤은 성인기 빈곤의 문제와 다르게 접근되어야 한다. 아동기의 특수성에 의하여 빈곤이 가져오는 결과 및 영향이 성인기의 빈곤과는 다르기 때문이다. 그러나 대부분의 빈곤아동지원정책은 아동기의 특수성을 감안하지 못하고 단순히 성인기 탈빈곤정책과 동일하게 추진되거나 취약계층을 위한 아동복지정책중의 하나로 포괄적으로 수행되었다. 이것도 대부분 극빈층 가족이나 아동을 대상으로 하여서 극소수의 빈곤아동만이 지원을 받아왔다. 따라서 대부분의 빈곤아동, 특히 영유아 및 학령기 아동은 복지의 사각지대에 놓이기 쉬웠다.

현재 우리나라의 빈곤아동지원정책을 살펴보면 소득지원정책으로 국민기초생활보장제도와 의료지원으로 의료급여혜택이 있으며, 만5세아 무상보육료지원 및 소득에 따른 차등보육료 지원, 고교생학비 지원과 같은 교육비 지원정책도 있다. 결식아동지원으로 학기 중에는 교육인적자원부의 급식지원과 방학 및 공휴일에는 보건복지가족부의 급식지원이 있다. 그리고 다양한 방과후 공적서비스로 18세 미만 아동을 대상으로 하는 지역아동센터와 청소년을 대상으로 하는 방과후 아카데미와 청소년 공부방 그리고 교육인적자원부에서 운영하는 방과후학교가 있다. 마지막으로 통합지원서비스로 드림스타트사업과 교육복지투자우선지역사업이 있다. 이 두 사업은 모두 취약계층 아동이 밀집된 지역을 선정하여 집중적으로 서비스

를 제공하고 있다(표 4-1 참조).

이처럼 빈곤아동을 위한 정책은 분절적으로 추진되어, 각각의 정책마다 빈곤아동의 욕구를 충족하며 빈곤아동의 삶의 질을 증대시켜주기에는 한계를 보이고 있다. 우선 소득지원 및 의료지원정책은 생계지원의 성격이 강하여 아동의 성장 및 발달에 초점을 맞춘 빈곤아동정책이라 볼 수 없으며 빈곤의 부정적 영향을 차단해주거나 최소화하기에는 부족하다. 교육 및 보육비 지원도 우선적으로는 빈곤가정의 양육 및 보육비 부담을 줄여주는 것을 일차적 목적으로 하고, 이러한 경제적 지원을 통해 아동에게 결과적으로 보육서비스가 제공되는 것이 이차목적으로 볼 수 있다.

아동급식지원정책은 그 혜택이 아동에게 직접적으로 돌아간다는 점에서 빈곤아동에 초점을 맞춘 정책이라 볼 수 있으나, 단순히 아동에게 한 끼의 식사만을 제공한다는 점에서 그 지원 내용에 여러 가지 한계가 있다. 결식아동은 단순히 끼니의 문제뿐 아니라 빈곤가정의 아동이 겪을 수 있는 다양한 문제를 가지고 있다. 따라서 결식아동의 정서 및 교육지원과 함께 연계되어 지원되어야 함이 마땅하다. 이러한 지적에 따라 최근에 지역아동센터에서 급식지원을 중요한 역할을 하고 있다. 이렇듯 급식아동지원도 빈곤아동의 다양한 문제를 개입해 주기에는 한계가 있다.

방과후 공적서비스는 최근 들어 빈곤아동지원정책 중에서 가장 활성화 되었으며 그 인프라도 안정적이라는 점에서 긍정적으로 평가받고 있다. 그러나 방과후 공적서비스는 빈곤아동의 교육과 보호에 서비스 내용이 집중되어 빈곤아동의 다양한 문제를 모두 포괄하지 못한다는 점과 그 대상 연령도 학령기 아동과 청소년에 집중되었다는 한계가 있다.

교육복지투자우선지역사업은 드림스타트 사업과 가장 유사한 성격의 통합적 서비스 정책이다. 교육복지투자우선지역사업은 학교라는 테두리의 한계로 인하여 학생이라는 대상에 한정되어 서비스가 제공될 수밖에 없으며 따라서 빈곤아동의 복잡한 문제에 모두 개입할 수 없다는 제약이 따른다.

앞에서 살펴본바와 같이 지금까지 실시되었던 빈곤아동지원정책은 그 규모가 전체적으로 미흡하며, 그 내용도 체계적이지 못하다. 따라서 아동의 발달단계를 고려한 전문화된 프로그램을 구성하고 아동 및 그 가족의 특성에 맞는 차별화된 프로그램을 마련해야 한다. 따라서 빈곤아동의 발달단계별 맞춤형 조기개입서비스를 제공한다는 점에서 드림스타트 사업은 기존의 실시되던 빈곤아동지원정책의 한계점을 보완된 빈곤아동지원사업이라 볼 수 있다. 드림스타트 사업은 빈곤아동에 대한 사례관리의 성격이 커서 빈곤아동 개인이 가지고 있는 문제뿐만 아니라 빈곤아동이 가지고 있는 문제에 통합적으로 접근한다. 또한 그 지원대상의 범위와 연령도 아동뿐만 아니라 빈곤가정의 부모까지 해당되며, 학령기 아동에 국한되지 않고 0~12세 아동과 임산부의 관리까지 포함된다. 지원내용도 보건, 복지, 보육 및 교육을 모두 포괄한다는 점에서 위에서 열거된 타 빈곤아동 정책과는 차별성을 지니고 있다.

나. 외국의 스타트 사업과의 차별성

단순히 탈빈곤정책만으로는 아동빈곤의 문제를 해결할 수 없다. 즉, 현재 빈곤한 생활에서 성장하는 아동에게 적절한 발달환경을 제공하고, 현재 빈곤의 부정적 결과를 최소화하거나 제거해주는 지원정책이 아동에게는 더욱 중요하다. 이러한 관점에서 최근에는 빈곤아동이 가지는 복합적인 문제를 해결해 주고, 더 나아가 빈곤가정이 가지고 있는 문제에 우선적으로 개입하는 스타트 운동이 각광을 받고 있다.

스타트 운동은 아동에게 동등한 출발선을 보장하는 운동으로 미국의 헤드스타트, 영국의 슈어스타트, 캐나다의 페어스타트, 호주의 베스트 스타트 등이 있다. 미국의 헤드스타트는 취학전 3~5세의 빈곤아동에게 언어, 보건, 정서 등 다방면에 걸친 포괄적 서비스를 제공하여 빈곤의 악순환을 끊겠다는 취지로 1964년 시작된 아동보육 프로그램이다. 1994년부터는

0~2세 영아에게까지 확장되어 ‘조기 헤드스타트(Early Head Start)’ 프로그램이 시작되었다. 2006년 약 91만명의 아동이 헤드스타트 프로그램에 참여한 것으로 나타났으며 재정지원도 약 6,786백만 달러의 규모이다.

영국의 슈어스타트는 아동의 보육환경을 조성하고, 빈곤층 아동에게 교육서비스를 제공하며 또한 부모에게도 일자리를 갖고 아동을 양육할 수 있도록 하는 지원프로그램이다. 즉, 보육·보건·교육·취업 서비스를 아동과 부모에게 통합적으로 제공하고 있다. 대상은 영국 내 하위 20%계층에 살고 있는 지역의 0~14세 이하 아동이며 1999년 본격적으로 시작되었다.

캐나다의 페어스타트는 18개월부터 취학 전까지의 아동에게 시력, 청력, 사회성, 언어능력, 체력, 손놀림 등 여섯 가지 검사를 무료로 받게 하는 프로그램이다. 아동의 문제를 조기 발견·치료해주어 아동에게 공정한 출발을 보장한다는 취지에서 1996년 온타리오주의 자발적인 노력으로 시작되었다.

호주의 베스트스타트는 2001년 시작되어 0~7세까지 빅토리아주 거주 아동에 대해서 보건, 발달, 인지 발달단계에 적합한 성장을 할 수 있도록 돕고, 소득, 인종, 지역 등에 따라 영유아의 발달차이를 줄일 수 있도록 부모, 가족, 지역사회를 지원하는 프로그램이다(표 4-1 참조).

〈표 4-1〉 외국의 스타트 사업

| | 미국 | 영국 | 캐나다 | 호주 | 우리나라 |
|-------|--|--|--|-------------------------------|--------------------------|
| 사업명 | Head Start | Sure Start | Fair Start | Best Start | 드림 Start |
| 시작 연도 | 1964년 | 1998년 | 1996년 | 2001년 | 2007년 |
| 대상 아동 | 0~5세 | 0~14세 (장애아동0~16세) | 18개월~6세 | 0~7세 | 0~12세 |
| 수혜 아동 | 약 91만명('06년) | 약 62만명('06년) | - | - | 약 1만명('08년) |
| 특성 | · 아동보육 프로그램 · 언어, 보건, 정서 등 포괄적 서비스 제공 | · 보육, 보건, 교육을, 취업 서비스를 아동과 부모에게 통합적으로 제공 | · 시력 청력, 사회성, 언어능력, 체력 손놀림 등 무료검사 · 조기스크리닝을 통한 조기 발견 및 치료 | · 발달단계에 따른 보건, 발달, 인지 프로그램 제공 | · 보건, 복지, 교육 통합서비스 제공 |
| 예산 | 약 6.8조('06년) (약 6,800백만달러) | 약 2.4조원('06년) | - | - | 96억원('07년) =3억원×32개지역 |

각국의 스타트 사업은 그 중점대상, 목표, 서비스 내용이 조금씩 상이하으나 아동의 기회균등정신을 실천하고 있는 사회통합정책으로 모두 평가되고 있다. 대부분의 스타트 사업은 통합 및 예방 성격의 프로그램으로 교육, 건강, 복지 분야를 서비스 영역으로 삼고 있다는 점과 아동들의 발달 결과에 초점을 맞추고 부모와 지역사회의 적극적인 참여를 중시한다는 공통점을 가지고 있다.

이러한 공통점 외에 드림스타트 사업은 그 서비스내용에서 외국의 스타트 사업과는 다른 독자성을 가지고 있다. 헤드스타트는 유아의 보육 및 교육 지원에 초점을 맞추었으며, 페어스타트와 베스트 스타트가 영유아 조기 발달 스크리닝, 슈어스타트는 아동의 보육지원 및 부모의 자활지원을 목적으로 하고 있다. 반면에 드림스타트 사업은 빈곤아동 밀집지역에 거주하는 저소득 임신부와 12세 이하 아동가구를 대상으로 빈곤 아동별 욕구와 가

구여건에 맞는 맞춤형 통합서비스를 제공하는 집중적 아동투자이다.

이러한 점에서 드림스타트 사업은 외국의 스타트 사업이 가지고 있는 강점들을 바탕으로 한국적 상황에 맞는 빈곤아동지원정책의 성격을 갖추었다. 특히 드림스타트사업은 외국의 스타트 사업들에 비하여 어느 영역에 치우치지 않고 보건, 보육·교육, 복지의 통합적 성격과 빈곤아동과 가정의 사례관리를 위한 맞춤형 서비스 강화되었다.

다. 빈곤아동지원정책으로서 드림스타트 사업의 의의

1) 통합 맞춤형 서비스

빈곤의 영향은 복합적 요인들의 작용으로 인하여 그 영향이 미치는 정도와 범위가 단순하지 않다. 즉, 빈곤아동과 가정은 단순히 빈곤자체 하나만의 문제를 가지고 있지 않으며 아동기 빈곤은 또한 아동기의 다른 위험들과 함께 동반된다. 빈곤아동과 가정은 빈곤가정의 아동학대문제, 빈곤아동의 비행문제, 빈곤부모의 알콜중독과 우울 문제 등 복잡한 문제와 특성을 가지고 있다. 따라서 빈곤아동지원정책은 이러한 복잡성을 반영하여 다양한 요인들이 고려되어야 추진되어야 한다.

이러한 빈곤문제의 특성을 고려하여 드림스타트 사업은 빈곤가정과 아동에 대한 문제를 통합적으로 지원하는 프로그램으로 개발되었다. 특히 드림스타트 사업은 빈곤아동과 가정을 대상으로 아동별·가족별 문제 및 욕구와 여건을 진단하여 체계적인 사례관리를 통해 필요한 서비스를 맞춤형으로 제공한다는 점에서 그 의의가 크다. 또한 빈곤아동이 현재 겪고 있는 문제뿐만 아니라 빈곤의 결과를 사전에 예방하여 그 부정적 영향을 차단할 수 있도록 보건, 복지, 교육 서비스를 통합적으로 제공한다.

2) 사전예방적 조기개입

빈곤의 악영향이 확산되기 전에 적극적으로 아동빈곤의 영향을 최소화할 수 있는 빈곤아동과 가정에 대한 개입은 중요하다. 빈곤아동에 대한 개입이 조기에 이루어질수록 최대의 효과를 거둘 수 있다. 아동기 초기에 이루어지는 빈곤아동에 대한 지원일수록 그 효과 및 효율성이 아주 높아진다. 즉, 아동기 빈곤문제에 조기개입 할수록 빈곤의 부정적 영향을 최소화도리 수 있으며 이러한 서비스제공은 빈곤의 부정적 영향으로부터 아동의 보호막이 되어줄 수 있다.

이러한 점에서 태아기(0세)부터 지원의 대상으로 삼은 드림스타트 사업은 빈곤아동 조기개입프로그램으로서 빈곤아동지원정책에서 중요한 의미를 지니고 있다. 특히 임산부의 관리는 지금까지 대부분의 빈곤아동지원정책이 사후대처적 성격이 강하였는데, 사전예방적 성격을 보여주는 가장 대표적이며 모범적인 프로그램내용이라 할 수 있다. 즉, 드림스타트 사업이 기존의 빈곤아동지원정책과 다른 차별성을 엿볼 수 있다.

3) 가족 개입 및 지원

빈곤아동이라는 표현은 부적절하며 엄밀히 말하자면 빈곤가정에서 생활하는 아동이 있을 뿐이다. 즉, 아동은 보호자의 경제적 상태에 전적으로 의지할 수밖에 없으므로 노동능력이 없는 아동에게 경제적 개념의 빈곤을 적용하는 것은 적절치 않다. 따라서 빈곤아동지원정책은 단순히 그 수혜자가 아동 개인이 아니라, 가정전체 또는 그의 보호자에 해당하는 정책들과 관련되어 있다. 이러한 정책이 궁극적으로 빈곤가정에서 생활하는 아동의 삶의 질을 높여주고 결과적으로 빈곤가정에서 벗어나게 해줄 수 있다. 그러나 기존의 빈곤가정지원정책은 단순히 빈곤 가구주를 위한 정책일 뿐 빈곤가정을 위한 정책이라 보기 힘들다.

아동의 건전한 성장과 발달을 위해서는 바람직한 가정환경 속에서 적절한 부모역할이 제공되어야 한다. 그러나 빈곤가정의 부모는 장시간의 노동, 스트레스, 양육지식의 부족 등으로 인하여 부적절한 양육태도를 보인다. 특히 빈곤한 부모의 스트레스, 우울 등의 사회정서문제는 그대로 양육태도에 영향을 미친다. 이러한 부모의 사회정서 문제들은 빈곤이 아동발달에 부정적 영향을 미치는데 결정적 역할을 한다.

이처럼 빈곤아동뿐만 아니라 부모와 가정환경에 동시에 개입하는 서비스의 지원은 필수적이다. 따라서 빈곤아동의 올바른 성장을 위해서는 빈곤아동뿐 아니라 빈곤가정의 부모 또는 가정환경에 대한 개입이 무척 중요하다. 따라서 빈곤아동의 문제를 단순히 아동의 문제로 보는 단선적 시각에서 벗어나, 아동의 부모와 가정환경으로 확대하여 통합적으로 지원하는 서비스가 확대되어야 한다. 특히 빈곤아동지원에서 빈곤가정의 부모를 대상으로 한 정신건강서비스는 필수적으로 이루어져야 하며, 아동의 연령 단계별 부모-자녀관계의 발달을 지지해주는 프로그램이 세분화되어 제공되어야 한다.

이러한 빈곤아동과 부모 및 가정에 대한 지지서비스의 대표적 유형이 스타트 사업이다. 드림스타트 사업 역시 아동의 전인적 발달을 지원하기 위해 아동과 부모(주양육자)를 대상으로 개입하는 2세대 프로그램(two-generation program)을 지향하고 있다. 따라서 드림스타트 사업은 빈곤아동뿐만 아니라 가정을 지원하고 보호하는 역할을 하고 있으며 이를 통하여 빈곤아동의 양육환경과 전체 삶의 질을 증대시켜준다.

4) 사회경제적 효과

빈곤아동에 대한 조기개입은 경제적인 효율성을 제고시킨다. 즉, 빈곤아동에 대한 투자를 통해서 세대간 빈곤을 감소시킬 수 있다. 역으로 빈곤아동에 대한 지원이 적절하지 못할 때 향후 사회적 비용은 막대하고, 아

동 개인적으로는 어릴 적에 제대로 발달과 거치지 못하면 평생 부정적인 영향을 초래한다. 실제로 아동기의 적절한 개입을 통해서 경제적인 성장과 빈곤이 감소했다는 연구가 상당수 있다. 반면 아동에 대한 투자를 하지 않았을 때 비용은 엄청나다. 인적자본투자를 하지 않게 되면 영양결핍, 열악한 건강상태, 학교중퇴 등이 초래되고 이는 한 사회와 경제성장에 오랜 영향을 주게 된다. 예를 들어서 영유아기의 영양결핍은 성인기에 수입의 12%를 감소를 초래하며, 아동기의 빈혈로 아시아에서는 성인기 수입과 생산성이 10% 감소한다는 연구결과가 있다(김미숙, 김효진, 2008).

이는 외국의 관련제도의 경제적 효과를 통해서도 알 수 있다. 헤드스타트는 아동에게 투자한 1달러당 8.7달러의 이익을 얻는 것으로 나타났다. 이익에 해당하는 항목은 소득, 취업 및 가정의 안정성 증가와 복지 의존, 범죄비용, 유급 및 특수교육의 감소이다. 또한 부모를 적절하게 훈련시킴으로써 가족 당 연간 232달러의 의료보호 비용을 절약할 수 있는 것으로 나타났다(Meier, 2003; 염철현 2008 재인용).

현재 드림스타트 사업의 사회경제적 효과에 대해서는 짧은 사업수행기간으로 인하여 연구되지 못하였다. 그러나 2007년 드림스타트 사업의 효과 연구시 학업성적의 향상, 흡연 음주 등 비행행동 개선, 자녀양육어려움의 개선 등의 결과를 가져왔다고 보고하고 있다. 따라서 드림스타트 사업의 사회경제적 효과는 구체적 규모와 수치로 추정되지 못하였으나, 긍정적 결과를 가져올 것이라 예상된다. 또한 드림스타트 사업이 장기화·안정화 될수록 그 효과는 더욱 높아질 것이다.

〈표 4-2〉 국내의 빈곤아동지원정책

| 지원 방식 | 소득지원 | 의료비 지원 | 교육비 지원 | | 급식지원 | 방과후 공적서비스 | | | | 통합서비스 | |
|--------|--------------------------------------|------------------|--|----------------------------|---|-------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------------|
| | | | 저소득층 보육료 지원 (만5세아 이상보육료지원 및 만0-4세아 차등보육료 지원) | 고교생 학비지원 | | 지역아동 센터 | 청소년방과후아카데미 | 청소년 공부방 | 방과후 학교 | 드림스타트 | 교육복지투자 우선지역 |
| 정책 | 기초생활보장 제도 | 의료급여 혜택 | 저소득층 보육료 지원 (만5세아 이상보육료지원 및 만0-4세아 차등보육료 지원) | 고교생 학비지원 | 무료급식 지원 | 지역아동 센터 | 청소년방과후아카데미 | 청소년 공부방 | 방과후 학교 | 드림스타트 | 교육복지투자 우선지역 |
| 대상 | 최저생계비 이하, 국민기초생활보장 수급권 가구 아동(18세 미만) | 차상위계층 아동(18세 미만) | 도시근로자 평균소득 100%이하의 가구아동 중 보육시설을 이용하는 아동 | 기초생활수급자, 차상위계층, 농어촌저소득 고교생 | 기초생활수급자, 차상위계층 저소득 가정아동 및 방임, 학대 등 가정사정 으로 인해 결석우려 아동 | 지역사회 18세 미만 아동 | 일반 및 저소득층 초 4-6, 중등 1-2학년 | 청소년 9~24세 (초중고대) | 일반학생 (초중고생) | 저소득층 0~12세 아동과 그 가족 | 저소득층 밀집지역 내 학교 재학생 (초중고생) |
| 지원 아동수 | '06년 422,260명 | '07년 166,866명 | 약, 732천명 (만5세 145천명, 만0~4세 586천명) | '07년 361,955명 | '07년 271천명(복지부)/ '07년579천명(교과부) | '07년 76천명 2,618개소 | '07년 6,300명(연인원 1,890천명), 150개소 | '07년 연 이용인원 2,630천명, 343개소 | '06년 3,235,596명, 전체 학생의 약 42% | '08년 약 1만명, 32개 지역 | '06년 15,3178명, 260개교 |

| 지원 방식 | 소득지원 | 의료비 지원 | 교육비 지원 | 급식지원 | 방과후 공적서비스 | 통합서비스 | |
|-------|--|---|---|--|--|--|---|
| 내용 | <ul style="list-style-type: none"> · 국민기초생활보장제도에 준함 | <ul style="list-style-type: none"> · 차상위계층 아동에 대해 '05년 12세 미만, '06년 18세 미만까지 2종 의료급여 수급권자로 보장 (2종 의료급여비용의 85%를 지원) | <ul style="list-style-type: none"> 저소득층 아동의 보육료 지원 · 만5세아 무상보육료원 (1인 월 162천원) · 만0~4세아 차등보육료 :소득수준·아동 연령에 따라 보육료 차등 지원(0세 361천원, 1세 317천원, 2세 262천원, 3세180천원, 4세 162천원 (정부지원단가 100% 지원기준)100%~20% 차등 지원을 적용) | <ul style="list-style-type: none"> · 학비 지원: 입학금·수업료 | <ul style="list-style-type: none"> · '04년부터 교과부는 학기중 급식지원, 복지부(지자체)는 방학, 휴일 등 급식 지원 (지원유형: 단체급식, 일반음식점, 식품권, 도시락배달) · 1식 3000원 | <ul style="list-style-type: none"> · 보호, 학습 지도, 상담 문화 지원 및 급식 등 종합서비스 제공 · 아동복지교사 파견 · 특기적성, 보충학습, 급식, 상담 등 종합서비스 · 청소년수련관 등 청소년 시설 이용 · 방과후 학습 공간 제공 · 학습지원 프로그램 ('06년) · 보충학습, 특기적성 교육 · 학교시설 이용 | <ul style="list-style-type: none"> · 건강, 복지, 교육 프로그램을 통합한 적문형 서비스 제공 · 교육복지 투자우선 지역과 대상학교를 선정 · 학습능력 증진, 정서 발달 문화 활동, 정신 건강, 복지 프로그램 등 |

2. 아동 학대

가. 아동 학대와 아동의 건강

아동학대로 인한 가장 두드러진 반응은 심리적 고통과 후유증이다(홍영오, 2007). Green(1985)은 학대받은 아동에게서 나타나는 정신적인 후유증을 다음의 일곱 가지로 요약하였다(안동현, 2000에서 재인용). 첫째, 자아기능의 손상(impairment in ego function)으로 전반적인 지적 및 인지 기능의 결함이 나타나고 심한 발달지연과 중추신경계 장애를 보일 수 있다. 둘째, 급성 불안반응으로 인한 외상 반응(traumatic reaction)으로 심한 불안 상태가 되며 상징 활동(예, 상상, 놀이, 그림 등)으로 표출되는 행동에 문제를 보일 수 있다. 셋째, 대상관계 이상(pathologic object relationship)으로 생애 초기에 중요한 ‘기본적 신뢰감’ 형성에 결함을 가지게 되어 사람들에게 대해 기본적으로 신뢰를 갖지 못하게 된다. 넷째, 학대받은 아동은 부모나 그 외의 대인관계에서 사랑과 적대적인 면을 통합하는 능력이 부족하게 된다.

다섯째, 충동조절의 손상으로 종종 충동적으로 행동하게 되며 또래나 형제 관계에서 남을 괴롭히거나 싸우는 공격적 행동이 많다. 또한 어린 아동의 경우에 주의력이 결핍되고 과잉 행동이 많고 나이가 많은 아동은 반사회적 행동이 나타날 수 있다. 여섯째, 자아개념의 손상이 일어나 종종 슬프고, 자기 멸시에 빠지게 된다. 반복적인 처벌, 구타, 위협 등으로 아동은 실제로는 자신의 잘못이 없으나 자신의 행동으로 인해 벌을 받는 것으로 생각하게 되고 결국에는 부정적인 자아 개념을 갖게 된다. 마지막으로 자살시도나 자해 등 자학적, 자기파괴적 행동을 보이기 쉽다.

이상과 같은 정신적 문제뿐만 아니라 아동 학대는 신체적 문제를 발생시키기도 한다. Conway(1998)는 학대 받은 아동들에게 구토, 호흡기장애,

뇌진탕, 학습장애, 정신지체, 뇌성마비 등의 “shaken baby syndrome”이 나타날 수 있다고 하였다. 또한 의학적, 기질적 원인이 없어도 몸무게, 키, 운동능력의 발달이 지체되는 현상이 나타나기도 한다(홍영오, 2007).

세계보건기구는 아동 학대를 포함한 폭력 예방 정책의 지침을 제공한다. <표 4-3>은 생태학적 요소별 폭력 유발 위험요인과 영유아 및 아동기에 효과가 있는 폭력 예방 프로그램을 보여준다.

<표 4-3> 세계보건기구의 생태학적 요소별 성장단계별 아동학대 예방 프로그램

| 생태학적 요소 | 폭력 위험요인 | 성장단계 | |
|------------------|--|---|---|
| | | 영유아(0~36개월) | 아동기(만4~11세) |
| 개인 | 아동학대 피해자, 심리/성격 장애, 알코올/약물 중독, 폭력적 행동 습관 | <ul style="list-style-type: none"> · 원하지 않는 임신 감소 · 산전산후지원서비스 · 학대 피해자 치료프로그램 · 폭력을 목격한 영유아 보호 및 지원책 마련 | <ul style="list-style-type: none"> · 사회성향상 훈련 · 취학전 교육 지원 · 학교중심의 아동학대 방지 프로그램 |
| 관계 (가족, 친구 등) | 잘못된 부모 역할, 가정 불화, 부모의 폭력적 다툼, 낮은 사회경제적 지위, 폭력적 친구 및 또래 집단 | <ul style="list-style-type: none"> · 가정방문 서비스 · 부모역할기법 훈련 · 치료 위탁 지원 | <ul style="list-style-type: none"> · 후견인 · 부모역할 강화를 위한 학교-가정연계 프로그램 |
| 지역공동체 | 빈곤, 높은 범죄율, 높은 거주지 이동률, 높은 실업률, 불법약물 거래, 관계기관 정책 부재, 피해자지원 체제 미흡, 상황적 요인 | <ul style="list-style-type: none"> · 남성분, 독소 제거 · 사회복지사의 아동학대 감시활동 · 지역사회 경찰활동 · 응급의료, 심리적 외상 치료서비스 확대 · 사회복지사에 대한 아동학대 적발, 신고 훈련 · 총기 및 기타 흉기류 보관 안전 조치 강화 · 아동학대 방지 교육 및 캠페인 · 아동보호 프로그램 확충 · 교도소 수감자 교정 프로그램 개선 | <ul style="list-style-type: none"> · 등하교길 위험지역에 어린이 안전지대 설치 · 보호강화를 위한 방과 후 프로그램 · 취미, 여가 프로그램 |

| 생태학적 요소 | 폭력 위험요인 | 성장단계 | |
|---------|---|--|-----------------------------------|
| | | 영유아(0~36개월) | 아동기(만4~11세) |
| 사회 | 급격한 사회변화, 경제적 불평등, 성적 불평등, 빈곤, 빈약한 경제 안전망, 법집행 미진, 폭력을 조장하는 문화규범, 흥기에 대한 접근용이, 분쟁, 사회적 갈등 | · 경찰 및 사법제도 강화 · 빈곤의 집중 방지 · 소득 불균형 완화 | · 미디어 폭력 감소 · 사회규범과 윤리 관련 공익광고 |

주: 굵은 글씨는 효과가 입증된 프로그램을 나타내고, 나머지는 효과가 있을 가능성이 있는 프로그램임.

자료: 표창원(2007). 아동학대 재발방지를 위한 아동보호기관의 적극적인 개입의 필요성. In 2007 기획포럼-피해 아동에 대한 권리보장 및 친권개입-가정내 아동학대 피해 아동 및 학대행위자를 중심으로. 아동권리모니터링센터, 중앙아동보호전문기관, 보건복지부. pp.42-43.

나. 아동 학대와 드림스타트사업

드림스타트에서는 아동 보호의 차원에서 아동 학대의 예방 및 치료와 관련된 복지서비스들을 제공하고자 한다(김승권 외, 2008). 즉, 가정 내 폭력, 학대, 방임 등을 예방하도록 아동보호와 관련된 교육을 실시하고, 아동에 대한 지속적인 사례관리를 통해 아동 학대 여부를 확인하도록 하고 있다. 또한 학대 받은 아동과 가족을 위하여 전문 상담가 또는 멘토의 상담, 치료사의 치료를 통해 표면적으로 드러난 문제 행동을 변화시키고 아동과 가족 전체를 대상으로 단계적으로 문제를 해결하도록 가족의 문제 해결 능력을 향상시키도록 하는 서비스를 제공하도록 하고 있다. 이러한 서비스들은 아동 학대 전문 기관과 연계하여 제공하도록 권장하고 있다.

다. 현장조사 결과

<표 4-4>는 드림스타트사업 실시 전후의 아동 학대 빈도의 변화를 나타낸 것이다. 해당 항목의 심각성 정도는 임상적 주의나 지속적인 관찰을

요하는 경우는 1점, 문제가 매우 심각하여 즉각적인 개입이나 진단과 치료가 필요한 경우는 2점으로 하였다.

드림스타트사업 실시 전후의 아동 학대 빈도의 변화는 센터 A의 경우 “구타와 욕설 등 신체적, 정신적 학대가 있다” 항목에서 1점은 10.8%가 증가하였으며 2점은 0.6%가 감소되었다. 또한 “신체적, 의료적, 교육적 방임이 있다” 항목에서는 1점과 2점 모두 각 14.2%, 0.7% 증가하였다.

센터 B의 경우 “구타와 욕설 등 신체적, 정신적 학대가 있다” 항목에서 1점과 2점 모두 각 7.7%, 1.1% 증가하였으며, “신체적, 의료적, 교육적 방임이 있다” 항목에서는 1점과 2점 모두 각 13.4%, 2.5% 증가하였다.

센터 C의 경우 “구타와 욕설 등 신체적, 정신적 학대가 있다” 항목에서 1점은 14.1%가 증가하였으며 2점은 1.2%가 감소되었다. 또한 “신체적, 의료적, 교육적 방임이 있다” 항목에서는 1점은 5.6% 감소되었으며, 2점은 1.4% 증가하였다.

〈표 4-4〉 드림스타트사업 실시 전후의 아동 학대 빈도의 변화: 보호자 설문 결과

(단위: %)

| | 센터 A | | | 센터 B | | | 센터 C | | | |
|--------------------------------|--------------|--------------|------|--------------|--------------|------|--------------|--------------|------|------|
| | 전 (n=179) | 후 (n=111) | 증감 | 전 (n=184) | 후 (n=122) | 증감 | 전 (n=166) | 후 (n=126) | 증감 | |
| 구타와 욕설 등 신체적, 정신적 학대가 있다 | 1) | 0.0 | 10.8 | 10.8 | 5.4 | 13.1 | 7.7 | 4.2 | 18.3 | 14.1 |
| | 2) | 0.6 | 0.0 | -0.6 | 0.5 | 1.6 | 1.1 | 1.2 | 0.0 | -1.2 |
| 신체적, 의료적, 교육적 방임이 있다 | 1) | 1.1 | 15.3 | 14.2 | 7.1 | 20.5 | 13.4 | 12.7 | 7.1 | -5.6 |
| | 2) | 1.1 | 1.8 | 0.7 | 0.0 | 2.5 | 2.5 | 1.8 | 3.2 | 1.4 |

주: 1) 임상적 주의나 지속적인 관찰을 요함.

2) 문제가 매우 심각하여 즉각적인 개입이나 진단과 치료가 필요함.

다음으로 <표 4-5>는 드림스타트사업 실시 전후의 아동 학대 빈도의 변화를 고학년 아동을 중심으로 살펴보았다. 조사 협조가 어려워 센터 C에서만 이 조사가 실시되었다. 아울러 센터 C 관할 지역에 거주하는 드림스타트사업 대상자가 아닌 고학년 아동을 대조군으로 하여 대상 아동과도 비교해 보았다.

먼저 처음 다섯 개의 항목은 신체적 학대에 해당한다. 이 중에서 "부모님이 휘두르는 몽둥이나 굵은 막대기, 혁대로 맞았다"와 "부모님의 발에 차이거나 깨물리거나 주먹에 맞았다"는 항목의 빈도는 감소한 것으로 나타났다. 나머지 네 개 항목에서는 큰 변화가 발견되지 않았다.

다음으로 6번에서 8번 문항은 언어적인 폭력을 조사하는 문항에 해당된다. "내가 수치심과 모욕감을 느낄 정도로 부모님이 꾸짖은 적이 있다"는 항목과 "부모님이 나에게 "너만 없으면 속이 편할 것이다"와 같은 말을 하였다"는 항목이 1년에 1~2번 이상 있었던 아동의 비율은 다소 감소한 것으로 나타났다. 그러나 "내가 수치심과 모욕감을 느낄 정도로 부모님이 꾸짖은 적이 있다"에 대하여 사업 전에는 한달에 1~2번 혹은 1주일에 1~2번이라고 응답한 아동이 없었으나 사업 후에는 각각 1명씩 응답하여 사실상 언어적인 폭력에 대한 노출이 잦아지고 있다는 의심을 갖게 하였다. 이와 더불어 "부모님이 나에게 '멍청한 것', '바보자식'과 같은 모욕적인 말을 하였다"는 항목에서 그렇다고 응답한 아동은 전에 15.1%, 후에 17.1%로 다소 증가하였다.

마지막으로 9번에서 15번 문항은 방임에 관한 것이다. 전반적으로 지난 1년간 1번 이상 방임을 경험한 아동의 수는 감소한 것으로 나타났고, 다만 "부모님은 내가 몰래 PC방이나 오락실에 가는 것을 알면서도 모른 채 한다"는 아동이 사업 전에는 없었으나 사업 후에는 2명이 있는 것으로 나타났다.

한편 드림스타트사업 실시 후의 아동 학대의 빈도에 대해 센터 C와 대

조군을 비교해 본 결과, 대조군보다 모두 낮은 것으로 나타났다.

〈표 4-5〉 드림스타트 사업 실시 전후의 아동 학대 빈도의 변화: 고학년 아동 설문 결과

(단위: %)

| | 센터 C (전 n=66, 후 n=58) | | | | | 대조군 (n=198) | | | | |
|---|-----------------------|-------------|----------------|-------------|--------------|-------------|-------------|----------------|-------------|--------------|
| | | 1년에 1-2번 | 2-3개월에 1-2번 | 한달에 1-2번 | 1주일에 1-2번 | | 1년에 1-2번 | 2-3개월에 1-2번 | 한달에 1-2번 | 1주일에 1-2번 |
| 1.부모님이 나를 밀쳐서 벽에 머리를 부딪쳤다 | 전 | 0.0 | 1.5 | 0.0 | 0.0 | 전 | - | - | - | - |
| | 후 | 1.7 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 후 | 2.5 | 0.0 | 0.5 | 0.0 |
| 2.부모님이 주위의 물건(재떨이, 그릇, 의자 등)을 던져서 내가 맞았다 | 전 | 1.5 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 전 | - | - | - | - |
| | 후 | 1.7 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 후 | 2.5 | 1.0 | 0.0 | 0.0 |
| 3.부모님의 발에 차이거나 깨물리거나 주먹에 맞았다 | 전 | 6.1 | 0.0 | 0.0 | 3.0 | 전 | - | - | - | - |
| | 후 | 3.4 | 1.7 | 0.0 | 0.0 | 후 | 6.6 | 0.5 | 1.5 | 1.0 |
| 4.부모님이 휘두르는 몽둥이나 짧은 막대기, 혀대로 맞았다 | 전 | 9.1 | 1.5 | 0.0 | 0.0 | 전 | - | - | - | - |
| | 후 | 1.7 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 후 | 9.1 | 3.0 | 2.5 | 0.5 |
| 5.부모님이 칼이나 흉기(송곳, 못, 도끼 등)로 나를 찔렀다 | 전 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 전 | - | - | - | - |
| | 후 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 후 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 6.내가 수치심과 모욕감을 느낄 정도로 부모님이 꾸짖은 적이 있다 | 전 | 10.6 | 3.0 | 0.0 | 0.0 | 전 | - | - | - | - |
| | 후 | 3.4 | 1.7 | 1.7 | 1.7 | 후 | 21.7 | 4.5 | 3.0 | 3.0 |
| 7.부모님이 나에게 “너만 없으면 속이 편할 것이다”와 같은 말을 하였다 | 전 | 10.6 | 0.0 | 0.0 | 3.0 | 전 | - | - | - | - |
| | 후 | 5.2 | 1.7 | 0.0 | 1.7 | 후 | 14.1 | 3.5 | 3.5 | 0.5 |
| 8.부모님이 나에게 ‘명청한 것’, ‘바보 자식’과 같은 모욕적인 말을 하였다 | 전 | 9.1 | 3.0 | 0.0 | 3.0 | 전 | - | - | - | - |
| | 후 | 10.3 | 3.4 | 1.7 | 1.7 | 후 | 16.7 | 4.5 | 2.5 | 3.0 |
| 9.학교수업이 끝난 후 내가 집에 늦게 들어와도 우리 부모님은 관심이 없다 | 전 | 6.1 | 1.5 | 3.0 | 4.5 | 전 | - | - | - | - |
| | 후 | 0.0 | 0.0 | 1.7 | 6.9 | 후 | 0.5 | 2.5 | 1.0 | 6.1 |
| 10.부모님이 외출하 | 전 | 19.7 | 1.5 | 4.5 | 7.6 | 전 | - | - | - | - |

| | | 센터 C (전 n=66, 후 n=58) | | | | | 대조군 (n=198) | | | |
|--|---|-----------------------|----------------|-------------|--------------|---|-------------|----------------|-------------|--------------|
| | | 1년에 1-2번 | 2-3개월에 1-2번 | 한달에 1-2번 | 1주일에 1-2번 | | 1년에 1-2번 | 2-3개월에 1-2번 | 한달에 1-2번 | 1주일에 1-2번 |
| 여 어두워질 때 까지 나 혼자 집 을 본 적이 있다 | 후 | 10.3 | 1.7 | 6.9 | 8.6 | 후 | 23.2 | 8.6 | 4.5 | 9.6 |
| 11.나는 더러운 옷 을 입고 지내거 나 습기 찬 이부 자리에서 잠을 잔 적이 있다 | 전 | 3.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 전 | - | - | - | - |
| | 후 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 후 | 2.0 | 0.5 | 0.0 | 0.0 |
| 12.부모님이 내가 고 열이 나거나 아파 도 그냥 내버려 둔 적이 있다 | 전 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 전 | - | - | - | - |
| | 후 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 후 | 1.5 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 13.부모님은 이유없 이 내가 학교에 결석해도 나에게 어무 말 안한다 | 전 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 전 | - | - | - | - |
| | 후 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 후 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 14.부모님은 내가 물 래 남의 물건이나 돈을 가져가도 모 른 체 한다 | 전 | 1.5 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 전 | - | - | - | - |
| | 후 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 후 | 3.5 | 0.5 | 0.0 | 0.5 |
| 15.부모님은 내가 몰래 PC방이나 오락실에 가는 것을 알면서도 모른 체 한다 | 전 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 전 | - | - | - | - |
| | 후 | 1.7 | 0.0 | 1.7 | 0.0 | 후 | 5.1 | 0.5 | 0.5 | 0.5 |

주: 이 조사는 센터 C에서만 드림스타트사업 초기에 실시되었기 때문에 이 센터만 전후 비교가 가능하였음. 대조군은 센터 C 관할 지역 내의 고학년 학생을 대상으로 하였음.

이상의 조사결과를 종합하면 부모와 아동이 상이한 결과를 보고한 것으로 보인다. 즉, 부모의 면접조사로 이루어진 사업 초기 인테이크 조사와 10월의 현장조사에서는 아동학대가 크게 증가한 것으로 나타난 반면에 센터 C의 고학년 아동은 신체적, 언어적 폭력과 방임에서 대체로 사업 전보다 문제가 감소한 것으로 보고하고 있고, 대조군보다 문제가 적은 것으로 나타났기 때문이다.

이러한 결과에 대하여 센터 C의 직원들과 대상자 부모들과의 포커스

그룹에서 논의한 결과(부록 1, 부록 2 참조) 다음과 같이 3가지로 설명할 수 있는 것으로 나타났다.

첫째, 설문 문항에 대한 주관적 해석의 여지가 있기 때문이다. 응답의 보기를 보면 ‘임상적 주의나 지속적인 관찰을 요함(1점)’이나 ‘문제가 매우 심각하여 즉각적인 개입이나 진단과 치료가 필요함(2점)’의 정의가 객관적으로 이루어지도록 설계가 되어 있지 않고 주관적 판단에 의존하도록 되어 있다. 따라서 조사자에 따라 그 정의를 달리 해석할 수가 있다는 것이다. 하지만 이 가설로 모든 센터에서 체계적으로 사업 후에 문제가 증가하는 경향이 나타난 것을 전적으로 설명하기는 어려워 보인다.

둘째, 드림스타트사업 초기에는 대상자들이 사업과 센터 직원들에 대한 신뢰도가 낮아 특히 아동학대와 같이 예민한 문제에 대해서는 사실대로 보고를 하지 않았을 가능성이 있다. 그리하여 드림스타트사업이 진행되어 가면서 사업과 직원에 대한 신뢰가 높아졌기 때문에 아동학대에 대해 사실대로 보고하는 비율이 높아짐으로써 초기보다 아동학대가 늘어난 것처럼 보일 수 있다는 것이다.

셋째, 실제로 언어폭력에 있어서는 증가했을 가능성이 있다. 드림스타트 사업의 대상자가 된다는 것이 아동에게나 부모에게는 스트레스(사회적 낙인, 자기 모멸감)가 될 수 있고, 이 상태를 벗어나기 위해서 아동에게 더 높은 기대를 갖게 되기 때문에 아동에게 더 쉽게 야단을 칠 수 있다는 것이다.

넷째, 학습 효과가 있을 수 있다. 즉, 학대 예방 프로그램 등의 교육을 통해 아동학대에 대한 지식이 늘고 아동의 인권에 대한 관심이 늘어나면서 이전에는 학대라고 생각하지 않았던 것을 학대라고 인식하게 되었을 수도 있다.

라. 포커스 그룹 결과

센터 C 직원 및 양육자들과의 포커스 그룹 결과(부록 1, 부록 2 참조) 아동학대에는 신체적 폭력뿐만 아니라 언어적 폭력, 그리고 방임이 모두 중요한 요소임을 인식하고 있었다. 특히 방임에 대한 중요성을 모두 강조하였는데, 양육자들은 지역 1개 학교의 방과후 교실이 없어짐으로 인해서 아이들의 방임이 늘었다고 하였다.

센터 C는 위탁사업을 통해 아동학대 사례관리 프로그램을 운영하고 있었고 모든 대상자를 대상으로 하는 아동학대 예방 프로그램은 운영하고 있지 않았다. 즉, 아동학대 문제가 있는 가정에 주로 상담 서비스를 제공하고 때로는 나들이, 문화 체험 등을 제공하고 있었다.

아동학대 사례관리 프로그램의 효과로는 아동학대 사례가 감소했다든지 하는 직접적인 효과보다는 심리적 지지를 제공하였다는 점을 지적하였다. 또한 직원들은 겉으로 드러나지 않는 문제에 대해 더 끌어낼 수 있기를 희망하고 있어 아직 사업 초기라서 학대 가정과의 신뢰를 더 쌓고 더 많은 문제를 공유하고 해결하는 데 시간이 필요함을 느낄 수 있었다. 직원들이 생각하는 아동학대 프로그램의 개선방안으로는 지금의 아동학대 프로그램이 예방보다는 치료에 집중되어 있기 때문에 예산이 허락한다면 부모교육, 자료제공과 같이 예방 프로그램을 제공하는 것도 바람직할 것이라고 동의하였다.

한편 양육자들은 아동학대 프로그램의 확대를 희망하였다. 다수의 아동을 대상으로 한 예방 프로그램으로는 아버지 학교(일요일 등 참여율을 높일 수 있는 요일 선택) 개설, 고학년 아동 대상 적극적인 상담 및 적성 검사(스크리닝 목적)를 제안하였고, 문제가 있는 아동인 경우는 집단치료 및 상담을 통해 사회성을 발달시켜 줄 것을 제안하였다.

마. 제언

평가 결과 아동학대와 같이 민감한 사안에 대해 효과적으로 개입하기 위해서는 드림스타트사업에 대한 신뢰 구축이 먼저 이루어져야 함을 알 수 있었다. 신뢰가 없이는 문제를 드러내지 않을 것이고 그 동안에 고통 받는 것은 아동이기 때문이다. 이런 점에서 보건복지가족부에서 실시하는 대상자들의 전반적인 사업 만족도 조사는 의의가 있는 것이다. 문헌고찰, 현장조사, 그리고 포커스 그룹 결과를 종합하여 아동학대 예방 및 치료를 위한 구체적인 제안을 하면 다음과 같다.

첫째, 아동학대에 대하여 사례관리뿐만 아니라 예방을 위해 전체 아동 및 가족을 대상으로 한 프로그램의 개발과 제공이 필요하다. 현장조사 결과를 좀 더 심층적으로 살펴본 바에 의하면 초기 인테이크에서 아동학대가 있다고 응답한 가정은 대부분 현장조사에 참여하기를 거부한 가정을 제외하고는 거의 대부분 현장조사에서는 아동학대 문제를 보고하지 않았다. 즉, 기존의 문제 가정은 사례관리 등을 통해 문제가 해결되었다고 하더라도 많은 수의 새로운 가정이 아동학대 문제를 보고한 것으로 나타났다. 이러한 현상은 예방이 병행되어야 함을 절실히 보여준다고 하겠다. 구체적으로는 아버지 학교의 개설, 아동 대상의 아동학대 예방 교육을 제공할 필요가 있다.

둘째, 아동학대 예방을 위해 사전 모니터링 체계를 구축할 것을 제안한다. 이미 주기적으로 가정을 방문하여 아동의 전반적인 복지 상태를 점검하고 있기 때문에 이 때 아동학대의 징후를 발견할 수 있도록 하면 된다. 이를 위해서 아동학대의 예측 지표(예: 성장발달, 정신건강)를 개발하는 것이 필요하다.

셋째, 아동학대를 경험하고 있는 가정을 위해서 정신건강을 포함한 보다 다양한 치료를 제공하는 통합적 접근이 필요하다. 즉, 상담과 문화 체

험 등을 포함한 복지서비스의 제공뿐만 아니라, 정신건강 상담과 다양한 치료(놀이치료, 미술치료, 음악치료 등)의 제공이 필요하다. 이러한 통합적 접근을 위해서는 아동학대 사례관리 전문가가 필요하다면 드림스타트사업 직원들에게 연수 기회를 제공해야 할 것이다. 혹은 드림스타트사업지원단에 학대 아동의 정신건강 전문가를 자문위원으로 위촉하여 각 센터에서 학대 아동의 사례관리에 전문적인 도움을 주도할 수도 있을 것이다.

3. 산전관리

가. 산전관리와 아동의 건강

산전관리(prenatal care)는 임신 중에 받는 보건의료서비스를 말한다. 하지만 산전관리의 정의는 점차 확대되는 경향이 있다. 즉, 전통적으로 산전관리 서비스에는 신체검진, 과거 문진, 임상 검사만을 포함하였으나, 지금은 행태적 위험요인의 사전, 건강증진 및 보건교육도 포함한다(Gregory, Johnson, Johnson, Entman, 2006). 산전관리를 늦게 받거나 부정기적으로 받는 등 제대로 받지 않는 것은 미숙아 출산, 성장 부진, 주산기 사망 확률을 높인다(Herbst et al., 2003; Vintzileos et al., 2002). 그리고 미숙아 출산과 성장 부진은 신생아 사망, 장애, 장기 결손의 주된 원인으로 알려져 있다(Herbst et al., 2003; Vintzileos et al., 2002).

전통적인 산전관리는 태아와 산모의 상태에 관한 각종 스크리닝과 위험사정이 포함된다. 하지만 가장 비용효과적인 서비스 내용들이 무엇인지에 대해서는 명확한 판단을 내릴 만한 근거가 부족한 상황이며, 산모의 불안감 해소를 목적으로 효과성이 의심되는 서비스들도 종종 제공된다(Gregory et al., 2006).

산전관리의 개념은 점차 확대되어 임신 전 건강관리와 임신 중의 건강행태 및 보건교육의 중요성이 강조되고 있다. 임신 중 흡연과 음주는 태아의 건강에 영향을 미친다. 흡연은 자궁 내 성장지연을 통한 저체중아 출산의 가장 큰 위험요인으로 알려져 있고(Chomitz, Cheung, 1995), 음주는 출생시 호흡기 증후군, 조산, 중추신경계 결손의 위험요인이다(Dehaene, 1995). 임신 중 음주로 인한 가장 심각한 영향은 태아 알코올 증후군이다.

여성이 고혈압과 당뇨를 가진 상태에서 임신을 할 경우 기형발생 확률이 높아진다(Barr, 1994; Reece, Homko, Wu, Wiznitzer, 1998). 따라서 혈압과 혈당을 조절한 상태에서 임신을 하는 것이 중요하다. 임신 중 금연과

음주는 저체중아 출생을 막을 수 있다(Lumley, Oliver, Chamberlain, Oakley, 2004; Merkatz & Thompson, 1990). 임신 초기의 엽산 보충은 신경계 결손의 발생을 감소시킬 수 있어서 식생활과 영양에 관한 상담이 효과적인 산전관리의 내용이 된다. 또한 임신과 양육(부모 역할)에 관한 일반적인 지식을 전달하는 것도 중요한데, 이를 통해 임신 중 위험한 상황에 대해 미리 인지하고, 환경 및 산업장의 위험 요소를 피하며, 적정 체중을 유지하고, 적절한 식품을 섭취할 수 있다.

이상의 산전관리 서비스가 지역사회에서 제공되는 것은 여성이 산전관리를 이용하는 것과는 별개의 문제일 수 있다. 특히 저소득계층의 여성인 경우 지역사회에 서비스 제공 기관이 있다고 하더라도 비용을 감당할 수 없거나, 차가 없어서 산전관리 기관을 방문하기 어려울 수 있다(Charreire, Combier, 2008). 또한 서비스 제공 기관의 존재, 비용적 접근성 제고 이외에도 여성의 태도 및 신념, 문화적 배경 등이 임신 첫 3개월 동안 산전관리 서비스를 받는 것에 영향을 미친다. 예를 들어 바라던 임신이었던지의 여부, 임신을 조기에 확인하고자 하는 욕구, 임신 증상의 조기 경험은 산전관리를 일찍 받도록 하는 요인이 될 수 있다(Campbell, Stanford, Weigman, 1996).

한편 간호사나 조산사의 가정방문을 통한 산전관리가 효과적이라는 많은 연구 결과가 있다. 이러한 서비스는 저체중 출산 예방 등 임상적인 효과보다는 출산간격 증가, 임신 횟수 감소, 가정 폭력 감소, 그리고 복지서비스 욕구 감소 등 여성의 사회심리적인 요인에 긍정적인 영향을 미치며, 아동의 학습 향상, 언어 능력 향상, 문제 행동 감소 등 아동에게도 효과가 있는 것으로 알려져 있다(Olds, Kitzman et al., 2004; Olds, Robinson et al., 2004).

나. 산전관리와 드림스타트사업

드림스타트사업에서는 태아에서부터 미래의 아동의 건강상태가 결정된다는 가정 아래 임산부에 대한 개입을 중요하게 다루고 있다. 실제로 아동의 신체 및 정서적 건강 발달을 증진하는 것과 함께 임산부의 건강한 임신 및 출산을 지원하고 모성 건강을 강화하는 것을 드림스타트 건강서비스의 목적으로 하고 있다(김승권 외, 2008). 임산부의 건강관리는 첫째, 보건소의 가족보건사업과 연계하여 건강검진서비스를 강화하고 고위험 대상아의 조기발견과 치료를 제공하는 것, 둘째, 임산부의 건강과 영양관리에 대한 정보를 제공하여 질병에 대한 인식과 지식을 함양시킴으로써 스스로 건강문제를 해결하는 능력을 배양하는 것, 그리고 셋째, 각종 영양서비스를 제공하는 것을 그 내용으로 하고 있다(김승권 외, 2008).

다. 현장조사 결과

<표 4-6>은 대상 아동을 임신하였을 때의 산전관리 실태에 관한 것으로 정기적인 산전 진찰, 임신 중 철분제 복용, 음주, 흡연, 임신관련 합병증 및 선천성 대사이상 검사를 포함한다. 대상 아동 대부분이 드림스타트 사업 이전에 태어났기 때문에 이 조사 결과는 드림스타트 사업의 효과를 평가하는데 직접적인 관련은 없다.

임신 전 및 임신 기간 동안 정기적인 산전 진찰 여부는 센터 A는 80.3%, 센터 C는 78.2%, 센터 B는 72.6%의 순으로 나타났으며, 임신 중 철분제 복용 여부는 센터 C는 65.8%, 센터 A는 63.6%, 센터 B는 61.2%의 순으로 나타났다. 또한 임신 중 음주는 월 1회 미만의 경우 센터 C는 11.4%, 센터 B는 10.0%, 센터 A는 9.2%의 순으로, 월 2~4회의 경우 센터 B는 5.0%, 센터 C는 3.1%, 센터 A는 2.3%의 순으로, 주 2~3회의 경우 센터 B는 1.5%, 센터 A는 0.6%로, 주 4회 이상의 경우 센터 B와 센터 C에

서 각 0.5%로 나타났다. 임신 중 흡연은 센터 A는 4.0%, 센터 B는 2.5%, 센터 C는 1.0%의 순으로 나타났으며, 임신 중 임신관련 합병증 여부는 센터 B는 21.4%, 센터 C는 13.5%, 센터 A는 11.0%의 순으로 나타났다. 아동에게 선천성 대사이상 검사 실시 여부는 센터 3곳 모두에서 50%대 전후로 나타났으며 센터 A는 56.6%, 센터 C는 54.4%, 센터 B는 49.3%의 순으로 나타났다.

〈표 4-6〉 산전관리 실태

| | (단위: 빈도(%)) | | |
|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 센터 A (n=173) | 센터 B (n=201) | 센터 C (n=193) |
| 임신 전 및 임신 기간 동안 정기적인 산전 진찰 | 139(80.3) | 146(72.6) | 151(78.2) |
| 임신 중 철분제 복용 | 110(63.6) | 123(61.2) | 127(65.8) |
| 월 1회 미만 | 16(9.2) | 20(10.0) | 22(11.4) |
| 임신 중 월 2~4회 | 4(2.3) | 10(5.0) | 6(3.1) |
| 음주 주 2~3회 | 1(0.6) | 3(1.5) | 0(0.0) |
| 주 4회 이상 | 0(0.0) | 1(0.5) | 1(0.5) |
| 임신 중 흡연 | 7(4.0) | 5(2.5) | 2(1.0) |
| 임신 중 임신관련 합병증 | 19(11.0) | 43(21.4) | 26(13.5) |
| 선천성 대사이상 검사 | 98(56.6) | 99(49.3) | 105(54.4) |

라. 포커스 그룹 결과

센터 C 직원들은 임신중독, 알코올 남용, 약물 남용으로부터의 보호, 모유수유, 주기적인 병원진료, 기형아 예방, 철분 및 엽산 공급, 초음파 검사, 균형 잡힌 식사, 체조 및 운동이 산전관리와 관련된 내용이라고 생각하고 있었다. 드림스타트사업으로 제공된 서비스로는 산전검사 비용 보조와 교육 자료의 제공이었다. 교육 자료의 제공과 이에 대한 구두 설명은 그다지 효과적이라고 평가하고 있지 않았으나 산전검사 비용 보조는 호응도가 높다고 하였다. 즉, 교육 자료는 지면으로나 인터넷에 풍부하게 존재하기 때문에 굳이 센터가 제공하지 않아도 된다는 것이다. 그리하여 예산이 확보되면 산전검사 비용 보조를 늘리는 방향으로 개선하고자 하였다. 또한 드림스타트사업에서는 복지사업과 건강사업이 동시에 진행되기 때문에 산모뿐만 아니라 가정 전체의 복지를 향상시킴으로써 건강한 출산율을 도울 수 있다고 평가하고 있었다.

한편 센터 C 대상자 중 사업 기간 중에 임신과 출산을 경험한 분의 산전관리 서비스에 대한 의견은 직원들의 의견과 다소 차이가 있었다. 이 대상자는 센터가 제공한 임신 출산 자료가 매우 도움이 되었다고 하였다(엽산 복용과 모유수유의 관계). 반면에 진료비 지원과 같은 물질적인 도움보다는 태아에 대한 기본적인 태도 면에서 많은 도움을 받았다고 하였다. 어떤 부모는 드림스타트사업의 대상이 되어 많은 관심을 받게 된 “이 아이는 축복받은 아이다”는 생각을 갖게 되었다고 한다. 그러한 태아에 대한 태도의 변화가 가장 중요한 변화라고 생각하고 있었다.

마. 제언

드림스타트사업 대상자 가운데 임신과 출산을 경험하는 대상자의 비율은 매우 낮은 실정이므로 사업의 우선순위가 떨어질 염려가 있는 것으로

나타났다. 그러나 아동의 건강은 임신에서부터 시작된다는 것을 고려할 때 임신부에 대한 관리 사업에 우선순위가 떨어지지 않도록 해야 할 것이다. 산전관리에 관한 문헌고찰, 현장조사, 포커스 그룹 결과를 종합하여 드림스타트사업의 산전관리 프로그램에 대하여 다음과 같이 개선방안을 제안하고자 한다.

첫째, 현장조사 결과 습관적으로 흡연과 음주를 하는 어머니들이 있었는데(2~4%), 임신 중 흡연, 음주를 하지 않도록 교육하고 금연, 금주 서비스를 제공해야 할 것이다.

둘째, 현장조사 결과 선천성대사이상검사를 받는 임부의 비율이 약 50%에 그쳐서 이에 대한 교육과 보건소의 무료 검사로의 연계가 필요하다.

셋째, 정기적인 산전 진찰을 위한 경제적인 지원, 영양제 보급과 같은 물질적 지원과 함께 간호사를 통한 보건교육이 동시에 이루어져야 할 것이다. 보건교육은 리플렛과 같은 자료만 주어서는 효과가 없고 간호사의 접촉이 이루어질 때 대상자의 만족도가 높을 것이다. 이러한 간호사 교육은 대상자의 태아에 대한 태도를 긍정적으로 변화시켜서 스스로 태아에 대한 관리를 잘 할 수 있도록 하는 효과가 있다.

4. 예방접종

가. 예방접종과 아동의 건강

예방접종은 전염병을 예방하기 위한 비용효과적이며 비용편익적인 수단이다. 예를 들어, 디프테리아, 파상풍, 백일해 예방접종인 DTaP 에 들어가는 \$1는 \$27의 가치를 갖는다(Ekwueme, Strebel, Hadler, Meltzer, Allen, Livengood, 2000). 또한 B형 간염에 대한 전체 영아의 예방접종의 경제학적인 가치는 비용 대비 편익의 비가 1.41인 것으로 나타났다(Margolis, Coleman, Brown, 1995). 이 밖에도 홍역, A형간염, 바리셀라 등에 대한 백신도 경제성이 있는 예방접종이며 <표 4-7>은 Chabot 외(2004)의 문헌고찰 결과를 재구성한 것으로 예방접종의 경제적 가치를 사회적인 관점에서 정리한 것이다.

<표 4-7> 사회적인 관점에서의 예방접종의 경제적 가치

| 예방접종 종류 | 비용편익 비 |
|--------------------|-----------|
| 디프테리아, 파상풍, 백일해 백신 | 27~31 |
| 홍역, 이하선염, 루벨라 백신 | 14.4 |
| A형 간염 백신 | 1.17~2.54 |
| B형 간염 백신 | 1.08~4.28 |
| 바리셀라 백신 | 1.6~5.4 |
| b형 헤모필루스 인플루엔자 백신 | 1.20 |
| 폐구균 백신 | 0.61~1.54 |

자료: Chabot et al. (2004). p.2001 Table 2 재구성

<표 4-8>는 정부가 추천하는 국가 필수 예방접종과 기타 예방접종의 일 정표이다. 우리나라는 현재 8종(B형간염, 결핵(BCG), 디프테리아/파상풍/백 일해(DTaP), 폴리오(IPV), 홍역/유행성 이하선염/풍진(MMR), 일본뇌염, 수

| 구분 | 대상 전염병 | 백신종류 및 방법 | 횟수 | 1개월 이내 | 1개월 | 2개월 | 4개월 | 6개월 | 12개월 | 15개월 | 18개월 | 24개월 | 36개월 | 만 4세 | 만 6세 | 만 11세 | 만 12세 |
|----|--------|-----------|----|--------|-----|--------|--------|--------|--------|----------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| | A형간염 | HepA | 2 | | | | | | | 1~2차(기초) | | | | | | | |
| | 폐구균 | PCV | 4 | | | 1차(기초) | 2차(기초) | 3차(기초) | 4차(추가) | | | | | | | | |

자료: 질병관리본부 예방접종팀. 2006년 예방접종 실시기준 및 예방접종 대상전염병 관리교육 (http://ir.cdc.go.kr/ir/main_dataroom.asp)

빈곤 및 빈곤과 T관련된 요인들은 적기에 예방접종을 하지 못하게 하는 가장 강력한 장애물로 알려져 있다(National Vaccine Advisory Committee, 1999). 이것은 백신 자체의 가격이 문제가 되거나, 예방접종을 받으러 가는데 드는 비용, 그리고 관련된 행정절차의 복잡성 등이 빈곤 계층이 겪는 어려움이기 때문이다.

그러나 예방접종의 장애물은 빈곤뿐만 아니라 공급자, 부모, 보건의료체계 등 정책적으로 개입이 가능한 영역도 있다(Klevens, Luman, 2001). 공급자의 측면에서는 예방접종이 적기에 이루어지고 있지 못하다는 것을 파악할 수 있는 시스템의 부재와 예방접종 일정을 미리 알려주는(recall/reminder) 체계의 부재가 장애물이 될 수 있다. 영유아의 정기적인 건강검진을 한다는 것과 예방접종을 적기에 실시하는 것은 별개의 사안이라는 것이 미국의 경험이다(National Vaccine Advisory Committee, 1999).

부모 자신 또한 적기 예방접종을 못 하게 하는 요인이 될 수 있다. 많은 경우 빈곤 계층의 부모도 예방접종의 필요성에 대해서는 인식하고 있으나 언제 접종을 해야 하는지 모르기 때문에 시기를 놓치게 된다. 한 연구에서는 90%의 부모가 자신의 자녀가 예방접종을 다 받았다고 믿고 있었으나 이 중 24%는 접종을 완료하지 않은 것을 발견하였다(Basco, Recknor, Darden, 1996).

기존의 문헌들은 이상의 예방접종의 장애물을 극복하는데 효과적인 방법

들도 여러 가지 제시하고 있다. 저소득계층의 영양보충사업인 WIC (Women, Infants, and Children) 사무소에서의 예방접종, 알림체계(recall/reminder), 공급자 기반의 추적체계, 공급자 기반의 예방접종률 평가 등이 대표적이다 (National Vaccine Advisory Committee, 1999). 또한 저소득계층 가족에게 사례 관리는 영유아의 예방접종을 적기에 실시하도록 하는데 비용효과적인 개입으로 발견되기도 하였다(Wood, Halfon, Donald-Sherbourne et al., 1998). 이 모든 개입들의 공통적인 요소이자 예방접종률 향상의 성공 요인은 완전한 예방접종 기록을 소지하는 것이다(National Vaccine Advisory Committee, 1999). 이런 맥락에서 국가 차원의 영유아 예방접종 정보체계의 필요성이 제기되기도 한다(National Vaccine Advisory Committee, 1999).

나. 예방접종과 드림스타트사업

치료법이 없거나 치명율이 높은 전염성 질환을 예방하고 전염병의 확산을 막기 위하여 드림스타트는 적기에 예방접종을 하도록 권하고 있다(김승권 외, 2008).

다. 평가 결과

<표 4-9>는 취학 전 아동을 대상으로 “예방접종수첩” 혹은 “아기수첩” 등 예방접종 기록을 보유하고 있는지를 조사한 결과이다. 센터 C의 경우 83.3%로 센터 3곳 중 가장 높았으며, 그 다음으로 센터 B가 79.1%, 센터 A가 65.0%의 순으로 나타났다.

<표 4-9> 예방접종 기록 보유 현황

(단위: 빈도(%))

| | 센터 A (n=60) | 센터 B (n=67) | 센터 C (n=60) |
|------------|-------------|-------------|-------------|
| 예방접종 기록 보유 | 39(65.0) | 53(79.1) | 50(83.3) |

라. 포커스 그룹 결과

예방접정에 대한 센터 C 직원들의 인식은 그 중요성에 대해서는 올바르게 인식하고 있었지만 구체적인 현황은 정확하게 파악하고 있지 못한 것 같았다. 예를 들어 보건소에서 무료로 제공하는 필수예방접종은 모두 하고 있다고 알고 있었지만 얼마나 적기에 접종하고 있는지에 대해서는 잘 모르고 있었고 스스로도 보다 적극적인 관리가 필요하다고 인식하고 있었다. 특히 초등학생 부모들은 입학 때 예방접종기록을 제출하고 나면 예방접종기록 카드를 잘 보관하지 않는 경향이 있다고 하였다.

센터 C는 예방접종과 관련해서는 국가에서 지원되지 않는 A형 간염과 폐구균 예방접종에 대해서 10% 의료비를 지원해주는 민간의료기관과의 연계 서비스를 제공하였다.

대상자 부모들도 예방접종의 중요성과 적기 접종의 중요성에 대한 인식은 높았다. 하지만 적기 접종을 하지 못한다는 양육자들이 많았는데 그 원인을 들어보면 시간이 없어서 보건소까지 가는 것이 어렵고 보건소 대기시간이 너무 길어서 불편하며 무료 접종의 시기에 대한 정보가 없어서 접종 시기를 놓치기도 한다고 하였다. 또한 보건소는 민간 병원에서 제공하는 ‘예방접종 알림 서비스’를 제공하지 않아 불편하다고 하였고, 전반적으로 예방접종의 중요성에 비해 정보와 홍보가 매우 부족하다고 느끼고 있었다.

예방접종기록 카드는 초등학교 입학 전에는 잘 보관하지만 그 이후에는 관심부족으로 분실하기 쉽다는 의견이 많았다. 여기에는 추가접종의 필요성에 대한 의식이 낮은 것도 이유가 되었다.

예방접종에 관하여 드림스타트사업에서 개선해야 할 사항으로는 문자서비스 등을 통한 적극적인 홍보와 보건소 직원이 동사무소나 센터에서 예방접종을 제공해 줄 것을 들었다.

마. 제언

평가 결과 초등학교 입학 전에 예방접종 여부를 점검하기 때문에 필수 예방접종에 대해서는 관심이 적어 적기 접종이 제대로 이루어지고 있지 않은 것으로 보였다. 건강 분야 프로그램에서 전반적으로 사업의 우선순위를 높이는 것과 함께 구체적으로 다음과 같은 개선방안을 제안하고자 한다.

첫째, 조사 결과 취학 전 아동의 65~80%만이 예방접종 기록을 갖고 있었고 이 비율은 취학 이후에는 더 낮아질 것이기 때문에 적기 예방접종을 위해 예방접종 기록 보유의 중요성을 강조하는 교육을 제공해야 한다.

둘째, 대부분 보건소 무료 예방접종 대상자이므로 보건소 무료 예방접종 시기에 대해 안내해 준다. 또한 센터에서는 아동별로 접종 시기를 알려주는 ‘알림 서비스’를 제공한다.

셋째, 보건소까지의 거리와 대기시간 때문에 시기를 놓치는 일이 없도록 센터나 주민자치센터에서 보건소 직원이 예방접종을 하는 방안을 검토한다. 또한 국가에서는 예방접종 바우처를 제공하여 가까운 민간의료기관에서 편리한 시간에 예방접종을 받을 수 있도록 해야 할 것이다.

넷째, A형 간염, 폐구균 예방접종과 같이 본인부담액이 높은 접종에 대한 의료비 지원을 확대하도록 한다.

5. 영양

가. 영양과 아동의 건강

저소득국가에서 영양부족이 성장발달에 직접적인 영향을 준다는 근거는 많다. 임신 전이나 임신 동안 산모가 경험하는 영양 부족과 미량 영양소 결핍은 저체중아 출산의 원인이 된다. 이는 이어서 아동이 질병에 걸릴 확률과 사망 확률을 높인다(Ashworth, Antipatis, 2001; Brabin, Premji, Verhoeff, 2001; Cook, Skikne, Baynes, 1994). 영양이 부족한 아동은 질병에 대한 저항력이 약하고, 5세 미만 아동 사망의 약 3분의 1이 영양 부족에 기인한다는 연구 결과도 있다(Caulfield, Black, 2002).

생후 6개월까지 모유수유를 하는 것은 감염성 질환과 영양 부족을 막아서 아동의 사망률을 줄일 수 있다(WHO Collaborative Study Team on the Role of Breast feeding on the Prevention of Infant Mortality, 2000; Kramer, Chalmers, Hodnett et al., 2001; WHO, 2001). 생후 6개월 이후에는 성장발달을 위하여 영양 보충식이 적절하게 공급되는 것이 중요하다(Ashworth, Feachem, 1985; Brown, Dewey, Allan, 1998).

한편 선진국에서는 식품이 비교적 풍부하기 때문에 충분한 열량과 함께 균형 잡힌 식이섭취가 최적의 성장을 위해 필요하다는 전제 하에 정상적인 성장발달에 필요한 영양섭취 기준을 제공하고 있다. 식품이 비교적 풍부한 선진국에서도 저소득가정의 아동은 균형 있는 식품 섭취를 하지 못하는 경향이 있다. 저소득가정의 아동은 칼슘, 철, 마그네슘, 엽산, 비타민 C 등과 같은 필수 영양소가 적은 음식을 섭취한다(Spencer, 2000). 미국의 경우 8세 미만 아동의 8%가 지속적으로 주기적인 식품 부족과 배고픔을 경험하며 우리나라에서도 2.6%의 결식아동이 있는 것으로 추정되었다(정경배, 김미숙, 1999). 식품 부족과 배고픔은 여러 가지 행동, 정서, 학업에서의 문제와 강한 관련이 있다(Kleinman, Murphy, Little et al., 1998).

나. 영양과 드림스타트사업

드림스타트는 임신부, 영유아, 그리고 학령전기 및 학령기 아동 등 대상을 구분하여 적절한 영양상태의 유지를 위한 지침을 제공하고 있다(김승권 외, 2008). 임신부를 위해서는 특히 열량, 단백질, 엽산, 칼슘, 철분의 적절한 섭취의 중요성을 강조하고 있으며 임신 개월별로 구체적인 영양소 섭취 기준을 제공한다. 또한 모유 수유의 중요성을 강조하고 권장하며 수유기의 모성의 영양 섭취 기준도 제공하고 있다. 생후 4개월부터는 이유식을 실시할 수 있는데 각 월령별로 적절한 이유식에 대한 지침을 제공하고 있다. 다음으로 학령전기 및 학령기 아동을 대상으로는 식생활 지침에 대한 교육을 제공하도록 권장하고 있다.

다. 평가 결과

<표 4-10>은 대상 아동의 생후 6개월까지의 수유 형태를 나타낸 것이다. 센터 3곳 모두에서 조제분유, 모유, 모유 및 조제분유 순으로 나타났다. 센터 A의 경우 조제분유 37.6%, 모유 34.7%, 모유 및 조제분유 26.6%의 순으로, 센터 B의 경우 조제분유 44.3%, 모유 29.4%, 모유 및 조제분유 24.9%의 순으로, 센터 C의 경우 조제분유 37.8%, 모유 35.2%, 모유 및 조제분유 25.4%의 순으로 나타났다.

<표 4-10> 대상 아동의 생후 6개월까지 수유 형태

(단위: 빈도(%))

| | 센터 A (n=173) | 센터 B (n=201) | 센터 C (n=193) |
|-----------|--------------|--------------|--------------|
| 모유 | 60(34.7) | 59(29.4) | 68(35.2) |
| 조제분유 | 65(37.6) | 89(44.3) | 73(37.8) |
| 모유 및 조제분유 | 46(26.6) | 50(24.9) | 49(25.4) |
| 모름 | 2(1.2) | 3(1.5) | 3(1.6) |

다음으로 <표 4-12>에서는 1세 이상 아동을 대상으로 식생활습관에 대해 제시해 보았으며, 아울러 센터 C의 경우 드림스타트사업 전후의 식생활습관의 변화에 대해 살펴보았다. 먼저 센터 3곳의 식생활습관에 대해 살펴보면 규칙적 식사를 하는 경우는 센터 C에서 85.0%로 가장 높았으며 센터 A는 83.7%, 센터 B는 76.5%의 순으로 나타났으며, 매일 아침 식사를 하는 경우는 센터 A에서 82.0%로 가장 높았으며, 센터 B는 72.5%, 센터 C는 69.5%의 순으로 나타났다. 라면과 같은 인스턴트식품 등을 주 3회 이상 섭취하는 경우는 센터 B에서 35.5%로 가장 높았으며, 센터 A는 30.2%, 센터 C는 24.6%의 순으로 나타났으며, 우유나 유제품을 거의 매일 섭취하는 경우는 센터 C에서 88.2%로 가장 높았으며 센터 A는 80.2%, 센터 B는 77.5%의 순으로 나타났다. 생선, 고기, 달걀, 콩제품 중 한 가지 이상을 매일 섭취하는 경우는 센터 C에서 77.5%로 가장 높았으며, 센터 A는 69.8%, 센터 B는 64.0%의 순으로 나타났으며, 과일을 거의 매일 섭취하는 경우는 센터 C에서 48.1%로 가장 높았으며 센터 A는 47.1%, 센터 B는 35.0%의 순으로 나타났다. 마지막으로 매끼 채소반찬을 섭취하는 경우는 센터 A에서 66.9%로 가장 높았으며 센터 C는 65.2%, 센터 B는 64.0%로 나타났다.

다음으로 센터 C의 경우 드림스타트사업 전후의 식생활습관의 변화에 대해 살펴보면, 라면과 같은 인스턴트식품 등을 주 3회 이상 섭취하는 경우에서 사업 실시 후에 20.8%가 감소되었음을 알 수 있었다. 아울러 매일 아침 식사를 하는 경우는 사업 실시 후에 0.5%가 감소되었으며, 그 외 다른 항목에서는 사업 실시 후에 증가하였음을 알 수 있었다.

〈표 4-11〉 드림스타트사업 전후의 식생활습관의 변화: 1세 이상 아동 대상
(단위: 빈도(%))

| | 센터 A | 센터 B | 센터 C | | 증감 |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 후 (n=172) | 후 (n=200) | 전 (n=130) | 후 (n=187) | |
| 규칙적 식사 | 144(83.7) | 153(76.5) | 100(76.9) | 159(85.0) | 8.1 |
| 매일 아침 식사 | 141(82.0) | 145(72.5) | 91(70.0) | 130(69.5) | -0.5 |
| 라면 등 인스턴트식품 주3회 이상 섭취 | 52(30.2) | 71(35.5) | 59(45.4) | 46(24.6) | -20.8 |
| 우유/유제품 거의 매일 섭취 | 138(80.2) | 155(77.5) | 87(66.9) | 165(88.2) | 21.3 |
| 생선, 고기, 달걀, 콩제품 매일 1가지 이상 섭취 | 120(69.8) | 128(64.0) | 76(58.5) | 145(77.5) | 19.0 |
| 과일 거의 매일 섭취 | 81(47.1) | 70(35.0) | 37(28.5) | 90(48.1) | 19.6 |
| 매끼 채소반찬 섭취 | 115(66.9) | 128(64.0) | 72(55.4) | 122(65.2) | 9.8 |

아침 결식에 관한 전국 자료는 2005년 국민건강영양조사에 있기 때문에 그 결과와 비교하여 보았다. 2005년 전국의 3~12세의 아침 결식률은 6.0%여서(김초일 등, 2006) 드림스타트사업 대상 아동의 아침 결식률이 매우 높음(20~30%)을 알 수 있다. 센터 C의 경우 다른 지표에서는 모두 사업 전에 비해 향상되었으나 아침 결식에서는 그렇지 못하였다. 그 외 지표는 12세 미만에 대해서는 조사하지를 않아 비교할 수가 없었다.

라. 포커스 그룹 결과

센터 C 직원들은 영양과 관련된 개념으로 튼튼함, 편식, 또래에 맞는 발육, 두뇌회전, 전반적인 발달, 비만, 빈혈을 생각하고 있었다. 양육자들은 골고루 음식을 섭취하는 것, 질병예방, 영양소 면에서 균형 잡힌 식단, 운동을 잘 할 수 있는 요인 등으로 생각하고 있었다.

드림스타트사업 내의 영양 사업으로 직원들은 보건소 영양플러스사업으로의 연계, 빈혈 치료, 식습관 교육, 유제품 지원, 유치원생 영양교육, 복

지 서비스 차원의 초등학생 대상의 야간보호 석식 제공 등을 들었고, 양육자들은 영양제, 칼슘제, 떠먹는 요구르트 보급을 들었다.

드림스타트사업을 통한 영양 사업의 문제점으로 양육자들은 몇 가지를 지적하였다. 우선 식습관에 대한 조사는 실시했지만 그에 대한 실질적인 대책을 제공하지 않았다고 한다. 또한 영양제, 유제품 등의 제공 이후에 사후조사를 하지 않아 대체 요구를 할 수 없었다는 의견도 있었다. 어떤 양육자는 영양제 지급에 매우 만족하였는데 아동 대신에 어머니 본인이 먹고 있다고 하여 어떤 형태로든지 실사가 필요한 것으로 보였다. 하지만 어떤 양육자는 사후조사 성격의 문자와 전화를 받아서 의견을 교환하였다 고 하여 일부 실시되었음을 알 수 있었다.

영양 사업의 효과로는 고학년에게도 우유가 중요함을 알게 되었고 하루에 한 번은 우유 및 유제품을 먹어야 한다는 것을 알게 된 것을 예를 들어 영양에 대한 인식 전환을 꼽았다.

내년 드림스타트 영양사업으로 담당자의 영양 교육에 대한 역량강화와 영양 전문가에 의한 식단 및 조리법에 대한 교육, 유제품 제공, 영양 정보를 월 1회 제공을 계획하고 있었다. 양육자들은 영양 보조제 공급을 확대해 줄 것을 희망하였고 아동을 대상으로 영양 교육을 실시해 줄 것, 보다 실질적이고 적극적인 교육을 제공해 줄 것을 바라고 있었다.

마. 제언

센터 C에 대한 현장조사 결과 드림스타트사업을 통해 아동의 식생활 습관은 향상된 것으로 나타났다. 하지만 아침결식으로 나타난 결식 문제가 역시 큰 문제이며 드림스타트사업 기간에 향상되지 않은 것으로 나타났다. 포커스 그룹과 문헌들을 종합할 때 다음과 같은 제안을 하고자 한다.

첫째, 아침 결식률을 낮추기 위한 대책이 필요하다. 학교에서의 아침 급식과 같은 제도적인 변화가 일어나면 가장 바람직하겠으나 현실적으로 어

려움이 있다. 저녁을 결식하는 아동을 위해 제공되는 석식 프로그램을 연장하여 아침도 먹고 갈 수 있도록 하는 대안을 검토해 볼 필요가 있겠다.

둘째, 센터의 건강 담당자들이 대개 간호사이기 때문에 영양에 대한 전문 지식이 부족하다. 따라서 이들이 영양에 대해 전문 지식을 갖도록 보수교육을 제공할 필요가 있다.

셋째, 식품을 지급하였을 때는 그것이 아동에 의해 섭취되었는지, 알레르기와 같은 문제는 없는지를 모니터링 하고 이 때 영양 교육도 병행하여 실시할 필요가 있다.

넷째, 아동을 대상으로 영양 교육을 실시할 필요가 있다. 한 양육자의 말을 빌리면 부모가 100번 말하는 것보다 전문가의 말에 아동들이 훨씬 잘 순응한다고 한다. 특히 방과 후 혼자 있는 아동들이 많이 있기 때문에 그 필요성이 크다고 볼 수 있다.

다섯째, 양육자를 대상으로 영양 간식, 영양 식단과 조리법에 대해서도 교육할 것을 제안한다.

6. 보건의료서비스 접근성

가. 보건의료서비스 접근성과 아동의 건강

보건의료서비스 접근성의 첫 번째 요소는 지리적인 접근성이다. 지리적 접근성의 대표적 지표는 방문 소요 시간인데 보건의료서비스 제공 기관까지의 거리, 교통편, 도로, 기후, 지리 등에 영향을 받는다. 거리와 방문 소요 시간 모두 보건의료서비스 이용과 건강 결과에 유의미한 영향을 미친다는 연구 결과는 매우 많다(Wagstaff et al., 2004). 그리고 저소득계층은 대개 의료기관과 거리가 먼 지역에 거주하고 있으며, 기타 이유로 의료기관 방문에 걸리는 시간이 더 길다(Wagstaff et al., 2004).

보건의료서비스 접근성의 두 번째 요소는 인적, 물적 자원의 충분성이다. 의료기관이 있더라도 의사, 간호사 등의 인적 자원과 약, 백신, 영양제 등의 물적 자원이 부족하거나 없다면 필요한 서비스를 제공받을 수 없을 것이다. 필수 의약품과 인력이 잘 구비된 지역에서 산전관리와 예방접종 이용률이 높다는 연구 결과들이 이러한 가정을 뒷받침한다(Wagstaff et al., 2004).

다음으로 서비스 이용의 적시성(timeliness)이 중요하다. 특히 산부인과적 응급의료나 아동을 위한 응급의료에서 적시성이 요구되며, 예방접종과 정기적인 예방 목적의 의료서비스도 적기에 이루어져야 한다.

나. 보건의료서비스 접근성과 드림스타트사업

드림스타트는 국가에서 제공하는 영유아 건강검진에 적극적으로 참여하도록 권장하고 있으며 지속적인 사례관리를 통해 필요한 서비스를 적기에 제공하도록 한다. 또한 다양한 의료비 지원 단체를 소개하고 지역사회에서도 적극적으로 자원을 발굴하여 아동이 경제적인 장벽으로 인하여 필요한 보건의료서비스를 받지 못하는 일이 없도록 권장하고 있다.

다. 평가 결과

<표 4-12>은 보건의료서비스의 접근성에 대해 살펴본 것이다. 지난 1년간 아동이 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나 늦게 받은 경험이 있는냐는 질문에 센터 B의 경우 42.8%가 있다고 응답하여 가장 많았으며, 센터 C의 경우 30.6%, 센터 A의 경우 25.4%의 순으로 나타났다.

이러한 결과는 2005년 국민건강영양조사에서 우리나라 전체 아동이 경험한 접근성 문제보다 훨씬 높은 것이다. 예를 들어 6세 이하 아동의 평균 미치료 및 치료지연 경험률은 3.20%, 7~11세 아동은 4.55%였다(강은정 외, 2006).

<표 4-12> 보건의료서비스 접근성 현황

| (단위: 빈도(%)) | | | |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 센터 A (n=173) | 센터 B (n=201) | 센터 C (n=193) |
| 지난 1년간 필요한 서비스를 받지 못하거나 늦게 받은 경험 | 44(25.4) | 86(42.8) | 59(30.6) |

아울러 <표 4-13>에 제시된 보건의료서비스를 받지 못하거나 늦게 받은 이유에 대해 살펴보면 센터 3곳 모두에서 “경제적인 이유로” 항목이 가장 높았으며(45.8~66.3%) 다음으로 “보호자가 직장을 비울 수가 없어서”, “증상이 가벼워서” 항목 순으로 나타났다.

2005년 국민건강영양조사 결과 7~11세 아동의 미치료 및 치료지연의 이유로 “경제적인 이유”가 48.31%로 가장 많은 비중을 차지하였다(강은정 외, 2006). 6세 이하 아동의 경우는 경제적인 이유보다는(31.46%) “직장 때문에”(36.19%)가 더 높은 비중을 차지하였다. 즉, 드림스타트 대상 아동은 경제적 원인에 의한 미치료 및 치료지연이 전국의 아동 평균보다 많게는 2배 정도 많은 것을 알 수 있다.

〈표 4-13〉 보건의료서비스를 받지 못하거나 늦게 받은 이유¹⁾

(단위: 빈도(%))

| | 센터 A (n=44) | 센터 B (n=86) | 센터 C (n=59) |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| 경제적인 이유로 | 29(65.9) | 57(66.3) | 27(45.8) |
| 의료기관이 너무 멀어서 | 1(2.3) | 1(1.2) | 3(5.1) |
| 보호자가 직장을 비울 수가 없어서 | 12(27.3) | 11(12.8) | 11(18.6) |
| 학업 때문에 | 2(4.5) | 3(3.5) | 1(1.7) |
| 아이 봐 줄 사람이 없어서 | 3(6.8) | 7(8.1) | 5(8.5) |
| 증상이 가벼워서 | 4(9.1) | 10(11.6) | 11(18.6) |
| 잘 몰라서 | 0(0.0) | 2(2.3) | 0(0.0) |
| 기타 | 0(0.0) | 2(2.3) | 1(1.7) |

주: 1) 복수응답

라. 포커스 그룹 결과

직원들은 접근성을 높이는데 있어서 지리적, 경제적 접근성 외에 대상자와의 라포(rapport) 형성과 같은 심리적 접근성도 중요하다고 하였다.

양육자들은 형편이 어려워 약국 가기도 어려울 때가 있고, 병원에서는 현금이 없으면 진료를 거부당하는 일도 있다고 하여 보건의료서비스 접근성의 문제가 적지 않음을 알 수 있었다.

반면에 직원들은 대상 아동 약 300명 가운데 큰 수술이 필요한 3명이 필요한 의료서비스를 받고 있지 못하고 있다고 하여 양육자들과 인식의 차이를 보였다. 현장조사 결과를 보여주었을 때 직원들은 평소에 고려하지 못했던 문제였다고 하였다. 사업 기간 중에 주로 입원비 지원, 이동을 돕기 위한 차량 지원을 하였고 앞으로도 수술비, 입원비 지원을 위해 후원, 연계 사업을 확대할 계획이라고 하였다.

양육자들도 의료비 지원을 위한 후원자 연계도 늘려 줄 것을 제안하였

지만 그 외에도 보건의료서비스 접근성을 높이기 위한 몇 가지 개선방안을 제시하였다. 양육자들은 위중한 질병에 대한 치료도 중요하지만 가장 아동에게 필요한 진료과인, 즉 내과, 소아과, 이비인후과, 치과로의 정기적인 예방 서비스로의 연계를 요구하였다. 또한 병원에 갈 수 없는 사정이 있을 때 아동을 병의원으로 데려가 주는 콜 서비스를 제안하기도 하였다. 그러나 이것은 센터 직원 및 차량 운행자에 대한 신뢰 형성, 안전사고에 대한 책임 문제, 운영비 등 많은 어려움이 있을 것이라는 것도 인식하고 있었다. 병의원마다 의료비가 다른데 공공병원과 같이 저렴하게 진료 받을 수 있는 병의원에 대한 정보를 소식지를 통해 제공해 줄 필요성도 제기되었다. 또한 아동뿐만 아니라 성인 가족의 의료서비스에 대해서도 도움을 받기를 원하였다.

마. 제언

직원과의 포커스 그룹은 보건의료서비스 접근성의 문제를 바라보는 관점을 중대한 치료에 대한 의료비 지원에서 보다 넓은 의미로 확대하는 계기가 된 것으로 판단된다. 이와 같은 맥락에서 보건의료서비스의 접근성에 대한 중요성과 가용한 지역사회 의료자원으로의 연계에 대한 직원 교육이 먼저 이루어져야 할 필요가 있다.

둘째, 많은 치료비용이 요구되는 문제를 가진 아동에만 집중하는 것이 아니라 작은 문제라도 그 때 그 때 서비스를 받을 수 있도록 상시적인 체계를 만들어 둘 필요가 있다. 여기에는 센터와 연계한 병의원의 주소와 연락처, 의료비 비교 자료 제공, 보호자 동행 불가 시 동행해 줄 사람 연계가 포함되어야 할 것이다.

셋째, 대상 아동의 가정에는 만성질환을 가진 가족들이 많이 있으므로 이들에 대한 지원 대책도 마련해 주어야 할 것이다.

7. 평가 종합 및 건강 영향의 우선순위

가. 평가 종합

정책 분석 결과는 드림스타트사업이 국내외의 유사한 사업에 비해 장점이 많은 것으로 평가된다. 하지만 이제 시범사업을 2년째 하였기 때문에 이론적으로 발견된 장점이 현실에서 실제로 구현되는지를 확인하기는 어려울 것이다.

본 연구에서는 문헌고찰, 현장조사, 관련 직원 및 대상자 포커스 그룹을 통하여 다섯 가지의 주요 아동의 건강결정요인별로 드림스타트사업의 영향을 평가한 결과 모두 긍정적인 영향을 미칠 것으로 예측되었지만 긍정적인 영향을 최대화하기 위해서는 다음과 같은 개선점들이 필요한 것으로 나타났다.

1) 산전관리

첫째, 현장조사 결과 습관적으로 흡연과 음주를 하는 어머니들이 있었는데(2~4%), 임신 중 흡연, 음주를 하지 않도록 교육하고 금연, 절주 서비스를 제공할 필요가 있다. 둘째, 현장조사 결과 선천성대사이상검사를 받는 임부의 비율이 약 50%에 그쳐서 이에 대한 교육과 보건소의 무료 검사로의 연계가 필요하다. 셋째, 정기적인 산전 진찰을 위한 경제적인 지원, 영양제 보급과 같은 물질적 지원과 함께 간호사를 통한 보건교육이 동시에 이루어져야 할 것이다. 보건교육은 리플렛과 같은 자료만 주어서는 효과가 없고 간호사의 면담을 통해 이루어져야 한다.

2) 예방접종

첫째, 적기 예방접종의 중요성에 대해 교육을 제공해야 한다. 여기에서

특히 아동의 예방접종기록 카드를 만12세까지는 반드시 보관하고 기록을 해야 함을 강조할 필요가 있다. 둘째, 대부분 보건소 무료 예방접종 대상자이므로 보건소 무료 예방접종 시기에 대해 안내해 준다. 또한 센터에서는 아동별로 접종 시기를 알려주는 ‘알림 서비스’를 제공한다. 셋째, 보건소까지의 거리와 대기시간 때문에 시기를 놓치는 일이 없도록 센터나 주민자치센터에서 보건소 직원이 예방접종을 하거나 예방접종 바우처를 제공하는 방안을 검토한다. 넷째, A형 간염, 폐구균 예방접종과 같이 본인부담액이 높은 접종에 대한 의료비 지원을 확대하도록 한다.

3) 영양

첫째, 아침 결식률을 낮추기 위한 대책이 필요하다. 저녁을 결식하는 아동을 위해 제공되는 석식 프로그램을 연장하여 아침도 먹고 갈 수 있도록 하는 방안을 검토해 볼 필요가 있겠다. 둘째, 센터의 건강 담당자들이 영양에 대해 전문 지식을 갖도록 보수교육을 제공할 필요가 있다. 셋째, 식품을 지급하였을 때는 그것이 아동에 의해 섭취되었는지, 알레르기와 같은 문제는 없는지를 모니터링 하고 이 때 영양 교육도 병행하여 실시할 필요가 있다. 넷째, 아동을 대상으로 영양 교육을 실시할 필요가 있다. 특히 방과 후 혼자 있는 아동들이 많이 있기 때문에 그 필요성이 크다고 볼 수 있다. 마지막으로, 양육자를 대상으로 영양 간식, 영양 식단과 조리법에 대해서도 교육할 것을 제안한다.

4) 보건의료서비스 접근성

먼저 보건의료서비스의 접근성에 대한 중요성과 가용한 지역사회 의료자원으로의 연계에 대한 직원 교육이 이루어져야 할 필요가 있다. 둘째, 많은 치료비용이 요구되는 문제를 가진 아동에만 집중할 것이 아니라 작은 문제라도 그 때 그 때 서비스를 받을 수 있도록 상시적인 체계를 만들

어 들 필요가 있다. 여기에는 센터와 연계한 병의원의 주소와 연락처, 의료비 비교 자료 제공, 보호자 동행 불가 시 동행해 줄 사람 연계가 포함 되어야 할 것이다. 셋째, 대상 아동의 가정에는 만성질환을 가진 가족들이 많이 있으므로 이들에 대한 지원 대책도 마련해 주어야 할 것이다.

5) 아동 학대

첫째, 아동학대에 대하여 사례관리뿐만 아니라 예방을 위해 전체 아동 및 가족을 대상으로 한 프로그램의 개발과 제공이 필요하다. 구체적으로는 아버지 학교의 개설, 정신건강 스크리닝, 아동 대상의 아동학대 예방 교육을 제공할 필요가 있다.

둘째, 아동학대와 같이 민감한 사안에 대해 효과적으로 개입하기 위해서는 드림스타트사업에 대한 신뢰 구축이 선행되어야 한다. 신뢰가 없이는 문제를 드러내지 않을 것이고 그 동안에 고통 받는 것은 아동이기 때문이다.

셋째, 아동학대를 경험하고 있는 가정을 위해서 정신건강을 포함한 보다 다양한 치료를 제공하는 통합적 접근이 필요하다. 즉, 상담과 문화 체험 등을 포함한 복지서비스의 제공뿐만 아니라, 정신건강 상담과 다양한 치료(놀이치료, 미술치료, 음악치료 등)의 제공이 필요하다. 이러한 통합적 접근을 위해서는 아동학대 사례관리 전문가가 필요하다면 드림스타트사업 직원들에게 연수 기회를 제공해야 할 것이다. 혹은 드림스타트사업지원단에 학대 아동의 정신건강 전문가를 자문위원으로 위촉하여 각 센터에서 학대 아동의 사례관리에 전문적인 도움을 주도록 할 수도 있을 것이다.

나. 중요한 영향 순위 결정

영향의 우선순위를 결정하는 데는 변경 가능성과 중요성에 가중치를 부여하여 그 조합으로 결정할 수 있다. 가장 영향의 우선순위에 대해 운영

위원회가 12월 16일에 논의한 결과는 <표 4-14>와 같다.

<표 4-14> 영항의 우선순위 결정 매트릭스

| | 높은 중요성 | 낮은 중요성 |
|-----------------------------|-----------------------|--------|
| 높은 변경가능성 (modifiability) | 예방접종 영양 보건의료접근성 | 산전관리 |
| 낮은 변경가능성 (modifiability) | 아동학대 | - |

다섯 가지 건강결정요인이 드림스타트사업에 의해 얼마나 영향을 쉽게 받고 그리하여 향상되기 쉬운지를 ‘변경가능성’으로 정의하였고, 드림스타트사업 전체로 볼 때 우선순위를 ‘중요성’으로 정의하였다. 그 결과 예방접종, 영양, 보건의료접근성은 중요성이 높을 뿐만 아니라 드림스타트사업의 개선 여하에 따라 높은 변경가능성을 가질 것으로 판단되었다. 산전관리는 드림스타트사업에 의해 변경가능성은 높은 편이나 대상자 수가 적기 때문에 전체 사업에서의 우선순위는 떨어질 것으로 판단되었다. 마지막으로 아동학대는 중요성은 매우 높으나 드림스타트사업에 의해 쉽게 향상되기는 비교적 어려울 것으로 보인다.

V. 드림스타트사업의 건강영향평가에 대한 평가

1. 건강영향평가에 대한 평가 방법

건강영향평가를 평가하는 방법에는 과정 평가(process evaluation), 영향 평가(impact evaluation), 결과 평가(outcome evaluation) 세 가지로 구분할 수 있다. 과정 평가는 건강영향평가를 진행하기까지의 과정을 평가하는 것으로서 과업지시서대로 평가가 이루어졌는지를 검토하는 것이다. 영향 평가는 의사결정과정(decision making process)에서 건강영향평가가 영향을 주었는지를 검토하는 것이다. 마지막으로 결과 평가는 예상한 건강 결과와 실제가 일치 하는가를 평가하는 것이다. 이 중 영향 평가와 결과 평가는 건강영향평가가 종료되고 대상 사업이 실시된 이후에 가능하기 때문에 본 연구에서는 과정 평가만을 수행하기로 하였다.

2008년 12월 16일 운영위원회가 소집되어 과업지시서 내용과 건강영향평가 보고서를 비교 검토하였다.

2. 드림스타트사업의 건강영향평가에 대한 평가 결과

건강영향평가 과업지시서와 비교하였을 때 대체적으로 계획대로 수행이 되었다. 평가하고자 한 건강의 내용인 산전관리, 예방접종, 영양, 보건의료 서비스 접근성, 아동학대에 대해 평가가 이루어졌고, 평가 방법으로 정책 분석, 지역사회 프로파일 구성, 현장조사, 이해관계자 및 주요 정보자 면담, 그리고 문헌고찰이 이루어졌다.

그러나 몇 가지 미흡한 점도 있었는데, 첫째는 특별한 고려를 하기로

한 집단에 대해 특별한 고려가 부족하였다는 점이다. 즉, 과업지시서에는 ‘장애아, 알코올 중독자 부모를 둔 아동, 가정폭력을 경험한 아동, 저체중 출생아, 다문화 가정 아동, 한부모 가정 아동’에 대해 특별한 고려를 하도록 하였다. 하지만 가정폭력을 경험한 아동에 대해서만 특별한 고려를 하였고, 나머지는 그렇게 하지 못하였다. 부분적으로는 이러한 특성을 가진 아동의 수가 적었기 때문이기도 하였지만 본 사업의 한계점임은 분명하다.

둘째, 드림스타트사업과 관련된 이해당사자들을 포괄적으로 참여시키지 못하였다는 한계가 있다. 여기에는 보건복지가족부의 담당부서 공무원, 시도 및 시군구 행정 담당자, 의료기관 및 보건기관, 지역사회 드림스타트사업 위탁 협력기관, 지역사회 교육 및 보육협회 대표 등이 포함된다. 즉, 드림스타트센터 직원과 대상 아동의 부모밖에는 건강영향평가에 참여하지 못하였다. 보다 많은 이해관계자들이 참여하기 위해서는 공청회 형태의 평가과정이 필요하였을 것으로 판단되며, 향후 건강영향평가에서는 이 점을 고려하기를 제안한다.

셋째, 현장조사는 전후 변화와 대조군과의 비교도 할 목적이었으나 현장의 협조가 원활하게 이루어지지 못하여 대조군과의 비교는 1개 센터에서만 가능하였다. 또한 드림스타트사업 초기에 건강영향평가 내용에 관해 기초 조사가 안 되어 있는 센터들이 있어서 전후 변화를 분석하지 못하는 경우도 있었다.

3. 제언

본 사업을 통해 드림스타트사업 초기에 기초조사를 하고(baseline data) 사업을 추진하면서 그 영향을 평가할 수 있는 코호트를 구축한다면 드림스타트사업의 건강영향을 보다 과학적이면서도 안정적으로 평가할 수 있을 것으로 판단된다.

또한 본 사업을 통해 드림스타트사업에 건강 요소가 강화될 수 있는 여지가 많이 발견되었으며, 향후 드림스타트사업의 지침을 개발할 때 반영이 되는 것이 바람직할 것이다. 특히 현재의 드림스타트사업 지침은 구체적이지 않아 현장에서 적용하기가 어려운 점이 있으므로 별도의 연구 사업을 통해 심층적이고 포괄적으로 만들 필요가 있다.

VI. 결론

빈곤 아동의 자립을 목표로 보육 및 교육, 복지, 건강 서비스를 예방적, 통합적으로 제공하고자 하는 드림스타트사업은 2007년에 16개 지역에서 시범사업으로 처음 실시되었다. 이후 2008년에는 32개 지역으로 시범사업이 확대되었고 2009년부터는 본 사업으로 전환되며 대상 지역도 확대될 계획이다. 이처럼 확대를 계획하고 있는 드림스타트사업이 뿌리를 내리기 위해서는 효과성 및 경제성에 대해 다각도의 실증적 분석이 요구된다. 이에 본 연구에서는 건강영향평가라는 도구를 사용하여 드림스타트사업이 현재 건강에 미치는 영향을 분석하여 향후 드림스타트사업을 본격적으로 실시하는데 도움을 주고자 하였다.

건강영향평가 운영을 위해 아동청소년 건강 전문가들로 구성된 운영위원회를 구성하였고 평가 내용, 평가 방법 등을 골자로 하는 과업지시서를 작성하였다. 객관적 지표를 사용한 운영위원회의 의견수렴 결과 평가 아동학대, 산전관리, 예방접종, 영양, 보건의료서비스 접근성이 드림스타트사업과 관련된 아동 건강의 가장 핵심적인 내용으로 선정되었다. 평가 방법으로는 정책분석, 문헌고찰, 현장조사, 관련 당사자 포커스 그룹이 포함되었다.

평가 결과 건강의 각 영역별로 3~4가지의 제언을 도출할 수 있었다. 도출된 내용은 평가 대상이었던 센터뿐만 아니라 모든 센터에 공유하였고, 보건복지가족부의 담당 부서 공무원과도 공유하였다. 이러한 결과는 2009년 드림스타트사업, 특히 건강 분야의 사업 내용의 지침을 작성할 때 유용하게 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

참고문헌

- 강순화(2003). 초등학생의 일상생활 스트레스, 사회적 지지 및 건강문제에 관한 연구, 전남대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 강은정, 최은진, 김나연, 김경남, 박미형, 이난희(2006). 국민건강영양조사 제3기(2005)-아동 및 청소년의 건강수준 및 보건의식행태. 한국보건사회연구원, 보건복지부.
- 강지영(2002). 피학대 아동의 정신건강에 관한 연구 - 가족 내외의 보호요인을 중심으로, 연세대학교 석사학위 논문.
- 김 명, 김혜경, 윤청하, 이은희 외(2007). 저소득층 아동의 신체발달 특성 별 행동*환경적 결정요인 분석 및 근거중심 개입전략 개발, 한국건강관리협회.
- 김성희(2007). 학령기 아동의 건강증진행위 예측 모형, 이화여대박사학위 논문.
- 김승권, 강은정, 차명숙, 임성은, 고수연, 이미정(2008). 2008 드림스타트사업 교육 매뉴얼. 드림스타트 사업지원단.
- 김초일, 이행신, 장영애, 이윤나, 이해정(2006). 2005년 계절별 영양조사 I. 한국보건산업진흥원, 보건복지부.
- 김혜경(2003). 학령 전·후 아동의 영양과 행동과의 관련성에 관한 연구, 생활과학논문집, 울산대학교.
- 김혜경, 윤청하, 이은희 외(2007). 취약지역 빈곤아동의 건강증진 프로그램 개발·연구, 한국건강관리협회.

- 김혜경, 이윤희, 문순영, 권은주(2007). 취약지역 빈곤아동의 인구·보건학적 특성 분석, 한국보건교육건강증진학회.
- 남영욱, 이상준(2005). 청소년의 인터넷 중독유형에 따른 위험요인 및 보호요인과 정신건강 비교연구, *한국사회복지학*, 57(3):195-222.
- 대구가톨릭대학교 자연대학(2003). 유아교육시설에서 건강보호를 위한 유해인자 평가와 보건소 용 관리지침 개발, 대구가톨릭대학교, 2003.
- 방경숙, 양수, 현혜진, 김지수(2008). 경기도 위스타트 사업을 위한 미취학 빈곤 아동 건강 및 양육 실태. *한국모자보건학회지*, 12(1):104-115.
- 안동현(2000). 아동학대의 실태 및 후유증 연구. 보건복지부.
- 오경자, 김은이, 도레미, 어유경(2005). 빈곤가정 청소년의 심리사회적 적응: 위험요인과 보호요인의 탐색. *한국심리학회지*, 24(1):53-71.
- 오정수 외(2005). 「선진복지국가 아동정책 비교와 21세기 한국아동정책의 발전방안」, 보건복지부·한국아동복지학회.
- 이경혜(2001). Women and Children's Health Care in Korea: Status and Strategies. *여성건강간호학회지*, 7(4):657-665.
- 이선미(2005). 빈곤아동의 우울감에 영향을 미치는 생활환경적 요인, 대구대학교 석사학위 논문.
- 이지원(1999). 학령후기 아동의 건강개념 및 건강행위에 관한 서술적 연구. *아동간호학회지*, 5(1):18-26.
- 이채원(2004). 아동의 만성질환관리에 영향을 미치는 가족요인. *한국아동복지학*, 18:217-242.
- 이향미(2000). 초등학교 6학년 아동의 건강증진행위와 건강자기결정에 관한 연구, 경상대석사학위 논문.

- 정경배, 김미숙(1999). 경제위기에 따른 취약계층의 현황과 정책방향. IMF 경제위기에 따른 사회적 취약계층을 위한 복지정책 방향 세미나. 99-01 한국보건사회연구원 세미나 자료집.
- 정영호, 서미경, 이종태, 정형선, 고숙자, 채수미, 김명희(2006). 우리나라 국민의 건강결정요인 분석, 한국보건사회연구원.
- 정춘자(2005). 아동의 정신건강에 영향을 미치는 요인, 대전대학교 석사학위 논문.
- 표창원(2007). 아동학대 재발방지를 위한 아동보호기관의 적극적인 개입의 필요성. In 2007 기획포럼-피학대 아동에 대한 권리보장 및 친권개입-가정내 아동학대 피해아동 및 학대행위자를 중심으로. 아동권리모니터링센터, 중앙아동보호전문기관, 보건복지부. pp.42-43.
- 한성현, 김주자, 한동우(2000). 청소년의 음주 및 약물남용실태와 관련 요인분석, 순천향대학교.
- 홍영오(2007). 피해아동 재활 및 보호체계 개선방안. In 2007 기획포럼-피학대 아동에 대한 권리보장 및 친권개입-가정내 아동학대 피해아동 및 학대행위자를 중심으로. 아동권리모니터링센터, 중앙아동보호전문기관, 보건복지부. pp.51-78.
- Alex C. Michalos, Harvey V. Thommasen, Rua Read, Nancy Anderson, Bruno D. Zumb. (2005). Determinants of Health and The Quality of Life if The Bella Coola Valley. *Social Indicators Research*. 72: 1 - 50.
- Barr M. Jr. (1994). Teratogen update: Angiotensin-converting enzyme inhibitors. *Teratology*, 50:399-409.

- Basco WT Jr, Recknor JC, Darden PM. (1996). Who needs an immunization in a pediatric subspecialty clinic? *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 150:508-511.
- Beverly D. Leiper. (2008). Determinants of Rural Women's Health: A Qualitative Study in Southwest Ontario. *The Journal of Rural Health*. 24(2): 201-218.
- Campbell JD, Stanford JB, Ewigman B. (1996). The social pregnancy interaction model: Conceptualizing cognitive, social and cultural barriers to prenatal care. *Applied Behavioral Science Review*, 4(1):81-97.
- Chabot I, Goetghebeur MM, Gregoire J-P. (2004). The societal value of universal childhood vaccination. *Vaccine*, 22:1992-2005.
- Charreire H, Combier E. (2008). Poor prenatal care in an urban area: A geographic analysis. *Health & Place*, doi:10.1016/j.healthplace.2008.07.05.
- Conway E.E. (1998). Nonaccidental head injury in infants: The shaken baby syndrome revisited. *Pediatric Annals*, 27(10):677-690.
- Edith Chen. (2004). Why Socioeconomic Status Affects the Health of Children. *American Psychological Society*. 13(3):112-115.
- Green A. (1985). Child abuse and neglect. In D. Shaffer, A.A. Ehrhard., & L.L. Greenhill(Eds.), *The Clinical Guide to Child Psychiatry* (pp. 315-355). New York: The Free Press.
- Gregory KD, Johson CT, Johson TR, Entman SS. (2006). The content of prenatal care-update 2005. *Women's Health Issues*, 16:198-215.

- Herbst MA, Mercer BM, Beazley D, Meyer N, Carr T. (2003). Relationship of prenatal care and perinatal morbidity in low-birth-weight infants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189:930-933.
- Kleinman RE, Murphy JM, Little M. et al. (1998). Hunger in children in the United States: potential behavioral and emotional correlates. *Pediatrics*. 101: E3.
- Klevens RM, Luman ET. (2001). U.S. children living in and near poverty: risk of vaccine-preventable diseases. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(4S):41-46.
- Lori J. Curtis, Martin D. Dooley, Ellen L. Lipman, David H. Feeny. (2001). The Role of Permanent Income and Family Structure in the Determination of Child Health in CANADA, *Health Economics*. 10: 287-302.
- Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. (2004). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Review*, 18, CD001055.
- Margolis HS, Coleman PJ, Brown RE. (1995). Prevention of hepatitis B virus transmission by immunization: an economic analysis of current recommendations. *JAMA*, 274:1201-1208.
- Merkatz IR, Thompson JB. (1990). *New Perspectives on Prenatal Care*. New York: Elsevier.
- Michael Rigby, Lennart Kohler. (2002). Child Health Indicators of Life and Development, European Union Community Health Monitoring Programme. European Commission

- Mike Gasher, Ian Ross, James Dunn. (2007). Spreading the News: Social Determinants of Health Reportage in Canadian Daily Newspapers, *Canadian Journal of Communication*. 32(3&4):557-574.
- Narayan Sastry, Anne R. Pebley. (2003). Neighborhood and Family Effects on Children's Health in Los Angeles, California Center for Population Research On-Line Working Paper Series.
- National Vaccine Advisory Committee. (1999). Strategies to sustain success in childhood immunizations. *JAMA*, 282(4):363-370.
- Nazeem Muhajarine, Lan VU, Ron Labonte. (2006). Social contexts and children's health outcomes: Researching across the boundaries. *Critical Public Health*. 16(3): 205 - 218.
- Olds DL, Kitzman H, Cole R, Robinson J, Sidora K, Luckey DW, et al. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114:1550-1559.
- Olds DL, Robinson J, Pettitt L, Luckey DW, Holmberg J, Ng RK, et al. (2004). Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: Age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114:1560-1568.
- Patricia J. Bush, Ronald J. Iannotti. (1990). A Children's Health Belief Model, *Medical Care*. 28(1):69-86.
- Reece EA, Homko CJ, Wu YK, Wiznitzer A. (1998). The role of free radicals and membrane lipids in diabetes-induced congenital malformations. *Journal of the Society for Gynecologic Investigation*, 5(4):178-187.

- Rigby MJ, Kler LI, Blair ME, Metchler R. (2003). Child health indicators for Europe. A priority for a caring society, *European Journal of Public Health*. 13(3): 38 - 46.
- Scott-Samuel A, Birley M, Ardern K. (2001). *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*. 2nd edition. International Health Impact Assessment Consortium.
- Vintzileos A, Ananth CV, Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. (2002). The impact of prenatal care on postneonatal death in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187:1258-1262.
- Wagstaff A, Bustreo F, Bryce J, Claeson M, the WHO-World Bank Child Health and Poverty Working Group. (2004). Child health: reacting the poor. *Public Health Matters*, 94(5):726-736.
- WHO Regional Office for Europe. (2002), Children's health and environment :A review of evidence. WHO.
- Wood D, Halfon N, Donald-Sherbourne C, et al. (1998). Increasing immunization rates among inner-city African American children: a randomized trial of case management. *JAMA*, 279:29-34.

부록

⋮

부록 1: 직원 포커스 그룹 회의록 / 147

부록 2: 양육자 포커스 그룹 회의록 / 157

부록 3: 현장조사 설문지 / 164

부록 4: 포커스 그룹 설문지 / 183



【부록 1】

직원 포커스 그룹 회의록

1) 개요

- 일시: 2008년 12월 9일 오전 10:00-12:00
- 장소: 센터 C 교육실
- 참석자: 센터 C 건강 담당자 2명, 복지 담당자 2명, 연구진 3명

2) 산전관리

- ‘산전관리’라는 용어를 들어보신 적이 있습니까?
 - 네, 중요
- ‘산전관리’라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming)
 - 임신중독, 모유수유, 주기적인 병원진료, 약물남용, 알코올(술) 남용, 기형아 예방에 대한 교육, 철분 제공, 엽산 제공, 초음파 검사, 균형 잡힌 식사, 라마즈 체조, 운동
- 드림스타트 사업 중, ‘산전관리서비스’에는 어떤 것이 있습니까?
 - 산전검사 비용 지급(의료비 지원) : 초음파, 임신성 당뇨검사 등
 - 임신부 4명 대상
 - 1인당 10만원 한도 내
 - 영수증 받고, 후불제 처리
 - 산전교육(구두 설명) : 영양, 모유수유, 월령별 아기 성장과정 등(초

산이 별로 없어서 많은 엄마들이 숙지를 하고 있었음, 교육자료 보다는 구두로 하는 것이 더 효과적, 엄마들이 책도 사서 보기 때문에 프린트 물 보다는 구두 설명이 더 효과적)

- ‘산전관리서비스’의 효과는 무엇입니까?
 - 가계 부담 경감 : 저소득층이기 때문에 경제적 지원이 중요
 - 교육 자료만 주면 호응도나 낮으나, 돈을 지원해주니 더 호응도가 있음
 - 인터넷 자료 많고, 보건소 프로그램도 있고, 보건소 leaflet 많음 ⇨ 회의적, 한계 느낌
 - 관심 있다는 표현이 중요(정신적인 지원), 꾸준히 산전관리 교육을 받음
 - 인식 전환(태아는 복을 받은 아이)
- ‘산전관리서비스’의 문제점은 무엇입니까?
 - leaflet을 그냥 주는 것은 효과가 없음
 - 전 기간 동안 산전관리 비용 50만원 중 20%(10만원) 지원⇨전액을 지원해 주면 좋겠는데, 예산 한도 내에서 지급하니까 안 좋음
- ‘산전관리서비스’를 받아본 대상자의 반응은 어떠합니까?
 - 좋아하시고, 더 해 주었으면 함(표현은 안하지만)
- 효과적인 ‘산전관리서비스’를 위한 개선방안에는 어떤 것이 있을까요?
 - 사업지역 내 임신부를 모아서 소그룹으로 교육(보건소 라마즈 교육)을 실시하면 더욱 효과적인데 대상자가 너무 적음
 - 저 출산, 300명 중에서 1명을 대상으로 사업을 한다는 것이 비효율적, 내년 사업을 계획하자면 1%도 안 되기 때문에 우선순위에서 떨어질 가능성 있음(관심 밖이 될 수도 있음, 서비스 수요에서 떨어짐)

○ 요약정리

- 산전관리에 대해서 다양한 측면들을 생각하고 있지만 실제 올해 사업에서는,
 - ① 기본적인 산전 진단을 받기 위한 경제적인 지원(ex 초음파 검사 등)
 - ② 임신에 대한 지식을 높이기 위한 개별적인 교육 자료를 전달.
 두 가지에 초점을 맞춤(☞ 서비스 욕구 및 수요가 적기 때문에).
- 할 수 있는 부분은 많지만 현재는 제한적으로 다가감, 예산 부족, 수요 부족 등

cf. 특별케이스 : 1대 1 Mentorship(통합사례관리), 가정환경 전체로 접근; 너무 축소해서 임신부만 보는 것이 아니라 가정의 특성과, 환경, 처해진 상황 등 전반적인 것을 고려해서 관리(ex 백일사진 찍어 줌)

3) 예방접종

- ‘예방접종’에서 가장 중요한 것(의미)은 무엇이라고 생각하십니까? 잘 한다는 것의 의미?
 - 질병예방
 - 적절한 시기(적기 예방접종)에 함
- ‘예방접종’의 중요성에 대해 대상자의 인식은 어떠합니까?
 - 보건소에서 하는 기본접종은 모두 한 상태(대상자들의 인식이 높은 듯), 보건소에서는 기초 예방접종(DPT, 폴리오, 홍역, 불거리, 풍진, B형 간염 등)은 무료이기 때문에 거의 접종, 보건소 통계를 보면 50~60%가 시행함
 - 폐구균 등 비용이 비싼 것은 못하고 있는 실정 : 이런 아동을 대상으로 사업 시행
- ☞ ‘소아과와 협약하여 사업 시행(폐구균, 뇌수막염, A형 간염) : 12-13

명 정도 서비스 실시함

- 적기 예방접종을 하지 못한 아동은 얼마나 됩니까?
 - 영유아(36개월까지)는 파악 됨(인테이크 조사 할 때 기본적으로 조사)
 - 초등학생 이전은 파악 못함.
- 대상자는 ‘예방접종수첩’ 혹은 ‘아기수첩’ 등 예방접종 기록 카드를 어느 정도 가지고 있습니까?
 - 젊은 엄마들은 기억도 하고 가지고 있음
 - 초등학생과 살고 있는 할머니 있는 집은 가지고 있음(대개 보건소에서 한 것은 다 했다고 함)
 - 학교 입학할 때 예방접종 여부 check(6세 아동의 홍역예방접종 등)
- ‘예방접종서비스’의 문제점은 무엇입니까?
 - 적기 예방접종 시행에 대해 적극적으로 관리해야 함
- 적기에 예방접종을 하지 못하는 주된 원인으로 어떤 것이 있습니까?
 - 초등학생을 둔 부모님이 주로 예방접종 카드를 안 가지고 있음(학교 들어가면 보통 수첩을 보관 안함) ☞ 주의 필요
- 요약정리
 - 기본적으로 예방접종 여부는 인테이크 조사 할 때 파악
 - 기본예방접종은 대부분 시행함
 - 폐구균, A형 간염 등의 비용이 비싼 접종에 대한 지원 사업 시행
 - 적기 예방접종이 얼마나 중요한가에 대한 교육
 - 카드 보유에 대한 교육
 - 모니터링 필요

4) 영양

- ‘영양’라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming)
 - 튼튼함, 편식, 또래에 맞는 발육, 두뇌회전, 전반적인 발달, 비만
(※ 비만 10~13명 중, 고도비만 2~3명, 나머지 경도비만)
- 대상 아동에게 발병되는 질병 중, 특히 ‘영양’과 관련된 질병에는 어떤 것이 주로 많습니까?
 - 비만, 편식, 빈혈
 - 키가 작은 아이를 만나 본 적 있음
 - 빈혈아동 : 빈혈검사 실시 후 3%에 해당하는 영유아에 대해 관리함(보건소의 영양보충사업에도 참여, 조금씩 좋아지고 있음), 초등학생들은 건강검진을 기초로 하는데, 완전 빈혈은 아니고 주로 빈혈 주의임)
- 드림스타트 사업 중, ‘영양’ 관련 서비스에는 어떤 것이 있습니까?
 - 년 초에 건강영양표를 참고로 0~12세를 대상으로 식습관에 대한 사전 조사를 실시함. 아침 안 먹는 아동, 편식 아동 등을 대상으로 leaflet 발송(개별적으로 받아 보니까 좋아하고 효과적)
 - 유제품 5개월 정도 지원
 - 유치원생 영양교육
 - 초등학생 대상으로 야간보호 시 석식 및 간식 제공(복지 서비스)
 - 대상자들이 보건소의 영양 플러스 사업에도 참여
 - 여름방학 프로그램으로 수영교실 운영, 비만 아동을 대상으로 한 것은 아님.
 - ☞ 내년에는 학교복지 차원에서 영양 관련 사업(비만 관련 사업) 시행할 계획

- ‘영양’ 관련 서비스의 문제점은 무엇입니까?
 - 강사를 초빙해서 시행하긴 했지만, 담당자의 지식 부족 등으로 교육, 상담 등에 어려움 있었음
 - 필요한 영양소가 들어가는 음식에 대한 소개 및 조리법에 대한 교육이 필요
- 효과적인 ‘영양’ 관련 서비스를 위한 개선방안에는 어떤 것이 있을까요?
 - 내년에 유제품 제공 사업 시행할 계획(5개월 정도), 한 달에 한번이라도 영양에 대한 정보 제공할 계획
- 요약정리
 - 식습관(인스턴트식품, 과일 등 섭취 여부)에 대해 사전에 조사한 후, 개별적으로 연락을 하여 사업을 시행하여 효과가 있었음
 - 비만은 대상자 파악이 어려웠음. 내년에는 대상에 맞는 프로그램 개발 필요
 - 빈혈 또한 대상자를 파악하여 욕구에 맞는 서비스를 제공하고 있음.

5) 보건의료서비스 접근성

- ‘보건의료서비스의 접근성’이라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming)
 - Rapport 형성이 중요, 관계가 중요(어떻게 친해지느냐, 어떻게 접근하느냐, 어떻게 시작하느냐)
 - 거리 중요(거리가 가까워야 함)
 - 신뢰성 중요
 - 경제적인 부분
- 대상자 중 필요한 보건의료서비스를 받지 못하거나, 늦게 받은 경우가 어느 정도 됩니까?

- 심각한 경우는 3명 정도 있음
 - 그 중, 선천적으로 귀에 이상이 있는 사람(소이증) : 보험이 적용되지 않는 수술을 3차까지 받아야 하는데 비용이 비쌌(500만원/1차), 실비 등은 지원이 되지만 수술비 등의 지원에는 한계 있음, 관공서다 보니까 후원자 찾기가 어려움
- 심장재단과 연계 시도하고 있음
- 가족 중, 편마비 2명이 있어 보건소 한방과 연계해 줌, 치매 어른은 기저귀 제공 등 보건소 사업 제공
- ‘보건의료서비스의 접근성’을 향상시킬 수 있는 개선방안에는 어떤 것이 있을까요?
 - 차량 지원(일부 차량지원은 시행함)
 - 의료비(입원비) 지원 : 대상자가 먼저 요구하여 지원하였음
 - ☞ 대상자(부모) 입장에서 먼저 부탁을 하는 경우가 없음. 신뢰감 형성이 미흡, 센터에서 미리 전화하면 고맙다고 함
- 요약정리
 - 수술, 의료비 등과 같은 경우 후원, 연계, 정보 제공 등의 사업 실시함.

6) 아동학대

- ‘아동학대’로 의심되는 아동을 만난 적이 있습니까?
 - 네. 고위험 가정인 경우 꽤 있음(센터에서 고위험 가정 관리하고 있음).
- ‘아동학대’라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해주십시오.(brain storming)
 - 폭력, 때리는 것, 욕하는 것, 알코올 중독
 - 편애, 가정환경, 부모의 성격, 부모의 스트레스나 분노를 아동에게 터트리는 것(부모가 풀 수 없는 것을 아이들에게 전가), 부모가 원

하는 대로 아동을 좌우(인권적인 문제)

- 강자와 약자(부모는 강자, 아동은 약자), 약자는 강자에게 못 덤비니 일방적으로 당함
- ‘아동학대’에 대한 정의를 내리신다면 어떻게 말씀하실 수 있을까요?
 - 아동에 대한 정신적, 물리적, 신체적, 경제적 등 모든 것에 제제를 가하는 것
 - 모욕
- ‘아동학대’로 의심되는 아동의 특성에는 어떤 점들이 두드러지게 관찰 됩니까?
 - 정신적으로 불안, 산만, 대인관계 기피, 짜증내는 것, 사회성 부족, 학습저하(한 가지 특성이 아니고 여러 가지 특성이 복합적으로 나타나는 아이도 있고, 한 가지만 나타나는 아이도 있음 ☞ 아이들 특성에 따라 다양하게 나타남)
 - 성폭력 당한 아동 1명 있음(지적장애 아동) : 쉽게 이야기를 안 해주지만 아이의 성향(남자 어른을 무서워함)과 주위 말을 통해
 - 아동학대와 방임은 같이 이루어짐(동시에), 오히려 학대보다는 방임이 더 무섭다고 생각됨(오히려 때리는 것은 더 잘하라는 의미, 방임은 아예 무관심)
- 드림스타트 사업 중, ‘아동학대 예방프로그램’에는 어떤 것이 있습니까?
 - 위탁사업 시행 : 수녀님 운영
- ‘아동학대 예방프로그램’에 참가한 대상자의 반응(만족도)은 어떠합니까?
 - 집중적인 개별 사례관리(전체를 관리) : 만족도 높음(ex 어머니가 위축되어 있다가 나들이 감)
 - 위탁사업 시행 : 수녀님 운영 ☞ 아동 및 부모 상담, 보육, 나들이, 야간보호 프로그램, 약기 지원 등

- 수녀님에 대한 이미지가 좋음 ⇨ 호응도 좋음, 믿음, 신뢰감
 - 타 기관에 위탁하지 않고 수녀님께 위탁한 것이 가장 큰 효과
 - 수녀님이 부모님에게 드림스타트 사업이라고 소개, 사업이 더 호응 받음.
 - 수녀님이 파악한 모든 자료는 공유 됨
- ‘아동학대 예방프로그램’의 효과는 무엇입니까?
- 개별적으로 대상자에게 필요한 프로그램을 해 준 것에 대해 고마워 함(일반적인 것이 아닌 대상자만을 위한 프로그램을 해 준 것에 대해 고마워함).
 - 돈과 시간을 투자한 것에 대해, 본인의 가치를 높여 주는 것에 대해 만족도가 높음(심리적 지지를 얻었다는 만족도가 높음)
- 효과적인 ‘아동학대 예방프로그램’을 위한 개선방안에는 어떤 것이 있을까요?
- 겉으로 드러나지 않는 문제에 대해 더 끌어냈으면 좋겠음
 - 300명에 대한 개별관리가 실제로 힘들(한계점), 왜냐하면 고위험 아동 위주로 접근해야 하는 게 현실
 - 전체에게 일률적으로 공평하게 교육 및 자료제공 등을 해야 하는데, 고위험 가구만 대상으로 하니까 눈에 보이는 성과가 적음
 - 대다수를 대상으로 예방 위주로 사업하기 보다는 문제가정(고위험 가구) 중심으로 사례관리, 보육 등 사업을 시행함(문제를 해결해야 하니까)
 - 예산문제 : 예방적인 차원에서 프로그램을 운영해야 하는데 돈을 적게 주니까 전체 아동에 대해 사업을 못하고 위험 아동만을 대상으로 하게 됨 ⇨ 예방이 아닌 치료 중심으로 사업이 진행됨
 - 예방 차원에서 부모교육 필요(ex 아이에게 화를 풀지 마세요! 부모님 그렇게 하지 마세요!)

※ 가구 위험사정 결과, 인테이크 조사 결과보다 현장조사 결과에서 아동학대가 보다 증가했는데 그 이유가 무엇일까요?

- 조사자 간의 기준 불일치, 평가기준 없음, 1점과 2점의 기준 차이가 모호
- 인식의 전환(사업 전에는 욕설이 아동학대라고 인식하지 못하다가, 사업 후에는 욕설이 아동학대라고 인식)
- 인테이크는 직원이 조사하고, 현장조사는 조사기관에서 실시함(모르는 사람에게 더 솔직하고 상세하게 응답했을 가능성 높음)

※ 고학년 대상 아동학대

- 주로 말에 의한 아동학대가 많음

【부록 2】

양육자 포커스 그룹 회의록

1) 개요

- 일시: 2008년 12월 9일 오후 2:00-4:00
- 장소: 센터 C 교육실
- 참석자: 센터 C 양육자 6명(아버지 1명, 어머니 5명), 연구진 3명



2) 산전관리

- ‘산전관리서비스’의 효과는 무엇입니까?
 - 교육 및 의식개혁(임신 중에는 알코올 섭취 하면 안 되고, 영양제

및 철분제 섭취의 중요성, 엽산제의 지속적인 복용이 모유수유 촉진에 도움이 된다는 등), 몰랐던 사실을 알게 해 줌

- 실질적인 도움을 줌(모유수유 교육 등)
- 물질적인 것보다도 아이들에 대한 기본적인 태도 면에서 많은 도움을 받음

3) 예방접종

○ 예방접종에서 가장 중요한 것은 무엇일까요?

- 생의 기초를 닦아 줌, 생의 살아가는 힘을 닦아주는 역할을 함
(예전에는 폐구균 예방접종이 없어서 접종을 못함. 아이가 감기, 중이염으로 인해 고막 상실함. 비용이 비싸더라도 예방접종을 할 결하는 후회가 됨)
- 시기가 중요함

○ 혹시 적기에 자녀의 예방접종을 시행하지 못하였다면, 그 이유는 무엇입니까

- 보건소까지 가기가 실질적으로 힘들(자꾸 미루다 보면)
- 신청 시기 등 정보를 몰라서 예방접종을 하지 못했음

○ 자녀의 ‘예방접종수첩’ 혹은 ‘아기수첩’ 등 예방접종 기록 카드를 가지고 있습니까?

- 네 or 이사를 자꾸 해서 분실
- 기억에 의존, 기억이 가물가물
- 추가접종에 대한 의식이 없음
- 병원의 예방접종기록이 공유가 안 됨

○ ‘예방접종서비스’의 문제점은 무엇입니까?

- 보건소에 예방접종을 받으러 가면 사람이 많이 몰려서 오래 기다

- 려야 함(하루 종일). 직장으로 인해 시간이 없음
 - 일반 병원(소아과)에서는 예방접종 알림 서비스를 해 주는데 반해, 보건소에서는 예방접종 관리체계가 제대로 안 되어 있음(문자 서비스나 사전 통지가 오지 않음)
 - 예방접종에 대한 정보 미흡, 홍보 부족
- 적기 예방접종률을 향상시키기 위한 효과적인 방안에는 어떤 것이 있을까요?
 - 적극적인 홍보(문자서비스, 우편 등), 문자 하나가 때론 큰 도움
 - 보건소 직원이 동사무소에 와서 예방접종을 하면 좋겠음

4) 영양

- ‘영양’라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming)
 - 골고루 음식 섭취, 건강한 삶, 질병예방, 질적인 건강 식단
 - 운동(신체건강, 잘 먹으면 운동을 잘함, 잘 먹지 못하면 쉽게 피로해 지고, 운동도 못함)
 - 식습관, 식단, 영양소가 골고루 들어감
- 드림스타트 사업 중 ‘영양 개선’을 위한 도움을 받은 적이 있습니까?
 - 영양제, 칼슘제 등 공급 받음(ex 노마에프, 톱키, 키짱 등)
 - 간식(ex 요플레, 우유 등)
- ‘영양’ 관련 서비스의 문제점은 무엇입니까?
 - 식습관에 대한 조사(편식 등)는 실시했지만, 실질적인 대책은 없었음.
 - 서비스 시행 후 사후 확인조사가 없음(영양제의 경우 냄새가 심해서 다른 것으로 대체하고 싶은데, 말을 못했음, 복숭아 요플레 또한 알레르기가 있어 대체하고 싶었는데 말을 못했음, 혼자 끄끙)

- 일괄적인 계약으로 인해 변경이 어렵다는 답변을 받음
- 사후 확인 문자 및 전화 받아서 의견 말함
- ‘영양’ 관련 서비스를 통해 관심 또는 태도의 변화가 있었는지요?
 - 의식 전환의 계기가 됨(ex 잘못된 정보로 고학년 자녀에게 우유를 안 먹였는데, 하루에 한번은 유제품을 먹여야 된다는 정확한 정보 받음)
- 효과적인 ‘영양’ 관련 서비스를 위한 개선방안에는 어떤 것이 있을까요?
 - 영양 보조제 공급의 확대
 - 아동을 대상으로 영양 관련 교육을 해 줬으면 함(ex 엄마 몰래 커피 먹는 아동 많음)
 - 실질적이고 적극적인 교육 필요(인스턴트식품을 어느 정도 먹어야 하는지 등의 칼로리 계산, 질환과 연계하여 교육)

5) 보건의료서비스 접근성

- 혹시 지난 1년 동안 필요한 ‘보건의료서비스’를 받지 못하거나, 늦게 받은 경우가 있습니까?
 - 형편이 어려워지면 약국 가기도 힘들, 현찰이 없으면 소용없음
- ‘보건의료서비스의 접근성’을 향상시킬 수 있는 개선방안에는 어떤 것이 있을까요?
 - 내과, 소아과, 이비인후과, 치과 등과 연계되어 아플 때 갈수 있는 프로그램이 정기적으로 운영되었으면 함(병을 안 키우는 것이 제일 중요)
 - 병원에 갈수 없는 환경일 때, 콜 서비스 제도(ex 전화)가 있어 병원과 연계되었으면 좋겠음
(ex 차량 운행 봉사 시 아동의 안전사고, 의식의 문제, 왕복 시 어려움 등 시스템 구축의 어려움이 있음)

- 부모와 센터 직원간의 신뢰감 형성이 필요
- 자원봉사 필요, 공감대 형성 필요
- 경제적 어려움을 공적인 기관에 호소하기에 창피함
- 후원자를 연계해 줬으면 좋겠음(의료비 명목으로 지원)
- 병원(소아과, 이비인후과, 가정의학과) 연계 프로그램이 있었으면 좋겠음
- 기본적인 건강검진에 대한 지원 보다는 큰 병에 걸렸을 때 병원(ex 청주의료원) 등과 연계하여 지원해줬으면 함
- 대상자와 직원간의 거리가 있으면 안 됨, 가족 같은 분위기(각자의 자존심과 프라이버시는 보호되어야 함) ☞ 본인 스스로 전화하고 물어 보고 도움 될 수 있도록 요구해야 함
- 정기적인 홍보 책자, 소식지가 있었으면 함
- 정기적인 부모 자조 모임 활성화(ex 어머니 모임 등)
- 아동뿐만 아니라 어른에 대한 의료서비스가 있었으면 좋겠음

5) 아동학대

- ‘아동학대’라는 용어를 들어보신 적이 있습니까?
 - 네
 - 동 떨어진 이야기
 - 끔찍하다
- ‘아동학대’라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming)
 - 폭력, 때리는 것
 - 언어적인 폭력 : 아빠가 아동을 심하게 혼낸 후로 아동이 그 때부터 눈치를 보는 등 정신적 스트레스가 쌓여 우울증이 생김
 - 방임, 돌보지 못한 것

- 효과적인 ‘아동학대 예방프로그램’을 위한 개선방안에는 어떤 것이 있을까요?
 - 아버지 학교 운영(아버지가 바쁘니까 일요일이라도 참석해서 아이와 함께 할 수 있는 프로그램이 있었으면 좋겠음)
 - 아동 대상 집단치료 상담 프로그램 운영 ⇨ 사회성 발달, 또래치료, 어울림 등 효과
 - 고학년 아동 대상 적극적인 상담 및 적성 검사 ⇨ 부모가 발견하지 못한 문제에 대한 전문 상담가가 적극적인 상담을 해 줬으면 좋겠음
 - 스포츠 프로그램 활동 연계 ⇨ 정서적 안정(ex 수영교실)
 - 아동들이 특수한 상황(수급자, 차상위계층)으로 인해 학교에서 기본적인 스트레스를 받음, 다른 아동과 다르다는 차이를 인식함, 주눅이 들(ex 급식비&방과후 교실 비용 등이 면제되어 통지서 자체를 받지 않음).
 - 아이들 교육에 대한 문제 ; 현재 지원받는 예능 계통(피아노 등) 보다는 학과 공부에 도움이 되는 국어, 영어, 수학 등에 지원을 받았으면 좋겠음, 특히 영어학원은 비용이 비싸므로 지원 받았으면 함
 - 엄마들이 자존심이 세서, 창피해서 방과후 교실 프로그램에 참여하지 않아서 프로그램이 없어짐. 이로 인해 아이들이 갈 곳이 없어서 방임되고 있음(엄마는 직장) ⇨ 방과후 교실 프로그램 활성화
- ※ 가구 위험사정 결과, 인테이크 조사 결과보다 현장조사 결과에서 아동학대가 보다 증가했는데 그 이유가 무엇일까요?
 - 처음 시작(현장조사)시에는 신뢰감이 없어서 대답을 기피했음. 현장조사 시에는 사실대로 대답함
 - 아동에 대한 기대 ; 지원받는 것에 대해 고맙기도 하고 창피하기도

함. 지원받고 있는데 솔직히 아이가 안 따라주면 기대는 높는데 안 따라주니까 말을 심하게 함(아이에 대한 기대는 높는데 안 따라주니까 언어로써 학대를 함)

- 양육자 스스로의 기대 ; ‘나처럼 살지 말아라!’ 딸아이에게서 내 모습이 보일 때 나중에 나처럼 될까봐 걱정 차원에서 아동 학대를 함.
- 살기가 힘들어 지니까

※ 고학년 대상 아동학대

- 방과 후 수업 프로그램이 없어짐, 미성년자를 돌봐줄 사람이 없음.
- 시간 통제 안 됨

【부록 3】 현장조사 설문지

드림스타트 사업의 건강영향평가를 위한 현장 조사
-양육자용-

| | | | |
|------|-----------|--|--|
| 조사지역 | 조사가구 일련번호 | | |
| | | | |

인 사 말 씀

안녕하십니까?

국무총리실에 소속된 저희 한국보건사회연구원은 “드림스타트의 건강영향평가”를 위한 가정방문조사 실행하고자 합니다.

본 조사는 드림스타트를 이용하는 아동의 건강 향상 정도와 희망스타트사업이 아동의 건강에 미치는 영향을 파악하고자 하는데 그 목적이 있습니다.

귀하의 답변은 귀하가 거주하는 지역의 아동과 가족들을 위해 가장 적합한 드림스타트 사업을 구축하기 위한 매우 귀중한 자료가 되오니, 모든 질문에 빠짐없이 솔직하게 응답해 주시기 바랍니다.

응답하신 설문지는 통계 목적으로만 사용되며, 개인정보 사항이나 기재하신 내용은 철저히 비밀이 보장됨을 약속드립니다. 감사합니다.

2008년 10월

한국보건사회연구원장

※ 조사내용에 관한 문의사항이 있으시면 다음 연락처로 문의해 주십시오.

연락처: 전화: 02-380-8138, 8183 FAX: 02-380-0344

이메일: pr8shim@kihasa.re.kr, marchej@kihasa.re.kr

| | | | |
|--------|----------|------------|---------------------|
| 응답자 성명 | | | |
| 연락처 | (집) | (휴대전화) | |
| 주 소 | _____시·도 | _____구·시·군 | _____동·읍·면 _____ |
| 조사원 성명 | _____ | 조사 완료일 | 2008년 _____월 _____일 |

1. 가구원 사항

| 번호 | 1. 가구원 | 2. 아동과의 관계 | 3. 성별 | 4. 연령 (생년월일) | 5. 교육정도 및 졸업여부 | | | 7. 경제활동 | | 8. 혼인상태 | 9. 장애/질병 상태 | | | 10. 전반적인 건강상태 | 11. 의료보장 상태 |
|-----------------------|---|---|----------|--------------|---|---------------------------|--------|---|--|--|----------------|-------------------------|---|---|---|
| | | | | | | | | 7-1. 경제활동 참여 상태 | 7-2. 직종 | | 9-1. 장애유무 | 9-2 장애등록 여부 및 등급 | 9-3장애유 형 | | |
| 가 구 원 번 호 | 가구주부터 기록 (대상 이동 및 가족은 아니지만 같이 먹고 자는 사람 포함) | ①부 ②모 ③조부 ④조모 ⑤형제자매 ⑥기타친척 ⑦비혈연 ⑧대상아동 | ①남 ②여 | 사실상의 연령 확인 | ①무학 ②초등학교 ③중학교 ④전문대학 이상 ⑤어린아집 유치원 ⑥미취학 미취학 | ①제학 ②휴학 ③졸업 ④비해당 | () 학년 | ①상용직 임금근로자 ②인시직 임금근로자 ③일용직 임금근로자 ④자활근로 및 공공근로 ⑤고용주 ⑥자영업자 ⑦무급가족 종사자 ⑧실업자 ⑨비경제 활동인구 ⑩기타 () | ①의회의원, 고위임직원 및 관리자 ②전문가 ③기술공 및 준전문가 ④사무 종사자 ⑤서비스 종사자 ⑥판매 종사자 ⑦농업, 임업 및 어업 숙련 종사자 ⑧기능원 및 관련 기능 종사자 ⑨장치, 기계조작 및 조립 종사자 ⑩단순노무 종사자 ⑪군인 ⑫기타() | * 조사원: <u>사실상의 결혼상태 확인</u> <u>(취업으로 인한 별거는 동거로 간주)</u> ①유배우 ②사별 ③이혼 ④별거 ⑤미혼 ⑥비해당 (만14세 이하) | ①장애있음 ②장애없음 | ①등록()급 ②미등록 ③비해당 | ①지체 ②뇌병변 ③시각 ④청각 ⑤언어 ⑥정신지체 ⑦발달 (자폐증) ⑧정신 ⑨신장 ⑩심장 ⑪호흡기 ⑫간 ⑬안면 ⑭장루·요루 ⑮간질 ⑯비해당 | ①매우 좋음 ② 좋음 ③ 보통 ④ 나쁨 ⑤ 매우 나쁨 ⑥ 모름 | ①미가입 ①지역의료보험 ②직장의료보험 ③의료급여1종 ④의료급여2종 ⑤모름 |

| 번호 | 1. 가구원 | 2. 아동과의 관계 | 3. 성별 | 4. 연령 (생년월일) | 5. 교육정도 및 졸업여부 | | | 7. 경제활동 | | 8. 혼인상태 | 9. 장애/질병 상태 | | | 10. 전반적인 건강상태 | 11. 의료보장 상태 |
|---|--------|------------|-------|--|----------------|--|--|-----------------|---------|---------|-------------|------------------|---------|---------------|-------------|
| | | | | | | | | 7-1. 경제활동 참여 상태 | 7-2. 직종 | | 9-1. 장애유무 | 9-2 장애등록 여부 및 등급 | 9-3장애유형 | | |
| 08 | | | | 만나이: _____세 _____년 _____월 (양, 음) | | | | | | | | | | | |
| 12. 조사대상 구분 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>※ 조사원: 다음 해당 번호에 V표를 하시오.</p> <p><input type="checkbox"/> 가구의 수급권 여부 ① 국민기초생활보장수급가구 ② 차상위계층가구 ③ 비해당</p> <p><input type="checkbox"/> 가구유형 ① 부부+자녀 ② 한부모+자녀 ③ 조부모+부부+자녀 ④ 조부모+손자녀 ⑤ 기타 친척+아동 ⑥ 형제자매로만 구성 ⑦ 비혈연 ⑧ (_____)</p> <p>* 다문화 가정인 경우 ① 아니오 ② 예 (외국인 배우자의 출신국가:_____)</p> | | | | | | | | | | | | | | | |

II. 가구 관련사항

A. 가구 일반사항

A2-1. 현재 살고 계시는 주택형태는 다음 중 어디에 해당합니까?

- ① 아파트 ② 다세대 연립주택
- ③ 단독주택 ④ 점포주택 등 복합용도주택
- ⑤ 비거주용 건물내 주택(상가, 공장, 교회 등)
- ⑥ 오피스텔 ⑦ 비닐하우스, 움막, 판잣집
- ⑧ 임시가건물 ⑨ 기타(무엇:_____)

A2-2 현재 살고 계시는 주택의 소유형태는 다음 중 어디에 해당합니까?

- ① 자가 ② 전세
- ③ 월세 ④ 영구임대아파트
- ⑤ 국민임대아파트 ⑥ 기타(무엇:_____)

A2-3. 현재 살고 계시는 주택에서 거주하고 있는 기간은 어느 정도입니까?
(_____) 개월

A2-4. 귀댁의 월평균 가구소득은 얼마입니까?
(_____) 만원

A2-5 귀댁의 방 개수는 몇 개입니까? (_____)개

A2-6. 가정환경에 특이 사항이 있으면 응답해주시시오. (해당사항에 모두 표기)

- | | |
|---------------|-----------|
| ① 없음 | ② 악취/불결 |
| ③ 주변의 소음 | ④ 환기부적절 |
| ⑤ 채광부족 | ⑥ 운수사고 위험 |
| ⑦ 향락유흥업소 등 환경 | |

B. 지역사회환경

B1. 귀하께서 살고 계시는 지역이 자녀를 키우기에 좋은 점은 무엇이라고 생각하십니까? (해당사항에 모두 표기)

- ① 없음
- ② 생활편의시설(대형할인마트, 은행 등)
- ③ 문화·체육시설(시립체육관, 청소년수련관, 도서관 등)
- ④ 사회복지시설(사회복지관 등)
- ⑤ 자연환경보전 및 공원, 녹지
- ⑥ 보육/교육환경
- ⑦ 지역주민들의 공동체의식
- ⑧ 낮은 범죄율
- ⑨ 보건의료시설(보건소, 병·의원 등)
- ⑩ 기타(무엇:_____)

B2. 귀하께서 살고 계시는 지역이 자녀를 키우기에 좋지 못한 점은 무엇이라고 생각하십니까? (해당사항에 모두 표기)

- | | | |
|-------------|-----------------|--------------|
| ① 없음 | ② 방임(방치) | ③ 교통안전 |
| ④ 위생 | ⑤ 신체적 건강문제 | ⑥ 정서적 건강문제 |
| ⑦ 부모와의 갈등 | ⑧ 가정 내 폭력 | ⑨ 강도, 절도, 범죄 |
| ⑩ 보육/교육의 질 | ⑪ 학교생활 부적응 | ⑫ 성적부진 |
| ⑬ 학교폭력 및 비행 | ⑭ 여가 및 문화서비스 부족 | ⑮ 기타(무엇:___) |

C. 가족관련 공통문항

C1. 귀하는 지난 한 달간 얼마나 자주 다음과 같이 느끼셨습니까?

| | 전혀 않다 | 그렇지 않은 편이다 | 보통 | 그런 편이다 | 매우 그렇다 |
|------------------------------|----------|------------------|----|-----------|-----------|
| C1-1. 초조하였다 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| C1-2. 희망이 없다고 느꼈다 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| C1-3. 매사에 피곤하고 안절부절함 느낌이다 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| C1-4. 모든 일이 힘에 겨웠다 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| C1-5. 너무 슬퍼서 삶에 즐거움이란 없었다 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| C1-6. 나 자신이 가치가 없다고 느꼈다 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

C2. 귀하는 지난 한 달간 다음과 같이 느끼셨습니까?

| | 전혀 않다 | 그렇지 않은 편이다 | 보통 | 그런 편이다 | 매우 그렇다 |
|---|----------|------------------|----|-----------|-----------|
| C2-1. 자신의 문제를 스스로 해결할 수 있는 방법이 전혀 없어 보인다 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| C2-2. 가끔 나의 삶이 남에 의하여 좌지우지된다고 느낀다 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| C2-3. 나에게 일어나는 일들에 대하여, 나 자신이 어찌할 방도가 없다 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| C2-4. 삶의 문제를 다루는데 자주 무기력하다고 느낀다 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

C3. 아동의 가족 및 환경 관련하여 다음과 관련된 사항이 있습니까?

| | | | |
|---|---|---|---|
| C3-1. 아동에 대한 구타와 욕설 등 신체적, 정신적 학대가 있었다. | ① | ① | ② |
| C3-2. 아동에 대한 신체적, 의료적, 교육적 방임이 있다. | ① | ① | ② |
| C3-3. 보호자가 정신분열증이나 정신지체 등과 같은 정신장애가 있다. | ① | ① | ② |
| C3-4. 보호자가 알콜중독이나 남용의 징후가 보인다. | ① | ① | ② |
| C3-5. 배우자 학대가 있거나 부부갈등이 심각하다. | ① | ① | ② |
| C3-6. 가정환경의 위생 및 안전상태가 불량하다 | ① | ① | ② |
| C3-7 주보호자 외에 가족내 지속적인 관리를 요하는 치매노인, 중증장애인 등이 있다 | ① | ① | ② |
| C3-8 보호자가 신장병, 당뇨병 등 만성적인 신체질환이 있다. | ① | ① | ② |

*** (조사원) 해당 항목의 심각성 표시 방법**

0점 : 해당하지 않음.

1점 : 임상적 주의나 지속적인 관찰을 요함.

2점 : 매우 문제가 심각하여 즉각적인 개입이나 진단과 치료가 필요함.

III. 아동 개별 사항

| | | | |
|------|--|--------|--|
| 아동이름 | | 아동식별번호 | |
|------|--|--------|--|

1. 아동의 키와 몸무게는?

키 (cm) 몸무게 (kg)

2. 아동을 임신하였을 때를 생각하셔서 기입해주시요.

2-1. 임신 전, 임신 기간동안 산전진찰을 정기적으로 받으셨습니까?
 ① 예 ② 아니오 ③ 잘 모르겠음

2-2. 임신 중에 철분제를 복용하셨습니까?
 ① 예 ② 아니오 ③ 잘 모르겠음

2-3. 임신 중에 음주를 하셨습니까?
 ① 전혀 마시지 않았음 ② 월 1회 미만
 ③ 월 2~4회 ④ 주 2~3회
 ⑤ 주 4회 이상 ⑥ 잘 모르겠음

2-4. 임신 중에 흡연을 하셨습니까?
 ① 전혀 마시지 않았음 ② 예 ③ 잘 모르겠음

2-5. 임신 중에 임신관련 합병증(자간전증, 임신성 고혈압, 임신성 당뇨, 빈혈 등)이 있었습니까?
 ① 예 ② 아니오 ③ 잘 모르겠음

2-6. 자녀에게 선천성 대사이상 검사를 하셨습니까?
 ① 예 ② 아니오 ③ 잘 모르겠음

3. 아동의 생후 6개월까지 수유를 어떻게 하셨나요?
 ① 모유 ② 조제분유 ③ 모유와 분유를 섞어서 ④ 잘 모르겠음
4. 아동이 주로 앓는 질병은 무엇입니까?
 ① 없음 ② 천식 ③ 아토피 ④ 감기
 ⑤ 설사 ⑥ 위염 ⑦ 기타(무엇:_____)
5. 아동이 평상시 누구와 함께 가장 많은 시간을 가정에서 보냅니까?
(조사원): 방과 후 기준
 ① 혼자 ② 아빠나 엄마
 ③ 친구들 ④ 형제·자매들
 ⑤ 학원(과외)선생님 ⑥ 할머니, 할아버지
 ⑦ 집안일을 도와주는 분
 ⑧ 방과후 교실 선생님이나 사회복지사
 ⑨ 기타(무엇:_____)
6. 아동이 잘못된 행동을 했을 때 주로 사용하는 훈육방법은 무엇입니까?
 ① 조용한 말로 타이른다 ② 언성을 높여 화낸다
 ③ 때린다 ④ 벌을 준다
 ⑤ 내버려둔다 ⑥ 기타(무엇:_____)
7. 지난 1년간 아동이 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나 늦게 받은 적이 있습니까?
 ① 예 → 7-1번으로 이동 ② 아니오 → 8번으로 이동

7-1 치료를 받지 못하거나 늦게 받은 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 경제적인 이유로 ② 의료기관이 너무 멀어서
 ③ 보호자가 직장을 비울 수 없어서 ④ 학업 때문에
 ⑤ 아이 봐줄 사람이 없어서 ⑥ 증상이 가벼워서
 ⑦ 기타(왜:_____)

8. 아동에게 안전사고가 발생한 적이 있습니까?

- ① 없음 -> 9번으로 이동 ② 있음 -> 질문8-1로 이동

8-1 어떠한 안전사고가 발생했습니까?

- ① 교통사고 ② 추락 ③ 중독
④ 화상 ⑤ 질식 ⑥ 익수
⑦ 열상 ⑧ 자상/절단 ⑨ 동물이나 곤충에게 물림
⑩ 사람이나 물건에 부딪힘 ⑪ 사람에게 맞음
⑫ 기타 (_____)

8-2 사고 후유증은 있습니까?

- ① 없음 ② 현재 치료 중
③ 기능의 결손(종류: _____) ④ 기타(무엇:_____)

8-3 이 사고는 어디에서 발생하였습니까?

- ① 가정 또는 부속 시설 ② 보육/교육 시설
③ 도로/운송지역 ④ 스포츠 또는 운동 장소
⑤ 상업 또는 서비스 시설 ⑥ 유흥업소
⑦ 공원 또는 여가 시설 ⑧ 야외
⑨ 기타(어디:_____)

9. 아동발달 관련 문항입니다.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9-1 정신지체가 있거나 의심된다. | ① | ① | ② |
| 9-2 신장병이나 소아당뇨, 심장병 등 지속적인 관리를 요하는 만성질환이 있다. | ① | ① | ② |
| 9-3 언어청각 장애나 지체장애 등의 신체장애가 있다. | ① | ① | ② |
| 9-4 선천적 기형이 있다. | ① | ① | ② |
| 9-5 눈을 깜박이거나 코를 킁킁거리는 등의 틱 증상을 보인다. | ① | ① | ② |
| 9-6 의사소통에 문제가 있고, 다른 사람에 대한 관심이 부족하며 자신만의 세계에 빠져있는 등 자폐성 장애의 징후가 보인다. | ① | ① | ② |
| 9-7 주의집중을 하지 못하고 행동통제 및 충동조절에 어려움을 겪는 등 주의력결핍, 과잉행동 장애의 징후가 보인다. | ① | ① | ② |
| 9-8 또래들과 어울리지 못하고, 함께 즐거워하지 못하며 따돌림을 당하는 등 사회적 행동이 결여되어 있다. | ① | ① | ② |
| 9-8 정서상태가 불안정하거나 우울하다. | ① | ① | ② |
| 9-10 배설이나 섭식과 관련된 문제가 있다. | ① | ① | ② |
| 9-11 월령(연령)에 비해 언어발달이 현저히 늦다. | ① | ① | ② |
| 9-12 출생 시 미숙아로 태어났다. | ① | ① | ② |
| 9-13-1 (조사원) 아동이 취학전인 경우에만 응답해주세요 | | | |
| 9-13-1a 극단적 감정표현과 타인 및 애원동물 등에 대해서 공격성을 보인다 | ① | ① | ② |
| 9-13-1b 월령(연령)에 비해 운동능력이 현저하게 부족하다. | ① | ① | ② |
| 9-13-2 (조사원) 아동이 취학인 경우에만 응답해주세요 | | | |
| 9-13-2a 도벽, 가출, 폭력, 약물 남용 등과 같은 문제행동을 보인다. | ① | ① | ② |
| 9-13-2b 학습활동과 관련된 문제 징후가 있다. | ① | ① | ② |

*** (조사원) 해당 항목의 심각성 표시 방법**

0점 : 해당하지 않음.

1점 : 임상적 주의나 지속적인 관찰을 요함.

2점 : 매우 문제가 심각하여 즉각적인 개입이나 진단과 치료가 필요함.

10. (조사원) 아동이 생후 6~12개월 인 경우에 응답해 주십시오.

10-1 이유식 시작 시기는 언제입니까? (_____)개월

10-2 빈혈검사를 하셨습니까?

① 예 →10-2a번으로 이동 ② 아니오 → 12번으로 이동

10-2a 검사 결과에 문제가 있었습니까? ① 정상보다 낮음 ② 정상

11. (조사원) 아동이 만 1세 이상인 경우에 응답해 주십시오.

| | | |
|--|-----|-------|
| 11-1. 식사를 규칙적으로 합니까? | ① 예 | ② 아니오 |
| 11-2. 매일 아침 식사를 합니까? | ① 예 | ② 아니오 |
| 11-3. 매일 식사 양은 거의 일정하게 먹습니까? | ① 예 | ② 아니오 |
| 11-4. 반찬을 골고루 먹습니까? | ① 예 | ② 아니오 |
| 11-5. 생선, 고기, 달걀, 콩제품 중 한 가지 이상 매일 먹습니까? | ① 예 | ② 아니오 |
| 11-6. 채소반찬을 매끼 먹고 있습니까? | ① 예 | ② 아니오 |
| 11-7. 우유나 유제품을 거의 매일 먹습니까? | ① 예 | ② 아니오 |
| 11-8. 간식을 하루 1회 이상 먹습니까? | ① 예 | ② 아니오 |
| 11-9. 과일을 거의 매일 먹습니까? | ① 예 | ② 아니오 |
| 11-10. 라면과 같은 인스턴트식품 등을 주 3회 이상 먹습니까? | ① 예 | ② 아니오 |

* (조사원) 아침식사로 우유나 주스는 제외되며, 씨리얼, 빵 등의 탄수화물류는 포함됩니다.

* 취학전 아동은 다음 장으로 이동하십시오.

* 취학아동은 설문이 완료되었습니다. 응답해 주셔서 감사합니다.

* (조사원) 12번,13번은 아동이 취학 전인 경우에만 응답해 주십시오.

12. 귀하는 자녀(들)의 “예방접종수첩” 혹은 “아기수첩”등 예방접종 기록을 가지고 계십니까?

- ① 예 ② 아니오

13. 다음은 자녀의 취학 전 예방접종 여부에 관한 질문입니다. 해당란에 ○표 하십시오.

| 접 종 명 | 해당란에 ○표 하십시오 | | | |
|---|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 13-1 비시지(BCG)- 결핵예방 (생후 4주 이내) | ①접종함() ②접종안함() ③잘모르겠음() | | | |
| 13-2 디프티(DPT) (디프테리아, 백일해, 파상풍) | 기본접종 | | 추 가 접 종 | |
| | 13-2-1. 생후 2·4·6개월 | 13-2-2. 생후 18개월 전후 | 13-2-3. 만4~6세 (유치원 또는 입학 전) | |
| | ① 접종함() ② 접종안함() ③ 잘 모르겠음() | ① 접종함() ② 접종안함() ③ 잘 모르겠음() | ① 접종함() ② 접종안함() ③ 잘 모르겠음() | |
| 13-3 M M R (홍역, 볼거리, 풍진) | 13-3-1. 1차 (생후12개월 전후) | | 13-3-2. 2차 (만 4~6세) | |
| | ① 접종함() ② 접종안함() ③ 잘 모르겠음() | | ① 접종함() ② 접종안함() ③ 잘 모르겠음() | |
| 13-4 B형간염 | 13-4-1. 1차 생후 1개월 | 13-4-2. 2차 생후 2개월 | 13-4-3. 3차 생후 6개월 | |
| | ① 접종함() ② 접종안함() ③ 잘 모르겠음() | ① 접종함() ② 접종안함() ③ 잘 모르겠음() | ① 접종함() ② 접종안함() ③ 잘 모르겠음() | |
| | 13-5-1. 1~2차 생후 12~24개월 | | 13-5-2. 3차 2차접종후 12개월후 | 13-5-3. 4차 만 6세 |
| 13-5 일본뇌염 | ① 접종함() ② 접종안함() ③ 잘 모르겠음() | | ① 접종함() ② 접종안함() ③ 잘 모르겠음() | |
| 13-6 수두 | ① 1회 이상 접종함() ② 접종 한 적 없음() ③ 잘 모르겠음() | | | |
| 13-7 폴리오 | 13-7-1. 1차 생후 2개월 | 13-7-2. 2차 생후 4개월 | 13-7-3. 3차 생후 6개월 | 13-7-4. 추가접종 만4~6세 |
| | ① 접종함() ② 접종안함() ③ 잘 모르겠음() | ① 접종함() ② 접종안함() ③ 잘 모르겠음() | ① 접종함() ② 접종안함() ③ 잘 모르겠음() | ① 접종함() ② 접종안함() ③ 잘 모르겠음() |
| | | | | |

드림스타트 사업의 건강영향평가를 위한 현장 조사

-고학년 아동용-

| 조사지역 | 조사가구 일련번호 | | | 아동번호 | | |
|------|-----------|--|--|------|--|--|
| | | | | | | |

인 사 말 씀

안녕하십니까?

국무총리실에 소속된 저희 한국보건사회연구원은 “드림스타트의 건강영향평가”를 위한 가정방문조사 실행하고자 합니다.

본 조사는 드림스타트를 이용하는 아동의 건강 향상 정도와 희망스타트사업이 아동의 건강에 미치는 영향을 파악하고자 하는데 그 목적이 있습니다.

귀하의 답변은 귀하가 거주하는 지역의 아동과 가족들을 위해 가장 적합한 드림스타트 사업을 구축하기 위한 매우 귀중한 자료가 되오니, 모든 질문에 빠짐없이 솔직하게 응답해 주시기 바랍니다.

응답하신 설문지는 통계 목적으로만 사용되며, 개인정보 사항이나 기재하신 내용은 철저히 비밀이 보장됨을 약속드립니다. 감사합니다.

본 설문은 여론조사 전문기관인 (주)파워리서치에서 실시하고 있습니다.

2008년 10월

주관기관 : 한국보건사회연구원장

조사기관 : (주)파워리서치

(담당 민숙희 연구원 : 02-3443-4287)

| | | | | | |
|--------|--|-------|-------|---|---|
| 아동성명 | | | | | |
| 조사원 성명 | | 조사완료일 | 2008년 | 월 | 일 |

4. 지난 한 달 동안 본인은 다음의 행동을 얼마나 해 보셨습니까? 해당되는 곳에 표시해 주십시오.

| 문항 | 없음 | 1번 | 2번 | 3번 | 4번 | 5번 이상 |
|------------------------------|----|----|----|----|----|-------|
| 4-1. 담배를 피운 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4-2. 술을 마신 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4-3. 남의 돈이나 물건을 슬쩍 훔친 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4-4. 다른 사람을 심하게 때린 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4-5. 남의 돈이나 물건을 뺏은 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4-6. 학교를 이유 없이 맘대로 결석한 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4-7 인터넷 성인사이트를 본 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

5. 지난 한 달 동안 당신의 친한 친구(들)는 다음의 행동을 얼마나 해 보셨습니까? (※ 해당되는 곳에 표시해 주십시오.)

| 문항 | 없음 | 1번 | 2번 | 3번 | 4번 | 5번 이상 |
|-------------------------------------|----|----|----|----|----|-------|
| 5-1. 내 친구들은 담배를 피운 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5-2. 내 친구들은 술을 마신 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5-3. 내 친구들은 남의 돈이나 물건을 슬쩍 훔친 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5-4. 내 친구들은 다른 사람을 심하게 때린 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5-5. 내 친구들은 남의 돈이나 물건을 뺏은 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5-6. 내 친구들은 학교를 이유 없이 맘대로 결석한 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5-7 내 친구들은 인터넷 성인사이트를 본 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

6. 지난 한 해 동안 학교에서 다음과 같은 경험을 당해 본 적이 있습니까?
얼마나 자주 있습니까?

| 문 항 | 없음 | 1번 | 2-3번 | 4번 이상 |
|---|----|----|------|-------|
| 6-1. 다른 아이들이 듣기 싫은 별명을 부르며 나를 놀리거나 조롱한 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ |
| 6-2. 다른 아이들이 나를 고의로 어떤 일에 끼워주지 않거나 따돌리고 무시한 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ |
| 6-3. 다른 아이들이 나에게 대한 나쁜 혹은 잘못된 소문을 퍼트리거나 뒤에서 그 소문을 수군거린 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ |
| 6-4. 다른 아이들로부터 시키는 대로하지 않으면 나를 가만두지 않겠다는 식의 협박이나 위협을 받은 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ |
| 6-5. 다른 아이들이 나에게 겁을 주거나 때려서 돈이나 물건을 빼앗긴 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ |
| 6-6. 다른 아이들이 나를 손이나 주먹으로 때리거나 발로 걷어찬 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ |

7. 다음은 부모님이나 부모님 역할을 하시는 어른에 대한 질문입니다. 다음과 같은 일들이 지난 한 해 동안 얼마나 자주 일어났는지 해당하는 칸에 표시해 주십시오.

| 문항 | 없음 | 1년에 1~2번 | 2-3개월에 1~2번 | 한달에 1~2번 | 일주일에 1~2번 |
|--|----|-------------|----------------|-------------|--------------|
| 7-1. 부모님이 나를 밀쳐서 벽에 머리를 부딪혔다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |
| 7-2. 부모님이 주위의 물건(재떨이, 그릇, 의자 등)을 던져서 내가 맞았다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |
| 7-3. 부모님의 발에 차이거나 깨물리거나 주먹에 맞았다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |
| 7-4. 부모님이 휘두르는 몽둥이나 굵은 막대기, 혁대로 맞았다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |
| 7-5. 부모님이 칼이나 흉기(송곳, 못, 도끼 등)로 나를 찔렀다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |
| 7-6. 내가 수치심과 모욕감을 느낄 정도로 부모님이 꾸짖은 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |
| 7-7. 부모님이 나에게 “너만 없으면 속이 편할 것이다”와 같은 말을 하였다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |
| 7-8. 부모님이 나에게 ‘멍청한 것’, ‘바보자식’과 같은 모욕적인 말을 하였다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |
| 7-9. 학교수업이 끝난 후 내가 집에 늦게 들어와도 우리 부모님은 관심이 없다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |
| 7-10. 부모님이 외출하여 어두워질 때까지 나 혼자 집을 본 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |
| 7-11. 나는 더러운 옷을 입고 지내거나 습기 찬 이부자리에서 잠을 잔 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |
| 7-12. 부모님이 내가 고열이 나거나 아파도 그냥 내버려 둔 적이 있다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |
| 7-13. 부모님은 이유없이 내가 학교에 결석해도 나에게 아무 말 안한다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |
| 7-14. 부모님은 내가 몰래 남의 물건이나 돈을 가져가도 모른 채 한다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |
| 7-15. 부모님은 내가 몰래 PC방이나 오락실에 가는 것을 알면서도 모른 채 한다 | ○ | ① | ② | ③ | ④ |

【부록 4】 포커스 그룹 설문지

드림스타트의 건강영향평가 수행을 위한 포커스그룹 인터뷰

- 일시 및 장소 : 2008년 12월 9일(화) 10:00, 청주 드림스타트센터
- 대상 : 1) 청주 드림스타트센터 직원
2) 청주 드림스타트 대상아동 양육자
- 진행순서

◆ 10:00 <직원 포커스그룹 인터뷰>

| 시간 | 내용 | 비고 |
|-------------|-------------------------|----------------------------|
| 10:00-10:10 | · 인터뷰 목적, 진행순서, 주의사항 소개 | 10분 |
| 10:10-10:25 | · 산전관리 | 각15분 · 12분토의 · 3분 정리 |
| 10:25-10:40 | · 예방접종 | |
| 10:40-10:55 | · 영양 | |
| 10:55-11:10 | · 휴식 | |
| 11:10-11:25 | · 보건의료서비스 접근성 | |
| 11:25-11:40 | · 아동학대 | 20분 |
| 11:40-12:00 | · 종합 정리 | |

◆ 14:00 <대상아동 양육자 포커스그룹 인터뷰>

| 시간 | 내용 | 비고 |
|-------------|-------------------------|----------------------------|
| 14:00-14:10 | · 인터뷰 목적, 진행순서, 주의사항 소개 | 10분 |
| 14:10-14:25 | · 산전관리 | 각15분 · 12분토의 · 3분 정리 |
| 14:25-14:40 | · 예방접종 | |
| 14:40-14:55 | · 영양 | |
| 14:55-15:10 | · 휴식 | |
| 15:10-15:25 | · 보건의료서비스 접근성 | |
| 15:25-15:40 | · 아동학대 | 20분 |
| 15:40-16:00 | · 종합 정리 | |

○ 질문내용

(※ 질문의 형태는 Krueger & Casey(2000)가 제시한 질문방식과 과정을 적용)

◆ 10:00 <직원 포커스그룹 인터뷰>

| 항목 | 구분 | 질문내용 |
|---------|----------|---|
| 1. 산전관리 | ① 도입 질문 | - '산전관리'라는 용어를 들어보신 적이 있습니까? |
| | ② 소개 질문 | - '산전관리'라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming) - '산전관리'에 대한 정의(혹은 범위)를 내리신다면 어떻게 말씀하실 수 있을까요? |
| | ③ 전환 질문 | - 드림스타트 사업 중, '산전관리서비스'에는 어떤 것이 있습니까? |
| | ④ 주요 질문 | - '산전관리서비스'의 효과는 무엇입니까? - '산전관리서비스'의 문제점은 무엇입니까? - '산전관리서비스'를 받아본 대상자의 반응은 어떠합니까? - 효과적인 '산전관리서비스'를 위한 개선방안에는 어떤 것이 있을까요? |
| | ⑤ 마무리 질문 | - 지금까지 말씀해 주신 '산전관리'에 대한 내용을 요약하면 다음과 같습니다. 이외에 제가 빠뜨린 사항이나 혹시 다른 의견이 있으십니까? |
| 2. 예방접종 | ① 도입 질문 | |
| | ② 소개 질문 | - '예방접종'이라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming) - '예방접종'에서 가장 중요한 것(의미)은 무엇이라고 생각하십니까? (예를 들어 적기 예방접종을 등) - '예방접종'에 대한 대상자의 인지도(혹은 시행도)는 어떠합니까? |
| | ③ 전환 질문 | - 드림스타트 사업 중, '예방접종서비스'에는 어떤 것이 있습니까? |

| 항목 | 구분 | 질문내용 |
|-------|----------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - 적기 예방접종을 하지 못한 아동은 얼마나 됩니까? - 대상자는 ‘예방접종수첩’ 혹은 ‘아기수첩’ 등 예방접종 기록 카드를 어느 정도 가지고 있습니까? |
| | ④ 주요 질문 | <ul style="list-style-type: none"> - ‘예방접종서비스’의 효과는 무엇입니까? - ‘예방접종서비스’의 문제점은 무엇입니까? - ‘예방접종서비스’를 받아본 대상자의 반응은 어떠한가요? - 적기에 예방접종을 하지 못하는 주된 원인으로 어떤 것이 있습니까? - 적기 예방접종률을 향상시키기 위한 효과적인 방안에는 어떤 것이 있을까요? |
| | ⑤ 마무리 질문 | <ul style="list-style-type: none"> - 지금까지 말씀해 주신 ‘예방접종’에 대한 내용을 요약하면 다음과 같습니다. 이외에 제가 빠뜨린 사항이나 혹시 다른 의견이 있으십니까? |
| 3. 영양 | ① 도입 질문 | |
| | ② 소개 질문 | <ul style="list-style-type: none"> - ‘영양’라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming) - ‘영양’의 중요성은 무엇이라고 생각하십니까? (‘영양’이 왜 중요하다고 생각하십니까?) - ‘영양’에 대한 정의를 내리신다면 어떻게 말씀하실 수 있을까요? |
| | ③ 전환 질문 | <ul style="list-style-type: none"> - 대상 아동에게 발병되는 질병 중, 특히 ‘영양’과 관련된 질병에는 어떤 것이 주로 많습니까? - 드림스타트 사업 중, ‘영양’ 관련 서비스에는 어떤 것이 있습니까? |
| | ④ 주요 질문 | <ul style="list-style-type: none"> - ‘영양’ 관련 서비스의 효과는 무엇입니까? - ‘영양’ 관련 서비스의 문제점은 무엇입니까? - ‘영양’ 관련 서비스를 받아본 대상자의 반응은 어떠한가요? |

| 항목 | 구분 | 질문내용 |
|-----------------|----------|---|
| | | - 효과적인 '영양' 관련 서비스를 위한 개선방안에는 어떤 것이 있을까요? |
| | ⑤ 마무리 질문 | - 지금까지 말씀해 주신 '영양'에 대한 내용을 요약하면 다음과 같습니다. 이외에 제가 빠뜨린 사항이나 혹시 다른 의견이 있으십니까? |
| 4. 보건의료 서비스 접근성 | ① 도입 질문 | - '보건의료서비스의 접근성'이란 말이 무슨 뜻입니까? |
| | ② 소개 질문 | - '보건의료서비스의 접근성'이라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming) - '보건의료서비스의 접근성'에 대한 정의(중요한 요소)를 내리신다면 어떻게 말씀하실 수 있을까요? |
| | ③ 전환 질문 | - 대상자 중 필요한 보건의료서비스를 받지 못하거나, 늦게 받은 경우가 어느 정도 됩니까? |
| | ④ 주요 질문 | - 대상자들이 '보건의료서비스'를 받지 못하거나, 늦게 받게 되는 주된 원인은 무엇입니까? - '보건의료서비스의 접근성'을 향상시킬 수 있는 개선방안에는 어떤 것이 있을까요? |
| | ⑤ 마무리 질문 | - 지금까지 말씀해 주신 '보건의료서비스의 접근성'에 대한 내용을 요약하면 다음과 같습니다. 이외에 제가 빠뜨린 사항이나 혹시 다른 의견이 있으십니까? |
| 5. 아동학대 | ① 도입 질문 | - '아동학대'라는 용어를 들어보신 적이 있습니까? - '아동학대'로 의심되는 아동을 만난 적이 있습니까? - '아동학대' 가해자를 만난 적이 있습니까? |
| | ② 소개 질문 | - '아동학대'라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming) - '아동학대'에 대한 정의를 내리신다면 어떻게 말씀하실 수 있을까요? |
| | ③ 전환 질문 | - '아동학대'로 의심되는 아동의 특성에는 어떤 점 |

| 항목 | 구분 | 질문내용 |
|----|----------|--|
| | | <p>들이 두드러지게 관찰됩니까?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ‘아동학대’ 가해자의 특성에는 어떤 점들이 두드러지게 관찰됩니까? - 드림스타트 사업 중, ‘아동학대 예방프로그램’에는 어떤 것이 있습니까? (예를 들어 아동학대 감시활동, 신고체계, 방지교육 및 캠페인 등) |
| | ④ 주요 질문 | <ul style="list-style-type: none"> - ‘아동학대 예방프로그램’의 효과는 무엇입니까? - ‘아동학대 예방프로그램’의 문제점은 무엇입니까? - ‘아동학대 예방프로그램’에 참가한 대상자의 반응은 어떠합니까? - 효과적인 ‘아동학대 예방프로그램’을 위한 개선방안에는 어떤 것이 있을까요? |
| | ⑤ 마무리 질문 | <ul style="list-style-type: none"> - 지금까지 말씀해 주신 ‘아동학대’에 대한 내용을 요약하면 다음과 같습니다. 이외에 제가 빠뜨린 사항이나 혹시 다른 의견이 있으십니까? |

◆ 14:00 <대상아동 양육자 포커스그룹 인터뷰>

| 항목 | 구분 | 질문내용 |
|---------|----------|---|
| 1. 산전관리 | ① 도입 질문 | - '산전관리'라는 용어를 들어보신 적이 있습니까? |
| | ② 소개 질문 | - '산전관리'라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming) - '산전관리'에 대한 정의(혹은 범위)를 내리신다면 어떻게 말씀하실 수 있을까요? |
| | ③ 전환 질문 | - 드림스타트 사업 중 '산전관리서비스'를 받아보신 적이 있습니까? - 있다면, '산전관리서비스' 중 어떤 것을 받아 보셨습니까? |
| | ④ 주요 질문 | - '산전관리서비스'를 받아보신 경우, 전반적인 만족도는 어떠합니까? - '산전관리서비스'의 효과는 무엇입니까? - '산전관리서비스'의 문제점은 무엇입니까? - 혹시 '산전관리서비스'를 받지 못한 경우 그 이유는 무엇입니까? - 효과적인 '산전관리서비스'를 위한 개선방안에는 어떤 것이 있을까요? |
| | ⑤ 마무리 질문 | - 지금까지 말씀해 주신 '산전관리'에 대한 내용을 요약하면 다음과 같습니다. 이외에 제가 빠뜨린 사항이나 혹시 다른 의견이 있으십니까? |
| 2. 예방접종 | ① 도입 질문 | |
| | ② 소개 질문 | - '예방접종'이라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming) - '예방접종'을 제대로 한다는 것은 무엇을 의미할까요?(예를 들어 적기 예방접종을 등) |
| | ③ 전환 질문 | - 드림스타트 사업 중 '예방접종서비스'를 받아보신 적이 있습니까? - 자녀의 '예방접종수첩' 혹은 '아기수첩' 등 예방접종 기록 카드를 가지고 있습니까? |
| | ④ 주요 질문 | - '예방접종서비스'를 받아보신 경우, 전반적인 만족 |

| 항목 | 구분 | 질문내용 |
|-------|----------|--|
| | | <p>도는 어떠합니까?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ‘예방접종서비스’의 효과는 무엇입니까? - ‘예방접종서비스’의 문제점은 무엇입니까? - 혹시 적기에 자녀의 예방접종을 시행하지 못하였다면, 그 이유는 무엇입니까 - 적기 예방접종률을 향상시키기 위한 효과적인 방안에는 어떤 것이 있을까요? |
| | ⑤ 마무리 질문 | <ul style="list-style-type: none"> - 지금까지 말씀해 주신 ‘예방접종’에 대한 내용을 요약하면 다음과 같습니다. 이외에 제가 빠뜨린 사항이나 혹시 다른 의견이 있으십니까? |
| 3. 영양 | ① 도입 질문 | |
| | ② 소개 질문 | <ul style="list-style-type: none"> - ‘영양’라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming) - ‘영양’의 중요성은 무엇이라고 생각하십니까? (‘영양’이 왜 중요하다고 생각하십니까?) - ‘영양’에 대한 정의를 내리신다면 어떻게 말씀하실 수 있을까요? |
| | ③ 전환 질문 | <ul style="list-style-type: none"> - 혹시 자녀에게 발병되는 질병 중, 특히 ‘영양’과 관련된 질병이 있습니까? 있다면 어떤 것이 주로 많습니까? - 드림스타트 사업 중 ‘영양 개선’을 위한 도움을 받은 적이 있습니까? - 있다면, 어떤 도움을 받으셨습니까? |
| | ④ 주요 질문 | <ul style="list-style-type: none"> - ‘영양’ 관련 서비스를 받아보신 경우, 전반적인 만족도는 어떠합니까? - ‘영양’ 관련 서비스의 효과는 무엇입니까? - ‘영양’ 관련 서비스의 문제점은 무엇입니까? - 효과적인 ‘영양’ 관련 서비스를 위한 개선방안에는 어떤 것이 있을까요? |
| | ⑤ 마무리 질문 | <ul style="list-style-type: none"> - 지금까지 말씀해 주신 ‘영양’에 대한 내용을 요약하면 다음과 같습니다. 이외에 제가 빠뜨린 사항이나 혹시 다른 의견이 있으 |

| 항목 | 구분 | 질문내용 |
|-----------------|----------|---|
| | | 십니까? |
| 4. 보건의료 서비스 접근성 | ① 도입 질문 | - 지난 1년 동안 보건의료서비스를 받아 보신 적이 있습니까? |
| | ② 소개 질문 | - ‘보건의료서비스의 접근성’이라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming) - ‘보건의료서비스의 접근성’이란 무엇을 의미할까요? (중요한 요소) |
| | ③ 전환 질문 | - 혹시 지난 1년 동안 필요한 ‘보건의료서비스’를 받지 못하거나, 늦게 받은 경우가 있습니까? |
| | ④ 주요 질문 | - 필요한 ‘보건의료서비스’를 받지 못하거나, 늦게 받은 주된 이유는 무엇이었습니까? - ‘보건의료서비스의 접근성’을 향상시킬 수 있는 개선방안에는 어떤 것이 있을까요? |
| | ⑤ 마무리 질문 | - 지금까지 말씀해 주신 ‘보건의료서비스의 접근성’에 대한 내용을 요약하면 다음과 같습니다. … …………… 이외에 제가 빠뜨린 사항이나 혹시 다른 의견이 있으십니까? |
| 5. 아동학대 | ① 도입 질문 | - ‘아동학대’라는 용어를 들어보신 적이 있습니까? |
| | ② 소개 질문 | - ‘아동학대’라는 용어를 들었을 때 떠오르는 생각들을 자유롭게 말씀해 주십시오.(brain storming) - ‘아동학대’에 대한 정의를 내리신다면 어떻게 말씀하실 수 있을까요? |
| | ③ 전환 질문 | - ‘아동학대’로 의심되는 아동의 특성에는 어떤 점들이 두드러지게 관찰됩니까? - ‘아동학대’ 가해자의 특성에는 어떤 점들이 두드러지게 관찰됩니까? - 드림스타트 사업 중, ‘아동학대 예방프로그램’을 받아보신 적이 있습니까? |
| | ④ 주요 질문 | - ‘아동학대 예방프로그램’을 받아보신 경우, 전반적인 만족도는 어떠합니까? - ‘아동학대 예방프로그램’의 효과는 무엇입니까? |

| 항목 | 구분 | 질문내용 |
|----|----------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - '아동학대 예방프로그램'의 문제점은 무엇입니까? - 효과적인 '아동학대 예방프로그램'을 위한 개선방안에는 어떤 것이 있을까요? |
| | ⑤ 마무리 질문 | <ul style="list-style-type: none"> - 지금까지 말씀해 주신 '아동학대'에 대한 내용을 요약하면 다음과 같습니다. 이외에 제가 빠뜨린 사항이나 혹시 다른 의견이 있으십니까? |

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건의사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건의사회연구원 지식관리센터
간행물 담당자 (Tel : 02-380-8234)

도서판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

| 보고서 번호 | 서 명 | 저자 | 가격 |
|------------|--|-----|-------|
| 연구 08-01 | 건강수명의 사회계층간 형평성과 정책과제 | 강은정 | 6,000 |
| 연구 08-02 | 여성 흡연과 음주의 요인 및 정책대안 | 서미경 | 9,000 |
| 연구 08-03 | 공공보건조직의 효율성 분석 및 운영 합리화 방안 | 신호성 | 7,000 |
| 연구 08-04 | 건강한 미래세대를 위한 영양 관련 요인 분석과 정책과제: 모유수유 및 아동·청소년 영양문제를 중심으로 | 김혜련 | 미정 |
| 연구 08-05 | 남북한간 보건의료 교류협력의 효율적 수행체계 구축방안 연구 | 이상영 | 6,000 |
| 연구 08-06 | 저소득층 생계비 지원정책의 개선방안 연구 | 강신욱 | 7,000 |
| 연구 08-07 | 건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태: 의료공급자의 유인 수요와의 연관성 파악 | 허순임 | 미정 |
| 연구 08-08 | 공적연금의 지속 가능성에 관한 연구: 재정적·정치적 지속 가능성 중심으로 | 윤석명 | 미정 |
| 연구 08-09 | 국민연금 기금운용 성과 평가 | 원종욱 | 7,000 |
| 연구 08-10 | 사회통합을 위한 사회적 배제계층 지원방안 연구: 사회적 배제의 역동성 및 다차원성 분석을 중심으로 | 김안나 | 미정 |
| 연구 08-11 | 사회재정지출의 효율성과 형평성 분석 | 최성은 | 6,000 |
| 연구 08-12 | 한국복지모형에 대한 연구: 그 보편성과 특수성 | 노대명 | 미정 |
| 연구 08-13 | 한국인의 행복결정요인과 행복지수에 관한 연구 | 김승권 | 미정 |
| 연구 08-14 | 다문화시대를 대비한 복지정책방안 | 김유경 | 미정 |
| 연구 08-15 | 아동·청소년복지 수요 추계 연구 I | 김미숙 | 미정 |
| 연구 08-16 | 지역복지 활성화를 위한 사회자본형성의 실태와 과제 | 박세경 | 미정 |
| 연구 08-17 | 노년기 사회경제적 불평등의 다차원적 구조분석 | 이소정 | 8,000 |
| 연구 08-18-1 | 2008년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 연구-조건부 수급자를 중심으로 | 이태진 | 미정 |
| 연구 08-18-2 | 국민기초생활보장제도 모니터링 실효성 제고를 위한 기초연구 - 법, 조직, 정보 인프라를 중심으로 | 이현주 | 6,000 |
| 연구 08-18-3 | 2008 빈곤통계연보 | 김대원 | 8,000 |
| 연구 08-18-4 | 의료급여 사례관리 효과분석 II | 신영석 | 미정 |
| 연구 08-18-5 | 의료급여 선택병원제도에 대한 모니터링 및 평가 연구 | 신현웅 | 미정 |
| 연구 08-18-6 | 서구 근로빈곤문제의 현황과 쟁점 | 노대명 | 미정 |
| 연구 08-19-1 | 국민연금기금의 의결권행사 기준개선을 위한 해외사례 연구 | 원종욱 | 미정 |
| 연구 08-19-2 | 한국의 복지 GNP | 홍석표 | 미정 |
| 연구 08-20-1 | 저출산고령사회 기본계획의 추진실태와 효율화 방안 연구 | 오영희 | 미정 |
| 연구 08-20-2 | 저출산고령사회관련 주요 현안 및 대응방안 연구 | 오영희 | 미정 |
| 연구 08-20-3 | 저출산 대응 정책의 효과성 평가에 관한 연구 | 이상식 | 7,000 |
| 연구 08-20-4 | 저출산고령사회에 대응한 여성인적자본의 효율적 활용방안 | 신윤정 | 미정 |
| 연구 08-20-5 | 노인 장기요양보장체계의 현황과 개선방안 | 선우덕 | 미정 |
| 연구 08-20-6 | 농촌지역 고령자의 생활기능 자립을 위한 보건복지 지원체계 모형 개발 | 선우덕 | 5,000 |
| 연구 08-20-7 | 노후생활안정을 위한 인적 및 물적 자산 활용방안 | 김수봉 | 미정 |
| 연구 08-20-8 | 국제적 관점에서 본 고령화에 대한 정책적 대응현황과 과제 | 정경희 | 미정 |

| 보고서 번호 | 서 명 | 저자 | 가격 |
|------------|--|------|--------|
| 연구 08-21-1 | 2008년 한국복지패널 기초분석 보고서 | 김미곤 | 15,000 |
| 연구 08-21-2 | 2007년 한국복지패널 심층분석 보고서 | 여유진 | 9,000 |
| 연구 08-22-1 | 한국의료패널 예비조사 결과 보고서 | 정영호 | 9,000 |
| 연구 08-22-2 | 2008년 한국의료패널 조사 진행 보고서 | 정영호 | 8,000 |
| 연구 08-23-1 | 사회재정사업의 평가 | 유근춘 | 미정 |
| 연구 08-23-2 | 사회재정평가지침-사례와 분류 | 유근춘 | 미정 |
| 연구 08-23-3 | 조세 및 사회보장 부담이 거시경제에 미치는 영향-연립방정식 모형을 이용한 시뮬레이션 분석 | 남상호 | 미정 |
| 연구 08-23-4 | 의료급여 재정모형과 재정지출 전망 | 최성은 | 미정 |
| 연구 08-23-5 | 복지제도의 발전방향 모색-가족부문 투자 | 유근춘 | 미정 |
| 연구 08-23-6 | 정부의 복지재정지출 DB 구축 방안에 관한 연구(2차년도) | 고경환 | 미정 |
| 연구 08-23-7 | 2008 사회예산 분석과 정책과제 | 최성은 | 미정 |
| 연구 08-24-1 | 건강영향평가제도 시행방안 | 최은진 | 미정 |
| 연구 08-24-2 | 드림스타트의 건강영향평가 | 강은정 | 미정 |
| 연구 08-24-3 | KTX의 건강영향평가 -의료이용을 중심으로 | 김진현 | 미정 |
| 연구 08-24-4 | 기후변화에 따른 전염병 감시체계 개선방안 | 신호성 | 미정 |
| 연구 08-24-5 | 국립소록도병원의 만성병 관리체계에 대한 건강영향평가 | 강은정 | 미정 |
| 연구 08-25 | 보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(1년차) | 오영호 | 5,000 |
| 연구 08-26 | 인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영 | 송태민 | 8,000 |
| 연구 08-27-1 | 능동적 복지의 개념정립과 정책과제 | 김승권 | 미정 |
| 연구 08-27-2 | 보건복지재정 적정화 및 정책과제 | 유근춘 | 미정 |
| 연구 08-27-3 | 능동적 복지개념에 부합된 국민건강보험제도의 체계개편 방안 | 신영석 | 6,000 |
| 연구 08-27-4 | 능동적 복지와 사회복지서비스 실천방안 | 김승권 | 미정 |
| 연구 08-27-5 | 능동적 복지 구현을 위한 건강투자 전략 | 최은진 | 미정 |
| 연구 07-01 | 한미 FTA 협상과 의약품 관리제도의 발전적 개선방안 | 박실비아 | 8,000 |
| 연구 07-02 | 보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제 | 오영호 | 9,000 |
| 연구 07-03 | 근거기반의 건강증진사업 추진 활성화 전략 | 최은진 | 7,000 |
| 연구 07-04 | 고령사회에 대비한 국가영양관리 발전전략 모색 | 김혜련 | 10,000 |
| 연구 07-05 | 건강보험 적정 보장성 확보방안 | 허순임 | 8,000 |
| 연구 07-07 | 국민연금운용시스템 및 관리감독체계 개선방안 | 원종욱 | 7,000 |
| 연구 07-08 | 근로빈곤층에 대한 국제비교연구: 실태와 정책을 중심으로 | 노대명 | 6,000 |
| 연구 07-09 | 교육 불평등과 빈곤의 대물림 | 여유진 | 7,000 |
| 연구 07-10 | 사회재정지출 성과관리 및 효과분석 방안 | 최성은 | 8,000 |
| 연구 07-11 | 한국 사회복지정책의 평가와 발전방안(11) - 지방자치단체를 중심으로 - | 김승권 | 12,000 |
| 연구 07-12 | 사회서비스 공급의 역할분담 모형개발과 정책과제 - 국가·시장·비영리민간의 재정분담 및 공급참여 방식 | 강혜규 | 10,000 |
| 연구 07-13 | 한국의 아동빈곤실태와 빈곤아동지원방안 | 김미숙 | 7,000 |
| 연구 07-14 | 복지욕구 다양화에 따른 장애인 복지지표 개발연구 | 변용찬 | 7,000 |

| 보고서 번호 | 서 명 | 저자 | 가격 |
|------------|---|-----|--------|
| 연구 07-15 | 유비쿼터스 기반의 e-Welfare 현황 및 발전방향 연구 | 정영철 | 7,000 |
| 연구 07-16 | 한국의 삶의 질 수준에 관한 연구 | 장영식 | 6,000 |
| 연구 07-17-1 | 2007년 국민기초생활보장제도 점검 평가 - 기초보장 수급자 및 담당자 심층면담을 중심으로 | 이태진 | 13,000 |
| 연구 07-17-2 | 의료급여 사례관리 및 효과분석 | 신영석 | 6,000 |
| 연구 07-17-3 | 2007년 빈곤통계연보 | 김태완 | 8,000 |
| 연구 07-17-4 | 기초생활보장제도 효과성에 관한 연구 | 노대명 | 5,000 |
| 연구 07-17-5 | 미국 Medicaid의 각주별 모니터링 체계 비교 연구 | 신영석 | 7,000 |
| 연구 07-17-6 | 국민기초생활보장제도 자산조사체계 효율화 방안 연구 | 최현수 | 8,000 |
| 연구 07-17-7 | 저소득층 의료육구 측정에 관한 연구 | 신현웅 | 6,000 |
| 연구 07-17-8 | 사회정책의 진단과 동향 | 이태진 | 16,000 |
| 연구 07-18-1 | Social Service Provision System: <i>the Issues of Public-Private Partnership in UK, US and Korea</i> | 강혜규 | 5,000 |
| 연구 07-18-2 | 외국의 민간의료보험 정책 연구 | 홍석표 | 5,000 |
| 연구 07-19-1 | 국제결혼가족의 결혼·출산 행태와 정책방안 | 이삼식 | 6,000 |
| 연구 07-19-2 | 양육 지원 정책의 향후 발전방향: 국제 비교를 중심으로 | 신윤정 | 7,000 |
| 연구 07-19-3 | 2008년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사 실시를 위한 기초연구 | 정경희 | 7,000 |
| 연구 07-19-5 | 노인 장기요양보험제도의 도입에 따른 노인요양시설의 경영전략 개발 연구 | 선우덕 | 9,000 |
| 연구 07-19-6 | 저출산·고령화 대책의 조직 및 평가체계 효율화 방안 | 조남훈 | 9,000 |
| 연구 07-19-7 | 사회교육기관의 저출산고령화대책 교육실태와 활성화 방안연구: 공공교육기관을 중심으로 | 오영희 | 6,000 |
| 연구 07-19-8 | 우리나라 노인의 사회참여 유형 분석 및 정책적 함의 | 이소정 | 6,000 |
| 연구07-19-9 | International Seminar on Low Fertility and Policy Responses in Selected Asian Countries | 강유구 | 7,000 |
| 연구 07-20 | 2006 한국복지패널 심층분석 보고서 | 김미곤 | 7,000 |
| 연구 07-21 | 2007 한국복지패널조사 기초분석 보고서 | 김미곤 | 12,000 |
| 연구 07-22-2 | 정부의 사회복지재정 DB 구축에 관한 연구(일차년도)-세출예산을 중심으로- | 고경환 | 6,000 |
| 연구 07-22-3 | 사회회계행렬을 이용한 건강투자자의 경제성장효과 분석 | 남상호 | 5,000 |
| 연구 07-22-4 | 사회예산분석과 정책과제 | 최성은 | 8,000 |
| 연구 07-22-6 | 바우처 제도의 효과제고를 위한 평가 방안 | 최성은 | 6,000 |
| 연구 07-23 | 2007 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영 | 송태민 | 9,000 |
| 연구 07-24 | 의료이용 및 의료비패널 구축을 위한 1차 예비조사 | 정영호 | 9,000 |