

보건영양사의 역할

발표자 : 이은경 영양사
안양시 만안구보건소

보건의료에서 건강증진사업의 위치

우리사회는 해방직후부터 지금까지 50년 남짓한 세월동안 경제적으로 급격한 발전을 이루었다. 경제적 성장은 국민들의 보다 향상된 삶에 대한 욕구를 가지게 하였고, 특히 건강에 대한 관심은 과거 어느 때보다도 높아졌다.

지역사회 주민의 건강을 책임지는 보건분야에 대한 정의를 보면 '보건은 모든 시민들이 건강과 장수에 대한 그들의 생득권을 깨달을 수 있도록, 조직화된 지역사회 노력을 통하여 질병을 예방하고, 수명을 연장시키며, 건강을 증진시키는 과학이며 예술이다.'라고 한다.¹⁾

국가가 정책적으로 개입하여 국민의 건강 향상을 목적으로 하는 보건의료분야는 국민의 요구도를 반영하여 변화하여 왔다. 1960년대는 절대적 빈곤에서 벗어나고자 경제개발에 박차를 가하던 시기로, 주로 가족계획과 전염병관리를 주요 보건사업으로 실시하였고, 1980년대는 의료보장제도 도입으로 진료서비스 향상에 주력하였다. 1990년대 들어서면서는 만성성인병의 증가와 노인인구의 증가로 지금까지의 보건의료에 대한 새로운 변화가 요구되어졌다. 이러한 시대적 요구에 맞춰서 1995년 '국민건강증진법'이 제정되기에 이르렀고, 이에 따라서 2000년대는 질병예방과 노인인구증가에 따른 보건사업이 전개되어야 할 것이다.

「국민건강증진법」(1995. 1.5 제정)에 준하여 시행되는 「국민건강증진사업」의 기본목표를 살펴보면, '바른 건강의식고취와 행동변화를 유도하여 국민들의 건강생활 실천수준을 향상시키고, 건강위험요인을 조기에 발견·관리하도록 예방서비스의 접근성을 제고하며, 건강하게 생활할 수 있는 보건환경여건을 조성함으로써 궁극적으로 국민의 건강증진을 도모하고 삶의 질을 제고시키도록 함' 이라고 정하고 있다.

국민건강증진사업은 2000년 7월1일부터 시행되는 의약분업과 맞물려 더욱 더 질병예방적인 측면에서 강화되어야 할 분야로 보여진다. 의약분업의 실시로 의료보험수가가 인상되고 있고, 약의 처방과 조제가 분리되어 실질적인 진료비도 증가되어 경제적 측면에서는 국민적 부담이 늘어가고 있는 추세이다. 반면에 약품섭취의 남용을 막고, 보다 질 좋은 약품을 처방받게 되는 잇점도 있을 것이다. 아직은 의약분업의 초기단계로 장점보다는 부작용이 더욱 부각되고 있어 향후 방향을 예측하기는 어려운 시점이다. 하지만 이러한 의약분업의 부작용을 거치면서 국민들 사이에 공유하게된 인식은 병이 발생하기 이전에 예방해야 된다는 것이다.

질병의 발생으로 가장 큰 타격을 입게되는 계층은 저소득층과 노인계층으로 경제적으로 큰 손실을 입게 되기 때문이다. 그러므로 건강증진사업은 빈부간에 차이없이 전체 사회구성원의 건전한 건강향상을 위해서도 실시되어야 한다. 특히 IMF이후 더욱 더 벌어진 빈부간의 격차가 건강의 차별화를 낳지 않도록 정부의 세심한 정책수행이 요구되어진다.

건강증진사업에서 영양개선사업의 중요성

우리나라 보건분야에서 영양에 대한 관심이 높아지기 시작한 때는 1995년 「국민건강증진법」이 제정되면서 부터이다. 1978년 WHO에서는 알마아타에서 일차보건의료체계를 통하여 전인류의 건강목표를 달성할 것을 주장하면서 그 기본적인 8가지 요소중의 하나로 영양 및 식품위생의 향상을 꼽고 있다.⁶⁾ 구미각국에서는 영양개선을 사회적 책임으로 인식하고 국가가 국민영양정책을 세워 주민의 영양개선사업에 관여하도록 촉구하고 있다.

건강증진사업의 추진전략은 각 국가별로 차이를 보이고 있지만 영양부문을 중요한 분야로 인식하고 있다. 미국에서는 1979년 미보건성에서 Healthy People 이라는 새로운 국민적 건강정책을 내세워 국가보건사업의 중심으로 하여 첫째, 예방가능한 사망과 불구의 감소로 건강한 삶의 연장과 삶의 질 향상, 둘째, 한 사회를 살아가는 사람들간의 건강에 관련된 불평 등 완화, 셋째, 모든 국민의 예방보건서비스에 대한 접근 방법을 들고 있다. 최근에 2010년을 목표로 두고 추진되고 있는 'Healthy People 2010'에서는 목적을 '미국 내 모든 사람들의 건강증진과 식이요인과 관련된 만성질환 위험, 질환의 진행, 쇠약, 조기사망을 감소시키는 것'에 두고 28개 영역으로 구분하여 각 영역별로 세부목표를 정하고 있다. 그 중 영양영역도 20개의 세부목표를 현재 미국에서의 영양문제를 고려하여 정하였다.⁴⁾

일본의 경우 1978년부터 본격적으로 '건강 가꾸기 운동'을 전개하여 국민 각자가 자기 건강은 스스로 지킨다는 자각을 이념으로 영양, 운동, 휴식의 세가지를 건강증진의 기본 요소로 하여 사업과제를 설정하고 있다.⁵⁾

이렇듯 영양이 국민건강에 미치는 영향이 중요하므로 우리나라에서도 뒤늦은 감이 있지만 국민건강증진법에 다음과 같이 포함시키고 있다. 국민건강증진법의 제2장 국민건강 관리에서 제15조(영양개선)와 제16조(국민영양조사 등)이 명시됨으로써 국민보건에서 영양이 중요함을 법으로 명시하고 있다.

제1장 제2조(정의)에서 보면

1. "국민건강증진사업"이라 함은 보건교육, 질병예방, **영양개선** 및 건강생활의 실천등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업을 말한다
3. "**영양개선**"이라 함은 개인 또는 집단이 균형된 식생활을 통하여 건강을 개선시키는 것을 말한다.

하여 영양개선이 국민건강증진사업의 중요한 요소로 명시되어 있다.

「국민건강증진사업 편람」에 따른 건강증진사업의 우선순위를 보면 '국민들의 건강의식 및 행동개선을 위한 교육·홍보활동을 최우선에 두고 추진한다'라고 명시하고 있다.²⁾ 영양개선사업은 주민의 잘못된 식습관 교정을 위한 교육·홍보활동에 주안점을 두고 있다는 점에서 우선적으로 추진되어야 할 사업이다.

건강증진사업을 진행함에 있어서 어떤 면을 중점적으로 개선시키기 위해서 노력할 것인지를 평가할 수 있는 지표를 1981년 WHO에서 발간한 "보건프로그램의 평가"라는 자료에서 제시하고 있다. 미국에서도 1991년 국가수준의 보건목표를 내세우고 그것을 지역사회에서 달성하기 위한 마련한 지침 중 '영양에 관한 건강증진의 평가지표'는 다음과 같다.(표 1)

표 1. 영양에 관한 건강증진의 평가지표

건강상태	위험요인의 감소	서비스와 보호	지역감시
<ul style="list-style-type: none"> 영양장애의 비율 관상동맥질환 사망률 영양에 관계된 암으로 사망 과체중자 비율 저체중 신생아 발생률 임신시 정상체중 증가자 비율 성장지연 비율 	<ul style="list-style-type: none"> 섭취칼로리 중 포화지방 비율 과일,야채,곡류의 1일 섭취횟수 적당한 식사와 규칙적 운동을 조합한 사람의 비율 칼슘이 풍부한 식품을 1일 2-3회 섭취한 사람의 비율 저염식품을 구입한 사람의 비율 철결핍성빈혈의 유병률 모유양육자의 비율 우유병으로 생기는 충치의 예방을 실시하고 있는 자의 비율 식품표시의 이용률 	<ul style="list-style-type: none"> 문서화된 실시계획 영양교육프로그램의 유무 영양서비스를 받은 위험군 비율 포화지방의 식품이 적은 식품의 수 영양정보를 제공한 식품점 비율 저지방, 저칼로리 표시가 있는 식당의 비율 영양교육을 받은 식품서비스업 관리자의 비율 식사배달서비스를 받고 있는 노인의 수 영양교육을 행한 학교의 비율 영양교육, 체중관리교육을 행하는 직장의 비율 영양지도등을 받은자의 수 환자에 대한 영양서비스의 유무 지역에의 모유양육교육 프로그램의 유무 모유양육추진에 적합한 병원의 방침의 유무 	<ul style="list-style-type: none"> 영양모니터 제도의 유무

자료 : 이주열. 지역사회 건강증진사업 기획 및 평가. 건강증진연구사업 실무자 교육·훈련 교재:13~41, 2000.

일본에서는 1997년 3월 「21세기의 바람직한 영양·식생활 검토토론회」를 개최하여 건강·영양교육의 충실화와 강화를 하기 위하여 다음과 같은 제언을 하였다.(표 2)

표 2. 「일본의 21세기의 바람직한 식생활 검토토론회」 보고서 제언

구 분	21세기의 바람직한 영양·식생활의 방향
영양·식생활의 목표설정	<ul style="list-style-type: none"> • 일본판 Healthy People 책정 • 국민영양조사의 충실강화 • 영양권장량 등 기초연구의 충실
다양한 요구에 대응한 지원체제의 확립	<ul style="list-style-type: none"> • 식환경의 정비 • 정보의 정비 • 건강·영양교육 관련 인재의 육성과 배치 • 개인의 바람직한 대응을 지원하기 위한 프로그램 개발
영양정책의 연계 충실화	<ul style="list-style-type: none"> • 보건·의료·복지의 연계 • 관계부처의 연계 • 행정과 연구기관의 연대 • 행정, 매스컴, 식품산업과의 연계 • 국제화에 대응한 연계

자료: 김혜련, 박혜련. 보건소 영양사업의 현황과 정책과제. 한국보건사회연구원, 1997.

우리나라의 경우 시범보건영양사업이 지난 93년부터 일부 보건소에서 이루어 졌지만, 우리나라에서 건강증진사업이 일선 보건소에서 이루어진지 2~3년 정도 밖에 되지 않았기에 영양업무에 대한 인식과 방향도 아직 명확히 자리 잡지 못하고 있는 실정이다. 영양관련사업이 가시적이지 못하고 효과가 단기간에 나타나지 않기 때문에 정책 결정자에게 큰 영향력을 미치지 못하는 점이 건강증진사업에서 영양분야를 발전시키는데 큰 장애요인이 되고 있다.

1992년 UNICEF가 세계 각국의 영양감시활동을 바탕으로 문제점을 제시한 바에 따르면 다음과 같은 결론을 보여주고 있다.(UNICEF, 1992)

- 일반적으로 정책결정에 미치는 영향력의 부족
- 원인의 다원성과 그에 따른 해결책의 복잡성
- 주요 정책결정자들 사이의 영양에 관한 낮은 인지도 내지는 소극적 관심
- 영양관련 문제의 본질에 관한 낮은 이해도
- 영양관련 문제의 원인에 관한 합의가 낮은 점
- 주요 정책 결정과정과 자원의 배정에 있어서 영양이 제외되는 점
- 영양현황을 분석하는 능력의 부족, 단순한 통계자료보다는 개념의 연관성에 입각한 접근의 부족
- 정책결정자들과의 낮은 의사소통 문제

만성퇴행성질환을 예방하고 적당한 체중을 유지하여 건강하게 살기 위해서는 균형된 식생활을 통한 올바른 영양섭취가 무엇보다도 중요하다 하는 것에는 모든 사람들이 공감을 하지만, 지역주민의 잘못된 식습관을 알아내고 식행동을 바로잡기 위한 사업을 전개해야 한다는 데는 정책결정자들에게 설득력이 약하다. 특히 우리나라 같이 이제껏 치료적 측면에서 보건사업을 전개해 계량적으로 그 결과가 가시화되는 사업을 추진해 왔던 정책결정자들에게는 질병예방적 측면의 영양개선사업은 더욱 그러할 것이다.

여기에서 우리는 이러한 사회·정책적 상황들을 직시하여서, 영양개선사업이 이루어져야 된다는 당위성만을 강조하는 정책제안이 아닌, 다른 분야와의 연계성을 찾아내어 협력관계 구축을 통한 국민건강향상에 한 축을 형성하는 분야임을 내세울 수 있어야 할 것이다.

보건영양사의 자질

국제노동기구(ILO)의 정의에 따르면 보건영양사를 다음과 같이 규정하고 있다. 「지역사회에서 영양 또는 식사에 관한 각종 요소를 평가하여 건강향상을 위한 각종 영양수단을 계획하고 실행하는 역할을 수행하고, 지역사회의 영양상태를 조사·진단하고, 지역의 건강계획에 참여하며, 영양교육·건강계획을 위해 영양문제를 지도하고 영양회복을 위해 일을 하는 자」라고 제시하고 있다.⁵⁾ 이러한 광범위한 보건영양사 업무에 대한 정의는 이제 걸음마 수준의 영양개선사업을 하고 있는 우리나라 보건영양사들에게는 여간 부담스러운 정의가 아닐 수 없다. 지역주민의 건강을 향상시킨다는 광범위한 목표는 너무나 멀리 있어서 도달할 수 없는 섬처럼 생각될 수도 있다.

보건영양사는 교육적 수준, 소득수준, 건강수준이 다른 여러종류의 사람들의 영양상태를 증진시키는 책임을 가지고 있다. 예를 들면 이유기의 영아를 둔 어머니, 독거노인, 고지혈증을 가진 중산층 성인, 빈혈을 가진 청소년, 장애자 등 그 대상이 매우 다양하다. 그러므로 이러한 대상자들이 건강향상을 하기위해 어떻게 좋은 식품을 선택할 수 있는가에 대한 늘 새로운 시각을 가지기 위해서 관련서적을 공부하고 인터넷 정보 검색에 대한 새로운 기술도 습득하여야 한다.

Kaufman 이란 학자는 「보건영양사의 눈은 별을 보고 그들의 발은 땅을 딛어야 한다」고 표현하였다,⁷⁾ 추구해야 할 목표는 이상적이어야 하지만 현실적인 방법들을 찾아내서 영양사업을 수행하는 것이 보건영양사가 걸어야 하는 길이라는 것이다. 다른 직종의 영양사들보다는 보다 이상적수준의 목표와 이를 추구하고자 하는 강렬한 열망을 가슴에 품은 사람만이 보건영양사를 길을 지속적으로 걸어갈 수 있을 것이다.

보건영양사에게 필요한 능력

모든 영양사들은 정상인에 대한 영양, 임상영양에 대한 지식과 식행동을 변화시킬수 있도록 하는데 전문성을 가져야 한다. 그 중에서 보건영양사는 지역사회 주민의 필요를 알고 사업에 반영하기 위해서 정책입안, 행정, 통계, 역학등에 대한 지식을 갖고 있어야 한다. 미국영양사협회에서는 보건영양사들이 자신의 지식과 능력을 평가할 수 있도록 자가진단평가지를 개발하였다. 여기에 포함된 5가지 중요분야는 ① 영양과 영양실무 ② 의사소통 ③ 보건과학과 응용 ④ 경영 ⑤ 정책입법에 대한 옹호가 포함된다.

지난 1997년 김혜련 등이 시범영양사업지역의 영양사 22명을 대상으로 자가진단평가지로 평가한 결과를 점수화하여 1위부터 33위까지 나누어 어느 분야에 가장 점수가 많은지를 비교하여 보았다.⁵⁾ 각 분야별로 가장 잘한다고 평가하는 부분(10위 이내)과 가장 부족하다고 평가한 부분(20위 이하)을 나누어 정리하여 보았다.(표 3)

미국영양사회에서 정한 5가지 영역중 경영과 정책입법에 관한 영역을 제외한 세가지 영역에서 자신의 능력을 평가한 결과였다. 표 3 에서 보듯이 「영양과 영양실무」분야가 가장 자신있는 분야로, 「공중보건과학과 응용」분야가 가장 부족한 분야로 평가하였다.

이러한 결과는 「의사소통」과 「공중보건과학과 응용」분야는 식품영양학과에서 거의 전공과목으로 다루지 않는 분야이고, 이에 대한 정보나 교육을 받을 기회를 제공받지 못했기

때문인 것으로 보여진다.

표 3. 보건영양사 자가진단평가지 결과 점수별 구분

분 야	잘한다고 평가하는 분야	부족하다고 평가하는 분야
영양과 영양실무분야	<ul style="list-style-type: none"> • 생의 주기를 통한 영양원리와 응용에 관한 지식 • 영양판정에 관한 지식과 기술 <ul style="list-style-type: none"> - 신체계측 진단 - 식이조사 • 영양판정 자료를 해석하고 이용하는 기술 - 개인대상 	<ul style="list-style-type: none"> • 행동변화에 영향을 주는 기술에 관한 지식 • 영양판정에 관한 지식과 기술 <ul style="list-style-type: none"> - 생화학적 진단 - 임상적 조사 - 사회경제적 조사
의사소통분야	<ul style="list-style-type: none"> • 과학적인 정보를 다른 수준의 청중들에게 언어나 글로 의사소통시킬 수 있는 상담과 교육기술 • 매체를 이용할 수 있는 기술 <ul style="list-style-type: none"> - 인쇄물(신문, 잡지, 소식지) 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강 및 영양프로그램에 장래의 수혜자인 주민들의 참여를 증진시킬 수 있는 방법에 관한 지식 • 각종 위원회, 자문기과, 실무협의회 등의 일원으로 활발히 참여할 수 있는 능력 • 지역사회 건강과 영양문제를 진단, 보고할 때 역학적인 접근을 할 수 있는 지식과 이해
공중보건과학과 응용분야	<ul style="list-style-type: none"> • 업무의 조직화와 우선순위 결정 • 영양서비스를 보건소의 전반적인 목표와 계획에 부합시키는 기술 	<ul style="list-style-type: none"> • 통계적 분석과 추론 • 연구계획과 방법에 관한 지식 • 지역사회의 건강 및 영양에 관한 요구를 진단할 능력 • 지역사회 진단자료의 보건소 영양서비스프로그램으로 변화시킬 수 있는 능력 <ul style="list-style-type: none"> - 측정가능한 목표의 개발 - 평가방법의 개발 • 계량화할 수 있는 보건지표산출 및 영양관리 표준화를 포함한 질적인 관리방법에 관한 지식

자료: 김혜련, 박혜련. 보건소 영양사업의 현황과 정책과제. 한국보건사회연구원, 1997.

미국의 경우 보건영양사들은 대부분 보건영양학이나 보건분야의 석사 이상의 소지자로서 영양학은 물론 보건분야 전반에 관한 지식과 능력을 키울 수 있는 기본 여건이 마련되었기 때문에 이러한 여러항목의 자기평가가 가능하였을 것이다.

우리나라는 미국이나 일본과 달리 영양개선사업을 위해 필요한 자격을 갖춘 영양사가 보건소에 배치되어서 사업을 시작하지 못하고, 93년부터 시범영양사업 보건소를 정하여 자원봉

사에서 시작하였기에, 일용직으로 영양개선사업을 실시하여 신분의 불안정성으로 보건영양에 대한 확실한 신념으로 업무를 추진하기에는 어려운 점이 있었다. 1995년 국민건강증진법이 제정된 이후에 각 보건소에서 영양업무를 실시해야 하는 법적 근거가 마련되었으나, 국민건강증진법 시행령 22조(영양조사원 및 영양지도원) 자격에 자격요건이 의사·영양사 또는 간호사의 자격을 가진자로 명시되어 있어 영양업무를 맡기기 위하여 영양개선사업에 적합한 인력을 새로 채용하기는 어려운 면이 있다. 현재 보건소에서 영양개선사업을 담당하고 있는 영양사는 총 43개 보건소에 45명이 있으며 직급별 현황은 표 4와 같다.

표 4. 보건소 영양개선사업 담당 영양사 직급현황

	보건직	식품위생	계약직	기능직	상용직	일용직	계
인원	17	2	3	3	8	12	45

자료: 대한영양사회 2000년 7월 현재 파악자료

많은 보건소에서 영양사를 신규채용하지 않고 보건직중에 영양사 면허증이 있는 공무원이나 간호사가 영양업무를 맡아서 하기 때문에 시범영양사업지역의 영양사보다도 영양개선사업에 대한 애정과 추진의지가 부족하다. 더구나 보건직이나 간호직중 이 업무를 담당한 공무원은 언제든지 발령이 나면 다른 업무를 볼 수 있기 때문에 전문성이 요구되는 영양개선사업분야에는 적합하지 않은 인력배치이다.

시범영양사업지역의 영양사들은 대부분 일용, 상용 또는 기능직으로 영양과 보건분야에 걸친 다양한 능력이 필요한 영양개선사업을 총괄적으로 이끌어 나가라고 요구하기에는 주어진 직급에 비해 업무량과 부담이 너무 과중하다.

따라서 시범영양사업지역의 영양사들이나 보건직 영양사들에게 위에서 언급한 보건영양사의 모든 능력을 요구할 수는 없다. 단지 이들 영양사들에게 필요한 것은 본인이 잘 할 수 있다고 평가하는 영양사 실무분야의 최신정보와 기술들을 습득할 수 있는 있도록 교육기회를 제공하고, 지금까지 대한영양사회나 보건복지부에서 발간한 자료를 이용하여 영양개선사업을 수행하고 결과를 평가할 수 있도록 지도하는 것이 필요할 것이다.

국민건강증진사업 수행에서 보건영양사의 역할

1995년부터 국민건강증진기금의 사용처가 법적으로 규정되면서 적지 않은 예산이 시범보건소 운영과 보건인력 교육과 연구사업에 투자되고 있어 보건소의 업무 전환을 할 수 있는 계기를 만들고자 하고 있다. 하지만 보건소의 실무선에서 본다면 국민건강증진사업의 방향이 어디인지를 올바르게 가늠할 수가 없다. 아직까지도 지역주민이나 정책결정기관(중앙부처, 도청, 시청, 군청)에서 바라보는 대부분의 보건소는 60년, 70년대의 가족계획과 급성전염병관리와 값싼 진료를 받을 수 있는 곳 정도로 여겨지고 있어, 주민의 건강을 향상시키기 위한 프로그램을 개발하고 운영하는 전문기관으로서 인정받지 못하고 있다. 건강증진사업을 실시하고 있다고는 하지만 영양, 운동, 보건교육 담당자들이 거의 비전문가로 이루어져 있고, 그나마 보건복지부에서 기존의 인력을 교육시킨다고는 하지만, 교육받은 담당자가 그 업무를 계속하지는 못하는 경우가 많다. 지침서에 의거하여 시행될 수 있는 사업과 보다 전문적인 지식이 요구되는 사업을 구분하여서 보건소 인력을 재정비하려는 노력이 없이는 지역주민의 건강을 향상시켜 의료비 절감을 시킨다는 건강증진사업의 취지가 달성될 수 있을지는

의문스럽다.

보건영양사가 보건소에서 영양개선사업을 하는 담당자로서 올바른 자리매김을 하기 위해서는 이 업무에 적합한 영양사가 배치되는 것을 물론이려니와 실무선에서 지향해야 하는 목표가 분명해야겠다. 영양정책개발을 할 수 있는 능력을 배양한 전문가들이 중앙부처나 지방자치단체의 정책결정자들에게 실효성 있는 제안을 하여 자문가나 영양전담인력으로 배치되어야 할 것이 요구된다.

현재 각 보건소에서 추진하고 있는 영양개선사업의 종류를 나열하라고 한다면 불과 10년전만해도 보건소에서 전혀 하지 않았던 여러 가지 새로운 사업들이 많다. 하지만 대부분의 사업이 시행 초기에 예산을 적게 사용하고 노력을 들여서 할 수 있는 사업 위주로 일본의 보건영양사업 중 많은 부분을 차용하였기 때문에 이 사업을 왜 하여야 하는가에 대한 기본 철학과 장기적인 목표가 담겨져 있지는 않으므로 이 부분에 대한 학술적 고찰도 요구된다.

보건복지부의 건강증진과에서 영양업무를 담당하고는 있지만, 미국이나 일본처럼 장기적인 목표나 평가지표를 만들기에 담당자가 영양전문가가 아니고 인식도 미약하여 기대하기는 어렵다. 단지 건강증진기금으로 다각적으로 이루어지는 자료개발이나 연구사업을 통하여 보건영양정책과 사업의 방향을 제시할 수 있을 것이다. 현재 보건영양 영역은 국민건강증진법 제정에 힘입어 도약할 수 있는 좋은 기회를 맞았다. 이 시기에 영양개선 사업을 좀 더 발전되고 창의적인 방향으로 개발한다면, 건강증진사업 중 영양개선사업을 확실히 자리매김할 수 있을 것이다. 그 방향에 대해 몇가지 제안해 보고자한다.

첫째, 식품보조프로그램의 도입으로 영양적 위험집단의 건강증진을 도모한다.

- 보건소나 병의원에서 행해진 건강검진으로 영양결핍으로 판정된 임산부나 영유아, 장애아들에게 그들에게 맞는 식품섭취방법을 교육하고 보조 식품들을 제공한다.

• 제한점 - 많은 재원을 필요로 하며 대상자 선정에도 어려움이 있을 수 있으나 외부 도움이 없이는 영양개선이 불가능한 대상에게는 꼭 필요한 사업이 될 것이다.

둘째, 시,군,구에서 위탁하거나 운영하는 시설중 영양사가 없는 집단급식시설에 대한 간접급식관리로 급식의 질을 높인다.

- 제공되는 메뉴, 구매식품의 형태, 급식시 위생등이 급식대상자에게 적합한지는 정기적으로 파악하여 개선방향을 제시하고 부족한 부분을 교육한다.

• 제한점 - 현재 영양지도원의 업무중 하나로 '집단급식소에 대한 급식업무 지도'라고 명시되어 있지만 강제성이 없고 어떻게 지도하라는 것인지가 불분명하므로, 권한과 업무에 대한 구체적인 법적 제시가 요구된다.

셋째, 영양교육 및 대민행사의 시행으로 잘못된 식행동을 바로 잡을 수 있도록 행동변화를 이끌어 낼 수 있는 교육방법을 일선영양사들에게 교육시킨다.

- 기존의 강의식 교육이나 식단전시회를 통해서 참여한 지역주민에게 강한 동기의식을 불어넣을 수 있는 교육자의 능숙한 교육기술이 요구된다.

보건영양사는 지역사회 주민에 대한 애정과 끊임없이 그들의 영양적 상태를 개선시키려는 노력을 하는 자세를 잊지 말아야 할 것이다. 또한 변화하는 지역주민의 필요와 요구를 맞춰 진행하는 모든 프로그램에 대한 평가를 다음에 반영하여 지속적인 개선을 하여야 할 것이다.

Kaufman은 보건영양사는 이런 질문을 스스로에게 하여야 한다고 제시하였다.⁷⁾

“우리는 이런 요구에 대해 무엇을 할 수 있을 것인가? 우리는 그것에 대해 무엇을 해야만 하는가?”

참고문헌

1. 이주열. 지역사회 건강증진사업 기획 및 평가.
건강증진연구사업 실무자 교육·훈련교재:13~41, 2000.
2. 보건복지부. 보건소 영양개선사업 편람. 1999.
3. 보건복지부. 국민건강증진사업 편람. 2000.
4. 이행신. 미국의 Healthy People 2010. 국민영양 219(6):20~22, 2000.
5. 김혜련, 박혜련. 보건소 영양사업의 현황과 정책과제. 한국보건사회연구원, 1997
6. 이규식. 지방자치제의 보건사업전략. 보건행정교육교재, 2000.
7. Mildred Kaufman. Nutrition in Public Health. Aspen, 1990.
8. Marie A.Boyle & Diane H. Morris. Community Nutrition In Action.
West/Wadsworth,1999.