

The present and future of community nutrition in Korea

윤진숙

계명대학교 식품영양학과

머리말

식생활과 밀접한 관련이 있는 질환들이 현대인의 주요 사망원인으로 차지하는 비중이 늘어남에 따라 장차 건강증진과 질병예방이 보건의료의 핵심적 개념과 방법으로 자리 잡게 될 전망이다. 세계보건기구에서는 지역사회주민의 건강증진을 위하여 보건교육과 영양부문의 사업을 가장 우선적으로 추천하였으며, 미국, 일본을 비롯한 여러 선진국에서는 복지정책의 일환으로 지역사회에서의 영양사업을 주요사업으로 시행하고 있다. 복지사회가 추구하는 삶의 질 향상의 핵심은 바로 지역사회 주민의 건강을 최적의 상태로 증진시키는 것이며, 이러한 목표에 도달하기 위한 중요한 수단은 지역주민의 영양상태 개선이기 때문이다.

우리나라는 1995년 국민건강 증진법이 제정되고 보건정책의 방향이 치료중심에서 만성질환의 예방, 건강증진으로 전환된 지 10년이 경과되었다. 최근에 이르러 2010 국민건강증진종합계획이 마련되고 보건사업의 미래지향적 전략으로서의 건강증진에 대해 논의가 활발해지기 시작하였으나 목표달성을 위한 구체적인 전략은 아직 체계적으로 실행되지 못하였고, 건강증진을 위한 주요사업인 영양개선사업도 당위성은 공감하고 있지만 제도적인 지원책 마련은 미흡한 편이다.

지역사회 영양이란 끊임없이 변화하는 사회여건 속에서 지역주민의 영양실태를 파악하고 영양상태에 영향을 주는 요인을 찾아내며 주어진 환경 속에서 가장 영양적으로 취약하다고 판단되는 고위험군을 파악하여 이들의 영양상태 개선을 위한 정책의 우선순위를 정하여 주어진 예산 안에서 영양개선사업을 집행하고 평가하는 일련의 과정을 말한다. 즉, 지역사회영양학은 지역주민의 영양개선에 도달하기 위한 일련의 영양활동- 계획, 실천, 평가-에 필요한 지식과 기술을 연구하는 실천적 학문이다. 지역사회영양활동으로는 영양사업, 영양 감시, 급식제공과 영양교육 등이 포함되며 활동의 과정은 지역사회진단, 사업의 우선순위 결정, 목표 설정, 목표 달성을 위한 방법의 선택, 집행 및 평가를 통해 이루어지게 된다.

이러한 측면에서 지역사회영양 분야의 연구와 활동은 지역사회 환경변화와 더불어 지난 10년 간 과연 어떤 성과가 있었는지 되돌아봄으로써 취약한 부분을 보완하고 지역사회영양활동의 방향을 구체화하기 위한 준비를 해야 할 것이다. 아울러 건강증진활동에서 요구하는 영양분야의 역할과 지역사회영양활동의 활성화를 위한 협조체제 구축, 지역의 양극화된 영양문제 개선을 위해 나아가야 할 방향을 제시하여 보고자 한다.

1. 지역사회 환경의 변화

국민의 영양상태는 환경의 변화에 따라 끊임없이 변화해 나간다. 과거에 비추어 현재 나타나고 있는 문제를 분석하는 것은 곧 미래에 당면할 문제에 대한 준비과정이므로 지난 10년 간의 변화 추세를 정리해보면 다음과 같다.

1) 인구 구성의 변화

지난 10년 간 나타난 우리나라 인구구성 변화를 요약한다면 65세 이상의 노인인구가 꾸

준히 증가하고 있으며 반면에 출산율은 최근에 이르러 세계 어느 나라보다도 급격히 낮아지는 경향을 보이고 있다는 점이다. 이러한 저출산은 앞으로 유 소년 인구의 감소로 연결되어 인구의 노령화, 국가 노동력 및 경쟁력의 약화를 가져올 것으로 우려되고 있다. 현재와 같은 추세가 지속된다면 노인인구 증가에 따른 만성성인병의 증가는 더욱 심화될 것이므로 노인 질병 예방을 위한 영양프로그램의 개발과 활동 능력이 없는 노인 및 독거 노인의 영양결핍을 최소화하기 위한 영양정책에 대한 요구는 증가할 것으로 보인다.

2) 생활습관과 질병패턴의 변화

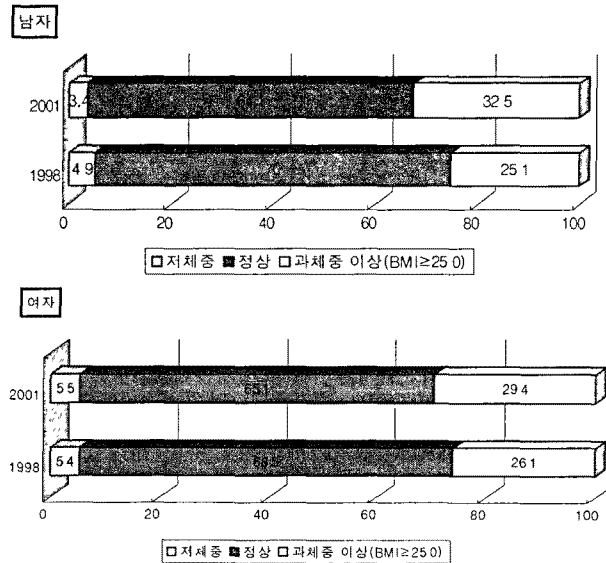
지난 10년간 만성질환의 발생 패턴에는 큰 변화가 없었지만 일상적 활동량의 감소와 만성질환의 증가는 지속적으로 나타났다. 교정을 위한 적극적인 노력이 없이는 더욱 가속화될 것으로 보인다.

3) 모유수유율의 변화

우리나라 6개월 이내의 영아 모유 수유율은 1991년 44.4%이었으나 2001년에는 11.4%에 불과한 것으로 나타나고 있다. 이러한 모유수유의 급격한 감소는 미국의 경우 강력한 모유 권장 정책에 힘입어 1990년대 들어서면서부터 모유 수유율이 증가한 것과는 정반대의 현상이므로 앞으로 모유수유율을 회복시키려면 적극적인 영양개선 활동이 필요할 것이다.

4) 비만율의 변화

우리 국민의 비만 발생률은 지속적으로 늘어나고 있다. 국민건강영양조사에 의하면 남자의 경우 1998년 조사에서 25.1% 가 비만으로 분류되었으나 2001년에는 32.5%로 증가하였으며, 여자의 경우 1998년에는 26.1% 이었으나 2001년 조사에서는 29.4%이었다. 건강체중을 유지하는 인구비율은 남자의 경우 1998년에는 70%이었으나 2001년에는 64.1%이었으며, 여자의 경우 1998년에는 68.5%이었으나 2001년 65.1%로 감소하는 추세이다(그림 1 참조).



자료 1998년도 국민건강영양조사 보건복지부, 1999, 2001년도 국민건강영양조사 보건복지부, 2002

그림 1 20세 이상 성인의 성별 비만 추이(BMI≥25.0)

2. 한국인 영양상태

1) 영양섭취 현황

두 차례(1998년과 2001년)에 걸친 국민건강영양조사에서 나타난 한국인 영양섭취 현황을 요약하면 다음과 같다.

근골격계질환의 발생과 밀접한 관련이 있는 칼슘은 여전히 우리 국민에서 가장 섭취부족이 우려되는 영양소로 나타났다.

성별 비교에서는 비타민 C를 제외한 모든 영양소 섭취량이 여자가 낮았으며 연령층별로 비교하면 65세 이상 노인에서 가장 낮았다. 칼슘, 철, 비타민 A, 리보플라빈의 섭취량이 영양권장량 대비 75% 미만인 경우를 “영양소 섭취부족”으로 분류하였을 때 이에 해당되는 사람들의 분포가 전국적으로 16.7%(남자 12.9%, 여자 20.1%)인 것으로 조사되었다.

지역별 비교에서는 도시지역에 비해 읍·면 지역에서 영양섭취부족이 더 높게 나타났다.

연령별로는 65세 이상 노인에서 섭취부족에 해당되는 대상자비율이 26.7%로 제일 높았으며, 전체적으로 여자에서 섭취부족으로 평가된 비율이 높았다.

소득수준에 따라 영양소 섭취수준을 비교하면, 모든 영양소에서 저소득가구의 영양소 섭취수준이 다른 계층에 비해 낮았으며 특히 칼슘과 리보플라빈의 섭취가 매우 부족하였다. 소득계층 간의 영양소 섭취량을 비교하였을 때 1998년에 비해 2001년에 저소득층에서 에너지 섭취량이 감소와 더불어 영양소 섭취량의 격차가 커졌으며 나트륨 섭취의 증가도 나타나고 있었다. 특히 3-6세 아동의 영양소 섭취량은 소득수준의 영향을 가장 많이 받았다.

에너지 섭취량이 권장량의 125% 이상이면 지방으로부터의 에너지 섭취비율이 30% 이상인 경우를 “에너지/지방 섭취 과잉”으로 분류하였을 때 이에 해당되는 사람은 전국적으로 4.1%(남자 4.9%, 여자 3.5%)이었으며 지역별로는 도시지역이 읍·면 지역에 비해 영양과잉 섭취자의 비율이 높았고, 나이가 어릴수록 섭취과잉에 해당되는 비율이 높았다. 한편 과다섭취가 우려되는 대표적인 영양소인 나트륨은 1일 평균 4,903.4 mg을 섭취하고 있었으며 30-49세 남자가 가장 높은 섭취를 하고 있었다.

이와 같은 과잉 영양 및 이로 인한 만성퇴행성 질환의 증가는 영양부족과 대비되는 또 하나의 영양불량 문제이다. 한편 만성질환보유자의 영양섭취상태는 정상인에 비해 불량하였으며 6개 만성질환(관절염, 위염소화궤양, 만성간질환, 당뇨병, 고혈압, 치아우식증)중에서 관절염질환자의 영양섭취가 불량하였고 여성 독거노인은 가장 영양적으로 취약한 계층이었다.

표 1. 영양소 섭취부족 및 에너지/지방 섭취과잉 대상자 비율

구분	영양소 섭취부족 ¹⁾			에너지/지방 섭취과잉 ²⁾		
	전국	남자	여자	전국	남자	여자
전국	16.7	12.9	20.1	4.1	4.9	3.5
지역별						
대도시	15.7	11.2	19.7	5.0	6.0	4.1
중소도시	16.6	13.7	19.4	3.8	4.1	3.5
읍면지역	19.6	16.3	22.5	2.3	3.0	1.7
연령별(세)						
1~2	14.5	12.9	16.2	8.7	7.4	10.0
3~6	14.1	10.1	18.6	4.6	5.7	3.3
7~12	15.5	13.0	18.4	6.1	7.0	5.1
13~19	22.0	18.9	25.0	5.3	5.5	5.1
20~29	17.0	14.2	19.2	4.4	4.3	4.5
30~49	13.7	9.6	17.3	4.4	5.3	3.6
50~64	16.1	12.5	19.1	1.7	2.4	1.1
65≤	26.7	20.7	30.5	1.7	2.8	1.0

1) 영양소 섭취 부족(취약) - 에너지 / 칼슘 / 철 / 비타민 A / 리보플라빈의 섭취량이 모두 영양권장량의 75% 미만인 대상자

2) 에너지/지방 섭취 과잉 - 에너지 섭취량이 영양권장량의 125% 이상이면서 지방으로부터의 에너지 섭취비율이 30% 이상인 대상자 ※자료출처 2001년도 국민건강영양조사 보건복지부, 2000

2) 식품섭취 현황과 식생활 실태

우리 국민의 식품 섭취량 변화 추이를 보면, 곡류 섭취량은 꾸준히 감소되고 있으나 음료 및 주류, 육류의 섭취량은 크게 증가되는 추세이다. 쌀의 섭취량은 1990년에 1인 318.6 g이었으나 1998년에는 1인 246.1 g으로 급격히 감소추세이다. 이러한 쌀 소비 감소는 연령별로는 20대 이하에서, 그리고 소득수준 면에서는 중간소득 계층의 전문직, 사무직 종사자에서 더 두드러지고 있으며 빵 위주 식단의 사용증가로 연결되고 있다.

2001 국민건강영양조사에서 가족 수, 결혼상태는 식품섭취에 영향을 미치는 요인으로서 혼자 사는 경우에 식품섭취가 부족해질 가능성이 높은 것으로 나타났다.

아침식사 결식율 : 끼니별로 결식율을 비교하면 아침식사 결식율이 가장 높으며 지역별로는 도시지역에서, 연령별로는 20대, 그리고 13-19세에서 가장 높았다.

외식빈도 : 외식빈도가 높을수록 에너지, 지방, 나트륨 섭취량이 증가함이 확인되었다.

흡연, 음주습관 : 흡연, 음주자에서 영양섭취의 불균형, 불건강한 식습관이 상대적으로 더 높게 나타났다.

3. 국민건강, 영양정책 및 제도의 변화

1) 국민건강증진법 제정

우리나라에서는 국민의 평생건강관리체계의 구축을 위하여 1995년에 국민건강증진법을 제정하였다. 이 법은 우리나라에서는 최초로 영양에 대한 중요성이 구체적으로 부각되었다는 점에서 의의가 크다. 국민건강증진법은 국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함을 목적으로 한다'라고 목적을 밝히고 있다. 이 법의 특징은 사업 대상이 환자에서 건강한 자로, 사업내용이 약물투여, 기술적 치료에서 금연, 절주, 영양개선 등 생활습관의 변화 유도로, 질병관리에서는 감염성질환에서 만성퇴행성질환으로, 재원은 국고 및 지방비에서 국고, 지방비 및 담배사업자들의 기금 등으로 바뀌었다는 것이다.

2) 지역보건법 개정

지역실정과 지역주민의 요구에 부응하는 지역보건의료사업을 개발함으로써 보건 서비스의 질을 향상시키고 주민건강 향상을 도모하고자 하는 취지에서 1995년에 보건소법이 지역보건법으로 개정되었다. 지역의료보건계획은 각 지방자치단체에서 수립하여 시도지사에게 제출하고 최종적으로는 보건복지부장관에게 제출하도록 규정하고 있다.

3) 국민영양모니터링 체계의 변화

전국규모로 1995년까지 실시해 온 국민영양조사는 우리나라 사람들의 영양상태 변화 추이를 가늠하는데 중요한 역할을 해 왔다. 그러나 가구단위로 조사하였기 때문에 연령층 별로 문제가 있는 집단을 규명하지 못하였으며 외식의 비중이 급속히 늘어난 현대인의 식생활 패턴을 파악하는데는 한계가 있었을 뿐 아니라 만성질환 예방과 연계하여 잘못된 식습관과 건강행위를 통합적으로 파악하기 위해서는 조사체계의 보완 수정이 불가피하였다. 1998년부터 시작된 국민건강영양조사는 가구단위로 실시하였던 과거의 국민영양조사에 비해 개인단위로 영양섭취현황을 파악한다는 점에서 한국인 영양상태를 객관적으로 파악하는데 많은 기여를 하고 있다.

4) 영양교사제도 신설

2003년 7월 25일에 초·중·등교육법과 학교급식법이 개정되어 영양교사제도가 법제화되었다. 이것은 영양교사제도 마련을 위해 학교영양사들이 지속적인 자구노력에 따른 성과이기도 하나 시대적으로도 사회 환경 변화로 식생활이 서구화되면서 학생들의 영양불균형과 만성퇴행성 소아성인병에 대한 우려가 높아짐에 따라 이러한 문제해결을 위해 급식의 질 향상과 체계적 영양교육 실시에 대한 요구가 증대되었기 때문에 가능하였다고 보인다.

5) 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)

보건복지부에서는 2002년 4월에 국민건강증진종합대책을 발표하였다. 이것은 2010년 국민의 건강수명을 75.1세 이상으로 연장시킬 것을 목표로 국가가 모든 만성질환을 중점적으로 관리하겠다는 계획으로서 건강생활 실천을 통한 만성질환의 예방을 지속적으로 전개하며 생애주기별 건강증진과 연계하여 지속적으로 전개하는 것을 골자로 각 부문별 세부 목표와 구체적 실천전략을 정하고 있다(표 2).

표 2. 2010 건강증진종합계획 부문별 목표

구분	영역		현재	2010년	
건강생활 실천	영양	권장 영양소 섭취 인구비율	30%	50%	
		적정체중($18.5 \leq \text{신체질량지수} < 25$) 인구 비율 ※신체질량지수(BMI) : 체중(kg)÷신장(m) ²	68.7%	75%	
모자보건	모성 사망비(10만명당)		20명	12명	
	영아 사망률(1,000명당)		7.7명	5.4명	
만성질환 관리	당뇨병 사망률(10만명당)		22.0명	19.0명	
	고혈압 유병율(100명당)	남 자	26.6명	19.7명	
		여 자	27.9명	20.7명	
	뇌혈관질환 유병율(1,000명당)	남 자	9.5명	9.0명	
		여 자	12.5명	11.9명	
	허혈성심장질환 유병율(1,000명당)	남 자	18.0명	19.5명	
		여 자	10.0명	10.9명	
	관절염 유병율(1,000명당)	남 자	5.5명	5.5명	
여 자		15.7명	16.0명		
암 관리	조 기 검진율	자궁경부암	33.9%	50%	
		유방암	13.9%	25%	
		위암	10.9%	20%	
	암사망률 (10만명당)	위암	남 자	31.3명	20.0명
			여 자	17.2명	14.0명
		간암	남 자	32.5명	20.0명
			여 자	10.0명	6.0명
		폐암	남 자	36.1명	35.0명
여 자	12.6명		12.0명		
유방암		4.9명	4.5명		
자궁암		5.6명	2.5명		

(1) 2010 국민건강 목표설정 ; 영양부문 목표

국민건강증진을 위한 영양부문의 우선순위가 되는 영양목표가 영양소 수준, 신체수준, 영양관련 행동수준, 영양관련 환경수준에 대해 선정되었다.

(2) 한국인을 위한 식생활 목표 및 식생활 지침

만성질환의 주요 원인으로 알려진 부적절한 식생활 습관을 개선하기 위해 식생활 목표와 식생활 지침이 마련되었다. '한국인을 위한 식생활 목표'는 국민건강증진을 위한 영양부문의 우선순위가 되는 영양목표 달성을 중심으로 구성되었으며, '한국인을 위한 식생활 지침'은 이러한 우선순위의 목표 달성을 위한 실천적 방법을 제시한 것이며 생애주기별 특성에 부합하는 세부 실천방안은 영유아, 임신·수유부, 어린이 및 청소년, 성인, 노인에게 대해 "식생활 실천지침"으로 제시하고 있다.

4. 취약계층을 위한 영양지원제도

영양적으로 취약한 계층을 위한 지원사업은 1995년에 대비하면 양적으로 증가하였다.

우리나라가 복지차원에서 취약계층을 대상으로 현재 시행하고 있는 사업으로는 결식아동 급식지원사업, 학생중식지원사업, 노인급식지원사업, 푸드뱅크사업 등이다.

1) 아동급식지원사업

결식아동 급식지원사업 : 경제적 빈곤이나 가족기능 결손 등으로 식사를 거르는 아동에게 식사를 제공하여 아동의 건전한 육성과 사회통합에 기여함을 목표로 하고 있다.

학생중식지원사업 : 가정형편이 어려워 도시락을 지참하지 못하는 학생들에게 무료로 중식을 지원하는 사업이다. 1997년부터 중식지원 대상을 중·고등학교 학생까지 확대하였고, 1999년 학교급식법을 개정하여 학생중식지원사업을 법제화하였다.

2) 노인급식지원사업

무료급식 경로식당이 1999년에 전국 715개소 설치되어 재정지원이 시작되었으며 2000년부터 65세 이상 저소득층 만성중증 노인에 대하여 무료급식 배달사업이 실시되고 있다. 결식 노인무료급식지원사업은 정부주도하에 민간단체와 지방자치단체에서 자율적 운영되고 있는 사업으로서 식사를 거를 우려가 있는 저소득 재가노인에게 식사를 배달해 준다.

3) 푸드뱅크(Food Bank)사업

푸드뱅크는 생산, 유통, 판매 과정에서 남는 잉여식품을 어려운 이웃에게 전달하여 유용하게 활용함으로써 식품나눔문화를 확산하고 식품자원이 낭비되지 않도록 하려는 사업이다. 주로 복지시설, 무료급식소 대상으로 지원이 이루어지고 있으며 개인 수혜자는 독거노인, 소년소녀가장 등으로 범위가 매우 제한적이다. 시설 장비의 부족과 더불어 공급자와 수혜자의 연결체계 구축이 미비하며 수송 분배 활동 담당자가 기존의 다른 복지업무와 겸직하고 있어 사업의 효율성이 떨어지고 있다.

4) 저소득층 임신·수유부, 영유아, 어린이 영양지원 사업(WIC)

미국의 WIC 프로그램(Special Supplemental Program for Women, Infants and Children)을 벤치마킹하여 저소득층 임신·출산부, 영유아 및 만 5세 이하의 아동에 대해 영양교육과 함께 영양지원을 해 주는 사업이 2005년 시범적으로 운영되기 시작하였다.

이와 같은 프로그램의 시행에도 불구하고 아직 저소득 영양취약계층에 대한 정확한 실태 파악과 대책마련이 제도적으로 뒷받침되고 있지 못한 실정이며, 생계비보조나 급식지원에

대한 사후평가가 제대로 이루어지고 있지 않아서 이들에 대한 지속적 감시체계 구축이 시급한 문제로 지적되고 있다.

5. 지역사회영양연구 현황

지역사회영양활동이 영양개선이라는 목표에 성공적으로 도달하기 위해서는 지역사회진단, 사업의 우선순위 결정, 목표 설정, 목표 달성을 위한 방법의 선택, 집행 및 평가 등의 과정이 체계적으로 행해져야 하며 이를 뒷받침하는 연구가 병행될 때 진정한 의미가 있다.

지난 10년간 지역사회영양분야에는 과거에 비해 매우 많은 연구가 이루어졌다. 이러한 연구들을 유형별로 나누어 보면 다음과 같다.

1) 영양진단 부문

식습관 및 영양실태조사는 양적으로 가장 많은 연구가 행해진 영역이다. 그러나 대부분의 연구가 대도시 지역과 성인, 대학생 연령층에 편중되어 있었다. 영양취약집단에 대한 연구가 상대적으로 매우 부족하기 때문에 우리나라 영양문제의 우선순위를 파악하여 정책대안을 제시하기에는 한계가 있었다.

연령집단별 영양문제로는 영유아기의 경우 모유 수유율의 전반적 감소 추세와 부적절한 이유식 관리, 유아기 편식과 빈혈, 철분, 칼슘 등 특정 영양소의 섭취부족, 유아기 비만 등의 문제가 제기되고 있다. 노년기에는 골다공증, 당뇨, 고혈압 등 질병이환율의 증가, 음주, 흡연, 결식 및 식습관의 문제, 비만과 대사성 질환의 증가, 칼슘과 철분을 비롯한 영양소 섭취의 전반적 부족, 저소득계층과 사회복지시설 거주 노인의 심각한 영양소 섭취 부족 등이 주요 문제로 요약되었다.

그러나 표본의 제약성, 종단적인 대규모 역학연구의 부족, 생화학적 영양상태 평가의 병행 부족, 신체계측을 이용한 영양판정기준치 사용의 일관성 결여, 영양상태판정 지표의 표준화, 미량 영양소에 관한 연구의 부족 등이 한계로 보인다.

2) 조사방법론

조사방법과 관련된 연구들은 반정량섭취빈도법의 개발에 관한 논문이 가장 많았고, 스크리닝 도구 개발과 관련하여 간이식생활진단표 개발에 대한 연구가 노인, 성인, 임신부를 대상으로 있었으며 식사섭취조사방법의 타당도, 신뢰도와 관련하여 개인내 또는 개인간 변이, 조사일수에 따른 변이 등이 서너 편 있었다. 그러나 동일한 연령집단에 대해서도 개발된 조사방법이 연구자 간에 상이하고 타당도 검증과 보완작업이 지속적으로 보고되지 않았으며, 한정된 수의 제약된 표본집단을 토대로 이루어졌기 때문에 지역사회영양사업에 일반화시켜 곧바로 사용하기에는 어려운 상태였다.

3) 영양교육 및 영양상담

지난 10년간 영양교육 및 상담활동분야의 연구활동이 진행된 바를 요약하면 다음과 같다.

영양교육 및 상담을 주제로 보고된 연구는 2000년을 기점으로 비교하였을 때 21세기로 진입하면서 양적으로 증가하는 양상을 보이고 있다. 교육대상으로 구분하면 임상과 연계한 영양교육, 인터넷 영양교육, 학교 영양교육, 보건소 영양교육, 산업체 영양교육을 다룬 연구들로 크게 분류할 수 있었다. 그러나 내용면에서 볼 때 영양지식, 태도에 대한 비교나 관련성 조사가 가장 많은 비중을 차지하고 있었으며 그 외에 일반적인 영양교육의 효과, 영양교육

내용분석, 영양교육 프로그램 개발 등이 있었다. 컴퓨터를 통한 영양교육 부문에서는 인터넷 영양정보 사이트 개발과 이용실태, 인터넷 영양정보 모니터링, 인터넷 영양교육 효과 등이 주요 내용이었다. 일반인에 대한 영양홍보활동과 밀접한 관련이 있는 컴퓨터와 인터넷을 통한 영양교육 부문에 대한 연구는 10년 전에는 거의 연구가 없었던 것과 비교하면 비례적으로 가장 연구가 활발해진 분야라 하겠다.

최근 영양교육의 세계적 흐름은 지식향상을 출발점으로 하는 KAP(Knowledge, Attitude, Practice) 이론에 근거한 지식전달 위주의 교육보다는 행동변화에 주력하는 것이 효과적이라는 견해가 지배적이다. 그러나 행동설명이론이나 모델에 근거한 영양교육에 대한 연구들은 소수에 불과하였다. 영양교육의 효과를 보고한 연구의 경우에도 교육효과에 대한 평가에서 교육과정, 행동변화의 세부적인 측면을 다루지 못하고 있는 편이었으므로 후속 프로그램의 개발과 연계가 잘 이루어지지 못하고 있다.

4) 영양정책부문

영양정책과 관련하여 보고한 논문은 전체 발표된 논문 편수의 2%에도 못 미치는 편이다.

국가차원에서 시작된 기초생활보장사업 수급가정의 아동영양상태, 가정배달 노인급식서비스 관련 논문 2편, 경로식당 운영실태 1편, 푸드뱅크 관련 논문 2편이 있었다. 영양표시제도 5편, 영유아보육시설 시범사업의 효과를 보고한 논문이 1편이었다. 영양지원사업제도가 질적 측면에서 개선되려면 이러한 사업의 수혜자, 담당자 대상으로 전달체계, 비용 효과분석, 영양개선효과 등이 검토되어야 할 것으로 보인다.

5) 급식부문

단체급식과 외식, 음식문화를 포함하여 급식분야의 논문으로 분류하였을 때 전체 논문 편수에서 약 10%를 차지하고 있었다. 외식분야에 비해 단체급식분야의 논문이 대다수를 차지하였으며 초·중등 학교급식, 병원급식, 노인급식 순으로 많았다. 급식관리 영역 별로 분류하면 고객 만족도나 기호도에 관한 내용이 가장 많았고 그 다음은 인적관리, 생산관리, 위생관리, 메뉴관리, 구매관리 등에 관한 내용이었다.

앞으로의 방향

오늘날 영양과잉은 증가추세에 있고 한편에는 아직도 영양소의 불균형섭취와 결핍의 문제가 여전히 존재하고 있어 다양한 양상의 영양문제에 직면하게 되었다. 경제수준의 향상과 더불어 국민의 공공부문서비스에 대한 요구가 확대되면서 주민 영양과 건강의 문제는 개인만의 책임이거나 운명이 아니고 지역사회 전체의 관심이고 나아가서는 국가의 책임이라는 인식이 확산되는 추세이다. 최근 건강증진에 대한 관심은 과거 어느 때보다 높아졌고 보건소를 중심으로 건강증진관련 사업은 점차 활성화되고 있다. 따라서 지역주민의 건강증진을 위한 지역사회영양활동은 앞으로 수요가 확대될 것으로 예상된다. 지역사회영양활동은 1) 지역사회의 환경을 조성하고 2) 우선적인 영양문제를 선별하며, 3) 건강과 영양의 중요성에 대한 인식을 증진시키고, 4) 취약계층으로의 영양서비스 전달을 목표로 하며 5) 지역사회영양정책을 수립하기 위하여 관련기관 및 행정가, 건강전문인 등과의 협력활동을 하고, 6) 지역사회 주민의 영양문제 추이를 지속적으로 관찰하여 적절히 대처하는 것이다. 지역사회영양활동이 국민건강증진을 주도해 나아가기 위하여 영양전문가들이 주력해야 할 대표적인 과제들을 연구부문과 활동부문으로 구분해 보았다.

1. 연구부문

1) 편이성 위주의 실태조사 연구를 벗어나 지역사회영양개선활동이 시급한 분야에 주력하도록 한다.

실태조사 부문은 양적으로 가장 많이 연구가 진행되었지만 지역사회영양문제의 진단과 목표설정 기여도가 낮은 편이다. 따라서 의미있는 자료를 제시하기 위해서는 성인과 대학생 대상에 편중된 영양조사를 벗어나야 한다. 종단적인 대규모 역학연구, 보건의료 관련분야 전문가들과의 협력을 통한 종합적이고 포괄적인 연구, 건강진단센터, 정부기관 등에 보관된 현존 자료의 활용하는 2차적인 영양관련자료 활용 등이 더욱 강화되어 나아가야 할 것이다.

2) 조사방법론의 확립에 필요한 연구가 부족한 상태이므로 보완되어야 하겠다.

우리나라 사람들을 대상으로 지역사회영양진단과 사업 현장에 곧바로 적용할 수 있는 식사조사방법의 표준화, 스크리닝 도구의 개발이나 타당도 검증은 아직 매우 취약한 상태에 머물고 있다.

3) 지역사회영양의 활성화를 위해 새로운 영양사업의 개발이 필수적이다.

영양개선목표 달성을 위한 방법으로서 영양서비스의 유형선택이나 세부적인 방안을 제시한다는 측면에서 영양중재활동, 영양정책 부문의 연구는 매우 부족한 상태이므로 질적으로나 양적으로 더욱 많은 연구가 앞으로 요청된다. 이러한 사업의 개발이 시범사업으로서 의미있는 자료가 되기 위해서는 재정지원의 증가가 병행되어야 할 것이다.

4) 지역민 대상의 영양교육을 위한 다양한 자료의 개발과 검증이 필요하다.

건강과 영양에 대한 일반인의 인식을 증진시키기 위한 영양정보제공, 영양교육 부문에도 연구가 지속적으로 필요하며 특히 새로운 영양정책의 근거가 될 수 있는 영양중재활동이 포함된 연구에 많은 노력을 기울여야겠다.

2. 영양활동부문

1) 저소득층에 대한 영양지원은 강화되어야 하며 다각적 방법으로 이루어져야 한다.

국민건강영양조사에서 저소득층에서 영양소의 섭취부족이 특히 심각한 것으로 나타났으며 소득계층 간을 비교하였을 때 1998년에 비해 2001년에 저소득층에서 영양소 섭취량의 격차가 더욱 나타나고 있으므로 저소득층의 영양섭취 개선을 위한 적극적인 방안 모색이 필요하다. 영양상태가 특히 취약한 것으로 나타난 저소득층 취업주부 가정의 아동, 청소년 영양향상을 위한 지원책이 급식지원과 영양교육을 포함하여 모색되어야 한다.

2) 급식제도의 질적관리가 영양교육과 연계하여 이루어져야 한다.

초중등학생에서 높은 아침식사 결식율은 영양소 섭취의 불균형을 심화시키는 요인으로 확인되었으며, 지방 섭취량은 외식빈도와 관련이 있었다. 따라서 아침 급식의 시행에 대한 고려와 더불어 점심식사 급식의 질적 향상, 식습관 형성을 위한 영양교육이 요청된다.

3) 노인계층에 대한 영양중재가 강화되어야 한다.

영양적으로 가장 취약집단인 노인의 영양상태 개선을 위한 영양중재가 다각적으로 필요하다. 노인대상의 경로식당 프로그램 운영이나 가정배달 급식 프로그램의 질적, 체계적 관리를 위해 전 과정이 영양 전문가에 의해 관리되어야 하며 단순한 급식의 제공만이 아닌 건강증

진을 위한 방문영양상담과 연계가 이루어져야 할 것이다.

4) 성인대상의 영양교육 프로그램은 맞춤형 영양관리를 목표로 하여야 한다.

직장인을 대상으로 직장과 보건소, 학계가 협조체계를 마련하여 퇴근 후 참여가 가능한 교육프로그램의 개발을 모색하고, 인터넷 상담을 활성화 시켜야 하며 1회성 교육의 나열보다는 개인의 질병, 생활습관 및 식습관의 차이를 반영한 맞춤형 영양교육이 지속적으로 가능하도록 한다. 인터넷 상담은 주간에 접근이 용이하지 않고 인터넷 사용이 활발한 미혼남녀를 대상으로 적절할 것으로 보인다.

5) 영양소 상한 섭취 허용량에 대한 홍보와 교육이 시급하다.

국민영양조사에서 영양섭취가 부족한 사람에 비해 영양섭취를 많이 하는 사람들이 오히려 식이 보충제의 섭취가 높았으며 이러한 결과는 기능성 식품의 증가와 더불어 영양소 과잉섭취에 대한 시급한 대책마련이 필요함을 의미한다. 가공식품 뿐만 아니라 외식의 영양성분 표시에 대한 법적 관리방안이 마련되어야 하며 영양표시에 대한 내용을 포함하는 소비자 영양교육이 여러 채널을 통해 이루어져야 한다.

6) 건강한 식생활에 대한 대민홍보 활동을 강화해야 한다.

소비자들이 관심을 갖는 식생활 문제에 대해 간결하고도 신뢰성 있는 정보를 대중매체를 통해 적극적으로 제공함으로써 영양과 건강에 대한 인식을 올바른 방향으로 이끌어 나아가야 한다. 이와 더불어 언론에 보도되는 식품영양정보에 대한 모니터링이 지속적으로 이루어지고 그 결과가 반영될 수 있도록 해야 한다.

7) 보건소 영양사업의 활성화를 위한 인적, 재정적 지원이 확보되어야 한다.

지역주민을 위한 체계적인 만성질환 관리가 이루어지려면 영양 교육 및 상담의 확대는 필수적이다. 따라서 마케팅적 개념에서 보건소를 중심으로 주민대상의 영양교육 및 영양상담을 활성화하여야 하며 이러한 업무를 담당하는 정규직 영양사 전문 인력의 배치가 더욱 강화되어야 취약계층을 위한 프로그램 개발과 영양교육 확대 실시가 가능할 것이다.

8) 국립영양연구기관의 설립이 필요하며 영양개선사업의 전담부서가 설치되어야 한다.

일관성 있고 체계적인 장·단기 국가영양정책 수립 및 시행이 가능하려면 업무를 전담하는 선진국의 경우와 같이 중앙기관의 설치가 필수적이다. 국립영양연구기관이 설치되고 행정부 및 지방자치단체산하에 영양개선사업업무를 전담하는 부서가 설치되어야 지역사회의 계층, 연령에 따른 다양한 프로그램의 개발과 지역사회 자원의 조직화 및 부문간 연계 강화(정부, 민간단체, 교육기관, 산업체 연계)가 확고히 구축될 것이다.

9) 영양관리사업을 위한 기반 환경 조성에 힘써야 한다.

지역사회 진단을 위한 정보를 제공하는 통계체계를 구축하여야 한다. 국민건강·영양조사의 지속적인 개선과 규모의 확대가 국민영양 감시체계 구축을 위해 필요하며, 식품영양성분 데이터베이스의 지속적 보완이 필수적이다.

10) 전문 인력에 대한 교육·훈련이 강화되어야 한다.

지역사회 영양증진을 위한 사명감과 전문성을 가진 영양사의 양성과 더불어 영양사업을 담당하는 영양사의 업무추진능력의 질적 향상을 위해 지속적인 보수교육을 실시해야 한다.

참고문헌

1. 강여화, 양일선, 김혜영, 이해영. 중·고등학생 대상 영양교육 내용 및 성취목표 선정을 위한 교수분석과 출발점 행동 및 학습자 특성 분석. 대한지역사회영양학회지 9(4):464~471, 2004.
2. 강여화, 양일선, 김혜영, 이해영. 중·고등학생 대상 영양교육 현황 분석을 통한 영양교육 주제 도출. 한국영양학회지 37(10):938~945, 2004.
3. 강현주, 김경미, 김경자, 류은순. 유치원 아동을 둔 어머니들의 영양 교육 프로그램의 효과 평가. 한국영양학회지 34(2):230~240, 2001.
4. 김영원. 비만관리를 위한 영양교육자료. 2004년도 대한비만학회 춘계학술대회.
5. 김경원, 강현주, 김경아, 김세화. 여대생 및 젊은 여성층을 위한 영양교육 웹사이트 개발. 대한지역사회영양학회지 6(4):657~667, 2001.
6. 김혜련, 박혜련. 보건소 영양사업의 현황과 정책과제. 한국보건사회연구원 1997.
7. 남혜원, 이영미, 맹춘옥, 이기완, 박영심. 경로식당 이용노인의 급식 만족도 조사. 대한지역사회영양학회지 5(1):74~82, 2000.
8. 문현경. 영양감시체계. 대한지역사회영양학회지 5(4):716~721, 2000.
9. 박혜련. 우리나라 영양정책 어디까지 왔나? 대한지역사회영양학회 2003년도 영양정책 심포지엄 7~37, 2003.
10. 박혜련. 한국형 WIC 프로그램의 구축을 위한 제언. 대한지역사회영양학회지 7(6):912~921, 2002.
11. 보건복지부. 1998년도 국민건강·영양조사 결과 보고서(영양조사부문). 1999.
12. 보건복지부. 2001년도 국민건강·영양조사 결과 보고서(영양조사부문). 2002.
13. 성미경, 송경자, 류화춘, 박재년, 박동연, 최미경, 최선희, 이운신, 김유경, 이은주. 저체중 또는 과체중 청소년에서 캠프 프로그램을 이용한 영양 교육효과에 관한 연구. 대한지역사회영양학회지 6(2):234~242, 2001.
14. 이경애. 활동주의에 근거한 초등학교 활동중심 영양교육 방안. 한국영양학회지 36(4):405~417, 2004.
15. 이난희, 정효지, 조성희, 최영선. 영유아 보육시설의 영양교육 프로그램 개발. 대한지역사회영양학회지 9(6):772~777, 2004.
16. 임경숙. 학교급식과 청소년 영양교육. 대한지역사회영양학회지 9(6):772~777, 2004.
17. 양일선, 김혜영, 이해영, 강여화. 중·고등학생 대상 영양교육 프로그램 효과 평가. 한국영양학회지 37(7):576~584, 2004.
18. 장유경, 정영진, 문현경, 윤진숙, 박혜련. 지역사회영양학, 신광출판사, 2001.
19. 정현주, 문수재, 이일하, 유춘희, 백희영, 양일선, 문현경. 전국 초등학교 급식관리 실태 조사. 한국영양학회지 30(6):704~714, 1997
20. 한국보건산업진흥원. 취약계층을 위한 국가영양지원제도 도입 연구. 2005. 4.
21. Park HR. Current Nutritional Status by Different Age Group. Korean J Community Nutr 1(2):301~332, 1996.
22. Sanjur D. Social and Cultural Perspectives in Nutrition. pp21-51, Practice Hall Inc, New York, 1986.
23. Story M, Stainer D, French M. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. March 2002 Supplement Volume 102 Number 3