

# 경기도 위스타트 사업을 위한 미취학 빈곤 아동 건강 및 양육 실태

방경숙·양 수<sup>1</sup>·현혜진<sup>2</sup>·김지수<sup>3</sup>

아주대학교 간호대학, 가톨릭대학교 간호대학<sup>1</sup>, 강원대학교 간호학과<sup>2</sup>, 서울대학교 간호과학 연구소<sup>3</sup>

= Abstract =

Health and Child Rearing Status of Infants and Preschool Children in Poverty  
- For the We Start Program in Kyunggi Province -

Kyungsook Bang·Soo Yang<sup>1</sup>·Hyejin Hyun<sup>2</sup>·Jisoo Kim<sup>3</sup>

*Ajou University, College of Nursing, Catholic University, College of Nursing<sup>1</sup>,  
Kwangwon National University, Department of Nursing<sup>2</sup>,  
Seoul National University, Research Institute of Nursing Science<sup>3</sup>*

**Objectives :** This study was performed to investigate the differences in the levels of a child's general health status and child rearing status between households of average income and poverty-level income.

**Methods :** The population surveyed was of low socioeconomic status and was selected from 3 cities with the We Start program. Data from these surveys were used for this study. Data from 186 households having infants or preschoolers, and 118 households in the general status population of the same district were analyzed using the  $\chi^2$ -test and t-test with SPSS Win program.

**Results :** Children under 2 years of age from poverty-level households showed more health-related problems such as hospital admission ( $p=0.054$ ), congenital disease ( $p=0.068$ ), and pre-term ( $p=0.087$ ) than those of the average group. Also children from the same group 2~6 showed more developmental delay ( $p=0.048$ ), allergy ( $p=0.072$ ), dental problems ( $p=0.001$ ), and emotional problems ( $p=0.078$ ) like anxiety or fear. There was a significant difference between incomes groups in the mother's child health management. The former group's ratio of prenatal check-up ( $p=0.004$ ) and homemade baby food made ( $p=0.006$ ) were lower than the latter group. Both had a trouble with child rearing and there was no difference.

**Conclusions :** These results suggest that children in low socioeconomic status are likely to have more health problems and health risks. According to these finding, it seems that the involvement of health professionals in the low socioeconomic group would be beneficial. Our research can assist future healthcare planning and the target interventions for the health of children in poverty.

**Key Words:** infant, preschool children, health, child rearing, poverty

본 연구는 경기도 위스타트 시범사업 위탁연구지원으로 이루어진 연구의 일부임  
교신저자: 방경숙, 경기도 수원시 영통구 원천동 산5번지 아주대학교 간호대학  
전화번호: 031-219-7016, 팩스번호: 031-219-7020, E-mail: ksbang@ajou.ac.kr  
원고접수: 2007년 11월 9일, 원고채택: 2007년 12월 18일

## 서 론

자녀의 성장발달과 건강의 기초를 형성하는데 있어 부모 및 환경의 중요성은 이미 여러 연구들에서 밝혀진 바 있다. 특히 부모의 사회경제적 상태는 자녀의 성장발달에 중요한 요인인 것으로 보고되고 있어 (Bradley와 Corwyn, 2002), 빈곤계층 아동에 대한 특별한 관심을 촉구하고 있다. 따라서 간호의료영역에서도 가난, 저학력, 결혼 가정, 보건의료 접근성 미약 등의 문제를 가진 취약계층에 대한 관심이 증가하고 있는 것이 세계적인 추세이다(Thomas, 2004).

특히 최근 국내에서는 빈곤계층 비율이 지속적으로 상승세에 있어 2004년 현재 22.7%에 달하는 것으로 분석되었으며(조용수와 김기승, 2007), 국내 최저생계비 이하 빈곤아동의 수는 전체 아동의 9% 수준인 약 100만 명 정도로 추산되고 있다(보건복지부, 2007). 아동기 빈곤은 단순한 경제결핍뿐 아니라 자신의 능력발휘의 기회마저 제공받지 못하는 빈곤의 대물림이라는 심각한 사회적 문제를 낳을 수 있다. 실제로 사회적, 경제적 능력이 떨어지는 저소득층 가정이나 결혼가정 등의 취약계층 아동들은 어려서부터 제대로 된 돌봄과 교육, 그리고 보건 서비스를 받지 못함으로써 신체적, 정신적 건강문제의 위험을 갖고 있어 특별한 관심이 요구되고 있다(강희경, 1999; 김광혁, 2005; 황혜원, 2004; Gottlieb와 Blair, 2004; Weiss, 2004). 최선희와 김희수(2004)의 연구에서 빈곤아동은 일반아동에 비해 질병발생률 1.4배, 학력부진 비율 2.2배, 음주나 흡연 등 비행행동 2배, 그리고 가출이 2배 높은 것으로 보고된 바 있다.

선진 외국에서는 이미 오래 전부터 빈곤계층 아동을 위한 조기 예방, 통합 서비스를 지속적으로 시행해 오고 있는데, 미국의 헤드 스타트(Head Start), 영국의 슈어 스타트(Sure Start), 캐나다의 페어 스타트(Fair Start) 등은 문제를 조기 발견하고 중재를 제공함으로써 빈곤아동들에게 공정한 출발을 보장하기

위한 프로그램으로 그 효과가 입증되고 있다(Caughy 등, 2004; Hubbs-Tait 등, 2002; Reynolds, 2004). 미국의 경우 1964년부터 시작되어 현재 미 전역의 18,000여 개소에서 시행되고 있는 Head Start는 취학 전 빈곤아동들에게 언어, 보건, 정서 등 다방면에 걸친 포괄적 서비스를 제공해 빈곤의 악순환을 끊겠다는 취지로 만들어진 아동 조기중재 프로그램으로 기회균등, 교육, 건강, 안전 및 가족 안녕을 목표로 하고 있다(Headstart, 2007). 특히 출생 직후 발달의 중요성에 대한 과학적 실증연구가 축적되면서 임신부를 비롯한 2세 이하 영아를 대상으로 하는 조기 헤드 스타트(Early Head Start) 사업도 진행되고 있다. 영국에서도 1999년부터 본격적으로 Sure Start 프로그램을 실시하고 있는데, 이는 가정 육아, 조기교육, 건강, 가족 관련 서비스를 향상시키기 위한 서비스로, 핵심 수행 인력은 방문간호사, 사회복지사, 교사 등이다(Surestart, 2007).

그러나 이러한 빈곤계층 아동에 대한 특별한 간호 요구 및 세계적인 아동지원 프로그램의 실시 추세에도 불구하고 국내에서는 빈곤아동문제에 관련된 연구가 매우 미흡하여 건강상태에 대한 파악조차 제대로 하지 못하고 있는 상황이었으며 빈곤가정에 대한 지원은 공적 부조 중심으로, 빈곤아동에 초점을 둔 지원은 부족하였다. 이에 국내에서도 2004년부터 빈곤아동 통합지원 프로그램이 모색되었는데, 위스타트 사업이 바로 그것이다. 위스타트(We Start)사업이란 빈곤아동을 대상으로 보건, 복지, 교육의 맞춤형 통합 서비스를 제공하기 위한 모형체제를 위해 경기도가 시범모델로서 시작한 아동지원사업이다. 경기도에서 성남시, 군포시, 안산시의 3개 시를 지정하여 시범사업을 시작하여 2007년 현재는 서울 2개소, 경기도 10개소, 강원도 3개소, 총 15개 지역에서 위스타트 사업을 진행하고 있으며, 이를 모델로 하여 보건복지부에서는 지난 7월부터 희망스타트 맞춤형 복지서비스 사업을 본격 시작하였다. 전국 16곳에 설치운영되고 있는 희망스타트센터에서는 빈곤아동과 그 가족에게 건강지원, 영유아교육, 복지지원을 위한 전담인

력을 구성하고 가정방문 보건서비스, 교육복지프로그램, 교육중재프로그램, 가족지원 등의 통합서비스를 제공하고 있다. 희망스타트나 위스타트 같은 아동보호 통합서비스 사업의 가장 큰 특징은 대상자의 요구에 맞는 맞춤형 서비스를 제공하고, 사후 치료나 개입보다는 보호를 위한 예방적 관리체계를 구축하는 것이다(보건복지부, 2007). 이를 위해서는 대상자 집단의 배경적 자료를 구체적으로 분석하여 위험요인을 파악하고 이를 근거로 하여 선별적 접근이 이루어질 필요가 있으며 이와 같은 체계적 접근이 시도될 때 서비스는 보다 효율적으로 제공될 수 있을 것이다.

본 연구에서는 특히 빈곤계층 대상자들에 대한 건강문제를 해결하고 건강증진을 위한 간호중재의 개별 전략을 모색하기 위해 경기도 위스타트 사업을 위한 아동현황과 생활환경 등의 기초조사를 바탕으로 3개 시 빈곤계층 아동군과 일반계층 아동군의 건강실태 및 건강관리 현황을 비교분석하고 빈곤계층 미취학 아동의 건강 위험요인을 발견하여 이들의 건강관리를 위한 간호중재의 기초자료를 마련하고자 하였다.

## 연구대상 및 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 기초생활수급자와 차상위 계층으로 구성된 빈곤 계층군과 일반군 영유아 및 학령전기 아동의 건강 및 양육과 관련된 변인을 비교하기 위한 서술적 비교조사연구이다.

### 2. 연구대상자 및 자료수집방법

본 연구는 경기도 위스타트 시범사업을 위한 기초조사 자료의 일부를 이용한 것으로, 먼저 경기도 위스타트 시범사업 지역으로 선정된 3개 도시에서 대표적으로 저소득층이 밀집되어 있는 각 1개동씩 3개동을 선정하였다. 이 지역 주민 중 수급자 및 차상위 계층에 해당하며 0~12세까지의 아동이 있는 가구에 대

한 자료를 해당 시와 보건소로부터 받아 전화로 가정방문을 허락받은 후 방문 일시를 약속하고 연구보조원이 가정방문을 통해 자료를 수집하였다. 조사거부나 연락불능인 가구를 제외하고 조사가 완료된 총 610 가구 중 본 연구에서는 0~5세에 해당하는 미취학 아동이 있는 가구 186가구와 같은 지역의 일반계층 가구를 지역 내 동사무소의 안내에 따라 대상자가 동의하는 경우 자료를 수집하여 비교대상으로 하였으며 일반계층은 118가구로 총 304 가구가 연구대상이 되었다. 또한 조사대상 가구의 빈곤층 미취학 아동 213명, 일반군 미취학 아동 132명의 총 345명 아동의 자료도 분석 대상으로 하였다. 자료수집기간은 2004년 8월 23일부터 2주간에 걸쳐 실시되었다.

### 3. 연구도구

대상자의 일반적 특성과 건강관련 특성, 산과관련 특성을 알아보기 위해 문헌고찰을 토대로 자가보고형 설문지를 위스타트 연구팀에서 작성하여 사용하였으며 모두 아동의 어머니 또는 주양육자가 자가 보고하였다.

### 4. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS Win 12.0을 이용하여 빈도와 백분율을 구하였으며, 집단 간의 차이 비교는  $\chi^2$ 와 t-test로 분석하였다. 자료 분석 결과 p값이 0.05~0.1의 경계역에 해당되는 경우가 많아 본 연구에서는 양측검정으로 유의수준  $p < 0.10$ 을 결과해석의 기준으로 하였다.

## 성 적

### 1. 연구대상 가구의 일반적 특성

빈곤계층은 주양육자가 어머니인 경우가 81.7%로 일반계층의 79.7%보다 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 또한 배우자가 없는 경우가 31.7%로

일반계층의 11.1%보다 유의하게 많았으며( $p < 0.001$ ), 건강문제를 가진 경우도 46.2%로 일반군보다 유의하게 높았다( $p = 0.002$ ). 어머니의 교육연한도 유의하게 낮았다( $p < 0.001$ ). 현재보다 미래의 생활이 어떠해질 것인가에 대한 기대감은 두 군 간에 유의한 차이가 없었다(표 1).

## 2. 아동의 건강상태

아동의 건강상태는 만 2세 이하와 2세부터 6세까지로 분류하여 분석하였다. 먼저 2세 이하에서 두 군 모두 90% 이상의 어머니들은 아동이 건강한편이라고 답하였다. 두 군 간에 유의한 차이를 보인 항목은 입원경험으로 빈곤계층에서 34.6%로 일반계층의 17.4%보다 유의하게 높았으며( $p = 0.054$ ), 선천성 질환의 비율( $p = 0.068$ )과 조산아 비율( $p = 0.087$ )도 빈곤계층이 일반계층보다 유의하게 높았다. 2세에서 6세까지의 군에서는 빈곤계층에서 성장발달지연이 6.8%로 일반계층의 1.2%보다 높았으며( $p = 0.048$ ), 알레르

기 질환( $p = 0.072$ ), 치과문제( $p = 0.001$ )도 유의하게 높았다. 특히 각종 알레르기와 치과문제는 빈곤계층과 일반계층에서 모두 매우 높은 비율을 보여 아동에서 매우 심각한 건강문제인 것으로 나타났다(표 2).

2세에서 6세까지의 아동을 대상으로 정서 상태에 대해 어머니가 응답하게 한 결과 다른 항목에서는 유의한 차이를 보이지 않았으나, '불안이나 공포가 있다'고 응답한 비율은 빈곤계층에서 30.2%로 일반계층의 19.8%보다 유의하게 높았다( $p = 0.078$ ) (표 3).

## 3. 건강관리 이행

어머니들의 산전관리와 2세 이하 아동 건강관리 이행 정도를 파악한 결과 빈곤계층에서는 산전 진찰 비율이 78.4%로 일반계층보다 유의하게 낮았다( $p = 0.004$ ). 임신관련 합병증은 빈곤계층이 일반계층보다 높았지만 유의한 차이는 아니었다. 이유식을 직접 만들어 먹이는 비율도 일반계층의 61.4%보다 낮은 33.3%에 불과했다( $p = 0.006$ ). 또한 보건소 이용경

표 1. 연구대상 가구의 일반적 특성

(N=304)					
변수	빈곤계층 (n=186) n (%) or M±SD	일반계층 (n=118) n (%) or M±SD	$\chi^2$ or t	p	
주 양육자					
어머니	152 (81.7)	94 (79.7)	0.198	0.656	
아버지 또는 기타	34 (18.3)	24 (20.3)			
배우자					
있다	127 (68.3)	104 (88.9)	16.840	<0.001	
없다	59 (31.7)	13 (11.1)			
가족 중 장애나 만성질환자					
있다	86 (46.2)	33 (28.2)	9.790	0.002	
없다	100 (53.8)	84 (71.8)			
앞으로의 생활이 현재보다 나을 것으로 기대하는가?					
그렇다	101 (54.3)	63 (53.4)	1.591	0.451	
그렇지 않다	40 (21.5)	20 (16.9)			
모르겠다	45 (24.2)	35 (29.7)			
어머니의 교육연한 (년)	10.27±4.28	12.09±2.81	-4.310	<0.001	
월평균 가족수입 (10,000원)	111.64±70.53	168.36±97.85	-5.350	<0.001	

결측치는 분석에서 제외함

표 2. 가구구성원 중 아동의 건강상태

(N=345)

변수	항목	0~2세				2~6세			
		빈곤계층 (n=52) n(%)	일반계층 (n=46) n(%)	$\chi^2$	p	빈곤계층 (n=161) n(%)	일반계층 (n=86) n(%)	$\chi^2$	p
건강상태	좋다	47 (90.4)	43 (93.5)	0.312	0.577 <sup>†</sup>	141 (88.1)	80 (93.0)	1.470	0.225
	나쁘다	5 (9.6)	3 (6.5)			19 (11.9)	6 (7.0)		
입원경험	있다	18 (34.6)	8 (17.4)	3.715	0.054	51 (32.1)	28 (32.6)	0.006	0.939
	없다	34 (65.4)	38 (82.6)			108 (67.9)	58 (67.4)		
사고경험	있다	7 (13.5)	6 (13.3)	0.000	0.985	34 (21.1)	21 (24.7)	0.413	0.521
	없다	45 (86.5)	39 (86.7)			127 (78.9)	64 (75.3)		
성장발달지연	있다	5 (9.6)	1 (2.2)	1.878	0.171 <sup>†</sup>	11 (6.8)	1 (1.2)	3.898	0.048 <sup>†</sup>
	없다	47 (89.4)	45 (97.8)			150 (93.2)	85 (98.8)		
선천성질환 이나 기형	있다	6 (11.8)	1 (2.2)	3.323	0.068 <sup>†</sup>	9 (5.6)	3 (3.5)	0.536	0.464 <sup>†</sup>
	없다	45 (88.2)	45 (97.8)			152 (94.4)	83 (96.5)		
알러지	있다	16 (30.8)	21 (45.7)	2.301	0.219	83 (51.6)	34 (39.5)	3.248	0.072
	없다	36 (69.2)	25 (54.3)			78 (48.4)	52 (60.5)		
치과문제	있다	6 (11.5)	6 (13.0)	0.051	0.821	130 (80.7)	53 (61.6)	10.672	0.001
	없다	46 (88.5)	40 (87.0)			31 (19.3)	33 (38.4)		
만삭아	예	41 (78.8)	42 (91.3)	2.922	0.087				
	아니오	11 (21.2)	4 (8.7)						
출생 시 정상체중	예	46 (90.2)	44 (95.7)	1.075	0.300 <sup>†</sup>				
	아니오	5 (9.8)	2 (4.3)						

결측치는 분석에서 제외함

<sup>†</sup>Fisher's exact test

표 3. 2~6세 아동의 정서상태

(N=247)<sup>†</sup>

변수	항목	빈곤계층 (n=161) n (%)	일반계층 (n=86) n (%)	$\chi^2$	p
수면 장애 또는 우울	있다	16 (10.0)	8 (9.5)	1.921	0.383
	없다	144 (90.0)	76 (90.5)		
불안 또는 공포	있다	48 (30.2)	17 (19.8)	3.110	0.078
	없다	111 (69.8)	69 (80.2)		
공격적 행동	있다	18 (11.2)	8 (9.8)	0.115	0.734
	없다	143 (88.8)	74 (90.2)		
집중장애 또는 과잉행동	있다	37 (23.0)	19 (22.9)	0.000	0.987
	없다	124 (77.0)	64 (77.1)		

결측치는 분석에서 제외함

<sup>†</sup>가구구성원 중 2~6세 아동 수

험도 빈곤계층은 50.0%로 일반계층의 67.4%보다 유의하게 낮았다(p=0.082). 두 군 모두 부모교육 프

로그램에 참여해 본 경험이 매우 낮았으며, 부모교육 프로그램이 있을 경우 참여하겠다는 응답은 두 군 모

두 높은 편으로 유의한 차이는 없었다(표 4).

#### 4. 자녀 양육

‘현재 양육을 잘하고 있다고 생각하는가?’ 하는 질문에는 두 군 간에 유의한 차이가 없었으나 40% 가까운 어머니들이 양육에 대해 자신감이 부족한 것으로 나타났다. 그러나 ‘미래에 양육을 잘할 것이라고 생각하는가?’ 하는 질문에는 긍정적으로 생각하는 답변 비율이 두 군 모두 증가하였다. 80% 이상의 부모들이 양육에 대한 조언자가 있다고 답하였으며, 두 군 간에 유의한 차이는 없었다(표 5). 두 군 모두 자녀 양육에 대한 조언은 TV나 책을 통해서나 또래 아이

들의 부모로부터 구하는 경우가 가장 많은 것으로 나타났다(표 6), 주로 사용하는 훈육방법은 말로 타이름, 화냄, 때림, 벌을 줌, 무관심함의 순이었으나 유의한 차이는 없었다. 그러나 체벌을 가하는 경우가 두 군 모두 40%이상을 차지해 올바른 훈육방법에 대한 이해가 필요한 것으로 나타났다(표 7). 한편 양육에 있어 가장 어려운 점은 0~2세군에서는 돌보아줄 사람이 없는 것, 양육비 등이었으며, 2~6세에서는 교육비에 대한 부담이 양육에 가장 어려운 점으로 나타났다(표 8).

### 고 찰

표 4. 0~2세 이하 자녀를 둔 어머니의 건강관리 이행

(N=98)<sup>‡</sup>

변수	항목	빈곤계층 (n=52) n (%)	일반계층 (n=46) n (%)	$\chi^2$	p
산전 진찰	예	40 (78.4)	45 (97.8)	8.392	0.004 <sup>†</sup>
	아니오	11 (21.6)	1 (2.2)		
철분제 복용	예	34 (66.7)	35 (76.1)	1.045	0.307
	아니오	17 (33.3)	11 (23.9)		
임신 중 음주	예	6 (11.8)	3 (6.5)	0.790	0.492 <sup>†</sup>
	아니오	45 (88.2)	43 (93.5)		
임신관련 합병증	예	13 (25.0)	8 (17.4)	0.839	0.360
	아니오	39 (75.0)	38 (82.6)		
모유 수유	예	29 (55.8)	25 (56.8)	0.011	0.918
	아니오	23 (44.2)	19 (43.2)		
이유식 자가 제조	예	17 (33.3)	27 (61.4)	7.464	0.006
	아니오	34 (66.7)	17 (38.6)		
선천성 대사이상 검사	예	44 (84.6)	41 (89.1)	0.432	0.511
	아니오	5 (9.6)	5 (10.9)		
예방접종	예	45 (86.5)	42 (91.3)	0.556	0.456
	아니오	7 (13.5)	4 (8.7)		
보건소 이용 경험	예	26 (50.0)	31 (67.4)	3.034	0.082
	아니오	26 (50.0)	15 (32.6)		
부모교육 프로그램 참석	예	2 (3.8)	4 (8.7)	1.000	0.415 <sup>†</sup>
	아니오	50 (96.2)	42 (91.3)		
부모교육 참석 의향	있다	31 (59.6)	28 (60.9)	0.016	0.899
	없다 또는 모르겠다	21 (40.4)	18 (39.1)		

결측치는 분석에서 제외함

<sup>†</sup>Fisher's exact test

<sup>‡</sup>가구구성원 중 0~2세 아동 수

표 5. 자녀양육 상태

(N=304)

변수	항목	빈곤계층 (n=186)	일반계층 (n=118)	$\chi^2$	p
		n (%)	n (%)		
현재 양육을 잘 하고 있다고 생각 하는가?	예	115 (62.2)	72 (61.0)	0.040	0.841
	아니오	70 (37.8)	46 (39.0)		
미래에 양육을 잘 할 것이라고 생각 하는가?	예	156 (83.9)	100 (84.7)	0.025	0.875
	아니오	30 (16.1)	18 (15.3)		
양육에 대한 조언자가 있는가?	예	155 (83.3)	99 (83.9)	0.017	0.897
	아니오	31 (16.7)	19 (16.1)		
자녀의 건강관리를 위한 행위를 하고 있는가?	예	141 (75.8)	90 (76.3)	0.009	0.926
	아니오	45 (24.2)	28 (23.7)		
건강문제 발생 시 보건소를 이용한 적이 있는가?	예	95 (51.1)	71 (60.2)	2.409	0.121
	아니오	91 (48.9)	47 (39.8)		

결측치는 분석에서 제외함

표 6. 자녀양육에 대한 조언

(N=304)

항목	빈곤계층 (n=186)	일반계층 (n=118)	$\chi^2$	p
	n (%)	n (%)		
친할머니	15 ( 8.1)	11 ( 9.3)	6.098	0.412
외할머니	26 (14.0)	16 (13.6)		
친인척	33 (17.7)	20 (16.9)		
자녀 친구의 부모	77 (41.4)	52 (44.1)		
TV 나 책	80 (43.2)	54 (45.8)		
지역사회의 기관	10 ( 5.4)	6 ( 5.1)		
자녀의 선생님	61 (32.8)	21 (17.8)		

다중 응답임

표 7. 자녀양육을 위한 훈육방법

(N=304)

항목	빈곤계층 (n=186)	일반계층 (n=118)	$\chi^2$	p
	n (%)	n (%)		
조용한 말로 타이른다	124 (66.7)	72 (61.0)	4.464	0.347
언성을 높혀 화낸다	120 (64.5)	76 (64.4)		
때린다	91 (48.9)	56 (47.5)		
벌을 준다	83 (44.6)	47 (39.8)		
내버려둔다	8 ( 4.3)	12 (10.2)		

다중 응답임

빈곤으로 인해 인생의 출발점부터 많은 제약을 받게 되고 불건강하게 자란다면 이것은 개인의 불행에 그치지 않고 전 사회적으로도 큰 손실이 아닐 수 없다. 본 연구는 빈곤으로 인한 영향을 최소화하기 위한 간호중재 마련을 위해 빈곤 아동과 어머니의 건강과

양육에 관해 파악해보고자 하였으며, 본 연구의 결과를 국내외 선행연구와 비교하여 논의한 바는 다음과 같다.

아동에게 가장 중요한 환경은 부모 및 가족이다. 그런데 빈곤계층의 경우 정상적인 가족형태에서 벗어난

표 8. 자녀양육에 대해 어려운 점

(N=345)

항목	0~2세			2~6세		
	Poverty (n=54) n(%)	General (n=48) n(%)	Total (N=102)	Poverty (n=158) n(%)	General (n=85) n(%)	Total (N=243)
아동을 돌보아 줄 사람이 없다	16 (29.6)	9 (18.8)	25 (24.5)	33 (20.9)	16 (18.8)	49 (20.2)
보육시설의 부족	3 ( 5.6)	5 (10.4)	8 ( 7.8)	14 ( 8.9)	6 ( 7.1)	20 ( 8.2)
보육시설의 질 문제	8 (14.8)	5 (10.4)	13 (12.7)	28 (17.7)	9 (10.6)	37 (15.2)
교육비	12 (22.2)	11 (22.9)	23 (22.5)	61 (38.6)	47 (55.3)	108 (44.4)
양육비	11 (20.4)	14 (29.2)	25 (24.5)	7 ( 4.4)	2 ( 2.4)	9 ( 3.7)
건강관리에 대한 지식부족	1 ( 1.9)	0 ( - )	1 ( 1.0)	1 ( 0.6)	2 ( 2.4)	3 ( 1.2)
의료지원시설의 부족	1 ( 1.9)	0 ( - )	1 ( 1.0)	6 ( 3.8)	1 ( 1.2)	7 ( 2.9)
없다	2 ( 3.7)	3 ( 6.3)	5 ( 4.9)	5 ( 3.2)	2 ( 2.4)	7 ( 2.9)
기타	0 ( - )	1 ( 2.1)	1 ( 1.0)	3 ( 1.9)	0 ( - )	3 ( 1.2)

결측치는 분석에서 제외함

경우가 많아 아동의 양육에는 부적합한 환경인 경우가 절대적으로 많다. 본 연구에서도 법적인 결혼관계 뿐 아니라 동거를 포함하여 배우자와 같이 살고 있는 비율이 빈곤계층에서는 68.3%에 불과해 미혼모나 이혼 가정인 경우가 많은 것으로 나타났으며, 이들 빈곤 계층은 사회적지지 체계의 수도 유의하게 적은 것으로 나타나 건강전문인의 관심이 필요할 것으로 생각된다. 김광혁(2005)의 연구에서도 공공부조의 수여 여부에 따른 차이보다는 주관적 빈곤감이나 가족형태에 따라서 아동의 심리사회적 발달이 영향을 받는 것으로 나타나 일탈된 가족형태를 가진 아동에 대한 심리적 지지의 필요성을 나타내 주었다.

또한 빈곤계층은 건강관리도 취약할 것으로 예상되는데, 특히 임신부의 부적절한 건강관리와 조산아 출산 등은 아동의 출발점을 취약하게 만드는 주요 원인이 될 수 있다. 본 연구에서도 빈곤계층에서는 정기적 산전관리를 받은 비율이 일반군에 비해 낮았는데, Paredes 등(2005)도 경제적 빈곤이 부적절한 산전관리의 한 원인이라 하였으며, 또 다른 보고서에서는 교육수준이 낮은 미혼의 임부가 가장 위험요인이 높다고 하였다(D'Ascoli 등, 1997). 본 연구에서 특히

빈곤계층에서는 정상적인 결혼상태가 아니며 교육수준도 떨어지는 대상자가 많았는데 이들이 정기적인 산전관리를 받지 않은 비율이 높게 나타난 것은 국내 빈곤계층과 일반계층 산모의 건강상태를 비교한 선행 연구와 유사한 결과이다(방경숙, 2007). 또한 부적절한 산전관리는 여러 가지 건강문제를 야기 시키는데, 본 연구결과와 같이 선천성 질환이 빈곤층에 더 많이 나타난 것은 빈곤층의 사전관리가 적절히 이루어지지 않는 점에 기인하는 것으로 보인다. 한편 Haelterman 등(2003)은 사회적 취약계층이 산전관리를 제대로 받지 못하는 것이 임신중독증과 같은 임신 위험요인 유발의 영향요인이 된다고 하였다. 본 연구에서도 임신관련 합병증은 비록 두 군 간에 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았으나 빈곤계층에서는 일반계층보다 더 높은 비율을 보여 부적절한 산전관리가 원인이 되었으리라 생각된다. 산전관리와 관련된 임신 시의 철분제 복용율도 통계적으로 유의한 차이는 아니었으나 본 연구에서 일반군이 76.1%인데 반해 빈곤계층은 66.7%로 실천률이 다소 부족한 것으로 나타났다. 이는 방경숙(2007)의 연구에서 기초생활수급자 43.6%, 차상위계층군은 59.6%로 보고된



것보다는 높은 비율이었다.

아동의 건강문제를 살펴보면, 빈곤계층은 조산아 비율이 높았으며, 2세 이하의 어린 연령층에서는 입원경험도 높았는데 이는 선행연구(Nikiema 등, 2007; Smith 등, 2007)의 결과와도 일치한다. 이후의 연령층에서는 아동의 건강상태나 입원경험, 사고경험에 있어서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 조산아 비율이 차이가 있는 반면 출생 시 체중에는 두 군 간에 유의한 차이가 없었는데 이는 부모의 사회계층과 어머니의 교육수준이 낮은 경우에 저체중아가 많이 발생한다는 선행연구(손미아, 2004; 이상이, 2003; Brody 등, 2002)의 결과와는 차이가 있는 것으로 추후연구가 필요할 것으로 사료된다.

한편 어머니가 지각하는 아동의 건강상태는 대부분의 어머니들이 건강한 편으로 생각하고 있어 두 군 간에 유의한 차이를 보이지 않았다. 그러나 정서적인 문제에 있어서는 자녀에게 각각의 정서행동문제가 있는가를 단순문항으로 질문하였을 때 자녀에게 ‘불안 및 공포가 있다’고 응답한 비율이 빈곤계층에서 유의하게 높아 어머니가 지각하는 정서적 상태가 일반계층보다 부정적인 것으로 파악되었다. 이러한 결과는 빈곤계층 영유아가 부모와의 신뢰감 있는 애착관계 형성이 부족하여 정서적 장애가 더 많이 발생한다는 연구보고(Fish, 2004; Kobak 등, 2001)와 유사한 것으로 빈곤계층 아동을 위한 조기중재에서는 모아 상호작용과 애착증진 프로그램이 포함될 필요가 있음을 시사한다. 또한 직접 발달 스크리닝 검사를 시행한 것은 아니지만 어머니의 응답에 따르면 2~6세 빈곤계층에서 발달지연아 비율도 유의하게 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과들과 영유아 발달의 결정요인이 주 양육자와의 관계에 있다(Zeanah 등, 1997)는 점에서 볼 때, 빈곤계층 부모를 대상으로 적절한 양육환경 조성을 위한 부모 상담과 교육이 반드시 필요할 것으로 보인다. 그러나 이러한 결과는 어머니의 응답에 의한 것이므로 추후 전문가에 의한 좀 더 객관적인 발달평가에 근거한 비교 연구가 필요하겠다.

건강문제 중 빈곤계층과 일반계층 모두에서 알레르

기 질환의 비율이 매우 높은 것으로 나타났는데, 특히 2~6세 빈곤계층에서 그 비율이 가장 높았으며 치과 질환의 비율도 일반계층에 비해 유의하게 높게 나타나 알레르기와 치과문제가 빈곤계층 아동의 심각한 건강문제임(Ismail, 2003; Turkey 등, 2006)을 다시 한 번 확인할 수 있었다. 따라서 빈곤계층 아동을 위한 건강관리에서는 정기적인 치과검진과 올바른 치아관리에 대한 교육이 강조될 필요가 있으며 환경적 요인에 의한 알레르기 유발물질에 대한 노출이 많은 만큼 주거환경 위생관리에 대한 경각심을 불러일으키는 것이 필요하다고 본다.

건강행위 이행에 있어 빈곤계층과 일반계층에서의 두드러진 차이는 빈곤계층의 경우 이유식을 어머니가 직접 만들어 먹이는 경우가 매우 드물다는 것이었다. 어려서부터 상품화된 이유식을 먹이는 것은 이후 패스트푸드의 이용과 관련이 있을 것으로 생각되며, 최근 산업화와 세계화 등으로 인한 인스턴트식품 선호층의 이동과 보편화로 오히려 사회경제적 취약성이 아동기 비만의 위험요인으로 나타나고 있는 결과(Brody, 2002; Vieweg 등, 2007)와도 무관하지 않을 것이다. 따라서 영아기의 이유식부터 올바른 식습관을 형성할 수 있도록 빈곤계층 어머니의 노력이 더 필요할 것으로 생각된다. 스케줄에 맞추어 예방접종을 빠뜨리지 않고 하는 비율도 빈곤아동계층에서는 80%대에 머물러 건강관리의 부족함을 살펴볼 수 있었다.

양육과 관련해서는 두 군 간에 유의한 차이를 보인 항목은 드물었다. 그런데 두 군 모두 양육에 대한 조언은 전문가보다는 또래 아이들의 어머니로부터 구하는 경우가 많아 부모교육 시에는 소집단 강의나 자조그룹을 활용하는 것이 더 효과적일 것으로 생각된다. 양육에 있어 가장 어려운 점은 0~2세군에서는 돌보아줄 사람이 없는 것, 양육비 등이었으며, 2~6세에서는 교육비에 대한 부담이 두 군 모두 월등히 높았다. 주로 사용하는 훈육방법은 두 군 모두 말로 타이름, 화냄, 때림, 벌을 줌, 무관심함의 순이었는데 체벌을 가하는 경우가 두 군 모두 40%이상을 차지해 올바른

훈육방법에 대한 이해가 필요할 것으로 생각된다.

두 군 모두에서 부모교육 프로그램에 참여해본 경험이 매우 낮은 것을 볼 수 있는데, 그만큼 양육과 관련한 부모교육 프로그램이 부족함을 나타내는 결과이다. 반면 만약 이러한 프로그램이 있을 경우 참여하겠다고 응답한 대상자는 매우 많아 부모교육에 대한 요구도가 상당히 높은 것으로 나타났다. 저소득층 아동의 교육, 건강, 복지를 위한 미국의 헤드 스타트 프로그램에서는 산전관리와 양육 및 훈육에 대한 교육과 상담을 포함하는 부모참여 서비스를 제공하고 있으며 이를 통해 결과적으로 아동의 인지발달과 언어능력의 향상, 정서장애 및 행동장애의 감소 등에 긍정적 효과가 있는 것으로 보고되고 있다(Love 등, 2005; Reid 등, 2004). 아동을 위한 지원프로그램은 아동에게 미치는 부모의 영향을 바람직한 방향으로 이끌어 갈 수 있도록 하는 부모교육이 필수적이다. 따라서 공공보건기관인 보건소나 사회복지시설, 지역사회 기관에서는 성인이나 노인중심의 프로그램뿐만 아니라 상대적으로 소외된 계층의 영유아 및 아동을 위한 부모교육프로그램도 체계적으로 활성화시킬 필요가 있을 것으로 보인다.

최근 사회경제적 상태에 따라 건강상태가 결정된다는 연구들이 많이 진행되고는 있으나 주로 성인을 대상으로 하는 연구가 대다수이다. 하지만 본 연구결과에 따르면 빈곤계층 아동은 일반계층 아동과 비교해 다양한 건강위험요소를 가지고 있는 것으로 나타나 성인뿐만 아니라 아동 또한 건강불평등의 위험을 가지고 있는 것으로 나타났다. 아직까지 우리 사회에서 아동의 건강불평등 문제는 상대적으로 덜 인식되어 왔으며 건강전문가의 관심조차 받아오지 못했다. 그러나 본 연구결과와 함께 부모의 사회경제적 지위가 어린이 사망에 매우 유의한 영향을 미치고 있는 것으로 보고한 윤태호 등(2007)의 연구와 부모의 사회계층에 따라 저체중아 출생률에 차이가 있다고 보고한 손미아(2004)의 연구 등에서 알 수 있듯이 빈곤계층의 아동은 건강측면에서도 상당한 취약성을 나타내고 있다. 선진국에서 이미 시행되고 있는 Head Start,

Sure Start, Fair Start 등은 이러한 빈곤층 아동의 건강수준 차이를 줄이기 위한 국가적 노력으로서 시도되었으며 이제 우리나라에서도 저소득층 아동에게 건강·복지·교육 측면의 공정한 기회를 제공하기 위한 위스타트와 희망스타트 사업이 시범 운영되고 있다. 여기에서 본 연구는 미취학 빈곤계층아동과 일반 아동의 건강실태와 건강관리 현황을 비교분석하여 빈곤아동의 건강문제와 위험요인을 발견함으로써 아동 보호통합서비스를 위한 건강증진 중재의 기초자료를 마련한 시도로서 그 의미를 두고자 한다. 위스타트나 희망스타트와 같이 아동별, 가구별 요구에 부응한 맞춤형 서비스를 제공하기 위한 사업에서는 대상 집단에 대한 사전조사와 분석을 통해 대상자의 특성과 요구를 파악한 후 접근할 필요가 있다. 이러한 점에서 볼 때 본 연구결과에서 나타난 빈곤계층 아동의 건강문제와 건강위험요인은 보건서비스를 제공하는 간호수행자에게 대상자의 건강요구에 대한 기초자료를 제공하고 건강위험요소에 대한 선별적 접근을 유도함으로써 효율적인 대상자 접근과 간호중재를 모색할 수 있는 방안이 될 것이다.

## 요약 및 결론

본 연구는 경기도 위스타트 시범사업 지역으로 선정된 3개시의 저소득층 밀집지역 각 1개동씩 3개동을 선정하여 수집된 자료 중에서 미취학 아동이 있는 수급자 및 차상위 계층 186가구와 같은 지역 일반계층 118가구의 자료를 분석하여 빈곤계층 아동군과 일반계층 아동군의 건강실태 및 건강관리 현황을 비교분석함으로써 빈곤계층 미취학아동의 건강문제를 발견하고 건강위험요인을 파악하고자 실시된 서술적 비교조사연구이다. 빈곤계층은 일반계층에 비해 주양육자가 아버지인 경우와 배우자가 없는 경우가 더 많았으며 아동이 건강문제를 가진 경우도 월등하게 많았다. 아동의 건강상태에 대해서는 2세 이하의 빈곤층 아동의 경우 입원경험과 선천성 질환 그리고 조산아 비율이 유의하게 높게 나타났으며 2~6세의 경우

에는 성장발달지연, 알레르기 질환, 치과문제가 더 많은 것으로 응답하였다. 정서 상태에 있어서 2~6세 빈곤층 아동에서는 '불안이나 공포가 있다' 는 응답이 더 높게 나타났다. 어머니의 아동 건강관리 측면에서도 차이가 있었다. 2세 이하 빈곤층 아동의 어머니는 산전 진찰비율이 유의하게 낮았으며 이유식을 직접 만들어 먹이는 비율도 매우 낮았다. 한편 두 군 모두는 부모교육 프로그램에 참여해 본 비율이 매우 낮은 반면 프로그램에 참여하겠다는 응답은 매우 높았다. 자녀 양육에 있어서 두 군 간의 차이는 없었으나 두 군 모두 양육에 대해 자신감이 저조하였으며 2세 이하보다는 2~6세 아동의 양육이 어렵다고 호소하였다.

위의 결과를 볼 때 빈곤층 미취학 아동은 일반계층의 아동에 비해 건강문제와 건강위험 요인을 더 많이 가지고 있는 것으로 나타나 건강측면에서 상대적으로 취약성을 나타내고 있다. 본 연구결과에서 나타난 빈곤층 아동의 건강문제와 건강위험 요인은 맞춤형 보건서비스를 제공함에 있어 대상자의 건강특성과 요구에 대한 기초자료를 제공하고 건강위험요소에 대한 선별적 접근을 유도함으로써 효율적인 간호중재의 개별 전략을 모색하는 방안으로 활용될 수 있을 것이다.

### 참 고 문 헌

강희경. 학령기 자녀를 둔 빈곤가족의 스트레스-일 지역 빈곤가족의 실태와 경험을 중심으로-. 아동간호학회지 1999;5(2):185-197

김광혁. 빈곤이 아동의 심리사회적 발달에 미치는 영향. 사회과학논총 2005;20:109-125

방경숙. 미취학아동 어머니의 모자보건관련 특성, 양육부담감, 사회적지지에 대한 사회계층별 비교. 아동간호학회지 2007;13(4):390-398

보건복지부. 희망스타트(아동보호 통합서비스) 시범사업 안내. 보건복지부 아동안전관리팀 2007 [인용 2007년 10월 30일]. 출처:URL:www.nurihi.or.kr/upfile/희망스타트시범사업안내(0104).pdf

손미아. 부모의 사회계층이 1995-2001년도 출생아의 저체중에 미치는 영향. 보건행정학회지 2004;14(1):148-168

윤태호 등. 부모의 사회경제적 지위와 어린이 사망의 연관성. 보건과 사회과학 2007;1:29-46

이상이. 우리나라 사회계층별 저체중아 출생률의 차이. 보건과 사회과학 2003;13:61-79

조용수, 김기승. 우리나라의 연령별 빈곤실태와 결정요인에 대한 실증 연구. 사회보장연구 2007;23(3):101-124

최선희, 김희수. 빈곤아동-청소년 실태파악 및 정책방안 연구. 빈부격차차별시정위원회 2004 [인용 2007년 10월 30일]. 출처: http://www.president.go.kr/cwd/kr/common/download.php

황혜원. 가정빈곤과 이를 예측하는 변인들이 유아의 사회정서발달에 미치는 영향. 한국가족복지학 2004;9(1):219-229

Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. Annu Rev Psychol 2002;53:371-399

Brody J. The global epidemic of childhood obesity: poverty, urbanization, and the nutrition transition. Nutrition bytes 2002 [cited 2007 Oct 30];8(2). Available from: URL: http://repositories.cdlib.org/uclabiolchem/nutritionbytes/vol8/iss2/art1

Caughy MO, Huang KY, Miller T, Genevro JL. The effects of the health steps for young children program: results from observations of parenting and child development. Early Childhood Research Quarterly 2004;19:611-630

D'Ascoli PT, Alexander GR, Petersen DJ, Kogan MD. Parental factors influencing patterns of prenatal care utilization. J Perinatol 1997;17(4):283-287

Fish M. Attachment in infancy and preschool in low socioeconomic status rural Appalachian children. Dev Psychopathol 2004;16(2):293-312

Gottlieb G, Blair C. How early experience matters in intellectual development in the case of poverty. Prev Sci 2004;5(4):245-252

Haelterman E, Qvist R, Barlow P, Alexander S. Social deprivation and poor access to care as risk factors for severe preeclampsia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003;111(1):25-32

Head Start. Program services. Office of head start [cited 2007 Oct 30]. Available from:URL: http://www.acf.hhs.gov/programs/hsb

Hubbs-Tait L, Culp AM, Huey E, Culp R, Starost H, et al. Relation of head start attendance to children's cognitive and social outcomes: moderation by family risk. Early Childhood Research Quarterly 2002;17:539-558

Ismail AL. Determinants of health in children and the

- problem of early childhood caries. *Pediatr Dent* 2003;25(4):328-333
- Kobak R, Little M, Race E, Acosta MC. Attachment disruptions in seriously emotionally disturbed children: implications for treatment. *Attach Hum Dev* 2001;3(3):243-258
- Love JM, Kisker EE, Ross C, Raikes H, Constantine J, et al. The effectiveness of early head start for 3-year-old children and their parents: lessons for policy and programs. *Dev Psychol* 2005;41(6):885-901
- Nikiema B, Zunzunegui MV, Seguin L, Gauvin L, Potvin L. Poverty and cumulative hospitalization in infancy and early childhood in the Quebec birth cohort: a puzzling pattern of association. *Matern Child Health J* 2007;10:pressing
- Paredes I, Hidalgo L, Chedraui P, Palma J, Eugenio J. Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;88(2):168-172
- Reid MJ, Webster-Stratton C, Baydar N. Halting the development of conduct problems in head start children: the effects of parent training. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004;33(2):279-291
- Reynolds AJ. Research on early childhood interventions in the confirmatory mode. *Child Youth Serv Rev* 2004;26:15-38.
- Smith LK, Draper ES, Manktelow BN, Dorling JS, Field DJ. Socioeconomic inequalities in very preterm birth rates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2007;92(1):11-14
- Sure Start. Services. Surestart [cited 2007 Oct 30]. Available from: URL:www.surestart.gov.uk
- Thomas L. What nurses can do to combat poverty. *Nurs Stand* 2004;28(34):25
- Turky M, Curtis L, Scheff P, Contraras A, Coover L, et al. Environmental allergens and asthma morbidity in low-income children. *J Asthma* 2006;43(6):453-457
- Vieweg VR, Johnston CH, Lanier JO, Fernandez A, Pandurangi AK. Correlation between high risk obesity groups and low socioeconomic status in school children. *South Med J* 2007;100(1):8-13
- Weiss H. Growing up in poverty as a developmental risk. *Educational and Child Psychology* 2004;21(1):8-19
- Zeanah CH, Boris NW. Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(2):165-178