

## 학교건강증진 지표개발 및 측정에 관한 연구\*

김 영 입

한국방송대학교 보건위생학과

# A Study of the Index Development and Measurement for School Health Promoting Behaviors

Young Im Kim

*Korea National Open University, Dep. of Nursing*

### ABSTRACT

The objectives of this study are first to develop the index of school health promoting behaviors, two, to measure those, third, to analysis the relative importance of factors that effect on school health promoting behaviors. School health promotion indexes were composed of 60 components of six areas which modify the element of health promoting schools are developed by world health organization. The survey data were collected by questionnaires from June to September in 1998. The number of subjects was 294 school nurses. The SAS-PC program was used for the statistical analysis. The major results were as follows: 1. The six areas of school health promoting behaviors are: school health politics (20 components), the school physical environment (17 component), the school social environment (7 component), community relationships (6 component), personal health skills (7 component) and health services (3 component). 2. The mean of total school health promotion indexes was highest at elementary school as 3.46. The order of area was health services, the school physical environment, school health politics, the school social environment, personal health skills, community relationships. 3. The regression model used in this analysis presented significant relationships between school health promoting behaviors and independent variables. The important variable affecting the area of school physical environment was education level of school nurses. The important variable affecting the area of the school social environment and personal health services were the location of school, credential education program. Age or career also were significant variables affect the community relationships and health services. In summary, The health promoting behavior of elementary school was higher than other school. It is mean that have to perform active promoting behavior at middle school and high school. Health service level was highest among areas of school health promoting behaviors. It is mean also that school nurse teachers is interested in activity for other areas to improve of school health. Furthermore, it is necessary to develop the specific program for school health promoting behavior.

### I. 들어가는말

건강이 인간이 누려야 하는 기본권이라는 인식이 증가하면서 건강에 대한 관심은 일부 계층뿐이 아니

\*이 논문은 한국방송대학교 1997년도 학술연구비지원을 받아 작성된 것임.

라 전국민적으로 증대되고 있다. 이와 같은 사회 전반적으로 확대된 국민의 건강하고자 하는 욕구에 부응하여 국민의 건강향상을 위해 노력해온 간호사나 의료관련자들은 건강에 영향을 미치는 요인에 대한 규명과 건강 향상의 방법개발에 주력하게 되었으며, 국민 모두가 질병없이 오래 살도록 하자는 적극적인 목

표아래 실제적 접근전략을 추구하게 되었다. 특히 오늘날의 건강문제가 급성 전염성질환보다는 환경과 생활양식의 변화에서 오는 만성퇴행성질환에 크게 영향 받는다는 점이 고려되면서 의료에만 국한되지 않는 포괄적인 접근으로서 건강증진에 관한 관심이 고조되고 있다.

건강증진과 연관된 개념은 1940년대부터 사용되기 시작하였으나 본격적인 용어의 사용은 1970년대 이후라고 할 수 있다. 건강증진에 대한 용어범람을 빚대어 일종의 유행병처럼 쓰인다고 표현하기도 하지만 보건에 관련된 여러 부문에서 건강증진에 관심을 표명하고 건강에 대한 새로운 시각으로서 받아들여져 미국을 위시한 호주, 일본, 캐나다등에서 보건정책의 방향 전환에 크게 기여하고 있다(U.S. Department. of Health Education and Welfare, Public Health Service. 1979; Lalond, 1975). 국내에서도 건강증진에 대한 개념 규명을 위한 작업(1993년 9월 9~10일 개최된 국제간호학회학술대회 발표논문임) 및 건강증진 모형개발, 국민건강증진목표와 전략에 관한 연구(한국보건사회연구원 1993, 1995)가 있어왔고, 국민에 대한 건강증진실천방안을 모색하기 위해 노력하고 있다. 최근 정부에서는 국민의 건강증진을 도모하고 보건정책사업을 치료중심에서 예방중심의 적극적인 방향으로 개선코자 공청회를 거쳐 1995년 1월 5일 법률 제 4,914호로 국민건강증진법을 제정하여 적극적인 정책적 의지를 표명하고 있다.

이와 같이 관련 법제정이라는 강력한 행정력이 수반된 범국민적 건강증진전략이 효과적이기 위해서는 대상별로 차별화된 접근이 요구된다. 특히 성장발달기의 학생은 이 시기에 평생동안의 건강을 좌우하게 되는 많은 요인의 영향을 받게 되며, 이들에게 건강유지증진에 관련된 제반 노력이 적시에 제공됨으로써 효과를 가증시킬 수 있다. 부모들이 학생의 관리와 감독에 일차 책임을 지지만 학교가 학생들의 건강관리를 수월히 할 수는 없다. 학생들의 건강과 안녕의 모든 측면에 관심을 가지고 예방가능하거나 교정가능한 상태를 포함해 질병이나 결함으로 고통받는 학생을 최소화해야 하는 것은 학교라는 지역사회 특성이다.

학교에서의 건강증진이 효과적으로 이루어지기 위해 학교당국이나 양호교사, 지역사회등 학교환경의 여러 요인이 영향을 미치겠지만 건강증진은 오랜동안

간호행위의 기본 개념으로 인식되어 왔고, 학교가 명실공히 학생 및 교직원의 건강증진을 위해 중요한 역할을 수행함에 있어 단 하나의 건강관리 및 보건교육의 전담인력인 양호교사는 핵심적 위치에 있음에 의의가 없다. 그러나 양호교사가 학교에서의 건강증진사업의 활성화를 위해 어떻게 접근해야할지에 대한 지침이나 대안이 체계적으로 마련되어 있지 않으며, 있어도 산발적이거나 단편적이라 할 수 있다. 학교건강증진에 대한 개념정의에서부터 이를 어떻게 측정하고 업무로서 수행할 것인지에 대한 구체적인 연구 및 활동의 체계화는 이루어지지 않고 있다.

우선 학교에서 행해지는 건강증진은 어느 수준인가?에 대한 현 시점에서의 진단이 이루어진 후 좀 더 활발한 건강증진행위에 기여할 수 있을 것이다. 이를 위해 먼저 건강증진에 관한 통합된 이해를 기초로 범위 또는 내용이 먼저 규정되고, 이에 대한 측정이 되어야 학교에서의 건강증진사업이 명확해질 것이다. 즉, 학교의 건강증진사업수행에 필요한 건강증진개념으로부터 현재 학교보건사업의 내용이 무엇을 포함하고 있는가? 학교의 건강증진을 측정할 수 있는 지표가 개발되어 있는가? 건강증진의 지표에 비추어 현행 보건사업내용의 실천수준은 어떠한가? 향후 학교건강증진을 위해 어떠한 부분에 역점을 두어야 할 것인가? 건강증진을 도모하기 위한 바람직한 프로그램은 무엇인가? 등의 질문이 생긴다. 이러한 질문의 답으로부터 학교에서의 건강증진 실천을 위한 문제점은 무엇인지를 파악할 수 있고 학교의 건강증진프로그램 개발이 가능해질 것이다. 한편 우리나라에서는 서울특별시 교육청의 학교보건시범사업의 일환으로 학교환경위생관리, 보건교육활성화, 어린이 성인병예방등과 관련된(학교보건시범학교운영보고, 1992, 1993, 1994) 연구가 진행된 바 있으나 학교를 대상으로 한 건강증진사업이 총체적으로 이루어지지 않는았다. 따라서 우리나라 학교환경 및 여건을 고려한 건강증진행위의 측정지표개발과 이에 따른 수준이 측정됨으로써 학교보건사업의 방향설정 및 사업평가에 유용할 것으로 사료된다.

이에 본 연구의 목적은 다음과 같다.

1. 학교건강증진의 개념을 고찰하고, 학교의 건강증진을 측정할 수 있는 지표를 개발한다.
2. 개발된 건강증진지표를 중심으로 학교건강증진행

위수준을 파악한다.

3. 학교건강증진행위실천에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

II. 연구방법

학교 건강증진의 개념 도출 및 지표개발을 위하여 관련 문헌 및 연구자료를 검토하였으며, 개발된 건강증진지표에 따른 현행 학교에서의 건강증진실천수준 확인을 위하여 일차적으로 작성된 조사표를 양호교사가 참여한 시험조사를 통하여 수정하였다. 학교건강증진행위조사는 1998년 6월부터 9월까지 수행되었고, 조사대상은 전국 초중고등학교중 임의표출로 선정된 294 학교의 양호교사가 작성하였다. 분석은 SAS 패키지프로그램을 활용하여 기술분석 및 다변량 분석을 실시하였다.

이와 같은 연구내용은 그림 1과 같이 정리될 수 있다.

III. 학교건강증진의 개념고찰

1. 건강증진의 개념고찰

개념으로서의 건강증진은 간호계를 비롯하여, 의료계의 관심속에서 발전되어 왔으며, 사용범위도 다양해 사람마다 다른 의미로 쓰여지고 있어 학교등 지역사회 각 분야에서 건강증진전략을 실용화하기 위하여 개념정립에서부터 어떻게 측정하고 사업을 전개할 것인지에 대한 깊은 논의가 우선되어야 한다.

우선 건강증진 개념에 있어 건강증진을 단순히 사람을 지도하는 보건교육에 초점을 맞추기도 하고, 건강을 향상시키는 광범위한 사회 환경을 변화시키는 의미로 사용하기도 한다. 또한 건강증진의 중심에 보

건교육을 두기도 하며, 건강증진과 보건교육을 같은 것으로 보기도 하고, 건강증진을 더 광범위한 것으로 보아 보건교육을 포괄하는 우산으로 보기도 한다 (Tones, 1983). 한편 Breslow(1983)는 건강증진을 질적 양적으로 충분한 삶의 가능성을 향상시키는 모든 수단들로서 신체, 정신적 기능을 유지 증대시키고 건강에 해로운 요인에 대한 저항력을 기르는 수단을 포함하며, 건강증진을 위한 접근방식으로 예방적 수단(조기발견 및 치료), 환경적 수단(보호측면), 행동적 수단(보건교육을 통한 행동변화)이 있다고 하여 의료서비스, 건강보호 및 보건교육 요소를 포함시키고 있다.

많은 간호학자들 역시 광범위하게 건강행위에 대해 정의하고 있다. Laffrey(1985)는 더 높은 건강수준과 안녕에 도달하는 것을 목표로 하는 행위로 정의했고, Brubaker(1983)는 성장과 안녕증진을 향한 행위라고 정의하였고, Pender(1987)는 '건강증진과 질병예방을 위한 국가의 목표'에 관한 저서에서 건강증진에 대해 건강증진, 건강보호, 예방보건서비스를 주요 내용으로 포함하고 있다.

간호학이나 보건학에서 보편적으로 사용되는 건강증진의 정의는 건강을 향상시키고 적정기능을 촉진하기 위한 인간, 환경, 사회에 대한 증재를 나타낸다. 즉 건강증진은 안녕수준의 향상, 개인, 가족, 지역사회 건강잠재성을 실현화하기 위한 방향을 제시하는 활동이라 할 수 있다. 이를테면 건강증진은 건강을 향상시키기 위한 모든 행위를 내포하는 것으로 해석할 수 있으며, 건강증진이 상위목표라 하면 보건교육은 건강증진행위의 주요 매체로서 빠져서는 안될 중요한 부분으로서 연결되어 있다.

건강증진의 특성을 좀 더 자세히 고찰해 보면 건강증진을 생각할 때 피할 수 없는 짝으로 여겨지는 것이 질병예방이며, 질병예방을 회피성행위라 한다면 건강증진은 접근성행위라 할 수 있고, 어떤 특정 건강문제나 질병중심이 아니라는 것이 강조된다. 즉 질병예방이나 건강보호가 건강과 안녕에 대한 병리적 발생을 위축시키는 것에 반해 건강증진은 건강에 대한 긍정적인 잠재성을 확대시키는 개념으로서 사용된다. 지역사회를 대상으로 구체화하고자 할 때 펜더(1987)가 제시하는 범주를 고려해보는 것도 유용하겠다. 즉, 예방보건측면에서는 모자보건, 심질환 및 뇌졸중, 압,

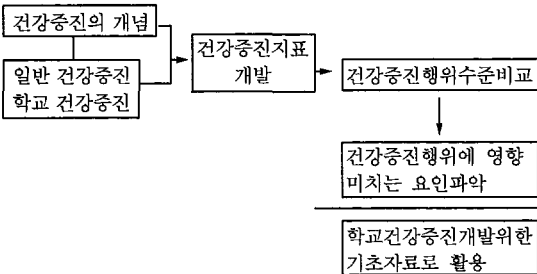


그림 1. 본 연구의 흐름도.

당뇨병, 만성불구, 성병, 예방접종에 초점을 두고, 건강 보호측면에서는 불의의 사고예방, 안전사고, 환경보건, 식품 및 의약품 안전, 구강보건등에 강조점을 두며, 보건교육측면에서는 운동, 영양, 흡연, 음주, 약물중독, 가족계획등의 내용을 포함함으로써 현실을 포괄하는 건강증진개념으로 활용가능할 것이다.

이 같이 많은 학자와 관련학문영역에서 관심을 가지고 있는 건강증진의 개념에 관해 Tannahill(1985)은 건강증진의 정의, 계획, 수행과 관련된 여러 문헌을 고려하여 다차원적인 모형을 개발하였다. 이 모형에서 건강증진은 예방서비스, 건강보호, 보건교육의 세 영역과 이 영역이 합치는 7영역으로 나타난다. 여기에서 예방서비스는 질병과정, 즉 질병, 상해, 불능, 장애 기타 원하지 않는 현상이나 상태의 출현감소를 의미하며 일차, 이차, 삼차예방으로 분류되고, 건강보호는 오랜동안 인간의 건강에 효과를 주어 왔던 구체적인 공공보건의 소산이라 할 수 있으며, 적극적 건강추진과 불건강예방에 목표를 둔 법적, 재정적 통제, 법률이나 제반 정책, 기타 임의계약이 포함된다. 보건교육은 개인과 집단의 신념, 태도, 행위에 영향을 주므로써 건강을 적극적으로 강화하고 불건강을 예방하거나 감소하는 것을 목표로 하는 의사소통행위임이 강조되고 있다. 이와 같은 영역에 포함되는 요소를 통해 적극적인 건강의 의미를 강화하고 불건강을 예방하고자 하는 노력이 건강증진임을 나타낸다.

한편 질병예방과 건강증진에 관한 사회와 국가차원의 관심이 커지면서 이와 같은 건강증진의 개념이 근간이 되어 국가의 건강목표도달을 위해 제공자에 의해 개인에게 전달되는 예방서비스, 해로운 것으로부터 사람을 보호하기 위해 정부나 산업체에서 흔히 사용되는 건강보호, 건강한 생활양식을 증진하도록 하는 보건교육의 세 가지 전략이 널리 사용되고 있다. 또한 구체적인 방법론으로 2000년까지 모든 사람이 건강하게 살도록 하자는 표어가 제정된 이래 이에 대한 일차보건의료전략의 채택과 아울러 건강증진을 위한 노력으로 건강평등실현에 초점둔 오타와현장이 발표되었는데 여기에는 대중참여, 지역사회 서비스의 강화, 공공정책 수립, 건강한 환경조성, 개인의 건강관리 기술개발, 전반적 건강향상을 위한 보건서비스 개발이 강조되고 있다.

또한 건강증진에 관한 개념정의에 있어 우리나라에서는 여러 문헌을 종합하여 김영입(1993)은 건강증진을 예방서비스, 건강보호, 보건교육의 요소들을 통하여 생활양식을 향상시키고 삶의 질 향상을 꾀하는 것이라 정리한 바 있고, 김대회(1994)는 개인, 조직, 사회적 상황에서 사람들의 행태 및 환경변화를 통하여 건강잠재력을 가장 효율적으로 극대화하기 위한 교육, 정책, 의료, 기타 자원들의 최적 조합을 말한다고 정리하고 있다.

건강증진에 관한 개념정립에 관한 노력이 경주되는 가운데 우리나라에서의 건강증진 전략으로는 국민 건강실천운동의 모형개발에 관한 연구(김수춘, 이충섭, 1990)가 실시된 바 있고, 국가나 지역사회조직에서 건강증진 모형개발에 관한 연구(변중화외 1992, 1993)가 실시되었으며, 구체적인 건강증진프로그램을 실제화하기 위해 건강위험요인감소를 위한 목표를 세우고 지역단위별로 차별화된 전략을 구축하고 있다. 또한 지역사회의 한 영역으로서 사업장을 단위로 하여 산업체 근로자 건강증진에 관심을 가지고 연구한 바 있으며(근로자 건강증진, 강성규외 1993), 산업체에서 건강증진증진프로그램을 개발하여 실시하는 곳이 있으나(산업안전관리공단, 1993) 운동프로그램에 치중한다든지 하여 통합적 접근의 시작단계라 할 수 있다. 그러나 이러한 연구결과로부터 학교지역사회에 적합한 건강증진의 개념이 구체화될 수 있을 것이다.

## 2. 학교건강증진개념 및 지표

건강증진의 개념을 정의할 때 학교현장에서 건강증진을 실천하기 위해 고려할 점은 가장 효율적으로 학교라는 지역사회가 건강행위를 할 수 있도록 보건교육과 보건서비스 및 건강보호활동을 조합하느냐에 달려 있다고 할 수 있다.

Tannahill(1985)은 건강증진의 주요 영역으로서 학교의 중요성을 강조하면서 보건교육의 중요성에 초점을 맞추고 있다. 학교건강증진의 주요 부분으로서 보건교육을 중심으로 놓고 볼때 Green과 Lewis(1986)는 학교보건교육은 의사결정과 일련의 건강행위개발에서 지식, 태도, 기술향상에 도달하여야 하며, 이러한 계열속에서 학교보건교육은 다음과 같은 모형으로 표현가능하다고 하였다.

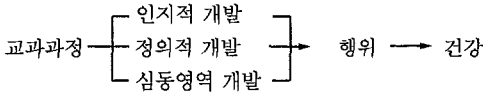


그림 2. 학교보건교육 교과모형.

이 모형은 궁극적으로 건강을 달성하는데 두고 있으며 이를 달성하기 위해 행위를 필요로 한다는 것이다. 학교는 의료기관이나 보건소가 아니므로 학교에 적합한 목표를 가져야 하며, 이러한 기본 모형을 중심으로 학교건강증진프로그램을 달성하기 위하여 의료나 보건모형이 아닌 교육모형을 접목시켜야 함을 강조한다. 이를 고려한 학교건강프로그램의 모형은 보건교육, 학교 및 지역사회보건서비스, 학교 및 지역사회 환경의 중재가 필요하다는 것이다. 학생이 효과적으로 건강수준에 도달하기 위하여 Green(1986)은 이 모형에서 특히 첫째, 건강증진을 위하여 학교와 지역사회서비스 및 환경과의 조합이 이루어져야 하며, 둘째, 건강이 그것자체의 목적이기보다 교육목적을 위한 수단이 되어야 한다고 강조하고 있다.

한편 Creswell과 Newman(1989)은 미국의 경우 20년전에 학교보건프로그램은 일반적으로 7영역으로 분류되었지만 계속 연구 검토한 결과 최근에는 보건서비스, 보건교육, 건강한 생활의 3영역으로 분류되고 있으며 잘 통합 조직된 학교보건프로그램은 서로 독립적이면서도 지지 보완적인 역할을 한다고 하였다. 여기에서 학교보건서비스는 학생의 현 상태와 직접 관련있는 학교활동으로 구성되며, 그들이 참여하는 학생의 건강과 보건교육의 유형은 상호의존적이기때문에 학생들의 건강상태 그 자체에만 관심을 가지는 것이 자연스럽고, 낮은 생동력을 가지는 학생은 학교 프로그램에 관심을 덜 가지므로 학교프로그램은 학생의 지적수준 뿐 아니라 신체적 정서적 수준을 고려해

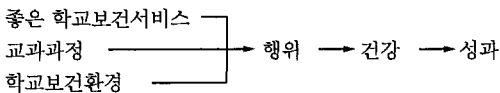


그림 3. 학교건강프로그램모형.

자료: Green, L. W. and Lewis, F. M. (1986). Mesearment and evaluation in health education and health promotion, Part Two Mesearment: theory, operational considerations, and practical applications. Mayfield Publishing company Palo Alto, California.

야 한다는 것이 강조된다. 한편 Kolbe(1986)는 학교 건강증진의 요소를 학교보건서비스, 학교보건교육, 학교보건환경, 통합된 학교 및 지역사회 건강증진효과, 학교의 물리적 교육, 학교급식서비스, 학교상담, 학교교직원을 위한 건강증진프로그램등의 8가지로 놓고 학교건강향상의 효과를 설명하고 있다. 한편 세계보건기구는 학교건강정책, 물리적 환경, 사회적 환경, 지역사회유대관계, 건강기술, 건강서비스를 주요 내용으로 하여 학교건강증진지침을 제시하고 있다 (WHO, 1996). 이 지침은 건강증진의 개념과 학교보건사업의 실천이 접목될 수 있도록 개발되어 있는데 6가지 주요 학교건강증진영역에 대해 이를 확인할 수 있는 72개의 사항들로 구성되어 있다. 궁극적으로 건강증진에 대한 접근은 의료적, 행위변화적, 교육적, 대상자 중심적, 사회변화적 접근으로 요약될 수 있고, 이 지침은 학교보건사업에서 건강증진접근전략을 직접 또는 간접적으로 반영하였다고 볼 수 있으며, 우리나라의 학교건강증진지표설정에 적용하기 위한 틀로서 유용하다. 이를 기본 틀로 하여 우리나라 실정과 상황에 적합한 내용을 중심으로 구성하고 이를 시험 조사하여 최종 확정하여 측정된 지표는 표 1과 같다. 지표는 5점척도로 구성되었으며, 실천수준이 높을수록 높은 점수를 부과하도록 하였다. 사용된 지표의 신뢰도 수준은 Cronbach' a값은 0.93으로 높은 수준을 나타냈다.

표 1. 학교건강증진지표

영역	WHO 지표	본 연구 사용지표
학교보건정책	21개	20개
학교의 물리적 환경	17	17
학교의 사회적 환경	8	7
지역사회유대관계	5	6
개인건강기술	11	7
학교보건서비스	10	3
계	72	60

#### IV. 학교건강증진행위수준 및 영향요인 분석

##### 1. 학교건강증진행위수준

건강증진영역별로 1부터 5점까지 척도화하여 개별 지표에 대해 측정된 평균은 표 2와 같다. 전 영역에서 초등학교의 수준이 높았으며(3.46), 중학교(3.19), 고

표 2. 학교건강증진행위지표 및 실천점수

건강증진영역	초등학교 (N=199)		중학교 (N=61)		고등학교 (N=34)		총계 평균(F)
	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	
학교보건정책	3.54	0.44	3.42	0.39	3.23	0.52	3.48(8.17***)
학교급식을 실시하고 있다	4.50	0.81	2.15	1.33	2.71	1.64	
학교건물은 완전급연구역이다	2.24	1.03	2.24	1.08	2.11	1.16	
교직원에게 금연교육을 실시한다	2.75	0.98	2.85	0.99	2.57	1.27	
학생에게 금연교육을 실시한다	3.54	1.21	4.06	0.79	3.43	1.04	
학교는 술이나 향정신성약물을 근절하는 적절한 행동을 취한다	3.21	1.04	3.68	0.92	2.88	1.09	
정확한 건강사정후에 투약을 실시한다	4.23	0.76	4.15	0.81	3.77	0.97	
건강사정 및 투약내용을 일지에 기록하고 보관한다	4.49	0.73	4.45	0.64	4.11	1.05	
극약물(실험약물이나 불소 등)은 별도의 장소에 보관한다	4.57	0.77	4.27	0.80	4.11	0.87	
학교에 응급처치함이 마련되어 있다	4.07	1.05	4.15	0.96	4.17	1.10	
교직원들을 위한 응급처치 연수과정이 있다	2.36	1.01	2.32	0.97	2.06	1.14	
교직원들을 위한 약물남용 및 성교육연수과정이 있다	2.50	1.06	2.94	1.13	2.63	1.21	
학생들에게 응급처치훈련을 실시한다	3.33	0.98	3.55	1.10	3.17	1.12	
학교내 응급환자 발생시 응급환자의뢰 및 후송체계가 마련되어 있다	3.25	1.04	3.43	0.87	3.54	1.15	
학생신체검진 후 그 결과를 다음 해에 반영한다	3.59	0.93	3.35	0.96	3.49	0.85	
신체검진 후 학부모에게 학생의 건강상태에 대해 통지한다	4.50	0.73	4.05	0.84	4.00	0.84	
학생의 건강문제에 대해 교사 및 학부모와 토의한다	4.01	0.84	3.82	0.69	3.89	0.63	
교직원 건강검진 후 이상자는 요양호자로서 적절한 추후관리를 한다	4.01	0.78	3.83	0.89	3.66	1.11	
전염병발생이 되면 학교는 휴교조치를 한다	3.36	1.18	3.27	1.15	2.69	1.31	
극심한 더위나 추위로 학생의 건강이 위해하다고 판단되면 수업단축 등 조치를 한다	3.29	1.07	2.95	1.02	2.63	1.26	
화재시 대피할 수 있는 대책이 있다	3.10	1.00	2.93	0.87	3.06	1.04	
물리적 환경	3.58	0.53	3.36	0.52	3.35	0.51	3.51(5.67**)
학교건물이나 놀이시설, 기구에 대해 정기안전검사를 실시한다	3.43	0.99	3.13	0.95	3.09	0.95	
지역사회와 연계하여 교통사고예방활동을 한다	3.61	0.97	3.10	0.97	2.71	1.15	
안전한 음용수가 제공된다	4.10	0.85	3.71	0.96	3.80	0.96	
물탱크소독 및 수질검사를 정기적으로 실시한다	4.30	0.87	4.06	0.88	3.97	0.98	
남학생을 위한 충분한 수의 화장실이 있고 청결하다	3.61	0.96	3.31	0.87	3.27	0.98	
여학생을 위한 충분한 수의 화장실이 있고 청결하다	3.62	0.95	3.32	1.14	3.38	0.87	
학생들은 쓰레기 분리수거에 참여한다	3.93	0.95	3.84	0.90	3.91	0.70	
1회용품 사용을 제한한다	3.66	0.86	3.46	0.87	3.23	0.88	
학교의 쓰레기분리수거체계가 지역사회와 연계되어 운영된다	3.41	1.08	3.10	1.12	3.23	1.09	
학생들은 학교를 깨끗이 유지하는데 적극적으로 참여한다	3.58	0.92	3.35	0.75	3.26	0.98	
화장실의 환기장치가 잘 되어 있다	3.47	0.91	3.37	0.79	3.37	0.84	
각 교실의 조도가 충분하다	3.48	0.90	3.18	0.90	3.51	0.78	
필요시 냉방이 가능하다	2.43	1.04	2.16	1.03	3.03	1.10	
커튼이 충분히 확보되어 있다	3.65	1.05	3.84	0.97	3.60	1.14	
교실 및 복도 이중창이 설치되어 있다	3.68	1.37	3.63	1.23	3.57	1.20	
흑판보조등이 설치되어 있다	3.45	1.39	3.53	1.28	3.03	1.40	
학생 체격에 비추어 책걸상의 높이가 적당하다	3.51	0.92	3.00	0.98	2.80	0.90	
사회적 환경	3.48	0.56	3.30	0.54	3.12	0.54	3.40( 7.33***)
교사는 학생이 학습과정에 적극적으로 참여하도록 유도한다.	3.86	0.77	3.60	0.80	3.57	0.78	
교사가 학생에게 물리적, 언어적 폭력이나 폭행을 가하지 않는다	3.50	0.82	3.31	0.84	3.03	0.82	

표 2. Continued

건강증진영역	초등학교 (N=199)		중학교 (N=61)		고등학교 (N=34)		총 계 평균(F)
	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	
교사간 원만한 인간관계가 형성되어 있다	3.70	0.77	3.52	0.74	3.23	0.73	
학생간 물리적, 언어적 폭력이나 폭행을 가하지 않는다	3.14	0.91	2.97	0.81	2.63	0.88	
학교는 장애학생에게 필요한 적절한 시설/교재/프로그램을 제공한다	2.72	1.06	2.44	1.06	2.14	1.00	
학생자치기구가 민주적으로 선출된다	3.78	0.92	3.53	0.97	3.71	0.86	
학교운영위원회의 교사위원이 민주적으로 선출된다	3.73	1.00	3.69	0.95	3.66	1.19	
지역사회유대관계	3.04	0.59	2.62	0.51	2.51	0.70	2.89(20.33***)
학부모는 학교건강활동에 대한 결정에 참여한다	2.95	0.96	2.58	0.80	2.54	0.95	
교과과정에 학생과 가족이 함께 하는 건강관련활동을 포함한다	2.60	0.86	2.18	0.71	2.06	0.80	
학생과 교사는 정기적인 지역사회행사에 참여한다	2.87	0.88	2.45	0.74	2.66	0.10	
학교는 학교의 건강관련행사를 지역사회에 알린다	3.15	0.89	2.69	0.81	2.57	1.01	
학교운영위원회에 학부모를 제외한 지역사회인사가 포함되어 있다	3.56	1.14	3.28	1.08	3.11	1.28	
지역사회주민을 위한 행사나 교육프로그램이 마련되어 있다	3.14	1.05	2.56	1.01	2.26	1.01	
개인건강기술	3.42	0.58	3.14	0.65	2.85	0.64	3.29(15.50***)
보건교육과정은 학생들의 요구나 관심에 맞추어 교안되어 있다	3.45	0.78	3.06	0.79	2.71	1.07	
학습과정은 학생들의 참여를 강조한다	3.71	0.75	3.32	0.83	3.17	0.92	
학습내용은 일상건강관리에 대한 내용을 반영한다	3.87	0.76	3.65	0.83	3.26	1.01	
전체 수업시간 중 충분한 시간이 보건교육으로 배정되어 있다	2.62	0.99	2.44	1.24	2.00	0.91	
학생들은 건강관련기술(약물중단, 금연법 등)을 습득할 기회를 갖는다	3.23	0.89	3.19	0.97	2.77	1.00	
학생들은 자신의 안녕과 건강을 촉진시킬 수 있는 자기건강관리능력에 대한 기술을 습득한다	3.46	0.77	3.10	0.84	2.94	0.80	
교사들에게 건강증진을 위한 정보나 자원을 제공한다	3.60	0.73	3.21	0.85	3.23	0.77	
학교보건서비스	3.68	0.61	3.30	0.75	3.57	0.59	3.59(8.54***)
학생에게 예방접종을 실시한다	4.13	0.91	3.60	1.09	3.83	1.20	
학생에게 신체검진을 실시한다	4.42	0.69	3.95	0.82	4.34	0.59	
학교보건 전산화 프로그램을 운영하고 있다	2.51	1.13	2.34	1.09	2.57	1.20	
총 계	3.46	0.41	3.19	0.38	3.10	0.44	3.36(17.69***)

등학교(3.10)의 순으로 높게 나타났고, 초중고교 학교급간 유의한 차이를 보였다. 가장 건강증진실천행위가 높은 영역은 학교보건서비스영역으로서 평균 3.59였으며, 초등학교의 경우 3.68로 가장 높았다. 건강증진실천행위의 영역별 순위는 학교보건서비스, 물리적환경, 학교보건정책, 사회적 환경, 개인건강기술, 지역사회유대관계였고, 학교급간 유의한 차이를 보였다.

학교급간별 전체 건강증진행위별 실천순위가 높게 나타난(4.0 이상) 최상위 행위는 초등학교의 경우 극약물 별도보관(4.59), 학교급식실시(4.50), 신체검진통지(4.50), 학생신체검진(4.42), 물탱크 정기소독실시(4.30), 건강관리기록일지보관(4.49), 정확한 건강

사정후 투약(4.23), 예방접종실시(4.13), 안전한 음용수제공(4.10), 응급처치합마련(4.07), 신체검진후 건강상태통지(4.01), 교직원 건강이상자 추후관리(4.01) 등 12개 항목이었고, 중학교에서는 건강관리기록일지보관, 극약물 별도보관, 응급처치합마련, 정확한 건강사정후 투약, 금연교육실시, 물탱크 정기소독실시, 신체검진후 건강상태통지 등 7개항목이었다. 고등학교에서는 학생신체검진, 응급처치합마련, 건강관리기록일지보관, 극약물 별도보관, 신체검진후 건강상태통지 등 5개항목이었다. 초등학교는 학교보건정책영역에서 여러 항목에 걸쳐 높은 점수를 보이고 있으며, 공통적으로 신체검진에 다른 추후관리와 정확한 신체사정후

투약과 관련된 부분과 응급처치함 마련등 안전사고에 대비한 행위 등에 대한 준비가 잘 되어있는 것으로 나타났다.

한편 건강증진행위수준이 낮은(3.0 미만) 항목은

초등학교의 경우 학교건물의 금연구역지정, 교직원을 위한 응급처치과정, 학생들에 대한 응급처치훈련, 필요시 냉방, 학부모의 학교건강활동참여, 교과과정에 학생과 가족의 건강관련활동포함, 장애학생에 대한

표 3. 학교특성별 학교건강증진행위

	학교보건 정책	물리적 환경	사회적 환경	지역사회유대 관계	개인건강 기술	학교보건 서비스	전 체
	평 균	평 균	평 균	평 균	평 균	평 균	평 균
<b>학급수(N=289)</b>							
18학급 미만(43)	71.79	58.63	23.40	18.65	24.07	11.07	
18-28학급(74)	68.36	57.62	23.16	16.51	22.88	10.81	
29-38학급(105)	68.34	58.93	23.78	16.64	22.43	10.57	
39학급 이상(67)	70.51	61.10	23.34	17.75	23.44	10.76	
계							
F값	2.10	1.80	1.14	4.13**	1.64	0.70	1.94
<b>학생수(N=244)</b>							
499명 이하(48)	69.58	57.44	23.46	17.92	24.06	11.02	
500-999명(38)	70.82	61.32	24.26	18.03	24.08	11.32	
1000-1499명(102)	68.81	58.60	23.86	16.78	22.69	10.67	
1500-1999명(17)	68.65	57.53	23.71	15.82	21.94	10.59	
2000명 이상(39)	69.62	59.36	23.72	17.54	23.11	10.34	
계							
F값	0.35	1.08	0.22	1.71	1.48	1.49	0.89
<b>학교보건관련예산(N=294)</b>							
49만원 이상(107)	68.27	57.49	23.23	17.34	22.81	10.78	
50-99만원(40)	69.63	58.88	23.68	16.35	22.65	10.88	
100-199만원(57)	68.46	59.68	24.00	17.21	23.32	10.70	
200-299만원(49)	69.37	59.29	24.27	16.76	22.86	10.69	
300만원 이상(41)	72.98	62.27	24.17	18.15	23.83	10.76	
계							
F값	2.16	2.21	0.82	1.31	0.54	0.06	1.84
<b>학교설립주체(N=290)</b>							
사립(23)	62.70	53.35	20.30	13.04	19.57	10.13	
공립(267)	69.89	59.49	23.99	17.53	23.31	10.80	
계							
F값	13.55**	9.98*	19.44***	31.90***	15.77***	2.50	23.46***
<b>지역(N=292)</b>							
서울시(21)	72.14	64.33	24.95	17.43	25.38	10.81	
광역시(114)	69.17	58.32	23.74	16.68	22.62	10.31	
시(132)	69.23	58.86	23.54	17.18	22.79	10.91	
군(25)	68.16	58.56	23.48	19.12	23.96	11.84	
계							
F값	0.81	2.72	0.80	2.87	2.83	5.02*	2.03

\*P<0.05, \*\*P<0.01, \*\*\*P<0.001



프로그램제공, 학생과 교사의 지역사회행사 참여, 충분한 보건교육시간 배정, 학교보건전산화프로그램운영등이었고, 중학교에서는 학교급식실시, 학교건물의 금연구역지정, 학생에 대한 금연교육실시, 교직원들을 위한 응급처치과정, 학생들에 대한 응급처치훈련, 위해상황에서의 수업단축, 화재시 대피책, 필요시 냉방, 장애학생에 대한 프로그램제공, 충분한 보건교육시간 배정, 학교보건전산화프로그램운영, 그리고 지역사회유대관계에 관한 내용들이었다. 고등학교에서는 학교급식실시, 학교건물의 금연구역지정, 학생에 대한 금연교육실시, 정확한 건강사정후 투약, 교직원을 위한 약물관리 및 성교육, 학생들에 대한 응급처치훈련, 전

염병발생시 휴교조치, 위해상황에서의 수업단축, 화재시 대피책, 지역사회연계한 교통사고예방활동, 학교체격에 비춘 책걸상높이적당, 학생에 대한 물리적 언어적 폭행, 필요시 냉방, 장애학생에 대한 프로그램 제공, 충분한 보건교육시간 배정, 학교보건전산화프로그램운영, 그리고 지역사회유대관계에 관한 내용들이었다. 이를 보면 학생건강보호차원에서 실시되어야 할 금연구역지정이나 금연교육이 부실하고, 특히 학교 교과시간에 보건교육시간이 절대적으로 부족하다는 것이다. 또한 지역사회유대관계가 약하고, 학교전산화프로그램실시도 미흡하여 체계적인 관리가 되지 못하고 있는 점이다.

표 4. 양호교사 인구사회적특성별 학교건강증진행위수준

	학교보건 정책	물리적 환경	사회적 환경	지역사회유대 관계	개인건강 기술	학교보건 서비스	전 체
	평 균	평 균	평 균	평 균	평 균	평 균	평 균
<b>연령(N=291)</b>							
29세 이하(33)	69.33	59.24	23.94	17.27	23.24	11.21	
30-34세(96)	67.88	57.72	23.24	17.19	23.03	10.49	
35-39세(82)	70.77	59.16	23.50	17.24	23.38	10.88	
40-44세(60)	70.37	60.92	24.60	17.22	22.98	10.72	
45세 이상(20)	67.35	58.85	23.70	16.35	21.15	10.70	
계							
F값	1.54	1.16	1.18	2.24	1.04	0.98	1.06
<b>최종학력(N=287)</b>							
간호전문대학졸(163)	68.96	59.12	23.56	17.23	22.62	10.67	
간호대학졸(100)	69.49	58.38	23.54	16.90	23.23	10.62	
대학원이상(24)	71.00	60.88	23.79	17.38	24.63	11.88	
계							
F값	0.54	0.76	1.08	0.28	2.35	4.46*	1.24
<b>경력(N=291)</b>							
3년 미만(4)	61.25	59.00	21.50	18.25	22.00	11.00	
3-5년(63)	69.75	58.81	23.87	18.03	23.89	11.00	
6-10년(111)	68.14	57.77	23.20	16.87	22.63	10.41	
10년 이상(113)	70.57	60.41	23.19	16.92	22.94	10.91	
계							
F값	2.42	1.61	1.62	1.55	1.17	1.73	1.71
<b>1급자격연수이수(N=289)</b>							
아니오(69)	68.94	58.78	23.23	17.61	23.14	10.99	
예(220)	69.39	59.03	23.83	16.99	22.95	10.67	
계							
F값	0.13	0.04	1.18	1.36	0.10	1.36	0.00

\*P<0.05, \*\*P<0.01, \*\*\*P<0.001

**2. 학교특성변수별 건강증진행위수준 비교**

표 3은 학교특성변수별 건강증진행위실천수준을 비교한 것이다. 학급수에 따라서 학교건강증진행위영역별 유의한 차이를 보인 부분은 지역사회유대관계로서 18학급미만일 경우 유대관계가 높은 것으로 나타났다. 학생규모나 학교보건관련예산별로 유의한 차이를 보인 영역은 없었고, 학교설립주체에 따라서는 학교보건서비스를 제외한 5개 영역에서 유의한 차이를 나타냈다. 공립인 경우 학교보건정책, 물리적 환경, 사회적 환경, 지역사회유대관계, 개인건강기술영역에서 더 높은 점수를 보였다. 지역에 따라서는 군단위에서 학교보건서비스를 좀 더 활발히 수행하는 것으로 나타났다.

이는 전체적으로 가장 점수가 높은 학교보건서비스의 경우 학교특성을 나타내는 변수들이 영향을 주지 않음을 나타내는 것이며, 학교건강증진차원에서 학교규모나 예산투입보다는 설립주체가 더 영향을 주는 것을 의미한다.

**3. 양호교사 인구사회적특성별 건강증진행위수준**

양호교사의 인구사회적특성별로 학교건강증진행위실천수준을 비교한 결과는 표 4와 같다. 연령이나 경력, 1급자격연수에 따른 건강증진행위실천별 차이는 보이지 않았으며, 최종학력에 있어서 대학원이상인 경우 학교보건서비스 영역의 점수가 유의하게 높게 나타났다. 학교건강증진행위실천에 있어 학교보건에서 중요한 역할을 수행하는 양호교사의 개인적 특성과의 관련성은 크지 않은 것으로 나타났다.

학교건강행위실천에 미치는 주요 요인을 파악하기 위하여 다변량분석을 실시하기에 앞서 변수들간 단순상관관계를 분석한 결과는 표 5와 같다. 설립주체, 근무학교, 등의 변수가 각 영역별로 유의한 관계를 보여 주었으며, 변수간 다중공선성을 나타내지는 않았다.

**4. 학교건강증진행위수준에 미치는 주요 요인에 관한 다변량분석**

표 6은 각 영역별 모형에 영향을 미치는 변수들의 상호작용효과를 고려한 회귀분석결과이다. 독립변수가 명목변수인 경우 더미변수화하여 처리하였다. 학교보건정책을 제외한 기타 다섯 영역의 회귀모형은 유의하였고 설명력은 영역별로 22%에서 27%를 나타냈다. 각 영역별 독립변수의 계수는 SAS 프로그램의 type II SS를 활용하였다. 각 영역별 유의하게 영향을 미친 변수는 학교보건정책영역에서는 양호교사 근무경력 3년미만의 경우에서 유의하였고, 물리적환경영역에서는 간호전문대학이 최종학력인 경우에 유의한 관계를 보여주었다. 사회적 영역에서는 대학원졸업보다는 간호전문대졸업, 광역시소재 학교와 1급자격연수를 이수한 경우에 유의한 관계를 보여주었으며, 지역사회유대관계영역에서는 연령이 많을수록, 간호대학졸업자인 경우에 유의한 관계를 나타냈다. 개인건강기술에서는 간호전문대졸업, 1급자격연수이수에서 유의한 관계를 나타냈고, 학교보건서비스에서는 근무경력이 많을수록 군지역보다는 시나 광역시학교에서 더 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이를 종합해보면 여러 독립변수들의 상호작용효과

**표 5.** 변수간 spearman correlation coefficients

	학교보건정책	물리적 환경	사회적 환경	지역사회 유대관계	개인건강기술	학교보건 서비스	계
학력	0.08	-0.02	0.04	-0.01	0.13*	0.10	0.06
경력	0.09	0.09	0.07	-0.08	-0.04	0.03	0.05
설립주체	0.19***	0.18***	0.25***	0.30***	0.18***	0.10	0.25***
근무학교	-0.19***	-0.28***	-0.21***	-0.32***	-0.29***	-0.20***	-0.32***
근무지역	-0.07	-0.05	-0.10	0.11*	-0.01	0.16	-0.02
학급수	-0.01	0.09	0.07	-0.03	-0.05	-0.05	0.01
연령	0.05	0.09	0.07	-0.02	-0.05	-0.01	0.05
학생수	-0.06	0.03	0.01	-0.08	-0.09	-0.11	-0.05
보건관련예산	0.09	0.15*	0.11*	0.05	-0.01	-0.07	0.11

\*P<0.05, \*\*P<0.01, \*\*\*P<0.001

표 6. 학교건강증진행위수준에 영향미치는 주요 요인

	학교보건정책		물리적 환경		사회적 환경		지역사회 유대관계		개인건강기술		학교보건 서비스	
	TypeIISS											
연령	5.50	43.88	5.70	57.44*	5.13	1.08						
학생수	23.38	63.17	0.18	15.42	1.05	5.69						
학교보건관련예산	92.32	244.85	14.95	34.30	15.63	1.82						
근무경력(개월)	7.47	27.15	0.00	0.00	4.52	14.21*						
최종학력												
간호전문대	47.80	413.12*	114.02**	48.80	131.19**	7.62						
간호대학	4.62	274.90*	38.44	49.70*	66.64	10.86						
근무경력												
3년미만	257.11*	102.21	1.14	0.05	0.18	0.50						
R <sup>2</sup>	0.22	0.27	0.26	0.23	0.24	0.23						
F	1.60	2.06**	2.08**	1.75*	1.85*	1.71*						

\*P<0.05, \*\*P<0.01, \*\*\*P<0.001

를 고려할 때 학교특성변수보다는 양호교사개인특성 변수가 학교건강증진행위에 중요한 요인임을 알 수 있다. 구체적으로 연령이 많을수록 지역사회유대관계가 원만하며, 경력이 많을수록 학교보건서비스가 활발하고, 1급자격연수를 받은 경우 사회적 환경이나 개인 건강기술능력발휘가 용이한 것으로 나타나 학교의 건강증진발전을 위해 양호교사에 대한 관련 프로그램개발과 보급훈련이 유용할 것으로 사료된다.

### V. 맺는 말

본 연구는 우리나라 학교환경 및 여건을 고려한 건강증진행위의 측정지표개발과 이에 따른 수준측정, 그리고 학교건강증진행위실천에 미치는 영향요인을 파악하여 학교보건사업의 방향 설정 및 사업평가에 필요한 기초자료로 활용코자 실시되었다. 조사대상은 전국에서 임의로 추출된 초중고 학교 총 294개교이며, SAS 패키지프로그램을 이용하여 기술분석 및 다변량분석을 실시하였다. 주요 결과는 다음과 같다.

1. 우리나라의 학교건강증진지표설정에 적용하기 위한 틀로서 유용한 세계보건기구에서 제시한 학교건강진지표를 기본으로 하여 우리나라 실정과 상황에 적합한 내용을 중심으로 지표를 개발하였으며, 이를 시험조사하여 최종 측정된 지표는 학교보건정책 20개, 학교의 물리적 환경 17개, 학교의 사회적 환경

7개, 지역사회유대관계 6개, 개인건강기술 7개, 학교 보건서비스 3개 총 60개였다.

2. 전체 건강증진영역별 측정 평균은 초등학교의 수준이 가장 높았으며(3.46), 다음이 중학교(3.19), 고등학교(3.10)의 순이었다. 영역별로는 학교보건서비스영역의 수준이 가장 높았다(평균 3.59).

3. 건강증진실천행위의 영역별 순위는 학교보건서비스, 물리적환경, 학교보건정책, 사회적 환경, 개인 건강기술, 지역사회유대관계였고, 초중고교간 유의한 차이를 보였다.

4. 학교급간별 전체 건강증진행위별 실천순위가 높게 나타난(4.0 이상) 최상위 행위는 공통적으로 독극물관리, 신체검진에 따른 추후관리, 정확한 신체사정 후 투약과 관련된 부분과 응급처치합 마련등 안전사고에 대비한 행위들이었고, 건강증진행위수준이 낮은 것은 금연구역지정이나 금연교육, 보건교육시간의 부족이었고, 지역사회유대관계 및 학교전산화프로그램 실시여서 학생건강보호차원의 체계적인 관리가 되지 못하고 있는 점이였다.

5. 학교특성변수별 건강증진행위실천수준은 학급수에 따라서 지역사회유대관계와 유의한 차이를 보였으며, 18학급미만일 경우 유대관계가 높은 것으로 나타났다. 전체적으로 가장 점수가 높은 학교보건서비스의 경우 학교특성을 나타내는 변수들이 영향을 주지 않았으며, 학교건강증진차원에서 학교규모나 예산투입보

다는 설립주체가 더 영향을 주는 것으로 나타났다.

6. 양호교사의 인구사회적특성별로 연령이나 경력, 1급자격연수에 따른 건강증진행위실천별 차이는 보이지 않았으며, 최종학력에 있어서 대학원이상인 경우 학교보건서비스 영역의 점수가 유의하게 높게 나타났다.

7. 주요 독립변수간 학교건강증진영역에 관한 회귀 분석에서 학교보건정책을 제외한 다섯 영역에서 회귀 모형이 유의하였다. 각 영역별로 물리적 환경에서는 간호전문대졸업, 사회적 환경과 개인건강기술영역에서는 광역시소재학교와 1급자격연수이수, 지역사회유대관계에서는 연령, 학교보건서비스에서는 경력과 시지역이상 소재지 학교가 영향력있는 유의한 변수로 나타났다.

결론적으로

첫째, 전통적인 학교보건사업의 중요 요소의 하나인 학교보건서비스가 가장 활발히 수행됨을 알 수 있었으며, 이 영역이 계속 활발히 수행됨과 아울러 학교의 건강증진을 위해서는 학교보건정책, 사회적 및 물리적 환경, 지역사회유대관계나 개인건강기술 등 기타 영역에 대한 관심과 실천이 증대되어야 함을 시사하고 있다.

둘째, 초등고등학교간 건강증진행위를 비교할 때 초등학교에서 가장 활발한 행위가 이루어지고 있으므로 중학교 및 고등학교에서의 건강증진행위증진을 위한 대안이 모색되어야 할 것이다.

셋째, 학교건강증진의 핵심은 보건교육의 활성화로부터 가능한데 현재 이 영역이 가장 취약한 부분으로서 교과시간의 배정과 아울러 이에 적합한 교과과정 개발이 시급히 요청된다.

넷째, 여러 독립변수들의 상호작용효과를 고려할 때 학교특성변수보다는 양호교사개인특성변수가 학교건강증진행위에 중요한 요인으로 나타났는데 연령이 있거나 경력있는 양호교사가 활발히 활동하는 점을 인식하고 이들이 더욱 능력을 발휘할 수 있도록 1급자격연수는 물론 양호교사를 위한 관련 프로그램이 활발히 개발, 보급되도록 하여야 할 것이다.

이상의 결론으로부터 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 본 연구는 일부 학교를 대상으로 실시되었으므로 본 사용된 60개의 측정지표를 표준화하기 위한 반복연구가 필요하다.

둘째 본 연구에서 사용된 지표가 학교건강증진실태를 어느 만큼 반영하는지를 파악하기 위한 후속연구의 실시가 필요하다.

셋째, 건강증진영역에 특히 영향력 높은 변수인 학교설립주체의 특성을 파악하고 조정하여 건강증진행위향상에 기여할 수 있도록 한다.

넷째, 보건교육실시등 건강증진행위수준이 낮은 영역에 대해 교과과정개발을 비롯한 집중적인 프로그램이 개발됨으로써 효과적인 학교보건사업을 수행할 수 있도록 연계한다.

다섯째, 학교에서의 건강증진의 개념과 행위가 연계된 지표개발을 하나의 보기로 하여 지역사회 각 분야에서의 실천적 건강증진사업을 전개할 수 있도록 기초자료로서 활용한다.

참고문헌

1. 강성규 외, 근로자 건강증진 사업방안. 산업안전연구원, 1993.
2. 김대회, 건강증진의 개념에 관한 고찰. 한국보건교육학회지 제11권 2호, 1994.
3. 김영임, 지역사회간호분야에서의 건강증진행위분석. Sigma Theta Tau 국제간호학회학술대회발표논문, 1993.
4. 김수춘, 이충섭, 국민건강실천운동의 모형개발에 관한 연구. 한국 보건사회연구원, 1990.
7. 변종화 외, 질병예방 및 건강증진 전략개발 연구. 한국보건사회연구원, 1992.
8. 변종화 외, 지역사회 건강증진 모형개발. 한국보건사회연구원, 1993.
9. 변종화, 김혜련, 국민건강증진 목표와 전략. 한국보건사회연구원, 1995.
10. 산업안전관리공단, 근로자 건강증진, 1993.
11. 서울특별시 교육청, 보건위생수준향상을 위한 학교환경위생관리방안. 학교보건시범사업운영보고서, 1992.
12. 서울특별시 교육청, 보건교육활성화를 통한 건강한 삶의 기초형성. 학교보건시범사업운영보고서, 1993.
13. 서울특별시 교육청, 어린이 성인병예방을 위한 병리검사체제의 효율적 운영. 학교보건시범사업운영보고서, 1994.
14. Breslow, L.: The potential of health promotion in Mechanic (eds). Handbook of health, health care, and health professions. New York: The Free Press, 1983.
15. Brubaker, B. H.: Health promotion : a linguistic

- analysis. *Adv Nurs Sci* 5, 1-14, 1983.
16. Cohen, A. & Murphy, L.: Indicators of health promotion behaviors in the workplace in Kar S. B. (ed.) *Health promotion indicators & actions*. Springer Publishing Company. New York, 1989.
  17. Creswell, W. and Newman, I. M.: *School health practice*. Times Mirror/Mosby College Publishing, 1989.
  18. Downie, R. S., Fyfe, C., and Tannahill, A.: *Health promotion: models and values*. Oxford medical publication, 1990.
  19. Green, L. W. and Lewis, F. M.: *Mesearment and evaluation in health education and health promotion, Part Two Mesearment: theory, operational considerations, and practical applications*. Mayfield Publishing company Palo Alto, California, 1986.
  20. Kolbe: Increasing the impact of school health promotion programs : emerging research perspectives. *Health Education*. 17(5), in Kar, S. B. (ed.)(1989). *Health promotion indicators & actions*. Springer Publishing Company: New York, 1986.
  21. Laffrey, S. C.: Health promotion:relevance for nursing *Top Clin Nurs* 7, 29-38, 1985.
  22. Lalond, M. A new perspective on the health of Canadiana, Ottawa: Information Canada, 1975.
  23. O'Donnell, M. P. and Ainsworth T.: *The health promotion in thr workplace*. New York:John Wiley, 1984.
  24. Pender, N. J.: *Health promotion in nursing practice* Norwalk CT. Appleton & Lange, 1987.
  25. Spellbring, A. N.: Nursing's role in health promotion, *Nursing Clinics of North America* 26, 4, 1991.
  26. Tones, B. K.: Education and health promotion : new direction. *Journal of the institute of Health Education*, 21, 121-131, 1983.
  27. U.S. Dept. of Health Education and Human Services: *Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention* , Washington D.C., 1979.
  28. U.S. Dept. of Health Education and Human Services: *Healthy people 2000:National health promotion and disease prevention objectives*. Washington D.C., 1990.
  29. WHO: *Regional guidelines: Development of health-promoting schools-a framework for action*. WPRO, Manila, Philippines, 1996.