

청소년기의 건강증진과 학교보건교육의 발전방향

유 재 순
청주전문대학

Adolescent Health Promotion and Development of School Health Education

Jae-Soon Yoo

Department of Nursing, Chongju National Junior College

ABSTRACT

Adolescent health is considered to contribute to health promotion in the home and community in the near future as well as individual health. However, adolescent health has been neglected from education field because of competitive school education focused on the university entrance examination. That's why I suggest in this study that we should pay much more attention to adolescent health condition and try to make it better, in terms of man-power development and life-health promotion for nation development. The purposes of this study are as follows. First, to look into a variety of adolescent health problems. Second, to find out the situation and problems of current adolescent health promotion and school health education. Third, to make an effort to find, based on the current situation, various developments of adolescent health promotion and school health education in terms of practical, political and environmental change. There are used study methods as adolescent-related, school health-related literature review and analysis of statistical data. The results and suggestions are as follows. Teenagers have a great variety of health problems including most important physical, mental and social developments. Recently, chronic diseases, emotional problems, health-risk behaviors linked with adolescents are on increase. The complicated disorders of physical, mental, social health rather than particular aspects of health or health-behavior problems influence adolescent health problems. Adolescence is regarded as the period when most health-related behaviors are formed. Therefore, adolescent health promotion would be assured by developing the ability of controlling multi-dimensional health determinants in the early stage. Health promotion is a positive concept that each individual, family and community makes real efforts to improve their health. To achieve this, we need health educational, organizational, political and environmental supports. Adolescent health promotion in Korea has been systematically treated in the category of school health. Current school health services have had lots of systemic, constitutional, administrative and educational flaws. Accordingly, I'm concerned that we can afford to accept a variety of adolescent health needs. However, I would say that if were not to make those flaws better, it's certain that Korean national competitive power and the quality of the lives of most Koreans will be threatened someday. We have to develop Comprehensive School Health Curriculum(CSHC) and set up its standards to improve adolescent health. CSHC is an organizational and constant process. CSHC means an important part of overall curriculums. In addition, I could say that it's an important school health education activity including current school health services-health care service and school health environment-. In conclusion, in order to develop CSHC, we require school nurse's role changes, establishment and management of intergrated subject of health education, striking revision of school health law(or legislation of school health promotion law), reorganization of administration system, big changes in curriculum for school health educators.

I. 서 론

1. 연구의 필요성

청소년기는 아동기에서 성인기로 이행하는 단계로서, 신체적, 정신적, 사회적으로 매우 중요한 변화와 성숙이 이루어지며 과히 발달적 위기로 내면될 수 있는 시기라는 뜻이 내포되어 있다. 이 시기는 그동안 전적으로 부모에게 의존했던 아동이 하나의 독립적인 성인으로 성장하기 위한 준비단계가 될 뿐 아니라 자신의 미래 진로를 결정하는 시기라는 점에서 중요하다. 또한 국가적으로 미래사회를 이끌고 나갈 주역으로서 준비해야 할 시기이기도 하다. 일반적으로 청소년기는 사춘기에서 시작하여 성인의 책임을 맡을 때까지로 분류할 수 있으나 연구하는 학문분야의 조망에 따라 차이가 있다. 전통적으로 생리학, 인격적, 사회학적 발달에 따라 청소년기를 정의하거나 연령에 따라 10대를 청소년기로 분류하기도 한다. 그러나 최근의 사회적, 경제적 발달과 건강수준의 향상 등으로 인해 청소년기의 시작시기는 빨라지고, 사회적 요구하는 고도의 전문적 지식과 기술을 습득하기 위해서 재학기간이 길어지면서 청소년기의 종료시기는 늦어지고 있는 추세이다.

통계청 자료에 의하면 1994년 7월 1일 현재 우리나라의 9~24세의 청소년 인구는 전체인구의 29.5%인 1,312,100명이며, 이중 19세 이하인구가 65.6%를 차지하고 있다(문화체육부, 1995). 연령별 청소년 인구중 재학인구의 비율을 보면 9~11세 인구의 99.7%, 12~14세 인구의 98.8%, 15~17세 인구의 92.8%로(문화체육부, 1995), 9~17세 청소년의 대부분이 재학인구인 것으로 나타났다.

1993년 우리나라 청소년의 사인구조 현황을 보면 불의의 사고로 인한 사망이 52.3%, 약성신생물에 의한 사망이 9.9%, 자살이 9.8%, 순환기계 질환이 6.9%의 순으로 나타났다(문화체육부, 1995). 서울시 교육청과 학교보건위의 실태조사에 의하면 1981년부터 1995년까지 청소년의 체격은 상당히 향상되었으나 체력은 오히려 약화되었으며, 만성질환이나 비만, 시력장애, 정서장애 등이 증가되고 있는 것으로 나타났다(고복자, 1996). 또한 청소년의 잘못된 식습관으로 인해 청소년층의 고지질혈증, 고혈압, 당뇨병 등의 만성 질환자가 급증하고 있다(박명운, 1992). 이러한 건강

문제와 관련된 위험요인의 대부분이 인간의 행위 및 습관과 관련된 것으로 밝혀졌다(홍이신, 1993). 청소년기의 바른 건강행위 및 습관의 형성은 청소년 개인의 건강 뿐 아니라 앞으로 가정과 지역사회의 건강증진에 중대한 영향을 미칠 수 있다. 따라서 청소년기의 건강증진은 국민건강의 증진이란 목적을 달성하는데 매우 중요한 수단이 될 수 있다.

그러나 청소년에 대한 교육과 관심은 일시위주의 교육과정 때문에 지식 주입교육과 학업성취도에 치중되어 왔다. 청소년의 건강 및 삶에 영향을 미칠 수 있는 흡주, 흡연, 분노폭발 등의 청소년층 문제행위의 주요 원성적 요인이 일시위주의 획일적이고 경쟁적인 학교교육이라고 보고(최윤진 등, 1991)된 바 있다. 학교교육이 지닌 이러한 문제점으로 인해 청소년의 건강은 교육분야에서 충분한 관심을 못받고 소외되어 왔다. 청소년의 건강을 위한 투자는 사회개발 생산성 향상 및 삶의 질을 높일 수 있는 출발점이 된다(박명운, 1992). 따라서 청소년의 건강에 대한 관심과 올바른 지도는 국가발전을 위한 인력개발 및 생애건강증진의 측면에서 그 중요성을 재고해야 할 것이다.

건강증진은 질병의 치료나 예방 등의 소극적인 차원에서 벗어나 인간의 건강관련 행위 및 습관을 바르게 하도록 변화시키는 적극적인 개념이다. 건강증진을 위한 수단으로써 보건교육, 조직 및 환경의 변화 등을 포함한 여러 활동이 요구된다. 우리나라 학교현장에서 청소년의 건강증진을 목적으로 실시하고 있는 사업으로서 학교보건사업이 중추적 역할을 담당하고 있다. 그러나 우리나라의 학교보건사업은 보건의료서비스 중심의 활동이며(홍재용, 1987), 학교보건사업의 일환인 보건관리(건강관리) 역시 단순히 신체검사나 집단검사의 실시로만 이해되고 있고, 그 필요성과 중요성에 대한 인식이 부족하고 단지 연중행사의 하나로 시행되고 있는 실정이다. 따라서 학교에서의 보건관리기 보건교육 및 지도와 연계해서 이루어져야 한다는 것은 이상에 불과하다고 지적하고 있다(서성재, 1991). 학교보건교육 또한 학교보건사업의 일환으로서 각종 병리검사와 예방접종업무의 효과를 높이기 위한 교육, 구강보건교육, 안전 교육 등에 치중되어 있다. 또한 건강과 관련된 내용들이 여러 교과목에 산만하게 분산되어 실시되고 있다(남정자와 정기혜, 1988; 유세순, 1992; 유세순, 1997). 따라서 학생들

스스로 교육내용을 체계화 내지 통합해야 하는데 어려움이 있으며, 학생들이 지각하고 있는 보건교육 학습수준이 매우 낮은 것으로 나타났다(유재순 1997) 이러한 학교보건교육의 체계하에서 이루어지는 보건교육은 청소년의 발달단계에 따라 신체적, 정신적, 사회적 건강을 포괄적으로 다루고 있지 못할 뿐 아니라, 건강한 생활양식을 익히는 데도 충분치 않다(최재선, 1996) 최근 소아 성인병 발병율이 급속하게 증가되고 있음에도 불구하고 초등학교 교육에서는 이를 예방하기 위한 구체적인 지도법이나 관련자료가 거의 개발되지 못한 상태이다(강복수, 1993) 이와 같이 우리나라 학교보건사업 및 학교보건교육의 수준과 제도는 청소년기 건강증진을 위한 사업으로는 충분치 않은 것으로 사료된다. 건강의 총체적 개념이 포함된 청소년의 자기-건강관리 능력을 함양시키기 위한 적극적인 전략이 필요하다. 우리나라 학교보건교육이 지닌 문제점을 개선하기 위해서는 학교보건교육이 전체 교육과정의 일환으로서 재정립되어야 할 것이다(김화중, 1992) 이를 위해서는 현행 학교보건 관련제도 및 규정 등을 포함하여 국가차원에서의 조직 및 환경변화가 필수적이다. 이러한 관점에서 본다면, 현행 학교보건교육의 재정립이 청소년기 건강증진전략의 핵심이라고 할 수 있다.

그동안 학교보건실무 및 관련 학계에서 학교보건교육의 개선을 위한 많은 연구를 실시해 왔다. 학교보건교육을 개선하기 위한 목적으로 실시된 연구들은 문헌을 토대로 건강문제를 선정하고 그것을 초·중·고생을 대상으로 확인한 조사(남정자 등, 1989), 문헌에 근거하여 초·중학생을 위한 보건교육 개선방안을 논의한 연구(이경자, 1990), 교사와 학부모가 인식하고 있는 주요 건강문제를 근거로 초·중·고학생의 보건교육 개선방안을 제시한 연구(김화중과 이인숙, 1992), 초·중·고등학교 보건교육과정 개발을 위한 연구(한국교육대학교 학교보건체육연구소, 1996), 고등학교 보건교육의 진단적 연구(유재순, 1997) 등이 있다. 그밖에도 학교보건교육 향상을 위한 학교보건사업 실태분석과 대책 연구(이시백, 1984), 학교보건교육 향상을 위한 기초 연구(임재은, 1984), 학교보건교육제도 및 운영상의 문제점(김상욱, 1988), 학교보건교육의 개발전략(이규성, 1990) 등이 있다.

그러나 대부분의 연구들이 청소년기의 건강증진의

관점에서 학교보건교육과정과 관련 제도 및 법규를 통합적으로 재정립하는 데까지는 이르지 못하고 있다. 청소년기의 건강증진을 위한 전략을 제시할 때에는 청소년기의 삶 및 건강문제에 영향을 미치는 여러 요인들을 분석한 결과와, 실무 및 제도적 측면에서의 건강증진전략의 현황을 구체적으로 파악해야 할 것이다. 이를 위해 본 연구에서는 청소년 관련 연구, 학교보건교육 관련 선행연구와 문헌, 관련 통계자료 등을 중심으로 청소년기 건강증진관점에서 학교보건교육의 발전방향을 실무, 제도, 법, 행정조직, 교육적 측면에서 모색하고자 한다. 이를 통해 앞으로 우리나라 청소년의 건강증진과 학교보건교육의 개선방안을 제시할 수 있을 것이다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 청소년기의 건강문제의 특성을 고찰하고, 청소년기의 건강증진과 학교보건교육의 현황을 파악하여 이를 토대로 앞으로 청소년기의 건강증진과 학교보건교육의 실천방향을 제시하는 데 있다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 청소년기의 주요 건강문제를 규명한다
- 2) 청소년기 건강의 결정요인을 규명한다
- 3) 청소년기의 건강증진과 학교보건교육의 현황을 파악한다

4) 청소년기의 건강증진과 학교보건교육의 발전방향을 실무, 제도, 법, 행정조직, 교육적 측면에서 제안한다.

II. 청소년기의 건강문제

청소년들은 급격한 신체변화, 발달적 요구와 부정적 정서반응을 겪으면서 변화하는 사회에 대한 적응 부담감 등으로 인해 신체적, 정신적 건강문제를 경험한다. 청소년들이 경험하는 정신적 부적응 상태는 어린시절의 발달장애가 원인이기도 하지만, 생리적, 성적 및 인지정서적 기능의 급격한 변화와 직면한 현실적(性的) 문제가 주요 원인이다. 아직 미성숙한 상태에서 분노심과 공격적 충동에 대한 불안을 경험하고, 독립된 인격체로서의 자신감이 없어 좌절감, 패배의식, 우울, 쾌락추구 등으로 인해 쉽게 약물의 유혹에 빠지는 등(기백석, 1990) 많은 건강문제 유발요인을

갖고 있다

본 연구에서는 청소년기의 건강문제의 특성을 신체적, 정신적 건강문제 및 건강위해행위 측면으로 분류하여 고찰하겠다

1. 청소년기의 신체적 건강문제

의료보험 통계연보(의료보험관리공단 1994)에서 10~14세 연령군의 999분류별 다빈도 상병연령별 진료실적(외래)을 분석한 결과 지아상조직 질환과 급성기관지염 및 세기관지염 급성인두염 시력교정 및 조절장애 순으로 상병빈도가 높게 나타났다 또한 15~19세 연령군의 경우 지아경조직 질환과 시력교정 및 조절장애의 상병빈도가 가장 높게 나타나 이와 동일한 연령군의 고등학생의 약교신체검사 결과와 동일했다 이는 대다수 청소년의 건강문제가 기억각화와 충치 문제임을 말해주는 사실이나 또한 만성질환 연령별 외래진료 실적(의료보험관리공단 1994)을 보면 10~14세 연령군의 상우연 전신과 급만티준의 상병빈도가 가장 높았고 15~19세 연령군에서는 위 및 십이지장 궤양의 상병빈도가 가장 높은 것으로 나타났다

1992년의 서울의 남자고등학생의 시력교정율이 35.8%, 여자고등학생 49.8%, 지아질환은 남자고등학생이 41.0% 여자고등학생 40.2%라고 보고되었으나(백홍석, 1995) 1994년 충청북도 고등학생의 체질검사 결과(충북 교육청, 1995)를 분석해 보면, 건강문제가 한 가지라도 있는 고등학생이 65.3%였으며 시력교정율이 38.4%, 지아문제 19%인 것으로 나타났다 남정자 등의 연구(1989)에 의하면 초 중 고등학생의 충치보유율은 56.4%, 시력교정율은 22.4%인 것으로 나타났다 또한 초 중 고등학생이 가장 많이 경험한 신체적 증상은 두통이며 대상지의 74.1%가 경험한 것으로 나타났다 이외에 갑기(70.7%) 코막힘(66.5%)의 순으로 신체적 건강문제를 경험한 것으로 보고되었으나(남정자 등 1989) 다른 연구에서는 고등학생이 주관적으로 가장 많이 지각한 신체적 건강문제는 체력저하(61.9%) 피로감(61.3%) 피부감화(53.6%) 시력저하(50.5%)순이었다 또한 고등학생의 46.1%가 등, 허리 통증을 지각했고 26.7%의 고등학생이 체형이 변형되었다고 지각하고 있어, 허리 통증 및 체형변형의 일차적인 원인분석의 필요성이 제기

되었다 이외에도 스트레스성 질환 변비 호흡곤란, 지운 등의 건강문제 등 34 종류의 신체적 건강문제를 지각하고 있는 것으로 나타났다(유세순 1997)

도시와 농촌 고등학생의 상병율 및 의료이용 양상에 관한 연구에 의하면 1개월간 상병을 경험한 학생이 37.8%였으며 대상자 1000명당 상병율이 453.2(도시 550.8, 농촌 306.5)라고 보고된 바 있다 이는 1986년 김인구의 원간 상병율 250.0(도시 282.0, 농촌 190.0)과 비교해 볼 때 월등히 높은 수준이다 이를 상병별로 분류하면 호흡기계 67.9%, 소화기 12.4%, 신장계 및 감각기 6.8%인 것으로 나타났다(김성파와 박재용 1990) 우리나라 청소년의 건강상태를 5년치의 기준(CMI)인 기준으로 추정해 결과 연구대상자의 50% 이상이 증상을 느끼고 있다고 호소한 문항수가 57개 문항중 19개인 것으로 보고되었으나(유지순 등 1985) 또한 어고생의 영호산 이용율은 부분외상 갑기 두통 식제 순으로 높은 것으로 보고된 바 있다(현미란 1986)

1990년에 조사한 초등학교 학생의 비만 발생빈도를 살펴보면, 남아의 13.4% 여아의 11.0%가 비만이었다 또 다른 연구에 의하면, 1991년 전국 초 중학교 학생 1800명중 29.3%가 혈중 콜레스테롤치가 중등도의 위험군(200 mg/dl 이상)이며 8%가 고위험군(230 mg/dl 이상)인 것으로 보고된 바 있다(박명윤 1992 재인용) 1994년도 학생표본 신체검사 현황(교육부 1995)에 따르면 신체중신지수등을 판정한 결과 비급(급내)이 16세 남자고등학생중 11.80%와 15세 여자고등학생중 13.72%로 나타났으며, 1990년 서울시 3학년 고등학생의 Kaup 지수치는 22.1로서 비만인 것으로 보고되어(백홍석 1995), 청소년층의 비만문제가 심각함을 시사하고 있다

청소년기 상병문제는 외국에 있어서도 비슷한 양상이 보고되고 있다 Sternlieb & Munan(1972)은 15~21세 연령군의 27.2%가 지아문제를 호소하고 있다고 보고했으며 Sobal 등(1988)도 청소년의 건강문제를 지각한 결과 지아질환이 중대한 문제임을 지각했다 미국 국립 보건 통계국(1975)의 통계에 의하면 미국 청소년들이 1975년도 신체검사검과는 청소년의 21%가 건강감각 면담을 방해하는 질병이나 신체장애로 고충 받고 있다고 지시하였으며(성희숙 1993 재인용) 구상질환은 가장 발생율이 높은 청소년 질병이만

서도 진료 수진율은 가장 낮다는 문제점이 보고된 바 있다(Brunswick & Josephson, 1972)

이외의 주요 건강문제로서는 각종 사고로 인한 건강장애를 들 수 있다 초·중·고등학생의 사고경험율은 25.7%였으며(남정자 등 1989), 고등학생의 각종 사고 경험율이 18.3%(유재순, 1997)였다 청소년 연령층에 해당하는 10~19세 연령군의 주요 사망원인은 불의의 사고(통계청, 1993)였다 경찰청 통계에 의하면 교통사고 사망자의 6.5%가 15~20세 연령층인 것으로 나타났다(문화체육부 1995) 미국의 경우 폭력 및 상해가 매년 청소년 사망의 75%를 차지하는 심각한 문제임이 지적된 바 있다(Grunbaum & Basen-Engquist, 1993)

이상과 같이 청소년기는 급격한 신체생리적, 심리 사회적 발달과정을 경험하면서 다양한 신체적 건강문제에 노출되어 있다 이들의 건강상태에 대한 관심은 어느 연령층 못지않게 중요하며, 이러한 건강문제의 요인을 다각적으로 분석해 보아야 할 것이다

2. 청소년기의 정신적 건강문제

청소년기는 급격한 정신적 신체적 변화로 인해 정서적 불안감과 부적응 현상이 많이 야기되는 시기이다 청소년들은 모든 면에서의 불안과 불만으로 인해 긴장도가 높아지고, 행동은 미숙해지고 불충분한 감정을 느끼게 되어 불건강한 적응기질을 사용하거나 신경증 또는 정신병적 기질로까지 발전될 가능성을 지니고 있다(양정임, 1971, 김정숙, 1986) 김철규(1989)는 우리나라 청소년의 정신장애가 전체 정신질환 발병의 15~20%를 차지할 정도로 심각함을 지적하고, 정신적 불건강으로 ① 불안, 우울장애, ② 청소년 비행과 반사회적 인격, ③ 신경성 식욕부진증, ④ 약물남용과 중독, ⑤ 주체성 장애, ⑥ 성인정신 질환의 발병초기 등이 있다고 하였다

우리나라 고등학생의 정신건강 실태에 대한 연구에 의하면, 대상자의 31%가 치료를 요하는 비정상 상태이고, 치료가 필요하지는 않으나 경계선상에 있는 위험학생이 23%인 것으로 보고되었다(서울시 교육연구원, 1994) 만성질환 외래진료실적(의료보험관리공단, 1994)을 분석해 보면, 15~19세 연령군에서 신경증성 인격장애 및 기타 정신병적 장애가 3순위로서 다빈도 질환이었으며, 입원진료실적에서는 기타 정신

병이 최다빈도 질환인 것을 확인할 수 있었다 CMI를 고3학생에게 적용한 연구(양은주, 1987)에서도 대상자들이 신체적 건강문제 호소 보다 정신적 건강문제 호소가 유의하게 높은 것으로 나타났으며, 여고 3학년을 대상으로 간이정신진단검사를 실시한 결과, 대상자의 29.5%가 정신건강문제가 있는 것으로 보고된 바 있다(안경옥, 1989) 충청북도청소년상담실의 보고에 의하면 1995년 청소년의 정신적 건강상담의 주요 호소내용이 신경증(25.7%), 열등감(14.9%), 우울증(10.8%)인 것으로 나타났다(충청북도청소년종합상담실, 1995) 또한 고등학생이 지각한 주요 정신적 건강문제는 우울, 대인예민성, 불안 등의 순으로 나타났다(유재순, 1997) 정신적 건강문제중 우울과 불안은 입시위주의 교육현장에서 급격한 사회변화와 함께 진로에 대한 불안정과 불확실성을 인식하면서, 현재의 학업성취에 대한 불만에서 비롯된 것으로 추정할 수 있다 또한 대인예민성은 청소년기의 집단정체감 형성과정에서 이해와 사랑을 얻지못해 심리적으로 불안정한 정서를 경험하는 과정에서 유발된 것으로 추정된다 이와 같이 청소년의 정신적 건강문제는 이들이 경험한 삶의 문제와 긴밀한 관련이 있으므로(유재순, 1997), 청소년기에는 건강과 삶의 문제가 포함된 포괄적인 측면에서의 중재가 필수적인 전략이라 할 수 있다

한편, 청소년기의 정신적 건강문제에 대한 대응방법을 분석한 연구(양은주, 1987)에 의하면, 연구대상 학생의 대부분이 수면을 취하거나 또는 수면제와 진정제 복용을 하였다 특히 남학생의 경우엔 오락실, 흡연, 음주를 통해서 정신적 건강문제에 대응하고 있는 것으로 나타나 이에 대한 대책이 절실한 것으로 보고되었다

3. 청소년기의 건강위해 행위문제

최근에 청소년의 건강위해 행위로 부각되고 있는 문제는 음주와 흡연 및 약물남용, 성문제 등이다 실제로 1990년대에 들어서면서 전체 미국 청소년의 50%가 약물남용, 성전과 실패, 10대의 임신, 폭력 및 사고의 위험성을 지니고 있음이 지적된 바 있다(Hawkins & Catalano, 1990) 또한 청소년의 건강요구에 대한 연구(Brunswick & Josephson, 1972)에서도 청소년이 지각하고 있는 주요 건강문제는 약물남용, 흡

연, 음주, 비위생적인 생활환경이라고 보고했다

우리나라 청소년의 약물사용 실태분석을 위해 국가 석 차원에서 사회조사가 1989년도에 실시되었다. 그 조사 결과를 살펴보면, 약물남용의 다양성, 지역경화 등의 추세로 마약을 제외한 모든 약물사용에서 청소년의 수가 증가하고 있음이 지적되었다(문화체육부, 1995)

청소년의 음주율을 살펴보면 다음과 같다. 1989년 체육부에서 조사한 약물사용 경험자의 분포를 보면 학교 청소년의 48.0%, 비행 청소년의 93.4%가 음주를 경험한 것으로 나타났다. 또 다른 연구에 의하면 고등학생의 음주율은 59.5%(남징자 등, 1989), 1992년에 조사된 고등학교 3학년의 음주율은 46.7%(주왕기, 1992)였으며 1997년의 고등학생 음주율은 59.9%(유재순, 1997)로 나타났다. 이러한 결과로 미루어 청소년의 음주율이 최근들어 계속 증가추세인 것으로 추정할 수 있다. 흡연율을 살펴보면 조사대상자에 따라 다소 차이가 있었다. 체육부 조사결과에 의하면 학교 청소년의 33.1%, 비행 청소년의 96.1%가 흡연을 경험한 것으로 나타났다(박명윤, 1990). 고등학교 남학생의 흡연경험율은 44.1%, 매일 흡연군은 12.3%(조연숙, 1990)였으며, 1991년의 고등학생의 현재 흡연율은 25.7%, 흡연경험율은 49.1%인 것으로 보고되었다(장영미, 1991). 1997년에 조사된 고등학생의 현재 흡연율은 28.5%(유재순, 1997)로 선행연구의 조사결과와 비슷한 수준이었으나, 미국 학생의 흡연율 19.1%(주왕기, 1992) 보다는 상당히 높다. 1997년의 여학생의 흡연율 11.3%(유재순, 1997)는 1991년의 여학생 흡연율 2.4%(박명윤, 1992), 전국 고3 여학생의 흡연율 7.8%(주왕기, 1992)보다 높게 나타나, 여학생 흡연문제가 심각함을 지적할 수 있다.

특히 여학생의 음주 및 흡연 인구가 급속히 증가하며, 그보다 더욱 강도가 높은 각성제, 안정제, 대마초 등으로 발전될 가능성이 있어(박명윤, 1990, 한국청소년학회, 1993), 약물남용의 심각성이 우려되는 수준이라고 지적하고 있다. 선행연구(김현수와 박인호, 1989)에서, 약물남용으로 입원한 청소년의 80.8%가 처음 사용한 약물이 술과 담배였으므로, 음주와 흡연은 약물남용의 가능성을 예측하는데 중요한 요소라고 보고된 바 있다.

우리나라 학교, 근로, 소년원 청소년들의 약물사용

빈도를 보면, 사용경험자의 46%가 수면, 진정제를 가끔 이경씩 사용하였으며, 본드나 가스 등의 흡입제를 34.4%, 진통제의 경우 61.6%의 사용경험자가 가끔 사용하고 있는 것으로 분석되었다. 또한 술과 담배를 제외한 전체 약물사용경험자의 11.9%가 약물을 습관적으로 사용하고 있었다(한국청소년학회, 1993). 청소년기의 약물사용 경험율은 신경안정제 및 수면제의 경우 고3 학생은 6.1%(주왕기, 1990), 중 고교생은 1.8%(김수아사 등, 1993)이었으며, 대마초는 각각 2.2%, 0.7%인 것으로 분석되었다(한국청소년학회, 1993). 남성사능(1989)의 연구에 의하면, 피로회복제 사용경험율 71.8%, 진통제 68.4%였으며 신경안정제의 원가제 마약제 사용경험율이 각각 9.0%, 2.9%, 1.2%이다. 1997년의 연구에서는 고등학생들이 가장 많이 사용하고 있는 약물은 피로회복제와 진통제로 각각 사용경험율이 23.4%, 12.2%였다. 그외에 각성제 4.9%, 신경안정제 3.2%, 환각흡입제 0.5%, 마약류 0.1%였다(유재순, 1997). 이외에도 많은 연구자들이 청소년의 약물사용에 관한 연구를 통해 1심각성에 대해 논의한 바 있다(최연아, 1987, 심영애, 1988, 박영숙, 1991, 박명윤, 1992).

최근 청소년의 상담내용중 성상담이 1순위였으며, 조남학생의 경우 성분제 상담이 전체 상담내용의 13.2%를 차지하였고, 중 고등학생의 경우 각각 40.1%, 66.5%를 차지하고 있는 것으로 나타났다(충북청소년종합상담실, 1995). 가족계획협회 청소년 상담실 활동사례집(대한가족계획협회, 1995)에서도 원치않은 임신, 피임법, 성병, 성충동 등의 성관련 문제가 주요 상담 내용인 것으로 분석된 바 있다. 1997년에 조사된 고등학생의 성경험율은 8.5%로 나타나 선행연구의 결과(선은희, 1984) 보다 증가된 것으로 나타났으며, 특히 여학생의 성경험이 상당히 증가된 것으로 나타나 1심각성이 이미 지적된 바 있다(유재순, 1997). 이는 청소년을 대상으로 한 성교육이 조기에 체계적으로 실시되어야함을 시사하는 자료이다.

청소년기의 건강문제는 특정한 측면의 건강이나 건강행위 관련 문제라기보다는, 신체적, 정신적, 사회적 건강문제가 상호 복합적으로 영향을 미치고 있다고 할 수 있다. 이러한 관점에서 청소년의 건강증진은 다차원적인 건강결성요인을 통제시킬 수 있는 능력을 조기에 함양시키므로써 보장받을 수 있을 것이다.

III. 청소년기의 건강증진과 학교보건교육의 현황

1. 청소년기 건강의 결정요인

청소년의 건강행위는 건강책임, 건강관심도와 순상관관계가 있는 것으로 나타났다(김학순, 1993) 유지수 등(1985)은 건강에 대한 관심도가 높으면 건강행위를 잘 이행하고 건강행위 수준이 높을수록 청소년의 건강상태가 좋다고 보고했다 김인숙 등(1986)도 건강상태와 건강관리 실천의 관련성을 보고한 바 있다 이와 같이 건강 수준을 증진시키기 위해서는 건강행위를 동기화시키는 여러 요인들을 경험적으로 확인하여, 이에 적절한 교육중재를 개발하여 적용해야 할 것이다

인간의 행위를 설명하기 위해 많은 이론들이 개발되어 왔다 인간의 행위를 설명하는 이론중 최근에는 주어진 자극에 대한 인지적 사고과정을 통해 나타나는 반응의 측면에서 인간행위를 이해하는 사회인지이론이 보편적으로 받아들여지고 있다 그중에서 자기효능은 자신의 환경과 행위를 스스로 조절한다는 사회학습이론의 기본 개념으로서, 최근에 건강행위의 주요 영향요인으로 대두된 개념이다 자기효능이론이 적용된 건강행위 관련 연구 분석(구미옥 등, 1994)에서, 자기효능은 행위의 선택과 지속에 강력한 영향을 미치는 변수로서, 자기효능 관련 건강행위는 주로 자기-관리가 요구되는 행위라고 보고된 바 있다 Walter 등(1992)은 고등학생의 후천성 면역결핍증 유발행위와 자기효능의 유의한 상관성을 보고했으며, McCusker 등(1992)은 약물남용교육중재 후 약물남용행위를 예방하는 자기효능이 증진되고 약물남용행위가 감소되었음을 보고하므로써, 교육중재와 자기효능과 행위의 관련성을 경험적으로 검증한 바 있다 우리나라의 연구결과에서도 건강행위 자기효능은 고등학생의 건강과 삶의 만족도에 영향을 미치는 주요 변수인 것으로 확인되었다(유재순, 1997)

한편 Horowitz 등(1987)은 예방적 건강행위의 순응을 증진시키기 위해서 자기-건강관리 행위를 동기화시키는 전략이 중요하다고 강조했다 자기-건강관리 동기화모형(self-care motivation model)을 구강위생행위 변화의 교육효과를 평가하는데 적용하여, 교육 후 구강의 위생상태와 위생행위에 변화가 왔음

을 보고했다 또한 위생상태와 위생행위를 지속시키기 위해 교육적 강화가 필요하다고 제언했다 Walter와 Wynder(1989)는 "Know Your Body" 프로그램 중재후 중재군에서 총콜레스테롤치 및 총저지방섭취가 감소되었으며 흡연시작율이 저하되었고, 식이와 흡연에 대한 건강지식이 증진되었다고 보고했다 Best(1989)는 건강행위의 변화를 결정하는 요인으로서 중재시기와 중재기간이 중요변수라고 지적하였으며, 특히 건강행위가 고착되기 전의 교육중재가 가장 효과적이며, 그것은 초등학교부터 고등학교까지의 계속적인 교육이라고 강조하였다 또한 학생의 건강지식과 태도 및 행위수준은 보건교육학습시간, 교사의 성실성, 교사의 보건교육 연수시간과 관련성이 있다고 보고되었다(Ross 등, 1991)

Stevens와 Davis(1988)의 연구결과에 의하면, 건강관련 행위에 대한 교직원들의 태도와 교육프로그램의 운영 및 직원의 보건교육프로그램 등이 조직특성을 변화시키므로써 학교의 사회환경을 바꿀 뿐만 아니라, 학생의 건강목표 달성에도 직접적인 영향을 미칠 수 있다고 보고하였다

권수진(1995)은 청소년의 건강행위와 사회적 요인(교우관계, 학교생활 만족도, 부모의 교육수준, 부모와의 의논)의 관련성을 보고했으며, 안양희(1988)는 가족결속력 및 가족불일치와 정신건강상태의 관련성을 보고했다

학생의 건강행위, 신념, 가치 및 보건의료 이용에 미치는 영향에 관한 연구(정영강, 1992)에서는, 건강신념, 건강가치, 건강통제위, 보건의료의 가치, 건강행위, 의료이용간에 유의한 상관관계가 있으며, 학생의 건강행위에 영향을 주는 요인은 가족의 형태와 거주지역 및 학교수준이었다고 보고했다

고등학교 보건교육의 진단적 연구(유재순, 1997)에 의하면, 고등학생의 건강 및 삶의 질을 향상시키기 위해서는 가정과 학교가 연계된 교육전략이 필요함을 제안하였다

한편으로는 건강행위 관련 변수로서 자아개념(김수연, 1985) 및 의사결정능력을 강조(Hammes와 Duryea, 1986)하기도 했다

청소년기의 약물남용은 긴장을 유발하는 생활사건과 높은 관계가 있으며, 약물을 남용하는 부모의 자녀들은 더 많은 부정적 생활사건을 경험한다는 점에서,

약물남용은 가족분제와 긴밀한 관련성이 있는 것으로 나타나(김수자와 노후희 1990) 가족환경의 중요성을 확인할 수 있다. Sunseri 등(1983)은 보건교육 프로그램에 가족을 참여시키는 경우 학생이 흡연태도의 행위에 영향을 미쳤으며 학생의 지어준종급과 친구의 영향이 미래의 흡연의식외 관련이 있다고 보고했다. Polcyn 등(1991)은 남자중학생의 부연담배 사용행위에 대해, 지식 가지 태도, 신념 등의 요인을 통해 그 행위를 예측할 수 있음을 보여줬다. 이외에도 청소년의 건강행위의 관련변수로서 건강신념(Bush, Iannotti, 1990), 건강통제위(노기영, 1990, Clavton 1991) 의식(Gerber Newman & Martin 1988)을 강조했다.

이상과 같이 청소년의 현재의 건강수준과 건강증진에 영향을 미치는 주요 요인은 건강행위이며 건강행위에는 인지적 요인, 사회환경적 교육중재 등 여러 요인이 복합적으로 영향을 미친다. 이러한 여러 영향요인을 고려하여 건강행위를 변화시키고자 할 때 일시적인 행위보다는 지속적인 행위(생활양식)의 변화에 초점을 두어야 할 것이다. 이는 청소년의 건강문제가 만성질환의 특성을 띠게 되면서 더욱 강조해야 할 것이다. 생활양식은 행위 또는 활동 이상의 더 지속적인(또는 습관적인) 행위유형을 의미한다. 생활양식은 일상적인 활동 수행방법이며(Singer 1982), 건강의 관점에서 본다면 개인의 건강에 영향을 미치는 활동을 통제하는 모든 행위(Ardell 1979, Walker 등, 1987)이다. 청소년기에 이미 잘못된 형성된 생활양식은 현재의 건강 뿐 아니라 이후의 건강에 영향을 미치는 주요 요인이 된다. 따라서 청소년기의 건강증진을 위해서는 생활양식을 바람직하게 변화시킬 수 있는 계속적인 과정으로서 교육중재가 가장 필수적이라 할 수 있겠다.

2. 청소년기의 건강증진과 학교보건교육

건강은 질병이나 부기가 없는 것 뿐만 아니라 신체적, 정신적, 심리적, 사회적으로 최선의 상태를 의미한다. 이와 같이 건강의 개념에는 건강의 약화를 예방하려는 측면과 원상대로나 더 향상시키려는 구성적인 측면이 모두 포함되어 있다. 특히 최근에 이르러 건강을 보나 나은 상태로 유지하려는 개념인 건강증진이 더욱 발전되어 왔다. 건강증진에 대한 정의는 다양하

나 몇가지를 살펴보면 다음과 같다.

Green(1980)은 건강증진을 "건강을 향상시킬 수 있도록 행위와 환경의 변화를 위한 보건교육 및 관련된 조직적, 경제적 지원이 합쳐진 것"이라고 정의 하였다. O'Donnel(1987)에 의하면 건강증진은 "사람들이 최선의 건강상태를 유지하기 위해 자신들의 생활양식을 변화시키도록 돕는 과학"이다. 즉 좋은 건강습관을 갖도록 많이 일깨 해주고 행위를 변화시키고 관심을 지원해주는 것 등을 포함하므로써 생활양식의 변화를 촉진시킬 수 있다고 제시하였다(Green 등 1991). 세계보건기구(1985)에서는 건강증진을 개인이나 지역사회가 건강결정요인들을 통제하므로써 스스로의 건강을 향상시켜 나가는 과정"으로 정의 하였다. 1986년 세계보건기구 주최로 열린 제 1차 국제 건강증진회의 결과 채택된 오타와 헌장(1986)에서는 건강증진을 "모든 사람들이 건강능력을 최대한 개발하는 것"이며, "평등한 기회와 자원의 확보를 목적으로 한 공공정책 수립, 지리적 환경조성, 개인의 건강관리 기술 개발, 치료적인 관리 이상의 건강관리를 포함한 모든 활동"이라고 정의하였다.

이상과 같이 기술한 건강증진의 개념을 요약하면 다음과 같다.

건강증진은 각 개인, 가족, 지역사회가 보다 향상된 건강수준을 영위해 나갈 수 있도록 스스로 건강 결정을 요인을 통제하고, 건강능력을 개발하고 향상시키는 모든 활동과 교육적 환경적 지원을 의미한다. 따라서 건강증진 활동에는 질병의 치료활동 및 예방관리활동(1차, 2차, 3차) 뿐만 아니라 건강과 관련된 모든 행위를 구성적으로 변화시키기 위한 보건교육 및 조직적 정책적 환경적 지원이 포함된다.

건강증진의 개념에 나타난 바와 같이 건강증진의 목적은 사람들이 자신들의 건강 결정요인을 통제하는 능력을 향상시키므로써 건강행위(특히 생활양식)의 바람직한 변화를 유도하는 것이다. 만인의 건강(health for all) 목표 달성을 위해서는 개인, 가정, 학교, 지역사회의 건강행위의 변화를 통한 건강증진이 이루어져야 할 것이다. 건강증진의 내용으로는 첫째, 건강한 생활양식을 유지하고 지원하는 조치 둘째, 건강향상에 도움되는 행위의 변화를 촉진하는 조치, 셋째, 환경 및 사회적 질병위험을 제거하기 위한 환경변화를 약모하는 조치 등이 포함된다(이경식 1997). 이를 위

한 수단으로써 보건교육, 의사소통, 법규제정, 재정, 조직변화, 지역사회개발 그리고 건강에 유해한 것들을 통제하기 위한 지역적 활동 등을 병행하는 것이 필요하다(윤순영과 신경자 1994)

한편 청소년의 건강증진을 위해 1995년 WHO에서 학교건강증진지침을 개발하였다. 이 지침은 우리나라 실정에 적합한 내용으로서 학교보건정책, 학교의 물리적 환경, 학교의 사회적 환경, 지역사회 유대관계, 개인건강기술, 보건관리의 향상을 들 수 있다(성영숙과 이성렬, 1997). 이 지침의 내용중 개인의 건강기술 향상은 학교교육과정이 충분한 보건교육시간을 배정하여 학생들로 하여금 스스로 자신의 안녕과 건강을 촉진시킬 수 있도록 계획되어야 함을 강조하는 사항이나 이 사항은 학생의 건강증진과 지역사회의 건강증진을 위해서 체계적이고 연속적인 학교보건교육이 중요하다는 주장과(Bartlett, 1981) 일치한다. Lohrman 등(1987)도 학교보건교육은 전체 학교건강증진 프로그램의 기초로서 학생들의 삶의 질을 향상시키는 핵심요소라고 강조하였다. 건강증진 프로그램의 계획에서부터 실시 및 평가단계까지의 포괄적인 건강증진 모형인 PRECEDE-PROCEED모형을 개발한 Green 등(1991)도 건강증진은 보건교육으로부터 비롯된다고 주장하였다. 그러나 보건교육이 그 내용을 주로 생활양식의 변화에만 제한하여 구조적 측면(생태, 세정 등)을 도외시켰으며, 건강증진은 보건교육의 이러한 단점을 보완한 것이라고 할 수 있다(김대희, 1994). 보건교육과 건강증진은, 사람들이 건강과 삶의 질의 향상을 위하여 자신들의 행위를 스스로 결성한다는 점에 이론적 바탕을 두고 있다는 공통성이 있다. 반면에, 차이점은 건강증진은 경제, 조직의 맥락에 더 많은 관심을 기울이고 있다는 것이다(김대희, 1994). 즉 보건교육이 정보를 제공하여 개인의 건강 선택을 기대하는 심리적 접근, 즉 micro-level approach를 사용한다면, 건강증진은 정책개발을 포함한 사회적 접근, 즉 macro-level approach를 사용하여 개인과 집단의 바람직한 건강행위를 위한 통제와 선택을 통해 건강생활로 유도하는 것이라 할 수 있겠다. 따라서 보건교육과 건강증진은 목적, 접근 및 전략에 있어 불가분의 관계를 가지며, 건강행위를 이루는데 상호보완적으로 사용되어야 한다(이경식, 1997).

이러한 맥락에서 볼 때, 대다수 청소년의 건강을 증

진시키기 위해서는 학교보건교육이 필수적인 수단일 것으로 사료된다. 그러나 학교보건교육이 비정규적으로 대상자의 적극적인 참여없이 지식주입교육 위주로 실시된다면 소성의 목적을 달성하기는 어렵다. 학교 보건교육이 전반적인 교육과정의 일환으로서, 청소년의 건강관리능력을 함양시킬 수 있도록 지속적으로 수행될 때에야 비로소 그 존재가치를 교육계에서 인정받고 청소년 건강증진에 기여할 수 있을 것이다. 즉 학교보건교육의 개념은 "청소년들의 건강관리능력을 최대한 개발하는 체계적이고 지속적인 과정"으로서 제정되어야 한다. 이를 위해서는 조직적, 경제적, 환경적 차원에서의 시시가 필요하다. 이와 같은 관점을 고려해 볼 때, 학교보건교육은 청소년 건강증진의 수단인 동시에 청소년 건강증진전략과 동일한 의미로 이해될 수 있는 개념이라고 할 수 있다.

3. 우리나라 학교보건교육의 현황

우리나라의 학교보건교육은 두 부분으로 분류될 수 있다. 첫째, 양호교사가 실시하는 학교보건사업의 일부로서의 학교보건교육과, 둘째 학교보건사업과는 분리되어 교육활동의 일부로서 일반교사에 의해 실시되는 학교보건교육이 그것이다. 본고에서는 우리나라 학교보건교육을 두 부분으로 분류하여 실무, 관련 법규와 행정조직, 신문인력의 자질 측면에서 현황을 살펴보고자 한다.

1) 양호교사에 의한 학교보건교육

우리나라의 학교보건사업은 보건교육보다는 보건의료서비스에 치중되어 왔다(홍재웅, 1987). 실제로 양호교사의 업무수행을 분석한 여러 연구에 의하면 양호교사의 업무가 양호실관리 및 건강관리업무에 치중되어 있는 것으로 나타났다. 서울시 중고등학교 양호교사의 월평균 업무소요시간의 비율을 분석한 결과, 양호실 관리 29.0%, 건강관리 23.5%, 보건교육 14.1%의 순이었다(고영애, 1988). 또한 초등학교 양호교사의 경우 양호실관리 30.6%, 건강관리 21.0%, 보건교육 12.8% 순인 것으로 보고되었으며(김은희, 1988), 충북지역 초·중등 양호교사의 경우에도 보건교육활동 시간이 전체 업무소요시간의 15.0%인 것으로 나타나(유재순, 1988) 지역에 따른 보건교육활동의 비중은 비슷하였다.

양호교사의 활동과 관련된 법규를 살펴보면, 학교보

건법(1967년), 학교신체검사규칙(1951년), 학교급식법(1981년), 교육법(1947년), 선양병 예방법(1967년), 결핵예방법(1967년), 기생충예방법(1966년), 국민건강증진법(1995년) 등이 있다. 그러나 이는, 법규중 학교보건교육을 중시하는 조항이 포함된 법규는 없었다. 가장 최근에 제정된 국민건강증진법의 경우 “사업장, 의료기관 및 단체, 그 종사자 또는 그 시설을 이용하는 자에 대하여 보건교육을 실시하여야 한다(법 12조 2항)”고 규정하고 있다. 또한 “19세 미만에게 담배판매를 금지(법 9조 3항)”하는 사항이 들어 있을 뿐, 청소년 보건교육 또는 학교보건교육에 대한 언급은 전무한 실정이다. 이는 국민건강증진이 청소년 건강증진의 토대위에 구축되어야 함을 인식하지 못한 결과라 볼 수 있다.

학교보건사업의 법적 기초는 1967년에 제정된 학교보건법이 만들어진 것을 시점으로 하여 이후 보법 및 시행령이 1977년, 1981년, 1990년, 1991년, 1993년 등 몇차례에 걸쳐 개정된 바 있다. 현행 학교보건법의 내용은 학교환경위생(학교보건법 4, 5, 6, 7), 신체검사(동법 7조), 학교선염병관리(농법 8, 10, 11, 14조) 등으로 구성되어 있으며 학교보건교육이나 건강증진의 개념을 포함하고 있는 조항은 없다. 1990년 개정된 학교보건법 시행령 6조에 의하면 양호교사의 보건교육적무를 “교사의 보건교육에 관한 협조와 필요시의 보건교육”과 “보건교육자료의 수집, 관리”로 규정하고 있다. 이와 같이 법적으로 학교보건교육의 중요성이 언급되어 있지 않고, 학교보건교육의 책임을 학교의 유일한 전임 보건의료인인 양호교사에게 전적으로 부여하지 않고 있어, 현실적으로 양호교사의 보건활동이 보건의료 서비스 위주로 이루어질 수 밖에 없다.

다음으로 행정조직상의 현황을 살펴보면, 교육부직제를 중심으로 학교보건교육제도 및 운영상의 문제점을 분석한 결과, 고위정책가나 보건교육 관련 학계에서도 학교보건교육이 중요시되지 않거나 이해관계에 얽혀 방관되어 왔음이 지적된 바 있다(김상욱, 1988). 1998년 3월 정부조직개편안에 의해 교육부직제가 바뀌기 전까지 교육부 지방교육행정국 학교보건체육과에서 학교보건업무를 담당하고 있었다. 지방의 경우 9개 시도(서울, 부산, 대구, 경기, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남)의 학교보건과 및 기타 시도(인천, 광주, 강원, 충북, 제주)의 학교보건계가 있다. 학교보건

체육과에서는 학교보건에 관한 계획수립을 포함하여 학교보건요원의 연수 및 관리 등 전반적인 업무를 담당하고 있다. 시도 보건계에서는 학교보건 및 학교급식 학교환경위생경화에 관한 사항을 담당하고 있다. 우리나라의 학교보건교육은 학교보건사업의 일부로서 포함되어 있기 때문에 학교보건교육을 관상하고 있는 행정조직은 없다. 뿐만 아니라 현행 학교보건사업을 수행하기에도 행정조직이 미흡하고 선담요원 미확보 등의 문제점이 있다(김상욱, 1992). 이외에 서울시 교육청 산하에 학교보건원이 설치되어 있어 청소년 건강 관련 업무를 수행하고 있다. 학교보건원에서의 업무 중 보건교육과 관련된 업무를 살펴보면 보건교실 운영, 학생보건교육, 현장보건교육, 학교보건교육자료 개발 및 보건교육지원 업무 등이 있다. 1988년 학교보건원의 건강성신과 전문의가 학교현장에서 실시하는 일분 우유농 예방교육을 강화하고 학생들의 교육효과를 높이기 위해 체육교사, 양호교사 및 학부모 교육을 실시하고 있다(교육시 1996).

한편 우리나라의 보건교육사업은 1998년 3월 직제개편 이전까지 보건복지부 보건국의 보건교육과가 주무부서였다. 그러나 보건교육과의 조직적인 보건교육활동은 거의 전무한 상태로(홍재웅, 1987) 학교보건교육에 대한 지원 및 협조체계가 역시 전무한 실정이다.

학교보건사업의 일부로서의 학교보건교육은, 교육부에서 발행하는 학교보건관리기침을 각 시도 교육청이 지역 여건에 맞게 각 학교에 전달함에 따라 양호교사가 담당하고 있다. 양호교사의 학교보건교육 활동에 대한 연구 보고서에 의하면, 학교보건교육의 방법으로는 고려하지 않은 상태에서 시용의 중·고등학교 양호교사의 연간 학교보건교육 활동 회수는 평균 31.7회로 보고된 바 있으며(권민숙, 1985), 충북지역 초등학교의 경우 연간 26회 보건교육을 실시하였다(유재순, 1986). 이들이 실시하는 보건교육의 내용은 각종 병리검사(결핵검사, 소변검사)와 예방접종을 실시하기 전에 업무의 효과를 높이기 위한 교육과 건강보건교육 및 각종 안전사고 발생위험에 대비한 안전교육 등으로 구성되어 있다(권민숙, 1985; 유재순, 1986).

서울시 교육청은 1987년부터 수당 6시간의 학교보건교육을 실시하도록 학교보건관리지침에 제시하고 있다(김상욱, 1988). 그러나 대상 고등학교의 42.8%에서 강교시간의 배당에 문제가 있어 실제로 보건교

육을 실시하기에 어려움이 있었다(김지주, 1993) 서울시 양호교사의 보건수업 실시에 대한 연구 보고서에 의하면, 초등 양호교사의 10.5%와 중등 양호교사의 29.3%가 주당 보건교육 시간을 배정받지 못했다 무응답자를 주당 보건교육 시간을 배정 받지 못한 것으로 간주한다면, 27.5%의 초등 양호교사와 48.3%의 중등 양호교사가 주당 보건교육을 전혀 실시하지 못하는 것으로 나타났다(이원유, 1990) 주당 6시간 실시하는 보건교육은 학교실정에 맞도록 보건관련교과와 협의하여 금연, 약물오남용, 성교육 등을 실시하고 있다(최재선, 1996) 1996년 서울시 교육청에서는 최근의 청소년 성폭력 문제의 심각성을 고려하여 성교육지침서를 배부하였다 성교육 시도시간은 초등학교 1~4학년은 수시로 5~6학년과 중학교 선학년 및 고등학교 1학년은 연간 10시간, 고등학교 2~3학년은 연간 5시간 정도이다 성교육 시간은 정규 교과시간 이외의 시간을 확보하여 지도하도록 되어 있다(최재선, 1996)

한편, 전국의 초·중·고등학교의 52.03%만이 양호교사가 배치되고 있어(고복자, 1996), 전국의 모든 초·중·고등학교 학생의 반수 정도가 정부의 건강증진사업에서 소외된 것으로 볼 수 있다 양호교사의 배치기준은 학교보건법 시행령(6조)과 교육법 시행령(38조)에 규정되어 있다(김화중, 1992) 학교보건법 시행령에서는 양호교사의 배치기준을 "양호교사를 둔다"라고 표현하고 있으므로 양호교사의 충원율이 소극적으로 이루어질 소지를 안고 있다 또한 교육법 시행령에서는 "18학급 이상의 초등학교에는 양호교사 1명을 두어야 한다"고 규정하고 있어 실제적으로 18학급 미만의 초등학교에서 양호교사의 충원율이 낮아질 수 있는 것으로 사료된다 양호교사의 충원율이 낮은 이유로서, 양호교사의 임용을 일반교사의 정원수에 포함시켜 임용하기 때문이라고 지적된 바 있다(이시백, 1984)

양호교사가 보건수업을 담당하는 경우에 적정단원의 선정, 교재연구, 정선된 자료를 조직하는 데 문제점이 있는 것으로 보고된 바 있다(윤병혁, 1990) 다른 연구에서는 교수방법 및 기술 부족(방에스터, 1989)을 지적하였다 양호교사의 보건교육 실시 능력을 평가하는 연구가 미흡하여 양호교사의 보건교육 실시 능력을 정확히 사정하기에 어려운 실정이다 선행연

구에 의하면 양호교사의 90%가 보건교육 활동 능력이 있다고 응답한 것으로 보고된 바 있다(김화중, 1985) 또 다른 연구에서는 초등양호교사의 경우 연구대상자의 35.1%만이 보건교육 실시시 자신감이 있었으며, 90.9%가 보건교육의 필요성을 인식하고 있는 것으로 보고되었다(이화연과 박영수, 1993) 정규 교과시간에 실시하는 보건수업이 정착되고 활성화시키기 위해서는 양호교사의 자질향상과 학교행정책임자의 인식이 중요하다(이원유, 1990) 양호교사의 자질 및 능력향상을 위한 보수교육이 1966년부터 시작되어 현재까지 이르렀다 특히 1996년부터 1급양호교사 자격인수가 전국적으로 실시되고 있어 양호교사의 보건교육 실무능력이 향상될 것으로 기대된다 1997년도 충북지역 초·중등 1급양호교사 자격연수 과정에 의하면 이수시간 180시간중 교양과목 22시간, 전공 133시간, 교직 25시간으로 구성되어 있었다 앞으로 1급양호교사 자격연수과정을 통해 양호교사의 보건교육 실무 능력이 얼마나 향상되었는지에 대한 평가가 이루어져야 할 것이다

현실적으로 학교보건인력중 양호교사가 학교보건교육을 담당하는 핵심적인 인력임은 틀림이 없다 교육법에 의한 양호교사의 자격기준을 살펴보고자 한다 교육법(1981.2.13)에 의하면 양호교사의 자격기준은 "대학의 간호학과 졸업자로서 간호사 면허증을 취득한 자와 전문대학 간호과 졸업자로서 재학중 소정의 교직학점을 취득하고 간호사 면허증을 취득한 자"이다(김화중, 1992) 이러한 자격기준의 문제점은 우선, 4년제 간호학과의 경우 교직학점 이수에 대한 요구사항이 전혀 없다는 것을 들 수 있겠다 이는 정부 당국에서 양호교사의 보건교육활동의 중요성을 전혀 인식하지 못한 결과라고 볼 수 있다 다음으로, 전문대학의 경우 교육실습 2학점을 포함하여 교직학점 18학점을 이수할 것으로 요구하고 있다 현실적으로 전문대학의 교육실습이 얼마나 보건교육실습을 강화하여 실시하고 있는지에 대한 평가 자료가 미흡하다 현행 교육법에 의한 자격기준은 1981년에 규정된 것이므로 교육대상자의 변화하는 건강요구에 따라 양호교사의 자격기준을 보건교육 실무 능력 중심으로 강화해야 할 것이다

이상과 같이 우리나라의 학교보건분야에서는 양호교사의 학교보건활동중 보건교육활동이 소홀히 수행

될 수 밖에 없는 구조적 분절점을 안고 있다. 이러한 학교보건교육은 각 학교의 행정책임자 및 임직원사의 특성에 따라 교육 내용과 시간이 결정되고 학교보건사업의 일부로서 이루어지기 때문에 일시적이고 기업적인 교육일 가능성이 크나 따라서 학생의 세계적이고 지속적인 자기건강관리 능력을 기대하기 어려울 것으로 보인다(김성욱, 1988). 청소년의 건강에 대한 의식수준을 높이고 건강관리 능력을 함양시키기 위해서는 양호교사의 역할을 보건교육 중심으로 형성되길 수 있는 방향으로 재정립해야 할 것이다.

2) 일반교사에 의한 학교보건교육

정규교육과정에 의한 학교보건교육의 선행적인 분절점을 파악하기 위해 우선 법적 제도적인 측면을 살펴보기로 하겠다. 1954년 문교부령 제35호에 의해 초등학교와 중등학교에 보건교과가 정해졌으며(김성욱, 1988, 김희중, 1992), 1963년 제2차 교육과정의 개정되면서 문교부령 119호에 의해 보건교과는 체육과로 바뀌었고, 현재까지 보건에 대한 교육은 체육과과의 일부로 나누어지고 있다(김성욱, 1988, 김희중, 1992). 교육과정이 개정될수록 학교보건교육의 목표가 체육교육의 하위목표로 축소되고 체육위주의 보건목표로 변화되어 갔음이 지적되었다(김성욱, 1988). 1996년부터 시행되기 시작한 제6차 교육과정 개정방침에서는, 학습자의 성취의 실을 중시하는 교육이 중요성을 강조했다. 즉 교과 구조의 시대적 타당성과 교과목 분류체계의 합리적 조정을 위해 각급 학교의 교육목표와 수준에 적합치 않은 교과 구조를 재구성하고(교련, 실업 가정 국민유리 등) 시대적 필요에 따라 새로운 교과(환경교육, 직업선로교육 및 다양한 선택과목)를 신설하기로 되어 있다(유심내, 1991). 국민의 건강에 대한 요구가 날로 증가되어 가고 있는 시점에서, 제 6차 교육과정 개정방침에서도 국민의 건강증진의 기초가 될 학교보건교육이 다음 교과목의 하위체제로 구성되어 있음은 선로 현행 교육과정이 지니고 있는 모순이라고 하지 않을 수 없다.

교육부 고시 442호에 의거하여, 체육시간 중 초등학교 5%, 중학교 10%, 고등학교 25%를 보건교육 시간으로 할애하도록 했으나, 실제로 실시된 교육시간수는 이에 훨씬 못미쳤다(이시백, 1984, 임재순, 1984). 체육교사가 실시한 보건교육은 학기당 3시간 이내였고, 수업을 적게하는 이유는 보건에 관한 지식 부족과

학생들의 무관심 때문이라고 하였다(이시백, 1984). 1989년 이후 실시된 초등학교 교육과정을 분석한 결과 보건교육을 지도하는 시간은 초등학교 전 기간 동안 총 141시간, 학년당 평균 23.5시간이며 주당 평균 0.8시간인 것으로 보고된 바 있다(유재순, 1992).

초등학교 교육과정의 경우 7개 교과에 보건교육의 내용이 분산되어 있었으며(남정자 등, 1988, 유재순, 1992), 중학교의 경우 5개 교과에, 고등학교의 경우 7개 교과에 분산되어 있었다(남정자 등, 1988). 이처럼 학교보건교육이 정규교육과정에서 더 교과의 학습 목적의 하위체제로 실시되므로써 교육목표의 낭비가 어려우며, 담당교사의 능력과 관심 부족으로 효율이 떨어질 수 밖에 없는 분절점을 안고 있다(이시백, 1984, 임재순, 1984, 유재순, 1988, 김성욱, 1988). 이외의 분절점으로서 교육대학 등의 교사 양성기관에서의 보건교과 강의 부족, 교사 연수과정에서의 보건교과 강의 이수 부족 등을 지적하고 있다(김성욱, 1996). 실제로 인근대상 체육교사의 80.4%가 체육과목의 보건관련 교육에 대한 연수기회를 갖지 못했으며 보건교육 수행에서 가장 큰 애로점으로 보건지식의 부족인 것으로 밝혀진 바 있다(임재순, 1984). 초등학교 교사의 34.4%, 초·고등학교 교사의 69.7%가 능력이 없이 보건교육을 지도할 수 없다고 응답하고 있어 분절점이 있다(이수희, 1988). 또한 초등학교 보건교육과정의 내용이 학습자의 흥미도를 충족시키지 못하고 실제생활과의 관련성도 부족한 것으로 보고되었으며, 인근대상교사의 95.1%는 학교보건교육과정을 개별화 필요가 있는 것으로 보았다(한국보건대학교 학교보건 체육 연구소, 1996). 고등학교 보건교육의 진단적 연구(유재순, 1997)에 의하면 고등학생이 지적한 학교보건교육의 학습수준은 상당히 낮았으며, 학교보건교육 학습수준이 고등학생의 건강 및 삶의 질에 미치는 영향력이 다른 변수보다 낮은 것으로 분석되었다. 연구자는 이에 대한 간접적인 이유를 수업의 질, 학습기회의 부족, 학교보건교육이 여러교과에 분산되어 있어 학습자 스스로 체계화 내기 통합해야 하는 어려움이 있기 때문인 것으로 논의하였다.

한편 각 대학에서의 보건관련 유사학과를 살펴보면, 9개 대학에서 19개의 보건관련 학과가 개설되어 있으며 학교보건교육 지도자를 양성하고 있는 곳은 3개 대학인 것으로 추측할 수 있겠다. 이들 3개 학과

모두 학교보건교육자를 양성할 수 있도록 교육목표가 설정되었다고 보기는 어려우며, 학과 졸업생이 실제로 학교보건교육에 참여할 수 있는 세도가 전무한 실정이다(이규성, 1990)

이상과 같이 정규교과 과정의 일환으로 일반교사가 실시하는 보건교육은 교육내용 및 시간 교육담당자의 관심과 자질 부족 등으로 인해 형식적인 수준을 벗어나지 못한 상태인 것으로 사료된다

3) 학교보건교육개발에 대한 연구 현황

여러 연구자들에 의해 학교보건교육과정의 개선과 발전을 위한 연구가 지속되어 왔다 이경자(1990)는 관련 문헌을 참고로 초 중학생을 위한 11개의 보건교육의 영역을 확인했다 즉 일상생활습관, 성장발달, 영양과 건강 질병예방, 약물사용, 정신건강 가족생활, 성과 건강, 안전생활과 소비자 건강 및 지역사회 건강이 그것으로서, 그 각 영역을 3년마다 주기적으로 배울 것을 제안했다 김화중과 이인숙(1992)은 교사와 학부모 중심으로 초등학교 학생의 발달단계상 요구와, 건강문제 및 행위의지 등을 파악하여, 초등학교 보건교육 교과과정의 개선방안에 대한 연구를 시도했다 이 연구에서 건강관련행위는 보건교과에서, 성장발달과 자연환경은 자연교과에서, 그리고 생활환경과 사회환경 및 의료환경은 사회교과에서 각각 다룰 것을 제안했다

1991년 대한간호협회의 후원으로 학교보건 관련 간 호학자와 양호교사로 구성된 전문가 중심으로 초 중 고 보건교과과정 개발 연찬회가 열려, 이를 통해 학교보건교육을 위한 보건교과의 개념틀이 합의되고 보건교과 운영방안이 제시되었다(김화중, 1993) 이를 근간으로 보건교과 지침서(김화중, 1995)와 자료서(김화중, 1996)가 발간된 바 있다 보건교과 지침서에 따르면 초 중·고등학교 보건교육의 내용은 신체의 구조와 기능, 신체의 성장, 정신건강, 영양공급, 체력 단련, 일상 건강생활, 안전과 응급처치, 질병예방과 관리, 약물사용과 오용, 가정건강과 사회건강, 지역사회보건 및 환경보건으로 구성되어 있다 그밖에 한국 교원대학교 학교보건·체육 연구소에서는 초등학교에서 시행되고 있는 현행 보건교육에 대한 교사, 학부모와 학생 및 학교 관리자 등의 의견과 보건교육의 실태를 조사했다 이 조사결과와 현행 초등학교의 교재를 분석한 결과를 종합하여 초등학교 보건교육과정

(안)이 개발되었고, 초등학교 고학년용 건강한 생활 학습서가 발간된 바 있다 초등학교 보건교육과정(안)에 의하면, 보건교육의 영역은 정신건강, 성장과 발달, 영양 체력, 안전과 구급법, 약물, 개인위생관리, 질병 예방, 환경, 소비자 건강으로 구성되어 있다(한국교원대학교 학교보건 체육 연구소, 1996) 또 다른 연구에서는 고등학생의 건강문제와 삶의 문제를 중심으로 고등학교 보건교육과정에 포함되어야 할 교육내용을 제안하였다 건강의 신체적, 정신적, 대인관계/사회적 차원과, Orem이 제시(Orem, 1985)하고 있는 자기-간호요구의 세 측면(일반적 자기간호, 발달적 자기간호, 건강이탈적 자기간호)을 통합하여 포괄적 자기-건강관리의 요소를 제시하였다(유재순, 1997)

그동안 학교보건교육에 대한 제도적 행정적 지원이 매우 열악함에도 불구하고 학교보건교육과정의 개선을 모색하고자 하는 연구가 활발하게 진행되고 왔다 그러나 이들 연구결과가 이론적 주장으로 그칠 가능성이 크나 그러므로 학교보건교육이 청소년의 건강증진에 명실상부하게 기여하기 위해서는 정책개발을 포함한 사회적 접근이 지원되어야 한다 즉 제도적, 법적, 행정적, 교육적 지원체계의 개선이 필요하다 학교보건교육이 지닌 구조적인 문제점이 개선되지 않은 채로 현재와 같이 계속적으로 수행된다면, 21C의 주역인 청소년의 건강과 삶의 질은 미흡한 수준에 계속 머물러 있을 것이나 아울러 이들이 이끌고 나갈 미래의 국가경쟁력과 국민 대다수의 삶의 질 또한 위협받을 수 있을 것으로 예측할 수 있겠다

4. 다른 나라의 학교보건교육의 현황

미국에서는 학교보건교육과정 개발 또는 개선을 위한 연구가 상당히 일찍부터 활발하게 진행되어 왔다 Denver Study(1952)는 초기의 가장 대표적인 것으로서, 3천6백명의 학생(유치원생부터 고등학생까지)을 대상으로 18개 영역에 대한 관심을 조사했다 이 연구 결과는 오늘날에도 타당한 것으로 평가를 받고 있어 학생의 건강문제에 대한 유용한 자료로 활용되고 있다 Connecticut Study(1969)는 유치원부터 고등학교까지의 5천여명의 학생을 대상으로 건강에 대한 관심과 문제점을 조사하여, 건강주제별 및 연령별로 범주화시킨 결과이다 이 연구에 의하면, 학생들의 건강에 대한 관심은 성숙도에 따라 차이가 있으며

동일연령층에서는 도시나 시골에서 같았다고 한다 그러나 이 정보에만 의존하기엔 위험성이 있다 건강 정보는 빠르게 변하고 어떤 집단도 다른 집단과 같을 수 없다는 점을 고려해야 할 것이다(Pollock, 1987)

학교보건교육과정 에 대한 두개의 전국적인 연구가 있었다 첫째는 1961년부터 1963년까지 실시된 학교 보건교육연구(School Health Education Study SHES)로서, 성장과 발육, 상호작용 및 의사결정 등의 세 가지 기본개념간의 철학적, 이론적 중요성을 기초로 하였다(Green 등, 1980) 이 연구를 시주로 보건교육이론에 대한 많은 변천이 있었다 즉 보건교육이 무엇을, 언제, 왜, 어떻게 효과적으로 가르쳐야 하는지에 대한 문제점이 드러났다(Hamburg 1993) 또 다른 하나는 1974년에 시작된 학교보건교육과정 연구(School Health Curriculum Project SHCP)로서, 3학년부다 7학년까지 가 학년마다 여러 건강 개념을 구체적으로 배울 것을 강조하고 있다(Green 등, 1980) 1985년도의 학교보건교육과정연구를 평가한 결과, 학생의 건강지식과 태도 및 행위에 미치는 보건교육의 영향을 극대화 하기 위해서는 매년 50시간의 교육이 필요한 것으로 나타났다(Lohrman 등 1987) 또 다른 연구(Hayes 등, 1990)에서는, 4세부터 17세까지의 학생에 대한 보건교육의 효과를 높이기 위한 건강 프로그램이 최소 10주간은 지속되어야 한다고 강조했다

1980년 California 대학에서 개발된 교육과정은, "나의 몸은 나의 것, 나의 정서도 나의 것, 나의 환경도 나의 것이다"라는 표제하에, 각 학년 수당 1시간씩 인체체계 중심으로 교과과정이 구성되었다 그러나 이 교육과정은 생리학에 대한 학습에 치중한 것으로서, 보건교육이라 하기엔 무리가 있을 것으로 평가된다 이외에 California주 교육청에서 개발된 California State Framework Health Education(유치원부터 고등학교까지), Pennsylvania State Curriculum Plan(유치원부터 고등학교까지) 등이 있으나, 이들 교육과정은 행위보다는 지식을 더 강조하고 있을 뿐만 아니라 포괄성이 결여되어 있다는 지적을 받고 있다(Pollock, 1987)

Trucano Study(1984)는 Washington 주의 공립 학교 학생(유치원부터 고등학교까지)을 대상으로 건강관심과 문제를 조사한 연구이다 연구결과 관심노

가 높은 영역은, 장애조건/출생시 결합, 어린이 학대와 성적(性的)학대, 두려움과 걱정(자살, 이혼, 스트레스, 죽음) 자아개념, 인간행위에 대한 이해 등인 것으로 밝혀졌다(Pollock 1987)

이외에 학교보건교육 프로그램이 다양하나 우선 1980년대에 Metropolitan Life Foundation의 지원을 받은 프로그램으로서, "Healthy Me Program"을 들 수 있다 이는 시범적인 다주제(multitopic), 다학년(multigrade) 보건지도 프로그램이다(Hamburg, 1993) 또한 잘 알려진 초등학교 보건교육과정으로서, "Know Your Body" "Growing Healthy" program이 있다 "Growing Healthy" program은 최초의 포괄적인 학교보건교육 프로그램으로 평가받는 것으로서, 교사용 지침서 학생용 work sheet 교육매체 및 안내서를 제공하여 교육효과를 높여 주었다(Hamburg 1993) 그밖에도 초등학교 보건교육프로그램으로서는 Project SHARP(미시간 북서부), Project CHEK(미시간 남동부), 미국 폐협회와 보건국이 공동개발한 Primary Grades Health Curricular Project(PGHCP)와 School Health Curricular Project(SHCP)가 있다(Dushaw, 1984)

"Growing Healthy"에 대한 반응에 자극을 받아 청소년용 보건교육 프로그램이 개발되었다 미국 질병관리부서(Centers for Disease Control)와 교육개발부서(Education Development Center)가 계약을 맺어 청소년을 위해 개발한 Teenage Health Teaching Modules(THTM)은, 모두 16개의 module로 구성되어 있다 이 프로그램은 청소년의 발달 단계에 따른 건강과제로 구성되었으며 모든 module은 자기-사정, 의사소통, 의사결정, 건강보호, 건강한 자기-관리를 개발하도록 되어 있다(Ross 등, 1991) 고등학교에서 자주 사용되는 module로는, "Eating Well", "Handling Stress", "Protecting Oneself and Others", "Promoting Health in Families" "Planning a Healthy Futures" 등을 들 수 있다 이 교육과정은 주당 2~3시간씩 학기당 16~18주 동안 운영하도록 되어 있다(Ross 등, 1991) 이 프로그램의 효과에 대한 실험연구가 7개 주의 149개 중 고등학교를 대상으로 실시되었는데, 그 결과 THTM은 학생의 지식 태도 행위를 긍정적으로 변화시켰음이 입증되었다(Nelson 등, 1991) 이 프로그램은 특히

청소년층의 주요 문제인 흡연 등의 약물사용 행위에 미치는 효과가 큰 것으로 평가되었다(Nelson 등, 1991, Gold 등, 1991)

암예방을 위한 식습관행위를 교육하기 위한 "Changing the Course" curriculum은, 6개의 학습목표하에 교실수업 20시간, 선택적 교실 활동 5시간, 교실외에서의 활동 10~15시간으로 구성되었다(Light와 Contento, 1989)

미국의 학교보건교육의 질과 양은 주에 따라 상당히 다양하지만, 대부분의 주 정부에서는 학교보건교육을 실시하도록 규정하고 있다 미국내 3개 주(Oregon, Indiana, West Virginia)는 고등학교 졸업 자격으로 학교보건교육 1단위(연간 43시간)를 이수할 것을 요구했으며, 33개 주에서는 보건교육의 교과과정 지침 계획을 갖고 있고, 16개 주에서는 보건교육을 위해 전문가를 고용하고 있다(Gilbert와 Pruitt, 1984) 학교보건교육을 요구하고 있는 각 주 정부의 학년별 평균 교육 시간은 초등학교의 경우 연간 53시간, 중학교는 49시간, 고등학교에서는 29시간이다 현재 특별히 문제가 되고 있는 후천성 면역결핍증에 대한 교육은 중요한 교육과정으로 설정되었으며 79%의 지방 교육구청이 이 주제를 학교보건교육과정에 포함시킬 것을 요구하고 있다(방기문, 1991)

한편으로는 학교보건교육 프로그램은 다양하게 개발되어 있지만, 미국에서도 보건교육이 학교보건교육 학위가 없는 체육교사나 과학 또는 가정교사가 담당하고 있는 것이 문제점으로 지적된 바 있다(Gilbert 등, 1984)

그외 네덜란드는 고등학생 대상의 흡연예방 프로그램(45분간 4회운영)을 개발하여(de Vries 등, 1992), 청소년의 흡연을 감소를 위해 노력하고 있으며, 이스라엘에서는 어린이 대상의 포괄적인 보건교육 프로그램으로 SEGEV(히브리어로서 "keep your body healthy"의 뜻)을 개발하여 적용했다(Tamir 등, 1987) 일본의 경우, 1947년 보건교육의 중요성을 교육목적중의 하나로 교육법에 제시하였고, 미국의 모델을 따라 보건교육 틀을 개발했다 5학년에서 12학년까지 각 교실에서 보건교사가 교육을 담당하고 있다 그러나 교사의 훈련이 부족하고, 보건교육이 진학 시험과 직접 관련이 없다는 것이 문제점으로 지적되었다(Kuroha와 Baomin, 1987)

이상으로 다른 나라의 학교보건교육 현황을 검토한 결과, 미국의 경우 주에 따라 차이는 있으나 유치원부터 고등학교까지를 포함한 포괄적인 학교보건교육과정이 건강행위의 변화에 중점을 두고 다양하게 개발되어 실시되고 있다 또한 개발된 프로그램의 효과를 검증하기 위한 연구(Connell 등, 1985, Ross 등, 1991, Wojtowitz, 1990, Hammes 등, 1986, Bush 등, 1989)가 활발히 진행되고 있었다

IV. 학교보건교육의 과제와 발전방향

학교보건에서의 건강의 개념을 정리해보면, 초기에는 전염병이 없는 것을 건강이라고 하였고, 신체검사 위주의 학교보건사업에서는 인간의 생리기능을 중요시하였다 그후 인간이 외부환경에 적응을 잘하는 것을 건강이라고 하였으며, 현재에는 자기건강관리를 잘하는 것을 건강이라고 하는 경향이다(김화중, 1992) 학생들로 하여금 스스로 건강결정요인을 통제하는 능력을 함양시켜 건강행위(특히 생활양식)의 바람직한 변화를 유도할 수 있을 때에, 비로소 건강관리 능력을 갖추었다고 할 수 있다 이는 효과적이고 확실한 대상자의 참여가 있을 때에만 가능하다 대상자의 참여 원칙은 1984년에 WHO가 제정한 건강증진 원칙(정영숙과 이정렬, 1997)에서 이미 강조된 사항이다 현행과 같이 학교보건교육이 학교보건사업의 일부로서 실시되거나, 여러교과에 분산되어 단편적인 지식 위주로 실시되는 경우엔 학생들은 여전히 소극적인 입장에서 자신들의 건강관리에 참여할 수 밖에 없는 문제점이 있다 이러한 문제점을 근본적으로 해결하기 위해서는 학교보건교육이 학교보건사업 및 다른 교과의 하위체계인 현 상태를 탈피해야 할 것이다 즉 학교보건활동을 포함하고, 여러 교과에 분산되어 있는 보건교육 내용을 통합적으로 포함시킨 포괄적인 학교보건교육과정(Comprehensive School Health Curriculum)이 개발되어 운영되어야 한다 이는 학교보건사업이 보건의료사업의 일환이 아니라 교육사업의 일환이어야 한다는 주장(김화중, 1992)과 일치하는 개념으로서, 학교보건교육과정 안에서 학생들의 건강관리와 능력개발이 이루어져야 함을 의미한다 한편, 미국의 국립학교보건교육전문기구에 의하면 포괄적인 학교보건교육과정은 질병의 확인과 예방 뿐 아니라 건강

의 연속선상의 모든 점에 총체적 초점을 두어야 하며, 학생들이 건강행위를 효과적으로 선택하는 의식결정을 할 수 있도록 인지정보, 행위기술, 상의식 성립을 제공하도록 설계되어야 한다고 했다(National Professional School Health Education Organization, 1984) 우리나라의 학교보건교육과정에도 이러한 기준이 마련되어야 할 것으로 사료된다. 현행 학교보건교육이 포괄적인 학교보건교육과정으로 재구성되기 위해서는 무엇보다도 실제 교육과정과 양호교사의 역할 변화에 대한 생애적 시선이 필요하다. 본 연구에서는 이를 위한 구체적인 과제 및 발전방향을 다음과 같이 제안하고자 한다.

1. 실무측면

우선, 양호교사가 담당할 주당 보건교육시간이 적절하게 실시될 수 있도록 양호교사의 노력과 학교행정가의 인식을 재고시켜야 한다. 양호교사의 1급 자격인수과정에 학교보건교육 능력을 함양시킬 수 있는 교과목을 더욱 강화시켜 운영할 것을 제안한다.

정규교육과정에서 양호교사가 담당하는 주당 6시간의 보건교육시간을 6시간 이상 12시간까지 늘려서 운영하도록 하는 방안을 제안한다. 양호교사의 상급 보건수업 실시정도를 분석한 결과, 보건수업선시자의 85.3%가 주당 적당한 교육시간이 11시간 이상이라고 응답하였으며 주당 7시간 이상 수업을 실시한 초·중·양호교사는 12.1%, 중등의 경우 7.0%인 것으로 나타난 바 있다(이원유, 1990). 학교행정이 및 일반교사의 학교보건에 대한 이해도와 협조정도에 따라 양호교사의 활동수준에는 큰 차이가 있으므로 교원양성교육기관의 교육과정에 학교보건교육의 중요성을 청소년 건강증진 측면에서 인식시킬 수 있는 필수 교과목이 포함되어야 할 것이다. 또한 학교행정가와 체육교사 및 보건관련 교과 담당교사의 직무교육 연수시 학교보건교육의 중요성 및 개념 변화에 대한 교육을 필수적으로 실시할 수 있도록 행정적 지원이 필요하다.

이러한 실무상의 모든 문제점들도 행정적인 지원이 미흡하기 때문에 야기되는 문제점들이니 신부가 개선되기 위해서는 보다 적극적인 자원에서의 제도적, 법적 행정적, 교육적 개선이 불가피하다.

2. 제도적 측면

1946년부터 1954년까지의 교수요목기에 교과과정 시간배당 기준령에 의해 건강에 관한 교과목명을 보선하고 하였다. 그러나 교과를 운영하기 위한 이론적 기초가 정립되지 못하였고, 보건의료전문가들의 관심이 부족하였으며 교사양성도 제대로 이루어지지 못한 실정을 들어 1963년 제2기 교육과정 개정기를 거치면서 보건교과를 폐지되었다. 그 후부터 현재까지 학교보건교육은 체육교과의 한 부분으로서 다루어지게 되었다(김화중, 1988). 25년전 보건교과가 폐지될 당시에 비해 현재는 청소년들의 건강요구가 매우 다양해졌으며, 이들의 건강요구는 단순히 현재의 신체적 질병의 치료나 예방이 아닌, 신체적, 정신적, 사회적, 영적으로 완전히 통합된 자기-건강관리 능력을 갖춘 것을 추구하게 되었다. 또한 보건교과를 운영하기 위한 이론적 틀이 여러 연구자에 의해 정립되었다(김화중 등, 1992, 김화중, 1993, 한국교원대학교 학교보건체육연구소, 1996, 유재순, 1997). 반면에, 현행 우리나라의 교육과정은 이러한 요구를 충족시킬 수 있는 기본적인 틀이 전혀 마련되어 있지 않다. 보건교과의 개선은 국가적 또는 국민의 건강권을 수호해 주어야 할 의무를 지니고 있는 현재의 시대적 필요에 의한 요구라 할 수 있다. 실제로 제6차 중등학교 교육과정(교육부 고시 제1992-19호), 중학교 교육과정(교육부 고시 제1992-11호), 고등학교 교육과정(교육부 고시 제1992-19호)에서도 교육과정을 통하여 추구하는 인간성으로서 건강인 사람을 첫번째로 들고 있다(최재선, 1996). 건강의 포괄적인 개념과 건강증진의 개념을 포함한 포괄적인 학교보건교육과정을 통해서 비로소 학교교육이 추구하는 본연의 목적을 효율적으로 달성할 수 있을 것이다.

폐지된 보건교과이 운영 문세는 학교보건실무 및 관련 학계에서 오래전부터 계속적으로 요구해온 사안이다. 제2기 교육과정 개정후 현재까지 교육계에서는 "건강"의 측면에서 변화하는 교육대상자의 요구를 전혀 수용하지 못하고 있음은 주지의 사실이다. 현재 여러 교과에 분산되어 있는 보건 관련 내용들을 통합하여 보건교과를 편성할 수 있도록 현행 교육과정에 대한 개혁이 필요하다. 이를 위해서는 무엇보다도 보건교과의 필요성에 대한 교육계 및 관련 학계의 관심이 변화되어야 할 것이다. 행정가와 여러 교사들 교육과정 개정위원들의 이해와 같은 관심이 필요하다. 특히 이

미 보건 관련 내용을 가르치고 있는 교사들이 과감하게 자신들의 교과 영역에 포함되어 있는 "보건"교육은 보건교육 전문가가 담당해야 한다는 당위성에 대한 공감대를 넓게 형성해야 할 것으로 사료된다. 그러나 이러한 인식은 현실적으로 교과 담당교사간의 이해관계로 인해 어려움이 많은 것으로 예측된다. 보건 관련 교과 담당교사들간의 상호 이해관계에 앞서, 모든 교육자들은 청소년 건강증진을 위한 보건교육의 방향을 올바르게 인식해야 할 것이다.

교육부 고시 442호에 의거 체육시간중 초등학교 5%, 중학교 10% 고등학교 25%를 보건교육 시간으로 할애하도록 되어 있으므로, 현행 체육교과를 "체육보건"으로 과목명을 개칭하고, 할애된 보건교육 시간을 양호교사가 담당하여 교육을 할 수 있도록 제도적인 지원이 필요하다.

다음으로는 현행 교육과정과 청소년의 건강 및 삶의 요구에 대한 선행연구결과를 토대로 하여, 초등학교부터 고등학교까지를 연계시킬 수 있는 포괄적인 학교보건교육과정을 개발해야 할 것이다. 또한 이 교육과정은 현행 학교보건활동에 포함된 세반내용들이 충분히 포함된 것이어야 한다.

3. 법적인 측면

교육법 시행령 40조 및 43조에 의하면 중·고등학교에서는 특수교사와 양호교사를 정원으로 둘 수 있게 하고 있다(김화중, 1992). 그럼에도 불구하고 각 학교에서는 양호교사를 일반교사 정원에 포함시켜 임용하고 있어 양호교사의 충원율이 낮았으므로(이시백, 1984), 이에 대한 강제규정을 두어야 할 것이다. 각급학교에서의 양호교사 충원율을 높일 수 있도록 관련법(학교보건법 시행령, 교육법 시행령)을 강화시켜야 할 것이다. 각급학교에 양호교사를 의무적으로 배치할 수 있도록 강제성이 포함된 규정을 두어야 할 것이다.

현행 학교보건법의 테두리안에서는 양호교사의 보건활동이 신체검사 및 전염병 관리 등의 보건의료 위주의 활동에 치중될 문제점이 있음을 이미 지적한 바 있다. 포괄적인 학교보건교육과정 개발을 위해 우선, 학교건강증진법(가칭)의 입법화가 요구된다. 학교건강증진법(가칭)은 학교보건법의 내용을 근간으로 하되 학교보건교육활동을 강화시킨 내용으로 구성되어

야 하며, 학교보건교육을 효율적으로 실시하기 위해 필요한 건강관리사업의 내용을 구체적으로 제시해 주는 것이어야 한다. 학교건강증진법의 입법화에 앞서 단기적인 방안으로서 학교보건법 및 동법 시행령에 학교보건교육을 강화하는 조항을 삽입시켜 개정할 것을 제안한다.

다음으로, "보건교사(가칭)" 제도를 법제화시키는 정책이 마련되어야 한다. 현행 교육법이 인성하고 있는 교사의 종별에 의한 양호교사의 명칭을 개칭해야 한다. '양호교사'의 명칭은 건강을 보호해주는 소극적인 건강개념을 기초로 하고 있으므로, 변화된 교육활동에 적합한 포괄적인 건강개념에서 비롯된 적합한 명칭으로의 개칭이 필요하다. 아울러 교육법에 명시된 양호교사의 자격기준을 강화하여 학교보건교육을 진담하도록 해야 할 것이다. 국민건강증진법에서 제시하고 있는 보건교육자의 자격을 참조하여 보건교사(가칭)의 자격기준을 다음과 같이 변화시킬 것을 제안한다. 즉 보건교사(현행 양호교사)의 자격기준을 "대학 또는 전문대학의 간호학과 졸업자로서 재학중 소정의 교직학점과 보건교육실습을 이수하고 간호사 면허증과 보건교사(가칭) 자격증을 소지한 자"로 강화시켜야 한다. 최근에 간호계에서는 앞으로의 전문직 간호사의 교육수준을 학사학위로 하는 새로운 교육체계의 정립이 시급함을 주장한 바 있다(김모임, 1994). 이러한 추세에 맞추어 보건교사의 자격기준을 학사학위 이상으로 제한할 것을 제안한다. 한편으로는 보건교사(가칭)의 자격기준을 "대학에서 체육학 또는 보건학과, 보건교육학과 졸업자로서 재학중 소정의 보건학 학점 및 교직학점과 보건교육실습을 이수한 자로서 보건교사(가칭) 자격증을 소지한 자"와 "보건대학원 석사과정을 졸업한 자로서 보건교육을 전공하고 소정의 보건교육실습 학점을 이수한 자"로 확대시켜 개정하는 안에 대하여 간호계 및 관련학계에서의 객관적인 검토와 평가가 요구된다.

4. 행정조직 측면

우리나라에서는 1993년 3월 정부조직 개편에 따라 중앙부서의 문화체육부의 청소년 정책실과, 각 시도의 가정복지국내의 청소년과에서 청소년 육성정책을 총괄하고 있다. 그러나 현실적으로 청소년정책은 정부 각 부처에 분산되어 부처별 고유기능에 따라 대상

과 내용을 달리하여 집행되고 있다. 교육부, 노동부, 보건복지부, 내무부, 법무부 등에서 청소년 정책을 집행하고 있다. 이것은 정책대상으로서의 청소년 집단이 본질적으로 시니고 있는 다양한 하위집단에 복합적인 상격을 고려할 때 불가피한 일이라고 하겠다. 그러나 이로 인해 청소년 정책의 목표와 우선순위 정책 우선 대상이 시대의 흐름과 사회여건에 따라 달라질 수 있다. 또한 청소년 업무를 관장하고 있는 기관간의 유기적인 협조체제가 필수적이다(김명식, 1995).

1998년 1월 22일 발표된 정부조직 개편안에 따르면 청소년보호위원회가 문화체육부에서 종리신로 옮겨가는 대신 청소년 정책실은 그대로 문화체육부에 남을 가능성이 높다는 것이다(대신내일신문, 1998. 2. 22). 한편 교육부는 부시 확대개편안을 통해 청소년의 약 80%가 학생이라는 근거 하에 문화체육부의 청소년정책실과 노동부의 직업훈련업무를 가져오려 했으나 실패했다고 한다. 문화체육부는 교육부의 주장에 대해 청소년활동은 학교교육과는 구분되어야 하며, 교육부가 청소년 활동을 담당하게 되면 학교교육연장으로 청소년 활동이 후퇴하게 될 것이라고 비판을 제기하였다고 한다(대신내일신문, 1998. 2. 22). 이러한 문화체육부의 논리는 청소년 정책이 교육 및 건강과 무관하게 진행될 수 밖에 없다는 근본적인 모순을 안고 있는 것으로 사료된다. 청소년활동의 주요 프로그램이 문화와 체육활동이라는 주장은 다방이나, 건전한 청소년 문화 및 체육활동을 위해서는 정신적, 정서적, 신체적, 사회적, 영적으로 건강할 청소년이 육성되어 우선임이 인식되어야 할 것이다. 정부에서는 1995년을 "바른 청소년 육성 원년의 해"로 정하여 청소년 육성운동을 적극적으로 수행하고자 노력해 왔다(문화체육부, 1995). 그러나 많은 실행 연구(최유진 등, 1991; 박명운, 1992; 문화체육부, 1995; 유재순, 1997)에 의하면 청소년의 삶과 건강의 질적 수준은 점차적으로 더 심각하게 저하되고 있는 것으로 추정할 수 있다. 따라서 청소년들을 "건강한 청소년, 바른 청소년"으로 육성할 수 있도록 통합된 정책적 접근이 필요하다. 이를 위해서는 청소년의 건강 및 삶과 관련된 활동을 통합한 다학문적인 접근에 의거만이 그 효과를 극대화할 수 있을 것으로 사료된다.

우리나라 청소년 정책은 주로 분세청소년에 대한 최소한의 배려에 지나지 않았다는 지적이 있다(김명

식, 1995). 시후 치료적인 청소년 대책은 한계가 있기 마련이다. 청소년 정책이 성공하기 위해서는 청소년을 건강하게 육성하고 교육하는 예방적 차원에서의 노력이 선행되어야 한다. 이를 위해서는 청소년기의 바람직한 삶 및 건강에 대한 심층적이고 체계적인 교육이 필요하다. 현행 정부 직제에는 청소년의 건강 및 삶과 관련된 업무를 통합적으로 총괄할 수 있는 부서가 없다. 청소년의 삶과 관련된 다양한 활동과 건강증진을 담당할 수 있는 부서를 신설할 것을 제안하는 바이다. 현행 교육부 조직에 청소년 건강과 관련된 일부 업무를 담당하는 부서로서 학교보건체육과가 있었다. 그러나 정부조직개편안에 의해 교육부 직제가 바뀌면서 학교보건체육과는 없어지고 교육환경개선국이 신설되고 그 안에 학교보건진흥과가 신설되었다(간협신문, 1998. 3. 5). 신설된 학교보건진흥과는 학교건강증진과(기정)로 개편될 것을 제안한다. 학교환경은 학생들이 건강증진 측면에서 보호되고 개선되어야 하므로 포괄적인 건강증진의 개념을 강조한 학교건강증진과(기정)로 개편하는 것이 바람직한 것으로 사료된다. 또한 각 시도 교육청의 학교보건과 또는 보건계를 학교건강증진과로 확장변화시켜 개편함으로써 포괄적인 학교보건교육과정을 지원해줄 수 있는 행정체계를 마련함이 바람직하다.

5. 교육적 측면

1963년에 보건교과가 폐지된 이후 학교보건분야는 검정, 양적으로 발전해왔으며 학교보건 실무자 및 관련 학사 및 진흥계에서는 여러 차례에 걸쳐 보건교과를 개설해줄 것을 요구해왔다. 그러나 아직도 이에 대한 정부의 구체적인 정책은 마련되어 있지 않다. 학교보건교육이 발전되기 위해서는 현실적으로 통과해야 할 정책적 난관 및 과제가 산적해 있다. 외부환경인 정부차원에서의 변화를 촉구함과 동시에 학교교육기관은 미래지향적인 조망을 갖고 교육과정의 적극적인 변화를 도모하는 자세로 임해야 할 것이다. 앞으로 보건교과가 개설되거나, 또는 양호교사의 보건교육활동이 강화될 것에 대비하여 진흥교육기관에서 교육적 준비를 해야 한다고 사료된다. 현실적으로 학교보건 인력중 양호교사가 학교보건교육의 직무자임에는 불립이 없다. 그러나 양호교사가 포괄적인 학교보건교육과정에 책임지인기에 대한 자성과 함께 이에 대한

대책을 마련해야 할 것으로 사료된다 우선, 간호교육 기관의 교육과정이 양호교사의 보건교육 능력을 함양시킬 수 있도록 구성되었는지에 대한 종합적인 평가가 필요하다 현행 교육법에 의하면, 4년제 간호학과 의 경우 교직과목 이수에 대한 제한사항이 없어 대부분의 4년제 간호학과 의 교육과정에 교직과목이 필수 과목으로 개설되어 있지 않다는 것을 예측할 수 있겠다 이 문제점은 향후 보건교과 담당자로서의 양호교사의 자격기준에 걸림돌이 될 소지가 충분히 있을 수 있다 이 문제를 해결하기 위해서는 4년제 간호학과 교육과정에 교직과목 및 보건교육 관련 과목을 개설하여 이수하도록 하는 방안을 고려해야 할 것이다 4년제 간호학과 및 간호대학의 경우 간호학부제를 도입하여 간호학 전공자와 보건교육 전공자로 전공을 분류하여 운영하는 방법을 제안한다 즉 부전공제를 도입하여 간호학 전공자로서 소정의 학교보건교육 관련 학점을 이수한 자에게 보건교육 부전공자(가칭 보건교사)의 자격을 인정해주는 제도를 도입할 것을 제안한다 전문대학의 경우, 교육법에 의해 교직과목 및 교육실습(학교보건간호학 실습)을 이수하도록 제한하고 있는데, 특히 각 대학에서의 교육실습 이수를 행정적으로 강화시켜 운영하도록 함이 바람직하나 우선, 학생들로 하여금 교육실습 2학점을 원칙대로 이수하도록 실습지원을 해주고 있는 간호계 전문대학이 전국적으로 어느 정도인지와, 교육실습이 실제로 학교보건교육을 실시하는 능력을 함양시키는 실습으로 구성되어 있는지에 대하여 교육부 및 간호계 차원에서의 종합적인 평가가 필요하다 향후 간호교육제도의 일원화가 더불어 보건교사(가칭)제도의 일원화가 강구되어야 할 것으로 사료된다

V. 요약 및 결론

청소년기의 건강은 앞으로의 인생에 있어서 매우 중요하다 또한 청소년이 속해 있는 사회와 국가의 입장에서 보더라도 미래의 국가경쟁력과 국민의 삶의 질을 높이는 데 청소년의 건강증진이 기여하는 바가 크다 그러나 현실적으로 청소년의 건강은 입시위주의 경쟁적인 학교교육으로 인해 교육현장에서 소외되어 왔다 청소년의 건강에 대한 관심과 지도는 국가발전을 위한 인력개발 및 생애건강증진의 측면에서 강

화되어야 할 것이다

청소년 관련 선행 연구, 학교보건 관련 연구, 건강증진 관련 문헌과 청소년 관련 통계자료를 고찰한 결과, 청소년들은 급격한 신체적, 정신적, 사회적 변화와 함께 다양한 건강문제를 경험하는 것으로 나타났다 최근에 청소년의 만성질환과 정서적 문제, 건강위해행위로 인한 건강문제 등이 증가하고 있는 추세이다 청소년기의 건강문제는 특정한 측면의 건강이나 건강행위 관련문제이기 보다는 신체적, 정신적, 사회적 건강문제가 상호복합적으로 영향을 미치고 있다 따라서 청소년기의 건강증진은 다차원적인 건강결정요인을 통째로 볼 수 있는 능력을 조기에 함양함으로써 보장받을 수 있을 것이다 즉 청소년기의 건강증진을 위해서는 무엇보다도 생활양식을 바람직하게 변화시킬 수 있도록 계획된 교육중재가 가장 필수적인 것으로 사료된다 건강증진은 각 개인, 가족 및 지역사회가 건강을 보다 향상시키려는 긍정적인 개념으로서, 이를 위해 보건교육 및 조직적, 정책적, 환경적 지원이 필요하다 청소년기의 건강증진은 제도적으로 학교보건의 범주내에서 다루어져 왔다 그러나 현실적으로 학교보건사업의 대부분이 보건의료서비스 중심으로 대상자의 적극적인 참여 없이 이루어질 수밖에 없는 구조적인 문제를 지니고 있다 즉 제도적, 법적, 행정조직, 교육적 측면에서 구조적인 문제점이 있다 따라서 청소년의 변화하는 다양한 건강요구를 수용하지 못하고 있는 실정이다 이러한 구조적 문제점이 개선되지 않는다면 21C의 국가경쟁력과 국민 대다수의 삶의 질이 위협받을 수 있을 것으로 예측할 수 있겠다 청소년의 건강증진을 위해서는 “포괄적인 학교보건교육과정”이 개발되어야 하며, 그 기준이 설정되어야 한다 포괄적인 학교보건교육과정은 청소년의 건강관리능력을 최대한 개발하는 체계적이고 지속적인 과정이며, 전반적인 학교교육과정의 일환임을 의미한다 또한 현행 학교보건사업의 내용(보건관리, 환경관리)이 포함된 학교보건교육활동이다 결론적으로 포괄적인 학교보건교육과정을 개발하기 위해서는 양호교사의 역할변화 및 명칭의 개칭(가칭 보건교사) 독립된 보건교과의 개설 및 운영, 학교보건법의 대폭적인 개정(또는 학교건강증진법의 입법화), 행정조직의 개편, 학교보건교육자 양성을 위한 교육과정의 변화 등이 요구된다 이러한 변화는 사회적 차원에서의 통

합적인 접근을 통해서만이 실천될 수 있다 이를 위해서는 무엇보다도 청소년기의 건강 및 삶의 질을 높이기 위한 정책입안자들의 문제인식과 개혁적 의지가 부단히 요구된다

참고문헌

- 1 강복수 학생 성인병 관리 한국학교보건학회지 6(1) 1-8, 1993
- 2 고복자 학교보건사업-무엇이 문제인가? 대한보건협회 제21회 보건학 종합학술회의 pp 51-56 1996
- 3 김영애 서울시의 중고등학교 학교보건실태 및 영도교사 업무수행에 관한 요인분석 한국학교보건학회지 1(2) 34-49 1988
- 4 교육부 교육동계연보 1995
- 5 구미옥 유재순 권인각 김혜원 및 이은옥 사지효는 이쁜이 식용진 건강행위관련 연구의 분석 대한간호학회지, 24(2) 278-302 1994
- 6 권민숙 중고등학교 양호교사의 보건교육 활동에 대한 연구 서울대 보건대학원 석사학위논문 1985
- 7 권수진 청소년의 건강행위와 사회적 요인간의 상관관계 분석 서울대 보건대학원 석사학위논문 1995
- 8 기백석 청소년의 이불 오남용 한국학교보건학회지 3(2), 41-45 1990
- 9 김대희 건강증진의 개념에 관한 고찰 한국학교보건학회지, 11(2) 1-17 1994
- 10 김명자 청소년 복지정책 청소년성년지도잡 7호 중정북도 청소년종합상담실 1995
- 11 김모인 한국 간호교육에 대한 개역심명 간호학회지 24(2) 313-318 1994
- 12 김미애 권인수 김은경 백경선 송인숙, 신순식 오상은 성장에 정승은 및 조삼숙 아동간호학 서울 수문사, pp 458-476, 1994
- 13 김분실 청소년의 건강증진 대한간호 36(3) 6-15 1997
- 14 김상욱 학교보건 관계범람 분석 한국학교보건학회지, 1(1) 61-102 1988
- 15 김상욱 학교보건교육제도 및 운영상의 문제점 한국학교보건학회지 1(2) 27-33 1988
- 16 김경파 및 박재용 도시와 농촌 고등학생의 상행 및 의료이용 양상, 한국학교보건학회지 3(2) 96-108 1990
- 17 김상욱 학교보건의 활성화방안 한국학교보건학회지 5(1) 31-35, 1992
- 18 김성욱 학교보건의 발전방향(행정추진) 21세기 학교보건교육개발세미나 자료집 대한간호협회 1996
- 19 김수아사 정수년 정신건강증진회 출판 서울 수문사 pp 563-588 1987
- 20 김수아사 권병선 정성미 및 공성숙 청소년 약물남용 실태에 관한 연구(서울지역 중심으로) 대한간호학회지, 23(3) 287-303 1993
- 21 김수연 안남지고등학교 1, 2학년의 건강행위 수행 정도와 적어개념에 관한 연구 인제대 대학원 석사학위논문 1985
- 22 김수지 박노준희 청소년기의 정신건강 문제 대한간호 29(2) 11-15, 1990
- 23 김은애 1개교로 12학년의 읍수 흡연 약물 오남용 실태조사 한국학교보건학회지, 5(1) 120-124 1992
- 24 김은숙 고등학생의 정신건강상태에 관한 연구 서울대 보건대학원 석사학위논문 1988
- 25 김은아 서울지역 국민학교 양호교사의 학교간호업무 수행정도에 관한 연구 한국학교보건학회지 1(2) 50-65, 1988
- 26 김연숙 조혜영 및 김송자 여고생들의 건강관리실천과 이에 영향을 미치는 요인 조사연구 조선의대논문집 11(1) 175-189 1986
- 27 김진숙 청소년의 장식건강과 삶의 의미에 관한 연구 전남대 교육대학원 석사학위논문 1986
- 28 김지숙 서울지역 초중고등학교 보건수업의 실태 한국학교보건학회지 6(2) 105-109 1993
- 29 김진갑 역병의 정신건강 한국학교보건학회지 2(1) 147-152 1987
- 30 김학숙 남 여 고등학생들의 건강에 대한 연구-인부 청소년기의 건강상태와 건강행위를 중심으로- 한국학교보건학회지 6(2) 89-100, 1993
- 31 김현숙 및 박연희 정신과에 입원한 이불남용 청소년의 사회심리적특성연구 중앙의학, 51(8) 549-557, 1989
- 32 김화중 양호교사의 역할모형에 관한 연구 보건학논문 38 33-44 1985
- 33 김화중 학교보건과 간호 서울 수문사, 1992
- 34 김화중 한국의 학교보건사업과 건강교육 한국학교보건학회지 5(2) 1-7 1992
- 35 김희중 고 중 고 보건교과 모형과 이의 운영방안에 대한 연구 한국학교보건학회지 6(2) 122-136 1993
- 36 김약중 보건교과 지침서-초중고권- 서울 대한간호협회 출판부 1995
- 37 김화중 보건교과사료서-초중고권- 서울 한국학교보건연구회, 1996
- 38 김희중 및 이인숙 국민학교 보건교육 교과과정의 개발방안에 대한 연구 한국학교보건학회지 5(1), 36-63

- 1992
- 39 남정자 및 정기혜 학교보건교육 개선에 관한 연구-보건교육 관련 교육과정 및 교과서 분석을 중심으로 한국인 보건연구원, 1988
- 40 남정자, 정기혜 및 최성욱 학교보건개선에 관한 연구(II)-진단적 접근방법에 의한 실태조사 중심으로 한국인 보건연구원 1989
- 41 노지영 학생의 건강행동 관련요인 연구 연세대 보건대학원 석사학위논문, 1990
- 42 대한가족계획협회 청소년 상담실 활동사례집 제 11집, 1995
- 43 대한간호협회 초 중 고 보건교과과정 개발 워크샵, 1991
- 44 무관심속에 표류하는 청소년 정책 대선내일신문 (1998년 2월 22일) p 14
- 45 문화체육부 청소년백서, 1995
- 46 박명윤 청소년 약물남용 실태와 대책 한국청소년연구, 3 115-126 1990
- 47 박명윤 청소년 흡연실태와 대책 한국학교보건학회지 5(2) 24-30, 1992
- 48 박명윤 청소년의 식생활 양상 한국청소년연구, 9, 1-14, 1992
- 49 박영숙 고등학교 학생들의 약물사용에 대한 지식경도와 교육요구도에 대한 조사연구 연세대 교육대학원 석사학위논문, 1991
- 50 방에스터 서울시내 일부 국민학교에서 양호교사가 실시하고 있는 보건교육의 실태조사 서울대 보건대학원 석사학위논문 1989
- 51 백홍석 서울시 초중고등학교 학생의 건강상태에 관한 연구-신체검사결과를 중심으로- 서울대 보건대학원 석사학위논문, 1995
- 52 보건복지부 국민건강증진법령집 서울 1995
- 53 서울특별시교육연구원 학생성신건강지도자료 서울 1994
- 54 심영애 서울시내 남녀 고교생의 흡연에 관한 태도 조사연구 한양대 행정대학원 석사학위논문, 1988
- 55 안경옥 여고생의 정신건강 상태와 그 영향변인에 관한 연구-인문계 여자 고등학교 3학년 학생을 중심으로- 이화여대 대학원 석사학위 논문, 1989
- 56 안양희 고등학교 남학생 가족의 기능적 특성과 정신건강과의 관계-서킵프렉스 모형을 이용하여- 연세대 대학원 박사학위 논문, 1988
- 57 양은수 고등학교 3학년 학생의 건강문제와 대응방법 경북대 대학원 석사학위 논문, 1987
- 58 양정임 청년기 발달과정의 심리적 특성과 문제점 이대교육연구, 37(2), 1971
- 59 오가실 및 한정식 스트레스 생활사건, 건강문제, 대응 사회적 시지의 관계-청소년을 대상으로- 대한간호학회지 20(3), 421-429, 1990
- 60 유삼태 제6차 교육과정 개성의 기본방향 초중고 보건교과과정 개발 워크샵자료 대한간호협회, 1991
- 61 유재순 고등학교 남학생들의 약물사용 및 음주 흡연 성향에 관한 조사연구 서울대 보건대학원 석사학위논문 1981
- 62 유재순 충북지역 국민학교 양호교사의 학교보건사업 실태에 관한 조사연구 청주전문대학논문집 12 195-224, 1986
- 63 유재순 충북지역 양호교사의 업무수행에 관한 조사연구 청주전문대학 논문집 14 1988
- 64 유재순 국민학교 학생의 보건교육 요구도에 대한 조사연구 청주전문대학논문집 18 153-176, 1992
- 65 유재순 국민학교 교과과정에 보건교육 내용 및 시간의 구성비율에 대한 조사연구 청주전문대학논문집 18 153-176 1992
- 66 유재순 진단적 접근방법을 적용한 보건교육 관련 연구의 분석 청주전문대학논문집, 21, 53-69, 1995
- 67 유재순 고등학교보건교육의 진단적 연구-PRE-CEDE 모형을 기반으로- 서울대 대학원 박사학위 논문, 1997
- 68 유재순 및 홍영신 고등학생의 건강 및 삶의 질에 대한 진단적 연구-PRECEDE 모형을 기반으로- 한국간호교육학회지 제 3권 78-98, 1997
- 69 유지수, 김조자 및 박지연 청소년들의 건강지각, 건강행위 건강상태와의 상관관계연구 연세논문총 21(의학편), 169-185, 1985
- 70 윤순녕 및 진경사 건강증진 대한간호, 33(5), 19-34 1994
- 71 의료보험관리공단 의료보험통계연보 16, 1994
- 72 이성자 초 중학생을 위한 보건교육의 영역 및 주요 개념 설정을 위한 일연구 한국보건교육학회지, 7(1) 10-26 1990
- 73 이경식 건강증진 대한간호 36(1) 6-13 1997
- 74 이규성 학교보건교육의 개발전략 한국보건교육학회지, 7(2), 22-31 1990
- 75 이소우 김분실 및 이상미 청소년간호학 서울 방송대학교출판부 pp 140-173, 1996
- 76 이소우, 김소야자, 김윤희, 원성숙 및 유숙자 성신간호학 서울 수문사, 1987
- 77 이시백 학교보건교육 향상을 위한 학교보건사업 실태 분석과 대책연구, 보건학논문집 37, 54-67 1984
- 78 이원유 양호교사의 보건수업 실시경도와 이의 관련요인 분석 한국학교보건학회지 3(2) 63-87 1990
- 79 이화연 및 박영수 초등양호교사의 보건교육실태에 관한 조사연구 한국학교보건학회지 6(1) 45-57, 1993

- 80 입재은 학교보건교육 향상을 위한 기초연구 보건학
논집, 36, 109-114, 1984
- 81 장영미 고등학교 남학생의 흡연행위와 관련요인 분
석 한국학교보건학회지 4(2), 193-215, 1991
- 82 장휘숙 청년심리학 서울 장승출판사 1993
- 83 정연상 학생의 건강행위 신념, 가치 및 보건의료 이
용에 미치는 영향에 관한 연구 서울대 대학원 박사학
위논문, 1992
- 84 성영숙 및 이정렬 학교보건 서울 원문서 1997
- 85 조연숙 고등학생의 약물남용 실태 한국학교보건학회
지, 3(1), 101-118 1990
- 86 주왕기 청소년의 약물남용실태와 대책 한국학교보건
학회지, 5(2) 31-37 1992
- 87 청소년 약물남용 예방교육 강화 간접신보, p 1
1996 9
- 88 최재선 학교보건교육의 실제 21세기 학교보건교육
개발 세미나 자료집 대한간호협회 1996
- 89 최연아 일부고등학교 학생들의 약물사용 실태 조사연
구 연세대 보건대학원 석사학위 논문, 1987
- 90 최윤진, 구창보 및 성분성 청소년 문해행동을 위한 조
사연구 한국청소년연구 5 97-112, 1991
- 91 충청북도 교육청 충북교육동계연보 1995
- 92 충청북도 청소년 상담실 청소년 상담자료집 7호
1995
- 93 통계청 1993 사망원인통계연보 서울 1994
- 94 한국교원대학교 학교보건 체육 연구소 초등학교 보건
교육과정 개발 연구 1996
- 95 한국청소년학회 청소년약물남용 예방지도서 문화재
육부, 1993
- 96 한미란 서울 시내 1개여자 고등학교의 학생건강평가
와 사후관리에 관한 연구 연세대 대학원 석사학위논
문, 1986
- 97 홍여신 간호의 새로운 지평 대한간호협회 창립70주
년 기념 학술대회 초록집, 대한간호협회 7-24, 1993
- 98 홍재웅 보건교육활용증진을 위한 보건권계법규의 진
단 및 개발방향 한국보건교육학회지 4(1) 16-24
1987
- 99 Alderman, M K Self responsibility in health
care/promotion Motivational factors Journal
of School Health, 50(1), 22-25, 1980
- 100 Bartlett, E E The contribution of school
health education to community health pro
motion What can reasonably expect American
Journal of Public Health 71(12) 1384-1391
1981
- 101 Best, J A Intervention perspectives on school
health promotion research Health Education
Quarterly 16(2) 299-306, 1989
- 102 Brunswick, A F & Josephson E Adolescent
health in Harlem American Journal of Public
Health supplement october, 1972
- 103 Bush P J Iannotti & R J A children's
health belief model Medical Care, 28(1), 69-86
1990
- 104 Bush P J Zuckerman, A E Theiss P K
Toggart V S Horowitz C Shendan, M J &
Walter H J Cardiovascular risk factor pre
vention in black schoolchildren Two-year
results of the "Know Your Body" program Am
erican Journal of Epidemiology 129 466-82, 1989
- 105 Clayton, S Gender differences in psycho
logical determinants of adolescent smoking
Journal of School Health 61(3), 115-120 1991
- 106 Connel D B Turner R R & Mason E F
Summary of findings of the school health edu
cation evaluation Health promotion effectiveness
implementation and costs Journal of School
Health 55(8) 316-321, 1985
- 107 de Vries H Weitz W Dijkstra, M & Kok
G The utilization of qualitative and quan
titative data for health education program plan
ning implementation and evaluation A spiral
approach Health Education Quarterly 19(1)
101 115 1992
- 108 Dushaw M L A comprehensive study of
three model comprehensive elementary school
health education programs Journal of School
Health 54(10), 397-402, 1984
- 109 Gerber, R W, Newman, I M and Martin G
L Applying the theory of reasoned action to
early adolescent tobacco chewing Journal of
School Health 58(10), 410-413, 1988
- 110 Gilbert G G & Pruitt, B E School health
education in United States Hygie, 3(4) 10-15,
1984
- 111 Gold R S, Parcel, G S Walberg, H G
Luepker R V, Portnoy, B & Stone, E J
Summary and conclusions of THTM evaluation
The expert work group practice Journal of
School Health, 61(1) 39-42, 1991
- 112 Green L W Kreuter, M W, Deeds, S G &
Patridge, K B Health education planning A
diagnostic approach Mayfield Publishing Com
pany 1980

- 113 Green, L W & Kreuter, M W Health Promotion Planning(An Educational and Environment Approach)(2nd ed) Mountain View Mayfield Publishing Company, 1991
- 114 Hamburg, M V Perspective on teaching comprehensive school health Preventive Medicine, 22(4), 533-543, 1993
- 115 Hammes, M J & Duryea E J Cognitive development and the dynamics of decision-making among adolescents Journal of School Health, 56(6) 224-226, 1986
- 116 Hawkins, J D & Catalano, R F Broadening the vision of education schools as health promoting environments Journal of School Health, 60(4), 178-180, 1990
- 117 Hays, D M & Fors, S W Self-esteem and health instruction challenges for curriculum development Journal of School Health, 60(5), 208-211, 1990
- 118 Horowitz, L G, Dillenberg, J & Rattray J Self-care motivation A model for primary preventive oral health behavior change Journal of School Health 57(3), 114-118, 1987
- 119 Jemmott, L S & Jemmott, J B Increasing condom-use, intentions among sexually active black adolescent women Nursing Research, 41(5), 273-279, 1992
- 120 Kuroha Y & Baomin, H In Japan and China An overview of school health children Hygiene 6(4), 25-26, 1987
- 121 Light, L & Contento, I R Changing the course A school nutrition and cancer education curriculum developed by the American Cancer Society and the National Cancer Institute Journal of School Health, 59(3), 205-209, 1989
- 122 Lohrman, D K, Gold, R S & Jubb W H School health education A foundation for school health programs Journal of School Health, 57(10), 420-425, 1987
- 123 McCuster, J, Stoddard, A M Zapka, J G, Morrison, C S, Zorn M & Lewis, B F AIDS education for drug abusers Evaluation of short-term effectiveness American Journal of Public Health, 82(4), 533-540, 1992
- 124 Nelson G D, Cross, F S & Kolbe L J Introduction Teenage health teaching modules evaluation Journal of School Health, 61(1), 20, 1991
- 125 Newcomb, M D, Huba, G J & Bentler, P M A multidimensional assessment of stressful life event among adolescents Derivation and correlates Journal of Health and Social Behavior 22(December), 400-415, 1981
- 126 Palank, C L Determinants of health-promotive behavior Nursing Clinics of North America 26(4), 815-833, 1991
- 127 Perry, C L, Stone, E J, Parcel, G S Ellison, R C, Nader, P R, Webber L S & Luepker R N School-based cardiovascular health promotion The child and adolescent trial for cardiovascular health(CATCH) Journal of School Health 60(8), 406-413, 1990
- 128 Polcyn, M M, Price, J H, Jurs, S G & Roberts, S M Utility of the PRECEDE Model in differentiating users and nonusers of smokers tobacco Journal of School Health, 61(4), 166-71, 1991
- 129 Pollock, M Planning and implementing health education in schools Palo Alto Mayfield Publishing Company, 1987
- 130 Ross, J M, Gold, R S, Lavin, A T, Errecart M T & Nelson G D Design of the Teenage Health Teaching Modules evaluation Journal of School Health, 61(1) 21-25, 1991
- 131 Rubinson, L & Baline, L Planning school based sexuality program utilizing the PRECEDE Model Journal of School Health, 51(4), 282-87, 1981
- 132 Seffrin, J R The comprehensive school health curriculum Closing the gap between state-of-the-art and state-of-the-practice Journal of School health, 60(4), 151-156, (1990
- 133 Sternlib, J J, & Munan, L A survey of health problems practices, and needs of youth Pediatrics, 49(2) 177-186, 1972
- 134 Stevens, N H & Davis L G Exemplary school health education A new charge from hot districts Health Education Quarterly, 15(1), 63-70 (1988)
- 135 Stone, E J ACCESS Keystones for school health promotion Journal of School Health 60(7) 298-300, 1990
- 136 Sunseri, A J, Alberti, J M Kent, N D,

- Schoenberger J A, Sunseri J K, Amuwo S & Vickers P. Reading, demographic, social and non-smoking behaviors and attitudes. *Journal of School Health* 53(4): 257-163, 1983.
- 137 Tamir D, Cohen S, Edelstein, P, Tor E, Halfon S T, Palti, H & Reshet A. Health education in Jerusalem school. *Hvgie* 6(4): 15-18, 1987.
- 138 Walker S N, Sechrist K R & Pender N J. The Health-promoting lifestyle Profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2): 76-80, 1987.
- 139 Walter H J & Wynder E L. The development, implement, evaluation and future direction of a chronic disease prevention program for children: the 'Know Your Body' studies. *Preventive Medicine* 18: 59-71, 1989.
- 140 Walter H J, Vaughan, R D, Gladis M M, Ragin D F, Kasen S & Cohall A T. Factors associated with AIDS risk behaviors among high school students in an AIDS epicenter. *American Journal of Public Health* 82(4): 528-532, 1992.
- 141 WHO Technical Report No 89. Expert Committee on Health Education. Geneva, 1984.
- 142 Wojtowicz G G. A secondary analysis of the school health education evaluation data base. *Journal of School Health* 60(2): 56-59, 1990.
- 143 Yearth R C, Yon J, Hussay M A, Ingle M E & Goodwin T. The development of an adolescent life change event scale. *Adolescence* 15: 91-97, 1980.