

초등학교의 학교보건정책 지침개발 및 수행정도 분석 - WHO의 건강증진학교 지침을 중심으로 -

이정렬* · 정영숙** · 한주희*** · 이춘옥**** · 권인숙*****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

모든 지역사회, 모든 국가에서 어린이들은 가장 중요한 천연자원이다. 어린이들이 습득하게 되는 건강과 교육은 그 나라의 미래 모습을 결정지워주기도 한다. 건강은 학생들의 학업성취, 질적생활, 경제적인 생산성과도 연결(WHO, 2000)되어 있어 백년지대계인 교육만큼이나 인간에게 있어 매우 중요하다. 학교인구를 대상으로 한 건강증진은 한 평생 건강관리의 초석이 될 수 있기 때문에 어려서 건강생활습관 형성 및 건강지식은 매우 중요하다(남철현, 1977). 또한 학생들의 건강증진은 학부모들의 건강증진에도 기여할 수 있고(Green, 1991) 지역사회에 미치는 영향 또한 크므로(WHO, 2000) 학교에서 올바른 건강지식과 습관 및 태도 형성은 효과가 매우 클 것으로 기대되며 또한 밝은 미래를 예측할 수 있을 것으로 생각된다.

세계 여러 나라에서도 학교건강증진 프로그램을 통해 학령기 아동들이 쉽게 걸리는 질병을 감소시키고 아이들의 교육의 효율성을 높여주고 가족 및 사회사회의 건강수준, 교육, 사회 경제수준을 향상시키고자 노력들을 해 오고 있다(WHO-GSHI, 1998). 학교건강증진 프로그램을 통해 아이들의 건강을 증진시키고자하는 노력은

1950년 세계보건기구에서 시도되었다(WHO-GSHI, 1998; WHO, 2000). 1992년 유럽 건강증진학교 네트워크를 시작으로(WHO, 1993) 1995년에 건강증진학교(Health-Promoting School)라는 모토를 세워 27개 국가에서 세계보건기구와 협력체제를 구축하여 지역사회수준, 국가수준, 세계적인 수준에서 건강증진과 교육을 강화하기에 이르렀다(WHO, 1998). 특히 건강증진학교에서는 학교건강을 증진시킬 수 있는 프로그램 강화, 지역사회와 네트워크 및 협력체제 구축, 국가차원에서의 프로그램 지원 강화, 학교건강을 향상시키기 위한 연구활동 등의 4가지를 기본 전략으로 세워 지속적으로 노력을 해오고 있다(WHO-GSHI, 1998; WHO-NASBE, 2003). WHO가 제시한 구체적인 건강증진학교 지침에는 학교보건정책, 학교의 물리적 환경, 학교의 사회적 환경, 지역사회 유대관계, 개인건강기술, 학교보건봉사 등 6개 영역을 포함하고 있으며, 1995~ 1997년 WHO에서는 서태평양 국가들의 학교에 초점을 두어 6가지 주요 학교건강증진 영역과 각 영역에서 포함될 수 있는 확인사항(checkpoint)들로 구성된 학교건강증진지침(Health Promoting School Guidelines)을 개발하였다(WHO, 1997).

중국을 비롯하여 베트남, 싱가포르, 몽고, 말레이시아, 캄보디아, 필리핀 등은 국가차원에서 체계적으로 학교건강증진사업을 활발하게 수행하고 있는데 반해 우리나라

* 연세대학교 간호대학 교수, 간호정책연구소(교신처자 E-mail : cylee@yumc.yonsei.ac.kr)

** 전북대학교 의과대학 간호학과 교수

*** 연세대학교 간호정책연구소 연구원

**** 연변대학의학원 호리계주임, 부교수

***** 이대부속 이화급관고등학교, 보건교사

는 서태평양 13개 국가 중 학교건강증진사업이 하위권에 속하는 나라 중 하나이다(보건복지부, 1999). 우리나라에서도 1995년 국민건강증진법을 제정하여 국민의 건강행태와 보건수준을 향상시키는 노력들을 해오고 있으나 건강증진법에서 학교보건교육에 대한 내용들은 다루지 않고 있다. 뿐 아니라 지금까지의 우리나라 학교보건은 여러 차례의 변천과정을 거쳐왔으나 장기적이고 체계적인 학교보건사업이 이루어지지 않았고(문옥륜, 2001), 학교보건업무가 보건복지부와 교육부로 이원화되어 있어 협조와 연계가 잘 이루어지지 않는 점, 학교에서의 유일한 보건인력인 보건교사의 지역별, 학교별 심각한 불균형한 분포(김영임, 2000)문제를 갖고 있는 우리나라는 학교보건조직의 활성화 그리고 시대의 변화와 요구에 탄력적으로 변화할 수 있는 총괄적이고 체계적인 학교보건정책이 시급한 실정이다. 시대의 변화에 발맞춘 건강증진학교로의 전환과 어린이들의 건강을 포괄적으로 책임질 수 있는 학교보건정책, 학교에서 수행할 수 있는 적합한 지침이 만들어지지 않는다면 지금까지 반복되었던 혼란과 문제점들은 더 커질 것이며 밝은 국가의 모습을 기대하기 어려울 것으로 보인다.

이에 본 연구에서는 우리나라의 학교건강증진사업이 국가적 차원에서 정착되기 위한 발판을 마련하고자 WHO에서 제시하고 있는 건강증진학교 6개 영역 중 첫 번째 영역인 학교보건정책에 관한 내용을 가지고 우리나라 실정에 맞는 학교보건정책 지침을 개발하고자 하였고, 개발된 학교보건정책 지침들이 우리나라 초등학교에서 얼마나 수행되고 있는지를 분석해보고자 하였다.

2. 연구목적

- 1) 우리나라 초등학교에 적용할 수 있는 학교보건정책 지침을 개발한다.
- 2) 현재 우리나라 초등학교를 대상으로 학교보건정책 지침의 수행정도를 분석한다.

II. 연구 방법

1. 자료수집 도구 및 방법

1) 초등학교 학교보건정책지침 개발

WHO의 건강증진학교 지침에는 학교보건정책, 학교의 물리적 환경, 학교의 사회적 환경, 지역사회유대관계,

건강기술, 학교보건봉사 등 6개 영역이 포함되어 있으며 6개 영역에는 필수적으로 포함되어야 하는 구성요소(component)와 각 구성요소별로 사업달성 유무를 체크할 수 있는 확인사항(checkpoint)들이 있다.

본 연구에서는 우리나라 초등학교에 적용할 수 있는 학교보건정책 지침을 개발하기 위하여 먼저 WHO가 서태평양 국가에 적용하기 위해 1995년에 개발한 6개 영역인 건강증진학교 지침 중 학교보건정책 내용을 번역하였다. 번역한 학교보건정책 지침들이 우리나라 초등학교에서 적용할 수 있는지를 알아보고자 보건교사 8인에게자문을 받아서 지침 항목들을 수정 보완하였다.

2) 초등학교에서의 학교보건정책 지침 수행정도

본 연구에서 개발된 학교보건정책의 지침내용들이 우리나라 초등학교에서 얼마나 수행되고 있는지를 알아보고자 도시와 농촌지역에 소재한 초등학교 보건교사를 대상으로 조사하였다. 도시는 서울지역 보건교사 106명, 농촌은 전북지역 보건교사 101명 총 207명이 분석에 포함되었다.

본 연구에서 개발한 학교보건정책지침은 다음과 같이 9개의 구성요소와 37개의 확인사항으로 이루어져 있다. 학교보건관리자(2문항), 급식정책(9문항), 금연 및 금주정책(5문항), 약품관리 정책(4문항), 응급처치에 관한 정책(4문항), 건강검진에 관한 정책(8문항), 휴교 조치정책(1문항), 재난시 안전정책(2문항), 간염 및 HIV/AIDS 통제 정책(2문항)이다. 학교보건정책 지침의 수행정도는 '잘되고 있다', '보통이다', '잘 안된다'라고 측정하였다.

2. 분석방법

응답자의 일반적 특징 및 학교보건정책의 9가지 구성요소별 확인사항의 수행정도에 대한 도시와 농촌간의 차이는 χ^2 검정을 시행하였다. 그리고 9개 각 구성요소들의 수행정도 비율은 평균비율값을 구하여 분포의 차이를 보고자 하였다.

III. 연구 결과

1. 초등학교 학교보건정책 지침 개발

본 연구에서 WHO 건강증진학교지침을 근거로 하여

개발한 우리나라 초등학교 학교보건정책의 지침은 표 1과 같다. WHO의 내용과 본 연구에서 개발한 지침들을 비교해 보면, WHO는 11개의 구성요소와 21개의 확인사항으로 구성되어 있는데 그 중 학교자원의 남녀 공평한 접근, 구충조절정책, 햇빛방지정책 등 3가지 구성요

소를 제외하여 총 9개의 구성요소와 37개의 확인사항으로 구성된 학교보건정책 지침이 개발되었다.

학교자원의 남녀 공평한 접근원리는 현재 우리나라에서의 학교보건정책지침 내용으로는 부적합하다는 판정을 내렸다. 구충조절정책은 1970년대까지만 해도 우리나라

〈Table 1〉 Comparison between WHO and this study on school health policy

component	checkpoint	
	WHO	This study
1. The School has a school nurse		<ul style="list-style-type: none"> • school has planned and evaluated school health project • school has school health nurse
2. The school has a policy on healthy food	<ul style="list-style-type: none"> • the school has taken action to ensure healthy locally grown food is available to students • teachers act as role models by eating healthy food in school • healthy food is made available at school social events like sports days 	<ul style="list-style-type: none"> • school provides balanced-healthy food • teachers shows a good diet habit as a model • non-artificial ingredients are used • school provides milk • school restaurant has permission • school restaurant staff takes regular health exam • school restaurant staff has good personnel hygiene • school restaurant has a good environment • school keeps expired date in food
3. The school is totally smoke-free and prohibits alcohol and illicit psychoactive substances in all activities	<ul style="list-style-type: none"> • the school has developed a strategy for phasing out smoking completely within the premises, with a deadline for being totally smoke free: this policy applies to all staff, students and visitors • the school has prepared an appropriate action plan to eliminate alcohol and illicit psychoactive substances in all activities 	<ul style="list-style-type: none"> • school is a complete smoke-free place • school has prepared an appropriate action plan to eliminate alcohol and illicit psychoactive substances in all activities • school has carried non-smoke education to students and teachers • school has a regulation of prohibiting smoke • school has a regulation of prohibiting alcohol
4. The school upholds equity principles by ensuring that girls and boys have equitable access to school resources	<ul style="list-style-type: none"> • the school has reviewed customs and practices prevailing within the school with respect to the utilization of play space, equipment, teacher time and other resources and where necessary, taken action to redress inequities between girls and boys 	eliminated
5. The school has formal procedures in place relating to the distribution of medication	<ul style="list-style-type: none"> • all medication distributed by the school is recorded • local health officials provide advice on suitable storage and distribution of medication 	<ul style="list-style-type: none"> • health assessment and medication distribution are recorded • medication distribution is taken after health assessment • powerful medicine is managed in special place • school has recorded distribution of medication

(Table 1) Comparison between WHO and this study on school health policy (continue)

6. The school has a policy and programme on first aid	<ul style="list-style-type: none"> • there are adequate first aid kits for the school population • an appropriate number of teachers is trained in first aid procedures • students are offered training in first aid • emergency procedures are set out in the event that the urgent referral of a student or a teacher to a hospital or clinic is indicated 	<ul style="list-style-type: none"> • school has first-aid kits for the school population • an appropriate number of teachers is trained in first aid procedures • students are offered training in first aid • emergency procedures are set out in the event that the urgent referral of a student or a teacher to a hospital or clinic is indicated
7. Where appropriate the school has a policy on the control of helminth and other parasites	<ul style="list-style-type: none"> • students are taught basic knowledge and prevention methods 	eliminated
8. Where appropriate the school has a policy on sun protection	<ul style="list-style-type: none"> • students are not permitted to play in the sun without protective clothing • teachers act as role models by wearing protective clothing while in the sun 	eliminated
9. The school has a policy on health screening	<ul style="list-style-type: none"> • children are provided with routine health checks in line with local priorities and with a view to cost effectiveness 	<ul style="list-style-type: none"> • students are taken general health exam • students are checked hight and weight • students are checked oral health • students are checked visible health • students are checked audible health • school informs the result of health status of students • school discusses the health problems with staff parents, school nurse • school refers the abnomal results after health exam
10. The school has a policy on closure in the event of emergencies or other circumstance which would endanger students' health	<ul style="list-style-type: none"> • students are dismissed if there is a continuing interruption to the supply of fresh water, in the event of an outbreak of infectious disease, extremes heat or cold 	<ul style="list-style-type: none"> • students are dismissed if there is a continuing interruption to the supply of fresh water, in the event of an outbreak of infectious disease, extremes heat or cold
11. The school has a safety plan for implementation in the event of natural or other disasters	<ul style="list-style-type: none"> • the school has an evacuation plan in the event of fire, students are drilled in the carrying out of this plan • the school has emergency plans for other circumstances which could be expected in the likely 	<ul style="list-style-type: none"> • students are drilled in the carrying out of this plan • the school has emergency plans for other circumstances which could be expected in the likely
12. The school has a policy on the control of HIV/AIDS including its safe management	<ul style="list-style-type: none"> • issues of practical management such blood spill procedures are clealy documented and rehearsed and suitable equipment is available in the event that it is required • teachers and other school personnel are provided with training about HIV/AIDS prevention and management 	<ul style="list-style-type: none"> • students and teachers are trained in preventing and managing hepatitis and HIV/AIDS • school has a clear plan in occurring the infectious disease

에서 정기적으로 시행되어 왔던 사업이었으나 영양상태의 개선, 위생적인 환경과 개인위생에 대한 인식의 증대로 이 정책은 더 이상 실효성이 없는 것으로 파악되어 본 연구에서 개발한 우리나라 학교보건정책지침에서 제외되었다. 서태평양 국가 중 호주에서는 학교보건정책 중 햇볕방지정책이 중요하게 포함되고 있으나 우리나라 상황에서는 필요치 않는 내용이라 삭제되었다. WHO의 학교보건정책에는 없으나 우리나라 학교보건정책에 포함된 구성요소는 '학교보건관리자 정책'이다.

2. 초등학교 학교보건정책지침 수행정도

1) 보건교사의 일반적인 특징

본 연구대상은 도시인 서울에 소재한 초등학교 보건교사와 농촌인 전북에 소재한 초등학교 보건교사 총 207명을 대상으로 분석하였다(Table 2). 보건교사들의 경력은 서울은 평균 12.9년, 전북은 평균 8.2년이고, 보건

교사의 연령도 서울 39.5년, 전북 33.8년으로 서울지역이 경력과 연령 모두 유의하게 높았다(p<0.05). 특히 전북의 경우 30세 이하의 보건교사가 39.9%로 서울의 13.2%에 비해 높았으며, 41세 이상의 보건교사는 서울 48.1%, 전북 21.8%였다(p<0.001).

보건교사의 학력은 서울과 전북에서 지역간 차이없이 과반수 이상이 대학교 이상의 학력을 가지고 있었다. 보건교사가 재직하고 있는 초등학교의 학급 수는 서울은 평균 35.9 학급, 전북은 15.2 학급이었다. 특히 서울의 경우 응답자의 60.4%가 21~40학급이 있는 학교에 재직 중인 것에 비해 전북은 응답자의 73.2%가 20학급의 이하인 학교에 재직하고 있었다(p<0.001). 그리고 학교보건업무에 대한 학교 당국의 지원정도는 서울 55.9%, 전북 55.0%로 비슷하였다.

2) 학교보건정책지침 수행정도

(1) 학교보건관리자에 대한 정책

<Table 2> The Characteristics of the school nurses

Characteristics	Urban	Rural	N(%)
Job experience			χ^2
≤ 10 years	41(38.7)	51(50.5)	11.26*
11-20 years	51(48.1)	30(29.7)	
21-30 years	12(11.3)	20(19.8)	
≥ 30 years	2(1.9)		
Mean	12.96	8.23	
Age			27.47**
≤ 30 years	14(13.2)	40(39.9)	
31-40 years	41(38.7)	39(38.6)	
41-50years	42(39.6)	21(20.8)	
≥ 51 years	9(8.5)	1(1.0)	
Mean	39.47	33.82	
Education			0.33
Diploma degree	37(34.9)	37(37.0)	
BS degree	57(53.8)	54(54.0)	
Master degree	12(11.3)	9(9.0)	
No. class in elementary school			106.73**
≤ 20	8(7.5)	74(73.2)	
21-40	64(60.4)	22(21.8)	
≥ 41	34(32.1)	5(5.0)	
Mean	35.96	15.42	
School's support to school health			1.47
very high	5(4.9)	9(9.0)	
high	27(26.7)	25(25.0)	
average	57(55.9)	55(55.0)	
low	10(9.8)	8(8.0)	
very high	3(2.9)	3(3.0)	
Total	106(100)	101(100)	

* p<0.05 ** p<0.001

학교보건관리자 정책에 대한 수행정도는 표 3과 같다. 학교보건관리자 정책은 '잘되고 있다'고 응답한 경우가 서울은 49.8%, 전북은 47.6%로 수행정도는 비슷하였다. 특히 확인사항 중 학교는 매년 학교보건 사업계획을 수립하여 수행한 후 평가한다는 '잘되고 있다'고 응답한 경우가 서울 34.0%, 전북 29.3%로 저조한 수행정도를 보여주었다. 반면 학교에 학교보건관리자를 두고 있다는 확인사항은 '잘되고 있다'고 응답한 경우가 서울 65.7%, 전북 66.0%로 수행수준이 비슷하였다.

(2) 학교급식 정책

학교급식정책에 대한 수행정도는 표 3과 같다. 학교급식정책의 수행정도는 '잘되고 있다'고 응답한 경우가 서울 65.7%, 전북 59.4%로 비슷하였다. 학교에서의 우유제공 수행정도는 '잘되고 있다'고 응답한 경우가 서울 92.3%, 전북 77.0%로 지역간 유의한 차이가 있었으며

($p < 0.01$) 학교식당직원의 정기검진 확인사항의 수행정도도 '잘되고 있다'가 서울 81.1%, 전북 73.7%로 지역간 유의한 차이가 있었다($p < 0.05$).

교사가 학교에서 식습관의 모범을 보여주는 확인사항은 '잘되고 있다'고 한 경우가 서울 38.8%, 전북 28.3%로 매우 수행수준이 저조하였으며 지역간 유의한 차이는 없었다. 학교에서의 급식재료로 가공식품 피하기 확인사항에 대해서는 '잘되고 있다'고 한 경우가 서울 33.0%, 전북 32.0%로 지역간 유의한 차이없이 수행수준이 낮았다.

(3) 금연, 금주 정책

금연, 금주정책의 수행정도는 표 3과 같다. 금연금주정책에 대한 수행정도는 '잘되고 있다'고 응답한 경우가 서울 38.4%, 전북 36.1%수행수준이 전반적으로 낮았다.

학생을 대상으로 한 금연교육의 수행정도는 '잘되고

<Table 3> The level of performance on school-health provider, healthy-food and prohibiting smoking and alcohol policy N(%)

Component	Seoul(n=106)			Rurai(n=101)			χ^2
	well-done	moderate	poor	well-done	moderate	poor	
School-health provider(2)							
planning and evaluating school-health planning every year	35(34.0)	57(55.3)	11(10.7)	29(29.3)	59(59.6)	11(11.1)	0.51
having school health nurse	69(65.7)	32(30.5)	4(3.8)	66(66.0)	30(30.0)	4(4.0)	0.00
Mean(%)	49.8	42.9	7.3	47.6	44.8	7.6	
Policy on healthy food(9)							
balanced-diet	69(66.3)	32(30.8)	3(2.9)	58(59.2)	38(36.8)	2(2.0)	1.49
non-artificial food	34(33.0)	49(47.6)	20(19.4)	32(32.0)	59(59.0)	9(9.0)	5.22
teacher's role model	40(38.8)	59(57.3)	4(3.9)	28(28.3)	55(55.6)	16(16.2)	9.89
milk	96(92.3)	6(5.8)	2(1.9)	77(77.0)	21(21.0)	2(2.0)	10.83**
restaurant permission	67(74.4)	18(20.2)	5(5.6)	64(67.4)	23(24.2)	8(8.4)	1.24
regular health-exam	86(81.1)	15(14.9)	0	73(73.7)	23(23.2)	3(3.0)	6.89*
personal-hygiene	62(61.4)	37(36.6)	2(2.0)	59(59.6)	38(38.4)	2(2.0)	0.06
clean environment	59(59.0)	38(38.0)	3(3.0)	59(59.6)	37(37.4)	3(3.0)	0.00
expire date	82(83.7)	15(15.3)	1(1.0)	75(78.1)	15(15.6)	6(6.3)	4.35
Mean(%)	65.7	29.8	4.5	59.4	34.8	5.8	
Policy on prohibiting smoking and alcohol(6)							
rule of smoke-free	57(54.8)	33(31.7)	14(13.5)	48(47.5)	30(29.7)	23(22.8)	3.08
rule of alcohol-free	32(30.5)	32(30.5)	41(39.0)	17(17.2)	21(21.2)	61(61.6)	10.73**
non-smoke school	44(41.9)	33(31.4)	28(26.7)	27(27.3)	34(34.3)	38(38.4)	5.46
staff-education	26(25.0)	61(58.7)	17(16.3)	26(26.0)	39(39.0)	35(35.0)	11.16**
student-education	77(73.3)	27(25.7)	1(1.0)	56(56.0)	39(39.0)	5(5.0)	8.31*
school laws of anti drug	37(35.6)	45(43.3)	22(21.2)	20(20.0)	37(37.0)	43(43.0)	12.75**
Mean(%)	38.4	34.7	17.9	36.1	32.3	31.6	

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

있다가 서울 73.3%, 전북 56.0%로 지역간 유의한 차이가 있었다(p<0.05). 반면 교직원을 대상으로 한 금연교육은 '잘되고 있다'고 한 경우는 서울 25.0%, 전북 26.0%로 모두 낮은 수준이었으며, '보통이다'고 한 경우는 서울 58.7%, 전북 39.0%로 서울지역에서 유의하게

교직원 금연교육을 많이 수행하고 있었다(p<0.01).

금연규정에 대한 조치와 제도가 있는지의 확인사항에 대해서는 '잘되고 있다'고 응답한 경우가 서울 54.8%, 전북 47.5%로 지역간 차이가 없었다. 반면 금주규정에 대해서는 수행수준이 잘 되고 있는 경우가 서울 30.5%.

<Table 4> The level of performance on controlling drug, first-aid and health-exam policy N(%)

Component	Seoul(n=106)			Rural(n=101)			χ ²
	perform.			perform.			
	well-done	moderate	poor	well-done	moderate	poor	
Policy on controlling drug(4)							
recoding drug-supply	98(92.5)	8(7.5)	0	90(89.1)	10(9.9)	1(1.0)	1.82
health-assessment	75(70.8)	31(29.2)	0	73(72.3)	26(25.7)	2(2.0)	3.11
recording the data	91(86.7)	13(12.4)	1(1.0)	85(85.0)	15(15.0)	0	1.61
powerful medicine	98(92.5)	8(7.5)	0	78(77.2)	21(20.8)	2(2.0)	10.96**
Mean(%)	85.6	14.2	0.2	81.0	17.8	1.2	
Policy on first-aid(4)							
emergency-cart	56(52.8)	42(39.6)	8(7.5)	58(57.4)	33(32.9)	10(9.9)	1.21
trained staff	9(8.6)	38(36.2)	58(55.2)	8(8.0)	16(16.0)	76(76.0)	11.59**
training students	11(10.5)	62(59.0)	32(30.5)	14(14.0)	55(55.0)	31(31.0)	0.67
referral system	25(23.6)	61(57.5)	20(18.9)	25(25.0)	42(42.0)	33(33.0)	6.57
Mean(%)	23.9	48.1	28.0	26.1	36.4	37.5	
Policy on health exam(8)							
regular health exam	30(28.8)	30(28.8)	41(39.4)	33(31.7)	46(46.0)	11(11.0)	14.87***
height and weight	97(91.5)	97(91.5)	10(9.4)	0	92(88.1)	0	0.27
oral- health	96(90.6)	96(90.6)	10(9.4)	0	89(88.1)	0	0.32
sight-health	93(87.7)	93(87.7)	13(12.3)	0	85(84.2)	0	0.54
audible-health	75(70.8)	75(70.8)	26(24.5)	5(4.7)	76(75.2)	2(2.0)	1.39
inform parent	80(75.5)	80(75.5)	23(21.7)	3(2.8)	89(88.1)	3(3.0)	6.69*
discuss with staff	41(38.7)	41(38.7)	46(43.4)	19(17.9)	46(46.0)	10(10.0)	2.99
referral system	71(67.0)	71(67.0)	33(31.1)	2(1.9)	76(75.2)	3(3.0)	2.46
Mean(%)	68.8	23.9	7.3	74.0	22.5	3.5	

* p<0.05 **p<0.01 *** p<0.001

<Table 5> The level of performance on closing school policy, safety in calamity and controlling HIV/AIDS N(%)

Component	Seoul(n=106)			Rural(n=101)			χ ²
	perform.			perform.			
	well-done	moderate	poor	well-done	moderate	poor	
Policy on closing school(1)							
closing school	62(58.5)	39(36.8)	5(4.7)	69(68.2)	29(28.7)	3(3.0)	2.23
Policy on safety in calamity(2)							
evacuation in fire	19(17.9)	47(44.3)	40(37.7)	14(13.9)	32(31.7)	55(54.5)	5.88*
emergency plan	21(20.0)	50(47.6)	34(32.4)	14(13.9)	38(37.6)	49(48.5)	5.69
Mean(%)	19.0	46.0	35.0	13.9	34.6	51.5	
Policy on controlling hepatitis and HIV/AIDS(2)							
health education	10(9.4)	55(51.9)	41(38.7)	15(14.9)	39(38.6)	47(46.5)	4.03
emergency plan	30(28.3)	58(54.7)	18(17.0)	27(26.7)	50(49.5)	24(23.8)	1.49
Mean(%)	18.9	53.3	27.8	20.8	44.1	35.1	

* p<0.05

전북 17.2%로 서울이 전북에 비해 금주 규정정책을 잘 수행하고 있었으나($p < 0.01$) 금연규정 지침에 비해 수행 정도는 낮았다.

(4) 약물관리 정책과 응급처치 정책

약물관리 및 응급처치 정책의 수행 정도는 표 4와 같다. 약물관리 정책의 수행 수준은 '잘되고 있다'고 응답한 경우가 서울 85.6%, 전북 81.0%로 지역간 유의한 차이없이 매우 높았다. 특히 극약물의 별도 관리에 대한 확인사항은 두 지역에서 잘 관리하고 있었으나 '잘되고 있다'고 한 경우가 서울 92.5%, 전북 77.2%로 서울지역이 유의하게 극약물 관리를 잘하고 있었다($p < 0.01$).

응급처치 정책의 수행 정도는 '잘되고 있다'고 응답한 경우가 서울 23.9%, 전북 26.1%로 수행 정도가 매우 낮았다. 특히 적절한 수의 교사가 응급처치 과정의 훈련을 받는 확인사항은 '잘되고 있다'고 응답한 경우가 서울 8.6%, 전북 8.0%로 매우 낮은 편이고, '보통이다'고 응답한 경우도 서울 36.2%, 전북 16.0%로 전반적으로 두 지역 모두 수행 수준은 낮았지만 서울지역이 농촌보다는 유의하게 응급처치 훈련을 잘 하고 있었다($p < 0.01$). 또한 학생들이 응급처치 훈련을 받는 확인사항에 대해서도 '잘되고 있다'고 응답한 경우가 서울 10.5%, 전북 14.0%로 수행 수준이 낮았다.

(5) 건강검진에 관한 정책

건강검진 정책의 수행 정도는 표 4와 같다. 학교에서의 건강검진 정책은 '잘되고 있다'고 응답한 경우가 서울 68.8%, 전북 74.0%로 수행 수준이 매우 높았다. 특히 학교에서 신장과 체중측정, 구강검진, 시력검진 확인사항 등은 지역간 차이없이 수행 수준이 높았다. 그러나 학생들이 일반 건강검진을 받는 확인사항에 대해서는 '잘되고 있다'고 한 경우가 서울 28.8%, 전북 46.0%로 전북지역에서의 수행 정도가 유의하게 높았다($p < 0.001$). 검진 후 학부모에게 학생의 건강상태를 알려주는 확인사항은 두 지역에서 매우 잘 수행이 잘 되고 있었으나, 서울 75.5%, 전북 88.1%로 전북지역이 학부모에게 통신을 잘 해주고 있었다($p < 0.05$).

(6) 휴교조치, 재난시 안전 및 HIV/AIDS 통제정책

휴교조치 정책의 수행 정도는 지역간 유의한 차이없이 수행 정도가 높았다(Table 5). 그러나 재난시 안전정책에 대해서는 '잘되고 있다'고 응답한 경우가 서울

19.0%, 전북 13.9%로 수행 수준이 매우 낮았다. 특히 학생들의 화재대피 훈련 확인사항은 두 지역 모두 수행 수준이 낮았지만 서울이 전북에 비해서는 수행 정도가 높았다($p < 0.05$). 간접 및 HIV/AIDS 통제정책의 수행 정도는 '잘되고 있다'고 응답한 경우가 서울 18.9%, 전북 20.8%로 지역간 차이없이 수행 정도가 낮았다.

IV. 논 의

1. 학교보건정책 지침 개발에 대한 고찰

1986년 세계보건기구 주최로 열린 제 1차 국제건강 증진회의 결과 채택된 오타와 헌장에서 제시한 건강증진 실천전략 5가지 중 첫 번째는 건강한 능력을 최대한 개발할 수 있고 평등한 기회와 자원의 확보를 목적으로 하는 공공보건정책의 수립이다(WHO, 1986). WHO에서는 건강증진을 개인의 책임으로 건강상태를 바라보는 것 대신에 건강을 결정짓는 사회적 요인을 고려하고 정책결정을 함에 있어서 조직과 정부에 의한 정책수립을 강조하고 있고(WHO, 1984) 입법, 재정적, 경제적, 환경공학의 여러 다양한 방식을 통해 건강에 좋은 공공정책을 중요시하고 있다(Tones, 1990). WHO 건강증진학교 사업지침 6가지 영역 중에서도 첫 번째가 학교보건정책의 수립이다(이정렬, 1997년). 또한 WHO에서 제시하고 있는 건강한 학교 역시 보건정책, 보건교육, 학교보건 서비스, 학교환경, 보건사업(영양, 약물, 성)의 기본적인 5가지 영역에 대한 포괄적이고 균형잡힌 접근을 강조하고 있다(WHO, 1950).

영국에서는 1998년 학생, 교직원, 지역사회의 건강을 증진시키기 위하여 교육부와 보건부가 협력관계를 형성하여 건강한 학교가 될 수 있도록 국가건강한학교표준개발(NHSS, National Healthy City School Standards) 모델을 개발하였다(Rivers, 1999, 장창곡, 2001에서 재인용). 벨기에의 한 학교에서는 건강증진 학교와 지역사회를 연계하기 위하여 부모들을 학교활동에 참여시키고자 시도하였다. 다양한 민족들을 사회적으로 통합시키고자 했던 이 시도는 학부모들의 학교에 대한 거부감을 무너뜨리고 학부모들간의 관계형성에 기여하였다고 한다(WHO-ENHPS, 1997).

따라서 본 연구에서는 우리나라에서도 건강한 학교 만들기 내지는 건강증진학교가 활성화되기 위한 방안으로 우리나라 실정에 맞는 건강증진학교 지침을 개발하였다.

우리나라에서 개발한 지침과 WHO의 지침과 비교하여 보면 우리나라에서 만든 지침에는 구성요소에 학교보건 관리자 항목이 더 추가되었고 우리나라 상황과 다소 상이한 남녀 학생들의 학교자원에 공평한 이용정책, 구충 조절정책 그리고 햇빛방지정책 등 세 가지는 삭제하였다. 특히 학교에서의 구충조절정책은 우리나라가 1964년에는 기생충 감염율이 95%, 71년 84.3%, 97년에는 2.4%로 급격히 감소하면서 WHO에서는 한국에서 토양을 매개로 한 기생충은 완전히 박멸되었다고 선포하였다(국민일보, 2003). 물론 여기에는 건강관리협회의 노력도 있었지만 생활수준이 향상되면서 개인위생수준도 향상되고 영양개선 특히 위생에 대한 인식의 증대가 크게 기여하였을 것으로 생각한다. 그러므로 현재의 우리나라 학교보건정책 항목으로는 부적합하였다.

우리나라 실정에 맞는 건강증진학교가 정착되고 활성화되기 위해서 과거의 모호하고 추상적이면서 시대에 맞지 않는, 일관성 없이 추진되어 온 학교보건사업을 지양하고 건강증진 개념을 담고 있는 총체적이면서 포괄적인 접근을 전제로 한 건강증진학교 지침이 마련되어야 한다. 아울러 본 연구에서 개발한 학교건강보건정책 지침을 토대로 추후 신뢰도와 타당도가 검증된 지침을 계속 수정해 나가는 것이 중요한 과제이다. 학교보건은 더 이상 단순히 학교자체의 문제나 보건사업의 일환으로 보는 시각을 탈피하여 교육부와 보건복지부의 긴밀한 협력아래 국가차원에 장기적이고 체계적인 학교보건정책 및 지침들이 수립되어야 한다.

2. 학교보건정책 지침 수행정도에 대한 고찰

WHO 건강증진학교 6개 영역을 근거로 하여 새로이 개발한 우리나라 건강증진학교 지침을 가지고 수행정도를 조사하였다. 6개 영역 중 가장 우선시 되고 가장 중요한 부문인 학교보건정책은 학교보건관리자, 학교급식정책, 금연·금주 정책, 약품관리 정책, 응급처치 정책, 건강검진 정책, 휴교조치 정책, 재난시 안전정책, HIV/AIDS 통제정책 등 9가지 구성요소와 각 구성요소별 확인사항들의 37 문항들을 가지고 수행정도를 조사하였다.

전체 9가지 구성요소들의 수행정도를 보면 학교에서 '잘되고 있다'라고 응답한 경우의 순위가 약품관리정책(85.6%), 학교건강검진정책(68.8%), 학교급식정책(65.7%), 휴교조치정책(58.5%), 학교보건관리자

(49.8%), 금연, 금주정책(43.6%), 응급처치에 관한 정책(23.9%), 재난시 안전정책(19.0%), HIV/AIDS 통제정책(18.9%) 순이었다. 사고시 응급처치나 재난시 안전대피 정책들의 저조한 수행은 우리나라의 현재 안전사고에 대한 인식수준을 반영하고 있는 것으로 생각한다. 전 세계적으로 안전사고는 어린이 사망원인의 제 1위를 차지하고 있으며(Marlow, 1988, 배정미, 2002에서 재인용) 현재 우리나라에서도 사망원인 1순위로 어린이 안전사고는 계속 증가하고 있는 추세이다(윤종수, 1995). 어린이에 대한 안전교육은 건강의 책임을 수행하는 건강증진행위로 볼 수 있고(Coppens, 1995), 이 시기의 안전교육은 자신과 타인의 안전에 필요한 지식과 태도를 길러주고 자신과 타인의 생명을 존중하고 안전하고 건강한 생활을 영위할 수 있는 좋은 습관을 길러줄 수 있기 때문에 중요하다(김신정, 2001). 실제로 초등학생을 대상으로 안전생활에 대한 지식을 조사한 결과에서 대부분 지식수준이 낮았고(박화숙, 1999), 1996년 조사에서도 안전벨트를 항상 착용하는 학생은 부친 20.7%, 완주 13.4%로 안전에 대한 인식수준이 매우 낮았음을 알 수 있다(이정렬, 1996). HIV/AIDS에 대한 부정적인 인식을 바꾸어줄 수 있는 올바른 교육과 홍보가 필요하다. HIV/AIDS는 다른 질병에 비해 감염경로가 밝혀진 질병이므로 감염경로만 주의하면 충분히 예방할 수 있는 질병임을 알도록 해야 한다. 과도한 불안과 부정적인 인식은 HIV/AIDS를 확산시키는 결과를 가져온다는 것을 잊어서는 안 될 것이다.

학교보건관리자 정책 수행정도에서 학교보건사업을 매년 계획하고 수행 평가하는 항목은 매우 저조하였다. 학교보건관리자인 보건교사는 일차적인 간호제공자로서의 역할수행에 치우쳐있고 학교보건기획에 대한 전문지식과 기술이 부족하고 학교장의 학교보건사업에 대한 의지가 약한 것이 원인이었을 것으로 생각된다. 1997년 중국 북경에서 열린 서태평양 국가들이 주축이 되어 진행한 3차 회의에서 학교보건사업의 문제점의 하나가 학교보건 전문인력의 부족이었다(보건복지부, 1999). 물론 우리나라는 다른 나라에 비해 전국 보건교사가 배치가 1998년 56.7%로 낮은 편은 아니나 학교급별, 지역별, 설립주체별, 심각한 불균형분포를 하고 있는 문제점을 갖고 있다. 특히 서울과 울산은 100%, 인천, 부산, 대구, 대전, 광주를 비롯한 지역은 50-80%, 나머지 지역은 17-45% 수준에 머물러 있다(김영림, 2000). 그러므로 전문성을 갖춘 보건교사의 배치를 90% 이상수준으로 끌어올려 학

교에서 건강한 생활습득을 위한 보건교육 및 건강관리가 철저히 이루어질 수 있도록 하고 학교보건관리자가 학교 보건사업에 대한 전문지식 및 기획관리 능력을 갖추 수 있는 보수교육 등의 지원이 필요할 것으로 생각한다.

학교급식정책과 관련해서는 대체적으로 수행정도가 양호하였으며 특히 학교에서의 우유제공은 '잘되고 있다'고 한 경우가 서울 92.3%, 전북 77.0%로 통계적으로 매우 유의한 차이를 보였다($p < 0.01$). 이정렬(1996)의 연구에서 부천과 완주지역의 우유섭취율을 조사한 적이 있었는데 당시 부천에서는 60.0%, 전북 완주지역에서는 75.%이었다. 1996년과 비교하여 보면 전체적으로 우유섭취율은 증가한 것으로 보여지며 성장기의 어린이들에게 매우 바람직한 현상으로 해석된다. 2001 국민건강영양조사(2002)에서 시도별 유가공품 1일 섭취량 비교에서 서울은 86.2g, 전북은 75.0g으로 서울이 더 많이 섭취하고 있는 결과와도 일치하였고 지역별 1일 칼슘 섭취량에서도 대도시는 502.3g 중소도시는 492.0g으로 대도시가 더 많이 섭취하고 있는 결과와도 일치하였다. 이러한 결과들은 서울지역 학교에서의 우유제공 수행수준이 높은 것과도 관련이 있을 것으로 생각한다. 또 초등학생들의 체중과 BMI를 조사한 연구에서(이정렬, 1996) 부천지역이 완주지역 학생들에게 비해 체중과 BMI 수준이 통계학적으로 높았던 것도 우유급식물이 서울지역에서 더 높은 것과도 관련이 있을 것으로 생각한다. 그러므로 농촌지역의 성장기 아동들에게 건전한 신체발육과 미래의 건강수준을 향상시키기 위해 학교보건사업을 통해 우유보급률을 높이는 정책을 장려하였으면 한다. 본 연구는 최초로 WHO에 건강증진학교 지침에 근거하여 우리나라 실정에 맞는 학교보건정책지침을 개발하였고 수행정도를 조사한 연구였다는 점에서 의의가 있다.

V. 결 론

학교보건사업이 국가차원에서 정착되기 위하여 WHO 건강증진학교 지침에 근거하여 우리나라 실정에 맞는 건강증진학교 지침을 개발하고자 하였으며 6개 영역 중 첫 번째인 학교보건정책 지침을 개발하였다. 또 개발된 학교보건정책 지침의 수행정도를 알아보고자 서울과 전북 지역에 소재한 초등학교 보건교사 207명을 대상으로 조사하였다.

WHO 건강증진학교 학교보건정책은 총 11개로 구성

된 것에 반해 우리나라 학교보건정책 지침은 학교보건관리자 항목이 추가되고 구충조절 및 햇빛방지정책, 남녀별 학교공공자원이용 항목은 제외되고 학교보건관리자 정책이 추가되어 총 9개로 구성되었다. 9개 구성요소 및 구성요소별 확인사항들에 대한 수행정도는 재난시 안전사고, 응급처치, HIV/AIDS 통제정책들은 수행정도가 매우 낮았고 학교급식 및 건강검진 정책은 수행수준이 높았다. 이번 연구에서 개발된 학교보건정책지침들을 토대로 타당도와 신뢰도가 검증된 지침을 계속 수정해나가는 것이 필요하다.

References

- Bae, J. Y. (2002). A study on accident-prevention education and obey the precautionary regulations in elementary school-age children. *J Korea Soc. of school health* 8(2), 219-29.
- Chang, C. G. (2001). Models building strategy for health school. *J Korea Soc. of school health* 13(1), 39-46.
- Chul Hyun Nam. (1997). A study on school health promotion services. *J Korea Soc. of school health* 10(2), 193-211.
- Coppens, N. M., McCabe, B. M. (1995). Promoting children's use of bicycle helmets. *J Ped Health* 9(2), 51-8.
- Green, L. W., Kreuter, M. W. (1991). Health promotion planning : An educational and environmental approach. 1-44.
- Kim, S. J. (2001) Development and effect of safety education program in preschooler. *J Ped Nursing* 7(1), 118-40.
- Kim, Y. I. (2000). The distribution of school nurse and strengthening on school health. *J Korea Soc. of school nurse* 13(1), 1-17.
- Kookmin Newspaper. (2003). A story in special life person. 2.3
- Lee, C. Y., Chung, Y. S. (1997). *School Health*. Hyunmoon Press.
- Lee, C. Y., Chung, Y. S., Yoo, I. Y. (1996). The project on health promoting school. 1st

report.
 Ministry of health and welfare. (2002). 2001 National health and nutrition survey.
 Ministry of health and welfare. (1999). Strategy development on 'health promoting school' for elementary school in korea. based on the who's health promoting school guidelines.
 Moon, Y. L. (2001). Strategy of strengthening on school health organization. J Korea Soc. of school health 14(1),5-13.
 Park, H. S. (1999). The knowledge and attitude on safety-accident in elementary school. Kyungpook university.
 Tones, K. (1990). Why theories : ideology in health education. Health education 49,1.
 WHO. (1984).Health promotion : a disscussion document on concepts and principles. WHO, Geneva
 WHO. (1995). WHO expert committe oncomprehensive school health education and promotion. WHO, Geneva.
 WHO.(2003). Child and adolescent health development. Themes and focus.
 Yoon, J. S., Lee, S. B. (1995). The study on risk factor of disease in young-age. NIH, 5(2), 49-56.

- Abstract -

Development and Performance Analysis of Elementary School Health Promotion Policy Guideline

Lee Chung Yul · Chung Young Sook**
 Han Joo Hee*** · Lee, Chun Ok****
 Kwon In Sook******

1) Professor, College of Nursing, Yonsei Univ.

Nursing Policy Research Institute, Yonsei Univ.
 2) Professor, Dept. of Nursing, College of Medicine, Chun Buk Univ. 3)Researcher, Nursing Policy Research Institute, Yonsei Univ. Associate Professor, Dept. of Nursing, College of Medicine Yanbian Univ 5)School-nurse, Ewha Womans Univ. High School

Purpose: This study examined the development and performance of the school health promotion policy guideline that is applicable to Korean school health. **Methods:** 1. The WHO's guideline was translated into Korean and modified by school health experts 2. A questionnaire was conducted to assess the performance of school health policy on 207 nurses in elementary schools in Seoul and Cheonbuk. **Result:** The Korean version of the school health promotion policy guidelines were developed including 9 components and 36 checkpoints. Compared to that of WHO, the component 'school nursing teacher' was added and three components were eliminated: 'equitable access to school resources', 'control of helminth', and 'sun protection policy'. The performance degree of first-aid, closure of school in a calamity, and control of HIV/AIDS was very low. The performance degree of a healthy diet, and regular physical examination was quite high. This study was the first that developed the school health promotion policy guideline and examined the performance. Further research is needed to validate the guidelines developed by this study.

Key words : School health promotion, Health policy guideline

* Professor, College of Nursing, Yonsei Univ. Nursing Policy Research Institute, Yonsei Univ.(corresponding author)

** Professor, Dep. of Nursing, College of Medicine, Chun Buk Univ.

*** Researcher, Nursing Policy Research Institute, Yonsei Univ.

**** Associate Professor, Dep Nursing, College of Medicine Yanbian Univ

***** School-nurse, Ewha Womans Univ. High School