

〈특집 건강증진정책 포럼〉

우리나라 학교보건교육의 현황과 과제

김혜경** , 고승덕**

*한국건강관리협회, 건강증진연구소 · **협성대학교 보건관리학과

〈목 차〉

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1. 우리보건교육의 개념 및 학교보건교육의 필요성 | 4. 학교보건교육 요구도 |
| 2. 우리나라 학교보건교육 정책 현황 | 5. 우리나라 학교보건교육의 문제점 |
| 3. 청소년의 건강행태 및 학교보건교육 실시 현황 | 6. 우리나라 학교보건교육의 과제
참고문헌 |

1. 학교보건교육의 개념 및 필요성

학교보건교육이란 교수(teaching)와 학습(learning)경험을 제공하는 학교보건사업의 한 요소로서, 체계적이고 순차적인 교과과정을 개발하고 이에 따라 교육을 진행하며 교육효과를 평가하는 단계들로 구성된다(Modeste, 1996). 최근 학교보건교육의 개념은 포괄적 학교보건교육(comprehensive school health education)으로 통용되며(김명 등, 2007; Meeks, 2003) 교육의 일차적인 목표는 학생들이 정확한 건강지식을 얻고, 바람직한 태도를 형성하며, 필요한 생활기술을 습득하여 개개인이 건강관리능력(health literacy)을 갖추는데 있다. 건강관리능력은 학생들이 건강위험행동을 감소시키는 등 자신의 건강에 영향을 미치는 요인에 대한 통제력을 갖게 함으로써 건강의 유지·증진과 교육

적 성과라는 보건교육의 목적달성을 가능하게 한다(Meeks, 2003).

학교보건교육이 국민건강증진사업에서 그 역할이 강화되어야 되어야 하는 이유는 다음과 같다(Downie, Fyfe, and Tannahill, 1991).

첫째, “예방이 치료보다 효과적이다”라는 원칙이 보편적인 철학으로 받아들여지는 현 시점에서, 아동과 청소년들이 건강한 생활양식을 갖도록 하는 것은 성인이 된 후 불건강한 행동패턴을 변화시키는 것보다 효과적이다. 또한 성인기에 발병하는 여러 만성질환의 위험요인들(risk factors)은 상당부분 청소년기의 잠재적 위험요인으로부터 기인한다. 따라서 건강에 바람직하지 못한 행위들이 습관화되기 이전에 행동수정을 위한 보건교육 프로그램이 제공되어야 하며, 이는 국민건강증진사업의 효율성을 증

교신저자: 김혜경

서울시 강서구 화곡 6동 1097 한국건강관리협회 건강증진연구소(우: 157-704)
전화번호: 02-2601-6142, E-mail: hkkim@kahp.or.kr

대시킬 수 있는 접근전략이 된다(정영숙, 이정렬, 1998; Bremberg, 1998). 둘째, 학교의 가장 주된 미션은 교육이라 가정할 때, 학교에서의 학습이 효과적으로 이루어지기 위해서는 학생들의 건강이 필수적인 조건이 되므로 교육을 통해 학생들에게 기초학습기술을 가르치는 것과 병행하여 건강과 관련된 구체적인 지식, 태도, 기술을 가르치는 것은 이들의 건강에 필수적인 요소인 동시에 교육의 필수요소가 된다. 또한 건강이 학습능력에 영향을 미치는 것만큼 학교생활은 건강을 증진시키는 중요한 수단이다. 즉, 학교의 문화, 조직, 관리, 물리적·사회적 환경, 교과과정, 교육과 학습방법, 그리고 학생들의 성취도가 평가되는 방식들은 학생들의 교육성취에 영향을 줄 뿐 아니라 결국은 학생들의 건강에 영향을 주게 된다. 따라서 건강한 조직으로서의 기능을 수행하는 한 학교는 건강증진을 위한 환경적 영향력을 행사하며 건강증진의 효과적인 장(setting)이 된다(WHO, 2001). 셋째, 학교에는 전문적인 교육을 위한 시설과 인력들이 이미 갖추어져 있고, 학생들이 교육을 위해 한 장소에 모여 있으며, 독립된 교과목을 설립하는 것 이외에 기존의 교과과정에 연계하여(예를 들어, 생물, 가정, 체육 등 관련 교과목을 활용) 교육을 실시하는 것도 가능하기 때문에 보건교육의 효율성이 매우 높다. 넷째, 학교 보건교육은 학생들에게 건강한 생활을 영위할 수 있도록 기반을 조성하는 한편, 인구의 1/4에 해당되는 학생 및 그 가족의 건강에 영향을 미치고, 나아가 지역사회로의 파급효과를 가져오므로 국민건강증진을 위한 효과적인 수단으로 제공될 수 있다.

그러나 이러한 중요성에도 불구하고, 현재 우리나라는 입시 및 지식 위주의 교육체계 속에서 청소년의 건강이 지니는 교육적 의미가 과

소평가 되어 온 결과로 학교보건교육의 의의와 역할에 대한 사회적 공감과 협의가 부족한 실정이다. 또한 학교와 사회가 건강개념의 변화, 그리고 청소년들의 건강요구에 따른 건강증진 학교(health promoting school)로서의 역할을 수행하지 못하고 있다. 현재의 학교보건사업은 급성전염성 질환의 관리와 사후적 처치 및 물리적 환경관리에 치중하고, 단편적인 보건교육의 실시로 바람직한 생활양식의 형성을 위해서 필수적인 체계적, 순차적 보건교육이 부재하므로 건강문제를 사전에 예방할 수 있는 자가건강관리 능력을 함양시키는데 기여하지 못하고 있는 실정이다.

따라서, 본 연구는 학교보건교육의 일차적인 목표인 학생들 개개인의 건강관리능력(health literacy)함양이라는 관점에서 학교보건교육 정책과 실시 현황을 평가하고, 그 개선안을 제시해보고자 한다.

2. 우리나라 학교보건교육 정책 현황

가. 학교보건교육 실시를 위한 법적 근거

학교보건교육 실시를 위한 법적근거는 국민건강증진법과 학교보건법에서 찾아볼 수 있다. 국민건강증진법 제 11조와 제 12조에서 보건복지부 장관이 국민의 보건교육에 관하여 관계중앙행정기관의 장과 협의하여 이를 총괄함과, 국가 및 지방자치단체의 장은 국민의 건강생활실천을 위해 적절한 보건교육을 실시할 것을 규정하고 있다(건강증진법, 2006년 개정).

또한 학교에서의 보건교육 실시는 학교보건법 제 9조와 12조에서 학교의 장 책임으로 보건교육과 안전교육을 실시하도록 규정하고 있으며, 최근 통과된 학교보건법 개정안 제 9조의 1, 2항에서는 “교육인적자원부 장관은 초·중·등교

육법 제2조의 규정에 의한 학교에서 모든 학생들을 대상으로 보건교육을 체계적으로 실시하여야 하며, 제1항의 보건교육실시를 위해 시수, 도서 등 그 운영에 필요한 사항은 교육부장관이 정하도록 한다”고 규정하고 있다(학교보건법, 2007년 개정).

나. 학교보건교육 관련 정책

학교보건교육과 관련된 주요 국가차원의 정책들은 보건복지부의 국민건강증진종합계획(보건복지부, 2005), 교육인적자원부의 학생 건강증진대책(교육인적자원부, 2007)과 2007년 개정 교육과정(교육인적자원부, 2007), 국가 청소년위원회의 4차 청소년정책 기본계획(국가청소년위원회, 2007)을 들 수 있다.

2005년에 개정된 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)은 건강생활실천의 확산, 예방중심의 건강 및 질병관리, 인구집단별 건강관리의 3개의 중점분야에서 학교보건교육과 관련된 아동, 청소년 대상 2010년 국민건강증진목표를 설정하고 있다. 건강생활실천의 확산에서는 금연, 절주, 운동, 영양과 관련된 목표를 설정하고 있으며, 예방중심의 건강 및 질병관리에서는 과체중과 비만관리, 전염병관리, 구강보건에 관한 목표를 설정하고 있다. 또한 인구집단별 건강관리에서 학교보건을 중점과제 중 하나로 명시하고 건강위험행태 감소, 개인위생실천을 증가, 영양문제, 성문제, 정신건강문제 감소를 포함하는 구체적 목표 11개를 설정하고, 이를 위한 세부사업 추진계획을 제시하고 있다<표 1><표 2>.

교육인적자원부에서는 학교보건 사업 및 지원체계를 강화하고자 “학생 건강증진대책”을 마련하고 시도교육감에게 시달하여 추진하고 있다. 보건교육의 실시와 직접적인 관련이 있는

대책으로는 비만 프로그램과 흡주·흡연 등 약물남용 예방 프로그램의 운영·정착을 들 수 있다 <표 3>.

한편 2007년 개정된 교육과정은 2009년부터 초·중등학교에 단계적으로 적용될 예정인데, 보건교육과 관련된 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다. 첫째로 체육과 교육과정이 운동기능 중심에서 신체활동가치 중심 교육과정으로 전환되어 목표에 건강관리능력이 포함되었다. 내용영역에서 체육교육과 보건교육의 통합적 목표와 내용영역(건강활동)의 제시를 통한 효율적인 건강교육을 강조하였다. 또한 고등학교 선택과목 중 교련을 안전과 건강 등으로 명칭을 변경하였고 교련과목을 교양과목 군 내 포함시키고 이수단위를 조정하였다(6→4). 학문의 논리적 체계보다 개인의 생활 및 성장, 발달과 사회생활에서의 유용한 실용적 내용을 강조하기 위하여 국가안보의식 내용은 축소하고 안전(사고와 재난 예방) 및 건강관리 내용을 강조하였다. 마지막으로 재량활동의 경우 초등학교에서는 창의적 재량활동으로 하여 학교 자율적으로 운영하도록 하고, 중·고등학교에서는 시·도 교육청의 편성·운영 지침에 따라 학교에서 편성할 수 있도록 하는 등 단위 학교 교육과정 편성·운영권을 대폭 확대하였다. 이상과 같은 교과과정은 최근 학교보건법이 개정되어 보건교육이 의무적으로 실시될 가능성이 높아지므로 보건교육의 개설 등 상당부분의 개정이 불가피할 것으로 보여 진다.

제4차 청소년정책 기본계획은 그간에 분산되어 있던 청소년 정책 및 정책관련 자원의 ‘집중화’를 추구하는 정책으로, 청소년 건강증진을 위한 기초여건 조성, 비만예방, 식생활안전, 스포츠 활동, 정신건강 분야의 구체적인 정책을 제시하고 있다. 청소년 건강증진을 위한 기초여건 조

성에는 청소년 건강증진 종합계획 수립, 정기적 인 보건 실태조사, 범부처 청소년 건강개선 정책 협의회의 구성과 운영을 포함하고 있다. 비만예방을 위해서는 학교, 지역 간의 협력체계 구축,

비만 예방 프로그램의 운영과 정착, 비만유발 환경개선을 제시하고 있다. 식생활 안전보장을 위해서 청소년의 식생활 관리능력 함양을 위한 교육 및 환경조성을, 체육활동 장려를 위해서 청소년

<표 1> 아동과 청소년 대상 2010년 국민건강증진 목표(Health Plan 2010)

분야	목표
금연	<ol style="list-style-type: none"> 1. 청소년의 흡연율을 감소시킨다. 2. 청소년의 흡연시도 평균연령이 낮아지는 것을 억제한다. 3. 청소년의 흡연시작 평균연령이 낮아지는 것을 억제한다. 4. 청소년의 금연홍보에 대한 인지율을 높인다. 5. 지난 1년간 흡연예방교육 경험률을 증가시킨다. 6. 청소년의 가정실내 간접흡연 시간을 감소시킨다.
절주	<ol style="list-style-type: none"> 1. 청소년의 월간 음주율을 감소시킨다. 2. 중학교이전에 최초로 음주를 경험하는 학생의 비율을 낮춘다. 3. 청소년의 월간 폭음 경험률을 감소시킨다. 4. 청소년(중고등학생)이 경험하는 음주관련 문제를 감소시킨다. 5. 청소년(중고등학생) 음주운전 경험률(오토바이운전포함)을 감소시킨다.
운동	<ol style="list-style-type: none"> 1. 청소년의 규칙적 중등도 신체활동 참여율을 증가시킨다. 2. 청소년의 규칙적 고강도 신체활동 참여율을 증가시킨다.
영양	<ol style="list-style-type: none"> 1. 칼슘, 철, 비타민A, 리보플라빈을 적정수준으로 섭취하는 인구비율을 증가시킨다. 2. 나트륨을 1일 2,000mg 이하로 섭취하는 인구비율을 증가시킨다. 3. 과일과 채소를 1일 500g 이상 섭취하는 인구비율을 증가시킨다. 4. 중·고등학생 중 최근 일주일 동안 아침식사 섭취 2일 미만인 사람의 비율을 감소시킨다.
과체중과 비만	<ol style="list-style-type: none"> 1. 청소년 비만인구 비율을 현 수준으로 유지한다. 2. 소아 비만인구 비율을 현 수준으로 유지한다.
에이즈·성병 및 혈액매개 전염병관리	<ol style="list-style-type: none"> 1. 청소년의 에이즈(감염인)에 대한 긍정적 태도(에이즈감염 학생의 옆자리 좌석허락여부)를 향상시킨다.
정신보건	전국의 시군구 아동청소년 정신보건사업 수행체계를 구축한다.
구강보건	<ol style="list-style-type: none"> 1. 어린이의 치아우식 경험률을 감소시킨다. 2. 어린이의 우식경험 치아수를 감소시킨다. 3. 어린이의 우식경험 치아 중 치료된 치아비율을 증가시킨다. 4. 청소년의 치주질환 유병률을 감소시킨다. 5. 구강보건실 설치비율을 증가시킨다(초등학교, 특수학교). 6. 어린이의 점심직후 잇솔질 실천율을 증가시킨다.
학교보건	<ol style="list-style-type: none"> 1. 학교보건지원센터를 2010년까지 설립한다. 2. 건강증진학교 네트워크를 구축하고 참여학교를 10% 확보한다. 3. 학생 질병, 위생 및 안전사고 대응시스템을 구축하고 참여학교를 60% 확보한다. 4. 청소년의 건강위해행태(흡연, 음주, 비운동, 약물) 학생인구비율을 감소시킨다. 5. 학생 개인위생 실천율을 증가시킨다. 6. 학생 영양관련문제(과체중과비만, 빈혈 등)를 감소시킨다. 7. 학생(청소년)의 자살률을 감소시킨다. 8. 학생의 성건강증진 <ul style="list-style-type: none"> ○ 10대여학생의 임신경험을 감소시킨다. ○ 6-18세 청소년의 성인 성질환 유병률을 감소시킨다. ○ 6-18세 청소년의 성교육 만족도를 증가시킨다. ○ 6-18세 청소년 중 성병에 대한 적절한 성지식 보유자 비율을 증가시킨다. ○ 6-18세 청소년 중 피임에 대한적절한 성지식 보유자의 비율을 증가시킨다.

출처: 보건복지부, 국민건강증진종합계획, 2005.

<표 2> 분야별 국민건강증진종합계획의 세부 추진계획

분야	세부 추진계획
금연	초중고교의 학생 및 대학생의 흡연예방교육 -흡연예방교육의 내용에 대한 표준화 및 효과검증 -지역의료기관 및 클리닉과 연계한 학생 금연 및 금주 상담 프로그램 개발과 실시 흡연을 모니터링 체계 구축: 흡연관련 실태조사를 청소년은 연 1회 정기적으로 실시
절주 운동	학교음주예방교육 프로그램의 개발 보급을 통해 교사 및 학생 대상 음주예방교육 실시 대상자별 특성에 부합하는 다양한 운동프로그램을 개발하여 보급
영양	영양교육 자료의 개발과 보급, 교육의 실시 고위험 학생의 추서관리 프로그램을 지역자원과 연계하여 도입
과체중과 비만	청소년 비만예방을 위해 학교교과과정, 시설, 급식 등의 개선방안 마련
정신보건	청소년 정신 건강증진 및 자살예방 교육 프로그램 수행
구강보건	학생에 대한 효과적인 구강보건교육 내용과 자료를 개발, 보급
학교보건	효과적인 보건교육자료 개발 및 DB화(기존의 보건교육자료의 체계화 및 수준별 적합성 평가, 주제별 멀티 미디어 보건교육자료개발, 건강증진네트워크와 연계 및 인터넷을 통한 자료DB의 활용도와 접근성 제고, 교사를 위한 자료와 교육 프로그램 개발) 개인위생 실천율 개선을 위한 교육 치아건강교육의 강화 학교운동교육의 강화 학생에 대한 선별적, 체계적인 성교육 실시(청소년 성교육 프로그램 제공, 학생의 수준과 요구에 맞는 학생 성교육자료 개발과 정비, 일탈행태 경력 청소년에 대한 보건교육) 학교보건 관리를 위한 교사역량 강화(흡연, 음주, 약물남용 예방을 위한 교사교육 및 교육자 양성, 정신 건강상담교사 교육, 개인위생관리, 영양 및 치아건강교육을 위한 교사교육, 성병, 만성질환, 전염병 등의 보건교육을 위한 교사교육, 성교육 전문강사 양성 및 보수교육)

출처: 보건복지부, 국민건강증진종합계획, 2005.

<표 3> 학생 건강증진 대책의 주요 내용

	추진과제
1	비만 프로그램 운영·정착
2	학교 내 탄산음료 판매금지 등 비만유발 환경 개선
3	학교급식 영양표시제 운영: 학교급식 식단의 주요 영양량 표시로 자기 식생활 관리능력 및 식품선택 능력배양
4	음주·흡연 등 약물남용 예방 프로그램의 운영·정착
5	학생 정신건강 실태조사 및 전문기관 연계치료 지도
6	점심식사 후 이 닦기 생활화
7	1일 8회 30초 손씻기 운동(1830) 전개
8	학생 질병 조기발견 및 예방강화
9	건강증진을 위한 학교 건강환경 평가제 도입
10	학교환경위생 개선
11	질병예방과 건강증진을 위해 유관기관 간 협조체계 강화

출처: 교육인적자원부, 학생 건강증진대책, 2007.

년 대상 운동프로그램의 개발과 보급 및 여건조성을 함께 추진할 예정이다. 또한 자살예방, 스트레스 관리와 같은 개입 프로그램의 제공과 지원체제 마련 등의 중점 정책도 포함되어 있다.

3. 청소년의 건강행태 및 학교보건교육 실시 현황

가. 청소년의 건강행태

최근 발표된 제 3기 국민건강영양조사(2005), 청소년건강행태조사(2006), 학생신체검사(2006) 결과에 따르면, 청소년 건강행태는 갈수록 악화되는 추세에 있어, 향후 성인세대로 진입 시 현재보다 건강이 나빠질 것으로 전망되었다(국민건강증진정책심의위원회, 2007). 흡연과 음주시작은 1998년 15세에서 흡연은 12.2세, 음주는 12.7세로 빨라지고, 고3 청소년의 흡연율은 남학생이 26.6%, 여학생은 12.1%, 음주율은 남학생 49.3%, 여학생 38.1% 것으로 조사된 바 있다. 또한 고 3의 경우 32.3%가 결식을 하는 등 영양불균형이 심각하였고, 운동부족으로 체력은 감소되고 비만은 빠른 증가현상을 보였다. 정신건강측면에서도 스트레스가 심화되고, 자살시도율이 증가하는 등 최근 청소년의 건강행태의 문제는 심각성이 날이 증가하는 추세에 있으므로 이들을 대상으로 한 개입이 강화될 필요가 있다.

또한 2005년 전국의 초·중·고등학생 2,229명의 주요 건강행태의 행위변화단계 분포(보건복지부, 이화여자대학교, 2005)를 살펴보면, 2/3 정도의 학생들이 자전거나 인라인 스케이트를 이용 시 안전장비를 착용하지 않고 있었으며, 이들 중 과반수 정도는 안전장비의 필요성에 대해 인식조차 하지 않고 있는 것으로 조사되어 올바른 안전교육 제공의 필요성이 강조되었다.

나. 학교보건교육 실시현황

보건복지부, 이화여자대학교(2005)의 연구에서 교사 471명(보건교사 45명 포함)을 대상으로 한 학교보건교육 수행실태 조사결과 자료에 따

르면, 보건교육 연간계획 수립은 초·중·고등학교 모두 대체적으로 잘 실시되고 있는 것으로 나타났다. 그러나, 보건교육 활성화를 위한 교사들의 협력은 실시하지 않고 있다고 답한 경우가 많았다. 또한 학생들의 참여를 유도하는 교육방법의 활용, 생활기술의 연습기회 제공은 잘 실시되고 있지 않는 양상을 보였고, 초등학교에서는 모든 학년에서 보건교육을 실시하는 경우가 약 80%였으나, 중·고등학교에서는 56.5%에 불과하였다.

학교보건교육의 같은 영역에 대하여 교육인적자원부와 시군구 교육청 학교보건 담당자 71명을 대상으로 한 전문가 조사결과에서는 보건교육을 위한 연간 계획 수립의 목표설정과 지침제공, 내용의 연속성, 보건교육의 활성화방안에 관한 지침제공은 비교적 잘 실시되고 있었다. 그러나 보건교육을 위한 연간계획 수립을 제외하고는 명확한 목표 설정이 안 됨으로 인해 평가를 위한 지표 제공의 어려움이 제시되었다. 또한 모니터링 부재로 인한 보건교육의 비연속성(일회성 교육, 단기 교육 등)이 초래되었으며, 보건교육의 핵심인 참여식 교육방법 및 생활기술훈련에 관한 지침제공의 미비로 수요자 중심의 교육서비스 개발이 부족한 실정이었다. 전반적으로 평가 수행이 저조하여 feedback이 부족한 비효과적인 교육 수행의 가능성이 높음을 시사하였다<표 4>.

보건교육의 실시형태는 관련교과목을 통하는 경우가 가장 많았으며(초등 49%, 중·고등 41%) 다음은 보건교육의 고정시간을 통해 진행되는 것(초·중·고 모두 약 30%)으로 조사되었다.

초등학교의 보건교육에서 가장 많이 다루고 있는 주제는 성교육이었으며, 다음은 금연/흡연 예방, 건강한 식습관 순이었다. 중·고등학교에서는 금연/흡연예방교육이 가장 많이 실시되는 것으로 나타났다. 반면에 초·중·고등학교 모두

<표 4> 학교보건교육 실시 현황

	초등교사 (n=124)		중·고등 교사(n=347)		학교보건행정가(n=71)							
	빈도	%	빈도	%	목표설정		지침제공		모니터링		평가수행	
					빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
보건교육 연간계획 수립	113	91.1	253	72.9	45	63.4	55	77.5	6	8.5	16	22.5
모든 학년에서 보건교육 실시	99	79.9	196	56.5	-	-	-	-	-	-	-	-
내용의 연속성 있는 보건교육	78	62.9	166	47.9	26	36.6	44	62.0	3	4.2	9	12.7
학생들의 참여를 유도하는 토론, 협력학습, 역할극 등의 교수방법활용	47	37.9	111	32.0	17	23.9	23	32.4	7	9.9	6	8.5
학생들에게 보건교육을 통해 생활 기술을 연습할 기회 제공	64	51.7	137	39.5	18	25.4	25	35.2	4	5.6	4	5.6
보건교육의 활성화를 위한 보건교사와 보건관련교사 모임여부	16	12.9	90	26.0	23	32.4	45	63.4	6	8.5	9	12.7

출처: 2005년도 보건복지부 건강증진연구사업 “각급 학교를 통한 건강증진사업 추진전략과 프로그램 개발”

스트레스 관리, 성인병관리, 체중관리, 운동, 건강검진은 잘 다루어지지 않는 것으로 나타났다.

4. 학교보건교육 요구도

전국의 초·중·고등학교 2,229명을 대상으로 실시한 학교보건교육에 대한 요구도 조사(보건복지부, 이화여자대학교, 2005)에서, 초등학생의 93.5%와 중·고등학생의 87%가 학교에서 보건교육을 실시해야한다고 답하였다. 그러나 현재의 보건교육에 대한 만족도에서 중·고등학생의 약 65%가 만족하지 않는다, 27%는 전혀 만족하지 않는다는 답변을 하여 보건교육에 대한 만족도는 낮은 경향을 보였다.

학교보건교육의 방법에서 초등학생의 82%, 중·고등학생의 58%가 보건교육 시 다양한 교육방법을 통한 재미있는 수업을 원하였으며, 중·고등학생의 74%는 건강기술훈련이 필요하다고 답하였다. 또한 중·고등학생들은 다양한 교육방법의 활용이 보건교육에서 우선수위의 항목이

되어야 한다는 점을 함께 지적하였다. 배우고 싶은 보건교육 내용에서는 초등학생의 경우 스트레스 관리(64.2%)를 지적한 학생이 가장 많았으며, 다음이 비만예방(41.2%)이었다. 중·고등학생의 경우는 스트레스관리(47.1%), 체중관리(40.3%), 성교육(32.3%)의 순이었다.

학교보건 전문가 조사에서, 학교보건교육 전문가들은 학교의 특성을 고려해 정규 교과과정을 활용한 교육(관련 교과목 활용도 포함)을 가장 바람직한 방법이라는 의견을 제시하였다. 또한 차선택으로 집단교육(특별강연, 비디오 상영 등)과 개별교육(학내 건강교실 운영 등)을 제시하였으며, 외부 관련기관보다는 학내 교육인력의 활용을 선호하였다. 학교 보건교육을 정규 교과과정에서 수행하고자 할 때 적합한 교과목으로는 보건교육 교과목을 신설하는 것이 가장 바람직하다고 응답하였다. 다음이 재량활동시간을 활용하는 것이며, 타 교과목 내에서의 교육 또는 특강 등 교육 내용의 연속성이 떨어질 수 있는 방식은 적합하지 않다는 의견을 제시하였다.

학교 보건교육의 적정 교육시간은 주당 1시간이 적정하다고 응답한 경우가 가장 많았고, 다음이 주당 2시간과 4시간 이상이였다. 학교 보건교육 수행자로서 가장 적합한 담당자는 63.4%가 보건교사라고 응답하였으며, 22.5%가 보건교육 전문가라고 응답하였다. 그러나 보건교사의 주요 업무는 학교 진료실의 건강서비스를 제공하는 것이며, 교육학을 전공한 교육자가 아니기 때문에 현실적으로 교육을 담당하는데 한계가 있을 수 있다는 의견도 제시되었다.

5. 우리나라 학교보건교육의 문제점

가. 체계적 학교보건교육 실시를 위한 법적 근거 및 수행지침 부재

현재 우리나라는 입시 및 지식 위주의 교육 체계 속에서 청소년의 건강이 지니는 교육적 의미가 과소평가 되어 학교보건교육의 의의와 역할에 대한 사회적 공감과 협의가 부족한 실정이다. 2002년 보건복지부가 아동과 청소년 건강증진을 위한 목표설정과 세부적인 사업추진을 계획하고 있으나, 학교보건교육 실시의 근거가 되고 있는 학교보건법과 초·중·고등교육법 및 그 시행령이 사회적 요구에 맞추어 변화하지 못함으로써 관련법이 학교보건교육의 방향을 명확히 제시해 주지 못하고 있다. 그 결과로 보건교육은 독립된 교과로 실시되지 못하고 타 교과목에 분산되어 실시되거나 재량활동과 이벤트 형식으로 진행되고 있는 실정이다. 이러한 학교보건교육의 특성은 초·중·고등학교를 통한 체계적인 보건교육이 실시되지 못하는 가장 큰 원인으로 지적되고 있다. 다행히 최근 학교보건법 개정안이 국회를 통과함에 따라 보건교과의 설치와 운영 등 보건교육체계가 새롭게 확립될 것이라는 기대를 모으고 있다.

나. 건강관리능력(health literacy) 함양을 위한 교육과정 부재

건강관리능력이란 자신의 건강에 미치는 다양한 결정요인(생활양식, 건강관련 환경 등)들에 대하여 통제력을 갖도록 하는 것이다. 건강관련 생활양식과 환경에 대한 통제력을 갖기 위해서는 바람직한 지식과 태도 뿐 아니라 기술, 특히 생활기술(life skill)의 습득이 필수적이다. 그러나 현재 학교에서 실시되고 있는 보건교육은 단편적인 지식이나 정보 전달 중심 교육으로 청소년의 건강행태변화나 환경에 대한 통제력 강화를 위한 효과적인 개입이 되지 못하고 있다. 또한 다루어지는 주제들도 학생들의 보건행태 실태조사 또는 흥미와 관심도에 대한 조사를 바탕으로 하지 않은 일부 주제들로만 한정되어 실시되고 있다. 보건교육의 목표가 실천에 있음을 고려할 때 교육방법 측면에서도 학생들의 활발한 참여를 촉진시키는 교육방법의 활용이 부족한 실정이다.

라. 학교보건교육 담당자의 역량 부족 및 관련 교사간의 협력 부재

교사의 동기유발, 교육기획의 기술에 따라 학교에서 제공되는 보건교육의 양과 질은 달라진다. 보건교육 담당 교사는 교육능력 뿐 아니라 교육의 효과를 향상시키기 위해 학생들이 활용할 수 있는 다양한 서비스와 자원들을 통합시키는 코디네이터의 역할을 동시에 해야 한다. 그러나 이러한 역량을 갖춘 교사가 부족하고, 역량강화를 위한 훈련과정도 드문 실정이다.

또한 현재 보건교육이 관련교과목을 통해 실시되는 경우가 많으므로, 보건교육의 효과를 위해 관련 교사들 간의 협력이 필수적임에도 불구하고, 관련교사들의 협력이 실시되지 않는 양상을 보이고 있다.

마. 학교보건교육의 효과성 향상을 위한 환경적 지원의 부재

사회 경제적 환경의 영향에 적절한 배려와 주의를 기울이지 않고 청소년 개인의 행위변화만을 강조하거나 동기부여를 하는 것은 건강하지 않은 사회의 희생자 비난(victim blaming)이 될 가능성이 있다. 학생을 대상으로 한 건강증진은 단순히 학교에서의 지시적인 접근에 집중하기 보다는 가족과 지역사회에 기반을 둔 포괄적인 보건교육, 건강증진에의 접근과 연계할 필요가 있다. 그러나 현 학교보건교육은 학교 내외의 환경적 지원을 위한 노력과 통합되어 실시되지 못하고 있다. 이러한 측면에서 학교보건교육은 포괄적인 학교보건사업의 틀 안에서 수행될 필요가 있으며, 이는 학교의 환경적 지원 뿐 아니라 지역사회 건강증진사업과의 연계까지를 포함하는 것이다.

6. 우리나라 학교보건교육의 과제

가. 학교보건교육의 체계적 실시를 위한 법적 근거 마련 및 관련부처 간의 협력체계 수립

최근 학교보건법 개정안이 통과됨에 따라 체계적인 학교보건교육 실시의 법적 근거가 마련되었다. 체계적인 보건교육을 위해서는 시행령이나 교육부장관 고시로 보건교과나 과목을 개설하는 것이 필요할 것이다. 또한 청소년 건강증진을 위해서는 보건복지부와 교육인적자원부 및 관련 부처간의 협력이 필수적으로 선행되어야만 불필요한 예산과 자원의 낭비를 예방하고 효율적인 학교 보건교육사업을 실시할 수 있게 된다.

나. 학교보건교육 국가기준 수립

미국의 보건교육 국가기준(National Health

Education Standard)과 같은 국가적 차원의 기준이 마련되어야 한다. 국가적 차원의 보건교육 기준이 제시될 때 학생들의 건강역량 강화를 위한 구체적인 교육목표들이 명확하게 제시될 수 있으며, 이를 달성하기 위한 교육내용(발육 발달 단계별 주요 보건교육 주제들과 이들의 교육순서)과 다양한 교육방법들이 제시될 수 있을 것이다. 참고로 1995년에 공표된 미국의 학교보건교육기준은 학생들이 습득하여야 하는 생활기술 중심으로 구성되어 있다.

다. 지역실정에 맞는 학교보건교육 수행지침 개발

국가차원에서 학교보건교육 실시기준을 제공한다 하더라도, 지방자치단체가 지원하는 지역 특색에 맞는 학교보건교육이 될 수 있도록 노력하는 것이 필요하다. 지역에 따라 우선적으로 해결해야하는 건강위험요인이나 건강보호요인들이 달라지며, 청소년의 건강문제 행동문제도 다를 것으로 예상된다. 따라서 지자체의 예산으로 지역의 특수한 상황에 맞는 근거중심 보건교육정책과 수행지침을 개발하여 활용할 필요가 있다.

라. 수요자 중심 교육과정 개발

학생들이 보건교육을 통하여 바람직한 건강관리능력을 갖출 수 있도록 하기 위해서는 생활기술 중심 교육과정의 개발과 실시가 필요하다. 생활기술이란 사람들이 효과적으로 의사소통하고, 건강한 인간관계를 형성하는 능력, 충분한 정보를 갖춘 상태에서 비판적, 창조적 사고를 하고, 의사결정 및 문제해결을 하는 능력이다. 또한 자신의 삶을 건강하고 생산적인 방식으로 대처하고 관리하는데 도움이 되는 사회심리적 능력도 포함된다. 생활기술을 발달시키

기 위해서는 학생들의 적극적 참여가 보장되는 교육방법의 활용이 필수적이므로, 생활기술 발달에 도움이 되는 창조적인 교육방법의 개발도 포함되어야 한다.

마. 교사의 전문능력 향상을 위한 교육 및 훈련과정 실시

보건교육 교사는 보건교육을 전공하거나 연수교육을 통해 적절한 보건교육 전문가 자격증을 획득하는 과정이 필요하다. 보건교육 전문가는 학생들의 발달과업과 요구, 흥미에 맞는 교과과정을 개발할 수 있어야 하며, 수업의 계획과 실시를 위한 건강행동변화에 대한 지식과 기술이 있어야 한다. 또한 기술습득과 행동변화에 효과적인 다양한 전략들을 활용하는 능력, 성취가능한 성과들을 구성하여 학습결과를 평가하는 능력을 함께 구비하여야 한다.

바. 환경적 접근과 서비스제공을 통합한 학교보건교육 실시

학교보건교육은 환경적 접근과 서비스제공이 통합된 보다 포괄적인 학교보건사업의 틀 안에서 실시되어야 한다. 학교에서 가장 현대적인 접근방법으로 보건교육을 시행한다고 하더라도 교수와 학습에만 초점을 두는 보건교육의 효과성에는 문제가 있을 수 있다. 학교는 하나의 전체로서 건강증진 환경이 되어야 하며, 이는 학교의 교육이념, 정책 그리고 서비스의 측면을 포괄하는 것이어야 한다.

학교보건교육의 효율성을 높이기 위해서는 가족 및 지역주민을 대상으로 수행중인 국민건강증진사업을 적극 활용하는 것이 필요하다. 가족 및 지역사회의 자원과 서비스가 함께 통합됨으로써 건강증진 및 보건교육 프로그램의 개발과 수행이 상호협력 하에 이루어질 때, 자

원의 중복투자를 예방할 수 있다.

또한 학교보건교육사업 성공의 저해요인 중의 하나는 학교와 가정간의 또는 지역사회간의 “문화적 충돌”일 가능성이 높는데, 이는 학교에서 강조하고 있는 가치와 가족, 또는 지역사회의 가치가 상반되는 경우에 발생한다. 따라서 학교건강증진사업은 좀 더 확장된 범위의 사회 환경에 영향을 주려는 노력이 병행되어야 하며 이를 달성하기 위해서는 보건교육이나 건강증진을 담당하는 공무원이나 학교 교직원들의 역할이 매우 중요하다.

사. 근거 중심 학교보건교육 수행을 위한 연구 확대

한정된 자원 내에서 교육효과성을 극대화하기 위해서는 학교보건교육 전략에 대한 과학적 근거확보가 필요하다. 국가적 차원과 지역적 차원에서 실시되고 있는 학교보건교육 전략 및 프로그램 요소들이 과학적 근거중심으로 수행되고 있는지를 주기적으로 검토하고, 그 결과에 따라 보상하는 과정이 필요하다. 또한 과학적 근거들을 확산시키는 노력도 필요하다. 근거확보를 위한 연구수행 시 단순한 건강위험행동에 대한 영향 뿐 아니라 장기적인 건강성과(health outcome)를 평가하는 것이 필요한데, 보다 장기적인 평가수행을 위한 재정확보가 선행되어야 한다.

이상에서 제시된 바를 종합하면, 학교보건교육의 활성화를 위해 최우선적으로 실시되어야 하는 사항은 학교보건교육의 체계성 확립이다. 이를 위해서는 관련법 정비와 더불어 국가차원 및 지역차원의 보건교육 수행기준이 마련되어야 한다. 이러한 틀 안에서 장·단기적인 교육목표, 교육의 우선순위 및 영역별 수행방안, 평가

지표 등이 수립되어야 하며, 이러한 모든 과정을 관리할 포괄적 교육관리모형의 개발도 수행되어야 한다. 또한 학생의 건강증진과 교육성취라는 목적을 효과적, 효율적으로 달성하기 위해서는 학생과 가족, 지역사회의 요구에 맞는 교육과정의 개발과 이를 담당할 교사의 전문성 강화가 필수적이며, 제한된 자원문제를 극복하기 위해서는 지역사회 조직 및 사업과의 협력 체계 강화가 요구된다.

Bremberg S. Health promotion in school age children. *Scad J Soc Med* 1998;26(2): 81-84.

WHO. Skills for Health: Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School. WHO Information Series on School Health, 2001.

참고문헌

- 건강증진법. 2006년 개정.
 교육인적자원부. 학생 건강증진대책. 2007.
 교육인적자원부. 2007년 개정 교육과정. 2007.
 교육인적자원부. 학생신체검사결과 보도자료.. 2006.
 국가청소년위원회. 4차 청소년정책 기본계획. 2007.
 국민건강증진정책심의위원회. 2008년 건강정책의 여건 및 방향(내부자료). 2007.
 김명, 고승덕, 김혜경. 학교보건교육의 이해와 적용. 동문사, 2007.
 보건복지부 질병관리본부. 청소년건강행태조사 (2006). <http://healthy1318.cdc.go.kr>
 보건복지부, 국민건강증진종합계획. 2005.
 보건복지부, 한국보건사회연구원. 제 3기 국민건강 영양조사. 보건복지부, 2005.
 보건복지부, 이화여자대학교. 각급 학교를 통한 건강증진사업 추진전략과 프로그램 개발. 건강증진사업지원단, 2005.
 정영숙, 이정렬. 학교보건. 현문사, 1998.
 학교보건법, 2007년 개정.
 Modeste NN. Dictionary of public health promotion and education. Sage Publication, 1996.
 Meeks L, Heit P, Page R. Comprehensive school health education. McGraw-Hill, 2003.
 Downie RS, Fyfe C, Tannahill A. Health Promotion: Models and Values. Oxford Medical Publications, 1991.

<ABSTRACT>

Future Directions of School Health Education Policy and Practice in Korea

Hye Kyeong Kim*, Seung Duk Ko**

**Health Promotion Research Institute, Korea Association of Health Promotion*

***Department of Health Management, Hyupsung University*

The purpose of this study was to identify the current problems of school health education policies and practices in Korea, and to establish the strategies to improve the effectiveness and efficiency of school health education program.

The severity of adolescents's health problems including obesity, smoking, drug abuse, teen pregnancy, etc has been increased recently and coping strategies to deal with these problems became urgent. The role of school as a key setting for health education should be empathized. However, there were limitations for the effectiveness of school health education in Korea because of the lack of recognition about the importance, guiding principles of the school health education by the school health related law, life skill-focused curriculum, capacity of teachers for health education, and linkage between school and community.

In order to improve the effectiveness of school health education, establishment of infrastructure, national and local health education standard, and operating principles for the school health education program should be provided. Life skill-focused health education curriculum should be developed for the effective health education. Teacher training and education also should be the essential component of school health education program. For the improvement of efficiency in school health education practices, cooperation with family and community support system would be necessary.

Keywords: school health education, health education policy, life skill, health literacy