

대학보건실의 운영체계 및 건강증진 서비스 제공 실태

박천만, 김영복*

계명대학교 공중보건학과, * 대구대학교 건강증진학과

Health Promotion Services and Administrative System of the University Health Clinic

Chun-Man Park*, Young-Bok Kim

Department of Public Health, College of Natural Science, Keimyung University,

* Department of Health Promotion, College of Humanities, Daegu University

<Abstract>

Objectives: This study was conducted to analyze problems and priority of university health services through analysis of health promotion programs and administrative system of university health clinics. **Methods:** In first telephone survey, 349 colleges and universities nationwide were surveyed to find out whether they operate health clinic or not. The administrative system and health promotion services of university health clinics were analyzed in 198 schools which had health clinic in it. **Results:** 160 schools were included in the final analysis. The most common name of university health clinic was 'health clinic' (35.2%), and heads of 52 university health clinics were non-medical school professors. 20.9% of the school provided details of the rules and implement guidelines of health care service. Health promotion services of university health clinic were set the non-smoking area (90.6%), health counseling (81.8%), providing health information (74.8%), health check-up (65.4%), health education (61.4%), partnership with health institutions in a community (61.4%), and immunization (48.1%) in order of that. **Conclusion:** It is urgent to establish the regulatory and guidelines for university health clinic. Each member of school should have interests in their health clinic and acknowledge health promotion services which they can get at the university health clinic.

Key words: University health clinic, Health promotion service, Administrative system

I. 서론

청년기는 발달단계상 청소년에서 성인으로 변화하는 과도기이며, 일생 중 가장 건강한 시기로서, 건강 유지 및 증진의 노력이 미약하고, 건강의 중요성에 대한 인식수준이 낮은 시기이다. 청년기의 건강행동은 성인의 수준으로 습관화되기 때문에 향후 성인기의 건강생활습관을 형성하는 매우 중요한 요소가 된다(이영미, 2007; Turner & Hurley, 2002). 이처럼 청년기의 건강관리는 중·장년기의 건강수준을 결정짓는 초석이 되므로, 질병을 예방하고 스스로의 건강을 관리할 수 있는 능력을 습득하는 것이 중요하다. 또

한 학교보건사업의 대상은 학생에 그치는 것이 아니라 교직원 및 가족, 지역사회를 대상으로 포괄적인 건강관리를 제공하는 사업으로 그 중요성이 날로 강조되고 있다(문옥륜, 2001).

대학생은 대부분 미성년자에서 성인으로 변화하는 과도기에 있는 20대 청년들로서, 대학진학과 함께 음주, 흡연, 약물남용과 같은 건강위험행동을 무분별하게 수행함으로써 건강잠재력을 저하시키고, 전 생애에 영향을 미칠 수 있는 불건강한 생활습관을 형성하기도 한다. 특히 청년기의 불건강한 생활은 건강의 잠재적 위험요인이 되어 질병 발생의 원인이 되기도 한다. 대학입시에 전념했던 청소년기

* 이 논문은 2007년도 교육인적자원부 정책연구개발비의 지원에 의해 수행된 연구임(정책연구개발사업 2007-위탁-70)

교신저자: 김영복

경상북도 경산시 진량읍 대구대로 201 대구대학교 인문대학 건강증진학과

전화: 053-850-6093 팩스: 052-850-6099 E-mail: healthkyb@daegu.ac.kr

▪ 투고일 10.05.24

▪ 수정일 10.06.09

▪ 게재확정일 10.06.12

를 벗어나, 법적인 성인으로 학업 및 생활의 자율성이 높아짐에 따라 잘못된 대학 캠퍼스 문화에 동화되어 흡연, 과다 음주, 폭음, 불규칙한 식습관, 불건전한 성생활 등의 건강 위험요인에 대한 통제력이 약화되기도 한다(임국환 등, 2004; 김광기 등, 2006; 서동배 등, 2008; Misch, 2009).

이러한 불건전한 생활습관은 대학에 진학하여 학업을 성취하고자 하는 대학생들의 장애요인으로 작용할 수 있다. 이를 개선하기 위해 대학(교)은 대규모의 학생 및 교직원의 건강을 관리하고, 질병을 예방하고, 조기 발견하여 치료할 수 있는 비용-효과적인 사업을 수행할 수 있는 장소가 되어야 한다. 2008년의 통계에 의하면, 우리나라의 대학 평균진학률은 83%가 넘고 있으며, 대학교 199개교, 전문대학 146개교로 총 345개의 국내 대학(교)이 있고, 대학원 1,115개교를 포함하여 총 3,217,690명이 대학 캠퍼스에서 생활하고 있다(교육과학기술부, 2010). 이러한 학생 수는 2021년까지 지속적으로 증가할 추세이다(교육통계서비스, 2010). 즉 대학(교)은 이미 학업을 성취하는 장소일 뿐 아니라 학문적 전문성을 향상시키기 위해 다수의 청년들이 생활하는 생활터(setting)로 의미가 확대되고 있다.

이를 위해 국가는 학생들의 학업 성취를 돕기 위해 학교보건법 제1조에서 명시된 바와 같이 학생 및 교직원의 건강을 보호·증진시키고자 노력하고 있으며, 이에 필요한 시책 및 필요 시설, 기구 등에 대해 학교보건법 제2조의2, 제3조 및 동법 시행령 제2조에 의거하여 규정하고 있다(법제처, 2010). 또한 대학에 보건실을 설치하여 교내 위생시설의 관리, 보건교육, 건강상담, 응급진료 등 대학 구성원들의 보건에 필요한 제반 사업을 실시하도록 학교보건법 및 동법 시행령에서 규정하고 있다. 대학평가를 실시하는 전국대학교육협의회는 1997년에 평가항목에 보건실(보건진료실) 설치 유무를 포함시켜 학생 건강상담, 일차적 진료, 정기적인 건강진단, 결핵 또는 간염 등 전염병예방 및 관리사업, 구강보건관리, 교내 급수 및 환경위생시설관리 등을 수행하도록 독려하고 있으며, 대학 구성원이 대학보건실을 이용할 수 있도록 유도하고 있다(대교협, 1997; 홍강식, 1998; 박천만 등, 2007).

반면 우리나라는 초·중등교육기관을 중심으로 학교보건사업이 전개되어 왔으며, 아직까지 고등교육기관인 대학(교)을 중심으로 한 학교보건사업은 등한시 되어왔다(박천만 등, 2007). 법적 구속력이 미약하여 일부 대학(교)의 경우

학교보건조직 설치에 대한 규정 및 지침이 마련되어 있지 않고, 대학생들을 위한 보건관리활동 내용이나 방법에 대한 표준화된 지침이 제공되지 않아 각 대학마다 자체적으로 프로그램을 운영하고 있다. 또한 대학 내 보건실(이하 대학보건실)에 관한 명칭이 통일되어 있지 않으며, 대학보건실에 대한 관심부족, 전문적인 보건의료인력의 부족, 시설장비의 부족과 제도상의 문제로 인하여 대학보건실 운영주체가 불분명하며, 대학보건실의 제공서비스가 이용자인 학생과 교직원들의 건강 요구에 기초하여 운영되지 못하여 대학보건실의 역할과 기능에 대한 의문이 제기되고 있다.

한편 미국은 1920년에 대학생을 위한 보건협회를 설립하였고, 1952년부터 전문학술지를 출간하고, 1960년에 대학보건프로그램의 지침과 수행방안을 개발하기 위한 노력을 시작하였다(Turner & Hurley, 2002). 미국 대학보건협회(American College Health Association)는 대학보건실의 운영실태 및 대학생 건강생활실천에 관한 기초자료를 생성하고, 관리하기 위해 2000년부터 전국대학건강조사(ACNA-NCHA)를 통해 자료를 수집하고 있으며, 통합적인 수행지침 개발의 근거를 마련하고 있다(Zimmer 등, 2003; ACHA, 2005, 2007, 2008, 2010; Kupchella, 2009). 일본의 대학보건협회(Japan University Health Association)는 대학보건실 운영 및 대학구성원의 건강 향상을 위한 기초자료를 수집하여 건강증진 프로그램 개발의 기초자료로 활용하고 있다(JUHA, 2007). 그러나 우리나라는 외국의 사례와 비교할 때, 대학구성원들의 건강증진에 관한 체계적인 접근과 건강증진사업의 필요성에 관한 인식이 부족한 실정이다(손무인, 1983; 이종렬과 박천만, 1999; 권수경, 2001). 대학보건실은 대학구성원인 학생과 교직원을 대상으로 지속적인 보건서비스를 제공하고 건전한 교육환경을 조성하고, 보건교육을 수행함으로써 학교보건의 근본 목적에 부합할 수 있는 보건조직이다. 최근 들어 대학생들의 건강 증진을 통한 학업 성취 및 교직원의 건강 증진을 도모하기 위한 대학보건실의 필요성은 제기되고 있으나, 현행 대학보건실의 기능은 급변하는 사회 및 보건의료 환경과 학생 및 교직원들의 건강 요구를 반영하지 못하고 있다.

따라서 본 연구는 전국 대학(교)의 대학보건실 활용 수준을 살펴보기 위해 전국 대학(교)의 대학보건실 설치 현황 및 대학보건실의 운영체계, 건강증진 프로그램의 제공 실태를 파악하는 한편, 대학의 학제 및 부속의료기관과의

연계수준에 따른 대학보건실의 운영체계, 건강증진 프로그램의 제공 현황을 살펴보고, 대학(교) 건강증진사업의 질적 개선을 위한 우선과제를 분석함으로써 대학 보건정책 수립에 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 연구방법

전국 대학(교)의 대학보건실 운영체계 및 건강증진 서비스 제공 실태를 조사하기 위해 2007년도 5월말을 기준으로 교육인적자원부에 등록된 대학교 221개, 전문대학 155개

중 원격대학, 각종대학, 사내대학, 기술대학 제외한 349개교를 대상으로 2007년 9월 20일부터 2007년 10월 30일까지 대학보건실 유무 및 운영체계, 제공서비스에 관한 실태조사를 실시하였다. 대학보건실 운영 유무에 관한 1차 전화조사를 실시한 후, 대학보건실을 운영하고 있는 243개 학교(69.6%)를 대상으로 이메일을 활용하여 2차 보건실 운영 실태에 관한 설문조사를 실시하였다. 설문에 응답한 대학(교)은 총 198개교로, 81.5%의 회수율을 보였고, 주요 분석 항목의 응답을 누락시킨 38개교를 제외한 160개교(80.8%)의 자료를 최종 분석대상으로 하였다.

<표 1> 조사대상 대학(교)의 특성

구분	대학교			전문대학			계
	국·공립	사립	소계	국·공립	사립	소계	
소재지							단위: 수 (%)
서울경기	7(21.9)	37(40.2)	44(35.5)	2(33.3)	28(41.2)	30(40.5)	74(37.4)
충청강원	10(31.3)	26(28.3)	36(29.0)	1(16.7)	11(16.2)	12(16.2)	48(24.2)
호남제주	6(18.8)	10(10.9)	16(12.9)	1(16.7)	11(16.2)	12(16.2)	28(14.1)
영남	9(28.1)	19(20.7)	28(22.6)	2(33.3)	18(26.5)	20(27.0)	48(24.2)
재학생수							
1000명 미만	-	9(9.8)	9(7.3)	2(33.3)	4(5.9)	6(8.1)	15(7.6)
1000~5000명 미만	11(34.4)	21(22.8)	32(25.8)	3(50.0)	43(63.2)	46(62.2)	78(39.4)
5000~10000명 미만	13(40.6)	30(32.6)	43(34.7)	1(16.7)	19(27.9)	20(27.0)	63(31.8)
10000~15000명 미만	3(9.4)	17(18.5)	20(16.1)	-	-	-	20(10.1)
15000명 이상	5(15.6)	12(13.0)	17(13.7)	-	-	-	17(8.6)
무응답	-	3(3.3)	3(2.4)	-	2(3.0)	2(2.7)	5(2.5)
교직원수							
500명 미만	18(56.3)	57(62.0)	75(60.5)	5(83.3)	66(97.1)	71(96.0)	146(73.7)
500~1000명 미만	9(28.1)	18(19.6)	27(21.8)	1(16.7)	-	1(1.3)	28(14.1)
1000명 이상	5(15.6)	12(13.0)	17(13.7)	-	-	-	17(8.6)
무응답	-	5(5.4)	5(4.0)	-	2(2.9)	2(2.7)	7(3.6)
부속의료기관 연계							
연계기관 있음	8(25.0)	32(34.8)	40(32.3)	-	5(7.4)	5(6.8)	45(22.7)
연계기관 없음	24(75.0)	60(65.2)	84(67.7)	6(100.0)	63(92.6)	69(93.2)	153(77.3)
계	32(100.0)	92(100.0)	124(100.0)	6(100.0)	68(100.0)	74(100.0)	198(100.0)

조사에 참여한 대학(교)의 학제별 분포는 종합대학교가 124개교(62.6%), 전문대학이 74개교(37.4%)이었고, 종합대학교 중 국·공립이 32개교(16.2%), 사립이 92개교(46.5%), 전문대학 중 국·공립이 6개교(3.0%), 사립이 68개교(34.4%)이었다. 소재 지역별 분포는 서울·경기지역이 74개교(37.4%), 충청·강원지역과 영남지역이 48개교(24.2%), 호남·제주지역이 28개교(14.1%)이었다. 재학생 규모별 분포는 1,000~5,000명 미만인 학교가 78개교(40.4%)로 가장 많았고, 다음으로 5,000~10,000명 미만이 63개교(32.6%)이었다. 교직원수는 500명 미만 학교가 146개교(76.4%)로 가장 많았고, 부속병원이 있는 학교는 45개교(22.7%)이었다(표 1).

설문지는 대학의 특성, 대학보건실의 운영체계, 대학보건실에서 제공하는 건강증진 서비스, 대학보건사업의 질적 개선을 위한 우선과제에 관한 내용으로 구성되었다. 첫째, 대학의 특성을 살펴보기 위해 대학 학제, 소재 지역, 재학생 규모, 교직원수, 부속의료기관 연계 등에 관한 내용을 포함하였다. 둘째, 운영체계 및 건강증진 서비스 내용을 살펴보기 위해 학교보건법에 명시된 학교보건관리기준을 중심으로 학교보건정책, 인적 및 물적 자원, 건강증진 서비스(진료, 건강검진, 정보제공, 건강상담, 예방접종, 보건교육) 등에 관한 사항을 포함하였다. 이 중 건강상담과 보건교육의 구체적인 내용을 살펴보기 위해 상담 및 교육 주제, 정보제공 방법에 관한 사항을 조사하였다.

대학(교)에서 대학보건실을 통해 제공되고 있는 서비스의 내용 및 운영체계를 살펴보고, 건강증진 서비스의 질적 개선을 위해 우선적으로 해결해야 할 과제에 대해 파악하기 위해 SPSS ver.12.0을 활용하여 빈도와 백분율로 산출하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 대학보건실의 운영체계

대학의 학제 및 부속의료기관의 연계수준별 대학보건실의 운영체계를 살펴보면 <표 2>와 같다. 대학보건실의 명칭은 ‘보건진료소’가 56개교(35.2%)로 가장 많았고, ‘보건실’이 34개교(21.4%), ‘보건소’가 19개교(11.9%), ‘양호실’이 8개교(5.0%)이었다. 기타 명칭으로는 ‘의무실’, ‘보건진료실’, ‘보건관리소’, ‘보건관리실’, ‘보건센터’가 포함되어 있었다. 대학교에서는 48.7%가 ‘보건진료소’라는 명칭을 사용하고 있었으며, 다음으로 ‘보건소’(14.8%), ‘보건실’(11.3%)의 순이었다. 전문대학은 ‘보건실’이 47.7%로 가장 많았으며, ‘양호실’, ‘건강관리실’이 각각 11.4%이었다. 부속의료기관이 있는 대학(교)에서는 ‘보건진료소’(52.3%)라는 명칭을 가장 많이 사용하였고, 부속의료기관이 없는 학교에서는 ‘보건진료소’(28.7%), ‘보건실’(24.3%)을 많이 사용하였다.

대학보건실의 책임자는 의과대학 교수인 경우가 25개교(16.1%)이었고, 의과대학 교수가 아닌 일반 학과에 재직 중인 교수가 책임자인 학교는 52개교(33.5%)로 의과대학 교수보다 2배 정도 많았다. 또한 직제에는 있으나, 책임자가 공석인 학교가 12개교(7.7%)로 부속의료기관이 없는 대학(교)에서 서비스 총괄인력이 공석인 비율이 높았다. 부속의료기관이 있는 대학(교)에서는 의과대학 교수가 책임자인 경우가 53.5%로 높은 분포를 보였고, 기타 책임자에는 간호사, 총무·학생·산학 등의 행정관련 부서의 장이 포함되었다.

<표 2> 대학보건실의 운영체계

구 분		학 제		부속의료기관 연계		계
		대학교	전문대학	있음	없음	
명칭	보건진료소	56(48.7)	-	23(52.3)	33(28.7)	56(35.2)
	보건소	17(14.8)	2(4.5)	5(11.4)	14(12.2)	19(11.9)
	건강관리실	1(0.9)	5(11.4)	1(2.3)	5(4.3)	6(3.8)
	양호실	3(2.6)	5(11.4)	-	8(7.0)	8(5.0)
	보건실	13(11.3)	21(47.7)	6(13.6)	28(24.3)	34(21.4)
	보건진료센터	2(1.7)	-	2(4.5)	-	2(1.3)
	의료지원센터	3(2.6)	-	-	3(2.6)	3(1.9)
	기타	20(17.4)	11(25.0)	7(15.9)	24(20.9)	31(19.5)
소계		115(100.0)	44(100.0)	44(100.0)	115(100.0)	159(100.0)

단위: 수 (%)

구 분		학제		부속의료기관 연계		계
		대학교	전문대학	있음	없음	
책임자	의과대학 교수	25(22.5)	-	23(53.5)	2(1.8)	25(16.1)
	일반학과 교수	32(28.8)	20(45.5)	6(14.0)	46(41.1)	52(33.5)
	축탁의사(상근)	1(0.9)	-	1(2.3)	-	1(0.6)
	축탁의사(비상근)	3(2.7)	-	1(2.3)	2(1.8)	3(1.9)
	기타	42(37.9)	20(45.5)	9(20.9)	53(47.3)	62(40.0)
	공석	8(7.2)	4(9.0)	3(7.0)	9(8.0)	12(7.7)
소계		111(100.0)	44(100.0)	43(100.0)	112(100.0)	155(100.0)
면적	33㎡ 미만	18(15.8)	17(38.6)	2(4.7)	33(28.7)	35(22.2)
	33~99㎡	60(52.6)	24(54.5)	20(46.5)	64(55.7)	84(53.2)
	99~165㎡	22(19.3)	3(6.8)	12(27.9)	13(11.3)	25(15.8)
	165㎡이상	14(12.3)	-	9(20.9)	5(4.3)	14(8.9)
	소계	114(100.0)	44(100.0)	43(100.0)	115(100.0)	158(100.0)
병상수	병상 없음	11(9.6)	2(4.5)	5(11.4)	8(7.0)	13(8.2)
	1~3병상	52(45.2)	20(45.5)	19(43.2)	53(46.1)	72(45.3)
	4~6병상	38(33.0)	20(45.5)	16(36.4)	42(36.5)	58(36.5)
	7개 이상 병상	14(12.2)	2(4.5)	4(9.1)	12(10.4)	16(10.1)
	소계	115(100.0)	44(100.0)	44(100.0)	115(100.0)	159(100.0)
수행지침	구체적 지침 제공	25(21.9)	8(18.2)	12(27.3)	21(18.4)	33(20.9)
	간략한 지침 제공	59(51.8)	19(43.2)	24(54.5)	54(47.4)	78(49.4)
	독립된 지침 없음	30(26.3)	17(38.6)	8(18.2)	39(34.2)	47(29.7)
	소계	114(100.0)	44(100.0)	44(100.0)	114(100.0)	158(100.0)

<표 3> 대학보건실의 보건의료인력 정규직 채용 실태

단위: 수

보건의료인력*	학제		부속의료기관 연계		계 (n=159)
	대학교 (n=115)	전문대학 (n=44)	있음 (n=44)	없음 (n=115)	
의사	10	-	7	3	10
간호사	72	20	34	58	92
간호조무사	10	2	9	3	12
약사	7	-	5	2	7
보건직	3	1	2	2	4
치과위생사	5	-	4	1	5
의료기사	7	-	4	3	7
행정직	14	4	6	12	18
기타	1	2	-	3	3

* 복수응답

보건실의 면적은 33~99㎡인 대학(교)이 84개교(53.2%)로 가장 많았고, 165㎡이상인 대학도 14개교(8.9%)가 있었다. 병상수는 1~3개인 경우가 72개 대학(45.3%)으로 가장 많았고, 4~6개가 58개 대학(36.5%), 7개 이상 16개 대학

(10.1%)의 순이었으며, 병상이 하나도 없는 대학(교)은 13개교(8.2%)이었다.

보건실이 설치되어 있는 대학의 보건의료서비스 담당자의 업무규정 및 지침제공을 구체적으로 제공하고 있는 대

학은 33개교(20.9%), 간략한 지침만 제공하는 대학은 78개교(49.4%)였고, 독립된 지침이 없는 대학이 47개교(29.7%)이었다. 부속의료기관이 있는 대학(교)은 대학보건실의 수행지침을 81.8%가 마련하고 있었으나, 부속의료기관이 없는 대학(교)은 65.8%만이 수행지침을 제공하고 있어, 부속의료기관과의 연계수준이 높을수록 독립된 지침을 제공하는 비율이 높았다.

대학보건실에 근무하는 보건의료인력의 정규직 분포를 살펴보면, 의사(한의사, 치과의사 포함), 간호사, 간호조무사, 약사, 보건직, 치과위생사, 의료기사, 행정직, 기타(조교, 근로학생, 물리치료사, 상담요원 등) 등이 정규직으로 대학보건실에서 근무하고 있었다. 이중 의사(한의사, 치과의사 포함)를 정규직으로 근무하고 있는 대학(교)은 10개교에 불과하였고, 37개교에서 의사가 비정규직으로 근무하고 있었다. 반면, 간호사는 92개교에서 정규직으로, 52개교에서 비정규직으로 근무하고 있어, 의사보다 간호사가 정규직으로 근무하는 대학(교)이 더 많았으며, 부속의료기관이 있는 대학(교)에서 의사와 약사를 정규직으로 채용하는 경향을 보였다(표 3).

2. 대학보건실의 건강증진서비스

대학보건실의 제공 서비스를 살펴보면, 금연구역 설정이 145개교(90.6%)로 가장 많았고, 다음이 건강상담 서비스가 130개교(81.8%), 건강정보 제공이 119개교(74.8%), 건강검진 실시가 104개교(65.4%), 보건교육 수행이 97개교(61.4%), 지역사회 관련기관의 연계체계 구축이 97개교(61.4%), 예방접종 실시가 76개교(48.1%), 의사진료 서비스 제공이 42개교(26.3%)이었다. 종합대학교가 전문대학보다, 부속의료기관이 있는 대학(교)이 부속의료기관이 없는 대학(교)보다 건강증진 서비스 제공율이 높은 것으로 나타났다(표 4).

건강검진을 실시하고 있는 104개교 중 건강검진 대상자가 교직원으로 국한된 대학(교)이 51개교(49.0%)로 가장 많았고, 기숙사 입사생을 대상으로 하는 대학이 20.2%, 신입생과 재학생, 교직원 모두를 대상으로 하는 대학이 17.3%이었다(표 5). 건강검진을 1년에 1회 실시하는 대학(교)은 59개교(56.7%)이었고, 2년에 1회 실시하는 학교는 30개교(28.8%)이었다. 종합대학교 중 61%, 전문대학 중 44.4%, 부속의료기관이 있는 학교 중 63.3%, 부속의료기관이 없는 학교 중 54.1%가 건강검진을 1년에 1회 실시하였다.

건강상담 서비스를 제공하는 130개교 중 상담내용에 대

해 응답하지 않은 1개교를 제외한 129개교의 건강상담 내용을 살펴보면 <표 6>과 같다. 학생 개인상담이 92.2%로 가장 많았고, 다음이 교직원 개인상담이 89.9%, 임신상담이 30.2%, 심리상담이 24.8%, 성병/에이즈 상담이 22.5%이었다. 종합대학교가 전문대학보다, 부속의료기관이 있는 대학(교)이 부속의료기관이 없는 대학(교)보다 건강상담 서비스 제공율이 높았다.

보건교육을 실시하는 97개교 중 교육내용에 대해 응답하지 않은 4개교를 제외한 93개교의 보건교육 내용을 살펴보면, 금연이 82개교(88.2%)로 가장 많았고, 다음이 체중조절과 절주가 각각 52개교(55.9%), 혈압이 51개교(54.8%), 성·피임이 50개교(53.8%), 당뇨가 47개교(50.5%), 운동이 42개교(45.2%), 응급처치가 39개교(41.9%), 건강검진이 37개교(39.8%), 전염성질환/예방접종이 35개교(37.6%) 등의 순이었다(표 7). 교육내용은 금연, 절주, 체중조절, 운동과 같은 건강생활실천에 관한 사항, 혈압, 당뇨, 암과 같은 만성질환예방에 관한 사항, 건강검진, 성·피임과 같은 가족건강에 관한 사항, 에이즈, 예방접종 등을 포함한 전염성질환 예방에 관한 사항 등으로 구분되었다. 이 중 보건교육을 실시하는 대학교의 교육내용을 살펴보면, 금연이 62개교(89.9%)로 가장 많았고, 다음이 체중조절, 절주, 성·피임, 혈압 등의 순이었고, 전문대학에서는 금연이 20개교(83.3%)로 가장 많았고, 다음이 혈압, 절주, 당뇨, 체중조절, 성·피임 등의 순이었다.

건강정보를 제공한다고 응답한 119개교 중 제공방법을 응답하지 않은 2개교를 제외한 117개교의 정보제공 방법을 살펴보면 <표 8>과 같다. 학교 홈페이지를 활용하여 정보를 제공하는 학교가 58개교(49.6%)로 가장 많았고, 다음이 교내게시판(47.9%), 리플릿(29.9%), 유인물(27.4%), 기타(25.6%), 학보(23.1%), 건강강좌(20.5%) 등의 순이었다. 기타 제공방법에는 개인 이메일 발송, 개별 휴대전화 SMS 발송, 보건실 자체 홈페이지 운영 등이 포함되었다. 또한 대학교는 학교 홈페이지, 유인물, 리플릿, 소책자, 건강강좌, 학교방송 등의 활용수준이 높은 반면, 전문대학은 주로 학교 홈페이지, 교내게시판, 학보, 기타 등을 통해 건강정보를 제공하는 것으로 나타났다. 부속의료기관이 있는 대학(교)은 부속의료기관이 없는 대학보다 유인물, 리플릿, 소책자, 영상자료와 같은 교육 자료를 적극적으로 활용하는 것으로 나타났다.

<표 4> 대학보건실의 제공 서비스*

단위: 수 (%)

구분	학제		부속의료기관 연계		계 (n=160)
	대학교 (n=115)	전문대학 (n=45)	있음 (n=44)	없음 (n=116)	
의사진료	42(36.5)	-	21(47.7)	21(18.1)	42(26.3)
건강검진	77(67.0)	27(61.4)	30(68.2)	74(64.3)	104(65.4)
건강상담	99(86.1)	31(70.5)	41(93.2)	89(77.4)	130(81.8)
예방접종	62(53.9)	14(32.6)	28(63.6)	48(42.1)	76(48.1)
건강정보제공	88(76.5)	31(70.5)	37(84.1)	82(71.3)	119(74.8)
보건교육	72(62.6)	25(58.1)	33(75.0)	64(56.1)	97(61.4)
금연구역 설정	105(91.3)	40(88.9)	37(84.1)	108(93.1)	145(90.6)
지역사회 연계	72(63.2)	25(56.8)	31(70.5)	66(57.9)	97(61.4)

* 복수응답

<표 5> 대학보건실의 건강검진 대상* 및 실시주기

단위: 수 (%)

구분		학제		부속의료기관 연계		계 (n=104)
		대학교 (n=77)	전문대학 (n=27)	있음 (n=30)	없음 (n=74)	
검진 대상	신입생	11(14.3)	5(18.5)	6(20.0)	10(13.5)	16(15.4)
	재학생	2(2.6)	5(18.5)	2(6.7)	5(6.8)	7(6.7)
	교직원	33(42.9)	18(66.7)	5(16.7)	46(62.2)	51(49.0)
	신입생+재학생	12(15.6)	1(3.7)	10(33.3)	3(4.1)	13(12.5)
	신입생+재학생+교직원	16(20.8)	2(7.4)	7(23.3)	11(14.9)	18(17.3)
	일부학과 학생으로 제한	1(1.3)	2(7.4)	1(3.3)	2(2.7)	3(2.9)
	기숙사 입사생*	20(26.0)	1(3.7)	6(20.0)	15(20.3)	21(20.2)
	기타*	1(1.3)	-	-	1(1.4)	1(1.0)
검진 주기	1회/6개월	6(7.8)	-	2(6.7)	4(5.4)	6(5.8)
	1회/1년	47(61.0)	12(44.4)	19(63.3)	40(54.1)	59(56.7)
	1회/2년	20(26.0)	10(37.0)	4(13.3)	26(35.1)	30(28.8)
	1회/4년	2(2.6)	-	2(6.7)	-	2(1.9)
	기타	2(2.6)	5(18.5)	3(10.0)	4(5.4)	7(6.7)

* 복수응답

<표 6> 대학보건실의 건강상담 유형*

단위: 수 (%)

구분	학제		부속의료기관 연계		계 (n=129)
	대학교 (n=99)	전문대학 (n=30)	있음 (n=41)	없음 (n=88)	
학생 개인상담	92(92.9)	27(90.0)	39(95.1)	80(90.9)	119(92.2)
교직원 개인상담	92(92.9)	24(80.0)	41(100)	75(85.2)	116(89.9)
심리상담	26(26.3)	6(20.0)	9(22.0)	23(26.1)	32(24.8)
성병/에이즈상담	22(22.2)	7(23.3)	11(26.8)	18(20.5)	29(22.5)
임신상담	30(30.3)	9(30.0)	15(36.6)	24(27.3)	39(30.2)
기타	7(7.1)	4(13.3)	4(9.8)	7(8.0)	11(8.5)

* 복수응답

<표 7> 대학보건실의 보건교육 내용*

단위: 수 (%)

구분	학계		계 (n=93)
	대학교 (n=69)	전문대학 (n=24)	
금연	62(89.9)	20(83.3)	82(88.2)
절주	39(56.5)	13(54.2)	52(55.9)
운동	31(44.9)	11(45.8)	42(45.2)
체중조절	40(58.0)	12(50.0)	52(55.9)
성·피임	38(55.1)	12(50.0)	50(53.8)
약물남용	15(21.7)	4(16.7)	19(20.4)
폭력	9(13.0)	6(25.0)	15(16.1)
정신건강	22(31.9)	3(12.5)	25(26.9)
응급처치	32(46.4)	7(29.2)	39(41.9)
건강검진	28(40.6)	10(37.5)	37(39.8)
전염성질환/예방접종	28(40.6)	7(29.2)	35(37.6)
AIDS	20(29.0)	6(25.0)	26(28.0)
혈압	37(53.6)	14(58.3)	51(54.8)
당뇨	34(49.3)	13(54.2)	47(50.5)
암	21(30.4)	7(29.2)	28(30.1)
기타	12(17.4)	3(12.5)	15(16.1)

* 복수응답

<표 8> 대학특성별 대학보건실의 정보제공 방법*

단위: 수 (%)

구분	학계		부속의료기관 연계		계 (n=117)
	대학교 (n=87)	전문대학 (n=30)	있음 (n=36)	없음 (n=81)	
학보	19(21.8)	8(26.7)	14(38.9)	13(16.0)	27(23.1)
학교방송	10(11.5)	1(3.3)	7(19.4)	4(4.9)	11(9.4)
유인물	26(29.9)	6(20.0)	16(44.4)	16(19.8)	32(27.4)
리플릿	29(33.3)	6(20.0)	18(50.0)	17(21.0)	35(29.9)
소책자	20(23.0)	3(10.0)	11(30.6)	12(14.8)	23(19.7)
교내게시판	40(46.0)	16(53.3)	20(55.6)	36(44.4)	56(47.9)
학교 홈페이지	46(52.9)	12(40.0)	19(52.8)	39(48.1)	58(49.6)
건강강좌	20(23.0)	4(13.3)	8(22.2)	16(19.8)	24(20.5)
영상자료	16(18.4)	1(3.3)	10(27.8)	7(8.6)	17(14.5)
기타	23(26.4)	7(23.3)	13(36.1)	17(21.0)	30(25.6)

* 복수응답

3. 대학보건실 발전을 위해 우선적으로 해결해야 할 과제

보건실이 설치되어 있는 대학(교)의 사업발전을 위한 우선적으로 해결해야 할 과제를 운영체계, 필요인력, 제공서비스로 구분하여 살펴보면 <표 9>와 같다. 대학교에서는 운영체계 중 1순위로 개선해야 할 과제가 관련법 및 규정의 미비(24.4%), 절대인력수의 부족(12.6%), 예산부족

(11.7%), 인력의 전문성 부족(11.7%) 등인 것으로 나타났고, 2순위 과제가 대학보건실의 기능 미정립(18.2%), 학교당국의 관심 및 지원 부족(15.4%), 대학보건실의 시설 및 장비 부족(14.5%) 등인 것으로 나타났다. 전문대학에서는 운영체계 중 1순위로 개선해야 할 과제가 학교당국의 관심 및 지원 부족(20.8%), 학생 및 교직원의 인식부족(18.6%), 인력의 전문성 부족(14.0%) 등인 것으로 나타났고, 2순위 과

제가 대학보건실의 기능 미정립(23.2%), 대학보건실의 시설 및 장비 부족(11.6%) 등인 것으로 나타났다.

이러한 우선순위를 통해 대학교와 전문대학의 발전과제에 차이가 있음을 알 수 있었다. 대학교는 관련법 및 규정 등 법적 뒷받침을 강조한 반면, 전문대학은 대학 구성원들의 인식 제고가 우선적으로 필요함을 제시하였다. 또한 인력 지원, 대학보건실의 기능 확립, 자원 확보 등은 공통된 우선과제로 대학보건실의 질적 향상을 위해 제고해야 할 사항으로 지적되었다.

필요인력에 관한 우선순위를 살펴보면, 대학교와 전문대학 모두 정규직 간호사가 1순위 필요인력인 것으로 나타났다. 또한 제공 서비스의 우선순위를 살펴보면, 대학교의 경우 1순위에는 재학생/교직원 일차 진료(53.7%, 37.4%), 다음이 응급의료서비스, 건강검진 순이었다. 2순위에는 건강증진서비스(23.7%)가 가장 많았고, 다음이 재학생/교직원 일차 진료, 건강검진 순이었다. 전문대학의 경우에도 대학교와 같이 1순위는 재학생/교직원 일차 진료, 응급의료서비스, 건강검진 순이었고, 2순위는 건강증진서비스, 건강검진, 재학생/교직원 일차 진료 순이었다. 이러한 우선순위를 통해 대학보건실에서 1순위로 제공되어야 할 서비스는 일차 진료와 건강검진인 것으로 나타났고, 2순위 제공 서비스는 건강증진서비스인 것으로 나타났다.

IV. 논의

대부분의 대학생들을 포함하는 청년기는 청소년기에서 성인기로 전환하는 과도기에 해당하며, 발육발달 특성상 신체적으로 가장 건강한 시기에 해당된다. 이와 함께 사회적 책임감 부여, 학업을 통한 전문성 확보, 향후 취업 진로에 관한 의사결정, 자유로운 이성교제 등으로 인하여 정신적 혼란에 직면하는 시기이기도 하다(박천만 등, 2007; 서동배 등, 2008; Turner & Hurley, 2002). 이러한 청년기의 특성 및 대학 문화를 반영한 대학생들의 학업 성취를 도울 수 있는 조직과 관리방안, 건강증진 서비스가 제공되어야 한다. 그러나 무엇보다 대학교 건강증진사업을 지원할 수 있는 관련법 및 규정, 정책, 지침이 제공되어 대학 구성원들의 욕구를 반영한 건강증진 서비스가 제공되는 것이 바람직하다.

국가는 학교보건법 제2조의2에 근거하여 학생 및 교직원을 건강을 보호하고 증진하기 위해 기본계획을 수행하고, 시행도록 규정하고 있으며, 제3조에 의거하여 보건실을 설치하고, 필요한 시설과 기구를 갖추도록 규정하고 있다. 그러나 초·중등교육기관의 경우에는 학교보건법에 명시된 사항을 중심으로 학교보건사업을 전개하고 있으나, 고등교육기관인 대학(교)의 경우에는 법적 구속력이 명확히 제시되어 있지 않다(법제처, 2010). 이를 반영하듯 본 연구에서 대학보건실의 운영여부를 묻는 1차 조사에서 전국 349개 대학 중에 243개교(69.6%)만이 보건실을 운영하고 있다고 응답하였다. 특히 전문대학의 경우 44%가 대학보건실이 없는 것으로 응답하여 종합대학교보다 학교보건사업의 실시수준이 더 열악한 것으로 나타났다.

일본은 학교보건법 제19조에 의거하여 초등학교부터 대학교까지 학교보건실을 설치하도록 규정하고 있으며, 대학교 보건실 설치에 관한 기본법이 마련되어 있어 모든 대학은 보건실(의무실)을 의무적으로 설치하도록 되어 있다(學校保健法, 2007). 국립대학교의 경우에는 국립대학설치법 시행규칙에 의해 보건관리센터를 설치해 학생과 교원의 종합적·집중적 건강관리를 행하도록 규정하고 있다. 우리나라도 일본과 같이 대학보건실의 기능 및 인적·물적 자원의 확보, 인력 및 제공서비스의 질 향상 등을 위해 관련법 및 정책을 수립하는 것이 중요하며, 학교보건법의 강화 및 대학보건실에 관한 설치기준을 마련하여 의무화하는 것이 필요하다. 이러한 노력을 통해 대학보건실의 통일된 명칭, 책임자의 자격요건, 시설 및 필요 장비와 기구에 관한 기준이 마련될 수 있으며, 학교건강증진사업을 수행하기 위한 표준화된 지침이 마련될 수 있다.

대학보건실 보건의료인력에 관한 사항은 학교보건법 제15조에 의거하여 학생과 교직원의 건강관리를 지원하는 학교 의사(치과의사와 한의사를 포함)와 학교 약사를 둘 수 있다(법제처, 2010). 그러나 본 연구결과에서 볼 수 있듯이 조사대상인 160개교 가운데 학교 의사를 정규직으로 채용하고 있는 대학(교)은 10개교에 불과하였고, 비정규직을 포함하여도 47개교로 29.4%에 불과하였다. 학교 약사가 정규직으로 근무하는 대학(교)은 7개교이었으나, 간호사가 정규직으로 근무하는 대학(교)은 92개교로 대학보건실의 주요 인력으로 근무하고 있음을 알 수 있었다.

<표 9> 대학보건실 운영체계 및 건강증진 서비스 개선을 위한 우선과제

단위: 수 (%)

구분		대학교		전문대학	
		1순위	2순위	1순위	2순위
운영체계	예산부족	13(11.7)	11(10.0)	3(7.0)	4(9.3)
	절대인력수의 부족	14(12.6)	14(12.7)	2(4.7)	3(7.0)
	대학보건실 인력의 전문성 부족	13(11.7)	7(6.4)	6(14.0)	6(14.0)
	대학보건실 시설 및 장비의 부족	10(9.0)	16(14.5)	4(9.3)	5(11.6)
	학교당국의 관심 및 지원 부족	9(8.1)	17(15.4)	9(20.8)	4(9.3)
	학생 및 교직원의 인식 부족	8(7.2)	7(6.4)	8(18.6)	4(9.3)
	처우개선	5(4.5)	7(6.4)	-	5(11.6)
	대학보건실의 기능 미정립	12(10.8)	20(18.2)	5(11.6)	10(23.2)
	관련 법 및 규정의 미비	27(24.4)	11(10.0)	6(14.0)	2(4.7)
	기타	-	-	-	-
소계		111(100.0)	110(100.0)	43(100.0)	43(100.0)
필요인력	의사	30(27.3)	37(34.9)	14(33.3)	5(13.5)
	간호사	63(57.3)	33(31.1)	21(50.0)	14(37.9)
	약사	2(1.8)	7(6.6)	1(2.4)	4(10.8)
	보건교사	14(12.7)	18(17.0)	6(14.3)	9(24.3)
	치위생사	-	4(3.8)	-	-
	물리치료사	1(0.9)	1(0.9)	-	2(5.4)
	임상병리사	-	2(1.9)	-	-
	방사선기사	-	-	-	-
	기타	-	4(3.8)	-	3(8.1)
	소계		110(100.0)	106(100.0)	42(100.0)
제공 서비스	재학생 교직원 1차 진료	56(53.7)	17(16.2)	12(37.4)	4(12.5)
	건강검진	11(10.6)	17(16.2)	6(18.8)	6(18.8)
	건강증진서비스	8(7.7)	25(23.7)	2(6.3)	11(34.4)
	건강증진환경조성	-	1(1.0)	3(9.4)	1(3.1)
	만성질환자 관리	1(1.0)	8(7.6)	-	-
	장애학생 건강관리	1(1.0)	1(1.0)	1(3.1)	1(3.1)
	교직원 건강관리	-	6(5.7)	1(3.1)	-
	해외여행자클리닉	-	-	-	1(3.1)
	예방접종	2(1.9)	4(3.8)	1(3.1)	1(3.1)
	응급의료서비스	23(22.1)	13(12.4)	6(18.8)	3(9.4)
	성병예방홍보 및 교육	-	3(2.9)	-	3(9.4)
	환경위생관리	1(1.0)	2(1.9)	-	1(3.1)
	사고예방	1(1.0)	4(3.8)	-	-
	학교주변 정화구역 환경감시 및 관리	-	-	-	-
	기타	-	4(3.8)	-	-
소계		104(100.0)	104(100.0)	32(100.0)	32(100.0)

반면 학교보건법 제7조의2에 규정되어 있는 건강증진계획의 수립은 학교의 장이 책임자로 규정되어 있을 뿐 건강증진사업을 기획하고 수행, 평가하는 업무를 담당하는 보건교육 전문인력에 관한 사항은 규정되어 있지 않다. 대학보건실에 관한 법적 뒷받침이 명확하지 않은 현실에서 대

학보건실의 보건의료인력의 전문성 확보와 제공 서비스의 질적 개선을 도모하는 것은 매우 어려운 일이라 할 수 있다. 이러한 문제는 본 연구결과에서도 찾아볼 수 있다. 대학보건실의 발전과제로서 관련법 및 법적 규정, 인적·물적 자원의 확보, 대학보건실의 기능 정립이 우선과제로 제시

되었다. 또한 건강증진계획은 학생 및 교직원의 건강검진 결과를 기초로 하여 수립하도록 규정하고 있으나, 학교보건법 제7조에 의거하여 건강검진의 대상은 초·중·고등학생으로 규정되어 있고, 대학생은 그 대상에서 제외되어 있다. 이러한 이유로 대학보건실이 학교보건법에 근거하여 건강증진계획을 수립하는 것은 법적으로 불가능한 사항임을 알 수 있다. 다행히 조사에 참여한 대학(교) 중 65.4%인 104개교가 건강검진 서비스를 제공하고 있었다. 대학(교)의 사정에 따라 재학생 전체를 대상으로 실시하는 학교도 있고, 기숙사생을 대상으로 실시하는 학교도 있으나, 근거 중심의 건강증진 서비스를 제공하기 위해서는 대학구성원의 건강검진 수행에 관한 방안을 마련하는 것이 필요하다.

대학보건실에서 제공하는 건강증진 서비스의 내용을 살펴보면, 금연구역을 설정한 학교가 가장 많았고, 다음이 건강상담, 건강정보 제공, 건강검진, 보건교육, 지역사회 관련기관의 연계체계 구축, 예방접종, 의사진료 서비스 순이었다. 금연구역의 설정은 국민건강증진법에 의거하여 수행되고 있으므로, 가장 많은 학교가 참여하고 있었으며, 건강검진의 주요 대상은 교직원과 기숙사 입사생인 것으로 나타났다. 이는 미국 대학교의 선진사례와 유사한 내용으로 캘리포니아 주 일부 주립대학교에서는 대학보건실을 통해 학생건강보험, 의료서비스, 응급의료, 예방접종, 건강검진, 건강증진 프로그램, 보건교육, 건강상담, 건강정보 제공, 보건정책, 파트너십, 기관인증제도, 질 관리를 위한 서비스 만족도 조사 등의 서비스를 제공하고 있었다(박천만 등, 2007). 반면 건강검진은 우리나라의 건강검진제도와 상이한 의료보장제도를 수행하고 있기 때문에 희망자에 한하여 제한된 정기건강검진 프로그램을 운영하고 있었다. 이처럼 미국의 대학보건실은 단순한 건강증진 서비스 제공에 국한하지 않고, 대학보건실의 기능을 확대하기 위해 대학보건정책 수립, 지역사회 의료기관과의 파트너십, 대학보건실의 기관인증제도, 질 관리 등의 서비스를 제공하고 있었다. 이러한 노력이 우리나라 대학보건실의 운영방안에 도입되어 체계화된 지침을 마련하는데 활용되어야 할 것이다.

또한 대학보건실에서 제공하는 건강상담 서비스에는 학생 개인상담이 가장 많았고, 다음이 교직원 개인상담, 임신상담, 심리상담, 성병/에이즈 상담 순이었고, 보건교육의 내용으로는 금연이 가장 많았고, 다음이 체중조절, 절주,

혈압, 성·피임, 당뇨, 운동, 응급처치, 건강검진, 전염성질환/예방접종 순이었다. 2003년부터 표준화된 건강자료를 제시하고 있는 미국의 전국대학건강조사(ACHA-NCHA)의 조사결과를 살펴보면, 2006년도에 대학보건실에서 제공한 건강증진 프로그램에는 알코올 및 기타 약물사용에 관한 예방 프로그램이 가장 많았고(46.7%), 다음이 성폭행(폭력) 예방(44.3%), 신체활동 및 체력증진(36.2%), 성병 예방(35.8%), 식이조절 및 영양(30.9%), 에이즈/HIV 예방(28.0%), 임신예방(22.5%), 흡연예방(22.5%), 폭력 예방(21.0%), 자살예방(14.6%), 상해예방 및 안전(13.9%) 순이었다(ACHA, 2007, 2008). 우리나라에서 조사된 건강상담 및 보건교육 내용과 유사하나, 성폭행, 폭력, 상해, 임신, 자살 등이 강조되어 지속적인 교육 및 상담이 제공됨을 알 수 있었다. 이는 우리나라의 20대 청년층의 사망순위 1위가 자살, 2위가 사고인 것과 무관하지 않다(통계청, 2010). 청년층이 대부분을 차지하는 대학생의 건강 증진을 위해 폭력, 상해, 자살, 약물 등에 관한 예방교육 및 상담 내용이 체계화되어 제공됨으로써 건강생활실천의 장애요인을 감소시켜 나가야 한다.

건강정보 제공방법으로는 학교 홈페이지의 활용이 가장 많았고, 다음이 교내게시판, 리플릿, 유인물, 기타(이메일, 문자서비스 등), 학보, 건강강좌 순이었다. 인터넷 및 모바일 등의 IT 기술을 활용한 건강정보가 인쇄매체를 활용한 교육보다 보편적임을 알 수 있었다. 2006년도 미국의 전국대학건강조사(ACHA-NCHA)에서는 건강정보 출처로 부모가 73.2%로 가장 많았고, 다음이 인터넷(60.6%), 친구(60.6%), 대학보건실 의료인력(59.7%), 잡지(52.5%), 보건교육사(51.6%), 리플릿, 팸플릿, 전단지 등의 인쇄물(51.5%), TV(43.2%), 교원(37.8%), 학교 신문(26.7%), 캠퍼스 또래 교육자(18.4%), 조교/조언자(16.9%), 종교단체(9.9%) 순이었다(ACHA, 2007, 2008). 우리나라와 비교해 볼 때, 대학보건실의 의료인력, 보건교육사, 캠퍼스 또래 교육자, 조교/조언자 등의 인적 자원을 활용하는 추세가 두드러졌다. 건강행동을 변화시켜 생활습관을 개선하기 위한 노력은 대인관계 및 사회적 규범, 사회적 지원체계 등의 영향을 받기 때문에 인적, 물적 자원을 효율적으로 활용하는 접근방안이 모색되어야 한다.

한편 대학의 학제 및 부속의료기관과의 연계수준에 따라 대학보건실의 운영체계와 건강증진 서비스의 제공 실

태를 살펴본 결과 종합대학교가 전문대학보다, 부속의료기관이 있는 대학(교)이 부속의료기관이 없는 대학(교)보다 운영조직 및 시설, 수행지침의 확보율, 건강증진 서비스의 제공률이 높았다. 또한 건강정보를 제공하기 위한 다양한 방법을 활용하였고, 교육 자료의 제공률이 높았다. 특히 부속의료기관이 없는 대학(교)의 경우 지역사회 관련기관의 연계수준이 57.9%에 불과하였고, 부속의료기관이 있는 대학(교)의 연계수준(70.5%)보다 낮은 것으로 나타났다. 즉 부속의료기관의 지원이 없는 상태에서 지역사회 내의 보건의료기관과의 연계수준도 낮아 학교보건사업을 수행하기 위한 운영지원조직을 구축하는 것이 어려운 실정임을 알 수 있었다.

이상의 결과에서 볼 수 있듯이 우리나라의 대학보건실의 운영체계 및 건강증진 서비스 제공수준은 아직 미미하며, 표준화된 수행방안이 마련되지 못하여 학제 및 부속의료기관의 지원수준에 따라 차이를 보이고 있다. 따라서 대학보건실의 운영체계를 확립하고, 건강증진 서비스의 제공을 활성화하기 위해서는 첫째, 대학(교)이 체계적으로 보건조직을 운영하고, 건강증진 서비스를 제공할 수 있는 대학 캠퍼스 보건정책이 마련되어야 한다. 이를 위해 학교보건법 및 관련법의 대학보건실 설치기준 강화, 국민건강증진종합계획에 기초한 대학보건정책 수립 및 대학건강증진사업 모형 개발, 한국대학교육협의회의 대학평가항목 중 대학보건실에 관한 기준 세분화(치료, 응급처치, 건강검진, 건강상담, 보건교육, 정보제공 등) 등을 추진함으로써 대학보건실의 역할과 기능을 확립해 나가야 한다. 둘째, 대학보건실의 설치 기준 뿐 만 아니라, 대학보건실의 인력 구조, 기능, 사업내용 등을 명시하는 구체적인 규정이 마련되어야 한다. 대학보건실은 대학 내 학교건강증진사업을 담당하는 기관으로 교직원 및 학생의 건강관리와 일차 진료를 위해 건전한 교육환경 조성, 시설 관리, 보건교육, 일차 진료, 응급조치, 건강검사, 건강상담 등 필요한 제반 사업을 수행하는 조직이다. 그러나 우리나라는 이에 관한 명확한 규정이 없기 때문에 대학(교)마다 자체적인 수행지침을 마련하거나 수행지침 없이 대학보건실을 운영함에 따라 서비스의 질적 문제를 발생시키고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 국가가 관련 규정을 마련하는 것이 중요하나, 대학(교) 현장에서의 건강요구가 수렴되는 것도 필요하다. 셋째, 대학 보건의 질적 향상을 위해 보건의료인력 및

시설, 제공서비스에 관한 평가를 실시하는 대학보건실에 관한 기관인증제도를 도입하는 것이 필요하며, 미국, 일본 등과 같이 대학보건실을 중심으로 전국적인 네트워크를 형성하여 전국 대학생 건강조사를 비롯한 연구조사의 협력, 표준화된 대학보건서비스 권고지침 등을 수립하는 체계적인 대학 보건서비스 수행방안을 개발함으로써 대학건강증진사업의 과학적 근거를 마련하고, 대학보건서비스의 제도화를 위한 자원의 조직화를 추진해야 한다.

본 연구는 다음과 같은 제한점을 지니고 있다. 첫째, 조사대상기관을 대학원, 특수대학원, 대학원대학을 제외한 종합대학교와 전문대학으로 국한하여 대학보건실의 운영 실태를 파악하였으므로, 연구결과를 대학 학부과정을 제공하는 고등교육기관의 특성으로 제한하여야 한다. 둘째, 대학보건실을 운영하고 있는 243개 대학(교) 중 설문조사에 충실히 응답한 160개교의 내용만을 분석하였기 때문에, 본 조사에서 누락된 83개교에 관한 사항을 파악할 수 없으므로, 우리나라 전체 대학(교)의 대학보건실 운영 실태로 일반화하는데 어려움이 있다.

V. 결론

대학보건실은 학교보건법에 의거하여 대학(교) 내에 설치하도록 규정되어 있으나, 법적 구속력이 명확하지 않기 때문에 체계적인 관리가 이루어지지 못하고 있다. 이를 개선하기 위해 학교보건법을 강화하고, 대학보건실에 관한 설치 기준을 마련하여 의무화하는 것이 필요하다. 이미 미국, 일본 등은 대학구성원의 건강증진을 위해 운영조직, 활동, 근거 수집 등을 위한 노력을 국가단위로 수행하고 있으나, 우리나라는 아직까지 대학 캠퍼스를 중심으로 한 대학교 건강증진사업의 필요성을 인식하지 못하고 있는 실정이다. 그러나 대학(교)은 이미 학업을 성취하는 장소일 뿐만 아니라 학문적 전문성을 향상시키기 위해 다수의 청년들이 생활하는 생활터(setting)로 의미가 확대되고 있다.

이러한 특성을 반영하듯 본 연구에서도 대학보건실의 발전을 위해 우선적으로 해결해야 할 과제로 관련법 및 규정 마련, 인적·물적 자원의 확보, 대학보건실의 기능 정립 등이 제시되었고, 특히 전문대학의 경우 대학구성원의 인식 제고가 우선과제로 제시되어 종합대학교와 우선과제에

차이가 있음을 알 수 있었다. 또한 대학보건실의 운영체계와 제공 서비스가 대학의 학제 및 부속의료기관과의 연계 수준에 따라 차이가 있음을 알 수 있었다.

따라서 이상의 연구결과를 바탕으로 대학구성원의 건강증진을 도모하기 위한 건강정책이 수립되고, 대학보건실의 운영이 활성화되기 위해서는 국가와 대학(교)의 역할 정립이 우선적으로 이루어져야 한다. 즉 국가는 대학보건서비스의 목표 및 중장기 발전방안을 명확히 제시하고, 설치 기준 및 표준화된 수행지침을 개발하여 보급해야 하며, 대학보건실의 정보 교환 및 자율적 활동을 지원하기 위한 전국 네트워크 구축을 적극 지원해야 한다. 이와 함께 대학(교)은 대학보건서비스의 필요성 및 건강증진 서비스의 중요성을 알리기 위한 인지수준 향상 프로그램을 개발하여 제공하고, 대학 구성원의 건강요구를 기초한 건강증진 프로그램을 제공하는 한편, 지역사회 보건의료기관의 연계수준을 높여 대학 구성원의 건강 보호 및 증진을 위한 파트너십을 형성하고, 안정적인 재정 지원을 위한 대학자체의 기금확보 노력을 수행해야 한다.

참고문헌

교육과학기술부. 주요교육통계. 2010. (<http://www.mest.go.kr>)

교육통계서비스. 대학 및 학생 수 추계. 2010. (<http://std.chedi.re.kr/index.jsp>)

김광기, 장승욱, 제갈정. 대학교의 환경적 특성이 음주폐해에 미친 영향. 보건교육·건강증진학회지 2006;23(3):65-83.

권수경. 대학보건소의 현황분석을 통한 활성화 방안 연구[석사학위논문]. 서울: 덕성여자대학교 대학원, 2001.

문옥륜. 학교보건조직의 강화방안. 한국학교보건학회지, 2001; 14(1):5-13.

법제처. 학교보건법 및 동법 시행령, 시행규칙. (<http://www.moleg.go.kr>)

박천만, 김영복, 오카다세츠코, 한창현, 김현희, 조형제. 대학보건실 운영현황 실태조사 및 분석 연구.

계명대학교·교육인적자원부, 2007.

박도영. 대학보건진료소 운영현황 및 대학생의 건강증진서비스

요구도 조사. 한림대학교 보건대학원, 석사학위논문, 2004.

서동배, 감신, 한창현, 박기수. 대학진학 이후 흡연율과 관련요인. 보건교육·건강증진학회지 2008;25(3):111-124.

손무인. 우리나라 대학의 학교보건관리에 관한 실태조사. 한국보건교육학회지 1983;1(1):83-97.

이영미. 대학생의 삶의 질과 관련 요인. 보건교육·건강증진학회지 2007;24(2):77-91.

이종렬, 박천만. 대구지역 대학보건진료소의 이용실태에 관한 조사. 계명대학교 자연과학대학연구소 논문집, 1999;18(1): 127-140.

통계청. 국가통계포털 한국의 주요지표. 2010. (<http://kosis.kr/nsportal>)

한국대학교육협의회. 1997년도 대학종합평가기준. 1997.

American College Health Association. 2010. (http://www.acha.org/about_acha)

American College Health Association-National College Health Assessment. Reference Group Executive Summary, Fall 2006. 2007. (<http://www.acha-ncha.org>)

American College Health Association. American College Health Association-National College Health Assessment Spring 2007 Reference Group Data Report. Journal of American College Health 2008;56(5):469-479.

American College Health Association. Standards of practice for health promotion in higher education. Baltimore, MD: American College Health Task Force on Health Promotion in Higher Education. 2005.

Japan University Health Association. Campus Health(44-1). 2007.

Kupchella CE. Colleges and Universities Should Give More Broad-Based Attention to Health and Wellness-At All Levels. Journal of American College Health 2009;58(2):185-187.

Misch DA. On-Campus Programs to Support College Students in Recovery. Journal of American College Health 2009;58(3): 279-281.

Turner HS & Hurley JL. The History and Practice of College Health. Lexington: The University Press of Kentucky. 2002.

Zimmer CG, Hill MH, & Sonnad SR. A scope-of-practice survey leading to the development of Standards of Practice for Health Promotion in Higher Education. Journal of American College Health, 2003;51(6):247-254.

學校保健法, 學校保健施行令, 學校保健法施行規則: 六法全書, 中央法規, 2007. 3