

학생 건강에 대한 OECD와 한국의 통계지표

신 선 미

중부대학교 간호학과

The Statistical Indicators of OECD and Korea for Student Health

Sun Mi Shin

Department of Nursing, Joongbu University

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study was to identify the statistical indicators of OECD and Korea for student health among Korea's approval statistics.

Methods: Searching for health indicators by using Health at a Glance 2009, Society at a Glance 2009, and Education at a Glance 2009 through the formal OECD web site in 2010, and investigating the approval statistics through the Korean formal organizational web sites and published data in 2012.

Results: Among OECD indicators, indicators for adolescent health were smoking and alcohol consumption, nutrition, physical activity, overweight and obesity, bullying, risk behaviors, and poverty children. However, most of Korea student health indicators were missing except poverty children and life satisfaction, because OECD has taken chiefly data from Health Behavior in School-aged Children survey (HBSC), international study, which has not been carried out in Korea. The Ministry Of Education, Science And Technology (MEST) and the Ministry of Health and Welfare, and National Youth Policy Institute in Korea have produced the major statistics for student health which was only 11 (1.3%) among 858 approval statistics.

Conclusion: Identifying a current Korea school health is essential through participating actively to OECD whose statistic indicators are internationally comparable with Students Physical Development Survey, MEST's approval statistics, using Korea Student Health Examination. It was also suggested that quantitative and qualitative expansions for Korea student health statistics by the activation of approval statistics including processed statistics, and by researchers' easy expanded access to a raw data.

Key Words: Indicator, Student health, OECD, Korea

서 론

1. 연구의 필요성

학생의 건강증진을 목표로 하는 학교보건사업에서 학교보건 통계의 활용은 중요하다. 정확한 통계 정보에 근거한 학교 보건정책일 때 실패의 가능성이 낮기 때문이다. 특히 저출산 국가에서 미래사회를 책임지게 될 소중한 학생의 건강은 사회적으로도 매우 중요한 관심일 수 밖에 없다. 그러므로 학교보

건과 관련된 각종 정보 및 자료에 대한 요구는 더욱 많아질 것이다.

통계는 특정 집단이나 대상 등에서 관심있는 현상의 연구·분석 및 정책의 수립과 평가 등에 활용할 목적으로 사용되는 수량적 정보이다. 그러므로 그 시점에서 파악하여야 할 정보 요구에 따라 새롭게 작성되기도 하고 소멸되기도 한다. 2010년 현재, 우리나라의 통계법 제18조 또는 제20조의 규정에 의거하여 정부정책의 수립·평가를 위해 정부기관 또는 법인과 단체 등에 위임·위탁하여 작성하는 승인된 통계는 858종으

Corresponding author: Sun Mi Shin

Department of Nursing, Joongbu University, 101 Daehak-ro, Chubu-myeon, Geumsan 312-702, Korea.
Tel: +82-41-750-6255, Fax: +82-41-750-6416, E-mail: healthteam@joongbu.ac.kr

투고일: 2012년 5월 15일 / 심사완료일: 2012년 6월 20일 / 게재확정일: 2012년 6월 25일

로 통계청장이 지정하여 고시하는 지정통계와 일반통계로 나누어져 있다(통계청, 2010). 각각의 통계는 조사방법으로 볼 때 면접, 우편, 전화, 인터넷 등을 통해 조사하여 작성한 조사통계, 인·허가, 면허, 보고 등의 행정행위를 함으로써 부수적으로 얻어지는 자료를 집계한 보고통계, 조사 또는 보고통계를 가공하여 새로운 형태의 지표, 지수 등으로 작성한 가공통계로 이루어져 있다(통계청, 2010).

세계화 및 정보화 시대를 맞아 국제적으로 비교 가능한 학교보건 통계와 정보는 우리나라 학교보건의 위상을 가늠해 볼 수 있는 중요한 잣대이다. 특히 각 나라의 학생 건강수준은 각 나라의 학교보건사업의 결과로 이해될 수 있으며, 그 결과를 통해 학교보건의 각 구성요소들의 목적, 과정, 그리고 학교보건 활동이나 형태, 그리고 사업의 성공여부 까지도 검토 후 좋은 대안을 제시할 수 있다. 따라서 국제 비교가 가능한 표준화되고 활용 가능한 학교보건통계 생산에 대한 관심이 필요하다.

Organisation for Economic Co-operation and development (OECD)는 회원국간 경제협력을 통해 회원국의 공동발전을 도모하려는 목적으로 1961년 설립되었다. OECD는 각 회원국 정부가 국제 동향에 보다 시기적절하고 정확한 정보에 근거하여 의사결정을 할 수 있도록 하기 위해 회원국에게 다양한 통계 제출을 요구하고 있다. 발족 당시 가입회원국은 대부분 유럽 국가였으나 미국과 캐나다도 회원국으로 참여하게 되었고, 그 후 일본, 호주, 뉴질랜드가 회원국으로 참여하게 되어 현재 OECD가입 회원국은 1996년 12월 가입한 우리나라와 2010년 12월 마지막으로 가입한 에스토니아를 포함한 34개국이다(OECD, 2012).

OECD의 통계 지표도 필요에 따라서 수시로 수정되고 변화되고 있다. 그러나 이론에 기초를 둔 기술적이며 과학적인 용어로 명시되어 있고, 국제적인 표준 또는 동의(consensus)에 근거하는 타당성을 지니고 있다. 또한 OECD와 관련된 지표는 경제적인 모델과 부합하며 정보체계와도 연결되어 있는 이점이 있다(Shin et al., 2010). 그러므로 OECD 지표를 통해 해외 각국의 학교보건수준을 비교할 수 있다면, 우리나라의 현재 학교보건수준을 파악하는데 타당성이 높은 중요 근거가 될 것이다.

선행연구에서 볼 때, OECD 보건지표항목에 대한 탐색연구는 Lee (2003), 장영식 등(2010)에서 이미 시도되었으나, Shin 등(2011)에 의하면 OECD 국가의 청소년 건강수준 비교에 우리나라 청소년 통계가 대부분 포함되지 않았다. 또 우리나라의 승인통계 중 학생의 건강을 주제로 교육과학기술부에서 생산되고 있는 승인통계는 학생건강감사 통계보고 뿐이었다. 이처럼 학생 건강의 중요성에 비해 학생의 건강수준을 포괄적

으로 알 수 있는 학교보건 통계는 제한적이고, 부족하다. 그러므로 학생건강 통계지표의 질적 수준 뿐 아니라, 양적 확장성 측면에 대한 다양한 방안이 고려될 필요가 있다.

이에 본 연구에서는 OECD 지표 중 아동 및 청소년 인구를 대상으로 한 건강관련 지표를 통해 학생인구의 건강관련 지표를 확인하고자 한다. 또 통계생산과 활용에서 한정된 자원이란 요소를 배제할 수 없으므로 우리나라의 승인 통계 중 교육과학기술부뿐 아니라 학교보건분야에서 이용 할 수 있는 타 기관 통계들 중 아동 및 청소년, 그리고 학생과 관련된 건강관련 지표에 대한 면밀한 탐색을 통해 학교보건통계의 생산과 활용에 대한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

학생의 건강과 관련된 OECD 지표와 우리나라의 승인통계를 검토하여 학교보건통계에 관한 기초자료를 제공하는 것으로 구체적 목적은 다음과 같다.

- OECD의 지표 중 아동 및 청소년을 대상으로 한 건강관련 지표의 종류와 연령, 출처, 산출기준, 조사방법, 표준화 여부 등을 파악한다.
- 우리나라의 승인통계 중 학생 그리고 아동과 청소년 등의 건강수준을 탐색할 수 있는 통계의 종류와 기관, 작성형태, 조사항목, 조사주기 등의 구체적 정보를 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

OECD의 공식 웹사이트와 승인통계에 관한 공식 자료들의 탐색을 통해 학생의 건강수준과 관련된 지표를 탐색하는 문헌 연구이다.

2. 조사기간 및 자료수집

OECD 자료를 조사하기 위해서는 2010년 5월부터 9월까지 문헌 조사가 행하여졌다. 재현이 가능한 지표를 검토하기 위해 OECD 공식 웹사이트의 검색어에서 'school health indicator or index', 'child health indicator or index', 'adolescent health indicator or index' 등의 검색어를 이용하여 지표의 발견을 시도하였다. 그러나 해당 지표는 발견되지 않았으므로 OECD 지표의 대분류 중 보건지표(Health In-

dicators), 교육지표(Education Indicators), 사회지표(Social Indicators) 목록을 스크리닝 한 후 아동과 청소년의 건강을 주제로 하는 지표를 탐색하였다. 또 이렇게 발견된 개별 지표들의 특성은 OECD 지표영역의 한 눈에 보는 지표(OECD, 2009a; OECD, 2009b; OECD 2009c; 교육과학기술부·한국교육개발원, 2010; 보건복지부, 2010)를 토대로 작성하였다.

우리나라의 승인통계는 2012년 3월부터 5월까지 google의 검색사이트를 통해 ‘승인통계’를 검색한 후 승인통계를 관리하는 행정안전부와 통계청의 홈페이지를 조사하였으며, 출판된 승인통계 보고서를 면밀히 검토하였다. 검토된 승인통계들 중 학생의 건강 지표뿐 아니라 학생인구라 생각할 수 있는 아동 및 청소년의 건강관련 지표, 그리고 학생건강과 관련성이 있는 선천성 이상아, 다문화, 가족 등을 주제로 하는 통계에 대한 세부정보를 파악하였다.

3. 자료분석

학생의 건강과 관련된 OECD 주요지표는 보건지표 외에도 교육지표, 사회지표에 포함되어 있었다. 지면상으로 혹은 인터넷상으로 표출된 OECD의 교육지표의 개수는 113개, 사회지표는 34개, 보건지표는 538개이었다. 그중 학생의 건강수준을 알 수 있는 지표인 경우 엑셀에 조사연령, 출처, 산출기준, 조사방법, 표준화 여부 등을 우선 정리하여 기록 후 내용의 중복되거나 검색의 제한이 가능하지 않은 정보는 누락시킴으로서 자료의 정확성을 우선시하였다. 또한 발견된 지표 정보들의 세부정보 들에 대한 추적검색을 통해 정보의 신뢰성을 중요시하였다.

학생의 건강수준에 관한 우리나라 승인통계현황을 파악하기 위해 우리나라 승인통계를 정부기관(중앙행정기관과 지방자치단체)과 지정기관으로 구분하여 파악한 후 각각의 분율을 제시하였다. 또 작성기관별 승인통계 중 학생의 건강을 알 수 있는 통계수와 분율을 파악하였으며, 학생의 건강수준을 파악할 수 있는 개별 통계에 대해서는 작성기관과 통계명, 통계종류, 작성형태, 조사항목, 작성주기를 구분하여 제시하였다.

연구결과

1. 학생의 건강을 주제로 하는 OECD 지표와 출처

OECD 통계지표에는 학교보건지표로 명시된 지표는 없으

나 보건지표와 사회지표에 학생의 건강을 주제로 하는 지표가 포함되어 있다. 이 지표는 십대 청소년의 흡연, 음주, 영양, 신체활동 및 과체중과 비만 등에 대한 통계지표와 따돌림, 위험행위, 아동빈곤, 삶의 만족도 등의 사회보건지표이다. 이 지표 중 아동빈곤과 삶의 만족도를 제외한 모든 지표는 학령기 아동의 건강행위(Health Behaviour School-aged Children, 이하 HBSC)의 조사 자료에 근거하여 OECD 공식 홈페이지에서 제시되었다. 그러나 현재 HBSC의 자료는 유럽국가와 미국과 캐나다로 국한되어 있어 OECD회원국 가운데 우리나라를 포함한 5개의 국가(호주, 일본, 멕시코, 뉴질랜드)가 지표 비교에서 제외되어 있다. 각 지표의 특성과 산출방식은 다음과 같다.

1) 흡연

15세를 기준으로 조사한 OECD 흡연 지표는 일주일에 적어도 한번 흡연한다고 자가보고한 응답자의 비율이다. 이 결과는 1992~1993년과 2005~2006년 HBSC조사에 참여한 OECD 회원국의 자료가 이용되었다. OECD 각 국가의 건강 면접조사에 흡연 습관을 측정하는 표준이 없으므로 국가 간의 국제적인 비교에는 한계가 있다. 질문의 구성(wording of question), 응답범주(response category), 조사방법(survey methodology)에 있어서 국가마다 차이가 있다. 예를 들면 몇몇 국가에서는 ‘매일 흡연’을 하느냐는 질문 대신 ‘정기적으로 흡연’을 하느냐는 질문을 하였다(OECD, 2009a) <표 1>.

2) 음주

13세와 15세의 청소년을 대상으로 OECD 음주 지표는 측정되었다. 조사지표는 일생에 두 번 이상 음주경험이 있다고 응답한 자의 비율이다. 흡연과 같이 음주에 관한 OECD 24개국에 대한 자료는 HBSC조사 자료를 이용하여 제시되었다(OECD, 2009a) <표 1>.

3) 영양

OECD의 청소년 영양지표는 11세, 13세, 15세에서 측정되었다. 지표는 하루에 한번 이상 과일을 섭취한다고 응답한 학생의 분율로 측정되었고, 과일섭취와 다른 건강한 영양소가 포함된 음식도 포함되었다. 25개 OECD회원국의 자료가 포함된 것으로 2001~2002년과 2005~2006년에 실행된 HBSC 조사 자료에 근거하고 있다. 대부분 OECD국가에서 과일과 채소의 소비는 건강한 식습관을 나타내는 지표로 우선순위를 차지하였고, 부유하지 못한 가정환경과 적은 과일섭취량의 관

계가 성립되었다(OECD, 2009a).

Barnekow 등(2006)에 의하면 영양은 아동발달 및 건강에 중요하다. 청소년기에 고지방, 설탕, 염분이 많은 음식 대신 과일을 섭취하면 비만, 당뇨병, 심장병과 같은 건강문제를 예방할 수 있다. 또한 어릴 때 과일 먹는 습관은 성인이 되어도 건강한 식습관을 형성할 수 있는데, 가구소득, 대체식의 가격, 음식 준비시간, 부모의 과일섭취여부, 국가나 지역적인 기후와 관련되어 신선한 과일을 얻을 수 있는지 등의 여러 가지 요소들이 청소년기의 과일 섭취량에 영향을 주고 있다(표 1).

4) 신체활동

OECD의 보건지표에 속하는 신체활동은 11세, 13세, 15세 청소년들에 대한 조사결과이다. 2001~2002년과 2005~2006년의 HBSC조사결과를 이용한 것으로 보통 강도부터 격렬한 강도(moderate-to-vigorous)의 정기적인 신체적인 활동을 의미한다. 이때 중간정도에서 활발한 신체활동이란 심박동수와 호흡수를 증가시키는 한 시간 이상의 활동을 의미한다(OECD, 2009a)

정기적인 신체활동의 산출은 산출년도에 따라 다소 상이하였다. 2001~2002년 조사에서는 일주일에 5일 이상의 신체활동이었고, 2005~2006년 조사에서는 일주일에 7일간의 신체활동으로 정의 되었다. 몇몇 국가는 자료가 특정지역에 국한되었다(OECD, 2009a) (표 1).

5) 과체중과 비만

청소년의 과체중과 비만지표는 11세, 13세, 15세에서 측정되었다. 조사 응답자들이 자가보고한 키와 체중으로 체질량지수를 계산한 후에 연령과 성별에 따른 BMI 기준으로 과체중과 비만을 구분되었다. 이 지표는 2001~2002년과 2005~2006년 실행된 HBSC조사 자료를 사용하였다. 각 국가의 측정치는 11세, 13세, 15세의 과체중과 비만에 대한 조율(crude rate)이다.

자가보고된 자료는 미흡하거나 틀릴 수도 있으므로 해석 시 유의해야 한다. 2005~2006년의 HBSC조사 자료의 11세 학생 무응답자는 캐나다, 영국, 노르웨이에서 30% 이상이었다. 또한 2001~2002년 아일랜드의 응답자 30% 이상에서 BMI가 결측치이었다. 몇 국가의 자료는 특정 지역에 국한되어 있으며 우리나라는 HBSC조사에 포함되지 않으므로 자료가 포함되지 않았다(OECD, 2009a)

현재 WHO분류 기준(WHO, 2000)으로 BMI가 25~30인 성인을 과체중, 30을 초과하는 성인을 비만으로 정의한다. 다만 이러한 분류가 모든 인종 집단에서 맞지 않을 수 있으며, 낮은

BMI 또는 높은 BMI수준에서 같은 위험이 있을 수 있다. 또한 성인의 기준은 아동의 과체중과 비만을 측정하는 데는 적합하지 않다. OECD 국가마다 자료수집방법의 차이로 인해 자료 비교에 제약이 따른다. 건강면접조사 보다는 건강검진 결과가 일반적으로 신빙성이 더 높다. 그러나 정기적으로 건강검진조사를 시행하는 국가는 소수에 불과하다(OECD, 2009a) (표 1).

6) 따돌림

OECD 사회통합지표에 해당하는 따돌림의 추정치는 2005~2006년의 HBSC조사 자료에서 추출된 것으로 11세, 13세, 15세 아동들이 따돌리거나 따돌림을 당하고 있다고 보고한 것이다. 따돌림에는 때리거나(hitting) 놀리는 것(teasing) 뿐만 아니라 대화 혹은 놀이에서 제외하는 것도 포함한다. 그러나 따돌림은 동등한 힘을 가진 또래간의 싸움은 포함하지 않는다. 따돌림의 조사에서 국가별로 차이가 있는 따돌림의 종류와 기간과 강도는 나타나 있지 않다(OECD, 2009c) (표 1).

7) 위험 행위

OECD 사회통합지표 중 위험행위는 아동들이 어른들이 주로 하는 행위를 따라 함으로써 삶에 부정적인 영향을 주는 행위를 말한다. 15세 청소년에 측정된 위험행위 지표는 각 국가의 위험행위의 수준을 낮추기 위해 어떤 보호조치가 필요한지를 알 수 있게 한다. 위험행위지표는 자가보고된 조기 청소년기의 과잉음주, 정기적인 흡연을, 조기 성경험률, 성병 및 임신 방지를 위해서 콘돔의 사용률을 포함하고 있다. 이런 위험행위지표들은 2005~2006년의 HBSC조사에서 추출되었는데, 25개의 OECD국가들이 HBSC조사에 참여했다. 몇몇 국가에서는 음주, 흡연, 성경험과 관련된 질문을 포함하지 않았다(OECD, 2009c) (표 1).

8) 빈곤

빈곤은 균등화된 가처분소득(equivalised disposable income)의 중위소득 40%, 50%, 60% 이하를 말하는데, OECD의 사회형평성 지표인 빈곤 기준은 중위소득 50% 이하의 소득선이다. OECD의 아동의 빈곤은 18세 미만을 대상으로 하였으며 가족구성원의 가처분소득이 50% 이하(거주 국가 기준)인 가구에서 가족구성원과 수입을 함께 사용하는 아동을 의미한다(OECD, 2009c) (표 1).

9) 삶의 만족도

OECD의 삶의 만족도(life satisfaction)에 대한 주요 지표

는 2006년 갤럽세계조사(Gallup World Poll)의 자료를 이용한 것이다. 대상자는 15세 이상의 대표성을 지닌 표본으로 국제적으로 비교 가능한 자료를 제공하기 위해서 모든 국가에 똑같은 질문내용을 사용했다. 영어 표현인 삶의 만족도(life satisfaction)는 OECD 각 회원국의 언어로 번역되었다(OECD, 2009c).

삶의 만족도에 대한 주관적 척도는 개인의 삶에 대해 전반적으로 어느 정도 좋게 평가하는지를 측정하며 응답자들에게 전반적인 삶 및 특별한 영역에 대하여 얼마나 만족하는가에 대한 응답을 분석한 것이다. 응답자들은 만족도를 0 (낮은 수준)에서 10 (높은 수준)까지 표현하였다. 삶에 대한 만족점수는 평균 7점 이상이다. 자료수집에서 핸드폰을 많이 사용하는

국가에서 컴퓨터 혹은 전화를 이용해서 얻은 자료는 신뢰성의 문제가 제기되고 있다(OECD, 2009c) <표 1>.

2. 학생의 건강수준을 파악할 수 있는 우리나라 승인통계

우리나라는 각 기관의 고유 업무 수행을 위하여 필요한 통계를 각 기관의 책임에 의해 작성하고 있다. 우리나라 승인통계현황은 2010년 현재 총 360개의 기관에서 858개의 통계를 작성하고 있다. 858개의 통계종류 중 정부생산통계는 708개 이었고, 보건사회연구원이나 청소년 정책연구원 등의 지정된 기관으로 부터의 생산되는 통계는 150개 있다. 또한 통계집계 방법별로 볼 때 조사통계는 348개, 보고통계 454개, 가공통계

<표 1> OECD 주요 지표의 특성

지표	조사연령	지표의 출처	산출기준	지표 특성
흡연	15세	HBSC조사에 참여한 OECD 회원국의 자료	1주 1회 이상 흡연자의 비율	질문의 구성 (wording of question), 응답 범주 (response category), 조사방법 (survey methodology)에 있어서 국가마다 차이가 있음 (WHO European Region, 2005).
음주	13세, 15세	HBSC조사에 참여한 OECD 회원국의 자료	일생동안 3회 이상 음주경험자의 비율	순수 알코올량으로 변환하는 방법은 국가마다 다름. (WHO European Region, 2005).
영양	11세, 13세, 15세	HBSC조사에 참여한 OECD 회원국의 자료	1일 1회 이상 과일을 섭취하는 비율	대부분의 OECD국가에서 과일과 채소의 소비는 건강한 식습관을 나타내는 지표임.
신체 활동	11세, 13세, 15세	HBSC조사에 참여한 OECD 회원국의 자료	1주 7일간의 신체활동으로 조사	몇몇 국가는 자료가 특정 지역에 국한되었다 (WHO European Region, 2005).
과체중과 비만	11세, 13세, 15세	HBSC조사에 참여한 OECD 회원국의 자료	연령과 성별을 기준으로 한 BMI의 분류방식에 근거하여 구분	OECD 국가마다 자료수집방법의 차이로 인해 자료 비교에 제약이 따름. 정기적으로 건강검진조사를 시행하는 국가는 소수에 불과함 (WHO European Region, 2005).
따돌림	11세, 13세, 15세	HBSC조사에 참여한 OECD 회원국의 자료	· 때리거나 (hitting) 놀리는 것 (teasing) 뿐만 아니라 대화 혹은 놀이에서 제외하는 것도 포함. · 동등한 힘을 같은 또래간의 싸움은 포함하지 않음.	따돌림의 기간과 강도는 조사되지 않음 (WHO European Region, 2005).
위험 행위	15세	HBSC조사에 참여한 OECD 회원국의 자료	· 과잉음주를, 정기적인 흡연을, 조기 성경험률, 콘돔의 비사용이 포함.	몇몇 국가에서는 음주, 흡연, 성경험과 관련된 질문을 포함하지 않았다 (WHO European Region, 2005).
빈곤 아동	18세 미만	각국의 제출 통계	가족구성원의 가처분소득이 50% 이하 (거주 국가 기준)인 가구에서 사는 아동.	빈곤은 균등화된 가처분소득 (equivalised disposable income)의 중위소득 50% 이하를 의미함. 아동의 기준은 18세 미만으로 가족구성원과 수입을 공유하는 아동 (OECD, 2009c)을 의미 함.
삶의 만족도	15세 이상	갤럽월드조사	개인의 삶에 대해 전반적으로 어느 정도 좋게 평가하는지를 측정 (0~10점)	컴퓨터 혹은 전화면담을 이용해서 얻은 자료는 신뢰성의 문제가 제기되고 있음.

56개이었다<표 2>.

우리나라에서 생산되고 있는 승인통계 중 교육과학기술부의 통계는 10개로 그중 지정통계는 1개, 일반통계 9개, 조사통계 9개, 보고통계 1개, 가공통계 0개이었다. 또 보건복지부의 통계는 42개, 여성가족부 10개, 기타 기관에서 269개의 통계가 생산되어 총 331개의 중앙행정기관 승인통계가 있었다<표 3>.

교육과학기술부에서 생산하는 10개의 통계 중 학생의 건강수준을 주제로 한 통계는 학생건강검사항목보고 1개(10%)이었다. 반면 42개의 보건복지부의 통계에서 청소년의 건강수준을 가늠해 볼 수 있는 통계는 4개(9.5%)로 청소년 건강행태 온라인조사, 아동청소년 종합실태조사, 아동청소년종합실태조사, 선천성 이상아 통계조사가 있었다. 10개의 여성가족부 통계조사에서는 비단 학생만을 대상으로 한 것은 아니나 학생이 포함된 다문화가족과 가족의 실태조사, 그리고 청소년 유해환경조사, 청소년 상담지원 현황, 청소년 가치관조사로 여성가족부 통계 중 50%에 해당하였다. 기타 연구기관의 통계로는 한국청소년 정책연구원에서 아동 청소년 인권실태조사인 1개의 통계가 나오고 있었고(100%), 기타 지정기관 통계에서는 청소년 건강수준을 알 수 있는 통계는 없었다(0.0%)<표 3>. 학생의 건강수준을 알 수 있는 승인통계들에 대한 기관, 종류, 작성형태, 조사항목, 작성주기 등에 대한 구체적 정

보는 표 4와 같다.

논 의

학교보건의 발전을 위해 어떤 통계를 생산할 것인가에 대한 숙고는 이 시대를 살고 있는 학생의 건강증진 뿐 아니라, 미래 사회의 학교보건 방향을 결정하는 측면에서도 중요하다. 그러므로 우리나라에서 공식적 승인에 의해 작성된 통계 현황과 함께, 이미 국가 간 비교를 시도하고 있는 OECD의 지표를 탐색하는 것은 학교보건통계지표의 생산과 활용방안을 검토함에 있어 유의한 활동일 것이다. 이에 본 연구에서는 2009년 현재 온라인으로 접근 가능한 OECD 각 영역의 지표들 중 학생의 건강수준과 관련된 지표의 검토와 함께 2010년 현재 우리나라 승인통계 중 학생의 건강수준을 파악할 수 있는 통계지표들을 탐색하였다.

연구결과 OECD는 회원국들로부터 다양한 영역의 자료들을 받아 지표별 통계치를 산출하고 있으나 이 가운데 구체적으로 ‘학교보건’ 통계나 지표로 명명된 것은 없었다. 그러나 OECD 영역의 세부지표에서는 학생의 건강수준을 파악할 수 있는 지표가 포함되어 있었는데, 이는 흡연, 음주, 영양, 신체 활동, 과체중과 비만, 따돌림, 위험행위, 아동빈곤, 삶의 만족

<표 2> 승인통계 현황

기관구분	작성기관수 (%)	작성 통계수	통계종류		작성형태			
			지정통계	일반통계	조사	보고	가공	
전체	정부기관	284 (78.9)	708	74	634	250	413	45
	지정기관	76 (21.1)	150	16	134	98	41	11
	계	360 (100.0)	858	90	768	348	454	56
정부기관	중앙행정기관	38 (13.4)	331	58	273	158	151	2
	지방자치단체	246 (86.6)	377	16	361	92	262	23
	계	284 (100.0)	708	74	634	250	413	45

<표 3> 중앙행정기관 및 통계작성지정기관의 승인통계 현황

기관구분	작성 통계수 (%)	청소년 건강 관련 통계수 (%)	작성 통계수 중 청소년 건강 관련 통계의 분율 (%)	
중앙행정기관	교육과학기술부	10 (3.0)	1 (10.0)	10.0
	보건복지부	42 (12.7)	4 (40.0)	9.5
	여성가족부	10 (3.0)	5 (50.0)	50.0
	기타	269 (81.3)	0 (0.0)	0.0
	계	331 (100.0)	10 (100.0)	3.0
지정기관	한국청소년정책연구원	1 (0.7)	1 (100.0)	100.0
	기타	149 (99.3)	0 (0.0)	0.0
	계	150 (100.0)	1 (100.0)	0.7

<표 4> 학생의 건강수준과 관련된 승인통계 현황

기관	통계명	통계 종류 및 작성형태	조사항목	작성주기 (공표시기)
교육과학 기술부	학생건강 검사통계보고	일반, 보고	· 각급 학교의 학생의 신체발달상황 (키, 몸무게, 비만도), 신체능력, 건강검진결과 등	1년 (익년 5월)
보건 복지부	청소년 건강행태 온라인 조사	일반, 조사(표본)	· 흡연, 음주, 비만 및 체중조절, 신체활동, 식습관, 손상예방, 약물, 성행태, 정신보건, 구강보건, 개인위생, 아토피· 천식, 인터넷 중독, 건강형평성 14개 영역	1년 (익년 8월)
	아동 청소년 종합실태조사	일반, 조사(표본)	· 사회경제적요인. 가정, 지역, 학교환경 · 가족 생활 및 가족 환경. 가족생활, 미디어노출, 문화생활, 사회적 지원, 기타 가정 환경 · 인지 및 언어. 기본 인지기술, 수과학적사고력, 일반지식, 학업성취도, 기본언어기술, 의사소통, 언어와 문해 · 사회성 및 정서. 문제행동, 대인관계, 사회생활 참여, 기질, 애착, 정서반응, 자아 관 및 기타 정서발달 · 건강 및 안전. 아동의 건강특성, 수면, 영양 및 섭식, 부모의 건강 특성, 임신과 출산, 아동학대 및 방임, 일상안전생활습관, 복지인식 및 실태 · 진로 및 아르바이트. 아르바이트, 장래진로 준비	3년 (조사년도 익년 5월)
	선천성 이상아 통계조사	일반, 조사(전수)	· 출산아 1만명당 주요 선천성 이상유병률 (10. 주요용어 참조)- 출생아 0세 유병률: 출생아의 생후 365일 이내 의사진단 유병률- 사산아유병률: 임신22주 이후 또는 체중 500g 이상 태아사망 가운데주요 선천성 이상 의사진단 유병률 · 사회인구특성별 주요 선천성 이상유병률- 출산아 성별, 출산 시 모 연령, 거주지 · 출산특성별주요선천성 이상유병률- 임신주수, 출산시 체중, 다태상태, 영아사망 및 사산여부	2년 (조사년도 익년1월)
여성 가족부	전국 다문화 가족 실태조사	일반, 조사(전수)	· 일반적 사항 17개 항목, 취업활동21개 항목, 결혼생활 및 가족관계25개 항목, 자녀 임신· 출산 및 양육 13개 항목, 건강 및 보건의료 6개 항목, 사회생활 26개 항목, 복지실태 및 욕구 22개 항목	3년 (조사년도 익년 3월)
	가족 실태조사	일반, 조사(표본)	· 성별, 연령, 학력, 혼인상태, 건강상태 등 가족구성원의 일반특성/ 소득, 지출, 자산 등 가족의 경제상태/ 가정의 형성·유지와 관련한 가족의 가치관/ 혼인· 출산· 자녀양육· 가족부양· 가족역할 등 가족행태/ 부부관계· 부모자녀관계 등 가족관계 · 의식주· 소비· 여가· 정보이용 등 생활양식/ 가족갈등· 가족해체 등 가족문제/ 건강가정 관련 교육· 상담· 가정봉사원의 이용 등 서비스 욕구	5년 (조사년도 익년 2월)
	청소년 유해환경접촉 종합실태조사	일반, 조사(표본)	· 청소년의 매체이용 실태, 청소년의건강과 의약품이용 실태, 청소년의 업소 이용 실태, 청소년과 가출, 청소년과 학교폭력, 청소년의 성과 관련된 사항과 일반배경으로 구성	1년 (익년 1월)
	청소년 상담지원현황	일반, 보고	· 상담내용별 전체 상담 및 지원실적 · 상담을 받은 청소년현황 등 · 청소년전화 (1388)운영현황	1년 (매년 3월)
	청소년 가치관 조사	일반, 조사(표본)	· 청소년의 여가관, 인생관, 종교관/ 청소년의 이성관 및 결혼관/ 청소년의 미래관 및 장래의식/청소년의 소비의식 / 청소년의 가족관, 형제의식, 성평등의식/ 청소년의 학교에 대한 신뢰 및 인식/ 청소년의 또래의식/ 청소년의 참여의식/ 청소년의 존경하는 인물관/ 청소년의 통일의식 및 북한관/ 청소년의 사회문제에 대한 인식	2년 (조사년도 익년 6월)
한국 청소년정책 연구원	아동 청소년 인권실태조사	일반, 조사(표본)	· 생존권: 질병, 빈곤, 영양, 신체충실도, 건강, 치료, 안전, 사고, 자살, 사회보장, 행복감 · 보호권: 신체적 학대, 정서적 학대, 부모의 방임, 경제적 착취, 성차별, 민족차별, 지역차별, 연령차별, 장애차별, 기타유형의차별 (학업성적, 경제, 신체· 외모, 종교, 가정결손),범죄· 가출· 청소년유해시설· 청소년유해매체· 교내인권침해로부 터의 보호	2년 (조사년도 익년3월)

도 이었다. 한편, 우리나라가 OECD 국가임에도 아동빈곤과 15세 이상의 삶의 만족도를 제외하고 다른 지표들은 국가 간 비교에 포함되지 않았다.

OECD의 과체중과 비만 지표에 대한 국가 간 비교에서 볼 때 만약 우리나라 지표가 포함되게 된다면, 우리나라 자료의 정확도는 다른 국가에 비해 우수할 것으로 판단할 수 있다. 국가 비교에 참여하고 있는 OECD 국가들의 신장과 체중의 자료는 학생들 본인이 보고한 것으로 무응답이 많으며, 검진자의 측정에 의하여 계산된 BMI에 의해 과체중과 비만으로 분류하는 우리나라의 방식이 자가 보고에 의한 기록보다 오기록의 확률이 낮기 때문이다.

청소년을 대상으로 하는 OECD 지표 중 15세 이상의 삶의 질과 아동빈곤을 제외한 대부분의 지표는 HBSC의 데이터를 이용하고 있다. HBSC는 WHO 지역 사무소와 여러 나라가 공동으로 참여한 연구이다. 이는 새로운 통찰력을 얻기 위한 국가 서베이를 청소년의 건강, 건강행태와 그들의 사회배경을 이해하기 위한 것이다. HBSC는 1982년에 3개국의 연구자에 의해 시작된 이래 유럽과 북미의 다학제간 네트워크의 연구자들에 의해서 개발되었다. 그 후 WHO 공동 프로젝트로 채택되었고, 현재는 캐나다와 미국뿐 만 아니라 유럽이 포함되어 모두 43개국이 참여한다(HBSC International Coordinating Centre, 2012) 그러나 아쉽게 우리나라는 현재 유럽과 북미를 회원국으로 한 HBSC에 가입되어 있지 않음을 확인할 수 있었다. 그러므로 우리나라의 학생을 대상으로 하는 학교보건지표의 국제 간 비교를 시도하기 위한 다양한 노력이 전개되어야 할 것이다.

우리나라 승인통계를 고찰한 결과 우리나라는 각 기관이 고유 업무 수행을 위하여 필요한 통계를 각각 작성하는 분산형 통계의 형태를 취하고 있었다. 분산형 통계제도는 통계를 작성하는 각 기관이 고유 업무와 관련된 통계를 작성할 책임과 권한을 가지는 것이다(통계청, 2010). Lee (2003)에 의하면 분산형 통계제도는 통계개발에 있어 분야별 전문지식 활용이 용이하며, 해당부처의 통계수요에 신속히 대처할 수 있고, 통계작성자와 이용자간 접촉이 용이하다는 장점을 가지고 있다. 또 해당부처의 필요에 의하여 통계가 생산되므로 생산된 자료가 행정목적에 바로 활용될 수 있다. 반면 단점으로는 조사의 중복과 누락 가능성이 있으므로 인력과 예산의 낭비가 초래될 수 있다.

우리나라에서 현재 생산되고 있는 주요 학생건강관련 통계는 교육과학기술부와 보건복지부 및 여성부, 그리고 한국청소년 정책연구원을 통해서 생산되고 있었다. 그러나 학생건강

통계 생산에서의 고려할 점은 학교보건의 중요도에 비해 부족한 학생건강 통계의 양을 지적할 수 있다. 이는 우리나라 858개의 승인통계중 11개(1.3%) 뿐이었고, 중앙행정기관에서 작성되는 331개 승인통계 중에서도 10개(3.0%) 뿐이며, 지정기관에서 작성되는 150개의 승인통계 중에서도 단지 1개(0.7%) 뿐이기 때문이다. 또 기관별 승인통계 중 학생건강수준을 측정하는 승인통계의 현황을 볼 때, 교육과학기술부의 승인통계는 모두 10개 중 학생건강을 측정하는 통계는 1개(10%)로 조사통계가 아닌 보고통계의 형태를 띠고 있었다. 보건복지부의 경우 42개의 승인통계 중 4개(9.5%)가 학생건강수준을 알 수 있는 통계이었다. 또 여성부의 경우 10개의 승인통계 중 5개(50%)가 학생건강수준을 기능할 수 있는 통계이었고, 통계 지정기관에 해당하는 한국청소년정책연구원은 1개의 승인 통계 중 1개(100%)가 학생건강 수준과 관련된 통계로 오히려 교육과학기술부의 학생건강통계 분을 보다 높았다. 학생 건강을 측정하는 절대 지표의 개수를 비교해 볼 때 여성부 5개, 보건복지부 4개, 교육과학기술부와 한국청소년정책연구원 각각 1개이었다.

위의 연구결과를 토대로 볼 때 학생건강수준을 알기 위한 통계는 양적이든 질적으로 확장될 필요가 있으며, 또 학교보건지표의 국제간 비교가 가능한 기반을 구축하여 한다. 그러나 한정된 자원아래 통계지표를 급속하게 늘리기는 어려울 것이므로 현재의 승인통계 체계 안에서 학생의 건강지표에 대한 효율적 활용 방안을 고려할 필요가 있다. 그러므로 다음과 같은 제언이 가능하다. 첫째, 각 기관에서 조사하고 있는 학생건강 관련 통계들을 취합하여 통합하거나 연합하는 등의 지표 가공을 통해 비교적 용이하게 수준 높은 학교보건통계를 생산할 필요가 있다. 둘째, 분산형 통계제도는 해당부처의 필요에 민감한 통계생산이라 할 수 있으나, 어느 기관에서 어떤 통계가 생산되는지 소통이 원활하지 않을 경우 자료의 중복이나 누락은 방지하기 어렵다. 그러므로 학생건강통계 생산에 관한 기관간 조정기능이 강화될 필요가 있다. 셋째, 필요로 하는 통계를 위해 그보다 더욱 방대한 통계변수가 조사되고 있으나 결과 보고서에 포함되지 않을 수 있거나 단순통계의 보고로 인해 이면에 숨겨진 고급정보가 사장될 수 있다. 그러므로 원시자료에 대한 연구자의 활용을 활성화하는 등 학생건강정보의 양적, 질적 향상을 꾀하여야 할 것이다.

결론 및 제언

본 연구는 OECD 지표와 우리나라 승인통계 중 학생의 건

강수준을 알 수 있는 통계지표를 파악하기 위해 시도되었다. 연구결과 2009년 현재, OECD 지표 중 아동 및 청소년의 건강을 주제로 하는 지표는 흡연, 음주, 영양, 신체활동, 과체중과 비만, 따돌림, 위험행위, 아동빈곤이 있음을 알 수 있었다. 그러나 이러한 OECD 지표는 HBSC의 자료를 이용함으로써 우리나라 학생건강 지표는 아동빈곤과 15세 이상의 삶의 만족도를 제외하고 포함되지 않았다.

한편, 우리나라에서 현재 생산되고 있는 학생건강 관련 주요 통계는 2010년 현재 교육과학기술부와 보건복지부 및 여성부, 그리고 한국청소년 정책연구원을 통해서 생산되고 있다. 그러나 우리나라 전체 858개의 승인통계중 11개(1.3%) 뿐이었다.

그러므로 이미 조사되고 있는 학생건강통계결과는 OECD 등의 국가 간 비교에 적극 참여함으로써 우리나라 학교보건의 현주소를 파악할 필요가 있을 것이다. 또 여러 학생건강 관련 승인통계를 통한 가공통계의 활성화, 그리고 통계조정기능 강화, 그리고 원시자료에 대한 연구자 접근 확대를 통해 학생건강통계 생산의 양적 그리고 질적 확장을 제언할 수 있다.

참고문헌

- 교육과학기술부·한국교육개발원. (2010). **OECD 교육지표 [Online]**. Available: http://oecd.vedi.re.kr/FileRoot/LuBoard/B_DATA/Files/B_DATA0000038241F.pdf[2012, May 8].
- 보건복지부. (2010). **한 눈에 보는 OECD 보건지표 2009 [Online]**. Available: http://download.mw.go.kr/front/modules/download.jsp?BOARD_ID=320&CONT_SEQ=237846&page=1&FILE_SEQ=57157[2012, May 8]
- 장영식, 고경환, 도세록, 김나연, 장현경. (2010). **2010년도 OECD 보건통계생산, 보건복지부. 보건사회연구원 [Online]**. Available: <http://www.bokjiro.go.kr/cmm/fms/FileDown.do?atchFileId=282493&fileSn=0>[2012, May 8].
- 통계청. (2010). **국가승인 통계 목록 [Online]**. Available: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_pi/6/4/index.action?bmode=read&seq=528[2012, May 10].
- Barnekow, V., Buijs, G., Clift, S., Jensen, B., Paulus, P., Rivett, D., & Young, I. (2006). *Health-promoting schools: A resource for developing indicators*. International Planning Committee, WHO regional Office for Europe, Copenhagen [Online]. Available: http://ws10.e-vision.nl/she_network/upload/pubs/Healthpromotingschoolsaresourcefordevelopingindicators.pdf[2012, May 8].
- Lee, H. K. (2003) A study on the status of health statistics product in Korea and OECD health data. *Journal of Korean Public Health Association*, 29(3), 203-218.
- OECD. (2009a). *Health at a glance 2009: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2009b). *Education at a glance 2009: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2009c). *Society at a glance 2009: OECD social indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2012). *List of OECD member countries [Online]*. Available: http://www.oecd.org/document/58/0,3746,en_2649_201185_1889402_1_1_1_1,00.html[2012, May 8].
- Shin, S. M., An, J., & Lee, H. W. (2010). Development and application of school health indicators in Korea: Based on OECD data. Ministry of Education, Science and Technology [Online]. Available: <https://www.prism.go.kr/homepage/researchsearch/organ/retrieveOrganLeft.do?flag=organ> [2012, May 8].
- WHO European Region. (2005). *Health Behaviour in School-aged Children Survey [Online]*. Available: <http://www.HBSC.org>[2012, May 8].