

학교보건사업 발전을 위한 부문간 협력 방안

황준현, 박순우†

대구가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실

A Review of Intersectoral Partnership Strategies for Enhancement of School Health Programs

Jun Hyun Hwang, Soon-Woo Park†

Department of Preventive Medicine, Catholic University of Daegu School of Medicine

<Abstract>

Objectives: This article reviewed researches on intersectoral partnership of school health programs to suggest importance, current status and development plan of those. **Methods:** Domestic research papers were screened through Research Information Sharing Service (RISS), Koreanstudies Information Service System (KISS), Medical Library Information System (MEDLIS), Korean Medical Database (KMbase), and digital national assembly library. International papers were searched mainly via Pubmed. **Results:** Since intersectoral partnership is effective, comprehensive and universal approach for school health programs, many collaborative programs are universally progressing in various domain including smoking, alcohol, mental health and sexual behavior. On the other hand, intersectoral partnership of school health programs in Korea is still in the beginning stage, and there are few intersectoral partnerships. Moreover, there are several limitations including top-down approach, passive participation and lack of studies on the effect of intersectoral partnership. However, intersectoral partnerships in school health program including tuberculosis control system in school or WEE project are in progress, so it is worth looking forward in the future. **Conclusions:** To achieve successful intersectoral partnership in school health programs, appropriate partnership guideline for Korean society, policy support, active participation and improvement of consciousness in community stakeholders are needed.

Key words: Collaboration, Partnerships, School health

I. 서론

질병관리본부에서 실시한 2012년 청소년건강행태온라인 조사 결과에 의하면 고등학교 상급 학년에 이르면 남학생의 경우 40% 이상이 흡연 경험이 있고 70% 정도가 음주 경험이 있었다. 현재 흡연자는 남자 고등학생의 22%, 여자 고등학생의 8%에 이르며, 현재 음주자는 전체 고등학생의 28% 정도로서 상당수의 학생들이 흡연, 음주 경험이 있을 뿐 아니라 현재도 흡연과 음주를 하고 있었다. 또한 대다수의 학생들은 담배나 술을 가게에서 쉽게 구매할 수 있었으며, 가정에서 간접흡연에 노출되는 경우도 중고등학생 전

체적으로 33%정도로서 사회나 가정에서 청소년의 흡연과 음주 문제를 방치하고 있는 측면을 나타내었다. 흡연이나 음주 문제뿐만 아니라 우리나라 청소년들은 부족한 신체활동, 불건강한 식습관 및 높은 아침 결식률, 학교에서 식사 후 칫솔질 실천의 부족 등 위생생활의 미흡함 등의 문제도 있었다.

스트레스를 인지하는 경우는 전체적으로 42%, 우울감을 경험한 경우도 31%에 이르렀고 구체적으로 자살을 생각해 본 적이 있는 경우도 15% 이상으로 정신건강의 문제점도 드러났다. 한편, 주중 평균 수면 시간은 중학생이 7.1시간인 반면에 고등학생은 5.7시간에 지나지 않아 우리나라 청소년

Corresponding author : Soon-Woo Park

Department of Preventive Medicine, Catholic University of Daegu School of Medicine, Daemyeong 4-dong, Nam-gu, Daegu, Korea

(705-718) 대구시 남구 대명 4동 3056-6 대구가톨릭대 예방의학교실 (마리아관 614호)

Tel: 053-650-4493, 010-9188-4493 Fax: 053-654-3881 E-mail: parksw@cu.ac.kr

▪ 투고일: 2013.08.15

▪ 수정일: 2013.09.17

▪ 게재확정일: 2013.09.24

들의 열악한 생활 환경을 반영하였다(Ministry of Education, Science and Technology, Ministry of Health & Welfare, & Korea Centers for Disease Control & Prevention [KCDC], 2012). 이러한 정신건강 문제는 최근에 사회적 문제가 되고 있는 학교폭력이나 청소년 자살 문제에도 그대로 반영되고 있다. 2011년의 경우 10대 청소년 사망 원인 1위는 자살로서 사망률이 인구 10만명 당 5.5명에 이르고 전체의 26.5%를 차지하였다. 이는 2001년의 3.3명에 비해 10년간 1.7배가 증가한 것이다(Statistics Korea, 2012). 한편 2013년 제1차 학교폭력 실태조사 결과에 의하면 2012년에 비해 학교폭력의 피해율이 8.5%에서 2.2%로, 가해율은 4.1%에서 1.1%로, 목격률은 17.6%에서 7.6%로 많이 감소하였으나 여전히 많은 학생들이 학교폭력에 시달리고 있다(Ministry of Education, 2013). 또한 자살이 전체 국민의 사망원인 중 4위이고, 특히 10대에서 30대까지는 1위에 올라있어 국가적 문제가 되고 있다(Statistics Korea, 2012).

세계보건기구에서는 1986년에 개최된 제1차 국제건강증진회의의 오타와 헌장에서 건강은 그 자체가 삶의 목적이 아닌 일상생활의 자원으로 간주한다고 하였다. 즉, 건강은 육체적 역량뿐만 아니라 사회적 및 개인적 자원을 강조하는 긍정적인 개념으로서, 건강증진은 단지 건강 분야의 책임만이 아니며 건강한 생활습관의 차원을 뛰어 넘는 웰빙의 차원에 이르고자 하는 것이라고 하였다(World Health Organization [WHO], 1986). 우리나라 출산율 저하와 수명 연장으로 인해 인구의 고령화와 생산 연령층의 절대적, 상대적 감소의 단계에 처해 있는데, 이에 따라 OECD에서는 잠재성장률이 현재의 4% 정도 수준에서 2030년대에는 2% 이하로 감소할 것으로 예측한 바 있다(OECD, 2012). 생산연령층 감소에 따른 국가 경쟁력 저하를 극복하기 위해서는 인구의 질적 수준 향상이 매우 중요한데 이를 위해서는 국민의 건강증진을 최우선에 두어야 한다는 것은 논란의 여지가 없다.

우리나라 국민의 주요 사망원인이자 건강수명을 단축시키는 장애의 중요한 원인이 되는 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 당뇨병 등을 비롯한 만성질환의 위험요인은 어린이, 청소년 시기에서 비롯된다는 여러 연구 결과가 있다(Charrier, Walker, & Naimark, 2010; Galobardes, Smith, & Lynch, 2006; Tamayo, Herder, & Rathmann, 2010; U.S. Department of Health and Human Services, 1994). 그럼에도 불구하고 전술한 바와 같이 우리나라 청소년들은 신체적, 정신적, 사회적으로 많

은 위험 요인을 안고 있다. 따라서 청소년 시기부터 건강한 생활습관을 갖추도록 하고, 육체적 건강과 함께 정신적, 사회적 건강의 기반을 조성하는 것은 개인이나 가족뿐만 아니라 국가 차원에서도 최우선 과제라고 할 수 있다.

그런데 청소년의 경우 건강문제나 불건강 행태가 단일 문제가 아닌 다른 불건강 행태 혹은 일탈 행위와 중복되는 경우가 많아 표면적으로 드러나는 문제만으로 접근하여서는 근본적인 해결이 어렵다(Park, Patton, & Kim, 2010; Petridou et al., 1997; Tobias, Yeh, & Jackson, 2007). Bronfenbrenner의 인간생태학적 체계 이론에서는 어린이와 청소년의 발달에 영향을 미치는 맥락적 요인들을 거시적이며 종합적으로 이해할 수 있는 틀을 제공하고 있다. 이것을 구성하는 것으로서, 가족, 학교, 또래그룹, 대중매체, 지역사회와 같은 특정한 장(setting)에서 경험하는 활동 및 다른 사람과의 관계를 형성하는 미시체계가 있고, 두 개 혹은 그 이상의 미시체계 간의 연관이나 상호관계에 의해 형성되는 중간체계가 있으며, 미시체계 중의 하나에 영향을 미치는 것으로서 부모의 직업, 학교의 위원회, 사회의 각종 사업, 정부기구, 지역사회의 위원회 등과 같은 외체계, 그리고 미시체계, 중간체계, 외체계의 전반적인 형식이나 방향을 결정하는 거시체계가 있는데 문화, 민족성, 종교, 경제, 정치적 이념, 과학, 기술 등이 해당한다(Berns, 2010). 이와 같이 어린이, 청소년의 건강 문제를 해결하기 위해서는 포괄적이고 전인적인 접근이 필요하며 이를 위해서는 학교, 가정, 사회, 국가 차원의 참여와 협조가 필수적이라고 할 수 있다. 1997년의 자카르타 선언에서는 21세기의 건강증진을 위한 5가지 우선순위 중의 하나로서 파트너십의 중요성을 포함하였는데, 건강증진을 위해서는 통치차원과 사회차원의 모든 수준에서 다양한 분야 간의 파트너십이 이루어져야 하고, 기존 파트너십을 더욱 강화할 뿐만 아니라 새로운 파트너십을 강구해야 한다고 하였다(WHO, 1997).

학교는 청소년들이 일과 중의 가장 많은 시간을 보내고, 직접적인 교육을 제공하고, 사회화가 형성되는 장소로서, 학생들의 건강증진을 위한 활동의 중심 역할을 할 수 있다. 그리고 그러한 건강증진 활동이나 사업은 학교 내에서도 다양한 형태의 참여와 협력이 필요하며, 지역사회와의 연계도 중요하다. 이러한 측면에서 본 논문에서는 학교보건 사업에서 부문간 연계의 중요성과 현황을 고찰하고 향후 발전 방안을 제시하고자 하였다.

II. 연구방법

본 논문은 첫째, 학교보건사업에서의 부문간 협력의 이론적 배경, 둘째, 우리나라 학교보건사업의 영역과 부문간 협력의 필요성, 셋째, 외국 학교보건사업의 부문간 협력의 현황, 넷째, 우리나라 학교보건사업에서의 부문간 협력의 현황, 그리고 마지막으로 우리나라 학교보건사업에서의 부문간 협력의 과제와 향후 발전방안으로 구성하였다.

국내외 학교보건사업의 부문간 협력과 관련한 문헌을 검토하기 위해 국내의 경우 한국교육학술정보원의 학술연구정보서비스(Research Information Sharing Service [RISS]), 한국학술정보(Koreanstudies Information Service System [KISS]), 의학학술지 종합정보시스템(Medical Library Information System [MEDLIS]), 한국의학논문데이터베이스(Korean Medical Database [KMbase]), 국회도서관의 전자도서관 등을 통해, 외국 자료의 경우 PubMed를 통해 검색하였다.

III. 연구결과

1. 학교보건사업에서의 부문간 협력의 이론적 배경

1970~80년대 초의 학교 기반 중재프로그램에서 학교는 청소년에게 건강행태에 대한 지식 향상, 태도 변화를 제공하기 위한 중요한 장소로서만 국한되었고, 대부분의 중재 프로그램은 건강행태의 정신사회적 결정요인에 초점을 맞춘 교실기반 교육프로그램이었다. 1980년대에 들어와서는 Bandura의 사회학습이론에 영향을 받아 행동변화를 위한 지지적 환경에 관심을 가지고 좀 더 포괄적인 학교기반 중재 프로그램이 발달하였다. 1990년대에는 학교가 단순히 중재를 위한 편리한 장소로서 안주할 것이 아니라, 효과적인 건강증진을 제공하기 위해 개혁이 필요한 기관이라는 인식이 대두되었다. 최근에는 학교생활에 잘 적응하는 경우가 학업 성취도가 좋고 건강에도 좋은 영향을 미치는 반면에 취약계층 학생의 경우 위험행태를 가질 가능성이 높음에 따라, 학생들을 위한 포괄적인 교육과 사회경험 프로그램을 학교 기반 사회 및 조직을 통해 제공함으로써 학교는 교육 및 건강효과를 극대화 시킬 수 있는 장소로 받아들여지고 있다(Leger & Nutbeam, 2000).

Adelman과 Taylor에 의하면 행태의 중요한 두 가지 결정

요인은 개인의 내부적인 요소와 외부의 환경적 요소이며, 이 두 가지 요소의 연속된 스펙트럼 내에서 개인 행태가 결정된다고 하였다. 즉, 두 가지 요소의 비례 배분적인 작용으로 인해 개인행태가 결정되므로 건강위험행태 문제를 해결하기 위해서는 내부적인 요소와 외부적인 요소를 다양하게 고려해야 한다. 따라서 학교보건 프로그램은 개인, 가족, 지역사회 모두를 포함하는 부문간 연계 혹은 협력을 통한 총괄적인 접근이 필요하다(Adelman & Taylor, 2003). 학교보건사업에서의 부문간 협력은 서비스 접근성과 공급을 향상시킬 수 있고 학습을 위한 지지와 도움을 증가시키고 학습장애요인을 해결하고 학습과 발전의 기회를 향상시킨다. 또한 가족, 학교, 지역사회를 강화시키는 새로운 접근법을 만들 수 있다. 그러므로 적절하고 효과적인 협력은 복지를 증진시키고, 발전, 학습, 가족 번영과 지역사회 자급자족을 해결하는 중요한 요소이다(Adelman & Taylor, n.d.).

부문간 연계의 수준은 지리적 범위, 산출물, 파트너와의 관계 측면에서 다음과 같이 구분할 수 있다. 지리적 범위에 따라서는 중앙정부, 광역정부, 지역사회, 학교내 차원 연계로 분류할 수 있으며, 산출물에 따라서는 정책개발, 교육과정·지침 개발, 연계사업 개발 및 수행, 교사 등을 위한 전문가 개발 과정, 교육자료 개발 및 제공, 조사·치료 등 직접 보건서비스 제공으로 나뉜다. 파트너와의 관계에 따라서는 개별적 분리(separate service, isolation), 부분협력(cooperation, encounter), 부서간 협력(coordination, communication), 중앙협력(collaboration), 합병(integrated service)으로 분류된다. 개별적 분리는 각 기관이 공통된 가치관 없이 독립적으로 별개의 서비스를 제공하는 형태로 경우에 따라서 경쟁적인 관계가 되기도 한다. 부분협력은 비공식적인 부문간 협력 형태로 한시적으로 정보와 네트워크를 공유할 수 있지만 절차, 정책, 활동 등은 독립적이다. 부서간 협력은 공동의 목표를 가지고 공동으로 수행하는 형태이며, 부문간 관리팀이나 조정자가 있어 실무자 차원에서 공동 작업이 이루어진다. 중앙협력은 중앙차원에서의 연계가 이루어지는 형태로서 공동목표를 가지고 공동기획을 한다. 마지막으로 합병은 조직 자체를 합쳐서 업무를 수행하는 것을 말한다(Australian Health Promoting Schools Association, 1997; Carnwell & Buchanan, 2005).

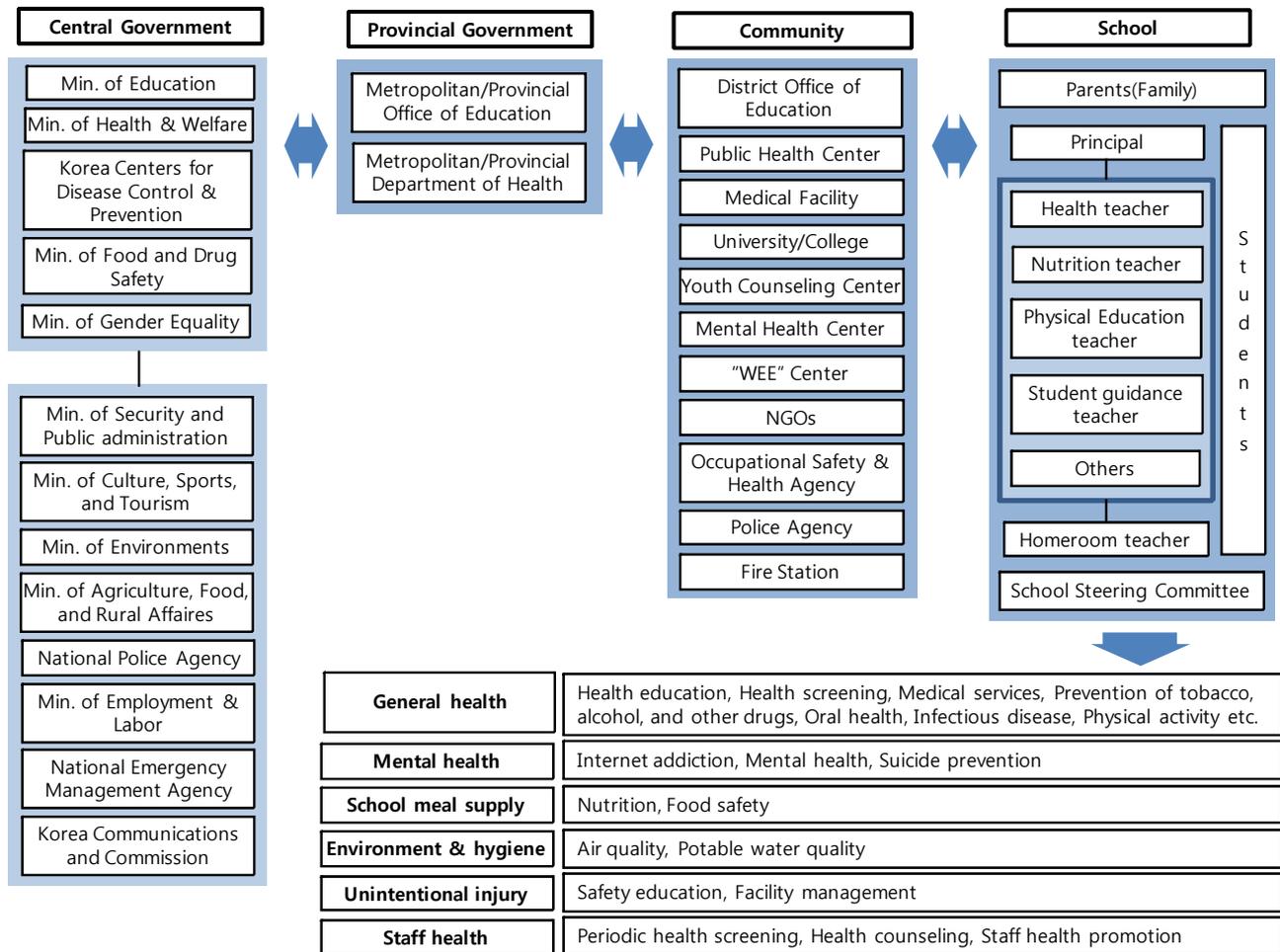
부문간 협력 혹은 파트너십의 진행 단계는 대체적으로 유사한 과정을 거치는데, 미국 국제개발청(U.S. Agency for

International Development)에서 발간한 보고서에서는 다음의 7단계로 구분하였다. 즉, ① 사업의 목적 및 목표 설정, ② 현 문제점 인식 및 파트너 찾기, ③ 협력 가능성 확인 및 예상되는 장애요인 열거, ④ 파트너 간 의논 및 장애요인 규정, ⑤ 방향 설정, ⑥ 구체적인 실천방안 개발, ⑦ 성공적인 파트너십의 제도화 및 확대 등이다(Charles, McNulty, & Pennell, 1998).

2. 우리나라 학교보건사업의 영역과 부문간 협력의 필요성

우리나라의 학교보건사업은 협의의 의미에서 주로 보건교사의 역할로 간주되는 학생들의 건강관리를 위한 일반적

인 활동(보건교육, 보건교육, 건강검사, 의료서비스, 흡연, 음주 등 약물 오남용 예방, 구강건강관리, 감염병 예방관리, 신체활동 증진 등) 외에도 정신보건관리, 급식관리, 환경위생관리, 안전관리, 교직원건강관리 등 다양한 영역을 포함하고 있다. 이러한 활동은 보건교사뿐만 아니라 영양교사, 체육교사, 생활지도 교사 등 다양한 영역의 교직원 참여가 필수적이며 특히 일차적으로 담임교사의 관심이 중요하다. 학교보건사업의 대상 역시 학생뿐만 아니라 교직원도 포함해야 하며 가정과의 연계가 매우 중요하다. 이들 모든 활동들은 학교장의 관심과 지원이 있어야 하며 궁극적으로 학교 구성원들의 참여하에 학교운영위원회 차원에서 추진되는 것이 바람직하다.



[Figure 1] Activities of school health and related organizations and partners in Korea

학교 내에서의 보건사업은 학교 자체의 자원과 역량만으로는 한계가 있기 때문에 지역사회 자원과 연계하는 것이 매우 중요한데 학교와 직접적으로 관련이 있는 교육지원청과 보건소뿐만 아니라 다양한 공공기관과 민간기관의 참여 및 연계를 통해 기술적 지원과 상호협력 관계를 유지하는 것이 필요하다. 특히 최근에 청소년 정신문제와 학교 부적응, 자살 문제가 큰 이슈가 됨에 따라 청소년상담센터, 정신보건센터, WEE 센터 등과의 연계가 중요시되고 있으며 학교 안전문제와 관련하여 경찰서, 소방서 등과의 협력도 필요하다. 새학교증후군 등의 학교 환경 문제와 시설물 안전문제는 학교 자체적으로 해결하기에는 전문적인 기술이 필요하므로 산업안전공단과 연계하여 도움을 받는 것도 할 수 있다.

지역 특성에 맞는 학교보건사업 정책은 교육청 차원에서 수립하는 것이 바람직하며, 나아가 중앙정부의 각종 시책과 매우 밀접한 관련성을 갖는다. 학교 보건정책과 가장 직접적인 관련성이 있는 부처인 교육부, 보건복지부, 질병관리본부, 식품의약품안전처, 여성가족부 외에도 다양한 부처가 직간접적으로 학생건강과 관련성이 있으며 특히 최근에 학교폭력종합대책이 발표되면서 다양한 기관간의 연계와 협조를 강조하고 있다[Figure 1].

3. 외국의 학교보건사업의 부문간 협력의 현황

외국의 학교보건사업의 부문간 협력에 대한 사례들을 연계 범위 및 기반에 따라 학교내, 학교와 가족, 학교 및 가족을 비롯한 지역사회 간 연계로 다음과 같이 구분하였다.

1) 학교내 부문간 연계

(1) 호주의 Gatehouse Project

대부분의 학교 건강증진 프로그램은 보건이나 체육 교육 과정에 흡연, 음주, 성교육, 신체활동 등과 같은 제한된 주제에 대한 보건교육 전략을 이용했으나 이러한 방법으로는 교육 효과가 장기간 지속되지 않았으며, 사회적 영향까지 고려한 전략의 경우에도 결과는 만족스럽지 않았다(Lynagh, Schofield, & Sanson-Fisher, 1997; Peterson, Kealey, Mann, Marek, & Sarason, 2000). 또한 학교 입장에서는 기존 교육 과정에 보건 관련 업무가 지속적으로 추가되는 것에 대해서도 저항이 있고 그 효과에 대해서도 회의적이기 때

문에 기존 접근방법의 장기간 지속성에 대해서는 논란의 여지가 있다. 이러한 배경에 의해, 호주의 Gatehouse Project는 기존의 학교 건강증진 프로그램의 단점을 보완하기 위해서 만들어진 총체적 학교(whole school) 변화 프로그램이다(Patton, Bond, Butler, & Glover, 2003). 안정된 정서적 유대 관계가 심리적, 사회적 발달의 기반이 된다는 애착이론(Attachment theory)에 근거하여 개인의 애착감을 지지하는 사회적 맥락의 3가지 요소인 가족, 학교, 동료와의 안정된 관계(security), 의사소통(communication), 참여(participation)에 초점을 맞추어 진행되었다(Berkmand & Kawachi, 2000). 중학생의 정서 및 건강행태를 증진시키기 위한 일차예방프로그램으로 호주의 26개 학교(중재학교 12개/대조학교 14개)를 대상으로 한 무작위 실험연구를 실시하였다.

각 학교마다 실정이 다르기 때문에 중재프로그램의 내용이 아닌 과정을 3단계로 표준화하였다. 첫째, 학생들로부터 설문지를 통해 사회적 상호작용의 3가지 영역인 안정된 관계, 의사소통, 참여의 개념적 틀에 따라 학교의 사회적 여건을 조사하였다. 이를 통해 우선순위와 전략을 정하고 추후 반복조사를 통해 개선여부를 파악하였다. 둘째, 각 학교에 적합한 전략을 시행하기 위해 학교기반 활동팀(school-based action team)을 만들거나 기존의 팀을 수정하도록 하였다. 활동팀의 목적은 하나의 특정 보건 및 사회 문제와 관련한 분절된 접근법에서 통합된 사회 발달 프로그램으로 바꾸는 것으로, 보건 교육 과정의 도입 및 통합부터 학교 구조 변화와 학생들의 지역사회 참여 기회 확대까지 다양한 역할을 하고, Gatehouse Project 직원들의 공식적, 비공식적 지원을 받도록 하였다. 셋째, 학교의 사회·학습 환경 증진을 위해 총체적 학교 전략, 긍정적인 학급풍토 조성, 사회적·정서적 기술을 증진하는 교육 과정을 도입했다. 총체적 학교 전략은 학생들이 교사로부터 긍정적인 관심 및 학교 내 존중을 목표로 멘토링 프로그램의 도입, 학생들의 학교 내 의사결정과정 참여 제고를 위한 동료 지지 및 동료 리더십 전략의 활성화 등 학교 마다 다양한 전략을 수립하도록 하였다. 학교 소속감 인식에 중대한 영향을 미치는 긍정적인 학급 풍토 조성에는 다른 사람을 깔보지 않고, 상대방의 입장에서 경청하기, 다른 사람 물건 조심스럽게 다루기, 소규모 학습, 학급 토론, 교사의 유연한 교육태도 등의 전략을 사용하였다. 마지막으로 사회적·정서적 기술 증진을 위한 교육 과정에서는 일상생활에 대한 적용가능성, 정규 교육 과정과의 통합, 교사의 전문성 개발, 다른 학년으로의

확대 등을 고려하도록 하였다.

정서적 불안 경험과 그에 대한 대처 방안에 대한 10주간의 보건·인간관계 중재 프로그램을 실시하고 정신건강상태(자가보고 불안/우울증상), 건강위험행태(흡연, 음주, 마리아나 이용), 사회관계(애정/대립), 학교관계(교우관계, 괴롭힘 등)에 대해서 2년마다 3회에 걸쳐 평가하였다. 그 결과 대조군에 비해 중재군에서 정신건강상태, 사회/학교관계에서는 유의한 결과를 보이지 않았으나 흡연 감소에는 유의한 결과를 보였다.

(2) 미국의 HEALTHY Study

학생들의 2형 당뇨병 위험인자를 줄이기 위해, 건강행태 변화를 위한 4개의 중재 프로그램을 부문간 통합 접근법(integrated interdisciplinary approach)을 활용하여 수행한 연구이다. 이 연구는 7개 지역의 42개 학교(중재학교 21개/대조학교 21개)를 집락 무작위 추출법으로 선정하여 6학년을 대상으로 3년간 실시하였다(HEALTHY Study Group, 2009; HEALTHY Study Group, 2010).

HEALTHY Study는 3가지 인력 구조를 가지고 있다. 첫째는 관리자로서 연구자, 프로젝트 코디네이터, 학교 코디네이터 등이며, 둘째는 중재 담당자로서 건강증진 코디네이터, 신체활동 코디네이터, 영양학자, 학생 대중매체 코디네이터, HEALTHY 보조원, 체육교사 보조원이다. 마지막으로 연구 담당자로서 연구 보조원, 자료 입력원, 자료 수집원 등이다. 프로젝트 코디네이터가 전반적인 연구 실행을 관리 감독하고, 교내 학업과 활동을 관리하는 학교 코디네이터의 도움을 받으며, 객관성을 유지하기 위해서 중재 담당자와 연구 담당자를 분리해서 연구를 진행하였다.

4개의 중재프로그램은 영양, 신체활동, 행동, 의사소통 프로그램으로 다음과 같다. 첫째, 영양 프로그램은 자동판매기, 구내식당, 방과 후 간식 등 학교를 통해 제공되는 전반적인 식품의 양과 영양학적 질을 개선하였다. 둘째, 신체활동 프로그램은 체육교사가 참여하여 학습안을 계획하고 중·고강도 신체활동의 참여도와 시간을 증가시켰다. 셋째, 행동 프로그램은 지식, 의사결정 기술, 동료 참여 및 상호작용, 사회적 영향을 향상시키는 과정을 진행하였다. 주로 학교 기반으로 진행되었지만, 부모 및 가족의 역할의 중요성을 인식하여 프로그램 정보나 전략에 관한 가정통신문을 집으로 보냈다. 넷째, 의사소통 프로그램은 영양·활동·행

동의 변화 강화 및 증진을 위해서 메시지, 사진, 사건, 활동을 통한 프로그램을 제공하였으며, 특히 사회 마케팅 전략을 활용하여 HEALTHY를 좋은 생활습관 실천이라는 하나의 브랜드로 만들고, 동료 영향의 이점을 이용하기 위해 또래 자원봉사자를 활용하였다.

연구 결과, 과체중 유병률과 공복 혈당 및 인슐린의 이상 수치 비율은 중재학교와 대조학교 간에 유의한 차이가 없었으며, 체질량지수와 복부비만 유병률은 중재학교에서 유의하게 감소하였다. 한편 과체중 학생의 하부 집단에서는 비만 유병률, 복부비만 유병률, 공복시 인슐린 수준은 유의하게 감소하였다.

(3) 캐나다의 Fourth R: Skills for Youth Relationship Program

데이트 폭력을 예방하기 위한 학교기반 중재프로그램으로 20개 학교(중재학교 10개/대조학교 10개)의 14~15세 학생을 대상으로 2년 반 동안 진행하였으며, 청소년 데이트 폭력과 관련 위험행태에 대한 근거에 기반한 개인 및 학교 수준 중재 프로그램을 활용한 무작위 실험연구이다(Wolfe et al., 2009). 개인 수준 프로그램은 개인 안전과 손상예방, 건전한 성장과 성생활, 물질 오남용의 3개 영역에서 각 7개 주제로 총 21개 주제에 대해서 28시간 동안 잘 훈련된 교사에 의해 진행되었다. 학교 수준 프로그램은 데이트 폭력에 대한 교사 연수, 부모에 대한 교육 및 프로그램 정보 제공, 학생 주도의 안전한 학교 위원회 설립 등이었다. 이 사업의 1차 목표는 데이트 폭력을 줄이는 것이었고, 2차 목표는 동료의 위험 행태, 약물남용, 성문제를 줄이는 데에 있었다. 연구 결과 데이트 폭력은 남자에서 대조군이 2.77배 높았으나 여자에서는 차이가 없었으며, 2차 목표 중 남자 콘돔 사용율 지표만 중재군에서 1.7배 유의하게 증가하였다.

2) 학교와 가족 간의 연계

(1) 미국의 Seattle Social Development Project(SSDP)

시에틀의 범죄율이 높은 지역의 18개 초등학교를 대상으로 건강위험행태를 예방하기 위해 학교 및 가정 기반 중재 프로그램을 진행한 준실험연구이다(Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott, & Hill, 1999). 1학년부턴 모든 프로그램에 참여한 전기 중재군, 5학년 때부터 프로그램에 늦게 참여한 후기 중재군, 대조군의 3그룹으로 분류하여 프로그램 효과를 비교하

였다. 프로그램은 교사, 학생, 부모에 대해서 이루어졌으며, 교사는 주도적인 학급경영, 상호작용 교수법, 협동학습에 대한 교사연수, 학생은 대인 간 문제해결 능력, 거절기술에 관련된 학생 사회·정서적 기술 개발, 부모는 자식들에 대한 행동관리, 학업보조, 약물남용 예방에 관련된 기술에 대해 각각 교육을 받았다. 전기 중재군이 대조군에 비해서 폭력범죄, 고위험 음주, 성문제, 임신비율이 유의하게 낮았으며, 학교에 대한 믿음과 책임감이 높고 학업성취도가 좋았으며 학교비행이 낮았다. 이에 반해 후기 중재군의 경우 청소년 건강위험행태에 유의한 영향을 미치지 못하였다.

3) 학교, 가족, 지역사회 간의 연계

(1) 미국의 DARE(Drug Abuse Resistance Education) PLUS(Play and Learning Under Supervision) Project

D.A.R.E. 프로그램은 1983년부터 1997년까지 LA 경찰서와 LA 통합교육구 간의 협력(collaboration)에 의해 경찰관이 초등학교 5~6학년생 3,300만명 이상에 대해 교육을 실시한 사업이다. 이 프로그램은 시행 당시에는 학교와 경찰간 긍정적인 협력의 대표적인 사례로 널리 알려졌지만, 결과 평가에서 흡연 관련 지식, 태도, 행태 변화의 단기 효과만 있었으며 그 효과 또한 크지 않아 부정적인 여론이 형성되었다. 이를 개선하기 위해 성공적인 타 프로그램과 동일하게 중고등학생을 대상으로 한 교육과정(D.A.R.E. 교육과정)을 만들었다. 또한 D.A.R.E. 프로그램의 성공적인 요소와 포괄적이고 최신의 예방 전략 교육 내용을 보완해서 학급, 학교, 집, 지역사회에서의 청소년들의 역할모형, 규범, 기회, 지지의 변화를 통해 사회적 환경을 변화시켜 최종적으로 약물사용과 폭력행위를 줄이는 것을 목표로 하는 DARE PLUS Project를 시작하였다(Perry et al., 2000).

DARE PLUS Project는 미네소타의 24개 중·고등학교의 7학년을 대상으로 8개 학교는 D.A.R.E. 교육과정을, 8개 학교는 DARE PLUS 프로그램을 각각 진행하고 다른 8개 학교는 대조군 학교로 지정하였다. DARE PLUS 프로그램은 D.A.R.E. 교육과정, 학급 기반 부모 참여 프로그램, 동료들이 만든 방과 후 활동, 이웃/지역사회 활동팀(Neighborhood/Community Action Teams)의 4가지 구성 요소로 이루어져 있다. D.A.R.E. 교육과정은 약물 사용과 폭력 상황에 영향을 줄 수 있는 사람을 인지하고 저항하는 기술에 대한 10가지 내용과 인격형성 및 시민의식에 대해서 경찰관이 실시하였다. 학급 기반 부모

참여프로그램은 'On the VERGE' 혹은 'VERGE'라는 이름의 4개 과정으로서 각 과정마다 동료 주도 학급 활동 2개를 4주간 실시하였다. 'VERGE'는 10대를 위한 잡지로 동료, 사회집단 대중매체, 역할모형의 영향력과 기술에 초점을 맞춘 학급 활동에 활용되었다. 2개의 학급활동 중 하나는 각 반 마다 또래 지도자 5~6명을 선출하여 서로 경험을 공유하고 자신들의 사회적, 인간관계 기술을 평가하는 학급활동이고, 다른 하나는 동일 주제에 대해 부모들과 함께 하는 '가족팀(home team)' 접근법으로 각 주제에 대해 부모에게 소개하고 부모 자녀간 상호 교류하는 방법이었다. 학생을 위한 방과 후 활동은 방과 후 혹은 주말에 학교 내에서 주로 이루어졌고 학생을 위한 사회, 교육, 직업 등에 관한 내용으로 구성되었다. 이웃/지역사회 활동팀은 지역사회 기반의 관리자가 주도하여 약물과 폭력에 의한 이웃과 학교 관련 문제들을 해결하기 위해서 학교마다 구성하였다.

DARE PLUS의 평가는 음주, 흡연, 마리화나 이용, 폭력행동에 관한 프로그램 전후 효과에 대해 24개 학교의 7학년 학생 및 지역사회 지도자들의 평가를 통해 이루어졌다. 그 결과 중재군이 대조군에 비해 최근 1년간 마리화나 이용경험, 최근 한 달간 음주 및 폭력행동, 평생 흡연여부 및 최근 1년간 음주경험이 더 적었다.

(2) 미국의 Healthy for Life Project

중학생의 건강위험행태에 대한 중재프로그램의 효과를 보기위해 21개 학교의 6~10학년을 대상으로 무작위 실험 연구를 진행한 연구이다(Piper, Moberg, & King, 2000). 중재군은 7학년을 대상으로 모든 프로그램을 동시에 진행한 집중 중재군, 6~8학년을 대상으로 각 연령에 맞는 프로그램을 실시한 연령 맞춤 중재군으로 구분하였고, 일반 건강교육 및 예방 프로그램을 받는 대조군을 설정하였다. 중재군에게는 청소년 행태에 영향을 미치는 학교, 동료, 가족, 지역사회의 4가지 사회적 네트워크에 대한 중재프로그램을 적용하였다.

학교 중재프로그램은 54개 과제로 구성하였으며 집중 중재군은 12주, 연령 맞춤 중재군은 학년별 4주씩 3회로 진행하였고, 청소년의 건강증진, 발달 및 학습요구에 가장 효과적으로 판단한 8가지 교수 전략을 적용하였다. 동료 중재 프로그램은 각 학급에서 3명의 또래지도자를 선발하여 교육과정의 1/3씩 담당하여 학우들에게 협력, 의사소통, 협

상 기술 등에 대해서 교육하였다. 또래지도자들은 학교뿐만 아니라 비공식적인 장소에서도 신뢰할 만한 사회적 환경을 조성함으로써 다른 학생들에게 영향력을 발휘하였다. 가족 중재프로그램은 각 학교 중재프로그램에 앞서 해당 과제에 대한 부모 면담 등 학생과 부모 간 원활한 의사소통을 통해서 효과 향상을 기대하였다. 지역사회 중재프로그램은 지역사회 내 기관의 참여하에 지역사회의 핵심집단을 구성해서 학교 프로그램을 지원하고, 또한 지역사회의 젊은 사람들에게도 사회 규범 및 가치에 맞는 행태 변화 및 확산을 목표로 하여 각 지역사회에 적합한 프로토콜에 따라서 프로그램을 진행하였다.

흡연, 음주, 마리화나, 영양, 성문제의 5가지 건강위험행태의 16가지 지표에 대해 대조군과 비교했을 때, 집중 중재군은 5가지 지표는 결과가 더 좋았으나 2가지 지표는 더 나쁜 결과를 보였으며, 연령 맞춤 중재군은 유익한 결과를 보인 지표는 없는 반면에 4가지 지표에서는 대조군 보다 오히려 효과가 떨어졌다. 결과적으로 Healthy for Life Project는 대조 프로그램에 비해 효과가 제한적이었으며, 집중 중재가 연령 맞춤 중재보다 결과가 더 좋았다.

(3) 미국의 Aban Aya Youth Project

건강위험행태에 대한 2가지 중재프로그램의 효과를 보기 위해 8개 학교 5~8학년을 대상으로 3종류의 중재군으로 구분하여 4년간 진행된 무작위 실험연구이다(Flay, Graumlich, Segawa, Burns, & Holliday, 2004). 학급 기반의 사회개발교육과정(Social Development Curriculum [SDC])과 SDC에 학교, 지역사회를 추가한 학교/지역사회 중재 프로그램(School/Community intervention [SCI])을 각각 적용한 중재군 2개와 일반 교육프로그램을 적용한 대조군 1개를 선정하였다.

SDC는 자존감 향상 및 공감대 형성을 위한 인지행동 기술, 스트레스 관리, 대인관계, 거절기술, 의사결정, 문제해결능력, 갈등해결, 목표설정 등의 교육을 통해 폭력, 도발행위, 학교 범죄, 약물남용, 성문제에 대한 대처능력을 기르고자 연간 16~21개의 과정으로 운영된 학급 기반 프로그램이다. SCI는 SDC에 추가적으로 부모, 학교, 지역사회 요소들을 포함하여 부모-자식 간 의사소통 향상을 위한 부모지지 프로그램, 학생을 지지하는 통합 학교환경 설립을 위한 학교지지 프로그램, 부모, 학교, 지역 연계를 위한 지역사회 프로그램을 진행하였다. 또한, 교직원, 학생, 부모,

지역사회 후원자로 구성된 태스크포스팀과 프로그램 실행팀을 구성해서 학교정책 변화, 학교기반의 지역사회 연계 프로그램 개발, 지역사회 조직의 지원을 유도하였다.

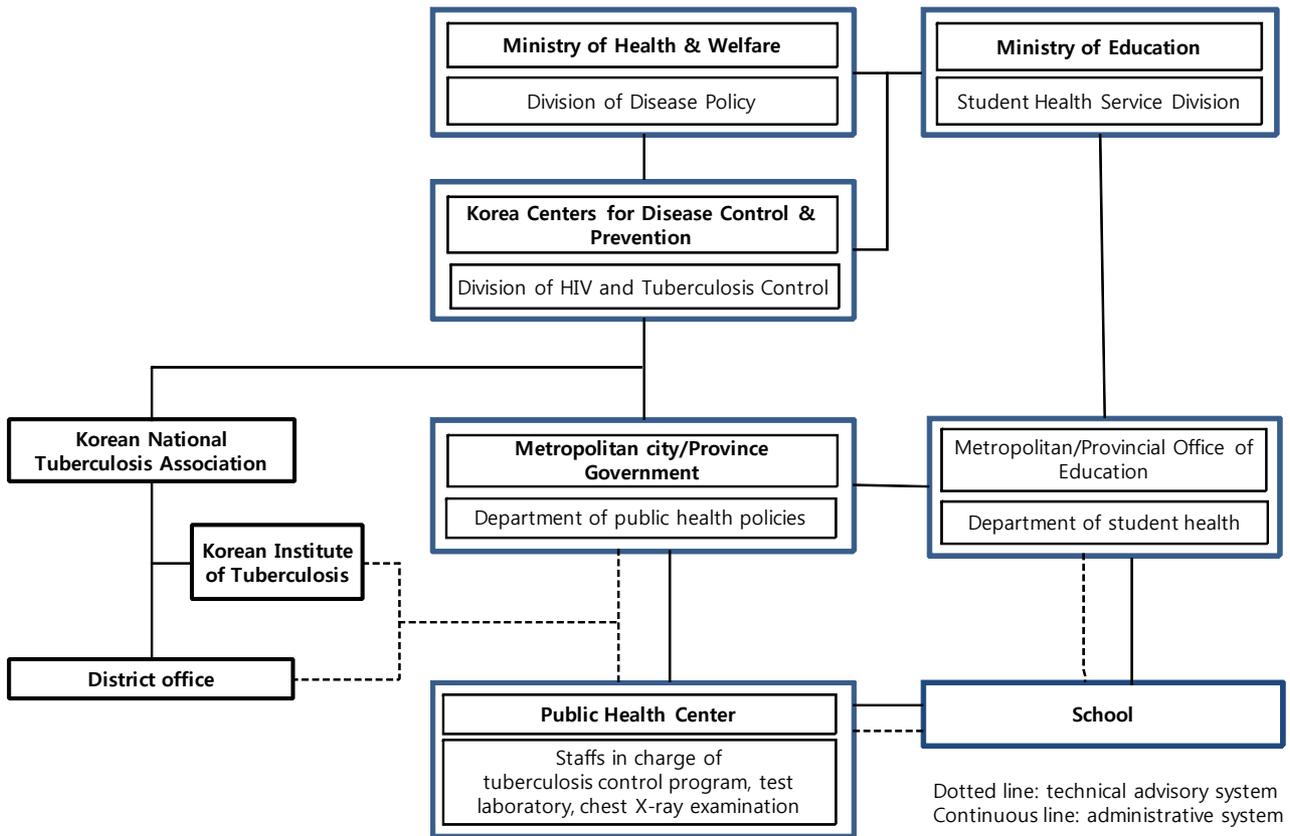
평가는 폭력, 도발행위, 학교 범죄, 약물남용, 최근 성경험, 콘돔사용 등 6가지 항목에 대해서 이루어졌다. 남자의 경우는 모든 항목에서 SDC 중재군과 SCI 중재군이 대조군 비해서 유의하게 높았고, SCI 중재군의 경우 SDC 중재군과 비교했을 때도 6가지 지표 모두 효과적이었으며, 통합 지표에 대해서도 훨씬 효과적이었다. 하지만 여자에서는 중재군과 대조군 간 유의한 차이가 없었다.

4. 우리나라 학교보건사업의 부문간 협력 현황

우리나라에서 학교보건사업의 부문간 협력 사례를 정리해 놓은 자료를 찾기는 쉽지 않다. 그러나 학교 결핵관리사업의 경우 역사적으로 오래되었고 부문간 협력체계가 잘 갖춰진 경우라고 할 수 있고, WEE 프로젝트나 학교폭력 대책을 위한 체계 구축 등과 같은 경우는최근 청소년들의 학교 부적응과 학교 폭력문제가 사회적으로 큰 문제가 됨에 따라 시작된 것으로 아직 실효성은 검증되지 않았으나 일단 부문간 협력을 위한 시스템은 만들어 놓았거나 시도 중인 것으로 국내 사례로서 제시할 필요성이 있다.

1) 학교 결핵관리사업

정부에서는 학교내 결핵 환자 감소 및 관리를 목표로 학교 결핵관리지침서를 발행하여 [Figure 2]와 같이 관련 기관 및 부서의 종류와 각 기관의 역할 및 조치사항에 대해서 자세하게 명시하고 있으며, 결핵예방법과 관련 시행령 및 시행규칙 등에서 법적으로 규정하고 있다(Ministry of Education, Ministry of Health & Welfare & KCDC, 2013). 교육부 학생건강지원과는 학교 결핵관리사업 종합계획, 현황 분석 및 대책수립, 각 학교 결핵관리사업의 지도·감독 및 교육지원 등을 하며, 보건복지부 질병정책과는 국가 전체 차원에서의 결핵사업 계획 수립, 관련 규정 제정 등의 업무를 한다. 질병관리본부 에이즈·결핵 관리과는 교육과학기술부의 결핵관리사업을 지원하기 위해 결핵 관리 지침을 수립하고, 학교 결핵 현황을 분석하며, 중앙결핵역학조사팀(KTEIS)을 운영하여 해당지역 역학조사반의 교육·기술 지원, 지도감독 및 결과 평가 및 환류 등의 업무를 한다.



Source: Ministry of Education, Korea Centers for Disease Control & Prevention, 2013.

[Figure 2] Tuberculosis control system in school

교육청(교육지원청 포함)에서는 관할 학교의 결핵관리 사업 운영 계획, 심사분석, 역학조사반 구성 및 관리에 관한 사항과 각 학교 보건교사의 관리 및 활동사항 등을 지도·감독하며, 시·도의 보건위생과, 보건정책과 등에서는 교육청 및 학교 결핵관리사업을 지원한다. 그리고 관할 보건소에서는 교육(지원)청 및 학교의 결핵관리사업을 지원하기 위해 결핵환자 및 잠복결핵 감염자의 진단과 치료, 학교의 결핵역학조사 업무, 보건교육 및 홍보 등을 수행한다.

학교에서 학교장은 해당 학교 결핵관리사업 전반에 대한 계획수립 추진상황 점검 및 심사분석에 관한 책임과 해당 학교 결핵환자 치료 및 결핵 소집단 발생에 관한 관리의 총괄을 맡는다. 보건교사는 결핵환자 발견 및 등록에 관한 사항, 결핵 소집단 발생에 관한 역학조사 협조, 결핵환자 및 잠복결핵 감염자의 추서관리에 관한 협조, 관련 기록, 통계 및 보고 등에 관한 사항, 보건교육 및 홍보 등의 업무를 맡고 있다. 학교 내 결핵환자 발생 및 유행시 학교는 결

핵환자 신고의 의무를 지니고, 지속적인 보건 교육 및 상담을 실시하고, 역학조사에 적극 협조하여야 한다.

대한결핵협회(지부)에서는 이동 흉부 X선 검사 등 결핵 검진을 지원하고, 결핵연구원에서는 결핵 역학조사를 지원하고 결핵관리 인력에 대한 교육 및 기술 지도를 한다.

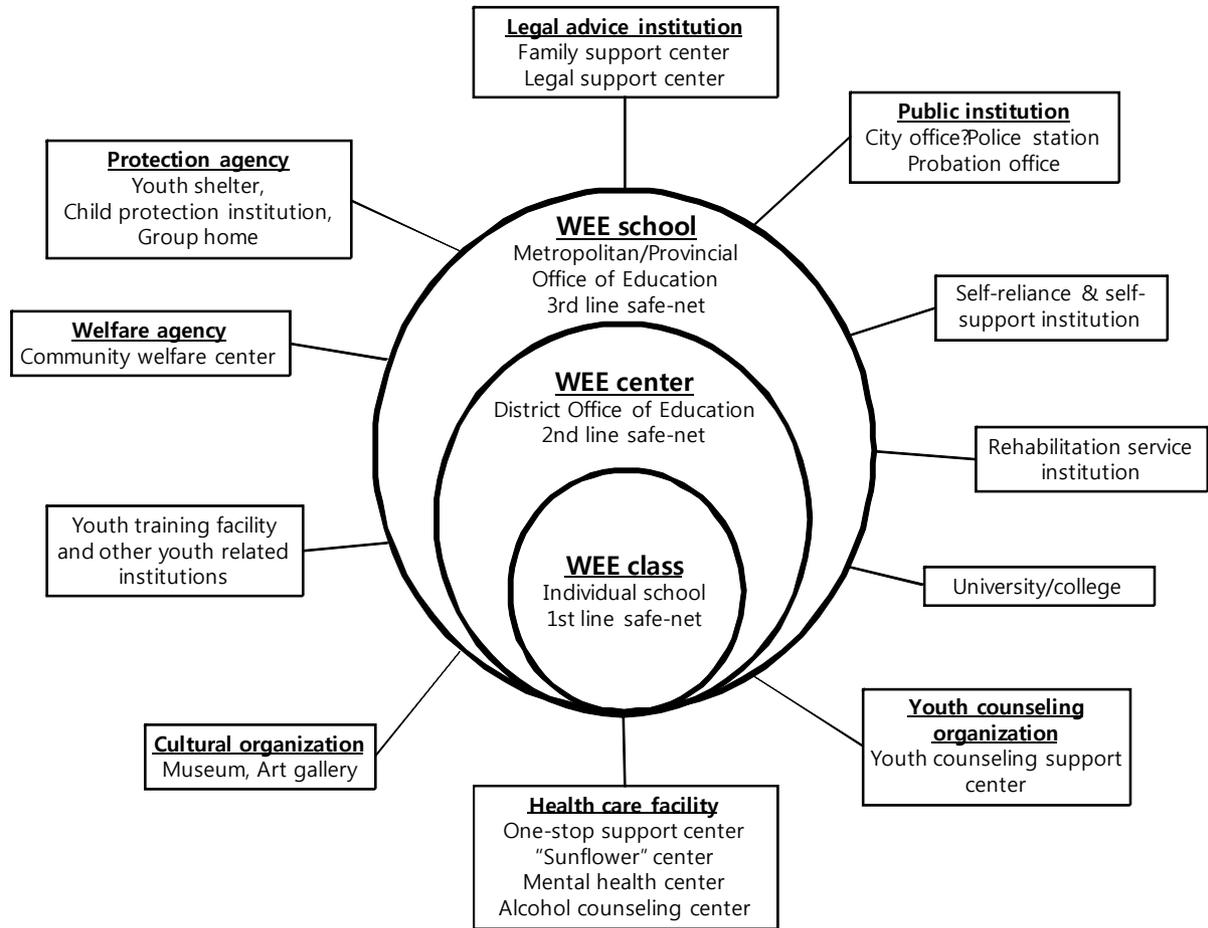
이와 같이 학교내 결핵관리사업의 경우 1962년에 국가 결핵관리체계가 구축되고 1968년 결핵예방법이 시행된 이래 수많은 시행착오와 4차례의 일부개정 및 1차례의 전면 개정을 거쳐 다 부문간 인력, 장비, 기술의 협력 노하우를 축적한 성공적인 사례로, 최근에는 학교와 유사하게 집단 생활을 하는 군 결핵관리 사업에도 접목되어 부문간 협력을 활발히 하고 있다(Jo, 2011; Na, 2011).

2) Wee 프로젝트

또 하나의 우리나라 사례로서, 학생들의 적응력 향상을 위해 다양하고 전문적인 상담 서비스를 제공하기 위한 목

적으로 2008년부터 시작한 ‘WEE 프로젝트’가 있다. ‘WEE’는 ‘We+education’, ‘We+emotion’의 합성어로 1차 기관인 학교 차원의 Wee 클래스, 2차 기관인 교육지원청 차원의 Wee

센터, 3차 기관인 교육청 차원의 Wee 스쿨의 3단계로 구성되었다[Figure 3].



Source: Ministry of Education, 2013.

[Figure 3] Intersectoral partnership of WEE project

(1) Wee 클래스

1차적 안전망으로서 학교 부적응 학생을 조기 발견하여 개입하는 1차적 개입과 2, 3차 안전망(Wee 센터, Wee 스쿨) 연계 역할을 한다. 전문상담교사는 학생, 교사, 학부모를 대상으로 교육을 실시하고, 교사 및 학부모와 협력하여 학생의 문제해결을 위해 자문을 한다. 교장 혹은 교감선생님을 위원장으로 하고 교원, 학부모, 전문상담교사를 위원으로 한 5명 내외의 위원으로 구성된 Wee 클래스 운영위원회를 구성하여 전문기관 의뢰 대상자 판정 및 Wee 클래스 운

영 전반적인 부분에 대해서 논의한다.

학교상담의 한정적인 자원으로 인한 한계성을 극복하고, 보다 질 높은 프로그램을 제공하기 위해서 네트워크를 구축한다. 네트워크 종류에는 학교 부서 간, 학부모, 학생을 비롯한 학교 내 네트워크와 지역사회 기관 네트워크, 학생상담자원봉사자, 멘토링 등의 학교 밖 네트워크가 있다. 학교 밖 네트워크의 경우 Wee 센터, 지역 청소년상담 지원센터, 정신보건센터, 신경정신과 병원, 복지기관 등이 해당한다. 이러한 네트워크 구축 시 학교에서의 정책적 수용, 동

료교사(특히 담임)들의 수용, 연계대상 학생 선발 기준의 명료성, 명확한 역할 분담과 책임 있는 지속적 개입, 실무자 간 빈번한 교류, 상담교사의 전문적 지도개입을 유의해야 한다.

(2) Wee 센터

단위학교에서 지도하기 어려운 위기학생에 대해 센터의 인력뿐만 아니라 지역사회자원을 활용하여 진단, 상담, 치유가 가능한 원스톱 서비스를 교육지원청 차원에서 제공한다. Wee 센터의 주요기능은 ① 고위기 학생에 대한 진단, 상담, 치료의 원스톱 서비스 제공, ② 심층적 진단 및 평가 서비스 제공, ③ 교육 및 자문서비스 제공, ④ Wee 클래스 및 스쿨과 지역사회 유관기관과의 연계서비스이다.

센터 상시 서비스뿐만 아니라 순회방문형 서비스도 병행하고 있으며, 일반형 Wee 센터 외에도 가정형 Wee 센터, 이동형 Wee 센터 등이 있다. Wee 센터는 기존 상담센터와 달리 전문인력이 함께 일하면서 원스톱 서비스를 제공할 수 있어서 효과를 극대화할 수 있는 장점이 있다. 인력은 선임급 전문상담교사(실장), 전문상담교사, 전문상담사 및 치료사, 임상심리사, 사회복지사 등으로 구성한다. 특히, 전문상담교사 간 네트워크 구축을 통하여 교류가 필요하고 Wee 클래스와 Wee 센터 간의 교류를 통해 Wee 프로젝트의 원스톱 서비스를 활성화시키기 위해 Wee 클래스 협의체를 구성해서 Wee 클래스를 지원한다.

(3) Wee 스쿨

교원, 전문상담교사 전문상담사, 임상심리사, 사회복지사 등 전문가팀이 상주하여 장기적으로 치유가 필요한 고위기 학생을 위해 기숙형 장기위탁 교육기관으로 시·도 교육청 차원에서 제공한다. Wee 스쿨의 주요 기능은 ① 고위기 학생의 장기간 치료 및 교육, ② 학부모 교육 및 교사(재직교사) 연수이다. 교육과정은 교과활동 이외에 직업진로 교육, 운동, 예술, 상담치유활동 등으로 편성하며, 전인적 교육이 이루어질 수 있도록 보통 교과는 최소화하여 운영한다.

3) 학교 폭력 대책을 위한 부문간 협력 체계

최근 문제시되는 학교폭력에 대응하기 위해 현 정부는 학교폭력을 4대악의 하나로 규정하고 핵심 국정과제로서

범 부처 협업과제로 추진하고 있다(Ministry of Education, 2013). 이를 위해 전국 모든 초·중·고교에 학교폭력 예방교육의 정규교육과정 반영 및 현장 맞춤형 대응 강화 등의 전략에 대해 2013년 7월 23일(화) 관계부처합동으로 심의·의결하였다. 이에 따르면 학교와 경찰 이외에도 학부모 교육 확대 및 책임 강화를 통해 학부모 연계를 강화하고, 피해학생에 대해서도 시·도에 전담기관 설치 및 중·장기 치유가 필요한 학생 대상 기숙형 치유과정 운영 예정이며, 전문상담인력 및 전문화된 Wee 프로젝트 등의 확대를 통해 학생 생활 지도 및 상담 여건 조성 등의 계획을 발표하였다. 또한 학교폭력 분쟁 조정 지원센터 등 교육부 관계 부서이외에도 대한법률구조공단, 범죄피해자지원센터 등의 법무부, 학교폭력 전문 심리치료센터 등의 보건복지부, 국립중앙청소년 디딤센터 등의 여성가족부등의 관계부서와 지원 체계를 강화하는 등 정부 각 부처 간 협력·추진 과제를 발표하여 학교 폭력 예방을 위한 부문간 협력을 강조하였다.

IV. 논의

1. 학교보건사업을 위한 부문간·부문간 협력의 효과

학교보건사업에서의 부문간 협력의 장점은 세 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 효과적이다. 학교와 가정, 지역사회가 통합되어 순기능을 발휘할 때 학업 성취도, 처벌 문제, 직원 성취도, 자원 활용 등 다양한 영역에서 훨씬 더 효과적인 역할을 할 뿐만 아니라, 가족 및 지역사회 문제 역시 잘 해결될 수 있다. 둘째, 포괄적이고 통합된 연속적 중재를 제공한다. 지역사회와의 공식적인 연계를 통해 시설 및 인력을 지원 받을 수 있고, 건강서비스 이외에도 레크리에이션 등 다양한 학교 연계 활동이 가능하다. 셋째, 모든 청소년과 가족들을 지원한다. 부문간 협력은 모든 이용 가능한 자원과 전력을 활용해서 모든 청소년과 가족들을 지원하여 학교나 지역사회에서 성공할 수 있게 도와줄 수 있다(Adelman & Taylor, n.d.). 이러한 장점들로 인해 많은 영역에서 다양한 형태의 부문간 협력을 시도하였으나, 실제 연구에서는 다음과 같이 성과가 제한적인 경우가 많았다.

앞서 살펴본 국외 사례에서의 제한된 연구 결과에 대한 원인을 호주의 Gatehouse Project의 경우 각 건강문제의 결정요인의 차이, 불충분한 중재방법, 짧은 연구기간 등으로

자체 평가하였다(Patton et al., 2003). 또한 미국의 SSDP는 고학년에 늦게 중재프로그램을 시작할 경우 일찍 시작하는 경우보다 효과가 떨어진다고 설명하였고, 캐나다의 Fourth R: Skills for Youth Relationship Program의 경우에도 중재가 너무 빨라도 효과가 떨어지고, 너무 늦어도 수정하기 힘들다고 설명하는 등 중재프로그램의 부적절한 중재시기 역시 제한된 연구결과의 원인이다(Hawkins et al., 1999; Wolfe et al., 2009). 미국의 HEALTHY study의 경우에도 연구의 1차 목표는 모두 유의하지 않은 제한된 결과를 보였는데(HEALTHY Study Group, 2010), 이에 대해 Hall 등은 장애 요인으로서 교사와 학생의 변화에 대한 저항, 교사와 학교 관리자의 프로그램 지지 및 동의 부족, 프로그램 후반부로 갈수록 나타나는 학생들의 태도변화 의지 약화를 제시한 반면, 학생들의 흥미유발, 교사 및 학교 관리자들의 지지, 교사들의 협력 등을 성공을 위한 촉진 요인으로 평가하였다(Hall et al., 2013). 그리고 미국의 Healthy for Life Project의 경우는 한정된 예산과 불충분한 시간, 교사들의 프로그램에 대한 미숙함, 고위험 집단에 대한 접근법이 아닌 보편적 접근법을 사용함으로써 생긴 효과의 희석 등을 제한된 결과의 원인으로 제시하였다(Piper et al., 2000).

이러한 제한된 결과들로 인해 학교보건사업의 부문간 협력 프로그램에 대한 체계적 고찰 역시 흡연, 음주, 물질 오남용, 성 문제, 정신건강 등 다양한 영역에서 진행되었으며, 그 결과 적절한 시점의 중재, 충분한 중재기간, 다 부문간 포괄적인 프로그램 등을 통한 중재일 경우 효과가 더 높다고 설명하였다(Jackson, Geddes, Haw, & Frank, 2012; Jackson, Henderson, Frank, & Haw, 2012; Wells, Barlow, & Stewart-Brown, 2003).

2. 부문간 협력의 성공 요인

앞서 설명한 것처럼 모든 파트너십의 결과가 더 항상 효과적일 것만은 아니며, 간혹 중재방법에 따라 기존의 프로그램을 활용하는 대조군에 비해서 오히려 효과가 나쁘게 나타나는 경우도 있다(Piper et al., 2000). 이처럼 학교-지역사회 파트너십의 긍정적인 효과에 대해서는 원론적으로 이견이 없음에도 불구하고, 일관되지 않은 결과들이 나오는 이유 중 하나는 불완전한 부문간 협력관계 때문이다.

예를 들면, 대다수 학교와 지역사회의 프로그램은 여전히 상대적으로 분리되어 적용되고 있으며 개인이나 소규모

집단의 특정 문제에 대해서만 지속적으로 초점을 맞추고 있다. 게다가 일부 프로그램의 경우 지역사회 프로그램 개편과 더불어 학교 내 동일 기능부서 설립을 강조하고 있기 때문에 학교 및 지역사회 전문가가 학교 프로그램에 별도로 참여하는 새로운 형태의 문제점이 발생할 수 있고, 이러한 문제점을 해결하기 위한 통합 계획 역시 주로 기관 연계에만 초점을 맞추다 보니 담당자 및 프로그램 연계의 중요성을 간과하는 경우가 많다. 그 결과 학교 및 지역사회 담당자간 협력이 아닌 마찰과 경쟁으로 인해 부정적인 결과를 가지고 올 수도 있다(Adelman & Taylor, 2003).

이러한 부문간 협력의 문제점을 해결하기 위해 기존의 많은 연구에서 성공적인 부문간 협력을 위한 조건들을 대체적으로 유사하게 제시하고 있는데(Adelman & Taylor, 2003; Adelman & Taylor, n.d.; Backer & Norman, 2000; Public Health Agency of Canada, 2007), 특히 Mattessich와 Monsey는 건강, 사회과학, 교육 및 공공부문 영역에서의 부문간 협력에 관련된 18개의 연구를 종합하여 성공적인 부문간 협력을 위한 조건을 6개 요인과 19개의 하부조건으로 다음과 같이 구체적으로 제시하였다(Mattessich & Monsey, 1992). ① 환경적 요인: 지역사회 내 과거 협력 경험, 협력 단체를 지역사회 내 지도자로서 인식, 호의적인 사회·정치적인 풍토; ② 파트너 요인: 상호존중·이해·신뢰, 지역사회 각 부문 대표자의 참여, 파트너십 참여로 인한 이득 인식, 파트너 간 타협 가능성; ③ 과정 및 조직 요인: 진행 및 결과 과정에서의 파트너들의 주인의식, 각 파트너 내 다양한 수준에서 의사결정 참여, 파트너십 조직 및 진행 시 유연성, 파트너의 정확한 역할·권리·책임 개발, 파트너십 지속을 위한 적응성; ④ 의사소통 요인: 빈번하고 열린 의사소통, 비공식·공식적인 의사소통 연결수단 확립; ⑤ 목적 요인: 구체적이고 달성 가능한 목표와 목적, 비전 공유, 유일한 목적; ⑥ 자원 요인: 충분한 재정자본, 능숙한 위원장.

3. 학교보건사업 부문간 협력의 과제와 향후 발전방안

현재 우리나라 학교보건사업 부문간 협력을 위한 여러 가지 여건 중 일부는 잘 갖추어져 있다. 첫째, 현황분석 및 우선순위 선정을 위한 기존자료가 활용이 가능하다. 청소년 건강행태온라인조사, 전국 초·중·고등학교 건강검사 혹은 자체조사 등의 자료로 현황분석 및 학교 보건문제의 우선순위 설정에 활용할 수 있다. 청소년 건강행태온라인조

사는 흡연, 음주, 비만, 신체활동, 식습관, 손상예방, 성 행태, 정신보건, 인터넷 중독, 구강보건, 폭력 등 다양한 영역에 대해 약 800개 중·고교의 약 7만명을 대상으로 조사한 자료이며, 전국 초·중·고등학교 건강검사의 경우 약 750개 초·중·고교를 대상으로 약 8만명에 대한 비만, 혈압, 구강검진 등 건강검진을 통한 학교 보건관련 자료를 확보할 수 있다(Ministry of Education, Science and Technology et al., 2012; Korean Educational Development Institute, 2012). 둘째, 가용한 협력 파트너 대상이 있다. 학교 내 파트너로서 담임교사를 비롯해 보건교사, 영양교사, 체육교사 등 보건, 식습관, 신체활동 등 각 영역별 담당자가 학교 내 상주하고 있으며, 교직원, 학부모, 학생 대표들을 포함하는 학교운영위원회가 조직되어 있다. 그리고 지역사회 자원으로서 보건소와 교육지원청을 비롯하여 대학, Wee 센터, 경찰서, 소방서, 건강관리협회 등의 민간기관 등 다양한 기관과의 연계가 가능하다. 셋째, 과거의 성공적인 부문간 협력 사례가 있다. 학교결핵관리사업의 경우 학교와 보건소, 교육청 등 지역사회 자원 간의 성공적인 협력 사례로 다른 영역의 학교보건사업에도 선행사례로써 활용 될 수 있다. 넷째, 호의적인 사회·정치적 풍토가 조성되고 있다. 최근 WEE 센터 확대 및 학교폭력대책을 위한 체계 구축 등 학교보건 관련 문제에 대한 관심이 증대하고 있다.

이와 같이 하드웨어적인 측면에서는 어느 정도 부문간 협력을 위한 환경이 조성되었으나, 아직 참여자들의 의식 부족, 의사소통 능력, 소극적인 참여도, 책임감, 체계적인 협력체 구성 및 기획 등 소프트웨어적인 제한점이 있기 때문에 앞으로도 많은 개선사항을 보완할 필요가 있다. 특히, 우리나라 학교결핵관리사업, WEE 센터, 학교폭력대책 등 대부분의 협력은 자생적인 것이 아닌 정부주도의 상명하달식 접근법이기 때문에 지역사회의 자발적인 참여 및 갈등이 배제된 바람직한 파트너십 형성에 제한적이다. 정부주도형 협력의 단점으로 대부분의 협력이 인력, 장비, 기술 지원 등 직접서비스 제공 차원에 머무르고 있으며, 협력 구축 및 계획 단계에서의 공동 기획, 의사결정 참여, 자유로운 의사교환이 부족한 분절적인 협력 관계가 될 가능성이 높다. 또한, 실적 위주의 평가로 인해 제대로 된 성과 분석 및 지속적인 협력 구축이 어려울 뿐만 아니라 국내 학교보건사업의 부문간 협력 관련 연구 부재로 인한 과학적 근거 부족으로 프로그램 개선에도 어려움이 많다.

WEE 센터, 학교폭력대책의 경우 이제 갓 출발점에 있는 시점으로서, 기존의 15년간 지속된 프로그램의 제한점을 인식하고 타 프로그램의 장점을 적극 반영하여 보완한 미국의 DARE PLUS Project 경우처럼 우리나라도 처음부터 완벽한 부문간 협력 달성을 이루지 못하더라도 시행착오를 거쳐 꾸준히 단계적으로 성숙된 부문간 협력을 달성하는 것이 바람직할 것이다(Perry et al., 2000). 또한, 많은 부문간 협력이 주로 전문가로 구성되고 가족 및 시민 참여가 제한되는 경우가 있는데, 진정한 의미의 참여는 가족과 시민이 역량을 키우고 헌신을 다해서 의사결정과정에서도 적절하게 참여하는 것이며, 이러한 풀뿌리 접근을 통하는 것이 가족과 지역사회의 참여를 향상시킬 뿐 아니라 장기간의 파트너십을 유지하는데 필수적이다(Adelman & Taylor, n.d.).

우리나라 학교보건사업에서 부문간 연계 및 협력을 제고하기 위한 방안으로서 중앙정부, 시·도, 지역사회 및 학교 차원으로 구분하여 다음과 같이 제시하고자 한다.

중앙정부 차원에서는 교육부 내 학생건강지원과의 위상을 제고하고 대외 협력팀을 구성하여 정부 각 부처의 학교보건관련 정책을 연계하고 조절할 필요가 있다. 본문 그림 1에 제시된 바와 같이 보건복지부, 식품의약품안전처, 여성가족부 등을 비롯한 여러 부처의 건강 관련 사업들은 학교보건과 밀접한 관련성이 있으며 이들 사업은 반드시 사전에 교육부와 업무 조율을 하고 협력 체제를 바탕으로 추진해야 할 것이다. 그리고 제 3차 국민건강증진 종합계획에 의하면 교육부 내에 학교건강지원기구를 설치하는 것이 목표인데, 이러한 목표 실천을 통해 학교보건에 관한 정책 및 제도 개발, 업무 조율 등 다양한 역할을 부여할 수 있을 것이다(Ministry of Health & Welfare, 2011). 또한 관련 학협회 등 민간 단체를 활용하고 정책 및 사업의 데이터베이스화 및 공개를 통해 관련 이해당사자 의견 수렴 및 합의 도출 기전을 마련하고, 학교 보건 및 건강증진 사업 연구, 개발, 지원 실행을 위한 별도 예산 확보와 청소년 건강지표 향상 시·도 교육청에 대한 인센티브 제공 등을 중앙정부 차원에서 할 수 있다.

시·도 차원에서는 학교보건법 제 17조에 의한 기존의 시·도학교보건위원회의 활성화 및 기능 강화를 통해 학교보건 정책의 합의 및 조율 역할을 하도록 하며 시·도 보건위생과 등 타 관련 부서 담당자 및 교육청 내 관련 부서 담당자의 적극적 참여를 유도하고, 다부문 연계를 통한 학교

보건 사업에 대한 인센티브 제공 및 학교장의 관심과 참여를 유도한다. 그리고 교육부의 학교건강지원기구 설치와 마찬가지로 각 시·도 교육청에서도 학교건강지원기구 설립을 통해 활용한다면 시·도 내 학교보건 사업을 계획하고 추진하는데 도움이 될 것이다.

지역사회 및 학교 차원에서는 기존의 학교운영위원회에 보건 부문 기능을 강화하고, 학교보건사업에 건강증진학교와 같은 건강증진 개념과 방법론을 도입할 필요가 있다. 이를 통해 보건부문과 일반 교과목의 접목 및 연계를 달성하여 전인적 교육의 일환으로 학교건강증진 사업을 실시함으로써 학생뿐만 아니라 교직원의 건강증진을 도모하고 학부모까지 포함한 학교 구성원 전체의 참여를 유도할 수 있을 것이다. 또한 지역 보건소와의 연계뿐만 아니라 생활체육 협의회, 체육시설, 민간단체 등의 지역사회 자원과의 연계를 통해 개별 사업 중심이 아닌 장중심의 접근이 가능할 것이다(Park, 2008).

V. 결론

우리나라 학교보건사업의 영역은 매우 다양하지만, 이러한 영역에 대한 학교자원만을 이용한 기존의 접근법으로는 성과의 한계점이 있다. 따라서 부문간 협력을 통한 학교보건사업을 통해서 효과적인 프로그램을 제공할 수 있다. 부문간 협력은 단순히 일을 같이 하는 것을 넘어서 참여자들의 자원을 활용하여 단일화된 새로운 형태의 집단을 만드는 것으로 다양한 인력, 자원을 활용하여 포괄적이고 지속적인 서비스를 제공할 수 있기 때문에 점차 확산되고 있다(Adelman & Taylor, n.d.).

외국의 경우 흡연, 음주, 물질 오남용, 성 문제, 정신보건 등 많은 영역에서 다양한 부문간 협력을 통한 학교보건사업이 진행되고 있으며, 이미 상당한 시행착오를 겪으면서 노하우를 축적하고 지속적으로 실시하고 있으며, 성공적인 파트너십을 위한 가이드라인도 제시하고 있다.

반면에 우리나라는 아직 학교보건사업에 있어서 부문간 협력의 시작단계이기는 하나, 부문간 협력이 성공적으로 이루어진 학교 결핵관리사업의 사례도 있고, 부문간 협력을 위한 여러 가지 환경 여건이 개선되고 있다. 그리고 최근 청소년들의 학교 부적응 및 폭력문제로 인해 WEE 프로

젝트나 학교폭력대책도 진행 중에 있으며, 앞으로 외국과 마찬가지로 다양한 영역으로 확대될 수 있는 가능성이 있다. 이에 따라 중앙정부 차원, 지방정부차원, 학교 및 지역사회 차원에서 다양한 부문간 협력 방안을 마련할 필요가 있다. 따라서 우리나라 실정에 맞는 부문간 협력관계의 가이드라인 및 지침 개발, 정책적 지원, 학교 및 지역사회 관계자의 인식 향상과 적극적 참여로 부족한 부분을 보완하여 성공적인 부문간 협력 달성을 위해 노력해야 한다.

참고문헌

- Adelman, H. S., & Taylor, L. (2003). Creating school and community partnerships for substance abuse prevention programs. *Journal of Primary Prevention, 23*(3), 329-369.
- Adelman, H. S., & Taylor, L. (n.d.). *School-Community Partnerships: A Guide*. Retrieved from <http://smhp.psych.ucla.edu/pdfdocs/guides/schoolcomm.pdf>
- Australian Health Promoting Schools Association. (1997). *The Nature of Health Service-School Links in Australia*. Sydney, Australia: Australian Centre for Equity through Education and Youth Research Centre.
- Backer, T. E., & Norman, A. J. (2000) Partnerships and community change. *California Politics and Policy, 39-44*.
- Berkman, L. F., & Kawachi, I. (Eds.). (2000). *Social Epidemiology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Berns, R. M. (Ed.). (2010). *Child, family, school, community: Socialization and support* (8th ed.). Boston, MA: Wadsworth Cengage Learning.
- Carnwell, R., & Buchanan, J. (Eds.). (2005). *Effective practice in health and social care*. New York, NY: McGraw-Hill International.
- Charles, C. L., McNulty, S., & Pennell, J. A. (1998). *Partnering for Results: A user's guide to intersectoral partnering*. Washington, DC: USAID.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect, 34*(6), 454-464.
- Flay, B. R., Graumlich, S., Segawa, E., Burns, J. L., & Holliday, M. Y. (2004). Effects of 2 prevention programs on high-risk behaviors among African American youth: A randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 158*(4), 377-384.
- Galobardes, B., Smith, G. D., & Lynch, J. W. (2006). Systematic review of the influence of childhood socioeconomic circumstances on risk for cardiovascular disease in adulthood.

- Annals of Epidemiology*, 16(2), 91-104.
- Hall, W. J., Schneider, M., Thompson, D., Volpe, S. L., Steckler, A., Hall, J. M., . . . & the HEALTHY Study Group. (2013). School factors as barriers to and facilitators of a preventive intervention for pediatric type 2 diabetes. *Translational Behavioral Medicine*, 1-10.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R., & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(3), 226-234.
- HEALTHY Study Group. (2009). HEALTHY study rationale, design and methods: Moderating risk of type 2 diabetes in multi-ethnic middle school students. *International Journal of Obesity*, 33(4), 4-20.
- HEALTHY Study Group. (2010). A school-based intervention for diabetes risk reduction. *New England Journal of Medicine*, 363, 443-453.
- Jackson, C. A., Geddes, R., Haw, S., & Frank, J. (2012). Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: A systematic review. *Addiction*, 107(4), 733-747.
- Jackson, C. A., Henderson, M., Frank, J. W., & Haw, S. J. (2012). An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of public health*, 34(suppl 1), 31-40.
- Jo, E. H. (2011). Amendment of tuberculosis prevention law. *Public Health Weekly Report, KCDC*, 4(11), 195-196.
- Korean Educational Development Institute. (2012). *2012 Nationwide health screening of student from elementary, middle and high school: Result analysis*. Seoul, Korea: Author.
- Leger, L. S., & Nutbeam, D. (2000). A model for mapping linkages between health and education agencies to improve school health. *Journal of School Health*, 70(2), 45-50.
- Lynagh, M., Schofield, M. J., & Sanson-Fisher, R. W. (1997). School health promotion programs over the past decade: A review of the smoking, alcohol and solar protection literature. *Health Promotion International*, 12(1), 43-60.
- Mattessich, P. W., & Monsey, B. R. (1992). *Collaboration: What makes it work. A review of research literature on factors influencing successful collaboration*. St. Paul, MN: Amherst H. Wilder Foundation.
- Ministry of Education. (2013, July 23). Announcement of field-centered measures against school violence' with an emphasis on interagency joint and prevention [press release]. Retrieved from http://www.mest.go.kr/web/1128/site/contents/ko/ko_0133.jsp
- Ministry of Education, Science and Technology, Ministry of Health & Welfare, & Korea Centers for Disease Control & Prevention. (2012). *Youth Risk Behavior Surveillance System: 2012 results*. Seoul, Korea: Author.
- Ministry of Education, Ministry of Health & Welfare, & Korea Centers for Disease Control & Prevention. (2013). *2013 Guidelines for tuberculosis control in school*. Seoul, Korea: Author.
- Ministry of Health & Welfare. (2011). *Health Plan 2020*. Seoul, Korea: Author.
- Na, K. I. (2011). Establish of Korea guidelines for tuberculosis. *Public Health Weekly Report, KCDC*, 4(26), 471-472.
- OECD (2012). *OECD Economic surveys: Korea 2012*, . Retrieved from http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-kor-2012-en.
- Park, Y. D., Patton, L. L., & Kim, H. Y. (2010). Clustering of oral and general health risk behaviors in Korean adolescents: A national representative sample. *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 277-281.
- Park, S. W. (2008). Intersectoral partnership for obesity management in school. *Proceeding of 2008 Spring Conference of The Korean Society of School Health*, Korea, 35-59.
- Patton, G., Bond, L., Butler, H., & Glover, S. (2003). Changing schools, changing health? Design and implementation of the Gatehouse Project. *Journal of Adolescent Health*, 33(4), 231-239.
- Perry, C. L., Komro, K. A., Veblen-Mortenson, S., Bosma, L., Munson, K., Stigler, M., . . . Welles, S. L. (2000). The Minnesota DARE PLUS Project: Creating community partnerships to prevent drug use and violence. *Journal of School Health*, 70(3), 84-88.
- Peterson, A. V., Kealey, K. A., Mann, S. L., Marek, P. M., & Sarason, I. G. (2000). Hutchinson Smoking Prevention Project: Long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention—results on smoking. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(24), 1979-1991.
- Petridou, E., Zavitsanos, X., Dessypris, N., Frangakis, C., Mandyla, M., Doxiadis, S., & Trichopoulos, D. (1997). Adolescents in high-risk trajectory: Clustering of risky behavior and the origins of socioeconomic health differentials. *Preventive Medicine*, 26(2), 215-219.
- Piper, D. L., Moberg, D. P., & King, M. J. (2000). The healthy for life project: Behavioral outcomes. *Journal of Primary Prevention*, 21(1), 47-73.
- Public Health Agency of Canada. (2007). *Crossing Sectors: Experiences in intersectoral action*. Calgary, Canada: Author.
- Statistics Korea. (2012). *Annual report on the cause of death statistics 2011*. Seoul, Korea: Author.
- Tamayo, T., Herder, C., & Rathmann, W. (2010). Impact of early psychosocial factors (childhood socioeconomic factors and adversities) on future risk of type 2 diabetes, metabolic disturbances and obesity: A systematic review. *BMC Public Health*, 10(1), 525.
- Tobias, M., Yeh, L. C., & Jackson, G. (2007). Co-occurrence and clustering of tobacco use and obesity in New Zealand: Cross sectional analysis. *Australian and New Zealand journal of public health*, 31(1), 19-22.

- U.S. Department of Health and Human Services. (1994). *Preventing tobacco use among young people: A report of the surgeon general*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Wells, J., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education, 103*(4), 197-220.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>.
- WHO. (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/index.htm>
- Wolfe, D. A., Crooks, C., Jaffe, P., Chiodo, D., Hughes, R., Ellis, W., . . . Donner, A. (2009). A school-based program to prevent adolescent dating violence: A cluster randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 163*(8), 692-699.