

건강증진모델학교 분석: 고등학교를 중심으로

김미주* · 김석환**†

*서울사이버대학교 보건행정학과 조교수, **서영대학교 보건의료행정과 조교수

Analysis of Health Promoting Schools: Focusing on High Schools

Miju Kim* · Seokhwan Kim**†

*Assistant Professor, Department of Healthcare Administration, Seoul Cyber University

**Assistant Professor, Department of Health Care Administration, Seoyoung University

ABSTRACT

Objectives: The purpose of this study was to investigate the actual conditions and operational problems of 'Health Promotion Model School' in high school.

Methods: We conducted a content analysis of 2014 results report and staffs' responses of five high schools among 85 'Health Promotion Model Schools' led by Ministry of Education from 2012 to 2014.

Results: The study examined the operational process of health promoting schools in five stages; system development, needs survey & current status survey, school health policy development, program development & execution, and evaluation. Every step was found to be inadequate. In addition, the study discovered three key factors in operating health promoting schools and examined the status of each factor; connection with the curriculum, connection with the community, and consensus among members. Three factors were also applied poorly. Compared to elementary school, high school showed a lack of all respects. Health promoting school staffs have faced difficulties in linking community resources, organizing and operating a working committee, conducting surveys and assessing health problems, preparing self-assessment or external evaluation, and developing strategies and programs. In order to solve the operational problems, active cooperation of all teachers is urgent.

Conclusion: 'Health Promotion Model School' conducted in high school is not considered to have faithfully implemented WHO's concept of health promoting school. In the future, incentive policies for health promoting school teachers should be actively reviewed.

Key words: Health promoting school, High school, Model

접수일 : 2018년 11월 8일, 수정일 : 2018년 12월 21일, 채택일 : 2018년 12월 22일

교신저자 : 김석환(10843, 경기도 파주시 월릉면 서영로 170)

Tel: 031-930-9590, Fax: 031-930-9599, E-mail: rabbitear7@hanmail.net

I. 서론

1. 연구의 필요성

청소년기는 왕성한 학습활동이 이루어지는 시기로 이 시기에 형성된 건강습관은 일생에 커다란 영향을 미친다. 최근 청소년은 흡연 및 음주 시작 연령이 빨라지고, 비만과 영양부족, 학업 스트레스 심화 등으로 학교에서의 보건교육 및 건강증진 프로그램의 중요성이 더욱 커지고 있다. 특히 우리나라 청소년들의 학습시간은 세계 최고 수준이며, 학년이 높아질수록 학습 시간이 늘어남에 따라 고등학생의 경우 남녀 모두 운동과 수면 시간이 매우 부족하였다(Cho와 Kim, 2014). 스트레스 수준 역시 학년이 올라갈수록 증가하여 성적 및 입시로 인한 고교생의 스트레스 수준은 월등히 높은 편이며, 특성화 고교보다는 일반계 고교가 남학생보다 여학생이 더 많은 스트레스를 받고 있는 것으로 나타났다(Kim, 2013). 2012년 중고등학생들을 대상으로 실시한 정신건강 실태조사 결과, 학생들의 우울증상 경험률은 30.5%, 자살 관련 행동 중 자살 생각이 18.3%, 자살 생각을 한 학생 중 자살을 계획한 사람의 비율은 6.3%, 실제로 자살을 시도한 사람은 4.1%로 나타났다(Cho 와 Kim, 2014). 그에 따라 우리나라의 청소년 자살률은 매우 심각한 상황으로 자살이 학생들의 주요 사망 원인이 되었다. 2009년 전체 청소년 사망원인 중에서 자살이 1순위가 됐다. 2008년 이전까지만 해도 10대 사망원인 1순위는 교통사고였으나 그 자리를 자살이 차지하게 된 것이다. OECD 국가들의 15-19세 인구 자살률의 평균은 1990년대 10만명당 8.3명에서 현재 6.3명으로 지속적으로 감소하는 추세이나, 우리나라는 예외적으로 지속적으로 증가하고 있어 큰 문제이다(OECD, 2015).

외국에서는 WHO 개념의 건강증진학교가 많은

연구들을 통해 학생들의 신체적, 정신적 건강 뿐 아니라 학업성취에도 기여할 수 있다는 가능성을 확인한 바 있다(Mukoma와 Flisher, 2004; Lee 등, 2006; Xin-Wei 등, 2008; Wong 등, 2009; Kim, 2014). 포괄적인 학교건강증진 사업을 위한 적합한 모델로서 그 효과를 입증 받은 셈이다. 국내에서는 ‘건강증진모델학교’ 운영 첫 해를 마치고 담당 부장교사들을 대상으로 조사한 결과, 해당 학교의 건강문제 해결 및 학교 전반에 기여하였다는 긍정적 평가가 나왔으며(Kim, 2014), 3년간의 운영을 모두 마친 후 이루어진 연구에서도 건강증진학교가 학교현장에 비교적 잘 정착된 것으로 평가되었다(Park, 2014; Kim, 2015; Kim, 2017). 또한, ‘건강증진모델학교’와 대조군 학교의 학교풍토를 비교한 연구에서는 학교 내 분위기, 교사와의 관계, 교우관계 등에서 월등히 높은 수준을 보여주어, 건강증진학교가 학교구성원간의 상호작용의 질을 제고시킴으로써 긍정적 학교풍토조성에 기여하는 것으로 밝혀졌다(Park, 2015).

이러한 긍정적인 평가에도 불구하고 아쉬운 점은 Park(2014)의 ‘건강증진모델학교’ 효율성 분석 결과 초등학교에 비해 중등학교의 효율성 수준이 낮았다는 것이다. 또한, 교육부는 2012년 말에 ‘건강증진모델학교’ 총 98개교에 대해 중간평가를 실시하여 우수, 보통, 미흡의 세 그룹으로 나누었는데, 이 때 초등학교 중 23.3%, 중학교 중 16.1%가 미흡 판정을 받은 것에 비해 고등학교는 무려 42.9%가 미흡을 받았었다. 2009년 이후 2018년 현재까지 교육부 주도의 한국형 건강증진학교가 꾸준히 시도되고 있음에도 불구하고, 초중학교에 비해 실적과 성과가 낮은 고등학교에 초점을 맞춘 연구는 그간 없었다. 이에 본 연구에서는 고등학교에서의 건강증진학교 경험을 분석 점검하여 교육부의 건강증진학교 모형이 실제로 고등학교에서 잘 구현되었는지를 점검하고 앞으로 나아갈 바를 모색하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구에서는 ‘건강증진모델학교’ 중 고등학교에서의 운영실태 및 문제점을 분석하여 앞으로의 개선방향을 제시하고자 한다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 건강증진학교 운영상 절차와 그 실태를 파악한다.

둘째, 건강증진학교 운영에 있어 필수적 요소와 그 실태를 파악한다.

셋째, 건강증진학교 운영상의 애로점과 개선방향을 도출한다.

소규모, 18학급-35학급은 중규모, 36학급 이상은 대규모로 구분하였다.

2) 내용분석을 위한 준거

Kim(2015, 2017)의 「단위학교 수준에서의 건강증진학교 운영모형」을 기준으로 내용분석하였다. 구체적으로는 1)건강증진학교 운영 절차를 ①추진체계 구축 ②요구도 및 현황 조사 ③학교건강정책 수립 ④ 프로그램 개발 및 수행 ⑤평가 및 환류의 다섯 단계별로 나누고, 2)건강증진학교 운영에 있어 필수적 요소로 ①학교교육과정과 연계 ② 지역사회와 연계 ③구성원의 공감대 형성 세 요소별로 파악하였다. 분석에 사용된 준거 및 구체적인 질문 내용은 Table 2와 같다.

3) 분석 방법

결과보고서 전문에 대한 내용분석은 일차적으로 보건학 박사이며 보건교육 전문가인 연구자 2인에 의해 Table 2에 명시된 구체적 질문 내용에 따라 각자 작성되었다. 이 때, 내용분석을 위한 공통 양식을 미리 정하여 분석질문별로 학교명, 보고서 쪽수, 분석결과, 비교의 순서로 정리하였다. 이차적으로는 두 연구자가 각자 분석한 내용을 교차 검증하였는데, 이 때 결과가 엇갈리는 경우 상호간 다시 자료를 검토하여 오류를 수정하였다.

II. 연구방법

1. 2차 자료 내용분석

1) 분석 자료

2012년에서 2014년까지 3년 동안 운영된 85개 ‘건강증진모델학교’ 중 고등학교 5개교의 2014년 결과보고서를 교육부 학생건강정보센터(<http://www.schoolhealth.kr/>)에서 다운로드하였다. 5개 고등학교의 일반적인 현황은 Table 1과 같다. 학교유형은 일반고 3개교, 특성화고 1개교, 자립형사립고 1개교이며, 지역소재별로는 읍면지역 2개교, 중소도시 2개교, 대도시 1개교이다. 학교규모는 「초·중등교육법 시행령」에 따라 17학급 이하는

<Table 1> General Status of 5 High Schools Analyzed

	A High school	B High school	C High school	D High school	E High school
School type	Self-contained private	General	General	General	Characterization
Location	Big city	Small city	Small city	Municipal area	Municipal area
School scale	Large-scale	Medium scale	Medium scale	Small scale	Small scale

<Table 2> Content Criterion for Analysis

Elements	Sub-elements	Content criterion	Analytical question
Operation process	System development	Supervisor	Is the principal designated as the Supervisor?
		Working committee	Do teachers, parents, and students participate in the working committee? Is there a work assignment for each committee member? What is the committee's attendance record?
		Advisor committee	Are there consultants? How many council members are there? What is the use of the advisory committee?
	Needs survey	Secondary material use	Have the PAPS, students physical examination, students behavioral characteristics examination and school nursing room utilization statistics been analyzed?
		Primary information research	Did primary data collection take place for students, school staffs and parents?
		Physical surroundings	Was there any investigation into the physical environment of the school?
		Community resources	Was there any investigation of community resources?
	School health policies development	Vision and Goal Setting	Is a vision established? Are there measurable goals?
		Setting Priority	Are there clear criteria for prioritization?
		Setting Strategy	Has the SWOT analysis been conducted?
	Program development	Selecting as a core business by priority	Are the projects selected according to their priorities?
	Evaluation and feedback	Mid term evaluation	Has an mid term evaluation been conducted? Has the result been reflected?
	Link to school curriculum	Utilizing extracurricular time	Has extracurricular time been utilized?
		Utilizing regular curricular time	Has regular curricular time been utilized?
	Key factors	Link to community	Partner institutions
Build consensus among members		General public	Were the post, proclamation ceremony, publishing newspaper and internet web site used?
		Students	Were the health notes and UCC production used?
		School staff	Were the Training of benchmarking and Workshop used?
	Parents	Were the presentation of health promoting school and sending home reports used?	

2. 담당자 답변 내용분석

1) 조사대상

한국교육개발원은 ‘건강증진모델학교’ 운영상의 애로점을 모니터링하고 개선과제를 제시할 목적으로 담당 부장교사를 대상으로 이메일로 웹 설문조사를 실시한 바 있다. 이 때 답변 내용은 익명으로 처리되며 연구 목적으로만 활용될 것이고, 원하지 않는 경우에는 언제든지 답변을 거부할 수 있음을 고지하였다. 조사는 온라인 설문조사로 2013년 2월 12일부터 2월 18일까지 일주일간 이루어졌다. 본 연구에서는 이 중 고등학교 5개교의 담당 부장교사의 답변만을 내용분석하였다.

2) 질문내용 및 분석방법

분석된 질문은 폐쇄형 질문 1개, 개방형 질문 2개이었다. 폐쇄형 질문은 7가지 영역(①실무위원회 구성 및 운영, ②실태조사 및 건강문제 파악, ③사업 우선순위 결정, ④전략 수립 및 프로그램 개발, ⑤사업에 대한 홍보 및 학교구성원의 참여 독려, ⑥자체평가 또는 외부평가 준비, ⑦지역사회 자원 확보 및 연계) 중 가장 어려움을 느낀 두 가지만 선택하게 하였다. 개방형 질문은 가장 어려움을 느꼈던 영역 두 가지에 대해 무엇이 어려웠는지 구체적으로 적고, 그 보완책에 대해서도 의견을 자유로이 기술하도록 하였다. 폐쇄형 질문은 빈도수를 산출하였으며, 개방형 응답들은 내용분석을 통해 운영상의 문제점과 개선방향을 정리하였다. 이 때 연구자 2인 사이에 충분한 합의를 통해 결정하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 건강증진학교 운영 절차 및 그 실태

고등학교에서 실시된 건강증진학교 운영절차의

단계별 실태를 계량화하여 Table 3에 제시하였으며, 구체적인 내용은 다음과 같다.

1) 추진체계 구축

(1) 총괄

건강증진모델학교 운영에 있어 총괄 책임자는 5개 학교 모두에서 학교장임을 분명히 하고 있었다(100.0%). 또한, 모든 학교가 짧으면 서너 줄에서 길면 한두 페이지에 걸쳐 학교장의 노력을 피력하였다.

(2) 실무위원회 구성 및 활용

전체 5개 학교에서 실무위원회를 구성하는 실무팀의 개수는 평균 4.9 ± 0.91 개이었다. 5개 학교 모두 교사 외에도 학부모 및 학생 위원까지 조직도에 올렸으며 구체적인 업무분장도 명시하고 있었다(100.0%). 그러나 실제 실무위원회 회의에 학부모 위원 및 학생 위원 양측 모두를 한 번 이상 회의에 참석시킨 학교는 단 한 곳도 없었다(0.0%). 학부모가 실무위원회에 참여한 기록이 있는 학교는 1개교(20.0%), 학생이 참여한 기록이 있는 학교는 2개교(40.0%)였다.

(3) 자문위원 위촉 및 활용

전체 5개 학교 중 조직도에 자문위원을 넣어둔 학교는 2개교뿐이었지만, 조직도에는 없었으나 보고서 내용 중 자문위원을 위촉한 사실을 밝힌 학교가 2개교 더 있어 실제 자문위원을 위촉한 학교는 모두 4개교라 할 수 있다(80.0%). 4개교의 자문위원의 수는 평균 3.2 ± 2.67 명이었다. 자문위원 활용 실적을 보면 평균 0.6 ± 2.74 회로 제대로 자문위원을 활용한 학교는 1개교(20.0%) 뿐이며 이 경우에도 횟수는 3회에 불과하였다. 나머지 학교에서는 제대로 된 자문위원 활용 없이 단순 협약식 진행이나 건강증진과 관련 없는 일반적인 학사운영과 관련된 내용들로 이루어졌다.

2) 요구도 및 현황 조사

(1) 2차 자료 활용

전체 5개 학교 중 학생 건강문제 파악을 위해 2차 자료를 활용한 학교는 2개교뿐이었다(40.0%). 대도시 소재 자사고 1개교에서만 학생건강체력평가(PAPS, physical activity promotion system), 학생정서행동특성검사, 학생건강검진 결과, 보건실 이용 통계가 모두 활용되었으며, 중소도시 소재 일반고 1개교에서 PAPS와 학생정서행동특성검사가 활용되었을 뿐이다. 교직원의 건강문제를 파악하기 위해 교직원 건강검진 결과를 활용한 학교는 전무했다.

(2) 학생 대상 1차 자료수집

전체 5개 학교 모두가 학생대상 1차 자료 수집을 시도하였다(100.0%). 학생 대상으로 전반적인 건강행태에 대해 설문조사를 실시한 학교가 5개교 중 4개(80.0%), 건강증진학교 운영에 대한 요구도 설문조사를 실시한 학교는 5개교 중 1개였다(20.0%).

(3) 교직원 대상 1차 자료수집

전체 5개 학교 중 4개 학교에서 교사대상 1차 자료를 수집하였다(80.0%). 교사들의 건강행태에 대한 설문조사는 전체 5개교 중 3개(60.0%), 건강증진학교 운영에 대한 요구도 설문조사는 전체 5개교 중 2개였다(40.0%). 두 가지 유형의 설문조사가 모두 진행된 학교는 1개뿐이었다(20.0%).

(4) 학부모 대상 1차 자료수집

전체 5개 학교 중 4개 학교에서 학부모대상 1차 자료를 수집하였다(80.0%). 건강증진학교 운영과 관련해 참여 여부와 원하는 강좌에 대한 설문조사가 3개교에서 이루어졌다(60.0%). 학부모들의 건강행태에 대한 설문조사는 전체 5개교 중 1개교에 불과했으며(20.0%), 그 내용도 운동여부에 대한 문항 한 가지 뿐이었다.

(5) 교내 물리적 환경 및 지역사회 자원 조사

전체 5개 학교 중 교구 및 시설 등 교내 물리적 환경에 대한 조사가 이루어진 곳이 전혀 없었다(0.0%). 또한, 학교가 활용할 수 있는 지역사회 자원에 대한 현황 조사 역시 체계적으로 이루어진 곳은 없었다(0.0%).

3) 학교건강정책 수립

(1) 비전 및 목적 설정

전체 5개 학교 모두에서 해당 학교만의 '건강증진모델학교' 비전을 명문화하여 제시하고 있었다(100.0%). 연도별 성과지표를 측정 가능한 형태로 구체적으로 제시한 학교는 2개교이었다(40.0%).

(2) 사업의 우선순위 설정

전체 5개 학교 모두에서 사업의 우선순위 설정을 시도하였지만, 사업의 우선순위 설정 기준과 점수배점이 명확하게 제시된 학교는 없었다(0.0%).

(3) 차별화된 전략 수립

차별화된 전략 도출을 위한 노력의 하나로 SWOT분석을 실시한 학교는 전체 5개교 중 2개교였다(40.0%). 읍면지역 특성화고 1개교와 대도시 자사고 1개교에서 차별화된 전략 수립을 위한 최소한의 노력을 보여주었다. 나머지 학교의 경우 전략을 언급하고는 있지만, 그 내용이 매우 간단하고 부실하여 실질적인 차별화 전략이라 보기 어려웠다.

4) 프로그램 개발 및 수행

요구도 및 실태조사를 통해 문제점이 리스트업되고, 그 이후 우선순위 설정을 통해 중점사업이 설정되어야 한다. 하지만, 전체 5개 학교 중 요구도 및 현황 파악부터 중점과제 선정까지 유기적으로 연결이 된 경우는 없었다(0.0%).

5) 평가 및 환류

전체 5개교 중 4개 학교에서 중간평가가 실시되었다(80.0%). 그러나, 중간평가 결과를 바탕으로 앞으로의 반영계획을 정리한 학교는 그 절반인 2개교뿐이었다(40.0%).

2. 건강증진학교 운영상 필수적 요소 및 그 실태

고등학교에서 건강증진학교를 운영함에 있어 필수적 요소 세 가지를 살펴보았으며, 계량화된 항목들을 종합하여 Table 4에 제시하였다.

1) 학교교육과정과 연계

전체 5개 학교 모두에서 건강증진을 위한 프로그램들을 학교 교육과정 내에서 운영한다고 선언적으로 밝히고는 있었지만 구체적인 내용 제시가 매우 부족하였다. 학교 교육과정을 비교과와 교과로 나눠 살펴보았을 때, 비교과의 경우에는 5개 학교 모두 ‘창의적 체험활동’에 속하는 자율활동, 동아리활동, 봉사활동, 진로활동 네 가지 영역을 활용하여 건강증진 프로그램을 구현하고 있었다(100.0%). 예를 들면 대도시 자사고 1개교에서는 동아리 활동으로 건강관련 R&E를 진행하였는데,

<Table 3> The Operation Process and Conditions of Health Promoting Schools

(N=5)

Steps	Contents		n(%) or M±SD
System development	Supervisor	Principal	5(100.0)
	Field Committee	All members participated	0(0.0%)
	Advisor Committee	Configured	4(80.0)
		Number of advisors	3.2±2.67
	Utilize performance of advisors	0.6±2.74	
Needs survey	Secondary material use	PAPS† result	2(40.0)
		Students physical examination results	1(20.0)
		Students behavioral characteristics examination	2(40.0)
		School nursing room utilization statistics	1(20.0)
	Primary information research	on Students	5(100.0)
		on School staffs	4(80.0)
		on Parents	4(80.0)
	Survey of physical surroundings of school	0(0.0)	
	Survey on community resources	0(0.0)	
School health policies development	Vision and Goal Setting	Setting vision	5(100.0)
		Setting performance goal	2(40.0)
	Setting Priority	Setting standard of priority	0(0.0)
	Setting Strategy	SWOT‡ analysis	2(40.0)
Program development	Selecting as a core business by priority	0(0.0)	
Evaluation and feedback	Mid term evaluation	4(80.0)	

† PAPS : physical activity promotion system

‡ SWOT: strength, weakness, opportunity, threat

<Table 4> The Key Factors and Conditions of Health Promoting Schools

		(N=5)	
Key factors	Contents	n(%) or M±SD	
Link to school curriculum	Utilizing extracurricular time	5(100.0)	
	Utilizing regular curricular time	2(40.0)	
Link to community	Number of partner institutions	6.0±3.2	
Build consensus among members	General public	Post a sign	3(60.0)
		Proclamation Ceremony	1(20.0)
		Publish newspaper	1(20.0)
		Open internet web site menu	4(80.0)
	Students	Fill out health notes	2(40.0)
		UCC production	2(40.0)
	School staff	Training of benchmarking	2(40.0)
		Workshop	3(60.0)
	Parents	Presentation of Health Promoting School	3(60.0)
		Send a home report	2(40.0)

이는 일상의 건강 문제를 주제로 그룹으로 소논문문을 작성하도록 지도한 것이었다.

교과 영역에서는 5개 학교 중 2개가 교과 연계를 간략하나마 언급하고 있었다(40.0%). 중소도시 일반고 1개교에서는 체육 과목의 서술형 평가를 식사·운동 일지와 연계하였으며, 대도시 자사고 1개교에서는 영어 과목의 수행 평가로 심폐소생술(CPR) 영문 시나리오를 작성한 후 실제 시행해 보도록 하였다. 후자의 학교에서만 심폐소생술 영어과 수행평가를 위한 해당 과목의 교사 협의체에서 회의를 진행하였다는 보고가 있었다. 그 외, 과목간 연계가 언급된 학교는 단 한 곳도 없었다(0.0%).

2) 지역사회와 연계

전체 5개 학교 모두가 지역사회 기관과 연계하고 있었으며(100.0%), 학교와 연계된 기관의 총수는 30개로 평균 6.0±3.2개였다. 이들 연계기관을 보건 의료기관, 교육 및 복지기관, 공공민원기관, 민간기관 4개 유형으로 나누어 살펴보면 전체 연

계 기관 30개 중 보건의료기관 12개(40.0%), 민간기관 8개(26.7%), 공공민원기관 6개(20.0%), 교육 및 복지기관 4개(13.3%) 순으로 연계하고 있었다. 기관에 따라 MOU 체결이나 위촉장 전달만 하였을 뿐 실질적인 연계가 없는 경우도 많았다.

3) 구성원의 공감대 형성 및 참여유도

(1) 공통

전체 5개교 중 4개 학교에서 구성원의 공감대 형성 및 참여유도를 위한 활동을 하나 이상 하고 있었다(80.0%). 학교 홈페이지에 '건강증진모델학교'를 홍보하고 관련 내용들을 게시한 곳은 4개교였다(80.0%). 현판, 벽보판, 현수막, 배너와 같은 게시물을 통해 '건강증진모델학교'임을 알린 학교가 전체 5개 학교 중 3개 학교였다(60.0%). 건강키트, 치약칫솔세트, 가방 같은 건강증진 홍보물품을 제작하여 배부한 학교도 3개교였다(60.0%). 학생, 교직원, 학부모 및 지역사회 인사들을 불러 공개적으로 건강생활실천을 다짐하는 건강증진학교 선포식이 1개 학교에서 이루어졌다(20.0%). 그

외, 건강증진학교 관련 소식을 지역 신문에 게재한 학교가 1개교였다(20.0%).

(2) 학생 대상

건강생활실천 기록장을 자체 제작한 후 학생들 모두에게 제공한 후 기록하도록 한 학교가 2개교(40.0%), 건강 관련 UCC제작 대회를 실시한 학교가 2개교(40.0%) 있었다. 그 외, 건강 관련 퀴즈 대회, 건강사진 공모전, 건강독서행사, 학교폭력에 방 बै지를 배부한 학교가 각 1개교씩 있었다.

(3) 교직원 대상

재직 교사들을 우수한 학교에 데려가 직접 살펴보고 하는 벤치마킹 연수를 실시한 학교는 전체 5개 학교 중 2개교였다(40.0%). 이 때 방문한 우수학교는 교육부 주관으로 실시된 2009년 건강증진학교 시범사업, 2010년-2011년 건강증진학교 모형개발 연구학교에서 우수하다고 인정된 학교들이었다. 이러한 벤치마킹 연수 외에 교사들을 대상으로 건강증진학교 관련 연수나 워크숍을 실시한 학교는 3개교였다(60.0%). 교직원 대상으로 아무런 노력도 하지 않은 학교도 2개교 있었다(40.0%).

(4) 학부모 대상

학부모대상으로 건강증진학교에 대한 설명회를 실시한 학교는 전체 5개 학교 중 3개교였다(60.0%). 건강증진학교 관련 가정통신문을 발송한 학교는 2개교였다(40.0%). 건강증진 관련 활동을 학부모에게 공개수업으로 운영한 학교가 1개교 있었다(20.0%). 이러한 학부모 대상 아무런 노력도 하지 않은 학교는 2개교였다(40.0%).

3. 건강증진학교 운영상의 어려움과 개선방향

5개 고등학교의 건강증진학교 담당 부장교사들이 가장 어려움을 느낀 영역은 지역사회자원 확보 및 연계(30.0%)이며, 이어서 실무위원회 구성 및

운영(20.0%), 실태조사 및 건강문제 파악(20.0%), 자체평가 또는 외부평가 준비(20.0%), 전략수립 및 프로그램개발(10.0%) 순이었다. 사업의 우선순위 결정과 학교구성원 참여 독려 영역은 선택한 사람이 없었다(0.0%). 이와 관련하여 담당 부장교사들에게서 수집한 개방형 응답들을 정리하여 소개하면 다음과 같다.

지역사회자원 확보 및 연계 측면에서 중소도시 일반고인 B와 C고교의 담당자는 지역사회 유관기관을 발굴하여 학교 자체의 힘만으로 상호양해각서(MOU)를 체결하기가 힘들며, 교사들만의 힘으로 유지하기에는 업무가 방대함을 호소하였다. 이를 해결하기 위해서는 교육부 및 교육개발원에서 관련 보건소 등에 협조공문을 보내 일이 수월하게 진행되기를 원하였다. 읍면지역 특성화고인 E고교의 담당자는 면단위 소재 학교의 경우 도시에 비해 지역사회 기반시설 자체가 매우 미비하기 때문에 지역사회 연계를 이끌어내기가 쉽지 않다고 하였으며 이를 위해 소재지 공공기관들의 직접적이 지원이나 외부전문가의 도움이 절실하다고 하였다.

실무위원회 구성 및 운영 측면에서 중소도시 일반고인 B고교의 담당자는 교육부가 공문을 통해 건강증진부장을 별도 부서로 하라고 지시하였지만, 학교여건상 기존의 부서에 추가로 부여하다 보니 업무가 이중으로 버거웠다고 호소하였다. 읍면지역 일반고인 D고교의 담당자는 기존 학교운영 틀에 건강증진학교 업무를 집어넣고 학교 문제의 해결책이라는 것을 어필하기가 쉽지 않았으며, 건강증진학교가 학교의 모든 문제를 해결해야 한다는 중압감을 벗기 위해서는 정신 및 신체 건강 등 범위를 좀 더 명확하게 해주길 원하였다.

실태조사 및 건강문제 파악 측면에서 대도시 자립형 사립고인 A고교의 담당자는 건강조사 항목의 한계를 지적하였으며, 건강증진학교에 한해서는 2,3학년도 혈액검사 등 자세한 생리적인 평

가를 통해 건강수준의 변화를 파악할 수 있도록 해달라고 하였다. 읍면지역 특성화고인 E고교의 담당자는 많은 학생들이 경제적으로 하위 계층에 속하기 때문에 자신의 건강에 대한 이해와 관심이 부족하여 실태파악에 소극적으로 참여함을 지적하였다. 이를 위해 전문가 초청 강연이나 적극적인 홍보로 학생들에게 건강의 소중함을 이해시켜야 한다고 하였다.

자체평가 또는 외부평가 준비 측면에서 대도시 사립형 사립고인 A고교의 담당자는 프로그램 수행 후 평가를 정량적으로 하고 싶으나 쉽지 않았고, 프로그램 전후 평가를 통한 비교는 시간과 인력이 드는 문제임을 지적하였다. 학교 업무와 병행하기가 쉽지 않으므로 제대로 된 평가를 위해서는 인력의 보강 및 재정 지원이 필요하다고 하였다. 중소도시 일반고인 C고교의 담당자는 평가를 위한 준비에 있어 사업 초기 컨설팅에 어려움이 있었으며, 평가보고서 작성 양식을 미리 확실하게 정해서 알려준다면 혼선도 줄고 준비하는 부담도 줄었을 것이라고 하였다.

전략수립 및 프로그램 개발 측면에서 읍면지역 일반고인 D고교의 담당자는 학교의 기존 틀에서 건강증진학교의 입지와 정체성을 확보하기가 어려워 전략 및 프로그램 개발이 쉽지 않았다고 하였다. 이를 위해 교내 모든 부서와의 긴밀한 협조가 필요함을 강조하였다.

IV. 논의

본 연구는 고등학교에서의 '건강증진모델학교' 운영실태 및 문제점을 파악하여 앞으로의 운영방향을 제시하고자 2차 자료 및 담당자 답변을 내용 분석하였다. WHO 개념의 한국형 건강증진학교는 2009년부터 2018년 현재까지 약 십년에 걸쳐 교육부 주도로 다양하게 시도되고 있는데, 이 중

'건강증진모델학교'는 2012년부터 2014년까지 3년간 창의경영학교의 한 유형으로서 전국적으로 실시되었다. 다른 시기의 건강증진학교에 비해 가장 많은 학교가 참여하였으며, 비교적 긴 시간에 걸쳐 백억이라는 막대한 정부 예산을 들여 실시되었기에 한국형 건강증진학교의 원형이라 할 수 있다. 내용분석에 사용된 자료는 교육부 학생건강정보센터에 탑재된 2014년 결과보고서 전문을 다운로드 받은 것이므로 신뢰할 수 있는 2차 자료이다. 또, 보건학 박사이며 보건교육 전문가 2인에 의해 내용분석한 결과를 교차 검증하였고, 서로 결과가 다른 경우 다시 자료검토를 하여 수정하였으므로 분석결과에 대해서도 정확성 검증이 이루어졌다고 할 수 있다.

교육부 주도의 건강증진학교는 지난 십년간 매년 최소 14개교부터 최대 98개교까지 다양한 개수로 운영되어 왔으며 총 426개교에 적용되었다(Kim, 2018). 이 중 고등학교는 27개교(6.3%)로 극히 적은 수에 불과하다. 반면 초등학교는 지난 십년간 260개교(61.0%)로 가장 많은 사례를 가지고 있으며, 건강증진모델학교의 경우 초등학교에서는 잘 구현된 것으로 평가되었기에(Kim, 2015; Kim, 2017) 본 논의에서는 주로 초등학교와의 비교분석을 통해 고등학교의 수준을 가늠해보고자 한다.

추진체계 구축 단계를 초등학교와 비교하면(Kim, 2015; Kim, 2017) 실무위원회 회의에 학부모 및 학생 위원 모두를 한 번 이상 참석시킨 경우가 초등학교는 과반수를 넘었으나(52%), 본 연구에서는 단 한 곳조차 없었다(0.0%). 자문위원 활용에 있어서는 초등학교는 평균 5.5명을 위촉에 평균 5.0회를 활용하였으나, 본 연구에서는 평균 3.2명 위촉에 평균 0.6회 활용으로 사실상 자문위원 역할이 유명무실하였다. 요구도 및 현황조사 단계를 초등학교와 비교하면(Kim, 2015; Kim, 2017) 학생의 건강상태 파악을 위한 2차 자료 활용에서 학생정서행동특성검사를 활용은 40.0%로 유

사하였다. 그 외 PAPS, 학생건강검진, 보건실이용 통계 활용은 초등학교 각 72.0%, 92.0%, 52.0%에 비해 고등학교는 각 40.0%, 20.0%, 20.0%로 낮은 수치를 보였다. 교내외 물리적 환경 및 지역사회 자원에 대한 체계적 조사 역시 초등학교에서는 그나마 각 28.0%, 12.0%가 이루어졌으나 본 연구에서는 전혀 이루어지지 않았다(0.0%). 학교건강정책 수립 단계를 초등학교와 비교하면(Kim, 2015; Kim, 2017) 연도별 성과지표를 측정 가능한 형태로 제시한 경우가 초등학교는 52.0%였으며 본 연구에서는 40.0%로 낮았다. 연도별 성과지표 제시 양적으로나 질적으로 모두 미흡하였는데, 해당 건강증진모델학교의 전체 비전이나 목표와는 관련 없이 일반적으로 자주 사용되는 것이거나 측정하기 편한 지표들로 제시되었다. 우선순위를 설정하기 위해서는 설정기준이 명확해야 하는데 초등학교의 60%가 사업의 우선순위 설정 기준과 점수배점을 명확하게 제시한 반면, 고등학교의 경우 아예 기준을 충족하는 학교가 없었다(0.0%). 건강증진모델학교 운영매뉴얼에 PATCH 및 Bryant 방법을 소개하고 있음에도 불구하고 설정기준과 배점기준에 대한 명시가 전혀 없었던 것이다. 프로그램 개발 단계를 초등학교와 비교하면(Kim, 2015; Kim, 2017) 요구도 및 현황 파악과 중점과제 선정 간의 유기적 연결이 부재하였다. 실태조사 결과에 기반하여 건강문제를 도출하고, 우선순위 설정 작업을 통해 중점과제를 뽑아야 하는데 이러한 단계적 절차가 거의 연결되지 못했다. 초등학교에서는 그나마 36.0%의 학교에서 우선순위에 따라 중점 과제가 도출된 인상을 주었으나 본 연구에서는 그런 경우가 아예 없었다(0.0%). 이렇듯 우선순위 설정과 무관하게 중점사업이 선정되는 경향을 보이게 됨에 따라 말이 중점사업이지 교내에서 이루어지고 있던 프로그램들을 백화점식으로 나열하는데 그쳤다. 그리고, 차별화된 전략을 수립하기 위한 노력이라 볼 수 있는 SWOT

분석 역시 초등학교에서는 76.0%가 행한 반면, 본 연구에서는 40.0%만 행하였다. 평가 및 환류 단계에 있어서는 본 연구에서 중간평가를 바탕으로 앞으로의 반영계획을 정리한 학교가 불과 40.0%뿐이었으며, 제시된 차별화된 전략이 간단하고 부실하여 실질적인 전략이라 보기 어려웠다. 이렇듯 전반적으로 건강증진학교 운영절차 전체 측면에서 초등학교에 비해 고등학교가 많이 부족하였다. 즉, 고등학교에서는 건강증진학교 운영 절차로서 추진체계 구축, 요구도 및 현황 조사, 학교건강정책 수립, 프로그램 개발 및 수행, 평가 및 환류의 5단계를 형식상 갖추고는 있으나, 그 내용 측면에서는 매우 부실하다 하겠다.

건강증진학교 운영에 있어 필수적 요소를 초등학교와 비교하면(Kim, 2015; Kim, 2017) 학교교육과정과의 연계 측면에서는 비교과에 비해 교과영역과의 연계가 부족하였다. 건강증진 프로그램 실행시 학교교육과정 중 비교과 영역에 속하는 창의적 체험활동 시간은 모든 학교에서 적극적으로 활용하고 있는 반면, 교과 영역과의 연계는 40.0%였으며 여러 교과 영역간의 연계로까지 전개된 경우는 없었다. 지역사회와 연계에 있어서는 형식상으로는 모든 학교가 지역사회 기관과 연계하고 있었으나 연계 내용을 살펴보면 단순히 MOU 체결이나 위촉장 전달만 하였을 뿐 실질적인 연계가 없는 경우가 많았다. 구성원의 공감대 형성에 있어서도 초등학교와 비교하면 교직원 및 학부모를 대상으로 한 노력이 부족하여 양적으로 미진하였다. 재직 교사들을 우수한 학교에 데려가 직접 살펴보게 하는 벤치마킹 연수가 초등학교에서는 84.0%였으나 본 연구에서는 40.0%였다. 학부모 대상으로 건강증진학교에 대한 설명회를 실시한 경우가 초등학교는 84.0%이나 본 연구에서는 60.0%였다. 즉, 고등학교에서는 학교교육과정과 연계, 지역사회와 연계, 구성원의 공감대 형성의 세 가지 요소 모두에서 부족한 점이 확인된 것이다.

물론 이전의 연구 결과와 비교하면 진일보한 측면이 없는 것은 아니다. 예전에는 교사들의 지역사회 연계에 대한 인식이 부족하고 실제 지역사회 연계가 없었으나(Kim, 1998; Sohn 등, 2008; Lee 등, 2009b) 본 연구 결과 형식상으로는 지역사회 연계체계가 갖추어졌음을 확인할 수 있었다. 2012년 '건강증진모델학교' 원년만 하더라도 구성원의 공감대 형성을 위한 방법이 많지 않았다(Kim, 2013). 하지만, 본 연구를 통해 공감대 형성을 위한 다양한 시도가 생겼음을 확인할 수 있었다. 다만, 초등학교에서의 건강증진모델학교와 비교하면 한없이 초라한 실적임은 분명하다.

본 연구에서 담당 부장교사들은 지역사회 연계시 유관기관과 협약체결 자체가 힘든 작업이며, 읍면지역의 경우 지역사회 기반시설 자체가 부족한 것이 문제라 하였다. 전통적인 학교보건사업과 WHO 건강증진학교 접근의 차이점 중 하나가 '지역사회연계'라 할 수 있을 만큼 매우 중요한 영역으로, 긴밀한 연계는 학교의 제한된 자원을 확대하는 기회를 제공할 것이다(WHO, 2000). 이를 위해 교육부 및 교육개발원 뿐 아니라 소재지 공공기관들의 직접적인 지원이나 외부전문가의 도움이 필요하다.

또한, 실무위원회 구성 및 운영에 있어서는 업무의 중압감을 호소하였다. 교사의 업무 부담을 경감하도록 찾은 계획서 변경요청이나 예산사용에 있어 과도한 규제 등을 완화해야 한다고 하였다. 프로그램 개발 및 적용, 사후 평가 모든 단계에서 교사들의 적극적인 협조가 필요하다고 한다. 교사는 학생과 학부모에게 지속적으로 영향을 미칠 수 있으며, 건강증진학교 개념을 이해하고 수용하여 교과과정에 반영할 수 있는 매우 대단히 중요한 자원이다(Mitchell 등, 2000; Mukoma 등, 2004; Inchley 등, 2007). 건강증진학교는 교사 몇 명이 하는 사업이 아니라 다양한 교내외 인사로 구성된 팀이 함께 하여야 한다는 인식의 확산은

건강증진학교 사업을 성공적으로 이끄는 데 있어 결정적인 역할을 한다(Lee 등, 2009a). 본 연구 결과 건강증진학교 업무가 힘든 만큼 모든 학교 교원들에게 연구점수가 부여될 수 있도록 연구학교 지정 숫자를 늘려줄 것을 요청하는 등 교사 인센티브 제도가 언급되었다. 성공적인 건강증진학교 운영을 위해서는 전체 교사들의 적극적인 참여가 반드시 요구되므로 이들에 대한 인센티브 정책을 적극적으로 고민할 필요가 있다고 여겨진다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 2012년부터 2014년까지 3년간 교육부 주도로 수행된 '건강증진모델학교' 중 고등학교 5개교의 운영실태 및 문제점을 파악하고자 2014년 결과보고서 및 담당 부장교사의 답변을 내용분석하였다.

2차 자료 내용분석을 통해 건강증진학교 운영 절차 5단계(①추진체계 구축, ②요구도 및 현황 조사, ③학교건강정책 수립, ④프로그램 개발 및 수행, ⑤평가 및 환류) 중 모든 단계에서 부실한 점이 발견되었으며, 그 외 건강증진학교 운영에 있어 필수적 요소인 ① 학교교육과정과 연계, ② 지역사회와 연계, ③ 구성원의 공감대 형성의 세 가지 요소 역시 부실하게 적용되었음이 밝혀졌다. 즉, 고등학교에서 수행된 건강증진모델학교는 실질적인 WHO 개념의 건강증진학교라 보기 어렵다.

또한, 고등학교에서의 건강증진학교 담당 부장교사들은 지역사회자원 확보 및 연계, 실무위원회 구성 및 운영, 실태조사 및 건강문제 파악, 자체평가 또는 외부평가 준비, 전략수립 및 프로그램개발 영역에서 어려움을 호소하였다. 운영상 문제점을 해소하기 위해서는 전체 교사들의 적극적인 협조가 절실한 만큼 앞으로 건강증진학교 전체 교사들에 대한 인센티브 정책이 적극 검토될 필

요가 있겠다.

본 연구는 2012-2014년도 건강증진모델학교 중 고등학교를 분석대상으로 하였기에 전체 건강증진학교로 일반화하는 것에는 제한점이 있으며, 결과보고서에 제시된 내용 및 담당자 답변에만 의존한 한계가 있으므로 후속 연구에서는 표준화된 설문조사나 델파이 조사 등 보다 심층적인 분석이 추가되어야 할 것이다. 그 외 후속 과제로 고등학교를 위한 차별화된 운영매뉴얼의 보급 및 다양한 지원 방안이 강구되어야 할 것이다.

참고문헌

1. Cho HJ, Kim DS. Study on the Students' Life Reflected in Social Indices and Its Implications for National Curriculum Design Focusing on School Health Education. *The Korean Society of School Health* 2014; 27(3):159-168.
2. Inchley J, Muldoon J, Currie C. Becoming a health promoting school: Evaluating the process of effective implementation in Scotland. *Health Promotion International* 2007;22(1):65-71.
3. Kim BN. Effects of adolescents' academic stress and response styles on their depression : the moderating role of response styles[master's thesis]. Seoul: Yonsei University, 2013.
4. Kim MJ. Problems and Solutions for Health Promoting Schools in Korea. *Korean Public Health Research* 2013;39(1):65-75.
5. Kim MJ. A Systematic Reviews on the Effectiveness of Foreign Health Promoting School. *Korean Public Health Research* 2014; 27(3):169-180.
6. Kim MJ. Analysis of Health Promoting Schools: Focusing on Small-sized Elementary School in Rural Area. *Journal of the Korean Society of School Health* 2015;28:67-78.
7. Kim MJ. Analysis of Health Promoting Schools: Focusing on Large-sized Elementary Schools in Urban Areas. *Journal of the Korean Society of School Health* 2017;30(3):306-316.
8. Kim MJ. Progress and Future Tasks of Korean Health Promoting Schools. *Korean Public Health Research* 2018;44(4):111-120.
9. Kim YI. A Study of the index development and measurement for school health promoting behaviors. *Journal of the Korean Society of School Health* 1998;11(2):189-201.
10. Lee A, Cheng FF, Fung Y, St Leger L. Can health promoting schools contribute to the better health and wellbeing of young people? The Hong Kong experience. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006; 60(6):530-536.
11. Lee EY, Choi BY, Shin YJ, Kim SH, Sohn AR, Ahn DH. Implementation and evaluation of a Health promoting school program. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion* 2009a; 26(2):87-101.
12. Lee EY, Choi BY, Sohn AR, Ahn DH. Evaluation of Health Promoting Schools by school characteristics. *Journal of Korean society for Health Education and Promotion* 2009b;26(3):85-96.
13. Mitchell J, Palmer S, Booth M, Davies GP. A randomized trial of an intervention to develop health promoting schools in Australia: The south western Sidney study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2000;24(3):242-246.
14. Mukoma W., Flisher A. J. Evaluation of health promoting schools: A review of nine studies. *Health Promotion International*

- 2004;19(3):357-368.
15. OECD Family Database. OECD - Social Policy Division - Directorate of Employment, Labour and Social Affairs from <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>. 2015.
 16. Park, YJ. A Study on the Efficiency Analysis of Health Promoting School using DEA(data envelopment analysis) Model[dissertation]. Seoul: Hanyang University; 2014;pp1-9, 63-64.
 17. Park, YJ. Effects of Health Promoting School on School Climate, *Journal of the Korean Society of School Health* 2015;28:47-55.
 18. Sohn AR, Kim BR, Kim SH, Shim YJ, Ahn DH, Choi BY. Evaluating health promoting schools based on WHO standards in Yangpyung -gun, Korea. *The Journal of Korean Society for School Health Education* 2008;9(1):1-15.
 19. WHO. Local action: creating health promoting school, WHO's information series on school health. WHO, UNESCO, EDC. 2000.
 20. Wong, M. C., Lee, A., Sun, J., Stewart, D., Cheng, F. F., Kan, W., et al. Comparative study on resilience level between WHO health promoting schools and other schools among a Chinese population. *Health Promotion International* 2009;24(2):149-55.
 21. Xin-Wei Z., Li-Qun L., Xue-Hai Z., Jun-Xiang G., Xue-Dong P., Aldinger C., et al. Health-promoting school development in Zhejiang Province, China. *Health Promotion International* 2008;23(3):220-230.