

학교건강증진의 새로운 방향 모색

박 윤 주

한국교원대학교 교육정책전문대학원

Looking for a New Perspective on School Health Promotion

Youn-Ju Park

The Graduate School of Educational Policy and Administration, Korean National University of Education

ABSTRACT

Purpose: This review aimed to provide a new perspective on School Health Promotion (SHP) in the context of Korea's school system. **Methods:** Relevant literature and reports on SHP were investigated. On the basis of the analysis, this review closely examined how SHP had been developed, and what has been happening in the recent years of SHP in advanced nations. **Results:** Major findings from this review in terms of finding a new perspective on SHP in Korea were to: 1) share awareness of the fundamentals of SHP; 2) establish a national framework for school-based SHP; 3) build a cooperative SHP governance; 4) strengthen a SHP monitoring and evaluation system; 5) integrate health and education. **Conclusion:** Recently, serious student health threats have been putting pressure on schools in Korea. This review will serve as a critical implication of how to effectively implement SHP in Korea.

Key Words: School health promotion, School health education, School health promotion policy, Health promoting school, Health promotion

들어가며

최근 영양 불균형과 신체활동 부족 등으로 인한 학생 비만, 오염된 환경으로 인한 아토피성피부염, 천식·알레르기 등 질환, 학업 부담 등으로 인한 정서적 기반이 약해지면서 자살, 우울감, 충동조절 장애 등 학생 건강 문제가 심각한 사회이슈로 등장하고 있다. 최근 학교는 사회의 하위체계로서 타 체계들의 심각한 사회적 문제들이 학교 안으로 그대로 전이되고 있는 현상이 심화되고 있다. 특히 SNS 등 사회 관계망 서비스의 발달로 확산속도가 종전에 비해 급속히 빨라지면서 학교가 사전에 이를 차단하거나 예방하는 것을 더욱 어렵게 하고 있다. 그러나 이와 같은 어려움에도 불구하고 학생들의 건강문제가 사

회이슈화 될 때 마다 학교가 적극적으로 해결해야 한다는 요구가 나날이 증폭되고 있다. 이러한 시점에서 학교는 과연 학생 건강문제에 대해 어떠한 책무가 있는가, 어떻게 대응할 것인가에 대한 근본적인 검토가 요구된다.

일찍이 Plato는 ‘공화국(The Republic)’에서 교육의 목적은 좋은 삶과 나쁜 삶을 구분하는 개인의 역량을 개발하는 것으로 학생으로 하여금 보다 좋은 선택을 하도록 하는 습관을 갖도록 하는데 있다고 언급하였다[1]. Plato의 관점은 학생 스스로 올바른 삶의 선택을 위한 합리적 의사결정을 할 수 있는 역량에 초점을 두고 있는 현대의 학교교육의 주요목적과도 일치한다. 건강은 올바른 삶의 선택 또는 습관과 직접 연결되는 개념으로서 학교교육의 본질로서 다루어져야 한다. 특히 학교

Corresponding author: Youn Ju Park

The Graduate School of Educational Policy and Administration, Korean National University of Education, 250 Taeseongtabyeon-ro, Gangnae-myeon, Heungdeok-gu, Cheongju 28173, Korea.
Tel: +82-43-230-3406, Fax: +82-43-230-3401, E-mail: 20green@knue.ac.kr

Received: Nov 10, 2018 / Revised: Nov 19, 2018 / Accepted: Nov 22, 2018

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

는 예외 없이 모든 학생을 체계적으로 교육할 수 있는 장소인 동시에 교사라는 훌륭한 교육자원을 가지고 있다는 특성으로 학생 건강을 위한 가장 효과적인 수단이라 할 것이다. 특히 공중보건의 새로운 패러다임인 1986년 오타와 선언이후 학생 건강이 학업성취에 절대적인 영향을 미친다는 많은 연구들이 발표되면서 학교건강증진에 대한 요구는 더욱 가속화되어 학교교육의 주요 책무로 자리매김하게 되었다. 이러한 학교건강증진의 발전은 20세기 후반이후 WHO 건강증진학교모형을 중심으로 다양한 형태로 전개되어 범세계적으로 확산되고 있다[2].

교육과 건강을 통합적으로 접근하는 새로운 시도들은 학교건강증진의 혁신적 변화를 가져왔으나, 많은 문제점을 노출하기도 하였다. 주요 원인으로는 전통적으로 학교는 교육에 초점을 두고 운영체제 또한 이를 뒷받침하도록 조직화되어 있어 건강증진이란 새로운 과제를 학교교육 체계로 조화롭게 수용함에 있어 한계가 있을 수밖에 없다는 관점이 제시되었다. 학교건강증진에 필요한 재원 등 물적 자원, 교사 등 인적 자원, 그리고 수업시수·학습방법 등 교육과정의 미흡한 제반 여건은 새로운 요구에 효과적으로 대응하지 못하고 오히려 학교현장의 과중한 부담으로 작용하였다[3]. 우리나라의 경우에도 날로 심각해지는 학생 건강문제를 해결하기 위해 한국형 건강증진학교모형을 개발, 2010년부터 시범적으로 진행하고 있다. 건강증진학교 시범사업은 학교건강문제를 해결하고 학교교육 전반에 기여하였다고 평가도 있으나, 이해와 참여 미흡, 지원 부족 등 문제로 지속적 시행에 대한 회의적인 반응도 제기되고 있다[4,5].

그러나 이러한 학교건강증진의 어려운 특성에도 불구하고, 필요성에 대해서는 세계적인 공감대가 형성되고 있다. 학교건강증진은 ‘인내심을 요구하는 열망적인(enduring and aspiring)’ 과제로 실행이 쉽지 않지만 성공한다면 어떠한 정책보다 탁월한 성과를 가져올 것이기에 반드시 이루어야 할 국가적 책무라 할 것이다[6]. 특히 우리나라의 경우 심각한 학생건강 위협요인들이 학교를 압박하고 있는 가운데 어떻게 효과적으로 학교건강증진을 추진할 것인가에 대한 근본적인 검토가 필요하다. 이를 위하여 학교건강증진과 관련한 다양한 학문적 논의를 살펴보고, 국제기구 및 선진각국들을 중심으로 추진되고 있는 학교건강증진 동향 등을 면밀히 분석하여 시사점을 도출함으로써 우리나라 학교건강증진의 향후 방향을 모색하고자 한다.

연구방법

본 연구는 학교건강증진과 관련한 다양한 학문적 논의와 국

제기구 및 선진각국들의 학교건강증진 동향을 중심으로 정리하였다. 국제기구 동향은 WHO, OECD, EU의 학생건강증진 관련 정책, 컨퍼런스, 정책보고서 등의 최신 흐름을 고찰하였다. 국내와 주요 선진국가의 학교건강증진 정책과 동향은 문헌고찰과 SAGE, Taylor & Francis, ProQuest ARL, JSTOR 등을 통해 수집 정리하였다.

학교건강증진, 어떻게 접근하고 있는가?

1. 건강을 보는 관점: 긍정적 삶의 자원

학교건강증진을 올바르게 이해하기 위해서 건강이 무엇인지를 살펴보고자 한다. 현재까지 보편적으로 수용되고 있는 건강 정의는 “건강은 단지 질병이 없는 것이 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 웰빙의 상태(WHO, 1948)”라 할 것이다. 그러나 WHO의 건강정의는 이상적이고, 하위영역이 모호하며, 측정 불가능하다는 측면에서 많은 비판을 받았다. 이런 비판에도 불구하고 건강이 지향할 궁극적인 방향을 제시함과 아울러 건강의 영역을 신체적 건강에서 정신·사회적 건강으로 확장함으로써 웰빙이 국가 정책과제로 설정되는 계기가 되었다. 이후 세계 공중보건의 역사에 새로운 틀을 제시하였다는 평가를 받는 1986년 오타와 현장에서는 건강을 결과측면에 초점을 둔 WHO 정의와는 달리 과정 측면에 초점을 두어 “삶의 목적(objective)이 아닌 일상생활의 긍정적 자원(resource)”으로 정의하였다[7].

오타와 현장은 건강은 지속적으로 만들어어나가는 것이라는 의미로서 Antonovsky의 ‘건강생성론(salutogenesis)’을 반영한다고 할 수 있다. 이는 건강한 상태를 건강과 질병으로 이원화하여 구분하는 병리학(pathogenesis)적 방법을 비판하고, 편안(ease)과 불편(dis-ease)의 연속선(continuum)에서 설명되어야 한다고 제시한다. 특히, 정신건강과 비감염성 질환의 중요성이 강조되면서 무엇이 건강한 상태이고, 질병상태인가에 대한 경계가 모호해져 보다 나은 건강수준으로 나아가도록 도와주는 것이 건강증진의 핵심이라고 강조한다. 건강생성론의 중심 가치는 통합성(a sense of coherence)으로 환경을 잘 이해하고, 주변의 자원을 잘 다루며, 의미 있는 행동이 무엇인지 잘 아는 역량 등 3가지를 중심가치로 들었다[8]. 따라서 건강생성론적 관점을 반영한 오타와현장이 의미하는 학교건강증진은 학생의 통합성, 즉 건강역량 강화를 통해 더 건강한 선택을 보다 쉽게 선택할 수 있도록 지원하여 보다 나은 건강수준으로 나아가도록 하는 과정이라 할 것이다.

2. 학생 건강: 복잡하고 포괄적인 문제

최근 건강의 영역은 안전, 환경 등의 문제를 포괄하는 광범위한 개념으로 확장되고, 특히 웰빙을 포함하는 추세이다. 건강 정의에 대해서도 다양한 논의가 있듯이 건강문제 또한 다양하고 복잡한 원인이 상호 연관되어 있으며, 활용 가능한 명확한 해결 방안이 없다는 점에서 ‘긱긱은 문제(wicked problem)’라 할 것이다[9]. Kickbush (2006)는 건강문제를 덩굴 식물의 끝 없이 뻗어나가는 뿌리 덩어리를 뜻하는 의미인 ‘리좀(rhizome)’으로 비유하고, 다른 영역으로 지속적으로 무질서하게 확장시키는 동시에 주변 환경에 직접적인 영향을 미치는 특징으로 언급하였다. 또한 건강문제의 확산 현상을 ‘리좀 효과(rhizome effect)’로 표현하고, 현재의 정형화된 사회구조로는 효과적으로 해결할 수 없다고 주장하였다. 나아가 끊임없이 확산되고 서로 연결되어 있는 원인들을 도외시한 채 건강이란 열매를 따 먹으려 ‘나무(tree)’에만 초점을 기울여서는 어떠한 건강증진 정책도 성공을 거둘 수 없으며, 다양한 정책적 고려가 요구되는 동시에 협력·조정이 매우 중요한 요소가 되어야 한다고 강조하였다[10]. 특히 학생의 건강문제는 선택 결정에 취약한 시기로서 원인과 배경에 사회경제적 환경의 책임이 크기 때문에 위에서 언급한 사회적 난제인 동시에 리좀의 특징을 동시에 가지고 있다 할 것이다. 이러한 본질을 무시한 채 개인의 변화에만 초점을 두는 학교건강증진정책은 건강위험행동을 감소시키는데 실패할 가능성이 높다.

현대 건강문제의 복잡성은 전통적인 논리적 모델을 기반으로 하는 선형적 사고방식에 근본적 변화를 요구하여, 건강을 단순한 개인의 문제가 아닌 복잡한 사회 환경의 문제로 보는 ‘생태학적(ecological)’ 접근이 부각되었다. 오타와 현장은 생태론적 관점을 반영하여 건강증진정책을 수립해야 한다고 최초로 선언하고, 건강은 사회적으로 결정되기 때문에 건강증진은 개인이 아닌 사회체계의 책무라는 새로운 패러다임을 제시하였다. 이러한 배경으로 확산된 건강의 ‘사회생태모델(social-ecological model)’은 개인·조직·사회 간의 복잡한 상호작용을 고려하고, 환경과 정책이 건강한 선택을 지원하고, 이를 뒷받침하는 사회적 규범의 지지 정도가 강력할 때 개인이 최적의 선택을 하게 된다는 관점을 지지하고 있다. 따라서 건강증진전략이 성공하기 위해서는 개방성·적응성·복잡성의 특징을 갖는 사회체계 본질을 고려한 계획 수립과 시행이 전제되어야 한다는 것이다[11].

학생 건강향상을 위해서는 개인의 삶의 양식 변화보다는 관계를 포함한 환경적 변화에 초점을 두어야 한다. 학교에서의

건강증진교육과 건강한 환경 등을 고려한 다중개입은 단일 요소 또는 단일 행동을 대상으로 하는 개입보다 더 효과적인 것으로 나타났다. 건강하지 못한 행동 또한 개인의 특성 및 환경 간의 복잡한 상호작용의 결과로서 대표적인 흡연, 음주, 약물 등 행위는 상호 연관되어 개별적 접근은 비효율적이며, 환경의 보호요인 강화 등의 환경변화 접근을 통해 동시에 해결할 수 있다고 주장한다[12,13]. 따라서 복잡하고 광범위한 학교건강증진을 효과적으로 추진하기 위해서는 다양한 관련 부처가 긴밀히 협력하고, 지역사회, 가정, 학생을 포함한 다양한 학교주체들이 총체적으로 참여하여 제반 학교환경 변화를 도모하는 통합적 접근이 반드시 요구된다.

3. 학교건강증진의 핵심요소: 건강증진정책과 건강교육

학교건강증진은 정치·제도적 특성을 반영하는 학교건강정책과 교육적 특성을 반영하는 학교건강교육의 결합이라 할 수 있으며, 이를 간단히 공식화하면 다음과 같다: ‘학교건강증진(school health promotion)’ = ‘건강정책(school health public policy)’ x ‘학교건강교육(school health education)’. 위의 공식은 학교건강교육만으로는 학교건강증진의 큰 변화를 가져오기 어려우며, 또한 학교건강교육 없이 학교건강정책수단만으로 의미 있는 학교건강증진 성과를 가져오지 못한다는 두 가지 측면을 반영한다. 일례로 비만에 대한 건강교육을 통해 원인 및 부작용 등에 대한 지식과 가치 등을 습득할 수 있으나, 그렇다고 해서 비만과 관련한 건강증진이 이루어진 것은 아니다. 어디에서든 비만 유발 음식을 사먹을 수 있는 환경에서 건강교육의 효과는 한계가 있다. 따라서 성분 표기 의무 부착, 어린이 방송에서의 광고 금지 등 다양한 건강정책 또한 필요한 것이다. 이와 같이 건강증진의 성공을 위해서는 사회체계가 개인이 건강한 행동을 하도록 유익한 경제적, 사회적 환경조건을 제공해야 한다. 결과적으로 학교건강증진은 학교건강교육과 함께 이를 지지하는 학교건강증진정책 실행을 전제로 한다[13].

그러나 현실적으로 학교건강증진정책은 변화하는 건강이슈를 즉각적으로 반영하는 특성으로 학교현장의 여건이나 교사 등 교육주체들의 관점을 반영하지 않고, 외부적으로 결정되는 경향이 매우 높다. 이러한 특성은 교사가 외부에서 결정된 학교건강증진정책을 맹목적으로 비판하거나, 일과성 정책으로 무시하기도 하며, 형식적으로 이행하는 경우로 연결되기도 한다[3]. 또한 건강을 위협하는 사회요인들이 증가하고 있음에도 이에 대한 정책적 차원의 규제는 보다 힘들어지는 상황에서 학생들의 건강한 선택을 할 수 있는 역량 개발은 더욱 중

요시되어 건강교육의 역할은 과거에 비해 강화되어지고 있다. 정치적 성격을 지닌 복잡한 학교건강증진은 보다 치밀하게 설계된 건강교육을 통해 효과적으로 추진될 수 있다. 개인의 발달 수준에 적합하면서도 개인의 요구와 필요에 적합한 교육 자료의 개발, 원활한 상호교류를 통한 건강교육의 시행은 건강증진의 중요한 역할을 수행한다.

4. 학교건강교육의 핵심: 임파워먼트

일찍이 아리스토텔레스는 결정은 우리의 지각에 달려 있으며 우리가 행동하고, 행동하지 않을 결정을 할 수 있는 ‘힘(power)’이 있을 때 우리는 ‘yes’, 또는 ‘no’라고 분명히 말할 수 있다고 하였다. 건강 증진의 목표 또한 사람들이 스스로 건강의 결정 요인을 더 잘 통제할 수 있도록 하기 위하여 아리스토텔레스가 말하고 있는 힘을 부여하는 것이다. 개인에게 건강한 결정을 위한 힘을 부여하는 건강증진의 본질적 관점에서 임파워먼트(empowerment)는 학교건강교육의 핵심요소라 할 것이다[1].

임파워먼트는 “개인이 자신의 행동에 영향을 미치는 결정과 행동에 대한 더 큰 통제권을 얻는 과정”으로 일반적으로 정의되고 있다. 임파워먼트는 개인과 공동체 차원으로 살펴볼 수 있는 바, 개인적 차원에서의 건강행동은 타인에 의존하기 보다는 스스로 조절할 때 보다 개선효과가 있다는 관점을 반영하고 있다. 공동체 차원에서는 건강 문제에 대한 해결책을 찾기 위한 목적으로 사회집단의 참여를 통한 사회·정치적 차원의 개입전략을 시행하도록 하는데 초점을 두고 있다. 최근에는 임파워먼트의 공동체 측면이 강조되면서 참여에 보다 초점을 두어 “개인이 자신의 삶을 통제하고 공동체 생활에 민주적 참여를 통한 과정”으로 정의되어지기도 한다[14].

학교건강교육은 학생 스스로 건강을 통제할 수 있도록 의도되고 계획적인 임파워먼트 과정으로 자기이해를 바탕으로 자발적인 행동변화를 목적으로 한다. 특히, 학교공동체 차원의 임파워먼트가 중요시되면서 학생의 적극적 참여를 기반으로 한 다음과 같은 실천전략이 강조되고 있다: 1) 타인과의 좋은 관계, 존중과 배려 등이 최우선시 되는 학교풍토 조성 노력, 2) 스스로 선택하고 자신과 타인의 건강에의 책무를 느낄 수 있도록 학생의 자아존중감과 자아신뢰감을 높일 수 있는 참여기회의 적극적인 제공 등[13]. 임파워먼트는 학생의 건강한 발달, 나아가 학업성취에도 긍정적 영향을 미쳐 학교건강교육을 포함하여 학교교육의 핵심가치로 자리매김하고 있다.

학교건강증진, 선진 각국은 어떻게 변화하고 있는가?

학교건강증진은 각 나라의 역사·문화·사회·정치·경제·교육체계의 복합적 특징을 반영하여 다양한 형태로 전개되고 있다. 특히, 지구촌 환경의 급속한 변화로 인한 건강문제의 심각한 위협에 대응하기 위하여 WHO 등 국제기구의 핵심전략으로서 거론되면서 20세기 후반 이후 건강증진의 이론적·정책적 발전이 급속히 이루어지고 있다. 최근 선진 학교건강증진 동향은 어떠한 공통된 특징을 갖고 있는가에 대해 살펴보면 아래와 같다.

1. 오타와 헌장의 기본정신으로 회귀

오타와 헌장은 생태론적 접근을 통해 환경을 변화시켜 개인이 스스로 건강을 창출하도록 힘을 만들 수 있어야 한다는 건강증진의 기본방향을 제시하였다. 이러한 기본 관점은 현대 건강증진 주요이론으로 ‘사회생태(social-ecological)모델’ 및 ‘건강자산(health asset)모델’ 등의 발전으로 연결되는 등 건강증진연구에 많은 기여를 하였다는 평가를 받고 있다. 30여년이 지난 현재에도 오타와 헌장의 건강증진 개념 및 핵심가치는 여전히 21세기 학교를 포함한 국가건강증진정책 수립 및 연구에서 재조명되고 있다[15,16]. 오타와 헌장의 건강증진 전략은 3가지-‘옹호하라(advocate)’, ‘도우라(enable)’, ‘중재하라(mediate)’ 등으로 요약하였다. 첫째, ‘옹호하라’는 건강은 사회적, 경제적, 개인적 성장을 위한 주요한 자원인 동시에 삶의 질의 중요한 요소이기 때문에 환경적 요인들이 건강에 유익하도록 조성해야 함을 강조한다. 정부를 포함한 사회 모든 영역들은 건강에 대한 환경적 옹호를 통하여 긍정적인 영향을 미치도록 하는데 목적을 두어야 한다고 강조한다. 둘째, ‘도우라’는 임파워먼트를 의미하며, 정부를 포함한 사회 모든 영역들은 건강수준과 건강 형평성을 제고시키도록 모든 개인의 건강역량을 최대한 발휘하도록 지원하는데 초점을 두어야 함을 강조하고 있다. 이는 지원적 환경 구축, 건강정보에의 용이한 접근, 그리고 삶의 기술과 건강한 선택을 위한 기회를 제공해야 한다는 책무를 의미한다. 셋째, ‘중재하라’는 건강증진은 관련 정부를 포함한 모든 사회 각 영역 주체들이 상호 협력·조정해야 효과적인 성과를 달성할 수 있음을 강조하고 있다. 이러한 3가지 전략을 뒷받침하기 위한 활동으로서, 1) 건강정책 수립; 2) 지원적 환경 창출; 3) 공동체 활동 강화; 4) 개인의 삶의 기술 개발; 5) 건강서비스 재설정 등 5가지 활동을 강조하였다[16]. 현재에도 많은 건강증진 계획에서 오타와 헌장의 기본

가치와 활동방향을 도입, 적용하고 있다.

최근 학교건강증진의 모범사례로 손꼽히는 캐나다 온타리오는 2018년 학교건강증진 기본 틀로서 ‘School Health Guideline, 2018 - Ontario Healthy Schools Coalition’을 제시하였다. “건강은 일상생활에서 만들어지는 것이다”라는 오타와 현장의 건강 이념을 서문에 명시하고, 핵심영역을 다음 세 가지로 구분하였다. 첫째, 무엇(what)을 할 것인가에 대한 것으로 건강결정인자들에 대한 조치를 강구하며, 둘째, 어떻게(how) 할 것인가에 대한 실천전략에 초점을 두어야 하며, 셋째, 누구와 함께(with whom) 해야 하는가에 관한 것으로 다양한 수준에서의 통합적 협력 등에 초점을 두었다. 특히, 실천 전략과 관련하여 위에서 언급한 오타와 현장의 5가지 핵심전략을 그대로 반영하고 있다[17]. 오타와 현장에서 제시하고 있는 ‘임파워먼트’, ‘형평’, ‘돌봄’ 등의 가치는 최근 건강증진정책에서 여전히 핵심 가치로 반영하고 있다. 또한 건강의 부정적 위협에 초점을 맞추기 보다는 긍정적 요소에 초점을 두는 관점을 제시함으로써 ‘회복탄력성(resilience)’의 개념을 건강증진에 적용하는 계기를 마련하였다. 복잡한 요인들의 상호작용의 결과인 건강을 증진하기 위해서는 개인건강을 위협하는 위험요인의 직접적인 제거보다는 환경의 보호요인 강화에 초점을 둔 회복탄력성은 최근 연구에서 효과적 전략으로 평가되어지고 있다[15].

2. 지속적이고 효과적인 학교건강증진 체계 구축

현대 학교건강증진 성공을 위한 핵심요소로 건강증진 정책, 프로그램 및 활동의 ‘지속가능성(sustainability)’에 초점을 둔다. Savaya 등(2007)은 경험적 연구를 통하여 지속가능성을 결정하는 요인으로 1)개입이 바람직한 성과를 창출한다는 이론적 지지; 2) 지속지원 가능한 재원 확보; 3) 지속적으로 추진할 질높은 인적 자원; 4) 증거 기반적인 효과성 입증; 5) 환경변화에 대응할 수 있는 신축성; 6) 지속적 평가체계 등으로 제시하였다. 연구는 정부 지원이 완료된 직후 사회복지차원의 개입 프로그램의 40%가 사라졌다는 측면을 인용함으로써 가장 핵심요소로 지속적인 재정 지원을 언급하였다[18]. 특히, 재원 확보와 평가는 밀접한 관계로 효과성 입증에 위한 평가는 지속적 시행을 위한 핵심적 역할을 한다고 밝히고 있다. 선진각국에서는 학교건강증진의 증거기반적인 효과를 규명하는 평가 관련 연구를 적극 지원함으로써 궁극적으로 지속적 재원확보를 위하여 많은 노력을 하고 있다. 그러나 학교건강증진이 삶의 질을 향상시키고 질병에 대한 경제적 비용을 절감하는 효과

적인 방법이라는 일치된 관점에도 불구하고 관련 정부부처 간 재정적 측면의 연계는 선진각국에서도 여전히 미흡한 실정이다. 교육과 건강 간의 재원 확보를 둘러싼 갈등과 관련하여 OECD의 Richardson은 건강과 교육이 통합적으로 작용하는 학교기반 건강증진을 강조하고, 재원이 교육예산에서 충당된다면 학교교육의 특성상 교육에 우선 할당하기 때문에 충분한 건강증진재정을 확보하기 어려워 학교건강증진은 성공하기 어렵다고 지적하였다[13]. 학생 건강을 위협하는 도전적 문제들은 서로가 복잡하게 얽혀져 있기 때문에 국가적 차원에서 효과적 학교건강증진의 지속적 추진을 위해서는 학교교육 및 학교특성을 고려하여 관련 정책 주관 부처들이 상호 협력하여 재원을 마련하는 등의 통합적 정책이 수립·시행되어야 한다 [19,20].

이러한 학교건강증진의 정책적 측면을 반영하여 WHO (2013)는 거버넌스 관점에서 획기적인 전환점을 마련하였다. 제8차 헬싱키 세계건강증진대회에서 “건강을 모든 정책들에서(Health in All Policies, HiAP)”란 비전을 채택하고, 다음과 같이 설명하였다: “HiAP는 국민의 건강 증진과 형평을 위한 다양한 공공정책의 결정에 있어 건강의 함의를 체계적으로 고려하고, 영역 간 시너지를 창출하며, 건강에 미치는 부정적 영향을 피하기 위하여 지켜야 할 접근이다”. HiAP는 정부 주체들의 건강증진 공동인식을 바탕으로 하는 ‘범정부적 접근방법(a whole of government approach)’으로 법률, 규범, 주요 전략, 프로그램, 자원의 수집과 분배 등 결정에 있어 긴밀한 협력을 강조한다. 실천적인 전략으로 사회적 정의 실현과 동원 가능한 자원의 현실적 맥락을 고려하여 가장 효과적이고 가능한 건강 과제를 먼저 시행하여 그 효과를 높이자는데 있다. HiAP는 국가의 각종 공공정책의 원칙으로 활용되고 있으며, 대표적인 성공적 사례로 스웨덴의 교통안전정책인 ‘Vision Zero’를 들었다. 도로는 차를 위한 것이 아니라 사람을 위한 것이라는 비전하에 인간을 실수하는 존재로 전제하고, 실수를 하여도 생명을 잃는 치명적 사고로 연결되지 않는 안전한 도로 환경 제공을 통해 국민의 건강을 지키겠다는 정책적 의지를 반영하고 있으며, 관련 부처 간 긴밀한 협력으로 시행되고 있다 [21]. 이와 같이 선진 각국의 건강증진 정책은 HiAP의 취지를 충분히 고려하여 결정에 앞서 다양한 관련부처간의 긴밀한 연계 협력을 요구하는 체계로 변화하고 있다.

HiAP 이후 건강증진 거버넌스와 관련한 주체들의 협력과 부문 간 협력을 위한 많은 노력들이 전개되었다. 2016년 9차 WHO 건강증진세계회의는 지속가능 발전을 위한 정부의 건강증진 역할을 강조하고, 입법과 예산확보가 가장 중요한 수

단이며, 흡연규제 및 예방에 앞장서고, 과당음료에 대한 세금 도입을 적극 검토할 것에 합의하였다[22]. 국제학교건강네트워크는 ‘모두를 위한 학교(Schools for All)’라는 온라인 플랫폼을 통해 교육과 건강은 모든 UN 지속가능개발 목표의 달성을 위한 허브임을 정부가 분명히 인식하여야 하며, 비교육 분야의 경쟁 또는 무지로 인한 독자적인 학교건강증진정책 추진의 중단을 요구하고, 교육 분야의 상호협력을 강조하고 있다[23].

3. 교육과 건강의 통합 노력

20세기 후반 유럽 및 미국 등 선진국을 중심으로 학업과 건강이 조화롭게 최선의 성과를 창출하는 ‘효과적인 학교(effective school)’에 대한 연구가 활발히 진행된 시기였다. 효과적인 학교는 학습을 학생의 공통 책무로 자기 존중과 보살핌, 타인에 대한 존경과 배려, 사회적 책임감 등 긍정적 관계를 중시하는 학습 공동체를 촉진하는데 목적을 두었다. 많은 연구들은 건강증진학교 모델이 효과적인 학교에 기여한다는 증거를 규명하였다. 건강증진학교는 건강교육이 학생들의 학업성취를 향상시키고, 정체성을 발전시키며 민주 시민을 양성하기 위한 학교교육의 본질적 임무에 기여한다는 취지에 효과적인 학교와 부합하여 많은 호응을 얻었다[2,24]. 그러나 효과적인 학교의 취지를 반영하여 학교교육을 돕는 건강이 되어야 하는 당초 방향에도 불구하고 20세기 후반 무렵 전개된 건강증진학교 초기 모습은 이에 무관심한 것으로 외면적으로 나타나 결국 많은 문제점을 초래하였다는 비판도 있다. 건강증진학교의 표면상 드러난 문제점으로는 특정 건강이슈에 한정된 프로그램 실행, 전체 학교사회 구성원이 아닌 교사중심의 추진 등이었지만, 근본원인으로 학교현장에서의 교육과 건강 간의 갈등에서 비롯되었다[2]. 이러한 건강증진학교의 문제점에도 불구하고, 긍정적 성과로 현재 유럽, 캐나다, 호주, 동아시아국가 등을 중심으로 각국의 고유 환경을 반영하여 차별된 형태로 시행되고 있으며, 많은 개선 노력이 이루어지고 있다.

교육과 건강간의 관계 갈등을 해소하기 위해 일부 선진국에서는 건강이 교육의 틀 속에서 있음을 명시적으로 밝히고 있다. 2018년 온타리오 학교건강가이드는 교육의 기본틀에서 건강교육을 학교교육의 하위요소로 통합할 것을 분명하게 밝히고 있다[17]. 또한 프랑스는 5개년 국가건강전략으로 ‘New National Strategy for Health, 2018~2022’를 수립하고, 초등학교 단계에서는 모든 학교에서 건강교육의 역할을 ‘보다 더 잘 배울 수 있도록 하는 것’으로 설정하고 있다[25]. 영국은 2017년 법령을 개정하여 ‘관계 및 성교육(Relationships and

Sex Education, RSE)’을 교육과정으로 도입하여 초등학교에서는 관계교육을 이미 의무화하였고, 중등단계에서는 성을 포함한 관계교육을 2020년부터 의무화하기로 하였다. RSE는 온라인 안전, 정신건강, 따돌림 방지, 약물 예방 등과 같은 전통적인 건강증진의 영역과 아울러 위험관리, 회복탄력성 등 건강한 태도를 신장하는데 목적을 두고 있다[26]. 미국 학교건강증진은 교육과 건강을 통합하여 ‘통합적 학교건강 프로그램(The Coordinated School Health Program)’을 거쳐 2014년 학생·학교·지역사회가 중심이 되는 학교건강모델로서 “모든 학교, 모든 지역사회, 모든 아동(Whole School, Whole Community, Whole Child, WSCC)”이란 국가적 차원의 큰 틀을 마련하게 되었다. 특히, 미국은 2015년 교육의 기본틀을 혁신하기 위한 초·중등교육법을 개정하여, 학업중심 정책이었던 ‘낙오학생방지법(No Child Left Behind, NCLB)’을 폐지하고 전인교육을 강화하는 ‘모든학생성공법(Every Student Success Act, ESSA)’으로 전환하였다. ESSA는 새로운 학교건강증진 방향을 제시하고, 학생건강을 학교교육의 핵심요소로 통합하고 있다는 데 의의가 있다[27]. ESSA의 실행전략으로 의무교육과정에 ‘사회정서교육(Social and Emotional Learning, SEL)’을 도입하려는 주정부가 증가하고 있다. 또 다른 대표적인 학교건강증진 프로그램으로서 ‘긍정적 행동개입 및 지원(Positive Behavior Interventions and Supports, PBIS)’은 ‘다중계층적 지원시스템(Multi-Tiered Systems of Support, MTSS)’를 통해 학생간 학업, 행동 및 건강 측면의 차이를 반영하는 근본적인 접근을 통해 문제의 조기해결에 초점을 두고 있다. 특히 3단계 수준- 공통, 위험군, 고위험군 등으로 분류하여 각기 차별화된 교육방법 및 기회 등을 제공하고 있다. 연구들은 PBIS, SEL 등의 개입전략이 학업 및 약물, 흡연, 음주, 폭력 등 문제행동에 대한 긍정적 효과를 밝히고 있어, 현재 전 세계적으로 확산되고 있다[28].

교육과 건강의 통합은 학교교육의 본질과 연관된 과제로 모든 선진각국에서도 여전히 논란이 되고 있는 영역이다. 일례로 미국의 ESSA로의 전환, 영국의 RSE 의무교과로 채택을 둘러싸고 많은 갈등을 겪은 바 있다. 특히 건강의 범위가 정신, 사회적 영역으로 확대되면서 향후 더욱 치열한 이슈로 등장할 것이다. 분명한 것은 교육에서 광의의 건강, 웰빙의 개념으로 초점이 조금씩 옮겨가고 있는 것이다.

4. 건강에서 웰빙으로의 전환

최근 건강은 ‘웰빙(wellbeing)’의 개념으로 확장되어 행복

등의 포괄적인 개념으로 연결되어 수단에서 목적적 개념으로 변화하고 있다. 미국 CDC는 웰빙을 ‘사람과 사회에게 의미가 있는 긍정적인 결과’이며, 사람들에게 그들이 잘 살아가고 있다는 느낌 및 인식과 관련이 있다고 정의하였다. 또한 웰빙을 경제적, 사회적, 정서적 웰빙과 다양한 활동과 일을 포함하는 광범위한 개념으로 보고 있다[29]. 이러한 웰빙의 정의에 대해서는 합의가 이루어지지 않았지만, 분명한 것은 일반적으로 성공, 행복, 삶에 대한 만족과 같은 개념을 포함하고 있다는 것이다.

공공정책의 목적이 삶의 질 향상에 초점을 두면서 학교교육에서도 웰빙 증진을 국가 기본틀로 수립하는 국가들이 점차 늘어나고 있는 추세이다. 아일랜드는 2018년 학교건강증진전략으로 웰빙 개념을 도입하고 교육의 전 과정에서 학생 스스로 자신의 웰빙을 증진할 수 있도록 지원하는 활동을 학교교육의 새로운 목표로 설정하였다. 이를 위해 모든 학교의 핵심 이념을 학생 웰빙 증진으로 변화시키고, 모든 학교는 학생 웰빙을 촉진하기 위한 정보를 제공하고 지지하여야 한다는 기본 전략을 명시하였다. 기본전략은 통합적 관점에서 웰빙 촉진을 위해 4가지 영역- 문화와 환경, 교육과정, 관계와 파트너십, 정책과 계획 등을 제시하고 있다[30]. 캐나다 온타리오에서는 2013년 새로운 학교교육의 목표에 웰빙을 포함시키고 2018년 학생 웰빙을 촉진하기 위한 기본틀을 마련하였다. 핵심요소로 1) 교육과정, 2) 학교와 교사의 수업 리더십, 3) 학생 참여, 4) 사회적·물리적 학교환경, 5) 가정·학교·지역사회 파트너십 등 5가지를 들고 있다. 이를 바탕으로 신체활동, 성장과 발달, 건강한 식생활, 정신 건강, 개인 안전과 부상 예방, 약물 사용과 같은 건강 관련 주제에 대한 통합적 접근을 통해 긍정적인 학교 풍토를 조성하는데 초점을 두고 있다[17]. 호주의 경우 국가차원에서 ‘Student Wellbeing Hub’를 운영하여 교사, 학부모, 학생을 대상으로 온라인 학교건강증진 시스템을 구축하고 있다. 이는 종전 ‘Student Safety Hub’를 개편한 것으로 웰빙으로의 전환을 의미하고 있다. 허브는 안전하고 지지적인 학습환경을 위해 6개의 주제 - 건강한 정신과 신체, 따돌림으로부터 보호, 다양성 존중, 긍정적 관계의 형성, 안전하고 책임 있는 선택, 안전한 온라인 문화 등에 초점을 맞추고 있다.

이와 같은 다양한 국가차원의 학교웰빙증진 동향은 건강한 학교환경 및 긍정적 풍토를 조성하고, 가르침에서 배움 중심으로 교육과정 및 방법을 혁신하며, 건전한 관계를 통한 정신·사회적 건강을 제고함으로써 학생의 주관적 웰빙 수준 향상에 초점을 두고 있다. 이를 위해 환경, 학업, 건강, 안전, 관계 등을 포괄하는 광범위한 책무를 제시하고 있다. UN은 2030년까지

달성할 지속가능한 발전목표로서 건강과 웰빙을 선정함으로써 웰빙에 대한 세계적 관심이 높아지고 있다. 이를 반영하여 OECD는 ‘교육 2030 프로젝트’를 수립하고, 개인과 사회의 웰빙이 학교교육의 최종 결과가 되어야 한다고 제시하면서 학생들이 성인이 되어 건강한 사회 구성원으로서의 역할을 수행하기 위해서 학교교육이 어떠한 방향으로 나아가갈 것인가에 대한 고민과 함께 교육혁신의 필요성을 강조하였다.

학교건강증진, 우리에게 어떤 시사를 주는가?

건강한 국가, 사회, 가정, 학교가 건강한 학생을 만드는 것으로, 학교건강증진은 단기간 내에 소기의 성과를 달성하기 어려운 장기적인 인내심을 요구한다. 올바른 비전과 접근전략과 함께 효과적 지원체계를 갖추고, 학교현장의 적극적인 실천의지가 뒷받침된다면 학생을 포함한 전체 국민의 건강증진을 위한 새로운 전기를 마련할 수 있을 것이다. 다음과 같이 우리나라의 학교건강증진 방향을 제시하고자 한다.

1. 학교건강증진의 기본에 대한 인식을 공유하여야 한다.

최근 정부는 국가적 차원에서 학생 건강문제의 심각성을 인식하고, 정책 차원에서 건강증진학교 모델 도입 등 새로운 시도와 함께 재정 투입을 확대하고 있으나, 의미있는 성과로 연결되지 못하고 있는 실정이다. 효과적인 학교건강증진을 위해서는 무엇보다 학교 및 정책담당자들이 건강증진의 비전, 전략, 내용 등에 대한 충분한 이해를 통하여 공감대가 우선 형성되어야 한다. 따라서 학교 및 정책 관계자 등 주요 이해관계자들을 대상으로 하는 교육 및 설득을 통해 올바른 지식 및 인식을 공유해야 할 필요가 있다. 특히, 교사는 건강교육을 통해 학생들을 임파워먼트 할 수 있는 가장 좋은 자원으로 교원의 인식이 바뀌어야 학교건강증진은 성공할 수 있다. 교원 양성기관 및 직무개발 교육기관에서 올바른 인식을 가질 수 있는 기초내용을 교육할 필요가 있다.

우리나라 학교건강증진 리더들의 역량 강화를 위하여 무엇보다 오타와 현장의 기본정신을 공유할 필요가 있다. 오타와 현장은 공공보건의 3차 혁명이라 불릴 만큼 혁신적 방향을 제시하여 선진각국에서는 학교건강증진의 이정표로서 설정하고 있지만, 이와 달리 우리나라의 경우 인식이 미흡하여 아직도 가치를 인정받지 못하고 있는 실정이다. 우리나라 학교건강증진 현실에서 반드시 공유해야 할 오타와 현장의 기본정신은 다음과 같다.: 1) 건강은 삶의 자원으로서 만들어지는 것이

다; 2) 건강은 개인이 아닌 환경의 변화로 다루어져야 한다; 3) 개인의 절대적 건강수준과 함께 상대적 건강수준, 즉 형평성을 강화해야 한다; 4) 이를 위하여 정부는 최선을 다하고, 영역 간 협력과 조정이 요구된다. 이와 같은 학교건강증진에 대한 기본 이해를 바탕으로 정부, 학교를 비롯하여 모든 사회구성원이 학교건강증진에 적극 참여할 때 건강한 학생을 키울 수 있다.

2. 학교건강증진 국가 기본 틀이 마련되어야 한다.

건강증진은 장기간에 걸친 지속적인 관심과 지원이 전제되어야 성공할 수 있어, 국가에서 단위 학교에 이르는 각 수준별로 잘 짜인 계획을 요구한다. 캐나다 온타리오의 '건강한 학교(healthy school)'를 위한 가이드라인'과 같이 학교교육의 큰 틀 속에서 건강교육을 통합하는 기본 틀을 마련하여야 한다. 무엇보다 학교건강증진 기본틀은 학생 스스로 건강을 삶의 긍정적 자원인 동시에 자산으로 인식하고 자발적으로 역량을 개발하도록 돕는 과정에 초점을 두어야 한다.

최근 우리나라에서도 국가차원의 학생건강증진 기본틀 수립 계획을 발표하였다. 선진국과 비교하여 다소 늦은 감은 있으나, 올바른 방향이라 할 것이다. 다만, 학생건강증진이란 용어는 표면적으로 볼 때 수요자 초점인 반면 학교건강증진은 공급자 초점으로 학생건강증진이란 표현이 바람직하지 않다고 생각할 수 있다. 학교건강증진은 학생들로 하여금 학교가 학생 스스로 건강을 통제할 수 있는 힘을 기르도록 지원하여 건강을 개선하는 과정임을 강조하는 의미로 '학교기반 건강증진'의 개념과 연결되어 모든 자원이 학교로 집중되어야 효과적으로 추진될 수 있음을 의미한다. 반면에 학생건강증진은 학생 각자가 스스로의 건강을 증진하는 책임을 가지는 것으로 해석될 수 있다. 사소한 차이인 것 같지만 중요한 의미를 담고 있어 특별한 이유가 없다면 학교건강증진으로 통일하는 것이 바람직하다.

3. 협력적 건강증진 거버넌스가 구축되어야 한다.

공공정책으로서 학교건강증진은 복수의 정부부처가 관여하는 특성으로 공통문제 해결을 위한 효과적이고 협력적인 거버넌스가 요구된다. 학교건강증진은 학교를 기반으로 하여 모든 부처가 나서서 '옹호(advocate)'하며, '지원(enable)'하고, '협력 및 조정(mediate)'이 필요한 영역이다. 그러나 각 정부부처별 독자적인 정책 결정은 정책 목표 간의 중첩 또는 상충을 가져와 정부 자원의 비효율적 사용을 초래함으로써 결국에

는 정책의 효과성을 저해하는 결과를 낳을 수 있다. 특히, 학교 건강정책의 지속적인 효과성은 충분한 자원 확보 여부에 달려 있다고 해도 지나침이 없다. 학교건강증진 재정을 학교에서 학생을 대상으로 한 활동이라는 이유로 보편이 아닌 교육예산에서 부담해야 한다면 학교교육의 목적상 우선순위는 학업일 수밖에 없어 학생 건강은 소외될 가능성이 매우 높을 것이다. 지금까지 교육부와 보건복지부 간의 '기다리면서 상대방의 눈치를 살피는(wait and see) 접근'으로 학교건강증진 예산은 후순위로 밀려나고 있다. 건강증진기금을 현재의 시민이자 미래성인인 학생 건강을 위한 투자의 개념으로 최소한 학생의 총인구대비 비율을 감안하여 사용하여야 할 것이다. 또한 일부 선진국에서 도입하고 있는 소다세, 비만세 등을 적극 검토하여 학교건강증진 재원을 별도로 마련할 필요도 있다. 그러나 환경의 근본적 변화가 아닌 동시에 문제 제공자에게 부담을 지우는 것이 아니라, 단순히 피해자에게 책임을 전가하는 것이 아닌가라는 관점에서 신중히 검토할 필요가 있다. 합의를 거쳐 재원을 확보하였다면 학교건강증진의 근본적 환경을 변화시키는데 사용해야 할 것이다. 또한 확보된 재원을 어떤 방향으로 어떻게 추진할 것인지에 대한 합의가 충분하지 않은 채 시행된다면 심각한 갈등과 충돌을 초래할 가능성이 높아 명확한 협력 및 조정기제가 반드시 요구된다. 다행히 우리나라는 사회부총리란 직제가 있어 각 부처에서 추진하고 있는 사회분야 정책이 중첩 또는 관련이 있는 경우 이를 조정할 수 있는 기능을 부여하고 있다. 학교건강증진의 효과적 추진을 위해서는 사회부총리의 조정 역할을 법령에 명시한 바와 같이 수행할 필요가 있다.

이러한 중앙정부의 역할과 함께 지방정부의 학교건강증진 역할을 강화시킬 필요가 있다. 건강정책의 최종 수혜자인 학교 현장의 건강증진은 지역사회의 경제·사회·문화적 배경을 반영하여야 효과적이다. 지방정부의 권한과 재량을 확대함으로써 지역특수성을 고려한 지역 학교건강증진정책을 수립·시행하도록 지원해야 할 것이다. 학교는 건강증진을 효과적으로 추진할 인적·물적 자원이 여전히 부족하다. 지방정부는 해당 지역 학생들의 건강이 지역 자산을 인식하고, 지역의 건강전문기관들로 하여금 학교건강증진에 적극 지원하도록 하는 동시에 학생의 건강 활동 기회를 제공해야 한다.

4. 학교건강증진 평가체계가 강화되어야 한다.

재원의 확보 못지않게 학교건강증진의 효과성 및 적합성을 제고하기 위해서는 평가체계를 구축하여 증거가 있는 곳에 지

원할 수 있도록 해야 한다. 특히, 지속가능한 학교건강증진을 위해서는 과정 및 성과 평가를 통해 사업의 효과성과 적합성을 입증하고, 주요 이해관계자들을 설득할 수 있어야 한다. 또한 학교건강증진의 효과성 확산을 위해서는 우수한 학교건강증진 사례를 적극적으로 발굴·보급하는 역할을 강화해야 한다. 건강증진학교의 성과 평가를 통해 효과적이고 적합한 증거들을 제시함으로써 지속성을 확보하는 동시에 우수사례 현장 보급에 많은 노력을 기울여야 할 것이다.

평가와 이에 따른 부가적인 기능 강화를 위해 학교건강증진 활동 전 과정에서 지속적으로 지원할 수 있는 전문 기관이 요구된다. 그러나 건강의 장기적·무형적·포괄적 속성으로 모니터링 및 평가는 매우 어려운 과제로 신중한 접근이 요구된다. 잘못된 평가는 옥상옥으로 학교현장의 활동에 부담으로 작용하여 오히려 효과성을 저해할 수 있다. 따라서 정부는 합리적인 건강증진 평가 프로그램 및 방법을 개발하도록 지원하고, 효과적인 평가활동을 강화하기 위하여 학교건강증진 재원 중 일정 비율 이상을 평가체계 구축에 의무적으로 배정하는 것도 고려할 필요가 있다.

5. 건강과 교육의 실질적 통합이 바탕이 되어야 한다.

학교건강교육의 핵심은 ‘입파워먼트(empowerment)’로서 학교가 모든 것을 가르치는 것이 아니라, 학생 스스로 올바른 선택을 하도록 하는데 중점을 두어야 한다. 지금까지의 건강교육은 이러한 관점에서 재검토되어야 할 필요가 있다. 이를 위해 ‘HiAP’ 취지를 교육의 장에 접목하여 모든 교과에 건강의 가치가 기본적으로 포함됨으로써 교육과 건강 간 상승효과를 위한 교육과정에 통합되어야 한다. 향후 영국과 같이 RSE를 교육과정에 의무적으로 도입하는 방안도 검토해 볼 필요가 있다.

무엇보다 건강과 교육을 근본적으로 통합할 수 있는 학교의 핵심가치를 명확히 설정하고, 방향을 제시할 필요가 있다. 이를 위해 돌봄, 회복탄력성(resilience), 존중 등의 중심가치들을 우리나라 실정에 맞도록 도입하고, 실천전략을 분명하게 밝혀야 할 것이다. 특히 회복탄력성의 경우 최근 UN의 권고를 반영하여 학교안전에 포함한 학교건강의 핵심가치로서 각국에서는 이에 기초한 학교정책들이 다양하게 마련되는 추세이다. 단순히 슬로건에 그쳐서는 또 다른 부담으로 작용하기에 철저한 검토와 준비가 요구된다.

이와 함께 건강 위험행동들에 대하여 통합적으로 접근하는 학교시스템을 구축해야 한다. 급속히 증가하는 학생 흡연, 음주, 폭력 등 문제는 개별적으로 나타나기 보다는 많은 경우 동

일학생에게 중복적으로 나타나 새로운 접근을 요구하고 있다. 이에 대한 해결방법도 교육, 상담 등 일반적 지원을 포함하여 전문적 치료까지를 필요로 하고 있어 외부전문기관과 연계한 종합적 지원이 필요하다. 실천전략으로 MTSS를 도입하여 절대적 건강 수준과 상대적 건강 형평성 제고를 동시에 실질적으로 향상시킬 필요가 있다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

REFERENCES

- Buchanan DR. Perspective: A new ethic for health promotion: Reflections on a philosophy of health education for the 21st century. *Health Education & Behavior*. 2006;33(3):290-304. <https://doi.org/10.1177/1090198105276221>
- Barnekow V, Buis G, Clift S, Jensen BB, Paulus P, Young I. Health-promoting schools: a resource for developing indicators. Netherlands: European Network of Health Promoting Schools; 2006. p. 23-24.
- Leow AC, Macdonald D, Hay P, McCuaig L. Health-education policy interface: The implementation of the Eat Well Be Active policies in schools. *Sport, Education and Society*. 2014;19(8):991-1013. <https://doi.org/10.1080/13573322.2012.737777>
- Chang CG. New paradigm of school health: health promoting school. *Korean Public Health Research*. 2014;40(40):133-139.
- Kim MJ. Problems and solutions for health promoting schools in Korea. *Korean Public Health Research*. 2013;39(1):57-67.
- International School Health Network (ISHN). A new paradigm for school health promotion in the 21st century [Internet]. Canada: ISHN; 2018 [cited 2018 October 18]. Available from: <http://www.internationalschoolhealth.org/>.
- World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. Ottawa, Canada: WHO; 1986 [cited 2018 October 20]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- Mittelmark MB, Bull T. The salutogenic model of health in health promotion research. *Global Health Promotion*. 2013;20(2):30-38. <https://doi.org/10.1177/1757975913486684>
- Jordan ME, Kleinsasser RC, Roe MF. Wicked problems: inescapable wickedness. *Journal of Education for Teaching*. 2014;40(4):415-430. <https://doi.org/10.1080/02607476.2014.929381>
- Kickbusch I. Health promotion: not a tree but a rhizome. In: Onell M, Pederson A, Dupere S, Rootman I, editors. *Health promotion in Canada: Critical perspectives*. Toronto: Canadian Scholar's Press; 2007. p. 363-366.
- Golden SD, McLeroy KR, Green LW, Earp JA, Lieberman LD.

- Upending the social ecological model to guide health promotion efforts toward policy and environmental change. *Health Education & Behavior*. 2015;42(1S):8S-14S.
<https://doi.org/10.1177/1090198115575098>
12. Flay BR. Positive youth development requires comprehensive health promotion programs. *American Journal of Health Behavior*. 2002;26(6):407-424. <https://doi.org/10.5993/ajhb.26.6.2>
 13. Clift S, Jensen BB, editors. *The health promoting school: International advances in theory, evaluation and practice*. Copenhagen: Danish University of Education Press; 2005.
 14. Tengland PA. Empowerment: a goal or a means for health promotion?. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2007;10(2):197. <https://doi.org/10.1007/s11019-006-9027-1>
 15. Hills M, McQueen D. At issue: two decades of the Ottawa Charter. *The Ottawa Charter for Health Promotion: A Critical Reflection*. Background to the 19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education, 'Health Promotion Comes of Age: Research, Policy & Practice for the 21st Century'; 2007 June 10-15; Vancouver: UHPE; 2007. p. 5.
 16. Potvin L, Jones CM. Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*. 2011;1:244-248.
 17. Ministry of Health and Long-Term Care. *School health guideline*, 2018. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2018.
 18. Savaya R, Spiro S, Elran-Barak R. Sustainability of social programs: a comparative case study analysis. *American Journal of Evaluation*, 2008;29(4):478-493.
<https://doi.org/10.1177/1098214008325126>
 19. Hämäläinen RM, Aro AR, Lau CJ, Rus D, Cori L, Syed AM. Cross-sector cooperation in health-enhancing physical activity policymaking: more potential than achievements?. *Health research policy and systems*. 2016;14(1):33.
<https://doi.org/10.1186/s12961-016-0103-6>
 20. Hwang JH, Park SW. A review of intersectoral partnership strategies for enhancement of school health programs. *Korean Journal of Health Education and Promotion*. 2013;30(4):41-56.
<https://doi.org/10.14367/kjhep.2013.30.4.041>
 21. World Health Organization. *Health in All Policies: Helsinki Statement. Framework for Country Action* [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2018 October 27]. Available from: <http://www.searo.who.int/entity/healthpromotion/helsinki-statement-framework-for-country-action.pdf?ua=1>.
 22. Garwood p. 9th Global conference on health promotion: Global leaders agree to promote health in order to achieve Sustainable Development Goals [Internet]. Shanghai: WHO; 2016 [cited 2018 November 1]. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/detail/21-11-2016-9th-global-conference-on-health-promotion-global-leaders-agree-to-promote-health-in-order-to-achieve-sustainable-development-goals>.
 23. Schools for All. *Global Delphi Consultation: What We Know in School Health & Development* [Internet]. Canada: ISHN; 2018 [cited 2018 October 28]. Available from: <http://www.schools-for-all.org/page/Global+Delphi+Consultation%3A+What+We+Know+in+School+Health+%26+Development>.
 24. McIsaac JL, Penney TL, Ata N, Munro-Sigfridson L, Cunningham J, Veugelers PJ, et al. Evaluation of a health promoting schools program in a school board in Nova Scotia, Canada. *Preventive medicine reports*. 2017;5:279-284.
<https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.01.008>
 25. lanquer JM. *Priorité prévention: l'école promotrice de santé* [Internet]. France: Comité interministériel pour la santé; 2018 [cited 2018 November 2]. Available from: <http://www.education.gouv.fr/cid128400/priorite-prevention-l-ecole-promotrice-de-sante.html>.
 26. Long R. *Relationships and Sex Education in Schools*. House of Commons Library. 2018 August 06103:1-28.
 27. Park YJ. An Analysis on School Health & Safety in "Every Student Succeeds Act". *Korean Public Health Research*. 2017;43(1): 53-63.
 28. Sugai G, Simonsen B, Freeman J, La Salle T. Capacity development and multi-tiered systems of support: Guiding principles. *Australasian Journal of Special Education*. 2016;40(2):80-98.
<https://doi.org/10.1017/jse.2016.11>
 29. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Well-being concepts* [Internet]. USA: CDC; 2018 [cited 2018 October 30]. Available from: <https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm>.
 30. *Wellbeing Policy Statement and Framework for Practice 2018-2023*. Dublin: Department of Education and Skills; 2018.