

지방정부 학교건강증진사업의 중요도 및 수행도 인식에 관한 연구

- 강원도 소재 초·중·고 보건담당교사를 중심으로 -

The Analysis on Perception of Importance and
Performance of School Health Promotion Program in
Local Government

- The Case of Health Teachers of Elementary and Secondary
Schools in Gangwon Province -

성 규 원 (강원대학교 대학원 박사과정 수료 - 주저자)

손 경 숙 (강원대학교 경영혁신센터 책임연구원 - 교신저자)

Abstract

Gyou-Won Seong / Gyeong-Sook Son

The school health promotion programs are likely to have a huge impact on not only the efficiency of school education but the health promotion of individuals, their families and local communities. At the same time, it may be one of the factors to affect national medical spending that is on the rise due to the population aging and an ensuing increase in chronic diseases. In this context the purpose of this study was to examine the necessity, objectives, and components of the school health promotion programs, to investigate the perception of teachers about the importance and performance of the programs by applying the five personal and organizational characteristics and the five factors of an ACCESS model(administration, curriculum, local community, environments and school services of school health), and ultimately to suggest ways of expediting the development of the school health promotion program.

주제어: 학교건강증진사업, 학교보건교사, 보건정책, 복지정책, 지방정부

Key Words: school health promotion program, school health teacher, health policy, welfare policy, local government

I. 서론

청소년은 신체적, 정신적으로 왕성한 발달과정에 있으며 자신의 신체와 신체 기능의 빠른 변화에 매우 민감하여 불안이 고조되고 두려움을 나타낼 수 있다(김소야자, 2004: 386). 따라서 이들의 올바른 건강행위와 습관형성 등 건강관리에 대한 지도는 매우 중요하며 개인 및 가족과 지역사회의 건강증진에 중대한 영향을 미칠 수 있다. 또한 학교가 중심이 되는 청소년기의 건강증진은 국민건강의 유지 및 증진이라는 국가정책 차원에서도 학교건강증진사업은 매우 중요한 요인이 된다(차성웅, 2003: 147).

그럼에도 불구하고 우리나라 청소년의 건강교육은 입시위주의 교육과정으로 인하여 건강에 대한 교육기회가 부족할 뿐만 아니라 이들을 위한 건강증진프로그램이 있다 하더라도 적극적으로 실천되지 못하고 있는 실정이다. 우리나라는 1995년 9월 국민건강증진법이 제정되면서 국가차원의 보건사업정책으로 지역사회 건강증진 사업이 시작되었고 학교건강증진사업 또한 지역사회 건강증진 사업의 일환으로 시행되어 왔다.

그러나 학교건강증진사업은 초·중·고 학교에서 건강증진사업을 주도적으로 시행하는 교사들과 지역사회의 보건소가 주체가 되어 진행되는 건강증진 프로그램과의 연계성이 부족할 뿐만 아니라 사업의 실시 및 평가의 준거가 되는 목표설정과 전략개발이 국민건강증진종합계획의 학교보건요인에서 다루어지고는 있으나 구체적인 실태조사 및 평가가 이루어지지 않고 있는 실정이다. 또한 학교건강증진사업이 보건복지부와 교육과학기술부로 이원화 되어 있어 협조와 연계가 잘 이루어지고 있지 않을 뿐만 아니라 학교건강증진사업에 대한 평가도 적절한 평가도구 없이 산발적으로 이루어지고 있다. 즉 학교건강증진사업에 대한 종합적이고 체계적인 다양한 연구가 필요함에도 불구하고 학교건강증진사업에 대한 연구는 비교적 대단위 조사수준에서 피상적인 연구가 진행되고 있는 실정이다.

학교건강증진사업은 학교라는 공간을 바탕으로 청소년을 대상으로 교육과 건강관리의 제공은 물론 건강한 환경조성을 통하여 청소년의 건강향상에 가장 효율적인 국민건강증진사업의 하나라는 기본인식 하에 사업계획의 수립-실시-평가-환류로 이어지는 정책과정에 준거가 되는 목표설정과 전략개발은 물론 학교현장에서 이루어지고 있는 학교건강증진사업에 대한 체계적이고 종합적인 평가체계의 수립이 무엇보다도 중요하다.

이러한 맥락 안에서 본 연구는 국민건강증진법에 의거하여 실시되고 있는 학교건강증진사업을 연구의 테마로 설정하고 강원도 18개 시·군에 소재한 총638개 초·중·고 학교를 대상으로 해당사업의 집행현장인 각급학교에서 주요 역할을 담당하고 있는 보건교사(보건겸직교사 포함)가 인식하고 있는 사업의 중요도 및 수행도에 대한 인식평가를 통하여 학교건강증진사업의 실태를 점검하고 정책발전의 함의를 도출하는데 근본목적이

있다. 특히 본 연구는 우리나라 학교건강증진사업의 종합적인 평가시스템의 부재에 근본적인 문제가 있다는 기본인식 하에 국내외 선행연구에서 적용된 학교건강증진사업에 대한 다양한 평가모형을 종합적으로 검토하고 우리나라 지방정부 수준의 학교현실에 맞는 평가모형을 정립하고 해당학교의 조직특성과 보건교사의 개인특성을 동시에 고려하여 실증분석함으로써 학교건강증진사업에 대한 종합적인 평가자료를 구축하고 학교건강증진사업의 발전방안을 제시하는데 그 목적이 있다.

II. 이론적 배경 및 연구의 분석틀

1. 학교건강증진사업의 의의

1) 학교와 건강증진사업

학교는 안전하고 건강을 증진시키는 사회적·물리적 환경을 제공하고 조직, 기질과 문화, 시설물 뿐만 아니라 의료 및 간호서비스의 제공과 보건문제에 대한 모든 교육을 포함한 측면들이 학생과 교직원의 건강에 영향을 미칠 수 있다(지역보건연구회 역, 2003: 297). 이러한 맥락에서 학교는 학생과 교직원의 건강을 증진시킬 수 있는 지원 환경을 개발함으로써 조직구성원이 건강한 생활행태를 갖도록 하는 의무와 책임을 갖고 있다. 즉 학교는 구성원의 안전한 학교생활과 정신적, 육체적으로 건강한 인간을 육성하고 건강에 대한 올바른 지식과 정보를 얻어 실생활에 적용할 수 있는 습관을 기르도록 하는데 있다. 학교에서 습득한 올바른 건강지식과 태도, 습관은 학습활동뿐만 아니라 향후 건강한 일생을 보낼 수 있는 건강생활의 기초가 되며, 현재와 미래의 가정, 그리고 지역사회의 건강생활에도 직접적인 영향을 미치는 주요요인으로 작용한다(남철현 외, 2005: 314).

따라서 학교에서 수행하는 건강증진사업은 학생과 교직원의 보건의료서비스의 제공은 물론 건강관리, 보건교육, 건강상담, 건전한 학교환경 조성, 지역사회와의 연계활동을 포함한 포괄적인 개념이다. 특히 학교건강증진사업은 학창시절 동안 지속적이고 종합적인 건강관리가 요구되는 특성으로 인하여 사회로부터의 인정과 보호, 그리고 지지가 무엇보다도 중요하다. 따라서 학교건강증진사업은 전 국민의 건강한 삶을 목표로 단계적으로 이루어져야 하며 건강에 대한 개념과 관리방식이 시대에 따라 변화되어 왔듯이 건강관리에 필요한 학교건강증진사업 역시 시대에 따라 그 특성이 변화되어야 한다. 학교건강증진사업은 만성 및 퇴행성 질환자가 의술이 아닌 보건교육을 통한 올바른 건강행위의 이행과 생활습관 등을 통하여 질병을 예방하고 사회경제적

생활을 영위하기 위하여 도모하는 프로그램으로 학생 스스로 건강문제를 정의하고 다양한 선택사항에서 스스로 결정하고 행동하도록 도와주는 역할을 함으로써 학생들의 건강에 대한 자가관리 효과를 기대할 수 있다. 또한 학교건강증진사업은 절대적이며 적은 경비로 많은 사람들이 혜택을 받을 수 있으나 방치시에는 가정 및 지역사회, 그리고 궁극적으로는 국가가 부담해야 하는 거대한 사회적 비용으로 되돌아오는 순환성을 고려할 때 학교건강증진사업은 무엇보다도 중요하다.

세계적으로 국민의 건강증진정책에 대한 관심이 높아지고 현대 산업사회로 발전하면서 국민소득의 증가와 함께 건강한 삶에 대한 국민의 욕구가 증가하고 있다. 특히 고령화 사회에 따른 노인인구의 부양 및 생활양식과 환경의 변화로 급성감염성 질환에서 만성퇴행성 질환으로 질병의 양상이 변화되면서 국가 및 사회가 부담해야 할 의료비의 부담이 가중되고 있다. 따라서 사후적인 치료차원의 접근보다 질병의 원인을 사전에 제거하는 예방차원의 단계적이고 적극적인 건강관리정책으로의 패러다임 전환이 필요하다. 이러한 요구에 부응하여 우리나라는 1995년 국민건강증진법을 제정하고, 2000년에 '2010년 국민건강증진 목표설정과 전략개발 Healthy Korea 2010'이라는 보고서를 발간하여 국민건강증진종합계획의 초석을 놓았으며(이규식, 2006: 1-38), '온국민이 함께하는 건강세상'이라는 비전설정을 통하여 '국민건강증진 종합계획 2010'을 2002년도에 수립하여 2003년부터 실행하게 되었다.

2) 학교건강증진사업의 목표

학교건강증진사업은 학교구성원인 학생, 교직원, 나아가서는 지역사회, 학부모까지 건강하고 안전하게 생활할 수 있도록 질병을 예방하고 건강을 보호, 유지, 증진시키는 것을 목적으로 하며 교육을 통하여 건강한 습관을 형성함으로써 본래의 학습능력 달성은 물론 건강생활을 수행할 수 있는 능력을 길러주는데 있다. 따라서 학교건강증진사업의 목표는 전 국민의 건강증진을 위한 목표와 연계되어야 한다(저출산고령사회위원회, 2006: 283). 또한 학교는 지역사회의 중심에 위치하므로 지역사회와 밀접한 관계를 유지하여 학교에서 발생한 모든 보건문제나 학생들의 건강문제를 학교에서 해결해야 한다는 인식에서 벗어나 가족 및 지역사회사이의 중재자로서 이들의 건강의 보호와 증진을 통하여 건강증진사업의 목표를 달성하는 것이 학교의 역할이라는 것을 전제하고 건강증진사업의 목표에 초점을 맞추고 있다(김상욱, 2004: 18-19).

국민건강증진법이 제정되면서 금연, 운동, 영양, 절주, 치아건강 등의 보건교육사업과 홍보사업이 강화되었으며 보건소, 시·도 단위 담당인력에 대한 교육기능을 강화하고 건강증진관련 연구개발사업이 활기를 띠기 시작하였다. 특히 국민건강증진종합계획 Health Plan 2010(2005)의 분야별 세부추진계획에 의하면 보건교육, 질병예방, 영

양개선 및 건강생활의 실천 등을 통하여 국민의 건강을 증진시키고자 하는 국가적 차원의 정책목표를 제시하고 건강생활실천의 확산, 예방중심의 건강 및 질병 관리, 인구 집단별 건강관리, 건강 환경의 조성 등 4개 중점분야로 구분하고 있다. 학교건강증진 사업은 인구집단별 건강관리 분야 중 보건사업의 핵심사업으로 구성되어 있다.

2. 학교건강증진사업의 구성요소

학교건강증진사업은 학교보건사업의 범위 안에서 이루어지고 있는 것으로 학생들에게 직접적으로 영향을 주는 각종 교육환경 인자의 관리에 관한 것으로 국가와 학자에 따라 다양한 내용을 포함하고 있다. 남철현 등(2005: 314)에 의하면 학교건강증진사업은 전통적으로 상호보완적인 관계에 있는 세 가지 차원, 즉 보건교육, 학교건강관리, 건강한 학교환경으로 그 내용을 구분하고 있으며 김성실(2000: 459-463)에 의하면 보건교사의 직무내용에 포함된 학교 건강관리, 학교 환경관리, 보건실 운영, 건강교육, 정신건강 관리와 학교폭력에 관한 내용을 학교건강증진사업의 구성요소로 분류하고 있다. 문재우·김기훈(2004: 559-562)은 학교환경위생, 학생의 건강과약과 지도, 학교에서의 질병예방, 학교급식, 보건교육, 안전관리(사고예방 및 응급처치) 등을 학교건강증진사업의 주요내용으로 들고 있다. 결국 학교보건의 궁극적인 목적이 학생과 교직원의 건강과 안녕을 위하여 보건봉사와 환경관리 및 보건교육을 제공하여 개개인의 건강문제를 스스로 해결할 수 있는 능력을 배양하기 위한 포괄적인 특성은 물론 궁극적으로는 이를 통해 학교교육의 효율성을 증진시키기 위한 사업으로 인식할 때 학교건강증진사업의 내용, 즉 구성요소는 다음과 같이 재정리될 수 있다.

1) 보건정책 요인

학교건강증진사업은 학교라는 한정된 지역의 학교 인구, 즉 학생과 교직원의 건강상태를 유지·증진시키는 것을 목표로 하는 정부활동인 학교보건정책이라 정의할 수 있다(김상욱, 2004: 17). 따라서 학교보건사업에 있어서 행정요인인 학교의 보건정책적인 측면은 보건의료의 기술적인 측면과 일반 행정적 측면의 조화와 협조를 통해 국민 건강증진이라는 목표를 달성해 가는 제과정이라고 할 수 있다(문재우·김기훈, 2004: 45). 형평성 있는 행정서비스의 제공은 질적인 측면에서의 복지수준을 증진시킬 뿐만 아니라(오석홍, 2006: 443) 해당사업을 전담하는 조직구조는 정책결정에 중요한 영향을 미친다(오석홍 외, 2002: 65). 따라서 학교보건정책으로서의 학교건강증진사업은 법적규제, 조직, 자원, 예산, 그리고 지역사회의 지지 등 다양한 정책요인들을 포함하고 있다.

2) 보건교육 요인

건강을 위한 보건사업의 기초는 보건교육이라고 해도 과언이 아니며 국민의 건강요구 중 40%는 건강에 관계된 기초지식만 있으면 스스로 해결하거나 예방할 수 있고(강영미 외, 1999: 46), 교육을 통해서 얻어진 결과는 지시나 명령으로 얻어진 결과에 비해 영구적인 특성을 지니고 있으므로 보건교육의 중요도는 더욱 강조되고 있다(박노래, 2003: 98). 보건교육은 개인의 태도와 행동을 변화시키기 위해서 가족, 동료, 보건교육 제공자로부터 지속적인 강화가 주어진다라는 점에서 행태와 환경을 중시하는 건강증진의 주요 내용이 된다(박형중 외, 1997: 172). 건강증진의 측면에서 볼 때 여러 요인에 의하여 영향을 받는 건강행위는 일시적인 수행이 아니라 생활양식이라는 관점에서 지속적인 행위변화가 이루어져야 하고 생활양식이 변화하기 위하여 개인 수준에서 뿐만 아니라 집단과 사회수준에서의 변화가 필요하며 이러한 변화는 교육을 통해서 가능하다(서문자 외, 2000: 40). 따라서 보건교육은 건강증진에 있어서 가장 기본적인 사업으로 보건교육을 통해서 학생들의 건강한 생활을 영위할 수 있도록 기반을 조성하는 한편 학생 및 가족, 지역사회로의 파급효과를 통하여 국민건강증진을 위한 효과적인 수단이 될 수 있다

3) 지역사회 요인

지역사회는 건강증진을 위한 서비스 제공과 상호작용하는 물리적, 사회적 환경, 그리고 사람들의 건강을 지원하기 위한 거대한 잠재력을 가진 모든 환경을 제공하는 핵심적인 환경이다(지역보건연구회 역, 2003: 312). 지역사회는 모든 개인, 서비스 제공자, 지지체계, 행정가, 가족, 친구 등 주어진 환경에서 상호 교류하는 모든 사람들을 포함하며 주민과 지역사회, 보건정책이 국가적으로나 국제적인 수준의 건강행위 표준에서 변화를 지지하고 강화하는 역할을 수행한다(서문자 외, 2000: 31). 따라서 학교와 지역사회가 서로 조정된 연관성을 가지고 수립된 학교건강증진사업이야말로 학생을 포함한 모든 주민의 건강향상을 도모할 수 있는 핵심요인이 된다(남철현 등, 2005: 18). 아울러 학생 및 교직원의 건강증진을 통한 학업성취를 달성하고자 하는 공동의 목표를 수립하고 학교건강증진사업과 지역사회 건강증진사업의 연계성이 강화될 때 자원의 중복투자나 예산낭비를 경감시켜 사업의 효율성을 확보할 수 있다.

4) 환경 요인

학생들은 청소년기의 대부분을 학교에서 보내고 학교생활의 대부분을 교실에서 생활하기 때문에 학교를 둘러싼 물리적 환경은 건강증진과 직결된다. 학교의 건강한 환경은 신체적인 건강(진정화, 2001: 52 ; Baranowski, 1989~1990 ; McLeroy et al., 1990)은

물론 인간의 사회적 행동의 동기를 형성하는데 직접적인 영향을 미친다. 학교환경에 있어서 위생학적으로 부적당한 조건하에서는 학생들의 심신의 정상적인 발육·건강의 보호와 유지 및 증진이 불가능함은 물론 학습능률의 저하를 초래하므로 건강을 유지하기 위한 환경조건은 매우 중요하다(남철현 외, 2005: 175-176). 학교환경을 구성하는 요인은 물리적 환경요소와 심리적 환경요소로 크게 구분할 수 있는 바, 물리적 환경요소로는 학생들의 체격에 맞는 책걸상, 조명, 실내환기, 소음, 안전시설, 안전한 음용수, 학교주변의 위생환경이 포함되며, 심리적 환경요소는 학생과 교사와의 관계, 학생과 학생의 관계, 학생과 학부모와의 관계에 따른 심리적, 정서적 불안이라고 할 수 있다(장창곡, 2001: 41). 따라서 건강한 학교의 기본조건으로서 학교환경은 안전성의 확보와 학교내외의 위험요인의 제거 등을 포함한 물리적, 심리적 안전성을 확보하는데 있다.

5) 서비스 요인

학교는 학생의 건강관리, 건강유지 및 증진에 대한 책임을 갖고 직접적인 서비스를 제공하며 보건실의 운영을 통하여 학생들의 건강검사, 현장응급 서비스, 건강증진 프로그램 운영 및 정보 제공 등 학생들의 건강관리를 위한 주요 서비스를 제공하고 있다. 이러한 건강관리 서비스는 학교 보건실을 중심으로 보건교사(또는 보건겸직교사)에 의해 실질적으로 제공된다. 학교 보건실의 운영은 응급처치로서 쇼크, 출혈, 운반, 심폐소생술, 골절, 화상, 동상 등의 처치로서 건강한 학교생활을 위해서는 안전하고 쾌적한 교육을 받을 수 있도록 현장응급 간호서비스를 제공한다(김성실 외, 2000: 459). 또한 이상이 있는 학생의 경우 담임교사나 학부모, 지역사회 의료기관에 연락을 취할 수 있도록 응급환자 후송체계를 수립하여 신속하고 정확한 처치를 하고 학생들의 안전을 위하여 필요한 조치를 수행한다. 아울러 정기 및 수시로 행해지는 건강검진을 통해 개인 및 집단 위생활동 서비스를 제공함으로써 학생 및 교직원의 건강생활을 증진하는데 기초가 된다.

3. 학교건강증진사업의 평가모형

1) Becker의 건강신념모형

Becker(1974)의 건강신념모형은 행동과학을 건강증진에 응용한 첫 번째 이론으로서 건강행위에 대해 널리 알려진 개념 틀로 사회심리학자이며 행동이론가인 Kurt Lewin의 장이론(Field Theory)에 근거하여 개발되었다. 사람들의 건강관련 행위는 질병을 두려워하는 정도에 따라 달라지고, 건강행위는 질병으로 인한 심각성의 정도와 행위의 기대에 대한 심각성 감소에 대한 잠재성에 따라 달라진다고 설명한다(김영임 외, 2008:

117-118). 즉 인간의 행위가 특정한 목표에 대하여 개인이 생각하는 가치와 주어진 행위로 그 목표를 달성할 가능성에 대한 개인의 생각에 달려있다고 가정하는 심리학 이론과 행위이론에서 개발되었으며 질병을 피하거나 나아지려고 하는 바람과 특정한 건강행위가 질병을 예방하거나 낮게 할 것이라는 신념으로 개념화 할 수 있다(서문자 외, 2000: 44). 이와 같은 건강신념모형(HBM)은 다음과 같은 5가지 주요 개념, 즉 지각된 민감성(Perceived Susceptibility), 지각된 심각성(Perceived Susceptibility), 지각된 유익성(Perceived Benefits), 지각된 장애성(Perceived Barriers), 그리고 행위중재(Cues to Action)의 개념들을 포함하여 논의되는 특징이 있다(Becker, 1974: 7 ; 이정렬 외, 2004: 382-386 ; 이갑순, 1996: 60-62).

3) Pender의 건강증진모형

Pender 외(1982)의 건강증진모형은 Becker의 건강신념모형을 근거로 사회학습이론에 기초하여 여러 건강관련 행위의 연구결과와 건강행위 이론에서 개념을 도출하여 종합한 건강증진 모형으로 건강증진 행위를 설명하고 있다. 여기에서 Pender는 사람들 개개인의 인식-지각에 따라 건강증진행위를 실천하며, 조정요인은 간접적으로 인식-지각요인을 강화 또는 약화시킴으로서 건강증진행위의 실천에 영향을 주는 것을 강조하고 있다. 또한 Bandura의 사회학습이론의 인식과정의 중요도와 Fishbein의 합리적 행위이론, Feather의 기대-가치 이론에 기초하여 건강신념 모형과 자기효능개념들을 응용하여 건강증진 행위를 설명, 예측하고 중재하는데 있어 잠재적 유용성을 증가시킨 개정된 모형이 근거와 함께 제시되었다(김성실 외, 2000: 94-96).

결국 건강증진모형은 인간의 건강현상을 넓게 생물학적, 정신적, 사회적인 관점으로 바라볼 수 있도록 하는 통합적인 건강모형으로 건강에 대한 자기책임을 강조하고, 개인의 특성과 경험(individual characteristics and experiences), 행위와 관련된 인식과 감정(behavior-specific cognitions and affect), 행위의 결과(behavioral outcome) 등 3가지 요인으로 각각의 구체적인 행동변화를 유도하는데 유용하도록 활용할 수 있는 변인을 포함하고 있다(서문자 외, 2000: 47-50 ; 이정렬 외, 2004: 390-395 ; Pender et al., 2006: 51-63). 즉 건강신념모형은 사람이 어떤 행위를 하고 안하는 것을 결정하는 것은 물리적 환경이 아니라 사람의 지각세계, 즉 행동하는 사람의 동기와 지각하는 그 세계에 의해 좌우되는 것으로 보고 있는 공통적인 특징이 있다.

3) Stone의 ACCESS 모형

Stone(1990)의 ACCESS 모형은 건강프로그램을 위한 새로운 상호보완 요소를 재구

성하고 학생들의 발달기 대부분을 학교에서 보내는 사회의 축소판과 독립체로 보는데서 출발한다. 즉 학교를 학생들의 발달과정의 대부분을 보내는 곳으로 보고 총체적 또는 시설 및 사회의 축소판으로 보고 있다. 또한 학교건강을 위해 필수적인 요소를 제공하고 학교건강증진계획, 도구화, 평가를 위한 광범위한 기반의 유기적 구조로 5개 요인의 기능과 활동은 분야 간에 서로 밀접하고 상호 연계적인 관계가 존재한다. 즉 ACCESS 모형은 행정(Administration), 교과과정(Curricular), 지역사회(Community), 환경(Environment), 학교서비스(School Services) 등의 5가지 학교건강증진사업의 구성요소로 제시하고(Stone, 1990: 300) 다섯 가지의 주요 요소들은 관련된 여러 부분의 하나로 또는 다른 부분을 지지하는 원칙으로 상호연계성을 강조한다.

ACCESS 모형은 학교보건을 위해 필요한 원리를 제시해주는데 특히 학교건강증진 프로그램의 기획, 수행, 평가의 광범위한 토대를 마련해주고 이 들 다섯 가지 요소 안에 범주화되어지는 활동과 기능은 상호 연관되어 있으며 각 요인 간에 상호 작용적인 통로가 존재한다. 즉 행정과 지역사회는 서로 겹쳐지면서 행정적 구조를 제공하고 건강증진 프로그램의 다른 요인의 토대를 지지할 수 있도록 프로그램 초기에 개발되어야 하며, 환경은 그 다음으로 중요한 요인으로 학생과 교직원에 대한 기본적인 방향을 설정한다. 또한 이 세 가지 요인이 확보되어지면 교육과정과 학교서비스가 최적의 조건에서 작용하여 교실에서의 학습과 외부 환경과의 불일치가 개선될 수 있다.

이와 같이 ACCESS 모형은 학교건강증진 프로그램에 대한 행정적 요구를 포괄하고 있다는 점이 다른 모형과 차이가 있으며 전통적인 학교서비스를 보다 광범위하고 융통성 있게 다른 요인이 추가되어지는 것을 허용하며 교육청이나 개별 학교의 요구에 따라 변화될 수 있으며(김화중 외, 1999: 123), 학교건강을 위한 변화 속에서 학교건강증진사업의 업적을 반영하여 접근분야를 재정비하고 내용을 추가 구성할 수 있어 학교 특성에 맞는 건강증진사업을 운영하고 평가할 수 있다.

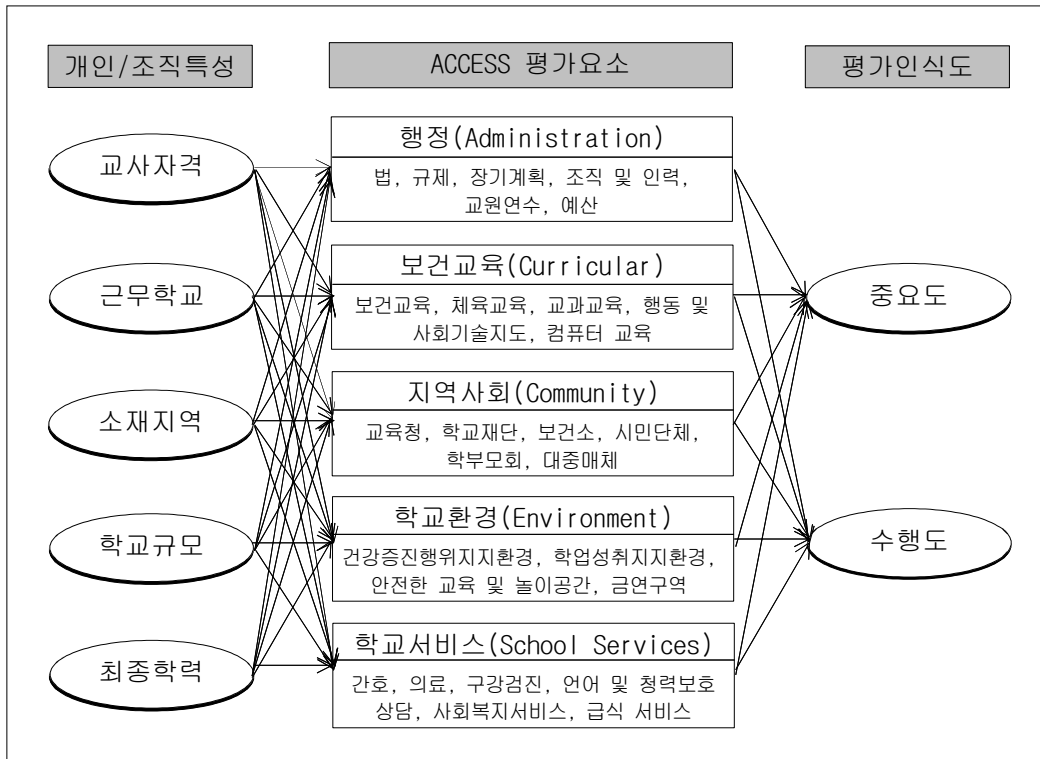
4. 연구의 분석틀

본 연구에서는 지금까지의 학교건강증진사업에 대한 이론과 평가 모형에 관한 논의를 바탕으로 Stone의 ACCESS 모형의 5가지 평가요인을 중심으로 조사대상 학교의 조직특성 요인과 담당교사(보건교사와 보건검임교사)의 개인특성 요인이 사업에 대한 중요도와 수행도에 미치는 인식상의 차이를 규명하는 새로운 연구의 분석틀을 구성하였다.

본 연구에서 새롭게 구성하여 적용한 학교건강증진사업에 대한 연구의 준거틀은 다음과 같은 특징이 있다. 우선 사업평가의 기본모형으로 선택된 Stone의 ACCESS 모형은 이론적으로 학교건강증진사업의 기획, 수행, 평가에 대한 광범위한 기본토대를 마

련해 줄 뿐만 아니라 5가지 평가요소 안에 범주화되어지는 활동과 기능이 상호 연관됨으로서 각 요인 간에 상호 작용적인 통로가 존재한다는 점에서 유용한 모형으로 평가된다.

<그림 1> 연구의 분석틀



특히 ACCESS 모형은 학교건강증진 프로그램에 대한 행정적 요구를 포괄하고 있다는 점이 다른 모형과 차이가 있으며 전통적인 학교서비스를 보다 광범위하고 융통성 있게 조정할 수 있다. 즉 개별학교의 현실사정을 반영하여 다른 요인이 추가되어지는 것을 허용하며 교육청이나 개별 학교의 요구에 따라 변화시켜 적용할 수 있다. 또한 학교건강을 위한 변화 속에서 학교건강증진사업의 업적을 반영하여 접근분야를 재정비하고 내용을 추가 구성할 수 있어 학교특성에 맞는 건강증진사업을 평가할 수 있다. 아울러 ACCESS 모형을 적용하여 학교건강증진사업을 평가함에 있어서 국내외 선행연구에서 간과되어 왔던 평가대상 학교의 조직특성과 평가대상 담당교사의 개인적 특성요인을 동시에 고려한 종합적인 비교평가가 가능하다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구는 학교건강증진사업의 중요도 및 수행도에 관한 인식차이를 실증적으로 분석하기 위해 강원도내 18개 시·군에 소재한 638개 초·중·고에 재직중인 보건담당교사 총638명(보건교사 315명과 보건전담교사 323명) 전체를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 본 연구는 우선 본 연구모형에 포함된 ACCESS 평가요소들로 설문지를 구성하여 예비조사를 거쳐 수정 보완 후 본 조사를 실시하였다. 즉 작성된 예비조사내용에 대한 학교현실과의 일치도와 적용가능성을 파악하기 위하여 학교건강증진사업을 현장에서 담당하고 있는 10년 이상의 경력을 가진 보건교사와 지역사회 간호학 교수, 학교보건정책의 입안자로서 학교건강증진사업의 중요한 역할을 담당하고 있는 교육청 학교보건담당 장학사 등 전문가의 자문과정을 걸쳐 수정 보완하였다.

본 설문조사는 온라인(이메일) 조사방법과 우편 조사방법을 병행하여 2009년 5월 29일 ~ 6월 13일, 그리고 6월 22일 ~ 7월 4일에 걸쳐 2차례에 걸쳐 실시되었다. 배포된 설문지 총638부 중 회수된 설문지는 총391부였고(회수율 : 61.3%) 회수된 설문지(총391부) 중 응답이 불성실하거나 무응답이 많아 자료로 활용하기가 곤란한 8부의 설문지를 제외한 총383부의 설문지를 최종분석에 사용하였다(보건교사 187부, 보건담당교사 196부).

2. 조사도구의 구성 및 신뢰도

본 연구에서는 보건담당교사(보건교사와 보건겸직교사)를 대상으로 ACCESS 모형을 적용하여 학교건강증진사업에 대한 중요도와 수행도에 대한 인식차이를 조사하기 위한 자료수집 도구로 설문지를 이용하였다. 설문지 내용을 ACCESS 모형의 구성요소로 분류하기 위하여 문헌고찰과 교육과학기술부의 11가지 학교건강증진사업과제를 포함하였다. 1995년 중국 상하이 학교건강증진 워크샵에서 제시한 WHO의 건강증진학교지침과 WHO의 건강증진학교지침을 기반으로 정영숙 외(2000)의 연구에서 제시한 세부항목, 미국질병예방통제센터(CDC)에서 개발한 School Health Index: A self-Assessment and Planning Guide(2004)를 우리나라 실정에 맞게 수정한 김명 등(2005)의 조사표와 학교건강증진 사업평가를 위하여 그 중요도에 따라 차등화된 가중치를 부여하고 효율적인 델파이 기법을 적용하여 신뢰성과 타당성을 검증한 강말순(2001)의 조사표를 비교 분석하여 강원도의 지역실정에 맞게 관련요인을 재분류한 후 본 연구에 적절한 설문

지를 설계하여 예비조사를 통하여 수정, 보완 후 신뢰성을 검토하여 본 연구의 측정 도구로 사용하였다. 구체적으로 ACCESS 모형을 적용하여 교사의 건강증진사업에 대한 중요도와 수행도에 대한 인식을 조사하기 위한 설문지는 총107개의 문항으로 구성되었다. 즉 개인특성 및 조직배경요인과 관련된 문항 총5개, 행정요인과 관련된 문항 총9개, 보건교육요인과 관련된 문항 총17개, 지역사회요인과 관련된 문항 총5개, 환경요인과 관련된 문항 총15개, 학교보건서비스요인과 관련된 문항 총5개로 구성하였다. 아울러 개인특성과 관련된 문항을 제외한 나머지 모든 문항은 응답수준에 따라 “전혀 중요하지 않다”에서 “매우 중요하다”까지의 리커트형 5점 척도를 사용하였다.

학교건강증진사업의 5개 평가요소(행정, 보건교육, 환경, 지역사회, 학교보건서비스 요인)에 대한 측정 항목들의 내적 일관성을 조사하기 위해 먼저 신뢰성을 검토하였고, 각 변수의 측정항목에 대하여 Cronbach's α 계수를 산출하였다. 모든 하위 변인들의 Cronbach's α 값은 0.80 이상을 상회하여 일반적으로 좋은 신뢰성의 기준인 Cronbach's $\alpha > 0.70$ 보다 높은 신뢰성을 나타내었다.

<표 1> 설문구성과 조사도구의 신뢰도

구 분	변 인	설문지	문항수	Cronbach's α
중요도	행정	V1-V9	9	.899
	보건교육	V10-V26	17	.932
	지역사회	V27-V31	5	.887
	환경	V32-V46	15	.907
	학교보건서비스	V47-V51	5	.850
수행도	행정	V52-V60	9	.864
	보건교육	V61-V77	17	.940
	지역사회	V78-V82	5	.873
	환경	V83-V97	15	.902
	학교보건서비스	V98-V102	5	.819
개인 및 조직특성		V103-V107	5	-

3. 자료분석방법

본 연구의 자료는 SPSS 12.0 Windows 프로그램을 이용하여 통계처리하였다. 구체적으로 학교건강증진사업의 중요도와 수행도에 대한 교사의 인식차이를 알아보기 위한 ACCESS 요인별 특성분석은 다음과 같은 세부절차를 통해 수행되었다. 첫째, ACCESS 모델의 5개 요인에 대한 측정 항목들의 내적 일관성을 조사하기 위해

Cronbach's α 계수를 측정하였다. 둘째, 연구대상자의 일반적 특성을 알아보기 위하여 실수, 백분율, 평균, 표준편차를 측정하였다. 셋째, 연구대상자의 학교건강증진사업의 중요도 및 수행도에 대한 인식을 파악하기 위해 평균 및 표준편차를 측정하였다. 넷째, 조사대상자의 일반적 특성에 따른 학교건강증진사업의 중요도 및 수행도에 대한 인식의 차이를 비교하기 위하여 t-test, one-way ANOVA와 사후검정으로 *Scheffé's test*를 실시하였다.

IV. 연구결과

1. 조사대상자의 일반적 특성

조사대상자의 일반적 사항으로서 인구사회학적 일반특성과 조직배경은 다음의 <표 2>와 같다.

<표 2> 조사대상자의 일반적 특성

구 분	범 주	빈도(명)	비율(%)
보건교사여부	보건교사	187	48.8
	보건겸직교사	196	51.2
근 무 학 교	초등학교	214	55.9
	중학교	91	23.8
	고등학교(인문계)	49	12.8
	고등학교(전문계)	16	4.2
	기타(대안학교, 특수학교)	13	3.4
지 역	시	166	43.3
	군	217	56.7
학 교 규 모	6학급미만	125	32.6
	6-12학급미만	128	33.4
	12-18학급미만	31	8.1
	18학급이상	99	25.8
학 력	전문대졸	46	12.0
	대학졸	192	50.1
	대학원졸이상	145	37.9
경 력	5년 미만	37	9.7
	5년-10년 미만	53	13.8
	10년-15년 미만	89	23.2
	15년-20년 미만	57	14.9
	20년 이상	147	38.4

우선 조사대상자 중 보건교사가 48.8%(187명), 보건겸직교사가 51.2%(196명)로 보건겸직교사의 비율이 조금 높았다. 조사대상자 중 초등학교에 근무하는 교사가 55.9%로 가장 많았으며, 중학교에 근무하는 교사는 23.8%, 고등학교 근무교사는 17%로 나타났다. 근무학교의 규모는 6-12학급이 33.4%로 가장 많았으며 6학급 미만이 32.6%, 18학급 이상이 25.8%, 12-18학급 미만이 7.6% 순으로 나타났다. 아울러 교사의 경력은 20년 이상이 38.4%로 가장 많았으며, 10-15년 미만이 23.0%, 15-20년 미만이 14.9%, 5년 미만이 9.7%로 보건업무를 맡고 있는 대다수 응답자들의 경력이 오래된 것으로 나타났다. 학력은 대학교 졸업집단이 50.1%로 가장 많은 분포를 나타내었으며, 대학원 졸업이상이 37.9%, 전문대 졸업이 12.0% 순으로 비교적 학력이 높은 것으로 나타났다.

2. 학교건강증진사업의 ACCESS 요인별 중요도 및 수행도 인식차이 분석

보건담당교사의 학교건강증진사업의 중요도 및 수행도에 대한 인식을 조사응답자의 개인 및 조직특성 요인, 즉 보건교사 여부, 시·군별 지역, 학교급간, 경력, 학력, 학교 규모에 따라 차이를 비교분석한 결과는 다음과 같다.

1) 보건교사 여부에 따른 ACCESS 요인별 중요도 및 수행도 인식 차이

보건교사 여부, 즉 보건교사나 보건겸직교사나에 따라서 사업의 중요도와 수행도에 대한 평가가 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 우선 ACCESS 요인별로 중요도와 수행도에 대한 인식차이를 살펴보면 <표 3>과 같이 중요도의 경우 행정요인($t=9.447$, $p<0.001$), 교육과정요인($t=6.352$, $p<0.001$), 지역사회요인($t=2.931$, $p<0.01$), 환경요인($t=2.743$, $p<0.01$), 학교보건서비스($t=6.213$, $p<0.001$)로 5개 요인 모두 유의한 차이를 보였다. 한편 수행도의 경우에도 행정요인($t=10.316$, $p<0.001$), 교육과정요인($t=5.502$, $p<0.001$), 지역사회요인($t=2.129$, $p<0.05$), 환경요인($t=-4.641$, $p<0.001$), 학교보건서비스요인($t=6.949$, $p<0.001$)의 5개 요인 모두 유의한 차이를 나타냈다. 특히 보건교사가 보건겸임교사보다 학교건강증진사업에 대한 중요도와 수행도의 인식측면에서 상대적으로 높게 나타났다.

이와 같은 분석결과는 박정자(1994), 이정렬 외(2003), 이정란(2004), 장영희(2001), 배민영(2004), 김영석(2008), 류현주(2006) 등의 선행연구의 결과와도 일치하는 것으로써 초·중·고 각급학교에 절반 수준으로 배치되어 있는 보건교사의 수를 증가시키는 것이 학교건강증진사업의 효과성을 제고하는데 효과적인 수단임을 시사해준다.

<표 3> 보건교사 여부에 따른 ACCESS 요인별 중요도 및 수행도 인식차이(N=383)

구분	보건교사 (n=187)		보건겸직교사 (n=196)		t	p	
	Mean	SD	Mean	SD			
중요도	행정	4.20	0.41	3.76	0.51	9.447***	.000
	교육과정	4.23	0.41	3.95	0.46	6.352***	.000
	지역사회	3.80	0.56	3.63	0.54	2.931**	.006
	환경	4.40	0.45	4.28	0.41	2.743**	.004
	학교보건서비스	4.23	0.44	3.93	0.50	6.213***	.000
	전체	4.23	0.35	3.98	0.37	6.691***	.000
수행도	행정	3.72	0.52	3.13	0.59	10.316***	.000
	교육과정	3.55	0.57	3.24	0.55	5.502***	.000
	지역사회	3.00	0.64	2.85	0.73	2.129*	.034
	환경	3.59	0.58	3.86	0.56	-4.641***	.000
	학교보건서비스	3.90	0.53	3.48	0.63	6.949***	.000
	전체	3.57	0.45	3.39	0.46	3.880***	.000

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

2) 시·군 지역에 따른 ACCESS 요인별 중요도 및 수행도 인식차이

시·군별 학교건강증진사업의 중요도와 수행도에 대한 인식에서는 시지역이 군지역보다 평균점수가 높게 나타나 유의한 차이가 있었다. 즉 ACCESS 요인별로 살펴보면 중요도에서는 <표 4>와 같이 행정요인(t= 5.123, p<0.001), 교육과정요인(t=3.740, p<0.001), 환경요인(t=1.975, p<0.05), 학교보건서비스(t=2.728, p<0.01)로 지역사회요인을 제외한 4개 요인에서 시·군별 유의한 차이를 보였다. 수행도에서는 행정요인(t=4.082, p<.001), 환경요인(t=-2.394, p<0.05), 학교보건서비스요인(t=2.948, p<0.01)에서 유의한 차이를 보였으며, 시지역의 경우 학교보건서비스(M=3.79)의 수행도에 대한 인식이 가장 높았고, 시지역과 군지역 모두 지역사회요인의 수행도에 대한 인식이 가장 낮게 나타났다. 특히 시지역 소재 학교가 군지역 소재 학교보다 학교건강증진사업에 대한 중요도와 수행도의 인식측면에서 상대적으로 높게 나타났다.

이와 같은 분석결과는 광역시 소재 학교를 대상으로 환경요인에 대한 연구결과(김영임, 1998)와 시·군 소재 학교의 학교보건서비스 요인에 대한 연구결과(손애리 외, 2008)와도 부분적으로 일치하는 것으로써 시·군 지역 학교간의 학교건강증진사업에 대한 격차가 현실적으로 존재하며 이들 지역격차를 해소하는 것이 또 다른 정책과제라 할 수 있다.

<표 4> 시·군 지역에 따른 ACCESS 요인별 중요도 및 수행도 인식차이(N=383)

구 분	시 (n=166)		군 (n=217)		t	p	
	Mean	SD	Mean	SD			
중 요 도	행정	4.13	0.48	3.86	0.51	5.123***	.000
	교육과정	4.19	0.46	4.02	0.44	3.740***	.000
	지역사회	3.75	0.57	3.68	0.55	1.199	.231
	환경	4.39	0.44	4.30	0.42	1.975*	.048
	학교보건서비스	4.16	0.49	4.02	0.50	2.728**	.007
	전체	4.19	0.39	4.04	0.37	3.830***	.000
수 행 도	행정	3.57	0.63	3.31	0.60	4.082***	.000
	교육과정	3.46	0.62	3.45	0.54	1.854	.057
	지역사회	2.93	0.68	2.92	0.70	0.130	.220
	환경	3.65	0.62	3.79	0.54	-2.394*	.019
	학교보건서비스	3.79	0.57	3.60	0.64	2.948**	.006
	전체	3.52	0.48	3.45	0.45	1.290	.198

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

3) 학교급간에 따른 ACCESS 요인별 중요도 및 수행도 인식차이

학교급간에 따른 학교건강증진사업의 중요도와 수행도에 대한 인식에서는 기타학교(특수, 대안학교)의 평균점수가 가장 높았으며, 중학교의 평균점수가 가장 낮았다. 한편 수행도에서는 기타학교의 평균점수가 가장 높게 나타났으나 전문계 고등학교의 평균점수가 가장 낮게 나타나 차이를 보이고 있었다. 구체적으로 ACCESS 요인별로 살펴보면 중요도는 <표 5>와 같이 초등학교, 중학교, 고등학교(인문계, 전문계), 기타학교(특수학교, 대안학교) 간에 행정요인(F=3.778, p<0.01), 지역사회요인(F=4.942, p<0.01), 학교보건서비스요인(F=3.757, p<0.01), 환경요인(F=3.042, p<0.05)으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 수행도에 있어서는 환경요인을 제외한 행정요인(F=3.988, p<0.01), 교육과정요인(F=3.932, p<0.01), 지역사회요인(F=3.659, p<0.01), 학교보건서비스요인(F=3.042, p<0.05)에 유의한 차이가 있었다. 사후검정에서는 중요도에서 행정요인과 교육과정요인에서 초등학교 교사집단과 중학교 교사간에 유의한 차이가 있었으며 지역사회요인의 경우 초등학교 교사와 중학교 교사 집단, 중학교 교사 집단과 기타학교(대안학교, 특수학교) 교사집단에서 유의한 차이가 있었다. 수행도에서는 행정요인의 경우 기타학교(특수학교, 대안학교)와 중학교교사 집단의 경우에 유의한 차이가 있었다. 특히 특수학교와 대안학교가 포함된 기타학교를 제외하고 나머지 각급 학교의 경우 학교건강증진사업의 중요도와 수행도 간의 인식차이가 비교적 높게 나타났다.

<표 5> 학교급간에 따른 ACCESS 요인별 중요도 및 수행도 인식차이(N=383)

구 분	초	중	고 (인문)	고 (전문)	기타	F	scheffe	p	
	n=214 Mean	n=91 Mean	n=49 Mean	n=16 Mean	n=13 Mean				
중 요 도	행정	4.02	3.82	3.96	4.04	4.27	3.778**	a>b	.005
	교육과정	4.15	3.97	4.01	4.21	4.22	3.298	a>b	.011
	지역사회	3.79	3.55	3.66	3.56	4.08	4.942**	a>b b<e	.001
	환경	4.39	4.25	4.23	4.50	4.37	3.042*	-	.017
	학교보건서비스	4.14	3.95	3.98	4.14	4.32	3.757**	-	.005
	전체	4.16	3.98	4.03	4.19	4.27	4.900**	a>b	.001
수 행 도	행정	3.47	3.24	3.42	3.37	3.86	3.988**	b<e	.004
	교육과정	3.47	3.25	3.29	3.31	3.73	3.932**	-	.004
	지역사회	3.01	2.77	2.98	2.51	3.03	3.659**	-	.006
	환경	3.79	3.64	3.72	3.43	3.77	2.263	-	.062
	학교보건서비스	3.78	3.55	3.61	3.49	3.68	3.042*	-	.017
	전체	3.55	3.35	3.44	3.29	3.69	4.658**	a>b	.001

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

주) a: 초, b: 중, c: 인문계고, d: 전문계고, e: 기타

이와 같은 분석결과는 김영임(1998), 배민영(2004), 손애리 외(2008) 등의 선행연구와도 부분적으로 일치하는 것으로써 상위교육, 즉 고등학교로 갈수록 입시위주의 교육환경에 치중하는 우리나라 교육현실과 밀접한 관계가 있는 것으로 판단된다. 아울러 전문계 고등학교 집단에서 사업의 중요도가 높게 나타난 것은 입시위주의 일반계 고등학교의 학생보다 전문계 고등학교의 학생이 싸움, 흡연, 음주, 마약, 성에 대한 유해 환경에 상대적으로 높게 노출될 가능성이 있기 때문에 사업의 중요성을 높게 인식하고 있다는 선행연구의 결과와도 일치한다(소희영 외, 1996 ; 이화연, 2005). 한편 초등학교 학생들의 경우 건강관리 능력이 중·고등학교 학생들에 비해 낮은 만큼 보건교사에 대한 요구도가 높아 보건교사의 중요도와 수행도에 대한 인식이 높은 것으로 판단된다.

4) 경력에 따른 ACCESS 요인별 중요도 및 수행도 인식차이

경력에 따른 중요도에서는 10-15년 미만의 경력집단에서 평균이 가장 높았으며, 20년 이상 집단에서 가장 낮았으며, 수행도에 대한 인식에서는 10-15년 미만의 집단에서 평균이 가장 높았으나 5-10년 미만의 집단에서 가장 낮은 점수로 나타남으로써 집단간에 유의한 차이를 보이지 않았다. 즉 ACCESS 요인별로 살펴보면 중요도에서는

<표 6>과 같이 5개 요인 모두 유의한 차이가 없었으나 수행도에서는 행정요인 ($F=2.558$, $p<0.05$)의 경우에 유의한 차이가 있었다. 환경요인의 경우 중요도는 5년 미만의 교사집단이 $M=4.26$, 5-10년 미만의 교사집단이 $M=4.38$, 10-15년 미만의 교사집단이 $M=4.34$, 15-20년 미만의 교사집단이 $M=4.33$, 20년 이상의 교사집단이 $M=4.34$ 로 비교적 높게 나타났으며 지역사회요인의 경우에는 모두 낮게 나타났다. 한편 수행도에서는 경력 5년 미만의 집단에서는 환경요인($M=3.86$)의 수행도가 가장 높았으며, 5-10년 미만의 교사집단에서는 학교보건서비스요인($M=3.66$)이 가장 높게 나타났다. 10-15년 미만의 교사집단에서도 학교보건서비스요인($M=3.83$)의 수행도가 가장 높았고, 15-20년 미만의 교사집단에서도 학교보건서비스요인($M=3.72$)의 수행도가 가장 높았으며, 20년 이상인 교사집단에서는 환경요인($M=3.79$)의 수행도가 가장 높아 경력에 따른 유의한 차이가 있었다.

<표 6> 경력에 따른 ACCESS 요인별 중요도 및 수행도 인식차이(N=383)

구분	5년 미만 n=37	5-10년 미만 n=53	10-15년 미만 n=89	15-20년 미만 n=57	20년 이상 n=147	F	p	
	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean			
중요도	행정	4.01	3.97	4.08	3.99	3.90	1.698	.150
	교육과정	4.15	4.14	4.14	4.11	4.02	1.445	.219
	지역사회	3.86	3.71	3.75	3.72	3.64	1.401	.233
	환경	4.26	4.38	4.34	4.33	4.34	0.457	.768
	학교보건서비스	4.05	4.12	4.15	4.05	4.04	0.869	.483
	전체	4.12	4.14	4.15	4.11	4.06	0.899	.465
수행도	행정	3.29	3.45	3.55	3.51	3.33	2.558*	.038
	교육과정	3.41	3.35	3.45	3.45	3.36	0.616	.651
	지역사회	3.11	2.79	3.06	2.89	2.87	2.267	.062
	환경	3.86	3.65	3.70	3.63	3.79	1.668	.157
	학교보건서비스	3.64	3.66	3.83	3.72	3.61	1.818	.125
	전체	3.52	3.43	3.54	3.49	3.45	0.732	.571

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

이와 같은 분석결과는 20년 이상의 교육경력 교사가 학교건강증진사업의 중요도와 수행도의 인식에서 교육경력이 상대적으로 짧은 교사보다 높다는 연구결과(박정숙, 2007 ; 김영석, 2008)나 교육경력과는 무관하다는 연구결과(김영임 외, 1994 ; 배민영, 2004 ; 양순옥 외, 2009)와 상반되는 결과로서 향후 반복적인 추가연구가 필요하다.

5) 학력에 따른 ACCESS 요인별 중요도 및 수행도 인식차이

학력에 따른 ACCESS 요인의 중요도와 수행도에 대한 인식에서 모두 전문대졸 집단의 평균이 가장 높았으며, 대학원 졸 이상의 집단에서 평균이 낮게 나타나 유의한 차이를 보였다. 이를 ACCESS 요인별로 살펴보면 중요도에서 <표 7>과 같이 행정요인(F=4.385, p<0.05), 지역사회요인(F=4.109, p<0.05), 학교보건서비스요인(F=6.111, p<0.01) 간에 유의한 차이가 있었으며, 전체적으로 전문대 졸업집단에서 평균이 가장 높았으며 다음이 대학졸, 대학원졸 이상으로 나타나 학력이 높을수록 평균이 낮게 나타났다. 한편 수행도에서는 행정요인(F=6.400, p<0.01), 교육과정요인(F=6.149, p<0.01), 지역사회요인(F=7.609, p<0.01)로 유의한 차이가 있었으며 수행도에서도 전문대졸 집단이 평균이 가장 높았다. 집단간의 차이를 보기위한 사후검정결과 중요도에서 행정요인, 지역사회 요인, 학교보건서비스 요인에서 전문대졸 집단과 대학원졸 이상의 집단 간에 유의한 차이가 있었으며, 수행도에서는 행정요인, 교육과정요인, 지역사회 요인에서 전문대졸집단과 대학졸, 대학원졸 이상 집단간에 유의한 차이를 보이고 있었다.

<표 7> 학력에 따른 ACCESS 요인별 중요도 및 수행도 인식차이(N=383)

구 분	전문대 졸 (n=46)	대학교 졸 (n=192)	대학원 졸이상 (n=145)	F	scheffe	p	
	Mean	Mean	Mean				
중 요 도	행정	4.15	3.99	3.90	4.385*	a>c	.013
	교육과정	4.23	4.09	4.05	2.826		.061
	지역사회	3.87	3.74	3.62	4.109*	a>c	.017
	환경	4.43	4.35	4.30	1.606		.202
	학교보건서비스	4.28	4.10	3.99	6.111**	a>c	.002
	전체	4.24	4.11	4.05	4.708	a>c	.010
수 행 도	행정	3.72	3.40	3.35	6.400**	a>b a>c	.002
	교육과정	3.66	3.39	3.32	6.149**	a>b a>c	.002
	지역사회	3.27	2.92	2.83	7.609**	a>b a>c	.001
	환경	3.88	3.70	3.72	1.660		.191
	학교보건서비스	3.88	3.68	3.63	2.814		.061
	전체	3.72	3.47	3.42	7.260	a>b a>c	.001

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

주) a: 전문대졸, b: 학사, c: 석사이상

이와 같은 분석결과는 학력에 따른 교사집단의 중요도는 차이가 없었으나 수행도에 서는 전문대졸(3.25)집단이 대졸이상(3.17)집단에서 보다 유의한 차이가 있다는 배민영

(2004)의 연구결과나 물리적 환경요인에서 간호전문대학졸업인 경우에 유의한 관계가 있다는 김영임(1998)의 연구결과와 일부 일치한다. 그러나 초등학생이 보건교사에 대한 역할기대에서는 전문대 졸업(M=9.19)집단이 가장 높게 나타났고 역할수행에서는 4년제 졸업(M=97.38)집단이 가장 높게 나타난 정귀순(2003)의 연구결과와는 차이가 있다. 이러한 결과를 볼 때 전문대졸 교사집단의 중요도와 수행정도가 높은 것은 전문대졸 집단에 비해 대졸 학력의 교사집단이 상위학력 취득을 위한 자기공부시간에 좀 더 많이 투자하는 것만큼 학교보건업무의 역할기대치와 수행정도에 영향이 있는 것으로 보여지며, 향후 학력에 따른 인식차이가 발생하는 원인분석을 위한 연구가 시행되어야 할 것으로 판단된다.

6) 학급수에 따른 ACCESS 요인별 중요도 및 수행도 인식차이

학급 수에 따른 ACCESS 요인의 중요도와 수행도에 대한 인식에서 12-18학급 미만의 학급에서 평균이 가장 높았으며, 중요도에서 집단간 차이가 있었으나 수행도에서는 집단간 차이가 없는 것으로 나타났다.

<표 8> 학급수에 따른 ACCESS 요인별 중요도 및 수행도 인식차이(N=383)

구 분	6 학급 미만 n=125	6-12 학급 미만 n=128	12-18 학급 미만 n=31	18 학급 이상 n=99	F	scheffe	p	
	Mean	Mean	Mean	Mean				
중 요 도	행정	3.80	3.93	4.19	4.17	8.189***	a<c a<d b<c b<d	.000
	교육과정	4.00	4.02	4.22	4.24	5.148***	a<d b<d	.000
	지역사회	3.63	3.71	3.86	3.78	1.562		.170
	환경	4.30	4.29	4.45	4.40	1.309		.259
	학교보건서비스	3.96	4.04	4.24	4.22	4.039**		.001
	전체	4.02	4.06	4.25	4.24	8.672	a<c a<d b<d	.000
수 행 도	행정	3.13	3.44	3.70	3.67	11.491***	a<b a<c a<d b<d	.000
	교육과정	3.30	3.41	3.54	3.43	1.499		.189
	지역사회	2.88	2.93	2.92	2.95	0.603		.698
	환경	3.86	3.78	3.60	3.51	4.902***	a>d b>d	.000
	학교보건서비스	3.54	3.62	3.94	3.85	4.800***	a<c a<d	.000
	전체	3.42	3.50	3.59	3.50	1.303		.273

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

주) a: 6학급 미만, b: 6~12학급 미만, c: 12~18학급 미만, d: 18학급 이상

이를 ACCESS 요인별로 살펴보면 중요도는 <표 8>과 같이 행정요인($F=8.189, p<0.001$), 교육과정요인($F=5.148, p<0.001$), 학교보건서비스요인($F=4.039, p<0.01$)에서 유의한 차이가 있었으며, 수행도에 대한 인식에서는 행정요인($F=11.491, p<0.001$), 환경요인($F=4.902, p<0.001$), 학교보건서비스요인($F=4.800, p<0.001$)에서 유의한 차이가 있었다.

이와 같은 분석결과는 소규모 학교인 경우 다른 업무로 인해 양질의 건강증진업무 수행에 장애요인이 되며, 18학급 미만인 학교의 건강증진사업에 대한 실천이 비교적 잘 수행되고 있고 중요도 역시 높게 나타난다는 기존의 연구결과(류현주, 2006)와도 일치한다. 중요도는 12-18학급 미만의 학교에서 행정요인, 환경요인, 지역사회요인, 학교보건서비스 요인이 가장 높았으며, 6학급 미만의 학교에서 환경요인을 제외한 4개요인의 중요도가 가장 낮게 나타났다. 수행도의 경우에도 12-18학급 미만의 학교에서 환경요인을 제외한 4개 요인에서 수행정도가 가장 높게 나타나 다른 집단과 차이를 나타냈다. 이는 학생들의 건강관리를 위해 12-18학급 미만의 학교규모에서 학생들의 건강증진을 수행하기 위한 업무량이 가장 적절하고 그에 따라 학생들의 건강관리를 포괄적으로 행하기 위한 행정적인 절차가 더 많이 필요하기 때문인 것으로 판단된다.

V. 결론 및 함의

본 연구는 학교건강증진사업에 대한 중요도와 수행도에 대한 보건담당교사의 인식정도를 Stone의 ACCESS 모형을 중심으로 개인 및 조직특성 요인별로 분석하여 학교건강증진사업의 발전방안 모색하는데 기본목적이 있었다. 본 연구의 분석결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 행정요인에서 보건교사의 중요도가 가장 높게 나타남으로써 학교건강증진사업을 기획하고 평가할 수 있는 전문인력의 배치와 학교건강증진사업을 체계적으로 관리할 수 있는 조직체계의 구축이 중요한 것으로 나타났다. 둘째, 교육과정요인에서는 보건교사의 중요도와 수행도가 높은 것으로 분석되어 보건교사가 보건교육을 실시할 수 있도록 정규시간을 마련하여야 할 것으로 판단된다. 또한 소아 성인병 및 비만에 대한 관심이 높아지면서 생활습관의 교정이 가능한 아동 및 청소년을 대상으로 건강에 대한 정확한 지식과 올바른 생활습관을 실천 할 수 있도록 교육하기 위하여 학교교육 과정에 병행하여 건강증진 프로그램을 운영하는 것이 무엇보다 중요하다. 셋째, 지역사회요인의 경우 중요도와 수행도의 인지가 비교적 낮게 나타났으며 이는 보건교사의 사회적 인정, 행정지원의 부족, 학교규모가 큰 경우 과중한 업무와 관리자의 인식부족으로 인하여 건강증진사업의 수행에 충실을 기하기가 어렵기 때문으로 보여진다. 따라서 지역사회와의 긴밀한 관계 속에서 학생들이 건강에 대한 의사결정 및 건강생활

습관과 미래의 보건의료소비자로서의 보건의료서비스에 대한 적응능력을 개발시키기 위한 지역사회의 자원활용을 위한 역할이 중요한 것으로 판단된다. 넷째, 환경요인의 경우 보건교사의 중요도는 높게 나타났으나 수행정도가 낮게 나타났으며 이는 학교의 환경관련 업무가 주로 시설관련 업무로 보건교사가 업무를 관리할 수 있는 영역이 아닌 것에 기인한 것으로서 학교건강증진을 요하는 시대변화에 따라 학생들이 질적으로 높은 수준의 건강한 학교생활을 할 수 있도록 학교환경을 조성하고 학교보건법에 명시되어 있는 환경시설에 대한 관리를 시설관리차원에서 환경전문가에게 일임하여 관리가 될 수 있도록 하여야 할 것이다. 다섯째, 학교보건서비스 요인의 경우 학교보건 담당자의 수행의지와 지각수준에 의해 학교건강증진사업이 좌우된다고 하는(박정주, 2003: 55) 연구에서와 같이 보건교사들의 학교건강증진사업을 수행하려는 의지와 열성이 필요하며 보건교사의 사기진작을 위한 적극적인 인센티브 제도의 도입이 필요하다. 또한 학교보건서비스가 활성화되기 위해서는 보건실을 전문적으로 관리할 수 있는 보건교사가 배치되어야 함은 물론 거대학급의 경우 보건교사 2인 배치 혹은 보조교사나 인턴교사 활용 등 업무수행의 지원이 필요하다.

지금까지의 연구결과를 토대로 몇 가지 정책적 함의를 도출해보면 다음과 같다. 첫째, 학교에서의 유일한 보건인력인 보건교사의 배치를 확대하고 전문성 있는 건강증진사업을 위한 교육프로그램을 개발하여 정기적인 연수 및 그 효과의 지속적인 검증이 필요하다. 둘째, 학교건강증진사업이 활성화되기 위해서는 시대의 변화와 요구에 맞추어 변화되어야 하는 것은 필수이며, 특히 교육전문가집단에서 사업에 대한 중요성을 인지하고 총괄적이고 체계적인 학교건강증진사업을 위한 정책지침의 개발이 필요하다. 셋째, 학교보건교사를 중심으로 학생건강증진사업을 위한 추진체계를 구축하여 관련 인력 및 지역사회기관과 협조를 통하여 건강증진사업을 추진할 수 있도록 하는 구체적인 지침이 필요하다. 넷째, 학교 건강증진사업을 총체적으로 관리하고 정책집행을 지도 감독할 수 있는 체제개편과 건강증진학교 네트워크를 구축하여 일선학교에서 학생건강관리 자료를 쉽게 활용할 수 있도록 보건교육자료와 정보의 데이터베이스화 및 온-오프라인 기반구축을 통한 건강증진사업을 평가할 수 있는 기준안 마련이 필요하다. 다섯째, 교사 및 학생, 학부모들을 대상으로 건강증진사업에 대한 필요성 인식과 이해를 높일 수 있는 홍보와 교육이 필요하며 지역별, 학교급별로 차별화된 건강증진 프로그램 개발의 개발 등 다양하고 지속적인 연구가 필요하다.

<참고문헌>

강말순. (2001). 「학교건강증진사업 평가도구 개발 및 적용」. 계명대학교 대학원 박

사학위논문.

- 강영미 외. (1999). 「보건교육」. 경기도: 수문사.
- 김상욱. (2004). 「학교건강증진사업의 역사적 고찰을 통한 정책 방향에 관한 연구」. 한양대학교 대학원 석사학위논문.
- 김성실 외. (2000). 「지역사회간호학」. 서울: 정문각.
- 김소야자. (2004). 「청소년의 성장발달과 간호」. 경기도: 수문사.
- 김영석. (2008). 「초등학교 보건교육의 실태 비교」. 공주교육대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 김영임. (1998). 학교건강증진 지표개발 및 측정에 관한 연구. 「한국학교보건학회지」, 11(2): 189-201.
- 김영임·정혜선·배경희. (2008). 「건강증진 이론과 적용」. 서울: 에피스테메.
- 남정자. (2003). 「각급행정단위 건강증진사업지침서」. 한국보건사회연구원 보건복지부 건강증진 기금 연구사업.
- 남철현·김덕성·박천만·이주열. (2005). 「보건교육론」. 서울: 계축문화사.
- 류현주. (2006). 「학교건강증진사업의 실천정도, 중요도인식 및 개선방안」. 계명대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 류현주·박정숙. (2007). 학교건강증진사업의 실천정도, 중요도 및 개선방안. 「지역사회간호학회지」, 18(1): 123-135.
- 문재우·김기훈. (2004). 「보건행정학」. 서울: 계축문화사.
- 박노래. (2003). 「보건교육」. 경기도: 수문사.
- 박정숙. (2007). 「초등학교 교사의 보건교육 실시정도, 교수능력 인식도 및 실행의지에 관한 조사 연구」. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 박정자. (1994). 「부산지역 중등학교 양호교사 및 양호겸직교사의 학교보건업무활동양상」. 경북대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 박정주. (2003). 「보건교사의 학교보건업무 실태 분석」. 이화여자대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 박현중·임재은·김대회. (1997). 「보건교육원리」. 서울: 신광출판사.
- 배민영. (2002). 「보건교사의 업무 중요도 및 업무 수행정도에 대한 인식에 관한 연구」. 전남대학교 대학원 석사학위논문.
- 보건복지부. (2005). 「국민건강증진종합계획 Healthplan 2010 - 분야별 세부추진계획」. _____ . (2008). 「국민건강증진종합계획(2006~2010) - 2008 실행계획」.
- 서문자·박영임·유재순·김인자. (2000). 「건강증진과 건강교육」. 경기도: 수문사.
- 소희영·김현리·최은숙. (1996). 일반고등학교와 실업고등학교 학생의 건강행위 결정요소. 「지역사회간호학회지」, 7(1): 118-128.
- 손애리·김보람·김석현·신영전·안동현·최보울. (2008). WHO 건강증진학교 평가 개념을 적용한 사정 및 평가. 「한국학교보건교육학회」, 9(1): 1-15.
- 양순옥·권명순·정금희·이승희. (2009). 보건교사의 학교건강증진사업의 중요도 인식, 실천정도 및 지각된 수행능력정도에 관한 연구. 「지역사회간호학회지」,

- 20(1): 96-104.
- 오석홍. (2006). 「행정학의 주요이론」. 서울: 법문사.
- 오석홍·손태원·하태권 편저. (2002). 「조직학의 주요이론」. 서울: 법문사.
- 이갑순. (1996). 「건강교육」. 서울: 현문사.
- 이규식. (2006). 국민건강증진종합계획 2010 중간평가 및 수정보완 결과. 「대한예방의학회 동계심포지움 발표자료」, 1-38.
- 이정란. (2004). 「초등학교 보건교사와 일반교사의 성교육 수업실태 및 능력 인식 비교」. 부산대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 이정렬·박신애·김봉임·양경희·유재순·정운숙·정의남·황미혜·한주희. (2004). 「역학과 건강증진」. 경기도: 수문사.
- 이정렬·정영숙·한주희·이춘옥·권인숙. (2003). 초등학교의 학교보건정책 지침개발 및 수행 정도에 대한 인식 분석. 「지역사회간호학회지」, 14(3): 457-467.
- 이정렬 외. (2003). 우리나라 보건소 건강증진 사업의 구조적측면 평가. 「한국보건간호학회지」, 17(2): 181-191.
- 이충란. (2008). 「보건교사의 교사 효능감 측정도구 개발」. 석사학위논문. 한국교원대학교 대학원.
- 이화연. (2005). 「실업계 고등학생을 위한 건강증진 프로그램 개발 및 효과검증」. 계명대학교 대학원 박사학위논문.
- 장영희. (2001). 「양호교사 유무별 학교보건실태 비교분석 연구」. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 장창곡. (2001). 건강한 학교만들기 모형 개발. 「한국학교보건학회지」, 14(1): 39-46.
- 저출산고령사회위원회. (2006). 「미래사회대비 평생건강관리체계구축을 위한 학교보건 강화 산업」. 서울: 보건복지부..
- 정귀순. (2003). 「초등학생과 보건교사가 인식하는 보건교사의 역할기대와 역할수행」. 부산대학교 대학원 석사학위논문.
- 정영숙·이정렬·이춘옥. (2000). 「WHO의 건강증진학교를 근거로 한 우리나라 초등 학교 건강증진 전략구축」. 서울: 보건복지부.
- 지역보건연구회. (2004). 「프로그램 평가」. 서울: 계축문화사.
- 진정화. (2001). 「학교보건 활성화 방안에 관한 연구」. 동덕여대 대학원 석사학위논문.
- 차성웅. (2003). 실업계 고등학교 학생들의 건강증진 생활양식에 관한 연구. 「한국스포츠리서치」, 14(1): 147-156.
- 최명애·이인숙 역 (Nola J. Pender 저). (1997). 「건강증진과 간호실무」. 서울: 현문사.
- Allensworth, D. D., & Kolbe, L. J. (1987). The comprehensive school health program: exploring an expanded concept. *Journal of School Health*. 57(10): 409-412.
- Bruce, Armstrong. (1985). *An Evaluation of a Quasiexperimental School-based Health Promotion Intervention with Adolescents*. D.S.W. dissertation. United States - New York: Columbia University

- Baranowski, T. (1989~1990). Reciprocal determinism at the stages of behavior change: An integration of community, personal, and behavioral perspectives. *International Quarterly of Community Health Education*. 10(4): 297-327.
- Bartlett, E. E. (1981). The contribution of school health education to community health promotion: What can we reasonably expect. *American Journal of Public Health*. 71(12): 1384-1391.
- Becker, Marshall H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. CBS.
- Bennet, J. (2002). Investment in Population Health in Five OECD Countries. *OECD Health Working Reports*, 2. OECD.
- Clark, Carolyn Chambers. (2001). *Health Promotion in Communities*. Springer Publishing Company.
- CDC(Centers for Disease Control and Prevention). (1994). Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *Journal of School Health*. 64(9): 353-360.
- Chris, Risse, and Louise, Rowling. (2000), Impact of the national promoting school initiative. *Journal of School Health*. 70(6).
- Conroy, Jennifer Lynne. (2000). *CATCH across Texas: Building a model for the diffusion of effective school-based health promotion programs*. Section 0219, Part 0680 149.
- Edwards, Linda H. (2002). Research priorities in school nursing : a Delphi process. *Journal of School Health*. 72(5): 173-177.
- Green, L. W. (1984). Health promotion and research development. *Alabama Journal of the Medical Sciences*. 21(2): 271-279.
- Dhillon, H. S., & Philip, Lois. (1994). *Health promotion and community action for health in developing countries*. WHO.
- Lawrence, Carmen Leanne. (1997). *Neighbors caring for neighbors: Parish involvement in school-based health promotion*. M. N. dissertation. Canada: University of Alberta.
- McLeroy, K. R., et al. (1990). Tobacco prevention in North Carolina public schools. *F. Drig Educ*. 20(3): 257-268.
- Nader, Philip R. (2000). Health promoting schools: Why not in the United States?. *Journal of School Health*. 70(6): 247-257.
- Pender, N. J., Murdaugh, C., and Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice - 5th Edition*. NJ: Prentice Hall Health, Inc.
- Redican, Kerry J., Olsen, Larry K., Charles, R., and Baffi, C. (1986). *Organization of School Health Programs*. Macmillan Publishing Company.
- Stone, Elaine J. (1990). ACCESS : Keystones for School Health Promotion. *Journal of*

School Health. 60(7): 298-300.

WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization & Health and Welfare, Ontario, Canada.

_____. (1999). *Improving Health Through Schools: National and International Strategies*. WHO Information series on school health.

_____. (2000). *Local Action: Creating Health-Promoting Schools*.

접수일(2009년 07월 07일)

수정일자(2009년 07월 30일)

게재확정일(2009년 08월 09일)