

## 초등학교 양호교사의 학교건강증진 인식도 연구 - ACCESS모델을 적용 -

강 말 순\* · 김 정 남\*\* · 류 미 경\*\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

21세기를 맞이하여 전세계적으로 건강증진과 질병예방이 보건의료에서 '우선하며 중심이 되는' 새로운 시대가 열리고 있다.

건강이란 무병상태를 의미했던 개념에서 산업화에 따른 건강위험 요인의 증가와 생활양식의 변화, 인구의 고령화로 인한 만성퇴행성질환의 증가 등, 사회·환경적 변화 속에서 현재의 건강을 보다 나은 상태로 만들기 위한 노력으로, 인구집단에 대한 중재는 물론, 환경의 개선 등 총체적인 건강증진에 초점이 맞추어져야 한다.

최근 건강증진사업에 대한 보건의료계의 관심과 이를 통한 인간의 건강을 증진시키겠다는 의지로 세계보건기구가 중심이 되어 여러 전문 분야의 특성에 따라 건강증진 사업을 개발하고 있으며, 학교보건계에도 기존의 학교보건사업에 건강증진사업을 포괄하는 이론적 모형을 개발하고 이에 따라 건강증진을 강화한 학교보건사업을 강조하고 있다(김화중, 1996).

특히, 전체인구의 25%에 해당하는 학교보건사업 대상자인 학생들은 일생 중 성장·발달에 가장 중요하고 감수성이 예민한 시기로 올바른 건강지식과 행위가 평생의 건강관리 형태에 영향을 미칠 수 있다. 따라서 이 시기의 건강관리는 어느 연령층보다도 효과적이라고 하겠다.

학교보건사업은 학생 개인의 건강문제를 해결하고, 학생들의 신체적, 정신적, 사회적 건강장애를 유발할 수 있는 학교환경으로부터 보호하고, 학생들의 학습을 위한 최적의 기능발휘를 위해 적절한 상태의 유지와 학생 자신과 가족 및 지역사회의 건강을 보호하는 기능을 한다. 또한 학교보건사업은 하나의 체계로서 학교의 건강수준을 측정하고 수집된 보건정보를 근거로, 달성되어야 할 목표와 그 목표달성을 위한 사업방법이나 수단을 설정하여 설정된 건강문제를 해결하기 위한 사업활동을 한다(김화중 등, 1999).

이와 같은 학교보건사업은 행정(Administration), 지역사회(Community), 교육과정(Curricula), 환경(Environment), 학교보건봉사(School Health Service)의 5가지 구성요소 내에서 서로 상호 관련성을 가지며 상호 작용하는 활동들을 포괄하고 있으며, 이러한 5가지 영역을 포함한 학교건강증진 사업을 위한 학교건강증진모델(ACCESS Model)을 제안하였다(Stone, 1990).

WHO는 1984년에 건강증진의 원칙을 제정하였고, 이 원칙들을 학교건강증진에 적용하여 학교건강증진의 원칙을 제시하였다. 체계적이고 통합된 학교건강증진사업을 위하여 WHO는 "학교는 학교와 지역사회가 협력하여 학생들의 건강을 증진시키고 보호하기 위하여 통합되고 긍정적인 경험과 구조를 제공하여야 한다"고 하면서 학교건강증진사업을 유럽과 남태평양, 서태평양 지역으

\* 진주보건대학 교수  
\*\* 계명대학교 간호학부 교수  
\*\*\* 계명대학교 간호학부 조교

로 분류하고 있으며, 각 지역별로 학교건강증진 지침을 개발하였다. 우리 나라가 속한 서태평양 지역도 1995년 12월 중국 상하이에서 10개국이 참가한 가운데 각국의 '건강증진학교' 형성을 위한 과정을 검토하였고, 학교건강증진 지침서(Guidelines for health-promoting schools)를 개발하였다. 이 지침에 의하여, 싱가포르에서는 매년 여섯 종류의 체력검사를 통해 학교건강증진사업을 평가하고 있으며, 중국에서는 전국에서 몇 개의 건강증진학교를 지정하여 시범적으로 운영하고 있다. 그리고 호주에서는 1995년에 국가차원의 학교건강증진위원회(National School Health Promotion Coordinating Committee)를 구성하였고, 건강증진학교를 운영하고 있다(WHO, 1996).

우리 나라에서도 1995년 1월에 건강증진법이 제정되었고, 그 해 9월에는 건강증진법 시행령이 공포되어 건강관리 초점을 질병치료보다는 건강증진에 중점을 두고 있다(정영숙, 이정렬, 1999; 김화중, 윤순녕, 전경자, 1999).

또한 학생을 대상으로 한 학교보건사업에는 건강증진을 목표로 하는 활동과 프로그램이 필수적으로 포함되어야 하며, 학교보건의 책임자라 할 수 있는 양호교사는 건강증진을 위한 간호활동이 매우 중요하다고 볼 수 있다. 이러한 개념에 따라 학교건강증진을 도모할 수 있는 사업과 프로그램이 개발되어야 하며, 이들 건강증진을 구성하고, 평가되어야 할 지침에 대한 연구가 이루어져야 할 필요가 있다.

따라서 본 연구는 학교보건사업의 전체 범주를 포괄하면서 학생 개인의 건강문제를 파악하고 개선점을 도출하고 학교보건사업을 전반적으로 분석하고 평가할 수 있는 프로그램의 개발에 기초자료를 얻기 위해 가장 기초가 될 수 있는 초등학교의 건강증진지침에 대한 양호교사의 영역별 인식정도를 알아보고자 하였다.

## 2. 연구목적

본 연구는 학교보건 대상자 중에서 가장 중요한 초등학교 건강증진 프로그램의 개발을 위한 기초자료를 제시하고자, 세계보건기구의 기준에 따른 건강증진지침을 기반으로 하여 개발된 학교건강증진모델(ACCESS Model)을 활용하였으며, 학교보건사업의 구성요소와 학교건강증진을 위한 조건들을 이론적·경험적으로 조사·분석·파악하여 효율적인 학교건강증진 프로그램을 개발하기

위한 기초자료를 얻고자 하였다.

구체적인 목적을 살펴보면 다음과 같다.

- 가. 학교건강증진에 대한 인식도를 파악한다.
- 나. 학교건강증진에 대한 인식에 영향을 미치는 요인을 분석한다.
- 다. 학교 건강관리 실태를 파악하고, 학교와 양호교사의 일반적 특성에 따른 학교건강관리 실태의 차이점을 파악한다.
- 라. 학교건강증진에 대한 인식도와 학교건강관리 실태간의 상관성을 분석한다.

## 3. 연구의 제한점

본 연구에서 의미하는 양호교사는 서부경남 지역을 대상으로 제한하였으며 제시된 연구결과는 초등학교에 국한된 것으로 이를 모든 학교에 일반화시킬 때에는 신중을 기할 필요가 있다.

## II. 이론적 배경

오늘날 학교보건사업의 영역을 살펴보면, 크게는 보건봉사, 건강관리, 보건교육과 상담, 환경관리, 지역사회와의 연계의 영역으로 구분할 수 있다. 보건봉사에는 건강평가, 예방사업, 치료사업, 건강증진사업이 포함될 수 있고, 보건교육 및 상담에는 정규 보건교육, 인접교과목, 통합학습, 기타 학교생활 및 지역사회행사가 포함될 수 있다. 환경관리에는 교내의 물리적 환경과 사회적 환경관리와 교내의 환경위생정화구역 및 사회·정신적 환경관리가 포함될 수 있다. 그리고 지역사회와의 연계는 지역사회의 시설과의 연계활동을 포함할 수 있을 것이다(김화중 등, 1999).

학교보건사업에서 학교보건관리자는 학교의사, 학교약사, 그리고 양호교사로 대별될 수 있으며, 학교의사와 학교약사는 대부분 학교에 상주하는 인력이 아니고, 양호교사는 학교에서 상주하면서 학교의사와 학교약사와 협력하면서 학교보건사업의 중점적인 역할을 하고 있다. 양호교사는 관리자, 사업제공자, 옹호자, 상담자, 교육자의 역할을 수행한다(정영숙 등, 1999). 양호교사의 업무를 분류해 보면, 학생과 교직원에게 발생한 건강문제를 관리하고, 학생과 교직원의 질병이나 사고가 발생하지 않도록 예방하고, 학생과 교직원의 건강을 유지 증진하는 업무를 수행하고 있다.

미국에서는 학생과 교직원의 건강을 보호, 증진시킴으로써 학교교육의 능률화 달성이라는 학교보건사업의 목표를 구체적으로 달성할 수 있는 행동목표들로 구성하여 전국의 학생들을 위한 건강관리 프로그램들을 추진·평가하고 있고, 싱가포르에서는 '건강한 생활' 캠페인을 벌여 전국민에게 운동, 식이, 금연운동을 추진하고 있는데, 특히 학생들을 대상으로는 체력관리를 위해 전국의 학생을 위해 설정해 놓은 기준에 도달하도록 학교보건관리를 추진하고 있다(김화중 등, 1999).

우리 나라의 경우에서도 학교보건사업은 전염병관리와 같은 단일한 것로부터 복합적 접근으로 변모하기 시작하여 학생들에 대한 보다 적극적인 건강관리를 위해 신체검사, 보건교육의 중요성이 대두되게 되었으며, 점차 신체적, 정서적, 사회적 건강관리로 전화되기 시작하여 1980년대에 접어들면서 학교보건교육을 위한 개념틀 및 지침을 개발하여 보급하고 적용하고 있다.

개발국가와 개발도상국가들의 차이 중 가장 두드러진 것 중의 하나는 그 나라의 학교보건사업을 어느 정도 중요하게 수행하느냐이다. 미국의 경우 고등학교까지 의무교육으로 규정하고 학교급식도 고등학교까지 제공되고 있으며, 학교버스로 학생들의 등·하교를 해결하고 있다(김모임 등, 1999).

김은희(1989)의 조사에 의하면, 우리 나라의 학교보건 업무별 월 평균 소요시간 비율은 양호실 관리 26.2%, 건강관리 19.5%, 보건교육 14.2%, 사업계획 및 평가 11.6%, 학교환경 위생관리 9.7%로 나타났으며, 이 결과는 통계작성 및 기록업무에 많은 시간을 소요하고 있는 것으로 나타났다.

그리고 이러한 업무는 전산화된 관리가 되지 못하였으며, 이러한 통계 및 기록, 보고 등은 학교보건 관리·기획에 직접 활용되지 못하고 있다. 또한 학교별로 학교보건업무를 관리하는 기록이 통일되어 있지 않으며, 모든 학교의 학교보건업무 기록들을 통합하고 분석하여 학교보건업무의 기획에 반영될 수 있는 시스템이 구축되지 않아 학교보건사업의 업무전산화가 절실히 요구되었다. 따라서 서울시 양호교사회와 연세대학교의 간호대학이 함께 학교보건 전산 프로그램을 개발하여 1996년 12월부터 서울시 희망학교에 배부되어 오늘에 이르고 있다. 이 학교보건 정보시스템은 양호관리, 상담관리, 건강관리, 소모품관리, 등록관리, 시스템관리로 구성되어 있는데, 양호업무일지, 학생건강기록부, 교직원 건강기록부, 학교보건관련 각종현황에 대한 입·출력에 중점을 두고

개발된 시스템이고 해당 학교의 학교보건사업 분석·평가, 취약점 파악이나 개선점, 그리고 비교와 같은 통합적인 관리 시스템과는 거리가 있다.

Paperny(1997)는 학생의 건강평가와 교육에 대한 전산화 작업을 시도하였으며, 이 연구는 청소년의 건강평가를 전산화하고 자동화된 건강교육(automated health education)을 목적으로 하고 있다. 또한 그는 전세계적으로 청소년기의 위험요인을 밝히고, 전문적인 치료를 제공하고, 건강교육을 효율적으로 제공하며, 문제행동을 예방하기 위해 많은 연구들이 실시되어 왔지만, 대부분의 연구들이 제한된 효과만을 보고하고 있다고 하였다.

지금까지 실시되어진 연구들에 대해서 종합적으로 고찰해 보면, 학교보건사업의 하위범주에 대한 개별적인 관리 프로그램 및 전산시스템의 개발로 개별적인 학교보건사업, 즉 예를 들면 학생건강관리, 건강교육, 학교보건서비스와 같은 학교건강증진의 하위범주에 대한 사업의 효율성을 증대시키려는 연구들이 주류를 이루고 있고, 학교보건사업 실태를 단순히 기술하는 정도의 전산화 연구에 한정되고 있다.

본 연구에서는 학교건강증진의 개념을 기초로 한 학교보건사업의 각 하위범주들을 포괄하는 학교보건사업에 대한 통합적인 학교건강증진 프로그램을 개발하기 위한 기초자료로서, 일부 초등학교의 학교건강관리실태와 양호교사의 학교건강증진에 관한 인식을 분석하고자 한다.

### III. 연구 방법

#### 1. 연구 설계

본 연구는 학교건강증진 지침(보건복지부, 2000, 미발행)을 연구자가 수정·보완한 후 서부경남 지역의 60개 초등학교 중에서 양호교사가 배치되어 있는 40개 학교를 대상으로 설문조사를 수락한 28개 학교를 대상으로 학교건강증진에 대한 인식정도를 분석하기 위한 서술적 조사연구이다.

#### 2. 연구대상자 및 자료수집

본 연구의 자료는 서부경남 지역 60개 초등학교 중 양호교사가 근무하고 있는 40개교 중 설문조사를 수락한 28개 초등학교 양호교사를 대상으로 임의 표출하였으며, 조사기간은 2000년 6월 7일에서 6월 30일 사이에, 질

문지를 이용하여 연구자가 많은 정보를 수집하기 위하여 면담 등을 실시하였다.

### 3. 이론적 개념들

본 연구의 이론적 개념들은 Stone(1990)이 제안한 ACCESS모델에 기반을 두었으며, 이 모델을 토대로 WHO의 학교건강증진 지침을 이론적 기틀로 하여 우리나라 초등학교의 학교건강증진 지침 개발에 기초자료를 제공하고자 한다. 이 모델을 그림으로 나타내면, 다음과 같다(그림1. 참조).

### 4. 자료분석방법

수집된 자료는 PC SAS 6.12를 이용하였으며, 사용된 분석기법은 다음과 같다.

- 1) 양호교사와 학교의 일반적인 특성 및 학교 건강수준을 파악하기 위하여 백분율을 기술하였다.
- 2) 학교건강증진에 대한 인식정도와 학교건강관리실태간의 관계를 분석하기 위하여 Spearman and Pearson Correlation Test를 실시하였다.
- 3) 학교와 양호교사의 일반적 특성에 따른 학교건강관리 실태를 알아보기 위하여 단순회귀 분석을 실시하였다.
- 4) 학교와 양호교사의 일반적인 특성에 따른 학교건강증진에 대한 인식도의 차이를 알아보기 위하여 평균,

표준편차를 구하였으며, ANOVA를 이용하였다.

- 5) 학교 건강증진에 대한 인식도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 다중회귀분석을 시행하였으며, 유의한 변수를 찾아내기 위하여 Stepwise 방식으로 분석하였다.

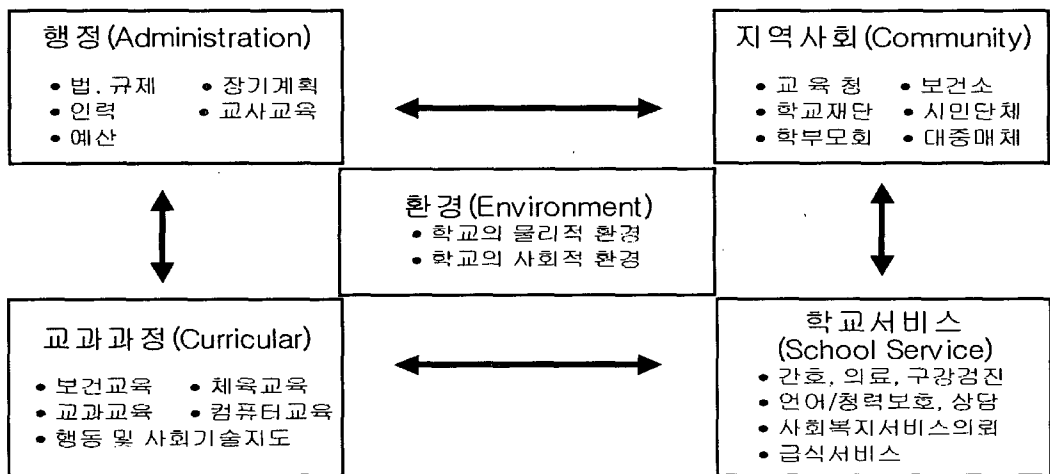
## IV. 결과 및 논의

### 1. 일반적 특성

서부경남지역 초등학교에 근무하는 양호교사를 대상으로 학교건강증진에 대한 인식 및 건강실태를 파악하기 위한 조사대상의 일반적 특성은 양호교사의 특성과 학교 특성으로 <표 1>과 같다.

양호교사의 일반적인 특성에 대해 살펴보면, 연령은 30-39세가 53.9%로 반 이상을 차지하였으며, 가장 많은 연령층은 35-39세가 30.8%를 나타내었다. 최종학력은 대학졸업 46.2%, 전문대학졸업 38.5% 석사학위 이상 15.4%의 순으로 나타났으며, 대학졸업 이상이 61.6%로 높게 나타나, 김영임 등(1999)의 연구에서 전문대졸(62%)이 가장 높게 차지한 결과와 비교해 보면 학력이 점점 높아지고 있음을 알 수 있었으며, 지속적인 연구와 노력을 하는 일차건강관리자의 역할이 향상되고 있음을 볼 수 있다.

교직경력 5년-10년 미만인 경우가 38.5%로 가장 높게 나타났고, 양호교사의 1급 자격증 소지자는 75.0%



<그림 1> Stone(1990)의 ACCESS 모델

로 높게 나타났다. 양호교사가 보건교육에 담당하는 시간은 1시간 이상이 63.7%로 대부분 보건교육을 실시하고 있는 것으로 나타났다. 그러나, 상대적으로 '전혀 담당시간이 없는 경우'가 36.4%로 나타나, 양호교사들을 대상으로 개인면담을 실시한 결과, 직접 보건교육을 실시하지는 않지만 학교방송이나 게시물, 담임교사에게 인쇄물로 된 정보제공 등으로 간접교육에 참가하고 있었다.

학교의 특성을 살펴보면, 학급수는 29학급 이상일 경우가 46.2%, 총학생수는 1499명 이하일 경우가 84.6%로 높게 나타났다. 학교의 특성 중 학급수, 총학생수, 보건관련 예산의 범위는 99만원 이하가 56.0%로 나타나 학교의 특성중 학급수, 총학생수, 보건관련 예산의 범위는 김영임(1999) 등의 연구결과와 일치하는 것을 볼 수 있다.

또한 보건교육에 대한 교장선생님의 관심도가 61.5%로 나타났으나, 학교정책수립에 중요한 역할을 하는 교장선생님의 보건교육에 대한 관심은 조금 있다(61.5%)와 그저 그렇다(26.9%)를 합하면 88.4%로 오히려 더 많은 관심을 가져야 할 것으로 나타났다.

따라서, 충분한 보건교육시간의 배정은 직접적으로 대상자의 건강행위를 변화시킬 수 있는 요소로 여러 측면에 대한 개선방안이 있어야 할 것이다. 이와 관련된 많은 연구들(남철현, 1997; 유재순, 1998)에서도 학교보건교육이 건강증진을 위한 중점 활동임을 강조하였으며, Tannahil(1985)은 학교건강증진의 중요한 요소로 보건교육이 가장 중요하다고 제시하였다. 그러므로 보건교육시간의 확보는 물론이고, 보건교육이 정규 교육과정내의 과목으로 개설되어 운영되어야 할 필요가 매우 시급한 과제로 사료된다.

## 2. 학교건강관리 실태

조사대상 학교의 학교건강실태에 대한 결과는 <표 2>와 같다. 비만학생수, 충치보유 학생수, 정기적 건강상담 학생수, 그리고 측만증 발견 학생수는 대체로 고학년보다 저학년에서 더 많이 나타났는데, 이러한 결과로 미루어 볼 때 비만학생수는 저학년(89명)에서 고학년(55-65명)으로 갈수록 감소하는 추세로 나타났다. 현 사회의 체중관리에 대한 관심과 각 학교에서 실시하고 있는 비만관리프로그램의 효과로 볼 수 있었으며, 신장과 청력 이상 학생수는 계속적인 관리와 부모·교사의 관심으로 더 이상 증가하거나 감소하지 않는 것으로 나타났다.

특히, 충치보유 학생수에서 살펴보면, 저학년은 유치

<표 1> 양호교사 및 초등학교의 일반적 특성

N= 28		
변 수	범 주	실 수(%)*
연 령	29세 이하	2( 7.7)
	30~34세	6(23.1)
	35~39세	8(30.8)
	40~44세	7(26.9)
	45세 이상	3(11.5)
최종 학력	전문대학 졸업	10(38.5)
	대학교 졸업	12(46.2)
	석사학위 이상	4(15.4)
교직경력	5년 미만	4(15.4)
	5~10년 미만	10(38.5)
	10년~15년 미만	4(15.4)
	15년~20년 미만	4(15.4)
	20년 이상	4(15.4)
양호교사의 1급자격 유무	있다	21(75.0)
	없다	5(19.2)
양호교사의 보건교육 담당 시수	담당 시간이 없다	8(36.4)
	1~2시간	4(18.2)
	3시간	4(18.2)
학급수	4시간	6(27.3)
	18학급 미만	8(30.8)
	18학급~28학급 미만	6(23.1)
총학생수	29학급 이상	12(46.2)
	1499명 이하	22(84.6)
	1500명 이상	4(15.4)
보건관련 예산	99만원 이하	14(56.0)
	100~199만원	9(36.0)
	200만원 이상	2( 8.0)
보건교육에 대한 교장의 관심도	전혀 없다	0( 0 )
	그저 그렇다	7(26.9)
	조금 있다	16(61.5)
	매우 있다	3(11.5)

\* 무응답자 제외

에서 영구치로 교정되는 시기이며, 아직까지 구강위생관리에 대한 생활화와 습관화가 부족한 저학년에서 높게 나타났다. 건강상담과 사고발생수는 1학년에서 각각 118명, 11명으로 매우 높게 나타나는 경향을 보이지만 학생 스스로 자신의 건강문제에 대해 인지하고 해결하려고 하는 능력이 나타나는 고학년에서 점차 감소하는 것을 볼 수 있다. 또한 측만증 학생수는 1, 2학년에서 현저히 높았으나 고학년으로 갈수록 감소하는 추세로 교정과 교육을 통해 많은 변화가 있음을 알 수 있었다.

그러므로 저학년은 자기건강관리 능력부족과 사고에 대한 조심성이 결여되어 있으므로 양호교사와 담임교사의 관심과 지도, 보건교육의 필요성이 강조된다.

〈표 2〉 조사대상 학교의 학교건강실태

변 수	1학년	2학년	3학년	4학년	5학년	6학년
중증도 이상 비만 학생수	89	89	57	66	55	65
신장이상 학생수	3	3	1	2	2	1
청력손실 학생수	1	1	1	0	1	1
총치보유 학생수	2,282	2,262	2,213	1,533	1,740	1,689
결핵환자수	79	3	0	0	0	0
정기적 건강상담 학생수	118	75	101	52	29	20
측만증발견학생수(체질)	38	48	21	10	13	16
사고 발생수	11	1	4	3	3	5
시력장애 학생수	1,145	976	1,123	968	1,252	1,173
B형간염 예방접종 학생수	121	211	158	122	98	86
뇌염예방 접종 학생수	1341	494	617	252	236	192
BCG접종 학생수	173	0	0	0	0	0

한편, 시력장애 학생수는 학년별로 별다른 차이를 보이지 않고 전체 학년에서 거의 유사하게 나타난 반면에, B형간염 예방접종, 뇌염예방접종, BCG접종 학생수에서도 저학년의 경우가 많았고, 고학년으로 갈수록 낮아지는 것으로 나타났다.

### 3. 학교건강증진 영역별 지표에 대한 인식정도

양호교사의 학교건강증진에 대한 인식정도를 알기 위

해 학교보건정책, 학교의 물리적 환경, 학교의 사회적 환경, 지역사회 유대관계, 개인건강기술, 학교보건봉사의 영역으로 나누어 각 영역별로 7점 척도를 이용하여 분석하였다(표 3 참조).

양호교사의 건강증진에 대한 인식도는 최대 평균 7점에 대해  $5.04 \pm 1.04$ 로 높게 나타났다. 건강증진 인식정도의 영역별 순위는 학교보건정책( $5.39 \pm 0.82$ )이 가장 높게 나타났다. 다음은 학교의 물리적 환경( $5.38 \pm 0.82$ ), 학교보건 서비스( $5.34 \pm 1.08$ ), 학교의 사회적

〈표 3〉 학교건강증진 영역 내용별 평균점수

건강증진영역	평균	표준편차
학교보건정책	5.39	.82
학교급식은 균형 잡힌 영양식을 제공한다	5.96	1.22
학교급식은 저염·저지방식이 공급된다	4.85	1.32
학교급식재료는 가공식품을 피한다	5.35	1.47
학교는 건물 내에서 완전 금연구역으로 되어 있다.	4.93	1.59
학교는 교직원과 학생에게 금연교육을 실시한다	4.59	1.93
학교는 모든 학교활동에서 술이나 향정신성 약물을 근절하는 적절한 행동을 취한다.	5.00	1.44
투약은 정확한 건강사정 후에 실시한다	6.26	1.10
건강사정 및 투약내용을 기록지에 기록·보관한다	6.41	.97
극약물(예, 실험약물, 불소 등)은 별도의 잠금 장소에 보관·관리한다	6.30	1.03
학교 교직원과 학생들을 위한 적절한 응급 처치함이 마련되어 있다	5.89	1.22
적절한 수의 교사가 응급처치 과정의 훈련을 받는다	4.11	1.65
학생들에게 응급처치훈련을 실시한다	4.93	1.62
학생이나 교사의 응급환자 발생시 응급환자 의뢰체계가 마련되어 있다	4.74	1.83
학생들은 일반 건강검진을 받는다	4.85	1.70
학생들은 신장, 체중을 측정 받는다	5.85	1.32
학생들은 구강검진을 받는다	6.07	1.21
학생들은 시력검사를 받는다	6.19	1.11
전염병 발생, 극심한 더위 혹은 추위로 인하여 학생들의 건강에 위해하다고 보건당국에 의해 판단되는 경우에 학교는 휴교 조치한다	6.04	1.29
화재시 대피대책이 있다	5.19	1.57
기타 재난(예, 수해, 붕괴 등) 대피대책이 있다	4.69	1.76
교사와 그 외의 교직원은 간염 및 HIV/AIDS 예방과 관리에 관한 훈련을 받는다	4.48	1.65

〈표 3〉 학교건강증진 영역 내용별 평균점수(계속)

건 강 증 진 영 역	평균	표준편차
<b>학교의 물리적 환경</b>	5.38	.82
학교건물이나 놀이시설 및 기구에 대하여정기적인 안전검사를 실시한다	5.56	1.37
지역사회와 연계하여 교통사고 예방을 위한 활동을 취한다	5.33	1.44
관계당국에서 안정되고 안전한(오염되지 않고 냄새가 없는) 음용수가 제공된다	6.41	.89
위생관리(손씻기)에 충분한 물이 저장되어 있다	6.41	1.01
남녀 학생을 위한 충분한 수의 화장실이 있고, 청결, 환경, 조명이 유지된다	5.63	1.24
학교는 쓰레기를 안전하고 위생적으로 분리 수거한다	5.59	1.37
1회용 물품의 사용을 제한한다	5.44	1.22
쓰레기 분리수거 체계를 갖고 있다	5.56	1.42
학생들은 학교를 깨끗이 유지하는데 참여한다	5.44	1.31
학생들은 학교미화에 참여한다	5.00	1.18
신선한 공기를 위한 환기장치가 되어 있다	4.78	1.37
각 교실마다 책상에서의 조명은 충분히 유지된다	5.22	1.42
필요시 냉·난방이 가능하다	4.44	1.63
필요시 소음방지장치가 되어 있다	4.59	1.99
책상과 후판에 눈부심이 없다	5.30	1.27
<b>학교의 사회적 환경</b>	5.22	1.03
교사는 학생을 존중하며 지지하고, 엄하게 훈육하지 않는다	5.33	1.14
학생들로 하여금 학습과정에 적극적인 참여를 유도한다	5.67	1.33
학생간의 물리적, 언어적 폭행을 하지 않도록 유도한다	5.63	1.15
교사가 학생에 대한 물리적, 언어적 폭행을 하지 않도록 유도한다	5.59	1.19
학교나 교육당국은 특별 장애아에게 필요한 적절한 시설과 교재 및 프로그램을 제공한다	4.81	1.84
학생의 교육적 성숙도를 인정하고 존중하는 학습을 제공한다	5.07	1.36
정서 취미가 다양하고 차이가 있음을 인정하고 존중한다	5.33	1.21
학생들에게 개인 스스로 결정한 기회를 제공한다	5.11	1.58
정규적인 학부모 교육 프로그램이 있다	4.48	1.67
학생능력에 대한 건전한 태도를 갖도록 부모를 돕는다	5.19	1.55
<b>지역사회 유대관계</b>	4.64	1.21
학부모는 학교건강활동에 대한 결정에 참여한다	4.41	1.62
교과과정에 학생과 가족이 함께 하는 건강관련 활동을 포함한다	4.19	1.55
아동 및 청소년 건강에 관심 있는 지역단체와 지역사회 보건기관이 학교활동에 협조적으로 참여한다	5.07	1.57
학생과 교사는 정기적인 사회의 행사에 참여한다.(예, 지역의 축제 등)	4.56	1.55
학교는 학교의 건강행사(활동)에 대해 지역사회에 알린다	5.00	1.18
<b>개인건강기술</b>	4.92	1.29
보건교육과정은 학생들의 요구, 문제, 관심에 맞추어 고안되어 있다	4.93	1.30
학습과정은 학생들의 참여를 강조한다	5.26	1.26
학습내용은 학생 자신의 지역사회와 자신의 경험에서 근거하고 일상적인 건강관리에 대한 내용을 반영한다	4.81	1.33
전체 수업 중 매우 충분한 시간이 보건교육에 배정된다	5.08	1.67
학생들은(자신의 연령과 문화에 맞게) 다음과 같은 내용에 대한 기본적인 이해를 하고 있다		
- 영양, 질병예방과 위생, 안전, 운동, 정신보건, 성, HIV/AIDS, 흡연, 약물남용, 구강건강, 환경	5.00	1.85
학생들은 건강관련 기술을 습득할 기회를 갖는다.(예- 금연법, 약물중독 중지법)	5.08	1.65
학생들은 자신의 안녕과 건강을 촉진시키기 위한 문제해결, 의사결정, 효과적인 의사소통, 대인관계, 스트레스 및 정서관리, 비판적·창조적 사고에 대한 기술을 습득한다	4.81	1.63
교사들에게 학교건강증진 프로그램에 대한 교육이 제공된다	4.62	1.72
교사들에게 건강자원의 활용에 대한 정보를 제공한다	5.08	1.47
학부모, 주요건강 및 교육 관련자, 지역 지도자들에게도 학교건강증진 프로그램을 제공한다	4.46	1.61
<b>학교보건봉사</b>	5.34	1.08
학생에게 각종 예방접종을 실시한다	5.58	1.65
학생들에게 각종신체검진을 실시한다.(예, 시력, 구강, 청력)	5.54	1.68
학생건강기록을 관련자가 기록·유지한다	5.96	1.25
사회적·정서적 장애학생과 건강문제 학생에게 상담과 지지를 제공한다	5.69	1.19
지역내의 건강증진관련 기관이나 인력은 학교 교과과정내의 건강관련 교육에 참여한다	4.81	1.55
보건사업기관은 학교건강증진 활동에 적극적으로 참여한다	4.88	1.63
지역보건사업 기관은 학교의 지역건강증진 캠페인 수행을 지원한다	4.65	1.57
양호교사는 교사들에게 건강관리 훈련 프로그램을 제공한다(예: 신체검진, 응급처치, 고혈압관리)	5.62	1.27

환경(5.22±1.03), 개인건강기술(4.92±1.29), 지역사회 유대관계(4.64±1.21)로 대체로 높은 수준으로 나타났는데, 이것은 학교보건정책이 높을수록 양호교사의 인식도가 높다는 것으로 나타났다.

건강증진 영역별 인식도 순위가 5.6이상 높게 나타나, 매우 중요하다고 인식된 영역은 건강사정 및 투약내용을 기록·보관한다(6.41), 안전한 음용수 제공(6.41), 위생관리에 충분한 물 저장(6.41)로 가장 높게 인식되었으며, 극약물을 별도의 잠금 장치가 있는 곳에 보관 및 관리(6.30), 투약은 정확한 건강사정 후 실시(6.26), 시력검사(6.19), 구강검진(6.07), 건강위해요인 발생시 휴교조치(6.04), 영양식이 제공(5.96), 학생건강 기록지 기록 및 유지(5.96), 응급처치함 준비(5.89), 신장·체중측정(5.85), 장애 및 건강문제학생 상담 및 지지(5.69), 학생간 폭행금지(5.63), 화장실의 적절한 조건(5.63), 교사의 건강관리훈련 프로그램 참여(5.62) 등으로 나타났다.

반면에 건강증진에 대한 인식도가 4.2 미만으로 낮게 나타난 항목은 적절한 수의 교사가 응급처치 과정의 훈련 실시(4.11), 교과과정에 학생과 가족이 함께 하는 건강관련 활동을 포함(4.19)로 나타났다. 이러한 건강증진 영역별 인식도가 낮게 나타난 것은 학생들의 건강증진에 대한 가족의 적극적인 참여와 가족, 교사, 지역사회의 관심이 낮고, 사전 계획이나 교육에 대한 준비가 미비한 것으로 건강증진사업에 대한 적극적인 태도의 개선이 요구된다.

#### 4. 학교건강증진지침에 대한 인식도에 영향을 미치는 요인 분석

양호교사와 학교의 일반적인 특성에 따른 학교건강증진에 대한 인식도의 차이가 나타나는지를 알아보기 위하여 학교건강증진의 하위척도인 학교보건정책, 물리적 환

경, 학교의 사회적 환경, 지역사회 유대관계, 개인건강기술, 학교보건봉사 영역 등에 대한 분산분석을 실시한 결과, 학교보건정책, 학교보건봉사영역에서  $P < .05$ 수준에서 유의한 차이가 있었다(표 4참조).

유의한 차이가 있는 영역을 보면 학교보건정책에 대한 인식도( $F=4.9141, P=.0178$ ), 학교보건봉사에 대한 양호교사의 인식도( $F=4.5865, P=.0216$ )에서 각각 예산의 정도에 따라 유의한 차이가 있었다. 이것은 학교보건 예산의 정도는 학교보건정책, 학교보건봉사에 대한 양호교사의 인식도에 유의한 영향을 미친다는 것으로 나타났다.

보건정책에 대한 인식도 점수의 평균은 학교보건예산이 99만원이하가 111.29, 100-199만원이 122.63, 200만원 이상이 86.00으로 나타났는데, 양호교사의 학교보건정책에 대한 인식도는 학교의 보건예산이 100-199만원일 때 가장 높았고, 200만원 이상일 때가 가장 낮았다.

학교보건봉사에 인식도의 평균점수는 학교보건예산이 99만원 이하일 경우가 46.62, 100-199만원이 41.20, 200만원 이상이 30.50의 순으로 나타났는데, 학교보건예산이 적을수록 학교보건봉사에 대한 양호교사의 인식도가 높게 나타났다. 이 결과는 학교에서 실시되는 각종 예방접종이나 신체검사, 학생에 대한 상담과 지지 등과 같은 학교보건봉사 활동이 예산이 많을수록 잘 이루어지는 관계로 인해 이에 대한 양호교사의 인식도가 오히려 낮아진 반면에, 예산이 적어 학교보건봉사가 잘 수행할 수 없을 때에 오히려 학교보건봉사에 대한 더 많은 필요성을 느끼게 되므로 인식도가 높아진 결과로 추측할 수 있었다.

보건관련예산의 확보여부는 양호교사의 학교건강증진지침에 대한 인식도에 영향을 미치는 중요한 변수임을 알 수 있었다. 따라서 예산확보의 노력과 예산 계획시 양호교사의 적극적인 활동과 중요성의 인지가 절실히 요

〈표 4〉 일반적 특성에 따른 학교건강증진 지침에 대한 인식도의 차이

영역	변수	범주	Mean	F	P
학교보건정책	예산	99만원 이하	111.29	4.9141	.0178*
		100 - 199만원	122.63		
		200만원 이상	86.00		
학교보건봉사	예산	99만원 이하	46.62	4.5865	.0216*
		100 - 199만원	41.20		
		200만원 이상	30.50		

\*  $p < .05$



〈표 5〉 학교건강증진에 대한 인식도에 영향을 미치는 요인의 Stepwise 회귀분석표

영역	변인	R <sup>2</sup>	누적R <sup>2</sup>	F	B	T	P
학교보건정책	학력	.90672	.82214	34.66816	8.60125	3.181	.0062
학교의 사회적 환경	학력	.82124	.67444	15.53692	5.45777	2.270	.0384
개인건강기술	교장의 관심도	.84147	.70807	18.19129	8.42005	2.734	.0154
학교보건봉사	예산	.48332	.23359	4.87668	-6.47995	-3.056	.0085
	총학생수	.80098	.64158	8.35328	-7.77688	-2.289	.0382

구되었다.

이와는 별도로 학교건강증진의 각 하위영역별로 유의한 요인들만을 추출하여 살펴보기 위하여 Stepwise 방식 회귀분석을 실시한 결과는 다음의 〈표 5〉과 같다.

학교보건정책에 대한 양호교사의 인식도는 학력(P<.05)에서 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 변수로 나타났는데, 학교보건정책에 대한 인식도 평균은 석사학위 이상이 130.75, 대학교졸업이 110.54, 전문대학 졸업이 108.88의 순으로 나타났다. 그리고 학교의 사회적 환경에 대한 양호교사의 인식도에 영향을 미치는 주요변수 또한 학력(P<.05)으로 나타났으며, 학교의 사회적 환경에 대한 인식도의 평균이 석사학위 이상이 61.75, 대학교졸업이 52.31, 그리고 전문대학졸업이 48.30의 순으로 나타났다. 따라서 양호교사의 학력이 높아질수록 학교보건정책과 학교의 사회적 환경에 대한 인식도가 높아진다는 것을 알 수 있다.

개인건강기술에 대한 양호교사의 인식도에 영향을 미치는 변수로는 교장의 학교보건에 대한 관심도(P<.05)는 유의한 차이가 나타났으며, 교장의 관심도가 '그저 그렇다'의 경우 개인건강기술에 대한 인식도 평균이 45.67이고, '조금 있다'가 48.41, '매우 많다'가 60.33이었다. 이 결과 또한 학교장의 학교보건에 대한 관심도가 높을수록 양호교사의 개인건강기술에 대한 인식도가 높아진

다는 것으로 나타났다.

그리고 학교보건봉사에 대한 양호교사의 인식도에 영향을 미치는 변수로는 학교의 예산(P<.001)과 학교의 총학생수(P<.05)인 것으로 나타났는데, 앞에서도 언급되었듯이, 예산이 많을수록 양호교사의 학교보건봉사에 대한 인식도는 낮아지는 경향이 있으며 총 학생수가 많을수록 양호교사의 학교보건봉사에 대한 인식도가 낮은 것으로 나타났다. 즉, 학교의 예산 및 규모, 양호교사의 학력은 학교건강증진에 대한 인식도에 영향을 미치는 주요한 요인으로 나타났다.

5. 학교 건강증진지침과 건강관리 실태에 관한 상관분석

학교의 영역별 건강증진 지침과 건강관리 실태간의 관계를 파악하기 위해 상관분석을 실시하였다. P<.05수준에서 살펴보면, 통계적으로 유의한 차이를 나타내지는 않았지만 대체적으로 부정적인 상관경향을 보임으로써, 각 영역별 학교건강증진에 대한 인식도가 높을수록 건강관리실태에 좋은 영향을 미칠 수 있을 것으로 나타났으며, B형간염 예방, 뇌염예방, BCG접종과 같은 예방접종과 학교건강증진에 대한 인식도간의 상관관계 또한 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았으나 대체로 정적인 상관경향을 나타내었다(표 6 참조).

〈표 6〉 영역별 건강증진지침과 건강관리 실태간의 상관관계

영역별 건강증진지침 /건강관리실태	학교보건 정책	물리적 환경	사회적 환경	지역사회 유대관계	개인 건강기술	학교보건 서비스
중증도 이상 비만학생수	-.3318	-.3950	-.2130	-.0884	-.1544	-.4419
신장이상 학생수	-.3497	-.3753	-.0761	-.1908	-.1008	-.2703
청력손실학생수	-.4144	-.4459	-.2161	-.2537	-.1596	-.2771
충치보유학생수	-.3279	-.3280	-.0775	-.0853	-.0320	-.3835
결핵 환자수	-.3165	-.3751	-.0730	-.1889	.1528	-.2003
정기적 건강상담 학생수	-.3271	-.3471	-.1029	-.0411	.0472	-.2690
측만증 발견 학생수	-.2441	-.3165	-.1773	-.0878	-.0337	-.1657
사고발생수	.1495	.1596	.0897	.0418	.1463	.0305
시력장애 학생수	-.4205	-.4994	-.2627	-.1713	-.1515	-.3894
B형 간염예방 접종 학생수	.3354	.4395	.3411	.3892	.3314	.3147
뇌염예방접종 학생수	.3386	.4507	.3745	.4020	.3166	.2518
BCG접종 학생수	.0130	-.0883	.0212	-.1034	-.3038	.1705

〈표 7〉 일반적 특성에 따른 총치보유 학생수에 대한 회귀분석

	B	SE B	Beta	T	Sig T
연령	95.254	9.213	.2054	10.339	.0092
학력	137.937	14.444	.1789	9.550	.0108
교직경력	103.134	8.058	.2595	12.799	.0060
학급수	-229.884	16.143	-.3772	-14.241	.0049
총학생수	283.575	29.527	.2044	9.604	.0107
예산	213.109	20.412	.2319	10.440	.0090
양호교사 1급자격유무	70.236	22.012	.0506	3.191	.0858
교장관심도	-45.499	11.010	-.0507	-4.132	.0539
주당시수	-125.754	9.943	-.2938	-12.648	.0062

이러한 건강상태와 학교건강증진 인식도간에 통계적으로 유의한 상관성이 나타나지 않은 것은 양호교사의 학교 건강증진에 대한 인식이 실제 건강증진지표에 반영되지 않을 수 있기 때문인 것으로 볼 수 있으며, 즉 학교건강 증진 인식도와 학교건강증진 행위의 영역은 거의 관련이 없는 것으로 나타났다고 할 수 있다. 따라서 일선 학교 현장에서 양호교사의 학교건강증진 인식도가 학교의 실제적인 건강증진 행위인 학교건강증진 지침에 얼마나 반영되고 있는지에 관한 실태조사가 이루어져야 할 것으로 되며, 양호교사의 학교건강증진 인식이 학교건강증진 지침에 반영될 수 있는 방안이 구체적인 모색되어야 할 것이다.

#### 6. 일반적인 특성에 따른 건강관리 실태

학교와 교사의 일반적 특성에 따른 학생들의 건강관리 실태에 대한 차이를 알기 위해 비만학생수 등 조사된 12 문항에 대해 회귀분석(Enter 방식)을 실시하였다. 유의수준 P<.05수준을 기준으로 유의한 결과를 나타낸 변인들은 다음과 같다.

총치보유 학생수에 대한 유의한 변인은 양호교사의 연

령(P<.01), 학력(P<.05), 교직경력(P<.01)으로 나타났으며, 그리고 학교의 학급수(P<.01), 총학생수(P<.05), 학교보건사업예산(P<.01), 학교보건수업의 주당시수(P<.01)도 유의한 변인으로 나타났다. 이 결과에서 보면, 연령, 학력, 교직경력, 주당시수, 총학생수, 예산이 높거나 많을수록 총치보유학생의 수가 많은 반면에, 학급수가 적을수록 총치보유학생의 수가 많은 것을 알 수 있다(표 7 참조).

결핵환자수에 대한 유의한 변인은 양호교사의 교직경력(P<.01), 보건교육 주당시수(P<.01), 학급수(P<.01)인 것으로 나타났고, 양호교사의 연령(P<.05), 학력(P<.05), 총학생수(P<.05), 학교보건사업예산(P<.05)도 통계적으로 유의한 변인으로 나타났다. 이 결과에서 보면, 양호교사의 연령, 학력, 교직경력이 높거나, 많을수록 그리고 학교의 총학생수, 예산이 많을수록 결핵환자의 수가 적은 반면에, 주당시수와 학급수가 많을수록 총치보유학생의 수가 많은 것을 알 수 있다(표 8 참조).

또한, 측만증 발견 학생수는 양호교사의 연령, 학력, 교직경력, 학교의 학급수, 보건사업예산이 유의한 변인으로 나타났다(P<.05). 따라서 양호교사의 연령, 학력, 교직경력이 높거나 많을수록, 학교의 보건사업예산이 많을

〈표 8〉 일반적 특성에 따른 결핵 환자수에 대한 회귀분석

	B	SE B	Beta	T	Sig T
연령	-.2504	.0654	-.4833	-9.439	.0110
학력	-.3633	.0383	-.4216	-9.479	.0109
교직경력	-.2722	.0180	-.6128	-15.122	.0043
학급수	.6032	.0568	.8858	10.620	.0088
총학생수	-.7455	.0846	-.4810	-8.813	.0126
예산	-.5566	.0747	-.5419	-7.454	.0175
양호교사 1급자격유무	-.1858	.0567	-.1199	-3.275	.0819
교장관심도	.1184	.0319	.1181	3.714	.0655
주당시수	.3302	.0321	.6903	10.292	.0093

〈표 9〉 일반적 특성에 따른 측만증 발견학생수에 대한 회귀분석

	B	SE B	Beta	T	Sig T
연령	-6.5499	1.6471	-.4859	-3.977	.0578
학력	-9.8123	1.6398	-.43784	-5.984	.0268
교직경력	-7.1769	1.5466	-.6213	-4.640	.0434
학급수	16.1259	3.0809	.9104	5.234	.0346
총학생수	-19.2356	5.4565	-.4771	-3.525	.0719
예산	-15.1674	2.4243	-.5678	-6.256	.0246
양호교사 1급자격유무	-4.5772	2.2258	-.1135	-2.056	.1760
교장관심도	3.1029	1.1099	.1189	2.796	.1077
주당시수	8.5816	2.2441	.6898	3.824	.0621

수록 측만증 발견학생의 수는 적고, 학교의 학급수가 많을수록 측만증 발견학생수는 많다는 것을 알 수 있다(표 9 참조).

양호교사의 연령(P<.05), 학력(P<.01), 교직경력(P<.01), 주당시수(P<.01), 학교의 학급수(P<.01), 총학생수(P<.05), 예산(P<.01)은 뇌염예방접종 학생수에 대한 유의한 변인으로 나타났다. 따라서 양호교사의 연령, 학력, 교직경력과 학교의 총학생수와 예산이 많을수록 뇌염예방접종 학생수가 적음을 알 수 있었고, 양호교사의 주당 보건교육시수와 학교의 학급수가 많을수록 뇌염예방접종 학생수가 많다는 것을 알 수 있다.

그러므로, 양호교사 및 학교의 일반적 특성이 학교의 건강관리실태의 유의한 변인들로 나타났으며, 일반적인 특성에서, 주당시수, 학급수, 총학생수, 예산 등이 학교의 건강관리 실태에 대한 주요변인들로 밝혀졌으며, 특히 학교의 보건관련사업예산 및 양호교사의 보건교육에 대한 주당시수는 통계적으로 유의한 회귀모델내의 전체 범주에서 유의하게 나타났다. 이것은 양호교사의 일반적 특성과 학교보건예산 및 보건교육의 주당시수가 학교의 건강관리 실태에 매우 중요한 역할을 하고 있다는 것을 제시하였다.

### V. 결론 및 제언

본 연구는 초등학교의 건강증진 프로그램을 개발하기 위한 기초연구로서 세계보건기구의 기준에 의거한 학교 건강증진지침을 기초로 개발된 학교건강증진 모델인 ACCESS 모델을 활용하여 학교와 양호교사의 일반적 특성에 따른 양호교사의 학교건강증진에 대한 인식에 관한 연구로서, 양호교사의 건강증진인식에 영향을 미치는 요인을 분석하고 학교·양호교사의 일반적 특성과 양호교사의 학교건강증진에 대한 인식과의 관련성에 대한 분석을 목적으로 하였다.

조사대상은 서부경남지역에서 양호교사가 배치되어 있는 40개 학교 중 설문에 응한 28개 초등학교 양호교사로부터 수집된 자료를 연구의 대상으로 하였다. 조사기간은 6월 7일에서 6월 30일까지였고, 연구자가 직접 면담을 실시하는 방식으로 조사가 이루어졌다.

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 조사대상 학교의 건강관리 실태는 저학년인 경우 비만학생수, 총치보유학생수, 건강상담 학생수, 측만증 발견학생수, B형간염·뇌염·BCG예방접종학생수의

〈표 10〉 일반적 특성에 따른 뇌염예방접종 학생수에 대한 회귀분석

	B	SE B	Beta	T	Sig T
연령	-25.6794	2.5893	-.2698	-9.918	.0100
학력	-37.2860	3.5449	-.2356	-10.518	.0089
교직경력	-27.8091	2.2788	-.3409	-12.204	.0066
학급수	62.1573	3.2648	.4970	19.038	.0027
총학생수	-76.4556	8.2202	-.2686	-9.301	.0114
예산	-57.5678	5.1259	-.3052	-11.231	.0078
양호교사 1급자격유무	-18.8364	6.1168	-.0662	-3.079	.0913
교장관심도	12.2352	3.0539	.0664	4.006	.0570
주당시수	33.9288	2.6819	.3862	12.651	.0062

항목에서 높게 나타난 반면에, 시력장애 학생수만은 학년별과는 별 차이를 나타내지 않았다.

2. 학교건강증진에 대한 인식도의 평균점수는 대해 5.04로 높게 나타났으며, 학교건강증진 영역별 인식도의 순위는 학교보건정책(5.39), 학교의 물리적 환경(5.38), 학교보건 서비스 (5.34), 학교의 사회적 환경(5.22), 개인건강기술(4.92), 지역사회 유대관계(4.64)의 순으로 나타났다.
3. 일반적인 특성에 따른 양호교사의 학교건강증진에 대한 인식도의 차이를 분석한 결과, 학교보건예산의 정도에 따라 학교보건정책, 학교보건봉사에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.
4. 양호교사의 학교건강증진 인식에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 학교보건정책, 학교의 사회적 환경, 개인건강기술, 그리고 학교보건봉사에 대한 인식도의 영역에서 유의한 차이가 나타났다.
5. 일반적 특성과 건강관리실태에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 학급수, 총학생수, 예산과 또한, 양호교사의 학력이나 연령, 보건교육에 대한 주당시수, 교직경력 등에서 중요한 변인으로 나타났다. 특히 학교의 보건관련사업예산 및 양호교사의 보건교육에 대한 주당시수는 통계적으로 유의한 회귀모델내의 전체범주에서 유의하게 나타났다.

본 연구에서 이상과 같은 결론을 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 양호교사의 학교건강증진에 대한 인식은 학교장의 학교보건사업에 대한 관심과 양호교사의 학력, 그리고 학교의 보건예산과 학생수에 영향을 받기 때문에 학교건강증진에 대한 인식도를 높이기 위해서는 학교와 양호교사의 전반적인 특성을 고려해야 한다.
2. 보다 효율적인 학교건강관리를 위해서는 학생들을 위한 보건교육 시간을 늘려야 하고, 학교장의 전반적인 관심과 양호교사의 학교보건에 대한 인식과 질적인 수행능력이 향상될 수 있도록 하는 지속적인 교육이 이루어져야 한다.
3. 초등학교의 건강증진 프로그램을 개발하려고 할 경우 학교건강증진의 영역별 건강지침 및 인식 등이 포괄적으로 고려되어야 한다.
4. 초등학교건강증진 프로그램의 개발과 적용에 대한 연구를 제언한다.
5. 체계적이고 효율적인 학교보건사업을 위한 전산화시

스템 개발과 활용방안에 대한 연구를 제언한다.

## 참 고 문 헌

- 김모임, 조원정, 김의숙, 정영숙, 강혜영, 이정렬 (1999). 대상자 중심의 지역사회간호학, 현문사.
- 김영임, 박영임, 안지영 (1999). 초등학교 건강증진지표와 수행수준 분석. 지역사회 간호학회지, Vol. 10(1), 173-181.
- 김화중 (1988). 학생건강관리의 현황과 문제점. 한국학교보건학회지, 1(1), 15-25.
- 남철현 (1997). 학교보건사업을 통한 건강증진 사업에 대한 연구. 한국학교보건학회지, 10(2), 193-211.
- 김화중, 윤순녕, 전경자(1999). 학교보건과 간호, 수문사.
- 박남희 (1992). 부산시내 중·고등학교의 학교보건실태 조사. 부산대학교 석사학위논문.
- 서성제 (1985). 우리나라 학교보건사업에 관한 연구. 서울대학교 보건학 박사학위논문.
- 송화영 (1989). 양호교사 업무분석. 한국학교보건학회지, 2(2), 62-71.
- 유재순 (1998). 청소년기의 건강증진과 학교보건교육의 발전방향. 한국학교보건학회지, 11(1), 27-50.
- 정영숙, 이정렬 (1999). 학교보건. 현문사.
- 최명애, 이인숙 (1997). 건강증진과 간호실무. 현문사.
- Nader, P. R. (1989). Comprehensive School Health: Challenge and Revolution, AAP.
- Nikki Bushell (1999). Health Promoting Schools Work. Health in Schools, July, 7- 8.
- Paperny, D. M. (1997). Computerized Health Assessment and Education for Adolescent HIV and STD Prevention in Health Care Settings and Schools. Health Education and Behavior, 24(1), 54-70.
- Pender, N. J. (1982). Health Promotion in Nursing Practice. Conn: Appleton-Century Crofts.
- Shilton. T. (1993). School Heart Health Promotion: The National Heart Foundation (Western Australian) Approach. Journal of School Health, 63(3), 136-140.
- Stone, E. J. (1990). Keystones for School Health Promotion. Journal of School Health, 60(7), 298-300.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1996). Community Health Nursing Process & Practice for Promoting Health. 3rd. ed., Mosby-year Book Inc.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1996). Community Health Nursing. 4th Ed., St. Louis, Missouri.

Tannahill (1985). What is Health Promotion. Health Education Journal, 44.

Wold, Susan J. (1981). School Nursing: A Framework for Practice. St Louis, The C.V. Mosby Co.

WHO (1996). Regional Guidelines: Development of health Promoting Schools-A Framework for Action. WPRD, Manila, Philippine.

- Abstract -

Key concept : Guidelines of School Health Promotion,  
School Health Promotion Model (ACCESS Model)

## Analysis to Recognition of School Health Promotion Applied ACCESS Model

*Kang, Mal Soon\* · Kim, Jung Nam\*\*  
Ryu, Mi Kyung\*\*\**

This study is basic research for developing health promotion programs in elementary school and is looking at the effect factor of School nurses perception and school health promotion. This study was conducted with the ACCESS model for school health promotion from WHO. The subjects of this study were 28 elementary school nurses located in the west side of Kung-Nam from the 7th of June to the 30th of June by direct interview.

The results of this study are summarized as follows:

1. the score from obesity, dental caries, health counselling, scoliosis, hepatitis B, immunization BCG items are higher in the low grade but showed significant difference in visual disturbance items.

2. the average score of school health promotion perception is 5.04. The list of school health promotion is composed of school health policies(5.39), physical environments(5.38), school health services(5.34), social environments (5.22), personal health skills (4.92), and community relationships(4.64).

3. after an analysis of the perception of school health promotion from school nurses, the relationship between the school health budget and the school health policy and school health service was shown to be significant.

4. after analysis of the effect factor of perception of school health promotion from school nurses, school health policy, school social environment, personal health skills, and school health service were shown to be significant.

5. The factors in school health promotion are the number of classes and students, school budgets, school nurses' final education and age, health education classes per week, and teaching experience. Particularly the school health budget and school nurses of the classes per week are statistically significant .

The suggestions of this study are as follows:

1. as a related factor of school health promotion, the generally characteristics of schools and school nurses should be considered for improving the perception of school health promotion.

2. the period of health education for effective

\* Professor, Chingu Health College

\*\* Professor, College of Nursing, Keimyung University

\*\*\* Teach assist. College of Nursing, Keimyung University

school health management and health education should be an on-going program.

3. the scope of school health promotion and perception should be considered for developing health promotion programs.

4. elementary school health promotion programs should be developed and applied to research.

5. computer system programs should be developed for effective school health projects.