

초등학교 보건교사의 보건교육 실태*

문정순 · 송경애 · 이종은

가톨릭대학교 간호대학

〈 목 차 〉

| | |
|-----------|----------|
| I. 서론 | V. 결론 |
| II. 연구방법 | 참고문헌 |
| III. 연구결과 | Abstract |
| IV. 논의 | |

I. 서론

1. 연구의 필요성

학교 보건교육은 학생과 교직원에게 건강에 대한 지식과 정보를 제공하여 이를 생활화하려는 태도를 육성하고, 건강한 습관을 형성하여 행동과 실천으로 옮기도록 함으로써 안전한 학교 생활을 하도록 하고, 학교인구의 건강상태를 개선시키는데 목적이 있다. 그러나 원래의 목표는 학교생활을 영위하는 동안의 건강만이 목표가 아니라 교육을 통하여 형성된 건강관리 능력을 가정 및 지역사회 건강생활로 범위를 확대시킬 뿐만 아니라 전 생애를 통하여 건강생활로 발전시켜 나아가는 평생교육으로 연결시키는데 궁극적인 목표가 있다(김명, 1993).

건강의 주요 결정요인으로서 개인의 생활습관이 차지하는 비중이 약 50%를 차지하므로 건강에 대한 올바른 기본 생활습관을 형성하기 위한 체계적인 보건교육이 초등학교에서부터 이루어져야 한다(김영주와 김정순, 2003). 또한 아동기에 형성된 건강행위는 건강유지나 자기 건강관리 능력을 향상시켜서 일생동안 건강생활을 지속시킬 수 있으므로 초등학교의 보건교육은 일생의 건강을 좌우할 수 있다.

미국의 32개 주정부는 유치원에서 고등학교 학생들에 이르기까지 보건교육을 실시하도록 규정하고 있으며, 그 내용으로는 금연, 영양개선, 환경위생, 정신건강, 안전, 질병예방, 치아건강, 성교육, 성병, 응급처치, 발육과정, AIDS 교육 등이 있다. 또한 각 주정부의 초등학교 보건교과는 다른 교과목과 분리되어 연간 최소한 50시간

* 이 논문은 2005년 가톨릭중앙의료원 성의장학 학술연구비 지원과제 연구비에 의하여 이루어졌음.

교신저자 : 문정순

서울특별시 서초구 반포동 505 가톨릭대학교 간호대학 (우: 137-701)

전화번호: 02-590-1285, E-mail: jsmoon@catholic.ac.kr

이상의 수업시간을 확보하도록 요구하고 있다(이순영, 2002). 우리나라의 제7차 초등학교 교육과정 개정에서 보건교육 시간 수는 274시간으로 전체 4,422시간 수업시간의 6.2%로 증가되었으며(김영주와 김정순, 2003), 그 내용은 신체적, 정신적, 사회적 영역과 올바른 생활습관, 인체의 구조와 기능, 영양, 성장 발달, 성교육, 전염병 및 질병예방, 식품위생, 구강보건, 개인 건강과 공중보건, 안전생활, 약물 오·남용, 환경과 건강 등을 포함하고 있다. 또한 학교장 재량과목으로 보건교육 과목이 독립과목으로 인정되었으며, 학교보건 사업을 건강관리 제공보다는 학생과 교직원의 건강관리능력 개발을 위한 보건교육을 중심으로 하기 위하여 학교에 상근하는 양호교사의 명칭을 2002년에 보건교사로 개칭하였다. 그러나 사회 전반적으로 건강에 대한 관심이나 요구도는 점점 증가하고 있으나 학교에서의 보건교육은 지식 위주의 교육여건에 밀려 등한시 되고 있는 실정이다.

7차 교육과정이 실시된 이후에 초등학교의 보건교육에 대한 연구는 보건교육 내용에 대한 분석은 많이 되어있다(김가옥, 2002; 이순영, 2002; 김영주와 김정순, 2003; 이덕원, 2003). 그러나 교육내용 분석은 교과서와 교사용 지도서의 내용을 분석해 놓았을 뿐 현장에서 교육이 어떻게 이루어지고 있는지는 파악이 안 된 상태이며, 보건교육 실태에 대한 연구는 최근 10년 내에 일부 지역의 소수 보건교사를 대상으로 시행된 것이 2편 있을 뿐 많지 않은 실정이다(윤동엽, 1995; 김영임과 안지영, 1999).

이에 따라 전국적으로 초등학교 보건교사를 대상으로 학교 현장의 보건교육에 대한 실태를 파악하여 이에 대한 보완책을 모색해야 할 필요성이 있다고 생각하여 이 연구를 실시하였다.

2. 연구목적

연구의 목적은 초등학교 보건교사의 보건교육 실태를 파악하여 보완책을 마련하고 보건교육의 효율적인 운영방안을 마련하기 위한 기초 자료를 제공하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 초등학교의 보건교육 계획 실태를 파악한다.
- 2) 초등학교 보건교사의 보건교육 실태를 파악한다.
- 3) 초등학교의 보건교육에 대한 보건교사의 주관적 평가를 확인한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

초등학교 보건교사들의 보건교육 실태를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

연구의 목적을 이해하고 동의한 전국 초등학교 보건교사 620명을 대상으로 하였다. 대상 초등학교의 지역적 분포는 경상도가 153개교(28.8%)로 가장 높았으며, 경기도 86개교(16.2%), 충청도 78개교(14.7%), 강원도 74개교(13.9%), 서울 72개교(13.5%), 전라도 63개교(11.8%), 제주도 6개교(1.1%)였다(표 1).

표 1. 일반적 특성별 대상 학교의 분포
(N=620)

| | 구분 | N(%) |
|---------|-----------|------------|
| 설립주체 | 국공립 | 614(99.0) |
| | 사립 | 6(1.0) |
| 학급수(학급) | ≤20 | 250(40.4) |
| | 21~40 | 224(36.2) |
| | ≥41 | 146(23.4) |
| 학생수(명) | ≤500 | 200(32.2) |
| | 501~1000 | 135(21.7) |
| | 1001~2000 | 222(35.9) |
| | ≥2001 | 63(10.2) |
| 소재 지역 | 대도시 | 210(39.2) |
| | 중소도시 | 139(26.0) |
| | 농어촌 | 186(34.8) |
| 행정 지역 | 서울특별시 | 72(13.5) |
| | 경기도 | 86(16.2) |
| | 강원도 | 74(13.9) |
| | 충청도 | 78(14.7) |
| | 전라도 | 63(11.8) |
| | 경상도 | 153(28.8) |
| | 제주도 | 6(1.1) |

3. 자료수집 방법

우리나라 초등학교 수는 5,384개이며, 보건교사가 배치된 학교는 3,954개교이다(교육통계연감, 2004). 이에 따라 보건교사 배치학교의 약 25%를 지역적으로 할당 추출한 1,000개교(서울: 135, 경기도: 160, 강원도: 85, 충청도: 165, 전라도: 155, 경상도: 290, 제주도: 10)에 설문지와 반송우표를 동봉하여 우송 후 회수하였다. 회수된 설문지는 635부(63.5%)였고 이중 응답이 부실한 설문지를 제외한 620부의 자료를 분석하였다. 자료수집기간은 2003년 9월 15일부터 12월 15일까지였다.

4. 연구도구

연구팀이 문헌을 참고로 설문지를 개발한 후 내용 타당도를 현직 초등학교 평교사 및 보건교사 각 5인의 자문을 받아 검증받아서 수정, 보완하여 완성하였다.

설문지의 내용은 대상학교 및 보건교사의 일반적 특성, 보건교육 계획 실태, 보건교육 실태, 보건교육에 대한 평가 등으로 총 33문항이었다.

5. 자료분석

SAS Windows 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상학교의 특성, 보건교사의 일반적 특성 및 보건교육 계획 실태, 보건교육 실태, 보건교육 평가 등은 빈도와 백분율을 산출하였다. 대상학교 및 보건교사의 일반적 특성에 따른 보건교육 계획 및 보건교육 평가의 차이는 카이검정, 보건교육 시간의 차이는 t-검정 및 ANOVA를 이용하여 분석하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 대상학교의 일반적 특성

대상학교 620개교 중 국공립학교가 614개교(99%)였으며, 사립학교는 6개교(1%)였다. 학급수는 20학급 이하가 40.4%로 가장 높았고, 21~40학급이 36.2%, 41학급 이상이 23.4%였으며, 평균 학급 수는 27.2±16.9학급으로, 범위는 5학급에서 76학급이었다.

학생 수 분포는 1,001~2,000명이 35.9%로 가

장 높았고, 500명 이하가 32.2%, 501~1,000명이 21.7%, 2,001명 이상이 10.2%이었다. 평균 학생 수는 1,019±754.2명, 범위는 43명에서 3,200명이 었다.

· 학교의 소재 지역은 대도시가 39.2%였으며, 농어촌 지역 34.8%, 중소도시 26.0%이었다. 행정지역 분포는 경상도가 28.8%로 가장 높았으며, 경기도 16.2%, 충청도 14.7%, 강원도 13.9%, 서울시 13.5%, 전라도 11.8%, 제주도 1.1% 순이 었다(표 1).

표 2. 일반적 특성별 보건교사의 분포 (N=620)

| 구분 | | N(%) |
|---------|-------|------------|
| 연령(세) | ≤29 | 81(13.1) |
| | 30~39 | 316(51.0) |
| | 40~49 | 202(32.7) |
| | ≥50 | 21(3.2) |
| 결혼상태 | 기혼 | 500(80.7) |
| | 미혼 | 113(18.3) |
| | 기타 | 7(1.0) |
| 교육경력(년) | ≤5 | 152(24.5) |
| | 6~10 | 193(31.1) |
| | 11~15 | 98(15.8) |
| | 16~20 | 111(18.0) |
| | ≥21 | 66(10.6) |
| 1급 교사연수 | 이수 | 496(80.0) |
| | 미이수 | 124(20.0) |

2. 보건교사의 일반적 특성

보건교사의 연령분포는 30~39세가 51.0%로 가장 높았으며, 다음으로 40~49세가 32.7%, 30세 미만 13.1%, 50세 이상이 3.2%의 순이었으며, 평균 연령은 37.2±6.7세, 연령의 범위는 25~

58세였다. 결혼 상태는 기혼이 80.7%이었다.

보건교사들의 교육경력은 6~10년이 31.1%로 가장 높았으며, 5년 이하가 24.5%, 16년~20년이 18.0%, 11~15년이 15.8%, 21년 이상이 10.6%이었으며, 평균 교육경력 10.9±6.7년이었다. 또한 대상 교사들 중 80.0%가 1급 교사연수를 받았다(표 2).

3. 보건교육 계획 실태

1) 대상학교의 규모와 지역에 따른 보건교육 계획 실태

보건교사들이 보건교육 연간 계획서를 작성하여 그대로 시행하는 경우는 28.6%, 대체로 계획서대로 실시하는 경우가 68.1%, 그렇지 못한 경우가 3.3%이었다. 학교의 규모에 따른 보건교육의 연간 계획이행 여부에는 차이가 없었으나, 지역에 따라서는 유의한 차이가 있어서(p<0.05), 대도시 학교와 중소도시 학교는 반드시 이행한다가 각각 23.5%와 23.2%인 반면 농어촌 지역 학교는 35.5%이었다.

학습지도안 작성은 반드시 작성한다가 43.9%, 대체로 작성한다가 46.8%, 작성하지 않는다 9.3%이었다. 학교의 규모에 따른 학습지도안 작성 여부는 반드시 작성한다가 소규모 학교는 30.9%인데 비해, 중간규모 학교는 47.5%, 대규모 학교는 60.6%로서 유의한 차이가 있었으며 (p<0.001), 또한 지역 특성에 따라서도 유의한 차이가 있어서(p<0.001), 대도시 학교는 반드시 작성한다가 55.5%, 중소도시 학교가 43.8%인 반면 농어촌 지역 학교는 29.9%이었다(표 3).

2) 보건교사의 교육경력과 1급 교사연수에 따른 보건교육 계획 실태

보건교사의 경력과 1급 교사 연수 유무에 따라서는 연간 계획 이행여부는 유의한 차이가 없었으며, 학습지도안 작성도 유의한 차이가 없었다(표 4).

4. 보건교사의 보건교육 실태

1) 보건교사가 수행한 보건교육 내용 및 보건교육 시간

보건교사의 연간 총 보건교육 시간은 평균 96.8 시간이었으며, 범위는 4시간에서 1,388시간이었다.

표 3. 대상학교의 규모와 지역에 따른 보건교육 계획 실태

%(N), (N=604)

| 보건교육 계획 | 학급수 | | | 소재지역 | | | 총계 |
|---------------|---------------------|-------|------|----------------------|------|------|-----------|
| | ≤20 | 21~40 | ≥41 | 대도시 | 중소도시 | 농촌 | |
| 연간 계획서 | | | | | | | |
| 반드시 시행 | 31.0 | 29.3 | 23.4 | 23.5 | 23.2 | 35.5 | 28.6(173) |
| 대체로 시행 | 67.0 | 67.0 | 71.6 | 70.8 | 73.9 | 62.4 | 68.1(411) |
| 그렇지 않음 | 2.0 | 3.7 | 5.0 | 5.7 | 2.9 | 2.1 | 3.3(20) |
| | $\chi^2=4.66$ | | | $\chi^2=11.99^*$ | | | |
| 학습지도안 | | | | | | | |
| 반드시 작성 | 30.9 | 47.5 | 60.6 | 55.5 | 43.8 | 29.9 | 43.9(264) |
| 대체로 작성 | 55.5 | 43.3 | 37.3 | 41.6 | 44.5 | 56.0 | 46.8(282) |
| 작성하지 않음 | 13.6 | 9.2 | 2.1 | 2.9 | 11.7 | 14.1 | 9.3(56) |
| | $\chi^2=39.0^{***}$ | | | $\chi^2=39.40^{***}$ | | | |

*p<0.05, ***p<0.001
무응답 제외

표 4. 보건교사의 교육경력과 1급 교사연수에 따른 보건교육 계획 실태

%, (N=604)

| 보건교육 계획 | 교육경력(년) | | | | | 1급 교사연수 | |
|---------------|---------------|------|-------|-------|------|---------------|------|
| | ≤5 | 6~10 | 11~15 | 16~20 | ≥21 | 유 | 무 |
| 연간 계획서 | | | | | | | |
| 반드시 시행 | 29.9 | 29.6 | 31.6 | 25.9 | 23.4 | 28.4 | 29.7 |
| 대체로 시행 | 64.6 | 68.8 | 66.3 | 69.4 | 75.0 | 68.9 | 64.5 |
| 그렇지 않음 | 5.5 | 1.6 | 2.1 | 4.7 | 1.6 | 2.7 | 5.8 |
| | $\chi^2=7.51$ | | | | | $\chi^2=3.12$ | |
| 학습지도안 | | | | | | | |
| 반드시 작성 | 43.8 | 42.8 | 44.1 | 45.4 | 46.9 | 44.3 | 41.7 |
| 대체로 작성 | 46.6 | 46.5 | 48.4 | 46.3 | 43.7 | 46.6 | 48.3 |
| 작성하지 않음 | 9.6 | 10.7 | 7.5 | 8.3 | 9.4 | 9.1 | 10.0 |
| | $\chi^2=1.22$ | | | | | $\chi^2=0.30$ | |

무응답 제외

표 5. 보건교사가 수행한 보건교육 내용 및 보건교육 시간

(N=620)

| 보건교육 내용 | % | Mean±SD (Range) |
|------------|------|---------------------------|
| 인체의 구조와 기능 | 57.8 | 6.0± 3.4 |
| 전염병 예방 | 72.3 | 7.0± 9.2 |
| 질병관리 | 61.5 | 6.9±10.2 |
| 구강보건 | 75.8 | 6.1± 4.6 |
| 영양 | 44.5 | 5.3± 3.3 |
| 성장발달 | 57.8 | 6.8± 4.3 |
| 건강한 생활 | 60.6 | 5.9± 7.1 |
| 환경과 건강 | 38.5 | 5.4± 4.3 |
| 안전한 생활 | 55.3 | 5.8± 4.0 |
| 약물오남용 | 78.4 | 6.6± 4.4 |
| 흡연 | 60.6 | 5.6± 4.2 |
| 음주 | 51.4 | 4.8± 2.9 |
| 성교육 | 90.2 | 24.6±20.1 |
| 총계 | | 96.8±82.1 (4.0~1388.0) |

내용별 보건교육 시간은 성교육이 가장 많아 24.6시간이었으며, 다음이 전염병 예방으로 7.0시간, 질병관리가 6.9시간, 성장발달이 6.8시간, 약물 오·남용이 6.6시간, 구강보건의 6.1시간, 인체의 구조와 기능이 6.0시간, 건강한 생활이 5.9시간, 안전생활이 5.8시간, 흡연이 5.6시간, 환경과 건강이 5.4시간, 영양이 5.3시간, 음주가 4.8시간의 순이었다.

보건교육 내용에서 90.2%의 보건교사들이 성교육을 시행하였으며, 다음 약물 오·남용 78.4%, 구강보건 75.8%, 전염병 예방 72.3%, 질병관리 61.5%, 건강한 생활과 흡연이 각각 60.6%, 인체의 구조와 기능 및 성장발달이 각각 57.8%, 안전생활 55.3%, 음주 51.4%, 영양 44.5%, 환경과 건강 38.5%의 순이었다(표 5).

2) 대상학교와 보건교사의 일반적 특성에 따른 보건교육 시간

학교의 규모나 지역에 따른 보건교육 시간은 소규모 학교는 87.5시간, 중간규모 학교는 94.5시간, 대규모학교는 118.3시간으로서 유의한 차이가 있었으나(p=0.03), 지역에 따른 차이나 보건교사의 경력과 1급 교사연수 유무에 따른 차이는 없었다(표 6).

3) 학년별 보건교육 내용

학년별 보건교육 비중은 5학년이 가장 높았으며, 다음이 6학년, 4학년, 3학년, 1학년과 2학년의 순이었다. 시행된 보건교육 중 1학년에서 높은 비중을 차지하는 내용은 전염병 예방이 17.4%로 가장 높았으며, 다음이 구강보건의 16.0%, 건강한 생활 14.6%, 성교육과 질병관리가 각각 14.1%와 10.2%로 비교적 높았다. 2학년에서도 전염병 예방이 17.7%로 가장 높았으며, 다음이 구강보건의 15.0%, 성교육 14.5%, 건강한 생활과 질병관리가 각각 13.3%와 10.6%로 비교적 높았다. 3학년에서도 구강보건의 15.9%로 가장 높았으며, 다음이 전염병 예방 14.3%, 성교육 12.3%, 건강한 생활과 질병관리가 각각 11.0%와 10.4%로 비교적 높았다. 4학년에서는 성교육이 13.8%로 가장 높았으며, 다음이 전염병 예방 13.6%, 질병관리와 안전생활이 각각 10.1%와 10.0%로 비교적 높았다. 5학년에서도 성교육이 13.7%로 가장 높았으며, 다음이 전염병 예방으로 11.1%, 약물 오·남용이 10.6%로 비교적 높았다. 6학년에서도 성교육이 15.0%로 가장 높았으며, 다음이 약물 오·남용으로 12.0%, 전염병 예방과 흡연이 각각 11.8%와 11.3%로 비교적 높았다(표 7).

표 6. 대상학교와 보건교사의 일반적 특성에 따른 보건교육 시간

(N=620)

| 일반적 특성 | 보건교육 시간 (시간/년) | | |
|-------------|-------------------|--------|------|
| | Mean±SD | F or t | p |
| 대상학교 | | | |
| 학급수(학급) | | | |
| ≤20 | 87.5± 63.4 | 3.61 | 0.03 |
| 21~40 | 94.5± 77.9 | | |
| ≥41 | 118.3±162.7 | | |
| 소재지역 | | | |
| 대도시 | 83.2± 60.2 | 1.77 | 0.17 |
| 중소도시 | 99.7±102.7 | | |
| 농촌 | 103.3±121.7 | | |
| 보건교사 | | | |
| 교육경력(년) | | | |
| ≤5 | 93.8±137.7 | 0.70 | 0.59 |
| 6~10 | 100.6± 92.9 | | |
| 11~15 | 108.5± 82.7 | | |
| 16~20 | 89.9± 77.1 | | |
| ≥21 | 82.1± 65.1 | | |
| 1급 교사연수 | | | |
| 이수 | 95.0± 82.6 | 0.53 | 0.60 |
| 미이수 | 103.1±148.5 | | |

표 7. 학년별 보건교육 내용

%(N)

| 내용 | 학년 | | | | | |
|------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 1학년 | 2학년 | 3학년 | 4학년 | 5학년 | 6학년 |
| 인체의 구조와 기능 | 1.6 | 1.6 | 2.7 | 6.6 | 6.9 | 4.0 |
| 전염병 예방 | 17.4 | 17.7 | 14.3 | 13.6 | 11.1 | 11.8 |
| 질병관리 | 10.2 | 0.6 | 10.4 | 10.1 | 7.6 | 8.1 |
| 구강보건 | 16.0 | 15.0 | 15.9 | 6.6 | 4.6 | 4.7 |
| 영양 | 4.2 | 4.4 | 6.6 | 6.7 | 5.2 | 3.9 |
| 성장발달 | 3.2 | 3.1 | 4.6 | 6.4 | 7.0 | 7.1 |
| 건강한 생활 | 14.6 | 13.3 | 11.0 | 7.2 | 5.6 | 5.6 |
| 환경과 건강 | 2.7 | 2.9 | 2.7 | 4.6 | 5.4 | 3.2 |
| 안전한 생활 | 7.4 | 7.9 | 9.5 | 10.0 | 5.9 | 4.7 |
| 약물오남용 | 4.0 | 4.2 | 5.0 | 6.8 | 10.6 | 12.0 |
| 흡연 | 2.7 | 2.9 | 2.9 | 4.8 | 9.5 | 11.3 |
| 음주 | 1.9 | 1.9 | 1.9 | 2.8 | 6.6 | 8.6 |
| 성교육 | 14.1 | 14.5 | 12.3 | 13.8 | 13.7 | 15.0 |
| 총계 | 100.0 (1970) | 100.0 (1949) | 100.0 (2736) | 100.0 (3206) | 100.0 (4020) | 100.0 (3831) |

4) 보건교육 방법에 따른 보건교육 내용

보건교육에 사용된 방법은 학급별이 가장 높아서 72.6%였으며, 다음으로 학년별이 20.0%, 기타가 7.4%이었다. 시행된 보건교육에서 학년

별 방법은 환경과 건강 및 안전생활이 각각 25.8%로 가장 높았으며, 영양 24.1%, 구강보건 22.6%, 건강한 생활 22.2%로 비교적 높게 사용하였다. 학급별 방법에서는 흡연이 91.8%로 가장 높았으며, 다음이 성교육으로 80.5%, 성장발

표 8. 보건교육 방법에 따른 보건교육 내용

| 내용 | % (N) | | | |
|------------|----------------|----------------|--------------|-------------|
| | 학년별 | 학급별 | 기타 | 총계 |
| 인체의 구조와 기능 | 20.8 | 79.2 | 0.0 | 100.0(361) |
| 전염병 예방 | 20.4 | 48.3 | 31.3 | 100.0(451) |
| 질병관리 | 21.3 | 55.7 | 22.9 | 100.0(384) |
| 구강보건 | 22.6 | 77.4 | 0.0 | 100.0(473) |
| 영양 | 24.1 | 75.9 | 0.0 | 100.0(278) |
| 성장발달 | 19.9 | 80.1 | 0.0 | 100.0(361) |
| 건강한 생활 | 22.2 | 57.6 | 20.2 | 100.0(387) |
| 환경과 건강 | 25.8 | 74.2 | 0.0 | 100.0(240) |
| 안전한 생활 | 25.8 | 74.2 | 0.0 | 100.0(345) |
| 약물오남용 | 20.0 | 73.2 | 6.7 | 100.0(489) |
| 흡연 | 0.0 | 91.8 | 8.2 | 100.0(378) |
| 음주 | 21.5 | 78.5 | 0.0 | 100.0(321) |
| 성교육 | 19.5 | 80.5 | 0.0 | 100.0(563) |
| 총계 | 20.0 (1009) | 72.6 (3651) | 7.4 (371) | 100.0(5031) |

표 9. 교육매체에 따른 보건교육 내용

| 내용 | % (N) | | | |
|------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| | 철관 | 영상 매체 | 인쇄물 | 기타 |
| 인체의 구조와 기능 | 48.3 | 44.3 | 7.4 | 0.0 |
| 전염병 예방 | 27.0 | 24.8 | 43.1 | 5.2 |
| 질병관리 | 35.7 | 29.8 | 29.4 | 5.1 |
| 구강보건 | 44.5 | 38.6 | 16.8 | 0.0 |
| 영양 | 44.6 | 37.8 | 17.7 | 0.0 |
| 성장발달 | 48.5 | 40.7 | 10.8 | 0.0 |
| 건강한 생활 | 37.6 | 30.9 | 23.6 | 7.8 |
| 환경과 건강 | 46.1 | 39.4 | 14.5 | 0.0 |
| 안전한 생활 | 40.4 | 35.1 | 17.1 | 7.4 |
| 약물오남용 | 42.0 | 37.0 | 17.6 | 3.5 |
| 흡연 | 43.8 | 40.8 | 15.4 | 0.0 |
| 음주 | 51.9 | 48.1 | 0.0 | 0.0 |
| 성교육 | 43.7 | 38.4 | 17.9 | 0.0 |
| 총계 | 42.1 (3681) | 37.0 (3234) | 18.6 (1628) | 2.3 (199) |

달 80.1%, 인체의 구조와 기능 79.2%, 음주 78.5%로 비교적 높게 사용하였다. 방송 교육이나 전교생 대상 교육과 같은 기타 방법으로는 전염병 예방이 31.3%로 가장 높았으며, 다음이 질병관리로 22.9%, 건강한 생활 20.2%로 비교적 높게 사용하였다(표 8).

로 가장 높게 사용하였으며, 다음으로 인체의 구조와 기능 44.3%, 흡연 40.8%, 성장발달 40.7%로 비교적 높게 사용하였다. 인쇄물은 전염병 예방에서 43.1%로 가장 높았으며, 다음이 질병관리 29.4%, 건강한 생활 23.6%로 비교적 높게 사용하고 있었다(표 9).

5) 교육매체에 따른 보건교육 내용

보건교육 시 보건교사의 42.1%가 칠판을 사용하여 강의식 교육을 하였으며, 슬라이드, 비디오, 컴퓨터 등의 영상 매체를 37.0%, 인쇄물을 18.6%, 기타를 2.3%가 사용하는 것으로 조사되었다. 내용별로는 영상 매체는 음주에서 48.1%

5. 보건교육에 대한 보건교사의 주관적 평가

1) 대상학교의 규모와 지역에 따른 보건교육 평가

현재의 보건교육에 대한 보건교사의 주관적 평가는 교육시간 수는 보통이다가 55.2%, 부족

표 10. 대상학교의 규모와 지역에 따른 보건교육 평가

| 보건교육 | 학급수 | | | 소재지역 | | | 총계 |
|------------------|------|---------------|------|------|---------------|------|-----------|
| | ≤20 | 21~40 | ≥41 | 대도시 | 중소도시 | 농촌 | |
| 교육시간 수 | | | | | | | |
| 충분하다 | 15.7 | 13.2 | 8.8 | 14.5 | 12.6 | 15.4 | 13.2(78) |
| 보통이다 | 57.0 | 56.6 | 49.6 | 46.6 | 57.0 | 60.8 | 55.2(327) |
| 부족하다 | 27.3 | 30.2 | 41.6 | 38.9 | 30.4 | 23.8 | 31.6(187) |
| | | $x^2=10.08^*$ | | | $x^2=10.98^*$ | | |
| 교육내용의 적절성 | | | | | | | |
| 충분하다 | 14.2 | 19.1 | 23.4 | 20.2 | 20.1 | 15.6 | 18.0(106) |
| 보통이다 | 77.7 | 69.1 | 67.9 | 70.5 | 67.2 | 77.2 | 72.5(427) |
| 부족하다 | 8.1 | 11.8 | 8.7 | 9.3 | 12.7 | 7.2 | 9.5(56) |
| | | $x^2=7.68$ | | | $x^2=4.94$ | | |
| 교육방법의 적절성 | | | | | | | |
| 충분하다 | 8.9 | 19.3 | 19.8 | 16.6 | 18.9 | 12.2 | 15.2(89) |
| 보통이다 | 74.9 | 65.4 | 64.0 | 65.8 | 65.9 | 71.7 | 68.9(404) |
| 부족하다 | 16.2 | 15.3 | 16.2 | 17.6 | 15.2 | 16.1 | 15.9(93) |
| | | $x^2=12.90^*$ | | | $x^2=3.26$ | | |
| 교육효과 | | | | | | | |
| 충분하다 | 15.8 | 26.1 | 25.0 | 24.9 | 27.3 | 16.6 | 21.6(127) |
| 보통이다 | 78.5 | 69.0 | 67.6 | 68.9 | 67.4 | 76.8 | 72.6(426) |
| 부족하다 | 5.7 | 4.9 | 7.4 | 6.2 | 5.3 | 6.6 | 5.8(34) |
| | | $x^2=9.40$ | | | $x^2=6.06$ | | |

p<0.01, *p<0.001
무응답 제외

하다가 31.6%, 충분하다가 13.2%였다. 학교의 규모와 지역에 따른 보건교육 시간의 적절성에서 소규모 학교는 부족하다가 27.3%인데 비해 중간규모 학교에서는 30.2%, 대규모학교는 41.6%로서 유의한 차이가 있었다(p<0.05). 또한 지역 특성에 따라서도 유의한 차이가 있어서 (p<0.05), 대도시 학교는 부족하다가 38.9%인데 비해 중소도시 학교에서는 30.4%, 농어촌 지역 학교는 23.8%이었다.

보건교육 내용의 적절성에 대한 평가는 적절하다가 72.5%, 매우 적절하다가 18.0%, 부적절하다는 9.5%이었다. 학교의 규모와 지역에 따른 보건교육 내용의 적절성에는 유의한 차이가 없었다.

보건교육 방법에 대한 적절성은 보통이다가 68.9%, 부적절하다가 15.9%, 적절하다가 15.2%이었다. 학교의 규모와 지역에 따른 보건교육 방법의 적절성에서 소규모 학교는 적절하다가 8.9%인데 비해, 중간규모 학교에서는 19.3%, 대규모 학교는 19.8%로서 유의한 차이가 있었으나 (p<0.05), 지역 특성에 따라서는 유의한 차이가 없었다.

보건교육 효과에 대해서는 보통이다가 72.6%, 효과적이다가 21.6%, 비효과적이다가 5.8%로 응답하였다. 보건교육 효과에 대해서는 학교의 규모와 지역 특성에 따라서는 유의한 차이가 없었다(표 10).

표 11. 보건교사의 교육경력과 1급 교사연수에 따른 보건교육 평가

%

| 보건교육 | 교육경력(년) | | | | | 1급 교사연수 | |
|-----------|---------|------|----------------------|-------|------|---------------------|------|
| | ≤5 | 6~10 | 11~15 | 16~20 | ≥21 | 유 | 무 |
| 교육시간 수 | | | | | | | |
| 충분하다 | 13.1 | 12.7 | 13.3 | 13.7 | 15.3 | 12.9 | 15.0 |
| 보통이다 | 42.1 | 52.5 | 63.4 | 69.6 | 61.0 | 58.9 | 41.7 |
| 부족하다 | 44.8 | 34.8 | 23.3 | 16.7 | 23.7 | 28.2 | 43.3 |
| | | | $\chi^2=29.36^{***}$ | | | $\chi^2=12.44^{**}$ | |
| 교육내용의 적절성 | | | | | | | |
| 충분하다 | 16.8 | 17.8 | 20.0 | 16.7 | 18.6 | 18.2 | 16.8 |
| 보통이다 | 74.1 | 73.9 | 73.3 | 10.6 | 67.8 | 71.3 | 77.3 |
| 부족하다 | 7.1 | 8.3 | 6.7 | 12.7 | 13.6 | 10.5 | 5.9 |
| | | | $\chi^2=3.93$ | | | $\chi^2=2.70$ | |
| 교육방법의 적절성 | | | | | | | |
| 충분하다 | 14.0 | 11.8 | 17.8 | 16.7 | 19.0 | 16.1 | 10.2 |
| 보통이다 | 68.5 | 72.5 | 66.7 | 66.6 | 68.0 | 67.8 | 74.6 |
| 부족하다 | 17.5 | 15.7 | 15.5 | 16.7 | 12.0 | 16.1 | 15.2 |
| | | | $\chi^2=3.86$ | | | $\chi^2=2.85$ | |
| 교육효과 | | | | | | | |
| 충분하다 | 20.3 | 18.4 | 24.4 | 23.5 | 24.1 | 21.4 | 21.9 |
| 보통이다 | 70.6 | 75.4 | 71.2 | 70.6 | 75.9 | 73.3 | 69.7 |
| 부족하다 | 9.1 | 6.2 | 4.4 | 5.9 | 0.0 | 5.3 | 8.4 |
| | | | $\chi^2=8.25$ | | | $\chi^2=1.72$ | |

p<0.01, *p<0.001

무응답 제외

2) 보건교사의 교육경력과 1급 교사연수에 따른 보건교육 평가

보건교사의 경력에 따른 보건교육 시간의 적절성에서 경력이 5년 이하인 경우에 부족하다가 44.8%, 6~10년이 34.8%, 11~15년이 23.3%, 16~20년이 16.7%, 21년 이상 23.7%로서 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$). 보건교사의 1급 교사연수 유무에 따라서도 유의한 차이가 있어서 ($p < 0.05$), 연수를 받은 교사는 부족하다가 28.2%인데 비해, 안 받은 교사는 43.3%이었다. 보건교육 내용과 방법에 대한 적절성, 보건교육 효과에 대한 평가는 보건교사의 경력과 일급교사 연수 유무에 따라서도 유의한 차이가 없었다(표 11).

IV. 논 의

연구 대상학교의 평균 학급 수는 27.2 ± 16.9 학급으로 1998년의 29개보다 감소하였으나, 보건교사 1인당 평균 학생 수는 $1,019 \pm 754.2$ 명으로서 1998년의 1,011명과 거의 유사하였다(김영임, 2000). 이 결과는 보건교사 1인당 학생 수가 800명인 일본보다 학생 수가 많았으며, 또한 보건교사 1인당 학생 수가 최소 43명에서 3,200명으로 현재 보건교사의 업무의 양 및 질에서 크게 차이가 있을 것이므로 이에 대한 개선책이 필요함을 시사해 주고 있었다.

이 연구에서 보건교사가 보건교육을 위한 연간 계획서를 작성하고 계획서에 준해서 교육을 시행하지 못하는 경우가 3.3%였으며, 이 결과는 계획서를 작성하지 않는 보건교사가 3.2%, 미이행이 5.3%였던 김영임과 안지영(1999)의 연구와 대체로 일치하였고, 15.5%이었던 이화연과 박영

수(1993)의 연구결과보다는 높았다. 이는 연간 계획서 작성의 필요성에 대한 인식도가 증가하여 높아진 것으로 여겨진다. 또한 계획서 이행은 보건교사의 경력과 학교의 학급수와 상관이 있다고 하였으나(김영임과 안지영, 1999), 본 연구 결과는 대도시와 중소도시 학교보다 농어촌 지역 학교가 이행율이 높았으며, 학급 수나 보건교사의 경력에 따른 차이는 없었다.

학습지도안 작성은 보건교사의 9.3%가 하지 않는 것으로 나타나 2.1%였던 선행연구 결과보다(김영임과 안지영, 1999) 지도안 작성에 더 소홀해지는 것을 볼 수 있었다. 학교의 규모에 따라서는 학교의 규모가 클수록 반드시 작성하는율이 높아서 선행연구 결과와 일치하였으며(김영임과 안지영, 1999), 지역적으로 대도시 학교에서 작성률이 높았다. 그러나 보건교사의 경력과 1급 교사연수 유무에 따라서는 차이가 없었다.

이상의 결과로 미루어 학교 보건교육의 계획은 보건교사 개인의 능력이나 자질보다는 학교의 특성에 따라 좌우되는 것으로 보이며, 학습지도안 작성에 황거보다 낮아진 것은 업무량이 과도하게 증가하였거나 보건교사들의 사기가 낮아진 것이 아닌가 생각된다.

보건교사의 연간 총 보건교육 시간은 96.8시간이었으며, 범위는 4시간에서 1,388시간으로 평균으로 볼 때 교과서에 나온 초등학교의 보건교육 시간은 총 274시간(김영주와 김정순, 2003)에 미치지 못하고 있었으나, 이를 초과해서 하는 보건교사도 많음을 알 수 있었다. 이를 연간 수업 주수 34주로 나누어 볼 때 주당 약 3시간 정도를 하는 것으로 나타나 초등학교의 주당 6시간의 권장 보건교육 시간 절반에 불과한 수준으로서, 대부분의 학교에서 권장 보건교육 시간을 충족하지 못하고 있었는데, 이는 보건교육이 정규 시간

도 없고, 보건교육외의 건강관리 업무 등으로 못하고 있는 것으로 여겨진다. 또한 선행연구에서 서울시 초등학교 보건교사의 보건교육 시간이 주당 3~4시간을 한다가 가장 많았던 결과와 유사하여(윤동엽, 1995), 보건교사의 보건교육 시간은 10년 전과 변화가 없음을 보여주고 있었다. 그러나 보건교육은 대규모 학교가 소규모 학교보다 많이 하는 것으로 나타나, 선행연구 결과와 유사하였으며(김영임과 안지영, 1999), 이는 보건교사의 입장에서 수업량이 많았을 따름이지 학생들이 제공받는 보건교육의 양이 많은 것은 아닌 것 같다. 학교의 소재 지역이나 보건교사의 경력과 1급 교사연수 유무에 따른 차이는 없었다.

내용별 시간 비중은 성교육이 가장 많아 연간 평균 24.6시간이었으며, 다음이 전염병 예방으로 7.0시간, 질병관리, 성장발달, 약물 오·남용, 구강보건, 인체의 구조와 기능 등이 6시간 대, 건강한 생활, 안전생활, 흡연, 환경과 건강 및 영양 등이 5시간대, 음주가 가장 낮아 5시간을 하회하고 있었다. 보건교육 내용에서 90%의 보건교사들이 성교육을 시행하였으며, 60~80%의 교사가 약물 오·남용, 구강보건, 전염병 예방, 질병관리, 건강한 생활 및 흡연에 대한 교육을 하였고, 이에 비해 인체의 구조와 기능, 성장발달, 안전생활, 음주, 영양, 환경과 건강 등에 대한 교육은 60% 미만의 교사가 교육한 것으로 조사되었다.

학년별 보건교육 비중은 1, 2학년은 11% 정도, 3, 4학년은 15~19% 정도, 5, 6학년은 20%를 초과하여서 저학년의 보건교육이 고학년의 절반 수준이었는데, 이는 고학년에서 보건교육의 비중이 높아지는 것이 아니라 고학년으로 갈수록 수업량이 늘어나는 것과 관련이 있는 것으로 볼 수 있겠다. 또한 보건교육 내용 분석에서 보건교육 내용이 1학년이 가장 많았고, 그다음 2

학년에서 감소되었다가 6학년까지는 학년이 올라갈수록 내용이 증가하는 것으로 나타난 연구(김영주와 김정순, 2003)와 상치되는 결과로서 1학년의 보건교육 내용이 전문적인 건강 관련 내용보다 일상생활과 관련된 기본적인 내용이 많기 때문에 담임교사에 의해 교육된 반면, 고학년의 보건관련 교육 내용은 전문성을 요구하기 때문에 보건교사에 의해 수행된 것으로 보인다. 학년별 시행된 보건교육 내용은 1, 2, 3학년은 전염병 예방과 구강보전이 가장 많았으며, 그 외에 성교육, 건강한 생활, 전염병 예방과 질병관리가 비교적 많았다. 4, 5, 6학년에서는 성교육이 가장 많았으며, 그 외에 전염병 예방, 흡연, 약물 오·남용, 안전생활, 질병관리가 비교적 많았다. 이 결과는 초등학교 1~2학년에서 가장 많이 다루는 내용은 구강보건과 개인위생, 3~4학년에서는 구강보건, 개인위생, 영양, 전염병 예방, 안전사고와 응급처치, 5~6학년은 성교육, 음주 및 흡연, 약물 및 마약, 성장발달, 신체의 구조와 기능, 전염병 관리가 강도 높게 다루어지고 있었다는 선행연구와 거의 유사한 양상이었다(김영임과 안지영, 1999). 전 학년에 걸쳐서 비중 높게 교육되고 있는 것은 전염병 예방, 질병관리, 성교육 등으로서 사회적으로 감염성 질환이 감소한 반면, 생활습관과 관련된 만성 퇴행성 질환이 증가하는 추세이지만, 집합과 분산이 심한 학교 생활의 특성상 학교에서 전염성 질환 문제는 여전히 중요하게 다루어지고 있음을 알 수 있었다. 또한 성교육의 경우 과거에는 주로 고학년 여학생들 대상으로 순결 교육을 중점적으로 교육해 왔었으나, 증가 일로에 있는 청소년들의 성문제 해결을 위해서 저학년에서 시작하여 고학년에 이르기까지 전 학년에 걸쳐서 성교육을 강화한 것으로 보인다. 학년별 특성으로 저학년에서는

구강보건을 중심으로 한 일상적인 건강생활에 대한 교육이 중점적으로 이루어지고 있었으며, 고학년에서는 현재 청소년들에게 문제가 되고 있는 음주나 흡연을 포함하여 약물 오·남용이나 성교육을 집중적으로 하고 있었다.

보건교육에 사용된 방법은 학급별이 70%를 상회하고 있었으며, 교육내용에서는 흡연, 성교육, 성장발달, 인체의 구조와 기능 등에서 학급별 교육을 비교적 높이 사용하였다. 학년별 교육은 20% 정도를 사용하였으며, 교육내용에서는 환경과 건강, 안전생활, 영양, 구강보건, 건강한 생활 등에서 비교적 높이 사용하였다. 방송 교육이나 전교생 대상 교육과 같은 기타 방법은 10% 미만이었으며, 교육 내용에서는 전염병 예방, 질병관리, 건강한 생활 등에서 비교적 높이 사용하였으며, 불시에 유행하는 전염병이나 질병관리 등에 대하여 전교생 대상 교육방법을 많이 활용한 것으로 보인다.

교육 매체는 학습의 효과를 높일 수 있으며, 매체를 적절하게 활용하면 학생들의 흥미를 유발하고, 학습동기가 부여되며, 이해도를 높일 수 있는 장점이 있으나 이 연구에서 보건교육 시 칠판을 사용하여 강의식 교육을 한 보건교사 40%를 상회하였다. 이는 선행연구에서 보건교사들이 보건교육에서 어려운 점의 하나로 지적한 교육 자료의 부족에 기인한 것으로 보이며, 윤동엽(1995), 김영임과 안지영(1999)의 연구에서 보건교육용 매체 개발과 보급이 필요함을 시사해 주고 있었다. 또한 슬라이드, 비디오, 컴퓨터 등의 영상 매체를 사용한 교사는 37.0%였으며, 음주, 인체의 구조와 기능, 흡연 교육 등에서 비교적 높이 사용한 것으로 나타나 현재 사회적으로 문제화되고 있는 흡연이나 음주, 보건 의료계 학생 교육용으로 인체의 구조와 기능 등에 대한 교육

용 매체는 어느 정도 개발되어 있으며, 또한 보급도 되어 있는 것으로 생각된다. 인쇄물은 20%에 가까운 교사들이 사용하였으며, 전염병 예방이나 질병관리 교육에 학생들에게 중요한 내용을 수시로 확인하고 반복 학습을 할 수 있는 자료를 제공한 것으로서 매우 바람직한 것으로 보인다.

현재의 보건교육에 대한 보건교사의 주관적 평가에서 교육시간 수는 부족하다가 31%를 상회하였으며, 학교의 특성에서 규모가 큰 대도시의 학교와 보건교사의 경력의 짧고, 보건교사의 1급 교사 연수를 안 받은 군에서 부족하다는 의견이 높았다. 이는 이 연구에서도 현재 초등학교의 보건교육이 권장 시간 수에도 미치지 못하고 있으며, 정규 시간 배정도 안 되어 있는 것에 기인한 것으로 생각되며, 학생들에게 필요한 보건교육 내용을 효과적으로 전달하기 위해서는 앞으로 더 많은 시간이 보건교육으로 할애되어야 할 것이다.

보건교육 내용에 대해서는 적절하지 못하다는 9.5%로 보건교육의 내용이 부적합하다가 5%였던 선행연구 결과 보다 다소 높았으나(김지주, 1993), 비교적 보건교육의 내용면에서는 만족하는 편이었고, 학교의 특성이나 보건교사의 경력과 일급교사 연수 유무에 따른 차이도 없었다.

보건교육 방법에 대해서는 적절하지 않다가 15.9%였으며, 학교의 규모가 클수록 적절하지 않다는 의견이 높았으나 학교의 소재 지역이나 보건교사의 경력과 1급 교사 연수 유무에 따라서는 유의한 차이가 없었다.

보건교육 효과에 1급 교사 연수 유무에 따라서는 유의한 차이가 없었다.

이상의 결과를 종합적으로 볼 때 초등학교 보건교육은 내용면에서는 성교육이나 음주와 흡연

을 포함한 약물 오·남용 등 시대적 변화에 따른 건강 문제와 전염병 및 질병관리 등 신체적 건강 문제를 비교적 포괄적으로 학생들에게 필요한 내용을 교육하고 있었으나, 권장 보건교육 시간을 충족하지 못할 정도로 교육시간 수가 적었으며, 칠판을 사용한 강의식 교육을 가장 많이 사용하고 있는 것은 해결해야 할 문제점으로 보인다. 또한 학교 보건교육의 계획이나 실행은 보건교사 개인의 능력이나 자질보다는 학교의 규모와 같은 특성에 따라 많이 좌우되고 있어서 현재 학교의 규모와 관련 없이 1개교 1인의 보건교사 배치는 보건교육을 포함한 학교보건 업무의 양과 질에서 크게 차이가 있음을 알 수 있었다. 따라서 효율적인 보건교육을 위해서는 보건 교과목의 개설로 적절한 보건교육 시간을 확보함과 아울러 보건교사가 보건교육을 시행할 수 있도록 학교보건을 위한 인력의 확충이나 업무 조정 등과 같은 여건의 개선과 다양한 교육 매체의 개발과 보급이 필요하다고 생각된다.

V. 결론

초등학교 보건교사의 보건교육 실태를 파악하기 위하여 초등학교에 재직 중인 620명의 보건교사를 대상으로 2003년 9월 15일부터 12월 15일까지 우편을 통한 설문지 조사를 한 결과는 다음과 같았다.

1. 보건교사들이 보건교육을 연간 계획서를 작성하여 시행하는 경우는 28.6%, 대체로 계획서대로 실시하는 경우가 68.1%, 그렇지 못한 경우가 3.3%였으며, 시행률은 농어촌 지역 학교에서 유의하게 높았다. 학습지도안 작성은

반드시 작성한다가 43.9%, 대체로 작성한다가 46.8%, 작성하지 않는다가 9.3%였으며, 작성률은 대도시에 소재하는 대규모 학교가 유의하게 높았다.

2. 보건교사의 연간 총 보건교육 시간은 평균 96.8시간이었다. 보건교육 내용별 시간 비중은 성교육이 가장 많아 24.6시간이었으며, 다음이 전염병 예방으로 7.0시간, 질병관리가 6.9시간, 성장발달이 6.8시간, 약물 오·남용이 6.6시간, 구강보건이 6.1시간, 인체의 구조와 기능이 6.0시간, 건강한 생활이 5.9시간, 안전생활이 5.8시간, 흡연이 5.6시간, 환경과 건강이 5.4시간, 영양이 5.3시간, 음주가 4.8시간의 순이었다. 보건교육 시간은 대규모 학교가 유의하게 많았다.
3. 보건교육 내용에서 90.2%의 보건교사들이 성교육을 시행하였으며, 다음 약물 오·남용 78.4%, 구강보건 75.8%, 전염병 예방 72.3%, 질병관리 61.5%, 건강한 생활과 흡연을 각각 60.6%, 인체의 구조와 기능 및 성장발달 각각 57.8%, 안전생활 55.3%, 음주 51.4%, 영양 44.5%, 환경과 건강 38.5%의 순이었다.
4. 학년별 보건교육 비중은 5학년이 가장 높았으며, 다음이 6학년, 4학년, 3학년, 1학년, 2학년의 순이었다. 학년별 교육을 많이 한 내용은 1, 2, 3학년은 전염병 예방, 구강보건, 성교육, 건강한 생활과 질병관리였으며, 4학년은 성교육, 전염병 예방, 질병관리와 안전생활, 5, 6학년은 성교육, 전염병 예방, 약물 오·남용과 흡연이었다.
5. 학년별 교육 방법을 많이 사용한 내용은 환경과 건강, 안전생활, 영양, 구강보건, 건강한 생활 등이었으며, 학급별은 흡연, 성교육, 성장발달, 인체의 구조와 기능, 음주 등이었고, 기

다는 전염병 예방, 질병관리, 건강한 생활, 흡연 등이었다.

6. 영상매체는 음주, 인체와 구조와 기능, 흡연, 성장발달 등의 교육에, 인쇄물은 전염병 예방과 질병관리 교육에 비교적 많이 사용하였다.
7. 보건교육의 평가에서 교육시간 수는 31.6%의 보건교사가 부족하다고 하였으며, 대도시 소재의 대규모 학교에서, 경력이 짧고, 1급 교사 연수 교육을 받지 않은 보건교사의 부족하다는 의견이 유의하게 높았다. 보건교육 내용에 대하여는 9.5%가 부적절하다고 하였으며, 보건교육 방법에 대하여는 15.9%가 부적절하다고 하였고, 대규모 학교에서 부적절하다는 의견이 유의하게 높았다. 보건교육 효과에 대해서는 5.8%가 비효과적이라고 하였다.

이상의 결과로 효율적인 보건교육을 위해서는 보건 교과목의 개설로 적절한 보건교육 시간을 확보함과 아울러 보건교사가 보건교육을 시행할 수 있도록 학교보건을 위한 인력의 확충이나 업무 조정 등과 같은 여건의 개선과 다양한 보건교육 매체의 개발과 보급이 필요하다고 생각된다.
<접수일자: 2005.6.3, 게재확정일자: 2005.12.6>

참고문헌

- 김가옥. 제7차 초등학교 교육과정에 제시된 보건교육 내용분석[석사학위논문]. 충북: 한국교원대학교 대학원, 2002.
- 김 명. 학교보건교육의 강화방안. *한국보건교육·건강증진학회지* 1993;10(2):22-31.
- 김영임. 양호교사의 분포 및 학교보건사업의 활성화. *한국학교보건학회지* 2000;13(1):1-17.
- 김영임, 안지영. 학교보건교육 수행실태 및 영향요인 분석. *한국학교보건학회지* 1999;12(1):85-95.

김영주, 김정순. 제7차 초등학교 교육과정의 보건교육 관련내용 분석. *한국학교보건학회지* 2003;16(2):71-84.

김지주. 서울시 초·중등학교 보건수업의 실제. *한국교육개발원*, 1993.

윤동엽. 서울시 국민학교 보건교육의 실태와 개선방안에 관한 연구. *한국학교보건학회지* 1995;8(2):245-255.

이덕원. 한국과 일본의 보건교육에 관한 비교연구 -초등학교 보건교과서 비교를 중심으로 -. 제 28회 보건학종합학술대회; 서울대학교, 2003년 10월.

이순영. 초등학교 보건교육내용의 국제비교분석 -한국, 미국, 일본을 중심으로-[석사학위논문]. 충북: 한국교원대학교 대학원, 2002.

이화연, 박영수. 초등학교교사의 보건교육실태에 대한 조사연구. *한국학교보건학회지* 1993;6(1):45-57.

<ABSTRACT>

Status of Health Education by Elementary School Nurses

Jung-Soon Moon · Kyeong-Yae Sohng · Jong-Eun Lee

College of Nursing, The Catholic University

Objectives: To investigate the status of health education in elementary schools.

Methods: 620 school nurses were surveyed by questionnaires from September to December in 2003.

Results: 1) Among the school nurses under inquiry of planning of health education, 3.3% and 9.3% of them did not prepare for teaching plan. 2) The average time for health education by a school nurse was 96.8 hours a year, and handouts for health education were distributed 10.6 times. Among the contents of health education, sex education took the largest portion of health education with 24.6 hours a year. 3) With regard to the contents of health education covered by school nurses, sex education ranked first with 90.2%, next came drug abuse with 78.4%, dental health, CDC, disease control, healthy life and smoking, body structure and function and growth and development, safety, alcohol, nutrition and environmental health followed them. 4) The main contents of education were CDC, dental health, sex, healthy life and disease control for 1st, 2nd and 3rd grade students, sex, CDC, disease control and safety for 4th grade students, and sex, CDC, drug abuse and smoking for 5th and 6th grade students. 5) 72.6% of school nurses used class room for health education, 20.0% and 7.4% of them used grade and others such as broadcast, respectively. 6) 42.1% of school nurses used blackboard, 37.0% and 18.6% of them used visual media and handout as a teaching aids for health education. 7) 31.6% of school nurses replied that education time was insufficient. 9.5% and 15.9% of them replied the contents of health education were inadequate and methods of health education were inappropriate, respectively.

Conclusions: For the successful school health education, it would be in need of sufficient time for health education by opening health education course and of modify the various working conditions of school nurses, and those of effective educational materials and media for health education.

Key words : Schools, Health, Education