

학교특성에 따른 건강증진학교 평가

이은영*, 최보울** , 손애리** , 안동현***

* 한양대학교 의과대학 예방의학교실

** 삼육대학교 보건관리학과

*** 한양대학교 의과대학 신경정신과학교실

I. 서론

WHO 건강증진학교(Health Promoting School)의 개념은 Ottawa 현장의 생활터(setting)별 건강증진의 개념이 적용된 것이며, 지난 30년 동안 전 세계로 퍼져 나가 많은 학교가 건강증진학교 개념을 적용하여 운영하고 있다(Leger 2004). 건강증진을 위한 생활터(Setting)별 접근은 개인에게 건강 정보를 제공하고 건강 기술과 태도 발달을 도와 건강한 생활습관을 습득하도록 하는 전통적인 개념에서 더 나아가 개인의 건강을 지지하고 보호할 수 있는 물리적 환경과 사회적 분위기를 형성하여 건강관련 문제를 예방하고 안녕을 증진시키는 것이다(Mukoma와 Flisher, 2004; Gray 등, 2006). 따라서 건강증진학교는 구성원들의 건강증진 역량강화와 건강한 학교 환경 구성을 통한 건강한 학교 생활터 구축을 추구한다(WHO, 1998).

전통적인 학교보건사업과 WHO에서 제시하는 건강증진 학교는 건강과 보건교육에 대한 개념에서 차이가 있다(Gray 등, 2006). 즉, 전통적 학교보건사업에서는 개인의 건강문제와 건강습관에 초점을 두고 있으며, 신체적 건강을 중요시하여 질병이 없음을 건강한 상태로 정의하는 반면에 건강증진학교는 공동체로서 학교 그리고 학교구성원 모두에 초점을 두며, 건강을 긍정적인 안녕(Well-being)으로 정의하여 삶의 질, 건강 문제 예방 그리고 긍정적인 정신적·사회적·신체적 건강을 강조한다. 보건교육에 있어 전통적

학교보건사업은 행동변화를 위한 지식 전달에 중점을 두며, 일시적인 특강의 형태로 진행되는 것이 대부분이고, 메시지 전달방식도 경고를 하거나 두려움을 주는 방법을 취하고 있다. 그러나 건강증진학교에서는 학교 구성원들이 그들이 원하는 건강함을 얻기 위해 어떻게 무엇을 해야 할지를 자율적으로 의사결정 하는 것을 중요시하고 건강지식 뿐만 아니라 기술과 태도를 형성하여 궁극적으로 건강한 행동을 할 수 있는 능력을 기르는 것을 목적으로 한다. 따라서 교과과정에 통합된 보건교육을 실시하고, 학생이 주체가 되어 수업에 적극적으로 참여하는 것을 권장하며, 건강에 유익한 긍정적인 메시지를 전달하는 방법을 강조한다(Gray 등, 2006).

교사는 도덕적 관점에서 학생들에 대한 역할모델로서만 고려되며, 또한 운동장과 보건실과 같이 제한된 학교의 물리적 환경에만 관심을 갖는 전통적인 학교보건사업과는 달리 총체적 접근을 하는 건강증진학교에서는 교사의 정신적·사회적·신체적 건강을 강조하고, 교사건강증진 프로그램이 필수적임을 강조한다. 또한 교실, 복도, 운동장, 화장실, 식당, 등하교길 등 학교의 모든 부분이 건강에 영향을 주는 물리적 환경으로 고려된다. 지역사회와 연계에 있어 전통적 학교보건사업에서는 지역사회 인사나 학부모를 학교에서 요청 시 도와주는 존재로 여겼던 것과는 달리 건강증진학교 접근에서는 지역사회 인사와 학부모가 학교 건강증진사업에 적극적으로 참여할 것을 권장하고 학생도 마찬가지로

교신저자: 최보울

서울 성동구 행당동 17 한양대학교 의과대학 예방의학교실

전화: 02-2220-0662 팩스: 02-2293-0660 E-mail: bychoi@hanyang.ac.kr

* 이 연구는 보건복지가족부 국민건강증진기금으로 수행되었음(#4-07).

▪ 투고일 09.08.04

▪ 수정일 09.09.15

▪ 게재확정일 09.09.19

가지로 이를 유도한다. 따라서 평가부분에서도 차이가 있다. 전통적인 학교보건사업이 학생들의 행위 변화에 대한 평가를 했다면, 건강증진학교에서는 학생들의 사고, 약속, 비전을 포함하는 행동능력을 평가한다(Gray 등, 2005).

이러한 전통적 학교보건사업과의 차이로 인하여 건강증진학교 개념은 교육계와 보건계 모두에서 인식의 전환을 일으키는 계기가 되었다. 즉 학교보건사업에 있어 질병 이환율과 사망률의 감소보다는 질병을 예방하고 건강을 증진하는 것의 중요성을 인식하는 계기가 되었으며, 학교보건사업에 대한 보다 총체적 접근을 시도하게 되었다. 또한 학교 구성원 스스로 기획하고 행동하기 위한 전략을 세우는 등 학교보건의 새로운 기틀을 제공하였다(Leger, 2004; Mukoma와 Flisher, 2004).

우리나라는 1995년 건강증진법 제정 이후 학교를 기반으로 한 건강증진사업이 꾸준히 진행되어 왔으나 일시적이고 단기적 사업 진행, 학생들의 신체적 건강 중심의 행동 변화만을 강조, 학교의 인적 물적 상황에 대한 고려 없이 획일적인 프로그램 적용 등이 문제점으로 지적되었다. 따라서 학교 건강증진사업의 포괄적이고 총체적인 접근을 위한 기틀로 WHO 건강증진학교의 학교 현장 적용의 필요성이 제기되고 있다(김혜경과 고승덕, 2007; 김혜련, 2008).

이를 위하여 WHO 건강증진학교 개념에 근거한 평가 지표를 개발하고 우리나라 학교 현장에서 건강증진학교의 현황을 파악하는 것이 선행되어야 한다. WHO 건강증진학교 구축을 위한 지침에서 건강증진학교 구성요소는 학교보건정책, 학교의 물리적 환경, 학교의 사회적 환경, 지역사회유대, 개인건강기술 그리고 학교보건서비스라 규정하고 각 영역별 점검사항(check point)을 기술하였다(WHO, 1996). 국내에서는 건강증진학교 평가 지표 개발을 위하여 이 지침에 근거하여 우리나라 실정에 맞게 수정 보완한 학교건강증진 평가 지표를 제시하고 보건교사를 대상으로 실태 조사한 연구(김영임, 1998)와 WHO 건강증진학교 6개 구성요소 중 학교보건정책을 중심으로 초등학교의 학교보건정책 지침개발 및 수행 정도를 분석한 연구(이정렬 등, 2003)가 있다. 또한 설문 대상을 보건교사뿐만 아니라 전체 교사로 확대하여 경기도 일개 군 지역의 건강증진학교를 평가한 연구(손애리 등, 2008)가 보고되었다.

이상의 선행연구를 통하여 건강증진학교 평가 지표 개발의 성과가 있었으나 조사 대상이 보건교사 또는 일부 지

역 교사를 대상으로 한 제한점이 있었으며, 대부분 조사대상자의 일반적 특성에 따른 차이를 분석하여 건강증진학교 사업 기획 및 수행을 위한 이정표를 제공하지 못하였다. 따라서 대표성 있는 표본 선정 과정을 통하여 전체 교사의 의견을 수렴하여 현재 학교 현장에서 건강증진학교의 수준을 평가하고 학교 특성에 따른 건강증진학교 현황을 분석하여 우선 중재가 필요한 학교를 파악하는 것이 향후 건강증진학교 사업을 위한 기획 및 수행을 위하여 요구된다.

이 연구는 WHO 건강증진학교 개념에 따른 평가를 통하여 학교 현황을 파악하고 학교 특성에 따른 건강증진학교 평가의 차이를 분석하여 우선 중재가 필요한 학교의 특성을 파악하여 향후 건강증진학교 사업을 위한 우선순위 선정 등의 사업 기획뿐만 아니라 학교건강증진사업을 위한 정책 개발의 기초자료를 제공하자 수행되었다. 따라서 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 건강증진학교 구축을 위한 학교의 투입 현황을 파악한다.

둘째, WHO 건강증진학교 개념에 근거한 평가를 통하여 학교의 건강증진학교 현황을 파악한다.

셋째, 학교특성에 따른 건강증진학교 평가를 시행한다.

넷째, 건강증진학교 구축을 위한 요구도를 파악한다.

II. 연구방법

1. 조사 대상, 기간 및 방법

서울과 경기지역 초, 중, 고등학교에 근무하는 교사를 대상으로 설문조사를 시행하였다. 조사대상 교육청 및 학교 선정은 무작위층화표본추출을 하였다. 즉 서울 지역을 북, 중, 남 권역으로 나눈 후 각 권역에 따라 교육청을 무작위로 선정한 후 각 교육청마다 초, 중, 고 각 3개교를 난수표를 이용하여 무작위 선정하였다. 또한 경기 지역은 시 지역과 군 지역에서 각 3개 교육청을 무작위 선정한 후 선정된 교육청에서 초, 중, 고 각 3개교를 무작위 선정하였다. 설문조사 대상자는 각 학교의 교장, 교감, 주임교사 1인, 일반교사 1인, 보건(담당)교사, 영양교사, 체육교사로 한정하였다.

설문조사는 2008년 11월부터 12월 사이에 시행되었다. 교육청의 도움을 받아 각 조사 대상학교에 설문지와 간단한 답례품을 우송하였다. 해당 교사는 개별적으로 설문을

작성한 후에 반송봉투에 넣어 봉하여 우송하도록 하여 교사 개인의 설문내용에 대한 비밀을 보호하고, 설문응답의 신뢰도를 높이고자 하였다. 설문조사에는 총 76개교 중 59개교가 참여하여 참여율 77.6%로 나타났으며, 회수된 설문지 333부를 자료 분석에 활용하였다.

2. 조사 내용

설문조사 내용은 건강증진학교 구축을 위한 투입 현황 조사, WHO 건강증진학교 평가 설문 및 요구도 그리고 일반적 특성으로 구성되었다.

건강증진학교 투입 현황에 대한 평가는 건강증진학교 활동과 관련된 각종 문헌 고찰과 건강증진사업 평가 및 지원체계개발(2006)에서 제시한 투입지표를 기본 틀로 하여 설문을 개발하였다. 개발된 설문은 8명의 전문가로 구성된 전문가 회의를 거쳐 내용 타당도를 검증받은 후 초, 중, 고교사 14명을 대상으로 사전조사(pretest)를 하여 수정·보완하였다. 건강증진학교 투입 현황은 건강증진학교를 구축하기 위한 프로그램, 인력, 예산, 시설이 얼마나 투입되고 있는지를 평가하기 위한 것으로 10문항으로 이루어졌다. 각 문항은 건강증진학교 프로그램, 건강증진학교 수행을 위한 인력, 조직, 예산, 시설 및 시간을 평가하며 “매우 잘됨” 4점, “매우 안됨” 1점으로 점수화하였다. 즉, 점수가 높을수록 투입 현황이 좋은 것으로 평가된다. 이 연구에서 신뢰도는 Cronbach's α 0.91로 나타났다.

WHO 건강증진학교 6개 구성영역에 대한 평가는 WHO 지침에 근거하여 연구자들이 개발한 평가도구를 이용하였다. 이 도구는 WHO 서태평양 지역 네트워크에서 1996년에 개발한 “건강증진학교지침”을 기본 틀로 하고 국내 선행문헌 고찰을 통하여 초안을 작성한 후 전문가들에 의해 내용 타당도를 검토하였다(손애리 등, 2008). 건강증진학교 평가 도구는 6영역 총 50문항으로 건강한 학교정책(15문항), 학교의 물리적 환경(13문항), 학교의 사회적 환경(5문항), 지역사회 연계(6문항), 개인의 건강기술(6문항) 그리고 보건서비스(5문항)로 구성되었다. 각 문항은 4점 척도로 “매우 잘됨” 4점, “매우 안됨” 1점으로 점수화하여 점수가 높을수록 WHO 건강증진학교 지침에 근거하여 잘 운영되고 있음을 의미한다. 개발 당시 전체문항의 Cronbach's α 는 0.96(손애리 등, 2008)이었다. 이 연구에서 전체문항의 Cronbach's α 는 0.96으로 나타났으며, 각 영역의 Cronbach's α 는 0.79-0.91의 범위

안에 있는 것으로 나타났다.

건강증진학교 요구도 조사는 WHO 건강증진학교 6개 구성영역 중 가장 먼저 강화할 필요가 있는 부분을 선택하도록 하였으며, 일반적 특성은 직무, 성별, 연령, 교육경력, 지역, 학교급, 학급 수, 학생 수, 학교 주변 환경, 보건교사 유무, 학교운영위원회에서 건강과 보건 관련 주제 회의 여부 등에 대하여 조사하였다.

3. 자료 분석

연구대상자 및 학교의 일반적 특성은 빈도, 백분율, 평균과 표준편차를 산출하였으며 연구 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 를 이용하였다. 건강증진학교 투입 현황과 WHO 건강증진학교 평가는 모두 100점 만점으로 환산하여 평균, 표준편차, 최소값과 최대값을 제시하였다. 또한 학교 특성에 따른 건강증진학교 평가의 차이는 t-test와 분산분석(ANOVA)을 이용하였으며, 사후검정은 Duncan test를 하였다. 건강증진학교 요구도는 빈도와 백분율로 제시하였으며, 자료 분석은 SPSS 17.0을 사용하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 일반적 특성

연구 참여자는 교사 48.8%, 교장/교감 22.5%, 보건교사 16.9%, 영양교사 11.9%로 구성되었으며 성별은 여자 교사 59.4%, 남자 교사 40.6%였다. 평균 연령은 41.7(\pm 10.8)세, 평균 교육 경력은 16.9(\pm 11.5)년이었다(표 1).

참여 학교의 지역적 위치는 대도시 35.4%, 중소도시 30.3%, 농촌 지역 34.2%이었으며, 초등학교 35.4%, 중학교 30.3%, 고등학교 34.2%로 구성되었다. 평균 학급 수 22.9(\pm 15.4)개, 평균 학생 수 803.6(\pm 586.5)명이었다. 학교 주변 환경은 주택지 38%, 아파트단지 28.5%, 논, 밭, 산 14.9% 순이었으며, 학교주변 경제상태는 하 43.3%, 중 41.1%, 상 15.7%, 그리고 보건교사 확보율은 75.2%이었다. 또한 학교 운영위원회 확보율은 94.6%, 연간 평균 회의 횟수는 5.2(\pm 2.4)회였으며, 학교운영위원회 회의 중 건강과 보건 관련 주제의 회의를 개최한 경험이 있는 학교는 72.1%, 연간 평균 회의 횟수는 1.6(\pm 1.1)회 시행되었다(표 1).

<표 1> 조사대상자의 일반적 특성 및 학교 특성

		N(%)	
일반적 특성	직무	교장/교감	72(22.5)
		교사	156(48.8)
		보건교사	54(16.9)
		영양교사	38(11.9)
		합	320(100.0)
	성별	남자	126(40.6)
		여자	184(59.4)
		합	310(100.0)
	연령(세)	20대	53(16.9)
		30대	81(25.9)
		40대	90(28.8)
		50대 이상	89(28.4)
		합	313(100.0)
	교육경력(년)	9년 이하	95(34.2)
10-23년		93(33.5)	
24년 이상		90(32.4)	
합		278(100.0)	
학교 특성	지역	대도시	118(35.4)
		중소도시	101(30.3)
		농촌	114(34.2)
		합	333(100.0)
	학교급	초등학교	118(35.4)
		중학교	101(30.3)
		고등학교	114(34.2)
		합	333(100.0)
	학급 수	9반 이하	91(33.7)
		10-30반	81(30.0)
		31반 이상	98(36.3)
		합	270(100.0)
	학생 수	340명 이하	88(34.9)
		341-1200명	94(37.3)
		1201명 이상	70(27.8)
		합	252(100.0)
	학교 주변 환경	주택지	120(38.0)
		아파트단지	90(28.5)
		상가	17(5.4)
		논, 밭, 산	47(14.9)
		기타	42(13.3)
		합	316(100.0)
학교 주변 경제 상태	상	50(15.7)	
	중	131(41.1)	
	하	138(43.3)	
보건교사	있음	245(75.2)	
	없음	81(24.8)	
	합	326(100.0)	
학교운영위원회	있음	263(94.6)	
	없음	15(5.4)	
	합	278(100.0)	
건강보건관련 운영위원회의	있음	176(72.1)	
	없음	68(27.9)	
	합	244(100.0)	

2. 건강증진학교 투입 현황

건강증진학교 구축을 위하여 각 학교의 투입 현황을 조사한 결과는 (표 2)와 같다. 전체 투입 점수는 100점 만점에 48.5(±15.3)점으로 50점 미만이었다. 평가 항목 중 “건강증진학교 프로그램의 목적을 달성하기에 적합한 계획적인 교육활동 프로그램이 있습니까?” 항목이 54.7(±22.3)점으로 가장 잘 되고 있는 부분이었으며, “건강증진학교 프로그램을 위한 “건강증진협의회”가 구성되어 있습니까?” 항목이 36.5(±17.3)점으로 가장 잘 안 되고 있는 부분이었다(표 2).

3. WHO 건강증진학교 평가

WHO 건강증진학교 개념에 근거한 평가 결과는 (표 3)과 같다. 건강증진학교 평가는 100점 만점에 76.8(±9.4)점이었으며, 하부 6개 구성영역의 점수는 최고 80.0(±10.9)점에서 최저 67.1(±13.9)점 사이에 분포하였다. 즉, 건강증진학교 6개 구성영역 중 “학교의 물리적 환경” 영역이 100점 만점에 80.0(±10.9)점으로 가장 잘 되고 있는 부분으로 평가되었으며, 그 다음으로 “학교보건서비스” 79.3(±13.8)점, “학교보건정책” 78.6(±9.2)점, “학교의 사회적 환경” 76.5(±11.5)점, “개인건강기술” 71.2(±14.1)점 그리고 “지역사회유대” 영역이 67.1(±13.9)점 순으로 평가되었다. 따라서 건강증진학교 구성영역 중 80점 이상인 영역은 “학교의 물리적 환경” 영역 뿐이었으며, “개인건강기술” 영역과 “지역사회유대” 영역의 낮은 점수로 인하여 각 구성영역의 불균형이 있었다.

4. 학교 특성에 따른 건강증진학교 평가

학교 특성에 따른 건강증진학교 투입점수와 WHO 건강증진학교 평가점수의 차이는 (표 4)에 제시한 바와 같다. 지역, 학급 수, 학생 수, 학교 주변 환경, 학교 주변 경제 상태 그리고 보건교사 유무에 따른 건강증진학교 투입 점수는 통계적으로 유의한 수준의 차이는 없었다. 반면에 학교급별 건강증진학교 투입 점수는 통계적으로 유의한 차이가 있었다(p=0.03). 특히 초등학교에 건강증진학교 구축을 위한 프로그램, 인력, 조직, 예산, 시설 및 시간 배정 등의 투입 현황이 중학교보다 잘 되고 있었다. 또한 학교운영위원회가 있으며, 건강과 보건 관련 회의를 진행하는 학교에서 그렇지 않은 학교보다 건강증진학교 투입점수가 높았다(p=0.05, 0.00).

<표 2> 건강증진학교 투입 점수

항 목	Mean(SD)
건강증진학교 투입 점수	48.5(15.3)
건강증진학교 프로그램의 목적을 달성하기에 적합한 계획적인 교육활동 프로그램이 있습니까?	54.7(22.3)
건강증진학교 프로그램을 운영할 수 있는 인력이 충분합니까(보건교사, 학교약사, 학교의사, 상담사 등)?	49.1(21.4)
건강증진학교 프로그램을 위한 “건강증진협의회”가 구성되어 있습니까?	36.5(17.3)
학교운영위원회에서 건강관련 논의를 어느 정도 합니까?	46.7(18.2)
지역사회(시, 군, 구)와 연계한 학교건강증진협의회의 활동이 있습니까?	46.4(19.2)
건강증진학교 사업은 전문가와 어느 정도 협력하여 개발되고 있습니까?	45.4(19.3)
건강증진학교 사업은 대상자(교사, 학생)의 요구도를 어느 정도 반영하고 있습니까?	50.2(20.1)
건강증진학교 프로그램을 운영할 수 있는 충분한 예산이 책정되어 있습니까?	46.4(20.1)
건강증진학교 프로그램을 운영할 수 있는 시설(예: 운동시설, 양치실 등)이 충분히 있습니까?	54.5(22.8)
전체 수업시간 중 충분한 시간이 보건교육으로 배정되어 있습니까?	54.0(23.7)

<표 3> WHO 건강증진학교 평가

항 목	Mean(SD)	Min-Max	Percentiles		
			25	50	75
WHO 건강증진학교 평가	76.8(9.4)	50.5- 98.5	70.0	75.3	83.5
학교보건정책	78.6(9.2)	51.7- 96.7	71.7	76.7	86.7
학교물리적환경	80.0(10.9)	50.0-100.0	71.2	76.9	88.5
학교사회적환경	76.5(11.5)	40.0-100.0	70.0	75.0	85.0
지역사회유대	67.1(13.9)	25.0-100.0	57.3	66.7	75.0
개인건강기술	71.2(14.1)	29.2-100.0	62.5	70.8	79.2
학교보건서비스	79.3(13.8)	35.0-100.0	70.0	75.0	90.0

WHO 건강증진학교 개념에 근거한 건강증진학교 평가 점수 역시 지역, 학교 주변 환경, 학교 주변 경제 상태, 그리고 보건교사 유무에 따른 유의한 차이는 없었다. 그러나 학교급별 건강증진학교 평가 점수에 통계적으로 유의한 차이가 있었으며(p=0.00), 특히 초등학교에서 중고등학교보다 건강증진학교 평가 점수가 높았다. 또한 학급 수와 학생 수에 따른 건강증진학교 평가 점수의 차이가 있었다(p=0.01, 0.04). 사후검정 결과 9학급 이하와 31학급 이상의 학교에서 10-30학급의 학교보다 건강증진학교 평가 점수가 높았다. 학생 수 역시 같은 양상으로 340명 이하의 학교와 1201명 이상의 학교에서 학생 수 341-1200명인 학교에 비하여

건강증진학교 평가 점수가 높았다. 또한 학교운영위원회 확보여부보다는 학교운영위원회에서 건강과 보건 관련 회의를 진행하는 학교에서 그렇지 않은 학교보다 건강증진학교 평가 점수가 높았다(p=0.00).

학교급, 학급 수, 학생 수 그리고 건강보건관련 운영위원회 회의 여부에 따른 WHO 건강증진학교 6개 구성영역의 차이를 분석한 결과는 (표 5)와 같다. 학교급에 따른 평가 점수의 차이는 건강증진학교 6개 구성영역 모두에서 동일하게 나타났으며, 초등학교에서 중고등학교보다 통계적으로 유의하게 높았다. 학급 수에 따른 건강증진학교 평가 점수의 차이는 “개인건강기술” 영역을 제외하고 나머지 5개

<표 4> 학교 특성에 따른 건강증진학교 평가

		건강증진학교 투입 점수			WHO 건강증진학교 평가		
		N	M(SD)	F/t(p)	N	M(SD)	F/t(p)
지역	대도시	93	48.0(16.1)	0.1(0.91)	84	76.6(10.0)	0.3(0.74)
	중소도시	129	48.9(15.4)		115	76.5(8.9)	
	농촌	91	48.5(14.2)		81	77.5(9.7)	
학교급	초등학교 ^a	116	51.3(16.6)	3.6(0.03)	105	80.4(9.5)	13.1(0.00)
	중학교 ^b	93	45.6(12.8)	a>b	79	74.4(8.3)	a>b,c
	고등학교 ^c	104	48.1(15.3)		96	74.9(9.1)	
학급 수	9반 이하 ^a	88	50.7(14.3)	1.5(0.23)	80	77.9(9.0)	5.3(0.01)
	10-30반 ^b	76	46.7(13.7)		71	73.8(8.5)	a,c>b
	31반 이상 ^c	93	48.5(16.5)		80	78.2(9.6)	
학생 수	340명 이하 ^a	85	51.0(14.3)	2.3(0.10)	77	78.5(9.3)	3.2(0.04)
	341-1200명 ^b	87	46.2(14.1)		83	75.2(9.1)	a,c>b
	1201명 이상 ^c	68	49.7(17.1)		57	78.6(10.0)	
학교 주변 환경	주택지, 아파트단지	200	47.5(15.1)	-1.5(0.13)	178	76.6(9.4)	-0.9(0.39)
	그 외	101	50.3(15.4)		92	77.6(9.7)	
학교 주변 경계 상태	상	47	50.6(15.8)	1.5(0.22)	41	77.1(10.0)	0.7(0.50)
	중	124	49.5(16.2)		109	77.7(10.0)	
	하	133	46.9(13.9)		121	76.2(8.8)	
보건교사	있음	229	48.6(16.2)	0.3(0.73)	204	76.6(9.9)	-0.8(0.45)
	없음	80	48.0(11.9)		73	77.5(8.2)	
학교운영위원회	있음	252	48.8(15.5)	-2.2(0.05)	227	77.4(9.5)	-1.9(0.06)
	없음	14	42.9(9.6)		13	72.3(9.9)	
건강보건관련 운영위원회의	있음	171	51.2(15.8)	-4.0(0.00)	157	78.9(9.2)	-3.6(0.00)
	없음	65	42.3(12.9)		58	73.9(9.0)	

<표 5> 학교특성에 따른 WHO 건강증진학교 구성영역 차이

		학교보건정책	학교물리적환경	학교사회적환경	지역사회유대관계	개인건강기술	학교보건서비스
학교급	초등학교 ^a	81.5(9.0)	83.4(10.4)	81.3(11.3)	72.7(13.6)	76.7(13.0)	83.2(13.9)
	중학교 ^b	76.8(9.0)	77.7(10.9)	73.2(10.9)	64.1(12.5)	67.8(13.9)	75.6(13.9)
	고등학교 ^c	77.0(9.0)	78.6(10.6)	74.2(10.5)	63.9(13.8)	68.2(14.5)	78.4(12.5)
	F(p)	8.9(0.00)	10.1(0.00)	18.1(0.00)	15.5(0.00)	15.0(0.00)	8.6(0.00)
		a>b,c	a>b,c	a>b,c	a>b,c	a>b,c	a>b,c
학급 수	9반 이하 ^a	78.2(8.5)	82.1(10.3)	79.5(10.9)	69.6(12.6)	72.3(12.6)	79.1(13.8)
	10-30반 ^b	76.4(9.0)	77.4(10.1)	72.8(9.8)	64.2(12.9)	68.8(14.3)	76.1(12.7)
	31반 이상 ^c	80.5(10.0)	79.6(11.3)	75.7(11.8)	65.9(14.9)	71.8(15.5)	81.5(14.6)
	F(p)	4.0(0.02)	4.2(0.02)	8.0(0.00)	3.5(0.03)	1.5(0.23)	3.2(0.04)
		c>b	a>b	a>b	a>b		c>b
학생 수	340명 이하 ^a	78.7(8.7)	82.1(10.4)	79.9(11.3)	70.0(13.2)	73.6(12.8)	80.6(14.2)
	341-1200명 ^b	78.2(9.6)	77.9(10.4)	73.5(9.8)	64.9(13.3)	70.5(15.0)	78.8(12.4)
	1201명 이상 ^c	79.9(10.6)	81.0(11.2)	76.9(12.4)	67.0(15.4)	71.5(14.4)	81.0(15.1)
	F(p)	0.5(0.59)	3.6(0.03)	7.6(0.00)	3.0(0.05)	1.1(0.33)	0.6(0.55)
			a>b	a>b	a>b		
건강보건관련 운영위원회의	있음	80.5(9.1)	81.8(10.7)	78.6(12.0)	69.6(13.8)	73.4(14.3)	82.2(13.1)
	없음	75.6(8.7)	78.4(11.1)	74.1(10.2)	62.8(12.1)	67.3(13.9)	76.4(14.8)
	t(p)	-3.6(0.00)	-2.2(0.03)	-2.7(0.01)	-3.5(0.00)	-2.9(0.00)	-2.9(0.01)

영역에서 모두 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 사후검정 결과, “학교보건정책” 과 “학교보건서비스” 영역은 31학급 이상의 학교에서 높은 평가 점수를 보고하였으며, “학교물리적환경”, “학교사회적환경” 그리고 “지역사회유대” 영역에서는 9학급 이하의 학교에서 높은 평가 점수를 보였다. 또한 학생 수에 따른 건강증진학교 6개 구성영역의 차이는 “학교 물리적 환경”, “학교 사회적 환경” 그리고 “지역사회 유대” 영역에서 만 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 사후검정 결과 모두 340명 이하의 학교에서 높은 건강증진학교 평가 점수를 보였다. 학교운영위원회에서 건강과 보건 관련 회의를 시행한 학교에서 그렇지 않은 학교에 비해 건강증진학교 6개 구성영역 모두에서 통계적으로 유의하게 높은 평가 점수를 보였다.

5. 건강증진학교 요구도

WHO 건강증진학교 6개 구성영역 중 가장 먼저 강화가 필요한 영역 1, 2, 3 순위를 선택하도록 한 결과 1 순위로 가장 요구도가 높은 영역은 “학교보건정책” 33.8%, “학교물리적환경” 18.0% 그리고 “학교보건서비스” 17.7% 순으로 선택되었다(표 6). 이는 초등학교와 중학교에서도 같은 양상을 보였으나 고등학교에서는 “개인건강기술”이 포함되었다. 또한 1, 2, 3 순위를 모두 조사하여 가장 여러 번 선택된 항목으로는 “학교보건정책”, “학교보건서비스”, “학교물리적환경” 순이었으며, 이는 초등학교와 중학교에서도 같은 양상을 보였으나, 고등학교의 다빈도 선택항목에는 “학교사회적환경”이 포함되었다(표 6).

<표 6> WHO 건강증진학교 요구도

	1 순위		다빈도 선택 항목	
	문항	N(%)	문항	N(%)
전체	학교보건정책	103(33.8)	학교보건정책	198(21.8)
	학교물리적환경	55(18.0)	학교보건서비스	192(21.2)
	학교보건서비스	54(17.7)	학교물리적환경	163(18.0)
초등학교	학교보건정책	31(28.2)	학교보건서비스	71(21.7)
	학교물리적환경	23(20.9)	학교보건정책	68(20.8)
	학교보건서비스	23(20.9)	학교물리적환경	62(19.0)
중학교	학교보건정책	36(38.3)	학교보건정책	64(22.9)
	학교보건서비스	20(21.3)	학교보건서비스	62(22.1)
	학교물리적환경	14(14.9)	학교물리적환경	51(18.2)
고등학교	학교보건정책	36(35.6)	학교보건정책	66(22.0)
	개인건강기술	22(21.8)	학교보건서비스	59(19.7)
	학교물리적환경	18(17.8)	학교사회적환경	54(18.0)

IV. 논의

WHO 건강증진학교는 건강지식과 기술에 대한 교육, 건강한 사회적 물리적 학교 환경 구성 그리고 지역사회와 광범위한 연계를 포함하는 총체적인 학교건강증진 사업을 의미한다. 선행연구들을 고찰한 연구결과에 따르면 건강증진학교는 학생들의 건강과 안녕에 긍정적인 기여를 하는 것으로 나타났다. 특히, 학생들의 정신건강, 건강한 식습관과 신체활동 증진에 효과적인 것으로 보고되었다(Stewart-Brown,

2006). 따라서 건강증진학교는 1997년 37개 나라에서 유럽 건강증진학교 네트워크(European Network of Health Promoting School: ENHPS)에 가입한 이래 급속도로 확산되고 있으며, 최근 영국에서는 교육부와 보건국이 함께 건강증진학교 개념에 근거한 국가의 건강한 학교 기준을 개발하고 국가정책으로 건강증진학교 사업을 시행하고 있다(Inchley 등, 2007). 또한 호주, 아시아태평양지역 그리고 남아프리카 지역에서 건강증진학교 개념이 널리 도입되고 있으며, 최근 우리나라에서도 학교 건강증진사업에 대한 총체

적 접근에 의한 건강증진학교 개념의 도입이 여러 전문가에 의해 제안되고 있다(장창곡, 2001; 김혜련, 2008).

이 연구를 통하여 서울 경기지역 건강증진학교 실태를 조사한 결과, 건강증진학교 구축을 위한 각 학교의 프로그램, 인력, 예산 및 시설 등의 투입 점수가 100점 만점에 48.5(±15.3)점으로 보통 이하로 나타났다. 특히, “건강증진학교 프로그램을 위한 “건강증진협의회”가 구성되어 있습니까?” 항목이 36.5(±17.3)점으로 가장 잘 안 되고 있는 부분으로 나타났다.

학교보건에 대한 총체적인 접근을 시도하는 WHO 건강증진학교의 강점은 팀 접근에 있다. 건강증진학교는 한 개인이 추진할 수 없으며, 교사, 교직원, 학생, 학부모, 및 지역사회인사로 구성된 건강증진학교 팀을 구성하고 팀원의 협력을 통하여 추진하는 것이 필수적이다(Who, 2000; Gray 등, 2006). 따라서 건강증진학교 구축을 위한 WHO 지침에서도 학교보건팀과 지역사회 자문위원회 구성을 최우선 활동으로 제안하고 있으며 팀 구성 후 지속적인 의사소통을 통해 구성원의 민주적 참여와 주인 의식 고양 그리고 자신이 속한 학교의 문제를 확인하고 스스로 해결 할 수 있는 역량을 강화하는 것이 건강증진학교 성공의 중요한 열쇠라고 강조한다(Who, 2000). 그러므로 건강증진학교 사업 추진에 있어 학교 구성원들이 팀 접근의 장점과 이익에 대한 인식을 공유하고 건강증진협의회와 같은 팀을 구성하고 구성원의 협력을 이끌어내는 것이 우선 시행되어야겠다.

WHO 건강증진학교에서는 6개 구성영역 즉, 학교보건정책, 학교 물리적 환경, 학교 사회적 환경, 지역사회유대, 개인건강기술 그리고 학교보건서비스의 균형 있는 발전을 통한 학교 공동체 전체적 접근을 추구한다. 그러나 연구결과 “지역사회유대” 영역의 점수가 100점 만점에 67.1(±13.9)점으로 가장 낮았으며, WHO 건강증진학교 6개 구성영역 중, 우선 사업 영역을 선택하는 요구도 조사에서도 “지역사회유대”에 대한 요구도는 낮은 순위를 보였다. 김영임(1998)과 손애리 등(2008)의 연구에서도 “지역사회유대” 영역이 가장 낮은 점수를 나타내어 이 연구 결과와 일치한다. 이 같은 결과를 통하여 학교보건에 있어서 “지역사회유대”의 중요성과 필요성에 대한 교사의 인식이 부족하며 지난 10년 간 변화가 없었음을 알 수 있다.

전통적인 학교보건사업과 WHO 건강증진학교 접근의 차이점 중 하나가 “지역사회유대” 부분이다. 지역사회유대

에는 학교와 학생 가족들과의 연계, 학교와 지역사회단체 및 주민과의 연계를 포함한다(Gray 등, 2006). 발달과정에 있는 학생들에게 학교와 가정에서 일관성 있는 교육이 요구된다. 따라서 교사, 학생, 학부모가 함께 건강문제를 논의하는 활동은 학생들의 건강을 위한 일관성 있는 교육 제공을 위하여 필수적이며 부모의 적극적인 참여는 학생 건강증진에 긍정적인 결과를 가져온다. 또한 학교와 지역교육청, 보건소, 경찰청, 민간단체와의 긴밀한 연대는 학교의 제한된 자원을 확대하는 기회를 제공한다. 건강증진학교에서는 학생과 교사의 지역사회활동에 적극적인 참여와 동시에 지역단체와 학부모의 학교 사업에 적극 개입을 권장한다. 이 과정을 통하여 학교는 지역사회 자원의 수혜자이면서 동시에 지역사회주민의 건강증진에 기여자로서의 역할을 담당하게 된다. 즉 학교는 지역사회와 연계를 통하여 인적 물적 지원을 받게 되고, 지역사회주민은 학교와 학생들을 통하여 새로운 건강에 대한 지식과 교육을 받게 된다(Who, 2000; Gray 등, 2006). 따라서 지역사회연계는 학생들의 건강 증진을 위하여 중요하고 지역사회주민으로 교육의 효과를 확대시키기 위하여 필수적임으로 향후 학교보건 사업에서 지역사회연계에 대한 인식의 확대와 실천의 증대가 요구되는 바이다.

학교특성에 따른 건강증진학교 평가 결과 지역별 차이는 없었으나, 초등학교의 건강증진학교 투입점수와 WHO 건강증진 평가 점수가 중고등학교에 비해 높게 나타났다. 또한, WHO 건강증진학교 6개 구성영역 모두에서도 같은 차이를 나타내었다. 이와 같은 결과는 선행연구와 일치한다. 전국 초, 중, 고 보건교사를 대상으로 조사한 김영임(1998)의 연구에서는 학급별 건강증진학교 평가 점수에 유의한 차이가 있었으며 초등학교 점수가 가장 높게 나타났다. 양평군 초, 중, 고 교사를 대상으로 연구한 손애리 등(2008)의 연구에서는 WHO 건강증진학교 6개 구성영역 중 학교보건서비스 영역을 제외하고 나머지 5영역에서 모두 초등학교에서 유의하게 높은 점수를 나타내었다.

2008년 청소년 건강행태조사결과에 따르면, 우리나라 청소년의 흡연시작연령은 평균 13.1세, 음주시작 연령은 평균 13.2세로 초등학교에서 중학교로 전환기에 흡연 또는 음주를 시작하는 것으로 나타났다(보건복지가족부, 2008). 또한 이 시기는 학생 개개인에 대한 담임교사의 포괄적인 건강 지도가 이루어지는 초등학교의 담임교사제에서 중학교의

교과담당제로 변화되는 시기로, 학생 개개인에 대한 지도보다는 각 과목의 전문 지식 제공으로 학교 교육 환경의 변화가 있는 시기이다. 따라서 초등학교에서 중학교로의 과도기 동안 보건 교육과 건강증진 중재의 요구도가 높음에도 불구하고, 우리나라의 학교보건은 초등학교와 이미 건강문제가 고착화된 고등학교에 집중되는 경향이 있다. 그 결과 매일 흡연을 중학교 2.5%에서 고등학교 11%, 문제음을 중학교 9.7%에서 고등학교 48.7%, 비만을 중학교 8.4%에서 고등학교 11.5%로 중학교에서 시작된 건강문제 행동과 불건강상태가 고등학교 때 급격하게 증가하는 것을 볼 수 있다(보건복지가족부, 2008).

따라서 초등학교에서 중학교로 전환기에 있는 학생들을 위한 지속적인 학교보건교육과 지원이 요구된다. 그러나 전국적으로 보건교사 배치율은 초등학교 73%, 중학교 49.5%, 고등학교 65.2%로 중학교가 가장 낮은 것으로 나타났다(교육과학기술부 2009), 전국 보건교육 실시율도 초등학교 99.2%, 중학교 75.5% 그리고 고등학교 66.0%로 나타나 학년이 올라갈수록 보건교육 실시율이 낮은 것으로 나타났다(윤순영 등, 2005).

이 연구결과에서 건강증진학교 투입 점수와 WHO 건강증진학교 개념에 근거한 평가에서 초등학교에 비해 중·고등학교의 점수가 낮은 이유는 이 같은 현실을 반영한 결과라 생각된다. 질풍노도의 청소년기로 본격적으로 진입하는 중학교 생활에서 학생들은 건강행동을 선택하고 자신의 건강을 관리하는데 아직 미숙하며, 주변 환경 또한 학생들의 건강한 선택을 도울 수 있는 인적·물적 자원이 부족한 것이 우리나라 학교보건의 현실이다. 따라서 포괄적인 학교 건강증진 사업의 중학교로의 확대가 매우 시급한 실정이다.

이 조사 결과, 학교 특성 중 학급 수와 학생 수에 따른 WHO 건강증진학교 평가에 차이가 있었다. 즉 상대적으로 중간규모의 학교보다 소규모 학교와 대규모 학교의 건강증진학교 평가 점수가 좋았다. 특히, 학급 수 9학급 이하의 학교에서 학교의 물리적, 사회적 환경과 지역사회유대가 잘 되고 있다고 평가하였으며, 31학급 이상의 학교에서는 학교보건정책과 학교보건서비스가 잘 되고 있다고 평가하였다. 김영임(1998)의 연구에서는 학급 수에 따른 “지역사회 유대” 영역에 차이가 나타났으며 18학급 미만의 학교에서 가장 높은 점수를 보고하였으며 39학급 이상의 학교에서 그 다음 높은 점수를 보고하여 이 연구 결과와 유사한 양상

을 나타내었다. 그러나 김영임(1998)의 연구에서는 학생 수에 따른 건강증진학교 평가에 유의한 차이는 없었으며, 학급 수나 학생 수와 건강증진학교 평가 간에 유의한 상관관계도 나타나지 않았다. 즉 소규모 학교인 경우 교사, 학생 그리고 학부모 간에 의사소통과 교류가 더 빈번하여 위와 같은 결과가 나타났으며, 각 학교에 대한 인적·물적 지원 시 전체 학생 수를 기준으로 지원 범위를 결정하기 때문에 학생 수가 많은 큰 규모의 학교인 경우 지원 예산이 커 결국 학교보건정책과 학교보건서비스를 더 좋게 한 것으로 사료된다.

초·중등교육법에 규정된 학교운영위원회는 학교 운영의 자율성과 지역 실정과 특성에 맞는 교육을 시행하기 위하여 교직원, 학부모 및 지역인사로 구성되며, 학교 헌장 및 학칙 제정, 학교 예산, 학교교육과정 운영 등의 학교 운영 관련 심의 및 자문의 기능을 담당한다(초·중등교육법 31조, 32조). 이 연구 결과, 학교운영위원회에서 지난 1년간 건강 또는 보건관련 주제로 회의를 한 적이 있는 학교는 72.1%로 나타났으며, 학교운영위원회 유무보다는 학교운영위원회에서 건강과 보건에 대한 회의를 한 경험이 있는 학교에서 그렇지 않은 학교에 비해 건강증진학교 투입점수와 WHO 건강증진학교 평가 점수가 모두 높았다. 또한 WHO 건강증진학교 6개 구성영역 모두에서 같은 차이를 나타내었다. 즉 교사, 학부모 그리고 지역사회 인사들이 학생들의 건강과 보건에 대하여 얼마나 인식을 갖고 있으며 우선순위를 두느냐가 학교 건강증진에 있어 중요함을 이 연구결과를 통하여 알 수 있었다. 따라서 건강증진학교를 실제 학교 현장에 적용하고자 할 때는 학교운영위원회의 건강증진학교에 대한 인식 공유와 능동적 참여 유도가 중요하다(이은영 등, 2009).

건강증진학교 6개 구성영역 중 가장 요구도가 높은 영역은 “학교보건정책”, “학교물리적환경”, “학교보건서비스” 순으로 나타났다. 이 같은 결과는 건강증진학교 구축을 위한 투입점수가 보통 이하로 취약한 현실에서 매우 당연한 결과라 생각된다. 그러나 학교건강증진사업을 위해서는 학교운영위원회 즉 교사, 학부모, 지역사회 인사의 학생 건강에 대한 관심과 노력 역시 중요한 부분이다. 따라서 WHO 건강증진학교의 학교보건정책, 학교의 사회적·물리적 환경, 지역사회연계, 개인건강기술 그리고 학교보건서비스의 균형 있는 발전이 있을 때 학교보건사업은 일시적인 단기

간의 사업이 아닌 장기적으로 진행될 수 있으며, 건강한 학교 생활터에서 구성원의 건강증진 역량 강화를 구현할 수 있을 것이다.

V. 결론 및 제언

이 연구는 현재 학교 현장에 건강증진학교 구축을 위한 제반 투입 현황과 WHO 건강증진학교 개념에 근거한 평가 그리고 요구도 조사를 통하여 향후 건강증진학교 사업을 위한 우선순위 선정 등의 사업 기획과 정책 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 수행되었다.

서울과 경기지역에서 무작위 선정된 초, 중, 고등학교에 재직 중인 교사들을 대상으로 조사한 결과, 현재 건강증진학교를 구축하기 위한 프로그램, 인력, 예산, 시설 등의 투입 점수는 100점 만점에 48.5(±15.3)점으로 낮았다. WHO 건강증진학교 개념에 근거한 학교 평가 결과 전체 평균은 100점 만점에 76.8(±9.4)점이었으며, 건강증진학교 6개 구성 영역 중 “지역사회유대”와 “개인건강기술” 영역이 가장 잘 안 되고 있는 부분으로 나타났다.

학교 특성에 따른 건강증진학교 평가 결과, 지역별 차이는 없었으나, 학교급별 차이는 뚜렷하였다. 즉, 건강증진학교 투입점수와 WHO 건강증진학교 개념에 근거한 평가점수 모두 초등학교에서 중고등학교보다 높았다. 또한 9학급 이하의 학교와 31학급 이상의 학교에서 WHO 건강증진학교 평가 점수가 높았으며, 총 학생 수 340명 이하인 학교와 1201명 이상인 학교에서 건강증진학교 평가 점수가 높았다. 학교운영위원회 확보유무보다는 학교운영위원회에서 건강과 보건관련 회의를 한 경험이 있는 학교에서 그렇지 않은 학교에 비하여 건강증진학교 투입점수와 WHO 건강증진학교 평가 점수가 모두 높았다.

이 연구는 서울과 경기지역 교사를 대상으로 설문 조사하여 전국적으로 확대 해석하여 일반화하기에는 제한점이 있으나, 무작위층화표본추출 과정을 통하여 편의 추출에 따른 연구 결과 왜곡을 최소화 하였다. 또한 교장, 교감, 교사, 보건교사, 영영교사 등 다양한 학교 구성원의 의견을 반영한 연구 결과로 그 의의가 있으며 향후 교사/교직원뿐만 아니라 학생, 학부모 대상의 학교 구성원 모두를 대상으로 한 연구가 필요하다.

이상의 연구 결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 건강증진학교 구축을 위한 예산, 인력, 시설 등의 확보가 필요하다. 둘째, 상대적으로 중학교의 학교보건 환경이 열악하여 중학생들의 건강한 생활습관 형성에 도움을 주지 못하고 있으므로 건강증진학교 사업 시행 시 중학교를 우선순위에 둘 필요가 있다. 셋째, 학급 수 10-30 학급, 학생 수 341-1200명 정도 규모의 학교에 대한 지원이 필요하다. 넷째, 학교 운영위원회에서 건강과 보건에 대한 회의를 하는 학교에서 건강증진학교 투입점수와 WHO 건강증진학교 평가점수가 모두 높았다. 즉, 교사, 학부모, 지역사회인사의 건강과 보건에 대한 관심이 학교를 건강하게 만들고 학생들을 건강하게 성장시킬 수 있다. 따라서 향후 건강증진학교 수행을 위해서는 학교 구성원과 지역사회 구성원들이 건강에 대한 중요성을 인식하는 활동과 논의가 더 활발히 이루어져야 할 것이다.

참고문헌

- 교육과학기술부. 2009 학교보건급식 기본방향. 서울: 교육과학기술부, 2009.
- 김영임. 학교건강증진 지표개발 및 측정에 관한 연구. 한국학교보건학회지 1998;11(2):189-201.
- 김혜경, 고승덕. 우리나라 학교보건교육의 현황과 과제. 보건교육 건강증진학회지 2007;24(4):219-230.
- 김혜련. 아동, 청소년 건강증진사업의 과제와 발전방향: 영양, 신체활동 증진 및 비만예방을 중심으로. 보건복지포럼 2008; 141:20-21.
- 박혜숙, 이훈재, 김은미, 공경애 등. 학교 건강증진사업 평가 및 지원체계 개발. 이화여자대학교. 건강증진사업단, 2006.
- 보건복지가족부. 청소년 건강태도 온라인 조사: 제4차 조사 중간 결과 발표 및 청소년 건강정책 포럼. 서울: 질병관리본부, 보건복지가족부, 2008.
- 손애리, 김보람, 김석현, 신영전, 안동현, 최보율. WHO 건강증진학교 평가개념을 적용한 사정 및 평가. 한국학교보건교육학회지 2008;9(1):1-15.
- 윤순녕, 김영임, 최정명 등. 초, 중, 고등학교 학생, 학부모, 일반교사의 보건교육 영역별 요구도와 보건교육. 한국학교보건학회지 2005;18(1):1-14.
- 이은영, 최보율, 신영전, 김석현, 손애리, 안동현. 건강증진학교 수행 및 효과평가. 보건교육 건강증진학회지 2009;26(2):89-103.
- 이정렬, 정영숙, 한주희, 이춘옥, 권인숙. 초등학교의 학교보건정책 지침개발 및 수행정도 분석. 지역사회간호학회지 2003;14(3):457-467.

- 장창곡. 건강한 학교 만들기 모형 개발. 한국학교보건학회지 2001;14(1):39-46.
- Gray GI, Young I, Barneko V. Developing a health promoting school, International Planning Committee of the European Network of Health Promoting Schools, WHO Regional Office for Europe, 2006.
- Inchley J, Muldoon J, Currie C. Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland. Health Promotion International 2007;22(1):65-71.
- Leger LS. What's the place of schools in promoting health? Are we too optimistic? Health Promotion International 2004;19(4):405-408.
- Mukoma W, Flisher AJ. Evaluations of health promoting schools: A review of nine studies. Health Promotion International 2004;19(3):357-368.
- Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.
- WHO. School health promotion Series 5: Regional guidelines: Development of health promoting schools: A framework for action. Manila: WHO, 1996.
- WHO. Local action: Creating health promoting school. WHO's information series on school health, WHO, UNESCO, EDC, 2000.

<ABSTRACT>

Evaluation of Health Promoting School by School Characteristics

Eun-Young Lee*, Bo Youl Choi*†, Ae-Ree Sohn**, Dong-Hyun Ahn***

* *Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Hanyang University*

** *Division of Health Management, Sahmyook University*

*** *Department of Neuropsychiatry, College of Medicine, Hanyang University*

Objectives: The purpose of this study was to assess input for health promoting schools (HPS), and to evaluate HPS based on WHO's guidelines through school characteristics, and to identify the schools' need among six areas of HPS.

Methods: A stratified and random cluster sampling design was used to obtain a cross-sectional sample. A total of 59 elementary, middle and high schools in Seoul and Gyeonggi areas were included, and 333 teachers (males 40.6%, females 59.4%) participated in this survey. A self-reported questionnaire consisted of ten items for input for HPS, 50 items for the evaluation of HPS and three items for the schools' needs among six areas of HPS. Data was analyzed through a t-test, ANOVA, and a Duncan test.

Results: The mean score of input for HPS was 48.5 (± 15.3). Elementary schools had higher mean scores of input than middle schools. The mean score of schools with a management committee was higher than those schools without it. The schools which had meetings on health issues had higher mean scores. The mean score for HPS was 76.8 (± 9.4): the area of "School Physical Environment" had the highest score (80.0 ± 10.9), and the area of "Community Relationships" had the lowest score (67.1 ± 13.9). Elementary schools had higher mean scores of HPS than middle and high schools. The schools which had less than nine classes and more than 31 classes had higher mean scores. The mean scores of schools with less than 340 students and more than 1201 students had higher. The schools which had meetings on health issues had higher mean scores. The same results were found on six areas of HPS. The teachers responded that the areas of "School Health Policy", "The School Physical Environment", and "Health Service" should be supported among the six areas of HPS.

Conclusion: Based on these results, more concerns and support for school health are necessary. Middle schools should give more regard on the development of HPS. For comprehensive school health promotion, all six areas of HPS should be equally supported.

Key words: Health Promoting School, Evaluation, Needs, School Characteristics