한국학교보건학회지 제30권 제3호, 2017년 12월
J Korean Soc Sch Health Vol. 30 No. 3, 306-316, December 2017
p-ISSN 1225-9608 | e-ISSN 2288-9957
https://doi.org/10.15434/kssh.2017.30.3.306

건강증진모델학교 분석: 도시 지역 대규모 초등학교를 중심으로

김 미 주
서울사이버대학교 보건행정학과

Analysis of Health Promoting Schools: Focusing on Large-sized Elementary Schools in Urban Areas

Miju Kim
Department of Healthcare Administration, Seoul Cyber University

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study was to investigate the operational status and operational problems of health promoting model schools, particularly of the large-sized elementary schools in urban areas. **Methods:** The study analyzed the data of 14 large-sized elementary schools in urban areas selected from 85 health promoting model schools, an initiative led by the Ministry of Education from 2012 to 2014. **Results:** The study examined the operation process of health promoting schools in five stages; system development, needs survey & current status survey, school health policy development, program development & execution, and evaluation. In addition, the study discovered three key factors in operating health promoting schools and examined the status of each factor; connection with the curriculum, connection with the community, and consensus among members. Four problems were identified as operational problems: lack of research on faculty health issues, school physical environment and community resources, inadequate presentation of performance indicators, no close coordination in core task development and lack of linkage with the curriculum. **Conclusion:** It turned out the concept of health promoting school suggested by WHO was relatively faithfully realized in this study. Compared to small-sized elementary schools in rural areas, health promoting schools in this study showed better aspects overall. The connection with the community was good, but the connection with the curriculum was poor.

Key Words: School, Health promotion, School-based services, Model

서 론

1. 연구의 필요성

세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 오타와 헌장에 따라 학교가 교육의 장소일 뿐만 아니라 건강증진을 도모할 수 있는 하나의 생활터라는 시각에서 건강증진학교(Health Promoting Schools, HPS) 개념 및 실천전략을 개발하여 전세계에 공급하였다. WHO의 건강증진학교란 학교 공동체에 속하는 모든 구성원에게 건강증진과 관련한 통합적이고 긍정적인 경험을 제공하고 이를 위한 체계를 만들기 위해 함께 노력하는 생활터로 정의될 수 있다. 따라서 건강증진학교는 신체적 건강만을 목적으로 하거나 몇 가지의 건강증진 프로그램만을 단순 나열하는 식이 아닌 포괄적으로 접근해야 하는 개념이다. WHO에서는 건강증진학교를 학교 건강정책(healthy school policies), 물리적 학교환경(the school's

Corresponding author: Miju Kim
Department of Healthcare Administration, Seoul Cyber University, 20 Solmae-ro, 49-gil, Gangbuk-gu, Seoul 01133, Korea.
Tel: +82-2-944-5181, Fax: +82-2-980-7200, E-mail: kmj@iscu.ac.kr

Received: Oct 30, 2017 / Revised: Dec 2, 2017 / Accepted: Dec 2, 2017

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

physical environment), 사회적 학교환경(the school's social environment), 지역사회와의 연계(community links), 개인 건강기술 능력(individual health skills and action competencies), 건강서비스(health services) 6개 영역으로 제시하였다.[1]

건강증진학교 역사를 살펴보면 1991년 유럽건강증진학교네트워크(European Network of Health Promoting Schools)가 결성되었으며, 1997년에는 그리스에서 제1차 유럽건강증진학교국제회의를 열고 민주성, 형평성, 역량강화, 학교환경, 교과과정, 교사훈련, 성공의 측정, 협력, 지역사회연계 및 지속성의 건강증진학교의 10가지 기본원칙을 제시하였다. WHO가 1995년 글로벌학교보건이니셔티브(Global School Health Initiative, GSHI)를 출범시켜 건강증진학교의 기본 개념과 지역활동지침서 등을 개발해 보급하였다. 라틴아메리카 지역에서는 1996년 건강증진학교 네트워크가 결성된 바 있으며, 2001년부터는 캐리비안 건강증진학교네트워크(Caribbean Network oh Health Promoting Schools)가 가동 중이다. 아시아에서는 2000년 이후 중국, 싱가포르, 홍콩, 대만 등지에서 WHO 건강증진학교 개념을 도입한 사업을 활발히 진행한 바 있다.[2,3]

우리나라에서는 1995년 국민건강증진법이 시행되고 학교가 효과적인 건강증진사업의 장(setting)으로 인식되면서 2005년 보건복지부와 교육부가 공동으로 제2차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)에 학교건강증진계획을 수립하였다. 하지만 초기의 건강증진학교 사업은 보건복지부 단독으로 보건소를 중심으로 추진되었다. 교육부 주관으로는 2009년에 「건강증진학교 시범사업」으로 시·도교육청별로 각 1개교씩 총 16개 학교를 선정하여 실시하였으며, 2010년부터 2011년까지 2년간 「건강증진학교 모형개발 연구학교」로 총 31개 학교를 지정하여 운영하였고[4], 2012년부터 2014년까지 3년간은 「건강증진모델학교」라는 이름으로 85개 학교(초등학교 52교, 중학교 28교, 고등학교 5교)를 운영한 바 있다[5].

'건강증진모델학교' 운영 첫 해를 마치고 실무를 책임진 부장교사들을 대상으로 조사한 결과 건강증진학교를 일년간 운영한 것이 해당 학교의 건강문제 해결 및 학교 전반에 기여하였다는 평가를 하였으며[6], '건강증진모델학교'를 3년간 모두 이행한 결과에 대한 몇몇 연구분석에서는 건강증진학교가 학교현장에 긍정적으로 정착하였다고 평가한 바 있다[5,7]. 또한, '건강증진모델학교'와 대조군 학교의 학교풍토를 비교한 한 연구에서는 학교 내 분위기, 교사와의 관계, 교우관계 등에서 건강증진학교가 대조군 학교에 비하여 월등히 높은 수준을 보여주어, 건강증진학교가 학교구성원간의 상호작용의 질을 제고시킴으로써 긍정적 학교풍토조성에 기여하는 것으로 밝혀졌다[8]. 이렇듯 한국형 건강증진학교가 교육부 주도로 성공적으로 시도가 되었음에도 불구하고 기존의 '건강증진 연구학교'나 '건강증진모델학교'가 아닌 일반 학교로의 원활한 확대를 도모하는 연구는 거의 없는 편이다. Kim [7]은 실제 3년간 운영된 '건강증진모델학교' 85개교 중 읍면 지역 소규모 초등 11개교에 대한 운영실태 및 문제점 분석 결과를 종합하여 일반 단위학교에서의 운영모형을 제시한 바 있다. 단위 학교에서 쉽게 적용가능한 운영 모델이 제공된다면 전국적 확산에 도움이 되겠지만 기존 연구가 소규모 초등학교에만 국한된 결과여서 좀 더 분석대상 학교 범위를 확대할 필요가 있다고 여겨진다. 이에 본 연구에서는 대규모 초등학교에서의 '건강증진모델학교' 경험을 분석하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구에서는 교육부 주도 '건강증진모델학교' 중 도시 지역 대규모 초등학교에 대해 분석하여 앞으로의 한국형 건강증진학교 운영방향을 제시하고자 한다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 해당 학교에서의 건강증진학교 운영 절차 및 그 실태를 파악한다.
- 건강증진학교 운영에 필수적인 요소 및 그 실태를 파악한다.
- 건강증진학교 운영상의 문제점을 도출한다.

연구방법

1. 자료수집 및 분석

본 연구는 2012년에서 2014년까지 3년 동안 운영된 85개 '건강증진모델학교' 중 학급 수 36개 이상의 대규모 초등학교 14개교의 2014년 결과보고서를 분석한 2차 자료 내용분석 연구이다. 「초·중등교육법 시행령」에 따르면 학교규모를 17학급 이하의 경우 소규모, 18학급~35학급의 경우 중규모, 36학급 이상이 경우 대규모 학교로 구분하고 있어 이 기준을 적용하였다. 연구대상인 14개 초등학교의 2014년 '건강증진모델학교' 운영 결과보고서는 교육부 학생건강정보센터(http://www.schoolhealth.kr/)에서 전문을 다운로드받았다. 필요에 따라서는 교육부 위탁으로 '건강증진모델학교' 총괄 지원을 담당한 한국교육개발원(KEDI) 교육시설환경연구

센터에 자료확인을 요청하였다. 결과보고서 전문에 대한 내용분석은 연구자 주도로 이루어졌으며, 일차 분석은 2015년 9월부터 11월까지 이후 보완 분석은 2016년 2월부터 5월까지 이루어졌다. 내용분석의 정확성을 위해 보건학 석사 이상의 보건교육 전문가 2인에게 위탁해 교차 검증을 하도록 하였으며, 의견이 엇갈리는 경우 함께 모여 토의를 진행했으며 최종결정은 연구자가 하였다.

2. 분석내용

분석대상 14개 학교의 결과보고서는 Kim [7]의 「단위학교 수준에서의 건강증진학교 운영모형」 Figure 1을 기준으로 내용분석되었다. 구체적으로는 1) 건강증진학교 운영 절차를 ① 추진체계 구축 ②요구도 및 현황 조사 ③학교건강정책 수립 ④ 프로그램 개발 및 수행 ⑤평가 및 환류의 다섯 단계별로 그 실태를 파악하였고, 2) 건강증진학교 운영에 있어 필수적 요소로 ①학교교육과정과 연계 ② 지역사회와 연계 ③구성원의 공감대 형성 세 가지 요소별로 그 실태를 파악하였다. 그 외 운영상의 문제점을 분석하고자 하였다.

연구결과

1. '건강증진모델학교' 운영 절차 및 그 실태

도시 지역 대규모 초등학교에서 실시된 '건강증진모델학교'의 운영절차는 Figure 1과 같이 보았으며, 각 단계별 운영 실태는 다음 기술과 같다. 계량화된 항목들을 종합하여 Table 1에 제시하였다.

1) 추진체계 구축

(1) 총괄

'건강증진모델학교' 운영에 있어 총괄 책임자는 14개 학교 모두에서 학교장임을 분명히 하고 있었다. 게다가 학교운영방침 등을 통해 '건강증진모델학교' 운영에 대한 학교장의 강한 의지를 충분히 피력하고 있었다.

(2) 실무위원회 구성 및 활용

전체 14개 학교에서 실무위원회를 구성하는 실무팀의 개수는 평균 4.9±0.91개이었다. 주로 교직원 중심으로 운영되는

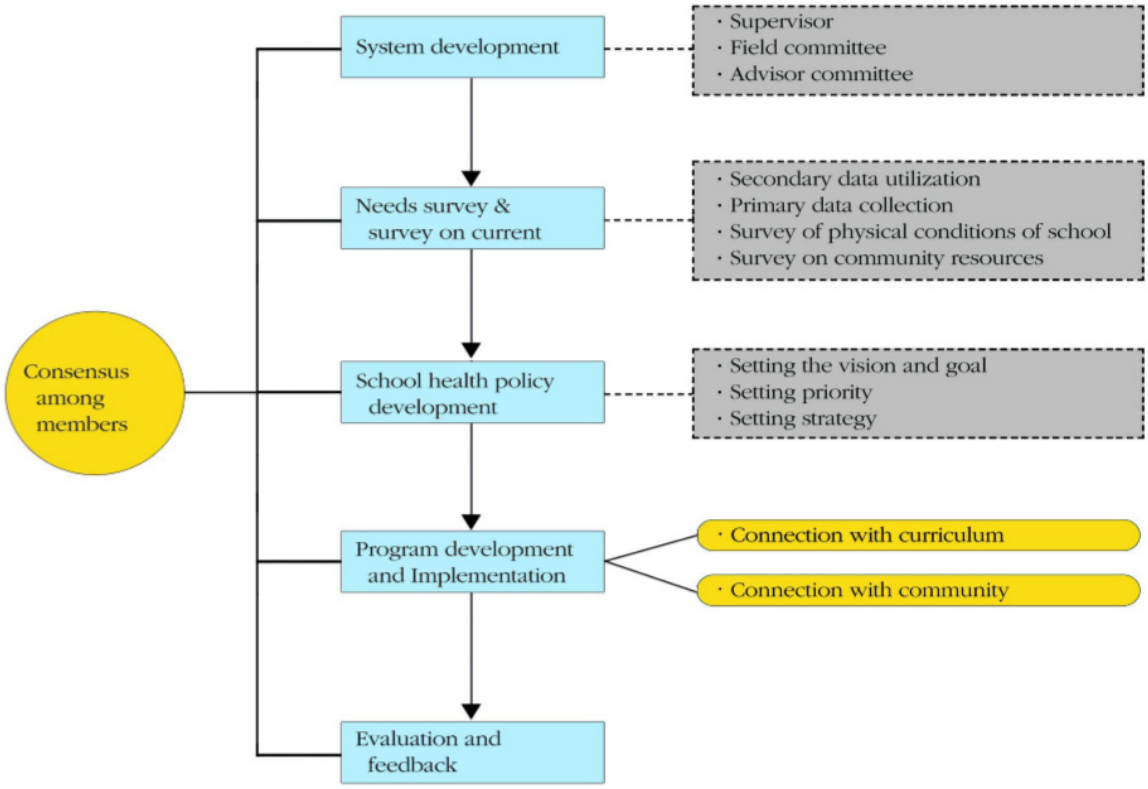

Figure 1. The health promoting school model at the individual schools (Source: Kim (2015)).

Table 1. The Operation Process and Conditions of Health Promoting Schools (*N*=14)

Steps	Subelements		n (%) or M±SD
System development	Supervisor	Principal	14 (100.0)
	Field committee	Number of teams	4.9±0.91
		All members participated	10 (71.4)
	Advisor committee	Number of advisors	6.1±2.67
		Utilize performance of advisors	8.1±6.28
Needs survey	Secondary material use	PAPS result	12 (85.7)
		Students physical examination results	11 (78.6)
		Students behavioral characteristics examination	7 (50.0)
		School nursing room utilization statistics	13 (92.8)
	primary information research	On students	13 (92.9)
		On school staffs	14 (100.0)
		On parents	14 (100.0)
	Survey of physical surroundings of school		5 (35.7)
	Survey on community resources		3 (21.4)
School health policies development	Vision and goal setting	Setting vision	14 (100.0)
		Setting performance goal	7 (50.0)
	Setting priority	Setting standard of priority	9 (64.2)
	Setting strategy	SWOT analysis	12 (85.7)
Program development	Selecting as a core business by priority		6 (42.9)
Evaluation and feedback	Mid term evaluation		14 (100.0)

PAPS=Physical activity promotion system; SWOT=Strength, weakness, opportunity, threat.

실무팀은 운영절차에 따라 나누어지거나 과제별로 또는 두 가지의 혼합형으로 구성되는 경향을 보였다. 6개교(42.9%)에서는 운영절차, 즉 기획-지원-개발-실행-평가의 틀에서 4~7개의 실무팀으로 나누고 있었다. 2개교(14.3%)에서는 중점과제별로 실무팀을 나누고 세부 프로그램별로 담당자를 지정하는 식이었다. 나머지 6개교(42.9%)는 이 두 가지 방식의 혼합형이었다.

전체 14개 학교 모두 학부모 및 학생 위원 명단을 조직도에 올려놓고 있었으며, 실제 실무위원회 회의에 학부모 위원 및 학생 위원 양측 모두를 한 번 이상 회의에 참석시킨 학교는 10개교(71.4%)에 달하였다.

(3) 자문위원 위촉 및 활용

전체 14개 학교 모두 자문위원을 위촉하고 있었으며, 자문위원의 수는 평균 6.1±2.67명이었다. 이들 자문위원의 소속을 보건의료기관, 교육기관, 공공민원기관, 민간기관 4가지 유형으로 나누어 살펴보았다. 보건의료기관 중에서는 병의원 17명, 보건소 11명, 정신건강지원센터 4명, 약국 3명, 건강관리협회 2명이었다. 교육기관 중에서는 교육청(교육지원청포함) 9명, 청소년지원센터(Wee센터포함) 7명, 대학(연구소포함) 7명, 초중고 6명이었다. 공공민원기관 중에서는 경찰서 6명, 소방서 3명, 주민자치센터 2명, 도로교통안전공단 1명이었다. 민간기관 중에서는 민간기업 5명, NGO단체 1명이었다. 보건의료기관에 속하는 병의원 및 보건소 소속의 자문위원이 가장 많은 편이라 할 수 있다.

자문위원 활용에 대한 기록이 전혀 없는 2개교를 제외한 12개교의 자문위원 활용 횟수를 보면 2회에서 18회로 학교 간 편차가 컸다(평균 8.1±6.28). 활용실적 내용을 보면 대다수의 학교에서 자문위원 활용이 비교적 적절하게 이루어졌음을 알 수 있었다.

2) 요구도 및 현황 조사

(1) 2차 자료 활용

학생 건강문제 파악을 위해 활용된 2차 자료로는 보건실 이용통계, 학생건강체력평가(PAPS, physical activity promotion system), 학생건강검진, 학생정서행동특성검사 네 가지가 꼽

혔다. 가장 많이 활용된 2차 자료는 보건실 이용 통계로 1개교를 제외한 13개교(92.8%)에서 활용되었다. 그 다음은 PAPS로 14개교 중 12개교(85.7%)에서 사용되었다. 그 외 학생건강검진 결과가 11개교(78.6%)에서, 마지막으로 학생정서행동특성검사 결과가 7개교(50.0%)에서 사용되었다. 하지만, 교직원의 건강문제를 파악하기 위해 교직원 건강검진 결과가 활용된 사례는 전무했다.

(2) 학생 대상 1차 자료수집

전체 14개 학교 중 한 곳을 제외한 총 13개 학교(92.9%)에서 학생들을 대상으로 그들의 건강행태에 대한 설문조사를 실시한 것으로 나타났다. 설문내용은 주로 식생활, 위생관리, 신체활동, 안전, 음주흡연, 정신건강 등에 관한 항목이었다. 그 외, 학생대상 사업요구도 조사는 3개교(21.4%)에서 실시되었다.

(3) 교직원 대상 1차 자료수집

전체 14개 학교 모두에서 교사 대상 1차 자료수집이 이루어졌다. 이러한 자료수집이 이루어진 목적은 대상자인 교사들의 위험 건강행동을 파악하기 위함과 건강증진학교를 더 잘 운영하기 위함 두 가지로 나눌 수 있었다. 우선 교사 자신들의 건강행태에 대한 설문조사는 전체 14개교 중 과반수가 넘는 8개교(57.1%)에서 실시되었다. 그리고 건강증진학교 운영과 관련한 전반적인 인식도 및 만족도를 묻는 설문조사는 6개교(42.9%)에서, WHO의 건강증진학교를 위한 6가지 지침에 의거하여 문항을 구성한 설문조사는 4개교(28.6%)에서 이루어졌다.

(4) 학부모 대상 1차 자료수집

전체 14개 학교 모두에서 학부모 대상 1차 자료수집이 이루어졌다. 교사와 마찬가지로 이러한 자료수집이 이루어진 목적은 대상자인 학부모들의 위험 건강행동을 파악하기 위함과 건강증진학교를 더 잘 운영하기 위함 두 가지로 나눌 수 있었다. 우선 학부모들의 건강행태에 대한 설문조사는 전체 14개교 중 2개교(14.2%)에 불과하였다. 그리고, 건강증진학교 운영과 관련한 전반적인 인식도 및 만족도를 묻는 설문조사는 5개교(35.7%)에서, WHO의 건강증진학교를 위한 6가지 지침에 의거하여 문항을 구성한 설문조사는 3개교(21.4%)에서 이루어졌다.

(5) 교내 물리적 환경 및 지역사회 자원 조사

전체 14개 학교 중 교구 및 시설 등 교내 물리적 환경에 대한 체계적인 조사가 이루어진 곳은 5개교(35.7%)에 불과하였다. 또한, 학교가 활용할 수 있는 지역사회 자원에 대한 현황 조사 역시 이루어진 곳이 3개교(21.4%)뿐이었다.

3) 학교건강정책 수립

(1) 비전 및 목적 설정

전체 14개 학교 모두에서 해당 학교만의 '건강증진모델학교' 비전 및 목적을 제시하고 있었다. 14개교 중 7개교(50.0%)에서 명문화된 비전에 '행복'이란 단어를 사용하고 있어 가장 많이 사용된 단어로 꼽혔다. 그 외, 학교명이나 영문약자를 활용한 네이밍 센스가 돋보이는 비전들을 제시한 학교가 7개교(50.0%) 있었다. 예를 들면, HEAL-sys, HOPE CENTER, 건테크, 삼위일체, 트라이앵글, 참살이 등이었다.

연도별 성과지표를 제대로 제시한 학교는 14개교 중 과반수인 7개교(50.0%)이었다.

(2) 사업의 우선순위 설정

전체 14개 학교 모두에서 사업의 우선순위 선정을 시도하였다. 사업의 우선순위를 설정한 14개교 중 9개교(64.2%)의 경우 우선순위 설정기준을 명확하게 제시하였으나, 나머지 5개교(35.7%)는 우선순위 설정기준을 제대로 제시하지 못했다.

우선순위 설정기준을 살펴보면, 9개교 중 6개교(66.7%)가 설정기준으로 해결가능성, 접근가능성, 비용효율성, 시급성, 건강위해정도 등을 선택하였으며, 나머지 3개교(33.3%)도 이 설정기준을 기본으로 하여 조금씩 변화를 준 정도였다.

(3) 차별화된 전략 수립

전체 14개 학교 모두에서 차별화된 전략을 보고서상에 제시하고 있었다. 12개교(85.7%)에서는 이러한 차별화된 전략 도출을 위한 노력의 하나로 SWOT분석을 실시하였다.

4) 프로그램 개발 및 수행

요구도 및 실태조사를 통해 문제점이 리스트업되고, 그 이후 우선순위 설정을 통해 중점사업이 설정되어야 한다. 하지만, 이런 학교는 6개교(42.9%)에 불과하였으며, 과반수 이상의 학교(57.1%)에서 우선순위 설정과 무관하게 중점사업이 선정되는 경향을 보였다. 요구도 및 현황 파악부터 중점과제 선정까지 유기적으로 연결이 된 경우나 그렇지 않은 경우나 모든 학교에서 제시된 프로그램들은 신체건강, 정신건강, 사회건강 또는 여건조성 네 가지 유형으로 귀결되었다.

5) 평가 및 환류

전체 14개 학교 모두에서 중간평가 및 자체평가가 실시되었으며, 평가 결과를 바탕으로 성공 및 실패요인을 뽑아보고 극복방안을 정리한 것이 보고서상에 표현되어 있었다.

2. 운영상 필수적 요소 및 그 실태

건강증진학교를 운영함에 있어 필수적 요소로 Figure 1과 같이 ① 학교교육과정과 연계 ② 지역사회와 연계 ③ 구성원의 공감대 형성이라는 세 가지 요소로 보았으며, 각 요소별 운영 실태는 다음 기술과 같다. 계량화된 항목들을 종합하여 Table 2에 제시하였다.

1) 학교교육과정과 연계

전체 14개 학교 모두에서 건강증진을 위한 다양한 프로그램들이 학교 교육과정 내에서 이루어지고는 있었지만 대부분 교과가 아닌 비교과 영역의 시간을 이용하고 있었다. 특히 자율활동, 동아리활동, 봉사활동, 진로활동을 포괄하는 창의적 체험활동 영역의 시간을 사용하고 있었다.

교과 영역과 관련해서는 14개 학교 중 4개 학교(28.6%)만이 과목별 수업시수 증감이나 교과연계를 아주 간단히 언급하고 있었다. 건강증진 요소를 교과별로 어떻게 녹여낼지 과목별 교사 협의체를 통해 진지하게 논의한 후 수업에 적용했다는 보고는 단 한 학교도 없었다.

2) 지역사회와 연계

전체 14개 학교와 연계된 지역사회 기관의 수는 총 173개로 평균 12.4±6.23개였다. 이들 연계기관을 보건의료기관, 교육 및 복지기관, 공공민원기관, 민간기관 4개 유형으로 나누어 살펴보았다. 전체 연계된 기관 173개 중 공공민원기관 53개(30.6%), 보건의료기관 52개(30.0%), 교육 및 복지기관 41개(23.7%), 민간기관 27개(15.6%) 순으로 많이 연계하고 있었다. 보건의료기관은 보건소, 병의원, 건강관리협회, 정신건강증진센터 등이며, 공공민원기관은 경찰서(파출소, 치안센터 포함), 소방서(119센터 포함), 도로교통안전공단, 구청 등이며, 교육 및 복지기관은 대학교, 교육청(교육지원청 포함), 아동지원센터 등이며, 민간기관은 매우 다양하였다.

3) 구성원의 공감대 형성 및 참여유도

(1) 공통

현판, 벽보판, 현수막, 배너와 같은 게시물을 통해 '건강증진모델학교'임을 알린 학교가 전체 14개 학교 중 13개 학교(92.8%)였다. 학교 홈페이지에 '건강증진모델학교'를 홍보하고 관련내용들을 게시한 곳이 12개 학교(85.7%)였다. 학생, 교직원, 학부모 및 지역사회 인사들을 불러 공개적으로 건강생활실천을 다짐하는 건강증진학교 선포식이 10개 학교(71.4%)

Table 2. The Key Factors and Conditions of Health Promoting Schools (*N*=14)

Elements	Contents		n (%) or M±SD
Link to school curriculum	Utilizing extracurricular time		14 (100.0)
	Utilizing regular curricular time		4 (28.6)
Link to community	Number of partner institutions		12.4±6.23
	Facility category	Health care facility	52 (30.0)
		Public civil affair administration	53 (30.6)
		Education and welfare institution	41 (23.7)
		Private sector	27 (15.6)
Build consensus among members	General public	Post a sign	13 (92.8)
		Proclamation ceremony	10 (71.4)
		Publish newspaper	7 (50.5)
		Open internet website menu	12 (85.7)
	Students	Fill out health notes	4 (28.5)
		UCC production	7 (50.5)
	School staff	Training of benchmarking	12 (85.7)
		Workshop	11 (78.5)
	Parents	Presentation of health promoting school	13 (92.8)
		Send a home report	9 (64.2)

에서 이루어졌다. 건강증진 관련 신문이나 소식지를 발간한 학교가 7개교(50.5%)였다. 그 외, 건강증진 홍보물품을 제작하여 배부한 학교도 5개교(35.7%) 있었다.

(2) 학생 대상

건강 관련 UCC제작 대회를 실시한 학교가 7개교(50.0%), 건강생활실천 기록장을 자체 제작한 후 학생들 모두에게 제공한 후 기록하도록 한 학교가 4개교(28.5%), 건강 관련 퀴즈대회를 실시한 학교가 3개교(21.4%), 건강 독후감 발표대회를 한 학교도 1개교(7.1%) 있었다. 그 외, 스티커에 건강생활실천 다짐을 적어 배부한 학교도 1개교(7.1%) 있었다.

(3) 교직원 대상

재직 교사들을 우수한 학교에 데려가 직접 살펴보게 하는 벤치마킹 연수를 실시한 학교는 전체 14개 학교 중 12개 학교(85.7%)였다. 이 때 방문한 우수학교는 교육부 주관으로 실시된 2009년 「건강증진학교 시범사업」, 2010~2011년「건강증진학교 모형개발 연구학교」에서 우수한 것으로 인정된 기존 건강증진학교들이었다. 이러한 벤치마킹 연수 외에 교사들을 대상으로 건강증진학교 관련 연수나 워크숍을 실시한 학교도 11개교(78.5%)에 달하였다.

(4) 학부모 대상

학부모대상으로 건강증진학교에 대한 설명회를 실시한 학교는 전체 14개 학교 중 13개교(92.8%)로 주로 학교교육과정 설명회, 공개수업의 날, 학부모회 모임 등을 통해 이루어졌다. 건강증진학교 관련 가정통신문을 발송한 학교는 9개교(64.2%)였다. 건강증진 관련 활동이나 수업을 학부모에게 공개하는 날을 따로 운영한 학교가 1개교(7.1%), 건강증진학교와 관련하여 학부모들로 구성된 모니터단을 운영한 학교가 1개교(7.1%) 있었다.

3. '건강증진모델학교' 운영상의 문제점

도시 지역 대규모 초등학교 14개교에서 실시된 '건강증진모델학교'에 대한 위의 분석 결과들을 종합하면 다음과 같이 운영상 문제점을 정리할 수 있었다.

1) 교직원 건강문제, 학교 물리적 환경 및 지역사회 자원에 대한 조사부족

'요구도 및 현황조사' 단계에서 일부 부족한 부분을 발견할 수 있었다. 학생의 건강문제 파악을 위해서는 1차 및 2차 자료들이 충분히 활용된 것에 반해, 교직원에 대한 자료수집은 매우 빈약하였다. 특히, 교직원 건강검진 결과가 활용된 사례는 전혀 없었으며 그나마 설문조사를 통해 교직원의 건강 관련 생활습관을 파악하고자 하는 노력이 일부 있었으나 현저히 부족하였다. 그 외, 건강에 큰 영향을 미치는 교내외 물리적 환경에 대한 조사가 미약하였으며, 지역사회 연계를 위해 사전에 실시될 필요가 있는 지역사회 자원에 대한 체계적 조사 역시 거의 이루어지지 않았다.

2) 연도별 성과지표 제시의 미흡

'학교건강정책 수립' 단계에서 일부 부족한 부분을 발견할 수 있었다. 비전 및 목적을 설정한 후에 이와 연결되는 연도별 성과지표 제시가 반드시 이루어져야 한다. 그래야 평가 단계에서 사업의 성공과 실패에 대한 판단을 할 수 있기 때문이다. 이러한 중요성에도 불구하고 연도별 성과지표 제시는 양적으로나 질적으로 모두 미흡하였다. 우선 양적으로는 과반수의 학교만이 연도별 성과지표를 제시하고 있었다. 그나마 제시된 연도별 성과지표 조차도 해당 '건강증진모델학교'의 전체 비전이나 목표와는 관련 없이 일반적으로 자주 사용되는 것이거나 측정하기 편한 지표들로 제시되어 아쉬움을 주었다.

3) 현황 파악-우선순위 설정-중점과제 선정 간의 유기적 연결 부재

'요구도 및 현황조사' 및 '학교건강정책 수립' 두 단계에 걸쳐진 큰 문제점을 발견할 수 있었다. 실태조사 결과에 기반하여 건강문제를 도출하고, 우선순위 설정 작업을 통해 중점과제를 뽑아야 하는데 이러한 단계적 절차가 거의 연결되지 못했다. 그러다보니 대부분의 학교에서 실태조사 결과와 무관하게 중점 과제가 도출된 인상을 주었다. 실제로 과반수 이상의 학교에서 전 단계인 '요구도 및 현황조사' 작업과 무관하게 편의적으로 중점과제를 정하고 있었다. 즉, 현황 파악-우선순위 설정-중점과제 선정 간의 유기적 연결이 전혀 되지 않았다. 이러한 문제점은 결국 모든 학교에서 중점과제들이 신체건강, 정신건강, 사회건강, 여건조성 네 가지 영역으로 정리되는 결과를 보여주었다. 즉, 학교의 개별 특성이 반영되지 못한 모든 학교에서 적용가능한 일반화된 중점과제들만 나열되었다.

4) 교과 영역과의 연계 부족

건강증진 프로그램 실행 시 학교교육과정 중 비교과 영역에 속하는 창의적 체험활동 시간을 적극적으로 활용하고 있었

던 반면, 교과 영역과의 연계는 매우 부실하였다. 일부 학교에서 과목별 수업시수 증감 정도만 언급되었을 뿐 건강증진 요소들을 교과별로 어떻게 녹여낸 것인지는 전혀 파악할 수 없었다.

논 의

본 연구는 도시 지역 대규모 초등학교에서의 '건강증진모델학교' 운영실태 및 문제점을 파악하여 앞으로의 한국형 건강증진학교 운영방향을 제시하고자 2차 자료 내용분석을 실시하였다. 기존 연구에서 이미 읍면 지역 소규모 초등학교에서의 '건강증진모델학교' 경험은 분석되었기에 이와 비교해보기 위해 도시 지역 대규모 초등학교를 연구대상으로 선택하게 되었다. 내용분석에 사용된 자료는 교육부 학생건강정보센터에 탑재된 2014년 결과보고서 전문을 다운로드 받은 것이며, 필요에 따라서는 교육부 위탁으로 '건강증진모델학교' 총괄지원을 담당한 한국교육개발원(KEDI) 교육시설환경연구센터에 자료확인을 요청하였으므로 신뢰할 수 있는 2차 자료임에 분명하다. 또, 보건학 석사 이상의 보건교육 전문가 2인에게 위탁해 내용분석한 결과를 교차 검증하게 하였고, 의견이 엇갈리는 경우 토의과정을 통해 결정하였으므로 분석결과에 대해서도 정확성 검증이 이루어졌다고 할 수 있겠다.

분석된 도시 지역 대규모 초등학교 14개교 모두에서 건강증진학교 운영 절차가 ① 추진체계 구축, ② 요구도 및 현황 조사, ③ 학교건강정책 수립, ④ 프로그램 개발 및 수행, ⑤ 평가 및 환류의 5단계로 진행됨을 확인할 수 있었으며, 그 외 건강증진학교 운영에 있어 필수적 요소로 ① 학교교육과정과 연계, ② 지역사회와 연계, ③ 구성원의 공감대 형성의 세 가지 요소 역시 쉽게 확인할 수 있었다. 이러한 결과는 교육부 주도의 2009년의 '건강증진학교 시범학교'와 2010년부터 2011년까지의 '건강증진학교 모형개발 연구학교' 경험들을 토대로 만들어지고 보급된 '건강증진모델학교 운영 매뉴얼'이 일선 학교에 충실하게 적용된 탓으로 여겨진다.

이는 진일보한 결과로 이전의 연구들에 따르면, 건강증진학교 구축을 위한 각 학교의 투입현황을 조사한 결과 실무위원회 등 추진체계 구축이 가장 잘 안되던 부분이었으나[9], 본 연구에서는 모든 학교에서 실무위원회 뿐 아니라 자문위원회가 구축되는 등 문제없이 이루어졌다. 또한, 기존 연구에 따르면 지역사회연계의 중요성과 필요성에 대한 교사의 인식이 부족하고[10,11], WHO 건강증진학교 6개 구성영역 중 최하 점수를 받은 부분이 지역사회연계 영역일 정도였으나[12] 본 연구에서는 지역사회 연계가 비교적 활발히 이루어지고 있음을 확인할 수 있었다.

2012년 '건강증진모델학교' 원년만 하더라도 운영상의 애로점을 크게 네 영역으로 구분하면 외부평가 준비의 어려움, 운영계획서 작성의 어려움, 구성원 참여의 어려움, 지역사회 연계의 어려움인 것으로 조사되었다. 특히, 구성원의 공감대 형성을 위한 방법이 많지 않았고, 교직원의 참여를 적극적으로 독려하는 것이 매우 어려워서 교사들을 위한 인센티브 제공이 개선과제로 꼽힐 정도였다[6]. 하지만, 본 연구를 통해 교사의 동기부여를 위해 벤치마킹 연수, 워크숍 등 다양한 방법으로 공감대 형성을 위한 시도가 이루어졌음을 확인할 수 있어 많은 문제점들이 개선되었음을 알 수 있었다. 이러한 발전은 교육부 주도로 2009년부터 '건강증진학교 시범학교', '건강증진학교 모형개발 연구학교', '건강증진모델학교' 등의 이름으로 한국형 건강증진학교 도입을 위한 전국적 사업을 꾸준히 시도해온 결실이라고 여겨진다.

본 연구의 결과를 읍면 지역 소규모 초등학교에서의 건강증진모델학교 분석내용[7]과 비교하면, 추진체계 구축에 있어서 실무위원회 관련하여 소규모 학교에서는 학부모 및 학생위원 모두를 한 번이라도 회의에 참석시킨 학교가 겨우 27.3%에 불과한 것에 비해 본 연구에서는 71.4%에 달하였으며, 자문위원 활용실적은 소규모 학교에서는 평균 5.0회인 것에 비해 본 연구에서는 8.1회로 더 많았다. 그 내용에 있어서도 소규모 학교의 과반수에서 활용내용이 유명무실했다면 본 연구에서는 대다수의 학교에서 비교적 적절하게 자문위원 활용이 이루어졌다. 전반적으로 읍면 지역 소규모 초등학교보다는 도시 지역 대규모 초등학교에서 건강증진학교를 위한 추진체계가 더 잘 수행되었음을 알 수 있다.

요구도 및 현황조사에 있어서 읍면 지역 소규모 초등학교와 비교하면[7] 학생의 건강상태 파악을 위한 2차 자료 활용하는 것과 관련하여 PAPS, 학생건강검진, 학생정서행동특성검사 결과를 활용하는 경향은 서로 유사하였으나, 소규모 학교에서는 보건소 이용통계 빈도 활용이 전혀 없었던 것에 비해 본 연구에서는 92.8%로 월등히 높게 나타났다. 교구 및 시설 등 학교의 물리적 여건에 대한 조사가 소규모 학교에서는 18.2%, 본 연구에서는 35.7%로 다소 높았으며, 지역사회 현황에 대한 조사 역시 소규모 학교에서는 전혀 이루어지지 않았지만 본 연구에서는 21.4%로 나타났다. 전반적으로 읍면 지역 소규모 초등학교보다는 도시 지역 대규모 초등학교에서 건강증진학교를 위한 요구도 및 현황조사가 더 잘 수행되었음을 알 수 있다. 다만, 교직원의 건강검진 결과를 활용하지 않는 점은 두 유형의

학교가 동일하였다. 이상적으로는 필요한 정보이지만 교직원들이 자신의 직장에 현재의 건강상태를 드러내기란 쉽지 않으므로 앞으로도 접근하기 어려운 부분이라 사료된다.

학교건강정책 수립에 있어서 소규모 초등학교와 비교하면[7] 우선순위 설정기준이 명확하게 제시된 경우는 소규모 학교는 54.5%, 본 연구에서는 64.2%로 약간 높게 나타났으며, SWOT분석은 소규모 학교에서는 63.6%, 본 연구에서는 85.7%로 더 높게 실시되었다. 전반적으로 읍면 지역 소규모 초등학교보다는 도시 지역 대규모 초등학교에서 건강증진학교 정책 수립이 더 잘 수행되었음을 알 수 있다. 다만, 연도별 성과지표 제시에 있어서는 소규모 학교가 54.5%, 본 연구에서는 50.0%로 두 유형 모두 문제가 있는 것으로 공통적으로 지적되었다.

프로그램 개발에 있어서 이전 연구와 비교하면[7] 요구도 및 현황 파악에서 중점과제 선정까지가 유기적으로 연결이 된 경우가 소규모에서는 27.4%인 것에 비해 본 연구에서는 42.9%로 다소 높았다. 이렇듯 건강증진학교 운영절차 전체 측면에서 도시 지역 대규모 초등학교에서 더 원활하게 수행되었음을 종합적으로 판단할 수 있다.

그 외, 지역사회 연계 측면에서도 대규모 학교가 더 우위를 보였는데, 소규모 학교에서는 평균 6.8개의 기관과 연계했다면[7] 대규모 학교에서는 평균 12.4개로 두 배 가까이 더 많은 기관들과 연계하였다. 아무래도 도시 지역이 읍면 지역보다 지역사회 자원이 풍부하기에 어쩔 수 없는 측면이 있었을 것이다. Park [13]에 따르면 읍면 지역 학생이 도시 지역 학생에 비하여 건강행태가 바람직하지 못하며, 그 원인으로 지역의 열악한 환경이 지적된 바 있다.

다만, 학교교육과정과 연계 측면에서는 소규모 학교에서 상대적으로 조금 더 나은 상황을 볼 수 있었다. 소규모 학교에서는 36.4%의 경우 과목별 교육과정 속에 어떤 건강증진 요소들을 집어넣을 수 있을지 교사들이 함께 연구하고 합의한 후 수업에 활용한다고 하였으나[7] 본 연구에서는 단 한 곳도 없었다. 아무래도 소규모 학교는 전체 교사 수가 적기에 이러한 협의가 더 용이하게 이루어졌을 것으로 여겨진다. Park [5]의 건강증진모델학교 효율성 분석 결과에 따르면, 도시나 중소도시에 비해 읍면 지역 학교의 효율성 값이 가장 높았다. 불리한 환경의 읍면 지역 학교가 오히려 도시 지역 학교에 비해 건강증진학교 효율성이 높게 나타난 점에는 소규모 학교의 이러한 여건도 작용했을 것으로 여겨진다.

본 연구에서 지적된 분석대상 학교들의 건강증진학교 운영상 문제점 네 가지 중 이러한 '교과영역과의 연계 부족' 외에 나머지 '교직원 건강문제, 학교 물리적 환경 및 지역사회 자원에 대한 조사부족'이나 '연도별 성과지표 제시의 미흡', '현황 파악-우선순위 설정-중점과제 선정 간의 유기적 연결 부재' 문제는 읍면 지역 소규모학교의 연구[7]에서도 똑같이 지적된 내용이었다.

전체 학교교육과정 중 비교과 영역에 속하는 창의적 체험활동 시간을 적극적으로 활용하는 것도 중요하고 현실적인 방안이지만 교과 영역과의 연계도 반드시 필요하다. 이를 위해서는 해당 과목 교사들이 포함되어 함께 연구하고 합의한 후 수업에 적용해주어야 하므로 전체 교사들의 적극적인 참여가 반드시 필요하다. Inchley 등[14]은 건강증진학교의 성공을 위해 학교 건강증진 관련자들의 주인의식과 임파워먼트, 지도력과 관리능력, 협력과 통합을 강조하였다. 특히 교사는 학생과 학부모에게 지속적으로 영향을 미칠 수 있으며, 건강증진학교 개념을 이해하고 수용하여 교과과정에 반영할 수 있는 매우 대단히 중요한 자원이다[15,16]. 이들이 건강증진학교 운영 시 적극적으로 교과 연계 작업에 뛰어들 수 있도록 하는 정책이 필요하다 하겠다.

'교직원 건강문제, 학교 물리적 환경 및 지역사회 자원에 대한 조사부족'이나 '연도별 성과지표 제시의 미흡' 문제는 운영매뉴얼 상의 보완을 통해 어느 정도 쉽게 보완이 가능한 부분이라 여겨진다. 기존 운영매뉴얼에 좀 더 구체적인 조사도구를 부록으로 제시하거나, 비전 및 목표의 성과를 제대로 측정하는 성과지표의 구체적인 예시를 몇 가지 제시한다면 일선 현장에서 큰 도움이 될 것이라고 여겨진다.

'현황 파악-우선순위 설정-중점과제 선정 간의 유기적 연결 부재' 문제는 지속적으로 제기되고 있는 부분이다. 2012년 건강증진모델학교 원년부터 학교현장에서는 자료수집, 건강문제 파악, 사업의 우선순위결정 과정 모두에서 어려움을 호소하였으며[6], 한국형 건강증진학교 운영상 가장 큰 문제점은 요구도 분석과 우선순위 설정을 통한 중점과제 선정 과정이 유기적으로 매끄럽게 연결되지 못함으로 인해 학교의 특성과 무관하게 중점과제가 선정되는 경향이 강하다는 지적이 있었다[7]. 그러다보니 읍면 지역 소규모 초등학교 연구에서와 마찬가지로 본 연구에서도 도시 지역 대규모 학교만의 특징적인 프로그램을 추출해내기가 불가능하였다. 학교의 개별 특성과 무관한 모든 학교에서 적용가능한 신체건강, 정신건강, 사회건강, 여건조성이라는 네 가지 영역으로 정리되는 일반화된 중점과제들만 나열되었기 때문이다. 이 문제점은 건강증진학교 운영절차상 너무나 큰 흠결이므로 이를 극복할 방안을 적극 모색하든가 아니면 현실적으로 극복하기 힘든 문제라고 판단된다면 운영절차에 대한 전면 재수정이 필요하다고 여겨진다.

결 론

본 연구는 2012년부터 2014년까지 교육부 주도로 수행된 '건강증진모델학교' 85개 중 도시 지역 대규모 초등학교에 해당하는 14개교의 운영실태 및 문제점을 파악하고자 2014년 결과보고서를 2차 자료로 내용분석을 실시하였다.

내용분석을 통해 건강증진학교 운영 절차가 ① 추진체계 구축, ② 요구도 및 현황 조사, ③ 학교건강정책 수립, ④ 프로그램 개발 및 수행, ⑤ 평가 및 환류의 5단계로 진행됨을 확인할 수 있었으며, 그 외 건강증진학교 운영에 있어 필수적 요소로 ① 학교교육과정과 연계, ② 지역사회와 연계, ③ 구성원의 공감대 형성의 세 가지 요소 역시 적용되고 있어 WHO 개념의 한국형 건강증진학교가 제대로 자리잡아가고 있음을 확인할 수 있었다. '건강증진모델학교' 원년에 문제시되었던 추진체계 구축, 지역사회 연계, 구성원의 공감대 형성과 관련하여 부족했던 면들은 많은 개선이 있었음을 확인할 수 있었다.

도시 지역 대규모 초등학교가 건강증진학교 운영절차 전체 측면에서 읍면 지역 소규모 학교에 비해 더 우위의 면모를 보여주었다. 실무위원회나 자문위원회 운영이 더 적절하게 이루어졌고, 요구도 및 현황조사가 더 다양하게 수행되었으며, 우선순위 설정이나 SWOT분석 역시 더 잘 수행되었다. 지역사회 연계 측면에서도 도시 지역이 읍면 지역에 비해 양적으로 더 많은 연계가 이루어졌다. 교육과정과의 연계 측면에서는 오히려 도시 지역 대규모 학교가 더 부실하였는데 특히 교과영역과의 연계가 전혀 제대로 이루어지지 못했다. 그 외 문제점으로 지적된 '교직원 건강문제, 학교 물리적 환경 및 지역사회 자원에 대한 조사부족', '연도별 성과지표 제시의 미흡', '현황 파악-우선순위 설정-중점과제 선정 간의 유기적 연결 부재' 문제의 경우는 읍면 지역 소규모 초등학교에서도 동일하게 지적된 사항이었다.

본 연구는 내용분석 연구로 결과보고서에 제시된 내용에만 의존한 한계점이 분명하므로 후속 연구에서는 본 연구결과를 기반으로 담당자 인터뷰, 전문가 의견조사 등 보다 심층적인 분석이 추가된다면 더 구체적인 함의를 도출할 수 있을 것이다. 그 외 후속 과제로 본 연구에서 제기된 운영상의 문제점을 개선하기 위해 건강증진학교 운영매뉴얼의 보완 및 건강증진학교 운영시 학교교육과정과의 연계 방안에 대한 다양한 논의와 실험이 전개될 필요가 있다. 비교과 영역 뿐 아니라 교과 영역과의 연계도 반드시 필요한 부분이므로 소규모 학교와 달리 교사 수가 많은 대규모 학교에서는 전체 교사들의 적극적인 참여를 통해 교과 연계 작업을 할 수 있는 기반조성에 더 많은 노력을 기울여야 할 것이다.

덧붙여, 본 연구가 학교급별, 지역별, 규모별 '건강증진모델학교'의 특성을 살펴보고자 기존 읍면 지역 소규모 초등학교에 대한 연구결과를 이어받아 수행된 시리즈 연구이다보니 기존 연구와 중복된 용어표현과 기술방식이 취해졌음을 알려둔다. 앞으로는 중고등학교 '건강증진모델학교'에 대한 분석도 실시되어 학교급별 비교를 통한 운영매뉴얼의 차별화도 이루어내야 할 것이다.

이해관계

The authors declared no conflict of interest.

REFERENCES

1. Kim MJ. A Systematic Reviews on the Effectiveness of Foreign Health Promoting School. Korean Public Health Research. 2014; 27(3):169-180. https://doi.org/10.15434/kssh.2014.27.3.169
2. Lee EY, Choi BY, Sohn AR, Ahn DH. Evaluation of Health Promoting Schools by school characteristics. Journal of Korean society for Health Education and Promotion. 2009;26(3):85-96.
3. Xin-Wei Z, Li-Qun L, Xue-Hai Z, Jun-Xiang G, Xue-Dong P, Aldinger C, et al. Health-promoting school development in Zhejiang Province, China. Health Promotion International. 2008;23 (3):220-230. https://doi.org/10.1093/heapro/dan021.
4. Chang CG. Development of school health system and projects in Korea from 1945 to 2010. Journal of the Korean Society of School Health. 2012;25(2):143-146.
5. Park YJ. A Study on the Efficiency Analysis of Health Promoting School using DEA (data envelopment analysis) Model. Unpublished doctoral dissertation, Seoul: Hanyang University; 2014: p. 1-9, 63-64.
6. Kim MJ. Problems and solutions for health promoting schools in Korea. Korean Public Health Research. 2013;39(1):65-75.
7. Kim MJ. Analysis of health promoting schools: Focusing on small-sized elementary school in rural area. Journal of the Korean Society of School Health. 2015;28:67-78. https://doi.org/10.15434/kssh.2015.28.2.67.
8. Park YJ. Effects of health promoting school on school climate. Journal of the Korean Society of School Health. 2015;28:47-55. https://doi.org/10.15434/kssh.2015.28.2.47.
9. Lee EY, Choi BY, Shin YJ, Kim SH, Sohn AR, Ahn DH. Implementation and evaluation of a Health promoting school program. Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, 2009;26(2):87-101.
10. Kim YI. A Study of the index development and measurement for school health promoting behaviors. Journal of the Korean Society of School Health. 1998;11(2):189-201.

11. Sohn AR, Kim BR, Kim SH, Shim YJ, Ahn DH, Choi BY. Evaluating health promoting schools based on WHO standards in Yangpyung-gun, Korea. The Journal of Korean Society for School Health Education. 2008;9(1):1-15.
12. Lee EY, Choi BY, Sohn AR, Ahn DH. Evaluation of Health Promoting Schools by school characteristics. Journal of Korean society for Health Education and Promotion. 2009;26(3):85-96.
13. Park SW. Health behaviors among adolescents in the rural area in Korea. Journal of Agricultural Medicine and Community Health. 2009;34(2):202-213.
14. 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. https://doi.org/10.1093/heapro/dal059
15. Mukoma W, Flisher AJ. Evaluation of health promoting schools: A review of nine studies. Health Promotion International, 2004; 19(3):357-368. https://doi.org/10.1093/heapro/dah309
16. Mitchell J, Palmer S, Booth M, Davies GP. A randomized trial of and intervention to develop health promoting schools in Australia: The south western Sidney study. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2000;24(3):242-246.