

초등학교의 보건교과목 개설 여건

문정순¹⁾ · 송경애¹⁾ · 이종은²⁾ · 박선남³⁾

서 론

연구의 필요성

우리나라의 초등학생들은 지식중심의 학교 교육으로 인한 스트레스, 아동학대, 성폭력을 포함한 학교 폭력, 음주와 흡연을 포함한 약물 오·남용 등 여러 가지 사회적 문제를 야기시키고 있다. 이러한 문제들은 가정, 학교 및 사회의 공동 노력으로 해결할 수 있겠지만 학교에서의 보건교육을 통한 지식과 경험을 축적시켜 학생들이 스스로 대처할 수 있는 능력 향상이 해결에 기본이 될 것이다. 특히 보건교과는 지식위주의 교육이 아니라 기본지식을 기초로 건강에 대한 태도와 생활습관의 변화 위주의 교육이기 때문에 학습량에 부담을 주지 않으며, 학생들이 많은 관심과 흥미를 보일 수 있다.

보건교과목은 국민 누구나 최소한의 교육을 받아야 할 영역으로 국민의 교육권과 건강권 보장을 위하여 현재 미국, 일본 등 선진 외국에는 독립교과목으로 개설되어 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 이상의 수업시간을 확보하도록 요구하고 있다(Janet et al., 1995). 우리나라는 제7차 교육과정 개정을 통해 학교장 재량과목으로 보건교육 과목이 독립과목으로 인

정되어 보건교사에 의해 초등학교 주당 6시간, 중등학교 주당 10시간 정도 실시되도록 되어있으나, 이는 교육청의 권장사항이므로 그 실행은 학교장 재량에 일임하는 형태로서 보건교육이 효율적으로 이루어지기 위한 법적·제도적 장치가 미미한 실정이다. 또한 독립된 교과목으로 개설된 것이 아니라 초등학교는 슬기로운 생활, 바른 생활, 즐거운 생활, 국어, 도덕, 체육, 사회, 실과, 과학 등 9개의 교과목에 분산되어 보건관련 내용이 수록되어 교육되고 있다. 따라서 보건교과로 교육목적을 설정하고, 각각의 내용들의 유기적 결합 배치를 고려하지 않은 상태에서 이루어지고 있으며, 내용 또한 학생들이나 사회적 요구에 부합하지 않을 수 있다고 본다. 교육 담당자도 담임교사, 보건교사, 체육교사로 학교의 실정에 따라 다양한 실정으로(Nam, 2000), 담임교사나 체육교사의 경우 보건 관련 비전문교사로서 동기부여 측면이나 전문성 부족으로 교육의 효율성을 저하시킬 수도 있기 때문에 바람직하지 못하다고 볼 수 있다. 여러 선행연구에서 보건교과목이 단일 과목으로 채택되어 있지 않고 여러 과목에 분산되어 타교과의 하위체계에 속하여 교육되고 있어 비체계적이고 일관성이 없고, 시간과 인력 등의 손실이 초래될 수 있으며, 또한 비전문가에 의한 단편적이고 비효율적인 교육 실시에 따른 문제점을 지적하였다(Lee & Park, 1993; Kim & Lee, 1994; Kim, 1998).

Lee와 Park(1993)의 연구에서 보건교사 93%가 독립된 보건교과목의 필요성이 있다고 하였으며, Yun(1995)의 연구에서는 보건교사 82.3%가 정규 보건교과목이 필요하다고 응답한 것으로 나타났다. 또한 여러 연구에서 각 교과목에 분산 삽입되

주요어 : 보건교과목, 초등학교

1) 가톨릭대학교 간호대학 교수(교신저자 문정순 E-mail: jsmoon@catholic.ac.kr)

2) 가톨릭대학교 간호대학 연구조교, 3) 서울여자간호대학 전임강사

투고일: 2005년 3월 14일 심사완료일: 2005년 4월 21일

어 있는 보건교육 관련내용의 체계적 통합 교육이 실시될 수 있도록 단독 교과목으로 운영될 필요성을 주장하였으며 (Chung, Chang, Park, & Shu, 1994; Yun, 1995; Kim & Kim, 2003), 독립된 교과목으로 운영을 제도화하고자 노력 중이다. 이에 따라 보건실 업무를 포함한 학교 인구의 건강관리를 하면서 보건교과목을 독립적으로 운영하게 될 보건교사를 대상으로 보건교과목의 개설에 대한 여건을 파악해 볼 필요성이 있으나, 이에 대한 연구가 없는 실정이므로 제도적인 교육의 시발점인 초등학교 보건교사를 대상으로 조사를 실시하였다.

연구 목적

본 연구의 목적은 초등학교 보건교사의 보건교육 실태파악과 보건교육 독립교과목 운영에 대한 여건을 조사하여 보건교과목의 효율적 운영방안의 대책 마련을 위한 기초 자료를 제공함에 있으며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 초등학교의 보건교육 실태를 조사한다.
- 초등학교 보건교사의 보건교과목 개설에 대한 인식을 조사한다.
- 초등학교의 보건교과목 개설 여건을 조사한다.
- 초등학생에게 필요한 교과내용 구성과 적절한 보건교육 시간을 조사한다.

연구 방법

연구설계

본 연구는 초등학교의 보건교과목의 개설 여건을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

연구대상

본 연구의 목적을 이해하고 동의한 전국 초등학교 보건교사 607명을 대상으로 하였다.

분석대상 초등학교의 지역적 분포는 경상도가 153개교(28.8%)로 가장 많았으며, 경기도 86개교(16.2%), 충청도 78개교(14.7%), 강원도 74개교(13.9%), 서울 72개교(13.5%), 전라도 63개교(11.8%), 제주도 6개교(1.1%)이었다<Table 1>.

자료수집 방법

우리나라 초등학교수는 5,384개이며, 보건교사가 배치된 학교는 3,954개교이다(교육통계연감, 2004). 이에 따라 보건교육의 실태조사 대상을 보건교사 배치학교의 약 25%를 지역적으

로 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 607부의 자료를 분석하였다.

자료수집기간은 2003년 9월 15일부터 12월 15일까지였다.

연구도구

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

설문지의 내용은 대상 학교의 특성(설립주체, 학급수, 학생수, 지역특성, 행정지역), 보건교사의 일반적 특성(연령, 결혼상태, 교육경력, 1급 교사 연수여부), 보건교육 실태, 보건교과목 개설에 대한 인식, 보건교과목 개설 여건, 보건교과목 내용 구성 및 적절한 시간 수 등 총 25문항이었다.

자료분석

SAS Windows 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상 학교의 특성, 보건교사의 일반적 특성 및 보건교육 실태, 보건교과목 개설에 대한 인식, 보건교과목 개설 여건, 보건교과목 내용 구성은 빈도와 백분율로 나타내었다.

대상 학교의 특성 및 보건교사의 일반적 특성에 따른 보건교육 실태, 보건교과목 개설에 대한 인식 및 보건교과목 개설 여건의 차이는 χ^2 -test를 이용하여 분석하였다.

연구 결과

대상 학교의 일반적 특성

대상학교 607개교 중 국공립학교가 601개교(99.0%)였으며, 사립학교는 6개교(1.0%)이었다. 학급수 분포는 20학급 이하가 40.4%로 가장 많았고, 21~40학급이 36.2%, 41학급 이상이 23.4%였으며, 평균 학급수는 27.2학급으로, 범위는 5학급에서 76학급이었다<Table 1>.

평균 학생수는 1,019명으로, 범위는 43명에서 3,200명까지였다. 분포는 1,001~2,000명이 35.9%로 가장 많았고, 다음이 500명 이하로 32.2%, 501~1,000명이 21.7%, 2,001명 이상이 10.2%이었다<Table 1>.

지역 특성별 분포를 살펴보면, 대도시의 학교가 39.2%로 가장 많았고, 농어촌 지역이 34.8%, 중소도시 26.0%이었다. 행

정지역 분포는 경상도가 28.8%로 가장 많았으며, 경기도 16.2%, 충청도 14.7%, 강원도 13.9%, 서울 13.5%, 전라도 11.8%, 제주도 1.1%순이었다<Table 1>.

<Table 1> Characteristics of studied school (N=607)

Characteristics	Category	N(%)
Foundation	Public	601(99.0)
	Private	6(1.0)
Size(No of class)	≤20	245(40.4)
	21~40	220(36.2)
	41≥	142(23.4)
Enrolled student	≤500	195(32.2)
	501~1000	132(21.7)
	1001~2000	218(35.9)
	2001≥	62(10.2)
Locality	Urban	210(39.2)
	Suburban	139(26.0)
	Rural	186(34.8)
District	Seoul	72(13.5)
	Gyeonggi-do	86(16.2)
	Gangwon-do	74(13.9)
	Chungcheong-do	78(14.7)
	Jeolla-do	63(11.8)
	Gyeongsang-do	153(28.8)
	Jeju-do	6(1.1)

Exclude non respondent

대상 보건교사의 일반적 특성

대상 초등학교 보건교사의 평균 연령은 37.2세로 연령의 범위는 25~58세였고, 연령 분포는 30~39세가 51.0%로 가장 많았으며, 다음으로 40~49세가 32.7%, 30세 미만은 13.1%,

<Table 2> General Characteristics of School nurse (N=607)

Characteristics	No(%)	
Age(yr)	≤30	79(13.1)
	30~39	306(51.0)
	40~49	198(32.7)
	50≥	19(3.2)
Marital status	Married	490(80.7)
	Unmarried	111(18.3)
	Others	6(1.0)
Educational carrier(yr)	≤5	149(24.5)
	6~10	189(31.1)
	11~15	96(15.8)
	16~20	109(18.0)
	21≥	65(10.6)
Upgrade training	Yes	486(80.0)
	No	121(20.0)

Exclude non respondent

50세 이상이 3.2%의 순이었다. 결혼상태는 기혼이 80.7%이었다<Table 2>.

대상 교사들의 교육경력은 6~10년이 31.1%로 가장 많았으며, 5년 이하가 24.5%, 16년~20년이 18.0%, 11~15년이 15.8%, 21년 이상이 10.6%였으며, 평균 교육 경력은 10.9년이었다. 또한 대상 교사들 중 80.0%가 1급 교사연수를 받았다<Table 2>.

보건교육 실태

보건교사의 업무 중 보건교육이 차지하는 비중은 평균 32.1%로, 21~30%가 27.6%로 가장 많았으며, 다음 11~20%와 41%이상이 각각 20.3%였으며, 31~40%가 17.3%, 10%이하가 14.5%이었다<Table 3>.

학교의 규모와 지역에 따른 보건교육 비중은 규모가 20학급 이하 소규모 학교의 비중은 10% 이하가 11.8%인데 비해, 21~40학급의 중간규모에서는 15.1%, 41학급 이상의 대규모 학교는 18.6%인 반면, 비중이 41%이상은 대규모 학교는 17.7%, 중간규모 학교는 15.1%, 소규모 학교는 26.4%로서 학교의 규모에 따라 보건교육의 비중에는 유의한 차이가 있었다(p<.05). 또한 지역 특성에 따라서도 유의한 차이가 있어서 대도시 학교의 비중은 10%이하가 17.7%인데 비해, 중소도시 학교는 14.9%, 농어촌 지역 학교는 10.4%인 반면, 비중이 41%이상은 대도시 학교는 10.2%, 중소도시 학교는 22.3%, 농어촌 지역 학교는 30.1%이었다(p<.01)<Table 3>.

보건교사의 경력과 1급 교사 연수 유무에 따른 보건교육 비중은 경력이 5년 이하로 짧은 경우에 비중은 10%이하가 11.6%, 6~10년이 12.9%, 11~15년이 14.1%, 16~20년이 18.3%, 21년 이상이 20.7%인 반면, 비중이 41%이상은 경력 5년 이하가 18.1%, 6~10년이 22.8%, 11~15년이 32.9%, 16~20년이 11.8%, 21년 이상이 13.2%로서 교사의 경력에 따라 보건교육의 비중에는 유의한 차이가 있었다(p<.01). 그러나 보건교사의 1급 교사연수 유무에 따라서는 유의한 차이가 없었다<Table 4>.

보건교사가 사용하는 보건교육 방법으로는 가정통신문이나 방송매체를 이용하는 경우가 71.7%로 가장 많았으며, 그 다음으로 보건관련 교과목 시간의 일부를 할애 받는 경우가 17.6%, 규칙적인 수업을 하는 경우 7.9%, 결강시간을 이용하는 경우가 2.8%이었다<Table 3>.

학교의 규모에 따른 보건교육 방법은 유의한 차이가 없었으나 지역 특성에 따라서는 유의한 차이가 있어서(p<.01), 대도시 학교는 규칙적인 수업이 4.1%인데 비해, 중소도시 학교는 6.1%, 농어촌 지역 학교는 10.1%인 반면, 보건관련 교과목 시간을 이용하는 경우가 대도시 학교는 24.3%, 중소도시 학교

<Table 3> Status of health education by the size and locality of schools (N=607)

Health education	Size(No of class)			Locality			Total N(%)
	≤20 N(%)	21~40 N(%)	41≥ N(%)	Urban N(%)	Suburban N(%)	Rural N(%)	
Work load(%)							
≤ 10	26(11.8)	30(15.1)	23(18.6)	33(17.7)	18(14.9)	18(10.4)	79(14.5)
11~20	36(16.4)	42(21.1)	32(25.8)	48(25.8)	22(18.2)	30(17.3)	110(20.3)
21~30	68(30.9)	52(26.1)	30(24.2)	53(28.5)	31(25.6)	44(25.4)	150(27.6)
31~40	32(14.5)	45(22.6)	17(13.7)	33(17.8)	23(19.0)	29(16.8)	94(17.3)
41≥	58(26.4)	30(15.1)	22(17.7)	19(10.2)	27(22.3)	52(30.1)	110(20.3)
		$\chi^2=19.89^*$			$\chi^2=25.17^{**}$		
Methods							
Regular class	22(9.5)	14(6.7)	9(6.8)	8(4.1)	8(6.1)	18(10.1)	45(7.9)
Health-related subjects	30(12.9)	45(21.5)	26(19.7)	47(24.3)	20(15.1)	21(11.8)	101(17.6)
Utilize cancelled class	10(4.3)	5(2.4)	1(.8)	5(2.6)	2(1.5)	9(4.5)	16(2.8)
Mass media	170(73.3)	145(69.4)	96(72.7)	133(67.0)	102(77.3)	131(73.6)	411(71.7)
		$\chi^2=10.59$			$\chi^2=17.10^{**}$		
Interruption of education							
Frequently	54(22.2)	57(26.1)	39(27.5)	46(22.0)	41(29.7)	46(25.0)	150(24.9)
Sometimes	162(66.7)	156(71.6)	100(70.4)	155(74.2)	93(67.4)	119(64.7)	418(69.3)
None	27(11.1)	5(2.3)	3(2.1)	8(3.8)	4(2.9)	19(10.3)	35(5.8)
		$\chi^2=21.39^{***}$			$\chi^2=13.16^*$		
Substitute person during class							
None	220(90.2)	166(76.1)	85(61.2)	138(66.3)	104(76.5)	171(92.4)	471(78.4)
Teacher	20(8.2)	51(23.4)	53(38.1)	69(33.2)	30(22.1)	11(6.0)	124(20.6)
Others	4(1.6)	1(.5)	1(.7)	1(.5)	2(1.5)	3(1.6)	6(1.0)
		$\chi^2=51.19^{***}$			$\chi^2=44.95^{***}$		

*p< .05, **p< .01, ***p< .001

Exclude non respondent

<Table 4> Status of health education by the career and upgrade training of school nurse (N=607)

Health education	Career(years)					Upgrade training	
	≤ 5 N(%)	6~10 N(%)	11~15 N(%)	16~20 N(%)	21≥ N(%)	Yes N(%)	No N(%)
Work load of health education(%)							
≤ 10	16(11.6)	22(12.9)	12(14.1)	17(18.3)	11(20.7)	69(16.1)	9(8.0)
11~20	25(18.1)	36(21.0)	13(15.3)	20(21.5)	16(30.2)	89(20.7)	21(18.6)
21~30	41(29.7)	48(28.1)	13(15.3)	30(32.3)	16(30.2)	117(27.3)	33(29.2)
31~40	31(22.5)	26(15.2)	19(22.4)	15(16.1)	3(5.7)	68(15.8)	26(23.0)
41≥	25(18.1)	39(22.8)	28(32.9)	11(11.8)	7(13.2)	86(20.1)	24(21.2)
			$\chi^2=33.39^{**}$			$\chi^2=7.13$	
Methods							
Regular class	9(6.2)	14(7.9)	8(9.2)	12(12.0)	2(3.3)	37(8.2)	8(6.7)
Health-related subjects	26(18.1)	30(17.0)	11(12.6)	23(23.0)	11(18.0)	80(17.7)	21(17.7)
Utilize cancelled class	10(6.9)	2(1.1)	0(.0)	1(1.0)	3(4.9)	8(1.7)	8(6.7)
Mass media	99(68.8)	131(74.0)	68(78.2)	64(64.0)	45(73.8)	328(72.4)	82(68.9)
			$\chi^2=24.14^*$			$\chi^2=8.69^*$	
Interruption of education							
Frequently	37(25.2)	51(27.4)	21(22.3)	25(23.2)	15(23.4)	120(24.9)	29(24.0)
Sometimes	96(65.3)	126(67.8)	71(75.6)	78(72.2)	45(70.3)	339(70.5)	79(65.3)
None	14(9.5)	9(4.8)	2(2.1)	5(4.6)	4(6.3)	22(4.6)	13(10.7)
			$\chi^2=8.38$			$\chi^2=6.74^*$	
Substitute person during class							
None	111(76.0)	151(81.2)	72(76.6)	83(77.6)	51(79.7)	381(79.4)	89(74.2)
Teacher	34(23.3)	33(17.7)	22(23.4)	22(20.5)	12(18.7)	94(19.6)	30(25.0)
Others	1(.7)	2(1.1)	0(.0)	2(1.9)	1(1.6)	5(1.0)	1(.8)
			$\chi^2=4.16$			$\chi^2=1.74$	

*p< .05, **p< .01, ***p< .001

Exclude non respondent

는 15.1%, 농어촌 지역 학교는 11.8%이었다<Table 3>.

보건교사의 경력과 1급 교사 연수 유무에 따른 보건교육 방법은 경력 5년 이하가 규칙적인 수업이 6.2%, 6~10년이 7.9%, 11~15년이 9.2%, 16~20년이 12.0%, 21년 이상이 3.3%인 반면, 보건관련 교과목 시간을 이용하는 경우가 경력 5년 이하가 18.1%, 6~10년이 17.0%, 11~15년이 12.6%, 16~20년이 23.0%, 21년 이상이 18.0%로서 교사의 경력에 따라 보건교육 방법에는 유의한 차이가 있었다(p<.05). 보건교사의 1급 교사연수 유무에 따라서도 유의한 차이가 있어서 보건관련 교과목 시간을 이용하는 경우는 두 군 모두 17.7%로 동일하였으나, 연수를 받은 교사들은 결강시간을 이용하는 경우가 1.7%인 반면, 받지 않은 군이 6.7%이었다(p<.05) <Table 4>.

보건교육 수업 시 대체인력(일반교사)이 없는 경우는 78.4%였으며, 대체인력에게 위임하는 경우가 20.6%이었다<Table 3>. 학교의 규모와 지역에 따른 보건교육 수업 시 보건실 업무는 소규모 학교는 대체인력에게 위임하는 경우가 8.2%인데 비해, 중간규모 학교는 23.4%, 대규모 학교는 38.1%로서 학교의 규모에 따라 유의한 차이가 있었다(p<.001). 또한 지역 특성에 따라서도 유의한 차이가 있어서 대도시 학교는 대체인력에게 위임하는 경우가 33.2%인데 비해, 중소도시 학교는 22.1%, 농어촌 지역 학교는 6.0%이었다<Table 3>. 보건교사의 경력과 1급 교사 연수 유무에 따른 보건교육 수업 시 대체인력 유무는 유의한 차이가 없었다(p<.001)<Table 4>.

보건실 업무로 인해 보건교육을 중단한 적은 가끔 있었다가 69.3%, 자주 있었다가 24.9%, 없었다가 5.8%이었다<Table 3>. 보건실 업무로 인해 보건교육을 중단한 빈도를 학교의 규모와 지역에 따라 살펴보면, 소규모 학교는 잦은 경우가 22.2%인데 비해, 중간규모 학교에서는 26.1%, 대규모 학교는 27.1%인 반면, 없었다가 소규모 학교는 11.1%인데 비해, 중간

규모 학교에서는 2.3%, 대규모 학교는 2.1%로서 학교의 규모에 따라 유의한 차이가 있었다(p<.001). 또한 지역 특성에 따라서도 유의한 차이가 있어서(p<.05), 대도시 학교는 잦은 경우가 22.0%인데 비해, 중소도시 학교에서는 29.1%, 농어촌 지역 학교는 25.0%인 반면, 없었다가 대도시 학교는 3.8%인데 비해, 중소도시 학교에서는 2.9%, 농어촌 지역 학교는 10.3%이었다<Table 3>. 보건교사의 경력에 따른 보건실 업무로 보건교육을 중단한 빈도에는 유의한 차이가 없었으나, 1급 교사 연수 유무에 따라서는 유의한 차이가 있어서(p<.05), 연수를 받은 교사는 잦은 경우가 4.6%인데 비해, 안받은 교사는 10.7%이었다<Table 4>.

보건교과목 개설에 대한 인식

독립된 보건교과목의 개설에 대한 필요성은 필요하다고 54.0%, 꼭 필요하다고 43.0%였으며, 필요없다는 3.0%에 불과하였다<Table 5>. 학교의 규모와 지역에 따른 보건교과목의 개설에 대한 필요성에 대한 인식에는 유의한 차이가 없었다<Table 5>. 보건교사의 경력과 1급 교사 연수 유무에 따른 보건교과목의 개설에 대한 필요성에 대한 인식은 경력이 5년 이하에서 꼭 필요하다고 50.3%, 6~10년이 50.5%, 11~15년이 36.8%, 16~20년이 32.4%, 21년 이상이 30.6%로서 유의한 차이가 있었다(p<.01). 또한 보건교사의 1급 교사연수 유무에 따라서도 유의한 차이가 있어서(p<.01), 연수를 받은 교사는 꼭 필요하다고 39.8%인데 비해, 안받은 교사는 56.3%이었다<Table 6>.

현 상태에서 보건교과목의 운영가능성은 업무량 조정이 있어야 가능하다고 60.6%, 가능하다고 18.5%, 인력 보충이 되어야 가능하다고 13.9%, 전혀 불가능하다고 7.0%이었다<Table 5>. 학교의 규모와 지역에 따른 보건교과목의 운영가능성은

<Table 5> Need perception for opening education course by the size and locality of schools (N=607)

Opening education course	Size(No of class)			Locality			Total N(%)
	≤20 N(%)	21~40 N(%)	41≥ N(%)	Urban N(%)	Suburban N(%)	Rural N(%)	
Need perception							
Definitely	119(49.0)	86(39.6)	53(37.9)	76(36.9)	64(46.7)	93(50.0)	18(3.0)
Moderate	116(47.7)	125(57.6)	83(59.2)	122(59.2)	68(49.6)	89(47.9)	324(54.0)
None	8(3.3)	6(2.8)	4(2.9)	8(3.9)	5(3.7)	4(2.1)	258(43.0)
		x ² =6.58			x ² =7.87		
Feasibility							
Possible	76(32.1)	23(11.0)	10(7.1)	20(9.9)	23(17.2)	56(30.9)	109(18.6)
Adjust work load	135(56.9)	141(67.1)	80(57.1)	128(63.4)	78(58.2)	101(55.8)	356(60.6)
Supplement manpower	8(3.4)	15(7.1)	18(12.9)	21(10.4)	11(8.2)	3(1.7)	41(7.0)
Impossible	18(7.6)	31(14.8)	32(22.9)	33(16.3)	22(16.4)	21(11.6)	81(13.8)
		x ² =68.35***			x ² =36.54***		

*p< .05, **p< .01, ***p< .001

Exclude non respondent

<Table 6> Need perception for opening education course by the career and upgrade training of school nurse (N=607)

Opening education course	Career(years)					Upgrade training	
	≤ 5 N(%)	6~10 N(%)	11~15 N(%)	16~20 N(%)	21≥ N(%)	Yes N(%)	No N(%)
Need perception							
Definitely	73(50.3)	94(50.5)	35(36.8)	35(32.4)	19(30.6)	191(39.8)	67(56.3)
Moderate	70(48.3)	88(47.3)	55(57.9)	70(64.8)	39(62.9)	274(57.1)	50(42.0)
None	2(1.4)	4(2.2)	5(5.3)	3(2.8)	4(6.5)	15(3.1)	2(1.7)
			$\chi^2=21.86^{**}$			$\chi^2=10.74^{**}$	
Feasibility							
Possible	26(17.8)	34(18.6)	16(18.0)	18(17.1)	15(25.0)	85(18.2)	24(20.2)
Adjust work load	87(59.6)	108(59.0)	52(58.4)	74(70.5)	32(53.3)	285(61.0)	71(59.6)
Supplement manpower	14(9.6)	14(7.7)	4(4.5)	5(4.8)	4(6.7)	31(6.7)	9(7.6)
Impossible	19(13.0)	27(17.7)	17(19.1)	8(7.6)	9(15.0)	66(14.1)	15(12.6)
			$\chi^2=11.93$			$\chi^2= .50$	

*p< .05, **p< .01, ***p< .001
Exclude non respondent

소규모 학교는 현 상태에서 가능하다가 32.1%인데 비해, 중간 규모 학교에서는 11.0%, 대규모 학교는 7.1%인 반면, 불가능하다가 소규모 학교는 7.6%, 중간규모 학교는 14.8%, 대규모 학교는 22.9%로서 유의한 차이가 있었다(p<.001). 또한 지역 특성에 따라서도 유의한 차이가 있어서 대도시 학교는 가능하다가 9.9%인데 비해, 중소도시 학교에서는 17.2%, 농어촌 지역 학교는 30.9%인 반면, 인력 보충이 있어야 가능하다가 대도시 학교는 10.4%인데 비해, 중소도시 학교는 8.2%, 농어촌 지역 학교는 1.7%이었다(p<.01)<Table 5>. 보건교사의 경력과 1급 교사 연수 유무에 따른 보건교과목의 운영가능성에 대한 의견에는 유의한 차이가 없었다<Table 6>.

보건교과목 개설 여건

보건교육 자료, 교육 매체, 학생들의 호응도, 일반교사의 관심과 지원, 학교당국의 관심과 지원 및 보건교사 자신의 교육 능력 등 보건교과목 개설 여건을 살펴본 결과, 교육자료의 확보상태는 보통이다가 45.9%, 부족하다가 44.4%, 충분하다는 9.7%이었다<Table 7>. 학교의 규모와 지역, 보건교사의 경력과 일급교사 연수 유무에 따른 교육자료의 확보상태는 유의한 차이가 없었다<Table 7><Table 8>.

교육매체의 확보상태는 보통이다가 51.8%, 부족하다가 30.6%, 충분하다는 17.6%이었다<Table 7>. 학교의 규모와 지역, 보건교사의 경력과 일급교사 연수 유무에 따른 교육 매체의 확보상태는 유의한 차이가 없었다<Table 7><Table 8>.

보건교육에 대한 학생들의 호응도는 보통이다가 63.0%, 충분하다가 31.2%이었고, 부족하다가 5.8%이었다<Table 7>. 학교의 규모와 지역, 보건교사의 경력과 일급교사 연수 유무에 따른 보건교육에 대한 학생들의 호응도는 유의한 차이가 없

었다<Table 7><Table 8>.

일반교사의 보건교육에 대한 관심과 지원은 보통이다가 53.1%, 부족하다가 32.7%, 충분하다는 14.3%이었다<Table 7>. 학교의 규모와 지역에 따른 보건교육에 대한 일반교사의 관심과 지원은 소규모 학교는 부족하다가 39.9%인데 비해, 중간 규모 학교에서는 29.0%, 대규모 학교는 25.0%로서 유의한 차이가 있었다(p<.05). 그러나 지역 특성에 따라서는 유의한 차이가 없었다. 보건교사의 경력에 따른 보건교육에 대한 일반교사의 관심과 지원은 경력이 5년 이하에서 부족하다가 43.1%, 6~10년이 40.6%, 11~15년이 21.4%, 16~20년이 25.7%, 21년 이상이 11.7%로서 유의한 차이가 있었다(p<.01). 보건교사의 1급 교사연수 유무에 따라서도 유의한 차이가 있어서, 연수를 받은 교사는 부족하다가 30.3%인데 비해, 안받은 교사는 42.0%이었다(p<.05)<Table 8>.

학교 당국의 보건교육에 대한 관심과 지원은 보통이다가 51.5%, 부족하다가 38.5%, 충분하다는 10.0%이었다<Table 7>. 학교의 규모와 지역에 따른 보건교육에 대한 학교 당국의 관심과 지원은 소규모 학교는 부족하다가 46.1%인데 비해, 중간 규모 학교에서는 35.3%, 대규모 학교는 29.4%로서 유의한 차이가 있었다(p<.01). 또한 지역 특성에 따라서도 유의한 차이가 있어서(p<.05) 대도시 학교는 부족하다가 32.3%인데 비해, 중소도시 학교에서는 35.1%, 농어촌 지역 학교는 45.0%이었다<Table 7>. 보건교사의 경력에 따른 보건교육에 대한 일반교사의 관심과 지원은 경력 5년 이하에서 부족하다가 48.6%, 6~10년이 46.4%, 11~15년이 29.2%, 16~20년이 28.4%, 21년 이상이 20.3%로서 유의한 차이가 있었다(p<.05). 그러나 보건교사의 1급 교사연수 유무에 따라서는 유의한 차이가 없었다<Table 8>.

보건교사의 자신의 교육능력에 대한 평가는 보통이다가

초등학교의 보건교과목 개설 여건

<Table 7> Current status for opening health education course by the size and locality schools (N=607)

Current status	Size(No of class)			Locality			Total N(%)
	≤20 N(%)	21~40 N(%)	41≥ N(%)	Urban N(%)	Suburban N(%)	Rural N(%)	
Educational materials							
Sufficient	18(7.3)	22(10.7)	17(12.5)	26(13.5)	11(8.2)	14(7.7)	57(9.7)
Average	107(43.1)	99(48.3)	64(47.1)	94(48.7)	58(43.3)	77(42.6)	270(45.8)
Deficient	123(49.6)	84(41.0)	55(40.4)	73(37.8)	65(48.5)	90(49.7)	262(44.5)
		$\chi^2=6.08$			$\chi^2=8.07$		
Educational media							
Sufficient	39(15.9)	37(18.2)	27(19.9)	40(20.8)	28(21.2)	26(14.5)	103(17.6)
Average	122(49.8)	109(53.7)	71(52.2)	102(53.2)	64(48.5)	91(50.9)	302(51.7)
Deficient	84(34.3)	57(29.1)	38(27.9)	50(26.0)	40(30.3)	62(34.6)	179(30.6)
		$\chi^2=2.98$			$\chi^2=5.18$		
Students' interest							
Sufficient	69(27.8)	72(35.3)	42(30.9)	64(33.3)	47(35.1)	51(28.2)	183(31.1)
Average	167(67.3)	119(58.3)	85(62.5)	113(58.9)	78(58.2)	122(67.4)	371(63.1)
Deficient	12(4.9)	13(6.4)	9(6.6)	15(7.8)	9(6.7)	8(4.4)	34(5.8)
		$\chi^2=4.13$			$\chi^2=4.55$		
Teachers' interest							
Sufficient	30(12.1)	33(16.3)	21(15.4)	26(13.5)	25(18.8)	22(12.1)	84(14.3)
Average	119(48.0)	111(54.7)	81(59.6)	109(56.8)	70(52.6)	91(50.3)	311(53.0)
Deficient	99(39.9)	59(29.0)	34(25.0)	57(29.7)	38(28.6)	68(37.6)	192(32.7)
		$\chi^2=11.13^*$			$\chi^2=5.81$		
Administrator's interest							
Sufficient	18(7.3)	20(9.8)	21(15.4)	18(9.4)	20(14.9)	15(8.3)	59(10.0)
Average	115(46.6)	112(54.9)	75(55.2)	112(58.3)	67(50.0)	84(46.7)	302(51.5)
Deficient	114(46.1)	72(35.3)	40(29.4)	62(32.3)	47(35.1)	81(45.0)	226(38.5)
		$\chi^2=15.02^{**}$			$\chi^2=10.41^*$		
Teaching ability							
Sufficient	37(14.9)	34(16.7)	29(21.3)	34(17.7)	30(22.4)	27(14.9)	100(17.0)
Average	179(72.2)	148(72.5)	92(67.7)	134(69.8)	91(67.9)	134(74.0)	419(71.3)
Deficient	32(12.9)	22(10.8)	15(11.0)	24(12.5)	13(9.7)	20(11.1)	69(11.7)
		$\chi^2=2.97$			$\chi^2=3.42$		

*p< .05, **p< .01, ***p< .001

Exclude non respondent

<Table 8> Current status for opening health education course by the career and upgrade training of school nurse (N=607)

Current status	Career(years)					Upgrade training	
	≤ 5 N(%)	6~10 N(%)	11~15 N(%)	16~20 N(%)	21≥ N(%)	Yes N(%)	No N(%)
Educational materials							
Sufficient	14(9.7)	13(7.2)	9(10.0)	11(10.8)	8(13.5)	43(9.4)	12(10.1)
Average	54(37.5)	88(48.9)	44(48.9)	51(50.0)	28(47.5)	221(48.4)	44(37.0)
Deficient	76(52.8)	79(43.9)	37(41.1)	40(39.2)	23(39.0)	193(42.2)	63(52.9)
			$\chi^2=8.84$			$\chi^2=5.14$	
Educational media							
Sufficient	23(16.0)	28(15.8)	15(16.8)	23(22.5)	11(19.0)	80(17.7)	20(16.8)
Average	65(45.1)	97(54.8)	50(56.2)	52(51.0)	33(56.9)	244(54.0)	53(44.5)
Deficient	56(38.9)	52(29.4)	24(27.0)	27(26.5)	14(24.1)	128(28.3)	46(38.7)
			$\chi^2=9.29$			$\chi^2=4.96$	
Students' interest							
Sufficient	49(34.0)	51(28.3)	31(34.4)	33(32.7)	14(23.7)	134(29.4)	45(37.8)
Average	83(57.7)	120(66.7)	55(61.2)	62(61.4)	42(71.2)	295(64.7)	67(56.3)
Deficient	12(8.3)	9(5.0)	4(4.4)	6(5.9)	3(5.1)	27(5.9)	7(5.9)
			$\chi^2=6.11$			$\chi^2=3.21$	

*p< .05, **p< .01, ***p< .001

Exclude non respondent

<Table 8> Current status for opening health education course by the career and upgrade training of school nurse (continued) (N=607)

Current status	Career(years)					Upgrade training	
	≤ 5 N(%)	6~10 N(%)	11~15 N(%)	16~20 N(%)	21≥ N(%)	Yes N(%)	No N(%)
Teachers' interest							
Sufficient	21(14.6)	20(11.1)	13(14.6)	19(18.8)	9(15.2)	64(14.3)	17(14.3)
Average	61(42.3)	87(48.3)	57(64.0)	56(55.5)	43(72.9)	252(55.4)	52(43.7)
Deficient	62(43.1)	73(40.6)	19(21.4)	26(25.7)	7(11.9)	138(30.3)	50(42.0)
			$\chi^2=34.13^{***}$			$\chi^2=6.37^*$	
Administrator's interest							
Sufficient	11(7.6)	12(6.7)	11(12.4)	16(15.7)	8(14.6)	48(10.5)	10(8.4)
Average	63(43.8)	84(46.9)	52(58.4)	57(55.9)	39(66.1)	240(52.8)	55(46.2)
Deficient	70(48.6)	83(46.4)	26(29.2)	29(28.4)	12(20.3)	167(36.7)	54(45.4)
			$\chi^2=29.73^{***}$			$\chi^2=3.06$	
Teaching ability							
Sufficient	21(14.6)	33(18.3)	17(19.1)	14(13.7)	12(20.3)	78(17.1)	20(16.8)
Average	103(71.5)	124(68.9)	62(69.7)	77(75.5)	43(72.9)	325(71.3)	84(70.6)
Deficient	20(13.9)	23(12.8)	10(11.2)	11(10.8)	4(6.8)	532(11.6)	15(12.6)
			$\chi^2=4.45$			$\chi^2=.09$	

*p< .05, **p< .01, ***p< .001

Exclude non respondent

72.5%, 충분하다가 17.0%, 부족하다가 11.7%이었다<Table 7>.

학교의 규모와 지역, 보건교사의 경력과 일급교사 연수 유무에 따른 보건교육에 능력에 대한 평가에는 유의한 차이가 없었다<Table 7><Table 8>.

보건교과목 내용 구성과 적절한 시간 수

보건교사들이 제시한 초등학교의 학년별 필요한 보건교과 내용은 1학년에게는 '건강한 생활'이 40.4%, 다음이 '구강보건' 37.3%였고, 2학년은 '구강보건'이 38.3%, '건강한 생활' 22.8%, '성교육' 15.3%로 나타났다. 3학년에서도 역시 '구강보건'이

36.7%로 가장 많이 차지하였고, 그 다음은 '성교육'으로 17.1%, '안전한 생활'이 13.9%를 보였다. 4학년에서는 '성교육'이 29.5%로 가장 많았고, '안전한 생활'이 18.3%, '질병관리'가 12.3%, 5학년과 6학년에서는 '성교육'이 각각 69.9%, 71.4%로 가장 많았고, 그 다음으로 '약물오남용'이 각각 12.4%, 17.5%인 것으로 나타났다<Table 9>.

보건교사들이 제시한 바람직한 보건교과 시간은 주당 4~6시간이 가장 많아서 54.2%였으며, 다음이 3시간 이하가 26.5%, 10시간 이상이 11.1%, 7~9시간이 8.2%의 순이었으며, 주당 평균 5.3시간이었다<Table 10>.

<Table 9> Contents for health education course by the grade

Grade	1st N(%)	2nd N(%)	3rd N(%)	4th N(%)	5th N(%)	6th N(%)
Body structure and function	8(1.5)	10(1.9)	23(4.3)	37(6.8)	17(3.0)	3(.5)
Infection prevention	2(.4)	12(2.3)	7(1.3)	22(4.0)	2(.4)	3(.5)
Disease control	1(.2)	12(2.3)	32(5.9)	67(12.3)	16(2.9)	3(.5)
Dental health	203(37.3)	203(38.3)	198(36.7)	17(3.1)	1(.2)	0(.0)
Nutrition	2(.4)	11(2.1)	27(5.0)	35(6.4)	5(.9)	0(.0)
Growth and development	2(.4)	6(1.1)	8(1.5)	27(5.0)	17(3.0)	4(.7)
Healthy life	220(40.4)	121(22.8)	59(10.9)	37(6.8)	3(.5)	1(.2)
Environmental health	0(.0)	6(1.1)	6(1.1)	8(1.5)	1(.2)	1(.2)
Safety	50(9.2)	63(11.9)	75(13.9)	100(18.3)	11(2.0)	6(1.1)
Drug abuse	2(.4)	5(.9)	6(1.1)	21(3.9)	69(12.4)	98(17.5)
Smoking	1(.2)	0(.0)	5(.9)	13(2.4)	25(4.5)	41(7.3)
Alcohol	0(.0)	0(.0)	1(.2)	0(.0)	1(.2)	0(.0)
Sex education	53(9.7)	81(15.3)	92(17.1)	161(29.5)	390(69.9)	399(71.4)
Total	544(100.0)	530(100.0)	539(100.0)	545(100.0)	558(100.0)	559(100.0)

<Table 10> Desirable time for health education course

Hour/(week)	N(%)	Mean±SD
≤ 3	100(26.5)	5.3±3.1
4~6	205(54.2)	
7~9	31(8.2)	
10≥	42(11.1)	
Total	378(100.0)	

논 의

기존의 학교 보건교육의 비체계화의 문제점을 개선하기 위해 보건교육을 통합된 단독 교과목으로 운영되어야 하는 필요성이 오랫동안 제기되어 왔으나, 학교당 1명 정도만이 배치되는 보건교사가 학생 및 교직원의 건강관련 사업을 도맡아 하며 보건실 운영과 보건교육을 효과적으로 실시하는 데에는 여러 어려움이 있다. 현재 실시되고 있는 보건교육에 관한 내용은 여러 관련 과목에 분산되어 있기 때문에 내용이 중복되고 편중되어 있으며, 학년별 학습능력에 적합하게 내용이 체계화되어 있지 않은 실정이다(Nam, 2000).

이에 본 연구는 현 보건교사 인력으로 학교보건교육을 효과적으로 할 수 있는 여건 조성을 위해 본 연구에서 보건교육 실태를 알아본 결과, 보건교사의 업무 중 보건교육이 차지하는 비중은 1/3 정도로 많은 비중을 차지하는 것으로 나타났다. 이는 보건교사들이 보건교육의 중요성을 인식하고 역점을 두어 실시하고 있다는 것을 알 수 있었다.

보건교사가 사용하는 보건교육 방법으로는 가정통신문이나 방송매체를 이용하는 경우가 가장 많았으며, 그 다음으로 보건관련 교과목 시간의 일부를 할애 받는 경우, 규칙적인 수업을 하는 경우, 결장시간을 이용하는 경우 순이었다. 이는 가정통신문이나 방송매체가 수업보다 더 수월한 교육방법이기 때문에 과중한 업무를 해야 하는 보건교사들에게 활용도가 높은 것을 알 수 있었다. 그러나 초등학교생들이 건강하지 못한 습관을 고착하기 전 올바른 건강행위 및 자기관리를 할 수 있는 효과적인 교육방법은 직접적인 보건교육이며, 가정통신문이나 방송매체를 이용하는 교육방법은 보건교사의 과중한 업무를 덜 수 있는 보건교육의 차선책이라고 사료된다.

대도시 학교에서는 다른 지역보다 상대적으로 보건관련 교과목 시간을 이용한 경우가 많았으며, 교사 경력이 16~20년인 경우에서 정규수업이나 보건관련 교과목 수업을 이용한 경우가 많았고, 1급 교사 연수를 받지 않은 경우에는 결장시간을 이용하는 경우가 많았다. 이는 보건교육 수업이 교육청 권장사항이나 학교장 재량에 일임한 상황에서 보건교사의 열의나 역량, 다른 일반교사들과의 협력 정도에 따라 달라질 수 있는 것으로, 경력이 많은 보건교사가 경력이 적은 보건교사보다 학교보건사업 실시 역량이나 학교나 일반교사들의 협조

를 구함에 있어 대인관계 능력이 월등한 것으로 여겨진다.

보건교육 수업 시 대체인력(일반교사)에게 위임하는 경우는 20.6% 정도이며, 대도시 학교와 대규모 학교에서 보건교육 시 대체인력에게 위임하는 경우가 많았다. 이는 Kwangjang elementary school(1994)의 연구결과에서 보건교사의 교실수업과 일반교사들이 윤번식 보건실 근무로 보건교사의 직무가 활성화 되었다는 것에 비추어볼 때, 보건교육 수업 시 대체인력으로 일반교사에게 보건실 업무를 위임함으로써 보건교육이 수월하게 이루어지며 보건교사의 업무과중을 줄일 수 있는 방법이나 실제로 대도시나 대규모 학교에서만 활발히 이루어지는 상황으로 다른 지역의 학교에서도 대체인력 활용을 적극 반영해야 한다고 여겨진다.

본 연구에서 보건실 업무로 인해 약 70%가 보건교육을 방해받은 적이 있으며, 이는 보건교육 시 78.4%가 대체인력 없이 보건실을 비워 둔 채 수업을 한다는 본 연구결과에 기인한 것으로 생각된다.

독립된 보건교과목의 개설에 대한 필요성은 97.0%가 '필요하다' 또는 '꼭 필요하다'로 나타난 결과는 93%가 '필요하다'고 한 Lee와 Park(1993)의 연구결과와 유사하였으며, 교육 경력이 적을수록, 1급 교사 연수를 받지 않은 경우에서 더 많이 필요하다는 결과는 1급 교사 연수를 보건교사 경력이 3년 이상이 되어야 받을 수 있는 실정에서 교육경력이 적을수록 1급 교사 연수를 받지 않은 경우가 많아서 나타난 결과로 생각된다.

현 상태의 보건교과목 운영가능성에서 '업무량 조정이 있어야 가능하다'가 가장 많이 나타난 것은 학교 규모에 상관없이 대부분의 학교가 1명의 보건교사만이 배치되어 있어 업무량이 많은 결과로 사료된다.

소규모 학교나 농어촌 지역 학교에서 보건교육의 비중이 높고, 다른 지역에 비해 정규수업을 하는 경우가 많았으며, 현 상태로의 보건교과목의 운영가능성이 높게 나타난 결과는 Lee와 Park(1993)의 연구에서 학급수가 작을수록, 농어촌 지역 학교일 때 보건교육을 더 많이 실시한다는 것과 일치하여 이러한 결과들에 비추어 볼 때 대규모 학교나 대도시 학교에서 보다 소규모 학교나 농어촌 지역 학교에서 보건교육의 실시 여건이 더 좋은 것으로 사료된다. 하지만 농어촌 지역 학교 및 소규모 학교에서 '수업방해가 자주 있다'가 많은 결과는 보건교육을 실시할 수는 있으나 대체인력 등이 없이 수업을 하는 경우가 많아 수업을 자주 방해받는 것으로 생각된다.

또한 해결해야 할 문제점으로, 소규모 학교와 농어촌 지역 학교에서 연수교육인 경우가 상대적으로 많은 결과와 1급 교사 연수를 받지 않은 경우에서 수업방해가 많았다는 결과는 보건교사 첫 발령지가 보건교사들이 근무지 선호도가 낮은 농어촌으로 농어촌 지역 학교의 보건교사들이 경력이 적어 1

급 교사 연수를 받지 않은 경우가 많아서 나타난 결과로 사료된다.

보건교과목 개설 여건으로 보건교육 자료, 교육 매체, 학생들의 호응도, 일반교사의 관심과 지원, 학교당국의 관심과 지원 및 보건교사 자신의 교육능력 등을 알아본 결과 모두 '보통이다'가 가장 많아서, 보건교과목 개설 여건이 그다지 좋지 않은 것으로 나타났다. Kim과 Ahn(1999)이 보건교육 수행 시 어려운 점으로 법적문제, 학교장 및 교사의 지지부족, 교육자료 부족이라고 한 결과와 다르지 않았다.

일반교사나 학교 당국의 보건교육에 대한 관심과 지원은 소규모 학교와 농어촌 지역 학교, 교사 경력 5년 이하인 경우, 1급 교사 연수를 안받은 경우에서 '부족하다'가 많이 나타난 결과는 주로 농어촌 지역 학교가 규모가 작은 소학교이며 이러한 학교에 발령받은 보건교사는 교사 경력이 적으며 1급 교수 연수를 받지 않은 경우가 많으므로 이러한 일반적 특성들이 하나의 일관된 특성이기 때문에 나타난 결과로 사료된다. 그러므로 농어촌 지역 학교의 관심과 지원이 많이 되어야 할 것이다.

보건교사들이 제시한 학년별 필요한 보건교과 내용은 학년별 차이는 있지만, 주로 '건강한 생활', '구강보건', '안전한 생활', '성교육', '질병관리', '약물오남용' 등으로 나타나 이전의 연구들(Nam, 2000; Kim, 2002; Lee, 2002)에서 우리나라 초등학교 보건교육 내용이 주로 안전한 생활, 영양, 일상 생활습관 등에 치우쳐 있으며 성교육이나 약물 오남용의 교육이 미미한 점을 있다는 연구결과를 모두 반영한 결과로 여겨진다. 그러나 보건교육 내용이 일부 주제에 편중되어 있는 경향이 있으므로 앞으로 좀 더 학생들의 건강을 유지, 증진시킬 수 있는 다양한 주제의 보건교육내용이 포함되어야 할 것이다.

보건교사들이 생각하는 바람직한 보건교과 시간은 주당 평균 5.3시간으로, 실제로 실시되는 1.1~2.3시간/주(Nam, 2000; Kim & Kim, 2003)의 2~5배에 해당되는 시간이며, 4~6시간이 가장 적절하다는 경우가 많다는 결과는 Yun(1995)의 연구결과와 일치하는 것으로 학생들에게 필요한 보건교육 내용을 효과적으로 전달하기 위한 시간이 많이 부족하며 앞으로 더 많이 시간이 보건교육으로 할애되어야 할 것이다.

이상의 결과를 살펴보면 초등학교 보건교사들의 업무 중 보건교육이 차지하는 비중은 높았으나 가정통신문이나 방송매체를 이용하는 교육을 주로 하는 실정으로, 이는 보건 수업시 대체인력의 부족과 업무량이 많기 때문이었다. 이러한 실정에서 효과적인 보건교육의 실시를 위해서는 독립교과목의 개설에 따른 정규시간의 배정이 절대적으로 필요한 것으로 나타났다.

또한 농어촌 지역 학교나 소규모 학교인 경우, 보건교육이 정규수업으로 실시되고 있으며 현 상태로 보건교과목의 운영

가능성이 있으나 수업의 방해를 자주 받으며 일반교사나 학교 당국의 관심과 지원이 부족한 것으로 나타났다.

이러한 문제점들을 살펴 일반교사나 학교당국의 관심과 지원을 강화하여 보건교사의 인력을 확충하거나 대체인력을 이용하고, 업무를 조정하여 보건교사 1인의 학급당 수와 업무량을 줄여 보건교사가 보건교육에 충실할 수 있는 여건을 조성하는 것이 중요하다 하겠다.

결론 및 제언

본 연구는 초등학교 보건교사의 보건교육 실태와 보건교과목 독립 운영에 대한 여건을 파악하기 위하여 초등학교에 재직 중인 607명의 보건교사를 대상으로 2003년 9월 15일부터 12월 15일까지 설문지 조사를 한 결과는 다음과 같았다.

- 보건교육 실태에서, 보건교사의 업무 중 보건교육이 차지하는 비중은 평균 32.1%이었다. 소규모 학교 및 농어촌 지역학교와 11~15년의 교사 경력을 가진 경우에서 보건교육의 비중이 높았다. 보건교사가 사용하는 보건교육 방법으로는 가정통신문이나 방송매체를 이용하는 경우가 71.7%로 가장 많았으며, 그 다음으로 보건관련 교과목 시간의 일부를 할애 받는 경우, 규칙적인 수업을 하는 경우, 절강시간을 이용하는 경우 순이었다. 농어촌 지역 학교에서는 다른 지역에 비해 정규수업을 하는 경우가 많았으며, 대도시 학교에서 보건관련 교과목 시간을 이용한 경우가 많았다. 교사 경력 16~20년, 1급 교사 연수를 받은 경우에서 정규수업이나 보건관련 교과목 수업을 이용한 경우가 많았다. 보건교육 수업 시 보건실 업무를 대체인력에게 위임하는 경우는 20.6%이었으며, 대도시 학교와 대규모 학교에서 보건수업 시 대체인력에게 위임하는 경우가 많았다. 94.2%의 교사가 보건교육을 보건실 업무로 인해 중단한 적이 있다고 하였으며, 중단 빈도는 대규모 학교, 대도시 학교, 1급 교사연수를 안받은 교사가 더 잦았다.
- 보건교과목 개설 인식은 97.0%의 보건교사가 보건교과목의 개설이 필요하다고 하였으며, 필요성 인식은 경력이 5~10년군, 연수를 안받은 교사가 더 높았다. 60.6%의 보건교사가 보건교과목의 운영가능성은 업무량 조정이 있어야 가능하다고 하였다. 업무량 조정 필요성은 중간규모 학교, 대도시 학교에서 높았다.
- 보건교과목 개설 여건에서 부족하다고 생각하는 비율이 교육자료의 확보상태는 44.4%, 교육매체의 확보는 30.6%, 보건교육에 대한 학생들의 호응도는 5.8%, 일반교사의 보건교육에 대한 관심은 32.7%, 학교 당국의 보건교육에 대한 관심 38.5%, 교육능력은 11.7%로 나타났다.

- 보건교과목 내용 구성과 시간으로 보건교사들이 제시한 초등학교의 학년별 필요한 보건교과 내용은 저학년에게는 건강한 생활과 구강보건을, 중급 학년에게는 구강보건, 성교육 및 안전한 생활을, 고학년에게는 성교육과 약물오남용을 제안하였으며, 적절한 보건교과 시간은 주당 평균 5.3시간 이었다.

이상의 결과로 현재 초등학교의 보건교과목 개설의 필요성은 절실하지만, 전반적으로 개설을 위한 여건은 미비하여 보건교사를 위한 인력의 확충이나 업무 조정과 교육자료나 매체 등의 확보가 필요한 것으로 나타나, 향후 보건교과목 개설 시에 효과적인 운영을 위해서는 보건교육과정의 개발과 더불어 효과적인 교육방법 및 교재 개발에 대한 보완책이 마련되어야 할 것으로 사료된다.

References

- Chung, Y. K., Chang, C. G., Park, I. H., & Shu, S. J. (1994). A Study on System Development of School Health in Korea -Part II: Developmental Process and Foremost Tasks of School Health Education. *J Korean Soc Sch Health*, 7(1), 37-44.
- Janet, L. C., Meg, L. S., Laura, K., Beth, C. P., Robert, S. G., & Lloyd, J. K. (1995). School Health Education. *J Sch Health*, 65(8), 302-311.
- Kim, G. O. (2002). *Analysis on the health educational content suggested in the 7th elementary school education curriculum*. Unpublished master's thesis, Korean National University of Education, Chunbuk.
- Kim, W. J. (1998). A Conceptual framework of school health education and its content in primary school. *J Korean Soc Sch Health*, 1(2), 3-19.
- Kim, Y. I., & Ahn, J. Y. (1999). An analysis of school health education patterns and related factors in Korea. *J Korean Soc Sch Health*, 12(1), 85-95.
- Kim, Y. I., & Lee, Y. K. (1994). An analysis on school health education pattern and related factors in elementary school. *J Korean Soc Sch Health*, 7(1), 29-36.
- Kim, Y. J., & Kim, J. S. (2003). Analysis of the contents related to health education of the 7th education course for elementary schools. *J Korean Soc Sch Health*, 16(2), 71-84.
- Kwangjang elementary school. (1994). Fundamental formation of Healthy life through active health education. *J Korean Soc Sch Health*, 7(2), 81-90.
- Lee, S. Y. (2002). *A study on international comparison and analysis about health education contents of elementary schools*. Unpublished master's thesis, The Korea National University of Education, Seoul.
- Lee, W. Y., & Park, Y. S. (1993). A study on the actual conditions of health education in elementary nurses teachers. *J Korean Soc Sch Health*, 6(1), 45-57.
- Nam, S. H. (2000). *Analysis of contents for health education in elementary school*. Unpublished master's thesis, Pusan National University of Education, Pusan.
- Yun, D. Y. (1995). Research on the present status of health education program in primary schools in Seoul City. *J Korean Soc Sch Health*, 8(2), 245-255.

Current Status Related to Providing Health Education Courses in Elementary Schools

Moon, Jung Soon¹⁾ · Sohng, Kyeong Yae¹⁾ · Lee, Jong Eun²⁾ · Park, Sun Nam³⁾

1) Professor, Collage of Nursing, The Catholic University

2) Teaching Assistant, Collage of Nursing, The Catholic University

3) Full-time Instructor, Seoul Women's Collage of Nursing

Purpose: To investigate the status of health education courses in elementary schools. **Method:** From September to December in 2003, 607 school nurses were surveyed by questionnaires. **Results:** 1) Of the schools, 32.1% had health education programs as part of the school health service. A higher proportion was found in schools in suburban and rural areas. Mass media in health education was used by 75% of school nurses. Regular classes were more frequently utilized in schools in rural areas, while the classes in health-related subjects were utilized in urban areas. For 20.6% of school nurses, there was a substitute person to provide health care while the nurse was in health education classed, but 94.2% of school nurses found they had to give up health education due to pressure from other health services. 2) Of the nurses, 97.0% felt the need to provide health education courses, but 60.6% insisted that their work load needed to be modified and supplemental personnel were necessary if health

education courses were to be provided. 3) More than 30% school nurses responded that educational materials and media, and concern by teachers and administrators were insufficient. 4) School nurses suggested that the content for health education courses should include healthy life and dental health care for students in lower grades, dental health care, sex education and safety for students in middle grades, and sex education and drug abuse prevention for students in higher grades. **Conclusion:** There is an urgent need to provide health education courses in elementary schools but conditions in the schools are not satisfactory. For successful school health services, personnel supplement, modified work loads and sufficient educational materials and media should be in place before health education courses are provided.

Key words : Schools, Health education

• Address reprint requests to : Moon, Jung-Soon

Collage of Nursing, The Catholic University

505, Ban Po-Dong, SeoCho-Gu, Seoul 137-701, Korea

Tel: +82-2-590-1285 Fax: +82-2-590-1297 E-mail: jsmoon@catholic.ac.kr