

## 보건지식, 보건교육요구도, 보건행동 자각수준의 학년별 차이: 서울 일부지역 초등학교 고학년 학생들을 대상으로

박 경 옥<sup>†</sup>

이화여자대학교 건강과학대학 보건관리학과

## Perceived Health Knowledge, Health Education Needs, and Health Behavior Different by Grade in Some Elementary School Students

Kyoung-Ok Park

Department of Health Education & Management in Ewha Womans University

### ABSTRACT

**Objectives:** This study was conducted to describe child perceived health knowledge, health education needs, and health behaviors by grade in a representative general characteristic and examined their associations for students' better health behaviors.

**Methods:** The survey participants were 410 fourth to sixth grade students in two elementary schools in Seoul, Korea. A total of 12 classes in two elementary schools were randomly selected and all students of the selected classes participated in the self-administered survey. The questionnaire contained the items of perceived health knowledge, health education needs(health topics which they want to know more), health behavior, and general characteristics.

**Results:** Perceived health knowledge, health education needs, and health behaviors were, generally, better in the 4<sup>th</sup> grade students than 5<sup>th</sup> or 6<sup>th</sup> grade students. That is, higher grade students had lower perceived health knowledge, lower health education needs, and lower health behavior status. Specifically, there was significant grade differences in 'significance of publichealth,' 'nutritionandhealthyeating,' 'desirablehealthhabits,' 'humansex,' 'physical development in childhood,' 'stress management & drugcontrol,' and 'injury prevention.' Correlations between perceived health knowledge and health behavior were low or medium in all grades. However, correlations between perceived health education needs and health were significant in the 4<sup>th</sup> grade students but not significant in the 5<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> grade students.

**Conclusions:** There was significant grade difference of the relationship between health knowledge, health education needs, and health behaviors among children. In general, the

---

접 수 일 : 2007년 6월 12일, 채 택 일 : 2007년 6월 22일

<sup>†</sup> 교신저자 : 박경옥(서울특별시 서대문구 대현동 11-1 120-750, 이화여자대학교 보건관리학과)

Tel: 019-468-6614, Email: kopark@ewha.ac.kr

lower the grade the better the health knowledge, educational needs, and health behavior. Health education needs were more significant by grade than perceived health knowledge and health behaviors.

*Key Words:* Perceived health knowledge, Health education needs, Health behavior, Child, Elementary school, Grade

## I. 서론

건강은 모든 사람이 누려야 할 기본적인 권리로서, 국가적인 차원의 국민보건 관리뿐만 아니라 개인적인 차원에서 건강을 유지 및 증진하려는 보건행동실천이 유기적으로 결합될 때 온전하게 성취되는데, 일찍이 세계보건기구(World Health Organization: WHO)가 창설된 이래로 바람직한 보건행동 형성을 위한 일차보건의료의 필수적인 서비스로 보건교육을 꼽고 있다(김공현, 1998). 세계보건기구에서는 건강은 개인의 일상생활 및 사회발전에 있어서 필수적인 자원이기 때문에 단순히 질병을 예방하는 수준을 넘어서 적극적으로 건강을 추구하여야 하며, 건강에 대한 책임을 개인과 사회가 공동으로 져야 하는데, 이를 위하여 교육 및 환경 차원의 다각적인 접근이 이루어져야 한다고 하여 바람직한 보건행동 형성을 위한 보건교육의 중요성을 시사하였다(WHO, 1997). 특히, 특별한 건강상의 문제점이 다른 연령층에 비해서 상대적으로 적은 20세 미만의 어린이와 청소년들 사이의 음주, 흡연, 약물 등의 불안정한 행동이 위험한 환경이나 개인이 가지고 있는 사고위험행동과 결합할 때, 심각한 건강문제를 야기하여 전 생애에 걸쳐 불행한 결과를 초래하고 있어서 보건교육은 어린이와 청소년들의 바람직한 보건행동 형성의 필수조건이라 하겠다(유재순, 2000).

학교보건교육은 학교에서 학습을 하는 학

생들과 교직원들을 대상으로 하며, 과거에는 환경과 시기를 고려하여 적절한 보건지식 중심의 교육이 주로 이루어져 왔으나 현대로 올수록 개인 행동의 건강수준에 미치는 영향이 심각해지고 다양한 매체의 발달로 인한 정보의 홍수 속에서 올바른 정보분별능력이 중요하게 대두되면서 바람직한 보건행동에 대한 건강한 선택(healthy choice)과 위험상황에서의 문제해결(problem-solving)에 중점을 둔 의사결정(decision-making)과 기술(skill) 중심 교육이 큰 관심을 모으고 있다(Kann et al., 2001). 특히, Essen(2004)은 현대사회 청소년의 건강유지 및 증진에 있어서 보건행동의 중요성이 점점 부각되고 있으며, 각 상황에 하에서 가장 건강한 선택을 결정하고 대처하는 기술의 습득이 현대의 학교보건교육의 가장 중요한 목적임을 언급하면서 학교보건교육의 목적이 필수적인 정보를 제공하는 하는 것이었던 과거와는 달리 포괄적인 알권리 충족에 있음을 시사하였다. 그러나 우리나라의 학교보건교육은 독립적인 교과로 운영되지 못하고 교련, 가정/기술, 체육 등의 관련 교과 속에서 비정형적으로 실시되거나 각 학교의 실정에 맞추어 필요에 따라 특별한 행사의 일환으로 이루어져 왔기 때문에 짜임새 있는 교육매체의 개발이 미흡했으며 교육내용에 대한 교사 및 학생 차원의 요구도 반영이 충분히 이루어지지 않아서 체계적인 교육과정을 정립하기 위한 근거자료가 거의 마련되지 못했었다(김명 등, 1998; 김종우 등, 2001; 김

화중, 1996; 신준호 등, 2002; 이명순, 1999).

따라서 본 연구에서는 서울지역 일부 초등학교 고학년(4-6학년) 학생들이 자각하는 보건지식(perceived health knowledge)과 각 영역별로 그들이 원하는 보건교육 요구도(health education needs)를 학년별로 파악하고, 보건교육 요구도와 자각하는 지식수준이 보건행동과 어떤 관련성을 가지고 있는지 분석하여 초등학생을 위한 교육내용 구축 및 교육방법 개발에 기초자료를 제공하고자 한다. 본 연구에서 자각하는 보건지식은 전문가 집단에 구축한 'service needs'에 대하여 실제 학생들이 얼마나 알고 있는가에 대한 것이며, 보건교육 요구도는 학생들의 입장에서 원하고 있는 'service demands'에 대한 사항을 대표하는 것으로써 학년별 차이를 발견하고 이를 일선 학교에서의 학년별 보건지도 및 교육에 활용하는데 실제적인 근거를 제공할 수 있을 것으로 기대한다.

## II. 연구방법

### 1. 조사대상

서울특별시 1개 구에 소재하는 2개 초등학교 4, 5, 6학년 학생 410명이 본 연구의 조사 대상이었다. 연구대상자의 선정은 조사 행정구에 소재하고 있는 총 16개 초등학교 중, 2개 학교를 무작위로 선정한 후, 각 학교의 4, 5, 6학년 2개 학급씩을 임의로 선정하였으며, 선정된 학교당 6개 학급인 총 12개 학급 학생 전원이 본 연구의 초기 연구대상이었다. 그러나 조사 당일에 여행, 결석, 조퇴로 인해 학교에 없는 학생들은 본 연구에서 제외되었으며, 응답에 있어서 규칙적인 계열성이 의심되거나 성실성이 낮은 경우는 본 분석에서

제외하였다.

통계분석에 사용된 본 연구의 대상 410명은 4학년이 131명(32%), 5학년이 137명(33.4%), 6학년이 142명(34.6%)로 학년에 따라 고르게 분포하였으며 성별에 따라서는 남학생이 225명으로 55%였고 여학생이 185명으로 45%로 남학생 비율이 약간 높았지만 고른 수준을 보였다.

### 2. 조사방법 및 절차

본 조사는 자기기입식(self-administered) 설문조사로 이루어졌다. 본 조사대상 학급으로 선정된 학급의 담임교사들이 종례시간에 본 설문조사지를 각반 학생들 전원에게 배부하고 본 조사의 목적과 내용을 설명한 후 학생들 스스로 설문조사지에 응답하게 하였다. 조사가 이루어지는 동안 담임교사가 교실에 함께 있으면서 학생들이 설문 응답 중에 생기는 질문에 답하도록 하였으며, 완성된 조사지는 담임교사가 회수하여 연구자에게 전달하였다. 설문조사 실시 전에 본 조사의 12개 대상학급 담임교사들로 구성된 회의를 소집하여 본 설문조사지, 조사의 내용과 취지 및 진행절차에 대한 안내문을 중심으로 본 조사 전반에 관하여 상세히 안내하는 과정을 거쳤다.

본 조사지는 일반적 특성, 자각하는 보건지식 정도, 앞으로 습득하고 싶은 보건지식, 보건행동에 대한 질문으로 구성되었다. 일반적 특성은 성, 연령, 학년, 거주지 형태로 구성되었고, 그 밖에 자각하는 보건지식 14문항, 보건교육 요구도 14문항, 보건행동 19문항으로 구성되었다<표 1>. 자각하는 보건지식은 미국 질병통제센터(Centers for Disease Control and Prevention: CDC)에서 미국 전역에서 이루어지고 있는 학교보건교육 실태

&lt;표 1&gt; 본 조사의 주요변수 및 내용

Variables	No	Items
General characteristics		Grade, sex, residential type
Perceived health knowledge	14	Significance of public health, desirable health habits, nutrition and healthy eating, strengths of exercise, human sex, physical development in childhood, mental development in childhood, disease prevention, stress management & drug control, injury prevention, health care service utilization, physical environment and health, pollution and environmental control
Health education needs	14	Significance of public health, desirable health habits, nutrition and healthy eating, strengths of exercise, human sex, physical development in childhood, mental development in childhood, disease prevention, stress management & drug control, injury prevention, health care service utilization, physical environment and health, pollution and environmental control
Health behaviors	19	washing hands, tooth brushing, using individual glass, taking shower, traffic, food, electronic, leisure safety, vaccination, healthy food choice, exercise, et al.

평가에서 사용하고 있는 보건교육 영역을 기초로 국내외 학교보건교육에 대한 선행연구들을 종합적으로 검토하여 14개 영역으로 나누었다(CDC, 2004; 윤영옥과 김명, 1998; 이정자, 1988). 각 영역에 대하여 개인이 자각하는 보건지식 정도와 영역별 보건교육 요구도 정도를 5점 척도로 개인이 자각하는 보건지식 정도는 '전혀 모른다' 1점에서 '매우 잘 알고 있다' 5점까지 배점하는데, 점수가 높을수록 자각하는 보건지식이 높은 것으로 해석하였다. 자각하는 보건지식과 같은 14개 영역으로 보건교육 요구도의 배점도 '전혀 알고 싶지 않다'의 1점에서부터 '매우 알고 싶다'의 5점까지 분포하였으며 점수가 높을수록 보건교육 요구도가 높은 것으로 해석하였다. 보건행동은 보건교육 요구도 파악을 위해 구성한 14개 영역을 중심으로 이정자(1988)의 초, 중등학생을 위한 보건교육 영역

과 2005년 교육인적자원부가 초, 중등학교 보건 분야에 대한 주요업무계획을 참고하여(교육인적자원부, 2004) 보건학 및 예방의학 전문가 2인의 검토를 거쳐 총 19개 보건행동 문항을 구성하였다. 각 문항은 5점 척도를 기초로 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점까지 분포하며 점수가 높을수록 바람직한 방향으로 보건행동을 하는 것으로 해석하였다.

자각하는 보건지식, 보건교육 요구도, 그리고 보건행동에 대한 본 조사에서의 신뢰도는 매우 안정적으로 나타났다. 자각하는 보건지식의 본 조사에서의 내적 신뢰도 Cronbach's alpha는 .87로서 최적의 신뢰정도를 보였으며 각 문항의 신뢰도도 모두 .85에서 .90 사이에 매우 고르고 안정적으로 분포하였다. 14문항의 보건교육 요구도 측정도구의 신뢰도 점수는 .91로 안정적이었으며 각 문항별 신뢰도

점수도 .89에서 .92로 고르게 분포하였다. 보건행동의 신뢰도 점수는 보건지식이나 보건교육 요구도 보다는 약간 낮았으나 .74로서 높은 수준이었으며 각 문항별 신뢰도 점수의 폭도 .71에서 .75로서 보건지식이나 보건교육 요구도 측정도구들과 마찬가지로 매우 안정적인 분포를 보였다.

### 3. 분석방법

수집된 설문조사의 응답들은 모두 전산부호화 처리되어 SPSS version 12.0에 입력되고 분석되었다. 일반적 특성, 자각하는 보건지식, 보건교육 요구도, 보건행동에 대한 대상자들의 분포를 파악하기 위하여 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 구하였으며, 성별에 따라서 자각하는 보건지식, 보건교육 요구도, 보건행동의 평균점수를 비교하기 위하여 t-test를 활용하였다. 또한 영역별로 자각하는 보건지식과 보건교육 요구도의 차이 분포를 성별에 따라 파악 및 비교하기 위하여 t-test를 사용하였고, 자각하는 보건지식과 보건교육 요구도가 보건행동과 얼마나 상관관계가 있는지를 파악하기 위하여 단순상관관계분석을 실시하였다.

## III. 연구결과 및 고찰

### 1. 자각하는 보건지식, 보건교육 요구도, 보건행동의 학년간 차이

14개 주제영역에 대하여 자각하는 보건지식과 보건교육 요구도 및 보건행동 수준을 질문한 결과, 보건교육 요구도가 학년에 따라서 유의미한 차이를 보였고( $p < .01$ ), 자각하는 보건지식도 보건교육 요구도와 같은 경향을 보였으나 그 차이가 통계학적으로 유의미한 수준에 이르지 못하였다. 자각하는 보건지식과 보건교육 요구도 모두 학년이 올라갈수록 낮아지는 분포를 보였으며 같은 영역들로 구성하고 같은 척도로 점수화한 것을 고려할 때, 전체적으로 보건교육 요구도 정도가 자각하는 보건지식 정도보다 높음을 알 수 있었다<표 2>. 보건행동의 경우도 자각하는 보건지식과 보건교육 요구도의 학년별 분포와 같이 학년이 올라갈수록 보건행동 수준이 낮아지는 경향을 보였으며 그 차이가 통계학적으로 유의미하였다( $p < .05$ ).

이러한 결과를 미루어 볼 때, 학년이 높아질수록 학업위주의 교과과정 편성이 많아지면서 보건교육은 상대적으로 소홀하게 이루어

<표 2> 자각하는 보건지식, 보건교육 요구도, 보건행동의 학년별 차이

Factor	Grade	Mean ± S.D.	F	P
Perceived health knowledge	4	3.26 ± .71	1.17	.31
	5	3.21 ± .58		
	6	3.14 ± .59		
Health education need	4	4.07 ± .73	4.74	.01
	5	3.75 ± .80		
	6	3.89 ± .67		
Health behavior	4	3.91 ± .43	4.12	.02
	5	3.90 ± .41		
	6	3.78 ± .40		

어짐에 따라 어린이들이 자각하는 보건지식이 다른 학교학습 경험과 함께 증가하지 못하고 정체되거나 감소되는 경향을 보였다. 보건교육 요구도 또한 학교보건교육 기회가 적어짐에 따라 학생들의 보건문제를 환기할 수 있는 경험이 부족하여 흥미도가 떨어져서 함께 감소한 것으로 해석된다. 따라서 학년이 올라감에 따라 지식위주의 교육내용 및 방법 구성에서 벗어나 관심도를 고려한 태도 변화 중심의 내용과 방법들을 적극적으로 활용하는 것이 학생들의 보건에 대한 관심도를 유지하고 학습한 내용을 실천에 옮길 수 있는 방법임을 알 수 있었다.

## 2. 내용영역별 자각하는 보건지식과 보건교육 요구도의 학년간 차이

### 1) 내용영역별 자각하는 보건지식의 학년간 차이

14개 보건영역별로 자각하는 보건지식 수준을 살펴보면, 어린이들이 응답한 자각하는 보건지식 점수가 가장 높은 영역은 '운동의 장점'이었고 그 다음이 '영양과 식습관'과 '성교육'순이었으며 가장 지식점수가 낮은 영역은 '아동기의 정신적 발달'과 '물리적 환경요인과 건강과의 관계'로 나타났다. '스트레스 및 약물남용 관리'와 '안전과 사고예방' 영역에서 4학년과 5학년이 6학년에 비해서 자각하는 지식수준이 높은 경향이 있었으나 그 차이가 통계학적으로 유의미한 수준은 아니었다<표 3>.

### 2) 내용영역별 보건교육 요구도의 학년간 차이

학년에 따른 보건교육 요구도의 영역별 분

포를 살펴보면, 보건교육 요구도 영역별 학년간 차이는 자각하는 보건지식보다 뚜렷하게 나타나는 경향을 보였는데, 전반적으로 학년이 높아질수록 보건교육 요구도가 낮아지는 분포를 보였다<표 4>. 학년간 차이가 유의미한 보건교육 요구도 영역은 '공중보건의 중요성', '바람직한 건강습관', '성교육', '아동기의 신체적 발달', '스트레스 및 약물 관리', '안전과 사고예방'의 6개 영역이었는데, '스트레스 및 약물관리' 영역을 제외하고는 학년이 높아질수록 요구도 점수가 낮아지는 경향을 보였으며, '스트레스 및 약물관리'는 학년이 높아질수록 보건교육 요구도도 높아지는 분포를 보였다. 신체적인 활동이나 발달 및 건강습관에 관한 영역들은 저학년에서 관심이 높다가 점차 낮아졌지만 단순한 성문제가 아니라 스트레스 관리 및 음주와 흡연 관리에 대한 내용에는 학년이 높아질수록 그 관심도가 높아짐을 볼 때, 스트레스 관리와 올바른 약물사용에 대한 교육이 중학교 초부터 보다는 초등학교 고학년에 접어들면서 시작하는 것이 바람직할 것으로 여겨진다.

보건교육 요구도 점수가 가장 높은 영역은 '운동의 장점'으로서 자각하는 보건지식과 같은 결과였으며 그 다음은 '질병예방'과 '아동기의 정신적 발달' 순이었다<표 4>. 학년별로 4학년에서 가장 요구도 점수가 높은 영역은 '운동의 장점'이었고 그 다음이 '바람직한 건강습관', '영양과 식습관' 순이었으며 '물리적 환경과 건강'과 '성교육'에 대한 요구도가 낮았다. 5학년에서는 '공중보건의 중요성'에 요구도 점수가 가장 높았고 '운동의 장점'과 '질병예방'의 순이었으며, '의료기관 이용법'과 '성교육'에 보건교육 요구도가 낮았다. 6학년에서는 '운동의 장점', '질병예방', '스트레스 관리와 올바른 약물사용'에 보건교육 요구도가 높았으며 '공중보건의 중요성'과 '성

&lt;표 3&gt; 학년에 따른 자각하는 보건지식의 영역별 분포

The 14 health topics	Grade	Rank	Perceived knowledge	
			Mean $\pm$ S.D.	F
Significance of public health	4		2.97 $\pm$ .97	
	5	11	3.02 $\pm$ .97	.14
	6		2.95 $\pm$ .98	
Desirable health habits	4		3.67 $\pm$ 1.00	
	5	5	3.64 $\pm$ .81	2.28
	6		3.45 $\pm$ .89	
Nutrition and eating	4		3.71 $\pm$ 1.00	
	5	2	3.76 $\pm$ .85	.91
	6		3.61 $\pm$ .88	
Strengths of exercise	4		3.82 $\pm$ 1.08	
	5	1	3.66 $\pm$ 1.08	1.26
	6		3.62 $\pm$ .98	
Human sex	4		2.66 $\pm$ 1.15	
	5	3	2.81 $\pm$ 1.03	1.57
	6		2.58 $\pm$ .97	
Physical development in child	4		3.04 $\pm$ 1.15	
	5	9	3.13 $\pm$ .94	.43
	6		3.03 $\pm$ .87	
Mental development in child	4		2.87 $\pm$ 1.21	
	5	14	2.76 $\pm$ 1.07	.46
	6		2.70 $\pm$ .92	
Disease prevention	4		2.95 $\pm$ 1.08	
	5	12	2.97 $\pm$ 1.01	.78
	6		2.85 $\pm$ 1.01	
Stress management & Drug control	4		3.37 $\pm$ 1.19	
	5	7	3.56 $\pm$ 1.16	2.58*
	6		3.21 $\pm$ 1.21	
Safety and injury control	4		3.61 $\pm$ 1.14	
	5	6	3.72 $\pm$ .98	2.88
	6		3.42 $\pm$ .92	
Utilization of health care service	4		2.90 $\pm$ 1.17	
	5	10	2.96 $\pm$ 1.03	.65
	6		3.05 $\pm$ 1.02	
Physical environment and health	4		2.84 $\pm$ 1.21	
	5	13	2.87 $\pm$ 1.15	.04
	6		2.84 $\pm$ .96	
Environment pollution and control	4		3.74 $\pm$ 1.08	
	5	4	3.54 $\pm$ .99	1.46
	6		3.57 $\pm$ .95	
Living environment and health	4		3.17 $\pm$ 1.29	
	5	8	3.03 $\pm$ 1.10	.59
	6		3.15 $\pm$ .93	

&lt;표 4&gt; 세부 주제별 보건교육 요구도의 학년간 차이

The 14 health topics	Grade	Total rank	Education needs	
			Mean ± S.D.	F
Significance of public health	4	9	4.03 ± .95	7.20**
	5	1	4.03 ± 1.04	
	6	13	3.58 ± .82	
Desirable health habits	4	2	4.18 ± .97	3.40*
	5	7	3.86 ± 1.06	
	6	8	3.97 ± .95	
Nutrition and eating	4	3	4.16 ± 1.11	3.82*
	5	10	3.78 ± 1.08	
	6	6	3.99 ± 1.02	
Strengths of exercise	4	1	4.23 ± 1.08	1.40
	5	2	4.01 ± 1.09	
	6	1	4.14 ± .94	
Human sex	4	14	3.41 ± 1.36	5.50**
	5	14	3.04 ± 1.30	
	6	14	2.86 ± 1.29	
Physical development in child	4	5	4.12 ± 1.03	6.22**
	5	5	3.89 ± 1.07	
	6	12	3.66 ± 1.05	
Mental development in child	4	7	4.08 ± 1.12	.28
	5	4	3.98 ± 1.05	
	6	4	4.03 ± .94	
Disease prevention	4	6	4.11 ± 1.15	.55
	5	3	3.99 ± 1.15	
	6	2	4.11 ± .88	
Stress management & Drug control	4	10	3.88 ± 1.26	4.74**
	5	12	3.61 ± 1.28	
	6	3	4.06 ± 1.01	
Safety and injury control	4	3	4.16 ± .99	5.72**
	5	11	3.72 ± 1.18	
	6	4	4.03 ± .93	
Utilization of health care service	4	12	3.84 ± 1.17	1.70
	5	13	3.57 ± 1.16	
	6	11	3.68 ± 1.12	
Physical environment and health	4	13	3.77 ± 1.29	.02
	5	9	3.80 ± 1.19	
	6	10	3.80 ± 1.05	
Environment pollution and control	4	8	4.07 ± 1.23	1.02
	5	6	3.87 ± 1.12	
	6	9	3.92 ± .95	
Living environment and health	4	10	3.88 ± 1.25	.87
	5	8	3.81 ± 1.19	
	6	6	3.99 ± 1.00	

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01

교육'에 그 요구도가 가장 낮았다.

전반적으로, 보건교육 요구도 점수가 낮은 영역은 '의료기관 이용법'과 '성교육'으로 나타나서 일반적으로 초기 사춘기에 접어드는 초등학교 고학년 어린이들에게 성교육에 대한 관심이 높을 것이라는 예상과는 달리 운동의 좋은 점과 유익한 운동에 대한 교육이나 개인이 할 수 있는 적절한 질병예방법, 그리고 어린이들의 정신 및 정서변화에 대한 교육요구도가 높은 것으로 나타나서 어린이들의 관심 분야가 학교나 학부모 입장에서 우선적으로 학습되어야 한다고 판단하는 보건교육 영역과 차이가 있음을 알 수 있었다.

### 3) 내용영역별 자각하는 보건지식과 보건교육 요구도 간 차이의 학년별 분포

14개 동일한 영역과 척도로 점수화한 보건교육 요구도 점수와 자각하는 보건지식 점수 간의 차이를 살펴본 결과, '아동기의 정신적 발달'에서 보건교육 요구도 점수와 자각하는 보건지식 점수간의 차이가 가장 컸으며, 그 다음으로 '질병예방', '물리적인 환경과 건강과의 관계', '공중보건의 중요성', '아동기의 신체적 발달' 순이었다<표 5>. 차이가 매우 낮은 영역은 '환경오염과 관리'와 '영양과 식습관'에 대한 것으로서 이 두 영역들은 어린이들이 자각하는 지식과 보건교육 요구도 모두에서 낮은 분포를 보여서 이 영역들에 대한 보건교육을 실시할 경우 교육 초기에 흥미도와 주의집중을 강화하는 방법이 투입될 필요가 있음을 알 수 있었다.

각 영역별 보건교육 요구도와 자각하는 보건지식과의 차이는 학년이 높아질수록 좁아지는 경향을 보였는데, 이는 학년이 증가하면서 대중매체와 연개과목들을 통하여 간접적으로 습득하는 보건지식들이 증가하고 이

에 따른 요구도 감소로 인하여 그 격차가 감소하는 것으로 해석된다.

### 3. 자각하는 보건지식, 보건교육 요구도, 보건행동 간 관련성의 학년간 차이

자각하는 보건지식은 4, 5, 6학년 모두에서 유의미한 정의 상관관계가 있음이 드러났다( $p < .05$ ). 즉, 높은 보건지식 자각점수는 높은 보건행동 점수와 관련성 있었는데, 특히 5학년의 경우는 상관계수가 .40으로 중등도의 상관관계를 보였다<표 6>. 반면, 보건교육 요구도와 보건행동과의 상관관계는 자각하는 보건지식보다는 약한 수준이었다. 4학년에서는 보건교육 요구도와 보건행동 간에 관련성이 높게 나타났으나( $r = .47, p < .01$ ), 5학년과 6학년에서는 유의미한 관련성이 관찰되지 않았다. 또한 자각하는 보건지식과 보건교육 요구도 간의 관련성도 양의 방향으로 일정하기는 하였지만 유의미한 수준은 아니었다.

정리해 볼 때, 보건교육 요구도는 학년이 높아짐에 따라 보건행동실천을 예측하는 정도는 약화되는 것을 알 수 있으며, 교육 프로그램 편성 시에 피교육자의 교육 참여도와 그 효과를 예측하여 교육내용과 방법을 조정하는데 참고할 수 있을 것으로 판단된다. 반면, 자각하는 보건지식은 현대와 같은 정보의 홍수 속에서 간과하기 쉬운 부분이지만 보건행동의 실천과는 뚜렷한 관련성이 있는 바, 믿을 만한 정보를 분별하는 법과 바람직하고 보건지식을 규모있게 구성하여 교육내용의 기초로 삼는 것은 아직 분별력이 충분히 발달하지 않은 어린이와 청소년들에게 필수적이라고 사료된다.

&lt;표 5&gt; 자각하는 보건지식과 보건교육 요구도 간 차이의 학년별 분포

The 14 health topics	Grade	Difference rank	Education needs-Knowledge Mean $\pm$ S.D.
Significance of public health	4	4	1.09 $\pm$ 1.36
	5		.59 $\pm$ 1.23
	6		.84 $\pm$ 1.14
Desirable health habits	4	10	.47 $\pm$ 1.36
	5		.26 $\pm$ 1.17
	6		.54 $\pm$ 1.25
Nutrition and eating	4	14	.51 $\pm$ 1.42
	5		.01 $\pm$ 1.29
	6		.40 $\pm$ 1.22
Strengths of exercise	4	9	.38 $\pm$ 1.50
	5		.40 $\pm$ 1.44
	6		.52 $\pm$ 1.24
Human sex	4	11	.73 $\pm$ 1.68
	5		.26 $\pm$ 1.37
	6		.29 $\pm$ 1.15
Physical development in child	4	5	1.08 $\pm$ 1.42
	5		.79 $\pm$ 1.37
	6		.65 $\pm$ 1.29
Mental development in child	4	1	1.24 $\pm$ 1.55
	5		1.20 $\pm$ 1.42
	6		1.35 $\pm$ 1.30
Disease prevention	4	2	1.20 $\pm$ 1.54
	5		1.06 $\pm$ 1.55
	6		1.29 $\pm$ 1.39
Stress management & Drug control	4	8	.53 $\pm$ 1.70
	5		.08 $\pm$ 1.49
	6		.85 $\pm$ 1.62
Safety and injury control	4	12	.44 $\pm$ 1.47
	5		.00 $\pm$ 1.49
	6		.61 $\pm$ 1.30
Utilization of health care service	4	7	.90 $\pm$ 1.59
	5		.62 $\pm$ 1.53
	6		.64 $\pm$ 1.40
Physical environment and health	4	3	.93 $\pm$ 1.61
	5		.99 $\pm$ 1.49
	6		.94 $\pm$ 1.41
Environment pollution and control	4	13	.34 $\pm$ 1.52
	5		.34 $\pm$ 1.42
	6		.36 $\pm$ 1.17
Living environment and health	4	6	7.75 $\pm$ 1.55
	5		.82 $\pm$ 1.57
	6		.88 $\pm$ 1.37

&lt;표 6&gt; 학년별 자각하는 보건지식, 보건교육 요구도, 보건행동 간의 상관관계

Factor	Grade	1	2	3
1. Health knowledge	4	1.00	.20	.28*
	5	1.00	.29*	.40**
	6	1.00	.19	.29*
2. Health education need	4		1.00	.47**
	5		1.00	.06
	6		1.00	.11
3. Health behavior	4			1.00
	5			1.00
	6			1.00

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01

#### IV. 결 론

본 연구는 초등학교 어린이들의 자각하는 보건지식, 보건교육 요구도, 보건행동 실태를 학년별로 파악하고 이에 따라 어린이들의 바람직한 보건행동 형성과 관련된 보건지식과 보건교육의 학년별 특성에 따라 차별화된 학교 보건교육 및 지도전략을 수립하는데 근거 자료를 제공하는데 그 목적과 의의가 있었다.

이를 위해 본 연구의 대상은 서울 1개 구에 소재하는 2개 초등학교 4-6학년 어린이 410명으로서, 서울시 1개 구에 소재하는 초등학교 중 2개 학교를 무작위로 선정하고 선정된 학교 4-6학년의 학년별 2개 반씩을 다시 무작위로 선정하여 선정된 학급의 학생 전원이 자기기입식 설문조사에 임하는 방식으로 이루어졌다. 설문지에는 일반적 특성과 함께 어린이들의 자각하는 보건지식, 보건교육 요구도, 보건행동에 관한 내용이 포함되었다.

전반적으로 자각하는 보건지식, 보건교육 요구도, 보건행동 모두에서 전반적으로 학년

이 올라갈수록 수준이 저하되는 분포를 보였다. 즉, 학년이 올라갈수록 자각하는 보건지식 수준 점수가 낮았고 보건교육 요구도 점수도 낮았으며, 바람직한 건강행동을 수행하는 수준도 상대적으로 낮게 나타났다. 특히, 보건교육 요구도는 4학년에 비해서 5-6학년 학생들의 요구도가 통계학적으로 유의미한 수준으로 낮게 나타났다. 세부 내용별로 볼 때, ‘공중보건의 중요성’, ‘바람직한 건강습관’, ‘영양과 식습관’, ‘성교육’, ‘아동기의 신체적 발달’, ‘스트레스 및 약물사용 관리’, ‘안전과 사고예방’에서 유의미한 학년간 차이를 보였다(p<.05). 또한 자각하는 보건지식 점수와 보건교육 요구도 점수 간의 차이를 내용영역별로 살펴볼 때, ‘아동기의 정신적 발달’과 ‘질병예방’, ‘물리적 환경과 건강’ 영역에서 지식점수와 요구도 점수 간의 차이가 큰 것으로 나타났다.

자각하는 보건지식, 보건교육요구도, 보건행동 간의 상관관계에서는 자각하는 보건지식과 보건행동 간의 상관계수는 모든 학년에서 약상관 이상의 분포를 보였지만 보건교육

요구도와 보건행동 간의 관련성에 있어서는 4학년에서만 중등도의 유의미한 상관관계가 발견되었고( $r=.47, p<.01$ ) 5학년과 6학년에서는 유의미한 상관관계가 발견되지 않았다.

이상의 결과에서 초등학교 학생들의 학년에 따라 보건교육 요구도와 보건행동에 있어서 차이가 있음을 알 수 있었다. 따라서 건강증진 및 보건교육 사업구성에서 가장 중요한 쟁점 중 하나는 보건교육에 있어서 교육 대상자의 교육참여도를 높이기 위한 차원으로 보건교육 요구도 사정이 보건교육 프로그램개발에서는 중요한 부분을 차지하는데, 프로그램의 궁극적인 성과에는 기본적으로 습득해야 할 보건지식이 보건행동 형성에 대한 기여도가 크므로 대상자의 발달특성과 흥미, 그리고 전문가적 차원에서 구성된 기본적인 보건교육 내용 구성 및 지식 습득에 지속적인 관심과 보완이 이루어져야 하겠다. 또한 이와 연결된 맥락에서 초등학생들을 위한 학교보건교육 및 지도의 방향을 다음과 같이 제안하고자 한다.

첫째, 학년별로 차별화된 교과과정 및 내용이 체계화되어야 한다. 본 연구의 분석결과에 따르면, 성별에 따라서는 자각하는 보건지식이나 보건교육 요구도에 있어서 큰 차이가 없으나 학년에 따라서는 그 차이가 발견되었으며 대상자의 보건행동과의 관련성에 있어서도 학년별로 볼 때, 그 특성에 차이가 인정되는 바, 학년별 보건교육 영역수립과 교과과정의 체계화가 필요하며 각 교육내용별로 보건교육 요구도를 중심으로 한 적절한 교육방법들이 제안되어야 할 것이다. 즉, 'service needs'를 기준으로 학생들의 취약한 영역을 발견하고 학생들의 입장에서 보건교육 요구도 특성을 동시에 고려하여 교육 영역 및 교육방법을 이론적으로 체계화하는 것은 학생들의 보건에 대한 국민의 알 권리 충

족의 입장에서 실제적인 운영을 활성화하는데 기본 틀이 되는 필수적인 단계이다.

둘째, 학년별 특성을 고려하여 학생들의 학습참여와 보건에 대한 흥미를 증가시킬 수 있는 교육방법 및 매체개발이 모색되어야 한다. 본 실증적 연구의 결과를 중심으로 검토해 보면, 학년이 올라갈수록 보건교육에 대한 관심도가 떨어지며, 학년에 따라 자각하는 보건지식에 변화가 없었다. 학년이 올라갈수록 주요교과 중심으로 학교와 학부모들의 관심이 집중되고 이에 따라 학생들도 본인 스스로의 건강문제를 잘 인식하지 못하게 되는 것으로 판단된다. 그러나 초등학교 고학년으로 접어들면서 신체적, 정신적으로 급격한 발달과 변화가 시작되고 학업과중으로 인한 스트레스 및 음주와 흡연을 중심으로 하는 각종 약물에 대한 호기심과 유혹이 가중되는 등 유해한 건강행동을 습득할 가능성이 높아지므로 저학년때보다 오히려 보건교육이 더욱 강화되어야 할 필요성이 높다. 따라서 학생들이 자신의 보건문제에 대해 지속적으로 관심을 가지고 보건교육에 대한 흥미와 참여도를 증가시키는 교재편성 및 교육방법의 개발이 학년이 높아질수록 더 많은 비중으로 고려되어야 한다.

셋째, 학습한 내용에 대한 자기효능감을 향상 할 수 있도록 학습과정이 편성되어야 한다. 전반적으로 볼 때, 어린이들의 보건교육 요구도 점수는 자각하는 보건지식 점수보다 높게 나타났다. 이는 현재까지 학교보건교육이 자격있는 교사에 의해 정기적으로 실시되지 못했기 때문에 보건에 대한 지식이 약하고 이와 함께 영역별로 알고자 하는 욕구를 충족하기 위한 보건교육 요구도가 높다고 이해할 수도 있으나, 실제로 학교에서 이루어지는 보건교육에 다른 교과들에서 이루어지는 과제수행이나 시험 등 확인활동이 거

의 이루어지고 있지 않아서 어린이들 스스로가 보건지식 및 기술 정도를 확인할 기회가 없는 것에서도 그 이유를 찾을 수 있다. 따라서 간략한 형태의 평가나 과제수행 활동들을 학습과정에 포함시키거나 담당교사가 실습활동 등을 통하여 확인시켜 주므로써 어린이들 스스로가 적절한 정도의 정보를 습득하였으며, 이들을 일상생활에서 실천할 수 있다는 보건정보에 대한 자기효능감을 가질 수 있도록 학습과정 편성에 고려해야 하겠다.

### 참고문헌

1. 교육인적자원부. 2005학년도 초, 중등교육 주요업무계획. 2004. 12.
2. 김공현. 지역사회 보건사업을 위한 보건교육. 한국보건교육학회지 1998. 15(1). 205-218.
3. 김명, 고승덕, 김영복. 국민건강증진사업 활성화를 위한 보건교육사 자격 인정제도 도입 방안. 한국보건교육학회지 1998. 15(2). 67-79.
4. 김종우, 남철현, 김성우. 농촌지역사회의 보건교육 요구도에 관한 연구. 보건교육.건강증진학회지 2001. 18(2). 97-113.
5. 김화중. 건강증진을 위한 학교보건교육의 활성화에 관한 연구. 한국학교보건학회지 1996. 9(2). 147-160.
6. 대검찰청. 마약류 범죄백서. 2002.
7. 세계금연총회: 한국금연운동협의회. 청소년 흡연실태. 2001.
8. 신준호, 정은경, 이정애, 오승진, 김신월. 인쇄매체를 이용한 보건교육자료의 가시성에 영향을 주는 요인에 관한 연구. 전남의대학술지 2002. 37(2). 109-118.
9. 유재순. 제 6차 초등학교 교육과정의 보건교육 시간 수 및 내용 분석. 한국학교보건학회지 2000. 13(1). 63-84.
10. 윤영옥. 시내 일부 중학교의 보건교육 요구도 조사: 보건교육 교육과정개발을 위하여 [석사학위논문]. 이화여자대학교. 1997.
11. 이경자. 초, 중학생을 위한 보건교육의 영역 및 주요개념 선정에 관한 연구 [박사학위논문]. 이화여자대학교. 1988.
12. 이명순. 지방자치단체의 건강증진사업 활성화 방안. 보건교육·건강증진학회지 1999. 16(2).
13. 최진영, 김명. 초, 중, 고등학교 보건교육에 대한 학부모의 인식 및 요구도 조사. 한국보건교육학회지. 1995. 12(1). 47-71.
14. 통계청. 청소년 통계. 2004.
15. Birch DA. Teacher Training For Involving Families In School Health Education. The Education Digest 1994. 60(4). 66-69.
16. Butler JT. Principles Of Health Education And Health Promotion. Wads worth, Belmont, CA. 2004.
17. CDC. Improving the Health of Adolescents and Young Adults: A Guide for States and Communities. U.S. Department of Health and Humans Services. 2004.
18. Essen R.H. Why Teach Health Education. The Journal of School Health 2004. 74(6). 197.
19. Grunbaum JA, Gingis P, Orpinas P, Ptey LS, Parcel GS. A Comprehensive Approach To School Health Program Needs Assessments. The Journal of Health Education 1995. 65(2). 54-59.
20. Hutchinson MR, Poole DL. Adolescent Health And School Health: It'S Time To Meet The Challenge. Health & Social Work 1998. 23(1). 3-7.
21. Kann L, Brener ND, Allens worth DD. Health Education: Results From The School Health Policies And Programs Study 2000 2001. 71(4). 266-278.
22. Mckenzie FD, Richmond JB. Linking

- Health And Learning: Anover View Of Coordinated School Health Programs. Ine. Marxetal. Health Is Academic: Aguide To Coordinated School Health Programs. New York, Columbia College Press. 1998.
23. Seffrin JR. America'S Interest In Com-Prehensive School Health Education. The Journal Of School Health 1994. 64(10). 397-399.
24. WHO. The Jakarta Declaration On Leading Health Promotion Into The 21St Century. The 4<sup>th</sup> International Conference Pro-ceeding on Health Promotion. Jakarta: Indonesia. 1997.