

## WHO 건강증진학교 평가개념을 적용한 사정 및 평가 - 양평군 초·중·고등학교별 차이 분석 -

손애리<sup>†</sup> · 김보람\* · 김석현\* · 신영전\* · 안동현\* · 최보울\*  
삼육대학교 보건관리학 · 한양대학교 의과대학

### Evaluating Health-Promoting Schools Based on WHO Standards in Yangpyung-Gun, Korea

Aeree Sohn<sup>†</sup> · Boram Kim\* · Seok Hyeon Kim\* · Young-Jeon Shin\*  
Donghyun Ahn\* · Bo Youl Choi\*

Division of Health Management, Sahmyook University

\*Medical College, Hanyang University

#### ABSTRACT

**Objectives:** The concept of the WHO's 'Health Promoting School (HPS)' has been advocated as an approach enhancing national health promotion through school. Health-promoting schools have existed internationally about 20 years. Yet there are few comprehensive evaluation results.

**Methods:** This study is a cross-sectional survey, aiming to explore the HPS status. A total of 31 elementary, middle and high schools were included, and 260 teachers participated in the study. The schools were assessed based on tools of HPS.

**Results:** 'School health promotion and protection services' and 'school's physical environment' had the highest scores, 80.7 score and 77.4 score, respectively. Community links and action competencies for healthy living were two areas with the lowest scores.

**Conclusions:** These results are a good source of reference for assessment and evaluation of Health Promoting Schools programs. For the improvement of efficiency of Health Promoting Schools programs, cooperation with family and community link and support system would be necessary.

*Key words:* Health promoting schools, Evaluation, Framework

접수일: 2008년 5월 22일, 채택일: 2008년 6월 18일

<sup>†</sup> 교신저자: 손애리(서울시 노원구 공릉2동 26-21 삼육대학교 보건관리학)

Tel: 02-3399-1669, E-mail: aeree@syu.ac.kr

## I. 서론

최근에 우리사회는 사회·경제적 발전으로 인간의 삶이 보다 편리하고 풍요로워진 반면에 환경오염, 운동부족, 비만, 질병, 잘못된 식습관, 스트레스 등으로 인하여 순환기계 질환, 당뇨병, 암 등의 만성질환의 유병률이 증가하고 있으며, 사망원인에서도 높은 수위를 차지하고 있다(통계청, 2005). 특히 어린이 및 청소년시기에서 영양불균형 및 운동부족 등 잘못된 생활습관으로 발생하는 과체중 및 비만이 심각한 문제로 대두되고 있으며(최보율과 김미경, 1999; 강운주 등, 1997), 과도한 학업에 대한 부담감, 운동부족, 스트레스 등으로 인하여 이들이 성인이 되었을 때 이들의 만성질환율은 현시점보다 급격히 증가될 것으로 예상된다(최보율과 김미경, 2006).

따라서 생활습관 교정이 가능한 아동 및 청소년을 대상으로 정확한 지식을 갖게 하고 올바른 태도를 형성하여 건강한 생활습관을 실천할 수 있도록 학교건강증진사업을 하는 것은 무엇보다 중요하다고 할 수 있다. 학교건강증진사업의 대상은 학생뿐만 아니라 교직원 및 학부모를 포함한다. 학령기(6~17세)의 인구가 778만 명으로 전체 인구의 16%를 차지하고 있고(통계청, 2007), 학교에서 종사하고 있는 교사 및 직원 42만 명과 학령기 아동의 학부모를 포함할 경우 지역사회 반수 이상을 차지하므로 학교를 통한 건강증진사업의 중요성이 대두되고 있다.

선진국의 경우 학교건강증진사업의 중요성이 대두되어, 세계보건기구(WHO)를 중심으로 건강증진사업의 여러 영역 중 특히 학교건강증진사업을 다른 사업보다 우선순위를 두고 수행하고 있다. 이전의 학교건강증진사업들은 주로 "보건교육"에 초점을 두고 있으나, 1980년대부터 WHO는 건강증진학교(Health Promoting School)의 개념을 도입하여 여러 측면에서의

포괄적인 접근을 요구하고 있으며, 학교에서 건강을 증진시키는 접근 방법이 가장 효과적임을 강조하고 있다. 건강행위는 개인에 의해서만 결정되는 것이 아니라 사회적, 경제적, 물리적 환경에 의해서 결정되기 때문에 여러 측면에서 접근해야 한다(Lee et al., 2007; Smith, 1992; Nutbeam, 1987).

국가는 최적의 학교 환경을 보장해서 학생의 건강을 유지하고 증진시켜야 할 책임이 있으며, 이를 실현하기 위해 WHO는 건강증진학교(Health Promoting School) 설립해야 함을 강조하고 있다(Leger & Nutbeam, 2000; Nutbeam, 1998; Nutbeam, 1996; Nutbeam, 1987). 건강증진학교란 부모, 학교, 지역사회, 정부의 협조 체계를 통해 학생 건강증진과 질병예방을 위해 포괄적이고 체계적인 활동을 수행하는 학교를 의미하며, WHO에서는 유럽을 시작으로 남태평양, 서태평양 국가에서 건강증진학교의 개념을 도입하여 건강증진사업을 하고 있다. 이 개념은 건강도시 또는 건강증진학교 등의 개념으로 확대 되었으며, 유럽 및 미국 등에서는 포괄적 프로그램의 학교보건개념이 확산되어서 현재 다양한 형태로 건강증진프로그램을 진행하고 있다(Lee et al., 2007; Rogers et al., 1996). 유럽의 경우 WHO와 협력 체제를 맺고 건강증진학교유럽망(European Network of Health Promoting Schools: ENHPS)을 구축하여 건강증진학교 사업을 진행하고 있으나 이에 대한 공식적인 평가는 미흡한 실정이다(Moon et al., 1999a, 1999b; Parsons, Stears, Thomas, 1996). 우리나라가 속해있는 서태평양지역에서는 1995년 1월 싱가포르에서 '건강증진학교'를 위한 첫 워크숍을 시작하여 각 나라의 학교건강증진 현황을 발표하였다(WHO, 1995).

아시아의 경우 싱가포르, 필리핀, 말레이시아, 홍콩 등은 비교적 학교건강증진사업을 활발히 수행하고 있으며, 그 중에서 홍콩은 건강증진학교

의 개념을 도입하여 초등학교와 중학교를 평가하여 금상, 은상, 동상을 부여하는 평가체제로 사업을 수행하고 있는데(정영숙 등, 1999; Lee et al., 2007; Lee et al., 2005a; 2005b; Lee, 2002), 건강증진사업이 매우 효과적인 것으로 나타나고 있다(Lee et al., 2007).

우리나라는 입시 및 지식위주의 교육 체계 속에서 학교보건사업에 대한 사회적 공감과 협의가 부족한 실정이다(김혜경과 고승덕, 1997). 현재의 학교보건사업은 급성전염병질환의 관리와 사후적 처치 및 물리적 환경관리에 치중하고, 보건교육 또한 많은 학교에서 단편적으로 실시되고 있으므로 바람직한 건강생활습관을 형성하는 자기건강관리 능력을 함양시키는데 기여하지 못하고 있는 실정이다. 또한 지금까지 학교보건사업의 운영에 대한 체계적인 조사 및 평가연구는 여전히 미흡하여 현재까지도 학교보건사업의 구체적인 실태와 문제점이 충분히 파악되지 못하고 있는 실정이다. 따라서 학교보건사업의 효과를 판단하기 위하여 객관적이고 체계적인 평가지표를 개발하고 이를 적용하여 평가하는 것이 필요하다. 건강증진학교에 대한 평가는 현재 상태를 진단할 뿐만 아니라 건강증진사업 후 학교보건정책과 사업의 효과를 파악할 수 있으며, 건강증진학교프로그램의 방향을 제시하여 줄 것이다.

따라서 본 연구는 WHO에서 제시한 건강증진학교에 대한 평가도구를 이용하여 일부 초, 중, 고등학교의 건강증진학교 사업을 사정하고 평가하여, 학교보건사업 수행 시 기초자료를 제공하고자 한다.

## II. WHO의 건강증진학교의 이론적 틀

건강증진학교(Health Promoting School: HPS)의 개념은 1986년의 WHO 컨퍼런스에서 나온

개념으로 학교공동체에 속한 모든 구성원들이 건강을 증진시키기 위하여 고안된 체계적인 접근 전략으로 알려져 있다(Young, 1996). WHO는 HPS 프로그램의 영역을 3개 영역(보건교육과정, 학교환경, 지역사회 간 상호작용)으로 시작하여 6개 영역(학교보건정책, 학교의 물리적 환경, 학교의 사회적 환경, 지역사회 유대관계, 개인건강기술, 학교보건서비스)으로 확대하였고, 1995년에 WHO는 건강증진학교의 설립, 개선 및 유지를 위하여 6개 영역으로 구분한 후 각 영역별로 checkpoints로 구성된 건강증진학교 가이드라인을 개발하였다(WHO, 1996), 이 지침서는 2008년 싱가포르에서 WHO에 의한 건강증진학교(Health Promoting School)의 가이드라인을 수정하기 위한 회의를 개최하여 <표 1>과 같이 수정하였으며, 각 영역별 기본 개념은 다음과 같다(WHO, 2008). 수정된 가이드라인을 보면 좀 더 명확한 어휘를 사용하였으며, 단순히 보건서비스를 제공하는 것이 아니라 보다 포괄적인 접근인 지역사회 연계나 건강증진을 강조하고 있다(WHO, 2008).

첫째, 건강한 학교 정책(Healthy School Policies)은 건강한 식품(healthy food)/ 흡연, 음주, 약물/건강형평성/약품관리/응급조치/구충조절/자외선 차단/건강검진/응급상황시 학교 대처 방법/감염성 질환(AIDS/HIV, SARS 등)/건강에 위협을 주는 대중매체와 홍보 억제 정책 등을 의미한다.

둘째, 학교 물리적 환경(School's Physical Environment)은 안전한 환경 조성/위생시설과 급수/재활용품 재이용/학생 스스로 학교시설 관리 할 것을 권장/공부 할 수 있는 최적 환경 조성하는 것이다.

셋째, 학교 사회적 환경(School's Social Environment)은 학교분위기/보호, 신뢰, 친목적인 환경 조성/장애아동에 대한 지원과 도움/학생의 가치와 개별성을 존중한 포괄적인 환경 제공/건강한 학생을 위한 부모의 교육적 요구사

<표 1> WHO 건강증진학교의 6개 영역

영역(개정 전)	영역(2008년 개정)
① 학교보건정책: School Health Policies	① 건강한 학교 정책: Healthy School Policies (P)
② 학교 물리적 환경: Physical Environment of the School	② 학교 물리적 환경: School's Physical Environment (PE)
③ 학교사회적환경: School's Social Environment	③ 학교 사회적 환경: School's Social Environment (SE)
④ 지역사회관계: Community Relationships	④ 지역사회연계: Community Links (C)
⑤ 개인적건강기술 Personal Skills	⑤ 건강한 삶을 위한 활동 능력: Action Competencies for Healthy Living (AC)
⑥ 학교보건서비스: Health Services	⑥ 학교건강증진 및 보호 서비스: School Health Promotion and Protection Services (HS)

항에 경청하는 학교이다.

넷째, 지역사회연계(Community Links)는 가정, 지역사회, 학교와의 유대관계 구축을 의미한다.

다섯째, 건강한 삶을 위한 활동력(Action Competencies for Healthy Living)은 건강문제 관련 교과과정/건강문제 해결 능력을 위한 교육과정/건강증진학교에서의 선생님의 역할/건강관련 지식과 대중매체 메시지를 이해, 분석하는 학생 능력 획득/기타 주요 관련자들에게 건강증진학교와 관련된 기술을 습득할 수 있는 기회 부여하는 것이다.

마지막으로, 학교건강증진 및 보호 서비스(School Health Promotion and Protection Services)는 학생과 교직원이 이용할 수 있는 학교보건서비스/학교 건강프로그램에 기여하는 지역건강서비스를 제공하는 것이다.

### III. 연구방법

#### 1. 자료수집

본 연구에서 조사 대상 모집단은 경기도 양평군에 소재하고 있는 초등학교, 중학교, 고등

학교의 교사였다. 교육청을 통해 양평군에 소재하는 모든 학교 초(17개교), 중(8개교), 고(6개교) 총 31개교의 교장 또는 교감, 주임교사, 각학년별 1, 2반 담임교사, 보건교사, 영양사, 체육담당교사에게 배포되었다. 자료 수집은 2007년 7월부터 9월 사이에 이루어졌으며, 배포된 설문지는 459부 중 260부가 회수되어 총 회수율은 63.6%로 나타났다.

#### 2. 조사도구

WHO는 건강증진학교의 설립, 개선 및 유지를 위하여 6개 영역으로 구분한 후 각 영역별로 checkpoints 및 항목을 만들어 건강증진학교의 평가 가이드라인을 개발하였다(WHO, 1995; WHO, 1998). WHO에서 제시한 틀을 바탕으로 각 나라는 각 국가의 사정에 맞게 평가도구를 발전시킬 필요가 있다. 각 평가지표(indicators)는 이론에 근거한 프로그램의 평가기준(evaluation standards)이 있어야 하며, 각 평가기준은 유용성(utility), 적합성(propriety), 시행가능(feasibility), 정확성(accuracy)을 측정할 수 있어야 한다. 본 연구에서 사용된 도구는 WHO 건강증진학교 가이드라인에서 제시한 도구를 기

본 틀로 하여 2005년 성동구 건강도시 시범사업 중 건강한 학교만들기 프로젝트(성동구보건소, 2005)에서 사용된 설문과 보건복지부 지원을 받아 수행된 보고서(정영숙, 이정렬, 이춘옥, 1999)에서 사용된 설문을 기초로 우리나라 실정에 맞게 수정·보완한 후 8명의 전문가로 구성된 전문가의 회의를 거쳐 내용 타당도를 검증 받은 후 표준화된 설문지를 개발하여 조사하였다. 본 평가에서 사용된 지표는 <표 2>와 같다. 각 하위척도의 내적일치도(Cronbach's  $\alpha$ 값)는 .826~.90의 범위 안에 있었고, 척도 전체의 Cronbach's  $\alpha$ 값은 .96이었다. 척도개발과 이 척도를 사용한 선행연구(김성은 등, 2005)에서는 Cronbach's  $\alpha$ 값이 .964로 나타나 본 연구와 마찬가지로 높은 내적일치도를 보였다.

각 문항은 매우 잘 되고 있다 4점, 잘 되고 있다 3점, 안 되고 있다 2점, 매우 안 되고 있다 1점으로 각 영역별로 문항을 점수화하여 전체 점수 중 몇 점을 획득했는지를 계산한 후 100을 곱하여 각 영역별로 획득한 점수를 구하였다. 각 영역별 문항은 빈도분석을 하였으며, 각 학교급 별의 차이는 분산분석(ANOVA)을 이용하였고 사후검정은 Scheffé 방법을 이용하였다. 문항에 따른 학교급간의 차이는 비모수검정 중 하나인 Kurskall-Wallis 검정법을 이용하였으며, 유의수준( $\alpha$ )은 .05 이하로 하였다.

#### IV. 연구결과

<표 2> 조사 설문지 회수 및 조사대상자 수

구 분	교사	
	회수/배부	회수율
양평	초 (17개교)	143/251 57.0%
	중 (8개교)	58/123 47.2%
	고 (6개교)	59/85 69.4%

### 1. WHO 영역별 평가

<그림 1>은 각 영역별 전체 평가점수이다. 6개 영역 중 가장 높은 점수를 차지한 영역은 학교건강증진 및 보호서비스(80.7점), 학교 물리적 환경(77.4점)이며, 가장 낮은 영역은 지역사회연계(67.3점), 건강한 삶을 위한 활동능력(71.6점)이다.

학교급별 건강증진학교의 영역별 점수는 <표 4> 및 <그림 2>와 같다. 학교건강증진 및 보호서비스는 학교급 간에 유의한 차이가 없으나 다른 영역의 경우 초등학교가 가장 높고, 다음으로 중학교, 고등학교의 순으로 점수가 높은 것으로 나타났다. 건강한 학교정책, 물리적 환경, 사회적 환경, 지역사회 연계의 경우 중·고등학교 간에는 비슷했으나 초등학교와 고등학교 간에 유의한 차이를 보였고, 건강한 삶을 위한 활동영역은 중·고등학교 간에는 유의한 차이가 없었으나 초등학교와 중·고등학교 간에는 차이를 보였다.

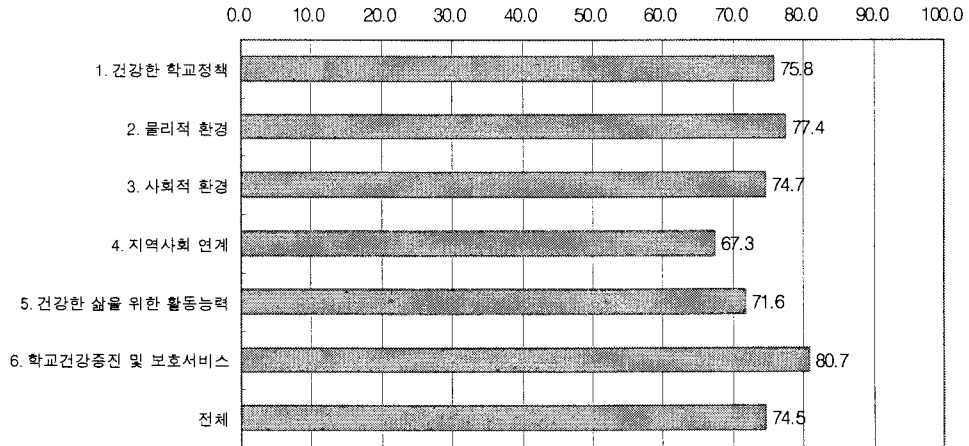
### 2. 각 영역별 문항평가

#### 1) 건강한 학교 정책(Healthy School Policies)

건강한 학교정책에서 초, 중, 고에서 모두 학교 급식 관련 정책이 가장 잘 된다고 평가한 반면 교직원과 학생들에게 응급처치관련 연수나 훈련에 관한 학교보건정책이 잘 안 되고 있는 것으로 나타났다. 학교급별 차이는 P\_3, P\_5,

<표 3> 본 연구에서 사용된 WHO 건강증진학교 평가 지표

평가영역	평가지표 (Components)	평가 항목(Checklist)
건강한 학교정책 (P) Cronbach's $\alpha=.89$	학교급식의 수행	P_1. 학교급식의 위생 상태는 잘 지켜지고 있다.
		P_2. 학교급식은 균형 잡힌 영양 식이를 제공한다.
		P_3. 교사는 학생들에게 식사습관의 모범을 보인다.
	흡연	P_4. 우리학교건물은 금연방침이 잘 지켜지고 있다.
		P_5. 교직원에게 금연교육을 실시한다.
		P_6. 학생에게 금연교육을 실시한다.
	향정신성약물에 관한 지도사항	P_7. 건강사정 및 투약내용을 일지에 기록하고 보관한다.
		P_8. 학교에 응급 처치함이 마련되어 있다.
		P_9. 교직원들을 위한 응급처치 연수과정이 있다.
		P_10. 학생들에게 응급처치훈련을 실시한다.
		P_11. 학교 내 응급환자 발생 시 응급환자의 퇴 및 후송체계가 마련되어 있다.
학생신체검진 결과의 feed-back 및 가정통보	P_12. 신체검진 후 학부모에게 학생의 건강상태에 대해 통지한다.	
	P_13. 학생의 건강문제에 대해 교사 및 학부모와 토의한다.	
	P_14. 전염병 발생, 극심한 더위 혹은 추위로 인하여 학생들의 건강이 위해하다고 판단되는 경우 학교는 수업 단축 등의 조치를 한다.	
학교 물리적 환경 (PE) Cronbach's $\alpha=.90$	화재대피 대책 수립	P_15. 화재(재난) 시 대피할 수 있는 대책이 있다.
	시설/기구에 대한 정기안전검사	PE_1. 학교건물이나 놀이시설, 기구에 대해 정기안전검사를 실시한다.
	교통사고예방활동	PE_2. 지역사회와 연계하여 교통사고 예방활동을 한다.
	장애학생에 대한 시설	PE_3. 장애 학생한테 필요한 적절한 시설을 갖추고 있다.
	위생관리(음용수/화장 실/쓰레기/ 청결도)	PE_4. 안전한 음용수가 제공된다.
		PE_5. 학생을 위한 충분한 수의 화장실이 있고 청결하다.
		PE_6. 학교는 적절한 쓰레기 분리수거 체계를 갖고 있다.
	학교시설관리 (환기장치/조도/ 난방장치/이중창/흡판 보조 등)	PE_7. 학생들은 학교를 깨끗이 유지하는데 참여한다.
		PE_8. 학교의 환기장치가 잘 되어 있다.
		PE_9. 각 교실의 조도가 충분하다.
		PE_10. 필요시 냉난방이 가능하다.
		PE_11. 교실 및 복도 이중창이 설치되어 있다.
		PE_12. 흡판 보조등이 설치되어 있다.
		PE_13. 학생 체격에 비추어 책걸상의 높이가 적당하다.
학교보건실 유무 교사의 학습과정 참여수준	PE_14. 학교보건실이 있다 SE_1. 교사는 학생이 학습과정에 적극적으로 참여하도록 유도한다.	
학교 사회적 환경 (SE) Cronbach's $\alpha=.82$	언어적 물리적 폭력(교사/학생)	SE_2. 교사가 학생에게 물리적, 언어적 폭력이나 폭행을 가하지 않는다.
	건강관련행사 제공 부모도움	SE_3. 학생 간 물리적, 언어적 폭력이나 폭행을 가하지 않는다.
	가족연계	SE_4. 학교는 건강 관련 행사(전시회 등)를 시행한다.
		SE_5. 학교는 학생능력에 대한 건전한 태도를 갖도록 부모를 돕는다.
		C_1. 학부모는 학교 건강활동에 대한 결정에 참여한다.
지역사회연계 (C) Cronbach's $\alpha=.86$	C_2. 학교는 학생과 가족이 함께하는 건강관련활동을 갖고 있다.	
	정기적 지역사회행사 참여 및 홍보	C_3. 지역단체와 지역사회 보건 유관 기관은 학교보건활동에 참여한다.
		C_4. 학생과 교사는 정기적인 지역사회행사에 참여한다.
		C_5. 학교는 학교의 건강관련행사를 지역사회에 알린다.
	지역사회주민을 위한 프로그램 제공 여부	C_6. 지역사회주민을 위한 행사나 교육프로그램이 마련되어 있다.
	건강한 삶을 위한 활동 능력 (AC) Cronbach's $\alpha=.86$	학생의 요구도가 반영된 보건교육과정
보건교육시간할당		AC_2. 보건교육 학습내용은 일상건강관리에 대한 내용을 반영한다.
		AC_3. 전체 수업시간 중 충분한 시간이 보건교육으로 배정되어 있다.
건강관련기술/자기건 장관리기술		AC_4. 학생들은 금연법 등 건강관련기술을 습득할 기회를 갖는다.
		AC_5. 학생들은 자신의 안녕과 건강을 촉진시킬 수 있는 자기건강관리 능력에 대 한 기술을 습득한다(운동, 영양, 흡연, 음주, 안전).
건강증진을 위한 정보나 자원제공		AC_6. 교사들에게 건강증진을 위한 정보나 자원을 제공한다.
학교건강증진 및 보호 서비스(HS) Cronbach's $\alpha=.84$	학생을 위한	HS_1. 학생에게 예방접종을 실시한다.
	보건서비스 제공	HS_2. 학생에게 신체검진을 실시한다.
	(학생의 예방접종/신체 검진/구강보건서비스/ 상담)	HS_3. 구강보건 서비스를 제공한다.
	교사를 위한	HS_4. 건강문제 및 장애 학생들에게 상담과 지지를 제공한다.
	보건서비스 제공	HS_5. 보건교사는 교사들에게 건강관리 프로그램을 제공한다(신체검진, 응급처치, 고혈압 관리).



<그림 1> WHO 6개 영역별 점수 (전체)

<표 4> 학교급별 WHO 건강증진영역 점수

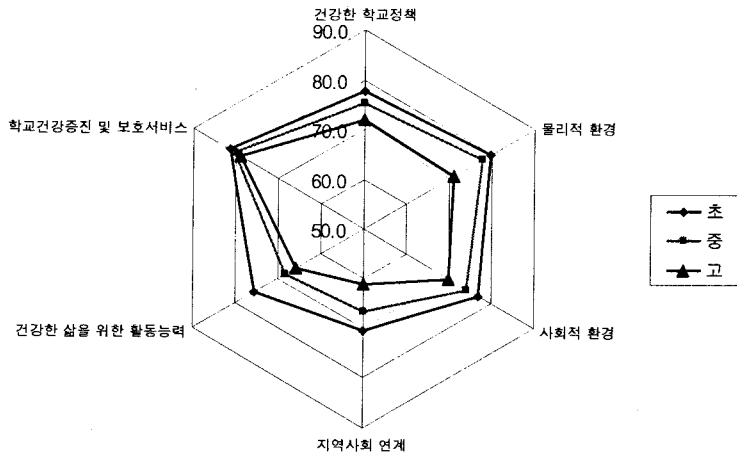
	건강한 학교정책	물리적 환경	사회적 환경	지역사회 연계	건강한 삶을 위한 활동능력	학교건강증진 및 보호서비스	전체
초(n=128)	77.7	79.9	76.9	70.5	75.6	81.7	76.8
중(n=58)	75.3	77.8	74.4	66.6	68.4	80.4	74.0
고(n=59)	71.9	71.1	69.9	61.0	66.0	78.9	69.7
전체	75.8	77.4	74.7	67.3	71.6	80.7	74.5
<i>F</i> ( <i>p</i> )	6.3(.002)	14.2(.000)	8.6(.000)	14.5(.000)	17.7(.000)	1.2(.306)	
Scheffé	초>고	초>고	초>고	초>고	초>중, 고	n.s	

P11, P12, P\_13, P\_14, P\_15에서 유의하게 나타나( $p < .5$ ), 고등학교가 초등학교나 중학교에 비하여 학생들에게 식습관의 모범을 보이는 것, 학생에게 금연교육을 시키는 것, 학생 신체검진 결과의 피드백 및 가정통보를 하는 정책이 잘 이루어지지 않는 것으로 보인다.

## 2) 학교 물리적 환경(Social Environment of Schools)

학교의 물리적 환경에 대한 평가에서는 초, 중학교 교사들은 '안전한 음료수 제공'과 '냉난방 시설'에 대해 잘 되고 있다고 평가했으나, 잘 안

되고 있는 부분으로는 '장애학생을 위한 시설'과, '흑판 보조등 설치' 항목이 선정됐다. 고등학교 교사는 학교의 물리적 환경 중 '안전한 음료수 제공'과 '교실 및 복도의 이중창 설치'가 가장 잘 되고 있다고 답하였으며, 가장 잘 안되고 있는 문항은 '장애학생을 위한 시설', '지역사회와 연계한 교통사고 예방 활동'이라고 응답하였다. 학교급별 차이는 PE\_1, P\_12, P\_13을 제외하고 모든 문항에서 유의한 차이를 보였으며( $p < .05$ ), 고등학교가 초등학교나 중학교에 비하여 교통사고 예방활동, 장애학생에 대한 시설, 위생관리, 학교시설관리 등이 잘 안 되는 것으로 나타났다.



<그림 2> 학교급별 WHO 6개 영역별 점수 (전체)

<표 5> 학교급별 건강한 학교정책

	초 (N=129)		중 (N=58)		고 (N=59)		$\chi^2$ (p)
	잘 되고 있다	안 되고 있다	잘 되고 있다	안 되고 있다	잘 되고 있다	안 되고 있다	
1. 학교급식의 위생 상태는 잘 지켜지고 있다.	128(99.2)	1(0.8)	58(100.0)	-	58(98.3)	1(1.7)	1.042 (.594)
2. 학교급식은 균형 잡힌 영양 식이를 제공한다.	128(99.2)	1(0.8)	57(98.3)	1(1.7)	56(94.9)	3(5.1)	3.797 (.150)
3. 교사는 학생들에게 식사습관의 모범을 보인다.	117(90.7)	12(9.3)	55(94.8)	3(5.2)	47(81.0)	11(19.0)	6.283 (.043)
4. 우리학교건물은 금연방침이 잘 지켜지고 있다.	100(77.5)	29(22.5)	48(82.8)	10(17.2)	40(67.8)	19(32.2)	3.799 (.150)
5. 교직원에게 금연교육을 실시한다.	96(75.0)	32(25.0)	44(75.9)	14(24.1)	34(57.6)	25(42.4)	6.760 (.034)
6. 학생에게 금연교육을 실시한다.	111(86.0)	18(14.0)	51(87.9)	7(12.1)	53(89.8)	6(10.2)	0.544 (.762)
7. 건강사정 및 투약내용을 일지에 기록하고 보관한다.	110(86.6)	17(13.4)	47(82.5)	10(17.5)	48(81.4)	11(18.6)	1.045 (.593)
8. 학교에 응급 처치함이 마련되어 있다.	115(89.1)	14(10.9)	50(86.2)	8(13.8)	51(86.4)	8(13.6)	0.456 (.796)
9. 교직원들을 위한 응급처치 연수과정이 있다.	57(44.5)	71(55.5)	17(29.3)	41(70.7)	20(33.9)	39(66.1)	4.548 (.103)
10. 학생들에게 응급처치훈련을 실시한다.	68(54.4)	57(45.6)	25(45.5)	30(54.5)	25(45.5)	30(54.5)	1.865 (.103)
11. 학교 내 응급환자 발생 시 응급환자의 퇴 및 후송체계가 마련되어있다.	109(85.2)	19(14.8)	46(80.7)	11(19.3)	38(64.4)	21(35.6)	10.589 (.005)
12. 신체검진 후 학부모에게 학생의 건강 상태에 대해 통지한다.	125(98.4)	2(1.6)	53(93.0)	4(7.0)	49(83.1)	10(16.9)	15.440 (.000)
13. 학생의 건강문제에 대해 교사 및 학부모와 토의 한다.	111(86.7)	17(13.3)	46(85.2)	8(14.8)	37(62.7)	22(37.3)	15.734 (.000)
14. 전염병 발생, 극심한 더위 혹은 추위로 인하여 학생들의 건강이 위해하다고 판단되는 경우 학교는 수업 단축 등의 조치를 한다.	118(92.2)	10(7.8)	49(87.5)	7(12.5)	41(69.5)	18(30.5)	17.017 (.000)
15. 화재(재난) 시 대피할 수 있는 대책이 있다.	114(89.1)	14(10.9)	47(82.5)	10(17.5)	43(72.9)	16(27.1)	7.755 (.021)

주: 중복체크나 무응답은 제외함



### 3) 학교 사회적 환경(Social Environment of Schools)

학교의 사회적 환경에 대한 평가에서 초, 중, 고 모두 잘 되고 있는 부분은 '교사는 학생의 학습과정에 적극적으로 참여하도록 유도한다', '교사가 학생에게 물리적, 언어적 폭력이나 폭행을 가하지 않는다'인 반면에 가장 잘 안 되고 있는 항목은 '학교는 건강 관련 행사를 시행한다'로 나타났다. 학교급별 차이는 SE\_2, SE\_4, SE\_5의 문항에서 유의한 차이를 보였다 ( $p < .05$ ). 고등학교가 초등학교나 중학교에 비하여 언어적·물리적 폭력, 학교의 건강 관련 행사, 학생능력에 대한 건전한 태도를 갖도록 부모를 돕는 것에 대한 평가가 낮은 것으로 나타났다.

### 4) 지역사회 연계(Community Links)

지역사회연계에 대한 평가에서 초등학교 교사는 '지역단체와 지역사회 보건기관은 학교보건활동에 참여한다'를 가장 잘되고 있는 항목으로 선정했으며, 그 다음으로는 '학부모는 학교 건강활동에 대한 결정에 참여한다'로 응답하였다. 중학교와 고등학교 교사는 '지역단체와 지역사회 보건기관은 학교보건활동에 참여한다'와 '학생과 교사는 정기적인 지역사회 행사에 참여한다'를 가장 잘 되고 있는 항목으로 평가한 반면에 잘 안 되고 있는 부분은 초, 중, 고 교사 모두 '지역주민을 위한 행사나 교육프로그램이 마련되어 있다', '학교는 학생과 가족이 함께하는 건강관련활동을 갖고 있다'로 응답하였다. 학교급별 차이는 C\_1, C\_2, C\_3, C\_5의 문

<표 6> 학교급별 학교 물리적 환경

	초 (N=128)		중 (N=58)		고 (N=58)		$\chi^2$ (p)
	잘 되고 있다	안 되고 있다	잘 되고 있다	안 되고 있다	잘 되고 있다	안 되고 있다	
1. 학교건물이나 놀이시설, 기구에 대해 정기안전검사를 실시한다.	116(90.6)	12(9.4)	52(89.7)	6(10.3)	44(75.9)	14(24.1)	8.11 (.017)
2. 지역사회와 연계하여 교통사고 예방활동을 한다.	110(85.9)	18(14.1)	45(78.9)	12(21.1)	35(60.3)	23(39.7)	15.292 (.000)
3. 장애 학생에게 필요한 적절한 시설을 갖추고 있다.	97(75.8)	31(24.2)	32(55.2)	26(44.8)	25(43.1)	33(56.9)	20.286 (.000)
4. 안전한 음용수가 제공된다.	126(98.4)	2(1.6)	57(98.3)	1(1.7)	51(89.5)	6(10.5)	9.682 (.008)
5. 학생을 위한 충분한 수의 화장실이 있고 청결하다.	120(93.8)	8(6.3)	47(81.0)	11(19.0)	43(74.1)	15(25.9)	14.348 (.001)
6. 학교는 적절한 쓰레기 분리수거 체계를 갖고 있다.	120(93.8)	8(6.3)	55(94.8)	3(5.2)	46(79.3)	12(20.7)	11.314 (.003)
7. 학생들은 학교를 깨끗이 유지하는데 참여 한다.	115(89.8)	13(10.2)	52(89.7)	6(10.3)	40(69.0)	18(31.0)	14.517 (.001)
8. 학교의 환기장치가 잘 되어 있다.	114(89.1)	14(10.9)	50(86.2)	8(13.8)	37(64.9)	20(35.1)	16.669 (.000)
9. 각 교실의 조도가 충분하다.	122(96.1)	5(3.9)	54(93.1)	4(6.9)	46(79.3)	12(20.7)	14.517 (.001)
10. 필요시 냉난방이 가능하다.	125(97.7)	3(2.3)	57(98.3)	1(1.7)	47(81.0)	11(19.0)	21.605 (.000)
11. 교실 및 복도 이중창이 설치되어 있다.	122(95.3)	6(4.7)	53(91.4)	5(8.6)	49(84.5)	9(15.5)	6.214 (.045)
12. 흡판 보조등이 설치되어 있다.	101(80.2)	25(19.8)	44(77.2)	13(22.8)	45(78.9)	12(21.1)	0.211 (.900)
13. 학생 체격에 비추어 책걸상의 높이가 적당하다.	118(92.9)	9(7.1)	50(86.2)	8(13.8)	42(72.4)	16(27.6)	14.201 (.001)

주: 중복체크나 무응답은 제외함

<표 7> 학교급별 학교 사회적 환경

	초 (N=128)		중 (N=57)		고 (N=58)		$\chi^2$ (p)
	잘 되고 있다	안 되고 있다	잘 되고 있다	안 되고 있다	잘 되고 있다	안 되고 있다	
1. 교사는 학생이 학습과정에 적극적으로 참여하도록 유도한다.	125(97.7)	3(2.3)	55(96.5)	2(3.5)	53(91.4)	5(8.6)	4.038 (.133)
2. 교사가 학생에게 물리적, 언어적 폭력이나 폭행을 가하지 않는다.	124(96.9)	4(3.1)	54(94.7)	3(5.3)	49(84.5)	9(15.5)	10.135 (.006)
3. 학생 간 물리적, 언어적 폭력을 가하지 않는다.	109(85.2)	19(14.8)	48(84.2)	9(15.8)	45(77.6)	13(22.4)	1.686 (.430)
4. 학교는 건강 관련 행사(전시회 등)를 시행한다.	91(71.1)	37(28.9)	25(43.9)	32(56.1)	25(43.1)	33(56.9)	18.896 (.000)
5. 학교는 학생능력에 대한 건전한 태도를 갖도록 부모를 돕는다.	113(88.3)	15(11.7)	52(91.2)	5(8.8)	32(55.2)	26(44.8)	33.379 (.000)

주: 중복체크나 무응답은 제외함

항에서 유의한 차이를 보였다( $p < .05$ ). 고등학교가 초등학교나 중학교에 비하여 가족의 학교 건강활동에 대한 결정 및 참여, 학교의 건강관련행사를 지역사회에 알리는 것에 대한 평가가 낮은 것으로 나타났다.

### 5) 건강한 삶을 위한 활동능력(Action Competencies for Healthy Living)

건강한 삶을 위한 활동능력에 대한 평가에서

초, 중, 고 교사는 '보건교육 학습내용은 일상건강 관리에 대한 내용을 반영한다'는 항목이 가장 잘 되고 있다고 평가한 반면에 가장 안 되고 있는 항목은 '전체 수업시간 중 충분한 시간이 보건교육으로 배정되어 있다'로 응답하였다. 초등학교 교사는 '교사들에게 건강증진을 위한 정보나 자원을 제공한다'는 항목이 그 다음으로 잘 안 되고 있다고 응답하였으며, 중·고등학교 교사들은 '보건교육과정은 학생들의 요구나 관심에 맞추어 고안되어 있다'로 응답한 것으로 나

<표 8> 학교급별 지역사회 연계

	초 (N=128)		중 (N=56)		고 (N=58)		$\chi^2$ (p)
	잘 되고 있다	안 되고 있다	잘 되고 있다	안 되고 있다	잘 되고 있다	안 되고 있다	
1. 학부모는 학교 건강활동에 대한 결정에 참여한다.	104(81.3)	24(18.8)	37(66.1)	19(33.9)	26(44.8)	32(55.2)	24.948 (.000)
2. 학교는 학생과 가족이 함께하는 건강관련 활동을 갖고 있다.	88(68.8)	40(31.3)	30(53.6)	26(46.4)	19(32.8)	39(67.2)	21.236 (.000)
3. 지역단체와 지역사회 보건기관은 학교보건 활동에 참여한다.	110(86.6)	17(13.4)	45(80.4)	11(19.6)	39(68.4)	18(31.6)	8.381 (.015)
4. 학생과 교사는 정기적인 지역사회 행사에 참여한다.	91(71.1)	37(28.9)	41(71.9)	16(28.1)	33(56.9)	25(43.1)	4.228 (.121)
5. 학교는 학교의 건강관련 행사를 지역사회에 알린다.	96(75.6)	31(24.4)	31(55.4)	25(44.6)	27(46.6)	31(53.4)	16.793 (.000)
6. 지역사회주민을 위한 행사나 교육프로그램이 마련되어 있다.	68(53.1)	60(46.9)	23(41.1)	33(58.9)	21(36.2)	37(63.8)	5.368 (.068)

주: 중복체크나 무응답은 제외함

&lt;표 9&gt; 학교급별 건강한 삶을 위한 활동능력

	초 (N=128)		중 (N=57)		고 (N=58)		$\chi^2$ (p)
	잘 되고 있다	안 되고 있다	잘 되고 있다	안 되고 있다	잘 되고 있다	안 되고 있다	
1. 보건교육과정은 학생들의 요구나 관심에 맞추어 고안되어 있다.	110(85.9)	18(14.1)	32(56.1)	25(43.9)	35(60.3)	23(39.7)	23.614 (.000)
2. 보건교육 학습내용은 일상건강관리에 대한 내용을 반영한다.	119(93.0)	9(7.0)	51(89.5)	6(10.5)	45(77.6)	13(22.4)	9.298 (.010)
3. 전체 수업시간 중 충분한 시간이 보건교육으로 배정되어 있다.	98(76.6)	30(23.4)	27(47.4)	30(52.6)	21(36.2)	37(63.8)	31.990 (.000)
4. 학생들은 금연법 등 건강관련기술을 습득할 기회를 갖는다.	107(83.6)	21(16.4)	46(82.1)	10(17.9)	39(67.2)	19(32.8)	6.832 (.033)
5. 학생들은 자신의 안녕과 건강을 촉진시킬 수 있는 자기건강관리 능력에 대한 기술을 습득한다(운동, 영양, 흡연, 음주, 안전).	110(85.9)	18(14.1)	44(77.2)	13(22.8)	40(69.0)	18(31.0)	7.434 (.024)
6. 교사들에게 건강증진을 위한 정보나 자원을 제공한다.	105(82.0)	23(18.0)	40(70.2)	17(29.8)	37(63.8)	21(36.2)	7.912 (.019)

주: 중복체크나 무응답은 제외함

타났다. 모든 문항에서 학교급에 따라 유의하게 차이가 났다( $p < .05$ ). 학교급이 높아질수록 학생의 요구도가 반영된 보건교육과정, 보건교육 시간할당, 자기건강관리기술, 건강증진을 위한 정보나 자원의 제공에 대한 평가가 낮았다.

#### 6) 학교건강증진 및 보호서비스(School Health Promotion and Protection Services)

학교건강증진 및 보호서비스에 대한 평가에

서 초, 중, 고 교사는 '학생에게 신체검진을 실시한다'는 항목이 가장 잘 된다고 응답하였다. 초등학교 교사는 '구강보건 서비스 제공' 항목을, 중·고등학교 교사는 '학생에게 신체검진을 실시한다'는 항목을 그 다음 잘 되고 있는 부분으로 평가했다. 초, 중, 고등학교에서 가장 안 되고 있는 항목은 '교사들에게 건강관리 프로그램을 제공한다'로 나타났다. HS\_5( $p < .05$ )을 제외하고는 학교급에 따라 유의한 차이가 없었다. 초등학교가 중학교나 고등학교에 비하여 보

&lt;표 10&gt; 학교급별 학교건강증진 및 보호서비스

	초 (N=128)		중 (N=58)		고 (N=58)		$\chi^2$ (p)
	잘 되고 있다	안 되고 있다	잘 되고 있다	안 되고 있다	잘 되고 있다	안 되고 있다	
1. 학생에게 예방접종을 실시한다.	117(92.1)	10(7.9)	57(98.3)	1(1.7)	51(87.9)	7(12.1)	4.590 (.101)
2. 학생에게 신체검진을 실시한다.	128(100.0)	-	58(100.0)	-	58(100.0)	-	0.000 (1.000)
3. 구강보건 서비스를 제공한다.	121(94.5)	7(5.5)	51(87.9)	7(12.1)	50(86.2)	8(13.8)	4.218 (.121)
4. 건강문제 및 장애 학생들에게 상담과 지지를 제공한다.	120(93.8)	8(6.3)	51(87.9)	7(12.1)	51(87.9)	7(12.1)	2.501 (.286)
5. 보건교사는 교사들에게 건강관리 프로그램을 제공한다.	105(82.0)	23(18.0)	38(65.5)	20(34.5)	46(79.3)	12(20.7)	6.357 (.042)

주: 중복체크나 무응답은 제외함

건강교사가 다른 교사들에게 건강관리프로그램을 제공하는 것이 잘 된다고 평가하였다.

## V. 고찰 및 결론

본 연구는 양평군에 소재하는 모든 학교의 초(17개교), 중(8개교), 고등학교(6개교) 총 31개교의 교장 또는 교감, 주임교사, 각 학년별 1, 2반 담임교사, 보건교사, 영양사, 체육담당교사를 대상으로 WHO에서 제시한 건강증진학교를 근거로 한 평가도구를 이용하여 학교의 건강증진사업을 사정하고 평가하여, 학교보건사업 수행 시 기초자료를 제공하고자 수행되었다.

본 연구결과 6개 영역 중 가장 높은 점수를 차지한 영역은 학교건강증진 및 보호서비스(80.7점), 학교 물리적 환경(77.4점)이며, 가장 낮은 영역은 지역사회연계(67.3점), 건강한 삶을 위한 활동능력(71.6점)이었다. 이와 같은 결과는 우리나라의 경우 “학교건강증진 및 보호서비스”의 경우 학교보건법 및 학교건강검사규칙에 의거하여 학생을 대상으로 건강검사를 하고 구강보건법에 의하여 구강보호서비스를 실시하고 있으므로 이 영역의 점수가 다른 영역에 비하여 높게 나타나는 것으로 보인다(학교보건법, 2007년 개정). 김성은 등의 연구(2005)도 본 연구와 마찬가지로 학교보건서비스 영역이 다른 영역에 비하여 잘 되고 있다고 응답한 비율이 가장 높은 것으로 나타났다. 홍콩의 경우 “학교건강증진 및 보호서비스”의 영역이 다른 영역에 비하여 가장 낮은 것으로 나타나 본 연구결과와 차이를 보이고 있다. 홍콩의 경우가 영역이 낮은 이유를 저자들은 보건당국과 적절한 협력이 잘 이루어지지 않고 있기 때문

이라고 설명하고 있다(Lee et al., 1997).<sup>1)</sup>

“학교 물리적 환경”도 학교보건법에 의하여 화장실 설치의 기준, 폐기물 관리법, 환기의 조절기준, 채광, 조도, 실내온도, 비교습도, 소음 등에 대한 법정장치가 마련되어 있으므로 비교적 잘 되고 있다(학교보건법, 2007년 개정). 본 연구에서는 물리적 환경이 비교적 높게 평가되었으나 김성은 등의 연구(2005)의 결과에서는 다른 영역보다 낮은 것으로 나타나 본 연구와 차이를 보이고 있다. 이는 학교보건법이 개정되면서 학교의 물리적 환경에 대한 기준이 강화되었기 때문에 2005년도의 조사결과와 차이가 나는 것으로 생각된다. 홍콩의 경우 다른 영역보다 학교의 물리적 환경이 다른 영역보다 가장 점수가 높았는데 이는 학교건물, 운동장, 내부구조를 강조하는 정책과 법규가 마련되어 있고, 이를 준수하기 위한 지침서를 구비하고 있기 때문에 다른 영역보다 높음을 알 수 있다(Lee et al., 2007). 그러므로 건강증진학교에 대한 정책이나 법규를 마련하는 것이 이 다른 어떤 노력보다 중요하다 할 수 있다.

그러나 지역사회연계의 경우 학교운영위원회가 설치되어있지만 학생들의 건강을 주제로 토의가 잘 이루어지지 않고, 지역사회 주민을 위한 행사나 프로그램이 마련되지 못하고 있어 “지역사회연계” 영역의 점수가 가장 낮게 나타나고 있고, 이는 우리나라의 교육체계가 학교급이 높아질수록 지식 및 입시위주의 교육 때문에 초등학교 때는 지역사회주민을 대상으로 사업이 이루어지지만 중·고등학교로 갈수록 보건사업은 활성화되지 못하고 있기 때문일 것이다. 또한 “건강한 삶을 위한 활동능력” 영역의 점수가 다른 영역에 비하여 낮은 것은 독립적인 보건교과가 시행되지 않고 1회성이나 연계된 보건교육이 제대로 수행되지 않기 때문

1) 홍콩의 경우 건강증진학교 사업이 교육부위 지원을 받아서 이루어지고 있기 때문에 보건부와 협력체계가 잘 이루어지고 있지 않아서 “학교건강증진 및 보호서비스”가 학교에 따라 큰 차이를 보이고 있음.

이다. 이와 같은 결과는 김성은 등(2005)의 조사의 경우도 “지역사회연계” 영역과 “건강한 삶을 위한 활동능력” 영역이 다른 영역에 비하여 잘 이루어지고 있지 않아 본 연구결과와 유사하다.

학교급별로 6개 영역을 살펴보면 학교건강증진 및 보호서비스는 학교급 간에 유의한 차이가 없었으나 건강한 학교정책, 물리적 환경, 사회적 환경, 지역사회 연계의 경우 중·고등학교 간에는 비슷했으나 초등학교와 고등학교 간에 유의한 차이를 보였으며, 건강한 삶을 위한 활동능력 영역은 중·고등학교 간에는 유의한 차이가 없었으나 초등학교와 중·고등학교 간에는 차이를 보였다.

학교건강증진 및 보호서비스의 경우 앞에서 언급한 바와 같이 우리나라는 법적으로 학교보건법 및 학교건강검사규칙에 의거하여 학생을 대상으로 건강검사, 구강보건법에 의하여 구강보호서비스를 실시해야 하므로 학교급 간에 큰 차이가 나지 않는 것으로 여겨진다.

그러나 나머지 영역의 경우 학년이 높아질수록 건강보다는 입시 및 지식위주의 교육을 강조하기 때문에 학교보건사업이 상대적으로 소홀해 질 수 밖에 없으므로 고등학교와 초등학교는 여러 영역에서 차이를 보인다고 생각된다. 실제로 김명 등(2005)의 연구결과를 보면 초등학교에서는 모든 학년에서 보건교육을 실시하는 경우가 약 80%였으나, 중·고등학교에서는 56.5%에 불과하므로 중·고등학교로 올라갈수록 점수가 낮아지는 것은 당연한 결과일 것이다. 보건교육 시행과 가장 밀접하게 관련이 있는 영역은 건강한 삶을 위한 활동영역이라 할 수 있다. 본 연구결과에서도 알 수 있듯이 보건교육을 가장 많이 받고 있는 초등학교의 점수는 가장 높았으나 중·고등학교 간에는 별 차이가 없고 점수가 낮은 것으로 나타나고 있다. “전체 수업시간 중 충분한 시간이 보건교육으

로 배정되어 있다”에 안 된다고 응답한 비율은 초등학교 23.4%, 중학교 52.6%, 고등학교 63.8%로 나타나 학교급이 높아질수록 보건교육을 할 시간이 충분히 배정되지 않고 있음을 알 수 있다.

WHO 건강증진학교 개념을 근거로 평가한 결과 여러 영역 중 “지역사회연계”와 “건강한 삶을 위한 활동능력”의 영역의 측면은 더 보완되어야 할 것으로 보인다. 특히 “지역사회연계” 영역은 가족과 지역사회 기반을 둔 포괄적인 보건교육 및 건강증진에의 접근과 연계를 할 수 있도록 지원하는 것이 필요하다. 또한 “건강한 삶을 위한 활동능력”의 영역을 높이기 위해서는 학교보건교육이 체계적으로 실시되는 것이 필요하다. 최근 학교보건법 개정안이 통과됨에 따라 체계적인 보건교육을 할 수 있는 법적 근거는 마련되어 있으나 보건교과가 필수교과가 되지 않고는 이를 달성할 수 없으며, 이를 담당할 보건교육 교사는 보건교육을 전공하거나 연수교육을 통해 적절한 자격을 획득하는 것이 필요하다. 2010년에 국가자격이 되는 보건교육사가 학교보건사업에 일익을 담당할 수 있는 전문가로 양성되어야 할 것이다.

이상에서 제시된 바를 종합하면, WHO가 제안하고 있는 건강증진학교를 이루기 위해서는 여러 측면에서의 포괄적인 접근이 필요하며, 특히 학생들 개개인의 건강관리능력을 함양, 즉 건강한 삶을 위한 활동 능력을 높이는 것이 필요하다. 이를 위해서는 학생과 가족, 지역사회 요구에 맞는 프로그램 개발과 지역사회 조직 및 사업과의 협력이 강화되어야 할 것이다.

## 참고문헌

1. 강윤주, 홍창호, 홍영진. 서울시내 초·중·고 학생들의 최근 18년간(1979-1996년) 비만도 변화 추이 및 비만아 증가 양상. 한국영양학회지 1997. 30(7). 832-839.

2. 김명, 김혜경, 김영복, 최은진. 각 급 학교를 통한 건강증진사업 추진전략과 프로그램 개발. 이화여자대학교. 건강증진기금사업지원단. 2005.
3. 김혜경, 고승덕. 우리나라 학교보건교육의 현황과 과제. 2007. 24(4). 217-228.
4. 김성은, 신영진, 최보율. 도시와 농촌의 학교건강증진 실태 비교. 2005년도 대한예방의학회 제57차 추계학술대회 연제집. 2005.
5. 정영숙, 이정렬, 이춘욱. WHO '건강증진학교'를 근거로 한 우리나라 초등학교 건강증진 전략구축에 관한 연구. 1999. 전북대학교, 보건복지부 보고서.
6. 최보율, 김미경. 학생 건강증진 사업 접근 방법과 사례. 서울대학교 간호과학연구소 학술대회 자료집. 1999.
7. 통계청. 사망원인통계연보. 서울: 통계청. 2005.
8. 통계청. 한국의 사회지표. 서울: 통계청. 2007.
9. Lee A, Cheng FFK, Yuen H, Ho M, Lo A, Fung Y, Leung T. Achieving good standards in healthy promoting schools: preliminary analysis one year after implementation of the Hong Kong Healthy Schools Award Scheme. Public Health 2007. 121. 752-760.
10. Lee A, Cheng FFK, St Leger L. Evaluating health-promoting schools in Hong Kong: development of a framework. Health Promot Int. 2005a. 20(2). 177-186.
11. Lee A, St Leger L, Moon A. Evaluating health promotion in schools: a case study of design, implementation and results from the Hong Kong Healthy Schools Award Scheme. Promot Educ 2005b. 12(3-4). 123-30.
12. Lee A. Helping schools to promote healthy educational environments as new initiatives for school based management: the Hong Kong Healthy Schools Award Scheme. Promot Educ 2002. Suppl 1: 29-32.
13. Moon AM, Mullee MA, Roger L, Thompson RL, Speller V, Roderick P. Health-related research and evaluation in schools. Health Educ 1999a. 1. 27-34.
14. Moon AM, Mullee MA, Rogers L, Thompson RL, Speller V, Roderick P. Helping schools to become health-promoting environments-an evaluation of the Wessex Healthy Schools Award. Health Promot Int 1999b. 14. 111-122.
15. Nutbeam D. Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. Health Promot Int 1998. 13. 27-44.
16. Nutbeam D. Health outcomes and health promotion-defining success in health promotion. Health Promot J Austr 1996. 6. 58-60.
17. Nutbeam D. The health promoting school: organization and policy development in Welsh secondary schools. Health Educ 1987. 46. 109-15.
18. Parsons C, Stears D, Thomas C. The health promoting school in Europe: conceptualizing and evaluating the change. Health Educ J 1996. 55. 311-321.
19. Rogers E, Moon AM, Mullee MA, Speller VM, Roderick PJ. Developing the 'health-promoting school'-a national survey of healthy school awards. Public Health 1998. 112. 37-40.

20. Smith C. The health promoting school: progress and future challenges in Welsh secondary schools. *Health Promot Int* 1992. 7. 151-152.
21. St Leger LH, Nutbeam D. Research in Health Promoting Schools. *J Sch Health* 2000. 70. 257-259.
22. St Leger LH. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health: a review of the claims and evidence. *Health Educ Res* 1999. 14. 51-69.
23. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. *Health Promoting School Guidelines. Development of health-promoting schools - A framework for action.* World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. 1996.
24. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. *Health Promoting School Guidelines. Development of health-promoting schools - A framework for action.* World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. 2008.