

독일, 영국 및 한국의 사례분석을 통한 학교보건교육의 개선방안

김노영*, 김혜경**†

*이화여자대학교 융합보건학과 학부생, **이화여자대학교 융합보건학과 부교수

Improving school health education for students' health behavior practices: Implications from comparative analysis of systems and practices in Germany, England and South Korea

Royoung Kim*, Hyekyeong Kim**†

* Undergraduate student, Department of Health Convergence, Ewha Womans University

** Associate professor, Department of Health Convergence, Ewha Womans University

Objectives: The purpose of this study was to compare the status of school health education of Germany, United Kingdom and Korea and to provide recommendations for school health education to improve the students' health behavior practices in Korea. **Methods:** For this study, literature reviews were done with published articles and statistics reports. In-depth interviews with three health education experts from European countries were conducted. **Results:** The school health education of Germany, United Kingdom and Korea were compared. Differences were found in the subjects, obligation and evaluation system of school health education. Also, while Germany and United Kingdom focused on why and how they should behave healthy, Korea focused on the knowledge of health. **Conclusion:** School health education should be focused on developing life skills and there should be a government agency in local areas to support school health education practices including a training system for the health teacher, and to provide educational curriculum and evaluation.

Key words: school health education, life skills, adolescents, students, health behaviors

I. 서론

건강 결정요인 중 생활습관(lifestyle)의 영향력을 고려한다면 올바른 생활습관을 형성하는 것은 평생 건강관리의 기초가 된다. 아동기는 건강과 관련된 생활습관이 형성되는 중요한 시기이고 이들은 하루의 많은 시간을 학교에서 보내므로 학교는 보건교육의 중요한 생활터이다. 더욱이 학교는 교육시스템이 이미 갖추어져 있고, 학생들의 학습 동기를 강화하는 사회문화적 환경이 조성되어 있으므로 효

율적인 보건교육이 가능하다. 따라서 보건교육에 더 많은 투자를 하는 것은 아동과 청소년의 올바른 생활습관의 형성과 건강증진, 학업성취력 향상뿐 아니라 가족과 지역사회 건강증진으로 파급되는 효과를 얻을 수 있어 지역사회 전체의 건강증진과 의료비 감소의 성과를 가져온다(Committee for Education Funding of USA, 2015). 최근 발표된 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030)에서는 인구집단에 특화된 건강정보이해능력 향상을 위한 교육자료 개발과 보건소, 공공병원, 학교 등과 연계한 교육

Corresponding author: Hyekyeong Kim

Department of Health Convergence, Ewha Womans University, 52, Ewhayeodae-gil, Seodaemun-gu, Seoul, 03760, Republic of Korea

주소: (03760) 서울시 서대문구 이화여대길 52 이화여자대학교 융합보건학과

Tel: +82-02-3277-4646, Fax: +82-3277-2867, E-mail: hkkim@ewha.ac.kr

• Received: November 10, 2020

• Revised: December 21, 2020

• Accepted: September 28, 2021

제공 계획을 발표한 바 있다.

우리나라 청소년건강행태조사 결과에 따르면, 남학생의 흡연율을 2009년 이후 지속적으로 감소하다 2016년 이후 9.5% 내외로 담보 상태를 보이고 있다. 반면 여학생의 흡연율은 2016년 2.7%에서 2019년 3.8%로 증가하였고, 남자 고등학생의 흡연율 또한 2017년 13.9%를 기점으로 소폭 증가하는 추세를 보였다. 아침을 먹는 학생의 비율이 2016년 57.7%에서 2018년 53.1%로 감소하였고 충분한 수면(6~8시간)을 하는 학생들은 같은 기간에 71.9%에서 71.5%로 소폭 감소하였다(Korean Social Trends, 2017). 이와 같은 조사 결과는 청소년의 불건강 행동은 증가하였고 건강행동 실천율은 감소하였음을 의미한다. 이는 한국 학생들의 건강 관련 행동을 개선하기 위해서는 학교보건교육에 변화가 필요한 시점임을 의미한다.

세계보건기구(World Health Organization[WHO], 1997)와 보건교육 전문가들은 보건교육이 생활기술(life skills)의 발달에 초점을 맞추어야 한다고 주장하고 있다. 아동의 건강한 생활습관을 위해서는 일상생활에서 마주하는 요구와 어려움을 직면했을 때 올바른 의사결정을 하고 효과적으로 대처할 수 있어야 한다. 이를 위해서 심리사회적 역량이 중요하므로 보건교육은 이러한 심리사회적 역량을 발달시킬 수 있는 생활기술의 발달중심으로 구성되어야 한다(WHO, 1997). 그러나 우리나라의 보건교육은 국민건강증진법 시행령 제17조에 명시되어 있는 보건교육 내용을 고려하였을 때, 우리나라 보건교육의 내용은 금연, 절주, 영양, 신체활동, 구강 건강과 같이 대부분 건강 행동에 대한 지식만 독립적으로 전달하고 있다. 그러나, 지식은 행동실천을 위한 충분조건이 되지 못한다. 여러 연구에서 교육을 통해 지식만 제공될 경우, 사람들이 지식을 습득할 수는 있지만, 행동에 영향을 거의 주지 않을 수도 있음을 밝히고 있다(United Nations International Children's Emergency Fund, 1997).

우리나라의 학교보건교육의 현황과 발전방안을 다룬 국내 연구들은 주로 미국과 일본의 학교보건교육을 선진사례로 분석하고, 적용방안을 검토하였다(Nam, 2008; Woo, 2015; Lee, 2003; Oh, 2021). 그러나 유럽 국가들의 학교 보건교육은 수십년 간 국제 건강증진학교 네트워크를 통해 향상되어왔다. 유럽 지역사회의 학교보건교육위원회는 기초적인 교육에 대한 개혁으로 학교보건교육의 질을 향상하

기 위해 노력한 바 있으며(Williams & Johns, 1993), 1991년 이후 EU와 WHO EURO의 공동재정지원을 받는 “The Schools for Health in Europe Network(SHE)”가 설립되어 각 국가가 학교에서 실시하는 아동과 청소년 건강증진활동의 발전과 지속성 향상을 지원하는 유럽지역의 학교건강증진 플랫폼의 역할을 수행하고 있다(Schools for Health in Europe, 2021).

네트워크 소속 국가 중 독일의 경우 2012년 11월 상임회의에서 “학교에서의 건강증진과 예방에 대한 권고”를 채택하였다. 이후 개정된 건강증진 학교 권고안은 지역 간, 국가 간 협력, 이해 관계자들 간의 전문적인 네트워킹 및 건강증진과 건강문제 예방을 위한 학생들의 생활기술 강화를 강조하고 있다. 해당 권고안은 현대적 의미의 학교 건강증진 및 예방의 구현을 위한 틀을 마련해주고 있다(European Commission, 2021). 영국 또한 건강증진 학교를 위한 네트워크에 가입하였으며 보건개발청은 교육부와 함께 국가의 건강한 학교를 위한 기준들을 설계하고, 해당 기준을 기반으로 건강증진학교들이 운영되고 있다(Health Evidence Network, 2006). 최근 영국의 학교들은 정신건강과 관련된 위험요소에 관심을 가지며 건강한 자아 형성을 위한 정신건강 증진에 초점을 맞춘 프로그램을 개발하여 적용하고 있다(Faculty of Public Health, 2021). 우리나라 자살률이 OECD 국가 중 가장 높다는 점을 고려한다면 영국의 정신건강증진을 위한 보건교육 사례는 우리나라의 보건교육에 시사하는 점이 클 것으로 예상된다.

이에 본 연구는 독일의 학교 건강증진 및 예방 틀과 영국의 건강증진 학교를 위한 기준에 주목하여 독일, 영국, 한국의 학교보건교육 시스템을 비교, 분석하고, 영국, 독일의 보건교육 전문가의 의견을 수렴하여 우리나라 보건교육 시스템의 발전과 아동 청소년의 건강행동 실천 향상을 위한 발전적 학교보건교육 전략을 모색하고자 하였다.

II. 연구방법

본 연구는 국가별 아동 및 청소년의 건강행동실천율, 학교보건교육 시스템을 비교하고 우리나라 보건교육 발전을 위한 시사점을 도출하기 위해 문헌고찰을 실시하였고, 문헌고찰 결과 보건교육 선진사례 현황분석에 대한 보완이

필요하다고 판단되어 보건교육 선진사례의 파악과 우리나라 적용 가능성을 파악하기 위해 독일과 영국의 보건교육 전문가들과 면대면 인터뷰를 시행하였다. 문헌고찰과 전문가들과 면대면 인터뷰를 통해 국가 간 청소년의 건강행동 실천율 그리고 보건교육 시스템을 비교하였으며 한국 학교 보건교육의 한계와 발전방안을 연구하였다.

1. 문헌 고찰

각 나라의 청소년 건강행동실천율을 파악하기 위해 한국은 국가통계포털(Korean Statistical Information Service), 영국은 Schools and Students Health Education Unit(이하 SHEU) 그리고 독일은 Pew Research Center에서 통계자료를 수집해 비교 분석하였다. 각 나라의 건강행동 실천율 비교는 국가별로 공통적으로 포함하고 있는 흡연, 음주, 컴퓨터 게임 그리고 헬멧 미착용으로 자전거 타기의 4개 지표에 해당하는 실천율을 비교하였다.

영국과 독일의 보건교육 시스템에 관한 자료는 2019년 영국의 교육부에서 발표한 보건교육의 체계에 대한 보고서와 독일의 학교보건교육을 분석한 논문을 바탕으로 분석하였다. 우리나라 보건교육시스템에 관한 자료는 한국교육과정평가원의 보고서와 학회지에 게재된 관련 보고서의 내용을 분석하여 독일, 영국의 보건교육 시스템을 비교하였다. 학교보건교육과 건강증진 주제의 논문들이 발표된 한국보건교육건강증진학회지, 한국학교보건학회지, 한국보건간호학회지에 게재된 논문 중 2000년도 이후에 학교보건교육, 학교건강증진을 주제로 발표된 총 8건의 논문을 분석하여 현재 우리나라의 보건교육 시스템에 대한 정보를 수집하였다.

2. 전문가 인터뷰

문헌고찰 결과를 바탕으로 분석한 결과, 독일과 영국 보건교육 시스템에 대한 현황분석의 추가보완이 필요하여 이를 위해 독일과 영국의 보건교육 전문가들과 현지에서 면대면 인터뷰를 시행하였다. 보건교육 학계와 현장 전문가를 인터뷰하기 위해 국가별 O명의 전문가를 선정한 후 이들에게 인터뷰 요청 이메일을 보낸 결과 세 명의 전문가로부터 인터뷰에 응하겠다는 응답을 받았다. 전문가 인터뷰는 2019년 8월 14일부터 16일까지 독일의 Munster 대학교, 영국의 Warning Zone과 SHEU에서 진행되었다. 최종 인터뷰 대상자는 독일의 교수 1인, 영국의 보건교육자 1인 그리고 영국의 보건학 연구원 1인 총 3인이었다. 독일의 Munster 대학에 재직 중인 N 교수는 그간 독일 아동의 건강문제와 학교보건교육과 관련 연구를 수행하였다. 또한, Warning Zone에 있는 C 교육자는 생활기술을 기반으로 실제 학생들에게 보건교육을 실시하는 교육자이다. 어떤 방식으로 생활기술을 기반한 보건교육이 실시되고 있는지 알아보기 위해 인터뷰 대상으로 결정하게 되었다. 마지막으로 영국의 SHEU에 있는 연구원 R은 영국 학생들의 건강행태를 파악하기 위해 통계자료를 수집하고 분석하는 전문가이다. 그러므로 영국 학생들의 건강행태와 통계자료 수집방법에 대한 정보를 얻기 위해 인터뷰 대상으로 선정하였다. 세 명의 전문가와의 인터뷰는 각 두 시간에 걸쳐 진행되었으며 인터뷰 대상자에게 동의를 얻은 후 비디오 촬영을 하며 진행되었다. 구체적인 인터뷰 질문은 <Table 1>과 같다.

<Table 1> Interview questions for school health education experts

Country	Interviewee	Questions
United Kingdom	Anne Collins (Educator in Life Skills Center)	<ul style="list-style-type: none"> • What kinds of subjects and contents are taught here? • Who is the educator during the program? • How does the educator training work? • Where does the fund come from? • How the programs in the zones planned?
	David Regis (Research manager in the Schools and Students Health Education Unit)	<ul style="list-style-type: none"> • How do the schools select what to teach? • What do you think is the biggest goal of school health education? • What do you think which point the schools should focus on for health education? • For schools to provide health education, are there any budget from the government? • Do the student know the importance of health education?

Country	Interviewee	Questions
Germany	Roland Naul (Professor in Munster University in Germany)	<ul style="list-style-type: none"> • What kinds of subjects are used in health education? • In Germany, how do you select the educating group? • Are the educators for the health education experts who are specialized in health education? • What do you think is the ultimate goal of school health education in Germany? • How does the school develop the program? • Does the budget for the school health education come from the government? • How much does the government give attention to school health education in Germany?

III. 연구결과

1. 청소년의 건강행동 실천율 국가 간 비교

국가통계포털, SHEU 그리고 Pew Research Center로부터 수집한 통계자료를 바탕으로 영국, 독일 그리고 한국 청

소년의 건강행동 실천율을 비교하였다<Table 2>. 우리나라 청소년의 흡연율은 모든 연령과 성별에서 영국과 독일에 비해 높았고, 14세에 비해 16세인 고등학생의 흡연율은 급격히 증가한 양상을 보였다. 또한, 같은 연령대의 여학생과 남학생의 흡연율은 여학생 3.9% 남학생 13.8%로 영국과 독일에 비해 성별 차이가 큰 것으로 분석되었다.

<Table 2> Prevalence of smoking, drinking alcohol, playing computer games and riding bicycle without wearing helmet in South Korea, United Kingdom and Germany

Country	Age (years old)	Sex	Behavior characteristics							
			Smoking		Drinking alcohol		Playing computer games		Riding bicycle without wearing helmet	
			%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
South Korea ^a	14	Girls	1.9	(5,404)	5.9	(5,404)	-	-	91.5	(1,913)
		Boys	4.4	(6,038)	8.1	(6,038)	-	-	87.8	(3,750)
		Total	3.2	(11,442)	7.1	(11,442)	44.7	(810)	89.1	(5,663)
	16	Girls	3.9	(5,337)	12.7	(5,337)	-	-	92.0	(1,494)
		Boys	13.8	(5,785)	22.1	(5,785)	-	-	91.3	(3,255)
		Total	9.1	(11,122)	17.6	(11,122)	37.1	(719)	91.6	(4,749)
United Kingdom ^b	14	Girls	1.0	(12,496)	3.0	(9,514)	36.0	(7,839)	32.0	(842)
		Boys	1.0	(11,978)	4.0	(9,343)	81.0	(7,137)	32.0	(762)
	16	Girls	4.0	(9,864)	12.0	(7,526)	24.0	(6,321)	35.0	(390)
		Boys	4.0	(9,591)	12.0	(7,482)	76.0	(6,224)	40.0	(528)
Germany ^c	6-10	Total	-	-	-	-	-	-	72.0	-
	12-17	Girls	-	-	-	-	59.0	-	-	-
		Boys	-	-	-	-	84.0	-	-	-
	12-17	Total	6.7	-	8.7	-	-	-	-	-

Notes. ^a 2017 Data from KOSIS(Korean Statistical Information Service); ^b 2017 Data from SHEU (Schools and Students Health Education Unit);

^c 2015 Data from Pew Research Center

청소년 음주율에 있어서 우리나라와 영국의 차이는 흡연율과 양상이 비슷하였다. 우리나라 학생들의 음주율은 영국에 비해 높았으며, 14세와 16세 모두 남학생의 음주율이 여학생의 음주율보다 높았다. 두 나라의 비교를 통해서 영국과 비교하면 한국 학생들의 불건강 행동의 비율이 높다는 것을 알 수 있었다. 컴퓨터 게임을 하는 비율은 우리나라의 경우 전국규모의 조사를 실시하지 않고 있어 전국 현황을 파악하는데 한계가 있으나 영국, 독일과 비슷하거나 약간 낮은 수준을 보였다. 헬멧을 착용하지 않고 자전거를 타는 비율은 영국, 독일의 실천율에 비해 월등하게 높아 우리나라 청소년들의 안전행동에 큰 문제가 있는 것으로 조사되었다.

2. 학교보건교육 시스템의 국가 간 비교

우리나라와 영국 그리고 독일의 학교보건교육 시스템을 비교한 결과는 <Table 3>과 같다. 우리나라의 보건교육의 주제는 구체적인 행동에 대한 지식의 이해, 즉 흡연, 음주, 약물 오남용의 경우 초등학교에서부터 중, 고등학교까지 흡연, 음주, 약물 오남용의 부정적인 결과에 대해 반복적으로 교육을 받는다. 그러나, 영국과 독일의 보건교육 주제는 건강행동 실천이 중요한 이유와 책임감이며, 행동실천의 구체적인 방법에 대해 교육한다.

보건교육 교사와 관련하여, 우리나라에서는 담임교사 또는 학교 간호사인 보건교사가 보건교육을 하고 있으며, 독일의 경우는 주로 생물학 또는 체육 수업에서 관련 교과목 교사에 의해 교육이 진행되고 있었다. 보건교육을 실시하는 교사들은 주로 공중보건기관에서 제작된 교재를 사용하여 수업을 진행하였다. 영국에서는 주로 학교 교사가 보건교육 센터 방문 등 현장학습을 통해 학생들에게 보건교육을 실시하거나 주제에 따라 지역 경찰들이 보건교육을 실시하였다.

학교보건교육을 위해 별도로 정부에서 정기적으로 할당하여 지급하는 예산이 있는지를 살펴보았다. 한국, 영국, 독일 모두 보건교육을 위한 정부의 정기 예산은 제공되지 않았다. 하지만, 영국의 경우 지역사회나 경찰국장으로부터 보건교육을 위한 지원금을 후원받고 독일의 경우 캠페인이나 비영리단체를 통해 지원금을 모아 보건교육 실시를 위한 예산으로 활용하고 있다. 우리나라의 경우도 중앙정부인 보건복지부 또는 지방자치단체의 특별 예산이 배

정되어 이러한 예산을 활용한 학교보건교육이 실시되기도 한다.

보건교육의 의무화와 정부의 모니터링 측면에서도 국가별 차이를 보였다. 우리나라는 보건교육을 법적으로 의무화하고 있으나 영국과 독일의 경우, 두 나라 모두 보건교육의 의무 법 조항이 없으며, 보건교육의 제공에 대한 책임이 학교 또는 그 지역사회에 있었다. 정부의 모니터링 측면에서 우리나라는 '청소년 건강행태조사'를 통해 청소년의 건강행동 실천과 그리고 불건강 행태를 모니터링 한다. 반면 독일은 보건 교육자들이 자기평가 방식으로 보고서를 작성한다. 영국은 지역사회의 여러 기관에서 설문 조사를 진행하여 통계를 내지만, 국가 기준이 되는 조사는 시행하지 않는다.

3. 학교보건교육의 한계와 발전방안

독일과 영국의 전문가들은 각 나라의 학교보건교육의 한계에 대해 지적하며, 다음과 같은 발전방안을 제안하였다.

1) 체계적 교과과정과 지침 및 전문교사의 부재

영국의 국가 교육과정은 보건교육을 포함하고 있지 않기 때문에 학교에서 실시하는 보건교육은 일반 교사가 실시하거나 특별 강사를 초빙하여 교육을 제공하게 된다. 이들은 보건교육 전문가가 아니므로 건강 행동 변화에 대한 전문적인 지식이 없을 뿐만 아니라 적극적인 교육 태도 또한 부족한 실정이다. 국가에서 운영하는 사회건강교육 기관에서 보건교육 프로그램을 제공하고 있어 이를 따르는 학교도 있다. 그러나 일부 학교에서는 해당 지역의 지방정부 고문들로부터 전달받은 권고사항을 바탕으로 보건교육의 내용을 선정한다. 따라서 학교 수준에서 보건교육의 내용이 결정되므로, 학교별로 다른 보건교육 내용을 실시한다. 영국의 전문가들은 이러한 이유로 국가 수준에서 학교 보건교육의 효과를 평가하는 것이 어렵다는 의견을 제시하였다.

독일의 경우 또한 보건교육이라는 별도의 교과목이 없이 주로 생물학과 체육 시간을 이용해 보건교육이 진행된다. 타 교과목 시간을 이용해 교육이 시행되므로 체계적인 교육시스템이 갖추어져 있다고 보기 어렵다. 독일의 학교

〈Table 3〉 School health education systems in South Korea, United Kingdom and Germany

Country	Subjects	Educator	Government budget	Obligation of school health education	Monitoring and surveillance by government
South Korea	(Middle school) - Understanding of physical and mental health - Learning simple first-aid - Learning the roles of healthy gender (High school) - How to manage personal health - Benefits of not smoking and drinking alcohol - Learning first-aid and how to do CPR - Learning responsibility in Sex education	- Class teacher - Health teacher	- No special budget from government for health education	- Every school needs to provide health education to students. - No specific hours assigned from the government.	- Youth Behavior Online Survey
UK	- Why they should be responsible for their behaviors - Personal safety - Mental health - How to have a healthy eating habit	- School teachers - Police officers	- No special budget from government for health education - Budgets come from local communities or police commissioner	- No strict obligation - Depends on every school to teach health education	- No regular monitoring by the government - Monitoring by the local communities through surveys but there is no standard survey
Germany	Mental and physical health (mostly focused on healthy lifestyle)	- Physical education teacher - Biology teacher	- No special budget from government for health education - Budgets come from health campaigns or Non-government organizations	- No forced obligation but recommended to teach health education - No subjects assigned for health education	- No regular monitoring by the government - Reports about health education are made by the teachers (self-evaluation process)

Sources. Jung (2015); Lee & Ju (2017); UK. Department for Education (2019); Naul & Dreiskaemper (2014)

보건교육 프로그램은 학교 밖의 사설 기관들이 만든 책자와 교육자료로 진행이 되는데, 이는 보건교육에 대한 정부의 재정 지원이나 교사 훈련과정이 부재하기 때문이다. 보건교육의 내용도 주로 약물 남용과 식생활에 치중되어 있는데 다양한 주제를 다루지 못하는 이유는 보건교육 전문가가 없어 영양 전문가, 체육 또는 생물학 교사가 교육하기 때문이다. 독일에서는 최근 10년에서 15년 동안 과체중 학생의 증가로 학교보건교육의 중요성을 강조해왔지만, 여전히 양질의 보건교육을 위한 지원은 매우 열악한 상황이라고 전문가들은 지적하고 있었다. 영국과 독일의 경우, 학교 보건교육을 위한 국가 수준의 지침이 없고, 전문성을 갖춘 학교보건교육 교사도 존재하지 않으므로 체계적인 보건교육의 실시에 장애가 되고 있다.

한국의 보건교육의 경우, 보건교육이라는 과목이 별도로 마련되어 있지 않은 상태이며 법률상 보건교육이 권고사항으로만 제시되어 있어 효과적인 보건교육 시행을 위한 근본적인 체계가 마련되어 있지 않다. 또한, 독일과 영국의 경우와 같이 한국에서도 학교보건교육 전문가를 교육자로 마련하고 있지 않다. 각 학급의 담당교사나 보건실을 담당하고 있는 의료행위를 위한 간호사의 자격을 가진 보건교사가 보건교육을 실시하게 된다. 이들은 전문성을 갖춘 교육자들이 아니므로 효과적인 보건교육을 실시하지 못하는 자원적인 한계로 볼 수 있다. 보건교육을 위한 별도의 시간 제공과 전문적인 인력이 갖추어지지 않은 교육 환경에서의 보건교육은 체계적이지 못한 교육 제공의 장애 요인이 되고 있다.

2) 불건강 행동 결과에 대한 인식과 책임감 강화 교육

독일 전문가 N 교수는 학생들이 무엇이 건강 행동인지 무엇이 불건강 행동인지 인지하고 있으며, 보건교육이 중요하다고 생각하고 있다고 언급하였다. 따라서, 학생들에게 건강과 불건강 행동에 대한 지식을 가르치기보다는 학생들이 불건강 행동을 했을 때 경험하게 되는 부정적인 결과를 인지할 수 있도록 하는 교육에 집중할 필요가 있다고 하였다. 학생들은 부모 또는 조부모에게 건강문제가 생겼더라도 자신은 젊어서 괜찮다고 생각하기 때문에 구체적인 사례를 들어 불건강 행동에는 반드시 책임을 져야 하는 부정적인 결과가 따른다는 점을 명확하게 인지하도록 교육해

야 함을 거듭 주장하였다. 예를 들어 식습관의 경우, 무엇이든 먹거나 할 수 있도록 기회를 주는 동시에 그들의 행동에 동등한 책임을 지도록 하는 것이다. 이십 그램의 초콜릿 바를 자유롭게 먹을 수 있지만, 그 먹는 행위를 자신이 1000보 걷는 것을 통해 열량 소모로 책임을 져야 한다는 것을 알려주는 것이다.

영국의 보건교육 전문가도 보건교육 시 가장 중요한 것은 청소년들이 자신의 삶이 중요하다는 것을 인지하고 그들이 행동하기 전에 행동에 따른 위험을 알게 해야 한다고 하였다. 이를 통해 스스로 그 행동이 위험을 감수할 만큼 정말 가치 있는지 판단할 수 있도록 교육해야 한다고 강조하였다. 보건교육의 중요한 요소는 자신을 위해 생각하는 방법을 알게 되는 것이다.

독일과 영국 전문가들의 경우, 보건교육의 궁극적인 목표가 학생들이 자신의 행동을 책임지는 책임감을 배우고 결과에 대한 인식을 증대시키는 것이다. 하지만, 현재 한국의 학교보건교육의 경우 주요 불건강 행동들을 학생들이 행하지 않도록 하는 행위에 집중된 교육을 하고 있다. 불건강 행동에 대한 위험성을 꾸준히 교육하고 있음에도 불구하고 학생들은 자신의 불건강 행동을 바꾸지 않고 있다. 이는 한국의 학교보건교육이 불건강 행동에 대한 위험성에 대해 교육을 제공할 뿐 독일과 영국의 경우와 다르게 행동 변화의 근본적인 이유를 교육하지 못하고 있기 때문이다. 따라서 한국의 보건교육은 학생들의 인지능력과 책임감에 초점을 맞추지 못한 상태로 불건강 행동에 대한 교육을 제공하고 있어 학생들의 행동 변화를 일으키는데, 어려움이 초래되고 있다.

3) 생활기술 발달을 위한 체험형 교육

영국의 “Warning Zone”이라 불리는 life skills center에서 실시되는 보건교육 프로그램은 생활기술 발달을 목적으로 하는 체험형 교육으로 구성되어 있었다. 해당 교육기관에서는 주로 초등학교 학생들이 방문해 교육을 받는다. 구 간별로 어떤 요소들을 포함하고 있는지 어떤 교육 목표를 갖는지는 <Table 4>와 같다. 학생들이 일상생활에서 경험할 수 있는 위험요인과 이로 인한 결과를 듣고 체험할 수 있게 된다.

〈Table 4〉 Components and objectives in the life skills center “Warning Zone”

Sections	Components	Objectives
Fire risk in the home	Kitchen before and after the fire	Children learn the risks that can cause the house on fire, what you need to do when you escape, how to make emergency calls and why they should not make hoax calls.
Building sites and electricity	Building sites with warning signs	Children learn how dangerous building sites can be. What harm the electricity can do to people.
Alcohol and anti-social behavior	Alcohol and bullying situation	Children can learn that alcohol is a drug and it can cause health problems. Also, they learn that it is illegal for anyone under 18 to buy or drink alcohol.
Personal safety and knife crime	Streets with graffiti	Children learn how to be responsible for keeping themselves safe and to be aware of early warning signs.
Water safety	River	Children learn how dangerous beaches can be and how lifeguards give messages to keep people safe. Also, in the open water, it is shown how open water can be deeper than you actually think.
Arson and criminal damage	Trashed oil cans	Children can learn how dangerous arson can be and that it is a criminal behavior.
Road safety	Roads with crosswalk	Children are taught how to behave in the car and what they should be doing when they are pedestrians or cyclists.
Risk around railways	Train railroads	Children get to know the dangerous situations that can risk their lives. Especially, they learn about the tracks and the fine of trespassing.

Sources. Warning Zone (2015)

학생들은 행동하기 전에 행동에 수반된 위험을 자신이 책임질 수 있을지 또는 그 위험을 감수할 만큼 그 행동이 가치가 있는지 판단하는 사고력을 배우게 된다. 체험형 보건교육을 통해서 학생들은 각자의 삶의 매우 소중한 것이며 자신이 안전하게 건강하게 성장하기 위해서는 생활에서 지켜야 하는 중요한 규칙이 있다는 것을 인지하게 하는 것이다.

영국과 달리, 한국에서는 보건교육 프로그램을 위한 체험형 시설을 갖추고 있지 않다. 한국 학교보건교육에서는 학생들이 교내에서 이론 수업을 듣는 것이 대다수이며, 이론을 직접 실천하고 행동을 옮기는 과정까지 다루고 있지 않다. 이는 학생들이 지식을 갖추는 단계에 교육이 제한되어 학생들이 행동으로 지식을 실천으로 옮기는데, 어려움을 겪게 되는 문제점을 가진다. 이 문제점은 한국의 학교보건교육이 이론에 국한되어 체험형 교육의 필요성이 등한시되고 있다는 것에 있고, 영국의 “Warning Zone”과 같이 학

생들이 직접 체험할 수 있는 교육 시설이 갖추어져 있지 않다는 것에 기반한다.

IV. 논의

우리나라 학생의 음주, 흡연율은 영국과 독일에 비해 높은 경향을 보였다. 흡연과 음주는 우울증과 같은 정신건강과 유의한 관련성을 보이는 것으로 알려져 있는데(Jun, Park, & Sohn, 2012), 우리나라의 많은 학생들은 대학 입시로 인한 압박감으로 우울증을 경험하고 있다(Woo, 2015). 우울증은 자살 생각, 시도로 이어져 우리나라 청소년 자살률은 전체 자살률에서 큰 비율을 차지한다(Korean Social Trends, 2017). 한국은 OECD 국가 중 가장 높은 자살률을 보이는 국가이다(Statistics Korea, 2020). 높은 흡연율과 음주율에 학생들의 불안정한 정신건강 상태가 영향

을 미친다는 것은 부정할 수 없는 상황이므로 한국의 보건교육이 불건강 행동 자체가 아니라 행동의 원인에 초점을 맞춰야 한다는 것을 알 수 있다.

Korean Social Trends (2017)에 따르면, 10세에서 12세의 학생들은 91.1%, 13세에서 16세의 82.5% 그리고 17세에서 19세의 64.2%는 컴퓨터 게임을 한다. 한국은 전 세계 정보통신 기술 강국이고 4394만 명의 인터넷 사용자를 보유한 나라(Lenhart, 2015)임을 고려하면 많은 학생이 컴퓨터 게임을 하는 것이 놀라운 것은 아니다. 따라서 보건교육은 한국 학생들이 처한 환경을 이해하고, 이들이 처한 환경 하에서 불건강 행동을 대체할 수 있는 건강한 활동을 제안 해주어야 한다.

한국에서 자전거를 탈 때 헬멧 착용의 의무화는 2018년 도로교통법규가 개정되면서부터이다. 하지만, 헬멧을 착용하지 않은 사람들에게 대해 처벌을 내리지 않기 때문에 대부분 학생들이 헬멧을 착용하지 않은 채로 자전거를 탄다. 헬멧 미착용 비율이 낮은 영국에서는 15세 이하는 헬멧을 착용해야 자전거를 탈 수 있게 된다. 영국은 안전법규가 아이들과 청소년들에게 초점이 맞추어져 있다. 법 자체로서 학생들이 일상생활 속에서 안전하게 행동할 수 있는 환경을 조성해주고 있다.

좋은 질의 학교보건교육을 제공하기 위해서는 보건교육을 위한 국가 지원 제도가 필요하다. 대학 입시 위주 교육 체계로 인해 주요 교과목은 수업 시수, 내용 등 구체적인 기준이 정해져 있는 반면에 보건교육은 그렇지 못한 교육 체계를 갖추고 있다(Kim, 2013). 이는 보건교육의 중요성에도 불구하고 다른 교과목에 비해 중요성이 과소평가되어 있음을 보여준다. 한국에서는 과거 학교보건법에 따라 초등학교, 중학교, 고등학교에서 연간 17시간 이상 제공해야 한다는 조항이 학교보건법에 명시되어 있었다(Lee, 2018). 하지만, 2014년 해당 조항이 삭제되었고 학교들은 자유롭게 보건교육을 실시하도록 허용되었다. 이것은 낮은 보건교육 실시율로 이어졌다. 한국 학교 중 25%만 연간 17시간 이상 보건교육을 실시하고 있는 것으로 밝혀지기도 하였다(Korea Law Translation Center, 2017). 학생들의 건강생활습관 형성에 효과가 있을 정도로 충분한 양과 질의 보건교육이 실시되기 위해서는 구체적인 법적 근거가 필요하다.

양질의 보건교육을 실시하기 위해서는 보건교육의 전문

성을 갖춘 교사가 필요하다. 대부분의 한국 학교에서 보건교육은 보건교사가 담당하고 있다. School Health Act (2012) 제23항에서 학교에 최소 한 명 이상의 보건교사가 배치되어야 한다고 명시하고 있다. 학교 보건교사들은 보건실에 찾아온 학생들을 보살피는 학교 간호사의 역할을 함과 동시에 보건교육 수업도 담당해야 한다. 이로 인해 보건교사들이 과잉 업무에 어려움을 겪고 있는 상황이다(Hyun, Kim, Kim, & Kim, 2020). 학교에 보건교육을 전공한 보건교육 교사와 보건실을 위한 학교 간호사를 각각 두도록 의무화할 필요가 있다. 이를 통해 현재 보건교사들의 과잉 업무를 방지하고 학생들에게는 보다 전문화된 보건교육이 제공될 수 있다.

생활기술의 발달은 한국의 학교보건교육의 중요한 목표가 되어야 한다. 생활기술은 학생들이 자신의 요구와 행동의 결과를 스스로 균형 맞출 수 있도록 도와줄 것이다. 이는 더 비판적 사고를 할 수 있도록 하고, 현명한 의사결정을 가능하게 한다. 세계보건기구는 생활기술을 매일 일상의 요구와 도전에 대처하기 위해 필요한 기술이라고 정의하였다(Cassidy, Franco, & Meo, 2018). 이것은 학생들이 어른이 되어 사회에 나가기 전에 갖추어야 하는 기술이다. 미국의 한 연구에서는 생활기술을 학생들에게 가르치기 이전에는 학생들이 목표를 정했지만 잊어버리게 되었다고 하였다. 그러나, 생활기술을 교육한 이후에는 그들이 목표를 되돌아보고 목표를 이루기 위해서는 어떤 것을 해야 하는지 그리고 무엇이 남았는지 생각하게 되었다(Bowley, Cropley, Neil, Hanton, & Mitchell, 2018)고 발표하였다.

현재 한국에서는 흡연, 음주, 약물 오남용과 같이 대부분의 교육이 지식 위주로 진행이 되고 있다(Park, Yoo, Cho, Lee, & June, 2005). 통계 지표에서도 관심 주제의 차이를 확인할 수 있었다. 우리나라의 통계 출처인 국가통계포털에서는 대부분 건강 행동과 관련된 흡연, 음주, 식습관 등에 대한 통계자료만 제시하고 있다. 반면에 영국의 SHEU에서 제공하는 통계 지표는 상호관계, 인지능력과 같은 생활기술을 포함하고 있었다. 세 명의 전문가와의 인터뷰를 통해서, 학생들이 이미 불건강 행동에 대해 인지하고 있으며 보건교육이 그 지식과 행동 사이를 이어주는 다리 역할을 해주어야 한다는 것을 보여주었다. 학생들은 자신의 행동에 책임지는 방법을 배워야 한다. 그들은 행동의 결과에 대해 생각할 수 있어야 하고 자신이 책임질 수 있을지 결정

한 후 행동할 수 있어야 한다. 그러므로, 생활기술 기반의 보건교육은 강조되어야 한다. 모든 학교의 학교보건교육은 생활기술을 가르치는 것을 목표로 해야 한다.

이상의 연구결과를 제시함에 있어 본 연구는 다음과 같은 한계를 지닌다. 국가 간 비교 결과에 대한 해석에서 서로 상이한 정치 사회 문화적 맥락에 대한 고려를 하지 못하였다. 또한, 학교에서 실제로 실시하는 보건교육의 교과과정의 체계성이나 콘텐츠의 질과 양적인 측면에 대해 분석하지 못하였다. 학교보건교육이 효과적으로 실시되기 위해서는 법적인 근거, 국가 및 지역 상황에 적절한 교육지침과 커리큘럼이 선행되어야 하고, 교육실행과 관련해서는 무엇보다도 학교보건교육에 전문성을 지닌 교사가 양성되고 활용되어야 한다. 이상과 같은 한계점에도 불구하고, 본 연구는 학교 건강증진사업이 활발히 진행되고 있는 유럽 국가의 학교보건교육 사례를 살펴봄으로써, 우리나라 청소년의 건강행동실천을 향상할 수 있는 보건교육의 시스템과 실행과정에서의 핵심적 고려사항을 도출하였다는데 의의가 있다고 하겠다.

V. 결론

학교보건교육은 학생들이 더 건강한 행동을 할 수 있도록 변화를 줄 수 있는 효과적인 방법이다. 만약 학교보건교육 프로그램이 체계적으로 준비된다면 학생들의 삶에 영향을 미치고 미래 의료비 지출의 감소까지 기대할 수 있다. 그러나, 지속적인 학교보건교육의 제공에도 불구하고 한국의 불건강 행동의 비율은 계속 증가하고 있다. 따라서 본 연구는 우리나라 보건교육의 발전을 위해 영국, 독일 그리고 한국의 보건교육 시스템을 비교 분석하여 한국 교육체계에 적용할 수 있는 교육방법을 제안하고자 하였다.

보건교육은 단순히 지식을 습득하기 위한 과정이 아닌 삶에 대해 바람직한 태도를 가지고 올바른 행동을 실천하는 것을 목표로 하는 교육이다. 그러나, 현재 우리나라의 학교보건교육은 흡연, 음주, 약물 남용 등 지식 전달 위주로 구성된 보건교육을 실시하고 있다. 이는 학생들의 실제 건강 행동의 실천으로 이어지기 어렵다. 따라서 학교에서 지식 중심이 아닌 생활기술 중심의 보건교육을 제공해야 한다. 한국의 학교보건교육이 의무화되어 있지만, 체계적

인 교육을 제공하지 못하고 있다. 학생들의 행동 변화를 이끌 수 있는 보건교육을 강화하기 위해 생활기술 중심의 교육과정 개발과 시행이 필요하다.

또한, 지역별 보건교육을 지원하기 위한 정부 기관 설립이 이루어져야 한다. 한국의 학교보건교육은 정부 또는 지역사회의 개입이 이루어지지 않아 원활히 진행되고 있지 않다. 교육체계가 지역별 교육청에 의해 별개로 관리되고 있다. 영국과 독일의 경우 보건교육 체계와 관련해 지역사회의 관련 기관으로부터 지원을 받는다. 따라서 우리나라의 경우 보건교육 시스템 관리를 위한 지역사회별 정부 기관을 통해 지역에 맞는 보건교육 틀을 만들어 교육을 제공하는 것을 제안한다. 해당 정부 기관에서 보건교육을 위한 전문성을 갖춘 보건교사를 지역 내 학교들에 배치하는 체계를 만들어야 교육의 전문성 또한 유지할 수 있다. 그리고 교육 프로그램의 제공방식을 참여형으로 전환할 수 있는 환경을 제공해 주어야 한다. 국가의 지원을 받아 학생들이 교육을 받으면서 참여할 수 있는 교육 시설을 만들어 학교가 아닌 장소에서 교육을 받는 기회도 만들어야 제공되어야 한다.

본 연구는 영국, 독일 그리고 한국 세 나라의 학교보건교육 현황을 비교하여 한국의 더 나은 보건교육 체계를 위해 어떤 점을 보완할 수 있을지 제안하였다. 더 발전된 보건교육 그리고 학생들의 더 건강한 삶을 달성하기 위해 학교 보건교육에 관한 연구들이 더 활발히 이루어져야 한다. 전문가들이 학교보건교육에 관심을 가지기 위해서는 보건교육의 중요성에 대한 정부의 인식과 혁신적인 강화전략이 필요하다.

References

- Bowley, C., Cropley, B., Neil, R., Hanton, S., & Mitchell, I. (2018). A life skills development programme for youth football coached: programme development and preliminary evaluation. *Sport & Exercise Psychology Review*, 14(1), 3-22.
- Cassidy, K., Franco, Y., & Meo, E. (2018). Preparation for adulthood: A teacher inquiry study for facilitating life skills in secondary education in the United States. *Journal of Educational Issues*, 4(1), 33-46.
- Committee for Education Funding of USA. (2015). Federal investments in education are crucial to provide a

- health-literate populace, ensure student academic success, and strengthen the U.S. economy. education matters: Invest in learning for health. USA: Committee for Education Funding of USA.
- European Commission. (2021). Teaching and Learning in General Lower Secondary Education. Retrieved from https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/teaching-and-learning-general-lower-secondary-education-14_en
- Faculty of Public Health. (2021). School mental health promotion. Retrieved from <https://www.fph.org.uk/policy-campaigns/special-interest-groups/special-interest-groups-list/public-mental-health-special-interest-group/better-mental-health-for-all/a-good-start-in-life/school-mental-health-promotion/#34>
- Health Evidence Network. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: Health Evidence Network.
- Hyun, H. S., Kim, T. Y., Kim, M. H., & Kim, Y. Y. (2020). Mediating effect of self-esteem on the relationship between perceived discrimination occupational stress of school nurse. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 34(2), 277-288. doi: 10.5932/JKPHN.2020.34.2.277.
- Jun, J. N., Park, H. Y., & Sohn, S. J. (2012). Trajectories of Korean adults' depressive symptoms and its associations with smoking and drinking: using latent class growth modeling implications for an integrative mental health care system in Korea. *Journal of Mental Health and Social Work*, 40(3), 63-86.
- Jung, H. S. (2015). 2015 study on the development of revised curriculum plan 2. Chungcheongbukdo, Korea: Korea Institute for Curriculum and Evaluation.
- Kim, M. (2013). A study on the change in health teacher placement standards and the problems in the placement policy. *Journal of the Korean Society of School Health*, 26(3), 133-143.
- Korea Law Translation Center. (2017). *Enforcement Decree of the National Health Promotion Act*.
- Korean Social Trends. (2017). Retrieved from http://kosis.kr/upsHtml/online/downSrcFile.do?PUBCODE=JK&SEQ=10&FILE_NAME=04.pdf
- Lee, J. H. (2018, February 02). Red sign on school healthcare for middle and high school students. *Doctor's News*. Retrieved from <https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=121559>
- Lee, J. Y., & Ju, H. O. (2017). The status analysis of health education for adolescents: using data from Korea youth risk behavior web-based survey of 2005, 2010 and 2015. *Journal of The Korean Society of School Health*, 30(1), 59-69. doi: 10.15434/kssh.2017.30.1.59.
- Lee, D. W. (2003). A comparative study on health education between Korea and Japan. *The Journal of Korean Society for School Health Education*, 4, 141-155.
- Lenhart, A. (2015, April 9). Teens, social media & technology overview 2015. *Pew Research Center*. Retrieved from <https://www.pewresearch.org/internet/2015/04/09/teens-social-media-technology-2015/>
- Nam, E. W. (2008). International trend of health education and health promotion. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 105-115.
- Naul, R., & Dreiskaemper, D. (2014). Physical and health education in Germany: from school sports to local networks for healthy children in sound communities. *Physical Education and Health - Global Perspectives and Best Practice*, 191-204.
- Oh, E. H. (2021). A study on school health education curriculum in Japan. *The Journal of Korean Society for School & Community Health Education*, 22(2), 65-73. doi: 10.35133/kssche.20210531.06.
- Park, E. O., Yoo, S. M., Cho, H. J., Lee, W. Y., & June, K. J. (2005). The present state and improvements of health education in schools. *Journal of Korean Society of School Health*, 18(2), 15-26.
- School Health Act. (2012). Retrieved from https://elaw.klri.re.kr/eng_mobile/ganadaDetail.do?hseq=46182&type=abc&key=SCHOOL%20HEALTH%20ACT¶m=S
- Schools for Health in Europe. (2021). Improving the health of children and young people in the European Region and Central Asia. Retrieved from <https://www.schoolsforhealth.org/>
- Statistics Korea. (2020). Causes of death statistics in 2019. Daejeon: Author.
- The Schools and Students Health Education Unit. (2017). *The health-related behaviour questionnaire results for 92,193 young people between the ages of 8 and 15: SHEU, 2017*. United Kingdom: Author.
- UK. Department for Education. (2019). *Relationships education, relationships and sex education and health education: Statutory guidance for governing bodies, proprietors, head teachers, principals, senior leadership teams, teachers*. London: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- United Nations International Children's Emergency Fund. (1997). *Life skills for young Ugandans- secondary teachers' training manual*. Uganda: Uganda Printing and Publishing Corporation.
- Warning Zone. (2015). *Warning zone life skills centre*. Leicester,

United Kingdom: Warning Zone Limited.

Williams, T., & Jones, H. (1993). School health education in the European community. *Journal of School Health*, 63(3), 133-135.

Woo, O. Y. (2015). The implementation process of School Health Education Act. *The Korean Society of School Health*, 28(1), 38-46. doi: 10.15434/kssh.2015.28.1.38.

World Health Organization. (1997). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Geneva: Author.

■ Royoung Kim	https://orcid.org/0000-0002-8698-800X
■ Hyekyeong Kim	https://orcid.org/0000-0002-6246-9942