



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

교육학 석사 학위 논문

2008 개정교육과정에 따른 초등학교
보건교육 운영에 대한
보건교사의 인식



2010년 8월

부경대학교교육대학원

교육심리전공

유 은 화

교육학석사학위논문

2008 개정교육과정에 따른 초등학교
보건교육 운영에 대한
보건교사의 인식



부경대학교교육대학원

교육심리전공

유은화

유은화의 교육학석사 학위논문을
인준함.

2010년 8월 25일



주심 교육학박사 이 경 화 (인)

위원 교육학박사 허 균 (인)

위원 교육학박사 황 희 숙 (인)

목 차

목 차	-----	i
표 목 차	-----	iii
Abstract	-----	v
I. 서 론	-----	1
1. 연구의 필요성 및 목적	-----	1
2. 연구 문제	-----	4
3. 용어의 정의	-----	4
II. 이론적 배경	-----	5
1. 학교보건교육의 개념 및 필요성	-----	5
2. 학교보건교육 교육과정의 역사적 변천	-----	8
3. 2008 개정 보건교육과정	-----	15
III. 연구 방법	-----	26
1. 연구 대상	-----	26
2. 연구 도구	-----	27
3. 연구 절차	-----	28
4. 자료 분석	-----	28
IV. 연구 결과	-----	30
1. 보건교육 실시 현황	-----	30
2. 보건교육 교수·학습 운영 실태	-----	33
3. 보건교사의 보건교육에 대한 인식	-----	38

V. 논의 및 결론	60
1. 요약	60
2. 논의	63
3. 결론 및 제언	71
< 참고문헌 >	73
< 부 록 >	77



표 목 차

<표 1> 학교 보건법 일부 개정 법률안 -----	14
<표 2> 보건과목 교육과정 개정 주요 내용 -----	14
<표 3> 보건교육 구체적인 목표 -----	16
<표 4> 보건교육 교수·학습 방법 -----	21
<표 5> 보건교육 교수·학습 자료 활용 시 고려점 -----	22
<표 6> 평가 계획 -----	23
<표 7> 보건 과목의 평가 관점과 평가 내용 -----	24
<표 8> 연구 대상자의 일반적 배경 -----	27
<표 9> 설문지 문항 구성 -----	28
<표 10> 보건수업 편성 및 시간배당 -----	30
<표 11> 보건수업 담당 교사와 보건수업 시 보건실 관리 -----	31
<표 12> 보건교과서 구입을 위한 예산편성과 교과서 구입 -----	32
<표 13> 보건교육실 설치 유무 -----	33
<표 14> 보건수업을 위한 교재연구시간 -----	34
<표 15> 보건수업 시 활용하는 학습자료 -----	34
<표 16> 보건수업 방법 -----	35
<표 17> 보건수업 관련 평가 -----	35
<표 18> 보건교과 내용 중 학생들이 가장 흥미를 갖는 영역 -----	37

<표 19> 보건교육 실시를 위해 받은 연수 유무 -----	37
<표 20> 연령에 따른 보건교육과정에 대한 인식 -----	38
<표 21> 교육경력에 따른 보건교육과정에 대한 인식 -----	40
<표 22> 근무학교 규모에 따른 보건교육과정에 대한 인식 -----	42
<표 23> 근무학교 급지에 따른 보건교육과정에 대한 인식 -----	44
<표 24> 최종 학력에 따른 보건교육과정에 대한 인식 -----	46
<표 25> 연간 5, 6학년 각각 17차시 이상 시수에 대한 인식 -----	48
<표 26> 연령에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도 -----	49
<표 27> 교육경력에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도 -----	51
<표 28> 근무학교 규모에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도 -----	53
<표 29> 근무학교 급지에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도 -----	55
<표 30> 최종 학력에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도 -----	57
<표 31> 보건교육 실시 상의 어려움에 따른 개선 방안으로 우선 해결해야 할 과제 -----	59

**A Health Teacher's Perception about the Operation of Health Education
in Elementary school
(based on 2008 Revised National Curriculum)**

Eun hwa Yoo

*Graduate School of Education
Pukyong National University*

Abstract

The purpose of this study is to figure out the health teacher's perception about the operation of the health education which is based on the 2008 revised national curriculum and to suggest the improvement and desirable direction of the health education. For this purpose the research was carried out through the survey of Busan health teacher's association members.

The results are as follows:

First, almost every school's present condition of health education is that health classes are conducted during the discretionary activities period. In this time, 72.2 percent of homeroom teachers stay in the nurse room. And for the sake of purchasing the health education materials, 85.5 percent of schools have a budget plan and 68.8 percent of schools pay for the health education textbook. Only 15.7 percent of schools have a classroom for health classes.

Secondly, regarding the operation of health education, teachers have recorded studying one to two hours for health classes and they usually use computer and printout materials. The most used method of a teaching health class is the lecture method and 87 percent of health teachers are giving tests and the most frequent way of evaluating is through paper and pencil tests. And also teachers respond that it is hard for them to choose adequate measures of tests. And they reply 56 percent of teachers do not have teacher's training on health education.

Third, the health teacher's perception about health education is as follows. First, the teacher's idea about the goals of health education curriculum is significant different amongst teachers with different education degrees. And the propriety of contents and difficulty in the 2008 revised curriculum is also considered differently by teacher's educational background, age, and career. The survey show different response about sufficiency of materials depending on the school conditions. They said whole 17 class hours in a year is too much due to the burdens of extra jobs.

Next, in aspect of teaching difficulty, while they are teaching the class, the nurse teachers have difficulty in management of the nurse room and not having classroom set of the health text books, the ability to handle the teaching materials according to their educational background. In addition, some teachers think that the principal's comprehensive attitude for health education system is different by school conditions. And the teachers have trouble because of the low health education budget and too many extra jobs. So they explain that most important thing to solve this problem is to lessen the extra jobs responsibilities.

Through the survey we can conclude that for a more efficient and systematic operation of health education, it should be accepted as a essential subject in every grade. Second, the large scale schools need to have two nurse teachers and in all schools there needs to be a reorganization of the teacher's complex works. Moreover it is urgent that measures to care for the students who are hurt while health teachers are teaching the class. Finally, for quality improvements of the health education the principal's attitude needs to change, budget plan for health education is needed and multiple teacher's training programs will also be needed.

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

청소년기는 급속한 성장발육으로 신체적, 정서적, 사회적으로 변화를 경험하는 시기이지만 세계 각국의 5-19세의 사망률을 보면 다른 연령군에 비해 낮아 일반적으로 생애기간 중 가장 건강한 시기라고 할 수 있다(부산광역시교육연수원, 2009). 그러나 “2007 청소년 건강행태 온라인 조사”에 따르면 5년마다 흡연, 음주 경험 시작 연령이 1세씩 낮아지고, 흡연, 음주로 인해 성경험, 폭력 등 사회적 일탈행위도 증가하고 있는 것으로 나타났다. 또한 에너지 섭취량은 증가하는 반면 신체활동은 부족하여 비만이 증가하고, 높은 스트레스로 인해 청소년 20명 중 1명이 자살을 시도한다는 조사 결과가 나왔다. 이러한 청소년의 불건강한 행태로 인하여 미래의 건강한 인적자원 확보가 불투명한 상황에 놓여 있다.

이와 같은 문제를 해결하기 위해서 청소년 스스로가 건강위험행위를 예방하고 건강행위의 실천을 도모하는데 필요한 지식과 기술을 습득하도록 돕는 보건교육이 필요하다(Meeks & Heit, 2003). “병이 난 후 치료하는 것보다 병들기 전에 예방하는 것이 더 좋다.”, “예방사업에 1파운드를 투자하면 치료에 10파운드를 투자하는 것보다 큰 효과를 얻는다.”는 영국의 격언이 있다. 이것은 예방사업이 건강을 위한 다른 사업보다 더 중요함을 나타낸 말이다(강영미 외, 1999). 그러므로 건강을 위한 보건사업의 기초는 보건교육이라 해도 과언은 아니다.

보건교육은 건강에 대한 정보나 지식을 전달하는 것만으로 그치는 것이

아니라 나아가 개인이나 가정, 지역사회로 하여금 교육내용을 실천하게 하므로써 습관화에까지 이르도록 하는 전과정을 말한다. 건강의 주요 결정요인으로서 개인의 생활습관이 차지하는 비중이 약 50%에 이른다. 따라서 건강에 대한 올바른 기본 생활습관을 형성하기 위한 체계적인 보건교육은 초등학교에서부터 이루어져야 한다(김영주 외, 2003). 정기적인 보건교육으로 아동들의 건강행위 이행정도가 높아지고(김숙, 2001), 학령기에 형성되는 건강 생활습관은 일생의 건강에 영향을 미치기 때문에 건강한 성인으로 자라기 위해서 필요한 올바른 삶의 기술과 실천 방법을 습득하도록 하는 것이 중요하다.

학교에서의 보건교육은 학생들에게 다양한 학습경험을 제공하고, 건강과 관련된 지식, 태도, 행동에 영향을 주어 학생들이 건강문제에 당면하였을 때 자기주도적인 역량을 갖도록 도와준다. 또한 질병의 예방 뿐만 아니라 건강을 유지증진하고 의사결정기술을 함양시키며 개인적 책임감을 형성하도록 하는 활동과 건강관련 지식, 태도, 건강행동 실천 습관을 발달시키는 기회를 제공한다(부산광역시교육연수원, 2009). 아울러 학교보건교육을 실시하므로써 사회경제적 비용을 감소시키고 국민의 삶의 질 향상과 더불어 행복하고 건강한 국가를 만드는 원동력이 될 수 있으므로 학교에서의 보건교육은 중요하다(이규영, 2009). 그러나 앞서 살펴본 바와 같이 학교보건교육이 매우 중요함에도 여러 가지 요인으로 인해 학교보건교육은 그 기능을 다하지 못하고 있는 실정이다(김정숙, 1994).

7차 교육과정에서 학교보건교육은 재량활동의 '범교과 학습'영역에서 '보건'이나 '성교육' 시수를 별도로 확보하여 지도할 수 있도록 했다. 그러나 일선학교에서는 교과활동시간 중 체육시간을 이용하여 주로 보건수업을 하거나(신미경, 2008), 학교보건기본방향 지침에 나와 있는 보건교육 내용 중 보건교사의 입장에서 가장 중요하다고 생각되는 내용을 교육하는(김경렬, 2004) 등 이 역시 독립된 교과목이 없으므로 인해 비체계적이고 비효율적

인 형태로 이루어지고 있었다. 또한 보건교육은 보건교사의 직무로 명시되어 보건교사가 하도록 되어 있으나(학교보건법 시행령 제6조) 독립된 보건 교과목이 없어 정규보건교육을 할 수 없는 제도적 한계에 부딪혀 있는 상황(김형경, 2004)이었다. 이러한 학교보건교육을 개선하기 위한 정규 보건 교과 시간 확보와 독립 교과목 지정의 필요성을 주장한 김경렬(2004), 오은경(2006), 신미경(2008) 등의 연구 결과들과 높아진 국민들의 건강에 대한 관심 등으로 인해 교육과학기술부 고시 제 2008 - 148 호(2008. 9. 11)에 의해 국가 수준의 보건교육과정이 신설되었다.

2008 개정교육과정은 2007 개정교육과정이 기본 체제를 유지하면서, 국가 수준의 교육과정에 보건 과목을 포함하여 부분 개정한 것이다. 구체적으로 보면, 2009년에는 초·중·고등학교의 창의적 재량 활동 영역의 17시간을 활용하는 형태로 보건교육을 한시적으로 운영하고, 2010년부터 초등학교는 재량 활동, 중학교와 고등학교에서는 선택 과목으로 운영할 수 있도록 하였다. 보건 과목은 교수요목기 이후의 제1차 교육과정부터 체육과에 편입되어 운영되어오다가 2008년 개정된 교육과정에서는 독립 과목으로 신설되었다는 점에서 큰 의의를 가지게 되었다(교육과학기술부, 2008). 이 수정 고시에 따라 초·중·고등학교에서 2009학년도부터 건강, 질병, 성교육, 흡연, 음주, 약물 오남용 예방 등에 대해 체계적으로 보건교육을 할 수 있게 되었다.

학교보건교육에 관련된 선행연구들을 살펴보면 학교보건교육 실태에 대해 김해영(2000), 김현주(2001), 오윤신(2001), 송순임(2003), 김경렬(2004), 문정순 외(2005), 이보미(2006), 박은숙 외(2006), 신미경(2008), 김영석(2008)의 연구가 있고, 학교보건교육 내용에 대해 김영주(2003), 조선녀(2004)의 연구가 있다. 그러나 이 연구들은 대부분 2008 개정 교육과정 이전의 연구들이므로 2008 개정 교육과정이 적용된 2009년부터 학교보건교육 실시 현황에 대한 연구가 거의 없으므로 개정교육과정에 따른 보건교육 운영에 대

한 본 연구가 필요할 것으로 생각된다.

따라서 본 연구에서는 2008 개정교육과정 적용 이후 초등학교보건교육의 실시 현황과 교수·학습 운영 실태에 대해 알아보고, 보건교육과정 운영 및 개선점에 대한 보건교사의 인식을 알아보고자 한다.

본 연구는 부산광역시 초등학교 보건교사를 대상으로 2008년 개정 교육과정 실시 이후의 보건교육 실시 현황과 교수·학습 운영 실태를 파악하고 보건교육과정 운영 및 개선에 대한 인식을 파악하여 앞으로 지속적이고 체계적인 학교보건교육의 운영 방안 및 학교보건교육이 나아갈 바람직한 방향 제시에 기여하고자 한다.

2. 연구 문제

연구 목적을 달성하기 위하여 다음과 같은 연구 문제를 설정하였다.

가. 보건교육 실시 현황은 어떠한가?

나. 보건교육 교수·학습 운영 실태는 어떠한가?

다. 보건교육과정 운영 및 개선점에 대한 보건교사의 인식은 어떠한가?

3. 용어의 정의

학교보건교육이란 2008 개정교육과정에 따라 2009년 3월 1일부터 초등학교 5, 6학년에서 재량활동시간을 활용하여 실시되고 있는 연간 각각 17시간 이상의 보건교육을 말한다.

Ⅱ. 이론적 배경

1. 학교보건교육의 개념 및 필요성

교육이란 개인의 성장과 사회의 유지·발전을 위하여 일정한 이상 또는 가치를 지향하고, 바람직한 사회 구성원으로 형성시켜 나아가도록 의도되고 계획된 인간행동의 변화이다(유호열, 1996). 보건교육이란 인간이 건강을 유지, 증진하고 질병을 예방함으로써 적정기능수준의 건강을 향상 유지하는데 필요한 지식, 태도, 습성 등을 바람직한 방향으로 변화시켜 놓는 것이다. 단순히 지식을 전달하는 것이나 지식을 가지고 있는데 그치는 것이 아니라 건강을 자기 스스로가 지켜야 한다는 긍정적인 태도를 가지고 건강에 올바른 행동을 일상생활에서 습관화하도록 돕는 교육과정이다(박노예, 1993).

학교교육의 목적이 인간행동 특성을 계획적으로 변화시키는 것이므로 건강에 대한 지식, 태도, 행위의 변화는 학교교육에 의해 가장 효율적으로 달성될 수 있다(최진영, 1999). 학교보건교육은 학교 인구의 건강 유지, 증진 그리고 학교생활의 안녕을 위하여 학교에서 이루어지는 활동이다(유호열, 1996). 학교보건교육은 학생들의 급성, 만성 건강 문제를 예방하고, 불구를 감소시키고 안녕을 촉진시킬 수 있도록, 또한 건강한 생활 행동을 실천하도록 하여야 한다. 학교보건교육은 학생들의 건강 지식을 높이기 위한 활동이나 단지 정보를 제공하는 것보다는 그들이 결정을 내리고 문제를 해결할 수 있도록 단계적으로 도와주는 활동이다. 또한 김세환(1993)은 학교에서 보건교육은 단순히 건강에 대한 지식을 전달하는 것만이 아니라 건강을

자기 스스로 지켜야 한다는 긍정적인 태도를 가지고 올바른 행동으로 일상 생활에서 습관화할 수 있도록 돕는 교육과정이라 했다. 학교보건교육의 결과는 학생들의 지식, 태도, 개인 기술 등의 변화를 통하여 달성할 수 있는 학생들의 행동 변화이다(정영숙 외, 2002).

이런 학교보건교육의 필요성을 정리해보면 다음과 같다(김화중 외, 1999). 첫째, 학생들은 유치원부터 고등학교 3학년까지 전체 인구의 1/4을 차지하는 인구집단이므로 국민전체의 건강증진을 위한 중요한 통로가 된다. 둘째, 학생들은 어린이에서 성인으로의 이행기인 청소년기의 과정에서 신체적, 정신적, 사회적 변화를 맞는 시기로 평생 건강에 영향을 미치는 시기에 놓여 있다. 셋째, 학령기는 만성퇴행성질환 발병에 영향을 미치는 생활양식이 형성되는 시기이므로 건강한 생활양식을 습관화 할 수 있는 능력을 기를 수 있는 기간이다. 넷째, 초·중·고등학교의 정규교육과정은 건강과 건강행위에 관하여 체계적이며 과학적인 지식, 태도, 실천능력을 기르는 학습의 장으로 활용할 수 있다. 다섯째, 우리나라의 자유방임형 보건의로 전달체계 내에서 적정 보건의료서비스를 이용하여 건강추구행위를 실천할 수 있는 보건의료소비자로 육성할 수 있다. 또한 김영임 외(1994)는 학교보건교육은 전체인구의 1/4을 차지하는 학생인구집단으로서 정신신체의 발달과정에 있는 학생들에게 일상생활에서의 습관이 고착화되기 이전에 올바른 건강에 관한 가치를 인식하게 하고 건강생활의 실천력을 양성하도록 할 수 있는 적정시기 때문에 중요하며, 이는 또한 학생의 향상된 자기건강관리능력이 가정 및 지역사회에 파급효과가 크므로 학교보건교육이 중요하다고 했다.

학교보건교육의 궁극적인 목적은 학생들의 건강과 안녕을 보호, 증진하는데 있으며, 이를 위하여 학생들에게 다양한 학습경험을 제공함으로써 건강과 관련된 지식, 태도, 행동에 영향을 주게 된다. 이런 학교보건교육의 구체적인 목표는 건강에 대한 의식변화 유도, 지식증대, 자아인식/자각유도,

태도변화, 올바른 의사결정 유도, 행동변화 유도, 사회변화 유도 등 7가지로 구분될 수 있다(부산광역시교육연수원, 2009).

학교보건교육은 학교보건교육과 학교보건사업간의 이해관계에 따라 의미가 축소 또는 확대되어 왔으며, 김화중 등(1999)이 제시한 내용을 정리하면 다음과 같다.

(1) 학교보건사업의 일부분으로서의 학교보건교육

학교보건사업의 범위를 학생 및 교직원을 위한 보건봉사(Health service), 보건교육(Health education), 환경보건(Environmental health)으로 보면서 학교보건교육을 학교보건사업에서 이루어지는 사업내용 중의 하나로 학교보건프로그램의 독립적인 한 영역이 아니라 학교보건 서비스를 제공할 때 학생 및 교직원 건강관리의 보조수단으로 이루어져 왔다(김화중 외, 1999).

(2) 학교보건사업과 학교보건교육의 분리

학교보건사업과 학교보건교육을 완전히 분리시켜 학교보건사업은 학생 및 교직원의 건강을 관리하는 서비스로만 이해하고, 학교보건교육은 교육사업의 일환으로 정규 교육과정에서 이루어지는 것을 의미한다. 즉, 학교보건사업은 학생교육 능력을 높이기 위해 학생이 학교에 있는 동안 건강을 돌보는 것에 한계를 두고 보건교사가 담당하지만, 학교보건교육은 체육, 생물, 가정 등의 교과목에서 부분적으로 학습되며 체육교사, 생물교사, 가정교사가 담당하고 있다. 즉, 학교보건교육은 학교보건사업과는 무관하게 체육, 생물, 가정교과에서 건강관련 내용을 다루는 것이다(김화중 외, 1999).

(3) 학교보건교육과정으로 학교보건교육과 보건사업의 통합

학교보건사업과 학교보건교육을 모두 통합하여 학교보건교육과정으로 이

해하는 것이다. 다시 말해 앞에서 제시한 두 개념을 모두 포함하여 학교보건교육과정으로 설명하는 것이다. 이는 종래에 학생의 질병예방, 건강유지 증진이라는 목적 하에 별도로 이루어지던 각 활동들을 학생의 건강관리능력 향상이라는 목적을 달성할 수 있도록 체계적으로 통합하여 교육효과를 극대화하고자 하는 것이다.

세 번째 개념이 최근 우리나라에서 학교보건사업의 방향을 주도하는 것으로 교육사회에서 학교보건의 존재 가치를 받아들일 수 있도록 하였고, 국민의 건강관리능력 개발을 통한 건강권 보장에 있어서 교육사회가 학교보건을 통해 이를 담당해야 할 당위성을 제시하는 논리로서 적합하다는 평가를 받고 있다(김화중, 윤순녕, 전경자 1999).

2. 학교보건교육 교육과정의 역사적 변천

우리나라의 학교보건교육은 광복 후 1946년 미군정하에서 제정된 교수요목기에 보건 교과가 설치되면서 시작되었다. 그 후 학교보건 관련 교육과정은 제1차 교육과정이 제정, 공포된 이후 현재까지 여러 차례 개정되어 왔지만 독립된 정규과목이 아닌 여러 관련 교과를 통해 비정규적으로 실시되어 오다가 2008년 9월 11일 고시된 교육과학기술부 고시 제 2008 - 148 호에 의해 정규 교육과정에 '보건'이 선택 과목으로 다시 개설되면서 국가 수준의 교육과정에 편입되었다(교육과학기술부, 2008).

교육과학기술부(2001)의 학교보건 50년사와 교육과학기술부(2008) 중학교 교육과정 해설(VI) 보건을 통해 교수요목기부터 2008 개정 교육과정까지 보건교육과정 변천 과정을 정리하면 다음과 같다.

가. 교수요목기(1946~1954)

우리나라에서 ‘보건’을 교과로서 가르치기 시작한 것은 교수요목기부터이다. 교과서 명칭은 초등학교는 ‘보건’, 중등은 ‘체육·보건’이었다. 교수요목기는 1946년부터 1954년 문교부령 제35호로 공포된 ‘교육과정 시간배당 기준령’이 나오기까지의 시기로 교육과정과 교수요목을 엄밀히 구분하지 않았던 시기이다. 교수요목기의 보건 교과는 체육과의 성격을 포함하고 있어서 보건·체육의 특성을 지니고 있었다(교육과학기술부, 2008).

나. 제1차 교육과정기(1954~1963)

이 시기의 보건 과목은 체육 교과의 성격을 포괄한 교과 명칭으로 초등학교에서는 ‘보건’, 중고등학교에서는 ‘체육’이라고 불렀다. 초등학교 1학년에서 6학년까지 모든 교과 수업 중 ‘보건’교과가 18%, 국어는 20-30%, 산수는 10-15%의 수업을 실시하였다. 수업 배당률을 비교해볼 때, 보건의 중요한 과목에 위치에 있었다는 것을 알 수 있다. 당시의 시대적 배경을 보면 6. 25 전쟁 이후 우리나라의 위생상태가 불량하고 사회경제적 여건이 취약하여 보건위생이 매우 필요한 시기여서 보건 과목의 비중이 크게 다루어진 것으로 보인다(교육과학기술부, 2008). 지도내용으로는 주로 놀이를 통하여 건강을 성취하려는데 역점을 두고 있으며, 이는 건강에 대한 논리적이고 체계적인 교육이 계획되어 있지 않음을 알 수 있으며, 보건 부분마저도 위생과 전염병 관리에 관한 지식전달에 그쳐있었다(교육인적자원부, 2001).

다. 제2차 교육과정기(1963~1973)

1963년 2월 15일 공포된 문교부령 제119호에 의해 보건 과목 명칭이 교육과정상에서 없어졌다(교육과학기술부, 2008). 보건교과는 폐지되면서 '체육' 과목으로 통합되었고 체육교과의 일부로 삼입되어 다루어졌다. 돌발적이고 위급한 상태에 대처하기 위한 보건교육을 보건에 관한 기본목표로 설정해 놓음으로써 보건의 의미가 전염병 관리 중심의 공중보건의 의미에서 응급처치의 개념으로 축소되어졌다(교육인적자원부, 2001).

라. 제3차 교육과정기(1973~1981)

문교부령 제301호에 의한 제3차 교육과정 개정에서도 보건교육에 관한 내용은 주로 체육교과에서 지도하고 다루도록 하였다. 학생이 자기건강관리를 스스로 할 수 있는 능력을 길러주기 위한 목적으로 실시해온 보건교육 사업은 1979년까지 안전교육이라는 제목으로 이루어지다가 1980년부터 보건교육으로 표기되었다. 학교보건관리지침에서 보건교육에 대한 시간, 방법 등이 구체적으로 제시되면서 보건교육은 1980년부터 비로서 공식화되었다고 볼 수 있다(교육인적자원부, 2001).

마. 제4차 교육과정기(1981~1987)

제4차 교육과정에서의 보건교육은 그 내용의 편제에 있어서 제3차 교육과정에서 보다 더 축소되었으며 체육과의 '보건'영역으로 제3차 교육과정의

체제를 유지하였으나 학년별 보건교육 목표가 없어 보건교육 내용들만 나열되어 있을 뿐이었다(교육과학기술부, 2008). 문교부 고시 제442호에서 보건교육을 체육교과에서 지도하도록 하였다. 1984년 문교부고시로 체육시간 중 초등학교의 경우 5%, 중학교 10%, 고등학교 25%에 해당하는 시간에 보건교육을 실시하도록 하는 방침을 세워 체육시간에 보건교육이 이루어지도록 했다(교육인적자원부, 2001).

바. 제5차 교육과정기(1987~1992)

제5차 교육과정은 1987년 6월 30일 문교부 고시 제87-9호로 고시된 교육과정이다(교육과학기술부, 2008). 학교보건교육의 중요성이 점차 커지면서 정부는 시범사업을 실시하였다. 1987년 서울특별시 교육청이 1주일에 6시간의 보건교육을 정규교과시간에 실시하도록 행정지침을 정하여 시범학교를 운영하였고, 1988년 대전시 문화초등학교를 2년간 보건수업 시범학교로 지정, 운영하였다. 또한 1989년 수원시 서초초등학교를 교육부 지정 학교보건교육 연구시범학교로 지정 운영하는 등 이를 통해 학교보건교육이 새롭게 발전하는 계기가 되었다. 즉 보건교육은 교육부 교과 편성 계획에 따라 학년별로 관련 교과목 내에 포함되어 분야별 학습형태로 이루어지는 정규 보건교육과 각 학교 재량에 따라 독자적으로 계획 시행하는 비정규 보건교육 형태로 나누어져 실시되었다. 그러나 내용 연관성에서 분야별 연계성 등이 조정되지 않아 체계적이지 못하고, 중복 또는 편중되어 보건교육의 최종목표 달성에는 미치지 못한다고 할 수 있다(교육인적자원부, 2001).

사. 제6차 교육과정기(1992~1997)

제6차 교육과정은 1992년 9월 30일 교육부 고시 제1992-16호로 고시된 교육과정이다(교육과학기술부, 2008). 1990년대에 들어서면서 건강문제 양상의 변화와 인구사회학적 변화에 따라 국민의 건강권 보장측면에서 학교 보건교육의 중요성이 대두되었다. 제6차 교육과정에서의 보건교육은 환경교육, 보건안전교육, 성교육 등 국가수준의 교육과정에서 요구하는 과제를 관련 교과와 특별활동 영역(학교장 재량시간, 기타 교육할 때간)에 반영하도록 편성하였다. 1996년부터 초·중·고등학교의 체육교과서에 약물관련 단원을 보장 및 신설하여 약물관련 예방교육의 기틀을 마련하고 보건교육 수업에 보건교사가 참여할 수 있도록 하였다. 생활 환경 및 식생활 등의 변화로 인하여 고혈압, 당뇨병, 동맥경화증 등의 만성퇴행성질환이 증가되자 학교교육을 통한 보건교육의 중요성이 인식되면서 1996년에는 학생신체검사, 1998년에는 소변검사, 1999년에는 학생건강기록부를 전산 처리하는 지침이 세워졌다. 학교보건법시행령 제6조 제3항 제1호 양호교사의 직무로 양호교사는 담임 또는 교과담당 교사가 학생의 건강유지, 증진에 필요한 보건교육을 할 수 있도록 관련 교재와 자료를 제공하도록 하는 등의 보건교육을 강화하였다. 1998년 ‘보건교과 교육과정안’이 제출되어 서울특별시 교육청의 승인을 받아 보건교과서를 개발하여 1999년 3월부터 수도여고에서 주당 2시간씩 정규 교과시간에 수업을 실시하였다(교육인적자원부, 2001).

아. 제7차 교육과정기(1997~2007)

교육부 고시 제1997-15호가 공포되었으며, 2000학년도부터 적용하게 되었

다. 제6차 교육과정에서 있었던 ‘학교 재량 시간’영역이 제7차 교육과정에서는 ‘재량 활동’으로 명칭이 바뀌었다. 또한 재량 활동은 ‘자기 주도적 학습’과 ‘범교과 학습’영역으로 편성되어 ‘범교과 학습’을 통해서 ‘보건’이나 ‘성교육’ 시수를 별도로 확보하여 지도할 수 있도록 했다는 점에서 학교교육에서 정교 교육과정으로서 보건교육을 바라보는 새로운 시각의 관점을 제공하는 기회가 되었다(교육과학기술부, 2008). 그러나 독립된 보건교과가 없기 때문에 보건교육에 대한 내용이 여러 관련 교과에 분산되어 있어 보건교육의 목표 달성에 는 미흡한 실정이었다(교육인적자원부, 2001). 제7차 교육과정 개정 이후의 우리나라는 그동안 추진해 오던 교육과정의 일시 개정(전면 개정)방식에서 벗어나 수시개정(부분 개정)방식으로 전환을 꾀하였다(교육과학기술부, 2008).

자. 2007 개정 교육과정 이후(2007 ~)

2007년 12월 14일 공포된 학교보건법 일부 개정 법률안<표 1>에 의해 학교에서 지침으로 실시토록 했던 성교육 등의 보건교육을 학생들의 발달 단계에 맞게 체계적으로 시·도 및 학교 실정에 따라 자율적으로 실시할 수 있는 정규시간을 확보할 수 있는 근거가 마련되었다(부산광역시 교육연수원, 2009).

<표 1> 학교 보건법 일부 개정 법률안(법률 제8678호, '07.12.14)

제9조의 2(보건교육) 교육과학기술부장관은 「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교에서 모든 학생들을 대상으로 보건교육을 체계적으로 실시하여야 한다. 이 경우 실시 시간, 도서 등 그 운영에 필요한 사항은 교육과학기술부장관이 정한다.

제15조제2항(학교의사·학교약사 및 보건교사) 모든 학교에 제9조의 2에 따른 보건교육과 학생들의 건강 관리를 담당하는 보건교사를 둔다. 다만, 대통령령으로 정하는 일정 규모 이하의 학교에는 순회 보건교사를 둘 수 있다.

학교보건법 일부 개정 법률안을 근거로 2008년 9월 11일 교육과학기술부 고시 제2008-148호 초·중등학교 교육과정 개정 고시문이 발표되었다. 보건 과목 교육과정 개정 주요 내용을 보면 <표 2>와 같다.

<표 2> 보건과목 교육과정 개정 주요 내용(교육과학기술부, 2008)

초·중·고등학교보건교육은 다음과 같이 시행합니다.

- 가. 2009년 3월 1일부터 초등학교 5, 6학년에서 재량활동시간을 활용하여 연간 각각 17시간 이상의 보건교육을 실시합니다.
 - 나. 2010년 3월 1일부터 중학교에서 재량활동 선택과목으로 보건교육을 실시합니다.
 - 다. 2010년 3월 1일부터 고등학교에서 체계적인 보건교육을 실시하기 위해 선택과목(교양과목군)에 보건과목을 포함하여 적용합니다.
 - 라. 2009년 3월 1일부터 2010년 2월 28일까지는 중학교 1~3학년 중 1개 학년, 고등학교 1학년에서 재량활동시간을 활용하여 연간 17시간 이상의 보건교육을 실시합니다.
-

초등학교에서는 재량활동시간을 통해 17시간 이상으로 편성되게 되었는데, 보건교육의 담당자는 원칙적으로 보건교사가 담당하도록 되어 있으며,

보건교사가 없는 경우 초등학교에서는 담임이 담당하고 있다. 개정 학교보건법 제15조는 제9조의 2에 따른 보건교육을 보건교사가 담당하도록 하는 것만을 규정하고 있을 뿐, 타 교과와의 보건교육과 중복이 되는 면이 있으므로 중복부분의 교육내용에 대한 조정이 이루어질 것으로 보인다(김미약, 2009).

3. 2008 개정 보건교육과정

앞서 살펴본 바와 같이 2008 개정 보건교육과정에서 현재 교과로 등록된 것은 중등 보건교육과정이다. 초등학교 교육과정에서는 보건교육이 창의적 재량활동으로 되어 있어(교육과학기술부, 2008) 교육과정이 따로 없는 실정이다. 따라서 아래에서는 초등학교 창의적 재량활동 보건수업의 바탕이 된 ‘중학교 교육과정 해설Ⅵ 보건’을 통해 2008 개정 보건교육과정을 알아보려 한다.

가. 성격

보건 과목은 인간다운 삶을 영위하기 위해서는 신체적으로 뿐만 아니라 정신적, 사회적으로도 건강해야 한다는 것을 전제로 한다. 보건 과목은 건강의 소중한 가치를 알고 몸과 마음의 발달 과정을 이해하며, 건강한 생활습관을 형성하고 건강관리 능력을 향상시킴으로써 궁극적으로 개인과 공동체의 삶의 질을 향상시키기 위한 과목이다. 학생들로 하여금 자신을 올바르게 이해하고 일상생활에 필요한 건강관리 방법을 알고 실천함으로써 평

생을 건강하게 살아갈 수 있도록 하며 더 나아가 국제 사회의 일원으로서의 건강한 역군을 길러내는 데 도움을 준다. 보건은 학생 개개인의 몸과 마음을 건강하게 하고, 행복한 삶을 살 수 있도록 ‘기반’을 마련해 주는 역할을 한다. 즉 개인의 건강을 적절하게 관리하고 개선해 나가는 자질과 능력을 길러내어 학교, 가정, 지역사회, 더 나아가 국가 건강의 초석을 다지는데 기여한다(교육과학기술부, 2008).

나. 목표

보건교육에서 추구하는 인간상은 ‘건강관리 능력을 갖춘 민주시민’에 두었다. 목적은 학생들의 건강관리 능력을 육성하여 지, 덕, 체가 조화로운 사람을 길러 행복한 삶을 살아가도록 하는데 있다. 이러한 목적을 달성하기 위해 <표 3>와 같은 구체적인 목표를 갖는다.

<표 3> 보건교육의 구체적인 목표(교육과학기술부, 2008)

건강의 가치를 알고 건강에 대한 지식을 습득하고, 건강관리 방법을 실천함으로써, 건강하고 행복한 삶을 살아가는데 필요한 능력을 기른다.

- (1) 건강에 대한 올바른 개념을 습득한다.
 - (2) 스스로를 건강의 주체로 인식하고 건강의 소중함을 익힌다.
 - (3) 일상생활에서 건강을 위한 행동을 생활화하는 태도를 가진다.
 - (4) 물리적, 사회적 환경이 건강에 미치는 영향을 알고 건강 문제를 해결하기 위한 삶의 기술을 습득한다.
-

건강의 가치란 이 세상 그 무엇과도 바꿀 수 없는 소중함 그 자체의 의미이다. 어릴 때의 생활 습관은 청소년기, 청년기, 장년기, 노년기로 이어지며

지속되는 경향이 강하므로 어렸을 때부터 보건교육을 통해 건강에 대한 지식을 습득하고 자기 주도적인 건강관리 방법을 익혀 실생활에서 실천하도록 한다(교육과학기술부, 2008).

다. 내용

보건교육의 내용 체계는 ‘일상생활과 건강’, ‘질병예방과 관리’, ‘약물오·남용 및 흡연·음주예방’, ‘성과 건강’, ‘정신 건강’, ‘사고예방과 응급처치’ 등 7개 영역으로 구성되어 있으며, 영역별 내용 체계는 다음과 같다(교육과학기술부, 2008).

(1) 일상생활과 건강

일상생활과 건강 영역에는 우리의 생활에서 건강이 갖는 의미를 이해하고, 생애 주기와 건강, 청소년과 건강, 비만 예방과 건강한 습관, 식품 선택과 건강, 건강 정보의 선택 등이 포함된다.

이 영역은 건강 행위는 건강에 대한 올바른 이해와 적절한 의사 결정에 의해 이루어 질 수 있음을 알고 실천할 수 있도록 하며, 생애 주기별 건강 특성을 이해하고 건강 관리법, 비만 예방법, 건강에 유익한 식품과 정보를 선택할 수 있는 능력을 기르도록 지도하는데 주안점을 둔다.

(2) 질병 예방과 관리

질병 예방과 관리 영역에는 질병의 발생과 예방, 신체 기관별 건강관리, 생활 습관병 예방, 전염성 질환 예방 등이 포함된다.

질병 예방과 관리 영역은 질병의 개념과 질병 발생 기전에 대한 이해를

바탕으로 신체기관별로 흔히 발생하는 질병의 종류 및 예방법과 생활 습관 병 및 전염성 질환의 예방법을 실천하도록 한다.

(3) 약물 오·남용 및 흡연·음주 예방

약물 오·남용 및 흡연·음주 예방 영역에서는 약물의 이해, 의약품의 올바른 사용, 니코틴 중독과 흡연 예방, 알코올 중독 예방이 포함된다. 약물의 개념과 약물 오·남용의 부작용과 폐해, 약물 남용으로부터 자신을 지키는 방법, 의약품의 올바른 사용법, 담배의 중독성과 음주로 인한 폐해, 음주에 대한 권유를 거절하는 방법 등을 익힐 수 있도록 지도한다.

(4) 성과 건강

성과 건강 영역에서는 신체 변화와 성 욕구 조절, 성 심리의 차이와 이성 교제, 건강한 성역할, 건강한 임신과 피임, 성폭력과 성매매 예방, 에이즈와 성인성 질환 등이 포함된다.

성과 건강 영역은 청소년기의 남녀 발달 특성을 이해하고 건강한 성행동과 올바른 성 가치관 형성을 위해 성 개념과 사춘기 신체적·정신적 변화, 성 심리 차이에 대한 이해와 성적 자기 결정권을 존중하는 태도를 기르도록 한다.

우리나라 성문화에 대한 이해를 바탕으로 성폭력, 성매매, 성 상품화의 원인, 피해, 예방법과 성인성 질환의 원인 및 감염 경로, 예방법을 알고 실천할 수 있도록 하며 임신과 출산의 과정, 피임의 방법과 원리 등을 이해함으로써 생명존중의 태도를 기르는데 중점을 두어 지도한다.

(5) 정신 건강

정신 건강 영역에는 정신 건강의 이해, 스트레스, 우울, 불안 관리, 학교

폭력, 분노와 갈등 조절, 행위 중독 예방, 의사소통과 건강한 삶 등이 포함된다.

이 영역은 정신 건강에 대한 이해를 높이고, 스트레스, 우울, 불안, 갈등을 조절할 수 있는 능력을 배양하며, 정신적으로 건강한 삶의 기술을 습득하기 위한 영역이다. 이를 위해서는 정신 건강의 개념, 건강한 사람의 정신적 특징, 자아 개념을 높이는 방법, 스트레스에 대한 이해와 관리법, 우울과 불안의 개념, 자살의 징후, 학교 폭력이 건강에 미치는 영향, 분노 조절과 갈등 해결 기술, 행위 중독이 건강에 미치는 영향, 중독 조절법, 의사소통의 중요성, 공감적 경청, 자기주장적 의사소통법, 거절하는 기술 등에 대한 지도에 주안점을 둔다.

(6) 사회와 건강

사회와 건강 영역에는 또래 집단과 건강, 소수자·사회적 약자와 건강, 의료 기관 이용과 의료 소비자의 권리, 건강과 환경 등이 포함된다.

사회와 건강 영역은 또래 집단에서 발생하는 건강문제 대처법과 소수자·사회적 약자에 대한 이해, 의료 소비자로서의 권리와 역할의 인식, 유해환경으로부터 건강을 지키는 방법 등을 습득하기 위한 영역이다. 이를 위해서는 또래 집단의 특성이 건강에 미치는 영향과 대처방법, 집단 따돌림, 청소년기 비행, 소수자·사회적 약자에 대한 이해, 의료 기관의 종류와 이용법, 의료 소비자의 건강권, 생활환경에서 발생할 수 있는 건강 문제, 직업과 건강에 대한 교육이 필요하다.

(7) 사고 예방과 응급처치

사고 예방과 응급처치 영역에는 응급처치의 의미와 일반 원칙, 간단한 응급처치, 복부 밀치기법(하임리히법), 구조 호흡과 심폐소생술 등이 포함된

다.

응급처치의 의미와 일반 원칙을 습득하여 응급 상황에 적절하게 대처하고, 실생활에 적용할 수 있는 능력을 배양하도록 한다. 이를 위해 응급상황 발생 시의 신고 방법, 외상, 골절, 화상 등 흔히 볼 수 있는 사고에 대한 응급처치 방법, 복부 밀쳐 올리기법(하임리히법), 구조 호흡과 심폐소생술에 대한 시범 및 실습 교육을 통해 익히도록 한다.

라. 교수·학습 방법 및 지원

(1) 교수·학습 계획

지금까지의 교육방법은 전통적인 강의 중심, 교사 중심의 교육이었으나, 학생이 학습상황에서 능동적으로 참여하고 주도할 수 있는 학습활동을 강조할 필요가 있다. 학습 목표는 보건과 교육 목표를 충실히 반영하고, 교육 과정의 내용체계와 학습자의 성취수준을 종합적으로 고려하여 설정하되 학습자의 건강 생활에 도움이 되고, 다른 교과와의 연계 학습이 가능하도록 계획한다. 또 목표달성에 효과적인 교수학습 방법을 다양하게 구상하되, 학습자가 적극적으로 참여하여 적용해 보는 학습 활동이 되도록 계획한다. 모형, 사진, 실험, 실습 도구 등 다양한 교수·학습 매체 자료를 활용하도록 계획한다. 학습 내용과 방법, 수업의 시기는 학교와 지역 사회의 특수성, 행사, 계절별 질병 발생 상황 등을 고려하여 탄력적으로 운영하도록 계획한다(교육과학기술부, 2008).

(2) 교수·학습 방법

교수·학습 방법은 실생활에서 적용할 수 있는 체험 위주의 교수·학습

방법을 강조하고 있으며, 건강에 대한 이해를 통해 개인은 물론 가족과 지역사회까지 그 영향력을 주므로 이론과 실체가 연계될 수 있도록 한다. 이에 구체적인 내용은 <표 4>와 같다.

<표 4> 보건교육 교수·학습 방법(교육과학기술부, 2008)

-
- (가) 단순한 지식의 암기가 아닌 건강에 대한 지식과 태도, 행동의 변화를 도모하는 교수·학습이 연계되도록 지도한다.
 - (나) 건강 행위 실천 교육은 학생들이 지적인 지식 습득에 머무르지 않고 건강에 대한 긍정적인 태도를 가지고 평생 건강의 기본을 다지도록 하는데 중점을 둔다.
 - (다) 다양하고 구체적인 교수·학습 자료를 사용하고, 전체 학습, 소집단 학습, 개별 학습 등의 학습 조직을 융통성 있게 활용한다.
 - (라) 기존의 강의식 교실 수업, 교사 중심의 일 방향 의사소통 중심 수업에서 토론식 수업, 모둠별 수업, 다양한 매체 이용 수업, 학생 중심의 쌍방향 의사소통 수업, 다양한 장소를 이용한 수업, 지역 사회 전문가의 협동 수업과 체험 위주 수업 등으로 진행한다.
 - (마) 신체 구조와 기능, 질병 예방과 치료 중심에서 탈피하여 건강한 생활 습관, 즉 행위 중심의 건강 관리를 강조하고 개인의 발달 과정에 따라 건강과 안녕을 추구한다. 자신과 타인, 개인과 가족, 사회와의 관계에서의 건강, 정신적 건강을 중시하며, 생활에서 실천할 수 있는 실천적 지식, 방법적 지식을 강조한다.
 - (바) 건강의 개념에 대한 이해를 통해 총체적이고 통합적으로 사고하고 이해할 수 있게 하며, 건강위해 요인에 직면했을 때, 자기 주도적인 합리적 의사결정과 실생활에 적용 가능한 문제 해결력을 기르는데 중점을 둔다.
-

(3) 교수·학습 자료 및 활용

보건 과목의 교수·학습 과정에서는 교과와 특성과 지도 내용에 적합한 학습 방법이나 모형과 함께 다양한 학습 자료를 활용한다. 교수·학습 자료의 활용에 있어서는 <표 5>와 같은 점을 고려한다.

<표 5> 보건교육 교수·학습 자료 활용시 고려점(교육과학기술부, 2008)

-
- (가) 지역 사회 기관을 활용한 다양한 체험 학습 기회를 많이 가지도록 하며, 강의, 조사, 토론, 의사결정, 가치 탐구, 실험 실습, 인터넷 활용, 드라마, 역할 놀이, 모의 놀이, 사례 연구 등 다양한 교수학습 방법을 활용한다.
 - (나) 건강 문제에 대한 다양한 상황과 실제 문제를 해결해 보는 상황을 제시하고, 언론 보도 자료, 다양한 의학 정보, 각종 건강 실태 조사 자료, 인터넷 정보, 도서, 특히 실생활 소재 등을 다양하게 활용한다.
 - (다) 지역 사회와 연계한 체험 학습 실시나 지역 사회 보건 전문가와의 협력 수업도 이루어지도록 한다.
 - (라) 습관 형성이 필요한 내용은 반복 지도하여 습관화가 이루어지도록 하며, 가정과 연계한 지도가 함께 이루어지도록 한다.
 - (마) 다양한 수업 기자재, 모형 등을 활용하여 실험 실습, 체험 등 학생 참여 중심의 교육이 이루어지도록 한다.
-

마. 평가

보건 평가의 기본 방향은 각 영역별 성취수준과 평가내용의 균형성, 즉 주체 영역별 균형성과 지식, 태도, 행동의 변화가 모두 포함된 전인적 평가에 중점을 두고 있다.

주요 평가내용으로는 자기건강 능력, 주요핵심 개념이해 능력, 지식활용 능력, 대인간 의사소통 능력, 목표설정 능력, 의사결정 능력, 실생활적용 능력이며, 평가 방법은 과정 평가와 결과 평가를 포함한 종합적 평가를 하도록 하고, 결과를 수량화하는 것보다는 문장으로 기술하도록 하였다. 따라서 학교에서는 평가 방법을 지필검사, 체크리스트, 활동 보고서, 건강일지, 포트폴리오, 토론 결과 등 다양한 방법을 활용하여 평가를 실시한다(교육과학기술부, 2008).

(1) 평가 계획

평가 계획 수립 시 <표 6>를 고려한다.

<표 6> 평가 계획(교육과학기술부, 2008)

-
- (가) 평가 목표와 내용은 교육과정의 내용 체계와 영역별 내용을 근거로 설정 하되, 학습자와 성취수준을 고려한다.
 - (나) 평가 내용이 특정 영역에 편중되지 않도록 하되, 영역 내에서도 학습자의 지식, 태도, 행동의 변화 등을 균형있게 평가한다.
 - (다) 평가 기준을 학습자들에게 미리 제시하여 학습자들이 자신의 평가 결과를 객관적으로 이해할 수 있게 한다.
-

(2) 평가 목표와 내용

(가) 평가의 목표는 교육과정의 성격, 목표, 내용을 종합적으로 고려 하여 설정한다.

(나) 건강에 대한 인지적, 정의적, 행동적 측면을 고려하여 평가하되, 건강과 건강 수칙에 대한 이해, 건강 관련 지식과 건강 증진을 위한 종합 적 사고와 판단력, 건강 증진을 위한 실천 의지와 태도, 건강 행동 실천력 등을 평가한다.

(다) 평가는 자기 건강관리 능력, 핵심 개념 이해 능력, 영향 분석 능력, 지식 활용 능력, 대인 간 의사소통 능력, 목표 설정 능력, 의사 결정 능력, 실생활 적용 능력을 평가한다.

<표 7> 보건 과목의 평가 관점과 평가 내용(교육과학기술부, 2008)

평가 관점	평가 내용
자기 건강 관리 능력	<ul style="list-style-type: none"> · 자기 건강상태 점검 능력 · 건강생활 습관 실천능력 · 질병 예방 관리 능력
핵심개념 이해 능력	<ul style="list-style-type: none"> · 건강과 질병 개념 이해 능력 · 건강 증진, 건강행위 이해능력 · 생애주기별 건강개념에 대한 이해능력 · 건강의 가치
영향 분석 능력	<ul style="list-style-type: none"> · 또래 집단 및 사회 구성원의 영향 · 가족과 지역사회의 영향 · 건강 정보의 선택
지식 활용 능력	<ul style="list-style-type: none"> · 건강지식을 실천에 적용하는 능력 · 지역사회 인적, 물적 자원 활용 능력 · 의사소통과 대인관계 기술
대인 간 의사소통 능력	<ul style="list-style-type: none"> · 비판적 사고력, 종합적 사고력 · 공감적 경청 · 자기주장 훈련
목표 설정 능력	<ul style="list-style-type: none"> · 동기 유발과 내면화 · 목표설정 및 실천의지 · 문제 상황 대처 기술
의사 결정 능력	<ul style="list-style-type: none"> · 건강에 필요한 사고력, 판단력 · 합리적 의사결정능력 · 바람직한 태도 함양
실생활 적용 능력	<ul style="list-style-type: none"> · 가치 있는 규범 습득 · 건강문제 해결을 위한 실생활 적용능력

(3) 평가 방법과 결과의 활용

보건 과목의 평가는 교육활동 전반에 걸쳐 종합적이고 전인적인 평가가 되도록 한다. 평가 방법의 선정에 있어서도 과정 평가와 결과 평가를 포함한 종합적인 평가가 이루어지도록 하고, 평가 결과는 수량화하는 것보다는 가급적 문장으로 기술하도록 한다. 일반적으로 활용할 수 있는 평가 방법은 서술형 및 논술형 평가, 구술시험, 토의식 수업 평가, 실험 실습 평가,

자기 평가 및 동료 평가, 포트폴리오 평가 등이 있으며, 평가 결과는 첫째, 학생들이 지속적인 건강 행위 수정을 위한 지식의 제공과 건강 증진을 위한 관심의 증대 및 건강수준 향상을 위해 둘째, 보건 수업의 목표, 내용, 방법 등을 개선하기 위한 근거 자료와 수단으로 활용한다(교육과학기술부, 2008).



Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 대상

본 연구는 부산광역시 초등 보건교사회 회원 287명 중 휴직, 분만, 병가중인 18명을 제외한 269명을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 회수된 설문지 186부 중 불성실하게 답변한 14부를 제외한 172부의 설문지를 분석하였다.

연구 대상자의 일반적 사항은 <표 8>과 같다. 대상자의 연령, 교직경력, 학교규모, 학교급지, 최종 학력 순으로 살펴보았다.

연구 대상자의 연령 분포를 살펴보면 40세 미만이 42명(24.5%), 40세 이상-50세 미만이 68명(39.5%), 50세 이상이 62명(36%)으로 나타났다.

교직경력 분포는 10년 미만이 45명(26.2%), 10-20년 미만이 53명(30.8%), 20년 이상이 74명(43%)으로 나타났다.

학교규모 분포는 18학급이하 42명(24.5%), 19-36학급이 84명(48.8%), 37학급 이상이 46명(26.7%)으로 나타났다.

학교급지 분포는 가급지 15명(8.7%), 나급지 51명(29.7%), 다급지 70명(40.7%), 라급지 36명(20.9%)로 나타났다.

최종 학력 분포는 전문대졸 35명(20.3%), 대졸 107명(62.2%), 대학원졸 30명(17.4%)로 나타났다.

<표 8> 연구 대상자의 일반적 배경

(n = 172)

변인	구분	인원	%
연령	40세 미만	42	24.5
	40세 이상 - 50세 미만	68	39.5
	50세 이상	62	36.0
	합계	172	100.0
교직경력	10년 미만	45	26.2
	10 - 20년 미만	53	30.8
	20년 이상	74	43.0
	합계	172	100.0
학교규모	18학급 이하	42	24.5
	19 - 36학급	84	48.8
	37학급 이상	46	26.7
	합계	172	100.0
학교급지	가급지	15	8.7
	나급지	51	29.7
	다급지	70	40.7
	라급지	36	20.9
	합계	172	100.0
최종 학력	전문대졸	35	20.3
	대졸	107	62.2
	대학원졸	30	17.4
	합계	172	100.0

2. 연구 도구

본 연구의 연구도구는 설문지이며, 설문지의 문항은 기존의 보건교육 실태 연구 김현주(2001), 김경렬(2004), 김영석(2008), 신미경(2008), 김미약(2009)이 사용한 설문지 내용을 기초로 필요한 문항을 발췌하였고 본 연구의 목적에 맞게 수정, 보완하여 보건교사 10명을 대상으로 예비조사를 실시한 후 사용하였다. 설문지 문항구성은 <표 9>와 같다.

<표 9> 설문지 문항 구성

항목	문항번호	문항 수
대상자의 일반적 사항	1-5	5
보건교육 실시 현황	6-14	9
보건교육 교수-학습 운영 실태	15-20, 22	7
보건교사의 보건교육과정에 대한 인식	21, 23, 24-34, 44	14
보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움	35-43	9
보건교육 실시 상 어려움 개선 방안	45	1

3. 연구 절차

연구도구인 설문지 내용 구성을 위해 선행 연구를 기초로 문항을 구성한 후 보건교사 10명을 대상으로 예비조사를 실시하여 수정 보완한 후 최종 설문지를 작성하였다. 본 설문조사는 2009년 12월 부산시 초등보건교사 분과회에서 설문지를 배부하여 즉석 작성 후 회수하였고 이날 미참석자는 별도로 이메일 및 우편을 이용하여 설문조사를 실시하였다. 287명 설문 대상자 중 186부가 회수되었고 이 중 불성실하게 답변한 14부를 제외한 172부의 설문지를 연구 자료로 삼았다.

4. 자료 분석

본 연구의 자료는 SPSS프로그램(Version 14.0K)을 이용하여 다음과 같이 통계처리하였다.

가. 보건교육 실시현황, 교수-학습 운영 실태를 백분율을 통해 어떻게 이루어지고 있는지 확인해 보았다.

나. 보건교사의 보건교육과정에 대한 인식과 보건수업을 실시하는 과정에서 경험하는 어려움의 정도를 보건교사의 일반적 배경 변인(연령, 교직경력, 학교규모, 학교급지, 최종 학력)에 따라 차이가 있는지를 분산분석을 통해 확인해 보았다.



IV. 연구 결과

1. 보건교육 실시현황

가. 보건수업 편성 및 시간배당

보건수업의 편성 및 시간배당 현황은 <표 10>과 같다.

<표 10> 보건수업 편성 및 시간배당 (n = 172)

		인원	%
보건수업편성	재량활동	168	97.7
	체육교과시간	4	2.3
	합계	172	100.0
시간배당	학년별 학기제 실시	147	85.5
	5, 6학년 함께 3월부터 실시	25	14.5
	합계	172	100.0

보건수업 편성은 재량활동시간 편성이 97.7%로 가장 많았고, 체육교과시간 편성이 2.3%로 나타났다.

교육과정 시간배당은 ‘학년별 학기제 실시’가 85.5%, ‘5, 6학년 함께 3월부터 실시’가 14.5%로 나타났다.

나. 보건수업 담당 교사와 보건수업 시 보건실 관리

보건수업 담당 교사와 보건수업 시 보건실 관리 현황은 <표 11>과 같다.

<표 11> 보건수업 담당 교사와 보건수업 시 보건실 관리 (n = 172)

		인원	%
보건수업담당교사	보건교사	170	98.8
	보건교사와 담임교사	2	1.2
	합계	172	100.0
보건수업 시 보건실관리	메모판을 걸고 비워둔다	40	23.3
	담임선생님이 대기 한다	124	72.1
	보조인력 등을 활용 한다	2	1.2
	기타	6	3.5
	합계	172	100.0

<표 11>과 같이 보건수업은 98.8%가 보건교사가 실시하고 있으며, 나머지는 보건교사와 담임교사가 함께 실시한다고 응답했다.

보건수업 시 보건실 관리는 72.1%가 ‘담임선생님이 대기한다’로 가장 많았고 23.3%가 ‘메모판을 걸고 비워둔다’, ‘기타’ 3.5%, ‘보조인력 등을 활용한다’ 1.2%순으로 응답했다.

다. 보건교과서 구입을 위한 예산편성과 교과서 구입

보건교과서 구입을 위한 예산편성과 교과서 구입 현황은 <표 12>와 같다.

<표 12> 보건교과서 구입을 위한 예산편성과 교과서 구입 (n = 172)

		인원	%
예산편성	예	147	85.5
	아니오	25	14.5
여부	합계	172	100.0
교과서구입	해당학생 모두 구입	118	68.6
	공동으로 사용	33	19.2
	구입하지 않음	17	9.9
	기타	4	2.3
	합계	172	100.0
사용하는 교과서	장학자료	15	8.7
	생활 속의 보건	141	82.0
	자체제작자료	15	8.7
	교과서 없음	1	.6
	합계	172	100.0

보건교과서 구입을 위한 예산편성은 85.5%가 ‘편성되어 있다’에 응답하였다.

보건교과서 구입은 ‘해당학생 모두 구입’이 68.6%, ‘한 개 학반만 구입하여 공동으로 사용’이 19.2%로 나타났다.

사용하는 교과서는 ‘생활 속의 보건’이 82%, ‘부산시 교육청 장학자료’가 8.7%, ‘자체제작자료’가 8.7%로 나타났다.

라. 보건교육실 설치 유무

보건교육실 설치 유무를 살펴보면 <표 13>과 같다.

<표 13> 보건교육실 설치 유무

(n = 172)

		인원	%
보건교육실 설치	예	27	15.7
	아니오	145	84.3
	합계	172	100.0
보건교육실 장점	학습효과가 높아 진다	4	14.8
	번거로움, 자료의 파손이 준다	3	11.1
	학생들의 인식이 높아 진다	12	44.4
	환자발생시 신속한 대처가 가능	8	29.6
	합계	27	100.0

보건교육실은 15.7%만이 설치되어 있으며, 보건교육실 사용의 장점으로서는 ‘보건수업에 대한 학생들의 인식이 높아진다’가 44.4%, ‘환자 발생시 신속한 대처 가능’ 29.6%, ‘학습효과가 높아진다’ 14.8%, ‘보건수업 자료 운반의 번거로움, 자료의 파손이 준다’ 11.1% 순으로 나타났다.

2. 보건교육 교수·학습 운영 실태

가. 보건수업을 위한 교재연구 시간

보건수업을 위한 교재연구 시간은 <표 14>와 같다.

<표 14> 보건의업을 위한 교재연구 시간

(n = 172)

		인원	%
교재연구시간	1시간 미만	47	27.3
	1-2시간 미만	67	39.0
	2시간이상	58	33.7
	합계	172	100.0

1시간 보건의업을 위한 교재연구 시간은 1시간 - 2시간미만이 39%로 가장 많았고, 2시간 이상이 33.7%, 1시간미만이 27.3%순으로 나타났다.

나. 보건의업 시 활용하는 학습자료

보건의업 시 활용하는 학습자료는 <표 15>와 같다.

<표 15> 보건의업 시 활용하는 학습자료

(n = 172)

		인원	%
보건의업 시 활용하는 학습자료	인쇄자료	121	31.2
	구체물	53	13.7
	시청각자료	68	17.5
	컴퓨터활용자료	146	37.6
	합계	388	100.0

보건의업 시 활용하는 학습자료는 컴퓨터 활용자료(프리젠테이션 자료, 인터넷 자료, cd 등)가 37.6%로 가장 많이 사용했으며, 다음으로 인쇄자료(교과서, 교사용 지도서 및 참고도서, 학습지 등)가 31.2%, 시청각자료(슬라이드, 화보, 비디오, 녹음자료 등) 17.5%, 구체물 13.7% 순으로 나타났다.

다. 보건수업 방법

보건수업 방법은 <표 16>과 같다.

<표 16> 보건수업 방법 (n = 172)

		인원	%
수업방법	강의	146	84.9
	탐구활동	12	7
	토의,토론	6	3.5
	실기,실습	8	4.6
	합계	172	100.0

보건수업 방법으로는 강의가 84.9%로 가장 많았고, 탐구활동 7%, 실기실습이 4.6%, 토의토론 3.5%로 나타났다.

라. 보건수업 관련 평가

보건수업 관련 평가 현황은 <표 17>과 같다.

<표 17> 보건수업 관련 평가 (n = 172)

		인원	%
평가실시여부	예	151	87.8
	아니오	21	12.2
	합계	172	100.0
어떤 형태의 평가를 실시하는가	진단평가	7	4.6
	형성평가	59	39.1
	총괄평가	85	56.3
	합계	151	100.0
평가 시 사용하는 방법	질의응답	9	6.0
	지필평가	119	78.8
	과제물	11	7.3

	관찰평가	8	5.3
	기타	4	2.6
	합계	151	100.0
평가결과 활용하는가	예	135	89.4
	아니오	16	10.6
	합계	151	100.0
어떻게 평가결과 활용	지도방법개선자료	15	11.1
	수업목표성취도 파악	51	37.8
	성적산출자료	69	51.1
	합계	135	100.0
평가를 실시하지 않는 이유	필요성못느낌	1	4.8
	방법설정의 어려움	8	38.1
	시간부족	6	28.6
	성적반영을 안하므로	6	28.6
	합계	21	100.0

보건수업 관련 평가여부는 평가를 실시한다가 87.8%, 평가를 실시하지 않는다가 12.2%로 응답했다. 이때 평가를 실시한다 응답자의 56.3%는 총괄평가를 39.1%는 형성평가를 4.6%는 진단평가를 실시한다고 답했다. 사용하는 평가 방법으로는 지필평가가 78.8%로 가장 많았으며, 과제물 7.3%, 질의응답 6%, 관찰평가 5.3%, 기타 2.6% 순으로 나타났다. 평가결과는 89.4%가 활용한다고 응답했으며 이 응답자 중 51.1%는 성적산출자료로, 37.8%는 수업목표성취도 파악으로, 11.1%는 지도방법개선자료로 평가결과를 활용한다고 답했다.

앞에서 평가를 실시하지 않는다고 답한 12.2%의 응답자 중에 38.1%는 평가기준이나 방법 설정의 어려움으로, 28.6%는 시간부족, 28.6%는 성적반영을 안하므로, 4.8%는 필요성을 못느낌 등의 순서로 평가미실시의 이유를 응답했다.

마. 보건교과 내용 중 학생들이 가정 흥미를 갖는 영역

보건교과 내용 중 학생들이 가장 흥미를 갖는 영역은 <표 18>과 같다.

<표 18> 보건교과 내용 중 학생들이 가장 흥미를 갖는 영역(n = 172)

		인원	%
보건교과 내용 중 학생들이 가장 흥미를 갖는 영역	일상생활과 건강	3	1.7
	질병예방과 관리	15	8.7
	흡연,음주,약물 오남용	29	16.9
	성과 건강	55	32.0
	사회와 건강	2	1.2
	사고예방과 응급처치	68	39.5
	합계	172	100.0

보건교과 내용 중 학생들이 가장 흥미를 갖는 영역으로는 ‘사고예방과 응급처치’가 39.5%로 가장 높았고, ‘성과 건강’ 32%, ‘흡연,음주,약물 오남용’ 16.9%, ‘질병예방과 관리’ 8.7%, ‘일상생활과 건강’ 1.7%, ‘사회와 건강’ 1.2%순으로 응답하였다.

바. 보건교육 실시를 위해 받은 연수 유무

보건교육 실시를 위해 보건교사가 받은 연수 유무는 <표 19>와 같다.

<표 19> 보건교육 실시를 위해 받은 연수 유무 (n = 172)

		인원	%
연수 여부	받지않음	97	56.4
	30시간 미만	37	21.5
	30~60시간	25	14.5
	60시간 이상	13	7.6
	합계	172	100.0

본격적인 재량활동의 보건교육을 실시하기 위한 연수를 받은적이 있는가

에 대한 답변은 56.4%가 받지 않았다고 응답했고, 30시간 미만이 21.5%, 30 - 60시간이 14.5%, 60시간 이상이 7.6% 순으로 나타났다.

3. 보건교사의 보건교육에 대한 인식

가. 연령에 따른 보건교육과정에 대한 인식

보건교사 연령에 따른 보건교육과정에 대한 인식은 <표 20>과 같다.

<표 20> 연령에 따른 보건교육과정에 대한 인식 (n = 172)

	인원	평균	표준 편차	F	p	Scheffe
아동들의 건강증진 및 건강향상에 도움	40세 미만	42	4.38	1.413	.246	
	40세 이상	68	4.40			
	-50세 미만	62	4.23			
	50세 이상	62	4.23			
	합계	172	4.33			
자신의 신체를 이해하고 질병을 예방	40세 미만	42	4.33	1.739	.179	
	40세 이상	68	4.29			
	-50세 미만	62	4.13			
	50세 이상	62	4.13			
	합계	172	4.24			
7개 보건영역의 내용은 적당	40세 미만	42	4.02	5.306	.006*	50세 이상 <50세 미만
	40세 이상	68	4.00			
	-50세미만	62	3.63			
	50세 이상	62	3.63			
	합계	172	3.87			
7개 보건영역 내용의 난이도는 적당	40세 미만	42	3.79	3.310	.039*	50세 이상 <50세 미만
	40세이상	68	3.76			
	-50세미만	62	3.45			
	50세 이상	62	3.45			
	합계	172	3.79			

	합계	172	3.66	.798		
자료와 기자재는 충분	40세 미만	42	2.55	.832	1.123	.328
	40세 이상	68	2.79	.802		
	-50세 미만	62	2.65	.960		
	50세 이상	62	2.65	.960		
	합계	172	2.68	.870		
보건교육은 시청각방법이 효과적	40세 미만	42	3.38	.962	.728	.484
	40세 이상	68	3.40	.933		
	-50세 미만	62	3.56	.842		
	50세 이상	62	3.56	.842		
	합계	172	3.45	.907		
평가를 위한 평가도구 및 평가 기준이 잘 제시	40세 미만	42	2.62	.854	3.135	.046*
	40세 이상	68	2.62	.773		
	-50세 미만	62	2.95	.895		
	50세 이상	62	2.95	.895		
	합계	172	2.74	.849		
평가는 보건교육목표 선정과 지도방법 개선에 도움	40세 미만	42	3.52	.804	.665	.515
	40세 이상	68	3.50	.702		
	-50세 미만	62	3.37	.794		
	50세 이상	62	3.37	.794		
	합계	172	3.46	.760		
보건교육에 대한 교수능력에 자신 있음	40세 미만	42	3.17	.881	.701	.498
	40세 이상	68	3.15	.697		
	-50세 미만	62	3.31	.879		
	50세 이상	62	3.31	.879		
	합계	172	3.21	.811		
보건영역에 대한 전문지식이 풍부함	40세 미만	42	3.55	.705	.328	.721
	40세 이상	68	3.50	.635		
	-50세 미만	62	3.60	.712		
	50세 이상	62	3.60	.712		
	합계	172	3.55	.678		
교재연구 및 수업준비를 철저히 함	40세 미만	42	3.48	.833	1.706	.185
	40세 이상	68	3.31	.697		
	-50세 미만	62	3.56	.880		
	50세 이상	62	3.56	.880		
	합계	172	3.44	.804		

보건교사의 보건교육에 대한 인식 중 “7개 보건영역의 내용은 적당한가?”, “7개 보건영역 내용의 난이도는 적당한가?”, “평가를 위한 평가도구

및 평가 기준이 잘 제시되어 있다.”에서 교사의 연령에 대해서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

이에 대한 사후검증 결과 “7개 보건영역의 내용은 적당한가?”를 보면 50세 미만의 그룹이 50세 이상 그룹에 비해 더 적당하다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=5.306, p=0.006$). 다음으로 “7개 보건영역 내용의 난이도는 적당한가?”를 보면 앞의 결과와 마찬가지로 50세 미만 그룹이 50세 이상 그룹에 비해 더 적당하다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=3.310, p=0.039$). 마지막으로 “평가를 위한 평가도구 및 평가 기준이 잘 제시되어 있다.”를 보면 50세 이상의 그룹이 50세 미만의 그룹에 비해 더 잘 제시되어 있다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=3.135, p=0.046$). 하지만 이 문항에선 모든 경우 보통 보다 낮게 인식을 하고 있는 것으로 나타나 연령에 관계없이 대부분이 평가기준이 잘 제시되어 있지 않다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다.

나. 교육경력에 따른 보건교육과정에 대한 인식

보건교사의 교육경력에 따른 보건교육과정에 대한 인식은 <표 21>과 같다.

<표 21> 교육경력에 따른 보건교육과정에 대한 인식 (n = 172)

		인원	평균	표준 편차	F	p	Scheffe
아동들의 건강증진 및 건강향상에 도움	10년 미만	45	4.31	.701	1.104	.334	
	10-20년 미만	53	4.43	.636			
	20년 이상	74	4.27	.556			
	합계	172	4.33	.622			
자신의 신체를	10년 미만	45	4.24	.679	1.081	.342	

이해하고 질병을 예방	10-20년 미만	53	4.34	.678			
	20년 이상	74	4.18	.533			
	합계	172	4.24	.620			
7개 보건영역의 내용은 적당	10년 미만	45	3.89	.745	3.630	.029*	20년 이상 <10-20년 미만
	10-20년 미만	53	4.08	.675			
	20년 이상	74	3.72	.785			
	합계	172	3.87	.754			
7개 보건영역 내용의 난이도는 적당	10년 미만	45	3.64	.712	3.133	.046*	20년 이상 <10-20년 미만
	10-20년 미만	53	3.87	.761			
	20년 이상	74	3.51	.848			
	합계	172	3.66	.798			
자료와 기자재는 충분	10년 미만	45	2.62	.806	.500		
	10-20년 미만	53	2.62	.814			
	20년 이상	74	2.76	.948			
	합계	172	2.68	.870			
보건교육은 시청각방법이 효과적	10년 미만	45	3.47	.842	.069		
	10-20년 미만	53	3.42	1.008			
	20년 이상	74	3.47	.879			
	합계	172	3.45	.907			
평가를 위한 평가도구 및 평가 기준이 잘 제시	10년 미만	45	2.56	.785	3.139	.046*	10년 미만 < 20년 이상
	10-20년 미만	53	2.64	.834			
	20년 이상	74	2.92	.872			
	합계	172	2.74	.849			
평가는 보건교육목표 선정과 지도방법 개선에 도움	10년 미만	45	3.42	.783	.510		
	10-20년 미만	53	3.55	.774			
	20년 이상	74	3.42	.740			
	합계	172	3.46	.760			
보건교육에 대한 교수능력에 자신 있음	10년 미만	45	3.13	.842	2.080		
	10-20년 미만	53	3.08	.756			
	20년 이상	74	3.35	.818			
	합계	172	3.21	.811			
보건영역에 대한 전문지식이 풍부함	10년 미만	45	3.40	.618	1.696		
	10-20년 미만	53	3.55	.695			
	20년 이상	74	3.64	.694			
	합계	172	3.55	.678			
교재연구 및 수업준비를 철저히 함	10년 미만	45	3.38	.747	.520		
	10-20년 미만	53	3.40	.768			
	20년 이상	74	3.51	.864			
	합계	172	3.44	.804			

보건교사의 보건교육과정에 대한 인식 중 “7개 보건영역의 내용은 적당한

가?”, “7개 보건영역 내용의 난이도는 적당한가?”, “평가를 위한 평가도구 및 평가 기준이 잘 제시되어 있다.”에서 교사의 교직경력에 대해서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

이에 대한 사후검증 결과 “7개 보건영역의 내용은 적당한가?”를 보면 교직경력이 10-20년 미만의 그룹이 20년 이상 그룹에 비해 더 적당하다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=3.630, p=0.029$). 다음으로 “7개 보건영역 내용의 난이도는 적당한가?”를 보면 앞의 결과와 마찬가지로 교직경력이 10-20년 미만의 그룹이 20년 이상 그룹에 비해 더 적당하다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=3.133, p=0.046$). 마지막으로 “평가를 위한 평가도구 및 평가 기준이 잘 제시되어 있다.”를 보면 교직경력이 20년 이상의 그룹이 10년 미만의 그룹에 비해 더 잘 제시되어 있다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=3.139, p=0.046$). 하지만 이 문항에선 모든 경우 보통 보다 낮게 인식하고 있는 것으로 나타나 교육경력에 관계없이 대부분이 평가 기준이 잘 제시되어 있지 않다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다.

다. 근무학교 규모에 따른 보건교육과정에 대한 인식

근무학교 규모에 따른 보건교육과정에 대한 인식은 <표 22>와 같다.

<표 22> 근무학교 규모에 따른 보건교육과정에 대한 인식 (n = 172)

		인원	평균	표준 편차	F	p
아동들의 건강증진 및 건강향상에 도움	18학급 이하	42	4.45	.633	1.159	.316
	19-36학급	84	4.27	.628		
	37학급이상	46	4.33	.598		
	합계	172	4.33	.622		
자신의 신체를 이해하고	18학급 이하	42	4.36	.618	.930	.397

질병을 예방	19-36학급	84	4.20	.636		
	37학급이상	46	4.22	.593		
	합계	172	4.24	.620		
7개 보건영역의 내용은 적당	18학급 이하	42	3.95	.731	.422	.657
	19-36학급	84	3.87	.757		
	37학급이상	46	3.80	.778		
	합계	172	3.87	.754		
7개 보건영역 내용의 난이도는 적당	18학급 이하	42	3.60	.767	.424	.655
	19-36학급	84	3.71	.800		
	37학급이상	46	3.61	.829		
	합계	172	3.66	.798		
자료와 기자재는 충분	18학급 이하	42	2.79	.898	.472	.625
	19-36학급	84	2.67	.896		
	37학급이상	46	2.61	.802		
	합계	172	2.68	.870		
보건교육은 시청각방법이 효과적	18학급 이하	42	3.43	.887	.084	.919
	19-36학급	84	3.44	.923		
	37학급이상	46	3.50	.913		
	합계	172	3.45	.907		
평가를 위한 평가도구 및 평가 기준이 잘 제시	18학급 이하	42	2.76	.878	.025	.976
	19-36학급	84	2.73	.869		
	37학급이상	46	2.74	.801		
	합계	172	2.74	.849		
평가는 보건교육목표 선정과 지도방법 개선에 도움	18학급 이하	42	3.45	.670	.798	.452
	19-36학급	84	3.52	.784		
	37학급이상	46	3.35	.795		
	합계	172	3.46	.760		
보건교육에 대한 교수능력에 자신있음	18학급 이하	42	3.14	.872	.927	.398
	19-36학급	84	3.17	.804		
	37학급이상	46	3.35	.766		
	합계	172	3.21	.811		
보건영역에 대한 전문지식이 풍부함	18학급 이하	42	3.43	.630	.884	.415
	19-36학급	84	3.57	.733		
	37학급이상	46	3.61	.614		
	합계	172	3.55	.678		
교재연구 및 수업준비를 철저히 함	18학급 이하	42	3.48	.671	.135	.874
	19-36학급	84	3.45	.911		
	37학급이상	46	3.39	.714		
	합계	172	3.44	.804		

보건교사의 보건교육과정에 대한 인식 중에서 학교의 규모에 대해서는 모

든 경우에 대해서 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

라. 근무학교급지에 따른 보건교육과정에 대한 인식

근무학교급지에 따른 보건교육과정에 대한 인식은 <표 23>과 같다.

<표 23> 근무학교급지에 따른 보건교육과정에 대한 인식 (n = 172)

	인원	평균	표준 편차	F	p	Scheffe	
아동들의 건강증진 및 건강향상에 도움	가급지	15	4.33	.724	1.830	.144	
	나급지	51	4.22	.577			
	다급지	70	4.31	.671			
	라급지	36	4.53	.506			
	합계	172	4.33	.622			
자신의 신체를 이해하고 질병을 예방	가급지	15	4.13	.834	1.651	.180	
	나급지	51	4.20	.601			
	다급지	70	4.20	.604			
	라급지	36	4.44	.558			
	합계	172	4.24	.620			
7개 보건영역의 내용은 적당	가급지	15	3.87	.640	1.600	.191	
	나급지	51	3.82	.740			
	다급지	70	3.79	.778			
	라급지	36	4.11	.747			
	합계	172	3.87	.754			
7개 보건영역 내용의 난이도는 적당	가급지	15	3.67	.488	.778	.508	
	나급지	51	3.59	.804			
	다급지	70	3.61	.839			
	라급지	36	3.83	.811			
	합계	172	3.66	.798			
자료와 기자재는 충분	가급지	15	2.73	.458	3.222	.024*	다급지 <라급지
	나급지	51	2.69	.905			
	다급지	70	2.49	.847			
	라급지	36	3.03	.910			
	합계	172	2.68	.870			
보건교육은 시청각방법이 효과적	가급지	15	3.47	.640	.245	.865	
	나급지	51	3.53	.924			

	다급지	70	3.44	.942		
	라급지	36	3.36	.931		
	합계	172	3.45	.907		
평가를 위한 평가도구 및 평가 기준이 잘 제시	가급지	15	2.53	.834	1.074	.362
	나급지	51	2.90	.878		
	다급지	70	2.67	.793		
	라급지	36	2.72	.914		
	합계	172	2.74	.849		
평가는 보건교육목표 선정과 지도방법 개선에 도움	가급지	15	3.40	.828	.864	.461
	나급지	51	3.43	.781		
	다급지	70	3.40	.769		
	라급지	36	3.64	.683		
	합계	172	3.46	.760		
보건교육에 대한 교수능력에 자신있음	가급지	15	3.13	.516	.148	.931
	나급지	51	3.22	.808		
	다급지	70	3.19	.822		
	라급지	36	3.28	.914		
	합계	172	3.21	.811		
보건영역에 대한 전문지식이 풍부함	가급지	15	3.20	.561	1.570	.199
	나급지	51	3.61	.695		
	다급지	70	3.54	.716		
	라급지	36	3.61	.599		
	합계	172	3.55	.678		
교재연구 및 수업준비를 철저히 함	가급지	15	3.27	.704	.385	.764
	나급지	51	3.49	.857		
	다급지	70	3.41	.843		
	라급지	36	3.50	.697		
	합계	172	3.44	.804		

보건교사의 보건교육과정에 대한 인식 중 “자료와 기자재는 충분하다.”에서 학교의 급지에 대해서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

이에 대한 사후검증 결과를 보면 “자료와 기자재는 충분하다.”를 보면 학교급지가 라급지의 그룹이 다급지의 그룹에 비해 더 충분하다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=3.222, p=0.024$).

마. 최종 학력에 따른 보건교육과정에 대한 인식

최종 학력에 따른 보건교육과정에 대한 인식은 <표 24>와 같다.

<표 24> 최종 학력에 따른 보건교육과정에 대한 인식 (n = 172)

		인원	평균	표준 편차	F	p	Scheffe
아동들의 건강증진 및 건강향상에 도움	전문대졸	35	4.23	.598	2.830	.062	
	대졸	107	4.30	.633			
	대학원졸	30	4.57	.568			
	합계	172	4.33	.622			
자신의 신체를 이해하고 질병을 예방	전문대졸	35	4.11	.583	3.542	.031*	대졸이하 < 대학원졸
	대졸	107	4.21	.630			
	대학원졸	30	4.50	.572			
	합계	172	4.24	.620			
7개 보건영역의 내용은 적당	전문대졸	35	3.60	.775	3.049	.050*	대졸이하 < 대학원졸
	대졸	107	3.93	.761			
	대학원졸	30	4.00	.643			
	합계	172	3.87	.754			
7개 보건영역 내용의 난이도는 적당	전문대졸	35	3.49	.781	1.152	.318	
	대졸	107	3.72	.775			
	대학원졸	30	3.63	.890			
	합계	172	3.66	.798			
자료와 기자재는 충분	전문대졸	35	2.66	.873	.085	.918	
	대졸	107	2.70	.827			
	대학원졸	30	2.63	1.033			
	합계	172	2.68	.870			
보건교육은 시청각방법이 효과적	전문대졸	35	3.54	.980	2.313	.102	
	대졸	107	3.51	.840			
	대학원졸	30	3.13	1.008			
	합계	172	3.45	.907			
평가를 위한 평가도구 및 평가 기준이 잘 제시	전문대졸	35	2.91	.781	1.378	.255	
	대졸	107	2.73	.842			
	대학원졸	30	2.57	.935			
	합계	172	2.74	.849			
평가는 보건교육목표 선정과 지도방법 개선에 도움	전문대졸	35	3.29	.789	1.179	.310	
	대졸	107	3.50	.757			
	대학원졸	30	3.53	.730			

	합계	172	3.46	.760		
보건교육에 대한 교수능력에 자신있음	전문대졸	35	3.14	.845	.304	.738
	대졸	107	3.21	.774		
	대학원졸	30	3.30	.915		
	합계	172	3.21	.811		
보건영역에 대한 전문지식이 풍부함	전문대졸	35	3.43	.778	.797	.452
	대졸	107	3.56	.586		
	대학원졸	30	3.63	.850		
	합계	172	3.55	.678		
교재연구 및 수업준비를 철저히 함	전문대졸	35	3.54	.817	.548	.579
	대졸	107	3.44	.767		
	대학원졸	30	3.33	.922		
	합계	172	3.44	.804		

보건교사의 보건교육과정에 대한 인식 중 “자신의 신체를 이해하고 질병을 예방하게 한다.”, “7개 보건영역의 내용은 적당한가?”에서 교사의 학력에 대해서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

이에 대한 사후검증을 보면 “자신의 신체를 이해하고 질병을 예방하게 한다.”를 보면 교사의 학력이 대학원졸의 그룹이 전문대졸이나 대졸의 그룹에 비해 더 그렇다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=3.542$, $p=0.031$). 다음으로 “7개 보건영역의 내용은 적당한가?”를 보면 앞의 결과와 마찬가지로 교사의 학력이 대학원졸의 그룹이 전문대졸이나 대졸의 그룹에 비해 더 적당하다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=3.049$, $p=0.050$).

바. “연간 5, 6학년 각각 17시간 이상“ 시수에 대한 인식

현재 연간 5, 6학년 각각 17시간 이상의 보건교육 실시 시수에 대한 인식은 <표 25>와 같다.

<표 25> 연간 5, 6학년 각각 17시간 이상 시수에 대한 인식 (n = 172)

		인원	%
17시간이상의 보건교육 실시 시간수	적다	10	5.8
	적당하다	75	43.6
	많다	87	50.6
	합계	172	100.0
적은 이유	태도 정착, 행동변화를 위해 더 많은 시간이 필요	10	100.0
	합계	10	100.0
많은 이유	7개 영역을 다 교육하기에 시간부족	15	17.2
	과대학급으로 수업시수가 많다	22	25.3
	다른 업무의 양이 많아 시간부족	49	56.3
	기타	1	1.1
	합계	87	100.0

17시간 이상의 보건교육 실시는 “많다”가 50.6%, “적당하다” 43.6%, “적다”는 5.8%순으로 응답했다. “많다”응답자의 56.3%가 다른 업무의 양이 많아 시간이 부족하다를 그 이유로 답했다.

사. 기타 보건교육에 대한 인식

(1) 보건교과 내용 중 보건교사가 가장 중요하게 생각하는 영역은 성과 건강 32.7%, 사고예방과 응급처치 24%, 질병예방과 관리 17.5%, 일상생활과 건강 15.2%, 흡연, 음주, 약물 오남용 9.4%, 정신건강과 사회와 건강이 각각 0.6% 순으로 나타났다.

(2) 보건교과 내용 중 가장 필요한 연수 내용은 성과 건강 32%, 정신건강 19.2%, 사고예방과 응급처치 18%, 일상생활과 건강 8.7%, 질병예방과 관리 8.1%, 흡연, 음주, 약물 오남용 7.6%, 사회와 건강 6.4% 순으로 나타났다.

아. 연령에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도

연령에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도는 <표 26>과 같다.

<표 26> 연령에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도
(n = 172)

		인원	평균	표준 편차	F	p	Scheffe
학교교육계획서의 교 육과정에 보건교육 내용이 실려 있지 않 아 실시의 어려움이 있다	40세 미만	42	1.88	.803	6.056	.003*	50세 미만 <50세이상
	40세 이상	68	2.13	.862			
	-50세미만	62	2.48	.971			
	50세 이상	62	2.48	.971			
	합계	172	2.20	.915			
보건교육 시에 보건 실 운영 및 관리상의 어려움이 있다	40세 미만	42	3.98	.811	.720	.488	
	40세 이상	68	3.82	.961			
	-50세 미만	62	3.76	.935			
	50세 이상	62	3.76	.935			
	합계	172	3.84	.916			
보건교육을 위한 독 립된 교과목이 없어 어려움이 있다	40세 미만	42	3.12	1.109	.721	.488	
	40세 이상	68	3.37	1.064			
	-50세 미만	62	3.31	1.049			
	50세 이상	62	3.31	1.049			
	합계	172	3.28	1.068			
보건수업 내용에 따 라 다양한 수업방법 을 적용하는 데 어려 움이 있다	40세 미만	42	3.79	.682	1.792	.170	
	40세 이상	68	3.76	.775			
	-50세 미만	62	3.55	.761			
	50세 이상	62	3.55	.761			
	합계	172	3.69	.752			
보건수업 시 교수능 력이 부족하다고 생 각한다.	40세 미만	42	3.24	.906	.362	.697	
	40세 이상	68	3.21	.744			
	-50세 미만	62	3.11	.791			
	50세 이상	62	3.11	.791			
	합계	172	3.18	.800			
수업에 필요한 기자	40세 미만	42	2.79	.871	1.538	.218	

재를 사용하는 능력이 부족하다고 생각한다.	40세 이상	68	2.71	.847		
	-50세 미만					
	50세 이상	62	2.95	.711		
	합계	172	2.81	.809		
보건교육 실시 시 교장의 이해와 협조가 부족하다고 생각한다.	40세 미만	42	2.50	.773		
	40세 이상					
	-50세 미만	68	2.81	.868	1.472	.232
	50세 이상	62	2.69	1.049		
합계	172	2.69	.920			
학교 보건 예산의 부족으로 보건교육의 질적 향상에 어려움이 있다	40세 미만	42	3.02	1.070		
	40세 이상					
	-50세 미만	68	3.06	.929	1.045	.354
	50세 이상	62	2.82	.967		
합계	172	2.97	.979			
현재 맡고 있는 업무의 양이 많아 보건교육에 충실하기가 어렵다	40세 미만	42	3.86	1.026		
	40세 이상					
	-50세 미만	68	4.00	.977	.767	.466
	50세 이상	62	3.79	.960		
합계	172	3.89	.982			

보건교사의 보건교육실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도 중 “학교교육계획서의 교육과정에 보건교육 내용이 실려 있지 않아 실시의 어려움이 있다.”에서 교사의 나이에 대해서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

이에 대한 사후검증을 보면 “학교교육계획서의 교육과정에 보건교육 내용이 실려 있지 않아 실시의 어려움이 있다.”를 보면 교사의 나이가 50세 이상의 그룹이 50세 미만 그룹에 비해 더 그렇다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=6.056, p=0.003$). 그렇지만 이 문항은 평균보다 모두 낮게 인식하고 있어서 차이가 있을 뿐이지 학교교육계획서의 교육과정에 보건교육 내용이 실려 있지 않아 실시의 어려움이 있다고 크게 인식하고 있지는 않는 것을 알 수 있다.

자. 교육경력에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도

교육경력에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도는 <표 27>과 같다.

<표 27> 교육경력에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도 (n = 172)

		인원	평균	표준 편차	F	p	Scheffe
학교교육계획서의 교육과정 에 보건교육 내용이 실려 있지 않아 실시의 어려움이 있다.	10년 미만	45	1.98	.892	3.652	.028*	10년 미만 <20년이상
	10-20년	53	2.09	.838			
	20년 이상	74	2.41	.950			
	합계	172	2.20	.915			
보건교육 시에 보건 실 운영 및 관리상의 어려움이 있다.	10년 미만	45	3.89	.714	2.749	.067	
	10-20년	53	4.04	.940			
	20년 이상	74	3.66	.983			
	합계	172	3.84	.916			
보건교육을 위한 독 립된 교과목이 없어 어려움이 있다.	10년 미만	45	3.24	1.026	.108	.898	
	10-20년	53	3.34	1.159			
	20년 이상	74	3.27	1.038			
	합계	172	3.28	1.068			
보건수업 내용에 따 라 다양한 수업방법 을 적용하는 데 어려 움이 있다.	10년 미만	45	3.76	.679	1.860	.159	
	10-20년	53	3.81	.786			
	20년 이상	74	3.57	.760			
	합계	172	3.69	.752			
보건수업 시 교수능 력이 부족하다고 생 각한다.	10년 미만	45	3.31	.763	2.438	.090	
	10-20년	53	3.28	.841			
	20년 이상	74	3.03	.776			
	합계	172	3.18	.800			
수업에 필요한 기자 재를 사용하는 능력 이 부족하다고 생각 한다.	10년 미만	45	2.78	.823	.077	.926	
	10-20년	53	2.81	.856			
	20년 이상	74	2.84	.777			
	합계	172	2.81	.809			

보건교육 실시 시 학교장의 이해와 협조가 부족하다고 생각한다.	10년 미만	45	2.56	.586	.696	.500
	10-20년	53	2.72	.948		
	20년 이상	74	2.76	1.057		
	합계	172	2.69	.920		
학교 보건 예산의 부족으로 보건교육의 질적 향상에 어려움이 있다.	10년 미만	45	3.02	.988	.510	.601
	10-20년	53	3.04	.999		
	20년 이상	74	2.88	.964		
	합계	172	2.97	.979		
현재 맡고 있는 업무의 양이 많아 보건교육에 충실하기가 어렵다.	10년 미만	45	3.80	1.014	.263	.769
	10-20년	53	3.91	1.043		
	20년 이상	74	3.93	.926		
	합계	172	3.89	.982		

보건교사의 보건교육실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도 중 “학교교육계획서의 교육과정에 보건교육 내용이 실려 있지 않아 실시의 어려움이 있다”에서 교사의 교직경력에 대해서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

이에 대한 사후검증을 보면 “학교교육계획서의 교육과정에 보건교육 내용이 실려 있지 않아 실시의 어려움이 있다”를 보면 교사의 교직경력이 20년 이상의 그룹이 10년 미만의 그룹에 비해 더 그렇다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=3.652, p=0.028$). 그렇지만 이 문항은 평균보다 모두 낮게 인식하고 있어서 차이가 있을 뿐이지 학교교육계획서의 교육과정에 보건교육 내용이 실려 있지 않아 실시의 어려움이 있다고 크게 인식하고 있지는 않는 것을 알 수 있다.

차. 근무학교 규모에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도

근무학교 규모에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도는

<표 28>과 같다.

<표 28> 근무학교 규모에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는
어려움의 정도 (n = 172)

		인원	평균	표준 편차	F	p	Scheffe
학교교육계획서의 교 육과정에 보건교육 내용이 실려 있지 않 아 실시의 어려움이 있다	18학급 이하	42	2.10	.932	.929	.397	
	19-36학급	84	2.17	.889			
	37학급이상	46	2.35	.948			
	합계	172	2.20	.915			
보건교육 시에 보건 실 운영 및 관리상의 어려움이 있다	18학급 이하	42	3.74	.734	1.317	.271	
	19-36학급	84	3.79	.995			
	37학급이상	46	4.02	.906			
	합계	172	3.84	.916			
보건교육을 위한 독 립된 교과목이 없어 어려움이 있다	18학급 이하	42	3.29	1.043	.123	.884	
	19-36학급	84	3.25	1.085			
	37학급이상	46	3.35	1.079			
	합계	172	3.28	1.068			
보건수업 내용에 따 라 다양한 수업방법 을 적용하는 데 어려 움이 있다	18학급 이하	42	3.60	.734	.472	.624	
	19-36학급	84	3.71	.785			
	37학급이상	46	3.74	.713			
	합계	172	3.69	.752			
보건수업 시 교수능 력이 부족하다고 생 각한다.	18학급 이하	42	3.29	.835	.523	.594	
	19-36학급	84	3.13	.724			
	37학급이상	46	3.17	.902			
	합계	172	3.18	.800			
수업에 필요한 기자 재를 사용하는 능력 이 부족하다고 생각 한다.	18학급 이하	42	2.76	.790	.700	.498	
	19-36학급	84	2.77	.812			
	37학급이상	46	2.93	.827			
	합계	172	2.81	.809			
보건교육 실시 시 학 교장의 이해와 협조 가 부족하다고 생각 한다.	18학급 이하	42	2.48	.862	8.660	.000*	36학급 이하 <37학급 이상
	19-36학급	84	2.55	.842			
	37학급이상	46	3.15	.965			
	합계	172	2.69	.920			
학교 보건 예산의 부	18학급 이하	42	2.67	.954	3.882	.022*	18학급이하

족으로 보건교육의 질적 향상에 어려움이 있다.	19-36학급	84	2.96	.999		<37학급 이상	
	37학급이상	46	3.24	.899			
	합계	172	2.97	.979			
현재 맡고 있는 업무의 양이 많아 보건교육에 충실하기가 어렵다.	18학급 이하	42	3.43	.966	7.575	.001*	18학급이하 <19학급 이상
	19-36학급	84	3.95	.981			
	37학급이상	46	4.20	.859			
	합계	172	3.89	.982			

보건교사의 보건교육실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도 중 “보건교육 실시 시 학교장의 이해와 협조가 부족하다고 생각한다.”, “학교 보건 예산의 부족으로 보건교육의 질적 향상에 어려움이 있다.”, “현재 맡고 있는 업무의 양이 많아 보건교육에 충실하기가 어렵다”에서 학교의 규모에 대해서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

이에 대한 사후검증을 살펴보면 다음과 같다. “보건교육 실시 시 학교장의 이해와 협조가 부족하다고 생각한다.”를 보면 학교의 규모가 37학급 이상의 그룹이 36학급 이하의 그룹에 비해 더 그렇다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=8.660, p=0.000$). 다음으로 “학교 보건 예산의 부족으로 보건교육의 질적 향상에 어려움이 있다.”를 보면 학교의 규모가 37학급 이상의 그룹이 18학급 이하의 그룹에 비해 더 그렇다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=3.882, p=0.022$). 마지막으로 “현재 맡고 있는 업무의 양이 많아 보건교육에 충실하기가 어렵다.”를 보면 학교의 규모가 19학급 이상의 그룹이 18학급 이하의 그룹에 비해 더 그렇다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=7.575, p=0.001$).

카. 근무학교급지에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도

근무학교급지에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도는 <표 29>와 같다.

<표 29> 근무학교급지에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도 (n = 172)

		인원	평균	표준 편차	F	P
학교교육계획서의 교 육과정에 보건교육 내 용이 실려 있지 않아 실시의 어려움이 있다	가급지	15	2.20	.941	.098	.961
	나급지	51	2.25	.891		
	다급지	70	2.17	.916		
	라급지	36	2.17	.971		
	합계	172	2.20	.915		
보건교육 시에 보건실 운영 및 관리상의 어 려움이 있다	가급지	15	3.67	.816	.887	.449
	나급지	51	4.00	.938		
	다급지	70	3.76	.970		
	라급지	36	3.83	.811		
	합계	172	3.84	.916		
보건교육을 위한 독립 된 교과목이 없어 어 려움이 있다	가급지	15	3.33	.976	.169	.917
	나급지	51	3.33	1.071		
	다급지	70	3.21	1.115		
	라급지	36	3.33	1.042		
	합계	172	3.28	1.068		
보건수업 내용에 따라 다양한 수업방법을 적 용하는 데 어려움이 있다	가급지	15	3.27	.884	2.331	.076
	나급지	51	3.69	.678		
	다급지	70	3.81	.728		
	라급지	36	3.64	.798		
	합계	172	3.69	.752		
보건수업 시 교수능력 이 부족하다고 생각한 다.	가급지	15	3.20	.676	.136	.938
	나급지	51	3.24	.764		
	다급지	70	3.14	.785		
	라급지	36	3.17	.941		
	합계	172	3.18	.800		
수업에 필요한 기자재 를 사용하는 능력이 부족하다고 생각한다.	가급지	15	2.80	.862	.093	.964
	나급지	51	2.86	.749		
	다급지	70	2.80	.894		
	라급지	36	2.78	.722		
	합계	172	2.81	.809		

보건교육 실시 시 학교장의 이해와 협조가 부족하다고 생각한다.	가급지	15	2.80	.862	.395	.757
	나급지	51	2.78	.923		
	다급지	70	2.64	.948		
	라급지	36	2.61	.903		
	합계	172	2.69	.920		
학교 보건 예산의 부족으로 보건교육의 질적 향상에 어려움이 있다.	가급지	15	3.40	.910	1.445	.231
	나급지	51	3.04	1.019		
	다급지	70	2.87	.947		
	라급지	36	2.86	.990		
	합계	172	2.97	.979		
현재 맡고 있는 업무의 양이 많아 보건교육에 충실하기가 어렵다.	가급지	15	4.20	1.014	1.278	.284
	나급지	51	3.98	.969		
	다급지	70	3.87	.947		
	라급지	36	3.67	1.042		
	합계	172	3.89	.982		

보건교사의 보건교육실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도 중에서 학교의 급지에 대해서 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

다. 최종 학력에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도

최종 학력에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도는 <표 30>과 같다.

<표 30> 최종 학력에 따라 보건교육 실시 과정에서 경험하는

어려움의 정도

(n = 172)

		인원	평균	표준 편차	F	p	Scheffe
학교교육계획서의 교육 과정에 보건교육 내용 이 실려 있지 않아 실 시의 어려움이 있다	전문대졸	35	2.40	.946	3.037	.051	
	대졸	107	2.07	.861			
	대학원졸	30	2.43	1.006			
	합계	172	2.20	.915			
보건교육 시에 보건실 운영 및 관리상의 어려 움이 있다	전문대졸	35	3.83	.985	3.050	.050*	대졸 <대학원졸
	대졸	107	3.74	.883			
	대학원졸	30	4.20	.887			
	합계	172	3.84	.916			
보건교육을 위한 독립 된 교과목이 없어 어려 움이 있다	전문대졸	35	3.29	1.073	4.051	.019*	대졸이하 <대학원졸
	대졸	107	3.15	1.044			
	대학원졸	30	3.77	1.040			
	합계	172	3.28	1.068			
보건수업 내용에 따라 다양한 수업방법을 적 용하는 데 어려움이 있 다	전문대졸	35	3.66	.838	1.402	.249	
	대졸	107	3.64	.756			
	대학원졸	30	3.90	.607			
	합계	172	3.69	.752			
보건수업 시 교수능력 이 부족하다고 생각한 다.	전문대졸	35	3.14	.810	.664	.516	
	대졸	107	3.15	.775			
	대학원졸	30	3.33	.884			
	합계	172	3.18	.800			
수업에 필요한 기자재 를 사용하는 능력이 부 족하다고 생각한다.	전문대졸	35	3.09	.742	3.913	.022*	대학원졸 <전문대졸
	대졸	107	2.80	.806			
	대학원졸	30	2.53	.819			
	합계	172	2.81	.809			
보건교육 실시 시 학교 장의 이해와 협조가 부 족하다고 생각한다.	전문대졸	35	2.80	.994	.539	.584	
	대졸	107	2.64	.894			
	대학원졸	30	2.77	.935			
	합계	172	2.69	.920			
학교 보건 예산의 부족 으로 보건교육의 질적 향상에 어려움이 있다.	전문대졸	35	2.63	.942	3.974	.021*	전문대졸 <대학원졸
	대졸	107	2.98	.981			
	대학원졸	30	3.30	.915			
	합계	172	2.97	.979			
현재 맡고 있는 업무의 양이 많아 보건교육에 충실하기가 어렵다.	전문대졸	35	3.51	.981	3.998	.020*	전문대졸 <대졸 이상
	대졸	107	3.93	.954			
	대학원졸	30	4.17	.986			
	합계	172	3.89	.982			

보건교사의 보건교육실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도 중 “보건교육 시에 보건실 운영 및 관리상의 어려움이 있다.”, “보건교육을 위한 독립된 교과목이 없어 어려움이 있다.”, “수업에 필요한 기자재를 사용하는 능력이 부족하다고 생각한다.”, “학교 보건 예산의 부족으로 보건교육의 질적 향상에 어려움이 있다.”, “현재 맡고 있는 업무의 양이 많아 보건교육에 충실하기가 어렵다.”에서 교사의 학력에 대해서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

이에 대한 사후검증을 보면 다음과 같다. “보건교육 시에 보건실 운영 및 관리상의 어려움이 있다.”를 보면 교사의 학력이 대학원졸의 그룹이 대졸의 그룹에 비해 더 그렇다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=3.050$, $p=0.050$). 다음으로 “보건교육을 위한 독립된 교과목이 없어 어려움이 있다.”를 보면 교사의 학력이 대학원졸의 그룹이 전문대졸 및 대졸의 그룹에 비해 더 그렇다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=4.051$, $p=0.019$). 다음으로 “수업에 필요한 기자재를 사용하는 능력이 부족하다고 생각한다.”를 보면 교사의 학력이 전문대졸의 그룹이 대학원졸의 그룹에 비해 더 그렇다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=3.913$, $p=0.022$). 다음으로 “학교 보건 예산의 부족으로 보건교육의 질적 향상에 어려움이 있다.”를 보면 교사의 학력이 대학원졸의 그룹이 전문대졸에 비해서 더 그렇다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=3.974$, $p=0.021$). 마지막으로 “현재 맡고 있는 업무의 양이 많아 보건교육에 충실하기가 어렵다.”를 보면 교사의 학력이 대졸 및 대학원졸의 그룹이 전문대졸의 그룹에 비해서 더 그렇다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다($F=3.998$, $p=0.020$).

파. 보건교육 실시 상의 어려움에 따른 개선 방안으로 우선 해결
해야 할 과제

보건교육 실시 상의 어려움에 따른 개선 방안으로 우선 해결해야 할 과제는 <표 31>과 같다.

<표 31> 보건교육 실시 상의 어려움에 따른 개선 방안으로 우선
해결해야 할 과제 (n = 172)

	인원	%	
어려움개선 방안	보건교과목 신설	43	8.3
	보건교사 2인 배치	107	20.7
	보건교육실 설치	67	13.0
	연수기회 확대	58	11.2
	불필요한 업무 경감	119	23.1
	보건교육에 대한 인식 변화	40	7.8
	체계적인 보건교육과정	36	7.0
	교재 및 교구 개발	32	6.2
	재정적 지원 확대	14	2.7
	합계	516	100.0

“불필요한 업무 경감”이 23.1%로 가장 많이 응답했고, “보건교사 2인 배치” 20.7%, “보건교육실 설치” 13%, “연수기회 확대” 11.2% 순이었다.

V. 논의 및 결론

본 연구의 목적은 부산광역시 초등학교 보건교사를 대상으로 2008년 초중등학교 교육과정 부분 수정고시 이후의 보건교육 운영 실태를 파악하고 보건교육 실시에 따르는 어려움을 알아보는 데 있다. 이를 근거로 앞으로 보건교육이 나아갈 바람직한 방향을 위한 기초자료를 제공하고자 하였다.

이러한 연구 목적을 위하여 본 연구에서 설정된 연구 문제를 중심으로 결과를 요약하여 논의하고 이에 따른 결론을 제시하면 다음과 같다.

1. 요약

본 연구의 목적은 2008년 초중등학교 교육과정 부분 수정고시 이후의 초등학교보건교육 운영 실태를 파악하고 보건교육과정에 대한 보건교사의 인식 및 보건교육을 실시하는 과정에서의 어려움을 파악하는 데 있다.

연구 대상은 부산광역시 초등 보건교사회 회원 287명 중 휴직, 분만, 병가 중인 18명을 제외한 269명을 대상으로 설문조사를 실시하였으며, 회수된 186부 중 불성실 답변 14부를 제외한 172부의 설문지를 분석하였다. 수집된 자료는 SPSS 14.0K를 이용하여 빈도분석, 분산분석을 하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

가. 보건교육 실시 현황

97.7%의 학교가 재량활동시간에 보건수업이 이루어지며, 학년별 학기제로 실시하고 있다. 주로 보건교사가 수업을 담당하고, 72.1%가 수업시 담임교사가 보건실에 대기한다. 교과서 구입을 위해서는 85.5%가 학교에서 예산 편성이 되었고, 이에 따라 68.6%의 학생이 교과서를 구입해서 사용하였다. 이때 82%를 생활 속의 보건 책을 사용하는 것으로 나타났다. 보건교육실은 15.7%의 학교에서 설치되어 있었으며, 보건교육실 설치 이용의 장점으로 44.4%가 ‘학생들의 보건교육에 대한 인식이 높아진다’, 29.6%가 ‘수업 중 환자발생시 신속한 대처가 가능하다’로 응답하였다.

나. 보건교육 교수·학습 운영 실태

교재연구시간은 1-2시간 미만이 가장 많았고, 컴퓨터 활용자료와 인쇄자료의 활용이 가장 많았다. 보건수업 방법은 강의가 84.9%로 가장 많았다. 보건수업 관련 평가는 87.8%가 실시하고 있는 것으로 나타났고, 총괄평가 형태의 지필평가 방법이 가장 많이 사용되었다. 89.4%에서 평가 결과가 활용되었고, 51.1%가 성적산출자료로 활용한다고 나타났다. 평가를 실시하지 않는 대상자들의 가장 큰 이유는 평가 방법 설정의 어려움 때문이라 응답했다.

보건교과 내용 중 학생들이 가장 흥미를 갖는 영역은 ‘사고예방과 응급처치’, ‘성과 건강’ 순이었다.

본격적인 재량활동 보건교육 실시를 위한 연수를 받은 적이 있는가에 대해서는 56.4%가 받지 않았다고 응답했다.

다. 보건교사의 보건교육에 대한 인식

(1) 보건교육과정에 대한 보건교사의 인식

연령과 경력에 따라 ‘제시된 7개 보건영역의 내용은 적당하다’, ‘제시된 7개 영역 내용의 난이도는 적당하다’에서 50세 미만 그룹, 교육경력 10-20년 미만 그룹이 50세 이상 그룹, 교육경력 20년 이상 그룹보다 더 그렇다고 인식하고 있다.

근무학교급지에 따라 ‘보건교육을 위한 자료와 기자재는 충분하다’에서 라급지 그룹이 다급지 그룹에 비해 더 그렇다고 인식하고 있다.

최종 학력에 따라 ‘보건교육은 자신의 신체를 이해하고 질병을 예방할 수 있도록 한다’, ‘7개 보건영역의 내용은 적당하다’에 대해 대학원졸 그룹이 그 외 그룹에 비해 더 그렇다고 인식하고 있다.

‘연간 5, 6학년 각각 17시간 이상 보건교육 실시’에 대해서는 50.6%가 많다고 답했으며 응답자의 56.3%가 ‘다른 업무의 양이 많아 17시간의 보건수업을 할 시간이 부족하다’를 이유로 들었다.

보건교과 7개 영역 중 보건교사가 가장 중요하게 생각하는 영역은 ‘성과 건강’, ‘사고예방과 응급처치’ 순이었다.

(2) 보건교육을 실시하는 과정에서 경험하는 어려움의 정도

근무학교 규모에 따라 “보건교육 실시 시 학교장의 이해와 협조가 부족하다고 생각한다”, “학교 보건 예산의 부족으로 보건교육의 질적 향상에 어려움이 있다”에 학교 규모 37학급 이상의 그룹이 36학급 이하의 그룹보다 더 그렇다고 인식한다. 또한 근무학교 학급 수 37학급 이상의 그룹이 36학급 이하의 그룹에 비해 라고 어려움을 느끼고 있다. 또한 “현재 맡고 있는 업무의 양이 많아 보건교육에 충실하기가 어렵다”에 학급 규모 19학급 이

상의 그룹이 18학급 이하의 그룹에 비해 더 그렇다고 인식하고 있다.

최종 학력에 따라 “보건교육 시에 보건실 운영 및 관리상의 어려움이 있다”, “보건교육을 위한 독립된 교과목이 없어 어려움이 있다”, “학교보건 예산의 부족으로 보건교육의 질적 향상에 어려움이 있다”에서 대학원졸 그룹이 가장 그렇다고 인식하고 있다. “수업에 필요한 기자재를 사용하는 능력이 부족하다고 생각한다”는 전문대졸 그룹이, “현재 맡고 있는 업무의 양이 많아 보건교육에 충실하기 어렵다”는 대졸 및 대학원졸 그룹이 더 그렇다고 인식하고 있다.

(3) 보건교육 실시 상의 어려움에 따른 개선 방안으로 우선 해결해야 할 과제

보건교육 실시 상의 어려움 개선을 위해 불필요한 업무 경감, 보건교사 2인 배치, 보건교육실 설치, 연수기회 확대 순으로 우선 해결되어야 한다고 응답했다.

2. 논의

가. 보건교육 실시 현황

2008 개정교육과정에 따라 새롭게 실시되는 보건교육은 대체로 원활하게 실시되고 있었다. 응답자의 97.7%에서 보건수업이 재량활동시간에 실시되고 있다고 응답했다. 이는 김해영(2000), 김현주(2001), 오윤선(2001), 송순임(2003), 신미경(2008)의 선행연구에서 체육시간에 가장 많이 보건수업을

실시한 것으로 조사되었던 것과 다른 결과이다. 또한 앞선 7차 교육과정에서 창의적 재량활동시간을 이용하여 보건교육을 실시하도록 권장하고 있지만 실제 창의적 재량활동시간을 이용해 보건교육을 하는 학교는 절반에 지나지 않는다는 신경옥(2004)연구와도 다른 결과이다. 이는 2008 개정교육과정에서 재량활동시간에 보건수업 실시하라는 고시 내용을 대부분의 학교는 잘 지켜서 실시하고 있음을 보여 준다.

‘보건수업 시간배당’은 대부분의 학교에서 5, 6학년 학년별 학기제로 진행되고 있었다. 그러나 이는 두 학년사이에 수업 공백기가 생기므로 보건수업의 연계성이 떨어질 수 있어 개선이 필요할 것으로 생각된다.

‘보건수업 실시 교사’는 98.8%에서 보건교사가 실시한다라고 응답했다. 이는 강성빈(2003), 윤석현(2004)의 연구에서 일반교사들이 보건교육은 보건교사가 담당하는 것이 적절하다고 인식하는 것과 맥을 같이한다. 또한 보건교과 담당자로 보건교사가 가장 적절하다고 학생, 학부모, 일반교사 모두 응답(윤순영 외, 2004)한 것과 같은 결과로써 보건 전문가인 보건교사가 보건수업을 담당해야 할 필요성과 중요성에 대한 인식이 점점 높아짐으로 인해 나타난 결과로 생각된다.

‘보건교육 시 보건실 관리’는 담임선생님이 대기한다가 72.1%, 메모판을 걸고 비워둔다가 23.3%로 김경렬(2004)의 연구에서 메모판을 걸고 비워둔다가 55%, 담임교사가 보건실에서 대기한다가 27.3%였던 것과 반대되는 결과이다. 이는 학교 실정에 따라 비체계적으로 이루어지던 보건수업이 2008 개정교육과정을 통해 일정한 시간수를 법적으로 보장함으로써 일선학교의 학교교육과정속에서 실시됨으로 보건교육에 대한 일반교사들의 인식이 더욱 높아져 나타나는 결과라고 생각한다. 그러나 보건교사가 보건교과 지도를 위해 보건실을 비울 경우 발생될 응급상황에 대한 학교별 대책만으로는 보건수업 시 비는 보건실 관리의 근본적인 대책은 될 수 없다. 이

에 교육과학기술부나 시교육청의 적절한 대책마련이 요구된다(김지학, 2009).

각 학교의 '보건교육실 설치'는 15.7%로 여전히 낮다. 따라서 적절한 보건교육 학습공간 필요와 보건수업 시 발생할 수 있는 응급환자의 신속한 처치를 위해(임이화, 2004) 보건실 근처 보건교육실 설치가 시급하다.

'보건교과서 구입'을 위해서 높은 예산 편성율을 보였으나 그 중 19.2%는 한반 분량만 구입하여 공동 사용하는 것으로 나타나 이는 김미약(2009)의 연구에서 나타난 중학교의 교과서 구입 실정과 비슷한 결과를 보이고 있다. 이는 2008 개정교육과정에 대한 학교장의 이해부족과 낮은 인식때문으로 앞으로 학교장의 학교보건교육에 대한 인식 전환이 요구된다.

나. 보건교육 교수·학습 운영 실태

교수·학습 운영 실태를 살펴보면 '교재연구시간'은 1-2시간 이하가 가장 많이 응답하였는데 이는 개정교육과정 이전의 신미경(2008) 연구에서 30분-1시간이 가장 높게 나타난 것보다 교재연구시간이 늘어난 것이다. 이는 19-36학급에서 교재연구시간이 상대적으로 높다(신미경, 2008)는 선행 연구 결과에서 보듯이 2008 개정교육과정 이전의 보건수업은 학교장 재량에 따라 과대학급의 경우 보건수업 시간 수 증감운영이 가능했으나, 2008 개정교육과정이 실시됨으로써 학급 수에 관계없이 모든 5, 6학년에 17시간의 보건수업을 시행해야하므로 교재연구 시간 또한 평균적으로 늘어난 것으로 볼 수 있다.

'보건수업 시 활용하는 학습 자료'는 주로 컴퓨터 활용자료(프리젠테이션 자료, 인터넷 자료, cd 등)와 인쇄자료(교과서, 교사용 지도서 및 참고도서,

학습지)가 많았으며, 이는 김영석(2008), 오윤신(2001)의 시청각 자료(슬라이드, 화보, 비디오, 녹음자료 등)를 가장 많이 사용한 연구 결과와 조금 다르다. 이는 구입하여 일률적으로 적용하여 사용하는 시청각자료보다 컴퓨터 활용자료, 인쇄자료가 각각 학생들의 수준, 학교의 형편에 맞추어 필요때마다 재구성하여 사용할 수 있기 때문으로 풀이된다. 그러나 이것만으로는 매체사용에 부족한 면이 있다. 다양한 교육매체를 활용하는 것이 교육효과를 높이는 데 크게 기여한다. 보건교육에 활용할 매체 제작을 격려하고 이를 위한 예산을 확보하며 경진대회 등을 개최하여 우수 아이디어 및 작품을 상호 교환할 수 있는 체제 마련이 필요할 것이다(김영임 외, 1999).

‘보건수업 시 수업방법’으로는 많은 응답자가 강의식 수업방법을 사용한다고 응답했다. 이는 김해영(2000), 김현주(2001), 오윤선(2001), 송순임(2003), 오은경(2006), 신미경(2008), 김미약(2009) 등 대부분의 보건교육 실태조사 연구의 결과와 일치하는 것이다. 그러나 이는 학생이 스스로의 행동으로 최대의 건강 상태를 증진시키도록 돕는 것이 학교보건의 목적이라는 점(정영숙 외, 2002)에 비추어 볼 때 교사 중심의 강의식 수업보다 건강한 생활 태도를 실천 할 수 있는 실천중심의 지도가 이루어 져야하며, 이를 위해서 아동 중심의 능동적인 학습방법이 요구된다(신미경, 2008). 아동의 실천의지를 길러줄 수 있는 다양한 수업방법에 대한 보건교사의 지속적인 연구개발이 필요하며, 이를 위한 연수과정이나 교육도 필요할 것이다.

‘보건수업 평가 여부’를 살펴보면, 보건수업 시 관련 평가를 실시한다는 응답율이 87.8%로 김해영(2000) 66%, 오윤신(2001) 84.3%, 김경렬(2004) 87.3%의 선행연구 결과들을 볼 때, 꾸준히 증가하고 있는 추세이다. 이는 보건수업에 대한 효과를 평가하고 다음 보건수업에 반영하여 수업방법을 개선하고자 인식 때문이다. 총괄평가 형태의 지필평가 방법을 사용한다고

가장 많았는데 이는 수업직후 질문법으로 평가한다라는 신미경(2008)의 연구 결과와 다른 것으로 보건수업이 재량활동의 한 영역으로 성적산출을 위한 자료로 평가 결과가 이용되기 때문에 이와 같은 평가 형태와 방법이 많은 것으로 여겨진다.

평가 미 실시 응답자 중 38.1%가 평가 방법 설정의 어려움 때문이라고 응답했다. 이는 학교현장에서 보건교과 평가의 기준안이 명확히 마련되지 못한 채로 수업이 먼저 이루어졌기 때문이다(전국보건교사회, 2009). 보건교육 인지적 영역인 지식과 이해부분은 지필평가로, 행동적 영역과 정의적 영역인 기술, 가치와 태도, 행동의 평가는 수행평가로 이루어지는 것이 바람직하며, 수행 평가기준안은 객관적이며 구체적으로 제시되도록(이규영, 2009) 앞으로의 다양한 평가 도구의 개발이 필요할 것이다.

‘보건교육 실시를 위한 연수’는 응답자의 56.4%가 받지 않음으로 응답했다. 이는 김미약(2009)의 중등학교 보건교사를 대상으로 한 연구에서 대부분의 보건교사가 연수를 받았다고 응답한 결과와 다르다. 2009년도 부산광역시 교육연수원에서 개설, 실시되었던 연수 중 초등교사 대상 개설된 총 41개 연수 중 2개 연수만이 보건교사 대상 연수였다. 그러나 이 또한 자격 연수와 직무연수이기 때문에(부산광역시 교육연수원, 2009) 2008 개정교육과정 보건교육을 위한 전문 연수는 아니었다. 이에 보건교사 1급 자격연수과정 및 직무연수과정에 학교보건교육 능력을 함양시킬 수 있는 교과목(교육과정)을 더욱 강화시켜 운영할 필요가 있다(김형경, 2002).

다. 보건교사의 보건교육에 대한 인식

첫째, 보건교육과정에 대한 보건교사의 인식을 살펴보면, ‘보건교육은 자

신의 신체를 이해하고 질병을 예방할 수 있도록 한다' 는 부분에서는 최종 학력에 대해서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 보건교육 목적에 대한 인식에서 일반교사인 경우 경력에 따라 유의한 차이가 있는 것과는 다르며(김영석, 2008), 학력이 높을수록 상대적으로 높은 인식을 보여준다는 신미경(2008)의 연구 결과와는 맥을 같이하는 결과이다.

'7개 보건영역 내용은 적당하다, 난이도는 적당하다' 등 부분에서는 연령, 경력, 최종 학력에 대해 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 50세 이상 그룹과 교육경력 20년 이상 그룹의 보건교육 내용에 대한 인식 변화가 필요할 것으로 생각된다.

'자료와 기자재는 충분하다' 부분에서는 학교급지에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 학교급지별 차등없이 교육자료와 기자재의 공급이 이루어져야 할 것이다.

'보건교육 평가'에 대해 연령과 교육경력에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났지만, 이 경우는 모든 경우 보통보다 낮게 인식을 하고 있는 것으로 대부분의 보건교사가 평가방법과 기준설정에 어려움을 겪고 있음을 나타내고 있다. 평가방법과 기준설정에 대한 연수를 통한 어려움 해소로 인식의 변화 유도가 필요할 것으로 생각된다.

'보건교과 7개 영역 중 보건교사가 가장 중요하게 생각하는 영역'은 성과 건강으로 김경렬(2004)의 연구와 같은 결과를 보이고 있어 여전히 성교육을 중요한 영역으로 인식하고 있음을 보여준다. 또한 학생들이 가장 흥미를 느끼는 영역 중 두 번째 많은 답변으로 학생의 흥미와 교사가 중요하다고 느끼는 부분이 비슷함을 알 수 있다.

'연간 17시간 이상의 보건교육 실시'에 대해서는 많다는 응답이 많았고, 그 이유로는 다른 업무의 양이 많아 보건수업을 할 시간이 부족하기 때문으로 응답했다. 학급수가 많은 학교든 적은 학교든 수업시간이 학급당 17

시간 이상으로 되어 있기 때문에 대규모 학교에 근무할 경우 많은 보건수업 시수에 보건실 이용학생 응급처치, 각종검사 등 업무까지 병행해야하므로 과중한 업무에 시달리고 있다(2009, 김미약). 이를 해결하기 위해 대규모 학교의 보건교사 추가 배치나 임시적인 보건 보조인력의 지원이 필요할 것이다. 또한 학교 규모와 관계없이 기타 환경업무나 급식업무, 정수기 관리 등 확실히 보건업무라 말 할 수 없는 업무 분장이나 2학교의 겸임 근무 등으로 인해 업무가 과중되기도 한다. 확실히 보건업무라 할 수 없는 업무들에 대해서는 일선 학교에서 업무의 재조정이 이루어지도록 보건교사 직무 시행령의 개정이 조속히 필요할 것으로 생각된다(김지학, 2009).

둘째, 보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도에서 근무학교 규모에 따라 보건교육을 실시하는 과정에서 경험하는 어려움을 살펴보면 37학급 이상의 그룹에서 ‘학교장의 이해와 협조가 부족하다’라고 인식했으며, 이는 신미경(2008)이 보건교육 실시 과정에서 경험하는 문제점으로 학교행정 책임자의 인식부족과 비협조를 지적한 것과 같은 결과이다. 학교행정이 및 일반교사의 학교보건에 대한 이해도와 협조정도에 따라 보건교사의 활동수준에 차이가 있으므로, 초중등교원 양성교육기관의 교육과정에도 학교보건의 중요성을 학생 건강증진 측면에서 인식시킬 수 있는 필수교과목이 포함되어야 한다(김형경, 2002).

19학급 이상의 그룹이 18학급 이하의 그룹에 비해 ‘맡고 있는 업무량이 많아 보건수업에 충실하기가 어렵다’고 인식했다. 이는 선행 연구 중 큰 규모학교인 경우 보건교육 할 시간이 부족하다(오윤신, 2001)와 같은 결과이다. 이는 모든 학교에 학교규모에 관계없이 1명의 보건교사만이 근무하고 있는데 이는 근무의 형평성을 유지하지 못하는 제도적, 구조적 문제점 때문이다(김형경, 2002). 현재 우리나라는 6-82학급까지 단 한명의 보건교사가 배치되어 있을 뿐이다(우옥영, 2007). 대만의 경우 1교 1인 배치를 원칙

으로 하며 72학급 이상에서는 2일 배치를 하고 있고, 미국에서는 학교간호사 배치기준을 학교단위로 하여 학교간호사 1인당 학생수를 1,000명으로 하고 있으며(김영임, 2000) 일본의 경우 30학급 이상의 대규모 학교에서는 두명의 보건교사가 배치되어 있다(김형경, 2004). 우리나라도 이런 어려움을 해결하기 위해 대규모 학교에서의 보건교사 2인 배치가 필요할 것이다.

최종 학력에 따라 보건교육을 실시하는 과정에서 경험하는 어려움을 살펴보면, ‘수업에 필요한 기자재 사용하는 능력이 부족하다’는 전문대 졸 그룹이 더 그렇다고 인식하고 있어 수업 기자재 사용 등을 위한 연수나 교육이 지속적으로 필요할 것으로 생각된다.

또한 ‘보건교육할 때 보건실 운영 및 관리상의 어려움이 있다’에 대학원 졸 그룹이 더 그렇다고 인식하고 있지만 다른 그룹에서도 평균 이상으로 높은 어려움을 호소하고 있어 학력에 관계없이 전체적으로 보건수업 시 보건실 관리에 어려움을 겪고 있다. 이에 대한 교육과학기술부나 시교육청 차원의 대책마련이 시급한 것으로 생각된다.

셋째, 보건교육 실시 상의 어려움에 따른 개선 방안으로 우선 해결해야 할 과제로 불필요한 업무 경감이 가장 많았다. 이는 효율적인 보건교육을 위해서는 학교보건을 위한 인력의 확충이나 업무 조정 같은 여건 개선이 필요하다는 신미경(2008)의 연구나 업무와 잡무과다의 문제점이 개선되어야 한다고 한 오윤신(2001)의 연구와 맥을 같이한다. 이는 2008 개정교육과정이 실시되기 전부터 있어오던 문제들로 여전히 일선 학교에서는 해결되지 않고 있어 이 또한 앞서 언급한 보건교사 직무 시행령 개정으로 해결될 수 있을 것이다.

3. 결론 및 제언

본 연구에 나타난 결과를 바탕으로 다음과 같은 결론을 내릴 수 있다.

첫째, 2008 개정교육과정 고시로 인해 법적으로 보건교육에 대한 시수는 확보한 상태이다. 그러나 초등학생 전학년이 아닌 5, 6학년으로 대상이 제한되어 있고, 그 또한 한 학년당 17시간으로 건강에 대한 단순한 지식의 암기가 아닌 지식의 이해와 태도, 행동의 변화 모두를 도모하여 일상 생활에서 건강 행위가 생활화, 습관화 할 수 있도록 하는 보건교육의 목표 달성에 는 미흡하다. 그래서 차후 초등학교에서 고등학교까지 연계해서 보건교육이 실시 될 수 있도록 보건과목 필수교과화가 필요할 것이다. 이를 통해 초등학교 전학년에 걸쳐 지속적으로 연계성을 가지고 아동들이 충분히 일상생활에서 건강을 위한 행동을 생활화 할 수 있도록 할 필요가 있다.

둘째, 보건교육실시에 대한 법적 제도는 확립되었지만, 대규모 학급인 경우 보건교과 운영과 학생건강관리를 동시에 수행하는데 많은 어려움이 있다. 따라서 30학급이상의 과대학급이나 학생수 1000명 이상의 학교에서는 보건교사 2인 배치가 필요 할 것이다. 또한 업무과중, 불필요한 업무를 해결하기 위해 법적으로 보건교사 직무 시행령의 조속한 개정이 필요하며, 교육과학기술부 차원의 보건교육 행정과 시설 행정의 분리가 우선되어야 하고, 이를 바탕으로 일선 학교에서는 체계적이고 효율적인 업무의 재분장이 이루어져야 할 것이다.

셋째, 보건수업을 실시하면서도 수업 중 사고 발생 시 즉시 응급처치를 해야 하는 보건교사의 심리적 부담을 해소하기 위해 교육과학기술부나 시교육청 차원의 대책 마련과 함께 학교차원의 보건교육실 설치가 필요할 것이다.

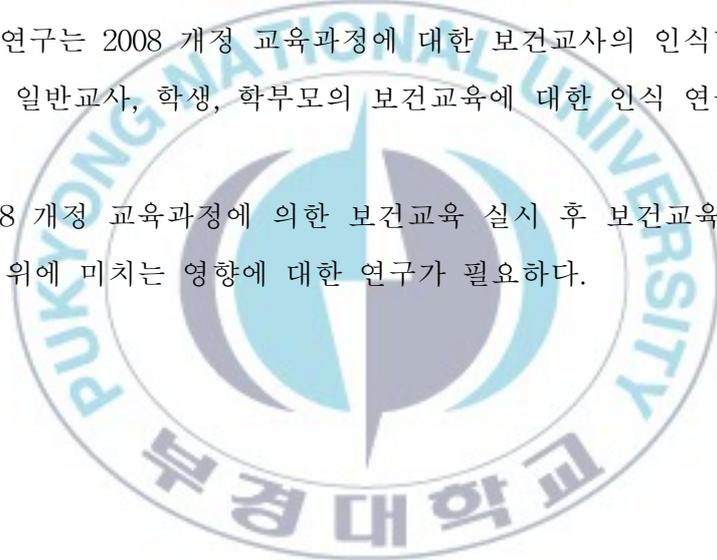
넷째, 학교보건교육의 질적 향상을 위해 보건교육에 대한 학교장의 이해 증가 및 인식 변화, 보건교육을 위한 예산 편성, 수업자료나 평가도구의 개발, 보건교사를 위한 다양한 연수프로그램 설치·운영이 필요할 것이다.

본 연구에서 얻어진 결과를 토대로 다음과 같이 후속연구에 대한 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구는 부산광역시 초등학교 보건교사의 보건교육 실태 및 인식에 관해 조사한 것으로 전국의 보건교사에게 일반화하기는 부족하다. 따라서 전국적인 보건교육 실태를 파악하는 추후 연구가 필요하다.

둘째, 본 연구는 2008 개정 교육과정에 대한 보건교사의 인식만을 조사했다. 따라서 일반교사, 학생, 학부모의 보건교육에 대한 인식 연구가 필요하다.

셋째, 2008 개정 교육과정에 의한 보건교육 실시 후 보건교육 효과성 및 건강실천행위에 미치는 영향에 대한 연구가 필요하다.



참고문헌

- 강성빈(2003). 초등학교 교사의 보건교육에 관한 인식 조사. 세명대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 강영미 · 김대현 · 김복용 · 김상순 · 김이순 · 김정순 · 김화중 · 박정희 · 신유선 · 윤석옥 · 이지현(1999). **보건교육**. 서울 : 수문사.
- 교육인적자원부(2001). **학교보건(급식) 50년사**. 교육인적자원부.
- 교육과학기술부(2008). **중학교 교육과정 해설(VI) 보건**. 교육과학기술부.
- 교육과학기술부(2008). **초중등학교 교육과정 해설**. 교육과학기술부.
- 김경렬(2004). 7차 교육과정 시행 후 초등보건교사의 보건교육 실태. 부산대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 김미약(2009). 중, 고등학교의 보건교육 편성 실태와 개선 방안에 관한 연구. 창원대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 김숙(2001). 양호교사에 의한 정기적 보건교육이 아동의 건강지식과 건강행위에 미치는 효과. **한국학교보건학회지**, 14(2).
- 김세환(1993). 현대 생활과 보건교육. 강원도 교육연구원 교육연구 정보, 제14호, 45-52.
- 김영석(2008). 초등학교보건교육의 실태 비교. 공주교육대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 김영임 · 이연경(1994). 서울시 일부 초등학교의 보건교육양상 및 관련요인. **한국학교보건학회지**, 7(1).
- 김영임 외(1999). 학교보건교육에서의 매체활용 실태 및 영향요인 분석. **한국학교보건학회지**, 12(2).
- 김영임(2000). 양호교사의 분포 및 학교보건사업의 활성화. **한국학교보건학회지**, 13(1), 1-18.

- 김영주·김정순(2003). 제7차 초등학교 교육과정의 보건교육 관련 내용 분석. **한국학교보건학회지**, 16(2).
- 김은주(2004). 협동학습을 적용한 보건교육 수업에 관한 연구. **보건교육·건강증진 학회지**, 21(3), 151-177.
- 김정숙(1994). 현행 초등학교보건교육 목표 비교분석. 한국교원대학교 대학원 석사학위 논문.
- 김지학(2009). 학교보건교육체제 개선 방안. **학교운영위원회**, 통권 107호, 72-83.
- 김해영(2000). 양호교사의 보건교육 실시 현황과 교사직무능력에 관한 연구. 경상대학교대학원 석사학위 논문.
- 김현주(2001). 양호교사의 보건교육 실태와 교사직무능력 인식정도에 관한 조사 연구. 아주대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 김형경(2002). 한국 학교보건교육의 육성방안에 관한 연구. **교육조사**. 제21호.
- 김형경(2004). 한국 학교보건교육에 대한 법령 분석. **교육조사**. 제23호, 93-105.
- 김화중(1992). 한국의 학교보건교육. **한국학교보건학회지**, 5(2).
- 김화중·윤순녕·전경자(1999). **학교보건과 간호**. 서울 : 수문사.
- 문정순·송경애·이종은(2005). 초등학교 보건교사의 보건교육 실태. **보건교육·건강증진 학회지**, 22(4), 57-72.
- 박노예(1993). **보건교육**. 서울 : 수문사.
- 박은숙·박영주·유호신·한금선·황라일·임여진·임혜상·문소현(2006). 전국 초중고등학교보건교육 실태 조사 연구, **대한간호학회지**, 36(2), 381-388.
- 부산광역시교육연수원(2004). **2004년도 초등학교 신규교사 추수 직무연수**

교재. 부산광역시교육연수원

- 부산광역시교육연수원(2009). 2009년도 운영계획. <http://www.beti.go.kr/>.
- 부산광역시교육연수원(2009). **2009학년도 초중등 보건교사 1급 자격연수 교재**, 36-37.
- 송순임(2003). 보건교사의 보건교육 실시현황과 교사직무능력에 대한 연구. 관동대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 신경옥(2004). 보건교육관련 설문분석. **학교보건교육 내실화를 위한 대토론회 자료집**, 25-97.
- 신미경(2008). 초등학교 보건교사의 보건교육에 대한 인식과 운영 실태. 한국교원대학교 대학원 석사학위 논문.
- 오윤신(2001). 초등학교 양호교사의 보건교육 실시현황과 개선 방안에 대한 인식조사. 인제대학교 보건대학원 석사학위 논문.
- 오은경(2005). 초등학교 보건교사의 보건교육 실태와 개선 방안. 경북대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 우옥영(2004). 보건교육 내실화를 위한 모색. **보건교육 내실화를 위한 대토론회 자료집**. 건강사회를 위한 보건교육연구회.
- 우옥영(2007). 행복하고 건강한 학교를 위한 보건교육 진흥 방안. **건강하고 행복한 학교를 위한 진흥 토론회 자료집**. 건강사회를 위한 보건교육연구회.
- 유호열(1996). 초등학교보건교육 내용의 변천에 관한 연구. 한국교원대학교 대학원 석사학위 논문.
- 윤석현(2004). 초등학교 7차 체육과 교육과정에서의 보건 영역 지도 실태. 한국교원대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 윤순녕(1999). 외국의 학교보건교육 동향. **한국학교보건학회지**, 12(1).
- 윤순녕 · 김영임 · 최정명 · 조희순 · 김영희 · 박영남 · 이분옥 · 조선녀 · 조소

- 영·한선희·하영미(2004). 초·중·고등학교 학생, 학부모, 일반교사의 보건교육 요구. **한국학교보건학회지**, 17(2), 151-160.
- 이규영(2009). 학교보건교육의 효과 평가 방안. **한국학교보건학회지**, 22(1), 129-144.
- 이보미(2006). 학교보건교육에 대한 체육교사의 인식 및 실태에 대한 연구. 경상대 교육대학원 석사학위 논문.
- 임이화(2004). 학교보건교육전용실제 운영에 관한 연구. 한국교원대학교 교육대학원 교육행정 전공.
- 전국보건교사회(2009). **보건교사 정책토론회 자료**. 보건교사회.
- 정영숙·이정렬(2002). **학교보건**. 서울 : 현문사.
- 조선녀(2004). 제7차 초등학교 교육과정의 보건교육 내용과 시간 분석. 전남대 교육대학원 석사학위 논문.
- 조현아(2008). 보건교육과정 국제 비교연구. 한국교원대 대학원 석사학위 논문.
- 제3차 청소년건강행태온라인조사 통계(2007). 청소년 건강행태조사. <http://healthy1318.cdc.go.kr/>
- 최진영(1995). 초·중·고등학교보건교육에 대한 학부모의 인식 및 요구도 조사. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.
- 한국교총(1993). **한국교육연감 1993**. 한국교육신문사.
- Meek L, Heit P. Page R.(2003). Comprehensive school health education. Mc Graw Hill.

부 록

2008 개정 교육과정에 따른 초등학교보건교육 운영에 대한 보건교사의 인식

안녕하십니까?
귀한 시간 내어 본 설문에 참여해 주셔서 대단히 감사합니다.

본 연구는 2009년도 개정교육과정 "초등5, 6학년 재량활동시간 연간 17차시 보건수업 실시"에 따른 보건선생님들의 인식과 보건교육 실시 현황에 대해 알아보고 개선 방안을 찾아 제시하는 데 목적이 있습니다. 본 조사의 내용은 전산처리 되며 연구 목적 이외에 사용하지 않을 것을 약속드립니다. 각 문항을 잘 읽으신 후 선생님께서 평소에 실시하고 있는 대로 솔직히 대답해 주시면 됩니다.

바쁘신 중에 귀한 시간 내어 주셔서 다시 한번 진심으로 감사드립니다.

2009. 12
부경대학교 교육대학원 유은화 올림
지도교수 황희숙

* 각 문항을 잘 읽어보시고 해당되는 곳에 "V"를 하시거나 간단히 기재해 주시면 감사하겠습니다.

보건교사의 일반적 사항

1. 연령 : 20대 ① 30대 ② 40대 ③ 50대 이상 ④
2. 교직경력 : 5년 이하 ① 6년 이상 ②
10년 이상 ③ 20년 이상 ④
3. 현 근무학교 규모 : 6학급 이하 ① 7-18학급 ②
19-36 학급 ③ 37학급 이상 ④
4. 현 근무학교 급지 : 가급지 ① 나급지 ②
다급지 ③ 라급지 ④

18-1. “예”라면 어떤 형태의 평가를 실시합니까?

- ① 진단평가 ② 형성평가 ③ 총괄평가

18-2. 평가 시 주로 사용하는 방법은 무엇입니까?

- ① 질의-응답 ② 지필평가 ③ 과제물
④ 관찰평가 ⑤ 기타()

18-3. 평가 결과를 활용합니까?

- ① 예(18-3-1로 가세요) ② 아니요

18-3-1. 평가 결과는 어떻게 활용하고 있습니까?

- ① 교사의 학습지도 방법 개선자료로 활용 ② 학생의 수업 목표 성취도 파악
③ 성적 산출 자료로 활용

19.“아니오”라면 그 이유는 무엇입니까?

- ① 필요성을 못 느낌 ② 평가기준이나 방법 설정의 어려움
③ 시간부족 ④ 성적에 반영하지 않으므로

20. 보건교과에 내용 중 학생들이 가장 흥미를 갖는 영역은 어떤 것입니까?

- ① 일상생활과 건강 ② 질병예방과 관리 ③ 흡연, 음주, 약물 오남용 예방
④ 성과 건강 ⑤ 정신건강 ⑥ 사회와 건강 ⑦ 사고예방과 응급처치

21. 보건교과 내용 중 선생님이 가장 중요하게 생각하는 영역은 무엇입니까?

- ① 일상생활과 건강 ② 질병예방과 관리 ③ 흡연, 음주, 약물 오남용 예방
④ 성과 건강 ⑤ 정신건강 ⑥ 사회와 건강 ⑦ 사고예방과 응급처치

22. 본격적인 재량활동의 보건교육을 실시하기 위한 연수를 받은 적이 있습니까?

- ① 받지 않았다 ② 30시간 미만 ③ 30시간 이상 60시간 미만 ④ 60시간 이상

23. 보건교과 내용 중 가장 필요한 연수 내용은 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 일상생활과 건강 ② 질병예방과 관리 ③ 흡연, 음주, 약물 오남용 예방
④ 성과 건강 ⑤ 정신건강 ⑥ 사회와 건강 ⑦ 사고예방과 응급처치

보건교사의 보건교육에 대한 인식

항 목	전혀 그렇지 않다	그 렇지 않다	보 통 이 다	그 렇 다	매 우 그 렇 다
24. 보건교육이 아동들의 건강증진 및 건강향상에 도움이 된다	①	②	③	④	⑤
25. 보건교육은 자신의 신체를 이해하고 질병을 예방할 수 있도록 한다	①	②	③	④	⑤
26. 제시된 7개 보건영역의 내용은 적당하다	①	②	③	④	⑤
27. 제시된 7개 보건영역 내용의 난이도는 적당하다	①	②	③	④	⑤
28. 보건교육을 위한 자료와 기자재는 충분하다	①	②	③	④	⑤
29. 보건교육은 시청각방법이 효과적이다	①	②	③	④	⑤
30. 보건교육 평가를 위한 평가도구 및 평가 기준이 잘 제시되어 있다	①	②	③	④	⑤
31. 보건교육 평가는 보건교육목표 선정과 지도방법 개선에 도움이 된다	①	②	③	④	⑤
32. 보건교육에 대한 교수능력에 자신감이 있다	①	②	③	④	⑤
33. 보건영역에 대한 전문지식이 풍부하다	①	②	③	④	⑤
34. 보건교육에 대한 교재연구 및 수업준비를 철저히 한다	①	②	③	④	⑤

보건교육 실시 과정에서 경험하는 어려움의 정도

항 목	전혀 그렇지 않다	그 렇지 않다	보 통 이 다	그 렇 다	매 우 그 렇 다
35. 학교교육계획서의 교육과정에 보건교육 내용이 실려있지 않아 실시의 어려움이 있다	①	②	③	④	⑤
36. 보건교육 시에 보건실 운영 및 관리상의 어려움이 있다	①	②	③	④	⑤
37. 보건교육을 위한 독립된 교과목이 없어 어려움이 있다	①	②	③	④	⑤
38. 보건수업 내용에 따라 다양한 수업방법을 적용하는 데 어려움이 있다	①	②	③	④	⑤
39. 보건수업 시 교수능력이 부족하다고 생각한다	①	②	③	④	⑤

40. 수업에 필요한 기자재를 사용하는 능력이 부족하다고 생각한다	①	②	③	④	⑤
41. 보건교육 실시시 학교장의 이해와 협조가 부족하다고 생각한다	①	②	③	④	⑤
42. 학교 보건 예산의 부족으로 보건교육의 질적 향상에 어려움이 있다	①	②	③	④	⑤
43. 현재 맡고 있는 업무의 양이 많아 보건교육에 충실하기가 어렵다	①	②	③	④	⑤

44. 현재 연간 5, 6학년 각각 17시간 이상의 보건교육실시에 대해 어떻게 생각하십니까?

① 적다(44-1로 가세요) ② 적당하다 ③ 많다(44-2로 가세요)

44-1. 적은 이유는? ① 7개 영역내용이 더 보충되어야 한다

② 태도의 정착 및 행동의 변화를 위해서 더 많은 시간이 필요하다

③ 기타 ()

44-2. 많은 이유는? ① 7개 영역내용을 다 교육하기에 시간이 부족하다

② 과대학급으로 수업시수가 너무 많다

③ 다른 업무의 양이 많아 시간이 부족하다

④ 기타 ()

45. 선생님이 생각하는 보건교육 실시 상의 어려움에 따른 개선 방안으로 가장 우선적으로 해결해야 할 과제는 무엇이라 생각하십니까? (우선순위 3가지)

- ① 독립된 '보건' 교과목의 신설
- ② 43학급 이상 과대학급 보건교사 2인 배치
- ③ 보건교육실 설치
- ④ 교수 능력 신장을 위한 연수 기회 확대
- ⑤ 불필요한 업무 경감
- ⑥ 학교장 및 교사들의 보건교육에 관한 인식 변화와 협조
- ⑦ 체계적인 보건교육과정 마련
- ⑧ 보건교육 교재 및 교구 개발
- ⑨ 학교 보건 예산 증대와 재정적 지원 확대

-설문에 응답해 주셔서 감사합니다-