

서울시 일개 지역 중년여성 대상 '여성건강리더' 교육프로그램의 효과

현 순 희
(서울시 종로구보건소)

이 규 영*
(중앙대학교)

이 연구는 2012년 6월 서울시 주관 여성건강관리 사업으로 서울시내 25개 보건소에 여성건강 사업을 하도록 시달한 바, 그 사업의 일환으로서 지역사회 '여성건강리더' 교육프로그램을 개발·적용하여 그 효과를 파악하고자 하였다. 본 연구의 설계는 단일군 사전-사후비교설계(One group pretest-post test design)로서 연구대상자는 서울시 A구 지역에 거주하고 있는 중년여성들로 구성된 지역주민 22명이다. 여성건강리더 교육프로그램은 6월27일부터 7월25일까지 5주 동안 매주 수요일 2시간씩 총 10시간 진행되었다. 설문도구는 일반적 특성을 포함하여 건강관리역량, 건강증진생활양식II이며, 대사증후군 관련 검사는 교육 전과 교육 후 2회 측정하였다. 분석방법은 SPSS 19.0프로그램을 이용하여 기술통계, ANOVA, Paired t-test를 수행하였다. 본 연구결과 대상자들의 건강관리역량은 교육 전에는 2.73점이었으나, 교육 후에는 2.84점으로 유의하게 상승하였다($t=-3.118$, $p<.001$). 건강증진생활양식 II는 사전과 사후 유의한 차이는 없었다($t=0.178$, $p=.860$). 대사증후군관련 검사 중 허리둘레는 교육 전 83.36cm, 교육 후 82.25cm로($t=4.486$, $p<.001$)로 유의하게 감소되었고, 수축기 혈압은 교육 전 126mmHg 이었는데, 교육 후에는 117mmHg로, 이완기 혈압은 79mmHg에서 74mmHg로 유의하게 낮아졌다. 이와 같은 긍정적인 연구결과들은 지역사회 중년여성들의 건강관리능력을 함양하기 위한 보건소 차원의 여성건강프로그램이 지속되어야 함을 시사해 주고 있으며, 이를 일반화하기 위해서는 향후 대조군을 포함하고 대상자의 표본 수를 확대한 반복연구가 필요하다.

주요용어: 여성, 리더, 교육, 프로그램, 효과

본 연구는 한국보건간호학회 추계학술대회(2012. 11. 23)에서 발표한 글을 수정·발견시켰음

* 교신저자: 이규영, 중앙대학교(queyoung@cau.ac.kr)

■ 투고일: 2012.10.30 ■ 수정일: 2012.12.11 ■ 게재확정일: 2012.12.20

I. 서론

1. 연구의 필요성

여성은 국가 경쟁력의 원천인 ‘절반의 국민’이며, 국가의 미래를 짊어질 국민을 재생산하는 ‘모성’이다(한국건강증진재단, 2012). 모성이라는 이름으로 여성들이 으레 헌신적이고 돌보는 특성을 지닐 것으로 과잉 기대하는 것에 대해 재검토해 보아야 한다는 주장이 최근 제기되고 있다(곽삼근, 2009). 남성과 여성 모두 다 남을 배려하고 돌보는 능력을 키우면 되는 데, 여성에게만 그러한 덕목을 강조한다는 것은 성차별적이라는 것이다. 생명의 출산은 여성만이 가능하지만, 생명에 대한 돌봄은 남녀 차이가 없다(곽삼근, 2009). 그러나 삶의 현장에서는 많은 성차별적인 요인이 있다. 즉 여성은 직장을 다니면서 자녀 양육을 담당하고 있거나 남편의 수입에만 의존하고 있어, 자립적이지 못하다고 인식하는 주부의 무력감, 가사와 직장에서 이중고를 겪고 있는 직장여성들의 양육부담의 문제 등 여러 이유로 자신의 건강을 돌보지 못하는 여성들의 건강 문제는 매우 심각하다. 유희정(2012) 등은 최근 여성의 경제활동 증가와 더불어 여성이 일터에서 근로자로서 역할과 가족 내에서 주 돌봄자로서 역할 사이에서 갈등을 겪게 되며, 특히 출산과 자녀양육이 집중되는 30~40대 연령층에서 이 역할갈등을 극복하지 못하고 일자리를 포기하는 이른바 경력단절 현상이 꾸준히 발생한다고 하였다. 경력단절 이후 여성들은 매우 불안정한 노동시장 진입과 퇴출을 경험하면서 여성들의 숙련 형성을 저해하고 저임금, 불안정한 고용지위를 초래하는 원인이 된다고 보고한 바 있다. 한편 중년여성들은 부모로서의 자녀양육과 더불어 자식으로서의 부모 봉양이라는 이중의 부담으로 인하여 자신의 건강을 돌 볼 여력이 없는 현실이어서 젊은 여성이나 중년여성이나 둘 다 건강에 취약한 상태에 놓여있다고 볼 수 있다. 한국사회처럼 가부장적 전통이 강한 사회에서 일과 가정의 양립의 역할을 해야 하는 한국 여성의 이중적 역할은 건강문제로까지도 이어져 신체적, 정신적, 사회적 건강까지도 위협하고 있는 것이 현실이다. 국제간호사윤리규약 및 한국간호사 윤리강령(장금성 외, 2009)에서도 취약계층 대상에 ‘여성’이 포함되어 있는 것을 보면, 여성은 건강 및 인권에서도 취약한 상태에 있다는 것을 명백히 알 수 있다. 더욱이 최근 고령여성의 증가에 따라 2010년 여성 1인가구가 222만명으로 추산되며, 이는 향후 더욱 증가할 것으로 내다보고 있어(김태홍 외,

2012), 고령 여성에 대한 건강문제는 더욱 심각해질 전망이다. 질병이 많이 발생하는 시기인 중년기와 노년기 여성에 대한 건강관리도 시급하다. 통계청(2012)자료에 의하면, 2010년 65세 이상 인구가 차지하는 비중은 11.0%이며, 고령화가 빠르게 진전됨에 따라 2018년에는 노인인구 비율이 14.0%로 고령사회에 진입할 것이며, 2026년에는 20.0%로 초고령사회로 진입할 것으로 예상하고 있다. 또한 여성이 남성보다 평균수명이 7살이나 더 오래 산다는 통계청의 발표는 우리나라 여성들의 생애의 총체적인 건강관리가 필요함을 시사해 주고 있는 결과라고 볼 수 있다. 우리나라 여성은 OECD 회원국 중에서 일본 다음으로 건강상태에 만족하지 못하거나 고통을 받고 있는 것으로 나타나고 있다(김태홍 외, 2012). 여성 암만 보더라도 건강문제의 심각성이 크다고 볼 수 있다. 여성의 암은 조기검진 및 조기에방이 가능한데도 불구하고, 매년 계속 증가하는 이유는 정기적 건강검진 비율이 낮기 때문이어서 여성만의 건강문제에 대한 인식제고와 함께 여성만을 위한 국가차원의 체계적인 건강정책이 필요하다. 건강이란 단순히 질병과 불구가 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 안녕 상태이다(WHO, 2012). 따라서 여성건강도 전 생애를 살아가는 동안 몸과 마음의 건강을 증진하고 유지하기 위한 사회적 제도와 함께 가족에서부터 평등한 사회문화를 개발시켜 나아가야 할 것이다. 여성은 또한 향후 대한민국의 차세대 생산의 주인공이므로 국가건강과 직결되기 때문에 여성건강을 증진시키는 것은 국가의 책무이기도 하다. 이러한 측면에서 2012년 6월 서울시에서는 25개 지역 보건소에 여성건강네트워크 기반조성을 위한 '여성건강 리더자'를 육성시켜 취약한 여성들의 건강에 대한 관심을 고취시키고, 여성 암 검진율을 향상 시키고자 여성건강사업을 진행 한 바 있다. 보건소사업으로 지역 사회 여성건강리더를 육성시키는 사업은 이번이 처음으로 선행연구나 사업사례가 없는 상황이다. 그동안 국내에서 진행된 여성의 건강문제나 중년여성을 대상으로 건강증진을 다룬 연구(윤순영 외, 2005; 유지수 외 2009; 이은희 외, 2010)는 몇 편 있을 뿐이며 정영금과 송혜림(2009)이 가정주부를 대상으로 한 주부 CEO 리더십 개발 프로그램 연구 정도만 있을 뿐이다. 따라서 본 연구에서는 보건소 사업의 일환으로 시작된 여성건강리더 교육프로그램 효과에 대한 사업과 연구를 함께 시도하였다. 연구 대상자는 선정은 18개동 대표들에게 여성리더를 추천해 줄 것을 공문을 보내 추천을 받았고, 동대표로부터 선정된 여성리더들은 대부분 중년여성들이었다. 따라서 본 연구에서는 여성리더로 뽑힌 중년여성을 대상으로 중년여성들의 건강문제, 여성리더십 등 선행연구에서 사

용한 다양한 변인을 참고하여 자문가의 자문을 받아 최종 여성건강리더 프로그램을 구성하였으며 교육 전·후 건강관리역량과 건강증진생활 등의 효과를 파악하여 지역사회의 1차 건강관리를 담당하고 있는 보건소를 중심으로 지속적이고 효과적인 여성건강관리 사업을 운영할 수 있는 방안 모색에 필요한 기초자료를 마련하고자 본 연구를 시도하게 되었다.

2. 연구의 목적 및 연구가설

본 연구의 목적은 서울시 A지역에 거주하고 있는 중년여성을 대상으로 ‘여성건강리더 교육프로그램’을 개발·적용하여, 건강관리역량과 건강증진생활양식의 효과를 확인하고자 하였다. 이러한 목적을 달성하기 위해 다음과 같은 구체적인 가설은 다음과 같다.

가설 1. 여성건강리더교육프로그램을 받은 대상자는 교육 전보다 교육 후 건강관리역량이 유의하게 증가할 것이다.

가설 2. 여성건강 리더교육프로그램을 받은 대상자는 교육 전보다 교육 후 건강증진생활양식이 유의하게 높아질 것이다.

II. 이론적 배경

1. 중년여성의 리더십

가정교육에서의 여성인 어머니는 중년의 시기로 가정공동체에서 창출하는 여성리더십을 적극 발휘하고 있다. 가정에서 여성들은 주로 성장, 건강을 중심으로 행위 하도록 인도된다. 즉 어머니들이 보여주었던, 배움, 공평함, 창의적, 평화지향의 행위들이 공공의 리더십에서 요구되는 덕목이다(곽삼근, 2009: 280). 정보화시대의 여성적 감성, 꼼꼼함 등이 장점으로 작용하므로 ‘여성성’이 유리한 리더십모델을 창출할 수 있다. 즉 여성적 리더십은 ‘수평적 리더십’, ‘서번트 리더십’, ‘코치형 리더십’, ‘섬기는 리더십’

등으로 불리는 민주적인 리더십과 가깝다(곽삼근, 2009: 374). 이제 권위와 힘으로 대표되는 남성적 리더십만으로는 빠르게 변화하며 창의성과 경험지식이 중시되는 지식사회에서 살아남기 힘들다. 이것이 바로 포용, 섬김, 배려 등의 여성적 감성을 강조하는 '여성리더십'이 주목받는 이유이다. 여성의 리더십의 활동스타일은 경쟁이 아니라 협동이며, 수평적 구조를 전제로 하기 때문에 가부장적, 전통적 리더십과는 여러 면에서 차이가 있다(김양희, 2006). 시대변화에 따라 새롭게 요구되는 여성의 리더십은 주종 관계가 아니라, 타인에 대한 존중과 배려를 바탕으로 비전을 성취할 수 있도록 동기를 부여해 주고 잠재력을 계발시키도록 하는 리더십이다. 즉 진실하고 섬세하며, 성실하고 남을 배려할 줄 아는 것이며, Vision(비전), Integrity(정직·성실), Professionalism(전문성), Communication skill(의사소통 기술), Enthusiasm(열정), Open mind(열린 마음)이 필요하다고 하였다(크리스찬 투데이, 2008). 20대 젊은 여성이 사회첫발을 내디딜 때 젊음과 패기라는 것이 있다면, 중년기 여성은 성숙과 포용이라는 장점을 살릴 수 있으며, 이는 가정과 일, 사회봉사라는 3박자를 펼쳐나갈 수 있는 트라이 앵글의 리더십을 발휘할 수 있는 절호의 시기라고 볼 수 있다. 이러한 측면에서 여성과 건강 그리고 리더십을 한 맥락에서 살펴보는 일이 중요하다. 즉 중년기 여성은 가정에서나 사회에서 리더자로서 역할을 많이 하고 있기 때문에 본인은 물론 가족의 건강에도 많은 영향을 미칠 수 있다. 이군자 등(2004)의 연구에서 중년여성을 대상으로 건강증진교육프로그램을 실시한 결과 건강관리지식이 유의하게 증가됨을 보고한 바 있어, 본 연구인 중년여성 대상 여성건강리더 교육프로그램은 인구의 노령화와 만성질환의 증가라는 새로운 문제에 직면하고 있는 중년여성들의 건강문제를 해결 하는 데 도움이 될 것으로 여겨지며, 더 나아가 이들이 건강증진 영향력을 확대하여 가족과 지역사회 주민들까지도 건강전도사로서 건강증진을 과급하는 역할까지도 할 것으로 여겨진다. 우리나라에서 발표된 Health plan 2020의 목표(보건복지부, 2011)에서도 “건강수명연장과 건강형평성 제고에 중점을 두고 ‘온 국민이 함께 만들고 누리는 건강세상’을 비전으로 삼고 있다. 즉 단순히 수명연장을 위한 장수보다는 질병과 장애 없이 건강하게 사는 건강한 수명과 사회계층간에 건강격차완화에 더 많은 관심을 보이고 있다. 이는 국민소득 및 생활수준 향상 등에 따라 건강욕구가 증가하고 고급의료에 대한 수요 증대가 요구되어 케어의 시대에서 웰빙의 시대로 변화하고 있기 때문이어서 본 연구와도 맥락을 같이한다. Health plan 2020 사업분야는 건강생활실천 확산, 예방중심의 상병관리, 안전 환경보

건, 인구집단 건강관리 4가지 분야가 있다. 본 연구의 중년여성들은 ‘건강생활 실천확산’, ‘예방중심의 상병관리, ‘인구집단 건강관리’ 측면 모두에 해당되는 인구로서 Health plan 2020의 목표를 달성하기 위한 건강관리 중점대상자라고 볼 수 있다. 따라서 중년여성들의 건강의식수준을 높이고, 바람직한 생활습관을 길러서 노년기에 이르기 까지 여성들 스스로 자기 건강을 돌 볼 수 있는 능력을 갖도록 국가차원에서 관리해 준다면 여성의 삶의 질은 물론 가족의 건강과 지역사회주민의 건강까지도 향상 시킬 수 있을 것이다. 이런 의미에서 중년여성들이 먼저 건강 리더가 될 수 있도록 하는 교육프로그램 제공과 함께 건강에 대한 인식, 건강증진행위를 해야 하는 당위성에 대한 인식제고가 필요하며, 이들에게 여성건강리더로서의 역량을 키우게 하기 위해서는 건강에 대한 전문지식과 리더로서의 품성과 자질이 필요하다.

2. 중년여성의 건강문제

여성들의 건강문제가 본격적으로 시작되는 시기는 중년기로서, 폐경기와 밀접한 관련성이 있다. 즉 폐경으로 인하여, 난소 부전 상태가 오며, 이로 인해 복부비만이 증가하고, 혈중 지질이 동맥경화를 잘 일으키는 상태로 변하게 되며, 혈당과 인슐린이 증가한다(Carr, 2003). 이 시기는 자궁경부암과 유방암 등을 예방하기 위한 정기건강검진이 필수적이며, 특히 금연, 체중조절, 운동과 같은 건강증진행위의 필요성이 더욱 강조되어야 하는 시기이다(윤순녕, 2005: 33). Maunz와 Woods(1988)에 의하면, 여성은 자신의 건강관리를 독립적으로 수행하기 보다는 배우자에 의해 영향을 받고, 건강전문가에게 의존하는 경향이 있다고 하였다. 우리나라 여성도 전통적으로 가정 일을 돌보거나 자녀양육과 남편 뒷바라지에 많은 에너지를 쏟고 있어 자신의 건강을 돌볼 겨를조차 없는 경우가 많고 경력이 단절되어 국가건강검진의 사각지대에 놓여있는 경우가 많아 여성건강이 더욱 취약한 상태에 있다. 게다가 현재 국가건강검진에서는 여성대상 특이적 검사로 유방암 40세, 자궁경부암 30세 및 골다공증 66세로 제한하고 있으며, 검진시기도 일관성이 없고, 검진이 지닌 예방적 기능을 충분히 고려하였다고는 볼 수 없다. 생애전환기 건강검진의 경우 1차시기가 40세이지만, 남성과 다르게 폐경을 경험하는 여성의 생물학적 기능을 감안할 때 적절하지 않다고 하였다(유희정 외, 2012: 135). 윤순녕(2005)의 연구에서도 여성의 건강검진율이나 의료기관방문율이 남성에 비해 낮다고 보

고한 것과는 같은 맥락에서 이해해 볼 수 있다. 2012년 통계청에서 발표한 '통계로 보는 여성의 삶'의 한국사회지표표를 보면 우리나라 평균수명은 여성이 84.1세로 남자보다 6.9살 더 높고, 기대여명에 있어서도 남성보다 여성이 4.4년 더 많이(통계청, 2012). 남성보다 홀로 사는 여성노인인구가 증가할 추세여서 노년기 미래의 삶을 위한 건강관리가 필요하다. 2012년에 발간된 '미래변화와 여성'에서도 독거여성노인, 1인 비혼가구, 자녀양육기 한부모 가족 모두 여성가구가 다수를 구성하는 위험가족으로 대두될 것이며, 이들은 소득안정성 및 사회적 관계망에서 충분한 자원이 없어, 이들의 어려움이 본격적으로 가시화 될 것이라고 전망하였다(유희정 외, 2012). 정영호 등(2011)의 연구보고서에도 여성이 질병 및 건강악화로 보내는 시간이 남성보다 더욱 길다고 하였다. 지금까지 여성과 관련한 연구와 국가 건강정책들은 대부분 신체적, 사회적 환경 요인에 대해 초점을 두어왔고, 생애주기적 관점에서의 연구와 정책은 그리 활발하지 못한 것으로 알려져 있다. 여성들의 건강행위는 각 개인마다 다르고, 성적인 특성상 신체-심리-사회적 조건이 남성과 달라서 건강에 대한 지각과 관심, 건강요구도로 매우 다를 수 밖에 없다. 올바른 여성건강은 질병이나 자녀의 출산 및 양육의 기능을 넘어서서 남성중심사회에서 살아가는 여성의 불편함, 즉 여성으로서의 전반적인 경험에 대해 관심을 가지고, 여성의 삶의 전체적인 맥락을 이해하는 것이 필요하다(Griffith-Kenny, 1986). 2012년 보건복지부 통계연보에 의하면 여성사망의 1위는 순환계질환으로 2011년 30,160명이 사망하였고 2위가 신생물(암)로 27,231명 사망하였다. 3위가 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견(Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, NEC)로 13,761명이 사망하였다(2012 보건복지통계연보 제58호: 61). 여성 사망 질병의 주요원인들의 공통점을 살펴보면, 평소의 건강증진생활을 실천한다면, 모두 예방가능 하다는 점, 그리고, 모두 만성질환이라는 점, 세 번째 불규칙하거나 나쁜 생활습관에서부터 비롯되므로 건강한 생활습관이 매우 중요하다는 점이다. 특히 관상동맥질환의 경우, 폐경이 중요한 위험인자이며, 50세 여성의 경우 고관절 골절이나 유방암보다 심장병으로 인한 사망률이 10배나 더 높기 때문에(윤순영, 2005) 중년여성들은 매일매일 생활 속에서 습관처럼 건강관리를 해야 한다. 즉 운동, 영양, 체중관리, 절주, 스트레스 관리 등의 건강행위를 습관처럼 할 때 골다공증과 심혈관계질환, 근골격계질환, 당뇨등 대사성질환을 예방할 수 있으며 건강한 노후를 보낼 수 있으므로 이에 대한 국가차원의 여성건강관리에 대한 체계적인 정책이 요구된다고 하겠다.

3. 중년여성과 대사증후군

1998년 세계보건기구(WHO)에 의하면, 비만, 인슐린 저항성, 이상지질혈증, 고혈압을 포함하여 ‘대사증후군(Metabolic syndrom)’이라는 개념이 확립되면서 그 진단기준이 처음으로 제시되었다. 대사증후군은 복부비만, 혈당상승, 혈압상승, HDL저하·중성지방 상승 등 다섯 가지 증상 중 세 가지 이상을 갖고 있는 경우 대사증후군으로 진단하였다. 그 후 체격이 서양인과는 다른 아시아인들에서는 NCEP-ATP III의 진단기준에서 복부둘레 기준을 WHO West Pacific Region에서 제시한 동양인 기준에 맞추어 남자 90cm 이하, 여자 80 cm 이하를 적용하고 있다(WHO, 2000). 대사증후군은 전 세계적으로 유병률이 증가추세를 보이고 있으며, 우리나라의 경우, 유병률은 1998년 25.3%에서 2001년 29.0%, 2005년 24.1%로서 50~59세 이상의 연령층에서 증가하는 추세이다(이선옥, 2010). 일반적으로 대사증후군 유병률은 연령대가 높을수록 증가하고, 남성보다는 여성에서 높게 나타나는 것으로 보고되고 있어서(Regitz-Zagrosek, V., Lehmkuhl E., & Weickert, M.O, 2006), 중년기 여성들의 대사증후군검사는 필수적이다. 2007년에 조사된 국민건강영양조사 제 4기 1차년도 자료로 연구한 이선옥(2010: 21)의 연구에 의하면, 연령이 증가할수록 대사증후군 유병률은 유의하게 증가하였고, 폐경여성이 그렇지 않은 여성에 비해 유의하게 차이가 있는 것으로 나타나 중년여성과 폐경, 그리고 대사증후군은 밀접한 관련이 있다고 볼 수 있다. 서울시에서는 2009년부터 대사증후군 사업을 시작하였고 2012년인 현재, 30세에서 64세 서울시민을 대상으로 5가지 진단기준(복부비만, 중성지방, 고밀도 콜레스테롤, 혈당, 혈압)을 정하고 서울시민을 대상으로 보건소에서 대사증후군 진단 검사와 건강관리를 해주고 있다. 서울시에서 실시하고 있는 진단기준치는 허리둘레가 남성은 90cm이상, 여성 85cm이상, 중성지방 150mg/dl 이상, 고밀도 콜레스테롤: 남성 40mg/dl, 여성 50mg/dl 미만, 공복 혈당: 100 mg/dl 이상, 혈압: 수축기 130mmHg 이상 또는 이완기 85mmHg 이상으로서, 이 5가지 지표 가운데 3가지 이상이 기준치를 넘으면 대사증후군으로 보고 있다(대사증후군 오락 프로젝트, 2012). 본 연구의 대상자들도 대부분 중년여성들로 구성되어 있어, 본 서울시 사업의 대상자이기도 하여 보건소 대사증후군 진단팀의 협조를 구하여 중년여성들의 허리둘레, 혈압, 혈당 등을 측정하였다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 중년여성들의 건강리더 교육프로그램을 실시하여 건강관리역량과 건강증진생활양식, 대사증후군관련 변화정도를 전·후로 비교한 단일군 - 전후설계(One-group pre- post test design) 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상자는 서울시 A보건소 담당자가 해당지역 내 18개 동 대표에게 여성 대표 2명을 추천해 줄 것을 의뢰하는 공문을 보낸 후, 동 대표의 추천을 받은 여성대표를 대상으로 하였다. 동대표의 추천을 받아 선정된 여성리더들은 대부분 중년여성들이었으며 이들에게 연구목적과 취지를 설명하고 윤리적 고려를 위하여 설문지의 배포 및 회수과정에서 자발적 참여와 비밀이 보장되도록 하였고, 언제든 철회할 수 있음을 설명한 후 서면동의를 받았다. 연구도구는 자기보고식 설문지와 대사증후군 검사를 측정하였다. 처음 설문지 조사와 대사증후군 검사 측정은 교육이 시작되는 6월 27일 개강 식 전에 실시하였고 두 번째 측정은 교육이 끝나는 7월 25일 수료식 전에 실시하였다. 설문지는 협조자 2인과 연구자가 함께 보건소에 내소한 대상자에게 직접 설명한 후 실시하였다. 설문지의 문항은 일반적 특성, 건강관리역량 25문항, 건강증진생활양식 52 문항이었으며 총 36부 배포하였으나, 회수된 설문지는 30부였다. 이중 무응답이나 불성실한 설문지, 1회만 측정된 설문지는 제외하고, 총 22부를 최종 분석에 활용하였다.

3. 연구도구

• 여성건강리더 교육프로그램 개발

본 연구에서 실시한 여성건강 리더 프로그램은 여성발전 기본법 및 시행령, 모자보건법 및 서울시장 공약 9-3-2 “여성을 위한 내부 안전망” 구축, 및 서울 시 인센티브 사

업인 ‘여성건강관리 사업’ 목적에 근거하였으며, 선정된 여성 리더들이 대부분 중년기 여성이라는 점에서 중년기 여성들의 건강문제에 대한 선행연구를 참고하고, WHO에서 제시한 건강의 정의(WHO, 2012)를 바탕으로 신체적 건강, 정신적 건강, 사회적 건강을 기초로 하여 <표 1>과 같이 연구팀이 프로그램에 대한 안을 개발하였고 간호학 교수와 교육학 교수의 자문을 받아 수정 보완하였다. 본 프로그램의 목표는 지역주민인 중년여성 자신의 건강의 중요성에 대한 인식을 고취시키고 건강증진을 위한 긍정적 행위변화에 초점을 두는 것으로 하였다. 또한 지역사회에 취약한 주민, 예를 들면, 국민기초수급자, 독거노인, 장애인, 65세 이상 노인 등 의료취약계층의 건강 멘토가 될 수 있도록 역량을 강화시키기 위하여 여성리더십과 대인관계에 대한 내용을 교육프로그램에 포함시켰다. 교육의 세부내용은 여성의 리더십, 여성 건강위험 및 건강관리, 여성의 생애주기별 건강관리, 여성을 위한 특별한 신체활동, 가정에서 활용할 수 있는 수지침과 대체요법, 궁금한 여성 암 껴뚫어보기, 여성건강 멘토의 활동전략 및 역할 등의 교육내

표 1. 여성건강 리더 교육프로그램 내용

구분	내용구성	
	주제	교육내용
사전조사	Pre-testing	• 설문지, 비만도, 혈액검사 등
1주차	등록 및 소개	• 소개 및 교육운영에 관한 오리엔테이션
	1. 여성의 리더십	• 여성리더십과 역할
2주차	2. 중년여성 건강위험 및 건강관리	• 여성건강위험 및 체계적 건강관리
	3. 여성 생애주기별 건강관리	• 여성 연령대별 건강문제 및 관리
3주차	4. 자연식위주의 웰빙레시피	• 가족의 자연식이 식단 및 조리방법
	5. 여성만을 위한 특별한 신체활동	• 여성 신체건강증진 및 관리방법
4주차	6. 대인관계와 웃음요법	• 여성 정신건강증진방법 및 스트레스 관리방법
	7. 수지침과 대체요법	• 가정에서 활용할 수 있는 건강관련 민간요법
5주차	8. 궁금한 여성암 껴뚫어보기	• 여성암(자궁암, 경부암 등)검진 및 예방방법
	9. 여성건강 멘토의 활동전략	• 여성멘토의 역할과 활동에 대한 토론
사후조사	10. 여성건강 멘토 자조모임 구성 및 활동전략	• 여성건강리더로서 지역사회에서 활동계획
	수료식 및 시상	Thank you for your effort
사후조사	Post-testing	• 설문지, 비만도, 혈액검사 등

용이다. 교육은 매주 수요일 오후 2시부터 4시까지 2시간씩 5주 진행되었으며, 총 10회의 실시하였다. 교육방법은 강의와 토론식으로 하였으며 진행방법은 ① 관계형성 및 목표 제시: 10분 ② 강의 혹은 토론: 30분 ③ 질의응답 10분 ⑤ 마무리: 10분의 순서로 진행되었다. 강의자는 대상자들에게 학습흥미를 유발할 수 있도록 건강관련 그림이나 사진을 삽입한 PPT나 동영상 등을 활용하여 교육에 대한 관심과 집중력을 유도하였다. 마지막 차시에서는 지역사회 내에서 건강리더자로서의 역할로서 '무엇을' 할 수 있을지 토론하고, 활동계획을 발표하였다.

• 건강관리역량 (Personal Competency of Health Care: PCHC)

건강관리역량은 이은희 외(2010) 등이 개발한 도구로 총 25문항으로 측정하였다. 이 도구는 7개의 하부영역으로 되어있으며 건강인지 5문항, 건강문제 인식 및 해결 5문항, 사회경제적 관여 4문항, 사회 문화적관계 4문항, 자기조절 2문항, 영적안녕 3문항, 건강 정책 참여 3문항이다. 이은희 외(2010) 개발당시 신뢰도는 Cronbach's alpha .736이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's alpha .702로 나와 비교적 양호한 것으로 나타났다.

• 건강증진생활양식 (Health Promoting Lifestyle Profile II)

Walker와 Hill-Polerecky(1996)가 개발한 Health Promotion Lifestyles Profile(HPLP) II를 이은희 외(2010)가 번역하여 사용한 52문항으로 측정하였다. 이 도구는 6개의 하부 영역을 포함하는 52 항목, 4점 척도로 구성되어 있으며, 하부영역은 건강책임, 신체 활동, 영양, 영적 건강, 대인관계 및 스트레스 관리이다. 1996년 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's alpha 0.943이었고(Walker & Hill-Polerecky, 1996), 이은희 외(2010)의 연구에서는 신뢰도 .943이었으며, 본 연구에서는 .931였다.

• 대사증후군 진단검사 측정

대사증후군의 일반적인 기준은 복부비만, 즉 허리둘레가 남성은 90cm이상, 여성 85cm이상, 중성지방 150mg/dl 이상, 고밀도 콜레스테롤: 남성 40mg/dl, 여성 50mg/dl 미만,

공복 혈당: 100mg/dl 이상, 혈압: 수축기 130mmHg 이상 또는 이완기 85mmHg 이상으로서, 이 5가지 지표 가운데 3가지 이상이 기준치를 넘으면 대사증후군으로 본다(대사증후군 오락프로젝트, 2012). 본 연구에서는 대사증후군 진단기준인 5가지 검사, 즉 허리둘레, 혈압, 공복 시 혈당, 중성지방, 고밀도 콜레스테롤을 측정하고, 이와 함께 체중, 비만도, 총콜레스테롤의 수치를 교육전과 교육 후 2회 측정하였다.

3. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS WIN 19.0을 이용하여 분석하였다. 정규성 검정은 표본수가 적어 Shapiro Wilk로 분석한 결과 정규분포를 만족하는 것으로 나왔다. 대상자의 일반적 특성은 기술통계와 ANOVA로 분석하였고, 사전-사후 비교는 Paired t-test를 이용하여 분석하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자의 일반적 특성은 <표 2>와 같다. 대상자 모두 기혼자였으며, 교육정도는 중학교 졸업이 3명(13.6%), 고등학교 졸업 5명(22.7%), 대학교 졸업이상이 8명(36.4%)이었다. 연령은 40대 6명(27.3%), 50대 8명(36.4%), 60대 8명(36.4%)이었다. 월 소득은 300~500만원미만이 9명(40.9%)이었다. 생활만족도는 14명(63.3%)이 생활에 '만족'한다고 하였으며 '보통' 7명(31.9%), '불만족'이 1명(4.5%)이었다. 평소 건강상태는 '보통'이라고 응답한 대상자가 15명(68.2%)으로 가장 많았으며, 최근 2주간 질병경험은 '예'라고 응답한 대상자가 11명(50.0%), '아니오'가 11명(50.0%)로 같은 분포였다. 최근 2년 동안 건강검진을 실시하였는지 알아본 결과, 19명(86.4%)이 건강검진을 하였다고 응답하였고, 안했다고 응답한 대상자는 3명(13.6%)이었다. 유방암검사는 '1년 이내'가 11명(50.0%)으로 가장 많았으나, '1년 이상에서 2년 미만'이 3명(13.6%), 2년 이상이 6명(27.3%), 한번도 하지 않았다고 응답한 대상자는 2명(9.1%)

이었으며, 적어도 36.4%는 유방암검진을 2년 이상 하지 않는 것으로 나타났다. 자궁암 검사여부를 알아본 결과, 1년 이내가 10명(45.5%)으로 가장 많았고, '1년 이상에서 2년 미만'이 2명(9.1%), '2년 이상' 8명(36.4%), 한 번도 하지 않았다고 응답한 사람이 2명(9.1%)으로 나타났으며 이는 유방암 검진율과 비슷한 수준이었다.

표 2. 대상자의 일반적 특성

(n=22)

변수	구분	명	%	
결혼	기혼	22	100.0	
	미혼	0	0.00	
교육정도	중학교 졸업 이하	3	13.6	
	고등학교 졸업	5	22.7	
	대학교 졸업 이상	8	36.4	
	무응답	6	27.3	
연령	40대	6	27.3	57.27±8.57
	50대	8	36.4	
	60대 이상	8	36.4	
월 소득	200만원 미만	6	27.3	
	200~300만원 미만	3	13.6	
	300~500만원 미만	9	40.9	
	500만원 이상	4	18.1	
생활만족	만족	14	63.6	
	보통	7	31.9	
	불만족	1	4.5	
평소 나의 건강상태는	좋음	5	22.7	
	보통	15	68.2	
	나쁨	2	9.1	
최근 2주 동안 질병경험	예	11	50.0	
	아니오	11	50.0	
최근 2년 동안 건강검진경험	예	19	86.4	
	아니오	3	13.6	
유방암 검사를 한 시기	1년 이내	11	50.0	
	1년 이상~2년 미만	3	13.6	
	2년 이상	6	27.3	
	한번도 없음	2	9.1	
자궁경부암 검사를 한 시기	1년 이내	10	45.5	
	1년 이상~2년 미만	2	9.1	
	2년 이상	8	36.4	
	한번도 없음	2	9.1	

2. 대상자의 일상생활관련 특성

대상자들의 1주일 평균 음주정도를 알아본 결과 <표 3>과 같다. 술을 먹지 않는 사람이 68.2%, 술을 먹는 사람은 31.8%였다. 또한 혈압 약을 먹고 있는 대상자는 1명(4.5%)이었으며, 당뇨약을 먹고 있는 대상자는 1명(4.5%), 콜레스테롤약을 복용한다고 응답한 대상자는 3명(13.6%)이었다. 1주일에 운동을 몇 번하는 지 알아본 결과, 40대는 1주일 평균 4회, 50대는 4.25회, 60대 이상은 4회하는 것으로 나타났으며, 50대 연령층이 다른 연령대보다 비교적 운동을 많이 하는 것으로 나타났으나, 통계적으로 유의한 차이는 없었다($F=0.35$, $p=.966$). 운동종목은 걷기 및 산책이 12명(54.5%)으로 가장 많았다.

표 3. 대상자의 생활습관

(n=22)			
변수	구분	명	%, Mean
1주일 평균 음주정도	예	7	31.8
	아니오	15	68.2
혈압약 복용유무	예	1	4.5
	아니오	21	95.5
당뇨약 복용유무	예	1	4.5
	아니오	21	95.5
콜레스테롤약 복용유무	예	3	13.6
	아니오	19	86.4
운동 횟수 (1주일)	40대	6	4.00±1.78
	50대	8	4.25±1.66
	60대 이상	8	4.00±2.72
	전체	22	4.09±2.04
	$F= 0.35$, $p=.966$		
운동 종목	걷기 및 산책	12	54.5
	헬스	4	18.4
	요가	1	4.5
	배드민턴	1	4.5
	에어로빅 및 탁구	3	13.6
	싸이클	1	4.5

3. 가설검정

[가설 1]

“여성건강 리더교육프로그램을 받은 대상자는 교육 전과 교육 후 건강관리능력이 유의하게 증가할 것이다”를 검정하기 위해 실험군의 건강관리능력 전후 평균차이를 paired t-test로 분석한 결과 <표 4>와 같다. 즉 건강관리역량 총점은 교육 전 4점 만점에 2.73점이었으나, 교육 후 2.84점으로 유의하게 상승하여 제1가설은 지지되었다 ($t=-3.118, p<.01$). 그 외 하부영역을 보면, 건강인지($t=-1.821, p<.05$), 건강문제인식 및 해결($t=-1.993, p<.05$), 사회경제적 관여($t=-2.533, p<.05$), 자기조절($t=-2.409, p<.05$), 건강정책참여($t=-3.245, p<.01$)에서 사전, 사후 결과에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

표 4. 대상자의 건강관리역량에 대한 교육실시전·교육 후 비교

(n=22명)

건강관리역량 (PCHC)	Pre-test M(SD)	Post-test M(SD)	Difference M(SD)	t	p
총점	2.73±0.19	2.84±0.20	-0.11±0.17	-3.118	0.005
건강인지	2.94±0.30	3.05±0.32	-0.10±0.28	-1.821	0.083
건강문제인식/해결	2.83±0.37	2.96±0.28	-0.12±0.29	-1.993	0.059
사회경제적 관여	2.63±0.28	2.88±0.34	-0.25±0.46	-2.533	0.019
사회문화적 관계	2.51±0.30	2.51±0.30	0.00±0.30	0.000	1.000
자기조절	2.84±0.34	3.04±0.30	-0.20±0.39	-2.409	0.025
영적안녕	2.56±0.60	2.72±0.48	-0.15±0.52	-1.433	0.167
건강정책참여	2.68±0.28	2.87±0.40	-0.19±0.28	-3.245	0.004

PCHC: Personal Competency of Health Care

[가설 2]

“여성건강 리더교육프로그램을 받은 대상자는 교육 전과 교육 후에 건강증진 생활양식이 긍정적으로 유의하게 높아질 것이다.”를 검정하기 위해 실험군의 건강증진생활양식 설문지를 사용하여 전·후 평균차이를 paired t-test로 분석한 결과 <표 5>와 같이 교

육 전과 교육 후 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다. 즉 교육프로그램 참여 전 건강증진생활양식 점수는 4점 만점에 2.72점이었는데, 교육 후 2.70점으로 별 변화가 없었으며, 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않아 제2가설은 기각되었다($t=0.178$, $p=.860$). 하위영역별로도 4가지 변인 즉 건강책임, 신체활동, 영양, 영적건강, 대인관계, 스트레스 영역 모두 유의한 차이가 없었다. 그러나 영양 하위변인은 교육 전에는 점수가 2.90인데 반하여 교육 후에는 2.74점으로 떨어졌다($t= 1.922$, $p=0.06$).

표 5. 대상자의 건강증진생활양식에 대한 교육실시 전·교육 후 비교

(n=22명)

건강증진생활양식II (HPLP)	Pre-test M(SD)	Post-test M(SD)	Difference M(SD)	t	p
총점	2.72±0.35	2.70±0.40	0.17±0.98	0.178	0.860
건강책임	2.54±0.50	2.53±0.46	0.01±0.55	0.085	0.933
신체활동	2.77±0.45	2.71±0.50	0.062±0.56	0.520	0.609
영양	2.90±0.39	2.74±0.44	0.16±0.40	1.922	0.068
영적건강	2.82±0.46	2.83±0.51	-0.01±0.60	-0.078	0.938
대인관계	2.73±0.49	2.73±0.39	0.00±0.47	0.000	1.000
스트레스관리	2.55±0.37	2.70±0.40	-0.13±0.62	-1.025	0.317

HPLP: Health Promoting Lifestyle

4. 교육 전·교육 후 대사증후군관련 변화

여성 건강리더 교육을 받은 대상자들에게 교육전과 교육 후에 대사증후군 관련 검사 수치에 변화가 있는지 알아보기 위하여 교육 전과 교육 후 2회에 걸쳐 측정한 결과 표 5와 같다. 즉 체중, 비만도, 허리둘레, 혈압은 유의한 차이가 있었으나, 중성지방, 고밀도 콜레스테롤, 공복시 혈당 등은 유의한 차이가 없었다. 체중은 교육 전 평균 56.59kg 이었는데, 교육 후 56.03으로 유의하게 감소하였고($t=5.355$, $p<.001$), 허리둘레는 교육 전 83.36이었는데, 교육 후 82.25로 유의하게 감소되었다($t=4.486$, $p<.001$). 수축기 혈압은 교육전 126mmHg이었는데, 교육 후에는 117mmHg로 내렸고, 이완기혈압도 79mmHg에서 74mmHg로 유의하게 내려($t=2.511$, $p<.05$) 연구가설이 일부만 지지되었으며, 공복시 혈당, 중성지방, 고밀도 콜레스테롤 등은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

표 6. 대상자의 대사증후군 관련 검사 사전 - 사후 비교

변수	Pre-test M(SD)	Post- test M(SD)	Difference M(SD)	t	p
체중(kg)	56.59±5.70	56.03±5.69	0.55±0.48	5.355	.000***
허리둘레(cm)	83.36±6.85	82.25±6.52	1.11±1.16	4.486	.000***
비만도	23.45±2.19	23.25±2.18	0.10±0.93	.523	.607
수축기혈압(mmHg)	126.82±12.62	117.59±9.23	9.22±12.08	3.582	.002**
이완기혈압(mmHg)	79.14±10.76	74.50±6.98	4.63±8.66	2.511	.020*
공복 시 혈당 (dl)	96.50±8.59	96.73±3.31	-0.22±9.07	-.118	.908
총 콜레스테롤(dl)	160.00±36.55	169.64±38.46	-9.63±46.02	-.981	.338
중성지방(dl)	131.19±63.68	145.33±51.13	-14.143±57.58	-1.125	.274
고밀도콜레스테롤(dl)	44.73±16.98	42.36±14.57	2.364±18.96	.585	.565

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

5. 대상자의 건강리더 교육 만족도 평가

본 여성 건강리더 교육프로그램을 실시한 후 대상자들의 만족도를 5점 만점 Likert 척도로 알아본 결과 <표 7>과 같다. 먼저 대상자들의 본 교육 프로그램에 대한 전반적인 만족도를 알아본 결과, 5점 만점 중 4.64점으로 여러 문항 중 가장 높은 점수가 나왔다. 또한 유사한 프로그램이 개설될 때 또 참석할 의향이 있는지에 대하여 알아본 결과 4.41점이 나왔으며, 본 교육프로그램을 친구 등 다른 사람에게 권장할 의향이 있는지에 대해서는 4.09점으로 나왔다. 본 교육 프로그램이 건강에 도움이 되었는가에 대하여는 4.27점이었으며, 프로그램 이수 후, 생활에 긍정적 변화가 일어났는가에 대한 점수는 3.86점, 본 강의가 재미있고 이해하기 쉬웠는지에 대한 점수는 4.32점, 본 교육프로그램이 실생활에 도움이 되었는지는 4.18점이 나왔다. 또한 강사진이 우수한지 정도에 대하여는 4.45점이었으며, 학습자들끼리 친해지고 정보를 공유하는지에 대하여는 3.55점으로 가장 낮았다.

표 7. 여성 건강리더 교육프로그램 만족도

(n=22)

변수	평균	표준편차
본 프로그램 만족도	4.64	0.49
유사한 프로그램 개설시 참석할 의향	4.41	0.50
친구에게 이 프로그램을 권장할 의향	4.09	0.61
본 교육프로그램이 건강에 도움이 됨	4.27	0.45
본 프로그램 이수 후 생활에 긍정적변화가 있었는지 정도	3.86	0.46
본 강의가 재미있고 이해하기 쉬웠는지 정도	4.32	0.47
본 강의가 실생활에 도움이 되었는지 정도	4.18	0.50
강사진의 우수성	4.45	0.50
학습자들끼리 친해지고, 정보공유정도	3.55	0.59

6. 여성건강교육프로그램 교육 후 건강인식변화 및 활동계획

여성건강리더교육 마지막 시간에 지역사회에서 여성건강리더로서 건강에 대한 인식 변화와 함께 건강한 생활을 실천할 수 있는 방법으로 무엇이 있을 지와 지역사회 취약 계층의 여성을 위하여 무슨 역할을 할 수 있을지 활동계획에 대하여 5개 동으로 나누어 워크숍을 실시한 결과, <표 8>과 같다.

표 8. 여성건강리더 교육프로그램 후 건강에 대한 인식변화 및 활동계획

여성건강 리더로서의 건강에 대한 인식변화 및 활동계획	
A동	우리 동네는 새마을문고에서 작은 도서관을 운영하고 있으므로 이 장소를 활용하여 건강의 중요성을 지역에 살고 있는 사람들에게 전달하고 싶다. 이 도서관에서 한 달에 한번 회의를 하는 데, 이때 건강에 대한 대화도 나누고, 내가 받은 이 교육내용을 가지고 이웃 주민에 대하여 더 관심을 갖고 건강에 대한 멘토를 할 수 있을 것 같다.
	지역사회 모임이 있을 때 건강 멘토의 역할을 하겠고, 다른 사람들의 말을 잘 경청 하도록 하겠다.
	가족을 먼저 사랑하고, 아파트 주민들 모임이 있을 때 건강 멘토로서 역할을 잘 하도록 하겠다. 또한 남에 말들을 잘 경청하도록 노력하겠다.
	이웃사랑. 어려운 상황에 있는 사람, 가난한 사람, 외로운 사람들에게 건강에 대한 정보를 전달하고 상담사역할을 하겠다.
B동	매주 1주일에 1번 나의 건강을 체크하겠다.

	<p>내 가족(남편, 손주)들의 건강을 먼저 챙기도록 실천하겠다.</p> <p>시간 맞춰서 식사하기, 운동하기 등 일상 속에서 건강한 생활을 실천하도록 노력하겠다.</p> <p>내 가족 건강관리, 대사증후군 예방관리. 이웃들에게도 건강 멘토로서 열심히 역할을 하겠다.</p>
C동	<p>가족의 이야기를 잘 들어주고 대화를 잘 하겠다.</p> <p>웃는 생활을 실천하겠고, 긍정적 생활을 하도록 하겠다.</p> <p>남의 말 경청을 잘하고 식생활을 건강하게 개선하겠다.</p> <p>육체적, 정신적, 사회적 건강이 중요함을 알게 되었고, 건강을 이웃과 나누겠다.</p> <p>감사, 긍정, 사랑, 웃음이 있는 생활을 만들어 가도록 노력하겠다.</p>
D동	<p>나 자신의 건강을 챙기도록 하겠다.</p> <p>가족과 함께 규칙적인 운동을 시작하겠다.</p> <p>기회가 될 때마다 주변에 건강의 중요성 알리고 건강검진의 중요성을 말하도록 하겠다.</p> <p>내 가족의 건강을 챙기고, 가까운 이웃들과 좋은 건강정보를 공유하겠다.</p> <p>나의 건강은 내가 먼저 지키고, 주위사람들에게도 건강의 중요성과 좋은 점을 말해준다.</p> <p>내 건강을 먼저 챙기고, 나와 가족의 건강을 위한 식단을 짤다.</p> <p>내 자신부터 건강하도록 건강한 생활을 실천하겠다.</p> <p>긍정적인 마인드로, 밝은 미소로 생활하도록 노력하겠다.</p>
E동	<p>건강한 생활습관을 만들기 위해 운동을 하겠다.</p> <p>웃음으로 긍정적으로 살도록 노력하고 건강에 대해 이웃에게 멘토를 하겠다.</p> <p>건강의 중요성을 인식하였고, 건강한 생활실천의 동기가 높아졌다.</p> <p>본 교육프로그램에 만족하고 열심히 건강한 생활을 실천하겠다.</p> <p>식생활습관의 중요성을 느끼고, 건강의 중요성도 알게 되었다.</p>
기타 (향후 활동 방안)	<p>보건소 건강관련 행사나 건강 봉사활동 시 모두 참여하기로 의견을 모으다.</p> <p>교육이후에도 동별 네트워크를 형성하여 매월 주기적인 자조모임을 갖기로 하다</p> <p>한달에 한번 자조모임 시 건강에 대한 자기 주도적 학습을 하여 발표하기로 하다</p> <p>위와 같은 사항은 A 보건소에서 지원하기로 하다.</p>

IV. 논의

본 연구는 서울시 A지역 보건소사업의 일환으로 실시된 여성건강리더 사업프로그램 운영결과에 대한 과학적 근거를 마련하고 기초자료를 얻기 위하여 시도되었다. 즉 본 연구의 대상자인 중년여성들의 건강리더교육을 받기전과 받은 후 자기건강관리역량이 향상되었는지, 건강증진생활양식이 증진되었는지, 대사증후군 진단 관련 변인들이 유의하게 좋아졌는지 그 변화를 교육 전·교육 후로 측정하여 그 효과를 확인하고자 하였다. 먼저 대상자선정에 있어서 앞에서 언급한 바와 같이 동 대표에게 추천을 받아 온 대상자 대부분은 중년여성이었다. 이와 같이 중년여성들이 여성리더로 뽑힌 까닭은 육아와 직장에 매어있는 젊은 여성에 비해 비교적 시간이 여유롭고, 일과 가정 양립의 일을 하지 않기 때문인 것으로 여겨진다. 중년기는 인생의 성취를 완성하는 시기로서 Erickson(1963)은 이 시기에 생산성 대 침체성 위기를 경험하게 된다고 하였다. 중년기는 전반적인 신체적 변화와 폐경기 및 성적인 변화에 적응해야 하며 이러한 적응과정이 원활하게 이루어지지 않으면 성인병 및 다양한 건강문제를 일으키기 쉬운 시기이다. 중년기는 노년기가 시작되기 직전의 성인단계로 40세부터 60세까지의 시기를 말하며, 여성에서는 일반적으로 이 시기에 폐경이 오는 것으로 본다(김신미·김순이, 2008). 이러한 측면에서 본 연구의 대상자인 중년여성들이 건강리더로서의 역할을 잘 할 수 있는지를 탐색해 볼 때 장점으로는 건강문제가 많이 나타나는 시기이기 때문에 건강에 대한 관심을 더 많이 유도할 수 있다는 점, 그리고 가족들에게 영향력을 더 많이 미칠 수 있다는 점, 그리고 젊은 여성들 보다는 삶의 경험에서 나오는 지혜가 많다는 점에서 건강리더자로서의 역할을 감당하기에 오히려 리더십을 발휘할 수 있는 적합한 위치에 있는 것으로 생각된다. 따라서 본 연구의 프로그램은 국내 중년의 건강증진에 대한 선행연구 분석(강영실 외, 2009)을 토대로 하여 이들의 관심과 흥미를 끌 수 있는 교육주제로 구성하였다. 여성건강리더에 대한 개념을 본 연구에서 처음 도입하여 사용한다는 점과 금년에 시작한 여성건강사업의 결과가 없는 상태에서 여성의 건강관리역량이 증가했다는 긍정적인 연구결과를 본 연구에서 확인하였다는 점에서 큰 의의가 있다고 볼 수 있다. 그러나 표본수가 적고 대조군이 없는 연구 설계여서 일반화하는 데는 한계가 있을 수 있다. 본 연구에서는 여성건강리더란 여성이 건강에 대한 지식과 태도, 가치관을 함양하고 리더십을 발휘함으로써 지역사회 건강옹호자로서, 지역사회네트워크의 주역으로

서 소외되고 취약한 건강상태에 놓인 주민들을 발굴하여 의료기관과 연계하고, 건강증진을 스스로 잘 관리하여 주변사람까지도 건강하게 변화시킬 수 있는 건강리더자의 역할을 기대하고 본 프로그램을 운영하였다. 10시간의 여성건강리더 교육프로그램으로는 중년여성들의 건강에 대한 행위변화를 유도하고 리더십을 함양하는 데는 무리가 있을 것으로 예상하였으나 자기건강관리역량이 유의하게 상승한 본 연구의 결과는 지역보건소 중심의 건강관리 사업 및 건강교육을 지속적으로 해야 한다는 시사점을 제공해 주고 있는 긍정적인 결과라고 여겨진다. 특히 중년기 여성은 갱년기 증상, 골다공증, 비만, 심혈관계 질환, 암, 당뇨, 고혈압, 관절염, 요실금, 우울 등의 건강문제가 유발되는 시기이며 건강에 관심이 많음에도 불구하고, 건강예방행위나 건강증진 행위를 잘 하지 않는 것으로(이군자 외, 2004: 577 재인용) 나타나 보건소중심의 중년여성 건강관리 사업은 지속적으로 운영해야 할 것이다. 본 연구에서 건강관리역량은 교육 전에 비하여 교육 후 유의하게 상승되었다. 특히 건강에 대한 인지, 건강문제인식 및 해결 등은 교육 후 유의한 상승을 보여주었다. 이러한 결과는 건강교육의 효과라고 여겨진다. 건강관리역량 도구는 한국실정에 맞게 이은희 외(2010) 개발한 도구로 선행연구가 없어 타 논문과 비교하는 데는 한계가 있으며 반복연구가 필요하다. 한편 건강증진생활양식 II를 가지고 연구한 선행연구와 본 연구결과를 비교해 보았다. 강영실 외(2009: 79)가 연구한 '국내 중년의 건강증진에 대한 선행연구 분석'에서 본 도구를 가지고 21건의 논문을 비교분석한 결과 평균 점수는 2.50점이었고 범위는 3.08점에서 1.57점으로 다양하였다. 본 연구대상자들은 건강증진생활양식 점수는 교육 전 2.72점, 교육 후 2.70점으로서 강영실의 평균점수보다 약간 높게 나왔다. 그 외 이은희 외(2010)가 연구한 한국인중년여성과 한국계미국인 중년여성의 건강통제위, 우울, 안녕감 및 건강증진 생활 양식의 실천정도를 비교한 연구에서는 한국인 중년여성은 2.47점, 한국계 미국인 중년여성은 2.60으로 나와 본 연구 결과에서 나온 건강증진생활양식 점수가 더 높게 나왔다. 이와 같은 결과는 고졸이상의 학력을 지닌 대상자가 약 60%나 되고, 생활에 만족하는 대상자가 63.5%, 월 소득 평균 300~300만원 이상이 54.5%로 나타나 생활에 여유가 있는 사람들이어서 건강증진생활 실천을 잘 하고 있는 것이 아닌가 사료된다. 그러나 이는 향후 더 반복연구를 통하여 확인되어야 할 것이다. 또한 중년여성과 복부비만은 밀접한 관계가 있어 대사증후군 검사를 본 연구에 포함시켰다. A보건소 내 대사증후군 담당부서의 협조를 받아 전담팀이 측정하였다. 그러나 검사측정시간이 점심시간 직후여서 공

복 시 혈당 및 중성지방, 콜레스테롤 등 혈액검사를 측정하지 못하는 한계가 있어 유의한 결과를 얻지 못하였다. 결론적으로 생의 전환점에 있는 중년여성을 대상으로 여성건강리더 교육 프로그램을 적용하고 그 효과를 파악하기 위하여 건강관리역량과 건강증진생활양식, 대사증후군 검사를 실시하였으나 그 중 건강관리역량이 유의하게 향상되었고 대사증후군 검사에서는 허리둘레, 수축기와 이완기혈압이 낮아져 유의한 결과를 가져왔다. 그러나 건강생활양식과 혈당이나 중성지방 등 혈액검사는 유의한 차이가 없었다. 건강증진생활양식 도구는 외국에서 개발된 도구를 번역하여 사용하였으므로 외국의 정서와 환경의 차이로 인해 우리나라 중년여성의 건강증진생활양식을 확인하는 데는 제한이 있을 수 있을 것으로 사료된다. 그리고 공복 시 혈당이나 중성지방, 콜레스테롤에서 유의한 차이가 없었던 이유는 공복 시 혈액을 채취하지 못한 한계가 있었으므로 차후에는 이러한 내용을 보완하는 연구가 필요하다.

V. 결론 및 제언

본 연구의 교육대상은 전체 36명이었으나, 불성실한 응답자와 1회만 측정한 대상자를 제외하고 교육프로그램 전과 후, 즉 2회의 설문지에 응답한 최종 분석대상은 22명이었다. 본 연구의 목적은 여성건강리더로서의 역할을 수행 할 수 있도록 건강에 대한 지식, 태도, 실천에 대한 역량을 강화하여, 지역사회내의 취약한 여성이나 노령여성들의 건강 및 사회 안전망을 구축 시, 인적 인프라로 활용하는데 기여하고자 하였다. 그러기 위해서는 먼저 자신의 건강관리역량을 강화하고 건강증진생활을 할 수 있어야 하기 때문에 건강관리와 리더십교육프로그램을 혼합한 여성건강리더 교육프로그램을 개발하여 2시간씩 5회로 총 10시간 운영하였다. 그 결과 교육전보다 교육 후 건강관리능력이 유의하게 상승되는 것으로 나타났다. 반면, 건강증진생활양식에 대하여는 유의한 변화가 없었다. 또한 대사증후군 5가지 진단기준 및 체중, 허리둘레, 비만도측정을 실시한 결과, 대사증후군 항목에서는 수축기와 이완기 혈압, 허리둘레에서 유의하게 감소되었다. 또한 대사증후군 항목은 아니나, 체중과 비만도도 교육전과 교육후의 유의한 변화가 있어서 대상자들에게 본 교육프로그램이 효과가 있었음을 확인할 수 있었다. 본 연구의 제한점으로는 일 개 지역의 지역사회주민을 대상으로 하였기 때문에 일반 인구집

단을 대표하기 어렵고 자기기입식 설문을 바탕으로 하였기 때문에 정보의 정확성이 문제가 될 수 있다. 그리고 대사증후군 관련 측정에 측정자간의 차이가 있을 수 있다. 그러나 본 연구의 의의는 여성건강 리더 양성을 위한 교육프로그램이 우리나라에 거의 없는 상태에서 처음 시도되었다는 점, 그리고 본 교육에 참여한 대상자들이 건강리더로서 일차적으로 본인의 건강관리역량이 유의하게 상승한 점에서 의미가 있다고 볼 수 있다. 또한 본 연구에 참여하였던 대상자들은 중년여성들로서 먼저 본인의 건강 및 가족의 건강관리를 실천하도록 동기부여를 하여 긍정적으로 건강에 대한 인식이 변화된 점이 매우 고무적이다. 즉 자신인 '나'로부터의 작은 건강생활실천을 목표로 하였고 추후 더 나아가 지역사회 건강전도사로서 즉 건강옹호자로서의 역할도 수행할 수 있도록 건강에 대한 지식과 태도 등 역량을 강화하는 프로그램으로 운영하였다. 그러나 단 한 번의 건강교육프로그램으로 이 모든 역량을 갖추기에는 한계가 있으므로 업그레이드 된 심화교육 내지는 계속교육을 할 필요가 있다. 결론적으로 본 연구를 통하여 지역주민의 여성 건강에 대한 긍정적인 동기유발을 고취시키고 자기건강관리 능력이 유의하게 좋아지는 결과가 확인된 만큼, 여성 건강관리능력을 함양하기 위한 노력은 지속되어야 하며, 본 교육프로그램을 일반화하기 위해서는 대상자의 표본 수를 확대한 반복연구와 대조군을 포함한 연구가 필요하다.

현순희는 한국방송통신대학교에서 간호학 학사학위를 받았으며, 현재 종로구보건소에서 건강관리팀장으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 간호행정 및 지역사회 건강증진사업이며, 현재 영유아, 모성건강관리, 구강보건, 예방접종, 여성건강관리 등의 사업을 추진하고 연구하고 있다.

(E-mail: hyunsemmy@korea.kr)

이규영은 연세대학교에서 보건학 석사, 인하대학교에서 교육학 박사학위를 받았으며, 현재 중앙대학교 적십자간호대학에서 지역사회간호학 부교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 보건교육, 청소년건강문제, 지역사회 건강증진이며, 현재는 건강증진학교, 청소년정신건강, 학교 보건교육 등을 연구하고 있다.

(E-mail: queyoung@cau.ac.kr)

참고문헌

- 강영실, 정미자, 박용숙, 이영숙, 김향숙, 이동매 외(2009). 국내중년의 건강증진에 대한 선행연구 분석. *지역사회간호학회지*, 20(1). pp.75-86.
- 곽삼근(2009). *여성주의 교육학*. 서울: 이화여자대학교출판부.
- 김신미, 김순이(2008). 노인의 노화불안과 삶의 질. *정신간호학회지*, 17(3), pp.281-291.
- 김양희(2006). *여성, 리더 그리고 여성리더십*. 서울: 삼성경제연구소.
- 김영택, 정진주, 전희진, 천희란, 최성수(2007). *외국의 여성건강증진 기반 고찰 및 한국의 정책과제*. 서울: 한국여성정책연구원.
- 김태홍, 장혜경, 황정임, 배호중(2012). *최근 10년간 여성정책평가와 향후 정책과제*. 서울: 한국여성정책연구원.
- 유희정, 이택면, 신선미, 최동식, 김영숙, 김은지 외(2012). *미래변화와 여성*. 연구 보고서. 서울: 한국여성정책연구원.
- 윤순녕, 김숙영, 이지윤(2005). *한국여성의 건강증진행위*. 서울: 서울대학교 출판부.
- 이군자, 장춘자, 유재희(2004). 건강증진교육 프로그램이 중년여성의 자기효능감, 건강관리 지식, 건강증진행위에 미치는 효과. *지역사회간호학회지*, 15(4), pp.577-586.
- 이은희, 소애영, 이경숙(2010). 개인의 건강관리능력 도구개발. *한국간호교육학회지*, 16(1). pp.129-139.
- _____, _____, _____(2010). 한국인 중년여성과 한국계 미국인 중년여성의 건강통제 위, 우울, 안녕감 및 건강증진 생활양식의 비교연구. *여성건강간호학회지*, 16(2). pp.157-165.
- 이선옥(2010). *한국 성인에서 생활습관 요인과 대사증후군의 관련성: 국민건강영양조사 제4기 1차년도(2007)자료를 이용하여*. 박사학위논문, 보건학과, 조선대학교, 전남.
- 장금성, 이명하, 김인숙, 홍윤미, 하나선, 공병애 외(2009). *간호윤리와 전문직*. 서울: 현문사.
- 정영호 (2011). *Health Plan 2020의 건강성과에 대한 기대효과*. 서울: 한국보건사회연구원 건강증진사업단.
- 보건복지부(2011). *제3차 국민건강증진종합계획(2011~2020)*. 서울: 보건복지부.
- 대사증후군 오락프로젝트(2012, Oct, 25). *대사증후군 진단기준*.

- <http://www.5check.or.kr/index.html>에서 2012.10.25 인출.
- 크리스찬투데이(2012, Oct, 12). 이경숙 총장과 이동원 목사가 말하는 '여성리더십'.
- <http://www.christiantoday.co.kr/view.htm?id=193003>에서 2012.10.25 인출.
- 한국건강증진재단(2012, Oct, 20). 건강길라잡이-여성/일반건강정보.
- http://www.hp.go.kr/hpPortalCont.dia?method=contSubView&fld=hlife01&pgid=06_01에서 2012. 10.20일 인출.
- 보건복지부(2012). 2012 보건복지통계연보 58호. 서울: 보건복지부.
- 통계청(2012, Dec, 19). 2012 통계로 보는 여성의 삶.
- http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/5/index.board?bmode=read&aSeq=258511에서 2012. 12. 19일 인출.
- Carr, M. C.(2003). The emergence of the metabolic syndrome with menopause. *J Clin Endocrinol Metab*, 88, pp.2404-2411.
- Erikson, E. H.(1963). *Childhood and society*. (2nd Ed.), New York: Norton.
- Ggriffith-Kenney, J.(1986). *Contemporary women's health: A nursing advocacy approach*, Menlo park, CA: Addition- Wesley Publishing Co.
- Maunze, E. R., Woods N. F.(1988). selfcare-practices among young adult women: Influenced systems, employment, and sex-role orientation, *Health care for women international* 9(1), pp.29-41.
- Regitz-Zagrosek, V., Lehmkuhl, E., Weickert, M. O.(2006). Gender differences in the metabolic syndrome and their role for cardiovascular disease. *Journal of Clin Res Cardiol*, 95, pp.136-147.
- Walker, S. N., Hill-Polerecky, D. M.(1996). *Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyles Profile II*. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.
- WHO(2012.12.20). 건강의 정의.
- <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>에서 2012.12.20 인출.
- World Health Organization West Pacific Region.(2000). *The Asia-Pacific perspective: refining obesity and its treatments*. IOFT February.

Effects of a Women's Health Leader Education Program for Middle-aged in an Urban Area

Hyun, Soon Hee
(Jongno-Gu Health Center)

Lee, Gyu Young
(Chung-Ang University)

This study was aimed at examining the effect of a women's health leader education program on personal competence of health care, health promoting life style profile II and metabolic syndrome for middle-aged women in an urban area. The subject group consisted of 22 women aged between 40 and 60. The education program 10 weeks session consisted of a 2hours class each week. from June 27th to July 25th, 2012. Pre-and post-education tests were collected after each session. The data were analyzed using the SPSS 19.0 program with frequency, means, ANOVA, standard deviation, Paired t-test. Result: The were significant changes in Personal competence of health care, BP and waist circumference. but no significant changes Health promoting life style profileII. Conclusions: This study showed that a women's health leader education program has partially positive effects for middle aged women. Based on this study, a continuous health leader education program through a community health center is needed for middle aged women.

Keywords: Women, Leader, Education Program, Effect