

건강지도자의 건강행위 동기요소, 지각된 건강상태, 지식향상도, 삶의 만족도에 대한 교육전·후 변화

김금숙¹, 김영희^{1*}, 이정인²

¹대전과학기술대학교 간호학과 부교수, ²대전과학기술대학교 간호학과 교수

Comparison of health behavior motivation, perceived health status, knowledge improvement, and life satisfaction before and after education in health leaders

Keumsook Kim¹, Younghee, Kim^{1*}, Jeongin Lee²

¹Associate Professor, Department of Nursing Science, Daejeon Institute of Science and Technology

²Professor, Department of Nursing Science, Daejeon Institute of Science and Technology

요약 본 연구는 농촌지역 건강지도자의 건강행위 동기요소, 지각된 건강상태, 지식향상도, 삶의 만족도에 대한 교육전·후의 변화를 파악하기 위하여 실시되었다. 연구 대상은 충남 C군에 소재한 보건소에서 실시한 '건강지도자 양성교육'에 참여한 건강지도자 교육생을 대상으로 하였다. 연구결과 건강지도자 양성 교육 후 건강행위 동기요소 중 인지된 유익성은 의미있는 증가, 인지된 장애는 의미있는 감소, 지각된 건강상태, 지식향상도의 의미있는 증가를 나타내어 건강지도자 양성교육이 건강행위 동기요소, 지각된 건강상태, 지식향상도의 증가에 기여함을 확인하였다. 연구를 통하여 농촌지역 주민들의 건강관리능력을 함양하기 위한 '건강지도자 양성교육'이 지속되어야 함을 시사해 주고 있다.

키워드 : 건강지도자, 동기요소, 지각된 건강상태, 지식향상도, 삶의 만족도

Abstract The purpose of this study was to identify the effects of the health leader education on health behavior motivation, perceived health status, knowledge improvement, and life satisfaction among the living in rural area. The subjects consisted of 50 health leaders who participated in the health leader education program. Pre-and post-education tests were collected after education. The data were analyzed using the SPSS 22.0 program with frequency, means, ANOVA, Paired t-test. The data significant changes in motivation, perceived health status, knowledge improvement. The data not significant changes in life satisfaction. Based on this study, a continuous health leader education program through a community health center is needed for rural community people.

Key Words : Health leader, Motivation, Perceived health status, Knowledge improvement, Life satisfaction

1. 서론

농촌주민들은 장시간 강도 높은 노동으로 인한 요통 및 관절통 등의 근골격계 증상 호소가 많으며 심각한 만성피로 증상으로 힘들어 하고 있다. 농촌주민들이

도시에 비해 상대적으로 더 많은 건강문제가 있음에도 불구하고 보건의료접근성과 예방적 보건의료서비스에서 소외되어 있다[1].

우리나라 65세 이상 노인인구는 2026년에 20%, 2050년에는 37%로 초고령사회로 진입할 것으로 예상

*Corresponding Author : Younghee Kim(kimyh@dst.ac.kr)

Received April 5, 2022

Accepted June 20, 2022

Revised May 13, 2022

Published June 28, 2022

되며 인구의 고령화 현상으로 인한 문제 중에서 주의가 필요한 대상자는 고령 후기 노인과 농촌노인이라 할 수 있다. 농촌지역에서 65세 이상 가구원 중 독거노인 비율과 조손가구 비율이 증가하고 있으며, 대부분의 농촌지역은 노인인구 비율이 높아 재정자립도가 낮고 활용가능한 복지자원도 크게 부족하여 농촌 노인의 대다수는 경제, 의료, 사회적서비스 등의 문제에서 소외되어 농촌지역 노인의 삶의 질은 사회의 심각한 사회 문제로 대두되고 있다[2].

우리나라 지역사회 내에서 지속적인 건강관리시스템이 제대로 운영되지 못하는 이유는 대상자의 요구가 적절히 수용될 수 있는 공공의료서비스와 관련된 인력 및 자원 그리고 예산이 부족한 것이 큰 원인으로 볼 수 있다[3]. 이러한 인력 및 자원, 예산문제를 효율적으로 해결할 수 있도록 하기 위한 대안으로 보건사업에서 지역주민이 참여하는 자원봉사활동이 제시될 수 있다[4]. 보건간호인력이 자원봉사활동에 참여한 지역주민들에게 건강증진을 위한 건강리더로서 전문적인 건강교육 프로그램을 진행한다면 효율적인 보건자원의 활용과 대상자의 지속적 건강관리 및 예산절감 등 여러 차원에서 매우 효과적일 것이다.

노령화되어 있는 농촌지역 주민들이 농촌의 주어진 환경 내에서 건강한 삶을 영위하기 위해서는 수동적이고 치료중심적인 건강관리 방법을 지양하고 건강관리를 주체적으로 실천하는 방안 모색이 필요하며, 그 방안의 하나로 농촌지역 주민의 건강증진을 위한 자원봉사인력인 건강지도자 활용이 있다.

건강지도자는 의료접근이 쉽지 않은 지역에서 소외되고 취약한 건강상태에 있는 주민들을 발굴하고, 또한 건강증진을 위해 스스로 자기 건강을 돌보며 이웃주민의 건강을 변화시킬 수 있는 건강리더를 말한다[5]. 농촌지역 주민에 대한 이해도가 높고 심리적, 지리적 접근성을 가지고 있는 지역주민이 건강지도자로 참여하게 되면 지역주민에 대한 책임감과 봉사정신으로 대상자는 친밀감과 편안한 마음으로 건강프로그램에 참여할 수 있을 것이다[6].

농촌주민을 대상으로 전문적인 건강교육을 실시할 건강지도자가 효율적으로 제 역할을 다 하기 위하여 건강지도자의 역량이 중요하다. 지금까지 건강지도자에 의한 운동프로그램의 효과[6], 자원봉사자들의 인식변화[7] 등에 대한 연구가 있으며 건강지도자에 대한 교

육 전후를 비교한 연구는 없는 실정이다. 이에 건강지도자 교육 전 후의 건강행위 동기요소, 지각된 건강상태, 지식향상도, 삶의 만족도를 확인함으로써 지역사회간호 정책의 기초자료를 마련하고자 한다.

2. 연구방법

2.1 연구설계 및 대상

본 연구는 단일군 사전, 사후 유사실험연구이며, 연구의 대상은 충남 C군에 소재한 보건소에서 실시한 '건강지도자 양성교육'에 참여한 건강지도자 교육생을 대상으로 하였다. 교육은 2021년 6월부터 10월까지 매주 수요일 2시간(1시간 교육과 1시간 건강운동시간) 총 15차에 걸쳐 실시한 프로그램이다.

강의는 전문성 확보를 위해 해당전공 교수와 전문강사에 의해 실시하였으며, 교육과정은 건강생활실천, 심뇌혈관질환예방, 구강건강관리, 치매·정신질환 예방 등의 내용으로 전반적인 건강관련 교육을 실시하고 평가 과정을 통해 건강지도자로서의 역량 강화에 중점을 두었다.

보건소의 동의를 얻고 '건강지도자 양성교육' 개강일과 총 15주 교육이 끝난 후 총 2회에 걸쳐 연구자가 연구목적과 내용을 설명하였다. 조사는 연구참여자가 설문지에 직접 기입하는 방식으로 이루어졌으며, 소요시간은 15분 ~ 20분 정도였다. 교육 전 설문에 참여한 대상자는 60명 이었고, 교육 후 설문에 참여한 대상자는 52명 이었다. 교육전과 후 설문에 모두 참여한 대상자 52명 중 불성실한 답변 2명을 제외한 50명을 분석대상으로 하였다.

2.2 연구도구 및 내용

•일반적 특성 : 성별, 연령, 교육, 종교, 일상생활 만족여부, 질병유무 등 6문항이다.

•동기요소 : 건강행위의 동기요소는 송과 이[8]가 개발한 건강생활 수행에 대한 자신감의 표현으로 자기효능, 인지된 유익성, 인지된 장애, 건강생활 호감도를 수정보완한 도구로서 하위영역 중 자기효능감을 제외한 총 19 문항으로 구성된 도구이다. '절대 아니다' 1점에서 '확실히 그렇다' 4점까지의 척도로 측정하였다. 인지된 장애는 점수가 높을수록 장애를 많이 인지하고 있는 것을 의미하며, 점수산출시 역으로 환산 입력하였다.

Song 등[9]의 노인대상 연구에서 Cronbach's alpha coefficient = .75였고, 본 연구의 Cronbach's alpha coefficient = .79이었다.

•지각된 건강상태 : 지각된 건강상태는 스스로 자신의 건강을 사정하고 평가한 것을 반영하는 통합적 개념으로서 Northern Illinois University에서 개발한 Health and Activity Survey 중 Health Self Rating Scale로서 김숙영[10]이 한국어말로 수정 보완한 도구를 사용하였다. 이 도구는 총 4문항으로 이루어져 있으며, 1번 문항은 5점 척도, 나머지 문항은 3점 척도로 구성되어 있다. 최저 4점에서 최고 14점의 건강 상태 범위를 갖도록 배정하였으며, 점수가 높을수록 자신이 평가하는 건강상태가 좋을 것을 의미한다. 신뢰도 검사에서 김숙영[10] 연구의 Chronbach's α 는 .617, 본 연구에서는 .659로 비교적 낮았으나 문항 수가 적고, 연구 목적으로 사용되는 측정도구의 경우 일반적으로 사용하는데 문제가 없는 것으로 받아들여졌다.

•지식향상도 : 지식향상도는 연구대상자들의 15차에 걸친 교육내용을 근거로 간호학전공자 3인의 회의를 거쳐 개발하였다. 개발 후 전문가 집단의 내용 타당도 자문을 거친 후 최종 13문항이 채택되었다. 도구의 구성은 문항의 내용을 얼마나 잘 이해한다고 생각하는지에 대해 4점 척도로 질문한 내용으로 구성되어 있으며, 최저 13점에서 최고 52점의 범위를 갖으며 점수가 높을수록 내용을 잘 이해하고 설명할 수 있음을 의미한다.

본 연구에서는 보건소에서 실시한 “건강지도자 양성 교육” 실시 전과 실시 후의 13문항에 대한 지식향상도의 점수를 비교하였다.

•삶의 만족도 : 삶의 만족도는 Campbell[11]이 개발하고 이명신[12]이 수정한 도구를 사용하였다. 문항의 구성은 최근의 삶의 느낌에 관한 8문항과 전반적인 삶에 대한 느낌 1문항 총 9문항으로 구성되어 있다. 최근의 삶에 대한 느낌은 부정적인 응답 1점에서 긍정적인 응답까지 7점 척도이며, 각각 두 개로 짝 지워진 형용사의 어느 한 곳에 표시한다. 8문항의 점수를 모두 합하여 평균을 낸다. 또한 전반적인 주관적 삶의 대한 만족도에 1.1의 가중치를 주어 합한다. 범위는 2.1에서 14.7까지이며, 점수가 높을수록 삶의 만족도는 높다는 것을 의미한다. 본 도구의 개발 당시 Cronbach's α 는 .90이며, 연구에서는 .89이었다.

2.2 자료분석

수집된 자료는 SPSS Statistics 22.0를 사용하여 분석하였다.

•대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율을 구하였다.
•대상자의 교육 전·후 건강행위 동기요소, 지각된 건강상태, 지식향상도, 삶의 만족도에 대한 비교는 paired T-test 로 분석하였다.

•대상자의 일반적 특성에 따른 지각된 건강상태, 지식향상도, 삶의 만족도 및 동기요소에 대한 비교는 T-test, ANOVA로 분석하였다.

3. 연구결과

3.1 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자는 60세 이상이 48%로 가장 많았고, 여자가 86%를 차지하였다. 62%가 질병을 1가지 이상 보유하고 있었다(Table 1 참고).

Table 1. General Characteristics of subjects (N=50)

| Characteristics | Categories | N | % |
|------------------------------|-----------------|----|------|
| Gender | Female | 43 | 86.0 |
| | Male | 7 | 14.0 |
| Age | <49 | 7 | 14.0 |
| | 50-59 | 19 | 38.0 |
| | ≥60 | 24 | 48.0 |
| Education | Middle school ↓ | 13 | 26.0 |
| | High school | 23 | 46.0 |
| | University ↑ | 14 | 28.0 |
| Religion | Have | 29 | 58.0 |
| | None | 21 | 42.0 |
| Satisfaction with daily life | good | 11 | 22.0 |
| | moderate | 32 | 64.0 |
| | bad | 7 | 14.0 |
| Diagnosed Disease | yes | 19 | 38.0 |
| | None | 31 | 62.0 |

3.2 대상자의 교육 전·후 건강행위 동기요소, 지각된 건강상태, 지식향상도, 삶의 만족도 비교

대상자의 교육 전·후 비교에서 인지된 유익성 ($t=-2.657, p=.011$), 지각된 건강상태($t=-2.641, p=.011$), 지식향상도($t=-4.512, p=.000$)는 교육 후 더 높은점수를 보였고, 인지된 장애($t=8.436, p=.000$)는 교육 후 더 낮게 나타났다(Table 2 참고).

Table 2. Comparison of Motivation, Perceived health status, Knowledge improvement, and Life satisfaction before and after education (N=50)

| variables | pre-education | | post-education | | t | P |
|---------------------------------|---------------|------|----------------|------|--------|------|
| | M | SD | M | SD | | |
| motivation (perceived benefits) | 2.90 | 0.49 | 3.16 | 0.36 | -2.657 | .011 |
| motivation (perceived barrier) | 2.72 | 0.48 | 2.00 | 0.30 | 8.436 | .000 |
| motivation (healthy life style) | 3.23 | 0.45 | 3.32 | 0.39 | -.859 | .395 |
| perceived health status | 9.44 | 1.84 | 10.34 | 1.30 | -2.641 | .011 |
| knowledge improvement | 2.75 | 0.56 | 3.14 | 0.33 | -4.512 | .000 |
| life satisfaction | 11.80 | 2.11 | 11.53 | 2.73 | .555 | .582 |

3.3 대상자의 일반적 특성에 따른 지각된 건강상태, 지식향상도, 삶의 만족도 및 동기요소

대상자의 일반적 특성에 따른 지각된 건강상태, 지식향상도, 삶의 만족도 및 동기요소를 분석한 결과 60세 이상 연령에서 교육 전 인지된 장애가 낮게 나타났으며

($t=4.229, p=.020$), 질병을 보유하고 있는 그룹에서 교육 전 건강상태를 더 안 좋게 느끼며($t=2.617, p=.012$), 교육 후 주관적 건강상태와 건강생활 호감도가 더 좋아졌다($t=-2.187, p=.034$)(Table 3 참고).

Table 3. Differences of Perceived health status, Knowledge improvement, Life satisfaction and motivation General Characteristics of subjects (N=50)

| General Characteristics | | perceived health status | | | | | | | |
|-------------------------|---------------|-------------------------|------|--------|------|----------------|------|--------|------|
| | | Pre-education | | | | post-education | | | |
| | | M | SD | F or t | P | M | SD | F or t | P |
| Age | 49 ↓ | 9.57 | 2.23 | | | 10.00 | 1.15 | | |
| | 50-5 | 9.21 | 1.87 | .230 | .795 | 10.74 | 1.28 | 1.474 | .239 |
| | 60 ↑ | 9.58 | 1.77 | | | 10.13 | 1.33 | | |
| Disease | without | 10.26 | 2.08 | 2.617 | .012 | 10.26 | 1.28 | -.323 | .748 |
| | with | 8.94 | 1.50 | | | 10.39 | 1.33 | | |
| Education | middle school | 8.92 | 1.93 | 1.748 | .185 | 10.62 | 1.33 | 1.934 | .156 |
| | high school | 9.96 | 1.58 | | | 9.96 | 1.33 | | |
| | university | 9.07 | 2.06 | | | 10.71 | 1.14 | | |
| Daily life satisfaction | satisfaction | 10.00 | 1.79 | .642 | .531 | 10.09 | 1.45 | .751 | .477 |
| | moderate | 9.28 | 1.78 | | | 10.31 | 1.26 | | |
| | lack | 9.29 | 2.29 | | | 10.86 | 1.35 | | |

| General Characteristics | | knowledge improvement | | | | | | | |
|-------------------------|---------------|-----------------------|------|--------|------|----------------|------|--------|------|
| | | Pre-education | | | | post-education | | | |
| | | M | SD | F or t | P | M | SD | F or t | P |
| Age | 49 ↓ | 2.79 | 0.55 | .033 | .967 | 3.03 | 0.18 | .457 | .636 |
| | 50-5 | 2.76 | 0.53 | | | 3.17 | 0.35 | | |
| | 60 ↑ | 2.73 | 0.61 | | | 3.16 | 0.35 | | |
| Disease | without | 2.79 | 0.55 | .343 | .733 | 3.19 | 0.33 | .843 | .403 |
| | with | 2.73 | 0.57 | | | 3.11 | 0.33 | | |
| Education | middle school | 2.71 | 0.70 | .045 | .956 | 3.18 | 0.46 | .133 | .876 |
| | high school | 2.76 | 0.47 | | | 3.13 | 0.32 | | |
| | university | 2.77 | 0.60 | | | 3.13 | 0.19 | | |
| Daily life satisfaction | satisfaction | 2.82 | 0.87 | .250 | .780 | 3.19 | 0.37 | .497 | .611 |
| | moderate | 2.75 | 0.45 | | | 3.15 | 0.35 | | |
| | lack | 2.62 | 0.46 | | | 3.03 | 0.09 | | |

Table 3. Continued

| General Characteristics | | life satisfaction | | | | | | | |
|-------------------------|---------------|-------------------|------|--------|------|----------------|------|--------|------|
| | | Pre-education | | | | post-education | | | |
| | | M | SD | F or t | P | M | SD | F or t | P |
| Age | 49 ↓ | 12.56 | 1.99 | | | 10.41 | 3.55 | | |
| | 50-5 | 11.56 | 1.81 | .570 | .569 | 12.03 | 2.75 | .900 | .414 |
| | 60 ↑ | 11.77 | 2.37 | | | 11.47 | 2.47 | | |
| Disease | without | 12.36 | 2.05 | | | 11.21 | 3.01 | | |
| | with | 11.45 | 2.10 | .48 | .139 | 11.74 | 2.57 | -.662 | .511 |
| Education | middle school | 12.22 | 2.17 | | | 12.21 | 1.94 | | |
| | high school | 11.69 | 2.16 | .344 | .711 | 11.24 | 3.01 | .536 | .589 |
| | university | 11.59 | 2.07 | | | 11.39 | 2.94 | | |
| Daily life satisfaction | satisfaction | 12.23 | 2.01 | | | 11.71 | 2.69 | | |
| | moderate | 11.79 | 2.27 | .556 | .577 | 11.42 | 2.71 | .083 | .921 |
| | lack | 11.14 | 1.44 | | | 11.80 | 3.27 | | |

| General Characteristics | | motivation(perceived benefits) | | | | | | | |
|-------------------------|---------------|--------------------------------|------|--------|------|----------------|------|--------|------|
| | | Pre-education | | | | post-education | | | |
| | | M | SD | F or t | P | M | SD | F or t | P |
| Age | 49 ↓ | 3.00 | 0.52 | | | 3.11 | 0.48 | | |
| | 50-5 | 2.79 | 0.35 | .793 | .458 | 3.20 | 0.36 | .217 | .806 |
| | 60 ↑ | 2.96 | 0.57 | | | 3.14 | 0.35 | | |
| Disease | without | 2.95 | 0.48 | | | 3.16 | 0.42 | | |
| | with | 2.87 | 0.50 | .532 | .597 | 3.15 | 0.33 | .044 | .965 |
| Education | middle school | 2.88 | 0.72 | | | 3.29 | 0.35 | | |
| | high school | 2.87 | 0.41 | .166 | .848 | 3.04 | 0.37 | 2.250 | .117 |
| | university | 2.96 | 0.37 | | | 3.21 | 0.34 | | |
| Daily life satisfaction | satisfaction | 2.95 | 0.64 | | | 3.27 | 0.34 | | |
| | moderate | 2.88 | 0.46 | .085 | .918 | 3.09 | 0.35 | 1.646 | .204 |
| | lack | 2.89 | 0.40 | | | 3.29 | 0.42 | | |

| General Characteristics | | motivation(perceived barrier) | | | | | | | |
|-------------------------|---------------|-------------------------------|------|--------|------|----------------|------|--------|------|
| | | Pre-education | | | | post-education | | | |
| | | M | SD | F or t | P | M | SD | F or t | P |
| Age | 49 ↓ | 2.91 | 0.51 | | | 2.07 | 0.35 | | |
| | 50-5 | 2.89 | 0.41 | 4.229 | .020 | 2.00 | 0.29 | .265 | .768 |
| | 60 ↑ | 2.53 | 0.48 | | | 1.98 | 0.31 | | |
| Disease | without | 2.78 | 0.50 | | | 2.07 | 0.29 | | |
| | with | 2.68 | 0.48 | .669 | .507 | 1.95 | 0.31 | 1.391 | .171 |
| Education | middle school | 2.50 | 0.45 | | | 1.87 | 0.31 | | |
| | high school | 2.85 | 0.36 | 2.316 | .110 | 2.04 | 0.24 | 1.621 | .209 |
| | university | 2.71 | 0.63 | | | 2.05 | 0.37 | | |
| Daily life satisfaction | satisfaction | 2.79 | 0.59 | | | 1.86 | 0.33 | | |
| | moderate | 2.67 | 0.48 | .511 | .603 | 2.01 | 0.28 | 1.981 | .149 |
| | lack | 2.84 | 0.34 | | | 2.14 | 0.32 | | |

| General Characteristics | | motivation(healthy lifestyle) | | | | | | | |
|-------------------------|---------------|-------------------------------|------|--------|------|----------------|------|--------|------|
| | | Pre-education | | | | post-education | | | |
| | | M | SD | F or t | P | M | SD | F or t | P |
| Age | 49 ↓ | 3.43 | 0.42 | | | 3.20 | 0.55 | | |
| | 50-5 | 3.26 | 0.48 | 1.124 | .334 | 3.33 | 0.40 | .363 | .698 |
| | 60 ↑ | 3.15 | 0.43 | | | 3.34 | 0.33 | | |
| Disease | without | 3.32 | 0.42 | | | 3.17 | 0.40 | | |
| | with | 3.18 | 0.47 | 1.034 | .306 | 3.41 | 0.36 | -2.187 | .034 |
| Education | middle school | 3.06 | 0.31 | | | 3.38 | 0.34 | | |
| | high school | 3.36 | 0.43 | 1.973 | .150 | 3.25 | 0.39 | .584 | .562 |
| | university | 3.19 | 0.55 | | | 3.36 | 0.44 | | |
| Daily life satisfaction | satisfaction | 3.20 | 0.55 | | | 3.51 | 0.38 | | |
| | moderate | 3.18 | 0.42 | 2.050 | .140 | 3.29 | 0.34 | 2.259 | .116 |
| | lack | 3.54 | 0.32 | | | 3.14 | 0.53 | | |

4. 논의

본 연구는 농촌지역 건강지도자의 건강행위 동기 요소, 지각된 건강상태, 지식향상도, 삶의 만족도에 대한 교육전후의 변화를 파악하기 위하여 실시되었다. 건강지도자는 농촌지역 특히 의료접근이 쉽지 않은 지역에서 건강에 대한 지식과 태도, 가치관을 함양하고 리더십을 발휘함으로써 소외되고 취약한 건강상태에 있는 주민들을 발굴하고, 또한 건강증진을 위해 스스로 자기 건강을 돌보며 이웃주민의 건강을 변화시킬 수 있는 건강리더를 말한다[5]. 문선미 등[13]은 지역사회 건강증진 사업 영향요인을 확인 한 결과 주민리더교육에 참여한 사람은 건강증진 사업 참여가 유의하게 높았다고 하여 건강지도자 교육은 본인 및 지역사회를 위해 필요한 사업이라고 할 수 있다.

연구결과 건강지도자 양성 교육 후 건강행위 동기요소 중 인지된 유익성, 인지된 장애에서 의미있는 변화를 나타내었다. 구체적으로 교육 후 인지된 유익성은 의미있게 증가한 반면 인지된 장애는 의미있게 감소한 결과를 나타내었다. 이는 지역사회 거주 농촌노인을 대상으로 건강증진프로그램을 적용한 후 동기요인의 의미있는 변화, 특히 실험군에서 인지된 장애성이 감소한 선행연구와 유사하다[14]. 이러한 결과는 '건강지도자 양성 교육'을 통하여 바람직한 건강행위를 취할 동기화가 더 잘 되어 있는 것으로 볼 수 있다[15]. 따라서 지역사회 주민의 건강행위 이행을 높이기 위해서는 지역사회 주민의 건강행위 동기요소 정도 파악과 동기유발 극대화를 위한 간호중재 프로그램이 필요한데[15] 이를 위해서는 먼저 건강지도자의 동기유발이 중요하고, 교육을 통하여 건강지도자들의 의미있는 변화를 이끌어 낼 필요가 있다고 하겠다. 대상자의 동기요소 중 인지된 장애가 60세 이상 연령에서 교육 전 낮게 나타났기 때문에 교육프로그램의 계획시 60세 이상의 대상자를 고려하여 계획할 필요가 있다.

본 연구에서 건강지도자 양성교육 후 지각된 건강상태, 지식향상도의 의미있는 증가를 나타내어 건강지도자 교육이 지각된 건강상태와 지식향상도 증가에 기여함을 확인하였다. 지각된 건강상태란 개인이 건강상태와 일상생활수행 정도를 스스로 인지하는 것으로 [16] 지각된 건강상태가 높을수록 자신의 건강에 대해 긍정적으로 인식하는 상태이다. 장경오[16]는 재가 노인 대상의 연구에서 지각된 건강상태는 생활만족도에

영향을 미치므로 지각된 건강상태 향상을 위하여 복지관 및 노인대학의 다양한 프로그램에 적극적으로 참여하도록 하고, 스스로 건강 관리를 하여 자신의 건강에 대한 긍정적인 사고의 전환을 시키며, 국가 및 사회적 차원에서도 다양한 프로그램의 개발을 통해 지역사회 노인들의 건강을 향상시켜야 한다고 하였다. 정혜윤[2]은 65세 이상 농촌노인을 대상으로 한 연구에서 지각된 건강상태는 성공적 노화 영향 요인이므로, 노인 개인의 지각된 건강상태를 긍정적으로 유지하고 사회적 지지체계를 바탕으로 한 건강증진행위 프로그램 개발이 필요하다고 하였다. 지역사회 거주 노인 대상 연구에서 [17] 지각된 건강상태는 인구학적 요인보다 신체적, 사회심리적 요인들의 영향력이 더 크게 나타났으며, 그 중에서도 사회 심리적 요인이 가장 큰 설명력을 갖는 것으로 나타난 선행연구 결과로 볼 때 건강지도자의 지각된 건강상태 증진을 위해 사회심리적 요인들을 포함하여 스스로 건강을 관리할 수 있는 건강교육을 추가하여 건강증진 프로그램 개발이 필요하다고 할 수 있다. 본 연구결과 질병을 보유하고 있는 그룹에서 교육전 지각된 건강상태가 의미있게 낮게 나타났으므로 건강증진 프로그램 운영 시 질병이 있는 대상자들에게 맞춤형 교육을 실시한다면 효과는 더욱 증대될 것으로 사료된다.

삶의 만족도는 교육 전후 의미있는 차이를 보이지 않았다. 이는 노인건강지도자 양성전략을 적용하여 경로당 노인건강증진 프로그램을 개발 수행 후 프로그램의 효과를 분석한 연구 결과[18] 생활만족도는 프로그램 수행 전후 유의한 차이가 없었고, 실험군 대조군간에도 차이가 없었다는 연구결과와 유사하다. 일부 농촌 주민을 대상으로 한 선행연구에 의하면[1] 삶의 만족도에 영향을 미치는 예측요인으로 가정화목도, 주관적 건강상태, 주된 건강유지 행위, 친구관계이며, 이중 가장 강력한 예측요인은 가정화목도로 이는 가족구성원간의 상호작용 및 지지와 격려가 삶의 만족도 향상에 중요한 요인이라는 결과를 통해 볼 때 주관적 건강상태와 건강행위가 삶의 만족도에 어느정도 영향을 주지만 가정화목도가 가장 큰 영향을 주는 요인임을 고려할 때 삶의 만족도의 증진을 위해서는 인간관계 및 의사소통 등 다양한 프로그램의 접목이 필요하다고 사료된다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 농촌지역 건강지도자의 건강행위 동기요소, 지각된 건강상태, 지식향상도, 삶의 만족도에 대한 교육 전후의 변화를 파악하기 위하여 실시되었다. 연구결과 건강지도자 양성 교육 후 건강행위 동기요소 중 인지된 유용성은 의미있게 증가한 반면 인지된 장애는 의미있게 감소한 결과를 나타내었으며, 지각된 건강상태, 지식향상도의 의미있는 증가를 나타내어 건강지도자 양성 교육이 건강행위 동기요소, 지각된 건강상태, 지식향상도의 증가에 기여함을 확인하였으나 삶의 만족도는 교육 전후 의미있는 차이를 보이지 않았다.

본 연구의 제한점으로는 일 지역 지역사회주민을 대상으로 일반화하기 어렵고 자기기입식 설문을 바탕으로 하여 정보의 정확성에 대한 한계가 있다. 그러나 본 연구의 의의는 농촌지역 건강지도자 양성을 위한 교육 프로그램에 참여한 대상자들이 지역사회 건강리더로서 일차적으로 본인의 건강행위 동기요소, 지각된 건강상태, 지식향상도 등이 유의하게 상승한 점에서 의미가 있다고 볼 수 있다.

REFERENCES

- [1] Y. J. Oh & Y. H. Kwon. (2012). Factors Influencing Perceived Health Status and Life Satisfaction in Rural Residents. *Journal of Agricultural Medicine Community health*, 37(3), 145-155. DOI : 10.5393/JAMCH.2012.37.3.145
- [2] H. Y. Jung & H. M. Jeong. (2016). The Effects of Perceived Health Status and Society Support and Health Promotion Behaviors on Successful Aging of the Elderly in Rural Area. *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 18(4), 2167-2181
- [3] S. W. Lee. (2008). *The activation plans for medical service of public health centers*. Unpublished master's thesis, Konkuk University, Seoul.
- [4] D. S. Jeon. (2006). *A study on the promotion of volunteer services for community welfare*. Unpublished doctoral dissertation, Dankook University, Seoul.
- [5] S. H. Hyun & G. Y. Lee. (2012). Effects of a Women's Health Leader Education Program for Middle-aged in an Urban Area. *Health and Social Welfare Review*, 32(4), 551-576
- [6] Y. H. Choi & N. Y. Kim. (2013). The Effects of an Exercise Program using a Resident Volunteer as a Lay Health Leader for Elder' Physical Fitness, Cognitive Function, Depression, and Quality of Life. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*, 24(3), 346-357. DOI : 10.12799/jkachn.2013.24.3.346
- [7] M. S. Kim, C. S. Lee & H. C. Kim, (2007). The effects of hospice volunteer education program on perceptions about hospice and the meaning of life. *Journal of Korean Oncology Nursing*, 7(2), 131-139.
- [8] R. U. Song & H. J. Lee (2000). Effects of the inpatient cardiac rehabilitation program on behavioral modification and quality of life in patient with coronary artery disease. *JKAN*, 30(2), 464-476.
- [9] R. U. Song, K. J. June, Y. J. Ro & C. G. Kim (2001). Effects of motivation-enhancing program on health behaviors, cardiovascular risk factors, and functional status for institutionalized elderly women. *JKAN*, 5(1), 858-870.
- [10] S. Y. Kim (1991). *Relationships between Older Persons' Conceptualizations of Time and Health*. Ewha Womans University, Master's Thesis, Seoul.
- [11] A. Campbell. (1981). The sense of well-being. *American Psychologist*, 31, 114-117.
- [12] M. S. Lee. (1998). *Factors influencing subjective quality of life of the workers*. A doctoral thesis of Yonsei University of Korea.
- [13] S. M. Moom & S. Y. Kang. (2016). Supporting Factors Affecting Citizen Engagement in Community Health Promotion Program - Focused on 10,000-Step Walking Program of a Metropolitan City-. *Journal of the Korea Contents Association*, 16(8), 529-539. DOI : 10.5392/JKCA.2016.16.08.529
- [14] N. H. Park, H. J. Lee & J. S. Kim. (2001). Effects of the Elderly Health Promotion Behavior Program on Motivation, Health Behaviors, and depression. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 3(2), 186-195.
- [15] J. T. Son & S. R. Suh. (2007). Comparisons on Motivation for Health Behavior, Health Behaviors Practices, and Activities of Daily Living between Institutionalized and Non-institutionalized Elderly Women. *Korean Journal of Adult Nursing*, 19(3), 379-388.
- [16] K. O. Chang, M. J. Kim & I. J. Kim. (2015). Effect of Perceived Health Status, Self-Esteem and Quality of Life on Life Satisfaction of Elders Living at Home. *Journal of the Korea*

Academia-Industrial cooperation Society, 16(7), 4723-4733. DOI : 10.5762/KAIS.2015.16.7.4723

- [17] G. J. Lee & R. W. Ma. (2013). A Study on the Perceived Health Status among the Elderly in Local Communities. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 33(4), 881-893.
- [18] M. O. Gu et al. (2012). Effects of an Elder Health Promotion Program using the Strategy of Elder Health Leader Training in Senior Citizen Halls. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(1), 125-135.

김 금 숙(KeumSook Kim)

[정회원]



- 1986년 2월 : 충남대학교 간호학과 (간호학석사)
- 2009년 8월 : 충남대학교 간호학과 (간호학박사)
- 2011년 3월 ~ 현재 : 대전과학기술대학교 교수

- 관심분야 : 건강증진, 노인간호
- E-Mail : ksnuri@dst.ac.kr

김 영 희(YoungHee Kim)

[정회원]

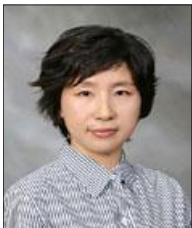


- 1986년 2월 : 충남대학교 간호학과(간호학석사)
- 2009년 8월 : 충남대학교 간호학과(간호학박사)
- 2011년 3월 ~ 현재 : 대전과학기술대학교 교수

- 관심분야 : 건강증진, 노인간호
- E-Mail : ksnuri@dst.ac.kr

이 정 인(JeongIn Lee)

[정회원]



- 1995년 2월 : 이화여자대학교 간호학과(간호교육석사)
- 2005년 2월 : 이화여자대학교 간호학과(간호학박사)
- 2006년 3월 ~ 현재 : 대전과학기술대학교 간호학과 교수

- 관심분야 : 건강증진, 도구개발, 중년기 삶의 질
- E-Mail : jilee@dst.ac.kr