

〈사례보고〉 건강증진을 위한 참여 학습의 적용 사례

김장락, 정백근, 박기수, 강윤식
경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실 및 건강과학연구원

<Field action report> Applications of the Participatory Learning Process in Health Promotion

Jang-Rak Kim, Baekgeun Jeong, Ki-Soo Park, Yune-Sik Kang
*Department of Preventive Medicine, School of Medicine and Institute of Health Sciences,
Gyeongsang National University*

= Abstract =

Objectives: This study was conducted to develop a participatory learning process and apply it to community empowerment for health promotion.

Methods: The participatory learning sessions were composed of three stages according to the modified Freirean model of empowerment education. Stage 1 of generating themes (listening stage) was replaced with a community health forum. Stage 2 of problem-posing was executed via a two-session small group brainstorming discussion for selecting priority community health problems and strategies to solve them. Stage 3 of act-reflect-act, the implementation of the chosen strategies, is ongoing. We tested the feasibility of the participatory learning processes in the pilot programs for health education. Then, 14 Myeon (or Dong) Health Committee members used them in Health Plus Happiness Plus projects for community empowerment to achieve health equity in Gyeongsangnam-Do, Korea.

Results: In the pilot program for feasibility, more than 80% of the 95 participants gave positive responses to evaluation questionnaires after three or four participatory learning sessions. Health Committee members successfully selected various strategies relevant to their communities with facilitation, but without any teaching from outside professionals.

Conclusions: We successfully applied the participatory learning process to health promotion. However, more studies are warranted to evaluate its long-term applicability.

Key words: Health promotion, Empowerment, Equity

* 접수일(2011년 4월 29일), 수정일(2011년 6월 23일), 게재확정일(2011년 6월 25일)
* 교신저자: 김장락, 경남 진주시 칠암동 92 경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실
Tel: 055-772-8092, Fax: 055-772-8099, E-mail : jrkim@gnu.ac.kr
* 이 보고의 사례 일부는 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업임

서 론

Green이 건강교육은 건강에 좋은 행태로의 자발적 변화(voluntary adaptation)를 촉진시키기 위해 고안된 학습 경험의 제공으로 정의한 것처럼 건강교육에 대한 많은 정의는 정보 제공에 따른 자발적 행태 변화를 강조한다[1]. Dale의 ‘경험의 원추’[2]에 따르면 사람들은 수동적으로 듣거나 보는 것보다 적극적으로 참여하여 말하고 쓰는 것을 더 잘 기억한다. 특히 성인은 적극적인 참여 분위기에서 잘 학습한다[3]. 이런 관점에서 일반인도 건강에 대한 정보를 쉽게 얻을 수 있는 오늘날의 지식 정보 사회에서 효과적인 건강교육은 대상자의 참여를 이끌어 내어야 한다.

참여 학습(participatory learning)은 전통적인 하향식 교수법과 다르게, 참가자가 교육 과정에 참여함으로써 문제 해결에 대해 자신의 경험과 기술을 도출하는 교수법의 하나라고 할 수 있다[4]. 참여 학습의 유래는 여러 가지가 있지만, 특히 브라질의 교육자 Paulo Freire(1968)가 삶을 향상시키기 위해 사람들이 스스로를 역량강화(empowerment) 하고 행동할 수 있도록 대화를 통해 교육했던 방법이 중요하다[3, 4]. 교육이라는 측면에서는 이 방법을 역량강화교육(empowerment education), 해방(libertatory), 또는 문제제기형(problem-posing) 교육이라고 한다[5]. 전통적 교육에서는 개인의 변화를 목표로 교사는 전문가로서 학습을 주도하며, 강의하고, 교육과정에 따라 준비된 자료를 사용한다. 학생은 수동적이며, 교육은 교실에서 이루어진다. 반면, 역량강화교육에서 목표는 참가자들의 역량강화를 통하여 개인, 집단, 그리고 지역사회수준의 변화가 일어나는 것으로 교사도 학습자이며 학습은 배움 공동체가 주도한다. 교사도 대화에 참여하게 되는데, 학습은 실제 사는 현장에서 이루어지게 된다[6]. 이러한 역량강화교육에 따른 학습 경험을 참여 학습이라 할 수 있다. 참여 학습이 사회적 변화를 촉진하는 효과적 수단이 될 수 있는 이유는 독립적 사고의 격려, 여러 수준의 정치적 힘의 이해 가능, 대화를 통한 서로의 잠재력 인지, 그리고 교육자와 학습자의 평

등한 관계를 통해 얻게 되는 자신의 능력에 대한 확신 등이지만, 이와 같은 역량 강화 학습 과정(empowering learning process)에 정형화된 틀은 없다[7].

보건 분야에서도 참여 학습은 다양한 생활 환경에서 점점 더 적용되고 있으며, 무엇보다 지역 사회 건강증진사업에서 적용가능성이 크다. 건강증진에서 역량강화교육의 적용 가능성이 큰 것은 건강과 질병이 사회적으로 결정되는 측면이 있으며, 집단행동과 학습자의 전폭적인 참여가 핵심 과정이기 때문이다[8]. WHO의 Ottawa 헌장(1986)에 따르면 건강증진은 ‘사람들로 하여금 건강에 대한 통제력을 증가시켜 건강수준을 향상시킬 수 있도록 하는 능력을 배양하는 과정’이다[9]. 지역사회 차원에서 이런 의미의 건강증진은 기획, 수행, 그리고 평가 과정에서 지역사회의 적극적인 참여가 필수적인데, 이것이 바로 지역사회 역량강화이다[9-11]. 즉 지역사회 역량강화는 건강증진의 중심 개념이다[11].

건강증진사업이 성공하기 위해서는 지역사회의 규범 변화가 필요한데, 이것은 외부인이 새로운 규범을 강요할 때보다 지역사회 스스로 문제를 정의하고 설정할 때 더 성공적이라고 한다[11]. 건강행태에 영향을 미치는 규범은 필연적으로 문화적 맥락 안에서 조정되어야 하는데 이를 위해서는 신망 받는 지역사회 구성원인 전문가(source expert, 원천 전문가)의 전문지식이 활용되어야 한다. 즉 지식의 생산과 습득 방법에서 진정한 전문가는 바로 사람들 자신이라는 것이다[12].

우리나라의 건강 교육 분야에서도 참여 방법론이 여성암 검진 네비게이터 교육 프로그램[13]과 농업 분야의 참여 개선활동 등에 적용[14]된 바 있다. 간호 분야에서는 학생 대상의 인터넷 게임 중독 예방[15], 모유수유 촉진[16] 등을 위해 임파워먼트 교육 프로그램이라는 이름으로 연구되었다. 그러나 지역사회 건강증진 영역에서 참여 접근이 적용된 사례의 문헌을 찾기 어려웠다. 이에 이 보고는 지역사회 역량강화를 통한 건강증진에 참여 학습 방법을 적용하고 과정 평가한 사례를 문헌 고찰과 함께 소개하고자 한다.

대상 및 방법

1. 참여 학습의 방법론

Freire는 지식은 전문가가 자신의 정보를 가지고 설득하는 데서 나오는 것이 아니라고 생각했으며, 집단이 모여 경험과 이해를 나눔으로써 나타나는 집단 지식을 중요시하였다[17]. 따라서 역량강화 교육에서 교사는 촉진자로서 대화를 듣고, 격려하며 참가자들이 이미 알고 있지만, 보통은 표현하지 않는 것을 이끌어내는 역할을 한다[4].

역량강화교육은 주제의 선정(듣기), 문제 제기(대화), 그리고 행동-성찰-행동 단계의 3단계로 구성된다. 건강 문제와 같은 주제의 선정 단계에서 교사는 집단의 토의 과정을 적극적으로 들어야 하며, 요청이 있는 경우에도 전문가가 아닌 가이드의 역할을 한다. 집단과 관계가 형성된 후 교사와 참가자들은 함께 문제를 찾고, 우선순위를 설정하게 된다. 문제 제기 단계에서 교사는 참가자들에게 해결책은 없이 복잡한 문제를 제시한다. 교사는 자신의 가치관을 강요하지 않고 참가자들 스스로 역량 강화되어 현실을 정의할 수 있게 되며, 학습은 참가자들 자신의 경험을 통해 일어난다. 교사의 다른 주요 역할은 다양한 측면이 있는 문제 영역을 제시하고, 집단에서 토의를 자극하는 코드(code: 슬라이드, 사진, 비디오테이프, 노래, 시 등)를 개발하는 것이다[6, 8]. 궁극적으로 생활양식을 바꾸는 것은 오랜 시간을 필요하므로 이 과정을 문제 해결(problem-solving)이라기보다는 문제 제기(problem-posing) 과정이라고 하는 것이다[17]. 마지막 행동-성찰-행동 단계는 참여 학습에서 배운 내용을 실생활에 적용해 보고, 그 결과를 토의하는 것이다[5,6].

토의 촉진 방법으로 많이 사용되는 브레인스토밍[18]은 빠른 시간 안에 새로운 의견을 찾기 위한 토의 진행 방법이다. 먼저 의견에 대한 판단함이 없이 가능하면 많은 아이디어를 모아서 표현한 말 그대로 칠판이나 플립차트에 기록한다. 다음으로 모아진 의견에 대해 더 의논하고 평가하여 몇 개의 범주로 나누어서 분석한다. 이제 의견은 개인의 것이라기보다는 집단의 것이 된다[3]. 이 사례 보고의 경우 브레인스토밍은 특히

문제 제기 단계에서 유용하였다.

교육 참가자의 적절한 수에 대해서는 한 마디로 말하기는 곤란하지만, 5-7명 정도가 토의의 생산성과 참여정도에서 가장 적절하다. 참가자의 수가 11-18명이면 5-6명만 많이 말하고, 3-4명은 때때로 참가한다고 하며, 30명이 넘으면 거의 참여가 일어나지 않는다[3]. 우리나라의 한 시민단체에서는 주민자치센터 위원 등의 참여 학습을 위해 다양한 게임, 토론 기법을 활용하고 있다[19]. 좌석을 배치할 때도 원형, 회의형, U자형, 직선형 등 여러 가지 방법의 장, 단점을 고려하여야 한다[3]. 이 사례 보고의 경우 교육 참여자 수는 15명 내외였으며, 많아도 30명은 넘지 않았다. 좌석 배치로는 주제의 선정(듣기) 단계에서는 직선형, 문제 제기(대화) 단계에서는 원형을 주로 사용하였다.

2. 참여 학습 과정 개발 및 적용

1) 참여 학습의 적용 가능성(feasibility)을 시험하기 위한 파일럿 프로그램의 진행 과정

본격적인 참여 학습의 적용을 앞두고 적용 가능성(feasibility)을 시험하기 위하여 건강교육의 여러 현장에서 적용해 보고, 간단한 설문 평가를 실시하였다. 각 프로그램에서 공통적으로 3-4주간 매주 일정 시간 2시간 이내로 참여 학습을 진행하였다. 첫 주는 듣기 단계로 교육 참가자 중 2-3명의 자원자가 자신의 가족과 친지 중 우리나라 주요 사망원인인 암, 심장병, 뇌중풍, 그리고 사고로 조기 사망한 사건에 대해 당시의 느낌을 나름대로 분석한 조기 사망의 원인과 함께 이야기하게 하였다. 이렇게 함으로써 조기 사망은 '지금' '이곳의' 참가자 자신과 주변에서 일어나는 일이고, 건강의 결정요인으로는 선천적인 것보다 흡연, 식생활, 신체활동 및 운동, 건강검진 등이 중요함을 스스로 깨닫도록 하였다. 교육진행자가 개발한 것은 아니나, 참가자의 이야기를 역량강화교육의 '코드'로 삼았다.

두, 세 번째 주는 우선순위 선정과 건강문제 해결을 위해 전략과 세부사업을 의논하는 단계로 문제 제기 과정이라고 할 수 있다. 우선순위 영역은 저자들이 제시한 건강한 사람들의 7가지 습관(금연, 절주, 신체활동 및 운동, 좋은 식생활,

사고 예방, 혈압 및 혈당 관리, 암 조기검진) 중 에서 토의를 거쳐 하나를 선정하도록 하였으며, 가능하면 다수결로 하지 않도록 하였다. 선정된 건강문제에 대하여 참가자 자신과 이웃들이 건강 생활을 실천하지 못하는 이유를 생각하고, 그것을 해결하기 위한 전략 및 세부사업을 개인 차원, 위원회 또는 시민단체 차원에서 할 일, 그리고 지방 또는 중앙 정부에 건의할 일로 나누어 의견을 내도록 하였다.

토의 진행은 브레인스토밍 방법으로 저자들은 건강교육진행자로 참가하여 토의를 촉진하는 역할을 하였다. 토의 진행의 원칙으로 ‘누구나 골고루 말할 기회를 가지고, 한 두 사람이 토의를 지배 하지 않는다’, ‘다른 사람의 의견은 진지하게 검토한다’, ‘모든 사람이 의견을 말한다(필요하면 카 드를 이용하여 서면으로 의견을 제시한다)’를 제 시하였다. 제시된 의견은 저자들(건강교육진행자)이 건강증진 사업의 주요 전략에 맞추어 범주화하였 고, 파워포인트 프로그램과 빔 프로젝트를 이용 하여 바로 참가자들에게 보여 주었다. 토의는 비 교적 잘 진행되었으며, 이 단계의 마지막에 참여 학습의 과정 평가를 위한 간단한 설문 조사를 실 시하였다.

과정 평가 설문 조사 내용은 참여 학습 프로그램이 유익했는지, 재미있었는지, 진행방식이 적절 했는지, 진행자의 진행이 적절했는지, 다른 사람 에게 참여를 권하겠는지, 참여 교육을 본인 스스로 진행할 수 있겠는지에 대한 5점 응답(매우 그렇다, 그렇다, 보통이다, 그렇지 않다, 매우 그렇지 않 다)과 보완했으면 하는 의견 제시로 이루어졌다.

네 번째 이후 주는 행동, 성찰, 행동 단계로 의 견을 모았던 전략 및 세부 활동을 실천하는 단계 로 많은 시간이 소요된다. 그러나 이 단계가 어 떻게 진행되었는지는 추적하지 않았다. 참여 학 습을 적용하고 과정 평가 설문을 했던 프로그램 을 요약하면 다음과 같다.

(1) 건강불평등 완화를 위한 지역사회역량강화 시범사업

이 사업은 일 개 시 지역에서 가장 여건이 열 악한 일 개 면을 대상으로 지역사회역량강화를

통한 건강 수준 향상을 목적으로 수행되었다. 이 사업을 주도하게 될 건강위원을 중심으로 건강 사업을 기획하기 위하여 참여 학습 방법을 적용 하였으며, 과정 평가 설문 조사에는 16명이 응답 하였다. 참여 학습은 2008년 11월-12월 사이 3주 간 진행되었으며, 이후 건강위원회 발대식 등 건 강위원회 중심의 지역사회 활동이 진행되었다. 건강위원은 보건소와 면사무소가 의논하여 사회 단체 회원, 마을 유지, 그리고 이장들을 중심으로 선정하였다. 전체 건강위원은 37명이었으며, 성별 로는 남자 84%, 여자 16%, 연령별로는 40대 18%, 50대 46%, 60대 30%, 70대 이상 5%였다.

(2) 건강플러스 행복플러스 코디네이터 양성 교육

건강플러스 행복플러스 사업은 경상남도가 기 대수명 연장을 위하여 2004년부터 2007년까지 표 준화사망비가 지속적으로 높은 40개 취약 읍(면, 동) 지역을 대상으로 한 지역사회역량강화 건강 불평등 완화 사업이다. 사업 기간은 지역 별로 6 년이며, 2010년에는 16개 보건소 관할 17개 면(또 는 동) 지역에서 사업을 시작하였다. 사업 지역 거주자 중 한 명씩을 보건소가 선정하여 사업의 홍보 도우미, 건강생활 실천의 옹호자, 그리고 사 업 진행 도우미로서 활동할 코디네이터로 교육하 였다. 2010년 6월-7월 사이 진행된 교육 중 마지 막 세 번을 참여 학습 형태로 진행하였으며, 마 지막 날 과정 평가 설문을 실시하였으며 22명(이 중 6명은 건강교육 진행을 위한 시민단체 회원) 이 응답하였다. 참가자는 성별로는 남자 2명, 여 자 20명이었으며 연령별로는 30대 5명, 40대 12 명, 50대 5명이었다.

(3) 시민단체(○○여성회)와 함께 하는 건강교육 진행자에 의한 건강교육 프로그램

저자들은 오늘날 지식 정보 시대에 건강생활을 실천하지 않는 것은 지식 부족이라기보다 건강생활 실천을 위한 구체적인 방법을 모르기 때문으로 판단하였다. 그렇다면 건강지식을 주로 전달하는 역할을 하는 전문가의 일방적 건강교육의 필요성 은 줄게 된다. 또 많지 않는 건강전문가가 지역 주민을 전부 교육할 수도 없다. 이에 원하는 시

민단체 회원 6명을 건강플러스 행복플러스 코디네이터 양성 교육에 참여시켜서 참여 학습의 건강교육진행자로 양성하였다. 이들은 6개 동에서 2010년 9월-11월 사이에 일반 주민들 중 희망자를 대상으로 참여 학습에 따른 건강교육 프로그램을 진행하였으며 각각 4회의 세션이 끝난 후 과정 평가 설문조사를 실시하였다. 설문 응답자는 총 57명으로 성별로는 남자 1명, 여자 56명이었으며 연령별로는 20대 1명, 30대 23명, 40대 20명, 50대 9명, 60대 4명이었다.

2) 건강플러스 행복플러스 건강위원 교육에 참여 학습 적용

건강플러스 행복플러스 사업은 면(또는 동) 별로 2010년 연말까지 결성된 주민 대표로 구성된 15-25명(한 지역은 30명) 내외의 건강위원회가 주도하게 되며 참여 기획(participatory planning)의 형태로 진행되었다. 2011년 4월30일 현재 건강플러스 행복플러스 17개 건강위원회 중 14개 건강위원회에서 우선순위 건강문제를 선정하고 그것을 해결하기 위한 전략과 세부 사업을 참여 학습 형태로 도출(두 번째 문제 제기 단계)하였다. 건강위원은 보건소와 면(또는 동)사무소가 의논하여 사회단

체 회원, 마을 유지, 그리고 이장들을 중심으로 선정하였으나, 그 구성비는 위원회별로 일정하지 않았다. 17개 건강위원회의 위원은 성별로는 남자 60%, 여자 40%, 연령별로는 30대 4%, 40대 18%, 50대 45%, 60대 25%, 70대 이상 8%였다.

연구 결과

참여 학습의 적용 가능성(feasibility)을 시험하기 위해 평가 설문을 한 결과 ‘참여 학습 프로그램이 유익했는지’, ‘재미있었는지’, ‘진행방식이 적절했는지’, ‘진행자의 진행이 적절했는지’, ‘다른 사람에게 참여를 권하겠는지’의 질문에 대하여 80% 이상이 ‘그렇다’ 또는 ‘매우 그렇다’의 긍정적인 답변을 하였다. 특히 건강불평등 완화를 위한 지역사회역량강화 시범사업의 건강위원들은 거의 모든 항목에서 100%가 긍정적이었다. 다만, 건강플러스 행복플러스 코디네이터 양성 교육과 시민단체(○○여성회)와 함께 하는 건강교육진행자에 의한 건강교육 프로그램의 참가자만을 위한 질문인 ‘향후 교육을 본인 스스로 진행할 수 있겠는지’에 대해서는 40-50% 대의 낮은 긍정적 반응을 보였다(Table 1).

Table 1. Results of process evaluation after participatory learning: proportions of positive answers (strongly agree or agree) in pilot programs Unit: %

Question	Community empowerment pilot program (n=16)	Health Plus Happiness Plus coordinator education (n=22)	Community health adviser pilot program (n=57)
1. Will this program be helpful to you and your family's health?	100.0	90.9	91.2
2. Was this program entertaining?	100.0	81.8	82.5
3. Was the discussion appropriate?	100.0	86.4	82.5
4. Was the health educator a good facilitator?	100.0	-	-
5. Were the facility and equipment used for this program appropriate?	93.7	90.9	86.0
6. Would you recommend this program to others?	100.0	86.4	84.2
7. Are you confident you can perform this program?	-	40.9	57.9
8. Will this program be helpful to you as a coordinator?	-	100.0	73.7

Table 2. Participatory learning processes developed according to empowerment education models for Health Plus Happiness Plus Projects in Gyeongsangnam-Do

Freire stage	Session	Topic	Method
Generating group themes	1st	Health problems identified in the community health surveys	Presentation and discussion
Problem-posing	2nd	Priority setting	Group discussion with brainstorming
	3rd	Strategy selection	
Act-reflect-act	ongoing	Varies according to health committee, except for the community health forum	

건강플러스 행복플러스 건강위원 교육에 적용한 참여 학습 방법론의 과정과 내용은 Table 2와 같다. 파일럿 프로그램에서는 주제의 선정(듣기) 단계를 자신의 가족과 친지 중에서 조기 사망한 사례에 대해 참가자가 이야기하는 것으로 코드를 삼아 진행하였다. 그러나 여기에서는 이 단계를 초점면접집단과 설문조사에서 나타난 지역 건강조사 결과를 발표하고 토의하는 지역 건강토론회(나중에 건강교육진행자로 역할을 할 교수가 진행)로 대신하였다.

두 번째 문제 제기(대화) 단계는 우선순위 선정과 건강문제 해결을 위해 전략과 세부사업을 의논하는 단계였다. 이 단계는 기본적으로는 참여 학습의 적용 가능성을 시험하기 위한 파일럿 프로그램과 동일한 방법과 내용으로 진행되었다. 다만, 건강위원회가 우선순위 사업을 선정할 때는 건강토론회에서 제시되었던 설문조사 또는 초점면접조사에서 도출된 생활습관과 환경 문제로 부터 야기되는 건강문제를 참고하도록 하였다. 다음 세션에서는 건강문제 해결을 위한 전략과 세부 활동을 의논하였다. 지역사회 주민들이 왜 선정된 건강 행태를 실천하지 못하는지를 고려하여, 건강위원회가 지역사회 내의 다른 공공 또는 민간 기관 등의 협조를 받아 앞으로 수행해야 할 사업을 도출하도록 하였다. 이 단계에서 자문교수인 건강교육진행자는 토의 촉진자의 역할만 하였다. 각 세션은 1시간30분 내외로 진행되었으며, 건강위원회 형편에 따라 수 주 간의 간격으로 진행되었다. 세 번째 행동-성찰-행동 단계의 3단계는 현재 진행 중으로 특별히 정해진 틀은 없다. 건강위원회별로 일정한 간격으로 사업을 수행하고

이에 따른 문제점을 해결하는 토의를 반복하는 형식으로 진행될 예정이다. 단, 건강위원회는 올해 중 지역 건강토론회를 반드시 개최하여 사업을 주민들에게 보고하도록 하였다. 이를 통하여 사업의 어려움을 해결하기 위한 중지를 모을 수도 있고, 시, 군의 상위 기관과 파트너십을 형성할 수도 있다(Table 2).

건강플러스 행복플러스 17개 건강위원회 중 14개 건강위원회에서 우선순위 건강문제를 선정하고 그것을 해결하기 위한 전략과 세부 사업을 참여 학습 형태로 도출(두 번째 문제 제기 단계)한 결과는 Table 3과 같다. 가장 많은 6개 건강위원회는 신체활동 및 운동 향상 사업을 선정하였다. 건강교육 및 캠페인(마을 마다 교육, 운동 시간 방송), 운동의 날 행사, 걷기 또는 운동 동아리 결성(마을 단위), 많이 걷는 사람 또는 우수 마을을 시상, 걷기 코스 또는 등산로 개발 및 이용, 그리고 지방 정부에 대한 건의(마을 회관에 운동기구, 만보계, 간식 지원)를 구체적인 사업 전략으로 도출하였다. 2개 건강위원회는 건강검진(1개 위원회는 만성병 관리 포함) 수진율 향상 사업을 선정하였다. 건강교육 및 캠페인, 건강검진을 안 받은 주민에게 검진을 독려하고 검진 시에는 선물을 주기, 신뢰성 있는 검진 기관까지 교통편의 제공, 종합 병원과 검진 협약 맺기, 그리고 수진자에 대해서는 사후 관리를 보조함을 구체적인 사업 전략으로 도출하였다. 2개 건강위원회는 금연(및 절주) 사업을 선정하였으며, 건강교육 및 홍보, 건강위원과 교육위원(새로 구성함)을 교육, 건강위원과 교육위원이 한 팀을 이루어 표적 가구(통장이 10가구씩 선정)를 방문하여 금연 및

Table 3. Selected strategies according to health topic set by 14 health committees in 2011 for Health Plus Happiness Plus Projects in Gyeongsangnam-Do

Health topic (number of health committees)	Selected strategies for health committees to implement in collaboration with other agencies
1. Physical activities and exercise (6)	1) Health education and campaigns (for each neighborhood) 2) Having an exercise day event 3) Formation of walking or exercise groups 4) Encouraging the use of walking trails 5) Awarding walking champions or active living neighborhood 6) Suggestions for local government: support of exercise equipment, running machines, refreshments, or pedometers
2. Health examination with or without chronic disease management (2)	1) Health education and campaigns 2) Encouraging individuals to have health examinations with incentives for those who have ones 3) Providing transportations to reliable medical facilities 4) Agreements with reliable medical facilities 5) Follow-ups for health examinees
3. Smoking cessation with or without alcohol moderation (2)	1) Health education and campaigns 2) Training members of health and education committees 3) Health and education committee education and counseling for targeted households 4) Designating non-smoking areas
4. Oral health (1)	1) Health education and campaigns (for each neighborhood) 2) Arranging dental appointments and services
5. Health education (1)	1) Training members of women's society and government employees in each district of Ri as lay health advisers 2) Health education for smoking cessation, alcohol moderation, physical activity, and health examinations with cancer screening 3) Periodic health campaigns
6. Stress reduction (1)	1) Health education and campaigns for mental health
7. Multiple topics (smoking cessation, alcohol moderation, health examination, and physical activity) (1)	1) Health education and campaigns 2) Designating non-smoking areas 3) Encouraging individuals to have health examinations and counseling 4) Forming walking groups 5) Advertising the health committee
Secondary activities	1) Soliciting investment for a public bathhouse (1 health committee) 2) Sanitary management of underground drinking water (2 health committee) 3) Green consumer movement (1 health committee) 4) Formation of activity groups for older members (1 health committee)

절주 상담 수행, 금연 및 절주 캠페인 월 1회 수행, 자율 금연 구역 설정을 구체적인 사업 전략으로 도출하였다. 1개 건강위원회는 구강보건 사업을 선정하였으며, 마을 방문 건강교육 및 홍보, 스케일링 예약 및 시행을 구체적인 사업 전략으로 도출하였다. 1개 건강위원회는 보건교육(금연, 절주, 운동, 건강검진 및 암 검진) 사업을 선정하였

으며, 부녀회원과 이장 교육, 교육 받은 부녀회원과 이장이 주민에게 교육하는 것을 구체적인 사업 전략으로 선정하였다. 1개 건강위원회는 스트레스 관리 사업을 선정하고 정신 건강에 대한 교육 및 홍보를 전략으로 도출하였다. 1개 건강위원회는 여러 가지 건강문제(금연, 절주, 건강검진, 그리고 신체활동)에 대하여 건강교육 및 홍보, 자율

금연 구역 설정, 건강검진 수진 및 검진 결과 설명을 듣도록 독려, 걷기 동아리 결성, 그리고 건강위원회를 널리 알리기 등을 전략으로 선정하였다. 일부 건강위원회는 부차적인 사업도 선정하였는데 공중목욕탕의 유지와 이용 독려, 음용 지하수의 위생적 관리, 생활 속의 친환경 운동, 그리고 실버 댄스 동아리 결성 등이다(Table 3).

고 찰

저자들은 건강생활 실천을 위한 건강교육을 실시함에 있어, 전통적 강의가 아닌 참여 학습의 형태로 진행한 결과, 교육 진행에 별다른 어려움은 없었으며, 과정 평가에서도 대체적으로 긍정적인 반응을 얻었다. 건강불평등 완화를 위한 지역사회역량강화 시범사업의 건강위원 교육, 건강플러스 행복플러스 코디네이터 양성 교육, 그리고 시민단체(○○여성회)와 함께 하는 건강교육진행자에 의한 건강교육 프로그램의 경험으로부터 성별, 연령, 그리고 지역에 관계없이 참여 학습 방법을 적용할 수 있음을 알 수 있었다.

이를 토대로 지역사회 역량강화를 통한 건강증진사업인 경상남도의 건강플러스 행복플러스 건강위원 교육에 본격적으로 참여 학습 방법을 적용하였다. 즉 건강플러스 행복플러스 건강위원회가 2011년의 우선순위 건강문제를 선정하고 그것을 해결하기 위한 전략과 세부 사업을 도출하는 과정을 참여 학습의 두 번째 문제 제기 단계로 진행하였다. 그 결과 지역사회에서 자신들이 선정한 우선순위 영역에서 건강생활이 실천되지 않는 이유를 고려하여 향후 건강위원회가 무슨 일을 해야 할지 다양한 전략을 잘 도출하였다. 이때 자문교수는 건강교육진행자로서 위원들의 토의를 촉진하고 나온 의견을 정리하는 역할만 하였다. 나타난 결과는 인지도 향상을 위한 캠페인, 정보 및 권고의 제공, 정책적 건의, 변화를 위한 로비, 그리고 훈련 등의 건강증진의 전략[20]을 다양하게 포함하고 있다. 주민들이 스스로 도출한 전략은 자신들이 거주하는 사회의 실정을 반영하고 있기 때문에 지역사회 맞춤형이라고 할

수 있는 장점이 있다.

저자들이 참여 학습 방법론에 관심을 가지게 된 것은 강의식 건강교육의 단점 때문이었다. 즉 첫째, 모든 건강 교육에 전문가가 필요하지만 전문가는 지역사회 요구에 비하여 부족하다. 둘째, 사람들이 건강생활을 실천하지 않는 이유는 건강지식의 부족이라기보다는 건강생활을 구체적으로 실천할 방법을 모르기 때문인데, 강의는 보통 그것을 가르치지 않는다. 셋째, 건강생활 실천이 어려운 한 가지 이유는 사회적 지지가 부족하기 때문인데, 강의를 그것을 해결할 수 없다. 따라서 건강교육의 궁극적 목적인 건강생활 실천을 이루기 위해서는 건강 지식보다는 같은 동네에 사는 이웃의 건강생활 실천 지식과 경험이 더 중요할 수 있다. 필요한 경우에는 건강생활 실천을 위해 교육 참가자들이 서로에게 사회적 지지 역할을 할 수 있을 것이다. 문헌을 고찰한 결과 이와 유사한 목적의 사업으로 암 인지 및 암 조기검진을 높여서 건강불평등을 완화하기 위한 미국 남부 지역의 지역사회 건강조언자(community health adviser, CHA) 모형[21, 22]을 찾을 수 있었다. 이 프로그램은 평범한 지역 주민 중 ‘남 도우기를 타고난 사람’(natural helper)을 참여 학습으로 훈련시켜서 사회의 건강 수준을 향상시키는 지역사회 조직화에 입각한 건강증진사업이다[21].

이 사례 보고에서 참여 학습의 적용 가능성(feasibility)을 시험하기 위한 파일럿 프로그램으로 진행하였던 건강플러스 행복플러스 코디네이터 양성 교육과 시민단체와 함께 하는 건강교육진행자에 의한 건강교육 프로그램은 CHA 모형의 적용 가능성도 아울러 살펴보기 위함이었다. 그러나 본 사례는 단지 3-4회의 참여 학습 과정만을 진행하였기 때문에 참가자들이 ‘스스로 다른 참여 학습을 진행할 수 있겠느냐’는 질문에는 긍정적인 응답이 40-50%대로 매우 낮았다. 따라서 건강교육진행자를 양성하기 위해서는 교육 참가자의 교육진행에 대한 자기 효능감(self-efficacy)을 높이기 위한 더 강화된 교육 프로그램을 개발하여야 할 것이다.

참여 학습은 청소년을 대상으로 하는 술과 약물

예방 프로그램[17], 정서적 문제가 있는 청소년의 건강교육[6], 산업보건 분야의 참여 개선활동 기법[14], 만성병 환자의 자기 관리를 위한 교육 프로그램[23], 관상동맥병에 대한 근거중심진료를 촉진하기 위한 의사 대상의 졸업 후 교육[24], 간호사 및 간호대학의 학생 교육[25] 등에 적용되고 있다. 주로 개발도상국에서 이루어지는 지속가능한 농업 프로그램을 위한 주민교육과 주민들의 활발한 참여가 요구되는 선진국 지역사회 재개발 사업에서의 참여 학습 및 행동 전략(participatory learning and action, PLA)[3]도 한 예라 할 수 있다. 건강증진의 한 전략으로서 건강도시(healthy cities) 프로젝트의 건강도시위원회도 도시의 문제와 강점을 성찰하고 토의하는 과정으로 참여 학습이 필요하다[26]. 영국에서는 2000년 이후 보건 분야에서 참여 접근 방법의 활용이 빠르게 확장되었다[27].

우리나라에서는 1970년대 중후반부터 Freire의 의식화 교육이 기독교 교육 운동 활동의 중요한 원리로서 받아들여진 후, 1980년대에는 노동운동, 농민운동, 학생운동, 교사운동 등의 여러 영역에서 참여 학습이 중요한 역할을 하게 되었다[28]. 시민단체인 열린사회시민연합은 참여 학습 기법으로 공동체시민교육 활동을 해오고 있다[19]. 그간 우리나라에서 이와 같은 참가자 지향적(participants-oriented)인 새로운 성인교육 방법이 활성화되지 못한 원인은 학교교육에서 교사의 일방적인 강의 중심의 주입식 교육방법이 주로 사용된 결과[29]라고 한다.

무엇보다 참여 학습은 지역사회 건강증진 사업의 필수적인 방법론이라고 할 수 있다. WHO의 Ottawa 헌장(1986)의 건강증진 정의를 따를 때 지역사회 역량강화(empowerment)는 건강증진의 중심 개념이다[11]. 지역사회 조직화(community organization)는 건강증진의 주요 전략으로 지역사회 구성원이 도움을 받아서 스스로 문제를 규명하고 목표와 전략의 수립하며 자원을 동원하는 과정으로 정의상 지역사회 역량강화 개념을 내포[30]하며, 교육적 수단으로 이를 달성하기 위한 과정을 역량강화교육(empowerment education)[17]이라 한다.

역량강화는 권력을 획득하는 수단으로 다른 사람이 부여할 수 있는 것이 아니라 그것을 추구하는 사람 자신에 의해서만 획득될 수 있다[31]. 이런 의미에서 지역사회 역량강화를 통한 건강증진 사업에서는 건강교육도 참여 방법론이 필수적이라고 하겠다. 이 사례 보고에서 참여 학습이란 바로 이 역량강화교육에 따른 학습을 말한다고 할 수 있다.

특히, 가난과 같은 건강의 사회적 결정요인에 따른 건강 불평등의 완화를 위해서는 더욱 지역사회 역량강화 전략이 적절하다[32, 33]고 한다. 참여 학습이 특히 가난하고, 취약한 집단의 개인 및 집단적 변화에 효과적이라는 많은 문헌이 있다[32]. 반면, 가난하고 교육수준이 낮은 사람들은 장기간이 소요되는 건강 문제보다는 가난이나 실업 같은 당장의 문제에 더 관심을 보일 수 있다[34]. 이 사례에서도 여건이 특히 나쁜 일부 지역에서는 식수의 오염 문제 등 환경문제에 대한 시, 군의 지원에 더 관심을 보이기도 하였다. 이런 경우 환경 문제에 대한 지역사회의 관심을 가 능하면 행정 부서에서는 수용하는 자세를 보이도록 하였다.

참여 학습의 평가는 교육 직후의 단기 평가(교육 소감 및 건의 사항 포함)와 장기 목표인 참가자의 행태와 조직 차원의 변화를 평가하는 방법이 필요하다[3]. 이 사례 보고에서도 참여 학습의 교육 직후 교육과정에 대한 설문조사로서 과정 평가를 실시하였다.

반면, 참여 학습 이후 지역사회 역량강화 수준을 평가하는 것은 지역사회 조직화의 차원의 과정 평가이기도 하고 결과 평가이기도 하다. Israel 등[10]은 12개(개인 수준 2개 항목, 조직 수준 5개 항목, 지역사회 수준 5개 항목)의 지각된 통제력을 묻는 설문 항목에 대한 4점 척도 응답으로 이루어진 역량강화 지표를 개발하였다. 그러나 이 지표로는 지역사회 역량강화의 풍부함과 복잡성을 온전히 포착하기는 힘들다[10]는 단점이 있다고 한다. 최종 결과로서 건강행태 및 사회적 변화를 평가하기 위해서는 더욱 많은 시간이 필요하다. 이 사례 보고에서는 교육 과정에 대한 단기 평가에 국한하였지만, 향후 6년에 걸친 건강

플러스 행복플러스 사업 진행 동안 교육 참가자인 건강위원회 및 지역사회 차원의 역량강화 수준, 행태 변화, 그리고 사회적 변화 등을 평가할 예정이다. 역량강화교육의 행동-성찰-행동 단계가 진행됨에 따라 참가자 자신들의 경험이 쌓이고 힘이 증가되게 된다. 이에 따라 처음의 건강 관심과 계획된 활동이 변화할 수 있으므로, 역량강화에 따른 일반적인 결과 지표를 개발하는 것은 어렵고, 부적절하다[20]. 따라서 참여 학습이 지향하는 지역사회 역량강화사업의 건강에 미치는 효과에 대해서는 문헌이 부족하다. 그렇기는 해도 지역사회의 문제를 스스로 사정하고 전략을 설정하도록 건강교육진행자(facilitator)가 참가자들을 지지하는 방식으로 진행된 참여 학습이 네 팔의 신생아 사망률을 감소하는 데 효과적이었다[35]고 하는 집락 무작위 시험 연구 결과도 있다. 지역사회 역량강화 사업의 평가에 대해서는 상업적으로 출판되지 않은 소위 회색문헌(grey literature)에서 매우 효과적이라는 많은 사례 보고를 찾을 수 있다[36].

역량강화교육에서는 사전에 만들어진 교재 대신에 교사가 토의를 자극하는 코드(code: 슬라이드, 사진, 비디오테이프, 노래, 시)를 개발한다[6]. Freire는 친구이자 화가가 그린 10장의 그림을 코드로 사용하였다. 한 사례[8]에서는 교육 참가자들을 코드 개발과 생산에 참여시켜서 사진소설(phonovel, 그림 대신 사진을 사용한 만화)을 개발하기도 하였다. 이것은 학습자가 교육적 경험의 능동적 주체로서의 역할을 이해하고 받아들이는 것을 도와준다고 한다. 단, 학습자를 교재 개발에 참여시키기 위해 건강 교육자는 교재의 내용을 타협할 용의가 있어야 한다. 코드는 토의를 자극하고 문제가 자신이 사는 현장의 것임을 깨닫게 하기 위한 목적으로 사용된다. 본 사례에서 파일럿 프로그램의 듣기 단계에서는 코드로 참가자가 가족이나 친척의 조기 사망에 대해 이야기하기를 사용하였으나, 특별한 효용이 발견되지 않았다. 따라서 건강플러스 행복플러스 건강위원 교육에서는 이야기하기 형태의 코드를 건강토론회로 대신하고 이후 브레인스토밍 형식의 토

의를 바로 진행하였다. 우리나라 지역사회 역량강화교육에서 코드의 형태와 역할을 정립하기 위해서는 목적과 대상에 따라 적절한 코드를 개발하고 활용하는 더 많은 시도가 필요하다고 하겠다.

참여 학습은 지역사회 역량강화교육에 필수적인 방법론이고, 건강 전문가가 아닌 일반인도 훈련을 받으면 건강교육을 진행할 수 있다는 점 이외에도 다른 장점이 있다. 지역사회 주민이 아닌 전문가에 의해 계획되고 수행되는 전통적 건강교육 방법은 주민들을 의존하게 만들어 사회적 의원병(social iatrogenesis, 생활의 의료화)이라는 부작용[11]을 낳을 수 있지만, 참여 학습은 그렇지 않다. 집단이 보통 제시하는 의견의 수는 개인별로 할 때보다 적지만, 더 깊게 생각하고 신중하게 토의하기 때문에 행동을 취하기 이전에 잘못된 점을 더 잘 찾는다. 그러면서도 개인일 때보다 위험부담이 큰 결정을 더 잘 내리고, 서로를 격려하면서 더 모험적으로 행동하는 경향이 있다[3]. 저자들은 참가자들이 함께 대화하고 의견을 내는 과정에서 ‘함께 하면 우리가 이 일을 할 수 있다’는 열정적 분위기를 자주 느낄 수 있었다.

유의해야 할 것은 참여 학습이 자유방임적으로 완전히 손을 놓는 방법이 아니고, 반대로 기획 단계에서의 충분한 준비와 토의 촉진을 위한 여러 가지 방법이 필요하다[18]. 특히 엄격한 방법론이 적용되지 않으면, 가장 힘이 있는 사람들의 목소리만이 반영될 수 있다는 위험성이 있다. 따라서 참가자 모두의 의견이 동등하게 취급될 수 있음을 보장해야 한다[27]. 교육 참가자에게 가장 필요한 것은 열린 마음으로 다른 사람으로부터 배우려는 마음가짐이고, 교사는 대화의 촉진자 역할을 한다[3]. 참여 학습이 전통적 방법보다 항상 낫다는 것은 아니며, 참여 학습과 전통적 방법은 상황에 따라 어느 한 쪽이 더 나올 수 있다. 좋은 교사는 자주 두 가지 방법을 같이 사용한다[4].

우리나라 다른 지역과 영역에서 적용되기 위해서 참여 학습과 이 사례 보고의 여러 가지 제한점을 고려하여야 할 것이다. 참여 학습의 제한점으로 는 먼저, 일반인을 참여 학습의 진행자로 훈련하기 위해서는 시간, 경비, 그리고 노력이 필요하다

는 것이다. 둘째, 참여 학습에 일반적으로 적용할 수 있는 사전 교육 기획을 위한 가이드라인이 없어, 자칫 자유방임으로 흐를 수도 있다는 점이다. 이 사례 보고의 제한점으로는 참여 학습 방법이 주로 적용된 대상자가 일반 인구 집단이 아니고, 지역에서 선발된 건강위원이라는 점에 따른 선택 바이어스 개재 가능성, 아직 사업이 진행 중이어서 참여 학습의 결과 평가를 아직 할 수 없었다는 점, 그리고 지역적으로 도시의 아파트 밀집지역은 배제되었다는 점 등을 들 수 있다.

이번 사례에서 저자들은 참여 학습 방법이 우리나라의 건강 교육에서도 여러 집단을 대상으로 적용 가능함을 알 수 있었다. 건강플러스 행복플러스 사업의 건강위원 교육 과정은 지역사회 역량강화를 통한 건강증진 기획과정에 참여 학습을 적용한 것이라 할 수 있다. 참여 학습의 3단계 중 2단계인 문제 제기 단계까지 진행되었으며, 이제 행동-성찰-행동 단계를 앞두고 있다. 따라서 참여 학습의 장기 결과 평가는 사회적 규범의 변화와 건강 행태 변화가 일어날 수 있는 몇 년이 지나야 가능할 것이다. 결론적으로 교육 진행자(facilitator)가 잘 이끌어주면 건강교육의 전통적인 강의라는 수단 없이도 지역사회 실정에 맞는 건강증진 사업의 전략과 세부 사업을 얼마든지 도출할 수 있음을 경험하였다.

요 약

저자들은 건강증진 사업에서 지역사회 역량강화를 위한 참여 학습을 적용하고 과정을 평가하였다. 먼저 참여 학습의 적용 가능성(feasibility)을 시험하기 위한 파일럿 프로그램을 수행하였다. 지역사회역량강화 시범사업의 건강위원, 지역사회 역량강화 사업을 위한 코디네이터 양성 교육 참가자, 그리고 건강교육진행자에 의한 건강교육 프로그램 참가자를 대상으로 3-4주에 걸친 참여 학습을 진행하고 교육 후 설문조사를 실시하였다. 그 결과 ‘참여 학습 프로그램이 유익했는지’, ‘재미있었는지’, ‘진행방식이 적절했는지’, ‘진

행자의 진행이 적절했는지’, ‘다른 사람에게 참여를 권하겠는지’의 질문에 대하여 80% 이상이 ‘그렇다’ 또는 ‘매우 그렇다’의 긍정적인 답변을 하였다.

이를 토대로 지역사회 역량강화를 통한 건강증진사업인 경상남도의 건강플러스 행복플러스 사업의 건강위원 역량강화교육에 본격적으로 참여 학습 방법을 적용하였다. 첫 단계인 주제의 선정(듣기)은 지역건강토론회로 대신하였다. 두 번째 단계인 문제 제기(대화)에서는 우선순위 선정과 건강문제 해결을 위해 전략과 세부사업을 의논하였다. 그 결과 자신들이 선정한 우선순위 영역에서 지역사회에서 건강생활이 실천되지 않는 이유를 고려하여 향후 건강위원회가 무슨 일을 해야 할지 다양한 전략을 잘 도출하였다. 세 번째 단계인 행동-성찰-행동은 현재 진행 중이다. 결론적으로 저자들은 지역사회 역량강화를 통한 건강증진 사업의 여러 대상에 참여 학습을 성공적으로 적용할 수 있었다.

참고문헌

1. The editors. The scope of health behavior and health education. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education. San Francisco, John Willey & Sons, Inc., 2008, p.10
2. Rapid Business Improvement. Cone of experience. [cited 2011 March 25]; Available from : URL:<http://rapidbi.com/management/coneofexperience-dale/>
3. Pretty JN, Guijt I, Thompson J, Scoones I. A trainer's guide for participatory learning and action. Nottingham, Russel Press, 1995, p.i,p.1,pp.16-17,p.22,p.40, p.44,p.55
4. Bradley S. Participatory learning. *Dialogue Diarrhoea* 1995;Mar-May;(60):2[cited 2011 April 1]; Available from : URL:<http://rehydrate.org/dd/dd60.htm>

5. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 1992;6(3):197-204
6. Rindner EC. Using Freirean empowerment for health education with adolescents in primary, secondary, and tertiary psychiatric settings. *JCAPN* 2004;17(2):78-84
7. Matoro-Kiria J. Why participatory is an effective approach in training for social change? [cited 2011 April 1]; Available from : URL: http://www.pactworld.org/cs/participatory_learning
8. Rudd RE, Comings JP. Learner developed material: an empowering product. *Health Education Quarterly* 1994;21(3):313-327
9. Laverack G. Building capable communities: experiences in a rural Fijian context. *Health Promotion International* 2003;18(2):99-106
10. Israel BA, Checkoway B, Schulz A, Zimmerman M. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Education Quarterly* 1994;21(2):149-170
11. Eisen A. Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. *Health Education Quarterly* 1994;21(2):235-252
12. Airhihenbuwa CO. Health promotion and the discourse on culture: implications for empowerment. *Health Education Quarterly* 1994;21(3):345-353
13. Lee BY, Jo HS, Lee HJ. The development and effect of navigator education program for cancer screening on women in the community. *J Agri Med & Community Health* 2009;34(2):214-222 (Korean)
14. Kim JS, Woo KH, Min YS, Kim BK, Choi KS, Park KS. Development and application of participatory action oriented training(PAOT) for improvement of agricultural working environment in Korea. *J Agric Med Community Health* 2010;35(4):417-427 (Korean)
15. Joo A, Park I. Effects of an Empowerment Education Program in the Prevention of Internet Games Addiction in Middle School Students. *J Korean Acad Nurs* 2010;40(2):255-263 (Korean)
16. Kim Y. Effects of a Breast-Feeding Empowerment Program on Exclusive Breast-Feeding. *J Korean Acad Nurs* 2009;39(2):279-287 (Korean)
17. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly* 1988;15(4):379-394
18. Hohn MD. Empowerment health education in adult literacy: a guide for public health and adult literacy practitioners, policy makers and funders. Lawrence, System for Adult Basic Education Support, 1998,p.77
19. 고상준. 참여와 자치를 위한 시민교육 필드북. 서울, 열린사회 시민연합, 2004, p.5,pp.34-268
20. Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning* 2000;15(3):255-262
21. Hinton A, Downey J, Lisovicz N, Mayfield-Johnson S, White-Johnson F. The community health advisor program and the Deep South Network for Cancer Control-health promotion program for volunteer community health advisors-. *Fam Community Health* 2005;28(1):20-27
22. Hardy CM, Wynn TA, Huckaby F, Lisovicz N, White-Johnson F. African American Community Health Advisors Trained as Research Partners-recruitment and training-. *Fam Community Health* 2005;28(1):28-40

23. Cooper H, Booth K, Gill G. A trial of empowerment-based education in type 2 diabetes-Global rather than glycaemic benefits. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2008;82:165-171
24. Kiessling. Participatory learning: a Swedish perspective. *Heart* 2004;90:113-116
25. Leyshon S. Empowering practitioners: an unrealistic expectation of nurse education? *Journal of Advanced Nursing* 2002;40(4):466-474
26. Flynn BC, Ray DW, Rider MS. Empowering communities: action research through healthy cities. *Health Education Quarterly* 1994;21(3):395-405
27. Stuttafor M, Coe C. The learning component of participatory learning and action in health research: reflections from a local Sure Start evaluation. *Qualitative Health Research* 2007;17:1351-1360
28. 홍은광. 한국 민중교육의 역사적 전개와 프레임 교육사상. [cited 2011 March 25]; Available from : URL:<http://jinboedu.jinbo.net/bbs/zboard.php?id=publication&no=180>
29. 송창석. 새로운 민주시민 교육 방법론. 지방행정 2005;(3월호):25-32
30. Minkler M, Wallerstein N, Wilson N. Improving through community organization and community building. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health behavior and health education*. San Francisco, John Willey & Sons, Inc., 2008, pp.287-288
31. Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *J Health Popul Nutr* 2006;24(1):113-120
32. Bergsma LJ. Empowerment education: The link between media literacy and health promotion. *American Behavioral Scientist* 2004;48(2):152-164
33. Wallerstein N. Empowerment to reduce health disparities. *Scand J Public Health* 2002;30(suppl 59):72-77
34. CART Project Team. Community action for health promotion: a review of methods and outcomes 1990-1995. *Am J Prev Med* 1997;13(4):229-239
35. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM, Tamang S, Thapa S, Shrestha D, Thapa B, Shrestha JR, Wade A, Borghi J, Standing H, Manandhar M, Costello AM. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364:970-979
36. Raeburn J, Akerman M, Chuengsatiansup K, Mejia F, Oladepo O. Community capacity building and health promotion in a globalized world. *Health Promotion International* 2007;21(S1):84-90