

중년여성의 보건교육프로그램 요구에 영향을 미치는 요인 분석

김요진¹, 배장오²

¹강남대학교 교육대학원 교육행정전공, ²강남대학교 사범대학 교육학과

Analysis of Factors Affecting the Need for Health Education Programs in Middle-aged Women

Yo Jin Kim¹, Chang Oh Bae²

¹Educational Administration Major, Kangnam University the Graduation School of Educate, Yongin, Korea

²Department of Education, Kang Nam University of Teacher's College, Yongin, Korea

Background: This study aimed to analyze the factors affecting health education program needs as defined by the World Health Organization (WHO) for promoting health in middle-aged women.

Methods: Study subjects included 203 middle-aged women ranging in ages between 40 and 59 years, living in S-city. Data were collected from September 10 to 24, 2011. Descriptive statistics, independent t-test, and one-way ANOVA were used to analyze general characteristics and the need for health education programs related to the general characteristics. Hierarchical multiple regression was used to access the factors influencing the need for health education programs. All data were analyzed by SPSS/WIN 17.0 program.

Results: The average score of the health promotion behaviors was 3.46 (± 0.74). The average score of the need for health education programs (including physical, psychological, and social health education programs) was 3.88 (± 0.13); and this was affected by age (psychological health education programs $\beta = -0.21$), self-actualization (physical, psychological, social health education programs $\beta = 0.28$, $\beta = 0.30$, $\beta = 0.30$), health responsibility (social health education programs $\beta = 0.21$), interpersonal support (physical health education programs $\beta = 0.18$), and stress management (social health education programs $\beta = 0.18$).

Conclusions: Based on the study results, health education for middle-aged women should be impacted less by monthly income and educational background, and should have more specialized, accessible contents considering not only programs that middle-aged women prefer but also the factors influencing the needs of health education.

Korean J Health Promot 2015;15(2):63-74

Keywords: Middle-aged women, Health promoting behavior, Health education program, Lifelong-education

서 론

세계보건기구(World Health Organization)에서는 삶의 질을 한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 상태에 대한 개인적인 지각이라고 정의를 내

리고 있으며,¹⁾ 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)에서는 경제적 측면에 주목하여 삶의 질을 표시하는 사회적 관심체계 영역을 건강, 교육과 학습, 고용 및 근로생활의 질, 시간과 여가, 재화와 서비스의 지배력, 물리적 환경, 사회적 환경, 개인적 안정 등 8개의 분야로 분류하였다.²⁾

삶의 질이라는 용어는 1960년대 중반 이후 미국을 위시한 서구 산업화된 자본주의 국가에서 널리 사용된 이래 1980년대부터는 국가의 발전 정책을 만들고 평가하는 새로운 개념적인 도구로 널리 인정받고 있으며 근래 들어 우리나라에서도 인간생활의 질적 가치(qualitative value of life)로 논의가 되고 있다.¹⁾

■ Received : August 24, 2014 ■ Accepted : March 23, 2015

■ Corresponding author : **Chang Oh Bae, PhD**

Department of Education, Kang Nam University of Teacher's College, 40 Gangnam-ro, Giheung-gu, Yongin 446-702, Korea
Tel: +82-31-280-3919, Fax: +82-31-280-3919
E-mail: chango@kangnam.ac.kr

Bergner³⁾는 ‘건강이 삶의 질에 많은 영향을 미친다’라고 주장하며 삶의 질 평가를 건강상태와 기능상태로 측정하였는데, 건강은 그것이 주관적이든 객관적이든 생활만족도와 관련된 요인 중에서 가장 일관성 있고 중요한 요인 중의 하나로 정의되고 있다.

건강에 대해 1948년 세계보건기구총회에서는 단순히 질병이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕과 조화를 이룬 상태라고 정의하였고,⁴⁾ 1995년 UN 북경여성대회에서는 여성의 지위와 삶의 질 향상을 위해 여성건강을 증진시킬 것을 촉구한 바 있으며 우리 정부가 새로운 사회 정책 패러다임으로 제시하고 있는 ‘사회비전 2030’ 및 사회투자정책에서도 건강을 인적 자본투자와 함께 고용기회 및 유지에 중요한 기반이 되는 중요한 정책영역으로 자리매김하고 있다.⁵⁾

2010년 기준 우리나라 남녀의 평균수명은 각각 77세와 83.7세이며, 건강수명(healthy life expectancy)은 각각 69.7세와 74.2세이다.⁶⁾

남녀 모두 건강하지 않은 상태로 생존하는 기간이 8-9년 정도이며 여성이 남성에 비해 긴 평균수명을 갖는 것은 사실이지만, 그것이 여성의 삶의 주기 전체에서 건강한 삶의 질에 대한 보장은 하지 못함을 알 수 있다.

인간의 삶이 더 의미 있어지려면 평균수명과 건강수명의 격차가 줄어야 하며 이를 위해선 보건교육이 많은 기여를 할 수 있다.

보건교육은 개인의 의료비 지출을 감소시키는 것은 물론 사고·범죄·학대·질병의 감소, 전반적인 공중 건강증진 등의 비금전적 이득과도 관련이 있다.⁷⁾

Kim⁸⁾은 건강상태가 좋은 남녀일수록 위기감 수준은 낮으며 중년의 남성과 여성 모두에게 신체적 건강은 매우 중요한 변인이라고 했으며, Lee⁹⁾는 여성평생교육의 발전을 위해서는 여성 건강의 특성 및 생활양식을 고려한 여성 보건정책의 수립이 필요하고 교육 및 교재의 개발이 시급하며 삶의 질을 향상시키는 여성중심의 간호접근적 여성평생교육 체제가 요구된다고 하였다.

2010년 우리나라 여성인구는 전체 인구의 49.8%이며, 이 중 중년여성(40세-59세) 인구는 2000년 24.0% 이래 매년 증가추세로 2010년에는 30.7%를 차지하고 있는데,⁶⁾ 인간의 신체발달 변화는 일부 세포의 증식과 퇴화가 동시에 이루어지면서 생의 전반을 걸쳐 진행되며 특히 40세 이후가 되면 그 변화는 더욱 현저하다.

중년기는 신체적 건강이 전과 다름을 인지하는 노화의 시작 단계이며, 앞만 보고 달려온 젊은 날을 되돌아보고, 밖으로만 향하던 관심이 자기 자신에게로 돌아와 속고와 재평가를 하게 되며, 이루지 못한 것에 대한 안타까움 등으로 민감해지는 정서를 가지게 되는 인생의 전환점이기

도 하다. 그러나 평생발달접근법 측면에서는 인간발달을 수정에서 사망에 이르는 동안 진행되는 체계적 변화로 보고 성인기 이후에도 발달현상의 많은 부분들이 일어나고 있다고 밝히고 있어,¹⁰⁾ 여성 중년기에서도 긍정적 변화를 기대할 수 있다. 특히 여성의 건강은 출산과 육아, 자녀교육 그리고 가족들의 건강관리에 대한 책임으로 여성 자신은 물론이고 가족 전체의 건강과 안녕을 넘어 국가적인 차원에게까지도 그 영향력을 미칠 수 있으므로 여러 학문의 시각에서 전체적으로 조망할 수 있는 포괄적이고 융통성 있는 접근이 필요하다.

또한 인간의 마음과 몸은 면역체계, 내분비체계, 신경체계를 통해 연결되어 있으므로 상호 영향을 끊임없이 주고받으며 변화하는 하나의 역동적인 시스템으로 인간의 감정과 생각은 언제나 몸에서 생화학적 반응을 일으키기 때문에 어떤 식으로든 신체에 영향을 미치며,¹¹⁾ 신체적 건강상태는 분노, 불안, 고독감, 자아 존중감, 위기감, 우울증 등 정신적 건강을 예측해 주는 가장 주된 변인으로 개인의 신체적, 정신적 건강상태는 사회적 건강에도 적지 않은 영향을 미칠 것으로 시사된다.¹²⁾

이러한 변화과정은 여성의 인간적인 성숙이라는 측면에서 긍정적 의미를 가지고 있으며 노년기 삶의 질에도 영향을 미칠 수밖에 없다.

그러므로 중년여성들에게 생애발달에 따른 평생교육으로서 체계적인 보건교육이 필요하며 이를 위해 인구사회학적 특성과 건강증진행위가 보건교육프로그램요구에 미치는 영향을 분석하여 보건교육의 기초자료를 제공하고자 한다.

방 법

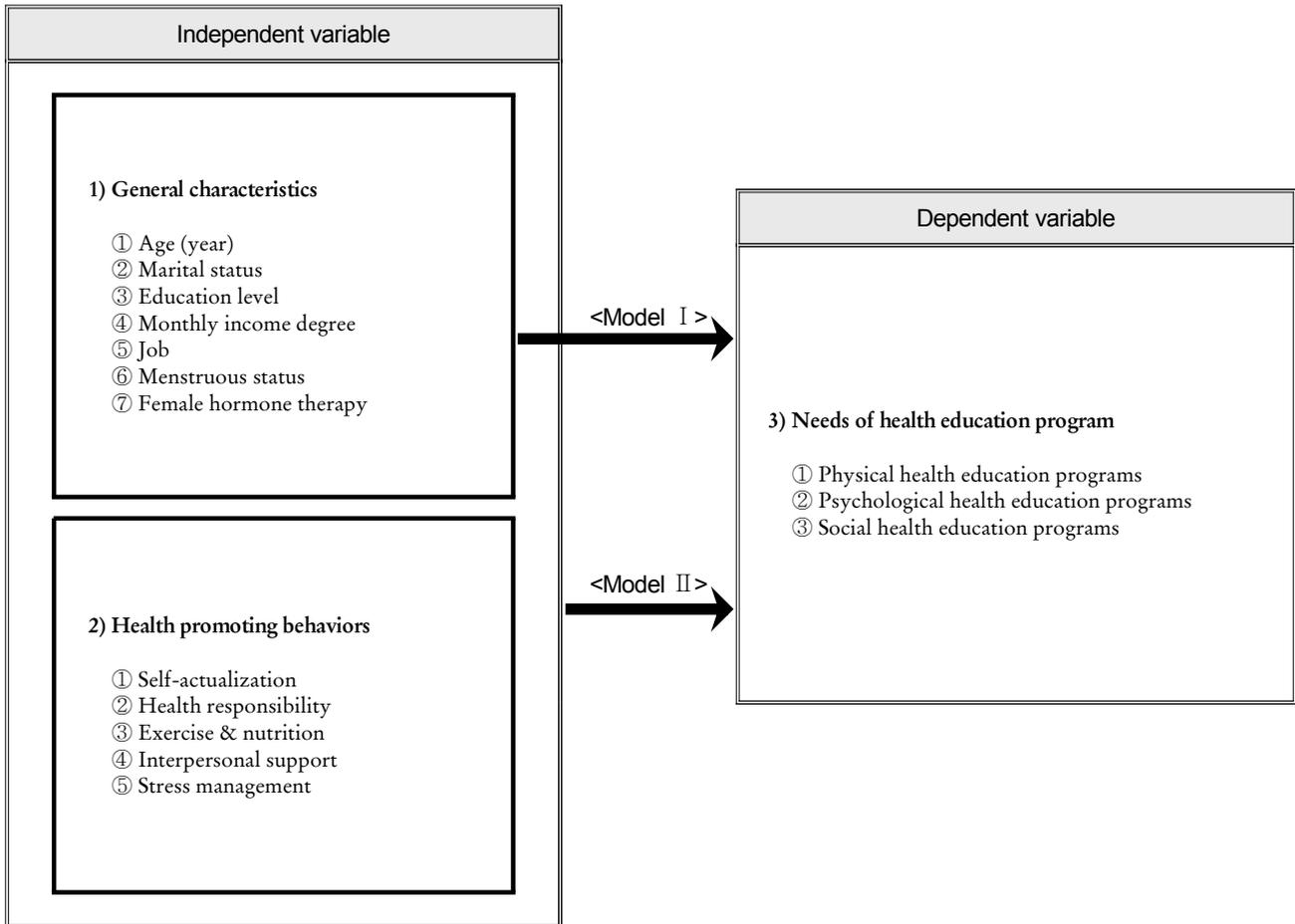
1. 연구 설계

본 연구는 중년여성들을 대상으로 독립변수인 인구사회학적 특성, 건강증진행위 수준을 파악하고 종속변수인 보건교육프로그램에 대한 요구를 분석함과 함께 그에 영향을 미치는 변인들을 규명하여 평생교육현장에서 보건교육을 활용하기 위한 서술적 조사연구이다(Figure 1).

2. 연구대상 및 자료수집

연구대상은 S시에 거주하고 있는 일부 중년여성(40세-59세)들이며 편의표출로 선정하였다. 윤리적 측면을 고려하여 대상자들에게 사전에 연구의 목적과 취지를 충분히 설명하고 개인정보 활용에 동의한 경우에 한하여 시행하였으며, 설문조사는 자기기입식 조사방법으로 진행되었다.

Figure 1. Research model.



자료수집 기간은 2011년 9월 10일부터 9월 24일까지였으며 S여자대학교 평생교육원, S 시내 대형마트, 재래시장, 식당, 병원, 은행 등에서 총 210부의 설문지를 확보한 후 응답이 불충분한 자료 7부를 제외하여 총 203부를 통계에 적용하였다.

대상자수의 결정은 본 연구와 관련된 주제를 다룬 Kim¹³⁾의 연구를 참고하였으며, 또한 G Power¹⁴⁾를 사용하여 predictor 15, 다중회귀분석을 위해 필요한 중간정도의 효과크기 0.15, 유의수준 0.05, 통계적 검정력 0.80을 투입한 결과 139명으로 나타나 본 연구의 표본의 크기는 적절하다고 할 수 있다.

3. 연구도구

1) 인구사회학적 특성

선행연구를 분석하여 연령, 결혼상태(부부동거), 교육수준, 가구당 월수입, 직업 등을 사용하였으며 연구대상자가 중년여성인 점을 감안하여 월경상태를 월경(규칙적인 월경), 폐경이행기(월경이 불규칙하거나 마지막 월경 후 1년

이 안된 상태), 자연폐경(마지막 월경 후 1년 이상이 지난 상태), 인공 폐경(산부인과적 수술로 인한 폐경)으로 구분하고 여성호르몬제 사용여부도 첨가하였다.

2) 건강증진행위

건강증진행위는 Walker, Sechrist, & Pender가 개발한 Health Promotion Lifestyle Profile을 Suh¹⁵⁾가 수정하여 사용한 도구를 활용하였는데, 이 척도는 5개의 하위영역으로 자아실현 11문항, 건강책임 10문항, 운동영양 12문항(운동 5문항, 영양 7문항), 대인관계지지 7문항, 스트레스관리 7문항으로 총 47문항으로 구성되어 있으며, 5점 Likert Scale(리커트 척도)로 ‘전혀 그렇지 않다’(1점)에서 ‘매우 그렇다’(5점)까지 측정하고 점수가 높을수록 건강증진행위의 실천 정도가 높은 것을 의미한다.

Suh¹⁵⁾의 연구(1995)에서 신뢰도는 Cronbach alpha 계수는 0.90이었는데 본 연구에서는 0.929로 나타났고 하위 문항들에 대해서도 각각 자아실현 0.884, 건강책임 0.853, 운동 및 영양 0.877, 대인 관계지지 0.777, 스트레스관리 0.760으로 비교적 안정된 신뢰도를 확보하였다.

3) 보건교육프로그램 요구

S시 일부 평생교육기관의 보건교육관련 프로그램을 조사한 결과, G평생교육 학습관은 다이어트 요가·웰빙경락·댄스스포츠이고, S시 가족여성회관은 맷돌체조·웰빙건강요가·경락 발관리였으며, A대 평생교육원은 댄스 스포츠·웃음치료·레크리에이션이고, E대형마트 WS점 문화센터는 차명댄스·밸리댄스·건강요가·뷰티요가였으며, H대형마트 NS점은 라인댄스·웰빙요가·밸리댄스·파워필라테스·나이트댄스였다. 대부분 미용, 다이어트, 댄스 관련 프로그램으로 편중되어 있음을 알 수 있었다.

보건교육 프로그램 개발은 교육대상자들의 표면적인 요구와 더불어 잠재적인 요구까지도 고려해야 하는 만큼 편향된 프로그램은 신체적·정신적·사회적으로 안녕과 조화를 이룬 상태인 건강을 모두 만족시켜 줄 수가 없다.

본 연구의 종속변수로 사용된 보건교육프로그램은 문헌분석^{13,16-23)}을 통하여 선행연구의 척도(요인분석을 토대로 타당도가 확보된)를 선정하고, 정확도를 높이기 위해 간호학 전공교수, 교육학 전공교수, 보건교육 현장종사자 등의 전문가집단을 활용한 델파이기법²⁴⁾을 통하여 내용타당도를 확인 받았으며, 신뢰도 검사를 실시하여 내적일관성을 확보하였다.

내용타당도를 분석하기 위해 내용타당도 비율(Content Validity Ratio, CVR)을 산출하였다. 이를 위해 5점 척도(5=매우 적절함, 4=적절함, 3=보통임, 2=부적절함, 1=매우 부적절함)를 사용하였는데 각 척도 점수별로 1점은 '0', 2점은 '0.25', 3점은 '0.50', 4점은 '0.75', 5점은 '1.00'을 할당한 후 각 영역별로 전문가들이 평가한 수치들의 평균을 산정하였다.²⁵⁾ 본 연구에서는 CVR의 절단점(cut-off score)을 0.75로 규정하고, 절단점 이하의 범위에 해당하는 영역은 타당도가 떨어지는 것으로 간주하였다.²⁶⁾

내용타당도 검증 결과, 30개 평가 영역 중 28개 영역의 CVR이 0.75를 초과하는 것으로 나타나, 이 영역들은 중년 여성들을 위한 보건교육프로그램으로 적절한 것으로 입증되었다.

제외된 영역은 스트레스 관리의 영화감상, 시민교육의 호스피스 교육으로 CVR이 각각 0.63과 0.67로 산정되었다.

세계보건기구의 건강정의에 기술된 바에 따라 신체적·정신적·사회적 3가지 영역으로 구분되며 각각의 정의는 다음과 같다.

신체적 건강이란 우리 인체에 질병이나 상처 등이 없을 뿐만 아니라 형태적 요소(신장·체중과 같은 외형적 계측값이나 내장의 여러 기관 등)와 기능적 요소(여러 기관의 생리기능이나 종합적인 체력 등)가 정상인 것을 말하며, 정신적 건강은 정신질환 및 장애가 없는 상태로 자아정체감을 가지고 성숙하고 원만한 인간관계를 형성하며 환경

에의 적응능력 및 조정능력을 가지고 있는 상태로 스트레스를 받더라도 이겨낼 수가 있으며 기분이 안정된 상태이며, 사회적 건강은 사회라는 공동체 속에서 사람과의 원만한 관계를 조화 있게 유지하며 공동체를 소중히 여기는 균형감을 가지고 있는 상태를 말한다.

보건교육프로그램은 중년여성들이 지속적인 보건교육을 받을 수 있는 평생교육기관에서 운영 가능한 프로그램으로 구성되어 있으며 다음과 같다.

신체적 보건교육프로그램은 중분류로 질병관리와 생활체육, 보완대체요법(complementary and alternative medicine)의 3개 그룹으로 분류하였으며 소분류인 하위 실행프로그램으로는 질병관리에 갱년기 건강과 성공적인 노화, 여성암 예방 및 관리, 골다공증 예방과 운동실천, 요실금 예방과 운동요법, 성인병 예방 및 관리, 한방으로 관리하는 여성중년기의 6개를, 생활체육에 신체단련운동, 댄스, 스포츠 종목 등 3개를, 보완대체요법에 서양의학 밀접형, 동양의학 밀접형, 동서의학밀접형의 3개를 선정하여 전체 실행프로그램은 12개이다.

정신적 보건교육프로그램은 중분류로 질병관리, 상담, 스트레스 관리의 3개 그룹으로 분류하였으며 소분류인 하위 실행프로그램으로는 질병관리에 우울증·자살 예방, 치매 예방의 2개를, 상담에 집단상담, 미술치료(만다라)의 2개를, 스트레스관리에 노래교실, 웃음치료, 아로마테라피(향기 요법), 마음챙김명상인지치료(Mindfulness Based Cognitive Therapy)의 4개를 선정하여 전체 실행프로그램은 8개이다.

사회적 보건교육프로그램은 중분류로 대인관계, 환경보호, 시민의식의 3개 그룹으로 분류하였으며 소분류인 하위 실행프로그램으로는 대인관계에 부부관계 향상프로그램, 역할극, 의사소통·갈등관리 대화법의 3개를, 환경보호에 친환경관련생활용품 만들기, 환경지킴이 활동 등 2개를, 시민의식에 여성관련 법과 복지정책, 양성평등, 자원봉사활동의 3개를 선정하여 전체 실행프로그램은 8개이다.

각 실행프로그램은 5점 Likert Scale로 '전혀 필요치 않다'(1점)에서 '매우 필요하다'(5점)까지 측정하고 점수가 높을수록 프로그램에 대한 요구가 높은 것을 의미한다. 보건교육프로그램 요구에 대한 전체 신뢰도 값은 Cronbach alpha 계수 0.939로 높은 신뢰도를 확보했으며 하위 영역별 신뢰도는 신체적 보건교육프로그램 0.860, 정신적 보건교육프로그램 0.856, 사회적 보건교육프로그램 0.850으로 각각 확인되었다. 각 영역별 고른 신뢰도는 보건교육 프로그램으로서의 활용 가능성을 지지해 주었다.

4. 자료 분석

연구대상자의 인구사회학적 특성, 건강증진행위 수준,

보건교육프로그램요구 수준은 기술통계를 산출하였고 일반적 특징에 따른 보건교육프로그램 요구 수준을 비교하기 위해 *t*-검정과 일원배치 분산분석(one-way ANOVA)을 실시하였다. 독립변수인 인구사회학적 특성, 건강증진행위가 종속변수인 보건교육프로그램 요구에 미치는 영향의 정도 즉 설명력을 파악할 뿐만 아니라 건강증진행위에 영향을 미칠 수 있는 인구사회학적 변인들을 통제하기 위해 위계적 다중회귀분석(Hierarchical multiple regression analysis)을 실시하였다. 모든 분석에는 통계 프로그램 SPSS/WIN 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 사용하였다.

결 과

1. 연구대상자의 인구사회학적 특성

연령은 40대가, 부부동거 유무는 부부동거비율이, 학력은 고졸 이하의 대상자가, 가구당 월소득은 151만 원-300만 원이 가장 많았으며, 월경상태에서는 규칙적인 월경상태가 61.5%, 폐경이 38.5%였는데 폐경에서는 폐경이행기와 자연폐경의 비율이 같았으며 인공폐경이 가장 낮았다. 또한 여성호르몬제를 사용하지 않는 대상자가 사용하는 대상자보다 더 많았다(Table 1).

2. 건강증진행위 수준

연구 대상자들의 전체 건강증진행위의 평균은 3.46 (±0.74)이었으며, 5개의 하위영역별 평균은 자아실현 3.88 (±0.62), 대인관계 지지 3.83 (±0.59), 스트레스 관리 3.36 (±0.65), 운동 및 영양 3.15 (±0.75), 건강책임 3.10 (±0.77) 순으로 높았다(Table 2).

3. 보건교육프로그램 요구

1) 연구대상자의 보건교육프로그램 요구 수준

3개의 하위영역인 신체적, 정신적, 사회적 보건교육프로그램의 각각 평균점수는 3.95, 3.92, 3.78 순이며, 전체 중분류에서 선호도는 정신적 보건교육프로그램의 질병관리, 신체적 보건교육프로그램의 질병관리, 사회적 보건교육프로그램의 대인관계 순이다.

전체 소분류별 하위실행프로그램 중 선호도가 높은 10개는 여성암 예방 및 관리, 치매예방, 우울증·자살예방, 성인병 예방 및 관리, 갱년기 건강과 성공적인 노화, 골다공증 예방과 운동실천, 요실금 예방과 운동실천, 신체단련운동, 갈등관리 대화법, 웃음치료 순이었으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다(Table 3).

Table 1. General characteristics

		(n=203)
Characteristics	Categories	Values ^a
Age, y	40's (40-49)	132 (65.0)
	50's (50-59)	71 (35.0)
Marital status (does living with a spouse)	Yes	187 (92.1)
	No	16 (7.9)
Educational level, y	≤High school	103 (50.7)
	≤College	92 (45.3)
	≥Graduate school	8 (3.9)
Monthly income, mo	Less than 1.5 million won	17 (8.4)
	1.51-3 million won	87 (42.9)
	3.01-5 million won	79 (38.9)
	More 5.01 million won	20 (9.9)
Job	Yes	86 (42.4)
	No	117 (57.6)
Menstruous status	Menopausal transition ^b	31 (15.3)
	Natural menopause ^c	31 (15.3)
	Artificial menopause ^d	16 (7.9)
	Menstruation ^e	125 (61.5)
Female hormone therapy	Yes	15 (7.4)
	No	188 (92.6)

^aValues are presented as N (%).

^bDefined as irregular menstruation and period of up to one year after the last menstrual.

^cDefined as more than 12 months of amenorrhea status.

^dDefined as menopause due to surgical obstetrics and gynecology.

^eDefined as regular menstruation.

Table 2. Level of health promoting behaviors

Categories	Number of question	Values ^a
Self-actualization	11	3.88 (±0.62)
Health responsibility	10	3.10 (±0.77)
Exercise & nutrition	12	3.15 (±0.75)
Interpersonal support	7	3.83 (±0.59)
Stress management	7	3.36 (±0.65)
Total	47	3.46 (±0.74)

^aValues are presented as mean±SD unless otherwise indicated.

2) 연구대상자의 인구사회학적 특성에 따른 보건교육프로그램요구 수준

대체적인 경향성을 살펴보면 40대가 50대보다, 부부동거자가 부부비동거자보다, 대학졸업의 대상자가, 월수입이 많을수록, 규칙적인 월경을 하는 대상자일수록 보건교육프로그램요구 수준이 높았고 직업유무와 여성호르몬제 사용여부와는 통계적으로 유의하지 않았다(Table 4).

4. 보건교육프로그램 요구에 영향을 주는 변인들에 대한 위계적 다중회귀분석의 결과

표 5는 종속변수인 신체적, 정신적, 사회적 보건교육 프로그램 요구에 대한 독립변수인 인구사회학적 특성과 건강증진행위의 상대적 영향력을 분석한 결과이다. 각 변인들의 다중공선성을 확인하기 위해 분산팽창계수(variance

Table 3. Need of health education programs

(n=203)

Category			Values ^a			Total
Physical health care programs	Disease management	Menopausal care and successful aging	4.34 (±0.74)	4.26 (±0.51)	3.95 (±0.39)	3.88 (±0.13)
		Prevention · management of cancer	4.53 (±0.69)			
		Prevention of osteoporosis and exercise therapy	4.32 (±0.69)			
		Prevention of urinary incontinence and exercise therapy	4.20 (±0.71)			
		Prevention · management of adult disease	4.36 (±0.72)			
		Menopausal management of oriental medicine	3.86 (±0.84)			
	Sport for all	Physical fitness program	4.11 (±0.83)	3.86 (±0.03)		
		Dance	3.58 (±0.91)			
		Sport	3.88 (±0.87)			
	Alternative therapy	Type of western medicine	3.70 (±0.80)	3.73 (±0.08)		
Type of oriental medicine		3.80 (±0.85)				
Type of oriental-western medicine		3.70 (±0.82)				
Psychological health care programs	Disease management	Prevention of depression-suicide	4.37 (±0.83)	4.38 (±0.01)	3.92 (±0.58)	
		Prevention of dementia	4.38 (±0.85)			
	Counseling	Group counseling	3.60 (±0.93)	3.58 (±0.03)		
		Art therapy (mandala)	3.56 (±0.88)			
		Singing	3.99 (±0.79)			
	Stress management	Laughter therapy	4.07 (±0.78)	3.80 (±0.46)		
		Aromatherapy	3.58 (±0.91)			
Mindfulness-based stress reduction (MBSR)		3.56 (±0.91)				
Marital relationship enhancement program		4.03 (±0.93)				
Social health care programs	Interpersonal relations	Role playing	3.61 (±0.87)	3.91 (±0.37)	3.78 (±0.25)	
		Communication for conflict management	4.08 (±0.78)			
		Making related to eco-friendly household items	3.55 (±0.91)			
	Protection of the environment	Eco-activism (NGO activities)	3.62 (±0.86)	3.58 (±0.05)		
		Women-related legal and welfare policy	3.92 (±0.82)			
	Citizenship	Gender Equality volunteer activity	3.73 (±0.85)	3.85 (±0.15)		
			3.91 (±0.94)			

Abbreviation: NGO, non-governmental organization.

^aValues are presented as mean±SD.

inflation factor)를 분석한 결과 모두 1.121-2.351 사이로 나타났고 공차한계(tolerance)는 0.425-0.892 사이로 나타나 공차한계가 0.1보다 크므로 다중공선성에는 문제가 없었다.

1) 신체적 보건교육 프로그램 요구

모형 I의 설명력은 8.7%이고 월경상태의 월경(정기적인 월경)에 비해 폐경이행중이 부(-)의 영향을 미치는 유의한 변수($P<0.05$)이며, 모형 I에 건강증진행위를 첨가한 모형 II의 설명력은 29.3%로 모형 I보다 20.6% 증가하였고 그 모형의 적합성은 유의하였다($P<0.001$). 모형 II에서는 폐경이행 중 이외에 자아실현($P<0.001$), 대인관계지지($P<0.05$)가 유의한 변수였다. 즉, 정기적인 월경의 대상자보다 폐경이행중의 대상자가 신체적 보건교육프로그램 요구가 낮았으며, 자아실현, 대인관계지지의 점수가 높은 대상자가 신체적 보건교육프로그램의 요구가 더 높았다.

2) 정신적 보건교육 프로그램 요구

모형 I의 설명력은 8.7%이고 결혼상태(부부동거)가 유의한 변수($P<0.05$)이며 모형 I에 건강증진행위를 첨가한

모형 II의 설명력은 22.2%로 모형 I보다 13.5% 증가하였고 그 모형의 적합성은 유의하였다($P<0.001$). 모형 II에서는 결혼상태의 부부동거 외에 연령($P<0.05$)과 자아실현($P<0.001$)이 유의한 변수였다. 즉, 40대보다 50대가 정신적 보건교육 프로그램의 요구가 낮았으며, 배우자와 동거하지 않는 대상자보다 배우자와 동거하고 있는 대상자와 자아실현의 점수가 높은 대상자에서 정신적 보건교육 프로그램의 요구가 더 높았다.

3) 사회적 보건교육 프로그램 요구

먼저 모형 I의 설명력은 10.4%이고 결혼상태(부부동거)가 유의한 변수($P<0.05$)이며 모형 I에 건강증진행위를 첨가한 모형 II의 설명력은 26.8%로 모형 I보다 16.4% 증가하였고 그 모형의 적합성은 유의하였다($P<0.001$). 모형 II에서는 결혼상태(부부동거) 외에 자아실현($P<0.001$), 건강책임($P<0.05$), 스트레스관리($P<0.05$) 등이 유의한 변수였다. 즉, 배우자와 동거하지 않는 대상자보다 배우자와 동거하고 있는 대상자와 자아실현, 건강책임, 스트레스 관리의 점수가 높은 대상자에서 사회적 보건교육 프로그램의

Table 4. Need of health education program related to general characteristics

General characteristics	Physical						Psychological						Social						
	Disease management		Sport for all		Alternative therapy		Disease management		Counseling		Stress management		Interpersonal relation		Protection of the environment		Citizenship		
	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	
Age, y	1.78 (0.077)	1.94 (0.053)	3.74 (0.72)	-0.02 (0.982)	4.50 (0.73)	2.87 (0.005 ^b)	3.67 (0.82)	2.08 (0.039 ^c)	3.85 (0.68)	1.48 (0.141)	3.99 (0.68)	1.80 (0.073)	3.65 (0.76)	2.25 (0.026 ^c)	3.94 (0.76)	2.33 (0.021 ^c)			
40-49	4.32 (0.53)		3.93 (0.72)		4.50 (0.73)		3.67 (0.82)		3.85 (0.68)		3.99 (0.68)		3.65 (0.76)		3.94 (0.76)				
50-59	4.18 (0.51)		3.73 (0.64)		4.17 (0.87)		3.42 (0.79)		3.71 (0.67)		3.76 (0.76)		3.48 (0.71)		3.69 (0.66)				
Marital status (does living with a spouse)	2.25 (0.026 ^c)	0.54 (0.589)	0.54 (0.62)	0.55 (0.583)	2.30 (0.87)	2.30 (0.023 ^c)	1.23 (0.79)	1.23 (0.221)	1.78 (0.076)	1.78 (0.076)	1.76 (0.080)	1.36 (0.175)	1.36 (0.175)	1.36 (0.175)	3.53 (0.001 ^b)				
Yes	4.29 (0.50)		3.87 (0.69)		4.45 (0.69)		3.60 (0.80)		3.83 (0.64)		3.95 (0.69)		3.60 (0.74)		3.91 (0.69)				
No	3.99 (0.69)		3.77 (0.84)		3.63 (1.42)		3.34 (0.98)		3.52 (0.97)		3.50 (1.00)		3.44 (0.81)		3.25 (0.96)				
Educational level, y	7.57 (0.001 ^b)	5.43 (0.005 ^b)	3.58 (0.53)	3.11 (0.047 ^c)	10.56 (1.67)	10.56 (P<0.001)	3.44 (0.82)	2.90 (0.057)	4.87 (0.009 ^b)	4.87 (0.009 ^b)	3.88 (0.022 ^c)	3.46 (0.033 ^c)	3.46 (0.033 ^c)	3.46 (0.033 ^c)	3.77 (0.025 ^c)				
≤High school	4.25 (0.50)		3.71 (0.67)		4.39 (0.67)		3.46 (0.83)		3.68 (0.71)		3.78 (0.72)		3.49 (0.73)		3.73 (0.73)				
≤College	4.35 (0.51)		4.03 (0.69)		4.48 (0.75)		3.73 (0.78)		3.96 (0.62)		4.07 (0.67)		3.71 (0.76)		4.01 (0.69)				
≥Graduate school	3.63 (0.46)		3.50 (0.85)		3.19 (1.67)		3.44 (0.82)		3.63 (0.52)		3.71 (1.00)		3.50 (0.80)		3.75 (1.05)				
Monthly income, mo	1.46 (0.226)	2.36 (0.073)	3.31 (0.53)	3.39 (0.019 ^c)	3.88 (1.05)	3.78 (0.011 ^c)	3.08 (0.82)	3.08 (0.028 ^c)	4.34 (0.005 ^b)	4.34 (0.005 ^b)	2.52 (0.059)	1.73 (0.162)	1.73 (0.162)	1.73 (0.162)	1.40 (0.243)				
Less than 1.5 million won	4.06 (0.83)		3.51 (0.97)		3.88 (1.05)		3.32 (0.97)		3.46 (0.97)		3.55 (1.00)		3.38 (0.99)		3.59 (1.15)				
1.51-3 million won	4.28 (0.47)		3.87 (0.61)		4.53 (0.63)		3.51 (0.89)		3.79 (0.63)		3.94 (0.62)		3.56 (0.68)		3.81 (0.73)				
3.01-5 million won	4.27 (0.49)		3.87 (0.67)		4.30 (0.84)		3.60 (0.69)		3.79 (0.63)		3.88 (0.75)		3.64 (0.73)		3.92 (0.64)				
More 5.01 million won	4.42 (0.55)		4.12 (0.85)		4.46 (0.87)		4.05 (0.67)		4.23 (0.57)		4.25 (0.65)		3.68 (0.89)		4.03 (0.67)				
Job	-0.22 (0.823)	-0.97 (0.332)	3.67 (0.75)	-1.09 (0.277)	4.39 (0.90)	0.08 (0.936)	0.89 (0.376)	0.89 (0.376)	0.90 (0.368)	0.90 (0.368)	-1.47 (0.142)	-0.11 (0.916)	-0.11 (0.916)	-0.11 (0.916)	-0.78 (0.436)				
Yes	4.26 (0.54)		3.81 (0.69)		4.39 (0.90)		3.50 (0.80)		3.71 (0.69)		3.82 (0.81)		3.62 (0.76)		3.81 (0.76)				
No	4.28 (0.51)		3.90 (0.71)		4.38 (0.72)		3.65 (0.83)		3.87 (0.65)		3.98 (0.65)		3.57 (0.74)		3.89 (0.72)				

(n=203)

Table 4. Continued

General characteristics	Physical						Psychological						Social					
	Disease management		Sport for all		Alternative therapy		Disease management		Counseling		Stress management		Interpersonal relation		Protection of the environment		Citizenship	
	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)	Mean (SD)	t/F (P ^a)
Menstruous status	6.08 (0.65)	(0.001 ^b)	5.27 (0.85)	(0.002 ^b)	0.24 (0.94)	(0.869)	3.63 (1.08)	(0.014 ^c)	0.11 (0.84)	(0.957)	0.33 (0.72)	(0.807)	0.22 (0.82)	(0.884)	1.60 (0.80)	(0.190)	3.52 (0.97)	6.36 (P<0.001)
Menopausal transition	3.93 (0.65)		3.46 (0.85)		3.71 (0.94)		4.03 (1.08)		3.57 (0.84)		3.79 (0.72)		3.82 (0.85)		3.36 (0.80)		3.52 (0.97)	
Natural menopause	4.26 (0.50)		3.82 (0.85)		3.77 (0.94)		4.26 (1.08)		3.52 (0.84)		3.73 (0.72)		3.84 (0.85)		3.63 (0.80)		3.69 (0.97)	
Artificial menopause	4.26 (0.53)		3.73 (0.85)		3.85 (0.94)		4.28 (1.08)		3.63 (0.85)		3.70 (0.72)		3.94 (0.85)		3.44 (0.79)		3.54 (0.68)	
Menstruation	4.36 (0.46)		3.99 (0.57)		3.71 (0.38)		4.52 (1.00)		3.60 (0.56)		3.84 (0.41)		3.95 (0.53)		3.66 (0.51)		4.02 (0.69)	
Female hormone therapy	-0.96 (0.339)		-0.10 (0.920)		0.12 (0.908)		-1.41 (0.159)		0.24 (0.82)		-0.51 (0.608)		0.13 (0.898)		0.29 (0.776)		-1.47 (0.144)	
Yes	3.93 (0.65)		3.46 (0.85)		3.73 (0.94)		3.97 (1.22)		3.63 (0.74)		3.72 (0.87)		3.87 (0.86)		3.70 (0.92)		3.47 (1.10)	
No	4.26 (0.50)		3.82 (0.61)		3.77 (0.67)		4.28 (0.75)		3.58 (0.82)		3.81 (0.66)		3.92 (0.71)		3.58 (0.74)		3.89 (0.70)	

Abbreviation: SD, standard deviation.

^aCalculated by independent t-test or one-way ANOVA.^bP<0.01.^cP<0.05.

Table 5. Factors affecting for need of health education program^a

Variables	Physical						Psychological						Social					
	Model I		Model II		Model I		Model II		Model I		Model II		Model I		Model II			
	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	<i>P</i>	
General characteristics																		
Age (ref.=40's), y	-0.08	-0.82	0.413	-0.11	-1.22	0.224	-0.17	-1.85	0.066	-0.21	-2.29	0.023 ^c	-0.11	-1.23	0.222	-0.14	-1.62	0.107
Marital status (ref.=don't live with spouse)	0.06	0.89	0.374	0.00	0.03	0.976	0.15	2.12	0.035 ^c	0.11	1.62	0.106	0.16	2.31	0.022 ^c	0.11	1.71	0.089
Education level, y	0.01	0.06	0.952	-0.02	-0.32	0.749	0.03	0.47	0.973	0.01	0.07	0.947	0.13	1.75	0.081	0.09	1.45	0.147
Monthly income degree, mo	0.12	1.60	0.111	-0.05	-0.72	0.472	0.14	1.78	0.076	-0.01	-0.09	0.925	0.06	0.74	0.459	-0.10	-1.35	0.179
Job	-0.05	-0.74	0.460	-0.11	-1.63	0.105	-0.07	-1.02	0.309	-0.11	-1.58	0.115	-0.05	-0.67	0.507	-0.09	-1.42	0.160
Menstruous status (ref.=regular menstruation ^d)																		
Menopausal transition	-0.21	-2.60	0.010 ^c	-0.12	-1.74	0.083	0.01	0.13	0.899	0.08	1.09	0.275	-0.12	-1.50	0.135	-0.04	-0.50	0.618
Natural menopause	0.01	0.00	1.000	0.06	0.69	0.491	0.08	0.82	0.413	0.13	1.45	0.147	0.01	0.09	0.922	0.05	0.58	0.565
Artificial menopause	-0.01	-0.10	0.920	0.04	0.60	0.579	0.04	0.51	0.610	0.08	1.15	0.250	-0.04	-0.44	0.658	0.01	0.18	0.857
Female hormone therapy	0.05	0.61	0.543	0.03	0.48	0.632	-0.01	-0.13	0.897	-0.02	-0.29	0.770	0.01	0.18	0.860	-0.01	-0.07	0.947
Health promoting behaviors																		
Self-actualization				0.28	3.54	<0.001				0.30	3.61	<0.001				0.30	3.79	<0.001
Health responsibility				0.11	1.34	0.182				0.16	1.84	0.068				0.21	2.52	0.013 ^c
Exercise & nutrition				-0.05	-0.50	0.618				-0.13	-1.39	0.170				-0.16	-1.76	0.080
Interpersonal support				0.18	2.31	0.022 ^c				0.07	0.87	0.384				0.02	0.22	0.830
Stress management				0.14	1.69	0.093				0.09	1.06	0.289				0.18	2.09	0.037 ^c
R ²	0.087			0.293			0.087			0.222			0.104			0.268		
Adj R ²	0.044			0.240			0.045			0.164			0.062			0.214		
F (P)	2.03 (0.044 ^c)			5.57 (P<0.001)			2.05 (0.043 ^c)			3.83 (P<0.001)			2.49 (0.014 ^c)			4.92 (P<0.001)		

^aAssessed by hierarchical multiple regression analysis.

^bReference group for comparison was the 40's group.

^cP<0.05.

^dReference group for comparison was the group with regular menstruation.

요구가 더 높았다.

고 찰

여성과 남성의 질병원인을 크게 성(sex)적인 생물학적 문제와 젠더(gender)적인 사회경제적 문제로 나누어 생각해 볼 수 있으며, 기본적으로 생물학적 측면에서 남성과 여성은 발병할 수 있는 질환이 다르다.

특히 중년여성들은 월경, 임신, 출산, 폐경 등 여성 특유의 신체변화로 건강에 위협을 받을 수 있으며 더욱이 평균 수명의 연장으로 폐경 이후에 30여 년을 더 생존하므로 폐경으로 인한 만성후유증은 노년기의 건강까지 영향을 미치는 중년여성들의 공통 건강문제가 되었다.

그러므로 노년기를 앞둔 중년여성들에게 건강의 필요성과 실천의 습관화를 유도하기 위한 보건교육프로그램의 개발은 매우 필요한 것으로 보인다.

이런 배경 아래 본 연구결과가 보건교육프로그램 개발에 시사하는 바를 들여다보면 다음과 같다.

첫째, 대상자들의 건강증진행위 수준 분석에서 가장 높은 실천율을 보인 것은 자아실현이고 가장 낮은 실천율로 나타난 것은 건강책임으로 이는 중년여성을 대상으로 한 다른 연구와도 대체로 일치하는 결과이다.^{15,27,28)}

자아실현은 인간교육의 최종 지향점이며 윤리의 핵심 요소로 일컬어지기도 하는데, Maslow²⁹⁾가 제시한 인간의 욕구체계이론에서 최상의 욕구단계이다.

Acton과 Malathum³⁰⁾의 연구에서는 자아실현이 건강증진을 위한 자가 간호행위의 중요 변수로 보고되었고, 자아실현에 영향을 미치는 요소는 사회적 지지, 성취동기, 자아존중감으로 자아실현자는 건강-질병 연속선상에서 보면 최적의 기능상태, 즉 최고의 건강상태에 있다고 볼 수 있다.

건강책임은 자신의 건강상태를 인지하고 이상 시 전문가를 찾는 등 적극적인 건강관리를 의미하는데 중년여성들을 위한 보건교육프로그램 개발 시 높은 수행정도를 나타낸 자아실현과 낮은 수행정도를 나타낸 건강책임을 모두 고려한다면 보다 효율적인 교육프로그램이 되리라 생각한다.

둘째, 신체적, 정신적, 사회적 분류는 다양한 기준에 따라 달라질 수 있다고 보는데, 본 연구에서 보건교육프로그램은 정규 공교육이 끝난 중년여성들이 일정기간 동안 교육을 유지할 수 있도록 접근 용이성을 고려하여 평생교육기관의 실행가능성에 무게를 두고 개발하였다. 예를 들어 음주, 금연 교육의 경우에 청소년들에게는 단일주제로 적합할 수 있으나 오랜 기간 음주와 흡연에 노출된 중장년층에게는 식상한 주제일 수 있으니 만성질환, 스트레스 관리 등의 교육에서 함께 다루어지는 것이 좀 더 효과가 있

을 것이라 생각하여 실행프로그램에서 다루지 않았다. 따라서 교육프로그램의 분류기준과 종류는 향후 후속 연구자에 의해 대상자와 내용이 첨가, 수정되어 발전할 수 있는 부분이라 생각하며 본 연구는 향후 연구의 기초참고 자료로 활용될 수 있으리라 생각한다.

전체 소분류별 실행프로그램 중 여성암 예방 및 관리(4.53), 치매예방(4.38), 우울증·자살예방(4.37)에 대한 대상자들의 높은 관심은 우리나라에서 증가하는 암환자, 고령화 사회에서 치매의 문제, 개인 심리상태를 넘어 사회 병리적 현상으로도 문제가 되고 있는 우울, 불안 등과 밀접하게 연관이 있어 보인다. 2010년 우리나라의 40대와 50대에서 사망원인 1위는 암이고 2위는 자살인데, 보건복지부가 발표한 통계자료에 따르면 우리 사회에서 1년 동안 자살하는 사람은 10만 명 중 28.4명으로 경제협력개발기구(OECD) 가입 33개국 중 1위를 차지하고 있다.³¹⁾

중년여성들이 선호하는 교육프로그램의 내용들은 우리 사회의 단면을 대변하는 것이기도 하며, 이러한 결과들을 토대로 생각해 볼 때 신체적 건강 못지 않게 정신적, 사회적 건강에 대한 요구 역시 높게 나타나 보건교육프로그램 개발 시 균형적인 시각에서의 접근이 필요함을 확인할 수 있었다.

셋째, 대상자의 특성에 따른 보건프로그램의 요구수준을 분석해 보면, 40대와 정기적인 월경그룹에서 전체적인 교육요구가 높았다. 이는 우리나라의 여성평균수명 연장으로 중년 이후의 삶이 길어짐에 따라 여성들은 일생의 1/3 이상을 폐경 상태로 생활하게 되어 폐경 후 여성 건강의 중요성이 새롭게 대두되고 있는 점에 비추어 볼 때,³²⁾ 건강에 취약해지는 폐경이 오기 전인 40대 대상자들에게는 준비된 갱년기를 맞이하도록 지지를 해주어야 함과 동시에 이미 폐경을 맞이한 50대는 40대와는 차별화된 교육적 접근이 필요함을 의미한다. 교육수준과 월수입면에서는 상대적으로 교육접근성이 취약한 고졸이하의 집단과 소득이 낮은 그룹에게도 접근용이성을 넓혀주는 정책적 지원이 필요해 보인다.

마지막으로 보건교육(건강교육) 프로그램 요구에 영향을 미치는 요인을 살펴보면, 신체적 보건교육 프로그램요구 모형 I에서 폐경이행기 그룹은 정기적인 월경그룹을 기준으로 보았을 때 신체적 보건교육프로그램 요구에 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 폐경이행기는 규칙적인 월경에서 폐경으로의 전환기로 호르몬 감소와 같은 생리적 변화에 따르는 월경양상의 변화를 비롯하여 정서적, 정신적 변화를 경험할 수 있는 인생의 전환점으로서 발달적 위기를 가져올 수 있으며, 일부 여성에게는 불안정성과 불예측성의 시기로 특징지을 수 있으므로,³³⁾ 폐경증상 관리는 중년기와 노년기 여성의 질적인 삶에 큰 영향을 미친다

고 볼 수 있어³²⁾ 그들에게 적합한 맞춤형 교육이 필요하리라 사료된다.

또한 부부동거 유무는 정신적 보건교육 프로그램 요구 모형 I 과 사회적 보건교육 프로그램 요구모형 I 모두에서 통계적으로 유의미했다.

2010년 우리나라는 65세 이상 노인의 인구가 11%로 이미 고령화 사회에 진입하였으며 2020년엔 15.7%, 2030년 24%로 초고령사회에 진입할 것으로 예상되고 있어⁶⁾ 평균 수명의 연장으로 부부동거 기간이 늘어날 것이 예상되는 만큼 배우자와의 건강한 관계 재정립에 도움을 줄 수 있는 부부관계 향상 프로그램이 반드시 필요하다고 생각한다.³⁴⁾

더불어 2010년 우리나라의 조이혼율(인구 1천명 당 이혼 건수)은 2.3명으로 이혼연령은 남자 45.0세, 여자 41.1세이며, 이혼건수 역시 2000년대 이후 꾸준히 증가추세로 주목할 부분은 이혼 당시의 연령이 계속적으로 상향화된다는 것과 50대 이혼율의 지속적인 증가로 황혼이혼(결혼 20년 이후의 이혼)의 비중도 23.8%로 꾸준히 늘고 있다는 것인데,⁶⁾ 이는 부부 간에도 의사소통·갈등관리 대화법 등이 필요함을 뒷받침해 주고 있다.

건강증진행위에서는 자아실현, 대인관계지지, 건강책임, 스트레스관리 수준이 통계적으로 유의미했는데 특히 자아실현 수준은 신체적, 정신적, 사회적 보건교육 프로그램 요구 모두에서 공통으로 영향을 미치는 요인이었음이 검증되어 중년여성들을 대상으로 보건교육 프로그램 개발 시 자아실현을 극대화할 수 있는 내용을 반드시 고려해야만 한다.

본 연구의 제한점으로는 다음과 같다.

첫째, 전체 연구모형에 포함된 독립변수들의 보건교육 프로그램 요구에 대한 설명력이 통계적으로는 적합하였으나 29.3%, 22.2%, 26.8% 정도였다. 그러므로 차후 연구에서는 발달단계별, 성별로 세분화하거나 각 프로그램에 공통 영향요인이었던 자아실현에 영향을 줄 수 있는 사회적 지지, 성취동기, 자아 존중감, 스트레스 지수 등을 첨가하여 보다 설명력이 높은 연구모형의 시도도 필요하리라 생각된다.

둘째, 보건교육프로그램 영역(신체적, 정신적, 사회적)의 실행 프로그램들은 선행연구를 토대로 문헌분석을 통해 평생교육기관 등에서 실행 가능한 것으로 분류하였으므로 다양한 다른 의견의 가능성이 있다. 그러므로 후속 연구에서는 선행연구의 토대 위에 요인분석을 실시하여 좀 더 정제된 프로그램을 선정하고 다양한 교육대상에 따른 효과적인 교육내용을 개발할 것을 제안한다.

마지막으로 연구대상자를 S지역에 거주하고 있는 일부 40세-59세의 중년여성으로 제한했으므로 본 연구결과를

다른 지역의 모든 중년여성에게 일반화하기 위해서는 반복연구가 필요하다.

요 약

연구배경: 이 연구의 목적은 세계보건기구의 건강정의(신체적·정신적·사회적 건강)에 의한 중년여성들의 건강을 증진시키기 위한 보건교육프로그램요구에 영향을 미치는 요인을 분석하는 것이다.

방법: 연구대상자들은 S시에 거주하는 40세-59세의 중년여성 203명이다. 연구자료는 2011년 9월 10일부터 24일까지 수집되었다. 대상자들의 일반적 특성과 그와 관련된 건강교육프로그램요구 분석하기 위해 기술통계, t-검정, 일원배치 분산분석이 사용되었고 보건교육프로그램 요구에 영향을 주는 요인 분석에는 위계적 다중회귀분석을 시행하였다. 모든 자료분석에는 SPSS/WIN 17.0 program을 사용하였다.

결과: 중년여성들의 건강증진행위 평균은 3.46 (±0.74), 보건교육 프로그램(신체적, 정신적, 사회적 보건교육) 요구의 평균은 3.88 (±0.13)으로 나타났다. 보건교육프로그램 요구에 영향을 주는 요인은 연령(사회적 보건교육 프로그램 β=-0.21), 자아실현(신체적·정신적·사회적 보건교육 프로그램 β=0.28, β=0.30, β=0.30), 건강책임(사회적 보건교육 프로그램 β=0.21), 대인관계지지(신체적 보건교육 프로그램 β=0.18), 스트레스관리(사회적 보건교육 프로그램 β=0.18)로 나타났다.

결론: 연구의 결과로 볼 때 중년여성들을 위한 보건교육은 월수입과 학력여부의 영향을 적게 받을 수 있도록 이루어지는 것이 바람직하다. 또한 보건교육은 중년여성들의 선호가 높았던 프로그램은 물론이고 보건교육프로그램요구에 영향을 주었던 요소들을 모두 고려한 특별하게 접근된 내용들로 이루어져야 함을 제안한다.

중심 단어: 중년여성, 건강증진행위, 보건교육프로그램, 평생교육

REFERENCES

1. Kim MK. A study of relationship between health promoting behavior indices and quality of life indices [dissertation]. Seoul: Yonsei University; 2001.
2. Kim MJ. A study on factors affecting the quality of north Korean female defectors' subjective life [dissertation]. Pyongtaek: Pyongtaek University; 2008.
3. Bergner M. Quality of life, health status and clinical research. Med Care 1989;27(3):148-56.
4. World Health Organization. Frequently asked questions. WHO;

2014. [Assessed August 8, 2014]. <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>.
5. Kim YT, Ahn SS, Chung JJ, Choi SW. Korean women's health conditions and policy agenda-10. Seoul: KWDI; 2008. [Assessed August 8, 2013]. http://www.kwdi.re.kr/reportList.kw?currPg=3&sggrp=S01&siteCmsCd=CM0001&topCmsCd=CM0002&cmsCd=CM0004&pnum=1&cnum=0&sbjCdSel=&crptCdSel=&src=INCHARGE_NM&srcTemp=%EA%B9%80%EC%98%81%ED%83%9D.
 6. Korea Statistical Information Service. Seoul: KOSIS; 2010. [Assessed August 8, 2014]. http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITLE&parentId=A#SubCont.
 7. Hong YR, Hyun YS, Jung HR. The International Comparative Study of Social Outcomes of Learning. Seoul: KEDI; 2008. [Assessed August 8, 2013]. <https://www.kedi.re.kr/khome/main/research/selectPubForm.do>.
 8. Kim MC. Mid life crisis and it's related variables [dissertation]. Seoul: Ewha Womans University; 1988.
 9. Lee SJ. A Study on the Women's Adult & Continuing Education in Korea [dissertation]. Seoul: Dan Kook University; 2007.
 10. Lim SK. An sem analysis on participation out comes and effect factors of female adult learners [dissertation]. Busan: Dong-A University; 2007.
 11. Chung YC, Han KS. Psychoneuroimmunology: stress, depression, schizophrenia and the immune system. *J Korean Neuro-psychiatr Assoc* 1992;31(5):825-36.
 12. Kim SJ. A study of relationship between health promoting lifestyle, depression, quality of life among middle aged women [dissertation]. Suwon: Ajou University; 2007.
 13. Kim JH. Physical, psychological and social education needs of the Korean elderly. *J Korean Acad Soc Nurs Edu* 2005;11(2): 260-9.
 14. Erdfelder E, Faul F, Buchner A. GPOWER: a general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers* 1996;28(1):1-11.
 15. Suh YO. Health promoting lifestyle, hardiness and gender role characteristics in middle-aged women. *J Korean Acad Womens Health Nurs* 1996;2(1):119-34.
 16. Kang YS. A research on lifelong education programs for women implemented by some institutes in Seoul [dissertation]. Seoul: Korea National Open University; 2004.
 17. Kim GO. Comparative analysis of program in women lifelong education institutions [dissertation]. Suwon: Ajou University; 2005.
 18. Kim YS. A comparison and analysis of the educational goals and programs in lifelong education institutions attached to women's universities [dissertation]. Seoul: Ewha Womans University; 2002.
 19. Kim CG. The needs analysis of middle aged women in aging society [dissertation]. Seoul: Korea University; 2002.
 20. Park HA, Park YS, Oh HS, Kim HJ. Development of health information program for the middle aged women. *Korean J Women Health Nurs* 2002;8(2):165-76.
 21. Shin YH. A Study of Female Farmers' Needs on Lifelong Education Programs [dissertation]. Incheon: INHA University; 2008.
 22. Ajou University Educational Training Institute Group. Health Training of Health Curriculum for Health Teacher. 2011:86-98.
 23. Chun HK. A study on the health education needs assessment of middle aged women [dissertation]. Seoul: Ewha Womans University; 1997.
 24. Kim YD. An application of delphi and analytic hierarchy process method to elderly physical training policy [dissertation]. Seoul: Korea University; 2007.
 25. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart and Lung* 1987;16(6):625-9.
 26. Chung V, Wong E, Griffiths S. Content validity of the integrative medicine attitude questionnaire: Perspectives of a Hong Kong Chinese expert panel. *J Alternative Complementary Med* 2007;13(5):563-70.
 27. Lee GS. Relationship between cognitive-perceptual factors and health promoting lifestyle of middle aged women [dissertation]. Seongnam: Gachon University; 2006.
 28. Park BY. Factors influencing the health promotion behaviors among middle-aged women [dissertation]. Seoul: Ewha Womans University; 2008.
 29. Maslow A. Motivation and personality. 3rd ed. Paju: Book21; 2009. p.10-530.
 30. Acton GJ, Malathum P. Basic need status and health promoting self-care behavior in adults. *West J Nurs Res* 2000;22(7):796-811.
 31. Park JS, Lee YE. Effects of integrated menopause management program for middle aged woman. *Korean J Women Health Nurs* 2011;17(1):10-20.
 32. Hudson T. Managing perimenopausal symptom: an integrative medicine approach. *Female Patient* 2001;26(8):33-40.
 33. Han SH. A study on the menopausal symptoms, menopausal management and quality of life in middle aged women [dissertation]. Seoul: Ewha Womans University; 2004.
 34. Lee DS. Effects of a marital growth program on middle-aged couples. *J Korean Family Ther* 2008;16(1):81-111.