

미국이민 한국인의 건강증진 생활양식과 관련된 변인 분석

김 명 자* · 송 호 정**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대사회는 과학주의, 합리주의, 물질주의, 실용주의적 사고가 바탕을 이루는 고도의 문명사회로 변화되어 가고 있으며, 이러한 사회적 변화는 평균수명의 연장과 생활양식의 변화를 초래하였다(Pender, 1987; Palank, 1991). 세계보건기구의 건강에 대한 수정개념에서는 건강을 공중보건(public health)의 차원으로 보아 정책적 관심을 촉구하고, 아울러 개인의 일상생활을 통한 건강유지 및 증진의 중요성을 강조하고 있다(Wiley & Camacho, 1980; Backett & Davison, 1995). 이와같이 건강에 대한 관점이 치료위주의 개념에서, 보다 좋은 안녕의 상태를 지향하는 증진의 개념으로 변화되고 있음을 알 수 있다(Brubacker, 1983; 김, 1990).

건강증진이란 최적의 건강상태를 누리도록 개인의 생활양식이나 사회적 여건에 관해 연구하는 학문 또는 기술이다(O'Donnell, 1986; Minkler, 1989). 이러한 건강증진의 시각은 20세기 후반에 들어와 의학의 한계와 의료수가에 대한 부담, 그리고 건강에 대한 개인의 책임과 사회환경적 요인의 중요성을 강조하는 경향에 부응하여 대두되었다(O'Donnell, 1986; Pender, 1987; 김, 1991; Alonzo, 1993).

생활양식은 일상생활에서 수행하는 활동으로서, 생활양식의 주 구성요소들이 각각 또는 복합적으로 작용하여 개인의 전반적인 건강상태에 영향을 미치게 된다(Wiley & Camacho, 1980; Singer, 1982; Backett & Davison, 1995). 따라서, 일상생활을 통한 건강증진 생활양식에 대한 연구가 활발히 진행되고 있으며(Pender, 1987; Walker, Sechrist, and Pender, 1987), 미국의 보건위생국(Surgeon General's Report, 1979; 1990)에 의하면, 매년 발생하는 질병의 50% 정도가 불건강한 생활양식(unhealthy lifestyle)에 기인하는 것으로 보고됨으로써, 생활양식이 건강유지에 있어 중요한 결정요소임을 시사하고 있다.

이민사회에서의 개인은 기후와 주거환경의 변화, 가치관의 차이 및 문화적인 이질감 등과 직면하고 있다(Kim & Berry, 1985; Shin, 1993; Sandhu & Asrabadi, 1994). 이민자들의 경우, 이러한 환경적 여건과 사회적 변화에 적응하기 위해서 다양한 수준의 스트레스를 경험하지만(Aroian, 1990), 언어장애와 의사전달의 어려움으로 인해 건강관련기관의 이용을 기피하는 경향을 보이고(Pollara & Meleis, 1995), 그나마 소수민족의 건강관리에 대한 자료는 미비한 실정이다(Heckler, 1985; Becker et al., 1992; Ahijevich & Bernhard, 1994).

이에 저자는 뉴욕시에 거주하는 미국이민 한국인의

* 가톨릭대학교 간호대학 간호학과

** 서일전문대학 간호학과 시간강사

건강증진 생활양식을 파악하고 관련변수를 구명함으로써, 이들에게 적합한 건강증진 프로그램의 개발에 도움이 되는 기초자료를 마련하고자 한다.

2. 연구이 목적

본 연구는 미국 이민 한국인에게 일상생활을 통한 건강증진을 촉구하기 위한 건강증진 프로그램의 기초자료로서 이용되며 또한 건강증진 생활양식의 영향요인을 확인하는 것이다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 미국 이민 한국인의 일반적 특성에 따른 상태불안정도 및 건강증진 생활양식의 수행도를 파악한다.
- 2) 건강상태 지각정도에 따른 상태불안정도와 건강증진 생활양식의 수행도를 알아본다.
- 3) 건강증진 생활양식과 제 변인들 간의 상관 관계를 알아본다.
- 4) 건강증진 생활양식을 예측해 주는 변인의 영향력을 확인한다.

3. 용어의 정의

1) 건강상태 지각(Perceived health status)

개인의 현재와 미래의 건강상태에 대한 주관적인 평가이다.

2) 상태불안(State anxiety)

개인이 지각하는 정서 상태로서, 위협에 대한 일시적이고 주관적인 반응이다.

3) 건강증진 생활양식(Health promoting lifestyle)

신체 및 정신적 안정성을 유지하고 개인의 욕구를 성취하며 위험요인을 예방하는 측면 뿐만 아니라 궁극적으로 자아실현을 추구하는 행위이다.

4. 연구의 제한점

- 1) 본 연구대상자는 뉴욕 시내의 거주자에 한정하였고 또한 비확률적 임의표집 방법으로 선정되어, 연구결과를 미국 전체내의 이민 한국인에게 일반화 시킬 수 없다.
- 2) 측정변수들은 자가보고형 도구로 측정되었기 때문에 응답의 편견으로 인하여 개념들간의 관계가 과소 또는 과대 평가될 수 있다.

II. 문헌고찰

1. 미국 이민 한국인과 건강증진 생활양식

Pender(1982 : 1987)는 Becker의 건강신념모형을 근거로 한 건강증진모형을 제시하였는데, 이 모형에서 질병예방행위는 질병의 위협으로부터 건강을 보호하기 위한 것이며, 건강증진행위는 안녕수준과 자아실현을 향상시키기 위하여 취하는 행위로서, 상호보완적으로 작용한다고 하였다. 건강증진 생활양식의 Pender의 모형에는 의사결정과 실행의 두가지 단계가 있다. 의사결정단계는 개인적 지각(individual perception)과 수정요인(modifying factor)으로 구성되어 있다. 개인적 지각에는 건강의 중요성, 지각된 통제성, 능력의 욕구, 자기 인식(self awareness), 자아 존중감, 건강의 정의, 지각된 건강상태, 건강증진행위의 인지된 유익성(perceived benefits of health promoting actions)을 포함하고 있다. 수정요인은 인구학적, 생물학적, 대인관계적, 상황적, 행동적 요인들을 포함한다. 실행단계는 의사결정단계의 개인적 지각 및 수정요인과 더불어 행동의 계기를 포함하고 있다. 즉, 인간은 의사결정단계와 실행단계의 두 단계를 왔다 갔다 한다.

Walker et al.(1987)은 성인의 건강증진 행위를 측정하기 위한 도구개발에 있어서, 건강의 복합적인 특성을 감안하여 다차원적 접근을 시도한바 자아실현, 건강책임, 영양, 운동, 대인관계, 스트레스 관리의 여섯가지 영역을 포함하는 도구를 작성하여 다양한 집단에게 적용할 것을 권하고 있다(Walker et al., 1987 : 1990).

Leininger(1978, 1988)는 인간의 행위는 개인적 특성 뿐 아니라 문화적 영향에 의해 결정되며 또한 행위에 대한 의미 규정 역시 특수한 문화적 배경에 따라 영향을 받기 때문에 인간의 건강, 질병, 건강행위 역시 사회문화적 관계와 환경내에서 추구되어야 한다고 하였다.

그러나, 질적인 접근은 문화적으로 같은 집단의 건강증진 행위와 건강 개념에 대한 명확하고 구체적인 확인을 할 수 있는 잇점은 있으나, 문화적으로 다른 집단간의 비교에는 용이하지 못하다(Kuster & Fong, 1993).

미국내 소수민족은 백인에 비해 높은 이환률과 치사율을 가지고 있으나, 소수민의 건강관리 수행 및 건강신념에 관한 자료는 극히 제한되어 있기 때문에, 이러한 연구에 특별한 관심을 가져야 한다고 Heckler(1985)는 정부의 보고서에서 주장하고 있다.

따라서 한 집단의 문화적인 특성에 잘 맞는 건강증진 사업을 개발, 실행 및 평가하기 위해서는 그 집단의 생활양식 행위(lifestyle behavior)의 특성을 파악하는 것이 중요하다(Ahijevich & Bernhard, 1994). 현재에 현존하는 대부분의 이론에는 소수민족이 배제되어 있어 증폭적, 인종적으로 상이한 소수민족의 건강진달 사업에 있어서 많은 보완이 필요하다. 그러므로, 건강사업 및 건강증진 자원(resources)을 시행함에 있어, 종족별, 인종별로 다른 작업단의 건강행위에 대한 연구는 상당히 좋은 영향을 미칠 것이다(Becker et al., 1992).

본 연구는 미국 이민 한국인의 지각된 건강상태와 불안 정도가 건강증진 생활양식과 어떠한 상관에 있는지 알아보기 위하여 시도되었다.

건강상태에 대한 개인의 주관적인 지각정도는 건강증진 생활양식의 수행에 영향을 주며 자신의 건강상태를 긍정적으로 보는 사람이 건강증진 생활양식을 높게 수행하였다는 많은 선행연구의 결과가 보고되었다(Duffy, 1988; Riffle, 1989; Weitzel, 1989; Pender et al., 1990).

불안은 긴장, 신경과민, 걱정, 염려감에 의해 나타나는 감정상태이다. 상태불안은 어느 특정 상황에서의 일시적 감정 상태이다(Spielberger et al., 1966).

Kim과 Berry(1985, 1986)는 캐나다에 한국 이민자를 대상으로 그들이 경험하는 문화 변용 스트레스를 밝혀, 5가지 스트레스 유형으로 구분하였다. 첫째 새로운 기후와 새로운 거주환경으로 인한 신체적 변화, 둘째 새로운 질병의 노출과 식생활의 변화의 형태에서 오는 생물학적 스트레스, 셋째 소수민족으로서의 사회적 스트레스, 넷째 정치적, 경제적, 종교적 기관의 변화로부터 야기되는 문화적 스트레스, 다섯째 태도, 가치, 믿음에서의 변화로부터 야기되는 정신적 스트레스이다. 외로움, 우울, 불안은 이러한 스트레스로부터 야기된다고 하였다. 또한 Kim(1985)은 이민 한국인을 치료한 의사들로부터 그들이 보고하는 호소와 질병의 약60%가 이러한 스트레스와 관련된 것이었다고 보고하였다.

이소우(1992, 1993)는 미국 이민 한국인을 대상으로 한 스트레스 반응양상에서 한국인 이민자의 스트레스 반응점수는 미국의 일반인의 점수에 비해 높은편이었다고 보고하였다.

따라서 이러한 문화변용 스트레스로부터 나타나는 불안과 개인이 가지는 건강상태지각정도는 건강증진 생활양식에 영향을 미칠 것이라는 가정하에 본연구가 실시되었다.

III. 연구방법

1. 연구대상

1996년 4월 25일부터 7월 5일까지 뉴욕 시내의 한인종교단체 및 사회기관을 중심으로, 질문지의 내용을 이해하고 연구 참여에 동의한 18세 이상인 성인 남녀 455명을 대상으로 작성된 질문지를 배부하여 편의 수집하였다. 이중 기록이 누락되거나 미회수된 자료를 제외한 425명을 본 연구대상자로 하였다.

2. 연구도구

1) 건강증진 생활양식

건강증진 생활양식은 Walker et al.(1987)이 개발한 48 문항의 건강증진 생활양식 도구(Health Promoting Lifestyle Profile : HPLP)로 측정하였다. 내용의 타당도를 높이기 위해 현지에서 예비조사하여 얻은 자료와 관련분야 교수의 자문을 받아 44 문항으로 수정 보완하였다. 이 측정도구는 건강책임(8문항), 영양(7문항), 운동(6문항), 자아실현(10문항), 대인관계(6문항), 스트레스 관리(7문항)의 6개 하위영역으로 구성되었고, Likert식 4점척도로서 최저 4점에서 최고 176점으로 점수가 높을수록 건강증진 생활양식의 수행도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.92$ 이었다.

2) 상태불안

불안은 Spielberger(1966)가 개발하고 김정택과 신동균(1978)이 번안한 상태불안 도구로 측정하였다. 이 측정도구는 20문항으로 구성되어 있는 Likert식 4점척도로서 최저 20점에서 최고 80점으로 점수가 높을수록 불안 정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.92$ 이었다.

3) 건강상태 지각

건강상태 지각은 자신의 건강상태에 대한 지각정도를 나타내는 측정도구로서, 현재와 미래의 건강상태를 묻는 2 문항으로 구성하였다. 이 측정도구는 시각적 유사척도(visual analogue scale : VAS)로 건강상태 지각 정도에 따라 1점에서 10점까지 표시하도록 되어있으며, Laffrey(1990)의 기준을 참고로 하여 매우나쁨=1~3; 보통정도=4~8; 매우 좋음=9~10으로 구분하였다.

본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.84$ 이었다.

3. 자료분석

본 연구 자료는 SAS PC⁺를 이용하여 분석하였다. 인구학적 특성, 건강상태 지각정도에 따른 상태불안 및 건강증진 생활양식의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였고, ANOVA후 집단간의 차이는 Scheffé test를 하였다. 건강상태지각, 상태불안 및 건강증진 생활양식간의 관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였고, 건강증진 생활양식과 관련된 변인들의 설명력은 Stepwise multiple regression으로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령범위는 20세~80세로 평균연령은 43.0세 이었다. 성별은 여자가 63.7%였으며, 교육정도는 대졸이 61.6%이었다. 결혼상태는 기혼이 77.0%이었고, 가족과의 동거군은 86.2%이었다. 종교별로는, 기독교가 61.0%, 천주교가 24.7%의 순이었으며, 직업은 노동직(blue collar)이 47.2%, 전문직(white collar)이 37.4%이었고, 가족의 월수입은 평균 4112.3불이었으며, 46.3%가 의료보험에 가입되어 있었다. 대상자중 168(39.6%)명이 건강문제를 가지고 있었는데 소화기계질환(35.1%), 고혈압(17.3%), 관절염(16.7%), 천식(13.1%), 요통(13.1%), 당뇨, 심장질환 등의 순이었다.

2. 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식 및 상태불안

1) 일반적 특성과 건강증진 생활양식

건강증진 생활양식의 전체 평균점수는 111.68±19.33점이었으며 연령, 교육정도, 수입, 거주기간, 의료보험 가입여부와 건강문제의 유무에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉, 연령별로 볼때 55세이상군이 20~34세군보다($F=5.29$, $P=.0054$), 교육정도별로는 대학원졸이상군이 고졸이하인군보다($F=3.12$, $P=.0455$), 수입별로는 6000불이상인군이 2001~4000불인군보다($F=3.12$, $P=.0261$), 미국내 거주기간이 15년이상인군은 5년이하인군보다($F=4.19$, $P=.0122$) HPLP의 점수가 유의하게 높았다. 또한 의료보험 가입자군($t=-2.63$, $P=$

.0090), 건강문제가 없는군($t=2.38$, $P=.0179$)에서 HPLP의 점수가 유의하게 높은 것으로 나타났다(표 1) ($p<0.05$).

2) 일반적 특성과 상태불안

상태불안의 전체평균은 39.72±8.84점이었다. 일반적 특성에 따른 상태불안정도는 성별, 교육정도, 수입, 거주기간, 건강문제의 유무에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉, 여자군($t=-2.07$, $P=.0393$)과 건강문제가 있는군($t=-5.40$, $P=.0001$), 그리고 교육정도가 고졸이하인군과 대졸군이 대학원졸이상인군보다($F=7.63$, $P=.0006$), 수입별로는 2000불이하인군과 2001~4000불인군이 6000불이상인군보다(3.61 , $P=.0137$), 거주기간이 짧은 5년이하인군은 15년이상인군보다($F=5.72$, $P=.0008$) 상태불안정도가 유의하게 높았다(표 1).

3) 건강증진 생활양식의 영역별 분석

HPLP의 전체평균은 2.54±.44점이었고, 하위영역별로는 자아실현(3.07±.60), 대인관계(2.99±.51), 영양(2.67±.66)이 높은 점수를 나타내었고, 스트레스관리(2.36±.62), 건강책임(2.20±.73), 운동(1.71±.59)의 순으로 나타냈다.

일반적 특성에 따른 자아실현영역은 교육정도, 종교, 수입, 건강문제의유무에따라 유의한 차이가 있었다. 즉, 대학원 이상의 학력군($F=5.53$, $P=.0043$), 기독교 믿는 군($F=4.15$, $P=.0065$), 수입이 높은 6000불이상인군($F=3.60$, $P=.0137$), 건강문제가 없는 군($t=4.55$, $P=.0001$)에서 자아실현영역의 점수가 유의하게 높았다.

대인관계영역에서는 교육정도와 거주기간에 따라 유의한 차이를 보였는데 즉, 대학원 이상의 학력군($F=3.20$, $P=.0417$), 거주기간이 15년이상인군($F=3.31$, $P=.0201$)에서 대인관계영역의 점수가 유의하게 높았다.

영양영역은 연령, 성별, 종교, 결혼상태, 의료보험 가입여부에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉, 연령이 높은 55세이상인군($F=11.72$, $P=.0001$), 여자군($t=-4.53$, $P=.0001$), 불교군($F=3.84$, $P=.0099$), 기혼군($F=5.80$, $P=.0033$), 의료보험가입자군($t=-1.99$, $P=.0489$)에서 영양영역의 점수가 유의하게 높게 나타났다.

스트레스관리영역에서는 직업이 없는 군($F=3.48$, $P=.0318$), 의료보험가입자군($t=-2.54$, $P=.0043$),

Table 1. Health promoting lifestyle profile and state anxiety in relation with general characteristics (N=425)

Characteristics	Categories	HPLP			State anxiety		
		Mean±SD	t or F	P	Mean±SD	t or F	P
Age(yr.)	20-34	108.09±16.76 ^a	5.29	0.0054	40.84± 9.38	1.45	0.2366
	35-54	111.34±18.40			39.61± 8.38		
	over 55	117.85±23.88 ^a			38.53± 9.38		
Sex	Male	110.75±20.18	-0.71	0.4760	38.51± 8.35	-2.07	0.0393
	Female	112.22±18.85			40.43± 9.06		
Education	High school or less	108.72±19.67 ^a	3.12	0.0455	41.41±10.23 ^a	7.63	0.0006
	College	111.83±19.33			39.95± 8.05 ^b		
	Graduate school	116.91±17.43 ^a			35.92± 8.51 ^{ab}		
Religion	Protestant	112.56±19.34	1.62	0.1847	39.19± 8.78	2.16	0.0929
	Buddhist	117.00±18.67			38.57± 7.12		
	Catholic	110.67±18.66			39.95± 9.04		
	None	106.49±20.84			43.06± 8.93		
Marital Status	Unmarried	109.95±17.70	1.31	0.2716	40.58± 8.97	1.36	0.2577
	Married	112.44±19.32			39.33± 8.64		
	Others	106.49±20.84			41.71±10.24		
Living with family	Yes	111.60±19.23	-0.05	0.9584	39.36± 8.43	-1.68	0.7243
	No	111.75±21.17			39.45± 8.77		
Occupation	Blue collar	109.78±19.93	1.32	0.2679	40.13± 8.37	0.71	0.4912
	White collar	113.29±17.79			38.99± 9.63		
	None	112.27±20.59			40.16± 8.77		
Monthly family income(\$)	≤2000	110.66±20.49	3.12	0.0261	41.30± 8.93 ^a	5.94	0.0006
	>2000≤4000	109.13±19.54 ^a			40.13± 9.14 ^b		
	>4000≤6000	112.64±17.78			39.34± 8.34		
	>6000	118.43±16.80 ^a			35.51± 7.32 ^{ab}		
Length of residence in the US(yr.)	≤5	108.78±16.54 ^a	4.19	0.0122	41.64± 8.44 ^a	5.72	0.0008
	>5≤10	111.64±19.71			40.43± 9.43		
	>10≤15	109.31±20.32			40.13± 8.93		
	>15	116.81±20.13 ^a			36.88± 8.06 ^a		
Health insurance	Yes	114.51±19.99	-2.63	0.0090	39.45± 8.77	0.35	0.7243
	No	109.29±18.31			39.76± 8.43		
Current medical diagnosis	Yes	108.77±20.31	2.38	0.0179	42.72± 9.43	-5.40	0.0001
	No	113.58±18.46			37.76± 7.85		

Blue collar ; Laborer, Merchant, Sales

White collar ; Official, Managerial, Professional

^{ab} ; Scheffé test : means with the same letter are significantly different

건강문제가 없는군($t=2.87$, $P=.0043$)에서의 점수가 유의하게 높게 나타났다.

건강책임영역은 연령, 결혼상태, 거주기간, 의료보험가입여부, 건강문제의유무에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉, 55세이상의 연령군($F=18.86$, $P=.0001$), 기혼군($F=7.09$, $P=.0009$), 거주기간이 15년이상인군($F=2.96$, $P=.0320$), 의료보험가입자군($t=-3.48$, $P=.0006$), 그리고 건강문제가 있는군($t=-2.04$, $P=.0423$)에서 건강책임영역의 점수가 유의하게 높았다.

운동영역에서는 연령, 성별, 교육정도, 거주기간, 의료보험가입여부에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉, 연령이 높은 55세이상인군($F=4.26$, $P=.0147$), 남자군($t=4.01$, $P=.0001$), 대학원 이상의 학력군($F=5.63$, $P=.0039$), 거주기간이 15년이상인군($F=2.75$, $P=.0424$), 의료보험가입자군($t=-2.24$, $P=.0259$)에서 운동영역의 점수가 높았다.

3. 건강상태 지각정도에 따른 건강증진 생활양식 및 상태불안

1) 건강상태 지각과 건강증진 생활양식

현재의 건강상태를 매우 좋다고 지각하는 군($F=7.62$, $P=.0006$)과 미래의 건강상태도 매우 좋을 것이라고 예측하는 군($F=8.25$, $P=.0003$)의 HPLP점수가 유의하게 높았다<표 2>.

2) 건강상태 지각과 상태불안

현재의 건강상태를 매우 좋다고 지각하는군과 미래의 건강상태가 매우 좋을 것이라고 예측하는군이 선상상태를 보통정도이거나 아주나쁘다고 지각하는군에 비해 상태불안정도가 낮았고 각각 유의한 차이가 있었다($F=21.60$, $P=.0001$; $F=17.41$, $P=.0001$)<표 2>.

4. 건강증진 생활양식과 제변인들과의 상관관계

HPLP점수가 높을수록 상태불안정도가 낮은것으로 나타났고($r=-.48$, $P=.0001$), 현재 및 미래에 대한 건강상태를 좋다고 지각할수록 상태불안정도는 낮은 것으로 나타났다($r=-.37$, $P=.0001$; $r=-.34$, $P=.0001$). 또한 현재의 지각상태가 좋다고 지각할수록 미래의 건강상태도 좋다고 예측하는것으로 나타났다($r=.74$, $P=.0001$)<표 3>.

Table 2. Health promoting lifestyle, state anxiety in relation with perceived health status

(N=425)

	Categories	N(%)	HPLP			State anxiety		
			M ±SD	t or F	P	M ±SD	t or F	P
Perceived health status								
Current	Least healthy	18(4.3)	97.00±15.32 ^{ab}			49.44±10.42 ^{abc}		
	Moderate	340(81.1)	111.44±19.32 ^a	7.62	0.0006	40.17± 8.40 ^a	21.60	0.0001
	Most healthy	61(14.6)	17.60±18.13 ^b			34.51± 7.95 ^{bc}		
Future	Least healthy	10(2.8)	96.33±21.52 ^a			50.00±15.06 ^{ab}		
	Moderate	293(80.7)	110.53±19.11 ^b	8.25	0.0003	40.53± 8.22 ^{ac}	17.41	0.0001
	Most healthy	60(16.5)	119.63±17.80 ^{ab}			35.06± 8.88 ^{bc}		

^{abc} : Scheffé test : means with the same letter are significantly different

Table 3. Correlation among health promoting lifestyle profile, current health, future health and state anxiety

(N=425)

	Current health	Future health	State anxiety	HPLP
Current health		0.73554 (0.0001)	-0.37318 (0.0001)	
Future health				
State anxiety				-0.48274 (0.0001)
HPLP				

Table 4. Stepwise multiple regression analysis for health promoting lifestyle profile

(N=425)

Variables	Partial R ²	Model R ²	F	P value
State anxiety	0.2199	0.2199	74.97	0.0001
Age	0.0203	0.2401	7.07	0.0083
Health insurance	0.0112	0.2514	3.97	0.0474

5. 건강증진 생활양식과 관련된 변인분석

건강증진 생활양식과 관련된 주요변인은 상태불안이 22.0%의 설명력을 보였고, 연령이 첨가되면 24.0%, 의료보험가입여부가 첨가되면 총 25.1%의 설명력을 보였다(표 4).

V. 고 찰

본 연구에서 대상자의 건강증진 생활양식의 평균 점수는 2.54점으로서, 선행연구(Walker, Volkan, Sechrist, and Pender, 1988; Pender, Walker, Sechrist, and Frank-Stromborg, 1990; Lusk, Kerr, and Ronis, 1995)의 HPLP 점수와 비교해 볼 때 비교적 낮은 수준으로 건강증진 생활양식을 수행하고 있었다. Ahijevych와 Bernhard(1994)는 흑인 여성 흡연자를 대상으로 한 연구에서 HPLP 점수를 선행된 연구결과와 비교하였는데, 이 결과에 의하면, 주로 백인을 대상으로 한 HPLP 점수가 높았고, 흑인 여성 흡연자, 중남미계 미국인의 순위를 보였다. 본 연구 대상자의 경우, 사회 경제적으로 매우 취약한 위치에 있는 흑인 여성 흡연자보다 낮은 HPLP 점수를 보였고, 이러한 결과는 미국 이민 한국인들의 건강증진 생활양식에 대한 열악성을 단적으로 보여준다고 할 수 있다. 본 연구 대상자들의 평균 월수입은 4,112.3불로서, 미국인 중산층에 해당하는 수준이지만, 삶에 대한 의식 구조가 미국인과는 차이가 있고 장시간의 근무를 요하는 자영업에 대부분 종사하고 있어, 삶의 질에 있어서 열등한 상황에 처해있다고 본다. 따라서, 이러한 차이를 줄이기 위해서는 전문가들에 의한 의식교육 및 적극적인 건강증진 프로그램이 마련되어야 할 것이다.

일반적 특성과 건강증진 생활양식과의 관계에 있어서, 교육 정도와 수입에 따라 유의한 차이를 보였다. 즉, 교육 정도가 높은 대학원 이상의 학력군과 수입이 높은 6000불 이상인 군에서 HPLP를 가장 높게 수행하는 것으로 나타났다. 이것은 Walker et al.(1988); Riffle, Yoho & Sams(1989); Kuster & Fong(1993)의 연구

결과와 일치된 양상을 보였다. 또한 본 연구에서 대상자의 학력이 높아질수록 운동영역과 대인관계영역을 높게 수행하였고, 수입이 많을수록 자아실현영역을 높게 수행하는 것으로 나타났다. Weitzel와 Waller(1990)는 중남미계 미국인에게서 수입이 많을수록 자아실현영역을 높게 수행하였고, 흑인과 백인에 있어서는 수입에 따라 유의한 차이를 보이지 않았다고 보고하였다.

본 연구에서 남녀간에 HPLP 수행도에 있어 유의한 차이를 보이지 않았다. 이러한 결과는 Walker et al.(1988)의 일반성인을 대상으로 한 연구에서 여자가 전반적으로 HPLP를 높게 수행하였다고 보고된 연구결과와는 다른 양상을 보였다. 이는 자영업에 대부분 종사하는 한국 이민 가정에서의 여성들이 가정과 직장에서 주도적인 역할을 담당하게 되어, 정신적, 시간적 여유의 부족에 의한 것이라 유추된다.

연령과 HPLP 간의 관계에 있어 55세 이상의 연령군이 HPLP를 가장 높게 수행하는 것으로 나타난 것은 Walker et al.(1988); Speake, Cowart & Pellet(1989)의 연구결과와 일치하였다. 이는 연령이 증가함에 따라 건강에 대한 의식과 책임감이 높아지고 이에 따라 나쁜 생활습관을 점차적으로 줄여 보다 나은 건강상태를 유지하려 하기 때문이라 사료되며, 또한 사회적 책임감이 줄어들고 경제활동에서 벗어나 건강행위에 참여할 수 있는 시간적인 여유에 기인된 결과라 생각된다.

이민생활에 있어서, 가족의 지지는 HPLP 수행에 긍정적으로 작용하리라고 기대하였으나 본 연구에서 가족과의 동거유무에 따라 건강증진 생활양식 및 그 하위영역에서 유의한 차이를 보이지 않았다.

한편 이민자가 새로운 환경변화에 적응하려면 상당한 기간이 필요하다는 Aroian(1990)의 연구에서와 같이 이민기간이 HPLP에 영향을 미치고 있었다. 본 연구에서도 거주기간이 오래될수록, 15년 이상인 군에서 HPLP를 가장 높게 수행하였고, 거주기간이 5년 미만(26.3%)인 군에서 HPLP를 가장 낮게 수행하는 것으로 보고되어, Kuster & Fong(1993)의 중남미 이민자를 대상으로 한 연구와 일치하였다. 따라서 교민사회나 국가적 차원에서 초기단계의 이민 한국인에 대한 다각적

인 정책적 배려가 요구된다고 하겠다.

직업에 따른 HPLP를 보면, 전문직은 노동직에 비해 높은 HPLP점수를 나타냈으나 유의한 차이를 보이지 않았는데, 이러한 결과는 전문직, 기능직, 노동직의 순으로 노동직 종사자가 가장 낮은 HPLP를 나타낸 Luok et al.(1995)의 보고와는 일치하지 않았다. 아직 한국 이민자들은 직업에 따른 생활환경 보다는 한국적 생활양식을 유지하고 있고, 본 연구대상자의 대부분이 직업의 종류에 관계없이 고학력자라는 사실에 기인 되었다고 본다.

Pender(1987)는 건강문제가 있는 경우 HPLP의 수행도가 낮아 궁극적으로 인간의 자아실현 및 안녕상태를 방해한다고 하였다. 본 연구에서도 대상자의 36.9%가 건강문제를 가지고 있었고, 이들의 HPLP는 건강문제를 가지고 있지않은 사람보다 낮은 것으로 나타나 향후 건강상태에 더욱 부정적인 영향을 미칠것으로 보인다. 따라서 건강문제가 있는 군에 대해 의식을 환기시키고, 건강증진 생활양식을 유지하도록 유도하는 프로그램이 개발되어야 한다고 본다. 본연구결과는 Ahijevich & Bernhard(1994)의 흑인여성흡연자들에서 건강문제를 가진군이 HPLP를 더높게 수행하였다는 연구결과와는 일치하지 않았으나, 하위영역에 있어 건강문제를 가진 군이 건강문제가 없는 군보다 건강책임영역을 높게 수행하는 것으로 나타나 일치된 양상을 보였다.

Rubin(1988)은 미국내 의료보험 비가입자의 65%가 종류층 수입을 가지고 있으며, 50%가 직장이 있다고 보고한 바와같이, 본 연구의 경우에도 대상자의 대부분이 직업이 있음에도 불구하고, 53.7%가 의료보험에 가입하지 않고 있어 미국인의 의료보험가입 비율과 비슷한 양상을 보였다. 의료보험의 가입 여부가 경제적 능력보다는 건강에 대한 관심도의 영향력이 더 크다고 사료되는데 이는 의료보험 가입자군이 의료보험 비가입자군보다 HPLP가 높은 것으로 분석된 본 연구 결과가 뒷받침해 주고 있다.

이민생활이란 새롭게 적응해야 할 많은 외적 환경과 문화적 차이는 물론 언어 장애로 인한 의사소통의 어려움으로 상당한 수준의 스트레스를 경험하게 되는 생활이다. 한국인의 이민역사는 초기단계로서 미국문화에 동화되기 힘든 이민 1세가 주류를 이루고 있어 이들 중 상당수가 문화적 충격(culture shock)으로 인한 정신건강문제를 가지고 있다고 보고된 바 있다(Kim & Berry, 1985, 1986 ; Huhr & Kim, 1990 ; 이소우, 1992, 1993 ; Shin, 1993).

본 연구에서 불안은 HPLP와 역상관 관계를 보여, 불안정도가 낮을수록 HPLP를 높게 수행하는 것으로 나타났다. 일반적 특성에 따른 불안은 거주기간이 길고 수입과 교육수준이 높을수록 불안 정도가 낮았지만, 여성이나 건강문제가 있는 경우 불안정도가 높은 것으로 분석되었다. Aroian(1990)은 이민자가 새로운 사회에 정착하기까지 시간과 노력이 필요하며, 일반적으로 이민 초기에 경험하는 상실감과 분열감 등과 같은 정서적 스트레스는 거주기간이 경과함에 따라 감소된다고 하였다. 본 연구에서도 이민기간이 짧은군에서 불안정도는 가장 높은 것으로 나타났으므로, 따라서 이민 초기단계에 있는 개인에게 사회적 활동이나 종교생활 또는 개인의 정서적 인정에 도움이 되는 활동을 습관화하여, 불안을 낮추는 것이 건강증진에 중요한 전략이라고 생각된다. 또한 뉴욕시에 거주하는 한국인 중년기 여성을 대상으로 한 연구에서 수입과 교육수준이 높을수록 이민으로 인한 스트레스와 우울정도가 낮았다는 보고(Shin, 1993)와 함께 경제적 요소와 교육수준이 정서적 안정에 중요한 요소임을 알 수 있었다.

건강상태 지각은 건강행위의 동기적 요소로서 고려되어 왔다(Haefner & Kirscht, 1970 ; Becker, 1977 ; Muhlenkamp, Brown, and Sands, 1985 ; Speake et al., 1989). 본 연구에서는 대상자의 81.1%가 자신의 건강상태를 보통수준으로 지각하였고, 14.6%에서 자신의 건강상태가 매우 좋다고 지각하였다. 이것은 Stuijbergen & Becker(1994)의 신체장애자들을 대상으로 한 연구에서 대상자 대부분(75%)이 자신의 건강상태가 매우 좋다고 지각함으로써 본 연구대상자의 지각과는 상당한 차이가 있었다. 본 연구 대상자에서 자신의 건강상태를 매우 좋다고 지각하는 군에서 건강증진 생활양식을 높게 수행하였고, 건강상태를 매우 나쁘다고 지각한 군에서 HPLP를 낮게 수행하는 것으로 나타났다.

본 연구에서 대상자의 건강상태 지각은 건강증진 생활양식에 긍정적으로 작용하였으나 미약한 상관관계를 보였고, HPLP에 영향요인으로서 나타나지 않았다. 이것은 Duffy(1988) ; Speake et al.(1989) ; Pender et al.(1990) ; Kuster & Fong(1993)의 연구와는 일치하지 않는 결과이고, 앞으로 이에 대한 추후 연구가 요구된다고 사료된다.

대상자의 건강증진 생활양식의 영역별 수행도를 보면, 자아실현과 대인관계영역의 점수가 높았고, 스트레스 관리, 건강책임, 운동 영역의 점수는 낮았다. 이는 선행연구결과들과 일치되었는 바(Walker et al., 1987 ;

Walker et al., 1988 ; Speake et al., 1989 ; Kerr & Ritchey, 1990), 효율적인 생활양식의 개선을 위해서는 스트레스 관리, 건강책임에 대한 의식고취, 구체적인 방법으로서 운동에 주안점을 두어야 할 것으로 보인다.

본 연구에서 건강증진 생활양식과 관련된 영향요인으로, 불안, 연령, 의료보험 가입여부의 순위를 보였으므로 최대변인인 개인의 불안을 감소시킬 수 있는 방안의 모색이 이루어져야 할 것이다.

결론적으로 건전한 건강증진 생활양식을 유도하기 위해서는 일상생활에서 경험하게 되는 불안을 감소시킬 수 있는 심리상태의 관리 및 건강상태에 대한 지각 향상, 그리고 건강에 대한 책임을 고취시킬 수 있는 간호중재가 요구된다고 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 미국이민 한국인의 건강증진 생활양식과 불안 및 건강상태지각과의 관계를 알아보고, 건강증진 생활양식에 미치는 변인을 분석함으로써, 향후 건강증진 프로그램의 개발에 도움이 되는 기초자료를 제공하기 위하여 실시되었다.

자료의 수집은 1996년 4월 25일부터 7월 5일까지 뉴욕 시내의 한인종교단체 및 사회기관을 중심으로 18세 이상의 성인 남녀 425명을 대상으로 편의의 수집하였다. 연구 도구는 건강증진 생활양식, 상태불안, 그리고 연구자에 의해 제작된 건강상태 지각 도구를 사용하였고, 수집된 자료는 pearson correlation coefficients, t-test, ANOVA와 stepwise multiple regression 으로 분석되었다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 일반적 특성중에서 건강증진 생활양식은 연령, 교육정도, 수입, 거주기간, 의료보험유무, 건강문제의 유무에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉, 55세 이상의 연령군, 대학원 이상의 학력군, 수입이 6000불 이상인군, 미국내 거주기간이 15년 이상인군에서 건강증진 생활양식의 점수가 가장 높았고, 또한 의료보험 가입군과 건강문제가 없는군에서 건강증진 생활양식의 점수가 높았다.
2. 불안정도는 성별, 교육정도, 수입, 거주기간, 건강문제의 유무에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉, 교육정도와 수입이 낮을수록, 또한 거주기간이 짧을수록 불안정도가 높았고, 또한 여자인 경우와 건강문제가 있는군에서 불안정도는 높았다.

3. 건강증진 생활양식을 영역별로 볼 때, 자아실현과 대인관계영역의 점수가 높았으나, 스트레스 관리, 건강책임, 운동영역의 점수는 낮았다.
4. 자신의 건강상태를 매우 좋다고 지각하는군이 건강상태를 보통이거나 매우 나쁘다고 지각하는군에 비해 불안 정도가 유의하게 낮았고, 건강증진 생활양식의 점수는 유의하게 높았다.
5. 건강증진 생활양식은 불안과 역상관관계를 보였고, 건강상태 지각은 불안과 역상관관계를 보였다. 또한 현재 및 미래의 건강상태 지각 간에는 높은 정상관관계를 나타내었다.
6. 건강증진 생활양식과 관련된 주요 영향요인은 불안, 연령, 의료보험 가입여부의 순이었다.

이상으로 미국이민 한국인의 건강증진 생활양식을 고취하기 위해서는 스트레스 관리, 건강책임과 운동행위를 높이는 건강교육 및 지도가 필요하겠으며, 아울러 불안 수준이 높은 대상자들의 불안정도를 낮추기 위한 적절한 간호중재의 개발이 필요하다고 본다.

참 고 문 헌

- 김명자(1990). 건강증진과 간호학. 서울 : 신광출판사.
- 김명자(1991). 건강개념 변화와 건강접근. 가톨릭대학 의학부논집, 44(1), 1-10.
- 김정택, 신동균(1978). STAI의 한국표준화에 관한 연구. 최신의학, 21(11), 69-75.
- 이소우(1992). 한국인의 스트레스 반응양상-미국이민 한국인을 대상으로-. 간호학회지, 22(2), 238-247.
- 이소우(1993). 미국이민 한국인의 스트레스 반응양상과 생활사건과의 상관연구. 간호학회지, 23(2), 299-312.
- Ahijevych, K., & Bernhard, L.(1994). Health-promoting behaviors of African American women. Nursing Research, 43(2), 86-89.
- Alonzo, A. A.(1993). Health behavior issues, contradictions and dilemmas. Social Science and Medicine, 37(8), 1019-1034.
- Arnoian, K. J.(1990). A model of psychological adaptation to migration and resettlement. Nursing Research, 39(1), 5-10.
- Backett, K. C., & Davison, C.(1995) Lifecourse, lifestyle and social and cultural location of

- health behaviors. Social Science and Medicine, 40(5), 629–638.
- Becker, D., Hill, D., Jackson, J., Levine, D., Stillman, F., & Weiss, S. (1992). Health behavior research in minority populations : Access, design, and implementation (NIH Publication No. 92–2965). Washington, DC : U. S. Government Printing Office.
- Becker, M. H. (1977). Selected psychosocial modules and correlates of individual health-related behaviors. Medical Care, 15, 27–46.
- Brubacker, B. H. (1983). Health promotion : a linguistic analysis. Advances in Nursing science, April, 1–14.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research, 37(6), 358–362.
- Hacfnr, D. P., & Kirscht, S. S. (1970). Motivational and behavioral effects of modifying health beliefs. Public Health Report, 85, 479–484.
- Heckler, M. (1985). Report of the secretary's task force on black and minority health : vol. 1. Executive summary (DHHS Publication). Washington, DC : US Government printing office.
- Hurh, W. M., & Kim, K. C. (1990). Adhesive sociocultural adaptation of Korean immigrants in the U. S. : An alternative strategy of minority adaptation. International Migration Review, 18, 188–216.
- Kerr, M. J., & Ritchey, D. A. (1990). Health-promoting lifestyles of English-speaking and Spanish-speaking Mexican-American migrant farm workers. Public Health Nursing, 7(2), 80–87.
- Kim, U., & Berry, J. W. (1985). Acculturation attitudes of Korean immigrants in Toronto. In from a different perspective : studies of behaviors across cultures. Lisse : Swets-Zeitlinger.
- Kim, U., & Berry, J. W. (1986). Predictors of acculturative stress : Korean immigrants in Toronto, Canada : In L. H. Ekstrand (Ed.), Ethnic Minorities and Immigrants in Cross-Cultural Perspective. Lisse : Swets and Zeitlinger.
- Kuster, A. E., & Fong, C. M. (1993). Further psychometric evaluation of the Spanish language health-promoting lifestyle profile. Nursing Research, 42(5), 266–269.
- Laffrey, S. C. (1990). An exploration of adult health behaviors. Western Journal of Nursing Research, 12(4), 434–447.
- Leininger, M. M. (1978). Transcultural Nursing : Concept, Theories, and Practices. John Wiley & Sons, Inc.
- Leininger, M. M. (1988). "Leininger's theory of nursing : Cultural care diversity & universality". Nursing Science Quarterly, 30, 152–160.
- Lusk, S. L., Kerr, M. J., & Ronis, D. L. (1995). Health-promoting lifestyles of blue-collar, skilled trade, and white-collar workers. Nursing Research, 44(1), 20–24.
- Minkler, M. (1989). Health education, health promotion and the open society : an historical perspective. Health Education Quarterly, 16(1), 17–30.
- Muhlenkamp, A. F., Brown, N. J., & Sands, D. (1985). Determinants of health promotion activities in nursing clinic clients. Nursing Research, 34(6), 327–332.
- O'Donnell, M. (1986). Definition of health promotion. American Journal of Health Promotion, 1, 4–5.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior : a review of current research. Nursing Clinics of North America, 26(4), 815–832.
- Pender, N. J. (1987). Health promotion in nursing practice. 2nd rev. ed. Norwalk, Conn : Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyle in the workplace. Nursing Research, 39(6), 326–332.
- Pollara, M. H., & Meleis, A. I. (1995). The stress of immigration and the daily lived experiences of Jordanian immigrant women in the United

- States. Western Journal of Nursing Research, 17(5), 521-539.
- Riffle, K. L., Yoho, J., & Sams, J.(1989). Health-promoting behaviors, perceived social support, and self-reported health of Appalachian elderly. Public Health Nursing, 6(4), 204-211.
- Rubin, R.(1988). Critical condition : America's health care in jeopardy. Washington, DC : National Committee for Quality Health Care.
- Sandhu, D. S., & Asrabadi, B. R.(1994). Development of an acculturation stress scale for international students : Preliminary findings. Psychological Reports, 75, 435-448.
- Shin, K. R.(1993). Factors predicting depression among Korean-American women in New York. International Journal of Nursing Studies, 30(5), 415-423.
- Singer, J. E.(1982). The need to measure lifestyle. International Review of Applied Psychology, 31, 303-305.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K.(1989). Health perception and lifestyles of the elderly. Research in Nursing & Health, 12, 93-100.
- Spielberger, C. D.(1966). Anxiety and behavior. NY : Academic Press.
- Stuifbergen, A. K., & Becker, H. A.(1994). Predictors of health-promoting lifestyle in persons with disabilities. Research in Nursing & Health, 17, 3-13.
- US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service.(1979). Healthy people : The Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. (DHEW Publication No. PHS 79-55071). Washington, DC : US Government Printing Office.
- US Department of Health and Human Services, Public Health Service.(1990). Healthy people 2000 : National health promotion and disease prevention objectives(USDHHS Publication No. PHS9150212). Washington, DC : Government Printing Office.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile : development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36(2), 76-81.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J.(1988). Health promoting lifestyles of older adults : comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. Advances in Nursing Science, 11(1), 76-90.
- Weitzel, M. H., & Waller, P. R.(1990). Predictive factors for health behaviors in white, Hispanics, and black blue-collar workers. Family and Community Health, 13(1), 23-34.
- Wiley, J. A., & Camacho, T. C.(1980). Life-style and future health : evidence from the Alameda county study. Preventive Medicine, 9, 1-21.

— Abstract —

Key concept : Immigration, Perceived Health Status,
State Anxiety, Health Promoting Lifestyle

Predictors of Health Promoting Lifestyle for the Korean Immigrants in the U.S.A

Kim, Myung Ja · Song, Hyo Jeong***

The study was to examine the relationships among health promoting lifestyle, level of anxiety, and perceived health status and to reveal those variables affecting health promoting lifestyle in Korean immigrants in the United States. The subjects were 425 adults chosen from Korean religious and social organizations located in New York from April 25th through July 5th, 1996. Data analyses were conducted by using Pearson correlation coefficients, t-test, ANOVA, and stepwise multiple regression.

The results were as follows :

Health promoting lifestyle was significantly dif-

ferent according to age, religion, occupation, and the length of residence in the US. Those insured and those with no chronic conditions revealed a significantly higher score in health promoting lifestyle. Significant differences in the level of anxiety were found according to education, marital status, occupation, family income, and the length of residence. Those with no chronic conditions experienced a significantly lower level of anxiety. In the subscales of the health promoting lifestyle profile, self-actualization and interpersonal relationship revealed higher scores, whereas the scores of stress management, health responsibility, and exercise were lower. Those subjects whose perceived health status was very good, showed the lowest level of anxiety and the highest score on the health promoting lifestyle profile. Negative correlations were observed between the health promoting lifestyle profile and the level of anxiety, and between the perceived health status and the level of anxiety. Health promoting lifestyle was significantly predicted by the level of anxiety(22.0%), age(2.0%), health insurance(1.1%), respectively.

* Department of Nursing, College of Nursing, Catholic University, Korea.

** Department of Nursing, Seoil College, Korea (Instructor)