

미국이민 한국인의 건강증진 행위에 관한 연구

박 정 숙* · 오 윤 정**

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

지난 100년간 미국에 거주하는 한국인 이민자의 수는 계속 증가하고 있다. 미국통계로는 미국내 한국인이 약 80만명인것으로 보고되고 있으나(U.S.Department of Commerce, 1993), 실제로는 92년에 153만명, 98년에 205만명에 이르는 것으로 추산되고 있다(Chosun newspaper, 2000).

이민자들은 외적환경의 변화, 가치관과 문화의 차이, 생활양식의 변화, 언어장애 등으로 인해 이민생활에서 어려움을 느끼고 있을 뿐만 아니라 주류사회로부터의 고립 즉 2등 국민으로 지위가 하락된 느낌, 손실감과 조국으로부터의 분리감, 사회적지지 부족, 이민 전 기대와 이민 후 현실과의 괴리 등으로 인해 스트레스를 겪게 된다(Aroian, 1990; Choudhry, 1998; Kim, 1998; Song, 1997).

이렇게 이민자의 삶에는 여러 가지 문제가 있고 특히 건강문제가 상당히 우려됨에도 불구하고 이들을 위한 건강관리는 비효율적이고 부적절한 것으로 알려져 있다(Im, 1996). 왜냐하면 한국인의 미국이민 역사가 짧기 때문에 이들의 건강문제와 건강관리에 대한 연구가 제대로 되어있지 않았고, 또한 언어장애로 인해 의료기관 이용을 기피하고 있으며, 의료기관을 찾더라도 이중언어

(bilingual) 등 문화적으로 준비된 건강관리서비스를 받기 어렵기 때문이다(Sohng & Yeom, 1999; Song, 1997). 한편 의료인들도 한국 이민자를 비롯한 소수민족의 건강문제 및 건강관리에 대한 지식이 부족하고 문화적 배경을 고려한 건강관리 노력이 부족한 실정이다. 미국을 비롯한 전세계의 한국 이민자는 개인적으로 송금, 무역 등을 통해 한국경제에 도움을 주기도 하고 또한 한국을 대표하여 우리나라를 세계무대에 알리는 역할을 하게 된다. 이러한 이민 한국인들의 건강관련 문제가 무엇인지 파악하여 이를 주류 사회에 알리고 향후 건강관련 정책 수립시에 반영되도록 하는 것이 매우 중요하다.

건강증진은 건강한 생활양식을 향상시키기 위한 개인적 혹은 지역사회적 활동으로서 개인의 안녕수준과 만족감을 유지하거나 높이고 자아실현을 하는 방향으로 취해지는 활동이다(Pender, 1982).

건강증진 활동을 통하여 인간의 수명을 연장시키고 삶의 질을 증진시키며 건강관리 비용을 감소시키므로, 각 개인의 기본적인 건강요구를 해결할 뿐만 아니라 궁극적으로는 사회 전반적인 안녕의 수준을 높일 수 있다. 이러한 건강증진에 관한 연구와 건강증진 프로그램의 적용이 주로 백인 중산층에 초점을 맞추어 이루어지고 있는데(Kerr & Ritchey, 1990; Pender, Walker, Sechrist & Frank-Stromberg, 1990; Weitzel & Walker, 1990), 앞으로는 한국인을 비롯한 소수민족의 건강증진 행위를 밝히고 이들을 위해 적절한 건강증진

* 계명대학교 간호대학

** 거창전문대 간호과

프로그램을 개발, 적용하는 연구가 활발하게 진행되어야 할 것이다.

이에 본 연구자는 이민 한인의 건강증진 행위를 파악하고 관련요인을 분석하여, 이를 다른 민족과 비교하고, 또한 본국인과의 비교하여 향후 바람직한 건강관리 방안을 마련하는데 기초자료로 활용하고자 한다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 미국이민 한국인의 건강증진 행위의 수행 정도를 파악한다.
- 2) 건강증진 행위의 하부영역간의 상관관계를 파악한다.
- 3) 일반적 특성에 따른 건강증진 행위의 차이를 파악한다.
- 4) 건강증진 행위를 예측해주는 변인의 영향력을 확인한다.

2. 용어의 정의

· 건강증진 행위(Health Promoting Behavior) : 일상생활 양식의 구성요소가 되는 지속적인 활동으로 더 높은 수준의 건강상태를 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것을 의미하며(Pender, 1987), 본 연구에서는 Walker, Sechrist & Pender(1995)의 건강증진 생활양식 척도(Health Promotion Lifestyle Profile)로 측정된 점수로 정의한다.

II. 문헌 고찰

건강증진은 개인이나 지역사회로 하여금 건강결정자들에 대한 통제를 증가시키게 하고 스스로의 건강을 향상시키기 위한 과정으로 전문직 간호실무의 목표이다(Brubaker, 1983). Pender(1982, 1987)는 건강증진 생활양식 모형을 통해 건강증진은 안녕수준의 유지나 증진을 위한 활동, 자아실현, 개인의 성취라고 정의하였으며, Brubaker(1983)는 건강증진을 개인의 습관이나 환경의 변화를 촉진하는 과정을 통하여 높은 수준의 안녕을 향해 나아가는 건강관리라고 하였고, Kulbok과 Baldwin (1992)은 건강증진은 건강습관을 선택하거나 부정적인 건강행위를 회피하는 것 이상의 의미로서 건강과 관련된 지식, 태도, 행위의 복잡한 망을 포함하며, 건강증진을 위해서는 경제적, 문화적, 사회적 환경속에서 복합적인 개인의 생활방식을 선택하는 것이 필요하다고 하였다. Byun과 Jang(1992)은 건강증진의 개념분석을

통해 건강증진은 첫째, 안녕지향성, 둘째, 능력강화 또는 힘을 갖는 것, 셋째 개별적인 주관성, 넷째 삶의 양식의 변화와 행동수정을 통한 변화성, 다섯째 개인뿐 아니라 사회 및 환경의 변화를 통한 확장성의 속성을 나타낸다고 하였다. 따라서 건강증진은 개인이 처한 환경이나 개인적 습관을 변화시켜서 최고의 안녕에 도달하도록 도와주는 것으로 정의할 수 있으며, 건강증진 행위는 안녕수준, 자아실현 및 자기성취를 유지, 증진시키기 위한 접근행위로 평균수명을 연장시키고 삶의 질을 증가시키는 행위이다(Brubaker, 1983; Pender, 1987).

건강증진 행위의 평균점수를 살펴보면(건강증진 행위 척도가 모두 4점 척도임), 스페인어를 구사하는 106명의 여성을 대상으로 실시한 Kuster와 Fong(1993)의 연구에서는 건강증진 행위의 평균점수가 2.40이었으며, 187명의 아프리카계 미국 여성들의 대상으로 실시한 Ahijevich와 Bernhard(1994)의 연구에서는 2.55로 나타났으며, 397명의 멕시코계 근로여성들의 건강증진 행위를 분석한 Duffy, Rossow와 Hernandez(1996)의 연구에서는 2.7이었다. 이민 한인 376명을 대상으로 실시한 Song(1997)의 연구에서는 2.55였으며, 뉴질랜드에 거주하고 있는 한인 155명을 대상으로 실시한 Lee(1999)의 연구에서는 2.16이었고, 시애틀에 거주하는 110명의 이민 한국인 노인들을 대상으로 실시한 Sohng와 Yeom(1999)의 연구에서는 2.54였으며, 35-64세 사이의 미국 이민 중년여성 33명을 대상으로 실시한 Han(2000)의 연구에서는 2.50이었고, 미국이민 한국 노인 110명을 대상으로 연구한 Sohng과 Lee(2000)의 연구에서는 2.54로 나타났다. 한국에 거주하는 한인들의 건강증진 평균점수를 살펴보면, 1594명의 성인을 대상으로 실시한 Park(1995)의 연구에서는 건강증진 행위의 평균점수가 2.68이었으며, Chun과 Kim(1996)는 553명의 성인을 대상으로 연구를 실시하여 성인의 발달단계별 건강증진 행위의 평점을 구하였는데, 성인초기(17세 이상-40세 미만)가 2.783, 성인중기(40세 이상-60세 미만)가 2.618, 성인후기(60세 이상)가 2.338로 나타나 성인초기가 가장 높았고 다음으로 성인중기, 성인후기의 순으로 나타났다. 571명의 노인을 대상으로 실시한 Park 등(1998)의 연구에서는 2.65이었으며, 150명의 노인을 대상으로 연구한 Sohng와 Lee(2000)의 연구에서는 2.63으로 나타났다.

하위 영역별 건강증진 행위의 수행 정도를 살펴보면, Kuster와 Fong(1993)의 연구에서는 자아실현이 2.89,

대인관계 2.54, 영양 2.48, 스트레스 관리 2.28, 운동 2.01, 건강책임이 1.92의 순으로 나타났으며, Ahijevich & Bernhard(1994)의 연구에서는 대인관계가 2.90으로 가장 높게 나타났고, 그 다음이 자아성취 2.89, 스트레스 관리가 2.45, 영양 2.37, 건강책임 2.34, 운동 1.95의 순으로 나타났다. Duffy, Rossow와 Hernandez(1996)의 연구에서는 자아실현이 3.1로 가장 높았으며, 그 다음이 대인관계 3.0, 영양 2.5, 스트레스 관리 2.5, 건강책임 2.3, 운동 1.9의 순이었다. 이민 한인들을 대상으로 실시한 Song(1997)의 연구에서는 자아실현이 3.09로 가장 높았으며, 그 다음이 대인관계 2.98, 스트레스 관리 2.39, 건강책임 2.21, 운동 2.08의 순이었으며, Lee(1999)의 연구에서는 자아실현이 2.57로 가장 높았고, 그 다음이 스트레스 관리 2.50, 영양 2.37, 대인관계 지지 2.23, 운동 1.66, 건강책임 1.59순으로 나타났다. Sohng와 Yeom(1999)의 연구에서는 영양이 3.01로 가장 높았고 다음이 대인관계 2.73, 자아실현 2.65, 건강책임 2.36, 스트레스 관리 2.26, 운동 1.92의 순으로 나타났으며, Han(2000)의 연구에서는 자아실현 정도가 2.91로 가장 높았고, 건강에 대한 책임감 2.43, 운동관리 2.02, 영양관리 2.66, 지지적인 대인관계 2.54, 스트레스 관리 2.44 순이었고, Sohng와 Lee(2000)의 연구에서는 영양이 3.0으로 가장 높았으며, 그 다음이 대인관계, 2.73, 자아실현 2.65, 건강책임 2.36, 스트레스 관리 2.03, 운동 1.94로 나타났다. 한국에 거주하는 한인들을 대상으로 실시한 Park(1995)의 연구에서는 위생적인 생활요인이 가장 높았으며, 그 다음이 조화로운 관계요인, 자아실현, 정서적지지, 규칙적 식사, 건강식이, 휴식 및 수면, 자아조절, 운동 및 활동, 식이조절의 순이었으며, 가장 낮은 요인은 전문적 건강관리 요인이었다. Chun과 Kim(1996)의 연구에서는 자아실현 영역에서는 성인초기가 2.914로 가장 높은 평균점수를 나타내었고, 성인초기와 중기에 비해 성인후기가 2.426로 현저하게 낮은 점수를 나타내었으며, 건강책임 영역에서는 성인중기가 2.368로 가장 점수가 높았으며, 운동영역은 성인초기와 중기에 비해 성인후기에 낮은 점수를 보이고 있으며, 대인관계지지, 스트레스 관리영역에서는 성인중기가 성인초기와 성인후기에 비해 높은 평균점수를 나타내었다. Park 등(1998)의 연구에서는 자아실현이 5.25로 가장 높았으며, 그 다음이 영양 3.16, 스트레스 관리 2.86, 지지적인 대인관계 2.77, 건강에 대한 책임 2.64, 운동이 2.34의 순

로 나타났고, Sohng와 Lee(2000)의 연구에서는 영양이 3.14로 가장 높았고, 그 다음이 대인관계 2.74, 자아실현 2.62, 건강책임 2.54과 스트레스 관리 2.53의 순이었으며, 가장 낮은 영역은 운동 2.14로 나타났다.

건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 살펴보면, Kiefer 등(1985)은 이민 한인 노인들의 적응에 관한 연구에서 상황적 스트레스원 즉 일상활동이나 여러생활 사건이 미국에 적응하는데 스트레스가 된다고 하였으며 미국에 거주하는 기간이 중요한 요인이라고 밝혔다. 즉 거주기간이 길수록 생활적응력이 높은 것으로 나타났다. Kuster와 Fong(1993)의 연구에서 인구학적인 변수 중 연령은 전체 건강증진 행위($r=.27$)와 유의한 상관관계가 있으며, 영역별로는 자아실현($r=.21$), 건강책임($r=.31$), 스트레스 관리($r=.22$)와 영양상태($r=.36$)가 유의한 상관관계를 보여주었고, 교육과 대인관계($r=.25$), 수입과 자아실현($r=.34$), 미국내 거주기간과 자아실현($r=.26$), 인지된 건강상태와 운동($r=.19$)도 유의한 상관관계를 보여주고 있다. Ahijevich & Bernhard(1994)은 인구학적인 변수에서는 연령, 교육연한, 18세 미만의 아동의 수, 정기적인 수입, 직업, 의학적인 진단의 존재가 건강증진 행위와 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 건강증진 행위를 예측할 수 있는 요인으로는 수입(5.8%), 의학적인 진단의 존재(4.3%), 직장(2.3%)으로 건강증진 행위의 12%를 설명해 주고 있다. Duffy, Rossow와 Hernandez(1996)은 연령, 교육, 건강통제위, 자기효능감과 최근의 건강상태가 건강증진 행위와 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, Wallace, S.P., Villa, V., Moon, A.와 Lubben, J.E.(1996)은 65세 이상노인중 미국 이민 한국인 223명과 백인 201명을 대상으로 건강증진 행위에 대해 조사한 결과, 수입, 결혼여부, 건강에 대한 조절력이 건강증진 행위와 유의한 상관관계가 있으며, 미국이민 한국노인들은 백인 노인들에 비해 자신의 건강상태가 나쁘다고 인지하는 경향이 높은 것으로 나타났다. Choudhry(1998)는 캐나다에 살고 있는 인디아 여성 20명을 대상으로 연구한 결과 건강을 유지하기 위해서는 좋은 식이, 활동, 체중 조절이 중요하다고 하였으며, 기도하기, 영적인 활동과 가족들과의 좋은 관계형성도 도움이 된다고 하였다. 이민 한인들을 대상으로 실시한 Song(1997)의 연구에서는 건강증진 생활양식은 연령, 교육정도, 수입, 거주기간, 의료보험유무, 건강문제의 유무에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며, Lee(1999)의 연구에서는 남성, 대졸이상의 학

력자, 이민생활 기간이 2년 이상인자, 의사소통 능력이 있는자가 다른사람보다 건강관리를 더 잘 하는 것으로 나타났다. Sohng와 Yeom(1999)은 교육, 경제상태, 최근의 건강상태가 건강증진 행위와 유의한 상관관계가 있음을 보고하였고, Han(2000)의 연구에서는 건강증진 행위와 삶의 질, 가족간의 관계, 신체상태와 기능상태, 정서적 측면, 경제 생활과 유의한 순상관계를 보였다. 한국에 거주하는 한인들을 대상으로 실시한 Park(1995)의 연구에서는 건강증진 행위에 영향을 미치는 가장 중요한 변수는 자아존중감이었으며, 그 다음이 연령, 내적 통제위, 성별, 지각된 건강상태, 타인의존 통제위, 종교, 직업, 결혼상태 순이었고, 위의 변수들을 모두 포함시키면 30.3%의 설명력이 있음을 볼 수 있다. Chun과 Kim(1996)의 연구에서는 연령, 자아존중감, 교육수준, 성별, 가족월수입에 의해 24.1%가 건강증진 행위를 설명해 주고 있으며, Park 등(1998)은 건강증진 행위에 영향을 주는 요인으로 삶의 질, 내적 건강통제위, 건강개념, 자기효능감, 자아존중감이며, 위의 변수들을 모두 포함시키면 42%를 설명하는 것으로 나타났다.

Heckler(1985)는 미정부의 보고서에서 미국내 소수민족은 백인에 비해 높은 이환률과 치사율을 가지고 있으나 소수민족의 건강관리 수행 및 건강신념에 관한 자료는 극히 제한되어 있기 때문에 이러한 연구에 특별한 관심을 가져야 한다고 주장하였다. 한 집단의 문화적인 특성에 잘 맞는 건강증진 사업을 개발, 실행 및 평가하기 위해서는 그 집단의 생활양식의 특성을 파악하는 것이 중요하다(Ahijevich & Bernhard, 1994). 즉 건강증진 사업을 시행함에 있어서 종족별, 인종별로 다른 각 집단의 건강행위에 대한 연구가 우선 되어야 할 것이다. 이민 한인과 소수민족들의 건강증진 행위를 밝히고 적절한 건강증진 프로그램을 개발, 적용하는 연구가 활발하게 진행되어야 할 필요가 있다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 이민 한인들의 건강증진 행위의 정도를 파악하기 위한 서술적 조사연구(survey)이다

2. 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구자는 시카고지역에 거주하는 유학생 1명을 연구조원으로 활용하여, 2000년 8월 1일부터 10월 20일까지 설문지를 배부하고, 회수하였다. 시카고지역 한인 전화번호부를 활용하여 연구대상 교회, 성당, 절의 연락처를 확보한 후, 교회 280개 중 10개, 성당 5개중 2개, 절 6개중 2개를 편의 표집하여 기관의 책임자에게 자료수집 요청 편지를 보내고, 허락을 받은 기관을 방문하여 설문지를 전달하고 2주후에 다시 방문하여 설문지를 회수하였다. 연구대상자 수는 교회 160명, 성당 40명, 절 40명으로 하였으며, 18세 이상 미국이민 한국인, 시카고지역 종교기관에 등록하여 정기적으로 참석하는 자, 현재 병원을 방문할 정도의 특별한 질병 상태가 아닌 자, 한글을 이해하고, 설문지를 작성할 수 있는 자, 연구참여를 허락한 자를 대상으로 하였다. 이중 기록이 누락되거나 미회수된 자료를 제외한 207명을 본 연구의 분석대상자로 선정하였다. 본 연구의 회수율은 86.25%였다.

3. 연구도구

· 건강증진 생활 양식 측정 도구

Walker, Sechrist, & Pender(1995)의 HPLP (Health Promotion Lifestyle Profile)를 사용하였다. HPLP는 4점 척도로써 6개의 하부영역, 즉 건강책임 9문항, 신체활동 8문항, 영양 9문항, 영적 성장 9문항, 대인관계 9문항, 스트레스 관리 8문항을 가지며, 총 52문항으로 구성되어 있다. Likert식 4점 척도로써 점수가 높을수록 건강증진 행위를 많이 하는 것을 의미한다. 본 연구에서 도구신뢰도는 Cronbach's α 0.94이고, 하위 영역별 신뢰도를 살펴보면, 건강책임 Cronbach's α 0.84, 신체활동 Cronbach's α 0.88, 영양 Cronbach's α 0.75, 영적성장 Cronbach's α 0.87, 대인관계 Cronbach's α 0.81, 스트레스 관리 Cronbach's α 0.80이었다.

4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS-WIN을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적인 특성은 실수와 백분율을 구하고, 건강증진 행위 수행정도는 평균과 표준편차를 산출하였다. 대상자의 건강증진 행위의 하부영역간의 상관관계를 보기 위해 Pearson correlation coefficient를 산출하였으며, 일반적인 특성에 따른 건강증진 행위 수행정도의

차이는 t-test, ANOVA를 이용하였으며, 사후 검정으로는 Duncan test를 실시하였다. 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인을 파악하기 위해 단계적 회귀분석 방법(stepwise multiple regression)을 사용하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적인 특성

대상자의 평균연령은 49.40세였으며, 연령범위는 35세 이하가 11.9%, 36세-50세가 49.0%, 51세-65세가 25.7%, 66세 이상이 13.4%로 나타났고, 성별은 남자가 31.3%, 여자가 66.7%로 나타나 여자가 많았다. 교육수준은 대졸이상이 64.9%로 가장 많았으며, 가족수입은 충분하다가 60.9%, 부족하다가 30.2%, 많이 충분하다가 8.9%로 나타났다. 결혼상태는 기혼이 78.9%로 가장 많았고, 직업은 있는 군이 70.7%이었다. 주관적인 건강상태는 매우 건강하지 못하다가 1.4%, 건강하지 못하다가 9.2%, 잘 모르겠다가 40.1%, 건강하다가 40.1%, 매우 건강하다가 9.2%로 나타났다. 최근 의학적 진단을 받은군이 27.8%, 약물복용을 하고 있는군은 29.6%로 나타났다. 종교는 기독교가 68.1%로 가장 많았고, 참석회수는 매주마다가 78.2%, 1달에 2-3번이 16.5%, 1달에 1번 이하가 5.3%로 나타났으며, 교인들의 수는 401명 이상이 36.2%, 101-400명이 35.7%, 100명 이하가 28.1%로 나타났다. 기도는 보통으로 한다가 34.3%, 성경읽기도 보통으로 한다가 34.5%로 가장 많은 것으로 나타났다. 미국에 거주한 기간으로는 11년-20년 사이가 35.8%로 가장 많았고 10년 이하가 33.8%, 20년 이상이 30.4%였으며 평균 거주기간은 15.74년이다(Table 1).

2. 건강증진 행위의 수행정도

건강증진 행위의 평균 평점은 2.43점이며, 하위 영역별로는 영적인 성장이 2.79점으로 가장 높았으며, 그 다음이 영양 2.62점, 대인관계 2.53점, 스트레스 관리 2.45점, 건강책임 2.11점, 신체활동이 2.03점 순으로 나타났다(Table 2).

하위 영역별 건강증진 행위의 수행중에서 상위 1~10위를 차지하는 항목을 살펴보면, '적당량의 밥이나 국수 종류를 매일 먹는다'가 가장 높은 수행정도를 보였으며,

<Table 1> General and Religious Characteristics (N = 207)

Characteristics	Categories	N	(%)
Age	35 and under	24	11.9
	36-50	99	49.0
	51-65	52	25.7
	66 and up	27	13.4
	M(SD)	49.40(13.93)	
Gender	Male	69	31.3
	Female	138	66.7
Education	Less than HS	12	5.8
	High School	34	16.6
	Junior College	26	12.7
	College	98	47.8
	Graduate School	35	17.1
Family Income	Insufficient	62	30.2
	Sufficient	125	60.9
	More than sufficient	18	8.9
Marital Status	Single	21	10.1
	Married	163	78.9
	Divorced/separated	9	4.3
	Widowed	143	6.8
Current Working	Yes	145	70.7
	No	60	29.3
Subjective Health Status	I am very unhealthy	3	1.4
	I tend to be unhealthy	19	9.2
	I don't know	83	40.1
	I tend to be healthy	83	40.1
	I am very healthy	19	9.2
Current Medical Diagnosis	Yes	57	27.8
	No	148	72.2
Taking Medication	Yes	60	29.6
	No	143	70.4
Religion	Protestant	141	68.1
	Catholicism	32	15.5
	Buddhism	34	16.4
Attendance	Every week	161	78.2
	2-3 times/month	34	16.5
	under 1 time/month	11	5.3
Congregational Members	100 or less than	56	28.1
	101-400	76	35.7
	401 or more than	72	36.2
Pray	Very often	46	20.3
	Often	59	28.5
	Moderately	71	34.3
	Not often	30	14.5
	Rarely	5	2.4
Read Bible	Very often	32	15.5
	Often	45	21.8
	Moderately	71	34.5
	Not often	47	22.8
Length of residence in the US(yr.)	Rarely	11	5.3
	10 and fewer	69	33.8
	11-20	73	35.8
	more than 20	62	30.4
	M(SD)	15.74(8.748)	

<Table 2> Descriptive statistics for Health promoting lifestyle profile total scale and subscales (N = 207)

scale	subscale	Min	Max	Mean	SD	평균점
HPLP		70	202	126.31	23.32	2.43
	Health Responsibility	9	35	19.03	5.23	2.11
	Physical Activity	8	32	16.24	5.66	2.03
	Nutrition	12	35	23.60	4.70	2.62
	Spiritual Growth	10	36	25.11	5.43	2.79
	Interpersonal Relations	11	36	22.75	4.45	2.53
	Stress Management	10	31	19.56	4.52	2.45

그 다음이 '나의 삶은 목적이 있다고 믿는다', '미래를 기대한다', '삶에 있어서 나에게 중요한 것이 무엇인지 알고 있다', '다른 사람의 성공을 쉽게 칭찬해 준다', '나는 긍정적으로 성장하고 변화한다고 느낀다', '다른 사람들과 의미있고 만족한 관계를 유지한다', '다른 사람에게 관심, 사랑, 온정을 쉽게 나타낼 수 있다', '나 자신에 대해서 충만하고 평화롭게 느낀다', '충분한 수면을 취한다'의 순으로 나타났다. 이는 건강증진 행위중에서 영적성장(5문항)과 대인관계(3문항)에 해당하는 항목의 수행정도가 높음을 알 수 있다.

건강증진 행위의 수행중에서 하위 1~10위를 차지하는 항목을 살펴보면, '운동할 때 목표 심박동수에 도달하

도록 한다'가 가장 낮은 수행정도를 보였으며, 그 다음이 '운동할 때 맥박을 체크한다', '필요시 봉사단체에 도움을 요청한다', '건강관련 교육프로그램에 참석한다', '신체적 변화와 위험에 관한 증상이 있는지 알아보기 위해 한 달에 한번 이상 신체상태를 살펴본다', '의료인의 견해에 의문이 있을 때에는 다른 의사의 진단도 받아본다', '매일 15-20분간 이완이나 명상을 실시한다', '여가를 즐기는 신체활동(예: 수영, 춤, 자전거 타기)에 참여한다', '스트레스를 조절하기 위해 특별한 방법을 사용한다', '의료인으로부터 어떻게 하면 건강관리를 잘 할 수 있는지에 대한 정보를 얻는다'의 순으로 나타났다. 이는 건강증진 행위중에서 건강책임(4문항)과 신체활동(3문항)에 해당하

<Table 3> Items of Health Promoting Lifestyle Profile (N = 207)

Item	Subcategory	Mean	SD
1. Eat appropriate amount of bread, cereal, rice and pasta each day.	NU	3.1449	.7748
2. Believe that my life has purpose.	SG	3.0961	.8337
3. Look forward to the future.	SG	3.0541	.7581
4. Am aware of what is important to me in life.	SG	3.0194	.8866
5. Praise other people easily for their achievements.	IR	2.9561	.6409
6. Feel I am growing and changing in positive ways.	SG	2.9043	.7919
7. Maintain meaningful and fulfilling relationships with others.	IR	2.9029	.7375
8. Find it easy to show concern, love and warmth to others.	IR	2.9024	.7441
9. Feel content and at peace with myself.	SG	2.9024	.7634
10. Get enough sleep.	SM	2.8495	.8986
.			
.			
43. Ask for information from health professionals about how to take good care of myself.	HR	2.1116	.9042
44. Use specific methods to control my stress.	SM	2.0600	.8626
45. Take part in leisure-time physical activities.	PA	2.0493	.9541
46. Practice relaxation or meditation for 15-20 minutes daily.	SM	2.0392	1.0280
47. Get a second opinion when I question my health care provider's advice.	HR	1.9171	.8522
48. Inspect my body at least monthly for physical changes/danger signs.	HR	1.9171	.9990
49. Attend educational programs on personal health care.	HR	1.6570	.7779
50. Get support from a network of caring people.	IR	1.6243	.8704
51. Check my pulse rate when exercising.	PA	1.4660	.7283
52. Reach my target heart rate when exercising.	PA	1.4608	.7717

· HR: Health Responsibility

· PA: Physical Activity

· NU: Nutrition

· SG: Spiritual Growth

· IR: Interpersonal Relationship

· SM: Stress Management

3. 일반적인 특성과 건강증진 행위와의 관계

건강증진 행위는 인구학적인 변인 중 연령, 거주기간, 수입, 주관적인 건강상태, 기도, 성경읽기와 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

연령별 건강증진 행위 수행정도는 66세 이상군이 평균 총점이 135.24점으로 가장 높았으며, 그 다음이 51-65세군 127.94점, 35세 이하 126.52점, 36-50세가 122.22점의 순이었으며, 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며($F=2.659$, $p=.049$), 이것을 Duncan 검정을 한 결과 66세 이상군이 65세 이하군에 비해 건강증진 행위를 더 많이 수행하는 것으로 나타났다. 수입은 매우 충분하다가 135.08점, 충분하다가 128.68점, 부족하다가 118.85점으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났($F=3.132$, $p=.027$). 이것을 Duncan 검정을 한 결과 매우 충분한 군과 충분한 군이 부족한 군에 비해 건강증진 행위를 더 많이 수행하는 것으로 나타났다. 주관적인 건강상태는 매우 건강하다가 140.96점으로 가장 높았으며, 건강하다 129.67점, 건강하지 못하다가 122.09점, 모르겠다가 120.81점, 매우 건강하지 못하다가 119.62점 순이었으며 유의한 차이가 있는 것으로 나타났($F=3.882$, $p=.005$). 이것을 Duncan 검정을 한 결과 건강하지 못한 군, 건강한 군, 매우 건강한 군과 잘 모르겠다는 군이 매우 건강하지 못한 군보다

건강증진 행위를 더 많이 수행하는 것으로 나타났다. 기도는 매우 자주한다가 137.37점, 자주한다가 132.45점, 보통이다가 122.41점, 자주하지 않는다가 108.29점, 거의 안한다가 120.41점으로 통계적으로 유의한 차이가 있으며($F=9.442$, $p=.000$), 이것을 Duncan 검정을 한 결과 매우 자주하는 군이 보통하는 군과 자주하지 않는군보다 건강증진 행위를 더 많이 수행하며, 자주한다는 군이 자주하지 않는다는 군에 비해 건강증진 행위를 더 많이 수행하는 것으로 나타났다. 성경읽기는 매우 자주 읽는다가 137.55점, 자주 읽는다가 135.08점, 보통이다가 125.08점, 자주 읽지 않는다가 112.90점, 거의 읽지 않는다가 121.50점으로 유의한 차이가 있으며($F=8.584$, $p=.000$), 이것을 Duncan 검정을 한 결과 매우 자주 읽는다는 군과 자주 읽는다는 군이 자주 읽지 않는군에 비해 건강증진 행위를 더 많이 수행하였다. 미국 거주기간은 20년 이상이 132.79점, 11-20년이 124.88점, 10년 이하가 121.35점으로서 유의한 차이가 있었으며($F=4.273$, $p=.015$), 이것을 Duncan 검정을 한 결과 미국 거주기간이 길수록 건강증진 행위를 많이 수행하고 있는 것으로 나타났다.

본 연구에서는 인구학적인 변인 중 성별, 교육, 결혼 상태, 최근직업 유무, 의학적진단, 약물복용, 종교, 참석횟수, 종교단체 회원수는 건강증진 행위와는 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다(Table 4).

〈Table 4〉 Group Differences of HPLP according demographic characteristics

(N=207)

demographic	categories	HPLP			
		M(SD)	t/F	p	Duncan
Age	1. 35 and under	126.52(23.69)			
	2. 36-50	122.22(20.28)			
	3. 51-65	127.94(25.46)	2.659	.049	4)1,2,3
	4. 66 and up	135.24(22.43)			
Gender	1. Male	124.11(24.84)			
	2. Female	127.41(22.53)	-.960	.338	
Education	1. Less than HS	128.07(14.41)			
	2. High school	120.34(23.90)			
	3. Junior college	123.59(22.57)	1.849	.121	
	4. College	126.15(21.93)			
	5. Graduate school	134.77(27.72)			
Family Income	1. insufficient	118.85(28.55)			
	2. Sufficient	128.68(22.09)	4.696	0.01	2,3)1
	3. More than sufficient	135.08(22.68)			
Marital Status	1. Single	128.29(25.06)			
	2. Married	125.59(23.27)			
	3. Divorced/ Separated	129.61(26.55)	.255	.858	
	4. Widowed	129.63(20.86)			

(Table 4) Group Differences of HPLP according demographic characteristics<continued>
(N = 207)

demographic	categories	HPLP			
		M(SD)	t/F	p	Duncan
Current Working	1. Yes	129.89(21.74)	1.417	.158	
	2. No	124.81(23.95)			
Subjective Health Status	I am very unhealthy	119.62(2.13)	3.882	0.005	2,3,4,5)1
	I tend to be unhealthy	122.09(21.59)			
	I don't know	120.81(20.68)			
	I tend to be healthy	129.67(24.48)			
	I am very healthy	140.96(25.16)			
Current Medical Diagnosis	1. Yes	126.28(23.73)	.067	.947	
	2. No	126.04(22.59)			
Taking Medication	1. Yes	129.95(25.04)	-1.449	.149	
	2. No	124.78(22.42)			
Religion	1. Protestant	126.74(23.11)	1.941	.146	
	2. Catholicism	119.69(20.74)			
	3. Buddhism	130.73(25.70)			
Attendance	1. Every week	128.04(21.93)	2.728	.068	
	2. 2-3times/month	119.62(26.96)			
	3. under 1time/month	117.38(24.69)			
Congregational Members	1. Less than 100	127.19(2.92)	.268	.765	
	2. 101-400	128.12(23.22)			
	3. More than 400	125.31(20.28)			
Pray	1. Very often	137.37(22.27)	9.442	.000	1)3,4 2)4
	2. Often	132.45(21.49)			
	3. Moderately	122.41(21.43)			
	4. Not often	108.29(21.78)			
	5. Rarely	120.41(18.05)			
Read Bible	1. Very often	137.55(24.73)	8.584	.000	1)4 2)4
	2. Often	135.08(18.78)			
	3. Moderately	125.08(22.21)			
	4. Not often	112.90(22.31)			
	5. Rarely	121.51(18.84)			
Residence in the US	1. 10 years and fewer	121.35(21.47)	4.273	.015	3)1
	2. 11-20 years	124.88(22.54)			
	3. more than 20 years	132.79(24.42)			

4. 건강증진 행위에 영향을 미치는 주요변인

인 건강상태, 직업, 약물복용, 고학력, 가족 수입의 순이었으며, 위의 변인을 모두 포함시키면 27.4%의 설명력이 있음을 볼 수 있다<Table 5>.

대상자들의 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인은 기대회수가 11.7%의 설명력을 보였고, 그 다음이 주관적

(Table 5) Stepwise multiple regression analysis for Health Promoting Lifestyle Profile (N = 207)

Variables	R	R ²	β	t	p
Pray	.342	.117	-.313	-4.786	.000
Subjective Health Status	.408	.166	.265	3.730	.000
Current Working	.447	.199	-.222	-3.102	.002
Taking Medication	.467	.218	.236	3.191	.002
Education	.506	.256	.219	2.901	.004
Family Income	.524	.274	.143	2.121	.035

F=29.955, p<.000

V. 논 의

본 연구에서의 일반적인 특성 중 종교적인 특성을 살펴보면 기독교가 68.1%로 가장 많았는데, 이는 이민 한인들을 대상으로 실시한 Sohng와 Lee(2000)의 연구에서도 기독교가 61.8%로 가장 많았고 Song(1996)의 연구에서도 기독교가 59.8%로 가장 많은 것과 유사한 결과이다. 한국에 있는 한인들을 대상으로 실시한 Sohng와 Lee(2000)의 연구에서는 기독교가 가장 많았으나 그 비율은 32.7%였으며, Park 등(1998)의 연구에서도 기독교가 27.8%였으며, Park(1995)의 연구에서는 무교가 37.7%로 가장 많았고 기독교는 16.7%였다. Kim(1998)의 연구에서는 인간은 타인과 관계를 맺음으로써 대인간의 친밀감을 유지시키고자 하는 욕구를 가지며 이를 충족시키고 싶어한다고 하였으며, 미국이민 한인에게 정서적 지지를 제공하는 사람들은 가족과 이웃, 친구, 교회구성원들로 나타났다. Hurh와 Kim(1990)의 연구에서는 이민 한인여성들의 사회문화적인 적응과 관련이 있는 변수로는 한국인 친구, 친척과 한인교회 참여로 나타났다. 따라서 한인교회에 참여함으로써 많은 한국인 친구들을 사귄 수 있으며, 이로 인해 미국 사회문화에 더 잘 적응한다고 하였으며, 한인교회 참여는 삶의 질을 향상시키고 사기저하를 낮출 수 있는 요인이라고 하였다. 미국이민 한인들이 한국에 있는 한인들 보다 기독교인이 많고 종교적인 활동이 많은 이유는 영적인 성장과 긴밀한 대인관계의 유지를 통해서 이민사회에 잘 적응하기 위한 것으로 사료된다.

본 연구에서의 전체 건강증진 행위의 평균 평점은 2.43점으로, 이민 한인들을 대상으로 건강증진 행위를 연구한 Song(1996)의 2.55점, Han(2000)의 2.50점과 Sohng와 Lee(2000)의 2.54점, 한국에 있는 한인들을 대상으로 연구한 Park(1995)의 2.68점, Sohng와 Lee(2000)의 2.63점, Park 등(1998)의 2.65점, 미국에 있는 다른 인종들을 대상으로 연구한 Duffy 등(1996)의 2.7점, Ahijevych & Bernhard(1994)의 2.55점, Sohng & Yeom(1992)의 2.54점과도 비교해 볼 때 낮은 건강증진 행위를 수행하고 있는 것으로 나타났다. Ahijevych & Bernhard(1994)의 연구결과에 의하면 백인(노인:2.85점, 산업장 근로자:2.82점, 중년여성:2.71점, 성인 초기:2.63점)의 HPLP 점수가 높았고, 흑인여성 흡연자(2.55점), 중남미계 미국인(2.46점)의 순위를 보였는데, 본 연구의 결과가 사회 경제적

으로 매우 취약한 흑인여성 흡연자와 중남미 미국인 보다 더 낮은 HPLP점수를 보여 미국이민 한인들의 건강증진 행위에 대한 열악성을 단적으로 보여주었다. 뉴질랜드 이민 한인들을 대상으로 연구한 Lee(1999)의 연구에서는 2.16점으로 본 연구의 결과보다 더 낮았는데, 이는 뉴질랜드 이민의 역사가 미국이민의 역사보다 더 짧고 이민자 수도 적기 때문에 문화적으로 준비된 건강관리 서비스를 제대로 받지 못하기 때문인 것으로 사료된다. Laffret(1989)의 연구에서도 건강요구조사의 필요성이 가장 높은 집단중의 하나가 이민 역사가 짧은 사람들이며, 이들은 문화와 환경에 적응해나가는 데 높은 스트레스를 가진다고 하였다. 따라서 이민 역사가 짧은 한인들에게 적절한 건강증진 프로그램의 개발 및 적용이 필요하며, 미국의 건강정책 수립시 이민 한인들의 건강문제를 고려한 정책을 세워야 할 것으로 사료된다.

하위 영역별 건강증진 행위의 수행정도를 살펴보면, 건강증진 행위의 수행정도가 높은 영역은 영적성장이고, 그 다음이 영양, 대인관계, 스트레스관리, 건강책임과 신체활동의 순으로 나타나, 신체활동 영역의 수행정도가 가장 낮은 것으로 나타났다. 미국이민 한인들을 대상으로 연구한 Sohng와 Lee(2000)의 연구에서는 영양이 가장 높았으며, 그 다음이 대인관계, 자아실현이었고, 가장 낮은 영역이 운동으로 나타났으며, Song(1996)의 연구에서도 자아실현과 대인관계, 영양이 높은 점수를 나타내었고, 건강책임과 운동이 낮은 점수를 나타내었다. 한국에 있는 한인들을 대상으로 연구한 Sohng와 Lee(2000), Park 등(1998), Chun과 Kim(1996)의 연구에서도 대인관계와 자아실현 영역이 가장 높으며, 가장 낮은 영역은 운동으로 나타났다. 미국에 있는 다른 인종들을 대상으로 연구한 Duffy 등(1996)과 Ahijevych와 Bernhard(1994)의 연구에서는 자아실현과 대인관계가 가장 높았으며, 가장 낮은 영역은 운동이었으며, Sohng와 Yeom(1992)의 연구에서는 영양과 대인관계 영역이 점수가 높은 반면에 스트레스 관리와 운동 영역이 점수가 낮았다. 본 연구결과는 많은 선행연구결과와 거의 일치하였으며, 운동영역이 다른 하위 영역보다 낮은 수행정도를 나타내고 있음을 알 수 있다. 따라서 건강증진 행위를 증가시킬 수 있는 간호전략을 마련할 때 건강책임에 대한 의식고취와 운동에 대한 구체적인 방법에 주안점을 두어야 할 것이다.

인구학적인 특성 중에서 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인으로는 연령이 유의한 차이를 보이고 있으며, 이

는 Song(1996)의 연구와 Walker 등(1988), Speake 등(1989)과 Kuster와 Fong (1993)의 연구결과와 일치하였다. 이는 연령이 증가함에 따라 신체적으로 쇠약해지므로 건강에 대한 인식과 책임감이 많아지고 이에 따라 좋은 생활습관을 습득해서 보다 나은 건강상태를 유지하려고 하기 때문이며, 건강행위에 참여할 수 있는 시간적 여유의 증가로 인한 결과라고 사료된다. 수입은 매우 충분한 군과 충분한 군이 부족한 군에 비해 건강증진 행위를 더 많이 수행하였는데, 이는 Duffy 등(1996), Wallace 등(1996)의 연구결과와 일치하였으며, Kuster와 Fong(1993)의 연구에서는 수입이 특히 하부 영역중 자아실현과 상관성이 높은 것으로 나타났다. Sohng와 Yeom(1992)의 연구에서는 미국이민 노인들은 수입이 건강문제의 부적절한 대응전략의 주된 원인이 된다고 하였으며, 수입이 적은 노인들은 건강위험요소의 증가에 대해 보다 더 많은 피해를 입기 쉽다고 보고하였다. 즉 수입이 많을수록 의료진을 방문하는데 부담감이 적으며, 건강증진 행위 수행에 더 쉽게 참여할 수 있는 것으로 사료된다. 주관적인 건강상태와 건강증진 행위와 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났는데, Kuster와 Fong(1993), Park(1995), Sohng와 Yeom(1999), Sohng와 Lee(2000), Song(1997)의 연구결과와 일치하였다. 개인의 주관적인 건강상태는 건강행위의 동기가 될 수 있는 요소이며, Singer 등(1976)은 주관적인 건강상태가 객관적인 건강상태보다 건강행위에 더 많은 영향을 준다고 보고하였다. 기도의 회수와 건강증진 행위와 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났는데, Choudhry(1998)의 질적연구에서는 대상자들은 '음식으로부터 영양분을 얻듯이 기도하는 것에서부터 활력을 얻는다'고 하였으며, 종교적인 신념이 건강유지에 매우 중요하며, 어려움과 스트레스 시기에 많은 도움이 된다고 보고하였다. 미국 거주기간이 건강증진 행위에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 선행연구(Duffy 등, 1996; Kiefer 등, 1985; Kuster & Fong, 1993; Lee, 1999; Song, 1996; Sohng & Yeom, 1992)에서도 미국 거주기간이 길수록 건강증진 행위의 수행정도가 높은 것으로 나타나 본 연구결과와 일치하였다. Aroian(1990)의 연구에서는 이민자는 환경과 생활양식의 주된 변화에 직면하고 있으며, 적응하는데 많은 어려움들을 경험하고, 본국인들보다 정서적인 스트레스의 비율이 더 많은 것으로 나타났으며, 새로운 환경변화에 적응하려면 상당한 기간이 필요하다고 보고하였다. 따라서 교민사회나 국가적인

차원에서 이민 초기 한인들에 대한 다각적인 건강관리에 대한 정책적인 배려가 요구된다. 몇몇 선행연구(Ahijevych & Bernhard, 1994; Duffy 등, 1988; Kuster & Fong, 1993)에서는 교육, 직업과 의학적인 진단도 건강증진 행위와 유의한 상관관계가 있는 것으로 보고되어 있으므로, 추후 연구가 필요한 것으로 본다.

건강증진 행위에 영향을 미치는 주요변인으로는 기도 횟수, 주관적인 건강상태, 직업, 약물복용, 학력, 가족수입이었으며 위의 변인을 모두 포함시키면 27.4%의 설명력이 있는 것으로 나타났으며, 선행연구에서는 연령(Duffy 등, 1996; Kuster & Fong, 1993; Park, 1995; Song, 1997), 직업(Ahijevych & Bernhard, 1994; Duffy 등, 1996; Park, 1995), 학력(Duffy 등, 1996), 가족수입(Ahijevych & Bernhard, 1994; Duffy 등, 1996; Wallace 등, 1996), 결혼상태(Duffy 등, 1996; Park, 1995; Wallace 등, 1996) 등으로 나타났다. 선행연구에서는 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인을 인구학적인 특성만 살펴본 것이 아니라, 다른 요인과 함께 분석하였기 때문에 인구학적인 변인만을 분석한 본 연구와 비교시 신중을 요해야 하며, 향후 관련성이 있는 모든 변수를 조사하여 그 관계를 검증해 보는 것이 필요하다고 사료된다.

이상의 결과를 종합하여 볼 때 이민 한인들의 건강증진 프로그램은 종교기관(교회, 성당, 절 등)을 중심으로 운영하면 보다 더 효율적일 것이며, 하부 영역중에서 신체활동과 건강책임 영역의 수행정도는 높일 수 있는 프로그램의 개발 및 보급이 시급하다고 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 미국 이민 한인들의 건강증진 행위를 파악하고 관련요인을 분석하여, 이를 다른 민족과 비교하고, 또한 본국인과의 비교하여 향후 바람직한 건강관리 방안을 마련하는데 기초자료를 제공하기 위하여 실시되었다. 연구대상자는 시카고 지역에 있는 종교기관을 중심으로 18세 이상의 남녀 207명을 편의 표집하였으며, 2000년 8월 1일부터 10월 20일까지 자료수집을 실시하였다. 연구도구는 Walker 등(1995)의 건강증진 생활양식 측정도구를 사용하였고 수집된 자료는 Pearson correlation coefficient, t-test, ANOVA, Duncan test와 Stepwise multiple regression으로 분석되었다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1) 건강증진 행위의 평균 평점은 2.43점이며, 하위 영역별로는 영적인 성장이 2.79점으로 가장 높았으며, 그 다음이 영양 2.62점, 대인관계 2.53점, 스트레스 관리 2.45점, 건강책임 2.43점, 신체활동이 2.03점 순으로 나타났다. 각 문항별 수행점수를 살펴보면, '적당량의 밥이나 국수종류를 매일 먹는다'가 가장 점수가 높았으며(3.14점), '운동할 때 목표 심박동수에 도달하도록 한다'가 가장 낮게 나타났다(1.46점).

2) 건강증진 행위는 인구학적인 변인중에서 연령($F=2.659$, $p=.049$), 수입($F=4.696$, $p=.01$), 주관적인 건강상태($F=3.882$, $p=.005$), 기도횟수($F=9.442$, $p=.000$), 성경읽기($F=8.584$, $p=.000$), 거주기간($F=4.273$, $p=.015$)과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 연령별 건강증진 행위 수행정도는 66세 이상군이 65세 이하군에 비하여 더 잘 수행하는 것으로 나타났으며, 수입이 매우 충분한 군과 충분한 군이 부족한 군에 비해 건강증진 행위를 더 잘 수행하는 것으로 나타났다. 주관적인 건강상태는 건강하지 못한 군, 건강한 군, 매우 건강한 군과 모르겠다는 군이 매우 건강하지 못한 군에 비해 건강증진 행위를 더 잘 수행하는 것으로 나타났다. 기도를 매우 자주하는 군이 보통하는 군과 자주하지 않는 군보다 건강증진 행위를 더 많이 수행하며, 성경을 매우 자주 읽는다는 군과 자주 읽는다는 군이 자주 읽지 않는 군에 비해 건강증진 행위를 더 많이 수행하는 것으로 나타났다. 미국 거주기간은 20년 이상인 군이 10년 이하인 군보다 건강증진 행위를 많이 수행하고 있는 것으로 나타났다.

3) 대상자들의 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인은 기도횟수가 11.7%의 설명력을 보였고, 그 다음이 주관적인 건강상태, 직업, 약물복용, 교학력, 가족 수입의 순이었으며, 위의 변인을 모두 포함시키면 27.4%의 설명력이 있음을 볼 수 있다

본 연구결과를 바탕으로 하여 미국이민 한인들의 건강증진 행위를 증가시킬 수 있는 건강증진 프로그램을 개발, 적용해야 하며, 한국에 있는 한인들과 미국에 있는 이민 한인의 건강증진 행위의 비교연구를 제언한다.

Reference

Ahijevych, K., Bernhard, L. (1994). Health-promoting behaviors of African American women. *NR*, 43(2), 86-89.

Aroian, K. J. (1990). A model of psychological adaptation to migration and resettlement. *NR*, 39(1), 5-10.

Brubaker, B. (1983). Health promotion : A linguistic analysis. *Advances in Nursing science*, 5(3), 1-14

Byun, Y. S., Jang, H. J. (1992). Health promotion a concept analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 22(3), 362-372

Choudhry, U. K. (1998). Health promotion among immigrant women from India living in Canada. *Image*, 30(3), 269-274.

Chun, C. J., Kim, Y. H. (1996). Correlational study of health promoting lifestyles, self esteem and perceived health status of adulthood. *Journal of Korean academic Society of Adult nursing*, 8(1), 41-54

Duffy, M. E., Rossow, R., & Hernandez, M. (1996). Correlates of health-promotion activities in employed Mexican-American women. *NR*, 45(1), 18-24.

Han, K. S. (2000). A study of stress reaction, symptoms of stress, health promoting behavior and quality of life in Korean immigrant middle aged women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 30(3), 606-618

Heckler, M. (1985). *Report of the secretary's task force on black and minority health: vol 1. Executive summary(DSSH Publication)*. Washington, DC:US Government printing office.

Hurh, M. H., & Kim, K. C. (1990). Correlates of Korean Immigrants' Mental Health. *J Nerv Ment Dis*, 178, 703-711.

Im, E. O. (1996). Managing illness of Korean immigrants in transition. *Journal of Community Health Nursing Academic Society*, 10(1), 58-79.

Kerr, M. J., & Ritchey, D. A. (1990). Health-Promoting lifestyles of English-speaking Mexican-American migrant farm workers. *Public Health Nurs*, 7, 80-87.

- Kiefer, C. W., et al. (1985). Adjustment Problems of Korean American Elderly. *Gerontological society of America*, 25(5), 477-482.
- Kim, O. S. (1998). The effects of social support on loneliness and life satisfaction in elderly Korean immigrants. *Journal of Korean Academic Society of Adult nursing*, 10(2), 311-321.
- Korean immigrant numbers increase (2000, January 1). The Chosun newspaper.
- Kulbok, P. A., Baldwin, J. H. (1992). From preventive health behavior th health promotion: Advancing a positive construct of health. *Advances in Nursing Science*, 14(4), 50-64.
- Kuster, A. E., & Fong, C. M. (1993). Further psychometric evaluation of the spanish language Health Promoting Lifestyle Profile. *NR*, 42(5), 266-269.
- Laffret, S. C. (1989). Assessment Arab-American health care needs. *Social Science Medicine*, 29(7), 877-883.
- Lee, E. S. (1999). Health care status of first generation Korean immigrants in New Zealand, *Journal of Korean Academy of Nursing*, 29(1), 183-195.
- Park, E. S., et al. (1998). A study of factors influencing health promoting behavior and quality of life on the elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 28(3), 638-649.
- Park, I. S. (1995). *A study of the health promoting lifestyle*. Doctoral dissertation, Pusan National University.
- Pender, N. J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in Nursing practice*, 2nd ed. Norwalk : Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. P., & Frank-Stromberg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyle in the workplace. *NR*, 39(6), 326-332.
- Singer, E., Garfinkel, R., Cohen, SM., Srole, L. (1976). Mortality and mental health: Evidence from the Midtown Manhattan restudy. *Social Science and Medicine*, 10, 517-525.
- Sohng, K. Y., Lee, S. Y. (2000). A survey on perceived health status and health promoting lifestyle patte궡 between Korean elderly and Korean-American elderly. *Journal of Korean Academy of Fundamental Nursing*, 7(3), 401-414.
- Sohng, K. Y., Yeom, H. A. (1999). An analytical study on health-promoting lifestyle patterns & associated variables of Korean immigrant elderly in Seattle. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 29(5), 1058-1071.
- Song, H. J. (1997). *Health promoting lifestyle of the Korean immigrants in the U.S.A.* master's dissertation, Catholic University.
- U.S. Department of Commerce (1993). *Statistical Abstract of the United States 1993*. 113th Edition, 18.
- Walker, S. N., Sechrist, K., & Pender, N. (1995). *HPLP II*. College of Nursing, University of Nebraska Medical Center.
- Wallace, S. P., Villa, V., Moon, A., & Lubben, J. E. (1996). Health practice of Korean Elderly people: National Health promotion priorities and minority community needs. *Family & Community Health*, 6, 29-42.
- Weitzel, M. H., & Walker, P. R. (1990). Predictive factors for health-promoting behaviors in white hispanic and black blue-collar workers. *Family and Community Health*, 13(1), 23-33.

- Abstract -

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

Park, Jeong Sook · Oh, Yun Jung***

Purpose : The purpose of this study is to identify the health promoting lifestyle of Korean immigrants and to develop the health promotion program for Korean immigrants. **Method** : The subject of the study were 207 adults chosen from Korean religious organizations located in Chicago area. The instrument used in this study was Health Promoting Lifestyle Profile(HPLP) by Walker, Sechrist & Pender(1995). The data were collected between August 1 and October 20, 2000 by using self-administered questionnaire. Analysis of data was done by using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, t-test, ANOVA, Duncan test and stepwise multiple regression with SPSS program. **Result** : 1) The average score of performance in the health promoting lifestyle 2.43 scores. In the subscales, the highest degree of performance was 'spiritual growth', following 'nutrition', 'interpersonal

relationship', 'stress management' and 'health responsibility' and the lowest degree of performance was 'physical activity'. 2) Health promoting lifestyle was significantly correlated with such demographic variables as age ($F=2.659$, $p=.049$), family income($F=4.696$, $p=.027$), subjective health status($F=3.882$, $p=.005$), the frequency of pray($F=9.442$, $p=.000$), the frequency of reading the bible($F=8.584$, $p=.000$) and years of residence in the US($F=4.273$, $p=.015$). 3) Health promoting lifestyle was significantly predicted by the frequency of pray, subjective health status, current working status, taking medication, level of education and family income. These variables explained 27.4% of variance of health promoting lifestyle. **Conclusion** : The above findings indicate that it is necessary to develop a health promotion program facilitating exercise and enhancing health responsibility for Korean immigrants. It is suggested that the comparative study to identify the differences and similarities between Korean immigrants in the U.S.A. and Korean residents in Korea.

Key words : Korean Immigrant,
Health Promotion Lifestyle

* College of Nursing, Keimyung university

** Dept. of Nursing, Keochang Provincial College