農村醫學·地域保健學會誌 : 第34券 第3號(2009年 12月)
J Agri Med & Community Health 2009:34(3):324~333

교회 기반 건강증진 사업 기획을 위한 탐색연구

박인혜, 주애란[1)]
전남대학교 간호대학 간호학과 및 전남대학교 간호과학연구소,
초당대학교 간호학과[1)]

An Exploratory Study for the Church Setting-Centered Health Promoting Program

Inhyae Park, Aeran Joo[1)]
College of Nursing & Research Institute of Nursing Science, Chonnam National University
Department of Nursing, Chodang University[1)]

= ABSTRACT =

Objectives: The purpose of this study was to examine the health promoting lifestyle(HPL) practices and to provide the baseline data for development of church setting-centered health promotion program.

Methods: For the study, 315 adults were selected from a church in G city by convenient sampling method. The data were analyzed using frequencies, ANOVA, t-test, Duncan test, and Pearson's correlation coefficient with the SPSS/PC program.

Results: The mean score on HPL was 3.3. The item of the lowest score HPL was smoking. In the mean score of knowledge, behavior, and practice on HPL, the highest score of knowledge on HPL was drinking, but the highest score of practice was smoking. On the other hand, the highest score of behavior was: exercise, nutrition, stress respectably. Analysis of HPL according to the demographic characteristics showed there was a statistically significant difference by age. Subcategories of HPL showed positive correlations statistically significant: Exercise with nutrition, stress and drinking. Nutrition with stress and drinking. Drinking with stress and smoking.

Conclusions: Based on the above findings, it is suggested to develop church setting-centered health promotion program with areas focused on management of stress, antismoking, sobriety, practice in nutrition and exercises.

Key words: Health, Adult, Church

* 접수일(2009년 9월 29일), 수정일(2009년 11월 11일), 게재확정일(2009년 11월 19일)
* 교신저자: 주애란, 전남 무안군 무안읍 419 초당대학교
전화: 061-450-1807, 팩스: 061-450-1810, E-mail: arjoo@chodang.ac.kr
* 이 논문은 2003년도 전남대학교 연구년 교수연구비 지원에 의하여 연구되었음

서 론

1986년 선언한 오타와 헌장은 건강증진의 방법 중 대중 참여의 유도, 지역 활동의 강화를 강조하고 있으며, 일본의 Active 90 Health Plan에서도 민간 활동의 도입을 제시하고 있다. 미국은 질병예방과 건강증진에 있어서 지역사회 프로그램이 건강정보의 급속한 파급을 가져올 수 있다고 판단하고 기관중심 서비스에서 벗어나 지역사회 중심의 건강서비스로 전환하고 있다[1]. 우리나라도 2006년 국민건강증진사업 추진방향에서 제시하고 있듯이 지역단위 건강증진 사업의 개발 전략 수립이 요구되고 있다. 따라서 건강증진 사업은 국민 스스로 건강생활실천을 할 수 있도록 주민의 적극적인 참여를 위한 지역사회 자원 활용을 통한 환경적, 조직적, 교육적 활동이 필요하다.

지역사회 자원이란 건강증진 사업을 제공함에 있어 지역적 범위 내에 존재하는 인적·물적·제도적·정보자원을 의미하며, 경우에 따라서는 조직의 내·외적 자원과 조직이 속한 그 지역 내의 주민들이 소유하고 있는 자원뿐만 아니라 동원하고 가용할 수 있는 모든 잠재자원까지도 포함할 수 있다[2]. 지역사회 자원 활용의 효과는 지역주민의 측면에서는 지역사회 자원 활용을 통하여 주민 자신들의 자원봉사 개념을 터득하게 되고 사업과 관련된 많은 것을 습득하게 되어 스스로 만족감과 함께 지역사회의 활력감을 일으킬 수 있는 점과, 사업주관자 측면에서는 주민 자신들의 도움으로 많은 인력, 비용, 시간을 절약할 수 있으며 사업에 대한 주민들의 이해도가 높아져서 예기치 못한 상황변화에도 쉽게 대응할 수 있을 뿐 아니라 다른 사람들에게도 참여의욕을 고취시키게 되어 탄력효과를 갖는 점이 있다[3].

같은 맥락에서, 세계보건기구의 건강도시 프로젝트는 2006년에 전 세계 약 1,000여개 지역으로 파급되어 실시되고 있는데, 이는 종래의 보건소 중심프로그램을 탈피하여 도시구성원들이 생활의 모든 기능을 수행하고, 지역사회 내 다양한 네트워크들을 활성화하도록 강조하고 있어 지역사회 자원 활용과 연계가 더욱 중요하겠다[4].

지역사회 자원 활용에 관한 선행연구들을 살펴보면, 장애인을 대상으로 한 연구[5,6], 치매노인 가족을 대상으로 한 연구[7,8], 교회 소속 지역주민을 대상으로 한 연구[9-12], 보건진료소 이용 노인을 대상으로 한 연구[13] 등이 있어 왔다. 이 중 다수의 연구들[9-12]은 교회를 활용하고 있는데, 기존의 건강증진사업이 실무와 연구에 있어서 대부분 보건소를 중심으로 공공부문에서 이루어지고 있는 반면에 교회는 지역사회 자원의 하나로써 실제 지역사회 건강증진 프로그램이 가능한 장소이다. 특히, 교회는 농어촌이나 도시에서 다양한 계층의 유아기부터 노인기까지 다수의 사람들이 접근가능하고, 효과적인 의사소통의 장으로 활용가능하며 건강증진 프로그램의 성공적인 수행이 가능한 장소로 알려져 왔다[14].

따라서, 지역사회 자원의 적극적 활용을 위해 지역사회 네트워크 중 하나인 교회 현장을 중심으로 교회 기반 건강증진 사업 기획을 위한 교회 소속 주민의 건강증진 생활양식에 관한 탐색연구를 시도하였다.

대상 및 방법

1. 대상 및 자료수집방법

본 연구는 건강증진 사업이 전략적으로 현장중심으로 접근되고 있는 실정에서 학교나 산업장 다음으로 지역사회 주민이 규칙적이면서 대규모로 모일 수 있는 교회를 중심으로 조사하였다. 연구대상자는 G시 일개 구 인구 213,321명(2004년 12월 현재) 중 20세 이상 인구 157,461명의 0.2%인 315명을 G시에 소재한 일 교회에서 편의표집 하였다. 자료수집은 2005년 10월 1일부터 12월 31일까지 조사원이 대상자의 윤리적 측면을 고려하여 대상자에게 본 연구의 목적과 설문내용 및 설문 작성 시 유의사항에 대해 설명하였고, 연구 참여에 동의한 대상자에게 구조화된 설문지를 배부한 후 자기기입식으로 기록하게 한 후 수거하였으며, 설문지 작성 시간은 30분 정도 소요되었다.

2. 조사도구

건강증진 생활양식은 Park 등[15]이 개발한 도구를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 G시 일 건강증진센터를 중심으로 운동, 영양, 스트레스, 음주, 흡연의 5개 시범 사업을 운영하고 있는 실무 내용을 기반으로 하여 간호대학 교수 3인과 사회복지과 교수 1인이 개발하여 신뢰도와 타당도를 검증한 도구이다.

기존의 건강증진 생활양식 측정도구들이 외국에서 개발·번역되어 사용되어 왔던 것과 달리 우리나라 건강증진 시범 사업 현장에 맞게 개발된 총 45문항 5점 척도 도구로 운동, 영양, 스트레스, 음주, 흡연의 5개 영역으로 구성되어 있다. 각 영역별로 지식 3문항, 태도 3문항, 실천 3문항씩이며 지식, 태도, 실천이 동일한 가중치를 갖는다. 점수가 높을수록 건강증진 생활양식 수행정도가 높음을 의미한다. 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .87이었고, 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .81이었다.

4. 자료분석

자료는 SPSS 12.0/PC를 이용하여 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율로, 건강증진 생활양식정도는 평균과 표준편차, 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식 정도는 t-test, ANOVA, Duncan test, 건강증진 생활양식의 세부 영역간 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 구하였다.

결 과

1. 대상자의 일반적 특성

조사대상자의 연령을 살펴보면 20대가 26%로 가장 많았고, 40대가 22.9%, 30대가 19.7%, 50대가 15.2%, 60대가 9.8%, 70대가 6.4% 순으로 나타났다. 성별은 여자가 52.4%, 남자가 47.6%로 여자 응답자가 더 많았다. 학력은 대졸 이상이 51.4%로 가장 많았고, 고졸이 31.4%, 중졸이 7.3%, 초졸이 7.0%, 무학이 2.9% 순이었다. 55.6%가 직업은 없었으며, 65.1%가 기혼이었다.

가구원 월 총소득은 200-299만원이 22.5%로 가장 많았고, 100만원 미만이 19.7%, 반면에 400만원 이상이 18.8%이었다. 본인을 제외한 동거가족 수는 4명 이상이 30.8%로 가장 많았고, 3명이 32.4%, 2명이 21.3%, 1명이 13.3%, 0명(혼자 거주)이 2.2% 순이었다(Table 1).

2. 건강증진 생활양식 정도

대상자의 건강증진 생활양식 정도는 평균 3.3점이었다. 스트레스 영역이 3.5점으로 가장 높았고, 영양 3.4점, 운동 3.4점, 음주 3.1점, 흡연 3.1점 순이었다(Table 2).

3. 건강증진 생활양식 영역별 지식, 태도, 실천 정도

건강증진 생활양식 영역별 지식, 태도, 실천 정도를 살펴보면, 운동 영역에서는 지식 10.4점, 태도 11.0점, 실천 8.8점으로 지식은 높은 편이나 실천 정도는 낮은 것으로 나타났다. 영양 영역에서는 지식 9.9점, 태도 11.6점, 실천 9.5점으로 태도는 높으나 지식과 실천 정도가 낮은 편이었다. 스트레스 영역에서는 지식 10.3점, 태도 10.7점, 실천 10.3점으로 거의 비슷한 편이었다. 음주 영역에서는 지식 10.4점, 태도 8.8점, 실천 8.9점으로 지식은 높은 편이나 태도와 실천 정도가 낮은 편이었다. 흡연 영역은 지식 7.6점, 태도 7.2점, 실천 12.8점으로 지식과 태도는 낮은 편이나 실천은 높은 편이었다(Table 3).

4. 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식 정도

일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식 정도에서는 연령에서만 유의한 차이를 보였다(p= .05). 대상자의 연령별 건강증진 생활양식 정도는 70대가 평균 158.1점으로 60대 이하보다 높게 나타났다(F=2.439, p= .035)(Table 4).

Table 1. General characteristics of the subject (n=315)

Characteristics		N.	%
Age(yrs.)	20-29	82	26.0
	30-39	62	19.7
	40-49	72	22.9
	50-59	48	15.2
	60-69	31	9.8
	Over 70	20	6.4
Gender	Male	150	47.6
	Female	165	52.4
Education	No school	9	2.9
	Elementary	22	7.0
	Middle school	23	7.3
	High school	99	31.4
	Over college	162	51.4
Occupation	Have	140	44.4
	Don't have	175	55.6
Marriage	Married	205	65.1
	Not married	110	34.9
Monthly income (10,000won)	Less than 100	62	19.7
	100-199	53	16.8
	200-299	71	22.5
	300-399	70	22.2
	Over 400	59	18.8
Number of family (except self)	0	7	2.2
	1	42	13.3
	2	67	21.3
	3	102	32.4
	Over 4	97	30.8

Table 2. The scores of health promoting lifestyle (n=315)

Area(N. of items)	Item mean	Total mean
	Mean±SD	Mean±SD
Exercise(9)	3.4± .5	30.2±4.8
Nutrition(9)	3.4± .5	31.0±4.8
Stress(9)	3.5± .6	31.4±5.6
Drinking(9)	3.1± .5	28.1±5.1
Smoking(9)	3.1± .6	27.6±5.3
Total(45)	3.3± .4	148.2±15.8

Table 3. Knowledge, behavior, practice of health promoting lifestyle (n=315)

Area	Division	Range	Mean±SD
Exercise	Knowledge	3.0~15.0	10.4±2.0
	Behavior	3.0~15.0	11.0±1.7
	Practice	3.0~15.0	8.8±3.0
Nutrition	Knowledge	3.0~15.0	9.9±2.2
	Behavior	3.0~15.0	11.6±2.5
	Practice	3.0~15.0	9.5±1.9
Stress	Knowledge	3.0~15.0	10.3±2.1
	Behavior	3.0~15.0	10.7±2.0
	Practice	3.0~15.0	10.3±2.5
Drinking	Knowledge	3.0~15.0	10.4±2.5
	Behavior	3.0~15.0	8.8±2.2
	Practice	3.0~15.0	8.9±2.5
Smoking	Knowledge	3.0~15.0	7.6±2.0
	Behavior	3.0~15.0	7.2±2.0
	Practice	3.0~15.0	12.8±3.6

Table 4. Health promoting lifestyle by general characteristics (n=315)

Characteristics		N.	Mean±SD	D*	t or F	*p*
Age(yrs.)	20-29	82	147.8±13.3	B	2.439	.035
	30-39	62	147.8±15.4	B		
	40-49	72	149.9±13.3	B		
	50-59	48	145.5±20.5	B		
	60-69	31	144.5±17.3	B		
	Over 70	20	158.1±16.8	A		
Gender	Male	150	147.4±16.0		0.722	.396
	Female	165	149.0±15.7			
Education	No school	9	147.8±12.4		0.495	.740
	Elementary	22	149.9±17.9			
	Middle school	23	144.8±19.5			
	High school	99	147.4±16.5			
	Over college	162	149.0±14.7			
Occupation	Have	140	149.7±15.4		2.008	.157
	Don't have	175	147.1±16.1			
Marriage	Married	205	148.7±16.9		0.485	.487
	Not married	110	147.4±13.5			
Monthly income (10,000won)	Less than 100	62	148.4±17.2		2.093	.082
	100-199	53	148.4±12.6			
	200-299	71	145.1±16.5			
	300-399	70	147.4±15.6			
	Over 400	59	152.9±15.71			
Number of family (except self)	0	7	151.6±14.6		0.312	.870
	1	42	149.8±16.3			
	2	67	147.2±17.6			
	3	102	148.7±17.0			
	Over 4	97	147.6±13.1			

*D : Duncan test

Table 5. Correlation of health promoting lifestyle (n=315)

	Exercise	Nutrition	Stress	Smoking
Nutrition	.419**			
Stress	.491**	.480**		
Smoking	.044	.011	.077	
Drinking	.165**	.176**	.234**	.207**

**p< .01

5. 건강증진 생활양식 영역간의 관계

영양과 운동은 순상관 관계(r= .419, p< .01)를, 스트레스와 운동은 순상관 관계(r= .491, p< .01)를, 음주와 운동은 순상관 관계(r= .165, p< .01)를 보여 각각 통계적으로 유의하였다. 영양과 스트레스는 순상관 관계(r= .480, p< .01)를, 영양과 음주는 순상관 관계(r= .176, p< .01)를, 스트레스와 음주는 순상관 관계(r= .234, p< .01)를, 흡연과 음주는 순상관 관계(r= .207, p< .01)를 보였으며 통계적으로도 유의하였다(Table 5).

고 찰

건강증진의 현대적 개념은 인류사회의 발전에 따른 평균수명의 연장과 노령인구의 증가, 변화된 질병양상과 관련하여 해결방안이 개인의 건강한 생활양식을 통해서 가능하며, 삶의 질을 높일 수 있다[16,17]는 데서 시작하였다.

현재까지 성인을 대상으로 진행된 건강증진 연구들은 지각된 건강상태[18,19], 생활만족[19], 자아존중감[18], 사회심리적 건강[20] 등을 변수로 하여 연구가 되어 왔으며, Walker 등[21]이 개발한 건강증진 생활양식 측정도구를 사용하여 이루어졌다. 그러나 본 연구에서는 우리나라에서 개발된 도구[15]를 사용하였기에 비교·논의를 하는데 한계가 있다. 즉, 비교·논의하는 연구들의 대다수가 Walker 등[21]이 개발한 건강증진 생활양식 측정도구를 사용하였기에 본 연구의 도구와는 다소 다른 영역과 내용이 있다는 것이다. 그러나 비교·논의하는 연구의 대상자가 모두 성인이기에 한국 성인의 건강증진 생활양식을 파악하고 비교·논의하는 데는 시사하는 바가 있다고 본다.

대상자의 건강증진 생활양식에 대한 실행 정도는 평균 3.3점이었으며, 각 영역별로는 스트레스 영역이 3.5점으로 가장 높았고, 영양, 운동 각각 3.4점, 음주, 흡연 각각 3.1점이었다. 반면에 Lee[22]의 성인을 대상으로 한 연구에서 건강증진 생활양식 실행정도는 평균 2.45점으로 본 연구보다는 낮은 점수였고, 영역별 건강증진 생활양식의 이행은 대인관계지지가 2.79점으로 가장 높았고, 자아실현 2.76, 스트레스관리 2.33, 영양 2.31, 운동 2.07, 건강책임 1.93의 순이었다. 중년여성을 대상으로 한 Youn[23]의 보고에서 건강증진 생활양식 실행정도는 평균 2.44점이었는데 영역별 건강증진 생활양식의 이행은 자아실현이 3.08점으로 가장 높았고, 영양 2.92점, 대인관계지지가 2.48점, 스트레스관리 2.35점, 운동 1.81점, 건강책임 1.79점의 순이었다. Lee와 Kim[24]의 교사들을 대상으로 한 연구에서는 건강증진 생활양식 실행정도는 평균 2.53점으로 본 연구보다 낮은 점수였고, 영역별 건강증진 생활양식의 이행은 자아실현이 2.97점으로 가장 높았으며 영양 2.90점, 대인관계가 2.53점, 스트레스관리 2.33점, 운동 1.91점, 건강책임 1.82점의 순이었다. 이러한 결과들에 비해 본 연구 대상자의 건강증진 점수가 약간 높게 나타났는데 이는 과거에 비해 오늘날 생활환경이 개선되어 건강증진 생활양식에 대한 실천이 높아진 것으로 분석되는 바, 간호사를 비롯한 건강전문가와 상담하거나 건강할 때에도 예방차원에서 미리 건강진단을 받는다는 생각이 사회에 정착되고 있다는 것을 보여주고 있다고 할 수 있겠다. 특히 건강증진 생활양식 실행정도의 전체 평균과 스트레스 영역의 실행정도가 높은 것은 사회의 웰빙에 대한 인식의 확산과 정부의 건강증진사업의 효과가

가시화되고 있은 것으로 일부 해석할 수 있겠다.

건강증진 생활양식 영역별 지식, 태도, 실천 정도를 살펴보면, 운동 영역에서는 지식 10.4점, 태도 11.0점, 실천 8.8점으로 지식은 높은 편이나 실천 정도는 낮은 것으로 나타났다. 영양 영역에서는 지식 9.9점, 태도 11.6점, 실천 9.5점으로 태도는 높으나 지식과 실천 정도가 낮은 편이었다. 스트레스 영역에서는 지식 10.3점, 태도 10.7점, 실천 10.3점으로 거의 비슷한 편이었다. 음주 영역에서는 지식 10.4점, 태도 8.8점, 실천 8.9점으로 지식은 높은 편이나 태도와 실천 정도가 낮은 편이었다. 흡연 영역은 지식 7.6점, 태도 7.2점, 실천 12.8점으로 지식과 태도는 낮은 편이나 실천은 높은 편이었다. 즉 건강증진 생활양식 영역별 지식, 태도, 실천 정도에서 운동과 영양 및 스트레스는 태도가, 음주는 지식이, 흡연은 실천이 높았다. 이와 같은 결과는 성인의 일상생활에서 건강증진 생활양식으로 운동과 영양, 스트레스 관리가 정착되어 가고 있는 것으로 보여 지며, 음주는 다양한 정보망을 통해 지식은 접하고 있으나, 생의 주기 중 활동적인 사회생활을 하는 성인기는 태도와 실천이 따라주지 못하는 것으로 해석되어 이에 대한 성인을 위한 집중적인 절주프로그램 개발 및 실시가 필요하다고 본다. 흡연은 이미 각계각층에서 금연사업이 이루어지고 있어 흡연관리에 대한 실천 점수가 가장 높게 나타난 것으로 생각할 수 있다. 그러나 흡연 영역에서 지식과 태도가 모두 7점대로 매우 낮은데 비해 실천만은 12.8점으로 매우 높게 나타나 각 사업장의 금연사업에 의한 흡연관리 실천인지, 정부의 적극적인 건강증진사업의 효과인지 영향요인을 확인할 필요가 있을 것이며 아직은 지식과 태도가 낮다는 것은 향후 금연프로그램을 시행할 때 이 영역을 더 강화해야 한다고 본다.

대상자의 일반적 특성 중에서 연령별 건강증진 생활양식 정도는 70대가 60대 이하보다 유의한 수준에서 높게 지각하였다. 이는 Walker 등[25]이 노년층이 중년층이나 청년층에 비해 건강증진행위 정도가 더 높았다고 보고한 것과 일치한 결과이다. 또한 Bausell[26]도 65세 이하인 사람보다 65세 이상인 사람이 전문가가 추천한 건강증진 행동을 더 많이 실천하고 있다고 보고하였으며, Prohaska 등[27]도 노년층(60-89세)이 청년층(20-39세)과 장년층(40-59세) 보다 에어로빅 등 격렬한 운동영역을 제외하고 건강책임, 영양, 자아실현, 대인관계, 스트레스 관리 등 다른 건강증진 생활양식 하위 영역의 실천 정도가 보다 높았음을 보고하였다. 반면에 Chun과 Kim[18]의 연구는 성인중기와 성인후기에 비해 성인초기가 건강증진 생활양식을 더 잘 실천하는 것으로 보고하여 본 연구의 결과와는 상반되었다. 이는 본 연구가 Chun과 Kim[17]의 연구보다 9년 뒤의 연구로서 우리나라가 2000년에 이미 전체인구에서 노인인구가 차지하는 비율이 7.2%로 고령화 사회를 넘어서 현재 고령사회로 가고 있는 시점으로서 노년층이 좋지 않은 건강습관은 죽음을 초래시킨다고 생각하여 건강증진 행위를 더 잘 실천하고 있는 사회상을 반영하는 것으로 보여지기 때문이다.

건강증진 생활양식의 세부 영역간 상관관계에서 운동은 영양, 스트레스, 음주와 영양은 스트레스, 음주와 음주는 스트레스, 흡연과 유의한 상관관계를 보였다. 이와 같은 결과는 건강증진 생활양식의 세부영역 실천에 있어서 영역간 서로 높은 상관관계가 있는 것으로 건강증진 생활양식의 하위 영역의 실천이 시너지 효과를 내는 것으로 풀이된다. 또한 Ellison[28]이 성인을 대상으로 한 연구에서 기도와 종교적 행사 참석 빈도수가 건강상태의 증진에 영향을 끼친다고 보고하였는데, 종교인이 건강증진 행위 개선을 높임으로서 스스로의 건강상태 증진을 기대해 볼 수 있다는 점과 부분적으로 일치한다.

한편, 본 연구의 방법 및 대상자 면에서 연구가 시행되었던 장소인 교회는 기존 연구들[10,11]에서도 건강증진을 위한 최적의 장소로 활용되고 있었다. Campbell 등[10]은 미국의 50개 교회에 지역사회 기반 건강증진 프로그램을 실시하였는데 아프리카계 미국인을 개인적, 사회적, 지역사회 수준으로 나누어 진행하였고, 그 결과, 교회 기반 건강증진 사업이 성공적으로 수행되었다고 보고하였다. 즉, 교회는 많은 수의 대상자에게 접근이 가능하고, 효과적인 의사소통의 장으로서 건강증진 프로그램의 성공적인 전달 수행이 가능한 장소로

보여 지고 있다[12,29]. 또한, 우리나라는 도시와 농·어촌지역까지 교회가 많이 분포되어 있어 지역사회 현장인 교회에서 주민 스스로가 자신들의 건강 문제를 인식하고, 그 해결을 위해 우선순위를 설정하고 자신들의 지역사회 자원 활용을 통한 건강증진 사업 프로그램에 참여할 수 있다면 그 효과는 매우 크고 효과적일 것으로 사료된다.

특히, 우리나라의 기존 건강증진사업이 학교나 보건소 중심의 공공기관 중심으로 진행되어왔는데 본 연구의 결과는 교회와 같은 지역사회 현장에서 지역주민의 건강 위협요인들을 찾아내고, 건강증진 욕구를 결집시켜 지역사회가 과도한 의료비부담을 지지 않도록 하는 실질적인 연계 구축을 위한 기본자료로 활용할 수 있겠다.

그러나, 본 연구는 다음과 같은 한계 및 제한점을 가지고 있다. 대상자를 일 교회에서 편의추출 하였으므로 결과를 일반화하기에는 무리가 있으며, 객관적 비교를 위하여 일반적 특성과 함께 교회 관련 특성을 추가하여 다양한 규모의 교회에 대한 비교 연구도 필요하다. 아울러 교회 기반뿐만 아니라, 타종교 기관과의 건강증진 사업 기획을 위한 연구도 지속적으로 필요한 것으로 생각되어진다.

요 약

본 연구는 우리나라 성인의 건강증진 생활양식을 파악하여 지역사회 자원 활용을 통한 현장중심 건강증진사업을 위한 기초조사의 일환으로 시도하였다. 자료는 2005년 10월 1일부터 12월 31일까지 G시에 소재한 일 교회 소속 성인 중 편의표집법으로 성인 315명을 선정하여 Park 등[15]의 건강증진 생활양식 측정도구를 이용하여 수집하였다.

수집된 자료는 SPSS/PC 프로그램을 이용하여 일반적 특성은 빈도와 백분율을, 건강증진 생활양식 정도는 평균과 표준편차를 산출하였으며, 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식 정도는 t-test, ANOVA, Duncan test로, 건강증진 생활양식의 세부 영역간 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

(1) 건강증진 생활양식에서 스트레스 영역 점수가 가장 높았고, 흡연 영역 점수가 가장 낮았다.

(2) 건강증진 생활양식 영역별 지식, 태도, 실천 정도에서 운동과 영양 및 스트레스는 태도가, 음주는 지식이, 흡연은 실천이 높았다.

(3) 대상자의 일반적 특성 중에서 연령별 건강증진 생활양식 정도는 70대가 60대 이하보다 유의한 수준에서 높게 지각하였다.

(4) 건강증진 생활양식의 세부 영역간 상관관계에서 운동은 영양, 스트레스, 음주와 영양은 스트레스, 음주와 음주는 스트레스, 흡연과 유의한 상관관계를 보였다.

본 연구는 일 교회의 성인에 국한하여 조사된 한계가 있으므로 다양한 규모의 교회와 타종교 기관의 성인을 대상으로 한 반복연구가 필요하며, 본 연구의 결과 건강증진 사업 기획에는 영역별로 스트레스 관리 강화, 흡연 관련 지식과 태도 교육, 음주 관련 태도와 실천 교육, 영양 관련 지식과 실천 교육, 운동 관련 실천 교육 내용이 포함되어야 함을 제언한다.

참고문헌

1. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. In Choi MA, Lee IS(Eds.), Health promotion in nursing practice. Hyunmoonsa, Seoul, 1997
2. Kim JY. A study on a school social work model development centered on community -linked resources, Unpublished master's thesis, Pusan University, Pusan, 2001
3. Kim ES. A study on the citizen participation and utility of community resource. The workshop of health improvement based public health centers. Ministry for health welfare and family affairs, Seoul, 2000
4. Kim GS. A study on activation plan for health improvement project of national

health insurance corporation. Unpublished master's thesis, Daegu University, Kyungbuk, 2007

5. Jang ST. An study on methods for connecting community resources to in-house welfare services of disabled people welfare centers. Unpublished master's thesis, Daegu University, Kyungbuk, 2003
6. Kim GS. A study on the using of community resources of independent living for a disabled person with the spinal cord injury. Unpublished master's thesis, Hanil University & Presbyterian Theological Seminary, Jeonbuk, 2004
7. Yang ES. An study on the applications of community resources to reduce sustance burden of the family stricken with senile dementia. Unpublished master's thesis, Daegu University, Kyungbuk. 2004
8. Kim EY. A study on the relationship between the resilience of supporting senior with the dementia and the using of community resources. Unpublished master's thesis, Seoul Women's University, Seoul, 2008
9. Joo AR. The effect of the empowerment education program for prevention of internet games addiction in middle school students. Unpublished doctoral dissertation. Chonnam National University, Gwangju, 2006
10. Campbell MK, Motsinger BM. Jewell D, Makarushka C, Beatty B, McClelland J, Demessie S, Demar-Wahnefried W. The north carolina black churches united for better health project : Intervention and process evaluation. *Health Education Behavioral* 2000; 27(2):241-253
11. Mittlemark M, Hunt MK, Heath GW, Schmid TL. Realistic outcomes : Lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular disease. *Journal of Public Health Policy* 1993;14(4):437-462
12. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice(4th Ed.). New Jersey; Prentice Hall, 2002;299-301
13. Eun Y, Woo SH, Kim ES, Kim HS. The effects of a calligraphy and exercise program on Korean elders' self-esteem, stress, quality of life and physical health. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing* 2008;19(1):76-87(Korean)
14. Joo AR, Jung IK, Park IH, Jeong YJ. Effects of the prevention program on internet games addiction in middle school students. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing* 2006;17(3):354-363 (Korean)
15. Park IH, Choi IH, Joo AR, Kim YK. The survey of health promotion life style. Health improvement based Namgu public health centers & The research institute of nursing science of Chonnam National university, Gwangju. 2005
16. Burton LC, Steinwachs DM, German PS. Preventive services for the elderly : would coverage affect utilization and costs under medicare? *American Journal of Public Health* 1995;85:378-391
17. Palank CL. Determinants of health-promotive behavior : a review of current research. *Nursing Clinics of North America* 1991;26(4):815-832
18. Chun CJ. Kim YH. correlational study of health promoting life styles, self-esteem and perceived health status of adulthood, *Journal of Korean Academy of Adult Nursing* 1996;*8*(1):41-54(Korean)
19. Kim KB. Jeon EY. The Impact of Perceived Health Condition and Practiced Health Promotion Life Style on the Satisfaction of Life in Adult. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing* 1998;10(3):548-558(Korean)

20. Ryu EJ, Kwon YM, Lee KS. A study on pshychosocial well-being and health promoting lifestyle practices of university students. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion* 2001;18(1):49-60 (Korean)
21. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting life style profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research* 1987;36(2):76-81
22. Lee EJ. A study on the influencing factors in health promoting lifestyles of adults. *Journal of Industrial Science Institute* 1999;1:41-54(Korean)
23. Youn EJ. A study on health promotion life style of mid-life women. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion* 2000;17(1):41-59(Korean)
24. Lee GN, Kim SR. A study on health promotion life style of teachers in Chung cheongbuk-do. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing* 1998;9(1): 30-39(Korean)
25. Walker SN, Volkan K, Sechrist KP, Pender NJ. Health-promoting life styles of older adults : comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advanced in Nursing Science* 1988;11(1):76-90
26. Bausell RB. Health-seeking behavior among the elderly. *Gerontologist* 1986;26:556-559
27. Prohaska TR, Leventhal EA, Leventhal H. Health practices and illness cognition in young, middle aged, and elderly adults. *Journal of Gerontology* 1985;40:569-578
28. Ellison CG. Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health & Social Behavior* 1991;32:80-99
29. Ryu HS. A study on the plan of the management of church volunteer program for the community welfare. Unpublished master's thesis, Seoul Women's University, Seoul, 2003