

필리핀거주 한국인의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인*

최 순 희**

I. 서 론

과거 어느 때보다도 국제적인 인구이동이 격심한 시대속에서 이민자들은 그들의 환경 및 생활양식에 많은 변화가 초래되어 건강위험요인의 증가와 아울러 새로운 환경에 적응하는 과정에서 받아들인 스트레스로 인해 발생하는 많은 건강문제를 경험하게 된다(Hull, 1979). 그러나 이민자들은 의사소통능력과 의료정보의 부족, 의료보험 수혜범위의 제한 등으로 전문의료인의 지속적인 건강관리를 받지못하고 있을 뿐만 아니라 의료요원들 역시 그들과의 의사소통장애나 그들의 건강신념 및 건강행위실천에 대한 문화적인 차이때문에 건강관련문제를 파악하지 못하고 있는 실정이다(Estrada & Ray, 1990; Marks, Garcia & Solis, 1990).

오늘날의 건강개념이 질병치료위주에서 건강유지, 증진으로 전환되고 건강관리도 건강증진의 방향으로 나아가고 있는 현 시점에서 이민자들의 상당수가 산전관리, 일반적 신체검진 등의 질병예방과 건강증진 측면의 일차적인 건강관리를 제공받지 못하고 있으며(Juarbe, 1995), 그 지역의 다른 주민들보다 비교적 더 높은 이환율과 사망율을 나타내고 있기때문에

(Heckler, 1985) 이민자에게 평등한 건강관리를 제공하기 위해서는 먼저 그들의 건강행위실천과 신념에 대한 정보부족에 특별한 관심을 기울여야 한다.

건강증진은 건강한 생활양식을 향상시키기 위해 개인적으로나 지역사회의 활동을 통해서 안녕수준을 높이고 자아실현, 개인적 만족감을 유지하거나 높이는 방향으로 이끄는 활동이다(Pender, 1982). 올바른 생활양식이 건강에 기여하는 비중이 60%이상을 차지한 바와 같이(Lalonde report; 1974) 건강관리 사업의 목표를 생활양식의 변화에 중점을 두어야 한다고 보며, 질병예방과 건강증진의 기본이 되는 중요한 부분이다.

사람들이 최상의 건강수준에 도달할 수 있는 가능성은 건강생활양식의 선택에 의해 크게 좌우되는데 개인의 생활양식의 선택은 개인적 특성뿐만 아니라 사회, 문화, 정치 및 물리적 환경이라는 테두리안에서 이루어지므로 이민자들의 건강증진을 위해서는 그들의 건강능력향상을 방해하거나 유지, 증진할 수 있는 요인들을 파악하여 사전에 예방하거나 적절한 조치를 취함으로써 삶의 질을 높여야 한다.

최근 건강관리요원들은 소외받고 있는 대상자의 건강관리와 건강증진을 저해하는 사회적, 정치적, 문

* 본 연구는 1997년 전남대학교 연구년 교수 연구비지원에 의해 수행됨

** 전남대학교 의과대학 간호학과

화적 요인에 대해 많은 관심을 갖기 시작했으나 (Juarbe, 1995) 지금까지 연구된 이민자들의 건강 증진행위인 생활양식에 관한 조사들은 미국내 소수 민족들을 대상으로 한 소수의 연구들(김과 송, 1997; Ahijevych & Bernhard, 1994; Duffy, Rossow & Hernandez, 1996; Kerr & Ritchey, 1990; Walker, Kerr, Pender & Sechrist, 1990; Weitzel & Waller, 1990)에 불과하여 이민자들의 건강증진에 관련된 정보가 매우 부족한 실정이다. 게다가 미국 이민자들의 생활양식수행도 미국성인들보다 저조한 것으로 나타났으므로 이들이 건강한 생활양식을 성취하도록 돕는데 있어서 문화적으로 그들 요구에 합당한 건강증진 중재들을 개발하기 위해서는 그들의 사회 문화적 측면이 고려된 건강증진 생활양식과 이에 영향을 미치는 요인을 확인해야 할 필요가 있다.

따라서 저자는 필리핀의 사회 문화적 맥락안에서 한국인들의 건강증진 생활양식수행도를 파악하며, Pender 모형(1996)을 기반으로 해서 선택한 생물학적 요인(연령, 성별), 심리적 요인(건강상태지각), 사회 문화적 요인(교육, 사회경제적 상태) 그리고 행위특정적 인지요인으로 자기효능, 대인관계 영향(사회적 지지) 및 상황적 영향(의료이용장애인지) 변인들을 중심으로 건강증진 생활양식의 영향요인을 규명함으로써 그들 생활양식의 이해를 돕고, 보다 바람직한 방향으로의 변화를 돕는 효과적인 건강증진프로그램개발에 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

- 1) 대상자의 건강증진 생활양식 수행정도를 파악한다.
- 2) 건강증진 생활양식수행과 예측변인들간의 상관관계를 파악한다.
- 3) 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 변인을 확인한다.

3. 용어 정의

- 1) 건강상태지각 : 현재의 건강상태를 주관적으로

평가한 것을 의미하며, Lowston, Moss, Fulcomer and Kleban(1982)이 개발한 건강상태 자가평가도구로 측정된 점수를 말한다.

- 2) 자기효능 : 특정한 목표를 달성하는데 필요한 행위를 성공적으로 수행할 수 있는 개인의 자신감을 의미하며(Bandura, 1977), Sherer and Maddux(1982)의 일반적 자기효능척도로 측정된 점수를 말한다.
- 3) 사회적 지지 : 개인이 지각한 배우자, 가족, 친구, 이웃 등과의 대인관계적인 상호작용을 의미하며, 서(1988)의 대인관계적 지지의 지각척도로 측정된 점수를 말한다.
- 4) 의료이용장애인지 : 대상자가 의료서비스 이용시의 어려움을 지각하는 것을 의미하며, 의료이용시 인지된 장애요인에 관한 도구로 측정된 점수를 말한다.
- 5) 건강증진 생활양식 : 더 높은 수준의 건강을 위하여 능동적으로 환경에 반응하며, 안녕 수준 뿐 아니라 자아실현, 자기성취를 증진시키기 위한 행위를 의미하며, Walker et al.(1987)이 개발한 건강증진 생활양식 도구로 측정된 점수를 말한다.

II. 문헌 고찰

건강증진은 최적의 안녕, 자아실현 및 개인적 만족감을 유지하거나 높이기 위해서 개인적으로나 집단으로 취하는 활동으로서 규칙적인 운동, 여가활동, 휴식, 적절한 영양, 스트레스감소 활동 및 사회적 지지체계의 개발이 있다(Boyle, 1989; Duffy, 1988).

Walker, Sechrist and pender(1987)는 건강증진행위를 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인적 지지, 스트레스관리와 같은 6영역으로 구성된 건강증진 생활양식으로 주장하면서 측정도구(Health-PromotingLifestyle Profile(HPLP))를 만들었으며, 생활양식을 개인의 안녕수준, 자아실현 및 만족감을 유지하거나 높이기 위한 다차원적인 자기주도적 행동과 인지패턴으로 정의하였다. 생활양식은 또한 환경적인 영향에 반응하고 유용한 선택권과 사회

경제적 상황에 따라 개발된 패턴으로 정의(Milio, 1986)되고 있으므로 이는 행위에 대한 개인적인 책임뿐만 아니라 사회문화적 맥락에 초점을 두고 논해야 한다.

Pender(1996)의 건강증진모형은 모든 건강증진 생활양식뿐만 아니라 특정한 행위를 예측하는 것을 목표로 하는 연구를 위한 하나의 틀로서 건강증진행위의 영향요인을 규명하고 이를 조절할수 있는 간호중재의 기틀을 제시하고 있다. 이 모형은 개인적 특성과 경험(이전의 연관된 행위, 개인적인 생물학적, 심리적 및 사회문화적 요인), 행위특정적 인지와 감정(유익성인지, 장애성인지, 자기효능인지, 행위관련 감정, 대인적인 영향, 상황적인 영향), 행위계획에 대한 공약 및 즉각적인 경쟁적 요구와 선호도와 같은 변수들로 구성되어 있다.

본 연구에서는 Walker, et al.(1987)이 제시한 건강증진 생활양식 6가지 영역과 이에 영향을 미치는 요인에 관해 일반인을 대상으로한 결과들을 이민자와 비이민자로 나누어 고찰해 보고자 한다.

1. 이민자의 건강증진 생활양식

Kerr and Ritchey(1990)는 62명의 멕시코계 미 근로자들의 자아실현과 대인관계 점수가 가장 높고, 건강책임과 운동이 낮다고 하였다.

Walker, et al.(1990)는 Hispanics 485명의 HPLP 평점이 2.46이며, 자아실현(2.9)이 높고 건강책임(2.0)과 운동(2.1)이 낮다고 했다.

Weitzel and Waller(1990)는 35명 아프리카계 미근로자의 HPLP평점이 2.59였으며, 자아실현(3.2)이 높고 건강책임(2.1)이 낮았으며, 자기효능, 수입, 건강가치가 예측요인이었다고 했다

Kuster and Fong(1993)은 Spanish HPLP의 총점과 하위영역 점수들이 연령, 교육, 수입, 미국내 거주기간 및 지각된 건강상태와 순상관이었으며, 나이든 자가 자아성취, 건강책임, 스트레스관리 및 영양 행위에 더 많이 참여하였고, 기혼자가 미혼자보다 운동영역은 더 낮았고 영양영역은 더 높았다고 하였다.

Ahijevych and Bernhard(1994)는 미국내

African여성 흡연자 187명의 HPLP평점이 2.55점이며, 자아실현(2.89)과 대인관계(2.90)가 가장 높았고, 운동(1.95점)이 가장 낮았다고 하였다. HPLP점수는 연령, 교육수준, 수입, 진단유무 및 직업유무와는 순상관을, 18세미만의 자녀수는 역상관으로 인구사회학적 변수들이 유의한 낮은 상관을 나타냈으며 결혼상태는 무관계로 나타났다. 유의한 예측요인은 수입, 진단유무, 고용상태로 나타났다.

Duffy, et al.(1996)은 멕시코계 미여성 건강관리요원 397명의 HPLP평점은 2.65였고, 자아실현(3.1)이 가장 높았으며, 운동(1.9)이 가장 낮았고, 연령, 교육, 자기효능, 건강통제위, 건강상태지각이 모든 영역들에 유의한 기여를 했다고 하였다.

김과 송(1997)은 미국이민 한국인의 HPLP평점은 2.54점이었고, 자아실현(3.07)이 높고, 운동(1.74)이 낮다고 했다. HPLP점수는 연령, 교육정도, 수입, 거주기간, 의료보험가입여부, 건강문제 유무에 따라 유의한 차이가 있었고, 의보가입군이나 건강문제없는 군이 더 높았다. 연령과 의보가입여부가 예측요인이었고 건강상태지각은 관계가 없었다. 이은숙(1999)은 뉴질랜드이민 일세대 한국인의 HPLP평점이 2.16이었고, 자아실현(2.57)이 높은 반면에 건강책임(1.59)이 낮았다고 하였다. 영양영역은 연령따라, 건강책임영역은 교육수준에 따라 유의한 차이가 있었다.

상기한 바와 같이 이민자들의 HPLP를 파악한 연구들은 주로 미국내에서 이루어졌으며, 이민자의 HPLP평점(2.46-2.65)이 Walker, Volkan, Sechrist and Pender(1988)의 미국성인(2.73)보다 더 낮았고, 유의한 예측요인은 연구마다 측정변수가 다양해서 결과들에 일관성이 없었으나 연령, 교육수준, 수입, 진단유무, 직업유무, 의보가입여부, 자기효능 및 건강상태지각이었다.

2. 비이민자의 건강증진 생활양식

Walker, et al.(1988)은 452명 성인의 HPLP 평점이 2.73였으며, 자아실현(3.15)이 높았고 운동(2.23)과 건강책임(2.25)이 낮았다고 했다. 예측요인은 연령, 교육, 성별, 수입이었으며, 자아성취영역

은 교육, 연령, 수입, 건강책임은 연령, 성별, 수입, 운동은 수입과 성별, 영양은 연령, 교육, 성별, 결혼 상태, 고용여부, 대인적 지지는 성별과 교육, 스트레스 관리는 연령과 교육이었다.

Duffy(1988)는 262명 중년여성의 건강상태지각 점수가 높을수록 자아실현, 영양, 운동 및 대인관계에 높은 점수를 나타냈고, 또한 고연령, 건강상태지각 점수가 낮을 수록 건강책임, 영양, 스트레스 조절에 높은 점수를 나타냈으며, 우연통제위, 자아존중감, 현 건강상태, 고학력, 내적통제위가 예측요인이었다고 하였다.

Weitzel(1989)은 179명 근로자의 HPLP예측요인이 건강상태지각, 자기효능, 건강가치, 교육이었으며, 자아실현영역은 자기효능과 건강상태지각, 영양은 연령, 건강상태지각, 교육, 연봉, 운동이나 건강책임은 건강상태지각과 연령, 스트레스 관리는 자기효능과 건강상태지각, 대인관계는 자기효능, 성별, 교육으로 나타났다고 하였다.

Speake, Cowart and Pellet(1989)은 노인 287명의 HPLP 평점이 2.99이었으며, 건강상태지각과 건강통제위가 예측요인이었고, 교육만이 건강책임영역의 예측요인이었다고 하였다.

Riffle, Yoho and Sams(1989)는 55세이상인 113명의 HPLP평점이 2.82이었고, HPLP점수는 사회적 지지, 자가보고한 건강, 교육과 순상관이었고, 교육수준이 더 높은 자가 자아성취와 건강책임영역에서 더 높은 점수를 나타냈으며, 연령은 건강책임이나 운동영역과 역상관이었다고 하였다.

Pender, Walker, Sechrist and Frank(1990)는 회사 건강증진 프로그램에 등록된 589명의 HPLP 평점이 2.82점이며, 안녕 건강개념, 건강상태지각, 타인의존 통제위, 자기효능, 고연령, 여자, 장기간의 운동이 예측요인이었다고 하였다.

Gillis(1994)는 청년기 여성 184명의 HPLP 예측요인은 건강정의, 자기효능, 건강상태지각, 민족성이었다고 하였다.

Padula(1997)은 59쌍 노인들의 건강증진 행위의 예측요인이 부부관계의 질, 건강상태지각, 교육, 내적 통제위, 사회적 지지였다고 하였다.

표(1992)는 노인들의 건강증진 행위가 연령, 성

별, 결혼상태, 교육수준, 용돈액수, 동거현황, 직업유무에 따라 유의한 차이가 있다고 보고하였으며, 박(1994)은 대학생 1,159명의 건강상태 지각이 HPLP점수의 가장 중요한 예측요인이었다고 하였다.

서(1995)는 254명 중년여성의 HPLP평점이 2.47이며, 건강상태지각은 건강책임영역을 제외한 모든 영역과 순상관이었고, HPLP예측요인은 사회적 지지, 자기효능, 강인성이라고 하였다.

박(1995)은 417명의 중년후기여성의 HPLP평점이 3.27이며, 가족기능, 내적 통제위, 자기효능, 교육정도의 순으로 HPLP에 유의한 영향을 미쳤다고 하였다. 이, 박 및 박(1996)은 863명 중년여성의 HPLP평점이 2.34이며, 예측요인은 자기효능감, 내적 통제위, 건강상태지각, 연령, 학력이라고 하였다.

이(1997)는 92명 대학생의 HPLP점수는 연령, 성별 등 일반적 특성과 관계가 없었고 자기효능감은 순상관이었으며, 자아실현영역은 건강상태지각, 나머지 5영역들은 자기효능감과 상관이 있었다고 하였다. 자기효능감이 예측요인으로 30.5%설명하였다.

전과 김(1996)은 553명 성인(17세이상)의 HPLP평점이 2.57점이고 자아실현(2.73), 대인관계(2.72), 영양(2.71)이 거의 유사한 점수로 높았고, 운동(1.98)이 가장 낮았으며, HPLP점수는 자존감, 건강상태지각, 교육정도 및 월수입이 높을수록 그리고 나이가 적을수록, 남성이, 미혼자가 유의하게 더 높았다고 하였다. 유의한 예측요인은 연령, 자존감, 교육수준, 성별, 월수입으로 나타났다.

임(1997)은 건강증진 생활양식에 가장 영향력있는 변인이 내적 건강통제위, 자기효능감, 사회적 지지라고 하였다

박 등(1998)은 571명 노인의 HPLP점수는 성별, 연령, 결혼상태, 교육정도, 종교, 경제수준, 월 용돈에 따라 유의한 차이가 있었으며, 삶의 질, 내적 통제위, 건강개념, 자기효능감, 자아존중감이 예측요인이었다고 하였다. 송, 이 및 안(1997)은 노인 98명의 HPLP점수가 교육정도, 용돈, 종교에 따라 유의한 차이가 있었으나 연령, 성별, 배우자유무에 따라서는 차이가 없었으며, 예측요인은 자기투입성, 자기효능감, 월평균 용돈였다고 하였다.

구와 은(1998)은 20-70대 성인 300명의 HPLP

평점이 2.50이며, 영양(3.16)이 가장 높았고 스트레스관리(2.15)와 건강책임(2.14)이 유사하게 낮다고 하였으며, 은과 구(1999)은 162명 노인의 교육, 경제상태, 종교, 건강상태지각이 HPLP점수와 상관이 있었고, 예측요인은 교육, 건강상태지각, 경제상태라고 하였다.

이, 소 및 최(1999)은 18세이상 1080명 여성들의 HPLP점수의 예측요인이 자기효능, 건강관심, 가족지지였다고 하였다.

종합해 보면 국내, 외에서 이루어진 HPLP조사는 대부분 17-18세이상의 성인, 중년여성, 청년기 여성, 대학생, 노인을 대상으로 이루어졌으며, 모든 대상에서 한국인이 외국인보다 HPLP점수가 낮은 경향이었고, Pender모형내 변수를 부분적으로 검증하는 연구들이었으므로 전 변수를 검증하는 연구가 이루어져야 할 것이다.

III. 연구 방법

1. 연구대상 및 자료수집 방법

본 대상자는 필리핀 마닐라에 6개월 이상 거주하고 있는 18세 이상의 성인 남녀 중 현재 HPLP를 실천하는데 지장을 주는 다른 질환이 없으며, 연구에의 참여를 허락하고 설문지의 내용을 이해할 수 있는 자로 하였다. 자료수집은 1998년 2월 1일부터 3월 29일까지 연구자와 연구보조원이 종교단체나 가정을 방문하여 연구의 취지를 설명하고 연구의 참여에 동의를 받은 후 설문지 120부를 배부하여 응답케 하였으며, 이중 응답이 불성실한 20부를 제외한 100부를 분석에 사용하였다

2. 연구 도구

1) 건강상태 지각

건강상태 지각은 Lowston, et al.(1982)이 개발한 4문항의 건강상태 자가평가도구를 번안하여 이중 현재의 전반적인 건강상태 지각, 현재의 건강상태를 3년전의 상태와 비교, 동일 연령층의 사람과

건강상태비교의 3문항인 5점척도로 측정하였다. 점수범위는 5-15점으로 점수가 높을수록 건강상태지각이 양호함을 의미한다.

2) 자기효능

자기효능은 Sherer and Maddux(1982)가 개발한 일반적 자기효능도구를 오(1994)가 번안한 10문항으로 측정하였다. 점수범위는 100-1000점으로 점수가 높을수록 자기효능이 높다는 것을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's Alpha = .93이었다.

3) 사회적 지지

사회적 지지는 서(1988)가 번역수정한 대인관계 지지 지각척도인 총 18문항의 4점척도로 측정하였다. 점수범위는 18-72점으로 점수가 높을수록 사회적 지지정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's Alpha = .91이었다.

4) 의료이용장애인지

대상자가 의료서비스를 이용시 느끼는 장애요인에 대해 연구자가 문헌상을 참고하여 작성한 10문항으로 측정하였으며, 점수범위는 0-10점으로 점수가 많을수록 장애인지정도가 많음을 의미한다.

5) 건강증진 생활양식

건강증진 생활양식은 Walker, et al.(1987)이 개발한 Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP) 48문항 4점척도로 측정하였다. 점수범위는 48-192점으로 점수가 많을수록 생활양식 실천정도가 높은 것이다. 본 연구에서는 Cronbach's Alpha = .86이었다.

3. 자료 분석

본 연구의 자료분석은 SAS를 이용하여 전산처리하였으며 대상자의 인구사회학적 특성별 HPLP의 비교는 t-test 와 ANOVA를 이용하였고 연구변인과 HPLP의 관계는 Pearson's correlation coefficients를 이용하였으며, HPLP에 영향을 미치는 예측요인을 확인하기 위해 Stepwise multiple

regression을 이용하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령은 평균 34.8세였으며, 30세미만이 40%로 가장 많았고, 그 다음은 40대(26%)와 30대(23%)가 비슷한 분포였다. 남자 혹은 기혼자가 각각 56%로 과반수이상을 차지하였으며, 종교를 가진 자가 84%였다. 학력은 대졸이 53%로 가장 많았고 고졸이 44%였다. 직업이 없는 자가 54%였고 월수입은 200만원 이상이 과반수이상(57%)을 차지하였으며, 거주기간은 평균 48.78개월로 4년이상이었다.

2. 연구변인의 서술적 통계

대상자의 건강상태지각은 최소 3점, 최대 15점으로 평균 9.27점이었고, 자기효능은 최소 179점, 최대 972점으로 평균 689.65점이었다. 사회적 지지는 최소 18점, 최고 71점으로 평균 49.30점이었고, 의료이용 장애인지는 평균 2.31점이었다.

3. 건강증진 생활양식수행정도

HPLP 수행정도는 평균 117.23점이었고 항목별 평균은 2.44점이었다. 하위영역별 평점은 자아실현(2.98)과 대인관계(2.58)가 높은 점수를 나타냈고

운동 및 휴식(1.97)과 건강책임(1.83)이 낮은 점수를 나타냈다(표 1).

3. 일반적 특성과 건강증진생활양식의 관계

일반적 특성중 연령만이 HPLP 수행도와 낮은 순상관($r=.19, p=.046$)을 나타냈다.

일반적 특성과 하위영역별 수행정도간의 관계를 보면 건강책임영역은 기혼군이 미혼군보다 더 높은 점수를 나타냈으며($t=-2.26, p=.02$), 또한 연령($r=.40, p=.00$), 가족수($r=.21, p=.02$) 및 거주기간($r=.20, p=.03$)이 많을 수록 건강책임점수가 높았고, 운동 및 휴식영역은 남자가 여자보다($t=2.25, p=.02$), 미혼군이 기혼군보다($t=2.34, p=.02$) 더 높은 점수였다. 영양영역은 기혼군이 미혼군보다 더 높은 점수를 나타냈으며($t=-2.42, p=.01$), 또한 연령($r=.37, p=.00$)이나 거주기간($r=.20, p=.04$)과 순상관을 나타냈다.

4. 연구변인과 건강증진 생활양식수행의 관계

HPLP 수행정도는 자기효능($r=.52$), 사회적 지지($r=.39$) 및 건강상태인지($r=.27$)와 각각 순상관을 나타냈고 의료이용장애인지와는 역상관($r=-.20$)을 나타냈다(표 2).

영역별 수행정도와 유의한 상관($p<.05$)을 나타낸 연구변인들을 보면 자아실현과 운동 및 휴식영역은 모두 의료이용장애인지와는 역상관을, 건강상태인지, 자기효능 및 사회적 지지와는 각각 순상관을 나타냈다. 대인관계와 스트레스 관리영역은 모두 건강상태

<표 1> 건강증진 생활양식수행정도

영역	척도 범위	최 소	최 대	평균(표준편차)	평점(표준편차)
자아실현	13- 52	16	52	38.84(7.32)	2.98(.56)
건강책임	10- 40	10	40	18.34(6.15)	1.83(.61)
운동 및 휴식	5- 20	5	18	9.89(2.79)	1.97(.55)
영양	7- 28	7	28	17.24(4.81)	2.46(.68)
대인관계	6- 24	9	24	15.52(3.01)	2.58(.50)
스트레스관리	7- 28	8	28	17.40(4.34)	2.48(.62)
총 합	48-192	73	175	117.23(20.06)	2.44(.41)

〈표 2〉 연구변인과 건강증진 생활양식의 관계

영역	의료이용장애 r(p)	건강상태지각 r(p)	자기효능 r(p)	사회적지지 r(P)
자아실현	-.30(.002)	.28(.004)	.59(.0001)	.47(.0001)
건강책임	.03(.706)	.09(.359)	.23(.019)	.09(.338)
운동 및 휴식	-.28(.004)	.32(.0009)	.33(.0006)	.34(.0004)
영양	-.05(.562)	.08(.396)	.29(.003)	.13(.176)
대인관계	-.13(.192)	.24(.012)	.32(.001)	.36(.0002)
스트레스 관리	-.14(.155)	.19(.046)	.30(.002)	.27(.005)
총 합	-.20(.042)	.27(.005)	.52(.0001)	.39(.0001)

인지, 자기효능 및 사회적 지지와는 각각 순상관을 나타냈다. 건강책임영역은 의료이용횟수와 자기효능과 각각 순상관을 나타냈고 영양영역은 자기효능과 순상관을 나타냈다.

5. 건강증진 생활양식 수행의 예측요인

HPLP 수행도와 유의한 관계가 있었던 변인들 즉 연령, 의료이용장애인지, 건강상태지각, 자기효능 및 사회적 지지를 다단계 회귀분석을 한 결과 자기효능, 사회적 지지, 연령, 건강상태지각이 유의한 예측변인으로 나타나 HPLP 총변량의 40.7%를 설명하였다(표 3).

〈표 3〉 건강증진 생활양식수행의 예측요인

변인	R ²	β	F	P
자기효능	.272	.05	36.66	.0001
사회적지지	.325	.50	7.54	.007
연령	.378	.40	8.15	.005
건강상태인지	.407	1.37	4.64	.033

영역별 수행도와 유의한 관계가 있었던 변인들을 중심으로 다단계 회귀분석을 한 결과 자아실현영역은 자기효능, 사회적 지지, 의료이용장애인지에 의해 46.3%, 건강책임영역은 연령, 자기효능, 건강상태지각, 거주기간에 의해 39.7%, 운동 및 휴식영역은 사회적 지지, 성별, 건강상태지각에 의해 24.8%, 영양영역은 연령과 자기효능에 의해 22.0%, 대인관계영역은 사회적 지지와 자기효능

에 의해 17.7%, 스트레스관리영역은 자기효능과 사회적 지지에 의해 12.4%가 각각 설명되었다. 자기효능은 운동 및 휴식영역을 제외한 모든 영역에서, 사회적 지지는 건강책임과 영양영역을 제외한 모든 영역에서 주요 예측요인으로 나타났다(표 4).

〈표 4〉 영역별 건강증진 생활양식수행의 예측요인

영역	변인	R ²	F	P
자아실현	자기효능	.358	54.53	.0001
	사회적지지	.437	13.70	.0004
	의료이용장애	.463	4.60	.0345
건강책임	연령	.162	18.90	.0001
	자기효능	.311	16.62	.0001
	건강상태인지	.372	9.17	.003
	거주기간	.397	3.95	.049
운동 및 휴식	사회적지지	.120	13.38	.0004
	성별	.183	7.43	.007
	건강상태인지	.248	8.30	.004
영양	연령	.139	15.78	.0001
	자기효능	.220	10.12	.002
대인관계	사회적지지	.136	15.47	.0002
	자기효능	.177	4.84	.030
스트레스관리	자기효능	.092	9.94	.002
	사회적지지	.124	3.51	.063

V. 논 의

대상자의 HPLP 총 평점이 2.44점으로 나타나 미국내 Hispanics의 2.46점(Walker, et al., 1990)과 동일한 점수를 보였으며, 이와 비슷한 대상에서 국내의 2.57점(김과 전, 1996)이나 미국의

2.73점(Walker, et al., 1988)보다 낮은 점수로서 미국이민 한국인의 2.54점(김과 송, 1997)과 뉴질랜드 이민일세대의 2.16점(이, 1999)을 통해서 볼 때 이민한국인의 생활양식수행은 매우 저조하므로 질병발생을 감소시키고 건강을 향상시키기 위해 생활양식의 변화를 가져올 수 있는 건강관리에 대한 정보제공과 방안이 마련되어야 할 것이다..

영역별 HPLP평점 비교에서 자아실현(2.98)이 가장 높았고 건강책임(1.83)이 낮게 나타난 것은 미국내 Hispanics의 자아실현(2.9)이 높고 건강책임(2.0)이 낮았던 결과(Walker, et al., 1990)와 유사하였으며, 미국내 한국인의 경우 자아실현(3.07)이 높았으나 운동(1.74)이 가장 낮게 나타난 결과(김과 송, 1997)나 뉴질랜드 이민일세대의 경우 가장 높게 나타난 자아실현(2.57)과 낮게 나타난 건강책임(1.59)의 평점이 본 결과보다 월등히 낮게 나타난 결과(이, 1999)와는 차이가 있었는데 이는 이민자들에게 건강에 대한 관심과 책임감을 지니게 하고 적당한 운동 및 휴식의 중요성을 강조할 필요가 있겠다.

일반적 특성과 영역별 HPLP수행의 관계에서 건강책임점수가 기혼군이 미혼군보다, 그리고 연령이나 거주기간이 많을 수록 높게 나타난 것은 연령(김과 송, 1997; Duffy, 1988; Kuster & Fong, 1993), 결혼상태나 '거주기간(김과 송, 1997)에 따라 유의한 차이가 있었던 결과들과는 일치하였으나 연령이 역상관을 보인 결과(Riffle, et al., 1989)나 교육수준이 순상관을 나타낸 결과들(이, 1999; Riffle, et al., 1989)과 차이가 있었다. 영양영역에서 기혼군이 미혼군보다 그리고 연령과 거주기간이 많을수록 점수가 높게 나타난 것은 이민자의 연령(김과 송, 1997; 이, 1999; Kuster & Fong, 1993)과 결혼상태(Kuster & Fong, 1993)가 관련요인으로 나타난 결과들과 일치하였으나 김과 송(1997)의 연구에서 거주기간이 관계가 없었던 것과는 차이가 있었다. 이 결과들은 이민자가 새로운 환경에 적응하려면 상당한 기간이 필요하며, 김과 송(1997)의 연구에서 거주기간이 짧을수록 불안이 높고 불안이 높을수록 건강상태지각이 낮고 HPLP점수가 낮았다는 결과에 비추어 볼 때 거주기간이 짧

고 연령이 낮은 미혼군의 경우 건강책임의 수용과 영양관리 측면의 건강교육을 강화시킬 필요가 있다고 본다. 운동 및 휴식영역에서 남자가 여자보다, 미혼군이 기혼군보다 더 높은 점수를 나타낸 것은 성별(김과 송, 1997)과 결혼상태(Kuster & Fong, 1993)에 따라 유의한 차이가 있었던 결과들과 일치하였으나 연령과 교육수준이 높을수록(김과 송, 1997), 연령이 낮을수록(Riffle, et al., 1989) 운동점수가 높았던 결과들과는 차이가 있었는데 특히 이민한 기혼여성의 경우에는 사회경제적, 정서적으로 불안정하고 시간적인 여유가 없어서 이 영역을 소홀히 할 수 있음을 알 수 있었다.

본 대상자의 자기효능, 사회적지지 및 건강상태지각 점수가 높을수록 HPLP점수가 높게 나타난 것은 자기효능(이, 1997; 이 등, 1999; Weitzel & Waller, 1990), 사회적 지지(Riffle, et al., 1989), 가족지지(이 등, 1999) 및 건강상태지각(김과 송, 1997; 은과 구, 1999; 전과 김, 1996; Kuster & Fong, 1993)이 HPLP점수와 순상관을 나타낸 결과들과 일치하였다. 의료이용장애 인지정도가 높을수록 HPLP점수가 낮게 나타난 것은 이민자중 건강문제가 있는 군이 그리고 의료보험이 없는 군이 HPLP점수가 낮았고(김과 송, 1997), 의사소통장애가 없는 자가 건강관리를 더 잘하는 경향이었다(이, 1999)는 결과들과 일맥상통하며, 본 연구장소에서는 의보혜택을 전혀 받을 수 없는 실정이므로 교민사회나 국가적인 차원에서 의료이용장애 요인의 파악과 아울러 해소책이 마련되어야 할 것으로 사료된다.

건강상태지각 점수가 높을수록 자아실현, 운동 및 휴식, 대인관계 점수들이 높았으나 건강상태지각이 건강책임영역과 무관계로 나타난 것은 서(1995)나 Duffy(1988)의 결과들과 일치하였으며, 사회적 지지가 자아실현, 운동 및 휴식, 대인관계, 스트레스관리 영역들과 순상관이었던 결과나 자기효능이 모든 영역과 순상관을 나타낸 결과는 서(1995)의 결과와 일치하였다.

HPLP 수행의 가장 중요한 예측요인이 자기효능으로 나타난 것은 근로자(Weitzel & Waller, 1990; Weitzel, 1989), 18세이상 여성(이 등,

1999), 청년기 여성(Gillis, 1994), 멕시코계 미적장여성(Duffy, et al., 1996), 중년여성(박, 1995; 서, 1995; 이 등, 1996), 노인(박 등, 1998; 송 등, 1997) 및 건강증진프로그램 참여자(Pender, et al., 1990)들의 HPLP점수의 유의한 예측요인이었던 결과들과 일치하였는데 이는 대학생을 제외한 모든 대상들의 건강증진행위를 평가하여 행위변화를 시도할 때 자기효능이 가장 중요한 중재요인으로 작용가능성을 시사해 준다.

사회적 지지가 HPLP의 유의한 예측요인이었던 결과는 18세 이상 여성의 가족지지(이 등, 1999), 중년여성의 가족기능(박, 1995)과 사회적 지지(서, 1995) 및 노인(Padula, 1997)의 사회적 지지가 예측요인으로 나타난 결과들과 일치하였는데 이민생활이란 문화적 차이나 언어장애로 많은 스트레스를 경험하므로 사회적 지지가 이런 스트레스를 조정하여 질병발생에 영향을 주는 중재효과를 지닐 수 있고, 특히 이민상황에서는 가족의 도움이 중요하므로 가족기능을 통합하여 가족의 건강관리를 증진시키는 방향으로의 건강교육계획이 효과적일 것으로 사료된다.

건강상태지각이 HPLP의 유의한 예측요인으로 나타난 것은 근로자(Weitzel, 1989), 청년기 여성(Gillis, 1994), 중년 여성(이 등, 1996; Duffy, 1988), 멕시코계 미적장여성(Duffy, et al., 1996), 노인(은과 구, 1999; Padula, 1997; Speake, et al., 1989), 대학생(박, 1994) 및 건강증진프로그램 참여자(Pender, et al., 1990)들의 건강상태지각이 HPLP점수의 유의한 예측요인이었던 결과들과 일치하였으며, 한국 이민자들의 건강상태지각이 HPLP수행을 예측하지 못했던 결과들(김과 송, 1997; 이, 1999)과는 차이를 보였으나 인간은 대부분 건강에 대해 스스로가 인지하고 느끼는가에 따라 행동하므로 건강상태지각이 건강증진행위의 동기적 요인으로 작용할 수 있도록 건강상태에 대한 지각을 향상시킬 필요가 있다.

인구사회학적 특성중 연령만이 HPLP수행을 예측했던 결과는 연령이 예측요인으로 나타났던 결과들(김과 송, 1997; 이 등, 1996; 전과 김, 1996; Duffy, et al., 1996; Pender, et al., 1990; Walker, et al., 1988)과 일치하였으나, 연령이

관계가 없었던 결과들(이, 1997; 송 등, 1997)과는 차이가 있었는데 이는 두 연구대상이 노인이나 대학생과 같은 특정연령집단이기 때문인 것으로 여겨지므로 저 연령층의 이민자들의 건강에 대한 인식과 잘못된 생활양식의 파악이 필요함을 제시해 준다. 또한 본 결과는 교육(박, 1995; 은과 구, 1999; 이 등, 1996; 전과 김, 1996; Duffy, 1988; Duffy, et al., 1996; Padula, 1997; Walker, et al., 1988), 수입(송 등, 1997; 은과 구, 1999; Ahijevych & Bernhard, 1994; Weitzel & Waller, 1990) 및 성별(전과 김, 1996; Pender, et al., 1990; Walker, et al., 1988)이 각각 HPLP수행을 예측하였던 결과들과 차이가 있었으나 대부분의 연구에서도 1-2개 특성만이 HPLP를 예측했던 것으로 나타나 본 결과와 일맥상통하였다.

영역별로 인구사회학적 요인들의 예측력을 보면 연령(16.2%)과 거주기간(2.5%)이 건강책임영역을, 성별(6.3%)이 운동 및 휴식영역을, 연령(13.9%)이 영양영역을 각각 예측하였는데 이는 근로자의 연령이 건강책임(4%)이나 영양(10%)영역을(Weitzel, 1989), 일반성인의 연령이 건강책임(11.7%)이나 영양(9.4%)영역을 그리고 성별(1.7%)이 운동영역을(Walker, et al, 1988) 각각 예측했던 결과들과 일치하였고, 또한 인구사회학적 요인들이 HPLP하위영역들을 더 많이 예측한 것으로 나타난 결과들을 감안해 볼 때 건강증진교육의 계획시에 영역별로 인구사회학적 특성을 고려해야 할 것으로 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 필리핀거주 한국인의 건강증진 생활양식 수행정도와 이에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 그들 생활양식의 이해를 돕고, 보다 바람직한 방향으로의 변화를 돕는 효과적인 건강증진 프로그램개발에 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 자료는 1998년 2월부터 3월말까지 필리핀 마닐라에 6개월 이상 거주한 18세 이상의 성인 100명으로 부

터 수집하였으며, 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 대상자의 건강증진 생활양식의 수행정도는 평균 117.23점이었고, 항목별 평균은 2.44점이었다. 영역별 평점비교에서 자아실현(2.98)이 가장 높았고 건강책임(1.83)이 낮은 경향을 보였다.
2. 건강증진생활양식 수행정도는 연령($r=.19$), 자기효능($r=.52$), 사회적 지지($r=.39$) 및 건강상태지각($r=.27$)과 순상관이었고, 의료이용장애 인지와는 역상관($r=-.20$)이었다.
3. 세변인과 영역별 수행정도간의 관계에서 건강책임영역은 기혼군이 미혼군보다 그리고 연령, 가족수 및 거주기간이 많을 수록, 운동 및 휴식영역은 남자가 여자보다, 미혼군이 기혼군보다 더 높은 점수를 나타냈고, 영양영역은 기혼군이 미혼군보다 그리고 연령이나 거주기간이 많을수록 더 높은 점수를 나타냈다.
4. 건강증진 생활양식 수행의 예측요인은 자기효능, 사회적 지지, 연령 및 건강상태지각으로 나타나 HPLP 총변량의 40.7%를 설명하였다.

상기한 결과를 통해서 상이한 사회 문화체제내 한국인의 생활양식수행을 사정하고 촉진시켜야 하며, 생활양식수행을 증진시키기위해서는 특히 저연층의 건강에 대한 관심과 책임감을 높이고 자기효능감을 증가시키는 건강교육과 아울러 사회적 지지제공이 필요한 실정이므로 이를 위한 대책마련을 제언한다.

참 고 문 헌

- 김명자, 송효정 (1997). 미국이민 한국인의 건강증진 생활양식과 관련된 변인분석. 간호학회지, 27(2), 341-351.
- 구미옥, 은 영 (1998). 한국성인의 건강통제위 반응유형별 건강증진행위. 간호학회지, 28(3), 739-750.
- 박미영 (1994). 대학생의 건강증진 생활양식과 관련요인 연구. 지역사회간호학회지, 5(1), 81-96.
- 박재순 (1995). 중년후기 여성의 건강증진행위 모형구축. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 박은숙, 김순자, 김소인, 전영자, 이평숙, 김행자, 한금선 (1998). 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 간호학회지, 28(3), 638-649.
- 서문자 (1989). 편마비환자의 퇴원후 적응상태와 관련요인에 대한 분석적 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 서연옥 (1995). 중년 여성의 건강증진 생활양식에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 송영신, 이미라, 안은경 (1997). 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. 간호학회지, 27(3), 541-549.
- 이미라 (1997). 대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구. 간호학회지, 27(1), 156-168.
- 이숙자, 박은숙, 박영주 (1996). 한국 중년여성의 건강증진 행위예측모형. 간호학회지, 26(2), 320-336.
- 이은희, 최상순, 소애영 (1999). 일부지역 여성건강간호센터 설립 및 여성건강관리 프로그램을 위한 기초조사. 여성건강간호학회지, 5(1), 119-133.
- 오복자 (1994). 위암환자의 건강증진 행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 이은숙 (1999). 뉴질랜드 이민 일세대 한국인의 건강관리실태에 관한 연구. 간호학회지, 29(1), 183-195.
- 임미영 (1997). 한국 중년여성의 건강증진 생활양식 예측모형-비판적 문헌고찰 중심으로-. 최신의학, 40(7), 78-84.
- 은 영, 구미옥 (1999). 일지역 노인의 건강증진행위, 건강통제위 및 건강통제위 반응유형. 간호학회지, 29(3), 625-638.
- 전정자, 김영희 (1996). 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교연구. 성인간호학회지, 8(1), 41-54.
- 표지숙 (1992). 노인들의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- Ahijevych, K., & Bernhard, L. (1994).

- Health-promoting behaviors of African American Women. *NR*, 43, 86-89.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Boyle, J. S. (1989). Constructs of health promotion and wellness in a Salvadorian population. *Public Health Nursing*, 6(3), 129-134.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife woman. *NR*, 37(6), 358-362
- Duffy, M. E., Rossow, R., & Hernandez, M. (1996). Correlates of health promotion activities in employed mexican american women, *NR*, 45(1), 18-14.
- Estrada, A. L., & Ray, L. A. (1990). Health care utilization barriers among Mexican-Americans : Evidence from HHANES 1982-84. *AJPH*, 80, supplement, 27-31.
- Gillis, A. J. (1994). Determinants of health-promoting lifestyles in adolescent females. *Can. J. Nurs. Res.*, 26(2), 13-28.
- Heckler, M. (1985). Report of the secretary's task force on black and minority health : Vol. 1. Excutive summary(DHHS publication). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Hull, D. (1979). Migration, adaptation, and illness : A review. *Soc. Sci., & Med.*, 13A, 25-36.
- Kerr, M., & Ritchey, D. (1990). Health-promoting lifestyles of English-speaking and Spanish-speaking Mexican-American migrant farm workers. *Public Health Nursing*, 7, 80-87.
- Kuster, A., & Fong, C. (1993). Further psychometric evaluation of the Spanish language health-promoting lifestyle profile. *NR*, 42, 266-269.
- Juarbe, T. C. (1995). Access to health care for hispanic women : A primary health care perspective, *Nursing Outlook*, 43(1) 23-28.
- Laronde, M. (1974). A new perspective on eht health of Canadians. Ottawa: Information Canada.
- Lowston, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, 37 (1), 91-99.
- Marks, G., Garcia, M., & Solis, J. M. (1990). Health risk behaviors of Hispanics in the United States: Findings from HHANES, 1982-84. *AJPH*, 80(suppl), 20-26.
- Milio, N. (1986). Promoting Health Through Public Policy. Ottawa, Canadian Pubic Health Association.
- Pender, N. J. (1982). Health promotion in nursing practice. Conneticut: Appletonn-century-crofts.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank-Stromberg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *NR*, 39(6), 326-331.
- Pender, N. J. (1996). Health promotion in nursing practice(3rd ed.), Conneticut: Appletonn-century-crofts.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1987). Health promotion in nursing practice(2nd ed.). Norwalk, Conn: Appleton & Lange.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles

of elderly. *Research in Nursing and Health*, 12, 93-100

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promotion lifestyle profile : Development and psychometric characteristics. *NR*, 36(2), 76-81

Walker, S. N., Volkan, K, Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting lifestyles of older adults : Comparison with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Adv. Nurs. Sci*, 11(1), 76-90

Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish Language version of the health-promoting lifestyle profile. *NR*, 39, 326-332.

Weitzel, M. H. (1989). A test of the health promotion model with blue collar workers. *NR*, 38(2), 99-104

Padula, C. A. (1997). Predictors of participation in health promotion activities by elderly couples. *Journal of Family Nursing*, 3(1), 88-106.

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, 204-211.

Weifzel, M. H., & Waller, P. R. (1990). Predictive factors for health-promotive behaviors in white, hispanic and black bluecollar workers. *Family and Community Health*, 13(1), 23-33.

Abstract

Key concept : The Philippines, Koreans, Health promoting lifestyles.

A Study on Factors Influencing the Health Promoting Lifestyles of Koreans in the Philippines.

Choi, Soon Hee*

The purpose of this study was to determine the predictors of health promoting lifestyles(Health Promoting Lifestyle Profile: HPLP) of Koreans in the Philippines. The sample consisted of 100 Koreans who have lived in Manila, Philippines.

Data were collected for two months from Feb. 1 to March 30, 1998. Analysis of the data was done by use of percentage, t-test, ANOVA, Pearson's Correlation Coefficients, and Stepwise Multiple Regression.

The results of this study were summarized as follows :

1. The range of total HPLP score was from 73 to 175 and the mean score of that was 117.23. In comparison of mean scores depending on each item of six dimensions, self-actualization dimension tended to show the highest score(2.98) and responsibility for health dimension, the lowest score(1.83).
2. The HPLP score showed a positive correlation with age($r=.19$), social support ($r=.39$), self-efficacy($r=.52$) and perceived health status($r=.27$), but a inverse

* Professor, Department of Nursing, Chonnam National University

correlation with perceived health care service utilization barriers($r=-.20$).

3. By using stepwise multiple regression analysis it was determined that the main influencing factors on the HPLP

score were self-efficacy(27.2%), social support(5.3%), age(5.3%) and perceived health status(2.9%). These variables made it possible to explain 40.7% of variance in HPLP score.