

한국노인과 미국이민 한국노인의 건강상태지각과 건강증진행위

송 경 애* · 이 소 영**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

급격한 산업화와 함께 보건위생의 개선, 의료시설의 발전, 생활수준의 향상 등으로 인한 평균수명연장으로 1960년에 52.4세에 불과하던 국민의 평균수명이 1980년에는 65.8세로, 1995년에는 73.5세까지 늘어난 바 있으며, 2005년의 74.9세를 거쳐 2020년에는 78.1세까지 늘어날 전망이다. 또한 1998년 현재 우리나라의 65세 이상 노인인구는 305만명으로 전체인구의 6.6%이나, 2000년에는 7%를 넘어 고령화사회(aging society)로 진입하였고, 2022년에는 14%를 넘어서 고령사회(aged society)가 될 것으로 전망되고 있다(보건복지부, 1998). 특히 고령화사회에서 고령사회로 되는 기간이 프랑스는 115년, 미국은 75년, 일본은 26년인데 비해 우리나라는 22년밖에 걸리지 않을 것으로 전망되고 있어(통계청, 1996), 고령화시대의 노인문제에 대한 준비가 시급하다고 본다. 노인인구의 증가는 또한 질병구조에 변화를 가져와 만성퇴행성질환이 급증함에 따라 노인의 건강문제는 간호학에서 중

요한 관심의 대상이 되고 있다. 노인은 노화로 인한 일상적 건강관리는 물론 각종 노인성 질환을 관리해야하므로 어느 연령층보다도 자신의 건강을 유지·증진하기 위한 노력이 요구된다(전산초 외, 1990, Penning & Wasyliv, 1992).

건강증진이란 개인의 습관이나 환경의 변화를 촉진하는 과정을 통해서 높은 수준의 안녕을 향해 나아가는 건강관리를 말하며(Bandura, 1986), 건강증진행위란 건강한 생활양식을 향상시키기 위한 개인적 또는 지역사회적 활동으로서 안녕수준뿐 아니라 자아실현, 자기성취를 증진시키기 위한 방향으로 취해지는 활동이다(Pender, 1987).

생활양식은 일상생활에서 수행하는 활동으로서, 생활양식의 구성요소들이 각각 또는 복합적으로 작용하여 개인의 전반적인 건강상태에 영향을 미치게 되며(Wiley & Camacho, 1980; Singer, 1982; Backett & Davison, 1995), 미국의 경우 매년 발생되는 질병의 50% 정도가 건강하지 않은 생활양식에 기인하는 것으로 보고된 바 있는데 이는 생활양식이 건강유지에 있어 중요한 결정요소를 시사하고 있다(Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1990). 따라

* 가톨릭대학교 간호대학

** 가톨릭대학교 간호대학 박사과정생

서 건강증진행위를 수행하는 것은 개인의 태도변화를 통한 생활양식의 변화를 도모하는 것이라고 할 수 있다(Mason & McGuinnis, 1990). 한 집단의 문화적 특성에 잘 맞는 건강증진사업을 개발, 실행 및 평가하기 위해서는 그 집단의 생활양식 행위(lifestyle behavior)의 특성을 파악할 필요가 있다고 본다.

한국인은 단일민족으로 구성되어 있으나 정부의 이민정책으로 해외 이민자가 많이 증가하였고 특히 1980년과 1990년 사이에 미국으로의 이민자가 급증하였다(김정애, 1999). 전체 미국인구의 3%가 65세 이상의 아시아계 노인이며(통계청, 1998), 이중 한국계 노인은 네 번째로 높은 비율을 점유하고 있다(Wallace, Villa, Moor, & Lubben, 1996). 대부분의 이민노인들은 언어장애와 의사전달의 어려움으로 인해 건강관련기관의 이용을 기피하는 경향을 보이고 있으며(Pollara & Meleis, 1995), 미국 내 소수민족의 건강관리에 대한 자료는 미비한 실정이다(Heckler, 1983; Becker et al., 1992; Ahijevych & Bernhard, 1994).

그러나 지금까지 노인의 건강증진생활양식과 관련하여 이루어진 연구는 모두 국내 거주자만을 대상으로 하여 이루어졌을 뿐(김효정과 박영숙, 1997; 표지숙, 1991; 김성혜, 1993), 문화권의 차이에 따라 비교분석을 한 연구는 없었다. 따라서 본 연구는 국내에 거주하고 있는 한국노인과 미국에 이민하여 문화권이 다른 곳에서 생활하고 있는 미국이민 한국노인의 건강증진행위와 건강상태지각 및 관련변인에 어떤 차이가 있는지 알아보고자 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 한국 거주노인과 미국 이민 한국노인이 자신의 건강을 유지, 증진하기 위하여 취하는 일상적인 건강증진행위의 수행도와 건강지각 상태를 파악하고 이와 관련된 변인을 구명함으로써 노인의 건강증진행위를 향상시키는데 필요한 간호중재를 개발하는데 필요한 기초자료를 제공하기 위함이다.

3. 용어의 정의

1) 건강상태지각

인간이 안녕을 느끼며 생활할 수 있는 건강상태에 대한 개인적인 느낌으로 Speake, Cowart, Pellet(1989)의 건강상태 자가평가도구를 Sohng가 Yeom(1999)이 수정한 도구로 측정된 점수이다.

2) 건강증진행위

개인의 안녕상태 또는 자아실현에 도달하기 위해서 보다 높은 수준의 건강상태를 지향하는 행동으로(Pender, 1987), 본 연구에서는 Walker, Scherist, Pender(1987)가 개발한 48문항의 건강증진생활양식(Health Promoting Lifestyle Pattern; 이하 HPLP) 측정도구를 기반으로 Sohng과 Yeom(1999)이 한국노인에 맞도록 수정한 42문항 6개 영역에 대한 평가점수이다.

4. 연구의 제한점

본 연구의 대상자는 서울특별시와 미국 워싱턴주의 씨애틀 지역에 거주하는 일부 노인에 국한되었기 때문에 모집단인 한국노인과 미국이민 한국노인 전체를 대상으로 확대 해석할 시에는 신중을 기해야 한다.

II. 문헌 고찰

개인의 건강에 대한 지각은 지각의 장에서 상호 연결되어진 복합적인 상태로 나타나는데 이 지각과정을 통해서 태도를 형성하고, 태도는 자신의 행동에 영향을 미치게 된다. 그러므로 지각하는 것은 행위에 결정적인 역할을 하므로 개인의 행동은 각 개인이 지각하는 것에 의해 규제되는 것이다(이학중, 1986). 건강상태에 대한 개인적인 지각은 건강증진행위와 중요한 동기적 요인으로 널리 보고되어 왔다. 건강이란 생리적, 환경적, 문화적, 사회적, 신체적, 정신적 요인에 의해 결정되는 바람직한 상태로 개인의 주관적 지각과 관계가 있으며 이러한 지각은 건강행위를 결정하는 중요한 요인이 되므로(이경숙,

1998), 건강지각과 건강행위는 밀접한 관계가 있다.

건강증진이란 일반대중의 생활양식 혹은 생활 환경의 변화를 촉진하는 방법을 통해 건강의 수준을 향상시키려는 건강관리이다(김일순, 1993). 건강증진행위란 개인의 안녕상태 또는 자아실현에 도달하기 위해서 보다 높은 수준의 건강상태를 지향하는 행동이라고 볼 수 있으므로(Pender, 1987), 건강증진의 핵심은 긍정적인 건강상태의 범위에 머물도록 하는 것이고, 건강증진의 주축은 개인이며 자신의 생활양식과 특정행위에 대한 선택을 하고 그 선택들을 그의 문화, 사회, 정치 및 물리적 환경이라는 테두리 안에서 이루어진다는 기본인식을 전제로 하고 있다(이경식, 1994). 건강은 질병발생 후에 제공받는 의료의 질보다는 생활양식(lifestyle)에 의해서 결정되므로 최근에는 질병양상이 급성에서 만성으로 변화됨에 따라 합병증이 발생한 후에 치료하는 것보다는 질병이 악화되기 전에 예방적 조절을 하는 것이 더 강조되고 있다(Fry, 1987).

생활양식은 인간수명에 영향을 미치는 결정적 요인으로 충분한 수면, 균형 있는 식사, 적정 체중의 유지, 금연, 절주 및 지방과 단백질의 열량섭취제한 등의 생활습관이 수명연장과 관계가 있다. 이러한 건강증진의 개념이 생활양식의 개념을 포함하면서 건강증진 생활양식의 개념으로 확대된 것이고, 건강증진을 달성하는 것은 개개인의 생활양식의 변화를 통해서 얻어질 수 있으므로 건강의 결정요인으로 올바른 생활양식의 중요성이 더욱 강조되고 있다(박계화, 1995).

노인의 만성 건강문제를 해결하기 위한 가장 좋은 방법은 일찍부터 좋은 건강관리 습관과 정기적 건강진단으로 조기에 질병을 예방하고 관리하는 예방대책이고, 질병발생시 질병을 치료하기 위한 의료공급체계의 확립은 차선책이 될 수 있다. 그러나 그간 보건의료제공자나 보건 교육자 또는 건강관련 전문가들은 노인들의 생활양식은 변화하기 힘들며, 변화할 의도가 없는 것으로 간주하여 건강증진 프로그램에서 노인들을 제외시켜 왔으나 최근에 보고된 바에 의하면, 노인들은 자신의 건강을 위해 새로운 건강습관을 갖는데 주저하지 않고 건강에 해가되는 습관을 버렸을 때에 건강증진 효과를 나타내 보였으며,

자신의 건강에 관심이 많고 건강향상을 위해 생활양식을 변화시키고 건강행위를 받아들여려는 의사가 어느 집단보다도 강한 것으로 보고되고 있다(오진주, 김신미, 송미순, 1996; Pierce, Fulman & Edelman, 1994). 노인의 기능장애를 예방하기 위한 조치로 간호사가 조기에 건강을 사정하여 자기건강관리를 위한 지도를 하는 것이 바람직하다(이선자, 1989). 또한 노인인구의 건강은 우리나라 전체 인구의 의료비지출이나 건강관련 통계지수와 삶의 질을 좌우할 수 있는 중요한 측면으로 노인의 건강증진을 유도하는 전략은 개인의 기본적인 건강욕구를 해결해 주며, 궁극적으로는 사회 전반적인 안녕을 높이는 데까지 기여하게 된다(김효정과 박영숙, 1997).

Pender(1987)는 Becker의 건강신념모형을 근거로 한 건강증진모형을 제시하였는데, 이 모형에서 질병예방행위는 질병의 위협으로부터 건강을 보호하기 위한 것이며, 건강증진행위는 안녕 수준과 자아실현을 향상시키기 위하여 취하는 행위로서, 상호보완적으로 작용한다고 하였다. 건강증진생활양식을 설명하는 Pender의 모형에는 의사결정과 수행의 두 가지 단계가 있다. 의사결정단계는 인지·지각요인과 조정요인으로 구성되어있는데, 인지·지각요인은 건강의 중요성, 건강통제위, 자기효능감, 자기인식(self awareness), 자아존중감, 건강개념, 건강상태의 지각, 건강증진행위의 유익성을 포함하고 있다. 조정요인은 인구학적·생물학적 특성과 대인관계 영향, 상황적, 행동적 요인들로 개인의 인지·지각 요인에 영향을 미침으로 인해 건강증진 행위에 간접적으로 영향을 미치는 요인들이 포함되어 있다. 수행단계는 의사결정단계의 인지·지각 및 조정요인과 더불어 행동의 계기를 포함하고 있다. 즉, 인간은 의사결정단계와 수행단계의 두 단계를 왔다갔다하면서 건강증진행위를 자극하는 행동의 계기와 방해하는 장애점이 작용하여 건강증진행위를 결정하게 된다는 것으로 건강증진을 설명하는 이론들 중에서 가장 많이 이용되고 있다(Gillis, 1993).

Walker, Sechrist & Pender(1987)는 건강의 복합적인 특성을 감안하여 다차원적 접근을 시도함으로써 자아실현, 건강책임, 영양, 운동, 대인관계,

스트레스관리의 여섯 가지 영역을 포함하는 건강증진 생활양식(Health Promotion Lifestyle Pattern: 이하 HPLP) 측정도구를 개발하여 건강증진행위 수행정도를 측정하였다. Walker, Volken, Sechrist & Pender(1988)는 HPLP를 청년, 중년, 노년 집단에게 적용한 결과 노인집단은 건강책임, 영양, 스트레스관리 측면에서 다른 집단에 비해 건강증진 행위를 더 잘하고 있다고 하였다. 대상자의 인구학적 변수와 상황적 변수들이 의사결정단계에 영향을 미치므로 HPLP를 다양한 집단을 대상으로 검증할 것을 제안하였다.

HPLP를 노인에 적용하여 연구한 결과들을 보면, 노인의 건강증진행위와 관련된 변인들로는 Pender의 건강증진모형에서 인지·지각요인 중에는 자기효능감, 자아존중감, 건강상태의 지각을 들 수 있다. 조정요인 중에는 성별, 연령, 교육정도, 수입, 직업, 결혼상태, 가족의 크기, 배우자 유무, 종교상태와 같은 인구학적 특성 등을 들 수가 있다(김효정, 1998; 표지숙, 1991; 이경숙, 1998; 김성혜, 1993; Speake, Cowart & Pellet, 1989; Walker et al., 1988; Riffle, Yoho & Sams, 1989).

다양한 집단을 대상으로 한 선행연구결과, 건강상태 지각과 건강증진행위는 많은 연구에서 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 밝혀진 바와 같이(Duffy, 1988; Hanner, 1986; Kuster and Fong, 1993; Pender et al., 1990; Weitzel, 1989; 윤진, 1990), 노인을 대상으로 한 연구에서도 건강상태 지각이 건강증진 생활양식의 주요예측인자이며(Riffle et al., 1989; Speake et al., 1989; Duffy, 1993), 유의한 상관관계가 있음이 밝혀졌다(Speake et al., 1989; 김효정, 1998; 이경숙, 1998). 산업장 근로자나 암환자, 중년 여성을 대상으로 한 일부 국내 연구에서는 건강지각이 높은 산업장 근로자일수록 건강증진행위를 더 적극적으로 실천하고 있었으나(윤진, 1990), 암환자나 중년여성의 경우는 건강상태 지각이 건강증진 행위에 영향을 주지 못하는 것으로 보고된(오복자, 1995; 서연옥, 1994) 사실을 고려하면, 건강상태 지각은 대상자의 특성에 따라 건강증진행위의 동기적 요인이 되지 않을 수도 있는 가능성을 시사해 준

다고 본다.

따라서 본 연구에서는 건강관리를 자발적으로 할 능력이 있는 노인 중 한국노인과 미국거주 한국노인을 대상으로 하여 이들의 건강증진행위 수행정도와 건강상태 지각정도를 파악하고 이와 관련된 변인을 비교하고자 한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 한국노인과 미국이민 한국노인의 건강증진 수행정도를 파악하고 이와 관련된 변인들을 비교하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집방법

1) 연구대상

한국노인은 신체적, 생물학적, 심리적, 사회적 및 지각적인 측면에서 생의 주기에 따라 변화하는 노화 과정에 있는 남녀로서(윤진, 1985), 서울특별시 소재하고 있는 3개 노인대학에 등록된 만 60세 이상의 노인으로서 본 연구의 대상자 기준에 해당되는 사람을 말한다. 미국이민 한국노인은 신체적, 생물학적, 심리적, 사회적 및 지각적인 측면에서 생의 주기에 따라 변화하는 노화과정에 있는 남녀로서(윤진, 1985), 미국으로 이민한지 3년 이상 경과하였고 미국 워싱턴주 씨애틀 소재 2개의 한국 노인회에 등록되어있으며 Asian Counsel and Referral System에서 지원하는 Congregate Meal Program에 참석한 한국노인을 대상으로 하였다.

두 집단의 대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 노화로 인한 시각장애가 없으며 의사소통이 가능한 자
- 2) 본 연구의 목적을 이해하고 연구참여 동의서에 서면동의를 할 수 있는 자
- 3) 설문지에 한 문항도 빠짐없이 응답한 자

2) 자료수집

본 연구의 자료수집기간은 한국노인의 경우는 1999년 4월부터 1999년 6월까지, 미국이민 한국노인의 경우는 1998년 11월부터 1999년 1월까지 본 연구자와 연구조원이 자료수집을 하였다. 글을 읽을 수 있는 대상자들은 자기보고식 설문지를 스스로 작성하게 하였고, 글을 잘 읽을 수 없는 대상자에게는 연구자 및 연구보조자가 일대일 면접을 통하여 각 문항을 읽어준 다음 응답하게 하였다. 각 대상자별로 설문지를 작성하는데 소요된 시간은 약 15-20분 정도였다.

이상의 자료수집절차를 통해 회수한 자료 중 불완전하거나 이중 응답한 문항이 있는 설문지를 제외한 결과 한국노인은 177부중 150부(84.8%), 미국노인은 126부중 110부(87.3%)가 회수되었다.

3. 연구도구

연구도구는 구조화된 설문지로 인구학적 특성, HPLP, 건강상태에 대한 지각정도를 묻는 네 부분으로 구성되어있다.

1) 건강상태지각

건강상태지각정도는 Speake et al.(1989)이 개발한 도구를 본 연구자가 번역, 역번역 및 타당도 검토를 거친 다음 5점 척도의 2문항으로 된 도구로 현재의 건강상태에 대한 지각정도와 타인과 비교했을 때의 자신의 건강상태에 대한 지각정도를 알아보도록 되어있다. 점수가 높을수록 자신의 건강상태를 좋은 것으로 지각하고 있음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .80이었다.

2) 건강증진행위

Walker et al.(1987)이 개발한 HPLP를 연구자가 한국어로 번역한 다음, 이를 이중언어를 하는 사회복지학 전공의 한국계 미국교수가 영어로 역번역하였는데, 이 과정에서 의미가 일치되지 않은 두 문항과 문화적으로 한국노인에게 적용하기에는 적합하지 않은 것으로 생각되는 네 문항을 삭제하였다. 이후, 이중언어를 하는 사회복지학 전공의 한국계 미국교수의 검토를 받아 도구 개발시 48문항이었던

HPLP를 자아실현(11문항), 건강책임(9문항), 영양(6문항), 운동(4문항), 대인관계(6문항), 스트레스 관리(6문항) 등 6개 영역 42문항의 한국판 HPLP로 만들었다.

각 문항은 4점 척도로 되어있으며 점수가 높을수록 건강증진생활양식 수행정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .86이었다.

4. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 SPSS통계 프로그램을 이용하여 t 검정, ANOVA, Pearson 상관관계 분석을 하였으며, ANOVA후 사후검정은 Bonferroni검정을 이용하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 인구학적 특성

한국노인과 미국이민 한국노인의 일반적 특성을 알아본 결과는 <표 1>과 같다.

두 집단 모두 남자보다 여자가 훨씬 더 많았고 연령별로는 70대가 가장 많았다. 평균연령은 한국노인의 경우 73.0세, 미국이민 한국노인의 경우 75.5세로 미국이민 한국노인의 연령이 조금 더 높았다. 교육정도는 두 군 모두 국졸이 가장 많았다. 종교는 두 집단간 차이를 보여 한국노인에서는 기독교신자가 32.7%로 가장 높았으나 미국이민 한국노인에서는 기독교가 61.8%, 천주교가 25.5%인 반면 불교는 7.3%에 불과하였다. 두 집단 모두 배우자가 있는 경우보다는 배우자가 없는 경우가 더 많았고(59.3%, 60.0%), 가족과 동거현황을 보면, 한국노인은 혼자 사는 경우가 14.7%이고 자녀와 함께 사는 경우가 61.3%인 반면, 미국이민 한국노인의 50.0%가 혼자 살고 자녀와 동거하고 있는 경우는 17.3%에 불과하였다. 경제상태는 한국노인의 경우 보통 이상이 65.3%인 반면 미국이민 한국노인의 경우 50.9%가 보통이상인 것으로 응답하였다. 미국이민 노인의 미국거주기간은 평균 14.0년이었다(범위는 3~34년, 표준편차는 9.7년). 이상의 결과로 한

〈표 1〉 한국노인과 미국이민 한국노인의 일반적 특성비교

특성	구분	한국노인(N=150)		미국이민한국노인(N=110)		χ ²	p
		실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)		
성별	남	41(27.3)	32(29.1)	.097	.755		
	여	109(72.7)	78(70.9)				
나이	60 - 69	24(16.0)	19(17.3)	.076	.936		
	70 - 79	80(53.3)	58(52.7)				
	80세이상	46(30.7)	33(30.0)				
교육정도	무학	40(26.7)	33(30.0)	1.735	.629		
	국졸	51(34.0)	38(34.5)				
	중졸	31(20.7)	16(14.5)				
종교	고졸이상	28(18.6)	23(20.9)	32.55	.001		
	기독교	49(32.7)	68(61.8)				
	불교	44(29.3)	8(7.3)				
	천주교	35(23.3)	28(25.5)				
배우자 유무	무교	22(14.3)	6(5.5)	.012	.914		
	유	61(40.7)	44(40.0)				
가족과 동거현황	무	89(59.3)	66(60.0)	56.33	.001		
	혼자 삶	23(14.7)	55(50.0)				
	부부끼리 삶	35(23.3)	36(32.7)				
경제상태	자녀와 삶	92(61.3)	19(17.3)	5.73	.126		
	여유 있음	14(9.3)	7(6.4)				
	보통	84(56.0)	49(44.5)				
	조금 쪼들림	43(28.7)	43(39.1)				
	많이 쪼들림	9(6.0)	11(10.0)				

국노인과 미국이민 한국노인의 일반적 특성은 종교와 가족과 동거현황을 제외하고는 동질적인 것으로 나타났다.

2. 건강상태 지각정도

두 군간 건강상태 지각정도와 일반적 특성에 따른 차이를 알아본 결과는 〈표 2〉와 같다. 건강상태 지각정도는 한국노인은 평균 3.08점(표준편차는 .74)으로 미국이민 노인의 평균 3.01점(표준편차 .93)과 유의한 차이가 없었다($t = -.61, p = .499$).

〈표 2-1〉 한국노인과 미국이민 한국노인의 건강상태 지각정도

구분	실수	평균	표준편차	t	p
한국노인	150	3.08	.74	-.61	.499
미국이민한국노인	110	3.01	.93		

일반적 특성에 따라 건강상태 지각정도가 차이가 있는지를 알아본 결과, 한국노인은 남자에서 ($t = 1.94, p = .054$), 교육정도의 경우 무학보다 중졸이상($t = 3.77, p = .013$), 경제상태가 쪼들리는 경우보다 보통인 경우($t = 2.04, p = .042$)에서 건강상태 지각정도가 높았던 반면, 미국이민 노인은 연령이 적을수록($t = 4.32, p = .016$), 여자에서 ($t = -2.13, p = .035$), 경제상태가 보통인 군보다 약간 쪼들리는 군에서($t = 3.05, p = .032$) 건강상태 지각정도가 더 높았다.

3. 건강증진행위 수행 정도

1) 건강증진행위 수행정도 비교

한국노인의 건강증진행위 수행정도는 평균 2.63점(표준편차 = .52)이었고, 미국이민 한국노인은 평균 2.54점(표준편차 = .36)으로 두 집단간 건강

<표 2-2> 한국노인과 미국이민노인의 일반적 특성별 건강상태 지각정도비교

특성	구분	한국노인(N=150)			미국이민 한국노인(N=110)		
		M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p
성별	남	3.33±.84	1.94	.054	2.70±1.06	1.90	.035
	여	2.98±.70			3.12±.90		
연령	60-69	3.10±.76	.37	.69	3.57±.95 ^{a,b}	4.32	.016
	70-79	2.98±.71			2.89±.90 ^a		
	80 이상	2.61±.51			2.86±.97 ^b		
교육 정도	무학	2.45±.55 ^{a,b}	3.77	.013	2.98±.93	.42	.741
	국졸	2.93±.77			3.07±1.00		
	중졸	3.21±.55 ^a			3.12±.76		
	고졸이상	3.17±.74 ^b			2.82±1.09		
종교	개신교	3.11±.60 ^b	.66	.036	2.89±1.02	2.16	.097
	불교	2.93±.69			2.56±.77		
	천주교	3.30±.69 ^a			3.30±.77		
	무교	2.82±.81 ^{a,b}			3.41±.97		
배우자 유무	유	3.08±.66	.85	.358	2.88±1.05	-1.25	.213
	무	2.96±.79			3.09±.89		
동거 현황	혼자	3.22±.72	1.51	.226	3.11±.89	1.49	.230
	부부	2.87±.77			2.77±1.08		
	자녀	3.03±.69			3.10±.90		
경제 상태	여유있음	3.18±.71	2.04	.042	2.57±.93	3.05	.032
	보통	3.14±.65 ^{a,b}			2.77±.90 ^a		
	조금쪼들림	2.67±.87 ^a			3.31±.89 ^a		
	많이쪼들림	2.64±.55			3.09±1.22		

^{a,b} Bonferroni test(알파벳 문자가 같은 것끼리 유의한 차이가 있음을 의미함)

증진행위 수행정도는 유의한 차이가 없었다 (t=-1.63, p=.104)(표 3-1).

2) 건강증진행위의 수행정도의 영역별, 일반적 특성별 비교

한국노인과 미국이민 한국노인 공히 건강증진행위 수행을 가장 잘 하고 있는 영역은 영양이었고, 그 다음은 대인관계, 자아실현, 건강 책임, 스트레스 관리, 운동의 순으로 나타나 운동 영역의 건강증진행위 수행정도가 가장 낮은 것으로 나타났다. 자아실현, 대인관계, 영양영역에서는 두 군간 건강증진행위 수행정도에 차이가 없었으나 운동, 스트레스관리, 건강책임 영역에서는 두 군간 차이를 보였다. 건강책임영역의 건강증진행위 수행정도는 한국노인이 평균 2.54점(표준편차 .75)으로 2.36점(표준편차 .55)인 미국이민 한국노인보다 높았고(t=-2.11, p=.035), 운동영역에서는 한국노인이 2.14점(표준편차는 .79)으로 1.94(표준편차 .74)인 미국이민 노인보다 더 높았으며(t= -2.10, p=.036), 스트레

스 관리 영역에서는 한국노인이 2.53점(표준편차는 .63)으로 2.26점(표준편차는 .47)인 미국이민 노인보다 더 높았다(t=-3.73, p=.0002)(표 3-1). 또한 일반 특성에 따른 영역별 수행정도의 차이는 다음과 같다. 한국노인군에서는 교육정도에 따른 HPLP점수가 6개 영역 모두에서 유의한 차이를 보였으며, 연령과 경제상태는 건강책임과 영양을 제외한 4개 영역에서 유의한 차이를 보였고, 자아실현 영역은 남자가 여자보다 유의하게 더 높았다. 배우자 유무는 6개 영역 모두에서 아무런 차이를 보이지 않았다. 미국이민 노인군에서는 교육정도는 대인관계와 스트레스 관리를 제외한 4개 영역 모두에서 유의한 차이를 보였으며, 경제상태는 대인관계 영역과 운동영역에서 차이를 보였다. 성별로는 남자가 여자보다 운동영역 수행점수가 유의하게 높았고(t= 3.11, p= .002), 배우자가 없는 군이 스트레스 영역 수행점수가 더 높았다(t= -2.30, p= .023).

일반적 특성에 따라 건강증진행위 수행정도가 차이가 있는지를 알아본 결과(표 3-2), 한국노인은 연

〈표 3-1〉 한국노인과 미국이민 한국노인의 건강증진행위 수행정도 비교

구 분	한국노인(N=150)		미국이민한국노인(N=110)		t or F	p
	M±SD		M±SD			
건강증진행위	2.63±.52		2.54±.36		-1.63	.104
자아실현	2.62±.65		2.65±.48		.43	.665
건강책임	2.54±.75		2.36±.55		-2.11	.035
대인관계	2.74±.64		2.73±.43		.10	.921
운동	2.14±.79		1.94±.74		-2.10	.004
영양	3.14±.71		3.00±.52		-1.59	.113
스트레스관리	2.53±.63		2.03±.47		-2.90	.000

〈표 3-2〉 한국노인과 미국이민 한국노인의 일반적 특성별 건강증진행위 수행정도 비교

특 성	구 분	한국노인(N=150)			미국이민한국노인(N=110)		
		M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p
성 별	남	2.72±.57	1.2174	.225	2.63±.29	1.90	.061
	여	2.59±.50			2.49±.37		
연 령	60-69	2.47±.46 ^a	3.60	.030	2.58±.31	.29	.746
	70-79	2.68±.52			2.53±.35		
	80 이상	2.83±.65 ^a			2.50±.38		
교육 정도	무학	2.25±.18 ^a	5.55	.001	2.45±.35 ^a	3.61	.016
	국졸	2.65±.56			2.47±.32 ^b		
	중졸	2.43±.48 ^b			2.55±.40		
	고졸이상	2.80±.44 ^{a,b}			2.73±.30 ^{a,b}		
배우자 유무	유	2.57±.51	.76	.385	2.53±.33	-.05	.963
	무	2.64±.47			2.53±.36		
경제 상태	여유있음	2.86±.53 ^{a,b}	4.08	1.008	2.78±.30 ^{a,b}	3.01	
	보통	2.64±.52			2.49±.38 ^{a,c}		
	조금쪼들림	2.47±.39 ^a			2.48±.31 ^{b,d}		
	많이쪼들림	2.24±.45			2.73±.29 ^{c,d}		

a,b,c,d : Bonferroni test(알파벳 문자가 같은 것끼리 유의한 차이가 있음)

령(F=3.60, p=.030), 교육정도(F=5.55, p=.001) 및 경제상태(F=4.081, p=.008)에 따라 유의한 차이를 보였고, 미국이민 한국노인은 교육정도(F=3.61, p=.016)와 경제상태(F=3.01, p=.034)에 따라 유의한 차이를 보였다. 이를 구체적으로 살펴보면, 한국노인의 건강증진행위 수행정도는 60대보다 80대 이상 군에서, 무학이나 중졸이상 군보다 고졸이상 군에서, 경제적으로 조금 쪼들리거나 많이 쪼들리는 군에 비해 여유 있는 군에서 더 높았다. 미국이민 한국노인에서는 무학이나 국졸 군보다 고졸이상 군에서, 경제상태가 보통이거나 조금 쪼들리는 군보다는 여유 있는 군에서, 조금 쪼들리는 군보다 많이 쪼들리는 군에서 더 높았다.

4. 건강상태 지각과 건강증진행위 수행정도와 의 관계

한국노인과 미국노인의 건강증진행위 수행정도와 건강상태 지각정도간의 상관관계를 알아본 결과(표 4), 건강증진행위 수행정도와 건강상태 지각간에는 한국노인과 미국이민 한국노인 두 군 모두 정적 상관을 보였다(r= .24, p= .003 ; r= .20, p= .043).

〈표 4〉 건강상태 지각정도와 건강증진행위 수행 정도간의 상관관계 r(p)

	건강상태지각	
	한국노인(N=150)	미국이민한국노인(N=110)
건강증진행위	.24(.003)	.20(.043)

V. 논 의

본 연구에서 대상자선정을 무작위로 하지 않았으므로 한국노인과 미국인 한국노인의 건강증진행위와 건강상태지각정도를 비교하기 위해 두 군의 일반적 특성이 동질한지를 검정한 결과 성별, 나이, 교육정도, 경제상태에서는 비교적 동질적이었으나 종교와 동거현황에서 차이를 보였다. 즉 한국노인은 개신교 신자가 가장 많았으나 그 비율은 32.7%이었고 그 다음이 불교, 천주교 순인 반면, 미국인 한국노인의 경우는 개신교신자의 비율이 61.8%로 가장 높았고 그 다음 천주교, 불교의 순이었다. 이는 미국인 한인사회가 개신교회나 천주교회를 중심으로 유대관계를 갖도록 형성되어있기 때문이라고 생각된다.

또한 동거현황도 한국노인은 61.3%가 자녀와 함께 살고 있었으나 미국인 한국노인은 17.3%만이 자녀와 함께 살고 있었는데 이는 주 정부 보조금을 받으며 노인아파트에서 혼자 또는 노인부부끼리 살고 있는 노인들이 많기 때문이다(Sohng & Yeom, 1999). 그러나 두 집단이 종교와 동거현황에서 차이를 보였으나 이는 미국인 한인사회의 사회·문화적 현상을 반영하고 있는 것이므로 두 군의 건강상태지각정도와 건강증진행위를 비교하는데는 문제가 없을 것으로 사료되어 본 연구를 진행하게 되었다.

본 연구에서 건강상태 지각정도는 5점 만점에 한국노인이 3.08점, 미국인 한국노인의 경우 3.01점으로 두 군 모두 건강상태를 보통 수준으로 지각하고 있었다. 한국노인과 미국인 한국노인의 건강상태지각정도는 유의한 차이가 없었으나 일반적 특성에 따라서는 한국노인은 남자에서는 무학보다 중졸이상, 경제가 쪼들리는 경우보다 보통인 경우에 건강상태 지각정도가 높았던 반면, 미국인 한국노인은 연령이 적을수록, 여자에서, 경제상태가 보통인 군보다는 약간 쪼들리는 군에서 건강상태 지각정도가 더 높았다. 이는 여자보다는 남자가, 교육수준이 높을수록(이경숙, 1998; Brown & McCreedy, 1986; Verbrugge & Wingard, 1987), 배우자가 있는 경우, 핵가족일 경우, 취미를 가지고 있을수록(이경숙, 1998) 대상자들의 건강지각정도가 더 높은 것으로 나타난 선행연구결과와 유사하였다. 따라

서 노인들의 긍정적인 건강지각을 높이기 위해서는 노인들의 성별, 교육수준을 포함한 일반적 특성들을 고려한 교육프로그램이나 중재프로그램이 필요할 것으로 생각된다.

한국노인의 건강증진행위 수행정도는 평균 2.63점으로 김효정(1996)의 2.89점보다는 낮았으나 2.51점으로 보고한 이경숙(1998)의 결과보다 약간 더 높았다. 미국인 한국노인의 건강증진행위 수행정도는 평균 2.54점으로 2.85점인 미국인보다 낮았으나(Walker et al, 1988), 미국인 한국노인의 HPLP 점수가 2.55점이었던 송효정(1997)의 보고와 비슷한 수준이었다.

일반적 특성에 따른 건강증진행위 수행정도는 한국노인과 미국인 한국노인 모두 교육정도와 경제상태에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타나 교육정도와 경제상태가 건강증진행위에 영향을 주는 변수라는 선행연구결과를 지지하였다(김효정, 1996; 이경숙, 1998; Duffy, 1988; Hanner, 1986; Pender et al, 1990; Riffle, 1989; Weitzel, 1989). 그러나 고학력 근로자 군이 건강증진행위에 자기간호영역을 적게 수행한다고 한 윤진(1990)의 보고를 고려해볼 때 교육정도가 통합된 건강증진행위의 모든 하위영역에 대해 일관된 양상을 설명해주는 것은 못한다고 생각할 수도 있다고 본다. 한편 본 연구에서 한국노인은 연령이 많을수록 건강증진행위 수행을 잘 하는 것으로 보고되었는데, 60대 노인보다 80대 이상 노인의 건강증진행위 수행정도가 높았는데 이는 연령이 많을수록 건강증진행위를 더 많이 수행한다는 Walker et al.(1988)과 Pender et al.(1990)의 연구결과와 일치하였다. 그러나 선행연구는 청년층과 중년층을 대상으로 한 연구이므로 본 연구 대상자와는 차이가 있다. 따라서 본 연구에서 대상이 된 한국노인이 건강증진행위를 잘하기 때문에 장수하는 것인지 아니면 다른 이유가 있는지는 앞으로 더 연구해볼 과제라고 생각된다.

영역별 건강증진행위의 수행정도가 두 군간에 차이가 있는지 알아본 결과로는, 한국노인과 미국인 한국노인 공히 건강증진행위 수행을 가장 잘 하고 있는 영역은 '영양'이었고 그 다음은 '대인관계', '자아실현', '건강 책임', '스트레스 관리', '운동'의 순으

로 나타나 '운동' 영역의 건강증진행위 수행정도가 가장 낮은 것으로 나타났다. 영역별 건강증진행위 수행정도에 대한 다른 연구결과를 보면, 우리나라에서 65세 이상의 노인을 대상으로 연구한 이경숙(1998)의 연구에서는 건강증진행위 수행을 가장 잘 하는 영역이 대인관계 지지가 가장 높고 낮은 영역은 운동이었고, 표지숙(1991)의 연구에서는 대인관계지지, 영양, 스트레스 관리, 건강책임, 운동의 순서로서 가장 수행정도가 낮은 영역이 운동이라는 것은 본 연구결과와 큰 차이가 없음을 알 수 있다. 또한 외국의 경우에는 Riffle, Yoho & Sams(1989)의 연구에서는 자아실현, 영양, 대인관계지지, 건강책임, 스트레스 관리, 운동의 순서였고, Speake, Cowert & Pellet(1989)의 연구에서는 자아실현, 대인관계지지, 영양, 건강책임, 스트레스 관리, 운동의 순서로서 노인의 경우 운동영역의 건강증진행위 수행정도가 가장 낮았던 점은 큰 차이가 없는 것으로 여겨진다.

또한 건강증진행위 수행정도와 건강상태 지각간에는 한국노인과 미국이민한국노인 두 군 모두 유의한 상관을 보임으로써 건강지각정도가 높을수록 건강증진행위 수행도가 높아짐을 의미하고 있었다. 이는 여러 연구결과에서 건강증진행위 수행정도와 건강상태지각은 전반적으로 정적 상관관계가 있으며 건강지각정도가 높을수록 건강증진행위 수행정도가 높다는 것으로 나타난 것과 무관하지 않은 것으로 여겨진다(이경숙, 1998; Kuster and Fong, 1993; Pender et al., 1990).

Speake et al.(1989)은 노인을 대상으로 한 연구에서 건강지각을 현재 건강지각, 과거 건강지각, 동년배 건강지각 등 3개 항목으로 분류하여 건강증진행위와 건강지각간에 유의한 상관관계가 있음을 보고하면서 노인의 건강증진행위에 대해 동년배 건강지각이 10.2%, 과거건강지각이 4.3%의 설명력을 갖는다고 하였으며 Killeen(1989)은 현재 건강에 대한 인식이 긍정적인일수록 건강증진행위 수행을 더 잘한다고 하였다. Riffle et al.(1989)은 55세 이상 113명의 노인을 대상으로 한 연구에서 건강상태 지각이 건강증진생활양식의 주요 예측요인임을 밝힌 바 있다. 본 연구결과 역시 위와 같은 선행연구결

과와 일치하고 있었으나 상관관계 계수가 낮아 낮은 상관을 보이고 있었다. 이상의 결과를 종합하여 볼 때 노인들의 건강증진행위와 건강지각은 일반적 특성에 따라 차이가 있으며, 노인들의 건강지각정도가 높을수록 건강증진 행위수행정도가 높아지므로 건강에 대한 지각을 긍정적으로 도울 수 있는 프로그램의 개발이 필요한 바, 특히 운동과 스트레스 관리영역의 수행정도를 높일 수 있는 프로그램의 개발 및 보급이 필요하다고 본다. 특히 미국이민 한국노인은 한국에 거주하고 있는 노인집단에 비해 운동과 스트레스 관리 영역의 수행정도가 더 낮으므로 이들을 위한 프로그램의 개발 및 보급이 필요하다고 본다.

VI. 결 론

본 연구는 한국노인과 미국이민 한국노인의 건강증진 수행정도를 파악하고 이와 관련된 변인들을 비교하기 위한 서술적 조사연구이다. 연구대상은 만 60세 이상으로 서울시 소재 3개 노인대학 등록자와 미국워싱턴 주 씨애틀에 소재한 2개의 한국노인회에 등록된 이민한지 3년이 경과한 자로 연구기준에 따라 표집된 한국노인 150명, 미국이민 한국노인 110명이다. 연구도구로는 건강증진행위 수행정도는 Walker et al.(1987)의 HPLP를 연구자가 한국노인에 맞게 42개 문항으로 수정·보완하여 사용하였고, 건강상태지각은 Speake et al.(1989)의 도구를 연구자가 수정·보완한 2문항의 도구를 사용하였다.

자료수집기간은 미국은 1998년 11월부터 1999년 1월까지이며, 한국은 1999년 4월부터 1999년 6월까지였고, 수집된 자료는 SPSS 통계 프로그램을 이용하여 t 검정, ANOVA, Pearson Correlation으로 분석하였으며 ANOVA후 사후검정으로 Bonferroni검정을 이용하였다. 본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 한국노인과 미국이민 한국노인의 일반적 특성은 성별, 나이, 교육정도, 경제상태에서는 비교적 동질적이었으나 종교와 동거현황에서 차이를 보였다. 한국노인은 개신교 신자가 32.7%로 가장 높았고 그 다음 불교, 천주교 순인 반면, 미국이

민 한국노인은 개신교신자가 61.8%, 천주교, 불교의 순이었다. 동거현황은 한국노인은 61.3%가, 미국이민 한국노인은 17.3%가 자녀와 함께 살고 있었다.

2. 건강상태 지각정도는 한국노인 3.08점, 미국이민 한국노인의 경우 3.01점으로 두 군간 유의한 차이가 없었다. 한국노인은 남자에서, 무학보다 중졸이상, 경제가 조들리는 경우보다 보통인 경우에 건강상태지각정도가 더 높았으며, 미국이민 한국노인은 연령이 적을수록, 여자에서, 경제상태가 보통인 군보다는 약간 조들리는 군에서 건강상태 지각정도가 더 높았다.
3. 한국노인의 건강증진 생활양식 수행정도는 평점 2.63점으로 나이, 교육정도, 경제상태에 따라 유의한 차이가 있었고, 미국이민 한국노인의 건강증진 생활양식 수행정도는 평점 2.54점으로 교육정도와 경제상태에 따라 유의한 차이가 있었다.
4. 건강증진 생활양식 수행정도는 두 군간 유의한 차이는 없었고, 한국노인과 미국이민 한국노인 공히 영양영역의 건강증진행위 수행도가 가장 높았고(3.14점, 3.01점), 운동영역의 수행도가 가장 낮았다(2.14점, 1.92점). 건강증진 생활양식의 하위 영역별 수행정도를 보면, 한국노인이 미국이민 한국노인에 비해 건강책임(2.54±.75, 2.36±.55), 운동(2.14±.74, 1.94±.74), 스트레스 관리(2.53±.63, 2.03±.47)영역의 수행정도가 유의하게 더 높았다.
5. 한국노인과 미국노인의 건강상태 지각정도와 건강증진행위 수행정도는 정적 상관관계가 있었다.

결론적으로 한국노인과 미국이민 한국노인의 건강지각과 건강증진행위는 차이가 없었다. 그러나 노인들의 건강증진행위는 일반적 특성에 따라 차이가 있고, 건강지각정도가 높을수록 건강증진 행위수행정도가 높아지므로 성별, 경제상태, 교육수준을 포함한 일반적 특성을 고려하여 건강에 대한 지각을 긍정적으로 도울 수 있는 교육 및 증재프로그램의 개발이 필요한 바 특히 가장 건강증진행위 수행정도가 낮은 운동과 스트레스 관리영역의 수행정도를 높일 수 있는 프로그램의 개발 및 보급이 필요하다고 본다.

특히 미국이민 한국노인은 한국에 거주하고 있는 노인에 비해 운동과 스트레스 관리 영역의 수행정도가 더 낮으므로 이들을 위한 프로그램의 개발 및 보급이 필요하다고 본다.

참 고 문 헌

김성혜 (1993). 노인의 건강증진행위와 삶의 만족도와와의 관계연구. 고려대학교 석사학위논문.

김일순 (1993). 건강증진: 새 시대 의료의 새로운 지평. 간호학 탐구, 2(2), 12-19.

김정애 (1999). 미국과 한국에 거주하는 일부 한국 갱년기 여성의 갱년기 증상과 갱년기 감정에 관한 연구. 기본간호학회지, 6(1), 35-50.

김효정 (1998). 노인의 건강증진 행위와 자기효능감, 자존감과의 관계연구. 중앙의학, 63(1), 65-74.

김효정 (1996). 노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관한 연구. 계명대학교 석사학위논문.

김효정, 박영숙 (1997). 노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관한 연구. 기본간호학회지, 6(1), 283-300.

박계화 (1995). 건강개념, 자기효능감, 강인성과 건강증진 생활양식과의 관계연구. 이화여자대학교 석사학위논문.

보건복지부 (1998). 보건복지백서.

서연옥 (1994). 취업주부와 전업주부의 건강증진 생활양식 비교연구. 간호학탐구, 3(1), 93-115.

송효정 (1997). 미국이민 한국노인의 건강증진 생활양식. 가톨릭대학교 석사학위논문.

오복자 (1995). 건강증진행위의 영향요인분석. 대한간호학회지, 25(4), 681-695.

오진주, 김신미, 송미순 (1996). 노인의 건강행위 수행실태와 이에 영향을 미치는 요인. 성인간호학회지, 8(2), 324-337.

윤진 (1990). 산업장 근로자의 건강증진행위와 그 결정요인에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.

윤진 (1985). 성인·노인심리학. 서울: 중앙적성출판사.

- 이경숙 (1998). 노인의 건강지각과 건강증진행위. 전북대학교 석사학위논문.
- 이경식 (1994). 새로운 건강증진운동. 간호학담구 3(1), 15-18.
- 이선자 (1982). 노인의 건강에 대한 욕구-신체적 건강과 간호. 대한간호, 21(1), 16-17.
- 이학중 (1986). 조직행동. 서울: 세경사.
- 전산초, 최영희 (1990). 노인간호학. 서울: 수문사.
- 통계청 (1996). 장래인구추계.
- 표지숙 (1991). 노인들의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계연구. 연세대학교 석사학위논문.
- Ahijevych, K., & Bernhard, L. (1994). Health-promoting behaviors of African American women, Nursing Research, 43, 86-89.
- Backett, K. C., & Davison, C. (1995). Lifecourse, lifestyle and social and cultural location of health behaviors. Social Science and Medicine, 40(5), 629-638.
- Bandura (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory, Journal of Social & Clinical Psychology, 4(3), 359-373.
- Brown, J. S., & McCreedy, M. (1986). The hale elderly: Health Behavior and its correlates. Research in Nursing & Health, 9, 317-329.
- Brubaker, B. H. (1983). Health Promotion: A linguistic analysis. Advances in Nursing Science, 5(3), 1-13.
- Becker, D., Hill, D., Jackson, J., Levine, D., Stillman, F. & Weiss, S. (1992). Health behavior research in minority population: Access, design and implementation. NIH publication No. 92-2963. Washington DC: US Government printing office.
- Department of Health and Human Services (1990). Healthy People 2000: National health promotion and disease prevention objectives (DHHS Publication No. PHS9150212). Washington DC: US Government Printing Office.
- Duffy, M. E. (1988). Determinant of health-promoting in mid-life women, Nursing Research, 37(4), 358-361.
- Duffy, M. E. (1993). Determinants of health-promoting lifestyles in older persons. IMAGE: Journal of Nursing Scholarships, 25(1), 23-38.
- Fry, J. F. (1987). Can health promotion enable people to live healthier live into latter life: In Carlson, R. J., Newman, B.(eds). Issue and Trends in Health. St Louise: C.V. Mosby.
- Gillis, A. J. (1993). Determinants of a health-promoting lifestyle : an integrative review. Journal of Advanced Nursing, 25, 1132-1138.
- Hanner, M. E. (1986). Factors related to promotion of health seeking behavior in the aged. Doctoral Dissertation, The Univ. of Texas at Austin.
- Heckler, M. (1985). Report of secretary's task force on black and minority health: vol.1.Executive summary(DHHS Publication). Washington DC: US Government Printing Office.
- Killeen, M. (1989). Health promotion practices of family care givers. Health Values, 13(4), 3-10.
- Kuster, A. E., & Fong, C. M. (1993). Further psychometric evaluation of the Spanish language health-promoting lifestyle. Nurs Res, 42(5), 266-269.
- Mason & McGuinnis.(1990). Health People 2000: An overview of national health promotion and disease prevention objectives. Public Health Reports, 105(5),

- 441-446.
- Pender, N. J. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. (2nd ed.). Norwalk, CT : Appleton Century Crofts.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Stromborg, M. F. (1990). Predicting Health Promoting Lifestyles in th Workplace. Nursing Research, 39, 326-332.
- Penning, M., & Wasyliv, D. (1992). Homebound learning opportunities: Reaching out to older shut-ins and their caregivers. The Gerontologist, 32(5), 704-707.
- Pierce, A. G., Fulmer, T. T., & Edelman, C. L. (1994). Older adult, In Edelman, C. S., & Mandle, C. L.(Eds.). Health promotion through the life span. St. Louise: Mosby Co.
- Pollara, M. H. & Meleis, A. I. (1995). The stress of immigration and the daily lived experiences of Jordanian immigrant women in the United States. West. J. Nurs Res, 17, 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.
- Singer, J. E. (1982). The need to measure lifestyle. International Journal of Nursing Studies, 30(5), 415-423.
- Sohng, K. Y. & Yeom, H. (1999). An Analytical study on health-promoting lifestyle pattern and associated variables of Korean immigrant elderly in Seattle. Journal of Korean Academy of Nursing, 29(5), 1058-1071.
- Speake, D. L, Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. Research in Nursing & Health, 12, 93-100.
- Verbrugge, L., M., & Wingard, D. L. (1987) Sex differentials in health and mortality. Women and Health, 12(12), 103-146.
- Walker, S. N, Volkan, K, Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health promoting life styles of elder adults : comparison with young and middle aged adults, correlates and patterns. Advances in Nursing Science, 11, 76-90.
- Walker, S. N, Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometrics. Nurs Res, 36(2), 76-81.
- Wallace, S. P., Villa, V., Moon, A., & Lubben, J. E. (1996). Health practices of Korean elderly people: National health promotion priorities and minority community needs. Family & Community Health, 19(2), 29-42.
- Weitzel, M. H. (1989). A test of health promotion model with blue collar worker. Nursing Research, 38(2), 99-104.
- 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 : Health promoting lifestyle
Patterns, Perceived health
status, Elderly

A Survey on Perceived Health
Status and Health Promoting
Lifestyle Patterns between Korean
Elderly and Korean-American
Elderly

Sohng, Kyeong Yae* · Lee, So Young**

This study was designed to explore and compare health-promoting behaviors and perceived health status between Korean elderly and Korean-American elderly.

One hundred fifty Korean elderly and one ten Korean-American elderly recruited from senior centers respectively. Collected data were analyzed using SPSS program through which with a structured questionnaire. T-test, ANOVA, and Pearson correlation coefficients were tested.

The results were followings :

1. In religion, 32.7% of Korean elderly were protestant, while 61.8% of Korean-American elderly were protestant. 61.3% of Korean elderly were living with their children, and only 17.3% of Korean-American elderly were living with their children.
2. Perceived health status of Korean elderly was 3.08 and Korean-American elderly

was 3.01, there was no significant difference in those two groups.

3. The mean HPLP score of Korean elderly was 2.63, showed significant relationships with age, economic status and education, while Korean-American elderly was 2.54, showed significant relationships with education and economic status.
4. There was no significant difference in the mean HPLP score in two groups, but Korean elderly showed higher practices in health responsibility, exercise, and stress management than that of Korean-American elderly. Both two groups showed highest practices in nutrition(3.14, 3.01), and the lowest practices in exercise(2.14, 1.92).
5. The HPLP score of Korean and Korean-American elderly showed($r=.24$, $r=.20$) positive correlations with perceived health status.

To draw concrete resolution for health promotion of Korean-American elderly, this study suggests followings for future research:

1. Developing health promotion programs focused on exercise and stress management is also imperatively suggested not only for better health practices of Korean immigrant elderly population but also for enhancing their level of well-beings and life satisfaction.
2. Identifying the influences of culture on their practices of health-promoting lifestyle patterns among Korean, Korean-American and other racial elderly groups.

* College of Nursing, The Catholic University of Korea.

** Doctoral Student, College of Nursing, The Catholic University of Korea