

일본에 거주하는 한국 노인의 건강증진 생활양식

정애화* · 박경민** · 류미경***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대에 이르러 의학의 발달과 경제 발전에 따른 생활 수준의 향상으로 연장된 평균 수명으로 인하여 인구의 고령화 현상은 범세계적인 추세로 나타나는 현상이다. 우리나라에서도 65세 이상의 노인 인구 비율이 2000년에는 7.1%에 달해 본격적인 고령화 사회가 되었으며, 2020년에는 13.2%에 달할 것으로 예측하고 있다(통계청, 1999). 인구의 고령화가 이미 시작된 일본의 65세 이상 노인 현재 인구는 1999년보다 4.09%가 늘어난 2천 12만명(16.03%)에 이르고 있으며(후생통계협회, 2000), 일본 노인 인구가 차지하는 비율은 1995년 14.8%, 2010년 21.3%, 2020년에는 25.8%로 증가할 것으로 예측하고 있다(후생통계협회, 2000).

한국과 일본 노인은 한자 문화권의 유교 영향 하에(노승욱, 1995) 노인들이 누렸던 사회적, 가정적, 지위가 높았던 까닭에 산업화, 도시화, 핵가족화 되어 가는 사회 속에서 노인은 현대 사회에 적응하기 힘들다. 이로 인해 가정이나 사회로부터 소외되는 현상의 사회문제가 현대 사회에 대두되고 있다(김정순, 1988; 사가자하루오, 1999). 노인은 생활양식 변화인, 일자리 부족, 스트레스 증가, 운동부족, 영양의 불균형의 문제들로부터 영향을 받고 있다(권중돈, 1995). 미국 이민 한국인을 대상으로

한 연구에서 건강에 영향을 미치는 생활양식의 스트레스 원을 대인관계, 경제문제, 가족문제로 보고하였고(이소우, 1993), Kim and Berry(1985)는 이민간 한국인의 질병 원인이 이민 생활양식과 관련된 스트레스로 인한 것이라고 보고하였다. Lee and Ellenbecker(1998)의 연구에서 미국에 거주하는 중국계 노인은 미국계 노인보다 일상생활에서 더 많은 스트레스를 받고 있으며, 문화적 변화와 사회·환경적 변화가 스트레스의 원인이 되는 것으로 분석하였다. 이러한 일상생활의 스트레스로 인하여 일상적인 생활의 대응양상이 평상시와는 달라질 수 있으며(최남희, 이남희, 김희숙, 1990), 부적절한 대응은 건강관리와 건강상태에 영향을 미친다(Delongis, Coyne, Dakof, Folkman and Lazarus, 1982).

교포들은 문화적, 사회적, 정신적인 영향으로 일상생활에서 다양한 스트레스를 경험하고 있고(이소우, 1993; Shin, 1993; Aroian, 1990), 스트레스로 인하여 개인 건강 수행에도 영향을 미치고 있다(Muhlenkamp and Sayles 1985; Kerr and Ritchey, 1990). 재일 교포는 일제의 노동력 징발, 강제 징용 등을 통해 이주하였고(국제 문제 조사연구소, 1996; 최관, 1999; 김효순, 1996), 일제 식민지 시대 이후에도 재일 교포들은 사회적, 제도적 차별을 일상생활에서 경험하였으며(최관, 1999; 김효순, 1996), 가장 심각한 차별은 취업상의 차별이다(정인섭, 1996). 재일 교포 1세가 일본인으로 귀화하는 이유가 '생활의 편의를 위해'서라고 할만

* 대구과학대학 겸임교수
** 계명대학교 간호학부 지역사회간호학 교수
*** 계명대학교 간호학부 지역사회간호학 조교

를 일본에서의 한국인으로서 삶은 힘들었고, 많은 역사적 사건을 삶의 터전에서 겪어왔다(최관, 1999; 김효순, 1996; 이광규, 1998). Muhlenkamp and Sayles (1985)의 연구에서, 사회적 지지가 건강증진 생활양식과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 김귀분(1991)의 연구에서도 사회적 지지는 건강행위에 영향을 미치는 요인으로 보고되었다.

건강증진은 일상생활에 나타나는 문화적 맥락 안에서 발생하며, 문화는 건강과 건강증진과 관련된 인간의 삶에 중요한 영향을 주므로 문화와 건강과 관련된 행위는 분리되어서는 안된다(김애경, 1998). 건강증진 생활양식에 대한 의미는 문화적 배경에 따라 영향을 받으므로 건강행위를 문화적 배경과 환경 내에서 이해해야 하다(Leininger, 1988). 건강증진은 개인의 일상생활을 통하여 시행되며, 개인의 생활양식은 전반적인 건강증진 생활양식에 영향을 미친다(Walker, Sechirst and Pender, 1987).

건강증진 생활양식 수행 척도(Health Promotion Lifestyle Profile)를 이용하여 노인을 대상으로 한국 내·외 선행 연구로는 Walker 등 (1988), Riffle, Yoho and Sams(1989), Speaker, Cowart and Pellet, (1989), 표지숙(1991), Ballard-Ferguson (1991), Hemstrom(1993), 김성혜(1993), Duffy (1993), 김효정(1996), 전정자와 김영희(1996), 송영신, 이미라와 안은경 (1997), 김애경(1998), 박은숙, 김순자, 김소인, 전영자, 이평숙, 김행자와 한금선 (1998), Wang(1999) 등의 연구들이 있으나, 재일 교포들의 건강증진행위에 관한 연구는 거의 이루어지지 않았다.

Pender의 건강증진 모형의 조정요인인 인구학적 특성, 생물학적 특성, 대인관계 요인, 상황적 요인 및 행동적 요인 등은 대상자의 건강증진행위에 간접적으로 영향을 주며, Pender의 건강증진모형을 기초로 한 Walker 등 (1987)의 건강증진 생활양식은 일본에 거주하는 한국 노인의 사회적, 문화적 일상생활을 통하여 시행되는 건강증진행위를 파악할 수 있을 것이다. 우리나라에서 보고된 건강증진행위에 관한 연구들은 한국인의 건강개념, 건강관행, 건강한 생활양식을 다양한 접근을 통해 기술하면서 한국인의 문화적 관점에서의 건강증진 생활양식의 이해를 강조하고 있어(김애경, 1998), 일본 문화에서 재일 교포가 어떤 건강증진 생활양식을 어느 정도 수행하고 있는가를 파악하는 연구가 필요하다고 사료된다.

이에 본 연구에서는 65세 이상 재일 한국 노인 교포의 건강증진 생활양식을 파악하여 일본에 거주하는 한국 노인들의 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초자료가 되 고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- (1) 일본에 거주하는 한국 노인의 사회인구학적 특성을 파악한다.
- (2) 일본에 거주하는 한국 노인의 건강증진 생활양식을 파악한다.
- (3) 일본에 거주하는 한국 노인의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 사회인구학적 관련요인을 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 노인

이론적 정의 : 신체적, 생물적, 심리적, 사회적 및 지적적인 측면에서 생의 주기에 따라 변화하는 노화과정에 있는 남녀를 의미하며(윤진, 1985: 1993), 65세 이상의 노인은 제도적으로 정년퇴직 및 연금수령 연령이다(Ferrini and Ferrini, 1989).

조작적 정의 : 일본에 거주하는 한국 국적을 가진 65세 이상의 남자와 여자를 말한다.

2) 건강증진 생활양식

이론적 정의 : 개인의 안녕 수준, 자아실현, 및 만족감을 유지하고 향상시키는데 도움이 되는 인간 실현화 경향(actualizing tendency)의 표현으로서 영양, 운동, 스트레스관리, 건강책임, 대인관계, 자아실현이 하위개념이다(Walker 등, 1987).

조작적 정의 : Walker 등(1987)이 개발한 Health Promotion Lifestyle Profiles(이하 : HPLP)에 의해 측정된 점수이다.

4. 연구의 제한점

본 연구의 대상은 일본의 아이치현(愛知)에 소재 하는 재일 한국인 교포들을 대상으로 실시하였으므로 일본에 거주하는 한국인 전체 교포들에게 확대 해석하는 데에는 신중을 요한다.

II. 문헌 고찰

1. 일본에 거주하는 한국 노인

일본 사회의 고령화 및 평균연령이 높아짐에 따라 (Ishida Masao, 1997) 1994년 일본 정부는 New Golden Plan을 적용하여 노인이 가정이나 지역사회에서 의료서비스를 받을 수 있도록 하였다(후생국통계협회, 2000). 일본의 GNP 대비 국가예산이 1980년 이후 계속 감소되고 있는 추세에도 불구하고, 일본 노인 복지 예산의 비율은 오히려 증가되어 국가 예산에서 노인 복지 예산이 차지하는 비율이 1990년 2.1%, 1992년 2.3%으로 증가되었다(후생통계협회, 1993). 65세 이상 독신 일본 노인 인구의 비율은 1980년 10.7%에서 1992년 15.7%로 증가하고 있으며 노인 부부 가구의 비율도 매년 증가하고 있고, 65세 이상의 독신노인으로만 이루어진 노인독신 가구의 비율은 2000년 15.4%에서 2015년에는 17.4%로 증가할 것으로 전망하고 있다(후생통계협회, 1997). 일본 노인은 건강의 유지 및 증진에 관심이 높으며, 건강관리 실천과 병에 관한 지식습득이 고령자의 생활양식 특징 중 하나로 나타나고 있다(사가자하루오, 1999). 건강할 때 노인의 건강을 유지하는 것이 질병을 치료하는 것보다는 경제적인 건강증진 개념의 영향으로, 1997년 9월부터 의료비에 대한 수정을 실시하여 증가양상이 있는 의료비의 지출이 29.1%에서 28.8%으로 줄어들었다(Japan Pharmaceutical Manufacturers Association, 1999). 일본 총무청의 사회생활기본조사(1996)에 의하면 60세 이상의 고령자가 건강이나 체력에 자신감을 갖고 싶다는 이유로 지역 단체 활동에 참가하여 노인 자신의 건강을 위해 사회 활동을 하고 있으며, 사회 활동 참여를 통하여 안녕 수준을 높이고 있다(사가자하루오, 1999).

재일 교포가 일본으로 이주한 시기는 한일합방이후~1936년, 1936년 이후~해방이전, 해방이후로 구분할 수 있으며, 성별로는 남자 49.5%, 여자 50.5%, 연령별로는 50세미만 전후 세대가 전체 재일 교포의 약 80%를 차지하고 있으며, 출신 지역별로는 경상도 62.5%, 제주 17%등 남한 출신이 전체의 99%를 차지하고 있다(국제 문제 조사연구소, 1996). 재일 교포 65세 이상의 노인의 수는 1999년 6월 집계로 70,772명이었으며(在留外國人 統計, 2000), 그 중 70%정도는 영세기업이나 자영업을 경영하고 있다(在日 韓國人의 社會成層 青年意

識全國調査 1997). 65세 이상의 노인 세대, 즉 1세대 또는 1.5세대는 일본 사회에서의 민족 차별과 역사적 고난을 겪어온 세대이며, 삶의 기반을 정착시키기 위해 일본인이 꺼리는 3D직업에 종사하면서 일상생활에서 정신적·신체적 스트레스에 영향을 받으며 살아왔다(在日 韓國人의 社會成層 青年意識全國調査 1997).

교포들의 일상 생활 스트레스원으로 보고된 대인관계, 경제문제, 가족문제(이소우, 1993)를 한국 문화와 비교하여 일본 문화 속에서 찾아볼 수 있는데, 일본은 우리나라와 지리적으로 인접하여 있는 국가이면서 대조적인 문화적 특징을 나타내고 있다. 한국의 가족구조는 가장권과 부권이 거의 동등하다고 할 수 있지만, 일본의 경우는 상속의 후계자를 가장권으로 결정하였을 때 자식은 가부장권에 항의할 수 없고 은거제에 따라 가장권을 계승시킨 부친이 새로운 가부장에게 복종하는 것으로 알 수 있듯이 가장권이 강하고 부권이 약하다고 할 수 있다(정인섭, 1996; 이광규, 1998). 한국 문화는 충보다 효를 강조하나 일본 문화에서는 효보다는 충을 강조하는 가족구조를 나타낸다(정인섭, 1996). 한국 문화에서 대인관계는 개인의 생각이나 감정 또는 개인의 능력을 들어내어 집단보다 개인성을 강조하는 것이 특징이라면, 개인의 감정이나 생각을 들어내지 않는 집단성을 강조하는 것이 일본 문화의 특징이다(정인섭, 1996). 경제적 문제는 일상생활의 스트레스원이며(이소우, 1993), 노인의 건강증진 생활양식 수행에 영향을 미치는 요인으로 보고되었다(Walker 등, 1988; 김성혜, 1993; 박재순과 최재순, 1995; 김효정, 1996; 전영자 등, 1996; 송영신 등, 1997). 노인의 경제적 문제 해결 가능성이 있는 연금은 1980년대 말부터 재일 노인 교포들은 국민연금 가입이 가능하게 되었는데(최관, 1999), 당시 국민연금 가입 가능층 중 미가입자의 절반 정도는 자신이 국민연금에 가입할 수 있었다는 사실을 알고 있었으나 당장의 보험료를 부담할 만한 여유가 없다는 이유 등으로 국민연금에 가입하지 않았다(정인섭, 1996; 이문웅, 1996). 일본 총무청의 외국인 국민연금 실태 조사(1992)에 따르면, 일본에 거주하는 외국인의 약 절반 정도만이 국민연금에 가입하고 있으며, 재일 노인 교포의 경우는 약 3/4가 아무런 연금 수령 없이 어려움 경제 생활을 하고 있는 것으로 나타났다(정인섭, 1996). 일본에 거주하는 한국 노인의 어려운 경제적 상태는 건강증진 생활양식 및 건강관리에 영향을 미친다.

재일 노인 교포들은 이러한 상이하게 다른 사회·문화

적 배경에 따른 차이를 극복하여야만 했다. 사회제도적, 관습적 차별 속에서 갈등과 경제적 어려움이 복잡하게 어우러져 제일 노인 교포의 건강에게 영향을 미쳤고(김효순, 1996), 이러한 문화적 배경이 삶의 질에 영향을 주며, 특히 질병에 대한 행동, 건강유지와 간호에 있어서 문화적 배경은 중요한 영향을 미치는 요인이다(Helman, 1990). 노인 건강은 사회적, 문화적, 환경 틀에 의해서 영향을 받으며, 노인의 발달과업은 문화마다 그 문화 내에서 다양하다(Seabrooks, Kahn and Gero, 1987). 최영희와 신윤희(1991)는 노인의 건강과 환경은 밀접한 상호관련성이 있고, 노인 건강에 환경요인은 직접, 간접으로 영향을 미치며 거주지역에 따라 노인의 신체건강과 사회 심리적 건강에 따른 차이가 있다(박은숙 등, 1998).

2. 노인의 건강증진 생활양식

Walker 등(1987)의 HPLP는 Pender의 건강증진 모형에 기초를 두고 개발되었으며, 건강증진에 가장 영향을 주는 요인은 개인이 수행하는 건강증진행위로 보았다. Pender(1982)는 건강증진행위를 개인의 안녕 수준의 유지, 증진, 자아완성, 성숙을 향한 행동이라고 말하고, 건강한 생활양식을 증진시키기 위한 개인적 또는 지역 사회의 활동으로써 안녕의 수준을 높이고, 자아실현(self-actualization), 개인적인 만족감(personal fulfillment)을 유지하거나 높이기 위한 방향으로 취해지는 활동으로 정의하였다. Pender의 건강증진모형은 건강증진 생활양식의 영향요인을 구명하고 이를 추구할 수 있는 간호중재의 기틀을 제시하고 있으며, 건강증진행위의 결정인자로는 인지·지각요인, 조정요인, 행동계기요인을 제시하였고, 조정 요인으로써 사회인구학적 변수, 대인관계 변수, 상황적인 변수이다. 건강증진은 안녕(well being)의 접근적(approach)행위으로써, 안정성을 유지한다거나, 위험 요인을 방지하는 것이 아니라 대상자의 성장과 발달, 그리고 높은 수준의 안녕을 향한 방향을 제시한다(Brubaker, 1983).

건강증진 생활양식은 개인이나 집단이 건강에 적응하는 수준을 높이기 위한 행위와 전반적인 건강을 유도할 수 있는 환경의 개선·개발과 방향을 제시하고 있다(Walker 등, 1987). 대상자의 문화적인 특성에 맞는 건강증진행위를 파악하기 위해서는 대상자의 생활양식 행위(lifestyle behavior)의 특성을 파악하는 것이 필요

하다(Ahijevych and Bernhard, 1994). 궁극적으로 건강증진 생활양식은 특별한 건강 문제와 연관되는 기본적인 사회 구조를 변화시킬 수 있는데, 이런 구조에는 음식, 주거 위생, 안전뿐만 아니라, 경제, 사회적인 정책에까지 확대되며(Duffy, 1988), 건강에 영향을 미치는 개인의 생활양식을 증진시키고, 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 파괴적인 개인의 습관에 대한 전략을 세우는 방안으로 제시되고 있다(최영희와 김순이, 1997). 건강증진 생활양식을 유도하는 전략은 일차적으로 기본적인 개인의 건강 요구를 해결해주며, 궁극적으로는 사회 전반적인 안녕 수준을 높이는 데까지 기여하게 된다(김성혜, 1993; 박은숙 등, 1998).

노인의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 사회인구학적 특성 요인을 살펴보면, 성별(표지숙, 1991; Wang, 1999), 연령(Frank-Stromborg, Pender, Walker and Sechrist, 1990; 표지숙, 1991; 송효정, 1997; Wang, 1999), 종교(김효정, 1996; 송효정, 1997; 송영신 등, 1997), 교육수준(Frank-Stromborg 등, 1990; 표지숙, 1991; 김성혜, 1993; 김효정, 1996; 송효정, 1997; 송영신 등, 1997; Wang, 1999; 은 옥과 구미옥, 1999), 월 평균 용돈 또는 경제 상태(Frank-Stromborg 등, 1990; 표지숙, 1991; 김성혜, 1993; 김효정, 1996; 송효정, 1997; 송영신 등, 1997; 박은숙 등, 1998; 은 옥과 구미옥, 1999), 결혼상태(표지숙, 1991; 김성혜, 1993; 박은숙 등, 1998), 용돈 출처가 자신인 경우(김성혜, 1993), 거주 상태(Wang, 1999), 직업(Frank-Stromborg 등, 1990; 표지숙, 1991; 박은숙 등, 1998)이다.

노인을 대상으로 한 연구에서는 건강증진 생활양식과 다른 변수를 함께 연구한 것을 살펴 볼 수 있는데, 이 변수로는 사회적 지지(Riffle 등, 1989; Jones, 1991), 건강상태(Riffle 등, 1989; Jones, 1991; Duffy, 1993; Hemstrom, 1993; Wallis, 1994), 건강 통계위(표지숙, 1991; Duffy, 1993), 건강증진 수행에 어려운 점(Jones, 1991), 노화 과정(Hemstrom, 1993), 삶의 만족도(김성혜, 1993), 자기 존중감(전정자와 김영희, 1996) 등이 연구되었다.

건강증진행위 수행을 사정하기 위한 도구로는 5개의 범주화로 30항목으로 구성된 Harris와 Guten의 개방형 설문지(1979), Mayer의 Life Style Assessment(영양, 운동, 스트레스 관리, 안전) 도구(1994), 6개의 하부영역으로 48문항으로 구성된 Walker 등의 HPLP가

있고, 우리 나라에서는 한국 노인의 건강개념으로 4가지 영역으로 구성된(신체, 영적, 정서적, 사회) 33문항을 개발한 최영희와 김순이(1997)의 사정도구, 성인의 건강증진행위 수행을 측정하기 위해 김애경(1998)이 개발한 9 하부영역으로 구성된 30문항의 설문지 등이 있다. 대상자의 사회적 환경을 총체적으로 파악하고(최영희와 김순이, 1997), 대상자의 사회인구학적 특성이 조정요인으로 나타나는 점에서 Walker 등(1987)의 HPLP는 일본에 거주하는 한국 노인의 건강증진행위를 파악하는데 유리하다고 사료된다. 노인을 대상으로 한 선행연구를 통하여 볼 때 많은 연구들이 Walker 등(1987)의 HPLP를 사용하였고(최영희와 김순이, 1997), 같은 도구를 이용할 때 노인을 대상으로 한 다른 연구와 횡적 연구 비교가 용이하다.

일본인 노인을 대상으로 하는 건강증진행위와 관련된 연구를 살펴보면, Honma, Naruse, and Kagamimori (1999)은 60세 이상의 노인 남녀를 대상으로 일상 생활 능력과 건강증진 태도, Yokokawa, Kai, and Nakajima(1999)은 일본 65세 이상의 노인은 대상으로 높은 자아 효능감과 건강증진행위, Yoshimoto and Kawata(1998)은 일본 노인들에게 건강증진행위, 일상 생활 활동과 인지된 교통 수단 문제, Miyata, Oomori, Mizuno, Inaba, and Iwata(1997)는 삶의 만족도와 건강증진행위 등이 있다. 일상생활 활동능력, 자아 효능감, 건강 상태, 삶의 만족도 요인 등이 일본인 노인의 건강증진행위와 관련하여 연구한 것을 볼 수 있었으나, 일본에 거주하는 한국 노인을 대상으로 한 건강증진 생활양식 연구는 찾아보기 힘들었다.

이상에서 일본 사회에서의 재일 노인 교포를 대상으로 하는 건강증진 생활양식과 관련된 연구는 찾아보기 어려웠으며, 민족적 차별과 다른 사회·문화 구조와 경제적 취약점 속에 있는 재일 노인 교포의 건강증진 생활양식을 연구하는 것이 필요하다고 사료된다.

III. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 일본에 거주하는 한국 노인의 건강증진 생활양식을 파악하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 일본 아이치현(愛知)에 소재 하는 3곳의 한국인 교회, 2곳의 한국어 학교와 1곳의 민간 단체를 통하여 65세 이상의 한국 노인을 대상으로 실시하였다. 아이치현에 거주하는 재일 교포의 인구는 49,264명이며(남: 24,022, 여: 25,242), 이 중 65세 이상의 노인 인구는 남자 2,362명, 여자는 30,186명으로 각각 전체 인구의 4.79%와 6.12%를 차지하였다. 2000년 4월 1일부터 4월 20일까지 자료수집을 실시하였으며, 연구자가 먼저 전화로 연구에 관심을 나타낸 각 기관을 방문하여 교회, 학교 및 민간 단체의 단체장을 면담하여 연구의 취지와 내용을 설명하고 협조를 구하였다. 각 단체장들은 각 기관의 청년자원봉사단을 소집하였으며, 연구자가 직접 청년자원봉사단에게 설문지 작성요령을 설명하였다. 일본어와 한글 모두 읽지 못하는 노인에게는 청년 자원봉사단이 1:1면담으로 설문지를 작성하였으며, 설문지를 해독할 수 있는 노인에게는 설문지를 배부하고 무기명으로 작성하게 한 후 회수하였다. 일본에 거주하는 동기를 묻는 문항은 개방형 질문법을 사용하여 설문지 회수 후 응답 내용에 따라 5가지(출생, 가족에 따라, 결혼함으로, 직업을 찾기 위해, 가난 때문에)로 분류하였다. 배포된 설문지 300부 중 회수된 설문지는 총 202부였으며, 회수율은 67.33%이었다.

대상자의 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 대한민국 국적을 소지하면서 일본에 거주하는 65세 이상인 자
- 2) 시청각 장애가 심하지 않는 자
- 3) 언어적 비언어적 의사소통이 가능한 자
- 4) 질문지를 이해하고 응답할 수 있는 자
- 5) 연구에 참여하기로 수락한 자

3. 연구도구

연구도구는 Walker 등 (1987)이 개발한 HPLP(자아실현 13문항, 건강책임 10문항, 운동 5문항, 영양 6문항, 대인관계 7문항, 스트레스관리 7문항)로 총 48문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 동의 및 비동의의 정도에 따라 '항상 그렇다'에 4점, '거의 그렇지 않다' 1점을 주는 4점 척도이며 점수가 높을수록 건강증진 생활양식을 잘 수행하고 있는 것으로 해석하였다. Walker 등(1987)의 내적 일관성은 Cronbach's $\alpha = .922$ 이었으나, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .906$ 이었다. 연구 도구는 대상자의 특성을 고려하여 일본어로 작성을

하였으며, 작성된 일본어 설문지는 일본어 교수에게 수정정보를 받아 도구의 신뢰도를 확인하기 위하여 영어로 역번역 하는 과정으로 작성하였다.

4. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS/pc+ WIN 9.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 사회인구학적 특성은 기술통계방법(빈도, 백분율)을 이용하였다.
- 2) 대상자의 건강증진 생활양식의 영역별 평균을 파악하기 위하여 평균, 표준편차, 왜도, 첨도를 사용하였다.
- 3) 대상자의 사회인구학적 특성에 따른 건강증진 생활양

식을 파악하기 위하여 평균과 표준편차 및 F-검증을 실시하였다.

- 4) 대상자의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 사회인구학적 관련 변인을 파악하기 위해 Pearson Correlation, Kendal tau, Stepwise Multiple Regression을 이용하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 사회인구학적 특성

본 연구 대상자의 사회인구학적 특성은 <표 1>과 같다. 대상자의 연령범위는 65-89세였으며, 65-69세 노인

<표 1> 대상자의 사회인구학적 특성 (N=202)

내 용	구 분	N(%)	내 용	구 분	N(%)		
연령	65-69	89(44.1)	가족 동거 유형	혼자산다	39(19.3)		
	70-74	26(12.9)		가족과 함께산다	163(80.7)		
	75-79	50(24.8)		부부끼리산다	59(29.2)		
	80-84	31(15.2)		미혼자와자녀와산다	71(35.2)		
	85-89	6(3.0)		결혼한 아들과 산다	21(10.4)		
성별	남	72(35.6)	결혼한 딸과 산다		12(5.9)		
	여	130(64.4)		가족동거수 (본인제외)	0명	39(19.3)	
종교	무 유	58(28.7)	1명		80(39.6)		
		144(71.3)	2명		39(19.3)		
	기독교 불교 천주교	82(40.6)	3명		15(7.4)		
		26(12.9)	4명이상		29(14.4)		
교육정도	무 유	57(28.2)	월평균 용돈	1만원미만	87(43.1)		
		145(71.8)		1-3만원미만	78(38.6)		
	서당 국졸 중졸 고졸 대졸이상	11(5.4)		3-5만원미만	18(8.9)		
		49(24.3)		5-7만원미만	11(5.4)		
		23(11.4)		7만원이상	8(4.0)		
		59(29.2)		용돈주는 사람	본인	104(51.4)	
3(1.5)	배우자	9(4.7)					
직업	무 유	110(54.5)	거주년수	아들	50(24.7)		
		92(45.5)		딸	35(17.3)		
	상업 무역사업 식당종업원 회사원 교육직 기타	19(9.5)		며느리,사위,손자		4(1.9)	
		2(0.9)			9년	7(3.5)	
		16(7.9)		10-19년	7(3.5)		
		16(7.9)		20-29년	7(3.5)		
		7(3.5)		30-39년	0		
		32(15.8)		40-49년	0		
		현재 결혼 상태		배우자유 배우자무	기혼	50-59년	28(13.9)
						60-69년	112(55.4)
사별 이혼또는별거	사별 이혼또는별거	11(5.4)	70년이상	41(20.2)			
			거주하게 된 동기	출생	87(43.1)		
				결혼함으로써	40(19.8)		
				가족을 따라	40(19.8)		
가난때문에	16(7.9)						
	직장을 찾으러	19(9.4)					

은 89명(44.1%), 75-79세 노인은 50명(24.8%), 80-84세 노인은 31명(15.2%)으로 나타났으며, 여자는 130명으로 64.4%이었고, 남자는 72명(35.6%)이었다. 종교가 있는 노인은 144명(71.3%)이었으며, 이 중 기독교 82명(40.6%), 불교 26명(12.9%), 천주교 36명(17.8%)으로 나타났다. 교육을 받은 노인은 145명(71.8%)으로, 이 중 고등학교 졸업한 노인은 59명(29.2%), 국졸 49명(24.3%), 중졸 23(11.4%)이었고 무학인 노인은 전체 57명(28.2%)이었다. 직업이 없는 노인이 110명(54.5%)이었고, 직업이 있는 노인 중 상업에 종사하는 노인 19명(9.5%), 식당종업원과 회사원이 각각 16(7.9%, 7.9%)이었다. 배우자가 있는 노인은 106명으로 52.5%이었고, 배우자가 없는 노인은 96명으로 47.5%를 나타냈다. 가족과 함께 사는 노인은 163명(80.7%), 이 중 미혼자녀와 함께 사는 노인은 71명(35.2%), 부부끼리 사는 노인은 59명(29.2%)이었고, 본인을 제외하고 1명의 가족과 사는 노인은 80명(39.6%), 혼자 사는 노인과 2명과 가족과 함께 사는 노인은 각각 39명으로 19.3%을 나타냈다. 노인의 월 평균 용돈은 1만원미만 군이 87명(43.1%), 1-3만원미만 군 78명(38.6%), 3-5만원미만군 18명(8.9%)이었다. 용돈을 주는 사람이 본인이라고 응답한 노인은 104명(51.4%), 아들이 준다는 노인 50명(24.7%), 딸이 준다는 노인 35명(17.3%)이었다. 일본에 거주한 년 수별로는 60-69년 거주한 노인은 112명(55.4%), 50-59년 거주한 노인은 28명(13.9%), 70년 이상 거주한 노인은 41명(20.2%)이었고, 일본에 거주하게 된 동기로는 일본에서 출생한 노인이 87명(43.1%), 가족을 따라 거주한 노인과 결혼함으로써 인하여 일본에 거주하게된 노인은 각각 40명(19.8%)이었다.

2. 건강증진 생활양식의 영역별 평균

본 연구 대상자의 건강증진 생활양식의 영역별 측정 결과는 <표 2> 와 같다.

자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계, 스트레스 관리 등을 종합한 건강증진생활양식의 평균평점은 2.72점이었다. 각 영역별로 총점이 4점으로 영역별로는 영양 3.06점, 자아실현 2.99점, 대인관계 2.81점, 스트레스 관리 2.68점, 건강책임 2.52점, 운동 1.92점으로 나타났다. 왜도 값이 음(<0)의 값으로 나타난 영역은 자아실현, 건강책임, 대인관계, 스트레스 관리 영역이었고 첨도 값이 양(>0)의 값은 대인관계 영역이었다.

3. 대상자의 사회인구학적 특성에 따른 건강증진 생활양식

대상자의 사회인구학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 결과는 <표 3> 과 같다.

사회인구학적 특성요인에서 건강증진 생활양식에 유의한 차이를 보인 것으로는 연령($p=.000$), 종교($p=.033$), 직업($p=.000$), 가족 동거 유형($p=.000$), 본인을 제외한 가족 동거 수($p=.000$), 월 평균 용돈($p=.000$), 용돈을 주는 사람($p=.000$), 거주 년 수($p=.000$)이었다.

연령이 70-74세 노인의 점수가 2.83 ± 0.38 점으로 가장 높았으며, 75-79세 노인 2.79 ± 0.43 점, 65-69세 노인 2.66 ± 0.33 으로 유의하게 나타났다($p=.000$). 기독교를 믿는 노인 2.78 ± 0.39 점, 천주교 2.65 ± 0.32 , 무교인 노인 2.63 ± 0.47 점으로 유의한 차이를 보였다($p=.033$). 교육업에 종사하는 노인은 3.23 ± 0.00 점으로 가장 높았으며, 식당종업원에 종사하는 노인은 3.09 ± 0.23 점, 무역업 2.94 ± 0.00 점, 상업 2.68 ± 0.31 점으로 유의하게 나타났다($p=.000$). 결혼한 딸과 사는 노인이 3.29 ± 0.25 점으로 높게 나타났으며, 혼자 사는 노인

<표 2> 대상자의 건강증진 생활양식의 영역별 평균

(N=202)

영역 (문항수)	평균	표준편차	왜도	첨도
영양 (6)	3.06	.54	.14	-.41
자아실현 (13)	2.99	.60	-.12	-.57
대인관계 (7)	2.81	.54	-.44	.47
스트레스관리 (7)	2.68	.47	-.15	-.52
건강책임 (10)	2.52	.67	-.20	-.33
운동 (5)	1.92	.60	.27	-.50
건강증진생활양식(48)	2.72	.40	-.23	-.37

〈표 3〉 대상자의 사회인구학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 (N = 202)

내 용	구 분	HPLP 평균±편차	t 또는 F	p	내 용	구 분	HPLP 평균±편차	t 또는 F	p
연령	65-69	2.66±0.33	11.02	.000	가족동거 유형	혼자산다	2.82±0.26	13.07	.000
	70-74	2.83±0.38				부부끼리 산다	2.58±0.38		
	75-79	2.79±0.43				미혼자와 산다	2.57±0.37		
	80-84	2.64±0.32				결혼한 아들과 산다	2.81±0.50		
	85-89	1.78±0.23				결혼한 딸과 산다	3.29±0.25		
성별	남	2.62±0.43	2.84	0.93	현재결혼 상태	기혼	2.66±0.41	1.16	.315
	여	2.72±0.40				사별	2.70±0.42		
종교	무교	2.63±0.47	2.96	.033		월 평균 용돈	1만원미만		
	기독교	2.78±0.39			1-3만원미만		2.66±0.37		
	불교	2.54±0.37			3-5만원미만		3.04±0.41		
	천주교	2.65±0.32			5-7만원미만		3.31±0.17		
		2.65±0.32			7만원이상		2.94±0.00		
교육 정도	무학	2.62±0.34	0.77	.572	용돈주는 사람	본인	2.77±0.33	7.18	.000
	서당	2.74±0.11				배우자	2.36±0.59		
	국졸	2.77±0.60				아들	2.51±0.30		
	중졸	2.71±0.39				딸	2.72±0.56		
	고졸	2.66±0.30				며느리, 사위, 손자	3.17±0.00		
	대졸이상	2.75±0.00							
직업	상업	2.68±0.31	6.91	.000	거주년 수	9년	2.27±0.00	9.79	.000
	무역사업	2.92±0.00				10-19년	2.15±0.00		
	식당종업원	3.09±0.23				20-29년	3.16±0.00		
	회사원	2.47±0.18				50-59년	2.73±0.30		
	교육직	3.23±0.00				60-69년	2.64±0.38		
	기타	2.63±0.35				70년이상	2.88±0.46		
	무직	2.64±0.43							
	가족 동거수 (본인 외)	0명				2.82±0.26	9.29		
1명		2.69±0.41	결혼함으로써	2.79±0.43					
2명		2.55±0.24	가족을 따라	2.70±0.54					
3명		2.28±0.48	가난 때문에	2.72±0.00					
4명이상		2.90±0.47	직장을 찾으러	2.63±0.35					

은 2.82±0.26점, 결혼한 아들과 사는 노인은 2.81±0.50점, 부부끼리 사는 노인은 2.58±0.38점으로 유의하게 나타났다(p=.000). 가족수가 4명이상이라고 대답한 노인은 2.90±0.47점으로 가장 높게 나타났으며, 혼자 사는 노인 2.82±0.26점, 1명의 가족과 사는 노인은 2.69±0.41점으로 유의하게 나타났다(p=.000).

월 용돈이 5-7만원미만인 노인이 3.31±0.17점으로 가장 높게 나타났으며, 3-5만원미만 노인 3.04±0.41점, 7만원이상 노인이 2.94±0.00점으로 유의하게 나타났으며(p=.000), 용돈을 주는 사람으로는 며느리·사위·손자가 준다는 노인이 3.17±0.00점으로 가장 높게

나타났으며, 본인이 해결한다는 노인 2.77±0.33점, 딸이 용돈을 준다는 노인 2.72±0.56, 아들이 용돈을 준다는 노인이 2.51±0.30점으로 유의하게 나타났다(p=.000). 거주년 수가 20-29년 일년에 거주한 노인이 3.16±0.00점으로 가장 높게 나타났으며, 70년 이상 거주한 노인 2.88±0.46점, 50-59년 거주한 노인이 2.73±0.30점으로 유의하게 나타났다(p=.000).

4. 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 사회인구학적 요인

대상자의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 사회적

〈표 4〉 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 사회인구학적 요인

(N=202)

내 용	R ² change	R ²	Beta	F*	p
용 돈	.188	.188	.490	46.41	.000
성 별	.066	.254	-.398	26.42	.000
거주 년 수	.059	.313	.275	32.70	.000
용돈 주는 사람	.036	.349	.315	26.11	.000
연 령	.018	.367	.178	22.72	.000

*F 값은 Stepwise Multiple Regression으로 분석함

구학적 예측 요인별 결과는 〈표 4〉와 같다. 대상자의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 예측 요인을 분석하기 위해 먼저 건강증진 생활양식과 사회인구학적 특성을 Kendal tau와 Pearson Correlation으로 상관관계를 보았다. 사회인구학적 변인 중 연령, 동거 가족 수, 월 용돈, 거주 년 수는 raw data로 사용하였으며, 종교는 종교가 있는 경우는 1점, 종교가 없는 경우는 0점, 결혼 상태는 배우자가 있는 경우는 1점, 배우자가 없는 경우는 0점, 교육정도는 교육을 받은 경우는 1점, 교육을 받지 않은 경우는 0점, 직업정도는 직업이 있는 경우는 1점, 직업이 없는 경우는 0점, 동거가족 유형정도는 혼자 사는 경우는 0점, 가족과 함께 사는 경우는 1점, 용돈을 주는 사람의 경우는 본인이 해결하는 경우는 0점, 타인으로부터 받는다는 1점으로 하였다. Correlation 결과 건강증진 생활양식과 순상관을 가진 변수는 용돈, 성별, 거주 년 수, 용돈 주는 사람, 연령이었다. 건강증진 생활양식 수행점수를 종속 변수로 하여 위의 다섯 변수들을 Stepwise Multiple Regression으로 분석한 결과 건강증진 생활양식 36.7% 설명하였다.

V. 논 의

본 연구에서 일본에 거주하는 한국 노인의 건강증진 생활양식정도는 평균점 2.72점으로 나타났으며, 각 영역별 평점은 영양 영역이 3.06점으로 가장 높았고, 자아 실현 영역 2.99점, 대인관계 영역 2.81점, 건강책임 영역 2.52점이었고 가장 낮은 영역이 운동영역으로 1.92점이었다. 국내 노인을 대상으로 한 연구와 비교하여 볼 때, 표지숙(1991)의 연구 2.46점, 전정자와 김영희(1996)의 연구 2.34점과 송영신 등(1997)의 연구 2.63점보다 본 연구 결과는 높았으며, 김성혜(1993)의 연구 3.07점, 김효정(1996)의 연구 2.89점보다 본 연구 결과는 낮았다. 재가 노인 중에서도 경로당이나 노인 정을 중심으로 연구한 국내 노인연구(표지숙, 1991; 송

영신 등, 1997; 박은숙 등, 1998; 은 옥과 구미옥, 1999)는 본 연구보다 낮게 나타났으며, 노인대학을 중심으로 한 연구(김성혜, 1993)는 본 연구보다 높게 나타났다. 노인이 단체 구성원의 역할, 친구역할을 통하여 정신, 정서적 건강유지에 영향을 미치며(노승욱, 1995), 노인이 소속되어 있는 거주장소에 따라서 건강증진행위에 영향을 준다는 것을 나타내고 있다.

국외 노인을 대상으로 한 연구를 살펴보면, 55세 이상을 대상으로 한 Walker 등(1988)의 연구 2.85점, 55세 이상을 대상으로 한 Speak 등(1989)의 연구 2.99점, 55세 이상 아팔라치아 노인을 대상으로 한 Riffle 등(1989)의 연구 2.82점으로 본 연구 평균점 2.72점보다 높게 나왔다. 이는 서구 노인을 대상으로 하는 연구에서 대상자들의 건강증진 생활양식 수행에 영향을 주는 거주지에 따른 문화적 차이를 반영한 것이다. 그러나 본 연구 대상자의 연령이 65세 이상이라는 점은 55세 이상을 대상으로 한 서구 노인 연구 결과와 연령에 차이에서 나타난 것이라고 볼 수 있다. 노인의 연령층에 따른 추후 건강증진 생활양식 수행정도 연구가 필요하다. 그 외에도 성인을 대상으로 한 이태화(1989) 연구 2.69점, 미국에 거주하는 한국 성인을 대상으로 한 송효정(1997)의 연구 2.55점보다 본 연구결과는 높게 나타났다. 고등학생을 대상으로 연구한 홍외현(1998) 연구 2.38점과, 근로자를 대상 연구한 Weitzel(1989) 연구 2.57점보다 본 연구 결과는 높았다. 다른 연령군에 비해 노인의 건강증진 생활양식 수행정도가 높다고 보고 된 선행 연구결과와 유사함을 볼 수 있다. 노인이 다른 연령군에 비해 높은 건강증진행위를 나타내는 것은 사회적 책임감이 줄어들고 경제활동에서 벗어나 건강행위에 참여할 수 있는 시간적 정신적 여유로 인한 결과 및 만성 퇴행성 질환 호발 연령으로 건강 요구도가 높아지고 있는 것으로 사료된다.

스트레스 관리, 건강책임, 운동영역이 다른 하부 영역보다 낮은 수행정도를 나타내고, 영양, 자아실현, 대인관

계의 영역이 높은 점수를 나타내어 송효정(1997), 김명자와 송효정(1997), 전정자와 김영희(1996), 김성혜(1993)의 연구와 유사한 결과를 나타냈다. 이 결과는 노인의 신체적 특성인 신체기능 및 능력 감퇴로부터 회복하고자 하는 대상자의 행동 결과라고 사료된다.

자아실현 영역의 수행정도가 다른 영역에 비해 높게 본 연구에서 나타났다. 이는 송효정(1997), 김명자와 송효정(1997), 박은숙 등(1998), 김성혜(1993)의 연구 등에서 자아실현 영역이 높게 나타나는 유사한 결과를 살펴볼 수 있다.

운동영역의 수행정도는 선행연구(Walker 등, 1988; 김성혜, 1993; 전정자와 김영희, 1996; 송영신 등, 1997; 박은숙 등, 1998)에서 살펴볼 수 있듯이 운동영역이 다른 하위 영역보다 낮은 수행정도를 나타내고 있다. 운동 영역이 노인의 건강증진 생활양식을 증진시켜야 할 영역임을 시사하고 있고, 노인의 운동 참여율이 8.6%(통계청, 1993)이라는 것으로 운동에 대해 노인은 적극적인 태도가 아님을 나타낸다. 운동영역이 노인을 대상으로 한 연구에서 낮은 점수를 나타내는 것은 HPLP의 문항 중 "일주일에 3번 정도 격렬한 운동을 한다. 운동프로그램을 관리한다"라는 항목은 노인에게 적합하지 않음의 것이므로, 노인에게 적합한 운동항목의 개발이 필요하다고 사료된다.

건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인으로 연령이 (r^2 change=0.018) 유의한 차이를 보이고 있고 ($p=.000$), 전정자와 김영희(1996), 송효정(1997), Walker 등 (1988), 박은숙 등(1998)의 연구 결과에서 본 연구와 유사한 결과를 나타냈다. 연령에서 나타난 결과를 통하여 Walker 등(1988)은 노인 대상자가 젊을 때 형성된 건강행위와 관련된 습관이 지속되면서 좋지 않은 건강 습관은 죽음을 초래시킨다고 생각하면서 건강증진행위를 더 잘 실천하게 되고, 신체적 노화 현상을 극복하기 위해 건강에 더 관심을 쏟기 때문이라고 설명하였다.

여성이 남성에 비해 건강증진 생활양식을 더 잘 수행하였고, 성별요인이 건강증진 생활양식에 유의한 영향을 미치는 요인(r^2 change=0.066, $p=.000$)으로 본 연구 결과에서 나타났다. Walker 등(1988), 박재순과 최의순(1995), 전정자와 김영희(1996), 박은숙 등(1998)의 연구결과에서도 유의하게 나타났고, Honma 등(1999), Nicholas (1993), Duelberg(1992)의 선행 연구에서도 성별요인이 건강증진 생활양식요인으로

보고하였다.

직업과 건강증진 생활양식 수행은 유의한 결과를 나타내($p=.000$), 박은숙 등(1998)의 연구($p < .0001$)와 유사하다. 김명자와 송효정(1997)의 연구에서는 직업항목에서 건강증진 생활양식 수행에 유의한 차이를 나타내고 있지 않은 것으로 나타났는데, 대상자는 직업에 따른 생활환경보다는 한국적 생활양식을 유지하고 대상자가 고학력자라는 사실 때문이라고 설명하고 있다. 종교와 건강증진 생활양식에서 유의한 차이가($p=.033$) 있었으며, 종교 유무가 건강증진 생활양식에 영향을 미친다는 요인은 선행연구와 유사하게 나타났다(Duffy, 1988; Speake 등, 1989; 김성혜, 1993; 전정자와 김영희, 1996; 송영신 등, 1997; 송효정, 1997; 박은숙 등, 1998). 종교생활을 통한 개인 또는 지역사회 활동으로 개인 안녕 수준을 높일 수 있는 사회 활동의 기회와 절제된 종교 생활을 통하여 대상자들은 건강증진 생활양식을 더 잘 수행하는 것으로 사료된다. 일본 사회에서 종교를 신봉하는 사람은 많지는 않다. 일본의 사상, 문화, 생활, 건축 등에 영향을 미치며, 가장 많은 신자 수를 보유하고 있는 것은 불교다(최관, 1999). 그러나 본 연구에서 기독교 신자수가 많은 것은 나타난 것은 자료수집이 교회를 포함되어졌기 때문이므로, 제일 교포 한국 노인들의 종교적 특성을 일반화하는 데에는 신중이 필요하다.

결혼한 딸과 사는 노인이 건강증진 생활양식 수행정도가 높게 나타났으며(평균 3.29점, $p=.000$) 결혼한 아들과 사는 노인이 평균 2.81점으로 유의하게 나타났다($p=.000$). 박은숙 등 (1998)의 연구결과에서는 결혼한 아들과 사는 노인이 가장 높게 나타나, 일본에 거주하는 한국 노인은 한국 가족 문화와 달리 직계 가족을 유지하는 것이 아들이라는 한국 문화에서 벗어나 가장이 후계자를 지명하는 일본 문화(이광규, 1998)가 일본에 거주하는 한국 노인에게 영향을 주는 것을 나타내고 있다.

용돈은(r^2 change=0.188) 건강증진 생활양식과 유의한 결과를 나타내고 있고($p=.000$), 선행연구 (Walker 등, 1988; 김성혜, 1993; 김효정, 1996; 전정자와 김영희, 1996; 송영신 등, 1997)에서도 월 평균 용돈이 많은 대상자의 건강증진 생활양식 수행이 용돈이 적은 대상자보다 높은 수행결과를 보고하여 본 연구 결과와 유사하였다. 월 평균 용돈은 노인의 가계의 경제적 수준과 연관이 있으며(송영신 등, 1997), 대상자의 경제적 문제가 건강관리와 건강상태에 영향을 미치는 스트레스 원인으로 나타날 때(이소우, 1993), 일본에 거주하는 한

국 노인의 경제적 수준과 연관이 있는 낮은 연금 가입 문제는 노인의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인 중의 한 부분이라고 사료된다.

대상자의 용돈출처가 며느리·사위·손자일 경우 건강증진 생활양식을 더 잘 수행하고($p=.000$), 용돈의 출처가 건강증진 생활양식에 영향을 주는 요인(r^2 change = 0.036, $p=.000$)임을 본 연구결과에서 살펴볼 수 있었다. 김성혜(1993)연구에서는 월 평균 용돈 출처별로는 본인이 해결한다는 노인이 가장 높은 점수(평균 20.42점, $p < .05$)와 아들에게서 받는다는 노인이 가장 많은 빈도(47.2%)를 나타내고 있었으나, 본 연구에서는 며느리, 사위, 손주가 준다는 노인이 가장 높은 점수(평균 3.17점, $p=.000$)와 본인이 해결한다는 노인 51.4%로 가장 많은 빈도를 나타내고 있다. 일본 노인의 자립도가 증가한다는(요시다시게요시, 1999) 일본의 사회·문화적 경향에 제일 노인교포가 영향을 받은 것임을 보여주고 있다.

거주 년 수에 따라 건강증진 생활양식 수행에 유의한 차이가 있다는 본 연구결과(r^2 change = 0.059, $p=.000$)와 미국에 거주하는 성인을 대상으로 한 송효정(1997)의 연구결과($P < .01$)가 유사한 결과를 나타내고 있다. 송효정(1997)의 연구에서는 5년 미만인 군이(26.3%) 가장 낮은 수행 정도를 나타내고 있으나, 본 연구 결과에서는 10-19년인 군이 가장 낮은 수행과 20-29년인 군이 가장 높은 수행 정도를 나타내고 있다. 이러한 결과는 대상자가 일본 사회의 뿌리깊은 민족차별 및 문화·사회구조를 극복하고 적응하는데 장기간이 소요되는 것으로 사료된다. 이민 기간이 건강증진 생활양식에 영향을 미치고, 정서적 스트레스는 거주 기간이 경과함에 따라 감소된다(김명자와 송효정, 1997). 박은숙 등(1998)의 연구에서도 대상자의 주거지역에 따라 건강증진 생활양식의 수행 차이를($p < 0.001$) 보고하고 있어, 사회·문화적 배경이 개인 삶의 영향을 주며, 특히 질병에 대한 행동, 건강유지와 질병간호에 있어서 중요한 영향을 미친다(Helman, 1990). 따라서 일본에 거주하는 한국 노인을 위한 건강증진 생활양식 수행 프로그램을 위한 지원은 장기간이어야 하며 거주하는 일본 사회의 특성과 사회·문화를 고려하여야 할 것이다.

왜도 값이 음(< 0)의 값을 나타낸 자아실현, 건강책임, 대인관계, 스트레스 관리 영역은 대상자의 건강증진 생활양식 수행정도 분포에서 평균보다 수행정도 분포가 높은 우측 위치에 분포하고 있어 많은 대상자가 평균의

값보다 더 잘 수행하고 있음을 나타낸다. 첨도 값이 양(> 0)의 값을 나타낸 대인관계 영역은 정상분포 곡선보다 더 중앙으로 밀집된 형태로 다른 하위 영역보다 밀집도가 높음을 나타낸다. 이것은 일본에 거주하는 한국 노인들은 강한 대인관계를 형성하여 강한 사회적 지지구조를 형성하고 있음을 나타낸다. 왜도, 첨도를 사용하여 보고한 선행연구는 거의 찾아볼 수 없어 본 연구와 비교는 어렵다. 노인을 대상으로 한 건강증진 생활양식의 연구에서 왜도 첨도를 사용하여 대상자의 건강증진 생활양식 수행 분포를 비교할 필요가 있다고 사료된다.

사회인구학적 특성에 따른 본 연구의 건강증진 생활양식은 여자가 남자보다, 사별, 이혼 또는 별거한 노인이 기혼 노인보다, 교육, 음식종업원, 무역업에 종사하는 노인이 상업, 회사원에 종사하는 노인보다, 혼자 사는 노인, 딸과 함께 사는 노인이 아들과 미혼자녀와 함께 사는 노인보다, 교육정도가 높은 노인이 낮은 노인보다, 월 평균이 많은 노인이 적은 노인보다 건강증진 생활양식을 더 잘 수행하였다.

일본에 거주하는 한국노인의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인으로는 용돈(r^2 change = 0.188, $p=.000$), 성별(r^2 change = 0.066, $p=.000$), 거주 년 수(r^2 change = 0.059, $p=.000$), 용돈 주는 사람(r^2 change = 0.036, $p=.000$), 연령(r^2 change = 0.018, $p=.000$)으로 나타나 대상자의 건강증진 생활양식에 영향을 주고 있는 요인임을 알 수 있다. 노인의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인을 연구한 선행연구에서는 성별(Wang, 1999), 연령(Frank-Stromborg 등, 1990; 김명자와 송효정, 1997; Wang, 1999), 교육(Frank-Stromborg 등, 1990; Wang, 1999; 은 옥와 구미옥, 1999), 수입(Frank-Stromborg 등, 1990; 김효정, 1996; 송영신 등, 1997; 은 옥와 구미옥, 1999), 직업(Frank-Stromborg 등, 1990) 거주상태(Wang, 1999), 가족 동거수(김효정, 1996)가 나타났다. 선행연구에서는 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인을 사회인구학적 특성별로만 살펴본 것이 아니라, 다른 요인과 함께 분석하였기 때문에 사회인구학적 특성 요인만을 분석한 본 연구와 비교시 신중을 요한다.

이상의 본 연구 결과를 통해 일본에 거주하는 한국노인의 건강증진 생활양식에 영향을 주는 요인으로 용돈, 성별, 거주 년 수, 용돈 주는 사람, 연령이 가장 영향력 있는 요인으로 확인되었으며, 거주 년 수가 영향요인으로 나타난 것은 일본에 거주하는 한국 노인은 건강증진

생활양식 수행시에 일본의 사회·문화적 영향을 받은 것으로 나타났다. 본 연구는 일본에 거주하는 한국 노인의 건강증진 수행을 높이기 위한 구체적인 중재 방안 마련의 기초 자료가 된다고 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 일본에 거주하는 65세 이상 한국 노인의 건강증진 생활양식을 파악하기 위한 서술적 조사 연구이다. 연구대상자는 일본 아이치현에 거주하는 65세 이상의 한국 노인 202명을 대상으로 설문지를 이용하여 2000년 4월 1일부터 4월 20일까지 자료를 수집하였다. 연구도구는 Walker 등 (1987)이 개발한 Health Promotion Lifestyle Profiles(자아실현 13문항, 건강책임 10문항, 운동 5문항, 영양 6문항, 대인관계 7문항, 스트레스관리 7문항)로 총48문항 사용하였으며, 본 연구에서 Cronbach's $\alpha = .906$ 이었다. 수집된 자료는 SPSS/pc+ WIN9.0 프로그램을 이용하여 연구목적에 따라 t-test, ANOVA, Pearson's Correlation, Kendal tau와 Stepwise Multiple Regression을 사용하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1. 건강증진 생활양식의 전체 평균(±표준편차)은 2.72 (±0.40)점, 각 영역별로는 영양 3.06점, 자아실현 2.99점, 대인관계 2.81점, 스트레스 관리 2.68점, 건강책임 2.52점, 운동 1.92점으로 나타났다.
2. 사회인구학적 대상자의 특성에 따른 건강증진 생활양식에 유의한 차이를 보인 것으로는 연령($p=.000$), 종교($p=.033$), 직업($p=.000$), 가족동거유형($p=.000$), 본인을 제외한 가족수($p=.000$), 월 평균 용돈($p=.000$), 용돈을 주는 사람($p=.000$), 거주 년 수($p=.000$)이다.
3. 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 주요 요인을 분석한 결과 월 평균 용돈 ($p=.000$), 성별($p=.000$), 거주 년 수($p=.000$), 용돈 주는 사람($p=.000$), 연령($p=.000$)이 유의하게 나타났으며, 용돈이 18.8% 설명력을 가지고 있었고, 성별, 거주 년 수, 용돈 주는 사람, 연령을 포함하여 총 36.7% 설명력을 나타냈다.

본 연구의 의의로 거주 년 수가 건강증진 생활양식에 영향을 주는 요인으로 일본에 거주하는 한국 노인의 건

강증진 수준을 향상시키기 위한 간호중재시 일본의 사회·문화적 영향을 고려해야 할 것으로 사료된다.

이상의 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 일본에 거주하는 65세 이상 한국 노인의 건강증진을 향상시키기 위해서 대상자가 거주하는 일본 사회의 사회·문화적 배경을 고려한 건강증진 프로그램 개발이 필요하다.
2. 일본에 거주하는 전체 한국 노인 교포들을 대상으로 한 건강증진 생활양식 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 김명자, 송효정 (1997). 미국이민 한국인의 건강증진 생활양식과 관련된 변인분석. 대한간호학회지, 27(2), 341-352.
- 김성혜 (1993). 노인의 건강 증진행위와 삶의 만족도와 의 관계 연구. 고려대학 석사학위 논문.
- 김애경 (1998). 한국일부지역 성인의 건강행위이행에 관한 연구. 대한간호학회지, 28(4): 931-940.
- 김정순, 1988. 노인의 사회적활동과 자아 통합감에 관한 연구. 이화여자대학교 박사학위논문.
- 김효순 (1996). 가까운 나라 모르는 나라. 서울 한겨레신문사.
- 김효정 (1996). 노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관한 연구. 계명대학교 석사학위논문.
- 국제문화연구소 (1996). 해외 한민족의 현재와 미래. 서울. 도서출판사 다나.
- 노승욱 (1995). 한국노인의 사회적 역할과 정신·정서적 건강상태와의 관계연구. 성인간호학회지, 7(2): 259-269.
- 박은숙, 김순자, 김소인, 전영자, 이평숙, 김행자, 한금선 (1998). 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 대한간호학회지, 28(3): 638-649.
- 박재순, 최의순 (1995). 중년여성의 월경상태에 따른 건강증진 생활양식. 여성건강간호학회지, 1(2): 234-240.
- 사가자하루오 (1999). 세계노인의 해와 일본 고령자의 생활. 경북대학교 보건대학원 국제학술대회: 동아시아지역의 고령자 실태와 이의 대책. 1999년 7월.
- 서울 통계연보 (1991). 서울특별시.

- 서현미 (1996). 노인의 스트레스원과 스트레스 인지 정도에 관한 연구. 서울대학교 석사학위논문.
- 송영신, 이미라, 안은경 (1997). 노인의 건강 증진 생활양식에 관한 연구. 대한간호학회지, 27(3) 541-549.
- 송건용 (1994) 노인보건을 위한 정책 과제. 한국노년 노인병, 노화학연합회 학술대회집, 5-15.
- 송효정 (1997). 미국이민 한국인의 건강증진 생활양식. 가톨릭대학교 석사학위논문.
- 요시다 시게요시 (1999). 세계노인의 해와 일본 고령자의 생활. 경북대학교 보건대학원 국제학술대회: 동아시아지역의 고령자 실태와 이의 대책. 1999년 7월.
- 윤진 (1985). 성인·노인 심리학. 서울: 중앙적성 출판사.
- 윤진 (1993). 성인·노인심리학. 서울: 적성출판사.
- 이광규 (1998). 한국가족의 사회인류학. 서울: 집문당.
- 이소우 (1993). 미국이민 한국인의 스트레스 반응양상과 생활사건과의 상관연구. 간호학회지, 23: 299-312.
- 이태화 (1989). 건강증진행위에 영향을 미치는 변인분석-서울 지역 일반성인 남녀를 중심으로- 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 은옥와 구미옥 (1999). 일부지역 노인의 건강증진행위, 건강통제위 및 건강통제위 반응유형. 대한간호학회지, 29(3): 625-638.
- 전산초, 최영희 (1985). 노인간호학. 서울: 수문사.
- 전정자와 김영희 (1996). 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교연구. 성인간호학회지, 8(1): 41-54.
- 정인섭 (1996) 제일 교포의 법적 지위. 서울대학교 출판사.
- 在留外國人統計 (1998). Japan Immigration Association (Ed).
- 在日 韓國人の 社會成層 青年意識全國調査 (1997). 在日韓國青年商工人連合會.
- 최관 (1999). 일본문화의 이해. 서울, 학문사.
- 최남희, 이남희, 김희숙 (1990). 스트레스 사건의 경험 이 주위변화에 미치는 영향. 대한간호학회지, 20(2): 214-226.
- 최영희, 김순이 (1997). 한국노인의 건강행위 사정도구 개발. 대한간호학회지 27(3), 601-613.
- 통계청 (1997). Social Indicators In Korea. OECD Health Data 1999.
- 통계청 (1999). Social Indicators In Korea.
- 홍외현 (1998). 고등학생의 건강증진 생활양식과 관련 요인. 계명대학교 석사학위논문.
- 후생통계협회 (1993). 국민의복지의동향. <http://www.mhm.go.jp/english/database/life98/>.
- 후생통계협회 (2000). 국민의복지의동향. <http://www.mhm.go.jp/english/>.
- Ahijevych K., & Bernhard L (1994). Health-promoting behaviors of African American Women. Nursing Research, 43(2): 86-89.
- Aroian K. J. (1990). A model of psychological adaptation to migration and resettlement. Nursing Research, 17: 521-539.
- Backett, K. C., & Davison, C. (1995). Lifecourse, Lifestyle and Social and Cultural location of health behaviour. Social Science Medicine, 40: 629-638.
- Ballard-Ferguson D. E. (1991). Health-promoting behaviors of African-American elderly. University of Illinois at Chicago, Health Sciences Center.
- Breslow, L. (1983). Health status measurement in the evaluation of health promotion. Medical Care, 27(3): 46.
- Brubaker, B. H. (1983). Health Promotion : a linguistic analysis. ANA April.
- Delongis, A., Coyne, J. E., Dakof, Folkman, S., and Lazarus, R. S. (1982). Relationships of Daily Hassles, uplifts and Major Life Event to Health Status. Health Psychology, 1: 119-136.
- Duelberg, S. (1992). Preventive health behavior among African American and European American women in urban and rural areas. Social Science and Medicine, 34(2): 191-198.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of Health promoting midlife women. Nursing Research, 37(4): 358-361.
- Duffy, M. E. (1993). Determinants of health-promoting lifestyles in older-persons. Image-The Journal of Nursing Scholarship, 25(1): 23-28.

- Ebersole, P., & Hessm, P. (1985). Toward Healthy Aging: Human needs and Nursing Responds, 2nd. Ed. Mosby.
- Ferrini, A. F., & Ferrini, R. L. (1989). Health in the later years, Walter Bibikow. USA.
- Frank-Stromborg, M., Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R. (1990). Social Science & Medicine, 31(10):1159-1168.
- Helman, C. G. (1990). Culture, Health and Illness, 2nd Ed. Butterwoth Heimemann, Oxford.
- Hemstrom, M. M. (1993). Relationships and differences in definition of health, perceived personal competence, perceived health status and health-promoting lifestyle profile in three elderly cohorts. Rush University, College of Nursing.
- Honma, Naruse, Kagamimori (1999). Physio-social activities and active life expectancy, life expectancy in Japanese elderly. Nippon Koshu Eisei Zassi-Japanese Journal of Public Health, 46(5) : 380-390.
- Hurh, W. M., Kim, K. C. (1990) Correlates of Korea Immigrants Mental Health. The Journal of Nervous and Mental Disease, 178(11) : 703-711.
- Ishida Masao (1997). Seifu to shakai hoshō no keizaigaku Tokyo: Chuo keizaisha: 92-96.
- Japan Pharmaceutical Manufacturers Association. National Medical expenditure. 1999 year report.
- Jenkins, C. K. (1979). Psychosocial modifiers of response to stress. Journal of Human Stress, December : 3-15.
- Jones, C. J. (1991). Relationship of participation in health promotion behaviors to health-related hardness and other selected factors in older adults. Texas Woman's University.
- Kim, U., and Berry, J. W. (1985). Acculturation attitudes of Korean immigrants in Toronto. In from a different perspective : studies of behaviors across cultures. Lisse : Swets-Zeitlenger.
- Kim Oksoo (1999). Predictors of loneliness in elderly Korean immigrant women living in the united States of America. Journal of Advanced Nursing, 29(5):1082-1088.
- Lee, A. A., and Ellenbecker, C. H. (1998). The perceived life stressors among elderly Chinese immigrants: are they different from those of other elderly Americans? Clinical Excellence for Nurse Practitioners, 2(2): 96-101.
- Leininger, M. M. (1984). Transcultural Nursing, An overview. Nursing Outlook, 32(2) : 72-73.
- Nicholas, P. K. (1993). Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. Journal of Advanced Nursing, 18(7) : 1085-1094.
- Min, P. G. (1990). Problems of Korean Immigrant Entrepreneurs International Migration Review, 24(3) : 435-455.
- Miyata, Oomori, Mizuno, Inaba, Iwata (1997). Health conditions and life styles of residential elderly. Part 1. Characteristics and factors related to being healthy elderly persons from a survey of health life style. Japanese Journal of Public Health, 44(8) : 574-585.
- Moore, E. J. (1992). The relationship among self-efficacy, health knowledge, self-rated health status, and selected demographics as determinants of health promoting behavior in older adults. The University of Akron.
- Palmore, E., Cleveland, W. P., Nowlin, N. B., Ramm, D., and Siegler, I. C. (1979). Stress and Adaptation in Later life. Journal of Gerontology, 34(6) : 841-851.
- Patrick Koellner (1995) Japanese-Korea relations in the 1990s. Social Science Japan no.4 University of Tokyo.
- Pender, N. J. (1982). Health Promotion in Nursing practice. Norwalk. CT.: Appleton-Century-Crofts.

- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1987). Health Promotion in Nursing Practice 2nd Ed. Norwalk CT: Appleton & Lange.
- 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.
- Seabrooks, P. A., Kahn, R., and Gero, G. (1987). Cross-cultural Observation. Journal of Gerontological Nursing, 13(1) : 18-22.
- Singer, J. E. (1982). The need to measure lifestyle. International. Rev. Appl. Psycho, 31: 303-305.
- Shin, K. R. (1993) Factors predicting depression among Korean-american Women in new York. Int. Journal Nurses Studies, 30: 415-423.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., Pellet, K. (1989). Health perception and lifestyles of the elderly. Research In Nursing & Health, 12: 93-100.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., Pender, N. J., (1988). The health-promoting life style of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. Advanced in Nursing Science, 11(1) : 76-90.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. Nursing Research, 36(2): 76-81.
- Wallis, K. D. (1994). A study of Psychosocial correlates of altruistic health-promoting behaviors in adults 65 to 75 years old. University of Maryland College Park.
- Wang, R., and Hsu, H. (1997). Health promotion behaviors and related factors among the elderly in the San-Min District of Kaohsiung City. Nursing Research(China), 5(4): 321-330.
- Wang, H. (1999). Predictors of health promotion lifestyle among three ethnic of elderly rural women in Taiwan. Public Health Nursing, 16(5) : 321-328.
- Weitzel, M. H. (1989). A test on the health promotion model with blue color workers. Nursing Research, 38(2) : 99-104.
- White, J. L. (1996). Outcomes of an individualized health promotion program for homebound older community residents. Texas Woman's University.
- Yokokawa, Y., Kai, I., Nakajima, T. (1999). Development of a "self efficacy for health promotion scale" in community welling elderly. Japanese Journal of Public Health, 46(2) : 103-112.

- Abstract -

Key concept : Korean Elderly, Health Promotion Lifestyle Profiles

Health Promotion Lifestyle Profiles of the Korean Elderly in Japan

Jaung, Ae Hwa · Park, Kyung Min***

*Ryu, Mi Kyung****

The purpose of this study was to investigate health promotion lifestyle profiles of the Korean elderly in Japan. The subjects of this study were 202 elders in Aichi prefecture. The method

* Professor, Department of Nursing, Keimyung University

** Part time lecture, Department of Nursing, Taegu Science college

*** Teaching Assistant, Department of Nursing, Keimyung University

of this study questionnaires interviews, and a self-administered questionnaire from the 1st to the 20th of April in 2000. This study tool was based on Walker et al. (1987)'s Health Promotion lifestyle Profiles(HPLP). Analysis of the data used an SPSS/pc+ WIN 9.0 program. Data analyses were conducted by using frequency, percentage, t-test, ANOVA, Pearson correlation, Kendal tau and Stepwise Multiple Regression.

The results were as follows :

1. The average score of Health Promotion Lifestyle Profiles of Korean elderly in Japan was 2.72(SD=0.40). On the sub-scale of Health Promotion Lifestyle Profiles: nutrition(M=3.06), self-actualization(M=2.99), interpersonal support (M=2.81), stress management (M=2.68) revealed higher scores, whereas the scores of health responsibility(M=2.52), and exercise(M=1.92) were lower.

2. Health Promotion Lifestyle Profiles were significantly different by age(F=11.02, p=.000), religion(F=2.96, p=.033), occupation(F=6.91,

p=.000), living family status(F=13.07, p=.000), living family number(F=11.74, p=.000), monthly pocket money(F=18.79, p=.000), the source of pocket money (F=7.18, p=.000), and the length of residence(F=9.79, p=.000).

3. Health Promotion Lifestyle Profiles was significantly predicted by monthly pocket money(r^2 change=0.188, p=.000), sex(r^2 change=0.066, p=.000), the length of residence(r^2 change=0.059, p=.000), the source of pocket money(r^2 change=0.036, p=.000), age (r^2 change=0.018, p=.000). These variables showed a positive correlation with health promotion lifestyle profiles of the Korean elderly in Japan. These variables explained 36.7% of the variance of Health Promotion Lifestyle Profiles.

On the basis of the above findings, Health Promotion Lifestyle Profiles programs for Korean elderly in Japan needs be to developed with Japanese social-culture perspectives and needs to develop an intervention method to improve Health Promotion Lifestyle Profiles. It is also suggested that further research is required.