creative commons
COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

간호학 박사 학위논문

한국 거주 조선족 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램 개발 및 효과

2018년 2월

서울대학교 대학원

간호학과 간호학 전공

김 향 란

한국 거주 조선족 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램 개발 및 효과

지도교수 장 선 주

이 논문을 간호학 박사 학위논문으로 제출함

2017년 9월

서울대학교 대학원

간호학과 간호학 전공

김 향 란

김향란의 박사 학위논문을 인준함

2017년 12월

위 원 장 _____ (인)

부위원장 _____ (인)

위 원 _____ (인)

위 원 _____ (인)

위 원 _____ (인)

국문초록

한국에 거주하는 조선족 노인이주자들은 체계적인 의료서비스를 이용하기 어려운 집단으로 질병예방을 위한 건강증진 행위가 중요하다. 이에 조선족 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램이 필요하다. 본 연구는 만 60세 이상의 조선족 노인이주자를 대상으로 Pender의 건강증진모델을 기반으로 건강증진 프로그램을 개발하고, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 사회적지지, 문화적응 스트레스, 건강증진행위에 미치는 효과를 검증하고자 시도되었다.

본 연구는 조선족 노인이주자가 간병인으로 근무하는 서울시 소재의 K 노인전문병원과 경기도 소재의 D 노인전문병원에서 연구대상자를 모집하였다. 건강증진 프로그램의 효과를 평가하기 위해 비동등성 대조군 사전사후 유사실험설계를 이용하였고, 실험군(n=21)과 대조군(n=21)으로 구분하였다. 실험군에게는 주 1회, 1회당 60분으로 총 8주간을 거쳐 건강책임, 신체활동, 스트레스 관리, 영양, 대인관계, 영적 성장의 영역에 대해 건강증진 프로그램 중재를 실시하고, 대조군에게는 실험군이 8주간 프로그램에 참여하는 동안 1주차 및 8주차에 거쳐 2회의 전화상담을 제공하였다.

연구결과 조선족 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램 중재 후 실험군은 대조군에 비해 건강증진행위가 유의하게 높았다($p<.003$). 건강증진행위의 하부영역인 건강책임($p<.004$), 신체활동($p<.002$), 영적성장($p<.033$), 대인관계($p<.000$) 영역은 통계적으로 유의한 차이를 보이지만 영양 및 스트레스 영역은 유의한 차이가 없었다. 그리고 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 사회적

지지, 문화적응 스트레스는 대조군에 비해 유의한 차이가 없었다.

따라서 본 연구에서 개발한 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램의 효과를 평가한 결과 이들의 건강증진행위를 증가하는데 효과가 있는 것으로 확인되었다. 그러나 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 사회적지지, 문화적응 스트레스는 변화가 없었다. 향후 다양한 영역에서 거주하거나 근무하는 조선족 노인이주자들에게 그들의 특성을 고려한 장기화된 중재 프로그램을 적용할 필요가 있다.

주요어 : 건강증진 프로그램, 노인, 이주자

학 번 : 2012-31273

목 차

I. 서론 ····· 1
1. 연구의 필요성 ····· 1
2. 연구의 목적 ····· 4
3. 용어의 정의 ····· 5

II. 문헌고찰 ····· 8
1. 노인이주자와 건강증진행위 ····· 8
2. 노인이주자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인 ····· 11
3. 건강증진 프로그램 ····· 13

III. 이론적 기틀 및 가설 ····· 16
1. Pender의 건강증진모델 ····· 16
2. 연구의 이론적 기틀 ····· 19
3. 연구의 가설 ····· 20

IV. 연구방법 ····· 21
1. 건강증진 프로그램 개발 ····· 21
2. 건강증진 프로그램 효과 ····· 27

V. 연구결과 ····· 36
1. 건강증진 프로그램 개발 ····· 36
2. 건강증진 프로그램 효과 ····· 50

VI. 논의 ····· 64
1. 건강증진 프로그램의 개발 ····· 64
2. 건강증진 프로그램의 효과 ····· 67
3. 간호학적 의의 ····· 72
4. 연구의 제한점 ····· 74

VII. 결론 및 제언 ····· 75
1. 결론 ····· 75
2. 제언 ····· 77

참고문헌 ····· 79

부록 ····· 90

List of Tables

Table 1. Research design of the study ····· 27
Table 2. Goal, dimension, and determinants of matrix ····· 40
Table 3. Contents of health promotion program ····· 46
Table 4. Homogeneity test of general characteristics at baseline ···· 51
Table 5. Homogeneity test of health status and immigration characteristics at baseline ····· 53
Table 6. Homogeneity test of dependent variables at baseline ···· 55
Table 7. Comparison of perceived benefits of action between the intervention and control group ····· 56
Table 8. ANCOVA of perceived benefits of action between the intervention and control group ····· 56
Table 9. Comparison of perceived barriers to action between the intervention and control group ····· 57
Table 10. ANCOVA of perceived barriers to action between the intervention and control group ····· 57
Table 11. Comparison of self-efficacy between the intervention and control group ····· 58
Table 12. ANCOVA of self-efficacy between the intervention and control group ····· 58
Table 13. Comparison of social support between the intervention and control group ····· 59
Table 14. ANCOVA of social support between the intervention and control group ····· 59
Table 15. Comparison of acculturative stress between the intervention and control group ····· 60
Table 16. ANCOVA of acculturative stress between the intervention and control group ····· 60

Table 17. Comparison of health promoting lifestyle profile II between the intervention and control group ····· 62
Table 18. ANCOVA of health promoting lifestyle profile between the intervention and control group ····· 62
Table 19. Comparison of six subscales of Health Promoting II between the intervention and control Group ····· 63

List of Figures

Figure 1. Health promotion model ····· 18
Figure 2. Theoretical framework of study ····· 19
Figure 3. Program development flow using Intervention Mapping steps and tasks ····· 22
Figure 4. Flow chart of data collection ····· 29
Figure 5. Change of health promoting lifestyle profile II from pre-test to post-test ····· 62
Figure 6. Change of health responsibility, physical activity, spiritual growth, and interpersonal relations from pre-test to post-test ····· 63

I. 서론

1. 연구의 필요성

최근 한국에 거주하는 외국인의 수가 증가하고 있는 가운데, 특히 중국 국적의 조선족들이 차지하는 비중이 가장 큰 것으로 알려져 있다. 2007년부터 방문취업제의 도입으로 인해 중국 국적의 조선족들이 많이 입국하였고, 특히 만 60세 이상의 조선족 노인일 경우 재외동포 비자 자격의 확대로 인해 이전에 비해 쉽게 입국이 가능하게 되었기 때문이다(법무부와 출입국·외국인정책본부, 2017). 출입국·외국인정책본부의 2016년도 통계연보에 의하면, 중국 국적의 조선족은 약 65만 명으로 전체 외국 국적 동포의 84.1%를 차지하고 있으며, 그 중 만 60세 이상의 노인 인구가 132,624명으로 21.2%것으로 나타났다(법무부와 출입국·외국인정책본부, 2017). 또한 중국 국적의 연령별 조선족 인구 현황을 비교해보면, 현재 50대가 167,696명(26.7%)으로 가장 많기에 향후 노인의 비중이 더욱 증가될 것으로 전망된다.

조선족 노인의 경우, 중년기에 취업을 위해 한국으로 입국하였으나 한국에서의 체류기간이 점차 길어지면서(이진영과 박우, 2009) 상당수가 중국으로 돌아가기 보다는 한국에서 장기적인 정착을 원하는 것으로 알려져 있다. 따라서 지금까지 선행연구에서는 이주자들을 '외국인 노동자'의 시각으로 바라보았으나 점차 정착에 의미를 둔 '이주자'의 관점으로 연구가 진행되기 시작하였다. 그러나 국내의 이주자 관련 선행 연구들의 대부분은 '결혼이주자' 혹은 '유학생'을 대상으로 진행되었다(이현경, 김정희, 유리와 이자인, 2016).

한국에 거주하는 조선족 노인이주자들은 취업을 목적으로 입국하여 대부분 직업이 있으며, 체류자격 또는 신체적인 노쇠 등의 상황에 맞는

가사도우미나 간병인 등 비공식적인 일에 종사하고 있다(이현경, 채덕희, 이경은과 이민혜, 2013). 이러한 직업적 특성 상 이들의 근무시간이 보편적으로 길며 건강보험에 가입하지 않은 경우가 많다(조미선, 2007). 이에 따라 건강문제가 발생하였을 때 체계적인 의료서비스를 이용하기 보다는 교회 등에서 운영하는 무료진료를 활용하거나 약국을 이용하여 일시적으로 증상을 감소시키고 질병예방 등을 위해 필요한 건강증진행위를 수행하기가 어려운 실정이다(이현경 등, 2016).

최적의 안녕상태나 개인적인 성취, 생산적인 삶과 같은 긍정적인 건강 결과를 획득할 수 있는 행위를 의미하는 건강증진행위는 건강수명을 연장하고 만성질환 및 합병증을 예방하는 것이 중요한 의미를 가진다(Pender, 2011). Pender (2011)의 건강증진모델에 의하면, 건강증진행위에 영향을 주는 요인으로 개인적 특성과 경험, 행위와 관련된 인지와 감정, 행위의 결과를 포함하고 있는데, 개인적 특성은 행위 관련 인지와 감정요인에 영향을 미치며, 이들 개인적 특성과 행위관련 인지와 감정요인의 결과로 건강증진행위가 나타나는 것으로 보았다. 뿐만 아니라, 건강증진행위는 문화적인 영향에 의해 결정되며, 행위에 대한 의미 규정 역시 문화적 배경에 따라 영향을 받으므로 건강증진행위를 문화적 배경 내에서 이해할 필요가 있다(Leininger, 2002).

조선족 노인이주자들은 사회, 문화, 정치적 환경이 한국과는 다른 중국에서 생활하다가 중년기 이후에 한국의 새로운 문화에 적응하여야 한다. 이에 노인이주자들은 문화 차이에 의한 의사소통 어려움, 문화적 충격, 그리고 이주에 대한 기대와 현실과의 차이, 고향에 대한 그리움, 차별 및 편견 등으로 인해 많은 스트레스를 받는 것으로 나타났다(이현경 등, 2013). 또한 노인이주자들은 젊은 층에 비해 이러한 스트레스의 정도가 더욱 높으며, 문화적인 부적응은 건강증진행위를 수행 정도를 낮추어 결국 신체적, 정신적 건강상태에 부정적인 결과를 초래한다(이선웅 등, 2008). 따라서 조선적 노인이주자들에게 문화적 가치, 신념, 관습에 알맞은 중재를 제공하는 것이 중요하다.

그러나 지금까지 국내의 선행연구에서는 노인이주자를 대상으로 한 중재 프로그램은 없었다. 국내의 노인을 대상으로 한 건강증진 프로그램은 주로 재가노인(권상민과 권말숙, 2016; 박영례와 유양경, 2013), 경로당 이용노인(구미옥 등, 2012; 최연희와 김나영, 2013; 현경선 등, 2006), 취약계층(유재순, 김현숙과 연현진, 2014), 허약노인(권상민과 박정숙, 2013; 권상민과 권말숙, 2016) 등을 대상으로 선정하였으며, 이주자를 대상으로 한 선행연구는 결혼이민자(최미숙, 2013; 서인주, 2014) 혹은 외국인 근로자(박소연, 2009; 이현경 등, 2016)를 대상으로 하였다. 국외에서도 글로벌화 현상과 이주근로자의 정착 혹은 소수민족 등으로 인해 노인이주자의 비중이 점차 늘어남에 따라 관련 연구가 다소 있었으나(Lood, Haggblom-Kronlof, & Dahlin-Ivanoff, 2015) 중재 프로그램에 대한 연구는 드문 것으로 나타났다.

따라서 본 연구는 조선족 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램을 개발하고, 이 프로그램을 노인이주자들에게 적용하여 건강증진 행위에 대한 프로그램의 효과를 확인하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 조선족 노인이주자들을 위한 건강증진 프로그램을 개발하고 그 효과를 평가하는 것이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 조선족 노인이주자들의 건강증진행위를 향상시키기 위하여 Pender (1996)의 건강증진모델을 기반으로 건강증진 프로그램을 개발한다.
2) 개발한 프로그램이 대상자의 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 사회적 지지, 문화적응 스트레스, 건강증진 행위에 미치는 효과를 평가한다.

3. 용어의 정의

1) 건강증진행위

(1) 이론적 정의

건강증진행위란 최적의 안녕상태나 개인적인 성취, 생산적인 삶과 같은 긍정적인 건강 결과를 획득할 수 있는 행위를 말한다(Pender, 1996).

(2) 조작적 정의

본 연구에서 건강증진행위는 Walker, Sechrist & Pender (1995)가 개발한 건강증진생활양식II 도구를 서현미(2001)가 번역한 도구로 측정한 점수이다. 이 도구에는 영적 성장, 신체활동, 영양, 스트레스 관리, 대인관계, 건강책임 등의 6개 영역이 포함되어 있다.

2) 지각된 유익성

(1) 이론적 정의

지각된 유익성이란 건강행위를 통해 얻게 되리라 예상되는 긍정적인 결과를 말한다(Pender, 1996).

(2) 조작적 정의

본 연구에서 지각된 유익성은 문정순(1990)의 건강신념 측정도구를 서현미(2001)가 노인에 맞게 수정보완한 도구로 측정한 점수 중 지각된 유익성 영역의 점수를 의미한다.

3) 지각된 장애성

(1) 이론적 정의

지각된 장애성이란 건강행위를 할 때 예상되거나 상상할 수 있는 혹은 실제적인 장애와 비용을 의미한다(Pender, 1996).

(2) 조작적 정의

본 연구에서는 문정순(1990)이 개발한 건강신념 측정도구를 서현미(2001)가 노인에 맞게 수정보완한 도구로 측정한 점수 중 지각된 장애성 영역의 점수를 의미한다.

4) 자기효능감

(1) 이론적 정의

자기효능감이란 결과를 산출하기 위하여 필요한 행위를 성공적으로 수행할 수 있다는 자신감이다(Bandura, 1977).

(2) 조작적 정의

본 연구에서는 Sherer & Maddux (1982)가 개발한 도구를 서현미(2001)가 노인에 맞게 수정보완한 도구로 측정한 점수를 말한다.

5) 사회적 지지

(1) 이론적 정의

사회적 지지란 개인이 접촉하는 중요한 사람들의 기대와 영향으로 건강행위의 동기화의 근원이 되며, 인간상호간의 지지는 행동의 변화를 유지하게 한다(Pender, 1996).

(2) 조작적 정의

본 연구에서 사회적 지지는 박지원(1985)이 개발한 사회적 지지 척도 중 간접적으로 지각한 사회적 지지 척도로 측정한 점수를 말한다. 이 측정도구는 4개 하위 영역으로 정서적 지지, 정보적 지지, 평가적 지지, 물질적 지지 영역들이 포함된다.

7) 문화적응 스트레스

(1) 이론적 정의

문화적응 스트레스란 국가간 이주와 같이 다른 지역에 이주하여 새로운 문화에 적응할 때는 문화적 충격으로 인한 스트레스를 말한다. 문화적응 스트레스는 언어적 장애, 문화적 충격, 그리고 이민에 대한 기대

와 현실과의 차이 등 요인들에 의해 영향을 받는다(Berry, 2005).

(2) 조작적 정의

본 연구에서 문화적응 스트레스는 Sandhu & Asrabadi (1994)가 개발한 문화적응 스트레스 도구를 김미숙(2014)이 이주노동자를 대상으로 수정보완한 도구로 측정한 점수를 의미한다.

II. 문헌고찰

1. 노인이주자와 건강증진행위

중국 국적의 조선족 이주자는 1980년대 후반부터 친지방문의 명목으로 처음으로 한국에 방문하기 시작하였다. 1992년 한·중 수교 이후부터는 조선족들이 본격적으로 유입하기 시작하였으며, 2007년 3월부터는 방문과 취업을 자유롭게 할 수 있는 '방문취업비자(H-2)'를 신설하여 실시하고(법무부, 2007), 2013년에 와서는 만 60세 이상의 조선족 노인이주자일 경우 '재외동포(F-4)'의 자격을 확대하여 입국이 보다 쉽게 되었다(법무부와 출입국·외국인정책본부, 2017). 이러한 이유로 현재 조선족 이주자는 체류외국인 중에서 가장 큰 비중을 차지하고 있다.

법무부와 출입국·외국인정책본부의 2017년도 통계연보에 따르면 2016년 말 기준 국내의 체류외국인은 2,049,441명으로 2015년 대비 7.9%(149,922명) 증가하였고, 최근 5년간 매년 9.2%의 증가율을 보이고 있고, 국적·지역별로는 중국이 1,016,607명(49.6%)으로 가장 많았고, 베트남 149,384명(7.3%), 미국 140,222명(6.8%), 태국 100,860명(4.9%) 등의 순이다. 국내체류 외국국적동포는 2012년 538,277명에서 2016년 775,715명으로 30.6%(237,438명) 증가하였으며 국적·지역별로 보면 중국이 84.1%(652,028명)로 대부분을 차지하고 있으며, 이어 미국 5.9%(46,050명), 우즈베키스탄 3.4%(26,385명), 캐나다 2.1%(15,959명) 순이다. 전체 체류외국인에서 만 60세 이상 대상자가 10.0%(205,507명)를 차지하고 있으나 중국 국적의 재외동포인 경우 만 60세 이상 노인이 총 132,624명으로 21.2%를 차지하고 있어 높은 비중을 차지하고 있다(법무부 & 출입국·외국인정책본부, 2017). 그리고 현재 50대가 167,696명(26.7%)으로 중

국 국적의 재외동포의 가장 많으므로 향후 노인이주자의 비중이 더욱 증가될 것으로 전망된다.

교육수준에 있어 조선족 근로자를 대상으로 조사한 자료에 의하면 중졸인 대상자가 49.2%, 고졸이 37.4%, 대졸이상이 13.4%를 차지하였다(조미선, 2007). 최근의 연구에서도 조선족 노인이주자들을 대상으로 실시한 조사연구에 의하면 교육수준은 초졸 24.2%, 중졸이 42.4%, 고졸 이상이 33.3%로 나타났다(김향란과 송미순, 2016). 그러므로 연령층이 높을수록 교육수준이 더 낮은 것을 알 수 있다.

노인이주자는 인간발달단계 측면에서 생리적, 기능적으로 노쇠한 상태일 뿐만 아니라 새로운 환경의 문화적인 스트레스 혹은 충격으로 인해 건강 위험이 높은 집단이다. 따라서 노인이주자는 어느 집단보다도 건강증진행위와 같은 건강을 위한 자기관리가 중요하다. 뿐만 아니라 한국에 온 조선족들의 중국의 개혁 및 개방과정에서 사회경제적으로 열세에 처한 경우가 많았고 한국에서 소비를 줄이려는 성향이 있었으며(이진용과 박우, 2009), 특히 초기 한국에 진출한 조선족의 대부분은 여성이며 이들의 교육수준이 상대적으로 낮은 것으로 알려졌다.

건강증진행위란 최적의 안녕상태나 개인적인 성취, 생산적인 삶과 같은 긍정적인 건강 결과를 획득할 수 있도록 질병을 예방하고 건강을 증진시키는데 도움이 된다고 믿는 일련의 행위이다(Pender, 1996). 과거에는 많은 건강전문가들이 노인을 건강증진의 대상으로 고려하지 않는 경향이 있었지만 노인 인구의 증가와 평균 수명의 증가로 개인이 선택하는 생활습관이 건강과 수명에 큰 영향을 미치고, 사망 원인의 절반 이상이 건강을 저해하는 생활습관과 관련이 있음이 밝혀진 이후로 건강 유지·증진이 질병관리 못지않게 중요한 것으로 받아들여졌다. 이에 따라 노인들을 대상으로 바람직하지 않은 건강습관을 교정하고 보다 적극적으로 새로운 건강습관을 받아들이기 위한 시도나 건강증진 프로그램에 적용하는 사례가 늘어나고 있다.

노인이주자들은 오랫동안 한국에서 정착하는 과정에서 건강상태가 악

화되고, 건강증진행위의 수행이 낮은 것으로 나타났다. 김선정, 이현경과 안현미(2010)의 조선족 근무환경으로 말미암아 만성질병 중에서도 근골격계 질환을 가장 많이 있었는데, '적어도 1주 이상이나 월 1회 이상, 중간 이상의 통증'을 경험하는 직업 관련성 근골격계 질환의 유병률은 64.1%이었고 여성이 남성에 비해 현저히 높았다. 우국희, 김한호, 한일숙, 이연순과 김종례(2010)의 연구에서는 50대 이상 중·고령 조선족 이주자들의 고령화 추이에 대해 주목하였으며 특히 노년층으로서 한국에서 평안하게 노후를 살아 갈수 없는 환경이기에 죽음불안 수준이 높다고 보고하였다.

또한 정자경과 박연환(2012)의 연구에 의하면 외국인 근로자는 건강증진행위의 영역 별로 영적 성장이 가장 높고, 반면 신체적 활동이 가장 낮았다. 조미선(2007)의 연구에는 건강증진행위 영역에서 휴식/수면이 가장 높았고, 반면 스트레스 관리가 가장 낮게 나타났다. 국내 체류기간이 길수록 신체활동이 적었는데(조미선, 2007), 이는 장기간 한국에 거주하는 외국인 근로자가 열악한 생활환경에 처하게 되고, 근무 시간이 길어 신체적 활동에 적극적으로 참여할 수 없기 때문으로 생각된다. 이에 따라 조선족 노인이주자의 건강증진행위를 증진시키려는 노력이 필요하다.

2. 노인이주자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인

앞서 서술한 바와 같이, 국내의 조선족 노인이주자의 건강증진행위에 대한 연구는 거의 없다. 따라서 일반적인 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인과 이주자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인에 대한 문헌고찰을 통해 조선족 노인이주자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 설명하고자 한다.

Walker 등(1988)의 연구에서는 건강증진행위에 영향을 주는 요인으로 성별, 연령, 교육 및 수입을 보고하였고, 서현미와 하양숙(2004)의 노인 대상 연구에서는 일반적 특성 중 연령, 교육수준, 용돈 정도, 거주 지역, 종교 유무, 배우자와 동거 유무가 건강증진행위의 영향요인이었다. 건강증진행위에 영향을 미치는 다른 요인으로 사회적 지지가 있다. 사회적 지지는 노인의 건강증진행위의 54%를 설명한다는 연구가 있으며(성미혜와 임영미, 2003), 특히 사회적 네트워크 및 사회적 지지의 강화는 개인적인 차원 또는 지역사회의 차원에서 자원으로 건강을 증진시키는 효과가 있다(Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). 김혜숙과 허준수(2010)는 서울지역에 거주하는 만 60세 이상 노인을 대상에게 건강증진행위의 영향요인을 분석한 결과 지각된 유익성이 가장 영향력이 높았으며, 그리고 사회적 지지, 자기효능감, 지역사회 환경, 주관적 건강상태, 교육 및 연령 등의 순으로 나타났다.

이주자의 문화적응은 건강증진행위 실천의 중요한 영양요인으로 인식되고 있다. 미국은 이주자가 많은 나라로 문화적인 맥락에서 다양한 이주자들을 대상으로 선행연구가 이루어졌다. 연구에 의하면, 이주한 후 영어 가능여부는 건강책임과 대인관계에 영향을 미치고(Hulme et al., 2003), 문화적응이 높을수록 영양관리, 건강검진이나 질병예방에도 도움이 된다고 나타났다(Lara, Gamboa, Kahramanian, Morales, & Bautista, 2005). Han, Kang, Kim, Ryu, and Kim (2007)의 연구에 의하면 한국인 이주자인 경우 문화적 신념이나 태도가 건강행위에 영향을 미친다고 본

다. 또한 대부분 한국인 이주자들은 '무증상(symptom free)'이 건강하다고 믿으며, 증상이 있을 때에만 병원을 이용하는 경향이 있다고 한다. 국내의 선행연구에서도 결혼이민자일 경우 한국의 적응 과정에서 문화적응 스트레스를 경험하고 스트레스와 적응과정의 문제점들은 건강수준에 영향을 준다고 하였다(서인주와 박정숙, 2013).

노인이주자들은 모국을 떠나 사회적 지지가 부족한 상태로 한국에서 정착과정을 경험하기에 사회적 지지의 역할이 아주 중요하다. 그러므로 문화적응 스트레스도 역시 또 하나의 중요한 요인이다. 이주자들은 모국이 아닌 다른 지역에 이주하여 새로운 문화에 적응하기에 문화적인 충격으로 인해 문화적응 스트레스를 경험하게 된다(Berry, 1987). Pender, Murdaugh, & Parsons (2010)는 건강증진행위는 신체적, 정신적, 영적, 사회적 안녕의 상태를 이루는 것을 돕는 행위로 건강신념의 영향을 받는다고 주장한다. 그러므로 이주자들에게는 문화적인 가치나 신념을 유지하는 것이 건강유지의 중요한 요인이며, 문화적인 적응도가 건강증진행위에 영향을 미친다고 보고하였다(Hulme et al., 2003). 외국인 근로자들의 문화적응도가 높을수록, 사회적 지지가 높을수록 건강증진행위가 높은 것으로 나타난 정자경과 박연환(2012)의 연구결과 역시 이를 지지한다고 볼 수 있다. 따라서 노인의 특성과 이주자의 특성을 동시에 반영한 노인이주자대상의 건강증진행위 향상 프로그램의 개발이 필요하다.

3. 건강증진 프로그램

조선족 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램을 개발하기 위하여 국내의 노인, 외국인 혹은 이주노동자를 대상으로 실시한 중재 프로그램에 대 문헌고찰을 실시하고, 국외의 노인이주자를 대상으로 실시한 중재 프로그램을 검토해 보았다.

국내 선행연구에 의하면 노인대상자는 재가노인(권상민과 권말숙, 2016; 박영례와 유양경, 2013), 경로당 이용노인(구미옥 등, 2012; 최연희와 김나영, 2013; 현경선 등, 2006), 취약계층(유재순, 김현숙과 연현진, 2014), 허약노인(권상민과 박정숙, 2013; 권상민과 권말숙, 2016) 등을 대상으로 선정하였다. 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 2003년부터 2012년까지 실시된 건강증진행위 향상 프로그램의 효과를 분석한 임미영과 문영희(2013)의 연구에 의하면 대부분 연구들은 집단교육 방식으로 실시하였고, 실험군의 인원은 20-39명, 프로그램 중재기간은 8-12주가 가장 보편적이었으며 매 회기 운영시간은 1시간 미만인 경우가 절반 이상 차지하였다. 건강증진 프로그램의 중재 내용은 스트레칭과 체조를 비롯한 운동이 가장 많고, 다음으로 운동과 교육을 포함한 경우가 많았으며, 프로그램 효과는 생리적 지표(혈압, 혈당, 콜레스테롤, 맥박), 신체적 건강상태(체중, 체력 등), 심리적 건강상태(불안, 우울, 삶의 질, 생활만족도, 주관적 건강상태, 자기효능, 태도, 지각된 장애 또는 유익성), 인지·행동적 건강상태(일상생활동작기능, 건강증진행위, 인지능력, 건강이나 운동에 대한 지식수준) 등 변수들을 측정하였다. 생리학 효과는 중재효과를 또한 최근의 연구를 보면 지역사회 역량을 강화하기 위하여 경로당과 같이 노인들이 많이 이용하는 시설을 활용하여 노인 건강지도자를 양성하고 건강증진행위를 향상하고자 하는 노력들을 볼 수 있었다(구미옥 등, 2012; 최연희와 김나영, 2013)

그러나 국내 연구에서 이주자 혹은 외국인 대상으로 실시한 건강증진을 위한 프로그램 관련 연구는 드물었다. 박소연(2009)의 외국인 근로자

들을 위한 전인건강 간호중재 프로그램을 개발하여 신체·생리적, 정신·사회 문화적 및 영적 돌봄 차원을 포함하여 외국인 근로자들을 대상으로 주 2회씩 1회 90분, 5주간 총 10회 실시하였으며 종속변수로는 코티졸, 문화적응 스트레스, 사회적지지, 우울, 불안, 희망, 영적 안녕, 삶의 질의 효과를 확인하였다. 최미숙(2013)은 결혼이주여성을 위한 구강보건 교육 프로그램을 개발하여 구강보건인식 수준, 구강보건지식, 간이구강위생지수의 효과를 확인하였다. 서인주(2014)의 건강증진 프로그램 연구에는 여성결혼이민자를 대상으로 건강증진 프로그램을 실시하고, 건강증진행위와 인지감정 영역인 자기효능감, 지각된 장애성, 사회적 지지, 문화적응을 효과를 검증하였다. 또한 이현경 등(2016)은 조선족 중년여성 근로자를 대상으로 심혈관질환 예방 교육자료를 개발하고 그 효과를 평가하는 연구를 시행하였다. 하지만 빠른 속도로 증가하고 있는 조선족 노인 이주자의 건강증진 프로그램은 전무한 실정이다.

국외 선행연구들을 조사한 결과 노인이주자를 대상으로 건강증진 프로그램 또는 생활습관 개선 중재 프로그램을 확인할 수 있었다. Lood et al. (2015)이 노인이주자 혹은 다문화 노인들을 대상으로 실시한 건강증진 프로그램 관련 연구 8편을 분석한 결과, 연구 대상자의 나는 54.5-74.9세로 평균 65.3세였으며, 중재 내용으로 다양한 형태의 운동 프로그램이 가장 많고, 프로그램의 중재기간은 6주에서 9개월까지 편차가 큰 편이였다. 프로그램의 중재 전략으로 다양한 영역을 포함한 중재가 필요하고, 문화언어적인 요소를 반영하여 운동 또는 신체활동을 실시하며, 건강정보는 전문가가 개인중심으로 접근하는 것이 바람직하다고 권장하였다. 건강증진 프로그램을 실시한 효과는 주로 일반적 건강상태, 정신적 건강상태, 신체적 건강, 우울, 체력 등 변수들을 위주로 분석하였으며 효과는 낮다고 평가하였다. Liljas et al. (2017)의 소외된 노인 관련 체계적인 문헌고찰에 의하면, 노인이주자들이 프로그램에 참여하기 위해서는 동기들의 지지가 필요하고 특히 피곤하거나 가족의 지지가 부족할 경우 방해요인으로 작용할 수 있다고 보고하였다. 또한 노인이주자인 경

우 동기와 자기효능감이 부족하고 문화적, 언어적 차이가 있을 경우 건강증진행위를 실천하기 어렵다고 하였다.

III. 이론적 기틀 및 가설

1. Pender의 건강증진모델

건강증진행위의 변화에는 인지적, 행동적, 정서적 요인들이 복합적으로 작용하기 때문에, 이러한 요인들이 중재의 개발, 적용, 평가 단계까지 일관성 있게 적용될 수 있도록 안내하는 이론적 틀이 중요하다(Hardeman et al., 2005; Snoek, Skinner, & Steed, 2009). 이는 이론에서 제시된 구성개념에 초점을 맞추어 중재를 제공하고, 개념에 적합한 측정도구를 통해 적절한 평가가 이루어질 때 자기관리 중재에서 긍정적인 효과를 기대할 수 있기 때문이다(Ismail, Winkley, & Rabe-Hesketh, 2004). 지금까지 건강행위에 적용되어 경험적으로 유용성이 검증되었거나 적용가능성이 제시된 이론적 틀은 사회인지이론(Social cognitive theory, SCT), 계획적 행위 이론(Theory of planned behavior, TPB), 범이론적 모델(Transtheoretical model, TTM), 건강신념 모델(Health belief model, HBM), 건강증진모델(Health promotion model, HPM) 등이 있다(Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008).

건강증진모델(HPM)은 총체적인 간호 관점, 사회심리학, 학습이론에 근거하여 모델 개발의 기초로 활용하였다. 특히 Bandura (1977)의 사회학습이론 (Social Learning Theory)을 이용하여 행동변화의 인지과정의 중요성으로 간주하고, 사회학습이론에서 중요한 개념 중 하나인 자기효능을 HPM의 개념으로 활용한다. 또한 Feather (1982)의 기대-가치이론(Expectancy-Value Model of Human Motivation)을 활용하여 행위가 합리적이고 경제적임을 지지하는 이론이다. HPM에서는 건강을 강화시키기 위한 적극적인 행위로 확장되어 전 생애를 걸쳐 적용가능하다는 장점이 있다. 따라서 조선족 노인이주자를 위한 건강증진 향상 프로그램은

Pender의 건강증진모델을 이론적 기틀로 이용하고자 한다.

Pender의 건강증진모델(HPM)에는 다음과 같은 주요 개념과 정의들이 있다. Pender (1996)는 건강증진행위에 영향을 주는 요인으로 개인적 특성과 경험, 행위와 관련된 인지와 감정, 행위의 결과로 설명하고 있는데 개인적 특성은 행위 관련 인지와 감정요인에 영향을 미치며, 이들 개인적 특성과 행위관련 인지와 감정요인의 결과로 건강증진행위가 나타나는 것으로 보았다. 개인적 특성과 경험에는 과거 건강관련 행위 및 개인적 요인이 포함되는데 이러한 요인들이 건강증진행위에 직·간접적으로 영향을 미친다. 과거 건강 관련 행위는 자기효능감, 유익성, 장애성, 행동과 관련된 감정의 지각을 통해 건강증진행위에 간접적인 영향을 미친다. 개인적 요인은 생물학적, 심리학적, 사회문화적으로 범주화되어 있으며, 개인의 생물학적 요인에는 연령, 성, 비만도, 사춘기, 폐경기, 운동능력, 힘, 민첩성, 균형 등의 변수가 포함되며, 심리적 요인으로 자아존중감, 자기동기화, 개인의 능력, 주관적 건강상태, 건강의 정의를 포함하며, 사회문화적 요인으로 인종, 민족, 문화이입, 교육, 사회경제적 상태 등의 변수를 포함한다. 개인적 요인은 행위관련 인지와 감정뿐만 아니라 건강증진행위에도 직접적으로 영향을 미친다(Pender, 1996).

행위와 관련된 인지와 감정요인은 건강증진모델에서 중요한 동기적 요인이며, 간호중재 활동에 의해 수정될 수 있기 때문에 중재에 있어서 중요한 요인이다. 관련요인으로는 행위에 대한 지각된 유익성, 지각된 장애성, 지각된 자기효능감, 행위와 관련된 감정 등이 있는데, 행위에 대한 지각된 유익성과 지각된 장애성은 직·간접적으로 건강증진행위에 영향을 미친다. Pender (1996)의 건강증진모델에서 지각된 장애성은 행위를 피하도록 동기를 유발시켜 활동준비가 미흡하고 장애가 클 때에는 활동이 거의 일어나지 않는 반면 활동준비가 잘되어있고 장애 정도가 낮으면 활동계획을 실천하는 확률은 커진다. 건강증진모델에 제시된 자기효능감은 행동과 관련된 감정에 의해 영향을 받는데, 자기효능감이 높을수록 지각된 장애는 적어진다. 자기효능감은 직접적으로 건강증진행위를 동기화시

키고 지각된 장애와 행동의 수행 및 유지에 간접적인 영향을 미치며, 자기관리가 요구되는 강력한 예측인자이다.

대인관계 영향요인은 타인의 행위, 신념, 태도에 대한 인지이고 여기에는 규범, 사회적지지, 모델링 등이 포함된다. 상황적 영향요인으로는 행동을 촉진하거나 방해할 수 있는 상황이나 문맥에 대한 개인적인 인지와 지각을 의미한다. 그리고 행위계획을 수립한 후 행위의 최종 결과로 건강증진행위가 있다(Figure 1).

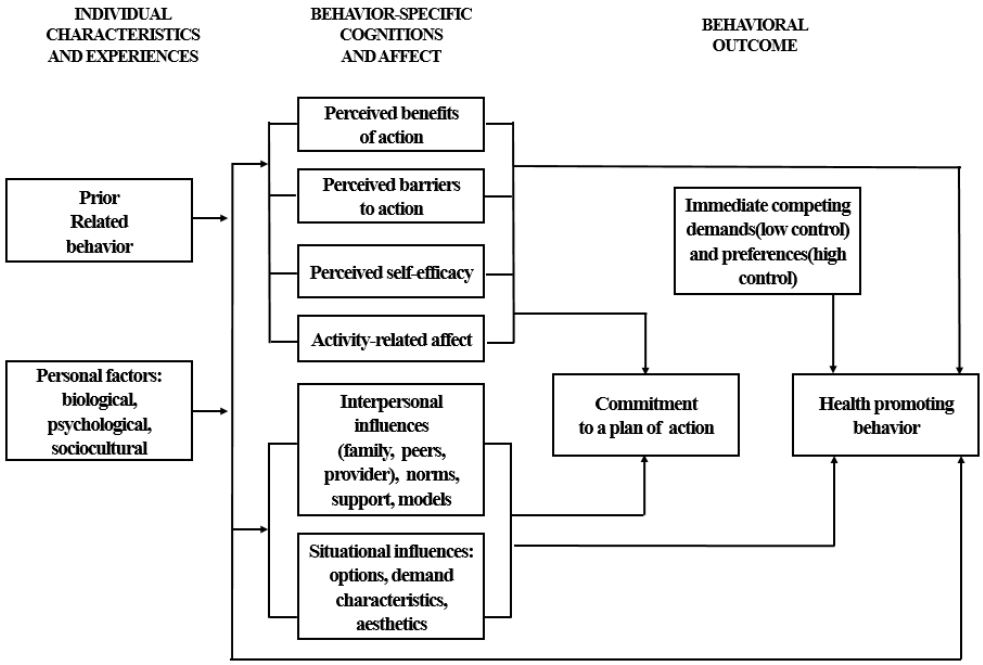

Figure 1. Health Promotion Model (Pender, 2002)

2. 연구의 이론적 기틀

조선족 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램을 개발하고 그 효과를 평가하고자 하는 본 연구의 이론적 기틀은 Figure 2와 같다. Pender의 건강증진모델에서 제시된 인지와 정서 요인인 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감은 그대로 적용하고, 대인관계 영향요인은 사회적 지지, 상황적인 영향요인은 문화적응 스트레스를 설정하였다.

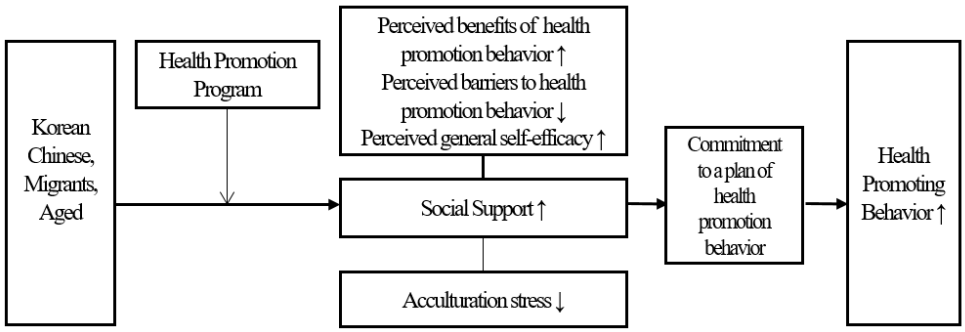

Figure 2. Theoretical framework of study

3. 연구가설

위와 같은 이론적 기틀에 따라 다음과 같은 연구가설을 설정하였다. 실험군은 Pender 건강증진모델 기반의 8주간 주 1회의 건강증진 프로그램에 참여한 대상자(이하 실험군)이며, 대조군은 8주간 2회의 전화상담을 받은 대상자(이하 대조군)이다.

가설 1. 중재 후 실험군은 대조군보다 지각된 유익성이 높을 것이다.
가설 2. 중재 후 실험군은 대조군보다 지각된 장애성의 낮을 것이다.
가설 3. 중재 후 실험군은 대조군보다 자기효능감이 높을 것이다.
가설 4. 중재 후 실험군은 대조군보다 사회적 지지가 높을 것이다.
가설 5. 중재 후 실험군은 대조군보다 문화적응 스트레스가 낮을 것이다.
가설 6. 중재 후 실험군은 대조군보다 건강증진행위의 수행 정도가 높을 것이다.

IV. 연구방법

1. 건강증진 프로그램 개발

1) 연구자의 준비

연구자는 건강증진 관련 공공기관에서 2년간 근무한 경력이 있으며, 대학원에서 노인 건강문제, 만성질환 자기관리, 건강행동, 지역사회 건강증진 등 관련 수업들을 이수하였다. 또한 방문간호사의 업무 매뉴얼 개발에 참여하였고, 특히 연구 프로젝트를 통해 중재프로그램을 개발하고 노인복지관에서 자기관리 중재프로그램을 강의한 경험이 있다.

2) 프로그램 개발

본 연구에서 노인이주자의 건강증진 프로그램을 개발하기 위하여 건강증진 프로그램 개발 시 행위 변화를 유도하는데 유용하게 널리 사용되는 방법인 Intervention Mapping (IM)을 선택하였다. IM은 단계별 프로그램의 흐름이 명확하고 확실한 목표를 가지고 중재의 요인들을 명시하기 때문에 완성도 높은 프로그램을 개발하는데 있어 적합한 방법이다(Bartholomew, Parcel, & Kok, 1998).

IM의 과정은 다음과 같은 총 6개 단계로 구성된다(Figure 3). 1) 요구도 조사(needs assessment); 2) 프로그램 구성표 작성(program objectives matrices); 3) 이론기반 중재 방법과 전략 적용(theory-based intervention methods and practical applications); 4) 프로그램 개발(intervention program); 5) 프로그램 중재 적용계획(adoption and implemantation); 6) 프로그램 평가계획(evaluation plan)이다(Bartholomew et al, 2011). 이상과 같은 6단계를 거쳐 개발된 프로그램은 대상자에게 직접 적용된 후 실제적인 평가를 받게 된다(서경산,

2016).

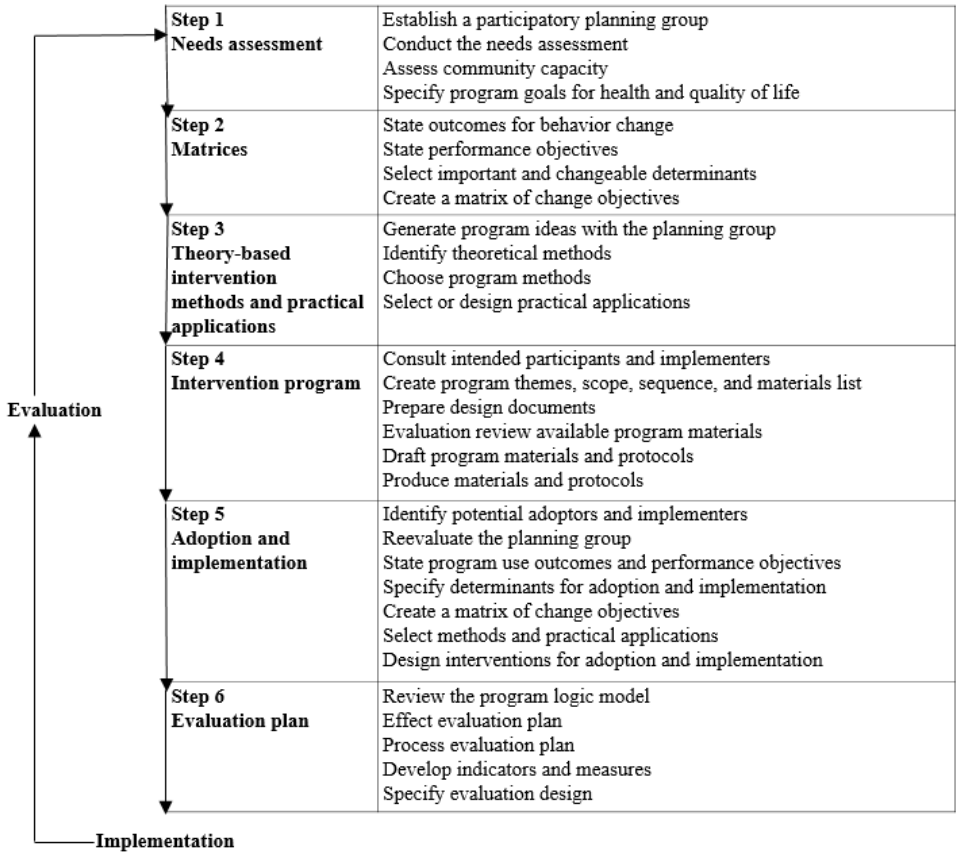

Figure 3. Program development flow using Intervention Mapping steps and tasks (Bartholomew et al, 2011)

(1) 요구도 조사

요구도 조사는 첫 번째 단계로 대상자의 요구뿐 만 아니라 관련된 여러 문헌들을 활용하여 새로운 중재의 목적과 필요성을 가지고 대상집단을 명확히 하는 과정이다. 이 단계에서는 포커스 그룹과 같은 질적 연구 방법과 체계적인 문헌고찰 등을 이용한다(Newman, Steed, & Mulligan, 2009).

본 연구에서는 조선족 노인이주자의 건강증진 프로그램을 개발하기 위하여 기존에 개발된 중재 관련 선행연구에 대해 문헌고찰을 실시하였다. 또한 문헌고찰 결과에 근거하여 잠재적 연구 대상자인 조선족 노인이주자 및 관련 건강전문가를 대상으로 포커스 그룹 심층면담을 계획하였다.

① 연구대상자

포커스 그룹 심층면담은 조선족 노인이주자 10명 및 조선족 출신 간호사 5명을 대상으로 진행하였다. 포커스 그룹을 위한 조선족 노인이주자의 모집은 노인이주자들이 많이 출석하는 교회와 노인이주자들이 대체적으로 밀집되어 일하는 노인전문병원에서 실시하고자 하였다. 조선족 출신 간호사는 한국에서 유학을 목적으로 거주하는 간호대학원생 5명을 모집하였다.

② 자료수집절차

자료수집은 2017년 6월 25일에 조선족 노인대상자 대상으로 면담을 진행하였고, 2017년 6월 22일에 조선족 출신 간호사를 대상으로 면담을 진행하였다. 연구과정에는 연구책임자가 약 50~60분정도 진행하고 연구보조원 1명이 보조자의 역할을 수행하였다. 연구보조자는 연구의 진행에는 직접적으로 참여하지 않으나 포괄적인 노트정리를 실시하고 녹음기를 조작하며 물리적인 환경을 관리하는 역할을 담당하였다. 그 외에 녹음기 준비, 면담 장소 준비, 사례비 지급 등에 참여하였다. 연구보조원은 연구

윤리 관련 교육훈련을 받고 연구윤리 관련 프로토콜을 제공받았다.

교회에 출석하는 노인이주자를 대상으로 심층면담을 진행하기 위하여 사전 교회 관계자의 승낙을 받고 연구대상자를 섭외하였으며 연구대상자들이 적극적인 참여가 가능한 일요일을 활용하여 교회의 조용한 회의실에서 면담을 실시하였다. 노인전문병원에 근무하는 간병인을 대상으로 한 면담은 병원의 협조를 받은 후 간병인들의 여가시간을 이용하기 위하여 주말 저녁시간에 방문하여 병원의 휴게실에서 포커스 심층면담을 진행하였다. 조선족 출신 간호사들을 대상으로 하는 심층면담은 간호대학원의 휴게실에서 진행되었다. 심층면담을 진행하기 위해 연구대상자에게 연구의 목적, 소요시간, 진행과정, 면담 내용의 녹음, 자료의 익명성 보장에 대해 설명하고, 심층면담과 녹음에 대한 동의를 얻은 후 준비한 질문에 대해 자유로운 의견을 제시하도록 설명을 하였다.

(2) 프로그램 구성표 작성

이 단계에서는 문헌고찰 및 포커스 심층면담의 결과를 토대로 프로그램의 구성표를 작성하기 위하여 프로그램의 변화시키고자 하는 행동목표를 정한 후 행동을 변화시킬 수 있는 결정요소(determinants) 또는 매개요소(mediant)를 찾아서 프로그램에 활용할 요소로 선정하였다. 이에 우선 최종 결과의 목적과 중재 범위, 수준을 수립한 후, 그 다음으로 수행목표(performance objectives)와 변화목표(change objectives)를 설정하였다. 수행목표는 최종 결과를 이루기 위해 나타나는 여러 가지 구체적인 행동변화(behavioral change)를 의미하고, 변화목표(change objectives)는 행동을 변화할 수 있는 결정요소를 의미한다.

(3) 이론 기반 중재 방법과 전략 적용

프로그램 개발의 3 단계에서는 프로그램의 구성표를 근거로 변화해야 할 목표(change objective)에 따라 중재 방법과 전략 적용을 선택하는 과정이다. 변화목표들을 실현하기 위해 행위변화 이론을 바탕에 두고 전략

을 구성하고 전달 방법 등을 정한다. 이때 중재 방법과 전략의 적용은 복합적으로 사용할 수 있다(Bartholomew et al., 2011).

(4) 프로그램 개발

이 단계에서는 프로그램 개발을 위하여 회기 별 달성해야 할 목표와 그에 따른 활동, 제공되는 자료의 내용을 구성하며 대상자 교육 및 진행 방법 등을 표로 작성한다. 이를 위하여 문헌고찰과 포커스 심층면담을 통해 건강증진 프로그램의 내용 및 순서를 결정하고자 하였다.

또한 문헌고찰 및 포커스그룹 면담 결과를 토대로 교육책자의 초안을 작성하고자 하였다(Liljas et al., 2017). 특히, 건강증진행위의 영역별로 대상자들에게 제공하는 책자를 제작하였는데 연구대상자의 의사소통 및 용어의 어려움을 감안하여 필요한 설명을 추가하고, 중국어 및 조선족 방언을 활용하여 이해를 향상하려고 하였다.

(5) 프로그램 중재 적용 계획

실험군을 위한 중재를 제공하기 위하여 노인이주자들이 많이 거주하거나 출석하는 교회 또는 간병인으로 밀집하여 근무하는 노인전문병원에 방문하여 기관의 협조를 얻은 후 주 1회씩 그룹을 대상으로 교육을 실시하려는 계획을 수립하였다. 특히, 건강증진행위의 변화는 8주-12주의 시간이 소요된다는 선행연구를 참고하여(박정숙, 2004; 서인주와 박정숙, 2015; 이현경 등, 2016, 임미영과 문영희, 2013), 본 연구에서는 실험군을 대상으로 주 1회씩, 총 8주간 중재를 실시하고자 하였다.

(6) 프로그램 평가 계획

프로그램의 효과를 평가하기 위하여 결과 지표인 건강증진행위 및 이와 관련 지각된 유익성, 장애성, 자기효능감, 사회적 지지, 문화적응 스트레스 변수를 프로그램 사전, 사후 시점에 실험군과 대조군에게 측정하고자 하였다.

그리고 프로그램의 과정평가를 위하여 회기 별 프로그램 참석자의 출석률을 확인하고 프로그램 진행하면서 발생할 수 있는 방해요인이나 애로사항을 확인하고 기록하고자 하였다.

2. 건강증진 프로그램 효과

1) 연구설계

본 연구에서는 조선족 노인이주자를 대상으로 건강증진 프로그램을 개발한 후 그 효과를 평가하기 위해 비동등성 대조군 사전사후 유사실험 설계를 이용하였다(Table 2).

실험군에게는 주 1회, 1회당 60분으로 총 8주간에 거쳐 건강책임, 신체활동, 스트레스 관리, 영양, 대인관계, 영적 성장의 6개 하부 영역을 포함한 건강증진 프로그램을 실시하였고, 대조군에게는 실험군이 8주간 프로그램에 참여하는 동안 1주차 및 8주차에 거쳐 2회의 전화상담을 제공하였다.

Table 1. Research design of the study

Group	Pre-test	Intervention	Post-test
Experimental group	A_1	X_1	A_2
Control group	B_1	X_2	B_2

Note. A_1, A_2, B_1, B_2=Measurement of variables

X_1= 8-week health promotion behavior program based on the Pender's Health Promotion Model (1996)

X_2= Phone health counseling (at the 1^{st} and 8^{th} week)

2) 연구대상자

본 연구 대상자는 한국에 거주하는 60세 이상의 조선족 노인이주자이다. 이에 조선족 노인이주자가 밀집되어 간병인으로 근무하는 서울시 소재의 K 노인전문병원과 경기도 소재의 D 노인전문병원에서 편의추출법이 이용하여 대상자를 모집하였다.

연구 참여자의 선정기준과 제외기준은 다음과 같다.

① 선정기준

- 한국에서 거주하는 만 60세 이상의 중국 국적을 가진 노인 이주자 (귀화자 제외)
- 한국어로 의사소통이 가능하고 질문지의 내용을 이해하는 자
- 본 연구의 목적을 충분히 이해하고 자발적으로 참여에 동의한 자
- Hoyl 등(1999)의 노인우울도구(Geriatric Depression Scale-5)에서 우울 범주로 정의한 점수가 2점 미만, 즉 우울이 아닌 것으로 선별된 자(Sheikh & Yesavage, 1986, 기백석과 이철원, 1995)
- 한국판 간이정신상태 검사(MMSE-K: Mini Mental State Examination)의 보정 점수가 치매가 아닌 자의 기준이 되는 24점 이상인 자(American Psychiatric Association, 2000)

② 제외기준

-안경, 돋보기, 보청기를 이용하여도 의사소통이 가능하지 않은 자
-한국어로 글을 읽거나 쓸 줄 모르는 자

본 연구의 실험군 및 대조군의 독립표본의 차이 검정을 위해 반드시 필요한 언구대상자 수는 G*power 3.1.9 program (Faul, Erdfelder, Lang, & Bachner, 2007)을 이용하여 independent-test 표본크기를 결정하기 위한 statistical power analysis로 산출하였다. 효과 크기(effect size)는 .80, 유의수준(α) .05, 검정력(power) .80로 산출하였다. 검정력 .80은 간

호학을 포함한 유사한 행동과학 연구에서 널리 사용되고 적합한 수치로 검증되었기 때문에 설정하였다(Cohen, 1988). 또한 효과크기는 이주민을 대상으로 실시한 연구가 없는 관계로 노인건강증진대학의 일반 노인을 대상으로 실시한 선행연구(박정숙, 2004)에서 검증한 건강증진행위에 대한 효과를 바탕으로 0.8로 설정하였다. 그 결과, 그룹별 21명으로 계산되었으며, 탈락률 10% 정도를 감안하여 그룹별 23명으로 정하였다.

실험군은 23명이 모집되었으나 중재 프로그램 도중 1명이 타 노인요양병원으로 이직하였고 1명이 중국으로 귀국하여 최종 21명이 중재 프로그램을 모두 이수하였다. 대조군은 역시 23명이 모집되었으나 2명이 중국으로 귀국하여 사전, 사후 설문조사를 모두 참여한 대상자는 21명이었다(Figure 4).

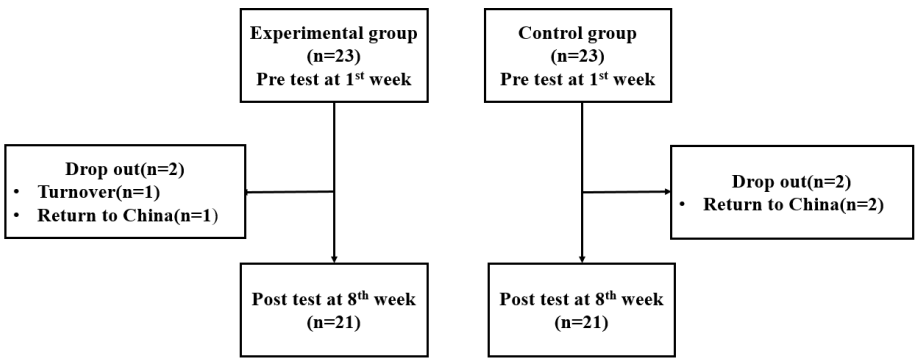

Figure 4. Flow chart of data collection

3) 연구도구

(1) 일반적 특성

일반적 특성으로 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 직업유무, 경제적 안정성, 주거형태, 한국체류기간, 주관적 건강상태, 건강보험 유무, 정기적 건강검진 유무 등을 확인하였다.

(2) 지각된 유익성

지각된 유익성은 문정순(1990)의 건강신념 측정도구를 서현미(2001)가 노인에 맞게 보완한 도구 중 지각된 유익성 영역에 해당하는 11문항으로 측정하였다. 각 문항에 대한 측정은 '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '항상 그렇다(4점)' 까지 Likert 4점 척도로 구성되었으며, 점수가 높을수록 지각된 유익성이 높음을 의미한다. 이 도구의 신뢰도는 서현미(2001)의 연구에서 Chronbach's alpha .90이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 .94였다.

(3) 지각된 장애성

지각된 장애성은 문정순(1990)이 개발한 건강신념 측정도구를 서현미(2001)가 수정한 도구 중 지각된 장애성 영역에 해당하는 10문항으로 측정하였다. 각 문항에 대한 측정은 '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '항상 그렇다(4점)' 까지 Likert 4점 척도로 구성되어 점수가 높을수록 지각된 장애성이 높음을 의미한다. 이 도구의 신뢰도는 서현미(2001)의 연구에서 Chronbach's alpha .73이었다. 본 연구에서의 신뢰도는 .82였다.

(4) 지각된 자기효능감

지각된 자기효능감은 Sherer & Maddux (1982)가 개발한 도구를 서현미(2001)가 보완한 도구로 측정하였다. 이 도구는 16개 문항의 likert 4점척도로 구성되어 있으며 각 문항은 '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '항상 그렇다(4점)' 으로 점수가 높을수록 자기효능감이 높은 것을 의미한다.

도구의 신뢰도는 서현미(2001)의 연구에서 Chronbach's alpha .81이었다. 본 연구에서의 신뢰도는 .64였다.

(5) 사회적 지지

사회적 지지 정도를 측정하기 위해 박지원(1985)이 개발한 사회적 지지 척도 중 간접적으로 지각한 사회적 지지 척도를 사용하였다. 이 측정도구는 4개 하위 영역으로 '정서적 지지(11문항), '정보적 지지(4문항)', '평가적 지지(5문항)', '물질적 지지(5문항)' 영역으로 나뉘어 총 25문항이 포함되었다. 각 문항에 대한 측정은 '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 그렇다(5점)' 까지 Likert 5점 척도로 구성되었다. 25개 문항의 총 점수는 25~125점 범위이고, 높을수록 사회적 지지가 높다는 것을 의미한다. 선행연구에서 Chronbach's alpha .95이었고 본 연구에서의 신뢰도는 .95였다.

(6) 문화적응 스트레스

문화적응 스트레스를 측정하기 위해 Sandhu & Asrabadi(1994)가 개발한 문화적응 스트레스(Acculturation stress scale, ASS) 도구를 김미숙(2014)이 이주노동자의 문화적응 스트레스를 측정하기 하기 위한 도구를 수정·보완한 것을 사용하였다. 이 측정도구는 총 29개의 문항으로 '향수병(3문항)', '의사소통(4문항)', '문화충격(4문항), '지각된 차별 및 편견(5문항)', '직장에서의 어려움(5문항)', '대인 관계의 어려움(4문항)'의 6개의 하부영역으로 구성되어 있으며, 각 문항은 '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 그렇다(5점)' 까지 Likert식 5점 척도로 구성되어 있다. 수정보완 후의 Chronbach's alpha .84이고, 본 연구에서는 .89였다.

(7) 건강증진 행위

건강증진 행위를 측정하기 위하여 Walker 등(1995)이 개발한 건강증진 생활양식 II (Health Promoting Lifestyle Profile II, HPLP-II)를 서현미(2001)가 번안한 측정도구를 사용하였다. 이 도구는 총 50문항으로 구

성되었고, ‘영적 성장(9문항)’, ‘건강책임(8문항)’, ‘신체활동(8문항)’, ‘영양(9문항)’, ‘대인관계(8문항)’, ‘스트레스 관리(8문항)’ 등 6개의 하부 영역이 포함되었다. 각 문항은 4점 Likert 척도로 1점은 ‘전혀 그렇지 않다’에서부터 4점 ‘항상 그렇다’의 응답 범위를 갖는다. Walker 등(1995)의 도구 개발 시 신뢰도는 Chronbach’s alpha는 .94이었고, 서현미(2001)의 연구에서는 .92, 본 연구에서는 .97이었다.

4) 자료수집절차

(1) 윤리적 고려

본 연구의 진행을 위해 연구자는 연구윤리 교육을 이수하였고, 연구를 진행하기 전 연구계획에 대해 서울대학교 생명윤리심의위원회의 심의를 거쳐 승인통보(IRB NO. 1706/003-008)를 받았다. 또한 연구자는 언구대상자의 모집을 위해 교회 또는 의료기관의 사전승인을 받은 후 자료수집 및 중재를 실시하였다. 전반적인 자료수집 과정에서 연구책임자는 헬싱키 선언을 엄수할 뿐만 아니라 기존의 연구윤리강령에 대해 숙지한 후 언구대상자의 자발적인 참여를 보장하고, 연구진행 도중에라도 원하지 않을 경우 참여의사를 철회할 수 있음을 설명하였다. 연구자는 언구대상자에게 피해를 입히지 않고 개인정보를 유출하지 않으며, 참여자로부터 입수한 자료의 익명성 및 비밀성을 보장하고, 언구대상자의 개인정보는 최소한으로 수집하는 것을 원칙으로 하였다. 대상자를 윤리적으로 보호하기 위해 수집된 자료와 개인정보에 대해서는 연구목적 외에는 사용하지 않을 것을 약속하였다.

(2) 자료수집방법

본 연구의 대상자를 모집하기 위하여 우선 노인이주자들이 주로 많이 참석하고 교회쉼터도 운영하고 있는 교회 2곳과 조선족 간병인들이 근무하는 노인전문병원 4곳에 연락하고 연구의 목적에 대해 설명한 후 협조를 요청하였다. 그러나 교회인 경우 장기간의 프로그램 운영에 대해 연구대상자가 지속적으로 참여가 어려울 것이라는 의견이 있었고, 일부 의료기관은 연구대상자의 선정기준에 적합한 대상자가 충분하지 않거나 간병인의 휴식시간이 부족하기 때문에 프로그램 운영을 거절하였다. 최종적으로 노인전문병원 2곳에서 허락을 받은 후 기관의 게시판을 통해 연구대상자 모집 광고를 실시하였다. 그리고 의료기관을 방문하여 설명회를 실시하고 선정기준에 적합한 대상자를 접촉하여 연구의 목적을 구체

적으로 설명을 드리고 연구참여에 대한 자발적인 동의를 받았다. 실험군과 대조군은 각 다른 의료기관에서 모집을 실시하였는데, 그 이유는 무작위 표본 추출이 가능하지 않은 상태에서 실험의 확산을 막고자 함이었다. 또한 실험군의 프로그램 제공과 대조군의 일반적 건강상담은 연구자가 직접 시행하여 이중맹검(double blind)은 이루어지지 않았다.

자료수집과정에서 설문응답의 정확도를 높이기 위하여 조선족 출신인 연구자가 언구대상자들의 설문지 작성을 도울 수 있도록 하였다. 그 외에도 설문지 조사를 위하여 조선족 출신의 간호사 2명이 연구보조원으로서 자료수집에 참여하였다. 연구보조원의 역할은 연구의 설명문 및 동의서의 안내를 제공하고 설문지에 대한 설명을 제공하여 언구대상자가 연구에 대한 이해력을 높이는데 도움을 제공하였다. 연구보조원은 자료수집에만 참여하고 연구의 기타 영역에는 참여하지 않으며 자료수집에 참여하기 전 연구윤리에 대한 교육훈련을 받고, 연구윤리의 프로토콜을 제공받았다.

5) 자료분석

수집된 자료는 SPSS와 SAS 프로그램을 사용하여 분석하였다.

(1) 대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율, 평균 및 표준편차를 이용하여 분석하였다.

(2) 종속변수의 정규성 검정은 Kolomogorov-Smirnov test로 검정하였다.

(3) 집단간 사전 동질성 검정은 정규성 검정이 된 변수에 대해 χ^2 test, Fisher's exact test, 독립표본 t test를 실시하였고, 정규성 검정에 위배된 변수는 비모수 검증인 Mann-Whitney test를 실시하였다.

(4) 종속변수의 사전 동질성 검증한 결과 두 집단간 동질한 경우 실험군, 대조군의 사후-사전 점수 차이를 구한 후, 경제안정성 유무, 건강보험 유무를 공변량으로 처리한 후 ANCOVA를 이용하여 검정하였다.

(5) 종속변수의 사전 동질성 검증한 결과 두 집단간 동질하지 않은 경우 경제안정성유무, 건강보험 유무, 사전 점수를 공변량으로 처리한 후 ANCOVA를 이용하여 두 그룹간 사후 점수의 차이를 검정하였다.

(6) 통계적 유의수준은 $p< .05$로 하였다.

V. 연구결과

1. 건강증진 프로그램 개발

(1) 요구도 조사

① 면담질문 내용

본 연구는 요구도 조사를 위하여 포커스 그룹 심층면담을 실시하였다. 포커스 그룹 심층면담의 주요 내용으로는 한국에서 거주하는 동안 문화적응 과정에서 경험한 건강관리 관련 어려웠던 부분, 건강증진 프로그램의 필요성에 대한 인식 여부, 건강증진 프로그램 교육경험 여부, 원하는 프로그램 내용 및 제공방법 등이 포함되었다(부록 4).

② 조선족 노인이주자의 특성 및 심층면담 결과

포커스 그룹 심층면담에 포함된 조선족 노인이주자 10명의 경우, 61세~66세로 1명을 제외하고는 한국에서 거주한 기간이 5년 이상이었다. 대상자들은 취업을 목적으로 한국을 방문하였고 체류자격은 F-4 비자를 가지고 있었다. 한국에 거주하는 동안 건강보험에 가입하지 않은 대상자는 8명이고 특히 한국에 혼자 거주하는 경우 경제적인 부담으로 지역가입자로 건강보험에 가입하는 것을 꺼려하였다.

한국에서 정기적인 건강검진을 받은 경우가 드물고 몸이 아픈 경우 경제적인 부담이나 시간의 부족으로 인해 스스로 참고 견디거나 중국에서 구매한 약물을 복용한다고 하였다. 그럼에도 불구하고 증상이 완화되지 않으면 주로 동네의 약국을 방문하여 처방이 필요가 없는 약물을 복용하는 것으로 나타났다. 특히 직업 특성상 주말에 병원이나 약국을 이용하여야 하지만 의료서비스에 대한 정보가 부족하여 불편함을 호소하였다. 또한 한국에서 거주하는 동안 일상적인 언어사용은 어려움이 없지만 병원을 이용할 경우 의사소통의 어려움을 호소하였고, 특히 병원에서 사

용하는 용어가 이해하기가 어렵다고 하였다. 병원이나 약국 외에도 교회에서 주말마다 운영되는 무료진료소를 이용할 수 있으나 시간 부족 등 방해요인이 있고 건강증진 교육 관련 정보들은 부족한 편이었다. 그리고 한국의 의료서비스에 대한 정보 부족으로 인해 의료서비스의 질에 대한 신뢰도가 낮은 것으로 나타났다. 주로 진단받은 질병으로 심혈관계 질환과 근골격계 질환이 보편적이고 그 외에 소화기계 질환, 암 등도 있었다. 근무 외의 외부 활동이 아주 제한적이기 때문에 건강정보는 대부분 TV 등 대중매체를 통해 습득하며, 모바일 폰의 한국어 또는 중국어로 된 SNS를 활용하여 지인들의 메시지 전달을 받아 정보를 접하나 의료정보에 대한 검증이 결여된 상태로 동기결여, 시간부족, 경제적인 부담 등 원인으로 건강정보를 실천하기는 힘들다고 하였다.

③ 조선족 출신 간호사 특성 및 심층면담 결과

조선족 출신 간호사는 중국 및 한국의 보건의료정책제도와 문화적인 차이에 대해 모두 이해하고 있기 때문에 노인이주자들이 스스로 발견하지 못한 문제점에 대해서도 추가적인 설명을 제공할 수 있었다. 조선족 출신 간호사들의 관찰에 의하면, 노인이주자들은 건강정보가 부족하고 건강상담을 받을 기회가 부재하며 중국 의약품의 약물남용에 대한 위험성을 인지하지 못하고 있었다. 또한 한국의 생활에 적응하는 과정에서 스트레스를 해소하는 방법으로 특히 남성인 경우 흔히 음주습관에 의존하는 경우가 많았다. 한국의 보건의료제도에 대한 이해부족과 중국에서의 의료기관을 이용하던 습관으로 인해 동네 의원보다는 종합병원을 선호하는 경향이 있다. 이에 동네 의원의 의료서비스에 대한 신뢰가 낮아 방문하지 않고 반면에 종합병원은 진료예약의 어려움으로 의료서비스이용의 장벽을 경험한다고 하였다. 노인이주자들은 일상적인 언어가 가능할지라도 한국과 중국의 문화적인 차이로 인해 중국식 의사소통 방식을 그대로 한국인들한테 적용할 경우 부적절한 존칭어의 사용 등과 같은 상황에 따른 오해가 발생될 수 있다고 하였다.

포커스 그룹 심층 면담에서 도출된 건강증진 프로그램 내용으로는 한국의 건강보험, 건강검진 등 의료정보 제공, 병원, 의원, 보건소 등 보건의료서비스기관 이용에 대한 정보 제공, 한국에서 보편적으로 건강증진에 필요한 성공적인 노화, 운동, 식이, 스트레스 관리, 만성질환 예방 등이 포함되었다.

(2) 프로그램 구성표 작성

변화를 유도하고자 하는 최종 행위의 목적을 '건강증진행위의 향상'으로 설정하였다. 건강증진행위는 생활양식의 변화와 건강을 위한 개인의 책임을 포함하여 최적의 건강상태를 유지 및 증진시키기 위하여 이행된다. 따라서 본 연구에는 Walker 등 (1995)가 개발한 HPLP II을 이용하여 건강증진행위의 수행목표를 영적 성장, 신체활동, 영양, 대인관계, 스트레스관리, 건강책임으로 설정하였다. 변화목표는 행동의 결정요인으로 개인적 차원(personal determinants)인 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감이 있고 외부적 차원(external determinants)으로 사회적 지지와 문화적응 스트레스를 포함하였다. 또한 중재의 목표 그룹(target groups)은 한국에 거주하는 60세 이상의 조선족 노인이주자로 설정하였다.

건강증진행위의 변화를 실천하기 위하여 기존 행위의 경험을 벗어날 수 있는 개인적 차원의 행동변화의 동기부여와 자기효능감을 증진하여야 한다. 또한 다른 문화에서 살아가는 동안 자국에서 살아가는 것에 비해 상대적으로 대인관계에서 사회적 지지가 결여할 수밖에 없기에 한국에서 거주하는 동안 제한적인 정보와 자원을 활용할 수 있는 방법을 제공하고 문화적응 스트레스를 극복할 수 있는 전략을 제시할 필요하다.

Pender의 건강증진모델은 개인적 특성과 경험, 행위와 관련된 인지와 감정, 행위의 결과로 건강증진행위의 변화를 설명할 수 있는 보편적으로 인정을 받는 이론 중의 하나이다. 본 연구에서는 Pender의 건강증진모델에 기반으로 중요한 결정요인으로 제시한 지각된 유익성 및 지각된 장애성을 확인하고 자기효능감의 증진을 통해 행동변화의 동기를 부여하고 동시에 사회적 지지를 제공하고 문화적응 스트레스의 완화를 통해 노인이주자들이 행동변화의 계획을 수립할 수 있도록 유도하고 최종적으로 건강증진 행위의 변화를 도모하고자 하였다(Table 2).

Table 2. Goal, dimension, and determinants of matrix

NO.	Content	Personal Determinants			External Determinants		Week
		Perceived benefits of action	Perceived barriers to action	Perceived self-efficacy	Interpersonal influences: Social support	Situational influences: Accculation stress	
1	**Health responsibility**	1.1.Gain positive information about health responsibilities -motivation for health responsibility	1.2.Identify barriers of health responsibilities -passive to health care(lack of motivation) -economic burden (medical expenses) -lack of time -lack of information	1.3.1.Experience in achieving health responsibilities 1.3.2. Representative experience of health responsibilities 1.3.3.Verbal persuasion of health responsibilities 1.3.4.Decreased physiological arousal of health responsibilities	1.4.2.Informative support -health insurance and health screening -visiting to hospital or pharmacy on weekend -Finding a medical clinic, pharmacy by using mobile phone 1.4.4.Material support -booklets, brochures	1.5.2.Communication -barriers of language such as professional medical terminology 1.5.4. Perceived discrimination and prejudice -alienation	2 weeks
2	**Physical activity**	2.1.Gain positive information about physical activity - motivation for physical activity	2.2.Identify barriers of physical activity -lack of time	2.3.1.Experience in achieving physical activity 2.3.2.Representative experience of physical activity 2.3.3.Verbal persuasion of physical activity 2.3.4.Decreased physiological arousal of physical activity	2.4.2.Informative support - physical activity information -physical activity technology (musculoskeletal disorders: waist disc, cardiovascular disease) 2.4.4.Material support -booklets, brochures - terra band	2.5.2..Communication -barriers of language	2 weeks
3	**Stress management**	3.1.Gain positive information about stress management -motivation for stress management	3.2..Identify barriers of stress management -cultural differences (discrimination) -communication difficulty -job (24 hour shift, housekeeper & caregiver)	3.3.1.Experience in achieving stress management 3.3.2.Representative experience of stress management 3.3.3.Verbal persuasion of stress management 3.3.4.Decreased physiological arousal of stress management	3.4.2..Informative support -stress management method (technology) 3.4.4..Material support -booklets, brochures	3.5.2.Communication -barriers of language 3.5.4. Perceived discrimination and prejudice -alienation	1 week
4	**Interpersonal relationship**	4.1.Gain positive information about interpersonal relationships -motivation for interpersonal relationships	4.2..Identify barriers of interpersonal relationships -cultural differences (discrimination) -communication difficulty	4.3.1.Experience in achieving interpersonal relationships 4.3.2.Representative experience of interpersonal relationships 4.3.3.Verbal persuasion of interpersonal relationships 4.3.4.Decreased physiological arousal of interpersonal relationships	4.4.2 Informative support 4.4.4.Material support -booklets, brochures	4.5.2.Communication -barriers of language 4.5.4.Perceived discrimination and prejudice -alienation	1 week
5	**Nutrition**	5.1.Gain positive information about nutrition -motivation for nutrition	5.2.Identify barriers of nutrition -lack of time -can not go out (limitation of environment)	5.3.1.Experience in achieving nutrition 5.3.2.Representative experience of nutrition 5.3.3.Verbal persuasion of nutrition 5.3.4.Decreased physiological arousal of nutrition	5.4.2 Informative support -Nutrition for general people -Chronic disease diet 5.4.4.Material support -booklets, brochures	5.5.2.Communication -barriers of language such as professional medical terminology	1 week
6	**Spiritual growth**		6.2.Identify barriers of spiritual growth -political education in China	6.3.1.Experience in achieving spiritual growth 6.3.2.Representative experience of spiritual growth 6.3.3.Verbal persuasion of spiritual growth 6.3.4.Decreased physiological arousal of spiritual growth	6.4.2.Informative support 6.4.4.Material support -booklets, brochures	6.5.2. Communication -barriers of language such as professional medical terminology	1 week

(3) 이론 기반 중재 방법과 전략 적용

본 연구에서는 Pender의 건강증진모델을 이론 기반으로 선정하였다. 그리고 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 사회적 지지, 문화적응 스트레스를 변화목표로 설정하고 그에 따른 중재 방법과 전략 적용을 제시하였다.

① 지각된 유익성

지각된 유익성을 증가하기 위하여 건강증진행위의 하부영역인 건강책임, 신체활동, 영양, 스트레스 관리, 대인관계, 영적 성장에 따른 긍정적인 정보를 제공하고 행위변화에 따른 이점을 확인하고 동기부여를 제공하고자 하였다.

② 지각된 장애성

지각된 장애성을 극복하기 위하여 자신이 과거에 경험한 건강증진행위의 실패 경험을 나누고, 건강증진행위 하위영역에 따른 불편한 감정들을 인식하며, 중재 그룹의 집단 토론을 통해 자신뿐만 아니라 타인의 방해요인도 함께 공감하였다. 건강증진행위의 각 하부영역에 따른 방해요인을 파악하고 극복할 수 있는 전략들을 설정하였다.

③ 자기효능감

Bandura (1997)의 사회인지이론에 의하면 자기효능감은 성취경험, 대리경험, 언어적 설득, 생리적 각성저하의 영향을 받는다고 하였다. 특히 소외된 노인이주자들은 칭찬과 같이 언어적인 설득을 적용할 시 방해요인을 극복하거나 동기를 부여하는데 효과가 있는 것으로 나타났다 (Izquierdo-Porrera, Powell, Reiner, & Fontaine, 2002).

노인이주자들의 건강을 증진하기 위하여 그룹 토론을 거쳐 자신이 직접 방해요인을 극복한 성취 경험을 나누거나 타인이 극복한 경험을 회상하고 나누는 것을 통해 스스로 이점과 손실을 터득하도록 유도하였다. 건강증진행위로 인해 지각된 유익성과 장애성에 대한 갈등을 인식하고 방해요인에 대한 극복할 수 있는 전략이 필요하게 된다. 그리고 전문가적인 상담을 제공하여 효과적인 방해요인을 극복할 수 있는 실천방법들을 행동기술로 제공하였다. 또한 스스로 건강증진 행위에 대해 실천 목표를 설정하고 실천전략을 실천하며 건강증진행위가 자신에 대한 중요성과 자신감을 측정하였다. 매 회기 프로그램 끝에는 과제로 다음 회기 실시 전까지 건강증진생활양식의 주간 실천점검표를 작성하도록 하여 자기효능감을 강화하였다.

④ 사회적지지

노인이주자에 대한 문헌고찰에서 정보적 지지와 물질적 지지가 부족하였기에 이를 제공하였다(김향란과 송미순, 2016). 올바른 정보제공을 위하여 검증된 자료를 활용하고, 노인 대상자의 교육을 위하여 프로그램 참여 시 교육책자를 제공하여 매주 실시하는 그룹 교육에서는 파워포인트, 동영상 등 시청각 자료를 활용하였다. 그리고 매주 강의를 실시 한 후 이해하기 쉽게 요점정리를 실시하고 반복적으로 정보를 제공하였다. 또한 건강증진 행위를 수행함에 있어 필요한 탄력밴드 등 물품을 제공하여 행위의 실천하는데 지지를 얻도록 하였다.

이주자들에게 프로그램 참여 시 동년배인 친구들과 같이 참여하고 새로운 경험을 제공하는 것이 중요하고(Liljas et al., 2017), 이들을 위한 사회적 연계망을 형성하는 것도 사회적 지지를 향상하여 건강증진행위를 향상시킬 수 있는(Carlson et al., 2014) 점을 근거로 중재프로그램에 참

여한 조선족 노인이주자들에게 팀 리더를 통한 사회적 연계망을 형성하도록 분위기를 조성하였다.

⑤ 문화적응 스트레스

노인이주자들은 한국의 내국인들에 비해 문화적인 신념으로 '무증상(symptom free)'를 상태를 건강이라는 간주하는 경향이 있다. 이러한 상황은 미국으로 이주한 한국이민자도 유사하였다(Han et al., 2007). 노인이주자 개인들은 아직 건강증진 또는 질병예방에 대한 경험이 부족하며 증상이 심각할 때 병원을 방문하여 치료위주의 의료서비스를 받는다. 그러므로 건강증진 프로그램의 참여를 통한 건강증진 또는 질병예방에 대한 경험이 필요하다. 소외된 노인이주자를 위한 프로그램을 운영할 경우 문화적인 맥락에서 전문가 리더 혹은 지역사회 리더와 신뢰관계를 형성하고, 개인의 취향에 맞추며 문화적인 특성으로 고려하였다(Liljas et al., 2017).

이주자들을 위한 교육자료의 개발에는 사회문화적 적합성은 가장 중요하게 고려되어 언어적, 문화적으로 적절한 교육자료 설계, 친숙한 언어의 사용, 문화적 민감성의 고려 등의 효과적인 전략을 제시하였다(이현경 등, 2016). 노인이주자들의 문화적인 차이를 극복하기 위하여 '김아주마이'라는 캐릭터를 활용하여 건강증진 프로그램의 모델로 삼았고, 그림과 표, 시청각 자료를 이용하여 설명을 실시하고 또한 연구자가 이해가 어려울 경우 중국어와 조선족 사투리로 설명을 진행하고자 하였다.

(4) 프로그램 개발

노인이주자를 위한 건강증진 프로그램은 총 8주로 구성되었고 주요내용은 Table 3에 제시하였다. 주차별로 구체적인 내용은 1주차 개강식,

사전검사 측정, 전반적인 프로그램에 대한 설명; 2주차 건강보험 및 건강검진(건강책임 영역); 3주차 병원/약국 이용 등 보건의료서비스이용(건강책임 영역); 4주차 체중관리 및 신체활동의 필요성(신체활동 영역); 5주차 탄력밴드 교육(신체활동 영역); 6주차 만성질환 예방을 위한 저염식이, 저지방식이, 저당식이(영양 영역); 7주차 긍정적인 마음을 가지기(스트레스 관리 영역); 8주차 유언장 쓰기 및 감사하기 실천(대인관계, 영적 성장 영역), 사후검사로 결정하였다.

교육자료는 중학교 졸업인 대상자가 가장 많은 비중을 차지한다는 선행연구 결과를 기반으로 중학교 수준으로 개발하고자 하였다(김향란과 송미순, 2016). 특히 한국에서 사용하는 용어에 대한 이해가 어려운 점을 고려하여 쉬운 단어를 선택하였으며 이해가 어려운 부분은 그림, 표 등으로 제시하였다. '김아주마이(아주머니의 방언)'라는 캐릭터를 만들어 전반적인 교육 과정에서 모델로 삼았고 교육대상자들과 동질감을 느낄 수 있도록 하였다. 교육자료는 제작할 때 교육내용의 초점을 가능한 한 면에 집중적으로 반영하여 평소에도 쉽게 활용할 수 있도록 제작하는데 노력을 기울였다.

초안이 완성한 후 간호학 전문가 3명에게 검토를 받고, 조선족 출신의 간호사로 현재 간호대학원생에 재학 중인 3명에게 의견을 수렴 받아 수정 및 보완을 실시하였다. 전문가의 의견을 받기 위해 매 주의 강의 내용에 대해 '적절하지 않다(1)', '수정이 필요하다(2)', '적절하다 (3)'의 3점 척도를 이용하여 평가를 실시하였고 구체적인 수정의견에 대해서는 서술하도록 안내하였다. 특히 평가자가 '적절하지 않다', '수정이 필요하다'고 체크한 항목은 해당 의견에 따라 수정을 실시하였다. 평가자들이 '적절하지 않다'고 평가한 영역은 없었고, '수정이 필요하다'는 건강책임, 신체활동과 대인관계/영적 성장 내용에 대해 의견을 주었다. 건강책임

영역에서는 국민건강보험공단의 자료 활용 및 구비서류 안내 등에 대한 의견을 주었고 신체활동 영역에서는 운동의 종류, 횟수, 지속시간에 대한 명시를 제안하였으며, 또한 대인관계/영적성장 영역에서는 유언장 쓰기가 의미심장할 수 있기에 유언장의 의미를 부각하기 보다는 감사일기의 의미를 더 부여하였다. 그 외에도 글씨 크기, 용어 정리, 양식 통일, 칼라 인쇄 등의 의견이 있어 수정하였다.

Table 3. Contents of health promotion program

Week	Health Promoting Lifestyle Profile II	Contents	Methods	Gift
1st		• **Program introduction** - Introduction of health promotion advantages - Necessity of Health Promotion Program - Introduction to the program schedule - Sharing positive/negative experiences - Setting goals for health promotion activities - Assessing the importance and confidence of health promotion behaviors - Documentation of daily activities(blood pressure measurement) • **Pre-test** - preparation of participation agreement - completing questionnaires	lecture discussion	
2nd	**Health responsibility**	• **Health insurance** - Introduction to health insurance - Comparison of health care system in Korea and China - Types of health insurance subscribers - Documents required to obtain foreign health insurance and application procedure - Details of medical care benefits - Medical care costs and premiums • **Health screenings** - Advantages of health checkup - General examination guidances (first screening, second screening) - Cancer examination guide • **Discuss benefits and barriers of health insurance/health screening** • **Establish an action plan of health insurance/health checkup** • **Assess importance and confidence of health insurance/health checkup** • **Documentation of daily activities(blood pressure measurement)**	lecture discussion	patch
3th	**Health responsibility**	• **Visiting to medical clinics** - Advantages of visiting to medical clinics in Korea - Procedures for using outpatient treatment /Documents required for medical treatment - Finding a hospital in case of emergency - Finding a clinician by using a mobile phone (National Health Insurance Corporation homepage) • **Visiting to pharmacies** - Advantages of visiting to pharmacies in Korea - Co-payment according to prescriptions of pharmacies - Find a pharmacy using a mobile phone (A pharmacy operating on Holiday) • **Discuss benefits and barriers of visiting to clinics and pharmacies** • **Establish an action plan for visiting to clinics and pharmacies** • **Assess importance and confidence of health insurance/health checkup** • **Documentation of daily activities(blood pressure measurement)**	lecture practice discussion	tooth-brush
4th	**Physical activity**	• **Weight control** - Advantages of weight control - Relationship between obesity and blood pressure - Calculating Body Mass Index(BMI) - Measurement of abdominal circumferenc(Practice)	lecture practice discussion	tooth-paste

Week	Health Promoting Lifestyle Profile II	Contents	Methods	Gift
		- Guide to weight control • **Discuss benefits and barriers of weight control** • **Establish an action plan for a weight control** • **Assess the importance and confidence of weight control** • **Documentation of daily activities(blood pressure measurement, weight control)**		
5th	**Physical activity**	• **Exercise** - Introduction to the benefits of exercise - Guide to type of exercise, frequency, duration - Precautions of exercise • **Band exercise** - warming-up, band exercise, warming-down • **Discuss benefits and barriers of exercise** • **Establish an action plan for exercise** • **Assess the importance and confidence of exercise** • **Documentation of daily activities(blood pressure measurement, weight control, terra band exercise, dietary control)**	lecture practice discussion	Terra band
6th	**Nutrition**	• **Nutrition** - Body changes in old ages - Balanced healthy meal guidelines - Benefits of low-salt diet and how to practice - Benefits of low-cholesterol diet and how to practice - Benefits of low-glucose diet and how to practice - Taste low-glucose diet(yogurt, soy milk) • **Discuss benefits and barriers of diet** • **Establish an action plan for diet** • **Assess the importance and confidence of diet** • **Documentation of daily activities(blood pressure measurement, weight control, terra band exercise, dietary control)**	lecture practice discussion	yogurt, soy milk
7th	**Stress management**	• **Stress management** - Effects of stress - Stress management - Living with a positive mind - Thanks for everything - Practice to reduce stress by deep breathing • **Discuss benefits and barriers of stress management** • **Establish an action plan for stress management** • **Assess the importance and confidence of stress management** • **Documentation of daily activities(blood pressure measurement, weight control, terra band exercise, dietary control, Stress management)**	lecture practice discussion	
8th	**Interpersonal relations /Spiritual growth**	• **Effective communication** - Introduction of communication techniques (non-verbal /verbal) - Introduction to "I' conversation • **Spiritual growth** - Writing a will • **Documentation of daily activities(blood pressure measurement, weight control, elastic band exercise, dietary control, Stress management, interpersonal relationship)**	lecture practice discussion	Completed gift (Blood pressure meter)

(5) 프로그램 중재 적용

경기도 소재의 D 노인전문병원에서 근무하는 노인이주자들을 대상으로 2017년 7월 21일부터 2017년 9월 8일까지 매주 금요일 오후 7시-9까지 프로그램을 실시하였다. 병원 측에서 허락한 1시간의 자유산책 시간을 활용하였으며, 업무에 방해가 되지 않도록 2개 반으로 분반하여 교육을 실시하였다. 연구대상자들이 간병인 직업이라는 점을 고려하여 교육장소는 연구대상자들이 근무하는 노인전문병원의 회의실에서 진행하였다. 노인이주자들의 프로그램 참여율은 98.21%이다.

프로그램은 시청각 자료(Power point)를 활용하였고, 모든 수업은 연구자가 직접 진행하였다. 강의 방식은 대체적으로 이론, 실습, 토론 등으로 구성되었다. 이론에서 어려운 부분의 이해를 돕기 위하여 그림, 표, 동영상을 활용하였고, 한국의 의료시스템에 대한 이해를 돕기 위하여 중국의 의료시스템과 비교하면서 추가 설명을 진행하였다. 난해한 단어가 있을 경우 연구자가 직접 중국어나 조선족의 방언으로 해석하였다. 매주 수업에는 실습을 추가하여 모바일폰으로 병·의원, 약국 찾기(건강책임), BMI 계산하기(신체활동), 탄력밴드로 운동하기(신체활동), 저당식품 맛보기(영양), 심호흡 실천하기(스트레스 관리), 유언 쓰기(대인관계/영적 성장) 등을 연구대상자와 함께 실시하였다. 그리고 매주 수업의 마지막에 연구대상자들의 자기효능감을 향상시키기 위한 언구대상자들의 경험을 소개하도록 하였고 향후 건강행위의 변화에 대한 단기목표를 작성하도록 하였으며 그 후 한 주간 실천한 후 체크리스트에 확인하도록 격려하였다.

노인이주자를 위한 건강증진 프로그램을 진행하기 위하여 건강증진 행위의 실시에 도움이 되는 자원들을 수업 진행 시 제공하였다. 제공된 물품은 탄력밴드, 칫솔 및 치약, 두유와 요구르트(저당식이), 파스 등이었

다. 그리고 8주 중재 프로그램을 수료한 후 손목 혈압측정계를 증정하여 일상생활에서 주기적으로 혈압을 손쉽게 측정할 수 있도록 도움을 제공하였다.

(6) 프로그램 평가

프로그램의 효과를 검증하기 위하여 프로그램 사전, 사후 시점에 실험군과 대조군을 대상으로 측정하고, 그 결과 지표인 건강증진행위 및 이와 관련 지각된 유익성, 장애성, 자기효능감, 사회적 지지, 문화적응 스트레스 변수의 변화에 대해 확인하였다.

2. 건강증진 프로그램 효과

1) 사전 동질성 검정

(1) 일반적 특성

본 연구의 대상자는 실험군 21명과 대조군 21명으로 총 42명이며, 대상자의 일반적 특성은 Table 4과 같다.

본 연구의 대상자 연령은 실험군 62.67세(±2.48)이고, 대조군 64.24세(±3.95)로 두 그룹간의 평균을 비교 시 통계적 차이를 보이지 않아 동질한 것으로 나타났다. 실험군과 대조군 모두에서 여성이 차지하는 비율이 각각 61.9%, 66.7%로 남성에 비해 많았다. 또한 실험군은 독거 또는 2세대로 거주하는 형태가 많았고, 대조군에서는 배우자와 함께 사는 경우가 42.9%(9명)로 가장 큰 비중을 차지하였다. 결혼상태는 기혼을 선택한 대상자가 실험군 및 대조군 중 각각 15명(71.5%), 14명(66.7%)으로 사별 혹은 이혼에 비해 많았으며, 교육수준에 있어 중졸인 실험군 및 대조군은 12명(57.2%), 10명(47.6%)으로 가장 많았다. 결과적으로 성별, 거주형태, 결혼상태, 교육수준은 실험군과 대조군 그룹 간 통계적으로 차이를 보이지 않았다. 하지만 실험군이 대조군에 비해 경제적으로 안정적이라고 응답한 대상자가 많아, 두 그룹간 통계적으로 유의한 차이가 나타났다(χ^2=6.929, p=.020).

Table 4. Homogeneity test of general characteristics at baseline

Characteristics	Categories	Control group (n=21)	Intervention group (n=21)	t/χ^2	p
		n(%) or Mean±SD	n(%) or Mean±SD		
Age(years)		64.24±3.95	62.67±2.48	1.545	.130
Gender	Male	7(33.3%)	8(38.1%)	.104	.747
	Female	14(66.7%)	13(61.9%)		
Living with	Alone	5(23.8%)	9(42.9%)	7.074	.070
	Spouse	9(42.9%)	2(9.5%)		
	Two generation	5(23.8%)	9(42.9%)		
	Three generation	2(9.5%)	1(4.7%)		
Marital status	Married	15(71.5%)	14(66.7%)	.146	.930
	Bereavement	4(19.0%)	5(23.8%)		
	Divorce	2(9.5%)	2(9.5%)		
Financial stability	No	8(38.1%)	1(4.8%)	6.929	.020*
	Yes	13(61.9%)	20(95.2%)		
Highest educational level	Elementary school	2(9.5%)	1(4.8%)	1.045	.593
	Middle School	12(57.2%)	10(47.6%)		
	≥High School	7(33.3%)	10(47.6%)		

* $p<.05$

(2) 건강 및 이주 관련 특성

건강 및 이주 관련 특성의 사전자료를 분석한 결과 건강보험 가입 여부 특성 외 다른 특성은 두 집단 간에 유의한 차이가 없었다(Table 5).

건강 관련 특성에서 주관적 건강은 '보통'을 선택한 대상자가 실험군과 대조군 모두 13명으로 61.9%를 차지하였다. 정기검진은 실험군에서 5명(23.8%), 대조군에서 9명(42.9%)를 실시하고 있었다. 그러나 실험군 5명(23.8%), 대조군 12명(57.1%)이 건강보험에 가입하여, 두 그룹간에는 유의한 차이를 보인다(χ^2=4.842, p=.028)

이주 관련 특성에서 한국에서 노인이주자가 체류하는 비자유형을 보면 F-4비자가 가장 많고, 체류기간은 실험군 평균 7.286년, 대조군 평균 6.762년으로 통계적으로 유의한 차이가 없었다(t=-.333, p=.741). 또한 실험군 및 대조군 모두에서 향후 귀국할 의향이 없는 대상자가 실험군 12명(57.1%), 대조군 9명(42.9%)으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다(χ^2=3.571, p=.467).

Table 5. Homogeneity test of health status and immigration characteristics at baseline

Characteristics	Categories	Control group (n=21)	Intervention group (n=21)	t/χ^2	*p*
		n(%) or Mean±SD	n(%) or Mean±SD		
Subjective health status	Very good	2(9.5%)	0(0.0%)	2.333	.506
	Good	5(23.8%)	7(33.3%)		
	Normal	13(61.9%)	13(61.9%)		
	Bad	1(4.8%)	1(4.8%)		
Regular health checkups	Yes	9(42.9%)	5(23.8%)	1.714	.190
	No	12(57.1%)	16(76.2%)		
Health insurance	Yes	12(57.1%)	5(23.8%)	4.842	.028*
	No	9(42.9%)	16(76.2%)		
Intention to return to China	No intention	9(42.8%)	12(57.1%)	3.571	.467
	In 1 year	3(14.3%)	1(4.8%)		
	In 3 years	3(14.3%)	4(19.0%)		
	In 5years	0(0.0%)	1(4.8%)		
	Uncertain	6(28.6%)	3(14.3%)		
Visa qualification	F-2	2(9.5%)	0(0.0%)	4.473	.346
	F-4	15(71.4%)	18(85.7%)		
	F-5	1(4.8%)	0(0.0%)		
	F-6	1(4.8%)	0(0.0%)		
	H-2	2(9.5%)	3(14.3%)		
Length of stay in Korea		6.762±4.16	7.286±5.89	-.333	.741

* $p<.05$

(3) 사전 종속변수

사전 종속변수의 동질성 검증은 Table 6와 같다.

두 집단의 동질성 검사한 결과, 지각된 유익성(Z=-1.718, p=.086), 지각된 장애성(t=-.707, p=.486), 사회적 지지(t=.144, p=.886), 문화적응 스트레스(t=.701, p=.487)의 점수는 통계적 유의한 차이가 없어, 두 집단이 동질한 것으로 나타났다. 두 집단간 실험군의 자기효능감 점수는 40.05점(±6.28)으로 대조군의 35.71점(±4.30)에 비해 높아, 유의한 차이를 보였다(t=-2.608, p=.013).

그리고 건강증진행위의 점수는 실험군 148.76점(±36.94)으로 대조군 123.43점(±28.50)보다 높게 나타나, 통계적으로 유의한 차이를 보였다(t=-2.488, p=.017). 하부영역에서 영양 영역(t=-.674, p=.504), 스트레스 영역(t=-1.039, p=.305)의 점수는 통계적으로 유의한 차이가 없지만, 건강책임 영역(t=-3.506, p=.001), 신체활동 영역(t=-2.088, p=.043), 영적성장 영역(t=-3.297, p=.002), 대인관계 영역(t=-3.347, p=.002)은 통계적으로 유의한 차이를 보인다.

Table 6. Homogeneity test of dependent variables at baseline

Variables	Control group (n=21)	Intervention group (n=21)	t or Z	*p*
	Mean±SD	Mean±SD		
Perceived benefits of action	35.24±8.26	40.76±7.35	-1.718	.086
Perceived barriers to action	15.67±3.38	17.00±7.96	-.707	.486
Perceived self-efficacy	35.71±4.30	40.05±6.28	-2.608	.013*
Social support	95.62±16.73	96.43±19.64	-.144	.886
Acculturative stress	86.19±13.64	81.90±24.48	.701	.487
Health Promoting Lifestyle Profile II	123.43±28.50	148.76±36.94	-2.488	.017*
Health responsibility	16.81±5.05	23.67±7.24	-3.560	.001*
Physical activity	13.71±5.53	17.76±6.95	-2.088	.043*
Nutrition	25.48±5.04	26.71±6.75	-.674	.504
Spiritual growth	24.90±6.15	30.76±5.34	-3.297	.002*
Interpersonal relations	21.62±4.47	26.81±5.53	-3.347	.002*
Stress management	18.71±5.53	20.81±7.41	-1.039	.305

*p<.05

2) 가설 검정

가설 1. 중재 후 실험군은 대조군보다 지각적 유익성이 높을 것이다.

조선족 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램 중재 후 실험군의 지각적 유익성의 점수는 40.10점(±4.78)이고, 대조군의 점수는 37.33점(±7.37)이었다. 두 집단에게 중재를 실시 전과 후의 점수의 차이를 확인한 결과 실험군의 사전 및 사후의 차이 점수는 -0.67점(±6.21)이고 대조군의 점수는 2.10점(±9.39)이었다. 실험군과 대조군의 지각적 유익성의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(F=0.29, p=.590). 따라서 가설 1은 기각되었다(Tables 7, 8).

Table 7. Comparison of perceived benefits of action between the intervention and control group

Variable	Time	Control group (n=21)	Intervention group (n=21)
		Mean ± SD	Mean ± SD
Perceived benefits of action	Pre	35.24 ± 8.26	40.76 ± 7.35
	Post	37.33 ± 7.37	40.10 ± 4.78
	Post-Pre	2.10 ± 9.39	-.67 ± 6.21

Table 8. ANCOVA of perceived benefits of action between the intervention and control group

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
Health insurance	1	9.360	9.360	0.14	0.708
Financial stability	1	36.328	36.328	0.55	0.461
Group	1	19.328	19.328	0.29	0.590

가설 2. 중재 후 실험군은 대조군보다 지각적 장애성의 낮을 것이다.

건강증진 프로그램 중재 후 실험군의 지각적 장애성의 점수는 16.19점(±7.17)이고, 대조군의 점수는 16.19점(±4.66) 이었다. 두 집단에게 중재를 실시 전과 후의 점수의 차이를 확인한 결과 실험군의 사전 및 사후의 차이 점수는 -0.81점(±7.38)이고 대조군의 점수는 0.52점(±3.97)이었다. 실험군과 대조군의 지각적 장애성의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(F=0.05, p=.819). 따라서 가설 2는 기각되었다(Tables 9, 10).

Table 9. Comparison of perceived barriers to action between the intervention and control Group

Variable	Time	Control group (n=21)	Intervention group (n=21)
		Mean ± SD	Mean ± SD
Perceived barriers to action	Pre	15.67 ± 3.38	17.00 ± 7.96
	Post	16.19 ± 4.66	16.19 ± 7.17
	Post-Pre	.52 ± 3.97	-.81 ± 7.38

Table 10. ANCOVA of perceived barriers to action between the intervention and control group

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
Health insurance	1	12.875	12.875	0.35	0.556
Financial stability	1	9.650	9.650	0.26	0.610
Group	1	1.936	1.936	0.05	0.819

가설 3. 중재 후 실험군은 대조군보다 자기효능감이 높을 것이다.

건강증진 프로그램을 중재 후 실험군의 자기효능감의 점수는 41.62점(±7.08)이고, 대조군의 점수는 36.24점(±4.48)이었다. 실험군과 대조군의 사전 자기효능감의 점수가 동질성 검증에서 차이가 있었기에 사전 자기효능감의 점수를 공변량으로 설정한 후 ANCOVA 분석을 실시한 결과 두 집단의 사후 자기효능감의 점수는 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다(F=1.39, p=.247). 따라서 가설 3은 기각되었다(Tables 11, 12).

Table 11. Comparison of self-efficacy between the intervention and control group

Variable	Time	Control group (n=21)	Intervention group (n=21)
		Mean ± SD	Mean ±SD
Perceived self-efficacy	Pre	35.71 ± 4.30	40.05 ±6.28
	Post	36.24 ± 4.48	41.62 ±7.08

Table 12. ANCOVA of self-efficacy between the intervention and control group

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
Pre-test score	1	379.916	379.916	13.78	0.001
Health insurance	1	0.076	0.076	0	0.959
Financial stability	1	8.727	8.727	0.32	0.577
Group	1	38.230	38.230	1.39	0.247

가설 4. 중재 후 실험군은 대조군보다 사회적 지지가 높을 것이다.

건강증진 프로그램을 중재 후 실험군의 사회적 지지의 점수는 101.33점(±25.73)이고, 대조군의 점수는 92.81점(±14.58)이었다. 두 집단에게 중재를 실시 전과 후의 점수의 차이를 확인한 결과 실험군의 사전 및 사후의 차이 점수는 4.90점(±26.53)이고 대조군의 점수는 -2.81점(±14.38)이었다. 실험군과 대조군의 사회적 지지의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(F=2.66, p=.111). 따라서 가설 4는 기각되었다(Tables 13, 14).

Table 13. Comparison of social support between the intervention and control group

Variable	Time	Control group (n=21)	Intervention group (n=21)
		Mean ± SD	Mean ± SD
Social support	Pre	95.62 ± 16.73	96.43 ± 19.64
	Post	92.81 ± 14.58	101.33 ± 25.73
	Post-Pre	-2.81 ± 14.38	4.90 ± 26.53

Table 14. ANCOVA of social support between the intervention and control group

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
Health insurance	1	1847.345	1847.345	4.3	0.045
Financial stability	1	5.486	5.486	0.01	0.911
Group	1	1143.984	1143.984	2.66	0.111

가설 5. 중재 후 실험군은 대조군보다 문화적응 스트레스 정도가 낮을 것이다.

건강증진 프로그램을 중재 후 실험군의 문화적응 스트레스의 점수는 84.52점(±21.40)이고, 대조군의 점수는 82.81점(±14.79)이었다. 두 집단에게 중재를 실시 전과 후의 점수의 차이를 확인한 결과 실험군의 사전 및 사후의 차이 점수는 2.62점(±17.53)이고 대조군의 점수는 -3.38점(±9.95)이었다. 실험군과 대조군의 문화적응 스트레스의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(F=1.18, p=.284). 따라서 가설 5는 기각되었다(Tables 15, 16).

Table 15. Comparison of acculturative stress between the intervention and control group

Variable	Time	Control group (n=21)	Intervention group (n=21)
		Mean ± SD	Mean ± SD
Acculturative stress	Pre	86.19 ± 13.64	81.90 ± 24.48
	Post	82.81 ± 14.79	84.52 ± 21.40
	Post-Pre	-3.38 ± 9.95	2.62 ± 17.53

Table 16. ANCOVA of acculturative stress between the intervention and control group

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
Health insurance	1	56.659	56.659	0.27	0.607
Financial stability	1	70.441	70.441	0.34	0.566
Group	1	248.056	248.056	1.18	0.284

가설 6. 중재 후 실험군은 대조군보다 건강증진행위의 수행 정도가 높을 것이다.

건강증진 프로그램을 중재 후 실험군의 건강증진행위의 점수는 155.86점(±29.44)이고, 대조군의 점수는 119.19점(±25.55)이었다. 실험군과 대조군의 사전 건강증진행위의 점수가 동질성 검증에서 차이가 있었기에 사전 건강증진행위의 점수를 공변량으로 설정하여 ANCOVA 분석을 실시한 결과 두 집단의 사후 건강증진행위의 점수는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(F=10.50, p=.003). 따라서 가설 6는 지지되었다(Tables 17, 18; Figure 5).

그리고 건강증진행위의 하부영역 중 영양 영역과 스트레스 관리 영역(F=9.2, p=.004)은 두 집단에서 중지를 실시 전과 후의 점수의 차이를 확인한 후 통계적으로 유의하지 않았다. 그러나 건강책임 영역(F=9.28, p=.004), 신체활동 영역(F=11.47, p=.002), 영적성장 영역(F=4.91, p=.033), 대인관계 영역(F=18.72, p=.000)에서는 통계적으로 유의한 차이를 보인다(Table 19, Figure 6).

Table 17. Comparison of Health Promoting Lifestyle Profile II between the intervention and control Group

Variable	Time	Control group (n=21)	Intervention group (n=21)
		Mean ±SD	Mean ±SD
Health Promoting Lifestyle Profile II	Pre	123.43 ±28.50	148.76 ±36.94
	Post	119.19 ±25.55	155.86 ±29.44

Table 18. ANCOVA of Health Promoting Lifestyle Profile II between the intervention and control Group

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
Pre-test score	1	9221.687	9221.687	17.58	0.000
Insurance	1	588.332	588.332	1.12	0.297
Economy	1	171.965	171.965	0.33	0.570
Group	1	5508.794	5508.794	10.50	0.003*

*p<.05

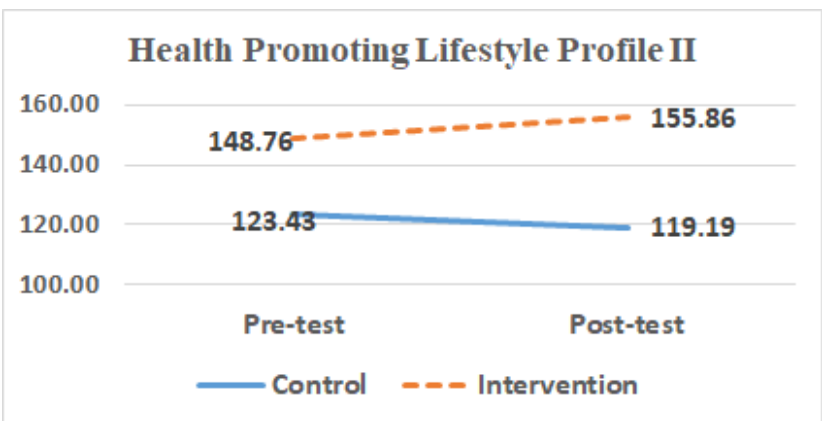

Figure 5. Change of Health Promoting Lifestyle Profile II from pre-test to post-test

Table 19. Comparison of six subscales of Health Promoting Lifestyle Profile II between the intervention and control Group

Variable	Time	Control group (n=21)	Intervention group (n=21)	F Value	Pr > F
		Mean ± SD	Mean ± SD		
Health responsibility	Pre	16.81 ± 5.05	23.67 ± 7.24	9.28	0.004*
	Post	16.52 ± 3.83	24.71 ± 6.39		
Physical activity	Pre	13.71 ± 5.53	17.76 ± 6.95	11.47	0.002*
	Post	15.86 ± 4.84	22.19 ± 7.06		
Nutrition	Pre	25.48 ± 5.04	26.71 ± 6.75	0.23	0.637
	Post	24.33 ± 4.78	27.24 ± 5.33		
	Post-Pre	-1.14 ± 5.42	.52 ± 6.15		
Spiritual growth	Pre	24.90 ± 6.15	30.76 ± 5.34	4.91	0.033*
	Post	23.95 ± 6.62	30.33 ± 4.25		
Interpersonal relations	Pre	21.62 ± 4.47	26.81 ± 5.53	18.72	0.000*
	Post	21.38 ± 3.98	28.62 ± 3.69		
Stress management	Pre	18.71 ± 5.53	20.81 ± 7.41	2.04	0.161
	Post	17.14 ± 5.50	22.76 ± 6.45		
	Post-Pre	-1.57 ± 5.50	1.95 ± 6.31		

*$p<.05$

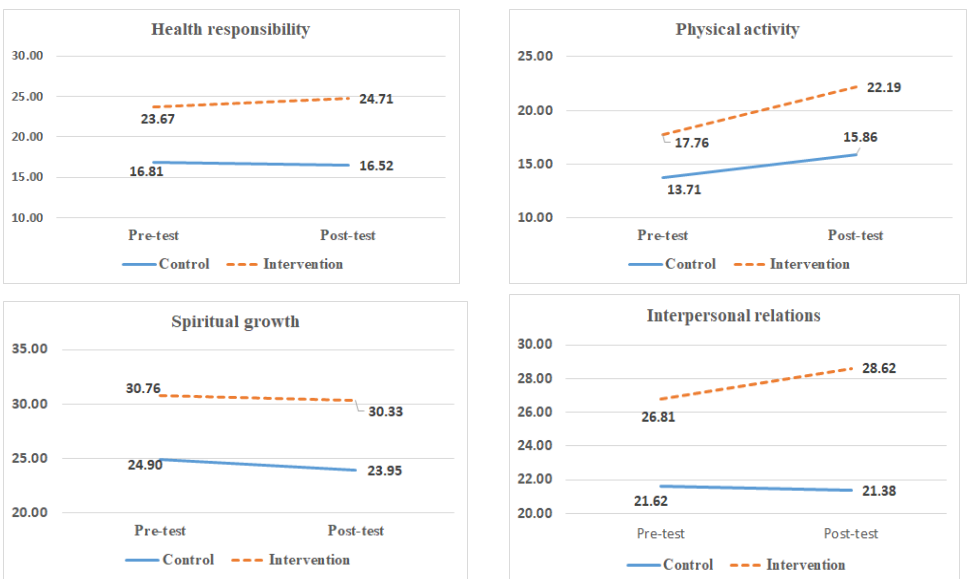

Figure 6. Changes of health responsibility, physical activity, spiritual growth, and interpersonal relations from pre-test to post-test

VI. 논의

본 연구는 만 60세 이상의 조선족 노인이주자를 대상으로 Pender의 건강증진모델을 기반으로 건강증진 프로그램을 개발하고, 그 효과를 평가하고자 하였다. 본 연구에서는 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감을 통해 행위와 관련된 인지와 감정요인을 개선하고, 또한 대인관계 영향요인으로 사회적 지지를 제공하고 또한 상황적 영향요인으로는 문화적응 스트레스를 경험하는 것으로 간주하여 위에 제시한 영향요인들이 개선을 보였을 경우 대상자가 행위계획을 수립하고 행위의 최종 결과 건강증진행위가 증가할 것으로 가설로 설정하였다. 프로그램 사전, 사후 검사를 실시하고 실험군과 대조군을 비교한 결과, 건강증진행위는 실험군이 대조군에 비해 증가된 것으로 나타났지만, 두 집단간 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 사회적 지지, 문화적응 스트레스는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 따라서 본 연구의 논의에서는 건강증진 프로그램의 개발과 그 효과에 대해 논의해 보고자 한다.

1. 건강증진 프로그램 개발

본 연구는 프로그램의 개발을 위해 Bartholomew 등(1998)이 제안한 intervention mapping (IM)을 기반으로 프로그램의 개발과정을 명료화하며 확실한 목표를 가지고 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램을 개발하고자 하였다. IM은 건강증진 프로그램 개발 시 구체적인 목표를 설정하고 중재의 요소들을 표를 통해 명료하게 전달할 수 있어 프로그램 개발에 유용하게 사용된다(서경산, 2016). 본 연구에서 IM은 연구자가 개발하는 과정, 특히 프로그램의 결정요소 혹은 매개요소를 찾아 수행목표

와 변화목표를 설정하는 과정에 유용하였다(Bartholomew et al., 1998).

요구도 조사 및 분석을 실행하기 위하여 포커스 그룹 면담을 실시하였고, 면담대상자는 조선족 노인이주자 두 그룹(10명)과 조선족 출신 간호사 한 그룹(5명)을 포함하였다. 프로그램 개발과정에는 프로그램 운영할 기관이 결정되지 않은 상황에 면담을 실시한 관계로 노인이주자는 교회와 노인전문병원에서 모두 모집을 실시하였다. 그러나 프로그램 운영은 노인전문병원에서 근무한 노인이주자만 대상으로 선정되어 프로그램 대상자의 특정한 요구를 충분히 수집하지 못했을 가능성을 배제할 수 없다. 조선족 출신 간호사는 중국 및 한국의 문화 차이, 건강증진 프로그램에 대한 구체적인 요구도, 의료서비스 이용 실태 및 어려움 등 상황에 대해 보다 깊은 통찰과 이해가 있기에 면담대상자로 선정하였다. 이들을 통해 노인이주자가 경험하는 중국 및 한국의 보건의료제도 차이로 인한 의료서비스 이용의 어려움, 문화적 충격, 의료인과 노인이주자 사이의 의사소통의 어려움 등에 대한 문제점들을 확인할 수 있었다.

프로그램의 목적 및 목표를 설정하는 단계에서는 수행목표로 HPLP II의 하부영역인 건강책임, 신체활동, 영양, 스트레스 관리, 대인관계, 영적 성장을 결정요소로 정하고, 변화목표는 Pender의 이론에 근거하여 지각된 유익성, 장애성, 자기효능감, 사회적 지지, 문화적응 스트레스로 정하였다(Walker et al., 1995). 프로그램 중재 개발 시에는 선행연구에서 프로그램 구성으로 운동, 보건교육, 상담 및 건강검진 등이 포함되었으며 운동 혹은 운동과 교육이 다수를 차지하였고(임미영과 문영희, 2013; Lood et al., 2015), 보건교육 내용으로 스트레스, 영적성장, 만성질환과 투약, 건강증진생활양식 등으로 포함하였다(임미영과 문영희, 2013)는 점을 참고하였다.

본 연구에서는 변화해야 할 목표에 따라 중재방법, 전략, 적용 방법을

선정하였는데 그 과정에는 다소 미흡한 점들이 있다. 첫째, 지각된 장애성의 방해요인과 극복요인을 확인하고 자기효능감의 향상시키기 위한 전략으로 토론을 통해 과거성공경험을 공유하고자 시도하였다. 그러나 노인이주자들은 토론 문화에 익숙히 않은 집단이기에 연구자가 교육현장에서 토론분위기를 이끌어가기 어려웠다. 향후 연구에서는 노인이주자를 대상으로 중재연구를 실시할 경우 토론 방식을 활용하는데 신중한 고려가 필요하다고 본다. 둘째, 자기효능감 향상 전략으로 개인의 방해요인을 확인하여 그 방해요인을 극복할 수 있는 전략으로 목표를 설정하였으나 집단교육 방식으로 진행하기에는 개인적인 방해요인의 극복에는 한계를 보인다. 향후 자기효능감을 향상하기 위한 전략으로 개인중심의 맞춤형(individual tailed) 상담이 추가되면 더 효과적일 수 있다고 시사된다(Borschmann et al., 2010; Resnick et al., 2008; Lood et al., 2015). 셋째, 문화적응의 요소를 충분히 반영하지 못하였다. 선행연구에 의하면 노인이주자나 다문화 노인들에 대한 연구에서는 다양한 문화 맥락에서 다른 중재를 제공하여야 한다고 주장하였다(Lood et al., 2015). 노인이주자의 문화적응의 스트레스를 완화하기 위하여 전반적인 개발 과정에서 조선족 노인이주자의 특성을 고려하여 문화적인 특성을 반영한 교육책자를 개발하고(Lood et al., 2015), 연구자와 연구보조자가 동일한 문화적 맥락에서 접근하여(Han et al., 2007) 문화적인 어려움을 해석하였으나 기존의 내국인들을 대상으로 한 건강증진 프로그램의 개발과의 차별성을 제시하기 어려웠다. 향후 후속연구에서는 이상의 점들을 감안하고 문화적인 특성을 반영하려는 시도가 필요할 것으로 사료된다.

2. 건강증진 프로그램의 효과

본 연구에서 건강증진행위는 사전 실험군의 점수가 대조군의 점수에 비해 유의하게 높은 것으로 나타나 사전 점수를 보정한 후 실험군과 대조군의 사후 점수를 비교하였고, 그 결과 유의한 차이를 보였다. 이 결과는 국내의 일반노인을 대상으로 건강증진 프로그램을 실시한 선행연구의 결과와 일치하였다(권상민과 박정숙, 2013; 권상민과 권말숙, 2016; 박영례와 유양경, 2013; 구미옥 등, 2012). 이러한 결과는 본 연구에서 개발한 건강증진 프로그램이 문헌고찰과 요구도 분석을 통해 대상자에게 제공할 건강증진행위의 하위영역(건강책임, 신체활동, 영양, 스트레스 관리, 대인관계와 영적 성장)의 내용과 분량을 조절하고 대상자가 실행할 수 있는 방법으로 제공하고자 프로그램을 구성하였기 때문이라고 사료된다. 또한 건강증진행위의 하부영역에서 건강책임 영역, 신체활동 영역, 영적성장 영역, 대인관계 영역은 실험군이 대조군에 비해 유의한 차이로 개선된 것으로 나타났으나 영양 영역과 스트레스 관리 영역에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 영양 영역과 스트레스 관리 영역이 효과적인 개선이 없는 것으로 나타난 것은 기존에 제시한 방해요인들에 대한 극복이 어려웠음을 의미한다. 영양 영역은 근무지에서 제공되는 급식을 위주로 섭취하고 수동적으로 자기 관리할 수밖에 없는 부분이라 개선이 제한적이었음이 확인되었고, 스트레스 관리 영역은 장시간 동안 근무하는 환경에 지속적으로 노출하는 등 방해요인들이 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 그러나 전반적으로 건강증진행위에 대한 효과가 본 연구에서 검증되었으므로 향후 다양한 형태로 생활하는 조선족 노인이주자에게 적용하여 추가적인 검증을 실시할 필요가 있다.

본 연구에서 지각된 유익성에서 실험군의 점수는 대조군의 점수와 유

의한 차이를 보이지 않았다. 실험군과 대조군의 사전 점수를 비교해 보면 유의한 차이는 없으나 실험군은 대조군에 비해 높았으며 사후 지각된 유익성은 실험군이 감소한 반면 대조군은 상승하였다. 본 연구의 중재에서 지각된 유익성을 향상하기 위하여 건강증진행위와 관련된 긍정적인 건강정보를 제공하였으며 행위변화에 따른 이점을 강조하여 동기부여를 강화하였다(Lood et al., 2015). 그러나 실험군의 사전 점수가 대조군의 사전 점수에 비해 상대적으로 높았음을 고려할 때 지각된 유익성을 제고하는데 천장효과(ceiling effect)가 나타날 수 있음을 배제할 수 없다(Borschmann et al., 2010). 또한 실험군의 사후 점수가 사전 점수에 비해 낮은 것은 사전 조사 시 '건강증진행위의 유익성'에 대한 이해가 기존 건강정보의 부족으로 인해 이해정도가 충분하지 않았으나 프로그램 참여를 통해 '건강증진행위의 유익성'을 정확하게 인식하는 것을 통해 오히려 점수가 감소하였을 것이라고 조심스럽게 추측할 수 있다(Borschmann et al., 2010).

실험군의 지각한 장애성 점수를 대조군의 점수와 비교한 결과 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 이주자들은 건강책임 영역에서 건강관리나 병원·보건소 이용의 어려움을 비롯한 방해요인을 극복하여야 하다(서인주, 2014). 또한 신체활동 영역에서는 외부 활동이 제한적인 간병인에게 시간부족 등과 같은 방해요인이 고려되어야 한다. 지각된 장애성을 극복하기 위하여 본 연구에서는 자신이 과거에 경험한 실패 경험을 나누고 집단 토론을 통해 방해요인에 대해 공감하며, 또한 방해요인을 극복하는 전략을 모색하고자 하였다. 그러나 연구자가 의도하였던 바와 달리 집단 토론 방법은 노인이주자들의 적극적인 참여를 유도하기에 적절하지 않았으며 자신의 과거 성공 또는 실패한 경험을 나누는데 생소한 반응을 보였다. 이에 향후 이주자의 건강교육에서 토론 방식은 신중하게

고민하고 사용할 필요가 있다. 또한 프로그램을 통해 확인되는 방해요인에 대한 인지정도는 향상되었으나 시간의 부족, 경제적인 어려움, 가족의 지지 부족 등 개인적인 특성이나 직장의 특성에서 짧은 기간 내에 개선하기 어려운 요인들이기 때문에(Liljas et al., 2017; Han et al., 2007) 보다 장기적인 중재계획이나 가족을 포함한 포괄적인 계획이 필요하다.

자기효능감은 프로그램 전 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 높은 점수를 보였고, 프로그램을 적용한 사후 실험군의 점수는 사전에 비해 상승하였으나 대조군의 사후 점수에 비해 유의한 차이는 보이지 않았다. 이 결과는 여성결혼이민자를 대상으로 한 연구에서 자기효능감이 유의한 차이가 없는 것으로 보고한 서인주(2014)와 안양희(2008)의 연구 결과와 같았다. 자기효능감은 건강증진행위의 변화하기 위한 중요한 영향요인으로 문제를 스스로 해결할 수 있는 생각을 의미한다(Pender, 2011). 본 연구에서 자기효능감을 강화하기 위해 실습을 통한 행동기술을 강화, 개인의 실천목표 설정 및 적합한 실천전략 제시 등의 방법을 적용했음에도 불구하고 자기효능감의 향상이 나타나지 않은 이유와 관련하여 측정도구의 적절성을 생각해볼 필요가 있다. 본 연구에서 사용한 측정도구는 일반적인 자기효능감을 측정하는 도구로서 건강증진행위의 변화에 대한 자기효능감을 측정하기에는 적절하지 않은 것으로 판단된다(서현미, 2001). 또한 프로그램 사전 실험군의 자기효능감은 대조군에 비해 유의하게 높은 점도 실험군이 추가적인 자기효능감의 증진을 보이는데 부정적인 영향을 미쳤을 것으로 추측한다.

프로그램 적용 후 사회적 지지는 실험군과 대조군 집단 간 유의한 차이를 보이지 않았다. 조선족 노인이주자 중 약 60%가 가족과 같이 살고 있으나(김향란과 송미순, 2016) 간병인으로 근무하는 노인이주자 같은 경우는 24시간 근무로 숙식을 해결하고 있기에 병원환경은 근무환경인

동시에 일상생활의 전부이기도 하다. 그러므로 사회적 지지를 제공하는 가족, 친구들과 멀리 떨어져 있는 상황이다. 사회적 지지에서도 정보적 지지와 물질적 지지가 부족한 점을 확인하고 특히 근무지의 동료, 전문가 등과 같은 사회적 관계망을 이용하여 사회적 지지를 강화하고자 하였다(Carlson et al., 2014). 그러나 연구결과에서 제시한 대로 집단적 교육을 통해 사회적 지지를 변화하기에는 효과가 미흡하였고, 집단적 교육을 실시하기 보다는 개인중심의 맞춤형 상담을 강화하여 지지를 제공하는 것이 더욱 효과가 있을 것으로 사료되어 향후 연구에서 이런 점을 보강할 필요가 있다고 본다(Borschmann et al., 2010; Resnick et al., 2008; Lood et al., 2015).

문화적응 스트레스는 사후 검증에서 실험군과 대조군의 집단 간 유의한 차이가 없었다. 이주자들은 '한민족'이라는 같은 문화적 맥락 안에서 볼 때 한국에 대한 문화적응이 어렵지 않을 것으로 여겼지만, 노인이주자 같은 경우 긴 세월을 중국이라는 환경에서 습득한 특유의 일상생활을 누려왔기 때문에 젊은 층에 비해 문화적응을 어려워하는 경향이 있다(김향란과 송미순, 2016; 이현경 등, 2013; 홍세영과 김금자, 2010). 이에 문화적응 스트레스 감소를 위한 중재에서는 의사소통의 어려운 점을 개선하고 지각된 차별과 편견을 개선하고자 비슷한 신분을 가진 연구자가 전반적인 교육을 실시하여 문화적인 차별과 편견을 배제하고자 노력하였고 중국어 또는 조선족 사투리로 친숙한 언어 또는 (의학)용어를 사용하였다. 하지만 본 연구에서 문화적응 스트레스가 개선되지 않았는데, 이는 실험군과 대조군 모두 한국에 거주한 기간이 6년~10년으로 문화적응에 필요한 기간이 3년~5년이라는 문헌에 기초하여 볼 때(김연수, 2013) 나름의 문화적응 시기를 거쳐 왔기 때문이라고 볼 수 있다.

전반적으로 본 연구에서는 건강증진생활양식 6개 영역으로 구성된 건

강증진행위는 중재 프로그램의 적용을 통해 증가한 것으로 나타났으나, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 사회적 지지와 문화적응 스트레스는 유의한 변화를 보이지 않았다. 매개변수의 변화가 없이 건강증진행위만 변화한 것은 중재 프로그램의 개발과정에서 전반적인 개발 전략의 초점이 건강증진행위 자체의 변화에만 집중되었고 각각 매개변수에 대한 적절한 중재가 미흡하였을 가능성이 있다고 본다.

그러므로 향후 연구에서는 8주보다 좀 더 장기화된 프로그램을 적용할 필요가 있고, 특히 교회 등 다양한 영역에서 거주하거나 근무하는 조선족 노인이주자은 서로 다른 특성과 방해요인들이 있을 수 있기에 조선족 노인이주자의 특성을 고려한 사전의 적절한 요구도 조사 및 분석을 통해 맞춤형 건강증진 프로그램을 개발하여 적용해 볼 필요가 있다.

3. 간호학적 의의

본 연구결과와 논의를 토대로 간호이론, 간호연구, 간호실무 측면에서의 간호학적 의의를 살펴보고자 한다.

1) 간호이론 측면

본 연구는 Pender의 건강증진모델을 기반하여 최초로 조선족 노인이주자들을 위한 건강증진 프로그램을 개발하고 그 효과를 평가하였다. 건강증진행위와 관련된 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 사회적 지지, 문화적응 스트레스의 변화를 유도하기에는 미흡하였으나 건강증진행위를 증가시키는 효과를 검증하였다. 이를 기반으로 조선족 노인이주자의 건강증진행위를 증가시키기 위한 상황-특이이론의 개발이 가능할 것이다.

2) 간호연구 측면

조선족 노인이주자들은 건강증진행위를 실천함에 있어 상대적으로 취약한 집단으로서 지금까지 간호학 연구에서 잘 알려지지 않은 영역이기에 건강증진 프로그램 등 중재 연구가 부족한 상황이었다. 본 연구를 통하여 Pender의 건강증진모델을 기반으로 문화적응 맥락을 고려한 경우 건강증진행위를 제고하는 효과를 확인하였다고 본다. 이는 노인이주자의 특성을 고려한 중재 연구로 의미가 있다는 점 외에도 향후 외국인 이주노동자, 결혼이민자 등 다문화 연구에서 중재 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하는 연구에도 기여할 수 있을 것이다.

3) 간호실무 측면

간병인으로 근무하는 노인이주자들에게 건강증진행위 관련 교육을 실시함으로써 건강증진행위가 증가하였다는 점은 그들의 건강을 향상하는데 의미가 있지만 더 나아가서 환자를 위한 간병의 질을 제고하고 노인전문병원의 질적 관리에도 간접적으로 영향이 있을 것으로 판단된다. 연구를 통해 노인전문병원에서 근무하는 조선족 간병인들에게 중재의 적용 가능성을 확인한 바 향후 추가적인 실무적인 질 향상과 관련 연구의 개연성이 보인다.

4. 연구의 제한점

본 연구는 노인이주자가 간병인으로 근무하는 노인전문병원을 섭외하여 비동등성 대조군 사전사후 유사실험설계로 진행되었다. 한국에서 직업이 없는 노인이주자들은 건강증진행위가 다를 수 있기에 연구의 결과를 전체 노인이주자들에게 일반화하기에는 제한이 있다. 그리고 실험군과 대조군을 무작위 배정하는 실험설계를 실시하지 못하였으며, 연구자가 실험군에 대한 프로그램 운영과 대조군에 대한 전화상담을 모두 적용하여 이중맹검이 이루어지지 않은 제한점이 있다.

VII. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구에서는 조선족 노인이주자를 대상으로 Pender의 건강증진모델을 기반으로 건강증진 프로그램을 개발하여 건강증진행위의 효과를 규명하고자 하였다. 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램은 Pender의 이론에 근거하여 교육자료 개발, 그룹 중재 시 이론 강의, 실습, 토의 등으로 구성하였으며 또한 건강증진 행위에 필요한 물품을 제공하여 진행하였다.

본 연구대상자는 만 60세 이상의 조선족 노인이주자를 모집하였다. 연구대상자는 노인전문병원의 협조를 얻은 후 설명회를 거쳐 실험군과 대조군을 각 다른 기관에서 모집을 실시하였다. 실험군은 21명, 대조군은 21명으로 사전 및 사후 검사에 모두 참여하여 자료수집을 진행하였다.

프로그램의 효과를 평가하기 위하여 Pender의 건강증진모델에서 제시한 대로 건강증진행위의 변화에 영향을 미치는 요인으로 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 사회적 지지, 문화적응 스트레스 변수를 측정도구를 활용하여 측정하고, 건강증진행위는 Walker 등(1995)이 개발한 건강증진 생활양식 II (Health Promoting Lifestyle Profile II, HPLP-II)로 측정을 시행하였다.

실험군 및 대조군을 대상으로 사전, 사후 검사를 실시한 결과 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 사회적 지지, 문화적응 스트레스 변수는 통계학적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 그러나 최종 종속변수인 건강증진행위의 사전점수는 실험군과 대조군에서 유의한 차이를 보여

사전 점수를 보정한 후 비교한 결과 사후 점수는 통계적으로 유의한 결과를 나타났다. 건강증진행위의 하부영역에서 특히 건강책임 영역, 신체활동 영역, 영적성장 영역, 대인관계 영역은 실험군이 대조군에 비해 개선된 것으로 보인다. 따라서 본 연구에서 개발한 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램의 효과를 평가한 결과 이들의 건강증진행위를 증가하는데 효과가 있다고 할 수 있다.

2. 제언

본 연구는 조선족 노인이주자들을 위하여 건강증진 프로그램을 개발하고 그 효과를 평가하였으며 그 연구결과를 토대로 향후의 연구에 아래와 같이 제언을 하고자 한다.

첫째, 건강증진의 행위의 장기적 변화를 확인하기 위하여 중재 프로그램을 연장하여 장기적인 차원에서 접근할 필요가 있으며, 개발된 프로그램을 활용하여 추가적인 후속 연구를 제안하는 바이다. 그리고 본 연구에서는 교육책자를 활용하여 특정한 장소에서 건강증진 관련 교육을 실시하였으나 연구대상자들이 장시간의 근무시간과 부족한 휴식시간을 감안할 경우 물리적인 공간이 필요한 교육을 넘어 모바일 폰을 활용한 SNS을 이용한 건강증진 프로그램을 고려할 필요가 있다.

둘째, 조선족 노인이주자들은 건강증진 관련 교육을 받은 경험이 부족하고 특히 한국에서 거주하는 동안 문화적응의 어려움으로 건강증진행위를 실행함에 더욱 어려움을 경험한다. 이것은 단지 노인이주자의 문제가 아니며 향후 노인층으로 진입하는 중년층에게도 건강증진 및 만성질환 예방의 차원을 위한 건강교육을 실시할 필요가 있다. 또한 한국은 점진적으로 다문화사회로 진입하고 있기에 한국계 중국인 대상뿐만 아니라 출신 국가별로 한국에서의 정착과정에서 건강증진 프로그램을 적용할 것을 제언한다.

셋째, 노인이주자들은 한국에서 오랫동안 거주하여 왔으나 한국의 보건의료시스템에 대한 정확한 정보가 부족하여 건강보험이 없는 경우가 있었으며, 이로 인해 정기검진이나 정상적인 의료기관 또는 약국 이용이 어려웠다. 이런 점을 감안하여 정책적인 접근이 필요하다. 예를 들어 입국 초기에 출입국사무소 등의 기관에서 보건의료서비스 이용에 대한 정

보를 보급할 필요가 있으며, 특히 중국의 의료제도와의 차이점을 설명하는 것이 이주자들의 건강증진에 도움이 될 것이다.

참 고 문 헌

구미옥, 은영, 김은심, 안황란, 권인수, 오현숙, . . . 강혜연. (2012). 노인 건강지도자 양성 전략을 적용한 경로당 노인 건강증진 프로그램 효과검증 = Effects of an Elder Health Promotion Program using the Strategy of Elder Health Leader Training in Senior Citizen Halls. *Journal of Korean Academy of Nursing, 42*(1), 125-135.

권상민과 권말숙. (2016). 재가노인을 위한 신체활동증진 프로그램의 개발 및 효과 = Development and evaluation of physical activity promotion program in the resident elderly. *한국산학기술학회논문지, 17*(8), 485-491.

권상민과 박정숙. (2013). 허약노인을 위한 건강증진 프로그램이 허약노인의 건강증진행위와 건강상태에 미치는 효과 = The Effect of Health Promotion Program for Frail Elderly Residents on Health Promoting Behavior and Health Status. *성인간호학회지, 25*(2), 194-206.

기백석과 이철원(1995). 한국판 노인 우울 척도의 표준화 예비연구. 신경정신의학, 34(6), 1875-1885.

김미숙. (2014). 한국 생활문화 교육을 통한 이주노동자의 문화적응 스트레스 해소 방안. (국내석사학위논문), 경희대학교 교육대학원, 서울.

김연수. (2013). 여성결혼이민자의 문화적응 영향요인 연구: 서울·경기 및 충청지역을 중심으로 = Factors Affecting Acculturation Level among Female Marriage Immigrants in Korea. *保健社會硏究, 33*(4), 5-38.

김선정, 이현경과 안현미. (2010). 조선족 근로자의 직업 관련성 사회 심리적 요인, 문화적응 요인과 직업 관련성 근골격계 질환의 관계 = elationships between Work-related Psychosocial and Acculturative Factors and Work-related Musculoskeletal Disorders among Korean-Chinese Migrant Workers Living in Korea. *한국직업건강간호학회지, 19*(1), 28-40.

김향란과 송미순. (2016). 한국 거주 조선족 노인이주자의 문화적응 스트레스와 건강증진 행위 관계 = Acculturation Stress and Health Promotion Behaviors of the Korean Chinese Elderly Immigrants Living in Korea. 간호학의 지평, 13(2), 70-80.

김혜숙과 허준수. (2010). 노인의 건강증진행위 영향요인에 관한 연구 : 서울지역 거주노인을 중심으로 = A Study of Influential Factors on Health Promoting Behaviors of the Elderly: Focusing on Senior Citizens Living in Seoul. *韓國老年學, 30*(4), 1129-1143.

문정순. (1990). 성인의 건강신념 측정도구 개발 연구. (국내박사학위논문), 연세대학교, 서울.

박소연. (2009). 외국인 근로자들을 위한 전인건강 간호중재 프로그램의 효과. (국내박사학위논문), 고신대학교 대학원, 부산.

박영례와 유양경. (2013). 건강관리 프로그램이 재가노인의 건강증진생활양식 및 우울에 미치는 효과 = The Effects of a Health Management Program on Health-promoting Lifestyle and Depression in Older Adults Living at Home. *재활간호학회지, 16*(1), 71-78.

박정숙. (2004). 노인 건강증진대학 프로그램이 노인의 건강증진행위, 건

강상태 및 삶의 질에 미치는 효과 = The Effects of an Elderly Health Promotion Program on Health Promotion Lifestyles, Health Status and Quality of Life in the Elderly. Journal of Korean Academy of Nursing, 34(7), 1194-1204.

박지원. (1985). 사회적 지지척도 개발을 위한 일 연구. (국내박사학위논문), 연세대학교 대학원, 서울.

법무부와 출입국·외국인정책본부. (2007). 출입국관리법령집(2007.3.5.). 과천: 법무부 & 출입국·외국인정책본부

법무부와 출입국·외국인정책본부. (2017). 2016년 출입국·외국인정책 통계연보. 과천: 법무부 & 출입국·외국인정책본부

법무부와 출입국·외국인정책본부. (2017). 사증발급 안내 매뉴얼. 과천: 법무부 & 출입국·외국인정책본부

서경산. (2016). Intervention Mapping을 활용한 건강 중재 프로그램 개발 = Developing a Health Intervention Program by using Intervention Mapping Protocol : review and example. 보건의료과학연구, 5(1), 17-23.

서인주. (2014). 여성결혼이민자의 건강증진 프로그램 개발 및 효과검증. (국내박사학위논문), 계명대학교 대학원, 대구. Retrieved from http://www.riss.kr/link?id=T13445570

서인주와 박정숙. (2015). 여성결혼이민자를 위한 건강증진 프로그램 개발 및 적용 = Development and Application of a Health Promotion Program for Marriage Immigrant Women. *성인간호학회지, 27*(2), 198-210.

서현미. (2001). 노인의 건강증진행위 모형구축. (국내박사학위논문), 서울대학교 대학원, 서울.

서현미와 하양숙. (2004). 노인의 건강증진생활양식에 영향을 미치는 요인. Journal of Korean Academy of Nursing, 34(7), 1288-1297.

성미혜와 임영미. (2003). 여성노인의 건강증진 생활양식 이행의 예측요인에 관한 연구. Journal of Korean Academy of Nursing, 33(6), 762-771.

안양희. (2008). 여성결혼이민자를 위한 건강교육프로그램 개발 및 효과검증 = Development and Testing of a Health Education Program for Immigrant Women Married to Koreans. 韓國保健看護學會誌, 22(2), 200-210. 이경임. (2016). 경로당 고령 여성의 운동프로그램 개발 및 효과 검증-Pender의 건강증진모델 적용. (국내박사학위논문), 경상대학교 대학원, 진주.

우국희, 김한호, 한일숙, 이연숙과 김종례. (2010). 중고령 이주노동자들의 특성 및 죽음불안 -중국국적 동포를 중심으로- = An Exploratory Study on Death Anxiety among the Aged Migrant Workers -Focused on Korean-Chinese migrant workers. *노인복지硏究, 50*(-), 95-122.

유재순, 김현숙과 연현진. (2014). 재가 취약계층 여성 노인을 대상으로 한 우울·자살예방 프로그램의 효과 = The Effect of Depression and Suicide Prevention Program for Vulnerable Community-Dwelling Elderly Women. *한국산학기술학회논문지, 15*(5), 2882-2892.

이선웅, 김규상, 김태균, 류향우, 이미영, 원용림과 송윤희. (2008). 경기지역 일부 이주노동자들의 우울증상율 및 직무스트레스와의 관련성. 대한직업환경의학회 학술대회 논문집, 41(-), 369-369.

이진영과 박우. (2009). 재한 중국조선족 노동자집단의 형성과정에 관한 연구. 한국동북아논총, 51(-), 99-119.

이현경, 김정희, 유리와 이자인. (2016). 조선족 중년여성 근로자의 심혈관질환 예방 교육자료 개발 및 평가: Patient Education Materials Assessment Tool for Printable Materials (PEMAT-P) 이용 = Development and Evaluation of Cardiovascular Disease Prevention Education Materials for Middle-aged Korean-Chinese Female Workers: Applying Patient Education Materials Assessment Tool for Printable Materials (PEMAT-P). 지역사회간호학회지, 27(3), 284-298.

이현경, 채덕희, 이경은과 이민혜. (2013). 한국에 이주한 조선족 중년여성 근로자의 경험: 작업 관련성 근골격계질환 위험 요인을 중심으로 = Experiences of Middle-aged Korean-Chinese Female Migrant Workers in Korea: With Focus on Risk Factors in Work-related Musculoskeletal Diseases. 지역사회간호학회지, 24(2), 185-194.

임미영과 문영희. (2013). 노인 건강증진 프로그램의 효과 분석 = The Effectiveness of Health Promotion Program for the Elderly. *韓國保健看護學會誌, 27*(2), 384-398.

정자경과 박연환. (2012). 외국인 근로자의 문화적응도, 사회적 지지와 건강증진행위. 한국사회복지조사연구, 32(-), 29-52.

조미선. (2007). 중국 조선족 근로자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인. (국내석사학위논문), 경희대학교 대학원, 서울.

최미숙. (2013). 결혼이주여성을 위한 구강보건교육 프로그램의 효과. (국내박사학위논문), 영남대학교 대학원, 경산.

최연희와 김나영. (2013). 지역 주민 건강리더를 활용한 자조운동 프로그램이 노인의 체력, 인지기능, 우울 및 삶의 질에 미치는 효과 = The Effects of an Exercise Program using a Resident Volunteer as a Lay Health Leader for Elders' Physical Fitness, Cognitive Function, Depression, and Quality of Life. *지역사회간호학회지, 24*(3), 346-357.

현경선, 한상숙, 김원옥, 원정숙, 김귀분과 전준희. (2006). 원저 : 노인건강증진 프로그램이 경노당을 이용하는 여성노인의 체력과 심리건강에 미치는 효과 = The effects of health Promotion program on the physical fitness and Psychological health for elderly women who enjoyed in a hall for the aged(kyung No Dang). *대한보건연구, 32*(1), 26-34.

홍세영과 김금자. (2010). 조선족 간병인의 문화적응 경험에 관한 연구 : 노인 간병서비스를 제공하는 조선족 여성을 중심으로 = A Study of the Acculturation Meaning among Chinese-Chosun Residential Care Attendants in Long-Term Care Settings. 韓國老年學, 30(4), 1263-1280.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191-215.

Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., & Kok, G. (1998). Intervention mapping: a process for developing theory- and evidence-based health education programs. Health Educ Behav, 25(5), 545-563.

doi:10.1177/109019819802500502

Borschmann, K., Moore, K., Russell, M., Ledgerwood, K., Renehan, E., Lin, X., . . . Sison, J. (2010). Overcoming barriers to physical activity among culturally and linguistically diverse older adults: a randomised controlled trial. *Australas J Ageing, 29*(2), 77-80. doi:10.1111/j.1741-6612.2009.00390.x

Berry J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. International Journal of Intercultural Relations, 29, 697-712.

Berry, J. W., Kim, U., Minde, T., & Mok, D. (1987). Comparative Studies of Acculturative Stress. The International Migration Review, 21(3), 491-511.

Carlson, M., Jackson, J., Mandel, D., Blanchard, J., Holguin, J., Lai, M. Y., . . . Clark, F. (2014). Predictors of retention among African American and Hispanic older adult research participants in the Well Elderly 2 randomized controlled trial. J Appl Gerontol, 33(3), 357-382. doi:10.1177/0733464812471444

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences(2nd ed.)*. US: Lawrence Erlbaum Associates.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G.(2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods, 41(4), 1149-1160.

Feather, N. T. (1982). *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K.(2008). Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice(4thed),

JohnWiley&Sons, NJ: Jossey-Bass.

Han, H. R., Kang, J., Kim, K. B., Ryu, J. P., & Kim, M. T. (2007). Barriers to and strategies for recruiting Korean Americans for community-partnered health promotion research. J Immigr Minor Health, 9(2), 137-146. doi:10.1007/s10903-006-9022-x

Hardeman, W., Sutton, S., Griffin, S., Johnston, M., White, A., Wareham, N. J., & Kinmonth, A. L. (2005). A causal modelling approach to the development of theory-based behaviour change programmes for trial evaluation. Health Education Research, 20(6), 676-687.

Hoyl, M. T., Alessi, C. A., Harker, J. O., Josephson, K. R., Pietruszka, F. M., Koelfgen, M., . . . Rubenstein, L. Z. (1999). Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. Journal of the American Geriatrics Society, 47(7), 873-878.

Hulme, P. A., Walker, S. N., Effle, K. J., Jorgensen, L., McGowan, M. G., Nelson, J. D., & Pratt, E. N. (2003). Health-promoting lifestyle behaviors of Spanish-speaking Hispanic adults. J Transcult Nurs, 14(3), 244-254.

Ismail, K., Winkley, K., & Rabe-Hesketh, S. (2004). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. Lancet, 363(9421), 1589-1597.

Izquierdo-Porrera, A. M., Powell, C. C., Reiner, J., & Fontaine, K. R. (2002). Correlates of exercise adherence in an African American church community. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol, 8*(4), 389-394.

Pender, N., (1996). *Health Promotion in Nursing Practice(3th ed)*. Stanford, CT: Appleton & Lange.

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2002). *Health promotion in nursing practice(4th ed)*. Upper Saddler River, NJ: Prentice-Hall.

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice(6th ed),* New Jersey: Pearson.

Lara, M., Gamboa, C., Kahramanian, M. I., Morales, L. S., & Bautista, D. E. (2005). Acculturation and Latino health in the United States: a review of the literature and its sociopolitical context. Annu Rev Public Health, 26, 367-397. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144615

Leininger, M. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices(3rd ed.).* New York: McGRawHill Medical Publishing Division.

Liljas, A. E. M., Walters, K., Jovicic, A., Iliffe, S., Manthorpe, J., Goodman, C., & Kharicha, K. (2017). Strategies to improve engagement of 'hard to reach' older people in research on health promotion: a systematic review. BMC Public Health, 17(1), 349. doi:10.1186/s12889-017-4241-8

Lood, Q., Haggblom-Kronlof, G., & Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res, 15*, 560. doi:10.1186/s12913-015-1222-4

Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2009). *Chronic physical illness:*

Self-management and behavioral intervention.(ed.). Berkshire: Open University Press

Resnick, B., Luisi, D., & Vogel, A. (2008). Testing the Senior Exercise Self-efficacy Project (SESEP) for use with urban dwelling minority older adults. *Public Health Nurs, 25*(3), 221-234. doi:10.1111/j.1525-1446.2008.00699.x

Sandhu, D. S., & Asrabadi, B. R. (1994). Development of an Acculturative Stress Scale for International Students: preliminary findings. Psychol Rep, 75(1 Pt 2), 435-448.

Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). 9/Geriatric Depression Scale(GDS), Clinical Gerontologist, 5(1-2), 165-173. DOI: 10.1300/J018v05n01_09

Sherer, M., & Maddux, J. E. (1982). The self-efficacy scale: construction & validation. Psychological Reports, 51, 663-667.

Snoek, F. J., Skinner, T. C., & Steed, L. (2009). Diabetes. In S. Newman, L. Steed & K. Mulligan (Eds.), Chronic physical illness: self management and behavioural interventions (pp. 169-188). New York: McGraw-Hill.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res, 36(2), 76-81.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995). The Health-Promoting Lifestyle Profile II. College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha.

Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988).

Health-promoting life styles of older adults: comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. ANS Adv Nurs Sci, 11(1), 76-90.

부록 1. 생명윤리심의위원회 심의결과 통보서

심의결과 통보서

수신

책임연구자	이름: 김향란	소속: 간호대학	직위: 박사과정
지원기관	해당없음		

과제정보

승인번호	IRB No. 1706/003-008		
연구과제명	한국 거주 조선족 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램 개발 및 효과		
연구종류	학위 논문 연구, 설문조사, 행동실험연구, 면담(FGI 포함)		
심의종류	신속심의		
심의일자	2017-06-22		
심의대상	연구계획서(재심의), 연구참여자용 동의서 또는 동의서 면제 사유서, 재심의 답변서		
심의결과	승인		
승인일자	2017-06-22	승인유효기간	2018-06-21
정기보고주기	6개월		
심의의견	1. 심의결과 제출하신 연구계획에 대해 승인합니다. 2. 연구자께서는 승인된 문서를 사용하여 연구를 진행하시기 바라며, 만일 연구진행 과정에서 계획상에 변경사항 (연구자 변경, 연구내용 변경 등)이 발생할 경우 본 위원회에 변경신청을 하여 승인 받은 후 연구를 진행하여 주십시오. 3. 유효기간 내 연구가 끝났을 경우 종료 보고서를 제출하여야 하며, 승인유효기간 이후에도 연구를 계속하고자 할 경우, 2018-05-22까지 지속심의를 받도록 하여 주십시오.		
검토의견	계획서 검토 의견 -. 심층연구에 참여하는 연구원에 대한 윤리관련 사전교육을 철저히 해 주시기 바랍니다. 특히 피험자 개인정보보호에 대한 철저준수를 확인해 주시기 바랍니다. -. 적절한 수정이 이루어졌다고 판단됩니다. 동의서 검토 의견 기타 검토 의견		

2017년 06월 22일

서울대학교 생명윤리위원회 위원장

부록 2. 연구대상자 설명문 및 동의서

IRB No. 1706/003-008 유효기간: 2018년 6월 21일

연구참여자용 설명서 및 동의서

연구 과제 명: 한국 거주 조선족 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램 개발 및 효과
연구 책임자 명: 김향란 (서울대학교 간호대학, 연구원(박사과정 수료))

저는 한국에 거주하는 조선족 노인이주자를 위해 건강증진 프로그램을 개발하는 연구를 진행하고 있습니다. 본 연구는 노인이주자들이 한국에 생활하는 동안 문화적인 적응을 도와 건강증진행위를 실천할 수 있도록 교육프로그램을 개발하고 그 효과를 평가하고자 합니다. 귀하는 교회 또는 의료기관에서 근무하는 노인이주자로 연구에 참여하도록 권유 받았습니다. 이 연구를 수행하는 서울대학교 소속의 김향란 연구원 또는 연구보조원이 귀하에게 이 연구에 대해 설명해 줄 것입니다. 이 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행 될 것이며, 귀하께서는 참여 의사를 결정하기 전에 본 연구가 왜 수행되는지 그리고 연구의 내용이 무엇과 관련 있는지 이해하는 것이 중요합니다. 다음 내용을 신중히 읽어보신 후 참여 의사를 밝혀 주시길 바라며, 필요하다면 가족이나 친구들과 의논해 보시기 바랍니다. 만일 어떠한 질문이 있다면 담당 연구원이 언제든지 자세하게 설명해 드리겠습니다.

1. 이 연구는 왜 실시합니까?
이 연구의 목적은 한국에 거주하는 조선족 노인이주자들을 위한 건강증진 프로그램을 개발하고 그 효과를 평가하는 것입니다.

2. 얼마나 많은 사람이 참여합니까?
만 60세 이상의 노인으로, 중국 국적을 가지고 한국에서 장기적으로 거주하는 대상자에 한하여 참여할 수 있으며, 총 연구대상자는 50명을 계획하고 있습니다.

3. 만일 연구에 참여하면 어떤 과정이 진행됩니까?
만일 귀하께서 참여 의사를 밝혀주시면, 귀하는 주 1회, 총 8주의 건강증진 교육을 받게 됩니다. 귀하는 노인이주자를 위한 건강증진 프로그램을 주 1회씩 총 8주 동안 참여하고, 프로그램 효과평가를 위해 프로그램 참여 사전/사후 검사에 참여하게 될 것입니다. 프로그램에는 신체활동, 영양, 스트레스 관리, 대인관계, 건강책임, 영적성장 등 6개 하부 영역을 포함되고, 사전/사후 검사로 설문조사를 진행할 예정입니다.

4. 연구 참여 기간은 얼마나 됩니까?
귀하는 주 1회씩, 총 8주간 중재를 실시하고, 교육시간은 1회 당 60분씩 진행합니다.

5. 참여 도중 그만두어도 됩니까?

예, 귀하는 언제든지 어떠한 불이익 없이 참여 도중에 그만 둘 수 있습니다. 만일 귀하가 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶다면 연구 책임자에게 즉시 말씀해 주십시오.

6. 부작용이나 위험요소는 없습니까?

본 연구는 실험연구로서 연구참여자에게 신체적, 정신적, 사회적, 경제적, 법적으로 '최소한' 의 위험을 보장합니다. 연구자는 참여자의 자발적인 참여를 보장하고 그 어떤 불이익이 없습니다.

연구참여하는 동안 건강생활습관의 행위변화를 위한 가벼운 운동 시행이 있을 경우 연구참여자의 심뇌혈관질환의 진단 유무를 확인하고 연구참여자 주치의의 운동 가능성 및 부작용에 대한 의견을 검토 후 운동을 실시하도록 합니다.

연구책임자는 연구를 실시하는 동안 안전사항에 대해 점검하고, 연구과정에서 발생한 사고 또는 문제에 대해 책임을 지며 적절한 조치를 시행하며, 필요 시 피해보상을 제공합니다.

7. 이 연구에 참여시 참여자에게 이득이 있습니까?

귀하는 본 연구 참여를 통해 한국에서 정착하는 과정에서 건강증진 관련 교육을 받을 수 있습니다.

8. 만일 이 연구에 참여하지 않는다면 불이익이 있습니까?

귀하는 본 연구에 참여하지 않을 자유가 있습니다. 또한, 귀하가 본 연구에 참여하지 않아도 귀하에게는 어떠한 불이익도 없습니다.

9. 연구에서 얻은 모든 개인 정보의 비밀은 보장됩니까?

개인정보관리책임자는 서울대학교 간호대학의 김향란 연구 입니다. 저는 이 연구를 통해 얻은 모든 개인 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다. 이 연구에서 얻어진 개인 정보가 학회지나 학회에 공개 될 때 귀하의 이름과 다른 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 그러나 만일 법이 요구하면 귀하의 개인 정보는 제공될 수도 있습니다. 또한 면접 요원, 점검 요원, 생명윤리심의위원회는 연구참여자의 개인 정보에 대한 비밀 보장을 침해하지 않고 관련규정이 정하는 범위 안에서 본 연구의 실시 절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위해 연구 결과를 직접 열람할 수 있습니다. 귀하가 본 동의서에 서명하는 것은, 이러한 사항에 대하여 사전에 알고 있었으며 이를 허용한다는 동의로 간주될 것입니다.

10. 이 연구에 참가하면 대가가 지급됩니까?

귀하가 연구에 참여시, 프로그램 진행과정에 테라밴드, 칫솔 등 건강증진 관련 용품

이 제공되고 최종 수료 시 감사의 뜻으로 오만원 상당의 혈압측정기를 드릴 예정입니다.

11. 연구에 대한 문의는 어떻게 해야 됩니까?

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 다음 연구 담당자에게 연락하십시오.

이름: 김탕란 전화번호:

만일 어느 때라도 연구참여자로서 귀하의 권리에 대한 질문이 있다면, 다음의 서울대학교 생명윤리심의위원회에 연락하십시오.

서울대학교 생명윤리심의위원회 (SNUIRB) 전화번호: 02-880-5153

IRB No. 1706/003-008 유효기간: 2018년 6월 21일

동 의 서

1. 나는 이 설명서를 읽었으며 담당 연구원과 이에 대하여 의논하였습니다.
2. 나는 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
3. 나는 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.
4. 나는 이 연구에서 얻어진 나에 대한 정보를 현행 법률과 생명윤리심의위원회 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
5. 나는 담당 연구자나 위임 받은 대리인이 연구를 진행하거나 결과 관리를 하는 경우와 보건 당국, 학교 당국 및 서울대학교 생명윤리심의위원회가 실태 조사를 하는 경우에는 비밀로 유지되는 나의 개인 신상 정보를 직접적으로 열람하는 것에 동의합니다.
6. 나는 언제라도 이 연구의 참여를 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해도 되지 않을 것이라는 것을 압니다.
7. 나의 서명은 이 동의서의 사본을 받았다는 것을 뜻하며 연구 참여가 끝날 때까지 사본을 보관하겠습니다.

연구참여자 성명	서 명	날짜 (년/월/일)
동의서 받은 연구원 성명	서 명	날짜 (년/월/일)
연구책임자 성명	서 명	날짜 (년/월/일)

부록 3. 설문조사지

[사전검사 설문지]

일반적 정보

1. 성별 / 연령 ①남 ② 여 / 만 _____ 세(_____ 년생)

2. 가족형태 ①독거 ② 배우자와 거주 ③ 자녀와 거주
④3세대(자녀,손자녀) ⑤기타 ( )

3. 결혼 상태 ①기혼 ②사별 ③이혼
④미혼 ⑤기타( )

4. 직업 ①없음 ②있음(직종 :)

5. 월소득 ①100 만원미만 ②100-150 만 미만 ③150-200 만 미만 ④ 200 만이상

6. 경제안전성 ①매우 불안정 ②불안정 ③안정적
④매우 안정적

7. 주거형태 ①자가 ②전세 ③반전세
④월세 ⑤교회 또는 병원

8. 교육수준 ①무학 (문맹) ②초등학교 ③중학교
④고등학교 ⑤대학교이상

9. 한국체류기간 ( )년 **10. 한국 체류비자유형** ( )

11. 한국입국목적 ①취업 ②가족과 같이 생활 ③육아 ④창업 ⑤기타( )

12. 현재 진단을 받은 만성질환을 해당되는 사항에 모두 표시(다중응답 가능)

① 고혈압 ② 당뇨병 ③ 이상지질혈증 ④ 뇌졸중
⑤ 관절염 ⑥ 암 ⑦ 우울 ⑧ 요실금
⑨ 근골격계질환 ⑩ 기타( )

13. 주관적 건강상태: ①매우좋음 ②좋음 ③보통 ④나쁨 ⑤매우나쁨

14. 정기적인 건강검진 ①유 ②무

14_1 최근의 건강검진은 ( ) 년 전

15. 건강보험 ①직장가입보험 ②지역가입보험 ③피부양자 ④보험 없음 ⑤기타( )

16. 귀국 의사 ①없음 ②1년내 ③3년내 ④5년내 ⑤모름

[사전/사후검사 설문지]

건강증진행위양식II

다음은 건강증진을 위하여 하셔야 할 일입니다.

당신은 아래 행위를 얼마나 잘 하시고 계십니까?

해당사항에 V 표시를 해주세요.

번호	설문문항	전혀 그렇지 않다.	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다.
1	나의 문제와 관심을 가까운 사람에게 이야기 한다.				
2	지방, 포화지방, 콜레스테롤이 적은 음식을 먹는다.				
3	비정상적인 증상과 징후가 있으면 의사, 약사, 간호사와 의논한다.				
4	계획하여 운동을 수행한다.				
5	충분한 수면을 취한다.				
6	나는 더 좋은 방향으로 변화하려고 노력한다.				
7	다른 사람이 잘한 일에 대해 칭찬을 잘 한다.				
8	설탕과 당분함유 음식을 적게 먹으려고 노력한다.				
9	건강증진에 관한 텔레비전 프로그램을 보거나 글을 읽는다.				
10	일주일에 적어도 3번정도 20분이상 격렬한 운동을 한다.(예 활기찬 산책, 자전거 타기, 에어로빅이나 춤, 계단오르기)				
11	매일 일정한 휴식의 시간을 갖는다.				
12	나의 삶에 목적이 있다고 믿는다.				
13	의미있고 만족스런 대인관계를 유지한다.				
14	나는 하루에 밥을 세끼는 먹는다.				
15	의사, 약사, 간호사의 교육내용에 잘 모를 것이 있으면 질문한다.				
16	경하거나 중정도의 신체활동을 한다. (예, 일주일에 5번이상 30~40분정도 산책)				
17	나의 삶에서 변화할 수 없는 것은 받아들인다.				
18	미래에 대한 희망이 있다.				
19	가까운 친구와 시간을 보낸다.				
20	매일 규칙적으로 과일을 먹는다.				
21	나는 의사, 약사, 간호사의 충고에 의문이 있을 때 다른 의사나 약사, 간호사의 의견을 들어본다.				
22	취미, 오락, 시간을 갖고 신체적인 활동을 한다.(예, 수영, 춤, 자전거타기)				
23	잠들기 전에 즐거운 생각을 한다.				
24	만족감과 평화로움을 느낀다.				

번호	설문문항	전혀 그렇지 않다.	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다.
25	다른 사람에게 관심, 사랑, 따뜻함을 잘 표현한다.				
26	매일 채소를 충분하게 먹는다.				
27	일주일에 적어도 3회이상 근육신전 운동을 한다.				
28	스트레스를 조절하기 위해 특별한 방법을 사용한다.				
29	장기적인 삶의 목표를 향해 살아간다.				
30	내가 중요하게 생각하는 사람과 잘 지낸다.				
31	매일 우유, 요구르트, 베지밀을 2~3회 먹는다.				
32	한달에 한번 정도는 신체적인 변화나 위험신호를 알기 위해 나의 몸을 관찰한다.				
33	일상생활 속에서 운동을 한다(예, 엘리베이터 대신 계단 이용하기)				
34	일하는 시간과 노는 시간에 균형이 있다.				
35	매일 흥미와 즐거움을 찾는다.				
36	친교의 시간을 갖기 위해 노력한다.				
37	고기와 생선을 적당량 먹는다.				
38	나를 잘 돌보는 방법을 알기 위해 의사, 약사, 간호사에게 정보를 구한다.				
39	운동은 나의 몸상태에 맞게 적당량을 한다.				
40	매일 15~20분 동안 이완이나 명상을 한다.				
41	내 인생에서 중요한 것이 무엇인가를 알고 있다.				
42	상품화된 식품은 영양소, 지방, 염분의 성분표시를 읽고 산다.				
43	건강교육 프로그램에 참석한다.				
44	내가 할 수 있는 한도 내에서 최대한으로 운동을 한다.				
45	피곤하지 않도록 스스로 조절한다.				
46	나보다 더 큰 어떤 힘과 연결되어 있다고 느낀다.				
47	다른 사람과의 등을 토론과 타협으로 해결한다.				
48	아침을 먹는다.				
49	필요하면 상담이나 지도를 받는다.				
50	새로운 경험과 도전을 한다.				

지각된 유익성

다음은 지난 1개월 동안의 건강생활의 유익성이 무엇인지 알고자 합니다. 생각과 가장 일치하는 곳에 V 표시를 해주세요.

번호	설문문항	전혀 그렇지 않다.	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다.
1	나는 건강증진행위(신체활동, 영양, 대인관계, 심리적 이완 등)가 건강한 노후생활에 효과적이라고 생각한다.				
2	나는 질병을 조기 발견하여 치료하면 일상생활을 정상적으로 계속할 수 있다고 생각한다.				
3	건강증진행위가 나에게 건강에 대한 자신감을 줄 것이라고 생각한다.				
4	나는 규칙적으로 생활이 질병에 걸리지 않을 힘을 키워 줄 것이라고 생각한다.				
5	나는 자신이나 가족의 건강을 위해 식생활 개선에 힘써야 한다고 생각한다.				
6	나는 정기 건강검진을 받으면 질병을 발견하거나 확인할 수 있다고 생각한다.				
7	나는 질병을 조기 발견하여 치료하면 나을 수 있다고 생각한다.				
8	나는 정기건강검진을 받으면 질병의 만성화 또는 장기화를 방지할 수 있다고 생각한다.				
9	나는 균형 잡힌 식사를 하는 것이 건강유지에 도움이 된다고 생각한다.				
10	질병을 조기 발견하여 치료하면 나와 나의 가족의 행복은 유지될 것이라고 생각한다.				
11	질병을 조기 발견하여 치료하면 나는 건강한 노후생활을 보낼 수 있다고 생각한다.				

지각된 장애성

다음은 지난 1개월 동안의 건강증진행위(신체활동, 영양, 대인관계, 심리적 이완 등)의 장애점이 무엇인지 알고자 합니다. 생각과 가장 일치하는 곳에 V 표시를 해주세요.

번호	설문문항	전혀 그렇지 않다.	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다.
1	나는 나태하고 게으른 성격 때문에 건강유지활동(규칙적인 신체활동, 정기 건강검진 등)을 못한다고 생각한다.				
2	나는 건강증진행위(신체활동, 식이, 대인관계 등)를 하는 것이 가족에게 정신적으로 부담을 줄 것이라고 생각한다.				
3	나는 나의 몸에 나타나는 증상이나 증후를 참거나 대수롭지 않게 생각한다.				
4	나는 정기 건강검진을 위해 의료기관에서 기다리는 시간이 부담스럽다고 생각한다.				
5	나는 건강증진행위(신체활동, 영양, 대인관계, 이완 등)을 할 경제적인 여유가 없다고 생각한다.				
6	나는 가족들의 의견이 다양하여 건강유지활동을 수행하는데 지장을 받는다는 생각한다.				
7	나는 의료기관 이용이 까다롭고 복잡하다고 생각한다.				
8	나는 건강증진행위(신체활동, 영양, 대인관계, 이완 등)가 나를 피곤하게 하거나 지치게 할 것이라고 생각한다.				
9	나는 건강증진행위(신체활동, 영양, 대인관계, 이완 등)가 건강한 노후생활에 효과가 없다고 생각한다.				
10	나는 건강증진행위(신체활동, 영양, 대인관계, 이완 등)를 수행하기가 어렵다고 생각한다.				

자기효능감

다음의 행위를 얼마나 성공적으로 수행할 수 있다고 자신하십니까?

가장 일치하는 곳에 V 표시를 해주세요

번호	설문문항	전혀 그렇지 않다.	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다.
1	나는 어떤 계획을 세울 때 그 계획을 이룰 수 있다고 확신한다.				
2	나는 어떤 일을 한번 시도해서 해내지 못하면 해낼때까지 계속 시도한다.				
3	나는 스스로 중요한 목표를 세웠을 때 그 목표들을 성취한다.				
4	나는 일을 끝내기도 전에 포기한다.				
5	나는 어려움이 닥치면 피해버린다.				
6	나는 어떤 일이 복잡해 보이면 시도해보려는 생각조차 않는다.				
7	나는 즐겁지 못한 일이라도 그것을 끝낼때까지 매달린다.				
8	나는 무언가 하려고 하면 바로 그 일을 착수한다.				
9	나는 새로운 것을 배울 경우 초기에 성공적이지 못하면 곧 포기한다.				
10	나는 예기치 못한 문제가 생겼을 때 그것을 잘 처리하지 못한다.				
11	나는 새로운 일이 너무 어려워 보이면 배우려고 시도하지 않는다.				
12	나는 실패했을 때 더욱 열심히 한다.				
13	나는 일을 해내는 내 능력에 대해 확신하지 못한다.				
14	나는 내 자신을 믿는다.				
15	나는 쉽게 포기한다.				
16	나는 일상생활에서 일어나는 대부분의 문제를 처리할 능력이 있다.				

사회적 지지

A. 여러 가지 스트레스를 줄 수 있는 사건을 경험하게 되었을 경우 당신이 정서적, 정보적, 물질적, 평가적 도움을 요청할 수 있는 사람은 주위에 총 몇 명이나 있다고 생각하십니까?
(_____)명

B. 정서적, 정보적, 물질적, 평가적 도움을 요청할 수 있다고 생각했던 사람들에 대해 귀하는 전반적으로 어떻게 느끼고 있습니까? 해당사항에 V 표시를 해주세요.

번호	설문문항	전혀 그렇지 않다.	거의 그렇지 않다	보통	거의 그렇다	매우 그렇다
1	그들은 모두 내가 사랑과 돌봄을 받고 있다고 느끼게 해준다					
2	그들은 모두 내가 취한 행동의 옳고 그름을 공정하게 평가해준다.					
3	그들은 모두 내가 필요하다고 하면 아무리 큰 돈이라고 해도 마련해준다.					
4	그들은 모두 내가 그들에게 필요로 되는 가치 있는 존재임을 인정해준다.					
5	그들은 모두 내가 하고 있는 일에 자부심을 가질 수 있게 나의 일을 인정해준다.					
6	그들은 모두 함께 있으면 친밀감을 느끼게 해준다.					
7	그들은 모두 나의 문제를 기꺼이 들어준다.					
8	그들은 모두 배울 점이 낳은 존경할 만한 사람들이다.					
9	그들은 모두 자신이 직접 도움을 줄 수 없을 때는 다른 사람을 보내서라도 나를 도와준다.					
10	그들은 모두 내가 마음 놓고 믿고 의지할 수 있는 사람들이다.					
11	그들은 모두 내가 잘 했을 때는 (좋은 결과를 얻었을 때는) 칭찬을 아끼지 않는다.					
12	그들은 모두 나를 인격적으로 존중해준다.					
13	그들은 모두 무슨 일이건 대가(보상)을 바라지 않고 최선을 다해 나를 도와준다.					

번호	설문문항	전혀 그렇지 않다.	거의 그렇지 않다	보통	거의 그렇다	매우 그렇다
14	그들은 모두 내가 어려운 상황(위기)에 직면했을 때 현명하게 문제를 해결할 수 있는 방안을 제시해준다.					
15	그들은 모두 의논할 문제가 생길 때 마다 나를 위해 시간을 내주고 응해준다.					
16	그들은 모두 항상 나의 일에 관심을 갖고 걱정해 준다.					
17	그들은 모두 내가 몰랐던 사실을 일깨워주고 확실하게 해준다.					
18	그들은 모두 내가 결단을 못 내리고 망설일 때 결단을 내리게끔 자극을 주고 용기를 준다.					
19	그들은 모두 내가 현실을 이해하고 사회생활에 잘 적응할 수 있게끔 건전한 충고를 해준다.					
20	그들은 모두 내가 필요로 하는 물건이 있으면 언제라도 빌려준다.					
21	그들은 모두 나의 의견을 존중해 주고 대체로 받아들여 준다.					
22	그들은 모두 나에게 생긴 문제의 원인을 찾아내는데 도움이 되는 정보를 제공해 준다.					
23	그들은 모두 내가 몸 져 누워있을 때 나의 일을 대신해준다.					
24	그들은 모두 내가 기분 언짢아 할 때 나의 감정을 이해하고 기분을 전환시켜 주려고 노력한다.					
25	그들은 모두 내가 어떤 선택을 해야만 할 때 합리적인 결정을 내릴 수 있게 조언을 해준다.					

문화적응 스트레스

다음은 한국 생활과 생각을 알아보기 위한 설문입니다.

당신은 어떻게 생각하시나요? 해당사항에 V 표시를 해주세요.

번호	설문문항	전혀 그렇지 않다.	거의 그렇지 않다	보통	거의 그렇다	매우 그렇다
1	나는 요즘 피곤하고 외롭다.					
2	나는 고향에 있는 가족이나 친구 생각이 자주 난다.					
3	나는 이곳 생활이 힘들어서 자주 고향에 가고 싶어진다.					
4	나는 한국어를 잘 못해서 생활하기가 불편하다.					
5	한국어로 대화할 때 스트레스를 받는다.					
6	나는 한국어 실력이 부족해서 내가 말하고 싶은 것을 충분히 표현하지 못한다.					
7	한국어를 배워야 한다는 압박감을 느낀다.					
8	나는 한국어로 내가 말하고 싶은 것을 정확하게 표현할 수 있다.					
9	나는 내 나라의 문화대로 계속 살기를 원한다.					
10	나는 한국에서 생활하기가 힘들다.					
11	나는 한국 음식에 적응하느라 힘들다.					
12	내가 이해하지 못하는 한국 문화가 많다.					
13	한국의 인사법이나 예의를 몰라서 어려움을 느낀다.					
14	한국에서 사회활동에 참여에 소극적이다.					
15	나는 한국 사람들이 우리나라의 문화와 생활습관을 이해하지 못할 때 자존심이 상한다.					
16	나는 나의 문화적 배경 때문에 열등하게 느낀다.					

번호	설문문항	전혀 그렇지 않다.	거의 그렇지 않다	보통	거의 그렇다	매우 그렇다
17	나는 때때로 한국인 친구 사귀는 것이 어렵다고 생각한다.					
18	나는 이곳에서 불평등한 대우를 받고 있다고 느낀다.					
19	한국 사람들은 말이나 행동으로 나를 싫어하고 있음을 표현한다.					
20	나는 지금 하고 있는 일에서 보람을 느낀다.					
21	나는 요즘 일하는 것이 힘들고 피곤하게 느껴진다.					
22	나는 내가 일하는 곳에서 적절한 대우와 보상을 받고 있다고 생각한다.					
23	나는 요즘 직장에 출근하는 것이 즐겁다.					
24	친한 한국인 친구가 있다.					
25	나는 이곳에서 사회에 대한 소속감을 느끼지 못한다.					
26	한국 사람들은 이주자에 대한 편견을 가지고 있는 것 같다.					
27	나는 한국 문화에 적응하기가 어렵다.					
28	나는 한국말을 할 때 자신감이 없다.					
29	나는 한국인의 가치관과 문화를 이해하기 어렵다.					

부록 4. 심층면담 질문지

질문 목록

시작 질문: 서로가 비슷하게 느끼는 평안한 단순한 질문

1. 한국에서 거주한지 얼마동안 되었습니까?

도입 질문: 주제에 대한 경험, 개방형으로 주제의 방향을 이해하게 하는 것

2. 한국에서 거주하는 동안 건강문제 또는 증상이 있으신 적이 있습니까?
3. 몸이 편찮으실 때는 어떻게 대처를 하였습니까?
4. 문화적응 과정에서 경험한 건강관리 관련 어려웠던 경험이 있으신지요?

전환 질문: 좀 더 구체적인 주제로 전환하게 하는 질문

5. 노인이주자를 대상으로 건강증진 프로그램의 필요성에 대해 생각해 본 적이 있습니까?
6. 한국에서 거주하는 동안 건강증진 프로그램에 참여하거나 교육을 받은 경험이 있습니까?

주요 질문: 연구의 핵심, 2개 이상 , 10분정도 할애

7. 참여했던 교육은 어떻게 진행되었습니까?
8. 교육내용은 잘 이해되었습니까?
9. 교육을 들으면서 어려운 점을 무엇이었습니까?
10. 건강증진 교육은 어떻게 진행되어야 한다고 생각하십니까?
(원하는 교육 내용 및 방법은 어떤 것 입니까?)
11. 어떻게 하면 참여를 높일 수 있을까요?
12. 말씀하신 대로 노인이주자를 위한 교육이 진행되면 참여 하시겠습니까?

마무리 질문: 면담 중에 내 놓았던 대담이나 제언에 대한 확인을 할 수 있는 질문

13. 오늘 토론되었던 것을 요약하였는데 잘 요약이 되었습니까?

일부러 시간을 할애하여 주셔서 감사합니다. 앞으로도 계속 만나 뵙기를 바랍니다.

Abstract

The Development and Evaluations of Health Promotion Program for Korean Chinese Aged Migrants Living in Korea

Jin, Xianglan

Department of Nursing

The Graduate School

Seoul National University

Health promotion behaviors to prevent disease are important for Korean Chinese aged migrants living in Korea. Thus, it is necessary to have a health promotion program for aged migrants to improve health equity. The purpose of this study is to develop a health promotion program based on Pender's health promotion model for Korean Chinese migrants, aged over 60 year, and to evaluate the effects on perceived benefit, perceived barriers, self-efficacy, social support, acculturative stress, and health promotion behaviors.

The data was recruited in K skilled nursing facility in Seoul and D skilled nursing facility in Gyeonggi-do where Korean Chinese aged migrants were working as caregivers. In order to evaluate the effects of the health promotion program, quasi-experimental study designs were used and the subjects were divided into experimental group(n=21) and control group

(n=21). For the experimental group, the health promotion program was conducted for 8 weeks in a total of 60 minutes per week composed of health responsibility, physical activity, stress management, nutrition, interpersonal relationship and spiritual growth. While the experimental group were participating in the program, telephone counseling was provided on the 1st and 8th weeks for the control group.

As a result, the health promotion behaviors of the Korean Chinese aged migrants were significantly higher in the experimental group than the control group($p<.003$). There was statistically significant differences in the field of Health responsibility($p<.004$), physical activity($p<.002$), spiritual growth($p<.033$) and interpersonal relationship($p<.000$) in health promotion behaviors, but there was no remarkable difference in nutrition and stress management. Perceived benefit, perceived disability, self-efficacy, social support, and acculturative stress in the experimental group were not significantly different from the control group.

Although there were no changes in perceived benefits, perceived disability, self-efficacy, social support, and acculturative stress, the program was effective in improving health promotion behaviors for aged migrants. It is necessary to apply the prolonged program to the Korean Chinese aged migrants living or working in various areas in the future.

Keywords : Health promotion program, Aged, Migrants

***Student Number* : 2012-31273**