

한국심리학회지: 건강
 The Korean Journal of Health Psychology
 2005. Vol. 10, No. 2, 167 - 182

한국 제철일안식일예수재림교인들의 건강행동, A유형행동, 대처방식 및 신체증상[†]

김 윤 애
 보건복지대학원
 삼육대학교

정 성 진
 심리학과
 가톨릭대학교

서 경 현[‡]
 상담학과
 삼육대학교

본 연구에서는 한국 제철일안식일예수재림교인들의 건강행동, A유형행동, 대처방식 및 신체증상이 일반인의 그것과 차이가 있는지를 검증하였다. 본 연구의 참여자는 30세 미만의 남녀 대학생 346명(재림교인 129명, 비재림교인 217명)과 30세 이상의 성인 335명(재림교인 158명, 비재림교인 177명)이다. 본 연구에서 사용된 도구는 Framingham A행동유형 검사, AUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test), 다차원 대처 척도, 및 전검구의 신체증상척도이다. 분석 결과, 재림교인은 일반인과 다른 식생활 양식을 보였고 음주와 흡연을 덜 하는 것으로 나타났다. 재림교인의 대처방식은 일반인과 달랐지만, A행동유형과 보고된 신체증상에서는 두 집단 간에 차이가 없었다. 단계적 회귀분석에서는 A행동유형이 대상자의 신체증상을 예언하는 가장 유의한 예언변인으로 나타났다. 본 연구의 결과를 재림교인의 건강에 관한 서양의 선행연구들과 비교하며 논의하였다.

주요어: 제철일안식일예수재림교인, 건강행동, A유형행동, 대처, 신체증상

서양에서 제철일안식일예수재림교인(이하 재림교인)들은 건강에 대해 더 큰 가치를 부여하고 건강 생활습관을 행동으로 실천하는 집단으로 알려져 있다(Murphy, Gwebu, Braithwaite, Green-

[†] 이 논문은 삼육대학교 학술연구비 지원에 의하여 연구되었음.

[‡] 교신저자(corresponding author) : 서경현, (139-742) 서울시 노원구 공릉2동 26-21 삼육대학교 상담학과, 전화: (02) 3399-3314 E-mail: khsuh@syu.ac.kr

Goodman, Brown, 1997). Parmer와 Rogers(1997)도 미국인들 중에 교회에 정기적으로 출석하는 교인들이 건강생활에 더 관심을 가지고 있다고 하면서 기독교인 중에서도 재림교인들이 건강을 위한 식생활에 더 신경을 쓰고 음주와 흡연을 피하는 등 건강에 관심을 더 가지고 있다고 보고하였다. 한국에서도 재림교인(일명 안식교인)들은 음식을 가려 먹고 토요일에 교회 가는 것을 철저히 지키는 독특한 집단으로 알려져 있다.

신체적·정신적 건강에 가치를 두고 건강행동을 실천하고 있는 재림교인들의 심장병(Fraser, 1988; Snowdon, 1988), 암(Fraser, Beeson, & Phillips, 1991; Mills, Abbey, Beeson, & Petersen, 1991; Mills, Beeson, Phillips, & Fraser, 1994; Mills et al., 1989; Phillips et al., 1980; Zollinger, Phillips, & Kuzma, 1984), 호흡기 질환(Lemon & Walden, 1966), 고혈압(Brathwaite, Fraser, Modeste, Broome, & King, 2003; Kuczumski, Anderson, & Koch, 1994), 뇌졸중(Snowdon, 1988), 백혈병(Mills, Newell, Beeson, Fraser, & Phillips, 1990), 당뇨병(Brathwaite et al., 2003; Snowdon, 1988), 궤양(Kurata, Nogawa, Abbey, & Petersen, 1992) 등 생활습관병 발병율이나 유병율이 매우 낮다는 것이 지속적으로 보고되어 왔다. 게다가 재림교인들은 일반인들에 비해 사회적 스트레스에 잘 대처하는 등 정신적으로도 건강하고(Mozar, Farag, Andren, & Peters, 1967), 노화에 따른 인지기능의 저하도 느리다는 결과를 얻은 연구도 있었다(Fraser, Singh, & Bennett, 1997). 이와 관련하여 재림교인의 평균 수명도 일반인들보다 더 긴 것으로 밝혀졌다(Lindsted, Fraser, Steinkohl, & Beeson, 1996; Murphy,

Blumenthal, Dickson-Smith, & Peay, 1990; Phillips et al., 1980).

재림교인들의 건강한 삶에 관한 관심이 높아지면서 1960년대 중반부터 지금까지 재림교인의 건강과 관련하여 전문 학술지에 발표된 논문들이 미국에서만 3백여 편이 넘는다. 재림교인이 일반인들에 비해 건강하다는 사실은 서양의 다른 나라, 예를 들어 호주(Armstrong, Van Merwyk, & Coates, 1977; Webster & Rawson, 1979), 네덜란드(Berkel & de Waard, 1983), 노르웨이(Fønnebø, 1994), 폴란드(Jedrychowski, Tobiasz-Adamczyk, Olma, & Gradzikiewicz, 1985) 등에서 수행된 연구들에서도 확인되었다. 그렇다면 이런 양상이 한국 재림교인들에게서도 비슷하게 나타날까?

재림교인이 건강한 이유가 음주나 흡연을 하지 않고(Kurata, Nogawa, Abbey, & Petersen, 1992; Lindsted & Singh, 1997; Mills et al., 1990; Myint et al., 2000), 자극적인 음식을 피하거나 채식 위주의 식생활을 하기 때문(Brathwaite et al., 2003; Fraser, et al., 1991; Nieman et al., 1989; Singh, Sabate, & Fraser, 2003; Willett, 2003)이라는 주장이 있다. 하지만 재림교인이 아니더라도 한국인들 중에 채식 위주의 식사를 하는 사람들이 서양인들보다 많기 때문에 이런 점은 일반인들과 차별화 할 수 있는 한국 재림교인의 특성이 아닐 수 있다. 게다가 한국의 재림교인들의 행동 양식이 서양의 재림교인들과 완전히 동일하다고 볼 수 없다. 정도에 차이가 있을 수 있지만 어떤 종교라도 다른 문화에 전파되면서 그 문화의 독특성과 동화되어 토착적인 특징을 가지기 마련이다. 서양의 종교인 기독교가 다른 서양국가에 전파되었을 때보다 동양국가에 전파되었을 때 더

많이 변화를 보이며 토착화되었을 가능성이 있다.

또한 재림교인들이 건강한 이유는 채식 위주의 식생활과 음주 및 흡연을 하지 않는 것 외에도 다른 것이 있을지 모른다. Brannon과 Feist (1999)는 역학(epidemiology)에서 할 수 있는 연구의 예를 들면서 “제칠일안식일예수재림교인들의 관상동맥질환 비율이 일반인들보다 낮다고 알려져 있다. 그런데, 이런 비율이 채식에 기인한 것인지? 흡연하지 않는 것에 기인한 것인지? 아니면 관상동맥질환의 비율을 낮추는 다른 행동적 차이가 있는지를 검증하는 것이 역학의 연구가 될 수 있다(p. 30)”고 설명하고 있다. 일례로 재림교인은 비재림교인보다 운동이나 활동을 많이 하는 것으로 나타난 연구들도 있었다(Lindsted, Tonstad, & Kuzma, 1991; Myint et al., 2000; Singh, Fraser, Knutsen, Lindsted, & Bennett, 2001). 연구자들은 재림교인이 건강한 이유를 설명할 수 있는 다른 행동적 요인이 있을 것이라는 가정 하에 본 연구를 계획하였다. 특히, 한국 재림교인의 경우에는 또 다른 행동적 요인이 있을 수 있다. 그런데 아직까지 한국의 재림교인들이 일반인들보다 더 건강하다는 것을 증명한 연구조차 거의 없는 실정이다.

개신교회 중 하나인 제칠일안식일예수재림교회(Seventh-day Adventists: SDA, 이하 재림교회)의 특징 중에 대표적인 것이 안식일 준수인데, 재림교인들은 창조주를 예배하는 날이 창조의 기념일인 오늘날의 토요일(안식일)이라 믿고 있다. 따라서 재림교인들은 토요일에는 일을 하지 않고 예배를 드린 후 휴식을 취한다. 연구자들은 재림교인이 건강할 수 있는 이유 중에 하나가 그들의 교리들 중에 철저히 안식일을 준수하는 것과 관

련이 있을 것이라고 가정하여 보았다.

재림교인들은 아무리 할 일이 있더라도 일주일의 하루는 구별하여 휴식을 취하고 있기 때문에 지나친 성취욕이나 시간에 쫓기는 일이 적을 것이라고 가정할 수 있다. Martin과 Carlson(1988)은 안식일 혹은 다른 종교적 휴일을 준수하는 유대인들이나 기독교인들이 A유형행동 양식을 적게 보인다고 설명하고 있다(p. 87). 관상성 심장질환과 A유형행동간의 관계(Friedman & Rosenman, 1974; Matthews & Haynes, 1986; Rosenman, 1974)로 미루어 보면, 재림교인의 건강도 이와 관계가 있지 않을까 생각할 수 있다. 경쟁적이고 시간에 쫓기고 초조해하는 A유형행동은 긴장을 유발하고 카테콜아민(Catecholamines)이나 코르티솔(Cortisol)의 분비를 촉진시켜 심혈관계 질병은 물론 여러 만성질환의 증상들을 유발할 수 있다(Matthews & Haynes, 1986).

재림교인들은 종교적 특성과 관련하여 스트레스 상황에 대처하는 방식도 일반인과 다를 수 있다. 종교적 혹은 영적 측면은 인간의 중요한 속성이며(전경구, 김교헌, 1996), 스트레스에 대한 대처 방식에는 생물·심리·사회적 측면은 물론 영적인 측면도 있다(Crawford, 1989; 전경구, 김교헌, 1996에서 재인용). 전경구와 김교헌(1996)은 통합적 수준의 스트레스와 대처에 관해 논하면서 심리사회적 차원과 영적차원을 분리하여야 하는지 아니면 심리사회적 차원과 영적 차원과 결합해야 하는지에 대한 결론을 내리고 있지 않다. 하지만, 영적 차원이 심리사회적인 면에 영향을 주는 것은 확실한 것 같다. 종교를 갖는다는 것은 영적인 면의 변화 뿐 아니라 자신과 타인, 그리고 환경에 관한 해석을 다르게 하는 등 인지적인 면의 변화

를 가져오고 사회적 관계에서도 변화를 유발한다. 물론, 종교적 혹은 영적 차원에는 독특한 부분이 있어 심리사회적 차원의 스트레스 혹은 대처와는 구별되어야 하는 점도 있다. 이에 본 연구자들은 특별한 종교적 특성을 가진 재림교인의 대처방식을 비재림교인의 대처방식과 비교해 보고자 하였다.

본 연구에서는 한국 재림교인의 건강행동, A 유형행동, 대처방식, 및 신체건강이 일반인들의 그것과 차이가 있을 것이라는 가설을 설정하였다. 그런 가설을 검증하기 위하여 한국 재림교인과 비재림교인 간에 식이행동, 음주 및 흡연, 활동-운동, A유형행동, 대처방식, 및 신체증상의 차이를 분석하였으며, 더 나아가 식이행동, 음주 및 흡연, 활동-운동, A유형행동, 대처방식으로 대상자들의 신체증상을 예언할 수 있는 변인들을 탐색한 후 그것에 기초하여 논의하려고 하였다.

방법

참여자와 연구 절차

본 연구는 30세 미만의 남녀 대학생 346명과 30세 이상의 성인 335명을 대상으로 하였다. 총 689명으로부터 얻는 자료 중에 681명으로부터 얻은 자료만이 최종분석에 포함되었다. 대학생과 30세 이상의 성인 집단 모두에서 성비와 연령의 유의한 차이가 없었다.

대학생들은 제철일안식일예수재림교 재단에서 운영하는 삼육대학교 재학생들 중 교양과목을 수강하는 학생들로 남학생이 171명(49.4%)과 여학생이 175명(50.6%)이었다. 최종분석에 포함된 대학

생들의 연령은 만 17세에서 29세($M=21.68$, $SD=2.71$)까지 분포되어 있었다. 이들 중에 재림교인은 129명(37.3%)이고 비재림교인은 217명(62.7%)이었다. 비재림교인들 중에 18명(5.2%)이 불교, 21명(6.1%)이 천주교, 33(9.5%)명이 여타 개신교, 19명(5.5%)이 기타 종교를 믿고 있다고 응답했으며 126명이 종교(36.4%)를 가지고 있지 않다고 응답했다.

30세 이상의 재림교인은 서울, 경기도 및 충청도에 위치하고 있는 교회에 출석하고 있는 교인들로 목회자들에 의해 설문지가 배포되고 수집되었다. 30세 이상의 비재림교인들은 서울역과 서울-대전 구간의 기차에서 설문에 응한 사람들이다. 30세 이상의 성인 참여자들 중에는 남성이 189명(55.8%)이고 여성이 148명(44.2%)이었는데, 연령은 만 30세에서 78세($M=48.64$, $SD=10.61$)까지 분포되어 있었다. 30세 이상의 성인 중에는 30대가 61명(18.2%), 40대가 131명(39.1%), 50대가 87명(26.0%), 60대가 45명(13.4%), 그리고 70대가 11명(3.3%)이었다. 이들 중에 재림교인은 158명(47.2%)이고 비재림교인은 177명(52.8%)이었다. 비재림교인들 중에 38명(11.3%)이 불교, 18명(5.4%)이 천주교, 29(8.7%)명이 여타 개신교, 14명(4.2%)이 기타 종교를 믿고 있다고 응답했으며 78명이 종교(23.3%)를 가지고 있지 않다고 응답했다.

설문은 연구자들에 의해 이루어졌으며 학생들에게는 약간의 학점부여(credit)가, 성인들에게는 필기도구가 보상으로 주었다. 65세 이상의 참여자들 중에는 설문 과정에서 연구자가 구두로 질문하고 대신 기록하는 경우가 많았다. 본 연구를 위한 통계분석은 SPSS 11.5 for Windows에 의해

실행되었고, 주요 통계분석은 교차분석(χ^2 검증), t 검증, 및 단계적 회귀분석이었다.

조사 도구

A 행동유형 검사: 본 연구의 목적에 따라 A 행동유형을 측정하기 위해 Framingham A 행동유형 검사(유희정, 1990)를 사용하였다. 총 10개 문항 중에서 5문항은 진위형 문항이고 5문항은 Likert식 평정척도 문항이다. 척도 개발에서의 진위형 문항의 Kuder-Richardson 계수는 .83이었고, 나머지 문항의 Cronbach's α 계수는 .76이었다. 본 연구에서의 내적일관도 계수는 각각 .68과 .58이었다.

음주 척도: 참여자의 음주 수준을 측정하기 위해서 WHO에서 개발한 AUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test)검사를 사용하였다(Babor, De la Fuente, Saunders, & Grant, 1989). AUDIT은 알코올 관련 문제를 가진 사람들을 선별하기 위해 개발된 척도로 높은 타당도를 가지고 있는 것으로 나타났으며, 본 척도는 5점 평정 척도 총 10문항으로 구성되어 있다. 구체적으로 각 문항의 5점 평정척도는 가장 낮은 수준의 문제음주를 0점, 가장 높은 수준의 문제음주는 4점을 부여하도록 되어 있다. 본 척도는 10문항으로 구성되어 위험음주(hazardous drinking) 3문항, 의존음주(dependent drinking) 3문항, 유해음주(harmful drinking) 4문항의 하위요인으로 나뉘어 지는데, 본 연구에서는 연구목적에 따라 위험음주 3문항만을 사용하였다. 본 연구에서의 내적일관성을 나타내는 Cronbach's α 값은 .90이었다.

대처 척도: 스트레스 상황에서 사용하는 대처 방식을 측정하기 위해 개정판 다차원적 대처 척도(전경구, 김교현, 서경현, 이민규, 준비중)를 사용하였다. 개정판 다차원 대처 척도는 개인적 대처 차원, 사회적 대처 차원, 및 종교적 대처 차원을 포함하는 13개의 하위척도(50문항)로 구성되어 있다. 개인적 대처 차원은 적극적 대처(3문항), 정서 표출(4문항), 적극적 망각(4문항), 자제(2문항), 고집(4문항), 긍정적 해석(4문항), 긍정적 비교(4문항), 양보 혹은 동화(3문항), 체념(3문항), 자기 비판(4문항), 정서적 진정(4문항)으로 구성되어 있고, 사회적 대처 차원은 정서적 지원 추구(4문항)로 구성되어 있으며, 종교적 대처 차원으로는 종교적 추구(4문항)가 포함되어 있다. 각 문항은 4점 척도로 평정하도록 되어 있는데, 특정한 대처방식을 일상생활 속에서 평소에 일반적으로 어느 정도 사용하느냐는 질문에 0--'전혀 그렇지 않다', 1--'조금 그렇다', 2--'상당히 그렇다', 3--'매우 그렇다'로 평정하도록 되어 있다. 전경구 등(준비중)의 척도 개발에서는 만족할만한 수준의 신뢰도와 타당도를 보이고 있다.

신체증상 척도: 신체건강은 전경구의 신체증상 척도를 이용하여 측정하였다(류준범, 2000). 이 척도는 두통(4문항), 불면증(4문항), 소화증상(8문항) 및 심장질환 증상(8문항)을 측정하도록 고안되어 있다. 각 문항은 '전혀 없다', '약간 있다', '웬만큼 있다', '꽤 심하다', '아주 심하다'와 같이 5점 척도로 구성되어 있다. 선행연구들에서 적절한 수준의 신뢰도와 타당도가 검증되었다. 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 두통 .86, 불면증 .87, 소화증상 .85, 심장질환 증상이 .91이었다.

일반 질문지: 인구사회학적 정보와 식이행동에 대한 정보, 흡연 및 활동-운동 수준, 그리고 생활습관병 가족력에 관한 정보를 얻기 위한 질문지를 참여자들에게 주었다. 활동-운동 수준을 측정하기 위해 활동량이 많은 직업을 가지고 있는지, 대중교통을 이용하는지, 건강을 위해 운동을 하는지, 운동량은 얼마나 되는지를 묻는 질문을 포함시켰다. 생활습관병 가족력을 파악하기 위해서는 각각 4개의 질문을 통해 3촌 이내에 심장질환, 암, 고혈압 및 당뇨병을 앓거나 앓았던 사람들이 몇 명이 되는지를 물었다.

결과

대상자들의 식생활과 음주 및 흡연

비재림교인과 재림교인 간에 식생활과 음주 및 흡연 행동에 차이가 있는지 분석하였고, 표 1에 그 결과를 제시하였다. 분석은 대학생 집단과 30세 이상의 성인 집단으로 나누어 이루어졌다.

채식위주의 식사를 하고 맵고 짠 음식은 피하여 식사를 한다고 응답한 비율이 비재림교인보다 재림교인 대학생과 30세 이상 성인들 모두에게서 높게 나타났다. 잡곡밥 혹은 현미밥을 먹는다고 응답한 사람들($\chi^2=7.44, p<.01$)과 간식을 하지 않는다고 응답한 사람들($\chi^2=5.96, p<.05$)은 30세 이상의 비재림교인들에게서보다 30세 이상의 재림교인들에게서 더 많았다.

식생활의 차이보다 음주 및 흡연 행동에서 두 집단 간에 더 큰 차이가 있었다. 술을 마시지 않는다고 응답한 학생의 비율과 담배를 피우지 않는다고 응답한 학생의 비율이 비재림교인의 경우 각각 14.3%와 79.7%이었는데 비해 재림교인의 경우에는 69.0%와 93.8%였다. 이런 차이는 30세 이상의 성인들에게서는 더 크게 나타났다. 술을 마시지 않는다고 응답한 사람의 비율과 담배를 피우지 않는다고 응답한 사람의 비율이 비재림교인의 경우 각각 27.1%와 71.6%이었는데 비해 재림교인의 경우에는 89.9%와 98.7%였다.

표 1. 비재림교인과 재림교인간의 건강행동의 차이

질문내용	대학생		χ^2	30세 이상의 성인		χ^2
	비재림교인 (n=217)	재림교인 (n=129)		비재림교인 (n=177)	재림교인 (n=158)	
	예(%)	예(%)		예(%)	예(%)	
채식위주의 식사를 하는가?	123(56.7)	109(84.5)	28.33***	147(83.1)	149(94.3)	10.29**
상급계 먹는가?	70(32.3)	59(45.7)	6.39**	89(50.3)	118(74.7)	21.05***
잡곡밥 혹은 현미밥을 먹는가?	122(56.2)	67(51.9)	.60	100(56.5)	112(70.9)	7.44**
아침식사를 하는가?	112(51.6)	76(58.9)	1.74	134(75.7)	129(81.6)	1.75
간식을 하지 않는가?	97(44.7)	62(48.1)	.37	135(76.3)	137(86.7)	5.96*
음주를 하지 않는가?	31(14.3)	89(69.0)	106.88***	48(27.1)	142(89.9)	133.92***
흡연하지 않는가?	173(79.7)	121(93.8)	14.59**	125(71.6)	156(98.7)	75.77***

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001.

대상자들의 위험음주, 활동, 및 A행동유형 수준

비재림교인과 재림교인 간에 위험음주, 활동과 운동, A유형행동 수준의 차이를 분석하였다(표 2 참조). 대학생과 30세 이상 성인으로 나누어 분석하였다. 성별로 이원변량분석도 시도하였으나 유의한 상호작용이 발견되지 않아 각각 두 집단을 단순 비교하는 t검증을 하였다.

대학생($t(344)=10.98, p<.001$)과 30세 이상 성인($t(333)=13.91, p<.001$) 모두에서 비재림교인의 위험음주 수준이 재림교인보다 높았다. 재림교인 대학생들의 활동 및 운동수준은 비재림교인 대학생들보다 유의하게 낮았다, $t(344)=-2.33, p<.05$.

한편, 비재림교인과 재림교인간의 A행동유형 수준의 차이는 대학생은 물론 30세 이상의 성인

모두에게서 발견되지 않았다. 따라서 재림교인과 비재림교인간의 A행동유형 수준에 차이가 있을 것이라는 가설은 채택할 수 없게 되었다.

대상자들의 보고된 신체증상

비재림교인과 재림교인 간에 경험하는 신체증상에 차이가 있을 것이라고 가정하고 그 차이를 분석하였다(표 3 참조). 분석 결과, 대학생과 30세 이상의 성인 모두에게서 비재림교인과 재림교인 간에 유의한 신체증상의 차이가 발견되지 않았다. 수치상으로는 재림교인들이 신체증상 수준 평균이 비재림교인들의 그것보다 조금 낮았으나 통계적으로 모두 유의하지 않았다.

표 2 비재림교인과 재림교인간의 위험음주, 활동, 및 A행동유형 수준의 차이

변인	대학생		t	30세 이상의 성인		t
	비재림교인 (n=217)	재림교인 (n=129)		비재림교인 (n=177)	재림교인 (n=158)	
위험음주	M(SD) 6.04(3.49)	M(SD) 1.90(3.22)	10.98***	M(SD) 4.84(3.82)	M(SD) .39(1.34)	13.91***
활동수준	M(SD) 4.40(1.48)	M(SD) 2.79(1.54)	-2.33*	M(SD) 2.68(1.49)	M(SD) 2.48(1.53)	1.23
A행동유형	M(SD) 20.64(5.51)	M(SD) 20.70(5.89)	-10	M(SD) 18.53(6.49)	M(SD) 18.24(6.59)	.41

* p<.05, *** p<.001.

표 3 비재림교인과 재림교인간의 신체증상의 차이

변인	대학생		t	30세 이상의 성인		t
	비재림교인 (n=217)	재림교인 (n=129)		비재림교인 (n=177)	재림교인 (n=158)	
두통	M(SD) 8.10(3.39)	M(SD) 7.75(3.59)	.91	M(SD) 6.76(2.77)	M(SD) 6.56(2.94)	.64
불면증	M(SD) 7.54(3.44)	M(SD) 7.06(3.45)	1.25	M(SD) 7.02(3.11)	M(SD) 6.62(3.21)	1.15
소화증상	M(SD) 14.93(5.65)	M(SD) 14.40(5.82)	.83	M(SD) 12.15(4.42)	M(SD) 12.21(4.38)	-.13
심장증상	M(SD) 13.19(5.85)	M(SD) 12.78(6.06)	.62	M(SD) 11.42(4.36)	M(SD) 11.29(4.17)	.30

대상자들의 대처방식

대처방식에 있어서 비재림교인과 재림교인 간에 차이가 있는지를 분석한 결과를 표 4에 제시하였다. 분석 결과, 비재림교인과 재림교인 간에는 대처방식의 차이를 보였다.

결과를 요약하면 재림교인들이 비재림교인보다 적극적으로 대처하고 적극적으로 망각하며 자제를 더 많이 하고 양보를 더 하며 정서적 진정과 정서적 지원 추구를 더 하고 있었다. 물론, 재림교인들은 대학생($t(344)=-13.23, p<.001$)은 물론 30세 이상의 성인($t(333)=-16.73, p<.001$) 모두 종교적 추구를 더 많이 하고 있었다. 특이한 것은 재림교인 대학생들은 고집을 부리거나 긍정적인 해석과 타인과 긍정적인 비교를 더하지만 자기비판은 잘 하지 않는 반면에 30세 이상의 성인들은

체념하거나 자기비판을 하는 경향이 더 있는 것으로 나타났다. 이는 코호트(cohort) 효과가 있을 수 있지만 연령이 증가함에 따라 재림교인의 대처방식이 변할 수도 있다는 것을 암시하는 결과이다. 즉, 현재 대학생인 재림교인들과 현재 재림교인 성인들의 특성이 원래 다를 수 있고 그들이 노출되어 온 환경이 다를 수 있기 때문에 이런 횡단연구로 연령이 증가하면 대처방식에 변화가 있을 것이라는 것을 단정 지을 수는 없다.

대상자들의 신체증상 예측

마지막으로 대상자들의 신체증상을 단계적 회귀분석(stepwise regression analysis)으로 예측해 보았다. 예언변인은 연령, 건강식사행동, 운동-활동량, 흡연여부, 위험음주, 생활습관병 가족력, A

표 4. 비재림교인과 재림교인간의 대처방식의 차이

변인	대학생		t	30세 이상의 성인		t
	비재림교인 (n=217)	재림교인 (n=129)		비재림교인 (n=177)	재림교인 (n=158)	
적극적 대처	4.39(1.52)	4.92(1.44)	-3.19**	4.81(1.58)	5.27(1.57)	-2.66**
정서 표출	5.07(2.88)	5.42(2.77)	-1.11	5.40(2.40)	5.35(2.62)	-1.11
적극적 망각	4.71(2.31)	5.49(2.41)	-2.97**	4.87(2.36)	6.15(2.37)	-4.96***
자제	2.41(1.27)	2.73(1.45)	-2.15*	2.88(1.35)	3.46(1.32)	-3.96***
고집	4.13(1.82)	4.85(2.25)	-3.27**	5.02(2.11)	5.41(2.23)	-1.64
긍정적 해석	6.49(2.77)	7.12(2.62)	-2.07*	7.37(2.36)	7.75(2.42)	-1.45
긍정적 비교	4.23(2.20)	5.05(2.30)	-3.33**	5.27(2.36)	5.42(2.01)	-.66
양보	3.66(1.73)	4.50(1.75)	-4.36***	3.74(1.65)	4.43(1.84)	-3.74***
체념	2.63(1.82)	2.94(2.13)	-1.42	2.76(1.84)	3.25(2.05)	-2.33*
자기비판	5.18(2.64)	5.60(2.47)	-1.45	5.23(2.58)	6.20(2.39)	-3.56***
정서적 진정	6.66(2.44)	7.28(2.30)	-2.34*	7.07(2.23)	7.63(2.33)	-2.23*
정서적 지원 추구	6.81(2.87)	7.65(2.37)	-2.80**	5.24(2.87)	5.91(2.65)	-2.19*
종교적 추구	2.70(3.11)	7.33(3.21)	-13.23***	3.24(3.51)	8.98(2.66)	-16.73***

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001.

행동유형, 대처방식이었다.

표 5에서 볼 수 있듯이, 대상자들의 신체증상을 유의하게 예언할 수 있는 변인으로는 A행동유형, 체념, 연령, 자기비판, 긍정적 해석, 생활습관병 가족력, 및 정서적 지원 추구였는데, 신체증상을 예언변인 중에서도 A행동유형이 가장 유의하였다, $\beta=.36, p<.001$. 대상자의 나이가 많고 만성질환 가족력이 있으며 A행동유형, 자기비판, 체념을 잘 하고 정서적 지원 추구 수준이 높으면 호소하는 신체증상이 많았으나, 긍정적 해석 수준이 높으면 호소하는 신체증상이 적었다. 본 연구에서는 각각 건강행동, 흡연여부, 및 위험음주와 신체증상 간에는 유의한 공변량이 존재하지 않았다.

논의

재림교인들은 건강행동을 철저히 실천하는 집단으로 알려져 있으며, 서양에서 수행된 여러 선행연구들도 재림교인들이 다양한 건강행동을 실천하고 있고 신체적으로나 정신적으로 건강하다는 것을 일관되게 보고하고 있다(예: Brathwaite et al., 2003; Lindsted et al., 1996; Mozar et al., 1967). 본 연구에서는 한국 재림교인들도 일반인

들보다 건강행동을 더 실천하고 건강할 것이라는 가정 하에 그들의 식이행동, 음주 및 흡연, 활동-운동, A유형행동, 대처방식, 및 신체증상이 일반인들과 차이가 있는지를 검증하였다. 그리고 식이행동, 음주 및 흡연, 활동-운동 수준, A유형행동, 대처방식으로 대상자의 신체증상을 예언할 수 있는 변인들도 탐색하였다.

한국 재림교인들도 서양의 재림교인들(Fraser, et al., 1991; Nieman et al., 1989; Singh et al., 2003; Willett, 2003)처럼 채식 위주의 식사를 하고 자극적인 식사는 피하는 것으로 나타났다. 그러나 한국에서 의미하는 육식 위주와 채식 위주의 식사의 차이 개념이 서양의 그것과는 다를 수 있다. 맵고 짠 음식이 많지 않은 서양음식에서는 달거나 여러 향신료를 첨가한 음식을 자극적인 음식으로 간주할 수 있는 반면에 한국에서는 짜고 매운 음식을 자극적인 음식으로 간주한다. 한국인의 식생활에서는 육식위주의 식생활보다는 맵고 짠 음식을 먹는 습관이 더 문제라고 지적되고 있다(박영선, 정영숙, 2002). 따라서 본 연구에서는 자극적인 음식을 짜고 매운 음식으로 조작적 정의를 내리고 설문을 작성하였다. 매운 음식이 위를 자극하여 우리의 건강을 위협하지만 짠 음식은

표 5. 신체증상에 대한 단계적 중다회귀분석 결과(n=681)

예언변인	β	R^2	ΔR^2
A행동유형	.36***	.131***	.131
체념	.19***	.167***	.036
연령	.16***	.191***	.024
자기비판	.15***	.210***	.019
긍정적 해석	-.14***	.229***	.019
생활습관병 가족력	.12***	.241***	.012
정서적 지원 추구	.10**	.248***	.007

** $p<.01$, *** $p<.001$.

고혈압 등 여러 만성질환의 더 큰 원인이 된다고 알려져 있고, 한국인들은 세계보건기구의 소금섭취 권장량보다 훨씬 많이 섭취하는 것으로 조사되었다(박영선, 정영숙, 2002). 그런데 가정이 아닌 외부에서 먹게 되는 한국 음식은 주로 일괄적으로 간이 맞추어져 제공되는 경우가 많기 때문에 재립교인들이 싱겁게 먹으려고 노력한다 해도 일반인보다 얼마나 적게 소금을 섭취하는지는 의심스럽다. 즉, 재립교인이 세계보건기구의 소금섭취 권장량 이하를 섭취하는지는 알 수 없다.

서양의 재립교인들(Kurata et al., 1992; Lindsted & Singh, 1997; Mills et al., 1990; Myint et al., 2000)과 마찬가지로 한국의 재립교인에게서는 일반인보다 음주와 흡연 하는 비율이 매우 낮았다. 자신이 재립교인이라고 응답한 사람들 중에 대학생들보다는 30세 이상의 성인들에게서 음주와 흡연의 비율이 더 낮았다. 음주 비율에서도 차이를 보였지만 위험음주 수준에서도 재립교인과 일반인 간에는 큰 차이가 있었다. 위험음주 수준은 30세 이상의 성인들보다는 대학생들에서 더 심각한 것으로 나타났는데, 재립교인의 위험음주 수준이 훨씬 낮았다. 이로써 한국 재립교인들은 음주 때문에 생길 수 있는 건강상의 위험에서는 상당히 자유로울 수 있을 것이다.

그런데 고려해야 할 것은 두 집단 간의 흡연율의 차이가 기대했던 것보다 크게 나타나지 않았다는 것이다. 한국 성인 남성의 흡연율이 60% 정도로 보고되고 있으나(WHO, 2004), 본 연구의 대상자 중에는 절반가량이 여성이기 때문에 흡연율이 30%정도인 것으로 생각할 수 있다. 하지만 대상자 중에 성인 남성 대 여성 비율이 55.8:44.2였고 한국 여성의 흡연율도 6%정도로 보고되고

있기 때문에(WHO, 2004), 본 연구에 참여한 일반인 대상자들이 비재립교인 모집단보다 건강 습관을 더 실천하는 사람들일 수도 있다는 추론이 가능하다.

하지만, 한국의 재립교인들은 미국의 재립교인들(Lindsted et al., 1991; Myint et al., 2000; Singh et al., 2001)과는 달리 일반인들보다 운동 및 활동을 많이 하지는 않았다. 심지어 재립교인 대학생들은 비재립교인 대학생들보다 운동 및 활동 수준이 유의하게 낮았다. 이런 결과는 서양과는 달리 한국 재립교회에서는 식생활과 음주 및 흡연에 대해 절제 혹은 금기시하며 매우 강조하지만 운동이나 활동 부족에 관해서는 실제 너그럽기 때문일 수 있다. 한편 설문지에 학과를 표시하지 않았기 때문에 알 수 없으나 비재립교인에 체육 전공 학생들이 더 포함되었을 수도 있고, 일반 성인들의 설문을 서울역이나 서울-대전 구간의 기차 안에서 받았기 때문에 이들이 등산 혹은 여행을 좋아하는 활동성이 더 있는 집단일 수 있다는 것이 이런 결과에 대한 타당성을 위협할 수 있다. 따라서 추후 연구를 통해 재확증되어야 한다.

안식일 혹은 종교적 휴일을 준수하는 기독교인들은 A유형행동을 적게 보인다(Martin & Carlson, 1988)는 가정 하에 재립교인이 일반인들보다 A유형행동 수준이 낮다는 가설을 세우고 검증하였으나 그런 차이를 발견할 수 없었다. 한국의 재립교인은 일반인만큼 시간에 쫓기고 세상에서의 성취욕이 강한 것으로 나타난 것은 연구자의 기대와 달랐다. 종교적 휴식일(안식일)을 철저히 지킨다고 알려진 재립교인들도 산업화된 현대 사회에서는 경쟁에서 살아남기 위해 시간에 쫓기

며 살아가고 있는지 모른다. 그러나 이런 결과가 서양의 재림교인들에게도 일반화할 수 있는지는 의문이다. 아직 미국에서도 재림교인과 일반인 간에 A유형행동 차이를 비교한 연구는 없었기 때문에 더욱 그렇다. 일명 ‘빨리빨리병’은 한국문화 혹은 한국사회에 저변에 깔려 있어 재림교인이라도 영향을 받고 있는지 모른다. 다시 말해, 이것은 재림교인들 중에서도 한국 재림교인들만의 특성일 수 있다. 한편, 본 연구에서도 A유형행동은 신체증상과 비교적 높은 정적상관($r=.36, p<.001$)이 있었다.

그런데 신체증상을 통해서 살펴본 재림교인의 건강수준도 일반인들과 유의한 차이를 보이지 않았다. 네 가지 보고된 신체증상에서 두 집단 간에 유의한 차이를 보이지 않아 서양의 선행연구들에서 검증된 것처럼 재림교인이 일반인보다 건강하다는 것을 한국 재림교인을 대상으로 해서는 재확인할 수 없었다. 물론, 보고된 신체증상은 발병율이나 유병율, 수명 등과 같이 건강을 직접적으로 나타내는 변인이라고는 할 수 없다. 연구자들이 세운 가설과는 다른 결과이기 때문에 추후 연구를 통해 재확인해 볼 필요가 있다. 한국에서의 채식과 육식의 차이는 서양에서의 그것과는 차이가 있을 수 있지만, 흡연 및 음주 비율의 차이와 위험음주 차이로도 발병에 대한 상대적인 위험의 차이를 유발할 수 있을 것이기 때문이다.

본 연구에서 보면 건강식사행동과 운동 및 활동 수준은 물론 흡연 여부 및 위험음주 수준도 대상자들의 신체증상의 유의한 예언변인이 아니었다. 단지 연령과 생활습관병 가족력 외에 체념, 자기비판, 긍정적 해석, 정서적 지원 추구 등과 같은 대처방식과 A행동유형만이 신체증상의 유의한

예언변인이었다. A행동유형은 생활습관병 가족력이나 연령보다도 일반인과 재림교인의 신체증상을 더 강하게 예언할 수 있는 변인으로 검증되었는데, 이는 선행연구들에서 입증된 A유형행동과 관상성 심장질환간의 관계(Friedman & Rosenman, 1974; Rosenman, 1974)와 A유형행동이 건강을 위협할 수 있다는 가설을 지지하는 것이다(Matthews & Haynes, 1986). A유형행동에서 한국 재림교인은 일반인과 차이가 없었기 때문에 재림교인이 일반인들보다 건강하여 질병에 걸릴 확률이 낮다는 것을 본 연구에서는 증명할 수 없었을 수 있다.

재림교인의 대처방식은 일반인의 그것과는 차이가 있었다. 재림교인들이 대부분 긍정적인 결과를 내기도 하는 대처방식(서경현, 유제민, 2004; 서경현, 전경구, 2004)을 일반인들보다 더 많이 사용하는 것으로 나타났지만, 회귀분석에서 건강에 도움이 되지 않는 것으로 나타난 자기비판과 체념을 더 많이 하고 있었다. 그러나 본 연구에서 재림교인이 정서적인 지원을 더 추구하는 것으로 나타났는데, Fraser, Haller-Wade, 및 Morrow(1997)의 연구에서도 재림교인들이 일반인들보다 결혼하는 비율이 높았으며 친구와 친척에 더 헌신적이고 그 관계에 의지하는 것으로 나타났다. 서양이나 한국에서도 이런 대처방식의 차이가 재림교인을 건강하게 하거나 건강하지 않게 할 수 있다. 아무튼 본 연구의 결과는 건강과 관련하여 재림교인과 비재림교인 간에 비교할 때 대처 방식의 차이에 관심을 가져야 할 필요성을 시사하고 있다.

그러나 단계적 회귀분석 결과는 상관연구에서 특정 대처방식이 질병 혹은 신체증상에 영향을

준다고 결론내리기는 힘들다는 것을 일깨워준다. 예를 들어 정서적 지원 추구는 신체증상과 정적 상관관이 있었는데 정서적 지원 추구가 신체증상을 유발한다고 보기는 어렵고 신체증상이 정서적 지원 추구를 증가시켰을 수 있다. 신체증상을 유의하게 예언할 수 있는 변인으로 검증된 대처방식 중에는 양방향 인과관계를 짐작할 수 있는 것들도 있다. 예를 들어, 자기비판을 많이 하는 사람일수록 신체증상을 많이 호소하는 것은 신체증상이 느껴지면 건강습관을 실천하지 못한 자신에 대한 죄책감으로 자기를 비판하게 되는 것일 수 있다. 상관연구를 통해 얻은 결과이기 때문에 대처방식과 신체증상간의 관계를 추론하면서 원인과 결과를 추론하는 수준을 넘어설 수 없다는 것을 유념해야 한다.

단 한번 실시된 연구로 큰 결론을 얻을 수는 없지만, 본 연구로 서양의 재립교인과는 다른 한국 재립교인의 건강과 그와 관련된 특성을 탐색할 수 있었다. 그런데 연구자들은 재립교인들이 일반인들보다 A유형행동 수준이 낮고 신체증상을 더 적게 보고할 것이라는 가설을 증명할 수는 없었다.

한편 본 연구의 결과를 해석하는 데는 제한점이 있고 완전한 결과의 타당성을 보장하기에도 다음과 같은 한계가 있다. 첫째, 앞서 언급한 것처럼 본 연구에 참여한 비재립교인들은 한국의 일반인들을 완벽히 대표하지 못한다. 예를 들어, 서울역과 서울-대전 구간의 기차 안에서 설문에 응답한 사람들은 활동성이 있는 사람들이고 건강행동을 실천하는 사람들일 수 있다. 그런 점은 한국인들의 평균 흡연율과의 차이에서도 추측 가능하다. 둘째, A행동유형 척도의 내적일관도 수준이

비교적 낮다는 것이다. 유희정의 연구(1990)에서도 낮은 내적일관도를 보였으나 문항 수가 적어 문항을 삭제하여 내적일관도를 높일 수도 없었다. 물론 회귀분석에서는 가장 유의한 예언변인으로 검증되었지만 신뢰도와 타당도가 높은 도구를 사용했다고 할 수 없다. 마지막으로 자기보고식으로 신체증상을 측정하는 것이 신체건강을 대표할 수 없다. 따라서 추후연구들이 필요하다. 재립교인들은 건강과 관련하여 특별한 집단으로 인식되고 있기 때문에 서양에서처럼 한국에서도 재립교인의 건강상태나 수명에 관한 조사연구가 시급하다.

참고문헌

- 박영선, 정영숙(2002). 한국인의 식생활 문화 특성과 인식 유형: 세대별 비교를 중심으로. 한국식생활문화학회지, 17(4), 435-445.
- 류준범(2000). 분노의 다차원적 특성과 신체 건강간의 관계. 대구대학교 석사학위논문.
- 서경현, 유제민(2004). 장기적 금연유지 요인 탐색: 입원 금연 프로그램 참여자 2년간 추적 검증. 한국심리학회지: 건강, 9(4), 555-568.
- 서경현, 전경구(2004). 영적 안녕, 생활 스트레스 및 대처. 한국심리학회지: 건강, 9(2), 333-350.
- 오만규(1989). 재립교회사: 제칠일안식일예수재립교회. 서울: 시조사.
- 유희정(1990). 관상동맥성 심장병 환자의 심리적 특성-정신병적 경향성과 반응성. 중앙대학교 박사학위논문.
- 전경구, 김교현(1996). 스트레스와 대처에 관한 통합적 모델의 탐색: 제어이론적 조망. 한국심리학회지: 건강, 1(1), 34-65.
- 전경구, 김교현, 서경현, 이민규(준비중). 개정판 다차원

- 적 대처 척도의 개발.
- Armstrong, B., Van Merwyk, A. J., & Coates, H. (1977). Blood pressure in Seventh-day Adventist vegetarians. *American Journal of Epidemiology*, 105, 444-449.
- Babor, T. F., De la Fuente, J. R., Saunders, J., and Grant, M. (1989). *AUDIT-the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva.
- Berkel, J., & de Waard, F. (1985). Mortality pattern and life expectancy of Seventh-day Adventists in the Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, 12, 455-459.
- Brannon, L., & Feist, J. (2000). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. Belmont: Wordsworth.
- Brathwaite, N., Fraser, H. S., Modeste, N., Broome, H., & King, R. (2003). Obesity, diabetes, hypertension, and vegetarian status among Seventh-day Adventists in Barbados: Preliminary results. *Ethnicity & Disease*, 13, 34-39.
- Fønnebo, V. (1994). The healthy Seventh-day Adventist lifestyle: what is the Norwegian experience? *American Journal of Clinical Nutrition*, 59, 1124S-1129S.
- Fraser, G. E. (1988). Determinants of ischemic heart disease in Seventh-day Adventists: A review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 48, 833-836.
- Fraser, G. E., Beeson, W. L., & Phillips, R. L. (1991). Diet and lung cancer in California Seventh-day Adventists. *American Journal of Epidemiology*, 133, 683-693.
- Fraser, G. E., Haller-Wade, T. M., & Morrow, S. (1997). Social support in Seventh-day Adventists and their neighbors. *Journal of Religion & Health*, 36, 231-239.
- Fraser, G. E., Singh, P. N., & Bennett, H. (1996). Variables associated with cognitive function in elderly California Seventh-day Adventists. *American Journal of Epidemiology*, 143, 1181-1190.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). *Type A Behavior and Your Heart*. New York: Knopf.
- Jedrychowski, W., Tobiasz-Adamczyk, B., Olma, A., & Gradzikiewicz, P. (1985). Survival rates among Seventh-day Adventists compared with the general population in Poland. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 23, 49-52.
- Kuczarski, R. J., Anderson, J. J., & Koch, G. G. (1994). Correlates of blood pressure in Seventh-day Adventist (SDA) and non-SDA adolescents. *Journal American College Nutrition*, 13, 165-173.
- Kurata, J. H., Nogawa, A. N., Abbey, D. E., & Petersen, F. A. (1992). Prospective study of risk for peptic ulcer disease in Seventh-Day Adventists. *Gastroenterology*, 102, 902-909.
- Lemon, F. R., & Walden, R. T. (1966). Death from respiratory system disease among Seventh-day Adventist men. *Journal of American Medical Association*, 198, 117-126.
- Lindsted, K. D., Fraser, G. E., Steinkohl, M., & Beeson, W. L. (1996). Healthy volunteer effect in a cohort study: Temporal resolution in the Adventist health study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 783-790.
- Lindsted, K. D., & Singh, P. N. (1997). Body Mass

- and 26-Year Risk of Mortality among Women who never Smoked: Findings from the Adventist Mortality Study. *American Journal of Epidemiology*, 146, 1-11.
- Lindsted, K. D., Tonstad, S., & Kuzma, J. W. (1991). Self-report of physical activity and patterns of mortality in Seventh-day Adventist men. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 355-364.
- Martin, J. E., & Carlson, C. R. (1979). Spiritual dimension of health psychology. In R. M. Miller & J. E. Martin (Ed.), *Behavior Therapy and Religion*. CA: Sage Publications, Inc.
- Matthews, K. A., & Haynes, S. G. (1986). Type A behavior pattern and coronary disease risk: update and evaluation. *American Journal of Epidemiology*, 123, 923-960.
- Mills, P. K., Abbey, D., Beeson, W. L., & Petersen, F. (1991). Ambient air pollution and cancer in California Seventh-day Adventists. *Archives of Environmental Health*, 46, 271-280.
- Mills, P. K., Beeson, W. L., Phillips, R. L., & Fraser, G. E. (1994). Cancer incidence among California Seventh-day Adventists, 1976-1982. *American Journal of Clinical Nutrition*, 59, 1136S-1142S.
- Mills, P. K., Newell, G. R., Beeson, W. L., Fraser, G. E., & Phillips, R. L. (1990). History of cigarette smoking and risk of leukemia and myeloma: Results from the Adventist health study. *Journal of National Cancer Institute*, 82, 1832-1836.
- Mills, P. K., Preston-Martin, S., Annegers, J. F., Beeson, W. L., Phillips, R. L., & Fraser, G. E. (1989). Risk factors for tumors of the brain and cranial meninges in Seventh-day Adventists. *Neuroepidemiology*, 8, 266-275.
- Mozar, H. N., Farag, S. A., Andren, H. E., & Peters, J. R. (1967). The mental health of Seventh-day Adventists. *Medical Arts of Science*, 21, 59-66.
- Murphy, F. G., Blumenthal, D. S., Dickson-Smith, J., & Peay, R. P. (1990). The mortality profile of black Seventh-day Adventists residing in metropolitan Atlanta: A pilot study. *American Journal of Public Health*, 80, 984-985.
- Murphy, F. G., Gwebu, E., Braithwaite, R. L., Green-Goodman, D., & Brown, L. (1997). Health values and practices among Seventh-day Adventist. *American Journal of Health Behavior*, 21(1), 43-50.
- Myint, T., Fraser, G. E., Lindsted, K. D., Knutsen, S. F., Hubbard, R. W., & Bennett, H. W. (2000). Urinary 1-methyl histidine is a marker of meat consumption in black and white California Seventh-day Adventists. *American Journal of Epidemiology*, 152, 752-755.
- Nieman, D. C., Underwood, B. C., Sherman, K. M., Arabatzis, K., Barbosa, J. C., & Shultz, T. D. (1989). Dietary status of Seventh-day Adventist vegetarian and non-vegetarian elderly women. *Journal of American Dietary Association*, 89, 1763-1769.
- Palmer, T., & Rogers, T. (1997). Religion and health: holistic view from the perspective of two African American church denominations. *Counseling & Values*, 42(1), 27-38.
- Phillips, R. L., Garfinkel, L., Kuzma, J. W., Beeson, W. L., Lotz, T. L., & Brin, B. (1980). Mortality among California Seventh-day Adventists for selected cancer sites. *Journal*

- of *National Cancer Institute*, 65, 1097-1107.
- Rosenman, R. H. (1974). *The Role of Behavior Patterns and Neurogenic Factors in the Pathogenesis of Coronary Heart Disease, Stress and the Heart*, R. S. Eliot, ed., pp. 123-141. New York: Future Publishing Co.
- Singh, P. N., Fraser, G. E., Knutsen, S. F., Lindsted, K. D. (2001), Bennett H. W. Validity of a physical activity questionnaire among African-American Seventh-day Adventists. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33, 468-475.
- Singh, P. N., Sabate, J., & Fraser, G. E. (2003). Does low meat consumption increase life expectancy in humans? *American Journal of Clinical Nutrition*, 78, 526S-532S.
- Singh, P. N., Tonstad, S., Abbey, D. E., & Fraser, G. E. (1996). Validity of selected physical activity questions in white Seventh-day Adventists and non-Adventists. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 28, 1026-1036.
- Snowdon, D. A. (1988). Animal product consumption and mortality because of all causes combined, coronary heart disease, stroke, diabetes, and cancer in Seventh-day Adventists. *American Journal of Clinical Nutrition*, 48, 739-748.
- Sorkin, J. D., Muller, D., & Andres R. (1994). Body mass index and mortality in Seventh-day Adventist men: A critique and re-analysis. *International Journal of Obesity*, 18, 752-754.
- Webster, I. W., & Rawson, G. K. (1979). Health status of Seventh-day Adventists. *Medical Journal*, 1, 417-420.
- World Health Organization. (2004). *Building Blocks for Tobacco Control*. Geneva: WHO Press.
- Willett, W. (2003). Lessons from dietary studies in Adventists and questions for the future. *American Journal of Clinical Nutrition*, 78, 539S-543S.
- Zollinger, T. W., Phillips, R. L., & Kuzma, J. W. (1984). Breast cancer survival rates among Seventh-day Adventists and non-Seventh-day Adventists. *American Journal of Epidemiology*, 119, 503-509.

원고 접수: 2005년 4월 14일

수정원고 접수: 2005년 6월 9일

게재 결정: 2005년 6월 13일

Health Behaviors, Type A Behavior Patterns, Coping Styles, Physical Symptoms among Korean Seventh-day Adventists

Yoon Ae Kim	Sung Jin Chung	Kyung Hyun Suh
School of Health & Welfare	Dept. of Psychology	Dept. of Counseling
Sahmyook University	Catholic University of Korea	Sahmyook University

This study examined the differences in health behavior, type A behavior patterns, coping styles, physical symptoms between Korean Adventists and non-Adventists. The participants were 346 college students (129 Adventists and 217 non-Adventists) and 335 adults over 30 years old (158 Adventists and 177 non-Adventists). The instruments utilized in the present study were the Framingham Tape A Behavior Pattern Scale, AUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test), the Multidimensional Coping Scale, and Chon's Physical Symptom Questionnaire. Results indicated that Adventists' dietary styles were significantly different from non-Adventists' dietary styles, and Adventists consumed less alcoholic beverage and cigarette than non-Adventists did. Although Adventist's coping styles were different from non-Adventist's coping styles, there were no differences in level of type A behavior pattern and reported physical symptoms between those two groups. A forward stepwise regression analysis revealed that type A behavior patterns accounted for most variance of physical symptoms. Results of this study were discussed with antecedent studies on Adventist's health in United States and other countries.

Keywords: Seventh-day Adventist, health behavior, type A behavior pattern, coping, physical symptom