

대학생들의 건강증진행위와 삶의 만족도에 대한 구조모형

홍 연 란* · 이 가 언** · 박 현 숙***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

건강행위는 건강유지, 건강증진, 질병예방, 생명연장을 위한 행위로 개인 스스로 주도성과 책임감을 가지고 건강상태를 유지하기 위해 자신의 잠재능력을 효과적으로 발달시키는 행위이다.

개인의 건강행위는 아동기부터의 성장발달과 학령기 및 중 고등학교의 학습과정을 통해 몸에 익혀 지속된다고 할 수 있으며 일생 중 청년기에 해당하는 대학생시기는 가장 정력적이고 건강한 시기이지만 자신의 건강에 대한 지나친 자신감과 무관심, 부주의 등으로 오히려 건강을 잃는 경우가 더 흔한 시기이기도하다(전매희 등, 1996).

Bernstein(1981)은 건강행위의 약 50개 부분에서 만성질병과 불구가 될 위험 요인이 건강하지 못한 생활양식으로 인해 나타난다고 하였고, Laronde(1974)는 건강, 질병, 사망을 결정하는 요인을 유전, 물리적 환경, 생활방식, 그리고 의료의 네 가지로 분류하고, 그 각각이 건강에 기여하는 비중을 조사해 본 결과 그 중에서 생활방식이 전체의 60%를 차지한다고 함으로써 건강의 결정요인으로서 올바른 생활 방식이 중요함을 강조하였다. 최근 WHO에서도 선진국에서 일어나는 사망의 70-80%, 후진국에서 일어나는 사망의 40-50%가 생활

양식이 원인이 되는 질병 때문이라 추산하였으며 우리나라에서도 20-59세 성인에서의 바람직한 건강관련 실천행동들이 신체적 건강과 긍정적인 관계가 있는 것으로 보고되고 있다(박은숙, 1995).

Pender(1982)는 건강증진행위를 건강한 생활방식을 증진시키기 위한 개인적 또는 지역 사회적 활동으로서 개인의 안녕 수준과 만족감을 유지하거나 높이고 자아실현을 하는 방향으로 취해지는 활동으로 정의하였다. 조원정(1988)은 건강행위를 질병의 치료와 예방을 위한 행위로부터 보다 나은 자아를 유지, 증진하고 활성화시키기 위한 능동적이며 주체적인 자아활동에 이르는 생명에 관계된 총체적 행위로 규정하였고 이것은 대상자들의 건강지각에 달려있는 것으로서 사회 문화적 가치나 신념에 따라 각기 다른 태도로서 행동되어지리라 생각된다.

건강증진이란 현재 질병이 없이 건강을 유지하고 있는 사람들을 대상으로 질병발생위험을 초래할 수 있는 요인을 감소하는 방향으로 건강습관을 형성하도록 기술을 개발하고 행동을 변화함으로써 건강을 향상시키고자 하는 접근 방법으로서 McQueen(1988)은 건강증진을 새로운 과학으로 정의하고 있다. 건강증진은 특정한 질병에 걸릴 위험에 있는 사람에게만 관심을 두는 것이 아니라 일상생활의 맥락 안에서 인구집단 전체를 모두 포함하며, 건강에 영향을 미치는 경제적, 환경적, 사회적, 개인적 요인들과 원인들에 대해 정부와 지방수준에서의 활동을 통합하여 지향하며, 의사소통, 건강교육, 법규제정, 재

* 경북대학교 대학원 박사과정

** 경북대학교 간호학과 시간강사

*** 대구가톨릭대학교 간호학과

정, 조직변화, 지역사회개발 및 자발적인 지역사회 활동 등을 병행하며, 효과적이며 구체적인 대중의 참여를 지향하는 건강분야와 사회분야의 활동이라는 개념하에 우리나라에서도 1994년 10월 국민건강생활지침이 개정된 이후, 1995년에는 국민건강증진법이 제정되어 생활습관 개선을 통한 국민건강증진에 정진하게 되었다

고정된 건강습관의 변화와 유도에는 저항이 따르므로 가능한 한 성인병의 이환율이 낮은 청년기에 바람직하지 못한 행위를 교정하고 좋은 건강행위를 수립하도록 돕는 것이 중요하다고 본다(김애경, 1995; Mickalide, 1986). 특히 사망률이나 이환율의 기준에서 볼 때 가장 건강한 시기에 있는 대학생은 자칫 건강의 진가를 망각하거나 경시하는 경향이 있으며, 동시에 부모와 가족으로부터 독립하여 비로소 자신의 건강을 스스로 관리해야 하는 책임을 갖는 시기이므로(한국보건사회연구원, 1992; 임선옥 등, 1995) 청년기에 속한 이들에게 건강한 생활양식을 지니도록 유도함으로써 불건전한 생활습관에서 기인되는 건강문제의 발생을 예방하고 심신이 건강한 사회인으로 육성되어 향후 중년기와 노년기까지 건강한 삶을 영위하여야 할 것이다.

이에 연구자는 Pender모형의 자아존중감, 지각된 자기효능, 지각된 건강상태, 건강통제위를 포함하여 건강증진행위와 삶의 질에 관한 모형을 구축하여 변수들간의 통합적인 인과관계를 검증함으로써 건강증진과 삶의 질을 촉구하는 효과적인 간호중재법 개발의 기틀을 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 대학생의 건강증진과 삶의 만족도를 향상시키기 위한 간호중재법의 기틀을 제공하는 것으로서 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) Pender의 건강증진모형과 삶의 만족도 선행연구결과를 토대로 하여 건강증진행위와 삶의 만족도에 관한 가설모형을 구축한다.
- 2) 가설모형과 실제 자료간의 적합성을 검증한다.
- 3) 인지, 지각 변수들과 건강증진행위, 삶의 질과의 관계를 통합적으로 파악한다.

3. 용어정의

1) 건강증진 생활양식

이론적 정의 : 개인이나 집단의 최적의 안녕, 자아실현, 개인적인 성취를 유지하거나 증진시키려는 방안으로 취해지는 행위이다(Pender, 1987).

조작적 정의 : Pender(1982)가 개발한 6개의 요인으로 구성된 건강증진행위 측정도구를 연구자가 번안하고 일부 수정한 도구로 측정된 점수이다.

2) 삶의 만족

이론적 정의 : 신체적, 정신적 및 사회, 경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕상태를 의미한다(노유자, 1988).

조작적 정의 : William Pavot and ED Diener (1993)이 개발한 도구를 연구자가 번안하여 측정된 점수이다.

3) 자기효능

이론적 정의 : 바람직한 결과를 얻기 위해 필요로 하는 행위를 자신이 성공적으로 수행할 수 있다고 믿는 신념이다(Bandura, 177).

조작적 정의 : Becker 등(1974)이 개발한 도구를 임미영(1988)이 번안하고 일부 수정한 도구로 측정된 점수이다.

4) 건강통제위

이론적 정의 : 건강과 관련된 강화에 대한 일반화된 기대로서 내적통제위, 우연통제위, 영향력 있는 타인의존통제위로 구분된다. 내적통제위는 행동의 결과나 강화를 받아들일 때 자신의 행동, 능력에 의해 좌우된다고 믿는 성향이며, 우연통제위는 행운, 기회, 운명에 의해 좌우된다고 믿는 성향이고, 영향력 있는 타인의존통제위는 행동의 결과나 강화를 받아들일 때, 자신의 통제하에 있기보다는 힘있는 타인의 지배에 의해 통제된다고 믿는 성향이다(Wallston 등, 1978).

조작적정의 : Wallston등(1978)이 개발한 다차원적 건강통제위 도구를 권인자(1988)이 번안한 도구로 측정된 점수이다.

5) 자아존중감

이론적 정의 : 자아개념의 평가적 요소로서 자아를 긍정적으로 수용하고 가치 있는 인간으로 인지하는 것을 말한다(Tafe, 1985).

조작적 정의 : Rosenberg의 자아존중감 측정도구를 번재(1974)가 번안한 도구로 측정된 점수이다.

6) 지각된 건강상태

이론적 정의 : 자신의 건강에 대한 주관적 평가이다 (Ware, 1976).

조작적 정의 : Lawston 등 (1988)이 번안한 도구로 측정된 점수이다.

II. 문헌 고찰

최근 건강증진과 질병예방은 치료적, 의학적 진보보다는 개인의 생활양식에 더 많은 관심을 나타내고 있으며 건강에 영향을 미치는 개인의 건강생활 양식을 증진시키고 파괴적인 개인습관에 대한 전략을 세우는 방안이 제시되고 있다. 왜냐하면 건강은 개인 자신의 조절과 책임에 달려있다는 신념 때문이다. 산업혁명이 시작된 이래 지난 3세기 동안 인류의 평균 수명의 증가와 사망률 감소에 영향을 미친 요인들을 중요한 순서대로 보면, 영양상태 및 위생상태의 개선, 생활양식의 변화, 그리고 마지막으로 의학적 치료라고 하는 데서도 알 수 있듯이 생활양식이 건강에 미치는 영향은 크다고 하겠다(이갑순, 1998).

건강증진이란 개념은 이미 의료계에서 오랫동안 지속되어 온 개념이며 또한 이들 학문이 존재하는 하나의 목적으로 제시되어 온 개념이고 한국간호사의 윤리강령에도 건강증진을 간호의 기본책임의 하나로 지적하고 있다(김의숙, 1993).

pender(1987)는 건강을 '환경과 구조적 통합을 유지하고 조화를 이루는 데 필요한 것으로서 적응을 하기 위해 목표지향적 행위, 충분한 자기관호, 다른 사람과 만족스런 관계를 통해 선천적, 후천적인 인간 잠재력을 실현하는 것'으로 정의하였고 건강증진을 "건강한 생활양식을 향상시키기위해 개인적으로 또는 지역사회의 활동으로 안녕수준을 높이고 자아실현, 개인적 만족감을 유지하거나 높이기 위한 방향으로 이끄는 활동" 이라고 정의하고 건강증진 행위에는 운동, 좋은 영양상태 유지, 사회지지

체계의 개발 등이 포함된다고 하였다. 또한 건강증진 행위가 인간의 수명을 연장하고 삶의 질을 증진하며 건강관리 비용을 감소시켜 각 개인의 기본적인 건강요구를 해결할 뿐 아니라 궁극적으로 사회 전반적인 안녕수준을 높일 수 있다고 역설했다.

Pender(1982)는 건강한 생활양식의 상호보완적 요소로서 건강보호행위(health protective behavior)와 건강증진행위(health promotion behavior)를 제안하였으며, 촉진적 건강행위를 설명하기 위한 범례로서 개인의 다양한 인지-지각요인과 이에 영향을 미치는 조정요인에 의해 건강행위에 대한 의사결정이 내려지며, 건강증진행위를 자극하는 행동의 계기와 방해하는 장애점이 작용하여 건강증진행위를 결정하게 된다는 건강증진모형을 제안하였다.

건강증진행위와 pender가 제안한 영향요인들과의 관계를 분석한 많은 연구들에서 자기효능, 자아존중감, 지각된 건강상태, 대상자의 인구사회학적인 특성요인이 건강증진행위와 높은 상관관계를 나타내었다.

Speake, Cowart 및 Pellet(1989)은 노인들의 건강상태와 건강통제위, 그리고 인구학적 변수가 건강증진행위를 얼마나 설명하는지를 알기 위한 연구에서 학력이 높을수록, 건강상태가 좋을수록, 내적통제위 일수록 건강증진행위의 빈도가 더 높았으며 인구학적 변수를 통제했을 때 건강상태와 우연성통제위 및 내적통제위가 건강증진행위를 24% 설명한다고 하였다.

서울소재 직장인을 대상으로 한 이태화(1989)의 연구에서 자존감, 내적통제위, 타인의존통제위, 건강상태, 연령의 순으로 건강증진행위를 설명한다고 하였고 대학생 을 대상으로 연구한 박미영(1993)은 지각된 건강상태, 내적통제위, 건강의 중요성 인식, 건강개념, 타인의존 통제위가 건강증진 생활양식의 28.19%를 설명한다고 보고하였다.

pender, Walker 및 Sechrist(1990)의 연구에서는 지각된 개인능력과 건강에 대한 정의, 지각된 건강상태 및 건강통제위 등의 변인이 건강증진 생활양식을 31% 설명한다고 하였다. 한편 위암환자를 대상으로 한 오복자(1995)의 연구에서는 내적통제위가 건강증진 행위에 유의한 영향을 주지 않았다고 보고하고 있어서 건강통제위는 결과기대에 해당되는 것으로 건강행위와 관련하여 많은 주목을 받아 왔으나 실증적인 증거는 일관되지 않다고 볼 수 있다.

Bandura의 학습이론에선 자기효능 개념을 인간행동

변화의 주요결정인자로 제안했으며 자기효능을 특정 업무를 성취하기 위해 필요한 행동을 조직하고 수행하는 능력에 대한 개인의 신념이라고 정의했다(구미옥 등, 1997). 구미옥 등(1994)은 1981년부터 1994년까지 자기효능개념을 적용한 37편의 국외논문과 2편의 국내 건강관련 논문을 분석한 결과, 개념적용의 대상은 정상인과 환자군 모두에서 폭넓게 적용되었으며, 대상자의 건강관련 행위로 다양하였고 주로 자기관리가 요구되는 행위들이었다. 중재연구 분석에서 전반적으로 중재 프로그램이 자기 효능을 증진시켰고 증가된 자기효능은 행위 변화에 강력하게 영향을 미쳤다. 또한 오복자(1994)는 위암환자를 대상으로 건강증진 행위와 삶의 질의 영향요인으로 자기효능, 자아 존중감 및 인지한 장애성을 확인하였고 그 중에서 자기효능감이 가장 중요한 영향요인이라고 하였다. 이외에도 중년여성(박재순, 1995; 이숙자, 박은숙, 박영주, 1996), 근로자(Pender et al., 1990; Weitzel, 1989)의 건강증진 행위에 자기 효능감이 영향을 미치는 것으로 보고되어 건강증진 생활양식의 변화를 위해 자기효능감의 증진이 중요함을 나타내고 있다.

지각된 건강상태와 건강증진 행위와의 관계를 긍정적으로 평가한 연구는 다수가 있다. Mechanic & Clearly(1980)는 심리적 안녕과 주관적인 건강상태가 긍정적인 건강행위와 연결되어 있음을 보고하였고, Kuster & Fong(1993)도 지각된 건강상태와 건강증진 생활양식과의 관계에서 긍정적인 상관관계를 보고하였다. Pender(1987)도 지각된 건강상태가 건강증진 행위를 행하는 빈도 및 강도와 관련이 있다고 하였고, Duffy(1988)도 자신의 건강상태가 "좋다"고 말한 사람은 건강증진 생활양식 등 자아실현, 영양, 대인관계의 영역에서 많은 이행을 보인다고 하였다. 한편 지각된 건강상태와 건강증진 행위와는 유의한 상관이 없거나 부적 상관관계가 있다고 한 보고도 있다(박재순, 1995; 이미라, 1997).

자아개념과 자아존중감은 청년의 정신건강에 결정적인 역할을 하는 것으로 보고있다(김혜숙 외, 1993). Branden(1969)은 자아존중감은 인간의 기본욕구로서 이 욕구의 충족여부는 생사를 가늠할 정도로 중요한 문제라고 하면서 한 개인의 심리적 적응을 알기 위해서는 개인의 자아존중감을 알아야 한다고 주장하고 있다. Hallal(1982)도 유방자가검진 행위와 건강신념, 건강통제위 및 자아개념의 관계연구에서 자존감이 높은 대상자에서 유방자가검진 시행횟수가 더 많았다고 보고하였다. 또한 이태

화(1989), 박인숙(1995)은 건강증진행위에 영향을 미치는 주요변인을 분석한 결과 가장 영향력 있는 변인은 자아존중감이라고 하였다.

생활만족도는 생활전체에 대한 행복과 만족의 주관적 감정이며 일종의 태도로서 이는 심리적 요인과 환경적 요인에 영향을 받고 있으므로 개인의 정신건강을 결정짓는 중요한 요소라 할 수 있고, 여러 간호연구에서 생활에 대한 만족이나 개인의 안녕감을 다차원적인 삶의 질 개념으로 언급하고있다(Campbell, 1981; George & Bearon, 1980).

건강증진 생활양식과 생활만족간의 관계에 대한 연구는 많이 이루어지지 않았으나, 오현수(1993)의 연구에서 건강증진 실천이 삶의 질을 15% 설명하는 것으로 나타났다. 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구(박은숙 등, 1998)에서 지각된 건강상태와 건강증진 행위는 삶의 질을 설명하는 데 있어 각각 10%, 5%의 설명력을 가지는 것으로 나타났다.

또한 여러 연구에서 삶의 질에 영향을 주는 변수로 지각된 건강상태, 자가간호역량, 자아존중감, 자기효능, 내적통제위, 외적통제위, 사회적지지, 부담감과 질병관련 요인 등이 제시되고 있다(Burckhardt, 1985; Ferrans & Powers, 1985; Fohamma & Ferdinand, 1985; Magilvy, 1985; Morris, 1986; Torrance, 1987; 김순미 및 오복자, 1996; 노유자, 1989; 박정숙, 1989; 방활란, 1991; 오복자, 1994; 정추자, 1992; 한윤복 등, 1990).

III. 본 연구의 개념적 기틀 및 가설적 모형

Pender의 건강증진 모형에 기초하여 6개의 인지, 지각변수 즉 자아존중감, 지각된 건강상태, 자기효능감, 내적통제위, 우연통제위, 타인의존통제위를 선택하였고 행위변수로서 건강증진행위를 결과변수로서 삶의 만족도를 선택하였다.

본 개념 틀에서 인지, 지각변수는 내생변수인 건강증진행위와 삶의 만족도에 영향을 주고 건강증진행위와 삶의 만족도는 인지 지각변수에 회환을 준다.

본 연구의 개념 틀과 문헌고찰을 토대로 그림1과 같이 가설모형이 구성되었다. 가설모형에서 각 경로는 본 연구의 가설이 된다. 가설모형에서 내생변수인 건강증진행위에 직접적인 영향을 주는 6개의 변수는 자아존중감, 지각된 건강상태, 자기효능감, 내적통제위, 우연통제위,

타인의존통제위로 설정되었다.

삶의 만족도에 직접적인 영향을 주는 변수는 문헌고찰을 근거로 자아존중감, 지각된 건강상태, 자기효능감, 내적통제위, 타인의존통제위, 건강증진행위로 설정되었다.

자아존중감, 지각된 건강상태, 자기효능감, 내적통제위, 우연통제위, 타인의존통제위의 인지 지각변수들은 건강증진행위를 매개변수로 하여 삶의 만족도에 간접적인 영향을 주는 것으로 설정되었다.

이상과 같이 매개변수 설정으로 인지 지각변수들은 건강증진행위와 삶의 만족도에 직접적인 영향과 매개변수를 통한 간접적인 영향을 주는 것으로 설정되었다.

IV. 연구 방법

1. 연구대상

본 연구의 대상자는 K시에 소재하는 T 대학교에서 “가족건강관리”라는 교양과목을 수강하는 학생전원을 선정하였다. 자료 수집기간은 1999년 8월 25일부터 1999년 12월 6일까지였고 편의 표출된 160명중 불완전한 설문지 3부를 제외하고 157명의 자료가 총 분석에 이용되었다.

2. 연구도구

1) 삶의 만족도

삶의 만족도는 William Pavot & Ed Diener (1992)의 삶의 만족도 척도를 연구자가 변안하여 사용하였다. 이 도구는 5문항으로 구성되어 있으며 1점에서 7점까지 Likert type으로 배열되어있으며 점수가 높을수록 삶의 만족이 높은 것으로 간주된다. 개발당시 신뢰도는 Cronbach' $\alpha = .79-.89$ 였으며 본 연구에서는 Cronbach' $\alpha = .84$ 이었다.

2) 건강증진행위

건강증진행위는 Pender(1982)의 건강증진 생활양식 측정도구를 연구자가 변안한 것을 사용하였다. 이 도구는 48문항으로 구성되어있는데 각 문항은 1점에서 4점까지 Likert type으로 배열되어있으며, 이 도구에 의한 건강증진 생활양식 수행정도의 범위는 48점에서 192점까지이며, 점수가 높을수록 건강행위 수행정도가 높다는 것을 뜻한다. 이 도구는 자아실현 등 6개의 하부영역으

로 구성되어있다.

본 연구에서 신뢰도는 Cronbach' $\alpha = .93$ 이었다.

3) 자아존중감

자아존중감 척도는 Rosenberg의 자아존중감 척도를 전병재(1974)가 번역한 것을 사용하였다. 이 척도는 Coopersmith의 자아존중감 척도와의 상관관계가 .60으로 구성타당도를 보였으며 Rosenberg(1965)에 의해 구성타당도와 예측타당도가 적절하다고 밝혀진바 있다.

이 도구는 5개의 긍정문항과 5개의 부정문항으로 구성되어있으며 각 문항은 1점에서 4점까지 Likert type으로 배열되어있다. 부정문항은 그 점수를 역으로 계산하여 자아존중감 점수는 10점에서 40점까지 나올 수 있으며 점수가 높을수록 자아존중감이 높은 것을 의미한다.

개발당시 신뢰도는 Cronbach' $\alpha = .92$ 였으며 본 연구에서는 Cronbach' $\alpha = .80$ 이었다.

4) 자기효능감

자기효능 척도는 Becker 등(1993)의 도구를 임미명(1998)이 변안한 것을 사용하였다. 이 도구는 28문항으로 구성되었는데 각 문항은 1점에서 5점까지의 Likert type으로 배열되어있으며 이 도구에 의한 자기효능 점수는 28점에서 140까지이며 점수가 높을수록 자기효능감이 높은 것으로 간주된다.

본 연구에서 신뢰도는 Cronbach' $\alpha = .94$ 이었다.

5) 지각된 건강상태

지각된 건강상태 척도는 Lawston 등(1982)에 의해 개발된 건강상태 자가평가 측정도구를 연구자가 변안한 것을 사용하였다. 이 도구는 4문항으로 구성되어 있으며 각 문항은 1점에서 4점까지 Likert type으로 배열되어 있다. 점수가 높을수록 지각된 건강상태가 좋다는 것을 의미하며 본 연구에서 신뢰도가 Cronbach' $\alpha = .90$ 이었다.

6) 건강통제위

건강통제위 척도는 Wallston(1978)에 의해 개발된 다차원적 건강통제위 척도의 Form A 와 Form B중 신뢰도 수준이 높게 나와있는 Form A를 사용하였다.

이 도구는 총 18문항으로 내적통제위 척도 6문항, 우연통제위 척도 6문항, 타인의존통제위 척도 6문항으로 구성되어있으며 개발당시 6점 척도로 구성되었으나 본 연

구에서는 4점 척도로 수정하여 사용하였다.

각각의 하위척도에서 얻어진 점수가 높을수록 측정하려는 성향이 높음을 나타낸다. 개발당시 신뢰도가 Cronbach' $\alpha = .67-.77$ 이었으며, 본 연구에서는 내적통계위가 Cronbach' $\alpha = .60$, 우연통계위가 Cronbach' $\alpha = .62$, 타인의존통계위가 Cronbach' $\alpha = .60$ 이었다.

3. 자료처리 및 자료분석 방법

- 1) SAS 프로그램을 이용하여 대상자의 일반적 특성을 평균과 백분율로 구했다.
- 2) 가설적 모형의 부합도 검증 및 가설검증은 PC-LISREL(Linear Structural Relation) 7.16프로그램을 이용하여 공변량 구조분석을 실시하였다. 입력자료는 상관관계 매트릭스로 하였고, 경로계수는 최대우도법(Maximum likelihood)으로 계산하였다.

V. 연구 결과

1. 대상자의 특성

본 연구 대상자는 임의 표출된 대학생 157명으로 그 중 남학생이 12명, 여학생이 145명이었으며 학년은 1학년이 42명(26.8%), 2학년이 46명(29.3%), 3학년이 30명(19.1%), 4학년이 39명(24.8%)이었고 18세에서 44세까지 분포하였으며 평균연령은 20세였다. 계열별로는 자연계열이 82명(52.2%), 문과계열이 56(35.7%), 예체능계열이 19명(12.1%)이었으며 용돈별로는 한 달에 10만원 미만이 8명(5.1%), 10만-15만이 57명(36.3%), 16만-20만이 38명(24.2%), 20만-25만이 34명(21.7%)명이었고 가족의 만성질환은 없는 경우가 125명(79.6%), 있는 경우가 32명(20.4%)이었다(표 1).

2. 가설모형의 검증결과

1) 모형의 부합도 검증

본 연구의 가설적 모형이 자료에 부합하는지 평가하기 위해 전반적 부합지수와 세부적 부합지수를 사용했는데 전반적 부합지수는 $\chi^2=4.18(df=11, p=0.041)$, GFI= 0.99, AGFI= 0.76, RMR= 0.019, CFI=0.99, CN= 248.50로 나타났다.

〈표 1〉 연구대상자의 인구사회학적 특성

(N = 157)

특 성	구 분	실 수	백분율
연 령	20세 미만	83	52.8
	20세 이상	74	47.2
성 별	남자	12	7.6
	여자	145	92.4
학 년	1학년	42	26.8
	2학년	46	29.3
	3학년	30	19.1
	4학년	39	24.8
전 공	자연계	82	52.2
	인문계	56	35.7
	예체능	19	12.1
종 교	천주교	18	11.5
	기독교	40	25.5
	불교	36	22.9
	무교	63	40.1
용 돈	5만원 미만	8	5.1
	5-10만원 미만	57	36.3
	10-15만원 미만	38	24.2
	15-20만원 미만	34	21.7
	20만원 이상	20	12.7
거주형태	자택	114	72.6
	자취	23	14.6
	하숙	2	1.3
	친척	1	0.6
	기타	17	10.8
부모의 경제적 상태 가족의 만성질환	힘이 든다.	37	23.6
	큰문제 없다.	109	69.4
	여유 있다.	11	7.0
	무	125	79.6
유	32	20.4	

χ^2 값 4.18에 대한 P값이 0.041로 나타나 귀무가설이 기각되어 모형과 자료가 잘 맞지 않음을 나타내었다. 세부적 부합지수중 Q-plot은 모형의 부합도 판정에 많이 사용되는 것으로 본 연구모형에서 기울기가 1보다 작아 모형의 부합도가 좋지 않다고 해석할 수 있다.

2) 가설모형의 특징수 추정치(Parameter Estimates)

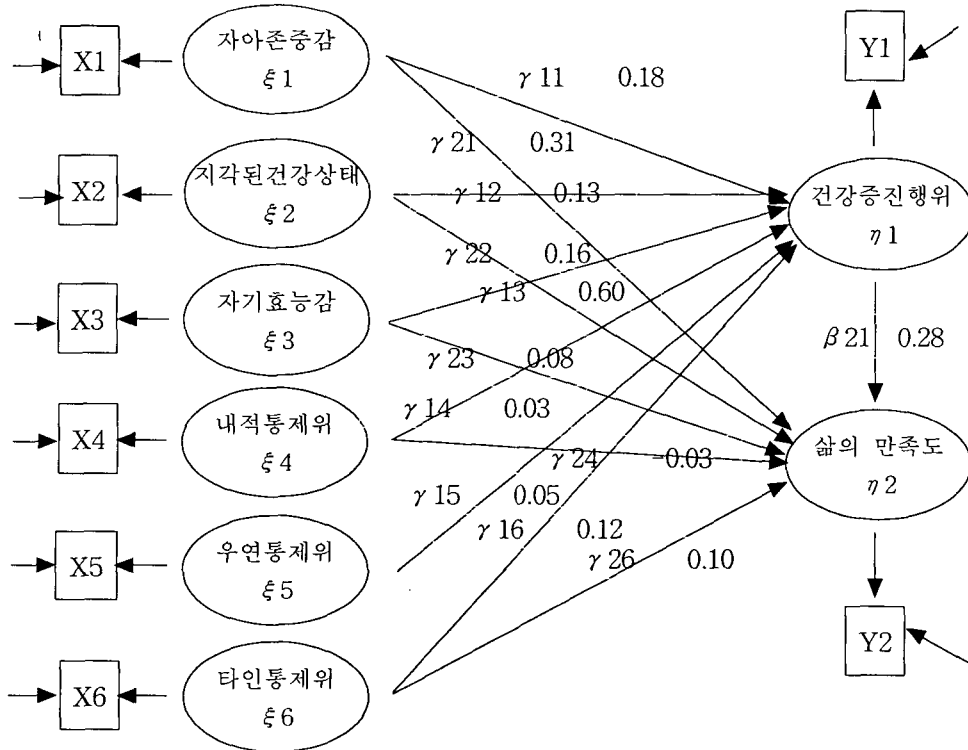
가설모형의 각 이론변수의 특징수(BETA, GAMMA) 값은 이론변수간의 직접적인 관계(직접효과)를 나타내며, 그 T값은 각 특징수값의 통계적 유의성을 결정한다(표 2, 그림1).

각 특징수의 통계적 유의성은 t값의 절대값이 1.68(P < 0.1)을 기준으로 판단하였다.

〈표 2〉 가설모형의 특징수(BETA, GAMMA)추정치, T값, 간접효과, 총효과 및 SMC

내생변수 예측변수	특징수 추정치(T값)	간접효과(T값)	총효과(T값)	SMC
〈삶의 만족도〉				0.42
자아존중감	0.31(4.10)*	0.05(2.06)*	0.36(2.88)*	
지각된 건강상태	0.16(2.34)*	0.04(1.83)*	0.19(2.85)*	
자기효능감	0.08(0.86)	0.17(2.82)*	0.25(3.34)*	
내적통제위	-0.03(-0.48)	0.01(0.55)	-0.02(-0.34)	
우연통제위		0.01(0.86)	0.01(0.86)	
타인통제위	0.10(1.56)	0.03(1.77)*	0.13(2.05)*	
건강증진행위	0.28(2.94)*		0.28(2.94)*	
〈건강증진행위〉				0.59
자아존중감	0.18(2.88)*		0.18(2.88)*	
지각된 건강상태	0.13(2.33)*		0.13(2.33)*	
자기효능감	0.60(9.89)*		0.60(9.89)*	
내적통제위	0.03(0.56)		0.03(0.56)*	
우연통제위	0.05(0.90)		0.05(0.90)*	
타인통제위	0.12(2.21)*		0.12(2.21)*	

* Statistical Significance Level: T≥1.68, P <0.1
 SMC: Squared Multiple Correlation



〈그림 1〉 가설적 모형의 경로 도해

〈표 3〉 수정모형의 특징수(BETA, GAMMA)추정치, T값, 간접효과, 총효과 및 SMC

내생변수 예측변수	특징수 추정치(T값)	간접효과(T값)	총효과(T값)	SMC
〈삶의 만족도〉				0.42
자아존중감	0.30(4.11)	0.06(2.45)	0.36(2.83)	
지각된 건강상태	0.14(2.15)	0.05(2.09)	0.13(2.32)	
자기효능감		0.21(4.40)	0.60(9.93)	
내적통제위				
우연통제위				
타인통제위		0.05(2.23)	0.13(2.50)	
건강증진행위	0.36(4.90)			
〈건강증진행위〉				0.59
자아존중감	0.18(2.83)		0.18(2.83)	
지각된 건강상태	0.13(2.32)		0.13(2.32)	
자기효능감	0.60(9.93)		0.60(9.93)	
내적통제위				
우연통제위				
타인통제위	0.13(2.50)		0.13(2.50)	

* Statistical Significance Level: $T \geq 1.68$, $P < 0.1$
 SMC: Squared Multiple Correlation

〈표 1〉을 보면 건강증진행위에 유의하게 직접적인 영향을 준 예측변수로는 자아존중감($\gamma_{11} = .18$, $t=2.88$), 지각된 건강상태($\gamma_{12} = .13$, $t=2.33$), 자기효능감($\gamma_{13} = .60$, $t=9.89$), 타인의존통제위($\gamma = .12$, $t= 2.21$)이었으며 내적통제위, 우연통제위는 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 전체 예측변수가 건강증진행위를 설명하는 정도는 59%로 높았다.

삶의 만족도에 유의하게 직접적인 영향을 준 변수는 자아존중감($\gamma_{21} = .31$, $t=4.10$), 지각된 건강상태($\gamma_{22} = .16$, $t=2.34$), 건강증진행위($\beta_{21} = .28$, $t=2.94$)였다. 반면 자기효능감, 내적통제위는 삶의 만족도에 유의하게 영향을 주지 못했다. 전체 예측변수가 삶의 만족도를 설명하는 정도는 42%로 나타났다.

3) 총효과

가설모형에서 예측변수가 내생변수에 미치는 총효과를 조사하여 직접효과만으로 알 수 없는 또 다른 효과가 존재함을 알 수 있었다. 본 연구에서 뚜렷이 나타난 총효과는 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향이다. 자기효능감은 삶의 만족도에 유의한 직접효과를 나타내지 못했으나 건강증진행위를 통해 삶의 만족도에 유의한 영향을 주었다.

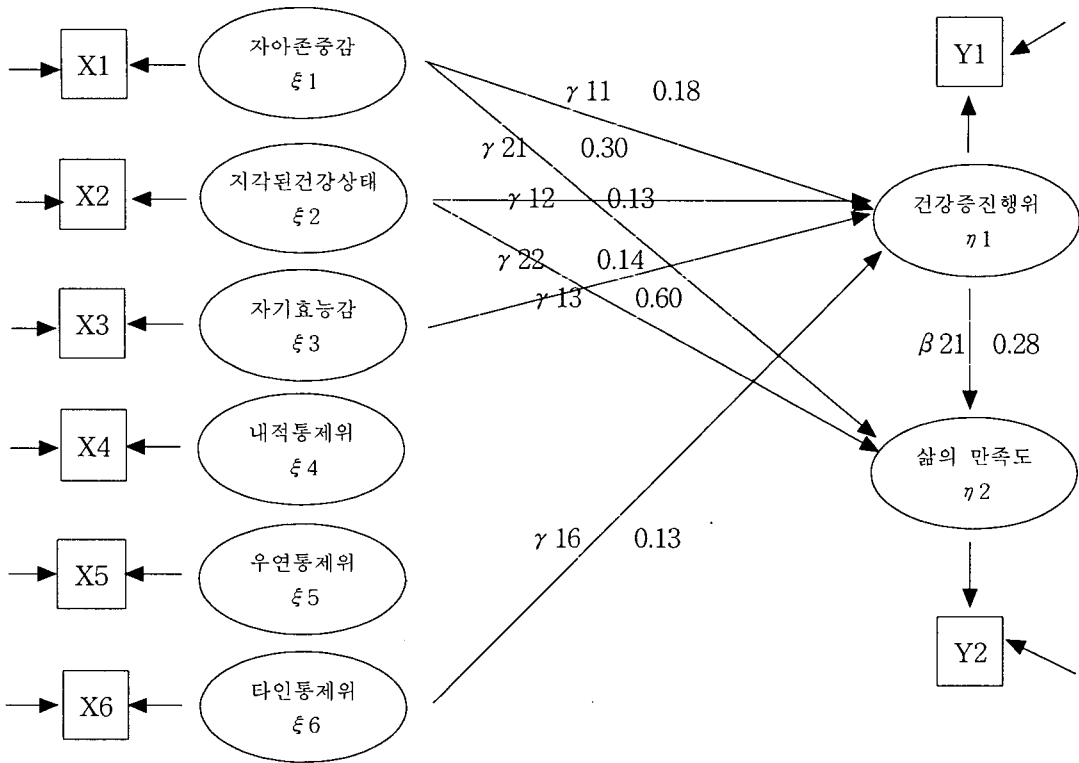
건강증진행위와 관련된 가설6개중 4개가 지지되었다. 자아존중감이 크고($\gamma_{11} = .18$, $t=2.88$), 지각된 건강

상태가 좋을수록($\gamma_{12} = .13$, $t=2.33$), 자기효능감이 클수록($\gamma_{13} = .60$, $t=9.89$), 타인의존통제위성향이 클수록($\gamma = .12$, $t= 2.21$), 건강증진행위 빈도가 높다는 것을 나타내었다. 삶의 만족도와 관련된 가설6개중 4개가 지지되었다. 자아존중감이 크고($\gamma = .31$, $t=4.10$), 지각된 건강상태가 좋을수록($\gamma = .16$, $t=2.34$), 건강증진행위빈도가 높을수록($\beta_3 = .28$, $t=2.94$) 삶의 만족도가 높은 것으로 나타났다. 그리고 자기효능감이 높을수록 삶의 만족도가 높다는 것을 나타내었다(총효과= $.25$ $t=3.34$).

3. 가설모형의 수정

본 연구에서는 통계적 유의성과 이론적 의미를 고려하고 실체를 설명하는데 가장 근접하면서도 간명한 모델로 보 가설적 모델을 수정하였다. 따라서 모델의 부합도와 간명도를 높이기 위해 통계적으로 유의성이 없는 변수를 제거하였다. 결과적으로 제거된 경로는 내적통제위, 우연통제위에서 건강증진행위로 가는 경로와 내적통제위에서 삶의 만족도로의 직접경로였다.

이상의 모형 수정 결과 수정모형은 가설모형에 비해 보다 간명해졌고 부합도도 더 높아졌다($\chi^2=8.43$ ($df=16$, $p=0.21$), $GFI= 0.99$, $AGFI= 0.92$, $RMR= 0.024$, $CFI= 0.99$, $CN= 312.01$, Q plot



〈그림 2〉 수정모형의 경로 도해

의 기울기가 보다 더 1에 가까움)〈그림 2〉.

VI. 논 의

본 연구는 Pender의 건강증진모형을 주축으로 건강증진행위와 삶의 만족도에 관한 가설모형을 구축한후, 인지·지각변수인 자아존중감, 지각된 건강상태, 자기효능감, 내적통제위, 우연통제위, 타인의존통제위와 건강증진행위 및 삶의 만족도간의 통합적인 관계를 살펴보았다.

본 연구에서 구축된 가설모형은 모형검증 결과 $X^2=4.18(df=11, p=0.041)$ 로 경험적 자료와 잘 부합되지 않았으나 X^2 값은 전반적인 모델검증조건이 만족되고 대표본일 경우 모델과 실제의 근소한 차이에도 민감할 수 있음을 고려할 때 연구의 표본수가 157명에 이르고 있어 비교적 대표본으로 간주될 수 있다는 점에서 해석이 유보될 수 있다고 보인다. 기초부합지수(GFI)가 .99, 표준부합치(NFI)가 .99, Holter's Critical Number(CN)가 248.5로 나타나 본 연구에서 설정된 가설적 모델은 경험적 상황을 비교적 잘 반영하고 있다

고 결론 지을 수 있다. 본 연구에서 건강증진행위 수행에 영향을 미치는 중요요인은 6개 예측변수 중에서 자기효능감, 타인의존통제위, 지각된 건강상태, 자아존중감의 순으로 확인되었다. 이들 개념들은 건강관련행위의 선행 연구에서도 주요한 영향으로 보고하고 있는데 본 연구에서 이들 개념의 상대적 중요도가 확인되어 의미가 있다고 보여지며 가설적 모형의 예측변수들이 건강증진행위변수를 설명하는 정도는 59%로 나타나 예측력이 비교적 높다. 자기효능은 건강증진행위에 대한 선행연구(서연옥, 1995; 오복자, 1996, 이미라, 1996; Pender, 1993)에서 가장 중요한 영향요인으로 보고하고있으며 자아존중감은 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 주요 변인의 규명을 위한 박인순(1995)의 연구에서 가장 큰 영향을 주는 변인이었고 지각된 건강상태는 성인을 대상으로 한 건강증진행위의 선행연구(Pender et al, 1990; Weitzel, 1989; Weitzel & Waller, 1990)에서 유의한 영향요인으로 보고하고 있다. 이들 세 개념이 모두 포함된 본 연구에서는 자기효능이 건강증진행위의 가장 중요한 영향요인으로 확인되었고 그 다음으로 자아

존중감, '지각된 건강상태의 순으로 나타났고 임미명 (1999)의 연구에서도 이와 동일한 결과를 나타내었다. 건강통제위는 건강증진행위와 관련하여 많은 주목을 받아왔으나 실증적인 증거는 일관되지 못하고 설명력이 낮았는데 이태화(1989)의 연구에서 자아존중감, 내적통제 위, 타인의존통제위, 지각된 건강상태순으로 건강증진행위를 30.6% 설명한다고 보고하며 대학생을 대상으로한 박정숙등(1996)의 연구에서는 자기존중감, 주관적 건강상태지각, 타인의존통제위, 내적통제위의 순으로 건강증진생활양식에 영향을 준다고 보고하고 있다. 또한 Duffy (1988)는 중년여성을 대상으로 한 연구에서 우연통제 위, 자기존중감, 현재의 건강상태, 건강관심, 학력, 내적 통제위의 순으로 건강증진생활양식을 20% 설명한다고 하였다. 이에 대해 Wallston 등(1978)은 다차원적인 건강통제위 개념으로 세분화된 8가지로 분류하여 건강증진행위와의 관련성을 조사할 것을 제안했다.

삶의 만족도를 살펴보면 건강증진행위, 자아존중감, 지각된 건강상태가 삶의 만족도에 직접적으로 유의한 영향을 주었다. 자기효능감과 타인의존통제위는 삶의 만족도에 간접적으로 영향을 주었는데 두 변수는 건강증진행위를 통해 삶의 만족도에 긍정적인 영향을 주었다. 삶의 만족도에 가장 중요한 영향을 준 요인은 본 연구의 가장 중요한 개념인 건강증진행위였으며 오현수(1993)의 연구에서 건강증진 실천이 삶의 질을 15% 설명하는 것으로, 노인의 건강증진행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구(박은숙 외, 1998)에서 지각된 건강상태와 건강증진행위는 삶의 질을 설명하는데 있어 각각 10%, 5%의 설명력을 갖는 것으로 나타나 삶의 만족도를 높이는데 있어 건강증진행위가 주요변인으로 작용하는 것으로 나타났다. 자아존중감과 지각된 건강상태는 건강증진행위와 삶의 만족도에 직접적이고 긍정적인 유의한 영향을 주었다. 박은숙 등(1998)의 연구에서도 삶의 질을 예측하는 설명변수로 자아존중감, 지각된 건강상태, 건강증진행위, 건강개념, 자기효능감, 건강가치로 나타나는데 이중 자아존중감이 삶의 질을 38% 설명하는 것으로 나타났으며 변수전체는 삶의 질을 57% 설명하며 이는 다른 연구결과와 유사하다(한윤복 등, 1990; Padilla et al., 1990; 오복자, 1994). 건강한 성인과 환자 모두 지각된 건강상태를 삶의 질에 중요한 요소인 것은 이들이 건강을 삶에서 중요한 가치로 두고있다는 것을 의미한다. 자기효능은 건강증진행위를 거쳐 삶의 만족도에 간접적인 영향을 주었는데 이는 오복자 등

(1996)의 연구와 유사하다. 내적통제위, 타인의존통제위는 삶의 만족도에 유의한 영향을 미치지 않았는데 다차원적 건강통제위개념을 사용하여 다시 연구할 필요가 있다고 하겠다.

이상의 논의에서 본 연구의 가설모형은 예측변수들이 건강증진행위를 59%설명하고 삶의 만족도를 42%설명하여 본 가설모형에 건강증진행위와 삶의 만족도를 위한 좋은 예측변수들이 포함되어 있음을 나타낸다.

VII. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 대학생들의 건강증진행위와 삶의 만족도에 관련되는 요인들을 규명하고 관련요인들간의 인과관계와 모형을 검증하여 대학생들의 건강증진을 유도하고 삶의 만족을 향상시키는 효과적인 중재법을 기틀을 제공하고 자 시도되었다. 가설모형은 Pender의 건강증진모형을 주축으로 삶의 만족도에 대한 선행연구결과를 토대로 구축되었고 공변량 구조분석으로 모형의 부합도를 분석하여 가설적 모형을 확정하였으며, 이를 토대로 가설검증을 하였고 모형의 부합도와 간명도를 높인 수정모형을 제시하였다. 본 연구에서 설정된 가설적 모형에 포함된 변수들은 자아존중감, 지각된 건강상태, 자기효능감, 내적통제위, 우연통제위, 타인의존통제위, 건강증진행위, 삶의 만족도이다.

본 연구의 가설적 모형의 부합도는 $X^2=4.18$ ($df=11$, $p=0.041$)로 모델이 경험적 자료에 잘 부합되지 않는 것으로 나타났다. 모델의 부합도와 간명도를 높이기 위해 수정모형을 제시하였으며, 수정모형의 부합도는 $\chi^2=8.43$ ($df=16$, $p=0.21$), $GFI=0.99$, $AGFI=0.92$, $RMR=0.024$, $CFI=0.99$, $CN=312.01$ 이고 Q plot의 기울기가 보다 더 1에 가까워져서 부합도가 높아진 수정모형을 제시하였다. 가설검증결과 건강증진행위에 직접적으로 유의하게 영향을 준 변수는 자기효능감, 자아존중감, 지각된 건강상태, 타인의존통제위였고 내적통제위와 우연통제위는 유의한 영향을 주지 못했다. 본 연구 대상자의 삶의 만족도에 유의한 직접적 영향을 준 변수는 건강증진행위, 자아존중감, 지각된 건강상태였으며 자기효능은 건강증진행위를 거쳐 삶의 만족도에 긍정적인 영향을 주었다. 모형내 예측변수들이 건강증진행위를 설명하는 정도는 59%, 삶의 만

족도를 설명하는 정도는 42%로 나타나, 가설모형이 건강증진과 삶의 만족도를 설명하는 비교적 좋은 모형임을 나타내었다.

2. 제 언

본 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제언한다.

- 1) 본 연구에서 자기효능감, 자아존중감, 지각된 건강상태, 타인의존통제위가 건강증진행위에 직접적인 영향을 주고 건강증진행위가 삶의 만족도에 가장 큰 영향을 미치므로 이들 개념을 고려하여 자기효능감과 자아존중감을 높일 수 있는 간호전략이 필요하다.
- 2) 본 연구에서는 일개대학의 대학생을 대상으로 하였으므로 타지역 혹은 타대학의 대학생을 대상으로 한 확대연구가 요구된다.

참 고 문 헌

- 구미옥, 유재옥, 권인사, 김혜원, 이은옥 (1994). 자기 효능 이론이 적용된 건강행위관련 연구의 분석. 간호학논집, 24(2), 278-302.
- 구미옥, 양영희, 이은남, 박송자, 박영임, 서순림, 김성재, 김인자, 최은옥, 이동숙, 이인숙, 이은옥 (1997). 자기 효능의개념 분석. 간호학논집, 11(1), 106-117.
- 권인자 (1988). 암환자의 병식과 건강조절위, 우울 및 통증지각에 따른 탐색연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 김순미, 오복자 (1996). 추후관리 암환자의 희망, 건강증진행위 및 삶의 질과의 관계연구. 성인간호학회지, 8(1), 169-179.
- 김애경 (1995). 건강행위에 대한 한국청년의 주관성 연구. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 김의숙 (1993). 간호학 탐구 2권 2호. 3-8.
- 김혜숙, 최연순 (1993). 미혼임부와 기혼임부 건강증진행위 차이에 관한 비교연구. 대한간호학회지, 23권 2호. 255-268.
- 노유자 (1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석연구. 연세대학교대학원 박사학위논문.
- 박미영 (1993). 대학생의 건강증진 생활양식과 관련요인 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 박은숙 (1995). 건강증진 생활양식에 관한 연구. 부산대학교 대학원 박사학위논문.
- 박은숙, 김순자, 김소인, 전영자, 이평숙, 김행자, 한금선 (1998). 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 대한간호학회지, 28(3), 638-649.
- 박인숙 (1995). 건강증진 생활양식에 관한 연구. 부산대학교 대학원 박사학위논문.
- 박정숙 (1989). 이완술이 혈액투석환자의 스트레스와 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 박정숙, 박청자, 권영숙 (1996). 건강교육이 대학생의 건강증진 행위에 미치는 영향. 대한간호학회지, 26(2), 359-371.
- 박재순 (1995). 중년후기 여성의 건강증진행위 모형구축. 서울대학교 박사학위논문.
- 방활란 (1991). 혈액투석환자의 삶의 질 척도개발을 위한 연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 서연옥 (1995). 중년여성의 건강증진 생활양식에 대한 구조모형. 경희대학교 박사학위 논문.
- 오복자 (1995). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 오복자 (1996). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질 구조모형 II. 대한간호학회지, 26(3) 632-652.
- 오현수 (1993). 여성관절염 환자의 건강증진과 삶의 질. 대한간호학회지, 23(4), 619-629.
- 이갑순 (1998). 건강교육. 현문사. 11-23.
- 이미라 (1997). 대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구. 대한간호학회지, 21(1), 156-168.
- 이미라 (1997). 건강교육 교과목 학습이 대학생의 건강증진 생활양식 변화에 미치는 영향. 성인간호학회지, 9(1). 71-85.
- 이태화 (1989). 건강증진행위에 영향을 미치는 변인분석. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 임미영 (1999). 한국대학생의 건강증진 행위 예측 모형구축. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 임선옥, 홍은영 (1995). 간호대학생의 건강지각, 강인성 및 자기효능과 건강증진행위와의 관계연구. 중앙의학, 60(1), 59-70.
- 전매희 진행미 (1996). 여성의 건강과 운동. 보경문화사.
- 전병재 (1974). Self-Esteem: A test of Its Measurability, 연세논총, 11, 107-129.
- 정추자 (1992). 사회적 지지모임이 뇌, 척수손상화자를 돌보는 가족의 부담감과 삶의 질에 미치는 효과. 연

- 세대학교 대학원 박사학위논문.
- 조원정 (1988). 건강행위: 개념화. ΣθT학술대회 보고서, 5-13.
- 한국보건사회연구원 (1992). 질병예방 및 건강증진 전략개발 연구.
- 한운복, 노유자, 김남초, 김희승 (1990). 중년기 암환자의 삶의 질에 관한 연구. 간호학회지, 20(3), 399-413.
- Bandura, A. (1977). An assessment and nursing application of the concept of control. Advances in Nursing Science, 3(1), 25-42.
- Becker, H. A., Stuijbergen, A., Oh, H. S., & Hall, S. (1933). The self-rated abilities for health practices scale : A health-efficacy measure. Health Values, 17(1), 42-50.
- Bernstein, J. E. (1981). Health Risk Estimation. Washinton, D.C., General Health.
- Branden (1969). The psychology of self-esteem. Los Angeles. California, Nash Publishing Corporation.
- Burchkhardt, C. S. (1985). The Impact of arthritis on quality of life. Nursing Research, 34(1), 11-18.
- Campbell, A. (1981). The Sense of well-being in America: Recent patterns and trends. New York: McGraw-Hill.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research, 37(6), 358-362.
- Ferrans, C. E. & Powers, M. J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. Advanced in Nursing Science, 8(1), 16.
- Foster, M. F. (1992). Health promotion and life satisfaction in elderly black adults. Western Journal of Nursing Research, 14(4), 446-463.
- George, L. K., & Bearon, L. B. (1980). Quality of life in older persons: meanings and measurement., NC: Human Science Press.
- Hallal, J. C. (1982). The relationship of health beliefs, health locus of control, and self-concept to the practice of breast self-examination in adult women. Nursing Research, 18(6), 345-353.
- Johanna, C. J. M., & Ferdinand, C. E. (1985). The quality of life of cancer patients: A review of the literature. Social Science & Medicine, 20(8), 809-817.
- Kuster, A. E., & Fong, C. M. (1993). Future psychometric evaluation the spanish language health-promoting lifestyle profile. Nursing Research, 42(5), 266-269.
- Laronde, M. (1974). A new perspective on health of canadian. Ottawa: Information Canada.
- Lawston, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H., (1984). A research and service oriented multilevel assessment instrument. Journal of Gerontology, 37(1), 91-99.
- Magilvy, J. K. (1985). Quality of life of hearing-impaired older women. Nursing Research, 34(3), 140-144.
- McQueen, D. V. (1988). Thoughts of the ideological origins of health promotion. Oxford: oxford University Press.
- Mickalide, A. d. (1986). Children's understanding of health and illness : Implications for health promotion. Health Value, 10(1), 5-21.
- Morris, J. N. (1986). Last Days : A study of the quality of life of terminally -ill cancer patients. Journal of Chronic Disease, 39(1), 47-62.
- Padilla, G. V., Ferrell, B., Grant, M. M., & Rhiner, M. (1990). Defining the content domain of quality of Life for Cancer Patients with Pain. Cancer Nursing, 13(2), 108-115.
- Pender, N. J. (1982). Health Promotion in Nursing Practice. New York, Appleton Century-Crofts.
- Pender, N. J. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. ed 2. Norwol. Conn. Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1990). Expressing Health through Lifestyle Pattern. Nursing Science Quarterly, 3(2), 115-122.
- Pender, N. J., Walker, S. N., & Sechrist, K. R

(1990). Prediction health-promotion lifestyles in the workplace. Nursing Research, 39(6), 326-332.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self image, Princeton, N. J., Princeton University press.

Speake, D. L., Cowart, M. E. & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. Research in Nursing and Health, 12(2), 93-100.

Tafe, L. B. (1985). Self-esteem in later life: A nursing perspective. Advanced Nursing Science, 8(1), 77-84.

Torrance, G. W. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. Journal of Chronic disease, 40(6), 593-600.

Wallston, K. A., Wallston, B. S., & Devellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control scales. Health Education Monographs, 6(2), 160-171.

Ware, J. E. (1976). Scales for measuring general health perception. Health Services Research, 11(7), 396-415.

William Pavot and Ed Diener (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. Psychological assessment, 5(2), 164-172.

Wallston, K. A., Wallstom B. S., & Devellis, R (1978). Development of the multidimensional health locus of control(MHLC) scales. Health Education Monographs, 6(3), 160-171.

Weitzel, M. H. (1989). A test of the Health Promotion Model with Blue Collar Workers. Nursing Research, 38(2), 99-104.

Weitzel, M. H. & Waller, P. R. (1990). Predictive Factors for Health-Promotive Behaviors in White, Hispanic and Black, Blue-collar Workers. Family and Community health, 13(1), 23-33.

- Abstract -

Key concept : Health promoting behavior, Life satisfaction

A Structural Model for Health Promotion and Life Satisfaction of Life in College Students in Korea

Hong, Youn Lan* · Yi, Ga Eon*
Park, Hyun Sook**

The purpose of this study was designed to test and develop the structural model that explains health promoting behaviors among college students in Korea. The hypothetical model was constructed on the Pender's Health promotion Model(1996) and the inclusion of some influential factors for life satisfaction.

The conceptual framework was built around eight constructs. Exogenous variables included in the model were self-esteem, perceived health status, self-efficacy, internal locus of control, chance locus of control, powerful other locus of control. Endogenous variables were health promotion behaviors and life satisfaction.

The results are as follows:

1. The overall fit of the hypothetical model to the data was moderate ($\chi^2=4.18(df=11, p=0.041)$, GFI= 0.99, AGFI= 0.76, RMR= 0.019, CFI= 0.99, CN= 248.50)

2. Path and variable of the model were modified by considering both its theoretical implication and statistical significance of parameter estimates. Compared to the hypothetical model, the revised model has become parsimonious and had a better fit to the data expected in a chi-square value ($\chi^2=8.43(df=16, p=0.21)$, GFI= 0.99, AGFI= 0.92, RMR= 0.024, CFI= 0.99, CN= 312.01)

* Kyungpook National University, graduate School

** Department of Nursing, Taegu Catholic University

3. Some of the predictive factors, especially self efficacy, self esteem, powerful others locus of control, perceived health status revealed the direct effects on health promoting behaviors. Of these variables, self-efficacy was the most significant factor. These predictive variables of health promoting behaviors explained 59% of total variances in the model.

4. Health promoting behaviors, self-esteem, and perceived health status revealed direct effect on the life satisfaction. Self-efficacy was identified as an important variable that

contributed indirectly to improve life satisfaction by enhancing health promoting behaviors. These predictive variables of life satisfaction explained 42% of total variances in the model.

In conclusion, the derived model in this study is considered appropriate in explaining and predicting health promoting models and life satisfaction among college students in Korea and could effectively be used as a reference model for further studies by suggesting a direction in health promoting nursing practices.