保健敎育 · 健康增進學會誌 第24卷 第2號(2007. 6) pp.77-91
Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, Vol.24, No.2(2007)

대학생의 삶의 질과 관련 요인

이영미†
강원대학교 응급구조학과

〈목 차〉

Ⅰ. 서론
Ⅱ. 연구방법
Ⅲ. 연구결과
Ⅳ. 논의
Ⅴ. 결론
참고문헌
Abstract

Ⅰ. 서 론

초기 성인기에 해당되는 대학생들은 폭넓은 대인관계, 학문적 성취, 직업선택, 직장적응, 배우자 선택과 결혼 등의 과업을 이루어야 하는 시기에 있으며, 이시기에 이루어진 올바른 건강습관은 이후의 건강한 삶의 기반이 되고, 발생가능한 각종 성인병 예방 차원에서도 자칫 소홀히 다루어질 수 있는 건강문제에 대해 관심을 기울일 필요가 있다. 성인병의 예방과 더불어 건강을 유지하고 증진시키기 위해서는 지속적인 건강행위의 실천이 중요한데 가능한 한 성인병의 이환율이 낮은 청년기 즉 성인초기에 좋은 건강행위를 수립하도록 하는 것이 바람직하며(박정숙 등, 1996), 이시기에 습득한 건강행위는 평생의 건강에 영향을 미치고 삶의 질을 좌우할 만큼 중요하다(김은애, 1999; 정영미 등, 2005). 그러나 대학생들은 가중된 취업걱정으로 인한 스트레스, 운동부족, 갑자기 늘어난 대인관계로 선후배간의 잦은 술자리와 흡연 등의 위험한 건강 행위에 가장 많이 노출되어 있는 시기이며(박은준, 2002), 또한 건강을 위협하는 뚜렷한 증상발현이 없는 시기이므로 건강에 대한 불감증이 건강행위를 저해시키는 요소로 지적되고 있으며(김보경 등, 2002), 실제로 건강관리문제, 생활습관문제, 기본체력 그리고 영양상태 등의 기본적인 문제들을 가지고 있다(이인숙, 1995).

건강행위란 질병의 치료와 예방을 위한 행위로부터 보다 나은 자아를 유지 · 증진하고 활성화시키기 위한 능동적이며 주체적인 자아활동에 이르는, 생명에 관계된 총체적 행위로 규정지을 수 있고(김학순, 1993), 건강을 유지 · 증진하고 무증상의 단계에서 질병을 발견할 목적으로 취

† 교신저자 : 이영미
강원도 삼척시 중앙로 1 강원대학교 삼척캠퍼스 응급구조학과 (우: 245-711)
전화번호: 033-570-6443, ymlee@kangwon.ac.kr

해지는 행동을 말하며 주로 규칙적 생활습관, 휴식, 식이 등을 통한 안녕상태를 유지하는 것이 목적이다(Harris와 Guten, 1979; Laffrey, 1990). 생활과 질병양상이 변화하면서 개인의 건강행위가 자신의 건강에 미치는 영향의 정도는 커지고 있고(이순영 등, 1993), 질병의 원인인자가 되는 동시에 그 자체가 변화될 수 있는 것이라는 점에서 그 의의가 크다고 볼 수 있다. 자신의 삶에서 일상적인 행동으로서 건강을 결정하는 가장 중요한 요인인 건강행위에 대해 그 동안 많은 연구들이 이루어져 왔다(최희정과 이은옥, 2002). 이들 연구에서는 건강행위로서 주로 흡연, 음주, 운동, 신체적 활동, 식이, 약물복용, 안전습관, 예방접종, 건강검진, 스트레스 관리, 성행위, 수면 등을 다루어왔다(Friedman, 1998; 김현숙, 1998; Lantz 등, 1998; Shi, 1998; 최치원, 1999; Denny와 Taylor, 1999; Ettner, 1999; Kulbok 등, 1999; Lagorge 등, 1999; Michael 등, 1999; Adderley-Kelly와 Green, 2000; Cohen 등, 2000).

최근 세계보건기구에 따르면, 선진국에서 수십 년 간 진행된 비만인구의 증가가 빠른 성장과 더불어 아시아 국가들에서 급격한 상승을 보이고 있고(유수정, 2004), 비만과 관련된 여러 질환의 이환율과 사망률 증가에 큰 영향을 주고 있어서 비만에 대한 관심이 증가되고 있다(강재헌과 김남순, 2002). 비만을 비롯한 다수의 질환들이 건강행위와 밀접한 관련이 있음이 알려져 건강한 생활양식이 최적의 건강을 얻고 질병을 예방하는 것이라는 것이 널리 수용되고 있다(최상한, 2003). 비만은 우리나라의 경우 1970년대 이후 경제발전의 본격화로 식생활의 향상과 서구화로 섭취열량은 증가한 반면 활동량은 오히려 감소하여 비만 인구가 증가하는 추세에 있고, 치료를 필요로 하는 하나의 질환으로 인식되고 있다(김종환 등, 2001). 이는 지방세포의 비대와 비후에 의해 지방조직의 축적이 증가하고 대사 장애를 수반하는 증상을 갖는 질환의 집합체인 동시에 성인병의 주요한 위험요인으로(대한비만학회, 2001) 심혈관계 질환, 당뇨병, 골관절염, 유방 및 대장암과 밀접한 관련이 있어서(이정렬과 박신애, 1996), 비만예방의 필요성이 더욱 강하게 요구되고 있다(김일원 등, 2006). 비만은 그 요인이 복잡하며 각 요인들의 상호작용이 있다고 알려져 있으나(강윤주, 1998), 과식이나 운동부족 등의 생활양식에 기인한다고 알려져 있고(문선영 등, 2000), 결국 비만은 생리적 기능을 저하시키고 일상생활에 불편을 초래하여(문경래와 박영봉, 1993), 삶의 질에 부정적인 영향을 미치므로(Fontaine와 Bartlett, 1993), 비만의 조기 발견과 치료를 위해서 모든 성인의 신장과 체중을 정기적으로 측정하여 체질량 지수를 평가해야 할 필요가 있다(정현주, 2005).

최근 삶의 질에 대한 관심과 욕구가 과학기술 및 의학, 경제의 발전으로 국민의 생활수준이 향상되면서 날로 증가되고 있다(윤은자, 1997). 삶의 질이라는 용어는 1960년대 중반이후 미국을 위시해 널리 사용되기 시작한 후 우리나라에서도 활발하게 일어나고 있으며, 이는 생명의 보존과 수명연장에만 역점을 두었던 종래의 가치관에서 점차 수명의 연장보다는 생의 의미와 대상자의 질적 삶이 더 강조되어지고 있는 것을 의미한다(McDowell과 Newell, 1987). 세계보건기구에서는 삶의 질을 '한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 상태에 대한 개인적인 지각'이라고 정의를 하고 있다(WHO, 1993). 건강이 삶의 질에 많은 영향을 미치고 있으므로(Bergner, 1989),

인간은 질병을 예방하고 건강을 증진시켜 질적인 삶을 영위하기 위해 자신의 생활양식과 건강행위를 변화시켜야 할 필요가 있다고 보고하고 있다(이병숙, 2000),

그 동안 국내에서 진행되어온 대학생을 대상으로 한 건강행위와 비만에 관한 연구는 다소 있지만 삶의 질 영향요인에 대해 다룬 연구는 드물었다. 이에 본 연구는 건강의 진가를 망각하거나 경시하는 경향으로 오히려 잠재적인 건강의 위험을 안고 있고(오형석, 1971), 또한 건강습관이 확고히 형성되지 못해(이미라, 1997) 삶의 질이 저하되었을 것으로 예측되는 대학생에 대한 건강행위, 비만도와 삶의 질과의 관계를 확인하고 삶의 질에 대한 영향요인을 파악함으로써 대학생의 건강증진프로그램 개발을 위한 자료를 제공하고자 하며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 대상자가 실천하고 있는 건강행위와 지각한 삶의 질, 비만도를 파악한다.

둘째, 대상자의 일반적인 특성에 따른 삶의 질 차이를 비교한다.

셋째, 대상자의 건강행위와 삶의 질, 비만도와의 상관관계를 파악한다.

넷째, 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 변수를 확인한다.

연구의 제한점

· 대상자의 BMI 지수 선정 시 값이 23.0kg/㎡이상이면 과체중 집단, 18.5이상 23.0kg/㎡미만은 정상체중 집단, 18.5kg/㎡미만은 저체중 집단으로 분류하였기 때문에 체지방(Body fat)은 고려되지 않았다.

· 본 연구는 강원도 소재 종합대학교의 학생만을 대상으로 한 자가보고식 설문지에 의한 일회성 연구로 하였기에 모든 대학생에게 일반화 하는 데는 무리가 있다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 대학생의 건강행위, 비만도와 삶의 질과의 관계 및 삶의 질 영향요인을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 자료수집기간은 2006년 10월 12일부터 10월 20일 까지였으며, 강원지역 S시 소재 종합대학교의 학생들에게 연구의 목적과 내용을 설명하고 협조를 승인한 학생들에게 설문지를 배부하여 작성하도록 하여 자료 수집하였다. 배부된 설문지는 1000부였으나 자료가 불충분한 9부를 제외한 991부를 본 연구 분석에 이용하였다.

3. 연구 도구

1)건강 행위

건강행위란 스스로 건강하다고 믿는 개인이 증상이 없는 상태에서 질병을 발견하고 예방하려는 목적을 가지고 건강을 유지 증진시키기 위해 취하는 행위(Kasl와 Cobb, 1966)로서, 본 연구에서는 건강행위의 변수로 국내·외 문헌을 기초로 Taylor(1982)의 건강실천행위를 참고로 하여 Alameda 7(Belloc과 Breslow, 1972)에서 강조된 건강검진, 운동, 흡연, 음주, 수면, 체중관리, 스트레스 관리, 아침 식사와 관련된 8

개 항목을 선정하였다. 본 연구에서는 정규적 건강검진 여부, 숨이 차고 가슴이 뛸 정도의 운동(1회당 20분 이상) 여부, 흡연 여부, 음주 여부, 밤에 최소 7시간 이상의 수면 여부, 정상체중 관리 여부, 스트레스 조절방법으로 스트레스 관리 여부, 매일 아침 식사 여부에 대한 행위를 건강행위로 하였다.

2)삶의 질

이 도구는 WHO(세계보건기구)에서 삶의 질 측정을 위해 개발한 WHOQOL-100의 간편형인 WHOQOL-BREF 척도를 개발하였는데 민성길(2000)이 번안한 것을 저자의 허락을 받은 후 이용하였다. 삶의 질을 측정하기 위해 사용한 척도인 WHOQOL-BREF는 신체적 영역(7문항), 심리적 영역(6문항), 사회적 영역(3문항), 생활환경 영역(8문항)의 4개의 영역과 전반적인 삶의 질에 관한 질문(2문항)으로 총 26문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 Likert식 5점 척도로 '전혀 그렇지 않다'는 1점, '그렇지 않다'는 2점, '보통이다'는 3점, '그렇다'는 4점, '매우 그렇다'는 5점으로 구성되어있으며, 역으로 질문한 3항목은 6점에서 해당항목 점수를 뺀 값을 해당점수로 환산하여, 점수가 높을수록 삶의 질 정도가 높음을 의미한다. 개발당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha=.898이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's alpha=.871이었다.

3)비만도

대한비만학회(2004)에서 정한 한국인의 비만기준에 따라 신체질량지수는 체중(Kg)을 신장(m)의 제곱으로 나누어 산출하였고, 값이 23.0kg/㎡이상이면 과체중 집단, 18.5이상 23.0kg/㎡미만은 정상체중 집단, 18.5kg/㎡미만은 저체중 집단으로 분류하였다. 신장과 체중은 동일한 표준화된 신장계와 체중계를 사용하여 측정하였다.

4. 자료 분석 방법

본 연구 자료는 SAS 8.1 Program을 이용하여 전산통계 처리하였으며, 대상자의 일반적 특성, 건강행위, 삶의 질, 비만도 정도를 파악하기 위해 서술적 통계를 사용하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 차이 검정은 t-test와 ANOVA, Scheffe를 이용하였다. 대상자의 건강행위, 삶의 질, 비만도와의 상관성 정도는 Pearson's Correlation Coefficient로 산출하였다. 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 변수를 파악하기 위해 Stepwise Multiple Regression으로 분석하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적인 특성은 <표. 1>과 같다. 대상자의 연령은 21-25세가 64.4%, 20세 이하가 24.4%, 26-30세가 11.2% 순이었으며, 성별은 남자가 72.2%, 여자가 27.8%를 차지하였다. 학년은 2학년34.6%, 3학년 32.1%, 1학년 22.3%, 4학년 11.0% 순으로 나타났다. 출신고교 소재지는 중소도시 49.1%, 군 · 읍 도시 26.5%, 광역시 12.9%, 특별시 11.4% 순이었고, 현재의 거주지는 자취 44.25, 가족과 함께 26.9%, 하숙 13.2%, 기숙사 12.9%, 기타 2.7%순으로 나타났다. 아버지의 직업은 있다 92.9%, 기타(계시지 않음) 5.5.0%, 없다 1.6% 순이었다. 어머니의 직업은 있다 51.6%, 없다 46.0%, 기타(계시지

표 1. 대상자의 일반적 특성

(N=991)

	특성	N (%)
성별	남	715(72.2)
	여	276(27.8)
연령	20세 이하	242(24.4)
	21-25세	638(64.4)
	26-30세	111(11.2)
학년	1	221(22.3)
	2	343(34.6)
	3	318(32.1)
	4	109(11.0)
고등학교 소재지	특별시	113(11.4)
	광역시	128(12.9)
	중소도시	487(49.1)
	군 · 읍 지역	263(26.5)
현재 거주지	가족과 함께	267(26.9)
	하숙	131(13.2)
	자취	438(44.2)
	기숙사	128(12.9)
	기타	27(2.7)
아버지 직업	없다	16(1.6)
	있다	921(92.9)
	기타(돌아가심)	54(5.5)
어머니 직업	없다	456(46.0)
	있다	511(51.6)
	기타(돌아가심)	24(2.4)
나를 합한 형제 수	1명	106(10.7)
	2명	435(43.9)
	3명 이상	450(45.4)
월 평균 총소득	100만원이하	138(13.9)
	101-150만원	202(20.4)
	151-250만원	272(27.5)
	251-300만원	209(21.1)
	301만원이상	170(17.2)
생활수준	상	213(21.5)
	중	623(62.9)
	하	155(15.6)
종교 유무	없다	345(34.8)
	있다	646(65.2)
본인 건강상태	좋음	401(40.5)
	보통	490(49.5)
	나쁨	100(10.1)
1년간 입원 경험	있다	166(16.8)
	없다	825(83.3)
비만도	저 체중집단	133(13.4)
	정상 체중집단	485(48.9)
	과 체중집단	373(37.7)
Total		991(100.0)

않음) 2.4%순이었다. 나를 포함한 형제 수는 3명이상 45.4%, 2명 43.9%, 1명 10.7% 순이었고, 월평균 총소득은 151-250만원 27.5%, 251-300만원 21.1%, 101-150만원 20.4%, 301만원이상 17.2%, 100만원이하가 13.9%순으로 나타났다. 생활수준은 중 62.9%, 상 21.5%, 하 15.6%순이었고, 종교가 있는 경우 65.2%이었고, 본인의 건강상태는 보통 49.5%, 좋음 40.5%, 나쁨 10.1%로 나타났고, 1년간 입원 경험이 있는 경우로 16.8%를 차지하였다. 대상자의 비만도 정도는 저체중 집단이 13.4%, 정상 체중집단 48.9%, 과체중집단 37.8%로 나타났다

표 5. 삶의 질에 영향을 미치는 요인

(N=991)

변수	Partial R^2	Model R^2	β	F	p
생활수준	.0416	.0416	-2.03797	42.90	<.0001
스트레스관리	.0247	.0663	2.54933	26.13	<.0001
본인건강상태	.0155	.0818	-1.83023	16.67	<.0001
수면유지	.0144	.0962	2.16321	15.76	<.0001
건강검진	.0146	.1108	3.38960	16.17	<.0001
입원경험	.0084	.1192	-2.97049	9.37	.0023
총소득	.0072	.1264	0.67486	8.06	.0046
체중관리	.0055	.1319	1.57543	6.21	.0129

2. 대상자의 삶의 질과 건강행위 정도

대상자의 삶의 질 정도는 전체 평균은 3.19점(만점 5점)으로 하부영역별 평균은 신체적 영역 3.25점, 심리적 영역 3.23점, 사회적 영역 3.21점, 전반적인 삶의 질 3.19점, 생활환경 영역 3.10점 의 순으로 생활환경 영역이 가장 낮게 나타났다

대상자의 건강행위 정도는 정규적 건강검진을 15.3%로 가장 낮게 실천하고 있었으며, 운동 27.5%, 금주 32.4%, 아침식사 44.4%, 금연 45.1%, 체중관리 49.7%, 7시간 이상의 수면 53.1%, 스트레스관리 56.1% 순으로 건강행위를 실천하는 것으로 나타났다<표 2>.

표 2. 대상자의 삶의 질과 건강행위 정도

(N=991)

삶의 질	평균±표준편차	건강행위	N(%)
신체적 영역	3.25±0.53	정규적 건강검진	152(15.3)
심리적 영역	3.23±0.57	운동	273(27.5)
사회적 영역	3.21±0.72	금연	446(45.0)
생활환경 영역	3.10±0.54	금주	321(32.4)
전반적인 삶의 질	3.19±0.70	7시간 이상의 수면	527(53.2)
		정상체중관리	493(49.7)
삶의 질 총점	3.19±0.44	스트레스관리	556(56.1)
		아침식사	440(44.4)

표 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 차이

(N=911)

		삶의 질			
		N(%)	Mean±SD	t/F	P
성별	남	715(72.2)	82.9±11.9	-0.90	.3664
	여	276(27.8)	83.6±10.4		
연령	20세 이하	242(24.4)	82.7±13.1[a]	8.81	.0002
	21-25세	638(64.4)	84.0±10.6[a]		
	26-30세	111(11.2)	79.1±12.1[b]		
학년	1	221(22.3)	82.1±12.9	1.53	.2054
	2	343(34.6)	83.5±11.7		
	3	318(32.1)	83.9±10.7		
	4	109(11.0)	81.9±10.4		
고교 소재지	특별시	113(11.4)	83.7±12.7	1.19	.3132
	광역시	128(12.9)	84.2±12.9		
	중소도시	487(49.1)	82.4±11.3		
	군 · 읍 지역	263(26.5)	83.6±10.8		
현재 거주지	가족과 함께	267(26.9)	82.8±11.5	1.91	.1062
	하숙	131(13.2)	81.6±10.1		
	자취	438(44.2)	84.1±10.9		
	기숙사	128(12.9)	81.8±12.9		
	기타	27(2.7)	84.0±16.2		
아버지 직업	없다	16(1.6)	83.3±11.6[a]	5.63	.0037
	있다	921(92.9)	86.9±10.9[a]		
	기타(돌아가심)	54(5.4)	78.4±8.7[b]		
어머니 직업	없다	456(46.0)	83.5±11.0	0.68	.5074
	있다	511(51.6)	82.7±12.0		
	기타(돌아가심)	24(2.4)	84.1±12.9		
나를 합한 형제 수	1명	106(10.7)	85.4±11.9	3.12	.0447
	2명	435(43.9)	83.4±10.9		
	3명 이상	450(45.4)	82.4±12.0		
월평균 총소득	100만원이하	138(13.9)	80.8±11.0[a]	6.92	<.0001
	101-150만원	202(20.4)	80.8±10.4[a]		
	151-250만원	272(27.5)	83.0±10.5		
	251-300만원	209(21.1)	84.9±11.8[b]		
	301만원이상	170(17.2)	85.7±13.6[b]		
생활수준	상	213(21.5)	86.7±13.7[a]	21.10	<.0001
	중	623(62.9)	82.9±9.5[ab]		
	하	155(15.6)	78.9±14.1[b]		
종교유무	없다	345(34.8)	83.8±10.4	1.36	.1750
	있다	646(65.2)	82.8±12.1		
본인건강상태	좋음	401(40.5)	85.5±12.7[a]	17.05	<.0001
	보통	490(49.5)	82.1±9.0b		
	나쁨	100(10.1)	79.1±15.2[b]		
1년간 입원경험	있다	166(16.8)	80.7±12.1	-2.97	.0030
	없다	825(83.3)	83.6±11.4		
Total		991(100.0)			

a, b : Scheffe's test

표 4. 대상자의 삶의 질, 비만도, 건강행위와의 상관관계

(N=991)

	비만도 r(p)	건강행위 r(p)
삶의 질	0.0167 (.5991)	0.2521 (<.0001)
비만도		0.0915 (.0039)

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 차이는 <표 3>과 같다. 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도는 연령(p=.0002), 아버지의 직업(p=.0037), 형제 수(p=.0447), 월평균 총 소득(p<.0001), 생활수준(p<.0001), 본인건강상태(p<.0001), 1년간 입원경험(p=.0030)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 삶의 질 정도의 차이를 사후 검정한 Scheffe 검정결과에서 연령은 21-25세에서 아버지의 직업이 있고, 형제수가 적을수록 월평균총소득이 높을수록, 생활수준이 높을수록, 본인건강상태가 좋을수록, 1년간 입원경험이 없는 경우가 삶의 질 정도가 더 높게 나타났다.

4. 대상자의 삶의 질, 비만도, 건강행위와의 상관관계.

대상자의 건강행위, 비만도와 삶의 질과의 상관관계는 <표 4>와 같다. 삶의 질은 건강행위(r=.252, p<.0001)와 유의한 정적상관관계가 있었으며, 건강행위는 비만도(r=.0915, p=.0039)와 유의한 정적상관관계가 있는 것으로 나타났다.

5. 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인의 단계별 회귀분석

대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 변수를 확인하기 위해 단계별 회귀요인분석을 실시한 결과 <표 5>와 같다. 유의한 상관관계를 나타내었던 건강행위와 일반적 특성에 따른 삶의 질에 차이를 보였던 변수인 연령, 아버지 직업, 형제 수, 총소득, 생활수준, 본인건강상태, 1년간 입원경험을 가변수 처리하여 회귀식에 포함하였다. 그 결과 대학생의 삶의 질에 영향을 미치는 변수로는 생활수준이 전체변량의 4.16%의 설명력을 갖는 것으로 나타났으며, 다음으로는 스트레스 관리, 본인건강상태, 수면유지, 건강검진, 입원경험, 총소득, 체중관리 순이었으며, 이를 모두 포함시켰을 때 설명력이 13.2%였다.

Ⅳ. 논 의

대학생들은 전통적인 건강지표인 사망률과 이환율이 가장 낮은 건강한 시기에 있지만 활동적이고 호기심이 강하여 자신의 성장과 사회적 관심사 때문에 위험한 행동을 하기도 하며, 건강을 위협할 수 있는 불규칙한 식습관과 생활양상을 나타내고 있고(Preston 등, 1990), 현 건강상태가 불안정하고 건강행위도 장래의 건강한 생활을 위해 적절히 확립되지 못하였으리라는 것을 쉽게 예측할 수 있다(이병숙 등, 2000). 본 연구에서 나타난 건강행위의 실천정

도를 살펴보면 정규적인 건강검진을 받고 있는 경우는 15.3%로 매우 낮은 수준을 나타냈으며 84.7% 정도가 건강검진을 받지 않은 것으로 나타났는데, 이는 김정희 등(2000)이 대학생을 대상으로 한 건강검진 결과와 유사한 결과로 대학생들이 건강검진에 대한 인식이 매우 낮다는 것을 뒷받침하는 것이며, 자신의 건강에 대해 과신하고 있음을 나타내는 것으로 보아진다. 따라서 건강검진에 대한 필요성과 중요성 인식이 요구되며 적절한 보건 프로그램 개발이 요구된다. 숨이 차고 가슴이 뛸 정도의 운동(1회당 최소 20분 이상)을 하는 경우는 27.5%로 나타나 72.5%가 운동을 하지 않는 것으로 나타났으며, 이는 선행연구에서 대학생 14.0%가 운동한다는 연구(장옥자와 정승교, 2000)결과 보다도 높은 결과를 나타내었지만, 운동실천은 삶의 질을 향상시키는 효과가 있기 때문에(한수정, 2004), 운동의 중요성에 대한 인식과 권장이 요구된다. 금연을 하는 경우가 45.0%로, 55.0%가 흡연하는 것으로 나타는데, 이는 전국의 20-29세 연령의 흡연율 33.0% 보다도 22.0%가 높은 수준을 나타냈으며(보건복지부, 2006), 이는 대학생의 건강행위로 가장 많은 관심을 기울여야 할 영역으로 흡연과 관련된 영역으로 본 이영휘의 연구(2006)결과와 유사하였다. 흡연은 현 시대의 건강위해 행위 중 가장 주요한 사망요인이 되고 있으므로(McGinnis와 Foege, 1993), 금연 보조프로그램 개발에 대한 후속연구가 요구된다. 또한 금주를 하는 경우가 32.4%가, 술을 마시는 경우는 67.6%로 나타났고, 이는 전국 20-29세 연령의 음주율 65.0%(보건복지부, 2006) 보다도 2.6%가 높은 수준으로 과도한 양의 음주는 다양한 신체적·정신적 질병과 사회적·경제적 문제를 야기하며 신체적으로 뇌와 위장관 손상, 간장질환, 심혈관계 질환 등의 질환발생 증가와 성기능 및 생식기능의 장애를 일으키며 불면, 치매, 자살 등의 심리적 문제와 폭력, 범죄 등의 사회적 문제를 초래하므로(이원재와 반덕진, 1996; 신명식, 2002), 절주에 대한 적극적인 프로그램 개발이 필요하다. 하루 7시간 이상의 수면을 취하는 경우는 53.1%로 비교적 과반수이상이 적절한 수면을 취하는 것으로 나타났다. 체중관리를 하는 경우가 49.7%로, 과반수가 넘은 50.3%가 체중관리를 하지 않은 것으로 나타났는데, 이는 여대생들이 체질량지수가 정상범위에 속했더라도 비만하다는 느낌을 강하게 갖고 체중과 체형에 대해 고민을 많이 하는 것으로 나타난 연구(김옥수, 2002)결과와는 배치되는 결과를 나타내고 있으나, 본 연구에 참여한 남학생의 수가 72.2%, 여학생이 27.8%인 것을 감안하여 해석할 필요가 있으며, 추후 남녀에 따라 체중관리에 대한 연구가 필요하다. 스트레스 관리를 하는 경우는 56.1%로 하지 않는 경우는 43.9%를 나타냈는데, 이는 대학생의 스트레스 증상 정도가 일반중년여성과 임상간호사 보다 높아 정서적 측면의 관리에 중점을 둔 스트레스 관리가 요구된다는 연구(한금선, 2005)를 바탕으로 스트레스 관리프로그램 개발이 요구된다. 아침식사를 하는 경우가 44.4%로, 결식하는 경우가 55.6%로 나타났는데, 이는 전국 20-29세 연령의 아침 결식률 38.0% 보다도 17.6% 높은 수준이며(보건복지부, 2006), 대학생들의 아침식사 결식률을 48.4%로 보고한 장옥자와 정승교(2000)의 연구 결과보다도 높은 결과를 나타냈다. 이는 가장 중요하고도 기본적인 건강행위에 대한 인식이 낮음을 시사하는 것인데, 이는 초·중·고등학생을 대상으로 한 허혜경 등(2003)의 연구와 여고생을 대상으로 한 정승교(2002)의 연구에서도 아침식사에 대한 결식률이 비슷한 결과를 보였다. 따라서 식사에 대

한 중요성을 인식하여 아침식사를 포함한 결식을 하지 않는 식습관 형성이 되도록 교육이 필요하다. 본 연구나 선행연구를 전반적으로 비교해 볼 때 대학생들의 건강행위 실천정도는 낮았으며, 이는 자신의 건강에 대한 지나친 자신감이나 무관심으로 인하여 건강행위를 홀대하고 있음을 보여주는 결과로 건강행위 실천의 중요성에 대한 인식이 필요하다.

대상자의 비만도 정도는 저체중이 13.4%, 정상 체중집단 48.9%, 과체중집단 37.8%로 나타났는데, 이는 저체중이 45.7%, 정상 44.4%, 과체중이 4.8%로 나타난 전미영 등(2002)의 연구결과와 비교하면 저체중이 적고 과체중비율이 많은데, 이는 본 연구에서는 키 크고 마른 몸매를 선호하고 체중에 더 민감한 여학생(Felts 등, 1992)보다 남학생의 수가 더 많이 참여한 결과인 것으로 사료되며 추후 남녀의 비만도에 대한 연구가 요구된다.

본 연구에서 대상자들이 지각한 삶의 질 점수는 평균 3.19점으로 삶의 질 영역 중 신체적 영역이 3.25점으로 신체적 만족정도가 다른 영역에 비해 가장 높았으며, 생활환경 영역이 3.10점으로 가장 낮았는데, 이 결과는 공무원을 대상으로 한 김미경의 연구(2001)와 이종렬의 연구(1999) 결과와 일치하는 것으로, 가장 낮은 생활환경 개선에 관심이 요구됨을 시사한다.

일반적인 특성에 따른 삶의 질을 살펴보면, 21-25세에서 가장 높은 점수를 보였으며, 20세 이하, 26-30세 순으로 나타나 연령에 따른 삶의 질이 유의하게 차이가 있었고(p=.0002), 이는 박진영(2006)의 연구 결과와 유사하였으며, 이는 20세 이하는 저학년으로 새로운 학교생활의 적응과의 관련성으로, 26-30세가 가장 낮은 점수를 나타낸 것은 졸업을 앞둔 고학년으로 진로선택이나 취업과 관계된 심리적 불안감이 삶의 질에 부정적으로 영향을 미쳤으리라 사료된다. 아버지의 직업이 있는 경우가 가장 높은 삶의 질 점수를 나타냈고, 아버지가 계시지 않은 경우가 가장 낮은 삶의 질 점수를 나타내 유의한 차이를 나타냈는데(p=.0037), 이는 아버지의 부재로 인한 경제적 여건이 삶의 질에 영향을 미쳤으리라 본다. 나를 포함한 형제 수에서의 삶의 질 점수는 혼자일 때 점수가 가장 높았고, 다음이 2명, 3명 이상 순으로 나타났으며 형제 수에 따른 삶의 질 점수에 유의한 차이를 보였고(p=.0447), 이는 선행연구가 없어서 비교할 수 없었다. 월평균 총소득에서는 301만원이상이 가장 높은 점수를 나타냈으며, 그 다음이 251-300만원, 151-250만원, 101-150만원 순으로 100만원이하가 가장 낮은 점수를 보였고, 총소득에 따라 유의한 차이를 보였다(p<.0001). 이는 월소득이 많을수록 삶의 질도 점차 높다는 결과의 연구(김미경, 2001)와 여대생 부모의 경제상태가 양호할수록 삶의 만족도가 높다는 연구(백경신과 최연희, 2003)와 일치하였다. 생활수준에 따른 삶의 질 점수를 보면 상이 가장 높은 점수를 나타냈고, 다음이 중, 하가 가장 낮은 점수를 나타내어 유의한 차이를 나타냈고(p<.0001), 이는 상기의 총소득에 따른 삶의 질 점수에 대한 결과를 지지하였다. 본인건강상태가 좋은 경우가 가장 점수가 높았으며, 그 다음이 보통, 나쁨이 가장 낮은 점수를 나타내 유의한 차이를 나타냈고(p<.0001), 이는 인지된 건강상태가 좋을수록 삶의 질도 높았던 연구(김미경, 2001)결과와 일치하였다. 지난 1년간 입원경험이 없는 경우가 삶의 질 점수가 높았고 유의한 차이를 보였는데(p=.0030), 이는 질병유무에 따른 삶의 질에 유의한 차이를 보이지 않았던 연구(김미경, 2001)와는 다른 결과로 추후 후속연구가 요구된다.

대상자의 건강행위, 비만도와 삶의 질과의 상관관계에서 건강행위는 삶의 질과 유의한 정적 상관관계가 있었으며(r=.252, p<.0001), 이는 공무원을 대상으로 건강증진행위수준이 높을수록 삶의 질이 높아진다는 김미경의 연구(2001) 결과와, 여대생의 건강증진행위 수준이 높을수록 삶의 질도 높다는 연구 결과(백경신과 최연희, 2003)와 유사한 결과로, 노인을 대상으로 건강증진행위와 삶의 질 간에 정적상관관계가 있다는 연구(최연희, 2004)와, 전혀 운동을 하지 않은 의대생보다 운동을 한 의대생이 삶의 질 점수가 유의하게 높았다는 연구(박진영, 2006) 결과를 지지하였다. 건강행위는 비만도와 유의한 정적상관관계가 있는 것으로 나타났는데(r=.0915, p=.0039), 이는 여대생을 대상으로 규칙적인 운동여부가 비만도에 유의한 차이를 나타냈다는 연구(정영미 등, 2005)결과를 지지하였다.

대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 변수를 확인하기 위해 단계별 회귀요인분석을 실시한 결과 유의한 상관관계를 나타내었던 건강행위와 일반적 특성에 따른 삶의 질에 차이를 보였던 변수인 연령, 아버지 직업, 형제 수, 총소득, 생활수준, 본인건강상태, 1년간 입원경험을 가변수 처리하여 회귀식에 포함하였다. 그 결과 대학생의 삶의 질에 영향을 미치는 변수로는 생활수준이 전체변량의 4.16%의 설명력을 갖는 것으로 나타났으며, 다음으로는 스트레스 관리, 본인건강상태, 수면유지, 건강검진, 입원경험, 총소득, 체중관리 순이었으며, 이를 모두 포함시켰을 때 설명력이 13.2%였다. 그러나 위에서 밝힌 이들 요인에 대한 삶의 질 설명력은 13.2%로 본 연구에서 다룬 변인들 이외에 삶의 질에 영향을 미치고 있는 다른 변인을 앞으로 더 규명해야함을 시사해주고 있다.

V. 결 론

본 연구는 대학생의 건강행위, 비만도와 삶의 질과의 관계를 파악하고 삶의 질 영향요인을 분석하여 대학생의 건강증진 프로그램 개발을 위한 자료를 제공하고 궁극적으로 대학생의 삶의 질을 향상시키기 위한 기초자료를 제공하고자 S시 소재 종합대학교의 대학생 991명을 대상으로 2006년 10월 12일부터 10월 20일 까지 구조화된 설문지를 이용한 설문조사를 실시하였다.

대학생의 비만도는 저체중 집단이 13.4%, 정상 체중집단 48.9%, 과체중집단 37.8%로 나타났다. 대학생이 지각한 삶의 질 정도는 전체 평균은 3.19점(만점 5점)으로 하부영역별 평균은 신체적 영역 3.25점, 심리적 영역 3.23점, 사회적 영역 3.21점, 전반적인 삶의 질 3.19점, 생활환경 영역 3.10점의 순으로 생활환경 영역이 가장 낮게 나타났다. 대학생이 실천하고 있는 건강행위 정도는 정규적인 건강검진을 실천하는 경우가 15.3%로 건강검진에 대한 중요성 인식 정도가 낮게 나타났으며, 운동을 하는 경우가 27.5%, 금주 32.4%, 매일 아침식사를 하는 경우 44.4%로 55%이상의 대상자들이 결식하는 것으로 나타났고, 금연 45.1%, 체중관리 49.7%, 7시간 이상의 수면 53.1%, 스트레스를 관리하는 경우는 56.1%로 나타났다.

대학생의 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도는 연령(p=.0002), 아버지의 직업(p=.0037), 형제수(p=.0447), 월평균 총 소득(p<.0001), 생활수준(p<.0001), 본인건강상태(p<.0001), 1년간 입원경험(p=.0030)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 삶의 질 정도의 차이를 사후 검정한 Scheffe 검정결과에서 연령은 21-25세에서

아버지의 직업이 있고, 형제 수가 적을수록 월평균총소득이 높을수록, 생활수준이 높을수록, 본인 건강상태가 좋을수록, 1년간 입원경험이 없는 경우가 삶의 질 정도가 더 높게 나타났다.

대학생의 건강행위와 삶의 질, 비만도와의 상관관계에서는, 삶의 질은 건강행위와 유의한 정적상관관계가 있었으며(r=.252, p<.0001), 건강행위는 비만도와 유의한 정적상관관계가 있는 것으로 나타났다(r=.0915, p=.0039).

대학생의 삶의 질에 영향을 미치는 변수로는 생활수준, 스트레스 관리, 본인건강상태, 수면유지, 정규적 건강검진, 입원경험, 월평균 총소득, 체중관리로 나타났다.

지금까지 기술한 결과를 해석하는 데는 다음과 같은 한계가 있음을 고려해야하는데, 일부 지역의 대학생을 대상으로 한 자가보고식 설문지에 의한 일회성 연구로 일반화의 한계가 있어서 본 연구결과를 재확인 할 수 있는 추후 연구가 요구된다.

본 연구의 결과를 기반으로 대학생에게 유용한 건강행위 증진을 위한 프로그램을 개발하고 적용하여 삶의 질 변화를 고찰할 필요가 있고, 건강행위와 삶의 질과 관련된 연구가 많이 이루어지지 않았으므로 이에 대한 반복연구와 본 연구의 변인들 이외에 삶의 질에 영향을 미치고 있는 다른 변인을 앞으로 더 규명해야 할 필요가 있다.

참 고 문 헌

강윤주 외 5명. 비만아동 및 청소년의 체중조절 경험과 비만관리 의도에 영향을 미치는 요인. 예방의학회지 1998;31(2):199-214.

강재헌, 김남순. 한국의 비만 추이. 대한비만학회 2002;11(4):329-334.

김미경. 건강증진행위수준과 삶의 질 간의 관련성 연구[석사학위논문]. 서울: 연세대학교 보건대학원, 2001.

김보경, 정문숙, 한창현. 대학생의 건강증진행위 수행정도와 관련요인. 보건교육건강증진학회지 2002;19(1):59-85.

김옥수. 여대생들의 비만도, 신체에 대한 태도 및 식이 조절에 대한 연구. 성인간호학회지 2002;14(2):256-264.

김은애. 청소년의 건강증진행위와 자기효능과의 관계연구[석사학위논문]. 서울: 중앙대학교 대학원, 1999.

김일원, 최미경, 한상숙. 피드백을 활용한 비만예방교육이 청소년의 지식과 행위에 미치는 효과. 보건교육 · 건강증진학회지 2006;23(2):47-61.

김정희, 김현미, 송미령. 일개대학의 건강검진 결과에 대한 연구. 한국보건간호학회지 2000;14(2):260-270.

김종환, 박태순, 고희정. 비만의 지표로서 다양한 허리둘레 측정기준에 따른 유용성 비교. 가정의학회지 2001;4:548-555.

김학순. 남녀고등학생의 건강에 대한 연구-일부청소년들의 건강상태와 건강행위를 중심으로. 한국학교보건학회지 1993;6(2):89-100.

김현숙. 청소년의 건강행위와 비행의 영향요인에 관한 모형구축[박사학위논문]. 서울: 서울대학교보건대학원, 1998.

대한비만학회. 임상비만학. 서울: 고려의학, 2001.

대한비만학회. http://www.kosso.or.kr/, 2004.

문경래, 박영봉. 광주시내 초등학교 아동의 비만도 조사. 소아과 1993; 36(1): 81-87.

문선영, 김신정, 김숙영. 비만 여고생의 건강통제위 성격과 섭식행동. 대한 간호학회지 2001;31(1):43-51.

민성길, 이창일, 김광일, 서신영, 김동기. 한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도(WHOQOL-BREF)의 개발. 신경정신의학, 2000;39(3):571-577.

박은준. 대학생의 인터넷 건강정보 이용과 건강행위와의 관계[석사학위논문]. 서울: 서울대학

교 대학원, 2002.
박정숙, 박청자, 권영숙. 건강교육이 대학생의 건강증진행위에 미치는 영향. 대한간호학회지 1996;26(2):345-358.
박진영. 한국 의대생의 삶의 질에 영향을 미치는 요인 연구[석사학위논문]. 서울: 연세대학교 대학원, 2006.
보건복지부. 2005 국민건강영양조사. 서울: 보건복지부, 2006)
백경신, 최연희. 여대생의 건강증진행위와 삶의 만족에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 보건교육·건강증진학회지 2003;20(2):127-147.
신명식. 한국성인의 문제음주행태 관련요인 분석. 한국알코올과학회지 2002;3(1):111-130.
오형석. 대학생과 건강. 대학보건 5th. 연세대학교 출판부. pp.12-33, 1971.
유수정. 우리나라 성인비만 관련요인 분석: 사회, 경제, 행동적 요인을 중심으로[석사학위논문]. 서울: 연세대학교 보건대학원, 2004.
윤은자. 대학생의 건강증진생활양식 이행. 성인간호학회지 1997;9(2):262-271.
이미라. 대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구. 대한간호학회지 1997;27(1):156-168.
이병숙, 김미영, 김미현, 김선경. 우리나라 일부 대학생의 건강신념 및 건강행위 실천도. 대한간호회지 2000;30(1):213-224.
이순영, 김선우, 박주원. 한국인의 건강행태 유형에 관한 연구. 예방의학회지 1997;30(1):181-194.
이영휘. 대학생이 지각한 일상생활스트레스, 자기효능, 강인성과 건강행위와의 관계. 성인간호학회지 2006;18(5):699-708.
이원재, 반덕진. 음주감소를 위한 정책방향. 한국보건교육학회지 1996;13(2):101-105.
이인숙. 일부 대학생들의 건강통제위 성격과 건강증진 행위간의 상관관계연구. 한국보건간호학회지, 1995;9(1): 44-58.
이정렬, 박신애. 역학과 건강증진. 서울: 수문사, 1996.
이종렬. WHOQOL-BREF를 이용한 대구광역시민의 삶의 질에 관한 조사[석사학위논문]. 대구: 계명대학교 대학원, 1999.
장옥자, 정승교. 일부대학생의 식생활 및 운동 양상. 한국보건간호학회지 2000;14(2):415-430.
전미영, 김명희, 조정민. 대학생의 건강증진 생활양식과 관련된 요인분석. 보건교육·건강증진학회지 2002;19(2):1-13.
정승교. 일부 여대생의 체중조절 실태 및 신체상. 한국보건교육·건강증진학회지 2001;18(3):161-173.
정영미, 정길수, 이성은. 비만도에 따른 여대생의 건강습관, 체성분 및 신체상 비교. 보건교육·건강증진학회지 2005;22(1):87-102.
정현주. 건강수준에 따른 건강행위 분석[석사학위논문]. 서울: 서울대학교 보건대학원, 2005.
최상한. 부모의 건강행위와 청소년의 건강행위와의 상관관계[석사학위논문]. 부산: 부산대학교 대학원, 2003.
최연희. 농촌지역 독거노인의 건강증진행위와 삶의 질. 보건교육·건강증진학회지 2004;21(2):87-100.
최희정, 이은옥. 목욕행위와 건강상태와의 관계. 대한간호학회지 2002;32(4):519-528.
최치원. THI에 의한 치과의사들의 건강실태 및 건강행위에 관한 조사연구[석사학위논문]. 서울: 서울대학교 보건대학원, 1999.
한금선. 대학생의 자기효능감, 건강증진행위와 스트레스 증상과의 상관관계. 대한간호학회지 2005;35(3): 585-592.
한수정. 중년기 성인의 운동실천과 삶의 질. 한국보건간호학회지 2004; 18(14): 15-25.
허혜경 외 6명. 강원도 원주지역 초중고등학생의 식습관 및 섭식행동에 관한 단면연구. 보건교육·건강증진학회지 2003;20(1):159-172.
Adderley-Kelly B, Green PM. Health behaviors of undergraduage African American nursing students. ABNF J 2000;11(1):7-12.
Belloc NB., Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. Prev Med 1972;1(3):409-421.
Bergner M. Quality of life, health status, and clinical research. Med Care 1989;27(3):

148-156.

Cohen DA, Scribner RA, Fareley TA. A structural model of health behavior : A pregmatic approach to explain and influence health behavior at the population level. Prev Med 2000;30:146-154.

Denny CH, Taylor TL. American Indian and Alaska native health behavior: findings from the behavioral risk factor surveillance system, 1992-1995. Ethn Dis 1999;9(3):403-409.

Ettner SL. The relationship between continuity of care and the health behaviors of patients : does having a usual physician make a difference ? Med Care 1999;37(6):547-555.

Felts M, Tavasso D, Chenire TM, Dunn P. Adolescents' perceptions of relative weight and self-reported weight loss activities. J Ach Health 1992;62(8):372-376.

Fontaine KR, Bartlett SJ. Estimating health-related quality of life in obese individuals. Disease Management and Health Outcomes 1993;3:61-70.

Friedman RH. Automated telephone conversation to assess health behavior and deliver behavioral interventions. J Med Syst 1998; 22(2):95-102.

Harris DM, Guten G. Health-protective behavior : an exploratory study. J. of Health and Social Behavior 1979;20:17-29.

Kasl V, Cobb S. Health Behavior Illness Behavior and Sick Role Behavior. Archives of Environment and Health 1966;12:246-266.

Kulbok PA, Carter KF, Baldwin JH, Gilmartin MJ, Kirkwood B. The multidimensional health behavior inventory. J Nurs Meas 1999;7(2):177-195.

Laffrey SC. An exploration of adult health behavior. Weatern Journal of Nursing Research, 1990;12(4):434-444.

Lagorge RG, Velicer WF, Richimond RL, Owen N. Stage distributions for five health behaviors in United States and Australia. Prev Med 1999;28:61-74.

Lantz PM, House JS, Lepkowski JM, Williams DR, Mero RP, Chen J. Socioeconomic factors, health behaviors and mortality: results from a nationally representative perspective study of Us adults. JAMA 1998;279(21):1703-1708.

McDowell I, Newell C. Quality of life and life satisfaction measuring health : a guide to rating scales and questionnaire, Oxford University Press, USA, 1987;203-224.

McGinnis MJ, Foege WH. Actual Causes of Death in the United States. JAMA 1993; 270(18):2207-2212.

Michael YL, Colditz GA, Coakley E, Kawachi I. Health behaviors, social networks and healthy aging: cross-sectional evidence from the Nurses' health study. Qual Life Res 1999;8(8):711-722.

Preston DB, Greene GW, Irwin PA. An assessment of college health nursing practice: A wellness perspective. J of Comm Health Nurs 1990;7(2):97-104.

Shi L. Sociodemographic characteristics and individual health behaviors. South Med J 1998;91(10):933-941.

World Health Organization. WHOQOL Study Protocol. WHO, Geneva. 1993.

<ABSTRACT>

Quality of Life and Its Related Factors among University Students

Young-Mee Lee

Dept. of emergency medical technology, Kangwon National University

Purpose: The purpose of this study was to investigate the relationship among health behavior, obesity and QOL, and to identify factors affecting QOL of University Students in rural area, to provide the basic data for health promoting program in order to improve the QOL.

Methods: The subjects of this study were 991 university students. The collected data was analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, Scheffe's test, Pearson correlation coefficient and Stepwise multiple regression with SAS.

Results: In the degree of the obesity were 13.4% of the underweight group, 48.9% of the normal weight group, and 37.6% of the overweight group. The average item score for the QOL was 3.19; the highest score on the subscale was physical domains(M=3.25) with the lowest environmental domains. In the degree of health behavior performance were 15.3% of regular health check, 27.5% of exercise, 45.1% of no-smoking, 32.4% of no-drinking alcohol, 53.1% of sleeping 7-hour, 49.7% of weight care, 56.1% of stress management, and 44.4% of breakfast. The score of QOL was statistically significant difference according to age, occupation of father, the number of brothers, total income, level of life, perceived health status, and admission of hospital. The score of QOL correlated positively with health behavior($r=.2521$, $p<.0001$), and the scores of health behavior correlated positively with obesity($r=.0915$, $p=.0039$). Stepwise multiple regression analysis for QOL revealed that the most powerful predictor was level of life. Stress management, perceived health status, sleeping 7-hour, regular health check, admission of hospital, total income, and weight care explained 13.2% of the variance.

Conclusions: Therefore, it is necessary to develop health behavior promotion program in order to enhance the quality of life of university students. Future studies need to be pursued to find significant influencing factors for QOL of university students.

Key words : Health Behavior, Quality of Life, University Students, Obesity