

Influencing Factors on Counseling Intention for Obesity Treatment

비만상담의도에 영향을 미치는 요인에 대한 연구 - 건강소통의지, 비만위험지식을 중심으로 -

Sunouk You¹, Soojin Kim²

유선옥¹, 김수진²

¹ Professor, School of Applied Humanities & Public Service, Hankyong National University, Korea,
swyoo@hknu.ac.kr

² Adjunct Professor, Division of Communication & Media, Ewha Womans University, Korea,
sjinkim@ewha.ac.kr

Corresponding author: Soojin Kim

Abstract: This study explored the mean differences in obesity risk knowledge (ORK) level and willingness to communicate about health (WTCH) between obese and non-obese people. Specifically, this study verified the relationship between obesity ORK, WTCH, and the intention to seek counseling from doctors. The results revealed a significant difference in WTCH. There was no significant difference in the level of ORK. For obese people's intention to seek counseling from doctors, it was found that disease status, the WTCH and ORK had significant effects on the counseling intention for dietary treatment. The result showed that being of age in their 20s and 30s, disease status, WTCH were the significant predictors on their counseling intention for exercise treatment. Regarding the counseling intention for behavioral treatment, only disease status and WTCH were analyzed as significant predictors. This study suggests to enhance the level of WTCH and ORK in order to increase obese people's counseling intention.

keywords: Obesity, Obesity Management, Weight Control, Counseling, Obesity Risk Knowledge (ORK), Willing to Communicate about Health (WTCH)

요약: 본 연구는 비만인과 비비만인의 비만위험지식과 건강소통의지의 차이와 비만인의 질병보유, 건강소통의지, 비만위험지식이 식사, 운동, 행동 치료 상담의도에 미치는 영향을 탐구하였다. 연구 결과, 비만인과 비비만인의 건강소통의지에는 통계적으로 유의미한 차이가 있었으나, 비만위험지식 수준에서는 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 비만인의 비만치료 상담의도에 영향을 미치는 요인들을 분석한 결과, 식사치료 상담의도에는 질병보유, 건강소통의지와 비만위험지식 수준이 유의미한 영향이, 운동치료 상담의도에는 20-30대의 연령, 질병보유, 건강소통의지의 유의미한 영향력이 나타났다. 행동치료에 상담의도에 대해서는 질병보유, 건강소통의지만이 유의미한 영향을 미쳤다. 본 연구는 비만인들의 치료 상담을 이끄려면 건강소통의지와 위험지식수준을 제고하는 교육 및 캠페인이 필요함을 시사하였다.

Received: November 20, 2022; 1st Review Result: January 03, 2023; 2nd Review Result: February 02, 2023
Accepted: February 28, 2023

핵심어: 비만, 비만관리, 체중조절, 상담, 비만위험지식, 건강소통의지

1. 서론

WHO에 따르면 세계의 성인 19억 명 이상이 과체중, 650만명 비만이다(2016년 기준)[1]. 과체중과 비만은 전 세계 주요 사망위험요인 중 5번째이며 2017년 기준 매년 약 280 명이상이 과체중과 비만으로 야기된 질환으로 사망한다[2]. 우리나라도 예외는 아니다. 우리나라 성인 비만 유병률은 남자 48.0%, 여자 27.7%로, 체질량 지수가 30이상인 고도비만 인구는 6.1%에 이르며 20-30대의 연령층으로 급속히 증가하는 가운데, 2030년에는 현재의 2배 이상이 될 것으로 예측되고 있다[3][4].

비만은 사회, 경제적 손실을 초래하는 질병이자 건강 위험요인으로, 비만으로 인한 우리나라의 사회·경제적 손실은 한해 11조 5천억원에 달한다[5]. 이 중 의료비 손실은 전체의 51.3%로 5조 7747억원이며, 생산성 저하액은 2조 3518억, 생산성 손실액은 1조 4976억원, 조기 사망액은 1조 1489억에 이른다. 또한 건강 문제와 심리적, 정서적 문제에서 기인하는 생산성 관련 손실은 3조에 달해 의료적 측면 뿐 아니라 사회적 측면에서도 비만 문제는 심각하다[5]. 비만 인구의 지속적 증가와 비만으로 인한 사회경제적 손실은 건강, 보건 측면에서 뿐 아니라 사회, 경제적 측면에서 우리가 시급히 관심갖고 해결해야 할 사안이다.

그러나 비만을 단지 ‘살이 많이 찐 상태’로 여기거나, 개인의 의지에 따라 해결할 수 있는 것으로 생각하는 경우가 많다[6]. 비만은 각종 합병증을 유발할 수 있어 치료가 필요한 만성질환이라는 경고에도 불구하고[1], 비만인들은 비만의 위험성에 대한 지식과 인지의 부족, 낙인에 대한 두려움으로 병원 방문을 주저하거나 의학적 도움 없이 스스로 해결하려는 문제가 지속되고 있다[6]. 비만인과 보건의료전문가의 비만치료에 대한 인식, 태도, 행동을 확인하기 위해 실시된 ‘ACTION-IO(Awareness, Care, and Treatment In Obesity Management—an International Observation)’ 연구에서 실제 우리나라의 비만환자 스스로가 비만관련 상담을 위해 의료진을 찾는 데에는 3년 정도가 걸리는 것으로 나타났다. 또한 이 연구는 의료진과 체중에 대해 논의한 환자의 경우 체중감량 달성률이 58%에 이른다는 사실과 비만 환자 중 의사 상담과 진단을 받은 경험이 그렇지 않은 사람에 비해 체중감량이 더 성공적으로 이루어졌다는 결과를 발표했는데, 이는 의사와의 상담을 통해 비만에 적극적으로 대처하고 본인에게 맞는 치료 방안을 찾고 비만관리를 하는 것이 매우 중요함을 시사한다[7]. 그러나 우리나라 비만환자들은 비만을 질병으로 인식하고 비만 치료에 대한 동기가 있어도 의사 상담을 꺼려하며, 보건의료 전문가보다는 인터넷, 친구, TV등에서 조언을 구하는 경우가 많아 스스로 비효과적인 비만 관리를 하거나, 심지어는 건강에 위험한 비만관리를 하는 경우도 있는 것으로 보고되고 있다[7]. 따라서 본 연구는 비만 관리 및 치료를 위한 의사 상담의 중요성과 필요성에 주목하여 비만인의 의사 상담을 촉진시킬 수 있는 요인에 대해 논의하고, 질병 보유와 같은 건강적 요인 뿐 아니라 소통 요인, 위험 지식과 같은 인지적 요인에 대해 탐구하고자 하였다. 이러한 요인들이 비만인에게 어떻게 나타나는지 살펴보고 의사 상담 의도에 대한 영향력을 규명하여 캠페인 및 교육 등 포괄적인 비만 관리에 시사점을 제시하고자 하였다.

2. 문헌고찰

2.1 비만치료 상담

의사와의 상담은 치료의 시작이자, 의사-환자 간 상호작용을 통한 정보 교류와 목표 설정의 과정으로 효과적 비만 관리의 핵심이다. 이는 환자의 치료 의지, 치료에 대한 준비와 관련되어 있으며, 치료를 지속하게 하고 체중 감량을 성공적으로 이끄는 중요한 기점이 된다. 그러나 우리나라의 경우 비만인들은 의사를 만나기 꺼려하며, 단 31%의 비만환자들만이 주도적으로 자신의 비만 문제를 이야기하고 의사와 상담하는 것으로 나타났다[7]. 이는 글로벌 수준인 54%보다 낮은 결과로, 우리사회의 비만인들이 치료 관련 소통 의지를 높이고, 의료진과의 상담을 원활히 할 필요가 있음을 의미한다[7]. 미국의 국립보건원(National Institute of Health)에서는 비만 관리를 위한 근거중심 지침을 마련하여 제시, 이 중 5A's를 상담 현장에서 사용하도록 권장하고 있다. 첫번째는 비만 위험에 대한 접근(Access obesity risk), 두 번째는 체중 감량에 대한 동기 및 준비에 대한 질문(Ask about readiness to lose weight), 세 번째는 체중감량 프로그램 설계와 관련한 조언(Advise in designing a weight-control program), 네 번째는 적절한 중재 활동에 대한 도움(Assist in establishing appropriate intervention), 그리고 마지막은 후속 치료 및 관리에 대한 조치(Arrange for follow-up)가 그것이다. 이렇듯 의사-환자와의 대화와 상담은 의사에게는 비만 환자의 준비상태나 치료 동기와 의향을 파악하고 적절한 치료법을 선택하고 이에 대해 환자와 커뮤니케이션 할 수 있는 기회이며, 환자에게는 치료와 관리에 대한 충분하고 정확한 정보를 획득하고 전략적 비만 관리 설계에 적극적으로 동참하기 위한 중요한 계기가 된다. 상담 자체가 효과적인 비만 관리의 시작이 되는 것이다[8].

비만치료에서 가장 중요한 것은 체중감량이다. 고도비만을 제외하고 5-10%의 체중감량으로 관련 증상과 동반질환이 개선될 수 있으며 감량한 체중을 잘 유지하면 이환율과 사망률을 낮출 수 있다[9][10]. 따라서 환자 본인의 식단 조절의 실패나 운동량 확보의 실패로 낙인찍기보다는 지속적으로 관리할 수 있도록 전문가의 상담과 치료, 지지가 절대적으로 필요하다. 기본적으로 식이요법, 운동요법, 행동요법이 가장 핵심적인 치료이며, 치료법의 병행과 관리가 중요하다[11]. 식사치료는 올바른 식습관을 통한 치료이다. 운동치료는 유산소와 저항 운동 등 운동을 통한 중재 효과를 보이게 하는 것이다. 운동치료는 식사치료와 더불어 비만치료의 기본으로 체중감량 뿐 아니라 감량된 체중, 특히 체지방을 유지하기 위한 중요한 방법으로, 운동프로그램은 비만인의 의학적 상태와 신체 구성, 체력에 맞게 실시되어야 한다[11]. 행동치료는 비만 환자의 음식 섭취나 신체 활동과 연관된 행동들을 자연스럽게 변화시키는 것으로, 비만치료의 핵심인 식사, 운동요법을 성공적으로 실천하도록 유도하는 것이 행동치료 방법이다. 프로그램화된 행동치료를 적용하여 비만하게 하는 잘못된 행동은 줄이고 건강하게 만드는 행동을 늘리는 것이다[11]. 이 외, 비만 정도가 심하거나 비만에 관련된 질환의 위험 요인이 매우 높은 경우에는 약물요법, 수술요법 등의 적극적인 치료가 요구되고 있다. 식사조절, 운동 및 행동조절의 병합은 비만의 치료에 있어 가장 효과적인 방법이다. 약물치료나 수술치료가 필요한 경우에도 생활습관의 관리는 반드시 필요한 것으로 보고되고 있으며 전문의 상담 후 개인의

특성에 맞게 각 비만 치료가 적용되어야 한다[11].

본 연구는 비만의 식사, 운동, 행동치료를 위해서는 이에 대한 상담이 우선이자, 핵심임을 주지하고, 의사 상담을 이끄는 요인을 파악하고자 하였다. 의사 상담의 선행 요인 중 장애 요인을 밝히는 시도는 있었으나, 이는 의료진 관점에서의 요인에 대한 연구였고[12][13], 환자 관점의 촉진 요인에 대한 연구는 부족하였다. 따라서 본 연구는 비만인의 건강소통의지와 비만위험지식 정도를 파악하고, 이 요인들이 의사 상담의도에 미치는 영향을 탐구하려 한다.

2.2 건강소통의지

소통의지(willingness to communicate)는 개인 간 메시지를 주고 받는 데 있어 일관되게 나타나는 ‘소통 특성 (communication trait)’으로, 다른 사람과 커뮤니케이션을 주도하고자 하는 개인적 기질이나 성향을 의미한다[14]. 건강소통의지(WTCH, Willingness To Communicate about Health)란 특히, 자신의 건강 관심사나 문제와 관련하여 의료진이나 소셜 네트워크 상의 사람들과 이야기 나누고 토론하고자 하는 의향으로[15], 건강 문제, 위험과 관련한 개인적 차원의 민감한 사항이나 라이프 스타일 등과 관련되어 있어 개인에 따라 다르게 나타난다. 라이트, 프레이와 소포리는 건강소통의지 척도를 개발하였는데, 이는 전반적으로 건강에 대해서 커뮤니케이션 할 의향에 대한 질문으로, 일반적인 건강 문제와 특정 질병과 관련한 상황에 적용 가능한 척도이다. 건강소통의지는 개인의 정보 추구 행동 뿐 아니라 건강 이슈와 관련한 일상의 대화, 사회적 지지 추구, 의사-환자 간 상호작용 등 개인의 행동에 영향을 주는 특성으로 논의되고 있으며[15], 이에 대한 연구는 장기 기증, HIV 연구, 암과 관련하여 연구된 바 있다[15-18].

특히 개인의 건강소통의지는 의사-환자 간 협력적 관계(collaborative communication) 및 열린 대화(open discussion)와 관련이 깊다. 의사-환자 간 협력과 소통은 건강 문제의 해결과 환자의 치료 선택에 있어 효율성을 높이고 효과적인 질병 치료를 이끈다[15]. 환자가 자신의 건강과 관련하여 평소 의료진 및 주변인과 소통하는데에 어려움을 느끼지 않고, 관련된 지식을 갖고 있어야, 특정 질병과 관련한 병원 방문 및 의사 상담이 보다 수월하게 이루어지며 이것이 질병 치료로 이어질 수 있다. 건강 관련 소통의지가 강한 환자일수록 상담과 치료 과정에서 원하는 치료법에 대해 이해하고 질문하는 등 적극적, 주도적으로 옹호적 행동을 하게 되고, 의료진-환자 간 상호작용이 보다 원활하고 효율적으로 이루어지게 되어 질병의 치료가 효과적으로 행해진다는 것이다[15]. 건강소통의지가 상담의도에 미치는 영향은 여러 연구를 통해 입증되었다. 개인의 소통의지는 불확실성을 해소하기 위한 해결책으로서 대인적, 미디어 정보 수집활동과 의료진과의 상담을 통한 지식 획득, 적극적인 상호작용을 증대시킨다. 또한, 자기효능감을 증진시키고 긍정적인 건강행동을 일으킨다[19][20].

그러나 체중문제나 비만과 관련한 소통과 의사 상담은 비만에 대한 낙인 또는 편견으로 원활하지 못했으며, 이에 대한 연구도 활성화되지 않았다[20]. 본 연구는 선행연구의 논의에 따라 비만인의 건강소통의지가 강해야 비만 관리 및 치료와 관련된 건강행동, 즉 의사 상담의도가 높아질 것이라 보고, 비만인의 건강소통의지를 비비만인과 비교하고, 의사 상담의도에 미치는 영향력을 살펴볼 것이다.

2.3 비만위험지식

건강을 위협하는 요소와 관련된 위험지식은 건강한 삶의 방식을 선택하고 결정하는데 있어 매우 중요한 요소로 논의되어 왔다[21]. 특히, 비만에 대한 위험성을 제대로 알고 지식 수준을 높이는 것은 정보를 갖고 의사결정을 하게 하여, 비만 상태를 개선하고 예방하는데에 크게 기여한다. 따라서 비만 위험성에 대한 교육과 중재 활동, 캠페인 등을 통해 지식수준을 높이고, 효과적 비만 관리가 이루어지도록 하는 것이 매우 중요하다. 그러나 그동안의 비만 관리는 위험 정보(health risk information)의 제공과 지식수준의 제고, 커뮤니케이션을 통한 관리보다는 체중 감량 또는 유지 전략 자체만을 강조해 왔으며, 지식 또한 영양적 측면에 초점을 맞추어 이의 증진에 집중해 온 경향이 있다.

비만위험지식(Obesity Risk Knowledge(ORK-10)은 스위프트와 동료들에 의해 개발된 측정 항목으로, 연구자들은 비만의 위험 관련 지식을 측정하여 비만 관리를 위한 교육, 중재에 적용할 것을 촉구하였다[21]. 비만 지식의 측정을 통한 환자 상태의 점검은 의료진의 감정이나 주관적 태도를 배제하고 객관적으로 환자에게 접근할 수 있는 효과적인 방법이며, 의료진의 직접적인 말보다 덜 위협적으로 환자와 의료진 간 대화를 시작할 수 있는 신뢰감 있는 도구가 된다[21][22]. 비만위험지식은 건강행동을 촉진시키기 위한 사회인지모델 요인으로 논의되어 왔으며, 비만의 위험성에 대한 지식을 갖추고 있는 것은 비만환자의 비만 결과 인지에 도움이 될 뿐 아니라 비만 치료에 대한 의료진의 태도나 행동에도 영향을 준다[22].

지식과 소통, 행동과의 관계는 다양한 건강 주제 맥락에서 연구된 바 있지만[23], 비만위험지식과 건강 관련 행동과의 관련성에 대한 실증적 연구는 부족하다. 비만에 대한 지식이 행동적 결과로 이끈다는 논의는 사회인지이론이나 기대가치이론 등에서 교육 및 촉진활동의 역할과 관련하여 폭넓게 논의되었지만, 이는 영양지식과 체중관리행동과의 관련성을 탐구한 연구에 한정되어 왔다[24]. 따라서 스위프트 등은 비만 및 식이, 운동 등의 비만치료에 대한 지식, 태도, 행동을 변화시키기 위한 의료 환경에서의 교육과 상담이 요구되며, 비만과 관련한 건강 위험성에 대한 지식, 이에 대한 커뮤니케이션 등을 강조하는 인지적 접근이 매우 중요함을 주장하였다[21][22]. 또 인지적 접근을 위한 비만위험지식의 측정과 연구의 필요성을 제기하였다. 이러한 선행연구의 논의로 보아 비만 위험성에 대한 지식은 비만인의 의사 상담을 촉진시키는 요인으로 비만 치료에 대한 상담 의도를 높일 것으로 판단된다. 그러나 선행연구에서 비만 관리를 하는 비만환자의 위험 지식 수준이 높게 나타나지는 않았다. 영국 국립 건강서비스병원 체중관리 클리닉의 비만 환자에게 실시한 조사에 따르면, 이들의 비만위험지식수준은 일반인의 비만위험지식과 차이가 없었으며, 동반질환이 있는 경우와 없는 경우의 차이도 유의미 하지 않는 것으로 나타났다[24]. 말레이시아의 비만인과 비비만인의 지식수준을 비교한 연구에서도 이들 간 차이가 유의미하지 않았다. 또한 이 연구에서 비만인들은 질병 상태와 상관없이 낮은 비만위험지식을 갖고 있는 것으로 나타나 문제로 지적되었다[25]. 비만인이 비만의 위험성에 대해 부정확한 정보를 갖고 있거나 지식 수준이 낮으면, 이는 효과적 비만 치료에 저해가 된다. 따라서 비만인의 지식 정도가 점검될 필요가 있으며 지식 수준을 높일 수 있는 중재 및 교육이 필요하다.

따라서 본 연구는 비만 여부에 따라 비만에 대한 건강소통의지와 위험지식수준이 다른지를 확인하고자 했다. 비만인이 건강소통의지가 강하고, 비만의 위험성에 대한 정확한 정보를 보유하고 있을 때, 즉 위험지식수준이 높을 때 비만치료에 대한 상담의도가 강해질 것이므로[23][24]. 비만인의 특성을 파악하고 이의 영향력을 분석하는 것은 향후 효과적인 치료 전략의 적용에 중요한 참고가 되고, 어떠한 캠페인 및 교육, 중재가 필요한지 파악할 수 있기 때문이다. 또한 질병이 있는 비만인의 경우 자신만의 방법이 아닌, 의사의 상담과 치료가 더욱 중요하므로 인구사회학적 변인과 질병 보유 여부를 통제변인으로 두어 비만인의 치료 상담 의도에 영향을 미치는지 탐구하고자 하였다. 이상의 논의를 바탕으로 비만인과 비비만인의 건강소통의지에서 차이가 나타나는지를 <연구문제 1>로, 비만인과 비비만인의 비만위험지식정도가 유의미한 차이를 있는지를 <연구문제 2>로 제시하였다. 비만인의 인구사회학적 특성, 질병 여부, 건강소통의지, 비만위험지식이 각 치료를 위한 비만상담의도에 미치는 영향을 살펴보기 위한 <연구문제 3>, <연구문제 4>, <연구문제 5>는 다음과 같다.

<연구문제 1>. 비만인과 비비만인의 건강소통의지에는 차이가 나타나는가?

<연구문제 2>. 비만인과 비비만인의 비만위험지식정도에는 차이가 나타나는가?

<연구문제 3>. 비만인의 인구사회학적 특성, 질병 여부, 건강소통의지, 비만위험지식은 식사치료 상담의도에 어떤 영향을 미치는가?

<연구문제 4>. 비만인의 인구사회학적 특성, 질병 여부, 건강소통의지, 비만위험지식은 운동치료 상담의도에 어떤 영향을 미치는가?

<연구문제 5>. 비만인의 인구사회학적 특성, 질병 여부, 건강소통의지, 비만위험지식은 행동치료 상담의도에 어떤 영향을 미치는가?

3. 연구방법

3.1 데이터의 수집

조사전문기업을 통해 20-60대 일반인에게 온라인 설문조사를 실시하였다. 우리나라 성인남녀의 인구수를 모집단으로 산정하고, 이를 기준으로 비만인의 비율을 고려하여 표본수를 산출하였다. 수도권 및 광역시에서 성별에 기반하여 비례할당표집을 하였다. 비만인 417명의 응답이 수집되었으며, 남성이 288명(26.2%), 여성이 129명(11.7%)였고, 50-59세 응답자가 가장 많았다(105명, 9.5%). 그 다음으로 40-49세(87명, 7.9%)의 분포가 높았으며, 60세 이상(7.6%), 30-39세(80명, 7.3%), 20-29세(61명, 5.5%) 순의 연령대 분포가 나타났다. 비만인의 월 수입은 200원 미만은 92명(8.4%), 200-500만원 미만 225명(20.4%), 500만원 이상 100명(7%)으로 분석되었다. 비비만인의 경우 683명의 응답이 수집되었으며, 남성이 263명(23.9%), 여성이 420명(38.2%)으로 나타났다. 응답자의 연령분포는 40-49세(152명, 13.8%)가 가장 높았고, 20-29세(155명, 14.1%), 50-59세(147명, 13.4%), 30-39세(127명, 11.5%), 60세 이상(102명, 9.3%) 순의 분포를 나타냈다. 비비만인의 월 수입은 200원 이하는 172명(15.6%), 200-500만원 이하는 373명(33.9%), 500만원 이상은 138명(12.5%)으로 분석되었다.

3.2 변수의 측정

응답자들의 비만정도를 측정하였으며, 현재의 병력, 비만위험지식, 건강소통의지와 비만치료를 위한 상담의도에 대해 질문하였다. 비만위험지식은 정답과 오답을 측정하였으며, 건강소통의지, 비만상담의도는 5점 척도로, 1점 ‘전혀그렇지 않다’에서 5점 ‘매우 그렇다’로 점수화하여 측정하였다. 신뢰도 검증결과 변수의 크론바흐 알파(Cronbach's)값이 모두 .7 이상으로, 적합한 수준으로 판단되었다.

3.2.1 비만 여부

응답자가 키(cm), 몸무게(kg)를 작성하게 하여 체질량지수(BMI, Body Mass Index)를 산출하였다. 과체중부터 ‘비만’으로 분류하였다. 비만수준, 즉 비만도는 BMI를 적용하여, 대한비만학회에서 제시한 기준에 따라 BMI 23 ~24.9 kg/m²를 ‘비만전단계(과체중, 위험체중)’로, BMI ≥25 kg/m²를 ‘비만’으로 분류하였다[10][12]. 비만 전단계의 경우도 비만의 위험이 있고 관리의 필요가 있다는 의학적 지침[10][12]에 따라 본 연구에서는 BMI 23kg/m² 이상의 응답자를 비만으로 판단하고 비만인으로 분류하였다.

3.2.2 질병 보유

비만인의 경우, 보유하고 있는 질병에 체크하게 하였다. 질병이 없는 경우 160명(33.3%), 소화기질환을 가진 경우 117명(41.3%), 혈관계 질환이 있는 경우가 95명(57.9%), 대사내분비계 56명(51.9%), 근골격계 이상 54명(41.9%), 호흡기 질환 39명(50.0%), 비뇨생식기/부인과 질환 22명(37.9%), 암 4명(16.0%), 기타 질병 12명(31.0%) 등으로 나타났다. 2개 이상의 중복질환을 가진 비만인은 147명(35.25%)로 나타났다.

3.2.3 건강소통의지

라이트 등[15]이 개발한 건강소통의지를 본 연구에 적용하였다. ‘나는 건강에 대한 정보를 적극적으로 찾는다’, ‘나는 건강 문제에 대해 어려움 없이 이야기할 수 있다’, ‘나는 몸이 좋지 않을 때, 빨리 병원 예약을 한다’, ‘건강에 대해 의사와 이야기 나눌 때, 나는 위축되지 않는다’, ‘나는 의료진과 건강에 대해 이야기하는 것이 편안하다’, ‘나는 의료인(의사, 간호사, 치료사 등)과 이야기하는데 있어 어려움을 느끼지 않는다’의 6문항으로 질문하였다(Cronbach's α = .782, M=3.358, SD=.593)

3.2.4 비만위험지식

스위프트 등[21]이 제시한 문항을 적용하여 비만과 관련한 위험에 대한 정보를 제시하고 이 정보가 맞는지, 틀리는지, 또는 잘 모르는지를 판단하게 하였다. 17개의 질문에 응답하게 하여, 정답은 1, 오답은 0으로 계산하여 총점을 산출하였다(Cronbach's α = .811, M=10.72 SD=2.94). ‘비만한 사람들이 위암에 걸릴 확률이 높다’, ‘비만은 심장 문제를 일으킬 수도 있다’, ‘복부비만인 사람은 당뇨병에 걸릴 확률이 높아진다’, ‘비만은 고혈압 발병 위험을 증가시키지 않는다’ 등의 질문을 하였다.

3.2.5 비만치료 상담의도

비만관리 및 치료에 대해 의사와 상담할 의도를 비만인에게 질문하였다(Cronbach's $\alpha = .780$, $M=3.39$, $SD=.866$)[15]. 식사치료는 올바른 식습관을 통한 치료이며, 운동치료는 유산소와 저항 운동 등 운동을 통한 중재효과를 보이게 하자는 것, 행동치료에는 자극조절기법 대체행동기법, 인지재구조화기법이 있음을 안내하고, 각 치료에 대한 상담 의도가 어느정도인지를 측정하였다(식사치료: $M=3.44$, $SD: 1.034$, 운동치료: $M=3.58$, $SD= 1.016$, 행동치료: $M=3.15$, $SD= 1.003$).

3.3 분석방법

<연구문제 1>, <연구문제 2>에서 제시한 비만인과 비비만인의 건강소통의지, 비만위험지식의 차이를 분석하기 위해 t-test를 실시하였다. <연구문제 3>, <연구문제 4>, <연구문제 5>에 대한 분석을 위해서는 위계적 회귀분석(hierarchical regression analysis)을 실시하였다. 비만인의 인구사회학적 특성, 질병여부, 의료진과의 건강소통의지, 비만위험지식이 식사, 운동, 행동 치료 상담의도에 미치는 영향을 파악하기 위해 각 요인을 단계적으로 투입하였다. 각 종속변인에 대해 첫 번째 단계에서는 인구통계학적 특성(모형 1), 두 번째 단계에서는 질병여부를 통제변수로 투입하였다(모형 2). 세 번째는 비만위험지식(모형 3), 네 번째는 건강소통의지(모형 4)를 투입하였다.

4. 연구결과

<연구문제 1>을 통해 비만인, 비비만인 간 두 집단 간 건강소통의지의 차이를 밝히고자 하였다. 분석 결과, 비만인의 건강소통의지($M=3.364$, $SD= .474$)가 비비만인의 건강소통의지($M=3.348$, $SD= .466$)보다 더 높았으며, 그 차이가 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다($t= -2.902$, $p<.001$)[표 1].

[표 1] 비만인과 비비만인의 건강소통의지 평균 차이

[Table 1] Mean Difference on WTCH: t-test result

		건강소통의지			t
		N	M	SD	
비만 여부	비만인	417	3.364	.474	-2.902**
	비비만인	683	3.348	.466	

** $p<.01$

<연구문제 2>는 비만인과 비비만인의 비만위험지식 수준의 차이를 보고자 한 것이었다. 분석결과, 비만인의 위험지식($M= 10.60$, $SD= 3.092$)보다 비비만인의 위험지식($M= 10.79$, $SD= 2.884$)이 더 높은 것으로 나타났으나, 집단 간 차이는 유의미하지 않았다($t=-1.046$, $p>.05$)[표 2].

[표 2] 비만인과 비비만인의 비만지식 평균 차이

[Table 2] Mean Difference on ORK: t-test result

		비만위험지식 점수			t
		N	M	SD	
비만 여부	비만인	417	10.60	3.092	-1.046
	비비만인	683	10.79	2.884	

<연구문제 3>을 통해 식사치료 상담의도에 대한 인구사회학적 요인, 질병여부, 건강소통의지, 비만위험지식의 영향력을 보고자 하였다. 첫 번째로 인구사회학적 요인을 투입하였는데, 식사치료 상담의도에 대한 성별, 연령, 학력 변수의 영향력은 유의미하지 않았으며, 모형의 설명력 또한 유의미하지 않았다. 두 번째 단계로 질병여부를 투입한 결과, 질병의 영향력이 유의미했으며($\beta=.226, p<.001$), 모형의 설명력이 유의미하게 나타났다(Adj. $R^2= 3.9\%$). 즉, 비만인의 질병 보유는 식사치료 상담의도를 예측하는 변인으로 분석되었다. 건강소통의지를 투입한 모형 3의 설명력도 유의미한 것으로 나타났으며(Adj. $R^2= 6.0\%$), 건강소통의지가 식사치료 상담의도에 미치는 영향력 또한 유의미한 것으로 분석되었다($\beta=.154, p<.01$). 마지막 단계로 비만위험지식을 투입한 결과, 모형의 설명력이 유의미하였으며(Adj. $R^2= 7.3\%$), 지식수준이 높을수록 식사치료 상담의도는 높아지는 것으로 나타났다($\beta=.131, p<.01$)[표 3]. 식사치료 상담에 대한 설명력은 질병 보유 변인을 투입하였을 때 설명력이 가장 크게 증가하였고($\Delta R^2= 4.8\%$), 비만인이 질병을 갖고 있는 경우, 건강소통의지나 비만위험지식보다 식사치료에 대한 예측력이 더 큰 것으로 나타났다.

<연구문제 4>에 대한 답을 얻기 위해 운동치료 상담의도에 대한 인구사회학적 변수, 질병여부, 건강소통의지, 비만위험지식을 단계적으로 투입하였다. 인구사회학적요인과 모형 1의 설명력은 유의미하지 않았다. 질병여부를 투입한 모형 2의 설명력은 유의미하지 않았으나, 질병이 있는 경우($\beta=.116, p<.05$)가 운동치료 상담의도에 유의미한 영향력을 미치는 것으로 나타났다. 건강소통의지를 투입한 모형 3의 설명력은 유의미하게 나타났으며(Adj. $R^2= 5.9\%$), 건강소통의지가 높을수록 운동치료 상담의도가 높아짐을 확인하였다($\beta=.229, p<.001$). 비만위험지식을 투입한 모형 4의 설명력 또한 유의하였으나(Adj. $R^2= 6.6\%$), 비만위험지식의 영향력은 나타나지 않았다. 건강소통의지를 투입한 모형 3의 설명력이 가장 크게 증가하였고($\Delta R^2= 4.9\%$), 운동치료 상담의도에 대해서는 비만인이 질병을 보유한 경우보다 건강소통의지의 영향력이 더 큰 것으로 분석되었다[표 4].

<연구문제 5>는 행동치료 상담의도에 대해 인구사회학적 요인, 질병여부, 건강소통의지, 비만위험지식이 어떠한 영향력을 미치는지에 대한 것이었다. 인구사회학적 요인을 투입한 모형 1의 설명력은 유의미하지 않았다. 두 번째 단계에서는 질병여부를 투입하였는데, 모형의 설명력은 유의미하였고(Adj. $R^2= 1.8\%$), 비만인이 질병이 있는 경우에 행동치료에 대한 상담의도가 높아지는 것으로 나타났다($\beta=.185, p<.001$). 세 번째 단계에서는 건강소통의지를 투입하였고, 모형의 설명력 또한 행동치료 상담의도를 예측하는데 유의미한 것으로 나타났다(Adj. $R^2 = 3.8\%$). 건강소통의지가 강할수록 행동치료 상담의도가 높아지는 것으로 분석되었다($\beta=.152, p<.001$). 마지막으로 비만위험지식을 투입한 모형 4의 경우에도 설명력은 유의미하였으나(Adj. $R^2= 4.2\%$), 비만위험지식수준이 행동치료 상담의도에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 행동치료 상담의도에 대하여 질병보유에 대한 예측력이 건강소통의지보다 더 높게 나타났다($\Delta R^2= 3.2\%$)[표 5].

[표 3] 질병여부, 건강소통의지, 비만위험지식이 비만인의 식사치료 상담의도에 미치는 영향

[Table 3] Hierarchical Multiple Regression Analysis Results: Dietary Treatment Counseling Intention

변수	모형1				모형2				모형3				모형4			
	B	SE	β	t	B	SE	β	t	B	SE	β	t	B	SE	β	t
(상수)	3.505	.171		20.507***	3.144	.185		17.014***	2.159	.363		5.948***	1.695	.401		4.226***
성별	-.142	.112	-.064	-1.265	-.152	.110	-.068	-1.389	-.146	.109	-.065	-1.341	-.094	.110	-.042	-.857
20-30대	.149	.146	.068	1.021	.284	.145	.130	1.958	.308	.144	.141	2.142*	.266	.144	.122	1.853
40-50대	.094	.137	.046	.691	.190	.135	.092	1.407	.253	.135	.122	1.868	.197	.136	.095	1.449
200만원 이하	-.010	.161	-.004	-.063	-.089	.158	-.036	-.561	-.009	.159	-.004	-.055	.060	.160	.024	.374
500만원 이하	-.072	.126	-.035	-.572	-.071	.124	-.034	-.578	-.005	.124	-.002	-.038	.036	.124	.017	.288
초등학교 졸업	.029	.746	.002	.038	-.055	.729	-.004	-.075	-.198	.722	-.013	-.274	-.053	.719	-.004	-.074
고등학교 졸업	-.114	.137	-.043	-.833	-.118	.133	-.044	-.883	-.098	.132	-.037	-.740	-.070	.132	-.026	-.530
질병여부					.481	.105	.226	4.557***	.487	.104	.229	4.662***	.456	.104	.215	4.374***
건강소통의지									.269	.086	.154	3.140**	.262	.085	.150	3.086**
비만위험지식													.044	.017	.131	2.635**
F(p)	.585				3.132**				3.960***				4.293***			
R ²	.010				.058				.080				.096			
adjR ²	-.007				.039				.060				.073			
ΔR^2	.010				.048				.022				.015			

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

Reference group : 성별*여성, 연령*60대 이상, 월 소득*500만원 이상, 최종학력*대학교 이상, 질병여부*없음

[표 4] 질병여부, 건강소통의지, 비만위험지식이 비만인의 운동치료 상담의도에 미치는 영향

[Table 4] Hierarchical Multiple Regression Analysis Results: Exercise Counseling Intention

변수	모형1				모형2				모형3				모형4			
	B	SE	β	t	B	SE	β	t	B	SE	β	t	B	SE	β	t
(상수)	3.618	.167		21.625***	3.437	.184		18.654**	1.996	.357		5.594***	1.660	.396		4.193***
성별	-.021	.110	-.009	-.188	-.026	.109	-.012	-.236	-.016	.107	-.007	-.149	.022	.108	.010	.200
20-30대	.280	.142	.131	1.968*	.348	.145	.162	2.407*	.383	.141	.179	2.711**	.353	.142	.165	2.489*
40-50대	.046	.134	.023	.344	.094	.135	.046	.698	.186	.133	.091	1.395	.145	.134	.071	1.081
200만원 이하	-.278	.158	-.114	-1.765	-.318	.158	-.130	-2.014*	-.201	.156	-.082	-1.287	-.151	.158	-.062	-.959
500만원 이하	-.179	.124	-.088	-1.447	-.179	.123	-.088	-1.451	-.081	.122	-.040	-.666	-.052	.122	-.025	-.424
초등학교 졸업	.147	.730	.010	.202	.105	.727	.007	.145	-.104	.710	-.007	-.146	.001	.710	.000	.002
고등학교 졸업	.096	.134	.037	.718	.094	.133	.036	.706	.123	.130	.047	.949	.144	.130	.055	1.105
질병여부					.241	.105	.116	2.293*	.250	.103	.120	2.435*	.228	.103	.109	2.213*
건강소통의지									.393	.084	.229	4.674***	.388	.084	.227	4.632***
비만위험지식													.032	.016	.097	1.935
F(p)	1.069				1.602				3.924***				3.930***			
R ²	.018				.030				.080				.088			
adjR ²	.001				.011				.059				.066			
ΔR^2	.018				.012				.049				.008			

Reference group : 성별*여성, 연령*60대 이상, 월 소득*500만원 이상, 최종학력*대학교 이상, 질병여부*없음

[표 5] 질병여부, 건강소통의지, 비만위험지식이 비만인의 행동치료 상담의도에 미치는 영향

[Table 5] Hierarchical Multiple Regression Analysis Results: Behavioral Treatment Counseling Intention

변수	모형1				모형2				모형3				모형4			
	B	SE	β	t	B	SE	β	t	B	SE	β	t	B	SE	β	t
(상수)	3.287	.166		19.780***	3.000	.181		16.560***	2.059	.356		5.783***	1.76	.395		4.461***
성별	-.121	.109	-.056	-1.111	-.129	.108	-.060	-1.204	-.123	.106	-.057	-1.155	-.09	.108	-.042	-.834
20-30대	-.018	.141	-.009	-.129	.090	.142	.042	.630	.112	.141	.053	.797	.086	.142	.040	.605
40-50대	-.001	.133	-.001	-.008	.075	.133	.037	.566	.135	.133	.067	1.015	.099	.134	.049	.741
200만원 이하	-.117	.157	-.049	-.750	-.180	.155	-.074	-1.159	-.103	.156	-.043	-.664	-.06	.157	-.025	-.380
500만원 이하	-.028	.123	-.014	-.226	-.027	.121	-.013	-.223	.037	.122	.018	.301	.062	.122	.031	.510
초등학교 졸업	.391	.725	.027	.540	.325	.714	.022	.455	.188	.709	.013	.266	.281	.709	.019	.396
고등학교 졸업	-.023	.133	-.009	-.173	-.026	.131	-.010	-.200	-.007	.130	-.003	-.054	.011	.130	.004	.083
질병여부					.382	.103	.185	3.693***	.388	.102	.188	3.786***	.368	.103	.179	3.582***
건강소통의지									.257	.084	.152	3.058***	.253	.084	.149	3.015**
비만위험지식													.028	.016	.086	1.700
<i>F(p)</i>	289				1.966*				2.823**				2.841**			
<i>R</i> ²	.005				.037				.059				.065			
adj. <i>R</i> ²	-.012				.018				.038				.042			
ΔR ²	.005				.032				.022				.007			

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

Reference group : 성별*여성, 연령*60대 이상, 월 소득*500만원 이상, 최종학력*대학교 이상, 질병여부*없음

5. 결론

본 연구는 비만인 개개인의 상태 및 특성에 맞는 비만 관리 및 치료를 위해서는 의사 상담이 중요하다는 사실에 주안점을 두고 의사 상담에 영향을 주는 요인들을 규명하고자 했다. 특히, 비만에 대한 건강 관련 소통의지와 위험지식의 수준이 치료 상담을 이끄는 주요 변수임에 주목하였다. 이에 비만인과 비비만인의 건강소통의지와 위험지식수준과 차이를 비교하고, 건강소통의지가 식사치료, 운동치료, 행동치료에 대한 상담의도에 미치는 영향을 분석하였다. 본 연구의 결과와 시사점은 다음과 같다.

첫째, 본 연구에서는 평소 건강 문제 해결을 위해 소통하려는 의지, 즉 건강소통의지는 비만인에게 더 강하게 나타나며, 비비만인과의 차이가 유의미하다는 결과가 나타났다. 이는 매우 고무적인 결과로, 비만인들이 건강에 대해 관심을 갖고 더 자발적인 소통을 할 가능성이 높다는 것을 시사한다. 그러나 비만인과 비비만인 간 건강소통의지의 평균 차이는 크지 않아, 비만인들이 자신의 건강 문제를 해결하기 위한 소통의향성을 높이고, 병원을 방문하고 의료진과 원활히 소통할 수 있도록 동기를 부여하고 격려하는 동시에, 소통의 장애 요인을 줄일 수 있는 환경이 마련되어야 할 것이다.

둘째, 본 연구의 결과 비만인과 비비만인의 위험지식 수준에는 유의미한 차이가 없다고 나타났는데, 이는 선행 연구의 결과와도 일치한다. 영국과 말레이시아의 비만인과 비비만인의 지식수준을 비교한 연구에서도 이들 간 지식수준의 차이가 유의미하지

않았다[22][25]. 또한 영국의 비만환자들은 동반질환이 있는 경우에도 낮은 비만 위험 지식을 갖고 있는 것으로 나타났다[22]. 본 연구의 결과에서도 통계적인 차이는 유의미하지 않았지만 비만인의 위험지식 수준이 비비만인보다 낮았다. 체중 감량의 장애 요인으로 보건의로 전문가들의 3분의 2가 비만 환자들의 빈약한 지식 수준으로 보는데 반해, 실제 비만환자들의 20%만이 자신들의 빈약한 지식을 근거로 꼽았다는 선행 연구의 결과를 함께 고려해보면[7], 비만인의 위험지식 수준을 높이는 것은 매우 시급한 일이다. 따라서 비만이 유발할 수 있는 질병 및 동반 질환, 식이와 관련된 정확하고 풍부한 정보를 제공하고 비만 위험성과 관련한 뉴스의 양을 늘리는 등 인지적 중재 활동이 강화되어야 한다. 교육과 캠페인을 통해 비만인들이 위험에 대한 정보를 갖고 지식 수준을 높여 자신에게 맞는 치료 전략을 선택하고, 체중조절과 비만관리에 보다 적극적으로 임할 수 있도록 해야할 것이다.

셋째, 식사치료, 운동치료, 행동치료 상담에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 식사 치료에 대해서는 질병 보유, 건강소통의지, 비만위험지식이 식사치료에 대한 상담의도에 유의미한 영향을 미쳤다. 이는 건강소통의지, 지식이 건강행동을 촉진시킨다는 선행연구의 논의와 일치하는 결과이며[15][23], 본 연구는 건강소통의지와 지식에 대한 논의를 비만이라는 특정 질병에 적용하여, 비만인의 소통의지와 비만 위험성 인지의 영향력을 밝혀내었다는 데에 의미가 있다. 이러한 결과는 체중조절을 위한 가장 핵심적인 치료인 식사치료에 대한 상담의도를 높이기 위해서는 비만인의 질병 여부를 고려하여 접근하고, 비만인의 건강소통의지와 비만의 위험성과 관련한 지식을 제고하는 것이 필수적임을 시사한다.

운동치료 상담에 대해서는 연령의 영향, 특히 비만인 중 20-30대가 운동치료 상담의향이 높다는 결과가 나타났으며, 질병보유와 건강소통의지가 운동치료 상담의도에 대한 예측요인인 것으로 나타났다. 비만위험지식은 운동치료 상담의도에 유의미한 영향을 미치지 않았다. 질병보유의 영향력이 유의미하게 나타난 것은 질병과 같은 환자의 건강 특성이 운동 치료와 같은 신체 활동을 함에 있어 의학적 상담의 필요성에 대한 인지를 증진시키기 때문인 것으로 판단된다. 또한 운동치료 상담에 대해서는 건강소통의지가 더 큰 영향력을 보였는데, 이는 소통에 대한 적극적 성향이 보다 큰 물리적 노력과 개입이 필요한 운동치료에 대한 선호 경향과 관련이 있기 때문인 것으로 사료된다. 행동치료에 대해서는 질병여부와 건강소통의지의 예측력이 유의미했고, 비만인의 질병 보유가 건강소통의지보다 더 큰 영향력을 나타냈다. 이는 행동치료가 식이치료와 운동치료의 병행적 요법으로 보다 넓은 반경에서의 환자의 개입과 노력, 의료진의 관리가 필요하기 때문인 것으로 생각된다.

각 치료에 대한 의사 상담에 영향을 미치는 공통적인 요인은 질병과 건강소통의지인 것으로 나타났는데, 이는 질병은 비만인의 상담을 이끄는 주요한 건강 관련 동기 요인이 됨을 시사한다. 따라서 비만인의 질병을 우선적으로 고려하되, 이러한 건강적 이유가 실제 비만 상담과 치료로 이어지도록 의사 상담을 방해하는 장애 요인을 줄이고, 의사 상담을 통해 얻을 수 있는 혜택과 이득을 비만인에게 알려주어야 할 것이다. 또한 본 연구는 건강에 대한 소통의지, 특히 자신의 건강 문제에 대해 거리낌 없이 이야기 나누려는 의향성과 의지가 건강행동에 영향을 미친다는 선행연구 논의와 일치하는 결과를 보여주고 있다[16][18]. 의사 상담은 비만 치료를 보다 신속하고 효과적으로 이루어지도록 한다. 평소 건강에 대한 소통의지가 강하면 자신의 비만 문제에 대해 상담하는 것에도 장벽을 덜

느끼게 되어, 상담 및 병원 방문 행동을 이끌 수 있을 것이다. 따라서 건강소통의지는 적극적인 치료를 위한 의사 상담, 병원 방문을 이끄는 데 중요한 변수이므로, 향후 비만 예방 커뮤니케이션, 캠페인에서 중요한 아젠다로 다루어야 한다. 비만인이 언제나 자신의 질병이나 건강문제에 대해 정보를 탐색하고 의료진과 어려움 없이 원활히 소통할 수 있는 헬스케어 환경도 마련되어야 한다. 의사 상담에 대한 접근성을 높이고 상담이 보다 원활하게 이루어질 수 있는 다양한 채널이 열려 있어야 할 것이다.

특히 건강문제에 대한 소통의지를 높여 상담의도를 제고하려면 비만이 자신의 책임이 아니며, 의료진이 항상 가까이 있으며, 혼자가 아닌 의료진과 함께 치료할 수 있다는 메시지의 마련과 전달이 필요하다. 비만은 신체이미지, 신체기능 및 증상과 관련되어 있어 사람들과 이야기하기 편한 건강 이슈가 아니다[26]. 비만에 대한 낙인이나 편견, 의료진의 부정적 반응 또한 비만 상담에의 장애 요인이므로 편견과 낙인을 줄이도록 의료진과 사회 구성원 모두가 노력해야 하며 비만인들이 의료진이 먼저 소통하는 것을 기대한다는 점을 고려하여, 의료진이 비만인들에게 치료를 권장하고, 지속적 관리를 권유하는 등 기회를 만들어 주는 적극성과 선제적 접근도 요구된다[27]. 특히 의사 상담 후 후속 진료를 한 경우가 단 7%밖에 되지 않는다는 사실은, 첫 번째 방문 및 진단 뿐 아니라, 의료진과의 지속적 커뮤니케이션과 상담, 비만관리가 강화되어야 함을 시사하며[28], 이를 위해서는 환자와 의료진 모두 상호적 노력이 필요할 것이다.

넷째, 본 연구는 지식이 행동을 이끌며, 건강 위험과 관련된 지식이 건강행동을 이끈다는 사회인지이론 및 선행연구의 논의를 따랐으나[23], 연구 결과, 위험지식의 효과가 모든 치료상담의도에서 나타난 것은 아니다. 비만위험지식의 영향력이 식사치료 상담의도에는 유의미했으나 운동 및 행동치료 상담의도에는 유의미하지 않게 나타난 것은 무엇보다 우리 사회에 만연한 음식조절, 즉, 다이어트가 체중 조절을 위한 최상의 방안이라는 것이 보편적인 지식으로 형성되어 있기 때문인 것으로 추론 가능하다. 또한 비만인에게 운동치료와 행동치료는 식사치료에 비해 많은 노력을 요하는 건강행동으로, 비만인의 위험지식이 운동, 행동 치료 상담을 이끌만큼 충분히 동기화 되지 않았을 가능성이 있다.

본 연구의 한계점과 향후 연구에 대한 제안은 다음과 같다. 본 연구는 지식이 행동을 증진시킨다는 논의를 따라 비만위험지식과 의사 상담의도 간의 관계를 탐구하였다. 그러나 비만치료와 같은 건강 행동을 직접 하는 것과 상담은 다른 차원의 행동으로, 비만위험지식이 실제 운동, 행동 치료에 미치는 영향력은 다를 수 있다. 따라서 향후 연구에서 의사 상담 또는 상담 의도가 아닌, 실제 치료 행동 이행에 대한 실증적 검증이 이루어진다면 비만위험지식과 비만 치료 행동에 대한 인과적 관계를 보다 명확히 밝힐 수 있을 것이다. 또한 본 연구에서는 비만인들의 과거 및 현재의 체중관리 여부 및 의사 상담 여부에 대한 고려가 이루어지지 않았다. 체중관리를 하는 비만인들은 건강에 대한 인식 수준이 높다는 점을 생각할 때[25], 이러한 변수들이 함께 분석된다면 건강적, 비건강적 특성에 대한 세분화를 통해 효과적 비만 관리를 위해 보다 타겟 초점화된 PR 캠페인 방안을 도출해 낼 수 있을 것이다.

본 연구는 효과적인 비만 관리에 있어 의사와의 치료 상담이 그 시작이자, 중요하다는 점에 주목하여, 의사와의 치료 상담을 이끄는 요인들을 규명하였다. 향후 연구에서는 의사 상담을 이끄는 보다 다양한 촉진 요인과 저해 요인에 대한 연구를 제안한다. 특히 사회적

낙인이나 의료진 낙인, 비만인의 자기 낙인 등을 고찰한다면 지식수준이 의사 상담에 미치는 영향을 조절하는 요인들을 규명할 수 있을 것이다. 또한 비만인들의 낙인 대처 전략(stigma management communication)[29]에 따라 비만인들의 건강행동이 달라지는지 파악한다면, 지식과의 건강행동과의 관련성을 보다 확장하여 탐구할 수 있을 것이다. 본 연구는 건강소통의지와 지식, 행동 간의 관계와 관련한 건강주제 맥락의 선행연구 논의들을 비만에 적용하고, 비만인의 인식을 살펴보았다는데에 연구의 의의와 차별점이 있다. 향후 연구에서는 비만인의 인식, 태도, 행동과 관련한 확장적 연구가 실시되어 비만인의 치료 성공을 이끄는 전략과 시사점을 제시하는 다양한 연구가 활성화 필요가 있다.

본 연구는 실제 효과적 비만관리를 위해서는 여러 치료법을 병행하여 통합 관리를 하는 경우가 많으나 환자 입장에서 각각에 대한 선호 경향이 있으므로 이에 영향력을 살펴보는 것은 의미가 있다고 판단하였다. 각 치료를 적용함에 있어 비만인의 질병 상태, 인지, 소통 특성 대한 고려가 필요하며 이를 기반으로 한 개개인의 맞춤관리가 필요하다는 점에 주목하여 각 치료 상담의도에 대한 영향을 미치는 요인을 탐구하였다. 향후 연구에서는 의사 상담 외 비만인의 다양한 건강 행동을 탐구할 수 있을 것이며, 의사 상담과 실제 비만 관리 및 치료와 같은 건강행동과의 관계도 확장하여 살펴볼 수 있을 것이다.

6. 감사의 글

이 논문은 2021년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 인문사회분야 신진연구자지원사업의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2021S1A5A8061867).

References

- [1] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, Oct 1 (2022)
- [2] <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity>, Oct 1 (2022)
- [3] https://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a20501010000&bid=0015&act=view&list_no=717946, Sept 9 (2022)
- [4] <https://www.khidi.or.kr/board/view?linkId=48847424&menuId=MENU02386>, Sept 9 (2022)
- [5] <https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaea01600m01.do?mode=view&articleNo=127965>, Sept 19 (2022)
- [6] https://health.chosun.com/site/data/html_dir/2021/03/02/2021030202018.html, Sept 19 (2022)
- [7] S. Lim, B. Oh, S. H. Lee, Y. H. Kim, Y. Ha, J. H. Kang, Perceptions, Attitudes, Behaviors, and Barriers to Effective Obesity Care in South Korea: Results from the ACTION-IO Study, *Journal of Obesity & Metabolic Syndrome*, (2020), Vol.29, No.2, pp.133-142.
DOI: <http://dx.doi.org/10.7570/jomes20013>
- [8] M. K. Serdula, L. K. Khan, W. H. Dietz, Weight loss counseling revisited, *Jama*, (2003), Vol.289, No.14, pp.1747-1750.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.14.1747>
- [9] J. M. Choi, C. B. Kim, Obesity management and scientific evidence, *Journal of the Korean Medical Association*, (2011), Vol.54, No.3, pp.250-265.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2011.54.3.250>

- [10] M. K. Kim, W. Y. Lee, J. H. Kang, J. H. Kang, B. T. Kim, S. M. Kim, E. M. Kim, S. H. Suh, H. J. Shin, K. R. Lee, K. Y. Lee, S. Y. Lee, S. Y. Lee, S. K. Lee, C. B. Lee, S. C. Chung, I. K. Jeong, K. Y. Hur, S. S. Kim, J. T. Woo, 2014 Clinical Practice Guidelines for Overweight and Obesity in Korea, *Endocrinology and Metabolism*, (2014), Vol.29, No.4, pp.405-409.
DOI: <https://doi.org/10.3803/EnM.2014.29.4.405>
- [11] Korean Society for the Study of Obesity, 2020 Quick Reference Guideline, Korean Society for the Study of Obesity for Obesity Treatment Guidelines Committee, pp.1-40, (2020)
- [12] J. S. Briscoe, J. A. Berry, Barriers to weight loss counseling, *The Journal for Nurse Practitioners*, (2009), Vol.5, No.3, pp.161-167.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2008.08.018>
- [13] R. R. Leverence, R. L. Williams, A. Sussman, B. F. Crabtree, R. N. Clinicians, Obesity counseling and guidelines in primary care: a qualitative study, *American journal of preventive medicine*, (2007), Vol.32, No.4, pp.334-339.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2006.12.008>
- [14] J. C. McCroskey, V. P. Richmond, Willingness to communicate: A cognitive view, *Journal of Social Behavior and personality*, (1990), Vol.5, No.2, pp.19-37.
- [15] K. B. Wright, L. Frey, P. Sopory, Willingness to communicate about health as an underlying trait of patient self-advocacy: The development of the willingness to communicate about health (WTCH) measure, *Communication Studies*, (2007), Vol.58, No.1, pp.35-51.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10510970601168673>
- [16] S. Morgan, J. Miller, Communicating about gifts of life: The effect of knowledge, attitudes, and altruism on behavior and behavioral intentions regarding organ donation, *Journal of Applied Communication Research*, (2002), Vol.30, No.2, pp.163-178.
- [17] S. W. Smith, J. E. Kopfman, L. L. M. Lindsey, J. Yoo, K. Morrison, Encouraging family discussion on the decision to donate organs: The role of the willingness to communicate scale, *Health Communication*, (2004), Vol.16, No.3, pp.333-346.
DOI: http://dx.doi.org/10.1207/S15327027HC1603_4
- [18] T. Crowell, Seropositive individual's willingness to communicate, self-efficacy, and assertiveness prior to HIV infection, *Journal of Health Communication*, (2004), Vol.9, No.5, pp.395-424.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10810730490504125>
- [19] K. B. Wright, L. R. Frey, Communication and care in an acute cancer center: The effects of patients' willingness to communicate about health, health-care environment perceptions, and health status on information seeking, participation in care practices, and satisfaction, *Health Communication*, (2008), Vol.23, No.4, pp.369-379.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10410230802229886>
- [20] K. B. Wright, R. Mazzone, H. Oh, J. Du, A. B. Smithson, D. Ryan, D. MacNeil, X. Tong, C. Stiller, The influence of US chain restaurant food consumption and obesity in China and South Korea: An ecological perspective of food consumption, self-efficacy in weight management, willingness to communicate about weight/diet, and depression, *Health Communication*, (2016), Vol.31, No.11, pp.1356-1366.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2015.1072124>
- [21] J. A. Swift, C. Glazebrook, I. Macdonald, Validation of a brief, reliable scale to measure knowledge about the health risks associated with obesity, *International Journal of Obesity*, (2006), Vol.30, No.4, pp.661-668.
- [22] J. A. Swift, C. Glazebrook, A. Annes, R. Goddard, Obesity-related knowledge and beliefs in obese adults attending a specialist weight management service: Implications for weight loss over 1 year, *Patient Education and Counseling*, (2009), Vol.74, No.1, pp70-76.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.045>
- [23] S. E. Morgan, J. K. Miller, L. A. Arasaratnam, Similarities and differences between African Americans' and European

- Americans' attitudes, knowledge, and willingness to communicate about organ donation, *Journal of applied social psychology*, (2003), Vol.33, No.4, pp.693-715.
- [24] C. Hankey, A. Lee, W. Leslie, M. Lean, L. McCombie, Nutrition knowledge in the overweight and obese does not predict inclination to attempt weight loss, In *International Journal of Obesity*, (2004), Vol.28, pp.S136-S136.
- [25] A. H. M. Zabia, S. K. Chua, Knowledge, health-related behaviour, and attitudes towards obesity among adult with obese and non-obese. *Healthscope: The Official Research Book of Faculty of Health Sciences, UiTM*, (2020), Vol.3, No.1, pp.12-16.
- [26] R. J. W. Cline, Everyday interpersonal communication and health, *The routledge handbook of health communication Handbook of health communication*, Taylor & Francis Group, (2003)
- [27] S. C. Baker, B. M. Watson, How patients perceive their doctors' communication: Implications for patient willingness to communicate, *Journal of Language and Social Psychology*, (2015), Vol.34, No.6, pp.621-639.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0261927X15587015>
- [28] S. Kim, S. You, Effects of illness related stigma and stigma management communication on willingness to communicate about health: Focusing on obesity issue, *Journal of Public Relations*, (2021), Vol.25, No.4, pp.1-30.
DOI: <http://dx.doi.org/10.15814/jpr.2021.25.4.1>
- [29] R. J. Meisenbach, Stigma management communication: A theory and agenda for applied research on how individuals manage moments of stigmatized identity, *Journal of Applied Communication Research*, (2010), Vol.38, No.3, pp.268-292.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00909882.2010.490841>