

비만 책임 귀인과 낙인 대처 커뮤니케이션: 비만 상담의도와 건강행동의도에 대한 영향을 중심으로*

김수진**

(이화여자대학교 커뮤니케이션·미디어학부 겸임교수)

유선옥***

(한경국립대학교 인문융합공공인재학부 교수)

임유진****

(송실대학교 경영대학원 겸임교수)

세계보건기구에서 비만은 질병이라고 선포한 지 20년이 지났다. 하지만 비만은 질병으로 인식 되기 보다는 게으르고 자기관리에 충실하지 못한 개인의 책임으로 인한 것이라는 인식이 만연하다. 이에 본 연구에서는 비만의 책임 귀인과 비만 낙인에 대한 반응으로서 비만 낙인 대처 커뮤니케이션이 어떻게 나타나며, 이것이 비만인의 비만 상담의도와 건강행동의도에 어떤 영향을 미치는지 알아보고자 5개의 연구문제를 설정했다. 온라인 서베이를 실시한 결과, 1,100명 중 비만인이 417명, 비비만인 응답자가 683명으로 나타났다. 연구문제 분석 결과, 비만 책임

* 이 논문은 2019년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행되었음(NRF-2019S1A5A2A03046205).

** sjinkim@ewha.ac.kr, 제1저자

*** swyoo@hknu.ac.kr

**** yjlim@ssu.ac.kr, 교신저자

귀인에 대한 비만인과 비비만인 집단의 차이가 나타났는데, 사회 귀인은 비만인 집단에서 더 높고 기업 귀인은 비비만인 집단에서 더 높았다. 비만 낙인에 대한 비만인의 대처 커뮤니케이션은 도전, 수용, 초월, 부정적 4가지 전략으로 구분되었고, 비만인의 비만 책임 귀인에 따라 낙인 대처 커뮤니케이션도 다르게 나타났다. 비만인의 낙인 대처 커뮤니케이션과 상담의도의 관련성을 검토한 결과, 부정적 낙인 대처를 하는 비만인의 경우, 운동치료 상담의도가 높아지고, 도전적 대처가 커질수록 약물치료 상담의도가 감소하는 것으로 나타났다. 반면 수용적 대처를 하는 비만인의 경우에는 약물치료 상담의도가 증가하고 초월적 낙인 대처를 하는 비만인일수록 운동치료와 약물치료, 수술치료 상담의도가 모두 높아지는 것으로 나타났다. 또한 건강행동의도에 대한 비만인의 낙인 대처 커뮤니케이션의 영향도 다르게 나타났는데, 초월, 수용적 낙인 대처를 하는 비만인일수록 적극적인 체중조절을 위한 노력을 하고, 부정적 낙인 대처는 더 이상 비만해지지 않기 위한 예방 노력과 관련이 있는 것으로 나타났다. 수용적 낙인 관리는 건강관리를 하고자 하는 노력을 감소시키는 것으로 나타났다. 본 연구는 비만 낙인을 사회적 문제로 바라보고 커뮤니케이션학과 의학의 융합적 접근을 통해 비만 문제해결을 위한 해답을 제공하고자 한 학제간 연구라는데 의미가 있다. 또한, 비만인의 건강행동과 의사-환자 커뮤니케이션에 영향을 주는 비만인의 낙인 대처 커뮤니케이션에 대한 실무적 함의를 제시하였다.

주제어 : 비만 책임 귀인, 비만 낙인, 낙인 대처 커뮤니케이션, 상담의도, 의사-환자 커뮤니케이션

1. 서 론

세계보건기구(WHO)가 규정한 ‘21세기 신종 전염병’으로 불리는 ‘비만’은 다양한 대사 합병증을 유발하고, 이로 인해 생명까지 위협할 수 있는 명백한 질병이다. 비만은 의지 부족이나 자기관리 소홀 등 개인의 문제가 아니라 흡연이나 우울증처럼 전문가의 도움이 필요한 질환이다. 특히 체질량지수(BMI)가 30kg/m^2 이상인 고도비만환자는 제2형 당뇨병, 이상지질혈증, 관상동맥질환 등 다양한 동반 질환을 가지고 있을 확률이 높기 때문에 식이조절과 운동만으로 체중을 관리하기는 어렵다(대한비만학회, 2021). 그럼에도 불구하고 비만이 질

병이라는 인식보다는 개인의 의지 부족 문제 또는 게으르고 자기관리에 충실하지 못해서 나타난 결과라는 사회적 인식이 만연하다. 하지만 비만은 게으르고 자기관리에 소홀한 사람의 문제라는 식의 낙인은 비만한 사람으로 하여금 죄책감을 느끼게 하고 이는 오히려 회피행동을 보이게 할 뿐 건강행동에는 도움이 되지 않는다(김수진, 차희원, 2016).

비만한 사람들은 이들의 체중으로 인해 편견과 차별에 직면한다. 비만인에 대한 편견과 차별은 학교와 직장 등 다양한 사회 조직에서 나타나며, 미디어 보도나 콘텐츠 등에서도 빈번하게 볼 수 있는 현상이다. 비만인의 낙인 경험은 이들의 심리적 건강과 신체 건강에 부정적인 영향을 미친다(Wu & Berry, 2018). 그러나, 비만인의 체중을 이들의 책임으로 돌리며 낙인찍는 것이 비만인의 건강한 행동 변화를 이끄는 자극이 될 수 있다는 믿음에서 오히려 체중 낙인화를 정당하고 필요한 것으로 여기는 경향도 나타났다(Mensing, Calogero, Stranges, & Tylka, 2016; Puhl & Heuer, 2010; Teachman & Brownell, 2001).

이에 전 세계 100여개의 의학 및 과학 단체의 전문가들은 과학적인 근거를 검토해 비만 낙인으로 인한 어려움과 현재 상황의 문제점을 제시하고, 비만 낙인찍기를 멈춰 달라는 메시지를 담은 공동합의문을 발표하였다(Rubino et al., 2020). 이 합의문은 낙인 때문에 비만한 사람들이 직장, 교육기관, 의료기관 등에서 불공정한 대우를 받고 있으며, 비만 낙인에는 언론 보도가 영향을 미친다는 지적에 만장일치 동의가 있었음을 강조하였다. 전문가들은 비만 낙인은 의료의 질에도 부정적인 영향력을 미친다는 점 등 대부분의 비만 낙인 문제에 대해서 만장일치 합의를 보였고, 90% 이상 공중보건 캠페인의 문제에 대해서도 동의했다. 캠페인과 관련한 의학 및 과학 단체의 지적은 비만한 사람들이 개인적인 책임감과 건강한 생활 습관을 지녀야 한

다고 강조하지만, 사회적·환경적 요인이 비만에 상당한 영향을 미친다는 것을 간과하고 있다는 것이다. 뿐만 아니라 전문가들은 일부 캠페인이 행동 변화와 체중감량을 위해 비만한 사람들이 비만 낙인을 받아들이는 것처럼 묘사한다고 지적했다(Rubino et al., 2020). 특히 중요한 것은 이 합의문이 비만 낙인 문제를 해결하기 위해서는 교육기관, 의료서비스, 공공정책 등에서 비만 낙인과 차별을 용인해서는 안 된다는 것을 전문가들의 만장일치 동의하에 권고한 점이다. 전문가들은 합의문을 통해 비만은 질병임을 강조하며 언론, 정책입안자, 의료진, 교육자, 교육기관, 공중보건기관, 정부가 전달하는 비만 관련 메시지에 낙인의 표현이 없어야 하며, 과학적으로 정확한지 검토할 것을 당부했다.

비만에 대한 개인의 책임 인식, 즉 체중감량을 ‘통제 가능한 것’으로 보는 인식은 비만인을 부정적으로 인식하게 하여 사회적 낙인을 낳는다(Gass & Seiter, 2007). 체중 낙인은 의사 상담을 지연시키며, 치료 시기를 놓쳐 건강에 부정적인 결과를 이끈다(Puhl et al., 2010). 뿐만 아니라, 낙인은 섭식장애를 일으키기도 하며(Schwartz & Brownell, 2007), 우울증, 고혈압, 심장질환 등 비만과 관련된 다른 건강 문제와도 관련이 있다(Major and O'Brien, 2005; Stuber et al., 2008). 그러나 이러한 낙인 문제가 지적되면서도, 우리 사회에서 비만인에 대한 낙인 태도가 어떻게 표출되어 나타나는지에 대한 연구는 방송 프로그램의 분석, 언론 보도나 프레이밍 연구, 여성의 다이어트 문제에 국한되어 왔다(이은택, 노성종, 최은경, 강충구, 2010; 조인숙, 나은경, 2013; 임인숙, 김민주, 2012; 김민주, 2016). 비만과 비만인에 대한 낙인 태도와 낙인화(stigmatizing)가 일으키는 문제들이나, 비만인 스스로가 갖는 인식이 어떠한지, 낙인에 대처하여 어떤 커뮤니케이션과 행동을 하는지에 대한 관심은 소홀했던 것이다.

이에 본 연구는 비만의 개인 책임 귀인이 비만 낙인의 형성에 기

여했다는 지적을 바탕으로(Crandall, D'Anello, Sakalli, & Lazarus, 2001; Puhl & Heuer, 2009; Schwartz & Puhl, 2003), 비만의 책임 귀인에 따라 비만인의 낙인 대처 커뮤니케이션이 어떻게 나타나며, 이러한 낙인 대처 커뮤니케이션은 비만인의 상담과 건강행동의도에 어떤 영향을 주는지 알아보고자 한다. 선행 연구에 의하면 체중에 대한 책임을 비만인의 탓으로 돌리는 사람들이 비만인에 대해 더 부정적인 태도를 보이고 체중에 따른 차별을 지지할 가능성이 더 높으며, 비만이 환경이나 유전적 요인이 아닌 잘못된 식습관이나 운동 부족과 같은 개인적 요인으로 인해 발생한다고 믿는 사람들일수록 비만인을 낙인 찍는 태도와 행동을 지지할 가능성이 더 높다(Hill et al., 2021; Pearl & Lebowitz, 2014). 이러한 연구들은 모두 비만에 대한 책임을 비만인에게 돌림으로써 비만인이 겪는 차별과 낙인에 영향을 미친다는 것을 보여준다. 그러나 비만에 대한 책임은 개인의 차원을 넘어 사회적, 환경적 차원에서도 살펴볼 필요가 있다. 비만의 책임 귀인을 어떻게 하는가에 따라 비만인의 반응과 후속적인 행동이 달라질 것이고(김수진, 차희원, 2016; Heider, 1958; Kirkwood & Brown, 1995), 이는 궁극적으로 비만인의 건강관리에 다른 영향을 미칠 수 있기 때문이다.

최근 비만인과 보건의료전문가 간의 비만치료에 대한 인식, 태도, 행동의 차이 및 장벽을 확인하는 것을 목표로 진행된 국제적 규모의 연구인 'ACTION IO(Awareness, Care, and Treatment In Obesity Management - an International Observation)'의 글로벌 데이터에 의하면 비만인 10명 중 8명은 체중감량에 대한 책임이 본인 스스로에 있다고 생각하고 있으며 체중감량에 대한 어려움이 시작되고 나서 평균 6년이라는 시간이 지난 후에야 보건의료 전문가와 상담을 했다고 응답했다. ACTION-IO의 결과를 통해 보건의료 공동체는 비만인이 불쾌할 것이라는 두려움 없이 환자를 치료하고 환자들의 효과적인 체중 관리에 대해 좀 더 일찍 대화를 시작하기 위해서는 인식의 장벽을

해결해야 함을 강조했다(Caterson et al., 2019). 한국의 비만인을 대상으로 한 ACTION-IO 연구 결과에서는 비만인 중 81%가 ‘체중조절은 스스로가 해결해야 할 책임’이라고 생각해 의사에게 말하지 못하고, 체중감량 정보 획득을 소셜미디어에 의존하며, 의료인, 영양사, 전문가로부터 정확한 정보를 얻는 비율은 낮은 것으로 나타났다(Lim et al., 2020). 이는 비만 문제 해결을 위해서는 전문가인 의료진과의 상담이 필요하며 이를 통해 비만인의 건강행동의도를 증진시켜야 함을 보여주는 결과이다.

이에 본 연구에서는 비만의 책임 귀인과 비만 낙인에 대한 대처 커뮤니케이션이 비만인의 상담의도와 건강행동의도에 어떤 영향을 미치는지 탐구함으로써 비만 문제해결에 다가가고자 한다.

2. 이론적 배경

1) 비만의 책임 귀인

비만의 책임 귀인은 비만의 원인을 어디에 두는가를 뜻한다. 건강 문제 상황에서 나타나는 귀인은 다양한 감정적 반응을 수반하는데 이는 특히 질병의 원인에 대한 책임성과 관련이 있다(Kirkwood & Brown, 1995). 귀인은 사건의 발생 원인을 지각, 추리, 판단하는 과정으로(백혜진, 조혜진, 김정현, 2017; Weiner, 1980), 원인의 소재, 원인에 대한 행위자의 통제 가능성, 원인의 안정성의 3가지로 구분되는데, 이 세 가지 차원은 결국 책임성의 문제로 나타난다(Niederdeppe et al., 2011). 즉, 비만에 대한 책임을 어디로 돌리느냐에 따라, 비만과 비만인에 대한 태도도 달라지며, 이는 비만인 스스로에 대한 경우도 마찬가지다. 김수진과 차희원(2016)은 비만 문제해결에 대한 접근으로

귀인이론(Weiner, 1993, 1995)을 적용하여 비만의 책임 귀인을 개인에 두는지, 사회에 두는지에 따라 유발되는 감정이 다르며, 건강행동이 어떻게 달라지는지를 탐구했다. 이들은 비만의 책임을 개인의 잘못된 식습관 및 운동 부족으로 두는 경우, 이는 자신의 노력과 관련된 내적 소재, 불안정 그리고 통제 가능한 차원을 반영하는 것이므로 비만의 원인이 개인에게 있는 것으로 보았다. 또한 비만의 책임을 서구식 식문화와 고당분, 고열량 식품 제조 및 판매, 규제의 부족 등 사회 및 산업계로 돌리는 경우를 설명했다.

비만에 대한 책임 귀인은 미디어에 나타난 묘사와 관련하여 연구된 바 있는데, 개인적인 책임과 해결에 대한 뉴스 보도가 사회적 책임 귀인 보도보다 훨씬 더 많으며(Kim & Willis, 2007), 오락 프로그램은 체중이 개인의 통제 범위 안에 있다는 인식을 강화시키는 것으로 나타났다(Geier, Schwartz, & Brownell, 2003; Himes & Thompson, 2007). 새가이와 알렘링(Saguy & Alemling, 2008)은 뉴스와 텔레비전이 개인을 게으르고 게걸스럽게 보여주며 체중감량이 개인의 의지력과 선택을 통해 제어할 수 있는 것으로 묘사하고 개인의 책임을 강조한다고 설명했다. 특히 풀과 호이어(Puhl & Heuer, 2009)는 사회가 제시하는 비만 관련 메시지는 비만의 원인과 해결책이 모두 개인에게 있음을 강조한다고 지적했다. 원인이 개인에게 있으니 비만이 개인의 책임 문제라는 메시지는 낙인화에 핵심적인 역할을 하며 낙인을 수용 가능한 사회적 반응으로 정당화하는 역할을 한다는 것이다(Crandall, D'Anello, Sakalli, & Lazarus, 2001; Puhl & Schwartz, 2003).

비만의 책임 귀인은 사회적 낙인과의 관련이 있다. 선행 연구에 의하면 체중에 대한 책임을 비만인의 탓이라고 생각하는 사람들이 비만인에 대해 더 부정적인 태도를 보이며, 체중에 따른 차별을 지지할 가능성이 더 높다(Hill et al., 2021). 또한 비만이 환경이나 유전적 요인이 아닌 잘못된 식습관이나 운동 부족과 같은 개인적 요인으로 인

해 발생한다고 믿는 사람들일수록 비만인을 낙인찍는 태도와 행동을 지지할 가능성이 더 높게 나타났다(Pearl & Lebowitz, 2014). 이러한 연구들은 모두 비만에 대한 책임을 비만인에게 돌림으로써 비만인이 겪는 차별과 낙인에 영향을 미친다는 것을 보여준다.

스미스(Smith, 2007)는 낙인을 육체적, 사회적, 도덕적 낙인으로 구분하며, 낙인 대상에게는 표시가 나며 행동이나 모습에서 보여지는 꺼려지는 속성이 있다는 점에서 사람들은 이에 대한 사회적 반응을 보인다고 설명했다. 특히, 질병에 대한 낙인은 질병에 걸린 자들을 불결하거나 게으르다고 여겨 질병에 대한 비난을 할 때 발생한다. 공중보건 분야에서 낙인은 너무나도 잘 알려진 적(enemy)이다(Puhl & Heuer, 2011). 역사적으로 낙인은 질병에 취약한 집단에게 고통을 가하여 그 질병을 감소하고자 하는 노력을 방해해왔기 때문이다. 헤렉, 캐피타니오와 와이더먼(Herek, Capitanio, & Widaman, 2003)에 따르면 질병의 사회적 의미에는 병에 걸린 사람에게 책임을 지우고 비난하는 것이 포함된다. 예를 들어, 비만한 사람들은 자신이 겪고 있는 나쁜 건강을 스스로 설계한 사람이기 때문에 무고한 희생자가 아니며, 게으르고 많이 먹기 때문에 체중 문제에 대해 개인적으로 책임을 져야 한다고 한다는 것이다(Evans et al., 2005; Kim & Willis, 2007). 이 같은 공통 전제들은 체중과 관련된 낙인을 형성하는 토대가 되며, 비만인에 대한 편견은 오히려 당연하고 필요한 것처럼 여겨지기도 한다. 즉, 비만 낙인을 체중감량을 위한 유익한 인센티브로 간주할 뿐만 아니라 비만 상태를 개인의 통제하에 있다고 가정하여 비만 낙인의 사회적 영향이 변화를 일으킬 것이라 암시하는 것이다(Puhl & Brownell, 2003; Weiner, Perry, & Magnusson, 1988; Balko, Brownell, & Nestle, 2004).

본 연구는 비만의 책임 귀인이 비만인과 비비만인에 따라 차이가 나타나는지 알아보려고 하는데, 이는 비만인과 비비만인이 생각하는

비만의 원인 그리고 비만인에 대한 생각에 차이가 있을 수 있다는 점에서 비롯된다. 마이젠바흐(Meisenbach, 2010)는 낙인은 낙인화시키는 사람들이 있고 이 사람들로 인해 낙인화되는 사람들이 있음을 설명하며, 이 두 부류의 인식이 현실에서 어떻게 다르게 나타나는지, 이와 관련된 사회적 담론을 규명함으로써 낙인을 관리해 나가야 한다고 주장했다. 이러한 논의에 따르면 비만 낙인에 대한 논의에는 낙인화된 사람들인 비만인과 비만인을 낙인화한 사람들, 즉 비비만인의 인식이 함께 고려되어야 한다. 물론, 비비만인 모두가 비만 낙인 형성에 기여한 사람들로 규정할 수는 없다. 그러나 어떤 메시지가 사람들을 낙인화하는가를 밝힘으로써 낙인화 요소와 과정을 이해하고 (Smith, 2007), 이미 형성된 낙인에 대한 전략적 대응을 위해서는 비만의 책임 귀인에 대한 비만인과 비비만인의 인식 차이를 알아볼 필요가 있다. 특히 자신의 비만에 대한 책임이 더 크다고 인식할수록 낙인과 차별을 받을 가능성이 더 높다는 선행 연구결과들(예: Hill et al., 2021; Khan et al., 2018; Pearl & Lebowitz, 2014)은 비만을 유전, 환경 또는 사회경제적 지위와 같은 요인보다는 자제력 부족과 같은 개인적인 선택과 행동의 결과로 간주하는 경향을 보여주는 것이다. 따라서 사회적으로 만연하는 비만인에 대한 편견과 차별이 비만의 책임 귀인과의 관련이 있는지 살펴볼 필요가 있다. 이에 <연구문제 1>을 설정했다.

<연구문제 1.> 비만의 책임 귀인에 있어 비만인과 비비만인 간 차이가 있는가?

2) 비만 낙인과 낙인 대처 커뮤니케이션

비만 낙인이란 비만한 사람에 대한 부정적인 고정관념과 이에 따

른 차별을 의미한다. 비만인에 대한 고정관념은 직장, 의료 시설, 교육기관, 매스미디어, 심지어 가까운 대인 관계를 포함한 다양한 생활 영역에 걸쳐서 나타난다(Puhl & Brownell, 2003; Puhl & Heuer, 2009; Brownell, Puhl, Schwartz, & Rudd, 2005). 비만한 사람은 마른 사람과 동일한 자격을 가지고 있더라도 마른 사람보다 고용될 가능성이 낮고 상대적으로 능력이 부족하고, 게으르며, 자기 훈련이 부족하다는 식의 부정적 인식이 존재한다. 이러한 태도는 심지어 임금, 승진 및 고용에 부정적 영향을 미친다(Puhl & Brownell, 2003). 본 연구에서는 다양한 생활 영역에 걸쳐서 나타나는 비만 낙인에 대한 비만인의 대응 또는 대처는 어떻게 나타나는지 살펴보고 대처 유형에 따른 비만 문제해결 방안에 대해 논의하고자 한다.

비만 낙인에 대한 비만인의 대처 반응은 다양하게 나타난다. 체중 감량 지원 단체에 속한 2,400명 이상의 과체중 및 비만 여성을 대상으로 한 연구에서는 연구 대상의 79%가 비만 낙인에 대한 대처로 더 많은 음식을 섭취했다고 보고했다(Puhl & Brownell, 2006). 또한 부정적인 체중 낙인을 지닌 과체중과 비만 여성은 낙인을 내면화하지 않은 과체중 또는 비만한 성인에 비해 더 잦은 폭식과 더불어 다이어트를 거부했다는 보고가 있다(Puhl, Moss-Racusin, & Schwartz, 2007). 뿐만 아니라 체중 낙인을 경험한 성인은 체질량지수와 신체 불만족을 통제한 후에도 상관없이 운동을 피할 가능성이 더 높은 것으로 나타났다(Vartanian & Shaprow, 2008).

이러한 연구 결과들은 비만 낙인뿐만 아니라 비만 낙인에 대한 대처 반응 또한 비만 문제해결에 있어 중요하다는 것을 시사한다. 따라서 본 연구는 비만인을 이해하고 비만 문제해결에 다가갈 수 있는 단초로서 비만 낙인에 대한 대처 반응에 대해 검토하고자 한다. 낙인에 대한 반응은 사람, 집단 및 상황에 따라 매우 다르게 나타난다(Major & O'Brien, 2005). 르벨(LeBel, 2008)은 낙인 대처 반응을 ① 은폐

(concealment) 및 회피(avoidance)/철회(withdrawal), ② 사회 행동주의(social activism), ③ 전직 전문가(professional ex-)(Brown, 1991) 상처 치료사(wounded healer)(White, 2000)/ 동료 지원자(peer supporter)로 활동, ④ 시간 경과에 따른 대처의 4가지 유형으로 구분했다.

은폐 및 회피, 철회는 시겔과 동료들(Siegel et al., 1998)의 연구에서 그 정의를 찾을 수 있다. 은폐 및 회피, 철회는 낙인에 대해 나타나는 반응적 전략이고, 반응적 전략들은 낙인 효과를 감소시키거나 회피하기 위한 방어적 노력을 포함하고 있다. 낙인찍힌 사람은 스스로를 드러내는데 어려움을 겪으며 특히 누구에게 언제 어떻게 자신을 나타내야 할지 또 자신을 드러냄으로 인해 겪을 수 있는 불이익에 대해 걱정한다. 자신을 숨기고 은폐하는 사람은 낙인에 대한 강박관념에 시달리고 따라서 장기적인 사회적 관계를 발전시키는데 어려움을 겪을 수 있다(Miller & Major, 2000). 이러한 맥락에서 르벨(LeBel, 2008)은 낙인찍힌 사람을 단순히 도움을 받는 사람이 아니라 비슷한 낙인찍힌 사람에게 도움과 지원을 제공하는 사람으로 인식하는 것이 중요함을 강조하기도 했다.

회피-철회는 은폐와 밀접한 관련이 있는데, 정상적인 타인과의 사회적 상호 작용을 피하고 대신 유사하게 낙인찍힌 타인 또는 자신의 낙인찍힌 상태에 대해 알고 받아들이는 경향이 있는 사람들과 많은 시간을 보내는 것을 포함한다(LeBel, 2008). 이러한 전략은 낙인 때문에 거부당할 수 있는 다양한 사회적 상호 작용에 신체적, 사회적 또는 심리적 회피가 포함될 수 있다는 것이다(Miller & Kaiser, 2001). 즉, 낙인찍힌 자는 자신과 유사한 사람들과 어울리는 것을 선호하는데, 이는 이미 낙인에 대해 서로가 알고 인지하고 있기 때문이다. 따라서 이들 간의 상호 작용은 원활히 이루어질 수 있다. 반면에, 낙인찍힌 자들은 자신을 드러내는 것을 회피하기 때문에 정상적인 타인과 상호작용을 하려면 심리적 회피가 나타날 수 있다는 것이다.

낙인과 관련한 반응이 보호적 및 방어적 대처전략에 편향된 것을 비판한 학자도 있다. 보호적이며 방어적 대처전략은 낙인에 대한 사후 반응적으로 나타나지만, 방어적 대처전략이 모두 소극적인 것은 아니다. 사회적 행동주의와 같은 능동적 전략도 있다(Herman, 1993; Kitsuse, 1980; Major & O'Brien, 2005). 능동적 전략은 만연하는 낙인의 타당성에 맞부딪혀 도전함으로써 낙인에 맞서는 것을 포함한다. 낙인찍힌 사람은 수동적이고 무력한 개인이 아닌 낙인 과정에서 적극적인 역할을 담당한다는 것이다. 낙인찍힌 참여자들의 개념을 바꾸려는 사회 운동을 지칭하는 ‘정체성 정치(identity politics)’(Anspach, 1979), 낙인찍힌 사람의 2차 일탈에 내재된 부정적인 정체성을 거부하고 보다 긍정적인 정체성으로 자아 개념을 전환하는 ‘3차 일탈(tertiary deviance)’(Kitsuse, 1980)의 개념은 낙인찍힌 사람이 낙인 과정에서 적극적인 역할을 담당하는 것을 의미한다(LeBel, 2005). 따라서 은폐 및 회피, 철회의 대처전략과 달리, 사회적 행동주의는 집단에 대한 대중의 인식과 집단이 사회에서 대우받는 방식의 변화를 추구하며 낙인에 맞서기 위해 낙인찍힌 개인이 당당히 나서는 것을 포함한다(Siegel et al., 1998; White, 2001; LeBel, 2008).

낙인 대처 전략에 대한 선행 연구들은 낙인찍힌 자들은 자신의 사회적 관계망 내에서 반응적 전략과 선제적 전략을 모두 사용할 수 있다고 설명했다(Schneider & Conrad, 1980; Sergel et al., 1998; LeBel, 2005). 또한 시간이 지남에 따라 한 전략을 사용하다가 다른 전략을 사용하는 등 낙인찍힌 자 스스로 발전해 나갈 수 있다. 예를 들어, 낙인이 찍힌 초기에는 은폐와 같은 반응적 전략을 펼치다가, 시간이 지남에 따라 선제적 공개나 사회적 행동주의와 같은 능동적 전략을 펼칠 수도 있다(Darling, 2003; Herman, 1993; Siegel et al., 1998). 르벨(LeBel, 2005)은 많은 연구들이 특정 낙인을 지닌 사람들이 어떻게 대처하는지를 이해하는 데 도움을 주지만, 광범위한 전략의 사용이 어

떻게 조화를 이룰 수 있는지에 대한 개념화를 제공하거나 설명한 연구는 거의 없음을 지적했다. 르벨의 이러한 지적에서 한 단계 나아가 낙인에 대한 대처전략에 대한 개념적 틀을 제시한 것이 마이젠바흐(Meisenbach, 2010)의 낙인 관리 커뮤니케이션(stigma management communication) 연구이다.

마이젠바흐는 이 연구에서 이미 형성된 낙인에 대한 전략적 대응의 중요성과 필요성을 제시하며 막노동과 관련된 스티그마 전략(Ashforth, Kreiner, Clark, & Fugate, 2007)과 베노이트(Benoit, 1995)의 이미지 회복이론을 기반으로 낙인 관리 커뮤니케이션 전략을 제안했다. 마이젠바흐가 제시한 낙인 관리 커뮤니케이션 전략의 요지는 ‘자신의 관점에서 낙인을 인정하고 받아들일 것인가’의 차원과 ‘낙인에 대한 타인의 인식을 수용하거나 무시하는 차원의 관리’를 할 것인가이다. 여기서 자신의 낙인 인식과 타인 혹은 대중의 낙인 인식을 인정하고 펼치는 전략은 수용적 전략이 되고 타인과 자신의 인식을 바꾸기 위해 책임회피를 하거나 부정을 하는 것은 도전적 전략이 된다. ‘도전적 전략’은 자신에게 주어진 오명을 회피하고, 부정하거나 무시하는 전략을 포함한다(Meisenbach, 2010).

김수진과 유선욱(2021)은 마이젠바흐(Meisenbach, 2010)의 연구를 바탕으로 비만 낙인 관리 커뮤니케이션을 유형화했는데, 이 연구에서는 비만 낙인에 대한 관리 커뮤니케이션을 ‘도전’, ‘회피’, ‘초월’, ‘회유’, ‘도발’, ‘수용’의 6개로 구분했다. 그러나 이 연구는 비만인만을 대상으로 한 연구가 아니기 때문에 실제 비만인의 비만 낙인 대처 유형과는 차이가 있을 수 있다. 비만 낙인에 대한 대처로서 광범위한 커뮤니케이션 차원의 전략이 나타나지만, 실제로 이러한 대처 반응이 비만인의 입장에서 왜, 어떻게 나타나는 것이며 이러한 대처 반응이 비만 낙인을 해소하는데 어떤 의미를 지녔는지 알기 어렵다. 이에 본 연구에서는 비만 낙인에 대한 대처 반응으로 나타나는 낙인 대처 커

뮤니케이션이 어떻게 유형화되는지 알아보고, 이를 통해 비만 문제 해결을 위한 상담의도와 건강행동의도와 어떤 관련성이 있는지 논의를 이어가고자 한다.

[연구문제 2] 비만 낙인에 대한 비만인의 대처 커뮤니케이션은 어떻게 구분되는가?

풀과 호이어(Puhl & Heuer, 2009)는 비만의 원인에 대한 사회적 귀인은 체중 낙인의 표현에 크게 기여할 수 있다고 하며, 많은 연구들이 비만인 사람들이 비만의 문제를 과식 및 운동 부족과 같은 개인의 통제 가능성 여부에 두기 때문에 낙인이 짙하다는 것을 일관적으로 보여주었음을 강조했다(Crandall, 1994; Musher-Eizenman, 2004). 이는 와이너의 연구에서도 나타났는데, 와이너는 개인의 책임이 낮게 인식되는 알츠하이머병은 다른 사람의 동정과 도움 의도를 이끌어 내는 반면, 개인의 책임이 높게 인식되는 비만과 약물중독은 도움을 주는 경향이 낮다는 것을 보여주었다(Weiner, Perry, & Magnusson, 1988).

이러한 논의를 비만에 대한 책임 귀인과 대처 반응 간의 관련성에 적용해보면 비만을 자신의 탓으로 간주하여 개인의 책임으로 돌리는 비만인은 비만 낙인에 대한 수용적 대처를 할 수 있고, 비만을 사회의 책임으로 돌리는 비만인은 도전적 대처를 보일 수 있다. 다시 말해, 자신의 잘못된 식습관과 노력 부족으로 인해 비만하다고 생각하는 사람은 비만인에게 주어진 낙인을 수용하는 반응을 보일 가능성이 많다. 이에 반해, 비만의 책임을 유해한 식품과 운동할 여건이 주어지지 않는 사회 환경으로 돌린다면, 이들은 비만 낙인에 맞서 항의하는 등 도전적 반응을 보일 수 있다. 따라서 본 연구는 비만의 원인 귀인을 어떻게 하는가에 따라 후속적 판단과 결정 그리고 행동이 달라지며, 각각의 책임 귀인에 따른 접근이 필요함을 강조하는 선행

연구의 논의에 따라(김수진, 차희원, 2016; Barry, Brescoll, Brownell, & Schlesinger, 2009; Brownell & Frieden, 2009; Niederdeppe, Shapiro, & Porticella, 2011) 비만에 대한 책임 귀인 그리고 비만인의 대처 간의 관련성을 알아보고자 다음의 연구문제를 설정했다.

[연구문제 3] 비만의 책임 귀인은 비만 낙인 대처 커뮤니케이션에 어떤 영향을 미치는가?

3) 비만에 대한 상담의도와 건강행동의도

우리나라에서는 비만을 질병으로 인식하고 비만 치료에 대한 동기가 있어도 의사 상담을 꺼려하는 경향이 있다. 따라서 보건의료 전문가보다는 인터넷, 친구, TV 등에서 조언을 구하는 등 스스로 비효과적인 비만 관리를 하거나, 심지어는 건강에 위험한 비만 관리를 하는 경우도 있다(Lim et al., 2020). 또한 우리나라의 경우 비만인들은 의사를 만나기 꺼려하며, 단 31%의 비만 환자들만이 주도적으로 자신의 비만 문제를 이야기하고 의사와 상담하는 것으로 나타났는데, 이는 글로벌 수준인 54%보다 훨씬 낮은 것이다(Lim et al., 2020). 비만 환자들만 의사를 만나기 꺼리는 것은 아니다. 건강 전문가들도 일상적인 상담에 체중 문제를 언급하는 것은 쉽지 않다. 체중 문제를 언급하는 것 자체가 매우 민감한 상황을 불러일으킬 수 있기 때문에 체중감량 논의를 시작하는 것 자체가 매우 어려운 것이 된다(Blackburn & Stathi, 2019). 체중감량에 대해 의사가 환자에게 적극적으로 대화하기 어려운 이유는 의사 스스로 환자를 도울 방법이 부족하다고 느끼고, 따라서 환자 치료과정에서 의사로서의 전문적인 명성을 손상시킬 수도 있다는 우려에서 비롯된다(Blackburn et al., 2015; Michie, 2007).

비만과 관련된 의사-환자 커뮤니케이션 관련 연구에서는 비만의 원

인과 해결에 대한 의사와 환자의 차이가 보고된 바 있다(Ogden et al., 2001). 연구를 통해 보면, 의사들은 비만의 주요한 원인을 과식이라고 생각하지만, 비만인들은 자신이 제어할 수 없는 호르몬이나 내분비계의 문제로 꼽았다. 또한 비만 해결책에 대해 의사는 비만 환자 스스로 할 수 있는 부분이 더 많은 것으로 평가했지만, 비만 환자들은 의사를 비롯한 상담자가 더 도움이 된다고 평가했다. 이러한 결과를 통해 보면 비만 문제해결에 있어 비만인들은 전문가 기반의 접근을 선호하는 반면 의사는 환자 주도적인 접근을 선호하는 것을 알 수 있다.

이와 관련하여 의사-환자 간 커뮤니케이션에 주목할 필요가 있다. 의사-환자 커뮤니케이션의 효과는 의사-환자 간 커뮤니케이션을 통한 환자의 순응도 제고와 자기관리가 중요한 만성질환(예: HIV, 고혈압, 당뇨병)과 건강행동(예: 금연)을 중심으로 이루어져 왔다(Adams et al., 2006; Potter, Vu, & Croughan-Minihane, 2001; Duncan et al., 1992; van Dam et al., 2003; Goldstein et al., 1997). 전문성을 지닌 의사가 금연을 권고할 때 성공적으로 금연할 가능성이 더 높고(Adams et al., 2006; Duncan et al., 2003; Goldstein et al., 1997), 체중감소를 위해 의사와 커뮤니케이션했다고 보고한 환자는 그렇지 않은 환자보다 운동을 하거나 식단을 변경하거나 체중을 줄이려고 시도할 가능성이 더 높다는 것을 일관되게 보여주었다(Bish et al., 2005; Mack et al., 2004). 최근 연구 결과에 의하면, 자신의 평소 건강 문제해결을 위해 소통하려는 의지가 비비만인에 비해 비만인에게서 더 강하게 나타나므로, 의사 상담에 대한 접근성을 높이고 상담이 보다 원활하게 이루어질 수 있는 다양한 채널과 환경의 필요성이 제안되기도 했다(유선욱, 김수진, 2023). 이러한 연구들은 모두 비만 문제해결을 위해서는 전문 의료진과의 커뮤니케이션이 중요하고 필요함을 나타내는 것이다.

이처럼 의사-환자 간 커뮤니케이션은 환자의 긍정적인 건강 결과에

영향을 미치는 것으로 보고 되었는데, 흡연과 마찬가지로 비만은 낙인화가 가장 두드러지게 나타나는 영역(Bauer, Briss, Goodman, & Bowman, 2014; Murthy, 2016)이라는 점을 고려할 때, 비만에 대한 의사의 상담은 비만인의 건강행동을 유도하기 위한 매우 중요한 요인이 될 수 있다. 실제로 미국의 국립보건원(National Institute of Health)에서는 비만 관리를 위한 근거 중심 지침을 마련하여, 상담 현장에서 사용하도록 권장하고 있다. 이 지침은 비만 위험에 대한 접근(Access obesity risk), 체중감량에 대한 동기 및 준비에 대한 질문(Ask about readiness to lose weight), 체중감량 프로그램 설계와 관련한 조언(Advise in designing a weight-control program), 적절한 중재 활동에 대한 도움(Assist in establishing appropriate intervention), 그리고 후속 치료 및 관리에 대한 조치(Arrange for follow-up)로 구성되어 있는데, 이는 모두 의사-환자와의 커뮤니케이션이 수반되는 부분이다.

즉, 의사-환자 간 대화와 상담은 의사에게는 비만 환자의 준비 상태나 치료 동기와 의향을 파악하고 적절한 치료법을 선택하고 이에 대해 환자와 커뮤니케이션 할 수 있는 기회이다. 환자 입장에서는 치료와 관리에 대한 정확하고 충분한 정보를 획득하고 비만 관리를 위한 설계를 적극적으로 수행할 수 있는 중요한 계기가 된다. 따라서 상담은 그 자체로 효과적인 비만 관리의 시작이라 할 수 있다(Serdula, Khan, & Dietz, 2003). 실제로, 의료진과 체중에 대해 논의한 환자의 경우 체중감량 달성률은 58%에 이르며, 비만 환자 중 의사 상담과 진단을 받은 경험이 있는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 체중감량이 더 성공적으로 이루어졌다(Lim et al., 2020).

비만 상담이 의료현장에서 이루어지는 의사-환자 간 커뮤니케이션 인데 반해 건강행동은 비만인 스스로가 수행하는 노력이라 할 수 있다. 이 연구에서는 비만 책임 귀인과 낙인 대처가 비만인의 상담과 건강행동의도에 영향을 미치는지 알아보려고 한다. 앞선 논의에서 비

만의 책임 귀인에 따라 후속 행동이 달라질 수 있음을 전제했고, 따라서 비만의 책임을 자신의 잘못된 식습관으로 인한 것으로 돌리는지, 식품 유해환경을 만드는 기업의 탓, 또는 운동 및 건강관리를 촉진하는 시설을 마련하지 못한 사회 탓을 하는지에 따라서 비만 문제 해결을 위한 비만인의 후속적인 행동은 달라질 수 있다. 예를 들어, 비만을 자신의 탓으로 돌리는 비만인은 의료인을 찾아서 식이요법과 운동요법 등 체중감량을 위한 구체적인 상담을 할 수 있는 반면, 비만의 원인이 운동 여건이 가능하지 않은 업무환경과 사회 제도적 지원의 결핍에 있다고 생각하는 비만인들은 체중 관리를 위한 사회 제도적 차원의 도움을 요구할 수도 있고, 스스로 운동할 수 있는 상황을 찾고자 하는 노력으로 이어질 수도 있다.

아울러, 비만 낙인에 대해 비만인이 어떤 반응을 보이는가(낙인 대처 유형)에 따라 비만 해결을 위한 상담과 건강행동의도가 다르게 나타날 수 있다. 예를 들어, 비만에 대한 편견과 낙인에 대해 어떤 비만인은 자신이 비만하기 때문에 어쩔 수 없다는 식의 낙인에 대한 수용적 태도를 나타낼 수 있는 반면, 어떤 비만인은 자신은 그렇게 비만하지도 않기 때문에 걱정하지 않으며 비만은 사회적 문제 중의 하나일 뿐이라고 초월적 태도를 보일 수도 있다. 낙인에 대해 수용적 대처를 하는 비만인은 낙인을 인정하기 때문에 체중감량을 위한 상담 의도가 높을 수 있지만, 한편으로는 비만 낙인을 받아들이기 때문에 상담을 회피할 수도 있다. 이러한 맥락에서 볼 때, 비만 낙인에 대해 반항하며 도전하는 태도를 나타내는 비만인은 스스로 비만 감소를 위한 다양한 노력을 할 수도 있지만, 그 반대일 수도 있다. 이 점에서, 비만 낙인에 대한 대처 반응에 따라 비만인의 상담의도와 건강 행동의도가 달라질 수 있다는 것을 검토해 볼 필요가 있다. 이에 비만의 책임 귀인, 낙인 대처 유형과 비만 상담의도, 건강행동의

비만 책임 귀인과 낙인 대처 커뮤니케이션: 비만 상담의도와 건강행동의도에 대한 영향을 중심으로

도의 관련성을 알아보기 위해 <연구문제 4>와 <연구문제 5>를 설정했다.

[연구문제 4] 비만의 책임 귀인에 따라 비만인의 상담의도와 건강행동의도는 차이를 보이는가?

[연구문제 5] 비만 낙인 대처 커뮤니케이션에 따라 비만인의 상담의도와 건강행동의도는 차이를 보이는가?

3. 연구문제 및 연구모형

앞 선 논의를 통해 본 연구에서는 5개의 연구문제를 설정했다. <연구문제 1>은 비만의 책임 귀인에 대한 것으로 비만인과 비비만인의 차이가 있는지 알아보기 위해 설정했다. <연구문제 2>는 비만 낙인에 대한 반응으로 나타나는 비만인의 낙인 대처 커뮤니케이션이 어떤 유형으로 구분될 수 있는지 알아보기 위해 설정했다. <연구문제 3>은 비만의 책임을 어디로 돌리는가에 따라 비만 낙인 대처 커뮤니케이션이 달라질 수 있는지 알아보기 위한 것이다. <연구문제 4>는 비만의 책임 귀인과 비만인의 상담의도, 건강행동의도의 관련성을 알아보기 위해 설정했으며, <연구문제 5>는 비만 낙인 대처 커뮤니케이션에 따라 비만인의 상담의도와 건강행동의도가 달라지는지 알아보기 위해 설정했다. 따라서, 비만의 책임 귀인에 대한 비만인과 비비만인 집단 차이를 알기 위해 설정한 <연구문제 1>을 제외한 나머지 연구문제는 모두 비만인만을 대상으로 한 것이다. 연구모형은 <그림 1>과 같다.

[연구문제 1] 비만의 책임 귀인에 있어 비만인과 비비만인 간 차이가 있는가?

[연구문제 2] 비만 낙인에 대한 비만인의 대처 커뮤니케이션은 어떻게 구분되는가?

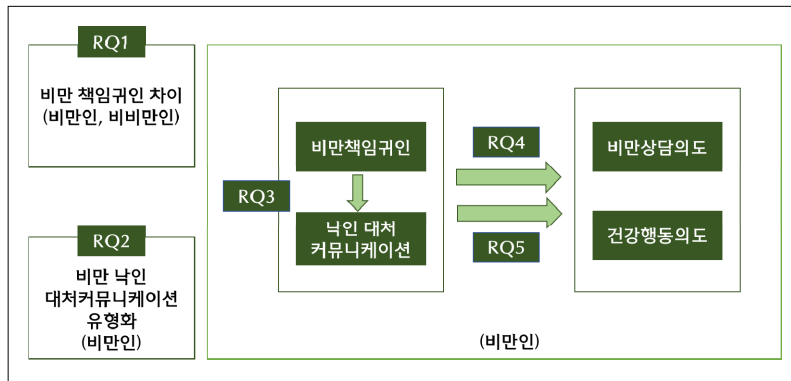
[연구문제 3] 비만의 책임 귀인은 비만 낙인 대처 커뮤니케이션에 어떤 영향을 미치는가?

[연구문제 4-1] 비만의 책임 귀인은 비만인의 상담의도에 어떤 영향을 미치는가?

[연구문제 4-2] 비만의 책임 귀인은 비만인의 건강행동의도 어떤 영향을 미치는가?

[연구문제 5-1] 비만 낙인 대처 커뮤니케이션에 따라 비만인의 상담의도는 달라지는가?

[연구문제 5-2] 비만 낙인 대처 커뮤니케이션에 따라 비만인의 건강행동의도는 달라지는가?



〈그림 1〉 연구모형

4. 연구 방법 및 분석 방법

1) 연구 대상

본 연구에서는 조사전문회사에 등록된 연구 패널을 대상으로 온라인 설문조사를 실시했다. 조사기간은 2020년 7월 21일부터 7월 25일 까지이고, 인구 전반 대비 비만인과 비비만인의 비율을 고려하여 표본수를 산출했다. 만19세 이상 인구수인 4,500만명을 모집단의 크기로 선정하고 신뢰수준 95%, 표본오차 3%로 계산하여 1,068명의 최소 표본수를 산정했다. 이에 기반하여 목표 연구 대상자수를 1,100명으로 설정하여 수도권 및 광역시에서 성별에 기반한 비례할당표집을 했다.

과체중을 포함한 비만인은 417명(37.9%), 비비만인은 683명(62.1%)으로 총 1,100명의 응답이 수집되었다. 과체중 417명(37.9%) 중에서 남성이 288명(26.2%), 여성이 129명(11.7%)이고, 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%) 순으로 나타났다. 비비만인의 경우 683명(62.1%)의 응답이 수집되었으며, 남성이 263명(23.9%), 여성이 420명(38.2%)으로 나타났다. 응답자의 연령대는 40-49세(152명, 13.8%)가 가장 많고, 20-29세(155명, 14.1%), 50-59세(147명, 13.4%), 30-39세(127명, 11.5%), 60세 이상(102명, 9.3%)의 분포를 보였다.

2) 주요 변인의 측정

본 연구에서는 대한비만학회에서 제시한 비만인의 기준에 근거하여 체질량지수(BMI, Body Mass Index)가 자동으로 산출되어 나올 수

있도록 응답자의 키(cm)와 몸무게(kg)를 수집했다. BMI 23~24.9kg/m²를 과체중 또는 위험 체중인 ‘비만 전단계’로, BMI ≥25kg/m²를 ‘비만’으로 분류한 대한비만학회의 기준에 따라 본 연구에서는 BMI 23kg/m² 이상의 응답자를 비만인으로 구분했다.

(1) 비만 책임 귀인

비만의 책임 귀인은 선행 연구를 바탕으로 개인과 기업(산업) 그리고 사회 환경 차원에서 비만의 원인과 통제 가능성과 해결책임이 누구에게 있는지 질문했다(김수진·차희원, 2016; Niederdeppe, Shapiro, & Porticella, 2001; Weiner, 1995). ‘비만의 원인은 개인에게 있다’, ‘비만의 원인은 사회적 환경 안에 있다’, ‘비만은 먹거리 산업(식품업계) 때문에 생겨난 것이다’, ‘비만은 개인 스스로 통제할 수 있는 병이다’, ‘비만은 사회가 나서서 통제할 수 있는 병이다’, ‘비만은 먹거리 산업(식품 업계)이 통제할 수 있는 문제이다’, ‘비만은 개인의 노력에 의해 극복할 수 있는 병이다’, ‘비만은 사회가 나서서 해결할 수 있는 문제이다’, ‘비만은 먹거리 산업(식품업계)이 나서서 해결할 수 있다’의 총 9개 문항으로 ‘전혀 그렇지 않다’의 1점에서 ‘매우 그렇다’의 5점 리커트 척도로 측정했다($\alpha=.712$).

(2) 낙인 대처 커뮤니케이션

마이젠바흐는 조직 커뮤니케이션 연구에서 막노동(dirty work)과 관련된 낙인 관리전략(Ashforth, Kreiner, Clark & Fugate, 2007)과 베노이트의 이미지 회복이론(Benoit, 1995)을 기반으로 4개의 범주로 유형화하고 6개의 주요한 전략을 포함한 낙인 관리 커뮤니케이션 (stigma management communication)을 제안했다(Meisenbach, 2010). 본 연구에서는 마이젠바흐의 낙인 관리 커뮤니케이션에서 제시한 각각의 전략적 차원을 낙인 대처 유형으로 보고, 이를 나타내는 문항 28개를 구성하

비만 책임 귀인과 낙인 대처 커뮤니케이션: 비만 상담의도와 건강행동의도에 대한 영향을 중심으로

여 요인을 도출하고 신뢰도를 검증했다. 구체적인 요인분석 결과는 <표 2>에 제시되어 있다.

(3) 비만 상담의도

본 연구에서는 비만 상담의도를 비만 문제해결을 위한 의사와의 상담의도로 조작적 정의했다. 대한비만학회 홈페이지에 나타나 있는 비만의 식사치료, 운동치료, 약물치료, 수술치료와 같은 구체적인 비만치료방법에 대해 설문조사 시에 안내문을 제시하고 이에 대한 의료진과의 상담의도를 측정했다. ‘나는 비만 문제를 해결하기 위해 의사와 비만의 식사치료에 대해 상담할 의향이 있다’를 포함한 4개 문항으로 ‘전혀 그렇지 않다’의 1점에서 ‘매우 그렇다’의 5점 리커트 척도로 측정했다($\alpha=.761$).

(4) 비만 관련 건강행동의도

비만 관련 건강행동의도는 ‘나는 체중조절을 위해 적극적으로 노력할 것이다’, ‘나는 비만하지 않기 위해 적극적으로 노력할 것이다’, ‘나는 적극적으로 건강관리를 할 것이다’의 3문항으로 ‘전혀 그렇지 않다’의 1점에서 ‘매우 그렇다’의 5점으로 측정했다($\alpha=.880$). 주요 변인의 평균, 표준편차와 상관관계는 <표 1>에 나타나 있다.

3) 분석 방법

<연구문제1>은 비만의 책임 귀인에 대한 비만인과 비비만인의 차이가 있는지 알아보기 위한 것으로 t-test를 실시했다. <연구문제 2>는 비만 낙인에 대한 반응으로 나타나는 비만인의 낙인 대처 커뮤니케이션이 어떤 유형으로 구분될 수 있는지 알아보기 위한 것으로 비만인 데이터만을 대상으로 탐색적 요인분석을 실시했다. <연구문제

〈표 1〉 주요 변인의 평균, 표준편차, 상관관계

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
개인귀인(1)	1													
기업귀인(2)	.008	1												
사회귀인(3)	-.027	.621**	1											
SMC요인1_도전(4)	.059	.165**	.113*	1										
SMC요인2_수용(5)	-.083	.279**	.196**	.071	1									
SMC요인3_조절(6)	-.126**	.385**	.326**	.291**	.450**	1								
SMC요인4_부경(7)	.102*	.021	.072	.317**	-.127**	.080	1							
식사치료 상담의도(8)	.092	.154**	.163**	.001	.096	.107*	.052	1						
운동치료 상담의도(9)	.146**	.146**	.200**	.045	.048	.139**	.152**	.633**	1					
약물치료 상담의도(10)	-.052	.187**	.200**	-.056	.225**	.222**	-.061	.371**	.261**	1				
수술치료 상담의도(11)	-.049	.154**	.143**	.120*	.355**	.324**	-.149**	.133**	.127**	.499**	1			
저각적 체중 조절노력(12)	.228**	.120*	.211**	.109*	-.066	.116*	.283**	.255**	.317**	.005	-.038	1		
예방노력(13)	.278**	.122*	.177**	.103*	-.037	.085	.258**	.262**	.329**	.018	-.038	.797**	1	
일반적 건강관리(14)	.255**	.061	.145**	.131**	-.119*	.043	.290**	.208**	.265**	-.020	-.069	.747**	.726**	1
M	3.68	2.89	3.09	3.2	2.7	2.94	3.65	3.44	3.58	2.56	1.89	3.75	3.71	3.8
SD	0.68	0.77	0.71	0.55	0.6	0.51	0.54	1.03	1.01	1.14	1.04	0.73	0.71	0.7

비만 책임 귀인과 낙인 대처 커뮤니케이션: 비만 상담의도와 건강행동의도에 대한 영향을 중심으로

3>은 비만의 책임을 어디로 돌리는가에 따라 비만 낙인 대처 커뮤니케이션이 달라질 수 있는지 알아보기 위한 것으로 다중회귀분석을 실시했다. <연구문제 4>는 비만인의 상담의도, 건강행동의도에 대한 비만의 원인 책임 귀인의 영향력을 알아보기 위한 것으로 다중회귀분석을 실시했다. <연구문제 5>는 비만인의 상담의도, 건강행동의도에 대한 비만 낙인 대처 커뮤니케이션의 영향을 알아보기 위한 것으로 다중회귀분석을 실시했다.

5. 연구 결과

1) <연구문제 1>의 분석 결과: 비만 책임 귀인에 대한 비만인과 비비만인의 차이

<연구문제 1>은 비만 책임 귀인에 대한 비만인과 비비만인의 인식 차이를 알아보기 위해 설정했다. <연구문제 1>의 분석을 위해 독립표본 T검증을 실시했고, 분석결과, 비만의 책임 귀인에 있어 비만

〈표 2〉 비만의 책임 귀인에 대한 비만인과 비비만인 차이 (N=1,100)

귀인 유형	구분	평균(표준편차)	평균차	t	유의확률
개인 귀인	비만인	3.684 (,6818)	.01759	.406	.685
	비비만인	3.666 (,7053)			
기업 귀인	비만인	2.897 (,7763)	-.01984	-.420	.675
	비비만인	2.917 (,7507)			
사회 귀인	비만인	3.099 (,7107)	.10431	2.330*	.020
	비비만인	2.995 (,7261)			

인($M=3.09$, $SD=.71$)과 비비만인($M=2.99$, $SD=.72$)의 차이는 사회 귀인에 있어 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($t=2.330$, $p=.020$). 이를 통해, 개인과 기업 귀인에 있어서는 비만인과 비비만인의 차이가 크지 않지만, 비만인은 비비만인에 비해 사회적 책임 귀인을 더 많이 한다고 해석할 수 있다.

2) <연구문제 2>의 분석 결과: 비만인의 낙인 대처 커뮤니케이션

<연구문제 2>는 비만인에 대한 편견에 대해 실제 비만인들은 어떤 반응 또는 대처를 보이는가에 대한 것이다. <연구문제 2>분석을 위한 항목의 구성개념 타당도를 위해 탐색적 요인분석을 실시했다.

베리맥스(VARIMAX) 방식에 의한 탐색적 요인분석 결과, 4개의 요인이 추출되었고 추출된 4개 요인은 전체 분산의 43.1%로 나타났다(<표 3> 참조). <요인 1>은 17.1%, <요인 2>는 13.6%, <요인 3>은 6.7%, <요인 4>는 5.5%의 변량을 보였다. 일반적으로 요인 적재치가 .3이상이면 유의미하다고 판단하지만, 본 연구에서는 보수적인 평가기준을 적용하여 .4 미만의 적재치를 보인 4개 항목은 제외했다. KMO의 표본적합도(MSA)는 .812로 나타나 본 자료는 요인분석에 적합하다고 할 수 있고, 바틀렛(Bartlett)의 구형성 검정결과, $x^2=3246.420$, 자유도 $df=378$, $p=.000$ 으로 변수 간 상관성이 인정되어 추출된 잠재요인이 적합한 수준이라고 할 수 있다.

<요인 1>은 ‘나는 비만과 관련된 문제에 대해 생각하지 않는다’, ‘나는 비만이 아니다’, ‘비만에 대한 편견을 갖는 사람들은 나쁘다’ 등 비만을 부정, 무시함으로써 비만에 대한 사회적 인식에 이의를 제기한다는 점에서 ‘도전’적 대처로 명명했다. <요인 2>는 ‘내가 비만해서 사람들에게 괜히 미안하다’, ‘어떤 일에 대해 잘못된 결과가 나오면 이는 내가 비만이기 때문이다’, ‘사람들과 함께 있어 불편한 것

비만 책임 귀인과 낙인 대처 커뮤니케이션: 비만 상담의도와 건강행동의도에 대한 영향을 중심으로

〈표 3〉 비만 낙인 대처 커뮤니케이션(탐색적 요인분석 결과) (N=417)

항목	공통성	요인값			
		1	2	3	4
SMC27	.555	.728	-.086	.065	.116
SMC28	.478	.668	-.053	.034	.172
SMC26	.471	.659	-.177	.038	.055
SMC24	.448	.625	.063	.178	.149
SMC11	.473	.589	.324	-.074	-.124
SMC22	.426	.573	.284	.085	-.097
SMC25	.457	.558	-.173	.170	.294
SMC23	.397	.436	-.169	.321	.274
SMC1	.318	.368	.184	-.232	.308
SMC12	.271	.275	.137	.208	.275
SMC10	.558	.117	.718	-.028	.170
SMC9	.525	-.171	.701	.025	.065
SMC2	.636	.045	.692	.324	-.226
SMC4	.678	.072	.614	.428	-.335
SMC6	.362	.169	.484	.308	-.066
SMC5	.195	-.140	.408	.046	.081
SMC13	.498	.251	.001	.649	-.115
SMC14	.450	.323	-.064	.580	.070
SMC19	.395	-.047	.105	.571	.238
SMC18	.412	-.094	.272	.565	.096
SMC20	.384	.018	.326	.525	-.030
SMC21	.471	.116	.432	.492	-.169
SMC17	.518	.096	-.029	-.111	.704
SMC16	.529	.281	-.169	-.127	.637
SMC15	.404	-.097	.056	.081	.621
SMC7	.314	.243	-.110	.154	.469
SMC8	.271	.071	.313	.128	.390
SMC3	.235	.242	.271	.023	.319
Eigenvalue		4.792	3.825	1.903	1.554
%of Variance Explained		17.113	13.659	6.795	5.550
Cumulative Variance Explained		17.113	30.773	37.568	43.118

KMO=.812, Bartlett's $\chi^2=3246.420(p<.001)$

〈표 4〉 비만인의 비만 낙인 대처 커뮤니케이션 유형과 내용

유형	내용
도전	나는 비만과 관련된 문제에 대해 생각하지 않는다.
	나는 비만이 아니다.
	비만에 대한 편견을 갖는 사람들은 나쁘다.
	비만에 대한 기준은 각 나라마다 다르기 때문에 내가 비만이라고 할 수만은 없다.
	비만이라고 해서 모두 건강에 문제가 있는 것은 아니다.
	사람들이 비만에 대해 갖는 편견은 중요하지 않다.
	나는 비만에 대해 사람들이 갖는 편견을 무시한다.
수용	비만에 대한 사람들의 수군거림을 무시한다.
	나는 내가 비만이어서 사람들에게 괜히 미안하다.
	어떤 일에 대해 잘못된 결과가 나오면 이는 내가 비만이기 때문이다.
	사람들과 함께 있어 불편한 것보다 혼자 있는 것이 낫다.
	나는 나와 비슷하게 비만인 사람들과 함께하면 마음이 편안하다.
초월	나는 비만임이 드러나는 행동을 하지 않는다.
	나는 비만이 드러나는 상황을 피한다.
	사람들이 비만에 대해 부정적으로 말하면 나는 이에 대해 항변한다.
	사람들이 비만에 대해 부정적으로 말하면 이것이 잘못된 생각이라고 말한다.
	비만은 우리나라의 경제적 문제다.
부정	비만은 심리적 문제다.
	비만은 사람들과의 관계적 문제다.
	비만은 사람들 간의 의사소통적 문제다.
	비만인에 대해 사람들의 편견(게으름, 둔함, 등)은 옳지 않은 것이 많다.
	나도 내가 원해서 비만이 된 것은 아니다.
부정	나의 비만으로 인해 남에게 피해준 적은 없다.
	비만에 대한 사람들의 편견 모두가 나에게 해당되는 것은 아니다.

보다 혼자 있는 것이 낫다' 등 비만에 대한 회피, 자기 비난과 고립을 나타냄으로써 비만을 인정하고 수용한다는 점에서 '수용'적 대처로 명명했다. <요인 3>은 '사람들이 비만에 대해 부정적으로 말하면 나는 이에 대해 항변한다', '사람들이 비만에 대해 부정적으로 말하면 이것이 잘못된 생각이라고 말한다', '비만은 우리나라의 경제적 문제다', '비만은 심리적 문제다', '비만은 사람들과의 관계적 문제다' 등 비만을 인정하긴 하지만 이러한 인식에 도발하고 초월하는 자세를 취한다는 점에서 '초월'적 대처라고 명명했다. <요인 4>는 '비만인에 대한 사람들의 편견(게으름, 둔함 등)은 옳지 않은 것이 많다', '나도 내가 원해서 비만이 된 것은 아니다', '나의 비만으로 인해 남에게 피해를 준 적은 없다', '비만에 대한 사람들의 편견 모두가 나에게 해당되는 것은 아니다'와 같이 비만에 대한 책임회피와 비만의 책임을 최소화하는 자세를 취한다는 점에서 '부정'적 대처로 명명했다. 요인별 세부 항목과 내용은 <표 4>에 정리되어 있다.

3) <연구문제 3>의 분석 결과: 비만의 책임 귀인과 낙인 대처 커뮤니케이션의 관련성

<연구문제 3>은 비만의 책임 귀인과 낙인 대처 커뮤니케이션의 관련성을 알아보기 위해 설정한 것으로 <연구문제 3>의 분석을 위해 다중회귀분석을 실시했다. 분석 결과, 비만인의 경우, 비만의 책임이 개인에게 있다고 생각할수록 초월적 대처는 줄어들고, 부정적 대처는 높아지는 것으로 나타났다(초월 $\beta=-.125$, $p=.005$ / 부정 $\beta=.106$, $p=.031$).

비만의 원인이 기업(산업)에 있다고 생각하는 경우는 부정적 대처를 제외한 도전, 수용, 초월의 3가지 대처와 모두 관련이 있는 것으로 나타났는데, 기업(산업)귀인을 할수록 도전, 수용, 그리고 초월적

〈표 5〉 비만 책임 귀인이 낙인 대처 커뮤니케이션에 미치는 영향 (N=417)

SMC 1(도전)						95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL
(상수)	2.669		.193	13.791	.000	2.288	3.049
개인	.048	.058	.039	1.205	.229	-.030	.125
기업	.108	.152	.044	2.455	.015	.022	.195
사회	.016	.021	.048	.334	.739	-.079	.111
F=4.381, p=.005							
R ² =.031, adjR ² =.024							
SMC 2(수용)						95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL
(상수)	2.306		.205	11.246	.000	1.903	2.709
개인	-.074	-.084	.042	-1.780	.076	-.157	.008
기업	.202	.259	.047	4.320	.000	.110	.294
사회	.028	.033	.051	.552	.581	-.072	.129
F=12.925, p=.000							
R ² =.086, adjR ² =.079							
SMC 3(초월)						95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL
(상수)	2.415		.164	14.712	.000	2.093	2.738
개인	-.094	-.125	.033	-2.797	.005	-.159	-.028
기업	.198	.302	.037	5.294	.000	.125	.272
사회	.198	.136	.041	2.381	.018	.017	.178
F=29.451, p=.000							
R ² =.176, adjR ² =.170							
SMC 4(부경)						95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL
(상수)	3.192		.192	16.596	.000	2.814	3.570
개인	.085	.106	.039	2.162	.031	.008	.162
기업	-.030	-.042	.044	-.677	.499	-.116	.057
사회	.078	.101	.048	1.619	.106	-.017	.172
F=2.404, p=.067							
R ² =.017, adjR ² =.010							

비만 책임 귀인과 낙인 대처 커뮤니케이션: 비만 상담의도와 건강행동의도에 대한 영향을 중심으로

대처가 증가하는 것으로 나타났다(도전 $\beta=.152, p=.015$ / 수용 $\beta=.259, p=.000$ / 초월 $\beta=.302, p=.000$).

비만의 원인이 사회에 있다고 생각하는 경우는 초월적 대처와 관련이 있는 것으로 나타났는데, 비만의 원인이 사회에 있다고 생각할수록 초월적 대처가 증가하는 것으로 나타났다(초월 $\beta=.136, p=.018$).

낙인 대처 커뮤니케이션에서 보면, 도전적 대처와 수용적 대처를 하는 비만인은 비만의 원인이 기업에 있다고 생각한다. 초월적 대처는 개인과 기업, 사회 귀인과 모두 관련이 있는데, 특히 초월적 대처를 많이 보이는 비만인의 경우 개인에게 비만의 원인이 있다고 생각하지 않고 기업과 사회에 원인이 있다고 생각한다. 부정적 대처를 하는 비만인은 비만의 원인이 개인에게 있다고 생각하는 것을 알 수 있다(<표 5> 참조).

4) <연구문제 4>의 분석 결과: 비만인의 비만 책임 귀인과 비만 상담의도, 건강행동의도의 관련성

<연구문제 4-1>은 비만의 책임 귀인과 비만 상담의도의 관련성을 알아보기 위한 것이다. 비만 상담의도를 식이요법 상담의도, 운동치료 상담의도, 약물치료 상담의도, 수술치료 상담의도의 4가지로 구분하였다. 비만인의 상담의도는 운동치료 상담의도가 가장 높고($M=3.58, SD=1.01$), 수술치료 상담의도가 가장 낮았다($M=1.89, SD=1.04$).

다음으로, 비만의 원인귀인과 각각의 비만상담의도의 관련성을 분석하기 위해 다중회귀분석을 실시했다. 분석결과, 첫째, 식사치료 상담의도에 대해서는 비만의 개인 책임 귀인의 영향력이 나타났다. 즉, 비만의 책임을 개인으로 돌리는 비만인일수록 식사치료 상담의도가 증가하는 것으로 나타났다($\beta=.095, p=.050$).

〈표 6〉 비만 책임 귀인이 비만상담의도에 미치는 영향 (N=417)

식사치료 상담의도						95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL
(상수)	2.077		.359	5.788	.000	1.371	2.782
개인	.144	.095	.073	1.966	.050	.000	.288
기업	.110	.082	.082	1.337	.182	-.052	.271
사회	.166	.114	.090	1.855	.064	-.010	.342
F=5.735, p=.001							
R ² =.040, adjR ² =.033							
운동치료 상담의도						95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL
(상수)	1.817		.348	5.217	.000	1.132	2.502
개인	.225	.151	.071	3.165	.002	.085	.364
기업	.037	.028	.080	.467	.641	-.119	.193
사회	.267	.187	.087	3.072	.002	.096	.438
F=9.339, p=.000							
R ² =.064, adjR ² =.057							
약물치료 상담의도						95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL
(상수)	1.627		.396	4.105	.000	.848	2.405
개인	-.049	-.029	.081	-.611	.541	-.208	.109
기업	.153	.104	.090	1.696	.091	-.024	.331
사회	.218	.135	.099	2.200	.028	.023	.412
F=6.854, p=.000							
R ² =.047, adjR ² =.041							
수술치료 상담의도						95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL
(상수)	1.401		.365	3.835	.000	.683	2.119
개인	-.073	-.048	.075	-.986	.325	-.220	.073
기업	.146	.108	.083	1.752	.080	-.018	.310
사회	.109	.074	.091	1.197	.232	-.070	.288
F=4.198, p=.000							
R ² =.030, adjR ² =.023							

비만 책임 귀인과 낙인 대처 커뮤니케이션: 비만 상담의도와 건강행동의도에 대한 영향을 중심으로

둘째, 운동치료 상담의도에 대해서는 비만의 개인 책임 귀인과 사회 책임 귀인의 영향력이 나타났는데, 비만의 책임을 개인과 사회에 두는 비만인일수록 운동치료 상담의도가 증가하는 것을 보였다(개인

〈표 7〉 비만 원인 귀인이 건강행동의도에 미치는 영향 (N=417)

적극적 체중조절 노력						95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL
(상수)	2.146		.247	8.699	.000	1.661	2.630
개인	.253	.235	.050	5.024	.000	.154	.352
기업	-.026	-.028	.056	-.467	.641	-.137	.084
사회	.242	.234	.062	3.933	.000	.121	.363
F=15.233, p=.000							
R ² =.100, adjR ² =.093							
예방 노력						95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL
(상수)	2.048		.238	8.611	.000	1.581	2.516
개인	.295	.282	.049	6.083	.000	.200	.390
기업	.008	.009	.054	.152	.879	-.099	.115
사회	.179	.179	.059	3.021	.003	.063	.296
F=17.212, p=.000							
R ² =.111, adjR ² =.105							
일반적 건강관리						95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL
(상수)	2.464		.239	10.329	.000	1.995	2.932
개인	.248	.241	.049	5.094	.000	.152	.343
기업	-.052	-.058	.054	-.956	.340	-.159	.055
사회	.185	.187	.060	3.106	.002	.068	.302
F=11.997, p=.000							
R ² =.080, adjR ² =.073							

원인 $\beta=.151, p=.002$, 사회원인 $\beta=.187, p=.002$). 세 번째로, 약물치료 상담의도에 대해서는 사회책임 귀인의 영향력이 나타났는데, 비만의 책임이 사회에 있다고 생각하는 비만인일수록 약물치료 상담의도가 증가하는 것으로 나타났다($\beta=.135, p=.028$). 마지막으로, 수술치료 상담의도에 대한 비만 책임 귀인의 영향력은 통계적으로 유의하지 않았다(<표 6> 참조).

<연구문제 4-2>는 비만의 책임 귀인과 건강행동의도의 관련성을 알아보기 위한 것이다. 건강행동의도는 적극적 체중조절노력, 예방노력, 일반적 건강관리의 3가지로 구분했는데, 비만인의 건강행동의도는 적극적 건강관리에서 가장 높게 나타났다($M=3.80, SD=.70$).

다음으로, 비만의 책임 귀인과 각각의 건강행동의도의 관련성을 분석하기 위해 다중회귀분석을 실시했다. 분석결과, 모든 건강행동의도에 대한 비만의 개인 책임 귀인과 사회 책임 귀인의 영향력이 나타났다. 즉, 비만의 책임이 개인과 사회에게 있다고 생각하는 비만인일수록 적극적 체중관리노력과 예방노력 그리고 일반적 건강관리가 증가하는 것으로 나타났다(<표 7> 참조).

5) <연구문제 5>의 분석 결과: 비만인의 낙인 대처 커뮤니케이션과 비만 상담의도의 관련성

<연구문제 5-1>은 비만인의 낙인 대처 커뮤니케이션 유형이 비만 상담의도에 어떤 영향을 미치는지 분석하기 위한 것이다. 앞선 분석에서와 같이, 비만인의 상담의도는 운동치료 상담의도에서 가장 높고 ($M=3.58, SD=1.01$), 낙인 대처 커뮤니케이션 유형 중에서는 부정적 대처의 평균값이 가장 높게 나타났다($M=3.65, SD=.54$).

다음으로, 비만인의 낙인 대처 커뮤니케이션과 비만상담의도의 관련성을 분석하기 위해 다중회귀분석을 실시했다. 분석결과, 첫째, 비

만인의 도전적 대처는 약물치료 상담의도와 수술치료 상담의도의 2개 상담의도에 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 도전적 대처가 커질수록 약물치료 상담의도는 감소하고($\beta=-.116, p=.026$), 수술치료 상담의도는 증가하는 것으로 나타났다($\beta=.098, p=.046$). 둘째, 비만인의 수용적 대처 또한 약물치료 상담의도와 수술치료 상담의도의 2개 상담의도에 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 수용적 대처가 커질수록 약물치료 상담의도와 수술치료 상담의도가 모두 증가하는 것으로 나타났다(약물치료 상담의도 $\beta=.143, p=.008$ / 수술치료 상담의도 $\beta=.236, p=.000$).

셋째, 비만인의 초월적 대처는 운동치료 상담의도, 약물치료 상담의도, 수술치료 상담의도에 모두 영향을 미치는데, 초월적 대처가 커질수록 이 세 가지 치료 의도는 증가하는 것으로 나타났다(운동치료 상담의도 $\beta=.135, p=.018$ / 약물치료 상담의도 $\beta=.193, p=.001$ / 수술치료 상담의도 $\beta=.202, p=.000$). 마지막으로, 비만인의 부정적 대처는 운동치료 상담의도와 수술치료 상담의도에 영향을 주는 것으로 나타났는데, 부정적 대처가 커질수록 운동치료 상담의도는 증가하고, 수술치료 상담의도는 감소하는 것으로 나타났다(<표 8> 참조).

<연구문제 5-2>는 비만인의 낙인 대처 커뮤니케이션 유형과 건강행동의도의 관련성에 대한 것으로, <연구문제 5-2>의 분석을 위해 다중회귀분석을 실시했다. 분석 결과, 비만인의 도전적 대처는 적극적인 체중관리 노력, 예방 노력, 그리고 일반적 건강관리의 3가지 건강행동의도에 대해 유의한 영향을 미치지 않았다. 비만인의 수용적 대처는 일반적 건강관리에만 영향을 미쳤는데, 수용적 대처를 보이는 비만인일수록 일반적 건강관리의도는 감소하는 것으로 나타났다($\beta=-.118, p=.027$). 비만인의 초월적 대처는 적극적 체중관리노력에 영향을 주는 것으로 나타났는데, 초월적 대처가 증가할수록 적극적 체중관리노력이 증가하는 것으로 나타났다($\beta=.140, p=.011$). 비만인의

〈표 8〉 비만 낙인 대처 커뮤니케이션이 비만상담의도에 미치는 영향 (N=417)

운동치료 상담의도							95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL	
(상수)	1.938		.466	4.156	.000	1.022	2.855	
SMC 1(도전)	-.082	-.045	.097	-.846	.398	-.273	.109	
SMC 2(수용)	.018	.011	.092	.191	.849	-.164	.199	
SMC 3(초월)	.268	.135	.113	2.381	.018	.047	.489	
SMC 4(부정)	.292	.157	.096	3.046	.002	.103	.480	
$F=4.425, p=.002$								
$R^2=.041, adjR^2=.032$								
약물치료 상담의도							95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL	
(상수)	1.481		.515	2.879	.004	.470	2.493	
SMC 1(도전)	-.239	-.116	.107	-2.235	.026	-.450	-.029	
SMC 2(수용)	.271	.143	.102	2.666	.008	.071	.471	
SMC 3(초월)	.434	.193	.124	3.491	.001	.189	.678	
SMC 4(부정)	-.044	-.021	.106	-.419	.675	-.252	.163	
$F=9.317, p=.000$								
$R^2=.083, adjR^2=.074$								
수술치료 상담의도							95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL	
(상수)	.137		.443	.309	.758	-.734	1.007	
SMC 1(도전)	.184	.098	.092	2.000	.046	.003	.365	
SMC 2(수용)	.409	.236	.088	4.669	.000	.237	.581	
SMC 3(초월)	.414	.202	.107	3.875	.000	.204	.624	
SMC 4(부정)	-.318	-.166	.091	-3.496	.001	-.497	-.139	
$F=23.532, p=.000$								
$R^2=.186, adjR^2=.178$								

비만 책임 귀인과 낙인 대처 커뮤니케이션: 비만 상담의도와 건강행동의도에 대한 영향을 중심으로

〈표 9〉 비만 낙인 대처 커뮤니케이션이 건강행동의도에 미치는 영향 (N=417)

적극적 체중조절 노력						95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL
(상수)	2.218		.327	6.779	.000	1.575	2.861
SMC 1(도전)	-.010	-.008	.068	-.149	.882	-.144	.124
SMC 2(수용)	-.115	-.095	.065	-1.774	.077	-.242	.012
SMC 3(조월)	.201	.140	.079	2.542	.011	.046	.356
SMC 4(부정)	.351	.262	.067	5.225	.000	.219	.483
F=10.889, p=.000							
R ² =.096, adjR ² =.087							
예방 노력						95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL
(상수)	2.329		.322	7.244	.000	1.697	2.961
SMC 1(도전)	.005	.004	.067	.069	.945	-.127	.136
SMC 2(수용)	-.053	-.045	.064	-.832	.406	-.178	.072
SMC 3(조월)	.119	.085	.078	1.530	.127	-.034	.271
SMC 4(부정)	.318	.245	.066	4.817	.000	.188	.448
F=8.050, p=.000							
R ² =.072, adjR ² =.063							
일반적 건강관리						95% CI	
	B	β	SE	t	p	LL	UL
(상수)	2.544		.313	8.131	.000	1.929	3.159
SMC 1(도전)	.049	.039	.065	.760	.448	-.078	.177
SMC 2(수용)	-.137	-.118	.062	-2.217	.027	-.259	-.016
SMC 3(조월)	.089	.064	.076	1.174	.241	-.060	.237
SMC 4(부정)	.330	.257	.064	5.132	.000	.203	.456
F=11.000, p=.000							
R ² =.096, adjR ² =.088							

부정적 대처는 적극적 체중관리 노력, 예방 노력, 그리고 일반적 건강관리의 3가지 건강행동의도에 모두 영향을 미쳤는데, 부정적 대처를 보이는 비만인일수록 적극적 체중관리 노력, 예방노력, 일반적 건강관리의도가 모두 증가하는 것으로 나타났다(적극적 체중관리노력 $\beta=.262$, $p=.000$ / 예방 노력 $\beta=.245$, $p=.000$ / 일반적 건강관리 $\beta=.257$, $p=.000$)(<표 9> 참조).

6. 결론 및 논의

본 연구는 비만에 대한 사회적 편견과 낙인을 감소시키고 비만인의 상담과 건강행동을 이끄는 것을 비만 문제해결을 위한 커뮤니케이션의 주요한 목적으로 보았다. 연구결과, 비만인과 비비만인의 비만 책임 귀인에는 차이가 있고, 비만의 원인을 어디에 두느냐에 따라 비만인의 낙인 대처 또한 달라지는 것으로 나타났다. 또한 비만의 책임 귀인과 낙인 대처 유형은 전문 의료진을 찾고 스스로 건강행동을 하고자 하는 데에도 다른 영향을 주는 것으로 나타났다. 본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

첫째, 비만의 원인을 어디에 두느냐는 비만인과 비비만인 사이에 차이가 있는데, 특히 비만인은 비비만인에 비해 비만의 원인이 사회에 있다고 생각하는 경향이 높다. 비만의 책임이 개인에게 있다는 개인 책임 귀인과 기업 책임 귀인에 있어서는 비만인과 비비만인의 차이가 크지 않았다. 해석하면, 비만인은 비만의 책임이 자신에게 있기도 하지만, 운동을 할 수 있는 환경이 제대로 마련되어 있지 않고, 현실적으로 건강관리가 어려운 사회적 환경이 비만에 일조했다고 생각한다는 것이다. 이러한 연구결과는 운동 부족과 과식을 비만의 원인으로 보고 개인의 책임을 강조하는 선행 연구들과 유사하다(Barry,

Brescoll, Brownell & Schlesinger, 2009; Hilbert, Rief, Brahler, 2007, 2008; Oliver & Lee, 2005). 이 연구들은 비만인과 비비만인을 구분하지 않고, 일반인을 대상으로 한 연구들로 비만 원인이 대부분 개인에게 있다는 사회적 인식을 보여주며, 비만 예방을 위한 정책적 지원을 제시했다(Sikorski et al., 2011). 올리버와 리(Oliver & Lee, 2005)의 연구에서는 연령이 높을수록 유해식품환경을 비만을 원인으로 보는 경향이 높게 나타났고 전체 연구대상의 45.6%가 비만 예방이 정책적인 차원에서 이루어져야 한다고 보고했다. 특히 정책지원을 찬성하는 응답자의 과반수 이상이 비건강식품의 광고를 제한해야 한다고 의견을 보인 것은 비만 여부에 상관없이 비만에 대한 사회적 지원의 필요성을 통감하고 있다는 것으로 해석할 수 있다. 아울러 이 연구에서는 연령이 높을수록 비만의 책임을 산업으로 돌리는 것으로 나타났는데, 이는 연령에 따라 비만의 책임 귀인은 달라질 수 있다는 것으로 비만인식 개선 캠페인의 공중세분화와 커뮤니케이션 메시지 전략에 대한 함의를 제공하는 것으로 볼 수 있다.

이러한 맥락에서 볼 때, 본 연구의 결과에서 나타난 비만인과 비비만인의 비만 책임 귀인의 차이는 비만 문제해결을 위한 사회 차원의 접근이 필요함을 시사한다. 체중감소를 통한 건강관리라는 것이 개인의 노력만으로는 한계가 있기 때문에 적극적 비만 관리를 가능하게 하는 포괄적인 사회적 지원과 프로그램이 필요하다. 그러나 현실적으로 이러한 프로그램이 구현되기 위해서는 즉, 비만 해결을 위한 사회적 지원이 제도화되기 위해서는 무엇보다 일반 국민의 공감과 지지가 우선되어야 할 것이다. 비만인의 증가에는 사회적 책임도 있으며, 비만을 예방하고 체중을 관리할 수 있는 바람직한 환경조성이 비만인 뿐 아니라 현재 비만하지 않으나 같은 환경에 놓여있는 모두를 위해 매우 중요하다는 사실을 효과적으로 커뮤니케이션 할 필요가 있다. 비만은 개인의 잘못으로 인한 것인데, 왜 정부가 거기에 세금

을 사용해야 하나는 의견이 지배적일 때(Kim & Anne Willis, 2007), 공동의 건강증진을 위한 기업 및 사회적 노력의 필요성을 거부감 없이 전달하여, 비만에 대한 편견을 줄여야 할 것이다.

둘째, 비만에 대한 편견과 낙인에 대한 비만인의 반응인 낙인 대처 커뮤니케이션에 대한 것이다. 본 연구에서는 비만에 대한 사회적 편견과 낙인에 대해 비만인의 낙인 대처 커뮤니케이션이 도전, 수용, 초월, 부정이라는 4가지 유형으로 구분되었다. 도전적 대처는 사람들이 비만에 대해 갖는 편견을 무시하는데, 비만하더라도 비만이 아니라고 생각하여 비만에 대해 편견을 가진 사람들은 나쁘며, 비만 관련 문제에 대해 생각하지 않는 등 비만 낙인을 맞닥뜨리는 도전적인 자세이다. 수용적 대처는 도전적 대처와 달리 비만이라는 죄책감을 느끼고, 사람들에게 괜히 미안해하며, 사람들과 함께 있을 때 불편하기 때문에 혼자 있는 것을 선호하는 반응을 나타낸다. 초월적 대처는 비만의 원인을 다른 데로 돌리는 것으로 비만은 경제적, 심리적, 사람들과의 관계적 문제로 생각하는 것이고, 부정적 대처는 도전적 대처와 유사하지만, 도전적 대처는 자신이 비만하지 않다고 생각하는 반면, 부정적 대처는 자신의 비만은 인정하지만 비만 낙인이 자신에게 해당되는 것은 아니라고 생각한다는 점에서 차이가 있다.

셋째, 비만인이 생각하는 비만의 책임 귀인에 따라 이들이 보이는 낙인에 대한 대처 반응이 달라진다는 점이다. 구체적으로, 비만의 책임이 개인에게 있다고 생각하는 비만인일수록, 책임회피, 최소화와 같은 부정적 대처를 보인다. 부정적 대처는 비만인은 게으르고 둔할 것이라는 편견에는 옳지 않은 것이 많으며, 비만에 대한 사람들의 편견 모두가 자신에게 해당되는 것은 아니라는 식으로 대처하는 것이다. 즉, 자신이 체중관리를 잘못해서 비만인 것은 맞지만, 자신의 비만으로 인해서 남에게 피해준 적은 없고 따라서 사회적으로 만연한 비만에 대한 편견은 자신에게 해당하는 것은 아니라고 생각하는 것

이다.

비만의 책임이 사회에 있다고 생각하는 비만인은 초월적 낙인 대처를 하는 것으로 나타났다. 초월적 대처는 비만의 원인을 다른 차원의 문제로 간주하는 것으로 낙인에 대한 대처를 한다고 설명할 수 있다. 즉, 비만의 책임을 사회로 돌리는 비만인의 경우, 비만은 경제적 문제, 심리적 문제, 사람들과의 관계적 문제로 나타나는 것이기 때문에 사람들이 비만에 대해 부정적으로 말하면 이에 대해 항변할 준비가 되어있음을 의미한다. 본 연구의 결과 개인 책임 귀인은 부정적 대처에, 사회책임 귀인은 초월적 대처에 영향을 미쳤는데, 이에 비해 기업(산업) 귀인은 도전과 수용, 초월적인 낙인 대처에 모두 영향을 미쳤다. 이는 비만의 책임을 식품환경의 주체인 기업으로 돌리는 비만인은 비만 낙인에 대한 복합적인 반응을 보인다고 설명할 수 있다.

넷째, 비만의 원인을 어디에 두느냐에 따라 비만 상담의도가 달라지는 것으로 나타났다. 비만인이 비만의 책임이 개인에게 있다고 생각할수록 식사치료와 운동치료 상담의도가 높아졌고, 비만의 사회적 책임이 크다고 생각할수록 운동치료와 약물치료 상담의도가 높아졌다. 즉, 비만 책임 귀인의 주된 차이는 식사치료 상담의도와 약물치료 상담의도에서 나타났는데, 비만의 책임이 개인에게 있다고 생각할수록 식이요법 등에 대한 식사치료 상담의도가 높아졌음을 알 수 있다. 반면 비만인이 비만의 책임이 사회에 있다고 생각할수록 약물치료 상담의도가 높아졌는데, 예를 들어, 직장인의 경우, 운동할 시간이 없고, 운동할 공간 또한 적당치 않기 때문에 체중 관리가 어렵고 따라서 비만하다고 생각할 수 있다. 이러한 경우는 비만약 복용에 대한 상담을 할 가능성이 높아진다고 해석할 수 있다. 운동치료 상담의도는 개인 귀인과 사회 귀인에서 공통적으로 나타났는데, 이는 비만의 책임이 어디에 있건 간에 운동을 통한 체중관리는 필수적이라는 인

식을 반영하는 것으로 볼 수 있다.

비만 책임 귀인과 건강행동의도의 관련성에 있어서는 비만의 책임을 개인과 사회로 돌리는 비만인의 경우, 적극적인 체중조절 노력과 예방 행동 그리고 일반적인 건강관리를 의미하는 건강행동의도가 모두 높게 나타났다.

다섯째, 비만인의 낙인 대처 유형과 상담의도의 관련성에 대한 것이다. 초월적이고 부정적인 낙인 대처를 보이는 비만인일수록 운동치료 상담의도가 높아졌고, 도전적 낙인 대처를 보이는 비만인일수록 약물치료의도가 감소했다. 반면 수용적이고 초월적인 낙인 대처를 보이는 비만인일수록 약물치료 상담의도가 높아졌다. 도전, 수용, 초월적 낙인 대처를 보이는 비만인일수록 수술치료 상담의도가 높아지는 반면, 부정적 낙인 대처를 보이는 비만인일수록 수술치료 상담의도는 낮아졌다. 요약하면, 초월적 낙인 대처를 보이는 비만인일수록 운동치료, 약물치료, 수술치료에 대한 상담의도가 높아진다. 초월적 대처는 비만의 원인을 경제적 문제, 심리적 문제, 사람들과의 관계적 문제로 간주하고 사람들이 비만에 대해 부정적으로 말하면 이에 대해 항변하고 비만에 대해 부정적으로 말하는 것 자체가 잘못된 생각이라고 대답하는 대처이다. 초월적 대처를 보일수록 운동과 약물, 수술치료에 대한 상담의도가 높아진다는 것은 초월적 대처를 보이는 비만인들은 비만 해결을 위한 다양한 치료 상담에 있어 적극적인 환자가 될 수 있음을 의미한다. 도전적 낙인 대처를 보이는 비만인은 약물치료 상담의도는 낮지만 수술치료 상담의도는 높아진다. 반면 수용적 낙인 대처를 보일수록, 약물치료 상담의도와 수술치료 상담의도는 증가한다.

비만인의 낙인 대처 유형과 건강행동의도의 관련성을 보면, 초월적이고 수용적인 낙인 대처를 할수록 적극적인 체중조절 노력이 증가했다. 부정적 낙인 대처는 더 이상 비만해지지 않기 위한 노력으로

예방관리에 영향을 미쳤다. 반면 수용적 낙인 대처가 강할수록 건강관리 노력은 감소하고, 비만해결을 위한 건강행동의도는 감소하는 것으로 나타났다.

연구결과를 통해 볼 때, 비만의 책임에 대한 생각에 따라 비만 낙인에 대처하는 커뮤니케이션 양상은 다르게 나타나고 이는 비만 상담의도와 건강행동에 영향을 미친다. 이는 비만의 원인을 어디로 귀속시키느냐에 따라 차별화된 의료적·정책적 접근이 필요함을 시사하는 것이다. 연구결과에 의하면, 비만 편견에 대해 초월적 반응을 나타내는 비만인은 운동치료와 약물치료 나아가 수술치료에 대한 상담의도까지 지닌 것으로 보아 상당히 적극적인 비만상담의도를 지녔다. 따라서 의료진의 면담 시에 비만에 대해 현실적인 얘기를 하기를 꺼려하거나 그 이유를 다른 곳으로 돌리는 초월적 자세를 취하는 비만인에 대해서는 적극적인 치료를 위한 정보제공을 통해 비만 치료에 대한 참여를 유도할 필요가 있다.

또한, 비만에 대해 편견을 갖는 사람들을 비난하고, 비만이라고 모두 건강에 문제가 있는 것은 아니라는 등의 도전적 대처를 보이는 비만인에게는 수술치료에 대한 상담이 약물치료에 대한 것보다 효과적이다. 이 점에서 비만 낙인을 받아들이고 이겨내려는 것, 그리고 비만 낙인을 부정하고 변화시키려는 도전은 모두 비만 낙인에 대한 대처의 커뮤니케이션 기제로 나타난다고 할 수 있다.

낙인 대처 커뮤니케이션 유형과 비만 상담 의도의 관련성은 의료 상황에서 의료진과의 커뮤니케이션에 실무적 함의를 줄 수 있다. 뿐만 아니라 낙인 대처 커뮤니케이션 유형과 건강행동의도의 관련성을 파악함으로써 환자에게 필요한 건강행동이 어떤 것인지 구체적인 조언이 가능하다. 예를 들어, 초월적 대처를 보이는 환자는 다양한 치료 영역에 관심이 많으므로, 해당 치료법에 대한 충분한 정보를 주고, 수용적 대처를 보이는 환자에게는 죄책감을 감소시킬 수 있는 의

료진의 격려가 필요할 것이다. 특히, 수용적 대처가 강할수록 건강관리 노력은 감소한다는 점에서 수용적 대처를 보이는 환자에게는 정서적으로 죄책감을 상쇄시키고, 건강행동을 실천하기 위한 효능감을 높일 수 있는 커뮤니케이션이 필요하다.

나아가 비만을 포함한 다양한 질병에 수반되는 낙인을 어떻게 관리해 나가는 것이 보다 나은 건강행동으로 이끌 수 있는지에 대한 고민이 필요하다. 체중 낙인의 고통 또는 내재화를 줄이기 위한 심리적 치료 접근법을 테스트한 연구는 거의 없다. 그러나 몇몇 연구에 따르면 인지 행동 치료, 수용 및 헌신 치료와 같은 경험적으로 지원되는 치료가 내재화된 낙인을 줄이고 식사 조절을 위한 자기 효능감을 높이며 건강행동을 개선하는 데 도움이 될 수 있다(Levin, Potts, Haeger, & Lillis, 2018; Palmeira, Pinto-Gouveia, & Cunha, 2017; Pearl, Hopkins, Berkowitz, & Wadden, 2018).

많은 연구들이 비만을 개인의 내적 책임으로 돌리는 것이 비만 낙인과 비만인 차별의 주요 원인이라 보고, 비만의 실제 원인에 대한 정확한 전달과 질병으로서 비만에 대한 인식이 중요함을 강조했다(Sikorski et al., 2011). 비만 낙인에 대한 선행 연구들 또한 낙인 감소의 필요성과 방향에 대한 다양한 제언(Puhl & Brownell, 2003; Puhl & Heuer, 2009)을 해왔음에도 불구하고, 비만인의 낙인에 대한 반응을 이해함으로써 실질적인 비만 문제해결을 하고자 하는 시도는 매우 드물었다. 본 연구는 나아가 비만 낙인에 대한 반응으로 나타나는 비만인의 대처를 통해 비만인의 실질적인 건강 개선을 위한 구체적인 방안을 탐구했다는데 선행 연구와 차별점이 있다.

본 연구의 학문적 의미는 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 비만인에 대해 나타나는 사회적 편견과 이에 대한 관리가 비만인의 상담의도와 건강행동의도에 영향을 미친다는 것을 실증적으로 검토함으로써 질병에 수반되는 낙인에 대한 대처 행동은 비만인을 이해하고 건강

행동을 촉진시킬 수 있는 주요 요소라는 것을 밝혔다. 둘째, 본 연구는 우리나라에서 비만에 대한 낙인 대처 유형이 어떻게 나타나는지 알아봄으로써 건강관리에 기여하는 한국형 낙인 관리 커뮤니케이션 모델의 필요성을 제시했다. 예컨대, 초월적 낙인 대처를 보이는 환자에게는 의료진의 정보집중형 커뮤니케이션이 유효하고, 수용적 낙인 대처를 보이는 환자에게는 의료진의 정서 집중형 커뮤니케이션이 효과적일 수 있다. 이에 한국형 낙인 관리 커뮤니케이션 모델은 낙인 대처 유형에 대한 의료진의 커뮤니케이션 전략과 매칭하여 그 실효성을 검토해 볼 필요가 있다.

본 연구는 보다 풍성한 실무적 함의를 지닌다. 첫째, 비만인과 비비만인의 비만 책임 귀인 차이를 검토함으로써 비만 문제해결을 위한 다각적이고 다층적인 접근이 가능하다. 즉, 비만의 책임을 개인에게 돌리는 유형에 대해서는 개인 노력을 장려하는 메시지가 효과적이고, 사회 귀인을 하는 환자에게는 어떤 메시지보다 정책적 메시지가 현실적으로 여겨질 것이다. 또한 비만의 책임을 기업과 산업의 탓으로 여기는 환자에게는 기업의 커뮤니케이션 캠페인 메시지 구성에 대한 청사진을 제공할 수 있을 것이다. 둘째, 비만인의 낙인 대처 유형을 이해함으로써 의료현장에서 의사-환자 커뮤니케이션 촉진이 가능하다는 점이다. 의사는 환자 상담 시 비만인이 나타내는 낙인 대처 반응을 이해함으로써 치료 상담 시 필요한 메시지를 구체화할 수 있을 것이다. 이 점은 의료진이 환자를 이해하고 보다 구체적인 커뮤니케이션을 가능하게 할 것이라는 점에서 실무적 함의가 있다. 예를 들어, 비만 낙인에 대한 수용적 대처를 보이는 비만인은 일상생활에서 회피행동을 보이고 자신과 비슷한 사람들과 어울리길 원한다는 점에서 낙인 대처 유형에 따른 차별화된 사회적 지지에 대해서도 생각해 볼 필요가 있다. 이러한 맥락에서 비만 상담치료를 다각화하고 고도화하여 동료끼리 치료집단을 구성하는 등 실효성 있는 체중 관리 프

로그랩을 마련할 수 있을 것이다.

본 연구는 몇 가지 한계를 지닌다. 이 연구에서는 응답자에게 키와 몸무게를 적게 하고 체질량지수(BMI)를 산출하여 비만인과 비비만인을 구분했다. 이 과정에서 응답자가 기입한 수치는 실제 측정치와 다를 수 있다. 이는 자기응답식 설문에서 공통적으로 나타나는 문제이긴 하지만, 몸무게에 민감한 개인이라면 정확한 수치를 기입하고 싶지 않을 수 있다. 뿐만 아니라 본인의 키와 체중에 대해 정확히 알고 있지 않을 가능성도 있다. 또한, 비만은 아닌데 비만하다고 생각하는 사람이 있는가 하면, 비만하지만 비만하지 않다고 생각하는 사람도 있다. 이러한 경우, 체질량지수에 기반한 비만인의 기준이 타당한가에 대한 문제이다. 후속 연구에서는 이러한 기준의 문제를 좀 더 포괄적으로 검토하여 비만의 기준을 마련할 필요가 있다.

본 연구에서는 문헌 연구를 바탕으로 탐색적 요인분석을 통해 비만 낙인을 도전, 수용, 초월, 부정의 4개 차원으로 유형화했다. 추후 연구에서는 비만인을 대상으로 한 심층 인터뷰와 같은 연구 방법의 보완을 통해 비만 낙인 대처 특성을 파악하고 보완하여, 한국의 비만 낙인 대처 커뮤니케이션에 대한 타당화 작업이 필요하다. 또한 본 연구에서는 인구통계학적 특성에 따른 비만 집단 내 차이와 비만 단계를 구체적으로 검토하지 못했다. 예를 들어, 수술상담의도에 대해서는 남녀 간, 연령별 차이가 있을 수 있으며, 고도비만환자에게 더 유효한 상담이 있는 반면 과체중 환자에게 더 유효한 건강행동이 있을 수 있다. 후속 연구에서는 비만 집단 내 차이를 다각적으로 검토함으로써 건강행동을 촉진할 수 있는 건강공중 세분화에 대한 논의가 이어지길 기대한다.

참고문헌

- 김수진, 유선옥 (2021). 질병 낙인과 낙인 관리 커뮤니케이션이 건강소통의지에 미치는 영향: 비만 이슈를 중심으로. <PR연구>, 25(4), 1-30.
- 김수진, 차희원 (2016). 비만의 책임귀인 메시지와 감정이 정책지지와 건강행동의도에 미치는 영향: 귀인이론과 계획된 행동이론을 중심으로. <한국언론학보>, 60(2), 369-398.
- 이은택, 노성중, 최은경, 강충구 (2010). 비만의 사회적 구성: 한국 언론의 비만보도 년 분석 20(1990~ 2009). <한국언론학보>, 54(2), 87-115.
- 조인숙, 나은경 (2013). 비만, '일탈'과 '낙인'사이: 비만 보도 프레임 유형이 비만과 비만인에 대한 인식 및 예방행동의도에 미치는 영향. <한국언론학보>, 57(2), 316-341.
- 임인숙, 김민주 (2012). 한국 다이어트 서바이벌 프로의 비만 낙인 재생산: '빅토리'와 '다이어트위'를 중심으로. <한국여성학>, 28(4), 1- 38.
- 김민주 (2016). 비만 여성의 차별 경험과 다이어트-20-30 대 미혼 여성들을 중심으로. <사회연구>, 17(1), 93-136.
- 백혜진, 조혜진, 김정현 (2017). 정신질환의 낙인과 귀인에 대한 언론 보도 분석. <한국언론학보>, 61(4), 7-43.
- 유선옥, 김수진 (2023). 비만상담의도에 영향을 미치는 요인에 대한 연구- 건강소통의지, 비만위험지식을 중심으로. <아시아태평양융합연구교류논문지(APJCRI)>, 9(3), 253-268
- 대한비만학회 <http://general.kosso.or.kr/html/?pmode=BBBS0001300004&smode=view&seq=1372> (Retrived on Feb.10. 2023).
- 미국 국립보건원 <https://www.niddk.nih.gov/health-information/professionals/>

clinical-tools-patient-management/weight-management/talking-adult-patients-tips-primary-care-clinicians (Retrieved on Feb.10. 2023).

- Adams, S. G., Pugh, J. A., Kazis, L. E., Lee, S., & Anzueto, A. (2006). Characteristics associated with sustained abstinence from smoking among patients with COPD. *The American Journal of Medicine*, 119(5), 441-447.
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity*, 16(5), 1129-1134.
- Anspach, R. R. (1979). From stigma to identity politics: Political activism among the physically disabled and former mental patients. *Social Science & Medicine*. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology, 13, 765-773.
- Ashforth, B., E. Kreiner, G., A. Clark, M., & Fugate, M. (2007). Normalizing dirty work: Managerial tactics for countering occupational taint. *Academy of Management Journal*, 50(1), 149-174.
- Balko, R., Brownell, K., & Nestle, M. (2004). Are you responsible for your own weight? Absolutely, government has no business interfering with what you eat. *Time*. June 7, 2004. Available at: <https://content.time.com/time/subscriber/article/0,33009,994398,00.html> Accessed February 17, 2023.
- Barry, C. L., Brescoll, V. L., Brownell, K. D., & Schlesinger, M. (2009). Obesity metaphors: how beliefs about the causes of obesity affect support for public policy. *The Milbank Quarterly*, 87(1), 7-47.
- Bauer, U. E., Briss, P. A., Goodman, R. A., & Bowman, B. A. (2014). Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet*, 384(9937), 45-52.

- Benoit, W. L. (1995). Sears' repair of its auto service image: Image restoration discourse in the corporate sector. *Communication Studies*, 46 (1-2), 89-105.
- Bish, C. L., Blanck, H. M., Serdula, M. K., Marcus, M., Kohl III, H. W., & Khan, L. K. (2005). Diet and physical activity behaviors among Americans trying to lose weight: 2000 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Obesity Research*, 13(3), 596-607.
- Blackburn, M., & Stathi, A. (2019). Moral discourse in general practitioners' accounts of obesity communication. *Social Science & Medicine*, 230, 166-173.
- Blackburn, M., Stathi, A., Keogh, E., & Eccleston, C. (2015). Raising the topic of weight in general practice: perspectives of GPs and primary care nurses. *BMJ Open*, 5(8), e008546.
- Brown, J. D. (1991). The professional ex : An alternative for exiting the deviant career. *Sociological Quarterly*, 32(2), 219-230.
- Brownell, K. D., & Frieden, T. R. (2009). Ounces of prevention - the public policy case for taxes on sugared beverages. *New England Journal of Medicine*, 360(18), 1805-1808.
- Brownell, K. D., Puhl, R. M., Schwartz, M. B., & Rudd, L. E. (2005). *Weight bias: Nature, consequences, and remedies*. Guilford Publications.
- Clay, Sally, Bonnie Schnell, Patrick W. Corrigan and Ruth O. Ralph. (2005). *On Our Own, together*; Peer programs for people with mental illness. Vanderbilt University Press.
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882.
- Crandall, C. S., D'Anello, S., Sakalli, N., Lazarus, E., Nejtardt, G. W., & Feather, N. T. (2001). An attribution-value model of prejudice: Anti-fat

- attitudes in six nations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(1), 30-37.
- Caterson, I. D., Alfadda, A. A., Auerbach, P., Coutinho, W., Cuevas, A., Dicker, D., ... & Halford, J. C. (2019). Gaps to bridge: misalignment between perception, reality and actions in obesity. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 21(8), 1914-1924.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976.
- Duncan, C. L., Cummings, S. R., Hudes, E. S., Zahnd, E., & Coates, T. J. (1992). Quitting smoking: reasons for quitting and predictors of cessation among medical patients. *Journal of General Internal Medicine*, 7, 398-404.
- Enwald, H. P. K., & Huotari, M. L. A. (2010). Preventing the obesity epidemic by second generation tailored health communication: an interdisciplinary review. *Journal of Medical Internet Research*, 12(2), e24.
- Evans, W. D., Finkelstein, E. A., Kamerow, D. B., & Renaud, J. M. (2005). Public perceptions of childhood obesity. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 26-32.
- Geier, A. B., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2003). "Before and after" diet advertisements escalate weight stigma. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 8, 282-288.
- Goldstein, M. G., Niaura, R., Willey-Lessne, C., DePue, J., Eaton, C., Rakowski, W., & Dube, C. (1997). Physicians counseling smokers: a population-based survey of patients' perceptions of health care provider-delivered smoking cessation interventions. *Archives of Internal*

Medicine, 157(12), 1313-1319.

- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relation*. New York, NY: Wiley.
- Herek, G. M., Capitanio, J. P., & Widaman, K. F. (2003). Stigma, social risk, and health policy: public attitudes toward HIV surveillance policies and the social construction of illness. *Health Psychology*, 22(5), 533.
- Herman, B. (1993). *The practice of moral judgment*. Harvard University Press.
- Hilbert, A., Rief, W., & Braehler, E. (2007). What determines public support of obesity prevention?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(7), 585-590.
- Hilbert, A., Rief, W., & Braehler, E. (2008). Stigmatizing attitudes toward obesity in a representative population based sample. *Obesity*, 16(7), 1529-1534.
- Hill, B., Bergmeier, H., Incollingo Rodriguez, A. C., Barlow, F. K., Chung, A., Ramachandran, D., ... & Skouteris, H. (2021). Weight stigma and obesity related policies: a systematic review of the state of the literature. *Obesity Reviews*, 22(11), e13333.
- Himes, S. M., & Thompson, J. K. (2007). Fat stigmatization in television shows and movies: A content analysis. *Obesity*, 15(3), 712-718.
- Huizinga, M. M., Cooper, L. A., Bleich, S. N., Clark, J. M., & Beach, M. C. (2009). Physician respect for patients with obesity. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 1236-1239.
- Khan, S. S., Tarrant, M., Weston, D., Shah, P., & Farrow, C. (2018). Can raising awareness about the psychological causes of obesity reduce obesity stigma?. *Health Communication*, 33(5), 585-592.
- Kim, S. H., & Anne Willis, L. (2007). Talking about obesity: News framing of who is responsible for causing and fixing the problem.

- Journal of Health Communication*, 12(4), 359-376.
- Kitsuse, J. I. (1980). Coming out all over: Deviants and the politics of social problems. *Social Problems*, 28(1), 1-13.
- Kirkwood, W. G., & Brown, D. (1995). Public communication about the causes of disease: The rhetoric of responsibility. *Journal of Communication*, 45(1), 55-76.
- Latner, J. D., O'Brien, K. S., Durso, L. E., Brinkman, L. A., & MacDonald, T. (2008). Weighing obesity stigma: the relative strength of different forms of bias. *International Journal of Obesity*, 32(7), 1145-1152.
- LeBel, T. P. (2008). Perceptions of and responses to stigma. *Sociology Compass*, 2(2), 409-432.
- Levin, M. E., Potts, S., Haeger, J., & Lillis, J. (2018). Delivering acceptance and commitment therapy for weight self-stigma through guided self-help: Results from an open pilot trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 87-104.
- Lim, S., Oh, B., Lee, S. H., Kim, Y. H., Ha, Y., & Kang, J. H. (2020). Perceptions, attitudes, behaviors, and barriers to effective obesity care in South Korea: results from the ACTION-IO study. *Journal of Obesity & Metabolic Syndrome*, 29(2), 133.
- Mack, K. A., Anderson, L., Galuska, D., Zablotsky, D., Holtzman, D., & Ahluwalia, I. (2004). Health and sociodemographic factors associated with body weight and weight objectives for women: 2000 behavioral risk factor surveillance system. *Journal of Women's Health*, 13(9), 1019-1032.
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Reviews of Psychology*, 56, 393-421.

- Meisenbach, R. J. (2010). Stigma management communication: A theory and agenda for applied research on how individuals manage moments of stigmatized identity. *Journal of Applied Communication Research*, 38(3), 268-292.
- Mensinger, J. L., Calogero, R. M., Stranges, S., & Tylka, T. L. (2016). A weight-neutral versus weight-loss approach for health promotion in women with high BMI: A randomized-controlled trial. *Appetite*, 105, 364-374.
- Michie, S. (2007). Talking to primary care patients about weight: a study of GPs and practice nurses in the UK. *Psychology, Health and Medicine*, 12(5), 521-525.
- Miller, C. T., & Kaiser, C. R. (2001). A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of Social Issues*, 57(1), 73-92.
- Miller, C. T., & Major, B. (2000). *Coping with stigma and prejudice*.
- Murthy, R. S. (2016). Caregiving and caregivers: Challenges and opportunities in India. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 32(1), 10.
- Musher-Eizenman, D. R., Holub, S. C., Miller, A. B., Goldstein, S. E., & Edwards-Leeper, L. (2004). Body size stigmatization in preschool children: The role of control attributions. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(8), 613-620.
- Neuhauser, L., & Kreps, G. L. (2003). Rethinking communication in the e-health era. *Journal of Health Psychology*, 8(1), 7-23.
- Niederdeppe, J., Shapiro, M. A., & Porticella, N. (2011). Attributions of responsibility for obesity: Narrative communication reduces reactive counterarguing among liberals. *Human Communication Research*, 37(3), 295-323.
- Ogden, J., Bandara, I., Cohen, H., Farmer, D., Hardie, J., Minas, H., ... &

- Whitehead, M. A. (2001). General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it?. *Patient Education and Counseling*, 44(3), 227-233.
- Oliver, J. E., & Lee, T. (2005). Public opinion and the politics of obesity in America. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(5), 923-954.
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2017). Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite*, 112, 107-116.
- Pearl, R. L., & Lebowitz, M. S. (2014). Beyond personal responsibility: Effects of causal attributions for overweight and obesity on weight-related beliefs, stigma, and policy support. *Psychology & Health*, 29(10), 1176-1191.
- Pearl, R. L., Hopkins, C. H., Berkowitz, R. I., & Wadden, T. A. (2018). Group cognitive-behavioral treatment for internalized weight stigma: A pilot study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23, 357-362.
- Pearl, R. L., Wadden, T. A., Chao, A. M., Alamuddin, N., Berkowitz, R. I., Walsh, O., ... & Tronieri, J. S. (2020). Associations between causal attributions for obesity and long-term weight loss. *Behavioral Medicine*, 46(2), 87-91.
- Potter, M. B., Vu, J. D., & Croughan-Minihane, M. (2001). Weight management: what patients want from their primary care physicians. *Journal of Family Practice*, 50(6), 513-513.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4(4), 213-227.

- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity, 14*(10), 1802-1815.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2013). Bias, discrimination and obesity. *Health and Human Rights in a Changing World*, 581-606.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity, 17*(5), 941.
- Puhl, R. M., & Lessard, L. M. (2020). Weight stigma in youth: prevalence, consequences, and considerations for clinical practice. *Current Obesity Reports, 9*, 402-411.
- Puhl, R., & Lessard, L. M. (2014). Weight stigma. ASMBS Integrated Health Keynote Speech.
- Puhl, R. M., Moss Racusin, C. A., & Schwartz, M. B. (2007). Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well being. *Obesity, 15*(1), 19-23.
- Rao, J. K., Anderson, L. A., Inui, T. S., & Frankel, R. M. (2007). Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence. *Medical Care, 340*-349.
- Richard, P., Ferguson, C., Lara, A. S., Leonard, J., & Younis, M. (2014). Disparities in physician-patient communication by obesity status. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 51*, 0046958014557012.
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., ... & Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine, 26*(4), 485-497.

- Saguy, A. C., & Almeling, R. (2008). Fat in the fire? Science, the news media, and the “obesity epidemic” 2. In *Sociological Forum* (Vol. 23, No. 1, pp. 53-83). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Schneider, J. W., & Conrad, P. (1980). In the closet with illness: Epilepsy, stigma potential and information control. *Social Problems*, 28(1), 32-44.
- Schwartz, M. B., Chambliss, H. O. N., Brownell, K. D., Blair, S. N., & Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*, 11(9), 1033-1039.
- Schwartz, M. B., & Puhl, R. (2003). Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obesity Reviews*, 4(1), 57-71.
- Serdula, M. K., Khan, L. K., & Dietz, W. H. (2003). Weight loss counseling revisited. *Jama*, 289(14), 1747-1750.
- Siegel, K., Lune, H., & Meyer, I. H. (2003). Stigma management among gay/bisexual men with HIV/AIDS. *Deviant Behavior: A Text-Reader in the Sociology of Deviance*, 263-81.
- Sikorski, C., Luppá, M., Kaiser, M., Glaesmer, H., Schomerus, G., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2011). The stigma of obesity in the general public and its implications for public health—a systematic review. *BMC Public Health*, 11, 1-8.
- Teachman, B. A., & Brownell, K. D. (2001). Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune?. *International Journal of Obesity*, 25(10), 1525-1531.
- van Dam, H. A., Van der Horst, F., Van den Borne, B., Ryckman, R., & Crebolder, H. (2003). Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 51(1), 17-28.
- Vartanian, L. R., & Shaprow, J. G. (2008). Effects of weight stigma on

비만 책임 귀인과 낙인 대처 커뮤니케이션: 비만 상담의도와 건강행동의도에 대한 영향을 중심으로

exercise motivation and behavior: a preliminary investigation among college-aged females. *Journal of Health Psychology*, 13(1), 131-138.

White, W. L. (2001). The rhetoric of recovery advocacy: An essay on the power of language. *Lets go make some history: Chronicles of the new addiction recovery advocacy movement*, 37-76.

Weiner, B. (1980). May I borrow your class notes? An attributional analysis of judgments of helping in an achievement-related context. *Journal of Educational Psychology*, 72(5), 676.

Weiner, B. (1993). On sin versus sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist*, 48(9), 957~965.

Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York, NY: Guilford Press.

Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5), 738.

Wu, Y. K., & Berry, D. C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1030-1042.

최초 투고일: 2023년 02월 19일

논문 수정일: 2023년 04월 24일

게재 확정일: 2023년 04월 27일

**Obesity responsibility attribution and
stigma coping communication:
effects on obesity counseling intention,
and health behavior intention***

Soojin Kim**

(Adjunct Professor, Division of Communication & Media,
Ewha Womans University)

Sunouk You***

(Professor, School of Applied Humanities & Public Service,
Hankyong National University)

Yujin Lim****

(Adjunct Professor, Business School of Soongsil University)

Twenty years have passed since the World Health Organization declared obesity a disease. However, there is a widespread perception that obesity is due to the responsibility of individuals who are lazy and not faithful to self-management rather than being recognized as a disease. Therefore, in this study, five research questions were set to find out how obesity stigma coping communication appears as a response to obesity attribution and obesity stigma, and how it affects obesity counseling intention and health behavior intention of obese people. An online survey was conducted on obese and non-obese people, and out of 1,100 respondents, 417 were obese and 683 were non-obese. As a result of the analysis, difference between the obese and the non-obese groups were found for the cause of obesity. The social attribution was higher in the obese group and

비만 책임 귀인과 낙인 대처 커뮤니케이션: 비만 상담의도와 건강행동의도에 대한 영향을 중심으로

the corporate attribution was higher in the non-obese. The obesity stigma coping communication of the obese were divided into four strategies: challenge, acceptance, transcendence, and denial, and the stigma coping communication was also different depending on the attribution of the cause of obesity in the obese. As a result of examining the relationship between stigma coping communication and counseling intention of obese people, exercise therapy counseling intention was higher for obese people who dealt with negative stigma, and drug treatment counseling intention was lower for obese people who showed challenging coping response and higher for those who showed acceptance coping response. It was found that the more obese people cope with transcendent stigma, the higher the intention to consult both exercise treatment and drug treatment. In addition, the impact of obese people's stigma coping communication on health behavioral intentions was different, and it was found that obese people who transcend and accept stigma tried to actively control weight, and negative stigma coping was related to prevention behavior intention. Acceptance strategy of stigma coping communication was found to reduce efforts to manage health. This study has academic significance as an interdisciplinary study to view obesity stigma as a social problem and to provide answers to obesity problems through the convergence of communication and medicine. Through the stigma coping communication of obese people, practical implications for doctor-patient communication to solve obesity problems were suggested.

Key words : Obesity responsibility attribution, obesity stigma, stigma coping communication, counseling intention, doctor-patient communication

* This work was supported by the Ministry of Education of the Republic of Korea and the National Research Foundation of Korea(NRF-2019S1A5A2A03046205).

** sjinkim@ewha.ac.kr, First author

*** swyoo@hknu.ac.kr

**** yjlim@ssu.ac.kr, Corresponding author