



저작자표시-동일조건변경허락 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.
- 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



동일조건변경허락. 귀하가 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공했을 경우에는, 이 저작물과 동일한 이용허락조건하에서만 배포할 수 있습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

안 홍 석 교수지도

석사학위 청구논문

성인여성의 자가 비만관리  
실천도와 관련된 요인 분석

-건강신념모델과 계획적 행동이론을 중심으로-

2010

성신여자대학교 문화산업대학원

문화산업학과 피부비만관리학 전공

김 정 희

성인여성의 자가 비만관리  
실천도와 관련된 요인 분석

-건강신념모델과 계획적 행동이론을 중심으로-

안 홍 석 교수지도

이 논문을 석사학위논문으로 제출함.

2009년 11월

성신여자대학교 문화산업대학원  
문화산업학과 피부비만관리학 전공

김 정 희

# 인 준 서

김정희의 석사학위 논문으로 인준함.

심사위원 \_\_\_\_\_ (인)

심사위원 \_\_\_\_\_ (인)

심사위원 \_\_\_\_\_ (인)

성신여자대학교 대학원

## 감사의 글

이 논문이 나오기까지 부족함 많은 저에게 지도와 격려로 감싸주신 안홍석 교수님께 머리 숙여 감사드립니다.

바쁘신 와중에도 부족한 논문을 세심하게 심사 지도해 주신 김명숙 교수님과 논문의 기초부터 완성될 때까지 저의 부족함을 이해해 주시고 세밀한 지도와 격려를 아끼지 않으신 이승민 교수님께 진심으로 감사드립니다.

대학원 선배로서 항상 챙겨주시고 많은 도움을 주신 신용로 선배님, 이순례 선배님, 박민숙 선배님, 김재연 선배님께 감사의 마음을 전합니다.

대학원 과정동안 같이 공부하고 서로에게 도움을 아끼지 않았던 성신 10기 동기들에게 감사드리며 앞으로도 서로를 격려해 나갈 수 있기를 바랍니다.

논문이 잘 마무리 될 수 있도록 힘이 되어 주시고 격려해 주신 정한조 교수님께 감사드립니다.

대학원에서 공부하고 논문 작성하는 동안 적극적인 후원과 끊임없이 기도해 주신 부모님 그리고 곁에서 격려를 아끼지 않은 혜정이와 막내 민희 우리 가족에게 고맙다는 말과 사랑한다는 말을 전하고 싶습니다.

2009년 11월

김 정 희 올림

## 목 차

### 논문개요

#### I. 서론

1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	3
3. 연구의 가설	4
4. 용어의 정의	5
5. 연구의 제한점	9

#### II. 이론적 배경

1. 건강신념모델	10
2. 계획적 행동이론	13
3. 비만과 실천방법	15
4. 비만 스트레스	18
5. 주관적 비만도	20

#### III. 연구방법

1. 연구설계	21
2. 연구대상	22
3. 연구도구 및 측정방법	22
4. 자료분석	26

#### IV. 연구결과 및 고찰

1. 조사 대상자의 일반적 사항 .....	27
2. 조사 대상자의 비만인식 .....	29
3. 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 분포 .....	32
1) 연령 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 비교 .....	34
2) 객관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 비교 .....	36
3) 주관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 비교 .....	38
4. 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계 .....	41
1) 연령 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계 .....	44
2) 객관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계.....	50
3) 주관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계.....	56
5. 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석.....	62
1) 연령 별 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석 .....	63
2) 객관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석 .....	64

3) 주관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석 .....	65
V. 결론 및 요약 .....	66

참고문헌

ABSTRACT

부록(설문지)

## List of Table

Table 1. 일반적 사항, 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델, 계획적 행동이론, 비만 스트레스 측정 문항수와 신뢰도 분석 .....	25
Table 2. 조사 대상자의 일반적 사항 .....	28
Table 3. 조사 대상자의 비만인식 .....	31
Table 4. 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 분포 .....	32
Table 5. 연령 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 비교 .....	35
Table 6. 객관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 비교 .....	37
Table 7. 주관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 비교 .....	39
Table 8. 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계 .....	43
Table 9. 20대의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계 .....	45
Table 10. 30대의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계 .....	47
Table 11. 40-50대의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계 .....	49

Table 12. 객관적 저체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계 .....	51
Table 13. 객관적 표준체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계.....	53
Table 14. 객관적 과체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계 .....	55
Table 15. 주관적 저체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계.....	57
Table 16. 주관적 표준체중군의 자가 비만관리 실천도와, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계.....	59
Table 17. 주관적 과체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계.....	61
Table 18. 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석 .....	62
Table 19. 연령 별 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석 .....	63
Table 20. 객관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석.....	64
Table 21. 주관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석 .....	65

## List of Figures

Figure 1.건강신념모델(Health Belief Model) .....	11
Figure 2.계획적 행동이론(Theory of Planned Behavior) .....	13
Figure 3.연구 설계 모형 .....	21

## 논문개요

현대 비만은 신체 활동이 줄어들어 운동부족 현상과 고지방, 고칼로리의 과도한 에너지 섭취로 여러 합병증과 함께 전 세계적으로 심각한 문제로 대두되고 있다.

이에 본 연구에서는 연령, 객관적 비만도, 주관적 비만도로 나누어 건강신념모델과 계획적 행동이론, 비만 스트레스의 각 변수들의 유의한 차이가 있는가를 비교 분석하고 자가 비만관리 행위의 실천도에 영향을 미치는 관련 요인을 분석하는데 목적을 두고 있다.

본 연구는 서울 및 경기권에 거주하는 연령 20대, 30대, 40대 50대 여성을 기준으로 실시하였으며 자가 보고식 설문방식으로 연구의 목적과 취지를 설명하고 동의를 받은 후 수락한 여성 520명을 대상으로 설문지를 배부하여 470부가 회수되었고 이 중 불충분한 답변 또는 응답하지 않은 문항이 있는 경우를 제외한 총 452부가 본 연구의 분석 자료로 사용되었다.

자료의 통계적 분석처리는 SPSS(statistical package for the social science) ver 14.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

본 연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 조사 대상자의 연령은 20대가 48.2%로 가장 많았고, 30대 28.5%, 40대 16.2%, 50대 7.1% 순으로 나타났다. 키는 160이상 165미만이 41.6%로 가장 많았고, 체중은 50kg이상 55kg미만이 32.7%로 가장 많았다. 희망 체중은 45kg이상 50kg미만이 38.9%로 가장 많았고 연령에 상관없이 많은 여성들이

본인의 체중에 만족하지 못하고 더 적은 체중을 희망한다는 것을 알 수 있었다. 혼인상태는 미혼 56.4%이 기혼 42.7%보다 많았고, 월수입은 100만원 미만 이 34.3%로 가장 많았다.

둘째, 조사 대상자들의 객관적인 비만도와 상관없이 자신의 체형에 대해 스스로 평가하고 있는 비만인식의 정도는 ‘비만이다’가 58.6%으로 가장 많았고, ‘표준이다’ 34.3%, ‘말랐다’ 7.1% 순이었다. ‘앞으로 원하는 체형’은 ‘약간 날씬해져야 한다’가 51.3%으로 가장 많았고 이는 조사 대상자들이 다른 체형을 선호하고 있음을 알 수 있었다. ‘비만관리를 위해 노력하는 이유’로는 ‘스스로 만족하고 매사에 자신감을 갖기 위해’가 58.0%로 가장 많았고, ‘비만에 의한 합병증 예방 및 질병 예방을 위해’ 23.5%, ‘대중적으로 선호하는 S라인 몸매를 위해’ 14.8% 순이었다. 이는 연령에 상관없이 외적인 이유 보다는 내적인 자신감 또는 건강을 우선적으로 생각하고 있음을 알 수 있었다. ‘비만이라고 생각하는 부위’에 대해 다중응답을 조사한 결과 ‘복부 비만’이 24.5%로 가장 높았고 이는 신체부위에서 복부 부위에서 비만인식이 높은 것으로 생각할 수 있다.

셋째, 연령, 객관적 비만도, 주관적 비만도에 따른 변수 간의 비교에서 연령별에서는 연령대가 높을수록 조사 대상자의 자가 비만관리 행위의 실천도가 유의하게 높은 것으로 나타났다( $p < 0.05$ ).

객관적 비만도별에서는 건강신념모델 중 지각된 민감성( $p < 0.01$ ), 계획적 행동이론 중 규범적 신념( $p < 0.05$ ) 그리고 비만 스트레스( $p < 0.05$ )에서 BMI가 높을수록 지각된 민감성, 규범적 신념 그리고 비만 스트레스가 유의하게 높은 것으로 나타났다.

주관적 비만도별에서는 자가 비만관리 실천도( $p<0.05$ ), 건강신념모델 중 지각된 민감성( $p<0.01$ ), 지각된 심각성( $p<0.01$ ), 지각된 유익성( $p<0.05$ ), 지각된 장애성( $p<0.05$ ), 계획적 행동이론 중 규범적 신념( $p<0.01$ ), 순응동기( $p<0.05$ ), 통제신념( $p<0.05$ ) 그리고 비만 스트레스( $p<0.01$ )가 BMI가 높을수록 자가 비만관리 실천도, 지각된 민감성, 지각된 심각성, 지각된 유익성, 규범적 신념, 순응동기 그리고 비만 스트레스가 유의하게 높은 것으로 나타났고, BMI가 낮을수록 지각된 장애성, 통제신념이 유의하게 높게 나타났다.

넷째, 조사 대상자의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델의 변수(민감성, 심각성, 유익성, 장애성), 계획적 행동이론의 변수(규범적 신념, 순응동기, 통제신념), 비만 스트레스 간의 상관관계를 분석한 결과 자가 비만관리 실천도는 장애성( $p<0.01$ ), 비만 스트레스( $p<0.01$ ), 통제신념( $p<0.01$ ), 순응동기( $p<0.01$ )와 유의한 양의 상관관계를 나타내었다.

자가 비만관리 실천도를 제외한 각 변수 간의 상관관계는 민감성은 심각성( $p<0.01$ ), 유익성( $p<0.01$ ), 비만스트레스( $p<0.01$ ), 규범적 신념( $p<0.01$ ), 순응동기( $p<0.01$ )와 유의한 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $p<0.01$ ), 통제신념( $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 심각성은 유익성( $p<0.01$ ), 비만 스트레스( $p<0.05$ ), 규범적 신념( $p<0.01$ ), 순응동기( $p<0.01$ )와 유의한 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 유익성은 비만 스트레스( $p<0.05$ ), 규범적 신념( $p<0.01$ ), 순응동기( $p<0.01$ )와 유의한 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 장애성은 통제신념( $p<0.01$ )과 유의한 양의 상관관계를 나타내었고, 비만 스트레스( $p<0.01$ )와 음의 상관관계를 나타내었고, 비만 스트레스는 순응동기( $p<0.01$ )와 유의한 양의 상관관계를 나타내었다. 통제신념은 규범적 신

념( $p < 0.01$ ), 순응동기( $p < 0.01$ )와 유의한 양의 상관관계를 나타내었고, 규범적 신념은 순응동기( $p < 0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다.

다섯 번째, 자가 비만관리 행위의 실천도에 영향을 미치는 요인에 관한 분석 결과 건강신념모델, 계획적 행동이론, 비만 스트레스의 각 변수들과 자가 비만관리 실천도와의 상관관계를 살펴보면 지각된 장애성, 통제신념, 비만 스트레스에서 유의하게 높은 상관관계가 존재하였다.

본 연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

연령(40-50대)이 높고 주관적 비만도( $p < 0.05$ )가 높을수록 자가 비만관리 행위의 실천도가 높고 건강신념모델에서는 지각된 장애성( $p < 0.01$ ), 계획적 행동이론에서는 순응동기( $p < 0.01$ )와 행동통제( $p < 0.01$ ) 그리고 비만 스트레스( $p < 0.01$ )가 높을수록 자가 비만관리 행위의 실천도가 높게 나타났다.

객관적 비만도보다 주관적 비만도에서 자가 비만관리 실천도가 높게 나타났으며 건강신념모델에서는 주관적 비만도가 높게 나타났고 이는 행위를 결정하는 것은 개인의 주관적인 지각에 의존한다고 가정하여 현재의 주관적 지각에 따라 행위가 결정 된다고 보았기 때문인 것으로 보이며, 계획적 행동이론에서는 객관적 비만도가 높게 나타났다. 이는 행동의 직접적인 결정 인자는 의도이며 다른 요소들은 의도를 통해 행동에 영향을 준다는 것을 가정하고 있기 때문인 것으로 보인다.

본 연구는 서울, 경기지역의 거주자로 제한하여 20대에서 50대까지 임의로 선정하였기 때문에 본 연구 결과를 모든 여성에게 일반화하는 것에는 무리가 있으며, 설문지는 연구자가 선행연구와 참고문헌을 참고하여 수정·보완

하여 작성한 것으로 표준화되지 않은 제한점이 있다.

이에 본 연구의 제한점을 보완하여 객관적인 비만도와 주관적인 비만도를 통해 본인의 상태를 정확히 파악할 수 있도록 올바른 비만인식 교육 프로그램과 자가 비만관리 실천도를 높이고 꾸준히 유지할 수 있도록 건강신념모델과 계획적 행동이론을 이용한 설문지를 통해 개인의 성향과 기호를 파악하여 타입별 비만관리 프로그램을 개발한다면 자가 비만관리 실천 뿐 아니라 피부 관리실에서의 충성고객을 만들기 위한 프로그램으로도 적용이 가능할 것이라 생각되며, 앞으로도 지속적인 연구가 필요하다고 사료된다.

## I. 서론.

### 1. 연구의 필요성

우리사회는 사회·경제적 발전으로 인간의 삶이 보다 편리하고 풍요로워진 반면에 고지방 고칼로리의 식습관, 운동부족으로 인하여 비만율이 크게 증가하여 사회적 우려가 되고 있다(보건복지부, 2007).

보건복지가족부가 발표한 ‘2008’년도 국민건강영양조사 중간결과’에 따르면 전체 국민 중 비만 유병률은 2007년 31.7%로 1998년 26.0%에 비해 지난 10년간 5.4%p 증가하였으며(질병관리본부, 2008), 이는 미국(NHANES, 만20세 이상, 기준 체질량지수  $30\text{kg}/\text{m}^2$  이상)의 비만 유병률 34.3% 보다 낮은 수준인 반면, 일본(National Health and Nutrition Survey, 만20세 이상, 기준: 체질량지수  $25\text{kg}/\text{m}^2$  이상)의 비만 유병률 24.0% 보다 높은 수준 이었다(미국 질병통제센터CDC, 2005-2006; 일본 국민건강 및 영양 조사, 2004).

비만은 어느 연령층에서나 발생할 수 있는데(이지현, 2007) 국민들의 신체 활동이 줄어든 반면 에너지 섭취가 늘어나면서 비만이 증가한다고 분석했다. 특히 일상생활에서 쉽게 실천할 수 있는 걷기 등 신체활동 감소가 두드러졌다. 숨이 약간 가쁜 정도의 ‘중증도 신체활동’을 하루 30분 이상씩 주 5회 이상 실천한 사람도 2005년 18.7%에서 2007년 9.9%로 절반가량 줄었다(질병관리본부, 2008).

비만은 여러 합병증을 유발시키므로 우리나라뿐만 아니라 전 세계적으로 심각한 문제로 대두되고 있다(WHO, 1997).

비만율이 높은 경우 정신적인 면으로는 자신감 결여나 소외감을 느끼게 되어 활발한 사회 활동에 지장을 주기도 하고 육체적으로는 비만이 원인이 되어 여러 질환이 발생하기도 하는데 대표적 질환으로는 고혈압, 당뇨병, 심혈

관절환, 골관절염, 담석증, 유방암, 자궁경부암, 대장암, 전립선암 등이 있다 (Pisunyer, X. F, 1993). 이러한 가운데 최근에는 사회적으로 날씬함에 대한 압력이 증가하고 심지어 비만을 낙인화하는 경향까지 나타나고 있으며 (Wardle & Marsland, 1990), 2005 국민영양건강조사 결과 특히 여성의 경우 20대에는 저체중의 빈도가 높다가 30대에 19.5%, 40대 29.0%, 50대 43.1%, 60대 47.0%로 중년 이후 비만 유병률이 급격히 증가하는 경향을 보이고 있다(보건복지가족부, 2005).

비만은 그 자체로도 질병이지만 각종 성인병의 공통 위험요인으로 작용 할 뿐 아니라 비만도의 증가에 따라 사망률도 상승하므로 비만의 예방과 치료 는 건강유지에 매우 중요하다. 그리고 요즘 지나치게 마른 체형을 선호하는 사회적 현상에 따라 많은 여성들의 왜곡된 자기 체형 인식으로 비만인 뿐만 아니라, 표준체중이나 저체중임에도 불구하고 체중조절 행태가 일반화되고 있는 실정이다(NIH Yechnology Assessment Conference Panel, 1992).

따라서 획일화된 테크닉적 비만관리 프로그램을 넘어 각 개인의 건강신념 을 통해 개인의 성향을 파악하고 끝까지 이끌어 줄 수 있는 효율적인 비만 관리 프로그램과 올바른 자기 체형인식과 비만인식 교육을 통해 건강 유지 및 자가 비만관리 행위의 실천을 유도하는 것이 필요한 실정이다.

이에 본 연구는 중년 여성의 연령, 객관적 비만도, 주관적 비만도로 구분하 여 자가 비만관리 행위의 실천 정도를 비교 분석하고 건강신념모델(Health Belief Model)과 계획적 행동이론(Theory of Planned Behavior) 그리고 비 만 스트레스를 통해 중년 여성의 자가 비만관리 행위의 실천도에 미치는 영 향과 관련 요인을 검증하는데 있다.

## 2. 연구 목적

본 연구에서는 연령, 객관적 비만도, 주관적 비만도로 구분하여 건강신념모델(Health Belief Model)과 계획적 행동이론(Theory of Planned Behavior) 그리고 비만 스트레스가 자가 비만관리 행위의 실천도에 미치는 영향과 각 변수 간의 유의한 차이가 있는가를 비교하여 자가 비만관리행위 실천도에 영향을 미치는 관련 요인을 분석하는데 목적을 두고 있다.

본 연구의 세부 목적은 다음과 같다.

첫째, 연령, 객관적 비만도, 주관적 비만도로 구분하여 자가 비만관리 행위의 실천 정도를 파악한다.

둘째, 연령 별로 구분하여 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스를 비교 분석한다.

셋째, 객관적 비만도 별로 구분하여 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스를 비교 분석한다.

넷째, 주관적 비만도 별로 구분하여 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스를 비교 분석한다.

다섯째, 건강신념모델, 계획적 행동이론, 비만 스트레스의 각 변수들 간의 상관관계를 통해 자가 비만관리 행위의 실천도에 미치는 관련 요인을 파악한다.

### 3. 연구 가설

본 연구목적에 대한 구체적 가설은 다음과 같다.

- 가설1 : 연령이 높고 객관적 비만도와 주관적 비만도 그리고 비만 스트레스가 높을수록 자가 비만관리 행위의 실천도가 높을 것이다.
- 가설2 : 건강신념모델의 지각된 민감성, 지각된 심각성, 지각된 유익성, 지각된 장애성이 높을수록 자가 비만관리 행위의 실천도가 높을 것이다.
- 가설3 : 계획적 행동이론의 주관적 신념인 규범적 신념과 순응동기가 높을수록 자가 비만관리 행위의 실천도가 높을 것이다.
- 가설4 : 계획적 행동이론의 인지된 행동 통제력이 높을수록 자가 비만관리 행위의 실천도가 높을 것이다.
- 가설5 : 주관적 비만도가 객관적 비만도 보다 자가 비만관리 행위의 실천도가 높을 것이다.

#### 4, 용어의 정의

##### 1) 객관적 비만 판정기준

비만은 대개가 체중에 의해서 결정되지만 개인의 골격 크기나 체형에 의해서도 좌우되므로 체중만 측정해서 비만이라고 판단하는 것은 다소 무리가 있다. 실제 신체 구성성분을 직접적으로 나타내 주지는 못하나 체중과 신장 측정치를 사용하여 간접적으로 비만도를 판정하는 지수중에서 가장 많이 사용되는 것은 체질량지수(BMI)이다(전영선, 2006).

아시아-태평양 지역에서는 비만의 위험인자와 유병률에 따라 유럽인과 다른 기준을 적용하여 BMI 18.5Kg/m<sup>2</sup>미만을 저체중, BMI 18.5-22.9Kg/m<sup>2</sup>를 표준체중, BMI 23-24.9Kg/m<sup>2</sup>를 과체중, BMI 25Kg/m<sup>2</sup> 이상을 비만으로 분류하였으며 비만 중 BMI 25-29.9Kg/m<sup>2</sup>를 1단계 비만 또는 경도비만, BMI 30-34.9Kg/m<sup>2</sup>를 2단계 비만 또는 중등도 비만, BMI 35Kg/m<sup>2</sup> 이상을 3단계 비만 또는 고도비만으로 분류하였다(대한비만학회, 2000).

##### 2) 주관적 비만 판정기준

주관적인 비만도는 객관적 비만도와는 관계없이 자신의 체형에 대해 스스로 평가하고 있는 비만인식과 타인이 평가하는 비만인식을 뜻한다. 즉, 객관적 비만수준에서 비만이 아님에도 불구하고 스스로 비만이라고 생각한다면 이 경우 인지된 비만수준은 비만으로 결정된다(전미숙, 2004).

주관적인 건강상태는 임상건강상태와 함께 건강수준을 예견하는 지표중의 하나로 객관적으로 측정된 임상검사보다 주관적이고, 과거의 만성병 질환의 유무나 의료이용을 통해 직·간접으로 평가된 상태라는 것이다. 자기가 인식하고 있는 건강상태는 실제보다 높게 지각하는 경향이 있다(Idler, Angel, 1990).

본 연구에서 주관적 비만도란 본인이 인식하고 있는 비만 유무상태를 의미한다.

### 3) 자가 비만관리 행위의 실천도(Behavior)

넓은 의미로 볼 때 건강을 유지하거나, 증진하거나 혹은 회복하기 위하여 인간이 실행하는 다양한 행동이라고 정의 할 수 있다(최성희, 2006). 대상자가 의도적인 노력으로 자신의 체중을 늘리는 것과 줄이는 것을 모두 포함하나, 체중을 줄이는 것만으로 제한한다(정희섭, 1987).

측정 점수가 높을수록 자가 비만관리 행위의 정도가 높은 것을 의미한다.

### 4) 지각된 민감성(perceived susceptibility)

개인이 특정 질병에 걸리기 쉽다고 지각하는 것으로 개인에 따라 전혀 없다고 믿는 것부터 아주 높다고 믿는 것까지 다양하다. 따라서 행위를 할 가능성도 개인이 질병에 대해 지각하는 민감성의 정도에 따라 달라진다.

측정 점수가 높을수록 자가 비만관리 행위의 실천도가 높은 것을 의미한다.

### 5) 지각된 심각성(perceived severity)

질병이 발생할 것을 심각하게 느끼거나 그 질병을 치료하지 않는 상태로 놔둘 때 심각한 결과를 가져올 것이라고 지각하는 것으로 사망, 불구, 통증 등 의학적 측면뿐만 아니라 직장, 가족, 이웃 등 사회적 측면도 포함한다.

측정 점수가 높을수록 자가 비만관리 행위의 실천도가 높은 것을 의미한다.

6) 지각된 유익성(perceived benefits)

행위를 함으로써 질병에 걸릴 위험을 제거 또는 감소시키는데 효과적이라고 지각하는 것이다. 즉, 건강행위가 가능하고 효과적이라고 지각할 때 예방행위를 할 가능성은 높아진다.

측정 점수가 높을수록 자가 비만관리 행위의 실천도가 높은 것을 의미한다.

7) 지각된 장애성(perceived barriers)

건강행위를 함으로써 얻어지는 부정적 결과로 이는 건강행위를 하는데 방해요인으로 작용한다. 즉, 행위를 함으로써 얻어지는 유익보다 행위를 함으로써 겪게 되는 장애(통증, 비용, 시간 등)가 더 크다고 지각하여 행위를 할 가능성은 낮아지게 된다.

측정 점수가 높을수록 자가 비만관리 행위의 실천도가 높은 것을 의미한다.

8) 비만관리에 대한 주관적 규범(Subjective norm)

특정 행위를 하거나 하지 않도록 부과되는 사회적 압력(social pressure)을 개인이 지각하게 되는 사람들 혹은 매체(referents)와 그에 대한 신념을 말한다(김준호, 2004). 개인은 어떤 행동수행 여부를 결정지을 때 자신이 그 행동을 하는데 있어서 자신에게 중요한 준거집단 또는 준거인이 자신의 행동에 지지 또는 반대 등 어떤 의견을 가질 것인가를 생각하는 규범적 신념(normative belief)과 그 준거집단 또는 준거인의 의견을 얼마나 수용하는가에 대한 순응동기(Motivation to Comply)에 의해 주관적 규범은 결정되며 규범적 신념이 높을수록 순응동기 역시 높은 경향이 있다.

측정 점수가 높을수록 특정인들로부터 받는 압력의 정도가 크며, 특정인들

의 생각을 전반적으로 많이 따르는 것을 의미한다.

9) 비만관리에 대한 인지된 행동 통제력(Perceived Behavioral Control)

어떤 행동을 수행하는데 있어 수행에 대해 저해되는 요인이나 상황에서 얼마나 행동을 통제 할 수 있는가를 의미한다. 점수가 높을수록 자가 비만관리 행위의 실천도에 대한 통제력이 높은 것을 의미한다.

10) 비만 스트레스

비만 스트레스란 비만(obesity)과 스트레스(stress)의 결합어로 비만으로 인해 느끼는 스트레스를 총칭한다(조양래, 1997).

측정 점수가 높을수록 비만 스트레스의 정도가 높은 것을 의미한다.

## 5. 연구의 제한점

본 연구에서는 연구 대상 선정, 연구 도구상의 조건에 의해 결과의 해석 및 활용에 한계가 있다. 그러므로 본 연구의 제한점은 다음과 같다.

### (1) 연구대상 선정에 대한 제한점

본 연구의 대상자는 서울, 경기지역의 거주자로 제한하여 20대에서 50대까지 임의로 선정하였기 때문에 본 연구 결과를 모든 여성에게 일반화하는 것에는 무리가 있다.

### (2) 연구도구에 대한 제한점

본 연구의 설문지는 연구자가 선행연구와 참고문헌을 참고하여 수정·보완하여 작성한 것으로 표준화되지 않은 제한점이 있다.

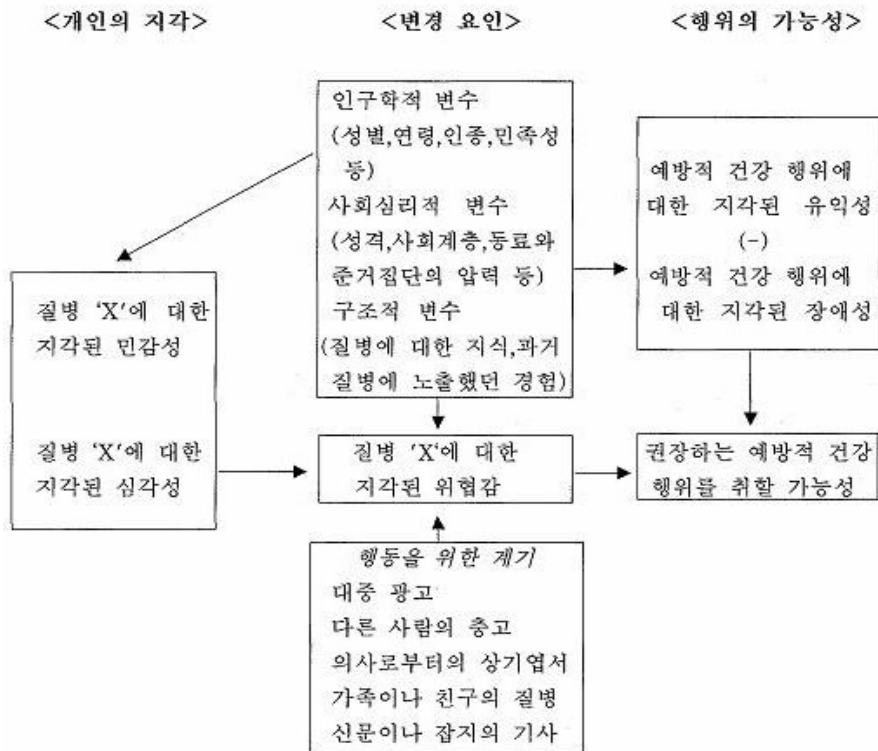
## II. 이론적 배경.

### 1. 건강신념모델(Health Belief Model: HBM)

1950년대에 호크바움(Hochbaum GM)과 로젠 스톡(Rosenstock IM)이라고 하는 미국의 사회 심리학자 그룹에 의하여 제창되었다. 원래는 질병을 예방하고 조기 발견을 목적으로 실시된 건강검진 사업에서 검진자가 적은 이유는 무엇일까라고 하는 의문에서 비롯하여 개발된 모델이었다(행동과학과 건강, 2007).

이 이론은 행위를 결정하는 것은 개인의 주관적인 지각에 의존한다고 가정하여 현재의 주관적 지각에 따라 행위가 결정된다는 것이다. 즉, 예방행위란 자신이 건강하다고 믿는 사람이 증상이 나타나지 않는 상태에서 질병을 예방하거나 조기 발견할 목적으로 행하는 행위를 의미하며 이들에 대한 영향 요인을 규명하기 위한 것이 건강신념모델이다. 이 모델에 의하면 개인이 예방적 행동을 취할 가능성은 그 행동을 하도록 준비된 개인의 심리 상태와 권고된 행위에 포함된 지각된 비용이나 장애성의 정도에 대한 유익성의 크기에 의해 결정된다고 하였다(Rosenstock, 1974).

건강신념모델의 구성개념으로는 지각된 민감성(perceived susceptibility), 지각된 심각성(perceived severity), 지각된 유익성(perceived benefits), 지각된 장애성(perceived barriers)이 있다.



<그림 1> 건강신념모델(Health Belief Model: HBM)

(1)지각된 민감성(perceived susceptibility)

개인이 특정 질병에 걸리기 쉽다고 지각하는 것으로 개인에 따라 전혀 없다고 믿는 것부터 아주 높다고 믿는 것까지 다양하다. 따라서 행위를 할 가능성도 개인이 질병에 대해 지각하는 민감성의 정도에 따라 달라진다.

(2) 지각된 심각성(perceived severity)

질병이 발생할 것을 심각하게 느끼거나 그 질병을 치료하지 않는 상태로 놔둘 때 심각한 결과를 가져올 것이라고 지각하는 것으로 사망, 불구, 통증 등 의학적 측면뿐만 아니라 직장, 가족, 이웃 등 사회적 측면도 포함한다.

(3) 지각된 유익성(perceived benefits)

행위를 함으로써 질병에 걸릴 위험을 제거 또는 감소시키는데 효과적이라고 지각하는 것이다. 즉, 건강행위가 가능하고 효과적이라고 지각할 때 예방행위를 할 가능성은 높아진다.

(4) 지각된 장애성(perceived barriers)

건강행위를 함으로써 얻어지는 부정적 결과로 이는 건강행위를 하는데 방해요소로 작용한다. 즉, 행위를 함으로써 얻어지는 유익보다 행위를 함으로써 겪게 되는 장애(통증, 비용, 시간 등)가 더 크다고 지각하여 행위를 할 가능성은 낮아지게 된다.

건강신념모델의 적용분야는 다양한 분야에서 사용되어졌는데 주로 예방적 건강행위인 운동이나 다이어트 같은 건강증진 행위와 흡연, 음주 등 건강위협 행위를 예측하고 설명하는데 가장 많이 활용되어졌다.

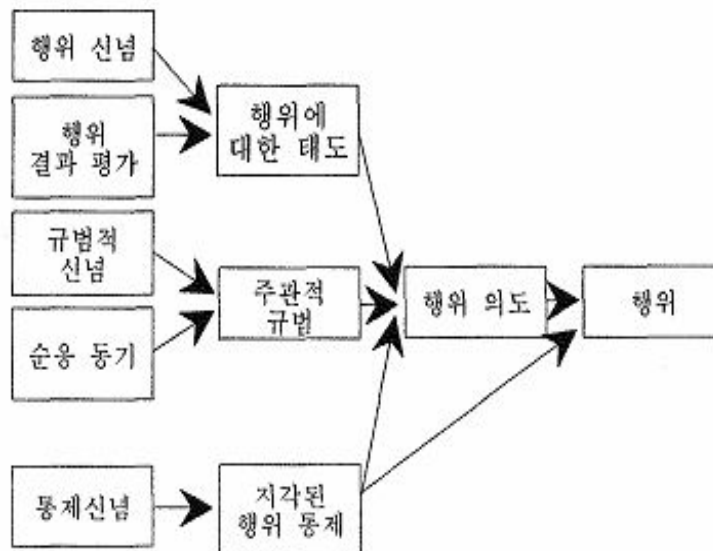
건강신념모델은 여러 해 동안 새로운 변수 추가 없이 활용되다가 Becker(1974)가 건강동기(Health Motivation) 개념을 소개하였으며, 그 후 Rosenstock 등(1988)이 Bandura(1977)의 사회학습이론(Social Learning Theory)을 기반으로 추가한 것이 자기효능감(Self efficacy)이다(인혜경, 2005).

## 2. 계획적 행동이론(Theory of Planned Behavior)

Ajzen(1991)은 합리적 행동이론에 인지된 통제(perceived control)라는 변수를 추가하여 계획된 행동이론(Theory of Planned Behavior)을 만들었다.

두 이론 모두 행위 그 자체보다는 의도에 초점을 맞추고 있다 (Simons-Moton, B. G, 1995).

행위는 그 행위를 수행하고자 하는 개개인의 의도(intention)와 관련된다고 가정했다. 즉, 행동의 직접적인 결정인자는 의도이며 다른 요소들은 의도를 통해 행동에 영향을 준다는 것을 가정하고 있다. 의도를 위해서는 행동에 대한 태도, 주관적 규범, 지각된 행동통제가 가장 강력한 예측인자로 고려된다(김영란, 1997).



<그림 2> 계획적 행동 이론(Theory of Planned Behavior)

(1) 태도(Attitude toward the behavior)

어떤 대상에 대해 개인이 반응하는 소인으로 감정을 갖고 있으며 학습에 의해 변화하고 행동의 소인이 되며 특정대상에 대해 좋아하고 싫어하는 감정을 나타내는 선호적 특성을 가진다. 행동에 대한 태도는 만약 그 행동을 수행하면 어떤 결과가 일어날 것이라는 신념과 그 결과에 대한 평가에 의해서 결정되어진다(최성희, 2006).

(2) 주관적 규범(Subjective norm)

주어진 행위를 수행하는 것에 대해 대상자가 주변 사람들의 자신에 대한 기대감을 주관적으로 지각하는 것이다. 즉, 사회 환경이 행동에 미치는 영향을 말한다. 이 주관적 규범은 중요하다고 생각하는 참고인이나 준거집단의 자신에 대한 기대의 지각(규범적 신념)과 이해 순응하려는 개인의 동기가 높을수록 높아진다(Simons-Moton, B. G, 1995).

(3) 행동통제(Perceived behavioral control)

특정한 행동수행의 어려움이나 용이함을 지각하는 정도를 말한다. 즉, 사람들의 행동은 그들의 인지된 통제 결과이며, 통제에는 내적 통제 소재와 외적 통제 소재가 있다. 개인이 자신의 건강에 대해 자신에게 책임이 있다고 믿는 경우는 내적 통제 소재를 가진 경우가 되겠고, 외적 통제 소재를 가진 개인은 자신의 행동이 강력한 타인이나 우연, 운명 혹은 행동에 의해 영향을 받는다고 믿는다는 것이다. 따라서 강한 내적 통제 소재를 가진 사람은 자신에 대한 해결력이 높고 결단력 있는 사람으로 생각하면서, 예방적 건강행위를 하거나 좀 더 건강한 행동으로 변화할 수 있다고 보았다(이창미, 2004).

이모형은 근본적으로 가치-기대이론에 근본을 두고 있으나 인간의 가치나 기대가 시간적으로 변화할 수 있다는 것을 간과하고 있다. 즉, 계획적 행동이론에서는 태도나 주관적 규범이 시간에 따라 변화할 수 있다는 점을 전혀

고려하지 않고 있다는 점이 한계로 지적되고 있다(박형중, 1997).

### 3. 비만과 실천방법.

현대인은 문명의 발달과 생활의 편리함에 따른 운동 부족으로 체력이 저하되고, 식생활의 서구화 및 양향 불균형에 따라(이은숙, 2007) 비만으로 인하여 고혈압, 당뇨, 동맥경화, 심혈질환, 뇌졸중, 호흡기 장애, 퇴행성 관절염, 전립선암, 대장암, 유방암, 자궁내막염, 담석증, 우울증 등 성인병뿐만 아니라 결과적으로 사망률을 증가시킨다(박정현, 2008).

1998년 국민건강영양조사 결과 BMI 평균치가 남성의 경우 40대, 여성의 경우 50대까지 연령이 증가할수록 증가하고 그 이후에는 감소 추세를 보였다. 또한, 우리나라 성인 남성의 경우 BMI가 40대 이후 감소하기 시작했고 체지방은 60대 중반까지 계속적으로 증가하였는데 이에 비해 성인 여성은 BMI와 체지방은 모두 40대 이후 60대 중반까지 계속 증가하였다고 하였다. 이러한 결과는 우리나라 성인 여성에게 연령이 증가할수록 비만에 따른 건강문제가 심각하게 대두되고 있음을 시사하고 있다(손정민, 2001).

비만은 신체의 과중한 지방 축적을 특징으로 하는 일종의 영양장애라 하기도 하며, 체내 지방 세포 크기의 비대나 세포 수의 증가에 의해 지방이 과잉 축적된 상태를 일컬으며 단순한 하나의 질병이라기보다는 대사 장애를 동반하는 증상을 갖는 경우를 뜻하기도 한다(김선희, 1990). 일반적으로 체내의 지방이 남자는 체중의 25%, 여자는 체중의 30%이상 초과한 경우를 비만증이라고 정의한다(박정현, 2008).

비만의 판정에는 체지방량의 측정이 필요하나, 기술적 난이도와 정확성 등이 문제가 되므로 간접적인 방법으로 비만을 판정하게 된다(전미숙, 2004).

비만의 진단은 표준체중법, 신체질량지수(Body Mass Index :BMI), 생체전기저항법, 허리둘레 측정법, 피부주름두께법, 요위둔위비, 수중체중밀도법,

CT법, MRI에 의한 방법 등 다양한 방법으로 할 수 있으나 각 측정법에 따른 진단에 차이가 있으며 대상자와 측정법에 따라 장단점이 있을 수 있는 등 체지방을 정확하게 측정하는 방법은 아직 확립되지 않고 있다(이은숙, 2007).

1997년 WHO는 비만의 분류체계를 체질량지수(BMI)를 기준으로 제시하였으며 BMI 25-30Kg/m<sup>2</sup>를 과체중, BMI 30Kg/m<sup>2</sup> 이상을 비만으로 분류하였다. 그러나 이와 같은 분류기준은 아시아-태평양 지역에 일률적으로 적용되기 어려우므로 아시아-태평양지역에서는 비만의 위험인자와 유병률에 따라 유럽인과 다른 기준을 적용하여 객관적인 비만도를 측정하기 위해 체질량지수(BMI)를 사용하였다. BMI 18.5Kg/m<sup>2</sup>미만을 저체중군, BMI 18.5-22.9Kg/m<sup>2</sup>를 표준체중군, BMI 23-24.9Kg/m<sup>2</sup>를 과체중군, BMI 25Kg/m<sup>2</sup> 이상을 비만으로 아시아-태평양기준으로 분류하였다(대한비만학회, 2000).

비만치료의 목적은 첫째, 체지방의 감소 둘째, 식품 섭취 방법과 운동을 습관화시키는 행동수정을 통하여 평생 동안 바람직한 체중을 유지하도록 하는데 있다. 과식과 운동부족으로 인한 단순성 비만이 전 비만중의 95%를 차지한다고 할 때(김영설, 1990) 식습관과 생활습관의 교육은 매우 중요한 요소가 되는데 비만에 대한 치료를 ‘비만인의 체중이 이상적인 체중으로 감소되고, 감소된 체중을 적어도 5년 동안 유지하는 것’으로 정의한다면 비만에 대한 치료성공률은 암의 치유율 보다 더 낮다고 한다(이정임, 2002).

비만에 대한 대처방법으로 다양한 방법들이 제시되고 있지만 최근 가장 보편화된 방법으로는 다음과 같다.

#### 1) 식이요법

하루 세 끼니 중 아침식사 결식률이 21.4%로 가장 높았으며 점심 및 저녁 식사 결식률은 각각 5.9%, 4.1% 수준이었다. 아침식사 결식률은 성별과 상관없이 유사하였으나 점심 및 저녁식사의 경우 여자가 높은 경향을 보였다.

특히, 저녁식사 결식률은 남자 2.1%, 여자 6.1%로 여자 결식률이 약3배 수준이었으며 끼니와 상관없이 만19~20세 연령대에서 가장 높았다(2007 국민건강통계,2008).

여대생들은 단기간의 체중을 감소하려고 단식과 같이 오랫동안 먹지 않는 방법, 저열량 다이어트와 같이 매우 적은 양(적은 칼로리)만 먹는 방법, 특정한 음식을 피하는 방법 등의 일시적인 다이어트를 하는 경우가 많은데, 이런 방법들로 일부 체중이 감소할 수 있으나, 이는 건강을 해칠 가능성이 높고, 단기간의 체중감량은 수분과 글리코젠에 의한 손실일 뿐 지방의 감소가 아니기 때문에 진정한 체중감량의 효과는 없다(조인경, 2003).

칼로리 제한식은 일반 비만 정도에 따라 보통 1일 1,200kcal 이상으로 섭취하는 것을 말하며, 일반적으로 평소 섭취량보다 500-600kcal정도를 줄여서 섭취하는 것으로 1일 섭취량이 1,100kcal이하일 때는 비타민과 무기질의 공급이 필요하다. 보통 남자는 1일 1,200-1,500kcal, 여자는 1,000-1,200kcal를 권장하고 있다(Obesity, 1998).

개개인의 개성과 식습관에 따라 처방되어야 하며, 초기에 체중 감소된 상태가 지속적으로 유지될 수 있도록 가능한 생활패턴과 식품에 대한 선호도를 고려해야 한다. 또한, 요요 현상을 막기 위해서는 기초 대사량을 높이는 운동요법이 반드시 병행되어야 한다(윤혜정, 2008).

## 2) 운동요법

활동량을 증가시켜 섭취에너지보다 소비에너지를 증가시켜 축적된 지방을 제거하는 방법이다. 세계보건기구 기준에 따른 우리나라의 중등도 신체활동 실천율(만19세이상, 표준화)은 2005년에 비해 남녀모두 약 10%p정도, 격렬한 신체활동은 1.3%p 감소하였다. 또한 걷기 실천율은 2001년에 비해 29.9%p 감소하였다. 반면, 근력운동 실천율(만19세이상, 표준화)은 2005년에 비해 9%p 2.7%p와 18.2%p 증가하였다. 주 2일 이상 유연성운동 실천율은

전체 42.2%이었고, 남녀 비슷한 수준이었으며, 40대에서 가장 높았다(질병관리본부 질병예방센터, 2008).

유산소운동과 무산소운동이 있는데 체지방을 연소시키기 위해서는 속보, 조깅, 수영 등 낮은 강도의 유산소운동을 지속적으로 하는 것이 효과적이다. 1회에 30~45분에 걸친 중등도의 신체적 활동을 주당 3-5일간 하도록 권장하고 있으며, 1회 소요되는 열량은 약 150-225kcal이 되도록 조정한다. 5-10분 정도의 준비운동과 정리운동이 필수적이다.

운동요법은 식사요법이 효과적으로 수행되어 체중감량이 되었을 때 감량된 체중을 지속적으로 유지하기 위한 수단으로 매우 중요하며 운동처방에 있어서는 운동의 종류, 운동 강도, 운동 시간에 대해 개개인의 신체조건에 따라 처방되어야 한다(윤혜정, 2008). 호주의 일반 성인을 대상으로 한 연구에서도 체중조절행위로 식사요법을 가장 선호하였고 운동은 두 번째였다. 여자가 남자에 비해 과체중 및 건강에 대한 걱정을 많이 하고 있으며 체중조절 행위를 하는 것으로 나타났다.(Timperio등, 2000)

#### 4. 비만 스트레스

비만 스트레스란 비만(obesity)과 스트레스(stress)의 결합어로 비만으로 인해 느끼는 스트레스를 총칭한다(조양래, 1997).

스트레스(stress)란 용어는 19세기 물리학의 영역에서 물체에 영향을 주는 긴장(strain)이나 부하(load)란 의미로 처음 사용되었고, 이것이 인체에 적용되면서 심리적인 압박감이나 근육의 긴장과 같은 신체적인 반응처럼 정신과 신체간의 예측할 수 있는 흥분상태를 의미하게 되었다(이춘양, 2008).

Selye(1976)는 스트레스란 신체가 손상되는 기능이나, 손상으로 야기되는 일반적인 변화라고 설명하였다. 또한 Lazarus와 Folkman(1984)은 개인의 자원이 부족하여 자신의 안녕이 위험하다고 평가 내려지는 개인과 환경간의

구체적인 관계라고 하였다(이주연, 2007).

스트레스 인지율(만19세이상, 표준화)은 1998년에서 1005년까지 약 35%로 비슷하였으나, 2007년은 27.1%로 2005년에 비해 8.0%p 감소하였다. 남자는 2005년에 비해 11.1%p, 여자는 4.8%p 감소하여 여자보다 남자의 감소경향이 뚜렷하였다. 2007년 결과, 스트레스 인지율(만19세이상)은 전체 27.1%, 남자 23.7%, 여자 30.3%로 여자가 높았고, 남자는 40대까지 증가하다가 이후 감소경향이였으며, 여자는 50대까지 감소하다가 60대에 가장 높았다.

이종구(2008)는 현대인이 경험하고 있는 모든 질병의 50-90%가 스트레스로 인한 것으로 추정되고 있으며 (Miller & Smith, 1993), ‘스트레스’는 매우 심각한 주제로 나타나고 있다. 사회가 점점 산업화되고 서구화됨에 따라 여성의 외모와 신체를 중요시하고, 날씬한 것을 미의 기준으로 삼는 경향이 나타나고 있다. 젊은 여성들은 날씬함을 사회적 압력으로 받아들여, 다이어트 및 그 외의 노력에 대한 욕구를 높이고 있다(Gunewardene, Huon, & Zheng, 2001).

지나치게 마른 체형을 선호하는 사회적 현상은 대부분의 여성들에게 심각한 스트레스를 주고 있어 마른 체형을 이상적으로 생각하고 표준체중을 뚱뚱하다고 생각하는 등 자신의 체형을 왜곡되게 인식함으로써 무분별한 체중 조절을 시도하여 식습관 장애 및 영양의 불균형을 초래할 뿐 아니라 신경성 식욕 부진증(거식증)과 폭식증 등의 섭식장애를 초래한다(유현숙, 2008). 신체적으로 매력이 있다고 간주되는 사람들은 외모와는 무관한 다른 긍정적인 자질도 갖고 있는 것으로 간주된다는 연구결과 등이 보고된 바 있으며 이런 여성들이 취업에 유리하다는 조사결과가 발표되기도 하였다(동아일보,2002).

이처럼 비만에 대한 염려와 부정적인 인식이 고조되고, 날씬함을 선호하는 사회적 분위기가 확산됨에 따라 주관적인 왜곡된 체형 인식으로 객관적으로 비만이 아님에도 불구하고 자신이 비만이라 판단하여 비만 스트레스를

받고 있어 객관적으로 비만한 사람보다 육체적, 심리적인 장애가 더 클 수 있다(전영선, 2006).

##### 5. 주관적 비만도

산업이 발달하고 경제가 급성장하면서 비만인구도 늘어나고 있지만 특히 젊은 층은 건강에 위협을 받을 정도로 극심한 저체중을 선호하여 체중의 양극화 현상이 도드라지게 나타나고 있다(하복자, 2002).

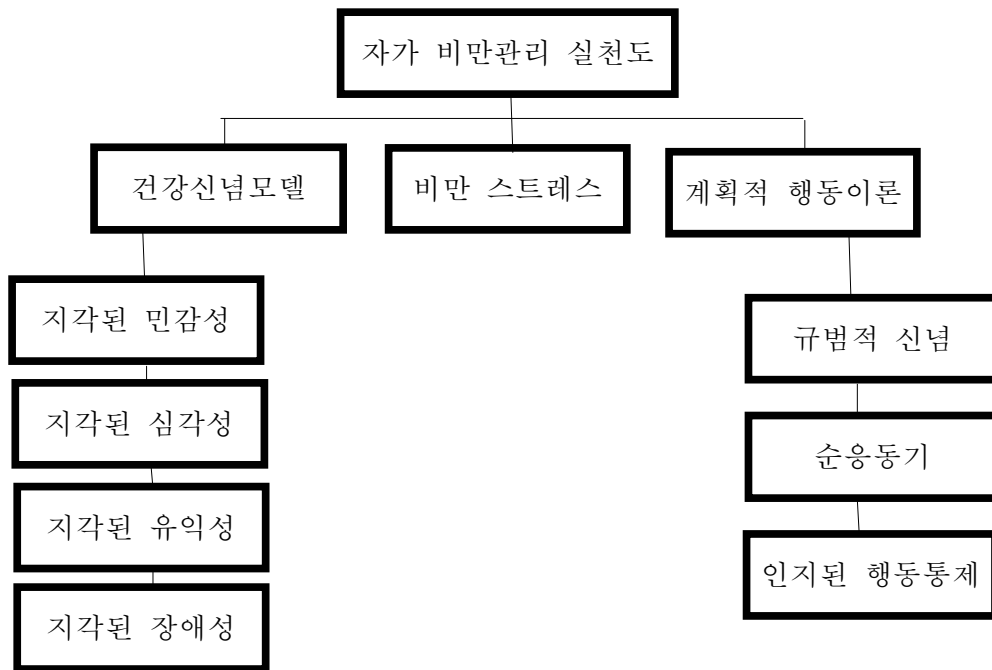
객관적 비만수준에서 비만이 아님에도 불구하고 스스로 비만이라고 생각한다면 이 경우 인지된 비만수준은 비만으로 결정되며(전미숙, 2004) 이러한 인식은 신체적 비만뿐만 아니라 심리적으로 비만하다고 인식하는 경우에도 우울증과 심리적 부적응에 영향을 준다고 하였다(조성은, 2004; 전영선, 2006).

신체의 왜곡된 인식에 대해 김창섭(2004) 등은 남성 비만자는 비만도에 비해 체중이 조금 적게 나가는 것으로 인식하고 여성에서는 오히려 많이 나가는 것으로 인식한다고 하였다. 객관적인 비만수준은 저체중이거나 표준체중이면서 본인 스스로가 표준체중이 아니라고 인식하는 잘못된 생각 때문에 여성들의 체중과 체형에 대한 인식이나 태도는 정서적인 문제를 유발할 뿐 아니라 잠재적으로 건강에 해를 줄 수 있는 무리한 체중조절 행위를 시도하게 하는 동기로 작용할 수 있기 때문에 비만도의 기준을 정확히 알게 하여 객관적인 비만도와 주관적인 비만도의 차이점과 자신의 체형을 올바르게 인식하여 비만에 대한 잘못된 시각을 바르게 잡아주는 것이 무엇보다도 중요하다(유현숙, 2008).

### Ⅲ. 연구 방법.

#### 1. 연구 설계

본 연구는 비만 여성의 자가 비만관리 행위를 예측하기 위하여 연령, 객관적 비만도, 주관적 비만도로 나누어 건강신념모델(Health Belief Model)과 1991년 Ajzen의해 만들어진 계획된 행동이론(Theory of Planned Behavior) 그리고 비만 스트레스가 자가 비만관리 행위의 실천도에 미치는 관련 요인에 대해 알아보기 위한 검증연구이다.



<그림3> 연구 설계 모형

## 2. 연구 대상

본 연구는 서울 및 경기권에 거주하는 연령 20대, 30대, 40대 50대 여성을 기준으로 실시하였으며, 1차 50명을 대상으로 예비조사를 걸친 후 수정·보완하여 2차 자가 보고식 설문방식으로 연구의 목적과 취지를 설명하고 동의를 받은 후 수락한 여성 520명을 대상으로 설문지를 배부하였다. 470부가 회수되었고 이 중 불충분한 답변 또는 응답하지 않은 문항이 있는 경우를 제외한 총 452부가 본 연구의 분석 자료로 사용되었다.

조사기간은 2009년 10월 약 1개월간 여성들이 밀집해 있는 대학가, 학원가 백화점 문화센터, 쇼핑몰, 피부관리실, 피부과, 헤어샵, 휘트니스 등등에서 이루어졌다.

## 3. 연구 도구 및 측정 방법

### 1) 일반적 특성 질문지

대상자의 인구사회학적 배경을 알아보기 위하여 곽연희(2007)가 개발한 도구를 본 연구에 맞게 수정·보완하여 적용하였다. 일반적 사항, 비만 인식 측정 등 총 10문항을 사용하였다.

### 2) 주관적 비만도

자신의 체형에 대해 스스로 평가하고 있는 비만인식의 정도를 알아보는 문항으로 ‘매우 말랐다’, ‘말랐다’, ‘표준이다’, ‘살찐 편이다’, ‘비만이다.’ 총 5 가지 중 선택할 수 있도록 나누었다. 매우 말랐다, 말랐다는 1군 저체중, 표준이다는 2군 표준체중, 살찐 편이다, 비만이다는 3군 과체중으로 나누어 통계 처리하였다.

### 3) 객관적 비만도 측정

객관적인 비만도를 측정하기 위해 체질량지수(BMI)를 사용하였다. BMI 18.5Kg/m<sup>2</sup>미만을 저체중군, BMI 18.5-22.9Kg/m<sup>2</sup>를 표준체중군, BMI 23-24.9Kg/m<sup>2</sup>를 과체중군, BMI 25Kg/m<sup>2</sup> 이상을 비만으로 아시아-태평양기준으로 분류하였다(대한비만학회, 2000).

1군 저체중, 2군 표준체중 그리고 과체중과 비만은 3군 과체중으로 합하여 총 3군으로 나누어 통계 처리하였다.

### 4) 자가 비만관리 행위의 실천도(Behavior)

본 연구에서는 정희섭(1987)과 정윤경(2003)이 개발하고 곽연희(2007)가 사용한 도구를 본 연구에 맞게 수정·보완하여 적용하였다.

비만 관리 및 유지를 위해 대상자가 행하고 있는 식이요법 5문항, 운동요법 2문항, 행동수정요법 6문항, 관리실 이용 1문항, 전문지식 획득 1문항으로 각각의 행위에 대한 실천 정도를 묻는 것으로 총 15문항으로 구성되어 있다.

각 문항은 ‘매우 그렇다.’ 4점부터 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점까지로 점수화하였다. Likert식 4점 척도에 의해 합계 점수가 높을수록 행위 정도가 높은 것을 의미한다.

자가 비만관리행위 실천도 신뢰도 Cronbach' s alpha는 0.785이었다.

### 5) 건강신념모델 측정도구

본 연구는 강윤주(1998)가 제작하고 이창미(2004)가 사용한 도구를 본 연구에 맞게 수정·보완하여 적용하였다. 비만에 관한 지각된 민감성(perceived susceptibility) 3문항, 지각된 심각성(perceived severity) 4문항, 지각된 유익성(perceived benefits) 5문항, 지각된 장애성(perceived barriers) 5문항으로

구성되어 총 17문항이며, 각 문항은 ‘매우 그렇다’ 4점부터 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점까지로 점수화하였다. 지각된 장애성 5문항은 ‘매우 그렇다’ 1점부터 ‘전혀 그렇지 않다’ 4점까지 반대로 점수화하였다. Likert식 4점 척도에 의해 신념 점수가 높을수록 각 항목의 건강신념이 높은 것을 의미한다.

지각된 민감성 신뢰도 Cronbach' s alpha는 0.818이었다.

지각된 심각성 신뢰도 Cronbach' s alpha는 0.661이었다.

지각된 유익성 신뢰도 Cronbach' s alpha는 0.891이었다.

지각된 장애성 신뢰도 Cronbach' s alpha는 0.648이었다.

#### 6) 비만관리에 대한 주관적 규범(Subjective norm)

본 연구에서는 류호경(1997)과 홍경의(2000)가 개발한 도구를 사용하였으며, 규범적 신념(normative belief)과 순응동기(Motivation to Comply )를 알아보는 문항으로 총 8문항으로 각 문항은 규범적 신념‘매우 그렇다.’ 4점부터 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점까지 4문항, 순응동기 ‘반드시 따를 것이다’ 4점부터 ‘전혀 따르지 않을 것이다’ 1점까지 4문항으로 점수화하였다. Likert식 4점 척도에 의해 함께 점수가 높을수록 특정인들로부터 받는 압력의 정도가 크며, 특정인들의 생각을 전반적으로 많이 따르는 것을 의미한다.

규범적 신념 신뢰도 Cronbach' s alpha는 0.908이었다.

순응동기 신뢰도 Cronbach' s alpha는 0.925이었다.

#### 7) 비만관리에 대한 인지된 행동 통제력(Perceived Behavioral Control)

본 연구에서는 김영호(2005)가 번안하고 이은영(2006)이 사용한 도구를 본 연구에 맞게 수정·보완하여 적용하였다. 총 8문항으로 각 문항은 ‘매우 자신 있다’ 4점부터 ‘전혀 자신 없다’ 1점까지로 점수화하였다. Likert식 4점 척도에 의해 함께 점수가 높을수록 행동을 저해하는 요인이나 상황에서 행

동을 통제 할 수 있는 능력이 높은 것을 의미한다.

인지된 행동 통제력 신뢰도 Cronbach' s alpha는 0.879이었다.

#### 8) 비만 스트레스

본 연구에서는 전영선(2006)이 사용한 도구를 본 연구에 맞게 수정·보완하여 적용하였다. 총 11문항으로 각 문항은 ‘매우 그렇다’ 4점부터 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점까지로 점수화하였다. Likert식 4점 척도에 의해 합계 점수가 높을수록 비만 스트레스 정도가 높은 것을 의미한다.

비만 스트레스 신뢰도 Cronbach' s alpha는 0.882이었다.

<표1> 일반적 사항, 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델, 계획적 행동이론, 비만 스트레스 측정 문항수와 신뢰도 분석

	하위특성	문항수	Cronbach's alpha
일반적 사항		10	
자가 비만관리 실천도	식습관	5	0.785
	운동	2	
	행동수정요법	6	
	관리실 이용	1	
	전문지식 획득	1	
건강신념모델	민감성	3	0.818
	심각성	4	0.661
	유익성	5	0.891
	장애성	5	0.648
계획적 행동이론	규범적신념	4	0.908
	순응동기	4	0.925
비만스트레스	통제신념	8	0.879
		11	0.882

#### 4. 자료 분석

- 1) 자료의 통계적 분석처리는 SPSS(statistical package for the social science) ver 14.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.
- 2) 조사 대상자의 일반적 특성을 살펴보기 위하여 빈도분석(관측빈도수와 백분율 산출)을 실시하였다.
- 3) 건강신념모델, 계획적 행동이론, 비만 스트레스의 각 하위특성에 대한 문항의 신뢰도를 살펴보기 위하여 신뢰도 분석(Cronbach's  $\alpha$  계수로 판단)을 실시하였다.
- 4) 각 하위특성의 특징을 살펴보기 위하여 조사 대상자의 연령, 객관적 비만도, 주관적 비만도로 세분화하여 기술통계분석(평균과 표준편차 산출)과 분산분석(ANOVA)을 실시하였다.
- 5) 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델, 계획적 행동이론, 비만 스트레스의 각 변수 간의 관계를 살펴보기 위하여 조사 대상자의 연령별, 객관적 비만도별, 주관적 비만도별로 세분화하여 상관분석(Pearson correlation coefficient :  $r$ )을 실시하였다.
- 6) 건강신념모델, 계획적 행동이론, 비만 스트레스의 각 변수들이 자가 비만관리 실천도에 미치는 영향을 분석하기 위하여 조사 대상자의 연령별, 객관적 비만도별, 주관적 비만도별로 세분화하여 독립변수의 진입방식으로 단계적 다중회귀분석(Stepwise multiple regression test)을 실시하였다.

#### IV. 연구결과 및 고찰

##### 1. 조사 대상자의 일반적 사항

조사 대상자의 일반적인 사항에 관한 분석 결과는 <표2>와 같다.

조사 대상자의 연령은 20대가 218명(48.2%)으로 가장 많았고, 30대 129명(28.5%), 40대 73명(16.2%), 50대 32명(7.1%) 순으로 나타났다. 키는 160이상 165미만이 188명(41.6%)으로 가장 많았고, 155이상 160미만 116명(25.7%), 165이상 170미만 94명(20.8%), 170이상 32명(7.1%), 155미만 22명(4.9%) 순으로 나타났다. 체중은 50kg이상 55kg미만이 148명(32.7%)으로 가장 많았고, 60kg이상 111명(24.6%), 55kg이상 60kg미만 96명(21.2%), 45kg이상 50kg미만 77명(17.0%), 45kg미만 20명(4.4%)로 대체로 50kg 이상인 대상자가 많았다. 희망 체중은 45kg이상 50kg미만이 176명(38.9%)으로 가장 많았고, 50kg이상 55kg미만 145명(32.1%), 55kg이상 60kg미만 59명(13.1%) 순으로 많은 여성들이 본인의 체중에 만족하지 못하고 더 적은 체중을 희망한다는 것을 알 수 있었다. 혼인상태는 미혼이 255명(56.4%)으로 높았고, 기혼 193명(42.7%), 기타로 별거, 동거, 이혼 등 4명(0.9%) 순이었다. 월수입은 100만원 미만이 155명(34.3%)으로 가장 많았고, 100만원 이상 200만원 미만 134(29.6%), 200만원 이상 300만원 미만 90명(19.9%), 300만원 이상 400만원 미만 42명(9.3%), 400만원 이상 31명(6.9%) 순이었다. 조사 대상자의 직업은 전문직 130명(28.8%)이 가장 많았고, 주부 107명(23.7%), 대학생 105명(23.2%) 순으로 높게 나타났다. 김옥수와 김계하(2001)의 한국 여고생의 연구에서는 체중에 근거해서 18.2%의 여학생이 저체중, 79.5%가 적정체중, 그리고 2.6%가 과체중이었다. 희망체중에 근거해서는 78.5%의 여학생이 저체중을 원했다. 김상국(2005)에서도 날씬한 체형에 대해 동경을 하는 것으로 나타나 여성들은 이상형 체형으로 마르고 날씬한 체형을 선호하며 인식하고 있음을 알 수 있다.

<표2> 조사 대상자의 일반적 사항

항목	구분	인원수(명) (n=452)	백분율(%)
나이	20대	218	48.2
	30대	129	28.5
	40대	73	16.2
	50대	32	7.1
키	155 미만	22	4.9
	155이상 160미만	116	25.7
	160이상 165미만	188	41.6
	165이상 170미만	94	20.8
	170 이상	32	7.1
몸무게	45kg미만	20	4.4
	45kg이상 50kg미만	77	17.0
	50kg이상 55kg미만	148	32.7
	55kg이상 60kg미만	96	21.2
	60kg이상	111	24.6
희망하는 몸무게	45kg미만	51	11.3
	45kg이상 50kg미만	176	38.9
	50kg이상 55kg미만	145	32.1
	55kg이상 60kg미만	59	13.1
	60kg이상	21	4.6
혼인상태	기혼	193	42.7
	미혼	255	56.4
	기타	4	.9
월수입 (생활비)	100만원 미만	155	34.3
	100만원 이상 200만원 미만	134	29.6
	200만원 이상 300만원 미만	90	19.9
	300만원 이상 400만원 미만	42	9.3
	400만원 이상	31	6.9
직업	주부	107	23.7
	회사원	33	7.3
	공무원	4	0.9
	전문직	130	28.8
	판매 서비스	25	5.5
	대학생	105	23.2
	기타	48	10.6

## 2. 조사 대상자의 비만인식

조사 대상자의 비만인식에 관한 분석 결과는 <표3>과 같다.

조사 대상자들의 객관적인 비만도와 상관없이 자신의 체형에 대해 스스로 평가하고 있는 비만인식의 정도는 ‘비만이다’가 265명(58.6%)으로 가장 많았고, ‘표준이다’ 155명(34.3%), ‘말랐다’ 32명(7.1%) 순이었다.

이상과 같은 조사 결과는 대부분의 여성들이 객관적인 비만도와 상관없이 실제 체형보다 표준이상 이거나 비만하다고 인식하고 있는 대상자가 많음을 알 수 있었다. ‘앞으로 원하는 체형’은 ‘약간 날씬해져야 한다’가 232명(51.3%)으로 가장 많았고, ‘많이 날씬해져야 한다’ 160명(35.4%), ‘만족한다’ 39명(8.6%) 순이었다. 이는 조사 대상자들이 마른 체형을 선호하고 있음을 알 수 있었다. ‘비만관리를 위해 노력하는 이유’로는 ‘스스로 만족하고 매사에 자신감을 갖기 위해’가 262명(58.0%)으로 가장 많았고, ‘비만에 의한 합병증 예방 및 질병 예방을 위해’ 106명(23.5%), ‘대중적으로 선호하는 S라인 몸매를 위해’ 67명(14.8%) 순이었다. 이는 연령에 상관없이 외관상의 이유보다는 스스로의 내적인 자신감 또는 건강을 우선적으로 생각하고 있음을 알 수 있다. ‘비만이라고 생각하는 부위’에 대해 다중응답을 조사한 결과 ‘복부 비만’이 24.5%로 가장 높았고 허벅지(20.1%), 팔뚝(15.5%), 엉덩이(10.9%) 순이었다. 이는 신체부위에서 복부 부위에서 비만인식이 높은 것으로 생각할 수 있다.

여중고생을 대상으로 한 연구(김옥수, 1998)에 의하면, 객관적인 비만도에 서 전체대상자 중 정상체중군은 85.5%였고 실제 비만인 군은 6.9%인데 비하여, 주관적 비만도는 57.1%가 자신을 비만이라고 인식하였고 27.0%만이 자신이표준이라고 인식하고 있는 것으로 나타났으며, 객관적인 비만도 보다는 자신을 비만이라고 인식하는 주관적 비만도가 체중조절행위에 더 많은 영향을 미친다고 보고하였다. 조선진(1997)의 연구에서도 대상자들은 대체적

으로 객관적인 비만 수준보다 자신을 과체중에 가깝게 인식하는 경향이 있었고, 이들이 시도했던 체중조절 방법으로는 식사조절과 운동이 각각 87.3%와 61.5%를 차지하였다. 현화진과 홍이정(2005)에서도 비교적 정확히 인식하고 있으나 바람직한 체형으로 마른체형을 선택하였다. 남희정 등(2003)에서는 여자의 경우 본인의 정상체중에 대해 잘못 인식하고 있는 비율이 높았다.

박정희(2006)에서 보면 주관적 체형인식에서 비만과 매우 비만이 30.1%인데 비해 객관적인 BMI는 비만과 과체중을 포함하여 15.57%로 차이를 보였으며, 최미자와 윤순진(2007)에서도 과체중과 비만이 실제 21.2%인데 반해 인지하는 비율은 43.9%로 나타나 실제와 인지하는 비율에 있어 22.7%의 큰 차이를 보였다.

<표3> 조사 대상자의 비만인식

항목	구분	인원수(명) (n=452)	백분율(%)
주관적 비만인식	말랐다(저체중)	32	7.1
	표준이다(표준체중)	155	34.3
	비만이다(과체중)	265	58.6
원하는 체형	많이 날씬해져야 한다	160	35.4
	약간 날씬해져야 한다	232	51.3
	만족한다	39	8.6
	약간 살찌야 한다	21	4.6
	많이 살찌야 한다	0	0
비만관리를 위해 노력하는 이유	대중적으로 선호하는 몸매를 위해	67	14.8
	질병예방	106	23.5
	대인관계를 맺기위해	11	2.4
	자기만족, 자신감	262	58.0
	기타	6	1.3
비만이라고 생각하는 부위	얼굴	95	7.1
	상체비만	126	9.4
	복부비만	329	24.5
	팔뚝	208	15.5
	허벅지	270	20.1
	종아리	143	10.6
	엉덩이	146	10.9
	없다	13	1.0
	기타	14	1.0

3. 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 분포

자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 분포에 관한 분석 결과는 <표4>와 같다.

조사 대상자의 자가 비만관리 실천도는 최대 60점에 평균점수 33.70점이며, 건강신념모델 중 민감성은 최대 12점에 평균점수 8.06점, 심각성은 최대 16점에 12.54점, 유익성은 최대 20점에 16.94점, 장애성은 최대 20점에 평균점수 10.58점이었다. 계획적 행동이론 중 규범적 신념은 최대 16점에 평균점수 10.97점, 순응동기는 최대 16점에 평균점수 11.64점, 행동통제신념은 최대 32점에 평균점수 18.71점이었다. 비만스트레스는 최대 44점에 평균점수 26.75점이었다.

<표4> 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 분포

하위특성	N	평균	표준편차	최소값	최대값	
자가 비만관리 실천도	452	33.70	6.500	15	58	
건강신념	민감성	452	8.06	2.292	3	12
	심각성	452	12.54	2.039	4	16
	유익성	452	16.94	2.667	5	20
	장애성	452	10.58	2.516	5	18
계획적 건강이론	규범적신념	452	10.97	2.761	4	16
	순응동기	452	11.64	2.410	4	16
	동제신념	452	18.71	4.235	8	32
비만 스트레스	452	26.75	6.700	11	44	

최성희(2006)는 일반적으로 개인이 주관적으로 건강에 대한 인식이 높으면 건강 실천 행위율이 높을 것이라고 가정할 수 있다. 하지만 스스로 인식하는 건강 수준과 건강행위 간에는 일치하지 않는 경우도 있다고 하였다.

문정순(1990)은 건강신념은 건강과 관련된 행위의 근원이 되며 매우 복합적인 개념으로 사람이 질병에 대해 자신이 민감하게 지각하고 그 질병이 심각하다고 믿으며, 질병을 위한 예방활동이 이익도 많고 장애가 적음을 인식하고 가능한 활동계기가 주어지고 건강문제에 있어 일반적으로 동기화 되어 있다면 그 질병을 위한 예방적 건강행위에 참여할 가능성이 많다고 보고하였다. 김정희(1985)는 일부 사무직 근로자를 대상으로 한 논문에서 건강은 스스로의 노력에 의해 좌우된다고 믿을수록 건강관리 행위 실천율이 높았으며, 개인의 의지에 의해 자신의 건강이 좌우된다고 믿을수록 건강관리 행위 실천도가 높은 것으로 보고하였다.

1) 연령 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 비교

연령 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 비교에 관한 분석 결과는 <표5>와 같다.

조사 대상자의 자가 비만관리 실천도의 평균은 40-50대 35.10점, 30대 33.93점, 20대 33.88점으로 연령대가 높을수록 자가 비만관리 실천도가 높게 나타났다.( $p < 0.05$ ) 건강신념모델 중 인지된 민감성의 평균은 30대 8.18점, 40-50대 8.11점, 20대 7.96점 순으로 나타났으며, 인지된 심각성의 평균은 40-50대 12.63점, 30대 12.61점, 20대 12.44점 순으로 나타났다. 인지된 유의성의 평균은 20대 17.06점, 30대 16.87점, 40-50대 16.79점 순으로 나타났으며, 인지된 장애성의 평균은 40-50대 10.81점, 30대 10.55점, 20대 10.49점으로 나타났다.

계획적 행동이론 중 규범적 신념의 평균은 20대 11.07점, 30대 10.85점, 40-50대 10.89점 순이며, 순응동기의 평균은 40-50대 11.91점, 30대 11.43점, 20대 11.64점으로 연령대가 낮을수록 특정인들로부터 받는 압력의 정도가 크며, 연령대가 높을수록 특정인들의 생각을 전반적으로 많이 따르는 것으로 나타났다. 지각된 행동통제신념의 평균은 40-50대 19.07점, 30대 18.14점, 20대 18.88점으로 나타났다. 비만 스트레스의 평균은 20대 27.40점, 30대 26.48점, 40-50대 25.73점으로 연령대가 낮을수록 비만 스트레스를 많이 받는 것으로 나타났다.

이 중 자가 비만관리 실천도만이 유의한 결과를 나타내었다.( $p < 0.05$ )

<표5>연령 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 분포

하위특성	나이	N	평균	표준편차	최소값	최대값	F (p-value)	
자가 비만관리 실천도	20대	218	33.88	6.588	15	58	4.292* (0.014)	
	30대	129	33.93	5.932	17	46		
	40-50대	105	35.10	6.782	15	49		
건강신념	민감성	20대	218	7.96	2.425	3	12	0.394 (0.674)
		30대	129	8.18	2.127	3	12	
		40-50대	105	8.11	2.216	3	12	
	심각성	20대	218	12.44	2.052	4	16	0.415 (0.661)
		30대	129	12.61	1.962	4	16	
		40-50대	105	12.63	2.113	7	16	
	유익성	20대	218	17.06	2.806	5	20	0.430 (0.651)
		30대	129	16.87	2.350	11	20	
		40-50대	105	16.79	2.752	9	20	
장애성	20대	218	10.49	2.755	5	18	0.582 (0.559)	
	30대	129	10.55	2.236	5	16		
	40-50대	105	10.81	2.321	5	18		
계획적 행동이론	규범적 신념	20대	218	11.07	2.746	4	16	0.317 (0.729)
		30대	129	10.85	2.862	4	16	
		40-50대	105	10.89	2.683	4	16	
	순응동기	20대	218	11.64	2.548	4	16	1.151 (0.317)
		30대	129	11.43	2.365	4	16	
		40-50대	105	11.91	2.153	4	16	
	통제신념	20대	218	18.88	4.527	8	32	1.725 (0.179)
		30대	129	18.14	3.919	8	32	
		40-50대	105	19.07	3.943	8	25	
비만 스트레스	20대	218	27.40	7.248	11	44	2.350 (0.097)	
	30대	129	26.48	6.392	11	41		
	40-50대	105	25.73	5.725	11	41		

\* · P<0.05, \*\* · P<0.01

2) 객관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 비교

객관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스에 관한 분석 결과는 <표6>과 같다.

조사 대상자의 자가 비만관리 실천도의 평균은 표준체중군 33.99점, 저체중군 33.51점, 과체중군 32.84점 순으로 나타났다. 건강신념모델 중 인지된 민감성의 평균은 과체중군 9.58점, 표준체중군 8.01점, 저체중군 6.55점 순으로 BMI가 높을수록 민감성이 높게 나타났으며( $p<0.01$ ), 인지된 심각성의 평균은 표준체중군 12.63점, 과체중군 12.56점, 저체중군 12.15점 순으로 나타났다. 인지된 유익성의 평균은 표준체중군 17.07점, 저체중군 16.79점, 과체중군 16.66점으로 나타났고, 인지된 장애성의 평균은 저체중군 10.80점, 표준체중군 10.50점, 과체중군 10.66점 순으로 나타났다.

계획적 행동이론 중 규범적 신념의 평균은 과체중군 11.74점, 표준체중군 10.92점, 저체중군 10.25점으로 BMI가 높을수록 규범적 신념이 높게 나타났으며( $p<0.05$ ), 순응동기의 평균은 과체중군 12.00점, 표준체중군 11.63점, 저체중군 11.28점 순으로 특정인들로부터 받는 압력의 정도와 특정인들의 생각을 전반적으로 많이 따르는 것으로 나타났다. 지각된 행동통제신념의 평균은 저체중군 19.63점, 표준체중군 18.65점, 과체중군 18.12점으로 나타났다. 비만 스트레스의 평균은 과체중군 27.72점, 표준체중군 26.92점, 저체중군 25.00점으로 BMI가 높을수록 비만 스트레스를 많이 받는 것으로 나타났다.( $p<0.05$ )

<표6> 객관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 비교

하위특성	BMI	N	평균	표준편차	최소값	최대값	F (p-value)
자가 비만관리 실천도	저체중	75	33.51	6.150	21	46	1.082 (0.340)
	표준	292	33.99	6.400	15	58	
	과체중	85	32.84	7.114	15	46	
민감성	저체중	75	6.55	2.361	3	12	41.288** (0.000)
	표준	292	8.01	2.115	3	12	
	과체중	85	9.58	1.848	4	12	
건강신념 심각성	저체중	75	12.15	2.210	4	16	1.670 (0.189)
	표준	292	12.63	2.000	4	16	
	과체중	85	12.56	1.997	7	16	
유익성	저체중	75	16.79	2.787	5	20	0.917 (0.401)
	표준	292	17.07	2.611	5	20	
	과체중	85	16.66	2.754	9	20	
장애성	저체중	75	10.80	2.236	5	17	0.463 (0.630)
	표준	292	10.50	2.555	5	18	
	과체중	85	10.66	2.626	5	18	
규범적 신념	저체중	75	10.25	3.268	4	16	6.011* (0.003)
	표준	292	10.92	2.523	4	16	
	과체중	85	11.74	2.900	4	16	
계획적 행동이론 순응동기	저체중	75	11.28	3.056	4	16	1.792 (0.168)
	표준	292	11.63	2.192	4	16	
	과체중	85	12.00	2.464	4	16	
통제신념	저체중	75	19.63	5.056	8	32	2.635 (0.073)
	표준	292	18.65	4.022	8	32	
	과체중	85	18.12	4.081	8	32	
비만 스트레스	저체중	75	25.00	8.282	11	44	3.577* (0.029)
	표준	292	26.92	6.301	11	41	
	과체중	85	27.72	6.267	11	44	

\* · P<0.05, \*\* · P<0.01

3) 주관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 비교

주관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스에 관한 분석 결과는 <표7>과 같다.

조사 대상자의 자가 비만관리 실천도의 평균은 표준체중군 34.92점, 저체중군 34.66점, 과체중군 32.86점으로 주관적 표준체중군이 자가 비만관리 실천도가 가장 높게 나타났다.( $p<0.05$ ) 건강신념모델 중 인지된 민감성의 평균은 과체중군 9.05점, 표준체중군 6.97점, 저체중군 5.13점 순으로 주관적 비만인식이 높을수록 민감성이 높게 나타났으며( $p<0.01$ ), 인지된 심각성의 평균은 과체중군 12.78점, 표준체중군 12.48점, 저체중군 10.81점으로 주관적 비만인식이 높을수록 심각성이 높게 나타났다.( $p<0.01$ ) 인지된 유익성의 평균은 과체중군 17.15점, 표준체중군 16.88점, 저체중군 15.53점으로 주관적 비만인식이 높을수록 유익성이 높게 나타났으며( $p<0.05$ ), 인지된 장애성의 평균은 저체중군 11.41점, 표준체중군 10.87점, 과체중군 10.31점으로 주관적 비만인식이 낮을수록 유익성이 높게 나타났다.( $p<0.05$ )

계획적 행동이론 중 규범적 신념의 평균은 과체중군 11.45점, 표준체중군 10.41점, 저체중군 9.69점 순이며( $p<0.01$ ), 순응동기의 평균은 과체중군 11.91점, 표준체중군 11.35점, 저체중군 10.84점으로( $p<0.05$ ) 주관적 비만인식이 높을수록 특정인들로부터 받는 압력의 정도와 특정인들의 생각을 전반적으로 많이 따르는 것으로 나타났다. 지각된 행동통제신념의 평균은 저체중군 19.94점, 표준체중군 19.37점, 과체중군 18.18점으로 주관적 비만인식이 낮을수록 통제신념이 높게 나타났다.( $p<0.05$ ) 비만 스트레스의 평균은 과체중군 28.47점, 표준체중군 24.84점, 저체중군 21.78점으로 주관적 비만인식이 높을수록 비만 스트레스를 많이 받는 것으로 나타났다.( $p<0.01$ )

<표7> 주관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스의 비교

하위특성	주관적 비만도	N	평균	표준편차	최소값	최대값	F (p-value)	
자가 비만관리 실천도	저체중	32	34.66	5.026	24	45	5.349* (0.005)	
	표준	155	34.92	6.720	19	54		
	과체중	265	32.86	6.420	15	58		
건강신념	민감성	저체중	32	5.13	1.641	3	8	97.537** (0.000)
		표준	155	6.97	1.957	3	12	
		과체중	265	9.05	1.925	3	12	
	심각성	저체중	32	10.81	2.989	4	16	14.134** (0.000)
		표준	155	12.48	1.881	7	16	
		과체중	265	12.78	1.889	4	16	
	유익성	저체중	32	15.53	3.243	5	20	5.400* (0.005)
		표준	155	16.88	2.528	9	20	
		과체중	265	17.15	2.628	5	20	
	장애성	저체중	32	11.41	2.241	7	17	4.316* (0.014)
		표준	155	10.87	2.278	5	18	
		과체중	265	10.31	2.644	5	18	
계획적 행동이론	규범적 신념	저체중	32	9.69	2.764	4	16	10.999** (0.000)
		표준	155	10.41	2.751	4	16	
		과체중	265	11.45	2.665	4	16	
	순응동기	저체중	32	10.84	3.371	4	16	4.558* (0.011)
		표준	155	11.35	2.170	4	16	
		과체중	265	11.91	2.376	4	16	
통제신념	저체중	32	19.94	4.852	10	32	5.381* (0.005)	
	표준	155	19.37	4.139	8	32		
비만 스트레스	저체중	32	21.78	7.404	11	40	26.510** (0.000)	
	표준	155	24.84	6.183	11	41		
	과체중	265	28.47	6.313	11	44		

\* · P<0.05, \*\* · P<0.01

Grilo, Wilfley, Brownell,&Rodin (1994)은 비만에 대한 편견과 비만인에 대한 차별은 명백하게 존재하며, 이는 특히 여자에게 더 분명하게 작용한다고 하였다. 정경임(2001)은 살찐 외모를 비판하여 사람 만나기를 꺼려 외출도 하지 않고 심한 우울 증세까지 보이는 사람들도 상당히 있다고 하였다. 윤동화(2006)는 체형정상 인식군보다 체형 왜곡 인식군이 우울성향이 더 높게 나타났음을 보고 하였고, 김석산(2000)은 말랐다고 생각하는 군은 보통, 뚱뚱하다고 생각하는 군보다 우울 유병율이 차이를 보였고 체중조절을 하는 군에서 우울 유병율이 체중조절을 하지 않는 군에 비해 유의하게 높았다. 따라서 체형에 대한 잘못된 인식은 우울 및 스트레스에 중요한 변수임을 시사하고 있다. 강정원(1994)등은 여학생을 대상으로 우울성향과 체중과의 관련성에 대해 연구한 결과 BMI에 의한 비만도에서는 4.9%였으나 자신의 주관적 평가에 의한 비만도에서는 비대불만군이 35.2%, 비대혐오군이 4.8%로 총 응답자의 40%가 자신을 비만하다고 평가하였다. 그리고 저체중군보다 비만군에서 우울성향이 더 높게 나타나 결과적으로 20-30대 여성의 우울증에는 비만을 위시한 외모에 대한 열등감이 크게 작용하고 있음을 밝혀주고 있다.

#### 4. 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

조사 대상자의 자가 비만관리 실천도, 건강모델신념의 변수(민감성, 심각성, 유익성, 장애성), 계획적 행동이론의 변수(규범적 신념, 순응동기, 통제신념), 비만 스트레스 간의 상관관계를 분석한 결과는 <표8>과 같다.

자가 비만관리 실천도는 장애성( $r=0.183$ ,  $p<0.01$ ), 비만 스트레스( $r=0.151$ ,  $p<0.01$ ), 통제신념( $r=0.397$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.150$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다. 이는 자가 비만관리 실천도에 건강신념의 장애성과 계획적 행동이론의 통제신념과 순응동기 그리고 비만 스트레스가 유의하게 높은 상관관계가 있음을 알 수 있다.

자가 비만관리 실천도를 제외한 각 변수 간의 상관관계는 <표8>과 같다.

민감성은 심각성( $r=0.307$ ,  $p<0.01$ ), 유익성( $r=0.243$ ,  $p<0.01$ ), 비만 스트레스( $r=0.477$ ,  $p<0.01$ ), 규범적 신념( $r=0.199$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.155$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.241$ ,  $p<0.01$ ), 통제신념( $r=-0.140$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 심각성은 유익성( $r=0.549$ ,  $p<0.01$ ), 비만 스트레스( $r=0.121$ ,  $p<0.05$ ), 규범적 신념( $r=0.199$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.223$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.252$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 유익성은 비만 스트레스( $r=0.108$ ,  $p<0.05$ ), 규범적 신념( $r=0.185$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.266$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.303$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 장애성은 통제신념( $r=0.231$ ,  $p<0.01$ )과 양의 상관관계를 나타내었고, 비만 스트레스( $r=-0.278$ ,  $p<0.01$ )와 음의 상관관계를 나타내었다.

비만 스트레스는 순응동기( $r=0.123$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다. 통제신념은 규범적 신념( $r=0.212$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.280$ ,  $p<0.01$ )와 양

의 상관관계를 나타내었고, 규범적 신념은 순응동기( $r=0.408$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다.

이순영(1993)은 건강행위를 실천하게 하는 구체적인 요인이 무엇인가에 대한 연구를 볼 때 거주지와 교육수준 및 경제수준은 주로 건강의 관심도에 영향을 주었고 건강에 대한 관심이 높을수록 건강실천 행위를 하게 되며 건강 실천행위를 많이 할수록 건강수준은 높았다. 임미영(1999)은 건강행위에 영향을 주는 요인들로는 자기효능감, 자아존중감, 지각된 건강상태, 사회적 지지, 상황적 장애, 지각된 유익성, 지각된 장애성 등을 들었다. 이옥순 등(1997)은 Tdmau, Cobb도 환자의 그 가족구성원이 지지적 관계에 있을 때 건강행위 이행에 긍정적인 상관관계를 갖는다고 하였다.

<표8>자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

	실천도	민감성	심각성	유익성	장애성	비만 스트레스	통제신념	규범적 신념	순응동기
실천도	1.000								
민감성	-.090 .056	1.000							
심각성	-.049 .296	.307(**)	1.000						
유익성	-.027 .571	.243(**)	.549(**)	1.000					
장애성	.183(**) .000	-.241(**)	-.252(**)	-.303(**)	1.000				
비만 스트레스	.151(**) .001	.477(**)	.121(*)	.108(*)	-.278(**)	1.000			
통제신념	.397(**) .000	-.140(**)	-0.074	.061	.231(**)	-.028	1.000		
규범적 신념	.074 .114	.199(**)	.199(**)	.185(**)	.065	.079	.212(**)	1.000	
순응동기	.150(**) .001	.155(**)	.223(**)	.266(**)	.003	.123(**)	.280(**)	.408(**)	1.000

\* · P<0.\*\* · P<0.01

상관계수

유의확률(양측)

1) 연령 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

(1) 20대의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

20대의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델의 변수(민감성, 심각성, 유익성, 장애성), 계획적 행동이론의 변수(규범적 신념, 순응동기, 통제신념), 비만 스트레스 간의 상관관계를 분석한 결과는 <표9>와 같다.

자가 비만관리 실천도는 장애성( $r=0.243$ ,  $p<0.01$ ), 통제신념( $r=0.395$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.137$ ,  $p<0.05$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 민감성( $r=-0.150$ ,  $p<0.05$ ), 심각성( $r=-0.150$ ,  $p<0.05$ )과 음의 상관관계를 나타내었다.

자가 비만관리 실천도를 제외한 각 신념 간의 상관관계는 <표9>과 같다. 민감성은 심각성( $r=0.401$ ,  $p<0.01$ ), 유익성( $r=0.323$ ,  $p<0.01$ ), 비만 스트레스( $r=0.546$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.336$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 심각성은 유익성( $r=0.584$ ,  $p<0.01$ ), 규범적 신념( $r=0.282$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기 ( $r=0.249$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.275$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 유익성은 규범적 신념( $r=0.165$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.258$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.342$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 장애성은 통제신념( $r=0.278$ ,  $p<0.01$ )과 양의 상관관계를 나타내고, 비만 스트레스( $r=-0.342$ ,  $p<0.01$ )와 음의 상관관계를 나타내었다. 비만 스트레스는 유의한 상관관계가 나타나지 않았다. 통제신념은 규범적 신념( $r=0.288$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.304$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 규범적 신념은 순응동기( $r=0.422$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다.

<표9> 20대의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

	실천도	민감성	심각성	유익성	장애성	비만 스트레스	통제신념	규범적 신념	순응동기
실천도	1.000								
민감성	-.150(*)	1.000							
심각성	-.150(*)	.401(**)	1.000						
유익성	-.080	.323(**)	.584(**)	1.000					
장애성	.243(**)	-.336(**)	-.275(**)	-.342(**)	1.000				
비만 스트레스	.036	.546(**)	.117	.158(*)	-.342(**)	1.000			
통제신념	.395(**)	-.129	-.096	-.039	.278(**)	-.032	1.000		
규범적 신념	.029	.086	.282(**)	.165(**)	.113	-.070	.288(**)	1.000	
순응동기	.137(*)	.116	.249(**)	.258(**)	.065	.069	.304(**)	.422(**)	1.000

\* · P<0.\*\* · P<0.01

상관계수

유의 확률(양측)

(2) 30대의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

30대의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델의 변수(민감성, 심각성, 유익성, 장애성), 계획적 행동이론의 변수(규범적 신념, 순응동기, 통제신념), 비만 스트레스 간의 상관관계를 분석한 결과는 <표10>와 같다.

자가 비만관리 실천도는 장애성( $r=0.216$ ,  $p<0.05$ ), 비만 스트레스( $r=0.217$ ,  $p<0.05$ ), 통제신념( $r=0.401$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.247$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다.

자가 비만관리 실천도를 제외한 각 변수 간의 상관관계는 <표10>과 같다.

민감성은 심각성( $r=0.179$ ,  $p<0.05$ ), 유익성( $r=0.177$ ,  $p<0.05$ ), 비만 스트레스( $r=0.471$ ,  $p<0.01$ ), 규범적 신념( $r=0.236$ ,  $p<0.01$ )과 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.236$ ,  $p<0.01$ ), 통제신념( $r=-0.284$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 심각성은 유익성( $r=0.426$ ,  $p<0.01$ ), 비만 스트레스( $r=0.183$ ,  $p<0.05$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.195$ ,  $p<0.05$ ), 통제신념( $r=0.193$ ,  $p<0.05$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 유익성은 규범적 신념( $r=0.232$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.261$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.253$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 장애성은 통제신념( $r=0.192$ ,  $p<0.05$ )과 양의 상관관계를 나타내었고, 비만 스트레스( $r=-0.258$ ,  $p<0.01$ )와 음의 상관관계를 나타내었다. 비만 스트레스는 유의한 상관관계가 나타나지 않았다. 통제신념은 순응동기( $r=0.302$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 규범적 신념은 순응동기( $r=0.372$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다.

<표10> 30대의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

	실천도	민감성	심각성	유익성	장애성	비만 스트레스	통제신념	규범적 신념	순응동기
실천도	1.000								
민감성	-.085 .336	1.000							
심각성	.028 .750	.179(*)	1.000						
유익성	-.003 .972	.177(*)	.426(**)	1.000					
장애성	.216(*) .014	-.236(**)	-.195(*)	-.253(**)	1.000				
비만 스트레스	.217(*) .014	.471(**)	.183(*)	.104	-.258(**)	1.000			
통제신념	.401(**) .000	-.284(**)	-.193(*)	.137	.192(*)	-.105	1.000		
규범적 신념	.110 .213	.236(**)	.117	.232(**)	.011	.149	.094	1.000	
순응동기	.247(**) .005	.109	.127	.261(**)	-.050	.126	.302(**)	.372(**)	1.000

\* · P<0.\*\* · P<0.01

상관계수

유의확률(양측)

(3) 40-50대의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

40-50대의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델의 변수(민감성, 심각성, 유익성, 장애성), 계획적 행동이론의 변수(규범적 신념, 순응동기, 통제신념), 비만 스트레스 간의 상관관계를 분석한 결과는 <표11>와 같다.

자가 비만관리 실천도는 비만 스트레스( $r=0.380$ ,  $p<0.01$ ), 통제신념( $r=0.396$ ,  $p<0.01$ )과 양의 상관관계를 나타내었다.

자가 비만관리 실천도를 제외한 각 변수 간의 상관관계는 <표11>과 같다.

민감성은 심각성( $r=0.250$ ,  $p<0.05$ ), 비만 스트레스( $r=0.384$ ,  $p<0.01$ ), 통제신념( $r=0.006$ ,  $p<0.01$ ), 규범적 신념( $r=0.421$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.309$ ,  $p<0.05$ )와 양의 상관관계를 나타내었다. 심각성은 유익성( $r=0.628$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.297$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.273$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 유익성은 순응동기( $r=0.260$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.284$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 장애성은 유의한 상관관계가 나타나지 않았다.

비만 스트레스는 규범적 신념( $r=0.336$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.252$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다. 통제신념은 규범적 신념( $r=0.210$ ,  $p<0.05$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 규범적 신념은 순응동기( $r=0.438$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다.

<표11> 40-50대의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

	실천도	민감성	심각성	유익성	장애성	비만 스트레스	통제신념	규범적 신념	순응동기
실천도	1.000								
민감성	.009 .928	1.000							
심각성	.025 .803	.250(*) .010	1.000						
유익성	.068 .488	.144 .142	.628(**) .000	1.000					
장애성	.036 .713	-.046 .645	-.273(**) .005	-.284(**) .003	1.000				
비만 스트레스	.380(**) .000	.384(**) .000	.077 .435	.006 .955	-.154 .117	1.000			
통제신념	.396(**) .000	.006(**) .948	.098 .321	.190 .052	.184 .061	.090 .363	1.000		
규범적 신념	.157 .110	.421(**) .000	.120 .224	.154 .116	.022 .821	.336(**) .000	.210(*) .031	1.000	
순응동기	.065 .513	.309(**) .001	.297(**) .002	.260(**) .007	-.084 .392	.252(**) .009	.185 .059	.438(**) .000	1.000

\* · P<0.\*\* · P<0.01

상관계수

유의 확률(양측)

2) 객관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

(1) 객관적 저체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

저체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델의 변수(민감성, 심각성, 유익성, 장애성), 계획적 행동이론의 변수(규범적 신념, 순응동기, 통제신념), 비만 스트레스 간의 상관관계를 분석한 결과는 <표12>와 같다.

자가 비만관리 실천도는 장애성( $r=0.255$ ,  $p<0.01$ ), 통제신념( $r=0.375$ ,  $p<0.01$ )과 양의 상관관계를 나타내었다.

자가 비만관리 실천도를 제외한 각 변수 간의 상관관계는 <표12>과 같다.

민감성은 심각성( $r=0.315$ ,  $p<0.01$ ), 비만 스트레스( $r=0.750$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.244$ ,  $p<0.05$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.287$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 심각성은 유익성( $r=0.548$ ,  $p<0.01$ ), 규범적 신념( $r=0.289$ ,  $p<0.05$ )과 양의 상관관계를 나타내었다. 유익성은 장애성( $r=-0.260$ ,  $p<0.05$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 장애성은 비만 스트레스( $r=-0.269$ ,  $p<0.05$ )와 음의 상관관계를 나타내었다. 비만 스트레스와 통제신념은 유의한 상관관계가 나타나지 않았다. 규범적 신념은 순응동기( $r=0.356$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다.

<표12> 객관적 저체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

	실천도	민감성	심각성	유익성	장애성	비만 스트레스	통제신념	규범적 신념	순응동기
실천도	1.000								
민감성	.049 .678	1.000							
심각성	-.072 .541	.315(**) .006	1.000						
유익성	-.143 .220	.101 .391	.548(**) .000	1.000					
장애성	.255(**) .027	-.287(**) .012	-.215 .064	-.260(*) .024	1.000				
비만 스트레스	.193 .097	.750(**) .000	.170 .144	.020 .863	-.269(*) .020	1.000			
통제신념	.375(**) .001	.137 .242	-.079 .502	-.041 .728	.211 .069	.118 .313	1.000		
규범적 신념	.045 .700	.226 .052	.289(*) .012	.222 .055	-.002 .986	.050 .673	.166 .154	1.000	
순응동기	.076 .514	.244(*) .035	.182 .118	.105 .369	.097 .410	.204 .079	.083 .479	.356(**) .002	1.000

\* · P<0.\*\* · P<0.01

상관계수

유의 확률(양측)

(2) 객관적 표준체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

표준체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델의 변수(민감성, 심각성, 유익성, 장애성), 계획적 행동이론의 변수(규범적 신념, 순응동기, 통제신념), 비만 스트레스 간의 상관관계를 분석한 결과는 <표13>와 같다.

자가 비만관리 실천도는 장애성( $r=0.245, p<0.01$ ), 통제신념( $r=0.439, p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.197, p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 민감성( $r=-0.160, p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다.

자가 비만관리 실천도를 제외한 각 변수 간의 상관관계는 <표13>과 같다.

민감성은 심각성( $r=0.253, p<0.01$ ), 유익성( $r=0.260, p<0.01$ ), 비만 스트레스( $r=0.411, p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.239, p<0.01$ ), 통제신념( $r=-0.225, p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 심각성은 유익성( $r=0.557, p<0.01$ ), 규범적 신념( $r=0.191, p<0.05$ ), 순응동기( $r=0.221, p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.290, p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 유익성은 비만 스트레스( $r=0.122, p<0.05$ ), 규범적 신념( $r=0.232, p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.261, p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.328, p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 장애성은 통제신념( $r=0.288, p<0.05$ )과 양의 상관관계를 나타내었고, 비만 스트레스( $r=-0.288, p<0.01$ )와 음의 상관관계를 나타내었다. 비만 스트레스는 유의한 상관관계가 나타나지 않았다. 통제신념은 규범적 신념( $r=0.246, p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.307, p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 규범적 신념은 순응동기( $r=0.367, p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다.

<표13> 객관적 표준체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

	실천도	민감성	심각성	유익성	장애성	비만 스트레스	통제신념	규범적 신념	순응동기
실천도	1.000								
민감성	-.160(**)	1.000							
심각성	.006		1.000						
유익성	-.072	.253(**)		1.000					
장애성	.219	.000	.557(**)		1.000				
비만 스트레스	-.044	.260(**)	.000	.455		1.000			
통제신념	.245(**)	-.239(**)	-.290(**)	-.328(**)			1.000		
규범적 신념	.094	.411(**)	.041	.122(*)	-.288(**)			1.000	
순응동기	.108	.000	.486	.038	.000				1.000
	.439(**)	-.225(**)	-.102	.018	.288(**)	-.092			
	.000	.000	.082	.762	.000	.117			
	.074	.077	.191(*)	.155(**)	.111	.002	.246(**)		
	.210	.191	.001	.008	.058	.969	.000		
	.197(**)	.044	.221(**)	.289(**)	-.001	.049	.307(**)	.367(**)	
	.001	.451	.000	.000	.981	.405	.000	.000	

\* · P<0.\*\* · P<0.01

상관계수

유의확률(양측)

(3) 객관적 과체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

과체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델의 변수(민감성, 심각성, 유익성, 장애성)와 계획적 행동이론의 변수(규범적 신념, 순응동기, 통제신념), 비만 스트레스 간의 상관관계를 분석한 결과는 <표14>와 같다.

자가 비만관리 실천도는 비만 스트레스( $r=0.313$ ,  $p<0.01$ ), 통제신념( $r=0.289$ ,  $p<0.01$ )과 양의 상관관계를 나타내었다.

자가 비만관리 실천도를 제외한 각 변수 간의 상관관계는 <표14>과 같다.

민감성은 심각성( $r=0.551$ ,  $p<0.01$ ), 유익성( $r=0.471$ ,  $p<0.01$ ), 비만 스트레스( $r=0.260$ ,  $p<0.05$ ), 규범적 신념( $r=0.318$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.376$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.222$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 심각성은 유익성( $r=0.520$ ,  $p<0.01$ ), 비만 스트레스( $r=0.240$ ,  $p<0.05$ ), 순응동기( $r=0.293$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다. 유익성은 통제신념( $r=0.303$ ,  $p<0.05$ ), 규범적 신념( $r=0.298$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.368$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.245$ ,  $p<0.05$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 장애성은 비만 스트레스( $r=-0.302$ ,  $p<0.01$ )와 음의 상관관계를 나타내었다. 비만 스트레스는 순응동기( $r=0.241$ ,  $p<0.05$ )와 양의 상관관계를 나타내었다. 통제신념은 순응동기( $r=0.431$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 규범적 신념은 순응동기( $r=0.536$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다.

<표14> 객관적 과체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

	실천도	민감성	심각성	유익성	장애성	비만 스트레스	통제신념	규범적 신념	순응동기
실천도	1.000								
민감성	.022 .844	1.000							
심각성	.028 .800	.551(**)	1.000						
유익성	.147 .180	.471(**)	.520(**)	1.000					
장애성	-.057 .607	-.222(**)	-.153	-.245(*)	1.000				
비만 스트레스	.313(**)	.260(*)	.240(*)	.189	-.302(**)	1.000			
통제신념	.004 .289(**)	.016 .045	.027 .082	.084 .303(**)	.005 .049	.122	1.000		
규범적 신념	.007 .107	.685 .318(**)	.455 .116	.005 .298(**)	.656 .028	.265 .210	.220(*)	1.000	
순응동기	.328 .111	.003 .376(**)	.292 .293(**)	.006 .368(**)	.800 -.065	.053 .241(*)	.043 .431(**)	.536(**)	1.000
	.313	.000	.007	.001	.555	.026	.000	.000	.

\* · P<0.\*\* · P<0.01

상관계수

유의확률(양측)

3) 주관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

(1) 주관적 저체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

저체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델의 변수(민감성, 심각성, 유익성, 장애성)와 계획적 행동이론의 변수(규범적 신념, 순응동기, 통제신념), 비만 스트레스 간의 상관관계를 분석한 결과는 <표15>와 같다.

저체중군에서는 자가 비만관리 실천도와 각 변수 간에는 유의한 상관관계가 나타나지 않았다.

자가 비만관리 실천도를 제외한 각 변수 간의 상관관계는 <표15>과 같다.

민감성은 비만 스트레스( $r=0.676$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다. 심각성은 유익성( $r=0.704$ ,  $p<0.01$ )과 양의 상관관계를 나타내었다. 유익성은 장애성( $r=-0.442$ ,  $p<0.05$ ), 비만 스트레스( $r=-0.386$ ,  $p<0.05$ )와 음의 상관관계를 나타내었다. 장애성은 통제신념( $r=0.375$ ,  $p<0.05$ )과 양의 상관관계를 나타내었다. 비만 스트레스, 통제신념, 규범적 신념은 유의한 상관관계가 나타나지 않았다.

<표15> 주관적 저체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

	실천도	민감성	심각성	유익성	장애성	비만 스트레스	통제신념	규범적 신념	순응동기
실천도	1.000								
민감성	.290	1.000							
심각성	.107		1.000						
유익성	.032	-.049	.704(**)	1.000					
장애성	.861	.791	.000		1.000				
비만 스트레스	.053	-.164	.704(**)	1.000		1.000			
통제신념	.774	.370	.000				1.000		
규범적 신념	.284	.256	-.221	-.442(*)	1.000			1.000	
순응동기	.115	.158	.223	.011					1.000
	.285	.676(**)	-.196	-.386(*)	.085	1.000			
	.114	.000	.283	.029	.643				
	.300	.086	-.015	-.025	.375(*)	.009	1.000		
	.095	.640	.936	.892	.035	.962		1.000	
	.072	-.038	-.069	.158	.311	-.281	.185		1.000
	.694	.838	.709	.387	.083	.120	.311		
	.145	.173	.308	.234	.241	.117	.193	.316	1.000
	.429	.345	.087	.197	.184	.523	.291	.078	

\* · P<0.\*\* · P<0.01

상관계수

유의확률(양측)

(2) 주관적 표준체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

표준체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델의 변수(민감성, 심각성, 유익성, 장애성)와 계획적 행동이론의 변수(규범적 신념, 순응동기, 통제신념), 비만 스트레스 간의 상관관계를 분석한 결과는 <표16>과 같다.

자가 비만관리 실천도는 장애성( $r=0.275$ ,  $p<0.01$ ), 비만 스트레스( $r=0.314$ ,  $p<0.01$ ), 통제신념( $r=0.359$ ,  $p<0.01$ )과 양의 상관관계를 나타내었다.

자가 비만관리 실천도를 제외한 각 변수 간의 상관관계는 <표16>과 같다.

민감성은 심각성( $r=0.182$ ,  $p<0.05$ ), 비만 스트레스( $r=0.396$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.173$ ,  $p<0.05$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 심각성은 유익성( $r=0.532$ ,  $p<0.01$ ), 규범적 신념( $r=0.234$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.193$ ,  $p<0.05$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.271$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 유익성은 규범적 신념( $r=0.182$ ,  $p<0.05$ ), 순응동기( $r=0.189$ ,  $p<0.05$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.289$ ,  $p<0.05$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 장애성은 통제신념( $r=0.288$ ,  $p<0.01$ )과 양의 상관관계를 나타내었다. 비만 스트레스, 통제신념은 유의한 상관관계가 나타나지 않았다. 규범적 신념은 순응동기( $r=0.350$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다.

<표16> 주관적 표준체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

	실천도	민감성	심각성	유익성	장애성	비만 스트레스	통제신념	규범적 신념	순응동기
실천도	1.000								
민감성	.045 .581	1.000							
심각성	.036 .654	.182(*)	1.000						
유익성	-.072 .373	.056 .490	.532(**)	1.000					
장애성	.275(**) .001	-.173(*) .032	-.271(**) .001	-.289(*) .000	1.000				
비만 스트레스	.314(**) .000	.396(**) .000	-.002 .982	-.072 .371	-.062 .443	1.000			
통제신념	.359(**) .000	-.054 .505	-.080 .324	-.037 .644	.288(**) .000	.119 .140	1.000		
규범적 신념	.026 .752	.113 .162	.234(**) .003	.182(*) .023	-.045 .575	.082 .310	.130 .107	1.000	
순응동기	.062 .441	.128 .112	.193(*) .016	.189(*) .018	-.069 .392	.101 .210	.111 .170	.350(**)	1.000

\* · P<0.\*\* · P<0.01

상관계수

유의 확률(양측)

(2) 주관적 과체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

과체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델의 변수(민감성, 심각성, 유익성, 장애성)와 계획적 행동이론의 변수(규범적 신념, 순응동기, 통제신념), 비만 스트레스 간의 상관관계를 분석한 결과는 <표17>과 같다.

자가 비만관리 비만 스트레스( $r=0.151$ ,  $p<0.05$ ), 통제신념( $r=0.393$ ,  $p<0.01$ ), 규범적 신념( $r=0.166$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.238$ ,  $p<0.05$ )와 양의 상관관계를 나타내었다.

자가 비만관리 실천도를 제외한 각 변수 간의 상관관계는 <표17>과 같다.

민감성은 심각성( $r=0.365$ ,  $p<0.01$ ), 유익성( $r=0.345$ ,  $p<0.01$ ), 비만 스트레스( $r=0.356$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.258$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 심각성은 유익성( $r=0.510$ ,  $p<0.05$ ), 비만 스트레스( $r=0.140$ ,  $p<0.05$ ), 규범적 신념( $r=0.149$ ,  $p<0.05$ ), 순응동기( $r=0.216$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.208$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 유익성은 비만 스트레스( $r=0.200$ ,  $p<0.01$ ), 통제신념( $r=0.149$ ,  $p<0.05$ ), 규범적 신념( $r=0.140$ ,  $p<0.05$ ), 순응동기( $r=0.301$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $r=-0.276$ ,  $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 장애성은 통제신념( $r=0.171$ ,  $p<0.01$ ), 규범적 신념( $r=0.154$ ,  $p<0.05$ )과 양의 상관관계를 나타내었고, 비만 스트레스( $r=-0.398$ ,  $p<0.01$ )와 음의 상관관계를 나타내었다. 비만스트레스는 유의한 상관관계가 나타나지 않았다. 통제신념은 규범적 신념( $r=0.331$ ,  $p<0.01$ ), 순응동기( $r=0.422$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다. 규범적 신념은 순응동기( $r=0.414$ ,  $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다.

<표17> 주관적 과체중군의 자가 비만관리 실천도, 건강신념모델 변수, 계획적 행동이론 변수, 비만 스트레스 간의 상관관계

	실천도	민감성	심각성	유익성	장애성	비만 스트레스	통제신념	규범적 신념	순응동기
실천도	1.000								
민감성	-.038 .534	1.000							
심각성	-.065 .288	.365(**)	1.000						
유익성	.031 .615	.345(**)	.510(**)	1.000					
장애성	.104 .090	-.258(**)	-.208(**)	-.276(**)	1.000				
비만 스트레스	.151(*) .014	.356(**)	.140(*)	.200(**)	-.398(**)	1.000			
통제신념	.393(**) .000	-.097 .115	-.043 .488	.149(*) .015	.171(**) .005	-.034 .583	1.000		
규범적 신념	.166(**) .007	.098 .110	.149(*) .015	.140(*) .023	.154(*) .012	-.022 .717	.331(**) .000	1.000	
순응동기	.238(**) .000	.115 .062	.216(**) .000	.301(**) .000	.043 .485	.071 .249	.422(**) .000	.414(**) .000	1.000

\* · P<0.\*\* · P<0.01

상관계수

유의 확률(양측)

## 5. 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석

건강신념모델, 계획적 행동이론, 비만 스트레스 집단의 하위특성과 실천도의 상관관계를 살펴보면 장애성, 비만 스트레스, 통제신념과 자가 비만관리 실천도 사이에 유의적인 양의 상관관계가 존재한다. 이 요인들이 자가 비만관리 실천도에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 위의 변수들을 독립변수로 하고 자가 비만관리 실천도를 종속변수로 설정하여 단계적 다중 회귀분석(Stepwise multiple regression test)을 실시하였다.

그 결과는 <표18>과 같다.

<표18> 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석

변수	회귀계수( $\beta$ )	중상관계수( $R$ )	수정된 $R^2$	$p$	$t$
장애성	0.106			.025	2.246
비만스트레스	0.141	0.414	0.166	.002	3.071
통제신념	0.365			.000	8.228

회귀계수의 유의성을 판단하기 위하여 각 변수의  $t$ 값과  $p$ 값을 살펴보면 각각의  $t$ 값이 2 이상이므로 위의 모든 변수가 유효한 변수임을 알 수 있다.

각각의  $p$ 값을 살펴보아도 모두 0.05보다 작은 값을 나타내므로 위에 선택한 모든 변수는 유의한 변수라는 결론을 내릴 수 있다. 즉, 장애성, 비만 스트레스, 통제신념이 조사 대상자들의 자가 비만관리 실천도의 16.6%를 설명하는 것으로 나타났다.

1) 연령 별 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석

건강신념모델, 계획적 행동이론, 비만 스트레스 집단의 하위특성과 실천도의 상관관계를 살펴보면 각 하위특성과 자가 비만관리 실천도 사이에 유의적인 양의 상관관계가 존재하였다. 이에 각 하위특성과 자가 비만관리 실천도에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 각 하위특성을 독립변수로 하고 자가 비만관리 실천도를 종속변수로 설정하여 단계적 다중 회귀분석 (Stepwise multiple regression test)을 실시하였다.

그 결과는 <표19>와 같다.

<표19> 연령 별 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석

연령	변수	회귀계수( $\beta$ )	중상관계수( $R$ )	수정된 $R^2$	$p$	$t$
20대	통제신념	0.402	0.402	0.158	.000	6.454
	장애성	0.260			.002	3.112
30대	비만스트레스	0.324	0.492	0.223	.000	3.927
	통제신념	0.334			.000	4.219
40-50대	비만스트레스	0.307	0.519	0.255	.000	3.596
	통제신념	0.382			.000	4.474

회귀계수의 유의성을 판단하기 위하여 각 변수의  $t$ 값과  $p$ 값을 살펴보면 각각의  $t$ 값이 2 이상이므로 위의 모든 변수가 유효한 변수임을 알 수 있다.

각각의  $p$ 값을 살펴보아도 0.05보다 작은 값을 나타내므로 각 하위특성은 유의한 변수라는 결론을 내릴 수 있다. 즉, 통제신념이 20대 조사 대상자들의 자가 비만관리 실천도의 15.8%를 설명하며, 장애성, 비만 스트레스, 통제신념이 30대 조사 대상자들의 자가 비만관리 실천도의 22.3%를 설명하고, 비만 스트레스, 통제신념이 40-50대 조사 대상자들의 자가 비만관리 실천도의 25.5%를 설명하는 것으로 나타났다.

2) 객관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석

건강신념모델, 계획적 행동이론, 비만 스트레스 집단의 하위특성과 실천도의 상관관계를 살펴보면 각 하위특성과 자가 비만관리 실천도 사이에 유의적인 양의 상관관계가 존재하였다. 이에 각 하위특성과 자가 비만관리 실천도에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 각 하위특성을 독립변수로 하고 자가 비만관리 실천도를 종속변수로 설정하여 단계적 다중 회귀분석 (Stepwise multiple regression test)을 실시하였다.

그 결과는 <표20>과 같다.

<표20> 객관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석

BMI	변수	회귀계수( $\beta$ )	중상관계수( $R$ )	수정된 $R^2$	$p$	$t$
저체중군	통제신념	0.365	0.365	0.121	.001	3.351
표준체중군	통제신념	0.365	0.451	0.200	.000	8.597
과체중군	비만스트레스	0.313	0.313	0.087	.004	2.999

회귀계수의 유의성을 판단하기 위하여 각 변수의  $t$ 값과  $p$ 값을 살펴보면 각각의  $t$ 값이 2 이상이므로 위의 모든 변수가 유의한 변수임을 알 수 있다.

각각의  $p$ 값을 살펴보아도 0.05보다 작은 값을 나타내므로 각 하위특성은 유의한 변수라는 결론을 내릴 수 있다. 즉, 통제신념이 객관적 비만도의 저체중군 조사 대상자들의 자가 비만관리 실천도의 12.1%를 설명하며, 통제신념이 표준체중군 조사 대상자들의 자가 비만관리 실천도의 20.0%를 설명하고, 비만스트레스가 과체중군 조사 대상자들의 자가 비만관리 실천도의 8.7%를 설명하는 것으로 나타났다.

3) 주관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석

건강신념모델, 계획적 행동이론, 비만 스트레스 집단의 하위특성과 실천도의 상관관계를 살펴보면 저체중군에서는 유의적인 상관관계가 존재하지 않았으며, 표준체중군과 과체중군에서 유의적인 양의 상관관계가 존재하였다. 이에 각 하위특성과 자가 비만관리 실천도에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 각 하위특성을 독립변수로 하고 자가 비만관리 실천도를 종속변수로 설정하여 단계적 다중 회귀분석 (Stepwise multiple regression test)을 실시하였다.

그 결과는 <표21>과 같다.

<표21> 주관적 비만도 별 자가 비만관리 실천도에 영향을 미치는 요인 분석

주관적비만도	변수	회귀계수( $\beta$ )	중상관계수( $R$ )	수정된 $R^2$	$p$	$t$
저체중군						
표준체중군	장애성	0.224	0.496	0.231	.003	2.974
	비만스트레스	0.277			.000	3.797
	통제신념	0.272			.000	3.598
과체중군	통제신념	0.385	0.385	0.145	.000	6.767

회귀계수의 유의성을 판단하기 위하여 각 변수의  $t$ 값과  $p$ 값을 살펴보면 각각의  $t$ 값이 2 이상이므로 위의 모든 변수가 유효한 변수임을 알 수 있다.

각각의  $p$ 값을 살펴보아도 모두 0.05보다 작은 값을 나타내므로 위에 선택한 모든 변수는 유의한 변수라는 결론을 내릴 수 있다. 즉, 장애성, 비만 스트레스, 통제신념이 주관적 비만도의 표준체중군 조사 대상자들의 자가 비만관리 실천도의 23.1%를 설명하며, 통제신념이 과체중군 조사 대상자들의 자가 비만관리 실천도의 14.5%를 설명하는 것으로 나타났다.

#### IV. 결론 및 요약

현대 비만은 신체 활동이 줄어들어 운동부족 현상과 고지방, 고칼로리의 과도한 에너지 섭취로 여러 합병증과 함께 전 세계적으로 심각한 문제로 대두되고 있다.

이에 본 연구에서는 연령, 객관적 비만도, 주관적 비만도로 나누어 건강신념모델과 계획적 행동이론, 비만 스트레스의 각 변수들의 유의한 차이가 있는가를 비교 분석하고 자가 비만관리 행위의 실천도에 영향을 미치는 관련 요인을 분석하는데 목적을 두고 있다.

본 연구는 서울 및 경기권에 거주하는 연령 20대, 30대, 40대 50대 여성을 기준으로 실시하였으며 자가 보고식 설문방식으로 연구의 목적과 취지를 설명하고 동의를 받은 후 수락한 여성 520명을 대상으로 설문지를 배부하여 470부가 회수되었고 이 중 불충분한 답변 또는 응답하지 않은 문항이 있는 경우를 제외한 총 452부가 본 연구의 분석 자료로 사용되었다.

자료의 통계적 분석처리는 SPSS(statistical package for the social science) ver 14.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

본 연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 조사 대상자의 연령은 20대가 48.2%로 가장 많았고, 30대 28.5%, 40대 16.2%, 50대 7.1% 순으로 나타났다. 키는 160이상 165미만이 41.6%로 가장 많았고, 체중은 50kg이상 55kg미만이 32.7%로 가장 많았다. 희망 체중은 45kg이상 50kg미만이 38.9%로 가장 많았고 연령에 상관없이 많은 여성들이 본인의 체중에 만족하지 못하고 더 적은 체중을 희망한다는 것을 알 수 있었다. 혼인상태는 미혼 56.4%이 기혼 42.7%보다 많았고, 월수입은 100만원 미만이 34.3%로 가장 많았다.

둘째, 조사 대상자들의 객관적인 비만도와 상관없이 자신의 체형에 대해 스스로 평가하고 있는 비만인식의 정도는 ‘비만이다’가 58.6%으로 가장 많았고, ‘표준이다’ 34.3%, ‘말랐다’ 7.1% 순이었다. ‘앞으로 원하는 체형’은 ‘약간 날씬해져야 한다’가 51.3%으로 가장 많았고 이는 조사 대상자들이 다른 체형을 선호하고 있음을 알 수 있었다. ‘비만관리를 위해 노력하는 이유’로는 ‘스스로 만족하고 매사에 자신감을 갖기 위해’가 58.0%로 가장 많았고, ‘비만에 의한 합병증 예방 및 질병 예방을 위해’ 23.5%, ‘대중적으로 선호하는 S라인 몸매를 위해’ 14.8% 순이었다. 이는 연령에 상관없이 외적인 이유보다는 내적인 자신감 또는 건강을 우선적으로 생각하고 있음을 알 수 있었다.

‘비만이라고 생각하는 부위’에 대해 다중응답을 조사한 결과 ‘복부 비만’이 24.5%로 가장 높았고 이는 신체부위에서 복부 부위에서 비만인식이 높은 것으로 생각할 수 있다.

셋째, 연령, 객관적 비만도, 주관적 비만도에 따른 변수 간의 비교에서 연령별에서는 연령대가 높을수록 조사 대상자의 자가 비만관리 행위의 실천도가 유의하게 높은 것으로 나타났다( $p < 0.05$ ).

객관적 비만도별에서는 건강신념모델 중 지각된 민감성( $p < 0.01$ ), 계획적 행동이론 중 규범적 신념( $p < 0.05$ ) 그리고 비만 스트레스( $p < 0.05$ )에서 BMI가 높을수록 지각된 민감성, 규범적 신념 그리고 비만 스트레스가 유의하게 높은 것으로 나타났다.

주관적 비만도별에서는 자가 비만관리 실천도( $p < 0.05$ ), 건강신념모델 중 지각된 민감성( $p < 0.01$ ), 지각된 심각성( $p < 0.01$ ), 지각된 유익성( $p < 0.05$ ), 지각된 장애성( $p < 0.05$ ), 계획적 행동이론 중 규범적 신념( $p < 0.01$ ), 순응동기( $p < 0.05$ ), 통제신념( $p < 0.05$ ) 그리고 비만 스트레스( $p < 0.01$ )가 BMI가 높을수록 비만관

리 실천도, 지각된 민감성, 지각된 심각성, 지각된 유익성, 규범적 신념, 순응동기 그리고 비만 스트레스가 유의하게 높은 것으로 나타났고, BMI가 낮을수록 지각된 장애성, 통제신념이 유의하게 높게 나타났다.

넷째, 조사 대상자의 건강신념모델의 변수(민감성, 심각성, 유익성, 장애성)와 계획적 행동이론의 변수(규범적 신념, 순응동기, 통제신념) 그리고 비만 스트레스의 자가 비만관리 실천도 간의 상관관계를 분석한 결과 자가 비만관리 실천도는 장애성( $p<0.01$ ), 비만 스트레스( $p<0.01$ ), 통제신념( $p<0.01$ ), 순응동기( $p<0.01$ )와 유의한 양의 상관관계를 나타내었다.

자가 비만관리 실천도를 제외한 각 변수 간의 상관관계는 민감성은 심각성( $p<0.01$ ), 유익성( $p<0.01$ ), 비만스트레스( $p<0.01$ ), 규범적 신념( $p<0.01$ ), 순응동기( $p<0.01$ )와 유의한 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $p<0.01$ ), 통제신념( $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 심각성은 유익성( $p<0.01$ ), 비만 스트레스( $p<0.05$ ), 규범적 신념( $p<0.01$ ), 순응동기( $p<0.01$ )와 유의한 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다. 유익성은 비만 스트레스( $p<0.05$ ), 규범적 신념( $p<0.01$ ), 순응동기( $p<0.01$ )와 유의한 양의 상관관계를 나타내었고, 장애성( $p<0.01$ )과 음의 상관관계를 나타내었다.

장애성은 통제신념( $p<0.01$ )과 유의한 양의 상관관계를 나타내었고, 비만 스트레스( $p<0.01$ )와 음의 상관관계를 나타내었고, 비만 스트레스는 순응동기( $p<0.01$ )와 유의한 양의 상관관계를 나타내었다. 통제신념은 규범적 신념( $p<0.01$ ), 순응동기( $p<0.01$ )와 유의한 양의 상관관계를 나타내었고, 규범적 신념은 순응동기( $p<0.01$ )와 양의 상관관계를 나타내었다.

다섯 번째, 자가 비만관리 행위의 실천도에 영향을 미치는 요인에 대한 분석 결과 건강신념모델, 계획적 행동이론, 비만 스트레스의 각 변수들과 자가 비만관리 실천도와의 상관관계를 살펴보면 지각된 장애성, 통제신념, 비만 스트레스에서 유의하게 높은 상관관계가 존재하였다.

본 연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

연령(40-50대)이 높고 주관적 비만도( $p < 0.05$ )가 높을수록 자가 비만관리 행위의 실천도가 높고 건강신념모델에서는 지각된 장애성( $p < 0.01$ )과 계획적 행동이론에서는 순응동기( $p < 0.01$ )와 행동통제( $p < 0.01$ ) 그리고 비만 스트레스( $p < 0.01$ )가 높을수록 자가 비만관리행위의 실천도가 높게 나타났다.

객관적 비만도보다 주관적 비만도에서 자가 비만관리 실천도가 높게 나타났으며 건강신념모델에서는 주관적 비만도가 높게 나타났고 이는 행위를 결정하는 것은 개인의 주관적인 지각에 의존한다고 가정하여 현재의 주관적 지각에 따라 행위가 결정 된다고 보았기 때문인 것으로 보이며, 계획적 행동이론에서는 객관적 비만도가 높게 나타났다. 이는 행동의 직접적인 결정 인자는 의도이며 다른 요소들은 의도를 통해 행동에 영향을 준다는 것을 가정하고 있기 때문인 것으로 보인다.

본 연구는 서울, 경기지역의 거주자로 제한하여 20대에서 50대까지 임의로 선정하였기 때문에 본 연구 결과를 모든 여성에게 일반화하는 것에는 무리가 있으며, 설문지는 연구자가 선행연구와 참고문헌을 참고하여 수정·보완하여 작성한 것으로 표준화되지 않은 제한점이 있다.

이에 본 연구의 제한점을 보완하여 객관적인 비만도와 주관적인 비만도를 통해 본인의 상태를 정확히 파악할 수 있도록 올바른 비만인식 교육 프로그램과 자가 비만관리 실천도를 높이고 꾸준히 유지할 수 있도록 건강신념모델과 계획적 행동이론을 이용한 설문지를 통해 개인의 성향과 기호를 파악하여 타입별 비만관리 프로그램을 개발한다면 자가 비만관리 실천 뿐 아니라 피부 관리실에서의 충성고객을 만들기 위한 프로그램으로도 적용이 가능할 것이라 생각되며 앞으로도 지속적인 연구가 필요하다고 사료된다.

<참고문헌>

- 김경원 신은미(2003), 계획적 행동이론을 이용한 여대생의 유제품 섭취 행동 분석, 대한지역사회영양학회지 제8권 제1호 (2003. 2) pp.53-61
- 강윤주(2004) 비만 아동 및 청소년의 체중조절 경험과 비만관리의도에 영향을 미치는 요인, 연세대학교 박사학위
- 김명숙(2003) 중년기 복부비만여성의 특성과 비만관리 실시효과, 성신여자 대학교 박사
- 강재현, 김남순(2002) 한국의 비만 추이, 대한비만학회지, 4(11), 329-336,
- 강혜경(2006) 표준체중 아동과 비만아동의 자기효능감 비교, 대구대학교 교육대학원
- 김숙자(2004) 대학생의 우울에 영향을 미치는 요인 연구, 침례신학대 사회복지대학원
- 강정원외1(1994) “10대 여학생들의 우울성향과 체중의 관계”, 가정의학회지 152, p639-647
- 김광덕(2005) 우리나라 성인 복부비만 평가지표로서 허리둘레 지침 개발, 인제대 대학원
- 김진아(2008) 여대생의 체형 만족도에 따른 피부 상태의 변화, 건국대 산업대학원
- 김석산(2000) 도시지역 중년 여성의 우울과 관련된 요인, 조선대학교 대학원 의학과 박사학위논문.
- 김지은 박동연(2001), 계획적 행동이론에 의한 초임 여성의 모유수유 실천의도 예측에 관한 연구, 대한지역사회영양학회지 제6권 제3호 (2001. 8) pp.331-339
- 고진호(2004) 성인 여성의 비만평가, 계명대 대학원

- 김진영(2007) 초등학생의 성별, 비만도, 체형 만족도에 따른 체형인식, 비만  
과 관련된 지식, 태도, 식행동의 관계 연구  
:경기도 지역 5학년 중심으로, 성신여대 문화산업대학원
- 김지희(2008) 초등학생 비만스트레스의 영향용인과 비만스트레스가 식행동  
에 미치는 영향, 중앙대 교육대학원
- 김창섭, 정태흠, 김문찬 등 (2004) 한국 성인에서 체중에 대한 왜곡된 자가  
인식과 관련된 요인. 가정의학회지 25(6) : 462-468
- 김혜민(2008) 유방암과 자궁경부암 수검 행동에 대한 건강 신념 모형과  
계획 행동 이론의 비교 검증. 경상대 대학원
- 국민생활 의식구조보고서(1989) 식생활 개선 범국민 운동본부.
- 김옥수(1998) 서울 시내 일부 여중고생들의 비만정도와 체중조절행위에 관  
한 연구, 간호과학
- 김옥수, 김계하(2000) 여고생과 여대생의 체중, 자아존중감 및 우울에 대한  
비교 연구, 성인간호학회지, 12(3) 396-406
- 김준호(2004) 계획적 행동이론을 이용한 전자화폐의 고객 수용에 관한 연구,  
부산외국어대 국제경영.지역학대학원
- 김영란(1997) 건강증진/보건교육. 정담, p89-116
- 김경화(2008) 유산소 운동이 비만 중년 여성의 신체 조성에 미치는 영향,  
원광대 교육대학원
- 김상국, 정일호, 김기훈, 변해심, 이호정, 김기운(2005) 성인여성의 비만도에  
따른 체형인식, 식이태도, 체중조절 태도, 한국체육학회지,  
44(3), 215-223
- 김정자(2007) 계획적 행동이론에 의한 실버타운 잠재고객의 구매의도 결정  
요인, 경남대 대학원
- 고경봉(2002) 스트레스와 정신신체 의학, 일조각

- 김영설(1990) 비만증의 분류 및 평가, 한국영양학회지, 23(5), p337-340
- 곽연희(2007) 중년기 비만 여성의 체중조절행위 예측을 위한 확장된 합리적 행위이론 검증, 중앙대 대학원
- 권봉안, 백영수, 비만 연구에 관한 측정 평가와 문제점, pp161-162
- 건강증진사업지원단(2007) 근로자의 건강생활실천 및 만성질환관리 실태조사(성과지표 개발 포함)와 사업장 건강증진 및 근로자 질병예방육구 및 수요조사에 관한 연구. 고려대학교 산학협력단.
- 남희정, 김시연, 박혜련, 유중근, 조기형(2003) 체형이미지 인식과 식행동 및 생활 패턴, 대학임상건강증진학회, 3(2) 121-135
- 대한비만학회(2000). 비만의 진단과 치료, 아시아-태평양지역지침 서울 도서출판 한의학, pp7-11
- 동아일보(2002) “운동, 아직도 시작 안했습니까?” 10월 7일
- 문정은(2007) 계획적인 진통제 사용 프로토콜 적용이 암환자의 통증조절에 미치는 영향, 전남대 대학원
- 미국 질병 통제국CDC, 2005-2006(2004); 미국 국민건강 및 영양 조사 NHANES,
- 박정현(2008) 스톤테라피 방법을이용한 복부비만관리 효과에 관한 연구, 한남대 대학원 사회문화대학원
- 배지혜(2007) 여고생의 식행동과 체중조절 행동신념에 관한 연구, 울산대 교육대학원
- 보건복지부(2004) 2001년도 국민건강 영양조사, 서울:한국보건연구원,
- 박종희(2007) 계획된 행위이론을 적용한 사고예방프로그램이 안전행동에 미치는 영향치기공과 학생을 대상으로, 이화여대 대학원,
- 박춘화(2007) 향요법을 포함한 복부비만 관리프로그램이 중년 여성의 복부 비만에 미치는 효과, 계명대 대학원

- 박희정(2006) 여대생들의 체형인식과 다이어트 실태조사, 한국스포츠리서치, 13(2) 713-722
- 박복희(2000) 중년여성의 스트레스와 갱년기증상, 전남대 대학원
- 박선애(2006) 계획적 행위이론에 근거한 여대생 금연프로그램 개발 및 효과, 계명대 대학원
- 박정민(2009) 중량 및 유산소성 운동이 중년 비만 여성의 신체구성에 미치는 영향, 건양대 보건복지대학원
- 박정현(2008) 스톤테라피 방법을 이용한 복부비만관리 효과에 관한 연구, 한남대 사회문화대학원
- 박혜순 외 3인(2009) 중년 비만 여성에서의 에너지 섭취와 휴식 시 에너지 소비 양상. 대한비만학회지 18
- 박정란(2000) 서울 시내 일부 대학생의 건강에 대한 지식, 태도 및 행동에 관한 조사, 이화여자 대학원 보건교육학과
- 보건복지부(2001) 우리나라 직장인들의 스트레스 수준의 파악. 스트레스 감소 프로그램의 개발 및 인프라 구축에 관한 연구. 연세대학교 원주의과대학
- 보건복지(1999) 98 국민건강영양조사
- 보건복지부(1997) 95 국민영양조사 결과보고서
- 보건복지부(Korean Ministry of Health and Welfare). The Third Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2005
- 심경선(2007) 주관적, 객관적 사회적 지위와 청소년 비만의 연관성, 서울대 보건대학원
- 송수정(2008) 성인 남성 근로자의 체중감소행동 단계에 따른 건강신념변수 분석, 성신여대 문화산업대학원

- 손정민(2001) 생체 임피던스 측정방법을 이용한 한국인의 연령층별 체성분 분석에 관한 연구. 대한영양사회 학술지, 7(2): 153-158
- 안홍석외 5인(1994) 일부 비만 아동 및 청소년에 대한 임상 영양학적 조사 연구, 한국영양학회지, 27(1),
- 이미령(2008) 자기결정이론과 계획된 행동이론을 통합한 동기의 순서적 연계 모형 검증 : 섭식 조절 행동을 중심으로. 경상대 대학원
- 이정옥(2004) 여성의 비만관리에 대한 의식과 이에 영향을 미치는 요인, 대구한의대학교 보건대학원 석사
- 이창미(2004) 초등학생의 건강신념과 자기효능감이 체중조절행동 및 비만관리의도에 미치는 영향, 대구가톨릭대 교육대학원
- 이정임(2002) 비만아동의 자기효능감과 건강증진행위에 관한 연구, 대구 경산대 대학원
- 이옥순, 서인선(1997) 간호대학생들의 건강지각과 건강행위에 관한 연구, 한국보건강호학회지, 11(1), 39-50
- 이순영(1993) 한국인의 건강관심도, 건강실천행위 및 건강수준간의 구조분석, 연세대학교 미출판 박사학위논문
- 임미영(1999) 한국대학생의 건강증진행위 예측모형 구축, 연세대학교, 미출판 박사학위논문
- 윤혜정(2008) 여대생들의 비만에 대한 인식과 대처방법에 관한 연구, 숙명여대 원격대학원
- 윤동화(2006) 청년기의 체형인식과 자아존중감 및 우울성과의 관련 연구, 대구가톨릭대학교 보건과학대학원.
- 이영실(2009) 청소년이 지각하는 비만 의식 수준과 태도에 관한 연구, 서경대 사회과학대학원

- 이은영(2006) 대학생의 운동행동변화에 영향을 주는 심리적 변인,  
연세대 대학원
- 이연주(2005) 복부비만여성의 비만관리프로그램 효과, 한양대 대학원
- 이선화(2005) 계획된 행위 이론에 근거한 대학생의 성행동 영향요인 분석,  
건국대 대학원
- 윤상화, 백남섭(1995) 비만의 예방과 치료에 관한 연구, 체육과학연구 논문,  
pp.40-41
- 유범희, 우종민, 2001, 스트레스와 신경생물학적 이해. 정신신체의학지, 9(1),  
1-12. 이기열, 기이요범, 서울: 수학사1993, pp.34-42
- 이지현(2007) 중년기 여성의 체질량 지수에 따른 콜레스테롤치와 생활양식  
에 관한 연구, 한양대학원
- 이종구(2008) 2007 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 1차년도), 질병관  
리본부 질병예방센터 만성병조사팀.
- 이주연(2007) 마음챙김명상 중심의 건강프로그램이 비만 여자중학생의 폭식  
행동, 비만스트레스, 자기존중감 및 우울에 미치는 영향,  
덕성여자대학교 대학원
- 이종구(2008) 2007 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 1차년도),  
질병관리본부 질병예방센터 만성병조사팀.
- 이춘양(2008) 하이드로 테라피와 스웨디쉬 마사지가 직장여성의 스트레스에  
미치는 영향, 성신여자 문화산업대학원
- 유범희&우종민(2002) 스트레스의 신경생물학적 이해, 정신신체의학회지,  
9, 1-12,
- 이은숙(2007) 정상체중청소년과 비만청소년의 신체활동과 그에 관련된 동기  
적 특성, 서울산업대학교 산업대학원
- 이정임, 2002 (이종호, 1990)

- 임낙수(2003) 비만도와 체형인식이 초등학교 고학년생의 자아개념에 미치는 영향, 공주교육대 교육대학원
- 윤혜정(2008) 여대생들의 비만에 대한 인식과 대처방법에 관한 연구, 숙명여대 원격대학원
- 인혜경(2005) 저소득층 여성에서 유방촬영술 순응도와 관련요인, 충남대 대학원 보건학과
- 장강연(2006) 여성들의 다이어트 경험과 자기존중감 및 스트레스와의 관련성, 조선대 산업대학원
- 전소연(2004) 고혈압 환자들의 태도와 주관적 규범 변화가 치료순응도에 미치는 영향, 충남대 대학원
- 장이랑(2006) 계획된 행동이론에 의한 운전자 교통위반 행동의 분석, 중앙대 대학원
- 장미라(2007) 소비자의 체중관리 성과에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 조선대 대학원
- 정윤경(2003) 일부 여대생의 체중조절행위 예측 요인, 고신대 보건대학원
- 정선화(2008) 고주파관리와 진공감압관리가 비만에 미치는 효과, 건국대 산업대학원
- 장경아(2007) 고등학생의 비만 정도에 따른 자기효능감 및 학습된 무기력간의 차이분석, 강원대 교육대학원
- 조양래(1997) 학령기 아동의 비만스트레스와 우울 연세대학교 대학원 석사학위 논문
- 조인경, 2003, 여대생의 체중조절관심도와 식생활태도에 관한 연구, 용인대학교 대학원.
- 전영선(2006) 여대생의 체형 및 체중조절에 대한 주관적 인식이 비만 스트레스에 미치는 영향, 성신여자 문화산업대학원

- 조여원(2009) 여고생의 식행동 및 영양소 섭취상태에 관한 연구 :스트레스, 우울, 폭식, 비만 정도에 따라, 경희대 동서의학대학원
- 전미숙(2004) 여성의 체중관리 실태와 관련 요인. 대구한의대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 정희섭(1987) 성인의 건강신념과 체중조절행위 이행의 관계연구, 한양대학교 석사학위.
- 조지숙, (1992) 청소년의 신체상. 신체적 매력, 신체상의 왜곡과 자아존중과의 관계. 부산대학교 대학원.
- 조선진, 진지남, 김초강 (1997) ‘일부 여대상의 체중조절 행태와 결정요인’, 보건과 사회과학 1:141-160
- 주은영(2009) 비만성인남녀에서 객관적 비만과 주관적 인식의 일치와 관련된 요인에 관한 연구, 서울대 보건대학원
- 진기영(2008) 여성의 과체중 유무집단 간의 인구사회학적 특성과 건강위험 행동 차이 비교 분석, 삼육대 보건복지대학원
- 정경임, 2001, 한방 다이어트 비법 99가지, 서울:도서 출판 명상.
- 정휘수(2009) 비만 및 과체중자의 체중조절행위와 관련된 요인, 연세대 보건대학원
- 차규정(2001) 정상체중과 과다체중 여중생의 건강증진행위에 관한 연구, 충남대학교 대학원
- 채은주(2008) 서금요법이 복부비만 중년여성의 복부비만과 신체에 대한 태도에 미치는 효과, 한림대 보건대학원
- 최아름(2007) 비만의 요인 및 평가를 위한 설문조사 방법분석, 국민대 스포츠산업대학원
- 최미자(2007) 대구 지역 여고생의 체중 조절 관심도와 영양소 섭취 상태, 동아시아식생활학회, 17(3) 329-337

- 최은화(2001) 비만도와 체형인식이 학령기 아동의 자아개념에 미치는 영향,  
충남대 교육대학원
- 최성희(2006) 주관적 건강인식과 비만유무 차이에 따른 건강행위,  
경기대학교 대학원
- 하양명(2002) 어머니의 건강신념과 아동비만간의 관계연구 :  
경기도내 초등학교 고학년을 중심으로, 아주대 교육대학원
- 현화진, 홍이정(2005) 학령 전 아동 어머니의 자신과 아동에 대한 체형인식,  
대학지역사회영양학회지, 10(6) 930-942
- 하복자(2002) “경상남도 일부 중학생의 영양상태에 미치는 영향 지식,  
식생활 태도 및 식이 자기 효능감의 영향”,  
고신대학교 교육대학원 p1
- 홍성영(2006) 마음챙김명상이 비만 여대생의 스트레스, 섭식조절 및 비만도  
에 미치는 효과, 덕성여자대학교 대학원
- 행동과학과 건강(2007) p33. 야스미디어
- 한국산업안전공단(2005), 한국인 직무 스트레스 측정도구의 정확성 및  
신뢰성 평가연구(1차년도). 산업안전보건연구원, 한림대학교 의과대학
- 허갑범(1990) 비만증의 병인, 한국영양학회지, 23(5) 333-336
- Fruin ML, Rankin JW(2004). Validity of a multisensor aimband in  
estimating rest and exercise energy expenditure.  
Med Sci Sports Exerc 36(6):1063-9.
- National Institute of Health (NIH), National Heart, Lung, and Blood  
Institute(NHLBI) (1998). Clinical guidelines on the identification,  
evaluation, and treatment of overweight and obesity: The  
evidence report. Washington D.C: U.S. Government Press

- Pisunyer, X. F.(1993) Medical hazards of Obesity. *Ann Intern Med*, 119, 655-06
- Pender, N.J., Pender, A. R. (1987) *Health promotion in nursing practice*. New York: Acentury Creft entury.
- Simons-Moton, B. G., Greene, W. H., Gottlieb, N. H (1995) *Introduction to health education and health promotion* Waveland Press, Inc., 32-65. 246-280.
- Miller & Smith (1993) ; Rosch, 1991 ; Pelletier (1977) ; Shapiro, 1978
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping* Idler, E. L., & Angel, R. J. (1990).
- Self-rated health perceptions and survival : Do global evaluation of health status really predict mortality. *Journal of Gerontology*, 46(2), 446-452.
- Gunewardene, A., Huon, G. F., & Zheng, R. (2001) Exposure to westernization and dieting: A cross-cultural study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 289-293.
- Timperio A, Cameron-Smith D, Burns C et al(2000). The public's response to the obesity epidemic in Australic: weight concerns and weight control practices of men and women . *Public Health Nutr*. Dec;3(4) 417-24
- Wardle, J., & Marsland, L. (1990). Adolescent concerns about weight and eating; a social-development perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(4), 377-391.

Grilo, C. M., Wilfley, D. E., Brownell, K. D., & Rodin, J. (1994). Teasing, body image, and self-esteem in a sample of obese women. *Addictive Behaviors*, 19, 443-450.

American College of Sports Medicine. (2000) ACSM's guidelines for exercise testing and prescription, 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins.

World Health Organization. (2001) Recommended amount of physical activity.

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheetrecommendations/en/>.

World Health Organization. The World Health Report Mental health : new understanding new hope Herman, C. P., & Polivy, J. (1993).

Etiology of binge eating: Psychological mechanism. In *Binge Eating: Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.

Held, M. L., Snow, D. L., (1972) MMPI, inter-external control and problem checklist scores of obese adolescent females. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 523-525.

Brownell D. Kelly and Thomas A (1992). Wadden. Etiology and treatment of obesity. 60(4);505-517

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific (WPRO), the International Health Association for the Study of

Obesity(IASO) and the Interld HealthObesity Task Force(IOTF)(2000)

The Asia-Pacific perspective-redefining obesity and its  
treatment. Centers. for Disease Control and Prevention.

National Health and Nutrition Examination

Surveys(NHANES, 2005-2006)

National Health and Nutrition Survey(2004)

NIH technology Assessment Conference Panel (1992) :

“Methods for voluntary weight loss and control Annals of  
Internal Medicine”, pp942~949,

ABSTRACT

## A Study on Factors Related to Self-Weight Control Practice in Adult Women

-Based on the Health Belief Model and Theory of Planned Behavior-

Kim Jung Hee

Major in Skincare and Obesity Management

Dept. of cultural industry

Graduate school of cultural industry

Sungshin Women's University

Modern fatness is emerging as a serious problem all over the world with various complications caused by the shortage of physical activities and excessive energy intake of high fat and calorie. For this reason, the purpose of this study is to make a comparative analyze of a significant difference in each belief variable and analyze the related factors that affect self-weight control practice by dividing into objective BMI and subjective BMI by age to apply health belief model, planned behavior theory and obesity stress.

This study was made on the basis of women in their 20s, 30s, 40s and 50s residing in Seoul and Gyeonggi area. 470 copies among questionnaires distributed on 520 women, who accept after explaining the purpose and the intent of this study, and then obtaining approval by a self administrated method, were collected. Total 452 copies excepting questions of insufficient answers or no answer were applied to analytic data of this study.

A SPSS(statistical package for the social science) ver 14.0 program was used to analyze that data.

The results of this study were summarized as follows.

First, for age of those surveyed, their 20s were the most by 48.2 percent, followed by their 30s by 28.5 percent, their 40s by 16.2 percent and their 50s by 7.1 percent. For height, over 160 and under 165 were the most by 41.6 percent, and for weight, over 50kg and under 55kg were the most by 32.7 percent.

For weight desired, over 45kg and under 50kg were the most by 38.9 percent, which many women have desired lower weight without being satisfied with their weight. For marriage conditions, the unmarried of 56.4 percent was larger than the marriage of 42.7 percent. For monthly income, under 1,000,000 won was the most by 34.3 percent.

Second, for self obesity perception of their figure regardless of objective BMI of those surveyed, 'be fat' was the most by 58.6 percent, followed by 'be a standard' by 34.3 percent and 'be thin' by 7.1 percent.

For 'upcoming figure desired', 'should be a little thin' was the most by 51.3 percent, which those surveyed have preferred a thin figure.

For 'why their efforts to control their obesity', 'to be satisfied with by themselves and have self-confidence in everything' was the most by 58.0 percent, followed by 'to prevent complications and diseases by obesity' by 23.5 percent and 'for a public favorite figure of S line' by 14.8 percent, which they have preferentially thought internal self-confidence or health than external reason regardless of age.

Multiple answer about 'part thinking as obesity' showed that 'abdominal obesity' is the highest by 24.5 percent, which obesity perception in an abdominal part of the body was high.

Third, the comparison between variables by age, objective BMI and subjective BMI showed that the higher the age bracket is, the practice of self-obesity management behavior is significantly high( $p < 0.05$ ).

For the objective BMI, the higher the BMI in the perceived sensitivity( $p < 0.01$ ) among health belief models, normative belief( $p < 0.05$ ) among planned behavior theories and the obesity stress( $p < 0.05$ ) was, the perceived sensitivity, normative belief and the obesity stress were significantly high.

For the subjective BMI, the higher the BMI in the practice of self-obesity management( $p < 0.05$ ), the perceived sensitivity( $p < 0.01$ ), seriousness( $p < 0.01$ ), profitability( $p < 0.05$ ) and barrier( $p < 0.05$ ) among health belief models, the normative belief( $p < 0.01$ ), adaptional motive( $p < 0.05$ ) and control belief( $p < 0.05$ ) among planned behavior theories and the obesity stress( $p < 0.01$ ) was, the practice of self-obesity management, the perceived sensitivity, seriousness and profitability, the normative belief and

adaptonal motive and the obesity stress were significantly high. And the lower the BMI was, the barrier and the control belief were significantly high.

Fourth, the correlation between factors(sensitivity, seriousness, profitability, barrier) of health belief those surveyed, factors(normative belief, adaptonal motive, control belief) of planned behavior theory, and obesity stress and self-weight control practice showed that self-weight control practice has a significant correlation with seriousness( $p < 0.01$ ), obesity stress( $p < 0.01$ ), control belief( $p < 0.01$ ) and adaptonal motive( $p < 0.01$ ).

For the correlation between each beliefs with the exception of self-weight control practice, sensitivity had a significant correlation with seriousness( $p < 0.01$ ), profitability( $p < 0.01$ ), obesity stress( $p < 0.01$ ), adaptonal motive( $p < 0.01$ ), and had a negative correlation with barrier( $p < 0.01$ ) and control belief( $p < -0.01$ ).

Seriousness has a significant correlation with profitability( $p < 0.01$ ), obesity stress( $p < 0.05$ ), normative belief( $p < 0.01$ ) and adaptonal motive( $p < 0.01$ ), and had a negative correlation with barrier( $p < 0.01$ ). Profitability had a significant correlation with obesity stress( $p < 0.05$ ), normative belief( $p < 0.01$ ) and adaptonal motive( $p < 0.01$ ), and had a negative correlation with barrier( $p < 0.01$ ). Barrier had a significant correlation with control belief( $p < 0.01$ ), and had a negative correlation with obesity stress( $p < 0.01$ ), while obesity stress had a significant correlation with adaptonal motive( $p < 0.01$ ). Control belief had a significant correlation with normative belief( $p < 0.01$ ) and adaptonal motive( $p < 0.01$ ), and normative belief had a

positive correlation with adaptional motive( $p < 0.01$ ).

Fifth, an analysis of factors affecting self-weight control practice showed that by the correlation between health belief model, planned behavior theory, sub-traits of obesity stress group and self-weight control practice, there is a significant correlation between perceived barrier, control belief, obesity stress and self-weight control practice.

Consequently, the higher the age bracket(40s-50s) and the subjective BMI( $p < 0.05$ ) were, the practice of self-obesity management was high. And the higher the perceived barrier( $p < 0.01$ ) among health belief models, the adaptional motive( $p < 0.01$ ) among planned behavior theories and the obesity stress( $p < 0.01$ ) were, the practice of self-obesity management behavior was high.

The practice of self-obesity management was high in the subjective BMI than the objective BMI. And the subjective BMI was high in health belief models. This is because it is supposed that the behavior is determined by the present subjective perception on the assumption that determinants of behavior are relied on the subjective perception. The objective BMI was high in planned behavior theories. This is because it is supposed that a direct determinant of behavior is intention, and other factors have a repercussion on the behavior through intention.

As those surveyed were limited to residents in Seoul and Gyeonggi area to select at will from 20s to 50s, it was unreasonable to generalize the result of this study to all women, and questionnaires have been placed the

unstandardized restriction as researchers have made out through reference, correction and supplementation of preceding researches and literatures.

For this reason, to have a correct understanding of their own conditions through objective BMI and subjective BMI, and to improve and steadily keep an educational program for right obesity perception and the practice of self-obesity management, if obesity management programs by type are developed by catching personal propensity and preference through questionnaires using health belief models and planned behavior theories, they can be applied as a program for creating loyalty customers in skin care shops as well as the practice of self-obesity management, and it is necessary for continuous studies to complement the limitation of this study.

## 설 문 지

안녕하십니까?

본 설문지에 응해 주셔서 대단히 감사합니다.

본 설문지는 <성인 여성의 자가비만관리 실천도와 관련된 요인 분석>을 알아보기 위한 것입니다.

귀하께서 응답하여 주신 모든 사항은 통계법 제8조 및 제9조의 규정에 의하여  
연구 목적 이외의 다른 용도로 절대로 사용되지 않으며 무기명으로 작성되어  
개인에 대한 사항은 절대 보장됩니다.

각 물음에 대해 성의 있고 솔직한 의견 부탁드립니다. 빠짐없이 기입해주시면 감사하겠습니다.  
바쁘신 중에 귀한 시간 내주셔서 진심으로 감사드립니다.

2009년 10월

연구자 : 성신여자 대학교 문화산업 대학원 피부비만관리학 석사과정 김정희  
지도교수 : 성신여자대학원 문화산업대학원 교수 안홍석

**Q1. 일반적 사항을 알아보기 위한 질문입니다.**

1. 귀하의 연령은 만 몇 세입니까? ( )년생, 만( )세

2. 귀하의 현재 키와 몸무게는 각각 얼마나 됩니까?

키( )cm, 몸무게( )Kg

3. 귀하가 희망하는 몸무게는 얼마나 됩니까? ( )Kg

4. 귀하는 결혼상태는 어떠합니까?

(1) 기혼 (2) 미혼 (3) 기타

5. 귀하의 수입(생활비)는 얼마입니까?

(1) 100만원 미만 (2) 100-200만원 미만 (3) 200-300만원 미만

(4) 300-400만원 미만 (5) 400만원 이상

6. 귀하의 직업은 무엇입니까?

(1) 주부 (2) 회사원 (3) 공무원 (4) 전문직

(5) 판매서비스업 (6) 대학생 (7) 기타( )

7. 현재 자신의 체형이 어떻다고 생각하십니까?

(1) 매우 말랐다. (2) 말랐다. (3) 표준이다. (4) 살찐 편이다. (5) 비만이다.

8. 앞으로 원하는 자신의 체형에 대해 어떻게 생각하십니까?

(1) 많이 날씬해져야 한다. (2) 약간 날씬해져야 한다. (3) 만족한다.

(4) 약간 살찌야 한다. (5) 많이 살져야 한다.

9. 비만, 체형관리를 위해 노력하는 가장 중요한 이유는 무엇입니까?

(1) 대중적으로 선호하는 S라인 몸매를 위해

(2) 비만에 의한 합병증 예방 및 질병 예방을 위해

(3) 지금보다 더 좋은 대인관계를 맺기 위해

(4) 스스로 만족하고 매사에 자신감을 갖기 위해

(5) 기타 ( )

10. 귀하의 신체 중 비만이라고 생각하는 부분이 있다면 **모두** 고르십시오.

(1) 얼굴 (2) 상체비만 (3) 복부비만

(4) 팔뚝 (5) 허벅지 (6) 종아리

(7) 엉덩이 (8) 없다 (9) 기타( )

**Q2. 최근 3개월 동안** 자가 비만관리를 위한 활동을 어느 정도하고 있는가를 알아보기 위한 내용들입니다. 귀하에게 가장 해당되는 칸에 “V”로 표시해 주세요.

항 목	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
균형 있는 영양섭취를 한다.				
과식을 피하고 항상 일정량의 식사를 한다.				
아침식사를 매일 한다.				
육식을 줄이고 채소를 즐겨 섭취한다.				
취침 2시간 전에는 음식물 섭취를 피한다.				
식사할 때 잘 씹고 천천히 먹는다.				
인스턴트 식품, 설탕, 지방질(사탕, 초콜릿, 음료수 등)의 섭취를 피한다.				
스트레스가 생겨도 음식 먹는 것으로 해소하지 않는다				
평소에 가능한 많이 걷는다.				
비만 관리에 도움이 될 수 있는 시설 (헬스클럽, 에어로빅, 단식원, 관리실 등)을 이용한다.				
땀에 젖고 숨이 가쁜 정도의 운동을 일주일에 3회 30분 이상 규칙적으로 한다.				
하루에 7~8시간 정도의 수면을 취한다.				
하루 평균 4시간 이하 TV를 시청한다.				
정기적으로 체중을 재어보고 그 변화를 체크하고 반성 또는 유지하려고 노력한다.				
체중조절, 살빼기, 비만 등에 관한 서적, 신문기사, TV 프로그램 등을 관심 있게 본다.				

**Q3. 다음은 자신의 비만(건강)상태에 대해 가지고 있는 생각을 알아보고자 하는 질문입니다.**

**귀하에게 가장 해당되는 칸에 "V"로 표시해 주세요**

항 목	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
나는 다른 사람보다 비만이 잘 되는 체질이다.				
그냥 내버려두면, 나는 앞으로 더 비만해 질 것이다.				
나는 비만의 합병증(당뇨병, 고혈압, 심혈관 질환 등)에 걸릴 가능성이 높다.				
비만인 사람은 다른 사람에게 놀림이나 따돌림을 받기 쉽다.				
비만은 여러 가지 질병의 원인이 된다.				
비만하면 원하는 옷을 사 입을 수 없다.				
비만인 사람은 행동이 느려서 업무처리나 일상생활에 지장을 준다.				
비만관리(운동, 식이요법, 관리실 등)를 하면 외모를 가꾸는 즐거움을 느낄 것이다.				
비만관리(운동, 식이요법, 관리실 등)를 하면 지금보다 다른 사람들에게 매력적으로 보일 것이다.				
비만관리(운동, 식이요법, 관리실 등)를 하면 성인병을 예방할 수 있다.				
비만관리(운동, 식이요법, 관리실 등)를 하면 사회활동(직장, 학교 등)에서 더 적극적으로 잘 할 수 있다.				
비만관리(운동, 식이요법, 관리실 등)를 하면 체력이 좋아질 것이다.				
비만관리(운동, 식이요법, 관리실 등)를 하면 음식섭취에 대한 부담을 느낄 것이다.				
비만관리(운동, 식이요법, 관리실 등)를 할 시간이 없다				
비만관리(운동, 식이요법, 관리실 등)에는 많은 인내와 고통이 수반된다.				
다이어트를 하면 오히려 건강을 해칠 후유증 (예; 요요 현상)이 생길 것이다.				
비만관리(운동, 식이요법, 관리실 등)를 하면 스트레스가 높아질 것이다.				

**Q4. 다음은 스트레스 수준을 측정하는 질문입니다. 최근 3개월 동안 다음 항목에 대해**

**어느 정도 느끼고 있었는지 귀하에게 가장 해당되는 칸에 "V"로 표시해 주세요.**

항 목	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
살이 찌는 것이 두렵다.				
살 찢 것이 두려워 배가 고파도 참는다.				
하루 세 끼를 다 챙겨 먹으면 살이 찢 것 같다.				
살이 찌는 것이 두려워 탄수화물이 많은 음식을 먹지 않으려고 노력한다.				
저녁 6~7시 이후에는 아무것도 먹지 않는다.				
음식 섭취시 칼로리를 생각해서 먹는다.				
과식한 후에 심한 후회감을 느낀다.				
현재 음식 조절을 통해 비만관리를 하고 있다.				
다른 사람들과 만날 때 체형 때문에 자신감이 없다.				
거울에 비친 내 모습을 보면 내 체형에 대한 불만이 생긴다.				
체중계에 자주 올라가서 체중을 체크한다.				

**Q5. 아래의 질문들은 자가 비만관리행위를 할 때 일어날 수 있는 상황에 대해 묻는 문항입니다.**

**귀하의 생각과 가장 일치하는 칸에 "V"로 표시해 주세요.**

**Q5-1**

내가 비만관리(식이요법, 운동요법)을 하려고 한다면	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
배우자나 이성 친구는 나를 격려해 줄 것이다.				
가족(부모님, 형제, 자매, 자녀)은 나를 격려해 줄 것이다.				
친한 친구들(직장동료)은 나를 격려해 줄 것이다				
주위의 잘 아는 피부비만 전문가, 의사, 간호사, 전문 영양사들은 나를 격려해 줄 것이다.				

**Q5-2**

항 목	전혀 따르지 않을 것이다.	대체로 따르지 않을 것이다.	대체로 따를 것이다	반드시 따를 것이다
배우자나 이성 친구가 비만관리를 하라고 권한다면 나는				
가족(부모님, 형제, 자매, 자녀)이 비만관리를 하라고 권한다면 나는				
친한 친구들(직장동료)이 비만관리를 하라고 권한다면 나는				
주위의 잘 아는 피부비만 전문가, 의사, 간호사, 전문 영양사가 비만관리를 하라고 권한다면 나는				

**Q6. 아래의 질문들은 실제로 운동, 식이요법, 또는 관리실 방문 등에 대해 묻는 문항입니다.**

**귀하의 생각과 가장 일치하는 칸에 "V"로 표시해 주세요.**

다음과 같은 상황에서	매우 자신 없다	대체로 자신 없다	대체로 자신 있다	매우 자신 있다
직장에(학원에) 다닐 경우 비만관리 (운동, 식이요법, 관리실 등)를 실천하는 것에				
비만관리(운동, 식이요법, 관리실 등)로 인해 저녁 모임(가족, 친구, 회사)이 제약을 받는 경우 3개월 이상의 꾸준한 관리를 실천하는 것에				
비만관리를 위해 3개월 이상 꾸준한 운동 (휘트니스, 요가, 개인 운동 등)을 실천하는 것에				
비만관리를 위해 3개월 이상 꾸준히 식이조절 (식사량 조절, 간식 X, 식단 조절 등)을 실천하는 것에				
비만관리(운동, 관리실 등) 후 일시적인 근육통(몸살)이 생겼을 때 1개월 이상 꾸준히 비만관리를 실천하는 것에				
집 외의 장소(여행, 출장, 등)에서 비만관리 (운동, 식이요법)를 실천하는 것에				
비만관리(운동, 식이요법, 관리실 등)에 나의 한달 지출의 1/3 정도를 투자해야 한다면 비만관리를 실천하는 것에				
비만관리(운동, 식이요법, 관리실방문 등) 중 슬프거나 속상한 일이 생겼을 때 꾸준히 비만관리를 실천하는 것에				

**수고하셨습니다.**

**설문에 응해주셔서 다시 한 번 진심으로 감사합니다.**