

주관적 체형인식이 체중조절방법 선택에 미치는 영향: 2012년 국민건강영양조사 자료를 이용하여

유정은¹ · 오달석² · 김남권^{1,3}

¹부산대학교 한방병원 한의약임상연구센터, ²한국한의학연구원, ³부산대학교 한의학전문대학원 한방안이비인후피부과

How Does Body-Shape Perception Affect the Weight Control Practices?: 2012 Korea National Health and Nutrition Examination Survey

Jeong-Eun Yoo¹, Dal-Seok Oh², Nam-Kwen Kim^{1,3}

¹National Clinical Research Center for Korean Medicine, Pusan National University Korean Medicine Hospital,

²Division for Medical Research, Korea Institute of Oriental Medicine,

³Department of Ophthalmology and Otolaryngology and Dermatology, School of Korean Medicine, Pusan National University

Received: June 2, 2014

Revised: June 10, 2014

Accepted: June 11, 2014

Correspondence to: Nam-Kwen Kim
National Clinical Research Center for
Korean Medicine, Pusan National
University Korean Medicine Hospital
20 Geumo-ro, Yangsan 626-789,
Korea
Tel: +82-55-360-5947
Fax: +82-55-360-5906
E-mail: drkim@pusan.ac.kr

Copyright © 2014 by The Society of Korean
Medicine for Obesity Research

Objectives: This study was to investigate how body-shape perception could influence to weight control practice both in normal and obese group.

Methods: We used 2012 Korea National Health and Nutrition Examination Survey to analysis 1) weight control practices of population; 2) consistency between body-shape perception and body mass index; 3) comparison weight control practices between normal group and body mass index (BMI) obese group in perceptual obese group; 4) odds ratio of BMI obese group using herbal drugs for weight control practice in perceptual obese group.

Results: We found that study population tends to choose exercise, dietary restriction, meal skip, health functional food, one-food, drug, herbal drug, fasting and self-medication in order of frequency to control weight. The agreement between body-shape perception and BMI within obese group was approximately 64% with 0.40 of Cohen's Kappa coefficient, ranging from 0.384 to 0.423. Within perceptual obese group, choosing each weight control practice methods ratios between normal BMI group and obese BMI group were not significantly different. Within perceptual obese group, obese BMI group showed significant odds ratio (2.58, 95% confidence intervals, 1.38~4.85) than normal BMI group in choosing herbal medication for weight loss when adjusting other variables.

Conclusions: We concluded that body-shape perception might be an important factor for choosing weight control program, and roles of Korean medical doctors thought to be enhanced for using herbal medication for weight loss.

Key Words: Obesity, Body-shape perception, Weight control, Korea national health and nutrition examination survey, Herbal medicine

서론

우리나라 비만 유병률은 1998년 19세 이상 남자 25.1%, 여자 26.2%에서 2012년 36.3%, 여자 28.0%로 증가하는

추세이고, 특히 50대 이후의 여성에서 높은 비율을 보이는 것으로 보고되어 있다¹⁾. 비만한 경우 제2형 당뇨병, 이상 지질혈증, 고혈압, 지방간, 담낭질환, 협심증, 심근경색증 등의 관상동맥질환으로의 이환율이 높기 때문에 질병의 예방

을 위해서는 비만상태의 관리가 필수적이며, 따라서 비만의 치료는 체중을 감소시키고 이를 통해서 비만 관련 질환을 감소시키는 것이 목적이라고 할 수 있다²⁾.

비만의 정의는 과도한 체지방 축적 상태로, 비만의 진단을 위해서는 실제 지방량을 정확히 측정하기는 어려우므로 간접적인 평가 방법을 사용하며, 이 중에서 복부둘레 측정과 체질량지수(body mass index, BMI)의 측정이 가장 대표적이다. 우리나라 기준에서는 성인의 BMI 25 이상을 비만으로 분류하고 있다³⁾. 체질량지수는 비만을 측정하는 객관적 지표로서 치료 제공여부의 기준이 되고 치료 결과를 평가하는 도구가 된다. 그러나 비만한 상태는 건강과 미용의 개념이 혼재되어 있어⁴⁾ 비만의 판정과 비만의 인식 사이에는 차이가 발생할 수 있다.

비만환자의 체중조절 방법의 종류는 식이요법, 운동요법, 행동요법 등 생활습관을 교정하는 방법과 약물치료 및 수술적 치료로 나눌 수 있다. 비만진료지침은 생활습관의 교정을 일차적인 치료법으로 권장하며, 약물치료 및 수술적 치료는 비만의 중증도 및 기타 이환 질환의 상태, 환자의 개인적 특성에 따라 의료인의 판단하에 처방을 하도록 제시하고 있다⁵⁾. 그러나 현실에서는 의료인의 판단에 따른 치료보다는 개인적인 경험에 의지하여 체중조절을 시도하는 경우가 많으며⁶⁾ 의료인의 지도가 개입되지 않은 건강기능식품 복용 등의 방법이 비만 치료의 대안이 되기도 한다⁷⁾.

본 연구팀은 기존의 자료들과 임상적인 경험을 종합했을 때, 주관적인 체형인식이 비만치료의 동기와 방법의 선택에 중요한 영향을 미치는 요인이라는 가설을 설정하였다. 먼저, 주관적 체형인식과 비만도 간에 어느 정도의 일치도를 보이는지 알아보기 위해 표본 수가 비교적 큰 국민건강영양 조사의 원시 자료를 이용하여 분석하였다. 다음으로, 원시 자료에 한약복용을 포함한 체중조절 방법 선택에 대한 데이터가 있는 것을 확인하고, 주관적으로 비만하다고 인식하는 대상자가 체중조절방법을 선택하게 될 때, BMI상 객관적인 비만도에 따라 차이가 있는지 비교해보았다. 또한 한약복용은 환자의 의지와 더불어 처방하는 한의사의 판단이 개입되는 중재이기 때문에 이와 관련한 공변량적 요인을 분석하여 한방비만치료에 있어서 고려해야 할 요소에 대하여 고찰하였다.

대상 및 방법

1. 대상

본 연구는 2012년 시행된 제5기 3차년도 국민건강영양 조사의 건강설문과 검진조사 원시자료를 이용하였다. 분석 대상은 주요 변수들에 대한 누락응답이 없는 성인들로 제한하였으며, 순환 표본 중 1년의 자료만을 대상으로 하였으므로 추출률과 응답률에 의한 가중치와 통합가중치 등은 분석에 사용하지 않았다.

19세 이상 응답자인 6,293명 중, 인구사회학적 변수들과 비만 설문 변수들, 비만 연관질환 변수들, 건강 행태 변수들에 대해 1문항이라도 결측이 있는 대상은 제외하였으며, 총 5,467명을 최종 분석 대상으로 하였다.

2. 방법

1) 주요변수

(1) 인구사회학적 변수들

인구 사회학적 변수들은 성별, 연령그룹(19~44세, 45~64세, 65세 이상), 소득(개인 소득의 4분위 분류), 교육(교육 재분류에 의한 4분위 분류, 초졸 이하=1, 중졸=2, 고졸=3, 대졸 이상=4) 등으로 하였다.

(2) 비만 설문 변수들

비만 설문 변수들은 주관적 체형인식 항목(1=마른 편, 2=정상, 3=비만)과 지난 1년간의 체중조절 방법 선택 여부에 대한 항목들인 식사량 감소 여부, 결식 여부, 건강기능식품 사용 여부, 원푸드 다이어트 사용 여부, 감량처방 여부, 한약복용 여부, 단식 여부, 임의 감량제 사용 여부, 기타로 하였다.

(3) 비만 연관 질환 변수들

비만 연관질환들로는 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 관절염 여부 등으로 하였다.

(4) 건강행태 변수들

건강 행태에 대한 변수들은 음주(월 1회 미만=1, 주 1회 미만=2 주 1회 이상=3), 흡연 여부, 스트레스(1=대단히 많이 느낌, 2=많이 느낌, 3=조금 느낌, 4=거의 안 느낌), 신체 활동(1=일주일의 중등도 신체활동이 1일 이내, 2=2~3일, 3=4일 이상)으로 하였다.

(5) 체질량지수(BMI)

BMI는 체중(kg)/신장²(m²)으로 계산하였으며, BMI가 18.5 이하인 경우를 저체중군, 18.5 이상 25 미만인 경우를 정상군, 25 이상인 경우를 비만군으로 각각 그룹화하였다.

2) 통계분석

모든 연속형 변수들에 대한 정규성 검정은 Shapiro-Wilk test을 시행하였고, 정규성이 나타난 변수들의 그룹간 평균의 차이는 Student's t-test를 시행하였다. 범주형 변수들의 분석은 chi-square test와 Fisher's exact test를 사용하였다. 주관적 체형인식과 BMI 비만도의 일치도를 분석하기 위하여 Cohen's Kappa coefficient를 계산하였다. 주관적 비만 인식자 중 BMI상 비만도가 한약복용 여부에 미치는 영향을 추정하기 위해 위계적 로지스틱 회귀분석(hierarchical logistic regression)을 시행하였다. 분석결과 유의성은 P<0.05로 하였으며, 분석 프로그램은 Stata SE 13 version (Stata Corp., College Station, TX, USA)을 사용하였다.

결 과

1. 일반적 특성

분석에 포함된 총 5,467명의 19세 이상의 성인들 중 남녀의 비율은 각각 41.50%와 58.50%였으며, 저체중군과 정상군, 비만군 중 군별 남녀 구성의 차이는 저체중군에서는 여성이, 비만군에서는 남성의 비율이 각각 높게 나타났으며, 통계적으로 유의하였다. 연령별 분포도 저체중군에서는 낮은 연령이 비만군에서는 높은 연령대가 각각 유의하게 높게 나타났다. 교육수준과 소득수준은 저체중군에서 사분위가 높은 군이, 비만군에서는 사분위가 낮은 군이 유의하게 높게 나타났다. 혈압과 당뇨, 이상지질증에 대한 각 체중군당 구성도 저체중군은 낮고 비만군은 각각 높게 나타났으며, 통계적으로 유의하였다. 건강 행태 변수들 중 스트레스와 음주는 각 군에서 차이가 나타났으며, 흡연과 운동은 군간 빈도 차이의 유의성이 없었다(Table 1).

2. 주관적 자기 체형 인식과 객관적 비만도의 일치도 분석

전체 응답자들에 대한 설문조사에 의한 자기 체형 인식

과 BMI 비만도 측정결과의 일치도를 Cohen's Kappa coefficient를 계산하여 분석한 결과, 총 62%에서 응답 일치도를 확인하였고, 우연에 의한 일치도를 제외한 일치도(Cohen's Kappa coefficient)는 0.40 (95% confidence interval 0.384~0.423)으로 나타났다(Table 2).

3. 체중조절방법 선택빈도

모든 대상자들에서 조사된 체중조절 항목들의 응답률은 운동(41.61%)이 가장 높게 나타났으며, 식사량 감소(31.53%), 결식(4.37%), 건강기능식품(3.33%), 원푸드 다이어트(1.39%), 감량처방(1.35%), 한약복용(1.26%), 단식(1.24%), 임의 감량제(0.46%), 기타(0.11%) 등의 순으로 나타났다. 기타의 내용은 규칙적 식사 2명, 수유 1명, 물 섭취 1,000 ml 이상 1명, 옥돌로 배를 문질러 지방제거 1명, 미기입 1명이었다(Table 3).

4. 주관적 비만인식군 중 BMI상 정상군과 비만군 간의 체중조절방법 선택 비교

자신이 비만하다고 응답한 주관적 비만인식군에서 BMI 비만도 측정결과 정상군과 비만군 간의 체중조절 방법의 선택 빈도를 교차 분석한 결과, 두 군에서 나타나는 체중조절 방법 선택 빈도의 유의한 차이는 확인되지 않았다(Table 4).

5. 주관적 비만인식군 중 BMI상 비만군이 체중조절방법으로 한약복용을 선택하는 데 영향을 미치는 요인

자신이 비만하다고 응답한 비만인식군 중, BMI상 비만으로 판정된 군이 정상체중군보다 한약복용에 의한 체중 조절을 선택할 확률을 추정하기 위하여 위계적 회귀분석을 시행하였다. 인구사회학적 변수들과 비만 연관질환 변수들, 건강행태 변수들을 보정한 분석 결과는, 정상 판정군에 비해 비만 판정군이 한약 복용을 다이어트 방법으로 선택할 오즈비(odd ratio)는 2.58배 높게 나타났으며 통계적으로 유의하였다. 또한 여성일 경우, 19~44세의 연령층, 음주량이 많은 군에서 선택비율이 높았으며, 교육수준, 소득수준에 의해서는 영향을 받지 않는 것으로 나타났다(Table 5).

Table 1. Baseline Characteristics of Population

Variable	Total (n=5,467)	Underweight	Normal	Obese	P-value
Sex					
Male	2,269 (41.50)	62 (25.94)	1,412 (40.72)	795 (45.17)	0,000
Female	3,198 (58.50)	177 (74.06)	2,056 (59.28)	965 (54.83)	
Age (yr)					
19~44	2,051 (37.52)	160 (66.95)	1,305 (37.63)	586 (33.30)	0,000
45~64	2,016 (36.88)	39 (16.32)	1,270 (36.62)	707 (40.17)	
≥65	1,400 (25.61)	40 (16.74)	893 (25.75)	467 (26.53)	
Education (yr)					
<7	1,411 (25.81)	35 (14.64)	878 (25.32)	498 (28.30)	0,000
7~9	585 (10.70)	14 (5.86)	359 (10.35)	212 (12.05)	
10~12	1,842 (33.69)	92 (38.49)	1,148 (33.10)	602 (34.20)	
>12	1,629 (29.80)	98 (41.00)	1,083 (31.23)	448 (25.45)	
Income					
Lowest	1,340 (24.51)	62 (25.94)	829 (23.90)	449 (25.51)	0,307
Medium-lowest	1,375 (25.15)	55 (23.01)	854 (24.63)	466 (26.48)	
Medium-highest	1,361 (24.89)	62 (25.94)	871 (25.12)	428 (24.32)	
Highest	1,391 (25.44)	60 (25.10)	914 (26.36)	417 (23.69)	
Self perception					
Thin	952 (17.41)	192 (80.33)	719 (20.73)	41 (2.33)	0,000
Moderate	2,266 (41.45)	46 (19.25)	1,915 (55.22)	305 (17.33)	
Fat	2,249 (41.14)	1 (0.42)	834 (24.05)	1,414 (80.34)	
Hypertension					
Yes	1,244 (22.75)	14 (5.86)	662 (19.09)	568 (32.27)	0,000
Diabetes					
Yes	445 (8.14)	5 (2.09)	250 (7.21)	190 (10.80)	0,000
Dyslipidemia					
Yes	462 (8.45)	3 (1.26)	245 (7.06)	214 (12.16)	0,000
Stress					
Very much	226 (4.13)	20 (8.37)	130 (3.75)	76 (4.32)	0,003
Much	1,162 (21.25)	58 (24.27)	739 (21.31)	365 (20.74)	
Little	3,213 (58.77)	129 (53.97)	2,073 (59.78)	1,011 (57.44)	
None	866 (15.84)	32 (13.39)	526 (15.17)	308 (17.50)	
Alcohol					
<1/mo	2,721 (49.77)	117 (48.95)	1,717 (49.51)	887 (50.40)	0,000
<1/wk	1,675 (30.64)	85 (35.56)	1,108 (31.95)	482 (27.39)	
≥1/wk	1,071 (19.59)	37 (15.48)	643 (18.54)	391 (22.22)	
Smoke					
Yes	1,046 (19.13)	39 (16.32)	652 (18.80)	355 (20.17)	0,260
Physical activity (wk)					
≤1	4,181 (76.48)	187 (78.24)	2,654 (76.53)	1,340 (76.14)	0,629
2~3	404 (7.39)	15 (6.28)	246 (7.09)	143 (8.13)	
≥4	882 (16.13)	37 (15.48)	568 (16.38)	277 (15.74)	

Values are presented as number (%).

Table 2. Consistency between Body-Shape Perception and Body Mass Index

	BMI			Total (n)
	Underweight (n)	Normal (n)	Obese (n)	
Body-shape perception				
Underweight	192	719	41	952
Normal	46	1,915	305	2,266
Obese	1	834	1,414	2,249
Total	239	3,468	1,760	5,467
Exact agreement (%)				62,00
Kappa coefficient	0,40 (0,384 ~ 0,423)			

Table 3. Frequency of Weight Control Practices

Weight control practices (n=5,467)	n (%)
Exercise	2,275 (41.61)
24 hours fasting	68 (1.24)
Dietary restriction	1,724 (31.53)
Meal skip	239 (4.37)
Self-medication	25 (0.46)
Drug	74 (1.35)
Herbal drug	69 (1.26)
Health functional food	182 (3.33)
One-food	76 (1.39)
Et cetera	6 (0.11)

Table 4. Comparison of Weight Control Practice between Normal Group and BMI Obese Group in Perceptual Obese Group

Weight control practice (n=2,249)	Normal group	BMI obese group	P-value
Exercise	440 (52.69)	783 (55.37)	0.218
24 hours fasting	15 (1.80)	32 (2.26)	0.455
Dietary restriction	369 (44.19)	624 (44.13)	0.977
Meal skip	61 (7.31)	106 (7.50)	0.867
Self-medication	5 (0.60)	18 (1.27)	0.125
Drug	19 (2.28)	48 (3.39)	0.131
Herbal drug	17 (2.04)	33 (2.33)	0.643
Health functional food	38 (4.55)	68 (4.81)	0.78
One-food	21 (2.51)	31 (2.19)	0.623
Et cetera	0 (0.00)	1 (0.07)	1

Values are presented as number (%). BMI: body mass index.

고찰

비만 발생에 영향을 줄 수 있는 요인에는 유전적 요인, 사회 경제적 요인, 행동적 요인으로 나누어 볼 수 있다. 기존의 한국인을 대상으로 한 연구에서 허리둘레를 기준으로 한 비만 유병률과 사회 경제적 요인의 관계를 분석했을 때, 남자는 고소득, 7~9년 교육수준에서, 여자는 저소득, 7년 미만의 교육수준에서 비만 유병률이 높은 것으로 조사되었는데, 이는 건강에 대한 관심과 관리의 정도 및 사회적인 활동과 관련한 식생활 습관이 원인인 것으로 추정되고 있다⁸⁾. 본 연구에서는 남녀를 구분하여 분석하지 않았으며 낮은 소득 사분위와 낮은 교육 사분위에서 비만인의 비율이 높게 나타났다. 또한 행동적 요인과 관련한 비만 유병률에 대한 기존의 연구에서는 남성에게서 지나친 음주로 인한 비만 유병률이 높은 것으로 알려져 있으며⁹⁾, 금연과 체중증가는 유의한 관련성이 없는 것으로 보고되어 있다¹⁰⁾. 본 연구에서는 주 1회 이상 음주를 하는 군에서 비만인의 비율이 높게 나타났다. 비만에서 이환될 수 있는 대표적 질환으로 알려진 고혈압, 당뇨, 고지혈증은 저체중군, 정상 체중군, 비만군의 순으로 발생빈도가 높게 나타나서 비만 정도가 심할수록 질환 이환율이 높은 특징을 보였다(Table 1).

본 연구에서는 대상자가 일년 이내에 체중조절 경험이 있다고 답했을 때, 10개 항목 중에 시도했던 체중조절방법을 선택하도록 하였다. 그 결과, 체중조절방법으로는 운동(41.61%)과 식사량 감소(31.53%)를 가장 많이 선택하는 것으로 나타났다. 특이할 만한 것은 진료진의 처방약 또는

Table 5. Odds Ratio of Body Mass Index Obese Group Using Herbal Drugs for Weight Control Practice in Perceptual Obese Group

Variable	Odds ratio	95% confidence interval
Obesity		
Normal	1.00	
Obesity	2.58	1.38~4.85
Sex		
Male	1.00	
Female	55.97	7.14~438.86
Age (yr)		
19~44	1.00	
45~64	0.41	0.18~0.94
≥65	0.11	0.01~1.07
Education (yr)		
<7	1.00	
7~9	4.14	0.79~21.76
10~12	2.18	0.42~11.24
>12	3.08	0.56~16.87
Income		
Lowest	1.00	
Medium-lowest	1.74	0.67~4.48
Medium-highest	2.12	0.83~5.38
Highest	2.29	0.88~5.97
Dyslipidemia		
Yes	0.85	0.18~4.04
Hypertension		
Yes	0.51	0.14~1.89
Arthritis		
Yes	0.97	0.27~3.50
Stress		
Very much	1.00	
Much	0.61	0.18~2.04
Little	0.69	0.23~2.13
None	0.65	0.15~2.84
Alcohol		
<1/mo	1.00	
<1/wk	1.57	0.81~3.06
≥1/wk	2.89	1.30~6.43
Smoke		
Yes	0.78	0.26~2.39

한약보다 건강기능식품 또는 원푸드 다이어트를 선택하는 비율이 높게 나타났다는 점인데, 대중매체에서 제공하는 정보나 경험에 의해 체중조절방법을 선택하는 경향성이 높은 것으로 해석할 수 있겠다. 특히 체중조절용 건강기능식품은 편리성과 관련시장의 확대로 향후 이용이 더 늘어날 전망으로 예상되고 있다¹¹⁾. 그러나 개인의 상태에 맞지 않는 지식을 잘못 실천하게 되면 건강을 해칠 우려가 있기 때문에, 의료인들이 건강검진 수진자 또는 비만진료를 위하여 내원한 환자들을 대상으로 운동, 식사량 감소, 건강기능식품 복용에 대해 몸 상태에 맞는 정보를 제공해주고 전문적으로 지도하는 것이 필요하리라 생각된다(Table 3).

주관적 체형인식은 비만인이 체중조절에 대한 의지를 갖게 하며 때문에 비만치료의 예후에 있어서도 중요하다. 본 연구에서는 카파값을 이용하여 주관적 체형인식과 BMI에 따른 비만도와 일치도를 평가하였다(Table 2). 그 결과, BMI상 비만인데 본인은 저체중 또는 정상이라고 대답한 사람이 346명으로 이러한 경우 치료 기회를 놓칠 수 있는 잠재적 치료군으로 볼 수 있다. 또한 BMI 결과상 정상군인데, 주관적 체형인식에서 비만으로 대답한 사람이 834명으로 이러한 경우 미용을 목적으로 체중조절을 하는 군으로 예상해 볼 수 있다. 실제 비만 클리닉에 내원하는 환자들은 주관적 체형인식에 의해 치료에 대한 동기를 갖게 되며, 질환적 치료군과 미용을 목적으로 하는 군이 혼합되어 있다는 보고가 있다¹²⁾. 기존에 연구에서 주관적인 체형인식이 체중조절의 적극성에 영향을 준다는 결과가 있었으며¹³⁾, 개인의 체형에 대한 인식은 비만치료에 있어서 간과해서는 안될 중요한 요소이다. 이러한 배경에서 본 연구에서는 비만하다는 주관적 체형인식을 가지고 있을 때, BMI 판정상 정상인과 비만인이 체중조절방법을 선택하는 데 차이가 있는지 추가적인 분석을 진행하였다. 그 결과, 두 군에서 나타나는 체중조절방법 방법 선택 빈도의 유의한 차이는 확인되지 않았다. 비만치료와 체중조절은 본인이 선택해서 실천하는 운동, 식량량 조절 같은 것도 있지만, 진료의사의 결정이 개입되는 감량처방, 한약복용과 같은 중재방법도 있다. 본 연구 결과, 감량처방은 정상인 2.28%와 BMI 비만 판정자 3.39%, 한약복용은 정상인 2.04%와 BMI 비만 판정자 2.33%로 군 간에 거의 차이가 없었다(Table 4). 그러나 이상의 결과는 Table 1에 제시한 바와 같이 비만 유병과 연관성이 있는 인구사회학적 변수들과 질환 변수, 건강 행태 변수들을 보정하지 않은 상태이므로, 이상의 변수들을 보정한 상태에서 한약 선택이 실제 비만에 영향을 주었는지 확인하기 위하여 위계적 회귀분석을 시행하였다.

분석 결과, 인구사회학적 변수들과 질환 변수, 건강 행태 변수들을 보정한 상태에서 BMI 측정상 비만의 설명변수가 한약 복용에 영향을 미친 오즈비는 2.58로 추정되었으며, 통계적으로 유의성이 확인되었다(Table 5). 이는 주관적 비만 인식자들에서 객관적인 비만의 유병이 한약 복용의 결정에 영향을 미친 것을 의미하며, 결국 관련 의료인인 한의사의 중재에 의한 결과로 생각된다.

본 연구 결과에 따르면, 체중조절방법으로 한약복용을 선택하는 빈도는 1.26%로 조사되었다(Table 3). 기존에 한방의료기관 이용환자의 성별 이용실태 및 특성비교연구에 따르면 비만은 이용환자의 주요질환 중에 하나이며, 특히 여성에게서 이용률이 높은 것으로 조사되었다¹⁴⁾. 본 연구에서도 한약복용은 여성이 선택하는 비율이 뚜렷하게 높은 것으로 나타났다. 연령대별로는 19~44세 층에서 선택비율이 높았으며, 교육수준, 소득수준에 의해 영향을 받지 않는 것으로 나타났다. 특이할 만한 점은 음주량이 많은 군에서 한약복용의 선택비율이 높았다는 점인데, 남녀의 차이가 있을 것으로 예상되지만¹⁵⁾, 이러한 결과가 나타난 배경에 대해서는 한약복용의 선택동기 등을 추가 조사해야 해석이 가능할 것으로 생각된다(Table 5).

본 연구는 카파값을 이용하여 주관적 체형인식과 BMI에 따른 비만판정과의 일치도를 평가하는 방법을 적용하였으며, 연구결과의 활용도를 높이는 새로운 시도였다고 생각된다. 한편, 체중조절 선택과 관련한 일부 표본수가 적어 내용을 일반화하기에는 한계가 있으며, 건강기능식품의 범위와 종류가 파악되지 않았다는 점, 성별에 따른 분석이 없었던 점, 연령의 분석이 보다 세분화되지 못한 점은 향후에 보충하여 후속연구가 진행되어야 하겠다.

기존에 비만 치료에 대하여 체중감량, 체지방 감소의 효과가 있는 약물 및 요법 개발에 많은 연구가 있었다. 그러나 이러한 중재가 실제상황에서 효과적으로 실현되기 위해서는 비만치료를 받게 되는 환자의 동기와 치료선택에 대한 파악을 하여 개인별로 맞춤치료가 이루어지는 것이 중요하다. 한방비만진료는 변증 및 체질에 따른 맞춤치료, 건강한 체중감량, 전인적 돌봄을 강조하기 때문에 운동, 식이조절, 건강기능식품 복용에 대한 전문적인 지도를 추가하여 비만 치료프로그램을 개발하는 데 본 연구 결과를 활용할 수 있을 것이다. 또한 환자의 주관적 체형인식에 대한 바른 교정을 통하여 잠재적 치료군을 이끌어내고 미용적 목적으로 내원하는 환자에게는 적절한 치료목표를 설정하는 것이 바람직하리라 생각된다.

결론

2012년 국민건강영양조사 자료를 바탕으로 우리나라 국

민의 체중조절방법 선택에 대해 분석한 결과 운동과 식사조절이 선택빈도가 가장 높게 나타났다. 주관적 체형 인식과 비만도 측정 결과와의 일치도는 64%로 나타났으며, 카파계수는 0.40 (confidence interval 0.384~0.423)으로 산출되었다. 주관적 체형인식은 체중조절의 동기와 체중조절방법의 선택에 영향을 미치며, 비만에 영향을 미치는 인구사회학적 변수들과 질환 변수, 건강 행태 변수들을 보정한 상태에서 실제 비만이 한약 복용에 영향을 미치는 오즈비는 2.58로 추정되었다. 본 연구결과에 의하면 주관적 체형 인식 교정 및 개인별 맞춤 건강정보제공을 강화한 한방비만진료 프로그램이 필요할 것으로 생각된다.

References

1. Yang BG. Statistics on health behaviour and chronic disease. [Internet]. Sejong: Ministry of Health & Welfare; [2013 Dec 24]. Available from: URL: <http://knhanes.cdc.go.kr>.
2. Sim KW, Lee SH. The relationship between body mass index and morbidity in Korea. *J Korean Soc Study Obes.* 2001 ; 10(2) : 147-55.
3. Korean Society for the Study of Obesity. Guideline for obesity 2012, Seoul : Korean Society for the Study of Obesity. 2012 : 129-37.
4. Kwan S. Competing motivational discourses for weight loss: means to ends and the nexus of beauty and health. *Qualit Health Res.* 2009 ; 19 : 1223-33.
5. Kim MK. Behavioral intervention and anti-obesity drug therapy. *Korean J Med.* 2013 ; 84 : 624-8.
6. Yang JH, Cho MO, Lee KY. Patterns of health behavior for weight loss among adults using obesity clinics. *J Korean Acad Nurs.* 2012 ; 42(5) : 759-70.
7. Joh HK, Oh J, Lee HJ, Kawachi I. Gender and socioeconomic status in relation to weight perception and weight control behavior in Korean adults. *Obes Facts.* 2013 ; 6 : 17-27.
8. Park SJ, Kang HT, Nam CM, Park BJ, Linton JA, Lee YJ. Sex differences in the relationship between socioeconomic status and metabolic syndrome: The Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Diabetes Search Clin Pract.* 2012 ; 96 : 400-6.
9. Kim JH, Chun SS. Association between obesity and patterns of alcohol drinking in Korea. *Korean Public Health Res.* 2014 ; 40(1) : 99-108.
10. Hong SH. An empirical analysis of causality relationship between quitting smoking and obesity. *Korean J Health Econ Policy.* 2011 ; 17(1) : 127-44.
11. Lee HJ, Won HS, Kwak JS, Kim MK, Kwon OR. Perceptions of body shape and weight control in individuals consuming weight-control or health functional foods. *Korean J Nutr.* 2011 ; 44(3) : 243-54.
12. Yang JH, Lee MK, Lim SJ, Lee BR, Kwon IH, Bang JS, et al. Evaluation for the purpose and relevance of obesity treatment in local clinics. *YakhakHoeji.* 2009 ; 53(1) : 25-33.
13. Kim MO, Chang UJ. A study on the perception of obesity by age and the attitude toward weight control. *Korean J Food Nutr.* 2009 ; 22 : 110-22.
14. Jung HC, Park HM, Lee SD. Nationwide study on the characteristics of patients visiting and using Korean medical facilities by sex. *J Korean Med.* 2014 ; 35(1) : 75-87.
15. Oh SW. Effects of alcohol on obesity and metabolic syndrome. *J Korean Soc Study Obes.* 2009 ; 18(1) : 1-7.