



## 결핵에 대한 낙인과 발병 공개 의도에 영향을 미치는 요인에 대한 연구

건강신념요인, 감정 및 지식의 영향력 및 연령대별 비교를  
중심으로

**유선옥** 한라대학교 광고홍보학과 교수\*  
**신호창** 서강대학교 커뮤니케이션학부 교수\*\*  
**노형신** 서강대학교 신문방송학과 박사과정수료\*\*\*  
**조성은** 서강대학교 기업커뮤니케이션 연구소 선임연구원\*\*\*\*

본 연구는 결핵 치료의 방해요인임에도 불구하고 그 동안 논의가 부족했던 낙인과 결핵 발병 시 공개할 의도(disclosure of TB)에 대해 탐구하고, 이에 영향을 주는 요인들에 대해서 고찰하였다. 또한 결핵과 관련된 인식과 감정, 지식, 낙인 및 병 역할행동에 있어 연령대 그룹별 차이가 있음을 살펴보고 결핵 캠페인에서 세분화 전략을 실시하여 낙인을 줄이고 치료행동을 높일 수 있는 시사점을 얻고자 하였다. 무엇보다 낙인을 줄이기 위해서는 어떠한 요인들을 다루어야 할지 구체적이고 실질적인 가이드를 제시할 수 있도록 낙인에 영향을 미치는 요인들을 건강신념요인, 감정요인, 지식요인으로 구분하여 탐구하였다. 특히, 낙인을 줄이기 위해서 결핵에 대한 지식의 제고가 강조되어 왔음에도 불구하고, 지식과 낙인의 관계는 실증적으로 밝혀진 바가 거의 없었기 때문에 어떠한 지식이 어느 정도 있는지에 따라 낙인화가 달라질 것으로 보고, 지식의 유형을 세분화하여 고찰하였다. 또한 이러한 변인들과 낙인 유형에 따라 결핵 발병 시 공개의도가 어떻게 달라질 것인지에 대해 검증하였다. 연구결과, 건강신념변인으로는 취약성과 효능감에서 연령대 집단 간 차이가 유의미했고, 모든 지식 유형(감염 및 발병, 예방, 증상, 치료)에서 10대, 20~30대, 40~50대 집단 간 차이가 나타났다. 낙인 인식 역시 연령대가 높아질수록 강해지고, 낙

\* swyoo@halla.ac.kr, 주저자

\*\* hochang@sogang.ac.kr

\*\*\* rhsiny@hanmail.net, 교신저자

\*\*\*\* joeun81@nate.com

인 인식의 유형(표시, 책임, 위험, 그룹 라벨링) 모두에서도 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 결핵 발병 시, 가족에게 공개할 의도에 있어서는 가족에게 공개할 의도에 있어서는 집단 간 차이가 나타났으나, 친구나 주변인에 공개할 의도는 집단 간 유의미한 차이가 없었다. 낙인에 미치는 영향력에 있어서 지각된 위험, 효능감, 두려움, 지식 변인군의 영향력은 연령대별로 상이하게 나타났다. 특히 지식의 유형에 따라 낙인인식이 달라질 수 있음을 확인하였으며, 연령대별로 낙인의 유형이 결핵공개의도에 미치는 영향에 있어서도 다르게 작용함을 알 수 있었다. 본 연구는 이러한 결과를 바탕으로 결핵 예방 및 관리를 위한 교육 및 캠페인 전략 수립 시 지식 및 낙인 요인에 대한 고려가 필요함을 실증적으로 검증하고, 감염적 질환 관리에 있어서 지식 및 낙인의 역할과 유형이 재고찰되어야 함을 이론적 측면에서 논의하였다. 이와 함께, 연령대별로 차별화된 캠페인 전략과 메시지 수립이 필요함을 강조하며 실무적 시사점을 제시하였다.

**KEY WORDS** 결핵 • 낙인 • 지식 • 건강행동 • 결핵 치료 • 건강신념 • 공포 • 두려움 • 효능감

## 1. 연구배경 및 목적

한국의 ‘결핵(TB, tuberculosis)’ 발생률과 유병률, 사망률 및 다제내성 환자수는 OECD 국가 중 1위이다. 국가에서 결핵퇴치 사업을 확대하여 추진해온 결과로 2004년 이후 2011년까지 증가 추세이던 신환자 수가 다행히 감소세로 돌아섰지만, 우리 국민은 여전히 결핵으로부터 안전하지 못한 것이 사실이다(2013 결핵환자 신고현황 연보). 우리나라 결핵 발병률은 인구 10만 명당 100명 수준으로 22명인 일본의 4.5배 수준이며 12.7명인 OECD 평균에 비하면 8배이다. 2013년 기준 한해 우리나라 결핵 신고 신환자는 4만명에 이르며, 사망자도 2,300명에 달한다. 이는 OECD 평균인 1.9명 보다 2배이상 많은 수치로 인구 10만명당 4.4명에 해당된다. 또 결핵은 국내 법정 감염병(75종) 중에서도 가장 높은 발생률과 사망률을 보이고 있다(이운재 · 김용석, 2013)

특히 우리나라는 전체 결핵환자의 30%정도가 20~30대로 전형적인 후진국형 양상을 보이고 있으며(이데일리, 2014. 04.14), 10대 후반에서 30대 초반의 젊은 환자 비율이 다른 국가에 비해 높다. 최근에는 몇몇 대학에서 대학생들이 결핵에 감염됐거나 진단을 받았고, 한 대학에서 1년간 21명이나 결핵환자가 발생해, 면역력이 가

장 좋은 20대가 결핵에 매우 취약한 것으로 드러났다. 실제 2012년 결핵환자신고현황연보에 따르면 25~29세의 결핵발병률이 54세 이하 연령대를 통틀어 가장 높았는데, 55년 이상 장·노년층이 노화로 인해 면역력이 약해진다는 점을 고려하면 이 연령대의 결핵 발병률이 비정상적으로 높다는 것을 알 수 있다(주간동아, 2014.6.9.). 또한 초기에 제대로 치료를 마치면 대부분 완치됨에도 불구하고 시기를 놓치거나 치료를 받다 중단해 약물에 내성이 생긴 ‘다제내성’ 결핵 환자도 우리나라가 OECD 회원국 가운데 가장 많다(SBS 뉴스, 204.3.14). 더욱이 다제내성 환자 중 사회 활동이 많아 남에게 감염시키기 쉬운 30대가 24%를 차지해 그 심각성이 더하다.

결핵은 재치기, 기침, 대화 등을 통해 공기 중의 결핵균이 폐 속에 들어가게 되면 감염되는 호흡기 감염성 질환이다. 그러나 결핵균에 감염되었다고 해서 모든 사람들이 결핵이 발병하는 것은 아니며 약 5~10%의 경우에만 결핵이 발생하고, 대부분의 사람들은 잠복결핵감염상태를 유지한다. 잠복결핵감염상태에서는 타인에게 결핵균을 감염시키지는 않고 결핵균에 감염이 됐다고 해도 그 중 약 10%만 결핵이 발병하므로 적절한 관리를 통해 예방이 가능하다(이운재·임주리, 2011; 2012). 이렇듯 결핵은 많은 사람에게 발병될 가능성이 있지만 충분히 관리와 예방이 가능한 질병이다. 따라서 잠복결핵감염의 발견 및 결핵환자의 조기 치료와 관리가 중요한데, 결핵에 대한 인지 부족이나, 지식의 부재, 사회적 낙인 등으로 감염 및 발병 예방이 어려운 실정이다. 특히 결핵은 전염적 질환으로 사회적 인식과 사회적 관계와 관련된 커뮤니케이션 과정을 간과할 수 없다. 감염성이라는 특징과 사회적 관계 속에서 생기는 부정적 인식과 태도로 결핵에 걸린 사람들은 자신의 질병을 쉽게 노출하지 못하며, 이로 인해 치료를 지연 및 간과시키는 경우도 종종 발생하게 된다. 결핵 예방을 위해 많은 캠페인이 벌어지고 있어 어느 정도 효과를 거두고 있지만, 결핵의 심각성을 강조하는 메시지는 사회적 낙인이나 고립에 대한 두려움, 치료에 대한 주저와 같은 비의도적 효과를 산출하기도 하여 결핵 예방과 결핵관리에 장애로 작용하고 있는 것이 사실이다. 우리나라에서 질병관리본부가 2009년부터 결핵 조기 퇴치 캠페인을 대대적으로 추진하고 있으나 낙인 수준이 개선되고 있지 않고 결핵발병률이 크게 낮아지지 않는 이유도 또한 이러한 비의도적 효과의 산출 및 과거로부터 ‘가난하고 치료가 어려운 무서운 병’이라는 인식의 전환이 쉽지 않은데에서 기인하는 것으로 보인다.

이렇듯 낙인과 같은 부정적 요인이 결핵 예방과 관리에 부정적 요인으로 작용하고 있음에도 불구하고 우리나라에서의 결핵과 관련된 낙인 연구는 매우 부족한 것이

현실이다. 해외의 연구 역시 실증적 연구는 미흡하고, 결핵환자 스스로가 인식하는 낙인에 대한 연구가 주를 이루고 있다. 따라서 본 연구는 우리나라 국민들의 결핵 예방과 조기 치료 촉진에 장애가 되고 있는 낙인에 영향을 미치는 요인들을 건강신념모델의 주요변인과 감정, 지식차원을 중심으로 살펴보고자 한다. 특히 결핵에 대한 인식 및 발병의 개인적 조건, 사회적 환경이 다른 연령대별로 결핵관련 인식 및 감정, 지식, 낙인에 있어 어떤 차이가 나타나는지 살펴보고, 각 연령대를 대상으로 한 낙인 감소 및 감염 예방 및 결핵 치료, 관리가 적절히 이루어지려면 어떠한 요인들을 고려해야 하는지 전략적 시사점을 도출하기 위해 이들 간의 관계를 실증적으로 검증하고자 한다. 특히 초기 증상 발견 및 진단 시에 치료를 원활하게 하기 위해 가족들에게 공개하는 행동, 즉 병 역할 행동에 영향을 주는 요인들을 살펴볼 것이다.

현재 우리나라의 결핵 연구는 결핵의 낙인화 과정 및 낙인 커뮤니케이션을 다루지 않고 있으며, 결핵 캠페인 역시 세분화되고 타겟화되어 있지 못하다. 따라서 본 연구는 질병에 대한 낙인 커뮤니케이션 및 병 역할 행동을 이끄는 요인에 대해 밝힘으로써 결핵의 낙인 관리 및 조기 치료를 효과적으로 촉진시킬 수 있는 이론적, 실무적 방안을 마련하고자 한다.

## 2. 이론적 배경 및 연구문제

### 1) 낙인(stigma)의 개념 및 낙인의 유형

고프만(Goffman, 1963)은 ‘낙인(stigma)’을 바람직하지 않은 차이를 지닌 사람들에게 나타나는 ‘불명예스러운 속성’으로 정의하고 있다. 낙인이란, 우리사회의 특정집단이나 사람들을 다르게 구별하는 표식을 하여 그들에게 부정적인 감정, 태도, 행동 등을 나타내는 것을 말한다(류승아, 2010). 낙인화 과정은 눈에 띄는 특성이나 표시에 기반을 하여 어떤 사람이 속하는 집단의 범주를 인식하고, 그렇게 표시된 사람의 가치를 평가절하 하는 것으로(Brown, Macintyre & Trujillo, 2003), 고프만은 ‘혐오스러운 신체를 지닌 사람들’이나 ‘결점을 지닌 사람’이 사회에서 낙인을 받는다고 주장했다. 낙인은 개인의 의지와는 상관없이 차이가 있는(different) 사람들에게 일어나는데(just happens) 특히 낙인이 대상이 통제가능한 것인 경우에는, 사람들은 낙

인의 대상을 더 부정적으로 인식한다(Gass & Seiter, 2007). 사람들은 좋지 않게 생각되는 특성을 가진 사람들은 사회에 해가 된다고 생각하기 때문에, 이들을 낙인찍어 백안시한다(차유리·나은영, 2012). 형성된 낙인은 구성원들 사이에 공유되며, 커뮤니케이션되고, 개인적, 집단적 상호작용에 영향을 주어 낙인의 사회적 영향력은 크지 않을 수 없다(Smith, 2007).

건강과 관련된 낙인은 특정한 건강문제를 가진 사람이나 그룹에 대해 부정적인 사회적 판단을 하며, 이들을 배제시키고, 거절하며, 비난하고, 이들의 가치를 평가절하하는 사회적 과정 또는 개인적 경험을 의미한다(Weiss & Ramakrishna, 2006; 백혜진·이혜규, 2007). 낙인을 유발하는 질병은 대표적으로 에이즈, 결핵이 있으며, 이 중 에이즈와 관련한 낙인 연구가 가장 많이 이루어져 건강과 관련된 낙인을 이해하는데 기여하고 있다. 결핵 역시 ‘더러운 병’, ‘가난하고 못사는 사람에게 걸리는 병’으로 여겨지고 결핵에 걸린 사람이 ‘죄 있는 사람들’로 간주되어 와 국민들이 부정적인 감정을 갖고 있는 질병임에도 불구하고(Long, Johansson, Diwan & Winkvist, 2001), 결핵과 관련된 이러한 낙인이 무엇에서 기인하며, 어떠한 부정적 효과를 가져오는지에 대한 연구는 매우 부족하다. 또한, 결핵을 예방하기 위한 캠페인에는 집중하고 있지만, 결핵을 진단 받은 초기 환자들에 대한 치료 촉진 활동 및 전염 예방활동은 미흡한 실정이다. 그러나 평소 국민들이 일반적으로 갖고 있는 결핵 및 결핵환자에 대한 낙인 인식은 결핵 증후 발견 또는 발병 시의 행동에 영향을 미치기 때문에, 낙인과 관련한 인식, 감정, 지식 및 행동 메커니즘을 이해할 필요가 있다.

사람들의 낙인 대상에 대한 인식은 다르게 나타날 수 있는데, 스미스(Smith, 2007)는 낙인 태도를 결정짓는 요소들을 구체화, 유형화하여 낙인 커뮤니케이션(stigma communication)에 대해 논의하며 낙인에 대한 이해를 높이고자 하였다. 그는 낙인태도를 ‘표시/가시성(mark)’, ‘책임성(responsibility)’, ‘위해(peril)’, ‘그룹 라벨(group label)’의 네 가지로 나누어 각각의 낙인태도에 차이가 있다고 설명하였다. 스미스(Smith, 2007)는 먼저 낙인의 ‘표시/가시성(mark)’ 측면을 사회 작용적 과정으로 보고 이를 낙인 대상에 대해 빨리 인식하고 자동적으로 반응하는 것으로 개념화하였다. 즉, 낙인 대상에게는 표시가 나며 행동이나 모습에서 가시적으로 드러나는 꺼려지는(disgust) 속성이 있기 때문에 사람들은 이에 대해 잠재적 학습과정을 거치며 사회적 반응을 보인다는 것이다. 따라서 사람들은 결핵 환자에 대해서도 이들의 외모나 행동이 다른 사람들과 차이가 있거나 한눈에 알아볼 수 있는 부정적 표시가

나는 것으로 생각하고 결핵에 대한 모습을 그릴 수 있다. 두 번째 낙인 태도 유형은 ‘책임성(responsibility)’이다. 책임성은 선택과 통제에 대한 인식과 관련이 있다. 사람들은 낙인 대상에 대하여 그들이 그러한 낙인을 일으키는 조건을 선택했고, 그들의 선택이 비도덕적인 결함으로부터 기인했다고 생각하는 경향이 있다. 책임성은 낙인 대상이 위험을 줄이고, 사회에 해를 끼치지 않기 위해서 얼마만큼을 노력했으며 이를 통제하고자 하였는지에 대한 것으로, 특히 부도덕한 문제와 관련되어 있을 경우, 대상에 대해 사회가 주는 벌이 더욱 강해질 수 있기 때문에, 낙인에 대한 이해에서 책임성은 중요한 이슈로 다뤄진다. 결핵에 대한 낙인 커뮤니케이션 또한 책임성과 관련하여 이루어질 수 있다. 결핵에 걸린 사람에게 잘못을 부여하며 결핵 환자가 죄의식(guilt)을 가져야 한다는 인식은 결핵과 결핵환자에 대한 부정적 태도와 감정을 공유하는 커뮤니케이션을 일으키기도 한다(Smith, 2011). 세 번째 낙인의 구성요소는 위해(peril)이다. 위해는 낙인 대상이 나머지 사회 그룹에 주는 위험정도와 관련된 개념으로 낙인 커뮤니케이션에서 가장 빈번하게 나타나는 유형이다. 낙인 대상 그룹이 다른 사람들에게 위협이 되고, 위험한 요소를 제공하기 때문에, 주의와 경고가 필요하다는 것이다. 결핵은 감염적 질병이기 때문에 위해에 대한 낙인이 다소 강할 것이다. 마지막으로 ‘그룹라벨(groups labels)’은 낙인 대상에 대해 ‘이름붙이기(labeling)’를 하여 이들을 다른 사회적 존재로 강조하고, 다른 보통의 그룹들과 차별화 시키는 것을 의미한다. 이러한 이름붙이기(labelling)는 낙인 대상에 대한 주목을 더욱 높인다. 특히, 결핵은 과거 오랫동안 ‘후진국병’으로 여겨져 온 탓으로, 결핵에 걸리는 사람들은 ‘가난하고 무능력한 사람들’로 간주되는 경향이 존재해 왔다. 최근 우리나라의 결핵발병률이 다시 높아지면서 ‘결핵에 걸리는 사람들은 가난하고 치유가 불가능한 사람들’이라는 명명과 낙인이 다소 완화되고 있는 듯 보이지만, 이전에 갖고 있던 고정관념과 편견은 쉽게 사라지지 않는 것으로 보인다. 더욱이 2004년대 이전에 신환자 수가 감소하여 결핵에 대한 관심 및 인식 자체가 약해진 탓에 과거의 잘못된 인식이 그대로 유지되고 있다. 영양결핍, 가난, 사회적으로 낮은 부류와 연관되어, 결핵환자들의 낙인태도가 형성될 수 있다(Courtwright & Turner, 2010).

본 연구는 이러한 낙인 커뮤니케이션의 네 가지 요소를 중심으로 BCG 예방접종의 효과가 남아 있는 10대, 식생활 습관이 다르고 집단 생활이 많은 동시에 현재 주요 발병군으로 핵심관리 대상이 되고 있는 생산연령층 20~30대, 면역력이 저하되기 시작하는 40~50대의 연령집단의 낙인 인식을 살펴보고자 한다. 결핵에 대한 인식

및 지식, 또 각 연령대가 가진 사회적, 역사적 환경이 다르기 때문에, ‘표시’, ‘책임’, ‘위해’, ‘그룹 라벨링’ 낙인 인식은 다를 수 있으며, 이러한 요인들이 병 역할 행동인 결핵 발병 공개에 미치는 영향을 달라질 것이다.

## 2) 병 역할 행동으로서의 결핵 발병공개(disclosure of TB)

질병에 대한 사회적 두려움과 낙인은 건강행동 이행에 저해가 되며, 특히 질병행동(illness behavior)이나 병 역할 행동(sick-role behavior)에 장애가 된다. 건강행동에는 예방행동, 질병행동, 병 역할 행동이 있는데, 질병행동이란 질병의 증상을 지각하는 사람이 건강상태를 체크하고 치료방법을 찾기 위해 행하는 활동이고, 병 역할 행동은 질병이 있는 사람이 의학적인 치료를 받는 등 병을 고치기 위해 제반 활동을 하는 것을 의미한다(Donattell, 1994). 결핵 증상이 있을 때 검진을 받고 진단을 받는 것, 결핵 진단을 받고 치료행동을 하는 것, 그리고 자신의 질병과 관련된 사항들을 가족이나 주변인, 질병 관련 기관에 알리고 이들로부터 지지와 도움을 받는 것 모두 질병 행동과 병 역할 행동에 속할 수 있다. 결핵 발병사실의 공개(disclosure of TB)는 가족과 사회의 지지를 통해 신속한 치료를 촉진시키고, 환자의 정서적 고통을 경감시킬 수 있을 뿐 아니라, 타자에 대한 감염 유발을 예방할 수 있는 사회적 질병 관리 차원에서 중요한 병 역할 행동이다. 특히 초기 관리만 잘하면 완치되는 결핵 치료 및 관리에서 매우 중요한 요인이 아닐 수 없다.

그러나 질병과 관련한 낙인은 그 자체로 부정적이고, 질병의 증상에서 기인한 고통보다 더 큰 고통을 줄 수 있으며, 사람들의 질병 치료, 도움 요청 등 병 역할 행동에 악영향을 미친다(Weiss, Ramakrishna & Somma, 2006; 백혜진 · 이혜규, 2007). 낙인을 경험한 사람들은 대개 사회적 격리를 두려워해 자신의 질병을 숨기고 이로 인해 치료의 기회를 놓치는 경우가 많다. 에이즈 같이 사회적 낙인이 심한 경우, 병의 진단을 두려워한 나머지 병원을 찾지 않으며, 자신의 병을 알고 있어도 드러내는 것을 두려워해 치료를 받지 않는 사례가 자주 보고된다. 의료인들조차 에이즈 환자들에 대한 낙인을 갖고 있어 치료를 거부하는 경우도 있다(Holzemer & Uys, 2004; Sohn & Park, 2012).

결핵 환자에게는 혐오스러운 존재, 위험한 존재, 책임을 다하지 못한 존재, 못살고 가난한 사람들이라는 낙인이 발생한다(Smith, 2007). 이러한 낙인은 결핵이라는 질

병 자체와 결핵환자에 대한 부정적 태도나 감정을 일으키고, 결핵 감염에 대한 두려움을 증가시키면서, 결핵 검사나 치료를 거부하게 되는 결과를 초래한다(이윤재 · 김용석, 2013). 즉 낙인으로 인한 사회적 격리나 거절, 차별은 결핵 증상이 나타남에도 불구하고 진단을 받지 않거나, 발병을 숨기고 병원을 가지 않는 등 조속한 치료를 지연시키는 부정적 효과를 가져오게 된다(Daftary, Padayatchi & Padilla, 2007). 지속된 기침과 같은 결핵 증상을 보이는 사람들이 고립과 거절에 대한 두려움으로 질병을 계속 숨기려하며, 다른 사람으로부터 위축되고, 결핵환자로 진단받을 것에 대한 두려움으로 병원을 꺼리게 된다는 것이다(Johansson, Long, Diwan & Winkvist, 2000; Demissie, Getahun & Lindtj ø rn, 2003). 결핵 환자 또한 열등의 느낌을 가지며 낙인 받을 것에 대한 두려움으로 결핵 진단의 결과를 다른 사람들에게 숨기거나, 결핵으로 고통받고 있는 것을 부끄러워한다는 것이다(Eastwood & Hill, 2004). 남아프리카의 결핵 환자에게 대한 질적 연구 결과에서도 또한 HIV에 함께 감염될 확률이 60% 이상으로 높은 결핵환자들의 자발적인 상담과 검진(voluntary counseling and testing, VCT)에도 낙인이 매우 큰 장애로 작용하고 있음이 나타났다. 자발적 상담과 검진이 2차 감염을 줄이고, HIV 항레트로바이러스 치료에 대한 접근을 가능하게 해 주는 중요한 역할을 함에도 결핵환자들은 HIV 검사와 감염사실에 대한 공개를 하지 못하고 있다는 것이다(Dartarty, Padayatchi & Padilla, 2007). 이렇듯 결핵과 관련된 낙인인식은 사회나 사회적관계에 있는 사람들이 이 질병을 이해하는 방식과 관련이 있기 때문에(Bennstam, Strandmark & Diwan, 2004; Dodor & Kelly, 2009), 결핵에 대한 사회적 낙인을 인식할수록 사람들은 자신이 증상을 자각하거나 발병을 했을 때에, 관련된 사실을 공개하기를 꺼리게 된다. 도터와 켈리(Dodor & Kelly, 2009)는 그들의 연구를 통해 지역사회 구성원들이 평소 결핵에 대해 갖고 있던 자신의 부정적 태도와 행동들을 알고 있기 때문에, 이들 결핵의 증상을 갖고 있다 할지라도, 낙인찍히는 것이 두렵기 때문에 도움을 요청하지 않는다는 것을 밝혀내었다. 결핵에 걸린 것을 알게 된 대부분의 사람들이 그것을 받아들이기 어려워하고, 병에 걸린 것을 거부하며, 이미 그 사실을 알게 된 사람에게도 비밀로 하기를 요청한다는 것이다(Bennstam, Strandmark & Diwan, 2004)..

따라서 본 연구는 결핵에 대한 편견이나 낙인이 질병의 은폐에 영향을 주고, 이것이 결핵 치료 및 환자 관리에 장애가 될 수 있음에 주목하여, 결핵 발병 시, 발병 사실을 가족이나 주변인에게 알릴 것인지와 같은 병 역할 행동의도를 결과 변수로 함께

살펴보고자 한다.

### 3) 낙인과 결핵 발병 공개의도에 영향을 주는 요인

#### (1) 인구사회학적 요인

결핵에 대한 낙인은 성별, 나이, 교육 상태, 그리고 사회경제적 위치를 의미하는 소득과 관련이 있다. 낙인은 여러 맥락적 요인들과 밀접한 관련이 있는 것으로 나타나고 있는데, 이러한 맥락적 요인에는 젠더 역할, 사회경제적 위치 및 교육의 정도가 있다. 선행연구에서는 남성이 여성보다 낙인이나 편견의 성향이 더 강하며, 나이가 어릴수록, 교육수준이 낮을수록, 경제적 수준이 낮을수록 낙인 성향이 더 강한 것으로 나타났다(Jaramillo, 1999). 그러나 인구사회학적 속성이 낙인에 미치는 영향은 질병의 유형이나 연구가 이루어진 국가적 배경에 따라 일관되지 않게 나타나고 있다. 한국인을 대상으로 한 에이즈 낙인 연구에서는 여성에게, 그리고 연령이 높은 사람에게, 교육수준이 높은 사람에게 낙인 현상이 더 강한 것으로 나타난 바 있다(Lee, Oh, Keum & Lee, 2012). 한국의 결핵 연구에서는 연령이 높을수록 낙인태도가 더욱 강해졌는데(유선옥 외, 2013), 이는 과거로부터 비롯된 결핵에 대한 부정적 인식이 연령이 높은 사람들에게 여전히 남아 있음을 말해준다.

특히 성별과 관련하여서는 다양한 측면의 결과들이 존재하는데, 롱 등(Long et al., 2001)의 결핵 연구에서는 남성보다 여성이 결핵에 대한 낙인을 더 경험하는 것으로 나타났다. 그러나, 낙인이 다른 결과변수에 미치는 영향에 있어 남녀 간에 차이가 나타나는 것은 일관되지 않다(Bennstam, et al., 2004; Long, et al., 2001). 특히 여성이 상대적으로 취약한 지위에 있는 저개발 국가에서 결핵에 걸린 여성들은 남편이 떠날 것 같은 두려움을 갖고 있으며, 결혼하지 않은 여성들은 결혼이 어려울 것이라고 생각하는 경향이 있는 것으로도 나타났다. 같은 여성이라 할지라도 그 사회에서의 여성의 지위나 성 역할에 따라 낙인 인식도 달라지고, 낙인 인식이 질병치료에 미치는 결과도 달라질 수 있다는 것이다.

따라서 본 연구에서는 결핵에 대한 낙인 및 발병 시 공개 의도를 연령대별로 비교 분석하고, 성별, 교육수준, 소득 등 인구사회학적 요인이 낙인과 결핵발병 공개의도에 어떠한 영향을 미치는지 탐색적으로 살펴보고자 한다.

## (2) 지각된 위험(perceived risk)

본 연구는 결핵에 대한 낙인의 주요 예측변수로 지각된 위험을 고려하였다. 지각된 위험은 1950년대 결핵퇴치를 위해 결핵감진행동을 촉진시키고자 개발된 개념적 틀인 건강신념모델(HBM: Health Belief Model)의 핵심 변인이다. 건강신념모델은 인지적 요인을 개인의 건강 예방 행동을 예측하는 요인으로 개념화한 인지적 이론을 기반으로 하고 있는데, 지각된 위험은 제시된 질병 예방 행동을 설명하는 주요 신념으로(Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1974; Rosenstock, Strecher & Becker, 1994; Sheeran & Abraham, 2001), 질병의 위험 혹은 위험한 정도에 대한 개인의 평가 혹은 지각을 말한다. 지각된 위험은 지각된 심각성(perceived severity)과 지각된 취약성(perceived susceptibility)으로 구성된다. 위험에 대한 인식은 질병과 환자에 대한 낙인을 높인다(김여라, 2010; Jaramillo, 1999). 특정질병을 자신의 인지적 안정감을 능가할 정도의 위험으로 평가하게 되면, 그 질병에 대해 부정적 태도를 보일 가능성이 높고, 그 질병에 감염된 사람을 회피하거나 격리해야 한다는 신념을 갖게 된다는 것이다(Grandall, Clor & Britt, 1997; Herek, Caitanio & Widaman, 2003). 따라서 결핵에 대한 심각성에 대한 인지가 높을수록 질병이나 결핵환자에 대한 부정적 태도, 회피, 격리 등에 대한 신념이 강해질 것이다. 이러한 지각된 심각성의 영향력은 신종플루와 같은 전염적 질병에서 감염자의 이미지나 지식 등의 요인보다 강하게 나타난 바 있다(김여라, 2010). 콜롬비아 남부 도시의 국민들을 대상으로 한 연구에서도 결핵의 감염에 대한 심각성의 인지, 두려움, 연령, 사회경제적 위치, 결핵 정보 제공처로서 교육기관이나 헬스케어 기관을 이용하는 경우 등의 상대적 영향력을 살펴보았는데, 그 결과 결핵의 심각성에 대한 인지적 신념이 환자에 대한 편견을 예측하는데 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났고, 그 다음의 유의미한 예측요인이 두려움(fear)이었다(Jaramillo, 1999). 상대적으로 감염에 대한 지식이 있다 할지라도 결핵 감염에 대한 지각된 위험이 결핵에 대한 낙인과 결핵에 걸린 사람들을 고립시키는 데 주된 역할을 하는 것이 나타났다(Mak, Mo, Cheung, Woo, Cheng & Lee, 2006).

그러나 결핵이나 에이즈와 같은 감염적 질병에 대한 심각성 인식이 질병공개에 미치는 영향력은 일관되지 않을 것이다. 감염의 위험성으로부터 상대를 보호하고 자신을 치료하기 위해 질병을 공개할 수도 있지만, ~ 일이기 때문에 이를 기피할

수도 있기 때문이다. 지각된 위험은 보통 두 개의 차원에서 고려되는데, 하나는 지각된 심각성이고, 다른 하나는 지각된 취약성으로 자신이 건강 문제를 경험할 가능성에 대한 인식을 의미한다. 일반적으로 암과 같은 질병에 대해서는 심각성에 대한 인지가 어느 정도 공통적이나 취약성에 대한 인지는 질병마다 다르게 나타나기 때문에(Zhao & Cai, 2009), 지각된 취약성은 건강행동을 이끄는 주요 변수로 고려될 필요가 있다. 특히 10년간의 HBM의 요인들의 영향력을 메타분석한 결과, 지각된 장애, 지각된 혜택 다음으로 취약성이 영향력을 발휘하며, 심각성 인지보다 취약성 인지가 건강행동을 이끄는 데 더 큰 영향력을 갖고 있는 것으로 나타나(이병관 외, 2013), 취약성 인지가 병 역할 행동에 있어서도 주요 예측 요인이 될 것으로 보인다. 특히 부정적인 질병 일일수록 자신의 취약성 인식에는 낙관적 편견(optimistic bias)이 작용하게 되는데, 이는 건강행동의 저해 요인이자 낙인과 같은 부정적 태도를 일으키는 촉진 요인이 된다. 즉, 자신은, 또는 자신과 가까운 그룹은 상대적으로 덜 위험할 것이라는 인식은 자신이 속한 그룹과 그렇지 않은 그룹을 나누며, 자신과 먼 그룹을 백안시하게 되는 결과를 낳는다. 이러한 낙관적 편견은 질병이 부정적인 요소를 담을수록 더 강하게 나타나며, 자신과 가까운 사람일수록, 즉 사회적 거리가 가까울수록 낙관적 편견이 더 작용하게 된다. 따라서 결핵의 위험성 인식에 있어서도 자신보다는 주변인이, 주변인보다는 사회의 다른 사람들이 자신보다 결핵에 더 취약할 것이라는 제 3자 효과가 나타날 것이다(Radcliffe & Klein, 2002; Weinstein, 1982). 특히 우리 국민의 경우, 우리나라 발병률에 대한 심각성 및 집단 발병에 대한 언론보도 등으로 사회적으로 취약한 질병으로 인식할 수 있으나 본인에게는 낙관적 편견이 작용하여, 정작 자신이나 가족, 주변인의 취약성은 상대적으로 덜하다고 인식할 수 있다. 차핀(Chapin, 2011)은 취약성에서의 낙관적 편견이 일어나는 것을 제3자 효과와 유사한 개념으로 보고, 이것이 질병에 대한 태도와 행동에 강한 예측요인이라고 설명하고 있는데, 결핵의 경우 전염성과 부정적 이미지 때문에 상대적 취약성에 대한 평가가 낙인 인식으로 이어질 수 있다. 이렇듯 위험에 대한 취약성 인식은 자신의 비교 대상인 비슷한 연령대에 대한 인식에 따라, 또 자신이 속한 그룹과 처한 환경에 따라 상대적으로 나타나기 때문에 자신에 대한 취약성 인식, 가족 및 주변인, 사회의 다른 사람들에 대한 취약성 인식은 연령대별로 다르게 나타날 수 있다. 따라서 본 연구는 각각의 취약성 인식이 연령대별로 어떻게 다른지 분석하고, 낙인에 미치는 영향력을 살펴볼 것이다.

질병에 대한 유해함 인지와 마찬가지로 사람들은 자신이 해당 질병에 얼마나 노출될 가능성이 있는가를 평가하여 자신의 질병 관련 행동을 결정한다. 특히 발생할 수 있는 위험이 진짜이고 익숙하지 않은 것일 때 사람들은 위험을 줄이려는 방법을 찾으려 하는데(Dolinski, Gromski & Zawisza, 1987), 따라서 사람들이 인식하는 취약성과 효능감은 병원이용과 관계가 있는 것으로 나타나고 있다(Janz & Becker, 1984). 따라서 본 연구에서는 결핵에 대한 취약성 인식이 자신의 위험을 줄이고 치료 의지를 보이려는 결핵발병 공개의도에 영향을 줄 것으로 보고자 한다.

### (3) 효능감(efficacy belief)

효능감은 행동변화의 촉진요인으로 개념화되고 있는데(Rimal, 2001), 질병에 대한 효능감은 건강행동을 예측하는 강력한 변인으로 나타나고 있으며, 지각된 혜택이나 장애가 예방행동에 미치는 영향에 있어 매개적 역할도 하는 것으로 나타나고 있다. 우리나라 결핵 예방 연구에서도 결핵예방행동에 영향을 미치는데 있어 매개적 역할을 하는 동시에 큰 영향력을 갖고 있는 것으로 증명되었다(조성은 외, 2012).

자기효능감은 위험한 행동을 하지 않으려는 의지, 목표를 달성하기 위해 수행하는 노력의 정도, 장애요인을 어떻게 극복할 것인지 등 행동전반에 영향을 미칠 수 있다(Schwarzer & Fuchs, 1995). 특히, 환자역할행동과 자기효능감은 매우 높은 관계를 나타냈는데, 이것은 질병의 치료와 극복이 환자 본인의 의지에 따라 크게 좌우될 수 있음을 보여주는 결과로(이병관 외, 2014), 예방차원의 행동이나 건강증진행동보다 환자역할행동과 같이 자신의 의지적 행동이 동반되어야 하는 행동의 경우 자기효능감의 유용성이 더욱 증가한다(Champion & Skinner, 2008). 사람들의 건강행동을 이끌기 위해서는 높은 ‘지각된 위험’의 강조만으로는 충분하지 않으며, ‘효능감(efficacy beliefs)’의 강조가 필요하다(Witte, 1992; 1994). 특히 반응효능감(response efficacy)은 질병에 대한 권고된 예방행동이 얼마나 효과가 있는지에 대한 믿음으로(Zhao & Cai, 2009), 반응 효능감이 높은 사람일수록 질병관련 정보추구를 더 행하는 등 반응효능감은 건강과 관련된 행동을 촉진시키는 요인이다(Zhao & Cai, 2009).

자기효능감과 반응효능감은 질병에 대한 태도 및 행동과 관련이 있다. 효능감이 높은 사람은 질병대처에 대한 능력 및 효용성에 대한 신념이 높기 때문에, 타인의 질

병에 대한 부정적 감정이 발생하기 쉽다. 이러한 부정적 감정은 발병의 책임을 질병에 걸린 사람의 탓으로 돌리거나 그 사람의 능력을 의심, 평가절하 하는 등 낙인 인식과도 관련이 있다. 또한 권고된 행동을 했을 경우의 질병대처의 효과, 예방행동의 효과에 대한 믿음이 있기 때문에 이러한 효과가 있는 행동을 하지 않은 타인에 대해서는 비난이나 비판도 가능할 것이다.

반면, 질병 대처 행동이나 병 역할 행동에 있어서는 자기효능감과 반응효능감이 높을수록 자신감과 효과에 대한 믿음이 크기 때문에, 결핵 발병의 경우에도 이를 공개하고 치료행동을 할 것이다. 베트남 남성의 경우, 진단비용에 대한 두려움으로 결핵 치료를 늦게 시작하는 것으로 나타났는데(Johansson, et al., 2000), 질병치료능력에 대한 자신감 부족, 즉 효능감의 부족 또한 발병사실 공개와 같은 병 역할 행동에 영향을 줄 수 있음을 의미한다.

집단효능감 또한 결핵과 같은 국가의 중점 관리 질병 및 감염적 질병, 사회적 질병에서 주요 고려 변수가 된다. 효능감은 자신이 속한 집단이 특정 임무를 수행하여 일정한 성과를 창출할 수 있다는 개인차원의 믿음으로(Gibson, 1999), 건강과 관련해서는 질병을 예방하거나 질병에 대처할 수 있는 구성원의 능력 및 역량에 대한 개인의 지각이다. 질병과 관련하여 사회를 이루는 사람들 및 정부 등 관리 집단에 대한 믿음을 포함하는 것으로 집단 효능감은 개인의 행동, 즉 병 역할행동을 예측하는 또 다른 중요변수가 될 수 있다. 집단 효능감이 높으면 질병 예방 및 관리에 대한 성과도 높으며(Lindsley, Brass & Tomas, 1995; Cohen, Finch, Bower & Sastry, 2006), 커뮤니티나 이웃관계에서 집단 효능감이 높으면 위험한 성행동이나 천식, 심장질환, 비만 등의 건강관련 문제가 덜 일어나는 것으로 나타나고 있다. 높은 집단 효능감은 건강과 관련된 문제에 있어서 집단의 규범을 형성하여 서로에게 도움과 지지를 제공하기 때문이다. 또 건강문제에 있어 스스로의 평가도 향상시키는 것으로 논의되고 있다(Cohen, et al., 2006). 이는 집단효능감이 사회적 관계와 신뢰와 같은 보이지 않는 요인들과 관계되어 있어, 집단 효능감이 높은 커뮤니티의 사람들은 자신의 안전이나 보호의 문제와 관련하여 집단의 개입과 도움이 기꺼이 가능할 것으로 여기기 때문이다. 따라서 결핵과 같은 감염적 질병 또한 사회적 관계 및 상호 신뢰와 관련되어 있는 집단효능감의 인식이 영향을 미치지 않을 수 없을 것이다.

#### (4) 두려움(fear)

그동안 건강 커뮤니케이션 연구들은 건강과 관련된 행동들이 사람들의 신념(beliefs) 또는 인식(perceptions)에 의해 결정된다고 가정하여 왔기 때문에 기본적으로 개인들의 행동 결정에 영향을 미치는 감정적 요인을 배제하는 경향이 강했다. 따라서 건강행동에 영향을 미치는 위험을 인지적 요인으로, 그리고 지각된 심각성과 지각된 취약성을 핵심 변인으로 보고 이의 영향력을 측정하고 있다. 이러한 개인의 태도 결정에 관한 인지적 연구들은 대상에 의해 야기된 사람들의 감정을 고려하고 있지 않기 때문에 사람들의 행동 변화를 예측하는데 불완전하고 부적절하다고 비판받고 있다(Bagozzi, Mahesh & Prashanth, 1999). 왜냐하면 인간의 감정은 어떤 행동에 대한 동기부여와 관련되어 있으며, 그 감정이 유발될 때 관련 행동이 나타나기 때문이다(Lazarus, 1991). 모든 감정은 어떤 행동을 동기화하려는 경향과 결부되어 있는데, 만약 그 감정이 유발되면 바로 행동으로 옮겨질 수 있다. 나비(Nabi, 1999)는 인지적 요소인 지각된 취약성과 지각된 심각성으로 구성된 지각된 위험은 분노, 슬픔과 같은 인간의 감정을 고려하지 않고 있다는 점을 지적하면서 동기유발의 요소로서 감정의 역할을 중요시해야 한다고 강조한다. 특히, 감염적 질병에 있어서는 타인으로부터의 감염, 또는 전이에 대한 두려움은 질병예방 행동 뿐 아니라 낙인에 대한 핵심적인 결정요인으로 작용한다. 펍메드(PubMed)에 실린 결핵 관련 낙인 연구들을 수집하여 분석한 앤드류와 애비개일(Andrew & Abigail, 2010) 연구에서도 낙인을 일으키는 요인으로 가장 많이 논의된 것이 감염에 대한 두려움이었다. 우리나라 에이즈 낙인 연구에서도 감염에 대한 두려움이 낙인, 개인적 차원의 낙인에 큰 영향을 미치고 있음이 증명되었다(Lee, et al., 2012).

#### (5) 지식(knowledge)

질병에 대한 지식 역시, 낙인과 건강행동에 대한 주요 예측변인으로 논의되어 왔다. 지식과 낙인, 질병 공개 의도와와의 관계에 대한 연구도 주로 에이즈와 관련하여 실증적으로 이루어져왔는데, 여러 연구에서 낙인이나 부정적 감정은 에이즈에 대한 무지와 감염에 대한 두려움에서 비롯되는 것으로 나타나고 있다. 즉, 지식이 높을수록 낙인 및 차별이 감소하는 부적 상관성을 보여 정확한 지식이 낙인인식이 갖는 부정적 효과를 조절하는 것으로 설명하고 있다. 우리나라 에이즈 감염자에 대한 차별의식에

대한 연구에서도 낙인 커뮤니케이션이 치료에 대한 공포를 갖게 하고, 잘못된 지식이나 오해가 감염자에 대한 낙인에 영향을 미친 것으로 나타났다(손애리·문정선·박지은·천성수·고승덕, 2007). 이에 우리나라 질병관리본부는 2009년부터 에이즈 예방 및 감염인에 대한 편견과 차별해소를 위해서 차별에 대한 직접적인 메시지를 전달하기 보다는 정확한 지식전달에 초점을 둔 미디어 캠페인을 진행하고 있는데, 이것은 감염인에 대한 차별이 에이즈 지식 수준에 따라 영향을 받는다는 선행연구의 결과를 근거로 세워진 전략이다(손애리, 2013).

양(Yang, Li, Stanton, Fang & Narr-King, 2006) 등은 에이즈 지식과 낙인, 질병공개의도(willingness to disclose)의 관계에 대해 실증적 연구에서 에이즈의 전이나 감염에 대한 잘못된 지식이 낙인과는 정적 상관관계, 질병공개의도와는 부적 상관관계를 갖는 것을 입증하였다. 그러나 여성들에게서는 지식이 질병공개의도에 미치는 영향은 낙인을 매개로 하여서만 유효한 것으로 밝혀졌다. 즉, 낙인이 그만큼 질병 예방 및 치료에 중요한 역할을 하고 있으며, 상대적으로 낮은 지위나 직업, 교육여건을 지닌 여성들에게는 감염적 질병에 더 강한 영향력을 발휘하고 있음을 알 수 있다(Kaye, 2004). 그러나 남성들에게서는 지식과 질병공개의도와 부적상관관계가 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타나 단순히 지식을 늘리는 것만으로는 에이즈 예방과 통제가 충분치 않다는 것을 보여주었다(Kaye, 2004).

결핵과 관련해서는 일반적으로 결핵에 대한 지식수준을 높여 낙인을 낮출 것을 권고하고 있으나, 결핵에 대한 지식이 많다고 인식할수록 낙인수준이 높다는 연구결과가 나타나기도 하며, 질병에 대한 지식과 차별의식은 관련이 없는 것으로 나타나는 등 연구대상자나 나라에 따라 일관되지 못한 결과가 나타나고 있다(Muinonen, Suominen, Valimak, Lohrmann & Peate, 2002). 신종플루에 대한 지식이 낙인 인식에 미치는 영향을 살펴본 연구에서도, 지식과 낙인 간에 통계적으로 유의미한 인과관계가 나타나지 않는 것으로 나타났다(김여라, 2010). 이에 대해 김여라(2010)는 신종플루와 연계된 지식의 종류, 즉, 예방법, 경로, 증상 등과 지식에 대한 구체성 정도 등에 따라 미디어 이용자의 이해가 달라지고, 또 낙인에 대한 영향력이 달라질 수 있음을 언급하며, 지식과 낙인과의 관계가 연구마다 일관되지 않게 나타나는 것은 다양한 측면의 지식이 낙인에 대해 다른 영향을 미치고 있기 때문인 것으로 추정하였다. 즉, 결핵에 대한 지식이 감염 및 발병에 대한 지식인지, 예방에 대한 지식인지, 또는 증상이나 치료에 대한 지식인지에 따라 낙인 형성이 달라진다는 것이다. 어떠한 측면

에 대한 지식을 갖고 있느냐에 따라 낙인 인식이 강해질 수도 있고, 또 완화될 수도 있다. 그러나 결핵의 전이에 대한 빈약한 지식과 낙인과 관련이 있다는 연구(Kipp, 2009), 증상 및 치료에 대한 지식과 높은 낙인은 상관관계가 없다고 밝힌 연구 등 몇몇 연구가 지식의 내용에 따른 영향력을 살펴보았지만, 그동안 결핵 연구에서 지식의 내용에 대한 고려는 활발하게 이루어지지 않았다(Mark, et al., 2006). 그러나 콜롬비아 칼리(Cali)는 거주자들을 대상으로 한 연구에서 나타나듯이, 결핵의 감염에 대한 지식의 결핍이나, 비과학적인 정보에 대한 확신은 결핵에 대한 두려움과 결핵환자에 대한 편견, 낙인에 영향을 미친다(Jaramillo, 1999). 이 연구는 결핵에 대한 편견이나 낙인이 전이 메커니즘에 대한 인지적 오류로부터 발생됨을 실증적으로 규명해냄으로써 특히 감염에 대한 정확한 정보의 인지가 중요함을 밝혀내었다. 또한 이 연구에는 치료가능성과 관련된 정보의 인지정도가 낙인 정도와 관련이 없음을 밝혀내었고, 감염에 대한 지식, 치료에 대한 지식 등 서로 다른 내용의 지식이 낙인에 대해 각각 다른 영향을 줄 수 있음을 구체적으로 검증하여 결핵 지식 및 낙인에 대한 연구를 확장시켰다.

지식, 낙인과 결핵 치료와의 관계도 함께 논의되고 있는데, 스톨라와 이머 등(Storla, Yimer & Bjune, 2008)은 또한 결핵 치료를 지연시키는 요인에 대해 규명하면서 낮은 지식과 낙인을 병 역할 행동인 결핵 치료를 지연시키는 결정 요인 중 하나로 강조하였다. 특히 낙인의 부정적 영향력이 상대적으로 덜 주목받아온 것을 지적하며 특히 결핵은 초기의 치료가 유병률과 사망률을 낮추는데 크게 기여할 수 있음에도 불구하고, 환자의 고립을 일으키는 낙인이 초기 치료를 망설이게 하는 요인으로 작용하고 있다고 주장하였다.

따라서 본 연구는 지식정도를 논의함에 있어, 정보의 내용과 정보의 정확한 인지정도가 함께 고려되어야 할 것으로 보고, 결핵에 대한 정보의 유형을 세분화하여 연령대별 차이와, 이의 영향력을 살펴보고자 하였다. 즉 어떤 정보를 얼마나 정확하게 알고 있는지 정도가 낙인과 질병공개의도에 다른 영향을 미칠 것이라 가정하였다. 이에 결핵 지식을 결핵의 전이에 대한 정보, 예방에 대한 정보, 증상에 대한 정보, 치료에 대한 정보의 정확한 인지정도로 측정하고 낙인에 대한 각각의 영향력을 살펴보고자 하였다.

이상의 선행연구 검토와 이론적 배경을 바탕으로 본 연구는 다음과 같은 연구문제를 설정하고자 한다. 먼저, 〈연구문제 1〉은 건강신념변인 및 감정요인, 지식, 낙인

및 병 역할행동에 있어 연령대별 차이를 살펴보고자 한다. 앞서 언급한대로, 연령은 건강신념모델의 주요변인인 자기 효능감과 지각된 장애, 결핵예방행동의도에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타난 바 있다(조성은 외, 2012). 따라서 본 연구에서도 연령에 따라 결핵에 대한 위험 인식과 효능감 인지, 감정이 다르고, 낙인 태도와 행동에 있어 차이가 나타날 것으로 보고, 어떠한 차이가 나타나는지 탐구하고자 한다. 특히, 10-30대의 지식수준은 대체로 낮은 편인데 비해, 40~50대의 연령대에서 높은 지식수준의 비율이 높게 나타나는 등 선행연구에서 연령대별 지식 차이가 크게 나타나는 것으로 보아(신호창 · 노형신 · 조성은 · 유선옥, 2011; Jaramillo, 1999), 연령에 따른 세분화된 접근이 필요할 것으로 생각된다. 각 변인의 세부차원에 대한 연령대별 차이도 함께 분석할 것이다. <연구문제 2>와 <연구문제 3>은 선행변인들이 결핵에 대한 낙인과 결핵발병 공개의도에 미치는 영향을 연령대별로 살펴보고자 한다.

연구문제 1: 결핵에 대한 건강신념변인(지각된 위험, 효능감), 감정요인(두려움), 지식, 낙인 및 병 역할행동(결핵발병 공개의도)에 대한 집단별 차이는 어떻게 나타나는가?

연구문제 1-1: 지각된 위험의 세부차원에서 연령별 차이는 어떻게 나타나는가?

연구문제 1-2: 효능감의 세부차원에서 연령별 차이는 어떻게 나타나는가?

연구문제 1-3: 지식의 세부차원에서 연령별 차이는 어떻게 나타나는가?

연구문제 1-4: 낙인의 세부차원에서 연령별 차이는 어떻게 나타나는가?

연구문제 2: 결핵에 대한 낙인(stigma)에 영향을 미치는 요인은 무엇이며, 연령대별 집단에 따라 영향력을 미치는 요인들에 어떠한 차이가 있는가?

연구문제 3: 결핵 발병 시의 병 역할 행동(결핵발병 공개의도)에 미치는 영향 요인은 무엇이며, 연령대별 집단에 따라 영향력을 미치는 요인들에 어떠한 차이가 나타나는가?

### 3. 연구방법

#### 1) 연구의 대상 및 자료의 수집

본 연구의 조사대상은 성별, 연령을 고려한 비례 할당 추출법을 통해 전국 5대 광역시에 거주하고 있는 13세 이상 1,500명을 대상으로 온라인 서베이를 실시하였다. 서베이에 응한 1,500명 중 기준에 적합하지 않거나 내용이 부실한 93부를 제외한 총 1,407부 가운데에서 본인 및 주변인을 포함하여 직, 간접적으로 한 번도 결핵을 경험해 보지 않은 응답자들을 최종 분석 대상으로 택하였다.

응답자는 남자가 50.2%(549명), 여자가 49.8%(544명)로 나타났고, 연령대별로 살펴보면, 10대 22%(241명), 20대 22.0%(240명), 30대 19.9%(218명), 40대 18.2%(199명), 50대 17.8%(195명)로 비율이 거의 비슷하게 나타났다. 지역별 비율을 살펴보면 서울특별시(316명, 28.9%), 대구광역시(225명, 20.6%), 부산광역시(201명, 18.4%), 대전광역시(176명, 16.1%), 광주광역시(175명, 16.0%) 순으로 나타났다. 교육정도는 대졸이 48.1%(526명)로 가장 많았고 고졸(161명, 14.7%), 대학재학(150명, 12.2%), 고교재학(146명, 13.4%), 대학원이상(72명, 6.6%), 그리고 중졸이하(38명, 3.5%) 순으로 나타났다. 소득수준의 경우에는 300~400만 원 미만이 247명, 21.3%로 가장 많이 나타났고, 200~300만 원 미만(232명, 21.2%), 400~500만 원 미만(211명, 19.3%), 100~200만 원 미만(132명, 12.1%), 500~600만 원 미만(91명, 8.3%), 700만 원 이상(80명, 7.3%), 600~700만 원 미만(51명, 4.7%), 그리고 100만 원 미만(49명, 4.5%) 순으로 나타났다. 결혼유무에서는 미혼(54.4%)이 기혼(45.6%)보다 더 높게 나타났다.

#### 2) 문항의 측정

##### (1) 낙인 및 결핵발병 공개의도

스미스(Smith, 2007)의 연구를 참고하여 표시(mark)를 측정하기 위한 문항으로 '결핵에 걸린 사람은 외모나 행동 등에서 일반사람들과 차이가 있다', '결핵에 걸린 사람은 외모나 행동을 보면 한눈에 알 수 있다', '결핵에 걸린 사람은 꺼려지는 모습과 증상

을 가지고 있다'의 3문항으로 측정하였다. 책임(responsibility)에 대한 문항으로는 '결핵에 걸리는 것은 걸린 사람에게 잘못이 있다', '결핵에 걸린 사람은 이에 대해 죄책감을 가져야 한다'의 2문항으로, 위험(peril)에 대한 문항은 '결핵에 걸린 사람은 결핵을 확산시키기 때문에 위험하다', '결핵에 걸린 사람은 다른 사람들에게 피해를 준다', '결핵에 걸린 사람은 일반사람들과 함께 생활해서는 안된다', '결핵에 걸린 사람은 격리되어 치료해야 한다'의 4문항으로 측정하였다. 그룹 라벨(group labels)에 대한 문항은 '결핵에 걸린 사람은 가난하다', '결핵에 걸린 사람은 무능력하다', '결핵에 걸린 사람은 다시 정상적인 생활을 하기 어렵다', '결핵에 걸린 사람은 완치되기 어렵다'로 모두 4점 척도로 측정하였다.

결핵 발병 공개의도(disclosure of TB)는 나에게 결핵이 발병했을 때 가족이나 주변인에게 말할 수 있는 정도로 측정하였다. '나는 결핵발병 시 가족에게 말할 수 있다', '나는 결핵발병 시 친구나 주변인에게 말할 수 있다'의 문항으로 4점 척도<sup>1)</sup>로 측정하였다.

## (2) 인구사회학적 변인

연령은 10대, 20~30대, 40~50대로 집단 구분을 하여 분석하였다. 소득수준은 100만 원 미만, 100~200만 원 미만, 200~300만 원 미만, 300~400만 원 미만, 500~600만 원 미만, 600~700만 원 미만, 700만 원 이상으로 구분하여 측정하였다. 교육수준은 중졸이하, 고교재학, 고졸, 대학재학, 대졸, 대학원이상으로 구분하여 측정하였다.

---

1) 리커트 척도의 반응형식에 대한 연구에서 척도의 중간값인 중립반응범주의 유무는 쟁점 중의 하나로, 중립반응범주 사용 여부가 척도의 신뢰도 및 타당도와 관계가 있고 명확히 제시해줘야 한다는 연구들(Dubois & Burns, 1975; Schuman & Presser, 1981)도 있지만 중립반응범주의 유무가 척도의 신뢰도와는 독립적이라고 주장하는 연구(이의정, 1985; Andrews, 1986; Bendig, 1954; Chang, 1994; Guy & Norvell, 1977; Komorita & Graham, 1965)도 나타나고 있다. 특히 앤드류(1986)와 벤디그(1954)의 연구에서는 5점 척도를 4점 척도 보다 신뢰할 수 있다는 결과는 나타나지 않다고 주장하고 있다. 이에 본 연구에서는 응답자들이 중간값을 택하지 않고, 명확하게 동의정도를 표시할 수 있도록 하기 위해 4점 척도를 사용하였다.

### (3) 지각된 위험

#### 가. 지각된 심각성

지각된 심각성이란 어떤 질병의 발생으로 인한 건강위험이 얼마나 부정적 결과를 가져올 수 있는 위험하고 심각한 것인가에 대해 개인들이 지각하고 있는 심각성의 정도를 말한다(Becker, 1980). 지각된 심각성을 측정하기 위해, ‘결핵은 치료하기 힘든 질병이다.’, ‘결핵은 죽을 위험이 높은 질병이다.’, ‘결핵은 고통스런 질병이다.’의 3개의 문항을 4점 척도로 측정하였다. 잔스와 베커(Janz & Becker, 1984), 리말과 리얼(Rimal & Real)의 연구 문항을 참고하였다.

#### 나. 지각된 취약성- 나의 취약성, 주변인 취약성, 사회구성원 취약성

지각된 취약성이란 특정 질병에 대해 건강위험을 자신도 경험할 가능성이 있는가에 대한 개인의 인식을 말한다(Rosenstock, 1974). 즉 특정 질병에 대해 자신이 얼마나 노출되어 있으며, 그 질병에 감염될 취약성이 얼마나 있는지에 대한 개인들의 생각의 정도를 의미한다. 취약성은 자신의 취약성, 가족 및 주변인의 취약성, 일반인을 포함한 사회적 구성원 취약성이 모두 다르게 영향을 미칠 수 있기 때문에 본 연구에서는 주변인 취약성 및 사회구성원 취약성을 별도로 측정하였다. ‘나는 결핵에 걸릴 위험성이 높다.’, 가족 및 주변인의 취약성은 ‘나의 가족은 결핵에 걸릴 위험성이 높다.’, ‘친구나 동료 등 내 주위의 사람들은 결핵에 걸릴 가능성이 높다.’ 3개의 문항을 4점 척도로 측정하였다. 우리 사회의 구성원 취약성은 ‘우리나라는 결핵 확산이 심각하다’, ‘결핵은 주변의 결핵환자로부터 누구나 쉽게 감염될 수 있는 질병이다’, 우리나라 사람들은 결핵에 걸릴 가능성이 높다’의 4점 척도로 측정하였다.

### (4) 효능감

#### 가. 자기효능감

자기효능감은 얼마나 자신이 권고된 건강행동을 할 수 있는 능력이 있다고 생각하는가이다(Rimal, 2001), ‘나는 결핵에 걸렸는지에 대해 증상을 스스로 쉽게 파악할 수 있다.’ ‘내가 결핵이라고 의심되면, 나에게 있어 바로 병원에 가서 진단을 받는 일은 어렵지 않다’, ‘나는 결핵예방을 위해 정기적으로 X-ray 검사를 받는 일은 어렵지 않다’, ‘나는 결핵예방을 위해 정기적으로 결핵균 검사를 받는 일은 어렵지 않다’, ‘나는

결핵예방을 위해 정기적으로 피부반응검사를 받는 일은 어렵지 않다'의 5문항으로 4점 척도로 측정하였다.

#### 나. 반응효능감

반응효능감은 질병에 대한 권고된 예방행동이 얼마나 효과가 있는가 하는 생각으로 (Zhao & Cai, 2009), 본 연구에서는 '정기적 X-ray 검진은 결핵의 조기발견에 효과가 있다고 생각한다', '정기적 결핵균 검사는 결핵진단에 효과가 있다고 생각한다', '정기적 피부반응검사 결핵진단에 효과가 있다고 생각한다'의 3문항을 4점 척도로 측정하였다.

#### 다. 집단효능감

'우리사회 구성원들은 결핵 예방과 치료 문제를 해결할 수 있는 능력을 가지고 있다', '우리정부는 결핵 예방과 치료 문제를 해결할 수 있는 능력을 가지고 있다', '우리 사회구성원들의 결핵 예방과 치료에 대한 노력은 결핵관련 문제를 해결하는데 효과가 있을 것이다', '우리정부의 결핵예방과 치료 정책은 결핵문제를 해결하는데 효과가 있을 것이다'의 4문항으로 4점 척도로 측정하였다.

### (5) 두려움

두려움이란 인간의 기본적인 감정의 하나로, 심각하고 개인적으로 관련이 있는 위협이 지각될 때 환기되는 심리적 차원과 생리적 차원으로 구성된 내적 감정 반응이다 (Witte, 1998). '나는 결핵에 걸릴까봐 걱정된다.', '나는 결핵에 걸릴까봐 불안하다.', '나는 결핵에 걸릴까봐 무섭다.'의 3개 문항을 4점 척도로 측정하였다.

### (6) 결핵관련 지식

결핵에 대한 지식정도는 주어진 정보에 대한 인지여부로 측정하였다. 제시한 결핵관련 정보는 1차적으로 대한결핵협회에서 제공하고 있는 결핵관련 정보를 기초로 하여 결핵협회 전문가 3명이 검수하여 개발되었다. 항목별 문항수를 살펴보면, 결핵의 감염 및 발병 6문항, 결핵의 예방 및 검사 7문항, 결핵의 증상 및 증후 3문항, 결핵의 치료 7문항으로 구성되었다. 결핵관련 지식에 대한 문항은 요인분석을 통해 추출한 총

13문항을 연구의 분석에 사용하였다. 감염에 대한 지식은 ‘결핵은 결핵환자와의 피부 접촉, 가래나 침으로 감염되지 않는다’, ‘결핵은 결핵환자가 사용하는 수건, 수저, 그릇 등의 물건을 통해 감염되지 않는다’의 2문항으로, 예방지식은 ‘결핵약 복용 후 약 2주후면 결핵은 거의 감염되지 않는다’, ‘결핵균은 자외선(햇빛)에 노출되면 죽는다’, ‘유아기에 실시하는 BCG 접종은 소아 결핵 예방에만 효과가 있다’, ‘BCG 예방접종은 성인에게는 효과가 없다’로 측정하였다. 증상 지식은 ‘기침이나 가래가 2주 이상 지속되면 결핵으로 의심할 수 있다’, ‘각혈이 있으면 결핵으로 의심할 수 있다’, ‘지속적인 미열과 체중 감소가 있으면 결핵으로 의심할 수 있다’로 측정하였다. 치료 지식은 ‘결핵치료는 증상이 없어져도 6개월간 약을 복용해야 한다’, ‘결핵은 최소 6개월 이상 치료해야 나올 수 있는 힘든 질병이다’, ‘결핵은 잘 치료하지 않으면 죽을 위험이 높은 질병이다’, ‘결핵은 나도 모르게 걸릴 수 있는 질병이다’로 측정하였다. 결핵관련 지식 측정은 ‘안다’에는 2점, ‘어느 정도 안다’에는 1점, 그리고 ‘모른다’에는 0점으로 배점하였다.

## 4. 연구결과

### 1) 신뢰성 검증

문항에 대한 신뢰성 검증결과와 평균, 표준편차는 다음 <표 1>과 같다. 결핵 지식에 대한 문항은 응답자의 지식 수준정도를 파악하기 위해 각 세부차원의 지식에 대하여 평균점수 외 총점을 측정하였다. 총 13개 정보에 대한 인지정도를 파악하였으며, 13개 결핵 정보를 모두 아는 것으로 응답하였을 경우, 총 26점이 만점이 된다. 응답자의 지식 평균은 9.20점(SD= 6.26)이므로 중간값인 13점보다 낮게 나타났다.

### 2) 연구문제 검증

먼저 <연구문제 1>의 결과로, 연령대별의 결핵에 대한 인지적 신념(지각된 위험, 효능감), 감정(두려움), 지식정도, 낙인, 결핵발병공개의도의 차이를 살펴보았다. 건강신념변인에 있어서는 지각된 취약성( $F=.9.248, p<.001$ ), 효능감( $F=.37.578, p$

<.001)에서 유의미한 차이가 나타났다. 감정요인인 두려움에 있어서는 연령별 차이가 나타나지 않았으며, 지식과 낙인에 있어서는 연령대별 차이가 유의미하지 않았다. 그러나 세부변인에 있어서는 연령대별 차이가 나타났는데, 특히 건강신념변인 중 취약성에 있어서는 우리사회의 구성원 취약성에 대해서 연령대별 차이가 발견되었다. 구성원 취약성에 대한 인식은 40~50대가 제일 높았으며, 10대, 20~30대, 40~50대의 모든 연령대 간 차이가 모두 나타났다(연구문제 1-1). 효능감에 있어서는 자기 효능감, 반응 효능감, 집단 효능감 세부차원 모두에서 40~50대의 효능감이 가장 높았으며, 연령대 모든 그룹 간 차이가 발견되었다(연구문제 1-2)〈표 2〉.

표 1. 문항의 신뢰성 계수, 평균, 표준편차(N=1047)

변인군	변인	문항 수	신뢰도 계수 (Cronbach's $\alpha$ )	평균	표준편차
지각된 위험	심각성	3	.812	2.459	.497
지각된 취약성	자기 취약성	1	-	1.990	.696
	주변인 취약성	2	.792	2.123	.543
	구성원 취약성	3	.755	2.523	.615
효능감	자기 효능감	5	.825	2.485	.601
	반응 효능감	3	.873	2.982	.661
	집단 효능감	4	.889	2.841	.666
두려움	두려움	3	.963	2.07	.739
결핵관련 지식	결핵의 감염 및 발병	2	.830	.728	.685
	결핵의 예방 및 검사	4	.752	.465	.519
	결핵의 증상 및 증후	3	.770	.780	.615
	결핵의 치료	4	.817	.887	.640
낙인	표시/가시성(mark)	3	.830	2.072	.629
	책임(responsibility)	3	.777	1.849	.659
	위해(peril)	4	.867	2.511	.649
	그룹 라벨(group labels)	4	.839	1.889	.619
결핵발병공개의도	가족공개의도	1	-	2.900	.764
	주변인공개의도	1	-	2.910	.741

표 2. 건강신념변인과 두려움-연령대별 차이(지각된 심각성, 지각된 취약성, 효능감 및 두려움)

변인		연령대	N	M(SD)	df	F	
지각된 심각성		10대	241	2.42(.69)	2, 1090	.485	
		20대-30대	458	<b>2.47(.58)</b>			
		40대-50대	394	2.45(.55)			
		합계	1093	2.45(1.19)			
지각된 취약성		10대	241	2.22(.57)a	2, 1090	9.248***	
		20대-30대	458	2.27(.47)a			
		40대-50대	394	<b>2.38(.46)b</b>			
		합계	1093	2.30(.50)			
세부 차원	나의 취약성	10대	241	<b>2.03(.79)</b>	2, 1090	.456	
		20대-30대	458	1.98(.68)			
		40대-50대	394	1.98(.64)			
		합계	1093	1.99(.69)			
	주변인 취약성	10대	241	2.08(.70)	2, 1090	2.736	
		20대-30대	458	2.09(.59)			
		40대-50대	394	<b>2.18(.57)</b>			
		합계	1093	2.12(.61)			
	구성원 취약성	10대	241	2.37(.59)a	2, 1090	21.145***	
		20대-30대	458	2.48(.52)b			
		40대-50대	394	<b>2.65(.53)c</b>			
		합계	1093	2.52(.55)			
효능감		10대	241	2.56(.62)a	2, 1090	37.578***	
		20대-30대	458	2.74(.49)b			
		40대-50대	394	<b>2.92(.48)c</b>			
		합계	1093	2.76(.54)			
세부 차원	자기 효능감	10대	241	2.24(.68)a	2, 1090	46.154***	
		20대-30대	458	2.43(.59)b			
		40대-50대	394	<b>2.69(.55)c</b>			
		합계	1093	2.48(.62)			
	반응 효능감	10대	241	2.81(.80)a	2, 1090	13.511***	
		20대-30대	458	2.96(.62)b			
		40대-50대	394	<b>3.09(.60)c</b>			
		합계	1093	2.98(.66)			
	집단 효능감		10대	241	2.63(.76)a	2, 1090	21.927***

변인	연령대	N	M(SD)	df	F
	20대-30대	458	2.82(.65)b		
	40대-50대	394	<b>2.99(.61)c</b>		
	합계	1093	2.84(.67)		
두려움	10대	241	<b>2.12(.84)</b>	2, 1090	.430
	20대-30대	458	2.07(.73)		
	40대-50대	394	2.09(.68)		
	합계	1093	2.84(.79)		

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

주: 같은 위치자가 부여된 경우, 집단간 차이가 유의미하지 않고, 다른 위치자가 부여된 경우 집단간 차이가 유의미함.

지식에 있어서는 전체 지식과 지식의 세부 내용(감염, 예방, 증상, 치료)에 있어 모든 연령대에서 그 차이가 발견되었다( $F = .23.920, p < .001$ ). 40~50대에게서 지식이 가장 높은 것으로 나타났고, 그룹 간 차이는 10대, 20~30대와 40~50대간의 차이만이 유의미했다. 젊은 연령층과 장년층과의 지식 차이가 뚜렷함이 입증되었다(연구문제 1-3)〈표 3〉.

낙인에 있어서도 전체 낙인에 대한 인식( $F = 29.430, p < .001$ )과 세부차원(표시, 책임, 위협, 그룹라벨링)에 있어 모든 연령대에서 그 차이가 발견되었다(연구문제 1-4). 40~50대에게서 낙인이 가장 높은 것으로 나타났고, 그룹 간 차이는 세부차원마다 다른 양상을 보였다(표 4). 결핵환자는 ‘표시’가 난다는 인식은 모든 연령대 간 차이가 있었다( $F = 28.096, p < .001$ ). 그러나 책임에 대한 인식은 10대와 20~30대 간 차이는 유의미하지 않았고, 이 두 그룹과 40~50대간의 차이만 유의미했다( $F = 13.214, p < .001$ ). 결핵환자의 위협성에 대한 낙인인식은 10대와 20~30대, 40~50대간 차이가 유의미했으며( $F = 24.656, p < .001$ ), 그룹 라벨링에 대한 인식은 10대와 40~50대간 차이만 유의미한 것으로 나타났다( $F = 7.894, p < .001$ )〈표 4〉.

결핵공개의도에 있어서는 가족에게 공개할 의도에 있어서만 연령대 그룹별 차이가 나타났다. 가족에게 공개할 의도 역시 40~50대 그룹에서 가장 높게 나타났으며, 10대와 20~30대, 10대와 40~50대간 차이가 유의미한 것으로 나타났다( $F = 4.830, p < .001$ )〈표 5〉.

표 3. 결핵 지식: 연령대별 차이

변인		연령대	N	M(SD)	df	F
결핵 지식		10대	241	.67(.72)a	2, 1090	23.920***
		20대-30대	458	.67(.66)a		
		40대-50대	394	<b>.81(.68)b</b>		
		합계	1093	.72(.68)		
세부차원	감염 및 발병	10대	241	.67(.72)a	2, 1090	5.085**
		20대-30대	458	.67(.66)a		
		40대-50대	394	<b>.81(.68)b</b>		
		합계	1093	.72(.68)		
	예방	10대	241	.40(.51)a	2, 1090	21.429***
		20대-30대	458	.37(.47)a		
		40대-50대	394	<b>.59(.54)b</b>		
		합계	1093	.46(.51)		
	증상	10대	241	.69(.58)a	2, 1090	18.518***
		20대-30대	458	.69(.60)a		
		40대-50대	394	<b>.92(.61)b</b>		
		합계	1093	.78(.61)		
	치료	10대	241	.79(.62)a	2, 1090	18.490***
		20대-30대	458	.80(.62)a		
		40대-50대	394	<b>1.04(.63)b</b>		
		합계	1093	.88(.64)a		

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

주: 같은 위치자가 부여된 경우, 집단간 차이가 유의미하지 않고, 다른 위치자가 부여된 경우 집단간 차이가 유의미함.

표 4. 결핵에 대한 낙인: 연령대별 차이

변인		연령대	N	M(SD)	df	F
낙인		10대	241	1.95(.56)a	2, 1090	29.430***
		20대-30대	458	2.09(.45)b		

변인		연령대	N	M(SD)	df	F
		40대-50대	394	<b>2.24(.41)c</b>		
		합계	1093	2.11(.48)		
세부차원	표시	10대	241	1.86(.62)a	2, 1090	28.096***
		20대-30대	458	2.04(.61)b		
		40대-50대	394	<b>2.23(.60)c</b>		
		합계	1093	2.07(.62)		
	책임	10대	241	1.73(.71)a	2, 1090	13.214***
		20대-30대	458	1.79(.65)a		
		40대-50대	394	<b>1.98(.61)b</b>		
		합계	1093	1.84(.65)		
	위험	10대	241	2.31(.74)a	2, 1090	24.656***
		20대-30대	458	2.56(.62)b		
		40대-50대	394	<b>2.67(.57)b</b>		
		합계	1093	2.54(.64)		
	그룹 라벨링	10대	241	1.78(.70)a	2, 1090	7.894***
		20대-30대	458	1.86(.58)ab		
		40대-50대	394	<b>2.67(.58)b</b>		
		합계	1093	2.48(.61)		

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

\* 같은 위첨자가 부여된 경우, 집단간 차이가 유의미하지 않고, 다른 위첨자가 부여된 경우 집단간 차이가 유의미함.

〈연구문제 2〉는 낙인에 미치는 요인들을 위계적 회귀분석<sup>2)</sup>을 통해 연령대 그룹 별 차이를 중심으로 보고자 하였다. 10대의 낙인인식에 영향을 미치는 변인군은 인구 사회학적 변인뿐인 것으로 나타났다. 그러나 세부 개별변인의 영향력은 유의미하지 않았으며, 개별변인으로 유의미한 요인은 지각된 심각성뿐이었다( $\beta = .298, p < .001$ ). 즉, 10대가 갖는 결핵에 대한 낙인은 결핵이 죽을 수도 있으며 고통스러운 질병이라

2) 위계적 회귀분석(hierarchical regression)은 종속변수에 대한 각 변인군의 상대적 영향력을 파악하기 위해 사용된다. 전체 설명변량이 단계별로 투입되는 개별 변인군의 상대적 기여도로 분할되고, 제외되는 변량이 없어 개별 변인군의 효과를 검증하는 연구에 적합하다(Jung, Chan-Olmsted, Park & Kim, 2012).

표 5. 결핵공개의도: 연령대별 차이

변인		연령대	N	M(SD)	df	F
결핵공개의도		10대	241	3.02(.73)	2, 1090	.967
		20대-30대	458	<b>3.09(.61)</b>		
		40대-50대	394	3.07(.57)		
		합계	1093	3.07(.62)		
가족공개의도	가족	10대	241	3.22(.82)a	2, 1090	4.830***
		20대-30대	458	3.35(.67)b		
		40대-50대	394	<b>3.40(.62)b</b>		
		합계	1093	3.34(.69)		
	주변인	10대	241	2.83(.81)	2, 1090	1.261
		20대-30대	458	<b>2.84(.75)</b>		
		40대-50대	394	2.76(.75)		
		합계	1093	2.81(.76)		

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

\* 같은 위첨자가 부여된 경우, 집단간 차이가 유의미하지 않고, 다른 위첨자가 부여된 경우 집단간 차이가 유의미함.

는 데에서 기인할 뿐, 효능감, 두려움, 지식 등에서 영향을 받지 않는다는 것을 알 수 있다.

20~30대의 경우, 낙인에 영향을 주는 변인군은 두려움( $\Delta R^2 = .011$ ,  $p < .05$ )과 지각된 위험( $\Delta R^2 = .073$ ,  $p < .001$ )인 것으로 나타났다. 개별 변인에 있어서는 예방지식이 높을수록 낙인이 강해지는 것으로 발견되었는데( $\beta = .147$ ,  $p < .05$ ), 이는 쉬운 예방법에도 불구하고 병을 갖게 된 것에 대한 비난이나 책임을 묻는 낙인이 형성된 것으로 보인다. 그 다음으로 영향력이 큰 변인은 두려움( $\beta = .118$ ,  $p < .05$ )으로 나타났다. 지식의 영향력 중 감염지식 또한 낙인에 어느 정도 영향력을 미치는 변인으로 나타났는데( $\beta = -.086$ ,  $p < .001$ ), 감염에 대한 정확한 정보를 알수록 낙인이 줄어드는 것으로 나타났다.

40~50대의 경우 모든 변인군이 낙인의 예측요인으로 증명되었다. 이 중 가장 영향력이 큰 변인군은 심각성( $\Delta R^2 = .090$ ,  $p < .001$ ), 효능감( $\Delta R^2 = .012$ ,  $p < .001$ )이었으며, 그 다음으로는 두려움( $\Delta R^2 = .011$ ,  $p < .01$ ), 인구사회학적속성( $\Delta R^2 = .011$ ,  $p < .01$ ) 변인군이였다. 개별변인의 영향력은 심각성이 가장 큰 영향을

표 6. 낙인에 영향을 미치는 요인: 위계적 회귀분석 결과

독립변인 \ 종속변인		10대 낙인		20~30대 낙인		40~50대 낙인	
		표준화 회귀계수	$\Delta R^2$	표준화 회귀계수	$\Delta R^2$	표준화 회귀계수	$\Delta R^2$
인구 사회학적 요인	성별	-.060	.007	.023	.003	.001	.011**
	학력	.026		-.031		.097**	
	소득	-.003		.001		-.010	
지각된 위험	지각된 심각성	.298***	.172***	.045	.073***	.140***	.090***
	나의 취약성	.077		-.027		-.019	
	주변인 취약성	.158		.123		.099*	
	우리사회 취약성	-.023		.093		.047	
효능감	자기 효능감	.067	.006	.084	.008	.118**	.012**
	반응 효능감	-.013		.003		-.034	
	집단 효능감	-.035		-.043		-.038	
두려움	두려움	.024	.000	.118*	.011*	.126***	.011***
지식	감염 지식	-.083	.013	-.086 †	.017	-.063 †	.009*
	예방 지식	.119		.147*		.109**	
	증상 지식	-.019		-.002		-.008	
	치료 지식	-.017		-.010		-.001	
R <sup>2</sup>		.198		.112		.132	
수정된 R <sup>2</sup>		.145		.082		.120	
모델 적합도		3.754***		3.742***		10.957***	

† p < .1, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

미치는 것으로 나타났다( $\beta = .140, p < .001$ ). 그 다음 영향력이 큰 개별 변인은 두려움( $\beta = .126, p < .001$ ), 자기효능감( $\beta = .118, p < .001$ )으로 결핵 대처에 대한 자신의 능력에 대한 믿음이 강한 사람일수록 낙인이 강한 것으로 나타났다. 그 다음으로 강한 예측요인은 예방지식이었다( $\beta = .109, p < .05$ ). 자기효능감과 예방지식의 영향력은 유사한 맥락에서 살펴볼 수 있는데, 질병 예방 및 대처에 있어서의 능력에 대한 믿음과 예방지식이 높을수록 결핵을 예방하지 못한 결핵 발병자에게 낙인 태도가 발생하는 것으로 볼 수 있다. 낙인에 영향을 미치는 지식 요인 중 감염지식은 낙

인을 낮추는 요인으로 어느 정도 유의미한 것으로 나타났다( $\beta = -.063, p < .1$ ). 40~50대는 주변인이 결핵에 취약하다고 느낄수록 낙인인식도 강해지는 것으로 나타났다( $\beta = .099, p < .05$ ). 학력이 높을수록 결핵에 대한 낙인이 더 강했다( $\beta = .097, p < .05$ ) (표 6).

〈연구문제 3〉은 결핵공개의도에 영향을 미치는 요인들을 위계적 회귀분석을 통해 연령대 그룹별 차이를 중심으로 보고자 한 것이었다. 10대 그룹은, 결핵이 발병했을 경우 이를 가족에게 공개할 의도에 대해 효능감( $\Delta R^2 = .033, p < .001$ ), 지식( $\Delta R^2 = .048, p < .05$ ), 인구사회학적 속성( $\Delta R^2 = .033, p < .001$ ), 두려움( $\Delta R^2 = .015, p < .05$ ) 변인군 순으로 유의미했다. 개별변인으로서의 예방지식의 영향력이 가장 컸다( $\beta = -.241, p < .001$ ), 예방지식이 많을수록 공개의도가 작아지는 것으로 나타났다. 그 다음으로 우리사회 구성원 취약성( $\beta = .223, p < .05$ )과 집단효능감( $\beta = .193, p < .05$ )의 효과가 컸다. 이는 우리사회의 구성원 모두가 취약하다고 인식할 때, 질병을 노출하기에 심리적 부담이 덜하고, 타인의 시선에 대한 우려가 적기 때문이라 보인다. 또한 자신과 마찬가지로 우리사회에서 질병을 대처할 능력이 있고 정부 등의 관리능력을 믿는 경우, 결핵을 공개하고 치료 의지를 갖는 것으로 판단할 수 있다. 두려움 또한 미미하게나마 10대의 발병공개의도에 유의미한 예측력을 미치는 변인으로( $\beta = -.156, p < .1$ ), 두려움이 적을수록 공개하려는 경향이 강한 것으로 나타났다.

20~30대 그룹에서는 지각된 위협( $\Delta R^2 = .057, p < .01$ ), 효능감( $\Delta R^2 = .056, p < .01$ ), 지식( $\Delta R^2 = .019, p < .05$ ), 두려움( $\Delta R^2 = .008, p < .05$ )이 가족에게 결핵을 공개할 의도에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 세부 변인에 있어서는 반응효능감( $\beta = .152, p < .01$ )이 가장 큰 영향을, 그 다음으로 예방지식( $\beta = -.122, p < .05$ )과 지각된 심각성( $\beta = -.114, p < .05$ )이 결핵 발병 시 공개의도에 유의미한 영향을 미쳤다. 20~30대는 결핵에 대처하기 위한 행동들이 효과가 있다고 생각할수록 병 역할 행동의 하나로서 결핵을 공개하고 치료할 의지를 갖는 것으로 볼 수 있다. 예방지식이 높을수록 공개의도가 낮아지는 것은 10대와 마찬가지로 나타났다. 낙인의 영향력은 다소 미미하게 나타나지만 유의미한 수준으로 볼 수 있는데, 낙인의 책임성에 대한 인식이 높을수록( $\beta = -.111, p < .1$ ), 위해인식이 높을수록( $\beta = .101, p < .1$ ), 가족에게 공개할 의도가 커지는 것으로 나타났다.

40~50대의 경우 모든 변인군이 결핵공개의도의 예측요인으로 증명되었다. 영

향력이 큰 변인은 효능감( $\Delta R^2 = .071, p < .001$ ), 지각된 위협( $\Delta R^2 = .050, p < .001$ ), 인구사회학적 속성( $\Delta R^2 = .025, p < .001$ ), 지식( $\Delta R^2 = .015, p < .01$ ), 낙인( $\Delta R^2 = .013, p < .05$ ) 순으로 나타났으며, 두려움 변인군의 영향력이 가장 작았다. 개별변인의 영향력은 반응효능감( $\beta = .175, p < .001$ ), 예방지식( $\beta = -.122, p < .01$ ), 집단효능감( $\beta = .121, p < .01$ ), 우리사회 구성원 취약성( $\beta = .098, p < .01$ ), 두려움( $\beta = -.094, p < .01$ ), 낙인 중 ‘책임’( $\beta = -.092, p < .01$ ) 요인 순으로 영향력을 나타냈다. 그룹라벨링도 가족에게 공개할 의도에 영향을 미쳤다( $\beta = -.066, p < .1$ ). 여성일수록( $\beta = .050, p < .1$ ), 학력이 높을수록( $\beta = .056, p < .1$ ) 가족에게 공개할 의도도 유의미하게 높아지는 것으로 나타났는데, 영향력 정도는 미미했다(표 7).

그러나 주변인에 결핵을 공개할 의도는 가족과는 다른 양상을 보였다. 10대 그룹에서는 위계적 회귀모델의 적합도가 유의미하지 않았으나, 20~30대, 40~50대의 경우 모델의 적합도가 유의미했다. 특히 20~30대 그룹에서는 가족에게 공개할 의도에서는 지식의 영향력이 나타난 반면, 낙인의 영향력은 유의미하지 않았으나, 주변인에 대해서는 지식의 영향력은 나타나지 않고, 낙인의 영향력이 나타났다. 낙인 요인 중 결핵환자를 위협하다고 보는 ‘위해’ 요인이 유의미한 예측요인으로 밝혀졌다( $\beta = -.123, p < .01$ ). 이는 평소 자신이 결핵환자를 위협하다고 보는 인식이 강한 사람일수록 자신의 발병 시 주변인에게 공개하기 어려운 것으로 해석할 수 있다. 또한 영향력은 크지 않았지만, 남성일수록 주변인 공개의도가 높아지는 것으로 나타났다( $\beta = -.090, p < .1$ ). 40~50대 그룹에서는 지식 변인군의 영향력은 나타나지 않았지만, 예방지식의 영향력은 여전히 유의미한 것으로 나타났으며( $\beta = -.086, p < .01$ ), 가족에게 공개할 의도에 미치는 영향력 변인과 차이가 나타난 부분은 지각된 심각성과 낙인 중 ‘위해’의 영향력이었다. 가족에게 공개할 의도에는 ‘책임’이 영향력에 대한 유의수준이 높고, ‘그룹 라벨링’에 대한 낙인 인식은 미미한 영향력을 미친 반면, 주변인에 대해서는 ‘위해’( $\beta = -.097, p < .01$ )와 ‘그룹 라벨링’( $\beta = -.107, p < .01$ ) 모두 결핵공개의도에 강한 부(-)적 영향을 갖는 것으로 나타났다. 즉, 결핵환자는 다른 사람에게 피해를 준다는 인식, 부정적 특징을 지닌 그룹으로 인식하는 편견 등 타인과 관련된 낙인 요인들이 상대적으로 더 강하게 작용하여 주변인에게 공개할 의도에 장애가 되고 있는 것으로 입증되었다. 또한 주변인에게 공개할 의도에 있어서는 가족에게 공개할 의도와 달리, 남성일수록 공개의도가 높아지는 특징이 있었

표 7. 병 역할행동(결핵발병 공개의도)에 영향을 미치는 요인: 연령대별(가족)

독립변인		10대		20~30대		40~50대	
		표준화 회귀 계수	$\Delta R^2$	표준화 회귀 계수	$\Delta R^2$	표준화 회귀 계수	$\Delta R^2$
인구 사회학적 요인	성별	.041	.033***	.052	.011	.050 †	.025***
	학력	.095		-.007		.056 †	
	소득	.029		.047		.040	
지각된 위험	지각된 심각성	.006	.033	.114*	.057***	.060	.050***
	나의 취약성	.065		-.076		-.041	
	주변인 취약성	-.084		-.016		-.070	
	우리사회 구성원 취약성	.223*		-.068		.098*	
효능감	자기 효능감	.009	.068**	-.038	.056***	-.032	.071***
	반응 효능감	.112		.152**		.171***	
	집단 효능감	.193*		.08		.121**	
두려움	두려움	-.156 †	.015*	-.082	.008*	-.094**	.009**
지식	감염 및 발병 지식	-.045	.048*	-.036	.019*	-.031	.015**
	예방 지식	-.241**		-.122*		-.122**	
	증상 지식	-.032		.031		.047	
	치료 지식	.108		.069		.057	
낙인	표시(mark)	-.019	.015	-.043	.022	.001	.013**
	책임(responsibility)	-.094		-.111 †		-.092*	
	위해(peril)	-.057		.101 †		.044	
	그룹 라벨링 (group labeling)	.009		-.069		-.066 †	
R <sup>2</sup>		.211		.172		.184	
수정된 R <sup>2</sup>		.144		.137		.169	
모델 적합도		3.149***		4.803***		12.695***	

† p<.1, \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001 (성별: 남자=0, 여자=1)

표 8. 병 역할행동(결핵발병 공개의도)에 영향을 미치는 요인: 연령대별(주변인)

독립변인		10대		20~30대		40~50대	
		표준화 회귀 계수	$\Delta R^2$	표준화 회귀 계수	$\Delta R^2$	표준화 회귀 계수	$\Delta R^2$
인구 사회학적 속성	성별	-.041	.001	-.090 †	.012	-.109***	.011**
	학력	.001		.032		.005	
	소득	.011		-.038		-.005	
지각된 위험	지각된 심각성	.022	.029	.164**	.027*	.076*	.013**
	나의 취약성	.041		-.108		-.040	
	주변인 취약성	.004		.033		.075	
	우리사회 취약성	.173 †		-.045		.054	
효능감	자기 효능감	.068	.046**	.013	.030**	.038	.028***
	반응 효능감	.061		.115*		.082*	
	집단 효능감	.135		.093		.013*	
두려움	두려움	-.089	.005	-.060	.004	-.069 †	.005**
지식	감염 및 발병 지식	.025	.011	-.006	.004	.013	.007
	예방 지식	-.105		-.071		-.086*	
	증상 지식	-.048		.041		.036	
	치료 지식	.075		-.002		.059	
낙인	표시(mark)	-.043	.014	-.047	.017*	-.004	.022***
	책임(responsibility)	.038		.069		.029	
	위해(peril)	.001		-.123*		-.097**	
	그룹 라벨링 (group labeling)	-.126		-.026		-.107**	
R <sup>2</sup>		.107		.093		.085	
수정된 R <sup>2</sup>		.032		.054		.069	
모델 적합도		1.419		2.363**		5.238***	

† p<.1, \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001 (성별: 남자=0, 여자=1)

으며, 영향력 또한 개별변인 가운데 가장 큰 것으로 나타났다( $\beta = -.109, p < .001$ )  
(표 8).

## 5. 결론 및 논의

본 연구는 그 동안 결핵치료의 방해요인으로, 또 개선되어야 할 문제로 지적되어 오면서도 논의가 부족했던 낙인과 초기 결핵 치료에서 중요한 결핵 발병 시 공개할 의도에 대해 논의하고, 이에 영향을 주는 요인들에 대해서 고찰하였다. 특히, 결핵과 관련된 인식과 감정, 지식, 낙인 및 병 역할행동에 있어 연령대 그룹별 차이가 있음을 살펴보고 결핵 캠페인에서 세분화 전략을 실시하여 낙인을 줄이고 치료행동을 높일 수 있도록 실무적 시사점을 얻고자 하였다. 무엇보다 낙인을 줄이기 위해서는 어떠한 요인들을 다루어야 할지 구체적이고 실질적인 가이드를 제시할 수 있도록 낙인에 영향을 미치는 요인들을 건강신념요인, 감정요인, 지식요인으로 탐구하였다. 특히, 낙인을 줄이기 위해서 결핵에 대한 지식의 제고가 강조되어 왔음에도 불구하고, 지식과 낙인의 관계는 실증적으로 밝혀진 바가 거의 없었기 때문에 어떠한 지식을 어느 정도 아는지에 따라 낙인화가 달라질 것으로 보고, 지식의 유형을 세분화하여 고찰하였다. 또한 건강신념요인, 감정요인, 지식요인과 함께 낙인을 바라보는 관점을 중심으로 한 태도 유형에 따라 결핵 공개의도가 어떻게 달라질 것인지에 대해 분석하였다.

〈연구문제 1〉의 결과, 연령대 그룹별 결핵에 대한 건강신념의 차이는 구성원 취약성과, 자기효능감, 반응효능감, 집단효능감에서 유의미하게 나타났다. 결핵이라는 질병의 심각성 인식이나 두려움은 연령대 그룹 간 차이가 없었으나 효능감과 취약성의 인식에는 차이가 나타나, 연령대별 메시지 전략에 있어 차별화가 필요할 것으로 판단된다. 이러한 맥락에서 최근 결핵 캠페인의 주요 메시지가 20~40대의 취약성을 강조하고 있는 것은 올바른 방향이라고 보인다. 그러나 아직 효능감과 관련된 메시지 개발이 이루어지지 않았다는 것을 고려하면, 젊은 연령층으로 갈수록 효능감 인지가 부족하다는 본 연구의 결과가 반영될 필요가 있겠다. 또한 취약성에 있어서는 자신과의 거리가 멀수록, 즉, 주변인, 구성원 취약성에 대한 인식이 더 강해지는 것으로 나타나 결핵의 취약성 인식에 있어서도 제 3자 효과가 나타나는 것을 확인하였다. 그러나 효능감 차원에서는 자기효능감보다 집단효능감, 반응효능감이 높기 때문에, 취약성

에 대한 메시지는 사회 구성원 전체 차원에서 제시하고, 효능감 차원에 있어서는 우리사회가 결핵치료에 대한 능력이 많고, 또 결핵예방의 방법들을 실천하는 것만으로도 질병을 막을 수 있음을 핵심 메시지로 제시하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

결핵 지식은 그 내용적 유형과 관계없이, 연령대가 높을수록 많은 것으로 나타났으며 연령대 집단 간 차이가 유의미했다. 이러한 결과는 역시 결핵과 관련된 세분화된 지식을 전달하고, 결핵 관련 정보를 정확하게 인지시킴에 있어 연령대별 현재 지식수준의 고려가 전제되어야 효과적인 교육 및 정보전달이 가능함을 시사하고 있다. 특히 〈연구문제 2〉의 결과인 20대 이상의 그룹에게 결핵에 대한 지식 중, 감염 및 발병지식은 낙인을 낮추는 효과가, 예방 지식은 낙인을 높이는 효과가 있음을 고려하여 효율적인 지식전달이 이루어질 수 있는 전략적 접근이 필요하리라 본다.

낙인에 있어서도 모든 연령대별 차이가 유의미하게 나타났고 표시나 책임에 대한 낙인 수준에 비해 위험이나 그룹 라벨링에 대한 낙인이 높았다. 특히 위험과 그룹 라벨링에 대한 낙인 인식이 40~50대에게서 높은 것으로 나타나 결핵의 감염성이나, 결핵에 걸린 사람과 자신들을 다른 부류의 사람들로 여기는 낙인인식이 여전히 강하게 남아있음을 확인할 수 있었다. 결핵공개의도에 있어서는 40~50대의 경우 가장 높은 점수를 나타냈고, 가족에게 공개할 의도에 있어서 10대와 20~30대, 40~50대 그룹 간 차이가 유의미했다. 20~30대, 40~50대의 경우, 성인으로, 또 가족의 가장으로 자신의 능력이나 판단에 따라 자율적으로 행동할 수 있고 또 대처할 수 있는 반면, 10대의 경우 질병 대처 능력의 부족과 부모나 배우자에 대한 고려가 결핵발병 공개에 부정적으로 작용하는 것으로 추측된다. 이는 결핵 치료에 대한 접근성을 높이는 데 있어서 10대와 20~30대, 40~50대에 대한 전략 역시 달라져야 함을 의미한다. 질병 관리에 대한 대처 능력이 높은 40~50대보다 대처 능력이 부족한 10대 경우가 초기 치료에 대한 지원 및 도움이 더욱 필요하며 효과를 발휘할 가능성이 높다. 그러나 본 연구의 결과 10대의 경우 발병공개의도는 다른 그룹에 비해 더 낮아 이들에 대한 치료 지원 및 지지가 오히려 어려울 수 있으므로, 10대의 경우에는 결핵 발병 시 가족에게 알릴 수 있도록 유도하는 커뮤니케이션이 필요할 것으로 판단된다.

〈연구문제 2〉의 결과 결핵에 대한 전반적 낙인에 영향을 미치는 변인은 연령대별로 차이가 있는 것으로 나타났다. 10대에서는 지각된 심각성만이 낙인의 예측요인으로 유일했으며 20~30대의 경우 두려움과 예방지식 및 감염지식이 낙인에 영향을 주는 것으로 나타났다. 40~50대의 경우, 결핵의 심각성에 대한 지각이 높고, 두려움

이 클수록, 자기효능감이 높고 예방지식이 많을수록 낙인이 강해지는 것으로 증명되었다. 주변인에 대한 취약성 인식과 학력도 낙인의 정(+)적 예측 요인인 것으로 나타났다. 이러한 연구결과는 결핵 발병률이 상대적으로 높은 20~30대와 40~50대의 경우, 두려움이나 예방지식으로 낙인이 형성될 수 있으나 정확한 감염 지식의 증가로 낙인을 낮출 수 있는 방법이 있음을 시사한다. 예방에 대한 지식이 높을수록 낙인이 강해진다는 것은, 예방의 용이성에 대한 인식과 낙인이 관련이 있기 때문인 것으로 판단된다. 이것은 결핵이 햇빛 노출, BCG 접종 등을 통해 쉽게 예방할 수 있음에도 불구하고 결핵 발병자들이 이러한 쉬운 예방활동을 하지 못했기 때문에 이들에게 책임을 부여하고, 이들을 다른 집단으로 인식하는 등 낙인을 하는 것으로 해석할 수 있다. 그러나 이에 반해 본 연구는 결핵의 감염 및 발병지식이 낙인을 낮출 수 있는 요인이 될 수 있음을 규명하여 지식 전달 활동 및 캠페인에 있어 보다 정교한 접근을 시도할 수 있음을 제시하고 있다. 이는 결핵의 감염 경로, 즉, 결핵이 결핵환자와의 접촉이나, 물건을 통해 감염되지 않는다는 것을 정확히 알수록 낙인이 줄어든다는 이전 결과(Jaramillo, 1995; Jaramillo, 1999)와 일치하는 것으로, 지식의 내용을 고려하여 낙인인식을 줄일 수 있는 지식을 전달하는 것이 반드시 필요하리라 생각된다. 썹굽타 등(Sengupta, et al., 2006)은 질병에 대한 정확한 지식을 갖고 있으면 낙인을 일으키는 요인들과 자신을 보호할 수 있는 요인들 사이에 균형을 갖추게 된다고 강조하였다. 즉, 결핵 또는 결핵환자에 대한 낙인 인식을 하지 않으면서도 결핵을 조심하고 예방하는 균형적 행동을 하게 된다는 것인데 본 연구의 결과 또한 유사한 맥락에서 해석이 가능하다. 정확한 지식을 통해 낙인을 낮추면서도 예방 행동과 치료 행동을 이끌 수 있는, 지식과 낙인, 치료행동의 조화가 효과적인 결핵관리를 이끌 수 있을 것이다.

주목할 만한 것은 연령대 그룹별로 인구사회학적 요인, 지각된 위험, 효능감, 두려움, 지식 영향력이 각각 다르게 작용했다는 점이다. 심각성과 취약성을 포괄하는 지각된 위험 변인군의 영향력이 세 그룹에서 공통으로 나타나긴 하였지만, 개별변인의 영향에 있어서는 공통적인 요인은 도출되지 않았다. 결핵에 걸릴까봐 두려운 감정적 요인은 20~30대와 40~50대의 낙인에만 영향을 줄 뿐, 10대 그룹에게는 낙인에 영향을 주지 않았다. 반면, 지각된 심각성과 자기효능감의 영향력은 10대와 40~50대에게서만 나타났고, 지식의 영향력은 20~30대, 40~50대에게만 나타났다. 10대와 40~50대 그룹에서 지각된 심각성의 영향력은 다른 요인에 비해 매우 컸는데 이

는 미디어 보도와 결핵캠페인의 효과로 추정된다. 특히 최근의 결핵에 대한 캠페인에서는 정확한 지식의 전달, 취약성의 강조, 20~40대 연령의 발병률 등을 강조하는 메시지가 있었지만, 과거의 캠페인에서는 꽤 오랫동안 우리나라 결핵 발병의 심각성과 결핵이 무서운 병이라는 메시지가 많이 강조되었고, 공익광고에 등장하는 결핵환자의 모습이 매우 좋지 않은 모습으로 그려졌으며, 공익광고의 분위기와 음악 또한 매우 공포스러운 느낌을 자아냈다. 이러한 캠페인의 결과가 심각성 인지와 두려움에 영향을 미쳤을 것이며 동시에, 낙인을 형성하는 원인이 되었을 가능성이 있다. 매년 보도되는 우리나라 결핵 발병의 심각성에 대한 미디어 보도 또한 이들 그룹의 낙인형성에 영향을 미쳤을 것으로 보인다. 사실 이러한 연구결과는 캠페인 전략의 수립이나 캠페인 실행 시 매우 신중해야 할 필요가 있음을 시사하고 있다. 많은 연구들이 지적된 위협 인식 및 공포감과 예방행동과의 정(+)적인 인과관계 검증을 통해 질병예방 행동을 촉진시키기 위한 메시지 전략으로 이를 강조하여야 함을 주장하고 있다. 그러나 결핵과 같은 사회적으로 낙인화된 질병의 경우, 질병에 걸릴 위험성을 강조하는 메시지가 오히려 의도하지 않은 편견을 강화하고 환자의 자존심에 상처를 입히는 효과를 가져 올 수 있다. 최근 결핵캠페인에 노출된 사람들의 낙인 인식이 그렇지 않은 사람보다 조금 더 높게 나타난 것도 이러한 효과가 나타난 것임을 입증하고 있다(이윤재·임주리, 2011; 2012). 따라서 결핵 캠페인 메시지 개발은 보다 신중히 이루어질 필요가 있다. 위협에 대한 메시지가 예방에 대한 인식을 높이는 동시에 낙인을 강화시킬 수 있기 때문이다.

한편, 40~50대의 경우 학력이 높을수록 낙인에 대한 영향력이 커졌는데, 이것은 자기 효능감이 낙인에 미치는 유의미한 영향력과도 관계가 있는 것으로 보인다. 결핵예방과 대처에 대한 자신감은 생활적 능력 및 지식적 요인과 관련이 있을 것이고, 이는 곧 학력과 연관되어 있다. 따라서 학력이 높은 사람 및 자기 효능감이 높은 사람들은 결핵 예방 및 대처를 쉬운 일로 여기기 때문에 이를 수행하지 못해 질병을 얻은 것에 대해 부정적으로 생각하고 결핵 환자에 대한 낙인을 할 가능성이 있다. 예방지식이 높을수록 낙인이 더 생기는 것도 유사한 맥락으로 볼 수 있으며, 이러한 부작용을 완화시키려면 <연구문제 3>의 결과에서 제시된 것처럼 반응효능감과 집단효능감을 높여 결핵발병을 가족들에게 공개하여 낙인으로 인한 치료 지연을 줄일 수 있도록 하는 것이 필요할 것이다.

<연구문제 3>의 결과는 결핵이라는 질병이 감염병으로서 또 부정적 질병으로서

복잡한 관계적 요소와 사회적 요소를 지니고 있음을 입증하고 있다. 결핵발병시 공개 의도에 대한 분석결과, 40~50대 그룹의 결핵공개의도에 있어 가장 많은 요인들이 영향을 주고 있음이 나타났으며, 이러한 요인들엔 구성원 취약성, 집단 효능감, 그룹 라벨링 등 사회적 차원의 변수의 영향력이 다른 그룹에 비해 부각되고 있었다. 특히 질병의 사회적 커뮤니케이션과 관련이 있는 낙인인식이 결핵공개의도에 미치는 영향은 10대, 20~30대의 경우 유의미하지 않았고, 40~50대에게만 유의미한 것으로 나타났다. 보다 많은 사회적 관계와 사회적 인식이 축적되어 있는 40~50대 그룹의 경우, 사회 구성원이 취약하다고 느낄수록, 우리사회가 공통적인 효능감을 갖고 있다고 생각할수록 높은 결핵공개의도를 보여 적극적인 치료를 할 가능성이 높은 것으로 나타난 것이다. 특히 집단적 취약성에 대한 자각은 나 뿐 아니라 모두에게 걸릴 수 있는 질병이라는 생각이 발병에 대한 공개를 보다 편안하게 만들 수 있기 때문인 것으로 판단된다. 동시에 전반적인 낙인 인식이 강한 40~50대 그룹의 경우 결핵 환자에 대한 책임 귀인과 사회적으로 열등한 그룹으로 낙인찍힐 수 있다는 인식이 결핵 공개의도를 방해하는 것으로 나타나 다른 그룹에 비해 사회적 인식이 강한 중, 장년층의 경우 이러한 요인들에 대한 고려가 세분화된 타겟 캠페인 실행 시 충분히 이루어질 필요가 있음을 시사하고 있다. 따라서 40~50대를 대상으로 한 캠페인 전략 개발 시, 사회 구성원 취약성 측면을 강화하고 결핵을 ‘나와 다른 사람이 아닌, 비슷한 사람이 걸릴 수 있는 병’으로서 접근하여 그룹 라벨링을 완화시키고, 질병 공개에 거부감을 줄일 수 있도록 해야 할 것이다. 또 40~50대의 경우 결핵 감염에 대한 두려움이 적을수록 발병에 대한 공개 의도가 높아지는 것에 주목하여 결핵 발병자나 잠재 환자에 대해서 심각성의 강조와 공포감의 강조가 다르게 이루어져야 함을 고려해야 한다. ‘걸릴까봐 두려운병이 아니라 걸릴 수도 있지만 두렵지 않은, 치료하면 되는 병’이라는 메시지가 그 예가 될 수 있을 것이다.

인구사회학적 요인과 관련해서는 발병 공개에 있어 가족에게는 여성일수록, 주변인에게는 남성일수록 공개의도가 높아지는 것으로 나타나, 사회적 관계속에 있는 여성과 남성의 성향이나 주변인에 대한 태도가 다르다는 것을 알 수 있었다. 가족과 주변인의 지지와 도움을 얻어 질병치료를 촉구하도록 함에 있어서 이러한 남성과 여성의 성향을 인식하고, 본 연구에서 나타난 바와 같이 성별에 따라, 대상에 대한 공개 의도가 달라짐을 고려할 필요가 있다.

한편, 20~30대, 40~50대 그룹에서 나타난 반응효능감의 효과는 주목하여 볼

만하다. 결핵예방이나 검진 활동이 결핵 관리에서 효과가 있다라는 인식은 결핵 치료의 촉진에도 강한 영향력을 발휘한다는 것이다. 본 연구의 결과를 비추어 볼 때, 반응효능감에 대한 인식이 전반적인 질병대처행동의 효과에 대한 긍정적인 인식을 이끌고, 결핵 공개 후의 치료와 관리 행동의 효과에 대한 믿음을 형성하여 결핵 공개를 촉진시키는 것으로 판단된다. 따라서 반응효능감의 강조, 즉 결핵 예방 및 치료의 효과에 대한 강조가 추가되어야 할 것으로 보인다. 반응효능감에 대한 고려는 기존의 결핵 관리와 캠페인에서 주요하게 다루어지지 않은 요인으로, 본 연구에서 도출된 새로운 결과이다.

또한 모든 그룹에서 결핵발병 공개의도에 대한 예방지식의 부(-)적 영향력이 공통적으로 나타났는데 예방지식이 높을수록 가족에 대한 공개의도가 낮다는 것은 낙인에 대한 영향력에서 추측하였듯이 예방능력 및 책임의식과 관련해서 생각해볼 수 있다. 특히, 결핵과 결핵환자에 대한 낙인 가운데 특히 책임에 대한 낙인 인식이 적을수록 본인이 결핵을 앓게 되었을 때 이에 대해 주변인에게 공개하고 치료하려 한다는 결과는 결핵환자에 대한 편견과 낙인을 줄이는 것이 전반적인 결핵 치료를 촉진시키는데 크게 도움이 될 수 있음을 말해준다. 종합하여 볼 때, 결핵은 공기를 통해 불특정 다수에게 감염되는 병으로 사실상 완벽하게 차단하고 예방하기가 어렵기 때문에, 언제든지 발병이 가능한 일반인에 대한 낙인 관리는 결핵의 치료와 통제에 반드시 필요하다. 결핵에 대한 평소 낙인인식이 약한 사람일수록 보다 빠른 치료에 적극적일 것이고, 결핵환자를 신속히 치료하는 것은 개인의 고통과 사회적 질병확산을 줄이는 동시에 결핵 환자 발생과 사망에 따라 발생하는 연간 8200억 원에 달하는 사회적 부담 및 손실액을 줄이는데 역할을 할 것이기 때문이다.

본 연구는 지식과 낙인을 세부차원으로 나누어 검증했다는 측면에서 그동안의 논의에서 다루어지지 않던 지식과 낙인의 유형을 보다 구체적으로 살펴보고 낙인 연구의 깊이를 더했다는 데에 의미가 있다. 또한 결핵의 예방적 측면 뿐 아니라, 결핵 진단 시 조속하고 적극적인 치료를 촉진시킬 수 있는 발병 공개의도에 주목하고 이는 예측요인에 대해 탐구함으로써 효과적인 결핵관리 전략에 시사점을 주고자 하였다. 건강신념모델에서 제시된 신념 변인의 강조가 건강행동을 이끌 수도 있지만 낙인과 같은 비의도적 효과도 가져올 수 있다는 점에도 주목하여 효과적이고 신중한 결핵관리 및 메시지 전달이 필요함을 실증적 근거와 함께 제시하였다. 이에 후속 연구에서는 다음의 측면을 보완하여 효과적인 결핵관리에 가이드가 되는 동시에 결핵 커뮤니

케이션의 이론화가 탄탄해 질 수 있도록 해야 할 것이다. 먼저, 보다 정교화된 지식의 측정을 통해 보다 엄밀한 영향력 검증이 필요할 것으로 보인다. 본 연구에서 사용된 지식 측정문항은 13문항으로 감염 및 발병, 예방, 증상 및 치료로 유형화된 지식을 정밀하게 측정하는 데에 있어 한계가 있는 것으로 생각된다. 본래 지식문항이 26문항으로 구성되었으나 문항 타당성 검증 과정에서 연구에 사용된 문항이 축소되었고, 특히 예방에 대한 지식을 측정하는 문항이 문항검토 과정에서 축소되어 결핵균 검사나 x-ray 검진 등에 대한 부분이 누락되었기 때문에, 향후 예방지식의 측정을 보완하여 낙인과의 관계를 다시 검토해볼 필요가 있다. 보다 엄밀하게 유형화된 지식의 영향력을 살펴보려면 향후 연구에서 측정 문항에 대한 고민이 보다 필요할 것으로 보인다. 둘째, 본 연구는 질병공개 의도에 있어 유형화된 낙인태도의 영향력을 살펴보아 결핵 치료 촉진에 저해가 되는 낙인 요인들을 보다 구체적으로 규명해 낼 수 있었다. 그러나 낙인을 결과변수로 한 건강신념요인, 감정, 지식요인의 영향력 분석 시에는 낙인의 유형들을 세분화하지 않았다. 따라서 후속 연구에서는 이러한 선행요인들과 구체적인 낙인 유형의 관련성을 보다 깊이 있게 탐구한다면 본 연구를 의미가 더해질 것이다. 또한 각각 다른 유형의 낙인에 대한 영향요인을 규명함과 동시에, 이들의 영향력에 대한 질적 연구를 보완하여 연구결과의 해석과 논의에 깊이를 더하고 심도 있는 통찰을 이끌어낼 필요가 있다. 셋째, 본 연구는 결핵에 대한 국내외 실증연구가 부족한 상황에서 우리나라 국민을 대상으로 결핵에 대한 낙인에 영향을 미치는 예측요인들을 다양하게 탐색하고, 그동안 다루어지지 않던 결핵공개의도를 초기 결핵 치료의 중요 변수로 다루어 그 동안의 결핵연구를 확장시킴과 동시에 실증 연구의 토대를 마련하였다. 향후 연구에서는 본 연구에서 예측요인으로 도출된 변수들 간의 관계를 추가적으로 탐구할 것을 제안한다. 이들 변수간의 관계에 대한 고찰은 낙인 및 결핵공개 의도에 있어 매개적, 또는 조절적 역할을 하는 요인들에 대한 탐색과 검증을 가능하게 하여 결핵 커뮤니케이션에 대한 연구의 지평을 넓힐 수 있으리라 본다.

본 연구는 결핵에 대한 낙인과 병 역할행동에 대한 국내 최초의 연구로서 결핵 관리와 결핵 캠페인을 수행함에 있어 다양한 요인들의 고려와 보다 정교한 접근이 필요함을 실증적 결과를 통해 제시하고, 실질적인 시사점을 도출하였다는 데에 그 의미가 있다. 특히 본 연구는 중요한 것은 무조건 많은 정보 전달이 아니라 결핵에 대한 낙인을 줄이고 결핵 발병 시 치료 의지를 촉진시키는 정보의 내용이며, 타겟에게 초점화된 정보의 전달임을 제시하였다. 또한 구체적인 낙인태도에 대한 관리를 통해 질

병 공개의도를 높일 수 있음을 규명하였다. 이에 본 연구가 우리 사회의 결핵과 결핵 커뮤니케이션에 대한 규범을 변화시키고, 부정적 태도를 완화시키고 긍정적 질병 행동을 이끌 수 있는 이론적, 실무적 토대가 되기를 기대한다.

## 참 고 문 헌

- 김여라(2010). 신종플루 뉴스 이용 정도가 감염자에 대한 사회적 거리감에 미치는 영향에 관한 연구: 낙인효과(stigma effect)를 중심으로. *한국언론학보*, 54권 3호, 207~436
- 류승아(2010). 정시장애인들의 진정한 사회 복귀는 가능한가? 사회적 거리감 영향요인 연구. *한국심리학회지*, 29권 1호, 49~46.
- 백혜진·이혜규(2013). *헬스 커뮤니케이션의 메시지 수용자 미디어 전략*.
- 신호창·노형신·조성은·유선옥(2011). 결핵관련 지식 정도에 따른 결핵에 대한 인식 및 예방 행동 차이에 대한 연구. *한국PR학회 봄철정기학술대회*.
- 손애리(2013). 고등학생의 에이즈 지식, 낙인 및 감염인 차별: 에이즈 공익광고 노출여부를 중심으로. *보건과 사회과학*, 34집, 211~235.
- 손애리·문정선·박지은·천성수·고승덕(2007). 서울시 중·고등학생의 에이즈 지식과 차별태도. *보건과 사회과학*, 21집, 25~49.
- SBS뉴스(2014,03,24). 치료약 안 듣는 결핵 발생률도 1위...치료법은?. [On-line], Available: [http://news.sbs.co.kr/news/endPage.do?news\\_id=N1002309731](http://news.sbs.co.kr/news/endPage.do?news_id=N1002309731).
- 이데일리(2014,03,26.). 우리나라 결핵환자 OECD국가 중 1위... 30%가 20~30대. [On-line], Available: <http://www.edaily.co.kr/news/NewsRead.edy?SCD=JG61&newsid=01800726606027256&DCD=A00706&OutLnkChk=Y>.
- 이병관·손영근·이상록·윤문영·김민화·김채린(2014). 건강 관련 행동의 예측을 위한 사회인지이론의 유용성: 국내 건강신념모델 연구의 메타 분석. *홍보학연구*, 18권 2호, 163~204.
- 이윤재·김용석(2013). 2013년 결핵예방 미디어 캠페인 효과. *Public health weekly report, KCDC*, 26권 7호, 556~561.
- 이윤재·임주리(2011). *2011년 결핵 조기퇴치를 위한 미디어 캠페인 효과. 질병관리본부*, 1~7.
- 이윤재·임주리(2012). *2012년 결핵 조기퇴치를 위한 미디어 캠페인 효과. 질병관리본부*, 1~6.
- 이의정(1985). 커뮤니케이션 연구에 있어서 Likert 척도의 이용에 관한 소고. *커뮤니케이션과학*, 9, 51~85.
- 조성은·신호창·유선옥·노형신(2012). 결핵예방 행동의도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구

:자기효능감과 공포의 매개역할을 중심으로 한 건강신념모델의 확장. *홍보학연구*, 16권 1호, 148~177.

조성은 · 신호창 · 유선욱 · 노형신(2013). 무엇이 결핵에 대한 낙인(Stigma)을 일으키는가?: 낙인에 영향을 미치는 요인에 대한 탐색적 연구.

주간동아(2014.06.09.). 대학가에 결핵 습격 사진. [On-line], Available:

<http://weekly.donga.com/does/magazine/weekly/2014/06/09/201406030500009/2014>

차유리 · 나은영(2012). TV 드라마 메시지의 낙인 효과: 극 중 만성질환 신체 장애인에 대한 부정적 감정과 관련 집단에 대한 사회적 친밀감을 중심으로. *언론정보연구*, 49권 1호, 178~219.

Andrews, F. M. (1984). Construct validity and error components of survey measures: A structural modeling approach. *Public Opinion Quarterly*, 48, 409~442.

Bagozzi, Mahesh, & Prashanth. (1994). Public service Advertisements: Emotions and Empathy Guide Prosocial Behavior. *Journal of Marketing*, 58, 56~70.

Bendig, A. W. (1954). Reliability of short rating scales and the heterogeneity of the rated stimuli. *Journal of applied psychology*, 38(3), 167-170.

Bennstam A. L., Strandmark, M. & Diwan, V L. (2004). Preception of tuberculosis in the Democratic Republic of Congo: Wali ya nkumu in the Mai Ndombe district. *Qualitative Health Research*, 14(3), 299~312.

Brown, L., Macintyre, K. & Trujillo, L. (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned?. *AIDS Education and Prevention*, 15(1), 49~69.

Champion, V. L. & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B., K. Rimer & K. Viswanath (Eds.) *Health education and health behavior: Theory, research, and practice* (4th eds) , 45~66.

Chang, L. (1994). A Psychometric Evaluation of 4-Point and 6-Point. Likert-Type Scales in Relation to Reliability and Validity. *APPLIED PSYCHOLOGICAL MEASUREMENT*, 18(3), 205~215.

Chapin J. R. (2000). Third-Person Perception and Optimistic Bias Among Urban Minority At-Risk Youth. *Communication Research*, 27, 51.

Cohen, D. A., Finch, B. K., Bower, A. & Sastry, N. (2006). Collective efficacy and obesity: The potential influence of social factors on health. *Social Science & Medicine*, 62, 769~778.

Courtwright A. & Turner A. N. (2010). Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions, *Public Health Reports*, 4(125), 34~42.

- Crandall, C. S., Clor, J. & Britt, T. W. (1997). AIDS-related stigmatization: instrumental and symbolic attitudes. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(2), 92~123.
- Daftary, A., Padayatchi, N. & Padilla, M. (2007). HIV testing and disclosure: a qualitative analysis of TB patients in South Africa. *AIDS Care*, 19(4), 572~577.
- Demissie, M., Getahun, H. & Lindtjorn, B. (2003). Community tuberculosis care through TB clubs in rural north Ethiopia. *Social Science and Medicine*, 56(10), 151~155.
- Dodor, E. A. & Kelly, S. (2009). 'We are afraid of them': attitudes and behaviors of community members towards tuberculosis in Ghana and implications for TB Control efforts. *Psychology, Health & Medicine*, 14(2), 170~179.
- Donatelle, R. & Davis, L. G. (1994). Access to Health. Englewood Cliffs, NJ Prentice Hall.
- DuBois, B. & Burns, J. A. (1975). An analysis of the meaning of the question mark response category in attitude scales. *Educational and Psychological Measurement*, 35(4), 869.
- Eastwood, S. V. & P. C. Hill. (2004). "A gender-focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis treatment in The Gambia, West Africa." *Int J Tuberc Lung Dis*, 8(1), 70~75.
- Gass, R. & Seiter, J. (2007). Persuasion, social influence, and compliance gaining (3rd ed.) Boston, MA: Allyn and Boston.
- Gibson, N. & Gibson, G. (1999). Articulating the agendas, negotiating a collaborative model for public health research. In D. Wall (Ed.), *Securing northern futures: developing research partnerships Occasional Publication*, 45, 109~114
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity, *Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ*.
- Guy, R. F. & Norvell, M. (1977). The neutral point on a Likert scale. *The Journal of Psychology*, 95, 199~204.
- Herek, G., Caitanio, J.P. & Widaman, K. F. (2003). HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991~1999. *American Journal of Public Health*, 92(3), 371~377.
- Holzemer W. L. & Uys L. R. (2004). "Managing AIDS stigma." *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 1(3), 165~174.
- Jaramillo, E. (1995). Knowledge, attitudes and practices of lay people about tuberculosis in Cali. *Colombia Tubercle and lung Disease*, 76, 106
- Jaramillo, E. (1998). Pulmonary tuberculosis and health-seeking behaviour: How to get a delayed diagnosis in Cali, Colombia. *Tropical Medicine & International Health*,

3, 138~144.

- Jaramillo, E.(1999). Tuberculosis and Stigma: Predictors of Prejudice Against People with Tuberculosis. *Journal of health psychology*, 4(1), 71~79.
- Janz, N. J. & Becker, M. H.(1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11, 1~47.
- Johansson E., Long, N. H., Diwan, V. K. & Winkvist, A.(2000). Gender and tuberculosis control Perspectives on health seeking behavior among men and women in Vietnam. *Health Policy*, 52, 33~51.
- Jung, J., Sylvia Chan-Olmsted, S., Park, B., & Kim, Y.(2011). Factors affecting e-book reader awareness, interest, and intention to use. *New media & Society*, 14(2), 204~224.
- Kaye D. K.(2004). Gender inequality and domestic violence: Implications for human immunodeficiency virus(HIV) prevention. *African Health Sciences*, 4, 67~70.
- Kipp A. M.(2009). Tuberculosis Stigma, AIDS Stigma, and Tuberculosis Control in Southern Thailand, *Chapel Hill*, 1~13.
- Kipp, A. M., Punggrassmi, P., Nilmanat, K., Sengupta, S., Poole, C., Strauss, R. P., Chongsuvivatwong, V., & Van Rie, A.(2011). Socio-demographic and AIDS-related factors associated with tuberculosis stigma in southern Thailand: a quantitative, cross-sectional study of stigma among patients with TB and healthy community members, *BMC Public Health*, 11, 675.
- Komorita, S. S. & Graham. W. K.(1965). Number of scale points and the reliability of scales. *Educational and Psychological Measurement*. 25, 987~995.
- Lazarus R. S.(1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion, *America Psychologist*, 46, 819~834.
- Lindsley, D H., Brass, D J. & Thomas, J B.(1995). Efficacy-Performance Spirals: A Multilevel Perspective. *Academy of Management*, 20(3), 645~678.
- Long N. H., Johansson E., Diwan V. K. & Winkvist A.(2001). "Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in VietNam: a gender analysis.", *Health Policy*, 58(1), 69~81.
- Lee, B. K., Oh H J., Keum S. Y. & Lee Y. J.(2012). The Influence of Knowledge Gap on Personal and Attributed AIDS Stigma. *Health communication*, 6(1), 93~134.
- Mak, W. W. S., Mo, P. K. H., Cheung, R. Y .M., Woo, J., Cheung, F. M. & Lee, D.(2006). "Comparative stigma of HIV/AIDS, SARS, and tuberculosis in Hong Kong.", *Social science medicine*, 63(7), 1912~1922.
- Nabi, R. L.(1999). A Cognitive-Functional Model for the Effects of Discrete Negative Emotions on Information Processing, Attitude Change, and Recall.

- Communication Theory*, 9(3), 292~320.
- Radcliffe N, M. & Klein W, M. P. (2002). Dispositional, Unrealistic, and Comparative Optimism: Differential Relations With the Knowledge and Processing of Risk Information and Beliefs About Personal Risk. *The Society for Personality and Social Psychology*, 28(6), 836~846.
- Rimal, R. N. (2001). Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behavior: Tests of a mutual reinforcement model. *Journal of Health Psychology*, 6, 31~46.
- Rimal, R. N. (2001). Perceived Risk and Self-Efficacy as Motivators: Understanding Individuals' Long-Term Use of Health Information. *International Communication Association*.
- Rimal, R. N. & Real, K. (2003). Understanding the Influence of Perceived Norms on Behaviors. *Communication Theory*, 13(3), 184~203.
- Rosenstock, I., Stretcher, V. & Becker, M. (1994). The health belief model and HIV risk behavior. In DiClemente, R. & Peterson, J. (ed.). Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions, *Plenum Press, New York*, 5~22.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328~335.
- Schuman, H. & S. Presser. (1981). Questions and answers in attitude surveys: Experiments on question form, wording and context. Sage Publications, Inc. New York: Academic Press.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies*, 259~288.
- Sengupta, S, Pungrassami, P., Balhip, Q., Strauss, R., Kasetjaroen, Y., Chongsuvivatwong, V. & Van Rie A. (2006). Social impact of tuberculosis in southern Thailand: Views from patients, care providers and the community, *The international Journal of Tuberculosis and Long Disease*, 10(9), 1008~1012.
- Sheeran, P. & Abraham, C. (2001). The health belief model. Predicting health behavior. *Buckingham: Open University Press*.
- Smith, R. A. (2007). *Language of the lost: An explication of stigma communication*. *Communication Theory*, 17(4), 462~485.
- Smith, R. A. (2011). An Experimental Test of Stigma Communication Content with a Hypothetical Infectious Disease Alert. *Communication Monographs*, 79(4), 522~538.
- Sohn & Park (2012). "Knowledge, attitude, and sexual behaviors in human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome and predictors

- affecting condom use among men who have sex with men in South Korea.”  
*Osong Public Health Res Perspect*, 3(3), 156~164.
- Storla, D. G., Yimer, S. & Bjune, G. A. (2008). A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health*, 8: 15.
- Stretcher R, I. V. & Becker, M. (1994). The health belief model and HIV risk behavior. In DiClemente, R. & Peterson, J. (ed.). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*, Plenum Press, New York, 5~22.
- Weinstein Neil D. (1983). Reducing Unrealistic Optimism About Illness Susceptibility. *Health psychology*, 2(1), 11~20.
- Weiss, M. G. & Ramakrishna, D. S. (2006). Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 277~287.
- Weiss, M. G. & Ramakrishna, D. S. (2001). Interventions: Research on Reducing Stigma. <http://www.stigmaconference.nih.gov/WeissPaper.htm>
- Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59, 329~349.
- Witte, K. (1994). Fear control and danger control: An empirical test of the extended parallel process model. *Communication Monographs*, 61, 113~134.
- Witte, K. (1998). How to motivate protective action. *Health Risk Communicator*, 2(1), 1~2.
- Yang, H., Li, X., Stanton, B., Fang, X., Lin, D. & Naar-king, S. (2007). HIV-related knowledge, stigma, and willingness to disclose: A mediation analysis. *AIDS Care: Psychological and Social-medical Aspects of AIDS/HIV*, 18(7), 1~9.
- Zhao X. & Cai X. (2009). The Role Of Risk, Efficacy, and Anxiety in Smokers' Cancer Information Seeking. *Health Communication*, 24, 259~269.

최초투고일: 2014년 11월 3일 • 심사일: 2014년 11월 15일 • 게재확정일: 2014년 12월 7일

# A Study on the Stigma and the Intention of Disclosure of Tuberculosis

Focused on health beliefs factors, emotion and knowledge's effect and age group comparison

## **Yoo, Sunwook**

Assistant Professor, Department of Advertising & Public Relations, Halla University

## **Shin, Hochang**

Professor, School of Communications, Sogang University

## **Roh, Hyungshin**

Doctoral candidates, Department of Mass Communication, Sogang University

## **Jo, Seongeun**

Researcher, Communication Strategy Research Center, Sogang University

This study examines how health belief factors, fear as emotion, knowledge, stigma and disclosure intention of TB as sick role behavior differ depending on age groups and emphasizes the factors that affect stigma and the disclosure intention of tuberculosis(TB) which are intervening factors of tuberculosis treatment. It also and explores the strategic approach to reduce stigma and enhance disclosure of TB for treatment behavior by implementing target segmented tuberculosis campaign from the results of the study. The study further researches the effects of four knowledge types and four stigma types on TB stigma and intention of disclosure of TB.

As a result, it was verified that vulnerability and efficacy factors of the Health Belief Model showed significant difference. Moreover, it showed there are significant differences in all the knowledge types (infection and cause of TB, prevention, symptom, and treatment) and all stigma types among on the three age groups(10s, 20~30s, 40~50s). Regarding the effects on stigma, the result showed that perceived risk, efficacy belief, fear and knowledge types affect on stigma differently by the age groups. The study also found out that the four types of stigma's effects on the intention of disclosure of tuberculosis differs depending on age groups. This empirical study emphasizes the importance of considering the differences of cognition, emotion, knowledge, stigma of TB by ages and especially when it comes to establishing education programs or campaign strategies for tuberculosis

prevention and control. In addition, it theoretically suggests reconsidering the different role of knowledge type in stigma and disclosure intention, and the different effects of stigma types in the aspect of infectious disease control. The practical implication of this study is on the need to focus on different age groups when planning campaign strategies and delivering messages.

**KEY WORDS** tuberculosis • TB control • stigma • knowledge • Health Behavior • treatment of tuberculosis • Health belief • fear • efficacy belief