creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 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

dCollection

간호학박사학위논문

건강코칭프로그램이 빈곤계층 여성노인 고혈압대상자의 자기효능감, 건강행위실천 및 삶의 질에 미치는 효과

2014년 8월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
엄 선 옥

건강코칭프로그램이 빈곤계층 여성노인 고혈압대상자의 자기효능감, 건강행위실천 및 삶의 질에 미치는 효과

지도교수 이 인 숙

이 논문을 간호학박사학위논문으로 제출함

2014년 4월

서울대학교 대학원

간호학과 간호학 전공

엄 선 옥

엄선옥의 간호학박사학위논문을 인준함

2014년 6월

위 원 장 윤 순 영 (인)

부위원장 고 진 강 (인)

위 원 강 승 완 (인)

위 원 양 순 옥 (인)

위 원 이 인 숙 (인)

국문초록

고혈압은 심혈관질환의 주요 위험요인이며 질병부담 또한 큰 질병이다. 전 세계적으로 낮은 사회경제적 계층에서 심혈관질환이 급속하게 증가하고 있으며 향후 취약계층에서 심혈관질환의 질병 부담이 증가될 것으로 전망된다. 우리나라에도 고혈압 유병율은 증가추세로 취약계층인 저소득층 고혈압 환자에게 방문간호서비스를 제공하고 있다. 그러나 방문간호서비스 제공시 지역주민의 요구에 부응하고 질적인 서비스 제공이 확보되어야 할 필요성이 제기되고 있다. 나아가 대상자의 자가간호를 증진시키고 건강행위를 지속시킬 수 있는 구체적인 전략 및 중재방안을 마련할 것을 여러 연구에서 요구하고 있다.

건강코칭은 대상자의 건강행위를 지속적으로 유지시키기 위해 동기부여 및 자기효능감을 증진시키고 건강상태를 적극적으로 관리하기 위한 대상자 중심의 과정이다. 이에 본 연구는 방문간호서비스 대상자인 저소득층 여성노인 고혈압 대상자에게 자기효능감을 강화시키는 전략으로서 건강코칭프로그램을 적용하고 중재 효과 평가 즉 결과평가를 하였다. 또한 유사한 개념과 전략을 가지고 있는 건강코칭과 방문간호 서비스의 질적인 측면에 대해 과정평가를 실시하였다. 이 연구를 바탕으로 향후 고혈압 등의 만성질환 관리시 효과적인 중재방안을 수립하고 전략개발의 기초자료로 활용하고자 한다.

본 연구의 실험군은 건강코칭서비스를 받은 16명이고 대조군은 방문간호서비스를 받은 22명이었다. 연구기간은 2013년 12월 30일~2014년 3월 24일 까지였으며, 두 군은 주 1회씩 총 8주간의 중재를 받았다. 결과 평가는 혈압조절율, 자기효능감, 체질량지수 및 건강행위실천(의료이용도, 투약순응도, 혈압자가관리 영양관리수준, 건강행위실천율, 신체활동량)과 주관적 건강감, 삶의 질에 대한 중재 효과성을 검증하였다.

결과평가에서는 X^2-test, t-test, repeated measures ANOVA를 이용하여 분석하였다. 결과변수 중 정규분포를 하지 않은 의료이용도, 투약순응도, 혈압자가관리와 주관적 건강감은 비모수 검정인 Mann-Whiney U test, Friedman test, Wilcoxon's signed rank test를 이용하여 분석하였다. 결과평가시 영양관리수준은 실험군이 대조군보다 통계적으로 유의하게 향상되었다. 더불어 통계적으로 유의하지 않았으나 자기효능감과 건강행위실천, 삶의 질 등 모든 결과변수에서 실험군이 대조군보다 더 향상된 결과를 보였다.

과정 평가에서 중재소요시간 측정시 코칭간호사는 대상자 1인당 평균 33분, 방문간호사는 15분을 대상자 방문시간으로 소요하였다. 중재내용 분석시 코칭간호사는 코칭대화를 통해 대상자 중심의 요구도 사정을 하고 대상자 스스로 건강문제를 진단하고 우선순위 및 목표설정을 할 수 있도록 이끌었다. 이 과정에서 코칭간호사와 대상자는 4가지 효능감 자원을 효율적으로 사용하였다. 그러나 방문간호사는 제공자가 중심이 되어 요구도 사정 및 건강문제를 진단하였고 대상자의 건강문제가 관리목표가 되었으며 우선순위 설정이나 관리목표합의 과정 등은 없었다. 질적 내용분석시 실험군은 건강코칭을 새로운 경험으로 인식하였으며 코칭간호사와의 심도 있는 대화와 구체적인 건강실천계획을 수립하게 된 것이 가장 큰 건강서비스의 이득이라고 하였다.

이에 건강코칭은 대상자 스스로 건강행위를 지속할 수 있도록 하는 유용한 전략으로 본 연구결과는 고혈압 등 만성질환자 관리 방안 수립 시 유용한 정보 제공 할 수 있을 것이다. 나아가 건강코칭은 만성질환관리 및 방문간호에서 유용한 중재전략으로 발전할 수 있을 것이다.

주요어: 고혈압, 건강코칭, 자기효능감, 방문건강서비스, 건강행위실천, 여성노인

학 번: 2008-30835

목 차

국문초록 ····· i

Ⅰ. 서론 ····· 1
1. 연구의 필요성 ····· 1
2. 연구 목적 ····· 5
3. 용어의 정의 ····· 6
1) 빈곤계층 ····· 6
2) 자기 효능감 ····· 6
3) 건강코칭(Health coaching)프로그램 ····· 7
4) 건강행위 ····· 7
5) 주관적 건강감 ····· 8
6) 삶의 질 ····· 9

Ⅱ. 문헌고찰 ····· 10
1. 고혈압 관리에서 효과적인 교육 및 중재방안 ····· 10
2. 건강코칭 ····· 15
1) 코칭의 배경 및 이론적 의의 ····· 15
2) 만성질환관리에서 건강코칭의 배경과 의의 ····· 19
3) 코칭을 이용한 국외 자기관리 프로그램 ····· 21
3. 건강코칭과 고혈압집중건강관리 ····· 24

Ⅲ. 이론적 기틀 및 가설 ····· 27
1. 이론적 개념 틀 ····· 27
2. 가설적 모형 ····· 29

3. 연구가설 ····· 31

Ⅳ. 연구방법 ····· 32
1. 연구설계 ····· 32
2. 연구대상 ····· 33
3. 건강코칭프로그램의 적용 ····· 35
1) 건강코칭프로그램 중재전략 ····· 35
4. 연구도구 ····· 44
1) 혈 압 ····· 44
2) 체질량지수 ····· 44
3) 자기효능감 ····· 45
4) 건강행위실천 ····· 45
5) 주관적 건강감 ····· 48
6) 삶의 질 ····· 48
5. 자료수집절차 ····· 49
1) 연구자의 준비 ····· 49
2) 연구 대상자 보호 심사 위원회 승인 ····· 49
3) 자료수집기간 ····· 50
4) 자료수집방법 ····· 50
6. 자료분석 방법 ····· 52
1) 결과평가 ····· 52
2) 과정평가 ····· 53

Ⅴ. 연구결과 ····· 55
1. 결과평가 ····· 55
1) 실험군과 대조군의 동질성 검정 ····· 55
(1) 대상자의 인구학적 특성 ····· 55

(2) 대상자의 의료이용 및 질병관련 특성 ····· 56
(3) 실험군과 대조군간 종속변수의 동질성 검정 ····· 59
2) 가설검정 ····· 60
2. 과정평가 ····· 69
1) 중재제공과정 분석 ····· 69
(1) 중재소요시간 ····· 69
(2) 중재수행내용 ····· 70
2) 질적내용분석 ····· 75
(1) 연구참여자의 일반적특성 ····· 75
(2) 질적내용분석 결과 ····· 77

Ⅵ. 논의 ····· 91
1. 건강코칭프로그램 효과 ····· 91
2. 건강코칭프로그램 및 고혈압집중관리서비스의 과정 ····· 99
3. 연구의 간호학적 의의 ····· 106
4. 연구의 제한점 ····· 107

Ⅵ. 결론 및 제언 ····· 109
1. 결론 ····· 109
2. 제언 ····· 113

References ····· 114

부록 ····· 125

Abstract ····· 150

List of Tables

Table 1. Research design ····· 32
Table 2. Study procedures and intervention contents ····· 39
Table 3. Inherent in the coaching conversation questions about self-efficacy resources and formation of self-efficacy ····· 40
Table 4. Inherent in the strong questions of coaching conversation about self-efficacy resources and formation of self-efficacy. ····· 43
Table 5. Homogeneity test of sociodemographics of the subjects ·· 56
Table 6. Homogeneity test of utilization of medical resource and medication ····· 57
Table 7. Homogeneity test of characteristics related to disease of the subjects ····· 58
Table 8. Homogeneity test of dependent variables ····· 59
Table 9. Comparison of blood pressure between experimental and control groups ····· 61
Table 10. Comparison of BMI between experimental and control groups ····· 61
Table 11. Comparison of self efficacy between experimental and control groups ····· 62
Table 12. Comparison of medical use, medication and BP self-management between experimental and control groups ····· 64
Table 13. Comparison of Nutrition management, Health behaviors rate and MET-mins ····· 66

Table 14. Comparison of Self-rated health between experimental and control groups ····· 67
Table 15. Comparison of the quality of life between experimental and control groups ····· 68
Table 16. The average of visit duration for health coaching and home visiting nursing ····· 69
Table 17. Comparison of interventions between health coaching and intensive home visiting nursing service ····· 73
Table 18. General Characteristics of participants ····· 76
Table 19. Calling issue patterns based on the participants' perception ····· 78
Table 20. Finding elements of strength patterns based on the participants' perception ····· 81
Table 21. Practice object patterns based on the participants' perception ····· 83
Table 22. Finding resources patterns based on the participants' perception ····· 85
Table 23. Achieving goal patterns based on the participants' perception ····· 88
Table 24. Advantage of healthcare services based on the participants' perception ····· 90

List of Figures

Figure 1. The Five rules of a health coach ····· 21
Figure 2. The intervention model of the vulnerable family ····· 24
Figure 3. A model of Self-Efficacy-Performance Relationship ····· 28
Figure 4. Conceptual framework of the study ····· 30
Figure 5. Participation flow chart ····· 36

List of Appendices

Appendix 1. 연구대상자보호심의결과 통보서 ····· 125
Appendix 2. 참여 동의서 ····· 126
Appendix 3. 참여 동의서 ····· 127
Appendix 4. 연구도구 ····· 130
Appendix 5. 심층면담을 위한 질문지 ····· 138
Appendix 6. 고혈압 집중관리와 건강코칭의 건강영역별 실제 중재수행 내용 ····· 141
Appendix 7. 방문간호사와 코칭간호사의 실제 중재제공내용 예시 (대화중심) ····· 145

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

고혈압은 심혈관질환의 주요 위험요인(Kannel, 1996)으로, 전 세계적으로 뇌졸중의 54%, 허혈성심질환의 47%가 고혈압에서 기인되며, 고혈압이 원인이 되어 조기 사망하는 인구가 13.5%에 달하는 질병부담 또한 큰 질병 중 하나이다. 전 세계적으로 심혈관질환 합병증 유발이 선진국보다는 개발도상국의 45-69세의 중장년층에서 유발되고 있으며, 특히 저소득국가나 중소득 국가에서 고혈압이 기여하는 질병부담이 80%이상이며(Lawes, Vander Hoorn, Rodgers, 2008) 적절한 관리가 되지 않고 있다(Margolius, Bodenheimer, 2010). WHO도 저소득국가와 선진국 중에서도 낮은 사회경제적 계층에서 심혈관질환이 급속하게 증가하고, 향후 취약계층에서 심혈관질환의 질병부담이 증가될 것으로 전망하였다(World health organization, 2014). 우리나라도 지난 10년간 암 다음의 순위로 뇌혈관 및 심장질환이 높은 사망률을 지속적으로 차지하고 있으며, 고혈압성 질환에 의한 사망률도 2011년 10만 명당 10.1명이었다(통계청, 2013). 우리나라 30세 이상의 성인 고혈압 유병률은 2007년 24.6%에서 2012년 29.0.%로 4.4%P 증가(보건복지부, 질병관리본부, 2013)하였고, 인구의 노령화, 생활 및 식습관의 변화 등으로 만성질환 발생이 증가함에 따라 주요 만성질환 사망률이 증가하고 있다(통계청, 2013).

우리나라에서 취약계층인 저소득층의 고혈압 현황을 살펴보면 2012년 기준 고혈압 환자 중 소득수준 하위계층의 유병율이 29.4%를 차지하였다(보건복지부, 질병관리본부, 2013). 또한 저소득층 고혈압환자에서 주관적 건강상태가 나쁘고 우울과 자살생각 등이 가장 높았으며(엄선옥,

이인숙, 2013) 사회경제적 수준이 낮은 계층에서 병원내원 및 투약 등 고혈압 적정관리가 되지 않고 있었다(천병렬, 감신, 임정수, 박순우, 박정한, 임부돌, 2002). 이러한 사회경제적 취약계층은 건강에 나쁜 습관을 더 많이 하며, 중재 사업을 통한 개선의 속도도 매우 늦다(윤태호, 2007). 또한 현재 건강증진사업의 초점은 대부분 흡연, 음주, 운동, 영양 등 건강행태요인에 맞춰져 있으나 사회경제적, 계층별 요인을 고려하지 않은 건강행태 개선사업은 건강불평등을 더욱 심화시킬 수 있다(윤태호,2007; 김혜련 2005).

이에 정부에서는 저소득취약계층을 대상으로 보건의료전문인력이 지역주민의 가정 또는 시설에 방문하여 건강문제를 가진 가구원을 발견하고 건강증진, 만성질환 등 질병예방 및 관리를 위한 적합한 보건의료 서비스를 제공하여 가족과 지역주민의 자가건강관리 능력을 개선하고 건강수준을 향상시켜주는 포괄적인 사업인 방문간호서비스를 제공하고 있다. (보건복지부, 2008)

방문간호는 지역보건의료계획 및「새국민건강증진종합계획 2010」에서 중점으로 추진하는 건강문제를 중심으로 종합적 보건상담 및 전문적인 간호서비스를 제공하게 되어있으며, 직무교육도 원활한 사업수행을 위하여 방문건강관리사업의 내용 및 수행방법에 대한 이해와 능력을 습득할 수 있는 것에 초점이 맞춰져 있다.

방문간호사가 이러한 포괄적 건강관리 서비스를 제공하기 위해서는 지역주민의 요구에 근거한 보건 간호사 업무의 재조정과 보건 간호사의 계속교육과 전문적 의사소통 기술의 습득, 의뢰 체계망 확립과 등을 우선적으로 해결하여야 하며 방문보건사업의 활성화를 위하여 간호사의 질적인 서비스 제공이 확보되어야 함이 강조된다(유호신 등, 2003). 나아가 방문간호서비스 대상자의 자가간호를 증진시키고 건강행위를 지속시킬 수 있는 구체적인 전략 및 중재방안을 마련할 것을 여러 연구에서 요구하고 있다(유호신 등, 2003; 송미숙 안옥희, 김영희, 김현숙, 배영임, 2009; 이인숙, 양순옥, 고영, 김효신, 2009). 그 구체적 방안으로는 방문

간호사의 역량강화를 위해 대상자의 건강행위 변화를 유도할 수 있는 중재내용을 강화하고, 건강행위를 위한 실질적 교육내용이 추가되어야 하며 기획 및 평가과정의 내용을 늘리고 사례관리에 대한 집중교육 및 실습을 통한 교육 강화를 제안하고 있다(이인숙 등, 2009). 교육 강화의 내용으로는 사례관리 적용 원칙과, 의사소통방법 등을 개설하고 표준화하여 전략적으로 안정화하는 것 등이다. 실제적으로 방문간호사를 대상으로 방문간호업무관련 교육요구도 조사 시 42.3%가 상담에 대한 학습내용이 필요하다고 응답하였으며, 상담매뉴얼을 개발하여 대상자의 유형대로 적용 시 "내담자를 효과적으로 상담할 수 있다"는 믿음인 상담자 활동 자기효능감의 유의하게 상승됨이 보고되어(최경원, 임지영, 김은주, 2012) 방문간호사의 업무효율성과 서비스의 질 향상을 위해 상담 중재 프로그램 개발의 필요성이 대두된다.

건강코칭(Health coaching)은 환자들이 자신의 질병에 대한 지식과 기술, 도구를 획득할 수 있도록 도우며, 스스로 치료에 적극적으로 참여할 수 있는 자신감을 부여하여 자신이 목표한 건강목표에 도달할 수 있도록 하는 방법이다(Bennett, Coleman, E. A., Parry., Bodenheimer & Chen, 2010). 현재 코칭은 미국, 유럽 등에서 당뇨병(Browning et al., 2011),고혈압(Burmeister, 2008; Cooper et al., 2011; Verberk, Kessels, Thien, 2011), 고지혈증(Vale et al,. 2003)등 다양한 만성질환에서 연구되어지고 있다. 또한 전화, 인터넷 개별상담, 그룹코칭과 일반인과 전문가가 리더가 되어 교육하는 방법 등 다양한 코칭전략을 적용한 교육방법(Bennett et al., 2010; Foster, Taylor, Eldridge, Ramsay, Griffiths, 2007; Funnell, 2010; Gary et al., 2009; Goessens et al., 2008)이 활발하게 연구되어지고 있으며 긍정적인 결과들이 보고되고 있다.

건강코칭은 대상자의 건강행위를 지속적으로 유지시키기 위해 동기부여 및 자기효능감을 증진시키고 건강상태를 적극적으로 관리하기 위한 대상자중심의 과정이다(Lawson, K. L. et atl. 2013). 또한 자기효능감

은 자가간호를 증진시키는 구체적 영향요인의 하나로서 만성질환자를 위한 건강행위 변화요소로서 매우 중요하다(이경희 등, 2003). 이러한 자기효능의 개념은 그동안 간호학을 포함한 건강관리 영역에서 매우 다양하게 적용되면서 지속적인 행동의 변화와 동기화를 조성하는데 중요한 결정인자로 확인되어 왔다(차보경, 장혜경, 손정남, 2004에 인용됨)

건강코칭은 건강증진 즉 대상자가 스스로 건강을 통제하는 능력을 갖도록 도우며 자신의 건강상태에 책임을 행사할 수 있도록 돕는 것이라는 WHO의 개념틀을 토대로 한 방문간호의 정체성(보건복지부, 2008)과 유사한 개념과 전략을 가지고 있다. 즉 방문간호는 대상자의 선택과 참여를 토대로 대상자와 파트너쉽을 유지하며 그들을 옹호하는 역할을 하고 간호사가 대상자의 실제적인 요구를 파악하게 하는 것을 가능하게 하며 이에 대한 적합한 중재를 제공하게 하여 대상자와 신뢰적인 관계를 지속적으로 구축해 나갈 수 있도록 한다(이인숙 등, 2009).

이에 취약계층인 방문건강관리사업 고혈압 대상자에게 건강행위 실천 및 삶의 질 향상을 위해 자기자신감과 자기 효능감을 강화시키는 전략으로서 건강코칭프로그램의 효과성을 평가해 보고자 한다. 또한 유사한 개념과 전략을 가지고 있는 건강코칭과 방문간호서비스의 효과성 및 서비스의 질적인 측면을 평가하고, 향후 고혈압 관리 시 효과적인 중재수립과 전략개발의 기초자료로 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 자기효능감을 증진시키고 적극적으로 자신의 치료에 참여하여 자기관리능력을 증진 시킬 수 있도록 고안된 건강코칭(Health coaching)을 저소득 취약계층의 고혈압 사례관리 대상자에게 적용하여 건강코칭프로그램이 건강행위실천 및 자기효능감, 삶의 질 등에 미치는 효과성을 평가하는 것을 목적으로 한다.

또한 건강코칭프로그램과 방문건강서비스의 과정평가를 통하여 두 전략의 질적인 측면에서의 효과성을 심층적으로 파악하고자 한다.

이를 통해 효과적인 고혈압 관리의 기초자료 및 유용한 중재전략으로 활용하고자 하며 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

1) 건강코칭에 의한 자기효능감의 증진 효과를 검증한다.
2) 건강코칭에 의한 혈압조절율과 체질량지수의 향상정도를 검증한다.
3) 건강코칭에 의한 건강행위실천의 향상정도를 검증한다.
4) 건강코칭에 의한 주관적 건강감의 향상정도를 검증한다.
5) 건강코칭에 의한 삶의 질 향상정도를 검증한다.
6) 건강코칭과 방문건강서비스의 질적인 측면의 효과성을 평가한다.

3. 용어의 정의

1) 빈곤계층

(1) 이론적 정의

빈곤이란 최소한의 인간다운 삶을 영위하는 하는데 필요한 물적자원이 부족한 상태로 정의된다(한국민족문화대백과사전, 1991). 나아가 취약계층이란 특별한 건강문제를 가지고 있거나 경제적 능력을 포함해 보건의료서비스 이용에 장애를 갖는 등의 이유로 건강할 권리가 침해되기 쉬운 계층으로 이러한 건강 취약계층의 대표적 집단으로 저소득층을 꼽을 수 있다(김희연, 2010).

(2) 조작적 정의

본 연구에서 빈곤계층이란 방문건강관리사업의 대상자로 기초생활수급자, 차상위계층(실제소득이 최저생계비 120% 이하인자 또는 건강보험부과 하위20% 이하인자), 지역사회 기관으로부터 건강문제가 있어 의뢰된 건강위험군, 질환군을 의미한다.

방문건강관리사업 대상자는 가난, 노령, 저학력 등의 특성을 가지므로 보건의료 접근성이 낮고 건강상 높은 위험 요인을 가지고 있으며, 그렇지 않은 집단에 비해 상병율과 사망률이 높고, 삶의 질이 떨어지는 특성을 보인다(보건복지부, 한국건강증진재단, 2013).

2) 자기 효능감

(1) 이론적 정의

자기효능감이란 개인이 결과를 얻는데 필요한 행동을 성공적으로 수행할 수 있는 기술에 대한 신념이다(Bandura, 1997).

(2) 조작적 정의

본 연구에서 자기효능은 「2011 맞춤형 방문건강관리사업 집중건강관리 중재집 고혈압편」의 “자기관리자신감” 점수 총점을 의미한다.

3) 건강코칭(Health coaching)프로그램

(1) 이론적 정의

건강코칭(Health coaching)은 환자들이 자신의 질병에 대한 지식과 기술, 도구를 획득할 수 있도록 도우며, 스스로 치료에 적극적으로 참여할 수 있는 자신감을 부여하여 자신이 목표한 건강목표에 도달할 수 있도록 하는 것이다(Bennett et al., 2010). 또한 만성질환자가 질병을 가진 상태에서 가능한 최고의 삶을 영위할 수 있도록 지지하며, 자기효능감과 자신감을 증진시켜 스스로 목표를 정하여 만성질환자들이 행해야 하는 필수적인 행위를 성취하도록 하는 것이다(Bodenheimer, Lorig, Holman, Grumbach, 2002).

(2) 조작적 정의

본 연구에서의 건강코칭프로그램은 자기효능감을 증진시켜 건강행위를 지속적으로 수행 할 수 있도록 하는 자가관리교육으로 한국코칭학회 도미향이 개발한 “코칭대화모델”을 주요 전략으로 사용하는 프로그램을 의미한다.

4) 건강행위

(1) 이론적 정의

WHO(2013)에서는 흡연, 불건강한 식습관, 비신체활동이 심정지와 뇌졸중의 위험 요인이라고 보고하고 있다. 약물요법, 식이, 운동, 정신적

안정과 같은 건강행위를 통하여 지속적으로 고혈압이 적절히 관리되는 경우 심각한 합병증을 예방하거나 증상을 완화 시킬 수 있다(손경옥, 유왕근, 2004).

(2) 조작적 정의

본 연구에서 건강행위는 「2011 맞춤형 방문건강관리사업 집중건강관리 중재집 고혈압편」의 의료이용, 투약, 혈압자가관리, 영양관리, 건강행위실천율과 건강면접조사표(만 19세 이상)에서 흡연, 음주, 신체활동 등의 건강행위실천에 관련된 조사 자료를 의미한다.

5) 주관적 건강감

(1) 이론적 정의

건강에 대한 주관적 정의는 개인마다 상이하며 개인이 인지한 주관적 건강상태는 건강에 대한 전체적이고 주관적인 평가가 의료인에 의한 객관적 점수보다 안녕을 더 잘 예측한다. 자신의 건강상태를 좋게 평가하는 것이 건강증진행위에 더 큰 영향이 있다고 하여 스스로 평가한 건강상태가 더 신뢰할 수 있는 것으로 보고되고 있다(박주영, 2010에 인용됨).

(2) 조작적 정의

본 연구에서의 주관적 건강감은 방문건강관리사업의 건강면접조사표(만 19세이상)에서 고혈압 대상자가 본인의 건강상태에 대해 응답한 주관적 건강상태를 의미한다.

6) 삶의 질

(1) 이론적 정의

삶의 질이란 자신의 삶에 대한 객관적인 정도뿐만 아니라 주관적인 인식과 평가에 의한 만족의 정도이다(특수교육학 용어사전, 2009).

(2) 조작적 정의

본 연구에서 삶의 질은 방문건강관리사업 건강면접조사표(만 19세이상)의 “삶의 질 수준(EQ-5D)”를 이용하여 산출한 점수를 의미한다.

Ⅱ. 문헌고찰

1. 고혈압 관리에서 효과적인 교육 및 중재방안

고혈압 관리란 환자의 발견, 확신, 추구관리와 결과 평가에 이르는 일련의 과정으로 이 과정에서 치료순응과 행위변화에 목표를 두고 교육적 접근을 하는 과정이 고혈압 교육 사업이다. 또한 지역사회 고혈압 관리 사업에서 질병인지와 행위변화를 위해 보건교육적 접근은 유효한 전략으로 보고 있다(이인숙, 2004에 인용됨). 보건의료인과 환자 사이에 일관되고 단단한 관계가 수립될 때 치료 이행은 향상된다(진영란, 이인숙, 2004). 지역사회에서 접근가능성이 높은 지역사회 간호사가 정기적으로 고혈압에 대한 검진과 감시서비스를 제공하여 혈압이 조절되지 않는 고혈압 환자 67%와 의학적 치료를 받고 있던 71%의 혈압 상승자가 정상 혈압 상태가 되었으며, 지역사회 간호사의 접촉횟수와 중재는 고혈압 관리 측면에서 긍정적인 결과를 보여주었다(Clark, Curran, Noji, 2000). 보건소에서 고혈압 사업과 직간접적으로 관련된 근무를 하고 있는 간호사 중 50% 이상이 실천하고 있다고 응답한 고혈압 환자의 간호내용은 혈압측정, 대상자의 혈압관리 목표설정, 합병증 예방, 주기적 검진, 위험요인평가관리, 치료, 약물복용, 생활요법과 교육과 주민의 치료실천율 확인, 응급관리 등에 대한 설명적 측면이었다. 그러나 치료 비 순응자의 추구관리, 대상자와의 면담을 통한 자가관리 결정을 도와주는 주거나, 구체적인 체중이나 흡연양상 평가하고 관리하는 등의 실천율은 낮았다(진영란, 이인숙, 2004).

고혈압과 같은 만성질환자의 질병 상태 변화나 예후는 환자들이 자신의 질병에 대해 얼마나 정확히 인식하고 건강회복과 증진을 위한 자가간호활동을 수행하느냐에 달려있다(박영임, 전명희, 2001). 기존의 전통적

인 환자교육은 정보와 필요한 기술을 제공해주고 만성질환자의 문제행위에 한정되어 있었다. 그러나 만성질환자는 본인의 질환에 대해 매일매일 자기관리에 대한 결정을 해야 하는 주체이다. 기존의 전통적인 만성질환 관리에서 환자와 건강전문가는 수동적 관계였다. 전문가가 주도적으로 문제해결을 하고 결과도 전문가의 책임이며 치료 목표는 의료인의 지도에 대한 환자의 순응정도로 평가되었다. 또한 비순응은 환자의 결함으로 간주되었고 외적인 동기부여를 통해 행위가 변화하였다. 건강 전문가가 환자의 문제를 확인 하며, 환자의 불건강한 행동을 변화하게 하는 것으로 문제해결을 한다. 그러나 새로운 협응적 관리방안에서는 전문적 의견을 환자와 전문가가 서로 공유한다. 건강전문가는 질병에 대한 전문가로 환자는 자신의 삶에 대한 전문가로서 환자와 전문가 모두 문제해결과 건강결과에 대한 책임을 공유한다. 나아가 환자가 자신의 건강목표를 설정하고 건강전문가는 환자가 선택할 수 있도록 정보를 제공해주며 목표달성이 어려울 경우 전략적으로 수정하여 문제해결을 할 수 있도록 한다. 환자가 이해와 새로운 건강행위를 수행할 수 있다는 내적동기에 의해 행위변화가 동기화 되며, 통증 또는 불가능한 역할 등의 문제 확인은 건강전문가와 환자가 같이한다. 건강전문의는 문제해결 기술을 가르쳐주며 환자가 문제해결을 할 수 있도록 도와주는 역할을 한다(Bodenheimer, et al., 2002).

사람들은 어떤 건강행동을 함에 있어 대상행동에 대하여 아무런 태도나 의지가 없는 것이 아니라 스스로의 결정과정을 통하여 어떠한 행동을 할 것인지 또는 하지 않을 것인지를 결정하게 된다. 고혈압을 가진 사람들은 어떠한 행동을 선택하던 간에 이익과 손해사이에서 균형 잡힌 나름대로의 믿음과 판단을 하고 있다. 따라서 고혈압 대상자를 관리하는 보건요원과 의료전문가들은 고혈압 환자들의 인식과 태도를 이해하여 수요자 중심의 친화적인 관리 프로그램을 개발할 필요가 있다(이석구, 전소연, 2008). 또한 고혈압 환자 개인 단위 접근시 고혈압 지각과 관리행동에 대한 환자들의 주관성을 다각적으로 이해하는 일이 선행되어야 할 것

이다(전소연,이석구, 2008). 이에 전통적인 환자교육을 보완하여 대상자에게 문제해결방법을 가르치는 것으로 환자가 본인의 문제를 확인하고 결정을 할 수 있도록 필요한 기술을 제공하고, 대상자가 적절한 행위를 선택하고 그들의 환경이나 질병에 맞게 적용할 수 있도록 보완된 자가관리 교육방안이 만성질환 일차관리방법으로 대두되었다(Bodenheimer et al,, 2002).

고혈압과 같은 만성질환자에서는 환자 스스로의 힘으로 질병관리에 책임을 지고, 자가간호능력을 증진시켜 질병의 악화를 막을 수 있는 자조관리 프로그램은 매우 중요하다고 할 수 있다(박남희, 2003). 자조관리 프로그램은 단기적 지식교육이 아닌 지리적으로 가까운 지역사회 보건소를 거점으로 고혈압환자와 주기적인 접촉과 지지를 통해 혈압, 자가간호, 건강증진행위 등 스스로 질병관리를 할 수 있도록 하는데 도움이 되었다(박남희, 2003; 정복선 등, 2006). 전통적인 환자교육과 자기관리교육프로그램은 다음과 같은 차이가 있다. 전통적 환자교육은 질병과 연관된 전문적인 정보와 기술을 교육하고 질병조절의 부적절한 문제에 초점을 맞추며 임상결과를 향상시키기 위해서는 질병중심의 지식을 가지면 행위가 수정된다는 이론을 기반으로 한다. 최종 목표는 행동을 수정하도록 하여 순응도를 향상시키고 임상결과를 향상시키는 것으로 전문가가 교육자이다. 반면 자가관리 교육은 문제에 어떻게 대처하는지에 대한 기술을 가르치며, 환자의 경험과 연관되어 문제를 환자가 규명하도록 하며 일반적으로 만성질환을 적절하게 유지할 수 있는 문제해결기술을 교육한다. 임상적 결과보다는 삶을 향상 시킬 수 있다는 변화에 대한 능력에 대한 자신감즉 자아효능감을 증강시켜주는 것을 기반이론 삼으며, 최종 목표도 임상결과를 향상시키기 위해서 자아효능감을 향상 시키는 것이다. 교육자는 전문가로부터 동료리더(peer leader) 또는 종종 교육집단에 속해 있는 환자가 되기도 한다(Bodenheimer, et al., 2002).

자기효능은 특정행위를 수행하기 위한 자신의 효율성과 능력에 대한 주관적 평가로 간호학을 포함한 건강관리 영역에서 매우 다양하게 적용

되어 왔다. 자기효능감은 행동의 선택 노력 그리고 지속은 개인효능감에 의해서 광범위하게 조절되며 효능감은 수행이 습관화 될 때까지 모든 유형의 수행 조절에 관여한다. 또한 개인적 기준이 강력한 동기적 효과를 창출하며 효능감은 여러가지 방식으로 동기에 영향을 미친다. 개인이 어떤 도전을 얼마나 많은 노력을 통해 어려움에 직면하였을 때 얼마나 오랫동안 지속할 것인지를 선택하게 하는 것은 개인 효능감에 기초한다(김의철, 박영신, 양계민, 1999). 고혈압에서 자기효능증진 프로그램의 효과성에 대한 메타분석결과 수축기와 이완기 혈압, 체중, 자가간호에서 큰 효과가 있었으며, 4가지 자기효능자원을 모두 이용한 것보다는 성취경험, 대리경험, 언어적 설득 자원을 이용한 경우와 중재시간이 900분 이상인 경우 효과성이 컸다(차보경 등 2004).

고혈압환자의 자가모니터링(self-monitoring), 환자교육과 건강전문가에게 하는 교육, 간호사와 약사 등 건강전문가가 간호하는 중재 등 다양한 중재효과에 대한 메타분석 결과 가족간호(Family Practice)와 지역사회 기반에서는 고혈압 환자에 대한 지속적인 추구관리(Follow-up)가 필요하며 항고혈압제복용은 환자가 목표혈압에 도달하지 못할 때 적극적으로 복약하도록 하여야 하며 자가모니터링(self-monitering)과 우편, 컴퓨터 또는 전화 등을 기반으로 한 약속 기억 시스템은(appointment reminder system)은 상당히 유용한 중재방법으로 제시되었다(Glynn, Murphy, Smith, Schroeder, Fahey, 2010). 또한 국내외 자기조절 프로그램의 메타분석결과 자기조절프로그램은 대상자들의 자기 효능감 및 자가간호 수행을 증진시키고 수축기 혈압을 감소시키는 효과 있는 중재방법으로 검증되었고, 대상자의 건강증진을 위한 건강교육행위는 간호사의 중요한 역할이며, 특히 간호사에 의한 비용효과적인 고혈압 관리를 위한 중재방법의 하나로 자기조절 프로그램의 적용은 그 효과가 크다(이경희 등, 2003). 일방적인 지식전달 위주의 교육이나 쉽게 접할 수 있는 인쇄매체를 통한 교육은 행위이행을 유발시키는데 한계가 있다. 대상자의 상황에 맞게 자신의 책임감을 높이고 행위의 동기화를 조성할 수 있는 그

룹식 지도나 개별 면담시 건강행위이행정도와 혈압이 유의하게 감소하였다. 또한 각각의 대상자에게 투약과 처치보다는 비용 효과적이고 적당한 교육적 중재방법을 적극 활용하며 자기 효능감까지 높여줄 수 있는 교육방법을 제공하는 것이 효과적이다(손경옥, 유왕근, 2004). 고혈압 환자들을 대상으로 가정에서 유비쿼터스 기술(이원재, 김혜정, 이재은, 2008) 및 원격진료(김경희, 이명옥, 이재국, 류시원, 2008)를 이용하여 혈압을 측정하고 상담, 지도한 경우 서비스를 이용한 주민들 중에서는 스스로 자신의 생활습관, 식습관을 등을 교정하여 증상과 수치가 유의하게 개선되며 치료순응도가 향상되었음이 보고되었다.

요약하자면 의료인과 환자사이에 일관되고 단단한 관계가 수립될 때 치료이행은 향상되며 자기조절프로그램은 자기효능감을 상승시키고 자가간호 수행과 혈압을 감소시키는 유용한 중재전략이다. 또한 자기 효능감을 높여줄 수 있는 교육방안을 제공하는 것이 고혈압 관리에 효과적이고 ,고혈압환자에 대한 지속적인 추구관리가 필요하며 자가모니터링과 약속기억시스템 등은 유용한 중재방안으로 제시되었다.

2. 건강코칭 (Health coaching)

1) 코칭의 배경 및 이론적 의의

코칭(Coaching)은 헝가리의 Kocs라는 마을에서 처음 개발된 마차인 Kocsi가 어원이며 영어로 코치(coach)다. 코치는 훈련(training)의 어원인 기차(train)와 대비하여 코칭의 특성을 잘 설명한다. 코치는 승객이 있는 지점에서 출발하여 원하는 목적지까지 데려다 주는 개별서비스인데 반해 기차(train)은 승객이 역까지 가 승차한 후 다른 사람들과 함께 같은 속도와 경로로 정해진 종착지에서 하차해야 하는 집단 서비스이다. 즉 코칭은 코치가 목표를 정하고 끌고 가는 것이 아닌 코칭대상자가 스스로 목표를 정하고 그 목표를 성취할 수 있도록 코치가 지지하는 과정이다. 또한 코칭은 코치이의 변화와 성장에 관심을 두고 현재를 탐구하고 미래를 계획하며, 개인의 변화와 발전을 지원하여 잠재력을 극대화시키며 이를 통해 자기의 삶을 주도적으로 이끄는 리더로 성장시키는 파트너 쉽 과정이라고 정의할 수 있다(도미향, 정미현, 김응자, 2011).

코칭의 이론은 학습이론을 바탕으로 하고 있다. 학습이론을 바탕으로 한 인지적 부조화, 구성주의, 통제 이론, 경험 학습에 따른 코칭의 교육적 효과 및 코칭 핵심이론과 부합되는 기본전제는 다음과 같다. 첫째로 인지적 부조화로서 사람은 태도와 신념, 의견에서 일관성을 추구하는 존재이다. 코칭프로세스는 개인적인 목표에 집중하고 목표달성에 일관적인 에너지를 쏟음으로써 신념과 태도, 행동간 일관성을 유지할 수 있도록 돕는다. 둘째, 구성주의로서 학습은 의미를 탐구하는 것이다. 학습자를 감화하기 위해 세상에 대한 학습과 지각과 전체를 이해하여야 한다, 코치는 전체(목표와 비전)를 중심으로 부분(세부사항)을 조직화하도록 돕는다. 스스로 설정한 목표를 지속적으로 일깨우는 방향으로 대화가 이루어지고, 코치는 자신의 세계관을 버리고 코치이의 세계관을 바탕으로 코칭을 진행하여야 한다. 전체 코칭프로세스는 코치이 스스로 해답을 찾아

의미를 부여하는 과정을 중심으로 조직되어야 한다. 셋째, 통제이론으로 행동은 외부자극이 아닌 주어진 시점에 무엇을 원하는가를 중심으로 이루어져야 한다. 코칭프로세스에서 코치와 코치이가 기간과 빈도는 물론 어느 정도 코칭의 형식까지 협의 결정할 때 코칭효과는 극대화된다. 코칭은 코치이에게 권한을 부여하는 적극적인 프로세스이다. 넷째 경험학습으로서 개인몰입도, 자기주도권, 자기평가와 학습자에 대한 파급 효과 등의 특성이 있다. 즉 코칭은 코치이의 요구사항을 중심으로 진행된다. 코치이는 스스로 목표를 수립하고 코칭프로세스에 적극적으로 참여한다. 코칭 프로세스의 열쇠는 통찰력과 자기평가 능력이다(도미향, 채경선, 2006; 도미향 등 2011)

코칭과 유사한 개념으로 상담이 있다. 상담이란 도움을 필요로 하는 사람과 도움을 줄 수 있는 사람 사이의 개별적인 관계를 통하여 새로운 학습이 이루어지는 과정이다(도미향 등, 2011에 인용됨). 또한 상담을 통한 보건교육은 대상자가 자신의 문제를 생각하도록 격려함으로써 원인을 이해하고 문제해결에 자신을 투입하여 자신이 결정하고 행동을 취하도록 돕는 방법이다(윤순녕 등, 2000). 코칭은 발전하려는 의지가 있는 개인이 코치와 함께 잠재능력을 최대한 개발하고 발견 프로세스를 통해 목표설정, 전략적인 행동, 그리고 매우 뛰어난 결과의 성휘를 가능하게 해주는 강력하면서도 협력적인 관계이다(도미향, 2013에서 인용). 유재성(2009)은 상담과 코칭의 차이에 대해서 다음과 같이 정리하였다. 상담과 코칭은 상호 공통적이고 보완적인 측면이 있다는 입장과, 전혀 다른 서비스라고 규정하는 입장이 있다. 상담과 코칭을 분리하는 입장에서 상담은 과거지향적이고 코칭은 미래 지향적이라고 인식한다. 그 차이점을 보자면 첫째, 상담과 코칭 서비스 배경차이다. 상담은 주로 의학적 모델을 따라 병리적 패러다임으로 고객과 그들의 이슈들을 접근한다고 보며, 코칭은 교육적 발전적 모델에 따라 소망하는 목표를 향해 삶의 변화나 성장, 가능성의 패러다임으로 접근한다는 면에서 차이가 있음을 강조한다. 둘째, 상담과 코칭은 대상의 차이가 있다고 본다. 상담 특히 의학적

병리적 모델을 따르는 심리치료의 경우 문제와 상처가 있는 “환자”들을 대상으로 하며 성장지향 모델을 따르는 코칭은 건강한 사람들을 서비스 대상으로 본다. 셋째, 상담과 코칭서비스를 찾는 이유의 차이이다. 상담을 하러 오는 내담자는 자신에게 문제가 있음을 인식하고 그것을 제거하기 위해 찾아오나 코칭은 고객이 원하는 것은 자기 문제의 치료나 회복이 아닌 자신의 인생에서 더 많은 것을 얻거나 새로운 것을 찾기 위한 것이다. 즉 치유냐 성장이냐의 문제로서 상담 내담자는 부정적인 고통에서 벗어나고 싶어 하며, 코칭은 고객이 원하는 긍정적인 목표나 변화를 이루고 싶어 찾아온다는 사실을 강조한다. 넷째, 상담과 코칭은 서비스 초점의 차이이다. 상담은 과거에 문제 혹인 원인이 있다고 전제하고 과거의 이슈나 문제의 원인을 찾는데 집중한다. 그래서 과거의 미해결과제나 방어기제, 왜곡된 사고나 행동패턴, 억압된 감정 등 각종 내적인 역기능과 그것의 역동적 관련성을 탐색하기 위해 많은 시간과 에너지를 투자한다. 그러나 코칭은 미래에 관심이 있다. 즉 행동지향적이며 어떤 긍정적인 결과나 외적 변화에 초점이 있음을 강조한다. 상담은 고통이나 증상의 경감, 기능적 조절이나 회복에 집중하는 반면, 코칭은 특정한 목표나 미래 비전 및 소망의 달성, 만족스러운 삶의 의미나 보람, 행복 등을 추구한다. 상담은 문제의 이유나 원인, 즉 “왜”에 중요초점이 있다면 코칭은 변화와 성장의 접근방법 즉 “어떻게”에 관심이 있다는 것이다. 다섯째, 상담과 코칭 서비스 관계의 차이이다. 상담자와 내담자는 서비스를 제공하는 사람과 서비스를 제공 받는 사람의 관계라고 본다. 즉 상담자는 전문가로서 자신의 지식과 경험 및 다양한 검사 도구들과 기술을 동원하여 내담자를 치료하는 기능적 관계의 측면이 강하다고 본다. 그러나 코칭에 있어서 코치이는 자기 스스로 현재보다 나은 미래 창조를 위해 자발적으로 노력하고 찾는 사람이며, 그런 면에서 코치와 협력자이며 동등한 파트너의 관계에 있다고 주장한다. 여섯째, 상담과 코칭 서비스 방법의 차이이다. 상담은 내담자가 가진 이슈나 문제의 원인 진단을 위해 다양한 검사나 진단 도구들을 사용한다. 하지만 코칭은 이런 도구들

을 선별적으로 사용하기는 하지만 궁극적으로 질문과 경청, 공감 등의 대화를 통해 목표달성을 위한 방법을 찾으려고 한다. 상담은 문제 사고나 행동의 수정, 감정 정화, 관계 재구성 등을 통해 상담 목표를 달성하려고 한다면, 코칭은 잠재력, 행동 통찰과 변화, 능력 고취, 긍정적 태도와 힘의 고양 등을 통해 코칭 목표를 성취하려고 한다. 이 과정에서 상담은 개인정보를 제한하고 비밀보장을 강조하지만 코칭은 필요하다면 개인의 정보공개를 허용하고 나누기도 한다. 일곱째, 상담과 코칭 서비스 책임의 차이이다. 상담의 과정이나 방향, 결과와 책임은 주로 상담자에게 있다. 상담자의 전문성이나 경험, 기술에 크게 좌우된다. 그러나 코칭은 코치가 코칭 과정에 대한 책임성을 갖고 있지만 코칭결과는 고객에게 그 책임성이 있다고 강조한다. 상담은 문제해결에 초점을 두지만 코칭은 가능성에 중점을 둔다. 상담자는 과거의 정서적, 영적 고통으로부터 회복하도록 도움"을 주지만, 코치는 사람들이"목표를 설정하고 좀 더 보람있는 미래를 향해 나아가도록"도움을 제공한다. 상담은 기본적으로 심리적, 관계적 문제나 장애를 가진 사람들을 치료하기 위한 접근으로 시작되었으며 코칭은 기본적으로 스포츠, 비즈니스, 교육 등의 영역에서 개인의 역량을 개발하고 원하는 목표를 달성하도록 도우려는 관심에서 비롯되었다. 또한 상담과 코칭이 유사하다는 입장에서는 상담은 지난 세기 사회문화적 상황에 따라 다양한 패러다임의 발전을 경험하였고 보다 다양한 내담자들의 개인적인, 그리고 사회문화적인 상황에 더 적절하고 효과적인 서비스를 제공하기 위해 노력하였고 이런 과정에서 상담과 코칭의 차이보다도 더 큰 상담들 간에도 더 큰 차이가 존재하게 되었다. 또한 고객으로 하여금 어떤 문제나 한계를 넘어 보다 만족스럽고 행복한 삶을 살도록 돕는다는 기본 관심에서는 두 접근간에 큰 차이가 없다고 보는 것이다. 이에 최근에는 상담과 코칭의 차이를 분리된 접근을 주장하는 전문가들 사이에서도 상담과 코칭의 연대 내지는 통합적 접근에 대한 입장도 등장하기 시작하였다(유재성, 2009).

이러한 상담과 코칭에 대한 논의는 현재도 지속되고 있으며, 현재 미

국과 유럽 등에서 보건·의료분야에서도 코칭이 도입되어 환자 스스로 자기 주도적으로 치료 및 자가관리를 수행하고 궁극적으로는 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 다양한 방식으로 건강코칭이 적용되고 있다.

2) 만성질환관리에서 건강코칭의 배경과 의의

일차 진료시 15분간의 주치의 면담으로는 만성질환자들의 모든 요구에 부합하는 것은 어려우며 반 정도의 고혈압 환자들은 의사와의 면담을 이해하지 못하고 진료실을 나온다. 환자가 본인 치료에 관한 의사결정에 참여하는 것은 명백하게 치료결과를 향상시키나 9%의 환자만이 의사결정에 참여하며 투약 순응도는 50%이나 생활습관의 변화는 10% 미만이다(Bennett et al., 2010). 2010년 미국에서는 오바마 케어라 불리는 Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)의 규정이 개정됨에 따라 의료접근성을 향상시키고 과거 의료경험을 모델삼아 조화로운 의료를 향상, 효율성 증대, 불필요한 입원과 재입원 감소, 의료 질 향상을 의료 접근성을 향상시킬 수 있는 잠재력 있는 혁신적인 프로그램을 개발할 수 있는 기회를 제공받게 되었다. 이 프로그램에는 의료통합(clinical integration)과 환자중심의 가정 의료(patient centered medical home) 전략이 포함되어있다(Lanese, Dey, Srivastava, Figler[a], 2011에 인용됨). 만성질환자는 막대한 사회경제적 비용을 소모하고 경제를 압박하며 다수의 연구자들은 일차진료에서 만성질환자들의 가장 중요한 전략 및 목적으로 효율적이고 효과적인 환자중심의 가정방문을 발전시키는 것이라 권고 하였고, 최근 한 연구에서는 일차의료에서 만성적이며 예방할 수 있으나 급성 치료가 필요한 2,500명의 환자를 만나기 위해서는 일차 진료의는 하루에 21.7시간이 필요하다고 보고 하였다(Lanese, Dey, Srivastava, Figler[b], 2011에 인용됨). 단 15분만의 진료로는 만성질환자들의 요구에 부합하지 못하고 의사 단독으로는 충분한 시간을 확보할 수 없으며 최상의 진료를 제공할 수 없다. 이에 만성질환자 관리 시 건강전

문가의 역할을 만성질환자 개인의 선호를 고려하고, 변화할 준비가 되어야 하며, 심리적인 가치가 있는 개인화 치료 전략을 시급하게 마련해야 하는 것으로 제시하였다(Lanese, Dey, Srivastava, Figler[b], 2011에 인용됨). 미국질병관리본부에서는 만성질환의 자가관리교육 또는 훈련의 주요 단계에서 건강과 삶의 질 향상키는 것을 목표로 제시하였으며 질병관련 지식습득, 문제해결, 관련된 질병을 성공적으로 자기관리하기 위해 필요한 대처기술을 향상시킬 수 있는 과정을 프로그램에 결합시킬 것을 요구하고 있다. 이런 목표와 건강코칭은 명확하게 부합이 되며(Lanese, Dey, Srivastava, Figler[a], 2011) 고혈압환자를 이해하고 그들의 만성질환을 관리하는데 참여하는 중재방안으로 건강코칭(Health-coaching)이 하나의 접근방법으로 고안되었다 (Bennett et al, 2010)

건강코칭은 일차의료에서 환자가 이해하지 못한 건강문제들이나 주치의의 권고와 환자의 의견이 일치하지 않는 문제들을 해결하고 완화하고자 고안된 혁신적인 방안이다. 대부분의 의학교육이나 전문 간호사 또는 전담간호사등의 교육 프로그램은 근거기반의 가이드라인에 따라 환자에게 그들의 선호(preferences)들이나 근거기반의 권고가 그들의 삶의 상황에서 그들의 실천의지나 수행 가능 여부 등을 묻기보다는 환자에게 무엇을 해야 하는지 신속히 말해주는데 초점이 맞춰져있다. 그러나 건강코칭의 목표는 일차간호에서 환자의 경험을 강화하고, 임상결과와 삶의 질을 향상시키며 의료인이 환자의 복잡한 문제에 집중할 수 있게 해주는 것이다. 또한 만성질환에서 예방가능하고 지속적인 관리부분은 임상적으로 체계적인 규준을 이용하여 전문가가 아니어도 다룰 수 있도록 하여 시간소모를 최소화 하는데 있다(Bodenheimer, 2008).

만성질환관리에서 환자들은 지식과, 기술 그리고 그들 스스로가 참여하기위한 자신감이 필요하다. 건강관리 조직내에서 환자와 상호작용을 할 수 있으면 누구나 코치가 될 수 있다. 간호사, 사회복지사, 지역사회 건강관리자나 교육자 또는 적절한 교육을 받고 지원받을 수 있는 다른 만성질환자까지 건강코칭을 해줄 수 있는 코치가 될 수 있다. 건강코칭

에서 코치는 만성질환자의 자기관리를 지지해줘야 하며 환자와 의사사이의 격차를 좁히고 보건의료시스템안에서 환자가 길을 찾는 것을 도울 수 있어야 하며, 감정적인 지지와 지속적인 지지를 해주는 것이 코치의 다섯 가지 주요역할이며 구체적인 코치의 업무는 Figure 1과 같다(Bennett et al., 2010).

미국의 Hilton Family Practice의 연구결과 결과 의사들이 건강코치를 고용하여 활용 시 환자 방문횟수와 의사소득 60%가 증가 되었으며, 다른 연구에서도 만성질환 환자의 외래방문횟수가 증가하여 지속적으로 환자가 본인의 건강관리에 적극적이 되어 결과적으로 건강코치가 의료 비용절약 및 건강을 향상시키는 잠재성이 있다고 하였다(Lanese, Dey, Srivastava, Figler[b], 2011).

Self –management support	Bridge between clinician and patient	Navigation of the health care system	Emotional support	continuity
• Providing information • Teaching disease-specific skills • Promoting behavior change • Imparting problem-solving skills • Assisting with the emotional impact of chronic illness • Encouraging follow up • Encouraging participation	• Serving as the patient's liaison • Ensuring that patient understands and agrees with care plan • Providing cultural and language concordance	• Connecting the patient with resources • Facilitating support • Empowering the patient • Ensuring the patient's voice is heard	• Showing interest • Inquiring about emotional issues • Showing compassion • Teaching coping skills	• Providing familiarity • following up • Establishing trust • Being available

Figure 1. The Five rules of a health coach

3) 코칭을 이용한 국외 자기관리 프로그램

(1) Chronic Disease self-management program(CDSMP)

스탠포드대학에서 20년 전 관절염 자조관리 프로그램으로 시작되었으며 현재는 만성질환자를 위한 자가관리프로그램으로 개발되어 전세계적으로 보급 되고 있다. 소그룹형태로 보통 6주간의 일주일에 한 번 두시간정도의 코칭을 이용한 프로그램 과정을 운영하며 교육된 일반인(만성

질환자)가 리더로 건강전문가와 같이 프로그램을 운영한다. 프로그램의 효과성에 대해서는 장기간에 걸쳐 검증이 되었으며 매년 정기적인 리더 교육프로그램과 만성질환자 교육프로그램을 실시하고 있으며 평가도구도 제공하고 있다(Stanford School of Medicine, 2013). 현재까지 다양한 연구 활동이 지속되고 있으며 프로그램 효과 평가연구에서 프로그램 종료 1년 후 건강행동과 자기효능감이 증진되었고 건강상태와 응급실 내원율 감소 등의 유의한 효과가 있었다(Lorig, Sobel, Ritter, Laurent, Hobbs, 2001). 2년 후 효과 평가 시 응급실내원율과 스트레스가 감소하였고 자기 효능감도 유의하게 증가하였다(Lorig, Ritter et al., 2001).

(2) The good life club project in Australia

스탠포드대학의 CDSMP 프로그램을 기반으로 단계변화모델(Transtheoretical Model of change)과 건강신념모형(Health Belief Model)등을 적용하여 50세 이상의 당뇨병환자를 대상으로 호주 정부의 주도하에 8개의 주가 연합하여 전화코칭(tele-coaching) 전략을 적용하였다. 지역보건소(Community health service)기관이나 일반의에게 소속된 전문 간호사가 구조화된 가이드라인(guide line)을 가지고 코칭을 제공하였으며 평균 20분씩 한 달 간격으로 12개월간 중재가 실시되었다. 3개월 간격으로 의사에게서 환자의 목표, 자가관리계획 및 변화, 미래의 전략 등의 부분에 대해 피드백을 받았다(Kelly, Menzies, Taylor, 2003). 프로그램 시작 6개월 경과 후 고혈압증상이 완화되었으며, 병원 내원율이 감소되었고 사회기능과 자기간호능력이 향상 되는 것으로 보고되었다(Browning, Thomas, 2003).

(3) Health coaching and panel management program

미국 캘리코니아 샌프란시스코 대학에서 내·외적으로 위기를 맞은 미국의 일차의료상황을 타개하고 효과적이며 효율적인 방안을 모색하기위

해 2005년 Center for Excellence in Primary Care(CEPC)를 설립하였다. 주요 업무로는 혁신적인 일차의료방법의 실제적인 모델 개발 및 보급, 연구활동, 인터넷 웹사이트 운영, 학회운영과 전략개발을 하는 것이다. 개발된 일차의료의 혁신전략을 다양한 경로로 보급하고 나아가 건강과 관련된 지역의 모든 기관에서 활용 가능한 수준으로 발전시키며 미전역에서 활용 가능하도록 재모델링하고 혁신적인 방법에 대한 평가를 지속적으로 하는 것을 주요 목적으로 한다. 모든 프로그램은 건강코칭을 기본으로 하며 교육프로그램으로 건강코칭(Health coaching)과 패널관리(Panel Management)가 있다.

건강코칭(Health Coaching)은 당뇨병이나 고혈압과 같은 만성질환자가 좀 더 쉽고 증상관리를 할 수 있도록 돕기 위한 프로그램으로 의사, 간호사. 의료보조, 또는 만성질환자와 같은 질병은 가지고 있는 환자 등 500여명정도가 건강코칭을 하기위해 코칭 훈련을 받았다. 현재 의료보조인력을 건강코치로 교육시킨 후 당뇨와 고혈압, 고지혈증 환자의 건강을 향상시키는지에 대한 연구가 진행되고 있다. 패널관리(Panel Management)는 만성질환관리나 예방관리가 지속적으로 필요한 환자를 등록관리 하기 위한 것으로 간호사, 의료보조 또는 사무직을 대상으로 교육훈련을 하며 환자의 요구를 해결하기 위해서 교육받은 의료인 및 사무직등이 의료공급자와 협력하여 환자간호에서 중요한 역할수행을 한다. CEPC에서는 약 300명 정도의 훈련된 패널이 있다(University of califonia. San Francisco, 2007). 코칭은 개별적이거나 소수의 그룹에게 적용가능 한 개념인데 반해, 패널관리는 일차의료에서 관리 받아야 하는 모든 대상자를 대상으로 하는 개념이다. 패널관리는 만성질환자등록시스템을 이용하여 적절한 시기에 가능한 많은 사람들이 증거기반의 만성질환 예방 및 관리에 대한 상담과 치료 그리고 투약이 가능하도록 하는 관리방안이다. (Bodenheimer, 2008)

3. 건강코칭과 고혈압집중건강관리

방문건강관리 서비스제공의 원칙은 방문건강관리는 가족들에게 공정하고 책임감 있는 서비스를 제공해야 하며, 방문서비스 원칙은 계획, 중재, 평가의 틀 내에서 형성되어야 한다. 또한 가족의 역량을 강화시키고, 지역사회의 연계체계 구성을 촉진해야 하며 간호사와 가족은 상호동등하고 존경의 관계를 갖고 활동해야 하고 가족역량을 증강시키기 위해 가족원의 발달과 성장을 지원해야 한다. 나아가 서비스 제공자는 공식, 비공식 자원을 가족과 함께 개발해야 하며 프로그램은 융통성이 있고 지속적으로 가족과 지역사회의 요구에 부응해야 한다. 원칙에 기초한 방문건강관리 서비스 제공의 이론적 모델은 Figure 2. 과 같다(보건복지부, 2008).

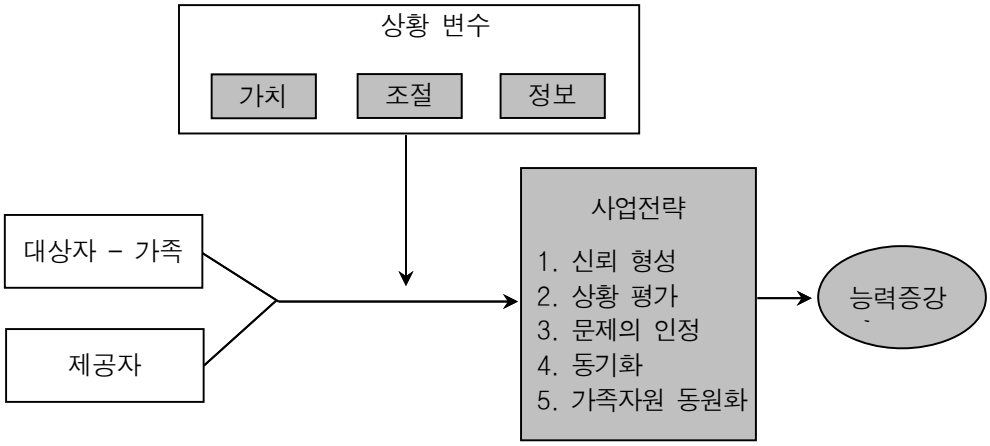

Figure 2. The intervention model of the vulnerable family

방문건강관리 서비스의 기본적인 사업전략은 취약계층 가족이 가진 요구와 강점을 이해하고 가족에게 이를 해결할 수 있는 정보와 긍정적인 현실 경험을 제공하여 스스로 관리할 수 있는 능력을 증강시키는 것이다. 방문건강관리에서 정보는 강력한 동기 유발로 작용할 수 있으며 또한 대상자와의 약속을 이행하는 하나의 전략일수 있다. 이를 잘 활용함

으로써 취약가족과 간호사는 상호관계상의 문제를 조절할 수 있다. 또한 강점에 기초를 둔 접근법을 사용함으로써 취약가족의 생애주기에 맞는 다양한 전략을 사용하여 목적을 성취한다(보건복지부, 2008). 방문건강관리 사업에서 대상자의 건강관리시 동기와 자신감, 자가관리 능력을 증대시킴으로서 위험 관리요인 관리 행위 실천율을 높이고 만성질환으로 인한 합병증을 예방하여 궁극적으로 취약계층의 건강수준을 향상시키고자 하였다(보건복지부, 건강증진사업지원단 2009).

2007년 기준 방문건강관리사업 대상자의 고혈압과 당뇨병 대상규모는 전체 대상자의 38% 수준이었으며 이중 16%만이 조절되고 있었다(이순영 등, 2009). 이에 고혈압 사례관리를 도입하여 고혈압집중관리사업을 실시하였다. 고혈압 사례관리의 목적은 고혈압 대상자의 건강수준 향상이며 혈압 및 증상을 관리하여 합병증 발생 예방 및 자가관리 실천율을 향상하고자 함이었다(보건복지부, 건강증진사업지원단 2009).

2009년 정부는 방문건강관리사업의 새로운 관점을 제시하였는데 단기간의 해답을 모색하던 이전의 관점에서 장기적인 고려 즉 행위변화와 문제를 인식하는 것에 초점을 맞추었다. 즉 전문인의 관점과 가치가 낫다는 관점에서 가족자신이 목표와 가치를 설정하고 가족과 전문인이 같이 문제해결을 위한 방향을 모색하며 가족과 전문인이 권한을 나누어 가지고 전문인의 관점과 가치가 가족과 다를 수 있다는 관점으로 서비스 제공의 이론적 접근을 변화시켰다(보건복지부, 2008). 또한 고혈압집중건강관리의 목표로는 취약계층 고혈압대상자의 건강수준을 향상시키고 위험관리를 위한 치료 순응도 향상, 혈압관리에 대한 지식 태도 실천력 향상 및 의료이용, 의료비의 감소와 사회적 지지향상, 자원활용능력 향상과 혈압사례관리에 대한 만족도 향상이다.

건강코칭은 대상자와 상호작용하고 자신의 치료에 환자가 참여하도록 하는 방법으로 건강코칭의 목적은 임상적인 조언을 환자가 이해하고, 환자가 그 조언에 어떻게 느끼는지 논의하며 자신의 건강을 향상시키기 위해서 환자가 그 조언을 활용할 수 있도록 하는 것이다. 건강코칭은 환자

와 의료진 모두에게 도움이 되는 방안으로 환자에게는 이전보다 좀 더 낳은 건강 결과와 건강관리과정에서 만족도를 이끌어 낼 수 있으며, 의료진이 임상에서 코칭을 적용할 때 좀 더 복잡한 건강문제를 다를 수 있는 기회를 제공할 수 있다.(University of California, San Francisco, 2007).

또한 건강코칭은 잠재 되어있는 환자관리능력을 향상시키며 부족한 진료시간에 허덕이는 의료진을 돕기 위한 개념틀이며 구체적인 업무분야이다. 건강코칭은 직접적이고 협력적인 모델이며 기존의 개념을 전환하여 환자가 수동적이고 수혜자적인 대상이 아닌 의료진과 환자 모두 적극적으로 파트너쉽을 가질 수 있도록 추구해야하며 코칭팀내에서는 환자와 의료진 누구나 다 협조적이어야 한다(Bennett et al,. 2010).

요약하자면 건강코칭과 방문간호는 유사한 개념과 전략을 가지고 있다. 두 전략모두 대상자가 스스로 건강을 통제하는 능력을 갖도록 도우며 자신의 건강상태에 책임을 행사할 수 있도록 돕는다. 또한 대상자의 선택과 참여를 토대로 대상자와 파트너쉽을 유지하며 그들을 옹호하는 역할을 하고 대상자의 실제적인 요구를 파악하게 하는 것을 가능하게 한다. 또한 의료인 중심의 관점이 아닌 대상자 중심의 관점으로서 잠재되어 있는 환자의 관리 능력을 향상시키는 것을 목적으로 궁극적으로는 대상자의 삶의 질과 건강수준을 향상시키는 것이다. 그러나 건강코칭과 고혈압집중건강관리는 유사한 개념을 가지나 그 적용방식에서 차이를 보인다. 건강코칭은 대상자가 중심이 되어 질문을 통해서 대상자 스스로 건강문제를 파악하도록 하여 스스로의 문제를 파악하도록 하며 실천할 수 있는 방안을 모색하고 의사결정을 하도록 한다. 방문건강관리의 고혈압집중건강관리는 표준화된 절차에 의해 문제중심의 건강계획이 수립되고 관리와 목표 수행의 틀이 제공되어 진다. (송미숙 등, 2009).

Ⅲ. 이론적 기틀 및 가설

1. 이론적 개념 틀

Gist와 Mitchell(1992)이 자기효능감 이론과 수행간의 관계를 도식화한 모델(Figure 3)을 본 연구의 이론적 기틀로 삼았다. 자기의 효능감에 대한 사람들의 신념은 예상된 시나리오의 상황 및 유형, 자기들이 구성하는 시각화된 미래를 해석하는 방식에 영향을 미친다. 사고의 주요한 기능중의 하나는 사람들로 하여금 서로 다른 과정의 행동에 대해 비슷한 결과를 예언할 수 있게 해주고, 그들의 삶에 영향을 미치는 사람들에 대해 통제력을 행사하기 위한 수단의 창출을 가능하게 해준다. 또한 도전의 최적 수준을 제공하는 목표들은 동기를 유발하는 반면 너무 쉽거나 어려운 목표들은 동기를 저하시킨다. 자기 동기화와 목적적 행동 능력은 인지적 활동에 기초한다. 사람들은 미래에 대한 예상을 통해 자기 자신을 동기화 시키고 자기의 행동을 미리 유도한다. 자기가 무엇을 할 수 있는지에 대한 신념을 형성하고 다른 목표의 긍정적인 결과와 부정적인 결과를 예상하며, 자기를 위해 목표를 설정하고, 가치 있는 미래를 실현하고 혐오적인 것을 회피하기 위해 미리 설계한 행동의 과정을 계획한다. 효능감은 동기의 인지적 조절에서 중심적인 역할을 한다(김의철 등, 1999에서 인용함).

자기효능감을 형성하기 위해서는 효능감을 사정하기 위한 정보와 판단과정이 선행된다. 즉 성공경험, 대리적경험, 언어적설득, 생리적 상태와 정서적 상태 등의 정보적 근원과 과업요구에 대한 분석, 경험에 귀인된 분석 그리고 개인적이고 상황정인 자원과 제한점에 대한 사정을 통해 능력에 대한 평가가 선행되어진다. 위의 분석과정을 통해 자아효능감을 형성하고 목표수준을 설정하며 지속적으로 효능감이 유지되어 행위가 발생

되며 피드백을 통해 강화된다. 과업에 대한 분석은 과거에 개인적이고 빈번하게 실행되었던 과업에서 이전의 수행정도에 따라 좀 더 강하게 설정되어질 수 있으며 행위의 수준을 결정하게 된다. 개인의 판단내지는 과거경험에 대한 귀인적 분석은 개개인의 독특한 행위실천수준에 대한 설명을 가능하게 한다. 경험의 귀인적 분석시 개인의 경험정도가 가장 강력한 정보를 제공해주나 모델링이나 언어적 설득과 같은 경험등도 영향을 미친다. 과제요구분석이나 경험의 귀인정도를 분석하는 것은 능력정도와 동기적인 요소 안에서 업무를 어느 정도 잘 수행할 수 있을지에 대한 정보를 준다. 더불어 개인적이며 가용적인 자원에 대한 사정 또한 과업의 실천정도를 결정하는데 영향을 미치며 자아효능감을 형성시키는 요소들이다. 이 세가지 분석 및 사정 과정은 비교적 독립적이나 상호적인 측면을 가지고 있다(Gist and Mitchell, 1992).

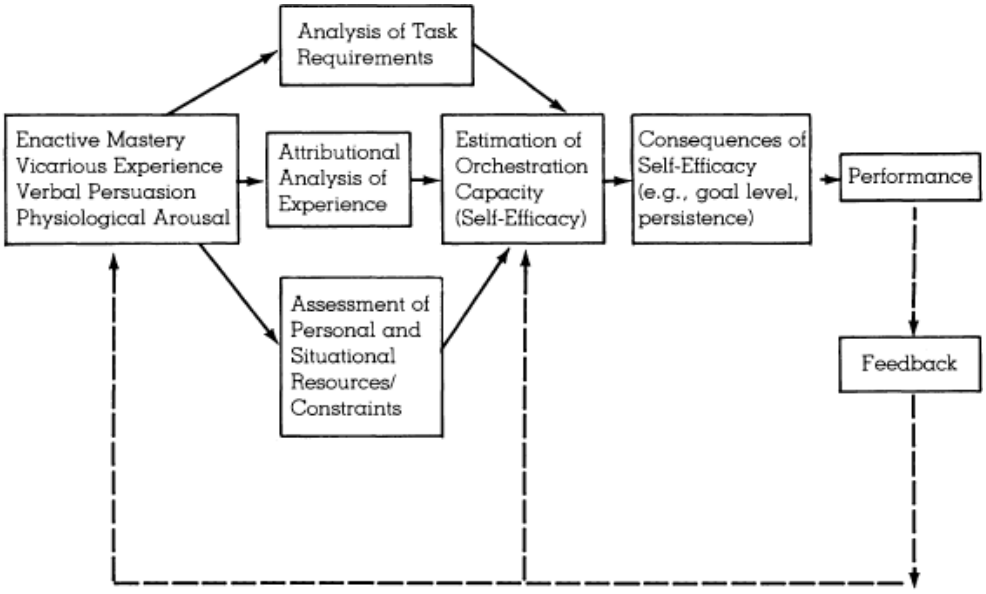

Figure 3. A model of Self-Efficacy-Performance Relationship

2. 가설적 모형

이론적 기틀에 근거하여 Figure 4. 와 같이 가설적 모형을 조직화하였으며 자기효능감을 강화시키기 위해 건강코칭프로그램을 활용한다. 즉 주요 수단인 코칭대화를 통해 고혈압 대상자가 성취경험과 모델링 및 대리경험, 정서적 각성을 하도록 하고, 필요 단계에서 코칭간호사가 언어적 설득한다. 건강코칭을 통해 고혈압 대상자가 자신의 건강 과업요구와 귀인된 과거경험에 대한 분석 및 현재 대상자의 자원적인 상황 및 개인적인 상황을 사정할 수 있도록 지지해준다. 이 과정을 거쳐 고혈압 환자는 건강행위에 대한 효능감이 형성되며 모델링과 정서적 각성을 통해 성취할 수 있는 목표를 설정하게 하여 건강행위를 증진시키고 성공경험을 가질 수 있게 되며 이를 바탕으로 건강행위를 지속적으로 유지시키도록 한다. 이 모든 과정 및 단계에서 코칭간호사는 적절한 피드백을 제공하며 이 모든 과정들은 순환적이고 반복적이다.

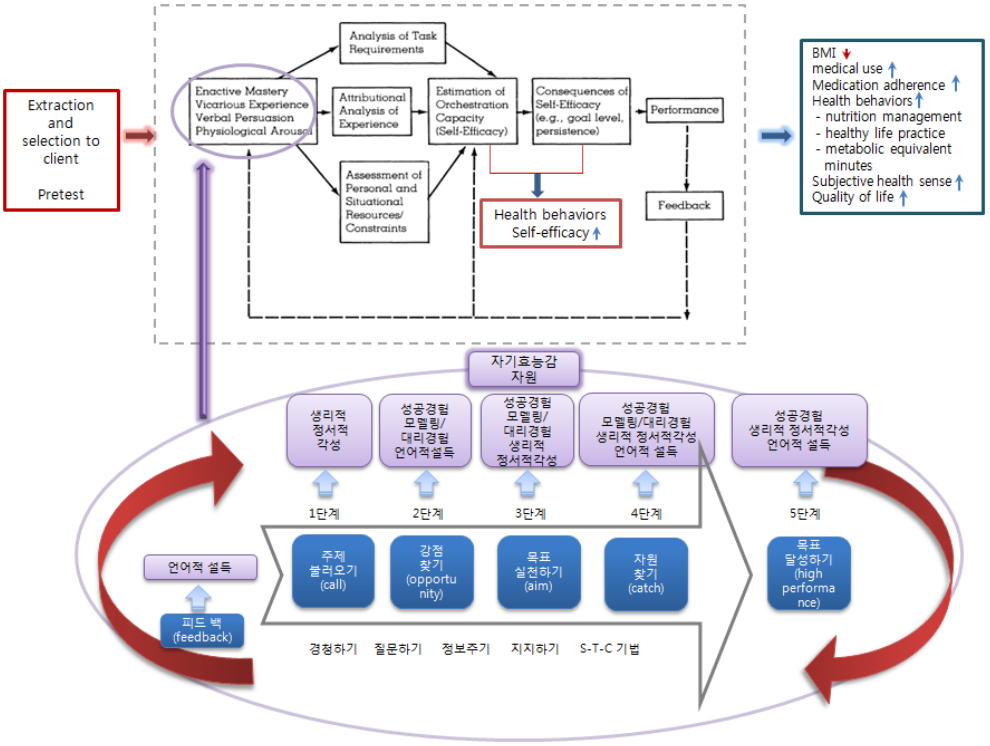

Figure 4. Conceptual framework of the study

3. 연구가설

본 연구의 가설은 다음과 같다.

가설 1. 건강코칭 후 혈압 조절율은 실험군이 대조군보다 증진될 것이다.

가설 2. 건강코칭 후 체질량지수는 실험군이 대조군보다 감소할 것이다.

가설 3. 건강코칭 후 자기효능감은 실험군이 대조군보다 더 증가될 것이다.

가설 4. 건강코칭 후 건강행위실천은 실험군이 대조군보다 향상될 것이다.

부가설 4-1. 건강코칭 후 의료이용도는 실험군이 대조군보다 증가할 것이다.

부가설 4-2. 건강코칭 후 투약순응도는 실험군이 대조군보다 높을 것이다.

부가설 4-3. 건강코칭 후 혈압자가관리는 실험군이 대조군보다 향상될 것이다.

부가설 4-4. 건강코칭 후 영양관리수준은 실험군이 대조군보다 높아질 것이다.

부가설 4-5. 건강코칭 후 건강행위실천율은 실험군이 대조군보다 증가할 것이다.

부가설 4-6. 건강코칭 후 신체활동량은 실험군이 대조군보다 증가할 것이다.

가설 5. 건강코칭 후 주관적 건강감은 실험군이 대조군보다 높아질 것이다.

가설 6. 건강코칭 후 삶의 질은 실험군이 대조군보다 높아질 것이다.

Ⅳ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 비동등성 대조군 전후시차설계를 이용한 유사실험연구이다. 방문건강관리사업 고혈압집중관리군 대상자에게 8주간 주 1회씩 건강코칭 프로그램을 적용하여 자기효능감과 건강행위실천 및 삶의 질에 미치는 효과를 파악하였다.

또한 건강코칭프로그램과 방문간호서비스는 유사한 전략을 가지고 있기에 과정평가를 통해 두 프로그램을 수혜 받은 대상자의 경험에 근거해 심층적으로 두 서비스의 질적인 측면을 평가하여 보고자하였다. 이에 중재기간동안 중재 전 과정을 녹음하였으며, 중재프로그램 시작 전과 후에 동일한 대상자에게 반 구조화된 도구로 2회의 심층면담을 실시하였다.

연구 설계는 Table 1과 같다

Table 1. Research design

	pretest		post test1	post test2
		8-week intervention		After 1 month
E	E^1	X^1 ←→	E^2	E^3
C	C^1	X^2 ←→	C^2	C^3

E : Experimental group
C : Control group
X1 : Health coaching program(HCP) for 8weeks
X2 : Intensive Home visiting nursing service(IHVNS) for 8weeks

E1 : Measure taken pre-HCP
E2 : Measure taken just after HCP
E3 : Measure taken 1 month after HCP
C1 : Measure taken pre-IHVNS
C2 : Measure taken just after IHVNS
C3 : Measure taken 1 month after IHVNS

2. 연구대상

본 연구에서는 C시 1개 보건소의 방문건강관리사업 대상자 중 고혈압 대상자로 등록된 자를 연구대상으로 하였다. 연구대상자는 방문건강관리사업의 분류기준에 의거하여 고혈압 집중관리군으로 분류된 대상자로서 건강코칭프로그램을 받는 대상자들을 실험군으로 하며 고혈압집중관리서비스를 받는 대상자들을 대조군으로 하였다.

G-power를 이용하여 유의수준 α=.05, 검정력 1-β =.7, 효과크기 f =.3로 표본산출 시 한 집단의 표본수는 16명이 산정되었다. 그러나 탈락률과 통계적 분석을 고려하여 한 그룹 당 24명씩 총 48명을 본 연구의 대상자 선정기준에 따라 연구대상으로 하였다.

표본추출을 위해 일차적으로 방문간호사 2인을 보건소에서 추천을 받았다. 방문간호사의 추천조건은 본 연구 참여를 동의하고 자료수집과 전산입력 시 오류 및 손실을 최소화 할 수 있는 자이다. 보건복지부에서는 방문간호사 일인이 관리하는 고혈압집중관리군이 평균 12명을 넘지 않도록 권고하고 있다(보건복지부, 한국건강증진재단, 2011). 이에 본 연구에서 제시한 대상자 선정기준에 따라 방문간호사 1인당 24명씩 총 48명의 대상자를 편의 추출하였다. 1명의 방문간호사가 편의 추출한 24명의 대상자는 무작위로 실험군과 대조군에 각각 12명씩 배정되었다. 즉 실험군은 1명의 방문간호사에게서 12명씩 무작위로 배정되어 두 명의 방문간호사에게 총 24명이 배정되었고 본 연구자가 건강코칭을 제공하였다. 대조군은 방문간호사 1인당 12명씩 무작위 배정되어 두 명의 방문간호사에게 총 24명의 대상자가 고혈압집중관리를 받았다.

양적평가는 중재를 실시하지 않은 설문방문간호사 2인이 총 3회(사전 및 사후 2회)에 걸쳐 실험군과 대조군을 각각 균등하게 반씩 나누어 설문조사 및 혈압과 체중측정을 실시하였다.

연구 대상자의 구체적 선정기준은 고혈압집중관리를 받은 경험이 없는 대상자 중 다음의 선정기준 중 1가지 이상 해당되면 본 연구의 대상자

로 선정하였다.

- 방문건강관리사업 대상자로 고혈압 등록자이면서 합병증이 없으며 보행 및 일상생활 영위가 가능한 자
- 방문건강관리사업 대상자로 고혈압 등록자이면서 수축기압이 140mmHg이상이거나 이완기압이 90mmHg이상인 경우
- 방문건강관리사업 대상자로 고혈압 등록자이면서 수축기압이 140mmHg이상 또는 이완기압이 90mmHg이상이고, 흡연, 고위험 음주, 비만, 운동 미실천 중 2개 이상의 건강행태 개선이 필요한 경우
- 방문건강관리사업 대상자로 고혈압 등록자이면서 투약지시를 불이행하는 경우
- 방문건강관리사업 대상자로 고혈압 등록자이면서 대상자 및 보호자 교육이 필요한 경우
- 방문건강관리사업 대상자로 고혈압 등록자는 아니지만 현재 수축기압이 140mmHg이상이거나 90mmHg 이면서 대상자 및 보호자 교육이 필요한 경우

연구시작 전 설문방문간호사가 대상자의 가정을 방문하여 방문간호서비스참여 및 개인정보제공동의와 본 연구 참여 동의를 받았다. 이 후 각 24명씩 배정된 실험군과 대조군에게 본 연구자와 방문간호사가 동반 방문하여 세부적인 프로그램 설명 및 방문일정을 조율을 하는 과정에서 실험군에서 각각 남녀 1명씩, 대조군에서 남자1명이 연구 참여를 거부하여 탈락되었다. 이에 실험군 22명, 대조군 23명으로 중재 프로그램을 시작하였다. 중재과정 중 4주차에 실험군 여자 1명이 요양병원 입원하여 탈락하였으며, 중재 5주차에 대조군에서 여자1명이 타 지역으로 이사하여 탈락 되었다. 이에 중재프로그램을 종료한 대상자는 실험군 21명, 대조군 22명이었다.

이에 실험군 21명, 대조군 22명이 총 3회에 걸친 설문을 모두 마쳤다. 설문을 종료한 전체 43명 중 실험군에만 남성이 3명, 65세 미만인 대상

자가 2명이 포함되어 있어 성별과 연령에 대한 영향을 배제하기 위하여 실험군에서 5명을 제외시켰다.

이에 실험군 16명, 대조군 22명이 최종 분석대상이 되었다(Figure 5).

3. 건강코칭프로그램의 적용

1) 건강코칭프로그램 중재전략

건강코칭프로그램은 방문건강사업의 고혈압 집중관리군 서비스와 동일한 관리절차 및 도구와 교육 자료를 사용하였다. 실험군은 코칭간호사에게 자기 효능감의 4가지 정보적 자원(성공경험, 대리적경험, 언어적 설득, 생리적 상태와 정서적 상태)과 피드백을 중재전략으로 활용하는 건강코칭프로그램을 제공받았다. 코칭간호사는 8주간의 고혈압 집중관리 전 과정에 걸쳐 고혈압 관리와 관련된 이슈를 가지고 건강코칭을 실시하였고 한국코칭학회의 “코칭 대화모델”에 근거하여 수행 하였다(Table 3,4 참조).

대조군은 기존의 방문건강사업 고혈압집중관리군 서비스를 방문간호사에게 제공 받았다(Table 2. 참조).

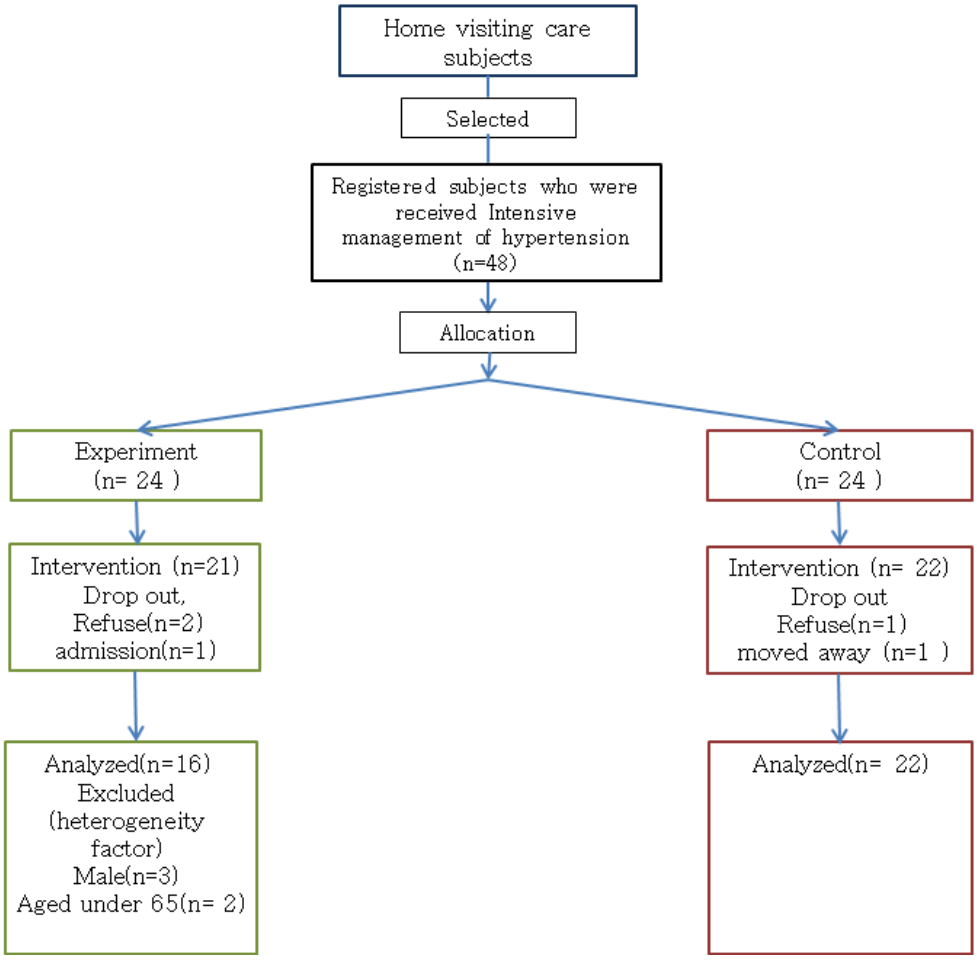

Figure 5. Participation flow chart

“코칭대화모델”의 각 단계별 목적과 특성은 다음과 같다(도미향, 2013).

(1) 1단계: 주제불러오기

대화를 통해서 얻고자 하는 코칭의 이슈를 찾는 단계로 대상자와 라포를 형성하며 충분한 경험을 나누는 단계이다. 결과 및 목표를 명확하게 설정하는 단계로 이 단계에서 가장 중요한 것은 경청이며 현재 상황과 달성목표와의 간격을 분명히 한다.

(2) 2단계: 강점찾기

강력한 질문을 통해 자신의 강점을 발견하는 단계이다. 코칭주제와 관련된 요소들을 구체적으로 파악하는 단계로 발견질문이 중요하며 스스로 대안을 찾을 수 있도록 질문한다. 이 단계를 명확하게 한다면 과거에 자신이 성공한 경험에 관한 질문의 답을 통해 다시 도전해 볼 수 있겠다는 자신감과 대산을 찾을 수 있고 실현 가능한 부분을 인식하고 결정 할 수 있도록 도와준다.

(3) 3단계 : 목표 실천하기

이 단계는 실행계획 수립을 이끌어내야 하는 단계이다. 코치는 대상자 즉 코치이가 기대하고 있는 성과에 초점을 맞추어 그 목표를 이루어 내기 위해 필요한 정보를 확인하기 위한 기법을 사용하여 대상자가 목표를 분명히 인식하고 실천할 수 있도록 한다. 문제점 보다는 기대하는 성과에 초점을 맞추고 계획을 세부적으로 구체화하며 먼저 할 것을 확인하고 어떤 방법으로 언제까지 할 것인지를 결정한다. 달성목표와의 관련성을 확인하고 활용할 수 있는 자원을 검토하고 계획한 내용을 실행 가능하도록 한다. 또한 대상자가 통제 불가능한 요소가 아닌 통제 가능한 요소에

초점을 맞춰야 한다. 목표 설정시 구체적이며 측정 및 획득가능하고 현실적이며 시간적으로 가능하도록 고려하여야 한다.

(4) 4단계 : 자원찾기

목표를 달성하기 위해 필요한 자원을 파악하는 단계이다. 어떤 자원이 있는지와 그 목표를 달성하기 위해 대상자에게 있을 수 있는 장애요소가 무엇인지 대상자가 찾을 수 있도록 하는 단계로 장애물을 제거하기 위해 필요한 행동을 검토하고 도울 수 있는 부분을 명확하게 한다.

(5) 5단계 : 목표달성하기

코칭의 마무리단계로 대상자에게 그날 코칭을 통해 알게 된 것이 무엇인지 확인하고 요약하며 대상자가 목표를 달성할 수 있다는 의지를 획득했는지 확인할 수 있다.

Table 2. Study procedures and intervention contents

<table>
<tr><th>시간</th><th>내용</th><th>고혈압집중관리</th><th>건강코칭프로그램</th><th>수행자</th></tr>
<tr><td>신규방문</td><td>기초평가
(사전평가)</td><td colspan="2">□ 공통업무
◦ 대상자 확인
◦ 동의서 작성
◦ 건강면접 및 가구조사(1차 설문)
◦ 활력징후 및 혈당측정
◦ 체중측정</td><td>설문
간호사</td></tr>
<tr><td>1주</td><td>중재</td><td colspan="2">□ 공통업무
◦ 대상자 건강면접 및 가구조사내용 확인
◦ 세부적 프로그램 안내 및 중재일정 합의
◦ 활력징후 측정
◦ 혈당검사, 콜레스테롤검사 및 결과설명
◦ 행동체크리스트 작성법 교육</td><td>방문 및
코칭간호사
동반 방문</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2-7
주</td><td rowspan="2">중재</td><td colspan="2">□공통업무
◦ 활력징후 측정
◦ 혈당검사, 콜레스테롤검사(필요시)
◦ 행동체크리스트 점검 및 확인
◦ 전화방문 대체(1-2회)</td><td rowspan="2">방문간호사
코칭간호사
개별 중재</td></tr>
<tr><td>· 요구도 조사를 통한 사정
· 집중건강관리중재수행
1. 문제목록 및 목표에 대한 인지정도 확인
2. 교육 및 상담, 정보제공
3. 팀·내외 서비스 의뢰 등 연계서비스 제공</td><td>· 코칭대화 실시
1. 주제 불러오기
2. 강점 찾기
3. 목표실천하기
4. 자원찾기
5. 목표 달성하기
6. 피드백</td></tr>
<tr><td rowspan="2">8주</td><td rowspan="2">중재종료</td><td colspan="2">□공통업무
◦ 활력징후 측정
◦ 혈당검사, 콜레스테롤검사
◦ 행동체크리스트 점검 및 확인</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>◦ 목표달성도 평가</td><td>◦ 목표달성확인
◦ 피드백</td></tr>
<tr><td rowspan="2">종료
직후</td><td rowspan="2">사후평가
1</td><td colspan="2">□공통업무
◦ 평 가
- 대상자만족도평가
- 건강면접 설문(2차 설문)
◦ 활력징후 및 체중 측정</td><td>설문
간호사</td></tr>
<tr><td colspan="2">◦ 군분류 재판정
◦ 추후관리여부 결정</td><td>방문간호사</td></tr>
<tr><td>사전 및
종료
2주
이내</td><td>면담평가
(2회)</td><td colspan="2">□ 공통업무
◦ 대상자 만족도 평가
◦ 목표수립 및 실천의 과정평가
◦ 간호사의 중재수행에 대한 평가
◦ 중재의 이득에 대한 평가</td><td>코칭간호사</td></tr>
<tr><td>1달 후</td><td>사후평가
2</td><td colspan="2">□ 공통업무
◦ 건강면접 설문(3차 설문)
◦ 활력징후 및 체중 측정</td><td>설문
간호사</td></tr>
</table>

Table 3. Inherent in the coaching conversation questions about self-efficacy resources and formation of self-efficacy.

코칭대화 모델 단계	코칭대화 질문	자기효능감의 정보적 자원	자기효능감 형성 전 인지적 평가 과정	자기효능감 형성수준
주제 불러오기	오늘 이야기 하고 싶은 것은 무엇입니까?		- 과업요구분석	
	그것은 당신에게 어떤 의미인가요?		- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석	
	우리가 대화를 마쳤을 때 구체적으로 어떤 결과를 얻고 싶습니까?		- 과업요구분석	
	현재의 상황은 어떠하다고 생각하십니까?	- 생리적 정서적 각성	- 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	
	현재의 상태를 점수로 나타내면 몇 점일까요?	- 생리적 정서적 각성	- 과업요구분석	
	앞으로는 몇 점을 받고 싶은가요?		- 과업요구분석	
강점 찾기	그 목표를 달성하기 위해 무엇을 시도해보셨습니까?	- 성공경험 - 모델링/대리경험	- 경험의 귀인적 분석	
	여러 가지 방법 중 효과가 있었던 것은 어떤 것이었나요?	- 성공경험 - 언어적 설득	- 경험의 귀인적 분석	
	그 방법이 효과가 있으려면 무엇이 더 필요하겠습니까?	- 성공경험 - 모델링/대리경험 - 언어적 설득	- 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	
	모델 혹은 비슷한 경험이 있다면 어떤 것이 있었습니까?	- 모델링/대리경험 - 언어적 설득	- 경험의 귀인적 분석	
	다른 방법으로 했다면 어떻게 되었을까요?	- 성공경험 - 언어적 설득	- 경험의 귀인적 분석	
	만약에 할 수 있다면 무엇을 더 해보겠습니까?	- 성공경험 - 모델링/대리경험 - 생리적 정서적 각성 - 언어적 설득	- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원분석 및 제한점 파악	

Table 3. continued

코칭대화 모델 단계	코칭대화 질문	자기효능감의 정보적 자원	자기효능감 형성 전 인지적 평가 과정	자기효능감 형성수준
목표 실천하기	목표를 이루기 위해 무엇을 해야 할까요?	- 성공경험 - 모델링/대리경험	- 과업요구분석 - 개인적 상황적 자원분석 및 제한점 파악	
	지금 여기서 해야 할 가장 중요한 것은 무엇이라고 생각하십니까?	- 성공경험 - 모델링/대리경험	- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석	
	그것은 언제부터 하실 건가요?		- 과업요구분석	- 자기효능감 형성
	어떤 방법으로 하실건가요?	- 성공경험 - 모델링/ 대리경험	- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석	- 자기효능감 형성
	어떻게 시작할까요?	- 성공경험 - 모델링/대리경험	- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석	- 자기효능감 형성
	당신이 생각하는 것을 하기 위해서 또 어떤 것들을 해야 할까요?	- 성공경험 - 모델링/대리경험	- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	- 자기효능감 형성
	그 목표가 당신에게 얼마나 중요한가요?	- 성공경험 - 생리적 정서적 각성	- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석	- 자기효능감 형성
	그 목표를 언제까지 달성할 수 있을까요?	- 성공경험 - 모델링/대리경험	- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	- 자기효능감 형성
	이러한 방법으로 접근한다면 결과가 어떻게 될 것이라고 생각하십니까?	- 성공경험 - 모델링/대리경험 - 생리적 정서적 각성	- 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	- 자기효능감 형성
	예상되거나 알고 있는 문제점이 있다면 무엇이라고 생각하십니까?	- 생리적 정서적 각성	- 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	

Table 3. continued

코칭대화 모델 단계	코칭대화 질문	자기효능감의 정보적 자원	자기효능감 형성 전 인지적 평가 과정	자기효능감 형성수준
자원찾기	문제점을 해결하기 위해 어떤 자원이 필요합니까?	- 성공경험 - 모델링/대리경험	- 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	
	목표달성에 있어 당신에게 장애가 되는 대상이 누구라고 생각하십니까?	- 생리적 정서적 각성 - 언어적 설득	- 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	
	원하는 결과를 얻으려면 무엇을(당신 삶의 어느 부분을) 바꿔야 할까요?	- 성공경험 - 모델링/대리경험 - 언어적 설득 - 생리적 정서적 각성	- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	- 자기효능감 형성
	목표를 달성하기 위해 더 필요한 자원에는 어떤 것이 있을까요?	- 성공경험 - 모델링/대리경험 - 언어적 설득 - 생리적 정서적 각성	- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	
목표달성 하기	오늘의 코칭을 통해서 무엇을 느끼셨나요?	- 언어적 설득 - 성공경험	- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	- 자기효능감 형성
	오늘 코칭이 어떤 면에서 도움이 되셨나요?			
	할 수 있다는 확신이 100이라면 지금 현재 수준은 어떠합니까?	- 성공경험 - 생리적 정서적 각성	- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석	- 자기효능감 형성 - 자기효능감 지속 (목표 설정)
	당신이 그렇게 하셨다는 것을 제가 어떻게 알 수 있을까요?	- 언어적 설득		- 자기효능감 형성 - 자기효능감 지속 (목표 설정)
	언제 만나서 그 부분에 대해 다시 이야기 해볼까요?	- 언어적 설득		- 자기효능감 형성 - 자기효능감 지속 (목표 설정)
피드백	전 질문 모두 사용	- 언어적 설득 (주된 방법) - 성공경험 - 모델링/대리경험 - 생리적 정서적 각성	- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	

Table 4. Inherent in the strong questions of coaching conversation about self-efficacy resources and formation of self-efficacy.

코칭대화 모델단계	코칭대화 질문	자기효능감의 정보적 자원	자기효능감 형성 전 인지적 평가 과정	자기효능감 형성수준
모든 단계 활용	무엇을 원하는가?	- 성공경험 - 모델링/대리경험	- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석	
	바라던 결과의 달성이 스스로에게 어떤 의미를 지닐까?	- 성공경험 - 모델링/대리경험	- 과업요구분석 - 경험의 귀인적 분석	
	바라던 결과를 달성하였음을 어떻게 알 수 있을까?	- 성공경험		- 자기효능감 형성
	당신이 바라던 결과를 달성했음을 다른 사람들이 어떻게 알까?	- 성공경험 - 생리적 정서적 각성		- 자기효능감 형성
	언제, 어디서, 누구와 달성의 기쁨을 나눌 것인가?	- 언어적 설득	- 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	- 자기효능감 형성 - 자기효능감 지속 (목표 설정)
	무엇이 바라던 결과의 달성을 방해하는가?	- 생리적 정서적 각성	- 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	
	바라던 결과의 달성이 삶의 다른 측면에 어떤 영향을 미칠까?	- 성공경험 - 모델링/ 대리경험	- 경험의 귀인적 분석	
	바라던 결과를 달성하는데 현재 기여할 수 있는 자원으로 당신이 보유해야 할 자원은?	- 성공경험 - 모델링/ 대리경험	- 과제요구분석 - 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	
	바라던 결과를 달성하는데 추가적으로 보유해야 할 자원은?	- 성공경험 - 모델링/ 대리경험	- 과제요구분석 - 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	
	바라던 결과를 어떻게 달성할 것인가?	- 성공경험 - 모델링/ 대리경험	- 과제요구분석 - 경험의 귀인적 분석 - 개인적 상황적 자원 분석 및 제한점 파악	

4. 연구도구

본 연구의 도구는 “2013 지역사회통합 건강증진 사업안내 [방문건강관리 분야]” 및 “2011 집중건강관리 중재집 고혈압 편”에 제시된 도구 중 본 연구와 부합되는 도구들을 선별하여 사용하였다.

1) 혈 압

혈압은 휴대용 아네로이드 혈압계를 이용하여 측정하였다. 최소 안정시간을 10분 이상 두었으며, 평가를 위한 3회의 혈압 측정 모두 동일한 팔에서 측정하며 오른쪽팔에서 측정하는 것을 기준으로 삼았다. JNC 8의 권고에 따르면 60세 이상에서 고혈압 조절목표는 150/90mmHg이며, 당뇨병이 동반된 경우 연령과 상관없이 혈압조절목표는 140/90mmHg이다(Dennison-Himmelfarb, C. et al, 2013).

본 연구 대상자 모두 60세 이상이나 당뇨병을 동반한 대상자가 실험군이 37.5%, 대조군이 45.5%였다. 이에 당뇨병이 있는 경우의 혈압조절목표치인 140/90mmHg을 본 연구의 고혈압기준으로 적용하였다.

2) 체질량지수(Body mass index)

신장은 대상자의 자가보고를 기초로 하였고, 체중측정은 오므론사의 디지털 체중계를 이용하여 측정하였다. 대상자의 체중 측정 전 최대한 가벼운 옷차림(내복기준)으로 소지품 없이 체중을 측정하도록 하였다.

체질량지수는 체중(kg)/신장(m^2)의 공식을 이용하여 구하였으며 대한비만학회의 기준에 따라 25 kg/m^2 이상일 경우 비만으로 판정하였다.

3) 자기효능감

자기효능감은 “2011 집중건강관리 중재집 고혈압 편”에 제시되어 있는 “자기관리 자신감 도구”를 사용하였다. 총 10문항으로 5점 척도로 구성되어 있으며 문항별 점수는 최저 1점에서 최고 5점으로 “전혀 못했다(0일/주)”부터 “언제나(7일/주)”까지로 구성되었다. 점수의 높을수록 자기효능감이 높다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Chronbach’s a= .631 이었다.

4) 건강행위실천

건강행위 실천은 “2011 집중건강관리 중재집 고혈압 편”에 제시되어 있는“의료이용”, “투약”, “영양관리”, “행동체크리스트” 및 “혈압자가측정” 도구를 사용하였다. 또한 “2013 지역사회통합 건강증진 사업안내 [방문건강관리 분야]”의 건강면접조사표(19세 이상)에서 건강행태부분의 “흡연”, “음주”, “신체활동” 및 “운동” 도구를 사용하였다.

(1) 의료이용

의료이용은 총 4문항으로 구성되어 있으며 “예”, “아니오”로 응답하게 되어있다. 문항구성은 주치의 지정여부 및 주치의와의 의사소통과 고혈압 질환으로 외래를 이용한 경험 및 횟수로 구성되어 있다. 본 연구에서는 본 연구의 목적에 맞게 수정하여 외래이용경험 횟수를 제외한 3개 문항의 총합으로 점수를 산출하였고 점수가 높을수록 의료자원이용이 높음을 의미한다.

(2) 투약순응도

투약순응도는 단일문항으로 1개월간 처방된 약물을 의사의 지시대로

복약여부를 확인하며 “전혀 복용 못함” 부터 “언제나(7일)까지”로 구성되는 5점 척도이다. 점수가 높을수록 투약순응도가 높음을 의미한다.

(3) 영양관리

영양관리는 고혈압집중관리고혈압 환자의 식사지침인 저염식사 및 외식과 규칙적인 식사정도 등 총 10항목으로 구성되어있다. 5점 척도이며 “전혀 못했다(0일/주)” 부터 “언제나(7일/주)”까지로 구성되어있다. 본 연구에서는 도구의 내적일관성을 높이기 위해 간식섭취여부 문항을 제외한 9문항으로 구성하였다. 총점이 높을수록 영양관리 실천도가 높으며 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Chronbach’s a= .763이었다.

(4) 행동체크리스트

행동체크리스트는 금연, 절주, 투약, 운동, 혈압조절, 식이 및 스트레스 조절 등의 10가지 행동을 매일 대상자가 자가 기록하게 하며 총 관리일당 실천일수를 합산하여 건강행위실천율을 산출한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Chronbach’s a= .702이었다.

(5) 혈압자가측정

혈압자가측정은 총 4문항으로 구성 되어있으며 혈압측정기 보유 유무 및 정기적인 혈압측정 및 기록, 혈압변동에 따른 의사와의 상담 등으로 문항이 구성되어있다. 5점 척도이며 “전혀 못했다(0일/주)” 부터 “언제나(7일/주)”까지로 구성되어 있으며 총점이 높을수록 혈압자가측정 실천도가 높다. 본 연구에서는 대상자가 고혈압에 의한 상담과 기타 질병에 의한 응답을 혼동하여 응답한 경우가 많아 의사와의 상담횟수를 제외한 3문항으로 구성하였으며 점수가 높을수록 혈압자가측정도가 높다.

(6) 흡연

흡연은 현재흡연여부를 물으며 흡연 시 하루 평균 흡연량과 금연시도 경험을 기입하도록 했다.

(7) 음주

음주는 현재 음주 빈도를 물으며 6점 척도로 “전혀 마시지 않았다”부터 최고 빈도인 “일주일에 4번 이상”까지로 구성되어 있다. 문제성 음주 빈도를 확인하는 문항은 5점 척도로 남녀 각각 질문하며, “전혀 없다”부터 “거의 매일”까지로 구성되어 있다.

(8) 신체활동 및 운동

운동은 일주일을 기준으로 중등도 신체활동 및 걷기 및 유연성 운동을 한 횟수와 시간을 분 단위로 각각 기입하도록 구성되어 있다. 이를 토대로 신체활동량을 MET(metabolic equivalent)-minutes로 환산하였고 활동유형에 따른 MET값으로 다음과 같이 총 신체 활동량을 산출하였다

- 격렬한 신체활동 = 8.0 × 격렬한 신체활동시간 × 실천일수
- 중등도 신체 활동 = 4.0 × 중등도 신체활동시간 × 실천일수
- 걷기 = 3.3 × 걷기활동시간 × 실천일수
- 총 신체활동 MET-min = 격렬한 신체활동 + 중등도 신체활동 + 걷기

총 신체활동은 1단계 비활동(inactive), 2단계 최소한의 활동(minimally activity), 3단계 건강증진형 활동(health enhancing physical activity)로 분류하였다. 3단계는 최소한 3일 이상 격렬한 신체활동을 하여 주당 1500MET-min의 신체활동을 하거나 일주일에 7일 이상 걷기, 중등도 신체활동 중 어느 조합이든 최소한 주당 3000MET-min의 신체활동을 한 경우이며, 2단계는 주 3일 이상, 하루에 적어도 20분 이상 격렬한 신체활동을 하거나 또는 주 5일 이상 하루에 적어도 30분 이상 중등도 신체 활동을 하거나 걸은 경우 또는 5일 이상의 걷기, 중등도 또는 격렬한 신체

활동의 어느 조합이든 주당 최소 600 MET-min의 신체활동을 실천한 경우이며 1단계의 경우 2단계와 3단계에 포함되지 않는 활동량을 의미한다(문현정, 이인숙, 2011).

5) 주관적 건강감

주관적 건강감은 “2013 지역사회통합 건강증진사업 [방문건강관리 사업분야]” 지침서의 주관적 건강감은 “모름”을 포함한 6점 척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 “모름”을 제외하고 “매우 좋음”부터 “매우 나쁨”까지 5점 척도로 재구성하여 사용하였으며 단일문항이다. 점수가 높을수록 주관적 건강감이 좋은 상태이다.

6) 삶의 질

삶의 질은 “2013 지역사회통합 건강증진사업 [방문건강관리분야]” 지침서의 한국인을 대상으로 한 질 가중치연구에서 도출된 보정식을 이용한 삶의 질 수준(EQ-5D) 도구를 이용하였다. 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증 및 불편감, 불안과 우울 총 5개의 영역으로 구성되어 있으며 3단계 중 현재 본인의 건강상태를 가장 잘 표현하는 것에 표시한다. 건강상태의 5항은 점수 환산체계를 이용해 완전한 건강상태를 의미하는 1점에서 죽음보다 못한 건강상태인 0점 사이에서 하나의 index로 표현된다(엄애용, 2009). 삶의 질 수준(EQ-5D)은 다음과 같은 산출식에 의해 계산되며 본 연구에서는 방문건강관리 전산 프로그램을 이용하여 삶의 질 점수를 산출하였다. 산출 점수가 클수록 삶의 질이 높다.

$$y = 1 - (0.050 + 0.096*M2 + 0.418*M3 + 0.046*SC2 + 0.136*SC3 + 0.051*UA2 + 0.208*UA3 + 0.037*PD2 + 0.151*PD3 + 0.043*AD2 + 0.158*AD3 + 0.050*N3)$$

5. 자료수집절차

1) 연구자의 준비

본 연구의 건강코칭프로그램의 중재자는 본 연구자이다. 본 연구자는 방문간호사로서 6년간의 경험이 있으며, 현재 방문건강관리사업에서 제공하도록 제시하고 있는 기본적인 서비스를 동일하게 대상자에게 제공할 수 있도록 연구 시작 전 C보건소의 방문간호사와 함께 일정가구를 동반 방문하여 업무의 과정을 관찰하고 숙지하였다. 또한 본 연구에서 건강코칭프로그램을 실시하기 위해 본 연구자는 한국코칭학회에서 2013년 1월~2월에 "코치 1급(20시간)" 및 "코치 2급(20시간)"과정 및 동년 8월 "코칭 강사자격과정(20시간)" 총 60시간의 워크샵 과정을 이수하였다. 더불어 한국코칭학회에서 개발한 "코칭대화모델"을 본 연구에 적용하기 위해 한국코칭학회에서 요구하는 "코치 1급" 및 "코치 2급" 자격증을 취득하였다. "코치 1급" 및 "코치 2급" 자격취득을 위해 개인코칭 10시간 실습과 멘토코칭 3시간을 받았으며, 2013 춘계 코칭학술 대회 및 코칭 사례발표회에 참석하였다. 또한 박사과정 중 질적연구방법론을 수강하여 질적 연구와 면담에 대한 지식을 가지고 있다.

2) 연구 대상자 보호 심사 위원회 승인

연구참여자의 윤리적 측면을 고려하여 본 연구가 시행되기 전 연구 참여가 가능한 C시 보건소 방문보건계에서 기관승인서를 취득하였고 서울대학교 간호대학의 연구윤리심의위원회(Institutional Review of board)의 승인(승인번호 2013-105)을 받았다. 연구대상자의 윤리적 보호를 위하여 대상자의 익명성과 비밀보장에 관한 내용을 포함하였으며 대상자의 동의하에 자료 수집을 하였다. 또한 대상자가 원하면 언제든지 연구 참여를 포기할 수 있음을 대상자에게 분명히 명시하였다. 입력되고 녹음된

모든 자료는 연구자의 개인공간에 보관하였고 연구논문이 인쇄 자료로 발표된 후 분쇄폐기 할 것이다.

3) 자료수집기간

본 연구의 자료수집기간은 2013년 12월 30일~2014년 3월 27일까지였다. 건강코칭프로그램은 2014년 1월 6일~2월 28일까지 8주간 실시하였다. 실험군과 대조군 모두 중재 전과 직후 및 중재종료 한 달 경과 후 총 3회에 걸쳐 동일한 시기에 제 3자인 측정방문간호사가 양적자료 수집을 하였다. 대상자 면담은 프로그램 시작 전과 프로그램 종료 후 2회에 걸쳐 본 연구자가 자료 수집을 하였으며 사후면담은 프로그램 종료 후 2주이 내에 면담을 실시하였다.

4) 자료수집방법

(1) 결과평가자료

건강코칭프로그램에서 코칭간호사는 본 연구자가 하며 방문간호사가 방문하여 고혈압 집중관리를 하는 것과 동일한 형태로 건강코칭프로그램을 실시한다. 즉 8주 간 실험군은 본 연구자가 주 1회 가정방문을 하여 건강코칭프로그램을 실시하였고, 대조군은 기존의 방문간호사가 주 1회 방문하여 고혈압집중관리군 서비스를 제공하였다. 중재기간 중 1회는 실험군과 대조군 모두 전화 상담으로 대치하였다.

실험군과 대조군 모두 동일한 도구로 같은 시기에 측정을 하였다. 측정은 자료의 객관성을 유지하기 위해 본 연구에 참여하지 않은 두 명의 설문방문간호사가 각각 실험군과 대조군을 동일하게 반씩 나누어 사전 및 사후 설문, 혈압 및 체중 측정을 하였다. 측정자간 오차를 줄일 수 있도록 프로그램 시작 전 설문방문간호사 교육과 검증 과정을 거쳤다. 또한 연구에 참여하는 4명의 방문간호사들과 연구 시작 전 설명회를 가

졌으며 맹검을 유지하기 위해 실험군과 대조군의 배정에 관해 설문 및 중재 방문간호사간 비밀유지에 대한 서약을 받았다. 더불어 측정자간 오차를 줄이기 위해 카파계수로 조사자간 일치도를 산출하였고 카파값은 0.90으로 높은 조사자간 일치도를 확보하였다. 측정 오차를 줄이기 위해 사전조사를 실시하였던 설문방문간호사는 연구 종료 시까지 같은 연구대상자를 방문하여 측정하고 설문하도록 하였다. 프로그램종료 후 한 달 경과 후 사전 사후측정을 하였던 설문방문간호사가 대상자 가정을 다시 방문하여 최종 사후설문 및 혈압과 체중을 측정하였다. 수집된 자료는 모두 중재를 제공한 방문간호사에 의해 전산 등록되었으며 등록된 자료 중 본 연구 분석에 필요한 자료를 추출하여 사용하였다.

(2) 과정평가자료

건강코칭과 방문간호서비스의 질적인 측면을 평가하기 위해 동의한 대상자에 한해 제공되는 중재수행 전 과정을 녹음하였고, 반 구조화된 도구로 중재전과 중재 후 두 번에 걸쳐 심층면담을 실시하였다.

중재과정녹음은 총 8주간의 중재기간동안 중재 전 과정을 녹음하였으며 중재소요시간측정 및 제공된 중재내용을 분석하였다. 실험군은 16명, 대조군은 방문간호사당 6명씩 12명의 대상자에게 중재제공 전 과정을 녹취하였다. 중재 1주차는 방문간호사와 본 연구자가 대상자의 가정을 동반 방문하여 중재과정에 대한 평가가 명확하지 않아 녹음을 하지 않았다. 중재 4주차에는 전화방문으로 가정방문을 하지 않아 중재 과정을 녹음하지 못하였다. 이에 총 6주간의 중재과정이 녹음 되었다.

심층면담은 프로그램 전과 프로그램 종료 후 2주 이내에 본 연구자가 면담실시하고 자료를 수집하였다. 심층면담은 방문간호서비스와 건강코칭을 받은 경험에 대해 묻는 구조적 면담으로서 각 서비스 과정에 대한 정확한 정보를 얻고자 하였다. 그러나 개방형 질문을 함으로써 대상자가 자유롭게 진술하도록 하여 최대한 대상자의 경험을 모으고 현상 대한 이

해를 얻도록 노력하였다. 면담은 대상자가 편하게 느낄 수 있는 장소로 대상자의 가정을 방문하여 실시하였으며 심층면담과정은 동의하에 녹취를 하였고 빠른 시일 내에 참여자가 말한 그대로 필사하였다. 면담대상자는 사전시기에는 실험군 15명 대조군 12명이었다. 그러나 중재 중반 실험군 면담대상자 중 1명이 요양병원 입소로 인하여 탈락하여 최종 면담 대상자는 실험군은 14명, 대조군은 12명이었다.

6. 자료분석 방법

수집된 자료는 IBM SPSS/WIN2 0 통계프로그램을 이용하여 분석 하였다.

1) 결과평가

1) 대상자의 일반적 특성은 서술적 통계로 분석하였으며 유의수준은 p< .05로 설정하였다.
2) 조사도구의 신뢰도 검증을 위해 cronbach`s a를 산출하였고 두 명의 설문조사자에게는 조사자간 일치도를 측정하기 위해 Kappa 계수를 산출하였다.
3) Shapiro-Wilk 검정방법으로 각 변수들의 정규성을 검정하였고, 동질성 검정을 위해 인구사회학적 특성 및 종속변수검정은 카이제곱 검정(Chi-square test)과 T-test로 분석하였다. 종속변수 중 정규분포하지 않은 의료이용, 투약순응도, 혈압자가관리와 주관적 건강감은 비모수 검정으로 Mann-Whiney U test로 동질성 검정을 하였고 유의수준은 p< .05로 설정하였다. .
4) 종속변수 중 자기효능감, 혈압, BMI, 영양관리수준, 건강행위실천율, 삶의 질의 그룹간 차이와 중재기간에 따른 종속변수들의 변화는 반복측정 분산분석(repeated measures ANOVA)을 이용하여

분석하였다. 또한 사전값에 대한 평균의 동일성을 보장하기 위해 사전값을 공변량으로 하여 분석하였고 유의수준은 $p < .05$로 설정하였다.

5) 종속변수 중 의료 이용, 투약순응도, 혈압자가관리, 주관적 건강감은 정규분포하지 않아 비모수 검정인 Friedman검정으로 분석하였다. 각 중재 시점간의 차이에 대한 사후검정을 위해 Bonferroni Correction Method로 유의수준을 보정하여($p < .0167$) Wilcoxon's signed rank test로 검정하였다. 각 군간의 차이는 Mann-Whiney U tset를 시행하였으며 유의수준은 $p < .05$로 설정하였다.

2) 과정평가

(1) 중재제공 과정 분석

동의를 한 대상자에게 총 8주의 중재과정 중 6회의 중재 과정을 녹음하였으며 중재소요시간측정 및 제공된 중재내용을 분석하였다. 이 자료를 바탕으로 고혈압집중관리의 중재절차에 입각하여 중재내용을 분석하였으며 두 중재전략의 질적 서비스를 분석하였다.

(2) 질적내용분석

본 연구는 심층면담을 통한 귀납적 내용분석방법을 이용하였다. 대상자에게 녹취한 자료를 필사하였고 자료의 본질을 발견하기 위해 모든 자료를 반복적으로 되풀이하여 읽었다. 이 후 내용 중에서 핵심적인 생각과 개념을 포함하고 있는 단어나 구를 따로 표시하며 코딩을 하였다. 그리고 코드 중에서 상호 연관된 코드들 끼리 묶어 보다 추상화시키는 작업을 통하여 범주들을 분류하였다. 이러한 범주들을 중심으로 다시 원래의 자료로 돌아와 총제적으로 읽고 분석하면서 범주들의 신뢰성을 검증하였다. 분류된 하위범주들을 다시 압축하고 통합하여 경험의 본질을 나

타내는 최종 범주로 도출하였다.

대상자의 풍부한 경험과 현상에 대한 이해를 위해 양적연구에서 제외된 대상자도 면담평가시에는 포함시켜 분석하였다. 따라서 결과평가에서 제외된 남성 참여자 1명과 60세 미만의 여성참여자 1명이 면담평가에는 포함되어 있다.

내용분석의 타당도 확보를 위해 자료 수집과정에서 참여자들이 말하는 그대로 생생한 자료를 녹음도구를 이용하여 녹음을 하였으며 참여자의 언어 그대로 필사하였다. 적용성을 위해 가능한 많은 수의 대상자를 면담하였으며 면담 내용을 참여자에게 읽어주고 확인하는 참여자 검증을 시행하였다.

Ⅴ. 연구결과

1. 결과평가

1) 실험군과 대조군의 동질성 검정

(1) 대상자의 인구학적 특성

실험군과 대조군간의 인구사회학적 특성에 대한 동질성 검정결과는 모든 영역에서 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다(Table 5).

연구대상자는 실험군은 16명 대조군이 22명으로 총 38명이었으며 대상자 전체 평균 연령은 76.1세였다. 의료보험상태는 의료보호가 실험군이 25%, 대조군이 45.5%였다. 교육수준은 실험군은 초등학교졸업이 56.2%, 대조군은 무학이 50%를 차지하였다. 거주형태는 독거가 실험군에서 50% 대조군에서 72.7%였다(Table 5).

Table 5. Homogeneity test of sociodemographics of the subjects

(N=38)

characteristics		Experiment n= 16(42.1%)	control n= 22(57.9%)	x^2 or t	p
		n(%)	n(%)		
Age					
	65-74	6(37.5)	6(27.3)	2.159	.360*
	75-84	10(62.5)	13(59.1)		
	85 ≦	-	3(13.6)		
	M± SD	74.88±5.52	77.00±5.78	.023	.262
Education					
	None	2(12.5)	11(50.0)	5.825	.070 *
	Elementary	9(56.2)	7(31.8)		
	Middle	5(31.2)	4(18.2)		
Insurance					
	Medical	12(75.0)	12(54.5)	1.666	.309
	Medicaid	4(25.0)	10(45.5)		
Living arrangement					
	Alone	8(50.0)	16(72.7)	2.056	.137
	with family	8(50)	6(27.3)		

* Fisher's Exact test

(2) 대상자의 의료이용 및 질병관련 특성

실험군과 대조군간의 의료이용 및 질병관련 특성에 대한 동질성 검정 결과 모든 특성에서 유의한 차이가 없었다(Table 6, 7).

의료이용은 대상자 모두 의사에게 고혈압 진단을 받은 상태로 현재 고혈압약을 복용하고 있지 않는 실험군 대상자 1명을 제외한 모든 대상자가 고혈압치료 및 상담을 받는 주치의가 있었다. 실험군 93.8%, 대조군 95.5%의 대상자가 3개월 이내 외래 진료를 받은 경험이 있고 항상 고혈압약을 복용하고 있었다. 실험군에서 75%, 대조군 90.9%가 의사와의 상담시 만족하고 있었다(Table 6).

이 기준에 따라 실험군은 87.5%, 대조군은 81.8%의 대상자들이 중재 전에 혈압이 조절이 되고 있었다. 체질량지수는 대상자 모두 정상에 가장 많이 분포하고 있었으나 비만인 대상자도 실험군에서 43.8%, 대조군에서 45.5%였다. 모든 대상자가 비흡연 상태였고 음주도 전혀 하지 않는 대상자가 실험군 87.5% 대조군 90.9%였다. 신체활동량은 실험군의 68.8%, 대조군의 86.4%가 비활동 단계에 포함되었다(Table 7).

Table 6. Homogeneity test of utilization of medical resource and medication

characteristics	Experiment n= 16(42.1%)	control n= 22(57.9%)	x^2	p*
	n(%)	n(%)		
Medical use				
Existence of primary doctor				
Yes	15(93.8)	22(100)	-	.421
No	1(6.2)	-		
A satisfactory conversation with doctor				
Yes	12(75.0)	20(90.9)	-	.217
No	4(25.0)	2(9.1)		
Experience of ambulatory visits(last 3months)				
Yes	15(93.8)	21(95.5)	-	1.000
No	1(6.2)	1(4.5)		
Antihypertensive medication				
Never (0day/week)	1(6.2)	-	1.971	.671
Frequently (5-6days/week)	-	1(4.5)		
Always(7days/week)	15(93.8)	21(95.5)		

* Fisher's Exact test

Table 7. Homogeneity test of characteristics related to disease of the subjects

characteristics	Experiment n= 16(42.1%)	control n= 22(57.9%)	x^2 or t	p
	n(%)	n(%)		
Blood pressure classification				
Hypertension (SBP≥140, DBP≥90)	2(12.5)	4(18.2)	1.000	.318
Normal (SBP<140, DBP<90)	14(87.5)	18(81.8)		
Body mass index(kg/㎡)				
Under weight and Normal (≦24.9 kg/㎡)	9(56.2)	12(54.5.)	.971	1.000*
Over weight(≧25 kg/㎡)	7(43.8)	10(45.5)		
Mecical hystory				
Number of disease (M±SD)	4.31±1.62	3.82±1.435	.027	.328*
Diabetes mellitus	6(37.5)	10(45.5)	.240	.774
Smoking				
No	13(81.2)	19(86.4)	-	.682*
Smoked in the past but do not currently smoke	3(18.8)	3(13.6)		
Drinking				
No	14(87.5)	20(90.9)	1.505	.750*
Less than onec a month	1(6.2)	2(9.1)		
Once a month	1(6.2)	-		
Metabolic equivalent minutes				
Inactive	11(68.8)	19(86.4)	2.345	.289*
Minimally active	4(25.0)	3(13.6)		
Health enhancement activity	1(6.2)	-		

* Fisher's Exact test

(3) 실험군과 대조군간 종속변수의 동질성 검정

실험군과 대조군간의 중재 전 자기효능감 및 수축기혈압과 이완기 혈압, 체질량지수, 의료이용, 투약순응도, 영양관리, 건강행위실천율, 혈압 자가관리 및 주관적 건강감과 삶의 질은 통계적으로 유의한 차이가 없어 두 군이 동질한 것으로 나타났다(Table 8).

Table 8. Homogeneity test of dependent variables

Variables	Experiment n= 16(42.1%)	control n= 22(57.9%)	F	Z	P
	n(%)	n(%)			
Self confidence of self care	37.18±3.56	37.82±2.22	2.737		.995
Systoilc BP(mmHg)	123.50±13.81	114.77±15.16	.480		.077
Diastolic BP(mmHg)	74.88±8.10	68.18±11.81	1.325		.058
Body mass index(㎏/㎡)	25.11±2.87	25.22±4.02	1.640		.208
Medical use	5.63±.81	5.86±0.35		-.944[a]	.345[a]
Antihypertensive medication	4.75±1.00	4.95±.21		-.267[a]	.750[a]
Nutrition management	33.13±2.75	31.64±4.05	1.488		.213
Health behaviors rate	48.57±13.54	52.59±8.96	2.585		.299
Metabolic equivalent minutes	524.63±740.68	322.95±364.38	2.126		.275
Blood pressure self-management	4.56±.089	4.73±1.16		-.485[a]	.628[a]
Self- rated health	2.56±0.89	2.82±0.85		-.972[a]	.331[a]
Quality of life	0.782±0.16	0.819±0.08	1.656		.206

[a] Mann-Whitney U test

2) 가설검정

가설 1. 건강코칭 후 혈압조절율은 실험군이 대조군보다 증진될 것이다.

중재 전 실험군중 2명은 고혈압범주였고 14명은 정상혈압이었다. 대조군은 중재 전 4명의 대상자가 고혈압범주였고 18명의 대상자는 정상혈압이었다. 고혈압범주에 속해 있던 실험군 2명 모두 중재 직 후 혈압이 정상범위로 하강하였고 한 달 경과 후에도 유지되었다. 그러나 실험군 중 중재 전 정상혈압이었던 대상자 14명 중 3명(21.4%)의 대상자가 중재 직후 고혈압 범주에 속하였으나 한 달 후 모두 정상범위로 조절되었다. 결과적으로 중재 한 달 경과 후 실험군의 모든 대상자는 정상혈압을 유지하였다.

대조군은 중재 전 고혈압 치료범주에 속했던 4명의 대상자 중 3명인 75%의 대상자가 중재직후 정상혈압으로 조절되었으며 중재 한 달 후에는 4명 모두 혈압이 정상수준으로 유지되었다. 중재 전 정상범위에 속해 있던 18명의 대상자중 3명(16.7%)의 대상자가 중재직후 혈압이 상승하여 고혈압 범주에 속하였고, 중재 한달 후 2명(11.1%)의 대상자가 고혈압 범주에 속하였다.

중재 직후 고혈압범주였던 대상자와 중재 한달 후 고혈압범주에 속한 대상자는 같은 대상자가 아니며 각각 다른 대상자이다.

혈압 조절율은 중재 직후 및 중재 한달 후 실험군과 대조군간 유의한 차이는 없었다(Table 9).

Table 9. Comparison of blood pressure between experimental and control groups

P1 or P2 \ P0		Experiment n= 16		*P*	Control n= 22		*P*
		HT(n=2)	Normal(n=14)		HT(n=4)	Normal(n=18)	
P1	HT	0	3(21.4)	1.000	1(25.0)	3(16.7)	1.000
	Normal	2(100)	11(78.6)		3(75.0)	15(83.5)	
P2	HT	0	0	-	0	2(11.1)	1.000
	Normal	2(100)	14(100)		4(100)	16(88.9)	

P0: pre test P1: post1 test P2: post2 test

가설 2. 건강코칭 후 체질량지수는 실험군이 대조군보다 감소할 것이다.

체질량지수는 두 군 모두 중재 직 후 및 한 달 경과 후 측정 시 체질량지수가 크게 변화하지 않았으며 지속적으로 비만범주에 속하여 있었다. 각 그룹의 중재시간에 따른 변화 및 그룹 간 차이도 유의하지 않았으며 측정시기와 집단간의 상호작용도 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 10).

Table 10. Comparison of BMI between experimental and control groups

Variables	Time	Experiment n= 16(42.1%)	control n= 22(57.9%)		*F*	*P*
		M±SD	M±SD			
Body mass index (㎏/㎡)	P0	25.11±2.87	25.22±4.02	time	3.392	.074
	P1	25.09±3.04	25.20±3.98	between group	.344	.561
	P2	25.20±2.69	25.47±4.08	group*time	.646	.427

P0: pre test P1: post1 test P2: post2 test

가설 3. 건강코칭 후 자기효능감은 실험군이 대조군보다 더 증가될 것이다.

자기효능감은 실험군(44.75±3.34)과 대조군(42.73±3.61)모두 중재 직후 가장 높게 증가 되었으며 실험군이 대조군보다 높은 수준으로 유지되었다. 중재 1달 경과 후에도 자기효능감은 실험군(44.19±2.86)과 대조군(42.86±3.40) 모두 사전측정시보다 높은 수준으로 유지되었다. 그러나 중재시간에 따른 변화 및 각 그룹간 차이는 유의하지 않았다. 측정시기에 따른 집단간의 상호작용도 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 11).

Table 11. Comparison of self efficacy between experimental and control groups

Variables	Time	Experiment n=16	control n=22		*F*	*P*
		M±SD	M±SD			
Self efficacy	P0	37.81±3.56	37.82±2.22	time	.181	.673
	P1	44.75±3.34	42.73±3.61	between group	.243	.127
	P2	44.19±2.86	42.86±3.40	group*time	.487	.490

P0: pre test P1: post1 test P2: post2 test

가설 4. 건강코칭 후 건강행위실천은 실험군이 대조군보다 향상될 것이다.

부가설 4-1. 건강코칭 후 의료이용도는 실험군이 대조군보다 증가할 것이다.

실험군과 대조군 모두 사전보다 중재 직후와 한 달 후 의료이용이 증가 하였으나 중재 시간의 변화에 따른 유의한 차이는 없었다. 또한 각 측정시기별로 실험군과 대조군간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다 (Table 12).

부가설 4-2. 건강코칭 후 투약순응도는 실험군이 대조군보다 높을 것이다.

항 고혈압제는 중재전 실험군과 대조군에서 각각 1명을 제외한 대부분의 대상자가 규칙적으로 매일 복용을 하고 있었다(Table 12). 이에 항고혈압제를 중단하거나 규칙적으로 복용하지 않는지를 검증하였다. 실험군은 한명의 대상자가 중재 후 정상혈압을 유지하면서 복약을 하지 않는 상태(4.75±1.00)를 유지하였고, 대조군은 모든 대상자가 중재 후 매일 복약하는 상태(5.00±0.00)를 지속적으로 유지하였다. 각 측정시기에 따라 실험군과 대조군간에 통계적으로 유의한 차이는 없었으며, 각 군별로 중재 시간의 변화에 따라 유의한 차이도 없었다(Table 12).

부가설 4-3. 건강코칭 후 혈압자가관리는 실험군이 대조군보다 향상될 것이다.

혈압자가관리는 실험군과 대조군 모두 중재 후 혈압자가관리 수준이 높아졌다. 실험군과 대조군 모두 중재 직후에 혈압자가관리 점수의 증가폭이 가장 컸으며 측정시기에 따라 유의한 변화가 있었다. 사후검정결과 실험군은 중재전과 한달 후(P0-P2, p=.001) 사이에 유의한 차이를 보였고 대조군은 중재전과 중재직후 사이(P0-P1, p=.000)와 한달 후 사이

(P0-P2, p=.004) 그리고 중재직후와 한달 후 사이(p1-p2, p= .000) 모두에서 유의한 차이를 보였다.

중재 직후의 시기에만 실험군(7.25±1.29)이 대조군(6.50±0.60)보다 혈압자가관리정도가 유의하게 높았다(p=.030)(Table 12).

Table 12. Comparison of medical use, medication and BP self-management between experimental and control groups

Variables	Time		Experiment n= 16(42.1%)	control n= 22(57.9%)	Z^a	P
Medical use	P0	M±SD	5.63±0.81	5.86±0.35	-.944	.345
	P1		5.88±0.35	5.91±0.29	-.344	.739
	P2		5.81±0.75	6.00±0.00	-1.173	.241
	Friedman test	x^2	2.800	3.500		
		p	.395	.296		
Anti hypertensive medication	P0	M±SD	4.75±1.00	4.95±0.21	-.267	.750
	P1		4.75±1.00	5.00±0.00	-1.173	.421
	P2		4.75±1.00	5.00±0.00	-1.173	.421
	Friedman test	x^2	-	2.000		
		p	1.000	1.000		
Blood pressure self-management	P0	M±SD	4.56±.89	4.82±1.33	-.485	.672
	P1		7.25±1.29	6.50±0.60	-2.167	.030
	P2		6.50±1.21	6.00±0.87	-1.222	.222
	Friedman test	x^2	22.654	24.731		
		p	.000 (P0-P2)†	.000 (P0-P1,P2 ; P1-P2)†		

P0: pre test P1: post1 test P2: post2 test

a: Mann-Whitney U-test

†: Wilcoxon's signed rank test:

significant differences with one another by Bonferroni correction p < .0167

(T*-T*): in among the times, significant differences in post hoc tests

부가설 4-4. 건강코칭 후 영양관리수준은 실험군이 대조군보다 높아질 것이다.

영양관리수준은 실험군은 중재 직후(38.81±2.81)에 가장 높아졌으며 한달 후(38.31±2.47)에도 중재직후 보다는 낮았으나 비슷한 수준을 유지하였다. 대조군의 영양관리 수준은 중재 직후(33.59±4.35)에 이어 한달 경과 후(36.36±3.13) 더 높아져 대조군의 영양관리 수준은 중재시간에 따라 지속적으로 상승하였다. 각 군의 영양관리수준 비교 시 모든 시기에서 실험군의 영양관리는 대조군보다 높았다. 영양관리는 중재 시기(p =.020)에 따른 변화 및 중재 집단 간(p=.046)에 유의한 차이가 있었다. 또한 각 집단과 측정시기간의 상호작용(p<.001) 또한 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 13).

부가설 4-5. 건강코칭 후 건강행위실천율은 실험군이 대조군보다 증가할 것이다.

건강행위실천율은 실험군과 대조군 모두 중재 직후에 가장 높게 증가하였고 한달 후에도 중재 전보다는 증가하였다. 중재 직후 실험군(70.31±10.08)의 건강행동 실천율이 큰 폭으로 상승하였고 한 달 경과 후(67.50±6.68)에도 사전(48.75±13.54)보다는 건강행위실천율이 높았다. 대조군도 중재 직후(65.23±8.61) 건강행위실천율이 가장 높았고 한달 경과 후(62.41±6.56)에도 사전(52.59±8.96)보다는 건강행위실천율이 향상되었다.

건강행위실천율은 측정시기에 따른 변화(p =.022) 및 중재 집단간(p=.039)의 차이는 통계적으로 유의 하였다. 그러나 측정시기에 따른 상호작용(p=.998)은 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 13).

부가설 4-6. 건강코칭 후 신체활동량은 실험군이 대조군보다 증가할 것이다.

신체활동량은 실험군과 대조군 모두 중재 직후 가장 높게 증가하였고

한 달 경과 후는 중재 직후보다는 감소하였다. 특히 대조군은 중재 직후에 사전보다 신체활동량이 큰 폭으로 상승하였으며 실험군보다 신체활동량이 더 많았다. 그러나 중재 한 달 후에는 대조군이 실험군보다 신체활동량이 더 많이 감소되었다.

이에 중재 직 후 실험군과 대조군 모두 최소한의 활동단계에 속하였으나 한 달 경과 후 실험군(653.13±288.67)은 최소한의 활동단계를 계속 유지하였고 대조군(599.55±337.13)은 다시 비활동 단계로 감소하였다.

신체활동량은 측정시기와 각 집단간에 통계적으로 유의한 차이가 없었으며, 측정시기에 따른 집단간의 상호작용도 통계적으로 유의한차이가 없었다(Table 13.).

Table 13. Comparison of Nutrition management, Health behaviors rate and MET-mins

Variables	Time	Experiment n= 16	control n= 22		*F*	*P*
		M±SD	M±SD			
Nutrition management	P0	33.12±2.75	31.64±4.05	time	5.945	.020
	P1	38.81±2.81	33.59±4.35	between group	4.260	.046
	P2	38.31±2.47	36.36±3.13	group*time	12.322	.001
Health behaviors rate	P0	48.75±13.54	52.59±8.96	time	5.753	.022
	P1	70.31±10.08	65.23±8.61	between group	4.598	.039
	P2	67.50±6.68	62.41±6.56	group*time	.000	.998
Metabolic equivalent minutes	P0	524.63±740.68	322.95±364.38	time	1.876	.179
	P1	736.25±447.08	740.64±612.07	between group	1.262	.269
	P2	653.13±288.67	599.55±337.13	group*time	.125	.725

P0: pre test P1: post1 test P2: post2 test

가설 5. 건강코칭 후 주관적 건강감은 실험군이 대조군보다 높아질 것이다.

실험군의 주관적 건강감은 중재직후 및 한달 경과 후 지속적으로 높아졌으나 대조군은 지속적으로 낮아졌다. 사전 측정시와 중재 직후 대조군의 주관적 건강감이 실험군 보다 높았으나 중재 한달 후 실험군의 주관적 건강감이 대조군보다 더 높았다. 그러나 측정시기에 따른 실험군과 대조군간의 변화는 통계적으로 유의하지 않았다. 또한 측정시기별로 두 군 간의 주관적 건강감도 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 14).

Table 14. Comparison of Self-rated health between experimental and control groups

Variables	Time		Experiment n= 16(42.1%)	control n= 22(57.9%)	Z^a	*P*
Self-rated health	P0	M±SD	2.56±0.89	2.82±0.85	-.972	.331
	P1		2.69±0.87	2.73±0.77	-.032	.974
	P2		2.75±0.77	2.68±0.72	-.081	.936
	Friedman test	x^2	2.000	1.750		
		p	.422	.556		

P0: pre test P1: post1 test P2: post2 test

[a] : Mann-Whitney U-test

가설 6. 건강코칭 후 삶의 질은 실험군이 대조군보다 높아질 것이다.

삶의 질은 실험군과 대조군 모두 사전보다 중재직후와 한 달 경과 후 지속적으로 높아져 한 달 경과 후에 삶의 질 점수가 가장 높았다. 시기에 따른 그룹간 변화는 대조군이 실험군보다 중재 전에는 삶의 질이 높았으나 중재 이후에는 실험군의 삶의 질이 대조군보다 좋았다.

그러나 측정 시기에 따른 두 군의 변화는 통계적으로 유의하지 않았고 집단간의 차이도 유의하지 않았다. 또한 측정시기에 따른 집단간의 상호작용도 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 15).

Table 15. Comparison of the quality of life between experimental and control groups

Variables	Time	Experiment n= 16	control n= 22		*F*	*P*
		M±SD	M±SD			
Quality of life	P0	0.782±0.16	0.819±0.08	time	.276	.603
	P1	0.842±0.13	0.820±0.12	between group	3.007	.091
	P2	0.845±0.11	0.834±0.9	group*time	.133	.718

P0: pre test P1: post1 test P2: post2 test

2. 과정평가

1) 중재제공과정 분석

중재과정 분석은 녹음자료에 근거하였으며, 중재소요시간측정 및 실제로 대상자에게 제공된 중재수행내용을 분석하였다.

(1) 중재소요시간

6주간의 방문간호에 소요한 시간분석결과 본 연구자인 코칭간호사는 평균 매 방문시마다 대상자 1인당 평균 33분의 시간을 소요하였다. 두 명의 방문간호사 A와 B는 각각 방문간호사로서 4년과 5년의 경력을 가지고 있으며 방문간호서비스에 각각 평균 12분과 18분을 소요하였다. 두 방문간호사의 인당 평균 방문간호시간은 15분이었다(Table 16).

Table 16. The average of visit duration for health coaching and home visiting nursing

중재주수	Coaching 간호사(n=16)	방문간호사 평균 방문시간 (n=12)	방문간호사 A (n=6)	방문간호사 B (n=6)
1주	미측정	미측정	미측정	미측정
2주	38분 33초	19분 30초	17분 32초	21분 28초
3주	34분 15초	17초 30초	13분 30초	21분 30초
4주	전화방문	전화방문	전화방문	전화방문
5주	29분 19초	15분 25초	11분 26초	20분 24초
6주	34분 20초	10분 35초	9분 28초	12분 42초
7주	27분 22초	11분 27초	9분 30초	13분 25초
8주	33분 30초	16분 30초	11분 28초	21분 32초
총 방문시간 평균	33분 23초	15분 29초	12분 29초	18분 29초

(2) 중재수행내용

건강코칭프로그램과 고혈압 집중관리에서 실제로 제공 되어진 중재수행내용을 중재절차에 따라 Table 17과 같이 비교 분석하였다.

대상자의 요구도 사정 및 건강문제진단은 방문간호사와 코칭간호사 모두 대상자의 건강설문 자료를 기초자료 이용하였다. 코칭간호사는 코칭대화를 통하여 스스로 본인의 건강행위 및 실천정도를 파악하도록 하여 대상자 스스로 요구도를 파악하고 건강문제를 진단하도록 하였다. 방문간호사는 건강설문에서 불건강한 행위를 확인하고 이를 대상자에게 확인하는 과정을 거쳤으며 방문간호사가 대상자의 요구도 및 건강문제를 진단하였다.

또한 대상자의 건강상태나 요구에 상관없이 일괄적으로 간이치매검사 및 염도검사를 실시하고 상담 및 건강문제진단을 하였다. 건강문제를 진단하는 또 하나의 방법으로 방문간호사와 코칭간호사 모두 매 방문시 혈압 및 혈당측정을 하여 대상자의 건강상태를 파악하였다. 측정한 혈압 및 혈당 측정결과로 방문간호사는 대상자의 건강행위실천정도를 평가하였고 대상자의 건강문제를 진단하는 주요한 수단으로 활용하였다. 그러나 코칭간호사는 혈압 및 혈당측정 결과로 건강문제를 진단하기 보다는 대상자의 건강상태를 확인하고 건강행위 실천정도를 평가하는 보조적인 수단으로 활용하였다. 코칭간호사는 대상자 스스로 본인의 생활패턴을 분석해보고 불건강 문제를 인식하도록 하였다. 이런 과정을 통해 대상자가 자신의 건강문제 진단을 내릴 수 있도록 하였다. 또한 방문간호사가 대상자에게 일괄적으로 제공하였던 간이치매검사 및 염도검사는 실시하지 않았다.

진단된 문제행위의 우선순위 설정시 방문간호사는 우선순위를 설정하지 않았으며, 코칭간호사는 대상자에게 건강행위 중 본인에게 실천의 중요성 및 쉽게 변화할 수 있는 행위 중심으로 우선순위를 설정하도록 하였다.

관리목표합의는 방문간호사가 대상자의 관리 목표를 설정하였기 때문

에 관리목표수립시 합의과정은 없었다. 코칭간호사는 단기목표를 중심으로 대상자가 계획을 수립하도록 유도하였고, 목표 실천시 장애요인 등을 고려하여 적절한 계획을 수립하고 본인에게 필요한 자원을 모색하도록 하였다.

건강문제의 인지정도를 확인하는 과정은 방문간호사는 대상자의 건강문제를 방문시마다 지속적으로 제시하고 질의응답을 통해 대상자의 인지정도를 확인하였다. 또한 대상자가 스스로 실천목표를 수립하지 않고 방문간호사가 목표를 설정하였기 때문에 목표 달성확인과정이 없었다. 이에 반해 코칭간호사는 대상자가 수립한 목표에 대해 현실적으로 실천 가능한지 여부와 지속적으로 실천 할 수 있는 목표인지를 확인하고, 이에 따라 대상자가 목표수정이 필요한지에 대한 유무를 확인하였다.

건강교육 및 상담은 방문간호사는 고혈압 관리에 필요한 건강수칙 및 질병관련교육을 강의식으로 전달하였으며, 간호사의 판단에 의해 대상자에게 필요한 정보가 제공되는 형식이었다. 코칭간호사는 대상자가 본인의 건강행위목표를 수립하고 실천 하였고 실천 목표를 재수정하는 과정에서 대상자의 요구에 의해 고혈압 및 질병관리와 합병증 교육이 이루어졌으며 자원 이용 등에 대한 정보가 제공되어졌다.

자원연계는 방문간호사는 보건소에서 지급되는 물품 등을 일괄적으로 지급하였고 코칭간호사는 대상자가 목표실천에 필요한 자원을 코칭간호사가 연계해주는 방식으로 제공되어졌다.

목표달성평가는 방문간호사와 코칭간호사 모두 매주 대상자가 건강행위실천정도를 작성한 건강체트리스트를 이용하여 평가하였다. 차이점으로는 방문간호사는 본인이 진단한 건강문제에 대해 대상자가 실천하는 정도를 주로 건강체크리스트를 이용하여 평가 하였으며 대부분 운동실천 및 규칙적식사와 저염식이 실천여부를 묻는 것으로 건강행위 실천정도를 평가하였다. 코칭간호사는 건강체크리스트를 통해 대상자의 건강행위 실천정도를 확인하였으 평가는 대상자가 스스로 수립한 목표의 중요성을 인식하는 정도 및 실제적인 목표 달성정도를 평가 하였다. 또한 지속적

실천을 위한 장기간의 목표수립여부 등을 확인하는 것으로 목표 달성정도를 평가하였다.

각 중재 시 대상자의 반응으로는 고혈압집중관리를 받았던 대상자는 대부분 방문간호사의 상담 및 교육을 경청하였다. 또한 간호사가 자신의 건강문제를 진단하고 교육 및 상담하는 과정을 그대로 수용하는 반응을 보였다. 대상자 대부분 방문간호사가 건강행위 실천여부에 대해 질문 시 실천여부에 대해 간단하게 대답하였다. 또한 혈압과 혈당 측정시 이상결과가 나올 경우 본인의 건강에 대해 걱정하는 정도였다. 또한 대부분의 대상자가 능동적으로 이상 결과의 원인에 대해 분석하려 하지 않았고 구체적으로 건강관리방안에 대한 질문도 거의 없었다. 방문간호사도 대상자에게 일률적으로 고혈압 및 당뇨 등의 관리를 위해서는 운동과 식이조절 및 스트레스 관리를 해야 함을 설명하였다. 이에 대상자는 대답하는 형식을 유지하였고 서로 간에 구체적인 건강행위실천 방안에 대한 논의 과정은 전혀 없었다.

건강코칭을 받았던 대부분의 대상자는 본인의 불건강행위에 대해서 이미 잘 인지하고 있었고 불건강한 행위를 유지하는 원인에 대해서도 여러 가지 이유들이 존재하였다. 이에 실험군은 구체적인 목표를 수립과 실행계획 및 장애 요인파악, 자원 탐색 및 연계 등의 과정에서 본인 스스로 실제적인 계획을 수립하였고 자원 탐색을 즐겼다. 목표수립과정에서 본인이 우려되는 건강상태나 합병증, 자원 활용 등에 대한 질문도 상당히 빈번하였다. 또한 목표한 행위가 잘 실천이 되지 않을 때는 코칭간호사와 문제점을 같이 분석하는 과정을 가졌으며 수정하여 다시 실천하려는 능동적인 태도를 유지하였다. 또한 목표한 건강행위를 달성시 본인이 실천한 과정들에 대해 말하기를 즐겨했으며 코칭간호사의 피드백을 요구하였다(Table 17).

구체적인 중재영역별 중재수행내용은 별로도 부록4와 5에서 제시하였다.

Table 17. Comparison of interventions between health coaching and intensive home visiting nursing service

중재 절차	고혈압집중관리		건강코칭	
	수 행	대상자반응	수 행	대상자반응
요구도 사정	- 방문간호사가 건강면접자료를 통해 요구도 사정	- 질의 응답형식으로 진행: 방문간호사의 질문에 간단하게 응답	- 코칭대화 중 주제 찾기와 강점 찾기를 통해 대상자의 요구도 사정	- 자신의 건강행위 실천정도 자유롭게 진술
건강 문제 진단	- 방문간호사가 건강면접자료상 불건강 행위로 건강문제 진단 - 혈압, 혈당, 콜레스테롤검사 및 염도(소변스틱) 검사: 이상 결과로 문제진단 - 행동체크리스 확인: 비실천 건강행위로 건강문제 진단	- 질의응답형식 주로 간호사의 질문에 간단한 대답 - 결과 이상시 걱정 또는 수용함 - 방문간호사의 건강문제 진단내용 및 교육 경청	- 코칭간호사가 건강면접자료상 불건강 행위 대상자에게 알려줌 - 코칭대화 주제불러오기, 강점찾기: 본인의 건강문제 도출 - 행동체크리스트 확인: 비실천 건강행위 및 원인 탐색	- 본인의 생활패턴 분석 - 본인의 불건강 문제 인식 - 타인과 본인의 건강행위 비교 - 비 실천건강행위에 대한 원인분석
우선 순위 설정	- 방문건강사업 지침에는 있으나 본 연구의 중재과정에서는 드러나지 않음		- 코칭대화 1) 주제불러오기: 자신의 건강상태 사정 2) 강점찾기: 효과적인 방법 모색 3) 목표실천하기: 건강행위 실천의 중요도와 실행가능성으로 우선 순위 설정	- 각 대화단계에 따라 본인에게 중요하고 실천 할 수 있는 건강행위 중심으로 우선순위를 적극적으로 설정
관리 목표 합의	- 합의 과정 없음 : 방문간호사 중심의 관리목표 수립 - 건강문제 진단을 통해 진단된 불 건강행위를 관리목표로 수립	- 방문간호사가 건강행위를 실천해야함을 설명시 대상자는 수용여부에 대한 응답	- 대상자의 본인 건강행위 분석에 의한 구체적 관리목표 설정 - 코칭대화 1) 목표실천하기: 실천 가능한 건강행위탐색, 목표 실천 방법, 빈도, 강도, 시간 등에 대한 질문 2) 자원찾기 목표설정에 따른 필요 자원탐색, 질병 및 자원에 대한 정보제공	- 단기목표를 중심으로 계획을 수립 - 자신건강상태(통증, 거동 범위 등)에 따라 적절한 계획을 수립 - 건강행위를 실천할 때 필요한 자원을 모색, 구할 수 있는 방안 문의

Table 17. continued

중재 절차	고혈압집중관리		건강코칭	
	수 행	대상자반응	수 행	대상자반응
문제 및 목표에 대한 인지 정도 확인	- 방문간호사가 건강문제 및 실천 할 건강행위 제시: 문제인지정도에 대한 확인과정 없음 - 실천목표 비 수립: 목표확인과정 없음	- 본인의 건강 문제에 대한 질문 시 응답 - 간호사가 실천할 행위 제시할 때 경청	- 건강코칭(전단계)시 건강행위 실천의 중요성 인식정도 및 실천의지 확인	- 본인의 건강문제에 대해 스스로 인식 - 실천할 수 있는 행위와 불가능 또는 개선할 필요가 없는 건강 행위 구분
교육 및 상담, 정보 제공	- 방문간호사가 강의식으로 질병교육 및 상담 - 검사결과 비정상시 결과상담 - 보건소서비스 대상자 질문시 정보제공 - 간호사의 판단에 의해 대상자에게 의료자원에 대한 정보제공 - 일률적으로 간이치매검사 및 염도검사 실시 및 결과상담	- 방문간호사 교육 및 상담시 경청 - 자원 활용 및 수혜 여부 응답	- 코칭대화 1) 주제찾기, 강점찾기, 목표실천하기 자원찾기 단계에서 필요시 질병교육 및 정보 제공 2) 목표실천이 되지 않는 건강행위에 대해 원인분석 및 필요시 교육 3) 검사결과 비정상시 결과상담, 목표실천정도 확인	- 본인의 건강상태 및 건강행위에 대한 병리적 질문 - 질병의 예후에 대한 질문 - 목표실천시 통증등 건강 이상시 관리방법에 대한 질문 - 목표실천이 안 되는 건강행위진술, 해결방안에 대한 정보 문의 - 보조기구등에 대한 정보요구
자원 연계	- 보건소지원물품 일괄배부	- 감사함을 표현	- 코칭대화 1) 목표실천하기 및 자원찾기: 대상자의 요구에 따라 자원연계	- 건강목표에 따른 구체적 실천 방안 재수립 - 장기적인 건강실천행위 모색
목표 달성 정도 평가	- 행동체크리스트로 평가: 건강실천율	- 방문간호사의 수행여부 질문에 간단한 응답	- 행동체크리스트로 평가:건강실천율 - 코칭대화 1) 목표실천: 목표의 중요성 인식 및 지속적 실천방안 수립 2) 목표 달성하기: 건강행위 확신 수준 확인	- 목표의 중요성에 대해 이야기 함 - 지속적인 실천방안을 구체적으로 제시하고 간호사의 의견을 물음 - 본인의 건강행위 확신수준에 대해 점수로 표현 - 본인이 달성한 목표에 대해 스스로 말함

2) 질적내용분석

(1) 연구참여자의 일반적특성

면담 참여자는 실험군 14명 대조군 12명으로 총 26명이었다. 실험군의 평균연령은 73.4세이고 대조군의 평균연령은 78.8세였다. 교육수준은 초졸 이하가 13명(50.0%)으로 가장 많았으며 무학이 8명(30.8%) 중졸 이하의 대상자가 5명(19.2%)였다. 직업은 전체 면담대상자 중 대조군 대상자 1명 만이 단순노무직에 종사하고 있었다.

가족거주형태는 전체 대상자 중 16명(61.5%)이 독거였으며 실험군에서 유배우자가 있는 사람은 5명(35.7%)이었고 대조군은 1명(8.3%)이었다. 결혼상태는 전체 면담대상자 중 18명(69.2%)이 사별 하였고, 실험군에 별거1명(7.1%), 대조군에 미혼1명(8.3%)이 있었다. 의료보험 상태는 전체 면담 대상자 중 17명(65.4%)이 지역 및 직장보험에 가입 되었고 9명(34.6%)이 의료보호 1종 및 2종에 포함되어 있었다(Table 18).

Table 18. General Characteristics of participants

ID	group	성별	연령	결혼상태	교육	의료보험	직업	가족특성
1	실험군	여	76	사별	초졸이하	직장	없음	독거
2	실험군	여	66	사별	초졸이하	지역	없음	조손가족
3	실험군	여	65	유배우자	초졸이하	보호1종	없음	배우자동거
4	실험군	여	74	유배우자	초졸이하	직장	없음	배우자동거
5	실험군	여	56	유배우자	초졸이하	보호2종	없음	배우자동거
6	실험군	여	81	사별	무학	직장	없음	독거
7	실험군	여	70	유배우자	중졸이하	지역	없음	배우자동거
8	실험군	남	66	사별	무학	보호1종	없음	딸부부와 손주동거
9	실험군	여	80	유배우자	중졸이하	직장	없음	배우자동거
10	실험군	여	76	사별	초졸이하	직장	없음	독거
11	실험군	여	76	사별	초졸이하	직장	없음	독거
12	실험군	여	83	사별	중졸이하	직장	없음	독거
13	실험군	여	82	별거	무학	직장	없음	독거
14	실험군	여	76	사별	초졸이하	지역	없음	독거
15	대조군	여	75	사별	무학	직장	단순노무직	독거
16	대조군	여	80	사별	초졸이하	직장	없음	독거
17	대조군	여	81	미혼	중졸이하	보호1종	없음	독거
18	대조군	여	76	사별	초졸이하	직장	없음	아들부부 손주동거
19	대조군	여	74	사별	초졸이하	직장	없음	아들과 거주
20	대조군	여	87	사별	무학	보호1종	없음	독거
21	대조군	여	75	사별	초졸이하	보호2종	없음	독거
22	대조군	여	69	사별	무학	보호3종	없음	독거
23	대조군	여	78	유배우자	무학	직장	없음	독거
24	대조군	여	72	사별	무학	직장	없음	독거
25	대조군	여	82	사별	초졸이하	보호1종	없음	아들과 거주
26	대조군	여	86	사별	중졸이하	보호1종	없음	독거

(2) 질적내용분석 결과

질적내용 분석은 건강코칭을 받은 실험군 14명과 방문간호서비스를 받은 대조군 12명의 심층면담을 기초로 하였다. 질적 내용분석은 건강코칭의 중재단계로 구분된 5개의 영역과 중재의 이득을 추가하여 총 6개의 영역으로 구분하였다. 또한 중재전과 중재 후 두 번에 걸쳐 실험군과 대조군에게 반복적으로 심층면담을 실시하였다. 이에 심층면담 시기 및 그룹을 구분하여 심층면담자료로부터 하위범주를 도출하였다. 이렇게 도출된 하위범주를 다시 압축하고 통합하여 최종범주인 상위범주를 도출하는 방식으로 질적내용분석을 하였다.

① 주제 불러오기

코칭중재의 첫 단계이며 대화를 통해 얻고자 하는 이슈를 찾고 현재 상황을 파악하는 단계인 “주제 불러오기”영역은 “고혈압 의미”와 “고혈압을 관리해야 하는 이유” 두 개의 상위 범주가 도출되었다.

고혈압이란 질병 자체는 대상자들에게 큰 의미가 부여되지 않는 질병이었다. 고혈압관리 자체가 까다롭지도 않으며 통증등을 수반하지 않기 때문에 고혈압은 본인들이 가지고 있는 다른 질병에 비해 약만 잘 먹으면 되는 질병으로 관리하기가 수월한 질병으로 인식되어 있었다.

중재 후 실험군은 약 먹는 것 이외에도 할 것이 많은 질병으로 고혈압에 대한 인식의 변화가 있었다. 대조군은 대부분의 대상자가 지속적으로 약을 복용하는 것 이외에는 딱히 치료할 것이 없는 병으로 고혈압을 인식하였다.

고혈압의 합병증에 대한 인식은 매우 높아 중풍 유발에 대한 두려움은 거의 모든 대상자가 가지고 있었다. 또한 중풍 유발 등 합병증으로 자식들에게 부담을 주는 것에 대해 매우 걱정하고 있었다. 일부 대상자들은 죽을 수 없어 살고 있는 것이기 때문에 관리할 이유가 없다고 하여 관리의지가 매우 미약함을 알 수 있었다(Table 19).

다음은 대상자 21과 18의 진술문으로서, “고혈압의 의미”와 “고혈압을 관리하는 이유” 두 범주를 도출된 근거가 된다.

<대조군 21>

혈압이 높아서 그전에는 뒷골이 땡기고 그랬는데 혈압약 먹고 고쳤어. 그래서 약을 먹어야겠구나 하고 생각했지. 아침에 한번 먹는 건 쉽지 뭐~ 그냥 지키는 대로 지키고 있어..

병이 없음 좋은데 내 몸에서 생긴 병인데 뭐 어쩌겠어..

허리가 아프니까 뭐 그게 힘들지~ 고혈압은 그냥 약만 먹고 지키기만 잘하면 평생 그러니까.. 뭐

<대조군 18>

나가(내가) 쓰러지면 애들 다 고생시키고 그럴까봐. 쓰러져서 이것도 못하고 살면…그러니까. 나는 죽는 건 뭐 괜찮아. 그런데 쓰러져서 똥오줌 받아낼까 봐 그런 게 겁나는 거지.

Table 19. Calling issue patterns based on the participants’ perception

Category		Subcategory	Time	Led Group
주제 불러 오기	고혈압의 의미	고혈압은 약 먹는 것 이외에는 치료할 것이 없는 병	사전	실험군,대조군
			사후	대조군
		혈압으로 인한 신체증상 없어 신경 쓰이지 않는 병	사전,사후	실험군,대조군
		혈압은 비교적 안정적으로 유지되어 큰 걱정 없는 병		
		당뇨병이나 관절염통증이 더 힘들어 고혈압은 신경 쓰지 않는 병		
	고혈압을 관리해야 하는 이유	중풍유발 및 재발의 두려움	사전,사후	실험군,대조군
		죽는 날까지 건강한 삶의 영위		
		자식들에게 병 걸려 부담 주기 싫음		
		주어진 삶을 살아내는 것으로 관리할 이유가 없음	사전	실험군,대조군
			사후	대조군

② 강점찾기

강점찾기는 자신의 장점을 발견하고, 스스로 대안을 찾을 수 있도록 하는 단계로 강점찾기 영역에서는 Table 20과 같이 4개의 상위범주가 도출되었다.

대상자들은 중재 전에는 건강관리목표를 수립할 필요성을 전혀 못 느끼고 있었다. 그러나 중재 후에는 주로 실험군에서 건강관리목표를 수립할 필요성에 대해 인식하였고 건강관리 목표를 수립하였다.

고혈압 관리에 가장 효과적인 방법으로 실험군과 대조군 모두 중재 전에는 혈압 약 복용이었으나, 중재 후에는 실험군과 대조군간에 차이를 보였다. 중재 후 실험군에서 가장 효과적인 고혈압 관리방법은 약 복용하기에서 운동하기로 변화하였으나, 대조군은 중재전과 같이 약복용이 가장 효과적인 관리 방안이었다.

주변에 가까운 사람이 중풍을 앓았거나 죽은 경험이 있는 대상자들은 고혈압 관리에 대한 인식이 높았다. 특히 약 먹는 것을 고혈압 관리의 필수적인 것으로 인식하고 있었다. 대부분의 대상자는 주변에서 고혈압 관리를 잘하고 있는 사람들은 별로 없으며 고혈압 관리의 본보기로 삼을 만한 사람은 없다고 하였다. 또한 방송에 나오는 사람들은 본인들의 처지와는 다른 사람들로 고혈압 등 건강관리는 여유 있는 사람들이 할 수 있는 것이라는 생각을 가지고 있었다(Table 20).

강점 찾기 영역에서 4개의 상위범주가 도출된 근거가 되는 진술문은 다음과 같다.

<대조군 21>

• 사후면담

난 의사가 하라는 대로 해. 나는 할 수가 없고 댕길 수도 없고..약 먹으라는 거 아침에 한번만 먹으면 되는 거거든. 거기다 당약 한 알갱이 섞어서 먹거든. 그거 지.. 뭘 난 생각도 안했지... 뭘 사다 먹을 거 생각도 안하고.. 약만 먹음 하루 사니까. 이약만 먹음 되는구나 하고 약만 먹지..

<실험군 11>

• 사전면담

병원에 가 약 타다 먹음 괜찮고 하니까 그럼 되지. 당이 자꾸 올라갔다 내려갔다 해 싸서 그게 걱정이지.. 근데 것도 그러려니 하고 살려고 하고..

• 사후면담

혈압은 뭐 이렇게만 괜찮았어(약만 먹어도). 혈압은 그래도 그 운동 때문에 되는 것 같아. 응 그리고 내가 그것뿐이 아니고 저 아래도 갔다 올일 있음 갔다 오고 약 타올 일 있음 저기 갔다 오고. 그리고 새벽에 6시 30분에 와서 여기다가(경로당) 구루마를 두고 가서 일부러 병원에 택시를 타고 가서 피 검사 하고 식당에 또 걸었어.. 그리고는 병원에서도 앉아 있지 않고 일부러 걸었어.

<대조군 25>

• 사전면담

효과적인 방법이 뭐 있어. 노인네가 운동을 한다고 운동이 돼. 그저 다만 걸어 볼려고 하는 거지. (중략). 일단은 뭐 약을 먹어야지.. 운동만 가지고 뭐 젊은 사람처럼 몇 시간씩 걷기를 할 거야 뭘 할 거야.... 운동도 못하지.

<대조군 21>

• 사전면담

우리 아버지도 중풍~ 우리친정부모 4남매가 다 갔는데(중풍으로) 그래서 나는 그 속에서 나왔으니까 나는 관리를 잘못하면 바로 갈 것이다. 걱정스럽지. 그래서 나는 그걸 보고.. 약은 반드시 먹어야 한다. 그렇게 생각하고 약은 충실하게 아주 잘 먹지..

Table 20. Finding elements of strength patterns based on the participants' perception

Category		Subcategory	Time	Led Group
강점 찾기	건강관리목표 수립할 필요성 없음	의사의 지시만 그대로 따르면 됨	사전	실험군,대조군
		무엇을 해야 하는지 모름		
		목표 실천의 어려움		
		건강관리 신경 안 씀		
	건강관리목표를 세울 수 있음	의사의 지시 충실히 따르기	사후	실험군,대조군
		의사에게 나의 건강을 물어보기		실험군
		할 수 있는 일을 하나씩 꾸준히 하기		실험군
		목표 실천은 나의 미래를 위한 소중한 일		실험군
	고혈압 관리에 효과적인 방법 찾기	가장 효과적인 방법은 약 먹기	사전,사후	실험군,대조군
		가장 효과적인 방법은 운동하기	사후	실험군
		싱겁게 먹기		실험군,대조군
		건강식 먹기		실험군
	고혈압 관리 모델링	내 주변에서 중풍으로 고생하거나 죽은 사람이 있음	사전	실험군,대조군
		텔레비전에 나와 관리를 잘하는 사람들은 여유 있는 사람들		
		부럽거나 따라하고 싶은 사람 없음	사전,사후	실험군,대조군
		내가 주변에서 제일 고혈압 관리를 잘하는 사람	사후	실험군,대조군

③ 목표 실천하기

목표 실천하기는 실행계획수립을 이끌어 내는 단계로 대상자가 목표를 분명히 인식하고 실천할 수 있도록 하는 단계이다. 목표실천하기 영역에서는 "목표실천의 중요성 인식" 과 "건강관리목표 실천하기" 2개의 상위범주가 도출되었다.

대부분의 대상자들은 중재 전에는 건강목표를 세우는 것은 본인들이 할 수 없는 일이라고 생각하고 있었으며 건강목표는 "의사의 지시를 따르는 것" 정도로만 목표를 인식하고 있었다.

중재 후 실험군에서는 목표를 실천 하는 것은 자신의 건강상태를 현재 정도로 오랜 기간 유지 할 수 있고 목표를 수립하고 실천하는 것은 나의 건강과 삶을 위한 소중한 일로 인식하였다. 또한 실험군은 중재 후 건강관리 목표를 실천하기 위해서 본인이 일상에서 실천가능한 일을 찾기 시작하였고, 목표를 실천하기 가장 적합한 장소, 방법, 횟수 등에 대해 구체적으로 실천계획을 세울 수 있게 되었다고 하였다 (Table 21).

목표실천하기 영역에서 도출된 두 개의 상위범주에 대한 근거가 되는 진술문은 다음과 같다.

<실험군 14 >

• 사전면담

내가 관리목표 세우는 거 없어.. 그냥 병원에서 알아서 다 해주니까.. 내가 높으면 병원에서 알아서 맞춰서 다 알아서 해주니까 내가 뭘 생각할 필요가 없지.

병원에서 해 주는 게 맘에 안 들고 말고 할게 없고 병원이랑 약이랑 약사가 다 알아서 해주고.. 내가 뭘 해. 뭐 그걸 내가 어떻게 해.

<실험군 10>

• 사전면담

모르지.. 뭘 해야 되는지 아나.. 약만 먹는 거지.. 우리가 뭘 알아…

그리고 목표를 세우고 하면 벌써 젊었지.. 젊은 사람이나 그런 거지.. 난 안해 봤어

<실험군 6>

• 사후면담

아픈 데가 덜하지.. 시키는 대로 뭐 적어놓지는 안 해도 매일 나가서도 저리해보고.. 시키는 대로 운동도 하고~ 그러니까 그런지 저번에 보담은 몸이 좀 편한 편이예요..

나 같은 사람을 위해서 저렇게 얘기도 하고 공을 못 잊어서 맨날 나가서 하지…

다른 사람이 보면 정신 나갔다고 하지. (체조동작 하면서.) 자꾸 운동을 하고 늙은 사람이 저런다고…

한편은 그런 생각이 들어요. 그래도 뭐 남을 위해서 사는게 아니니까~ 내 몸 편할라고 하는 거지..

<실험군 1>

• 사후면담

하하~호호~ 손뼉 치는 거는 맨날 하고.. 딸 운동 하는 거(체조) 그거 하고 될 수 있음 체조하고.. 그리고 될 수 있으면 짜지 않게 먹으려고 노력하고 그런 거 하죠.. 이제는 딸이랑 어디 갔다가 오면 그전에도 야채를 먹으면 좋다는 거는 아는데.. 과일 같은 거는 당이 오르니까 두 쪽만 먹음 당이 오르니까 먹지도 못하고 많이 먹히지도 않고..... 가만 생각하다가 딸하고 어디 갔다 오다가 "배추 좀 하나 사야겠다. 국 끓여먹고 쌈도 싸서 먹게.." 하고 일부러 해 먹죠.

그전에는 별루 이렇게 신경 안 썼죠. (중략) 자전거 타는 것도 그전에는 딸이 자전거를 맨날 둘루라고(타라고) 해도 안 되더라고요. 그래도 언니(코칭간호사)가 와서 맨날 하니까 안 되겠더라고요.. 둘러야겠다. 그래서 처음에는 30분도 힘들더라고요.. 그래서 10분 20분씩 늘리니까 되더라고요.. 그래서 8시 연속극 볼 때 30분씩 둘루고.. 그렇게 계속하니까 되더라고요 ..(코칭간호사가) 자꾸 그 소리를 하니까. "뭘 할 수 있냐고" .. 내가 자전거를 타고 있다고 했잖아요.. 처음에는 10분도 힘들더니..이제 30분을 타.. 이거 계속 해야겠다. 이런 생각이 계속 들어

Table 21. Practice object patterns based on the participants' perception

Category		Subcategory	Time	Led Group
목표 실천 하기	목표실천의 중요성 인식	목표는 젊은이들나 세우는 것	사전	실험군
		목표는 실천을 못 하니까 세울 필요 없는 것	사전	실험군,대조군
		의사가 하라는 것만 하면 됨	사전, 사후	실험군,대조군
			사후	대조군
		목표 실천은 잘 죽기 위해 소중한 일	사후	실험군
		내가 하는 이 일은 나를 위한 일		
		의사의 지시 충실히 따르기	사후	실험군,대조군
	건강관리 목표 실천하기	의사에게 나의 건강을 물어보기	사후	실험군
		일상에서 내가 실천 할 수 있는 일 찾기		
		목표실천을 위해 구체적인 계획을 세움		
		다른 사람에게 나의 건강관리 방법을 말함		

④ 자원찾기

자원찾기는 목표를 달성하기 위해 필요한 자원을 파악하는 단계이다. 이 단계에서는 목표를 달성하기 위해 대상자에게 있을 수 있는 장애요소를 확인하고 장애물을 제거하기 위한 필요한 행동을 검토하고 도울 수 있는 부분을 명확하게 한다. 자원찾기 영역에서는 “장애요인 찾기” 와 “바꿀 수 있는 것을 찾기” 2개의 상위범주가 도출되었다.

대상자의 건강행위 장애요인으로는 신체적 통증이 가장 컸으며 이는 중재 전 후 대부분의 대상자에게 건강행위를 실천하고자 하는데 있어 가장 큰 장애 요인이 되고 있었다.

중재 전 배우자가 있는 대상자들 중 대부분은 배우자가 병중이거나 건강관리에 비협조적이었다. 나아가 대상자 중 손주나 자식 등의 가족과 동거하는 경우 대부분 대상자들이 돌보아야 하는 입장이었다. 이에 대상자들에게 가족들은 중재 전에는 건강행위를 실천하는데 있어 장애요인이었다. 그러나 중재 후 실험군은 가족과 협력방안을 모색하거나 본인의 건강을 우선시 하는 태도의 전환 등을 통해 장애를 제거할 수 있는 방안을 모색하였다. 이에 가족 및 배우자가 더 이상의 장애요인으로 부각되지 않았다.

중재 후 실험군에서는 이웃과 같은 인적자원을 활용하거나 걷기 위해 워커 등의 보조기구 등을 이용하려는 등 장애요인을 제거하고 건강행위를 실천하려는 움직임이 활발하였다(Table 22)

자원찾기 영역에서 도출된 두 개의 상위범주에 대한 근거가 되는 진술문은 다음과 같다.

<실험군 2>

• 사전면담

몸 아프고 귀찮아 내가 이리 살아 뭐하나 하고… 또 거기다가 우울증이 온데 (중략). 저거(중학생 손녀)도 집에 안가고 내가 건사해야 하니까… 나도 힘든데 안가고 있으니 저거 대학교 갈 때 까지는 내가 봐 줘야지. 등록금이랑 옷도 다 내가 해 입히고 너무 힘들어.

<대조군 23>

• 사전면담

누가 도움을 줘요. 자식은 설에 왔다가고 가까이 있음 의지가 될 텐데..누가 나를 돌보겠소. 혼자 있다 죽어야지. 그러니까 서럽지.

<실험군 12>

• 사전면담

나는 다리는 괜찮은데 허리가 아프지. 한참 걸으면 허리가 아파. 앉아있음 괜찮은데 가다가 한참 쪼그리고 있다가 일어나야 하니까 그게 힘들어…

<실험군 7>

• 사후면담

밥을 못 먹어요. 때에 안 먹고. 할아버지 때문에 기다리다가… 이제 우리는 둘이 따로 먹어. 전에는 그냥 나도 안 먹었는데 이제는 가만히 드러누워 생각하다 가서 나 혼자라도 밥을 떠먹어.

Table 22. Finding resources patterns based on the participants' perception

Category		Subcategory	Time	Led Group
자원 찾기	장애요인 찾기	신체적 통증(다리, 허리, 관절 등)	사전, 사후	실험군,대조군
		혈당조절의 어려움		
		배우자의 비협조적인 태도 및 병수발	사전	실험군,대조군
			사후	대조군
		(손)자녀의 양육 및 병수발 부담	사전	실험군,대조군
			사후	대조군
		귀찮고 우울하여 아무것도 하기 싫음	사전	실험군,대조군
			사후	대조군
		나를 도와줄 사람이 아무도 없음	사전, 사후	실험군,대조군
		경제적 무능력으로 운동이 어려움	사후	대조군
	바꿀 수 있는 것을 찾기	나의 이웃과 함께 하기	사후	실험군
		나는 조금만 의지하면 걸을 수 있는 사람		
		밥은 나를 위해 먹는 것		
		걷기는 일상에서 실천 할 수 있는 것		
		운동은 복잡하고 힘든 것이 아닌 내가 충분히 할 수 있는 것		

⑤ 목표 달성하기

목표 달성하기는 요약하는 단계이며 대상자가 목표를 달성할 수 있는 의지를 획득했는지 확인하는 단계이다. 목표달성하기 영역에서는 “지속할 확신이 서는 건강행위” 와 “미래 생각하기” 2개의 상위범주가 도출되었다.

대상자들에게 지속적으로 실천할 확신이 생긴 건강행위는 중재 전은 약 복용이었다. 중재 후 식사조절하기는 실험군에서만 지속적으로 실천할 확신이 있는 행위로 도출되었고, 운동하기와 감정조절 하기는 실험군과 대조군 모두에서 지속할 수 있는 확신이 있는 행위로 나타났다.

실험군은 중재 후 본인이 노력함으로써 얻어질 수 있는 긍정적인 결과들을 위해 목표실천을 지속적으로 해야 한다고 하였다. 즉 현 거동상태 및 체력유지와 자식들에게 의지하지 않을 수 있는 시간을 늘릴 수 있는 것 등이 건강관리를 해야만 하는 주된 이유로 드러났다. 더불어 중재가 끝난 뒤 다가오는 봄에 실천할 수 있는 건강행위들에 대한 계획을 수립하는 등 장기적인 실천계획을 수립하고 있었다(Table 23).

목표달성하기 영역에서 도출된 두 개의 상위범주에 대한 근거가 되는 진술문은 다음과 같다.

<실험군 9>

• 사전면담

관리… 뭐 영점이지 뭐.. 약은 먹지.. 다른 거는 하나 생각도 안하지… 뭘 해….. 앞으로는 100점 받음 좋겠지.. 약 먹는 거 말고도 더 좋은 약 있음 그거 먹음 100점(확신점수)일까?

다 귀찮아.

• 사후면담

60점(확신점수)은 되지… 운동해야지.. 하고 생각은 하니까… 하하하.~~ 날 쪼끔만 따뜻해지면 나가자고 그런 마음은 먹고 할머니들이랑 얘기는 하지. 나가는 거랑 운동은 잘 할 수 있지.

<실험군 14>

• 사후면담

80점 정도는 되겠지..

그렇지.. 어제도 뭐 돼지족발 삶았다고 오라고 전화가 왔어 그래서 가서 몇 점 먹고.. 수제비해서 조금 떠줘서.. 먹기는 했는데 국물은 또 안 먹었지 그러면서 그랬지. ."이렇게 먹음 안 되는데" 하고 얘기는 했지.. 아하하하.. 안 먹을려고 얘기를 하지.. 이제 그런 거는 잘 할 수 있지

<대조군 24>

• 사전면담

난 혈압약이나 먹고 뭐 안하죠.. 여우 고개 밑에 복지관 있는데.... 그저 웃고 떠들고 놀지..

뭐.... 별 이야기 안하죠.. 직원들이 잡고 뭘 하겠어요 뭐..

난 빵점(학신점수)이죠··· 약은 뭐 열심히 먹고 있어요..

• 사후면담

약 먹는 건 누구나 다 하는 건데··· 운동해야 한다는 생각이 드는데 약만 먹으니까.. 한 50점(학신점수)이죠.

<실험군 13>

• 사후면담

혈압이 어떤 때는 200이 넘어갔어.. 당도 그렇고..

그런데 지금은 떨어지고 있어..

덜 먹고. 안 누워있고 나가서 운동하니까 덜해..

뭐.~ 그거지 뭐..

밥해먹고 잘 자고 운동하고 그거지..

그럼 지금처럼은 계속 살 수 있겠다 싶지.. 누워서 그저 창문밖에 해 들어오는 거나 볼 처지는 안 되겠다 싶은 거지

Table 23. Achieving goal patterns based on the participants' perception

Category		Subcategory	Time	Led Group
목표 달성 하기	지속할 확신이 서는 건강행위	약 먹기	사전,사후	실험군,대조군
		식사조절하기	사후	실험군
		운동하기	사후	실험군,대조군
		감정조절하기		
	미래 생각하기	봄이 오면 할 수 있는 일을 계획하기	사후	실험군
		내 노력으로 얻어지는 미래 생각하기		

⑥ 건강서비스프로그램의 이득

건강서비스프로그램을 받은 이득 영역에서는 중재 전 2개의 상위범주, 중재 후 4개의 상위범주가 도출되었다.

중재 전에는 2-3달에 한번 씩 방문하던 방문간호사가 본 중재 프로그램의 실시로 매주 한 번씩 방문하여 간호사의 방문빈도가 이전 보다 증가하였다. 이에 따라 대상자들에게는 방문혈압측정과 당뇨검사 등의 건강상태를 확인하는 기회가 증가되었고 대부분의 대상자에게 건강상태 측정이 주요한 이득으로 인식되었다.

대조군은 매주 간호사의 방문이 이루어지면서 이전과 달리 매주 파스가 지급 되는 것을 가장 큰 이득으로 생각하였다. 더불어 전과는 달리 매주 간호사가 방문 오는 것이 너무 번거롭고 귀찮게 느껴진다는 진술과 누군가가 자신을 찾아오는 것 자체가 너무 좋았다는 상반된 진술이 공존하였다.

실험군은 중재 후 한명의 남자 대상자를 제외한 대부분의 대상자가 이전에는 경험하지 못했던 대상자 중심의 질문과 대화에 대해 새롭다는 관점을 보였다. 전과 달리 자신의 문제에 대해서 많은 이야기를 나누고 스스로 할 수 있는 일을 찾을 수 있었던 것이 가장 큰 중재의 이득으로 도출되었다. 반면 실험군의 남자 대상자는 기존의 방문간호사가 혈압측정과 당뇨 측정 등 필요한 서비스만 해주고 간 것과 달리 코칭간호사가 말이 많고 질문이 많았던 것이 부담이 되었다고 하였다(Table 24).

건강서비스 프로그램의 이득에서 도출된 6개의 상위범주에 대한 근거가 되는 진술문은 다음과 같다.

<실험군 3>

• 사전면담

너무 좋죠..나 아주 진짜 고마워. 일단 혈압 재주시고 당 봐주고 고지혈증 다 봐주고 같이 얘기해주고 하니까 좋죠. 방문이 얼마나 좋은데요.

• 사후면담

첫째는 걸어 다닌 거지.. 그게 제일 크지.. 그전에는 엄두도 안 냈지.일주일에 한 번씩 방문해준 게 좋고…이렇게 많은 대화를 해준 거 ..싱겁게 먹는 거 운동하는 거 너무너무 도움이 됐어.. 그전에 B 간호사 왔을 때는 나한테 뭘 직접 안 물어보고 싱겁다 뭐 이런거 이야기 안 했거든.. 그때는 뭘 말을 해도 한귀로 흘려듣게 되는데.. 이번에는 긁치 않더라고.. 말 하나하나 하는 게 다 귀에 들어오고 모든 게 100%였어. 너무 좋았어.. 혈압기계도 사서 하루에 세 번씩이나 하게 되고..

난 그런 거 생각도 못했었어. 걱정만 했지.. 나한테 필요한 게 뭔지 그런 걸 모르다가 혈압계 사고 하니까 너무 좋아 나한테 정말 도움이 돼.

<실험군 13>

• 사전면담

혈압재주고.. 약주고.. 당뇨해주고. 그거 지 뭐.

• 사후면담

도움이 된 게 많지… 자꾸 대구 뭐 하라고 뭐하라고 하니까 대구 하는 거지.. 도움이 되지..

운동하고.. 전에는 겨울에는 운동을 안했어.. 밥 싱겁게 먹고..그 렇게 되니까 조절이 된 거지..이제 안온다고 하니 서운해서 어떡하지 이런 생각이 들고 할 만하지.. 이제 낮에는 날만 따뜻하면 잘 나가지..열심히 댕겨야지.. 그전에는 되는대로 먹고~ 되는대로 살았지.. 그러다 지금은 열심히 돌고 밥도 사발에다 재서 먹고..찌개도 싱겁게 해서 먹고.. 그렇지.. 그전에는 와서 죄 적어가지고 갔지…운동 뭐 그런 거 하지 않았지.. 이제 만족하니까 이제 그대로 하면 되지.. 뭐…

그 사람(방문간호사)들은 애쓰고 뭘 안 해.. 애쓰고 묻어보고 대구 뭘 하라고 하고 하지 않아..

그저 적어가지고 가고 혈압 재주고 가면 그만이고. 내가 뭘 할 줄 모르니까

<대조군 21>

• 사전면담

아유~ 그 선생은 딸 같아.. 오면 재미로 딸 같은 게 좋아.. 오면 이득 될 것도 없고.. 그냥 오면 묻어보고 대답하는 거 적어가고. 그런 거지 뭐.. 나한테 손해 끼치기 않고 서로 직업이고…아냐? 자식 같고 그런데.. 서로 기분 좋게 해서 보내면 좋잖아.. 보건소에서 나한테 잘해줄게 뭐있어.. 이득 될 것도 없지.

• 사후면담

그 양반(방문간호사)이 왔다 가면 해롭지는 않지..그거(혈압, 당뇨) 맨날 와서 재보고 피 빼보고…나는 고지혈증 이런거는 없나봐..(중략) 항상 착하니까. .그 양반은 항상 착해. 뭘 바랄필요가 없어. 내가 바라는 대로 안 되거든.. 상대방이 인정을 해주냐 하면 안 해주거든. 그냥 왔다 가면 고맙고 그래 그거야.

Table 24. Advantage of healthcare services based on the participants' perception

Category		Subcategory	Time	Led Group
건강 서비스 프로그램의 이득	간헐적 건강상태 확인	방문시 혈압, 당뇨, 콜레스테롤 수치 측정	사전	실험군,대조군
		측정결과에 따른 설명		
	간헐적 건강물품 무료 지급	2-3달분의 영양제 및 파스 1개 지급	사전	실험군,대조군
		혈압측정기 임시대여		실험군
		허리보조대의 지원		대조군
	정기적인 건강상태확인	매주 혈압, 당뇨, 콜레스테롤 측정	사후	실험군,대조군
		매주 측정결과에 따른 설명		
	건강물품의 지속적 지원	매주 파스 지급받음	사후	대조군
	이득 없음	매주 방문이 번거롭고 귀찮음	사후	대조군
		사람이 찾아오는 것 자체가 반가움		
	새로운 경험	많은 대화와 생각할 기회	사후	실험군
		말과 질문이 너무 많음		
		구체적인 행동방안 수립		

Ⅵ. 논 의

본 연구는 건강코칭프로그램이 빈곤계층 고혈압 여성노인의 자기효능감 및 건강행위 실천과 삶의 질에 미치는 효과에 대해 결과평가 및 과정평가를 실시하였다. 이에 본 연구 결과를 토대로 논의하고자 한다.

1. 건강코칭프로그램 효과

건강관리분야에서의 코칭은 개인의 행동변화를 자발적으로 유도함으로서 지속적 변화실천이 가능하다는 점에서 그 효과가 다양한 연구들을 통해 확인되고 있다. 그러나 국내에서 코칭이 도입된 역사가 짧아 관련 정보와 평가 등이 매우 취약한 상태로 건강코칭에 대한 접근은 초기단계이며(조희숙, 정수미, 이혜진, 2012) 접근방법론에 대한 연구 또한 많지 않다(Wolever et al. 2010). 본 연구는 방문간호사업에서 고혈압집중관리를 필요로 하는 저소득 여성 노인들에게 건강코칭프로그램을 실시하였으며 자기효능감 및 혈압조절율과 의료이용, 투약순응도, 혈압자가관리, 영양관리, 신체활동량, 건강행위실천율 등의 건강행위실천 변화와 주관적 건강감 및 삶의 질의 향상에 대한 가설검증을 실시하였다.

현재 우리나라 고혈압 환자의 관리현황은 계속 개선되고 있는 상태이다. 2007년 국민건강영양조사시 고혈압 치료율이 54.8%, 조절율이 38.0%였던 것에 비해 2012년 여자의 경우 고혈압 치료율이 70.6%, 조절율이 48.6%로 고혈압 관리율은 크게 상승하였다. 또한 연령이 증가할수록 고혈압 인지율과 치료율이 높았으며 여성노인의 경우 치료율은 60대의 경우 78.6%, 70대 이상에서는 81.3%였다. 고혈압 조절율은 60대

와 70대 모두 54.4%로 고혈압 치료율보다는 낮았다(보건복지부, 질병관리본부 2013). 방문건강관리사업에서 여성노인 고혈압 대상자의 치료율은 95.3%였으며 혈압 조절율은 77.5%였고, 고혈압과 당뇨가 같이 있는 대상자의 경우는 79.4%로 나타났다. 이 결과로 보면 방문간호서비스를 받고 있는 고혈압 대상자의 치료율과 조절율이 일반 노인보다 높았는데 이는 방문간호사가 대상자의 주기적 모니터링 및 사례관리 등의 집중관리를 제공한 것에 기인한다(형희경, 장효순, 2011).

본 연구에서 대상자들의 혈압 조절율은 사전 조사시 82.21%로 선행연구(형희경, 장효순, 2011)보다 조절율이 높았으며 의료이용 상태와 투약순응도도 높았다. 형희경과 장효순(2011)의 연구와 같이 본 연구대상자들 중에는 방문간호를 처음 받는 신규대상자가 없었으며 기존에 정기적인 방문간호 서비스를 받고 있었다. 이같은 결과로 사전 측정시 대상자들의 혈압조절율 및 의료이용과 항고혈압제 투약율도 높았던 것으로 사료된다. 또한 중재 후 두 번의 결과 측정시 혈압이 상승하였던 9명의 대상자 중 사후 측정 2번에 걸쳐 연속적으로 고혈압 수준으로 혈압이 상승하였던 대상자는 없었다. 연령대별로는 고혈압 범주였던 9명 중 한명을 제외하고 모두 후기노인에 해당되었고 주관적 건강수준 응답 시 대부분 “매우 나쁨” 또는 “나쁨”에 응답하였다. 이에 혈압측정 당시 개인의 건강상태가 일시적으로 저하되어 개인이 인지한 주관적 건강상태가 나빴으며 이로 인해 혈압도 일시적으로 상승하였을 가능성도 배제할 수 없다.

자기효능감은 건강증진행위를 향상시키는 매개변수인 동시에 행위의 선택 및 지속 그리고 변화에 강한 영향을 미치고 직접적으로 통증완화 및 신체기능 상태를 향상시키며 만성질환자의 자가간호수행정도에 영향을 미치는 중요한 요인 중 하나이다(손연정, 박영례, 2005). 선행연구에 따르면 자기효능감은 만성질환에서 자가 관리에 영향을 미치는 중요한 요소로서 자기효능감의 상승이 장기적으로 대상자의 건강행위지속에 영향을 미치며 건강결과도 향상되었다(Johnston-Brooks,C.H, Lewis,

M.A, Garg, S, 2002; Wangberg, Silje C, 2008).

본 연구에서 자기효능감은 실험군과 대조군간 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 두군 모두 중재 후 자기효능감이 향상되었다. 실험군은 중재 전(37.81±3.56)보다 중재 직후(44.75±3.34) 및 한 달 후(44.19±2.86) 자기효능감이 향상되었다. 대조군도 자기효능감이 중재 전(37.82±2.22)보다 중재 직후(42.73±3.61)및 한달 후(42.86±3.40) 높은 수준을 지속적으로 유지하였다.

유수정, 송미순, 이윤정(2001)의 연구에서는 노인에게 4주간 8회의 자기효능증진 교육프로그램을 제공한 결과 중재 후 자기효능감과 자가간호행위는 유의한 변화가 없었으나 혈압은 조절이 되는 양상을 보였다. 주경옥과 소희영(2008)은 평균 연령이 66세인 심혈관질환자에게 월 1회 간격으로 6개월 동안 영양교육프로그램을 실시한 결과 자기효능감이 유의하게 향상되었으나 식행동의 유의한 변화는 없었다. 송라윤과 이해정(2000)이 병동의 심혈관질환자에게 심장재활프로그램을 제공하고 퇴원 6주 뒤 효과성을 검증한 연구에서도 자기효능감의 상승은 있었으나 건강행위변화까지는 이르지 못하였다. 이에 대해 연구자들은 자기효능감 강화에 따른 건강행위 수행의 유의한 변화가 측정시점 이후에 나타날 수 있을 가능성을 제시하였다.

Peyrot(1999)는 자기효능을 향상시켜 건강행위를 변화하려는 것은 시간과 노력의 낭비이며, 자기효능감은 중요한 결과적 산물로서 교육은 행위의 변화와 연관이 없다고 주장하였다. 자기효능감은 과거 행위의 경험에서 영향 받으며 오히려 행위를 변화시키는 과정을 통해서 자기효능감이 생성된다고 하였다. 즉 자기효능감을 통해서 행위가 변화하기보다는 행위를 변화시킴으로서 산출물로 자기효능감이 생성된다고 하였다. 이를 뒷받침하는 연구로 제2형 당뇨병 환자에게 자기효능감에 초점을 둔 중재 제공시 중재직후가 아닌 중재 후 3개월 후 자기효능감의 상승과 혈당이 조절되는 효과를 보였다(steed et al, 2005).

본 연구에서도 중재 종료 후 자기효능감이 유의하게 향상되지 않았으

나 건강행위 중 영양관리수준이 유의한 변화를 보인 것은 여러 가지 요인이 작용한 것으로 사료된다. 첫째, 본 연구의 측정시점이 긍정적인 행위의 효과가 유발되기 전의 시점이었을 가능성이 존재한다. 본 연구는 최종평가까지의 기간이 3개월로 행위변화가 유발되는 시점 전에 결과를 측정하였을 가능성이 큰 것으로 보여 진다. 두 번째로는 건강행위실천에 있어 자기효능감이 결과물로 산출되는 과정이었을 수 있다. 본 연구의 과정 평가 시 대부분의 대상자들은 이전에 구체적인 건강행위 목표를 수립하고 이를 실천해 본 경험이 없었다. 건강코칭을 받은 대상자들은 중재기간동안 단기적인 계획을 수립하고 실천하면서 성공경험을 가지게 되었다. 중재기간이 동안 성공경험을 반복적으로 가지게 되었고 점차 강화되면서 자기효능감이 건강행위를 실천한 산출물로서 형성되고 있는 과정이었을 가능성도 존재한다. 세 번째로는 본 연구의 도구상의 문제이다. 자아효능감을 측정하기 위해 본 연구에서 사용된 도구는 방문간호사업에서 사용하고 있는 도구로서 신뢰도가 Chronbach's a=.613으로 비교적 낮은 수준이었다. 이에 자아효능감을 타당성있게 측정하지 못하였을 가능성이 존재한다.

영양관리수준은 고령노인이 될수록 영양섭취상태가 불량해지며 특히 여성노인은 연령이 높아질수록 영양섭취상태가 불량하며, 독거일 경우에도 영양섭취 상태가 불량하다고 하였다(임경숙, 이태영, 2004). 방문간호서비스를 받고 있는 취약계층노인의 규칙적 식사여부 및 과일 야채 섭취 등을 포함한 5가지 식품군의 규칙적 섭취 여부에 대한 조사시 82.1%의 대상자가가 식행위를 불이행하고 있었다(고영, 임은실, 2010). 고혈압을 포함한 만성질환자를 대상으로 자아효능감을 이용하여 10주간 3회에 걸쳐 개별 영양교육을 실시한 결과 교육전보다 교육 후에 오히려 규칙적인 식사와 채소, 과일, 잡곡섭취에 대한 자아효능감이 유의적으로 낮아져 40세 이상의 성인에게서 음식습관과 음식량 및 적당한 양의 채소와 과일 잡곡 등의 섭취는 개선이 어려운 것으로 나타났다 (윤진숙,

정영혜, 박정아, 오현미, 2002). 이와 유사한 연구로 보건소에 등록된 50세 이상의 고혈압환자에게 주 4회 한달 간 영양교육을 시킨 연구에서도 식행동은 변화가 없었다(김경원, 문은혜, 2011). 그러나 일 보건소에서 고혈압 여자노인을 대상으로 식생활 개선 능력을 높일 수 있도록 체험강화형태의 영양교육을 16주에 걸쳐 실시한 결과 대상자의 혈압, 소급섭취량 및 식행동이 유의하게 향상되는 결과를 보였다(임경숙. 2008). 위와 같은 선행연구들은 식습관은 단기간에는 변화하기 어려움을 단적으로 나타낸다.

코칭을 주요 중재 전략으로 적용한 연구로 만성질환자에게 전화코칭을 6개월간 실시한 후 실제적인 신체의 변화 및 행동변화의 향상정도를 1년 후 측정한 연구에서 체중 허리둘레 및 BMI 향상 및 과일소비가 유의하게 향상되는 결과를 나타났다(O'Hara B. J. et al., 2013). 또한 40대의 남성 대사증후군 대상자들에게 한 달 간격으로 6개월간 방문 코칭 중재를 실시한 연구에서 허리둘레와 체중, 체지방량 및 이완기 혈압에서 통계적으로 유의한 감소를 보였다. 이 연구에서 구체적으로 가장 많이 향상된 생활습관은 식생활개선으로 파악되었다(조희숙 등, 2012). 이 연구는 본 연구와 가장 유사한 형태의 코칭전략을 사용하였으며 본 연구에서 영양관리가 유의한 결과가 있었던 것과 유사한 결과를 보였다.

고혈압 환자에게 식생활 개선은 비용-효과적인 측면에서 가장 유용하다고 하였다(Glanz K.1985, JNC V 1993). 본 연구에서는 비교적 단기간에 집중 중재가 제공되었고 노인 대상자임에도 영양관리에서 유의한 변화가 야기된 것은 중재결과로서 고무적이라고 할 수 있다. 본 연구에서 영양관리수준이 유의한 변화가 있었던 것은 고혈압 대상자가 운동을 실천하려 할 때 느끼는 부상의 두려움이나 장애요인(엄애용, 2009에서 인용; Schilke J. 1991)등의 위험부담이 영양관리에서는 상대적으로 적었던것이 주요한 동기유발요인이었던 것으로 사료된다. 또한 영양관리는 운동처럼 통증을 유발하지 않기에 본 연구에서도 대상자들에게 목표수립 및 실천시 영양관련 목표 설정과 실천이 운동보다 선호되었다. 또한 영

양관리는 여성으로서 본인이 가장 능동적으로 실천할 수 있는 행위며, 식품을 선택하고 조리할 수 있었기에 단기간의 중재에도 불구하고 영양관리가 유의한 효과가 나타난 것으로 생각된다.

우리나라 노인의 중등도 신체활동수준은 5.1%로 매우 낮았으며 특히 여자노인의 경우 3.9%만이 중등도 신체활동을 하고 있어 남자노인(10.7%)보다 월등히 신체활동 수준이 낮았다(김윤지, 하주영, 2011에서 인용; 문현정, 이인숙, 2011). 박승미와 박연환(2010)이 노인의 신체활동을 비교한 연구에서 본 연구지역과 같은 도시 지역에 거주하는 노인의 총 신체활동량(MET-min)은 2단계인 "최소한의 신체활동"단계에 속하는 노인이 가장 많았다.

본 연구에서 대상자들의 중재 전 총 신체활동량(MET-min)은 실험군은 68.8%, 대조군은 86.4% 가 1단계인 "비활동 단계"에 해당되어 중재 전 본 연구 대상자들의 신체활동수준은 박승미와 박연환(2010)의 연구 대상자들보다 더 낮았다.

김윤지와 하주영(2011)은 방문간호 대상자 중 허약노인에게 방문운동과 방문운동에 전화코칭을 더한 두 개의 프로그램을 6개월간 실시하였고 두 군간에 체력과 삶의 질 등은 유의한 차이가 나타나지 않았다. 연구자들은 방문운동의 규칙적이고 반복적인 대상자관리가 운동에 대한 긍정적인 경험과 자신감을 제공하고, 대상자를 격려하고 및 장애요인들을 파악하여 용기를 북돋아 준 과정이 전화코칭과 유사한 효과를 유발한 것으로 보았다. 김상희, 이지현, 고광욱과 하현보(2008)는 방문간호 노인 대상자를 두 군으로 나눠 저강도 운동교육 및 저강도 운동에 코칭을 동반한 중재를 각각 16주간 제공 하였다. 중재결과는 저강도 운동만 한 노인군보다 코칭을 더한 노인군에서 악력과 균형감각이 유의하게 향상되었다. 그러나 배근력에서에서는 두 군간 유의한 차이가 유발되지 않았는데 이는 운동시 불편감이나 통증이 있으면 그것이 운동의 효과인지 자신의 질병 때문인지 구분이 모호하고 자신도 모르게 통증이나 불편감이 없는

약한 정도로만 운동을 하므로 강도조절을 못한 결과로 유추하였다. 신체활동의 긍정적인 효과에도 불구하고 노인들이 실천하지 않는 주요한 이유는 연령이 증가할수록 신체활동의 필요성을 적게 느끼고, 운동을 위험하다고 생각하기 때문이다(김윤지, 하주영, 2011에서 인용).

본 연구에서 신체활동수준은 통계적으로 유의하지는 않았으나 실험군과 대조군 모두 중재 전 보다 중재 후 신체활동수준은 향상되었다. 실험군의 총 신체활동량(MET-min)은 중재 전 "비활동단계"에서 중재 직후 및 한달 후 까지 지속적으로 "최소한의 활동단계"로 유지되었다. 대조군 또한 총 신체활동량(MET-min)은 중재 전 "비활동단계"에서 중재 직후 "최소한의 활동단계"로 향상되었으나 중재 한 달 후에는 다시 "비활동단계"로 신체활동수준이 낮아졌다.

본 연구에서는 건강코칭을 대상자에게 직접 면대면으로 제공하였다. 또한 중재제공자가 미리 정해진 운동프로그램을 교육하는 것이 아닌 대상자의 선호도와 활동범위를 고려하여 스스로 운동 종류를 선택하고 구체적인 계획을 수립하도록 하였다. 나아가 박승미와 박연환(2010)이 제안한 대로 일상생활에서의 신체활동 고려하여 운동실천을 독려하였다. 이에 실험군은 중재 한 달 후 까지 총 신체활동량(MET-min)이 최소한의 활동단계로 유지되었던 것으로 사료된다. 더불어 실험군과 대조군간의 신체활동수준에 유의한 차이가 없었던 것은 방문간호사가 매 방문시 운동을 중요성을 지속적으로 교육하였고 운동여부를 확인하였기에 대조군도 신체활동량이 중재기간동안 증가하였던 것으로 생각되어진다.

노인의 주관적 건강은 일상생활 및 운동능력에 영향을 미치며(유대현, 여인성, 2013), 소득수준이 낮을수록 주관적 건강상태를 나쁘게 인식하고 있었다(엄선옥, 이인숙, 2013). 주관적 건강감은 고혈압환자의 투약수준과 자가간호에 영향을 미치고 특히 저소득층 노인일 경우 주관적 건강감은 혈압조절에 유의한 예측인자로 밝혀졌다(서순림, 이은현, 2011). 주관적 건강인식은 운동을 많이 할수록 향상되며(황향희, 김보람, 김지

나, 2013), 만성질환자에게서 삶의 질과 운동은 유의한 상관성이 있었다. 또한 고혈압 환자의 삶에 질에 영향을 미치는 주요인은 운동장애와 사회심리적 스트레스였다. 이에 고혈압 환자에게 운동이행을 지속적으로 실천할 수 있도록 하는 것이 고혈압 환자에서 삶의 질을 향상 시킬 수 있다고 하였다(엄애용, 2009).

노인에서도 주관적 건강인식과 건강증진행위 및 삶의 질은 유의한 상관관계를 나타내며 노인의 주관적 건강인식이 좋을수록 건강증진행위를 잘 수행하며 삶의 질도 높았다. 또한 건강증진행위를 잘 할수록 건강관련 삶의 질도 높았다(김희선, 2006).

방문건강관리 대상자와 국민건강영양조사 대상자 비교시 방문건강관리사업 대상자는 주관적 건강상태를 양호하다고 인지하는 율이 유의하게 낮았고(이순영 등, 2009) 연령이 증가하고 여성일수록 삶의 질이 낮아지는 결과가 나타났다(Cavalcante et al.; 2007, 엄애용, 2009). 또한 본 연구처럼 EQ-5D를 이용하여 삶의 질을 측정한 연구 결과 중 40세 이상의 고혈압 환자의 삶의 질은 0.82점이며, 40-70세의 지역사회 일반고혈압 대상자의 경우는 0.876점으로 보고하였다(엄애용, 2009에서 인용).

본 연구에서 중재 전 실험군과 대조군의 주관적 건강감은 “나쁨”수준에 해당되었고 실험군의 삶의 질은 0.782점, 대조군은 0.819점으로 평균적으로 지역사회의 일반고혈압 대상자보다 삶의 질은 낮은 수준이었다. 이는 위의 선행연구들에서 보고된 것처럼 본 연구의 대상자가 여성이며 노인이고, 저소득층이기에 일반 고혈압 대상자보다 더 삶의 질이 낮았던 것으로 생각된다.

본 연구에서 통계적으로 유의하지는 않았으나 실험군은 주관적 건강상태와 삶의 질이 중재 시기에 따라 점차적으로 향상되어 실험군은 중재 한달 후 주관적 건강감과 삶의 질이 측정 기간 중 가장 높았다. 이와 상반되게 대조군은 주관적 건강감이 지속적으로 낮아져 마지막 측정시에 주관적 건강감이 측정시기 중 제일 낮았다. 그러나 삶의 질은 지속적으로 상승하여 대조군도 중재 한 달 후 삶의 질이 측정시기 중 가장 높았

다. 이는 실험군과 대조군 모두 통계적으로 유의하지는 않았으나 중재 후 총 신체활동량과 건강행위실천율이 향상되었고 영양관리수준 또한 유의하게 향상 되는 등의 긍정적인 건강증진행위가 대상자에게서 유발되었다. 이에 실험군에서 주관적 건강감과 삶의 질이 향상되었던 것으로 생각된다. 대조군 역시 건강증진행위의 향상이 있었으나 주관적 건강감이 지속적으로 낮아졌던 것은 대조군의 평균 연령이 실험군보다는 높았던 것도 한 영향요인으로 사료되며 좀 더 심층적인 원인분석이 되어야 할 것으로 생각되어진다.

2. 건강코칭프로그램 및 고혈압집중관리서비스의 과정

본 연구에서 건강코칭을 적용하기 위해 한국코칭학회의 코칭대화모델에 근거한 코칭대화를 주요 중재전략으로 삼았다. 본 연구에서 활용한 코칭대화모델은 사람은 누구나 잠재능력을 지니고 있으며, 자신이 원하는 것을 찾고 있으며 코치와 함께 하면 더 쉽게 찾을 수 있다는 전제하에 모든 사람에게는 무한한 강점이 있으며, 그 사람에게 필요한 해답을 찾기 위해서는 파트너가 필요하다는 철학을 내포하고 있다. 이에 코칭은 일련의 코칭과정이 존재하여, 코치는 이 과정의 각 단계마다 코칭기법을 활용하여 효율적이고 효과적으로 코칭의 전 과정을 원활하게 진행 할 수 있다고 제시하고 있다(도미향, 2013; 도미향, 정미현, 김응자, 2011).

코칭에서 활용되는 코칭기법은 모든 의사소통의 기본이 될 수 있으며, 자기를 표현하고 상대방의 이야기를 경청함으로써 문제를 해결하는 힘과 바람직한 상태를 발견하고 그것을 실현하는 힘을 이끌어 내는 것으로 경청하기, 질문하기, 정보주기, 인정 및 칭찬하기 등이 있다. 한편 인간은 누구나 자신의 내면에 성장 발전의 욕구와 자신의 한계를 뛰어넘을 수 있는 초월의 욕구를 가지고 있으며 질문은 이러한 내면에 잠재되어 있는 욕구를 의식적으로 끌어 올리는 역할을 한다. 누구나 질문을 받으면 답

을 해야 하는 것을 알고 있으며 답을 찾는 과정에서 자신의 내면에 집중하게 되고 자신만의 방법을 찾으려고 노력하기 때문이다. 질문은 상대와 함께하고 스스로 자신을 성장 시킬 수 있는 에너지와 행동계획을 세울 수 있는 동기를 부여한다. 또한 질문을 통해서 자신의 내면에 있는 충분한 자원과 역량을 발견하고 새로운 에너지를 충전 받을 수 있는 기회를 제공 받을 수 있다. 좋은 질문은 질문 자체만으로도 자신을 돌아보게 하고, 자신 안에 있는 어려운 가능성을 찾아보게 하며, 자신이 지금부터 해야 할 목표와 행동을 생각하게 한다.(도미향, 정미현, 김응자, 2011)

코칭대화모델은 대상자에게 직접적이고 협력적이며, 기존의 개념을 전환하여 적극적으로 파트너쉽을 가져야 하고, 상호작용적이며 스스로 본인의 문제를 찾아 그 대안을 모색하여야 하는 건강코칭의 핵심적인 요소들이 내포되어 있다. 또한 건강코칭을 수행하는 실제적인 틀로서 코칭대화모델은 본 연구에서 건강코칭중재의 방향성을 제시해주는 전략으로 활용되었고 대상자가 자기 스스로 문제를 찾고 목표를 설정하여 수행할 수 있도록 길잡이 역할을 해 주었다.

본 연구의 질적내용분석에서는 대상자들은 건강코칭을 새로운 경험으로 인식하였다. 대부분의 실험군 대상자들은 건강관리 목표를 처음으로 세워 보았으며 운동은 본인이 하기에는 많은 노력을 요하는 활동이 아닌 일상생활에서도 본인을 위해 투자할 만한 가치가 있는 행위로 인식을 하였다. 이에 스스로 운동의 강도와 빈도에 대한 계획을 수립하고 본인에 맞게 실천하였다. 또한 영양관리시 본인의 영양관리 상태를 파악하고 영양관리의 중요성에 대해 인식하였다. 이러한 과정을 통해 동기부여가 되었고 영양관리가 본 연구에서 통계적으로 유의하게 향상되었던 것으로 사료된다.

고혈압 환자들은 자신의 건강과 관련된 행위의 실천방안과 모색까지도 일방적으로 보건의료관계자들이 제공한 일정한 건강관리를 수긍하며 이행하여야 하는 형태로 수행되고 있다(이정섭, 오세영, 한혜숙, 이여진,

2001). 이에 만성질환을 가진 환자들은 질병에 대한 치료방법으로 생활습관을 변화하려는 노력 없이 약물복용만으로 치료하려는 태도를 보이고 있다(형희경, 장효순, 2011). 본 연구의 질적내용분석에서 사전 면담시 대부분의 대상자들이 고혈압관리에서 가장 중요하며 효과적인 방법이라고 진술한 것은 고혈압 약 복용이었다. 중재 후 심층면담에서 대조군은 지속적으로 고혈압 약 복용이 가장 중요하고 효과적인 고혈압 관리방법으로 인식하고 있었다. 반면에 실험군은 운동과 식사조절 및 감정조절 등이 투약보다 더 효과적인 고혈압 관리방안이라는 인식전환이 있었다.

조희숙 등(2012)이 40대 후반의 대사증후군 대상자에게 코칭을 제공한 연구의 질적내용분석에서 대상자들이 가장 많이 언급한 사항은 인식의 변화였으며 프로그램 초기에 그들의 생활습관과 관련된 행동들에 문제점을 못 느꼈으나 코칭과정을 통해 스스로 문제를 인식하는 미세한 변화과정을 경험 하였다고 하였다. 이는 본 연구의 질적내용분석에서 코칭을 받았던 실험군이 새로운 경험으로 진술한 부분과 거의 일치하는 진술이다.

일반적으로 건강위험행위를 변화시키고자 할 때는 개인별로 건강위험행동에 대한 자각이 틀리며 개인에 따라 실행할 수 있는 건강위험행위 수준이 다르므로 다양한 건강위험행위를 다루어야 하며 건강습관을 변화시키고자 할 때에는 한 번에 한 개씩의 행위를 변화시키고자 하여야 한다. 또한 다각적으로 위험행동에 대한 중재를 할 때는 가장 좋은 방안으로 한 두 개의 특정한 행위에 대한 중재를 실시하거나 단계적으로 목적행위를 실행하는 것을 제안하고 있다. 이런 접근은 대상자의 건강행위가 크게 향상되며 이에 건강교육자들은 대상자들이 가장 변화하기 쉬운 행위를 확인하고 확인을 하여 접근을 하며, 남은여생의 삶에 질에 대한 문제나 대상자들이 가장 변화하고 싶어 하는 것에 집중하여 중재를 제공할 것을 제안하고 있다(Strecher et al, 2002).

본 연구에서 건강코칭은 위와 같은 중재전략을 사용하였으며 질적내용분석시 대상자들은 건강코칭의 이득으로 자신의 건강을 관리해주는 간호

사와 본인의 건강에 대해 심도 있는 대화를 나누고 구체적인 목표를 설정할 수 있게 된 것이라고 하였다. 이에 실험군은 건강행위에 대한 인식전환이 이루어졌고 본인에게 가장 적합한 건강행위 실천을 긍정적이며 적극적으로 실천하게 되었음을 질적내용분석을 통해 확인하였다. 이는 본 연구에서 도출된 건강코칭의 가장 큰 효과라고 할 수 있을 것이다.

본 연구에서 중재제공 내용 분석시 실험군은 코칭대화를 통해 건강행위 실천정도 및 건강문제를 탐색하였다. 그리고 대상자가 적극적으로 우선순위를 설정하고 가장 쉽게 실천할 수 있는 목표를 수립하여 단계적으로 실천하도록 하였다. 코칭간호사는 언어적 설득과 지속적인 피드백 과정을 통하여 건강행위실천을 지지하였고 실천이 되지 않는 행위는 대상자가 원인파악 및 목표수정을 하여 지속적으로 목표달성을 할 수 있도록 격려하였다. 이 과정에서 건강코칭을 받은 대상자는 대리경험 및 본인의 건강상태에 대한 생리적 정서적 각성을 하였다. 이에 단기적으로 목표를 실천하고 달성하면서 본인의 건강상태가 호전되는 경험을 하였고 이를 통해 성공경험을 반복적으로 경험하였다.

방문간호서비스를 받았던 대조군에서 요구도 사정은 간호사 중심으로 사정이 되었고 건강면접자료에서 불건강한 행위로 나타난 행위에 집중하여 대상자의 건강문제가 진단되었다. 또한 대조군에서는 우선순위설정이나 대상자와의 관리목표 수립 및 합의 등의 과정이 드러나지 않았다. 나아가 방문간호사간의 중재제공에서도 차이를 보였다. 본 연구에서 고혈압사례관리를 제공하였던 두 명의 간호사 중 한명의 방문간호사는 정서적지지 및 동기부여 과정이 거의 없었다. 또한 대상자에게 혈압은 120/80mmHg, 혈당은 공복시 100mg/dL이하로 조절하도록 관리목표를 매우 엄격하게 적용하였다. 대상자에게 일 염분 섭취량이 5mg임을 강조하였고 이를 준수하도록 교육하였다. 이에 비해 다른 한명의 방문간호사는 대상자의 가족사진을 보면서 대상자의 자원상태를 파악하고 정서적 지지를 제공하였다. 또한 혈압은 140/90mmHg 이하, 혈당은 공복 160mg/dL 전후로 유지하도록 교

육하였고 이를 건강 이상의 판단기준으로 삼았다. 또한 염도 검사 후 실제적인 모형을 이용하여 염분 5mg의 정도를 대상자가 보고 판단할 수 있도록 해주었고 관련 교육물을 냉장고에 부착하여 대상자가 수시로 염분섭취에 대해 각성하도록 유도하였다. 이런 과정에서 방문간호사 간 방문시간의 차이가 났으며 좀 더 오랜 시간을 대상자에게 소요한 방문간호사는 대상자에게 정서적지지 및 자원을 파악하는 활동이 더 활발하였다.

방문간호사의 대상군 별 방문시간은 제공하는 서비스의 양적 그리고 질적인 측면 모두를 설명할 수 있는 자료로(송미숙 등, 2009) 본 연구에서 코칭중재는 평균 33분정도의 시간이 소요되었으며, 두 명의 방문간호사에 의해 수행된 고혈압집중관리서비스는 평균 15분 정도가 소요되었다. 또한 두 명의 고혈압집중관리서비스를 제공하였던 방문간호사간에도 평균 8분 정도의 방문소요시간의 차이가 있었다. 노인 만성질환자의 방문간호서비스 효과 연구에서 방문주기, 방문횟수 및 간호사의 역량에 따라 효과의 차이가 있었으며 방문제공자가 대상자와 함께 시간이 긍정적인 결과를 도출하는데 중요한 요소였다(Frich, 2003).

방문간호사의 자가보고에 의한 직무분석을 통하여 방문간호사의 과업분석을 한송미숙(2009)등의 연구에서 실제 방문인력인 전담간호사의 과업요소를 분석 시 건강요구도 조사 및 건강문제 확인과 직접간호는 수행빈도가 높은 반면 건강관리서비스 계획과 환경관리는 상대적으로 관리빈도가 낮았다. 이에 연구자들은 대상자에게 반드시 수행하여야 하는 과업을 생략하고 있는 것은 아닌지에 대한 확인이 필요함을 제기하였다. 또한 방문 간호사들의 일 가구 방문수는 신규가구는 1가구, 재방문은 평균 6-7가구를 방문하는 것으로 나타났다. 방문간호사가 1군 즉 본 연구에서 대조군이 받은 서비스인 집중관리군을 관리하는 데 소요되는 시간은 53.1분이었다. 한편 전체 방문간호사 업무 중 직접 가정방문에 소요된 시간은 25%로 현재 보건소에서 이루어지고 있는 방문간호사들의 실제 업무는 가정방문서비스보다는 보건소 내 지역진단 업무나 건강증진 업무 혹은 정부 특수사업 업무 등에 더 많이 투입되고 있었다. 이 연구

의 연구자들은 간호사가 방문 당 평균 40분 정도의 서비스를 대상자에게 제공할 수 있게 하려면 전담간호사 1인당 350-400가구가 적정수준이며 일 평균 5-6가구를 방문하도록 제안하고 있다.

본 연구에서 녹음을 통해 실제 제공된 방문간호사의 업무를 분석한 결과 1군에 해당되는 고혈압 집중관리군에게 소요된 일 방문시간은 평균 15.29분으로 송미숙 등(2009)의 연구에서 보고된 53.1분보다 현저하게 적었다. 더욱이 본 연구에 참여한 방문간호사의 일 방문목표 가구수는 10가구로 송미숙 등(2009)의 연구에서 보고된 방문간호사의 방문가구수보다 현저하게 많았다. 본 연구에 참여한 방문간호사들 또한 지역 경로당 방문 및 지역자체에서 운영되는 각종 건강교실에 동원되어 혈압 혈당 측정업무 및 교육 등의 보건소 내 지역진단 업무에 동원되는 것은 송미숙 등(2009)의 연구에서 보고된 결과와 동일하였다.

문현정과 이인숙(2013)의 연구에서 방문간호를 받은 취약계층 재가노인의 사례관리 성과에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 사례관리자의 특이성이며 그 안에서 대상자와 협력적 관계 형성이 가장 큰 영향요인이라고 하였다. 더불어 이 연구의 연구자들은 사례관리가 지향하는 대상자 중심케어에 대해 근본적인 문제가 있음을 지적하고 있다. 대상자의 개인적인 특이성에 따라 사례관리의 자율성이 보장되어야 하나 일괄적으로 정해진 국가지침과 목표에 따라 해당 기간 내에 목표를 달성해야 하는 상황이 평가지표에 해당하는 활동위주로 사례관리가 이루어지게 하여 대상자의 특이성이 사례관리 성과에 반영되지 않은 가능성을 제시 하였다. 이에 진정한 사례관리체제로 가려면 인력의 질을 확보하고 사례관리자에게 자율성을 부여해야 할 필요성을 제시하고 있다. 본 연구에서도 중재내용분석을 통해 방문간호사간에도 제공하는 중재의 내용과 질에 차이가 있었으며 사례관리가 대상자 중심이기 보다는 달성해야 할 건강행위 중심으로 방문간호사가 일방적으로 운동과 영양상태만을 확인하는 수준이었다. 이 결과는 방문간호사가 생활습관 변화를 위한 대상자의 동기부여나 자기 참여적 전략의 사용이 낮았다는 이인숙 등(2009)의 연구결과와

도 맥락을 같이한다.

이인숙 등(2009)은 방문간호사의 직무교육시 인력의 역량강화를 위하여 대상자의 건강행위 변화를 유도할 수 있는 중재내용을 강화하여야 하며, 건강행위를 위한 실질적 교육내용이 추가되어야 하고, 기획 및 평가과정의 내용을 늘리고 사례관리에 대한 집중교육 및 실습을 통한 교육강화를 제안하고 있다. 이러한 내용으로 사례관리 적용 원칙과, 의사소통방법 등을 개설할 것을 제안하고 있다.

본 연구에서 중재내용 분석시 연구에 참여한 방문간호사들은 직접간호를 제공하는 이외에 구체적인 대상자의 목표설정 및 관리목표를 합의하는 과정은 보이지 않았다. 이는 방문간호지침 상 사례관리 8주간 제공하는 업무에서 목표설정 방법과 동기부여 방법 등에 대한 구체적인 전략이나 프로토콜을 제시하지 않았으며 방문간호사의 일 방문가구수가 과도하게 배정된 것이 주요한 요인인 것으로 사료된다. 이에 방문간호사들이 사례관리 시 제공 하여야 하는 중재내용을 구체적으로 개발하는 것이 필요하며 특히 대상자에게 동기부여 및 목표확인 및 설정 등의 업무의 필요성을 자각시키고 및 효율적으로 수행할 수 있는 의사소통방법에 관한 교육이 시급하다. 그 하나의 방법으로 건강코칭이 유용한 중재전략으로 활용 되어질 수 있을 것이다. 나아가 방문간호사가 질적 양적으로 충분히 방문간호업무를 수행할 수 있도록 일 방문가구수를 합리적으로 줄이려는 보건행정기관의 노력도 절실히 요구된다.

더불어 방문간호서비스에 대한 비용 편익을 분석한 연구에서 고혈압 환자에게 방문간호서비스는 대상자의 혈압조절 및 유지에 효과를 보이는 간호중재로 경제적 타당성이 있으며 비용효과적인 중재임이 밝혀졌다(고영, 2010). 또한 고혈압 사례관리 서비스는 노인의 고혈압 관리에 매우 효과적이며 경제적 타당성이 있는 사업으로 밝혀졌다(임은실, 2008; 양순옥 등, 2008). 그러나 고영(2010)은 3개월에 1회 방문을 제공한 방문서비스와 12주간의 집중사례 관리 시 투입자원에 차이가 있으나 혈압

조절율 향상정도가 유사함에 고혈압 관리를 위한 집중관리의 타당성에 대한 의문을 제기하고 있었다.

다수의 선행연구들에서는 건강행위의 변화를 야기하고 그 효과를 측정하고자 할 경우에는 장기간의 평가기간을 둘 것을 제시하고 있다.(송라윤, 이해정, 2000; 유수정 등 2001; Catharine H et al., 2002; steed et al, 2005; Wangberg, Silje C, 2008). 본 연구에서도 건강코칭을 8주간 제공한 결과 과정평가에서는 대상자에게는 새로운 경험이었으며 동기부여가 되고 목표설정 및 건강행위를 지속적으로 실천 할 수 있는 확신이 생겼으나 결과평가에서는 영양관리만이 통계적으로 유의한 향상이 있었다. 이에 방문간호에서 만성질환자 특히 노인을 대상으로 중재를 제공 할 때는 단기적이고 집중적인 방문프로그램보다는 장기적이며 주기적으로 방문을 지속하고 방문간호사가 대상자 방문시에는 함께하는 시간을 충분하게 가져 동기부여 및 자기효능감을 증진시킬 수 있는 방안을 모색해야할 필요성이 제기된다.

3. 연구의 간호학적 의의

본 연구는 취약계층인 방문간호대상자에게 자기효능감을 증진시키고 건강행위변화를 유도하고자 대상자의 가정을 방문하여 코칭 중재를 적용한 첫 시도로 연구의 의의가 있다. 또한 건강코칭전략과 방문간호서비스의 과정평가를 위해 실제 중재과정을 녹음하여 방문간호의 사례관리 서비스 내용 및 질에 대한 평가를 시도한 첫 연구로서 의미가 있다. 건강코칭전략은 대상자에게 건강관리에 대한 인식을 긍정적으로 전환시켰고 동기부여를 시켰으며 대상자 스스로 목표를 설정하고 달성하는 과정을 통해서 건강행위를 지속시킬 수 있는 역량이 있는 중재방안임을 과정평가를 통하여 확인하였다. 또한 노인대상자에게 단기간에 제공된 중재였음에도 쉽게 변화하지 않는 식습관의 변화를 야기하였고 영양 관리 수준

이 유의하게 향상이 되었다.

이에 현재 방문간호에서 상대적으로 취약한 것으로 제기되고 있는 중재 제공과정의 문제 즉 동기부여나 자기 참여적 전략이 낮고 건강관리 서비스 계획과 환경 관리 등의 취약요소를 해결하기 위한 방안의 하나로 건강코칭이라는 전략을 고려할 수 있도록 양적 및 질적 측면의 효과성에 대한 자료를 제공하였다.

이에 본 연구는 방문간호 대상자 및 만성질환자의 건강문제를 사정하고 건강목표를 수립하여 방문간호대상자가 건강행위를 지속 시킬 수 있는 중재 전략으로 개발되어 질 수 있을 것으로 기대되어진다.

4. 연구의 제한점

본 연구의 수행과 결과에 있어 다음과 같은 제한점이 존재한다.

첫째, 본 연구에서 자기효능감을 측정하는 도구인 자기관리자신감은 신뢰도가 .63이었다. 이에 자기 효능감 도구의 타당도 낮아 효과가 제대로 규명되지 않았을 수 있다.

둘째, 본 연구에서는 시도한 건강코칭은 영양관리수준의 향상에 효과가 있는 것으로 밝혀졌으나 자기효능감 및 건강행위실천과 삶의 질 등에 미치는 효과 등은 규명되지 못하였다 이는 표본수의 부족으로 인해 그 효과가 제대로 규명되지 않았을 가능성을 배제하기 어렵다.

셋째, 고혈압 집중관리 중재를 제공한 방문간호사는 본 연구의 목적에 따라 본인이 제공하는 중재과정을 녹음 하였으며, 코칭간호사가 실험군의 자원을 연계하고 필요 물품을 대상자에게 지급하는 과정에 개입하였다. 이에 실험효과의 확산 및 실험자 효과가 야기 되어 내외적 타당도에 영향을 미쳤을 가능성이 존재한다.

넷째, 본 연구는 여성 고혈압 노인만을 대상으로 분석하였기에 여성

고유의 특성이 연구결과에 영향을 미쳤을 가능성이 존재하며 이에 본 연구결과를 노인전체 또는 방문간호대상자 전체의 특성으로 일반화하기에는 제한점이 존재한다.

Ⅵ. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 취약계층인 방문건강관리사업 여성노인 고혈압 대상자에게 자기효능감을 강화시키는 전략으로서 건강코칭프로그램의 효과성을 양적 연구로 파악하고자 하였다. 또한 유사한 개념과 전략을 가지고 있는 건강코칭과 방문간호서비스의 질적 서비스에 대한 과정평가를 하였다.

본 연구대상자는 C시 1개 보건소에 등록된 대상자 중 고혈압집중관리 대상이 되는 48명을 편의추출 하였고 이후 대상자들은 24명씩 실험군과 대조군으로 무작위 배정이 되었다. 실험군은 본 연구자에게 건강코칭프로그램을 받았으며 대조군은 두 명의 방문간호사에게 고혈압집중관리 프로그램을 받았다. 최종 분석시 65세 이상의 여자 고혈압 대상자로 한정하여 실험군은 16명 대조군은 22명에 대해 중재효과를 양적으로 분석하였다. 연구기간은 2013년 12월 30일~2014년 3월 24일까지였으며 두 군에게 제공된 중재프로그램은 동일한 기간에 주 1회 방문을 기본으로 8주간 제공되었다. 중재효과에 대한 양적평가 즉 결과 평가는 중재에 참여하지 않은 방문간호사가 대상자의 가정을 방문하여 사전과 사후 2회, 총 3회에 걸쳐 동일한 내용의 설문조사 및 혈압과 체중 측정을 하였다. 과정평가는 중재과정녹음 및 소요시간 측정과 사전사후 2회에 걸친 심층면담을 바탕으로 질적내용분석을 하였다. 중재과정녹음은 녹음에 동의하는 대상자에 한하여 중재과정을 녹음하였으며 8주간의 중재과정 중 방문간호사와 코칭간호사가 동반 방문한 중재 1주차와 전화상담을 실시한 4주차에는 중재과정 녹음을 실시하지 않았다. 이에 중재과정녹음은 6주간 실험군은 16명, 대조군은 12명을 녹음하였다. 심층면담은 동의하는 대상자에 한하여 사전과 사후 2차에 걸쳐 대상자의 가정을 방문하여 본

연구자가 면담하였으며 심층면담대상자는 실험군 14명 대조군 12명으로 총 26명이었다.

본 연구의 종속변수로는 자기효능감, 혈압조절율, 체질량지수, 건강행위실천(의료이용도, 투약순응도, 혈압자가관리, 영양관리수준, 건강행위실천율, 신체활동량)과 주관적 건강감 및 삶의 질을 측정하였다.

수집된 자료는 IBM SPSS/WIN2 0 통계프로그램을 이용하여 분석 하였다. 대상자의 일반적 특성은 서술적 통계로 분석하였고, 인구사회학적 특성 및 종속변수의 동질성 검정은 카이제곱검정(Chi-square test)과 t-test로 분석하였다. 종속변수 중 정규분포하지 않은 의료이용도, 투약순응도, 혈압자가관리와 주관적 건강감은 비모수 검정인 Mann-Whiney U test로 실험군과 대조군간 동질성 검정을 하였고 유의수준은 $p< .05$로 설정하였다. 자기효능감, 체질량지수, 건강행위실천율, 삶의 질의 그룹간 차이와 중재기간에 따른 변화는 반복측정분산분석(repeated measures ANOVA)을 이용하여 분석하였다. 또한 사전값에 대한 평균의 동일성을 보장하기 위해 사전값을 공변량으로 하여 분석하였고 유의수준은 $p< .05$로 설정하였다.

종속변수 중 의료이용도, 투약순응도, 혈압자가관리, 주관적 건강감은 정규분포하지 않아 중재기간에 따른 변화는 비모수 검정인 Friedman검정으로 분석하였고, 각 시점간의 차이에 대한 사후검정을 위해 Bonferroni Correction Method로 유의수준을 보정하여($p< .0167$) Wilcoxon's signed rank test로 검정하였다. 각 군 간의 차이는 Mann-Whiney U tset를 시행하였으며 유의수준은 $p< .05$로 설정하였다.

질적내용분석은 심층면담을 통한 귀납적 내용분석방법을 이용하였다.

가설검정 결과는 다음과 같다.

1) 건강코칭프로그램 후 영양관리수준은 실험군이 대조군보다 향상되었으며 측정시기와 집단간 그리고 집단과 측정시기간의 상호작용 모두 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

2) 건강코칭프로그램 후 혈압자가관리는 실험군과 대조군 모두 중재전보다 혈압자가관리수준이 증가하였고 측정시기에 따라 유의한 변화가 있었다. 두 군 모두 중재 직후 혈압자가관리정도가 가장 높았으며 실험군의 혈압자가관리정도가 유의하게 대조군보다 높았다. 사후검정결과 실험군은 중재전과 한달 후(P0-P2, p=.001) 사이에 유의한 차이를 보였고 대조군은 중재전과 중재직후 사이(P0-P1, p= .000)와 한달 후 사이(P0-P2, p= .004) 그리고 중재직후와 한달 후 사이(p1-p2, p= .000) 모두 에서 유의한 차이를 보였다.
3) 주관적 건강감과 의료이용도, 투약순응도는 실험군과 대조군 모두 측정시기별로 유의한 차이가 없었으며 각 측정시점에 따른 집단간의 유의한 차이는 없었다.
4) 건강코칭프로그램 후 건강행위실천율은 실험군이 대조군보다 향상되었고 측정시기와 집단간 유의한 차이가 있었으나 측정시기와 집단간의 상호작용이 없어 실험군과 대조군 간 통계적으로 유의한 차이가 없었다.
5) 건강코칭프로그램 후 자기효능감, 체질량지수, 신체활동량 및 삶의 질은 실험군이 대조군보다 향상되었으나 집단 간, 측정시기, 측정시기와 집단간의 상호작용 모두 통계적으로 유의한 변화가 없었다.

과정평가 결과는 다음과 같다.

1) 중재제공과정

(1) 중재소요시간 측정시 코칭간호사는 평균 1인당 33분의 시간을 소요하였고 방문간호사는 평균 15분의 시간을 소요하였다.
(2) 중재수행내용 분석시 코칭간호사는 코칭대화를 통해 대상자 중심의 요구도 사정을 하고 대상자 스스로 건강문제를 진단하고 우선순위 및 목표설정을 할 수 있도록 이끌었다. 이 과정에서 4가지 효능감 자원을 효율적으로 사용하였다. 나아가 코칭간호사는 대상자의 요구나 목표설정과정 등에서 필요시 대상자에게 건강교육 및

정보를 제공하고 자원을 연계하였다. 또한 대상자가 장기적으로 목표 수립 할 수 있도록 지지하였고 대상자가 목표달성정도를 평가하고 지속할 수 있도록 동기부여를 하였다.

두 명의 중재 방문간호사는 제공자가 중심이 되어 요구도 사정 및 건강문제를 진단하였고 진단된 건강문제가 관리목표가 되었다. 방문간호사업 업무지침서상에는 존재하나 본 연구에서는 우선순위 설정이나 관리목표합의 등의 과정은 드러나지 않았다. 질병 및 건강관련 교육 시 강의식으로 정보 제공하였고 주로 검사 및 혈압 당뇨 등의 측정결과로 건강상태평가 및 목표달성의 지표로 삼았다. 또한 두 명의 방문간호사간에도 대상자 관리 및 정서적지지 등에 차이를 보였다.

2) 질적내용분석

질적내용분석에서 실험군은 건강코칭을 새로운 경험으로 인식하였다. 대부분의 실험군 대상자는 건강관리 목표를 처음으로 세워 보았으며 운동은 많은 노력을 요하는 활동이 아닌 일상생활에서도 본인을 위해 투자할 만한 가치가 있는 행위로 인식을 하였다. 또한 대상자 스스로 운동 강도와 빈도에 대한 계획을 수립하고 실천하였다. 나아가 영양 관리시 본인의 건강상태에 따라 영양관리의 중요성을 인식하였고 이런 동기부여가 건강행위 실천으로 이어졌다. 또한 코칭중재를 받은 실험군은 코칭간호사와의 심도 있는 대화와 구체적인 건강실천계획을 수립하게 된 것이 가장 큰 건강서비스의 이득이라고 하였다.

이상의 결과로 본 연구에서 실시한 건강코칭프로그램은 고혈압대상자의 영양관리에 유의한 효과가 있는 것으로 밝혀졌다. 또한 과정평가를 통해 건강코칭은 대상자 중심의 중재과정으로 대상자의 목표수립 및 달성을 도우며 대상자가 동기유발이 되도록 지지하는 과정을 가진다. 이에

건강코칭은 대상자 스스로 건강행위를 지속할 수 있도록 하는 중재전략 수립시 유용한 정보 제공 할 수 있을 것이며 만성질환관리 및 방문간호에서 유용한 중재전략으로 발전할 수 있을 것이다.

2. 제 언

1. 본 연구에서 자기효능감의 측정도의 신뢰도가 .63으로 도구의 타당도가 낮아 대상자의 특성을 고려한 자기효능감 측정도구의 개발에 대해 제언한다.
2. 결과 평가시 영양관리수준만 유의하게 효과가 있는 것으로 검증된 것은 표본수의 부족으로 그 효과가 제대로 규명되지 않았을 가능성이 존재한다. 이에 추후 더 많은 표본수를 확보한 반복연구가 필요하다. 나아가 추후 연구의 측정기간을 연장하고 방문 빈도수를 조절하여 장기적인 효과를 비교, 확인하는 후속연구도 필요하다.
3. 코칭은 발전하려는 의지가 있는 개인이 코치와 함께 잠재능력을 최대한 개발하고 발견 프로세스를 통해 목표설정, 전략적인 행동, 그리고 매우 뛰어난 결과의 성휘를 가능하게 해주는 강력하면서도 협력적인 관계이다(도미향, 2013에서 인용). 이에 추후 연구에서는 비만, 금연 또는 스트레스 완화 등 대상자 스스로 자신의 건강문제를 인식하고 적극적으로 건강문제를 해결하고자 하는 강한 요구와 의지가 있는 집단을 대상으로 코칭연구를 해볼 것을 제언한다.

References

고영. (2010). *취약계층 고혈압 대상자를 위한 방문건강관리사업의 비용 편익분석.* 서울대학교 대학원 박사학위논문, 서울.

고영, 임은실. (2010). 변화단계 이론에 근거한 취약계층 노인의 식 행위 관련 요인분석. 한국노년학*, 30*(3), 695-708.

국립특수교육원. (2009). *특수교육학 용어사전.* 서울: 도서출판 하우.

김경원, 문은혜. (2011). 만 50세 이상 고혈압 성인 대상 영양교육의 효과 평가. *대한지역사회영양학회지, 16*(1), 62-74.

김경희, 이명옥, 이재국, 류시원. (2008). 원격관리시스템을 활용한 보건진료소에 등록된 고혈압 환자의 치료순응도. *한국보건정보통계학회지, 33*(2), 59-76.

김상희, 이지현, 고광욱, 하현보. (2008). 전화코칭을 동반한 저강도 운동 프로그램이 방문건강관리 노인의 체력에 미치는 효과. *기본간호학회지, 15*(4), 457-466.

김윤지, 하주영. (2011). 신체활동증진을 위한 방문운동 및 전화코칭이 허약노인의 체력과 삶의 질에 미치는 효과. *성인간호학회지, 23*(2), 198-207.

김의철, 박영신, 양계민. (1999). *자기효능감과 인간행동: 이론적 기초와 발달적 분석.* 서울. 교육과학사

김혜련. (2005). 만성질환 유병과 주관적 건강수준의 사회계층별 차이와 건강행태의 영향. *보건사회연구, 25*(2), 3-35.

김희선. (2006). 일 지역 노인의 주관적 건강인식, 건강증진행위 및 건강관련 삶의 질과의 관계. *노인간호학회지, 8(2)*, 117-127.

김희연. (2010). *저소득 취약계층 건강 보호 방안 연구*, 경기: 경기개발연구원.

도미향. (2013). *코치 강사 (KCL) 자격과정 워크샵*, 충북: 한국코칭학회
도미향, 정미현, 김응자. (2011). *성격과 코칭의 이해*: 서울: 도서출판 신정.
도미향, 채경선. (2006). 부모 자녀관계 코칭기법 적용을 위한 기초연구. *한국부모교육학회, 3*(2), 69-89.
문현정, 이인숙. (2013). 취약계층 재가노인의 사례관리 성과와 영향요인에 관한 구조모형 구축. *대한간호학회지, 43*(6), 791-800.
박남희. (2003). 고혈압환자를 위한 자조관리 프로그램의 효과. *보건교육·건강증진학회지, 20*(3), 207-219.
박승미, 박연환. (2010). 재가 노인의 신체활동 예측요인. *대한간호학회지, 40*(2), 191-201.
박영임, 전명희. (2001). 일부 농촌지역 고혈압환자의 자가간호 증진과 혈압조절을 위한 자기조절 프로그램 효과. *대한간호, 40*(4), 59-61.
박주영. (2010). 제2형 당뇨병 환자의 자가관리, 당화혈색소 및 주관적 건강상태. *기초간호자연과학회지, 12*(2), 106-113.
보건복지가족부, 건강증진사업지원단. (2009). *2009년 맞춤형 방문건강관리사업 고혈압을 중심으로 한 사례관리*. 한국건강증진재단.
보건복지부. (2008). *2009년 맞춤형 방문건강관리 사업안내*. 서울: 보건복지부
보건복지부, 질병관리본부. (2013). *2012 국민건강통계 국민건강영양조사 제5기 3차년도[2012]*. 충북: 보건복지부
보건복지부, 한국건강증진재단. (2011). *2011 맞춤형 방문건강관리사업 집중건강관리 중재집 고혈압 편*. 충북: 보건복지부
보건복지부, 한국건강증진재단. (2013). *2013 지역사회통합 건강증진사업 안내 [방문건강관리분야]*. 충북: 보건복지부
서순림, 이은현. (2011). 저소득층 고혈압 노인의 약물복용행위와 자가간호 예측 경로모형. *성인간호학회지, 23*(4), 374-385.
손경옥, 유왕근. (2004). 보건교육방법이 본태성 고혈압 환자의 건강행위 이행에 미치는 효과. *보건교육·건강증진학회지, 21*(2), 215-231.

손연정, 박영례. (2005). 만성질환자의 가족지지, 자기효능감 및 자가간호수행간의 관계. *성인간호학회지, 17*(5), 793-801.

송라윤, 이해정. (2000). 원내 심장 재활프로그램이 심혈관질환자의 행동수정과 삶의 질에 미치는 영향. *대한간호학회지, 30*(2), 463-475.

송미숙, 안옥희, 김영희, 김현숙, 배현임. (2009). *맞춤형 방문건강관리사업 전담간호사 직무분석을 통한 적정 업무량 산정. 보건복지부.*

양순옥, 안수연, 임은실, 권명순. (2008). 강원도 맞춤형 방문건강관리사업 효과 - 고혈압.당뇨 사례관리 중심. *지역사회간호학회지. 19*(1), 88-100.

엄선옥, 이인숙. (2013). 고혈압 환자의 건강행태와 생활습관 실천정도. *간호학의 지평, 10*(1), 32-40.

엄애용. (2009). 고혈압 환자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *기초간호자연과학회지, 11*(2), 136-142.

유대현, 여인성. (2013). 노인의 주관적 건강, 일상생활 및 운동능력, 사회적 관계의 인과관계. *한국체육학회지-인문사회과학, 52*(1), 351-361.

유수정, 송미순, 이윤정. (2001). 자기효능증진 교육프로그램이 고혈압 노인의 자기효능감, 자가간호행위 및 혈압에 미치는 효과. *성인간호학회지, 13*(1), 108-122.

유재성. (2009). 상담과 코칭의 분리-통합 접근. *한국기독교상담학회지, 18*(0), 95-120.

유호신, 이숙자, 박은숙, 박영주, 최행지, 황나일, 임지영, 안혜윤. (2003). *지역사회 와상 및 재활 환자관리체계 구축을 위한 보건소 방문보건센터 실행모형 개발.* 서울: 보건복지부.

윤순녕, 이갑순, 이홍자, 신용애, 김춘미, 최정명, 현혜진, 김정희. (2000). *건강증진.* 서울: 수문사.

윤진숙, 정영혜, 박정아, 오현미. (2002). 만성질환 증상을 두 가지 이상 보유한 성인에 있어서 개인 단위의 영양교육 효과. *대한지역사회영양학회지, 7*(6), 794-802.

윤태호. (2007). 우리나라 건강불평등 해소를 위한 정책 제안. *대한예방의학회, 40*(6), 447-453.

이경희, 박청자, 김명애, 박경민, 박정숙, 신영희, 이병숙. (2003). 자기조절 프로그램이 고혈압 환자의 자기효능감 및 자가간호 수행에 미치는 효과에 대한 메타 분석. *대한보건협회학술지, 29*(3), 269-274.

이석구, 전소연. (2008). 고혈압 환자들의 관점에서 본 혈압관리에 대한 지식, 태도, 실천: 질적연구. *예방의학회지, 41*(4), 255-264.

이순영, 이윤환, 백종환, 한진아, 강연지, 김진희. (2009). *맞춤형 방문건강관리사업 코호트 구축 및 중장기 전략수립을 위한 연구*. 서울: 보건복지부, 아주대학교 의과대학 건강증진사업지원단.

이원재, 김혜정, 이재은. (2008). 성남시 유비쿼터스 고혈압 관리에 대한 평가. *보건교육·건강증진학회지, 25*(1), 13-23.

이인숙. (2004). 취약계층의 방문간호 서비스 요구 특성. *대한간호학회지, 34*(6), 1025-1034.

이인숙, 양순옥, 고영, 김효신. (2009). *맞춤형 방문건강관리사업 코호트 구축 및 중장기 전략수립을 위한 연구*. 서울대학교 간호대학 건강증진사업지원단.

이정섭, 오세영, 한혜숙, 이여진. (2001). 고혈압 환자의 대처경험. *대한간호학회지, 31*(5), 759-769.

임경숙. (2008). 고혈압 여자 노인 대상의 보건소 영양교육 효과 분석. *대한지역사회영양학회지, 13*(5), 640-652.

임경숙, 이태영. (2004). 노인의 영양섭취상태에 영향을 미치는 인구사회학적 요인 분석. *한국영양학회지, 37*(3), 210-222.

임은실. (2009). *맞춤형 방문건강관리사업에서 노인을 대상으로 한 고혈압 사례관리 비용-편익 분석*, 연세대학교 대학원 박사학위 논문, 서울.

전소연, 이석구. (2008). 고혈압 지각과 관리행동 유형 연구. *주관성연구*

(16), 135-147.

정복선, 강희경, 곽미열, 김은숙, 김현영, 박은숙, 송계용, 신향숙, 윤복희, 이은경, 임정순. (2006). 고혈압 자가관리 이행증진프로그램이 본태성 고혈압 환자의 신체생리지수, 지식 및 자가관리 이행도에 미치는 영향. *대한간호학회지, 36*(3), 551-560.

조희숙, 정수미, 이혜진. (2012). 대사증후군 대상자들의 건강코칭프로그램 평가. *보건교육·건강증진학회지, 29*(1), 97-108.

주경옥, 소희영. (2008). 심혈관질환자의 영양교육이 자기효능감, 식행동양상 및 심혈관 위험요인에 미치는 효과. *대한간호과학회지, 38*(1), 64-73.

진영란, 이인숙. (2004). 지역사회 고혈압 관리 사업의 방향 재설정. *지역사회간호학회지.*

차보경, 장혜경, 손정남. (2004). 자기효능 증진 프로그램 효과에 대한 메타분석. *한국간호과학회, 34*(6), 934-944.

천병렬, 감신, 임정수, 박순우, 박정한, 임부돌. (2002). 고혈압 환자의 연간 내원일수, 처방일수 그리고 진료비. *예방의학회지.*

최경원, 임지영, 김은주. (2012). 맞춤형 방문건강관리사업 상담매뉴얼 개발과 효과. *한국콘텐츠학회논문지, 12*(9), 226-233.

통계청. (2013). *만성질환 미래예측 및 향후 정책방향.* Retrieved from e-나라지표, website:http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd =1438

한국민족문화대백과사전.(1991). *빈곤* Retrieved from 두산백과 *http://encykorea.aks.ac.kr/Contents/Index.*

형희경, 장효순. (2011). 맞춤형 방문건강관리사업 노인대상자의 고혈압군, 당뇨군, 고혈압.당뇨군별 건강상태 및 건강행태 비교. *지역사회간호학회지, 22*(1), 11-21.

황향희, 김보람, 김지나. (2013). 노인건강운동프로그램 참여자의 주관적

건강인식과 일반정신건강 및 삶의 질의 관계. *한국체육과학회지, 22*(3), 503-515.

Bandura A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control,* New york: USA: W.H Freeman

Bennett, H. D., Coleman, E. A., Coleman, C., Bodenheimer, T., Chen, E. H. (2010). Health coaching for patients with chronic illness. *Fam Pract Manag, 17*(5), 24-29.

Bodenheimer, T. (2008). Training curriculum for health coaches.

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *the journal of the American Medical Association, 288*(19), 2469-2475.

Browning, C., Chapman, A., Cowlishaw, S., Li, Z., Thomas, S. A., Yang, H., Zhang, T. (2011). The Happy Life Club study protocol: a cluster randomised controlled trial of a type 2 diabetes health coach intervention. *BMC Public Health, 11*, 90.

Browning, C. J., Thomas, S. A. (2003). Six-month outcome data for the Good Life Club project: An outcomes study of diabetes self-management. *Australian Journal of Primary Health, 9*(3), 192-198.

Burmeister, G. (2008). Can we learn to be healthy?—Successful health coaching in a female hypertension patient. *European Journal of Integrative Medicine, 1*, 22-23.

Cavalcante, M. A., Bombig, M. T. N., Luna Filho, B., Carvalho, A. C. d. C., de Paola, A. A., Póvoa, R. (2007). Quality of life of hypertensive patients treated at an outpatient clinic. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 89*(4), 245-250.

Clark, M. J., Curran, C., Noji, A. (2000). The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. *Public Health Nursing, 17*(6), 452-459.

Cooper, L. A., Roter, D. L., Carson, K. A., Bone, L. R., Larson, S. M., Miller, E. R., 3rd, Barr, M. S., Levine, D. M. (2011). A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. *J Gen Intern Med, 26*(11), 1297-1304.

Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland, D. T., LeFevre, M. L., MacKenzie, T. D., Ogedegbe, Olugbenga., Smith Jr, Sidney C., Svetkey, Laura P., Taler, Sandra J., Townsend, R. R. (2013). 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *American Medical Association, 311(5).* 507-520.

Foster, G., Taylor, S. J., Eldridge, S. E., Ramsay, J., Griffiths, C. J. (2007). Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane database syst Rev.*

Frich, L. M. H. (2003). Nursing interventions for patients with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing, 44*(2), 137-153.

Funnell, M. M. (2010). Peer-based behavioural strategies to improve chronic disease self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Family practice, 27*(suppl 1), i17-i22.

Gary, T. L., Batts-Turner, M., Yeh, H. C., Hill-Briggs, F., Bone, L. R., Wang, N. Y., Levine, D. M., Powe, N. R., Saudek, C. D., Hill, M. N., McGuire, M., Brancati, F. L. (2009). The effects of a nurse case manager and a community health worker team on diabetic control, emergency department visits, and hospitalizations among urban African Americans with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med, 169*(19), 1788-1794.

Gist, M. E., Mitchell, T. R. (1992). Self-Efficacy: A Theoretical Analysis of Its Determinants and Malleability. *The Academy of Management Review, 17*(2), 183-211.

Glanz, K. (1985). Nutrition education for risk factor reduction and patient education: a review. *Preventive Medicine, 14*(6), 721-752.

Glynn, L. G., Murphy, A. W., Smith, S. M., Schroeder, K., Fahey, T. (2010). Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane database syst Rev, 3*(3).

Goessens, B. M., Visseren, F. L., de Nooijer, J., van den Borne, H. W., Algra, A., Wierdsma, J., van der Graaf, Y. (2008). A pilot-study to identify the feasibility of an Internet-based coaching programme for changing the vascular risk profile of high-risk patients. *Patient Educ Couns, 73*(1), 67-72.

Johnston-Brooks, C. H., Lewis, M. A., Garg, S. (2002). Self-efficacy impacts self-care and HbA1c in young adults with Type I diabetes. *Psychosomatic medicine, 64*(1), 43-51.

Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment

of High Blood Pressure Deceased. (1993). The fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). *Arch Intern Med, 153*(2), 154-183.

Kannel, W. B. (1996). Blood pressure as a cardiovascular risk factor. *The journal of the American Medical Association, 275*(20), 1571-1576.

Kelly, J., Menzies, D., Taylor, S. (2003). The Good Life Club: Methodology and study design-a discussion. *Australian Journal of Primary Health, 9*(3), 186-191.

Lanese, B. S., Dey, A., Srivastava, P., Figler, R. (2011). Introducing the health coach at a primary care practice: impact on quality and cost (Part 1)[a]. *Hosp Top, 89*(1), 16-22.

Lanese, B. S., Dey, A., Srivastava, P., Figler, R. (2011). Introducing the health coach at a primary care practice: a pilot study (part 2)[b]. *Hosp Top, 89*(2), 37-42.

Lawes, C. M., Vander Hoorn, S., Rodgers, A. (2008). Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet, 371*(9623), 1513-1518.

Lawson, K. L., Jonk, Y., O'Connor, H., Riise, K. S., Eisenberg, D. M., Kreitzer, M. J. (2013). The impact of Telephonic Health Coaching on Health Outcomes in a High-risk Population. *Glob Adv Health Med, 2*(3), 40-47.

Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown, B. W., Jr., Bandura, A., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D., Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes.

Med Care, 39(11), 1217-1223.

Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract, 4*(6), 256-262.

Margolius, D., Bodenheimer, T. (2010). Controlling hypertension requires a new primary care model. *Am J Manag Care, 16*(9), 648-650.

O'Hara, B. J., Phongsavan, P., Eakin, E. G., Develin, E., Smith, J., Greenaway, M., & Bauman, A. E. (2013). Effectiveness of Australia's Get Healthy Information and Coaching Service: maintenance of self-reported anthropometric and behavioural changes after program completion. *BMC Public Health, 13*, 175.

Peyrot, M. (1999). Behavior change in diabetes education. *The Diabetes Educator, 25*(6 suppl), 62-73.

Schilke, J. (1991). Slowing the aging process with physical activity. *Journal of gerontological nursing, 17*(6), 4-8.

Stanford patient Education Research Center. *patient Education*, Retrieved from Stanford school of Medicine. *Website: http://patienteducation.stanford.edu/research/*

Steed, L., Lankester, J., Barnard, M., Earle, K., Hurel, S., Newman, S. (2005). Evaluation of the UCL diabetes self-management programme (UCL-DSMP): a randomized controlled trial. *Journal of health psychology, 10*(2), 261-276.

Strecher, V., Wang, C., Derry, H., Wildenhaus, K., Johnson, C. (2002). Tailored interventions for multiple risk behaviors. *Health Education Research, 17*(5), 619-626.

Vale, M. J., Jelinek, M. V., Best, J. D., Dart, A. M., Grigg, L. E.,

Hare, D. L., Ho, B. P., Newman, R. W., McNeil, J. J. (2003). Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health (COACH): a multicenter randomized trial in patients with coronary heart disease. *Arch Intern Med, 163*(22), 2775-2783.

Verberk, W. J., Kessels, A. G., Thien, T. (2011). Telecare is a valuable tool for hypertension management, a systematic review and meta-analysis. *Blood Press Monit, 16*(3), 149-155.

University of califonia. San Francisco (2007). retrieved from Center for Excellence in Primary Care. website: *http://cepc.ucsf.edu/projects*.

Wangberg, S. C. (2008). An Internet-based diabetes self-care intervention tailored to self-efficacy. *Health Education Research, 23*(1), 170-179.

World Health Organization(2014) *cardiovascular diseases* Retrieved from WHO *Website*:http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/en/index.html

Wolever, R., Dreusicke, M., Fikkan, J., Hawkins, T., Yeung, S., Wakefield, J., Duda, L., Flowers, P,. Cook, C., Skinner, E. (2010). Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes a randomized clinical trial. *The Diabetes Educator, 36*(4), 629-639.

Appendices

Appendix 1. 연구대상자보호심의결과 통보서

연구대상자보호심의결과 통보서

승인번호: 2013-105

연구제목: 건강코칭프로그램이 취약계층 고혈압대상자의 자기효능감, 건강행위실천 및 삶의 질에 미치는 효과

책임 연구자: 엄선옥

연구 기간: 2013년 12월 27일 ~ 2014년 4월 30일

위 연구는 연구 대상자 선정과 연구 절차에 있어서 연구 대상자에게 위험성(또는 맹검성)을 최소화 했으며 연구 대상자 신원보호와 연구 참여 동의서 양식이 명확하게 제시되어있어 연구 시행이 가능한 것으로 통과 되었습니다. 본 위원회에서는 연구자가 연구참여자(환자, 간호사)에게 연구과정 중에 참여를 중단할 수 있는 권리를 충분히 알려주도록 권고합니다.

단, 연구과정에서 발생하는 모든 문제는 연구자의 책임임을 알려 드립니다.

2013년 12월 27일

서울대학교 간호대학
연구대상자보호심의위원장

Appendix 2. 참여 동의서

협조기관 자료수집 승인서

연구제목 : 건강코칭프로그램이 취약계층 고혈압대상자의 자기효능감, 건강행위 실천 및 삶의 질에 미치는 효과

연구자 : 엄 선 옥 (연락처 : 010-6379-5435)

본 연구의 목적은 취약계층 고혈압대상자에게 건강코칭프로그램을 적용하여 효과성을 평가하는 것입니다. 연구에 참여하는 모든 분들의 비밀을 절대 보장할 것이며 연구에서 수집된 자료는 연구 이외의 목적으로는 사용하지 않을 것을 약속 합니다. 연구를 통하여 얻은 자료는 취약계층 고혈압 대상자에게 유용한 중재 프로그램 개발의 기초자료 및 중재프로그램으로 개발되어 활용 되어질 것으로 기대합니다.

본 기관은 박사과정생 엄선옥의 연구를 위한 조사를 승인합니다.
해당 기관은 서울대학교 연구대상자 보호심사위원회의 규정을 준수합니다.

기관명 : 춘천시보건소

기관장 : 방문보건과 계장 김명희 (인)

소재지 : 강원도 춘천시 중앙로 135

연락처 : 033-250-4561

날 짜 : 2013. 12. 6

Appendix 3. 참여 동의서

연구 참여 동의서

연구제목 : 건강코칭프로그램이 취약계층 고혈압대상자의 자기효능감, 건강행위 실천 및 삶의 질에 미치는 효과

안녕하십니까? 저는 서울대학교 간호대학 박사 과정생 엄선옥입니다.
저의 연구에 참여하여 주심을 진심으로 감사드립니다.
본 연구의 목적 및 세부사항은 아래와 같습니다.

연구의 목적

본 연구는 지역사회 고혈압 환자분들께 양질의 건강 서비스를 제공하고자 건강코칭프로그램을 실시하여 효과성을 평가하고 더불어 귀하가 제공받으신 프로그램의 질을 평가하기 위한 목적을 가집니다.

연구의 절차

본 연구 참여에 동의하신 분은 연구의 타당도 확립을 위해 "건강코칭프로그램"과 "고혈압집중관리" 두 종류의 건강관리서비스 중 한 가지 건강관리서비스에 참여하시게 됩니다. 본 연구에 동의하여 참여하신 모든 분들은 컴퓨터에 의해 동등하게 무작위로 배정되어 1/2의 대상자분은 건강코칭프로그램 서비스를 받으시며, 나머지 1/2의 대상자분께서는 고혈압집중관리 서비스를 받으시게 됩니다.

두 가지 건강관리서비스 모두 간호사가 제공하며 기간은 주 1회씩 8주간 총 8회 동안 제공합니다. 간호사가 직접 귀하의 댁을 방문하여 혈압측정 및 고혈압 관리와 관련된 건강관리서비스를 해드립니다. 경우에 따라 총 8회 가정방문 중 1-2회는 전화 상담으로 이루어 질 것입니다. 또한 동의하신 분에 한하여 건강관리 서비스에 대한 과정평가를 하기 위해 8주간 간호사가 귀댁을 방문하여 건강관리서비스를 하는 전 과정을 간호사가 녹음할 것입니다. 총 방문상담시간은 귀하의 건강상태 및 상담내용에 따라 1회 방문 당 1시간~2시간 내외로 소요 될 것입니다. 전화상담은 10-20분 정도 소요 될 것입니다.

본 연구의 효과성을 평가를 하기 위해 귀하에게 총 3회의 설문과 2회의 심층면담을 실시할 것입니다.

<설 문>

귀하의 고혈압 관리정도(식이, 흡연, 음주, 운동여부고혈압관리에 대한 자신감과 삶의 질) 등에 관련된 사항을 설문할 것입니다. 건강관리서비스전과 건강관리서비스가 끝난 직후, 그리고 한달 후 총 3회에 걸쳐 귀댁을 간호사가 방문하여 설문하며 소요시간은 15~20분정도 걸릴 것입니다.

<심층면담>

귀하가 받으신 건강서비스의 질에 대해 평가하고자 동의 하신 대상자에 한하여 심층면담을 할 것이며 모든 과정은 녹음이 될 것입니다. 심층면담은 본 연구자가 귀댁으로 방문하여 주로 고혈압관리서비스를 받으신 경험에 대해 여쭐 것이며 대상자분에 따라 틀리나 대략 한시간정도 소요 될 것입니다. 심층면담은 건강관리서비스 시작 전과 종료 시 두 번에 걸쳐 진행됩니다.

이에 본 연구에 참여에 동의 하시는 대상자분은 총 8주간의 간호사가 귀댁을 방문하여 제공하는 두 가지 건강관리서비스 중 컴퓨터에 의해 무작위로 배정된 한 가지 서비스를 제공받으시게 되며 총 3회의 설문조사를 받으시게 됩니다.

동의하시는 분에 한해 2회의 심층면담을 본 연구자와 하시게 됩니다.

더불어 동의를 하시는 분에 한하여 8주간 건강관리서비스를 받으시는 전 과정을 담당 간호사가 녹음하게 됩니다.

위험과 혜택

본 연구는 간호사가 가정을 방문하여 고혈압 관리에 대한 상담을 위주로 진행하며 침습적인 과정이 없어 연구와 관계된 신체, 정신적 손상의 위험은 매우 적습니다.

또한 연구 대상자 분께는 고혈압관리에 도움이 될 수 있는 정보 및 자원을 간호사가 제공하여 드리는 이점이 있으며, 각 설문 조사시 마다 가정을 방문하여 조사함으로 대상자분의 번거로움을 최소화하며, 연구에 참여하신 대상자분들의 노고에 고혈압 및 건강관리에 도움이 될 수 있는 소정의 사례품을 드려 보답하고자 합니다.

안전보장

연구를 통해 수집된 모든 정보는 개인의 사적 정보보장을 위해 매우 엄격하게 관리, 보관 될 것입니다. 수집된 모든 자료는 춘천시보건소 방문보건프로그램에 저장되며 프로그램에 저장된 자료는 외부로 유출할 수 없습니다. 설문자료

를 분석 할 때는 개인 신상과 관련된 정보나 특정인명 지명 등은 모두 암호화 하여 문서화 되므로 문서만으로는 참여하시는 모든 대상자분의 유출되지 않습니다. 개인면담 한 심층자료와 녹음자료는 연구기간동안 본 연구자의 개인공간에 비치된 컴퓨터에 암호화하여 보관할 것이며 연구외의 목적으로는 사용하지 않을 것이며, 연구가 종료된 후 모두 폐기할 것입니다.

연구참여 취소

본 연구에 참여하시는 것은 자발적으로 이루어지는 것이며 원하시면 언제든지 연구 참여를 취소하실 수 있습니다.

연구자 연락처

본 연구 책임자는 서울대학교 간호대학 박사과정생 엄선옥이며 연구에 문의가 있을 시에는 아래의 번호로 연락주시면 도움 드리겠습니다.

연락처 : 010-6379-5435

본 연구에 대한 설명을 충분히 들으신 후 본인이 동의하시고 참여하시길 원하시는 연구 과정에 ✔ 표시를 하여 주십시오. 표시하신 항목에 한하여만 연구에 참여하시게 됩니다.

□ ① 나는 연구 참여시 무작위로 배정되어 건강코칭프로그램이나 고혈압집중관리 서비스 중 한 가지 서비스만을 받게 되는 것에 대해 동의하며, 해당되는 연구에 참여하고 설문하는 것에 동의합니다.

□ ② 나는 두 번의 심층면담 및 면담내용을 녹음을 하는 것에 동의하고 참여하겠습니다.

□ ③ 나는 간호사가 8주 동안 방문시마다 상담 내용을 녹음 하는 것에 동의하겠습니다.

□ ④ 나는 위의 ①②③번의 모든 항목에 동의하고 연구에 참여하겠습니다.

“ 본인은 이 연구에 대한 설명을 충분히 들었으며, 이 연구에 참여할 것을 동의합니다. 본인은 자발적으로 이 연구에 참여하고 있음을 알고 있습니다.”

성 명 : _____ 날 짜:_____

이 연구는 서울대학교 간호대학 연구대상자 보호 심사 위원회 승인을 받았습니다.

Appendix 4. 연구도구

방문일	년 월 일 1차( ) 2차( ) 3차( )	가구등록번호	
		연락처	
가구주 성명		대상자 성명	
성별	□ ①남 □ ②여	방문간호사 성명	(서명)

신장	체중	BMI	허리 둘레	혈압	혈당	TC	TG	HDL	LDL
					mg/dL (□공복 □식후)				
cm	kg		cm	/ mmHg					

1. 연령 만_____세 (사전조사시점 기준)
2. 결혼상태 □ ① 미혼 □ ② 유배우자 □ ③ 사별
   □ ④ 이혼 □ ⑤ 별거
3. 교육수준 □ ① 무학 □ ② 초졸 이하 □ ③ 중졸 이하
   □ ④ 고졸 이하 □ ⑤ 대졸(전문대포함)이상
4. 의료보험 □ ① 지역 □ ② 직장 □ ③ 의료급여 1종
   □ ④ 의료급여 2종
5. 종 교 □ ① 없다 □ ② 있다
6. 직 업 □ ① 없다 (7번 질문) □ ② 있다.(6-1 질문)

   6-1. 해당되는 대표직종에 표시

   □ ① 관리자,전문가 및 관련종사자
   □ ② 사무종사자
   □ ③ 서비스 및 판매종사자
   □ ④ 농립어업, 숙련종사자
   □ ⑤ 기능원, 장치, 기계조작 및 조립종사자
   □ ⑥ 단순노무종사자
   □ ⑦ 기타

7. 가족형태

7-1. 가족구성

□ ① 1세대 □ ② 2세대 □ ③ 3세대

7-2. 구성요인

□ ① 다문화가족 □ ② 조손가족 □ ③ 한부모가족

□ ④ 독거노인 □ ⑤기타

▣ 가족구성

- 1세대: 독거 또는 부부
- 2세대: 부부와 자녀가 같이 사는 가족(일반가족, 한부모가족, 조손가족)
  - ✔한부모가족: 모자가족 또는 부자가족으로 만 19세 미만아동(취학중인 경우 22세 미만)인 자녀가 있는 경우
- 3세대: 노부모를 모시고 부부와 자녀가 같이 사는 가족

1. 의료이용

	항 목	구분	1차 (월/ 일)	( )회 차 (월/ 일)
1	정해놓고 상담하는 의사(주치의)가 있습니까?	① 예 ② 아니오		
2	(주치의가 있는 경우) 주치의와 궁금한 점에 대한 질문과 대답이 만족스럽게 이루어집니까?			
3	최근 3개월간 고혈압 관련 질환으로 인한 외래이용 경험이 있습니까?			
4	최근 3개월간 고혈압 관련 질환으로 인한 외래이용횟수는 몇 번 입니까?		( )회 /최근 3개월	( )회 /집중관리 2-4개월

• 고혈압 또는 고혈압과 관련된 질환일 경우에 해당됨

• 1차에는 최근 3개월 동안, 2,3회차에는 집중관리기간 동안의 이용 상태 기입

2. 투 약

	항 목	구분	응 답
1	지난 1개월간 처방된 약물은 의사의 지시대로 매일 복용하셨습니까?	① 전혀 못했다 (0일/주) ② 가끔(1~2일/주) ③ 절반(3~4일/주) ④ 자주(5~6일/주) ⑤ 언제나(7일/주)	

3. 혈압 자가측정

	항 목	구분	응 답
1	혈압 측정기를 갖고 계십니까?	① 예 ② 아니오	
2	혈압측정을 정기적으로 하셨습니까?	① 전혀 못했다 (0일/주) ② 가끔(1~2일/주) ③ 절반(3~4일/주) ④ 자주(5~6일/주) ⑤ 언제나(7일/주)	
3	혈압측정 결과를 기록하셨습니까?		
4	혈압이 크게 변화하였으면 그에 따라 의사와 상담하셨습니까?		

• 혈압 측정기 보유여부와 무관하게 모두 조사함

4. (최근 3개월 동안) 자기관리 자신감

	항 목	구분	응 답
1	바쁜 날에도 계획대로 나 스스로 운동을 할 수 있다.	① 전혀 못했다 (0일/주) ② 가끔(1~2일/주) ③ 절반(3~4일/주) ④ 자주(5~6일/주) ⑤ 언제나(7일/주)	
2	알맞게 운동 빈도를 조절하여 운동을 할 수 있다.		
3	잊지 않고 정확하게 약을 먹을 수 있다.		
4	먹는 양을 조절할 수 있다.		
5	기름기 많고 짠 음식을 적게 먹을 수 있다.		
6	다른 사람이 담배피우는 것을 볼 때 담배를 피우지 않을 수 있다.		
7	스트레스를 받아도 담배를 피우지 않을 수 있다.		
8	술을 적게 먹을 수 있다.		
9	작은 일에 흥분하지 않고 나 자신의 감정을 조절할 수 있다.		
10	우울한 느낌이 있을 때 스스로 기분전환을 할 수 있다.		
총 점			

5. 영양관리

	항 목	전혀 못함 (0일/주)	가끔 (1~2일/주)	절반 (3~4일/주)	자주 (5~6일/주)	언제나 (7일/주)	응 답
1	규칙적인 식사를 하셨습니까?	1	2	3	4	5	
2	일주일에 간식은 몇 번이나 드십니까?	5	4	3	2	1	
3	일주일에 외식을 얼마나 자주 하십니까?	5	4	3	2	1	
4	면류를 드실 때 라면이나 국수, 면류의 국물을 전부 드십니까?	5	4	3	2	1	
5	탕이나 찌개, 국물 음식을 드실 때 국물을 많이 드시는 편입니까?	5	4	3	2	1	
6	치즈, 어묵, 햄, 소세지 등의 가공식품과 인스턴트 식품을 즐겨 먹습니까?	5	4	3	2	1	
7	김치, 찌개, 젓갈 등 저장성 음식을 즐겨 먹습니까?	5	4	3	2	1	
8	맛을 보기 전에 소금이나 간장을 더 뿌리거나 소스를 곁들이십니까?	5	4	3	2	1	
9	항상 포만감이 느껴질 때까지 먹습니까?	5	4	3	2	1	
10	매일 신선한 야채를 충분히 먹습니까?	1	2	3	4	5	
총 점							

6. (최근 3개월 동안)지역사회 보건의료자원 이용

	항 목	구 분	1차		( )회차	
1	고혈압 교실	⓪이용하지 않음 ①보건소 ②복지관 ③주민센터 ④병원 ⑤기타		( )회/최근 3개월		( )회/집중관리 2-4개월
2	비만 교실			( )회/최근 3개월		( )회/집중관리 2-4개월
3	영양 교실			( )회/최근 3개월		( )회/집중관리 2-4개월
4	기 타			( )회/최근 3개월		( )회/집중관리 2-4개월

- 지역사회 서비스를 이용한 적이 있다면 기관명, 전체 이용횟수 기입
- 의사와의 개별적 상담 및 교육은 제외
- 1차에는 최근 3개월 동안, 2, 3회 차에는 집중관리기간 동안의 이용 상태 기입
- 중복응답 가능

7. 행동체크리스트 평가결과

선택	확인할 내용	총일수	실천일수	실천율
	오늘 약은 드셨습니까?			
	오늘 금연하셨습니까?			
	오늘 절주하셨습니까?			
	오늘 운동은 하셨습니까?			
	오늘 혈압은 정상이십니까?			
	오늘 혈당은 정상이십니까?			
	음식은 싱겁게 드셨습니까?			
	오늘 야채를 충분히 드셨습니까?			
	오늘 스트레스를 잘 조절하셨습니까?			
	하하~~ 호호 소리 내어 15초 이상 웃으셨습니까? (손뼉치며)			

- 총일수는 실제 대상자가 행동체크리스트를 작성한 날짜수로 계산함.

8. 주관적 건강감

	항 목	구분	응 답
1	본인의 건강은 대체로 어떠하다고 생각하십니까?	① 매우좋음 ② 좋음 ③ 보통 ④ 나쁨 ⑤ 매우나쁨	

9. 삶의 질

오늘 귀하의 건강상태를 가장 잘 설명해 주는 하나의 항목에 표시해 주십시오.

영 역	구 분	
1. 운동능력	① 나는 걷는데 지장이 없다 ② 나는 걷는데 다소 지장이 있다 ③ 나는 종일 누워 있어야 한다	▢ ▢ ▢
2. 자기관리	① 나는 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다 ② 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다 ③ 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수 없다	▢ ▢ ▢
3. 일상활동 (일, 공부, 가사일, 가족 또는 여가활동)	① 나는 일상 활동을 하는 데 지장이 없다 ② 나는 일상 활동을 하는 데 다소 지장이 있다 ③ 나는 일상 활동을 할 수 없다	▢ ▢ ▢
4. 통증/불편감	① 나는 통증이나 불편감이 없다 ② 나는 다소 통증이나 불편감이 있다 ③ 나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다	▢ ▢ ▢
5. 불안/우울	① 나는 불안하거나 우울하지 않다 ② 나는 다소 불안하거나 우울하다 ③ 나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다	▢ ▢ ▢

▣ 방문건강관리사업 건강면접조사표(19세 이상)

건강 행태

✔ 흡 연

1. 현재 담배를 피우고 계십니까?

□ ① 현재 매일 피움 ☞ 하루 평균 흡연량 _____ 개피

☞ 지난 1년간 담배를 끊고자 하루(24시간)이상 금연한 적이 있습니까?

□① 예 □② 아니오

□ ② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음

✔ 음 주

2. 술을 얼마나 자주 마십니까?

□ ① 최근 1년간 전혀 마시지 않았다.☞ 3번 문항으로

□ ② 한달에 1번 미만

□ ③ 한달에 1번 정도

□ ④ 한달에 2~4번

□ ⑤ 일주일에 2~3번 정도

□ ⑥ 일주일에 4번 이상

3. 남성의 경우 한 번의 술자리에서 7잔(또는 맥주5캔 정도)이상, 여성의 경우 한 번의 술자리에서 5잔(또는 맥주3캔 정도)이상을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?

□ ① 전혀없다

□ ② 한달에 1번 미만

□ ③ 한달에 1번 정도

□ ④ 일주일에 1번정도

□ ⑤ 거의매일

✔ 신체활동 및 운동

4. 지난 일주일동안 평소보다 숨, 심장박동이 조금 증가하는 중증도 신체활동을 10분 이상 한 날은 며칠입니까? (　　일 /7일)

4-1. 이러한 중등도 신체활동을 한 날, 보통 하루에 몇 분간 했습니까?

하루에 □□시간 □□분

• 일주일 중 실제적으로 운동한 일수를 기입

예) 전혀 하지 않았을 경우 (0일 /7일)

• 중등도 신체 활동 : 천천히 하는 수영, 복식테니스, 배구, 배드민턴, 탁구, 가벼운 물건 나르기 등의 직업 활동 및 체육활동, 단 걷기는 제외

5. 최근 1주일 동안 한 번에 적어도 10분 이상 걸은 날은 며칠입니까?

(　일 /7일)

5-1. 이러한 날 중 하루 동안 걷는 시간은 보통 얼마나 됩니까?

하루에 □□시간 □□분

6. 최근 1주일 동안 스트레칭, 맨손체조 등의 유연성 운동을 한 날은 며칠입니까?

(　일 /7일)

하루에 □□시간 □□분

Appendix 5. 심층면담을 위한 질문지

귀하께서 고혈압 관리와 기존에 받으셨던 건강관리서비스에 대해 어떻게 생각하시는지 몇가지 질문하고자 합니다.

✔ 주제 불러오기

1. 고혈압 또는 고혈압 관리가 귀하에게 어떤 의미인지 생각해보신적이 있으신지요?
2. 고혈압환자로서의 현재 상황에 대해 생각해보신적이 있으신지요?
3. 간호사가 방문(또는 의료기관을 방문하였을 때) 하였을 때 이야기하고 싶은 것에 대해 먼저 이야기 해보신적이 있으신지요? 있으시다면 어떤 방법으로 먼저 이야기를 시작하였는지요?

   1~3번 문항

   (긍정 응답 시) 어떠한 계기로 위와 같이 생각해 보시게 되시었는지요?

   (부정 응답 시) 위와 같은 생각을 해보지지 않은 이유는 무엇인지요?

✔ 강점 찾기

4. 고혈압 관리 목표를 세워 보신 적이 있으신지요?

   (긍정 응답 시)

   - 관리목표를 세워 보신 적이 있으시다면 어떠한 방법으로 세워보셨는지요?
   - 고혈압 관리목표를 세우실 때 도움을 받으신 적이 있으신지요? 있으시다면 어떤 도움을 누구에게 받으셨는지요?

   (부정 응답 시)

   - 관리목표를 세워 보시지 않으신 이유는 무엇인지요?
5. 본인이 시도하셨던 고혈압 관리방법 중 효과적인 방법에 대해 생각해보신적이 있으신지요?

   (긍정 응답 시)

   - 그 효과적인 방법에 대해 더 필요한 사항이나 다른 방법에 대해 좀 더 생각해보신적이 있으신지요?
   - 어떤 계기로 생각해보시게 되셨는지요?

   (부정 응답 시)

   - 효과적인 방법에 대해 생각해보시지 않은 이유는 무엇인지요?

6. 본인의 고혈압 관리에 있어서 표본으로 삼고 싶으신 경험이나 모델이 있으신지요?
   - 있으시다면 어떤 계기로 그 경험이나 모델을 표본으로 삼게 되셨는지요?

✔ 목표실천하기 (4번 응답에서 긍정적인 응답 유도 시 질문)

7. 고혈압 관리를 위해 본인이 정하신 목표를 이루기 위해 무엇을 해야 할지 구체적으로 생각해보신적이 있으신지요?
8. 고혈압 관리를 위해 본인이 정하신 목표의 중요성에 대해 생각해보신적이 있으신지요?
9. 고혈압 관리를 위해 정하신 목표에서 우선적으로 실천해야 할 일들에 대해 생각해 보신적이 있는지요?
10. 고혈압 관리를 위해 세우신 목표달성기간을 정하고 실천해보신적이 있으신지요?
11. 본인이 고혈압 관리를 위해 세운 목표한 대로 실천 한 후 그 결과에 대해 생각해 보신 적이 있는지요?

    7~11번 문항

    (긍정 응답시) 어떠한 계기로 위와 같이 생각해 보시게 되시었는지요?

    (부정 응답시) 위와 같이 생각을 해보시지 않은 이유는 무엇인지요?

✔ 자원찾기

13. 현재 고혈압 관리에 있어 본인의 문제점에 대해 생각해보신적이 있으신지요?
14. 고혈압을 관리함에 있어 필요한 자원이나 도움을 줄 수 있는 분 등에 대해 생각해 보신 적이 있는지요?
15. 본인이 고혈압 관리에서 얻으시려는 결과에 장애가 되는 사람이나 환경 등에 대해 생각해보신적이 있으신지요?
16. 고혈압 관리시 본인이 원하는 결과를 얻기 위해 본인이 바꿀 수 있는 부분에 대해 생각해보신적이 있으신지요?

    13~16번 문항

    (긍정 응답시) 어떠한 계기로 위와 같이 생각해 보시게 되시었는지요?

    (부정 응답시) 생각을 해보시지지 않은 이유는 무엇인지요?

✔목표달성하기

17. 고혈압 관리 시 본인이 할 수 있는 일에 대해 확신을 가져 보신 적이 있으신지요?
    구체적인 예를 들자면 본인이 할 수 있다는 확신이 100이라면 현재수준은 어느 정도인지 가늠해보신적이 있으신지요?
18. 현재 고혈압관리를 위해 본인이 목표하고 실천하고 있는 일에 대해 구체적으로 다른 사람에게 말해 보신 적이 있는지요?
    (긍정 시) 주로 누구에게 어떤 계기로 말씀하게 되셨는지요?
    (부정 시) 말씀을 안 하신 이유는 무엇인지요?
19. 방문(코칭)간호사가 가정을 방문하여 관리하여 줄 때 본인에게 가장 좋은 점은 어떤 점인지요?
20. 방문(코칭) 간호사가 가정을 방문하여 관리하여 줄 때 개선해야 할 점이나 바라는 것이 있다면 어떤 것일까요?

Appendix 6. 고혈압 집중관리와 건강코칭의 건강영역별 실제 중재수행 내용

중재내용	방문간호사A	방문간호사B	코칭간호사	효능감 자원
질병교육	1. 고혈압관리 강의 (리플렛 이용) - 운동, 영양, 투약 중요함 설명 - 혈압범위 설명	1. 고혈압관리 강의 - 운동, 영양, 흡연, 금주 교육 - 혈압범위 설명	1. 코칭대화 1) 주제 불러오기 - 대상자 건강상태 파악 - 대상자가 요구하거나 필요시 질병교육 2) 목표달성하기 - 목표 수립 및 질병 교육 - 본인 미래 생각해보기 - 관리여부에 따른 질병예후 질병경과 제시	정서적각성
	2. 당뇨 대상자 교육 - 혈당 범위 - 합병증(저혈당, 당뇨발)	2. 당뇨 대상자 교육 - 혈당 범위 - 저혈당 증상 및 식이교육		정서적각성
	3. 고지혈증 증상 및 관리교육 (방문간호사 공통)			
	4. 고혈압 당뇨 리플렛 배부 (방문간호사 공통)			
영양관리	1. 행동체크리스트확인 및 교육 (비실천 행위 중심) - 저염식이 - 야채 과일 섭취하기 - 커피 설탕 프림 빼고 먹기	1. 행동체크리스트확인 및 교육 (비실천행위 중심) - 규칙적 식사 - 저염식이 - 저혈당 위험성 - 야채 과일 섭취하기	1. 행동체크리스트 확인 2. 코칭대화 1) 주제 불러오기 - 대상자 영양패턴확인 2) 강점찾기 - 대상자 영양관리 경험탐색 - 효과적인 영양관리방법 찾기 3) 목표실천하기 - 식습관 중 본인의 수정요인 탐색 및 중요성 타진 - 우선순위선정 - 실천 가능성 진단 - 구체적 실천계획수립	
	2. 염도검사(소변스틱이용) - 대상자 검사결과 설명 - 하루 염분권장량 교육 (5mg)	2. 염도검사(소변스틱이용) - 대상자 검사결과 설명 - 하루 염분권장량 교육(5mg) 5mg 실제량 제시(모형)		모델링,성공경험 언어적설득
	3. 고혈압 저염식이 리플렛 배부 - 사구체 등 신장기능 설명 - 저염식 비실천시 합병증 설명	3. 식품별 염분포함량 냉장고 부착용 자석 배부		정서적,생리적각성

중재내용	방문간호사A	방문간호사B	코칭간호사	효능감 자원
			- 미래생각해 보기 (목표실천시와 비 실천시 비교) 4) 자원찾기 - 영양관리에 도움을 받을 수 있는 자원 모색 - 방해요인 탐색 5) 목표달성하기 - 계획한 행동 달성정도 확인 - 실천하기 어려운 목표 계획수정 6) 피드백	언어적설득 정서적,생리적각성 성공경험 언어적설득, 생리적,정서적각성
운동	1. 행동체크리스트 확인(방문간호사 공통) - 운동여부 확인 및 독려		1. 행동체크리스트 확인 - 운동여부 확인	
	2. 요실금운동(케겔) 교육 및 독려		2. 코칭대화 (진행과정은 영양관리와 동일) - 운동의 중요성 및 가치판단 - 본인이 실천 가능한 운동 탐색 및 효과성 판단 - 필요한 자원 모색 - 구체적 운동 계획수립 (운동종류,, 빈도, 시간 등) - 매주 계획에 따른 실천여부 점검 - 실천하기 어려운 목표 재설정 - 피드백	 생리적정서적각성 모델링, 언어적 설득 모델링 언어적 설득 성공경험 생리적, 정서적 각성 언어적 설득
	3. 낙상예방운동 포스터 배부 및 교육 (방문간호사 공통)			

중재내용	방문간호사A	방문간호사B	코칭간호사	효능감 자원
			3. 스트레칭체조 포스터 배부 및 교육	
			4. 악력공 배부 및 교육	
의료 서비스 정보 제공 및 연계	1. 폐렴구균 노인무료접종안내 (방문간호사 코칭간호사 공통)			
	2. 바디로션 배부(방문간호사 공통)		2. 보건소 서비스 안내 - 시민건강교육실 운영안내 - 금연클리닉안내	
	3. 요실금팬티지원여부 응답	3.요양보호서비스, 장애등급자 이용 가능 서비스 및 간병서비스 안내		
		4. 보건소 틀니 지원 사업 안내	3. 보건소 물품대여 - 워커	
투 약	1. 행동체크리스트- 고혈압 및 당뇨 약 복약 여부확인(방문간호사, 코칭간호사 공통)			
	2. 복용하고 있는 약제 확인 및 설명 (방문간호사 공통)		2. 코칭대화 - 대상자별 투약의 의미파악 - 대상자별 투약의 중요정도 파악 - 대상자별 투약으로 인한 이득과 손실 탐색 - 투약하고 있는 약의 종류 및 대상자 인지정도 확인; 필요시 약제 확인 및 설명 - 건강 이상시 병원내원 및 의사 상담 여부 판단	언어적 설득
		3. 병원방문일정 확인 4. 지속적 약복용 독려 5. 약달력(투약보조기구) 배부		
정서적지지 및 스트레스 관리	-	1. 대상자 가족사진 앨범탐색 가족 구성원 파악 2. 우울대상자 정서적지지	1. 코칭대화 - 스트레스 및 우울 원인 탐색 - 현재의 스트레스와 우울이 건강에 미치는 영향 파악 - 본인의 스트레스가 자녀 및 동거인에게 미치는 영향파악 - 해결 가능한 스트레스와 우울 해소방안 모색	생리적,정서적각성 생리적,정서적각성 언어적 설득

중재내용	방문간호사A	방문간호사B	코칭간호사	효능감 자원
			- 스트레스 및 우울 해소에 필요한 자원모색	모델링
검 사	1. 간이치매검사 및 결과설명(방문간호사 공통)			생리적, 정서적 각성
	2. 혈압, 혈당 및 콜레스테롤측정 및 결과 설명(방문간호사, 코칭간호사 공통)			
	- 결과 이상 시 식사양상 질문 건강상태 사정 필요시 질병교육 운동독려	- 결과 이상 시 식사양상 질문, 건강상태 사정 대상자 스트레스 및 우울정도 확인 필요시 질병교육 운동독려	- 결과 이상 시 건강상태 사정 수립한 목표 실천 정도확인 대상자 스트레스 및 우울정도 확인	
혈압 자가측정 및 관리	1. 고혈압 당뇨 수첩 배부(방문간호사, 코칭간호사 공통)			언어적설득
			2. 고혈압 당뇨결과 기록 중요성 교육 3. 혈압 자가측정 및 관리 중요성 교육 4. 혈압계 구매 대행 및 자가혈압 측정법 교육 5. 혈당기 보유자 혈당측정법 교육 6. 정기적으로 혈압 측정할 수 있는 장소 탐색	

Appendix 7. 방문간호사와 코칭간호사의 실제 중재제공내용 예시 (대화중심)

영 역	방문간호사 중재대화	코칭간호사 중재대화
영양 관리	**<2주 상담내용>** **방문간호사 A** 국물 같은걸 많이 먹으면 안돼요 이가 없어서 틀니라서 뭐.. 국물을 적게 드셔야 하는데.. 국물이 없으면 씹을수가 없는데.. 예... **방문간호사 B** 싱겁게 드셔야 해요 그럼 김치 못 먹나..? 조금 드셔야 하지. 김치가 많이 짜요?.. 몰라 쌔 빨간데… 며느리가 해 와서 뭐.. 한번 짠지 볼래요?.. 어머니 서울김치는 안 짜더라구요. 바닷가 김치가 짜지. 담에 짠 거 재는 기계로 재 드릴께요.	**<2주 상담내용>** 지금까지 건강관리 하신걸 보니까 약도 잘 드시고 병원도 잘 가시고 식사도 규칙적으로 하시고 고혈압관리를 잘 하고 계신데요.. 고혈압에 좋은 행동이 있고 나쁜 게 있잖아요. 고혈압에 좋은 행동은 운동하기, 술 담배 안하기. 스트레스 안받기, 안짜게 먹기 이런 것 들이 있는데 000님은 본인은 혈압을 좀 더 잘 관리 하실려면 뭘 제일 먼저 하셔야 할 것 같으세요? 국물 많이 먹는 거 그거를 안해야지.. 좀 안 짜게 먹을라고 하고.. 그럼 국물을 안 드실려면 어떻게 하시는 게 좋을실 것 같으세요? 내가 생각을 해봐야지.. 그냥 내가 조심해야지 하면 조절하기 어려우세요.. 막연하게 국물을 안 먹어야지 하는 것보다 구체적으로 어떻게 하시면 조금 드실 수 있으실 것 같으세요? 국을 조금 뜨면 되겠지.... 국물이 없으면 안 되니까.. 아이고 그것도 좋은 생각이시네요.. 그럼 되시겠구나. 진짜 식사하실 때 하시려면 어떻게 하시는 게 좋을까요? 국을 조금 뜨고 건더기를 더 많이 떠야지 그건 하기 쉬우시겠어요? 그건 하기 쉽지.. 그럼 그것부터 먼저 해 보시죠~ 그런데 지금은 얼마나 국을 그릇에 담으세요?

영 역	방문간호사 중재대화	코칭간호사 중재대화
		반 넘게 담지.. 국물이랑.. 그럼 조금 뜨려면 어떻게 하셔야 할 것 같으세요? 반 아래로 국을 뜨고 국물을 조금 덜 퍼야지 건더기를 더 넣고 네... 그 방법도 참 좋네요. 일주일동안 한번 해보시고 다음주에 더 이야기 해보죠 다음주까지 잘 하실 수 있으실 것 같으세요? 할아버지도 괜찮으시겠어요? 그거야 뭐. 그 정도는 괜찮을 것 같아. 또 뭘 하시면 좀 더 안 짜게 드실 것 같으실까요? 뭐 이정도만 하면 괜찮을 것 같아.. 일단 저 양반이 밥을 안 먹으니까.. 그럼 그건 다음에 다시 한 번 생각해보시죠. 그렇죠 뭐..
운동	**<5 주>** **방문간호사 B** 운동은 좀 하셨어요? 의사가 운동을 열심히 하라는데.. 어떻게 해 “한 삼심분씩 걸으세요“라는데… 그걸 어떻게 걸어.. 그래도 안 하시는거보다 하시는 게 좋으니까....그런데 3단지가 오르막길이고 내리막길이고 해서 운동하기는 좋지는 않아요.. 그렇니까.. 괜히 멀쩡히 내려가다 넘어져가지고… 헛디뎌서 뇌진탕 안 걸리길 다행이지.. 뇌진탕 걸리셨어요? 뇌진탕은 안 걸렸는데 어떤 아저씨가 지나가다 “괜찮으세요”하고... 그래도 정신을 차렸으니까 다행이지..	**<5 주>** **대상자 A** 지금 계속 잘 하셨는데.. 스트레칭은 어떠세요? 그거(짬짬이 체조- 포스터 배무 및 교육)는 매일 아침저녁으로 매일 하니까.. 그거 하니까 허리가 들 아픈 거 같아. 아직도 57번씩 하세요? 그럼~~ 그거는 아침 저녁으로 빼 놓지 않고 하지.. 목표를 가지고 하시는 게 제일 중요하신데.. 하실 수 있는 걸 열심히 하시는 게 중요하시죠. 지금도 아주 잘 하시고 계시니까.. 그런데 그것 때문에 스트레스 받으시면 안 되는데 괜찮으세요?

영 역	방문간호사 중재대화	코칭간호사 중재대화
	피가 방울방울 솟아오르고.. 그래도 사진 한번 찍으셔야 하는데.. 보이시는 거 잘 보이세요? 괜찮아.. 자고 일어나니까 괜찮아.. 다행이네..... 운동은 더 있다가 하세요.. **<7주차>** **방문간호사 A** 약은 드셨어요? "예 약은 꼬박꼬박 잘 먹어요" 운동은 좀 하세요? " 예.. 뭐 하면 하고 하기 싫음 안하고… 하하하... 식사는 요즘 좀 잘 하시는 거 같은데...." " 네…요즘은 좀 먹어요" 활동량이 많아야 식욕이 땡겨요. 어머니 운동 하세요 "네" **방문간호사 B** 죽는 건 안 겁나 살아도 괴로워서 그렇지.. 자식들이 괴로워서 나도 괴롭고… 힘들어서 그게 힘들지.. 늙어서 오래 사는건 좋은게 없어..괜히 이렇게 사는 거지.. 바뀔 수 있는 게 없잖아요.. 너무 힘들어 하지 마시고 받아들이세요. 할아버지 누워 계시는 것도 그렇고 당뇨도 지금 합병증 없으시잖아요. 스트레스 받으시지 마시고 (지금 이 상태가) 없어질 수 없으니까	아냐.. 내 건강을 위해서 한다고 생각하면 안 힘들어. 스트레스 안 받아.. 아 정말 잘하시고 계시네요.. 그리고 오후에는 걷기도 해.. 태백 가든 까지 걸어갔다가 와.. 그런데 건강에 무리 하실 정도로 하시면 안 되는데.. 내 몸에 맞게 운동을 해야 건강하지 무리하면 하나마나야.. 꾸준히 하실 수 있는 운동을 하시는 게 중요 하시다는 거죠? 그럼. 그런데.. 이렇게 열심히 건강관리는 누구를 위해서 이렇게 하시는 건가요? 아니 나를 위해서 하지..누굴 위해서 하겠어.. 그러면 이렇게 하시다가 10년 뒤를 생각하시면 어떻겠어요? 내가 70이잖아… 근데 아직도 70으로 안 보인데.. 그럼요 젊어보이세요. 그럼 80이 되실 때를 생각해보시면 어떠실 것 같으세요? 지금처럼만 하면 뭐… 별일 없이 가겠지.. 그죠? 그럼 80세까지 별일 없이 가실려고 생각하시면 지금 뭘 하시는게 중요하실 것 같으세요? 운동을 잘하고 스트레스 안 받아야지…그게 제일 중요하지.. **대상자 B** 여자노인평균수명이 84세 전후라는데요.. 사람이 주어진 명이 있다고는 하는데.. 그래도 평균으로 따져보면.. 84세까지면 10년 정도 남으신 거잖아요.. 그럼 이 10년에 대한 계획이 있으셔야 하잖아요.

영 역	방문간호사 중재대화	코칭간호사 중재대화
	받아들이시고 당뇨 때문에 금방 몸이 나빠지지도 않으니까.... 그러니까 걱정하시지 마세요.. 당뇨도 완치되는 병도 아니고. 그냥 받아들이시고 어머니가 그냥 당을 조절 안 하실 분도 아니시니깐.... 좀 편안하게 하세요.. 조절한다고 해도 많이 먹으니까 당이 이렇겠지.. 많이 먹으면 많이 움직이면 되요.. 관리하시기 나름이예요.. 즐겁게 드시고 먹는 게 낙인데.. 너무 가리지 마시고, 스트레스 받지 마시고 즐겁게 사세요. 맨날 우시지 마시고 운동 열심히 하시고 그럼 되요. 맞아요. 먹는거가 큰 낙인데..	어떤 계획이 있으세요? 좀 병 덜하고 안 아프게 사는 거죠.. 어떤 병이 제일 걱정이신데요? 고지혈증이고.... 고혈압이랑 뭐 그게 걱정이지.. 왜 걱정이 되시는데요? 우리 시어머니가 며칠 동안 약을 안 먹다가 쓰러져서 앓다가 돌아가셨어... 그렇게는 되지 말아야지.. 그럼 건강관리 목표가 중풍 안 걸리시는 거 맞나요? 그죠..그거죠 그럼 우리가 지금까지 목표로 한 일이 중풍 안 걸리는데 도움이 될까요? 아휴 그럼 도움이 되죠. 구체적으로 어떤 일이 제일 도움이 많이 되는 것 같으세요? 일단 운동하는 거죠.. 여기(집앞 뚝방길) 걷는 거지… 운동이 어떤 점이 도움이 되시는데요.? 스트레스가 안 쌓이고 혈압이랑 이런 게 조절이 되니까.. 그럼 앞으로 제가 안와도 계속 하실 수 있으시겠어요? 그럼요… 지금도 너무 잘하고 계시네요.. 그런데 앞으로도 계속 하려면 구체적인계획이 있으셔야하고 실천이 현실적이셔야 하세요.. 일주일 내내 운동하기 이러면 10년 하실 수 있으시겠어요.? 10년 동안은 힘들지..하하하하.. 그죠? 하하 . 저도 못 할 것 같아요.. 그럼 단위를 작게 해볼까요? 최소 일주일에 며칠정도는 꼭 운동하실 수 있으시겠어요?

영 역	방문간호사 중재대화	코칭간호사 중재대화
		음…. 3일은 할 수 있죠.. 그럼 시간은 아무리 바빠도 내가 운동에 할애할 수 있는 시간은 하루에 얼마나 되세요? 하루에 운동시간을 2시간 정해 놨는데 2시간 운동 할 시간이 안 되면 아예 안하시게 될 수도 있거든요. 30분정도는..아무리 바쁘다고 해도 내죠.. 그럼 하루에 30분씩 일주일에 세 번 정도는 꼭 운동하기 이렇게 목표를 정하시면 앞으로도 쭉 하실 수 있으시겠어요? 그 정도는 할 수 있죠. 근데..... 그걸 왜 하셔야 할 것 같으세요? 나죠..나를 위해 꼭 해야죠. 누워 살게 되면 걸 어떻게 해 그 생각이랑 목표가 10년을 지속시키는 힘이 되셔야 하는데. 가능할까요? 네.. 이 정도는 할 수 있어요.

Abstract

The effect of health coaching programs on self-efficacy, health behaviors, and quality of life in hypertensive elderly women living in poverty

Eum, Sun Ok
Department of Nursing
The Graduate School
Seoul National University

Hypertension is a major risk factor for cardiovascular disease and a condition bearing a large disease burden. Globally, the incidence of cardiovascular diseases is rapidly increasing among low socioeconomic status populations; thus, disease burden for cardiovascular disease is expected to increase for those in socially disadvantaged classes. In South Korea, specifically, prevalence of hypertension is growing, and home-visiting nursing services are being provided to hypertensive patients in vulnerable low-income classes. However, it has been proposed that home-visiting nursing services should accommodate the needs of clients and ensure quality service for clients. In line with this demand, research has stressed the need for developing detailed strategies and intervention programs to improve the self-nursing and health behaviors of clients

Health coaching is a patient-centered process that serves to

increase service clients' motivations and self-efficacy for the continuous maintenance of their health behaviors and the proactive maintenance of their health. In the present study, I applied a health coaching program to low-income hypertensive elderly women eligible for home-visiting nursing services as a strategy to improve their self-efficacy, and I evaluated the quantities that mediating effects on their health status. Furthermore, I evaluated the qualitative aspects of the processes of health coaching and home-visiting nursing services implemented with similar concepts and strategies in order to provide reference data to serve as the basis for establishing interventions and developing strategies for the effective maintenance of chronic disease, such as hypertension, in the future.

The experimental group for the current study consisted of 16 women who received health coaching services, and the control group consisted of 22 women who received home-visiting nursing services. The study took place from December30th,2013, to March 24th, 2014, and both groups received the irrespective services once a week for 8weeks. The evaluation variables were blood pressure control rate, BMI, self-efficacy, health behaviors (medicine use, medication adherence, blood pressure self-management, nutrition management, health behaviors rate, metabolic equivalent minutes), self-rated health, and quality of life.

The efficacy of the intervention was evaluated by analyzing the evaluation results using the X^2-test, t-tests, and repeated measures ANOVA. Outcome variables that did not fit a normal distribution—medicine use, medication adherence, blood pressure, self-management, and self-rated health—were analyzed using the nonparametric Mann-Whitney U test, Friedman test, and the

Wilcoxon's signed-ranktest. The results revealed that the level of nutrition management was significantly higher in the experimental group than the control group. In addition, the experimental groups cored higher than the control group in all other variables, such as self-efficacy, health behaviors, and quality of life, though these differences did not reach statistical significance.

The process evaluation yielded the following findings. In terms of time spent on the intervention, the health-coaching nurse spent an average of 33 minutes with each client, while the home-visiting nurse spent an average of 15 minutes per client. An analysis of the contents of the intervention revealed that the health-coaching nurse, through the use of verbal coaching, determined patient-centered needs via coaching dialogue and led the client to conduct self-diagnosis, thereby enabling them to set priorities and goals for themselves. In this way, the health-coaching nurse and the client effectively used the 4 efficacy resources. However, the home-visiting nurse offered a provider-centered service that determined the clients' needs and diagnosed problems in the client's health status while setting the said problems as goals for health maintenance, thus circumventing the priority-setting, or goal-setting, dialogue. The analysis of the quality of the service revealed that the experimental group perceived health coaching as a new experience and referred to their deep conversations with the coaching nurse and the establishment of a detailed plan for healthy living as the greatest advantages of health coaching.

These results confirm that health coaching is a useful strategy that encourages clients to continuously maintain their own health behaviors. Thus, the findings of the current study provide useful

data for establishing measures for the health management of those afflicted with chronic disease, such as hypertension. Furthermore, health coaching may be developed into useful intervention strategies for dealing with chronic diseases and improving home-visiting nursing.

Key words: Hypertension, health coaching, self-efficacy, home-visiting nursing services, health behaviors, elderly women

Student Number: 2008-30835