

효과적 건강상담을 위한 제 보건행동이론의 활용방안에 대한 연구

김혜경

이화여자대학교 대학원 보건교육학과

〈목 차〉

I. 서론	V. 결론
II. 연구방법	참고문헌
III. 보건행동이론에 대한 고찰	Abstract
IV. 건강상담을 위한 보건행동이론활용방안	

I. 서론

1. 연구배경

보건교육·건강증진의 전략들이 행동변화를 촉진시키기 위한 여러 가지 방법들을 활용하고 있다. 대부분의 보건교육·건강증진 사업들은 전체 모집단을 대상으로 하거나 흡연자나 과체중 집단과 같은 특정 집단을 대상으로 계획되고 시행되고 있다. 이들은 주로 매스컴을 이용 하든가, 정책의 변화를 유도 하든가 또는 환경의 변화를 유도하는 방법들을 활용하고 있다(Glanz, 1990; Winett 등, 1989). 그러나 다른 한편에서는 개인을 사업의 대상으로 하여 개인을 일대일로 또는 소규모의 그룹으로 교육이나 상담을 하는 방법을 사용하고 있다. 이 두 가지의 접근방법은 보건교육·건강증진 사업의 궁극적인 목적인 대상자의 행동변화라는 측면에서 볼 때 각각 장·

단점을 가지고 있다(Payne 등, 1997). 전체 모집단을 대상으로 한 행동변화는 비교적 특정 개인의 질병 위험수준에 대하여 거의 영향을 미치지 못하거나 적은 영향을 미치는 경우가 있을 수 있다. 반면에, 일대일이나 소규모 그룹을 대상으로 하는 경우는 개인의 건강위험 수준을 상당히 감소시킬 수 있는데 이들의 건강문제는 전체 모집단 건강문제의 작은 부분을 차지하는 경우가 있을 수 있으므로 전체 모집단의 건강수준의 향상에는 그 영향이 덜 할 수 있다. 따라서 전체 모집단을 대상으로 하는 보건교육·건강증진사업은 비용-효과적(cost-effective)이라 할 수 있으며, 개인이나 소수를 대상으로 하는 교육사업은 목표로 한 행동변화의 결과를 산출하는데 있어 효과적이라 하겠다.

개인이나 소수의 사람들을 대상으로 하는 보건교육과 건강증진 사업은 건강상담(health counselling)이라는 방법을 활용할 때 대상자들

의 행동변화를 성공적으로 유도할 수 있는 것으로 알려져 있는데 그 이유는 다음과 같다. 첫째로 각 개인이 가진 문제점에 대하여 명확하게 이해할 수 있으며 이들의 지식수준에 적절한 정보를 제공하는 것이 가능하다. 또한 개인과 직접적으로 관련이 있는 문제들에 대하여 토론할 수 있어 행동변화를 방해하는 장애요인들을 파악하고 제거할 수 있다. 마지막으로, 변화의 장애를 극복하거나 필요한 기술훈련을 시키거나 지원이 필요한 경우 즉각적이며 유용한 도움을 줄 수 있다(김명 등, 2001; Payne 등, 1997).

대상자의 보건행동의 변화를 달성하기 위하여 건강관련 행동을 이해하는 것은 건강상담가에게는 매우 중요한 문제이며, 건강상담에 있어 보건행동 이론을 활용하는 것은 건강상담의 효과를 증진시킬 수 있다(Neumark-Sztainer 등, 1996). 흡연이나 음주, 운동부족 등 건강을 증진시키기 위한 가장 핵심이 되는 관심사는 각 개인이 이와 같은 보건행동을 실천하도록 하는데 있다. 이를 위해 반드시 선행되어야 하는 것은 인간의 행동에 대한 올바른 이해이다. 인간이 특정한 행동을 하게 되는 원리에 대한 이해를 바탕으로 행동변화의 요소들을 파악하고 행동변화를 달성할 수 있는 방법을 발견하게 된다. 따라서 보건행동에 통제(control)를 가하는 방법이 연구되는 것이다. 이와같은 관점에서 각 보건행동 이론에서 제시하고 있는 믿음(beliefs), 가치(values), 태도(attitudes), 그리고 건강관련 행동(health-related behavior)들간의 관계를 살펴보는 것은 중요한 의미를 지닌다. 인지적 요소들이 보건행동에 영향을 미치는 유일하게 중요한 요소들이라는 의미는 아니지만 보건행동을 예측하는데 매우 중요한 요소라는 것이 증명되어 왔기 때문에 이들의 중요성은 강조되고 있다(김

명 등, 2001; Dean, 1996; Mcqueen, 1996).

그러나 많은 수의 건강상담이 보건행동 이론을 무시한 채로 이루어져 온 것이 사실이다. 과거의 건강상담들은 근거가 있는 이론에 바탕을 둔 행동변화를 시도하였다기 보다는 주로 상담가의 직관이나 경험에 의존하는 경향이 많았다. 심지어는 성공적인 사례라고 여겨졌던 건강상담의 경우도 전문적인 지식에 의한 것이라기 보다는 많은 에너지와 열정을 쏟는데 의존하는 경향이 있었다. 광범위한 보건행동 이론들의 검토와 이들의 통합은 이론에 근거한 건강상담을 수행하는데 지침서의 역할을 할 것으로 기대된다. 왜냐하면 어떠한 상담가가 어떠한 문제해결의 방법에 대한 연구를 할 때 가장 중요한 것은 어떠한 방법이 유용할 것인가이고 두 번째는 이 방법이 어떻게 문제를 해결 할 수 있는가에 대한 것이다. 여러 학자들이 제시하기에 이 두 가지에 대한 답은 연구자가 이론을 바탕으로 연구를 수행 하여야지만 발견될 가능성이 가장 커진다(Dean, 1996; Mcqueen, 1996; Wallston 등, 1984)). 일찍이 Lewin은 훌륭한 이론보다 더 실용적인 것은 없다라고 하며 이론의 중요성을 강조한 바 있다(Wallston 등, 1984).

2. 연구의 목적

본 연구는 건강상담시 중심 역할을 하고 있는 보건행동 이론의 효과적 활용을 위하여 주요 이론들이 제시하고 있는 이론적 틀 및 선행연구의 고찰과 분석을 통하여 건강상담 시 활용될 수 있는 보건행동과 관계된 행동변화에 대한 구체적인 지침을 마련하는데 그 목적이 있다.

구체적인 목표는 첫째로 각 이론들의 주요 구성요소들에 대하여 설명하고 각 이론들이 실제

연구에서 활용된 예를 검토하여 분석하여 보고자 하는 것이며, 둘째로 각 이론들이 가진 공통적인 그리고 대조적인 요소들을 분석하고 실제 연구에서 효과적인 것으로 제시된 개념들을 통합하여 건강상담에 효과적으로 활용될 수 있는 방안을 모색하고자 한다.

리하였으며, 선행연구 고찰은 주로 1990년대 이후 발표된 기술적 그리고 실험연구 논문에 기재된 보건행동 이론 활용사례를 중심으로 분석하였다.

마지막으로 제 보건행동 이론의 기본적인 원리와 선행연구결과에 대한 고찰을 통하여 효과적 건강상담에의 활용방안을 도출하였다.

II. 연구방법

제 보건행동 이론 중 행동변화 연구에의 활용도가 높은 것으로 나타나고 있는 건강신념모형(Health Belief Model), 사회학습이론(Social Learning Theory), 합리적행동론(Theory of Reasoned Action) 및 계획적행동론(Theory of Planned Behavior), 변화단계이론(Stage of Change Model)에 대하여 살펴보고자 한다.

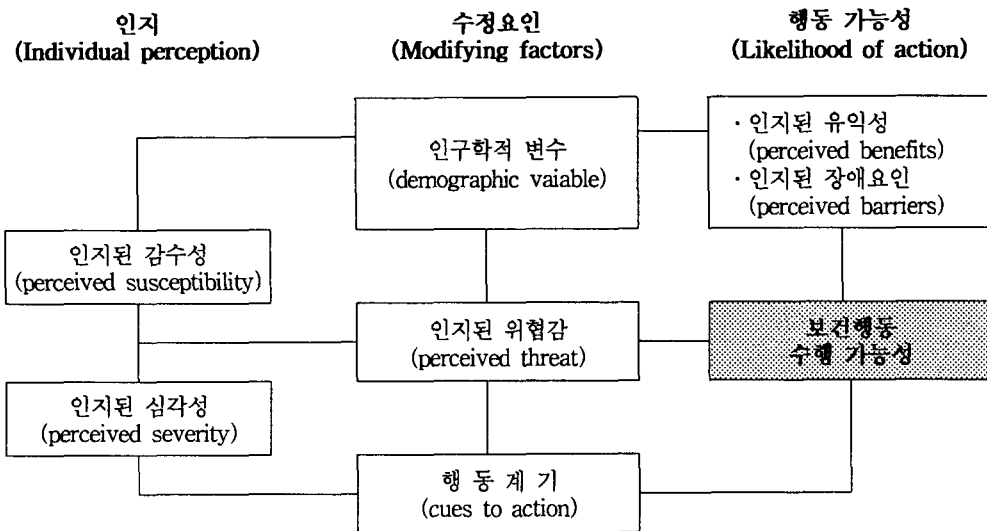
각 이론들이 제시하는 이론적 틀은 이론이 만들어진 시기부터 현재까지의 문헌을 참고로 정

III. 보건행동이론에 대한 고찰

1. 주요 보건행동이론의 이론적 틀 및 선행연구

1) 건강신념모형(Health Belief Model)

건강신념모형은 1950년대 후반에 Hochbaum, Kegeles, Leventhal과 Rosenstock에 의해 예방접종과 같은 예방적 건강행동을 설명하기 위한 모델로 개발되었으며 이후 Becker 등에 의하여



<그림 1> 건강신념모형

건강증진 행동을 설명하려는 모델로 활용되었다. 이 이론은 건강관련 행동을 설명할 수 있는 몇 개의 기본적인 차원을 공식화하려는 시도에서 만들어진 이후 40년 이상 건강 관련행동을 설명하는 가장 영향력 있고 널리 이용된 사회심리적인 접근방법이 되어왔다(Wallston 등, 1984).

이 모형에서 제시하고 있는 사항은 인간이 어떠한 보건행동을 하려고 할 때 중요한 것은 그 행동이 어떠한 결과를 초래할 것이라고 기대를 갖게 하는 믿음(결과에 대한 믿음)이라는 것이다. 따라서 인간이 어떠한 보건행동을 취할 가능성은 몇 가지 요소에 의하여 결정된다. 인간이 특정한 보건행동을 취하는 것은 그 질병에 걸릴 가능성(perceived susceptibility)이 크다고 생각될 때, 그 질병에 걸리게 되면 매우 심각한 결과(perceived severity)를 가져올 것이라 생각할 때, 자신이 취할 보건행동이 행동의 결과로 나타날 수 있는 부정적인 측면(perceived barrier)보다 혜택(perceived benefit)이 더 크다고 생각될 때 가능성이 커진다. 또한 적절한 보건행동이 발생하기 위해서는 계기(cues to action)가 필요하다고 제시하고 있으며 다양한 인구학적 변수들도 수정요인으로 이 이론의 주요 요소들에 간접적으로 영향을 미치고 있다.

선행연구

건강신념모형은 다른 보건행동 이론들에 비하여 더 많은 연구자들의 관심을 받아왔으며, 그 구성요소들과 보건행동과의 관련성은 다양한 환자역할 행동과 질병예방 및 건강증진 행동의 영역에서 다양한 대상을 통하여 시행되고 있다(Conner 등, 1996; 김성재 등, 1996). 건강신념모형이 적용된 연구에 대한 고찰을 통하여 건강신

념모형을 구성하는 요소들의 경험적 지지도 및 다양한 보건행동에 대한 예측력을 살펴봄으로써 건강상담에의 활용도를 검토하고자 하였다.

건강신념모형을 적용한 연구들을 종합 평가한 가장 초창기의 논문은 Becker 등(1977)이 20편의 논문을 고찰한 것으로 대부분 질병예방을 위한 검진수행이나 처방에 대한 순응에 관한 연구였다. 그러나 이후에 Janz와 Becker(1984)가 건강신념모형을 적용한 46개의 연구에 대한 문헌고찰의 내용을 살펴보면 흡연, 음주, 체중조절, 운동 등과 같은 건강증진 행동에 대한 연구들이 건강신념모형의 관점에서 이루어지고 있다는 것을 발견할 수 있었다. 이들은 46개의 논문을 고찰한 결과 건강신념모형의 구성요소들이 예측된 방향으로 통계적으로 유의한 비율을 제시하였다. 그 결과 인지된 감수성 요소는 81%, 인지된 심각성은 65%, 인지된 유익성은 78%에서 그리고 인지된 장애요인은 89%의 연구에서 보건행동의 수행과 통계적으로 유의한 관련성을 보여주고 있었다. 또한 17편의 전향적 연구(prospective study)들만을 대상으로 분석한 결과는 감수성, 심각성, 유익성, 장애요인에 대하여 82, 65, 81, 100%로 나타나 구성요소들이 보건행동 수행의 원인으로 작용했을 가능성을 제시해주고 있으며 장애요인의 경우 그 가능성이 가장 큰 것으로 보인다. 이는 적절한 기술이나 자원이 활용 가능할 때 실제 보건행동이 발생된다는 점을 시사해 주고 있다. 이상의 결과들은 다양한 보건행동의 영역에서의 건강신념모형 요소들의 지지도를 나타낸다고 할 수 있으나 이 결과들은 유의성의 빈도를 나타낸 것이지 구성요소들의 영향력을 나타낸 결과가 아니라는 점에 주의를 요할 필요가 있다(Payne, 1997; Conner, 1996).

Harrison(1992)의 메타분석을 한 연구에서는

총 234편의 논문을 고찰한 결과 이중 16편만이 건강신념모형의 4개 주요 구성요소 모두를 측정하고 신뢰도 검증을 하였음이 나타났다. 이는 많은 수의 건강신념모형을 적용한 연구들이 모든 모형의 요소들의 조작화에 실패하고 있으며 적절한 심리측정을 수행하고 있지 못하다는 것을 제시해주고 있다. 메타분석의 결과, 모형의 각 구성요소와 보건행동과의 상관계수(Pearson's r)를 제시하였는데 감수성의 경우는 0.15, 심각성은 0.08, 유익성은 0.13 그리고 장애요인의 경우는 -0.21로 나타나 모두 통계적으로 유의한 것이기는 하지만 관련성의 정도는 낮은 편이었다. 또한 각각의 요소들은 보건행동의 변화를 평균 0.5에서 4%정도 설명하고 있는 것으로 나타났다. 각 요소들의 영향력은 전향적 연구에서 보다 후향적 연구에서 유익성과 장애요인이 유의하게 컸으며 심각성은 작은 경향을 보였다.

행동의 계기에 대한 영향력에 대한 연구는 비교적 많이 시행되지는 않았으나 Stacy 등(1990)의 연구에서는 의사의 금연에 관한 충고가 금연에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, Norman 등(1993)의 연구에서는 대상자들에게 엽서를 보내는 것이 건강검진 참여율을 증가시키는 것으로 나타나 행동의 계기를 제공하는 것이 보건행동의 수행에 도움을 줄 수 있음을 나타냈다. 그러나 동성연애자들을 대상으로 한 Wolcott 등(1990)의 연구에서는 AIDS에 걸린 환자를 아는 것이 행동의 변화를 예측하지 못한다는 결론을 제시하고 있어 행동의 계기의 행동에 대한 영향도 일관적인 결과를 가지고 있지 못하다.

우리나라의 연구들을 분석한 문정순(1990)은 1979년부터 1988년 사이에 발표된 건강신념모형을 적용한 연구논문 30편에서 유익성이 보건행동과 관련성이 가장 높은 것으로 나타났음을 제

시하고 있다. 그러나 유익성과 장애요인을 분리하지 않고 한 차원으로 연구한 문제점을 지적하고 있다. 또한 구미옥과 이은옥(1990)의 연구에서는 환자역할행위 이행에 관한 문헌분석에서 감수성은 30.3%, 심각성은 34.3%, 유익성은 65.6%, 장애요인은 50%의 연구에서 유의한 관계에 있었다고 보고하고 있다. 그러나 여러 연구에서 건강신념모형의 구성요소에 대한 조작화가 연구마다 다르게 되고 있다는 문제점이 있었다. 또한 건강신념모형은 질병을 초점으로 하는 예방행위, 질병행위 및 환자역할행위를 예측하는데에는 적합하지만 다차원적인 건강증진행위를 예측하기에는 제한적이라는 의견을 제시하기도 하였다.

이상과 같은 문헌고찰의 결과를 종합하여 보면 감수성, 심각성, 유익성, 장애요인의 네가지 구성요소들은 행동에 대한 중요한 예측요인으로 거론되고 있으나 이들의 영향력은 작았다. 또한 구성요소들이 결합된 전체모형의 보건행동에 대한 영향력은 측정하지 못하였는데 Conner 등(1996)은 각 요인들의 예측력의 합보다 더 클 수 있다고 하였다. 각 요소들의 영향력은 연구에 따라 결과의 많은 차이를 보이고 있는데 이는 건강신념모형의 구성요소들에 대한 서로 다른 개념의 정의 및 조작화 그리고 측정도구상의 문제인 것으로 지적되고 있다.

2) 사회학습이론(Social Learning Theory)

사회학습이론은 인간이 건강과 관련된 행동을 하게되는 저변의 사회심리적 요소들의 역동적 관계와 행동변화를 촉진시키는 방법을 설명하는 이론이다. Bandura(1977)에 의하여 발달된 이 이론은 여러 가지 이론들을 선택적으로 채택

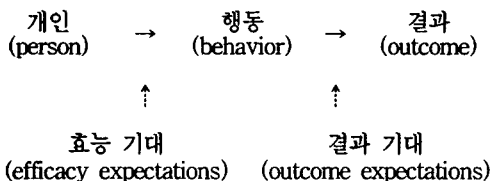
하여 사람들이 특정 행동을 습득하고 유지하는 방법을 설명하는 학습이론으로서 보건행동의 변화를 유도하는 프로그램을 개발하는데 유용하게 사용되고 있다. 사회학습이론은 인간의 행동을 행동, 개인적 요인, 환경적 영향이 서로 상호작용하는 역동적인 모델로 설명하고 있다.

(1) 상호결정론(reciprocal determinism)

상호결정론은 사회학습이론의 기본적인 전제로, 개인(person), 행동(behavior) 그리고 그 행동이 수행되는 환경(environment)은 끊임없는 동적인 상호작용을 하고 있다는 의미이다. 행동은 단순히 환경영향의 결과나 개인적 요인의 결과가 아니며 환경은 개인적 요인이나 행동의 결과가 아니다. 오히려 이 세가지 요소는 지속적인 상호작용의 과정에 있다는 것이다.

(2) 자기효능이론(self-efficacy theory)

행동에 영향을 미치는 가장 중요한 개인의 인지활동은 자기효능감(self-efficacy)과 결과에 대한 기대(outcome expectations)이다. 특정 행동에 대한 자기효능감이 높고 그 행동을 행하였을 경우 그 결과에 대한 기대가 긍정적일수록 특정 행동을 수행할 가능성이 높아진다. 자기효능감이란 특정한 상황에서 특정한 행동의 조직과 수행을 얼마나 잘 할 수 있는가에 대한 주관적인 판단을 의미한다. 따라서 효능기대는 결과



<그림 2> 자기효능 이론

를 얻는데 필요한 행동을 성공적으로 수행할 수 있느냐에 대한 신념을 뜻하는 것이다. 결과기대는 특정 행동이 특정 결과를 가져올 것이라는 개인의 기대를 의미한다.

(3) 환경의 영향

환경에서 제공하는 강화는 행동의 결정에 중심적인 역할을 하고 있는 것으로 제시되고 있다. 따라서 현재 행동의 결과가 이후 행동수행의 가능성과 빈도에 영향을 미친다는 이론을 받아들이고 있다. 또한 환경은 일종의 행동모델을 제시하므로 타인의 관찰을 통한 행동변화의 가능성도 제시하고 있다.

선행연구

Wroblewski(1993)는 건강증진활동에 사회학습이론을 활용하는 전략에 관한 연구에서 사회학습이론은 개인의 보건행동과 관련되어 있는 개인의 인지, 행동, 환경요인들이 서로 연관되어 있다고 주장하고 있기 때문에 개인의 행동에 영향을 주기 위해서는 개인의 행동에 영향을 미치는 개인내의 인지적 요인과 환경적 요인들에 대한 평가가 함께 이루어져야 하고 이를 위해서는 건강상담의 기획시에 대상자가 함께 참여하는 것이 필요하다고 제시하였다. 이러한 점은 Blair(1993)의 논문에서도 강조되고 있는데 산업장에서의 건강증진 전략으로서 사회학습이론을 활용하는 경우에도 프로그램의 기획은 행동에 영향을 주는 개인적, 환경적요인에 대한 평가를 바탕으로 해야 한다고 했으며 행동변화에 대한 동기유발은 문제점에 대한 인식제고, 목적설정에서의 근로자 참여, 성취에 따른 만족감의 제공으로 강화될 수 있다고 하였다.

사회학습이론의 구성요소들의 유용성에 대한 선행연구의 고찰은 사회학습이론의 구성요소들이 광범위하기 때문에 가장 핵심적인 것으로 강조되고 있는 자기효능이론과 관계된 연구들을 중심으로 고찰 해 보고자 한다. 최근 Keller 등(1999)은 1990년에서 1998년까지 사회학습이론의 구성요소들과 운동과의 관련성을 다룬 27편의 연구논문을 분석한 결과 자기효능감(self-efficacy)과 운동이 통계적으로 유의한 관련이 있다는 것을 모든 기술적 연구논문에서 발견하였다. 또한 운동 프로그램의 참여가 자기효능감의 증진을 가져왔으며, 자기효능감과 결과기대를 증진시키도록 고안된 프로그램에서는 유의하게 운동이 증가하는 효과가 나타났다. 따라서 이 두 가지 요소의 유용성을 최대한 활용하는 방향으로 건강상담이 이루어져야 함을 제안하고 있다. 이와 같은 결과는 이전에 이루어진 여러 연구와 일치하는 것이었다. 즉, 자기효능감과 결과기대는 흡연이나 약물복용에 대한 제의를 거부하는 행동(Stacy 등, 1992), 체중조절(Bagozzi 등, 1990), 안전한 성생활(McKusik 등, 1990; O'Leary 등, 1992)과 같은 건강관련 행동에 영향을 미치는 중요한 변수임이 제시되었다. 또한 미국에서의 HIV/AIDS 커뮤니케이션 캠페인에서도 자기효능감과 결과기대는 매우 유용하게 적용된 요소임이 제시되고 있다. 그러나 개인의 결정이 단체의 규범에 의하여 강하게 영향을 받는 문화권에 있어 그 유효성은 의심의 여지가 있다는 의견도 제시되고 있다(Collins 등, 2000). 따라서 Bandura(1998)는 사회학습이론은 개인의 심리학적 행동변화 모델이므로 집단의 효능감(collective efficacy)에 대한 연구가 필요함을 제시하고 있다.

65세 이상의 노년층 여성의 운동, 식생활 그

리고 스트레스 관리와 관련된 보건행동에 관한 연구(Conn, 1997)에서도 자기효능감이 위와 같은 보건행동에 대하여 가장 강한 예측력(beta-weight: 식생활 0.5; 운동 0.39; 스트레스 관리, 0.32)을 보여주었다. 또한 결과기대에 있어서는 스트레스 관리에서만 유의한 예측요인으로 나타났다. 어린이들을 대상으로 한 Corwin 등(1999)의 연구에서도 아동들의 식습관이 자기효능감과 유의한 관련이 있음이 제시되고 있으며, 청소년을 대상으로 한 흡연예방 프로그램(Langlois 등, 1999)을 통하여 흡연거부 기술에 대한 자기효능감, 긍정적인 거부에 대한 기대가 증가됨을 입증한 연구도 있었다.

우리나라는 주로 만성질환자를 대상으로 한 자기효능감에 관한 연구가 이루어지고 있었다. 만성 류마티스 관절염(김종임, 1994), 당뇨병(구미옥, 1992), 본태성 고혈압(박영임, 1994), 만성 요통(김인자, 1994) 환자들을 대상으로 한 자기효능감 연구에서 자기효능 증진 전략이 자기간호 및 건강증진 행동에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이상과 같이 사회학습이론을 적용한 선행연구들을 고찰한 결과 자기효능감은 행동변화에 대한 강력한 예측력을 가지고 있어 금연이나 체중조절, 식습관, 운동 프로그램 등에 활발히 적용되고 있다. 또한 자기효능감을 증진시키는 프로그램을 통하여 증진된 자기효능감은 행동의 변화에 강하게 영향을 주는 것으로 연구되고 있다. 그러나 자기효능은 흡연과 운동과 같은 운동행위에 있어 장기간보다는 1년정도의 단기간의 영향을 미치는 것으로 보고되고 있으므로 장기간 효과가 지속되는 방안이 모색되어야 할 것으로도 제시되고 있다(김성재 등, 1996).

3) 합리적 행동론(Theory of Reasoned Action)/
계획적 행동론(Theory of Planned Behavior)

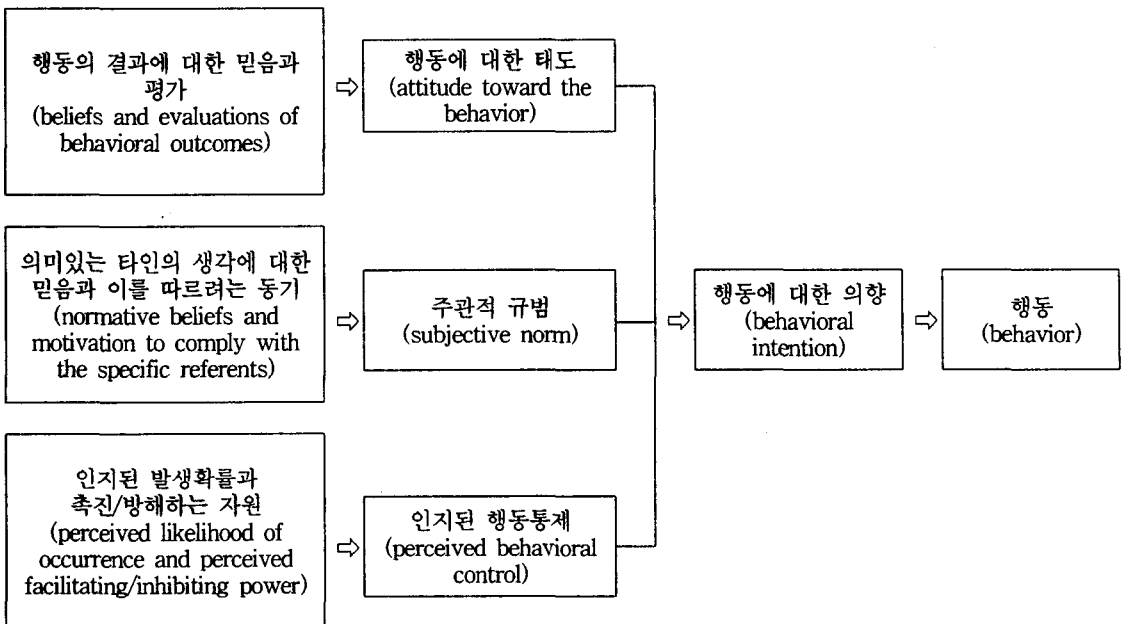
합리적 행동론은 피시바인과 아이젠(Fishbein & Ajzen)에 의하여 개발된 사회심리학적 이론을 기초로 하는 행동이론이다. 이 이론의 기본 전제는 인간의 행동은 그 행동을 하고자 하는 개인의 의향(intention)에 의해 결정되기 때문에 행동하고자 하는 의향은 행동에 대한 가장 직접적인 결정요인이 된다는 것이다. 이러한 행동에 대한 의향은 그 행동에 대한 개인의 태도(attitude)와 주관적인 규범(subjective norm)에 의하여 결정된다. 태도와 주관적 규범은 각각 두 가지 결정요소를 갖는다. 행동에 대한 태도는 개인이 그 행동을 했을 때 나타날 결과에 대한 믿음과 나타날 결과에 대한 평가에 의하여 결정되고, 주관적 규범은 개인에게 의미가 있는 다른 사람들이 그 개인이 행해야 한다고 생각하는 것

에 대한 개인의 규범적인 믿음과 이들의 바람을 따르려는 개인의 동기에 의하여 결정된다(김명 등, 2001; Simons-Morton, 1995).

계획적 행동론은 합리적 행동론에 인지된 행동통제(perceived behavioral control)의 개념을 포함시킨 모형이다. 인지된 행동통제란 행동이 행의 용이성에 대한 개인의 지각을 의미한다. 이는 주어진 행동을 성공적으로 수행하기 위하여 필요한 자원이나 기회가 주어질 것인가에 대한 믿음에 의하여 영향을 받게 된다고 Ajzen(1991)은 설명하고 있다.

선행연구

합리적/계획적 행동론은 흡연의 시작, 콘돔사용, 경구 피임약의 사용, 운동 프로그램 참여 등의 건강관련 행동을 예측하는데 널리 사용되어 왔다(Glanz 등, 1990). Sheppard 등(1988)은 113



<그림 3> 계획적 행동론

개의, van den Putte(1993)은 87개의 합리적 행동론을 적용한 연구에 대한 광범위한 고찰을 하였고, Ajzen(1991)은 계획적 행동론을 활용한 연구 16편에 대한 고찰을 시행하였다. 문헌고찰의 결과들은 일반적으로 합리적/계획적 행동이론을 지지하는 결과를 가져왔다. 태도와 주관적 규범과 행동의도와의 다중상관계수는 Sheppard 등(1988)의 연구에서는 0.66, van den Putte의 연구(1993)에서는 0.68이었다. Ajzen(1991)은 행동의도와 태도(A), 사회적규범(SN)그리고 인지된 행동통제(PBC)의 다중상관계수를 0.71로 보고하고 있다. 행동의도와 행동간의 평균적인 상관계수는 Sheppard 등(1988)의 연구에서는 0.53, van den Putte(1993)의 연구에서는 0.62 였다. Ajzen(1991)의 경우는 행동의도 및 인지된 행동통제와 행동간의 평균적인 다중상관계수를 0.51로 제시하고 있다.

Ajzen(1991)과 Madden 등(1992)은 계획적 행동론이 행동의도와 행동의 예측을 상당히 증진시켰다고 보고하고 있으나 합리적 행동론이나 계획적 행동론은 행동의도와 행동간의 격차를 고려하지 않았다는 점이 중요한 문제점으로 지적되고 있다(Bennett 등, 2000). 이는 행동을 이행할 의도가 있는 사람과 행동을 이행하지 않을 의도가 있는 사람간의 구분이 되지 않는다는 의미로, 최근의 연구에 의하면 의도의 형성, 행동의 시작, 그리고 행동의 유지는 질적으로 다른 단계인데 이러한 점은 합리적 행동론이나 계획적 행동론에서 고려되고 있지 않은 사항이었다(Bennett 등, 2000). 따라서 의도를 행동으로 옮기게 하는 행동계획의 필요성이 강조되고 있다. 또한 합리적 행동론과 계획적 행동론은 사회의 영향력이 배제되어 있는 개인에만 초점을 맞춘 이론이라는 지적도 받고 있다. 비록 사회적 규범

이라는 변수를 측정하기는 하지만 사회적 규범을 측정하는데 있어 사회적 규범에 대한 개인의 인지상태를 측정하는 것이기 때문에 사회환경의 영향을 고려한다고 말 할 수 없다는 의견이 빈번하게 제시되고 있다(Bennett 등, 2000).

4) 변화단계이론(Stage of Change Model)

변화단계이론은 Prochaska(1984)에 의하여 개발되고 발전된 이론으로 개개인의 행동변화에 대한 준비 수준에 따라 행동변화의 접근법을 달리해야 한다는 이론이다. 이 이론에 따르면 모든 개인을 변화하고자 하는 동기의 수준이 같은 동질 집단으로 간주하고 이들에게 모든 형태의 건강상담이 효과적일 것이라고 예상하는 것은 적절하지 않다. 그러므로 변화단계이론은 행동변화를 위한 상이한 동기유발의 단계에 따른 중재(intervention)의 필요성을 강조한 이론이라 할 수 있다.

변화단계이론은 보건행동 변화에 대한 개인의 동기유발의 단계를 5단계로 구분하고 있다.

5단계란 계획이전단계(precontemplation stage), 계획단계(contemplation stage), 준비단계(preparation stage), 행동단계(action stage), 유지단계(maintenance stage)를 말한다. 계획이전단계는, 변화계획이 없는 단계로, 자신의 행동에 문제를 갖지 않으며, 변화하여야 할 필요성을 느끼지 않는 단계이다. 계획단계는 어느 정도 새로운 행동을 받아들일 준비를 시작하는 시기이다. 세 번째 단계인 준비단계는 구체적인 행동실행계획이 잡혀져 있는 단계이다. 네 번째 단계가 행동단계이며, 유지단계는 중독성 또는 습관성이던 불건강한 행동이 없어진 단계로, 새로운 행동습관이 6개월 이상 지속된 경우이다.

선행연구

Prochaska 등(1993)은 4가지 종류의 금연효과에 관한 연구를 시행하였다. 광고를 통하여 756명을 모집하고 이들을 다음의 특징을 갖는 네 집단으로 무작위 할당하였다: 일반적인 금연책자 제공; 변화단계에 맞는 금연책자 제공; 변화단계에 맞는 금연책자와 0, 1, 6개월의 개인화된 피드백 제공; 변화단계에 맞는 금연책자와 피드백 그리고 1, 3, 6개월의 간단한 전화상담 제공. 18개월 후 대상자들의 금연율을 측정한 결과 변화단계를 고려한 세 집단의 금연율(18.5%, 25%, 18%)이 일반적인 금연책자를 받은 집단의 금연율(11%)에 비하여 유의하게 높았다. 또한 Strecher 등(1994)도 금연효과에 대한 연구를 시행하였다. 첫 번째 연구는 대상자들과 전화인터뷰를 시행하여 이들의 변화단계, 금연의 이익과 장애요인, 흡연의 위험에 대한 인지정도, 금연실패의 원인 등에 대하여 질문한 후 각 개인에게 맞도록 고안된 금연 정보를 주고 일반적인 금연책자만 제공한 집단과 비교하였다. 개인에게 맞도록 고안된 정보를 받은 집단의 금연율(31%)이 하루에 20개비 이하의 담배를 피우는 경우에 일반적인 금연책자를 받은 집단의 금연율(7%)에 비하여 매우 높았다. 그러나 다량 흡연자의 경우는 유의한 차이가 없었다(Polly, 1997). 이외에도 12가지 보건행동(금연, 코케인 끊기, 체중 조절, 지방섭취 감소, 안전한 성생활, 콘돔사용, 운동 등)에 대한 연구결과에서 변화에 대한 긍정적 또는 부정적 입장과 변화단계가 일치하는 결과를 보였다.

변화단계를 적용한 연구들은 대상자의 모집, 유지(retention), 변화의 진보에 유용한 결과를 가져오는 것으로 제시되고 있다(Prochaska 등,

1997). 산업장에서 시행된 운동참여 증진을 위한 프로그램에서 변화단계이론을 적용한 경우(Peterson 등, 1999), 일반적인 정보나 정보를 주지 않은 경우에 비하여 변화단계에 맞는 정보를 준 경우가 단기적인 신체활동량의 증가를 가져왔으며, 낮은 단계에서 진보된 단계로 변화하는 경우가 일반적인 현상인 것으로 나타났다. 그러나 일차진료기관에서 간호사에게 수행된 변화단계이론에 기반한 건강상담의 효과성에 관한 연구에서는 변화단계이론의 활용이 특별한 효과를 나타내지 않은 것으로 조사되었고 건강상담을 한 자체가 한 번의 대상자와의 접촉이라도 변화하고자 하는 동기를 증진시키는 것으로 보고되었다(Naylor 등, 1999). 이외에 만성적 건강문제를 가지고 있는 사람들의 경우 변화단계이론의 적용이 효과적이라는 선행연구결과도 있었다(Boyle 등, 1998; Prochaska 등, 1997).

이상의 연구결과와 같이 행동변화 단계이론은 다양한 보건행동의 변화를 어떻게 성취하는지에 대한 검증은 했다는 점에서 매우 유용하다고 할 수 있다. 그러나 대부분의 연구들은 한 연구에서 한가지의 행동만을 연구하고 있다. 하나의 보건행동 수행에 대한 준비가 다른 보건행동의 변화와 관련되어 있는지에 대한 연구는 거의 전무한 실정이다. 이러한 연구가 중요한 이유는 여러 보건행동들 간에는 상호관련 되어 있는 경우가 많아 하나의 보건행동변화가 이루어지면 이것이 다른 보건행동으로 이어지는 관문행동(gateway behavior)으로 작용하여 부차적인 보건행동의 수행으로 연결될 가능성이 높아질 수 있기 때문이다(Costakis 등, 1999). 실제로 Costakis 등(1999)의 연구에서 운동의 단계에 따라 특정 보건행동을 수행하는 대상자(대학에 근무하는 직원들)들의 분포를 살펴 본 결과(표1 참

<표 1> 대학 교직원들의 운동단계에 따른 건강관련 행동 실천정도의 비율(Costakis 등, 1999)

	Precont. (n=85)	Contemp. (n=187)	Preparation (n=205)	Action (n=98)	Maintenance (n=660)	Total (n=1235)
Cigarette use	17.6	11.8	10.8	3.1*	5.6	8.1
Seat belt use ≥ 75% of time	72.9	85.6*	89.2*	88.8*	90.9*	88.4
Regular use of stress management practices	14.5	21.7	23.3	28.9	39.1*	31.6

* 계획이전 단계와 비교했을 때 행동에 대한 유의한 예측요인이 되는 단계

고), 운동을 고려하고 있지 않은 경우가 진보된 운동 단계에 있는 경우 보다 흡연자일 가능성이 높았으며, 자동차 안전벨트를 매는 확률이 적었으며, 일상적인 스트레스 감소 기술을 잘 사용하지 않는 경향을 보였다.

따라서 운동이 다른 보건행동에 간접적으로 영향을 미칠 수 있기 때문에 보다 건강한 생활양식의 실천을 위한 관문행동(gateway behavior)의 역할을 할 수 있을 것으로 기대되었다. 그러므로 앞으로 다른 여러 가지 보건행동의 관련성에 대한 연구가 필요하다고 하겠다.

변화단계이론이 행동변화의 전략을 마련하는데 매우 유용하기는 하지만 특정 단계로 대상자를 구분하는 것에 있어 문제점이 제기되고 있다. 이는 개인의 인지된 행동과 실제의 행동간에 불일치가 생길 수 있다는 것인데 모든 행동변화가 행동단계로의 이행을 뜻하는 것은 아닐 수 있다는 것이다. 이 문제는 중독성 행동(흡연이나 약물사용)의 변화에서는 큰 문제가 되지 않으나 예를들어 식습관과 같은 경우에 저지방식을 시행한다는 기준이 어떤 경우에는 총 섭취열량의 30%미만인 기준을 사용하고 다른 경우에는 20%미만을 사용하는 경우도 있어 구체적이고

현실적인 각 단계를 구분하는 기준설정의 필요성이 제기되고 있다(Povey 등, 1999; Prochaska 등, 1997).

2. 제 보건행동이론의 비교

본 연구에서 제시한 건강신념모형, 사회학습이론, 합리적/계획적 행동론, 그리고 변화단계이론은 모두 건강증진을 목표로 인간의 행동변화를 촉진시킬 수 있는 유용한 틀을 제시하고 있다는 점에서 그 목적이 유사한 이론이라 할 수 있다. 그러나 이 이론들은 크게 두 가지로 구분될 수가 있는데 하나는 행동변화의 전조가 되는 요인(precursor)에 중점을 둔 이론과 행동변화 그 자체의 특성에 중점을 둔 이론이다. 건강신념모형, 사회학습이론, 합리적/계획적 행동론은 전자에 해당하는 이론이며, 변화단계이론은 후자의 특성을 많이 가진 이론이라 할 수 있다.

기본적인 성격이 상이한 변화단계이론을 제외한 세 가지 이론(건강신념모델, 사회학습이론, 합리적/계획적 행동론)에 대한 비교분석을 시행하였다. 특정한 보건행동을 이해하는데 어떠한 이론과 모형이 더 영향력이 있는지를 판단하기

<표 2> 제 보건행동이론의 주요 구성요소

요소	건강신념이론 (HBM)	사회학습이론 (SLT)	합리적/계획적 행동론 (TRA/TPB)
유용성에 대한 예상 (expected utility)	유익성/장해요인	결과기대	$A_{act} = \sum AB^*$
취약감/위협감 (vulnerability/ threat)	감수성/심각성		
사회적 영향 (social influence)		모델, 강화	$MC \times NB^{**}$
능력에 대한 믿음 (belief in ability)	자기효능감 (확장된 모형)	자기효능감	인지된 행동통제
촉진조건 (facilitating conditions)	행동의 계기		

* A_{act} = Attitude toward the act(행동에 대한 태도)

A = Evaluation of consequences

B = Beliefs about consequences

** MC = Motivation to comply with beliefs

NB = Normative beliefs

위하여 제 보건행동이론과 모형들을 비교해 볼 필요가 있으나 다른 보건행동 이론들간의 비교를 시도한 연구는 매우 드문 실정이다(Smedslund, 2000). 각 이론의 주요 요소들은 <표 2>에 제시되어 있다.

비용-혜택 요소는 세 가지의 이론에 모두 공통적으로 포함되어 있는 첫번째 요소이다. 보건행동은 건강위험의 감소와 관련된 예상되는 비용과 혜택에 대한 고려에 의하여 영향을 받게 된다. 건강신념모델의 경우 비용-혜택의 요소를 유익성-장애요인으로 지칭하였고, 사회학습이론에서는 결과기대라 하였으며, 합리적/계획된 행동론에서는 태도의 개념에 포함이 되어 있다. Bandura(1997)는 최근의 연구에서 행동의 신체적 사회적 결과에 대한 기대가 모든 행동이론에 포함되어 있는데 건강신념모형의 인지된 감수성과 심각성은 사회학습이론에서 기대되는 신체적

결과의 해로운 측면이고 반면에 인지된 유익성은 긍정적인 결과기대에 해당한다고 할 수 있다. 또한 합리적/계획적 행동론의 태도와 사회적 규범은 결과기대의 두가지 다른 종류를 나타낸다고 하였다. 자기효능감은 두번째의 공통적인 요소라 할 수 있다. 초창기의 건강신념모형과 합리적 행동론은 자기효능감에 관한 요소가 없었으나 확장된 최근의 건강신념 모형이나 계획적 행동론의 인지된 행동통제 변수에는 자기효능감이 포함되어 있다. 이외에도 Weistein(1993)은 건강신념모델의 인지된 심각성과 합리적 행동론의 부정적 평가는 같은 개념이라 하였다. 이와 같은 이유로 본 연구에 제시된 보건행동 이론들은 특정한 행동의 예측에 모두가 다 잘 활용되는 경우가 있는데 이는 각 이론들의 구성요소들이 부분적으로 중복되는 경우가 있어 명칭은 다르더라도 유사한 기능을 하기 때문인 것으로 사려된다.

사회학습이론과 합리적/계획적 행동론은 모두 행동에 대한 사회적 영향에 관한 변수를 포함하였는데, 이는 사회학습이론에서는 동료들과의 비교(models)의 형태로, 합리적/계획적 행동론에서는 의미있는 타인으로부터의 인정(사회적규범)이라는 요소로 구성되어 있다. 그러나 앞서도 지적하였듯이 Bennett 등(2000)은 인지된 사회적 규범이므로 진정한 의미의 사회적 영향이라 할 수 없다고 하였다. 따라서 가장 사회적 영향력을 강조한 이론은 사회학습이론이라 하겠다.

이상의 세 이론과 같이 행동의 저변에 있는 특성들에 대한 연구는 상당히 활발하게 이루어지고 있지만 반면에 변화의 특성에 대한 연구는 다루어지지 않았던 경향이 있었다(Mcqueen, 1996). 변화단계이론은 앞에서 제시한 이론들과 성격이 달라 행동변화란 시간이 지남에 따라 일정한 단계를 걸쳐 이루어지는 과정이라고 제시하며 변화의 특성을 설명한 이론이다. 변화단계이론은 보건행동 이론의 새로운 관점을 제시하고 있으며 기존의 행동이론들과의 통합된 전략으로 사용될 때 더욱 효과적인 행동변화를 달성할 수 있는 매우 유용한 이론이라 할 수 있다. 그러나 인간 행동의 변화라는 것은 변화단계이론에서 제시한 특성 외에도 많은 요소를 포함하는 매우 복잡한 특성을 지닌다. 예를 들면, 변화의 형태도 다양하며(새로운 행동을 습득하거나, 기존의 행동을 중지하거나 행동의 형태를 수정하거나 등), 크기와 강도, 시간과 관련된 특성도 가지고 있다. 따라서 변화의 특성에 대한 이론들이 계속적으로 제시된다면 건강상담에서 활용할 수 있는 효율적 행동변화의 전략들로 전환될 수 있을 것으로 사료된다.

IV. 건강상담을 위한 보건행동 이론의 활용방안

주요 보건행동이론들이 제시하는 이론의 틀과 선행연구에 대한 고찰을 통하여 건강상담을 위한 보건행동 이론의 활용방안을 제시해 보고자 한다.

1. 이론의 통합적 활용

하나의 이론으로 행동변화의 복잡한 특성을 모두 설명할 수 없다. 따라서 주요 이론들의 통합으로부터 좀더 종합적인 이론 활용의 필요성이 제기되고 있다. Smedslund(2000)는 최근 10년간 여러 연구에서 보건행동에 대한 통합된 모형을 지향하는 경향을 발견할 수 있었다고 지적하면서 이러한 경향은 지속될 것으로 예상하였다. 제 이론들을 통합하여 건강상담에 적용한다면 상담가는 대상자의 행동에 대한 이해가 증진되고 어떤 요인들에 대한 조작과 통제가 필요한가에 대한 판단이 정확하고 용이해져 대상자의 행동변화를 효과적으로 유도할 수 있다.

이와 같은 판단의 근거는 다음에 제시된 연구에 의하여 제시될 수 있다. Nguyen 등(1997)은 심장병 예방을 위한 효과적인 프로그램을 마련하기 위하여 규칙적인 운동과 관련된 요인들에 대한 연구를 시행하였다. 이 연구에서는 계획적 행동론과 변화단계이론을 함께 적용한 결과 계획적 행동론의 태도, 주관적 규범 및 인지된 행동통제는 행동단계에 따라 다른 관련성을 보여주었다. 인지된 행동통제는 모든 단계에 모두 강하게 관련되어 있었다. 태도는 운동을 하고자 하는 의도가 있는 단계인 계획 또는 준비단계와

밀접하게 관련되어 있었으며 대조적으로 주관적 규범은 운동을 고려하고 있지 않은 계획이전단계와 연관되어 있는 것으로 제시되고 있다. 이렇듯 특정 집단의 특수한 요구를 파악함으로써 대상자들을 좀 더 빠르게 규칙적인 운동에 참여하도록 유도할 수 있다. 또한 계획적 행동론에 따른 청소년의 흡연단계 예측에 관한 Hill 등의 연구(1997)에서는 태도, 사회적 규범, 그리고 인지된 행동통제 변수들이 흡연단계를 구분하는데 도움이 되는 것으로 나타나 대상 청소년들의 68.4%가 정확하게 흡연을 하게되는 각 단계로 분류되었다. 따라서 계획적 행동론을 함께 적용하는 것이 흡연행동을 습득하는 단계에 대한 이해를 증진시켜줄 수 있다는 결론을 내리고 있다(Hill 등, 1997).

2. 효율적인 상담 전 평가 실시

건강상담시 대상자들의 행동변화를 성공적으로 유도하기 위해서는 대상자가 가진 문제점에 대한 명확한 이해가 필요한데 이를 위하여 필수적인 것이 상담 전 평가를 실시하는 것이다. 상담 전 평가를 통하여 개인의 행동에 영향을 미치고 있는 인지적·사회적 요인들에 대한 파악이 이루어지고 행동변화를 방해하는 장애요인들의 파악이 가능해지며 변화의 장애를 극복하기 위하여 필요한 물질적 또는 심리·사회적 요소의 증진을 가져올 수 있는 건강상담을 기획할 수 있다. 사전평가의 항목 선정에 유용한 틀을 제공해주는 것도 제 보건행동 이론이라 할 수 있다. 앞서서도 제시되었듯이 Blair(1993)와 Wroblewski(1993)도 사회학습이론을 기반 한 건강상담 기획시 개인의 행동에 영향을 미치는 개인적, 환경적 요인에 대한 평가가 우선적으로 이루어져야 한

다고 주장하면서 이론에 기반 한 상담 전 평가의 중요성을 강조하였다.

3. 핵심변수의 변화에 초점을 둔 행동변화의 시도

대상자들에게 단지 현재행동이 갖는 위험성에 대한 정보나 경고를 제공하기보다는 여러 이론에서 제시하고 있는 행동변화 핵심변수들의 변화 및 강화에 초점을 맞춘 건강상담이 필요하다.

제 이론들을 활용한 선행연구의 결과를 살펴보면, 여러 연구에서 자기효능감(self-efficacy)이 다양한 영역의 행동변화를 유도하는데 중요한 역할을 하고 있는 것으로 제시되고 있다(김인자, 1994; 김종임, 1994; 박영임, 1994, 구미옥, 1992; Corwin 등, 1999; Keller, 1999; Langlois 등, 1999; Conn, 1997; Wulfert 등, 1995; O'Leary 등, 1992; Stacy 등, 1992; Bagozz 등, 1990; Mckusik 등, 1990). 그러므로 건강상담을 기획할 때 자기효능감 증진의 전략을 포함시키는 것이 필요하다는 결론을 얻을 수 있는데 자기효능감을 강화하기 위한 상담에서는 다음과 같은 사항의 고려가 필요하다. 자기효능감은 일반화된 효능감('나는 나에게 주어진 모든 일에 대한 능력이 있다')이 있고 특정 행동변화와 관련된 자기효능감이 있다. 또한 특정 행동변화와 관련된 자기효능감은 여러 수준으로 구성되어 있다(Marlatt 등, 1994). 예를들어, 흡연이나 약물사용과 관련된 자기효능감은 다섯 가지의 다른 수준의 자기효능감으로 구성되어 있는데(표 3), 수준에 따라 능력에 대한 확신을 강화시키는 체계적인 노력이 필요하다. 이러한 자기효능감에 대한 변화는 모델링과 기술훈련을 통하여 달성될 수 있으며 태도수정, 자신을 보호할 수 있

는 인지-언어-행동 기술의 개발, 그리고 지지적인 사회적 분위기가 조성되어 또한 도움을 줄 수 있다(Wulfert 등, 1995). 기술발달은 목표행동을 효과적으로 수행할 수 있도록 하며 학습자가 그 행동을 시도할 가능성을 높여준다. 동료의 흡연이나 음주 제안을 거절하는 능력을 향상시키기 위해서는 이러한 특수한 기술을 필요로 하는 자기주장훈련이 필요하다. 학습자들은 처음에 모델이 거절하는 것을 관찰하면서 제안을 거절하는 것을 연습한다. 그리고 마지막으로 이들의 거절결심을 무너뜨리도록 고안된 다양한 교묘한 상황에 대처하여 거절하는 것을 연습할 기회를 갖게 된다.

<표 3> 흡연 및 약물사용과 관련된 각 단계에 따른 자기효능감(Marlatt 등, 1994)

저항에 대한 자기효능감	약물사용 시작 전에 약물사용을 피할 수 있는 능력에 대한 확신
위험감소에 대한 자기효능감	일단 시작한 약물사용의 위험을 감소시킬 수 있는 능력에 대한 확신
행동에 대한 자기효능감	약물을 끊거나 통제를 가할 수 있는 개인의 확신
재발방지에 대한 자기효능감	재발을 방지 할 수 있는 능력과 관련된 확신
재활에 대한 자기효능감	재발에서 다시 회복할 수 있는 능력에 대한 확신

이상에서는 자기효능감이라는 변수를 행동변화의 핵심요소로 강화하는 상담의 전략을 제시하였는데 강조하고 싶은 점은 핵심변수의 발견과 효과적인 상담에의 적용을 위해서는 반드시 이론이 중심역할을 한다는 사실이다.

4. 관문행동(gateway behavior)의 파악 및 활용

관문행동(gateway behavior)의 개념은 건강상담가에게 유용한 도구를 제공해 줄 수 있다. 특히 앞서 제시한 연구(Costakis, 1999)에서와 같이 신체활동이 안전벨트의 사용이나 금연과 같은 다른 건강증진 행동 수행에 대한 관문행동으로의 역할을 한다면 건강상담가는 이와 관련한 다양한 프로그램을 개발할 수 있다. 실제적으로 산업장의 근로자들을 대상으로 한 건강상담에서 안전벨트의 사용에 대해 근로자들의 흥미를 유발하기는 매우 힘들며 시행되었던 금연 프로그램의 경우 프로그램으로 유도된 흡연자들의 비율은 매우 적은 경우가 흔한 실정이다(Costakis, 1999). 따라서 운동과 같은 좀 더 높은 단계에서 이들을 유도할 수 있는 행동증진을 유도하는 중재를 한다면 안전벨트 사용과 금연과 관련된 행동의 시작을 유도할 수 있을 것으로 기대된다.

5. 행동변화단계에 따른 구체적인 전략과 절차의 적용

변화단계 이론은 행동변화의 과정을 이해하려는 목적으로 만들어진 이론이었지만 이외에도 건강상담에의 활용 측면에 중요한 시사점을 제공하고 있으므로 적극적인 활용이 필요하다. 가장 중요한 점은 상담의 전략이 각 단계에 따라 달라져야 한다는 것이다. 예를 들면, 행동변화에 대하여 전혀 고려하고 있지 않은 계획 이전에 있는 사람에게 행동변화의 방법에 대하여 상담을 한다든지 이미 행동변화를 시도하고 있는 사람에게 변화에 대한 동기유발을 강조한다

면 상담의 효과는 기대하기 힘들다. 또한 계획이 전단계에 있는 대상자를 변화하도록 직설적인 설득을 한다면 변화를 조장할 확률은 거의 없으며 오히려 대상자들은 상담에 대한 거부감을 증가시킬 수 있다(Breham 등, 1981; Ockene 등, 1991). 또 하나의 시사점은 상담의 목적도 상담을 받는 개인이 어떤 단계에 있는가에 따라 달라져야 한다는 것이다. 예를 들면 계획이전 단계에 있는 사람의 경우 성공적인 상담의 결과로 인하여 변화에 대하여 좀 더 적극적으로 고려하게 되는 것이 되며, 이미 계획단계에 있는 사람들의 경우는 행동변화를 촉진시킬 수 있는 구체적인 행동계획안을 개발하는 것이 될 수 있다.

각 변화의 단계에 맞는 일반적인 상담의 전략은 다음의 <표 4>와 같다.

<표 4> 변화의 단계에 따른 일반적인 건강상담의 전략

단계	계획이전 단계	계획 단계	준비 단계	행동 단계	유지 단계
	동기유발				
건강상담 전략		문제해결			
	정보제공				

건강상담의 일반적인 전략에 대한 구체적인 지침을 제시하면 다음과 같다.

1) 동기유발을 강조하는 상담(motivational interviewing)

계획이전단계나 계획단계에 있는 사람들은 건강상담을 요청하는 경우가 드물기 때문에 이 단계에 대한 상담의 기술은 최근까지 주목을 받

지 못하는 분야였다. 그러나 건강검진(health screening)이 도입되면서 행동의 변화로 인하여 여러 가지 건강상의 혜택을 받을 수 있는 대다수의 사람들이 파악되고, 이들이 건강에 대한 행동변화에 대하여 저항하는 양상을 보이는 것이 발견되면서 이에 대한 해결책의 필요성이 강조되기 시작하였다. 현재까지 제시된 방법 중에 가장 효과적인 방법은 동기유발을 강조하는 상담(motivational interviewing)이다(Miller 등, 1991). 동기유발을 강조하는 상담의 목적은 개인이 행동변화를 고려하지 않은 이유에 대하여 관심을 갖고 생각 해보도록 유도하는 것이다. Miller등(1991)은 이러한 과정을 통하여 각 개인들은 인지부조화(cognitive dissonance)의 상태를 경험하게 된다고 하였다. 즉, 특정한 이슈에 대하여 2개 혹은 그 이상의 서로 상반되는 믿음을 가지고 있다는 것을 발견하게 되고 적극적으로 이에 대하여 생각하게 된다. 인지부조화 이론에 따르면 인지부조화를 경험하는 개인은 이러한 상태에 대하여 거부감을 느끼게 되고 이를 해소하기 위하여 인지의 측면이나 행동의 측면의 변화를 시도하게 된다. 이 과정은 새로이 고려했던 생각에 대하여 거부하는 결과를 가져올 수도 있으나, 반면에 긍정적인 면으로는 새로운 믿음이나 행동을 받아들여 행동변화의 단계를 수행하게 될 수도 있다.

건강상담가의 역할은 이 과정을 촉진시키는 것으로, 변화를 해야한다는 입장에서 논쟁을 벌이거나 직접적인 설득을 하는 것이 아니다. Rollnick 등(1992)은 이 과정에서 상담가는 고의적으로 우회적인 방법을 사용하면서 다음과 같은 두가지 중요한 질문에 열중해야 한다고 제시하고 있다. 한가지 질문은 “당신이 현재하고 있는 행동의 좋은 점은 무엇입니까?” 그리고 “그

행동의 덜 좋은 면은 무엇입니까?”이다. 개인이 현재의 행동에 대한 이야기를 하지 않으려고 하는 경향이 있다면 이는 현재 행동에 대한 좋은 점을 먼저 물어 봄으로써 감소될 수 있으며 반드시 이 이후에 행동변화의 혜택에 대하여 생각해 보도록 요청해야 한다. 다음에 비슷한 과정으로 이행이 되는데 개인은 자신의 현재의 행동이나 행동변화에 대하여 가지고 있는 생각이나 문제점들을 이야기하도록 한다. 상담가는 이상과 같은 토론의 내용을 정리하여 개인에게 피드백을 주게 된다. 변화에 대한 관심을 표현하는 경우에만 변화에 대한 정보와 방법에 대하여 제공한다(Rollnick 등, 1992).

2) 문제해결 상담(problem-solving approach)

문제해결식 접근방법은 Egan(1990)에 의하여 고안된 상담모형이 가장 널리 사용되고 있다. Egan은 상담의 과정을 문제점에 대한 조사와 명료화(problem exploration and clarification), 목적설정(goal setting) 및 행동촉진(facilitating action)의 세 단계를 제시하였다. 이러한 Egan의 모형은 대상자 중심의 모형으로 상담의 목적은 개인이 자신이 가지고 있는 문제점을 발견하고 해결하는데 자신이 가지고 있는 능력을 활용을 촉진시키는 것이다. 이 과정의 중심개념은 자기 효능감(self-efficacy)이다. 원하는 행동변화를 달성할 수 있다는 신념 없이는 변화를 위한 어떠한 시도도 행해질 수 없기 때문이다. 따라서 개인이 달성해야 하는 목적과 사용될 전략은 대상자가 결정해야 할 필요가 있다. 단, 이들이 행동변화를 하는 과정에서 필요한 특정 기술이나 자원들이 부족한 경우는 기술훈련과정을 통하여 파악되고 획득될 수 있다.

3) 정보제공 상담(informational approach)

행동변화에 필요한 보건행동에 관련된 정보를 제공하는 것은 가장 간단하고 자주 행해지는 방법이다. 그러나 어떠한 경우에는 최소한의 정보가 주어지더라도 행동변화를 성공적으로 도와주는 경우도 있고 반면에 체계적인 정보가 많이 주어지는 경우에도 도움이 되지 못하는 경우도 발견된다. 이는 정보를 받아들이는 개인적 특성에 의한 문제가 될 수도 있으나, Russell 등(1979)은 정보제공의 효과는 정보를 제공하는 상담가에 의하여 영향을 가장 많이 받는다고 하였다. 즉, 상담가가 얼마나 효과적인 의사소통을 했는가에 의하여 결정이 된다. 효과적인 의사소통에는 언어적, 비언어적인 행동유도 자극(cues)과 전략(strategies)들이 필요하다. 내담자들은 그들이 더 자신들이 원하는 질문을 잘 하지 못하는 경향을 가지는 경우가 흔하여 상담중 질문의 기회를 제공할 경우 상담가의 제안을 따르는 확률이 증가하고(Greenfield 등, 1985; Tabak, 1988), 정보제공의 회상과 행동변화를 극대화시키는 전략을 사용하는 경우 제안된 행동변화에 더 순응하는 것(Ley 등, 1995)이 발견되었다. 또 하나의 전략은 언어적 정보와 함께 자료를 제공하는 것이다. 상담 시 자료를 제공하는 경우 자료를 읽는 비율은 매우 높다는 것이 Ley(1988)의 연구에서 밝혀졌는데 이는 Wicke 등(1994)이 제시한 공공장소나 병원등과 같은 곳에 비치된 자료를 읽는 비율에 비하여 매우 높았다.

이상에서 제시한 일반적인 전략 외에도 목표행동의 달성을 위한 단계의 진보를 원활하게 하기 위한 구체적인 절차가 활용될 수 있다(Prochaska 등, 1997).

<표 5> 변화단계에 따른 구체적 건강상담의 절차(Prochaska 등, 1997)

단계	계획이전단계	계획단계	준비단계	행동단계	유지단계
	인식제고 정서적 안정감 형성 환경재평가				
		자아-재평가			
건강상담 절차			선택권리의 확장		
				계약 지원관계 형성 대체행동 형성 자극조절	

Prochaska(1997) 등은 최근 경험적 연구를 통하여 위에 제시된 아홉 가지의 절차가 흡연, 식습관, 코케인 사용, 운동, 콘돔사용과 같은 행동에서 유용하다는 것을 발견하였다. 그러나 모든 연구에서 이러한 절차의 구조가 반드시 단계의 구조나 변화에 대한 찬성·반대의 구조와 항상 일관된 것은 아니었다. 또한 특정 행동변화에서는 이중 몇 가지의 절차만이 유효했으며 다른 행동변화에서는 더 많은 수의 절차가 유효하게 작용하였다. 그러므로 대상자의 특성과 행동의 특성에 따른 적절한 절차의 선택도 중요한 향후의 연구과제가 될 것으로 사료된다.

V. 결 론

건강상담은 대상자의 건강증진을 위하여 반드시 바람직한 행동의 변화를 달성하여야 하며 이를 위하여 보건행동 이론을 이해하는 것은 건강상담자에게 매우 중요한 문제이다.

앞서 고찰한 보건행동 이론들은 크게 두 가지의 기반을 토대로 건강증진을 위한 보건행동 변화를 유발하는 기전을 설명하고 있다. 건강신념 모델과 사회학습이론 그리고 합리적/계획적 행동론은 모두 “가치-기대 이론(value-expectancy theory)”에 속하는 이론으로 사람들의 건강과 관련된 행동 및 행동의 변화를 설명하기 위하여 광범위한 인지, 사회적 요인들에 대하여 설명하는 이론들이다. 이들 이론과 관련된 선행연구들은 다양한 보건행동의 영역에서 다양한 목표집단을 대상으로 각 이론들의 경험적 지지를 위한 것이었다. 선행연구에 대한 고찰을 통하여 사회학습 이론의 중심개념인 자기효능감이나 합리적/계획적 행동론의 주요 구성요소들은 보건행동과의 상관성이나 행동에 대한 설명력이 높게 보고되었고, 건강신념모델의 경우는 인지된 장애요인이 보건행동과 관련이 가장 높은 경향을 보였으나 각 구성요소의 상대적 영향력에 대한 연구결과는 일관적이지 않았으며 전체모델의 설명력이나 예측력에 대한 연구결과는 찾기 힘든 실정이었다.

위에 제시된 세 이론과 다른 기반을 가지는 변화단계이론은 행동을 변화시키고자 하는 동기의 수준은 사람에 따라 다르므로 각기 다른 변화단계의 수준에 따른 중재(intervention)가 필요하다는 이론이다. 이 이론은 새로운 행동을 채택하는 과정에 대한 이해를 증진시켰으며, 대상자의 변화단계를 기반으로 한 효과적이며 경제적인 건강상담을 시행할 수 있는 방안을 제시하였다. 실제로 변화단계를 활용한 실험연구에서 그 효과성이 입증되고 있기는 하나 각 단계를 규정하는 명료한 기준의 마련과 같은 문제점들도 제시되고 있다.

이상과 같은 보건행동이론에 관한 선행연구들은 보건행동의 변화에 대한 이해에 도움을 주고는 있으나 일관성 있거나 함축적인 행동변화의 자료를 제시하지 못하고 있는 실정이다. 여러 가지 이유가 있을 수 있으나 그 중 하나는 이론의 주요 구성요소에 대한 개념정의와 조작적 정의 및 측정상의 문제점을 포괄하는 연구방법상의 문제인 것으로 여겨진다. 이와 같은 점은 김성재 등(1996)의 연구에서도 지적된 바 있다.

이상과 같은 제 보건행동 변화에 관련된 이론의 이론적 틀과 선행연구들의 결과들을 고찰한 결과 다음과 같은 효과적 건강상담을 위한 행동이론들의 활용방안을 제시하였다. 첫째는 하나의 이론으로 행동변화의 복잡한 특성을 모두 설명할 수 없으므로 주요 이론들의 통합으로부터 좀더 종합적인 모델의 필요성이 제기되고 있다. 둘째는 이론을 바탕을 둔 상담 전 평가를 실시하여야 한다는 것이다. 셋째로 선행연구를 통하여 발견된 핵심변수의 변화에 초점을 둔 행동변화를 시도하여야 한다는 것이고, 넷째로 다른 보건행동의 변화를 함께 유도할 수 있는 관문행동을 발견하여 활용하는 것이다. 마지막으로 대

상자들의 행동변화단계에 따른 건강상담의 전략과 구체적 절차를 적용하는 것이 필요하다는 점이다.

본 연구는 효과적 건강상담을 위한 보건행동이론의 활용방안에 대한 연구를 위하여 시행되었다. 이론을 활용한 선행연구를 고찰하면서 제 이론들에 대한 연구가 우리나라의 경우에 매우 미약하다는 것을 발견하였고 특히 건강증진을 위한 보건행동 영역의 연구가 미약하여 우리나라의 선행연구의 내용을 충분히 반영하지 못한 것이 본 연구의 제한점이라 할 수 있다.

참고문헌

- 구미옥. 당뇨병환자의 자기간호행위와 대사조절에 관한 구조모형. 서울대학교 대학원. 간호학 박사학위논문, 1992.
- 구미옥, 이은옥. 건강신념모델과 한국인 만성질환자의 환자역할 행위. 서울대학교 대학원. 간호학 박사학위 논문, 1990.
- 김명, 서미경, 서혜경, 김영복. 보건교육 이론과 적용. 계축문화사, 2001.
- 김성재, 조남옥, 유경희, 강남미, 최희정. 비판적 문헌고찰에 의한 건강행위 관련이론의 분석. 간호학논문집 1996; 10(1): 87-122.
- 김인자. 만성 요통환자의 대처유형과 건강통제위, 자기효능감과의 관계. 서울대학교 대학원. 간호학 석사학위논문, 1994.
- 김종임. 자조집단 활동과 자기효능성 증진법을 이용한 수중운동 프로그램이 류마티스 관절염 환자의 통증, 생리적지수 및 삶의 질에 미치는 영향. 서울대학교 대학원 박사학위 논문, 1994.
- Bennett P, Bozionnelos G. The thoery of planned behavior as predictor of condom use: a narrative review. Psychology, Health & Medicine 2000; 5(3): 307-322.

- Blair JE. Social learning theory: Strategies for health promotion. *AAOHN Journal* 1993; 41(5): 245-249.
- Boyle RG, O'Connor PJ, Pronk NP, Tan A. Stage of change for physical activity, diet, and smoking among HMO members with chronic condition. *American Journal of Health Promotion* 1998; 12(3): 170-175.
- Conn VS. Older woman: social cognitive theory correlates of health behavior. *Woman & Health* 1997; 26(3): 75-85.
- Corwin SJ, Sargent RG, Rheume CE, Saunders RP. Dietary behaviors among fourth graders: a social cognitive theory study approach. *American Journal of Health Behavior* 1999; 23(3): 182-197.
- Costakis CE, Dunnagan T, Haynes G. The relationship between the stage of exercise adoption and other health behaviors. *American Journal of Health Promotion* 1999; 14(1): 22-30.
- Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. *Health Behavior and Health Education*. Jossey-Bass, 1990.
- Harrison JA, Mullen PD, Green LW. A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Education Research* 1992; 7(1): 107-116.
- Keller C, Fleury J, Gregor-Holt, Thompson T. Predictive ability of social cognitive theory in Exercise research: an integrated literature review. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing* 1999; 6(2).
- Hill AJ, Boudreau F, Amyot E, Dery D, Godin G. Predicting the stages of smoking acquisition according to the theory of planned behavior. *Journal of Adolescent Health* 1997; 21(2): 107-115.
- Langlois MA, Petosa R, Hallam JS. Why do effective smoking prevention program work? Student changes in social cognitive theory constructs. *Journal of School Health* 1999; 69(8): 326-331.
- Naylor PJ, Simmonds G, Riddoch C, Velleman G, Turton P. Comparison of stage-matched and unmatched interventions to promote exercise behavior in the primary care setting. *Health Education Research* 1999; 14(5): 653-666.
- Nguyen MN, Potvin L, Otis J. Regular exercise in 30-to 60-year old men: combining the stage-of-change model and the theory of planned behavior to identify determinants for targeting heart health intervention. *Journal of Community Health* 1997; 22(4): 233-246.
- Peterson TR, Aldana SG. Improving exercise behavior: An application of the stage of change model in a worksite setting. *American Journal of Health Promotion* 1999; 13(4): 229-232.
- Povey R, Conner M, Sparks P, James R, Shepherd R. A critical examination of the application of the transtheoretical model's stage of change to dietary behaviors. *Health Education Research* 1999; 14(5): 641-651.
- Polly A. Breakthrough or bandwagon? Are interventions tailored to Stage of Change more effective than non-staged intervention? 1997; 56: 166-174.
- Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 1997; 12(1): 38-48.
- Prochaska JO, Diclemente CC, Velicer WF. Standardized, individualized, interactive and personalized self[help programs for smoking cessation. *Health Psychologist* 1993; 12: 399-405.
- Smedslund G. A pragmatic basis for judging models and theories in health psychology: the axiomatic method. *Journal of Health Psychology* 2000; 5(2): 133-149.
- Wroblewski S. Commentary on Social learning theory: strategies for health promotion. *ONS Nursing Scan in Oncology* 1993;

41(5): 245-249.

Wulfert E, Wan CK. Safer sex intentions and condom use viewed from a health belief,

reasoned action, and social cognitive perspective. *Journal of Sex Research* 1995; 32(4): 299-311.

<ABSTRACT>

The Use of Health Behavior Theory for Effective Health Counselling

Hye-Kyeong Kim

Department of Health Education, Graduate School of Ewha Womans University

The use of health behavior theory in health counseling may improve its effectiveness. This article provides an overview of health behavior theory and guidelines on how to incorporate various theories into effective health counseling. Models that focus on behavior change at the individual level are described, including the health belief model, which focuses on individual health beliefs; social learning theory, which emphasizes interactions between individual, behavior and its environment; theory of reasoned action and theory of planned behavior, which examines factors influencing behavioral intention; the stages of change model, which focuses on one's stage of readiness for change.

Research review provides explanatory and predictive utility of four health behavior theories. Suggestions for effective health counselling are as follows:

1. Unified theoretical framework incorporating key concepts from different health behavior theories is needed.
2. Need assessment should be included in counselling process.
3. Behavior-change counselling should target changes in one or more key variables previously identified.
4. Focusing on promotional efforts into a high profile behavior(gateway behavior) can be an adjunctive way of initiating other health promotion behaviors.
5. Counselling should be staged based, and different strategies and processes of changes should be applied at different stages.

Key words : health counselling, health behavior theory