

## 일개 노인보건센터에서의 자가관리능력 측정도구 검증 - 델파이기법을 중심으로 -

권 명 순\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

국민의 평균수명이 연장됨에 따라 노인인구의 수와 비율이 급격하게 증가하고 있다. 우리나라 65세 이상의 노인인구는 2000년에 7.2%에서 2003년 인구의 8.3%로 2010년에는 10.7%, 2018년에는 14.3%가 넘어 고령사회가 될 것이며, 2026년에는 20.8%가 넘는 초고령사회가 될 전망이다(Korea National Statistical Office [KNSO], 2005). 또한 65세 이상 노인의 대부분(90.9%)은 관절염, 만성요통, 고혈압 등 적어도 3개월 이상 지속되는 퇴행성 만성질환을 가지고 있으며, 나이가 많을수록 만성질환 유병률이 높으며, 65세 이상의 노인 중에서 기능장애를 갖고 있는 경우가 42.5%가 넘고, 그중에서 신체활동능력이나 가사활동 능력의 기능제한으로 재가노인서비스 대상이 되는 노인 수는 41.2%에 이르고 있다(Choi, 2005).

최근 우리나라가 산업화, 도시화, 핵가족화가 되면서 가족구성원수와 주거형태가 변하고 있다. 지난 1989년대 초에는 노인 혼자서 혹은 노부부만 따로 사는 경우는 전체노인의 20% 정도였고, 1990년대에는 25.5% 정도였는데, 2000년에는 44.9%로 증가한 것으로 나타났다(KNSO, 2001). 한국보건사회연구원 조사에 의하면 독신노인이나 노인부부가 자녀와 따로 살아가는 경우가 55%에 이르는 것으로 보고되었고(Jung, 2005), 대부

분 소득수준이 낮고 거동장애와 건강문제로 외부와의 접촉이 원활하지 못하여 의료, 건강검진, 가정간호, 물리치료, 작업치료, 언어치료 등의 재활서비스와 가사 관리 및 복지서비스 등이 지역사회 보건기관에서 통합적으로 제공되어야 할 필요성이 대두되고 있다(Kim, 1984). 이를 해결하기 위한 방안으로 공공보건기관인 보건소를 중심으로 국민기초생활보장 수급 노인을 포함하여 저소득 재가노인을 대상으로 방문보건사업이 시행되고 있다(Ministry of Health and Welfare[MHW], 2004). 보건소의 방문보건사업은 제한된 자원을 최대한 활용하기 위해 대상자관리 주기를 정하여 서비스를 제공하고 있으며 서비스 제공방식 결정을 위해 보건복지부의 방문보건사업 운영지침(Ministry of Health and Welfare, 2004)에서 제시하고 있는 자가관리능력 측정도구를 사용하고 있다. 이는 4점 척도 5문항으로 점수화되어 있고, 총점에 따라 4군으로 분류하여 가정방문 주기를 결정하도록 되어있다. 그러나 제시된 도구는 5개의 영역들과 점수만이 제시되었을 뿐 항목과 세부항목 및 평가기준이 제시되어 있지 않아, 측정이 모호할 뿐 만 아니라 평가자의 주관적인 편견을 배제 할 수 없어 도구의 객관성이 떨어진다(Korean Health Industry Development Institute & MOHW, 2004). 이를 보완하기 위해 일부 보건소에서는 자체 내에서 도구를 개발하여 사용하고, 이를 근거로 방문보건사업의 관리기준으로 활용하고 있는 실정이다(Sungbuk Health Center, 2003; Gangbuk Health Center & College of Nursing

\* 한림대학교 의과대학 간호학부(교신저자 E-mail: kwon1314@hallym.ac.kr).

Seoul National University, 2004).

일개 노인보건센터에서는 시로부터 방문보건사업을 위탁 받았으며, 우선적으로 서비스의 효율성을 높이기 위해 서비스제공 방식을 결정하기 위한 도구가 필요했으며, 이를 위해 보건복지부에서 제시한 도구와 방문보건사업을 하고 있는 기관에서 사용되는 도구들을 근거로 하여 자체 내에서 도구를 개발하여 사용하고 있었다. 따라서 본 연구에서는 일개 노인보건센터에서 대상자 관리주기 결정 즉, 서비스제공 방식 결정을 위해 자체 내에서 개발하여 사용하고 있는 도구에 대해 델파이기법을 통해 검증하고자 시도하였다.

## 2. 연구목적

일개 노인보건센터에서 서비스제공 방식(가정방문 주기)을 결정하기 위해 사용하고 있는 자가관리능력 측정 도구에 대한 검증을 통해 실용적이고 효과적인 도구를 제시하고자 한다.

# II. 연구 방법

## 1. 연구 설계

본 연구는 자가관리능력 측정도구에 대한 검증을 통해 새로운 도구를 제시하기 위해 방법론적 연구 설계로서, 자료수집방법은 델파이 기법을 적용하였다. 연구의 목적

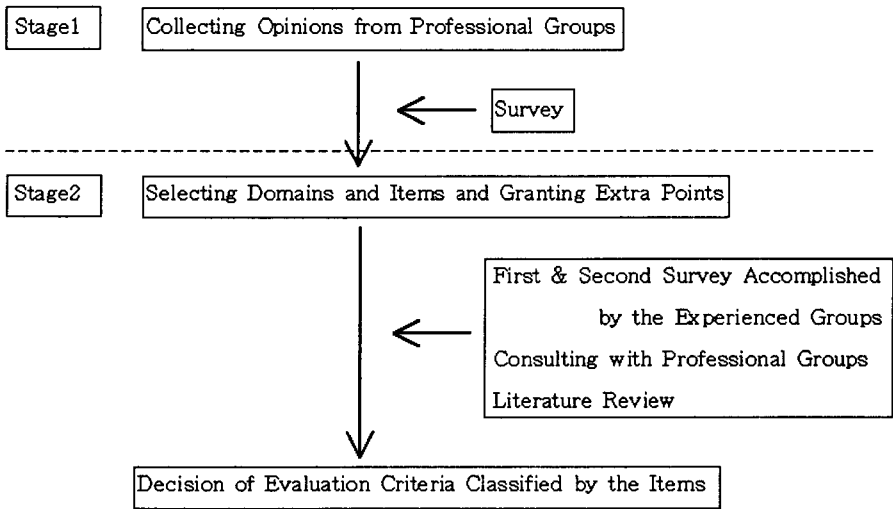
상 구조화된 델파이 조사지를 이용하였다. 구조화된 델파이 조사는 Modified Delphi Technique이라 하며, 이는 전문가에 의해 구조화된 응답이 아니라, 이미 구조화된 설문지를 활용하는 경우를 말한다(Murry & Hammons, 1995). Modified Delphi Technique을 연구방법으로 선택한 이유는 문헌분석을 통하여 이미 만들어진 도구에 대해 전문가를 대상으로 델파이 조사를 실시함으로써 의견수렴을 통한 도구의 수정, 보완이 필요하기 때문이다.

## 2. 델파이 집단

전문가 집단과 실무자 집단으로 구성하였다. 전문가 집단은 해당분야와 관련된 학과나 관련분야에 관한 연구 경험이 있는 전임교수 이상인 경우와 해당분야의 실무경험이 10년 이상인 보건소 계장 직급 이상으로(이상의 직급자로) 각각 4명, 5명으로 총 9명으로 하였다. 실무자 집단은 경기도 각 시에서 방문보건사업을 담당하는 실무자 30명을 대상으로 하였다.

## 3. 연구절차

본 연구는 크게 2단계로 진행하였다. 1단계는 전문가 집단에게 자가관리능력 측정 도구에 대한 전반적인 검토와 의견을 구하였으며 이를 토대로 2단계 도구에 대한 영역과 항목에 대한 구체적인 평가를 진행하였다. 구체



<Figure 1> Research system.

적 연구진행과정은 <Figure 1>과 같다.

#### 1) 전문가 집단의 의견 수렴

일개 노인보건센터 방문보건사업에서 사용하고 있는 자가관리능력 측정 도구의 전반적인 검토를 위해 방문보건사업과 관련된 이론과 연구의 경험을 가진 대학교수 4명과 해당분야에 실무경험이 10년 이상의 보건소 제장급 이상인 5명을 전문가 집단으로 구성하여 전반적인 검토를 위하여 현재 사용하고 있는 도구를 포함한 설문지를 우편으로 발송하였다.

#### 2) 평가 영역 및 항목의 선정과 가중치

전문가 집단의 의견을 토대로 도구의 구성요소인 영역과 항목에 대한 내용타당도와 가중치를 구하기 위하여 실무자 집단을 대상으로 1차, 2차 설문지를 이용하여 자료수집 하였다. 영역 및 항목의 선정과 가중치 설정을 위한 설문 대상은 경기도 보건 위생 정책과의 협조를 구해 경기도 각 시에서 방문보건사업을 담당하고 있는 실무자 30명을 추천 받았다. 또한 각 단계별로 전문가 집단의 자문을 의뢰하였다.

##### (1) 영역과 항목의 선정

측정도구가 측정하고자 하는 속성이나 개념을 측정할 수 있도록 되어 있는가를 평가하는 것으로 내용타당도를 측정하는데 가장 널리 쓰이는 방법은 CVI(Index of Content Validity)으로 어떤 문항에 대한 합의 비율로 80%를 넘으면 그 문항은 타당하다고 판단함(Chae, 1993; Lynn, 1986)을 근거로 본 연구에서는 항목별 내용타당도에 대한 설문을 4점 척도를 이용하여 1점은 '전혀 타당하지 않다', 2점은 '타당하지 않다', 3점은 '타당하다', 4점은 '전혀 타당하지 않다'로 하였으며 실무자 집단을 대상으로 설문조사하였다. 그 결과 각 문항에 대하여 CVI를 산출하여 유의한 항목을 결정하였고 설문에 응답한 실무자가 3점과 4점을 주어 합의율이 80% 이상인 항목을 선정하였다. 이에 대한 분석 결과와 전문가 집단의 의견을 구하여 영역별 항목을 조정하였다.

##### (2) 영역과 항목의 가중 점수

영역의 가중치는 실무자 집단을 대상으로 한 1차 구조화된 설문지를 통해 보건복지부에서 제시하고 있는 5개 영역에 대하여 중요도를 고려하여 100점을 각 영역에 배분하도록 하고 이 결과를 근거로 연구팀에서 영역별 가중 점수를 부여하였다.

항목별 가중치는 실무자 집단을 대상으로 한 2차 구

조화된 설문지에서 각 영역별로 중요도를 고려하여 100점을 각 항목에 배분하도록 하고 이 결과를 근거로 영역별 가중점수를 고려하여 재조정하여 항목별 가중 점수를 부여하였다.

#### 3) 항목별 평가 기준(안) 설정

항목별 평가기준을 상세화하기 위해 현재 사용하고 있는 도구의 평가기준을 근거로 하여 문헌고찰(MOHW, 2004; Won, Kim, Cho, Seon, & Jung, 2004; Korea Health Industry Development Institute, 2004)과 전문가의 의견을 수렴하여 설정하였다.

#### 4. 자료 분석 방법

분석방법은 절차에 따라 다음과 같다.

델파이기법을 수행하기 위하여 본 연구는 설문지를 사용하였다. 전통적인 델파이기법에 따르면 1차 설문문항은 비 구조화된 질문지를 사용하는 것이 관례이지만, 설문참여자의 높은 누락률을 피하고 단순한 절차를 제공하여 연구결과의 높은 일반화를 위해 1차 설문에서 수정 델파이기법인 구조화질문지를 사용하였다. 설문지는 영역별 중요도 점수부여와 내용타당도 여부를 기록하게 하고 각 문항에는 코멘트부분을 두어 항목에 대한 새로운 제안이나 다른 의견이 있으면 상세하게 기술할 수 있도록 하였다. 중요도 점수는 평균과 표준편차를 구하였고, 내용타당도는 CVI로 80%의 합의율을 보인 것을 기준으로 설문지를 재구성하였다. 이를 근거로 2차 설문지를 구성하고 2차 설문 결과에 따라 내용들을 삼입 또는 삭제하였다. 완성된 설문문항은 전문가들의 의견일치를 통해 내용과 구성 면에서 합당한 것으로 평가되었다. Delbecq, Van de Ven와 Gustafson(1975)에 따르면 만약 연구자가 2차 설문에서 전문가들의 의견일치를 찾았고 의견불일치가 적은 경우 후속 3차 혹은 4차를 계속 실시한다 하더라도 그 결과는 별 차이가 없다고 한다. 본 연구에서는 2차 설문에서 의견합의를 보았기 때문에 설문을 2회만 실시하였다.

### Ⅲ. 연구 결과

#### 1. 전문가 집단의 의견수렴

전문가집단의 자가관리능력 측정 도구에 대한 전반적

인 검토와 의견을 구한 결과는 다음과 같다.

기존의 자가관리능력 측정 도구는 5개 영역들과 13개 항목들로 구성되었으며, 구체적인 영역들을 살펴보면 '가족문제 및 가구원 건강문제의 심각성', '가족 등 지지자원 보유 및 활용정도', '생활수준(지불능력)', '가족문제 및 가구원 건강문제에 대한 인식 및 태도', '가족문제 및 가구원 건강문제해결에 대한 지식 및 대처 능력'으로 구성되어 있다. 첫 번째 영역의 항목은 '가족문제', '가구원의 질병 중증', '합병증', '일상생활수행 능력', '노실금'이 포함되고, 두 번째, 세 번째와 다섯 번째 항목들은 영역들과 동일하며, 네 번째 영역은 '체중', '흡연', '음주', '운동', '스트레스', '영양상태'로 구성되어 있다.

전문가 집단의 의견수렴 결과에 의하면 첫 번째 영역의 구성항목인 '노실금'은 주로 노인층에 나타나는 건강문제로 방문보건사업의 대상이 노인가구로 많은 비중을 차지하기는 하나 단독 항목을 구성하기보다는 타 항목 내에서 세부항목으로 구성하는 것이 타당하다는 의견이 있으며, 네 번째 영역에 포함되는 항목들 '체중', '흡연', '음주', '운동', '스트레스', '영양상태'의 평가 기준과 점수를 살펴보면 기준은 달리 분류를 하였으나 같은 점수를 부여하고 있음을 지적하면서 각 항목에 대한 평가기준별 점수의 배점에 대한 검토가 필요함을 지적하였다. 그에 따라 영역과 항목을 수정하였다.

## 2. 영역과 항목의 내용타당도와 가중 점수

### 1) 영역별 항목의 내용타당도

전문가집단의 의견수렴을 통해 수정된 자가관리능력 측정 도구의 영역별 항목의 실무자 집단 내용타당도는 <Table 1>과 같이 전 항목이 합의율(CVI) 80%를 넘어 매우 높은 합의율을 보였다. 특히, '경제적 생활수준' 영역의 '가구의 경제적 상태', '가구의 재정적 협동' 그리고, '가족문제 및 가구원 건강문제 해결에 대한 대처능력' 영역의 '질병관리', '건강관리', '보건의료시설 이용' 항목은 합의율 100%로 나타났다. 그러나 각 영역별로 추가해야 하는 항목을 묻는 질문에 응답은 없었다.

### 2) 영역별 항목의 재조정

실무자 집단의 내용타당도 결과에 기초하여 전문가 집단의 자문 결과에 따라 영역별 항목을 재조정하였다. '가족문제 및 가구원 건강문제에 대한 인식 및 태도' 영역의 '건강행위실천정도' 항목은 해당 영역에 부합하지 않는다는 판단 하에 '인식 및 태도(질병 및 건강문제에 대한 심각성 인식 및 관리 등)'로 조정하였고 '가족문제 및 가구원 건강문제 해결에 대한 대처능력' 영역의 '질병관리', '건강관리', '보건의료시설 이용' 항목은 실무자 집단의 내용타당도에서 전원 합의를 보인 항목으로 각각의 항목이 해당 영역에 매우 중요한 요소이나 전문가 집단의 의견이 별도의 세부항목을 가지는 것보다 3가지 항목을 통합하여 '지식 및 대처 능력 (질병관련 약물 오남용, 비과학적 치료방법 사용, 적절한 보건시설 이용)' 등으로 평가하는 것이 적합하다고 판단하여 조정하였다.

### 3) 영역 및 항목의 가중 점수

<Table 1> Content Validity Index by Items in Self-care Ability Measurement (N=24)

Domain	Item	CVI
1. Physical · Mental health state of a family member(patient) of residential environment	• Severity · Complication of family member's disease	0.92
	• Family member's activities of daily living ability	0.96
	• Residential environment of the family member	0.83
2. Maintenance or usage of support items such as a family	• Family structure (or pattern)	0.92
	• Family interaction	0.92
	• Support system except a family	0.92
3. Level of living	• Economical state of the family	1.00
	• Financial cooperations of the family	1.00
	• Financial supports of the social organization	0.86
4. Cognizance and attitude about family problem of health risk problem of family members	• Status of health behavior practice	0.96
5. Knowledge and coping skills about family problems or solving the family member's health problem	• Management of disease	1.00
	• Management of health	1.00
	• Using of health care facilities	1.00

<Table 2> Points of Domains and Items in Self-care Ability Measurement (N=18)

Domain	Point	Item	Point
1. Physical · Mental health state of a family member(patient) of residential environment	40	• State in severity · complication of family member's disease	20
		• Family member's activities of daily living ability	14
		• Residential environment of the family member	6
2. Maintenance or usage of support items such as a family	20	• Family structure (or pattern)	10
		• Family interaction	5
		• Support system except a family	5
3. Economical level of living	20	• Economical state of the family	10
		• Financial cooperations of the family	6
		• Financial supports of the social organization	4
4. Cognizance and attitude about family problem of health risk problem of family members	10	• Cognizance and attitude (cognizance and management about severity of diseases and health problems)	10
5. Coping skills about family problems or solving the family member's health problem	10	• Knowledge and coping skill (Drug abuse and misuse related to disease, using unscientific therapeutic method and using appropriate health care center)	10
Total	100		100

실무자 집단을 대상으로 1, 2차 설문하여 가중치 분석 결과에 따라 <Table 2>와 같이 설정하였다.

3. 자기관리능력 측정 항목의 평가기준(안)

항목별 평가기준을 마련하기 위해 현재 사용하고 있는

<Table 3> Evaluation Criteria and Points by Detailed Items

Domain	Item	Point	Detailed item	Evaluation criteria	Point
1.	• Severity complication of family member's disease	20	• State of the disease	Mental disease, paralysis/lying cancer/dying, infectious disease	15
				Chronic disease	10
				Acute disease	5
				None of disease	0
			• Complication	Have	5
				Don't Have	0
			• Eating	Complete dependence	4
				Partly dependence	2
				Independence	0
			• Transferring	Complete dependence	3
				Partly dependence	2
				Independence	0
			• Using the toilet	Complete dependence	3
				Partly dependence	2
				Independence	0
			• Activities of daily living ability	• Dressing	16
Partly dependence	1				
Independence	0				
• Washing face	2	Complete dependence		2	
		Partly dependence		1	
		Independence		0	
• Bathing	2	Complete dependence		2	
		Partly dependence		1	
		Independence		0	

<Table 3 continued>

Domain	Item	Point	Detailed item	Evaluation criteria	Point
1.	• Residential environment of the family member	4	• Hygiene management	poor	2
				good	0
			• Residential environment	poor	2
				good	0
2.	• Family structure (or pattern)	10	• Vulnerable family	Elderly living alone, unmarried mother, substance abuse family (alcohol, drug), family violence and mistreatment	6
				Disability family, incomplete family(single parent)	3
			• Family which need to manage	Pregnant, maternal, neonatal young child and aging family	4
				Reproductive family	2
	• Family interaction	5	• Conflict family	Severe conflict	5
				No concern, no severe conflict	3
	• Support system except a family	5	• Outside support system	Don't have	5
				Insufficient	3
3.	• Economical state of the family	10		Medicaid class	10
				Low socioeconomic class	5
	• Financial cooperations of the family	6		Completely nothing	6
				Insufficient	3
	• Financial supports of the social organization	4		Completely nothing	4
Insufficient				2	
4.	• Cognizance and attitude (cognizance and management about severity of diseases and health problems)	10		No cognizance, no management	10
				Insufficient to cognize, inappropriate to manage	7
				Having cognizance about severity, inappropriate to manage	3
				Having cognizance, appropriate to manage	0
5.	• Knowledge and coping skill (drug abuse and misuse related to disease, using unscientific therapeutic method and using appropriate health care center)	10		Completely insufficient	10
				Insufficient	7
				Trying but insufficient	3
				Having control and coping skill	0
Total		100			100

자가관리능력 측정 도구의 평가기준을 고려하고, 문헌고찰과 전문가 의견을 수렴하여 항목별 평가기준을 <Table 3>와 같이 제시하였다.

항목별 세부항목은 실무자 집단을 대상으로 영역 및 항목에 대한 내용타당도와 가중 점수에 대한 1, 2차 설

문지에 항목의 내용으로 설명된 세부항목들이 포함되었으며 평가기준은 현재 사용하고 있는 도구의 항목별 평가기준을 고려하였다.

#### IV. 논 의

방문보건사업은 일부 보건소를 중심으로 전국적으로 수행되고 있으며, 수행 시 사용되는 가족단위 건강평가 도구는 보건복지부의 방문보건사업 운영안내(MOHW, 2004)지침을 일괄되게 사용하였다. 그러나 그 도구는 각 집단의 건강요구를 반영한 위중도를 기준으로 나누었다고 보기에는 변별력이 없었으며, 복지부 지침에서 제안한 방문주기에 의거하면 취약집단의 건강관리를 집행하는데 한계가 있음을 지적하였다(Lee, 2006). 따라서 일부 보건소에서는 자체 내에서 개발한 도구를 가지고 방문보건대상을 분류하고 이를 근거로 가정방문 주기를 결정하여 활용하고 있었다.

일개 노인보건센터에서는 기초생활보장수급 노인을 포함하여 저소득 재가노인을 대상으로 방문보건사업을 위탁받았으며, 이를 진행하기 위해 기존에 다른 기관에서 사용되어온 다양한 자가관리능력 측정 도구들을 비교, 분석하여 새로운 도구를 만들어 사용하고 있었다. 그러나 사용 중인 도구가 사용목적에 적합한지에 대한 평가 과정이 없이 일이 진행되고 있었다. 따라서 본 연구에서는 이미 사용 중인 자가관리능력 측정도구에 대해 델파이 기법을 활용하여 타당도검증을 시도하였다.

보건복지부에서 제시한 도구와 일부 보건소 자체 내에서 개발하여 사용하고 있는 도구들의 내용을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

MOHW(2004)에서의 자가관리 측정도구의 기준은 '가족문제 및 가구원 건강문제의 심각성', '가족지지자원', '생활수준', '가족의 건강문제 인식 및 태도', '가족의 대처 능력'으로 5영역을 Likert 점수로 1점에서 4점까지 각각의 영역에 대해 1점은 '매우 높음', 2점은 '약간 높음', 3점은 '약간 낮음', 4점은 '매우 낮음'으로 분류하고, 자가관리능력 총점에 따라 방문요구도(가정방문의 주기)를 판정하도록 하였다. 만점은 20점으로 점수에 따라 가정방문의 주기를 조절하였다. 총점이 16점 이상은 자가 관리군인 4군으로 분류하고 이는 가족 스스로 건강문제 해결이 가능하도록 6개월에 1회 이상 건강상태 확인이 필요하며 문제발생시 건강상태에 따라 방문보건서비스와 관리가 필요한 가족으로 범주화하였다. 11~15점은 감시/추후 관리군으로 2~4개월에 2회 이상 건강상태 확인하거나 간헐적 방문보건서비스와 관리가 필요한 가족으로 분류하였고, 7~10점은 정기 관리군이며 2군으로 월 1~2회 이상 정기적 방문보건서비스와 관리가 필요하다. 6점 이하는 집중 관리군으로 1군에 속하며 주 1회 이상 집중적 방문보건서비스와 관리가 필요한 것으로 제

시하고 있다. 이상과 같이 자가관리능력 측정도구를 제시하였으나 5개의 영역에 대한 하부영역이나 항목, 평가 기준은 제시되어 있지 않았다.

Sungbuk Health Center(2003)에서 자체 내에서 개발하여 사용하고 있는 도구는 질병유무에 따라 군을 재분류하였다. 제 1군은 질병이 있으며, 특히 중증질환 대상자, 전문적인 간호서비스요구 대상자, 장애 1, 2급 중 외상대상자, 여러 가지 사유로 종결이 어려운 대상자를 포함하였고, 월 3회 방문하고, 2군은 질병이 있으며 스스로 질병관리를 잘 못하는 대상자, 기초생활수급권자 중 건강관리가 필요한 대상자, 장애인/차상위계층 중 교육과 상담이 필요한 대상으로 월 2회 방문으로 하였고, 3군은 만성질환자 중 질병관리를 잘하는 대상으로 월 1회 방문이 요구되며, 제4군은 질병이 없으며 기초생활수급권자중 건강관리가 필요한 대상자, 80세 이상 노인 중 자가 간호가 가능한 대상자, 18개월 미만 영유아 가족으로 월 2회 방문이 요구되는 것으로 결정하였다. 이 도구는 보건복지부의 지침보다는 구체적이나 현장에서 적용할 경우 제시한 기준에 해당되지 않는 경우가 발생하여 현장에 적용하는데 어려움이 있었다.

또한, 동작구 보건소(Personal communication, April 30, 2005)에서는 보건복지부에서 제시한 도구보다는 구체화되어 있었고 평가기준별로 점수를 부여하였다. 도구의 내용을 구체적으로 보면, 첫 번째 영역인 '건강문제 및 가구원의 건강문제 심각성'의 하부영역은 '가족문제', '건강문제', '건강문제의 심각성 정도'로 설정하였고, 나머지 영역들은 해당하는 하부영역이 없이 평가기준과 점수로만 제시되었다.

노인보건센터에서 사용하고 있는 자가관리 측정도구는 위에서 제시한 도구들과 실무자의 현장경험을 근거로 개발되었다. 도구의 내용을 살펴보면, 보건복지부에서 제시한 5개 영역을 기준으로 하여 영역별 항목, 세부항목과 평가기준이 구체적으로 제시되었다. 첫 번째 영역인 '가족문제 및 가구원의 건강문제의 심각성'은 '가구원(대상자)의 신체적, 정신적 건강상태 및 주거환경'으로 수정되었고, 이 안에 해당하는 항목도 '가구원의 질병 및 합병증 상태', '가구원의 일상생활능력', '가구원의 주거환경' '노실금'으로 4개의 항목이 있었으나 '노실금'은 대상가구에서 많은 비중을 차지하기는 하나 단독 항목으로 구성하기보다는 타 항목 내에서 세부항목으로 구성하는 것이 타당하다는 의견이 있어 제외되었다. 두 번째 영역인 '가족 등 지지자원 보유 및 활용정도'는 '가족구조(형태)',

'가족의 상호작용', '가족 외 지지체계'로 3개의 항목을 포함하고, 이들 항목은 타당한 것으로 합의되었고, 세 번째 영역인 '경제적 생활수준'은 '가족의 경제적 상태', '가구의 재정적 협동', '기타 사회단체의 재정적 지원' 항목들도 타당한 것으로 합의되어 수정이 필요치 않았다. 네 번째 영역인 '가족문제 및 가구원 건강문제에 대한 인식 및 태도'에 해당되는 '건강행위 실천정도를 인식 및 태도'란 항목은 '질병 및 건강문제에 대한 심각성 인식 및 관리'로 수정하였다. 이는 기존의 항목이 건강행위라는 것으로 구체화되어 건강문제라는 포괄적인 개념을 포함시키지 못하기 때문인 것으로 사료된다. 마지막 영역인 '가족문제 및 가구원 건강문제 해결에 대한 대처능력'은 '질병관리', '건강관리', '보건의료시설 이용'으로 3개의 항목으로 구성되었으나 이를 통합하여 '지식 및 대처 능력(질병관련 약물 오남용, 비과학적 치료방법 사용, 적절한 보건시설 이용)'으로 수정하였다. 이는 기존의 3개의 항목이 상호관련성이 높아 각각 분리하지 않고 한가지의 항목으로도 세가지 항목에 대한 파악이 가능하다는 것에 동의하였다.

또한 자가관리능력 측정도구를 근거로 하여 영역별로 점수화한 후, 총점에 따라 4개의 군으로 분류하여 방문요구도(가정방문 주기)를 결정하였다. 보건복지부에서 제시한 지침과 일부 기관에서는 제시한 지침들은 총점을 20점으로 하여 방문요구도를 분류하였으나, 노인보건센터에서는 총점을 100점으로 설정하여 영역별, 항목별, 세부항목 및 평가기준에 따른 배점을 구체적으로 제시하였다. 도구의 영역별 가중치를 비교 분석하면 다음과 같다. 기존에 '가족문제 및 가구원의 건강문제의 심각성' 영역이 60점을 차지하였으나 조사결과에 따라 '가구원(대상자)의 신체적, 정신적 건강상태 및 주거환경'으로 바뀌면서 40점으로 수정되면서 20점이나 감소되었다. '가족 등 지지자원 보유 및 활용정도'는 20점으로 수정 전과 후의 점수가 동일하였고, '경제적 생활수준'은 10점에서 20점으로 10점 증가되었으며, '가족문제 및 가구원 건강문제에 대한 인식 및 태도'는 5점에서 10점으로, '가족문제 및 가구원 건강문제 해결에 대한 대처능력'도 5점에서 10점으로 증가되었다. 영역별 수정된 배점을 종합하면, 기존의 도구는 5가지 영역 중에서 가구원(대상자)의 신체적, 정신적 건강상태 및 주거환경에 큰 비중을 차지하였으나, 전문가와 실무자를 대상으로 한 조사에 의하면 가구원(대상자)의 신체적, 정신적 건강상태 및 주거환경도 중요하나 가구원의 경제적 생활수준, 가족문제 및 가

구원 건강문제에 대한 인식 및 태도와 대처능력도 첫 번째 영역보다는 낮은 정도이기는 하나 중요한 부분으로 간주해야 함을 알 수 있다.

이상과 같이 본 연구의 결과에서 도출된 도구를 기존에 개발되어 있는 도구들과 비교하여 간략하게 제시하면 다음과 같다. 보건복지부에서는 방문보건사업을 시행하는데 필요한 자가관리능력 측정도구에 대한 기준틀만 제시할 뿐, 구체적인 항목과 배점이 명시되어있지 않아, 방문보건사업을 하고 있는 기관들은 보건복지부의 기준틀에 맞추어 저소득층과 질병이 있는 가구를 중심으로 자체 내에서 가정방문 주기결정을 위한 도구들을 개발하여 사용하였다. 기관에서 개발한 도구들도 세부항목과 평가기준이 구체적이지 않아 방문보건 실무자간의 도구측정 결과에 대해서는 주관성을 배제하기가 어려웠다. 이러한 점을 보완하여, 일개 노인보건센터에서는 노인가구 방문을 중심으로 하여 가정방문주기 결정을 위한 도구를 개발하였다. 본 연구는 센터 자체 내에서 개발한 도구에 대해 전문가들과 실무자들의 의견수렴을 통해 도구를 수정·보완함으로써 실무에서 유용하게 사용가능한 평가기준(안)을 제시하였다는 것에 의의가 있다고 본다. 또한, 본 연구에서 제시한 도구가 기존의 방문보건사업에서 사용하는 도구와의 큰 차이점이라면 표적대상이 노인가구라는 점을 감안하여 개발했다는 것과 세부항목과 평가기준이 구체적으로 제시되어 있어 측정자간의 객관성을 높일 수 있다는 것이다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 방문보건사업과 관련된 학과의 대학 교수들과 10년 이상의 실무경력자들로 총 9명을 전문가 집단으로 하고, 현재 방문보건사업을 하고 있는 30인을 실무자 집단으로 구성하였다. 이들을 대상으로 델파이 기법을 적용하여 자가관리능력 측정도구에 대한 의견일치과정을 통해 도구를 수정·보완하였다. 도구의 영역이나 항목의 일치를 위해서는 전문가 내용타당도를 이용하였고 영역과 항목에 대한 가중치에 대해서는 평균과 표준편차를 이용하였다. 수정·보완된 자가관리능력 측정도구는 5개 영역들, 11개 항목들, 19개의 세부항목들로 구성되었다. 조정 전과 후의 영역들과 항목들에 대한 구체적인 내용은 다음과 같다. 영역들은 첫 번째 영역인 '가족문제 및 가구원의 건강문제의 심각성'은 '가구원(대상자)의 신체적, 정신적 건강상태 및 주거환경'으로 수정



되었고, 이 영역 안에 포함된 항목은 '가구원의 질병 및 합병증 상태', '가구원의 일상생활능력', '가구원의 주거환경'이 포함되며, 두 번째 영역은 '가족 등 지지자원 보유 및 활용정도'로 '가족구조(형태)', '가족의 상호작용', '가족 외 지지체계' 항목들로 기존의 도구내용과 차이가 없고, 세 번째 영역인 '경제적 생활수준'도 '가구의 경제적 상태', '가구의 재정적 협동', '기타 사회단체의 재정적 지원' 항목들로 기존의 도구와 차이가 없다. 네 번째 영역인 '가족문제 및 가구원 건강문제에 대한 인식 및 태도'는 '건강행위 실천정도'라는 항목에서 '질병 및 건강문제에 대한 심각성 인식 및 관리'로 변경되었으며, '가족문제 및 가구원 건강문제 해결에 대한 대처능력' 영역은 '질병 관리', '건강관리', '보건의료시설 이용'으로 세 개의 항목으로 분류했으나 '지식 및 대처능력(질병관련 약물 오남용, 비과학적 치료방법 사용, 적절한 보건시설 이용)'으로 통합되었다.

영역별 가중치는 기존에 '가족문제 및 가구원의 건강 문제의 심각성' 영역이 60점에서 내용이 '가구원(대상자)의 신체적, 정신적 건강상태 및 주거환경'으로 바뀌면서 40점으로 하향 조정되었고, '가족 등 지지자원 보유 및 활용정도'는 수정 전과 후의 점수가 동일하였고, '경제적 생활수준', '가족문제 및 가구원 건강문제에 대한 인식 및 태도'와 '가족문제 및 가구원 건강문제 해결에 대한 대처능력'은 상향 조정되었다.

이상과 같이 본 연구결과 제시된 자가관리능력 측정도구의 항목별 평가기준(안)은 현재 사용 중인 도구의 문제점을 보완하였다는 데에 의의가 있다고 할 수 있다. 추후 시급한 연구로는 수정된 기준안을 실무에 적용하여 평가, 재수정·보완 할 것과 지역사회를 기반으로 한 노인가구의 서비스제공방식의 결정을 위한 다양한 도구들이 개발되어야 할 것이다.

## References

- Chae, S. I. (1993). *Social science research methodology*. Seoul: Hak Hyun Sa.
- Choi, E. Y. (2005). *Comparative study on the elderly long term care services in OECD countries*. Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Delbecq, A. L., Van de Ven, A. H. & Gustafson, D. H. (1975). *Group techniques for program planning: A guide to nominal group and Delphi processes*. Glenview, IL: Scott, Foresman and Company.
- Gangbuk Health Center, & College of Nursing Seoul National University. (2004). *2003 Evaluation report of home visiting services in urban*.
- Jung, K. H. (2005). *National elderly life status and welfare need assessment*. Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Kim, Y. S. (1984). *A study of noninstitutional long term care for the elderly: Factors affecting access to services*. Unpublished master's thesis, University of Pittsburgh, PA.
- Korea Health Industry Development Institute, & Ministry of Health and Welfare (2004). *A collection of workshop in Seoul and Kyungin Area: A result of metropolis visiting health care service*.
- Korea Health Industry Development Institute. (2004). *A report for evaluation and developing management system about visiting health care service in metropolitan area in 2003*.
- Korea National Statistical Office. (2005). *A statistical report of elderly*.
- Lee, I. S. (2006). *Home visiting service perspective for health equity guarantee. 2006 Home Visiting Service Activation Symposium*. Kwacheon.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*, 35(6), 382-385.
- Ministry of Health and Welfare. (2004). *Guideline of Home visiting services for nurse 2004*.
- Murry, J. W., & Hammons, J. O. (1995). Delphi: A versatile methodology for conducting qualitative research. *J Higher Educ*, 18(4), 423-436.
- Sungbuk Health Center. (2003). *Annual evaluation report of home visiting services 2003*. Seoul, Korea.

Won, J. W., Kim, S. Y., Cho, B. L., Seon, W. D., & Jung, E. S. (2004). Weight establishment and validity survey of K-ADL. *J Korean Geriatr Soc*, 8(4), 196-205.

- Abstract -

## Testing for Self-care Ability Measurement in an Aged Health Center

- A Delphi Technique -

*Kwon, Myung Soon\**

**Purpose:** To find out whether the self-care ability measurement used for visiting health care provide an appropriate standard to select service methods using a Delphi survey and to offer basic data that can improve the measurement. **Method:** A Delphi survey was

done with 39 people consisting of theoretical professionals, field managers, and practitioners engaged in visiting health care. **Result:** It was found that items and weighted points in the currently used self-care ability measurement needed adjustment. Therefore, a modified evaluation standard was presented by domains, items and detailed items. Finally, the self-care ability measurement is composed of 4 domains, 11 items and 19 detailed items. **Conclusion:** This study is significant in that it presented an evaluation standard applicable directly to business practice by supplementing problems in the existing self-care ability measurement. This study suggests the need to develop various measurements for elderly households based on community.

**Key words :** Aged Health, Self-care, Delphi technique

---

\* Assistant Professor, Nursing Research Center, Division of Nursing, Hallym University.