

델파이 기법을 활용한 건강생활습관 단기개입(HLBI) 프로그램의 문항 개발

Development of a Healthy Lifestyle Brief Intervention (HLBI) Program Using the Delphi Method

조영미¹⁾ · 김정훈^{2)*}

삼육대학교 중독과학과 박사과정¹⁾ · 삼육대학교 중독과학과 교수^{2)*}

Jo, Young Mee¹⁾ · Kim, Cheong Hoon^{2)*}

Department of Addiction Science, Sahmyook University^{1),2)}

Abstract

This study aimed to develop the structure and items of the Healthy Lifestyle Brief Intervention (HLBI) program, based on the Healthy Lifestyle Screening (HLS), and to evaluate its structural validity using a systematic Delphi process. While the traditional SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) model has primarily focused on high-risk populations for addiction, this study introduced an expanded framework called L-SBIRT (Lifestyle-SBIRT), designed for general health behavior interventions. In this model, HLBI serves as the brief intervention component, calibrated to match the intensity of engagement with individual lifestyle risk levels. A three-round Delphi survey was conducted with 29 experts from various fields, including healthcare, psychology, addiction counseling, nursing, and social work. The first round, utilized open-ended questions to identify essential components of the HLBI. The second round assessed six self-reflective interview questions for clarity and practical utility. In the third round, 12 refined items were evaluated based on criteria such as content validity ratio (CVR), convergence, and consensus, leading to the final item selection. The finalized HLBI structure composed of five progressive stages: (1)score awareness, (2)recognition of strengths and weaknesses, (3)motivation assessment, (4)action planning, and (5)expression of behavioral intention. This study lays a theoretical and practical foundation for the future validation and implementation of HLBI in various real-world health promotion contexts.

Keywords: Healthy lifestyle, Brief intervention, HLBI, Delphi method, Health behavior change

I. 서론

최근 들어 만성질환의 유병률이 급격히 증가함에 따라, 건강한 생활습관을 유지하는 것은 개인의 삶의 질 향상뿐만 아니라 사회적 차원의 건강 비용 절감 측면에서도 중요한 과제로 부상하고 있다(Baik, 2011; Kim, 2024). 특히

식습관의 서구화, 신체활동 감소, 수면 부족, 스트레스 증가는 비만, 당뇨병, 고혈압 등 만성질환의 주요 원인으로 작용하며(전교연, 2023; Kim & Kang, 2015), 이에 대한 예방과 관리의 필요성이 더욱 강조되고 있다(양민아 외, 2020).

건강한 생활습관(healthy lifestyle)은 균형 잡힌 영양

* Corresponding author: Kim, Cheong Hoon

Tel: +82-2-3399-1638

E-mail: ckim@syu.ac.kr

섭취, 규칙적인 신체활동, 충분한 수면, 스트레스 조절, 건강한 환경 조성 등 다양한 요소로 구성되며(노주희, 김희선, 2019; Kim & Kim, 2009), 이는 개인의 건강 수준을 결정짓는 핵심 요인으로 작용한다(김영선 외, 2014; 김육진, 김태연, 2013). 그러나 현대 사회의 구조적 제약과 개인의 시간적 부담은 건강한 생활습관 실천을 방해하는 주요 요인으로 작용하고 있으며(김현진, 2009; 풍리아, 김홍렬, 2024), 이에 따라 생활습관 개선을 위한 효과적인 개입 전략의 필요성이 지속적으로 제기되고 있다(김나미 외, 2018; 이진희 외, 2014; Kim et al., 2018).

생활습관 개선을 위한 프로그램은 대부분 장기적인 개입을 중심으로 운영되어 왔으며, 실천의 지속성과 자원 투입의 한계로 인해 효과성과 접근성 측면에서 아쉬움을 보여왔다(김기덕, 2015; 이은희 외, 2007). 이에 따라 비교적 짧은 시간 내 대상자의 건강행동을 평가하고 개입할 수 있는 단기개입(brief intervention) 방식이 보다 실용적인 대안으로 주목받고 있다(조정환, 2018; Miller, 2000). 실제로 1차 의료기관, 기업 건강관리 프로그램, 지역사회 보건 사업 등에서 단기개입 방식이 부분적으로 도입되고 있으나, 이는 여전히 단발성 캠페인이나 특정 건강 영역에 국한되는 경우가 많고, 생활습관 전반을 포괄하는 구조화된 통합 개입 모델은 매우 부족하다(유채영, 김혜미, 2010; 윤난희, 2016; Kim, 2018). 단기개입은 주로 약물이나 알코올과 같은 중독 관련 문제 행동을 중심으로 발전해 왔다.

중독치료 영역에서 단기개입은 SBIRT(Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) 모델로 개발되어 널리 활용되어 왔다(Harris et al., 2013; Mudd et al., 2025). 문제 행동을 조기에 발견하고 개입함으로써 보다 심각한 건강 문제로의 이행을 예방하는 데 효과적인 모델로 평가된다. 이 모델은 1차 진료기관, 응급실, 학교, 지역사회 프로그램 등 다양한 환경에서 중독 행동 감소를 위한 표준 개입 전략으로 자리 잡았으며, 단기개입이 갖는 시간 효율성과 적용 용이성을 입증한 대표적 사례로 평가된다. 하지만 SBIRT는 주로 중독 영역을 중심으로 개발, 활용되어 온 모델로, 건강생활습관 전반을 통합적으로 다루기 위한 구조화된 확장 적용은 아직 제한적이며, 이에 대한 연구 역시 활발히 이루어지지 않고 있다.

생활습관 개선을 위한 단기개입의 실효성을 높이기 위해서는, 단기개입의 이론적 정의와 적용 가능성을 생활습관 영역에서 새롭게 정립할 필요가 있다. 특히, 개인의 건강 상태와 위험 수준을 기반으로 개입 강도를 조절할 수

있는 구조화된 개입 체계의 구축이 요구된다. 지금까지 일부 연구에서는 단기개입의 효과를 검증하거나 특정 건강 영역에 국한된 적용을 시도해 온 바 있으나(고동우, 서현숙, 2021), 다양한 환경에서 실질적으로 활용 가능한 통합적 개입 전략은 아직 제시되지 않고 있다. 또한, 구조화된 개입 모형의 정립과 더불어, 전문가 합의에 기반한 실천 지향적 기준 마련이 요구된다(김승래, 2018). 이처럼 이론적으로는 유용성이 인정되고 있음에도 불구하고, 실제 실무 현장에서는 체계적이고 신뢰할 수 있는 개입 모델의 부재로 인해 적용에 제약을 받고 있는 실정이다(한영주 외, 2012). 따라서 보다 효과적이고 체계적인 개입 체계를 마련하기 위해서는, 대상자의 건강 상태와 생활습관 전반을 통합적으로 반영하고, 위험 수준에 따라 개입의 강도와 방향을 조정할 수 있는 단기개입 모델의 개발이 필요하다.

기존의 SBIRT는 고위험군을 조기에 선별한 뒤, 곧바로 단기개입과 치료 연계를 적용하는 구조로 설계되어 중독 분야에서 효과적으로 활용되어 왔다(이금희, 2022). 그러나 건강생활습관 영역에서는 이와 유사한 적용 사례가 거의 보고되지 않고 있으며, 이는 해당 영역에 적용 가능한 명확한 선별 기준이 아직 정립되지 않았기 때문이라는 지적이 있다(김동진, 2017). 실제로 중독 개입에서는 AUDIT, ASSIST 등과 같은 수치화된 선별 도구를 통해 개인의 고위험군 여부를 직관적으로 인식할 수 있었지만, 건강생활습관 영역에서는 이와 같은 체계적인 선별 도구의 부재로 인해 개입 대상자 구분 및 개입 적용에 어려움이 있다(성현곤, 2009). 본 연구는 HLS 점수를 활용하여 건강생활습관의 위험 수준을 수치화하고, 이를 바탕으로 고위험군을 선별한 뒤 이에 적합한 단기개입 전략을 설계하고자 한다는 점에서 의의가 있다.

기존의 SBIRT에서 사용되던 단기개입 문항은 중독 문제에 초점을 두고 있어, 이를 건강생활습관 영역에 그대로 적용하기에는 내용적, 맥락적 타당성이 부족하다는 한계가 있다(김민숙, 2022). 따라서 건강생활습관에 적합한 구조화된 단기개입 문항, 즉 HLBI (Healthy Lifestyle Brief Intervention) 문항 개발이 필수적이다. 건강생활습관선별검사(Healthy Lifestyle Screening, HLS)와 HLBI는 기존 SBIRT 모델을 확장하여, 만성질환 및 건강위험 행동을 조기에 인식하고 개입할 수 있도록 설계된 생활습관 중심 단기개입 모델인 L-SBIRT의 구성 요소이다. 본 연구는 HLS 점수를 기반으로 한 L-SBIRT(Healthy Lifestyle - Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) 개념적 구조 모형을 확인하고 델파이 조사를

통해 대상자의 위험 수준에 따른 맞춤형 개입 전략 수립을 위한 초기 면담 문항을 개발하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. SBIRT

SBIRT는 세계보건기구(World Health Organization, WHO)와 미국 보건복지부 산하의 물질남용 및 정신건강 서비스국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)에 의해 제안된 공중보건 개입 모델로, 알코올이나 약물 사용 장애를 조기에 발견하고 신속하게 개입하기 위해 개발되었다(Babor et al., 2017; Hargraves et al., 2017). 이 모델은 선별(Screening), 단기개입(Brief Intervention), 치료 연계(Referral to Treatment)의 세 가지 핵심 단계로 구성되어 있으며(김용석 외, 2024), 대상자의 위험 수준에 따라 개입의 강도와 접근 방식이 조정될 수 있도록 설계된 구조화된 공중보건 개입 모델이다(김연식, 2023). 선별 단계에서는 표준화된 도구를 활용하여 개인의 위험 행동 수준을 평가하고, 단기개입 단계에서는 비판적 조언이나 동기강화 면담(Motivational Interviewing)을 통해 행동 변화를 유도한다(Erickson et al., 2005). 치료 연계 단계에서는 고위험군을 보다 전문적인 치료 서비스로 연계함으로써 문제 행동의 만성화 및 악화를 예방하는 데 목적이 있다.

SBIRT는 시간 효율성과 적용 용이성을 기반으로 1차 의료기관, 응급실, 학교, 직장 보건실, 지역사회 센터 등 다양한 환경에서 활용될 수 있으며, 실제로 미국, 영국, 호주 등 여러 국가에서 공공의료 및 정신건강 정책의 일환으로 널리 도입되고 있다. 특히 문제 행동이 질병 수준으로 진행되기 전, 즉 위험 사용(risky use) 단계에서 조기 개입을 가능하게 한다는 점에서 예방 중심의 공중보건 전략으로서 높은 실용성과 경제적 타당성을 인정받고 있다(Young et al., 2014).

최근에는 이러한 SBIRT 구조가 전통적인 알코올 및 약물 사용 문제 외에도 흡연, 도박, 인터넷 과다 사용, 식습관 장애, 비만 등 다양한 건강 문제 및 중독 행동에 확장 적용되고 있다(최인재, 2012). 이는 건강행동 전반에 대한 조기 개입 전략으로 활용될 수 있는 구조적 틀로서 SBIRT가 다양한 분야에 적용 가능한 이론적 기반과 유연성을 갖추고 있음을 시사한다(손영근, 이병관, 2012).

2. L-SBIRT

본 연구에서는 건강행동 전반에 기존 SBIRT 구조를 적용하여, 라이프스타일 기반 L-SBIRT 프로그램의 이론적 개념으로 구성하였다. L-SBIRT는 선별, 단기개입, 치료 연계의 기존 SBIRT의 구조를 유지하면서, 건강생활습관의 위험 수준에 따라 개입 강도와 방식이 조정될 수 있도록 설계된 건강행동 중심 개입 모델이다.

이 모델은 개인의 건강 습관에 대한 인식 제고와 자기주도적 변화 유도를 중심 목표로 하며, 일차 예방의 관점에서 자기조절력 향상과 건강행동 개선을 도모하는 것을 그 핵심으로 한다. 선별 단계에서는 건강생활습관선별검사(HLS)를 활용하여 간단한 평가를 통해 위험 수준을 구분하고, 단기개입 단계에서는 HLBI(Healthy Lifestyle Brief Intervention)를 바탕으로 문서 안내, 간단한 피드백, 동기강화 면담 등 개인 맞춤형 개입이 이루어진다. 마지막 치료 연계 단계에서는 보다 심화된 개입이 필요한 경우, 전문가나 기관과 연계하여 지속적인 상담과 치료가 가능하도록 설계되어 있다(Borillo et al., 2020).

L-SBIRT는 기존 SBIRT와 비교할 때 두 가지 측면에서 차별성을 지닌다. 첫째, 기존 SBIRT가 중독 고위험군을 주요 대상으로 삼은 반면, L-SBIRT는 일반 인구를 대상으로 하여 운동, 수면, 식습관 등 건강행동 전반에 적용 가능하다는 점에서 적용 범위의 확장성을 갖는다(양주현, 박보현, 2021). 둘째, 기존 SBIRT가 치료 연계를 개입의 최종 목표로 설정한 것과 달리, L-SBIRT는 건강 습관에 대한 인식 제고 및 자기주도적 행동 변화를 주요 목표로 삼는다.

3. 건강생활습관선별검사(HLS)

L-SBIRT의 선별단계에서 활용할 수 있는 구조화된 평가 도구로서, 건강생활습관선별검사는 개인의 생활습관 전반을 다차원적으로 평가하고 건강행동의 위험 수준을 파악하는데 적합한 도구로 간주된다. HLS는 건강행동을 일상생활에서 실천 가능한 9가지 주요 영역으로 구분하고, 각 항목을 자가 보고 방식으로 평가할 수 있도록 구성되어 있다. 생활습관 수준을 수치화하고, 건강 상태를 보다 객관적으로 이해하며, 개입의 방향과 전략 수립에 필요한 근거를 마련할 수 있다(Kim & Kang, 2019).

HLS는 햇빛(sunlight), 물(water), 공기(air), 휴식(rest), 운동(exercise), 영양(nutrition), 절제(temperance), 신뢰

(trust), 건강(health) 등 9개의 하위 요소로 구성되며, 각 항목은 일정한 척도에 따라 점수화된다. 이 도구는 총점뿐 아니라 각 하위 영역별 점수를 함께 분석할 수 있어, 특정 생활습관 요소의 취약성을 확인하고 개별화된 개입 전략을 설계하는데 효과적이다(Kim et al., 2023). 또한, HLS의 점수 체계는 생활습관 수준을 종합적으로 판단하고, 위험 수준을 세 가지 범주로 분류할 수 있도록 설계되어 있어, 개입 강도와 우선순위 설정에 실질적인 기준을 제공한다(Tamanal & Kim, 2020). 이러한 구조는 대상자별 건강행동의 상태를 시각적으로 파악할 수 있게 하며, L-SBIRT의 선별 단계에서 위험 수준에 따른 차등적 개입 전략을 수립하는데 활용될 수 있다(Brož et al., 2025).

4. 건강생활습관단기개입(HLBI)

L-SBIRT의 구성요소인 HLBI는 일차 의료기관이나 지역사회기관, 학교, 기업 등 다양한 환경에서 기본 교육을 이수한 실무자에 의해 수행될 수 있으며, 짧게는 10분 이내의 단기개입부터 30분 내외의 구조화된 상담까지 다양한 형태로 적용 가능하다. 이 과정에서는 생활습관 선별, 피드백 제공, 동기 강화, 목표 설정 등이 통합적으로 구성될 수 있다. HLBI는 짧은 시간 내에 참여자가 자신의 생활습관 상태를 인식하고 실행 전략을 스스로 수립할 수 있도록 돕는 구조를 갖추고 있어, 교육현장, 보건소, 상담기관 등 다양한 실천 현장에서 적용 가능성이 높다. 결과적으로, L-SBIRT는 기존 SBIRT의 선별, 개입, 연계 구조를 유지하면서도, 이를 생활습관 개선이라는 공중보건 전략에 접목시킴으로써 예방 중심 개입 도구로서의 새로운 가능성을 제시한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 건강생활습관 기반 단기개입 프로그램인 L-SBIRT 모델의 구성 타당성을 검증하고, 그 핵심 단계인 HLBI 맞춤형 개입 전략을 위한 문항에 대한 전문가 합의 도출하기 위해 델파이(Delphi) 기법을 적용한 반복적 구조화 조사 연구이다. 델파이 기법은 익명의 전문가 집단을 대상으로 반복적인 설문조사를 실시하여 특정 주제에 대한 합의를 도출하는 구조화된 조사 방법으로, 정책 개발, 도구 구성, 평가 지표 선정 등에 널리 사용되고 있다

(Fish & Busby, 1996; Hsu & Sandford, 2007).

조사는 총 3차에 걸쳐 진행되었으며, 각 회차는 문항의 도출(1차), 중요도 및 표현 타당도 평가(2차), 최종 타당성 및 합의 도출(3차)이라는 구조로 설계되었다.

양적 분석에서는 5점 Likert 척도를 기반으로 전문가 패널의 응답을 수집하고, 각 문항에 대해 평균, 표준편차, 변이계수(CV), 내용 타당도 비율(CVR), 수렴도, 합의도 등을 분석하였다. CVR 기준값은 전문가 수(23명)에 따라 0.37(2차), 0.42(3차)로 설정하였다.

2. 델파이 조사 패널의 구성

본 연구의 델파이 조사에는 보건의료 및 심리상담 등 중독 관련 분야에서 활동하는 임상 및 교육 전문가들이 참여하였다. 패널은 현재 보건의료 현장에서 임상 실무를 수행하고 있거나, 중독 관련 학과의 교수 및 대학원 재학생을 구성하였다. 조사 참여자는 총 29명으로, 델파이 조사에서 권장되는 최소 인원인 15명을 초과하였으며(Okoli & Pawlowski, 2004), 조사 전 연구 목적 및 절차에 대해 충분히 설명하고 자발적 동의를 받은 후 참여가 이루어졌다.

1차 및 2차 조사에는 동일한 23명의 전문가가 참여하였다. 평균 연령은 약 51세였으며, 여성은 20명(87.0%), 남성은 3명(13.0%)이었다. 연령 분포는 30~39세 4명(17.4%), 40~49세 4명(17.4%), 50~59세 13명(56.5%), 60세 이상 2명(8.7%)이었다. 최종 학력은 박사 4명(17.4%), 석사 5명(21.7%), 학사 13명(56.5%), 기타(전문학사 포함) 1명(4.3%)으로 나타났다. 전공은 간호학 14명(60.9%), 심리학 3명(13.0%), 중독상담 3명(13.0%), 보건학 1명(4.3%), 재활의학 1명(4.3%), 기타 1명(4.3%)으로 구성되었다. 실무 경력은 1~10년 7명(30.4%), 11~20년 6명(26.1%), 21년 이상 10명(43.5%)으로 분포되어 있으며, 평균 약 20년의 경력을 보유하고 있었다. 3차 조사에는 총 18명의 전문가가 참여하였다. 이는 1, 2차 참여자 중 일부가 지속 참여한 구성으로, 반복 조사의 일관성 측면에서는 소폭의 패널 변동이 있었으나, 모두 동일 분야에서 실무 및 교육 경험을 보유한 전문가들이며 델파이 기법의 신뢰성과 내용 타당성에는 영향을 미치지 않았다. 성별은 여성 15명(83.3%), 남성 3명(16.7%)이었으며, 연령 분포는 30~39세 4명(22.2%), 40~49세 3명(16.7%), 50~59세 8명(44.4%), 60세 이상 3명(16.7%)이었다. 최종 학력은 박사 5명(27.8%), 석사 5명(27.8%), 학사 7명(38.9%), 기타(전문학사 포함) 1명(5.6%)이었다. 전공은 간호학 6명

(33.3%), 심리학 2명(11.1%), 중독상담 3명(16.7%), 보건학 3명(16.7%), 재활의학 1명(5.6%), 기타 3명(16.7%)이었다. 실무 경력은 1~10년 9명(50.0%), 11~20년 4명(22.2%), 21년 이상 5명(27.8%)이었다. 전문가 패널의 세부 인구사회학적 특성은 <표 1>에 제시하였다.

본 연구의 델파이 조사는 총 29명의 전문가를 대상으로 실시되었으며, 이들은 재활의학, 간호학, 심리학, 중독학, 보건학, 물리치료학 등 다양한 분야에서 석사 이상 학위와 평균 약 20년의 실무와 연구 경력을 보유한 전문가들로 구성되었다. 각 전공 분야는 HLBI 문항의 개발에 개별적 전문성을 바탕으로 기여하였으며, 중독학 분야의 전문가가는 개입 구조의 타당성을, 간호학 분야의 전문가는 문항의 실용성과 언어적 표현의 적절성을, 심리학 분야의 전문가는 자기인식 및 동기유발과 관련된 심리역동적 요소의 적절성을 중점적으로 검토하였다. 이러한 다학제적 협업은 HLBI 문항의 내용적 정당성과 구조적 완성도를 제고하고, 궁극적으로 현장 적용 가능성을 높이는 데 기여하였다.

3. 설문 구성

1차 조사는 L-SBIRT 프로그램의 개념 적절성과 개입

단계별 구성 요소의 구조적 타당성을 탐색하기 위해 설계되었다. 설문지는 5점 Likert 척도를 사용하는 폐쇄형 문항 13개와 개방형 문항 2개로 구성되었으며, 폐쇄형 문항은 HLBI 프로그램 개념의 적절성, 상담 구성 단계별 적용 가능성, 실무 현장 도입 가능성 및 평가 지표의 적절성 등을 중심으로 구성되었다. 또한, 개방형 문항을 통해 HLBI 개입 흐름에 포함되어야 할 핵심 질문 유형, 표현 방식, 자기성찰 유도 전략 등에 대한 전문가 의견을 수렴하였다. 이러한 전문가 의견을 구조화하여, 점수 기반 자기인식, 강점 확인, 약점 탐색, 자기분석, 실행 전략 수립, 실천 의지 표현에 이르는 6단계 자기성찰형 문항 흐름이 도출되었다. 도출된 6단계 구조는 1차 설문의 정성적 응답 결과를 이론적 근거로 삼고, 실제 상담 현장에서 활용되는 선별 기반 단기개입 도구의 문항 및 매뉴얼 구성을 참고하여, HLBI의 구조화된 인터뷰 문항으로 정리되었다.

2차 델파이 조사는 1차 조사에서 도출된 HLBI 개입 모형의 핵심 구조와 상담 흐름을 바탕으로, 구체적인 문항의 실행 타당성과 자기성찰 유도 효과를 전문가에게 평가받기 위해 실시되었다. 특히 HLBI 프로그램이 실제 적용되는 상담 과정에서, 대상자가 자신의 건강생활습관 점수를 기반으로 변화 동기를 형성하고 행동 변화를 도모할 수 있도록 설계된 문항들의 적절성을 중심으로 검토가 이루어

<표 1> 델파이 조사 패널 인구사회학적 특성

(N=29)

구분		1~2차 (N=23)		3차 (N=18)	
		N	%	N	%
성별	여성	20	87.0	15	83.3
	남성	3	13.0	3	16.7
연령	30~39세	4	17.4	4	22.2
	40~49세	4	17.4	3	16.7
	50~59세	13	56.5	8	44.4
	60세 이상	2	8.7	3	16.7
학력	박사	4	17.4	5	27.8
	석사	5	21.7	5	27.8
	학사	13	56.5	7	38.9
	전문학사/기타	1	4.3	1	5.6
전공	간호학	14	60.9	6	33.3
	심리학	3	13.0	2	11.1
	중독상담	3	13.0	3	16.7
	보건학	1	4.3	3	16.7
	재활의학	1	4.3	1	5.6
	기타	1	4.3	3	16.7
경력	1~10년	7	30.4	9	50.0
	11~20년	6	26.1	4	22.2
	21년 이상	10	43.5	5	27.8

졌다. 설문지는 총 6개의 문항으로 구성되었으며, 모두 자기성찰을 유도하는 개방형 질문 형식으로 설계되었다. 이들 문항은 HLBI 단기개입 프로그램의 실제 면담 단계에서 활용 가능한 핵심 인터뷰 질문으로 간주되며, 전문가들은 각 문항의 표현 방식, 논리적 흐름, 자기 이해 및 동기 유발 효과, 실무 적용 가능성 등을 기준으로 평가하였다.

3차 설문은 2차 설문에서 제시된 문항 구조와 표현 방식의 타당성을 정량적으로 검토하고, HLBI 단기개입 문항의 최종 적합성을 평가하기 위한 목적으로 설계되었다. 설문지는 5점 Likert 척도로 구성되었으며, 문항별 타당도, 응답 간 합의 수준, 수렴 정도 등을 정량적으로 확인할 수 있도록 하였다. 2차 조사에서 전문가들의 타당성 평가가 상대적으로 낮았던 일부 문항은 표현의 명확성, 문항 간 흐름, 상담 단계의 완결성 등을 고려하여 구조적으로 보완되었으며, 변화 동기 수준이나 실천 의지 표현을 보다 구체화할 수 있도록 새로운 문항도 추가되었다. 특히, 내담자의 실행 전략, 실천 의지, 외부 자원 활용 등에 대한 문항이 확장되어 총 13문항으로 구성되었다. 이러한 보완은 HLBI 프로그램의 단기개입 흐름을 보다 정교하게 반영하기 위한 것으로, 3차 설문을 통해 최종 문항 체계의 타당성과 실용성을 검토하고자 하였다.

4. 조사 절차

본 연구의 델파이 조사는 2025년 2월부터 4월까지 총 3차에 걸쳐 실시되었다. 패널은 간호, 심리, 보건, 중독, 사회복지, 재활의학 등 관련 분야에서 실무 또는 연구 경험이 있는 전문가 29명으로 구성되었으며, 참여자는 중독 관련 학과의 교수 및 대학원 재학생, 그리고 중독학과와 협력하는 의료기관 종사자 중에서 연구 목적과 절차에 동의한 자를 이메일 및 문자 메시지를 통해 모집하였다.

1차 조사는 HLBI 개입 모형의 구성 요소 및 개입 흐름에 대한 기초 자료 수집을 목적으로, 개방형 문항 중심의 질적 탐색 방식으로 구성되었다. 전문가들은 HLBI의 구조적 적합성, 실무 적용 가능성 등에 대해 서술형 응답을 제출하였고, 응답 자료는 내용 분석을 통해 핵심 요소 도출 및 문항 후보군 정리에 활용되었다.

2차 조사는 1차에서 도출된 문항 후보의 중요도 및 표현 타당성을 평가하기 위한 양적 조사로 설계되었다. 전문가들은 5점 Likert 척도를 통해 각 문항의 적절성을 평가하였다.

3차 조사는 2차 조사 결과를 기반으로 보완된 문항을

재제시하고, 최종 문항 선정과 전문가 합의 도출을 목적으로 실시되었다. 문항별 CVR, 수렴도, 합의도를 분석하여 문항의 유지, 보완, 삭제 여부를 결정하였고, 중복되거나 논리적 일관성이 부족한 문항은 제외되었다. 이 과정을 통해 HLBI 개입 흐름에 기반한 최종 12개 면담 문항이 확정되었다.

5. 분석 방법

L-SBIRT 프로그램의 개입 모형과 HLBI의 면담 문항의 타당성 검토 및 전문가 합의를 도출하기 위하여 3차에 걸친 델파이(Delphi) 조사를 실시하였다. 각 차수의 설문 특성과 목적에 따라 분석 방법을 달리 적용하였으며, 구체적인 절차는 다음과 같다.

1차 조사는 L-SBIRT 개념모형의 이론적 타당성과 구성 요소의 적절성과 HLBI 맞춤형 개입전략을 위한 문항을 탐색하기 위한 목적으로 시행되었으며, 폐쇄형 및 개방형 문항이 혼합된 형태로 구성되었다. 폐쇄형 문항에 대해서는 기술통계(평균, 표준편차)를 산출하였고, 각 문항의 내용 타당도를 평가하기 위해 Lawshe(1975)의 방식에 따라 내용 타당도 비율을 산출하였다. 전문가 패널은 총 23명으로, 이에 따른 CVR의 수용 기준값은 0.37로 설정하였다. 개방형 문항에 대해서는 내용 분석을 실시하여 응답 내용을 의미 단위별로 범주화하였고, 반복적으로 언급된 핵심 개념 및 개선 제안을 정리하여 2차 설문 문항 개발의 기초 자료로 활용하였다. 2차 조사는 HLBI 프로그램의 실제 상담 적용 가능성을 중심으로, 자기 성찰을 유도하는 면담 문항의 표현 타당성과 실용성을 검토하기 위한 목적으로 실시되었다. 설문지는 총 6개의 개방형 문항으로 구성되었으며, 모든 문항은 점수 기반 자기 인식, 문제 영역 분석, 실행 전략 수립, 결심 언어 도출의 흐름에 따라 설계되었다. 전문가의 자유 서술형 응답은 질적 분석 기법인 내용 분석(content analysis)을 적용하여 분석하였다. 먼저, 응답 자료를 의미 단위별로 코딩하고, 유사한 응답은 하위 범주와 상위 범주로 통합하였다. 이후 각 문항에 대해 전문가들이 제시한 의견을 표현 적절성, 논리적 흐름, 상담 적용 가능성 등으로 유형화하여 개선 방향을 도출하였다. 아울러 문항별 타당성을 판단하기 위해 CVR을 추가로 산출하였으며, 1차 조사와 동일하게 전문가 수 23명 기준으로 기준값 0.37을 적용하였다. 3차 조사는 2차 조사에서 도출된 면담 문항을 보완한 후, 최종 타당성 검토와 전문가 합의 도출을 위해 실시되었다. 총 13개 문항에 대

해 전문가들은 5점 Likert 척도를 기반으로 각 문항의 적절성을 평가하였다. 분석은 정량적 지표인 CVR, 합의도, 수렴도를 중심으로 이루어졌다. CVR은 전문가 수 18명 기준으로 기준값은 0.42로 설정하였다.

또한, 전문가 간 응답의 일치 정도와 집중도를 확인하기 위해 합의도와 수렴도를 산출하였다. 합의도는 동일한 응답을 선택한 전문가의 비율로 정의되며, 0.75 이상일 경우 수용 가능한 합의 수준으로 간주하였다. 수렴도는 응답 분산을 기준으로 측정되며, 0.50 이하일 경우 의견의 집중이 이루어진 것으로 판단하였다. 세 지표 중 2개 이상을 충족하는 문항은 최종 HLBI 면담 구성요소로 채택되었으며, 기준 미달 문항은 보완 또는 제외 대상으로 분류되었다.

IV. 결과

1. 1차 델파이 결과

본 연구는 L-SBIRT 프로그램의 구조적 타당성을 검토하고, HLBI의 각 문항의 적절성 및 실무 적용 가능성에 대한 전문가들의 합의 수준을 분석하기 위해 1차 델파이 조사를 실시하였다. 총 13개의 폐쇄형 문항에 대해 23명의 전문가가 5점 Likert 척도로 응답하였으며, 각 문항에 대해 평균, 표준편차, 내용 CVR, 수렴도, 합의도를 산출하였다. 문항별 정량적 분석 결과는 <표 2>에 제시하였다.

첫째, 프로그램 전반적인 설계에 대한 평가 결과, L-SBIRT 프로그램의 개념적 타당성은 수용 가능한 수준으로 평가되었다. 중독치료에서 사용되는 단기개입 모델

을 라이프스타일 관리에 적용하는 접근에 대한 두 문항 AQ1, AQ2의 평균이 각각 4.13, 4.30으로 나타났으며 CVR 역시 기준 이상(0.57, 0.65)으로 기준값을 충족하였다. 수렴도는 0.50로 의견 간 수렴이 원활히 이루어진 것으로 해석되었고, 합의도는 0.75로 비교적 높은 수준의 의견 일치를 나타내었다. 이러한 결과는 L-SBIRT 프로그램의 개념적 기반에 대해 전문가들 간 일정 수준 이상의 수용 가능성과 평가 일치가 확보되었음을 시사한다.

둘째, 프로그램 구성 요소에 해당하는 AQ3~AQ8 문항 중 일부는 구조적 타당성이 확보된 반면, 일부는 보완이 필요한 것으로 나타났다. HLS 평가 및 라포 형성(AQ3), 문제 인식(AQ4), 목표 설정 및 실행 계획(AQ5)의 CVR은 각각 0.39, 0.57, 0.48로 타당성을 확보하였다. 목표 명확성과 실행 가능성(AQ8)의 CVR은 0.39로 기준값을 충족하였다. 반면, 점수 향상 전략(AQ6), 후속 관리 및 유지 계획(AQ7)의 평균 점수는 3.70 이상으로 높았으나, CVR이 모두 기준에 미달(AQ6=0.22, AQ7=0.22)하였다. 이러한 결과는 HLBI 개입 흐름 중 초기 평가와 실행 계획 수립 단계는 구조적 타당성이 비교적 확보된 반면, 점수 향상 전략, 유지 관리 계획, 피드백 설계 등 장기적 개입 요소에서는 실용성과 명확성 측면에서 보완이 필요한 영역이 존재함을 나타낸다.

마지막으로, 전반적인 인상 및 실무 도입 가능성에 대한 평가 항목인 AQ9와 AQ10은 각각 CVR 0.39로 수용 기준값을 충족하였으며, 평균 점수는 모두 3.87로 나타났다. 수렴도는 두 문항 모두 0.50으로 전문가 간 응답은 수렴된 것으로 판단되었으며, 합의도는 0.75로 전문가 간 의견 일치가 비교적 높은 수준으로 확인되었다. L-SBIRT 프로그램은 기존 개입 모델에 비해 일정 수준의 실용성과

<표 2> HLBI 프로그램 1차 델파이 문항별 타당성 평가 결과

(N=23)

문항	내용	평균	표준편차	CVR	수렴도	합의도
AQ1	중독치료 BI 개념의 적용 적합성	4.13	0.76	0.57	0.50	0.75
AQ2	L-SBIRT 적용 접근 동의	4.30	0.76	0.65	0.50	0.75
AQ3	HLS 평가 및 라포 형성 적합성	3.96	0.77	0.39	0.75	0.63
AQ4	라이프스타일 문제점 확인 적합성	3.96	0.88	0.57	0.25	0.88
AQ5	목표 설정 및 실행 계획 적합성	4.13	0.81	0.48	0.75	0.63
AQ6	점수 향상 전략 적합성	4.00	0.90	0.22	1.00	0.50
AQ7	후속 관리 및 유지 계획 적합성	3.74	0.92	0.22	0.50	0.75
AQ8	목표 실행 가능성 평가	3.70	0.88	0.39	0.50	0.75
A09	프로그램의 혁신성 인식	3.87	0.81	0.39	0.50	0.75
A10	질문 세트의 목적 평가 적합성	3.87	0.69	0.39	0.50	0.75

혁신성을 갖추고 있으며, 전문가들은 본 설문 문항 세트가 프로그램의 목적을 평가하는 데 적절하다는 의견을 나타냈다. 특히 인터뷰 문항의 구성과 흐름은 실제 실무 현장에서 활용 가능한 구조로 설계되어 있다는 점에서, 실천적 적용 가능성을 지지하는 결과로 해석된다.

이러한 분석 결과를 바탕으로, HLBI 프로그램의 단기 개입 단계에서 활용 가능한 구조화된 인터뷰 문항 6개가 도출되었다. 해당 문항들은 선별검사 결과를 기반으로 내담자가 자신의 건강생활습관 수준을 객관적으로 인식하고, 변화의 필요성을 자각하며, 실천 전략을 수립할 수 있도록 유도하는 상담 흐름에 따라 체계적으로 구성되었다. HLBI의 핵심 문항 방향성을 도출하기 위해 개방형 질문을 실시하였으며, 총 6단계 문항 구조는 실제 전문가 응답에서 반복적으로 언급된 ‘점수 기반 선별의 필요성, 개인 맞춤형 개입, 강점 중심 피드백, 실천 전략 설정, 자기분석, 실천의지 강화’ 등을 참고하여 구성되었다. “점수체계를 통해 맞춤형 개입이 가능하다”, “내담자가 강점을 인식하도록 돕는 접근이 필요하다”, “스스로 전략을 세울 수 있도록 유도해야 한다”는 응답은 문항 1~6의 각 단계와 직접적으로 연결된다. 이와 같이 도출된 문항군은 단기개입의 상담 흐름과 구조적 맥락에 부합하며, 내용 타당도 및 전문가 간 합의의 기준을 충족한 항목들로 최종 선정되었다.

문항은 다음의 여섯 단계로 구성된다. 첫째, 건강습관 전반에 대한 점수를 인식하도록 하고, 둘째, 강점 영역을 확인하여 긍정적 자각을 강화한다. 셋째, 약점 영역을 탐색하여 변화의 필요성을 인식하도록 하며, 넷째, 점수 차이에 대한 자기 분석을 통해 생활환경 및 행동 요인을 반성적으로 고찰할 수 있도록 한다. 다섯째, 강점을 유지하고 약점을 개선하기 위한 실행 전략을 설정하며, 여섯째, 실행 의지를 언어화하여 실천 계획을 명확히 하도록 유도

한다. 이와 같이 도출된 문항군은 HLBI 개입의 상담 흐름과 구조적 맥락에 부합하며, 1차 델파이 조사에서 내용 타당도 및 합의도 기준을 충족한 항목들로 최종 선정되었다. 이와 같이 도출된 문항군은 HLBI 개입의 상담 흐름과 구조적 맥락에 부합하며, 1차 델파이 조사에서 내용 타당도 및 합의도 기준을 충족한 항목들로 최종 선정되었다. 특히 1차 조사에서는 단기개입 과정에서 “무엇을 질문하면 내담자의 인식을 효과적으로 유도할 수 있는가”에 대한 전문가들의 구체적인 제안을 함께 수렴하였다. 이들은 내담자가 점수를 객관적으로 바라볼 수 있도록 유도하는 질문, 강점을 자각하게 하는 피드백 방식, 생활환경에 대한 자기 분석을 촉진하는 질문 등이 효과적이라고 응답하였다. 이러한 제안과 함께, 실제 상담 현장에서 활용되는 선별 기반 단기개입 도구의 상담 문항과 매뉴얼 구성을 참고하여, HLBI의 구조적 상담 흐름에 기반한 6개의 구조화된 인터뷰 문항들이 최종 도출되었다. 해당 문항은 실제 개입 현장에서 적용 가능하도록 체계적으로 설계되었으며, 2차 조사를 통해 그 적절성과 실행 가능성에 대한 전문가 검토를 거쳤다.

2. 2차 델파이 결과

1차 델파이 조사를 통해 HLBI 프로그램의 단기개입 흐름에 적합한 6개의 인터뷰 문항이 도출되었다. 본 2차 델파이 조사는 이들 문항의 내용 타당성과 실용성, 구조적 완성도를 검토하기 위해 실시되었으며, 전문가 23명이 5점 Likert 척도를 기반으로 각 문항의 적절성에 대해 평가하였다. 문항별 평균, 표준편차, 수렴도, 합의도, CVR은 <표 3>에 제시되어 있다.

응답 결과, 평균 점수는 BQ6의 3.74에서 BQ3과 BQ4

<표 3> HLBI 프로그램 2차 델파이 문항별 타당성 평가 결과

(N=23)

문항	내용	평균	표준편차	CVR	수렴도	합의도
BQ1	방금 완료한 건강생활습관 점수를 보셨나요?	3.96	0.82	0.30	1.00	0.50
BQ2	총점은 몇 점인가요?	4.04	0.93	0.39	1.00	0.50
BQ3	어떤 영역에서 가장 높은 점수를 받았나요? 그리고 어떤 영역에서 가장 낮은 점수를 받았나요?	4.09	0.79	0.48	0.75	0.63
BQ4	가장 높은 점수를 받은 영역에서 어떤 생활습관이 도움이 되었다고 생각하시나요?	4.09	0.90	0.48	0.75	0.63
BQ5	가장 낮은 점수를 받은 영역에서 어려움을 겪는 이유는 무엇이라고 생각하시나요?	3.96	0.82	0.48	0.50	0.75
BQ6	이 점수표의 결과를 알게 된 후 본인의 결정은 무엇인가요?	3.74	0.92	0.22	0.50	0.75

의 4.09까지 분포하였으며, 모든 문항이 평균 3.50 이상을 기록하여 전반적으로 ‘적절하다’는 평가를 받은 것으로 나타났다. 수렴도는 0.50에서 1.00 사이의 값을 보였으며, 수렴도 해석 기준에 따르면 BQ3, BQ5는 전문가 응답의 집중도가 높은 문항으로 확인되었다. 반면 BQ1, BQ4, BQ6은 상대적으로 응답의 분산이 커 수렴도가 낮은 편으로 나타났다. 합의도는 0.50~0.75 범위로 나타났으며, 일부 문항은 전문가 간 의견 일치가 높은 수준으로 확인되었다.

내용 타당도 비율(CVR) 분석 결과, BQ2(0.39), BQ3(0.48), BQ4(0.48), BQ5(0.48)는 기준값(0.37)을 충족하였으며, 수렴도 및 합의도 측면에서도 안정적인 수치를 보여 유지가 타당한 문항으로 판단되었다. 반면, BQ1(0.30)과 BQ6(0.22)은 CVR 기준값에 미달하였다. 특히 BQ6은 평균 점수도 가장 낮은 3.74로 나타나, 해당 문항의 핵심성에 대해 전문가 간 의견 차이가 존재하는 것으로 확인되었다. 이에 따라 두 문항은 표현을 보다 명확히 하거나 문항 구조를 재구성하는 방식으로 개선이 필요한 항목으로 분류되었다.

이러한 결과는 HLBI 단기개입 문항이 전반적으로 개입 흐름에 부합하며, 특히 강점, 약점 인식, 행동 분석, 실행 전략 수립과 관련된 항목에서 높은 내용 타당도와 전문가 간 합의를 확보한 것으로 나타났다. 반면, 라포 형성(BQ1)과 상담 마무리(BQ6) 단계의 문항은 표현 구체화 또는 구조 보완이 필요한 항목으로 분석되었다.

3차 델파이 조사 문항은 2차 델파이 결과에서 CVR이 낮았던 BQ1(점수 인식)과 BQ6(상담 마무리) 문항의 표현을 명확히 하고, 구조를 보완하여 설문 흐름의 논리성을 강화하였다. 특히 BQ6은 “이 점수표의 결과를 알게 된 후 본인의 결정은 무엇인가요?”에서 “이번 상담을 통해 새롭게 깨달은 점이나, 앞으로 실천할 목표가 있다면 무엇인가요?”로 재구성되어, 내담자의 실행 의지를 보다 구체적으로 언어화하도록 유도하였다. 또한 변화 동기 수준을 정량적으로 파악하기 위한 “0에서 10까지의 척도에서 현재 생활습관을 바꿀 준비가 얼마나 되어 있다고 생각하시나요?”와 같은 문항이 새롭게 추가되었으며, 실행 전략 및 지원 요구를 탐색하는 질문들도 포함되어 총 13문항으로 확장되었다. 이는 HLBI 단기개입의 흐름에 따라 점수 인식, 자기 성찰, 실행 계획, 실천 의지로 이어지는 구조를 보다 정교하게 반영한 결과이다.

3. 3차 델파이 결과

3차 델파이 조사는 2차 조사에서 보완된 HLBI 프로그램의 단기개입 문항에 대해 최종적인 타당성과 구조적 적절성을 검토하고자 실시되었다. 총 13개 문항에 대해 18명의 전문가가 5점 Likert 척도를 기준으로 평가에 참여하였으며, 각 문항별 평균, 표준편차, CVR, 수렴도, 합의도는 <표 4>에 제시하였다.

3차 델파이 분석 결과, HLBI 단기개입 문항은 전반적으로 평균 점수 3.61점에서 4.22점 사이의 분포를 보이며, 전체 문항이 3.50점 이상을 기록하여 개입 흐름에 대한 전반적인 적절성이 확인되었다. 수렴도는 0.38~1.00 범위로 나타났으며, 일반적으로 0.50 이하일 경우 응답 분포의 집중도가 높다고 해석되는 바, CQ7, CQ9, CQ10, CQ12, CQ13 등 일부 문항은 전문가 간 평가의 일관성이 확보된 것으로 판단된다. 합의도는 전문항에서 0.75 이상으로 나타나, 전문가 간 의견 일치가 일정 수준 이상 확보된 것으로 분석되었다.

내용 타당도 비율(CVR)은 Lawshe(1975)의 기준값(N=18, 기준값 0.44)을 적용하여 검토한 결과, 총 6개 문항(CQ3, CQ7, CQ9, CQ10, CQ12, CQ13)이 기준을 충족하였다. 해당 문항들은 수렴도 및 합의도 측면에서도 안정적인 평가를 보여, HLBI 개입 흐름 내에서 핵심 문항으로 유지가 타당한 항목으로 판단되었다. 반면, CQ1, CQ2, CQ4, CQ5, CQ6, CQ8는 CVR 기준에 미달하였으나 평균 점수는 모두 3.60 이상을 기록하였고, 합의도 또한 일정 수준을 유지하여 전반적인 문항의 실용성과 개입 흐름 상 적절성은 확보된 것으로 해석된다. 다만, 이들 문항은 전문가 간 핵심성 인식에 차이가 존재하는 것으로 확인되어 향후 문항의 표현 명확화 또는 구조적 보완이 요구되는 항목으로 분류되었다.

문항군별로 살펴보면, 첫째, 라포 형성 및 점수 확인 단계(CQ1~CQ3)에서는 CQ1은 CVR이 0.11로 상대적으로 낮게 나타났으며, 수렴도는 0.50으로 응답이 일정 수준 수렴된 것으로 보인다. 합의도는 0.75로 전문가 간 의견 일치 수준은 비교적 높게 평가되었다. CQ2의 CVR은 0.22로 다소 낮은 수준이었지만, 수렴도는 0.50으로 수렴은 이루어졌으며, 합의도 또한 0.75로 의견 일치가 확보된 것으로 나타났다. CQ3은 CVR이 0.44로 나타났으며, 수렴도는 0.88로 응답 간 분산이 큰 편이었다. 합의도는 0.65로 전문가 간 의견 일치 수준은 다소 낮은 것으로 해석되며, 핵심성 인식에 있어 의견 차이가 존재하였다. 이에 따라 해당 문항들은 표현의 구체화 또는 핵심성 강조를 통해 보완이 필요할 것으로 판단된다. 둘째, 행동 패턴 분석 및 동

〈표 4〉 HLBI 프로그램 3차 델파이 문항별 타당성 평가 결과

(N=18)

문항	내용	평균	표준편차	CVR	수렴도	합의도
CQ1	방금 완료한 건강생활습관 점수를 보셨나요?	3.61	0.92	0.11	0.50	0.75
CQ2	총 점수는 몇 점인가요?	3.67	1.03	0.22	0.50	0.75
CQ3	어떤 영역에서 가장 높은 점수를 받았나요? 그리고 어떤 영역에서 가장 낮은 점수를 받았나요?	4.22	1.00	0.44	0.88	0.65
CQ4	가장 높은 점수를 받은 영역에서 어떤 생활습관이 도움이 되었다고 생각하시나요?	3.94	1.16	0.33	1.00	0.50
CQ5	가장 낮은 점수를 받은 영역에서 어려움을 겪는 이유는 무엇이라고 생각하시나요?	4.00	1.09	0.33	1.00	0.50
CQ6	이 생활습관이 지속되면 건강에 어떤 영향을 미칠 것 같나요?	3.94	1.21	0.33	1.00	0.50
CQ7	0에서 10까지의 척도에서, 현재 생활습관을 바꿀 준비가 얼마나 되어 있다고 생각하시나요?	4.06	0.73	0.56	0.38	0.81
CQ8	이 숫자를 선택한 이유는 무엇인가요?	3.89	0.90	0.33	0.88	0.56
CQ9	이 숫자가 더 높아질 수 있도록 도울 수 있는 방법이 있을까요?	4.22	1.06	0.56	0.50	0.80
CQ10	가장 낮은 점수를 받은 영역에서 한 가지 작은 변화를 실천한다면, 어떤 것이 가능할까요?	4.22	0.94	0.56	0.50	0.78
CQ11	이 변화를 실천하는 데 필요한 지원이 있다면 무엇인가요?	4.06	0.94	0.44	0.88	0.56
CQ12	한 달 후, 본인의 점수가 얼마나 개선될 것으로 예상하시나요?	4.22	0.88	0.67	0.50	0.75
CQ13	이번 상담을 통해 새롭게 깨달은 점이나, 앞으로 실천할 목표가 있다면 무엇인가요?	4.22	0.88	0.67	0.50	0.75

기 탐색 단계(CQ4~CQ6)는 평균 점수가 모두 3.70 이상으로 높았음에도 불구하고, 세 문항 모두 CVR이 0.33으로 기준 미달을 보였다. 특히 세 문항 모두 수렴도 1.00, 합의도 0.50 이하로 나타나 전문가 간 응답 분산이 큰 것으로 확인되었다. 이는 문항 표현의 명확성이 부족하거나 문항 간 개념 중복성이 존재할 가능성을 시사하며, 전반적인 구조 재검토가 요구된다. 셋째, 행동 변화 준비도 및 목표 설정 단계(CQ7~CQ9)에서는 CQ7과 CQ9가 CVR 기준을 충족하였으며, 수렴도 및 합의도에서도 안정적인 수치를 보여 핵심 문항으로 판단되었다. 반면 CQ8는 CVR 기준에는 미달하였으나 평균 점수는 3.78, 합의도는 0.56으로 나타나, 개념적 중요성은 인정되나 전문가 간 해석에 일부 차이가 존재하는 문항으로 해석된다. 넷째, 실행 가능성 평가 및 개입 전략 수립 단계에 해당하는 CQ10과 CQ11은 모두 CVR 기준(0.56)을 충족하였으며, 각각 평균 점수 4.00, 3.94로 비교적 높은 수준을 나타냈다. CQ10은 수렴도(0.44)와 합의도(0.78) 모두 기준을 만족하여 응답의 일치도와 집중도가 높은 안정적인 문항으로 판단된다. 반면, CQ11은 수렴도(0.56)와 합의도(0.56)에서 기준에는 미치지 못하였으나, CVR과 평균 점수를 고려할 때 면담 구성요소로의 활용 가능성은 있으나, 문항의 명확성이나 실무 적용성을 높이기 위한 보완이 요구된다. 마지막으

로, 목표 정리 및 지속적 지원 단계(CQ12~CQ13)는 모든 지표에서 가장 우수한 평가를 받았다. 두 문항은 평균 점수 4.22, CVR 0.67, 수렴도 0.50, 합의도 0.75로 나타나, 상담 종결 시점에서 실행 동기 강화와 지지 계획 수립에 효과적인 항목으로 확인되었다. 이러한 결과는 HLBI 개입 흐름의 종결 단계가 명확하고 실용적으로 구성되었음을 시사한다.

4. HLBI 최종 문항 선정 결과

본 연구는 건강생활습관 기반 단기개입 프로그램의 면담 문항을 개발하고자 델파이 기법을 활용하여 총 3차례의 전문가 조사를 실시하였다. 2차 델파이에서는 6개 문항에 대한 정량적 평가가 이루어졌고, 이를 바탕으로 문항을 재구성하여 총 15개의 문항 후보가 도출되었다. 이 가운데 13개 문항은 3차 델파이에서 실제로 평가되었으며, 나머지 2개 문항(BQ3, BQ5)은 2차 델파이에서 제안되었으나 3차 설문에는 포함되지 않았다. 3차 델파이 조사는 HLBI 프로그램의 단기개입 면담 문항에 대해 내용 타당도(CVR), 수렴도, 합의도, 그리고 전문가의 질적 의견을 종합적으로 고려하여 문항의 유지, 보완, 삭제 여부를 결정하기 위해 실시되었다.

평가 결과, 총 13개 문항 중 2개 문항(CQ6, CQ8)은 CVR 기준 미달, 개념의 중복성, 질문 구조의 모호성 등의 사유로 삭제되었다. 3차 설문에는 포함되지 않았으나, 2차 델파이에서 유의미한 CVR 수치를 기록한 BQ3과 BQ5는 전문가들의 검토를 거쳐 최종 문항군에 포함되었다. 이와 더불어, 문항 CQ1과 CQ2은 2차 및 3차 델파이에서 모두 CVR 기준을 충족하지 못했으나, HLBI 개입 구조 상 상담 초기 단계에서 점수 인식 유도 및 라포 형성에 기여하는 핵심 문항으로 판단되어 구조적 중요성을 근거로 유지되었다.

최종 선정된 12개 문항은 HLBI의 상담 개입 흐름에 따라 단계적으로 배열되었다. 각 문항은 ‘점수 인식 및 라포 형성’, ‘강점 및 약점 인식’, ‘변화 동기 및 준비도 평가’, ‘실천 계획 수립 및 자원 탐색’, ‘자기효능감 강화 및 행동 의지 표현’의 5단계로 분류되며, 내담자의 인지적 참여와 행동 변화 유도를 위한 체계적인 구조를 갖춘 것이 특징이다<표 5>.

이러한 구성은 상담 초기에는 내담자의 현재 상태를 인식하게 하고, 중반에는 변화를 위한 동기를 탐색하며, 후반부에는 실천 가능성 및 자기 효능감을 높이는 방향으로 설계되었다. 각 단계의 문항들은 내용 타당도를 기반으로 한 과학적 근거뿐 아니라, 임상적 실용성과 상담 장면에서의 적용 용이성을 고려하여 선정되었다.

V. 논의 및 결론

본 연구는 L-SBIRT 프로그램의 개념적 구조와 건강생활습관 기반 단기개입 프로그램의 면담 문항을 개발하기 위하여 3차례에 걸친 델파이 조사를 수행하였으며, 전문가 합의를 바탕으로 총 12개의 최종 문항을 도출하였다. 이 과정에서 HLBI 프로그램은 기존 SBIRT 모델의 건강생활관리 영역에의 확장 적용을 시도한 새로운 접근이며 (황대향 외, 2023), 전문가 의견을 통해 이론적 기반과 실천 가능성에 대한 합의를 도출하였다.

본 연구의 1차 델파이 조사는 L-SBIRT 프로그램의 개념적 구조와 HLBI 구성 요소에 대한 전문가 집단의 수용 가능성과 이론적 타당성을 평가하는 데 중점을 두었다. L-SBIRT는 기존의 SBIRT 개념을 기반으로, 알코올 및 약물 중독 등 고위험군을 대상으로 한 단기개입 모델을 건강생활관리라는 보다 일상적인 영역으로 확장 적용한 구조적 모델이다(김남희, 서정민, 2012). 특히 전문가 패널은 L-SBIRT가 건강행동 변화의 초기 단계에서 내담자의 자기 점검과 동기 강화를 촉진할 수 있다는 점에서 개념적 유용성을 인정하였다. 이러한 관점은 Miller와 Rollnick (2009)의 동기강화상담 이론에서 강조하는 “행동 변화는 자기 인식과 자율성을 기반으로 한다”는 핵심 원칙과 일치하며, 실제 HLBI 문항 구성에서 나타나는 점수 인식, 자기 분석, 실행 계획 수립이라는 흐름과도 논리적으로 연결된다.

전문가들은 HLBI가 건강행동 변화에 필요한 인지적 각성과 행동 의지 형성을 돕는 데 있어 구조화된 대화 도구로서 기능할 수 있다고 평가하였다(최성범, 2007). 이와 같은 평가는 Gardner와 Lally(2013)가 제시한 건강습관

<표 5> HLBI 최종 면담 문항 구성 및 개입 단계 분류

문항	내용	개입단계
CQ1	방금 완료한 건강생활습관 점수를 보셨나요?	점수 인식 및 라포 형성
CQ2	총 점수는 몇 점인가요?	점수 인식 및 라포 형성
CQ3	어떤 영역에서 가장 높은 점수를 받았나요?	강점 및 약점 인식
BQ3	가장 낮은 점수를 받은 영역은 무엇인가요?	강점 및 약점 인식
CQ4	해당 영역에서 가장 높은 점수를 받은 이유는 무엇이라고 생각하나요?	강점 및 약점 인식
CQ5	해당 영역에서 가장 낮은 점수를 받은 이유는 무엇이라고 생각하나요?	강점 및 약점 인식
BQ5	높은 점수를 유지하고 낮은 점수를 올리기 위해 무엇을 할 수 있을까요?	강점 및 약점 인식
CQ7	0에서 10까지의 척도에서, 현재 생활습관을 바꿀 준비가 얼마나 되어 있다고 생각하시나요?	변화 동기 및 준비도 평가
CQ9	총점이 더 높아질 수 있도록 도울 수 있는 방법이 있을까요?	변화 동기 및 준비도 평가
CQ10	가장 낮은 점수를 받은 영역에서 한 가지 작은 변화를 실천한다면, 어떤 것이 가능할까요?	실천 계획 수립
CQ12	한 달 후, 본인의 점수가 얼마나 개선될 것으로 예상하나요?	자기효능감 강화
CQ13	이번 상담을 통해 새롭게 깨달은 점이나, 앞으로 실천할 목표가 있다면 무엇인가요?	자기효능감 강화

형성 이론의 초기 동기화 단계와도 일치하며, HLBI가 행동개입의 초기 지점에 적합한 전략임을 지지한다(이인태, 2021).

기존의 SBIRT는 주로 중독 고위험군을 조기에 선별하여 빠른 개입과 치료 연계를 목적으로 설계된 구조로, 중독 예방 및 감소 효과가 여러 연구에서 검증되어 왔다(Madras et al., 2009). 그러나 건강생활습관 영역은 중독과 달리, 대상자가 일반 인구 전체를 포괄하며, 일상생활 전반에 걸친 개인의 선택과 실천을 기반으로 한다는 점에서 개입 방식에 차이가 존재한다. 특히, 건강행동 개입은 중독 개입보다 개입 강도와 내용이 개인의 상태나 맥락에 따라 유연하게 조정될 필요가 있으며(박승민, 김창대, 2005), 이에 따라 SBIRT의 기본 구조는 유지하되, 건강생활습관에 특화된 개입 방식으로서의 개념적 전환이 요구된다는 지적이 제기되고 있다(Brož et al., 2025).

본 연구에서 실시된 전문가 합의 과정은 L-SBIRT 모델이 건강습관 개입 영역에서도 유의미한 이론적 기초를 갖출 수 있음을 보여준다. 특히 전문가 패널의 질적 의견과 내용 타당도 분석 결과를 종합할 때, HLBI는 단순한 SBIRT의 전용 확장이 아니라, 건강행동 변화라는 독립된 실천 현장에 적용 가능한 새로운 상담 프레임워크로 기능할 수 있는 가능성을 내포하고 있다.

HLBI 최종 문항 구조는 건강행동 변화 이론에 기초하여 내담자의 자기 인식에서 실행 전략 수립, 행동 의지 표현에 이르기까지 단계적 개입이 가능하도록 설계되었다. 특히 본 연구에서 도출된 12개 문항은 내용 타당도 기준에 따라 분류되었을 뿐 아니라, 전문가들의 질적 의견과 실천 현장에서의 구조적 유용성을 종합적으로 반영하여 최종 선정되었다는 점에서 의미가 있다.

우선, HLBI 문항은 점수 기반 자기인식, 문제 영역 분석, 실행 전략 설정, 결심 언어 도출이라는 핵심 대화 흐름에 근거하여 다섯 단계로 구성되었다. 이는 행동변화 이론(Prochaska & DiClemente, 1983), 자기결정성이론(Deci & Ryan, 2012), 자기효능감 이론(Bandura & Wessels, 1997), 계획된 행동이론(Ajzen & Driver, 1991) 등의 주요 이론을 통합적으로 반영한 구조이며, 각 문항은 상담 장면에서 내담자의 변화 촉진에 필요한 심리적 메커니즘을 실천적으로 지원한다.

초기 단계의 문항(CQ7, CQ8)은 건강생활습관 점수에 대한 인식을 유도하여 변화의 자각을 도우며, 중간 단계의 문항들은 내담자가 자신의 강점과 약점을 자발적으로 탐색하도록 하여 자기결정성을 기반으로 한 동기 유발을 촉

진한다. CQ13 및 유사 문항에서는 변화의 준비도를 자기 보고 형식으로 진단함으로써, 상담자가 적절한 개입 수준을 판단할 수 있는 실용적 단서를 제공한다(김희수, 박경애, 2001). 실행 전략 수립 및 자원 탐색을 유도하는 문항(CQ15~CQ17)은 구체적 행동계획 설정과 환경적 자원의 활용 가능성을 동시에 고려하도록 설계되었으며, 이는 실제 행동 변화 과정에서의 실현 가능성과 지속성 강화를 도모하는 전략으로 해석된다(문지영, 양채원, 2022). 마지막으로, 실행 의지와 미래 행동을 언어화하는 CQ18과 CQ19는 상담의 마무리 단계에서 내담자 스스로 변화 목표를 명확히 표현하도록 하여 자기효능감 강화 및 행동 지속성을 도모하는 데 중요한 역할을 한다(박철형, 2021). 또한, 3차 델파이 조사에서 CVR 기준을 충족하지 못했으나 HLBI 구조 내에서 구조적 핵심 역할을 수행하는 문항에 대해서는 전문가 의견을 기반으로 유지가 결정되었다. 이는 단순한 수치적 판단을 넘어, 개입 문항이 전체 상담 흐름 내에서 갖는 기능적 가치와 상호작용을 중시한 결과로(박유경 외, 2018), HLBI 문항군이 실제 상담 장면에서 적합하도록 설계되었음을 보여준다.

문항 선정과정은 단순히 각 문항의 독립적 타당성에만 초점을 맞춘 것이 아니라, 문항 간의 유기적 연결성과 내담자 중심의 흐름을 고려한 종합적 판단에 근거한 결과물이다(박신영, 이동형, 2013). 특히 전문가 합의 과정에서는 표현의 명확성, 상담 흐름에서의 자연스러움, 현장 적용 가능성 등이 주요 판단 기준으로 작용하였으며, 이는 HLBI가 단기개입 현장에서 실질적으로 기능할 수 있는 구조화된 개입 도구로서 설계되었음을 뒷받침한다.

결과적으로, HLBI 최종 문항군은 이론적 기반과 실천적 타당성을 동시에 확보하고 있으며, 비교적 짧은 시간 안에 건강행동 변화의 동기 유발, 계획 수립, 실행 촉진까지 지원할 수 있는 상담도구로 자리매김할 수 있다(이은경, 2022). 향후 다양한 인구 집단과 상담 환경에서 HLBI 문항의 효과성과 적용 가능성에 대한 후속 검증 연구가 이어진다면, 본 문항군은 건강행동 개입의 현장적 실천성을 한층 강화할 수 있을 것이다.

본 연구는 건강생활습관 기반 단기개입 프로그램 개발을 위한 기초 작업으로, L-SBIRT 개념모형에 근거한 면담 문항을 델파이 기법을 활용하여 체계적으로 도출하고 그 구성 타당성을 검증하고자 하였다. 총 3차에 걸친 전문가 합의 과정을 통해, 이론적 정당성과 실천적 유용성을 갖춘 최종 12개 문항이 선정되었으며, 이는 점수 인식, 문제 영역 분석, 변화 동기 평가, 실행 전략 수립, 실행 의지

표현의 단계로 구성되었다.

HLBI 문항군은 단순한 선별 도구가 아닌, 건강행동 변화의 각 단계를 유도하고 내담자의 자율성과 자기효능감을 강화하는 구조화된 개입 도구로 설계되었으며, 이는 기존 SBIRT 모델의 중독 개입 전략을 일상적 건강행동 변화 영역으로 확장한 실천적 시도라는 점에서 의의가 크다. 특히 전문가 합의에 기반하여 문항의 표현, 구조, 상담 흐름의 연계성 등을 종합적으로 고려한 본 문항군은, 단기 상담 상황에서도 효과적인 행동 변화를 촉진할 수 있는 표준화된 개입 매뉴얼의 기반이 될 수 있다.

향후 연구에서는 본 HLBI 문항의 신뢰도 및 타당도에 대한 정량적 분석, 다양한 인구집단에 대한 현장 적용 가능성 평가, 상담자-내담자 간 상호작용에서의 문항 기능 분석 등 후속 연구가 필요하다. 또한 HLBI 프로그램의 효과성을 검증하는 실험적 연구와 프로그램 운영자 교육을 위한 가이드라인 개발이 병행된다면, 본 연구의 결과는 건강행동 개입 분야에서 실질적 활용 가치를 갖는 개입 도구로 확장될 수 있을 것이다.

주제어: 건강생활습관, 단기개입, HLBI, 텔레피 기법, 건강행동변화

REFERENCES

고동우, 서현숙(2021). 코로나 19 팬데믹에 대한 심리적 적응과 연쇄적 변화의 구조 모형. *한국심리학회지: 문화 및 사회문제*, 27(4), 351-389.

김기덕(2015). 대안적 비판이론으로서 인정 패러다임의 사회복지적 함의. *한국사회복지학*, 67(4), 325-348.

김나미, 박경은, 장세은(2018). 중독회복을 위한 긍정심리학적 개입의 국내 연구 동향 분석. *상담학연구*, 19(1), 113-128.

김남희, 서정민(2012). 마약류사범의 약물중독, 알코올의존, 정신질환 특성에 관한 탐색적 연구. *정신건강과 사회사업*, 40(4), 175-204.

김동진(2017). 제 4 차 국민건강증진종합계획 추진을 위한 정책 방향과 과제: 건강생활실천 및 만성질환 관리를 중심으로. *보건복지포럼*, 246, 6-21.

김민숙(2022). 중등 학교체육 기반 건강교육의 실천에 관한 체계적 문헌분석. *한국스포츠교육학회지*, 29(4),

19-41.

김승래(2018). 사례관리 표준화 시스템 구축을 위한 기초 연구: 통합사정틀 (integration assessment framework) 개발을 중심으로. *한국사회복지행정학*, 20(1), 235-275.

김연식(2023). 공중 보건 위기 상황에서 영국과 한국의 과학 자문규범 체계 비교 연구. *저스티스*, 0(197), 232-271.

김영선, 박병현, 이희윤(2014). 노인의 건강정보이해능력 (Health Literacy) 에 영향을 미치는 요인 분석: 앤더슨 행동모형 적용. *노인복지연구*, 65, 35-57.

김용석, 김은서, 안요셉, 백지연, ... 김동주(2024). WHO 알코올 정책 종합 지표를 활용한 국내 알코올 정책 평가. *한국보건사회연구*, 44(3), 72-98.

김옥진, 김태연(2013). 지역의 물리적·사회적 환경과 개인의 건강에 관한 연구: 지역환경에 대한 주관적 인식의 매개효과를 중심으로. *한국지역사회복지학*, 46, 23-47.

김현진(2009). 임상강좌: 부적절한 비만치료. *대한내과학회지*, 77, 980-982.

김희수, 박경애(2001). 인지행동치료를 적용한 문제 해결적 진로 상담 프로그램이 자기 효능감과 진로 태도 성숙에 미치는 효과. *상담학연구*, 2(2), 231-250.

노주희, 김희선(2019). 성별에 따른 대학생의 생활습관과 생식건강과의 관계. *여성건강간호학회지*, 25(4), 446-458.

문지영, 양채원(2022). 지속가능성과 지속가능발전교육에 관한 연구 동향. *아시아교육연구*, 23(3), 557-585.

박승민, 김창대(2005). 온라인게임 과다사용 청소년의 게임행동 조절과정과 개입요인. *상담학연구*, 6(4), 1281-1305.

박신영, 이동형(2013). 진로결정수준과 대학생활적응의 관계에서 진로준비행동의 조절효과. *직업교육연구*, 32(1), 23-38.

박유경, 김창엽, 황승식(2018). 미충족의료와 소득의 상호작용이 주관적 건강수준에 미치는 효과: 한국의료패널 2009-2014년도 자료의 분석. *보건과 사회과학*, 0(47), 57-83.

박철형(2021). 동기강화상담 (Motivational Interviewing) 기반 코칭심리 모델 (MOTIVE). *코칭능력개발지*, 23(4), 229-237.

성현근(2009). 일상생활에서의 보행활동이 개인의 건강

- 에 미치는 영향. *국토연구*, 62, 43-63.
- 손영근, 이병관(2012). 계획된 행동이론을 적용한 사회인 지적 행동 모델의 유용성에 대한 메타분석. *한국언론학보*, 56(6), 127-161.
- 양민아, 임승주, 한대성, 박지혁(2020). 중·고령자의 삶의 질 향상을 위한 정책적 제안: 라이프스타일을 중심으로. *한국노년학*, 40(3), 531-541.
- 양주현, 박보현(2021). 사회생태학적 모델에 기반한 농촌 마을 노인의 건강관련요인 탐색. *한국보건간호학회지*, 35(3), 415-429.
- 유채영, 김혜미(2010). 대학생의 스트레스와 문제음주 관계 탐색에 관한 연구: 부정적 정서와 부적응적 대처 전략의 매개효과 검증에 중심으로. *사회과학연구*, 21(4), 137-163.
- 윤난희(2016). 비판과 비판관리에서 개인 건강행동과 지역 환경요인의 영향 분석-질적조사방법과 다수준 분석의 통합 연구. 서울대학교 박사학위논문.
- 이금희(2022). 스마트기기 과의존 학령전기 아동의 어머니에게 적용한 감성코칭 집단프로그램의 효과. 서울대학교 박사학위논문.
- 이은경(2022). 고령사회 영국의 사회적 처방에서의 보건·복지 협력에 대한 메타문화기술지 연구: 우리나라 커뮤니티케어에 주는 함의. *보건과 복지*, 24(1), 7-41.
- 이은희, 김혜경, 이윤희, 문순영, ... 지선하(2007). 생활습관 개입프로그램이 성인의 건강생활습관실천과 대사증후군 개선에 미치는 효과 분석. *보건교육건강증진학회지*, 24(3), 1-19.
- 이인태(2021). 도덕적 습관 교육을 위한 도덕적 습관의 의미, 조건, 작동 방식에 대한 연구. *도덕윤리과교육*, 0(73), 303-335.
- 이진희, 김형규, 홍성연(2014). 교육과정 개선을 위한 의사소통 역량평가 개발. *교양교육연구*, 8(2), 299-332.
- 조정환(2018). 신체활동증진 대안모형으로서 넛지(nudge) 전략. *한국체육측정평가학회지*, 20(4), 59-75.
- 최성범(2007). 운동행동변화단계별 노인의 변화과정, 의사결정균형 및 자아효능감의 관계. *한국사회체육학회지*, 29, 661-672.
- 최인재(2012). *청소년정책 리포트: 청소년 정신건강실태 및 대응 방안*. 서울: 국가청소년정책연구원.
- 풍리아, 김홍렬(2024). 도시직장인의 라이프스타일을 바탕으로 한 조식 서비스디자인 연구-상하이지역을 중심으로. *기초조형학연구*, 25(2), 453-473.
- 한영주, 권경인, 김창대, 유성경(2012). 낮은 성과를 보이는 상담과정에 대한 질적연구. *상담학연구*, 13(1), 71-97.
- 황매향, 유성경, 정인숙, 유주희(2023). 상담자 훈련과 테크놀로지의 접목 가능성 탐색. *상담학연구*, 24(3), 1-28.
- Ajzen, I., & Driver, B. L. (1991). Prediction of leisure participation from behavioral, normative, and control beliefs: An application of the theory of planned behavior. *Leisure Sciences*, 13(3), 185-204.
- Babor, T. F., Del Boca, F., & Bray, J. W. (2017). Screening, brief intervention and referral to treatment: implications of SAMHSA's SBIRT initiative for substance abuse policy and practice. *Addiction*, 112, 110-117.
- Baik, I. K. (2011). Studies on dietary patterns in the prevention of metabolic syndrome. *Food Industry and Nutrition*, 16(2), 45-48.
- Bandura, A., & Wessels, S. (1997). *Self-efficacy*(p.4 - 6). Cambridge: Cambridge University Press.
- Borillo, C. J., Tamaral, J. M., & Kim, C. H. (2020). Determining the Cut Off Score of the Healthy Lifestyle Screening Tool among High School Students. *Journal of Lifestyle Medicine*, 10(2), 92-101.
- Brož, J., Malinová, J., & Urbanová, J. (2025). Substance abuse prevention and treatment: A specialization in lifestyle medicine centers. *Lifestyle Medicine: Closing Research, Practice, and Knowledge Gaps*(p. 535-562), Cham, Switzerland.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. *Handbook of Theories of Social Psychology*, 1(20), 416-437.
- Erickson, S. J., Gerstle, M., & Feldstein, S. W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings: a review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(12), 1173-1180.
- Fish, L. S., & Busby, D. M. (1996). The delphi method.

- Research Methods in Family Therapy*, 469, 482.
- Gardner, B., & Lally, P. (2013). Does intrinsic motivation strengthen physical activity habit? Modeling relationships between self-determination, past behaviour, and habit strength. *Journal of Behavioral Medicine*, 36, 488-497.
- Hargraves, D., White, C., Frederick, R., Cinibulk, M., ... & Elder, N. (2017). Implementing SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) in primary care: lessons learned from a multi-practice evaluation portfolio. *Public Health Reviews*, 38, 1-11.
- Harris, M. F., Chan, B. C., Laws, R. A., Williams, A. M., ... & Milat, A. (2013). The impact of a brief lifestyle intervention delivered by generalist community nurses (CN SNAP trial). *BMC Public Health*, 13, 1-11.
- Hsu, C. C., & Sandford, B. A. (2007). The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 12(1), 1-10.
- Kim, C. H., & Kang, K. A. (2019). The validity and reliability of the Healthy Lifestyle Screening Tool. *Physical Therapy Rehabilitation Science*, 8(2), 99-110.
- Kim, C. H., Kang, K. A., & Shin, S. (2023). Healthy lifestyle status related to alcohol and food addiction risk among college students: a logistic regression analysis. *Journal of American College Health*, 71(3), 775-781.
- Kim, H. K., & Kim, J. H. (2009). Relationship between stress and eating habits of adults in Ulsan. *Korean Journal of Nutrition*, 42(6), 536-546.
- Kim, H. S., Yoo, B. N., & Lee, E. W. (2018). Evaluation of the national chronic diseases management policy: performance and future directions. *Public Health Affairs*, 2(1), 105-120.
- Kim, J. (2024). The Impact of Sociodemographic, Financial, and Psychological Characteristics on Life Satisfaction among College Students: Focusing on Part-Time Employment. *Financial Planning Review*, 17(4), 39-65.
- Kim, S. W. (2018). Psychosocial intervention for patients with schizophrenia. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 57(3), 235-243.
- Kim, Y. M., & Kang, S. H. (2015). Changes and determinants affecting on geographic variations in health behavior, prevalence of hypertension and diabetes in Korean. *Journal of Digital Convergence*, 13(11), 241-254.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575.
- Madras, B. K., Compton, W. M., Avula, D., Stegbauer, T., ... & Clark, H. W. (2009). Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: comparison at intake and 6 months later. *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1-3), 280-295.
- Miller, W. R. (2000). Rediscovering fire: small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(1), 6-18.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 129-140.
- Mudd, E., Davidson, S. R., Kamper, S. J., da Silva, P. V., ... & Groves, C. (2025). Healthy Lifestyle Care vs Guideline-Based Care for Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 8(1), e2453807.
- Okoli, C., & Pawlowski, S. D. (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management*, 42(1), 15-29.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Tamanal, J. M., & Kim, C. H. (2020). Promoting healthy lifestyle in high school students: Determination of the lifestyle status through the healthy lifestyle screen (HLS) assessment. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 10(1), 30-43.
- Young, M. M., Stevens, A., Galipeau, J., Pirie, T., Garritty, C., Singh, K., ... & Moher, D. (2014).

Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: a systematic review. *Systematic Reviews*, 3(1), 50.

Received 09 June 2025;
1st Revised 17 July 2025;
Accepted 01 August 2025