

건강증진병원 간호사의 건강교육수행 영향요인[†]

이진숙¹ · 권소희²

¹질병관리본부 · ²경북대학교 간호대학

접수 2014년 12월 24일, 수정 2015년 1월 12일, 게재확정 2015년 1월 26일

요약

본 연구는 건강증진병원 간호사의 건강증진역할인식과 건강교육에 대한 자기효능감이 건강교육 수행에 미치는 영향요인을 분석하는 서술적 조사연구이다. 자료수집 기간은 2013년 5월 20일부터 6월 30일까지 40일간이었고, 대상 기관은 국내 건강증진병원 네트워크 소속된 병원 중 연구를 승낙한 4개 병원 중 280명의 간호사를 대상으로 실시하였다. 건강증진병원 간호사의 건강교육수행에 영향 미치는 요인으로 건강증진역할인식 ($\beta=.246, p=.001$)과 건강교육에 대한 자기효능감 ($\beta=.282, p<.001$), 임상경험 ($\beta=.121, p=.059$)은 건강교육수행을 통계적으로 유의하게 증가시키는 것으로 나타났다 ($F=7.738, p<.001$). 전체 모형의 설명력은 총 27.8%이었다. 따라서 간호사의 건강증진 역할인식과 건강교육수행에 대한 자기효능감을 높이기 위한 다각적인 프로그램 연구가 필요하겠다.

주요용어: 간호사, 건강교육, 건강증진, 수행.

1. 서론

우리나라의 만성질환 유병률은 고혈압이 29.0%, 당뇨가 9.9%, 비만이 32.8%로 보고되고 있다 (Ministry of Health & Welfare, 2013). 이러한 만성질환은 생활습관 관리를 통해 예방이 가능하며 (Groene과 Garcia-Barbero, 2005), 건강할수록 삶의 질이 높다고 보고되고 있다 (Hong, 2012). 질병 치료와 함께 질병예방과 건강증진에 대한 관심과 중요성도 증가하고 있다. 보건기구는 의료의 범위를 기존의 치료중심에서 건강증진과 질병예방으로 확대할 것을 권고하였고, 이후 1986년 제1차 국제건강증진회의에서 '오타와 헌장'이 제정되면서 전 세계적으로 건강증진병원운동이 촉발되었다. 건강증진병원은 질병치료 뿐 아니라 건강증진을 기관의 목표로 두고 환자와 전 직원이 적극적으로 건강증진에 참여할 수 있는 조직구조와 문화를 정착시키는 병원을 말하며, 흡연, 음주, 운동, 식생활, 휴식의 방법으로 건강을 향상시킬 수 있다고 설명하고 있다 (Groene과 Garcia-Barbero, 2005). 건강증진병원은 2009년 우리나라에 도입된 이래 현재 전국 29개 병원이 건강증진병원네트워크에 가입되어 있다. 이들 건강증진병원에서 근무하는 간호사들의 경우 일반 병원간호사들 보다 건강증진 활동에 대한 관심과 실천이 더욱 강조되고 있다.

다양한 건강증진 활동 중 하나는 건강교육이다. 병원을 찾은 환자와 보호자들의 경우 의료인들이 제공하는 건강과 관련된 조언에 특히 더 민감하게 반응하며 그들의 행동에 지속적으로 영향을 미칠 수 있다. 때문에 의료인들에 의해 실행되는 건강교육은 생활습관을 교정하는데 효과적이며, 재입원을 감소

[†] 본 연구는 제1저자 이진숙의 석사학위논문 일부 발췌, 수정한 논문임.

¹ (363-951) 충청북도 청원군 오송읍 오송생명2로 187 오송보건의료행정타운, 질병관리본부 건강영양조사과, 기술연구원.

² 교신저자: (700-422) 대구광역시 중구 동인동 101번지, 경북대학교 간호대학, 조교수.
E-mail: sh235@knu.ac.kr

시키고, 건강증진을 통해 대상자의 삶의 질을 향상시킨다 (Groene과 Garcia-Barbero, 2005). 의료인 중 간호사는 환자와 보호자들과 친밀하고 편안한 관계 형성에 유리하고 대상자와 접점에 있기 때문에 건강교육을 수행하기에 가장 적합한 의료인이다 (Whithhead, 2005). 그러나 국외 연구에서 병원간호사들의 건강교육 수행율은 매우 낮은 것으로 보고되고 있고 (Casey, 2007), 우리나라의 경우에는 실태조차 파악되지 않고 있는 실정이다. 건강교육 수행은 근무환경, 연령, 임상 근무기간, 간호사 1인당 환자 수를 포함한 외부적 요인 보다는 건강교육에 대한 태도와 의지, 주관적 규범, 자기효능감 부족 등의 개인적 요인에 영향이 큰 것으로 보고된 바 있다 (Anis 등, 2004). 때문에 병원에서의 건강증진 활동의 활성화 전략 수립을 위해서는 우선 간호사의 건강교육 수행정도과 그 영향요인을 파악할 필요가 있다. 이러한 건강교육 수행을 위해서는 일차적으로 건강증진자로서의 자신의 역할을 인식하여야 하고 (Whithhead 등, 2008), 이를 수행할 자기효능감 (Kang, 2009)이 필요하다.

역할인식이란 주관적인 개념으로 외부로부터 다양한 역할기대에 대한 인식은 역할수행에 커다란 영향을 주는 요인이다. 역할을 정확히 인식하는 사람일수록 적응성이 높고, 자신의 역할을 보다 명확히 수행할 수 있다 (Choe, 2003).

Rosen과 Ashley (1978)는 의료인의 건강증진자적인 역할 수행을 위해 역할모델, 교육자, 위험행동에 대한 교정, 정책적 활동, 연구의 다섯 가지 역할에 대해 언급하며, 그 중 건강증진자로서 역할모델이 되는 것이 가장 중요함을 언급하였다. 또한 미국의 질병관리본부에서도 간호사가 건강증진역할모델이 되어야 한다고 말하고 있으며, 간호사가 스스로 건강증진적 역할을 수행하는 것은 대상자의 건강증진을 돕는데 매우 중요하다고 보고했다.

공중보건의를 대상으로 한 Kang (2009)의 연구에 따르면 자기효능감이 낮은 경우 건강교육 수행이 저조하다고 보고하고 있으나, 간호사들을 대상으로 한 자기효능감과 교육수행간의 관계를 파악한 연구를 찾아보기 어렵다. 따라서 본 연구는 건강증진병원에서 근무하는 간호사들의 건강교육수행을 파악하고, 건강증진역할인식, 건강교육에 대한 자기효능감이 건강교육수행에 미치는 영향을 규명함으로써 궁극적으로 건강증진병원 간호사들의 건강증진활동 강화를 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

2. 이론적 배경

건강증진병원은 1980년대 후반 신공중보건운동의 일환으로 등장한 개념으로 병원의 역할 뿐 아니라 건강증진을 통하여 병원의 전체적인 관리의 질, 개념, 가치, 기준을 병원의 조직구조 및 병원문화와 결합한 것을 말한다 (Groene과 Garcia-Barbero, 2005). WHO에서는 2005년 덴마크 코펜하겐에 건강증진병원 간의 정보교환과 협력을 위하여 ‘건강증진병원 국제 네트워크’를 개설하였고 현재 국내에는 29개 병원이 가입되어 있다. 그러나 대부분의 병원기반의 건강증진 활동은 질병 치료의 부가적 서비스로 가볍게 다루어지거나, 건강노화클리닉, 영양클리닉, 비만 클리닉, 금연클리닉, 만성피로 클리닉과 같은 외래 중심의 건강서비스로 운영됨으로서 대상자들은 상당한 비용을 부담하고 있다 (Park과 Kwon, 2008).

의료인들은 질병의 치료 뿐 아니라, 불건강한 생활습관을 가진 환자들을 발견하고 건강증진 활동을 할 책임이 있고 (NHS Future Forum, 2012), 특히 종합병원 의료 인력의 50%에 달하는 간호사는 환자와의 접촉시간이 길고, 대상자에게 친숙한 용어를 사용하기 때문에 건강 정보를 제공하고 교육하는데 가장 적합한 의료인이다 (Whitehead, 2005; Lambe 등, 2008). 그러나 실제 병원 간호사들이 건강교육을 자신의 역할로 인식하고 실행하고 있는지에 대한 연구는 미흡하다.

역할인식이란 외부에게 자신에게 기대하는 역할에 대한 인식을 말한다. 역할을 정확히 인식하는 사람일수록 적응성이 높고, 자신의 역할을 보다 명확히 수행할 수 있다 (Choe 등, 2003). Rosen과 Ashley (1978)는 의료인들이 건강증진활동을 함에 있어 역할모델, 교육자, 위험행동에 대한 교정, 정책적 활동,

연구의 다섯 가지 역할을 수행해야 한다고 하였고, 그 중 건강증진자로서 본보기가 되는 것이 가장 중요하다고 주장한바 있다. 인지수준은 실천정도와 정적 상관관계가 있다 (Jeong 등, 2011). 따라서 간호사의 건강증진 역할인식이 높으면 건강교육수행 역시 높을 것으로 추정된다. 또한 간호사가 건강증진 모델이 되어야 하며, 간호사가 스스로 건강행위를 실천하는 것이 대상자의 건강증진을 돕는데 매우 중요하다고 보고했다 (Rush 등, 2010). 흡연과 같이 개인의 건강에 해로운 행위를 하는 간호사는 건강교육을 적극적으로 수행하지 않았다 (Petch-Levine 등, 2003; Rush 등, 2010). 한편 자기효능감이 높은 개인은 그렇지 못한 사람에 비해 직면한 문제를 해결하기 위해 더욱 노력하며, 복잡한 의사결정 상황에서 효과적인 분석적 사고를 가능하게 하여 개인이 업무를 수행하는 능력을 증가시키는 데에 영향을 준다 (Gist와 Mitchell, 1992). 건강증진교육수행을 향상시키기 위해서 역할을 잘 인지하는 것도 필요하지만, 그렇다고 해서 반드시 간호 수행을 올바르게 한다고 생각할 수 없다. 따라서 인지하는 것을 간호수행으로 연결시키는 데에, 인간이 특정 행동을 하도록 만드는 신념인 자기효능감이 영향을 준다고 추측할 수 있다. Lee와 Ko (2010)은 병원 간호사 1996명에게 간호 수행에 관한 영향을 조사한 결과, 자기효능감과 간호 수행간에 양의 상관관계가 있다고 밝혔다. 금연, 체중조절, 알코올 중독, 운동 등의 건강증진행위에 자기효능감을 적용한 문헌들을 분석한 연구에서도 자기효능감이 높아질수록 대상자가 변화하고자 하는 긍정적인 행위가 증가하였다 (Strecher 등, 1986). 그러나 행위변화 교육을 제공하는 제공자 입장에서 교육수행에 대한 자기효능감을 파악한 연구는 공중보건의를 대상으로 한 Kang (2009)의 연구 이외에는 찾아보기 어려웠다.

따라서 본 연구는 국내 건강증진병원에서 근무하는 간호사들의 건강증진역할인식, 건강증진행위, 건강교육수행에 대한 자기효능감을 파악하고 건강교육수행과의 관계를 규명하고자 한다. 궁극적으로 이를 건강증진병원 간호사들의 건강증진활동을 강화를 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

3. 연구방법

3.1. 연구 설계

본 연구는 건강증진병원 간호사의 건강증진역할인식과 건강교육에 대한 자기효능감이 건강교육수행에 미치는 영향요인을 분석하는 서술적 조사연구이다.

3.2. 연구 대상

본 연구는 건강증진병원 네트워크에 가입한 병원 (2013년 1월 기준) 29개 중 서울·경기 및 수도권지역의 3개 병원, 그 외 지역 1개 병원에 근무하는 간호사를 대상으로 하였다. 병상 규모별로는 300병상이상인 1개, 300병상 미만인 3개였다. 최소 표본을 구하기 위하여 G*POWER 3.1 프로그램 (Faul 등, 2009)을 사용하였다. 유의수준 .05, 검정력 .95, 효과크기 .15, 독립변수 12개를 적용하였을 때, 회귀분석에 필요한 표본수가 184명을 근거로 자료수집을 계획하였고, 탈락률을 고려하여 모두 280부의 설문을 배부하였으며, 그 중 250부가 회수되어 응답률은 92.0%였다. 그 중 피험자 연구동의서에 서명되지 않은 7부와, 자료의 누락이 있는 6부, 자료의 편향이 있는 6부를 제외한 231부를 분석에 사용하였다.

3.3. 자료 수집 방법

본 연구는 K병원 생명윤리위원회의 IRB (KNUH 2013-04-052)의 승인을 받았다. 자료수집 기간은 2013년 5월 20일부터 6월 30일까지 40일간이었고, 대상 기관은 국내 건강증진병원 네트워크 소속된 병원 중 연구를 승낙한 서울 (1개), 경기 (2개), 경북 (1개) 지역의 4개 병원에서 실시하였다. 연구자가 직접 조사기관을 방문하여 간호부서의 부서장에게 본 연구목적을 설명한 후 설문에 대한 허가를 받았으

며, 우편을 통하여 회수하였다. 대상자의 윤리적 측면을 고려하여 설문조사 전 대상자가 피험자 동의서에 직접 서명하고 연구에 참여하도록 하였으며, 자필서명 동의서가 있는 설문지로만 연구를 진행하였다. 설문지 안내문에는 연구목적과 대상자의 자의에 의한 참여로 연구가 이루어졌으며, 만약 참여를 원하지 않는다면 조사 중 언제라도 조사에 불응할 수 있다는 내용을 포함하였다. 또한 익명을 보장한다는 내용과 연구에 참여한 설문지는 연구목적으로만 사용됨을 알렸다. 설문지 응답에 걸린 시간은 약 20분 정도로 소요되었으며 참여한 대상자에게 소정의 사례품을 지급하였다.

3.4. 연구도구

1) 건강교육수행

건강교육수행은 금연, 절주, 운동, 영양의 4개 영역에 대해 건강교육수행을 Likert 5점 척도로 측정한 Kang (2009)의 도구를 근간으로 수면 항목을 추가하여 구성하였다. 각 항목은 매우 그렇다 (5점)에서 전혀 그렇지 않다 (1점)의 Likert 5점 척도, 총점 범위는 5점에서 25점으로 점수가 높을수록 건강교육수행이 높음을 의미한다. 건강교육수행은 금연, 절주, 운동, 영양 및 수면에 관한 교육 수행에 대해 '내가 돌보는 환자의 81~100%에게 교육한다' (5점)에서 '내가 돌보는 환자 0~20%에게 교육한다' (1점)으로 Likert 5점 척도로 측정하였다. 이 도구의 개발당시 내적일치도 크론바 알파 (Cronbach's alpha)는 .76이었고, 본 연구의 크론바 알파는 .93였다.

2) 건강증진역할인식

건강증진역할인식은 Rush 등 (2010)이 개발한 SARMHEP (the self as role model for health promotion)으로 측정하였다. Rush에게 도구 사용에 대한 서면 허락을 얻은 후 연구자가 한국어로 번역하였고 한글번역의 표현과 어휘의 선택, 번역의 명확성 등을 영어와 한국어를 사용하는 한국계 미국인 1인이 역번역 하였다. 번역한 도구를 건강증진병원에 근무 중인 간호사 3명에게 설문을 시행하도록 하여 의미의 변화가 없는 한 가독성이 좋은 방향으로 수정하고, 간호학과 교수 1인의 검수를 받아 번역타당도를 수립하였다. SARMHEP은 총 57문항으로 구성되어 있으며, 부정적인 18문항은 역환산하였다. 각 항목은 '전혀 그렇지 않다 (1점)'에서 '매우 그렇다 (6점)' Likert 6점 척도, 점수범위는 57점에서 342점으로 점수가 높을수록 건강증진역할모델로서 긍정적으로 인식함을 의미한다. SARMHEP은 5개의 하위영역으로 구분할 수 있으며 '전문가로서 자신의 이용' 21문항, '이상적인 자아' 19문항, '불완전한 자신을 이용' 8문항, '자가 평가' 6문항, '건강증진자로서의 자신' 3문항으로 구성되어 있다. Rush 등 (2010)의 연구에서 이 도구의 개발당시 내적일치도 크론바 알파는 .90이었고, 본 연구의 크론바 알파는 .92였다.

3) 건강교육에 대한 자기효능감

건강교육에 대한 자기효능감은 금연, 절주, 운동, 영양의 4개 영역에 대해 건강교육을 수행할 수 있다고 확신하는 정도를 Likert 5점 척도로 측정한 Kang (2009)의 도구를 근간으로 수면 항목을 추가하여 구성하였다. 각 항목은 매우 그렇다 (5점)에서 전혀 그렇지 않다 (1점)의 Likert 5점 척도, 총점 범위는 5점에서 25점으로 점수가 높을수록 건강교육에 대한 자기효능감이 높은 것을 의미한다. Kang(2009)의 연구에서 도구의 내적일치도 크론바 알파는 .91이었고, 본 연구에서 크론바 알파는 .91이었다.

3.5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 IBM SPSS 프로그램 20.0을 이용하여 대상자의 일반적 특성과 건강증진행위, 건강증진역할인식과 건강교육에 대한 자기효능감, 건강교육수행은 평균, 표준편차를 산출하였다. 대상자의 건강증진행위, 건강증진역할인식 및 건강교육수행에 대한 자기효능감과 건강교육수행과의 관계를 살펴보

기위해 피어슨 상관계수 (Pearson correlation coefficient)를 사용하였다. 위계적 회귀분석 (hierarchical regression analysis)을 통하여 인구·사회학적·보건학적 요인을 이용한 1단계 모형과 교육수행을 담당하는 간호사의 내재적 요인인 건강증진역할모델인식과 건강증진교육에 대한 자기효능감 요인을 추가한 2단계 모형의 설명력을 비교하여 건강증진병원에 근무하는 간호사의 건강증진교육수행에 영향을 미치는 요인을 알아보고자 하였다.

4. 연구결과

4.1. 일반적 특성과 건강행위

대상자의 성별은 여자 98.3%, 학력은 전문학사 57.1%, 학사 36.4%이었다. 직급은 일반간호사가 85.3%로 가장 많았고, 소속은 내과계 병동 (32.5%)과 외과계 병동 (31.2%)이 많았다. 연령은 30세 미만이 51.4%로 가장 많았고, 근무경력은 1년 이상 5년 미만이 33.3%로 가장 많았다 (Table 4.1).

대상자의 건강행위를 살펴보면 흡연은 피운 적 없음이 99.1%로 가장 많았고, 음주는 전혀 또는 거의 안마신다가 57.1%로 가장 많았다. 운동은 전혀 또는 거의 안한다가 48.1%로 가장 많았으며, 체질량지수는 66.7%가 정상 범위였다. 휴식은 충분한 수면을 취하는가에 대한 물음에 37.7%에서 ‘보통이다’라고 응답하였다 (Table 4.1).

Table 4.1 General characteristics and health behavior

Characteristics	Category	n	%
Gender	Male	4	1.7
	Female	227	98.3
Education	Associate degree	132	57.1
	Bachelor degree	84	36.4
	Above masters	15	6.5
Position	Staff nurse	197	85.3
	Charge nurse	11	4.8
	Head nurse	23	10.0
Working unit	Medical ward	75	32.5
	Surgical ward	72	31.2
	Emergency room	12	5.2
	Outpatient clinic	12	5.2
	Intensive care unit	28	12.1
	Others	32	13.9
Clinical experiences (yr)	<1	25	10.8
	1-4	77	33.3
	5-9	53	22.9
	10-14	24	10.4
	15≤	52	22.5
Smoking	Non-smoker	229	99.1
	Smoker	2	0.9
Drinking	Never or seldom	132	57.1
	Social drinking	94	40.7
	Heavy drinking	5	2.2
Exercise	Regular	41	17.7
	Irregular	79	34.2
	Seldom	111	48.1
Nutrition (BMI, kg/m ²)	< 18.5	38	16.5
	18.5 - 24	154	66.7
	25≤	19	8.2
Sufficient sleep	Always	6	2.6
	Mostly	68	29.4
	Usually	87	37.7
	Once in a while	57	24.7
	Never	13	5.6

BMI = Body Mass Index

4.2. 간호사의 건강증진역할인식, 건강교육에 대한 자기효능감 및 건강교육수행

건강증진역할인식은 342점 만점에 평균 226.89점이었다. 건강교육에 대한 자기효능감은 평균 18.52점이었다. 영역별로 금연 3.84점, 절주 3.84점, 운동 3.61점, 영양 3.58점, 휴식 3.65점이었다. 건강교육수행은 평균 15.68점이었다. 영역별로 금연 3.19점, 절주 3.19점, 운동 3.08점, 영양 3.07점, 휴식 3.15점이었다 (Table 4.2).

Table 4.2 Health promotion role recognition, self-efficacy for health education and health education perform

Variables		Mean (SD)
Health promotion role recognition		226.89 (23.84)
Self-efficacy for health education	Smoking	3.84 (0.85)
	Drinking	3.84 (0.85)
	Exercise	3.61 (0.84)
	Nutrition	3.58 (0.85)
	Rest	3.65 (0.83)
Total		18.52 (3.64)
Health education performance	Smoking	3.19 (1.18)
	Drinking	3.19 (1.18)
	Exercise	3.08 (1.12)
	Nutrition	3.07 (1.12)
	Rest	3.15 (1.08)
Total		15.68 (5.06)

4.3. 건강증진역할인식·건강교육에 대한 자기효능감과 건강교육수행의 상관관계

건강증진역할인식과 건강교육수행 ($r=.368, p < .001$), 건강교육에 대한 자기효능감과 건강교육수행 ($r=.391, p < .001$)간에 통계적으로 유의한 상의 상관관계가 있었다 (Table 4.3).

Table 4.3 Correlation among health promotion role recognition, self-efficacy for health education and health education performance

	Health Promotion Role Recognition	Self-efficacy for Health Education	Health Education Performance
HealthPromotion Role Recognition	1		
Self-efficacy forHealth Education	.270**	1	
Health Education Performance	.368**	.391**	1

* $p < .05$, ** $p < .001$

4.4. 건강교육수행에 영향을 미치는 요인

건강증진병원 간호사의 건강교육수행에 영향 미치는 요인을 성별, 직책, 교육수준, 근무부서, 근무경력, 건강증진행위, 건강증진역할인식, 건강교육에 대한 자기효능감을 포함하여 12개의 변수를 분석하였다. 위계적 다중 회귀분석에서 회귀식의 가정을 검정한 결과, Durbin-Watson 통계량이 1.914로 자기상관이 없고, 다중공선성 문제는 공차한계가 .471~.968으로 나타났으며, 분산팽창인자 (variance inflation Factor; VIF) 값이 1.051~3.078로 기준인 10이상을 넘지 않아 다중공선성 문제가 없는 것으로 나타났다. 위계적 회귀분석 1단계로 성별, 직책, 근무부서, 임상경력, 교육수준의 변수를 모형에 투입한 결과, 임상경력 ($\beta=.231, p=.001$), 교육수준 ($\beta=.144, p=.043$)이 높을수록 건강교육수행이 높게 나타났으나, 다른 변수들은 건강교육수행에 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 위계적 회귀분석 2단계로 건강증진역할인식과 건강교육에 대한 자기효능감을 회귀모형에 추가로 포함하였을 때, 건강증진역할인식 ($\beta=.246, p=.001$)과 건강교육에 대한 자기효능감 ($\beta=.282, p < .001$)은 건강교육수행을 통계적으로 유의하게 증가시키는 것으로 나타났다. 건강증진역할인식과 건강교육에 대한 자기효능감은 건강교육수행을 추가로 16.7% 더 설명하였으나 ($F=7.738, p < .001$), 임상경력 ($\beta=.121, p=.059$)을 제

외한 다른 변수들은 건강교육수행에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 못하였으며, 전체 모형의 수정된 설명력은 총 27.8%이었다 (Table 4.4).

Table 4.4 Influence factors of health education performance

	1 st Step			2 nd Step		
	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constant)		2.363	.019		.239	.811
Gender* (1=female)	.023	.247	.805	.034	.405	.686
Position* (1=head nurse)	.082	1.146	.253	.074	1.153	.250
Working unit* (1=medical ward)	.086	1.289	.199	.095	1.570	.118
Clinical experiences (yr)	.231	3.364	.001	.170	2.724	.007
Education* (1=above university)	.144	2.041	.043	.121	1.900	.059
Smoking* (1=non-Smoker)	-.155	-1.648	.101	-.075	-.881	.380
Drinking* (1=no drinking)	-.004	-.063	.950	.013	.212	.832
Exercise* (1=irregular)	-.067	-.991	.323	-.083	-1.372	.172
Nutrition (BMI=kg/m ²)	-.051	-.765	.445	-.014	-.227	.821
Sufficient sleep	-.001	-.012	.990	.022	.361	.718
Self-efficacy for Health Education				.246	3.936	.001
Health Promotion Role Recognition				.282	4.482	.000
F	3.614 (<i>p</i> < .001)			7.738 (<i>p</i> < .001)		
R ²	.391			.565		
Adjusted R ²	.111			.278		

*Dummy coded, BMI = Body Mass Index

5. 논의

본 연구는 국내 건강증진병원에서 근무하는 간호사들의 건강증진역할인식, 건강교육수행에 대한 자기 효능감을 파악하고 건강교육수행의 영향요인을 규명하기 위해 실시하였다.

본 연구 결과 건강증진병원 간호사의 건강교육수행은 총점 평균이 15.68점으로 측정되어, 건강증진 병원에 근무하는 간호사들이 전체 대상자 중 절반정도에게 건강교육을 수행하고 있는 것으로 나타났다. Kang (2009)의 연구에서는 수련수준에 따라 전공의인 경우 운동과 영양이 약 27%로 높게 나타났고, 그 중 내과계 전공자의 교육수행경험이 많았으며, 특히 영양과 운동이 각각 39.7%, 34.7%로 보고하여 본 대상자들의 건강교육수행이 높음을 알 수 있었다. 이는 질병치료에 치중되는 의사들에 비해 환자의 최 일선에서 있는 간호사들이 건강교육업무를 수행하기에 적합한 것으로 보인다.

건강증진병원 간호사의 건강행위는 흡연율이 0.9%, 고위험 음주율이 2.2%로 나타났다. 이것은 일반 성인이나 (Ministry of Health & Welfare, 2013), 다른 직업군 (Kang, 2009; Kwon, 2009)에 비해 본 연구 대상자가 흡연과 음주면에서 건강증진행위 수준이 높은 반면 7.7%의 간호사만이 규칙적인 운동을 하고 있는 것으로 나타나 일반 성인이나 (Ministry of Health & Welfare, 2013), 다른 직군에 비해 (Lee, 2010; Kang, 2009) 상대적으로 신체활동을 적게 하는 것으로 나타났다. 또한 30%의 간호사가 수면을 충분히 취하지 못하는 것으로 나타났다. 간호사는 환자 간호의 질 향상을 도모해야 하며 환자나 일반인을 대상으로 좋은 건강생활 실천자의 역할 모델이 되어야 함에도 불구하고 간호사는 교대근무로 인한 생체리듬의 불균형 (Jeon, 2004), 새로운 지식과 기술 습득의 요구, 여러 직종간의 팀워크, 과도한 업무 (Kim, 2009), 병원감염과 같은 유해한 환경 (Hwang, 2007)등으로 인해 건강행위를 잘 실천하지 못한 것으로 생각된다.

건강증진역할인식은 평균 226.89점으로, 도구의 하위영역 중 간호사의 전문적인 수행과 관련 있는 ‘전문가로서 자신의 이용’의 항목 점수가 가장 높게 나타났다. 이는 간호사가 건강증진자로서 대상자와의 신뢰구축, 파트너십을 통한 전문적 관계 정도는 상대적으로 높음을 알 수 있다. 반면에 간호사 자신이 가르치고 설명하는 내용을 스스로 실천할 것이라는 사회적 기대에 부응하는 ‘이상적인 자아’의 항목이 가장 낮은 점수를 보였다. 이것은 간호사들이 건강증진교육을 수행하는데 있어 각자의 건강실천이나,

건강행동을 실천할 것이라는 사회적 기대와 별개로 전문가로서 건강교육을 수행한다고 볼 수 있겠다. 건강교육에 대한 자기효능감은 평균 18.52점으로 평균적으로 ‘내가 돌보는 환자에게 보통 정도의 건강교육을 수행할 수 있다’고 응답하였다. 이는 공중보건의를 대상으로 한 Kang (2009)의 연구에서 건강교육에 대한 자기효능감이 높은 군에서 건강교육수행이 높은 결과를 보여 낮은 자기효능감은 환자를 대상으로 건강증진 교육에 대한 적극적인 수행을 어렵게 하는 것으로 생각된다. 또한 수련과정 중 건강증진 교육 이수 여부에 따른 건강증진 교육 수행경험은 건강증진 교육 이수군에서 통계적으로 유의하게 높은 수치를 보였다고 보고 하였다. 간호사들이 체계적으로 건강교육을 기획하고 효과적인 건강교육을 수행할 수 있는 역량을 키울 수 있도록 교육방안을 마련하는 것이 필요하겠다.

본 연구결과 임상경력, 건강증진역할인식, 건강교육에 대한 자기효능감이 높을수록 건강교육수행이 높게 나타났고 27.8%의 설명력을 보였다. Casey (2007)는 건강증진을 수행하는데 있어, 권한의 부족, 관리 조직의 문제, 건강증진을 위한 훈련이나 기술의 부족, 업무량 과다, 시간의 부족을 건강교육의 장애요인으로 들고 있다. 실제로 병원의 간호업무를 분석한 Kim과 Park (2010)의 연구에서 간호업무 중 4.59%만이 교육에 소요되며, 그 중 건강교육은 전체 간호 업무의 0.78%로 보고하여 전체 간호 업무 중 건강교육이 차지하는 비율이 아주 미약함을 알 수 있다. 다른 연구에서 영양교육에 대해 74.2%의 간호사가 영양교육이 매우 필요하다고 응답한 반면, 영양지식의 습득정도는 58.7%의 간호사가 ‘부족’, 40.6%가 ‘보통’으로 응답하였다. 영양교육을 하지 않는 이유로는 47.2%가 ‘전문지식 부족’, 40.5%가 ‘전문가(영양사)가 담당하는 것이 바람직하다’고 답했고, 11.9%가 ‘업무량 과중’을 이유로 들었다 (Choe와 Yun, 2003). 실제적으로 이러한 생활습관실천과 관련된 교육은 병원에 전담간호사들이 담당하거나, 다른 인력이 대체하고 있어 간호사들이 건강교육에 대해 전문적인 교육을 받지 못한 것이 건강교육수행을 저해하는 요인으로 들 수 있다. 이것이 건강교육을 수행하고자 하는 동기나 능력, 자신감 등을 저하시키는데 영향을 미치기 때문으로 생각된다. 이에 대하여 Casey (2007)은 건강교육 향상을 위해 인력, 홍보, 경영의 지원, 더 많은 교육과 자원의 지원, 환자와의 더 많은 교감에 의해 향상시킬 수 있다고 보고하고 있다. 이렇듯 의료 인력에서의 비중이나 환자와의 관계의 중요성을 고려했을 때, 간호사의 건강교육에 대한 폭넓은 교육시스템과 프로그램 구축이 필요할 것이라고 생각된다.

6. 결론 및 제언

개인의 생활습관은 개인의 환경과 밀접하게 연관되어 있기 때문에 생활습관 변화를 통한 건강증진 전략은 지역사회중심 뿐만 아니라 병원중심 건강증진활동으로 실행될 때 접근성이나 그 효과가 더 크고 의료비용을 감소시키는 경제적 효과가 있다고 보고되고 있다. 병원에서 근무하는 간호사는 대상자의 건강을 증진시키고 이를 촉진하는데 적극적인 역할을 수행해야한다. 그러기 위해서는 간호사의 건강증진역할인식과 건강교육수행에 대한 자기효능감을 높이기 위한 다각적인 프로그램 연구가 필요하겠다.

그러나 행위변화 교육을 제공하는 제공자 입장에서 교육수행에 대한 연구가 흔치 않아 타 연구와 연계해서 이해하거나 비교하는데 어려움이 있어 앞으로 반복연구가 필요하다. 선행연구의 부족으로 본 연구는 건강증진교육수행 여부에 대해서만 측정하였으나, 후속 교육의 질을 반영한 연구가 필요하다. 또한 간호사들의 건강증진 역할인식과 건강교육에 대한 자기효능감을 높이기 위한 프로그램 개발이 필요할 것으로 보인다.

References

- Anis, N. A., Lee, R. E., Ellerbeck, E. F., Nazir, N., Greiner, K. A. and Ahluwalia, J. S. (2004). Direct observation of physician counseling on dietary habits and exercise: Patient, physician, and office correlates. *Preventive Medicine*, **38**, 198-202.
- Casey, D. (2007). Findings from non participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. *Journal of Clinical Nursing*, **16**, 580-592.

- Choe, E. M., Kim, Y. H., Yun, B. J. and Kim, Y. S. (2003). A study on the perceived role of the health information manager, job satisfaction and organizational of medical record technicians. *Journal of the Korean Society of Health Information and Health Statistics*, **28**, 78-89.
- Choe, Y. Y. and Yun, H. S. (2003). A study on nurses' perception for nutrition education working in Kyungnam area. *Journal of Korean Dietetic Association*, **9**, 278-287.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. and Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, **41**, 1149-1160.
- Gist, M. E. and Mitchell, T. R. (1992). Self-Efficacy: A theoretical analysis of its determinants and malleability. *The Academy of Management Review*, **17**, 183-211.
- Groene, O. and Garcia-Barbero, M. (2005). *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Hong, C. S., Jeong, C. H., Cho, M. H. and Kim, H. J. (2012). Statistical analysis of actual living condition of the elderly and welfare need survey data. *Journal of the Korean Data & Information Science Society*, **23**, 13-24.
- Hwang, S. H. (2007). *Level of practice for health promotion lifestyle of some university hospital worker and its related elements*, Master Thesis, The Catholic University, Seoul.
- Jeon, S. A. (2004). *A Study on nurse's health conditions and job satisfaction*, Master Thesis, Wonkwang University, Iksan.
- Jeong, S. J., Kim, M., Lee, C. K., Lee, C. H., Son, B. C., Kim, D. H., Kim, J. h., Lee, J. T., Chang, G. R., Hong, K. H. and Suh, C. H. (2011). Cognition and practice on medical information protection of industrial health care manager of small and medium sized enterprises. *Korean Journal of Occupational and Environmental Medicine*, **23**, 53-63.
- Kang, Y. J. (2009). *Factors associated with self-efficacy on health promotion education practice among Korean public health doctors*, Master Thesis, Ajou University, Suwon.
- Kim, D. Y. and Park, M. H. (2010). Intermediate evaluation after the introduction of electronic nursing record system in a general hospital. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, **16**, 133-144.
- Kim, H. Y. (2009). *A study on the relationship among health promoting lifestyle, resourcefulness, and perceived health status in hospital nurses*, Master Thesis, Konkuk University, Seoul.
- Kwon, S. G. (2009). *The study on the factors associated with the lifestyle among doctors at Gyeongsangbuk-do in Korea*, Master Thesis, Daegu Haany University, Daegu.
- Lambe, B., Connolly, C. and McEvoy, R. (2008). The determinants of lifestyle counselling among practice nurses in Ireland. *International Journal of Health Promotion and Education*, **46**, 94-99.
- Lee, H. H. (2010). *The effects of need for cognition and self-explanation on learning*, Master Thesis, Sungkyunkwan University, Seoul.
- Lee, T. W. and Ko, Y. K. (2010). Effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, **66**, 839-848.
- Ministry of Health and Welfare (2013). *Korea health statistics 2012 : Korea national health & nutrition examination survey(KNHANES V-3)*, Ministry of Health & Welfare, Cheongwon.
- NHS Future Forum. (2012). NHS future forum summary report: second phase overarching report. Available from: www.gov.uk/government/publications/nhs-future-forumrecommendations-to-government-second-phase.
- Park, J. S. and Kwon, S. M. (2008). Effect of an on-line health promotion program connected with a hospital health examination center on health promotion behavior and health status. *Journal of Korean Academy of Nursing*, **38**, 393-402.
- Petch-Levine, D., Cureton, V. Y., Canham, D. and Murray, M. (2003). Health practices of school nurses. *The Journal of School Nursing*, **19**, 273-280.
- Rosen, C. and Ashley, M. J. (1978). Smoking and the health professional : Recognition and performance of roles. *Canadian Journal of Public Health*, **69**, 399-406.
- Rush, K. L., Kee, C. C. and Rice, M. (2010). The self as role model in health promotion scale : Development and testing. *Western Journal of Nursing Research*, **32**, 814-832.
- Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H. and Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education & Behavior*, **13**, 73-92.
- Whitehead, D. (2005). Health promoting hospitals : The role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, **14**, 20-27.
- Whitehead, D., Wang, Y., Wang, J., Zhang, J., Sun, Z. and Xie, C. (2008). Health promotion and health education practice: Nurses' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, **61**, 181-187.

Influencing factors on health education performance of nurse in health promoting hospitals[†]

Jinsook Lee¹ · Sohi Kwon²

¹Division of Health and Nutrition Survey, Korea Centers for Disease Control and Prevention

²College of Nursing, Kyungpook National University

Received 24 December 2014, revised 12 January 2015, accepted 26 January 2015

Abstract

This study aimed to identify the factors influencing health education performance of health promoting hospital nurses. The study was conducted with 231 nurses from four health promoting hospitals. Data were collected from May to June, 2013. Health education performance was positively correlated with education level, years of clinical experience, health promotion role recognition, and self efficacy for health education. Health promotion role recognition ($\beta=.246, p=.001$), self-efficacy for health education ($\beta=.282, p < .001$), and clinical experiences ($\beta=.170, p=.007$) were significant predictors of health promoting hospital nurses' health education performance and explained 27.8% of the variance. The strategies to improve health promotion role recognition and self-efficacy for health education should be developed to improve health education performance of health promoting hospital nurses.

Keywords: Health education, health promotion, nurses, performance.

[†] This manuscript is condensed form of the first author's master's thesis from The Kyungpook National University of Korea.

¹ Researcher, Division of Health and Nutrition Survey, Korea Centers for Disease Control and Prevention, Choongbook 363-951, Korea.

² Corresponding author: Assistant professor, College of Nursing, Research Institute of Nursing Science, Kyungpook National University, Deagu 700-422, Korea. E-mail: sh235@knu.ac.kr