

# 간호사의 의료기관인증제 인식, 감염관리 인지도 및 수행도

홍문희<sup>1</sup> · 박주영<sup>2</sup>

영남대학교병원 감염관리팀<sup>1</sup>, 건양대학교 간호대학<sup>2</sup>

## Nurses' Perception of Accreditation, Awareness and Performance of Infection Control in an Accredited Healthcare System

Hong, Moon-Hee<sup>1</sup> · Park, Ju-Young<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Infection control team, Yeungnam University Medical Center  
<sup>2</sup>College of Nursing, Konyang University

**Purpose:** This study was conducted to provide basic data necessary to develop a program to improve infection control by examining nurses' perception of accreditation and by identifying its relationship with awareness and performance of infection control. **Methods:** This cross-sectional study was performed using questionnaires. Data were collected from 210 nurses who were working at one hospital between May 14 and May 19, 2015. Data were analyzed using SPSS. **Results:** The mean score for nurses' perception of accreditation was 3.10 points out of 5 points. Score for awareness of infection control was  $4.63 \pm 0.39$  points and for performance of infection control,  $4.39 \pm 0.39$  points. There were significant positive correlation among perception of accreditation, awareness of infection control, and performance of infection control. In the regression analysis, performance of infection control was influenced by awareness of infection control which accounted for 42.6% of the variance. It also showed additional improvement of 1.4% of the variance by when perception of accreditation was added. **Conclusion:** The result of this study show that nurses' perception of accreditation is relatively positive and that performance of infection control is highly enhanced according to nurses' positive recognition of accreditation as well as attaching importance to accreditation.

**Key Words:** Accreditation, Infection control awareness, Infection control performance

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

국민의 생활수준 향상으로 양질의 의료서비스 제공을 위해 의료기관평가제도를 시행하였고 현재의 의료기관인증제로 발전하게 되었다. 의료기관인증제는 의료기관이 환자안전과

의료서비스의 질 향상을 위해 자발적이고 지속적인 노력을 하도록 하여 국민에게 양질의 의료서비스를 제공하도록 하는 절대평가의 성격을 가진 제도이다[1]. 인증을 받은 병원은 서비스의 질적 우수성을 공식적으로 확인받고 의료 서비스 질에 대한 고객 신뢰를 확보할 수 있게 되어 병원에서는 의료기관인증을 받기 위해 많은 노력을 기울이고 있다.

국외의 의료기관인증제도는 1917년 미국외과학회에서 병

**주요어:** 의료기관 인증제, 감염관리 인지도, 감염관리 수행도

**Corresponding author:** Park, Ju-Young

College of Nursing, Konyang University, 158 Kwanjedong, Seo-gu, Daejeon 320-832, Korea.  
Tel: +82-42-600-6341, Fax: +82-42-600-6314, E-mail: jypark@konyang.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 의 석사학위논문의 일부를 발췌한 것임.

- This article based on a part of the first author's master's thesis from Konyang University.

**Received:** Nov 4, 2015 | **Revised:** Jan 9, 2016 | **Accepted:** Mar 3, 2016

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

원 표준화 프로그램을 수립한 후 1951년 병원인증독립기구인 Joint Commission on Accreditation of Hospital을 조직한 것이 시초이며, 미국을 비롯하여 호주, 캐나다 등에서는 의료기관 신임 제도를 도입하여 인증제도를 통해 환자안전과 의료질 향상을 촉진하고 있다[2]. 국내 의료기관인증제도의 전신이라 할 수 있는 의료기관평가제도는 1995년부터 시범평가를 거쳐 2004년부터 본격 도입되었으며 의료서비스 제공에 대한 의료기관의 관심, 서비스수준 향상, 임상 질 지표 도입 등 긍정적인 효과를 달성한 반면 평가결과의 서열화, 의료기관의 부담, 과잉경쟁 등 여러 가지 문제점 및 부작용을 발생시켰다[3]. 이에 정부는 의료기관평가의 문제점을 개선하고 의료기관의 자발적이고 지속적인 질 향상을 유도하기 위해 의료기관인증제도의 전환을 추진하였고 2010년 의료법이 개정되며 의료기관 인증제를 시행하게 되었다.

의료기관평가 시행 이후 환자안전 극대화라는 측면에서 감염관리가 매우 중요하게 간주되어[4] 현재 인증기준에서는 감염관리 활동을 수행하는 부서를 확대하고 의료기구 감염관리 등의 조사를 모든 장소, 모든 직원을 대상으로 하고 있다.

이는 환자안전 보장을 위해 의료 관련감염을 감소시키고자 하는 것으로 의료 관련감염의 발생 시, 의료비용의 증가뿐 아니라 환자의 유병을 증가시키고 영구적인 후유증 및 사망에 이르게 할 수 있어 감염관리는 환자안전의 핵심요소라고 할 수 있다[4,5]. 미국의 경우 1960년대~1970년대에 미국병원협회와 병원인증기구(The Joint Commission)는 모든 의료기관에서 감염예방관리를 하도록 하였으며, 현재 우리나라에서도 감염관리수행을 법으로 제정하여 200병상 이상 병원 및 종합병원으로 중환자실을 운영하는 의료기관은 감염관리위원회와 감염관리실의 설치, 운영하도록 하고 있다. 효과적인 감염관리 프로그램은 모든 의료 관련감염을 약 1/3 감소시키는 것으로 알려져 있으며[6] 감염관리의 올바른 수행과 감염감시 등은 의료 관련감염의 감소와 그를 바탕으로 한 환자안전을 도모할 수 있다[7]. 그러나 의료기관인증제의 인증기준 준수율은 인증평가 당시에 비해 인증평가 지난 후 일상에서 감소하였으며 손위생이 가장 많이 떨어진 항목이었으며 그 이유는 개인적인 원인이 가장 크게 나타나[8] 의료기관인증제 인식을 확인할 필요성이 있다.

감염관리 인지도 및 수행도와 관련된 국외 연구를 살펴보면, 손위생에 국한된 연구가 대부분이며[9,10] 손위생 수행도는 손위생에 대한 인지도 보다는 업무량과 손위생 제제와 관련이 높게 나타났다. 한편, 국내 연구에서는 인지도와 수행도는 통계적으로 유의한 차이를 보였으나, 인지도에 비해 수행도가 낮은

수준으로 보고되고 있으며[11] 간호사의 감염관리 수행도에 가장 영향력 있는 요인은 인지도였다[12].

의료기관인증제와 감염관리 인지도 및 수행도에 관한 선행 연구를 살펴보면 의료기관인증 업무 참여 유무가 감염관리 수행도 정도 변화에 유의한 영향 요인으로 나타났으며[13], 의료기관인증제를 시행 후 환자안전 및 의료질 향상에 대한 변화의 정도는 감염관리가 가장 높았으며 이는 의료기관인증제에서 환자안전을 강조하며 병원감염 예방을 위해 시스템을 구축하고 교육을 시행한 결과로 해석되었다[14]. 그러나 기존에는 인증평가 문항 위주의 수행도에 대한 연구는 많지만, 의료기관인증제에 대한 인식을 포함한 감염관리 인지도 및 수행도의 관련성에 대한 선행연구는 부족한 상태로 이에 대한 추가적인 연구가 필요하다.

본 연구에서는 의료기관인증제를 경험한 간호사들을 대상으로 의료기관인증제에 대한 인식과 감염관리 인지도 및 수행도를 파악하고 이들 간의 관계, 감염관리 수행도에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 감염관리 수행도를 향상시킬 수 있는 방안을 마련하는 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구는 의료기관인증제를 경험한 간호사의 의료기관인증제 인식, 감염관리 인지도 및 수행도의 관계와 감염관리 수행도에 영향을 미치는 요인을 파악하여 환자안전을 증진시킬 수 있는 감염관리 수행의 기초자료를 제공하고 수행 수준을 높이기 위한 전략을 마련하고자 하며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 의료기관인증제에 대한 인식, 감염관리 인지도, 감염관리 수행도를 파악한다.
- 대상자의 일반적인 특성에 따른 의료기관인증제에 대한 인식, 감염관리 인지도, 감염관리 수행도를 파악한다.
- 대상자의 의료기관인증제에 대한 인식, 감염관리 인지도, 감염관리 수행도의 관계를 파악한다.
- 대상자의 감염관리 수행도에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 의료기관인증제를 경험한 간호사를 대상으로 의

료기관인증제 인식과 감염관리 인지도 및 수행도를 파악하고 이들의 관계를 알아보고 감염관리 수행도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

## 2. 연구대상

대상자는 D시에 소재한 일개 대학 종합병원에서 의료기관인증제를 경험한 간호사로 본 연구의 목적을 이해하여 참여를 허락하고 서면동의서에 서명한 총 220명을 편의 표본추출방법으로 선정하였다. 환자간호에 있어 침습적 행위가 많은 내·외과 계열, 산부인과, 소아과, 중환자실, 응급실에 근무하는 간호사를 대상으로 하였으며 표본 수는 G\*Power 3.1.0 프로그램을 이용하였다. 선행연구인 Park[15]의 정신병원 간호사의 의료기관인증제에 대한 인식이 환자안전관리활동 및 간호업무 성과에 미치는 영향에 대한 연구를 참고하였으며, 의료기관인증제와 감염관리 인지도 및 수행도의 선행연구가 부족하여 검정력을 높이고자 유의수준 .05, 효과크기 .15, 검정력 95%를 산출한 결과 최소 189명을 요구하였으나 탈락률 15%를 고려하여 220명을 대상으로 표출하여 필요로 되는 표본 수를 충족하였다.

## 3. 연구도구

### 1) 의료기관인증제 인식

Choi[16]의 연구에서 사용된 의료기관인증제 인식에 대한 도구를 사용하였으며 의료기관인증제 인식 중 인지도, 의료 질 향상, 운영성과, 내부구성원 만족의 4가지 영역에 대해 측정하였다. Choi[16]의 도구 중 인지도는 Han과 Kim[17]이 개발한 설문을 수정·보완한 4문항으로 인증의 필요성, 적합성, 취지, 의료 질 점검을 측정하였고, 의료 질 향상은 Bae[18]이 개발한 설문을 수정·보완한 4문항으로 인증으로 권리와 편의 성장, 구조개선, 환자만족도 증가, 타부서 협조성 강화를 측정하였다. 운영성과, 내부구성원 만족은 Lee 등[19]이 개발한 설문을 수정·보완한 것으로 운영성과는 4문항으로 환자수 증가, 업무표준화로 인한 정확성, 서비스 성과, 의무기록 기재율 향상을 측정하였고, 내부구성원 만족도 4문항으로 노력에 대한 보상, 의료서비스 전달 시스템 제공, 병원에 대한 긍정적 태도, 동료와의 유대감 강화를 측정하여 전체 16문항으로 구성되었다. 점수가 높을수록 인식이 높다는 것을 의미하며 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  값은 인지도 .80, 의료 질 향상 .81, 운영성과 .78, 내부구성원만족 .79로 나타났다.

### 2) 감염관리 인지도 및 수행도

Kim[20]이 2004년도에 개발한 도구를 연구자가 현행 감염관리지침[4,6]을 토대로 의료기관 상급종합병원용 인증조사 기준[1]의 감염관리 부분에서 실제 요구하는 것으로 수정 및 보완하여 기존 도구의 손씻기, 수액요법관리, 요로감염관리, 호흡기감염관리, 감염성폐기물관리, 소독·오염물품관리 6개 영역 83문항에서 손위생, 혈관 내 카테터 감염관리, 요로감염관리, 폐렴관리, 격리, 소독멸균관리 6개 영역 37문항으로 구성하였다. 각 문항별로 손위생은 9문항으로 손위생 시점, 장갑착용, 혈액과 체액에 오염된 순간 물과 비누로 손위생하는지 여부 등을 측정하였고, 혈관내카테터 감염관리는 9문항으로 삽입일시 기재, 72~96시간 간격 교환, 중심정맥관 이상여부 확인, 드레싱교환주기, 수액세트교환을 측정하고 요로감염관리는 7문항으로 소변백 위치, 폐쇄상태유지, 고정, 소변백입구 소독, 검체채취방법을 측정하였다. 폐렴관리는 5문항으로 흡인 시 장갑착용, 흡인전후 손위생, 일회용 멸균카테터 사용, 상체거상, 인공기도 삽입 및 절개 부위 피부상태 확인을 측정하며, 격리는 4문항으로 격리교육시행, 격리실 출입 시 보호구 착용, 접촉주의 환자 개별물품 사용을 측정하며 소독멸균관리는 3문항으로 멸균물품 분리보관, 선입선출, 유효기간 확인을 측정하였다. 이 도구는 간호학교수 3인과 감염관리전담간호사 4인으로부터 자문을 얻어 내용타당도를 검증받았으며 Content Validity Index (CVI)값은 0.96이었다. 감염관리 인지도 및 수행도는 동일 문항으로 측정하며 인지도는 '매우 중요하다, 중요하다, 보통이다, 중요하지 않다, 전혀 중요하지 않다'로 표시하였으며 수행도의 문항에서는 '항상 그렇게 한다, 그렇게 한다, 보통이다, 하지 않는다, 전혀 하지 않는다'로 표시하여 인지도와 수행도를 측정하며 점수가 높을수록 인지도 및 수행도가 높다는 것을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  값은 인지도 .97, 수행도 .95로 나타났다.

## 4. 자료수집

자료수집은 2015년 5월 14일부터 5월 19일까지 이루어졌다. 본 연구자가 간호교육팀장에게 연구의 목적 및 조사내용을 설명하고 동의를 구한 후 기관장의 허락을 받았다. 설문지는 연구자가 직접 병동별로 간호사수를 고려하여 8~15부씩 배부하였으며 간호사를 대상으로 자가기입식으로 설문지를 작성하게 한 후 직접 방문하여 회수하였다. 총 220부를 배포하여 217부를 회수하였고 이중 응답이 미흡한 설문지를 제외한 210부를 연구의 최종 자료로 사용하였다.

## 5. 자료분석

수집한 자료는 PASW statistics 18.0 프로그램을 사용하여 분석하였다. 대상자의 일반적인 특성은 기술통계를 이용하여 빈도, 백분율, 평균과 표준편차를 사용하여 분석하였으며 의료기관인증제 인식, 감염관리 인지도, 감염관리 수행도는 평균과 표준편차를 사용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 의료기관인증제 인식, 감염관리 인지도, 감염관리 수행도의 차이는 independent t-test, one way ANOVA, 사후 검정은 Scheffé test를 사용하여 분석하였다. 대상자의 의료기관인증제 인식과 감염관리 인지도, 감염관리 수행도의 상관관계는 Pearson's correlation 을 사용하여 분석하였으며 감염관리 수행도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 Stepwise multiple regression을 실시하였다.

## 6. 윤리적 고려

본 연구는 연구대상자의 보호를 위하여 K대학교병원의 연구윤리심의위원회(Institution Review Board, IRB)의 승인(IRB NO: 2015-04-028)을 받은 후 자료를 수집하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 성별은 모두 여성이었으며, 평균 연령은 32.28세로서 20~30세 미만이 54.3%(114명)으로 가장 많았다. 최종학력은 대졸이 44.2%(93명)로 가장 많았으며, 대상자의 평균 입상경력은 10.03년이었으며 3년 미만 29.0%(61명)이 가장 많았다. 직위는 일반간호사 90.5%(190명), 주임간호사 이상이 9.5%(20명)이었다. 근무부서는 내과계가 29.0%(61명)이 가장 많았으며 의료기관평가 및 인증제를 경험한 평균 횟수는 2.36회였으며 1회 경험이 41.4%(87명)로 가장 많았다(Table 1).

### 2. 의료기관인증제 인식, 감염관리 인지도, 감염관리 수행도

의료기관인증제 인식은 5점 만점에 평균  $3.10 \pm 0.54$ 점이며 영역별로 살펴보면 인지도 영역이  $3.25 \pm 0.63$ 점으로 가장 높았고, 그 다음으로 운영성과 영역이  $3.17 \pm 0.58$ 점, 의료 질 향상 영역이  $3.03 \pm 0.65$ 점이었으며, 내부구성원 만족 영역이  $2.96 \pm$

$0.66$ 점으로 가장 낮았다. 의료기관인증제 인식의 상위 3가지 항목은 '의료기관인증 시행의 취지를 잘 알고 있다'( $3.53 \pm 0.74$ ), '의료기관인증 후 의무기록이 재율이 향상되었다'( $3.51 \pm 0.83$ ), '의료기관인증은 의료의 질을 점검하는 것이다'( $3.47 \pm 0.81$ )였다. 의료기관인증제 인식의 하위 3가지 항목은 '의료기관인증 후 노력에 대한 보상을 받았다'( $3.02 \pm 0.86$ ), '타부서의 업무 이해 및 협조성, 유대감이 강화되었다'( $2.95 \pm 0.83$ ), '의료기관인증 후 외래 및 입원 환자의 수가 증가하였다'( $2.81 \pm 0.63$ )였다(Table 2).

감염관리 인지도는 5점 만점에 평균  $4.63 \pm 0.39$ 점이며 영역별로 살펴보면 격리 영역이  $4.70 \pm 0.46$ 점으로 가장 높았고, 그 다음으로 폐렴관리 영역이  $4.68 \pm 0.46$ 점, 손위생 영역이  $4.61 \pm 0.41$ 점, 혈관 내 카테터 감염관리 영역이  $4.61 \pm 0.44$ 점, 요로감염관리 영역이  $4.60 \pm 0.47$ 점이었으며, 소독멸균관리 영역이  $4.59 \pm 0.53$ 점으로 가장 낮게 나타났다. 감염관리 인지도의 상위 5가지 항목은 '체액노출위험이 있는 후 손위생을 시행한다'( $4.78 \pm 0.45$ ), '소변백은 항상 방광아래 위치하도록 한다'( $4.77 \pm 0.47$ ), '혈액이나 체액에 오염된 경우는 물과 비누로 손을 씻는다'( $4.76 \pm 0.46$ ), '아포를 생성하는 균(C.difficile 등)은 물과 비누로 손을 씻는다'( $4.76 \pm 0.44$ ), '흡인 시 일회용 멸균카테터를 사용한다'( $4.76 \pm 0.47$ )였다. 감염관리 인지도의 하위 5가지 항목은 '환자 주변(모니터 조작 등)접촉 후 손위생을 시행한다'( $4.35 \pm 0.68$ ), '주기적으로 도뇨관을 교체할 필요가 없으며 감염의 증상이나 기능적 이상이 있는 경우에 교체한다'( $4.45 \pm 0.64$ ), '동일한 환자라도 오염 부위에서 청결한 부위로 이동 시 손위생을 시행한다'( $4.48 \pm 0.63$ ), '3-way로 주사 시 주입구를 알코올솜으로 소독한다'( $4.48 \pm 0.66$ ), '소변백을 비운 후 소변백 입구를 소독제로 닦는다'( $4.49 \pm 0.64$ )였다(Table 3).

감염관리 수행도는 5점 만점에 평균  $4.39 \pm 0.39$ 점이며 영역별로 살펴보면 폐렴관리 영역이  $4.59 \pm 0.47$ 점으로 가장 높았고, 그 다음으로 혈관 내 카테터 감염관리 영역이  $4.50 \pm 0.46$ 점, 요로감염관리 영역이  $4.44 \pm 0.47$ 점, 격리영역이  $4.35 \pm 0.60$ 점, 소독멸균관리영역이  $4.34 \pm 0.60$ 점이었으며, 손위생 영역이  $4.16 \pm 0.49$ 점으로 가장 낮게 나타났다. 감염관리 수행도의 상위 5가지 항목은 '흡인 시 일회용 멸균카테터를 사용한다'( $4.79 \pm 0.47$ ), '말초정맥관 주사 부위에 삽입한 날자와 시간을 기입한다'( $4.75 \pm 0.18$ ), '흡인 시 장갑을 착용한다'( $4.74 \pm 0.50$ ), '말초정맥관은 72~96시간 간격으로 교환한다'( $4.72 \pm 0.50$ ), '소변백은 항상 방광아래 위치하도록 한다'( $4.70 \pm 0.54$ )였다. 감염관리 수행도의 하위 5가지 항목은 '환자 주변(모니터 조작 등)접촉 후 손위생을 시행한다'( $3.67 \pm 0.76$ ), '동일한 환자라도 오염

**Table 1.** Perception of Accreditation, Awareness and Performance of Infection Control by General Characteristics (N=210)

Characteristics	Categories	n (%)	Perception of accreditation		Infection control awareness		Infection control performance	
			M±SD	t or F (p) Scheffe	M±SD	t or F (p) Scheffe	M±SD	t or F (p) Scheffe
Age (year) (32.28±9.24)	20~<30 <sup>a</sup>	114 (54.3)	3.05±0.55	6.12	4.54±0.42	4.48	4.30±0.39	5.48
	30~<40 <sup>b</sup>	42 (20.0)	3.00±0.58	(.001)	4.72±0.31	(.003)	4.46±0.38	(.001)
	40~<50 <sup>c</sup>	39 (18.6)	3.17±0.44	a, b, c < d	4.71±0.34		4.48±0.38	a < d
	≥50 <sup>d</sup>	15 (7.1)	3.63±0.32		4.82±0.32		4.65±0.31	
Education level	College (3 yr) <sup>a</sup>	86 (41.0)	3.06±0.53	4.41	4.52±0.44	5.71	4.29±0.41	4.41
	Bachelor (4 yr) <sup>b</sup>	93 (44.2)	3.06±0.57	(.013)	4.71±0.32	(.004)	4.47±0.38	(.009)
	≥Master's <sup>c</sup>	31 (14.8)	3.37±0.42	a, b < c	4.67±0.36	a < b	4.43±0.33	a < b
Clinical experience (year) (10.03±9.10)	<3 <sup>a</sup>	61 (29.0)	3.19±0.52	5.23	4.55±0.40	4.40	4.35±0.39	4.26
	3~<5 <sup>b</sup>	34 (16.2)	2.85±0.53	<.001	4.47±0.46	(.002)	4.23±0.38	b < e
	5~<10 <sup>c</sup>	30 (14.3)	2.95±0.64	b, c < e	4.68±0.35	b < e	4.31±0.41	(.002)
	10~<20 <sup>d</sup>	38 (18.1)	3.06±0.48		4.69±0.33		4.47±0.39	
	≥20 <sup>e</sup>	47 (22.4)	3.33±0.47		4.77±0.31		4.54±0.35	
Position	Staff nurse	190 (90.5)	3.06±0.54	-3.36	4.61±0.39	-2.66	4.37±0.40	-3.05
	≥Charge nurse	20 (9.5)	3.49±0.38	(.001)	4.80±0.28	(.013)	4.58±0.27	(.005)
Department	Surgical ward <sup>a</sup>	57 (27.2)	3.21±0.49	1.25	4.63±0.37	1.13	4.42±0.37	3.66
	Medical ward <sup>b</sup>	61 (29.0)	3.08±0.63	(.284)	4.58±0.41	(.344)	4.36±0.36	(.003)
	Pediatrics ward <sup>c</sup>	10 (4.8)	3.25±0.46		4.52±0.49		4.30±0.50	a, e > f
	Maternity ward <sup>d</sup>	11 (5.2)	2.83±0.54		4.74±0.30		4.52±0.37	
	Intensive care unit <sup>e</sup>	53 (25.2)	3.06±0.59		4.70±0.37		4.49±0.41	
	Emergency center <sup>f</sup>	18 (8.6)	3.10±0.54		4.56±0.38		4.07±0.33	
Count of hospital evaluation & accreditation experiences (2.36±1.32)	1 <sup>a</sup>	87 (41.4)	3.05±0.53	1.15	4.51±0.44	4.98	4.30±0.41	3.58
	2 <sup>b</sup>	32 (15.2)	3.10±0.59	(.330)	4.66±0.34	(.002)	4.40±0.39	(.015)
	3 <sup>c</sup>	19 (9.0)	3.00±0.53		4.73±0.26	a < d	4.47±0.27	a < d
	4 <sup>d</sup>	72 (34.4)	3.19±0.55		4.73±0.33		4.48±0.38	

부위에서 청결한 부위로 이동 시 손위생을 시행한다'(3.81±.79), '환자 접촉 전 손위생을 시행한다'(3.88±0.76), '3-way로 주사 시 주입구를 알코올솜으로 소독한다'(3.91±0.94), '소변 배를 비운 후 소변백 입구를 소독제로 닦는다'(3.99±0.83)였다 (Table 3).

### 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 의료기관인증제 인식, 감염관리 인지도, 감염관리 수행도의 차이

의료기관인증제 인식은 일반적 특성 중 연령(F=6.12,  $p=.001$ ), 최종학력(F=4.41,  $p=.013$ ), 임상경력(F=5.23,  $p<.001$ ), 직위( $t=-3.36$ ,  $p=.001$ )에 따라 유의한 차이를 보였다. 연령은 50세 이상(3.63±0.32)이 20~30세 미만(3.05±0.55), 30~40세 미만(3.00±0.58), 40~50세 미만(3.17±0.44)보다 더 유의하게 높게 나타났다. 최종학력은 대학원재학·졸업(3.37±0.42)이 대졸(3.06±0.57), 전문대졸(3.06±0.53)보다 더 유의하게 높게 나

타났다. 임상경력 20년 이상(3.33±0.47)이 3~5년 미만(2.85±0.53), 5~10년 미만(2.95±0.64)보다 더 유의하게 높게 나타났다. 반면 부서, 의료기관평가 및 인증제 경험 수는 유의한 차이가 없었다.

감염관리 인지도는 일반적 특성 중 연령(F=4.48,  $p=.003$ ), 최종학력(F=5.71,  $p=.004$ ), 임상경력(F=4.40,  $p=.002$ ), 직위( $t=-2.66$ ,  $p=.013$ ), 의료기관평가 및 인증제 경험 수(F=4.98,  $p=.002$ )에 따라 유의한 차이를 보였다. 최종학력은 대졸(4.71±0.32)이 전문대졸(4.52±0.44)보다 더 유의하게 높게 나타났다. 임상경력 20년 이상(4.77±0.31)이 3~5년 미만(4.47±0.46)보다 유의하게 높게 나타났다. 의료기관평가 및 인증제 경험 수는 4회(4.73±0.33)가 1회(4.51±0.44)보다 더 유의하게 높게 나타났다. 반면 부서는 유의한 차이가 없었다.

감염관리 수행도는 일반적 특성 중 연령(F=5.48,  $p=.001$ ), 최종학력(F=4.41,  $p=.009$ ), 임상경력(F=4.26,  $p=.002$ ), 직위( $t=-3.05$ ,  $p=.005$ ), 부서(F=3.66,  $p=.003$ ), 의료기관평가 및 인증

**Table 2.** Mean Scores for Perception of Accreditation (N=210)

Variables	M±SD
Total score	3.10±0.54
Awareness	3.25±0.63
Need for accreditation	3.20±0.87
Compatibility of accreditation	2.81±0.80
Purport of accreditation	3.53±0.74
Check of medical quality	3.47±0.81
Managerial performance	3.17±0.58
Increase in number of patients	2.81±0.63
Accuracy from standardization of work	3.26±0.80
Increase in outside reputation	3.09±0.71
Increase in medical record rate	3.51±0.83
Medical quality improvement	3.03±0.65
Growth of right and convenience	3.10±0.82
Structural improvement	3.07±0.84
Increase in patient satisfaction	3.03±0.80
Increase in cooperation	2.95±0.83
Internal customer satisfaction	2.96±0.66
Compensation for effort	3.02±0.86
Supply support	3.04±0.74
Positive attitude about hospital	2.72±0.87
Consolidation of fellowship	3.08±0.92

제 경험 수( $F=3.58, p=.015$ )에 따라 유의한 차이를 보였다. 연령은 50세 이상( $4.65\pm0.31$ )이 20~30세 미만( $4.30\pm0.39$ )보다 더 유의하게 높게 나타났다. 최종학력은 대졸( $4.47\pm0.38$ )이 전문대졸( $4.29\pm0.41$ )보다 더 유의하게 높게 나타났다. 임상경력 20년 이상( $4.54\pm0.35$ )이 3~5년 미만( $4.23\pm0.38$ )보다 유의하게 높게 나타났다. 근무부서는 외과병동( $4.42\pm0.37$ )과 중환자실( $4.49\pm0.41$ )이 응급실( $4.07\pm0.33$ )보다 더 유의하게 높게 나타났다. 의료기관평가 및 인증제 경험 수는 4회( $4.48\pm0.38$ )가 1회( $4.30\pm0.41$ )보다 더 유의하게 높게 나타났다(Table 1).

#### 4. 대상자의 의료기관인증제 인식, 감염관리 인지도, 감염관리 수행도의 상관관계

대상자의 의료기관인증제 인식과 감염관리 인지도 및 수행도의 상관관계를 분석한 결과, 의료기관인증제 인식은 감염관리 인지도와 양의 상관관계가 있었고( $r=.21, p=.002$ ) 감염관리 수행도와도 양의 상관관계가 있었다( $r=.25, p<.001$ ). 감염관리 인지도와 수행도는 양의 상관관계가 있었다( $r=.65, p<.001$ )(Table 4).

#### 5. 감염관리 수행도에 영향을 미치는 요인

감염관리 수행도에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위해 감

염관리 수행도를 종속변수로 하고, 연구의 주요 변수인 감염관리 인지도, 의료기관인증제 인식과 일반적 특성 중 최종학력, 임상경력, 직위, 근무부서, 의료기관 평가 및 인증제 경험 수를 독립변수로 설정하였다. 일반적 특성의 변수들은 가변수로 처리하여 단계적 회귀분석을 시행하였다. 감염관리 수행도에 영향을 미치는 요인은 감염관리 인지도와 의료기관인증제 인식이었으며, 감염관리 수행도에 대한 설명력은 감염관리 인지도가 42.6%였으며, 의료기관인증제 인식이 추가되면서 설명력이 1.4% 증가하였고 이들 변수들로 총 44.0%의 설명력을 나타냈다(Table 5).

## 논 의

본 연구에서 대상자의 의료기관인증제 인식은 평균 3.10점으로 보통수준보다 긍정적으로 인식하고 있으며 Choi[16]의 연구결과 3.00점, Kim과 Choi[21]의 3.05점과 유사한 수준이나 Yoo와 Chung[22]의 연구결과 3.43점보다는 낮게 나타났다. 이러한 결과는 본 연구와 다른 연구대상자와 측정도구의 차이 때문이라 여겨진다.

의료기관인증제 인식에 대한 하위영역을 살펴보면 가장 높은 점수의 영역은 인지도로 3.25점이고, 가장 낮은 점수의 영역은 내부구성원 만족으로 2.96점이었다. 이는 Choi[16]의 연구에서 인지도가 가장 높은 점수를 받고 내부구성원 만족이 가장 낮은 점수를 받은 결과와 동일하여 간호사들의 의료기관인증제에 대한 인식이 비슷하게 나타남을 알 수 있었다.

의료기관인증제 인식의 하위 영역 중 가장 낮은 영역은 내부구성원 만족이며, 항목 중 가장 낮은 점수를 받은 항목은 내부구성원 만족 영역의 '인증 후 병원에 대한 긍정적 태도를 가지게 되었다'로 2.72점이었다. 이는 의료기관 종사자 중 간호사는 의료기관인증제를 준비하면서 스트레스가 가장 높은 직종으로[18] 적은 인력과 강도 높은 업무에 인증제까지 준비하면서 스트레스가 높아지고[21] 의료기관에 대한 부정적인 태도와 불만을 가지게 된다. 따라서, 의료기관인증을 준비하는 과정에서 간호사들의 만족을 높이기 위해서는 인증평가 과정에 적극적으로 참여할 수 있는 동기가 부여되어야 하고 정신적 보상뿐 아니라 적절한 물질적 보상이 주어져야 한다[22]. 이를 위해서는 인력보충, 업무의 재배치를 통해 업무 부담을 감소시키고 근거에 기반을 둔 수행 중심의 교육을 통해 업무에 대한 이해도를 높여 스스로 수행할 수 있도록 하여야 하며, 인증제 참여에 대한 보상으로 휴가, 포상, 승진 등의 구체적인 인센티브를 제공하여야 할 것이다. 이는 간호사의 근무환경을 변화시키고 나

**Table 3.** Degree of Awareness and Performance of Infection Control

(N=210)

Variables	Awareness	Performance
	M±SD	M±SD
Total score	4.63±0.39	4.39±0.39
Hand hygiene	4.61±0.41	4.16±0.49
Wash hands with soap in case of exposure to blood or body fluid	4.76±0.46	4.50±0.58
When exposed wash hands with soap	4.76±0.44	4.46±0.61
Hand hygiene whether or not gloves are worn	4.55±0.54	4.10±0.71
Hand hygiene before touching a patient	4.52±0.58	3.88±0.76
Hand hygiene before clean/aseptic procedure	4.74±0.46	4.30±0.71
Hand hygiene after body fluid exposure risk	4.78±0.45	4.60±0.55
Hand hygiene after touching a patient	4.60±0.54	4.13±0.68
Hand hygiene after touching patient surroundings	4.35±0.68	3.67±0.76
Hand hygiene when moving from dirty part to clean part of patient's body	4.48±0.63	3.81±0.79
Intravascular catheter infection control	4.61±0.44	4.50±0.46
Writing date and time at peripheral intravenous insertion site	4.63±0.50	4.75±0.18
Exchange peripheral catheter per 72~96hours	4.65±0.50	4.72±0.50
Check CVC (central venous catheter) insertion site cyclically	4.71±0.49	4.59±0.57
Change CVC insertion site dressing cyclically	4.67±0.51	4.64±0.55
Noting CVC insertion site condition	4.62±0.54	4.53±0.63
Not touching site after catheter insertion (antiseptis)	4.63±0.55	4.30±0.73
Cleaning injection ports with 70% alcohol before accessing the system	4.48±0.66	3.91±0.94
Change infusion set for injected blood, blood products, or lipid emulsions within 24 hours	4.54±0.60	4.50±0.69
Change infusion set within 96 hours	4.54±0.58	4.59±0.63
Urinary track infection control	4.60±0.47	4.44±0.47
Keep the catheter and collecting bag below the level of the bladder	4.77±0.47	4.70±0.54
Maintain close system from collecting bag to catheter	4.73±0.48	4.67±0.53
Empty the collecting bag using a separate, clean collecting container for each patient	4.57±0.59	4.36±0.75
Attach urinary catheter firmly to bed (chair)	4.60±0.60	4.49±0.60
Decontamination of tip of collecting bag after draining	4.49±0.64	3.99±0.83
Change catheter to based on clinical indication such as infection	4.45±0.64	4.25±0.77
Obtain urine samples aseptically from sampling port	4.64±0.55	4.65±0.56
Pneumonia control	4.68±0.46	4.59±0.47
Wear gloves when performing suctioning	4.73±0.50	4.74±0.50
Hand hygiene before and after performing suctioning	4.65±0.55	4.53±0.68
Using a sterile single-use suction catheter	4.76±0.47	4.79±0.47
Head elevation 30~45 degree	4.61±0.60	4.44±0.70
Checking CVC insertion site cyclically	4.66±0.54	4.47±0.67
Isolation	4.70±0.46	4.35±0.60
Provide isolation education to patients family caregivers	4.69±0.52	4.46±0.70
Wear N95 mask when entering airborne-caution isolation room	4.70±0.53	4.14±0.90
Wear gown and gloves when entering contact-caution isolation room	4.69±0.51	4.24±0.80
Contact-caution patients' goods should be disposable or used only by patients	4.74±0.48	4.58±0.62
Disinfection and sterilization	4.59±0.53	4.34±0.60
Separation aseptic, antiseptic products and polluted products	4.69±0.54	4.60±0.59
Use prior sterilization products	4.50±0.64	4.20±0.78
Check expiry date before use antiseptic products	4.59±0.58	4.23±0.78

**Table 4.** Correlation among Perception of Accreditation, Awareness and Performance of the Infection Control

(N=210)

Variables	Infection control awareness	Infection control performance
	r (p)	r (p)
Perception of accreditation	.21 (.002)	.25 (< .001)
Infection control awareness		.65 (< .001)

**Table 5.** Factors Influencing Performance of Infection Control

(N=210)

Variables	B	SE	$\beta$	R <sup>2</sup>	Cum. R <sup>2</sup>	t	p
Infection control awareness	.63	.05	.62	.42	.42	11.77	< .001
Perception of accreditation	.08	.03	.12	.01	.44	2.29	.023

아가 의료기관에 대한 긍정적인 태도를 가지게 하여 내부구성원을 만족시키는 원동력이 될 것으로 생각한다.

의료기관인증제 인식의 하위 영역 중 가장 높은 영역은 인지도로 이는 인증제의 취지나 필요성에 대해서는 높은 인식도를 가지고 있다는 것[18]을 반영한다. 하지만 인지도 영역 항목 중 ‘의료기관인증 항목이 의료기관을 평하는데 적합하다’는 2.81점으로 낮은 점수를 나타내 현재 인증에 사용된 조사기준의 항목이나 과정의 적합성에는 공감하지 못하고 있다[18]. 여러 연구[3, 22]에 의하면 의료기관인증제는 의료기관평가의 문제점을 보완하여 수행과 과정 중심의 평가를 하고 있으나, 기준 문항 수준이 국제적 수준에 맞춘 것으로 현재 의료실정을 반영하지 못하고, 보는 관점과 조사위원에 따라 인증기준이 높을 수도 있고 낮을 수도 있어[3] 인증제를 준비하는 의료기관은 인증을 통과하기 위해 실제 제시되는 기준의 수준보다 높은 수준으로 준비하여야 하므로 과도한 업무와 일시적으로 수행하는 업무가 생겨나게 된다. 의료기관인증제를 통해 의료기관이 국제적인 수준의 의료서비스를 제공하도록 하기 위해서는 인증기준과 조사방법을 의료기관에서 실제 수행할 수 있는 수준으로 정하고 점차적으로 수준을 향상시켜 나가는 것이 바람직 할 것이다. 이에 맞추어 평가의 편차 최소화를 위해서 전문성과 공정성을 갖춘 전문 조사위원의 교육과 훈련이 더욱 필요하다.

의료기관인증제 인식의 운영성과 영역 항목 중 ‘의료기관인증 후 외래 및 입원 환자의 수가 증가하였다’가 2.81점으로 낮게 나타났다. 본 연구의 대상자는 의료기관인증제를 시행하는 것만으로 환자의 수가 늘어난다고 생각하지 않는다고 인식하고 있다. 이는 오히려 내부구성원 만족이 고객만족으로 이어져 경영성과에 영향을 미친다는 결과[19]를 반영한다. 따라서 의료기관에서는 경영성과를 높이기 위해서 의료기관인증제 시행 과정에서 내부구성원을 만족시킬 수 있는 전략을 포함시켜야 할 것이다.

감염관리 인지도는 평균 4.63점이었으며 수행도는 평균 4.39점으로 인지도에 비해 수행도가 낮게 조사되었다. 이는 선행연구[23,24]에서 감염관리 인지도에 비해 수행도가 낮은 것과 같은 결과이다.

감염관리 인지도와 수행도의 차이는 인지도가 0.24점 높으

며 하위 6가지 영역 모두에서 인지도가 높아 감염관리의 중요성은 알고 있으나 수행이 부족하다는 것을 알 수 있었다. 인지도가 수행도보다 높은 것은 감염관리에 대해 알고 있는 것보다 수행하는 것이 어렵다는 것으로, 지식제공과 수행방법의 교육이 중요하다는 것이다[11]. 인지도와 수행도의 차이가 가장 작은 영역은 폐렴관리로 0.09의 차이를 나타내었으며, 혈관내 카테터감염관리는 0.11, 요로감염관리가 0.16, 소독멸균관리가 0.25의 차이를 나타냈다. 폐렴관리, 혈관내 카테터관리, 요로감염관리의 인지도와 수행도의 차이가 작은 이유는 이들 영역의 수행은 환자의 상태에 많은 영향을 끼치며, 적극적인 감염감시와 예방활동의 시행하고 지속적으로 지표로 관리됨으로써 나타난 결과로 생각된다.

인지도와 수행도의 차이가 가장 큰 영역은 손위생 영역으로 0.45점의 차이가 있었다. 항목 중 ‘체액 노출위험 후’, ‘환자 접촉 후’의 손위생 수행도가 ‘환자접촉 전’, ‘청결무균처리 전’ 보다 높게 나타났다. 이는 간호사가 환자를 보호하기 위한 것보다 불결한 업무라 인식할 때 본인을 보호하기 위해 손위생을 수행한다는 연구결과와 일치한다[25]. 손위생은 의료 관련감염을 감소시키는데 가장 효과가 크면서 비용이 적게 드는 방법으로 감염관리를 위한 기본적이고 매우 중요한 일이나 실제로 손위생 수행도는 그리 높은 편이 아니며[10] 수행도가 낮은 원인은 업무과다, 습관화 부족 등이었다[23]. 간호사의 손위생 수행 향상을 위해서는 수행 의지를 강화하고, 업무과다, 시간부족, 응급상황 등의 방해요인을 통제하여야 한다[25]. 간호사의 손위생 수행 의지 향상을 위해 근거에 기반한 수행 중심의 교육을 제공하고 손위생 수행 시점을 명확히 제시해주며, 손위생 증진 활동 행사를 개최하여 손위생의 필요성을 인지하도록 하여야 한다. 의료기관 차원에서는 손위생에 소요되는 시간을 줄일 수 있는 물 없이 사용하는 손소독제와 피부 자극을 최소화하기 위한 핸드러션 등을 원활히 공급하여 효율적인 손위생을 위해 노력해야 할 것이다.

격리 영역은 인지도와 수행도의 차이가 0.35점으로 손위생 영역 다음으로 차이가 크게 나타났으며 항목 중 ‘공기주의(결핵 등)격리병실에 출입 시 N95마스크를 착용한다’의 항목이 수행도에서 4.14점으로 낮은 점수를 받았다. 이는 격리를 위한



보호구의 착용이 미비함을 나타낸다고 할 수 있다. 개인보호구를 사용하지 않는 요인은 개인보호구 사용으로 인해 환자 및 보호자와의 관계와 의사소통에 방해가 되고 시간소요가 많아 업무의 효율성이 떨어진다고 생각한다는 인식과 관련이 있다 [26]. 이는 보호구의 착용이 본인과 환자의 안전을 지켜주는 것으로 착용에 대한 중요성 및 올바른 착용법을 교육하고 의료기관에서는 격리 시 적절한 보호구를 사용하는 것이 감염예방 및 직원안전을 위한 비용 효과적인 것으로 판단하고 보호구를 원활히 공급하고 지속적인 모니터링으로 습관화하도록 하여야 할 것이다.

대상자들의 일반적 특성에 따른 의료기관인증제 인식의 차이를 조사한 결과, 의료기관인증제 인식은 연령, 최종학력, 임상경력, 직위에 따라 유의한 차이를 보였고 모두 일치하지는 않지만, 연령이 높을수록, 학력이 높을수록, 임상경력이 높을수록, 직위가 높을수록 의료기관인증제 인식이 높은 것으로 나타났다. 이는 Choi[16]의 결과와도 일치하는 것으로 주임간호사 이상의 간호사는 전문화가 습득되면서 의료기관인증 획득에 대한 자율적인 책임을 느끼게 되고 일반간호사들에 대한 리더십을 발휘하면서 의료기관인증제에 대한 인식이 높아진 것으로 생각된다.

대상자들의 일반적 특성에 따른 감염관리 인지도 및 수행도의 차이를 조사한 결과, 연령, 최종학력, 임상경력, 직위, 의료기관평가 및 인증제 경험수와 유의한 차이를 보였으며, 부서는 감염관리 수행도에서만 유의한 차이를 보였다. 모두 일치하지는 않지만 연령이 높을수록, 임상경력이 높을수록, 직위가 높을수록, 의료기관평가 및 인증제의 경험이 많을수록 감염관리 인지도 및 수행도가 높은 것으로 나타나 선행연구[12,23]와 유사한 결과를 나타냈다. 본 연구결과에서는 3~5년 미만의 간호사의 감염관리 인지도와 수행도가 가장 낮게 나타나 입사 후 감염관리 인지도 및 수행도가 입사 시에 비해 감소된다는 것을 알 수 있다. 신규간호사는 입사 전 감염관리 교육을 받고 있다. 전문적인 교육은 30대에 해당하는 직원이 많이 받고 있어 [27] 3~5년 미만의 간호사에게 감염관리의 중요성을 인지시켜 전문적인 감염관리교육을 받을 수 있도록 동기부여를 하여야 할 것이다. 감염관리 인지도와 수행도를 높이기 위해서는 근무기간에 따라 감염관리 교육 내용을 달리하여 3~5년 미만의 간호사에게 적절한 감염관리 교육을 제공해야 할 것이다.

대상자의 감염관리 수행도에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 의료기관인증제 인식과 감염관리 인지도 및 수행도의 상관관계를 조사한 결과, 의료기관인증제에 대해 긍정적으로 인식할수록 감염관리 인지도와 수행도가 높았다. 또한 감염관

리 인지도가 높을수록 감염관리 수행도도 높았다. 감염관리 수행도에 가장 영향을 미치는 요인은 감염관리 인지도로 설명력이 42.6%로 나타났다. 선행연구[11,19,29]에서도 감염관리 수행도에 가장 영향을 미치는 요인이 감염관리 인지도로 나타나 본 연구결과와 일치하였다. 이는 감염관리 수행도 향상을 위해서는 감염관리 인지도를 높여야 한다는 것을 나타내는 것으로, 이를 위해 주기적이고 체계화된 교육을 통해 감염관리에 대한 중요성을 강조하여야 한다. 감염관리 교육은 지식 전달 위주의 강의식 교육보다 근거를 기반한 시뮬레이션 교육이 대상자의 임상 수행능력을 향상시킬 수 있으므로 [29], 이론과 실습을 함께 시행할 수 있는 시뮬레이션 기반 교육 프로그램의 개발 적용이 필요하다. 교육 프로그램을 갖추는데 있어 병원 자체의 지침이 아닌 공인된 감염관리 지침에 따른 내용을 기반으로 구성하여야 하며 교육 시행 전 대상자들에게 구체적인 목표를 알려 주어 교육에 몰입할 수 있도록 하여야 한다. 의료기관에서는 감염관리 전문가를 두어 체계적인 교육을 시행하고 [30] 수행 여부를 확인하여, 부족한 부분에 대한 교육을 강화하면 감염관리 수행도를 높일 수 있을 것이다. 효율적인 교육 효과를 위해 간호사는 많은 교육시간을 필요로 하고 전문적인 내용을 다루고 있으며 반복적인 교육을 요구하고 있다 [27]. 교육뿐만 아니라 감염관리 뉴스레터의 정기적인 발행, 관련 행사, 감염발생률의 공유 등을 통한 적극적인 홍보활동과 관련 주제의 원내 질 향상 활동의 지원은 감염관리의 중요성을 인지시킬 수 있을 것이다. 의료기관은 인지도를 높이기 위한 교육 프로그램 개발 및 홍보활동에 있어 적극적으로 지원해야 한다고 생각한다.

감염관리 수행도에 영향을 미치는 다른 요인은 의료기관인증제 인식으로 설명력이 1.4%로 나타났다. 의료기관인증제 인식과 감염관리 인지도는 양의 상관관계를 나타내므로 감염관리 인지도가 상승하면 의료기관인증제 인식도 상승할 것이라 생각된다. 의료기관인증제 인식을 높이기 위해서는 의료기관에서는 적절한 보상과 동기부여를 위한 프로그램을 개발하여 적용하여야 할 것이다.

## 결론

본 연구는 의료기관인증제를 경험한 간호사의 의료기관인증제 인식, 감염관리 인지도 및 수행도를 파악하고 감염관리 수행도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 실시되었다. 본 연구의 결과, 의료기관인증제에 대해 긍정적으로 인식하고 감염관리에 대한 인지도가 높을수록 감염관리 수행도가 높음을 확인하였다. 간호사의 의료기관인증제에 대한 인식은 의료기

관인증제에 대해 긍정적으로 인식하는 것으로 나타난 반면, 내부 구성원 만족 영역은 부족하다고 인식하고 있었다. 이에 각 의료기관에서는 의료기관인증제를 획득하는 과정에서 다양한 형태의 구체적인 인센티브 지급이 필요하며 인증 후 의료기관에 대한 긍정적인 태도를 가지게 하기 위해서는 간호사에게 치중된 업무를 재배치하고 인력보충을 통해 업무 부담을 감소시키고 수행위주의 다양한 교육을 통해 업무 이해도를 높여 자발적 참여와 노력을 이끌어내야 할 것이다. 인증제를 경험한 간호사의 감염관리 인지도는 수행도보다 높았으며, 감염관리 수행도에 가장 영향을 미치는 요인인 감염관리 인지도를 향상시키기 위해서 감염관리 전문가에 의한 효과적인 교육 프로그램을 개발하고 적용하여야 할 것이다.

본 연구의 결과를 근거로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구는 일개 대학 종합병원의 간호사를 대상으로 연구하였으므로, 다양한 규모의 병원과 다양한 직종을 대상으로 한 반복연구가 필요하다.

둘째, 의료기관인증제 인식을 높이고 감염관리 인지도 및 수행도를 높이기 위한 교육 프로그램을 개발하여 적용하고 효과를 검토하는 연구가 필요하다.

셋째, 본 연구결과, 의료기관인증제 인식을 상승시키고 물질적 보상뿐만 아니라 동기가 부여될 수 있도록 정기적인 교육과 피드백, 타부서와의 유대감을 강화할 수 있는 프로그램을 개발하고 이에 대한 후속 연구가 필요하다.

넷째, 국내 의료기관인증제와 국제 의료기관인증제를 동시에 경험한 간호사를 대상으로 국내외 인증제 차이에 대한 확대 연구를 제언한다.

## REFERENCES

1. Korea Institute for Healthcare Accreditation. National Accreditation Standard in Healthcare service[Internet]. Seoul: Korea Institute for Healthcare Accreditation. 2014 [cited 2014 February 26]. Available from: <http://www.koiha.or.kr/>
2. Shaw CD. Toolkit for accreditation programs-some issues in the design and redesign of external health care assessment and improvement systems. Melbourne: The International Society for Quality in Health Care; 2004.
3. Suk S.H. Improvement plans of accreditation program for healthcare organizations in Korea. Health and Welfare Policy Forum. 2013;202(2013.8):39-47.
4. Korean Association of Infection Control Nurses. Text of infection control. 2nd ed. Seoul: Hyunmoon; 2012.
5. Cloe M. Patient safety and healthcare-associated infection. British Journal of Nursing. 2011;20(17):1122-1126. <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2011.20.17.1122>
6. Korean Society for Nosocomial Infection Control. Infection control and prevention in healthcare facilities. 4th ed. Seoul: Hannibook; 2011.
7. Burke JP. Infection control- a problem for patient safety. New England Journal of Medicine. 2003;348(7):651-656. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMhpr020557>
8. Ko EJ, Lee JY, Bae SH, Kim HJ. Changes in compliance rates of evaluation criteria after healthcare accreditation: Mainly on radiologic technologists working at university hospitals in Daejeon area. Journal of Radiological Science and Technology. 2013;36(4):281-290.
9. Gould D, Wilson-Barnett J, Ream E. Nurses' infection-control practice: Hand decontamination, the use of gloves and sharp instruments. International Journal of Nursing Studies. 1996; 33(2):143-160.
10. Pittet, D. Improving adherence to hand hygiene practice: A multidisciplinary approach. Emerging Infectious Diseases. 2001;7(2):234-240. <http://dx.doi.org/10.3201/eid0702.700234>
11. Jung YW, Lee YH, Yu BC. The relationship of nurse's awareness, performance for nosocomial infection control and psychological empowerment. Kosin Medical Journal. 2008;23(2): 85-91.
12. Sung MH, Kim NY, Choi HY. Factors influencing performance of the nurses about the management of nosocomial infection. Korean Journal of Occupational Health Nursing.2007;16(1): 5-14.
13. Lee YH, Lim JD. Relationship between changes of patient safety & medical service quality and changes of management activity after medical institution accreditation: mental hospitals and geriatric hospitals. Journal of the Korea Contents Association. 2015;15(1):286-299.
14. Yeun YR., The impact of healthcare accreditation on patient safety and quality, job satisfaction and organizational commitment: about a general hospital, Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society. 2013;14(4):1820-1829.
15. Park SH. Effects of psychiatric nurse's awareness of healthcare accreditation system on patient safety management activities and nursing performance [master's thesis]. Seoul: Hanyang University of Korea; 2015.
16. Choi Y.S. Effects of nurses' awareness on medical institution evaluation on nursing performance [master's thesis]. Seoul: The Catholic University of Korea; 2011.
17. Han WS, Kim JY. The effect of the hospital evaluation programme to business performance in medical service organizations. Korea Journal of Business Administration. 2008;21(6): 2549-2580.
18. Bae JI. Study on hospital staff's perception of and attitudes to

- ward the medical institute accreditation system: Focused on those working for the public hospitals [master's thesis]. Seoul: Yonsei University; 2009.
19. Lee SW, Kim JY, Kim SK, Yang J-S. The causal relationship among hospital evaluation programme, internal service quality, service value, and managerial performance. *Korean Journal of Accounting Research*. 2010;15(2):253-276.
  20. Kim BH. Study on the degrees of awareness and performance of the hospital infection control among clinical nurses in a middle-sized and in a small-sized hospital [master's thesis]. Seoul: Yonsei University; 2004.
  21. Kim MJ, Choi JS. Effects of perception of the healthcare accreditation, and job stress on turnover intention in nurses. *Journal of Muscle and Joint Health*. 2015;22(2):87-95. <http://dx.doi.org/10.5953/JMJH.2015.22.2.87>
  22. Yoo MS, Chung MS. The relationships among the perception of quality assurance and national hospital evaluation program and nursing performance of hospital nurses. *The Journal of Korean Nursing Administration Academic Society*. 2008;14(3):260-267.
  23. Park HM, Hong MS. A study on the level of recognition and performance of the clinical nurses about the management of nosocomial infection. *Chonnam Journal of Nursing Science*. 2006;11(1):25-38.
  24. Jung HY, Jung YK. Recognition and performance level of hospital infection control in nurses of long-term care hospital. *The Korean Journal Health Service Management*. 2013;7(4):131-141. <http://dx.doi.org/10.12811/kshsm.2013.7.4.131>
  25. Jeong SY, Kim OS. The structural model of hand hygiene behavior for the prevention of healthcare-associated infection in hospital nurses. *The Journal of Korean Academic Society of Adult Nursing*. 2012; 24(2):119-129. <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2012.24.2.119>
  26. Suh YH, Oh HY. Knowledge, perception, safety climate, and compliance with hospital infection standard precautions among hospital nurses. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2010;16(1):61-70.
  27. Cho DY. The analysis on the differences in educational training reactions in the university hospital's staff. *The Korean Journal Healthcare Service Management*. 2014;8(4):57-67. <http://dx.Doi.org/10.12811/kshsm.2014.8.4.057>
  28. Her S, Kim IS, Kim KH. Factors affecting on the level of practice on nosocomial infection management among operating room nurses. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2008;20(3):375-385.
  29. Kim YH, Jang, KS. Effect of a simulation-based education on cardio-pulmonary emergency care knowledge, clinical performance ability and problem solving process in new nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2011;41(2):245-255. <http://dx.Doi.org/10.4040/jkan.2011.41.2.245>
  30. Ahn SY. Influence of perception of education training on the member's organizational commitment in general hospitals. *Korea Journal of Business Administration*. 2011;24(4):2073-2087.