

정신의료기관 인증여부에 따른 임상영양사의 임상영양 관리업무 수행도와 중요도 분석

김송희, 정용주

보건복지부 국립공주병원 서무과

Analysis of Clinical Nutrition Management Performance and Importance of Clinical Nutritionists According to the Accreditation of Mental Medical Institutions

Song-Hee Kim, Yong-Ju Jeong

Ministry of Health and Welfare National Gong-Ju Hospital General Affairs

Purpose: The purpose of this study was to determine the factors that influence the performance and importance of clinical nutritionists.

Methods: Ninety-nine nutritionists working in mental health institutions were assessed.

Results: Factors affecting the performance of clinical nutritionists in certified hospitals were shown to have a significant positive effect on the description of treatment diet, status of clinical nutrition management, and presence of a nutrition counselor. The factors affecting importance were the number of permission beds and total work experience.

Conclusions: In order to improve the accreditation system of mental hospitals, it is necessary to expand the scope of this study to include hospitals with fewer beds, and clinical nutrition management should be mandatory.

Key words: Hospital accreditation system, Clinical nutrition management, Performance degree, Importance degree

Received: Oct.11.2019 **Revised:** Dec.27.2019 **Accepted:** Dec.30.2019

Correspondence: Yong-Ju Jeong

623-21 Gobuntiro, Gongju, Korea

Tel: +82-41-850-5764 **Fax:** +82-41-850-6969 **E-mail:** jjj1930@korea.kr

Funding: None **Conflict of Interest:** None

Quality Improvement in Health Care vol.25 no.2

© The Author 2019. Published by Korean Society for Quality in Health Care; all rights reserved

I. 서론

1. 연구의 필요성

현대사회는 급격한 사회변화와 경기 위축, 취업난, 주택난, 낮은 혼인율, 상대적 빈곤 등으로 인한 어려움을 겪고 있는 이유로 정신건강에 대한 지속적인 관심이 증가하고 있다. 또한 인터넷 중독, 자살, 범죄 등으로 인한 사회적 비용도 함께 증가되고 있다. 특히, 우리나라 자살률은 2003년 OECD 국가 중 1위를 기록한 이후 2016년까지 14년간 1위를 기록하고 있다. 이제는 국민의 정신건강 문제는 더 이상 개인의 책임으로만 미룰 수 없는 사회적 문제로서 국가 차원의 정책적 개입이 요구되고 있다. 2016년 정신질환 실태조사에서 불안장애 등을 포함한 17개 주요 정신질환을 조사한 결과, 18세 이상 성인인구 중 25.4%가 평생 한 가지 이상의 정신질환을 경험하고 있으며, 국내 정신질환 환자 수는 약 470만 명으로 추정하고 있다[1]. 이처럼 정신질환 환자수가 증가함에도 불구하고 사회적 편견으로 인해 적극적인 치료가 기피되고 있다. 특히, 우리나라는 정신질환의 치료가 입원 중심으로 이루어지는 정신건강의료 서비스 체계를 가지고 있다.

우리나라 정신병원의 재원기간은 다른 종합 병원에 비해 상대적으로 길고, 정신과적 치료 특수성으로 정신병원 간에 의료서비스의 질적 차이가 크다[2]. 정신의료기관의 의료 질 향상을 도모하여 정신질환자들이 지속적인 관리를 받을 수 있도록 환자의 안전과 의료서비스의 질을 표준화하고자 의료기관인증제를 정신병원까지 확대 적용함으로써 모든 정신병원도 의무적으로 시행하고 있다. 의료서비스 질 향상 평가의 항목으로 '임상영양서비스'가 포함되었다[3]. 의료법 개정으로 정신의료기관의 영양사가 과거보다는 임상영양서비스를 적극적으로 실시하게 되었으나, 현재 우리나라 정신병원에 소속되어 있는 영양사 업무는 대부분 급식 관리를 수행하는 수준이다[4]. 중증의 정신질환자들은 일반 인구보다 사망률이 높다. 이는 자살률 및 사고율이 높을 뿐만 아니라 신체질환의 발병률이 일반인보다 높고, 치료를 위한 약물의 장기화로 인해 약물 사용 부작용

도 발생하기 때문이다[5]. 또한, 정신의료기관에 입원한 환자의 경우, 식욕을 돋우는 약제의 사용이 빈번하여 이로 인한 대사이상 증상으로 당뇨병, 고혈압, 비만 등의 만성질환을 악화시키거나 영양상태 불량을 초래할 수 있다[2]. 따라서 정신병원의 임상영양서비스는 실질적으로 매우 중요하다고 하겠다.

의료기관의 임상영양서비스는 임상영양사에 의해 환자의 영양 상태를 판정하고 적절한 영양치료 계획을 세운 후 환자와 가족에게 영양교육 및 상담을 시행, 영양치료의 성과를 추적하는 행위로, 궁극적으로는 환자의 영양 상태 개선을 통한 질병 치료 효과를 증대하는 행위이다. 기존의 선행 연구에서[4-7] 모든 연령층의 만성질환 환자들에게 임상영양서비스의 제공이 치료적 효과가 있음이 확인되었다. 또한 당뇨병 환자를 대상으로 영양사의 영양중재 및 상담 등의 임상영양서비스가 공복혈당, 당화혈색소 등의 신체적 지표를 유의적으로 감소하였다고 보고된 바가 있다. 이는 영양사에 의한 영양중재가 당뇨병의 치료목표인 혈당조절을 적절하게 유지하고 합병증을 최소화하는 데 효과가 있음을 증명한 것이다[8].

현재 의무적으로 시행되고 있는 정신의료기관의 인증평가에서 포함되는 임상영양서비스에 대한 항목은 영양관리 규정 유무, 영양관리 및 식사제공 유무, 환자의 동반질환에 맞게 식사제공 유무 등 3개 항목에 불과하다. 평가 후 실질적인 임상영양서비스를 위한 노력이 약화될 위험성이 있다. 따라서 정신의료기관의 영양사는 의료기관인증을 위한 일시적인 움직임이 아닌, 환자의 임상영양서비스 향상을 위해 체계적이고 지속적인 노력이 필요하다. 의료기관의 임상영양사의 임상영양관리업무 중요도는 평균 이상으로 높게 인식하고 있지만, 현재 의료기관에서 근무하는 임상영양사의 인원이 많지 않아 임상영양관리업무를 수행하기에 어려운 점이 많으며, 직책 또한 낮기 때문에 의료진과의 협업이 잘 이루어지지 않는다.

본 연구의 목적은 정신의료기관인증평가의 인증, 미인증 의료기관을 대상으로 임상영양사의 임상영양관리업무를 수행도 및 중요도를 조사함으로써 정신질환자들에게 적절한 영양관리와 식사제공, 영양상담 서비스, 건강관리 등의 의료

서비스 질 향상 수행도를 높일 수 있는 방안을 강구하고자 한다.

2. 이론적 배경

1) 의료기관 인증제도

의료기관인증제도는 기존의 의료기관 평가제도가 주로 종합병원 이상을 대상으로 실시하고 강제 평가방식으로 운영되고, 의료기관 등을 통해 평가 서열화에 따른 병원 간 과잉 경쟁 유발, 평가 전담 조직이나 전담 인력 부재에 따른 평가의 전문성 및 객관성 미흡, 구조적 측면 평가로 인한 불필요한 비용 부담 등이 발생하여, 강제 평가로 인한 의료기관의 자발적 질 향상 동기 부재 등 문제점이 지속적으로 제기되었다. 정부는 평가의 문제점을 개선하고 의료기관의 자발적이고 지속적인 질 향상을 유도하기 위해 2008년 의료기관인증제도로의 전환을 추진하였다[9].

「의료법」 제58조(의료기관 인증)에 의료의 질과 환자 안전의 수준을 높이기 위하여 병원급 의료기관에 대한 인증을 할 수 있다고 정하고 있다. 의료기관인증제도란 의료기관이 의료서비스 제공과정에서 환자안전의 수준과 의료의 질 향상을 위해 자발적·지속적으로 노력하도록 하여 소비자, 환자에게 양질의 의료서비스를 제공하기 위한 제도이다. 따라서 의료기관인증제는 첫째, 환자의 안전보장과 질 향상을 위한 기본가치 측면, 둘째, 환자의 입장에서 진료의 전 과정을 추적할 수 있도록 하는 환자진료 측면, 셋째, 양질의 환자진료를 지원하는 기능과 조직의 전문성을 강조하는 지원 측면, 마지막으로 지표를 통한 성과관리 측면을 포함하고 있다. 또한 의료기관인증제의 절차는 의료기관에서 정한 규정 내용과 그에 따른 수행과정, 수행 결과, 결과에 따른 개선활동 등을 추적조사방법을 적용하여 진행한다.

2) 정신병원 인증제도

정신병원 인증평가는 의료법 제58조 4에 의거하여 2013

년부터 정신병원의 인증을 의무화함으로써 정신질환자에게 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 기회를 마련하였다[10]. 정신병원 인증은 평가 기준에 대하여 다양한 전문가 및 이해관계자의 의견을 수렴하고 개발한 뒤 평가기준을 마련하였다.

정신병원 인증평가의 198개 조사항목 중 임상영양서비스 관련 업무는 환자진료체계 영역의 환자진료 항목(영양관리 규정, 영양관리 및 식사제공, 환자의 동반질환에 맞게 식사 제공으로 구성되어 있다.

3) 임상영양사제도

국민들의 건강증진 및 삶의 질 향상에 대한 관심이 높아지면서 건강과 밀접한 관련이 있는 식생활에 대한 관심도 함께 높아지고 있으나, 이에 비해 실제로 올바른 식생활을 위한 구체적이고 적절한 실천방법을 제대로 알고 실행하는 비율은 높지 않으며, 영양교육 미비로 건강식생활 실천이 미흡한 것으로 나타나 전문적인 영양의 식생활교육 및 영양관리가 필요한 시점이다[11].

또한 Goodman 등[12]은 만성질환 등의 질환에서는 영양상태가 의학적 치료의 효과성에 중요한 영향을 미치고 질병치료에 있어서 영양관리는 중요한 치료법 중 하나라고 하였다.

최근 의료기관의 치료과정에서 임상영양 치료가 합병증 및 사망률, 질병 회복 등에 영향을 미쳐 재원일수 단축과 치료비용 절감 등 경제적 효과가 있음이 입증되고 있다. 따라서 적절한 임상영양서비스는 환자의 임상적 효과를 증대시킬 뿐 아니라 의료비 절감 효과가 있음이 보고되어 환자에 대한 임상영양서비스의 필요성이 더욱 대두되고 있는 실정이다[13].

국민영양관리법 의거 임상영양사는 영양문제 수립·분석 및 영양요구량 산정 등의 영양판정, 영양상담 및 교육, 영양관리상태 점검을 위한 영양모니터링 및 평가, 영양불량 상태 개선을 위한 영양관리, 임상영양 자문 및 연구, 그 밖에 임상영양과 관련된 업무를 수행한다. 또한 임상영양치료 활동 이외에도 임상연구 및 자문활동을 통한 임상영양

치료의 근거 마련 및 체계 구축에 기여함으로써 국민보건 향상 및 의료비 절감에 이바지할 수 있다[11].

최근 국내 의료진(의사, 간호사)을 대상으로 임상영양서비스에 대한 인식 연구를 조사한 결과 의료진의 97.8%가 임상영양서비스가 환자의 식습관 개선 및 영양상태 개선에 중요하다고 하였고[14], 87.3%는 임상영양서비스는 치료적 의미로서 중요하다고 하였으며[15], 98.3%는 입원 환자 관리에서 영양지원이 중요하다고 함으로써[16] 임상영양서비스에 대해 긍정적인 반응을 보였지만, 실제적으로 병원에서 임상영양서비스가 필요한 환자 중에 의사 의뢰로 임상영양사에 의해 관리되는 비율은 60% 정도인 실정이다[17]. 이를 높이기 위해서는 임상영양사의 직무의 수행도와 중요도에 대한 인식 태도가 중요할 것이다.

외국의 경우 21세기 질병 구조의 변화 특히 당뇨병, 암, 순환기계 질환 등의 만성 질환의 증가로 인한 의료비 절감을 위한 식품 및 영양 요인 개선, 중요성을 인식하여 이미 임상영양관련 전문 인력 양성제도를 개선하고, 건강보험제도에서 임상영양치료의 적용을 위한 다각적인 노력을 기울이고 있는 실정이다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 기간

본 연구는 2018년 3분기 기준 건강보험심사평가원에 등록된 전국의 1,073개의 정신의료기관 중 300개 정신의료기관 근무하는 영양사 대상으로 본 연구의 취지와 목적에 대한 설명하고 참여에 동의한 자를 대상으로 선정하였다. 연구대상자수 산정은 Cheon [4]의 효과크기를 고려하여, G*power 3.1 프로그램을 이용하여 t-test 시 효과크기 0.58, 유의수준 0.05, 검정력 0.8로 계산한 결과 96명으로 산정되었으나 회수율 탈락률을 고려하여 100명으로 산정하였다.

예비조사는 2018년 11월에 실시 후 설문지를 수정·보완하여 2018년 11월 10일부터 11월 17일까지 본 조사를

실시하였다. 온라인 설문조사 결과 총 100명이 응답하였으며, 이 중 일부 결측 값이 있는 설문내용을 제거하여 99명의 자료를 분석하였다. 본 연구는 대전대학교 생명윤리위원회의 승인(IRB: 1040647-201810-HR-004-02)을 받아 진행되었다.

2. 연구내용 및 방법

본 연구의 설문내용은 기존 선행연구[14-16] 등의 선행연구 설문항목을 참고로 요양병원 인증제 기준 항목 중 영양관리 부문과 관련하여 본 연구에 맞게 수정 보완 후 만들었다.

본 설문지는 대상병원의 특성, 영양사의 특성, 임상영양관련 업무 특성, 임상영양관리 업무 수행도와 중요도 등에 대하여 52문항으로 구성하였다. 설문조사는 대상자들에게 우선으로 동의를 얻은 뒤, 온라인으로 직접 기록하도록 하였다.

1) 병원의 특성

대상 병원의 특성은 5문항으로 급식소 운영 형태, 허가 병상 수, 재원 환자수, 총 근무 영양사 수, 의료기관 인증 시기를 조사하였다.

2) 영양사의 특성

조사참여 영양사의 특성은 6문항으로 연령, 학력, 총 근무경력, 현 병원 재직경력, 직책, 임상영양관리 업무담당 여부를 조사하였다.

3) 임상영양관리 업무 특성

임상영양관리 업무 특성은 5문항으로 치료식 식수(명), 치료식 설명 여부, 환자/보호자에게 치료식 설명하는 자, 영양상담실 유무, 밀라운딩 횟수를 조사하였다.

¹ Faul F, Erdfelder E, Lang AG et al. G*power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and science. Behav Res Methods, 2007;39(2):175-191.

4) 임상영양관리업무 수행도와 중요도

임상영양관리업무 수행도와 중요도는 18개 동일문항으로 각각 구성하였다. 문항은 영양관리위원회의 존재와 활동, 치료식 식사제공, 식사처방지침서 작성, 식사처방지침서의 병동비치 여부, 환자의 키, 몸무게, 체중감소 여부 등을 근거한 영양 초기평가, 영양지원이 필요한 환자의 영양관리, 환자의 영양상태에 대해 의료진이 영양사와 협의, 환자의 영양관리에 대한 의무기록 시행, 담당의사의 의뢰에 의한 환자 개인별 영양상담, 영양상담 지속적 관리, 환자 개인별 영양교육, 환자 집단 영양교육, 치료식 처방정보 접수 및 처리업무, 치료식이 포함된 환자 식사처방 지침서를 통한 식사관리, 치료식 메뉴개발 및 표준 레시피 작성환자에게 치료식에 관련된 설명과 자료를 제공, 영양사의 임상영양 교육 참여 및 관련 직무 개발 활동의 속성으로 구성하였다. 각 문항에 대해 5점 Likert 척도를 이용하여 평가하도록 하였다.

3. 분석방법

본 연구에서 수집한 설문자료는 SPSS 24.0 프로그램을 이용하여 통계분석 하였다. 조사병원의 인증유무에 따른 병원의 특성, 영양사의 특성, 임상영양관리 특성의 차이는 χ^2 검정(교차분석), 수행도와 중요도의 차이는 t-test, ANOVA(일원배치분산분석)를 실시하였고, 사후검정은 Duncan's test로 검증하였다. 또한 임상영양관리업무 속성에 대한 수행도와 중요도의 차이는 Paired t-test(대응표본 t검정), 영향요인은 다중회귀분석을 시행하였고, 수행도와 중요도를 시각적으로 제시하기 위하여 IPA분석(Important Performance analysis)을 실시하였다.

조사도구의 신뢰도는 분석은 한 변수를 여러 문항으로 측정하는 경우 내적 일관성을 검증하는 Cronbach's α 를 이용한다. 일반적으로 Cronbach's α 값이 최소한 0.5 이상으로 하여 0.6보다 클 경우 양호, 0.7보다 클 경우 매우 양호한 것으로 보고 있다. 내적 일관성을 알아보기 위해 임상영양사의 임상영양관리 업무 수행도와 중요도의 신뢰도 분

석 결과, 수행도는 0.985, 중요도는 0.968로 본 연구에 사용한 설문 문항에 대한 신뢰도는 매우 높다고 할 수 있다.

III. 연구 결과

1. 연구대상자의 일반적인 특성

연구대상자의 일반적인 특성을 살펴보면 <Table 1>에 제시한 바와 같다. 대상 병원의 급식소 운영형태는 '직영'이 71명(71.7%)으로 대부분을 차지하였고, 허가 병상 수는 '200~300병상 미만' 39명(39.4%), '100~200병상 미만' 31명(31.3%), '300~400병상 미만' 13명(13.1%) 순으로 나타났다. 재원 환자 수는 '100~200명 미만' 55명(55.5%), '200~300명 미만' 27명(27.3%) 순이었고, 총 근무 영양사 수는 '2명'이 48명(48.5%), '1명'이 34명(36.4%), '3명 이상'이 15명(15.1%) 순으로 나타났다. 의료기간 평가 인증 시기는 '2014년 1월~12월'이 43명(43.4%), '인증받지 않음'이 32명(32.3%) 순으로 나타났다.

대상 병원의 인증여부에 따라 재원 환자 수는 유의한 차이가 있었으며($\chi^2=11.289, p=.008$), 인증 78.1%, 미인증 45.5%로 재원 환자 수가 '100~200명 미만'이 모두 가장 많았다. 의료기간 평가 인증 시기는 미인증 병원이 '인증받지 않음'이 100%이었고, 인증병원은 인증시기가 '2014년 1월~12월'이 64.2%로 가장 많았다. 영양사의 특성은 연령에서 '30~40세 미만'이 49.5%로 가장 많았고, 학력은 '대학교 졸업'이 62.6%로 대부분을 차지하였다. 총 근무경력은 '9년 이상' 40.8%, '6~9년 미만' 23.5%, '3~6년 미만' 19.4% 순으로 나타났으며, 현 병원 재직경력 '6년 이상'이 40.2%, '4~6년 미만' 23.7%, '2~4년 미만' 18.6% 순으로 나타났다.

직책은 '영양사'가 85.6%로 대부분을 차지하였고, 임상영양관리 업무담당 여부는 '예'가 73.7%로 대부분을 차지하였다.

인증 여부에 따라 연령은 유의한 차이가 있었으며($\chi^2=19.263, p=.000$), 인증 병원은 '30~40대'가 50.7%로 가장 많은 반면, 미인증 병원은 '30세 미만'이 53.1%로 가장 많았다. 총 근무경력에 유의한 차이가 있었으며($\chi^2=19.263, p=.000$), 인증 병원은 '9년 이상'이 40.8%로 가장 많은 반면, 미인증 병원은 '6~9년 미만'이 23.5%로 가장 많았다.

$\chi^2=16.049$, $p=.001$), 인증 병원은 '9년 이상'이 51.5%로 가장 많았고, 미인증 병원은 '3년 미만'과 '3~6년 미만'이 각각 31.3%로 가장 많았다. 현 병원 재직경력은 유의한 차이가 있었으며($\chi^2=24.533$, $p=.000$), 인증 병원은 '6년 이상'이 56.1%로 가장 많았으며 미인증 병원은 '2년 미만'이 35.5%로 가장 많았다.

직책은 유의한 차이가 있었으며($\chi^2=7.032$, $p=.020$), 인증 병원은 80.0%, 미인증 병원은 96.9%로 모두 '영양사'가 가장 많았다. 임상영양관리 업무담당 여부는 유의한 차이가 있었으며($\chi^2=29.357$, $p=.000$), 인증 병원은 '예'가 91.0%, 미인증 병원은 '아니오'가 62.5%로 가장 많았다.

Table 1. General characteristics according to being accredited or not

Variable	Division	Total n=99	Non or Accredited		$\chi^2(p)$
			Non-Accredited (n=32)	Accredited (n=67)	
Operating form	direct management	71(71.7)	20(62.5)	51(76.1)	5.312 (.063)
	consignment	15(15.2)	4(12.5)	11(16.4)	
	partial consignment	13(13.1)	8(25.0)	5(7.5)	
Number of permission bed	<100	4(4.1)	0(0.0)	4(6.0)	5.619 (.205)
	101~200	31(31.3)	15(46.9)	16(23.9)	
	201~300	39(39.4)	12(37.5)	27(40.3)	
	301~400	13(13.1)	3(9.4)	10(14.9)	
Number of hospitalization patient	≥400 over	12(12.1)	2(6.2)	10(14.9)	11.289 (.008)
	<100	6(6.1)	2(6.3)	4(6.0)	
	100~200	55(55.5)	25(78.0)	30(44.8)	
	200~300	27(27.3)	3(9.4)	24(35.8)	
Number of nutritionist (person)	≥300 over	11(11.1)	2(6.3)	9(13.4)	.559 (.756)
	1	36(36.4)	11(34.4)	25(37.3)	
	2	48(48.5)	17(53.1)	31(46.3)	
Hospital accreditation time (year)	3 over	15(15.1)	4(12.5)	11(16.4)	111.28 (.000)
	non accredited hospital	32(32.3)	32(100.0)	0(0.0)	
	2014	43(43.4)	0(0.0)	43(64.2)	
	2015	18(18.2)	0(0.0)	18(26.9)	
Age	2016	6(6.1)	0(0.0)	6(8.9)	19.263 (.000)
	30s	29(29.3)	17(53.1)	12(17.9)	
	31~40	49(49.5)	15(46.9)	34(50.7)	
Education	≥40 over	21(21.2)	0(0.0)	21(31.3)	4.279 (.229)
	Associate degree of science(AS)	23(23.2)	11(34.4)	12(17.9)	
	Bachelor of science(BS)	62(62.6)	19(59.4)	43(64.2)	
	Master of science(MS) (Clinical Nutrition)	12(12.1)	2(6.3)	10(14.9)	
Total work experience (years)	Master of science(MS) (general)	2(2.0)	0(0.0)	2(3.0)	16.049 (.001)
	<3	16(16.3)	10(31.3)	6(9.1)	
	4~6	19(19.4)	10(31.3)	9(13.6)	
	7~9	23(23.5)	6(18.8)	17(25.8)	
Current career (year)	≥9	40(40.8)	6(18.8)	34(51.5)	24.533 (.000)
	<2	17(17.5)	11(35.5)	6(9.1)	
	3~4	18(18.6)	9(29.0)	9(13.6)	
	5~6	23(23.7)	9(29.0)	14(21.2)	
Position	≥6	39(40.2)	2(6.5)	37(56.1)	7.032 (.020)
	nutritionist	83(85.6)	31(96.9)	52(80.0)	
	senior nutritionist	3(3.1)	1(3.1)	2(3.1)	
Clinical nutrition management task	team leader	11(11.3)	0(0.0)	11(16.9)	29.357 (.000)
	yes	73(73.7)	12(37.5)	61(91.0)	
	no	26(26.3)	20(62.5)	6(9.0)	

2. 인증여부에 따른 임상영양관련 업무 특성

대상병원의 임상영양 관련 업무 특성은 <Table 2>와 같다. 치료식 식수 명에서 '50명 이상' 36.5%, '30명 미만' 29.2% 순이었고, 치료식 설명 여부는 '한다'가 77.1%로 대부분을 차지하였다. 환자/보호자에게 치료식을 설명하는 자는 '영양사'가 76.8%로 대부분을 차지하였고, 영양상담실 유무는 '없다'가 59.4%, '있다'가 40.6%이었고, 밀라운드팅 횟수는 '1회' 57.9%, '2~3회 미만' 17.9%, '하지 않는다' 14.7% 순으로 나타났다.

대상병원 인증여부에 따라 치료식 설명 여부는 유의한 차이가 있었으며($\chi^2=37.092, p=.000$), 인증 병원은 '한

다' 95.5%로 가장 많은 반면, 미인증 병원은 '안 한다'가 63.3%로 가장 많았다. 환자/보호자에게 치료식 설명하는 자는 유의한 차이가 있었으며($\chi^2=25.033, p=.000$), 인증 병원은 '영양사'가 88.1%로 가장 많았으며, 미인증 병원도 '영양사'가 53.1%로 가장 많았다.

영양 상담실 유무는 유의한 차이가 있었으며($\chi^2=15.170, p=.000$), 인증 병원은 '없다'가 59.4%로 가장 많았고, 미인증 병원도 '없다'가 90.0%로 가장 많았다. 밀라운드팅 횟수는 유의한 차이가 있었으며($\chi^2=29.386, p=.000$), 인증 병원은 '1회'가 71.4% 가장 많았고 미인증 병원은 '하지 않는다'가 40.6%로 가장 많았다.

Table 2. Clinical nutritional characteristics according to being accredited or not

Variable	Division	Total n=99	Non or Accredited		$\chi^2(p)$
			Non-Accredited (n=32)	Accredited (n=67)	
Therapeutic personnel	<30	28(29.2)	12(40.0)	16(24.2)	2.857 (.414)
	31~40	18(18.8)	5(16.7)	13(19.7)	
	41~50	15(15.6)	3(10.0)	12(18.2)	
	≥50 over	35(36.5)	10(33.3)	25(37.9)	
Therapeutic explanation	Yes	74(77.1)	11(36.7)	63(95.5)	37.092 (.000)
	No	22(22.9)	19(63.3)	3(4.5)	
Therapeutic explanatory	Nutritionist	76(76.8)	17(53.1)	59(88.1)	25.033 (.000)
	Doctor	3(3.0)	0(0.0)	3(4.5)	
	Nurse	4(4.0)	1(3.1)	3(4.5)	
	Others	1(1.0)	1(3.1)	0(0.0)	
Dietician counseling room	Yes	39(40.6)	3(10.0)	36(54.5)	15.170 (.000)
	No	57(59.4)	27(90.0)	30(59.4)	
Meal rounding time (weekly)	1	55(57.9)	10(31.3)	45(71.4)	29.386 (.000)
	2~3	17(17.9)	7(21.9)	10(15.9)	
	3~4	5(5.3)	2(6.3)	3(4.8)	
	4~5	4(4.2)	0(0.0)	4(6.3)	
	No	14(14.7)	13(40.6)	1(1.6)	

3. 인증여부에 따른 임상영양관리 업무 수행도 차이

1) 임상영양관리 관련 특성에 따른 수행도의 차이

미인증 병원 영양사의 수행도는 <Table 3>과 같다. 치료식 식수 명에 따라 유의한 차이가 있었으며($F=4.940$, $p=.008$), 사후검정 결과, '30명 미만'과 '40명 이상'보다 '30~40명 미만'에서 높게 나타났다.

인증 병원 영양사의 수행도는 환자/보호자에게 치료식을 설명하는 자에서 유의한 차이가 있었으며($F=12.404$, $p=.000$), 사후검정 결과, '하지 않는다'보다 '영양사, 의사, 간호사'에서 높게 나타났고, 밀라운딩 횟수에서 수행도는 유의한 차이가 있었으며($F=5.216$, $p=.018$), 사후검정 결

과, '3~4회'보다 '1회'에서 높게 나타났다.

전체 병원 영양사의 수행도는 치료식 설명 여부에 따라 유의한 차이가 있었으며($F=9.007$, $p=.000$), '안 한다'보다 '한다'에서 높게 나타났고, 환자/보호자에게 치료식을 설명하는 자에서 수행도는 유의한 차이가 있었으며($F=32.287$, $p=.002$), 사후검정 결과, '하지 않는다'보다 '영양사, 의사, 간호사, 기타'에서 높게 나타났다. 영양상담실 유무에 따라 수행도는 유의한 차이가 있었으며($t=4.775$, $p=.000$), '없다'보다 '있다'에서 높게 나타났고, 밀라운딩 횟수에 따라 수행도는 유의한 차이가 있었으며($F=8.819$, $p=.000$), 사후검정 결과, '하지 않는다'보다 '4회 이상'에서 높게 나타났다.

Table 3. Differences in dietitian performance according to clinical nutrition management-related characteristics

Variable	Division	Non-Accredited (n=32)	t/F(p)	Accredited (n=67)	t/F(p)	Total (n=99)	t/F(p)
Therapeutic personnel	<30	1.85±0.54 ^a		3.97±0.70		3.13±1.26	
	31~40	3.17±1.06 ^b	4.940 (.008)	4.19±0.47	1.078 (.365)	3.89±0.79	2.369 (.083)
	41~50	2.15±0.37 ^a		4.27±0.47		3.85±0.98	
	≥50 over	2.20±0.55 ^a		4.31±0.64		3.71±1.14	
Therapeutic explanation	Yes	2.55±0.93		1.832 (.078)		4.26±0.53	
	No	2.05±0.54	3.13±1.11		2.20±0.72		
Therapeutic explanation	Nutritionist	2.51±0.84		4.28±0.49 ^b		3.88±0.94 ^b	
	Doctor	-		4.11±0.59 ^b		4.11±0.59 ^b	
	Nurse	1.47±0.00	2.627 (.070)	4.15±0.18 ^b	12.404 (.000)	3.48±1.35 ^b	32.287 (.002)
	Others	1.88±0.00		-		3.38±2.12 ^b	
	No	1.85±0.41		2.14±0.37 ^a		1.90±0.40 ^a	
Dietician counseling room	Be in	3.01±1.80	.816 (.499)	4.26±0.59	.871 (.387)	4.17±0.77	4.775 (.000)
	Be absent	2.16±0.67		4.13±0.62		3.23±1.15	
Meal rounding time (weekly)	1	2.38±1.13		4.28±0.50 ^b		3.93±0.98 ^{bc}	
	2~3	2.05±0.51		3.95±0.85 ^{ab}		3.17±1.19 ^{ab}	
	3~4	2.11±0.16	.286 (.835)	3.98±0.03 ^a	5.216 (.018)	3.23±1.02 ^{ab}	8.819 (.000)
	4~5	-		4.35±0.44 ^{ab}		4.35±0.44 ^c	
	No	2.15±0.54		-		2.35±0.86 ^a	

2) 수행도에 영향을 미치는 요인

영양사의 수행도에 영향을 요인을 파악하기 위해 일반적 특성에서 유의한 차이를 보인 허가 병상 수, 재원 환자 수, 연령, 총 근무경력, 현 병원 재직경력, 임상영양관리 업무 담당 여부, 치료식 설명 여부, 영양상담실 유무를 독립변수로 하였고, 치료식 설명 여부, 임상영양관리 담당여부, 영양상담실 유무는 가변수로 만들어 단계적(stepwise) 다중 회귀분석을 실시한 결과는 <Table 4>와 같다.

회귀분석 실시 후 모형의 적합도를 확인한 결과, 분산팽창지수(VIF: Variance Inflation Factor)가 1.165~1.377

로 1~10 미만이었으며, 공차는 0.726~0.859로 0.1 이상으로 나타나는 다중공선성에는 문제가 없는 것으로 나타났다. 또한 Durbin-Watson 값도 1.843으로 2에 가까워 오차 항 사이에는 독립성이 있는 것으로 나타나 모형은 적합하였다.

회귀분석 결과, 치료식 설명여부($\beta=0.434, p=.000$), 임상영양관리 담당여부($\beta=0.376, p=.000$), 영양상담실 유무($\beta=0.181, p=.008$), 재원 환자수($\beta=0.150, p=.000$) 순으로 수행도에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었고, 모형의 설명력은 68.6%인 것으로 나타났다($F=14.092, p=.000$).

Table 4. Factors affecting performance of total dietitian

Variable	B	S.E	β	t	p-value
Constant	26.018	3.109		8.368	.000
Therapeutic explanation (Yes/No)	19.392	3.123	0.434	6.210	.000
Clinical nutrition management Task (Yes/No)	16.494	3.097	0.376	5.325	.000
Dietician counseling room (be in/be absent)	6.921	2.545	0.181	2.719	.008
Hospitalization patient	0.026	0.011	0.150	2.316	.023

$R^2=0.686, Adj R^2=0.671, F=47.470(p=.000)$

4. 인증여부에 따른 임상영양관리 업무 중요도 차이

1) 임상영양관리 관련 특성에 따른 중요도 인식의 차이

미인증 병원 영양사의 중요도 인식은 임상영양관리 관련 특성에 따라 유의한 차이를 보이지 않았다. 인증병원 영양사의 중요도 인식은 치료식 식수인원에 따라 유의한 차이가 있었으며($F=6.303, p=.002$), 사후검정 결과, '30명 미만'보다 '40~50명 미만'에서 높게 나타났다. 전체 병원 영양사의 중요도 인식은 치료식 식수인원에 따라 유의한 차

이가 있었으며($F=3.831, p=.012$), 사후검정 결과, '30명 미만'보다 '30~40명 미만'과 '40~50명 미만'에서 높게 나타났다. 치료식 설명 여부에 따라 중요도 인식은 유의한 차이가 있었으며($t=2.599, p=.013$), '안 한다'보다 '한다'에서 높게 나타났고, 영양상담실 유무에 따라 중요도 인식은 유의한 차이가 있었으며($t=2.517, p=.014$), '없다'보다 '있다'에서 높게 나타났다. 밀라운딩 횟수에 따라 중요도 인식은 유의한 차이가 있었으며($F=4.436, p=.003$), 사후검정 결과, '하지 않는다'보다 '1회'와 '4회 이상'에서 높게 나타났다.

Table 5. Differences in the perceptions of importance of clinical hospital management in accordance with certification

Variable	Division	Non-Accredited	t/F(p)	Accredited	t/F(p)	Total	t/F(p)
		(n=32)		(n=67)		(n=99)	
Therapeutic personnel	<30	4.21±0.47	.310 (.818)	4.44±0.43 ^a	6.303 (.002)	4.37±0.45 ^a	3.831 (.012)
	31~40	4.45±0.63		4.77±0.38 ^{ab}		4.68±0.46 ^b	
	40~50	4.33±0.33		4.92±0.16 ^b		4.80±0.31 ^b	
	≥50 over	4.37±0.33		4.66±0.46 ^{ab}		4.58±0.44 ^{ab}	
Therapeutic explanation	Yes	4.33±0.49	-.194 (.848)	4.68±0.43	.394 (.695)	4.63±0.45	2.599 (.013)
	No	4.36±0.37		4.58±0.35		4.39±0.36	
Therapeutic explanation	Nutritionist	4.29±0.45	1.598 (.212)	4.69±0.42	1.759 (.164)	4.60±0.45	1.910 (.115)
	Doctor	-		5.00±0.00		5.00±0.00	
	Nurse	3.52±0.00		4.50±0.53		4.26±0.65	
	Others	4.05±0.00		-		4.47±0.58	
	No	4.42±0.36		4.17±0.24		4.38±0.35	
Dietician counseling room	Yes	4.21±0.67	-.359 (.722)	4.74±0.37	1.233 (.223)	4.70±0.41	2.517 (.014)
	No	4.30±0.40		4.60±0.47		4.47±0.46	
Meal rounding time (weekly)	1	4.53±0.50	2.087 (.124)	4.70±0.44	.673 (.613)	4.67±0.45 ^c	4.436 (.003)
	2~3	4.32±0.36		4.65±0.27		4.52±0.34 ^{ab}	
	3~4	4.44±0.29		4.66±0.57		4.57±0.45 ^{ab}	
	4~5	-		4.70±0.39		4.70±0.39 ^c	
	No	4.11±0.35		4.00±0.00		4.15±0.38 ^a	

2) 중요도 인식에 영향을 미치는 요인

전체 영양사의 중요도 인식에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 일반적 특성에서 유의한 차이를 보인 허가 병상 수, 재원 환자 수, 연령, 총 근무경력, 현 병원 재직경력, 치료식 식수 명, 임상영양관리 업무담당 여부, 치료식 설명 여부, 영양상담실 유무를 독립변수로 하였고, 치료식 설명 여부, 임상영양관리 담당여부, 영양상담실 유무는 가변수로 만들어 단계적(stepwise) 다중회귀분석을 실시한 결과는 <Table 5>와 같다.

회귀분석 실시 후 모형의 적합도를 확인한 결과, 분산팽창지수(VIF: Variance Inflation Factor)가 1.028로 1~10 미만이었으며, 공차는 0.973로 0.1 이상으로 나타나는 다중공선성에는 문제가 없는 것으로 나타났다. 또한 Durbin-Watson 값도 1.941로 2에 가까워 오차 항 사이에는 독립성이 있는 것으로 나타나 모형은 적합하였다.

회귀분석 결과, 허가 병상 수($\beta=0.277, p=.007$), 총 근무경력($\beta=0.264, p=.010$) 순으로 중요도 인식에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었고, 모형의 설명력은 17%인 것으로 나타났다($F=8.823, p=.000$).

5. 임상영양관리 업무 수행도와 중요도 인식의 차이

1) 정신의료기관 인증여부에 따른 수행도와 중요도 인식의 차이

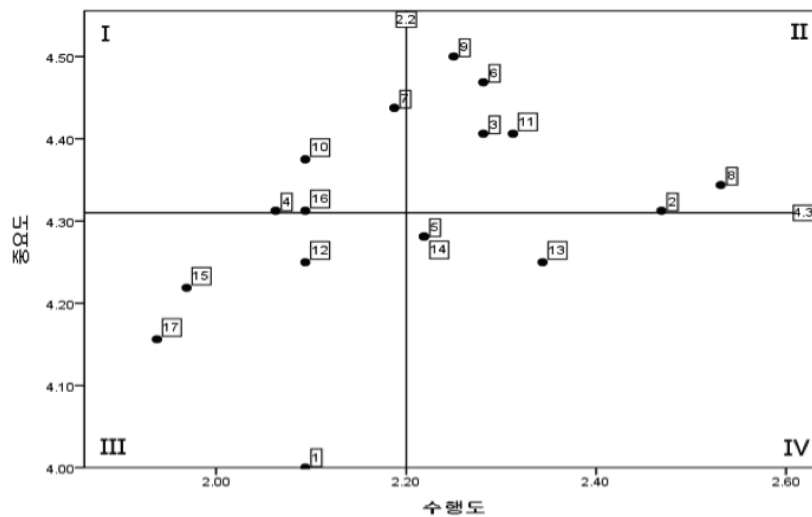
정신의료기관 인증여부에 따른 수행도와 중요도 인식의 유의한 차이가 있었으며($t=-14.328, p=.000$), 미인증 병원보다 인증병원에서 높게 나타났다.

중요도 인식의 차이는 정신의료기관 인증여부에 따라 유의한 차이가 있었으며($t=-4.089, p=.000$), 미인증 병원보다 인증병원에서 높게 나타났다.

6. 인증여부에 따른 임상영양관리업무 수행도와 중요도 인식 IPA분석

1) 미인증 병원

인증여부에 따른 임상영양관리업무 수행도와 중요도 인식에 대하여 격자도 분석을 실시한 결과는 <Figure 1>과 같다. 수행도의 평균값(2.20점)을 X축의 분할 선으로 하고, 중요도의 평균값(4.31점)을 Y축의 분할 선으로 하여 1, 2, 3, 4구간으로 구분하였다. 1사분면은 중요도는 높고 수행도는 낮은 구간이고, 2사분면은 중요도와 수행도가 모두 높은 구간이다. 3사분면은 중요도와 수행도가 모두 낮은 구간이고, 4사분면은 중요도는 낮고 수행도가 높은 구간이다.



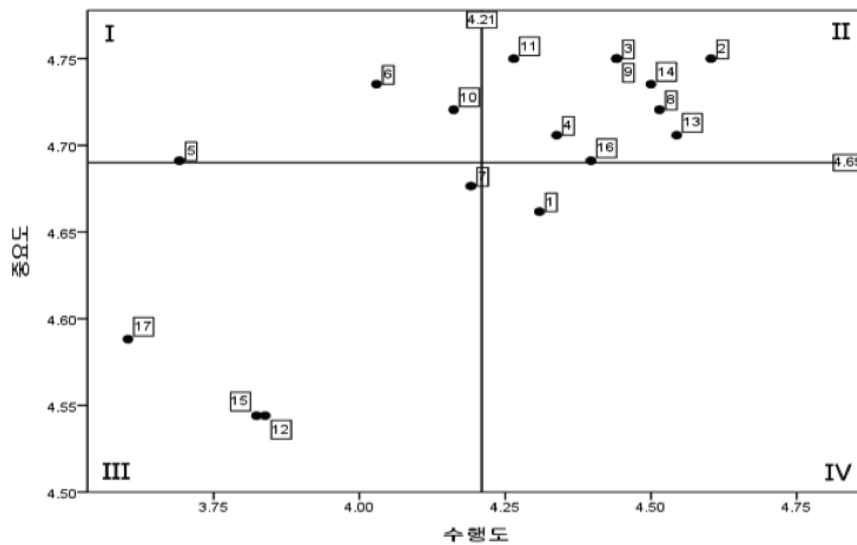
I. Central Improvement Section	4) Whether there is a Meal Precautionary Guide in each hospital building. 7) Medical staff discusses nutritional status with patients 10) Continuous management of nutrition counseling 16) Provide the patient with explanations and data related to the diet;
II. Performance Maintenance Section	2) Providing a therapeutic meal 3) Preparation of Meal Prescription Guidelines 6) Nutrition management of patients who need nutrition support, 8) Enforce medical records on nutritional management of patients; 9) Individual nutritional counseling of patients at the request of the attending physician; 11) Nutrition education for individual patients
III. Improvement Target Section	1) The existence and activities of the Nutrition Committee 12) Patient Group Nutrition Education 15) Develop a therapeutic menu and write a standard recipe 17) Nutritionist's participation in clinical nutrition education and related job development activities
IV. Overdue Period Section	5) Initial assessment of nutrition based on patient's height, weight and weight loss 13) Receipt and processing of treatment formula information 14) Meal management through patient meal prescription guidelines with therapeutic diet

Figure 1. Performance and importance IPA analysis of clinical nutrition management tasks of uncertified hospital nutritionists

2) 인증 병원

인증여부에 따른 임상영양관리업무 수행도와 중요도 인식에 대하여 격자도 분석을 실시한 결과는 <Figure 2>와 같다. 수행도의 평균값(4.21점)을 X축의 분할 선으로 하고, 중

요도의 평균값(4.69점)을 Y축의 분할 선으로 하여 1, 2, 3, 4구간으로 구분하였다. 1사분면은 중요도는 높고 수행도는 낮은 구간이고, 2사분면은 중요도와 수행도가 모두 높은 구간이다. 3사분면은 중요도와 수행도가 모두 낮은 구간이고, 4사분면은 중요도는 낮고 수행도가 높은 구간이다.



I. Central Improvement Section	5) Initial assessment of nutrition based on patient's height, weight and weight loss 6) Nutrition management of patients who need nutrition support, 10) Continuous management of nutrition counseling
II. Performance Maintenance Section	2) Providing a therapeutic meal 3) Preparation of Meal Prescription Guidelines 4) Whether there is a Meal Precautionary Guide in each hospital building. 8) Enforce medical records on nutritional management of patients 9) Individual nutritional counseling of patients at the request of the attending physician 11) Nutrition education for individual patients 13) Receipt and processing of treatment formula information 14) Meal management through patient meal prescription guidelines with therapeutic diet 16) Provide the patient with explanations and data related to the diet
III. Improvement Target Section	7) Medical staff discusses nutritional status with patients 12) Patient Group Nutrition Education 15) Develop a therapeutic menu and write a standard recipe 17) Nutritionist's participation in clinical nutrition education and related job development activities
IV. Overdue Period Section	1) The existence and activities of the Nutrition Committee

Figure 2. Performance and importance IPA analysis of clinical nutrition management work of certified hospital nutritionist

IV. 고찰

본 연구는 정신병원 인증여부에 따라 병원의 특성, 영양사의 특성, 임상영양 관련 특성, 임상영양관리업무의 수행도와 중요도의 차이와 영향 요인들을 비교 분석하였다.

정신병원 임상영양 관련 업무 특성을 살펴보면 치료식 식수 명 30명 미만이 29.2%, 50명 이상이 36.5%이었다. 요양병원 영양사를 대상으로 한 Park와 Lyu [15]의 연구결과에서 치료식 식수 명은 20~40명 미만이 37.9%로 나타나 차이를 보였다. 치료식에 대한 설명을 하는 경우는 77.1%였고, 이 중 환자/보호자에게 치료식을 설명하는 사람은 영양사가 76.8%였고, 나머지는 의사, 간호사 등으로 보고되었다. 또 영양 상담실이 있는 경우는 40.5%로 반 이상의 정신병원에는 영양 상담실이 없는 것으로 나타났다. 밀라운드 횡수는 1회가 57.9%로 나타났다. 또한 Lee [17]의 연구결과에서는 영양상담실 유무가 '없음'이 97.3%, 치료식 설명 여부는 '한다'가 95.7%로 나타나 차이가 있었고, 치료식을 설명하는 사람은 영양사가 79.7%로 유사하였으며, 밀라운드 횡수는 1~2회가 45.2%로 정신병원보다는 상대적으로 낮은 분포를 보였다. 인증여부에 따른 임상영양관리업무 수행도는 미인증 병원 5점 만점 2.2점, 인증병원 4.2점으로 유의한 차이를 보였다. 또한 허가 병상 수는 400병상 이상, 재원 환자수는 300명 이상에서 수행도가 높게 나타났고, 영양사의 연령, 총 근무경력, 재직경력, 임상영양관리 업무담당 여부, 치료식 설명 여부, 환자/보호자에게 치료식을 설명하는 자, 영양상담실 유무, 밀라운드 횡수에 따라 수행도에 차이가 있었다.

또한 수행도에 영향을 미치는 요인으로는 치료식 설명 여부, 임상영양관리 담당여부, 영양상담실 유무, 재원 환자수로 나타났으며, 이 변수들의 수행도에 대한 설명력은 68.6%로 나타났다. 본 연구와 동일한 척도를 사용하여 요양병원을 대상으로 한 Lee [17]의 연구결과에서 수행도는 인증 전 2.26점, 인증 후 3.08점으로 유의한 차이를 보여 유사하였으며, 전체 항목에서 인증 전보다 인증 후의 수행도가 높게 나타나 동일한 연구결과를 보였다. 특히 치료식 설명 및 자료제공과 영양상담 항목은 수행도의 차이가 큰

항목으로 본 연구와 동일하였다.

한편 정신병원과 종합병원 영양사의 급식 서비스 업무에 대한 수행도의 차이를 분석한 Cheon [4]의 연구결과에서 정신병원 3.09점, 종합병원 3.70점으로 종합병원 영양사의 수행도가 높은 것으로 나타났다.

위의 결과로 미루어 미인증 병원의 수행도는 낮으며, 정신병원의 수행도도 종합병원에 비해 낮다는 것을 알 수가 있다. 한편 본 연구결과에서 영양사의 수행도에 치료식 설명 여부, 임상영양관리 담당여부, 영양상담실 유무가 영향을 미치는 요인이므로 인증평가의 실시는 영양사의 수행도를 높이는 방안으로 보인다.

인증여부에 따른 임상영양관리업무 중요도는 미인증 병원 4.31점, 인증병원 4.68점으로 유의한 차이를 보였다. 또한 허가 병상 수, 재원 환자수, 연령, 총 근무경력, 재직경력, 임상영양관리 업무담당 여부, 치료식 식수 명, 치료식 설명 여부, 영양상담실 유무, 밀라운드 횡수에 따라 중요도에 차이가 있었다. 또한 중요도에 영향을 미치는 요인으로는 허가 병상 수, 총 근무경력으로 나타났으며, 이 변수들의 중요도에 대한 설명력은 17%로 나타났다. 위의 연구결과[15]에서 중요도는 인증 전 3.49점, 인증 후 4.06점으로 유의한 차이를 보여 본 연구결과와 유사하였고, '환자의 영양 상태에 대한 의료진이 영양사와 협의' 항목을 제외한 항목에서 인증 전보다 인증 후의 중요도가 높게 나타나 매우 유사하였다. 한편 정신병원과 종합병원을 비교한 연구결과[4]의 중요도는 정신병원 3.39점, 종합병원 3.61점으로 종합병원 영양사의 중요도가 높은 것으로 나타났다. 위의 결과로 미루어 미인증 병원 영양사의 중요도에 대한 인식정도는 낮으며, 정신병원의 중요도에 대한 인식 수준도 종합병원에 비해 낮다는 것을 알 수가 있다.

정신의료기관 인증여부에 따른 임상영양관리업무 수행도와 중요도 간의 차이는 미인증 병원 영양사의 수행도 2.20점, 중요도 4.31점으로 유의한 차이가 있었고, 인증병원 영양사의 수행도 4.20점, 중요도 4.68점으로 유의한 차이가 있었으며, 전체 영양사의 수행도 3.57점, 중요도 4.56점으로 유의한 차이가 있었다. 즉 수행도와 중요도는 정신병원의 인증여부와 관계없이 유의한 차이가 있는 것으로 나타

났다. 본 연구결과에서 전체 병원 영양사의 수행도와 중요도를 비교해 보면, Park와 Lyu [15]의 연구결과에서 업무에 대한 수행도는 3.91점, 중요도는 4.36점으로 보고하여 본 연구결과와 유사하였고, Cheon [4]의 연구결과도 중요도가 수행도보다 높다고 보고하여 유사하였다. 위의 결과로 영양사들의 업무에 대한 수행도와 중요도의 차이는 인증여부 또는 병원의 규모와 관계없이 중요도가 높다는 것을 알 수가 있다.

조사 대상 병원 영양사의 임상영양관리업무 수행도와 중요도를 IPA분석한 결과 중 미인증 병원의 경우, 1사분면의 중점 개선 구간 항목은 식사처방지침서의 병동비치 여부, 환자의 영양 상태에 대해 의료진이 영양사와 협의, 영양상담 지속적 관리, 환자에게 치료식에 관련된 설명과 자료를 제공, 2사분면의 성과 유지 구간 항목은 치료식 식사제공, 식사처방지침서 작성, 영양지원이 필요한 환자의 영양관리, 환자의 영양관리에 대한 의무기록 시행, 담당의사의 의뢰에 의한 환자 개인별 영양상담, 환자 개인별 영양교육, 3사분면의 개선 대상 구간의 항목은 영양관리위원회의 존재와 활동, 환자 집단 영양교육, 치료식 메뉴개발 및 표준 레시피 작성, 영양사의 임상영양 교육 참여 및 관련 직무 개발 활동, 4사분면의 과잉 지양 구간 항목은 환자의 키, 몸무게, 체중감소 여부 등을 근거한 영양 초기평가, 치료식 처방정보 접수 및 처리업무, 치료식이 포함된 환자 식사처방 지침서를 통한 식사관리로 나타났다.

인증 병원의 경우, 1사분면의 중점 개선 구간 항목은 환자의 키, 몸무게, 체중감소 여부 등을 근거한 영양 초기평가, 영양지원이 필요한 환자의 영양관리, 영양상담 지속적 관리, 2사분면의 성과 유지 구간 항목은 치료식 식사제공, 식사처방지침서 작성, 식사처방지침서의 병동비치 여부, 환자의 영양관리에 대한 의무기록 시행, 담당의사의 의뢰에 의한 환자 개인별 영양상담, 환자 개인별 영양교육, 치료식 처방정보 접수 및 처리업무, 치료식이 포함된 환자 식사처방 지침서를 통한 식사관리, 환자에게 치료식에 관련된 설명과 자료를 제공, 3사분면의 개선 대상 구간 항목은 환자의 영양 상태에 대해 의료진이 영양사와 협의, 환자 집단 영양교육, 치료식 메뉴개발 및 표준 레시피 작성, 영양

사의 임상영양 교육 참여 및 관련 직무 개발 활동, 4사분면의 과잉 지양 구간 항목은 영양관리위원회의 존재와 활동으로 나타났다.

IPA분석 결과를 선행연구와 비교해 보면, Park와 Lyu [15]의 연구결과에서 영양사의 수행도와 중요도 측정은 본 연구와 다른 척도를 사용하였으나, 중요도와 수행도가 모두 낮은 3사분면의 항목은 식사처방 지침서 검토, 표준 조리법 활용, 영양상태 평가 및 집단 영양교육, 영양교육자료 제공 등의 항목으로 나타나 본 연구 결과와 유사하였다. 그러나 1사분면, 2사분면과 4사분면의 구간에서는 유사한 항목이 나타나지는 않았다.

또한, 인증여부에 따른 임상영양관리업무 수행도와 중요도의 IPA분석을 종합해보면, 개선 구간의 공통 항목은 '영양상담 지속적 관리'이며, 인증 병원과 전체 병원의 공통 항목은 '환자의 키, 몸무게, 체중감소 여부 등을 근거한 영양 초기평가', '영양지원이 필요한 환자의 영양관리'로 나타났다. 따라서 정신병원의 임상영양관리에 있어 중점 개선 항목들은 앞으로 고려되어야 하며, '영양관리위원회의 존재와 활동'은 과잉 활동을 지양을 해야 할 항목이긴 하나 영양관리위원회 활동을 형식적인 운영이나 현장영양사들의 행정상 업무가 가중되거나 부담을 느끼지 않도록, 실질적으로 임상영양업무를 지지할 수 있는 기구로 운영되어야 할 것이다.

1사분면은 인증병원, 미인증 임상영양사가 중요하게 생각하는 항목으로 수용도가 중요도에 밀려 상대적으로 중요하지 않다고 판단하는 경우도 많기에 두 요인을 결정하는데 신중해야 한다. 영양 상담의 지속적인 관리는 인증, 미인증 병원의 공통항목으로 임상영양사의 지속적인 관심과 노력이 필요하리라 생각한다. 인증병원, 미인증 병원의 3사분면의 차이가 나는 항목으로 환자의 영양 상태에 대해 의료진이 영양사와의 협의 항목으로 인증병원의 경우 의료진의 97.8%가 임상영양 서비스가 환자의 식습관 개선 및 영양상태 개선에 중요하다고 하였고[14], 87.3%는 임상영양서비스는 치료적 의미로서 중요하다고 하였으며, 98.3%는 입원 환자 관리에서 영양지원이 중요하다고 느끼는 선행연구와 유사한 반응을 보였으나 미인증 병원에서도 중요

도를 점점 높여 1사분면으로 이동한다면 그때 개선안을 마련하여 실행하여야 하는 면으로 각 항목들의 관심과 노력을 다해야 할 것이다.

이상과 같은 결과를 근거로 정신병원의 인증제는 병상수가 적은 병원까지 확대 실시가 필요하며, 영양사의 임상영양관리 업무도 확대 적용되어야 할 것으로 보인다. 특히, 영양사들의 임상영양관리 업무에 대한 중요성을 인식하고 실제 수행도를 높이기 위해서는 병원 내에서 적절한 역할 수행을 위한 지위를 보장해 주고, 보다 체계적이고 지속적인 교육이 필요할 것으로 생각된다. 또한 정신병원의 특수성을 감안하여 임상영양관리에 대한 표준 지침이 마련되어야 할 것으로 사료된다.

V. 결론

2013년 1월 1일부터는 의료기관인증제의 확대적용으로 모든 정신병원도 의무인증제를 본격적으로 시행하게 되어 의료서비스 질 향상 평가항목에 임상영양서비스 기준이 포함되었다. 이에 본 연구는 정신병원 198개 조사기준 항목 중 영양관리 부분에 해당되는 항목을 기초로 인증병원과 미인증 병원 영양사의 임상영양서비스 현황과 업무수행도, 중요도에 대한 인식을 알아보고자 조사를 실시하였다.

의료기관평가인증원의 홈페이지에 공개된(2013년 1월부터 2016년 12월 기준) 전국의 인증평가를 받은 정신병원과 미인증 정신병원에 근무하는 영양사를 대상으로 100부를 배부하였고 그중 100부를 회수하여 99부를 분석하였다. 본 연구는 대상병원의 인증 여부에 따른 차이와 전체 정신병원의 임상영양서비스 업무의 수행도와 중요도 인식의 차이를 분석한 결과를 요약하면 다음과 같다.

정신병원 인증여부에 따른 임상영양관리업무 수행도는 미인증 병원 2.20점, 인증병원 4.20점으로 유의한 차이를 보였다. 중요도 인식은 미인증 병원 4.31점, 인증병원 4.68점으로 유의한 차이를 보였다. 또한 허가 병상 수, 영양사의 연령, 총 근무경력, 재직경력, 임상영양관리 업무담당 여부, 치료식 설명 여부, 환자/보호자에게 치료식을 설명하는 자, 영양상담실 유무, 밀라운딩 횟수에 따라 수행도

와 중요도 모두에서 차이가 있었다. 또한 수행도에 영향을 미치는 요인으로는 치료식 설명여부, 임상영양관리 담당여부, 영양상담실 유무, 재원 환자 수로 나타났으며, 이 변수들의 수행도에 대한 설명력은 68.6%로 나타났다. 중요도 인식에 영향을 미치는 요인으로는 허가 병상 수, 총 근무경력으로 나타났으며, 이 변수들의 중요도 인식에 대한 설명력은 17%로 나타났다.

정신의료기관 인증여부에 따른 임상영양관리업무 수행도와 중요도 인식 간의 차이는 미인증 병원 영양사의 수행도 2.20점, 중요도 4.31점으로 유의한 차이가 있었고, 인증병원 영양사의 수행도 4.20점, 중요도 4.68점으로 유의한 차이가 있었으며, 전체 영양사의 수행도 3.57점, 중요도 4.56점으로 유의한 차이가 있었다. 즉 수행도와 중요도 인식은 정신병원의 인증여부와 관계없이 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

인증여부에 따른 임상영양관리업무 수행도와 중요도의 IPA분석을 종합해보면, 개선 구간의 공통 항목은 ‘영양상담 지속적 관리’이며, 인증 병원과 전체 병원의 공통 항목은 ‘환자의 키, 몸무게, 체중감소 여부 등을 근거한 영양 초기평가’, ‘영양지원이 필요한 환자의 영양관리’로 나타났다. 따라서 정신병원의 임상영양관리에 있어 중점 개선 항목들은 앞으로 고려되어야 하며, ‘영양관리위원회의 존재와 활동’은 과잉 활동을 지양해야 할 항목이긴 하나 영양관리위원회 활동을 형식적인 운영이나 현장영양사들의 행정상 업무가 가중되거나 부담을 느끼지 않도록, 실질적으로 임상영양업무를 지지할 수 있는 기구로 운영되어야 할 것으로 생각된다.

이상과 같은 결과를 근거로 정신병원의 인증제는 임상영양서비스 향상을 위하여 병상수가 적은 병원까지 확대 실시가 필요하며, 영양사의 임상영양관리 업무도 의무적으로 적용되어야 할 것으로 보인다. 특히 영양사들의 임상영양관리업무에 대한 수행도와 중요도 인식을 높이기 위해서는 병원 내에서 적절한 역할 수행을 위해 지위를 보장해 주고, 보다 체계적이고 지속적인 교육, 업무분담, 적정인력 배치 등 필요하다. 또한, 임상영양사를 보건의료인력 범주에 포함하는 제도적인 뒷받침이 강구되어야 할 것이며 이는 임

상영양관리업무가 질병 치료에 기여함으로써 재원일수를 단축하는 등 궁극적으로는 국민의료비 절감에도 기여할 것이다.

VI. 참고문헌

1. Ministry of Health & Welfare White Book; 2017.
2. Korean Healthcare Accreditation Perspectives. Pending issue analysis and policy development based on evaluation system for psychiatric institution. Seoul, Korea: Korean Healthcare Accreditation Perspectives; 2015.
3. Ministry of Health & Welfare White Book; 2015.
4. Cheon BY. The assessment on food and clinical nutrition service in mental hospital[dissertation]. Dankook University; 2004.
5. Ministry of Health & Welfare. The survey of mental disorders in Korea; 2017.
6. Lim HS. Study on the quality improvement in hospital food and clinical nutrition services for better nutrition of the patients[dissertation]. Inha University; 2015.
7. Um MH, Park YK, Song YM, Lee SM, Ryu US. Needs for clinical dietitian in hospital settings: importance of doctor's awareness regarding clinical nutrition service as mediating variable. *Journal of Nutrition and Health*. 2017;50(5):519-29.
8. Cho YU, Lee MK, Jang HC, Rah MY, Kim JY, Park YM, et al., The clinical and cost effectiveness of medical nutrition therapy for patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nutrition and Health*. 2008;41(2):147-55.
9. Ministry of Health & Welfare White Book; 2016.
10. Korean Healthcare Accreditation Perspectives. Mental hospital certification standard (ver.2). Seoul, Korea: Korean Healthcare Accreditation Perspectives; 2015.
11. National Assembly. 'How to do Clinical Nutrition Services for Healthwelfare'; 2012.
12. Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 9th ed. New York, McGraw-Hill; 1996.
13. Kim HJ, Clinical nutritionist should be included in health care provider; 2017 [2017 February 17]. Available from : <http://www.fsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=19724>.
14. Han MH, Lee SM, Lyu ES. Doctors' perception and needs on clinical nutrition services in hospitals. *Journal of the Korean Dietetic Association*. 2012;18(3):266-75.
15. Choi J, Park E. Different perceptions of clinical nutrition services between doctors and dietitians in the Busan-Gyeongnam area. *Journal of the Korean Dietetic Association*. 2013;19(1):69-81.
16. Jeong HS, Teong CH, Choi YJ, Kim WJ, Lee AR. Attitudes of medical staff and factors related to nutritional support for patient care in a university hospital. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2014;6(1):37-41.
17. Um MH, Park YK, Lee SM, Cha JA, Lee E, Lyu ES. Time measurement study of certified clinical dietitians from tertiary hospital in Seoul and Gyeonggi-do. *Journal of the Korean Dietetic Association*. 2015;21(2):123-39.
18. Lee JE. Dietitians' Perception of importance about standards of foodservice management associated with long-term care Hospital accreditation. *Journal of the Korean Society of Food Science and Nutrition*. 2015;44(10):1558-66.
19. Park MS, Lyu ES. Importance and performance of dietitian's task at long term care Hospital foodservice in Busan Kyungnam Area. *Korean*

Original Articles

Journal of Community Nutrition. 2001;16(5):602-12.

20. Lee CH. Accreditation program and clinical nutrition management status in geriatric hospital organizations[dissertation]. Inha University; 2014.
21. Lee CH, Lee SK. Clinical nutrition management status in convalescent hospitals before and after healthcare accreditation process, Journal of the Korean Dietetic Association. 2014;20(3):199-211.