

## 임상간호사의 병원감염관리에 대한 중요성 인지도, 실천정도 및 만족도에 관한 연구\*

김 순 옥\*\* · 조 수 현\*\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

오늘날 현대 의학의 눈부신 발전은 인간의 생명을 연장시키고 동시에 질병과 관련된 고통이나 장애요인을 감소시키므로 인간의 존엄성을 유지하는데 이바지했다고 볼 수 있다. 그러나 병원의 입원기간과 입원대상자가 증가함에 따라 질병에 대한 감수성이 높은 대상자가 일정기간 머무르는 기회가 증가하여 병원에서의 이차감염에 노출되는 경우도 증가하게 되었음에 주의 해야 할 것이다. 또한 병원감염은 대상자에게만 국한되는 것이 아니고 의료인, 방문객등에게도 발생할 수 있으며 입원중 뿐만 아니라 퇴원 후에야 증상이 나타날 수도 있어 병원 감염이 된 환자에게는 신체적, 정신적 고통은 물론 장기 입원으로 인한 경제적 부담과 인명 손실까지 주어질 수 있다.

미국 CDC (Center for Disease Control, 1977)에 의하면 병원감염이 직접 사인이 되는 경우는 1.0%정도이며 약 3.0%정도는 병원감염이 사망의 간접원인이 되어 사망에 이르는 것으로 보고 되고 있다(Dixon, 1983).

우리 나라의 경우 병원 감염율은 이성과 김(1988)의 연구에서 1986년 서울 일대학 병원 퇴원환자의 6.4%였으며 정인숙(1993)의 보고에서는 15.5%였다. 또한

병원감염은 사망 명원 보다는 대도시 종합병원일수록 높고 중환자실이나 만성 질환을 다루는 곳일수록 높은 것으로 보고 되고 있다(Feely et al, 1975). Britt(1978)는 감염 관리가 시행되지 않을때의 병원 감염율은 9.2%이나 감염관리가 이루어질때의 감염율은 4.2%라고 보고하였다.

실제 미국의 경우 1976년 이후부터 감염 관리 프로그램이 병원별로 실시되면서 병원감염율이 감소되었으며 우리나라의 경우 1985년부터 대한병원협회의 병원표준화 심사에서 병원 감염 관리를 권장하고 있으며 1986년 간호사 보수교육 프로그램으로 병원 감염관리 및 대책에 대한 내용을 마련했고 1991년에 서울 대학 병원에 최초로 감염관리실이 개설 되었으며 1992년에 보건 복지부가 마련한 병원 감염 관리 준칙(업무지침, 1992. 8. 1.)에 근거하여 병원별로 자율적으로 실시하고 있다. 이 지침에는 병원별로 병원 감염관리위원회를 설치 운영하도록 했다.

그럼에도 병원 감염관리의 문제점으로는 병원감염발생과 그 관리 실태가 정확하게 파악되지 않고 있고 병원 감염관리가 종합 체계적으로 실시 되지 못하는 이유로는 첫째, 전문인력을 교육할 수 있는 기관의 부족으로 감염관리 전문요원이 부족하고 둘째, 감염예방 및 관리 활동에 대한 유인 및 보상기전이 없어 병원측의 관심과 노력이 부족하고, 셋째, 의료이용자와 의료인의 감염에

\* 1997년 순천전문대학 학술지원기금에 의한 것임

\*\* 순천전문대학 간호과 부교수

\*\*\* 순천전문대학 간호과 조교수

대한 인식 부족을 그 이유로 들 수 있다(이, 1996).

따라서 병원감염관리는 병원과 정부행정당국의 정책 개발과 독려, 이의 시행정도에 대한 평가와 보상이 필요하고 특히 임상의료인의 병원감염에 대한 지식과 실천 그리고 기술, 인내, 노력이 절실히 요구되어 이에 대한 문제점을 파악하여 그 대안을 찾고자 하였다.

이에 환자를 중심으로 한 업무에 익숙하고 관련 부서와의 원활한 업무처리가 가능하며 감염관리 실천의 주체가 되는 임상간호사를 대상으로 그들의 병원감염 관리에 대한 중요성 인지도와 실천정도를 높여 효율적인 병원 감염관리에 도움을 주고자 본 연구를 시도하였다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 간호사의 병원 감염 관리에 대한 중요성 인지도와 실천정도 및 그에 대한 만족도를 조사함으로써 병원 감염예방 및 관리 실태를 파악하여 병원행정당국의 병원감염에 대한 규정과 정책, 간호사의 실무에서의 병원감염에 대한 인지도와 실천정도 강화, 병원감염에 대한 교육프로그램 및 병원감염 평가도구 개발에 기초자료를 제공하고자 다음과 같은 구체적인 목적을 갖는다.

- 1) 병원 감염 관리에 대한 간호사의 중요성 인지도와 실천정도를 파악한다.
- 2) 간호사 자신, 부서, 병원의 감염관리에 대한 만족도를 조사하여 문제를 파악한다.
- 3) 간호사의 제 특성과 병원감염관리에 대한 중요성 인지도, 실천정도 및 만족도와와의 관계를 파악한다.
- 4) 병원감염관리에 대한 중요성 인지도, 실천정도 및 만족도와의 상관관계를 파악한다.

## II. 이론적 배경

### 1. 병원감염의 개요

병원감염은 1968년 미국의 병원 협회에서 발간된 『병원내 감염관리』에서 최초로 언급된 이후 1970년 보건부(Public Health Service)에서 병원 감염을 “입원 당시에는 증상도 없었고 감염증의 잠복상태도 아니었던 감염증이 입원후 혹은 퇴원후에 발생하는 경우”라고 정의하였으나 이는 전 세계적으로 적용되는 공통기준이 되고 있다(서울대학교 병원, 1993).

우리나라에서의 병원 감염에 대한 관심은 1984년도에

발생한 “Legionella 감염사건” 이후에 크게 증가 되어 오늘날 거의 모든 병원에서 심각하게 받아들여지고 있으며 병원에서 접촉하는 모든 사람에게 잠재적 재단으로 인식되고 있다.

우리나라의 병원감염 발생은 서울 시내 일 대학병원을 대상으로한 6.4%(이성은과 김, 1986), 서울시내 일 대학 병원에서 조사된 진단과 치료기술에 관련된 감염율 7.9%(유, 1992), 국내의 18개 병원을 대상으로 조사된 감염율 5.78%(이, 1992)가 보고되고 있다.

병원감염으로 가장 많은 발생빈도를 보이는 것은 비뇨기감염, 수술상처감염, 호흡기감염, 그리고 패혈증 등으로 1973년 NNIS(National Nosocomial Infection Study)보고에 의한 감염율인 요도감염 40.6%, 호흡기감염 18.8%, 수술상처감염 21.9%, 피부감염 6.3%, 균혈증 3.1%로 나타나고 있다.

우리나라의 경우는 이성은과 김정순(1986)의 보고에 의하면 요도감염 22.4%, 호흡기 감염 22.3%, 수술상처감염 13.3%였고 이(1992)의 전국 18개 종합병원을 대상으로 한 연구에서는 폐렴 19.5%, 요도감염 14.8%, 수술후 창상감염 11.9%의 순으로 나타났고 이는 정(1993)의 결과와 유사했다.

병원 부서별 병원 감염발생율은 김(1988)의 보고에서 요도감염의 경우 신경외과 및 비뇨기과에서 가장 높았고 수술후 창상감염은 제왕절개수술한 산과환자에서 가장 높고 부인과 환자에서 가장 낮았다. 폐렴감염은 흉부외과, 신경외과, 일반외과에서 높았고 패혈증은 흉부외과에서 높게 나타났다.

또한 중환자실에 입원한 경우 병원 감염의 집단 발생을 빈번히 유발할 수 있으며 이중 창상 감염은 비슷하지만 요도감염, 폐렴, 패혈증은 일반 병실에 비해 2-4배 높다고 했다. 이것은 이성은(1993)의 결과인 중환자실의 병원 감염발생이 일반 병실에 비해 약 6배가 더 많은 것과 비슷했다.

화상 병실에서 치료중인 화상환자의 경우는 병원성 폐렴, 패혈증의 발생빈도가 높았으며 수술실의 경우 외과 수술 환자가 병원감염을 얻을 상대적 위험도는 비 수술 환자의 3배나 되었고 특히 창상감염의 경우 1분에서 30분정도 걸리는 수술에 비해 2시간 30분이상 걸리는 수술은 감염위험이 20배로 증가되고 있다.

또한 병원 신생아실 재실기간과 포도상구균 보균율은 성비례의 관계가 있어 신생아실 수용 1일에는 42.6%, 2일에는 59.8%, 3일이상에서는 64.7%의 포도상 구균 불현성 감염을 보고한 예도 있다. 또한 혈류감염은 저체중

이나 미숙아에게서 발생을 및 사망률이 높게 나타나고 있다(원치균, 1961; 정, 1967).

병원 감염의 원인균 분포는 E.coli가 13.7%, Klebsiella 6.1%, Pseudomonas 10.8%, Staphylococcus 7.1%, Proteus 2.4%이며(이, 1992) 이중 그람 음성균중에서 E. coli가 가장 많았고 그람 양성균중에서는 Staphylococci가 대부분이라고 했다(전, 1985). 일반적으로 병원내 세균의 분포는 시간, 장소 그리고 병원내 업무절차 등에 따라 많은 변화가 있고 동일 병원내에서도 부서마다 서로 다른 병원감염이 발생하며 감염은 간헐적으로 발생할 뿐만 아니라 동적인 성향을 띄고 있다.

미국의 경우 입원환자 5000명당 1명의 비율로 병원 감염에 의해 사망하고 있으며 감염된 환자의 경우 평균 10일 이상 재원기간이 길어짐으로써 막대한 의료비의 추가 지출이 초래되고 있다는 연구결과가 제시되고 있다(이, 1990).

이(1992)에 의하면 병원 감염이 갖는 보건학적 의미는 첫째, 병원감염으로 인한 비용증가와 낭비 둘째, 의료의 질 저하로서 항생제의 추가사용, 입원기간의 연장, 사망, 영구적 손상 등을 초래하고 셋째, 의료인의 윤리 문제로 환자에게 해로운 일을 하게 되는 것으로 이는 병원감염 관리에 적극적으로 접근해야 하는 이유가 되는 것이다.

## 2. 병원감염의 조건과 경로

병원감염의 조건을 보면 첫째, 질병 자체나 치료 때문에 면역체계에 문제가 생긴 경우로서 악성종양(특히 백혈병), 심한 화상, 당뇨병 혼수, 심부전증, 마취 등으로 인해 정상 방어능력의 손상, 장기입원으로 인한 저항력 저하로 인해 병원감염에 대한 감수성이 높아질 수 있고 장기간 항생제의 사용으로 균이 내성이 강화되어 이로 인한 감염을 초래할 수 있으며 둘째, 지표나 진단 검사의 발달로 인한 침습성 시술과 수술로 인해 조직이 상해를 입는 경우로, 요로카테터, 정맥내 카테터, 신장투석, 인공호흡기의 사용등으로 감염을 초래할 수 있다. 장기적으로 입원해야 하는 중환자의 경우 기계적 조작을 많이 하게 되므로써 병원감염에 대한 감수성이 높아지게 된다. 셋째, 병원체를 가진 환자가 모인다는 것과 의료인에 의해 교차감염을 일으킬 수 있다는 것으로 특히 환자 와 의료인은 병원 미생물의 보유원이 되고 또한 감염의 전달수단, 보균자 및 감염원이 되어 병원내의 공기, 사용되는 용액, 가습기, 린넨 등을 오염시키게 된다(김,

전, 김 및 박 1990; 유지소, 1987; 최, 모 및 김, 1982).

### 1) 병원균별 감염

포도상구균(staphylococcus aureus, albus)은 사람의 피부 및 점막에 상주균으로 존재하며 수술창상, 신생아 등에 감염이 되며 의료인의 손을 통한 접촉감염을 일으켜 화농성염증이나 패혈증, 폐렴 등을 일으킨다.

항생제의 남용과 항생제 감수성검사를 하지 않은 채로 두어하여 내성을 획득하며 항생제 사용기간이 길다든가 접촉감염이 중복하여 이루어지므로 강한 내성을 획득하게 되기도 한다.

그람음성균에 해당하는 E.coli Paracolon, Klebsiella, Proteus Pseudomonas 등은 노인, 면역억제제 치료 중인 환자, 악성종양환자, 장기질환자 등 감염에 대한 방어능력이 저하된 사람에게 감염이 잘된다.

Klebsiella는 광범위 항생제 치료를 받은 사람과 비뇨기과적 처치를 받은 사람에게 감염이 잘 되며 klebsiella에 오염된 정맥주사 바늘 또는 요로카테터가 원인이 되어 뇌막염과 균혈증 등을 발생시키기도 한다.

Pseudomonas는 국소마취제, 방광세척용액, 의료인의 손에 의한 감염이 되기도 하고 E.coli에 의한 감염은 신생아의 경우 분만시 산모의 질이나 분만개조자에 의해 감염될 수 있으며 신생아실내의 병실 상주세균이 그람 양성균에서 점차 음성균으로 변화되고 있으며 그람 음성균은 내성이 강해 투약으로 통제하기가 어려운 것으로 보고되고 있다.

Legionella균은 냉방시설과 관계가 되는 기회감염 세균으로 인체에 침입하면 질병을 일으키게 된다(김남이, 1986).

### 2) 부위별 감염

요로감염(Urinary Tract Infection)은 주로 내과, 비뇨기와 및 일반외과에서 많이 발생하며 원인균은 E.coli이다. 요도에는 정상적으로 세균이 성장하고 있는데 Helmholz(1950)에 의하면 남자는 외요도구로 부터 6cm까지 상주하여 도뇨카테터 삽입시 균을 방광내로 전파시킬 가능성이 크다고 했다.

Kass(1956)는 개방성 배액체계(Open Draining System)를 사용할 경우 카테터 유치후 95시간에는 95%에서 세균뇨가 발생된다고 했으며, 이(1974)와 주(1975)의 경우 요로감염증 환자의 가장 흔한 원인이 유치카테터로 인한 감염이었다고 했다.

호흡기계감염(Respiratory Tract Infection)은 만성

질환자나 중환자 특히 기관내 삽관이나 기관절개를 한 호흡기계 환자에서 많이 발생한다(김, 1986).

특히 호흡기계감염은 감염율보다는 예후가 좋지않아 사망율이 높은 주요요인으로 보고되었다(Dixon, 1983).

또한 만성 폐질환자의 경우 유행성독감 바이러스에 감염될때는 바이러스성 폐렴으로 치명적일수 있다(Kapila, 1977).

수술후 감염은 특히 창상감염으로써 수술환자는 수술실에 머무르는 시간은 매우 짧으나 수술하는 동안 마취와 조직절개로 인해 일차 방어기구가 균형이 깨어져 창상 감염을 얻게될 가능성은 상당히 높다(Christopher, 1977). 창상감염은 공기중에 떠있는 미생물이 창상부위로 떨어지거나 수술팀의 무균술에 대한 부주의가 창상부위를 오염시킨 결과로 볼 수 있다.

특히 창상부위의 오염은 수술 소요시간에도 비례하며(Christopher, 1977) 이들의 예방을 위해 항생제를 투여하는 것은 난치성의 내성화를 촉진시키게 되기도 하므로 삼가해야 할 것이다.

정맥주사후 감염은 주사기구, 의료인의 손, 주사부위의 불완전한 소독과 함께 주사용액의 불량, 공기중의 세균의 부착, 주사후 국소적 접촉감염등이 원인이 되는데(우상덕, 1985) 정맥내 카테터를 사용하면 정맥주사 세트 자체가 생리적 침습을 의미하므로 화농성 정맥염이나 패혈증이 나타날 수 있다(심신복, 1977). 정맥내 카테터와 관련된 감염은 주로 균혈증으로서 병원감염의 5%를 차지하며 모든 정맥주사의 1% 미만에서 균혈증이 발생하고 있다. 카테터와 관련된 감염의 빈도는 플라스틱카테터가 주사바늘보다 감염빈도가 높고 긴 카테터가 짧은 카테터보다, 중심정맥이 말초정맥보다, 수술적 삽입이 비수술적 삽입보다 감염빈도가 높으며 카테터의 삽입기간에 따라 말초정맥의 카테터는 최소 72시간을 전후해 발생율이 증가하는 경향을 보였다(Marki, 1973).

### 3) 병원의 물리적 환경에 의한 감염

병원의 물리적 환경이 병원감염에 미치는 영향은 직접적이며 사람에게 의한 접촉 등에 비해서는 적은 것으로 고려된다(Cundy, 1977). 이러한 물리적 환경의 유형은 첫째, 가장 위험도가 높은 수술실, 중환자실, 신생아실, 상기이식 및 유사기능명동, 피부 또는 점막의 손상된 곳에 밀접한 접촉을 하게 되는 기기 및 침습기구(예, 투석기, 카테터, 비경구용액, 내시경, 수술가운 및 장갑, 드

레싱재료) 둘째, 간접적 또는 중간정도의 위험도가 존재하는 곳은 건강한 피부 및 점막, 호흡기 및 마취기구, 온도계, 인큐베이터 등을 다루는 의료인 및 진료보조인의 손 또는 의복과 밀접한 접촉을 하게 되는 것들로 병동에 있는 세면대, 욕조, 변기, 소변통, 손톱깎기, 면도기 등을 들수 있고 병동내의 공기, 침구, 세척제 그리고 환자들의 음식, 음식조리대 표면, 주방기기 그리고 치료에 의해 산출되는 쓰레기, 주사기 및 주사바늘 등이다. 셋째, 상대적으로 위험도가 낮은 곳은 환자과 직접 접촉이 없는 곳 및 병원의 환경청결에 사용되는 기기와 장소등이며 또한 꽃병, 어항 그리고 일반쓰레기등이다(이신희, 1990). 이중 특히 공기 감염(airborn transmission of infection)은 온도, 습도, 공기의 흐름, 병원의 물리적 구조, 해당지역 환자의 질환종류, 연령, 항생제의 사용 여부 등이 관계한다.

### 3. 병원감염의 예방과 관리

병원감염관리의 목적은 입원기간동안의 위험을 감소시켜서 병원감염을 예방하는 것인데 미국 CDC의 연구결과에 의하면 감염관리가 효과적으로 시행되는 경우 전체 병원감염의 32%를 예방할수 있다고 했다(배직현, 1992).

SENIC의 연구결과에 의하면 감염관리 체계를 위해 감시, 관리(정책 및 규정), 감염관리진호사 및 감염관리 의사의 구비가 필요하다고 했다.

감염감시란 병원감염의 예방과 관리를 위해 환자와 의사, 간호사등 병원직원에게서 병원감염의 발생과 분포를 지속적으로 관찰 분석하여 병원감염의 발생수준과 유행을 인지할 수 있는 자료를 제시하는 것이다(김정순, 1990).

감염관리의 방침 및 규정은 병실에서의 환자격리, 특별부서(중환자실, 신생아실, 투석실, 분만실등)에서의 환자격리, 각부서(수술실, 마취과, 중앙공급실, 임상병리과, 주방, 약제과, 특수검사실등)에서의 관리방법, 감염가능성이 많은 수기(정맥주사, 기관카테터, 호흡기 치료기기사용, 도뇨카테터 삽입과 관리)에 대한 감염예방지침, 병실 또는 기타 병원내 환경의 청소·소독에 대한 방침과 규정의 문서화와 이에 대한 감염위원회 수시 개정 등의 관리지침이 병원직원에게 안전한 의료행위를 제공하게 하는 기본틀이 된다(배직현, 1992).

따라서 이들 감염관리를 활성화하기 위해서는 이를 총괄하는 체계적이고 효율적인 조직이 있어야 하며 이

를 담당하는 전담요원이 필요하다.

1981년 이래 실시하고 있는 병원 표준화 심사에도 병원감염 관리를 포함시켜 감염관리를 권장하고 있으며, 병원 표준화 심사요강의 감염관리에는 감염관리 위원회의 구성, 구성원, 권한, 의장의 전공, 감염관리 프로그램 내용의 재검토, 감염질화보고, 감염감시를 위한 전임직원, 감염 감시내용, 부서별 감염 관리규정을 평가하도록 되어있다(병원 표준화 심사요강, 1988).

그러나 구체적인 심사기준이 모호하고 강제력을 갖지 못해서 병원의 감염관리에 영향을 주지 못하고 있는 실정이다.

우리나라 140개 병원중 감염관리 위원회가 조직되어 있는 병원은 48%에 해당되는 67개 병원이나 1달에 1회 정도의 정기적 모임을 갖는 병원은 7%에 해당되는 10개 병원에 불과하다.

이중 감염관리 전담요원은 가장 중요한 요소인데 미국의 경우 각병원의 250명상당 간호사 1명씩 두도독하여 실천하고 있는데 반해 우리나라의 경우 거의 대부분 병원에 전담요원이 없음은 물론 전국적으로 16개 병원에서만 18명의 감염관리 간호사가 활동하고 있을 뿐이다(손영희, 1995).

이성운 (1993)의 연구에 의하면 감염 관리위원회는 병원의 규정으로 두어야 하며 회의는 연 4-6회를 개최해야 하며 감염관리 전담업무는 별도의 교육을 받은 감염관리 간호사가 담당하는 것이 바람직하다고 했다. 병원 감염 문제를 해결하기 위해서는 환자를 중심으로 관련된 업무에 능숙해야 하고 병원의 모든 부서에 대한 이해가 있어야 원활한 업무 처리가 가능하므로 이에 기본적인 조건이 풍부한 임상경험 일 수 있으며 이를 갖춘 간호사가 감염관리 책임자라 할 수 있다. 실제 미국과 캐나다의 자료에도 감염관리 실무자로서 간호사 87.9%, 의료기사 8.7%, 의사 1.0%, 기타 직종 2.4%가 종사하고 있다.

감염 관리 간호사의 업무는 병원감염의 예방과 관리 방법 적용에 관한 실무를 담당하는 것으로 첫째, 병원 감염발생감시와 보고 둘째, 감염관리 정책과 규정작성 셋째, 직원들의 감염관리 교육과 자문 넷째, 병원 감염 발생조사 등이다.

특히 전 병원직원들이 감염예방 및 관리 방법을 실제 적용할 수 있도록 지속적인 교육을 하므로써 병원 감염에 대한 인지 정도를 높이는 것은 중요하며 이들이 실천할 수 있는 감염 관리 정책과 규정을 만드는 것 또한 중요하다 할 수 있다.

또한 이를 뒷받침할 수 있는 감염 관리 위원회의 프로그램과 병원행정당국의 감염관리에 대한 시설과 장비의 충분한 마련, 정부 당국의 정책적 규제강화 및 이를 평가하기 위한 병원의 질감사(QA)시 감염예방 및 관리에 대한 세부적인 평가내용의설정, 실천사항을 평가한 후의 적극적인 보상등이 강화되어야 한다.

또한 가장 절실한 것은 이러한 감염 예방 및 관리를 전담할 수 있는 요원의 전문적 교육과 배치라고 할 수 있다.

### III. 연구 방법

#### 1. 조사 대상 및 기간

본 연구는 서울, 경기, 대전, 천안, 광주, 전남 지역에 위치한 8개 병원의 임상 간호사 743명을 대상으로 설문지를 간호부에 충분한 설명과 함께 의뢰한 후 간호사가 개인 별로 응답하게 하였다.

자료수집 기간은 1997년 4월 21일부터 5월 25일 까지였다.

#### 2. 연구 도구

본 도구는 총 53문항으로 일반적 특성 10문항, 병원 감염관리에 대한 인지도와 실천정도 각 33문항, 병원 감염관리에 대한 만족도 10문항으로 구성되었다.

##### 1) 병원 감염 관리에 대한 인지도와 실천 정도

윤덕희 외 4인(1992)의 연구에서 사용한 도구와 서울 대학교 병원 감염 관리 지침서(1993)를 토대로 본 연구자가 작성하여 도구의 내용 타당도를 높이기위해 250부를 사전조사(pre-test)하여 탐색적 요인 분석(Factor Analysis)을 한 후 Cronbach's  $\alpha$  계수를 구하여 배포하였다.

본 도구의 신뢰 계수(Cronbach's  $\alpha$ )는 인지도 0.94, 실천 정도 0.93이었다.

본 도구는 동일한 설문내용으로 중요성 인지도와 실천정도를 동시에 측정하였으며 5점 척도로 병원 감염에 대한 중요성 인지도는 "매우 중요하다"에 5점부터 "전혀 중요치 않다" 1점, 실천정도는 "항상한다" 5점에서 "전혀 안한다" 1점으로 점수가 높을수록 중요성 인지도와 실천정도는 각각 높은 것으로 해석하였다.

본 도구는 총 33 문항으로 그 내용은 감염감시 6문항,

교차감염 예방 6문항, 멸균 물품관리 7문항, 오염물품 관리 4문항, 투약관리 4문항, 환경 및 기자재 관리 6문항으로 구성되었으며 개발당시 총 41문항에서 요인분석(Factor Analysis)을 통해 구성 타당도가 적은 8문항을 제외하였다.

## 2) 병원 감염 관리에 대한 만족도

본 연구자가 작성하여 도구의 타당도를 높이기 위해 진호학 교수 3인이 검토한 후 250부를 사전조사(pre-test)하여 탐색적요인분석(Factor Analysis)을 한 후 Cronbach's  $\alpha$  계수를 구하여 배포하였다. 본 도구의 신뢰계수(Cronbach's  $\alpha$ )는 0.93 이었다.

본 도구는 5점 척도로 “매우 만족한다” 5점부터 “전혀 만족하지 않다” 1점으로 점수가 높을수록 만족도가 높은 것으로 해석하였다.

본 도구는 총 10문항으로 개인 스스로의 감염관리에 대한 만족도 3문항, 근무부서의 감염관리에 대한 만족도 3문항, 병원의 감염관리에 대한 만족도 4문항으로 개발당시의 10문항이 요인분석결과 구성 타당도가 적합해 그대로 사용하였다.

## 3. 자료분석방법

수집된 자료는 SAS/PC 프로그램을 이용하여 도구의 신뢰도와 타당도 검증은 Cronbach 및 Factor analysis, 대상자의 일반적 특성은 Frequency analysis, 병원 감염관리에 대한 인지도와 실천정도 및 만족도는 Mean을 구했으며 세 특성과의 관계는 t-test, ANOVA로 검증했다. 또한 인지도와 실천정도, 만족도와 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient로 구했다.

# IV. 연구 결과 및 고찰

## 1. 대상자의 제 특성

연구대상 병원의 설립유형은 대학병원 47.7%, 사립병원 31.3%, 공사병원 21.0%였고 병원규모는 500병상 이상 59.1%, 301-500병상 24.1%, 300병상 이하 16.8%였다.

연구 대상의 현 근무부서는 외과병동 24.9%, 내과병동 17.0%, 중환자실 14.9%의 순으로 나타났으며 연구 대상의 연령은 만25세~29세 43.2%, 만20세~24세 24.0%, 만30~34세 17.4%, 만35세 이상 15.5%였다. 임상경

력은 5년이상인 경우가 43.7%로 가장 많았으며 최종학력은 전문대 졸업이 63.7%, 대학졸업이 32.8%, 대학원 졸업이 3.5%로 나타났다. 현직위는 일반 간호사가 84.4%로 가장 많았으며 수간호사급이상이 9.7% 그리고 책임간호사 5.9%였다.

병원감염 관리에 대한 교육 참석 경험은 있다 67.4%, 없다 32.6%였으며, 근무부서의 감염관리에 대한 Conference의 주기적 실시 여부는 없다 61.0%, 있다 39.0%였다. 병원의 감염관리 부서 설치 여부는 없다 64.7%, 있다 35.3%로 나타났다.

## 2. 병원 감염 관리에 대한 중요성 인지도, 실천정도 및 만족도

1) 병원 감염 관리에 대한 중요성 인지도와 실천 정도  
간호사의 병원 감염 관리에 대한 인지도와 실천 정도를 파악하기 위해 6가지 영역으로 나누어 조사 하였다 <표 1>.

<표 1> 병원감염관리에 대한 영역별 인지도와 실천정도.

항 목	인지도	실천정도	t값 (p값)
	Mean±SD	Mean±SD	
감염감시	4.16±0.48	4.11±0.50	1.07(0.28)
교차감염예방	4.41±0.52	4.31±0.57	1.97(0.04)*
멸균물품관리	4.70±0.37	4.63±0.42	1.87(0.06)
오염물품 관리	4.82±0.37	4.74±0.45	2.27(0.02)*
투약관리	4.74±0.37	4.56±0.51	4.18(0.00)***
환경 및 기자재관리	4.27±0.59	4.21±0.67	0.87(0.38)
총 평균 평점	4.51±0.45	4.42±0.52	

\*p<.05    \*\*p<.01    \*\*\*p<.001

병원감염 관리에 대한 영역별 인지도는 오염물품관리 4.82점, 투약관리 4.74점, 멸균물품관리 4.70점, 교차감염예방 4.41점, 환경 및 기자재관리 4.27점, 감염감시 4.16점으로 나타났으며 최대 평점 5점에 인지도 평균 평점은 4.51점으로 높은 편이었다.

병원 감염 관리에 대한 영역별 실천 정도는 오염물품관리 4.74점, 멸균물품관리 4.63점, 투약관리 4.56점, 교차감염 예방 4.31점, 환경 및 기자재 관리 4.21점, 감염감시 4.11점으로 나타났으며 최대 평점 5점에 실천정도 평균 평점은 4.42점이었다. 전체적으로 모든 영역에서 감염 관리에 대한 인지도가 실천 정도보다 높게 나타났으며 인지도에 비하여 실천정도가 낮게 나타난 것은 투

약관리 영역이었다. 윤석희 외 4인(1992)의 연구결과와 조수현(1997)의 연구결과에서 감염 관리에 대한 인지도는 투약관리가 가장 높게 나타났으며 이는 본 연구결과와 유사하였다. 김용순 외 3인(1990)과 윤석희 외 4인(1992)의 감염관리에 대한 시행도 조사에서 투약 관리에 대한 실천이 가장 높았으며 조수현(1997)의 결과에서는 소독 공급품 관리 점수가 가장 높았으나 본 연구결과에서는 오염물품 관리, 멸균물품관리, 투약관리 순으로 실천 정도가 높게 나타났다. 본 연구에서 실천 정도가 가장 낮은 영역은 감염 감시, 환경 및 기자재 관리였으며 이것은 김용순 외 3인(1990), 조수현(1997)의 결과인 청소, 환경관리에 대한 낮은 결과와 유사하였다.

이 결과로 보아 본 연구의 감염 감시 영역의 인지도와 실천 정도의 점수가 낮은 것은 간호사가 병원 감염 증상 발견에 관심을 적게 가졌기 때문으로 사료된다. 또한 환경 및 기자재관리에 대한 인지도와 실천 정도가 낮은 것은 간호사 이인 기다직원에게 실무를 의존하기 때문으로 사료된다.

전체 33문항중 병원감염에 대한 인지도의 평균 평점이 높게 나타난 것은 “사용된 기구에 묻은 오물은 깨끗이 세척한 후 소독한다.” 4.85점, “전염성 질환자를 접촉한 후에는 반드시 손을 씻는다.” 4.84점 순으로 나타났으며 인지도의 평균 평점이 낮게 나타난 것은 “갑작스런 구토나 설사를 하는 것은 소화기 감염을 의미 할 수 있다.” 3.92점, “병실 소독은 주기적으로 실시한다.” 4.01점, “손을 씻은 후에는 가능한 손을 허리 아래로 내리지 않는다.” 4.02점 순이었다.

병원 감염에 대한 실천정도에서 가장 점수가 높은 문항은 “멸균된 물품은 멸균된 장갑이나 기구를 사용하여 다룬다.” 4.79점, “오염된 물품은 반드시 멸균물품과 분리해 놓는다.” 4.79점, “주사 투약시 주사바늘의 무균정도가 의심되면 반드시 새것으로 바꿔 사용한다.” 4.79점으로 나타났으며 실천 정도의 평균 평점이 낮게 나타난 것은 “손을 씻은 후에는 가능한 손을 허리 아래로 내리지 않는다.” 3.82점, “병실 쓰레기통은 주기적으로 닦고 소독한다.” 3.95점 순이었다.

## 2) 병원 감염관리에 대한 만족도

간호사의 병원 감염 관리에 대한 만족도를 파악하기 위해 3부분의 영역(개인, 부서, 병원)으로 나누어 조사하였다.

병원 감염관리에 대한 만족도는 개인 자신의 병원 감염관리에 대한 만족이 3.48점으로 가장 높았고 병원의

병원 감염관리에 대한 만족도는 3.07점, 자신이 근무하는 부서에서의 만족도는 3.06점으로 나타났으며, 최대 평점 5점에 만족도 평균 평점은 3.20점으로 인지도 및 실천정도에 비하여 낮게 나타났다. 이 결과는 부서에서의 세부적인 감염예방 및 관리에 대한 매뉴얼이나 지침이 부족함과 함께 감염관리에 초점을 맞추 Conference를 주기적으로 갖지 않고 있기 때문으로 사료된다. 그러므로 실무에서의 좀더 강화된 감염관리 지침 및 교육이 필요하다고 하겠으며 또한 명원당국에서의 감염관리에 대한 정책, 시설 및 기자재지원, 인력자원의 부족 등의 문제들이 만족도를 낮추는 요인으로 사료된다. 또한 만족도 문항중 가장 높은 점수를 보인 것은 감염감시에 대한 자신의 지식수준으로 “나는 환자에게 나타나는 감염과 관련된 증상이나 징후를 정확하고 신속하게 파악할 수 있는데 대해 만족하게 생각한다.” 3.75점이었고, 가장 낮은 점수를 보인 것은 “우리 병원이 감염관리를 할 수 있는 충분한 시설 및 인력을 갖고 있음에 만족한다.” 2.76점이었다.

병원관리에 대한 만족도는 선행연구가 부족하여 비교 관찰하지 못하였다.

## 3. 대상자의 제 특성과 병원 감염관리에 대한 중요성 인지도, 실천정도 및 만족도와와의 관계

### 1) 제 특성과 병원 감염 관리에 대한 중요성 인지도

대상 병원의 설립유형에 따른 간호사의 병원 감염관리에 대한 인지도는 공사병원 4.60점, 대학병원 4.57점, 사립병원 4.51점의 순으로 높게 나타났으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p=0.005$ ). 간호사의 연령에 따른 인지도는 만 30-34세 4.66점, 만35세이상 4.64점, 만 25-29세 4.52점, 만 20-24세 4.49점으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p=0.000$ ). 임상경력에 따른 인지도는 5년이상 4.62점으로 가장 높았고 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p=0.000$ ).

이 결과는 윤석희 외 4인(1992)의 연구결과에서 연령과 임상경력이 많을수록 감염관리에 대한 인지도가 높게 나타난 것과 유사하였다. 현직위에 따른 인지도는 수간호사 이상에서 4.67점으로 일반 간호사보다 직책을 갖고 있을 경우가 높은 것으로 나타났다. 이 결과는 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p=0.002$ ). 근무부서에서의 주기적인 감염관리에 대한 Conference의 실시는 인지도와의 관계에서 Conference를 실시하는 경우가 4.59점으로 그렇지 않은 경우보다 높았다( $p=0.003$ ) <표 2>.

〈표 2〉 제 특성에 따른 병원 감염 관리에 대한 인지도, 실천정도 및 만족도.

특성	구분	실수(%)	인지도		실천정도		만족도	
			Mean	F(t)	Mean	F(t)	Mean	F(t)
병원 설립 유형	대학병원	354 (47.7)	4.57		4.31		3.26	
	공사병원	156 (21.0)	4.60	5.34**	4.41	8.24***	3.24	5.76***
	사립병원	232 (31.3)	4.51		4.25		3.10	
병원 규모	300 Bed 이하	125 (16.8)	4.51		4.23		3.11	
	301~500 Bed	179 (24.1)	4.59	1.88	4.38	3.86**	3.21	1.82
	500 Bed 이상	439 (59.1)	4.55		4.31		3.23	
현재 근무부서	중환자실	111 (14.9)	4.52		4.21		2.91	
	수술실	74 (10.0)	4.65		4.54		3.46	
	분만실	26 ( 3.5)	4.51		4.28		3.24	
	신생아실	33 ( 4.4)	4.55		4.42		3.21	
	소아과 병동	44 ( 5.9)	4.58		4.26		3.02	
	산부인과 병동	39 ( 5.2)	4.55	1.61	4.36	4.77***	3.23	7.05***
	응급실	51 ( 6.9)	4.50		4.20		2.99	
	내과병동	126 (17.0)	4.52		4.28		3.27	
	외과병동	185 (24.9)	4.58		4.30		3.29	
	화상,백혈병 치료실	3 ( 0.4)	4.78		4.54		3.60	
연령	기타(인공신장실,감염관리부)	51 ( 6.9)	4.57		4.36		3.37	
	만 20 ~ 24세	178 (24.0)	4.49		4.20		3.19	
	만 25 ~ 29세	321 (43.2)	4.52	13.61***	4.24	30.51***	3.10	10.69***
	만 30 ~ 34세	129 (17.4)	4.66		4.46		3.35	
	만 35세 이상	115 (15.5)	4.64		4.52		3.39	
임상경력	1년 미만	91 (12.2)	4.49		4.20		3.24	
	1년이상~3년미만	169 (22.7)	4.50	6.99***	4.22	14.14***	3.15	1.94
	3년이상~5년미만	159 (21.4)	4.52		4.23		3.14	
	5년 이상	324 (43.7)	4.62		4.43		3.26	
최종학력	전문대 졸	473 (63.7)	4.54		4.30		3.17	
	대학 졸	244 (32.8)	4.57	2.01	4.31	3.21*	3.26	2.52
	대학원 졸	26 ( 3.5)	4.64		4.50		3.32	
현직위	간호사	627 (84.4)	4.54		4.28		3.19	2.09
	책임간호사	44 ( 5.9)	4.60	4.81**	4.41	12.68***	3.31	
	수간호사 이상	72 ( 9.7)	4.67		4.55		3.61	
병원감염 관리	있 다	501 (67.4)	4.56	0.50	4.39	2.30*	3.23	0.33
교육 참석 여부	없 다	242 (32.6)	4.55		4.35		3.17	
근무부서에서의 감염관리에 대한 conference의 주기적 실시	있 다	290 (39.0)	4.59	2.97**	4.41	5.60***	3.34	5.22***
	없 다	453 (61.0)	4.53		4.25		3.12	
	귀 병원의 감염 관리부서 설치	262 (35.3)	4.53	1.68	4.25	3.06	3.25	1.56
	없 다	481 (64.7)	4.57		4.34		3.18	

\* p< .05    \*\* p< .01    \*\*\* p< .001



2) 제 특성과 병원 감염관리에 대한 실천 정도 간호사의 제 특성과 병원 감염 관리에 대한 실천정도와의 관계를 보면 병원 설립유형은 공사 병원 4.41점 ( $p=0.000$ ), 병원규모는 301-500병상 4.38점 ( $p=0.009$ ), 현재 근무 부서는 화상 및 백혈병치료실 4.54점, 수술실 4.54점 ( $p=0.000$ ). 연령은 만 35세 이상 4.52점 ( $p=0.000$ ). 임상경력 5년 이상 4.43점 ( $p=0.000$ ), 최종학력은 대학원 졸업이 4.50점 ( $p=0.040$ ), 현재직위는 수간호사이상 4.55점 ( $p=0.000$ ), 병원감염에 대한 교육을 참석한 경우가 4.39점, 주기적인 감염 관리에 대한 Conference를 실시하는 경우가 4.41점 ( $p=0.000$ )으로 높은 점수를 보였다(표 2).

윤석희의 4인 (1992)의 연구에서 공사 병원이 높았으며, 연령과 임상경력이 높을수록 실천정도가 높은 것으로 나타났으며, 조수현 (1997)연구에서는 연령이 많을수록, 공사병원인 경우와 감염관리 교육에 참석 경험에 있는 경우가 실천 정도가 높았다. 본 연구에서는 공사병원인 경우가 높았으며, 근무부서는 특별히 격리실이 필요한곳이 실천정도가 높았으나 중환자실의 경우는 감염의 감수성이 높은 부서임에도 실천 정도가 낮게 나타났다 (4.21점) 간호사의 윤리적인 문제로서 대상자의 안전에 대한 기본요구충족을 해체 병동이라는 조건에 의해 장애 받는 것이 아닌가 사료되며 인적 자원의 부족으로 병원 감염보다는 생명에 우선 순위를두어 간호문제를 해결하는데 그원인이 있다고 사료된다. 또한 연령, 임상경력, 학력, 직위가 높을수록 실천정도가 높게 나타났으며 근무부서에서의 병원감염관리에 대한 주기적인 Conference를 실시하는경우와 병원 감염관리 교육을 참석했던 경우가 높게 나타났다. 이는 감염관리 인지도 및 실천 정도에 계속적이고 주기적인 교육에 의한 주지가 필요하다는것을 나타낸것이며 이에 대한 충분하고 세밀한 프로그램의 개발이 절실하다 하겠다.

### 3) 제 특성과 병원 감염관리에 대한 만족도

간호사의 제 특성과 병원 감염관리에 대한 만족도와와의 관계를 보면 병원설립유형에서 대학병원이 3.26점 ( $p=0.003$ ), 근무 부서는 화상 및 백혈병 치료실 3.60점, 수술실 3.46점 ( $p=0.000$ )으로 가장 높았고, 연령은 만 35세 이상 3.39점 ( $p=0.000$ )으로 연령이 많을수록 높았으며, 근무부서에서의 감염관리에 대한 conference의 주기적 실시가 되는 경우 3.34점 ( $p=0.000$ )으로 만족도가 높았다(표 2).

특히 병원설립유형은 대학병원, 공사병원, 사립병원

순으로 만족도가 높았으며, 근무부서는 감염관리에 대한 철저한 격리시설과 기술을 실시해야만 하는 화상 및 백혈병치료실, 수술실 등이 높았으며 중환자실이 감염에 대한 감수성이 높은 대상자임에도 간호사들의 감염 관리에 대한 만족도 또한 인지도, 실천정도와 같이 낮게 나타난 것은 주지할 일이다.

## 4. 병원 감염관리에 대한 중요성 인지도, 실천정도 및 만족도와의 상관관계

간호사의 병원 감염관리에 대한 인지도와 실천정도 및 만족도와의 상관관계는 순상관관계로 나타났으며, 감염관리에 대한 인지도가 높을수록 실천정도가 비교적 높게 나타났으며( $r=0.57, p=0.000$ ), 감염관리 실천정도가 높을수록 감염관리에 대한 만족도가 높게 나타났다( $r=0.47, p=0.000$ ). 그러나 인지도와 만족도와의 상관관계는 비교적 낮은 상관관계수를 나타냈다( $r=0.27, p=0.000$ ).

이러한 결과중 인지도와 실천정도의 상관관계가 높다는 것은 간호사의 병원감염 관리에 대한 교육 및 conference 등을 주기적으로 실시하여 인지도를 높여주므로써 임상에서의 감염관리에 대한 수행을 충분히 하게되는 결과를 가져올 것이라고 사료되며, 자신의 실천정도에 따른 감염관리에 대한 대상자의 옹호자로서의 만족도 또한 높아지므로 직업적 긍지를 살리는데 도움이 되리라 생각한다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 임상간호사의 병원감염 관리에 대한 중요성 인지도와 실천정도 및 만족도를 파악하고자 1997년 4월 21일부터 5월 25일까지 서울, 경기, 대전, 천안, 광주, 전남지역에 위치한 8개 병원의 임상간호사 743명을 대상으로 하였으며 그 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 병원 감염관리에 대한 중요성 인지도의 평균 평점은 5점만점에 4.51점, 실천정도의 평균평점은 5점만점에 4.42점, 만족도에 대한 평균 평점은 5점만점에 3.20점 이었다.
2. 병원 감염 관리의 영역별 평균 평점 순위는 중요성 인지도에서는 5점만점에 오염물품관리 4.82 점, 투약관리 4.74점, 멸균 물품관리 4.70점, 교차감염예방 4.41점, 환경 및 기자재 관리 4.27점, 감염감시 4.16점의 순이었다.

실천정도에서는 5점만점에 오염물관리 4.74점으로 가장 높았고 만족도에서는 5점만점에 개인 자신에 대한 만족도가 3.48점으로 병원의 병원감염 관리에 대한 만족도 3.07점, 자신이 근무하는 부서에서의 만족도 3.06점 보다 높게 나타났다.

3. 대상자의 재 특성과 병원 감염관리와의 관계에서 중요성 인지도는 5점만점에 병원 설립 유형의 경우 공사병원 4.60점( $p=.005$ ), 연령은 만 30~34세가 4.66점( $p=.000$ )으로 가장 높았다. 임상경력( $p=.000$ ), 직위( $p=.002$ )가 높을수록 인지도 점수가 높게 나타났으며 근무부서에서의 감염 관리에 대한 Conference는 실시하는 경우가 4.59점( $p=.003$ )으로 높게 나타났다.

실천 정도에서는 5점만점에 공사병원 4.41점( $p=.000$ ), 병원규모는 301~500 Bed 4.38점으로 가장 높았다( $p=.009$ ). 근무부서는 수술실 4.54점, 화상 및 백혈병 치료실 4.54점으로 실천 정도가 높았으며, 응급실 4.20점, 중환자실 4.21점이 가장 낮게 나타났다( $p=.000$ ). 연령( $p=.000$ ), 임상경력( $p=.000$ ), 학력( $p=.040$ ), 직위( $p=.000$ )가 높을수록 실천정도가 높게 나타났다. 감염관리 교육에 참여한 경험이 있는 경우 4.39점( $p=.020$ ). 근무부서에서의 주기적인 Conference를 실시하는 경우 4.41점( $p=.000$ )으로 높게 나타났다. 만족도에서는 5점만점에 대학병원이 3.26점( $p=.003$ ), 근무부서는 화상 및 백혈병 치료실 3.60점( $p=.000$ ), 연령은 만 35세이상 3.39점( $p=.000$ ), 근무부서에서 주기적인 감염관리 Conference를 실시하는 경우 3.34점( $p=.000$ )으로 높게 나타났다.

4. 병원감염관리에 대한 중요성 인지도, 실천정도 및 만족도와 상관계수는 중요성 인지도가 높을수록 실천정도가 비교적 높게 나타났으며( $r=.57, p=.000$ ), 감염관리에 대한 실천정도가 높을수록 만족도가 높게 나타났다( $r=.47, p=.000$ ).

본 연구를 기초로 하여 효율적인 병원 감염관리를 위해 다음과 같이 제언한다.

1. 간호사의 병원 감염관리에 대한 중요성 인지도를 높일 수 있는 교육 프로그램의 개발이 시급하다.
2. 병원감염 관리 실천 내용 및 규정에 대한 정확하고 섬세한 도구의 개발이 필요하다.
3. 감염관리를 위한 병원 행정당국의 정책 개발과 시설 및 기자재와 전문인력 확충이 필요하다.
4. 병원감염 관리에 대한 질감사(QA) 시 구체적인 평

가체계 및 보상이 이루어져야 한다.

5. 병원감염 관리에 대한 지속적인 임상에서의 실무적인 연구가 필요하다.

## 참 고 문 헌

- 강득용(1996). 국내 병원 실정에 맞는 감염관리 · 제2차 대한병원감염관리학회, 19.
- 김남이(1986). 문헌고찰을 통한 우리나라 병원감염의 외학적 특성에 관한 연구. 한국학회지, 8, 127-146.
- 김용순, 전준영, 김조자, 박지원(1990). 병원감염 예방 지침에 대한 중요성 인지도 및 시행도 조사연구 · 감염, 22(3), 131-146.
- 김정순(1988). 병원감염 : 역학과 관리의 실제. 서울 : 수문사, 14.
- 김정순(1990). 병원감염의 감시 및 유행조사. 감염, 23(4), 191-194.
- 김진복(1977). 병원감염증의 문제점. 녹십자의보, 4(5), 133-142.
- 권철훈(1980). 도뇨에 사용된 Foley Catheter의 말단부의 배양성적. 대한비뇨기과학회지, 21(4), 347-355.
- 대한병원협회(1987). 87년도 병원 표준화 심사요강.
- 박정호, 윤혜상(1986). 병원감염관리에 대한실태조사 · 간호학 논문집, 1(1), 13-20.
- 박정호, 윤혜상(1986). 수술후 병원 감염 발생과 입원일수 및 수술소요 시간과의 관계. 간호학회지, 16(2), 70-76.
- 배직현(1992). 병원감염관리체계 및 운영. 제 44차대한 내과 학회추계학술대회 심포지움, 93-97.
- 서울대학교 병원(1993). 병원감염관리 지침.
- 손영희(1995). 병원감염관리에 대한 문헌적고찰, 대한기본간호학회지, 2(2).
- 송영옥, 최강원(1988). 정맥내 삽입한 카테터와 관련된 감염에 대한 연구 · 감염, 20(1), 27-33.
- 양숙자, 최영희, 김문실(1989). 기관절개술환자의 호흡기계 병원감염 양상에 관한연구 · 간호학회지, 19(3).
- 양학도(1972). 병원내 감염에 대한 문제 · 중앙의학, 22(4), 337-381.
- 양학도, 오양효(1985). 기뢰감염과 원내감염 · 부산의사회지, 21(3), 3-5.
- 우상덕(1985). 주사후 화농과 그 책임. 법의학, 9(1.2).

- 원치규(1961). 병원감염에관한연구-의료종사자 및 인  
원환자에 있어서의 포도구균의 동태 · 서울의대잡  
지, 1(3), 285-298.
- 유시소(1987). 병원감염관리와 예방. 대한병원협회지,  
16(12).
- 유선주(1992). 서울시내 1개 대학병원 에서의 진단 및  
치료 시술과 관련된 병원감염에 대한 역학적 조사.  
서울대학교보건대학원 석사학위논문.
- 이동모(1996). 우리나라에서 비합리적 병원감염관리정  
책 · 제2차 대한병원감염관리학회, 15-16.
- 이민성(1974). 요로감염증에 대한 임상적 관찰 · 대한  
비뇨기과학회지, 15, 65-74.
- 이성은(1986). 서울시내 1개 대학 병원의 병원감염에  
대한 역학적조사 · 서울대학교 보건대학원 석사학  
위논문.
- 이성은(1992). 우리나라 병원감염의 현황과 효율적관  
리 모형 개발에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원  
박사학위논문.
- 이성은, 김정순(1986). 수액요법시 발생한 정맥염에 관  
한 역학조사 · 한국역학회지, 9(2), 271-277.
- 이성은, 김정순(1986). 서울시내 1개 대학병원 에서의  
Nosocomial Infection에 대한 역학적 조사. 한국역  
학회지, 8, 147-173.
- 이신호(1990). 병원시설 측면에서 본 감염관리 · 감염,  
22(4), 199-206.
- 주근원, 윤덕기(1975). 요로감염증에 관한 임상적연구  
· 대한 비뇨기과학회지, 16, 37-44.
- 전효진(1985). 원내감염증에 관하여. 대한임상병리학  
회지, 5(1), 231-232.
- 정문현, 고은미, 최강원, 박성섭, 김의종(1986). 오염된  
Chlorhexidine에 의한Pseudomonas Cepacia 가균  
혈증. 감염, 18.
- 정인숙(1993). 일개대학병원의 병원감염 실태 및 환태  
발견 방법 간의 정확도 비교 · 서울대학교보건대학  
원 석사학위논문.
- 정철영(1967). 신생아실에 있어서의 포도구균 감염에  
대한 관찰 · 카톨릭의대 의학부 논문집, 13, 539-  
547.
- 조수현(1997). 병원감염관리에 대한 간호사의 중요성  
인지도와 시행도와의 관계연구 · 순천전문대학논  
문집, 21(1), 65-100.
- 최영희, 모경빈, 김문실(1979). 병원감염의 통제에 대한  
문헌고찰. 중앙의학, 37(6).
- 최영희, 박정호, 윤해상, 문영숙(1982). 병원내 감염에  
영향을 미치는 공기감염 상태에 대한 조사연구 · 간  
호학회지, 12, 39-49.
- Britt, R. Michael(1978). Severity of Underlying Dis-  
ease As a predictor of A Nosocomial Infection.  
Journal of America Medicine Association, 239  
(11), 1047-1051.
- Christopher, D.(1977). Textbook of Surgery ·  
Philadelphia : W. B. Saunders Company, 29-56.
- Cundy, K. R. & Ball, W.(1977). Infection Control in  
Health Care Facilities. 26.
- Dixon, R. E.(1983). Nosocomial Respiratory  
Infections. Infection control, 4(5), 376-381.
- Feely T. W. et al.(1975). Aerosol Polymyxin and  
Pneumonia in Seriously ill Patient. New  
England Journal of Med., 293-471.
- Freeman J. & McGowan J. F.(1978). Risk factors  
for Nosocomial Infection. Journal of Infection  
Dis, 138(6), Dec, 811-819.
- Helmholtz, H. F.(1950). Determination of bacterial  
content of Urethra. New Method, result of 82  
men. J., 64, 158-166.
- Kass, H. E.(1956). Asymptomatic infections of Uri-  
nary tract. Tr. A. Am. physicians, 69, 56-64.
- Kunin, C. M. & McCormack, R. C.(1966). Preven-  
tion of Catheter induced Urinary tract infection  
by Sterile Closed drainage · New England  
Journal of Med., 274, 1155-1161.
- Malizia W. F. Gangarosa E. J., et. al. (1960).  
Benzalkonium chloride as a source of infection.  
New England Journal of Med., 263, 800.
- Marki D. G., et. al.(1973). Infection control in intra-  
venous therapy. Ann Intern Med., 79, 867.

## Abstract —

Key concept : Clinical Nurse, Nosocomial Infection

# A Study on Clinical Nurses Level of Perception of Importance, Performance and Satisfaction in the control of Nosocomial Infection.\*

Kim, Sun Ock · Cho, Soo Hyun\*\*

Hospitals accomodate patients who have a high risk of infection due to reduced immunity as well as people who require surgical, medical or other treatments.

Consequently, the role of clinical nurses, who come into close contact with these patients is very important in the control of nosocomial infection.

This study was done to investigate and compare the level of perception of the importance of the control of nosocomial infections as well as the level of actual performance, and the level of satisfaction with the control of nosocomial infection by the clinical nurses.

Thus, the purpose of this study is to contribute basic data for improving policies and educational programs to control nosocomial infection.

A summary of the survey results is as follows.

- 1) The means of scores on all categories of the inquiry were 4.51 for awareness 4.42 for actual performance, and 3.20 for satisfaction, of a possible high score of 5.00.
- 2) Correlations of the level of perception of importance between characteristics of nurses and hospital con-

trol of nosocomial infection differed significantly according to the type of hospital establishment type ( $p=.005$ ), age ( $p=.000$ ), career ( $p=.000$ ), position ( $p=.002$ ), and regular conferences on infection control in working departments ( $p=.003$ ).

Correlation of the level of actual performance between characteristics of nurses and hospital control of nosocomial infection differed significantly according to type of hospital ( $p=.000$ ), hospital size ( $p=.009$ ), working department ( $p=.000$ ), age ( $p=.000$ ), career ( $p=.000$ ), school career ( $p=.040$ ), position ( $p=.000$ ), education experience on nosocomial infection ( $p=.020$ ), and regular conferences on infection control in working department ( $p=.000$ ).

Correlation of degree of satisfaction between characteristics of nurses and hospital control of nosocomial infection also differed significantly according to the type of hospital establishment ( $p=.003$ ), working department ( $p=.000$ ), age ( $p=.000$ ), and regular conferences on infection control in working department ( $p=.000$ ).

- 3) Correlation between clinical nurses, level of perception of importance and actual level of performance for the control of nosocomial infection was relatively positive ( $r=.57$ ,  $p=.000$ ).

Correlation between clinical nurses degree of satisfaction and level of actual performance for control of nosocomial infection was relatively positive ( $r=.47$ ,  $p=.000$ ).

Correlation between clinical nurses, level of perception of importance and degree of satisfaction degree with the control of nosocomial infection was also relatively positive ( $r=.27$ ,  $p=.000$ ).

\* Supported by the research fund of the Sunchon Junior College

\*\* Sunchon Junior College Nursing Department