

방문간호사의 자살예방 역량강화 교육에 대한 요구도

김정은¹ · 김석선²

이화여자대학교 일반대학원 간호학과¹, 이화여자대학교 간호대학²

Educational Needs for Suicide Prevention Competencies among Visiting Nurses

Kim, Jung Eun¹ · Kim, Suk-Sun²

¹Graduate School, Division of Nursing Science, Ewha Womans University, Seoul

²College of Nursing, Ewha Womans University, Seoul, Korea

Purpose: This study was done to identify and prioritize educational needs for suicide prevention competencies among 212 visiting nurses from 33 public health centers. **Methods:** Data were collected from August to October 2017 through self-administered questionnaires consisting of measures of suicide prevention competencies. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Borich's needs assessment model to determine the priority of educational needs. **Results:** Visiting nurses reported that enhancing skills in suicide prevention were more significant than improving knowledge. The highest priority need was "utilizing counseling skills." In addition, other educational needs were prioritized as followed by; "a strategic planning approach to suicide prevention", "applying therapeutic communication", "showing empathy", and "using resources in the community." **Conclusion:** The findings suggest that developing intervention programs to enhance counseling and strategic planning skills are needed to improve suicide prevention competencies among visiting nurses.

Key Words: Home health nursing; Suicide; Primary prevention; Needs assessment; Educational measurement

서 론

1. 연구의 필요성

국내의 연간 자살 사망자 수는 13,092명, 하루 평균 35.8명, 1시간에 약 1.49명[1]으로 OECD 회원국 사이에서 자살률 1위를 차지하고 있다[2]. 한명이 자살하면 평균 5~10명의 자살자 지인들이 우울, 죄책감, 상실감 등 정서적 문제를 경험한다[3]는 것을 고려하면, 자살은 자살자 개인으로 끝나는 문제가 아닌 가족, 이웃, 지역사회 전반에 걸쳐 고통을 증가시키고 국가

경쟁력을 위협한다[4]. 또한 높은 자살률과 자살로 인한 지역 사회의 파급효과는 직접비와 간접비를 포함하여 6조 5천억 이상의 경제적 손실을 초래하고 있어 자살예방이 시급하다[5].

따라서 정부는 2008년 제2차 자살예방 종합대책을 수립하고 일반인을 대상으로 자살 위험자의 위험징후를 발견하여 전문기관에 의뢰할 수 있는 자살예방 게이트키퍼(gatekeeper)를 양성하는 교육 사업을 시행해 오고 있다[6]. 또한 자살 수단에 대한 관리 강화와 자살 관련 언론 보도의 개선을 위해 자살보도 권고기준을 배포하고, 생명존중 문화를 조성하기 위한 인식 개선 캠페인과 홍보사업을 시행하였다. 그러나 목표하였던 인구

주요어: 방문 간호사, 자살, 일차 예방, 요구 평가, 교육수준 측정

Corresponding author: Kim, Suk-Sun <https://orcid.org/0000-0002-8057-3655>

College of Nursing, Ewha Womans University, 52 Ewhayeodae-gil, Seodaemun-gu, Seoul 03760, Korea.
Tel: +82-2-3277-2885, Fax: +82-2-3277-2850, E-mail: suksunkim@ewha.ac.kr

- This study was supported by Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea (NRF) funded by the Ministry of Science, ICT and future Planning (No. 2015R1A2A2A01004575).

Received: Feb 25, 2018 | Revised: May 11, 2018 | Accepted: Jun 7, 2018

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.

10만 명당 자살 사망률 20명 미만을 달성하지 못하고 있는 실정이다[1,2,6].

국의 연구에 따르면 정신질환에 대한 편견과 낙인의 두려움으로 인하여 자살 사고를 가지고 있는 대상자들은 정신의료 서비스보다 일차의료 서비스를 선호하며, 신체질환이 있는 노인의 경우 자살하기 한 달 이내에 일차의료 서비스를 이용하는 것으로 나타났다[7-9]. 국내 방문간호사는 건강 취약계층의 가정을 방문하여 질병 예방 교육과 상담, 간호 술기 등의 업무를 수행하기 때문에 대상자의 자살예방 및 사고에 즉각적으로 조치할 수 있다[10]. 또한 방문간호사가 접촉하는 주요 대상자는 만성질환, 경제적 빈곤층, 독거노인 및 1인 가구 생활자로서 이들은 자살 고위험군을 포함하고 있다[5]. 이에 대상자의 신체적 안전과 정신건강 증진을 통한 건강한 생활 유지를 위하여 방문간호사의 자살예방 교육 요구를 반영한 자살예방 역량강화 프로그램이 요구된다.

그러나 국내에 존재하는 자살예방 교육 프로그램들은 일반인을 대상으로 국외 프로그램을 번역하여 사용하거나, 자살예방 효과가 증명되지 않은 프로그램을 사용하고 있는 실정이다[11]. 특히, 방문간호사에 대한 교육은 사례관리 매뉴얼, 전산 프로그램 활용능력이나 특수 간호 술기에 대한 교육이 대부분으로 자살예방 역량 강화교육 프로그램은 부족한 실정이다[5,12,13].

2018년 정부는 자살예방 국가행동계획 수립[14]을 통해 ‘방문간호사가 자살 위험성을 조기에 발견하고 개입할 수 있도록 교육을 강화함’이라고 자살예방 국가행동계획을 발표하였다. 이러한 정부의 정책에 발맞추어 자살을 예방하고 자살률을 낮추기 위해서는 방문간호사를 대상으로 자살예방 역량이 지역 사회 현장에서 요구되는 영역임을 규명하고 이에 따른 체계적인 교육이 이루어질 필요가 있다. 또한 방문간호사가 스스로 인식하는 자신의 자살예방 역량 수준과 역량을 높이기 위해 요구되는 능력수준을 파악하고 이를 토대로 교육과정을 설계하는 것이 필요하다[15]. 따라서 본 연구는 방문간호사가 인식하는 자살예방 역량에 대한 현재 자신의 능력수준과 요구되는 능력수준간의 차이를 분석하고, Borich의 요구도 사정 모델(Borich's Needs Assessment Model)[16]을 활용하여 자살예방 역량강화에 대한 교육 요구도의 우선순위를 제시하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 보건소에 근무하는 방문간호사를 대상으

로 자살예방을 위해 스스로 인식하는 현재 자신의 능력수준과 요구되는 능력수준을 조사하여 방문간호사의 자살예방 역량강화 교육에 대한 요구도의 우선순위를 파악하는 것이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 연구대상자의 일반적 특성을 파악한다.
- 연구대상자가 인식하는 자살예방 역량에 대한 현재 자신의 능력수준과 요구되는 능력수준을 파악한다.
- 자살예방 역량에 대한 현재 능력수준과 요구되는 능력수준의 차이를 파악한다.
- 연구대상자의 자살예방 역량강화 교육에 대한 요구도의 우선순위를 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 Borich의 요구도 사정 모델[16]을 활용하여 지역 보건소의 방문간호사를 대상으로 자살예방 역량강화 교육에 대한 요구도의 우선순위를 확인하기 위한 서술적 조사연구이다. Borich의 요구도 사정 모델[16]은 공학, 음악학, 교육학 등의 다양한 학문분야에서 효과적인 교육 프로그램 개발을 위한 교육 요구도 연구에서 많이 활용되고 있다[17].

Borich의 요구도 사정 모델[16]의 수식은 다음과 같다(Figure 1). 요구되는 능력수준(Required Competence Level, RCL)은 보건소 방문간호사가 자살예방 역량에 있어 중요하다고 생각하는 정도를 의미하며, 현재 능력수준(Present Competence Level, PCL)은 보건소 방문간호사가 자살예방 역량에 있어 현재 수행할 수 있는 능력수준을 의미한다. 본 연구에서는 보건소 방문간호사들의 자살예방 역량에 대한 교육 요구도를 분석하기 위해 ‘요구되는 능력수준’에서 ‘현재 능력수준’을 뺀 후 그 차이에 대해 각 문항의 요구되는 능력수준의 평균을 곱한 후 전체 사례수로 나누어 나온 값에 따라 우선순위를 결정하였다. 그 값이 클수록 교육 요구도의 우선순위가 높게 측정되며, ‘요구되는

$$\text{Borich's Model} = \frac{\sum(RCL - PCL) * \overline{RCL}}{N}$$

RCL : Required competence level

PCL : Present competence level

\overline{RCL} : The mean scores for required competence level

N : Total class

Figure 1. Borich's needs assessment.

능력수준' 점수가 높고 '현재 능력수준' 점수가 낮을 때 교육 요구도 값은 커지게 된다.

2. 연구대상

연구대상자 선정기준은 1) 보건소에서 방문간호 전담인력으로 근무하고, 2) 의사소통에 어려움이 없는 자이다. 제외 기준은 1) 현재 정신질환을 진단받은 상태이거나, 2) 정신약물 치료 등 정신과 치료를 받고 있는 자이다. 자살과 관련된 설문 이 포함된 본 연구가 정신과 치료를 받고 있는 방문간호사에게 불안 등 심적, 정신적 어려움을 유발할 수 있기 때문에 제외하였다.

표본의 크기는 G*Power 3.1.9 프로그램을 이용하여 산출하였으며, 예상 표본 수는 대응표본 t 검정(paired t-test) 분석방법을 기준으로 효과 크기 0.25, 유의수준 .05, 검정력 .80로 표본 수를 측정한 결과 필요한 표본크기는 180명으로 나타났다. 25%의 예상 탈락률을 고려하여 225부를 배포하였고, 이 중 220부의 설문지가 회수되었다. 응답이 누락되거나 불성실한 설문지 8부를 제외하고, 최종적으로 212부를 분석에 포함하였다.

3. 연구도구

1) 방문간호사의 자살예방 역량

방문간호사의 자살예방 역량 측정도구는 방문간호사와 간호사의 자살예방 활동과 관련된 역할을 다룬 문헌을 분석 [5,10,15,18-25]하여 17개 예비 문항을 완성하였다. 설문의 내용 타당도를 높이기 위하여 방문간호사 경력 3년 이상의 간호사 5인과 간호학과 교수 1인으로 구성된 총 6명의 전문가들에게 연구의 목적과 필요성을 설명하고 직접 대면하여 문항의 타당성을 평가하도록 하였다. 내용 타당도 지수(content validity index)는 4점 척도(1점, '전혀 타당하지 않음' ~ 4점, '매우 타당함')로 측정하였고[26] 내용타당도가 평균 .80 미만인 1문항('자살계획까지 세우고 있는 위험자에 대해 방문간호사가 할 수 있는 대처방법을 알고 적용하는 능력')이 제거되어 총 16개 문항이 선정되었다.

구성타당도를 검증하기 위해 총 16개 문항에 대한 요인분석을 '요구되는 능력수준'의 문항들로 실시하였다. 탐색적 요인분석(exploratory factor analysis)은 Varimax 회전에 의한 주성분분석법을 사용하여 2개 요인이 도출되었다. 요인 적재량(factor loading)이 .40 이하인 1문항('자살예방을 위한

방문간호사의 역할의 중요성을 인지하는 능력')이 제거되어 총 15문항으로 2차 탐색적 요인분석을 실시하였다. 그 결과 Kaiser-Meyer Olkin (KMO)는 .94로 나와 표준형성의 적절성이 확인되었다. Bartlett의 구형성 검정을 실시한 결과, χ^2 값이 4267.31 ($p < .001$)로 요인분석을 시행하기 적합한 것으로 나타났다. 직각회전인 Varimax 회전에 의한 주성분분석법을 사용하여 고유값(eigen value) 1.00 이상을 추출한 결과 '자살예방 지식역량'과 '자살예방 기술역량' 2개 요인으로 분류되었다. 2개 요인에 의해 설명된 변이는 75.7%였다(Table 1). 본 설문도구의 신뢰도를 파악하기 위하여 자살예방 역량 측정도구의 내적 일관성 신뢰도 Cronbach's α 값은 .96으로 확인되었다.

4. 자료수집

본 연구는 윤리적 고려를 위하여 연구자 소속 대학교의 생명 윤리 위원회의 승인(No. 140-9)을 받은 후 자료수집을 시작하였다. 자료수집기간은 2017년 8월부터 2017년 10월까지 2개 도시에 소재한 33개의 보건소에 근무하는 방문간호사를 모집하였다. 연구자가 직접 방문하여 보건소장의 허락을 받은 후 방문간호사들이 이용하는 보건소 게시판에 서면 홍보물을 게재하여 모집하였다. 연구대상자에게 연구의 취지와 목적을 설명하고 자발적으로 연구에 참여할 것에 동의한 대상자 중 연구대상자 선정기준에 맞는 225명에게 서면 동의를 받은 후 설문지를 배부하여 응답하도록 하였다. 설문지 설명문과 동의서에 설문내용이 무기명으로 처리되고, 개인정보와 조사된 자료에 대한 비밀이 보장됨을 명시하였다. 연구자가 설문지를 직접 배부하고 설문지 끝난 후 바로 회수하여, 대상자의 정보가 노출되지 않도록 하였다.

5. 자료분석

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 연구대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 분석하였다.
- 연구대상자의 자살예방 역량에 대한 현재 능력수준과 요구되는 능력수준은 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 연구대상자의 자살예방 역량에 대한 현재 능력수준과 요구되는 능력수준의 차이는 paired t-test로 분석하였다.
- 연구대상자의 자살예방 역량강화 교육 요구도의 우선순위는 Borich의 요구도 사정 모델[16]을 활용하여 도출하였다.

Table 1. Factor Loading and Explained Variance

(N=212)

No	Items	Factor 1	Factor 2
		(Knowledge)	(Skills)
1	Ability to recognize the severity of the problem of suicide in Korea	.65	
2	Ability to recognize risk factors and protective factors of suicide	.83	
3	Ability to recognize information such as death from suicide, method of suicidal attempt, and time of attempted suicide	.84	
4	Ability to distinguish between misunderstanding and misinformation on suicide	.79	
5	Ability to recognize psychiatric and physiological symptoms such as depression and insomnia in high-risk suicide groups	.60	
6	Ability to identify verbal, behavioral, situational, and emotional signs of suicide risks	.61	
7	Ability to utilize a screening tool for signs of suicide		.65
8	Ability to know and apply coping strategies for visiting nurses on suicide risks		.69
9	Ability to know and apply methods for referring suicide risks to a professional medical institution		.81
10	Ability to know and apply available resources within the community to help and assist suicide risks		.83
11	Ability to recognize suicide crisis counseling phone numbers 1577-0199 or 1588-9191		.69
12	Ability to know and apply counseling skills for suicide risks		.73
13	Ability to know and to understand and sympathize with the psychology of people who have experienced suicide		.76
14	Ability to engage in therapeutic communication with suicide risks		.78
15	Ability to recognize the ethical issues in suicide counseling		.81
Cronbach's α		.95	.97
Total Cronbach's α			.98
Eigen value		5.45	6.66
Explained variance (%)		34.1	41.6
Total explained variance (%)			75.7

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자의 일반적 특성은 Table 2와 같다. 연구대상자의 평균 연령은 47.93 ± 9.30 세이었다. 연령대별로 살펴보면 50~59세가 80명(37.7%)으로 가장 많았으며, 40~49세 70명(33.0%), 40세 미만 43명(20.3%), 60세 이상 19명(9.0%) 순으로 나타났다. 성별은 전체 대상자 중 209명(98.6%)이 여성이었으며 남성은 3명(1.4%)이었다. 155명(73.1%)의 대상자들은 종교를 가지고 있으나 57명(26.9%)이 종교를 가지고 있지 않다고 보고하였다. 최종 교육 형태는 전문대학이 137명(64.7%)으로 가장 많았으며, 9명(4.2%)이 석사학위 이상의 과정을 이수한 것으로 나타났다. 보건소 방문간호사의 평균 근무 경력은

4.90 ± 3.45 년이었다. 188명(88.7%)이 자살예방 교육이 필요하다고 응답하였으며, 필요하지 않다고 응답한 대상자는 5명(2.4%)이었다. 교수방법으로 시청각 교육이 71명(33.5%)으로 가장 선호하였고, 다음으로 강의 54명(25.5%), 역할극 53명(25.0%), 토론 29명(13.7%) 순이었다. 전체 대상자 중 164명(77.4%)이 자살예방 교육을 이수할 의사가 있다고 보고하였다(Table 2).

2. 자살예방 역량 요구도 분석 결과

1) 자살예방 역량에 대한 현재 능력수준과 요구되는 능력수준 인식 정도

방문간호사가 인식하는 자살예방 역량에 대한 현재 능력수준과 요구되는 능력수준은 Table 3과 같다. 문항별로 살펴보면

Table 2. General Characteristics of Participants (N=212)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Age (year)		47.93±9.30
	< 40	43 (20.3)
	40~49	70 (33.0)
	50~59	80 (37.7)
	≥ 60	19 (9.0)
Gender	Female	209 (98.6)
	Male	3 (1.4)
Religion	Yes	155 (73.1)
	No	57 (26.9)
Level of education	Diploma	137 (64.7)
	Bachelor	66 (31.1)
	Above master	9 (4.2)
Total career (year)		4.90±3.45
Needs of education	Very necessary	79 (37.3)
	Necessary	109 (51.4)
	Neutral	19 (8.9)
	Do not need	4 (1.9)
	Do not need at all	1 (0.5)
Teaching method	Lecture	54 (25.5)
	Audiovisual education	71 (33.5)
	Discussion	29 (13.7)
	Role play	53 (25.0)
	Other	5 (2.3)
Willing to participate in educational program	Yes	164 (77.4)
	No	20 (9.4)
	Not response	28 (13.2)

면, 현재 능력수준이 높은 문항은 ‘우리나라 자살문제 심각성에 대해 인지하는 능력(3.82±0.91)’이 가장 높게 나타났으며, ‘자살로 인한 사망 및 자살 시도 방법, 자살을 시도한 시간 등에 대한 정보를 인지하는 능력(3.35±0.98)’이 가장 낮게 나타났다. 요구되는 능력수준이 가장 높은 문항은 ‘우리나라 자살문제 심각성에 대해 인지하는 능력(3.76±0.78)’이었고 ‘자살 위험자에 대한 상담 기술을 알고 적용하는 능력(2.86±0.90)’이 가장 낮게 나타났다(Table 3).

2) 자살예방 역량에 대한 현재 능력수준과 요구되는 능력수준의 차이

방문간호사가 인식하는 자살예방 역량에 대한 현재 능력수준과 요구되는 능력수준의 평균 차이를 검증한 결과는 Table 3과 같다. 방문간호사의 자살예방 역량에 대한 현재 능력수준은 요구되는 능력수준과 차이가 있는 것으로 나타났으며, 1번과 2번 문항을 제외한 13개 문항에 대하여 통계적으로 유의미한 차

이가 있는 것으로 나타났다($p < .001$). 자살예방 역량에서 현재 능력수준과 요구되는 능력수준의 차이(gap)가 가장 큰 문항은 ‘자살 위험자에 대한 상담 기술을 알고 적용하는 능력(0.55±0.97)’이고, 차이가 가장 작은 문항은 ‘우리나라 자살문제 심각성에 대해 인지하는 능력(0.07±0.83)’이었다(Table 3).

3) Borich의 요구도 사정 모델을 활용한 자살예방 역량강화 교육 요구도 분석

본 연구에서는 자살예방 역량에 대한 현재 능력수준과 요구되는 능력수준의 평균 차이를 검증하는 것에서 더 나아가 Borich의 요구도 사정 모델을 활용하여 방문간호사의 자살예방 역량강화 교육에 대한 요구도의 우선순위를 도출하였다. Borich의 요구도 사정 모델을 활용하여 자살예방 역량강화 교육에 대한 요구도 산출 결과는 Table 3과 같다. 자살예방 기술 역량의 8개 문항(7,8,10,11,12,13,14,15)에서 우선순위가 높게 나타났다. 먼저 ‘자살 위험자에 대한 상담 기술을 알고 적용하는 능력(12.19)’에 대한 교육 요구도가 가장 높게 나타났고 그 다음으로 ‘자살 위험자에 대해 방문간호사 할 수 있는 대처방법을 알고 적용하는 능력(10.58)’, ‘자살 위험자와 치료적 의사소통을 적용할 수 있는 능력(10.41)’, ‘자살을 경험한 주변사람의 심리에 대해 알고 공감하는 능력(9.98)’, ‘지역사회 내 자살 위험자 지원 자원에 대해 알고 적용하는 능력(9.37)’, ‘자살의 징후 선별 도구를 활용할 줄 아는 능력(9.07)’순으로 나타났다. 반면, 자살예방 지식역량 6개 문항(1,2,3,4,5,6)은 우선순위가 낮게 측정되었다. 그중 ‘우리나라 자살문제 심각성에 대해 인지하는 능력(1.17)’에 대한 교육 요구도가 가장 낮게 나타났으며, 그 다음으로 ‘자살의 위험 요인과 보호 요인에 대해 인지하는 능력(4.48)’, ‘자살로 인한 사망 및 자살 시도 방법, 자살을 시도한 시간 등에 대한 정보를 인지하는 능력(6.17)’순으로 낮게 나타났다(Table 3).

논 의

본 연구는 만성질환자, 경제적 빈곤층, 독거노인 등 자살고위험군[5]을 자주 대면하는 방문간호사를 대상으로 자살예방 역량강화에 대한 교육 요구도를 확인하였다는데 의의가 있다. 연구결과 전체 대상자 중 88.7%가 스스로 자살예방 역량강화 교육이 필요하다고 응답하였고, 77.4%는 자살 예방 교육을 이수할 의사가 있다고 보고하였다. 이는 선행연구에서 일차의료의사와 보건소 종사자를 대상으로 자살예방 교육 매뉴얼 개발 연구결과 95.2%가 자살예방 교육이 필요하며, 93.8%는 자살

Table 3. Present Competence Level, Required Competence Level, and Educational Needs for Suicide Prevention Competencies (N=212)

Factors	Items	PCL		RCL		Gap	Borich's needs assessment		Paired t-test	
		Rank	M±SD	Rank	M±SD	M±SD	Rank	Needs	t	p
	Overall		3.50±0.13		3.15±0.22	0.35±0.12		8.03±2.64	11.47	< .001
Knowledge	1. Ability to recognize the severity of the problem of suicide in Korea	1	3.82±0.91	1	3.76±0.78	0.07±0.83	15	1.17	1.32	.189
	2. Ability to recognize risk factors and protective factors of suicide	8	3.49±0.96	3	3.30±0.79	0.19±0.98	14	4.48	2.95	.004
	3. Ability to recognize information such as death from suicide, method of suicidal attempt, and time of attempted suicide	15	3.35±0.98	10	3.07±0.82	0.28±0.94	12	6.17	4.38	< .001
	4. Ability to distinguish between misunderstanding and misinformation on suicide	14	3.36±0.97	11	3.05±0.80	0.31±0.97	11	6.93	4.77	< .001
	5. Ability to recognize psychiatric and physiological symptoms such as depression and insomnia in high-risk suicide groups	2	3.61±0.90	4	3.29±0.84	0.32±0.94	10	7.55	5.01	< .001
	6. Ability to identify verbal, behavioral, situational, and emotional signs of suicide risks	6	3.57±0.97	5	3.23±0.85	0.34±0.95	9	8.03	5.34	< .001
Skills	7. Ability to utilize a screening tool for signs of suicide	13	3.37±1.05	13	2.97±0.98	0.41±0.94	6	9.07	6.38	< .001
	8. Ability to know and apply coping strategies for visiting nurses on suicide risks	7	3.53±1.02	9	3.07±0.93	0.46±1.03	2	10.58	6.50	< .001
	9. Ability to know and apply methods for referring suicide risks to a professional medical institution	3	3.60±1.07	2	3.34±0.99	0.26±0.89	13	6.08	4.25	< .001
	10. Ability to know and apply available resources within the community to help and assist suicide risks	5	3.57±1.07	6	3.17±0.96	0.40±0.92	5	9.37	6.34	< .001
	11. Ability to recognize suicide crisis counseling phone numbers 1577-0199 or 1588-9191	9	3.46±1.17	8	3.08±1.12	0.38±0.93	8	8.77	6.10	< .001
	12. Ability to know and apply counseling skills for suicide risks	12	3.39±1.11	15	2.86±0.90	0.55±0.97	1	12.19	8.21	< .001
	13. Ability to know and to understand and sympathize with the psychology of people who have experienced suicide	4	3.59±1.02	7	3.16±0.92	0.42±0.92	4	9.98	6.63	< .001
	14. Ability to engage in therapeutic communication with suicide risks	10	3.40±1.08	14	2.92±0.90	0.46±0.95	3	10.41	7.12	< .001
	15. Ability to recognize the ethical issues in suicide counseling	11	3.40±1.03	12	3.00±0.89	0.40±0.92	7	9.03	6.45	< .001

PCL=Present competence level; RCL=Required competence level.

예방 교육을 이수할 의사가 있다[5]고 보고한 결과와 유사하다. 우리나라의 자살률은 10만 명당 25.6명으로 OECD국가 평균 12.1명 보다 2배 이상 높은 수치[1]로 자살문제에 대한 사회적 관심이 증대되고 자살 고위험군 관리강화를 위한 지역사회 접근이 강조됨에 따라 지역사회 보건의료인의 자살예방 역량 강화 교육 요구도가 높은 것으로 해석된다.

본 연구는 방문간호사를 대상으로 Borich의 요구도 사정 모델[16]을 활용하여 자살예방 역량강화에 대한 교육 요구도의 우선순위를 도출한 결과, ‘자살 위험자에 대한 상담 기술을 알고 적용하는 능력’, ‘자살 위험자에 대해 방문간호사 할 수 있는 대처방법을 알고 적용하는 능력’, ‘자살 위험자와 치료적 의사소통을 적용 할 수 있는 능력’, ‘자살을 경험한 주변사람의 심리에 대해 알고 공감하는 능력’ 등 자살 위험자를 상담하는 기술과 관련된 문항에서 교육 요구도가 높게 나타났다. 보건의료인이 자살 위험자를 만났을 때 부적절한 의사소통과 부정적인 태도는 자살예방을 방해하는 요인[9,15,19,20,27]이 될 수 있기 때문에 자살 위험자를 상담하는 기술과 관련된 문항의 교육 요구도가 높은 것으로 해석된다. 그러나 선행연구에서는 일차의료 의사와 보건소 종사자를 위한 자살예방 교육 매뉴얼이 개발되었으나 자살의 원인과 위험요인, 자살 위험성 평가와 대처에 대한 교육을 중심으로 하고 있다[5]. 또한 자살예방 게이트키퍼 양성을 목적으로 개발한 한국형 표준자살예방교육 프로그램 ‘보고 듣고 말하기’는 자살의 위험신호를 확인하고 자살 사고에 대한 질문을 한 후 전문가에 의뢰하는 방법을 포함[13]하고 있지만 방문간호사 자살예방 역량강화 교육 요구도 우선순위를 반영하고 있지 못하고 있다. 자살 위험이 높은 대상자들이 정신질환에 대한 편견으로 인하여 정신건강 전문가에게 도움 받는 것을 어려워 한다는 점[7-9]을 고려할 때, 지역사회 일차의료 서비스를 제공하는 보건의료인으로 방문간호사는 자살 고위험군을 돌보는 제1차 방어선이 될 수 있다. 따라서 방문간호사를 대상으로 자살 고위험군을 만났을 때 공감하여 치료적 의사소통 기술을 적용할 수 있는 교육 프로그램 개발이 필요하다고 제언한다.

다음으로 ‘지역사회 내 자살 위험자 지원 자원에 대해 알고 적용하는 능력’, ‘자살의 징후 선별 도구를 활용할 줄 아는 능력’ 문항에서 교육 요구도가 높게 나타났다. 자살 고위험군의 경우 정신질환이라는 낙인에 대한 두려움으로 전문가들을 찾아가 도움을 요청하기보다는 주변 사람들에게 자살을 암시하는 징후를 보이는 경우가 많다[18,19]. 방문간호사는 자살 고위험군으로 간주되는 취약계층[5]을 자주 만나기 때문에 자살 위험자를 조기발견하기 위한 자살 위험 징후 선별 도구를 활용할

줄 알고 그 결과를 해석하여 자살 고위험자 발견 시 대상자의 안전을 위해 지역사회 자원을 활용하여 전문 상담기관에 의뢰하는 것이 필요한 것으로 해석된다.

특히, 본 연구에서는 방문간호사를 대상으로 자살예방 역량 강화에 대한 교육 요구도를 파악하기 위하여 역량 측정문항을 개발하고 2가지 요인으로 분류하여 요구도를 분석하였다. 그 결과, ‘자살예방 지식역량’보다 ‘자살예방 기술역량’의 우선순위가 높은 것으로 나타났다. 교육 요구도에서 ‘자살예방 기술역량’은 단순한 지식습득 이상의 간호 수행의 통합이 요구되는 행위적 술기로 실제 시뮬레이션 훈련을 통해 향상될 수 있는 자살예방 역량이다. 그러나 기존의 보건의료인을 위한 자살예방 역량강화 교육 프로그램은 단기 자살예방 워크숍과 세미나 형식으로 지식 전달 위주의 교육 프로그램[11]으로 진행되어, 방문간호사들의 기술역량을 강화하는데 한계가 있는 것으로 사료된다. 따라서 본 연구결과를 바탕으로 방문간호사의 자살예방 기술역량을 강화하기 위해서는 시뮬레이션을 활용한 교육 프로그램 개발이 필요하다고 제언한다. 먼저 방문간호사를 대상으로 가정방문 시 자살의 위험징후를 보이는 대상자를 대면하여 선별 도구를 활용하여 고위험자를 조기에 발견하고 지역사회 자원으로 연계하는 등의 시뮬레이션 시나리오 개발이 필요하다. 자살 위기상황의 사례를 기반으로 역할극을 통해 방문간호사가 공감적 의사소통 기술을 훈련할 수 있는 교육을 제공함으로써 방문간호사의 자살예방 지식과 기술 역량을 증진하는 것이 필요하다고 제언한다.

본 연구결과는 방문간호사의 자살예방 역량강화 교육에 대한 요구도의 우선순위를 도출하고자 시도되었다는 점에서 의의를 찾을 수 있지만, 방문간호사 212명의 대상자에게만 조사한 자료이기 때문에 표본의 대표성에 제한이 있기 때문에 연구결과를 해석하는데 주의가 필요하다.

결론

본 연구는 방문간호사의 자살예방 역량강화에 대한 교육 요구도 우선순위를 확인하여 자살예방 역량강화 교육 프로그램 개발의 근거자료를 마련하기 위한 서술적 조사연구이다. 연구결과 Borich의 요구도 사정 모델을 적용하여 ‘자살 위험자에 대한 상담 기술을 알고 적용하는 능력’, ‘자살 위험자에 대해 방문간호사 할 수 있는 대처방법을 알고 적용하는 능력’, ‘자살 위험자와 치료적 의사소통을 적용 할 수 있는 능력’, ‘자살을 경험한 주변사람의 심리에 대해 알고 공감하는 능력’ 등 자살 위험자를 상담하는 기술 역량에 대한 교육 요구도가 높게 나타났다.

다음으로 ‘지역사회 내 자살 위험자 지원 자원에 대해 알고 적용하는 능력’, ‘자살의 징후 선별 도구를 활용할 줄 아는 능력’에 대한 기술역량의 교육 요구도가 높고 ‘자살예방 지식역량’보다 ‘자살예방 기술역량’의 우선순위가 높은 것으로 나타났다. 방문간호사는 지역사회 만성질환자에 대한 신체적 건강을 돌보는 중요한 직무를 수행하기 때문에 방문 간호 업무를 단순히 지식과 기술을 알고 이해하는 수준이 아니라 방문간호 대상자와 치료적 관계를 형성하고 공감적 의사소통을 통해 담당 업무를 성공적으로 수행할 필요가 있다. 따라서 본 연구의 자살예방 역량에 대한 교육 요구도 우선순위를 바탕으로 향후 방문간호사의 자살예방 역량강화 교육 프로그램 개발에 근거를 제시할 수 있을 것이다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflicts of interest.

ORCID

Kim, Jung Eun <https://orcid.org/0000-0002-2787-6729>

Kim, Suk-Sun <https://orcid.org/0000-0002-8057-3655>

REFERENCES

1. Statistics Korea. 2016 statistics for the aged. Cause of Death [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 19]. Available from: http://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/1/index.board?bmode=read&aSeq=363268
2. Organization for Economic Cooperation and Development. 2015 OECD health statistics [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 19]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en
3. Kim YA, Byeon JW. Trends and challenges on research of Korean studies in suicide survivors. The Korean Journal of Psychology: General. 2016;35(1):43-63. <https://doi.org/10.22257/kjp.2016.03.35.1.43>
4. Jung SH. Socioeconomic burden of suicide and depression in South Korea. Research Paper. Seoul: Ewha Womans University; 2005 November.
5. Lee YJ. Development of the education programs on suicide prevention for the physicians and the health care providers. Service Report. National Center for Mental Health; 2011 October.
6. Lee SY. Policy options for the improvement of suicide prevention programs. Health and Welfare Policy Forum. 2015;229:34-49.
7. Bertolote JM, Fleischmann A, Leo DD, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. Crisis. 2004;25(4):147-155. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.4.147>
8. World Health Organization. Preventing suicide, a global imperative. Mental Health [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 31]. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exec_summary_english.pdf?ua=1
9. Chagnon F, Houle J, Marcoux I, Renaud J. Control-group study of an intervention training program for youth suicide prevention. Suicide Life-Threatening Behavior. 2007;37(2):135-144.
10. Bae HJ, Kim JH. Estimating need for home visiting nurse from public health centers. Perspectives in Nursing Science. 2015;12(1):23-32. <https://doi.org/10.16952/pns.2015.12.1.23>
11. Hwang SY, Choi HS. A systematic review of suicide prevention programs for healthcare personnel. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2016;25(4):386-398. <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2016.25.4.386>
12. Choi KW, Lim JY, Kim EJ. Development and effectiveness of counseling manual for community-based visiting nursing. The Journal of the Korea Contents Association. 2012;12(9):226-233. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2012.12.09.226>
13. Paik JW, Jo SJ, Lee SJ, Ong JY, Park JI. The effect of Korean standardized suicide prevention program on intervention by gatekeepers. Journal of Korean Neuropsychiatric Association. 2014;53(6):358-363. <https://doi.org/10.4306/jknpa.2014.53.6.358>
14. Ministry of Health and Welfare. Suicide prevention national action plan [Internet]. 2018 [cited 2018 April 23]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=343649&page=1
15. Chan SW, Chien WT, Tso S. Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. Nurse Education Today. 2009;29(7):763-769. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.03.013>
16. Borich GD. A needs assessment model for conducting follow-up studies. Journal of Teacher Education. 1980;31(3):39-42. <https://doi.org/10.1177/002248718003100310>
17. Cho DY. Exploring how to set priority in need analysis with survey. The Journal of Research in Education. 2009;35(8):165-187.
18. Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, Epstein R, Kravitz RL. Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. Annals of Family Medicine. 2007;5(5):412-418. <https://doi.org/10.1370/afm.719>
19. Wu CY, Lin YY, Yeh MC, Huang LH, Chen SJ, Liao SC, et al. Effectiveness of interactive discussion group in suicide risk assessment among general nurses in Taiwan: a randomized controlled trial. Nurse Education Today. 2014;34(11):1388-1394.

- <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.03.015>
20. Tsai WP, Lin LY, Chang HC, Yu LS, Chou MC. The effects of the gatekeeper suicide-awareness program for nursing personnel. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2011;47(3):117-125.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00278.x>
21. Ghoncheh R, Gould MS, Twisk JW, Kerkhof AJ, Koot HM. Efficacy of adolescent suicide prevention e-learning modules for gatekeepers: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research Mental Health*. 2016;3(1):e8.
<https://doi.org/10.2196/mental.4614>
22. Luebbert R, Popkess A. The influence of teaching method on performance of suicide assessment in baccalaureate nursing students. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*. 2015;21(2):126-133.
<https://doi.org/10.1177/1078390315580096>
23. Simpson G, Franke B, Gillett L. Suicide prevention training outside the mental health service system: evaluation of a state-wide program in Australia for rehabilitation and disability staff in the field of traumatic brain injury. *Crisis*. 2007;28(1):35-43.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.1.35>
24. Donald M, Dower J, Bush R. Evaluation of a suicide prevention training program for mental health services staff. *Community Mental Health Journal*. 2013;49(1):86-94.
<https://doi.org/10.1007/s10597-012-9489-y>
25. Sun FK, Long A, Huang XY, Chiang CY. A quasi-experimental investigation into the efficacy of a suicide education programme for second-year student nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(5-6):837-846.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03503.x>
26. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2006;29(5):489-497.
<https://doi.org/10.1002/nur.20147>
27. Jung IW, Yang S. Emotional reaction of psychiatric nurses and resident physicians toward suicidal behavior in psychiatric inpatients. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011;20(4):365-375.
<https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2011.20.4.365>