

WHO 건강증진병원 사업 도입을 위한 전국지방의료원의 건강증진병원 환경 평가

이동원, 송진성[†], 남은우
연세대학교 대학원 보건행정학과

<Abstract>

A Study on the Level of Health Promotion to Introduce the WHO's Health Promoting Hospitals in Regional Public Hospitals

Dong-Won Lee, Jin-Sung Song[†], Eun-Woo Nam

Dept. of Health Administration Graduate School, Yonsei University, Wonju, Korea

This research, which is designed to introduce the concept of the WHO's health promoting hospital project to Korea, was conducted in a total of 34 local hospitals across the nation. To evaluate the level of health promotion at hospitals, an evaluation index for health promoting hospital environments was made using the Analytic Hierarchy Process Decision-Making Method, from which a total of 20 questions were developed in the five areas of no-smoking, moderation in drink, exercise, nutrition and rest in Korea. Through this analysis, it was found that local hospitals across the nation were on average excellent in terms of their no-smoking environments, but poor in their rest and moderation in drink environments. A comparison of local public hospital

* 투고일자 : 2010년 3월 30일, 수정일자 : 2010년 5월 17일, 게재확정일자 : 2010년 5월 31일

† 교신저자 : 송진성, 연세대학교 일산대학원 보건행정학과, 전화 ; (033)760-2536

E-mail ; arbor84@gmail.com

이동원 외 : WHO 건강증진병원 사업 도입을 위한 전국지방의료원의 건강증진병원 환경 평가

environments by region showed that Busan, Daegu, and South Gyeongsang Province were good, while South Chungchong Province, Jeju Province and Gwangwon Province were poor. In terms of the number of beds, mid-size local hospitals (200-299 beds) came first. This research revealed that local hospitals across the nation had different health promotion environments according to area and size, and in particular, their environments for rest and moderation in drink turned out to be lacking, which vividly showed that these areas desperately needed to be supplemented in order to introduce the concept of health promotion at hospitals in Korea.

Key word : Health Promoting Hospitals, Local Public Medical Center

I. 서 론

1. 연구 배경

건강증진병원(Health Promoting Hospitals)은 신공중중보건운동의 일환으로 1980년대 후반부터 건강도시(Healthy Cities)와 함께 건강의 장(Settings)의 한 부분으로서 등장한 개념이다. 세계보건기구(WHO)에서는 건강증진병원을 ‘단순히 치료서비스의 확장을 의미하는 것이 아니라 건강증진 개념에 따라 병원의 전반적인 기능을 재설정하는 병원’으로 정의하고 있다. 1991년 헝가리 부다페스트에서 처음으로 건강증진병원에 대한 선언이 제창된 이후 WHO에서는 건강증진병원 개념 및 정보교환, 협력을 위하여 2005년에 덴마크 코펜하겐에 ‘건강증진병원 국제 네트워크’를 개설하였다. 2010년 3월 현재 WHO 건강증진병원 네트워크에는 유럽을 중심으로 전 세계 777개 병원이 회원으로서 활동하고 있다(<http://www.who-cc.dk>).

우리나라를 비롯하여 전 세계적으로 인구 고령화, 생활양식과 관련된 만성질환으로의 질병구조 변화, 의료비의 증가 등 변화된 보건의료 환경과 오늘날 우리사회의 높아진 소득 및 생활수준으로 인하여 건강수준이 높아져 이제는 치료뿐만 아니라 건강증진과 삶의 질 향상을 병원에서도 요구하게 되었다(조우현, 2001). 이러한 변화를 관리할 수 있는 새롭고 강력한 미래 병원 모델 전략으로서 건강증진병원이 대두되게 되었다.

건강증진병원의 대상은 환자, 직원, 지역사회 및 건강한 병원조직이 되며(Naidoo and Willis 2000), WHO 유럽지역사무소에서 제시한 건강증진병원 5개 표준(standards)으로 경영정책, 환자 요구도 평가, 환자 정보 및 개입, 건강한 직장조성, 지속과 협력이 제시 되었다.

WHO 건강증진병원 네트워크에는 2009년도에 서울보라매병원과 안동의료원이 가입한 이후, 2010년도에는 12개 지방의료원이 가입하여 2010년 5월 현재 15개 병원이 회원이 되었다. 한국의 지방의료원이 회원 병원으로 가입한 것은 지방공공의료기관으로서 지역주민의 건강을 책임진다는 그들의 비전과 WHO 건강증진병원의 개념이 일치하기 때문인 것으로 보인다.

병원의 환경은 환자, 가족, 지역사회 및 직원들의 건강증진에 있어 매우 중요하다. 불건강으로 인한 치료와 검사를 목적으로 병원을 이용하는 환자들과 가족들에게는 쾌적한 병원환경이 요구되고, 특히 입원환자와 그 가족의 경우 입원기간동안 병원에서 식사, 숙박, 위생 및 휴식 등 병원이 기본적인 생활터가 되므로 치료 효과를 높이기 위해 건강증진과 안전한 환경이 필요하게 된다. 그리고 병원은 지역사회의 중요한 건강결정요인의 하나이며, 불특정 다수의 방문객이 매일 왕래를 하게 되므로 병원청결 유지와 건강 위해사항을 적절히 관리 할 필요가 있다. 또한, 병원은 다양한 경로를 통한 감염의 위험성, 병원 폐기물 처리, 24시간 운영 등의 특성을 갖고 있어, 병원에 근무하는 직원에 대한 건강관리 환경의 조성이 필요하다. 특히 2005년에 WHO 국제 건강증진병원 네트워크에서 제시한 'WHO 건강증진병원 자가평가(Self-assessment)'에서는 건강한 직장 조성의 하위기준으로 직원의 건강증진을 위한 직장 조성뿐만 아니라 기술훈련을 포함하는 포괄적인 개발을 제시하고 있다.

이에 본 연구에서는 지방의료원의 건강증진병원 환경을 평가하여 공공병원의 WHO 건강증진병원 사업에 필요한 기본 정보를 제공하고자 한다.

2. 목적

이 연구의 목적은 전국지방의료원(이하 의료원) 34곳을 대상으로 WHO 건강증진병원 환경평가지표를 이용하여 의료원 건강증진 환경 수준을 비교·평가하는데 있다.

본 연구의 구체적인 연구목표는 다음과 같다.

첫째, 지방의료원의 건강증진병원 환경을 상호비교하기 위한 지표를 개발한다.

둘째, 개발된 지표를 바탕으로 전국지방의료원의 건강증진병원 환경 수준을 비교·평가한다.

이동원 외 : WHO 건강증진병원 사업 도입을 위한 전국지방의료원의 건강증진병원 환경 평가

셋째, 이들 주요 결과들을 근거로 향후 공공병원이 추구해야 할 건강증진병원 환경에 대한 기본 정보를 제시하고자 한다.

II. 연구 방법

1. 대상 선정 및 자료수집 방법

전국지방의료원연합회의 협력으로 연합회 소속 지방의료원 34곳을 모두조사하였다. 조사는 지방의료원 QI담당자 회의에서 건강증진병원 환경평가 지표 기입방법을 설명한 뒤 배부하였고, 이를 각 의료원 QI담당자가 작성하여 우편으로 회수되었으며, 회수율은 100.0%이다. 조사기간은 2009년 9월 2일부터 10일간이었다.

2. 건강증진병원 환경평가지표 선정 및 체계

건강증진병원 환경평가 부문지표의 중요도와 하위부문의 중요도 그리고 세부항목의 중요도를 도출하기 위해서 병원실무에서 활동하는 QI발전협의회¹⁾ 임원 8명, 병원행정 관계자 4명, 건강증진병원 학계 전문가 및 연구원 7명 등 의사결정에 참여할 전문가를 선출하였다. 이는 여러 분야의 전문가 그룹들의 다양한 의견수렴을 통하여 건강증진병원 환경평가 지표설정의 타당성을 높이기 위함이다.

건강증진병원 환경평가 지표를 도출하기 위한 절차는 다음과 같다.

첫 번째 단계, 건강증진병원 환경평가 지표 체계 수립이다. 건강증진병원 환경평가의 부문지표는 금연, 절주, 운동, 영양, 휴식의 5가지로 구성되고 각각의 하위부문지표에는 병원의 제반환경, 홍보 및 교육을 통한 전파노력 그리고 유지를 위한 병원의 관리능력 등 3~4개의 하위부문 지표로 구성었으며, 각각의 하위부문 지표는 각 영역을 대표할 수 있는 20개의 세부항목 지표들로 구성되었다.

두 번째 단계, 레벨1(부문지표), 레벨2(하위부문지표)의 상대적 중요도를 산출하였다. 레벨3(세부항목지표)에 대해서는 각각 가중치 부여를 통한 평가지수의 중요도를 도출하였다.

세 번째 단계, 1차 AHP분석 결과와 추가할 세부항목지표를 토대로 모형 2차 설계를

1) 전국 지방의료원 34개소, 적십자병원 6개소의 QI 담당자 협의체

하였다.

네 번째 단계, 레벨1(부문지표)에 해당하는 레벨3(세부항목지표)을 비교하여 관련성이 높은 지표들에 대해서는 통합하거나 제거 또는 자료로 활용할 수 있도록 조정하였다.

다섯 번째 단계, 수정된 건강증진병원 평가 지표 도출을 위한 모형의 상대적 중요도 파악을 위해 비교·분석하였다.

마지막 여섯 번째 단계에서는 실제 자료를 수집하여 평가가 타당한지 여부를 검토하였고, 전체적으로 불일치계수가 0.06으로서, 기준치인 0.1보다 낮아 본 연구의 분석모델이 타당한 것으로 판단되었다.

<표 1> 건강증진병원 환경평가 지표 도출 절차

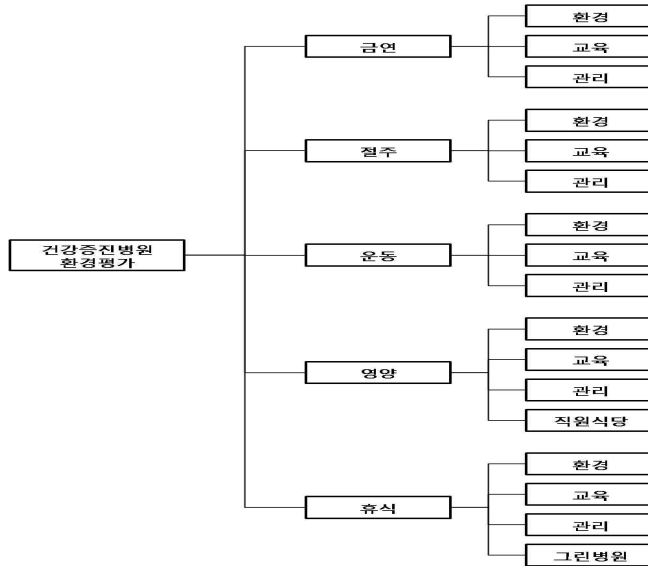
단계	내용	세부절차
1	1차 설계	건강증진병원 달성을 위한 평가지표 최초 모형설계(브레인스토밍)
2	1차 AHP	쌍대비교를 통하여 레벨1과 레벨2의 상대적 중요도를 도출한 후, 레벨3에 대하여 동일한 가중치를 두어 건강증진병원평가지표 도출을 위한 기준 제시
3	2차 설계	1차 AHP 분석 결과와 추가할 사항들을 토대로 모형 재설계
4	2차 AHP 및 통계분석	5개영역(레벨1)에 해당하는 레벨3 지표들의 통계분석을 통해 상관관계가 높은 기준들에 대해 통합, 제거, 조정
5	3차 AHP	수정된 건강증진병원평가지표 도출을 위한 모형의 상대적 중요도를 파악
6	타당성분석	실제 자료를 수집하여 평가가 타당한지 검토 전체적으로 불일치계수는 0.06으로 0.1보다 낮아 본 분석모델이 타당하다고 판단

3. 분석방법

수집된 자료는 AHP 전용 소프트웨어 패키지인 Expert Choice와 Excel 2007을 이용하여 지표별 가중치를 산정하였고, 전국 34개 지방의료원의 금연, 절주, 운동, 영양 및 휴식의 5개 생활양식별 점수를 도출하였다. 본 연구에서 AHP를 이용한 지표별 가중치 계산은 의사결정에 참여한 조사대상자 19명에 의한 9점 척도 설문에 의해 이루어졌다.

또한, 여러 측정 목표를 함께 겹쳐 놓아 비교하기에 편리하고 각 항목간 비율뿐만 아니라 균형과 경향을 쉽게 알도록 레이더도표(Radar chart)²⁾로 분석을 하였다.

이동원 외 : WHO 건강증진병원 사업 도입을 위한 전국지방의료원의 건강증진병원 환경 평가



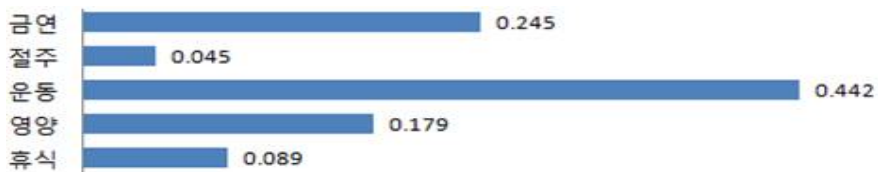
<그림 1> 건강증진병원 환경 평가 지표구성

Ⅲ. 연구 결과

1. AHP(쌍대비교)를 통한 건강증진병원 환경 평가지표 개발

1) 부문 중요도 도출

건강증진병원 환경평가 도출 모형에서 5개부분의 중요도를 살펴보면, 운동의 중요도가 44.2%로 가장 높았다. 이어서 금연, 영양, 휴식, 절주의 중요도가 각각 24.5%, 17.9%, 8.9%, 4.5% 이었다<그림 2>.



<그림 2> 건강증진병원 환경평가 부문지표 중요도 다이어그램

2) 어떤 측정 목표에 대한 평가항목이 여러 개일때 항목 수에 따라 원을 같은 간격으로 나누고, 중심으로부터 일정 간격으로 동심으로 척도를 채는 칸을 나누어 각 평가항목의 정량화된 점수에 따라 그 위치에 점을 찍고 평가항목간 점을 이어 선으로 만들어 항목간 균형을 한눈에 볼 수 있도록 해주는 도표이다.

2) 부분별 하위항목 지표 중요도 도출

금연의 세 개 요인 중요도를 살펴보면, 금연과 관련된 병원 환경의 중요도가 65.5%로 가장 높게왔고, 이어서 금연시행에 따른 관리의 중요성이 25.0%, 지속적인 금연에 관한 교육 및 홍보가 9.5%이었다.

절주의 세 개 요인의 중요도를 살펴보면, 절주와 관련된 병원 환경의 중요도가 59.4%로 가장 높았으며, 이어서 올바른 음주 및 절주문화에 대한 교육과 홍보의 중요성이 24.9%, 절주에 대한 관리의 중요성이 15.7%이었다 <그림 3>.

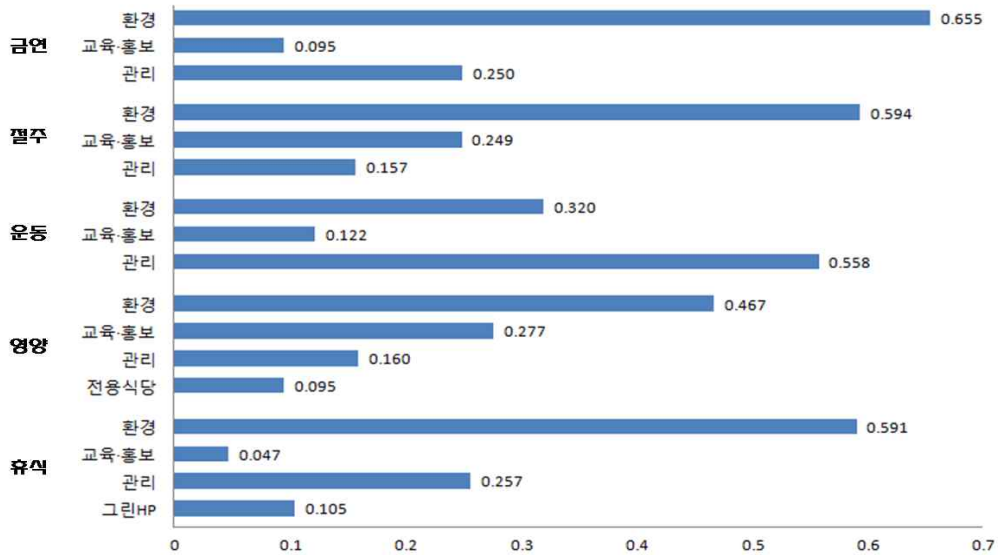


그림 3 부분별 하위항목 지표 중요도 도출

운동의 세 개 요인 중요도를 살펴보면, 운동은 정기적인 점검과 지속적인 관리의 중요성이 55.8%로 가장 높았고, 이어서 운동시설 및 운동기구등 운동 환경의 중요성이 32.0%, 교육 및 홍보의 중요성이 12.2%이었다.

영양은 전용식당을 포함한 4개 요인으로 구분하고 있으며, 요인별 중요도를 살펴보면, 병원의 환자 및 직원을 위한 전용식당의 중요성이 46.7%로 가장 높았으며, 이어서 영양, 식사 환경의 중요성이 27.7%, 교육 및 홍보의 중요성이 16.0%, 영양관리의 중요성이 9.5%이었다.

휴식은 녹색병원(Green Hospital)을 포함하여 4개 요인으로 구분하였고 이 요인들의 중요도를 살펴보면, 휴게시설 등의 휴식환경 중요성이 59.1%로 가장 높았고. 이어서 휴식 관리의 중요성이 25.7%, 병원의 녹색환경시설인 그린HP의 중요성이 10.5%,

이동원 외 : WHO 건강증진병원 사업 도입을 위한 전국지방의료원의 건강증진병원 환경 평가

교육 및 홍보의 중요성이 4.7%이었다.

2. 건강증진병원 환경수준 비교

1) 지역별에 따른 건강증진병원 환경수준 비교

건강증진병원 환경 수준을 비교하기 위하여 개발한 환경평가 지표에 의해 전국지방의료원 34곳을 지역별로 분석하였다 <표 2>.

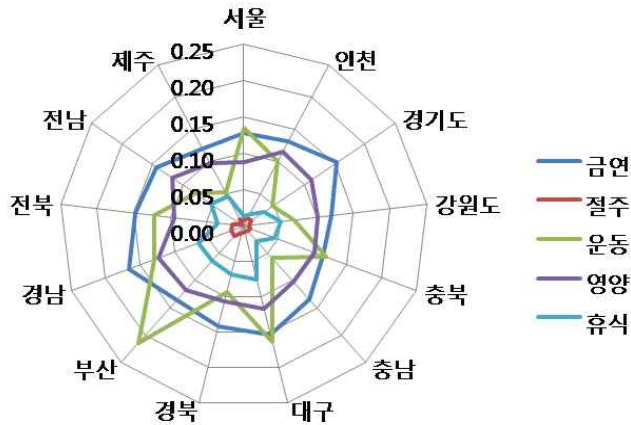
<표 2> 지역별 가중치 비교

	금연	절주	운동	영양	휴식	평균
서울	0.128	0.007	0.134	0.087	0.014	0.074
부산	0.136	0.019	0.215	0.118	0.063	0.110
인천	0.131	0.012	0.100	0.115	0.018	0.075
대구	0.154	0.009	0.164	0.117	0.075	0.104
경기	0.154	0.013	0.048	0.111	0.033	0.072
강원	0.121	0.008	0.070	0.102	0.051	0.070
충북	0.115	0.010	0.120	0.102	0.044	0.078
충남	0.135	0.009	0.059	0.103	0.027	0.066
경북	0.142	0.010	0.094	0.107	0.069	0.084
경남	0.166	0.018	0.130	0.124	0.066	0.101
전북	0.148	0.015	0.122	0.095	0.035	0.083
전남	0.143	0.003	0.079	0.118	0.053	0.079
제주	0.120	0.010	0.053	0.098	0.046	0.066

금연의 경우 경남(0.166)이 가장 우수하였고, 다음으로 대구(0.154), 경기도(0.154), 전북(0.148) 등 이었다. 금연 환경이 취약한 곳으로 충북(0.115), 제주(0.120), 강원도(0.121) 순이었다. 절주의 경우 모든 지방의료원에서 다른 항목에 비해 상대적으로 낮은 환경을 갖고 있는 것으로 나타났다. 부산(0.019), 경남(0.018), 전북(0.015)이 상위 3곳 이었고, 전남(0.003)은 절주에 취약함을 보였다. 운동에서는 부산(0.215), 대구(0.164), 경남(0.130)에서 쾌적한 운동 환경을 갖고 있는 반면 경기도(0.048), 제주(0.053), 충남(0.059)에서 취약함을 보였다. 영양에서는 경남(0.124), 부산(0.118), 전남(0.118)이 서울(0.087), 전북(0.095), 제주(0.098)에 비해 좋은 영양관리 및 환경을 갖고 있었다. 휴식의 경우 대구(0.075), 경북(0.069), 경남(0.066)이 서울(0.014), 인천(0.018), 충남

(0.027)에 비해 우수한 환경이 조성된 것으로 보여진다.

레이더 도표를 활용하여 지역별 건강증진병원 환경 비교 결과를 나타내면 아래 <그림4>와 같다. 의료원마다 편차는 있지만 금연, 운동, 영양, 휴식, 절주의 순으로 우수한 환경이 조성되었음을 알 수 있다. 이는 의료원들이 상대적으로 절주, 휴식, 영양에 대한 환경이 미비함을 의미한다.



<그림 4> 지역별 레이더 도표

2) 병상규모별에 따른 건강증진병원 환경수준 비교

지방의료원의 규모별 건강증진병원 환경 수준을 알아보기 위해 300병상 이상은 대형, 299~200병상은 중형, 199병상 이하는 소형으로 분류하여 비교하였다<표 3>.

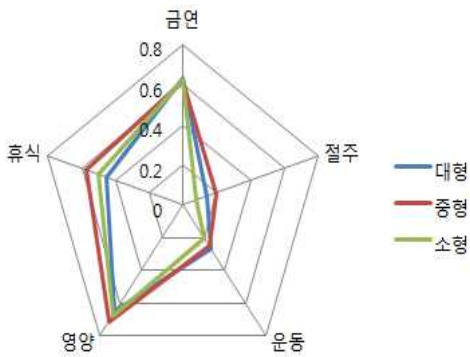
중형 규모의 의료원이 금연을 제외한 모든 항목에서 높은 점수(0.468)를 얻었고 다음으로 대형(0.428), 소형(0.416)이었다.

<표 3> 병상규모별 가중치 비교

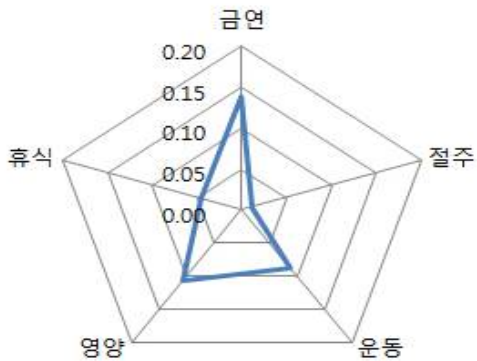
구분	금연	절주	운동	영양	휴식	평균
대형	0.632	0.141	0.266	0.651	0.451	0.428
중형	0.613	0.193	0.249	0.715	0.571	0.468
소형	0.625	0.079	0.199	0.673	0.502	0.416

이동원 외 : WHO 건강증진병원 사업 도입을 위한 전국지방의료원의 건강증진병원 환경 평가

금연의 경우 모든 유형에서 큰 차이는 나타나지 않았지만, 절주, 운동이 상대적으로 다른 항목에 비해 낮은 수준으로 나타났다<그림 5>. 대형의료원에서는 영양이 높은 반면 절주환경이 좋지 않은 것으로 나타나고, 중형의료원에서는 영양이 높았고, 절주환경과 운동환경이 좋지 않았다. 소형의료원에서는 영양이 높았고 절주환경은 매우 취약하였다..



<그림 5> 병상규모별 레이더 도표



<그림 6> 생활양식별 레이더 도표

3) 생활양식별에 따른 건강증진병원 환경수준 비교

건강증진병원 환경평가 5가지 항목별로 전국지방의료원을 구분하여 보면 금연, 영양, 운동, 휴식, 절주의 순으로 나타났고, 절주에 대한 환경이 특히 취약하였다. <표 4>, <그림 6>

<표 4> 생활양식별 가중치 비교

구분	금연	절주	운동	영양	휴식	평균
전국지방의료원 (34)	0.138	0.010	0.087	0.107	0.046	0.078

IV. 고찰 및 결론

1. 연구방법에 대한 고찰

본 연구는 세계보건기구(WHO) 유럽지부에서 시작된 건강증진병원 개념에 입각하여 전국지방의료원 34곳의 건강증진환경을 조사하여 비교·평가한 것이다. 조사를 위해 건

강증진병원 환경을 금연, 절주, 운동, 영양 및 휴식의 5가지 영역으로 분류하였고, 각 영역은 환경, 교육, 관리 하위부분으로 나누었으며, 이들 하위부분은 3개 이상의 세부 지표들로 각 영역은 총 20개 세부지표들로 구성되었다. 이들 지표별 가중치는 계층 분석적 의사결정 방법(AHP)을 사용하여 측정하였다.

본 연구에 활용된 AHP의 가장 큰 특징은 복잡한 문제를 계층화하여 주요요인(상위 요인)과 세부요인(하위요인)들로 분해하고, 이러한 요인들에 대한 쌍대비교를 통해 중요도를 도출하는 것이다. 이 방법은 무엇보다도 각 의사결정참여자의 다양한 의견을 비율적으로도 단일화정량화시켜 다수의 의견을 수리적 계산을 통해 통합하는 것을 가능하게 하며, 다양한 전문가나 관련자들의 지식, 경험, 생각 등을 설문을 통해 합리적으로 수렴할 수 있는 장점을 갖고 있다(조근태 외, 2003). 그간의 병원의 환경 평가기준 중에서는 병원의 건강증진 환경을 평가하는 지표가 없었기 때문에 본 연구에서는 건강증진사업 분야에서 활용되는 기존의 지표를 바탕으로 지표를 선정하였다.

본 연구의 자료는 전국지방의료원연합회에 소속된 34개 지방의료원을 모두를 조사한 것이므로 이들을 대표할 수 있는 연구자료이다. 하지만, 지방의료원 이외의 공공 그리고 민간의료기관의 건강증진환경을 조사는 실시하지 않았으므로 모든 의료기관을 대표하는 데는 무리가 있다. 또한, 이 연구의 조사 대상자는 각 의료원에서 QI담당자 1인이 설문지에 자기기입 하는 것을 원칙으로 하였기 때문에 문항의 이해 정도에 따라서 일부 편견 및 오류가 개입되었을 가능성이 있다.

2. 연구결과에 대한 고찰

본 연구에서 개발된 건강증진병원 환경평가 지표를 통한 조사 결과를 지역별, 병상별, 생활양식별에 따라 구분하여 지방의료원간의 환경을 비교·평가하였다. 연구결과에 대한 고찰에서는 생활양식(금연, 운동, 영양, 절주, 휴식)을 기준으로 한 연구결과와 개선방안을 제시하였다.

첫째, 각 지방의료원간에 차이는 있지만 평균적으로 금연 > 영양 > 운동 > 휴식 > 절주 순의 우수한 환경이 조성되어 있음을 알 수 있었다. 이는 금연과 간접흡연에 대한 피해인식 증대와 정부의 금연사업에 대한 그간의 노력(보건복지가족부, 2005)이 반영된 것으로 해석할 수 있겠다. 가장 우수한 환경으로 나타난 금연의 경우 200~299병상의 중형과 소규모 지역(군·구)에 위치한 의료원이 다소 낮은 것으로 나타났지만 큰 차이는 아니었다. 이와 같은 전국 지방의료원의 금연환경이 비슷한 수준으로 조성된 것에는 관련 국내·외적 법 조항과 높아진 개인 건강증진 권리 등이 기초가 되었다. 국민건강

이동원 외 : WHO 건강증진병원 사업 도입을 위한 전국지방의료원의 건강증진병원 환경 평가

증진법 시행규칙 제7조의 금연구역의 지정기준 및 방법에 의거하여 의료기관 전 구역을 흡연금지구역으로 정하고 있으며, WHO의 국제공중보건협약인 담배규제국제협약(FCTC) 제 8조인 담배 연기로부터의 보호 조항에서는 간접흡연에 의한 건강위해를 줄이기 위한 대책들을 명시(WHO, Smoke-free environment, 2007)하고 있다. 또한 WHO는 개인의 건강증진을 권리로 인식하면서 담배연기에 노출되지 않을 권리, 담배연기가 없는 깨끗한 환경에서 숨 쉴 권리 등을 요구하고 있다(WHO, 2007). 2007년에 보건복지가족부에서는 제20회 세계금연의 날을 맞이하여 “담배연기 없는 깨끗한 환경(Smoke-free Environment)” 조성을 선포하여(보건복지부, 2007), 의료기관을 포함한 사업장을 대상으로 매년 우수한 금연조직을 선정하여 장관 표창을 하고 있다. ‘담배연기 없는 깨끗한 병원’으로 2007년에는 부천성가병원, 2008년에는 서울여성병원이 수상하였다.

그러나 전국의료원 34곳 중 금연선포식을 시행한 곳은 3곳이며, 흡연자 관리 인력(조직)이 있는 곳은 2곳으로 나타나 현재까지 의료원의 적극적인 금연 환경조성은 부족한 것으로 보인다. 이를 위해 보건복지부에서 시행하는 ‘담배 연기 없는 깨끗한 병원’ 캠페인에 지방의료원의 참여를 유도하고 이에 대한 적절한 인센티브 도입이 필요하다. 또한 각 의료원장들의 금연 환경에 대한 관심과 리더십이 필요하다. 특히, 병원은 직원 중 의사의 흡연률이 높아(남은우 외, 2001) 금연환경 조성에 의사직에 대한 교육이 필요한 특징을 갖고 있으므로 이에 대한 대책이 요망된다.

둘째, 가장 취약한 환경은 절주 환경으로 의료원에 음주 상담 전문가를 확보한 곳은 1곳이고, 음주 상담 장소와 시간을 공지 하는 곳은 없는 것으로 나타났다. 특히, 고도 음주자의 실태파악, 선별 검사, 알코올 남용 및 의존 검사, 직원의 고도 음주 현황 조사 및 관리는 모든 의료원에서 실시되지 않는 것으로 나타났다. 이는 현재까지 지방의료기관은 지역주민의 진단, 치료 및 요양을 주요 업무로 여기고 있어, 음주의 심각성에 대한 적절한 대비와 조치가 이루어지지 않고 있는 것으로 보인다.

그러나 병원은 진단에 필요한 장비와 시설을 구비하고 있고 의학적 전문가 및 의료 인력이 있어 건강증진에 더 없이 훌륭한 장소가 될 수 있다(WHO Health Promoting Hospital Manual, 2007). 병원은 단장기 입원환자에게 숙식 서비스를 제공하고 있으므로, 이들이 병원에 머무는 동안 절주 교육 및 알코올 클리닉을 수행하여 건강한 생활 습관을 환자에게 제공할 수 있다. 또한 지역주민의 절주를 위해 지역 보건소와 연계한 예방 사업을 시행할 수 있을 것이다. 특히, 청소년의 음주 경험률은 증가하고 있고 첫 음주 시기는 점차 낮아지고 있으며, 학년이 높아질수록 음주율이 높게 나타났고, 여학

생들의 음주율이 눈에 띄게 증가하였다(질병관리본부, 2006). 따라서 청소년의 음주 예방을 위한 사업에 의료원의 참여가 필요시 되는 시점이라 할 수 있다.

셋째, 운동 환경은 광역시 규모지역의 300병상 이상 대형병원에서 잘 갖추어져 있었다. 규모가 작을수록 운동환경이 취약했으며, 동일 지역 및 동일 규모에 있어서 편차가 심한 것은 환자 및 직원의 수가 적은 것과 운동 환경에 대한 인식의 차이와 연관된 것으로 보인다.

최경호 외(1999)는 의사가 환자에게 간단한 운동상담을 실시하여 이로 인해 운동을 하게 되는 환자의 수가 증가한다면 전체적인 국민건강은 물론 특히 운동이 도움이 되는 질환을 가진 환자들의 건강에 기여할 수 있을 것으로 주장하였다. 따라서 의사 혹은 운동지도사가 참여한 운동 상담 및 운동 환경 조성으로 환자들의 건강관리에 보다 포괄적으로 접근할 수 있으며, 치료에 긍정적인 효과를 낼 수 있다. 또한, 의료원 직원의 운동 유도와 신체활동 증가로 건강한 직장문화를 조성할 수 있으며, 이는 직장만족 및 복리후생을 높이며 이직률을 낮추는데 기여 할 수 있다.

넷째, 전국 지방의료원의 영양환경 조사 결과, 금연환경에 이어 두 번째로 잘 조성되어 있었다.. 특히 광역시, 시 지역의 중형 규모 의료원에서 우수하였다. 이는 각 의료원에 환자 및 직원의 식단 및 식사를 책임지는 영양사를 채용하여 관리·운영되고 있는 결과로 볼 수 있다. 그러나, 영양상담 전문가를 활용한 상담(5곳 시행) 및 개인별 영양 관리프로그램(3곳 시행)에 있어 미흡한 것으로 나타났다. 또한 과일이나 주스 등을 1일 1회 식단에 제공하는 곳은 3곳밖에 없어 다양한 식단 구성의 필요성이 나타났다.

의료시장이 소비자 주도 시장으로 그 성격이 변해가면서 환자들의 병원급식 서비스에 대한 요구도 역시 점차 증가되고 있다. 환자들은 병원급식에서 환자 개인의 영양적 고려와 함께 개인에 맞는 음식, 산뜻한 분위기가 있는 음식, 따뜻한 마음과 섬세한 배려가 있는 음식을 제공 받고자 한다(류은순, 1994). 병원에서 환자에게 제공하는 식사인 환자식은 환자의 질병 회복을 위해 필요한 “치료”의 일환으로 작용하게 된다. 병원 환자식의 대상은 병원에 입원한 환자인데, 이들은 질병으로 인한 영양소 필요량의 변동과 이에 따른 식사구성 내용의 변화, 신체적 조건의 변화 또는 통증, 질병에 대한 염려, 기타 환경의 변화 등 식사에 대한 많은 어려움을 갖고 있다. 전문영양사에 의해 제공된 영양이 충분한 식사일지라도 환자가 적정량을 섭취하지 못한다면 환자는 영양 불량 상태가 되거나 치료가 지연될 수 있다. 그러므로 이러한 환자들에게 병원급식으로 공급되는 식사를 통한 영양소의 충분한 섭취는 매우 중요하다 할 수 있겠다(김정려, 1999).

다섯째, 휴식의 경우 광역시 소재, 300병상 이상의 대형병원에서 취약한 것으로 나타났다. 이는 군지역의 소규모 의료원과 비교하면, 한정된 공간의 제약 및 의료원 주변의 밀집한 지역 환경에 따른 것으로 보인다.

앞으로 의료기관이 단순히 진단과 처치 제공에만 그치는 것이 아니라 아늑하고 편리한 생활을 하면서 치료를 받을 수 있도록 주거와 호텔의 개념을 도입하는 것이 더욱 보편화될 추세이다(김승미, 2001). 우리 의료체계는 의사와 간호사 외에 보호자가 지인의 간호를 목적으로 병실에 상주하고 있는 경우가 많은데, 이들 보호자들의 병원 상주를 인정하면서도 이에 따른 공간과 시설 배려가 되지 않고 있고, 문병객들도 문병할 장소가 마땅치 않아 입원실의 병상 주변에서 문병을 하고 있다는 실정인데, 병실 외에는 다른 장소에서 환자나 보호자와 대화할 장소가 없기 때문이다(이희봉, 1991). 그러다 보니 병실 체류시간도 길어져서 환자가 제대로 휴식을 취할 수 가 없을 뿐 아니라 병실에서 장시간 시간을 보내는 환자의 경우 개인공간 부족, 프라이버시 침해 등의 환경으로 심리행태에 어려움을 느끼며, 특히 다인실의 경우 청결유지와 병실 공기 오염, 환기 및 채광에 대한 개인 선호차이와 책임성이 불분명하여 어려움이 발생하기도 한다.

이에 대한 개선책으로 그린빌딩·그린병원과 같은 친환경 병원 조성을 제시하고자 한다. 이에 의료기관의 옥상과 같은 공간에 정원을 조성하여 휴식 및 문병 공간을 제공할 수 있으며, 옥상정원은 실내 온도를 여름에는 낮춰주고 겨울에는 유지해주는 효과가 있으므로 실내 온도유지에 사용되는 에너지를 절약할 수 있고, 병원의 이미지도 제고할 수 있다. 병실내의 환경 또한 중요한데, 실내 오염 물질을 줄여주고 건강을 돌보는 에코식물(예, 공기정화식물 중의 하나인 Ivy, 산세베리아 등)을 두어 실내공기 정화 및 환자에게 심리적 안정을 제공할 수 있겠다(남은우 외, 2009).

이상의 결과들을 보면, 전국지방의료원의 건강증진병원 환경은 금연, 영양 환경에 있어서는 비교적 우수한 것으로 나타났으나, 의료원의 건강증진에 보다 효과적인 추진을 위해서는 절주환경, 휴식환경, 운동환경 등을 건강하게 조성할 필요가 있다. 이를 위해 세계보건기구(WHO)의 건강증진병원(Health Promoting Hospitals) 개념을 적용하여 다각도로 환자 건강증진을 위한 환경을 조성할 것을 본 연구를 통하여 제언 해 본다.

3. 결론

본 연구는 세계보건기구(WHO) 유럽지부를 중심으로 시작된 건강증진병원의 개념을 바탕으로 금연, 절주, 운동, 영양 및 휴식 5가지 병원환경 평가 지표를 선정하였고, 이를 활용하여 전국의 34개 지방의료원의 환경을 비교·평가하였다.

건강증진병원의 환경을 조사하기 위하여 QI담당자에게 자기기입식 설문지를 발송하여 우편으로 회수하였으며(회수율 100.0%), 각 응답에 가중치를 부여하여 지역별, 병상규모별, 생활양식별로 나누어 비교, 평가하였다.

그 결과, 조사대상 병원들은 금연(0.138)환경이 가장 잘 조성되어있는 반면, 절주(0.010)환경과 휴식(0.046)환경은 상당히 부족한 것으로 나타났다. 지역별 건강증진병원 환경 조사 결과 부산(0.110), 대구(0.104), 경남(0.101) 지역의 순으로 우수한 환경이었으며, 반대로 충남(0.066), 제주(0.066), 강원도(0.070)에 위치한 의료원은 낮은 환경수준을 갖고 있다. 병상규모별로는 중형(0.468)이 대형(0.428)과 소형(0.416)보다 다소 좋은 환경을 갖고 있었다.

결론적으로, 지방의료원은 금연환경을 잘 조성되어 있으나, 절주 환경과 휴식환경이 부족한 것으로 나타나, 환자, 지역주민 및 직원들이 쾌적하고 건강한 환경에서 진료와 업무를 볼 수 있는 환경조성이 그동안 부족했음을 알 수 있었다. 따라서 의료원의 최고 경영자는 경영·정책수립에 있어 병원의 건강증진환경을 개선하기 위한 노력이 필요함을 알 수 있다.

참 고 문 헌

- 김승미(2001), 의료시설의 휴식공간 계획에 관한 연구 - 대학병원의 병동 중심으로, 연세대학교 대학원 주거환경학과, 석사학위논문
- 김정려(1999), 병원의 환자급식에서 발생하는 잔반의 원인과 손실 분석 연세대학교 생활환경대학원, 석사학위논문
- 곽병호(2007), AHP의사결정방법에서 양방향 순위도출방법을 이용한 쌍대비교의 일관성 검정, 한양대학교 대학원, 석사학위논문
- 남은우; 박재성 ; 송예리아(2006), 건강도시지표 비교를 통한 건강도시 수준의 평가, 보건행정학회지, 16(2) : 1-20
- 남은우; 이동원 ; J. K. Davies ; 문지영 ; 송진성(2009), 경상북도 안동의료원 WHO 건강증진병원 사업 모델 구축, 원주, 연세대학교 의료복지연구소 건강도시연구센터
- 남은우, 류황건(2001), 종합병원의 금연방침과 직원의 흡연관련 요인 분석, 한국병원경영학회지, 6(1) : 85-106

이동원 외 : WHO 건강증진병원 사업 도입을 위한 전국지방의료원의 건강증진병원 환경 평가

- 류은순(1994), 환자가 바라는 우리나라 영양서비스에 대한 만족도 및 요구도 조사, 대한영양사회 심포지움, 27-52
- 문정주(2008), 건강증진병원-공공병원의 공공보건의료사업과 관련하여, 서울, 한국보건산업진흥원
- 박명배, 남은우(2008), 계층 분석적 의사결정 방법(AHP)에 의한 건강도시 사업 평가기준의 우선순위 결정에 관한 연구, 한국보건교육·건강증진학회지, 25(3) : 139- 151
- 신창건(2008), AHP기법에 의한 절토사면의 합리적 유지관리, 서울시립대 대학원, 박사학위논문
- 이동원, 남은우(2007), 2006년 지역거점공공병원직원 혁신 및 서비스촉진 교육 효과 분석, 한국병원경영학회지, 12(3) : 99-119
- 이성낙(2000), 공공병원-보건소 연계 지역고혈압 관리사업 모형 개발, 서울, 보건복지부
- 이희봉, 김운식(1991), 한국인의 의료문화에 맞는 병원 병실계획을 위한 현장연구, 대한건축학회, 7(3) : 217-225
- 조근태, 조용근, 강현수(2003), 앞서가는 리더들의 계층 분석적 의사결정, 서울, 동현출판사
- 조우현(2001), 병원중심의 건강증진 활성화 방안 연구, 서울, 연세대학교 의과대학 예방의학교실
- 지성혜(2000), 환자중심적 병원계획에 관한 연구, 연세대학교 대학원, 석사학위논문
- 최경호; 문귀옥 ; 강재현 ; 양윤준(1999), 간단한 운동상담이 환자의 운동실행에 미치는 영향, 인제의대학술지 20(2) : 705-712
- 홍인정(1997), 병원의 보건교육 활성화 방안에 관한 고찰 - 지역사회와 병원의 연계 방안을 중심으로, 한국보건교육·건강증진학회지, 14(1) : 1-9
- 보건복지가족부(2005), 새국민건강증진계획수립, 서울, 보건복지부
- Jennie Naidoo, Jane Willis(2000), 건강증진 이론과 실제 2nd, 서울, 계축문화사, 331-335
- Oliver Groene(2006), Implementing health promotion in hospitals : Manual and self-assessment forms, WHO regional office for Europe
- Pelikan J.M(2001), The health promoting hospital : concept and development, Patient Education and Counselling 45(4) : 239-243

Pelikan J.M(2007), Health Promoting Hospitals : Strategies, methodology and issues, Australia, Griffith University

Thimothy FJ ; Charles BE(1995), Exercise Prescription. Am Fam Physician 52 : 143-550

WHO regional office for Europe(2004), Standards for Health Promotion in Hospitals

The International Health Promoting Hospitals Network, <http://www.who-cc.dk>