



# 임상간호사의 건강정보이해능력 역량이 환자중심 간호에 미치는 영향\*

김민연<sup>1)</sup> · 차지은<sup>2)</sup>

1) 경북대학교 병원, 간호사 · 2) 경북대학교 간호대학·간호과학연구소, 부교수

## The influence of health literacy competencies on patient-centered care among clinical nurses\*

Kim, Minyeon<sup>1)</sup> · Cha, Jieun<sup>2)</sup>

1) Nurse, Kyungpook National University Hospital

2) Associate Professor, College of Nursing-The Research Institute of Nursing Science, Kyungpook National University

**Purpose:** The aim of this study was to identify the relationships between health literacy competencies and patient-centered care among clinical nurses. **Methods:** The participants of this study were 254 nurses working in two hospitals in the D region. The data were collected from July to August 2020. The health literacy competencies for registered nurses scale and individualized care scale were utilized. Descriptive statistics, independent t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis were used for data analysis. **Results:** The mean of health literacy competencies was 3.16±0.31 points on a four-point scale, and the average of patient-centered care was 3.69±0.50 points on a five-point scale. Regarding the nurses' general characteristics, patient-centered care showed significant differences according to age ( $F=4.68, p=.010$ ), marital status ( $t=-2.38, p=.018$ ), religion ( $F=3.03, p=.030$ ), total clinical experience ( $F=2.94, p=.021$ ) and prior health literacy knowledge ( $t=3.20, p=.002$ ). As a result of a hierarchical multiple regression analysis, health literacy competencies ( $\beta=.63$ ) were found to significantly influence patient-centered care. The explanatory power of the model was 41.0% ( $F=25.58, p<.001$ ). **Conclusion:** The study suggests that nurse's health literacy competencies should be developed in order to improve patient-centered care. Nursing education should include an emphasis on integrating health literacy into the nursing school curriculum.

**Keywords:** Health literacy, Clinical competency, Patient-centered care, Nurses

## 서론

### 연구의 필요성

1960년대 이후 서구 국가와 미국에서 환자권리 운동이 전개되

면서 의료서비스의 패러다임이 전문가 중심에서 환자중심으로 전환되기 시작하였다. 2001년 미국의학협회의 'Crossing the quality chasm' 보고서에서 환자중심성이 제시되면서 환자중심 의료가 병원 서비스의 질을 나타내는 핵심 요소로 부각되었다[1,2]. 최근 우리나라에서도 환자가 의료서비스의 적극적인 소비 주체로 인식

**주요어:** 건강정보이해능력, 임상역량, 환자중심돌봄, 간호사

**Address reprint requests to:** Cha, Jieun

College of Nursing, Kyungpook National University, 680 Gukchaebosang-ro, Jung-gu, Daegu, 41944, Republic of Korea

Tel: +82-53-420-4930 Fax: +82-53-421-2758 E-mail: jecha@knu.ac.kr

\* 이 논문은 제 1저자의 석사학위논문 일부를 발췌한 것임.

\* This article is the first author's master's thesis from Kyungpook National University.

**Received:** February 22, 2021 **Revised:** April 9, 2021 **Accepted:** April 22, 2021

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

되고 의료소비자 운동의 증가, 의료소비자의 알 권리 신장, 의료정보의 대중화, 의료시장의 활성화 등과 맞물려 환자중심 의료에 대한 관심이 더욱 높아지고 있다[3]. 이러한 보건의료 환경의 변화는 간호 실무에도 영향을 주면서 현대 간호는 환자를 다양하고 개별적인 요구를 가진 개인으로 인식하고 총체적, 전인적인 환자중심 간호를 제공하는데 중점을 두고 있다[4]. 환자중심 간호란 인간중심 간호, 개별화된 간호라고도 하며 처방에 따른 투약과 같은 일상적 간호뿐 아니라, 환자의 개별적 특성 및 요구, 선호도를 고려하여 환자의 참여와 의사결정을 도와주고 개별화된 보살핌을 제공하는 것이다[4,5]. 환자중심 돌봄을 위해서는 환자와 그들의 가족, 그리고 보건의료 제공자 사이에서 환자의 가치, 선호, 요구에 초점을 두는 효과적인 의사소통이 필수적이다[2,4,6].

환자들이 이해할 수 있는 방식으로 의사소통하는 것은 보건의료인의 책임이며 특히, 적절한 건강 관련 의사결정에 바탕이 되는 기초적인 건강정보와 서비스를 획득하고 처리하고 이해할 수 있는 능력을 의미하는 건강정보이해능력은 보건의료 전달의 모든 측면에 영향을 미치는 주요 개념으로, 환자와 상호작용하는 의료인들은 건강정보이해능력에 관한 기본적인 역량을 갖추어야만 한다[7,8]. 건강정보이해능력은 의료의 질과 환자 안전에 있어 중대한 문제이며 환자와의 의사소통에서 건강정보이해능력을 고려하지 못한다면 의료서비스를 이용하고 따르는 능력에 막대한 영향을 줄 수 있으므로[9], 의료분야 내에서 건강정보이해능력에 친화적인 환경을 조성하고 강화해나갈 필요가 있다[10]. 하지만, 대다수 보건의료인들에게는 건강정보이해능력이 낮은 환자와 보호자에게 효과적으로 건강정보와 보건서비스를 제공하기 위해 필요한 지식, 기술, 태도 즉, 건강정보이해능력 역량이 부족한 실정이다[11-13].

보건의료 인력 중 간호사는 가장 높은 비중을 차지하고 환자와 가장 근접한 접근성을 가지면서 직접적으로 환자들이 받는 돌봄의 질에 영향을 준다[14]. 간호사는 환자 관리, 투약과 교육, 퇴원 후 생활 방법 등 다양한 건강정보에 대한 환자들의 이해를 책임지는 의료인이므로 건강정보이해능력 증진에 있어 중요한 역할을 담당하고 있으며[15], 환자와의 원활한 의사소통 및 교육은 전문직 간호실무 표준 가운데 하나로 간호사의 핵심역량에 해당된다[16]. 대부분의 건강정보는 어려운 의학용어로 이루어져 있고 전문적인 내용을 담고 있기 때문에 의사소통에서의 차이가 발생하고 환자들은 의료인과 대화하고 건강정보를 이해하는데 어려움을 겪을 수 있다. 이와 같은 상황에서 간호사가 적절한 건강정보이해능력에 대한 역량을 갖추는 것은 환자중심 간호의 바탕이 될 것이다.

환자가 자율적으로 정보를 추구하고 치료적 의사결정에 참여하는 환자중심 간호에서 건강정보이해능력이 낮은 사람들은 상대적으로 소외받고 이로 인해 건강불평등의 문제가 발생할 수 있으며[2,9], 간호사가 환자의 건강정보이해능력을 적절하게 사정하지

못할 경우 의사소통은 일방적이 되기 쉽고 교육의 효과도 제한적일 수밖에 없다[11]. 따라서 건강정보이해능력이 낮은 간호대상자의 개인적 책임으로만 여기기보다는 보건의료체계 내에서 책임을 느끼고 상호작용하는 노력이 필요하다[2,8]. 즉, 건강정보이해능력은 환자의 개인적인 문제가 아니며 환자와 파트너십을 형성하고 환자중심 돌봄을 제공하기 위해 의료인과 조직의 관점에서 포괄적 접근이 이루어져야 한다.

지금까지 건강정보이해능력 연구는 주로 특정한 환자집단, 질병 상태에 초점을 맞춘 반면, 건강정보이해능력에 대한 간호전문직의 교육적 준비, 역할과 환자 결과에 미치는 영향 등은 평가되지 않았다[9,13]. 비록 건강증진 활동과 환자 교육이 간호전문직의 독립적이고 내재적인 속성임에도 불구하고[17], 건강정보이해능력에 대한 간호사의 인식은 거의 연구되지 않았으며, 일부 제한적인 연구들에서 간호사들의 건강정보이해능력 지식과 기술, 실무에 상당한 차이가 있음이 보고된 상황이다[11,13,14]. 직접적인 환자 돌봄과 보건서비스 전달의 책임이 간호사의 역할임을 고려한다면 건강정보이해능력에 대한 간호사의 이해와 인식을 밝히고 건강정보이해능력 역량이 환자중심 간호에 미치는 영향에 대한 경험적 근거가 필요하다. 이에 본 연구는 임상간호사의 핵심적인 건강정보이해능력 역량을 규명하고 환자중심 간호와의 관련성을 파악하여 간호실무 향상의 근거자료를 마련하고자 한다.

## 연구 목적

본 연구의 목적은 임상간호사의 건강정보이해능력 역량이 환자중심 간호에 미치는 영향을 규명하고자 함이다. 구체적인 목표는 임상간호사의 건강정보이해능력 역량, 환자중심 간호 수준을 파악하고, 임상간호사의 일반적 특성에 따른 건강정보이해능력 역량, 환자중심 간호를 비교한 후, 임상간호사의 건강정보이해능력 역량과 환자중심 간호와의 관계를 분석하는 것이다.

## 연구 방법

### 연구 설계

본 연구는 임상간호사의 건강정보이해능력 역량과 환자중심 간호 수준을 파악하고 이들 간의 관계를 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 연구 대상

본 연구의 대상자는 D광역시에 소재한 2개의 대학병원에서 근무 중인 간호사로 업무 지식과 기술 습득이 집중되는 3개월 미만의 신규간호사와 본 연구에서 사용된 건강정보이해능력 역량 도

구가 일반 성인 환자에게만 해당되는 문항으로 구성되었음을 고려하여 소아청소년과와 정신과 병동 간호사는 대상자에서 제외하였다. 표본 크기는 G\*power 3.1 프로그램의 다중 회귀분석에서 유의수준 .05, 중간 효과 크기 .15, 검정력 .95, 예측변수 10개로 했을 때 172명으로 산출되었다. 탈락률을 고려하여 최소 200~250명을 목표로 하였고 총 257부의 설문지를 회수하였으나 불충분하게 기재된 3부를 제외한 254부가 최종 연구 분석에 사용되었다.

## 연구 도구

### ● 건강정보이해능력 역량

건강정보란 건강의 유지와 증진을 위한 정보이며 건강정보이해 능력은 건강정보를 획득하고 처리하고 이해하여 올바른 건강 관련 의사결정을 내릴 수 있는 능력이다. 건강정보이해능력 역량(health literacy competencies)은 의료소비자의 낮은 건강정보이해 능력 문제를 효과적으로 해결하기 위해 의료전문가가 필요로 하는 지식, 기술, 태도 등이 통합된 총체적 특성으로[12], 본 연구에서는 Toronto [18]가 e-델파이 연구를 통해 파악한 간호사의 건강정보이해능력 핵심역량 49개 문항(지식 22문항, 기술 15문항, 태도 12문항)을 사용하였다. 지식은 인지적 영역으로 ‘모든 사람들은 읽고 쓰는 능력에 상관없이 쉽고 분명한 언어적 의사소통을 선호하고 그것을 통해 도움을 받는다는 것을 알고 있다’ 등으로 구성되고, 기술은 심체기능적 영역으로 ‘환자와 천천히 그리고 분명하게 말할 수 있다’ 등의 항목으로, 태도는 정의적 영역으로 ‘건강정보이해능력이 부족한 대상자에게 비 판단적으로 수치감을 주지 않으며 존중하는 태도를 취한다’ 등으로 구성되었다. 원저자로부터 사용에 대한 허락을 받은 후 한국의 임상 상황에 맞게 간호사의 건강정보이해능력 역량을 도구화하기 위하여 일차 번역, 전문가 자문, 역번역, 예비 조사의 과정을 거쳤다. 먼저 영어로 작성된 원 문항을 연구자가 한국어로 번역하여 일차 번역본을 완성하였고, 간호학 교수 2인이 한국의 임상 상황과 대상자의 이해 정도를 고려하여 번역본을 수정, 보완하였다. 번역한 도구는 건강정보이해능력과 관련된 연구 경험이 있는 교수 3인으로부터 내용타당도에 대한 자문을 받았다. 내용타당도 지수(Content Validity Index, CVI)를 산출한 결과 1.0인 문항은 35개로 71.4%를 차지하였고, 0.80 미만이었던 14개 문항 중 협의를 거쳐 1개를 삭제하고 48개 문항을 선정 후 수정하였다. 번역된 도구는 S대학교 언어교육원에 역번역을 의뢰하였고, 역번역을 거친 도구는 영어와 한국어에 능통한 1인에게 원 문항과 비교하여 재검토를 받았다. 구성타당도 분석을 위해 KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)와 Bartlett 구형성 검정, 주성분 분석 및 직교회전 방식(varimax)을 통해 탐색적 요인분석을 실시하였다. KMO값은 .93으로 높았고, Bartlett 구형성 검정값은 6073.88 (df=1128,  $p<.001$ )로 통계적으로 유의하였다. 3개의 하위요인이 추출되었으며 각각의 요인이 건강정보이해

능력 역량을 16.8~12.8% 설명하였고 총 누적 설명률은 44.0%였다. 이후 임상간호사 10인에게 예비조사를 통해 신뢰도 분석을 실시하였고 분석 결과 Cronbach's  $\alpha$ 는 지식 항목 .60, 기술 항목 .78, 태도 항목 .85로 문제가 없음을 확인한 후 총 48문항(지식 22문항, 기술 14문항, 태도 12문항)으로 구성된 도구를 확정하였다. 본 도구의 점수는 4점 Likert 척도에 의해 ‘전혀 모른다’, ‘전혀 그렇지 않다’는 1점, ‘매우 잘 안다’, ‘매우 그렇다’는 4점으로 측정하였고, 점수가 높을수록 건강정보이해능력 역량이 높음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 지식 항목 .91, 기술 항목 .89, 태도 항목 .91, 건강정보이해능력 역량 전체 문항은 .95로 나타났다.

### ● 환자중심 간호

환자중심 간호(patient-centered care)는 개별화된 간호로 질병 상태에서 환자 개인의 특성을 고려하고, 의사결정과정에서 환자의 참여를 촉진하고자 개인적인 삶의 상황과 선호도를 고려하는 것으로[5], 본 연구에서는 Suhonen 등[19]이 개발한 간호사용 개별화된 간호 측정 도구(Individualized care scale, ICS-nurses-A)를 Lee [20]가 변안한 도구를 원저자로부터 사용에 대한 허락을 받은 후 사용하였다. 본 도구는 3개의 하위영역으로 구성되어 있으며, ‘임상 상황(clinical situation)’은 간호사가 환자의 선호도, 요구와 인식에 대한 정보를 사정하고 수집하는 것으로 ‘나는 환자의 질병상태에 대해 환자가 가지고 있는 느낌을 환자와 이야기 하였다’를 포함한 7문항이며, ‘개인적인 삶의 영역(personal life situation)’은 환자의 특성과 상황에 대한 정보, 건강문제에 대한 반응을 이용하여 그에 따른 활동을 계획하는 것으로 ‘나는 환자의 이전 입원 경험에 대하여 질문하였다’를 포함한 4문항, 마지막으로 ‘의사결정(decisional control)’은 환자 개인의 기대와 간호사의 격려에 따라 돌봄에 참여하도록 하는 것으로 ‘나는 환자가 간호에 대한 의견을 표현하도록 도와주었다’를 포함한 6문항으로 총 17문항으로 구성되어 있다. 원저자는 도구 개발 당시 구성타당도 분석을 위해 KMO와 Kaiser 정규화가 있는 직교회전 방식(varimax)을 통해 탐색적 요인분석을 실시하였다. KMO값은 .91이었으며 Eigen값 1.0 이상인 3개의 요인이 추출되었고 문항의 요인 부하값은 .45-.80의 범위에 있었다. 각각의 요인이 환자중심 간호를 6.5~36.3% 설명하였고 총 누적 설명률은 52.1%였다[19]. 각 문항은 5점 Likert 척도에 의해 ‘전혀 그렇지 않다’는 1점, ‘매우 그렇다’는 5점으로 측정하였다. 측정된 점수가 높을수록 환자중심 간호를 제공한다는 것을 의미하며, 개발 당시 전체 문항의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .88이었으며, 하위영역의 Cronbach's  $\alpha$ 는 임상 상황 .83, 개인적인 삶의 영역 .77, 의사결정 .72였다. 본 연구에서 전체 문항의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92이었으며, 임상 상황 .70, 개인적인 삶의 영역 .80, 의사결정 .81로 나타났다.

## 자료 수집 방법 및 연구의 윤리적 고려

본 연구는 2개 병원의 생명윤리심의위원회에서 연구승인(IRB No. 2020-06-053, 2020-06-021-001)을 각각 받은 후 시행되었다. 자료수집은 2020년 7월 31일부터 8월 14일까지 해당 병원에서 이루어졌다. 자료수집에 앞서 각 병원의 간호부를 방문하여 본 연구의 목적과 대상 및 방법을 설명한 후 자료수집의 허락을 받았다. 자발적으로 참여에 동의한 사람에게 연구목적, 방법, 익명성 보장, 비밀유지, 참여기간 중 언제라도 참여 거부 및 중단이 가능하며 어떤 불이익도 없음을 알리는 설명서와 함께 동의서가 있는 설문지를 배부하였고 참여한 간호사에게는 소정의 선물을 제공하였다. 또한 각 설문지는 익명으로 코드화되며 자료와 설문결과는 연구 종료 시 폐기될 것과 수집한 자료는 연구목적 이외의 다른 용도로는 절대 사용되지 않음을 설명하였다. 설문지는 작성 후 밀봉하여 취합 후 연구자가 직접 회수하였다.

## 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 26.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 기술 통계를 이용하였고, 건강정보이해능력 역량과 환자중심 간호 정도는 평균과 표준편차로 산출하였다. 일반적 특성에 따른 건강정보이해능력 역량과 환자중심 간호의 차이는 independent t-test와 ANOVA를 실시하였으며, 측정 변수 간의 상관관계는 Pearson's correlation을 이용하였다. 임상간호사의 환자중심 간호에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 위계적 다중회귀분석을 실시하였다.

## 연구 결과

### 대상자의 일반적 특성

임상간호사는 총 254명으로 여성이 96.9%였고, 평균 연령은 30.42±7.82세로 30세 미만이 67.3%로 가장 많았다. 미혼이 69.3%였고, 교육 정도는 4년제 졸업이 86.6%였으며, 종교 없음이 63.0%로 가장 많았다. 직위는 평간호사가 94.1%로 가장 많았고, 임상경력은 2~4년 미만이 41.3%로 가장 많았으며 평균 임상경력 7.58±7.85년이었다. 근무부서는 외과병동 41.7% 내과병동 34.3%, 간호간병통합병동 19.3%, 기타 4.7% 순이었다. 건강정보이해능력(health literacy, 헬스리터러시, 건강문해력)에 대해 들어본 적이 있는 대상자는 26.8%였다(Table 1).

### 임상간호사의 건강정보이해능력 역량과 환자중심 간호

대상자의 건강정보이해능력 역량은 평균 3.16±0.31점으로 건강

정보이해능력 역량의 하위영역별로 살펴보면 태도

3.32±0.40점, 지식 3.13±0.32점, 기술 3.06±0.39점 순으로 나타났다. 환자중심 간호는 평균 3.69±0.50점으로 하위영역별로 살펴보면, 임상 상황 3.82±0.50점, 의사결정 3.68±0.56점, 개인적인 삶의 영역이 3.48± 0.73점 순이었다(Table 2).

건강정보이해능력 역량 정도를 문항별로 살펴보면 먼저 지식 항목에서 가장 높게 측정된 문항은 '14. 교육 자료(예, 구두, 서면, 사진, 비디오)를 조합하여 사용하면 환자의 이해를 높일 수 있음을 알고 있다'로 평균 3.44점이었고 가장 낮게 측정된 문항은 '3. 환자들이 전문용어라고 여기는 단어, 문구, 개념을 알고 있다'와 '12. 읽기 능력과 독해 능력의 차이와, 일반적인 읽기 수준이 환자의 이해를 보장하지 않는 이유를 알고 있다'로 평균은 2.82점이었다. 기술 항목에서 가장 높게 측정된 문항은 '2. 환자와 의사 소통을 할 때 흔히 쓰는 친숙한 일상용어, 문구, 개념을 사용하고 불가피한 전문용어를 적절하게 설명하며, 약어 사용을 가능한 피한다'로 평균 3.50점이었고 가장 낮게 측정된 문항은 '14. 장애가 있는 환자들(예, 시각, 청각 장애)을 위한 자원을 제공할 수 있다'로 평균 2.72점이었다. 태도 항목에서 가장 높게 측정된 문항은 '2. 안전하고 질 높은 의료서비스를 제공하기 위해서는 효과적인 의사소통이 필수적이다'로 3.54점이었고 가장 낮게 측정된 문항은 '1. 단순 관찰이나 통상적인 환자-의료인 상호작용으로는 의사소통 오류의 위험이 있는 사람을 구분하기 어려우므로 모든 환자들에게 '보편적 주의' 접근이 필요하다'로 평균 3.10점이었다(Table 3).

### 일반적 특성에 따른 건강정보이해능력 역량과 환자중심 간호

일반적 특성에 따른 건강정보이해능력 역량은 연령, 결혼상태, 종교, 직위, 임상경력, 건강정보이해능력 용어에 대한 선행지식에 따라 유의한 차이가 있었다. 40대가 20, 30대보다( $F=8.66, p<.001$ ) 기혼자가 미혼자보다( $t=-3.35, p=.001$ ) 천주교가 종교 없음보다( $F=3.99, p=.008$ ) 건강정보이해능력 역량 점수가 더 높았다. 또한 간호관리자가 평간호사보다( $t=-2.60, p=.010$ ) 임상경력 20년 이상이 2년 미만보다( $F=3.26, p=.013$ ) 건강정보이해능력 용어에 대한 선행지식이 있는 대상자가 그렇지 않은 대상자보다( $t=4.71, p<.001$ ) 건강정보이해능력 역량 점수가 더 높았다.

환자중심 간호의 경우 연령, 결혼상태, 종교, 임상경력, 건강정보이해능력 용어에 대한 선행지식에 따라 유의한 차이가 있었다. 40대가 20대보다( $F=4.68, p=.010$ ) 기혼자가 미혼자보다( $t=-2.38, p=.018$ ) 천주교가 종교 없음보다( $F=3.03, p=.030$ ) 환자중심 간호 점수가 더 높았다. 또한 임상경력이 10년 이상 19년 미만이 5년 이상 9년 미만보다( $F=2.94, p=.021$ ) 건강정보이해능력 용어에 대한 선행지식이 있는 대상자가 그렇지 않은 대상자보다( $t=3.20,$



$p=.002$ ) 환자중심 간호 점수가 더 높았다(Table 1).

건강정보이해능력 역량, 환자중심 간호의 상관관계를 분석한 결과는 Table 4와 같다. 환자중심 간호는 건강정보이해능력 지식 ( $r=.50$ ), 기술( $r=.67$ ), 태도( $r=.53$ ), 건강정보이해능력 역량( $r=.65$ )과 유의한 양의 상관관계를 나타냈다( $p<.001$ ).

**임상간호사의 건강정보이해능력 역량과 환자중심 간호와의 상관관계**

임상간호사의 건강정보이해능력 하위영역(지식, 기술, 태도)과

Table 1. Differences in Health Literacy Competencies and Patient-centered Care according to General Characteristics (N=254)

Variables	n (%)	HL competencies			Patient-centered care		
		Mean±SD	t/F (p)	Scheffé	Mean±SD	t/F (p)	Scheffé
<b>Gender</b>							
Men	8 (3.1)	3.09±0.30	-0.64		3.62±0.33	-0.41	
Women	246 (96.9)	3.16±0.31	(.521)		3.69±0.51	(.679)	
<b>Age (year)</b>							
<30 <sup>a</sup>	171 (67.3)	3.12±0.29			3.64±0.48		
30-39 <sup>b</sup>	46 (18.1)	3.12±0.32	8.66 (<.001)	c>a,b	3.72±0.52	4.68 (.010)	c>a
≥40 <sup>c</sup>	37 (14.6)	3.35±0.34			3.91±0.56		
<b>Marital status</b>							
Single	176 (69.3)	3.11±0.28	-3.35 (.001)		3.64±0.47	-2.38 (.018)	
Married	78 (30.7)	3.25±0.35			3.80±0.56		
<b>Educational level</b>							
College	18 (7.1)	3.16±0.28			3.69±0.43		
University	220 (86.6)	3.15±0.31	1.23 (.293)		3.68±0.50	0.31 (.731)	
≥Master	16 (6.3)	3.27±0.30			3.79±0.62		
<b>Religion</b>							
Christianity <sup>a</sup>	37 (14.6)	3.17±0.34			3.65±0.61		
Catholicism <sup>b</sup>	24 (9.4)	3.35±0.30	3.99 (.008)	b>d	3.97±0.50	3.03 (.030)	b>d
Buddhism <sup>c</sup>	33 (13.0)	3.18±0.42			3.73±0.52		
None <sup>d</sup>	160 (63.0)	3.12±0.27			3.65±0.46		
<b>Job position</b>							
Nursing manager	15 (5.9)	3.35±0.35	-2.60 (.010)		3.86±0.53	-1.34 (.182)	
Staff nurse	239 (94.1)	3.14±0.30			3.68±0.50		
<b>Clinical experience (year)</b>							
<2 <sup>a</sup>	40 (15.8)	3.10±0.24			3.70±0.43		
2-4 <sup>b</sup>	105 (41.3)	3.11±0.27			3.65±0.45		
5-9 <sup>c</sup>	44 (17.3)	3.15±0.34	3.26 (.013)	e>a	3.54±0.54	2.94 (.021)	d>c
10-19 <sup>d</sup>	38 (15.0)	3.24±0.38			3.86±0.58		
≥20 <sup>e</sup>	27 (10.6)	3.30±0.33			3.84±0.55		
<b>Working unit</b>							
Medical ward	87 (34.3)	3.12±0.30			3.63±0.48		
Surgical ward	106 (41.7)	3.19±0.31	0.77 (.512)		3.72±0.50	0.67 (.570)	
Comprehensive nursing service ward	49 (19.3)	3.14±0.35			3.71±0.50		
Others	12 (4.7)	3.13±0.27			3.77±0.67		
<b>Prior knowledge of HL</b>							
Yes	68 (26.8)	3.30±0.31	4.71 (<.001)		3.85±0.53	3.20 (.002)	
No	186 (73.2)	3.10±0.29			3.63±0.48		

HL=health literacy

Table 2. Descriptive Statistics of Health Literacy Competencies and Patient-centered Care

Categories	subscale	Item No.	Range	Min-Max	Mean ± SD
Health literacy competencies	Knowledge	22	1-4	2.07-4.00	3.13±0.32
	Skill	14	1-4	2.00-4.00	3.06±0.39
	Attitude	12	1-4	2.06-4.00	3.32±0.40
	Total	48	1-4	1.82-4.00	3.16±0.31
Patient-centered care	Patient's clinical situation	7	1-5	2.14-5.00	3.82±0.50
	Personal life situation	4	1-5	1.00-5.00	3.48±0.73
	Decisional control	6	1-5	2.17-5.00	3.68±0.56
	Total	17	1-5	2.29-5.00	3.69±0.50

Table 3. Analysis of Health Literacy Competencies Scale the Items (N=254)

Categories	subscale / Items	Mean ± SD
Health literacy competencies	Knowledge	
	1. Knows that everyone, regardless of literacy level, benefits from and prefers clear plain language communication.	3.21±0.49
	2. Knows that "You can't tell who has low health literacy by looking."	3.19±0.49
	3. Knows which kind of words, phrases, or concepts may be jargon to patients.	2.82±0.64
	4. Knows best practice principles of plain language and clear health communication for oral and written communication.	3.31±0.53
	5. Knows that adults with low literacy tend to experience shame, and hide their skills from health care professionals.	2.84±0.58
	6. Recognizes "red flag" behaviors, which may suggest a patient has low health literacy.	2.88±0.56
	7. Knows that patients learn best when a limited number of concepts are presented at any given time.	2.98±0.56
	8. Knows that communication involves both talking and listening effectively.	3.42±0.53
	9. Knows the need to never assume patient's understanding about a disease or medication even if they have been diagnosed or have taken the medication for many years.	3.22±0.55
	10. Knows that health literacy is context specific; individuals with high general literacy may have low health literacy.	3.08±0.47
	11. Knows the rationale for and mechanics of using the teach back or show me technique to assess patient understanding.	3.02±0.60
	12. Knows difference between the ability to read, and reading comprehension, and why general reading levels do not ensure patient understanding.	2.82±0.54
	13. Knows that health literacy may decrease during times of physical or emotional stress.	3.16±0.53
	14. Knows using a combination of educational materials (e.g., verbal, written, pictures, video) may increase patient understanding.	3.44±0.54
	15. Knows that cultural and linguistic differences between patients and health care professionals magnify health literacy issues.	3.22±0.55
	16. Knows that bringing family members and friends to health care encounters may help to reinforce the information provided by the health care provider and seek clarification when needed.	3.24±0.58
	17. Knows that transition points, or handoffs in health care (i.e., moving from inpatient to outpatient settings) are especially vulnerable to patient communication errors.	3.22±0.54
	18. Knows that a patient may refuse a plan or treatment due to fear, lack of resources, or misunderstanding.	3.17±0.50
	19. Knows patient's ability to navigate complex health systems and is influenced by patient's health literacy level.	3.12±0.45
	20. Knows patient and provider communication is influenced by patient's health literacy level.	3.21±0.51
	21. Knows examples of the direct relationship between health literacy and knowledge about one's chronic disease(s) and medications, adherence to medications and treatment plans, receipt of preventative health services, and health outcomes and risk of harm.	3.07±0.51
22. Knows that providing written materials in a person's native language may not ensure comprehension of health information.	3.14±0.49	

Table 3. Analysis of Health Literacy Competencies Scale the Items (Continued)

(N=254)

Categories	subscale / Items	Mean ±SD
Health literacy competencies	Skill	
	1. Demonstrates ability to speak slowly and clearly with patients.	3.28±0.57
	2. Demonstrates ability to use common familiar lay terms, phrases, and concepts, appropriately define unavoidable jargon, and avoid using acronyms in oral and written communication with patients.	3.50±0.52
	3. Demonstrates ability to use verbal and nonverbal active listening techniques when speaking with patients.	3.33±0.56
	4. Demonstrates effective uses of the teach back or show me technique for assessing patients' understanding.	3.10±0.66
	5. Demonstrates ability to elicit patients' prior understanding of their health issues in a nonshaming manner (i.e., asks "What do you already know about high blood pressure?").	2.98±0.60
	6. Demonstrates ability to recognize, avoid, and constructively correct the use of medical jargon, as used by others in oral and written communication with patients.	3.15±0.56
	7. Demonstrates ability to "chunk and check" by giving patients small amounts of information and checking for understanding before moving to new information.	3.05±0.57
	8. Demonstrates the ability to use action-oriented statements to help patients know what they need to do.	3.05±0.65
	9. Demonstrates ability to orally communicate accurately and effectively in patients' preferred language, using medical interpreter services.	2.91±0.64
	10. Demonstrates the ability to provide written material at a level of the patient's understanding.	2.98±0.56
	11. Demonstrates the ability to select culturally and socially appropriate and relevant visual aids, including objects and models, to enhance and reinforce oral and written communication with patients.	2.91±0.60
	12. Demonstrates ability to make instructions interactive, such that patients engage the information, to facilitate retention and recall.	2.96±0.54
	13. Demonstrates the ability to select developmentally age-appropriate visual aids (including objects, pictures, and models) to reinforce oral and written communication with patients.	2.94±0.60
	14. Demonstrates the ability to provide resources for patients who may have disabilities (e.g., low vision, hearing impairment).	2.72±0.68
	Attitude	
	1. Exhibits the attitude that all patients are at risk for communication errors, and that one cannot tell who is at risk of communication errors simply by looking, or through typical health care interactions—a universal precautions approach is required with all patients.	3.10±0.47
	2. Expresses the attitude that effective communication is essential to the delivery of safe high-quality health care.	3.54±0.54
	3. Expresses the attitude that every patient has the right to understand their health care, and that it is the health care professional's duty to elicit and ensure patients' best possible understanding of their health care.	3.37±0.59
	4. Expresses a nonjudgmental, nonshaming, respectful attitude toward individuals with limited literacy (or health literacy) skills.	3.33±0.58
	5. Acknowledges that all patients regardless of circumstances require clear communication and should not be associated with any one characteristic or demographic.	3.33±0.56
	6. Expresses acceptance of an ethical responsibility to facilitate the two-way exchange of information in "shared decision making" to the degree and at the level desired by the patient and their family.	3.20±0.56
	7. Expresses empathy with patients' potential shame around low literacy (or health literacy) issues.	3.33±0.57
	8. Acknowledges patients' autonomous right to both informed consent, and "informed refusal" of recommended evaluations or treatments.	3.46±0.57
	9. Acknowledges health literacy practices should aim to enhance patient health knowledge and self-efficacy to promote self-care behavior.	3.32±0.55
	10. Expresses empathy with the common experience of the health care system as a confusing, stressful, frustrating, intimidating, and frightening physical and virtual environment for many patients.	3.28±0.59
	11. Expresses the attitude that it is the responsibility of all members of the health care team to be trained and proactive in addressing the communication needs of patients.	3.33±0.57
	12. Expresses the attitude that it is a responsibility of the health care sector to address the mismatch between patients' and health care providers' communication skills and tactics.	3.20±0.59

임상간호사의 환자중심 간호에 영향을 미치는 요인

환자중심 간호에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 환자중심 간호와 유의한 차이가 있었던 일반적 특성 중 결혼상태, 종교, 임상경력, 건강정보이해능력 용어에 대한 선행지식과 건강정보이해능력 역량을 독립변수로 설정하여 위계적 다중회귀분석을 실시한 결과는 Table 5와 같다. 결혼상태, 종교, 건강정보이해능력 용어에 대한 선행지식은 더미변수로 바꾸어 처리하였고, 연령에 따른 환자중심 간호도 유의한 차이가 있었으나 연령과 임상경력이 서로 높은 다중공선성을 나타내어 다중 회귀분석에서 제외하였다. 첫 번째 모형에서 1단계 변수로 일반적 특성을 투입한 결과 6.0%의 설명력을 보였고 유의한 변수는 종교(천주교)와 건강정보이해능력 용어에 대한 선행지식으로 나타났다(F=3.65, p=.002). 두 번째 모형에서 건강정보이해능력 역량을 투입한 결과 설명력은 41.0%로 증가하였고 임상간호사의 건강정보이해능력 역량( $\beta$

=.63,  $p<.001$ )이 환자중심 간호에 있어 유의한 요인이었다(F=25.58,  $p<.001$ ). Durbin-Watson 통계량은 2.01으로 잔차의 독립성이 확보되었으며, 공차한계는 0.1 이상, 분산팽창지수(Variance Inflation Factor, VIF)는 10 이하로 나타나 다중공선성의 문제가 없는 것으로 확인되었다.

논 의

오늘날은 보건의료 분야에서 상호작용과 의사소통이 강조되면서 환자의 건강정보이해능력에 대한 지식과 기술에서 벗어나 전문가와 조직의 건강정보이해능력으로 관점의 전환이 필요한 중요한 시기이다. 본 연구는 임상간호사의 건강정보이해능력 역량과 환자중심 간호 수준을 파악하고 이들 간의 관계를 규명하였다. Toronto [18]의 델파이 연구를 통해 도출된 간호사의 건강정보이해능력 역량을 한국의 임상 상황에 맞게 번역하고 도구화하여 국

Table 4. Correlation among Health Literacy Competencies and Patient-centered Care (N=254)

	Knowledge	Skill	Attitude	Health literacy competencies	Patient-centered care
	<i>r</i> ( <i>p</i> )				
Patient-centered care	.50 (<.001)	.67 (<.001)	.53 (<.001)	.65 (<.001)	1

Table 5. Influencing Factors of Patient-centered Care (N=254)

Model	Categories	B	SE	$\beta$	t	<i>p</i>
Model 1	(Constant)	3.63	.11		31.83	<.001
	Marital status*	-0.06	.10	-.06	-0.62	.534
	Religion*					
	Christianity	-0.04	.09	-.03	-0.44	.664
	Catholicism	0.29	.11	.17	2.63	.009
	Buddhism	0.03	.10	.02	0.33	.742
	Total clinical experience	0.00	.00	.06	0.60	.549
	Prior knowledge of health literacy*	0.19	.07	.17	2.71	.007
$R^2=.08$ , Adjusted $R^2=.06$ , $F=3.65$ , $p=.002$						
Model 2	(Constant)	0.48	.28		1.73	.086
	Marital status*	-0.03	.08	-.03	-0.39	.695
	Religion*					
	Christianity	-0.05	.07	-.04	-0.73	.464
	Catholicism	0.08	.09	.05	0.93	.354
	Buddhism	0.02	.08	.02	0.28	.779
	Total clinical experience	0.00	.00	-.02	-0.31	.758
	Prior knowledge of health literacy*	0.02	.06	.02	0.35	.728
Health literacy competencies	1.03	.09	.63	12.02	<.001	
$R^2=.42$ , Adjusted $R^2=.41$ , $F=25.58$ , $p<.001$						

SE=standard error; \*Dummy variable: Marital status (0=single), Religion (0=none), Prior knowledge of health literacy (0=no)



내 임상간호사를 대상으로 건강정보이해능력 역량을 조사하고 환자중심 간호와의 관계를 파악한 최초의 시도였다.

본 연구 결과, 임상간호사 254명 중 건강정보이해능력 용어에 대해 들어본 적이 있는 대상자는 26.8%를 차지하였다. 국외 연구를 살펴보면 미국 간호사 76명 중 80.0%에서 건강정보이해능력을 들어본 적이 있었고[13], 이란 간호사 190명을 대상으로 조사한 결과 38.9%가 건강정보이해능력의 정의에 대해 알고 있었다[14]. 지금까지 국내에서의 건강정보이해능력 연구가 대부분 환자 측면에 초점을 둔 반면, 의료진의 역량에는 큰 비중을 두지 않았고 간호교육에서도 건강정보이해능력에 관한 프로그램이 부족하였다. 이로 인해 간호사들이 건강정보이해능력의 실재와 문제점을 인식하는 데 어려움을 겪는 것으로 보인다.

건강정보이해능력 역량의 하위영역에서 지식, 기술, 태도는 각각  $3.13 \pm 0.32$ 점,  $3.06 \pm 0.39$ 점,  $3.32 \pm 0.40$ 점으로 지식과 태도가 상대적으로 높았고 기술이 낮은 편이었다. 전체 48개 중 태도 항목인 ‘안전하고 질 높은 의료서비스를 제공하기 위해서는 효과적인 의사소통이 필수적이다’가 3.54점으로 가장 높아 대부분의 임상간호사들은 건강정보이해능력이 긍정적인 결과를 가져온다는 믿음을 갖고 있었고, 기술 부분에서 가장 점수가 높았던 ‘환자와 의사소통을 할 때 흔히 쓰는 친숙한 일상용어, 문구, 개념을 사용하고 불가피한 전문용어를 적절하게 설명하며, 약어 사용을 가능한 피한다’의 경우 건강정보이해능력 전문가들이 선정한 우선순위가 가장 높았던 항목으로[21] 실무에서 적절한 의사소통 방법을 일반적으로 적용하고 있음을 보여주었다.

지식에서는 ‘환자들이 전문용어라고 여기는 단어, 문구, 개념을 알고 있다’ 문항과 ‘읽기 능력과 독해 능력의 차이와 일반적인 읽기 수준이 환자의 이해를 보장하지 않는 이유를 알고 있다’ 문항이 평균 2.82점으로 낮았다. 또한 태도에서는 ‘단순 관찰이나 통상적인 환자-의료인 상호작용으로는 의사소통 오류의 위험이 있는 사람을 구분하기 어려우므로 모든 환자들에게 ‘보편적 주의’ 접근이 필요하다’ 문항이 평균 3.10점으로 다소 낮게 나타났다. 간호사의 60% 정도가 환자의 건강정보이해능력을 사정할 때 ‘직감’을 사용하고, 80% 이상이 건강정보이해능력 도구를 사용하여 사정한 적이 전혀 없거나 드문 것으로 보고된 바 있다[13]. 의료진들이 환자의 건강정보이해능력을 과대평가하는 경향이 있다는 선행연구[11]처럼 사실상 환자 개개인의 전문용어에 대한 지식과 정보요구는 부정확하게 파악되어 환자들에게 이해되지 않는 방식의 의사소통이 이루어졌을 가능성을 시사하였다. 미국에서는 보건교육이 달성해야 할 바람직한 성과 중 헬스 리터러시가 포함되었고[22], 유럽 각국에서도 유럽연합(European Union)의 권고에 따라 학교 차원에서 건강정보이해능력 교육 프로그램을 강화하는 추세이지만[23], 국내에서 Park [24]이 전국 60개 간호교육기관의 교육목표를 분석한 결과에 따르면 간호학생에게 기대되는 능력에 건강정보이해능력 역량은 포함되어 있지 않았다. 국내 임상간호

사들이 건강정보이해능력의 중요성을 인식하고 환자의 건강정보이해능력을 정확하게 파악하기 위한 도구 사용이나 건강정보이해능력 수준에 맞는 적절한 의사소통 방법에 대한 지식을 갖추기 위해서는 대학 및 의료기관에서 간호사의 건강정보이해능력 역량과 관련된 교육목표를 설정하여 교육 프로그램을 제공해야 할 것이다.

기술 영역에서는 ‘장애가 있는 환자들을 위한 자원을 제공할 수 있다’ 문항이 2.72점으로 가장 낮았고, ‘환자와의 구두 및 서면 의사소통을 증진시키고 강화하기 위해 문화적, 사회적으로 적절한 시간적 보조기구를 선택할 수 있다’와 ‘의료 통역 서비스를 사용하여 환자가 선호하는 언어로 정확하고 효과적으로 구두 의사소통을 할 수 있다’ 문항이 2.91점으로 낮게 측정되었다. 청각 장애와 언어장애를 가진 대상자에서 의사소통의 어려움으로 인해 의료기관 이용이 줄어들고 그로 인해 미충족 의료가 발생하는 것으로 나타났는데[25], 장애인과 같은 취약계층의 낮은 건강정보이해능력 문제를 적극적으로 지원하는 방안이 요구된다. 한편, 대부분의 의료기관이 검사 안내, 환자 교육 자료 등을 일괄된 형태로 제공하는 상황에서 앞으로는 환자의 문화적, 사회적 특성에 따라 자료의 적절성을 고려하고 환자 교육 시 다양한 보조기구를 활용하려는 노력이 필요하며, 외국인이 국내에서 느끼는 의료서비스의 가장 큰 문제점이 문화적 특성을 배려하지 않는 진료 서비스 부족과 의사소통 장애였으므로[26], 24시간 쉽게 이용할 수 있도록 통역 서비스를 개선하는 것이 필요하다고 하겠다.

환자중심 간호의 하위영역에서는 임상 상황이  $3.82 \pm 0.50$ 점으로 가장 높았고, 의사결정이  $3.68 \pm 0.56$ 점이었으며, 개인적인 삶이  $3.48 \pm 0.73$ 점으로 가장 낮았다. 국내에서 동일한 도구를 사용하여 환자중심 간호를 측정된 결과와 비슷한 수준을 보였고[27], 미국, 핀란드 등 7개 국가에서 실시한 Suhonen 등[28]의 연구에서 임상 상황 점수가 가장 높았던 것과 일치하였다. 간호사들은 간호제공 시 환자의 질병 상태를 파악하는 것을 가장 우선시하였으며 환자의 요구를 파악하고 이를 간호에 반영하는 것을 중요하게 인식하고 있었다. 의사결정은 국내 선행연구[27]와 비교했을 때 높았지만 미국, 핀란드, 그리스, 포르투갈, 스웨덴 등의 간호사보다는 낮았다[28]. 국내에서도 최근 환자의 교육 요구에 따른 정보를 적절히 제공하고 환자 스스로 치료에 대한 결정에 적극적으로 참여하도록 돕는 환자중심 의사소통이 건강 결과에 긍정적 영향을 주는 요인으로 강조되고 있으나, 미국, 유럽 국가와 같이 환자중심 의사소통이 보다 활발히 적용되기 위해서는 국내 간호교육에서 충분한 의사소통 훈련이 이루어져야 할 것이다. 끝으로 환자의 입원 경험과 일상생활, 습관에 대하여 질문하여 간호에 반영하는 개인적인 삶의 영역[19]이 가장 점수가 낮았는데, 임상에서의 과중한 업무로 인해 입원 직후 시행하는 간호 정보 조사 외에 추가로 환자의 선호도와 요구를 사정하는 것이 어려움을 보여주었다.

일반적 특성에 따른 환자중심 간호와 건강정보이해능력 역량은

연령, 결혼상태, 종교, 임상경력, 건강정보이해능력 용어에 대한 선행지식의 유무에 따라 유의한 차이를 보였는데 연령이 증가하면서 성숙과 함께 다양한 경험이 쌓이게 되면서 비롯된 결과로 사료되며, 기혼자의 경우 가족 구성원과 지속적인 관계를 맺으며 상대방을 이해하는 기회를 통해 영향을 준 것으로 여겨진다. 또한 인간의 자기 이해와 성찰에 있어 밀접한 역할을 담당하고 있는 종교가 관련 요인으로 나타났고, 임상경력이 많을수록 환자간호에 대한 경험이 풍부하여 공감하고 개별화된 간호를 제공하는 능력이 더 높았을 것으로 해석된다. 건강정보이해능력에 대해 접해본 간호사들은 대상자의 이해 수준을 고려하여 정보를 제공해야 한다는 것을 인식할 가능성이 높으므로 환자중심 간호와 건강정보이해능력 역량에 영향을 주었을 것이다.

건강정보이해능력 역량과 하위영역인 지식, 기술, 태도는 환자중심 간호와 모두 양의 상관관계로 나타났다. 기술 영역이 환자중심 간호와 가장 높은 상관관계를 보였고, 다음으로 태도, 지식 순이었다. 건강정보이해능력 분야에서 국제적으로 인정받는 전문가인 Coleman [12]은 보건전문가가 갖추어야 할 건강정보이해능력 역량과 실천 요강은 매우 다양하여 모든 교육을 제공하기 어렵기 때문에 환자의 결과에 가장 큰 잠재적 영향을 미치는 역량을 식별하고 상대적 가치를 평가하여 우선순위를 정하는 연구가 필요하다고 제언하였다. 본 연구에서 임상간호사의 건강정보이해능력에 대한 지식이나 태도 점수보다 기술 점수가 비교적 낮았던 점을 고려한다면 앞으로 환자중심 간호를 위해 건강정보이해능력이 낮은 환자와 의사소통하기 위한 구체적인 전략들, 예를 들면 쉬운 용어로 바꾸어보기, 그림 그리기, teach-back 기법을 사용하여 이해정도를 확인하기 등을 연습할 수 있도록 경험식 교수법을 적용하는 것이 요구된다[29].

환자중심 간호에 영향을 미치는 주요 요인을 파악하기 위해 위계적 다중회귀분석을 실시한 결과 건강정보이해능력 역량이 높을수록 환자중심 간호 정도가 높게 나타났으며 설명력은 41.0%였다. 이는 간호사가 적절한 건강정보이해능력에 대한 지식과 기술, 태도를 갖추는 것이 환자중심 간호의 바탕이 될 것이라고 한 Toronto [18]와 Karuranga 등[30]의 주장을 뒷받침하였다. 국외에서는 간호사가 환자의 건강정보이해능력을 파악하고, 건강정보이해능력이 낮은 환자를 위해 차별화된 의사소통 전략을 사용하는 것이 환자중심 간호를 실현하는 중요한 과정으로 제시되었으나 [6,17], 국내에서는 간호사의 건강정보이해능력 역량에 대한 관심과 노력은 부족한 실정이므로 환자중심 간호가 이루어지기 위해서는 간호사와 간호학생의 건강정보이해능력 역량에 대한 기준과 실무 가이드라인이 마련되어야 할 것이다. 아울러 양질의 보건의사소통을 보장하기 위해 간호사를 포함한 보건의료인들은 대상자와의 일상적인 대화에서 건강정보이해능력 실무, 예를 들면 수치심(shame-free)을 느끼지 않도록 안전한 환경을 조성하고, 천천히 말하며, 한 문장 내에서 개념을 제한하고 명확한 언어 사용 및 의

학용어 사용 피하기, 대상자의 이해를 확인할 때까지 지속적으로 가르치기 등 보편적 주의를 적용하는 것이 필요하다[14,18,21].

본 연구에서 규명된 국내 임상간호사의 건강정보이해능력 역량을 강화한다면 환자의 낮은 건강정보이해능력의 장벽을 극복하고 환자와 간호사 사이의 긍정적 파트너십을 형성하여 환자중심 간호를 제공하는데 기여할 것으로 기대된다. 또한 연구 결과는 건강정보이해능력에 대한 실무가 일관적으로 적용되지 않고, 건강정보이해능력 교육과정의 내용과 구성을 위한 지침이 부재한 국내 상황에서 간호사의 건강정보이해능력 역량 향상을 위한 교육과정 개발의 기초이자 환자중심 간호를 제공하기 위한 실무 향상의 근거가 될 것이다. 본 연구의 제한점으로는 연구자가 간호사의 건강정보이해능력 역량 항목을 한국의 임상 상황에 맞게 번역하여 도구화하는 과정에서 대상자들의 이해를 돕기 위해 용어의 정의나 예시를 추가하면서 응답 과정에서 이로 인한 사회적 바람직성 편향(social desirability bias)이 발생하였을 가능성이 있으므로 추후 연구에서는 응답 편향이 존재하는지를 확인하고 편향 성향이 높은 문항은 수정하거나 제외시키는 것이 필요하다.

## 결론 및 제언

간호 전문직은 환자중심 돌봄을 통해 궁극적으로 환자 결과에 영향을 미칠 수 있는 이상적인 위치에 있으며, 건강정보이해능력을 교육하고 연구하는데 있어 핵심적 역할을 할 수 있다. 본 연구에서는 임상간호사를 대상으로 건강정보이해능력 역량과 환자중심 간호 수준을 파악하고 이들 간의 관련성을 검증해보았다. 연구 결과 건강정보이해능력 역량 중 지식과 태도에 비해 기술이 부족한 편이었고, 건강정보이해능력 역량과 환자중심 간호는 높은 상관관계를 보였으며, 건강정보이해능력 역량은 환자중심 간호의 유의한 영향요인이었다. 이상의 연구 결과를 근거로 다음과 같이 제언하고자 한다.

본 연구는 2곳의 대학병원을 대상으로 진행하였기에 연구 결과를 일반화하기 어려우므로 추후 다양한 규모의 병원에서 대상자를 보다 확대하여 실시하는 것이 필요하다. 또한 국내에서 건강정보이해능력 역량의 중요도와 우선순위를 파악한 연구가 미비하므로 간호사와 환자가 인지하는 간호사의 건강정보이해능력 역량의 중요도와 우선순위를 파악하고 그에 따른 간호대학생의 건강정보이해능력 교육과정 개발 및 간호사의 건강정보이해능력 역량 강화 프로그램 개발을 제언한다.

## Conflict of interest

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## Funding

None

## Acknowledgements

None

## Supplementary materials

None

## References

- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
- Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*. 2010;29(8):1489-1495. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0888>
- Kim Y. Changes in patient-centered medical services: focused on improvements on communication between doctors and patients. *Journal of Science and Technology Studies*. 2013;13(2):71-110.
- Lusk JM, Fater K. A concept analysis of patient-centered care. *Nursing Forum*. 2013;48(2): 89-98. <https://doi.org/10.1111/nuf.12019>
- Suhonen R, Leino-Kilpi H, Valimaki M. Development and psychometric properties of the individualized care scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2005;11(1):7-20. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2003.00481.x>
- Boykins AD. Core communication competencies in patient-centered care. *ABNF Journal*. 2014;25(2):40-45.
- Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
- Yin HS, Jay M, Maness L, Zabar S, Kalet A. Health literacy: an educationally sensitive patient outcome. *Journal of General Internal Medicine*. 2015;30(9):1363-1368. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3329-z>
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2011; 155(2):97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros, AD. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization; 2013. p. 1-73.
- Dickens C, Lambert BL, Cromwell T, Piano MR. Nurse overestimation of patients' health literacy. *Journal of Health Communication*. 2013;18(1):62-69. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825670>
- Coleman CA, Hudson S, Maine LL. Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study. *Journal of Health Communication*. 2013;18(1):82-102. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.829538>
- Macabasco-O'Connell A, Fry-Bowers EK. Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. *Journal of Health Communication*. 2011;16(3):295-307. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604389>
- Nesari M, Olson JK, Nasrabadi AN, Norris C. Registered nurses' knowledge of and experience with health literacy. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*. 2019;3(4): e268-e279. <https://doi.org/10.3928/24748307-20191021-01>
- Murphy-Knoll L. Low health literacy puts patients at risk. *Journal of Nursing Care Quality*. 2007;22(3):205-209. <https://doi.org/10.1097/01.ncq.0000277775.89652.30>
- American Nurses Association. Nursing: scope and standards of practice. 2nd ed. Silver Spring, MD: ANA; 2010. p. 54.
- Mason DJ. Promoting health literacy. *The American Journal of Nursing*. 2001;101(2):7.
- Toronto CE. Health literacy competencies for registered nurses: an e-Delphi study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2016;47(12):558-565. <https://doi.org/10.3928/00220124-20161115-09>
- Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Valimaki M, Leino-Kilpi H. Individualized care scale-nurse version: a finnish validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010;16(1):145-154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01168.x>
- Lee JE. Patients' and nurses' perceptions of patient centered nursing care [dissertation]. Daejeon: Chungnam National University; 2015. p. 1-62.
- Coleman C, Hudson S, Pederson B. Prioritized health literacy and clear communication practices for health care professionals. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*. 2017;1(3): e91-e99. <https://doi.org/10.3928/24748307-20170503-01>
- Schima M, Ames EE, Nolte AE, Allensworth D. The health education profession in the 21st century: setting the stage.

- The Journal of School Health. 1996;66(8):291-298.
23. Flecha A, García R, Rudd R. Using health literacy in school to overcome inequalities. *European Journal of Education*. 2011;46(2):209-218. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3435.2011.01476.x>
  24. Park JH. Study of abilities required to develop for student in nursing education. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2011;17(1):74-87.
  25. Kim HM. Differences in experience of unmet healthcare needs according to disability status in Korea [dissertation]. Seoul: Yonsei University; 2020. p. 1-94.
  26. Lee BS, Oh IK, Lee EM. Foreign residents' experience of Korean health care services. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2011;17(2):226-237.
  27. Jeong H, Park M. A predictive model on patient-centered care of hospital nurses in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2019;49(2):191-202. <https://doi.org/10.4040/jkan.2019.49.2.191>
  28. Suhonen, R, Papastavrou E, Efstathiou G, Lemonidou C, Kalafati M, Da Luz MDA, et al. Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(9):1895-1907. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05626.x>
  29. Mackert M, Ball J, Lopez N. Health literacy awareness training for healthcare workers: improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. *Patient Education and Counseling*. 2011;85(3):e225-e228. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.022>
  30. Karuranga S, Sørensen K, Coleman C, Mahmud AJ. Health literacy competencies for European health care personnel. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*. 2017; 1(4):e247-e256. <https://doi.org/10.3928/24748307-20171005-01>