

환자안전에 관한 간호사의 경험학습: 낙상 사고를 중심으로

윤선희*, 김광점**†

*가톨릭대학교 인천성모병원, 가톨릭대학교 의료경영대학원, **가톨릭대학교 의료경영대학원, 가톨릭대학교 의료경영연구소

〈Abstract〉

Nurses' learning experiences from falling accidents on patient safety

Seon-Hee Yoon*, Kwang-Jum Kim**†

**Incheon St. Mary's Hospital; Graduate School of Healthcare Management & Policy, The Catholic Univ. of Korea*

***Graduate School of Healthcare Management & Policy, The Catholic Univ. of Korea; Institute of Healthcare Management*

Purpose : The aim of this article is to describe the nurses' experiential learning mechanism on patient safety.

Methods : To analyze nurses' learning experiences on patient safety cases, a focus-group interview method was used. The Kolb' s experiential learning model was used as a reference model.

Findings : Without deep reflective reasoning about specific experiences, there is no creative or innovative solutions to experiment actively. Nurses are likely to be reluctant learners when there is no systemic support from formal departments which is in charge of patient safety and quality of care.

Conclusion : In order to build patient safety culture in hospital, there should be efforts to make nurses as active learners on patient safety as well as to build learning environments in medical units.

key words : Patient safety, nurse's experience, experiential learning, Kolb

I. 서 론

의료기관을 이용하는 모든 환자와 가족들은 환자가 진료를 받거나 입원해 있는 동안 안전한 환경에서 치료를 받기 기대한다. 안전한 처치를 받는 것은 환자의 기본적인 권리라 할 수 있다. 그러나 의학기술이 계속 발전하고 의료수준이 높아지고 있음에도 불구하고 치료과정의 복잡성, 정보의 과잉, 완벽한 치료결과에 대한 환자의 기대치와 중증도 증가 등의 이유로 환자의 안전은 더욱 위협받고 있으며(이나주, 김정희, 2011) 예상하지 못한 병원 내 의료사

고의 발생은 적지 않다(Hospital Nurses Association, 2008).

환자안전 사고는 환자에게 끼친 피해의 유무와 관계없이 병원 내에서 일어나는 모든 종류의 과오(error), 실수(mistake), 사고(incident)를 포함하며(Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2004), 의료서비스의 질 결정에서 가장 중요한 요소이다. 또한 의료의 질 저하 및 재정적인 손실 등으로 적지 않은 비용을 발생시킨다. 환자 안전에 대한 사회적인 관심도 높아지고 있어서 의료기관에서 환자 안전을 확보하는 것의 중

* 투고일자 : 2015년 2월 10일, 수정일자 : 2015년 3월 20일, 게재확정일자 : 2015년 4월 8일

† 교신저자 : 김광점, 전화 : 02-2258-7647, E-mail : kjkim@catholic.ac.kr

요성은 점차 커지고 있다. 의료기관평가가 이루어지면서 의료서비스의 질 향상의 중요한 측면으로 ‘환자안전’을 보장하는 것이 국내 병원에서도 중요하고 시급한 의제로 부각되고 있다.

그러나 의료오류의 발생규모와 결과, 유형, 해결 방법 등에 대한 실증적인 자료의 축적이 매우 미흡한 상황에서 (이상일, 2001; 김정은 등, 2004) 환자안전에 대한 근본적인 해결책을 제시하기는 어렵다. 환자안전 문제의 규모 및 심각성과 관련하여 공식적인 통계 자료 없이 의료수준의 질적 향상과 의료과오의 감소를 위해 의료 정보화나 최신 장비의 도입, 임상진료지침(Clinical guideline)의 제시 등 기술적 해결방법이 시도되고 있으나, 환자안전 문화와 조직구성원들의 태도나 행동에 대한 환자안전 활동의 이해와 논의는 여전히 부족한 실정이다.

병원종사자들의 의료오류 보고는 환자안전사고의 예방을 위한 노력의 첫 단계이자 환자안전문화 형성의 신호이다. 환자안전보고시스템의 활용은 문제의 발생시간, 발생자, 발생원인, 유발상황, 유형 및 결과 등을 추적가능하게 하고, 차후에 발생하게 될 잠재적 문제에 대한 정보를 상세하게 파악하여 차후의 오류발생을 예방하는 데 큰 도움이 되는 것으로 알려져 있다(Beasley et al, 2004).

환자 안전을 위협하는 사건의 발생 보고는 환자안전 문화 구축의 출발점이라 할 수 있다. 의료오류의 발생 원인을 불완전한 시스템적 문제로 정의함으로써 반복되는 사고의 발생을 허용하는 의료전달체계 자체의 문제점을 찾아내고 이를 개선하여 의료오류의 발생을 미연에 방지하는 활동이 시작되기 위해서는 우선 사건의 보고가 제대로 이루어져야 하는 것이다(Bates & Gawande, 2000; IOM, 2001).

환자안전문화의 형성과 유지, 그에 동반되는 개선활동을 병원의 어느 일부에서 주도할 수는 있지만, 기대하는 성과를 거두기 위해서는 모든 조직구성원의 인식과 참여가 중요하다. 근무 중에 일어날 수 있는 다양한 안전사고에 대한 경험을 바탕으로 문제를 인식하고 이를 개선하기 위한 활동을 실천하는 주체이기 때문이다.

그러나 환자안전문화에 대한 조직구성원의 인식이 있다고 하더라도 의미 없이 반복하는 참여의 행위로는 행동의 변화를 이끌어내기 어렵다. 이는 계속해서 반복적으로 발생해 오고 있는 동일한 유형의 문제를 관리하는 과정에서 많은 경험적 지식을 축적했을 것임에도 불구하고 또

다시 동일한 문제점이 발생하는 것을 통해 알 수 있다. 이는 병원이라는 조직이 근무 중 발생하는 많은 문제와 실수들로부터 배우는 것에 익숙하지 않다는 것을 의미한다. 환자안전에 관한 학습은 학습으로 그치는 것이 아니라 즉각적으로 행동화되고 실천되어야 한다. 그러므로 이에 적합한 학습은 무엇보다 경험에 의한 학습일 것이다.

조직구성원들에게 환자안전문화에 대한 관심을 요구하고 있으나 조직구성원들이 환자안전에 대해 어떤 경험과 인식을 가지고 있는지에 관한 연구는 매우 미비하며 특히 병원조직의 환자안전 문화형성을 위한 행동변화를 일으킬 수 있는 학습 메커니즘은 거의 밝혀져 있지 않다. 또한 환자 안전을 위해 병원조직이 다양한 노력을 기울임에도 불구하고 반복해서 발생하는 문제와 오류에 대한 근본적인 원인은 찾아보기 힘들다.

따라서 본 연구는 환자를 가장 가까이서 접하고 환자안전 문제에 가장 민감하게 반응하는 간호사들을 포커스 그룹으로 인터뷰하여 그들이 인식하는 환자안전과 환자안전 문화에 대한 구체적 경험을 바탕으로 어떻게 학습하는지 학습 메커니즘을 알아보고자 한다. 본 연구의 구체적인 목적은 “간호사들이 인식하는 환자안전과 환자안전문화에 대한 구체적 경험이 무엇이며, 이 경험을 통해 무엇을 배우는가?”이다.

II. 경험학습 모형과 학습의 장(field)

1. Kolb의 경험학습 모형

경험학습은 경험으로부터 배우는 것, 즉 자신의 행동을 반영함으로써 학습하는 과정을 의미한다. Kolb는 경험학습을 ‘경험의 전환을 통해 지식을 창조해가는 과정’이라고 정의하였으며, 학습을 결과가 아니라 일련의 과정(process)으로 이해하였다(Kolb, 1984). Kolb는 경험학습의 주요 과정으로 구체적인 경험(concrete experience), 반성적 관찰(reflective observation), 추상적 개념화(abstract conceptualization), 능동적 실험(active experimentation)의 4단계로 구분하였으며, 4단계가 모여서 하나의 학습주기를 이룬다고 보았다.

구체적 경험 단계에서 학습자는 주변의 상황 또는 환경에서 오는 자극을 논리적인 사고나 분석적인 확인의 과정을 사용하지 않은 채 지각하고 수용하는 단계이다. 이는

외부의 자극을 받아들일 때 느낌이나 주관적 판단에 강하게 의존하는 것을 말하며, 특정한 하나의 행위를 하면서 감각적이고 정서적으로 몰입을 하는 단계이다.

반성적 관찰 단계는 주변의 상황이나 환경으로부터 오는 의미에 대하여 이해하는 것을 의미하며, 구체적인 경험을 돌아보는 과정이다. 구체적 경험을 추상적인 개념이나 이론으로 변화시키기 위한 과정으로 자신의 문제, 자신이 속해 있는 조직, 환경에 대하여 새로운 관점을 도입하려고 시도하는 단계이다. 이 단계에서 학습자는 ‘새로운 방법으로 바라보면 어떻게 될까?’, ‘다른 방법은 없을까?’ 하는 물음을 던지게 된다.

추상적 개념화는 반성적 관찰을 통해 나온 결과들을 분석적이고 추론적인 방법을 사용하여 논리적인 이론으로 통합할 수 있는 하나의 개념을 만드는 과정이다. 추상적 이해는 상징적이고 추상적인 개념을 이해하는 것인데 감정이나 직관보다는 논리성을 강조한다.

능동적 실험은 전환의 기재를 사용하여 내적 상징이나 개념을 외부의 경험으로 전환시키는 과정이다. 축적되어 있는 경험, 경험에 대한 재고의 결과, 개념 등을 특정한 상황에서 실험해보는 단계이다.

2. 학습의 장

학습은 진공 속에서 이루어지는 것이 아니다. 환자 안전을 위한 간호사들의 학습은, 크게는 병원 전체의 조직과 문화, 진료와 경영시스템, 관리방식 등에 의하여 영향을 받으며, 작게는 병동 차원의 문화와 일하는 방식, 사람 사이의 상호작용, 관리방식 등에 영향을 받으면서 이루어진다 (Nonaka, et al., 2001).

환자 안전을 위한 경험학습이 원활하게 이루어지기 위해서는 병동 간호사들이 개인적으로나 집단적으로 학습에 필요한 활동과 상호작용을 할 수 있는 환경을 조성하고, 학습을 촉진하는 관리가 이루어지고 있어야 한다.

III. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 포커스 그룹 인터뷰 방법을 사용하여 진행하

였다. 포커스 그룹 인터뷰의 참여자는 수도권에 소재한 대학병원의 간호사 4명이다. 일반적으로 포커스 그룹 인터뷰는 6명에서 10명 정도의 숫자가 적당하나 본 연구 주제에 대해 서로 편안하게 의견을 주고받으며 충분히 다양한 관점을 얻으면서도 분절화되지 않도록 참여가 확실히 결정된 4명을 대상으로 면담하였다. 연구자는 참여자에게 조사의 취지와 포커스 그룹 인터뷰에 대한 설명을 하고 인터뷰를 진행하였고 수집된 자료는 토의의 녹음 내용이 기록된 필사본과 연구자가 토의 진행 중에 작성한 현장노트이다. 인터뷰에 소요된 시간은 약 110분이었다. 인터뷰의 목적, 진행과정, 주요 질문, 그리고 시간 등에 대한 설명 후 연구 참여의 동의를 서면으로 받았다. 인터뷰의 시작을 참여자에게 알리고 시작하였으며 녹음과 동시에 주요 인터뷰 내용을 기록하였다. 연구가 진행되는 기관의 연구윤리심의위원회(IRB) 심사를 거쳐 승인(OC14FASI0052)을 받은 후 연구를 진행하였다.

2. 연구도구

인터뷰를 실시하기 전 연구자는 인터뷰에서 사용될 질문을 미리 계획하여 준비하였고, 원활한 진행을 위해 토의를 시작하기 전에 주제에 대한 간략한 설명을 하였다. 모든 질문은 참여자들의 경험을 유도할 수 있는 개방형 질문으로 편성하였으며, 총 예상 소요시간 100분 정도를 감안하여 질문의 양을 조절하였다. 예상 질문지는 아래 <표1>과 같이 Krueger & Casey(2000)가 제시한 질문방식을 수정하여 도입, 전환, 주요, 마무리 질문의 4가지 종류로 세분화하여 구성하였다.

3. 자료분석

포커스 그룹 인터뷰를 통해 얻어진 녹음자료를 여러 번 반복하여 들으면서 그들의 언어적 표현을 익혔고 참여자가 진술한 말 그대로의 자료를 모두 전사하였으며 특별한 행동이나 반응들은 연구자가 토의를 진행하면서 메모한 내용을 중심으로 정리하였다.

포커스 그룹 인터뷰 자료 분석은 연구 목적에 따라 다양한 방법을 활용하여 분석할 수 있는데, 본 연구에서는 Krueger(1998)가 제시하는 분석과정으로 1단계 연구의 시작 시기, 2단계 포커스 그룹 도출, 3단계 포커스 그룹

직후, 4단계 전체 포커스 그룹 종료 후로 4단계의 지침 사항을 준수하고자 노력하였으며 구체적인 사항은 다음과 같다. 1단계에서 포커스 그룹을 진행하기 전에 연구자는 문헌 고찰을 통해 주요 질문과 하위 질문을 결정하였다. 2단계에서는 포커스 그룹에 참여하여 주의 깊게 경청하고 전 과정을 녹음하고, 모호한 부분은 중간에 질문함으로써 자세한 설명을 하도록 하였다. 3단계에서 그룹 토의 내용이 제대로 기록되었는지 확인하고 요약, 정리하는 시간을 가졌으며 4단계에서는 토의 내용 녹음 자료를 전사하여 내용 분석을 바로 할 수 있도록 하였다.

기술된 자료를 정독하여 중요한 정보가 무엇인지 확인했으며 확인된 정보는 Kolb의 경험학습 모형의 단계별로 분류하기 쉽게 각각 다른 색깔 펜으로 표시해 두었다. 그 다음 주제별로 분류기준을 설정하고 자료를 정확하게 분류했는지 검토하였으며 관련 없는 정보들을 찾아서 신중하게 재검토하면서 따로 표시를 해 두었다.

4. 연구의 타당성 확보

본 연구의 타당성을 확보하기 위하여 Lincoln과 Guba

(1985)의 신뢰성(credibility), 적합성(fittingness), 감사가능성(auditability) 및 확증성(confirmability)을 기준으로 적용하였다. 먼저, 연구의 신뢰성을 확보하기 위해 면담에서 개방형 질문을 이용함으로써 참여자들이 자신이 경험한 환자안전 내용을 자유롭게 표현하도록 하였다. 연구자는 환자안전에 관한 경험에 대하여 편견을 배제하면서 연구 참여자들이 환자안전에 관한 경험을 말하는 그대로 생생한 자료를 수집하려고 노력하였다. 또한 이러한 편견을 최소화하기 위해 사전 지식을 가지고 유도질문을 하지 않았고 면담과정에서 연구자로 인한 반응이 영향을 미치지 않도록 하기 위하여 중립적인 자세를 유지하였으며 면담 내용에 임의로 의미를 부여하지 않았다. 참여자의 말이 잘 이해되지 않는 부분을 확인하는 질문이나 신뢰성 확인을 위한 반복질문이 이루어졌다. 사례는 참여자가 직접 이야기한 내용을 그대로 제시하였는데 모든 면담은 녹음하여 이를 가능한 완벽하게 필사함으로써 자료의 신뢰성을 확립하였다. 분석 및 해석의 신뢰성을 위해서는 자료로부터 추출된 결과를 시간을 두고 반복하여 다시 분석 및 재확인하는 과정을 거쳤으며, 분석된 결과는 연구 참여자 확인과정(member check) 절차를 거쳤다.

<표 1> 포커스 그룹 인터뷰를 위한 예상 질문지

시간	질문방식	질문내용
5분	도입	의료의 질 향상에 있어 환자안전이 점차 중요해지는데 여러분이 생각하는 “환자안전” 이란 무엇입니까?
5분	전환	최근 근무하면서 발생한 환자안전 관련경험은 무엇입니까?
80분	주요	환자안전 관련경험 시 어떤 느낌이나 생각이 먼저 드십니까?
		환자안전 관련경험 시 왜 발생하게 되었다고 생각하십니까?
		환자안전 관련경험 시 누구와 의사소통을 하십니까?
		환자안전 관련경험 시 전산의 환자안전사고 프로그램에 보고하십니까? 보고하지 않는다면 그 이유는 무엇입니까?
		환자안전 관련경험 발생 후 어떻게 대처하셨습니다?
		발생한 문제에 대하여 새로운 아이디어나 방법(프로세스 개선, 협조사항 등)이 떠오른 적이 있습니까? 있다면 무엇입니까?
		자신이 생각한 새로운 아이디어나 방법 등을 실현하기 위해 노력하신 적이 있습니까?
		발생 후에 비슷한 종류의 환자안전사고 발생 시 어떻게 행동하십니까? 또한 다른 종류의 환자안전사고 발생 시에는 어떻게 행동하십니까?
		그렇게 행동한 이유는 무엇입니까?
		환자안전문화가 정착되기 위해 조직차원 혹은 병원에서는 어떠한 노력을 하고 있습니까?
환자안전문화를 정착시키기 위해 어떤 노력이 필요하다고 생각하십니까?		
5분	마무리	저의 요약이 적절하였습니까?
5분		지금까지 간호사의 환자안전 관련경험에 대한 다양한 이야기를 나누었는데 더 이야기 하고 싶은 것이 있으십니까?

적합성을 위해서는 연구 참여자가 자유롭게 편안하게 스스로 말할 수 있도록 하여 면담 중 진술이 반복적으로 나타났음을 확인하고 더 이상 새로운 자료가 나오지 않을 때까지 자료를 수집하여 그 의미를 발견하고자 노력하였다. 면담 후 현재 근무 중이면서 환자안전사고에 대한 경험이 있는 간호사에게 연구결과를 제시하여 이해할 수 있는지에 대해 확인하는 절차를 가졌다.

감사가능성에 대해 연구자는 참여자에게 자료 수집 과정과 절차 등을 자세히 설명하였고 연구 상황과 개인적인 반응에 대한 현장기록을 하였으며 분석과정을 밝힘과 동시에 연구 참여자의 진술을 삽입하였다.

신뢰성, 적합성, 감사가능성의 기준을 지킴으로써 자료의 객관성을 높이고자 하였고, 참여자들이 경험을 이야기할 때는 그대로 받아들이고 어떠한 관여나 의도적인 상황을 조작하지 않았으며 연구자 자신의 편견을 제거하기 위해 노력하였다. 또한 유사한 현상에 대해서 다수의 참가자가 동일한 내용으로 언급하는 것에 주목하는 방식으로 확장성을 확보하고자 하였다.

IV. 연구결과

1. 환자안전에 대한 경험학습의 사례: 낙상

포커스 그룹 인터뷰 분석결과 임상에서 간호사들이 경험한 환자안전 관련 경험이 무엇인지 알 수 있었고 이를 토대로 어떻게 학습이 일어나는지 관찰할 수 있었다. 본 연구결과는 포커스 그룹 인터뷰 내용을 종합하여 간호사의 낙상 경험학습 사례를 구성해보았으며 사례는 다음과 같다.

어느 날 밤 병실에서 ‘쿵’ 하는 소리가 났다. B간호사는 낙상사고가 발생한 것임을 직감하였고 환자의 상태를 걱정하며 병실을 찾아갔다. 80대 환자였다. 화장실을 가려고 혼자 병상에서 내려오다가 넘어졌다고 말했다. 외관상 이상소견은 없었고 활력징후 측정결과 큰 변화는 없었다. 환자에게도 통증유무를 확인해보니 아픈 곳은 없다고 하여 밤 중 화장실을 이용할 경우 간호사의 도움을 요청하거나 가급적 취침 전 화장실을 이용하라고 하였다. 환자가 다시 침대에 눕고 침상난간(side rail)까지 올린 뒤 B

간호사는 간호사실로 돌아왔다. 같이 근무 중인 동료 간호사에게 ***호실의 환자가 낙상했는데 크게 다치지 않은 것 같아 다행이라며 대화를 나누었다. 근무 중인 간호사들과는 낙상한 환자에 대해 이야기를 나누었고, 보호자의 반응이 어떨지 걱정된다는 내용과 보호자 상주에 대해 더 교육해야겠다는 내용의 대화도 나누었다.

발생한 낙상에 대해 B간호사는 환자의 상태가 외관상 큰 이상 없고 통증도 없으니 괜찮을 것이라 생각하여, 아침이 되면 담당 주치의에게 보고하기로 한다. 다음 날 아침 담당 주치의에게 환자의 낙상 발생을 보고하였다. X-ray 처방이 내려졌다. 촬영한 결과 왼쪽 다리의 골절이 발견되었다.

보호자는 낙상으로 환자의 다리가 골절되었다는 말을 듣고 난리를 피웠다. ‘밤중에 환자에게 낙상한 사건이 있었는데 왜 보호자에게 바로 연락하지 않았냐고 소리를 지르며 낙상이 일어난 게 무조건 병원 탓이라고 하였다.

B간호사는 그렇지 않아도 바쁜데 낙상 발생 이후 해야 할 일이 늘었고, 낙상환자 간호가 부담스럽게 느껴졌다. 다양한 방법을 동원해도 낙상은 발생하였다. 낙상을 예방하기는 참 어려운 일이라고 생각한다.

“낙상은 어떻게 대처할 겨를도 없어요. 보호자가 있어도 넘어지고 침상 난간(side rail)을 올려놓아도 넘어지고, 식사하는 밥상을 뛰어넘다가 넘어지고, 휠체어를 타고 이동 중에 넘어지기도 하고, 예상할 수 없는 일이니깐. 투약 같은 경우는 그래도 많지 않잖아요. 제일 흔한 게 낙상인데, 예상이 돼서 보호자 상주하라고 해도 발생하니까. 보호자가 옆에 있고 side rail이 올려져있어도 뛰어넘어서 넘어지니까.” (참여자 2)

“일이 발생했을 때 어떻게 대처하자는 내용이 강조되지 솔직히 예방은 없는 것 같아요.” (참여자 1)

사전에 정해진 범주를 상정하지 않고 연구 과정에서 개념을 범주화하는 토대 이론과 같은 질적 연구방법론과 달리, 본 연구에서는 처음부터 Kolb의 경험 학습 모형을 분석 모델로 도입하였으므로, 개념의 범주화도 Kolb의 모형을 적용하여 진행하고자 한다. 위의 사례에 대해서 전개된 이후의 상황을 Kolb의 경험학습 모형을 토대로 분석하여 보자.

1) 구체적 경험

병동 간호사는 환자가 병원에 입원할 경우 입원생활을 위한 병동안내를 하면서 낙상예방을 위해 보호자 상주 필요성을 교육한다. 입원한지 얼마 되지 않았을 때에는 늘 보호자가 상주하지만 환자의 건강상태가 호전되거나 보호자의 개인사정 등의 이유로 보호자가 상주하지 않는 경우도 많다. 특별한 경우가 아니라면 보호자가 없어도 크게 신경 쓰지 않았다. 낙상이 발생한 80대 환자의 경우도 그러했다. 보호자는 낮에는 상주하였으나 밤에는 귀가하곤 하였다. B간호사는 그 동안의 경험으로 미루어볼 때 낙상은 밤에 발생한다는 사실을 알고 있었다. B간호사의 말이다.

“제일 먼저 드는 생각은 환자상태예요. 그 다음은 보호자 반응이죠. 이렇게 일이 일어났는데 어떻게 반응할까... 환자 곁에 보호자가 상주하시라고 말씀드렸는데 보호자분이 댁으로 가신 거예요. 그 때 사고가 난거죠. 밤에. 낙상은 꼭 밤에 일어나잖아요.” (참여자 1)

낙상 사고가 발생한 직후 B간호사는 동료간호사들과 짧게 대화를 나누었고, 다음날 아침이 되어서야 주치의에게 보고했다. 낙상 사고가 발생했을 때 의사소통이 이루어지는 범위에 대한 간호사들의 말이다.

“낙상은 환자나 보호자와 제일 먼저 이야기하고 투약은 당연히 주치의, 수간호사선생님께 이야기하고요.” (참여자 2)

“주변 동료에게는 전체 공개해서 내용을 공유해요. 이런 일이 발생했으니까 다 같이 조심하자고. 부서원들에게 다.” (참여자 4)

“저희는 SNS 그룹 채팅방에 올려요.” (참여자 1)

낙상사고 이후 상황의 전개 과정에서 부정적인 감정을 경험하게 되는 경우가 잦다. 간호사들의 말을 계속 들어보자.

“보호자분들이 난리가 난 거죠. 우리도 보고체계에 약간 문제가 있기도 했고. 괜찮을 거라 생각을 한 거예요, 처음에는. 예를 들어 활력징후가 흔들리거나 눈에 띄는

증상이 보이면 어떻게 조치를 취했을 텐데 그게 아니었던 거예요. 보호자분이 ‘낙상한 일이 있었는데 왜 보호자에게 바로 연락하지 않았느냐고 하시더라고요. 낙상사고가 일어난 게 무조건 병원 탓, 이렇게 된 거예요. 우리 입장에서는 황당하죠. 보호자가 있으라고 교육했는데도 없었던 거고. (중략) 솔직히 안타까운 일이잖아요. 낙상해서 멍만 들었다고 해도 환자에게 해가 되고 환자입장에서는 안타까운 일인데 저희한테는 해야 할 일이 더 많게 느껴져요. 할 일도 많은데 환자상태도 더 잘 봐야하고 주치의 보고도 해야 되고. 낙상해서 환자상태가 더 안 좋아졌다면 할 일이 더 많아지잖아요. 보고를 더 높은 곳에 해야 하고, 더 주의 깊게 환자를 봐야하고.” (참여자 1)

“이제 너무 그런 일이 많아서. ‘어, 또 낙상 발생했네. 내 일이 늘었네. 집에 못 가겠네.’ 그런 생각만 들어요. 솔직히 화가 나기도 하고.” (참여자 2)

낙상 사고에 대한 간호사들의 구체적인 경험은 다음과 같다. 낙상 방지를 위한 보호자 상주의 필요성을 교육하지만 대부분의 경우에는 낙상이 발생하지 않기 때문에 보호자가 상주하지 않아도 신경쓰지 않는다. 그러나 일단 사고가 발생하면 환자의 상태에 대해서 주치의에게 보고하고 동료와 사건을 공유한다. 환자의 상태에 대한 걱정도 있지만, 보호자의 반응에 대한 걱정, 일을 해결 과정에서 발생할 업무의 부담 등으로 인한 부정적인 감정을 경험한다.

2) 반성적 관찰

사고의 경험은 그 자체로 끝나지 않고, 그에 대한 반성으로 연결되어야 개선 활동으로 연결될 수 있다. 그러나 낙상에 대한 대처 사례에서는 안타깝게도 반성적 관찰이 현저하게 나타나지 않았다. 간호사들의 주된 반응은 사고의 발생으로 인하여 업무가 가중되는 것에 대한 부담이었다.

직접 낙상을 경험한 B간호사는, 낙상 발생 이후 새롭게 해야 하는 일들을 해내야 했는데, 낙상이 일어나지 않았으면 하지 않아도 되는 일들이었다. 기존 업무에 할 일이 추가적으로 발생되어 일만 늘어난 것으로 여겨졌다. 넘어진 환자의 간호 뿐 아니라 필요 시 검사나 처치, 의료진과의 의사소통, 환자안전 관리부서에 낙상사고를 보고하는

것까지 큰 부담으로 다가왔다.

B간호사는 보호자 응대하랴, 낙상환자의 추가된 처방을 확인하고 수행하랴, 낙상이 발생하지 않았으면 하지 않아도 될 일을 하느라 바빴다. 근무 후 작성하는 낙상 보고서는 B간호사를 더욱 지치게 만들었다. 언제, 어떻게 낙상이 발생했는지 간단하게 적으면 될 줄 알았는데 그게 아니었다. 주어진 보고서 양식에 맞춰 작성하려니 이것도 일로 여겨졌다.

“왜냐하면 일하고 나서 보고서를 또 써야하고, 그게 일이 되니까. 요청하는 방식대로 작성하려면 시간이 꽤 걸려요.” (참여자 4)

“아, 처음에는 문제점을 쓰죠. 왜 발생한 것인지 경위를 쓰고, 그 다음에 대책을 써요. 우리가 앞으로 어떻게 해야 될 것인지. 근데 이걸 대충 쓸 수 없으니까.” (참여자 1)

“저희가 해줄 것을 다 해줘도 낙상은 일어나는데 문제점을 쓰라고 하니 도대체 뭐가 문제인지 쥐어짜야 해요. 낙상에 대한 대책은 솔직히 다 비슷비슷해요.” (참여자 2)

이런 경험은 간호사들로 하여금 깊은 성찰로 들어가게 하기보다는 당장 늘어나는 업무에 대한 부담감을 갖게 만든다.

“솔직히 저희도 환자분이 아프다고 하시는 거 간호, 처치 다 해드리고 보고하고 할 것 다 하는데도 결국은 저희 탓을 하니까, 그런 게 좀 문제인 것 같아요. 이번 일을 겪으면서 정말 생각이 많았어요.” (참여자 1)

“저희는 일하면서 낙상과 같은 일을 반복해서 겪으니까, 일이 늘어나겠다, 업무가 더 추가되겠다는 생각이 (먼저) 들어요. (중략) 일 끝나도 남아서 보고서 써야 하고, 아무래도 환자 탓을 좀 하게 되는 것 같아요.” (참여자 2)

그리고 이런 부담은 사건 발생의 책임을 회피하려는 마음으로 연결된다. B간호사는 이렇게 회상했다.

‘도대체 낙상은 왜 일어나게 되었는지 생각해보았다. 밤중에 환자가 보호자 없이 혼자서 화장실을 다녀오다가 낙상한 것은 보호자가 있었으면 발생하지 않을 수 있었던

일이라는 생각이 들었다. 보호자가 상주하면 낙상을 하더라도 보호자가 곁에 있었으니 간호사에게 책임을 전가할 것 같지는 않다. 일단 환자와 보호자에게 보호자 상주 필요성을 더 교육하는 것이 좋을 것 같다고 생각한다. 결론은 병원 탓, 밤중에 근무한 간호사 탓을 하니 보호자의 인식이 문제라는 생각도 들었다.’

B간호사는 보호자가 낙상을 병원 탓, 간호사 탓으로 여기니 자신은 낙상한 환자를 탓하게 된다고 말했다. 다른 간호사들도 이와 비슷한 생각을 하게 된다고 말한다.

“그래도 보호자가 있으면 아무래도 간호사가 느끼는 책임감은 조금 덜 하죠.” (참여자 4)

“보호자가 상주했는데도 낙상한 경우라면 그나마 저희도 할 말이 생기니까.” (참여자 1)

“보호자의 24시간 상주가 어려우면 간병인이라도 있으라고. (말해요) 보호자의 인식도 문제예요. 그냥 환자만 맡겨놓고 가는 게 문제인 것 같아요.” (참여자 2)

결국 낙상에 대한 간호사들의 관찰은 환자 옆에 상주하지 않는 보호자에 대한 원망과 늘어나는 일에 대한 부담이 주를 이루고 있다. 이러한 피상적 수준의 관찰은 문제의 발생 원인에 대해서 질 향상 활동 등에서 요구하는 근본원인분석 등의 방법에서 이야기하는 방법론으로는 전혀 연결되지 않고 있는 것으로 보인다.

3) 추상적 개념화

발생한 사건에 대한 깊이 있는 반성이 이루어지지 못한 결과, 사고의 방지를 위한 해결책은 피상적인 수준의 대책을 반복적으로 시행하는 데 그치고 만다. B간호사는 낙상 발생 이후 겪었던 일들을 생각하며 낙상을 예방하기 위한 방법을 생각하게 된다. 어지러움을 느끼는 환자나 수액이 많이 걸려 있는 환자의 경우 슬리퍼 대신 실내화로 바꿔 신도록 교육하고, 독립적 활동이 어려운 경우에는 반드시 보호자가 상주하도록 하여 도움을 주도록 교육했다. 그러나 낙상예방 교육을 실시한 후에도 보호자는 여전히 상주하지 않으며 환자는 밤중에 혼자 화장실을 다녔다. 그래서 B간호사는 화장실을 가야하거나 도움이 필요한 경우 콜벨을 눌러달라고 교육했다.

“낙상 재교육하고, 보호자 상주하라고 하고, 휠체어 타다 넘어졌으면 휠체어 사용법 다시 교육하고, 신발은 슬리퍼를 신고 있다가 넘어졌으면 실내화로 신고라고 하고.” (참여자 1)

“라운딩 돌때마다 교육을 했고, 재교육을 했음에도 불구하고 이런 일이 발생했으면, 대책에는 ‘다시 알아들을 때까지 교육한다.’ ‘알아들을 수 있는 용어로 교육한다.’ 이렇게 쓰게 되요, 저희도 side rail 사이로 낙상할까봐 탄력봉대로 감아서 떨어지지 못하게 하는 데에도 밤에 화장실 가다가 넘어지니까.” (참여자 2)

낙상이 발생한 원인에 대해서 시스템에 내재되어 있는 원인까지 규명하는 데 이르지 못하고 단지 보호자나 환자가 간호사의 지시에 순응하지 않는 표면적인 원인 규명에 머무는 것을 볼 수 있다. 시스템에 내재되어 있는 사고의 근본 원인에 대한 분석이 이루어지지 않으니 개인 수준에서 시도할 수 있는 대안에 머무르게 되고 만다.

4) 능동적 실험

간호사들이 낙상 방지를 위하여 시도한 실험은 낙상위험이 높은 환자를 대상으로 콜벨의 활용에 대해 교육한 것이다. 콜벨을 교육한 후에 간호사들의 경험은 매우 실망스러운 것이었다. 도움이 필요한 환자는 콜벨을 누르지

않았고, 다른 환자가 잘못 누르거나 심부름용으로 누르기 일쑤였던 것이다.

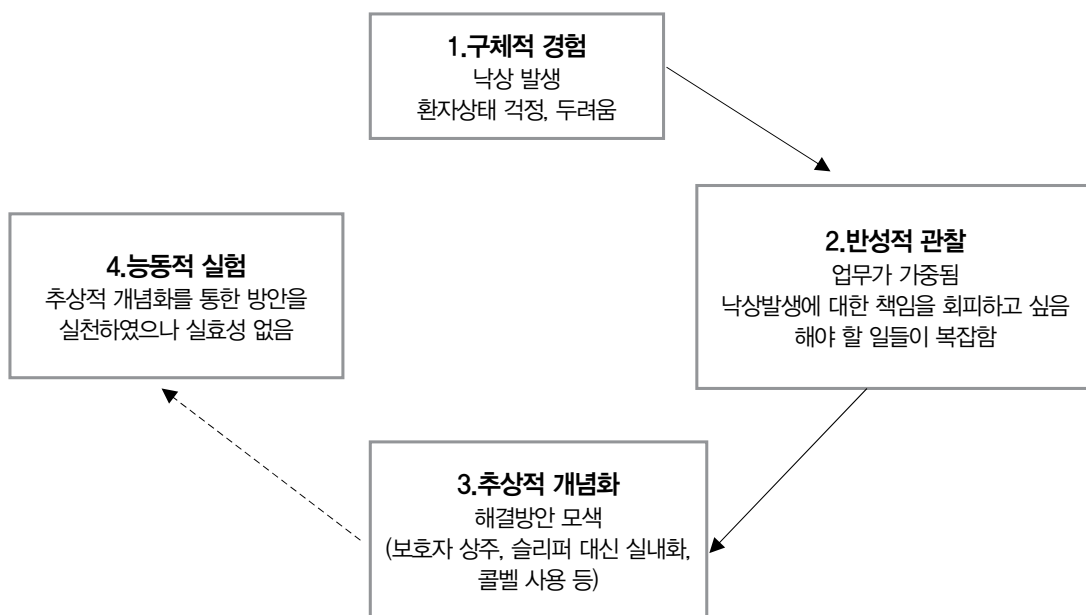
“콜벨을 누르라고 해요. 그러다가 넘어질 수 있으니까 차라리 간호사를 부르라고. 콜벨을 누르시라고 하는데...” (참여자 1)

“그럼 또 미안하다고 안 놀러요. 콜벨 눌러서 가보면 물병을 따달라고 하는 등 그런 일이 많아요.” (참여자 2)

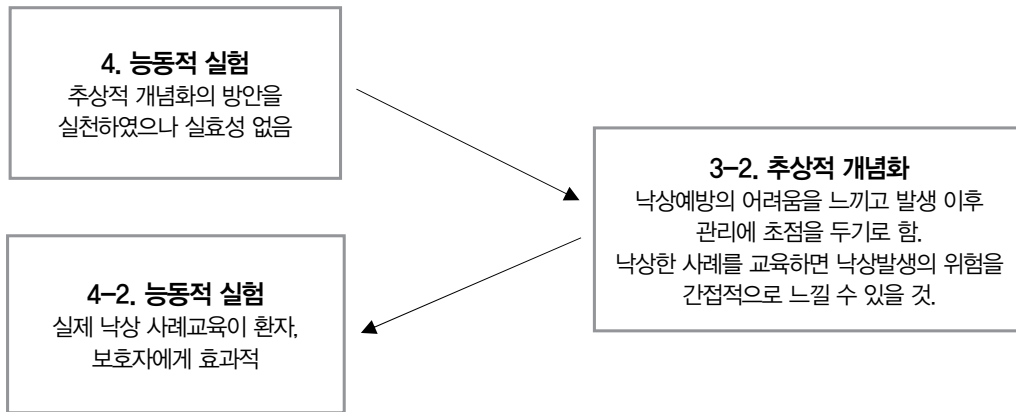
“미안하다고 안 누르는 사람도 있고 또 너무 누르는 사람이 있고.” (참여자 3)

이러한 경험학습의 단계를 그림으로 나타내면 다음 <그림 1>과 같다.

Kolb는 경험을 통한 학습이 이루어지기 위해서는 경험의 내용을 세부적으로 구체화하는 일이 있어야 하고, 자신의 행동과 그로 인한 결과에 대해서 깊이 있게 반성하는 객관적인 관찰이 이루어져야 하며, 그러한 반성에 기초를 둔 추상화를 통해서 새로운 행동을 고안하고, 이를 능동적으로 실험한 후 그 실험의 결과를 경험한 후 다시 반성하는 나선형의 과정이 필요하다고 했다. 그러나 위의 사례에서 이루어진 내용을 보면 경험의 구체화, 반성, 추상화 등이 모두 제대로 이루어지지 않은 것으로 보인다. 그 결과 실험된 실행의 성과가 제대로 나타나지 않았다.



<그림 1> 낙상발생과 관련한 경험학습 모형



<그림 2> 낙상발생과 관련한 2단계 경험학습 모형

5) 2단계 경험학습

1단계 학습은 이렇게 종결되었다. 콜벨 사용을 교육해도 큰 소용이 없고, 다른 대안도 생각해 보았지만 낙상감소에 큰 효과가 있을 것으로 기대되는 뚜렷한 대안은 없었다. 오히려 바쁜 업무 중에 잦은 콜벨 울림으로 더 바빠지기도 하였다.

1단계 학습의 종결은 새로운 대안을 고민하게 만든다. 새로운 단계의 반성적 관찰과 추상화가 시작된 것이다. 여전히 시스템적 개선의 차원으로 높아지지는 않지만 개인 수준에서 활용할 수 있는 대안이 무엇일까 고민한 끝에 보호자들의 기억에 남게 낙상 교육을 하는 방법으로 실제 사례를 들어 사실적으로 설명하는 방안을 선택하였다. ‘어느 환자분은 낙상해서 골절되었다, 중환자실로 갔다, 수술하였다.’고 설명하는 것이다.

B간호사는 환자, 보호자에게 낙상의 실제 사례를 설명하기 시작했다. 2단계의 능동적 실험이 시작된 것이었다. 병동에 처음 입원하는 환자에게나 낙상 위험이 높은 환자에게 얼마 전에 발생했던 낙상사례를 설명했다. 혼자 움직여도 별 무리가 없다고 생각하는 환자들과 ‘나는 괜찮을 거야.’라고 생각하는 환자에게 실제 낙상사례를 설명하니 혼자 움직이는 횟수가 줄어들고 간호사에게 도움을 요청하는 일이 늘어났다.

2단계에서 도출된 대안의 효과가 확인됨에 따라서 이 대안은 이후 간호사의 행동의 표준으로 자리 잡는다. B간호사는 이 방법이 가장 효과적이라고 생각하게 되었고 이후 낙상교육을 지금과 같이 실제 사례를 들어 설명하기로 결심한다.

“설명을 조금 더 무섭게 하죠. ‘어떤 환자분은 떨어져서 수술했다. 여기 뼈 부러진 환자분도 있다.’ 이렇게 이야기하면 환자들도 걱정이 되니까 안가요. 혼자서 움직이려 했던 환자도 저희가 그렇게 설명하면 안가요. 저희가 아무리 침상난간(side rail) 올려야하고 수액이 주렁주렁 많아서 넘어질 위험이 높다고 이야기해도 안 들으세요. 그냥 사실적으로 이야기하는 게 제일 좋은 것 같아요.” (참여자 1)

“여기 몇 호실 할머니가 침대에서 떨어지셔서 중환자실 가셨다고, 혼자 절대 내려오시지 말라고.” (참여자 2).

“그 중에 ‘지금은 괜찮으니까~’ 라고 말씀하시는 분도 계시는데, 그렇게 말씀하셨던 분도 떨어지셨다고 이야기하면 안 가지죠.” (참여자 1).

2단계에서 이루어지는 경험학습 모형을 그림으로 나타내면 <그림 2>와 같다.

밤 근무 중 낙상 발생이라는 구체적 경험 이후 반성적 관찰 과정에서 자신의 간호 업무 이외에 낙상 발생은 추가적인 업무로 인식하고 있었다. 대한간호협회의 정의에 따르면 간호란 모든 개인, 가정, 지역사회를 대상으로 하여 건강의 회복, 질병예방, 건강유지와 증진에 필요한 지식, 기력, 의지와 자원을 갖추도록 직접 도와주는 활동을 뜻하고, 널리 받아들여지고 있는 Virginia Henderson (1958)의 간호 정의는 환자, 또는 건강한 사람의 경우에도 그 본인을 도와서 가능한 한 빨리 스스로 자신의 관리를 할 수 있도록 지원하는 것을 뜻한다. 즉 간호는 진료를 받고 있는 환자에 대해서 진료가 원활하게 이루어지도록 환자를 돕는 것이므로 낙상위험도 사정을 포함하여 낙상 예방 활동, 발생한 낙상에 대한 중재도 간호의 연속적 개

념에 포함된다.

그러나 정해진 간호업무 외에 예기치 않게 발생한 낙상의 경우 기존의 업무로 인식되기보다 추가적으로 발생한 업무로 인식하는 경향을 보이며 이로 인해 업무가 가중된다고 표현하였다.

또한 낙상 발생에 대한 책임이 무조건 담당간호사라고 말하는 보호자와 낙상발생 보고서 작성 등의 일을 통해 낙상 발생이라는 구체적 경험을 자신 내부의 이해로 전환하는 과정에서 자기 보호적 관점, 자기 방어적 관점으로 이해하게 된다. 기존에 발생한 낙상 경험을 미루어보아 대안으로 제시된 다양한 해결방안을 실행하였지만 그럼에도 불구하고 낙상은 발생된다고 하였다.

경험을 통한 학습은 단회로 끝나는 것이 아니다. 기존의 학습경험을 바탕으로 새롭게 알게 된 내용은 다음 단계의 새로운 생각, 새로운 해석으로 연결된다. 1단계 낙상 대처방안의 실패 경험은 2단계의 새로운 대안을 고민하는 것으로 연결되었다. 1단계의 낙상예방을 위한 다양한 교육은 낙상 예방에 효과적이지 않았다. 부분별한 콜벨 사용은 오히려 간호 업무에 지장을 주기도 하였다. 이러한 실패 경험은 다양한 이유로 발생하는 낙상에 대해 낙상으로 인한 피해를 최소화하는 것이 중요하다는 2단계의 생각을 하게 하는 계기가 되고 이제껏 발생한 낙상사례를 환자, 보호자에게 교육하는 것이 효과적일 것이라는 결론을 내리게 된다. 새로운 교육 내용의 도출은 기존의 많은 낙상 경험으로 인해 여러 고민과 방안을 모색해 본 경험의 누적에서 도출된 것으로 보아야 할 것이다.

2. 경험학습을 위한 환경 조성

위에서 살펴본 낙상 사례는 간호사가 현장에서 경험하는 학습을 대상으로 한 것이었다. 병원은 간호사들이 효과적으로 학습을 할 수 있도록 장(field)을 형성해주어야 한다. 간호사들의 경험학습은 진공 속에서 이루어지는 것이 아니며, 병원의 전반적인 환경 속에서 이루어지는 것이기 때문이다.

과연 병원은 간호사들의 경험학습이 효과적으로 이루어질 수 있는 환경을 조성해주고 있는 것일까? 간호사들의 대화 속에 나타난 내용을 토대로 하여 경험학습을 위한 장의 구성에 대해서 살펴보도록 하자.

연구 참여자들은 환자안전에 관한 교육을 통해 병원이 더욱 안전한 방향으로 가고 있다고 표현하였다. 의료기관 인증을 준비하는 과정에서 이루어지는 환자안전에 대한 교육이 간호사들로 하여금 환자안전의 문제에 대해서 좀 더 관심을 갖도록 만드는 계기가 되었다는 것이다.

“그래도 예전에 비해 인증하면서 더 안전해진 것 같아요. 우리가 교육을 많이 받았잖아요. 체계에 대해서. 예를 들어 환자안전 사고가 발생하면 먼저 환자상태를 보고 주치의에게 보고하고 필요한 처치를 하고 전산으로 환자안전 사고를 보고하고 이렇게 다 절차가 있으니까. 그런 체계대로 따라가는 것 같아요.” (참여자 1)

그러나 환자안전에 대한 관심은 높아졌지만, 환자안전을 담보하기 위한 문화의 조성, 경험학습의 시스템적인 장려는 잘 이루어지지 않는 것으로 보인다. 환자안전 사례를 보고해도 그 이후 즉각적인 피드백이 없고 본인이 속한 병동 내 발생한 환자안전 사례가 아닌 타 병동의 환자안전 사고에 대한 내용은 공유되지 않는다고 한 것이다. 병원 차원의 환자안전 관련회의를 할 때에는 보고된 환자안전 사례를 분석하고 회의자료를 모두 공유하고 있었지만, 부서 내 조직원까지 공유되지는 않았던 것이다. 공유된다고 하더라도 ‘어느 병동에서 투약오류가 발생했다, 어느 병동에서 낙상이 몇 건 발생했다.’는 등의 정보만 공유된다고 하였다.

연구 참여자들은 전산으로 환자안전 관련사례를 보고해도 이후의 처리과정 진행에 대한 정보를 받을 수 없고, 피드백이 주어지지 않는다고 답하였다.

“낙상이나 다른 오류 사건들은 피드백이 별로 없는 것 같아요. 저희가 보고하는 거에 비하면, 저희 부서의 사례만 공유했지, 다른 병동에서 어떻게 일어났는지는 잘 몰라요.” (참여자 2)

김기경 외(2006) 연구에 따르면 사고보고를 하지 않는 이유 중 하나는 사고보고를 하여도 아무것도 변하지 않을 것이라는 조직 내 구성원의 인식이라고 한다. 이런 점에서 보고 이후의 개선과정을 알리는 것은 보고에 대한 긍정적인 의미를 강화할 수 있는 중요한 요소가 된다고 할 수 있다.

또한 구체적이지 못한 경험 공유는 반성적인 관찰에 이르게 하지 못한다. 즉 정보나 사실만을 표면적으로 전달함으로써 깊게 생각할 수 있는 기회가 주어지지 않게 된다. 본 연구 참여자들은 병동마다 특성이 다르겠지만 근무 중 발생하는 다양한 환자안전 사례를 공유하는 것만으로도 충분히 도움이 될 것이라고 생각하였다.

“사례를 들으면 인식이 되니까. 그런 비슷한 상황의 환자를 대할 때 한 번이라도 그 생각을 하게 되니까 인식하게 될 것 같아요. 실제 사례를 한 번 듣고 두 번 들으면서 더 확인하고, 투약 연결할 때도 환자 한 번 더 확인하게 되고.” (참여자 1)

“이렇게 해서 일이 발생했다. 이렇게 하면 좋을 것 같다.’ 라고 하면 우리도 조심할 텐데 우리 병동만 있는 일이 아니라 옆 병동도 일어날 수 있으니까... ‘이런 일도 있었네, 저런 일도 있었네.’ 라고 예상하면 좋을 것 같아요. 사례 자료를 컨퍼런스 때 제공해주면 충분히 알 수 있을 것 같은데 컨퍼런스 때 병원홍보나 친절사례 등 다 공유하거든요. 그럴 때 환자안전 사례를 PPT로 잠깐 보여 주면 공유가 될 것 같아요.” (참여자 2)

연구 참여자들은 형식적인 환자안전 교육이 환자안전 사고 발생 이후 체계적으로 문제해결 하는데 도움을 준다고 하였지만 실제 환자안전사고 발생 시 보고하는 것을 꺼려했다. 또한 내가 경험한 환자안전 사례에 대한 내용은 알리고 싶지 않으나 타 병동의 사례나 다른 환자안전 사례가 공유된다면 더욱 안전해질 수 있을 것이라고 답했다.

결국 환자안전을 위한 교육을 시행하는 것도 필요하지만, 간호 현장의 간호사들로 하여금 환자 안전을 담보하기 위한 방법을 스스로 모색하도록 하는, 그리고 환자안전에 영향을 미치는 시스템적 요소를 개선하는 현장의 학습이 이루어지도록 하기 위해서는 현장에서 경험학습의 사이클이 원활하게 작동하도록 하기 위한 장을 조성하여야 하고, 그렇게 되도록 하기 위한 촉진역할을 누군가가 수행하여야 한다. 그것이 현장의 관리자나 중앙의 질 향상 내지 환자안전 활동조직의 역할이 되어야 할 것이다.

V. 토 론

본 연구는 병원 내 간호사의 환자안전에 대한 경험을 포커스 인터뷰 하였으며, 이를 바탕으로 사례를 구성하여 사례 안에서 일어나는 경험학습 메커니즘을 분석하였다. 연구 결과를 중심으로 간호사들의 병원 내 환자안전에 관련한 경험학습에 대한 논의는 다음과 같다.

연구 참여자들의 모든 경험학습 사건에서 나타난 것은 자신의 경험이다. 경험은 경험학습의 자료이자 원천인데 이는 경험을 수동적으로 받아들이거나 의미 없이 반복되는 행위로 인식하는 것이 아니라 주체적으로 인식할 때 비로소 “경험”이 된다. 직무환경에서의 경험이라는 것은 직무를 수행하는 과정에서 발생하는 다양한 경험을 의미하나 본 연구 참여자들의 경우 다양한 간호업무를 수행하는데 있어 의도하지 않게 발생한 이벤트를 경험으로 인식하고 있었다. 즉 일상적으로 일어나는 많은 일들이 모두 경험으로 인식되어 학습되는 것은 아니다. Dewey(1938)는 모든 경험들이 교육적인 것은 아니며 Jarvis(1987)는 경험이 학습으로 이어지려면 일정한 조건이 충족되어야 한다고 하였다. 즉 경험학습이 이루어지기 위해서는 학습자가 자신의 과거 경험이나 현재의 조건을 함께 고려했을 때, 문제적 상황이 어떠한 이유에서든 반드시 해결하거나 이해해야 할 필요성을 지각하고 있어야 한다(김한별 외, 2010).

경험에 대한 인식을 바탕으로 반성적 관찰(reflection) 단계가 경험학습 과정에서 중요하다. 학습의 자료인 경험에 대한 성찰 없이는 새로운 학습이 일어나지 않는다. 이는 자신의 사고과정과 방법에 대해 다양한 관점으로 해석할 수 있는 계기가 되고 새로운 방법을 고민하게 하는 과정이다. 본 연구 참여자들의 경험학습 과정 중 반성적 관찰단계를 살펴보면 환자나 동료, 다른 의료진의 부정적 태도변화, 발생한 일에 대한 책임을 추궁하거나 탓하는 표현, 능력 없는 간호사로 낙인 찍혔다는 생각에 부끄러움이나 창피함 등을 느낀다고 하였으며 이는 다양한 관점에서 사고하는 것을 가로막아 성찰이 일어나지 못한다. 환자안전사고를 경험한 당사자는 심리적으로 위축되어 있으며 선배나 상사로부터의 안전사고에 대한 말에 감정이 상하거나 그 말이 상처가 되기도 한다고 표현하였고 발생한 사고에 대해 개방적으로 의사소통하거나 보고하는 것에 어려움을 느낀 것으로 나타났다. 이는 선행연구에서도

유사하게 나타났는데 안전사고를 경험한 간호사들이 보고를 주저하는 이유로 환자상태에 대한 두려움 이외에 상사 또는 동료들로부터의 비난, 질책 및 징계에 대한 부담감 등으로 설명하고 있다(Elder et al, 2007).

발생한 문제에 대해 보고하지 않고 숨기는 것은 경험에 대한 깊은 성찰의 기회를 사라지게 하고 이러한 경험은 학습으로 이어지기 어렵다. 즉 경험이 학습이 되기 위해서는 다양한 관점에서 해석할 수 있는 주변 환경이 조성되어야 하며 이는 다양한 의견을 편견이나 두려움 없이 자유롭게 표현할 수 있는 소통의 장을 통해서 가능하다. 본 연구 참여자들의 의사소통은 심리적 거리와 발생한 문제의 종류에 따라 의사소통의 범위가 달랐는데 같이 근무하는 동료나 같은 병동 내에서 발생한 문제에 대해 자유롭게 의사소통이 가능하지만 병동 밖으로의 소통은 어려워했다. 또한 투약과 같이 환자에게 치명적인 해를 입힐 수 있는 문제에 대해서는 환자 뿐 아니라 동료, 선후배에게도 숨기고 싶어 했으며 전산 보고절차를 알고 있지만 보고하는 것을 꺼려함을 알 수 있었다. 한편, 부서 내 그룹 채팅방에 이미 공유된 사례에 대해서는 자신의 의견을 표현하거나 문제해결을 위한 여러 질문방안을 고려하기도 하였고 다른 부서의 환자안전 사례가 공유된다면 더욱 안전해질 수 있을 거라고 답하였다.

Pronovost 등(2003)은 환자안전 문화를 성공적으로 정착한 조직은 이미 발생한 과오를 숨기기보다는 그러한 경험으로부터 배우고 개선하고자 하는 리더십, 서로 격려하며 협력하는 조직 분위기, 발생 가능한 위해요소에 대한 사전 탐지체계의 구축, 환자안전에 대한 기록, 위해사건에 대한 체계적인 보고와 분석을 장려하는 시스템의 구축에 있다고 하였다. 환자안전 관련경험에 대하여 자유롭게 의사소통하는 것이 무엇보다 중요한데 의사소통은 개인들의 암묵지를 표출시켜 지식으로 전환될 수 있게 하기 때문이다.

지식생성과 관련하여 자기 고유의 경험에 대해 수다나 이야기형식으로 의견을 교환하면서 아이디어를 생성시키고 이를 구체화, 매뉴얼화 하거나 인계 하면서 소통하는 것이다. 이를 바탕으로 기술과 시스템을 이용해 체계화하고 결합하여 전달함으로써 체화된다면 행동의 변화를 유발하는 환자안전 경험학습이 될 수 있다. 이에 조직 구성원별 의사소통 뿐 아니라 병동 내에서의 소통, 더 나아가 전산으로 보고하는 시스템을 활용한 소통은 경험학습에

있어 중요하다.

참여자들은 자신이 경험한 환자안전 사례에 대해 보고하는 것은 적은 부분에 지나지 않는다고 하였으며 보고한 경우 즉각적인 피드백이 주어지지 않는 것 같다고 답하였다. 근무 중 가장 많이 환자안전 문제를 접하고, 이를 보고한 보고자에게 피드백이 주어지지 않는다면 보고해도 소용없다는 생각이 들게 되며 이는 보고를 저해하는 요소가 된다. Elder 등(2008)의 연구에 따르면 관리자들의 피드백이 긍정적이지 않을 경우 간호사들은 안전사고 보고를 더욱 꺼리게 된다고 하였다. 그러므로 전산으로 보고된 환자안전사례에 대해서는 이후의 진행상황, 개선방안 등에 대해 정확하게 피드백을 해줄 필요가 있다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 병원에서 간호사들이 경험하는 환자안전 사례를 통해 그들이 경험을 통해서 무엇을 어떻게 배우는지 경험학습 메커니즘을 파악하기 위하여 시도되었다. 연구결과와 논의를 바탕으로 간호사들의 경험학습에 관한 다음과 같은 결론과 시사점을 도출하였다.

첫째, 조직 구성원은 스스로 주도적인 학습의 주체가 되어야 학습 가능하다. 병원은 고도의 전문적이고 복잡한 구조로 다양한 물적, 인적 자원들이 상호작용한다. 의료 서비스를 제공하는 과정 중 반복적으로 발생하는 문제에 대해서 의문을 가지고 이를 새롭게 인식할 때 학습은 시작된다. 즉 변화를 필요로 하는 어떤 문제 상황을 파악할 수 있어야 한다. 문제를 규명하는 것은 많은 인지적 노력을 필요로 하는데 이는 조직 구성원이 자신이 알고 있는 이론과 실천의 차이, 명시적 지식과 암묵적 지식간의 불일치, 현재 업무를 수행하는 과정중의 문제점이나 어려움 등을 지나치지 않고 파악할 수 있어야 한다. 이는 Reason(1997)이 안전 문화의 구축에서 가장 기본이 되는 내용으로 지적한 ‘충분한 정보가 제공되는 문화(informed culture)’의 중요성을 다시 강조해준다. 현장의 간호사들이 업무의 수행과 안전의 확보를 위해서 무엇을 어떻게 해야 하는지를 전체 상황 속에서 이해하도록 도와야 하고, 안전을 확보하기 위한 노력을 기울일 수 있도록 동기를 부여하여야 한다는 것이다. 자신들의 보고와 개선 노력이 경영층에 의해서 받아들여지고 실제적인 변

화로 연결되는 것을 알게 될 때에 비로소 현장의 간호사들은 환자 안전을 위한 주도적인 역할을 수행할 수 있게 될 것이다.

둘째, 조직 구성원의 자유로운 의사소통은 반성적 관찰을 가능하게 한다. 학습이 일어나기 위해서는 구체적 경험 이후 반성적 관찰 단계로 이어져야 한다. 반성적 관찰은 주변 환경에서 오는 의미를 파악하여 성찰하는 단계인데, 주로 부끄러움을 주거나 비난하는 문화 등으로 다양한 관점에서의 해석을 가로막았다. 발생한 환자안전 경험에 대해 혼날까 두렵다거나 또는 타인의 생각과 반응을 먼저 걱정하는 것은 자유로운 의견제시를 저해하고 사건의 발생 자체에 대한 보고만 하게 만들 위험이 있다. 조직은 조직 구성원이 경험에 대해 성찰할 수 있도록 개인에게 책임을 묻거나 처벌하는 형식이 아닌 문제해결을 위한 다양한 이해관계자들이 모여 서로의 생각을 이야기할 수 있는 환경을 조성해 주어야 한다. 다양한 이해관계자들이 모여 문제에 대해 소통하는 것은 다양한 관점을 갖게 하고 문제해결을 위한 새로운 방안을 떠올리게 할 수 있다. 환자안전관련 사례 이후 발생하는 환자, 보호자 및 의료진을 통한 다양한 상호작용 등은 경험학습의 중요한 요인이 된다. 업무 수행과 안전 확보가 실제로 이루어져야 하는 현장에서 함께 일하는 사람들이 서로 신뢰하는 가운데 문제의 원인을 분석하고 대책을 마련할 수 있는 학습 환경을 조성해주는 것이야말로 조직에서 관심을 기울여야 하는 핵심 활동이다.

셋째, 환자안전과 관련된 문제는 경영진부터 일선에 근무하는 조직 구성원까지 모두 공유되어야 한다. 환자안전 담당부서나 관련회의를 통해 환자안전과 관련된 문제를 공유하지만 보고된 현황, 발생한 문제, 개선사례 등에 대한 실제적인 내용이 조직 구성원까지 공유되고 있는지 확인해보아야 한다. 발생한 환자안전 문제의 보고자나 보고 부서를 공개하는 것이 아니라 실제의 사례를 공유하는 것이 중요하다고 하겠다. 보고된 환자안전 사례를 공유하는 것은 보고하지 못한 조직 구성원들에게 경험을 다시 상기할 수 있게 하고 이를 통해 학습할 수 있게 한다. 정직한 보고가 이루어지도록 하는 것이 중요하기는 하지만, 조직 안에 존재하는 부서에게 보고하도록 할 때 익명성의 보장이 이루어진다는 확신을 주기가 힘든 경우가 많다 (Reason, 1997). 따라서 조직 외부의 믿을만한 기관이나 개인에게 보고하도록 하고 그 기관이나 개인은 보고자의

신원을 확인할 수 있는 내용은 삭제한 후에 기관과 경영진에게 문제를 보고할 수 있도록 하는 체계를 갖추도록 해야 할 것이다.

마지막으로 환자안전문화에 대한 경영진의 확실한 지원이다. 환자안전에 대한 경영자의 관심과 환자안전문화가 경영의 우선순위에 오르도록 하는 것이 중요하다. 조직 구성원들이 자신의 경험을 반성할 수 있는 시간적 여유, 마음의 여유, 이를 나눌 수 있는 소통의 시간을 갖기 위해서는 경영진의 확실한 지원 없이는 불가능하다. 환자안전문제에 대해 조직 구성원들이 함께 모여 고민하고 논의할 수 있는 실질적인 시간과 장소를 마련할 수 있어야 하며 환자안전에 대한 참여를 적극 독려하고 관련 문제에 대한 다양한 의견개진 및 개선방안을 실행할 수 있는 여건이 조성되어야 한다.

본 연구는 수도권 일개병원의 간호사 4명을 대상으로 그들의 환자안전과 관련된 경험을 그룹 인터뷰한 질적 연구로 연구결과가 국내 전체 병원의 상황과 의견을 대변하는 데 한계가 있을 수 있다. 연구 시간의 제약으로 인하여 엄밀한 질적 연구방법론에서 요구되는 타당성과 신뢰성을 확보하는 데도 인터뷰 대상의 수적 제한과 검증과정에서 미흡한 점이 있었다. 다양한 의료기관의 대상자를 반영하지 못해 전반적인 의료기관에 대한 상황으로 일반화하는데 제한이 있다. 또한 Kolb의 경험학습 모델을 기반으로 분석하였으므로 Kolb의 모델이 가지고 있는 한계점이 본 연구의 한계점이기도 하다. 그럼에도 불구하고 간호 현장에서 간호사들이 낙상 사고를 경험하였을 때 학습이 어떤 형태로 나타나는지에 대해서 어렵 못한 모습을 관찰할 수 있었던 점은 환자안전에 대한 문화의 구축이 현장에서 이루어지도록 하는 데 기여하는 점으로 여겨진다.

이후의 연구에서는 병원 내 다양한 조직 구성원을 대상으로 환자안전에 대한 다양한 경험을 이해하는 시도가 이루어져서, 이를 통해 환자안전의 확보는 물론 의료의 질이 향상되고 발전할 수 있기를 기대한다.

<참고문헌>

김기경, 송말순, 이계숙, 허혜경(2006). 병원 간호사의 사건 보고불이행 경험 여부에 영향을 미치는 요인. 간호행정학회지, 12(3): 454-463

- 김윤이(2009). 병원간호사의 환자안전문화에 대한 인식. 전 북대학교 대학원 석사학위논문, 1-53
- 김정은, 안경애, 윤숙희(2004). 환자안전과 관련된 병원 환경 및 의사소통 과정에 대한 한국 간호사의 인식조사. 대한의료정보학회지, 10(1): 130-135
- 김한별 외(2010). 성인 경험학습의 이해 : 이론과 실제, 서울: 동문사
- 노이나(2008). 병원 근무 직종별 환자안전문화에 대한 인식 분석. 연세대학교 간호대학원 석사학위논문, 1-59
- 이상일(2001). 의료의 질과 위험관리. 서울대 의료관리학 교실
- AHRQ(2004). Hospital survey on patient culture. AHRQ Publication. No. 04-0041. <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospcult.pdf>
- Bates, D. W., & Gawande, A. A(2000). Error in medicine: what have we learned? *Annals of Internal Medicine*, 132(9): 763-767
- Beasley, J. W., Escoto, K. H., & Karsh, B(2004). Design Elements for a primary care medical error reporting system, *Wisconsin Medical Journal*, 103(1): 56-59
- Dewey, J(1938). *Experience and education*. New York: Collier Books
- Elder, N. C., Graham, D., Brandt, E., & Heickner, J(2007). Barriers and motivators for making error reports from family medicine offices: A report from the American Academy of Family Physicians National Research Network (AAFP NRN). *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20: 115-123
- Elder, N. C., Brungs, S. M., Nagy, M., Kudel, I., & Render, M. L(2008). Nurse's perceptions of error communication and reporting in the intensive care unit. *Journal of Patient Safety*, 4: 162-168
- Institute of Medicine(2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC, National Academy Press
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S(2000). *To err is human: building a safer health system* Washington DC: National Academy Press National Academy Press
- Kolb D.A(1984). *Experiential Learning*. Englewood Cliffs NJ, Prentice-hall
- Krueger, R. A(1988). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Newbury Park, CA: Sage
- Krueger, R. A., & Casey, M. A(2000). *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research* (3rd.). Thousand Oaks, CA: Sage
- P J Pronovost, B Weast, C G Holzmueller, B J Rosenstein, R P kidwell, K B Haller, E R Feroli, J B Sexton, H R Rubin(2003). Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care*, 12: 405-410
- Lincoln YS, Guba E(1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage
- Nonaka, I., Toyama, R., and P. Byosiere(2001). *A Theory of Organizational Knowledge Creation: Understanding the Dynamic Process of Creating Knowledge*. In Dierkes, M., Berthoin Antal, A., Child, J. and I. Nonaka (eds.) *Handbook of Organizational Learning and Knowledge Creation*. Oxford, pp.491-517.
- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate.