

종합병원 간호사의 환자안전사고에 대한 경험

이미준¹, 강희경^{2*}

¹강북삼성병원 헬스케어팀 팀장, ²제주한라대학교 간호학부 부교수

Experiences of Patient Safety Accidents in General Hospital Nurses

Mi-Joon Lee¹, Hee-Kyung Kang^{2*}

¹Team Leader, Division of Healthcare, Kangbuk Samsung Hospital

²Associate Professor, Division of Nursing, Cheju Halla University

요약 본 연구의 목적은 병원에서 환자의 안전사고에 대한 간호사의 경험을 확인하고 이해하기 위함이다. 질적연구 방법을 활용하여 병원에서 직접 또는 간접적으로 안전사고를 경험한 7명의 간호사가 일상생활에서 겪는 경험을 분석하였다. 그 결과 환자안전사고의 경험은 7가지 필수 주제와 24가지 속성으로 도출되었다. 7가지 필수 주제는 「예상하지 못한 경험을 하게 됨」, 「소홀하게 생각해 놓침」, 「당면하는 불안감」, 「홀로 감당해야 하는 어려움」, 「직장을 떠나게 됨」, 「분쟁에 휘말리게 됨」, 「성숙한 간호사가 되어감」이었다. 본 연구의 결과는 병원에서 환자의 안전사고에 대한 정책 수립에 기여할 것이며 실제 임상 현장에서 환자안전사고 예방에 실질적 개선 방안을 마련하는데 도움을 줄 것이다.

주제어 : 사고, 경험, 간호사, 환자안전, 질적연구

Abstract This study aims to identify and understand nurses' experience on patient safety accidents in general hospital. The qualitative research method was used to analyze the daily life of seven nurses who had experienced nursing safety accidents directly or indirectly in general hospitals. The nurses' experiences were divided into 7 categories and 24 subordinate properties and 7 categories were 「unexpected experience」, 「missing caused by negligence」, 「facing the anxiety」, 「difficult of loneliness」, 「resignation from the hospital」, 「entering into conflict」 and 「being practiced a nurse」. The results of this study will contribute to the establishment of policies for safety accidents in hospitals and also it will help to make a practical improvement plan to prevent the patient safety accident at the clinical site.

Key Words : Accidents, Experience, Nurses, Patient Safety, Qualitative research

*This manuscript is based on the doctoral dissertation of the first author, Mi-Joon Lee.

*Corresponding Author : Hee-Kyung Kang(roybrain1@naver.com)

Received November 27, 2018

Revised December 28, 2018

Accepted February 20, 2019

Published February 28, 2019

1. 서론

1.1 연구의 필요성

최근 환자안전사고는 전 세계적으로 증가하는 추세로 우리나라도 2016년 7월부터 보건의료서비스의 제공과정에서 환자의 안전에 위해가 발생하거나 발생할 우려가 있는 사고를 관리하기 위해 환자안전법을 제정하였다[1]. 환자안전사고는 병원에서 발생하는 모든 종류의 사고(accidents), 실수(mistakes), 오류(errors), 과오(malpractices), 상해(injuries), 손상(damages) 등을 포함한다[2]. 환자안전사고에 대한 전문적인 연구는 1991년에 대규모로 시행된 하버드연구(Harvard Medical Practice Study)로 이에 따르면 뉴욕 주(State of New York) 병원에서 1984년 1년간 의료사고로 입원 환자의 약 4.0%가 큰 피해를 입었으며 그 중 14%는 치명적인 사고였다[3]. 이 숫자를 미국 전 지역으로 확대한다고 가정할 경우 연간 18만 명의 환자들이 안전사고로 사망한다고 볼 수 있다. 이처럼 병원에서 발생하고 있는 사고를 분석한 결과 의사나 간호사들에 의한 과실이 69%였으며 이에 반해 불가항력적 사고는 불과 31%에 지나지 않았다[3,4]. 1999년 미국의학연구소(Institute of Medicine, IOM) 보고서에서도 병원에서 안전사고로 사망하는 환자가 매년 적게는 44,000명에서 많게는 98,000명으로 조사되었으며 이는 전체 사망원인 중 8위를 차지한다[5]. 2014년 미국국립의료인자료은행(National Practitioner Data Bank, NPDB)은 간호사의 사고분석 자료에서 안전사고가 2003년 2.6%에서 2012년 5.9%로 10년간 약 2배 이상 증가하였다. 최근 2-3년간 안전사고 건수도 16,951건에서 22,597건으로 약 35%가 증가하였다[6]. 2010년 일본의 최고재판소 사무총국의 제1심 의료사고 소송에 관한 통계에서도 매년 입원환자 9만 명이 사고를 당하며 그 중 약 6만 2천명이 과실에 의한 상해사고라고 하였다. 그 중 '투약오류'는 사망처럼 큰 피해를 일으키진 않았지만 연간 입원 환자의 2-14%가 투약사고로 간호와 관련된 의료사고 소송도 증가하는 추세이다[7]. 위와 같이 외국의 사례처럼 병원 내 다양한 환자안전사고 중 투약과 관련된 사고유형이 압도적으로 가장 많다.

우리나라도 2010년 건강보험통계 자료로 추정할 결과 예방이 가능했던 안전사고로 인한 사망자수가 연간 1만 7천여명으로 진료과정에서 의료진의 실수로 상해를 입은 비율이 평균 입원환자의 52만 8천 5백 명(9.2%)으로 이

중 의료과오에 의한 사망자수를 약 3만 9천 1백여 명(7.4%)으로 추정한다[8]. 2007년 서울의 8개 대학병원 간호사 886명을 대상으로 '환자안전사고 및 의료진 실수보고 등에 관한 설문조사'에서 의료사고발생 환자 중 사망 확률이 최저 4.7%에서 최대 14.2%까지 평균 7.4%로 사망자 가운데 1만 7천여 명(43.5%)의 경우가 예방이 가능했던 것[9]으로 의료사고 중 상당수는 병원 시스템과 안전에 주의를 기울이지 않는 문제로 발생한다는 것이 확인된 바 있다.

이후, 위와 같은 문제의 실태를 확인하고 이를 예방하기 위한 단서를 찾기 위한 연구들이 시도되었다. 임상 간호현장에서 간호사들이 환자 돌봄에 따르는 과중한 업무와 스트레스로 인해 발생한 간호사의 환자안전사고 유발 경험에 대한 현상학적 연구[10]와 임상간호사의 투약오류 경험[11] 과 같은 연구가 대표적이라 할 수 있다. 이들 연구에 따르면, 직·간접으로 발생하는 안전사고야 말로 많은 간호사들이 어렵게 입사한 직장을 3년 이내에 떠나게 되는 중요한 요인 중 하나라는 것이 확인되었다.[10]. 이에 간호인력 수급에 대한 문제가 한층 더 심각해지고 있는 현 의료환경 하에서 안전사고의 확산과 이에 따른 간호사 이직률 간의 연결 고리를 찾기 위해서는 우선적으로 환자안전사고에 대해 간호사가 겪는 생생하고 현실적인 경험을 알아야 할 필요가 있다. 따라서 본 연구에서는 환자의 안전사고를 통해 간호사가 겪는 심리적 상황과 경험에 대한 질적 자료를 수집하고 이를 분석하고자 한다. 본 연구는 어느 때보다 더욱 바쁘고 복잡하게 변하는 최근의 의료환경에서 환자의 안전을 보장하고 동시에 간호사도 안전한 환경에서 전문가로서의 책임을 다할 수 있도록 실질적인 안전사고 예방책과 대안을 마련하는데 있어 시각의 변화를 제공할 것이다. 환자안전사고가 더 이상 간호사 개인에 대한 문책으로 다루어질 이슈가 아니라 병원의 구조적 환경에서 그 사고의 원인이 있다는 시각에서 출발하여 이의 해결책을 찾도록 하는데 본 연구가 활용될 것을 기대한다.

1.2 연구의 목적

본 연구의 구체적인 목적은 종합병원의 간호사를 대상으로 환자안전사고의 경험에 대해 심층면담과 관찰을 통해 종합병원내 안전사고의 속성 및 주제를 도출하여 간호사의 환자안전사고 예방을 위한 교육의 기초자료로 활용하기 위함이다.

2. 연구방법

2.1 연구 설계

본 연구는 종합병원에서 근무하는 간호사들을 대상으로 환자안전사고에 대한 직접·간접적 경험에 대해 심층면담과 관찰을 시행하여 간호사가 경험한 종합병원내 안전사고의 "범주와 속성 및 의미 있는 진술"을 도출하기 위한 질적연구이다.

2.2 연구대상과 연구자

질적연구의 대상은 종합병원에 근무하여, 임상근무경력이 최소 2년 이상인 간호사를 선정하였으며, 자료수집은 2014년 10월 20일부터 11월 27일까지였다. 연구자가 주변에 연구의도를 피력한 후 직접·간접적 안전사고의 경험이 있는 간호사를 소개받았고 최대한의 다양성을 확보하기 위해 의도적 표본추출법(maximum variation purposive sampling)을 이용하여 대상자를 선정하였다. 연구 참여자가 7명이 된 포화상태에서 질적 인터뷰를 마쳤다.

2.3 연구도구와 자료수집

질적자료의 수집은 심층면담을 주된 방법으로 실시하고 현장노트와 메모를 활용하여 반구조화된 질문을 사용하였다. 면담시간은 1회 60분에서 90분 정도로, 1-2회를 실시하였다. 필요시 전화나 이메일로 자료를 추가 수집하였고 면담내용은 녹취하여 필사후 범주와 속성 그리고 의미 있는 진술을 도출하여 유형을 분석하였다. 자료수집과 분석을 동시에 진행하는 순환적 과정(ongoing process)을 통해 첫 번째 참여자와 심층면담을 마친 후 바로 필사와 분석을 하였다. 한개 이상의 사고유형이 나오면 새로운 면담질문을 만들어 두 번째 참여자에게 다시 질문하여 확인하는 과정을 반복하였다. 최소한 2명 이상의 참여자가 환자안전사고의 유형과 의미가 같으면 설문유형으로 구성하였다. 질적연구에서 표본수는 더 이상 새로운 자료가 나타나지 않는 시점까지의 자료를 포화상태(saturation level)라고 인식하여 질적 인터뷰를 마쳤다 [12-15]. 질적연구에서 참여자의 심층면담 내용중에서 환자안전사고의 직접·간접 경험의 의미, 유형, 반응과 감정 등을 확인하였다. 연구문제는 "간호사의 환자안전사고의 경험은 어떠한가?"이며 면담안내 질문(guiding question)은 "당신의 직접 또는 간접적인 경험은 어떠한

니까? 말씀해 주십시오." 로 시작하는 반구조화된 질문을 하였다.

2.4 윤리적 고려사항

본 연구는 연구계획서와 수정안, 피험자동의서는 연구 시작전에 기관생명윤리심의위원회(Institutional Review Board, IRB)의 승인(HY-14-07-12)을 받았다. 환자의 참여여부를 결정하는 스크리닝 절차를 위한 동의서와 모든 피험자는 자유의사에 따라 연구참여동의서를 작성하도록 하였다. 피험자의 권리, 안전, 복지를 최우선으로 고려하였고 과학과 사회이익을 우선시 하였다. 연구참여동의서에 서명한 대상자의 자료만 수집하였고 연구자와 참여자가 연구참여동의서를 각각 1부씩 보관하였다. 윤리적 고려를 위해 익명성 보장, 연구 참여자에게 면담자료는 연구목적으로만 사용될 것과 연구 중 언제든지 참여철회가 가능함을 알려주었다. 연구 대상자의 모든 자료는 익명화하여, 엄격하게 비밀이 유지되도록 하고, 비밀번호를 설정하여 별도의 파일로 보관하였으며 연구데이터를 통하여 개인정보(이름, 생년월일 등)의 확인이 불가능하도록 하였다. 수집된 자료는 잠금장치가 있는 별도의 장에 보관하여 타인이 접근할 수 없도록 본 연구자가 직접 관리하고 질적연구가 끝난 후 최소 3년간 보관되며 이 기간이 지나면 녹음된 자료 파일은 삭제됨을 설명하였다.

2.5 자료 분석

본 연구는 수집된 자료의 질적연구 분석은 참여자의 질적자료 내용의 진술 속에서 주제와 개념을 찾는 방법으로 진행하였다.

Spradley[14,15]의 4가지 유형의 문화기술적 분석방법에서 영역분석과 분류분석을 적용하였다. 영역분석은 연구자가 반구조화된 질문을 심층면담시에 사용하였고 필사한 현장노트도 함께 분석하였다. 연구 참여자가 말하는 그대로의 표현에 대한 진술(verbatim)속에서 구성하는 기본 요소를 찾아 의미있는 진술이 내포하고 있는 단어와 구, 절들의 관계를 묶어 속성을 찾았고 찾아낸 속성들을 모아 범주로 분류하였다. 분류분석은 연구자료를 심층적으로 분석할 영역을 선택하여 문화적 영역이 조작성을 찾아내는 방법으로 안전사고에 대한 분류를 선정하였다.

2.6 연구의 엄정성 및 정확도

질적연구에서 주요한 연구도구는 연구자 자신이다. 연구자는 간호사의 업무와 책임범위가 확대되면서 안전하게 업무수행을 할 수 있는 제도에 대한 문제의식을 가지게 되었고 질적연구방법론을 이수하였으며 질적연구의 이론과 실제에 관한 문헌을 탐독하고 그와 관련된 논문을 탐독함으로써 질적 연구자로서의 과정을 준비하였다 [13,14].

연구의 적절성과 엄정성 유지를 위해 Sandelowski[12-15]가 제시한 노력을 하였다. 첫 번째, 진실성(credibility)을 유지하기 위해 자료수집과정에서 면담 후 참여자로부터 필사된 자료를 확인받았다. 연구자의 편견으로 내용이 과장이나 축소되는 것을 피하려고 피드백을 받아 결과를 보완하였다. 해석과 분석의 진실성을 위해 연구진행 중 간호학과 교수이며 질적연구 전문가 3인에게 연구내용을 확인하고 피드백을 구하였다. 두 번째, 적합성(fittingness) 확보는 연구 참여자들의 맥락적합성 유지를 위해 더 이상 새로운 자료가 표출되지 않는 포화상태까지 자료를 심층적으로 수집하는 목표 표출법을 적용하였다. 세 번째, 방청성(auditability)은 연구과정에 따라 논리이해를 위해 연구방법부터 분석과정까지 자세하고 구체적이며 상세한 설명을 하려고 노력하였다. 네 번째, 확증성(confirmability)을 위해 진실성, 적절성, 방청성의 3가지를 모두 확보하면서 편견 없는 중립성과 객관성 유지를 위한 노력을 하였다. 연구기간 동안 연구자는 주된 연구의 도구라는 사실을 지속적으로 상기하였다. 연구자 자신이 연구과정과 결과에 영향을 줄 수 있기 때문에 연구

참여자와 서로 존경과 신뢰관계의 유지와 편견을 배제하고 융화되지 않도록 냉철한 인식을 유지하면서 연구자로서 객관적 확보를 위한 노력을 하였다.

3. 연구결과

3.1 질적자료의 분석

본 연구에는 직접 또는 간접적으로 환자안전사고 경험이 있는 간호사 총 7명이 참여하였다. 참여자는 Table 1과 같이 모두 여자로 나이는 20대(2명), 30대(4명), 40대(1명)이었고 미혼(4명), 기혼(3명), 근무기간은 2.6년에서 24.9년으로 평균 근무기간은 10.6년(±7.2년)이었다. 근무병원의 위치는 서울 5명, 지방 2명이었고, 수간호사 1명, 주임간호사 1명 일반간호사 5명이었다. 주관적 건강상태는 '건강하다(1명)', '보통이다(3명)', '건강하지 않다(3명)'이었다. 연구 참여자에게 병원 내 발생하는 간호사의 안전사고에 대한 경험을 본질적으로 깊은 이해를 위해 얻은 진술과 일상생활에서 수집한 자료는 Table 2에서와 같이 「예상하지 못한 경험을 하게 됨」, 「소홀하게 생각해 놓침」, 「당면하는 불안감」, 「홀로 감당해야 하는 어려움」, 「직장을 떠나게 됨」, 「분쟁에 휘말리게 됨」, 「성숙한 간호사가 되어감」의 7개 범주와 24개의 속성이 도출되었다.

Table 1. Demographic characteristics of study subjects

(N=7)

No	Sex /Age	Marital status	Work period (month)	Position	Education	Healthy status (subjective)
1	F/46	Single	297	Head nurse	Master's degree	Average
2	F/35	Married	139	Registered nurse	BSN	Unhealthy
3	F/31	Married	110	Registered nurse	RNBSN	Average
4	F/35	Married	142	Charge nurse	BSN	Healthy
5	F/25	Single	50	Registered nurse	College	Unhealthy
6	F/31	Single	122	Registered nurse	College	Unhealthy
7	F/25	Single	30	Registered nurse	College	Average

3.1.1 예상하지 못한 경험을 하게 됨

병원은 간호사가 환자를 돌보면서 미처 생각하지 못한 실수를 경험하는 업무공간이었다. 이 연구의 첫 번째 범주인 「예상하지 못한 경험을 하게 됨」은 ‘투약실수’, ‘욕창발생’, ‘주사착오’, ‘도난사고’, ‘관리소홀’, ‘원내사고’, ‘기구파손’의 7개 속성이 확인되었다.

“투약을 잘못된 간호사가 패닉으로 휴직 3개월에 정신과 치료도 받았지만 지금은 병원을 떠났어요. 환자가 안 좋아지는 케이스에서 투약을 잘못된 것이 더해진 거였는데 간호사에게는 너무나 치명적이라고 생각해요.” (참여자 1)

“욕창이 생기면 간호사가 환자를 제대로 봐주지 못한 것이라고 비난해요. 자주 포지션을 바꾸어 주면 정말 욕창이 안 생겨요. 설사를 해도 자주 닦고 말리면 피부가 깨끗해요. 그래서 간호사는 할 말이 없어요.”(참여자 1)

“열 부서에 말기 암으로 호흡이 안 좋은 환자에게 10cc를 잘못해서 100cc를 주입했어요. 바로 주사한 간호사가 발견하고 보호자에게 이야기하고 조정하였는데 며칠 있다 돌아가셔서 보호자가 의사와 간호사를 무릎 꿇게 하고 경찰도 오고... 너무 무섭고 슬프더라고요.” (참여자 1)

“요즘은 도난사고도 간호사의 과실로 인정하니까 병원에서의 모든 사고가 발생하면 간호사의 과실이 되니 그런 것들이 환자를 돌보는 업무보다 힘들고 한계가 느껴져요.”(참여자 2)

“예전에 치매 할아버지가 안보여서 CCTV를 추적해서 발견되었어요. 보호자가 할머니셨는데 할아버지 나가는 걸 확인 못하셔서 간호사가 혼자서 보호자가 있는 환자분까지 다 관리할 수가 없어요... 현실적으로 불가능해요.”(참여자 6)

“병동에서 불나서 병원 내원객 도움을 받았어요. 그 분이 안전핀 뽑으면서 손을 다쳤는데 간호사 책임이 되었어요. 간호사가 책임보고서를 쓰고 간호사가 모든 책임을 떠안게 되었어요.”(참여자 3)

“수술실에서 의료기구가 깨진 것을 발견해서 보고를 했지만 수술이 이미 끝난 상태라 오히려 늦게 발견했다고 혼났어요.”(참여자 4)

3.1.2 소홀하게 생각해 놓침

간호사의 작은 실수가 나쁜 결과로 이어지는 경험을 하게 된다. 이 연구의 두 번째 범주인 「소홀하게 생각해 놓침」은 ‘작은 실수’, ‘건너 뛰’, ‘소홀함’의 3개 속성이 확인되었다.

“안전사고는 우리가 계획된 환자치료나 계획이 잘 진행되다가 작은 실수가 잘못된 결과를 야기한 것이라고 생각해요.”(참여자 1)

“기본적인 일이 능숙해져서 중간 과정을 건너뛰게 되니까 발생하게 되요.”(참여자 3)

“간호사에게 사고는 일하는 도중에 정해진 지침이나 프로세스를 지키지 않아서 발생하는 것, 아니면 소홀해서 환자의 변화를 빨리 발견하지 못해서 발생한다고 생각해요.”(참여자 6)

3.1.3 당면하는 불안감

세 번째 범주인 「당면하는 불안감」에서는 ‘환자를 걱정함’, ‘자신을 책망함’, ‘보호자 대면이 힘들’의 3개 속성으로 확인되었다. 참여자들은 안전사고가 발생하면 무척 당황하고 혹시 환자가 잘못될까 전전긍긍하여 업무에 지장이 있을 정도로 걱정을 하였다. 또한 불안감과 더불어 자신에 대한 자책감과 업무수행에 위축을 가져왔다. 그 중 가장 큰 어려움은 환자와 보호자를 대면하는 것이라고 하였다.

“환자한테 너무 죄송하고 조금만 잘 봤으면 환자한테 문제가 없었을 텐데...이런 불안감 때문에 퇴원할 때까지 걱정을 하게 되고 나중까지도 그 환자가 걱정이 있었어요. 환자가 잘못되지 않도록 기도했어요.” (참여자 7)

“안전사고의 종류에 따라 차이는 있지만 계속해서 사고가 발생하면 위축되고 자신감이 없어져요. 그리고 왜 확인을 안 했을까? 그때 왜? 라는 자책감이 가장 많이 드는 것 같아요.”(참여자 6)

“부서에 안전사고가 발생하면 주변 환자들까지 여파가 있어요. 간호사를 믿을 수 없다고... 그러다 보니 그런 보호자를 마주치는 것이 두렵고 떨리더라고요.” (참여자 1)

3.1.4 홀로 감당해야 하는 어려움

네 번째 범주인 「홀로 감당해야 하는 어려움」에서는 ‘냉랭함을 느낌’, ‘홀로 남겨짐’, ‘낙인찍힘’의 3개 속성이 확인되었다. 참여자들은 상황에 따라 관리자나 주변의 태도가 다르게 느껴진다고 하였다. 불가항력적으로 발생한 경우에는 사고자를 위로도 하지만 실수일 경우는 간호사를 대하는 태도가 무척 냉랭하고 뒤에서 본인 이야기를 하며 외면을 당하기도 하여 때로는 비난과 실수를 저지른 간호사라는 낙인이 찍히는 것을 감수해야 했던 것으로 나타났다.

“사고가 어떻게 발생했는지에 따라 주변 반응이 달라요. 보통 어쩔 수 없이 벌어지는 경우라도 따뜻한 분위기는 아니지만 위로는 해 주어요. 특히 예방할 수 있었던 실수인 경우는 완전 분위기가 냉랭하다는 것이 느껴져요. 물론 대 놓고 비난하지 않지만 그런 게 다 느껴져요.”(참여자 6)

“누구누구가 사고를 쳤다고... 미친거 아니냐고... 그런 이야기를 듣다 보니 앞으로 그러지 말아야 하는데 다들 앞에서는 쉬쉬하니까... 홀로 남겨진 것 같아요.”(참여자 5)

“사회적으로 비난을 받게 되는 거예요. 모든 병원 직원들이 다 알게 되고... 실수했던 애라고 수군거리니 그 상황에 없었던 사람까지 다 알게 되어 고개를 들고 다닐 수가 없어요. 저 간호사는 실수할 수 있다는 낙인을 찍어주세요.”(참여자 7)

3.1.5 직장을 떠나게 됨

다섯 번째 범주인 「직장을 떠나게 됨」에서는 ‘징계 받음’, ‘사고공개’, ‘사직결정’의 3개 속성이 확인되었다. 참여자들은 안전사고가 발생하면 사고경위서를 작성하고 경중에 따라 주의, 감봉 등의 조치를 받게 된다. 또한 안전사고 발생으로 인해 상처가 깊어져 이를 극복하지 못하고 사직을 결정하는 경우도 있다.

“내부적으로 명백한 과실은 인사위원회가 열려요. 사안에 따라 감봉이나 징계를 받게 되면 직장을 더 다니기 힘들어요.”(참여자 1)

“안전사고가 발생하면 인수인계시에 어느 병동에 누가 어떤 사고를 냈다고 모두가 다 알게 되요. 설명 거론을 하지 않아도 누군지가 다 공개 되니 더 이상 직장생활

을 하지 못하고 그만두어요.”(참여자 2)

“이번에 수술실 간호사의 경우는 우리병원이 안전사고에 대한 책임을 묻지는 않았어요. 하지만 본인이 사고경위서를 작성하고 너무 힘들어 하면서 일을 계속 해야 할지 고민하다 다른 여러 문제가 겹쳐서 사직을 결정하게 되었어요.”(참여자 4)

3.1.6 분쟁에 휘말리게 됨

여섯 번째 범주는 「분쟁에 휘말리게 됨」으로 ‘소송당함’, ‘폭행당함’의 2개 속성이 확인되었다. 참여자들은 안전사고로 인해 분쟁을 경험하기도 하였다. 간호사에게 분쟁경험은 큰 정신적 충격이 되며 또한 자신을 보호하기 위해 정확한 기록이 중요하다는 것을 깨닫게 된다고 했다. 최근 간호사를 폭행하는 경우도 빈번히 발생하고 보호자 없는 간호간병통합서비스를 제공하는 병원에서 간호사의 책임이 커져 분쟁에 대한 주의가 더욱 중요해졌다고 하였다.

“내부적으로 명백한 과실이 밝혀지면 간호부로부터 경고가 떨어지고 만약 수술사고 같은 경우는 징직이나 징계를 받게 되요. 소송을 당해서 법정에서 서게 될 경우는 정신적인 타격이 커요. 그래서 최근에는 무조건 기록을 하라고 지시가 내려왔어요.”(참여자 1)

“환자가 임종 직전에 통증을 심하게 느껴 마약제제를 주면서 사망의 위험성을 설명하였는데도 환자가 젊어서 위험한 약인 줄 알면서도 약을 주었다고 간호사 3명이 폭행했어요.”(참여자 5)

3.1.7 성숙한 간호사가 되어 감

일곱 번째 범주인 「성숙한 간호사가 되어 감」에서는 ‘기본에 충실함’, ‘신중을 기함’, ‘최선을 다함’의 3개 속성이 확인되었다. 참여자들은 병원내 안전사고가 모두 부정적 영향만은 아닌 것으로 인식하였다. 환자안전사고는 발생하면 안 되지만 그럼에도 불구하고 긍정적 영향으로 기본적 5right의 중요성을 인식하게 되었고 숙련된 간호사로 발전하였다. 간호직업관의 목적이 돈을 위한 것만이 아니기 때문에 환자에게 신중한 마음을 가지고 더 잘하게 되는 마음가짐을 갖게 되었다고 하였다.

“신규 때 투약사고를 낸 적이 있었어요. 5right를 확인

하지 않아서... 6인실에 3명의 환자가 같은 약을 복용해서 다른 환자의 라벨을 확인하지 못했어요. 게다가 투약 도중에 투약에만 집중할 수 있는 환경이 아니다 보니 그 상황에서 기초 기본과정을 생략해서 발생한 것 같아요. 그 이후 저는 5right의 기본을 꼭 지키고 있어요. 그 이후로는 그런 사고가 없었어요.”(참여자 6)

“안전사고를 겪게 되면 모든 것을 다시 생각하게 되는 것 같고 안 좋은 경험이지만 그 경험이 꼭 나쁘다고만 할 수 없어요. 이런 경험을 통해 쌓이면서 완벽하고 숙련된 간호사가 되는 것 같아요.”(참여자 3)

“사고경험 후에 스스로 예민해져서 남을 절대 못 믿게 되요. 적어도 3번은 환자를 확인하고 또 확인하게 되었어요. 항상 나태해지지 말자는 생각과 똑같은 일을 하니 까 환자한테 조심해서 대하고 더 신중하고 마음이집도 달라졌어요.”(참여자 7)

Table 2. Nurses' Experience of Patient Safety Accidents in general hospitals (N=7)

Category	Property	Meaningful statement
Unexpected experience	Medication error	The nurse who had made medication error had to see a psychiatrist because it was very stressful situation for the nurse.
	Bedsore occurrence	Patients and their family gave a nurse harsh criticism with the occurrence of bedsore.
	Wrong injection	10cc of drug should be injected to the patient with terminal cancer but 100 cc was injected and so patient died. And so, the patient's family forced nurse to kneel and apologize for the wrong injection.
	Theft case	I feel sad when people think that even theft is the fault of nurse.
	Carelessness	There was a dementia patient escaped out of the hospital and I went to find him. Realistically, it is difficult for the nurse to manage these patients perfectly.
	Accident in a hospital	There was a fire in some ward and a patient got burn in his hand but the accident and patient's injury was considered as nurses' fault.
	Medical instrument failure	There was a broken medical instrument in operation room and it was also considered as nurses' fault.

Missing caused by negligence	Minor mistake	Sometimes our minor mistake makes unexpected failure with patient care.
	Skip	As we got used to nursing job, sometimes nurses do not pay strong attention on small change in patient's status.
	Negligence	Accident can be occurred upon nurse's negligent manner not following standard procedure.
Facing the anxiety	Worry about patients	Even if patient is sick by different reason, nurses worry whether they made wrong care for patient.
	Self-blame	Nurses regret what they did and they lose self-confidence facing patient accident.
	Distressed meeting with patient's family	It is distressed to meet patients or their family.
Difficult of loneliness	Feel cold manner	Nurse feels uncomfortable even when senior consoled.
	Unfriendly atmosphere	People talk in whispers about someone's fault.
	Be reproved	Chief nurse gave reproachful look as she thought that the nurse could make another mistake.
Resignation from the hospital	Disciplinary action	Nurses are supposed to resign after they were disciplined for their fault by personnel committee.
	Release of accident	When other nurses know who is responsible for the accident, the nurse won't be able to work.
	Decision of resignation	Nurses decide to resign after reporting about accident.
Entering into conflict	Being litigated	Nurses can be litigated if they have obvious fault.
	Being assaulted	Just before the death, patient asked for a pain medication, and the nurse was assaulted, saying the patient was dead after taking it.
Being practiced a nurse	Faithful to basic	I had an accident because I didn't check the 5 right when I was a new nurse, so, and after that, I got to follow the basic rules.
	Being careful	I had a mind to be more careful and not lazy and not to repeat same mistake.
	Do the best	I became to think nursing as a summon not just a job and do my best to take care of patients.

4. 논의

종합병원에서 근무하는 간호사는 다양한 유형의 환자안전사고를 경험하는 것으로 파악되었다. 이 연구의 첫 번째 범주인 「예상하지 못한 경험을 하게 됨」에서 간호사들이 진술한 안전사고의 유형은 다양하였고 간호사가 반복적으로 환자를 돌보는 일상에서 안전사고를 유발할 것으로 상상하지 못했다. 이태경 등[10]이 간호사 7명에게 환자안전사고의 유발경험에 대해 현상학적 연구결과, 「환자상태 악화에 대한 두려움」, 「사건 보고에 대한 갈등」, 「사고원인을 열악한 근무여건 탓으로 돌림」, 「자신의 책임을 인정하고 죄책감을 느낌」, 「사고 후 지지적이지 못한 분위기에 실망함」, 「원칙에 보다 충실해 줌」의 6가지 범주가 이 연구 결과에서 확인된 환자안전사고의 경험과 유사하였다. 이는 간호사가 임상현장에서 시스템적으로 발생하는 직·간접적 안전사고경험은 업무수행의 병원문화에서 스스로 전문가로써 책임지고 극복해야 한다는 점에서 의미가 있다.

이은경 등[11]의 연구에서 ‘주변상황이 투약오류를 촉진시킴’은 병원에서 사고를 유발하는 약제가 외관상 비슷하거나 동일한 이름의 환자가 병실에 함께 입원한 경우로 간호사 혼자 감당하기 벅찬 업무량과 환자의 재측 등이 투약오류 발생 가능성을 높이는 것과 같은 맥락이다. Petrova 등 [16]의 투약오류 원인이 간호사의 소진, 판독이 어려운 의사 수기처방, 약 투여 시 환자 이름을 확인하지 못한 점 등과도 일치하는 결과다. 또한, 간호사가 유발하는 안전사고 대부분이 병원 내 시스템적 문제로 접근해야 한다고 주장한 김정은 등[9]의 선행연구도 미국의 안전사고 대부분이 불완전한 시스템과 관련된 것으로 개인의 무관심이나 실수가 주된 원인이 아니라는 주장을 지지한다.

이 연구의 세 번째 범주인 「당면하는 불안감」은 안전사고 후에 느끼는 감정으로 질적 분석에서 ‘환자를 걱정함’, ‘자신을 책망함’, ‘보호자 대면이 힘들’이었다. 이태경 등[10]의 연구에서도 안전사고발생 후 간호사는 환자상태를 걱정하면서 더불어 간호사 자신을 질책하고 있었다. 이러한 자신에 대한 질책을 극복하지 못한 경우 사직을 결정하였다. 또한 간호사들은 관리자의 비난과 질책을 느껴진다고 하였다. 이는 질책을 받은 간호사가 관리자에게 당한 모욕감으로 인해 가슴에 상처를 안고 사직한다는 선행연구[17]와 같은 맥락이다. 이 연

구는 종합병원에서 환자를 돌보는 간호사의 환자안전사고경험을 연구 참여자가 체험한 직접 또는 간접 경험을 깊이 이해하기 위해 시행하였지만, 한편으로 환자안전사고에 대한 간접경험은 직접경험과 차이가 있어 이 연구의 제한점이 될 수 있다. 따라서 연구결과의 확대 해석에 신중을 기해야 할 것이다.

5. 결론 및 제언

최근 감염으로부터 환자를 보호하기 위한 방안으로 간호간병통합서비스가 확대되어 환자의 사소한 요구까지 모두 간호사의 업무가 되어 오히려 업무비중은 늘고 더불어 환자안전사고 유발이 증가되는 위험도 확대되었다. 하지만 환자안전사고 발생이 의료환경과 시스템적 문제라는 것이 공론화되지 못한 채 간호사는 과중한 업무와 스트레스로 환자 곁을 지키지 못하고 떠날 수밖에 없다는 현실적인 어려움을 호소하였다. 이에 간호사가 임상에서 안심하고 환자간호에 집중할 수 있도록 환자의 안전사고 예방과 사고에서 간호사 당사자를 보호할 수 있는 정책이 뒷받침되어야 할 필요가 있다. 이상의 연구결과로 다음과 같은 제언을 하려고 한다.

첫째, 간호사에게 환자안전사고 예방과 대처를 위해 지속적이고 실질적인 사례중심(case study)의 교육프로그램을 간호대학과 병원에서 지속적이고 반복적으로 운영해야 할 것이다.

둘째, 간호협회를 중심으로 임상에서 발생하는 안전사고의 유형, 발생원인, 발생 후 조치사항 등을 보고할 수 있는 보건의료서비스 데이터베이스 시스템을 구축하여 이를 토대로 사고 예방을 위한 전략을 수립할 필요가 있다.

셋째, 환자안전사고를 경험한 간호사에 대한 상담서비스를 제공하여 심리적 지지와 치유로 빠른 업무복귀를 도와줄 수 있는 마음건강서비스가 병원과 지역사회를 중심으로 운영되어야 할 것이다.

마지막으로 환자안전사고를 이유로 병원을 사직하거나 이직한 간호사의 경험에 대한 깊이 있는 후속연구를 지속하여 간호 인력을 보호하고 직업의 전문적 성숙을 위한 제도적 장치 마련이 시급하다.

REFERENCES

- [1] Ministry of Health and Welfare. (2015). *Patient Safety Law*. 2018 [cited 2018 Mar 10]. Available from:

[http://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%ED%99%98%EC%9E%90%EC%95%88%EC%A0%84%EB%B2%95/\(13113\)](http://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%ED%99%98%EC%9E%90%EC%95%88%EC%A0%84%EB%B2%95/(13113))

[2] Agency for Healthcare Research and Quality. 2010 *National Healthcare Quality Report*, 2635-2645.

[3] T. A. Brennan, L. L. Leape, N. M. Laird, L. Hebert, A. R. Localio, A. G. Lawthers, et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*. 324(6), 370-376.
DOI : 10.1056/nejm199102073240604

[4] E. J. Thomas, D. M. Studdert, H. R. Burstin, E. J. Orav, T. Zeena & E. J. Williams, et al. (2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*. 38(3), 261-271

[5] Institute of Medicine. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington D.C.: National Academies Press.

[6] National Practitioner Data Bank. (2012) Annual Report [Internet]. *Rockville: Health Resources and Services Administration. 2014* [cited 2014 Mar 10]. Available from: <http://www.npdb.hrsa.gov/AnnualReport>.

[7] Supreme Court of Japan. Japan's Medical Litigation Data [Internet]. *Tokyo: Supreme Court of Japan*. 2015 [cited 2014 Mar 10]. Available from: <http://www.courts.go.jp/english/publications/index.html>.

[8] S. I. Lee. (2012 May 22). Policy Task for Quality of Care and Patient Safety. Proceedings of the 50th Korean Society of Health Policy and Administration Conference. *Academy of Health Policy and Management*, 3, 41-55.

[9] J. E. Kim, M. A. Kang, K. E. An & Y. H. Sung. (2007). A survey of nurses' perception of patient safety related to hospital culture and reports of medical errors. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 13(3), 69-179.

[10] T. K. Lee, E. Y. Kim & N. H. Kim. (2014). A Phenomenological Study on Nurses' Experiences of Accidents in Patient Safety. *Journal of Korean Nursing Administration Academic Society*, 20(1), 35-47.

[11] E. K. Lee, C. H. Jung & H. J. Jeon. (2010). Experiences of Nurses in Medication Errors. *Journal of Qualitative Research*. 11(2), 94-105.

[12] E. K. Yoo. (1993). Qualitative Methodology and Ethnographic Research Method. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 23(4), 713-725.

[13] E. K. Yoo. (2005). *Ethnographic Research and Ethnographic Research Method*. Seoul: Hyunmoonsa. 223-272.

[14] M. Sandelowski. (1986). The problem of rigor in

qualitative research. *ANS. Advances in Nursing Science*. 8(3), 27-37.

[15] J. P. Spradley. (2006). *Participant Observation*. Seoul: Sigmapress.

[16] E. Petrova. (2010). Nurses' perceptions of medication errors in Malta. *Nursing Standard*. 24(33), 41-48.
DOI : 10.7748/ns2010.04.24.33.41.c7717

[17] A. B. Schelbred & R. Nord. (2007). Nurses' experiences of drug administration errors. *Journal of Advanced Nursing*. 60(3), 317-324.
DOI : 10.1111/j.1365-2648.2007.04437.x

이 미 준(Mi-Joon Lee)

[중신회원]



- 1988년 2월 : 한양대학교 간호학과 학사
- 2004년 8월 : 연세대학교 보건대학원 보건정보관리 석사
- 2015년 8월 : 한양대학교 간호학부 박사
- 1988년 2월 ~ 1999년 12월 : 성에병원 수간호사
- 2000년 9월 ~ 2001년 5월 : 메리츠화재

자동차보상기획부 전문사원

- 2001년 6월 ~ 2002년 12월 : 미즈메디병원 보험심사실 실장
- 2003년 1월 ~ 2015년 10월 : 삼성생명 수석연구원
- 2015년 11월 ~ 현재 : 강북삼성병원 헬스케어팀 팀장
- 2008년 9월 ~ 현재 : 한양대학교 간호학부 겸임교수
- 관심분야 : 헬스케어, 간호관리, 보건정책, 정보, 융합
- E-Mail : mijoon1004@naver.com

강 희 경(Hee-Kyung Kang)

[정회원]



- 1984년 2월 : 한양대학교 간호학과 학사
- 1986년 2월 : 한양대학교 간호학과 석사
- 2001년 8월 : 한양대학교 간호학과 박사
- 1986년 4월 ~ 현재 : 제주한라대학교 간호학과 교수

- 관심분야 : 간호교육, 당뇨병자 자가간호, 간호정보
- E-Mail : sorakhk@naver.com