

간호전달체계 분석에 관한 연구

연세대학교 대학원

간 호 학 과

강 수 진

간호전달체계 분석에 관한 연구

지도 김 인 숙 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2002년 6월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

강 수 진

강수진의 석사 학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 대학원

2002년 6월 일

감사의 글

저의 첫 결실인 석사 논문을 끝까지 매듭질 수 있도록 도와주신 지도 교수님들께 진심으로 감사드립니다.

새벽녘 山寺의 아침처럼 늘 새로운 시각과 자유로운 사고로 함께 했던 김인숙 교수님, 교수님과의 시간은 오래도록 그리움으로 남을 것 같습니다. 엉켜버린 실타래 같이 정리되지 않은 부족한 생각을 교수님 특유의 명쾌함으로 지도해주신 이태화 교수님, 교수님의 따뜻한 배려에 이 논문을 마칠 수 있었습니다. 또한 불성실한 청강생에서 지도 학생이 된 저를 끝까지 배려해주신 상경대학 신동엽 교수님께도 감사드립니다.

바쁜 시간을 쪼개어 면접에 응해주신 분들의 수고가 있었기에 미약하나마 작은 결실을 맺을 수 있었습니다. 직접 찾아 뵙고 인사드리지는 못하지만 제 가슴속에 고마우신 분들로 깊이 남아 있습니다.

임상 간호사로서의 제 경험을 행복하고 좋은 추억으로 남게 해 주신 삼성서울병원 황지원 과장님과 박순화, 송성숙, 장은정, 김선희, 장미라, 이현정 선생님 등 모두 함께 했던 동료 분들에게 늦었지만 진심으로 감사드립니다. 그분들의 배려가 아니었으면 지금 이 논문을 쓸 기회조차 없었을 것입니다.

적십자간호대학 재학 시절 간호학에 대한 사랑을 갖게 해주신 조갑출 교수님과 언제나 넉넉한 사랑으로 말없이 바라봐 주신 오가실 교수님께 머리 숙여 감사드립니다. 대학원생의 본분인 학문하는 자세를 보여주신 강경화 선생님과 인생의 선배로서 따뜻한 배려와 조언을 해주신 이숙정 선생님, 모두 많이 그리워질 것 같습니다.

논문을 쓰는 동안 정신없는 친구를 넉넉히 지켜봐준 친구들과 바쁜 일정을 뒤로 하고 우도의 일출을 함께 맞이했던 남효, 은영, 선희, 명희의 소원이 모두 이루어질 수 있기를 바랍니다. 끝으로 언제나 저의 의견을 존중해주시며 제가 선택한 길을 묵묵히 지켜봐주시는 부모님과 오빠, 새언니에게 감사드리며 가족의 꿈인 사랑스러운 조카 태현이와 다현이가 건강하게 커가길 하나님께 기도합니다.

2002년 7월

차 례

차 례	i
표 차 례	iii
그림 차례	iii
부록 차례	iii
국문 요약	iv
I. 서 론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구 목적	2
3. 용어의 정의	3
II. 문헌고찰	4
1. 간호전달체계의 개념 및 종류	4
2. 간호전달체계의 특성에 관한 선행 연구	5
III. 연구방법	9
1. 연구설계	9
2. 연구대상	9
3. 연구도구	9
4. 자료수집방법 및 절차	10
5. 자료분석 방법	11

IV. 연구결과	12
1. 대상자의 일반적 특성	12
1) 연구대상 의료기관의 특성	12
2) 연구대상 간호단위의 특성	13
3) 면접 대상자의 특성	19
2. 간호전달체계의 특성	21
1) 간호전달체계의 구조적 특성	21
2) 간호전달체계의 간호과정적 특성	35
3) 간호전달체계의 인간관계적 특성	44
4) 간호전달체계의 특성 요약	52
V. 논 의	55
1. 간호전달체계의 특성에 관한 논의	55
2. 간호전달체계의 운영에 관한 논의	57
VI. 결론 및 제언	61
1. 결 론	61
2. 연구의 제한점	62
3. 제 언	62
참고문헌	64
부 록	68
영문초록	73

표 차례

표 1. 연구자별 간호전달체계의 분석기준	7
표 2. 의료기관의 특성	13
표 3. 간호단위의 규모와 인력 구성	14
표 4. 연구대상 간호단위별 간호전달체계 분류	19
표 5. 면접 대상자의 일반적 특성	20
표 6. 간호전달체계의 구조적 특성	33
표 7. 간호전달체계의 간호과정적 특성	36
표 8. 간호전달체계의 인간관계적 특성	51
표 9. 간호전달체계의 특성 비교	54

그림 차례

그림 1. 간호단위의 계층 구조 유형	22
----------------------------	----

부록 차례

부록 1. 면접지	68
-----------------	----

국문요약

간호전달체계 분석에 관한 연구

효과적인 간호전달체계는 환자와 간호사의 직무 만족을 향상시키고 간호의 성과에 영향을 미치는 주요한 변수가 될 수 있다.

본 연구는 간호전달체계의 특성을 비교, 분석하기 위한 서술적 조사 연구로 서울 소재 3차 의료기관 4곳의 내과, 외과, 중환자실을 대상으로 임의 표출하였다. 자료 수집을 위한 연구 도구는 간호전달체계의 특성에 관한 문헌을 기초로 연구자가 작성하여 예비 조사를 통해 수정, 보완한 면접지를 이용하였다. 2002년 4월 8일부터 5월 22일까지 각 간호단위의 수간호사 1인, 일반간호사 2인씩 총 36명을 대상으로 본 연구자가 반구조화된 면접을 실시하였고 해당 간호단위의 간호사 직무기술서, 간호단위실무지침서 및 각종 운영 매뉴얼을 조사하였다. 수집된 자료는 내용분석법을 이용하여 간호전달체계의 구조적 특성, 간호과정적 특성, 인간관계적 특성을 중심으로 분석하였다.

연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 연구 대상 기관의 간호전달체계는 기능적 간호방법, 팀 간호방법, 사례방법으로 조사되었으며 본 연구에서의 조작적 정의는 문헌에서 제시한 내용과 차이가 있다. 본 연구의 조작적 정의는 다음과 같다. 기능적 간호방법은 의사의 처방 확인과 같은 간접 간호 업무는 선임 간호사가 하며 선임의 지시에 따른 직접 간호는 일반 간호사가 제공하는 것을 의미한다. 팀 간호방법은 간호 단위 내에 팀이라고 불리는 일정한 간호사의 소그룹이 형성된 것을 의미하지만 팀 리더의 역할은 없었다.

2. 구조적 측면에서 기능적 간호방법은 선임 간호사를 중심으로 권한의 집중화, 상하 수직적이고 서열에 따른 복잡한 계층 구조를 보이며 업무의 유동성이 낮아 공식화가 높았다. 팀 간호방법은 팀 간호사에게 분권화된 구조로 수평적이며 복잡성이 낮아 단순하며 업무의 유동성이 높아 공식화 정도는 낮은 것으로 나타났다. 사례방법은 간호단위 전체의 조직 특성을 설명하기에는 부족하며 간호 단위의 권한 정도에 따라 다르게 나타났다.
3. 간호과정적 측면에서 보면 사례 방법에서 간호의 연속성이 가장 낮은 것으로 나타났다. 간호의 연속성은 기능적 간호방법에서는 선임 간호사로 집중된 통제가 이루어질수록, 팀 간호방법에서는 팀 내 구속력이 높을수록 강화되었다.
4. 인간관계적 측면에서 보면 기능적 간호방법은 선임 간호사를 중심으로 하향식의 단순한 의사소통 양상을 보이는 반면 팀 간호방법에서는 수간호사와 일반간호사의 직접적 의사소통과 간호사 간 복잡한 양상을 보이고 있었다. 간호사와 의료진과의 협동의 정도는 간호전달체계와 상관없이 낮게 관찰되었으나 간호실무의 표준화 정도가 높을수록 높게 인지되고 있었다.
5. 간호전달체계의 특성에 영향을 주는 요인으로는 인력 확보가 가장 많았고, 간호 실무의 표준화, 의료기관 및 간호단위의 문화, 간호단위의 물리적 환경, 간호사의 능력 확대를 위한 교육 여건을 마련이 주 요소로 나타났다.

핵심되는 말 : 간호전달체계, 기능적 간호, 팀 간호, 사례방법

I. 서 론

1. 연구의 필요성

대상자에게 간호 서비스가 전달되도록 업무를 할당하고 책임과 권한을 분담하는 간호전달체계는(박성애, 1997) 어떻게 대상자에게 효과적인 간호 서비스가 제공되도록 조작화 할 것인가를 중심으로 많은 논의가 이루어져 왔다. 효과적인 업무 분담 방법은 환자와 간호사의 직무만족을 향상시키며 투약 오류나 낙상과 같은 부정적인 결과를 감소시킴으로써 간호의 성과에 영향을 미치는 변수가 될 수 있다는 점에서 지속적인 연구가 필요하다(Flarey, 1995).

역사적으로 간호전달체계는 사례방법부터 시작하여 기능적 간호방법, 팀 간호방법, 일차간호 방법 그리고 사례관리 등으로 발전해왔으며 이것은 간호의 연속성을 보장하면서도 서비스의 질과 급증하는 의료비 상승을 통제하기 위한 변화의 과정이었다. 그러나 무엇이 과연 최상의 간호방법인가에 대한 한가지 답은 없다. 기능적 간호방법, 팀 간호방법, 일차간호방법 등 간호업무분담의 성과를 비교하는 많은 연구가 이루어져 왔지만 간호의 질이나 환자의 만족도, 비용 절감에 대해 항상 동일한 결과가 나온 것은 아니었다. 이것은 간호 업무 분담 방법에 대한 조작적 정의가 부족하고(Miller, 1985) 간호 단위의 특성 파악이 명확하지 못하였기 때문이었다(Adams, Bond & Arber, 1995; Mark, 1992; Munson & Clinton, 1979). 따라서 현재 시행하고 있는 간호 업무 분담 방법의 특성을 확인함으로써 조직과의 적합성을 찾는 노력이 간호관리자에게 무엇보다도 요구된다(Adams, Bond & Hale, 1998; Armstrong & Stetler, 1991; Flarey, 1995).

국내에서 간호전달체계에 관한 연구는 부족하며 그 범위도 일차간호에 대한 소개나 간호사의 변화 요구를 묻는 정도에 그치고 있다(구옥희, 1996; 김선례, 2000; 김현숙, 1990). 우리 나라 의료기관에서 시행하고 있는 간호방법에 대한 현황 파악도 부족한 현실이며 다만 기능적 방법이 우위를 차지할 것이라고 추측되

고 있다(김선례, 2000 재인용). 기능적 방법은 업무를 중심으로 간호를 분할시킴으로서 업무 속도의 증가를 이룰 수 있다. 때문에 인건비 절감 효과를 동반하므로 우리 나라와 같이 간호수가를 불인정하며 고시된 의료수가를 책정하는 의료 환경에서는 많은 기관들이 선호하는 방법일 수밖에 없었다.

의료에 대한 소비자의 질적 요구 증대와 1999년 간호인력의 법적 기준 확보를 위해 실시된 간호관리료 차등제는 3차 의료기관을 중심으로 간호전달체계의 변화를 시도하는 계기가 될 수 있었다. 간호차등제의 실시가 의료기관의 재정적 수립에 어느 정도를 기여하는지에 대한 객관적인 연구 결과는 아직 없지만 간호관리료 차등제를 통해 의료기관은 적정 간호인력의 확보를 통한 질적 간호에 관심을 기울이게 된 것이다(장현숙, 김문실, 김복자, 김정단, 송지호, 윤순녕, 전미수, 2001).

간호전달체계에 따른 특성들은 많은 선행 연구에서도 제시된 바가 있으나 간호 인력의 구조와 의료환경이 다른 우리 나라에서 간호전달체계가 어떻게 변용되고 있는지는 논의된 바는 부족하다. 현 임상 실무에서의 간호전달체계의 특징과 장단점을 파악하는 것은 향후 간호의 성과를 달성할 수 있는 기본 전제 조건이 될 것이다. 따라서 본 연구에서는 간호전달체계가 각기 다른 조직에서 어떻게 적용되고 있는지에 대한 특성을 파악해보고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 3차 의료기관에서 시행하고 있는 간호전달체계의 특성을 비교, 분석함으로써 효율적인 간호 서비스 전달 방법을 모색하기 위한 기초 연구이다.

- (1) 간호전달체계를 구조적 측면으로 비교, 분석한다.
- (2) 간호전달체계를 간호과정적 측면으로 비교, 분석한다.
- (3) 간호전달체계를 인간관계적 측면으로 비교, 분석한다.

3. 용어의 정의

1) 간호전달체계

간호전달체계는 간호사가 대상자에게 간호를 제공하기 위하여 책임과 권한을 분담하는 조직 구조로서(박성애, 1997) 간호단위라는 물리적 공간을 중심으로 간호 서비스를 전달하기 위하여 구성 인력들에게 업무를 할당(nursing assignment)하거나 조직화하는 방법을 의미한다(Shukla, 1985).

(1) 간호전달체계의 구조적 특성

간호단위를 조직의 하부 구조로 간주하여 복잡성, 공식화, 집권화의 측면에 따른 특성을 구분하였다. 복잡성이란 조직 내부의 수직적, 수평적 분화 정도를 말하며 공식화란 업무의 표준화 정도를 의미한다. 집권화란 의사결정이 조직의 상부에 위치하고 있는 것을 의미한다(신유근, 1999).

(2) 간호전달체계의 간호과정적 특성

입원에서 퇴원까지 환자에게 간호가 제공되는 과정을 말하며 Shukla(1985)가 설명한 간호의 구조를 연구자가 보완하여 간호계획, 간호제공, 간호계획의 평가, 업무의 조정, 업무의 인수인계, 퇴원계획 또는 이동(transfer), 환자 간호의 책임(accountability)을 포함하였다.

(3) 간호전달체계의 인간관계적 특성

간호단위내의 의사소통의 양상 및 협동의 관계를 말한다. 협동(collaboration)은 간호사와 의사간의 상호작용으로서 환자 간호에 대한 책임을 나누고 의사결정을 하며 상호 개방적인 의사소통을 하는 것을 의미한다(Baggs, 1994).

II. 문헌고찰

간호전달체계의 개념 및 종류, 간호전달체계 분석에 관한 선행 연구를 중심으로 문헌 고찰을 수행하였다.

1. 간호전달체계의 개념 및 종류

간호전달체계는 간호사가 대상자에게 간호를 제공하기 위하여 책임과 권한을 분담하는 조직 구조로서(박성애, 1997) 간호단위라는 물리적 공간을 중심으로 간호 서비스를 전달하기 위하여 구성 인력들에게 업무를 할당(nursing assignment)하거나 조직화하는 방법을 의미한다(Shukla, 1985). 간호전달체계의 발전 과정을 살펴보면 초기의 업무 중심에서 점차적으로 환자의 요구(needs)를 중심으로 간호의 연속성을 높이기 위하여 노력해 왔으며, 간호의 질(quality)과 비용 절감이라는 두 가지 상반적인 요구에 대하여 끊임없는 도전을 받아왔다. 역사적으로 간호전달체계는 초기의 사례 방법에서 시작하여 기능적 간호방법, 팀 간호방법, 일차간호방법, 사례관리의 형태로 발전해왔다.

사례 방법은 가장 초기에 개발된 방법으로 한 명의 간호사가 약 8시간의 근무 동안 업무를 할당받아 모든 간호를 제공하는 방법(total patient care)으로 환자는 전문적인 간호사에 의해 간호를 제공받지만 같은 간호사에 의해 지속적으로 간호 받는 것은 보장할 수 없다(Marriner - Tomey, 1996).

기능적 간호방법이란 분업의 원리를 간호에 적용한 것으로 투약, 침상 정리, 환자 위생 관리 등과 같이 업무를 중심으로(Task-oriented approach) 간호를 분할한다(Elaine & Toni, 1993). 이 방법은 낮은 수준의 업무를 보조인력에게 위임하며 같은 업무를 반복함으로써 업무 속도와 효율성을 증가시키지만 업무를 작게 분할 시킴으로서 간호의 연속성을 떨어뜨리는 단점을 갖고 있다(Swansburg & Swansburg, 1994).

팀 간호방법은 전문 지식과 기술을 갖춘 간호사와 보조 인력을 함께 활용하여

많은 수의 환자를 간호할 수 있고 간호사를 비전문적인 업무에서 벗어나게 했다는 점에서 의미가 있다. 팀 간호의 가장 큰 특징은 팀 리더를 중심으로 간호사(RN), 실무 간호사(LPN), 간호보조인력이 한 팀이 되어 20-25명의 환자를 담당하며 집담회를 통해 환자 간호를 계획하고 구성원들에게 환자 간호의 책임을 위임하면서(Shukla, 1982a) 환자 간호를 감독, 조정, 평가하는 역할을 담당한다(Krapohl & Elanie, 1996). 팀 간호는 간호사와 실무 간호사(LPN), 간호 보조원과 같이 다양한 인력이 함께 업무를 수행하기 때문에 의사소통과 역할 기능이 복잡할 수 있다는 단점을 갖고 있다(Conti & Burks, 1990).

일차간호방법은 환자 중심적인 철학을 바탕으로 환자의 입원에서부터 퇴원까지 24시간 동안 1명의 일차간호사가 환자를 사정, 계획, 평가하는 책임과 권한을 갖으며 부간호사(associated nurse)는 일차 간호사의 부재 동안 일차 간호사가 세운 간호를 수행하게 된다. 때문에 일차 간호방법은 간호의 연속성이 가장 많이 보장받는 방법으로 여겨지고 있다(Manthey, 1980; Shukla, 1982a).

2. 간호전달체계의 특성에 관한 선행 연구

간호전달체계의 원칙들이 실제 간호 현장에 적용되면서 어떤 형태와 특성으로 나타나게 되는지를 파악하기 위한 연구들이 있었다.

Tomas와 Bond (1990)는 문헌고찰을 통해 임상 실무에서 수행하고 있는 방법인 기능적 간호방법, 팀 간호방법, 일차간호방법을 구분하기 위한 질문지를 개발하였다. 이 질문지는 일정한 환자에게 할당된 간호사 집단과 할당 기간, 간호 업무의 분배, 근무표의 구성, 환자 간호에 대한 책임, 간호기록에 대한 책임, 타 의료인과의 의사소통에 대한 항목들에 대하여 수간호사에게 간호단위에서 수행하는 방법을 선택하도록 구성되어 있다. 그러나, 이 질문지를 간호방법을 분류하기 위한 기초적인 틀을 제시한 것으로는 의미가 있지만 일관성 있는 결과를 제시하기는 어려웠다.

Bowman, Webster & Tompson(1991)은 Tomas와 Bond(1990)의 질문지를 이용하여 간호전달체계 사정 도구를 개발하였다. 이 도구는 간호사와 환자간의 상호관계를 기초로 13가지 분류 기준을 통해 강, 중, 약으로 구분하여 약한 정도의 기능적 간호방법에서 강한 정도의 일차 간호방법까지를 제시하였다. 우리 나라에서는 김선례(2000)가 Bowman 등(1991)의 도구를 번역하여 3차 의료기관을 중심으로 현재 수행하고 있는 간호전달체계를 사정하였으나 몇 가지 문제점을 안고 있다. 이 도구는 일차 간호방법을 기초로 개발되었기 때문에 조직이 갖고 있는 다른 차이점을 일반화시킴으로써 현재 수행하고 있는 간호 방법을 자세히 설명하기 위한 기준으로 받아들이는 것이 어렵다. 따라서 조직간 비교를 할 수는 있지만 간호전달체계의 효율성에 관하여 결론을 이끌어내는 점에서는 한계점을 갖고 있다 (Adams, Bond & Arber, 1995).

간호전달체계를 사정하기 위한 도구는 아니지만 일차 간호방법을 주장했던 Manthey(1980, 1991)는 간호전달체계를 설계하기 위해 필요한 다음의 5 가지 항목을 제안하였다. 첫째, 환자 간호에 대한 의사결정 책임은 누가 갖는가 둘째, 의사결정의 영향은 얼마나 오랫동안 지속되는가 셋째, 업무 중심 또는 환자 중심과 같이 어떻게 업무가 간호사들에게 분배되는가 넷째, 환자 간호에 대한 의사소통은 어떻게 조정되는가 다섯째, 간호단위는 어떻게 관리 되는가이다. 따라서 각 전달체계를 구분 짓는 주요 특성으로 임상적 의사결정, 책임과 권한, 업무 할당을 기준으로 하여 일차간호방법, 사례관리, 팀 간호방법, 기능적 간호 방법과의 차이점을 설명하였다.

국내에서 간호전달체계의 특성을 분석한 연구로는 간호전달체계와 간호사가 지각하는 전문직 정체성과의 관계를 분석한 김희진(1995)의 연구가 있다. 김(1995)은 간호전달체계가 간호 단위와 관련된 구조라는 점에 착안하여 간호 단위의 특성을 간호사가 인지한 복잡성, 공식화, 집권화의 측면으로 분석하였으며, 그 결과 변형된 일차 간호는 복잡성의 정도가 낮고 분권화 되며, 공식화가 낮은 반면 기능적 간호방법의 경우는 복잡성이 높고, 책임 간호사를 중심으로 권한이 집권화 되어 있으며, 공식화가 높은 것으로 나타났다.

이상의 각 연구자에 따른 분류 기준을 정리해 보면 <표 1> 과 같다.

표1. 연구자별 간호전달체계의 분석 기준

연도	연구자	분석 기준
1990	Thomas & Bond	· 일정 환자를 맡는 간호사 집단과 할당 기간 · 간호 업무의 분배 · 근무표의 구성 · 환자 간호에 대한 책임 · 간호기록에 대한 책임 · 타의료인과의 의사소통 방법
1991	Manthey	· 임상적 의사결정 · 책임과 권한 · 업무 할당
1991	Bowman, Webster & Thompson	· 환자 요구에 대한 간호 사정 · 사정부터 평가까지 기록에 관한 책임 · 간호사의 관리 업무의 비율 · 환자 간호에 대한 책임 · 환자 간호에 대한 권한 · 환자 간호에 대한 권위 · 수간호사의 의사결정 역할 정도 · 타의료인과의 의사소통 방법 · 환자의 할당 · 의사결정의 권한 양상 · 환자 가족과의 의사소통 방법 · 환자가 지각한 간호에 대한 책임 소재 · 환자가 지각한 간호에 대한 참여 정도
1995	김희진	· 복잡성 - 간호단위의 분화 · 공식화 - 업무절차의 유동성 · 집권화 - 의사결정 권한

Shukla(1985)는 간호의 연속성을 측정하기 위한 연구를 통해 입원에서 퇴원까지 환자를 중심으로 간호가 어떻게 접근되는지를 간호과정적 측면에서 설명하였다. 이 연구에서는 간호전달체계의 과정적 측면을 간접적으로 제시하여 팀 간호와 모듈 간호, 일차간호에서의 간호계획, 수행, 간호계획의 평가, 퇴원계획, 근무 중 간호 업무의 조정, 책임(accountability)이 입원 기간 중에 어떻게 분담되는지에 대해 일차 간호와 팀 간호, 모듈 방법을 비교하여 설명하였다. Shukla(1985)의 연구는 간호의 연속성을 수량화한 Munson & Clinton (1979)의 방법을 입원부터 퇴원까지 ‘입원기간 동안 변화된 간호 제공자의 평균 수’로 종적인 간호의 연속성을 측정함으로써 간호의 연속성이 각 간호방법에서 어떻게 변화되는지 그 차이를 생각할 수 있는 계기가 되었다는 점에서 의의가 있다.

간호전달체계를 사정하거나 분석하는 연구들은 많지 않았다. 이것은 간호전달체계 그 자체를 분석하는 것이 주 목적이 아니며 해당 간호단위와 의료 기관과의 적합성을 통해 간호 성과를 높이는 것이 주요한 목적이기 때문이다. 그러나 국내 의료기관에서 수행되는 간호 단위 실무에서의 특성에 대한 이해 없이 적합성을 논의하는 것은 어렵다. 따라서 본 연구에서는 3차 의료기관에서 수행되는 간호전달체계의 특성을 파악해 보고자 한다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 서울 소재 일부 3차 의료기관에서 시행하고 있는 간호전달체계의 특성을 비교, 분석함으로써 간호 업무 발전의 기초 자료로 활용하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 서울 소재 3차 의료기관 4 곳(대학병원 3개, 사립 병원 1개)의 내과, 외과, 중환자실을 대상으로 수간호사 1인과 일반 간호사 2인씩 총 12개 간호 단위의 36인을 연구자가 임의 표출하였다.

3. 연구도구

1) 간호전달체계 분석을 위한 면접지¹⁾

간호전달체계의 특성 파악을 위한 연구 도구는 연구자가 문헌 고찰을 토대로 작성한 면접지를 이용하였다. 면접지는 수간호사와 일반 간호사를 대상으로 분리하여 작성하였다. 수간호사용 면접지는 해당 간호단위의 일반적 특성, 인력 구성 및 환자 분담 원칙을 포함한 관리적 측면의 정보를 중심으로 구성하였다. 일반 간호사용 면접지는 직접적인 간호 서비스 제공자로서 지각하는 간호 단위의 특성과

1) 부록 면접지 참고

역할을 중심으로 구성하였다. 작성된 면접지는 6 명의 간호사를 대상으로 예비 조사를 시행하였으며 간호행정학 전공 교수 2인과 대학원생 2인의 자문을 얻어 모호하며 중복된 질문을 수정 및 보완하였고 수간호사와 일반 간호사에게 해당 되는 질문을 구분하였다.

4. 자료수집방법 및 절차

본 연구의 자료 수집은 2002년 4월 8일부터 5월 22일까지 이루어졌다. 자료수집방법은 반구조화된 면접지를 이용한 개인 면접과 해당 의료기관의 간호사 직무기술서, 간호실무지침서, 간호업무지침서, 간호단위운영매뉴얼, 보조원업무지침서, 간호단위 업무분담표 등 간호 단위에서 비치하고 운영에 활용하는 각종 매뉴얼을 조사하였다.

자료 수집은 다음과 같은 절차를 통해 수행되었다.

첫째, 각 의료기관의 간호부 업무개발 담당자와 전화 통화를 하여 해당 기관의 간호전달체계를 우선 확인한 후, 연구자가 직접 방문하여 연구의 목적과 절차를 설명하고 연구 진행 승인을 받았다.

둘째, 각 의료기관의 내과, 외과 간호단위, 중환자실을 방문하여 수간호사와 일반 간호사에게 연구 목적과 절차를 설명한 후 동의를 구하였다. 면접은 반구조화된 면접지를 이용하여 본 연구자가 모두 수행하였고 면접 내용은 대상자에게 동의를 구한 후 모두 녹음하였다. 면접 장소로는 수간호사실이나 회의실을 이용하였다. 면접 시간은 수간호사의 경우 약 1시간 - 1시간 30분, 일반 간호사의 경우는 약 30-40분 정도 소요되었다. 면담 도중 중요한 정보를 기록하기 위하여 메모가 함께 이루어졌다. 면담 횟수는 원칙적으로 1회 시행하였으나, 추가 정보가 필요한 경우 추후 전화 통화를 통해 추가 자료를 수집하였다.

5. 자료분석방법

- 1) 연구 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율을 이용하였다.
- 2) 간호전달체계의 특성을 비교, 분석하기 위한 면담 내용 및 자료 조사 결과는 안영섭(1996)과 김경동과 이온죽(1986)이 제시한 내용분석법을 근거로 다음과 같은 단계를 통해 자료를 분석하였다.

첫째, 면접이 끝난 후 녹음 내용은 대상자의 용어 그대로 기록하였다.

둘째, 기록된 내용을 읽으면서 의미있는 내용에는 표시를 하였다.

셋째, 의미 있게 표시된 내용 중 공통된 요소끼리 자료를 묶어 요약하였다.

넷째, 간호전달체계의 구조적 특성, 간호과정적 특성, 인간관계적 특성에 따라 자료를 재구성하였다.

다섯째, 면담 내용과 간호사 직무기술서 등 각종 문헌을 통해 나온 자료를 비교 분석하였다.

여섯째, 의료기관의 간호단위를 기준으로 구조적, 간호과정적, 인간관계적 특성에 맞추어 자료를 요약 및 정리하였다.

일곱째, 의료기관별로 분리된 자료를 바탕으로 간호전달체계에 따른 자료로 재구성하였다.

- 3) 간호전달체계의 구조적, 간호과정적, 인간관계적 특성의 하부 분석 기준은 다음과 같았다.

첫째, 구조적 특성은 복잡성, 공식화, 집권화의 측면을 분석하였다.

둘째, 간호과정적 특성은 간호 계획, 간호 수행, 간호계획의 평가, 업무의 인수인계, 퇴원계획 또는 전동, 환자 간호에 대한 책임, 근무 중 업무의 조정으로 분석하였다.

셋째, 인간관계적 특성은 간호사와 의사와의 의사소통과 협동의 양상을 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자의 특성은 연구 대상 의료기관 및 간호단위의 특성, 면접 대상자의 특성으로 나누어 분석하였다.

1) 연구 대상 의료기관의 특성

연구 대상 의료기관은 서울 소재의 4개 의료기관으로 설립 구분별로 보면 학교법인 3개, 재단법인 1개의 3차 의료기관이었다. 각 기관별 의료기관의 특성을 살펴보면 A기관은 1994년 개원 당시부터 처방전달시스템을 적용하기 시작하여 현재는 진료 부문 외에도 병원 관리 및 간호행정 분야에도 내부 인트라넷을 활용하고 있다. 최근에는 간호기록의 전자기록화(EMR)를 위한 간호기록의 표준화가 진행 중에 있다. 개원 초기부터 일반 간호단위는 변형된 팀 간호를(Modified Team Nursing), 중환자 간호단위에서는 사례 방법을 적용해왔다. 개원 당시에는 간호단위마다 서기(clerk)가 있어서 간호단위 내 업무를 지원해 왔으나 1998년 이후 중환자실을 제외한 일반 간호단위에서는 서기가 없어지고 그 역할은 간호사로 대체되었다.

B와 C, D기관은 모두 학교법인의 대학병원으로 B기관은 산하 5개의 병원 중 서울 본원에 해당한다. 1969년에 설립된 오랜 역사를 갖고 있는 의료기관으로 해당 산하 병원에서는 현대적 시설 확충과 처방전달시스템이 적용되고 있으나 서울 본원의 의료기관은 물리적 한계로 인하여 아직 시행되고 있지는 못하며 현재 도입을 위한 준비 단계에 있다. 1980년대 후반부터 모든 간호단위에서는 팀 간호를 적용하고 있다.

C기관은 학교법인 산하 3개 의료기관 중 하나로 1979년 설립되었다. 1997년 병원전산화가 시작되어 2002년 처방전달시스템을 포함한 의무기록, 인사관리까지 전

부문의 전산화를 도입하여 시범 운용 중에 있다. 대표적인 간호전달체계는 대부분 병동에서 기능적 간호 방법을 시행하고 있으며 2001년부터 내과 간호단위와 중환자 간호 단위에서 팀 간호 전환하였다. 현재 모든 간호단위의 간호전달체계를 팀 간호로 전환하고자 계획 중에 있다.

D기관은 1999년 이후 기능적 간호방법에서 간호단위 전체가 My patient 방법으로 전환하였다. 1997년부터 처방전달시스템을 도입을 시작으로 지속적인 개발 중에 있으며 간호 기록에 대한 부분은 아직 전산화가 이루어지지 않았다. D기관에서 특이한 점은 간호보조인력이 간호단위에 소속되어 있지 않고 간호부의 지원팀 소속으로 내외과간호계 등에 지원 인력으로 할당되어져 있다.

간호 인력의 수량적인 면을 객관적으로 비교하기 위하여 최근 시행하고 있는 간호차등 등급제를 기반으로 본 연구 기관들을 간호 인력 보유 정도를 사정하였다< 표 2>. A 기관의 경우 2등급, D 기관의 경우 3 등급, B와 C기관은 4등급으로 나타났다. 그러나 간호차등 등급제는 일반 간호단위를 대상으로 한 비교로서 중환자 간호단위에 대한 인력 비교를 나타내는 것은 아니다.

표 2. 의료기관의 특성

	A	B	C	D
설립구분	재단법인	학교법인	학교법인	학교법인
병상 수	1333	435	619	1554
간호사 수	1049	279	325	981
간호차등등급	2 등급	4등급	4등급	3등급

2) 연구 대상 간호단위의 특성

(1) 간호단위의 특성과 인력 구성

연구 대상 총 12개 간호 단위는 환자 구성, 규모와 운영 면에서는 다음과 같은 특징을 갖고 있었다<표 3 >.

표 3. 간호단위의 규모와 인력 구성

	기능적방법	팀 간호방법						사례 방법					
	C 기관	A 기관		B 기관		C 기관		D 기관		A 기관	B 기관	C 기관	
	외과	내과	외과	내과	외과	내과		내과	외과	중환자	중환자	중환자	중환자
환자 구성	정형외과 환자	혈액암 환자	일반외과 환자	모든내과 질환자	일반외과 환자	모든내과 질환자		모든내과 질환자	일반외과 환자	특정질환 구분없음	신경계 중환자	신경계 중환자	특정질환 구분없음
운영 특징	선임 1+ 일반 1-2(명)	4팀으로 분할	4팀으로 분할	4팀으로 분할	4팀으로 분할	2팀으로 분할		4 파트로 분할	4파트로 분할	-	-	-	-
간호단위 규모	42	33	44	70	73	37		49	40	15	12	13	32
총 간호사 수	11	20	18	25	24	13		16	14	25	22	15	34
환자:간호사 비	3.82	1.65	2.45	2.8	3.04	2.85		3.06	2.86	0.6	0.55	0.87	0.94
근무대별 간호 사수 (D-E-N)	3-2-2	5-4(5)-4	5-4(5)-3	5-5-4	5-5-4	3-3-2		5-4-2	4-4-2	6-6-6	5-5-5	4-3-3	8-7-7
낮근무 중 간호사 1인당 담당환자 수	20-40	7-12	10-12	16-19	17-20	18-20		10-12	10	2-3	2-3	3-4	4-5
총 보조인력수 (명/활용단위)	2(2공*)	5	4	4(2공*)	3(3공*)	3(2공*)		12(8공*)	1(2공)	7	4+서기1(3공*) +전산사원1 (공:외과계)	4(3공*)	16
보조인력 활용 모델	비임상적 모델	임상적 모델			비임상적 모델			임상적 모델			비임상적 모델	임상적 모델	

* 는 여러 간호 단위내에서 공통으로 활용 예) 4(2공)* = 4명의 인력을 2개 간호단위에서 함께 활용함을 의미

간호단위의 환자 구성을 보면 A, B 기관처럼 혈액암이나 신경계 중환자실과 같이 특정 질환을 중심으로 세분화 되어있는 경우와 모든 내과적 질환자들이 함께 섞여있는 간호단위가 있었다.

운영면에서 보면 팀 간호방법을 적용하는 경우 간호인력의 경력에 따라 2-4개의 소규모 팀으로 분리하여 운영하고 있었다.

규모면에서 보면 일반 간호단위의 경우 A, C, D 기관은 약 35-45 침상의 규모인 반면 B 기관의 경우는 70 침상 이상으로 다른 기관에 비해 약 2배 정도의 규모를 갖고 있었다. 중환자실의 경우는 C 기관이 32 침상으로 가장 타 기관에 비해 2배 정도의 크기를 갖고 있었다.

인력면에서 기능적 간호방법은 환자: 간호사 비가 3.82, 낮 근무를 중심으로 간호사 1인당 담당 환자 수가 20-40 명으로 타 방법에 비해 가장 높아 최소의 인력으로 가장 많은 수의 환자를 담당하고 있는 것으로 나타났다. 팀 간호방법의 경우는 간호사 1인당 담당하는 환자 수는 7-20명으로 동일한 팀 간호 방법을 적용하더라도 간호 단위에 따라 차이가 많았다. 사례방법은 중환자실의 경우 C 기관이 간호사 1인당 담당하는 환자 수가 4-5 명으로 A, D 기관의 2-3 명보다 가장 적은 것으로 나타났다.

근무대별 간호사 수를 보면 팀 간호방법을 적용하는 C기관과 사례방법의 D기관의 일반 간호단위에서 밤근무 인력이 기능적 간호방법과 같은 수준으로 현저히 축소되는 것을 확인할 수 있었다.

간호단위별로 보조인력의 규모와 활용에는 차이가 있었다. 본 연구에서는 보조인력의 활용 측면을 Kraphol & Larson(1996)이 제시한 비임상적 모델(Nonclinical model), 임상적 모델(Clinical model), 통합적 모델(Integrated model)로 분류해보았다. 비임상적 모델에서 간호보조원은 환자에 대한 직접적인 간호를 제공하지는 않지만 병동에서의 재고물품 확인과 같은 업무를 수행하는 것을 말한다. 임상적 모델은 간호보조인력이 직접적인 환자 간호를 제공하는 것을 말하며 협력적 모델과 비협력적 모델로 구분할 수 있다. 협력적 모델(partnered model)은 간호 보조인력이 간호사와 동일한 근무 번표를 갖으며 동일한 환자, 동일한 근무를 담당하는 것을 말한다. 비협력적 모델(nonpartnered model)은 간호 보조인력이 간호사와

동일하게 간호 서비스 제공원으로 계획되지는 않지만 직접 간호에 대한 책임을 갖고 있기 때문에 간호사의 감독하에 활력증후를 측정하거나 식사를 보조하는 등의 역할을 할 수 있다. 통합적 모델은 Robert Wood Johnson University Hospital에서 제시한 전문적 팀 모델(Professional Advanced Care Team Model: ProAct)에 해당하는 것을 말한다. 이 모델은 다양한 수준의 사람들을 활용함으로써 간호사에게는 비간호적인 활동을 줄이고, 직접적인 간호에 보조인력을 활용하며, 환자를 중심으로 간호의 지원 서비스를 분권화하여 적용하는 것을 말한다.

본 연구에서는 A 기관의 일반 간호단위가 보조인력이 각 간호 단위에 소속되어 간호사와 함께 3교대의 근무를 수행하며 직접적인 간호 업무 보조 및 환경 관리의 역할을 하고 있었다. 또한 A기관의 내과 간호단위의 경우는 무균실에 간호사와 간호보조원이 한 팀을 이루어 상주하면서 환자 간호를 수행하고 있었다. B, C, D 기관은 간호보조인력이 직접적인 환자의 간호업무에는 참여하지 않으며 환자 및 물품의 이송과 운반이 주 역할이며 여러 개의 간호 단위를 묶어 보조인력들을 공통으로 활용하는 비임상적 모델을 취하고 있었다. 이러한 차이는 의료기관의 자동운반시스템과 같이 충분한 진료지원시스템이 부족한 곳에서는 부족한 보조인력을 필수적인 운송 역할에만 활용할 뿐 간호 지원의 인력으로서 활용할 수 있는 능력을 아직 갖추고 있지 못하기 때문이었다.

중환자실의 경우 B 기관은 비임상적 모델을 A, C, D기관은 임상적 모델을 활용함으로써 보조인력의 직접 간호 활용 정도가 일반 간호단위보다 높게 나타났다. 또한 A기관의 경우는 간호업무 외에 중환자실의 관리 업무를 지원하는 서기(clerk) 1인과 중환자실 외과계를 공통으로 지원하는 전산사원 1인이 존재하여 타 간호단위의 보조 인력과의 차이를 볼 수 있다.

양적인 측면에서 보면 C기관은 간호보조인력의 수가 16명으로 타 중환자실에 비해 월등히 많았으며 이들은 간호인력의 보조 역할에서 확대되어 부족한 간호인력의 대체 역할로 ‘체위 변경’과 ‘위관영양(tube feeding)’의 간호 활동을 간호사로부터 위임받고 수행하고 있는 것으로 나타났다. D기관의 경우는 해당 간호단위에서는 위관영양을 보조원이 수행하고 있지는 않으나 보조원업무지침서에는 기술되어 있으며 동일한 타 중환자실에서는 수행하기도 한다는 것으로 조사되었다.

임상적 모델 적용의 면담 내용:

- 머리 감기기, 몸 닦아주기, 변 배설간호도 해주고... suction set(흡인셋트)라던가, 에어 매트리스, 산소 준비 등을 도와주지.. 병동마다 차이는 있는데 드레싱 셋 같은 것을 준비해주는 곳도 있기는 하지만 우리 병동은 안해... (#2 간호사 - A 기관 일반간호단위)
- 얼음주머니 만들어 대주기, I/O (섭취량 배설량) sheet 가져오기, 대소변 비우기.. 보조원이 어느 한 팀에 들어가서 하기는 좀 부족하고.. 우리가 보조원 업무분담표를 사전에 제시해 주면 그걸 참고로 머리로 감기고 (#4 간호사 - A 기관 일반간호단위)
- 저희는 간호사 1명이 5명을 보니까 아줌마가 그 일을 하면서 간호사가 책임지는 것으로 하죠. feeding(위관영양), change position(체위변경)등을 하죠. oral care(구강간호)는 간호사가 하지만 전신 닦고 머리 감기기는 아주머니가 하죠. 저희는 간호사가 할 일을 업무원(보조원)이 많이 한다고 봐요. (#25 간호사 - C 기관 중환자실)
- 중환자실 서기들은 완전히 지원 멤버라고 생각하면 되요. 전산사원은 내외과 중환자실에 각각 1명씩 있죠. 일반 병동에는 없지만 각각 행정적인 업무들을 부과하면서 간호사들이 좀더 환자 간호에 집중할 수 있도록...병원에서 노력하는 부분이죠... 물품 관리, 그런 것은 서기들이 하죠. 식사를 떠먹이거나 하는 것들도 아주머니가 하고.. (#34 간호사 - A기관 중환자실)
- 보조원이 단독으로 하는 일은 없고... 간호사를 도와 보조로 씻기거나 팔을 잡아주거나, 간호사들이 체위 변경할 때 어시스트 하기도 하고... (#36 간호사 - D 기관 중환자실)
- 다른 곳에서는 tube feeding(위관영양)을 하기도 한다던데.. (#34 - D 기관 중환자실)
- 「필요에 따라 L-tube feeding, 식사보조, 체위변경 보조」 (D기관 보조원업무기술서)

비임상적 모델 적용의 면담 내용:

- 보조원은 환자 간호에 직접적으로 참여하거나 하지는 않고 있죠. 아직 병원의 운반 시스템이 갖추어져 있지 않기 때문에 운반 업무가 주 역할이며 침상정리 밖에는 없어요. (#14 간호사 - B 기관 일반간호단위)

· 보조원이 완전히 병동 소속도 아니고.. 중앙 지원이거든요. 보조원은 간호업무에 참여는 하나도 안하죠. 할 수 있는 인력 여건이 안되거든요.

(#31 간호사 - D기관 일반간호단위)

(2) 각 간호단위별 간호전달체계 분류

간호단위별 간호전달체계를 조사한 결과 기능적 간호방법 1곳, 팀 간호방법 7곳, 사례방법 1곳, My patient 방법 3곳인 것으로 나타났다. 그러나 현재 시행되고 있는 간호방법을 문헌과 비교해보면 다음과 같은 차이가 있었다.

첫째, 기능적 간호방법은 직접 및 간접 간호가 동일한 간호사에 수행되는지 여부가 주요한 분류 기준이었다. 문헌상으로 기능적 간호방법이라 하면 투약, 침상 정리, 환자 위생 관리 등과 같은 업무를 세분화하여 분할하는 방법을 의미하며 복잡한 업무는 간호사의 연차와 지위에 따라 업무가 할당된다는 점을 기초로 하고 있다(Adams et al., 1998). 본 연구의 기능적 간호방법은 선임 간호사가 의사의 처방 확인 및 각 진료팀과 의사소통을 하며, 일반 간호사는 선임의 지시 하에 환자에게 직접적인 간호 업무를 수행하는 것으로 분할되고 있었다. 따라서 본 연구에서의 기능적 간호방법은 선임 간호사에 의해 처방 확인이 되고 일반 간호사에 직접적인 간호 업무가 수행되는 것까지를 확대하여 기능적 간호방법으로 보았다.

둘째, 팀 간호방법의 경우 팀 리더 중심의 인력 구성 방법이기보다는 병실간의 물리적 거리를 고려한 모듈 방법에 더 가까웠다. 문헌상으로 팀 간호방법은 간호사가 팀 리더가 되고 실무 간호사(LPN)와 간호보조인력이 한 팀이 되어서 팀 리더의 책임 하에 20-25명의 환자를 간호하는 것을 의미한다. 그러나 조사 결과 팀 간호방법은 일정기간 동안 물리적으로 동일한 지역의 환자를 담당하기 위한 간호사들의 소그룹을 의미하거나 물리적인 병실의 틀을 말하고 있었다. 따라서 본 연구에서는 한 개의 간호 단위내에 최소 2-4 개의 소그룹 팀들이 공식적으로 존재하며 일정 기간동안 간호의 연속성을 고려해 환자를 담당하는 간호방법을 팀 간호방법으로 정의하였다.

셋째, My patient 방법은 사례방법과 유사하며 간호 보조인력의 참여 없이 간호사가 모든 환자 간호를 담당하는 것(total patient care)을 의미한다. 사례방법은 일반적으로 중환자실을 중심으로 많이 활용되는 방법으로 한 명의 간호사가 환자의 모든 간호를 맡으나 다음 근무에도 동일한 환자를 담당한다는 것은 보장할 수 없다. D 기관에서 적용하고 있는 My patient 방법은 가급적 동일한 환자를 간호하도록 배려하지만 간호의 연속성을 보장할 수는 없다. 따라서 본 연구에서는 My patient 방법은 사례방법과 동일한 것으로 간주하였다.

이와 같은 차이점을 토대로 각 간호단위별에 따른 간호전달방법을 정의해 보면 각 기관의 중환자실은 모두 사례 방법을 적용하고 있었으며, 팀 간호방법 5 곳, 기능적 간호방법 1곳으로 < 표 4 >과 같이 나타났다.

표 4. 연구대상 간호단위별 간호전달체계의 분류

의료 기관	간호단위	의료기관의 제시 방법	본 연구자의 정의
A	내과	팀 간호	팀 간호
	외과	팀 간호	팀 간호
	중환자실	사례 방법	사례 방법
B	내과	팀 간호	팀 간호
	외과	팀 간호	팀 간호
	중환자실	팀 간호	사례 방법
C	내과	팀 간호	팀 간호
	외과	기능적 간호	기능적 간호
	중환자실	팀 간호	사례 방법
D	내과	My patient	사례 방법
	외과	My patient	사례 방법
	중환자실	My patient	사례 방법

3) 면접 대상자의 특성

면접 대상자는 4개 의료기관의 내과, 외과, 중환자실을 대상으로 수간호사 1인과 일반 간호사 2인씩 총 36을 대상으로 하였다. 일반 간호사는 간호단위에서 책

임 간호사 직위를 갖고 있거나 중앙에서 업무를 조정하는 코디네이터의 역할을 담당하는 간호사 1인을 포함시켰다. 이들의 명칭은 각 간호단위 마다 차이가 있어 책임 간호사, 주임 간호사, 서기 간호사, 중앙 담당 간호사, 코디네이터 등 다양했지만 연구의 이해를 돕기 위해 본 연구자는 ‘선임 간호사’로 통일하였다.

면접 대상자의 일반적 특징은 <표5>와 같다.

표 5. 면접 대상자의 일반적 특성

		n=36	
특 성	구 분	실수 (명)	비율(%)
연 령	25세 이하	4	11.1
	26 - 30 세 이하	11	30.6
	31 - 35 세 이하	8	22.2
	36 - 40 세 이하	9	25.0
	41 - 45 세 이하	3	8.3
	45 세 이상	1	2.8
교육 정도	전문대	9	25.0
	대학	15	41.7
	석사 재학 이상	11	30.6
	박사 재학 이상	1	2.8
지 위	수간호사	12	33.3
	선임 간호사	13	36.1
	일반 간호사	11	30.6
총 임상 경력	5 년 이하	8	22.2
	6년 이상 - 10 년	11	30.6
	11년 이상 - 15 년	9	25.0
	15년 이상 - 20년	5	13.9
	20년 이상	3	8.3
계		36	100.0

연령은 26-30세가 11명(30.6%)으로 가장 많았으며 그 다음으로는 36-40세 (25.0%)의 순이었다. 교육 정도는 대학 졸업이 15명(41.7%)으로 가장 많았고 그 다음으로 석사 재학이상이 11명 (30.6%)으로 나타났다. 총 임상 경력은 6년-10년 이하가 11명(30.6%)으로 나타났다.

2. 간호전달체계의 특성

간호전달체계의 특성은 구조적, 간호과정적, 인간관계적 측면을 중심으로 분석하였다.

1) 간호전달체계의 구조적 특성²⁾

(1) 복잡성

복잡성이란 조직의 내부적 분화 정도를 말하며 간호 단위 내의 계층 구조가 얼마나 수평적, 수직적으로 분화되어 있는가를 의미한다(신유근, 1999). 간호단위 내의 계층 구조는 수간호사, 선임 간호사, 일반 간호사의 관계에서 선임 간호사의 역할에 따라 차이가 생길 수 있다.

연구 대상 의료기관 중 주임 간호사라는 직책을 부여한 기관은 B기관 1곳이었으나 업무 면에서는 4곳 모두 주임 간호사와 유사한 선임 간호사의 역할이 존재하고 있었다. 본 연구는 선임 간호사를 간호단위 내의 하나의 계층으로 간주하였다. 간호단위의 계층 구조를 요약하면 <그림 2>와 같이 세 가지의 형태를 보이고 있었다.

<가>형은 수간호사, 선임 간호사, 일반 간호사의 수직적인 관계를 보이는 것을 말하며 일반간호사 내의 관계를 중심으로 <가1>, <가2>로 분류된다. <가1>은 수 일반 간호사 내에서도 연차별로 수직적인 관계를 경험하는 복잡한 구조를 말하며 <가2>는 수간호사, 선임 간호사, 일반 간호사가 수직적이지만 일반 간호사 내에서는 가급적 수평적 관계를 경험하는 구조를 말한다.

<나>형은 수간호사와 일반 간호사의 이분화된 구조로 일반 간호사 내에서는 수평적인 관계를 경험한다. 간호 업무를 지원하는 중앙 간호사 또는 서기라는 역할이 존재하지만 지원의 역할일 뿐 직접적인 통제의 권한을 갖고 있지는 않는다.

2) p33 간호전달체계의 구조적 특성표 참고

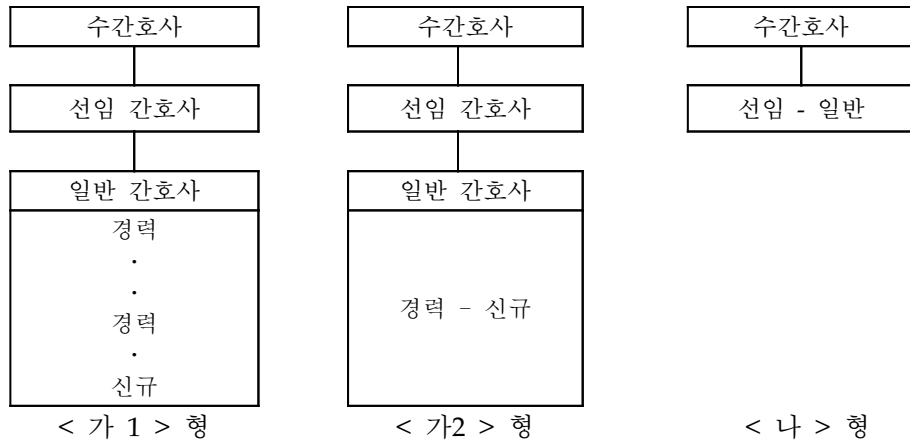


그림 1. 간호단위의 계층구조 유형

① 기능적 간호방법의 복잡성

수간호사, 선임 간호사, 일반 간호사의 계층이 수직적이며 일반 간호사 내의 관계도 연차에 따른 상하수직적인 복잡한 형태가 관찰되었다. C 기관의 경우 인사 제도에 직급으로서의 선임 간호사가 존재하는 것은 아니었지만 의료기관의 각 간호단위 모두가 선임 간호사의 역할은 공식적으로 인정하고 있었다. 이것은 간호사들 간에 경력에 따른 연차와 서열이라는 것을 강하게 경험하는 <가1형>의 구조를 보여준다.

기능적 간호 방법에서의 복잡성:

- 직급 상으로 charge(선임) 제도는 없지만, 그래서 조직도에는 나타나지 않았지만 역할은 분명히 존재하죠. 실제 직무기술서에도 charge 역할이 엄연히 있으니까.
수간호사, charge 가 지시를 내리고 그 밑에 acting(일반간호사) 1명이나 2명이 지시 받은 대로 수행하는 방법이죠. (#19 간호사)
- 연차별로 상하관계가 명확하죠. 내 위에 누가 있고, 또 밑에 누가 있는지.. 연차에 따라 서열이란 것이 명확한 것 같아요. (# 21 간호사)

② 팀 간호방법의 복잡성

팀 간호방법은 조직의 인사 제도와 문화에 따라 다른 특성을 보이고 있었다.

A 기관의 팀 간호방법은 <나>형 구조를 띄며 선임 간호사의 역할이 있지만 공식적인 직책은 없었으며 이들은 일반 간호사와 동등한 관계를 유지하는 동료 관계를 갖고 있었다. 때문에 조직 구조는 수평적이고 단순한 형태를 나타낸다.

B기관의 팀 간호는 <가 1>의 형태로 공식적인 직책으로의 선임 간호사가 각 간호단위 별로 1명씩 근무하고 있다. B 기관에서 선임 간호사는 수간호사 대행으로서의 권한을 갖고 병동을 관리 및 운영하며 일반 간호사들을 통제하는 역할을 담당하고 있었다. 따라서 일반 간호사는 수직적인 관계를 경험하게 되며 팀 간호를 수행하고 있지만 일반 간호사들 간의 관계는 수평적이지는 않으며 ‘군대와 같은 서열’ ‘상하관계’가 내부적으로 관찰되었다.

C 기관의 팀 간호는 <가 2>의 형태로 팀 간호를 수행하면서 간호사들 간의 관계가 수평적인 관계로 변화되고 있는 중간 단계의 모습을 띄고 있었다.

팀 간호방법의 복잡성:

< A 기관 >

- 예전에 있던 서기의 역할과 간호사의 역할이 혼합됐지... 다른 곳의 charge(선임) 같은 역할은 아니야, 팀 간호사들이 환자 간호에 집중할 수 있도록 잡다한 일을 도와주는 정도이지 (#2 간호사)
- 선임이라고 해서 위인 것은 아니고, 종적인 관계는 아니지, 간호사들 모두 다 동등한 동료의 관계이지. (#3 간호사)

< B 기관 >

- 조직도에도 주임 간호사가 존재하고, 수당도 따로 나오죠. 수간호사 부재시 대행의 업무도 맡고, 병동마다 거의 1명씩은 있거든요. (# 10 간호사)
- 주임 간호사가 없을 때는 team charge 라고 해서 근무 중에 제일 높은 사람이 주임 간호사 역할을 대행해요..보고 라인도 주임 간호사를 통하게 되어있고. (#10 간호사)

· 수평적일 수는 없죠. 아래 연차 간호사들도 봐주어야 하고. 저희 병원은 군대와 같은 서열이라는 것이 명확해요. (#12 간호사)

· 팀 간호를 해서 안 그럴 것 같지만 엄연히 연차별로 역할이 명확해요. (#14 간호사)

< C 기관 >

· 기능적인 방법일 때는 상하 관계가 드러나잖아요. 팀 간호를 하니까 그런 것은 없어 지니까 좋은 것 같아요. (#20 간호사)

· 우리들의 관계(선임-일반 간호사)가 아직은 종적인 부분으로 남아있죠, 그건 어쩔 수 없는 것 같아요. (#19 간호사)

③ 사례 방법의 복잡성

사례방법에서 중환자실의 경우는 모두 <가 1>의 수직적인 관계를 보이는 반면 일반 간호단위의 경우는 각각 <가 1>과 <가 2>의 유형이 나타나고 있었다. 이것은 중환자실과 비교해서 상대적으로 많은 환자 수를 관리하는 일반 간호단위에서 선임의 역할은 간호단위 전체의 업무 조정의 역할을 수행할 뿐 모든 환자의 상태를 개별적으로 통제하기에는 실제적으로는 어렵기 때문이다. D 기관의 경우 동일한 사례 방법을 적용하고 있지만 선임 간호사의 역할에는 다소 차이가 있다. 내과 간호단위의 경우는 선임 간호사에게 직접적인 환자 할당이 되어 있지 않은 반면 외과 간호단위에서 선임은 다른 일반 간호사와 동일하게 직접적인 환자 간호 업무를 할당받고 있다. 이것이 두 간호단위에서 나타나는 구조적 특성의 차이를 보이는 것으로 생각된다.

중환자실의 경우는 물리적으로 폐쇄된 공간에서 업무를 수행하면서 선임 간호사가 일반 간호사들에게 환자를 할당하고 있다. 중환자실에서의 경력자는 일반 간호단위에서의 경력자와는 차이가 있으며 간호사들 내에도 경력에 따른 상대적인 계층화된 관계를 경험하고 있었다.

사례방법의 복잡성(중환자실):

- 저희는 연차별로 업무가 완벽하게 구분되어져 있어요. 그리고 선임 training (교육)이란 것을 하고, 어느 정도 자질이 된 사람을 선임으로 올리죠. (#7 간호사 - A기관)
- 선임과의 관계나 제 위의 다른 선생님과도 관계도 약간은 수직적인 관계가 있다고 생각해요. (# 8 간호사 - A 기관)
- 담당 환자를 배정해 주시는 것도 선임이고.. 그동안 근무해왔고 경험도 많고. 선임의 역할이 우리 중환자실에서 많은 만큼 수직적이면서, 우리에게 많은 조언도 해주고. (#9 간호사 - A 기관)
- 저희는 서열이란 것이 눈에 보이게 많이 있어요. 자기 환자가 있다고는 하지만 일을 하다보면 서열에 따라서 업무도 차이가 많이 나죠. 때문에 가끔은 functional (기능적방법) 같다는 생각도 많이 들고요. (#18 간호사 - B기관)
- 일적인 부분에서 수평적일 수는 없죠. 경력에 따라 환자를 보는 것도 대응하는 것도 다르다 보니.. (#26 간호사 - C 기관)
- 여기도 서열이라는 것이 너무 명확하다 보니 위 아래로 많이 단절된다는 느낌이 들어요. (# 35 간호사 - D 기관)
- 아무리 내환자 내가 본다고 하지만 같이 업무를 하다보면 그렇지 않죠. 경력에 따라 드러나지 않은 부분들도 많은데 환자를 맡을 때도 그런 것이 상당히 많이 작용해요. 아주 경력자는 중환 안주거든요(#36 간호사- D기관)

(2) 공식화

공식화란 규칙, 절차, 지시 및 의사소통의 명문화된 정도를 의미하며 (신유근, 1999), 간호단위를 운영하는데 있어서 어느 정도의 명문화된 규칙, 절차, 정책을 갖고 있는가를 의미한다. 그런데 간호 업무는 전문직 간호 실무의 질을 통제하기 위한 간호의 표준을 개발해 왔으며 간호 행위의 표준화된 기준을 갖고 있다(문희

자, 1987). 따라서 본 연구에서는 공식화를 간호실무의 표준화 정도와 이러한 표준화를 수행하기 위해 요구되는 업무와 절차, 역할에서의 유동성의 두 가지로 구분하였다. 간호실무의 표준화는 전문직 간호 행위를 통제하기 위한 간호 행위의 QI 활동, 간호 기록의 표준화, 간호 행위를 표준화하기 위한 교육적 노력, 통제 정도 등을 보았으며, 업무의 유동성은 간호 단위 운영을 위한 지침과 규율, 역할 할당, 수간호사의 간호단위 운영 재량을 보았다. 간호실무의 표준은 전문직으로서의 조건을 갖추기 위한 노력으로 간주하며 공식화에 직접적인 영향을 주는 것은 업무의 유동성으로 정의하였다. 즉, 업무의 유동성이 높으면 공식화가 낮으며, 업무의 유동성이 낮으면 공식화 정도가 높은 것을 의미한다.

① 기능적 간호방법의 공식화

기능적 간호방법에서는 수간호사, 선임 간호사, 일반 간호사에 따라 수행해야 하는 업무의 종류와 내용이 명확하다. 수간호사는 간호단위의 관리적 업무를 해결해야 하며, 선임 간호사의 경우는 환자의 처방을 확인하고 일반 간호사는 선임 간호사의 지시에 따라 업무를 수행하는 것으로 업무가 명확히 구분되어져 있다.

기능적 간호방법의 공식화:

- 우리 병동에서 하는 일은 뻔하죠. 적은 인력으로 하다 보니 charge(선임) 는 order 받고(처방을 확인)하고 acting에게 지시하면, acting 은 charge(선임)가 시키는 대로 빨리 해야죠. (#24 간호사)
 - charge 는 출근하면 제일 먼저 환자 파악이 우선이죠, acting 은 투약 준비를 하고 물품 받기를 해요. 환자 할당이요 ? 그런 것은 없어요, 저 혼자 charge를 보는데 그런데 무슨 의미가 있겠어요. 기존에 봤던 대로, 해왔던 대로 하는 거지. 서열에 따라 역할들이 이미 존재하고, 병원이 보수적이다 보니 역할 분화가 딱 정해져 있어요. (#23 간호사)
-

② 팀 간호방법의 공식화

팀 간호방법에서는 동일한 간호 방법을 적용하고 있지만 나타나는 특성에 대해서는 차이를 보이고 있었다. A, C 기관은 업무의 유동성이 높아 공식화가 낮은 반면 B 기관은 유동성이 낮아 높은 공식화를 나타내고 있었다. A, C 기관의 경우는 간호단위의 상황에 따라 인력 구성, 근무 시간, 역할 분담, 근무형태 등을 간호단위에 맞도록 자율적으로 조절할 수 있다. 반면 B 기관의 경우는 의료기관 전체에서 각 간호단위의 통일성을 강조하며 동일한 인력 구성과 근무 패턴, 근무 시간을 규정으로 정하고 있어 수간호사의 재량으로 자유롭게 임의 조절하지 못하도록 모든 것을 철저히 중앙에서 통제하고 있었다. 그러나 이러한 업무 통제 방식의 차이는 간호실무의 표준화라는 것을 전제로 이루어지는 것이다. 즉, 환자에게 제공되는 간호 서비스의 내용과 절차가 표준을 준수하고 있다면 업무 절차 면에서의 유동성을 가질 수 있다는 것을 의미한다.

팀 간호방법의 공식화:

< A 기관 >

- 선임의 역할은 병동마다 다르고, 수간호사의 재량과 병동 간호사가 원하는 방향으로 활용되지. (#1 간호사)
- 선임의 역할은 직무기술에도 아직 나와있지 않고.. 병동마다 인력 활용 좀 달라서, PRN 시간이나 선임 근무 시간도. 가급적 간호사들이 원하는 방향으로 정하고 내가 (수간호사)가 간호부에 보고하면 되고... 병동마다 필요한 카덱스 같은 것도 각 병동 특성에 따라 재량껏 만들어 쓰는 편이지요. (# 4 간호사)

< B 기관 >

- 전체적으로 근무 시간이나 각 병동의 인력 구성이나 역할 등은 간호부에서 통일성을 갖추고 통제하는 편이죠. 산하 다른 병원들과 업무는 통일하려고 노력하고 있어요. (#13 간호사)

- 근무표도 임의로 조정하지는 않죠. 오히려 그런 부분들에서 간호사들 불만이 나올 수 있죠. 조정도 규칙에 따라 절차를 받고 해야죠. (#10 간호사)

< C 기관 >

- 병동의 인력을 구성하는 방식, 시간을 조정하거나 그런 것은 수간호사의 재량이지요. (#19 간호사)
- 팀 간호로 바뀌면서 시범 병동이 되다보니 이것저것 새로운 시도를 참 많이 해요. 더불어 수간호사가 갖는 재량도 많이 커졌지요. (# 20 간호사)

③ 사례 방법의 공식화

사례방법은 한가지 일정한 특성을 나타내기보다는 혼합적인 형태를 띄고 있었다. 중환자실과 같이 중증의 환자를 담당하는 곳에서는 기관별로 강도에는 차이가 있지만 대체적으로 업무의 유동성이 낮아 공식화가 높은 것으로 나타났다. 중환자실에서는 연차별로 상대적인 자신의 역할을 명확히 알고, 규정화된 업무 내용과 절차, 규칙들을 바탕으로 업무를 통제하고 있었다. 반면 일반 간호단위에서는 간호단위의 특성에 맞도록 조건을 조정하므로 업무의 유동성이 높은 것으로 나타났다.

중환자실(사례방법)에서의 공식화:

- 병원내 여러 중환자실이 있으니까. 업무 절차를 개선해도 중환자실 전체가 통일성을 갖추도록 위원회를 열어 협의하고 문서화하죠....입퇴실 기준도 문서화하고, 환자에게 문제가 발생하면 어떻게 대처해야 하는지, 전동시 지켜야할 업무 할당 등 각종 프로토콜을 만들어 협의회를 통과하고 그런 절차 대로 운영하죠. (# 7간호사 : A 기관)
- 담당 환자라고 해도 혼자 결정하는 것은 아니예요. 기능적인 것이라 많이 혼합된 것 같아서 제 위, 아랫 사람들 역할, 중환자실 운영에 대해서는 암묵적인 규칙들이 많거든요. (#18 간호사: B 기관)

- charge(선임) 간호사가 있고 문제가 생기면 어떻게 해결하는지 공식적으로 기록된 절차를 정해놓은 것은 아니지만 전통적으로 그렇게 해왔던 규칙대로 따르는게 많죠. (#27 간호사 : C 기관)

- 중환자실은 워낙 있던 사람들이 계속 있으니까 기존의 역할이나 진행되는 것 중에서 별로 변화되는 것이 없죠. 좀 불합리한 것도 있지만 바뀌어지지 않는 부분들이 너무 많아요.” (#36 간호사 : D 기관)

일반 간호단위(사례방법)에서의 업무의 공식화 :

- 병동마다 환자 상태나 인력에 따라서 각자 운영 방식이 조금씩 달라요. 중앙 간호사가 있기도 하고 없기도 하고. 수간호사 재량과 인력 확보에 따라 다르죠. (#28 간호사)
 - 업무를 특별히 조정하는 사람을 명확히 두지는 않았지만. 돌아가기는 가요. 그때 그때 상황에 따라 해결하죠. (#31 간호사)
-

(3) 집권화와 분권화

환자 간호에 대한 의사결정의 권한이 선임 간호사를 중심으로 조직의 상부에 있는 것을 집권화라고 하며, 팀 간호사나 담당 간호사와 같이 조직의 하부에 위임되어 있는 것을 분권화라고 한다.

① 기능적 간호방법의 집권화

환자 간호에 있어서 의사결정 권한이 선임 간호사에게 집중되어 있으며, 일반 간호사는 선임 간호사의 지시를 따르게 되어 있었다.

기능적 간호방법의 집권화:

- charge(선임)이 처방을 확인해서 지시를 내리면 일반 간호사는 그냥 수행하는 역할을 담당하고... 책임은 물론 charge가 지게 되죠. (#21 간호사)
 - 일반 간호사의 경우 스스로 해결하는 것은 별로 없죠. 대부분 거의 charge 간호사에게 물어서 결정을 하는 것이 많아요. (# 20 간호사)
-

② 팀 간호방법의 집권화

선행 연구들에 의하면 팀 간호방법에서는 팀 리더를 중심으로 권한이 분권화 되지만 본 연구 대상 간호 단위들의 경우에는 팀 리더의 역할이 거의 존재하지 않았다. 따라서 동일한 팀 간호 방법을 적용하더라도 기관이 갖고 있는 특성에 따라 차이를 보이고 있었다.

A기관의 경우는 팀 간호사를 중심으로 분권화 되어 있지만 B, C 기관의 경우는 다소 복잡하며 선임 간호사와 일반 간호사의 권한이 혼합된 것을 볼 수 있다. 이것은 B 기관은 팀 간호방법을 수행하면서도 주임 간호사라는 공식적인 직책을 부여하여 수직적 관계를 유지하지만 약 70개 이상이 되는 침상 수를 1명의 주임 간호사가 판단할 수 없음으로 각 팀 간호사에게 권한을 위임하고 있기 때문에 선임 간호사와 일반 간호사의 권한 관계의 구분이 명확하지 않았다. 그렇지만 선임 간호사가 간호 단위의 중앙에서 팀 간호사의 업무를 지원하면서 통제하는 역할을 하면서도 A 기관의 지원 역할과는 다소 차이를 보이고 있다.

팀 간호방법에서 집권화

< A 기관 >

- 팀 간호사 모두 처방을 확인하고 또 의료진과 직접 의사소통 하는 것이죠, 중앙(선임)이 있기는 하지만 급한 경우 아니면 처방을 확인하거나 그렇지 않아요. (#1 간호사)

< B 기관 >

- 주임 간호사가 있기는 하지만 입원 환자가 70명이 넘다보니 다 관리할 수는 없죠. 직접적인 환자는 담당 간호사들이 직접 확인하고 수행.... 담당 간호사도 바쁘니까 선임이 중앙에서 조정을 하거나, 조정을 하죠. (#13 간호사)
- 원래는 팀 간호사가 해야 하는데 워낙 바쁘니까 제가(선임)이 대신 하기도 하고. 전체적으로 업무가 잘 돌아가는지 중간에서 제가 챙기는 거죠. (#14 간호사)

< C 기관 >

- 팀 간호 시범 병동이기 때문에 아직 정착되지 않았죠. 양쪽 팀 인계는 모두 charge (선임)가 들어요. 팀이라고 완전히 따로 하니까 너무 에러가 많아서 그렇게는 안되고.
 - 지금은 charge 가 중간에서 조정하고 통제하는 역할을 좀 많이 하고 있고. (#28 간호사)
 - 현재 상태에서는 제가 (선임)이 많이 도와주고 있는 것이 사실이에요, 아직은 많이 미숙한 것이 많거든요.(#29 간호사)
 - 아직 완전한 팀 간호는 아니기 때문에 혼자 결정내리기 보다는 charge 선생님께 물어서 가급적 확인을 하고 결정내리는 편이에요. (# 30 간호사)
-

③ 사례 방법의 집권화

중환자실의 경우 A 기관은 수간호사에게 권한이 집중되며 다른 B, C, D 기관은 선임 간호사에게 권한이 집중되어져 있었다. 반면 일반 간호단위인 D 기관의 경우는 선임 간호사와 일반 간호사에 사이에서 다소 혼합된 형태를 보이고 있었다. 중환자실의 경우 선임 간호사에게 권한이 집중된다고 판단한 이유는 환자에 대한 간호를 수행하는 역할은 담당 간호사가 하지만 의사 결정의 판단 만큼은 경력과 기술을 많이 갖고 있는 선임 간호사에게 의지하고 있다는 것을 기준으로 하였기 때문이다.

중환자실 (사례방법)에서의 집권화

< A 기관 >

· 다른 중환자실에 비하면 행정업무를 지원해주는 서기가 있어서 저는(수간호사) 주로 환자 파악에 노력하고 있어요.... 관리는 환자 관리가 주 업무이고 환자를 파악하지 못하고 행정이나 이런 쪽에 치우친다는 것은 반쪽 관리자라고 생각해요. (# 7 간호사)

· 다른 곳에 비해서는 수간호사의 직접 참여가 높은 편이죠.. (#8 간호사)

< B 기관 >

· 혼자 환자를 보는 것이 아니고, 윗 년차들이 같이 환자를 보고 조언하고 결정하죠. (#17 간호사)

· 주임 간호사의 역할은 수간호사보다 더 중요해요. 환자 상태를 파악하고 문제가 생기면 커버해주고 어떤 방향을 제시하거든요... 각자 환자를 담당하고 있지는 하지만 어떤 때는 팀으로 본다고 보다는 functional 인 것 같이 느껴지기도 해요. (#18 간호사)

< C 기관 >

· 다른 중환자실에 비해 침상 수가 많다보니 관리하랴, 환자 파악하랴 솔직히 너무 벅잡죠. 그래서 저희는 charge(선임)를 따로 두고 있어요... 또 가급적 경력자랑 아닌 사람들을 같이 붙여주거든요. 전체 charge 는 환자 파악을 해서 아직 미숙한 간호사들 뒤도 바주고 문제도 해결하고 하죠..(# 25 간호사)

· 모든 간호사가 charge (선임) 도움없이 혼자 해결하기는 부족해요. 선임이 있어서 조언도 해주고 환자 파악도 돕도록 해야 하거든요.” (#26 간호사)

< D 기관 >

· 환자가 arrest(심정지)가 났거나, 환자 상태에 대해 조언을 해주거나 하는 역할이 charge 의 업무지요. (#34 간호사)

· charge 는 관리적인 역할이 많기는 한데, 일상적인 업무에서는 담당 간호사가 많이 해결하는 편이에요 . 막상 환자에게 문제가 발생하거나 하면 charge의 역할이 커지죠. (# 36 간호사)

표 6. 간호전달체계의 구조적 특성

구분	간호방법	기능적간호	팀 간호			사례방법				
	간호단위	C 기관 (일반)	A 기관 (일반)	B 기관 (일반)	C 기관 (일반)	D 기관 (일반)	(중환자) C 기관 (중환자)	A 기관 (중환자)	B 기관 (중환자)	(중환자)
복잡성	계층구조 유형	<가1> 형	<나> 형	<가 1>형	<가 2>형	간호단위별로 각기 다른 유형 선택	<가 1> 형	<가1>형	<가1>형	<가1>형
	지각된 계층구조	수직적이며 복잡함	수평적이며 고 단순함	수직적이며 복잡함	수평화 과정중	가1:수직,복합적 가2:수평,단순	수직적이며 복잡함	수직적이며 복잡함	수직적이며 복잡함	수직적이며 복잡함
공식화	간호실무 표준화	보통	높음	보통	보통	보통	보통	보통	높음	보통
	업무의 유동성	낮음	높음	낮음	높음	높음	낮음	낮음	낮음	낮음
집권화		선임 중심 집권화	일반간호 사로분권 화	선임중심, 일반간호사 에게 일부 위임	혼합적	혼합적	선임 중심 집권화	선임 중심 집권화	수간호사중심 ,집권화	선임 중심 집권화

(4) 복잡성, 공식화, 집권화와의 관계

간호전달체계에 따른 복잡성, 공식화, 집권화와의 관계는 <표 6>과 같이 요약해볼 수 있다.

기능적 간호방법은 의사결정 권한이 선임 간호사를 중심으로 집권화 되어있어 간호사들 간에 상하 수직적이고 계층적인 구조를 갖게 된다. 또한 적은 수의 간호사로 많은 수의 환자를 담당해야 하므로 각 역할에 대하여 명확히 구분된 역할과 절차가 요구되어 업무의 유동성이 낮아 공식화가 높은 간호전달체계의 특징을 보인다.

팀 간호방법은 팀 구성원을 중심으로 분권화된 구조로 팀 구성원 각자가 환자 간호에 대한 권한을 위임받아 독자적으로 업무를 수행하게 되므로 업무 절차를 강화하여 통제를 높이는 방법과 간호 실무의 표준을 높임으로써 자율적인 업무 수행을 도모하는 경우가 있다. 그러나 이것은 의료 기관의 특성에 따라 다소 차이를 보인다.

A 기관과 같이 전형적인 팀 간호방법인 경우 팀 간호사에게 권한이 위임되면 업무의 유동성은 높아져서 공식화는 낮아지게 된다. 또한 업무의 유동성에서 유발되는 간호 실무의 차이를 통제하기 위하여 간호실무의 표준화를 노력하고 있었다.

B 기관과 같이 간호단위 내 주임 간호사 직책이 존재하는 경우 의사결정 권한이 팀 간호사에게 위임된다고 할지라도 주임 간호사에 대해 수직적인 관계를 경험한다. 또한 간호단위의 침상 수가 1인의 주임 간호사가 담당할 수 있는 양을 초과하게 되면 팀 간호사에게 권한을 일부 위임하면서 업무의 유동성을 낮추고 공식화를 높이는 방법을 이용하여 중앙의 통제력을 높이게 된다.

C기관의 경우는 A와 B의 특성을 모두 포함하고 있는 경우이다. C 기관과 같이 의료기관 전체가 기능적 방법을 사용하지만 연구 간호단위 만이 팀 간호방법을 적용하는 경우 그 특성을 그대로 나타내어 선임 간호사와 일반 간호사가 지각하는 계층구조의 복잡성과 단순함의 차이가 생기며, 업무의 유동성이 높아지고, 선임 간호사와 일반 간호사 사이에 권한이 상호 혼합되는 복합적인 양상을 띄게

된다.

사례 방법의 경우 일반 간호단위에서는 각자 권한이 분담되면서 간호 단위의 역할을 어떻게 구성하는가에 따라 수직적이고 복잡할 수도 있고, 수평적이며 단순할 수도 있다. 중환자실의 경우는 일반 간호사는 간호 수행의 역할을, 선임 간호사는 의사결정의 역할을 더 많이 경험하게 되면서 수직화를 이루며 중환자실이라는 특수성을 고려하여 업무의 유동성이 저하되어 공식화를 높이게 된다.

2) 간호전달체계의 간호과정적 특성

간호업무의 특성을 파악하기 위하여 간호의과정적 측면인 간호 계획의 수립, 간호 제공, 간호계획의 평가, 근무 중 업무의 조정, 퇴원 계획 또는 환자 이동, 입원 중 간호에 대한 책임(accountability), 인수인계에 대해 역할 분담이 어떻게 이루어지고 있는지를 살펴보았다 <표 7>.

Munson과 Clinton(1979)는 간호의 연속성을 조작적으로 확인하기 위하여 1주일 동안 환자에게 간호를 제공한 간호인력의 비율을 확인하는 것으로 간호의 연속성 정도를 파악하였다. 각 간호 활동들이 누군가에 의해서 어떻게 수행되고 있는지에 대한 파악은 간호의 연속성을 평가하는 기초자료가 될 수 있다.

(1) 간호계획의 수립

본 연구에서 간호계획은 처음 입원한 환자를 대상으로 환자를 사정하고 간호 계획을 수립하는 것을 말한다.

기능적 간호방법에서는 입원한 환자의 건강력을 사정하는 일반 간호사의 업무와 그와 관련된 계획을 세우는 선임 간호사의 업무로 역할이 분할되면서 사실상 건강문제를 중심으로 한 포괄적인 사정에서 벗어나 입원 동기를 묻는 차원으로 국한되었다. 또한 자세한 정보가 수집된다 하더라도 수집된 자료는 기록상에 남게 될 뿐 개인을 중심으로한 개별적 접근을 통한 활용 정도는 적었다. 또한 간호계획

표 7. 간호전달체계의 간호과정적 특성

	기능적 간호	팀 간호			사례방법				
	C 기관 (일반)	A 기관 (일반)	B 기관 (일반)	C 기관 (일반)	D 기관 (일반)	A 기관 (중환자)	B 기관 (중환자)	C 기관 (중환자)	
간호계획의 수립	선임 간호사	팀원, PRN, 밤번간호사	팀 구성원	팀 구성원 밤근무간호사	담당 간호사	담당 간호사	담당 간호사	담당 간호사	담당간호사
	선택적 적용/ 일반간호사는 환자 사정/ 선임은 계획 수립 및 기록	공동된 간호 진단을 확립/ 활용 정도를 높임	간호진단 선택적적용/팀 구성원 개인차에 따라 선택적적용	간호진단 최소한 적용/ 밤근무자가 선택적으로 작성	간호진단 미적용/ 미적용/	간호진단 최소한 적용/ 담당간호사에 의해 적용	간호진단 미적용/ 간호문제 확인	간호진단 미적용/ 간호문제 확인	간호진단 미적용/ 간호문제 확인
간호제공	선임지시 받는 일반 간호사	팀구성원	팀구성원	팀구성원	담당 간호사	담당 간호사	담당 간호사	담당 간호사	담당 간호사
간호계획의 평가	선임 간호사	팀구성원	팀구성원 + 선임	팀구성원 + 선임	담당 간호사 수간호사	선임 간호사	담당 간호사	선임간호사	선임간호사
근무 중 업무의조정	선임 간호사	선임이 조정	선임이 조정	선임이 조정	선임이 조정	선임이 조정	수간호사 선임이 조정	선임이 조정	선임이 조정
업무의 인수인계	선임이 인계/ 업무중심의 최소시간활용	팀 구성원간 인계	팀 구성원간 인계	팀 구성원간 인계/시간단축 보다 환자정보 공유에 초점	선임간,담당간 인계로 분할/ 업무중심의 최소시간활용	선임간,담당간 인계로 분할 / 업무중심의 최소시간활용	전체인계 + 담당 간호사 개별 인계	전체 인계 + 담당 간호사 개별인계	전체 인계 + 담당 간호사 개별인계
	밤번간호사 작성 선임이 교육	밤번간호사 작성/팀구성원 이 교육	밤번 작성/ 팀구성원이 교육	밤번 작성/ 팀구성원이 교육	담당 간호사	담당 간호사 (전동에 국한)	담당 간호사 (전동에 국한)	담당 간호사 (전동에 국한)	담당 간호사 (전동에 국한)
환자 간호 의 책임	선임	팀 전체	팀 전체	팀 전체	간호사 전체	간호사 전체	간호사 전체	간호사 전체	간호사 전체

이 입원한 환자를 대상으로 모두 이루어질 수 없으며 선택적으로 적용하는 정도에 그치고 있어 간호 과정 적용을 위한 준비 단계에 해당하며 실제 활용 측면을 논하기는 어려웠다.

팀 간호방법이나 사례 방법은 동일한 간호사에 의해 사정과 계획이 이루어질 수 있다는 장점이 있었다. 그러나 연구 대상 기관의 팀 간호방법에서는 A기관을 제외하고는 팀 회합은 시행되고 있지 않았다. 간호 계획이 팀 내 간호사들에 의해 논의되기 보다는 간호사들의 개인적 차원에서 계획됨으로써 간호사들의 개인 차에 의해 간호의 질이 좌우될 수 있었다. 이러한 간호사들의 개인적 차이를 통제하기 위하여 연구 대상 기관들은 간호 단위에서 많이 관찰되는 질환이나 증상을 중심으로 간호 문제 및 진단을 작성하기 위한 기본 계획들을 보유함으로써 간호 실무를 표준화시키기 위한 노력을 하고 있었지만 실제 활용되는 면에서는 적게 나타났다.

사례방법을 적용하는 중환자실의 경우 간호 진단을 활용하는 곳은 D 기관에 국한되어 있었으며, C 기관은 적용을 위한 도입 준비에 있었다. 사례 방법에서 간호 계획의 수립은 모두 담당 간호사에 의해 진행되지만 담당 간호사가 계속 환자를 담당하게 될 것인가에 대한 대략적인 규칙들이 정해져있었다.

기능적 간호방법:

- 신환이 오면 acting 간호사가 가서 간호정보조사지를 작성하죠, charge 는 조사된 정보와 차트를 보고 간호계획이나 진단을 내리는데 다 하기는 힘들어요. 선택적으로 한 두 명 선에서 하죠. (# 23 간호사)
- 기록하고 계획 세우는 것은 모두 charge(선임)의 몫이에요. (#24간호사)

팀 간호방법 :

- PRN이 신환을 받게 되는데 그 간호사만 하기는 힘들죠. 하루에 신환이 많은 날은 각팀에서 나누어 받기도 해요. 그러면 밤 근무 간호사가 신환 정리를 하면서 하죠. (#1 간호사 : A 기관)

- 환자의 간호에 대한 얘기인 care round 는 Day 번 간호사 그 사람의 문제를 중심으로 사정하고, 각 팀마다 수간호사가 참석하죠. paper 받아서 기록으로도 남겨요. 간호사들의 수준에 따라 다르게 하기도 하지만. 신규는 주로 질병부터 시작하고, 좀 경력이 있는 간호사라면 간호기록이나 계획을 갖고 하거든요.” (#3 간호사: A 기관)

사례방법:

- 환자를 맡는 규칙은 그래도 대략 정해져 있죠. 막내는 앞부분을 보고 저희 같은 경력자는 뒷부분을 보고 그런 편이에요. (#9 간호사 - A기관 중환자실)
- 간호진단을 적용하고 싶은데 잘 안되니까. 아예 많이 사용하는 간호계획의 형태를 미리 만들고 그걸 적용하고 있죠. (#4 간호사: A 기관)
- 팀 간호를 한다고는 하지만(본 연구자는 사례관리로 분리함) 실제로는 그렇지 않다고 봅니다. 환자를 나누어 본다고 하지만 실제로는 상당 수의 업무는 일을 중심으로 한 분업으로 이루어지고 있거든요. (# 17 간호사 - B 기관 중환자실)
- 간호과정을 좀 해보려고 환자 차트에 간호진단을 적는 난을 마련했어요. 쓰기는 하는데 관련 진술같은 것은 안쓰고 그냥 문제만 적어요. 그런데 늘 똑같은 형식적으로 하기는 하지만 활용하지는 않아요. (# 34 간호사: D 기관 중환자실)

(2) 간호제공

간호 제공을 위해 처방을 확인하고 간호 업무를 수행하는 것까지를 의미한다. 기능적 간호방법에서는 처방을 확인하고, 업무를 지시하는 역할을 선임 간호사가 담당하며 일반 간호사는 수행하는 직접적인 역할을 맡게 된다. 사례 방법이나 팀 간호방법에서는 팀 간호사나 담당 간호사와 같은 간호제공자의 판단 하에 간호수행이 이루어지게 된다. 보조인력을 간호에 활용하게 되는 경우 간호 업무의 낮은 수준의 업무는 보조원이 담당하게 된다. 보조원은 간호사의 관찰 하에 소변 비우기, 환자 이송 지원과 같은 보조적 역할을 수행하지만 C 기관의 중환자실 같이 체위 변경과 경관 주입과 같은 역할을 담당하기도 하였다.

(3) 간호계획의 평가

간호계획을 평가하는 것은 간호의 질을 통제하기 위한 방안이다. 기능적 간호 방법에서 간호 계획은 선임 간호사에 의해 작성되므로 평가 또한 선임 간호사나 수간호사에 의해 평가되었다. 반면 팀 간호의 경우는 팀 구성원이 변하지 않는 한 평가의 역할도 팀원이나 선임 간호사가 담당하게 된다. A 기관의 팀 간호방법은 간호 단위 내의 QA 팀을 활성화함으로써 관리자 수준이 아니라 간호제공자 수준에서 간호계획의 평가를 사정하고 있다는 점에서 주목할 필요가 있다.

사례방법에서 중환자실의 경우 선임 간호사와 수직적인 관계를 경험하므로 간호계획의 평가는 선임 간호사에 의해 이루어지고 있었다. 그 중에서도 수간호사의 직접 간호에 대한 참여가 높은 A 기관과 같은 경우는 수간호사도 포함되었다.

기능적 간호방법:

- 간호계획을 그렇게 모든 환자에게 세우는 것은 아니지만 그래도 지금 하는 수준에서 생각한다면 charge 가 하죠. 어차피 환자를 관리하는 역할은 charge(선임)이 아니까. (#20 간호사 - C기관 일반간호단위)

팀 간호방법:

- 간호진단을 팀 내에서 돌아가면서 인계를 하고, 종료된 사항은 끝내고, 새롭게 다시 만들기도 하죠. 누가 꼭 한다고 말하기는 힘들죠. QA 팀에서 평가하고 feedback을 주기도 하고.... (#1 간호사 - A 기관)
- 저희가 인계를 하거나 그럴 때 따로 진단을 말하거나 하지는 않아요. 밤 근무 때 진단나 문제, 계획 그런 것을 review(확인)하거든요..... 그러나 이게 안된다고 해도 업무가 진행되지 않거나 하는 것은 아니기 때문에. (#27 간호사 - C 기관 일반간호단위)

사례방법:

- 그날의 담당 간호사들이 그날의 중환자기록지에 기록을 하도록 되어있지만, 특별히 많이 활용하고 있지는 못해요. (#35 간호사 - D기관 중환자실)
-

(4) 근무 중 업무의 조정

업무를 조정하는 것은 입원한 환자를 할당하고 조정하며 의사소통의 중심적 역할로서 근무 중 발생하는 문제에 대한 조율하며 해결해 가는 과정을 말한다.

기능적 간호방법에서 환자의 할당이란 큰 의미를 가지지 못한다. 1명의 선임 간호사를 중심으로 1명 또는 2명의 일반 간호사가 업무를 수행하게 되므로 환자 할당이라는 것은 의미가 적었다. 또한 업무의 중심이 선임 간호사를 중심으로 이루어지기 때문에 단순한 형태를 띄게 된다.

팀 간호방법에서 할당이란 각 팀간의 업무를 조정하는 것이 더 많았다. 한 개 간호단위에서 2-4개의 팀으로 이루어지는 환경에서 각 팀 간 간호 업무량을 적절히 조정하는 역할은 선임 간호사가 맡게 된다. 각 팀 간의 업무를 조정하고 수행하며, 결과를 통보하는 것은 선임 간호사의 역할로서 각 기관들은 간호전달체계와 상관없이 선임 간호사가 중앙에서 업무를 조정하기를 원하고 있었다. 특히 A 기관처럼 특정한 한 개의 진료과로 구성된 간호 단위가 아니고 해당 주치의가 각 간호 단위에 상주하지 않는 B, C 기관의 경우는 담당 레지던트에게 연락을 하고 처방을 확인 받아야 하는 역할에 간호사들의 시간이 많이 소요되고 있었다.

중환자실에서의 사례방법은 간호사의 능력, 환자의 중증도 등을 고려한 환자 할당이 가장 많이 이루어지는 곳이었다. 중환자실에서의 선임 간호사는 급변하는 환자 상태에 따라 적절히 업무를 분담하여야 하므로 근무마다 선임 간호사에 의한 할당의 역할이 수행된다. 일반 간호단위에서는 중환자실에 비해서는 환자 할당의 역할을 적게 수용한다. 이것은 일반 간호단위에서는 본인이 근무가 바뀌기전까지 지속적으로 담당하고 있는 환자를 맡은 것을 원칙으로 하고 있기 때문이었다.

(5) 업무의 인수인계

근무 시간 동안 이루어진 간호를 다음 근무번에게 지속적으로 연결하는 것은 간호 업무의 큰 특징이다. 각 간호방법에서 업무의 인수인계는 다양한 방법으로 이루어지고 있으므로 그 적용의 장단점을 확인할 필요가 있다.

기능적 간호방법에서는 선임 간호사를 중심으로 모든 업무가 전달된다. 선임 간호사는 간호단위의 입원한 환자에 대하여 근무 중 발생한 모든 정보를 전달해야 하기 때문에 업무 중심으로 국한된 전달을 하게 된다. 간호단위 내에 선임 간호사의 역할을 담당하는 간호사의 수는 한정되어 있기 때문에 선임 간호사의 변동은 많지 않아 환자 간호에 관한 정보나 전달 사항이 누락되는 확률은 저하된다. 또한 직접적으로 환자를 담당하지 않더라도 어느 정도 경력이 많은 간호사에 의해 간호가 이루어지므로 환자의 문제를 빨리 발견하고 해결한다.

팀 간호방법은 동일한 팀 구성원의 유지를 원칙적으로 지향하지만 현실적으로는 팀원만으로 유지되기는 어려운 인력이므로 간호단위의 다른 인력이 참여하게 된다. 팀 리더와 팀 회합과 같은 팀 간호의 중심적인 개념이 적용되지 않는 상황에서 업무의 인수인계는 정보의 누락이나 변질을 일으킬 수 있기 때문에 업무의 진행 과정을 확인할 수 있는 확인 틀로서 A 기관, B 기관은 모두 카텍스를 간호단위 특성에 맞게 활용하고 있었다.

동일한 사례방법을 적용한다고 해도 A, B, C의 기관과 D 기관은 차이가 있었다. A, B, C 기관은 담당하는 간호사가 계속 바뀌는 것에 대한 대안으로 전체 인계를 통해 주지하고 개별 인계를 진행하는데 반하여 D 기관은 중환자실의 입원 환자에 대한 전체 인계를 하지 않으며 담당 간호사들간의 인계를 수행함으로써 인계 시간의 단축을 꾀하고 있었다. 그 대신 다른 중환자실에서 활용하지 않은 카텍스를 개발하여 인계 시간을 최소화하는 방안을 적용하고 있었다. 사례 방법을 적용하는 일반 간호단위의 경우는 특별히 인계 시간이라는 것을 따로 구분하고 있지 않으며 모든 정보는 차트를 통해 각자 파악하며 필수적인 업무 유지를 돕기 위한 work sheet을 각 간호 단위별로 작성하여 활용하고 있었다. 이 work sheet은 하루를 기준으로 작성되며 밤번 간호사가 당일 중요한 업무 활동을 기록하여 인계 시간을 최소화하고 있었다.

D 기관 인수 인계의 특성 :

- 전체 인계는 코디(선임)이 받죠. 중요한 공지 사항이런 것만 인계하고 환자들에 대한 인계는 안해요. 각 담당 간호사들끼리 각자 받아요. work sheet 이란 것을 만들어 쓴데 vital sign, TPR, Lab , 퇴원 이런 것은 기록해 놓죠. 이걸 병동마다 다 형식이 달라요. 특별히 환자 정보를 어디다 기록하거나 하지는 않아요. 다 차트에 있으니까.
 - 특별히 카덱스가 아니고 A41 정도 되는 종이에 그날의 업무를 중심으로 인계를 주죠. 환자 파악은 각자 차트를 보고 해야되요.(# 29 간호사 D 기관)
 - 전체 인계는 안하고 간단한 인계를 주죠. 짧으면 3분 길면 약 10분 정도로 하고 정말 중요한 내용을 중심만 해요. (# 36 간호사 D 기관)
-

(6) 퇴원 계획 또는 전동

퇴원이 예정된 환자의 준비와 퇴원 당일의 교육 행위까지를 의미한다.

기능적 간호방법에서는 퇴원이 예정되면 밤근무를 담당하고 있는 간호사에 의해 퇴원 계획이 작성되며, 퇴원 당일 선임 간호사에 의해 퇴원 교육이 이루어진다. 팀 간호방법과 사례방법에서도 이와 같은 절차는 유사하지만 다만 팀 간호방법에서는 직접적인 환자를 대상으로 하는 퇴원 교육이 팀 간호사에 이루어진다는 점과 사례 방법에서는 당일의 담당 간호사에 의해 이루어진다는 것에 차이가 있다.

(7) 환자 간호의 책임

환자 간호에 대한 책임은 간호방법들을 분류하는데 있어 가장 큰 분류 기준이 되며 간호사가 환자에게 행한 간호 행위를 포함하여 기록, 간호 수행, 입원부터 퇴원까지 환자에게 제공된 모든 간호에 대한 책임을 의미한다.

기능적 간호방법에서는 환자에 대한 간호를 계획, 평가, 환자 간호에 책임

(accountability)은 모두 선임 간호사가 지게되며 일반 간호사는 환자에게 본인이 수행한 직접적인 간호 행위에 대한 책임(responsibility)만을 갖게 된다. 환자 간호 전체에 대한 책임은 환자가 입원부터 퇴원할 때까지 간호를 잘 수행 받고 잘 계획되어진 단계를 밝고 있는지를 의미한다. 선임 간호사는 한 근무동안 1명씩 존재하므로 환자에 대한 정보를 공유하거나 전달하기가 쉽다는 장점을 갖고 있지만 일반 간호사의 경우는 간호의 제공 역할만을 담당하므로 간호 서비스가 통합되기가 어려웠다.

팀 간호방법에서는 동일한 팀 간호방법을 적용하고 있어도 팀원의 구속력에 따라 간호의 연속성에는 차이가 나타날 수 있음이 파악되었다. 팀원의 구속력이란 팀 간호를 적용하는 경우 각 팀에 해당하는 인원이 반고정적이라는 것을 의미한다. 즉, 팀 간호방법을 적용하는 A, B, C 기관의 경우 전체 간호단위의 인력을 어떻게 소그룹화 하는지에 따라 실제 환자를 간호하는 시간에는 차이가 생길 수 있다. A, B 기관의 경우 간호사를 4 개의 팀으로 나눈 후 각각 2개의 팀 안에서 간호인력을 배치함으로써 환자와의 연속성을 연장시킬 수 있다. 반면 C 기관의 경우는 팀은 구성되어 있지만 각 팀의 간호인력의 구성을 명확히 결정하지 않았기 때문에 구속력이 낮아지게 되는 단점을 갖게 된다.

팀 리더의 역할 부재는 간호 계획을 세우거나 추진하는데 있어서 팀 구성원 모두에게 책임이 분산된다는 단점을 갖고 있다. B 기관은 A 기관과 같이 팀을 운영하지만 간호진단 및 과정을 거의 적용하지 않으며, 간호의 인수인계는 의사의 처방을 중심으로 접근이 많았는데 이것은 B 팀의 간호사 1인이 담당하는 환자 수가 16-20 명으로 타 팀 간호 기관에 비해 담당 환자 수가 많은 이유로 생각된다. 또한 B 기관은 처방전달시스템이 되어있지 않은 수기 처방 병원이고 간호 보조인력은 환자의 이동과 운송의 업무를 담당하므로 다른 간호 인력을 활용할 수 없는 데서 업무량이 증가하게 된다.

C 기관의 경우는 가장 낮은 수준의 팀 간호를 수행하여 팀원의 결속 정도도 가장 낮은 것으로 나타났다. C 기관은 간호진단을 활용하기 위해 시도하고 있으나 모든 환자에 대해 적용하는 것은 아니고 신환을 중심으로 적용 중에 있었다. 팀원의 결속력이 타 기관에 비해 상대적으로 약하므로 환자 간호에 대한 책임은 전체

간호단위의 간호사에게 분할되어 가장 낮은 수준의 팀 간호를 수행하게 된다.

기능적 간호방법 :

- charge가 진다고 생각하죠. 환자가 탈원을 한다던가 문제가 생기면 charge가 시말서랑 작성하는 것으로 알고 교육받아 왔어요.(#20 간호사- C기관 일반간호단위)

팀 간호방법:

- 간호진단을 팀 내에서 돌아가면서 인계를 하고, 종료된 사항은 끝내고, 새롭게 다시 만들기도 하죠. 누가 꼭 한다고 말하기는 힘들죠. QA 팀에서 평가하고 feedback을 주기 하고. (#1 간호사 - A 기관)
 - 글썄요. 저희 같은 경우 누구라고 생각한 적은 없는데.. 수간호사나 charge 는 아닌 것 같아요.(# 14 간호사 - B기관 일반 간호단위)
-

3) 간호전달체계의 인간관계적 특성

간호전달체계의 인간관계적 특성을 파악하기 위하여 의사소통 양상과 협동의 측면으로 분석해보았다<표 8>.

(1) 의사소통 양상

① 기능적 방법

선임 간호사가 의사소통의 중심 축으로 활동하고 있었다. 수간호사는 간호단위 운영을 위한 환자 정보, 임상병리과나 각종 검사실 등과 같은 진료 지원부서의 세부적인 업무 변화 흐름을 선임 간호사를 통해 얻는다. 또한 일반 간호사는 직접 수간호사에게 말하기 어려운 내용들을 선임을 통하여 전달함으로써 선임 간호사는 공식적인 업무 이외에도 상하의 의견을 전달해주는 축이 되고 있었다. 간호사 내 관계는 선임 간호사가 의사의 처방을 중심으로 이것에 대한 수행을 간호사에

게 지시하기 때문에 수직적인 관계로 변하게 되며, 이러한 처방에 대해 의료진과 충분한 대화를 나누고 있지 않은 경우 단절된 의사소통 양상을 보이게 된다.

의료진과의 관계에서도 선임은 환자의 문제를 의료진에게 전달하고 그에 따른 처방을 확인하며 다시 일반 간호사에게 전달하는 역할을 하므로 일반 간호사가 직접 의료진과 환자 문제를 논의하는 경우는 감소된다. 따라서 일반 간호사는 환자에게 직접적인 간호 서비스를 제공하면서도 환자에 대한 정보 부족을 경험하고 간호사로 하여금 자신감을 떨어뜨리고 만족감을 저하시키게 된다.

기능적 간호방법 :간호사 간 의사소통

- 의료진에게 하는 notify는 다 제가(선임)이 하죠. 그러다 보면 치료 계획이 바뀐다던가 오늘 할 일이 바뀌던가.... 환자는 의사에게 직접 듣고 또 저는 처방을 받으니까 알지만 acting (일반 간호사)에게 그때 그때 바뀐 내용들을 다 전달하기는 힘들죠...
그런 것들이 아마 acting 이 일을 하는데 좀 힘들꺼예요. 저도 예전에 그런 것이 힘들었듯이... acting 들이랑 일을 하면서 힘든 것은 빨리 빨리 말을 안할 때 힘들죠. 월시켰을 때 못하면 못한다고 미리 말을 하면 되는데 방에 들어가서 안나오고.... 나중에 확인해 보면 해결 못해서 끄끖거리고 있더라구요. 자기 입장에서는 저도 바쁘니까 그런 일은 자기가 해결해야 된다고 생각하겠지만 차라리 안되는 일이 있다면 빨리 말해주는게 도와주는건데.... 아마 생각만큼 말하기가 쉽지 않은가봐요.. (#20 간호사)
- 빨리 팀 간호로 바뀌었으면 좋겠어요. 예전에 학생 때는 팀 간호로 실습을 한 적도 있는데. 장기 환자들도 이 병실에서 오래 있다보면 acting 간호사들을 무시하는 경우도 많아요. 그럴 수밖에 없는게 acting 이 환자에 대해 어떤 정보도 못주고, 시키는 일만 하는 거라는 것을 환자들도 알고 있거든요.. (# 21 간호사)

② 팀 간호방법의 의사소통

팀 간호방법내에서의 의사소통은 의료기관에 따라 다른 특성을 보이고 있었다. A 기관의 경우 환자에 관한 정보는 팀 간호사가 주관하며 업무 중에 조언을 구하거나 상의할 내용이 있는 경우 선임자나 수간호사에게 쉽게 접근하여 대화함으

로써 상향적, 하향적 의사소통이 활발히 이루어지고 있었다. 의료진과의 관계에서도 A기관은 팀 간호사를 중심으로 직접적으로 이루어지며 간호단위를 기준으로 할당되어 상주하는 2명의 주치의와 1명의 병동 담당 인턴과의 의사소통에 대해 복잡하거나 장애를 느끼지 않고 있었다.

B와 C기관의 경우는 선임 간호사를 중심 축으로 하여 수간호와 일반 간호사의 대화가 이루어지고 있었다. 특히 B 기관의 경우 수간호사나 선임 간호사를 통하여 간호부서나 수간호사의 의견을 전달하며 또한 일반 간호사들의 의사전달 또한 선임을 통해 많이 이루어지고 있어 선임 간호사는 의견전달의 통로로 활용되고 있었다. C 기관은 A 기관과 B 기관의 혼합적인 형태를 나타내게 된다. 기능적 간호방법에서 선임이 갖던 역할이 팀 간호방법을 통해 수평화 되면서 간호사들간의 관계도 아직 명확하지는 못하였다. 선임 간호사는 일반 간호사를 지시하는 역할에서 벗어나고 있지만 일반 간호사들은 자신들의 의견을 직접적으로 수간호사에게 전달하거나 하는 역할을 하지 못하고 그런 역할은 선임 간호사에게 기대하고 있다. 또한 수간호사는 직접적으로 일반 간호사에게 의견 전달을 하지만 기존의 선임 간호사가 갖는 역할을 고려해 이중적인 양상을 보이고 있었다.

의료진과의 의사소통은 B, C 기관의 경우 복잡하고 간호사들에게 스트레스가 많이 작용하는 업무로 지각되고 있었다. 이 기관들은 내과계 간호단위라고 할지라도 내과의 세분화된 진료과와 지정의에 따라 각각 할당된 주치의(Resident) 들과의 연락에 의해 소요되는 시간과 의사소통 과정에 상당한 부담을 느끼고 있는 것으로 나타났다. A 기관을 제외한 B, C, D 기관의 경우 의료진과의 의사소통은 단절되고 단편적으로 이루어지는 특징이 있었다.

팀 간호방법:

< A 기관 >

- 수간호사는 일반 간호사들과 원활한 의사소통 채널을 확보하는 것이 무엇보다도 중요하다고 생각해요. .. 다른 세대를 살고 있는 간호사들과 가까워지려는 노력도 필요하고. 그러니까 권위적일 수 없지. 우리 같은 팀 간호에서 내가 간호사들에게 어렵고 다가 올 수 없는 사람이 되면 결국 어떤 문제가 발생해도 자꾸 감추기만 하고... 나중 에 돌이킬 수 없이 문제가 커질 수도 있으니까... (#1 간호사 : A 기관)

- 제가 해결할 수 있는 문제들은 환자 문제든 아니면 다른 것들도 제가 하고, 할 수 없는 것은 과장님께(수간호사) 말하는 편이죠. (# 5 간호사 : A 기관)

< B, C 기관 >

- 의사들이 여기 상주하고 있는 것도 아니고, 아침에 라운딩을 때 물어볼 꺼 있으면 빨리 한꺼번에 물어 봐요. 그렇게 가버리고 나면 다시 연락하기도 어렵고.. 그러다 보면 자꾸 일도 밀리고 하거든요. (#20 간호사 - C기관)
- 간호사들과 일일이 다 대화를 해보지 않더라도 주임(선임) 간호사만 꼭 잡으면 대충 어떤 얘기들이 오고 가는지, 뭐가 문제인지는 대충 알죠. (#10 간호사 : B 기관)
- 병원 분위기가 보수적이라 그런지 윗년차 선생님께 개인적으로 말을 하지만 업무에 대해서는 말을 하기가 쉽지 않은 것 같아요. (#12 간호사 : B 기관)
- 저희 부서 같은 경우는 전 내과가 모두 있기 때문에 의사소통 문제가 중요해요. 각 파트마다 요구하는 것은 많은데 간호사는 한정되어 있고, 이런 문제를 해결하는 것도 복잡한 일이죠. 어떤 때는 환자 보는 것보다 의사들 찾아 연락하는 것이 더 어렵고 힘들때도 많아요. (#11 간호사- B 기관)
- 수간호사, 간호사, 또 다른 부서와의 관계도 그렇고 중간자적인 역할을 charge(선임) 이 한다고 생각해요... 수선생님을 대신해서 제가(선임) 더 화를 내고 야단치는 경우도 있고.... 병동 화합적인 역할도 제가 하죠. (#20 간호사 - C 기관)
- charge는 일을 진행시켜주는 사람이죠. 다른 팀 간호사들이 물론 의사에게 notify(의뢰)하기는 하지만 다들 병실에 들어가면 중간에 연락해주는 사람이 필요하니까.. (#19 간호사 - C 기관)
- 예전보다는 윗 선생님하고 많이 편해진 관계가 되는 것 같아요. 물론 완전하지는 않지만 그래도 제가 판단해서 하는 일들도 많이 늘었고.... 회진은 너무 많아서 참석 못 하죠. 선임 선생님이 하고... 회진가서 중요한 얘기가 나오면 저희에게 전해주고... (#21간호사 - C 기관)
- 의사들은 의사들끼리 말하고, 간호사들은 간호사들끼리 하죠. (#20 간호사 - C 기관)

③ 사례방법에서의 의사소통

중환자실의 경우 선임 간호사의 의사결정 능력이 크지만 직접적인 환자간호는 일반 간호사를 중심으로 이루어진다. 중환자실은 물리적으로 한정된 공간에서 환자를 관리하며 소규모의 간호단위라는 점으로 전체 간호 단위에 입원 중인 환자에 대한 정보를 많이 공유하게 된다. 업무를 시작하기 전 전체 환자에 대한 인계와 동일한 간호 단위 내에서도 상위 경력자와 하급자가 인접하여 일을 하므로 의사소통은 상하 좌우로 활발하게 이루어지는 특징을 보였다.

반면 사례방법을 적용하지만 D 기관과 같이 전체 환자에 대한 인수인계 보다는 담당 환자를 중심으로 개별적인 인계가 이루어지는 곳에서는 타 간호단위에 비해 상대적으로 구두적인 의사소통 정도가 적게 나타났다. D 기관 중환자실은 선임 간호사를 통해 분할된 환자 정보를 종합하고 통제하는 역할이 강조되기 때문에 선임 간호사와 일반 간호사의 의사소통이 중심이 된다.

일반 간호단위에서 적용하는 사례 방법은 특별한 형태를 띄기보다는 간호단위 내에 선임 간호사의 통제 정도에 따라 의사소통의 양상도 수평적, 수직적 의사소통으로 변화되지만 간호단위 내의 복잡한 의사소통의 양상은 동일하게 관찰되었다.

(2) 협동

의료진과의 협동 정도는 간호전달체계의 특성과는 상관없이 의료진과의 의사소통이 원활한 A기관이 높게 나타났으며 B, D 기관의 경우는 중간 정도를 보이고 있었다. 협동의 정도는 간호사가 지각한 것을 중심으로 상, 중, 하 또는 중상으로 구분하였으며 다음과 같은 기준을 따랐다. ‘상’은 면담 대상자가 ‘좋게 생각한다’ ‘잘 되고 있다’ 라고 대답한 경우에 속하며, ‘중’은 ‘보통이다’ ‘별로 협동적이다’라고 느낀 적은 없다’ 고 대답한 경우에 분류하였다. ‘하’의 경우는 ‘나쁘다고 생각한다’ ‘전혀 그런 관계는 존재하지 않는다’ 라고 대답한 경우에 해당하였다.

-
- 특별히 의료진과 공식적인 대화를 갖는 시간은 없어요. 그러나 가장 큰 바탕은 신뢰라고 생각해요. 우리에게 환자를 믿고 맡길 수 있다면 그 자체가 이미 협동으로서 중요하죠. (# 7 간호사 - A 기관)
 - 함께 일한다는 느낌이 없을 때가 많죠.. 의사소통도 별로 없는데다 경과기록도 3개월에 한번 바뀔 때 쓰고... (#28 간호사 - D 기관)
 - 협동 정도는 낮다고 생각해요. 특별히 환자 치료에 대해 말하는 시간은 notify(의뢰)할때나 회진 밖에 없죠. 회진도 의사중심의 정보 나눔이지 간호사가 참여하기는 좀 어려워 요.(#29 간호사 - D 기관)
-

간호사가 의료진과 환자에 관한 정보를 공유하는 방법은 의무 기록 확인과 회진 참여를 있으나 이것에 대해 불충분하다는 견해가 많았다. 간호사에게 회진 참여는 능동적인 참여적 자세보다는 ‘따라가는 것’ , ‘소외’ ‘일방적인 물음’ 이라는 용어로 표현되고 있었다. 이러한 정보의 불균형에 대해 간호사들의 대답은 다음과 같았다.

의사소통의 단절과 협력적 관계가 어려운 이유로는 의사소통 대상자의 다양성이 그 첫째 원인이었다. 간호단위 내에 다양한 진료과의 환자가 입원하는 경우 해당 진료과에 따르는 의료 인력을 전부를 확인하고 상대하는 것이 어렵다는 것이다. A 기관의 경우 간호단위 내에 1 - 2 개의 진료과 환자들이 있으며, 상주 의사가 간호단위를 중심으로 배정된다. 또한 중환자실의 경우는 진료과별로 분화가 되어 있는 특징을 나타내고 있어 A 기관에서 의사소통의 문제는 많이 부각되지는 않았다.

반면 B, C, D 기관의 경우 각 진료과와 지정의를 중심으로 상주 의사가 배정되기 때문에 입원 중인 환자의 진료과가 다양해질수록 간호사가 대화하고 연락을 취해야 하는 사람이 증가하게 된다. 이러한 조직 환경적 요소도 간호사가 의료진과의 의사소통의 질에 많은 영향 요인이 되고 있었다.

상호보완적 의사소통과 협동:

- 나는 회진을 많이 참여하려고 노력해.. 다른 일도 물론 있지만. 특별히 문제되는 환자가 있지 않다면 혈압은 좀 나중에 해도 돼잖아. 같이 가서 궁금한 것도 묻고. 또 해결할 문제도 하고. 의료진도 우리가 어떤 정보를 말해주길 기대하거든. 하루 종일 환자를 보는 것은 우리니까, 환자의 감정이나 식사 같은 것을 잘 시행하는지 우리에게 정보를 구하지. 물론 아주 높은 staff 은 어렵지만, Junior staff 정도면 그래도 내 연차에서 말하기가 편하니까.... 그런데 신규들은 좀 어려워하는 것 같아.

(#2 간호사 ; A 기관)

- 의료진과의 관계는 좋다고 생각해요. 우리가 자기 환자를 성실히 열심히 보고 있다는 것. 그런 신뢰감이 가장 중요하다고 생각하거든요. 또 우리도 서로가 그렇다고 믿고 있고. (# 7 간호사 A 기관)

상호분리적 의사소통과 협동:

- 내과의사들하고 별로 없어요. 서로 각자 알아서 의사는 의사끼리, 간호사는 간호사들끼리.. 프로그레스 노트를 확인한다던가 환자의 검사결과지를 본다던가.

(# 19 간호사 - C 기관)

- 처방과 관련된 업무를 확인하는 정도이지 다른 의사소통은 별로 없어요. 환자에 대해 정보를 나누거나 하는 일은 많지 않아요. 우리도 연락해서 order 확인하기도 바쁘거든요. 차트를 보면 웬만큼 나오니까. (#14 간호사B 기관 - 팀간호)

- 회진을 통해 정보를 얻기도 하죠... 회진참여요 ? 하고는 싶지만 다른 일이 많고 환자가 분산되어 있어서 다 참석한다는 것도 어려워요. (#23 C 기관- 팀 간호)

- 회진을 간다고 해도 우리는 밖에 서 있는 느낌이랄까. 같은 의료진의 입장에서 참여한다는 생각은 많이 안들더라구요.. (# 33 D 기관 - 사례방법)
-

표 8. 간호전달체계의 인간관계적 특성

	기능적 간호		팀 간호		사례방법				
	C 기관 (일반)	A 기관 (일반)	B 기관 (일반)	C 기관 (일반)	D 기관 (일반)	(중환자) A 기관 (중환자)	(중환자) B 기관 (중환자)	(중환자) C 기관 (중환자)	(중환자)
간호사내 의사소통	선임 중심의 상하의사소통/ 하향적, 단방향적, 단순	수간호사-일반간호 사의 직접 소통/ 상하양방향, 수평, 복잡	선임간호사가 상하의견교환 의 통로/복잡	수평, 수직의 혼합적 양상	간호단위 특성에 따라 차이	선임-일반 간호사중심/ 동료간의사소 통 저하, 단순	선임 중심의 상하의사소통/ 상하양방향 복잡	선임 중심의 상하의사소통/ 상하양방향 복잡	선임 중심의 상하의사소통/ 상하양방향 복잡
의료진과의 의사소통	선임: 직접적 일반: 간접적	상호보완적 의사소통	분리된 의사소통	분리된 의사소통	분리된 의사소통	분리된 의사소통	상호보완적 의사소통	분리된 의사소통	분리된 의사소통
협동 정도	하	중상	중	중	하	하	상	하	하

3. 간호전달체계의 특성 요약

기능적 간호방법, 팀 간호방법, 사례 방법에 대하여 구조적, 간호과정적, 인간 관계적 특성을 정리해 보면 다음과 같은 결과를 얻을 수 있었다<표 9>.

기능적 간호방법은 선임 간호사를 주축으로 집권화 정도가 높고, 수간호사부터 일반 간호사에 이르기까지 연차와 서열을 중심으로 상하 수직적인 관계를 보이는 복잡한 구조를 갖고 있다. 선임의 역할이 강하여 환자의 입원부터 퇴원까지 환자 관리를 위한 정보 관리는 모두 선임 간호사가 담당하므로 관리적 측면에서는 간호의 연속성 보장이 더 높을 수 있다. 그러나 직접적인 간호 서비스 제공자는 선임 간호사에 비해 상대적으로 경력과 경험이 적은 간호사에 의해 간호가 제공되는 단점을 갖고 있었다. 간호사간의 관계는 상하수직적 관계가 형성되며 경력과 서열 중심의 단순하고 하향적인 의사소통 양상을 띄게 된다.

팀 간호방법은 모든 간호 활동의 중심이 팀 간호사로 인해 계획 및 수행되기 때문에 분권화된 구조를 갖게 된다. 각 간호단위에 2-4개의 팀을 형성하게 되며 각 팀 간호사들에게 위임된 환자 간호에 대한 권한은 조직 구성원들의 관계를 수평적으로 만들 수 있다. 팀 간호방법의 인력 활용 정도는 의료기관의 목표에 따라 탄력적으로 조정 가능하여 7-20명까지 한 근무당 담당 환자수에는 많은 차이가 있게 된다. 따라서 동일한 팀 간호를 하는 경우라도 환자에게 제공되는 간호의 질적인 측면에서는 많은 차이가 존재할 수 있다. 간호 단위내 소규모 팀의 결속 정도에 따라 간호의 연속성이 좌우된다. 환자 간호에 대한 책임은 팀 간호사 모두가 근무 순환에 따라 계획하고 수행하기 때문에 팀 전체에 분권화 되며 팀 리더와 같은 통제자가 없는 경우 간호사의 개인적 수준에 따라 간호의 질이 결정되기 쉽다. 간호사 내 의사소통의 측면을 보면 수평적이지만, 선임 간호사와 각 팀 간호사간의 정보 전달과 의견 조율, 명확하지 않은 업무 분담은 의사소통을 복잡하게 만들어 때로는 업무의 효율성을 떨어뜨릴 수 있다.

그러나 팀 간호방법이 모두 동일한 특성을 나타내는 것은 아니다. 팀 간호방법이 분권화된 특성을 갖고 있지만 공식적인 선임 간호사의 직책이 있거나 팀 간호

사의 통제 정도가 강한 구조에서는 기능적 간호와 같은 수직적인 특성이 나타날 수 있다.

사례방법은 근무 시간을 중심으로 간호사가 계속 변하기 때문에 간호단위의 인력 및 역할 구성에 따라 변화되므로 개인의 업무 분담 방법의 형태일 뿐 간호 단위 전체의 공통적인 틀을 찾기는 어렵다. 다만, 인력 구성에 보면 기능적 간호 방법 보다는 많지만 팀 간호보다는 적은 인력 활용이 기대되며, 근무 중에는 담당 간호사 중심으로 책임이 분산되어 팀 간호방법 유사한 형태를 띄지만 소규모 팀을 범위로 책임이 분산되는 것과는 달리 전체 간호사로 책임이 분할되므로 분할 정도가 더 클 수 있다.

각 간호전달체계와 상관없이 의료진과는 분리된 양상을 띄고 있었고 협동의 정도도 높지 않았다. 그러나 간호실무의 표준이 높게 지켜지는 간호단위의 경우 의사소통 양은 부족하였지만 간호사들이 지각하는 협동의 수준은 높게 인식되고 있었다.

표 9. 간호전달체계의 특성 비교

	기능적 간호 방법	팀 간호 방법	사례방법
중심 축	· 선임 간호사	· 팀 간호사	· 담당 간호사
간호단위특성	· 인력 활용도 높음(최소 인력 최대 활용)	· 인력 활용 정도는 탄력적	· 기능적 방법보다 많지만 팀 보다는 적은 인력 구성
구조적 특성	· 선임중심의 강한 집권화 · 높은 업무의 공식화 · 연차와 서열 중심의 상하 수직적, 높은 복잡성의 계층 구조	· 일반 간호사 중심의 분권화 · 낮은 업무의 공식화 · 수평적, 낮은 복잡성	· 공통된 구조 형태를 갖기 어려움 · 역할 분담에 따라 변형
과정적 특성	· 선임 중심의 간호 활동 ⇒ 간호과정 전체를 선임이 통제 ⇒ 명확한 책임 · 환자 관리 측면에서 높은 간호의 연속성 · 직접 간호 서비스 제공면에서 낮은 간호의 연속성	· 팀 간호사 중심의 간호 활동 ⇒ 간호과정 전체를 팀 구성원 모두 분리 ⇒ 팀 전체에 분권화된 책임 · 팀구속력에 따라 간호의 연속성이 변화됨	· 담당 간호사 중심의 간호 활동 ⇒ 전체 간호사로 책임 분산
인간관계적 특성	· 수직적, 단순한 의사소통	· 수평적, 복잡한 의사소통	· 혼합적, 복잡한 의사소통

V. 논 의

1. 간호전달체계의 특성에 관한 논의

간호전달체계의 특성을 결정짓는 요소 중 하나는 선임 간호사의 책임과 역할이었다. 연구 대상 의료기관 중 선임 간호사에게 주임 간호사라는 직책을 부여한 곳은 B 기관 1곳에 불과하였지만 4곳 의료기관 모두 간호전달체계와 상관없이 선임 간호사의 역할을 간호사 직무 기술서, 간호단위 운영매뉴얼 등에 기술 및 활용하고 있었다. 선임 간호사의 조직 내 실제 위치와 간호 단위에서 요구되는 역할과는 차이가 있으며 이러한 차이를 어떻게 보완할 것인가에 주목할 필요가 있다. 선임 간호사들은 현재 각 간호단위에서 간호단위 운영을 위해 일반 간호사들보다 상대적으로 많은 책임과 역할을 수행하고 있다. 그러나 실제 이러한 노력에 대해 이들이 느끼는 만족감의 정도는 적었다. B 기관과 같이 주임 간호사라는 공식적인 직책을 부여하고, 그에 따라 권한과 책임, 경제적 지원 정도를 달리함으로써 경력 간호사의 근무 의욕을 고취시키는 것과는 달리 타 기관들의 선임 간호사들은 ‘일반 간호사와 동일한 상황에서 너무 많은 책임을 부여한다.’ ‘정확한 업무의 한계 없이 병동의 모든 사소한 일을 해결하는 역할만을 담당한다’, ‘책임은 너무 많고 그에 따른 적절한 보상은 없다’의 의견을 보이고 있어 업무에 적합한 보상을 요구하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 보상은 경제적인 것만을 의미하는 것은 아니다. 김정아(1997)는 간호사의 보상에 대한 연구에서 보상 만족의 범주 중 직무의 내용이 가장 많은 것으로 나타났으며 본 연구에서도 ‘그 만큼 다른 간호사나 의료진이 내 의견을 받아들여주고 존중해 주는 것에 만족한다’, ‘이 분야에 나름대로 전문적인 지식을 갖고 있음이 자랑스럽다’고 표현하고 있어 보상의 측면이 경제적인 것과 함께 자신이 전문가로서 인정받는 것에 대한 만족이 중요함을 보여주고 있다.

따라서 의료기관에서 적용하고 있는 간호업무 방법에 부합하는 조직의 행정적 지원체계가 마련되어야 할 필요가 있다. 이것은 모든 선임 간호사의 주임 간호사

화를 의미하는 것은 아니다. 현대 조직에서 조직의 수평화를 통한 시너지 효과를 기대하는 만큼 수평화된 조직에서 선임 간호사가 자신의 능력을 인정받고 또 그에 적합한 경력을 관리할 수 있는 조직 차원의 경력 관리 제도가 마련되어야 함을 의미한다. 이러한 전문적인 간호실무를 위한 효율적인 지원 체계는 간호전달체계를 계획하는데 있어서 효과적이다. 간호관리자는 전문적인 간호실무가 이루어질 수 있는 환경을 만드는 것이 중요하다(Zander, 1985).

간호의 연속성을 어떻게 조작화 하며 확보할 것인가에 대한 논의가 필요하다. Munson과 Clinton (1979), Shukla(1985)는 간호의 연속성을 전체 간호제공자 중 지난 일주일 동안 환자에 대한 간호 계획을 세운 간호제공자의 평균으로 조작화 하여 종단적, 횡단적으로 그 변화 정도를 수량화하였다. 이 접근 방법은 환자에게 제공되는 간호 업무 제공자를 중심으로 한 접근 방법이지만 현재 간호의 연속성이 가장 높다고 판단되는 일차 간호방법에서도 간호 제공자가 24시간 동안 동일한 것은 의미하지는 않는다. 일차 간호방법에서는 일차 간호사에 의해 간호계획이 수립되고 환자 간호를 지속적으로 평가함으로써 환자 간호에 대한 책임(accountability)을 갖게 된다. 본 연구에서는 간호의 연속성을 입원부터 퇴원까지 환자를 중심으로 제공되는 간호 활동을 중심으로 간호제공자가 어떻게 바뀌었으며, 책임(responsibility)의 변화와 전체 입원기간 동안의 환자 간호에 대한 책임(accountability)을 간호사가 어떻게 인지하고 있는지를 중심으로 분석하였다.

그러나 간호 실무 현장에서 간호진단의 활용이 증가되고 critical pathway 와 같은 실무 지침이 활용되면서 간호의 질적 통제의 방법이 다각적으로 강화되는 상황에서 간호의 연속성 확보가 어떻게 보완되어야 하는지에 대한 논의가 필요하다고 본다. 본 연구 대상인 A 기관의 경우 개별화된 간호 진단은 아니지만 간호 업무의 통제를 위한 수단으로서 간호 진단을 활용하고 있으며 현재 개발 중에 있는 간호 진단과 간호 성과와의 전산화 작업이 완성된다면 간호의 연속성 측면을 어떻게 판단할 것인가는 여전히 논의할 가치를 갖고 있다.

간호사간의 동등한 의사소통과 간호사와 타 의료진간의 활발한 교류는 환자 간호의 성과와 이적을 감소시킬 수 있다(McMahon, 1990 재인용)는 점에서 강조되어 왔다. 본 연구에서는 의사소통의 양상이 조직의 계층 구조와 함께 의사결정 권

한에 따라 차이가 나타남이 관찰되었다. 간호전달체계에서 나타나는 의사소통의 양상을 보면 계층적인 조직보다는 팀 간호와 같이 평평한 조직 구조에서 더 수평적이며, 팀 간호방법에서 복잡한 의사소통 양상이 나타난다는 선행연구 (Ayres, Brand & Faules, 1973; MaMahon, 1990)들과 일치하였다. 그러나 간호사와 의료진 간의 의사소통 채널이 확보되지 못하고 단절된 의사소통 양상을 관찰할 수 있었으며 결국 이것은 간호사와 의사간의 협동을 저하시키는 결과를 보여주고 있었다. 간호사와 의료진간의 분리된 의사소통의 결과에 대해 간호사들이 한 간호 단위 내에서 간호사가 접촉해야 하는 의료진의 수가 너무 많고 복잡한 것과 권위적인 의료진의 태도, 현재 수행하는 업무량의 과중으로 적절한 시간을 확보하지 못하고 있다고 제시하였다.

A 기관처럼 타 간호단위에 비해 높은 협동의 정도를 보인 간호단위에서는 의료진과의 단절된 의사소통의 이유를 신뢰감의 부족을 가장 큰 원인으로 제기하였다. 의사소통은 양의 문제가 아닌 질적인 면이 강조되어야 하며 상대방의 역할에 대한 존중과 신뢰감과 함께 이것을 뒷받침할 수 있는 질적이고 표준화된 간호 실무의 마련이 시급함을 설명하였다. 실제 A 기관에서는 간호실무의 표준화 정도가 타 의료기관에 비해 높게 나타났으며 이것은 의사소통과 협동의 측면에서 볼 때 상호 보완적이고 협동적인 관계를 나타내고 있다는 점에서 주목할 필요가 있다. 이것은 본 연구자가 간호전달체계의 특성 중 공식화의 측면을 업무의 유동성과 실무의 표준화 두 가지로 구분하였으며 이것은 협동적 측면에서 중요한 관련 요인이 되고 있었지만 명확히 결론 짓기는 부족하다고 본다.

2. 간호전달체계의 운영에 관한 논의

Shukla(1984)는 직접 간호를 높이기 위해서 어떤 간호전달체계를 선택하는 것보다 이것을 지원할 수 있는 분배 시스템(Distribution)과 의사소통 시스템과 같은 기술적 지원 체계와 간호사의 역량(competency)개발이 효과적일 수 있음을 강조

하였다.

본 연구 대상자에서도 환자의 할당이나 인력 배치 및 구성에 간호 단위의 물리적 환경 및 의료기관 전체의 지원 정도가 크게 작용하고 있었다. A 기관의 경우 부간호사실(substation)의 마련이 직접적인 환자 간호 시간을 증가시켰으며, D 기관의 경우는 동일한 사례 방법을 사용하고 있지만 간호 단위의 물리적 구조로 인하여 선임 간호사의 역할이 달라지고 있었으며, C 기관의 경우에는 새로 도입된 의료 소모품 입력 시스템으로 인하여 선임 간호사의 관리적 행위에 대한 역할 비중이 달라지고 있었다. 이 외에도 간호단위에서 활용하고 있는 간호방법을 충분히 지원할 수 있는 물리적 기반을 갖추는 것이 필요하리라고 보지만 이러한 점을 어떻게 간호전달체계의 성과와 연결시킬 것인지는 아직 명확하지 않다. 이러한 물리적 지원 체계의 적절성에 대해서는 본 연구에서는 접근하지 못하였다는 한계를 갖고 있다.

Shukla(1981)는 간호사의 역량을 측정하는 도구를 이용하여 일차간호와 팀 간호방법을 비교한 연구에서 일차간호방법이 간호의 질을 보장하는 것이 아니라 간호사의 역량이 높은 팀 간호방법이 간호의 질을 높일 수 있다고 주장함으로써 Felton(1975)의 견해에 반대하였다. C 기관의 경우를 보면 기능적 간호방법에서 팀 간호방법으로 전환하면서 가장 어려웠던 점이 간호사의 교육을 통한 역량 개발이었다. 선임 간호사에 의한 지시적 간호 업무의 수행이 아닌 분권화된 간호 구조에서 환자의 건강문제를 판단할 수 있는 의사결정 능력을 갖추기 위해서는 연구대상 기관들은 간호사의 교육에 많은 비중을 할애하고 있었다. A 기관과 같은 경우는 부서에 따라 차이를 두지만 4-6개월 간 신규 간호사를 교육하는 프로그램을 통해 간호사의 역량 개발에 노력하고 있지만 이러한 교육적 시도가 업무 숙달에서 간호사의 능력 개발 및 경력 개발로 지속적으로 이루어지기 위한 노력이 요구된다. 이것을 위해서는 근무 연차가 아닌 해당 부서에 적합한 간호사의 역량을 측정할 수 있어야 한다. 최근 박지은(2001)은 중환자실 간호사를 대상으로 간호역량을 측정할 수 있는 도구를 개발하기도 하였는데 앞으로 간호 실무 현장에 적합한 간호사들의 역량을 측정하고 경력을 관리할 수 있는 제도적 장치가 마련되어야 할 필요가 있다.

간호보조인력에 대한 역할 재정립이 필요하며 각 기관의 물리적, 기술적 수준에 맞게 간호보조인력을 활용할 수 있어야 한다. 특히 의료기관의 전산화와 자동화는 기존의 간호인력이 담당하던 업무를 대신하게 되면서 간호보조인력이 환자 간호의 업무를 보조적으로 지원하는 역할이 증가하면서 업무의 위임에 대한 논의가 필요하다. 염영희 외 (1999)의 연구에서 보면 간호사들이 보조원에게 위임하고 원하는 간접 간호로는 이동, 간호제공자 지원, 환경관리, 검사 시 보조, 방문관리 등으로 지적하였다. 반면 D 기관에서는 직접 간호에 대한 부분이 보조인력에게 수행되고 있으며, A 기관의 경우도 보조인력을 직접간호에 활용하지만 그 적용범위는 간호단위의 수간호사의 재량에 따라 다르다. 보조인력의 적절한 위임의 범위와 한계를 조직의 상황에 맞도록 정할 필요가 있으며 현재 보조인력을 간호업무에 활용하는 곳에서는 간호사들의 적절한 판단 능력 또한 요구된다. 그러나 장기적으로 볼 때에는 보조인력의 활용은 비용절감이라는 전제하에 간호인력의 수를 줄이고 보조인력을 활용하는 측면과 환자의 직접 간호에 참여하는 보조인력을 비용절감의 측면에서 아웃 소싱한다는 점에 대해서도 비용효과적인 면을 고려할 필요가 있다.

동일한 의료기관 내에서도 간호 단위에 따라 간호사와 의사간의 업무 책임과 권한이 명확하게 구별되지 못하고 있는 것이 본 연구에서 관찰되었다. 이것은 현행 의료법상에 간호사가 의료 업무를 보조한다고 하지만 실제 임상 현장에서 의사의 역할을 대체로 수행하거나 중복되는 등 다양한 역할을 수행하고 있는 현실과 일치한다. 특히 전통적인 의료기관에 전산화나 새로운 업무관련 프로그램이 도입되면서 기존 업무의 통합이나 분류에 대한 재고찰 없이 진행되는 업무들은 간호사들의 업무량을 증가시키고 한계와 책임에 대한 혼란을 유발하고 있었다. 예를 들면 C 기관의 경우 전통적으로 혈당 검사는 의사가 해왔기 때문에 현재에도 의사들이 하고 있었지만 업무를 분류하고 있는 필요성에 대해서는 간호사들조차도 명확하게 답을 하지 못한다. 또한 직접적인 동맥혈 채취와 같은 업무들이 동일한 간호단위 내에서도 의사와 간호사의 역할이 실제로는 명확하지 않은 경우도 이런 것에 해당한다고 할 수 있다.

간호단위가 갖고 있는 특성을 요약하고 계량화하는 연구가 필요하다고 본다.

간호전달체계가 간호단위라는 물리적 공간을 중심으로 이루어지는 활동임을 생각해 볼 때 간호단위의 구조적 특성을 파악하는 것은 현재 수행하는 간호전달체계의 특성을 이해하는데 도움이 될 수 있다. Adams 등(1995)은 간호단위의 특성을 수량화하기 위한 WOFS(Word Organizational Feature Scale)라는 도구를 개발함으로써 간호단위의 물리적 환경을 포함하여, 간호실무의 특성, 타 의료인과의 관계, 직무 만족 등을 수량화하는 작업을 시도하였으며 이를 이용하여 간호실무의 특성을 설명하기도 하였다.

또한 간호실무, 간호 단위의 구조적 특성과 함께 간호조직의 문화와 관한 논의가 필요하다. Rizzo와 Gilman, Mersamann (1994)는 간호전달체계의 성과를 촉진시키기 위해서는 간호단위의 문화를 이해하는 것이 중요하다고 하였으며, 김대란(1998)은 동일한 의료기관의 간호단위 내에서도 다른 간호문화가 존재할 수 있음을 보여주고 있는 만큼 해당 간호단위의 문화, 조직의 문화에 따라 간호방법의 효과가 다르게 나타날 수 있겠다. A 기관의 문화에 대한 구체적인 사정 자료를 획득하지는 못했지만 면담 대상자는 ‘참여적 분위기’ ‘나의 의견이 잘 반영된다’ ‘자율적인 분위기’ 라는 표현을 한 반면, B 기관의 경우는 ‘군대같이 보수적인 분위기’ ‘서열과 연차가 너무 많이 존재한다’ ‘내가 말을 해도 내 의견을 받아줄 것 같지 않아 미리 의견을 제시하지 않는다’ 등의 표현을 사용하고 있는 것으로 보아 두 기관의 분위기가 상당히 대조적임을 알 수 있다.

또한 C 기관의 경우처럼 기존의 기능적 방법에서 팀 간호로 변화되면서 간호단위의 분위기가 수직적 관계에서 수평적으로 변화하는 단계에 있음을 파악할 수 있었다. 그러나 이것은 면담자와의 대화를 통해 파악한 사항이므로 객관화된 수량화된 자료는 아니다. 따라서 간호전달체계와 간호 단위 내 문화와 관련된 연구를 통해 두 가지의 관련성을 찾아보는 것도 필요하리라 생각된다.

VI. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 간호전달체계의 특성을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 서울 소재 3차 의료기관 4 곳의 내과, 외과, 중환자실을 대상으로 수간호사 1인과 일반 간호사 2인씩 총 12개 간호단위 36명을 대상으로 개별 면접을 수행하였다. 자료 수집은 연구자가 문헌고찰을 토대로 작성한 면접지와 해당 간호단위의 간호사 직무 기술서, 간호단위 실무 지침서 등을 조사하였다. 면접 내용은 내용분석법을 근거로 구조적, 간호과정적, 인간관계적 특성을 분석하였으며 도출된 결론은 다음과 같다.

1. 구조적 측면에서 보면, 기능적 간호방법은 선임 간호사를 주축으로 권한의 집중화, 상하수직적이고 복잡한 계층구조, 업무의 유동성이 낮아 공식화가 높았다. 팀 간호방법은 팀 간호사를 중심으로 분권화 되고, 수평적이고 복잡성이 낮으며 업무의 유동성이 높아 공식화 정도가 낮은 것으로 나타났다. 사례 방법은 간호 단위의 특성에 따라 변화되며 선임 중심의 집권화된 형태에서는 기능적 방법의 형태를, 담당 간호사 중심의 분권화된 구조에서는 팀 간호방법과 유사한 특성을 보였다. 사례방법은 중환자실의 경우 경력에 따른 업무 분담과 책임 부여로 수직적인 관계를 보이고 있었다.

2. 간호과정적 측면에서 보면 사례 방법에서 간호의 연속성이 가장 낮게 나타났다. 기능적 간호방법은 환자 관리적 측면은 선임 간호사에게 집중되어 있었고, 팀 간호방법에서는 팀 리더의 부재로 팀구성원 모두에게 간호의 책임과 권한이 분할되어져 있었다.

3.인간관계적 측면에서 보면, 기능적 간호방법은 선임 간호사를 중심으로 한 하향식의 단순한 의사소통 양상을 보이는 반면 팀 간호방법에서는 수평화되고 복잡한 양상이 관찰되었다. 의료진과의 협동 정도는 간호전달체계와 상관없이 낮았으나 간호실무의 표준화 정도가 높을수록 협동의 정도도 높게 지각되었다. 사례 방법에서 간호의 책임은 간호단위 간호사 모두에게 할당되므로 간호의 연속성이 가장 저하될 수 있는 방법이었다.

간호전달체계의 선택에 영향을 주는 요인으로는 인력 확보가 가장 많았고 간호실무의 표준화, 간호 단위의 물리적 환경, 간호사의 능력 확대를 위한 교육 여건 마련이 주 요소로 나타났다.

2. 연구의 제한점

(1) 본 연구는 서울 소재 3차 의료기관 4곳을 연구자가 임의 표출하였으므로 연구대상 의료기관의 간호방법이 각 간호전달체계의 특성을 대표적으로 반영하지 못할 수 있는 한계점을 갖고 있다.

(2) 기능적 간호방법의 정의는 문헌과는 차이가 있으며 연구대상 의료기관과 면접자와의 면접을 통해 연구자가 재정의하여 분석하였으므로 조작적 정의에서 다른 연구 결과와 차이가 있을 수 있다.

3. 제 언

본 연구 결과를 기초로 연구자는 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 간호단위의 특성과 조직 문화에 적합한 업무 방법을 개발하는 연구가 필요하다.

둘째, 간호단위 내의 업무 분담에서 확대되어 환자를 중심으로 서비스를 통합하고 재구축 하려는 접근 전략이 필요하다.

셋째, 간호 실무 현장을 중심으로 의료진과의 협동을 증진시킬 수 있는 방안이 필요하다.

참고문헌

- 김경동, 이온죽(1986). 한국사회조사방법론 : 사회연구의 이론과 기법, 서울: 박영사.
- 김선례(2000). 일부 3차 의료기관의 간호전달체계 현황과 일차간호 대한 간호사의 변화 요구. 서울대학교 대학원 석사학위 논문.
- 김정아(1997). 간호사의 보상적합도와 직무몰입, 조직몰입 정도간의 관계 분석. 이화여자대학교 석사학위 논문.
- 김현숙(1990). 일차 간호 접근이 환자 만족도에 미치는 영향에 관한 연구. 연세대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 김희진(1995). 병원조직의 특성과 간호사의 전문직 정체성- S병원과 H병원의 간호 전달체계 비교 연구-. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 구옥희(1996). 임상 간호사의 일차간호에 대한 요구도. 충남대학교 대학원 석사학위 논문.
- 문희자(1987). 간호의 표준. 대한간호, 26(30). 27- 29.
- 박성애(1997). 간호관리학(개정판). 서울 : 현문사.
- 신유근(1999). 신 조직행동론. 서울 : 다산출판사.
- 안영섭(1996). 사회조사방법론 총설, 서울: 법문사.
- 염영희, 김소인, 차보경.(1999). 간접간호중재의 수행 및 위임에 관한 분석, 간호 행정학회지, 5(2). 197-207.
- 장금성(2000). 간호사의 임상경력개발 모형 구축에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 장현숙, 김문실, 김복자, 김정단, 송지호, 윤순녕, 전미수(2001). 간호관리료 등급별 간호인력 평가, 대한 간호, 40(5).
- Adams, A., Bond, S. & Arber, S.(1995). Development and Validation of Scales to Measure Organizational Features of Acute Hospital Wards, International Journal of Nursing Studies, 32(6), 612-627.
- Adams A, Bond S, Hale C.A, (1998). Nursing organizational practice and its

- relationship with other features of ward organization and job satisfaction, Journal of Advanced Nursing, 27(6), 1212-1222.
- Armstrong, D.M. & Stetler, C.B.(1991). Strategic Considerations in Developing a delivery Model. Nursing Economics, 9(2). 112-115.
- Baggs, J.G.(1994). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decision. Journal of Advanced Nursing, 20, 176-182.
- Bowman, G.S., Webster, R.A., & Thompson, D.R.(1991). The Development of a Classification System for Nurse's Work Methods. International Journal of Nursing Study, 28(2). 175-187.
- Betz, M., Dickerson, T., Wyatt, D. (1980). Cost and Quality : primary and team nursing compared. Nursing and Health Care, 1, 150-157.
- Conti, R.M. & Burks J.(1990). The organization of Nursing Care Delivery, In J.A. Dienemann (Eds). Nursing Administration: Strategic Perspectives and application with 21 cases and applications (pp.352-371). Norwalk: Appleton & Lange.
- Elaine, L.C. & Toni, G.C. (1993). Nursing Care Management From Concept to Evaluation, Mosby.
- Felton, G.(1975). Increasing the Quality of Nursing Care by introducing the Concept of Primary Nursing: A Model Project, Nursing Research, 24, Jan-Feb. 27-32.
- Flarey, D.L.(1995). Redesigning Nursing Care Delivery : Transforming our future, Philadelphia : Lippincott.
- Krapohl, G.L., Elaine Larson (1996).The Impact of Unlicensed Assistive Personnel on Nursing Care Delivery, Nursing Economics, 14(2). 99-110.
- McMahon.R. (1990). Power and Collegial Relations among Nurse on Wards Adopting Primary Nursing and Hierarchial Ward Management Structure, Journal of Advanced Nursing, 15, 232-239.
- Mark, B.A.1992). Characteristics of nursing Practice Model. Journal of Nursing

- Administration, 22(11). 57-63.
- Manthey, M.(1980). A Theoretical Framework for Primary Nursing, Journal of Nursing Administration, June-Sep,11-15.
- Manthey, M.(1991). Delivery System and Practice Models: A dynamic balance. Nursing Management, 22(1). 28-30.
- Marriner - Tomey, A. (1996). Guide to Nursing Management and Leadership (5th ed.). St Louis : Mosby.
- Munson, F. & Clinton, J.(1979). Defining Nursing Assignment Pattern, Nursing Research, 28(4).243-249.
- Rizzo, J.A., Gilman, M.P. & Mersamann, C.A.(1994). Facilitating Care Delivery Redesign Using Measures of Unit Culture and Work Characteristics. Journal of Nursing Administration 24(5). 32-37.
- Shukla, R.K.(1981). Structure Vs. People in Primary Nursing. Nursing Research, 30(4). 236-241.
- Shukla, R.K.(1982a). Nursing Care structure and productivity. Hospital and Health Administration, 27(16). 45-58.
- Shukla, R.K.(1982b). Primary or Team nursing ? Two conditions determine the choice, Journal of Nursing Administration, 12(11), 12-17.
- Shukla, R.K.(1983a). Technical and Structure Support System and Nurse Utilization: System Model. Inquiry (2). 381-389.
- Shukla, R.K.(1983b). All-RN model of Nursing Care Delivery : A Cost-Benefit Evaluation. Inquiry, 20(2). 173-184.
- Shukla, R.K.(1985). A Longitudinal Approach for Measuring Integration and Continuity of Nursing Care, Inquiry, 22(4). 426-432.
- Swansburg, R.C. & Swansburg, R.J.(1994). Introductory Management and Leadership for nurses (2nd ed.).Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- Tomas, L.H. & Bond, S.(1990). Towards Defining the organization of Nursing Care in Hospital Wards : an Empirical Study, Journal of Advanced

Nursing, 15, 1106-1112.

Zander, K.(1985). Second Generation of Primary Nursing: A New Agenda,
Journal of Nursing Administration, March, 18-24.

부 록 1. 간호전달체계 자료수집을 위한 면접지

안녕하십니까 ?

저는 연세대학교 대학원에서 간호행정학 석사 과정 중에 있는 강수진입니다.

본 연구는 3차 의료기관에서 수행하는 **간호전달체계의 특성을 분석하기 위한 연구**입니다.

본 연구에서는 귀하의 병동에서 수행하고 있는 간호방법의 내용과 특성을 파악하기 위한 질문으로 구성되어 있습니다.

귀하는 본 면접으로 개인의 의사를 표출하는 어려움이 있으며, 귀하의 귀중한 시간을 할애해야 하는 수고를 감수하셔야 함으로 귀하가 원하신다면 본 면접을 거절할 수 있습니다.

그러나 귀하는 본 면접을 통해 현재 수행하고 있는 간호방법에 대해 생각할 수 있는 계기가 될 수 있으며, 귀하의 면접 내용은 간호 방법의 개선을 위한 기초 자료로 이용될 것입니다. 그러므로 귀하의 성의 있고 솔직한 대답을 부탁드립니다.

또한 귀하의 면접 내용은 무기명으로 처리되고 오직 본인의 연구 목적으로만 사용될 것이며, 귀하의 사적 비밀은 보장될 것입니다.

바쁘신 중에 면접에 응해주신다면 감사드립니다.

2002 년 5월

연세대학교 대학원

강수진 올림

< 부록1 : 수간호사용 >

간호전달체계 분석을 위한 면접 지침서 (수간호사)

기관 명 : _____

해당부서 : _____

병동침상 수 : _____

간호사 수 : _____

총 임상 근무 경력: _____

연 령 : _____

교육정도 : _____

1. 병동의 인력 구성은 어떠합니까 ?

수간호사 ☐ 명

책임 간호사 ☐ 명

일반 간호사 ☐ 명

간호 조무사 ☐ 명 (타 병동 공유 여부 _____)

기타 간호보조인력 ☐ 명 (타 병동 공유 여부 _____)

용원 ☐ 명 (타 병동 공유 여부 _____)

기타 ☐ 명 (역할 _____)

2. 근무 인력 및 환자 분담

근무번	근무 인력 및 환자 분담	비 고
Day	※ 총 근무인력: 명	
Evening	※ 총 근무인력: 명	
Night	※ 총 근무인력: 명	
기타 근무형태 유무	유..... ☐ 구체적으로 설명해 주시기 바랍니다. 무..... ☐	

3. 귀 병원에 책임 간호사나 유사한 역할이 존재합니까 ?
 예 ☐ (하위 질문)
 아니오 ...☐
 - 3.1. 어떻게 운영되고 있습니까 ?
 - 3.2. 책임간호사의 역할을 **환자 간호적 측면**과 **관리적 측면**으로 설명해주십시오.

4. 귀 병동에 간호보조인력이 존재합니까 ?
 예 ☐
 아니오... ☐
 - 4.1. 어떻게 운영되고 있습니까 ?
 - 4.2. 자격과 기준은 무엇입니까 ?
 - 4.3. 구체적인 역할은 무엇입니까 ?
 - 4.4. 보조인력의 관리는 누가 책임지며, 어떤 직무를 중심으로 관리합니까 ?

5. 병동 내 공식적인 조직(위원회 등)이 존재합니까 ?
 예☐ 그러면 어떻게 운영되고 있습니까 ?
 아니오..... ☐

6. 의사나 기타 의료인과의 상호 의사소통을 원활히 하기 위한 의사소통 채널이 있습니까 ?
 예☐ 만약 있다면 어떻게 운영되고 있습니까 ?
 아니오..... ☐ 없다면 타 의료인과의 업무 조정은 어떻게 이루어집니까 ?

7. 수간호사의 업무보고라인과 수간호사가 갖는 업무의 재량권을 설명해주십시오.

8. 업무 표준화 정도를 간호적 측면과 관리적 측면에서 설명해 주십시오.

9. 환자 간호에 있어서 수간호사는 어떤 역할을 해야한다고 생각하십니까?

10. 현재 수행하고 있는 간호 업무의 분담 방법의 강점과 단점은 무엇입니까 ?

간호전달체계 분석을 위한 면담 가이드(일반 간호사)

기관 명 : _____

해당 부서: _____

직 급 : _____

총 임상 근무 경력: _____

연령 : _____

교육정도 : _____

- ☐ 현재 수행하고 있는 간호제공 방법에 대해 설명해 주십시오. .
- ☐ 환자를 할당하며, 조정하는 역할은 누가 합니까 ?
- ☐ 간호사의 환자 간호적 업무와 관리적 업무에 관한 역할 분담은 어떠합니까 ?
- ☐ 근무가 끝나고 났을 때 어떤 내용을 누구에게 어떻게 보고합니까?
환자 간호적 측면과 관리적 측면에서 설명해주십시오.
- ☐ 본인이 환자 간호에 대한 의사결정 정도는 어떠합니까 ?
- ☐ 간호 계획의 책임과 평가는 어떻게 이루어지고 있습니까 ?
- ☐ 해당 병동에서 담당 간호사의 의미에 대해 설명해 주십시오.
- ☐ 병동 관리를 위한 새로운 규칙 설정이나 프로그램 적용에 얼마나 참여합니까?
- ☐ 환자 간호에 있어서 일반 간호사가 수간호사에게 기대하는 역할은 무엇입니까?
- ☐ 환자 간호에 있어서 간호보조인력의 활용 정도를 설명해 주십시오.
- ☐ 환자 간호와 관련된 의사와의 의사소통은 누가 담당합니까 ? 특정한 사람이 정해져 있습니까 ?
- ☐ 환자의 치료 계획에 관한 타 의료인(의사 등)과의 정보 공유의 정도가 어떠합니까 ?

☐ 업무와 관련하여 상급자와 하급자 간에 어느 정도 의논, 대화하는 편입니까?

☐ 현재 수행하고 있는 간호 업무의 분담 방법의 강점과 단점, 개선할 점은 무엇이라고 생각하십니까 ?

ABSTRACT

A Comparative Analysis of Nursing Care Delivery Systems

Kang, Soo Jin

Dept. of Nursing

The Graduate School

Yonsei University

(Directed by Professor Kim, In Sook)

Effective nursing care delivery system increases satisfaction of patient and nurse, and it is an important variable that affects nursing outcomes.

The main purpose of this study was to compare and analyze nursing care delivery systems for developing an effective nursing method. In this dissertation, a descriptive study is used. A subjects consisted of 36 nurses who were randomly selected from medical, surgical and critical care unit of general hospitals located in Seoul. Data were collected from April 8 to May 22, 2002 through a personal interview using a semi-constructed questionnaire developed by the author. The collected data were analyzed using content analysis. After reviewing the literature, the author categorized the collected data into three characteristics : structure, nursing process and human-relation.

The results of this study were as follows:

- 1) There are three different nursing care delivery systems: functional method, team method and case method. There is a difference between literature and current nursing practice. It means that in a nursing unit of functional method, senior nurse checks the doctor's prescription and staff nurse carry it out. Team means if a small group called as team forms to care patients, but in a nursing unit of team method, small group called team forms for caring patients, but there is no part in team leader.
- 2) From a structural point of view functional method is authorized to senior nurse and shown to be more hierarchical and formalization is high. Team method is decentralized to team nurse and shown to be horizontal and formalization is low. Case method is affected in the authority and role of senior nurse. If it is a centralized nursing unit, it presents a form of functional method.
- 3) In a nursing process, the continuity of nursing is increased as high as the centralized control of senior nurse in functional method and the cohesiveness of small team in team method.
- 4) In human-relation, communication between nurse and doctor is disconnected regardless of the nursing care delivery system. The degree of collaboration is investigated as low.
- 5) The main factor that affects the application of the nursing care delivery system is the security of human resource, and another factors are the standardization of nursing care, physical environment of nursing unit and advanced educational program for developing one's ability. It could be an effective complementary method by utilizing the nursing diagnosis or establishing the nursing standard.

In order to select nursing care delivery system, it is necessary to know the characteristics of the present method and construct the resource such as personnel, educational circumstance, support system and the root of communication system, etc.

Key words: Nursing care delivery system, Functional method, Team method,
Case method