

병원 근무 직종별 환자안전문화에

대한 인식 분석

**Analysis of Perception Patient Safety**

**Culture among Hospital Workforce**

연세대학교 간호대학원

간호관리와 교육전공

노 이 나

병원 근무 직종별 환자안전문화에  
대한 인식 분석

**Analysis of Perception Patient Safety  
Culture among Hospital Workforce**

지도 이정렬

이 논문을 석사학위 논문으로 제출함

**2008년 7월 일**

연세대학교 간호대학원

간호관리와 교육전공

노이나

노이나의 석사학위논문을 인준함.

심사위원 \_\_\_\_\_인

심사위원 \_\_\_\_\_인

심사위원 \_\_\_\_\_인

연세대학교 간호대학원

2008년 7월 일

## 감사의 글

지난 2년간의 대학원 생활을 돌이켜 한 편의 논문으로 대신하기엔 아쉬움이 많지만, 연세대 교정에서 배울 수 있는 기쁨을 주신 여러 교수님들께 깊은 감사를 드립니다. 수업 한 시간, 한 시간마다 가질 수 있었던 간호학의 대가이신 교수님들과의 만남은 정말 큰 기쁨이었고 늘 가슴이 설레었습니다.

이 논문이 완성되기까지 저를 도와주시고 지도해 주신 분들께 적은 지면을 빌려 감사의 마음을 전하고자 합니다.

우선 늘 부족했던 저를 지도해 주시느라 고생하신 이정렬 교수님, 이주희 교수님, 박정숙 선생님께 깊은 감사를 드립니다. 논문이라는 것을 어떻게 작성하는지도 모르고, 막막해 하는 저에게 꼼꼼하게 가르쳐 주시고, 임상과 이론을 적절히 접목시키며 연구할 수 있도록 지도해 주신 교수님들께 다시 한 번 감사드립니다.

대학원 수업을 병행하는데 있어 물심양면으로 도움을 주신 강중구 부장님, 조경희 실장님, 박영주 팀장님, 송복희 파트장님, 이상원 선생님, 김선애 선생님, 임옥순 선생님, 송희정 선생님, 최상길 선생님께 깊이 감사드립니다. 대학원 수업이 있는 날이면 허둥지둥 병원 문을 나서는 저에게 선생님들께서 격려해 주시고, 아껴주신 덕분에 열심히 공부할 수 있었고, 이렇게 논문까지 마무리 하게 되었습니다. 같이 공부를 시작하며 마지막까지 같이 이끌어 주시고, 도움을 주신 진은영 선생님께도 감사드립니다. 선생님이 계셔서 2년의 대학원 생활을 무사히 마칠 수 있었습니다.

무엇보다도 믿음으로 저에게 큰 힘이 되어주신 아버지, 어머니, 동생에게도 감사함과 고마움을 전합니다. 항상 내 편이 되어 주시는 형부와 언니에게도 감사드리며, 매번 힘들 때 마다 힘이 되어주고 버팀목이 되어 주었던 예비 신랑에게도 감사와 사랑을 전합니다.

2008년 7월      노이나 올림

# 차 례

감사의 글 .....	iii
차례 .....	iv
표 차례 .....	vi
국문요약.....	vii
<b>I. 서론</b> .....	1
1. 연구의 필요성.....	1
2. 연구의 목적 .....	3
3. 용어의 정의 .....	4
<b>II. 문헌고찰</b> .....	5
1. 환자안전문화 .....	5
2. 환자안전문화에 대한 선행 연구 .....	7
<b>III. 연구방법</b> .....	10
1. 연구설계 .....	10
2. 연구대상 .....	10
3. 연구도구 .....	10
4. 자료수집 기간 및 방법 .....	11
5. 자료 분석 방법 .....	13
6. 연구의 제한점 .....	13
<b>IV. 연구결과</b> .....	13
1. 대상자의 일반적 특성 .....	13
2. 병원종사자들의 환자안전문화에 관한 인식.....	16

3. 병원종사자들의 특성에 따른 환자안전문화에 관한 인식 .....	23
<b>V. 논의</b> .....	40
1. 병원종사자들의 환자안전문화에 관한 인식 비교 .....	40
2. 병원종사자들의 특성에 따른 환자안전문화에 관한 인식 비교 .....	42
<b>VI. 결론 및 제언</b> .....	45
<b>참고문헌</b> .....	49
<b>부록(설문지)</b> .....	52
<b>Abstract</b> .....	59

## 표 차 례

<표1>환자안전문화에 관한 측정 변수 .....	12
<표2>대상자의 일반적 특성 .....	15
<표3>환자안전문화에 대한 긍정적인 응답률 .....	17
<표4>부서 내 환자안전문화에 관한 인식 .....	19
<표5>병원의 환자안전문화에 관한 인식 .....	21
<표6>의료사고 보고체계에 관한 인식 .....	22
<표7>환자안전도 평가 .....	23
<표8>지난 1년간 보고된 사고 횟수 .....	23
<표9>환자안전문화의 하부 차원에 관한 직종별 인식.....	24
<표10>직종별 부서 내의 환자안전문화에 관한 인식 .....	25
<표11>직종별 병원의 환자안전문화에 관한 인식 .....	27
<표12>직종별 의료사고 보고체계에 관한 인식 .....	28
<표13>직종별 지난 1년간 사고보고 횟수 .....	29
<표14>직종별 환자안전도 평가 .....	29
<표15>직위에 따른 환자안전문화의 하부차원에 관한 인식 .....	30
<표16>직위에 따른 부서 내의 환자안전문화에 관한 인식 .....	31
<표17>직위에 따른 병원의 환자안전문화에 관한 인식 .....	32
<표18>직위에 따른 의료사고 보고에 대한 인식 .....	33
<표19>직위별 의료사고 보고 횟수 .....	34
<표20>직위에 따른 환자안전도 평가 .....	34
<표21>환자와의 직접 접촉여부에 따른 환자안전문화 인식.....	35
<표22>환자와 직접 접촉여부에 따른 부서 내 환자안전문화에 관한 인식..	36
<표23>환자와 직접 접촉여부에 따른 병원의 환자안전문화에 관한 인식....	37
<표24>환자와 직접 접촉여부에 따른 의료사고 보고체계에 관한 인식.....	38
<표25>환자와 직접 접촉여부에 따른 의료사고 보고 횟수.....	39
<표26>환자와 직접 접촉여부에 따른 환자안전도에 관한 인식.....	39

## 국문 요약

본 연구의 목적은 첫째 병원에 근무하는 직원들의 환자안전문화에 대한 인식을 파악하고, 둘째 병원에 근무하는 직원들의 특성에 따른 환자안전문화에 대한 인식을 비교하는데 있다. 환자안전문화에 대한 평가 도구는 환자안전에 관련된 병원의 조직과 문화에 대한 의료인들의 인식을 조사하기 위해 미국 보건의료연구 및 질 관리기구(AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality)에서 개발한 Hospital Survey on Patient Safety Culture 설문지를 사용하였다. 경기도 고양시 소재 일개 종합병원에 근무하는 모든 직종(의사, 간호사, 보건직, 행정직)을 대상으로 설문조사를 통해 이루어졌으며 배포된 520부의 설문지 중 403부(77.5%)가 회수되었다.

본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

첫째, 병원에 근무하는 직원들의 환자안전문화에 관한 인식은 사고에 대한 피드백과 의사소통에 대해 60%로 가장 긍정적인 응답률을 보였고, 직속상관의 태도에 대해 58.4%, 부서 내에서의 팀워크에서 57.9%가 팀 내의 협조가 잘된다고 답하였다.

둘째, 직종에 따른 환자안전문화에 관한 인식을 비교하면, 부서 내 환자안전문화에 대한 인식의 차이는 보건직에서 가장 긍정적으로 유의하게 인식하였고, 의료사고 보고체계에 대한 인식은 행정직이 보건직과 간호사보다 높은 평균으로 인식하였으며, 통계적으로 유의하였다.

셋째, 직위에 따른 환자안전문화에 관한 인식의 차이는 부서 내 환자안전문화에 관한 인식에서 관리자가 실무자보다 긍정적으로 유의하게 나타났다( $p < .001$ ). 병원의 환자안전문화에 관한 인식의 차이와 의료사고 보고체계에 대한 인식의 차이는 유의하지 않았다.

넷째, 환자와 직접 접촉 여부에 따른 인식의 차이는 의료사고 보고체계에



관한 인식에서 환자와 직접 접촉하는 대상자의 경우 직접 접촉하지 않은 대상자보다 긍정적으로 인식하고 있음을 알 수 있었다( $p<.01$ ).

결과를 토대로 병원의 환자안전문화를 증진시키기 위해서는 안전 교육의 실시, 적정업무 부담 및 안전관리 시스템의 구축, 부서 내 의사소통의 활성화를 위한 경영진의 노력이 필요할 것으로 판단된다.

---

핵심되는 말 : 환자안전문화, 병원종사자들의 인식

# I. 서론

## 1. 연구의 필요성

환자가 안전한 환경에서 안전한 처치를 받는 것은 환자의 기본적 권리라 할 수 있다. 병원이라는 복잡한 조직 내에서 발생하는 각종 안전사고 즉, 병원에서 일어나는 모든 종류의 에러(error), 실수(mistake), 사고(accident)를 모두 포함(Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ, 2004)하는 이 모든 것들이 발생하게 되면 환자 뿐 아니라 병원에도 의료의 질 저하와 재정적인 손실 등 적지 않은 비용이 발생하게 된다. 병원에서 발생하는 사고에 대해 미국의 보고에 따르면 우리가 일반적으로 인식되는 것보다 훨씬 많은 오류가 발생되고 있으며, 이러한 오류들이 사실상 예방 가능한 것이었음을 보고하고 있다(Pronovost et al., 2003). 세계 최고의 의료기술과 서비스를 자랑하는 미국에서도 98,000명에 이르며 이들 중 58%는 '예방 가능한 오류'로 인한 사망이라는 충격적인 보고가 있었다(Institute of Medicine, 2001). 한국소비자원의 자료에 따르면 병원의 안전관리 소홀로 발생한 사고가 병원에서 일어나는 사고 중 52.7%로 가장 많았고, 의료장비 시설물 관리 소홀에 따른 사고 42.1%, 의약품 관리 소홀에 따른 사고 5.2% 순이었다(한국소비자원, 2006)고 발표하였다. 또한, 의료과외 판례에 의료인이 과실이 인정된 사유를 분석한 결과 '기본적 환자관리상의 과실'이 전체 판례 중 36.2%로 가장 많았다(민혜영, 1997).

이러한 의료오류를 예방하기 위해서는 병원의 환경을 보다 안전하고, 신뢰할 수 있는 병원 문화로의 정착이 필요하다. 최근 의료서비스의 질 향상을 위해 환자안전을 보장하는 것이 중요하고 시급한 과제로 인식되면서 의료오류의 감소에 대한 관심은 서서히 증가하고 있다. 그러나 아직까지 우리나라는 의료오류에 대한 정의가 불분명하고, 측정을 위한 조작적 개념에 대한 합의도 원활히 이루어지지 않아서 환자안전 문화에 대한 논의가 제대로 형성되지 못하고 있다고

해도 과언이 아니다.(김은경, 강민아, 김희정, 2007). 또한 의료오류에 대한 통계 자료 조차 없으며, 이를 파악 할 수 있는 관리체계가 없기 때문에 법적인 의료 분쟁으로 불거진 의료사고 건수만으로 추정하고 있는 실정으로, 환자안전에 대한 환자나 의료인, 나아가 의료기관이나 정부의 체계적인 관심은 아직 일천한 수준이다(강민아, 김정은, 정연이, 김윤과 김석화, 2005; 안경애, 김정은, 강민아와 정연이, 2006). 안전사고와 연루된 개인에게 책임소재를 묻는 것이 아니라, 사고를 예방할 수 있는 시스템적 구축과 환자안전문화를 구축하는 것이 필요하다. 국제 간호학저널에 소개된 김정은(2007) 교수팀의 연구 자료에 의하면 간호사를 대상으로 실수 보고와 환자안전문화에 대한 간호사들의 인식에 대해 발표하였는데, 응답자의 52.4%가 소속 부서에 심각한 환자안전문제가 있다고 했으며, 특히 82.5%는 더 심각한 실수가 발행하지 않는 것은 우연일 뿐이라고 답한 것으로 나타났다. 또, 66.6%는 자신은 환자에게 해가 되는 실수를 항상 보고 한다고 답했으나, 병원에서 환자에게 해가 될 수 있는 실수가 항상 보고된다는 응답은 22.5%에 그쳤다. 이는 의료사고가 발생된 경우 처벌에 대한 우려 없이 환자 안전문제를 자유롭게 이야기 할 수 있는 병원의 환자안전문화 정착이 시급함을 알 수 있다. 환자안전 문화의 접근은 의료오류의 발생 원인을 불완전한 시스템적 문제로 정의함으로써 반복되는 사고의 발생을 허용하는 의료전달체계 자체의 문제점을 찾아내고, 이를 개선하여 의료오류의 발생을 미연에 방지하는 것임을 알 수 있다.(Bates & Gawande, 2000; Cullen et al., 1995; Institute of Medicine, 2001). 다시 말해서 안전 환경을 위한 접근법이 단편적인 구조적 측면의 환경에만 관심을 기울였다면, 환자안전 문화 구축은 기술적 측면뿐 아니라 환자안전을 강조하는 리더십, 시스템적 체계, 의사소통의 중요성, 교육 강화 등 포괄적인 안전조직 문화를 형성하는데 있다(김은경 등, 2007). 이처럼 환자안전 문화 형성의 중요성에 대한 관심이 증가함에 따라 환자안전에 대한 연구가 급증하고 있고(Davies et al., 2000; Koeck, 1998; Pronovost et al., 2003), 몇몇 연구들에서는 표준화된 사건보고시스템 구축이 의료오류, 특히 투약오류 감소에 효과적이었음을 발표하였다(Bates et al., 2003).

우리나라도 최근 의료기관평가의 영향 및 의료오류에 대한 선진국의 관심증

가에 힘입어 일부 의료기관에서 조직구성원들에게 환자안전 문화에 대한 관심을 요구하고 있으나 조직구성원들이 의료오류나 환자안전 문화에 대해 어떤 경험과 인식을 가지고 있는지에 관한 연구는 매우 미비하다(김은경 등, 2007). 우리나라에서 보고된 선행연구에 의하면 단일 직종을 대상으로 환자안전에 대한 인식 조사가 이루어졌는데, 김정은 등(2004)은 미국보건 질 관리기구(AHRQ)의 Hospital survey on patient safety culture 설문지를 사용하여 간호사 대상으로 환자안전에 중점으로 병원 환경과 조직문화에 대한 간호사들의 인식을 조사하였고, 강민아 등(2005)은 의사를 대상으로 환자안전문화와 의료과오 보고에 대한 인식을 조사하였다. 정준(2006)은 간호사를 대상으로 환자안전 활동의 영향요인을 파악하고자 하였다. 환자안전의 향상을 비용절감이나 효율성에 우선하는 중요한 과제로 인식하고 행동하도록 하는 조직문화를 이루기 위해서는 병원에서 근무하는 다양한 직종을 대상으로 환자안전에 대해 어떻게 인식하고 있는지 기초 조사가 필요하다고 하겠다.

따라서, 본 연구에서는 국내 의료기관의 환자안전 문화를 이해하기 위한 기초연구로서 다양한 직종의 병원종사자 의사, 간호사, 보건직(약사, 의료기사, 영양사, 방사선사, 의무기록사), 행정직을 대상으로 의료종사자들이 가지는 환자안전 및 의료오류에 대한 인식과 경험을 다각적으로 이해하고, 안전조직 문화의 현황과 인식을 파악하여 국내 의료기관의 환자 안전문화 정착을 위한 변화전략의 기초 자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 환자안전문화에 대한 병원 종사자들의 인식을 알아봄으로써 환자안전 문화 정착을 위한 기초 자료로 활용하고자 하였다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 병원종사자들의 환자안전문화에 대한 인식을 파악한다.
- 2) 병원종사자들의 특성에 따른 환자안전문화에 대한 인식을 비교한다.

### 3. 용어의 정의

#### 1) 환자안전문화

환자안전문화는 보건의료제공 과정상 발생할 수 있는 환자의 피해를 최소로 하기 위한 공동의 믿음, 가치, 지속적인 탐구를 바탕으로 한 통합된 개별적/조직적 행동패턴이라 한다(Kizer, 1999).

본 연구에서 환자안전문화에 관한 인식은 부서 내 안전문화, 병원 안전문화, 의료과오 보고체계, 의료과오 보고빈도, 환자안전도에 대한 인식을 AHRQ에서 개발한 Hospital survey on patient safety culture 설문 도구(2004)를 사용하여 측정한 값을 의미한다.

#### 2) 병원 근무 직종

병원 근무 직종이라 함은 병원운영을 위해 일하고 있는 종사자들의 직종을 지칭한다.

본 연구에서는 병원 근무 직종은 병원에서 근무하는 직원 중 의사직, 간호직, 보건직, 행정직으로 크게 나누었다. 보건직은 약무직, 의료기사직, 의무기록사, 영양사직을 포함하고, 행정직에는 사무, 기술, 전산, 의공직, 사회복지사를 포함하여 구분하였다(의료기관평가 지침서, 2007).

## II. 문헌고찰

### 1. 환자안전문화(Patient Safety Culture)

미연방 보건복지성(Department of Health and Human Services, HHS)의 보건질관리기구(AHRQ)에서 2004년 발표한 Hospital on Patient Safety Culture의 정의에 따르면 환자안전(Patient Safety)이란 “의료서비스 전달과정 중에 발생한 환자의 부상이나 사고로부터의 예방”을 뜻한다. 또한 조직 내에서의 안전문화(Safety culture)란 “조직의 안전한 관리를 위한 구성원의 헌신과 개인 또는 조직의 능력을 결정짓는 가치, 태도, 지각, 능력, 그리고 행동 양식의 산물이다”라고 정의하고 있고, 긍정적인 안전문화를 가진 조직은 의사소통에 있어 신뢰라는 공통분모를 가지고 있고, 안전의 중요성에 대한 개념과 효능이 검증된 예방 가능한 척도를 공유하는 특징을 가진다고 기술하고 있다(AHRQ, 2004).

안전문화의 구성요소에는 다섯 가지가 있는데, 의료전달 체계에 대한 공동의 믿음과 가치, 환자안전을 고려한 직원의 선발과 훈련, 환자의 상해와 근접오류를 발견하고 분석할 수 있는 조직의 책임, 조직 안팎에서 환자 상해에 관한 열린 대화, 건전한 환경의 구축이 포함된다(Kizer, 1999). 안전 문화의 필수 요건은 복잡한 의료 환경 속에서 오류의 가능성은 항상 존재 하며, 이로 인해 큰 위험이 있을 수 있음을 조직의 지도자와 임상전문가를 포함한 모든 의료기관 구성원들이 공통적으로 인식하는 것이다(제우영, 2007). 이러한 인식을 규칙적으로 엄격하게 강조하는 것이 필요 할 뿐만 아니라 안전한 실무의 기초가 되는 기술과 지식에 대한 조직적 이해와 능력은 한 순간에 얻어지는 것이 아니라 적극적으로 유지해야 한다는 인식이 필수적이다(Aspden et al., 2004/2006). 가능한 한 많은 위해사건과 근접사고의 발견과 더불어 상해와 관련된 사건을 추적하고, 엄격하게 분석할 수 있는 관리구조를 개발하기 위해서는 조직이 책임을 가져야 한다(Aspden et al., 2004/2006). 또한 안전문화의 주요 요소는 올바른 문화를 형성

하는 것이다(Reason & Hobbs, 2003). 만일 학습 환경을 조성하기 위한 데이터를 수집하기 위해서는 직원은 처벌에 대한 두려움 없이 위해 사건과 근접오류를 보고할 수 있어야 한다. 그러나 자주 실수하는 사람에 대한 무조건 면책권(bungler's charter)이라고 불리는 환경, 즉 어떤 경우에도 비난받지 않는 환경은 바람직하지 못하다(정준, 2006). 올바른 문화는 오류를 통한 학습의 필요성과 규율의 필요성 사이에서 균형을 찾는 것이다(Marx, 2001). 이를 위해서 비난할 필요가 없는 것과 비난해야 할 행동을 구분하는 과정이 필요하다(Reason & Hobbs, 2003). 의료서비스 공급자들이 환자안전문화를 올바로 파악하고, 효과적으로 대응해 나갈 수 있는 시스템을 체계적으로 구축해 가는 것이 중요하다. 그러한 점에서 환자안전문화의 구축은 반복적으로 발생하는 환자안전사고 문제에 대해 조직이 안고 있는 문제가 무엇이며 문제의 원인이 무엇인지를 정확히 분석 가능하게 한다는 점에서 매우 중요한 과제(National Health Service; NHS, 2004)이다. 병원 내에 환자안전문화 구축에 따른 효과를 영국 NHS에서는 다음과 같이 일곱 가지로 정리하고 있다(NHS, 2004).

첫째, 환자안전문화의 구축으로 인해 환자안전과 관련된 사항들의 보고와 학습조직이 증가하며, 안전사고 재발의 잠재적인 감소와 환자안전사고에 대한 엄격한 관리가 이루어진다.

둘째, 환자안전에 대한 관심의 증가로 진료과정에서의 에러를 줄이고, 이로 인해 환자에게 육체적으로나 정신적으로 가해지는 상처를 감소시켜 만족도의 향상이라는 긍정적인 결과를 가져올 수 있다.

셋째, 환자안전에 대한 관심의 증가로 인한 의료서비스 조직 내의 안전사고 횟수가 감소되면, 이에 따른 조직 구성원들의 죄책감, 스트레스, 자신감의 결여 그리고 도덕성의 손실과 같은 부분으로부터 발생하는 손실을 줄일 수 있다.

넷째, 진료과정에서의 실수(turnover)나 에러를 줄일 수 있어, 대기시간의 감소 같은 효과를 기대할 수 있다.

다섯째, 진료과정에서의 실수로 인해 발생한 추가 진료와 같은 불필요한 처치를 제거함으로써, 비용면에서의 감소효과를 가져올 수 있다.

여섯째, 환자들로부터 발생하는 불만사항을 감소시킴으로써 각종 자원의 낭비를

줄일 수 있다.

일곱째, 환자안전에 대한 관심의 증가로, 노동일수 손실이나 장애일수의 손실로 인한 사회비용의 발생을 감소시킬 수 있다.

## 2. 환자안전문화에 대한 선행 연구

김정은 등(2004)은 미국 AHRQ에서 개발한 Hospital survey on patient safety culture 설문지를 번안하여 간호사를 대상으로 설문조사를 실시하여 886명의 응답을 얻었다. 조사 결과 병원, 병동, 근무환경 및 의사소통 절차에 대한 평가에서 나이가 많을수록, 만 10년 이상의 경력이, 평간호사사보다 수간호사가 환자안전에 대한 긍정적으로 응답하였다. 같은 도구로 강민아 등(2005)은 의사 135명을 대상으로 환자안전문화와 의료과오 보고에 대한 인식을 조사한 결과 74%가 너무 많은 업무 때문에 위기상황에서 일하고 있으며, 32%는 자신들이 현재 일하고 있는 병동에서 능률을 향상시키기 위해 환자안전이 희생되고 있다고 응답하여 환자안전 문제의 잠재적인 발생 가능성이 높은 것으로 인식하였다. 또한 직원배치에 있어서도 업무량에 비해 의사의 수(72%)와 간호사를 포함한 직원들의 수(53%)가 부족한 것으로 인식하였으며, 63%가 '직원들이 환자안전에 필요한 최적의 근무시간을 초과해서 일하고 있다'고 응답하여 인력부족의 심각성을 나타내었다. 한편, 64.5%의 응답자들이 '많이 해본 처치는 속성으로 처리 한다'고 응답하여 환자안전 문제에 대한 우려를 지적하였다.

제우영(2007)은 환자안전에 관련된 병원의 조직과 문화에 대한 의료인들의 인식을 의사, 간호사, 약사, 의료기사 총 298명을 대상으로 조사한 결과 환자안전 문화의 병원종사자들의 인식은 부서내의 전반적인 안전에 대해 61.4%가 긍정적으로 인식하였고, 부서 내에서의 팀워크 영역이 81.2%로 긍정 응답비율이 가장 높게 나타났다. 과오에 대한 피드백과 의사소통 영역은 73.1%로 사건보고서를 근거로 변화사항을 피드백 받으며, 직원들과 공유함으로써 재발방지를 위해 서로



논의하는데 있어서는 긍정적인 인식을 가지고 있는 반면, 과오에 대한 비처벌적인 영역에 대해서는 22%만이 긍정적으로 응답하여 가장 부정적인 견해를 가지고 있는 것으로 나타났다. 이들은 개인의 실수가 용납되지 않는다고 느끼며, 실수를 했을 때 보고가 두렵고, 개인의 기록에 남을까봐 두려워한다고 응답하여 의료과오에 대해 처벌적인 조직문화로 인식하는 것으로 나타났다. 직원들은 환자안전을 위해 최적의 근무시간을 초과하여 근무하고 있으며, 업무를 수행하기에 충분한 인력이 부족하고, 많은 업무 때문에 위기상황에서 일하고 있어 환자안전문제에 잠재적인 위험성을 드러냈다. 병원 종사자들은 경영진이 환자안전을 개선시키고자 하는 업무분위기는 조성하지만 최우선순위에 두지는 않고 있다고 응답하여 경영진의 환자안전에 대한 관심이 충분하지 않는 것으로 인식하였다.

미국 오하이오 26개 너싱홈에서 근무하는 간호사와 간호보조직원을 대상으로 고용기간, 고용형태, 교대근무에 따른 환자안전에 대한 인식을 조사한 결과 고용형태에 상관없이 직원들이 오류를 보고했을 때 개인을 비난하거나 처벌을 받는 느낌이었다고 보고하였으며, 응답자의 50%만이 실수의 재발을 방지하기 위한 관리방법에 대해 직원들과 논의한다고 보고하였다(Carmel & Kate, 2006). 내과 전공의 254명에게 무기명으로 설문지를 배포하여 전공의들이 겪은 과실의 유형과 과실에 대한 태도를 조사한 결과 114명의 응답자에서 54%가 과실에 대해 전문의와 상의한다고 했으며, 24%가 가족에게 사실을 고백했다고 응답하였다. 과실에 대한 책임을 인정하고 상급자와 대화하는 전공의의 경우 긍정적 교훈을 얻었다고 답변하였으며, 과실의 원인을 과도한 업무에 의한 것이라고 판단하는 전공의의 경우 긍정적 교훈의 답변이 적었으며, 병원이 책임 추궁적인 경우 이후 진료에서 방어적인 태도를 취하는 경향이 있는 것으로 나타났다. 업무감소와 철저한 감독이 과실을 예방하는데 도움을 주는 것으로 조사되었으며, 학습효과를 높이기 위해서는 상급 의료진은 전공의들에게 과실을 인정하도록 지도하고 그들의 과실에 대해서 대화하는 것이 중요하다고 하였다(Wum Folkman, Mcphee, & Lo, 1991).

환자안전에 대한 의료서비스 기관들의 관심은 점차 증가하고 있지만, 결정적인 정보의 부족으로 환자안전사고에 적절하게 대응하지 못하고 있으며, 환자안전문화 구축에 어려움을 겪고 있고(Rosen, 2005), 비난과 부끄럼의 문화(Blame and

Shame culture)로 인해 환자안전문화 구축에 장애가 되고 있다. 이러한 문화는 과오에 대한 지식과 과오로부터 학습할 수 있는 가능성을 차단하게 되므로 의료서비스 조직은 이러한 문화로부터 벗어나야 한다(Nieva & Sorra, 2003). 이는 현재 의료서비스 조직이 환자안전문화를 구축하는 가장 큰 장애 요인으로, 병원에서 의료사고가 발생했을 때, 이를 정확히 파악하여 조직이 가지고 있는 문제를 환자안전시스템의 개선과 추후에 발생하는 각종 사고를 예방할 수 있는 기회로 사용하지 못하고, 문제의 원인이 되는 시스템이나 관련된 조직구성원을 탓하는 문화가 조직 전체를 지배하고 있음을 의미한다(Nieva & Sorra, 2003).

### III. 연구방법

#### 1. 연구설계

본 연구는 병원종사자들의 환자안전문화에 대한 인식을 파악하기 위한 서술적 조사이다.

#### 2. 연구대상

연구대상은 경기도 고양시 소재 일개 종합병원에 근무하는 병원종사자들을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 대상자 선정은 의사, 간호사, 보건직(약사, 영양사, 의료기사, 의무기록사), 행정직(원무, 기획, 총무, 시설, 경리, 사회복지사 등) 직원을 대상으로 하였다.

#### 3. 연구 도구

본 연구의 설문지는 병원종사자들의 환자안전문화에 관한 인식을 조사하기 위해 미국 AHRQ(2004)에서 개발한 Hospital survey of patient safety culture 설문지를 수정하여 사용하였다. 이 설문지는 AHRQ에서 특별한 허가 없이 사용 할 수 있도록 공개 된 도구이며, 본 연구에서는 국내 연구자 김정은 등(2004), 제우영(2007)이 한글로 번안한 것을 수정하여 재구성 하였다.

설문지 구성은 크게 부서 내 환자안전문화에 관한 인식 22문항, 병원 환자안전문화에 관한 인식 11문항, 의료사고 보고에 관한 인식 9문항, 환자안전도에 관한 인식 1문항, 지난 1년간 사고보고 횟수에 대한 1문항으로 총 44문항의 환

자안전문화에 대한 인식조사 문항으로 구분되어 있으며, 응답자의 정보에 대한 일반적인 질문 8문항으로 구성하였다. 이들 설문문항에 대해 실제 분석은 3개의 하위차원의 영역과 12개의 하부영역으로 구분하여 분석하였고, 각각의 하부영역에는 세부 설문 문항이 이루어져 있다<표1>. 설문문항 중 의료사고 보고 횟수에 관한 1문항과 환자안전도에 관한 인식 1문항은 환자안전문화에 대한 하위차원으로는 구분하지 않았다.

본 연구 도구의 설문 문항들의 신뢰도 측정결과 Cronbach's Alpha 값이 .83으로 높은 신뢰수준을 보이고 있고, 12개의 하부영역별 신뢰도 측정결과 .50에서 .86으로 나타났다. 유의수준은 P값이 <.05일 때 통계적으로 유의하다고 보았다.

#### 4. 자료수집 기간 및 절차

본 연구의 조사기간은 2008년 4월 2일부터 4월 19일까지 이루어졌으며, 총 520부를 배포하여 의사 72부, 간호사 176부, 보건직 93부, 행정직 62부로 총 403부가 회수되어 77.5%의 회수율을 보였다. Likert 5점 등간척도를 사용한 자기기입식 설문조사를 통해 이루어졌다.

각 문항에 대한 응답은 Likert 5점 등간척도로 이루어져 있으며, 각 척도의 점수는 1'전혀 그렇지 않다' 2'그렇지 않다' 3'보통이다' 4'그렇다' 5'매우 그렇다'로 최하 1점에서 최고 5점까지의 범위를 갖는다. 각 문항의 점수가 1점으로 갈수록 부정적인 응답, 5점으로 갈수록 긍정적인 응답을 한 것으로 해석한다. 12개의 영역에 대하여 긍정적인 경우는 긍정적 응답비율을, 부정문인 경우는 부정 응답비율에 대한 평균값을 산출하였다. 직위와 직종별, 환자와의 직접 접촉여부에 따른 인식차이의 평균 값 비교 시 부정적인 질문문항은 의미의 일관성을 기하기 위해 역 코딩하여 분석하였다.

<표1> 환자안전문화에 관한 측정 변수

하부차원	하부영역(문항수)	세부항목
부서 내 환자 안전 문화에 관한 인식 (22문항)	안전에 대한 전반적인 인식(4문항)	더 많은 일을 하기 위해 환자안전을 해치는 일은 없음 부서의 절차나 시스템이 과실 예방에 도움이 됨 †심각한 과오가 없는 것은 우연임 †우리부서는 환자안전에 문제가 있음
	조직학습(3문항)	직원들은 환자안전증진을 위해 노력함 과실이 긍정적인 변화를 가져옴 안전개선을 위한 변화 시도 시 효과를 평가함
	부서 내에서의 팀워크 (4문항)	직원들은 서로를 도와줌 많은 업무처리 시 직원들이 함께 팀으로 일함 직원들은 서로를 존중함
	직원배치(4문항)	한 부서가 바빠질 때에는 다른 부서가 협력해서 도와 줄 주어진 업무를 수행하기에 충분한 인력이 있음 †최적의 근무시간을 초과하여 근무함 †필요 인력을 임시직으로 대체함 †너무 많은 업무 때문에 위기 상황에서 일함
	의사소통의 개방성 (3문항)	환자에게 해가되는 경우 자유롭게 의견 개진함 상관의 결정, 행동에 자유롭게 의문을 제기함 †옳지 않은 것에 직원들은 질문하기를 꺼림
	직속상관/관리자의 태도(4문항)	환자안전절차를 따를 때 격려의 말을 함 직원들의 환자안전 개선 제안을 신중히 받아들임 †업무량이 증가 할 때 속성으로 일을 처리하기 원함 †환자안전문제가 지속적으로 발생하여도 그냥 지나침
병원의 환자안전 문화에 관한 인식 (11문항)	병원경영진의 태도 (3문항)	환자안전을 개선하고자 하는 업무분위기 조성 환자안전을 최우선 순위에 둠 †사고발생 후 환자안전에 관심을 가짐
	부서간의 협조체계 (4문항)	같이 일할 때 부서간 협조가 잘 이루어짐 환자에게 최상의 진료를 위해 협조를 잘함 †부서간 협조가 안 됨 †다른 부서에서 파견 온 직원과 일할 때 불쾌함
	부서 간의 환자 전송 (4문항)	†다른 부서로 환자 전송 시 누락되는 부분이 있음 †인수인계시 중요한 환자정보가 누락됨 †부서 사이에 정보교환 시 문제가 발생함 †환자의 입장에서 병원인수인계는 문제가 있음
의료사고 보고 체계에 대한 인식 (9문항)	사고에 대한 비처벌적 대응(3문항)	†실수가 용납되지 않는다고 느낌 실수 했을 때 보고하는 것을 두려워하지 않음 †실수가 개인기록에 남을까봐 두려워 함
	사고에 대한 피드백과 의사소통(3문항)	사건보고서를 근거로 변화사항을 피드백 받음 부서 내 발생한 과실에 대해 직원들에게 알림 사고 재발 방지 방법에 대해 직원 간에 논의함
	사고보고 빈도 (3문항)	환자에게 영향을 미치기 전 발견된 사고 환자에게 해를 끼칠 가능성이 없는 사고 환자에게 해를 끼칠 가능성이 있었으나 해를 주지 않은 사고
	환자안전도 평가(1문항)	부서내의 환자안전도 평가

† 역코딩 문항임

## 5. 자료 분석 방법

본 연구의 수집된 자료는 SPSS 12.0을 이용하여 분석하였다. 분석 기법으로는 표본의 특성을 빈도, 백분율을 산출하였다. 직위에 따른 환자안전문화에 관한 인식과 환자와의 직접접촉여부에 따른 환자안전문화에 대한 인식을 알아보기 위하여 t-test를 실시하였다. 직종에 따른 환자안전문화에 관한 인식을 비교하기 위해 ANOVA를 실시하였고, 집단 간의 차이를 분석하기 위해 Scheffe 사후 검정으로 비교 분석하였다.

## 6. 연구의 제한점

본 연구의 자료수집이 경기도 고양시에 있는 일개 종합병원을 대상으로 이루어졌으므로, 연구의 결과를 일반화시키기에 제한점이 있다.

## IV. 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

설문 조사대상자는 남자가 117명(29%), 여자가 286명(71%)이었고, 연령은 30대가 204명(50.6%)으로 가장 많았고, 20대가 148명(36.7%), 40대 이상이 51명(12.7%)이었다. 직위는 실무자와 관리자로 구분하였으며, 실무자는 인턴, 전공의, 평간호사, 일반 행정직, 일반 보건직(의료기사, 의무기록사, 영양사, 약사)으로 구분하였고, 관리자는 전문의, 수간호사이상, 수석이상의 보건직, 수석이상의 행정직으로 구분하였다. 실무자는 360명(89.3%), 관리자는 43명(10.7%)이었다. 병원의 근무 경력은 5년 이상 10년 미만이 204명(50.6%)으로 가장 많았고, 환자와 접촉하는 군이 320명(79.4%)이었다. 대상자들의 주당 근무시간은 간호사, 보건직, 행정직에서 40시간 ~ 59시간에 집중되어 있었고, 의사의 경우는 100시간 이상이 23명(31.9%), 80시간 ~ 99시간이 20명(27.8%)으로 나타났다<표2>.

<표2> 대상자의 일반적 특성

N=403, 단위:명(%)

항목	의사(n=72)	간호사(n=176)	보건직(n=93)	행정직(n=62)	계
<b>성별</b>					
남	25(34.7)	171(97.2)	62(66.7)	28(45.2)	286(71.0)
여	47(65.3)	5(2.8)	31(33.3)	34(54.8)	117(29.0)
<b>연령</b>					
20대	38(52.8)	67(38.1)	33(35.5)	10(16.1)	148(36.7)
30대	28(38.9)	94(53.4)	50(53.8)	32(51.6)	204(50.6)
40대	4(5.6)	15(8.5)	10(10.8)	19(30.6)	48(11.9)
50대이상	2(2.8)	-	-	1(1.6)	3(0.7)
<b>직위</b>					
실무자*	62(86.1)	165(93.8)	83(89.2)	50(80.6)	360(89.3)
관리자**	10(13.9)	11(6.3)	10(10.8)	12(19.4)	43(10.7)
<b>병원근무경력</b>					
1년미만	25(34.7)	9(5.1)	16(17.2)	6(9.7)	56(13.9)
1년이상 5년미만	42(58.3)	59(33.5)	29(31.2)	13(21.0)	143(35.5)
5년이상 10년미만	5(6.9)	108(61.4)	48(51.6)	43(69.4)	204(50.6)
<b>현부서근무경력</b>					
1년미만	35(48.6)	25(14.2)	17(18.3)	10(16.1)	87(21.6)
1년이상 5년미만	33(45.8)	103(58.5)	31(33.3)	30(48.4)	197(48.9)
5년이상 10년미만	4(5.6)	48(27.3)	45(48.4)	22(35.5)	119(29.5)
<b>주당근무시간</b>					
40시간~59시간	16(22.2)	170(96.6)	90(96.8)	59(95.2)	335(83.1)
60시간~79시간	13(18.1)	5(2.8)	3(3.2)	3(4.8)	24(6.0)
80시간~99시간	20(27.8)	1(0.6)	-	-	21(5.2)
100시간이상	23(31.9)	-	-	-	23(5.7)
<b>환자와 직접접촉</b>					
접촉함	68(94.4)	164(93.2)	73(78.5)	15(24.2)	320(79.4)
접촉하지않음	4(5.6)	12(6.8)	20(21.5)	47(75.8)	83(20.6)
<b>근무부서</b>					
내과계	25(34.7)	24(13.6)	4(4.3)	-	53(13.2)
외과계	17(23.6)	35(19.9)	5(5.4)	-	57(14.1)
산소아과	5(6.9)	15(8.5)	-	-	20(5.0)
특수계 <sup>1)</sup>	3(4.2)	62(35.2)	-	-	65(16.1)
기타임상과 <sup>2)</sup>	13(18.1)	16(9.1)	55(59.1)	2(3.2)	86(21.3)
검사/치료실 <sup>3)</sup>	-	1(0.6)	3(3.2)	-	4(1.0)
약국	-	-	5(5.4)	-	5(1.2)
행정부서	-	1(0.6)	1(1.1)	55(88.7)	57(14.1)
기타 <sup>4)</sup>	9(12.5)	22(12.5)	20(21.5)	5(8.1)	56(13.9)

\* 실무자: 인턴, 전공의, 평간호사, 일반 보건직(의료기사, 영양사, 의무기록사, 약사 등), 일반 행정직

\*\* 관리자 : 전문의, 수간호사이상, 수석이상 기사, 수석이상 보건직, 수석이상 행정직

1)특수계 : 응급실, 마취과, 중환자실, 회복실, 수술실

2)기타임상과 : 신경과, 정신과, 재활의학과, 영상의학과, 진단검사의학과, 병리과

3)검사/치료실: 핵의학검사실, 중앙검사실, 재활치료실, 방사선치료실

4)기타 : 부서명 없음.



## 2. 병원 종사자들의 환자안전문화에 관한 인식

환자안전문화의 12개의 하부영역에 대한 병원 종사자들의 인식은 <표3>와 같다. 각 하부영역의 비율은 각 영역에 긍정적으로 응답한 사람의 평균값이다.

긍정적인 응답자 수는 긍정의 질문은 '매우 그렇다, 그렇다' 또는 '항상 보고된다. 대부분 보고된다'에 응답한 대상자를, 부정의 질문은 '매우 그렇지 않다. 그렇지 않다'에 응답한 대상자 수를 합한 값이다. 환자안전도에 관한 인식에 대해서는 '아주 좋은 편이다' 또는 '좋은 편이다'에 응답한 대상자 수를 합한 값이다. 세부 설문 문항에서 부정문항에 대해서 설문의 일관성을 위하여 역 코딩 하였고, 각 하부영역에 대한 평균값은 각각의 세부 설문문항들의 그룹 평균값이다.

사고에 대한 피드백과 의사소통에 대해 60%로 가장 긍정적인 응답을 하였고, 직속상관/관리자의 태도에 대해 58.4%, 부서 내에서의 팀워크가 57.9% 순으로 긍정적인 평가를 하였다. 사고에 대한 비처별적인 대응에 대해서는 25.3%가, 인력배치에 대해서는 25.8%만이 긍정적으로 응답하였다. 병원의 환자안전 문화에 대한 병원경영진의 태도에 대해서는 37%가 긍정적으로 응답하였고, 부서간의 협조체계에 대해서도 36.2%가 긍정적으로 답하였다. 부서 내의 환자안전문화에 관한 전반적인 인식에 대해 56.7%가 긍정적으로 답하였다. 의료사고 보고에 있어서는 46.6%가 '대부분 보고된다' 또는 '항상 보고된다'에 응답하였다. 부서내의 환자안전도에 대한 평가는 44.7%가 '좋은 편이다' 또는 '아주 좋은 편이다'라고 응답하였다.

<표3> 환자안전문화에 대한 긍정적인 응답률

N=403

하부차원	하부영역	%	Mean±SD
부서 내 환자안전문화에 관한 인식	안전에 대한 전반적인 인식(4문항)	56.8	3.51±.504
	조직학습(3문항)	46.6	3.37±.541
	부서 내에서의 팀워크(4문항)	57.9	3.51±.474
	직원배치(4문항)	25.9	2.91±.464
	의사소통의 개방성(3문항)	39.9	3.24±.622
	직속상관/관리자의 태도(4문항)	58.4	3.56±.570
	병원경영진의 태도(3문항)	37.0	3.19±.587
병원의 환자안전문화에 관한 인식	부서간의 협조체계(4문항)	35.2	3.18±.457
	부서 간의 환자 전송(4문항)	33.6	3.15±.529
의료사고 보고 체계에 관한 인식	사고에 대한 비처벌적 대응(3문항)	25.3	2.91±.469
	사고에 대한 피드백과 의사소통(3문항)	60.0	3.57±.545
	의료사고 보고 빈도(3문항)	56.2	3.52±.768
	환자안전도 평가(1문항)	44.7	3.44±.629

\* 각 문항의 응답 중 긍정적으로 응답한 사람의 비율로서, 긍정 응답비율은 긍정문항의 경우 '매우 그렇다, 그렇다. '항상 보고된다, 대부분 보고된다'에 응답한 대상자 수와 부정문항은 '매우/전혀 그렇지 않다, 그렇지 않다'에, 환자안전도 평가 문항은 '아주 좋은 편이다, 좋은 편이다'에 응답한 대상자 수를 합한 값이다.

### 1) 부서 내 안전문화에 관한 인식

환자안전문화에 대한 인식 중에서 부서 내 안전문화에 대한 전반적인 인식은 <표4>와 같다.

안전에 대한 전반적인 대상자의 인식은 59.1%가 '더 많은 일을 하기 위해 환자안전을 해치는 일은 없다'고 응답하였으며, 37.5%가 '부서의 절차나 시스템이 과실 예방에 도움이 된다'고 응답하였다. 69.5%의 대상자가 부서 내에 '심각한 과오가 없는 것은 우연'인 것으로 인식하였고, '부서 내 환자안전에 문제가 있다'고

응답한 대상자는 60.8%로 안전에 대한 인식이 부정적으로 나타났다.

조직학습영역은 68.2%에서 '환자안전 증진을 위해 적극적으로 노력하고 있다'고 하였으며, 38.7%가 '환자안전 개선을 위한 변화를 시도 할 때 그 효과를 평가한다'고 응답하였다. '과실을 통해 긍정적인 변화를 가져올 수 있다'라고 응답한 대상자는 32.8%이었다.

부서 내에서의 팀워크 영역에서는 '직원들은 서로를 도와준다'는 항목에 83.6%로 긍정적으로 응답하였고, '많은 업무를 처리 할 때 직원들이 함께 팀으로 일한다'와 '부서 내에서 직원들은 서로를 존중한다'고 응답한 대상자는 각각 68.0%이었다. '한 부서가 바빠질 때에 다른 부서가 협력해서 도와준다'라는 항목에서는 11.9%만이 긍정적인 응답비율을 보였다. 직원배치 영역은 15.8%가 '최적의 근무시간을 초과하여 근무 한다'라고 응답하였으며, 48.6%에서 '필요 인력을 임시적으로 대체 한다'고 답하였다. '주어진 업무를 수행하기에 충분한 인력이 있다'고 응답한 대상자는 18.4%에 불과했다. 또한, 20.3%에서 너무 많은 업무 때문에 위기 상황에서 일을 하고 있다고 답하였다.

직원들 간의 의사소통의 개방성에 대해서 46.2%가 환자에게 해가 되는 경우 자유롭게 의견을 개진한다고 응답하였고, 31.3%에서 상관의 결정이나 행동에 자유롭게 의문을 제기 한다고 답하였다.

직속상관의 환자안전에 관한 태도에 대해 대상자들은 61.5%에서 상관이 '직원들의 환자안전 개선 제안을 신중히 받아들인다'라고 응답한 반면, 50.4%에서 '업무량이 증가 할 때 속성으로 일을 처리하기 원한다'고 답하였다. 44.2%는 '환자안전 절차를 따를 때 격려의 말을 한다'라고 응답하였다.

<표4> 부서 내 환자안전문화에 관한 인식

N=403

항목	명	% *	Mean±SD
<b>안전에 대한 전반적인 인식</b>			
더 많은 일을 하기 위해 환자안전을 해치는 일은 없음	238	59.1	3.55±.813
부서의 절차나 시스템이 과실 예방에 도움이 됨	151	37.5	3.29±.686
심각한 과오가 없는 것은 우연임 <sup>†</sup>	280	69.5	3.60±.904
우리부서는 환자안전에 문제가 있음 <sup>†</sup>	245	60.8	3.59±.769
소계	914	56.8	3.51±.504
<b>조직학습</b>			
직원들은 환자안전증진을 위해 노력함	275	68.2	3.77±.688
과실이 긍정적인 변화를 가져옴	156	38.7	3.23±.814
안전개선을 위한 변화 시도 시 효과를 평가함	132	32.8	3.13±.747
소계	563	46.6	3.37±.541
<b>부서 내에서의 팀워크</b>			
직원들은 서로를 도와줌	337	83.6	4.00±.652
많은 업무처리 시 직원들이 함께 팀으로 일함	274	68.0	3.71±.701
직원들은 서로를 존중함	274	68.0	3.74±.662
한 팀이 바빠질 때에는 다른 팀이 협력해서 도와 줌	48	11.9	2.62±.800
소계	933	57.9	3.51±.474
<b>직원 배치</b>			
주어진 업무를 수행하기에 충분한 인력이 있음	74	18.4	2.69±.861
최적의 근무시간을 초과하여 근무함 <sup>†</sup>	64	15.8	2.65±.1005
필요 인력을 임시직으로 대체함 <sup>†</sup>	196	48.6	3.40±.983
너무 많은 업무 때문에 위기 상황에서 일함 <sup>†</sup>	83	20.3	2.91±.777
소계	417	25.9	2.91±.464
<b>의사소통의 개방성</b>			
환자에게 해가되는 경우 자유롭게 의견 개진함	186	46.2	3.38±.704
상관의 결정, 행동에 자유롭게 의문을 제기함	126	31.3	3.08±.771
옳지 않은 것에 직원들은 질문하기를 꺼림 <sup>†</sup>	170	42.2	3.26±.833
소계	482	39.9	3.24±.622
<b>직속상관/ 관리자의 태도</b>			
환자안전절차를 따를 때 격려의 말을 함	178	44.2	3.33±.774
직원들의 환자안전 개선 제안을 신중히 받아들임	248	61.5	3.60±.700
업무량이 증가 할 때 속성으로 일을 처리하기 원함 <sup>†</sup>	203	50.4	3.38±.859
환자안전문제가 지속적으로 발생하여도 그냥 지나침 <sup>†</sup>	313	77.6	3.93±.766
소계	942	58.4	3.56±.570

\* '매우 그렇다 또는 그렇다'로 응답한 사람의 비율, † 역코딩 문항

## 2) 병원의 환자안전문화에 관한 인식

병원의 환자안전문화에 관한 인식 세부 항목은<표 5>와 같다.

환자안전에 대한 병원 경영진의 태도에 대해 대상자의 44.2%가 '병원경영진은 환자안전을 개선하고자 하는 업무분위기를 조성한다'라고 응답하였고, '병원경영진은 환자안전을 최우선 순위에 둔다'고 답한 대상자는 36.0%였다. 한편 26.3%에서 '의료사고가 발생 된 후에야 환자안전에 관심을 갖는다'라고 답하였다.

부서간의 협조체계 영역은 39.5%에서 '같이 일할 때 부서간의 협조가 잘 이루어진다'라고 답하였고, 33%에서 '환자에게 최상의 진료를 위해 서로 협조를 잘한다'라고 답하였다. 반면 36.2%에서는 '부서 간에 협조가 잘 되지 않는다'라고 응답하였고, 32.3%에서 '다른 부서에서 파견 온 직원과 일할 때 불쾌하다'라고 답하였다.

부서간의 환자전송에 있어서는 '문제가 있다'고 인식하는 대상자는 평균 31.7%로 나타났으며, 46.4%에서 '인수인계시 중요한 환자정보가 누락된다'고 인식한 것으로 나타났다.

<표5> 병원의 환자안전문화에 관한 인식

N=403

항목	명	% *	Mean±SD
<b>병원경영진의 태도</b>			
환자안전을 개선하고자 하는 업무분위기 조성	178	44.2	3.34±.723
환자안전을 최우선 순위에 둠	145	36.0	3.19±.781
사고발생 후 환자안전에 관심을 가짐 <sup>†</sup>	124	30.7	3.03±.822
소계	447	37.0	3.19±.587
<b>부서간의 협조체계</b>			
같이 일할 때 부서간 협조가 잘 이루어짐	159	39.5	3.30±.684
환자에게 최상의 진료를 위해 협조를 잘함	133	33.0	3.21±.674
부서간 협조가 안 됨 <sup>†</sup>	146	36.2	3.16±.787
다른 부서에서 파견 온 직원과 일할 때 불쾌함 <sup>†</sup>	130	32.3	3.04±.881
소계	568	35.2	3.08±.330
<b>부서간의 환자 전송</b>			
다른 부서로 환자 전송 시 누락되는 부분이 있음 <sup>†</sup>	128	31.7	3.13±.742
인수인계시 중요한 환자정보가 누락됨 <sup>†</sup>	187	46.4	3.36±.708
부서 사이에 정보교환 시 문제가 발생함 <sup>†</sup>	94	23.3	3.00±.721
환자의 입장에서 병원인수인계는 문제가 있음 <sup>†</sup>	132	32.8	3.10±.812
소계	541	33.6	3.15±.529

\* '매우 그렇다 또는 그렇다'로 응답한 사람의 비율, † 역코딩문항

### 3) 의료사고 보고 체계에 관한 인식

의료사고 보고체계에 관한 인식의 세부 항목은 <표6>과 같다. 사고에 대한 비처벌적 대응 영역에 대해서 20.1%에서 '실수가 용납되지 않는다'고 인식하고 있었으며, 20.1%에서 실수가 개인기록에 남을까봐 두려워하고 있음을 알 수 있었다. 또한, 36.0%만이 '실수 했을 때 보고하는 것을 두려워하지 않는다'고 답하였다. 사고에 대해 피드백과 의사소통 영역에서 '부서 내에서 발생한 과실에 대해 직원들에게 알린다'라고 답한 대상자는 63.8%였으며, '사건보고서를 근거로 변화 사항을 피드백을 받는다'고 인식하는 대상자는 57.1%였다. 59.1%에서 사고 재발 방지를 위한 방법에 대해 직원들 간에 논의한다고 답하였다. 의료사고 보고에 관한 인식은 '실수가 있었으나 환자에게 영향을 미치지 전에 발견된 사고'는 대상자의

60%에서 '대부분 또는 항상 보고된다'고 답하였으며, '실수가 환자에게 영향을 끼칠 가능성이 없는 사고'는 50.6%가 보고된다고 답하였고, '환자에게 해를 끼칠 가능성이 있었으나 해를 주지 않은 사고'는 57.6%가 보고되는 것으로 응답하였다.

<표6> 의료사고 보고체계에 관한 인식

N=403

항목	명	% *	Mean±SD
<b>사고에 대한 비처벌적 대응</b>			
실수가 용납되지 않는다고 느낌 <sup>†</sup>	81	20.1	2.71±.851
실수 했을 때 보고하는 것을 두려워하지 않음	145	36.0	3.19±.818
실수가 개인기록에 남을까봐 두려워 함 <sup>†</sup>	81	20.1	2.83±.849
소계	307	25.4	2.91±.469
<b>사고에 대한 피드백과 의사소통</b>			
사건보고서를 근거로 변화사항을 피드백 받음	230	57.1	3.53±.695
부서 내 발생한 과실에 대해 직원들에게 알림	257	63.8	3.63±.736
사고 재발 방지 방법에 대해 직원 간에 논의함	238	59.1	3.56±.683
소계	725	60.0	3.57±.545
<b>의료사고 보고 빈도</b>			
환자에게 영향을 미치지 전 발견된 사고	243	60.3	3.60±.833
환자에게 해를 끼칠 가능성이 없는 사고	204	50.6	3.40±.865
환자에게 해를 끼칠 가능성이 있었으나 해를 주지 않은 사고	232	57.6	3.56±.905
소계	679	56.2	3.52±.768

\* '매우 그렇다 또는 그렇다'로 응답한 사람의 비율, † 역코딩 문항

#### 4) 환자안전도에 관한 평가

환자안전도에 관한 평가는 대상자의 약 45%정도가 '아주 좋은 편이다' 혹은 '좋은 편이다'라고 응답하였다<표7>.

<표7> 환자안전도 평가

N=403

내용	명	% *	Mean±SD
환자안전도평가	180	44.6	3.44±.629

\* '아주 좋은 편이다' 혹은 '좋은 편이다'에 응답한 사람의 비율

### 5) 보고된 사고 횟수

지난 1년 동안 보고된 사고 횟수는 <표8>와 같다. 사고보고 된 횟수가 '1~5회' 보고한 응답한 대상자가 181명(50.9%)으로 가장 많았다. 2명(0.5%)의 응답자는 '21회 이상 보고했다'고 응답하였다.

<표8> 지난 1년간 보고된 사고 횟수

N=403, 단위:명(%)

내용	없다	1~5회	6~10회	11~20회	21회이상	Mean±SD
의료사고 보고 횟수	181(44.9)	204(50.9)	5(1.2)	11(2.7)	2(0.5)	1.83±.972

\* 각 응답 범주에 해당하는 사람의 비율

## 3. 특성에 따른 환자안전문화 인식 비교

### 1) 직종별 환자안전문화에 관한 인식 비교

#### (1) 환자안전문화의 하부 차원에 관한 직종별 인식

대상자의 환자안전문화의 하부 차원에 관한 직종별 인식은 <표9>과 같다. 환자안전문화의 하부차원에 대한 직종별 인식은 전반적으로 행정직이 의사와 간호사, 보건직 보다 평균이 유의하게 낮았다(p<.001). 환자안전문화에



대한 하부차원에 있어서 부서내 안전문화에 대한 행정직의 인식은 의사와 간호사, 보건직에 비해 평균이 유의하게 낮았고, 의료사고 보고체계에 대한 인식도 행정직이 간호사와 보건직에 비해 평균이 유의하게 낮았다. 의료사고 보고체계에 대한 인식에서 보건직은 의사와 간호사의 평균보다 유의하게 높게 나타났다. 의료사고 보고는 행정직이 의사와 간호사, 보건직에 비해 평균이 유의하게 낮았다.

<표9> 환자안전문화의 하부 차원에 관한 직종별 인식

N=403

하부 차원	의사 (n=72)	간호사 (n=176)	보건직 (n=93)	행정직 (n=62)	F	p
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
부서 내 환자안전문화에 관한 인식	3.31±.357	3.38±.308	3.38±.351	3.26±.380	2.681	.047*
병원의 환자안전문화에 관한인식	3.13±.477	3.16±.371	3.23±.393	3.15±.463	.978	.403
의료사고 보고체계에 대한 인식	3.23±.404 <sup>a</sup>	3.42±.365 <sup>ab</sup>	3.36±.338 <sup>b</sup>	3.17±.397 <sup>b</sup>	9.443	.000***
계	3.24±.344 <sup>a</sup>	3.32±.309 <sup>ac</sup>	3.35±.309 <sup>c</sup>	3.19±.333 <sup>c</sup>	7.381	.000**

주 : a,b,c : grouping by scheffe test에서 각 변인에 표시된 기호는 두 집단 간에 차이가 유의함을 의미함(p.<05).

## (2) 직종별 부서 내 환자안전문화에 관한 인식

직종별 부서 내 환자안전문화의 하부영역에 관한 인식은 <표10>과 같다. 환자안전문화의 하부영역에 관한 직종별 인식을 비교한 결과 전반적인 인식에 있어서 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났고, 조직학습 영역에 대해서도 전반적인 인식은 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

부서 내에서의 팀워크에 대해서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 직원 배치에 대해 직종별 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 간호사와 보건직종에 있어서는 필요인력에 대해 임시직으로 대체하고 있으며, 업무를 수행하기에 인력이 충분하지 못하다고 인식하고 있는 것으로 나타났다. 의사소통의 개방성에서 간호사는 행정직에 비해 상관의 결정이나 행동에 자유롭게 의문을 제기하고 있다고 인식하고

있으며, 행정직은 상대적으로 낮게 나타났다. 직속상관의 태도 영역에 대해 전반적인 인식은 행정직이 의사와 간호사, 보건직에 비해 평균이 유의하게 낮았다 ( $p<.001$ ). 행정직에서 상사의 태도가 업무량이 증가할 때 속성으로 일을 처리하기 원한다고 느끼고 있었으며, 간호사의 경우 환자안전문제가 지속적으로 발생하여도 그냥 지나친다고 인식하고 있었다.

<표10> 직종별 부서 내의 환자안전문화에 관한 인식

N=403

하부 영역	의사 (n=72) Mean±SD	간호사 (n=176) Mean±SD	보건직 (n=93) Mean±SD	행정직 (n=62) Mean±SD	F	p
<b>안전에 대한 전반적인 인식</b>						
더 많은 일을 하기 위해 환자안전 을 해치는 일은 없음	3.44±.803	3.59±.817	3.58±.742	3.50±.919	.631	.595
부서의 절차나 시스템이 과실 예 방에 도움이 됨	3.29±.721	3.31±.630	3.27±.694	3.27±.793	.075	.973
심각한 과오가 없는 것은 우연임 <sup>†</sup>	3.51±.769	3.60±.963	3.70±.906	3.58±.879	.596	.618
우리부서는 환자안전에 문제가 있음 <sup>†</sup>	3.42±.727	3.55±.747	3.74±.706	3.66±.922	2.837	.038*
소계	3.42±.514	3.51±.485	3.57±.523	3.50±.509	1.301	.274
<b>조직학습</b>						
직원들은 환자안전증진을 위해 노력함	3.56±.710*	3.81±.665	3.92±.612*	3.66±.767	4.713	.003**
과실이 긍정적인 변화를 가져옴	3.36±.793	3.21±.818	3.19±.770	3.16±.891	.862	.461
안전개선을 위한 변화 시도 시 효과를 평가함	3.08±.746	3.17±.680	3.14±.746	3.03±.923	.620	.603
소계	3.33±.589	3.40±.514	3.42±.494	3.28±.621	1.007	.389
<b>부서 내에서의 팀워크</b>						
직원들은 서로를 도와줌	4.04±.659	4.00±.693	4.08±.536	3.82±.671	2.075	.103
많은 업무처리 시 직원들이 함께 팀으로 일함	3.78±.697	3.68±.687	3.75±.670	3.65±.791	.649	.584
직원들은 서로를 존중함	3.78±.736	3.69±.675	3.77±.628	3.77±.584	.581	.628
한 팀이 바빠질 때에는 다른 팀이 협력해서 도와 줌	2.81±.816	2.58±.810	2.68±.768	2.42±.759	2.943	.033*
소계	3.60±.501	3.49±.503	3.57±.416	3.42±.420	2.361	.071

<b>직원 배치</b>						
주어진 업무를 수행하기에 충분한 인력이 있음	294±767 <sup>a</sup>	245±777 <sup>ac</sup>	280±904 <sup>b</sup>	294±958 <sup>c</sup>	9.404	.000***
최적의 근무시간을 초과하여 근무함 †	274±1126	248±1014	284±912	271±912	3.002	.030**
필요 인력을 임시직으로 대체함 †	3.32±885	3.59±987 <sup>b</sup>	3.23±957 <sup>b</sup>	3.21±1042	4.219	.006**
너무 많은 업무 때문에 위기 상황에서 일함 †	2.82±861	2.82±718 <sup>b</sup>	3.12±764 <sup>b</sup>	2.97±809	3.552	.015*
소계	2.95±477	2.84±444	2.99±462	2.96±484	3.023	.030*
<b>의사소통의 개방성</b>						
환자에게 해가되는 경우 자유롭게 의견 개진함	3.28±773	3.45±691	3.44±667	3.23±688	2.313	.076
상관의 결정, 행동에 자유롭게 의문을 제기함	2.99±796	3.24±701 <sup>b</sup>	3.03±773	2.84±853 <sup>b</sup>	5.128	.002**
옳지 않은 것에 직원들은 질문하기를 꺼림 †	3.31±799	3.40±763 <sup>c</sup>	3.10±885 <sup>b</sup>	3.03±905 <sup>c</sup>	4.666	.003**
소계	3.19±597	3.36±580 <sup>b</sup>	3.19±636	3.03±682 <sup>b</sup>	5.130	.002**
<b>직속상관/ 관리자의 태도</b>						
환자안전절차를 따를 때 격려의 말을 함	3.33±872	3.39±693	3.29±788	3.21±852	.957	.413
직원들의 환자안전 개선 제안을 신중히 받아들임	3.56±748	3.72±613 <sup>b</sup>	3.59±679	3.32±825 <sup>b</sup>	5.109	.002**
업무량이 증가 할 때 속성으로 일을 처리하기 원함 †	3.00±888 <sup>a</sup>	3.65±733 <sup>ac</sup>	3.29±774 <sup>b</sup>	3.18±897 <sup>c</sup>	12.938	.000***
환자안전문제가 지속적으로 발생하여도 그냥 지나침 †	3.68±747 <sup>a</sup>	4.07±764 <sup>ac</sup>	4.01±637 <sup>ac</sup>	3.66±809 <sup>c</sup>	7.887	.000***
소계	3.39±608 <sup>a</sup>	3.71±498 <sup>ab</sup>	3.55±509	3.34±682 <sup>b</sup>	9.588	.000***

주 : a,b,c : grouping by scheffe test에서 각 변인에 표시된 기호는 두 집단 간에 차이가 유의함을 의미함(p.<05).

† 역코딩 문항

### (3) 직종별 병원의 환자안전문화에 관한 인식

직종별 병원의 환자안전문화에 관한 하부영역의 인식은 <표11>과 같다. 병원 경영진의 태도에 대한 인식의 하부영역에서 간호사의 경우 '병원경영진이 사고 발생 후에 환자안전에 관심을 갖는다'고 인식하고 있었으며, '병원경영진이 환자안전을 최우선으로 두고 있지 않다'고 인식하고 있었다. 이는 다른 직종보다

높은 평균 이었고, 이는 통계적으로 유의한 차이는 없었다( $p>.05$ ). 부서간의 협조체계에 대한 인식에서 간호사와 행정직에서 '부서간의 협조가 잘 되지 않는다'고 인식하고 있었으며, 이는 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p<.01$ ). 부서간의 환자전송에 있어서 다른 부서로 환자를 보낼 때 누락되는 부분이 있거나, 인수인계시 환자의 정보가 누락되고 있다고 인식하고 있었으며, 간호사와 보건직간의 두 집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p<.05$ ).

<표11> 직종별 병원의 환자안전문화에 관한 인식

N=403						
하부영역	의사 (n=72) Mean±SD	간호사 (n=176) Mean±SD	보건직 (n=93) Mean±SD	행정직 (n=62) Mean±SD	F	p
<b>병원경영진의 태도</b>						
환자안전을 개선하고자 하는 업무분위기 조성	3.32±.784	3.32±.694	3.34±.715	3.40±.757	.229	.876
환자안전을 최우선 순위에 둠	3.06±.803	3.20±.756	3.22±.792	3.31±.801	1.211	.305
사고 발생 후 환자안전에 관심을 가짐 †	3.07±.861	2.97±.820	3.06±.763	3.15±.865	.867	.458
소계	3.15±.671	3.16±.537	3.21±.581	3.28±.630	.833	.476
<b>부서간의 협조체계</b>						
같이 일할 때 부서간 협조가 잘 이루어짐	3.24±.722	3.32±.644	3.38±.690	3.18±.699	1.331	.264
환자에게 최상의 진료를 위해 협조를 잘 함	3.17±.751	3.22±.649	3.29±.618	3.11±.727	.973	.406
부서간 협조가 안 됨 †	3.18±.811	3.26±.741 <sup>b</sup>	2.84±.814	2.97±.839 <sup>b</sup>	4.550	.004**
다른 부서에서 파견 온 직원과 일할 때 불쾌함 †	2.97±.839	3.09±.874	2.91±.917	3.19±.884	1.563	.198
소계	3.14±.510	3.22±.411	3.18±.444	3.08±.526	1.654	.177
<b>부서간의 환자 전송</b>						
다른 부서로 환자 전송 시 누락 되는 부분이 있음 †	3.13±.804	3.04±.712 <sup>b</sup>	3.32±.678 <sup>b</sup>	3.10±.804	3.044	.029*
인수인계시 중요한 환자정보가 누락됨 †	3.18±.733 <sup>a</sup>	3.34±.691 <sup>b</sup>	3.62±.588 <sup>bc</sup>	3.26±.723 <sup>c</sup>	6.572	.000***
부서 사이에 정보교환 시 문제가 발생함 †	2.99±.760	2.98±.667	3.14±.731	2.85±.786	2.085	.102
환자의 입장에서 병원인수인계는 문제가 있음 †	3.13±.768	3.05±.893	3.13±.679	3.16±.814	.441	.724
소계	3.10±.553	3.10±.540 <sup>b</sup>	3.30±.451 <sup>b</sup>	3.09±.545	3.609	.013*

주 : a,b,c : grouping by scheffe test에서 각 변인에 표시된 기호는 두 집단 간에 차이가 유의함을 의미함( $p<.05$ ).

† 역코딩 문항

#### (4) 직종별 의료사고 보고 체계에 관한 인식

직종별 의료사고 보고체계에 관한 인식의 차이는 <표12>와 같으며, 사고 보고 횟수에 따른 직종별 차이는 <표13>과 같다. 사고에 대한 비처벌적 대응에 대해 간호사와 보건직에 있어서 실수가 용납되지 않는다고 인식하고 있었다 ( $p<.05$ ). 의료사고 보고 빈도에 대해 직종별 인식의 차이의 유의한 것으로 나타났다으며( $P<.001$ ), 환자에게 영향을 미치지 전 발견하여 보고하고, 환자에게 해를 끼칠 가능성이 없는 사고나 환자에게 해를 끼칠 가능성이 있었으나 해를 주지 않은 사고에 대해서 보고하는 것으로 인식하고 있었다.

<표12> 직종별 의료사고 보고체계에 관한 인식

하부영역	의사	간호사	보건직	행정직	F	p
	(n=72)	(n=176)	(n=93)	(n=62)		
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
<b>사고에 대한 비처벌적 대응</b>						
실수가 용납되지 않는다고 느낌†	2.83±.919	2.57±.83 <sup>b</sup>	2.90±.82 <sup>b</sup>	2.68±.805	3.843	.010*
실수 했을 때 보고하는 것을 두려워하지 않음	3.18±.828	3.22±.841	3.08±.850	3.32±.672	1.215	.304
실수가 개인기록에 남을까봐 두려워 함†	2.82±.828	2.78±.822	3.05±.839	2.68±.919	3.085	.027*
소계	2.94±.534	2.85±.443	3.01±.460	2.89±.459	2.442	.064
<b>사고에 대한 피드백과 의사소통</b>						
사건보고서를 근거로 변화 사항을 피드백 받음	3.40±.705	3.61±.659	3.54±.685	3.44±.781	1.939	.123
부서 내 발생한 과실에 대해 직원들에게 알림	3.53±.769	3.77±.654 <sup>b</sup>	3.62±.706	3.37±.873 <sup>b</sup>	5.404	.001**
사고 재발 방지 방법에 대해 직원 간에 논의함	3.38±.680 <sup>a</sup>	3.67±.590 <sup>b</sup>	3.66±.667 <sup>c</sup>	3.29±.837 <sup>bc</sup>	7.469	.000***
소계	3.44±.558 <sup>a</sup>	3.68±.489 <sup>b</sup>	3.61±.520	3.37±.632 <sup>b</sup>	7.389	.000***
<b>의료사고 보고 빈도</b>						
환자에게 영향을 미치지 전 발견된 사고	3.40±.850 <sup>a</sup>	3.79±.818 <sup>ac</sup>	3.57±.758	3.34±.848 <sup>c</sup>	6.748	.000***
환자에게 해를 끼칠 가능성이 없는 사고	3.18±.828 <sup>a</sup>	3.64±.850 <sup>abc</sup>	3.28±.826 <sup>b</sup>	3.15±.84 <sup>c</sup>	9.049	.000***
환자에게 해를 끼칠 가능성이 있었으나 해를 주지 않은 사고	3.33±.888 <sup>a</sup>	3.76±.881 <sup>ac</sup>	3.54±.927	3.29±.837 <sup>c</sup>	6.522	.000***
소계	3.31±.756 <sup>a</sup>	3.73±.755 <sup>abc</sup>	3.46±.724 <sup>b</sup>	3.26±.733 <sup>c</sup>	9.443	.000***

주 : a,b,c : grouping by scheffe test에서 각 변인에 표시된 기호는 두 집단 간에 차이가 유의함을 의미함( $p<.05$ ). † 역코딩 문항

지난 1년간의 의료사고 보고에 대한 횡수는 비교적 환자와의 접촉이 적은 행정직에서 보고 횡수가 적게 나타났으며, 상대적으로 환자와의 접촉이 가장 많은 간호사 직종에서 사고보고 횡수가 높게 나타났다. 간호사와 행정직간의 차이는 통계적으로 유의하였다<표13>.

<표13> 직종별 사고보고 횡수

N=403

	계	의사	간호사	보건의직	행정직	F	p
		(n=72)	(n=176)	(n=93)	(n=62)		
		Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
사고 보고 횡수	1.83±.972	1.83±1.021	1.99±.947 <sup>a</sup>	1.71±.951	1.52±.936 <sup>a</sup>	4.414	.005**

주 : a,b,c : grouping by scheffe test에서 각 변인에 표시된 기호는 두 집단 간에 차이가 유의함을 의미함(p.<.05).

### (5) 직종별 환자안전도에 대한 평가

환자안전도는 직종 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 보건의직이 간호사보다 환자안전도에 대한 인식이 높게 나타났으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다<표14>.

<표14> 직종별 환자안전도 평가

N=403

	평균	의사	간호사	보건의직	행정직	F	p
		(n=72)	(n=176)	(n=93)	(n=62)		
		Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
환자안전도평가	3.44±.629	3.39±.640	3.36±.589 <sup>b</sup>	3.65±.583 <sup>b</sup>	3.39±.732	4.580	.004**

주 : a,b,c : grouping by scheffe test에서 각 변인에 표시된 기호는 두 집단 간에 차이가 유의함을 의미함(p.<.05).

## 2) 직위에 따른 환자안전문화에 관한 인식

### (1) 직위에 따른 환자안전문화의 하부차원에 관한 인식

대상자의 직위에 따른 환자안전문화의 하부차원에 관한 인식은 <표15>과 같다. 부서 내 환자안전문화에 관한 인식에 대해 관리자는 실무자보다 통계적으로 유의한 차이가 있었고( $p<.001$ ), 병원의 환자안전문화에 관한 인식과 의료사고 보고 체계에 대한 인식은 직위에 따른 통계적인 유의한 차이는 없었다.

<표15> 직위에 따른 환자안전문화의 하부차원에 관한 인식

N=403

하부 차원	실무자 (n=360)	관리자 (n=43)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD		
부서 내 환자안전문화에 관한 인식	3.33±.337	3.54±.323	-3.841	.000***
병원의 환자안전문화에 관한 인식	3.17±.397	3.16±.524	.097	.923
의료사고 보고체계에 대한 인식	3.51±.767	3.64±.775	-1.519	.266
소계	3.31±.327	3.41±.315	-1.947	.052

### (2) 직위에 따른 부서 내 환자안전문화에 관한 인식

직위에 따른 환자안전문화의 하부 영역에 관한 인식은 <표16>와 같다. 전반적으로 조직학습 영역에 대해 직위 간에 인식의 차이가 유의하게 나타났다. 관리자가 실무자에 비해 과실이 긍정적인 변화를 가져온다고 인식하였다. 의사소통의 개방성에 관한 인식에서 실무자와 관리자 모두 '상사의 행동과 생각에 자유롭게 의문을 개진할 수 있다고 인식하고 있었다( $p<.001$ ). 환자안전에 대한 직속상관의 태도에 대해서는 직위에 따라 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 사고에 대한 비처벌적 대응에 대해 직위 간 인식 차이가 없는 것으로 나타났으며, 사고에 대한 피드백과 의사소통에 대한 인식은 관리자가 실무자보다 평균이 유의하게 높았다( $p<.05$ ).

<표16> 직위에 따른 부서내의 환자안전문화에 관한 인식

N=403

하부 영역	실무자 (n=360) Mean±SD	관리자 (n=43) Mean±SD	t	p
<b>안전에 대한 전반적인 인식</b>				
더 많은 일을 하기 위해 환자안전을 해치는 일은 없음	3.55±.788	3.53±1.008	.077	.939
부서의 절차나 시스템이 과실 예방에 도움이 됨	3.25±.668	3.60±.760	-3.217	.001**
심각한 과오가 없는 것은 우연임 †	3.62±.866	3.49±1.183	.690	.494
우리부서는 환자안전에 문제가 있음 †	3.56±.762	3.77±.812	-1.644	.101
소계	3.50±.491	3.60±.595	-1.277	.202
<b>조직학습</b>				
직원들은 환자안전증진을 위해 노력함	3.75±.683	3.91±.718	-1.417	.157
과실이 긍정적인 변화를 가져옴	3.19±.815	3.56±.734	-2.857	.004**
안전개선을 위한 변화 시도 시 효과를 평가함	3.12±.741	3.21±.804	-.768	.443
소계	3.35±.534	3.56±.576	-2.386	.017
<b>부서 내에서의 팀워크</b>				
직원들은 서로를 도와줌	3.97±.660	4.21±.559	-2.262	.024*
많은 업무처리 시 직원들이 함께 팀으로 일함	3.68±.694	3.98±.707	-2.689	.007**
직원들은 서로를 존중함	3.70±.663	4.05±.575	-3.669	.001**
한 팀이 바빠질 때에는 다른 팀이 협력해서 도와 줌	2.63±.804	2.51±.768	.921	.357
소계	3.49±.474	3.69±.440	-2.522	.012
<b>직원 배치</b>				
주어진 업무를 수행하기에 충분한 인력이 있음	2.69±.854	2.74±.928	-.418	.676
최적의 근무시간을 초과하여 근무함 †	2.61±.984	2.91±1.151	-1.812	.071
필요 인력을 임시직으로 대체함 †	3.40±.953	3.42±1.220	-.111	.912
너무 많은 업무 때문에 위기 상황에서 일함 †	2.89±.766	3.07±.856	-1.422	.156
소계	2.90±.459	3.03±.493	-1.845	.066
<b>의사소통의 개방성</b>				
환자에게 해가되는 경우 자유롭게 의견 개진함	3.34±.694	3.72±.701	-3.383	.001**
상관의 결정, 행동에 자유롭게 의문을 제기함	3.03±.753	3.56±.765	-4.358	.000***
옳지 않은 것에 직원들은 질문하기를 꺼림 †	3.21±.824	3.65±.813	-3.313	.001**
소계	3.19±.605	3.64±.623	-4.592	.000***
<b>직속상관/ 관리자의 태도</b>				
환자안전절차를 따를 때 격려의 말을 함	3.29±.777	3.63±.691	-2.686	.007**
직원들의 환자안전 개선 제안을 신중히 받아들임	3.58±.700	3.74±.693	-1.451	.148
업무량이 증가 할 때 속성으로 일을 처리하기 원함†	3.37±.867	3.47±.797	-.710	.478
환자안전문제가 지속적으로 발생하여도 그냥 지나침†	3.92±.753	3.95±.872	-.253	.801
소계	3.54±.566	3.70±.589	-1.707	.089

† 역코딩 문항



### (3) 직위에 따른 병원의 환자안전문화에 관한 인식

직위에 따른 병원의 환자안전문화에 관한 인식은 <표17>와 같다. 각 하부 영역별 직위에 따른 인식의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다( $p>.05$ ) 관리자가 실무자 보다 병원경영진이 환자안전을 개선하고자 하는 업무분위기를 조성하고 있고, 부서 간의 협조가 잘 이루어진다고 인식하는 것으로 평균이 높게 나타났다. 부서간의 환자전송에 있어서 실무자가 관리자보다 '환자 전송 시, 인수인계시 중요한 정보가 누락 된다'고 인식하는 것으로 평균이 높게 나타났다.

<표17> 직위에 따른 병원의 환자안전문화에 관한 인식

N=403

하부영역	실무자 (n=360) Mean±SD	관리자 (n=43) Mean±SD	t	p
<b>병원경영진의 태도</b>				
환자안전을 개선하고자 하는 업무분위기 조성	3.32±.701	3.47±.882	-1.226	.221
환자안전을 최우선 순위에 둠	3.19±.769	3.19±.880	.067	.947
사고발생 후 환자안전에 관심을 가짐 <sup>†</sup>	3.03±.808	3.07±.936	-.263	.793
소계	3.18±.566	3.24±.747	-.492	.625
<b>부서간의 협조체계</b>				
같이 일할 때 부서간 협조가 잘 이루어짐	3.29±.689	3.35±.650	-.517	.605
환자에게 최상의 진료를 위해 협조를 잘함	3.22±.671	3.12±.697	.949	.343
부서간 협조가 안 됨 <sup>†</sup>	3.17±.785	3.02±.801	1.173	.241
다른 부서에서 파견 온 직원과 일할 때 불쾌함 <sup>†</sup>	3.03±.880	3.16±.898	-.949	.343
소계	3.18±.453	3.16±.497	.203	.839
<b>부서간의 환자 전송</b>				
다른 부서로 환자 전송 시 누락되는 부분이 있음 <sup>†</sup>	3.12±.730	3.23±.841	-.968	.334
인수인계시 중요한 환자정보가 누락됨 <sup>†</sup>	3.38±.697	3.28±.797	.840	.402
부서 사이에 정보교환 시 문제가 발생함 <sup>†</sup>	3.01±.704	2.88±.851	.944	.350
환자의 입장에서 병원인수인계는 문제가 있음 <sup>†</sup>	3.11±.798	2.95±.925	1.225	.221
소계	3.15±.517	3.09±.624	.784	.434

<sup>†</sup> 역코딩 문항

#### (4) 직위에 따른 의료사고 보고 체계에 관한 인식

직위에 따른 의료사고 보고체계에 관한 인식의 차이는 <표18>과 같다. 사고에 대한 비처벌적 대응에 대한 인식의 차이는 유의하지 않았다( $p>.05$ ). 사고에 대한 피드백과 의사소통에 관한 인식은 직위에 따라 모두 사건보고서를 근거로 개선사항을 피드백 받고 있다고 인식하고 있으며, 사고 재발 방지 방법에 대해 직원 간에 논의하고 있는 것으로 인식하고 있었다. 이 결과는 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p<.01$ ). 의료사고에 관한 보고빈도는 관리자가 실무자보다 보고 빈도가 평균적으로 높았으나, 이는 통계적으로 유의하지 않았다( $p>.05$ ).

<표18> 직위에 따른 의료사고 보고에 대한 인식

N=403

하부영역	실무자	관리자	t	p
	(n=360)	(n=43)		
	Mean±SD	Mean±SD		
<b>사고에 대한 비처벌적 대응</b>				
실수가 용납되지 않는다고 느낌 <sup>†</sup>	2.72±.851	2.60±.849	.856	.392
실수 했을 때 보고하는 것을 두려워하지 않음	3.21±.805	3.09±.921	.852	.394
실수가 개인기록에 남을까봐 두려워 함 <sup>†</sup>	2.86±.862	2.65±.720	1.494	.136
소계	2.93±.466	2.78±.482	1.920	.056
<b>사고에 대한 피드백과 의사소통</b>				
사건보고서를 근거로 변화사항을 피드백 받음	3.50±.700	3.74±.621	-2.376	.021*
부서 내 발생한 과실에 대해 직원들에게 알림	3.61±.718	3.79±.861	-1.492	.137
사고 재발 방지 방법에 대해 직원 간에 논의함	3.51±.672	3.95±.653	-4.212	.000***
소계	3.54±.540	3.83±.526	-3.311	.001**
<b>의료사고 보고 빈도</b>				
환자에게 영향을 미치지 전 발견된 사고	3.59±.830	3.70±.860	-.809	.419
환자에게 해를 끼칠 가능성이 없는 사고	3.38±.869	3.53±.827	-1.086	.278
환자에게 해를 끼칠 가능성이 있었으나 해를 주지 않은 사고	3.54±.898	3.70±.964	-1.049	.295
소계	3.51±.767	3.64±.775	-1.113	.266

<sup>†</sup> 역코딩 문항

<표19>은 직위에 따른 지난 1년 동안 의료사고 보고 횟수를 나타내며, 관리자가 실무자에 비해 평균이 유의하게 높았다( $p<.05$ ).

<표19> 직위별 의료사고 보고 횟수

N=403

	실무자	관리자	t	p
	(n=360)	(n=43)		
	Mean±SD	Mean±SD		
의료사고 보고 횟수	1.77±.880	2.30±1.473	-2.324	.025*

### (5) 직위에 따른 환자안전도에 관한 평가

직위에 따른 환자안전도에 관한 인식의 차이는 통계적으로 유의한 차이가 없었다(p>.05)<표20>.

<표20> 직위에 따른 환자안전도 평가

N=403

	실무자	관리자	t	p
	(n=360)	(n=43)		
	Mean±SD	Mean±SD		
환자안전도평가	3.43± .620	3.51± .703	-.826	.409

## 3) 환자와의 직접 접촉여부에 따른 환자안전문화 인식

### (1) 환자와의 직접 접촉에 따른 환자안전문화에 관한 인식

환자와의 직접 접촉여부에 따른 하부차원의 환자안전문화 인식은 <표21>와 같다. 환자와 직접 접촉하는 대상자는 그렇지 않은 대상자보다 의료사고 보고 체계에 관한 인식에 있어서 통계적으로 유의한 차이가 있음을 알 수 있었다 (P<.01). 환자와의 직접 접촉여부에 따른 부서 내의 안전문화 인식과 병원의 환자안전문화에 관한 인식의 차이는 유의하지 않았다.

<표21> 환자와의 직접 접촉여부에 따른 환자안전문화 인식

N=403

하부 차원	직접접촉 (n=320)	직접접촉안함 (n=83)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD		
부서 내 환자안전문화에 관한 인식	3.37± .328	3.29± .381	1.750	.081
병원 내 환자안전문화에 관한인식	3.17± .407	3.19± .428	-.443	.658
의료사고 보고체계에 관한 인식	3.37± .376	3.22± .389	3.155	.002**
계	3.30± .286	3.23± .316	1.832	.068

**(2) 환자와 직접접촉여부에 따른 부서 내 환자안전문화에 관한 인식**

환자와 직접 접촉여부에 다른 환자안전문화의 하부영역에 대한 인식은 <표22>와 같다. 안전에 대한 전반적인 인식과 안전문화에 대한 조직학습에 대해서는 환자와의 직접 접촉여부에 따른 인식의 차이가 유의하지 않았다.

직원 배치에 있어서 환자와 직접 접촉하는 대상자는 직접 접촉하지 않은 대상자보다 평균이 통계적으로 유의하게 낮았고, 최적의 근무시간을 초과하여 근무하고 있다고 환자와 직접접촉하지 않는 대상자가 평균이 유의하게 높게 나타났다. 의사소통의 개방성은 환자와 직접 접촉하지 않은 대상자에서 평균이 유의하게 높게 나타났다. 환자와 직접 접촉하는 대상자는 ‘옳지 않은 것에 직원들은 질문하는 것을 어려워하는 것’으로 평균이 유의하게 높았다. 직속상관의 태도에 있어서 환자와 직접 접촉하는 대상자가 직접 접촉하지 않는 대상자보다 유의하게 평균이 높게 나타났다. 사고에 대한 피드백과 의료사고에 대한 의료사고 보고빈도에서 환자와 직접 접촉하는 대상자가 평균이 통계적으로 유의하게 높게 나타났다.

<표22> 환자와 직접 접촉여부에 따른 부서 내 환자안전문화에 관한 인식

N=403

하부 영역	직접접촉 (n=320) Mean±SD	직접접촉안함 (n=83) Mean±SD	t	p
<b>안전에 대한 전반적인 인식</b>				
더 많은 일을 하기 위해 환자안전을 해치는 일은 없음	3.58±.806	3.51±.846	.501	.617
부서의 절차나 시스템이 과실 예방에 도움이 됨	3.29±.663	3.28±.770	.197	.844
심각한 과오가 없는 것은 우연임 <sup>†</sup>	3.63±.891	3.52±.955	.960	.338
우리부서는 환자안전에 문제가 있음 <sup>†</sup>	3.57±.748	3.66±.845	-1.024	.306
소계	3.51±.506	3.49±.496	.309	.757
<b>조직학습</b>				
직원들은 환자안전증진을 위해 노력함	3.78±.699	3.73±.646	.473	.637
과실이 긍정적인 변화를 가져옴	3.26±.784	3.08±.913	1.781	.076
안전개선을 위한 변화 시도 시 효과를 평가함	3.15±.736	3.04±.788	1.238	.217
소계	3.40±.561	3.29±.561	1.664	.097
<b>부서 내에서의 팀워크</b>				
직원들은 서로를 도와줌	4.03±.657	3.87±.624	2.055	.041*
많은 업무처리 시 직원들이 함께 팀으로 일함	3.70±.669	3.72±.816	-.229	.819
직원들은 서로를 존중함	3.72±.679	3.82±.587	-1.385	.168
한 팀이 바빠질 때에는 다른 팀이 협력해서 도와 줌	2.64±.791	2.52±.832	1.277	.202
소계	3.52±.469	3.48±.495	.711	.478
<b>직원 배치</b>				
주어진 업무를 수행하기에 충분한 인력이 있음	2.68±.841	2.73±.938	-.506	.613
최적의 근무시간을 초과하여 근무함 <sup>†</sup>	2.59±1.010	2.87±.960	-2.273	.024*
필요 인력을 임시직으로 대체함 <sup>†</sup>	3.41±.978	3.36±1.007	.395	.693
너무 많은 업무 때문에 위기 상황에서 일함 <sup>†</sup>	2.86±.781	3.11±.733	-2.621	.009**
소계	2.88±.459	3.02±.471	-2.353	.019*
<b>의사소통의 개방성</b>				
환자에게 해가되는 경우 자유롭게 의견 개진함	3.39±.713	3.35±.671	.475	.635
상관의 결정, 행동에 자유롭게 의문을 제기함	3.12±.750	2.95±.840	1.762	.079
옳지 않은 것에 직원들은 질문하기를 꺼림 <sup>†</sup>	3.33±.808	3.00±.883	3.202	.001**
소계	3.28±.612	3.10±.645	2.332	.020*
<b>직속상관/ 관리자의 태도</b>				
환자안전절차를 따를 때 격려의 말을 함	3.35±.766	3.24±.805	1.176	.240

직원들의 환자안전 개선 제안을 신중히 받아들임	3.66±.657	3.35±.803	3.279	.001**
업무량이 증가 할 때 속성으로 일을 처리하기 원함 <sup>†</sup>	3.42±.857	3.20±.852	2.059	.040*
환자안전문제가 지속적으로 발생하여도 그냥 지나침 <sup>†</sup>	3.98±.757	3.72±.770	2.727	.007**
소계	3.60±.543	3.38±.637	3.232	.001**

<sup>†</sup> 역코딩 문항

### (3) 환자와 직접 접촉여부에 따른 병원의 환자안전문화에 관한 인식

환자와 직접 접촉여부에 따른 병원의 환자안전문화에 관한 인식의 차이는 <표23>과 같다. 병원의 환자안전문화에 관한 하부영역에서 직접 접촉여부에 따른 인식의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(p>.05).

<표23> 환자 접촉여부에 따른 병원의 환자안전문화에 관한 인식

N=403

하부영역	직접접촉 (n=320) Mean±SD	직접접촉안함 (n=83) Mean±SD	t	p
<b>병원경영진의 태도</b>				
환자안전을 개선하고자 하는 업무분위기 조성	3.31±.719	3.43±.736	-1.363	.174
환자안전을 최우선 순위에 둠	3.17±.792	3.30±.728	-1.412	.159
사고발생 후 환자안전에 관심을 가짐 <sup>†</sup>	3.00±.829	3.16±.788	-1.519	.130
소계	3.16±.593	3.30±.556	-1.897	.058
<b>부서간의 협조체계</b>				
같이 일할 때 부서간 협조가 잘 이루어짐	3.31±.696	3.25±.641	.668	.504
환자에게 최상의 진료를 위해 협조를 잘 함	3.22±.673	3.17±.678	.603	.547
부서간 협조가 안 됨 <sup>†</sup>	3.23±.771	2.89±.797	3.486	.001**
다른 부서에서 파견 온 직원과 일할 때 불쾌함 <sup>†</sup>	3.00±.887	3.22±.842	-2.034	.043*
소계	3.19±.452	3.13±.479	.976	.330
<b>부서간의 환자 전송</b>				
다른 부서로 환자 전동 시 누락되는 부분이 있음 <sup>†</sup>	3.09±.749	3.27±.700	-1.880	.061
인수인계시 중요한 환자정보가 누락됨 <sup>†</sup>	3.39±.704	3.27±.717	1.442	.150
부서 사이에 정보교환 시 문제가 발생함 <sup>†</sup>	3.02±.708	2.92±.768	1.161	.246
환자의 입장에서 병원인수인계는 문제가 있음 <sup>†</sup>	3.10±.834	3.10±.726	.005	.996
소계	3.15±.533	3.14±.517	.222	.825

<sup>†</sup> 역코딩 문항

#### (4) 환자와 직접 접촉여부에 따른 의료사고 보고체계에 관한 인식

환자와의 직접 접촉여부에 따른 의료사고 보고체계에 관한 인식은 <표24>와 같다. 사고에 대한 피드백과 의사소통 및 의료사고 보고빈도 하부영역에서 환자와 직접 접촉여부에 따른 인식의 차이는 통계적으로 유의하게 나타났다. 사고에 대한 피드백과 의사소통 세부항목에서 부서 내 발생한 과실에 대해 직원들에게 알리고, 사고 재발 방지 방법에 대해 직원들 간 논의한다는 항목은 환자와 직접 접촉하는 대상자에서 평균이 높게 나타났다.

<표24> 환자와 직접 접촉여부에 따른 의료사고 보고체계에 관한 인식

N=403

하부영역	직접접촉 (n=320)	직접접촉안함 (n=83)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD		
<b>사고에 대한 비처벌적 대응</b>				
실수가 용납되지 않는다고 느낌 <sup>†</sup>	2.71±.857	2.72±.831	-.159	.874
실수 했을 때 보고하는 것을 두려워하지 않음	3.17±.822	3.28±.801	-1.045	.297
실수가 개인기록에 남을까봐 두려워 함 <sup>†</sup>	2.85±.848	2.78±.858	.609	.543
소계	2.91±.472	2.93±.460	-.335	.738
<b>사고에 대한 피드백과 의사소통</b>				
사건보고서를 근거로 변화사항을 피드백 받음	3.55±.688	3.43±.719	1.395	.164
부서 내 발생한 과실에 대해 직원들에게 알림	3.68±.694	3.46±.860	2.159	.033*
사고 재발 방지 방법에 대해 직원 간에 논의함	3.58±.657	3.45±.769	1.505	.135
소계	3.61±.515	3.45±.636	2.111	.037*
<b>의료사고 보고 빈도</b>				
환자에게 영향을 미치기 전 발견된 사고	3.86±.823	3.37±.837	2.811	.005**
환자에게 해를 끼칠 가능성이 없는 사고	3.48±.866	3.18±.829	2.605	.010*
환자에게 해를 끼칠 가능성이 있었으나 해를 주지 않은 사고	3.63±.897	3.29±.891	3.101	.002**
소계	3.58±.760	3.28±.755	3.221	.001**

<sup>†</sup> 역코딩 문항

환자와 직접 접촉여부에 따라 지난 1년간 의료사고 보고 횟수는 직접 접촉하는 대상자에서 평균이 통계적으로 유의하게 높게 나타났다(p<.001)<표25>.

<표25> 환자와 직접 접촉여부에 따른 의료사고 보고 횟수

N=403

	직접접촉	직접접촉안함	t	p
	(n=320)	(n=83)		
	Mean±SD	Mean±SD		
의료사고 보고 횟수	1.92±.958	1.48±.955	3.678	.000***

**(5) 환자와 직접 접촉여부에 따른 환자안전도에 관한 인식**

환자안전도에 대해 환자와의 직접 접촉여부에 따른 인식의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(p>.05)<표26>.

<표26> 환자와 직접접촉여부에 따른 환자안전도에 관한 평가

N=403

	직접접촉	직접접촉안함	t	p
	(n=320)	(n=83)		
	Mean±SD	Mean±SD		
환자안전도평가	3.42±.607	3.52±.705	-1.213	.228



## V. 논의

본 연구는 일개 종합병원에서 종사하는 의사, 간호사, 보건직, 행정직 403명을 대상으로 AHRQ의 Hospital survey on patient safety culture 설문지를 사용하여 부서 내 환자안전문화, 병원의 환자안전문화, 의료사고 보고체계, 의료사고 보고 빈도, 환자안전도 평가를 통하여 병원 종사자들의 환자안전문화에 관한 인식을 파악하고자 하였다. 그리고 직종 및 직위에 따라 환자안전문화에 관한 인식의 차이, 환자와의 직접 접촉여부에 따른 환자안전문화에 관한 인식의 차이를 알아보하고자 하였다.

### 1. 병원 종사자들의 환자안전문화에 관한 인식 비교

일개 종합병원의 종사자들의 환자안전문화에 관한 인식 수준을 파악하기 위해 미국의 6개주 21개 병원에 근무하는 1400명의 직원을 대상으로 한 Hospital survey on patient safety culture 설문지를 사용하여 AHRQ(2004)에서 측정 조사한 결과와 비교하여 현 수준을 파악하고자 하였다. 의료사고에 대한 피드백과 의사소통(60%)에 대해서는 AHRQ 조사결과와 유사한 긍정적 응답률이 나타났고, 안전에 관한 전반적인 인식(56.7%), 부서 내에서의 팀워크( 57.9%), 의료사고 보고 빈도(46.6%), 비처벌적인 대응(25.3%)에 대해서는 AHRQ의 결과보다 낮았다. 특히 직원배치는 AHRQ 결과보다 현저히 낮은 25.9%의 차이를 보이고 있어, 인력부족이 환자안전에 위협이 되는 요소로 나타났다. 대상자의 48.6%가 '필요인력을 임시직으로 대체하고 있다'고 답하였고, 18.4%만이 '주어진 업무를 수행하기에 충분한 인력이 있다'고 답하고 있어 인력부족의 심각성을 나타내고 있다. 이런 결과는 강민아 등(2005)의 연구에서도 인력부족으로 인한 환자안전의 잠재적인 문제 발생의 가능성을 지적하였다.

부서 내에서의 팀워크로 직원들 간의 협조성에 대해서는 83.5%의 긍정적인 응

답률을 보여 부서 내 팀워크가 좋음을 알 수 있었다. 상사의 직원들의 환자안전 개선 제안을 신중히 받아들이는지에 대해서 절반이상(61.5%)의 긍정적인 인식률로 AHRQ의 조사결과와 유사한 결과였다. '병원 경영진이 환자안전을 개선하고자 하는 업무 분위기를 조성한다'에 대해 44.2%의 긍정적인 응답률은 AHRQ 결과보다 낮으며, 환자안전 개선의 노력에 대한 실제적인 효과를 평가하는데 있어서도 AHRQ의 결과는 68%인 반면 본 연구 결과는 32.8%만이 긍정적인 응답을 하여 환자안전에 개선 노력에 대한 인식률이 낮음을 알 수 있었다. 또한 경영진이 환자안전을 최우선순위에 두고 있는 것에 대해서 AHRQ 조사 결과 60%에 비해 본 연구에서는 36.0%로 낮은 긍정적인 응답률을 보였는데 이는 병원 경영진이 환자안전문제에 대한 관심이 충분치 않은 것으로 인식하고 있음을 보여 주며, 이러한 결과는 강민아 등(2005)의 연구 결과에서도 나타났다. 병원 경영진들이 환자안전에 대한 관심을 높일 수 있도록 하기 위해서는 단기적인 비용절감이나 효율성의 추구로 환자안전이 희생되는 경우 더 큰 손실을 가져 올 수 있음을 알리고, 국내의 의료기관 평가에서 환자안전관련 기준 문항의 비중을 높이고, 환자안전관리 활동을 지원하는 국가차원의 제도적인 뒷받침이 필요하다(강민아 등, 2005). 사고에 대한 직원들의 피드백에 대해서는 57.1%의 결과가 나타났고, 지난 1년간의 사고보고 빈도에 대해서는 AHRQ 조사 결과와 유사한 결과를 보였다. Denise Scherer 등(2008)의 의사와 간호사를 대상으로 한 연구에서는 40.9%만이 사고에 대해 보고한다고 하였다. 과오에 대한 비처벌적 대응에 대해서는 대상자들은 실수가 용납되지 않는다고 느끼고 있으며, 실수를 했을 때 보고를 두려워하며, 실수가 개인의 기록에 남을까봐 두려워하는 것으로 인식하여 의료과오 발생 시 개인의 책임을 묻는 처벌적인 조직 문화로 인식하고 있음을 알 수 있었다. 환자안전도에 대해서는 44.6%가 '아주 좋은 편이다' 혹은 '좋은 편이다'라고 평가하였다. Denise Scherer 등(2008)의 연구에서는 59%에서 '아주 좋은 편이다'라고 하였으며, 15%에서 받아들일 만하다고 하였다.

## 2. 병원종사자의 특성에 따른 환자안전문화에 관한 인식 비교

직종별 환자안전에 대한 인식의 차이는 직원배치, 의사소통의 개방성, 직속상관의 태도, 사고에 대한 피드백과 의사소통에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 의사소통의 개방성과 사고에 대한 피드백과 의사소통에서 행정직이 타 직종에 비해 유의하게 평균이 낮게 나타났으며, 간호사에서 통계적으로 유의하게 가장 높게 나타났다. 병원안전문화에 대해 전반적인 인식은 의사가 보건직과 간호직에 비해 평균이 가장 낮았으나, 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 직원배치에 대해서는 간호사의 평균이 가장 낮았고, 보건직과 인식의 차이가 유의하였다. 제우영(2007)의 연구에서는 약사가 평균이 가장 낮았으며, 간호사와 인식의 차이가 있는 것으로 나타났다. 직속상관의 태도에 대해서 간호사와 보건직에서 긍정적으로 인식하였고, 행정직의 평균이 유의하게 낮았다.

직위에 따른 인식의 차이는 조직학습, 부서에서의 팀워크, 의사소통의 개방성에서 통계적으로 유의하게 나타났으며, 제우영(2007)에서도 같은 결과를 나타냈다. 본 연구에서는 사고에 대한 피드백과 의사소통, 부서간의 환자전송에서도 인식의 차이가 있는 것으로 나타났다. 직원배치와 병원경영진의 태도, 부서간의 협조체계, 부서간의 환자전송, 사고에 대한 비처벌적 대응에서는 직위에 따른 인식의 차이가 통계적으로 유의하지 않았다. 의료사고 보고체계에 대한 인식에서 사고에 대한 비처벌적 대응에 대해 관리자가 실무자에 비해 실수를 보고하는 것에 더 부정적으로 인식하는 것으로 나타났으며, 강민아(2005), 제우영(2007)의 연구에서도 통계적으로 유의한 차이는 없었으나, 전문의가 수련의보다 과실이 의사에게 불리하다고 생각하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 직원의 과오가 관리자의 관리 능력에 영향을 미치는 요소로 인식하고 있는 것으로 생각되고, 실무자에 비해 관리자가 더 처벌 문화로 인식하는 것으로 사료된다. 의료사고 재발방지를 위해 직원 간 논의가 이루어지는 것에 대해 실무자보다 관리자가 더 긍정적으로 인식하였고, 제우영(2007)의 연구에서도 같은 결과를 얻었다. 강민아 등(2005)의 연구 결과에서도 전문의가 수련의보다 더 긍정적으로 인식하였다.

의료사고 보고 횟수에 대해서는 직위 및 직종에 따라 모두 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 직위에 따라서는 관리자가 실무자보다 의료사고 보고 횟수가 많았으며, 간호사와 보건직에서 평균이 높게 나타났다. 의사의 평균이 가장 낮았다. 환자와 직접 접촉하는 대상자에서 의료사고 보고 횟수가 유의하게 높게 나타남을 알 수 있었다. 환자안전도에 대해 관리자가 실무자보다 긍정적으로 평가하고 있었으며, 의료사고 보고체계에 관한 인식에서는 환자와 직접 접촉하는 대상자가 직접 접촉하지 않는 대상자보다 긍정적으로 평균이 유의하게 높게 나타났다. 환자안전문화에 관한 선행연구에서는 환자안전을 강조하는 리더십, 조직 내 협조체계, 의료오류에 대한 의사소통의 개방성 등 안전에 대한 조직문화의 구축과 환자안전에 대한 조직구성원의 인식 개선의 중요성을 강조(Aron & Headrick, 2002; Nieva & Sorra, 2003)하고, 보다 안전한 진료환경에서 의료서비스를 제공하기 위해서 의료과오에 대한 비처벌적 보고체계를 확립하여 의료오류의 발생을 미연에 방지하는 것에 초점을 맞추고 있다(Bates & Gawande, 2000; Institute of Medicine, 2001).

본 연구의 설문 조사에 응답한 응답자들은 부서 내의 환자안전문화에 관한 인식에서 직종에 따라서 통계적으로 유의한 인식의 차이를 보였는데 행정직이 다른 직종보다 낮은 인식의 차이를 보이고 있으며, 의사, 간호사, 보건직 3직종에서 의사가 가장 낮은 평균을 나타냈다. 또한, 의료사고 보고체계에 대한 인식에서도 행정직을 제외한 직종 중 의사의 직종에서 가장 평균이 낮았으며, 간호사의 경우 평균이 통계적으로 유의하게 높게 나타났다. 이는 선행연구가 잘 되지 않는 것으로 인식하는 결과를 보였다. Schectman & Plews-Ogan(2006)은 내과 의사 대상으로 병원의 안전과 과오 보고의 장애요인에 대한 인식을 조사한 결과, 의사들이 실제로 그들이 본 것보다 위해사건이나 근접오류의 보고가 거의 되지 않는 것으로 인식하였으며, Lawton & Parker(2002)의 조사에서도 의사가 다른 의료제공자보다 위해사건 또는 근접오류의 보고 훨씬 적었다. Blendon et al.(2002)의 연구 결과에 의하면, 의사의 86%가 의료오류에 대해 외부로 공개되지 않아야 한다고 응답했으며, 23%만이 '환자에게 심각한 해를 미친 오류'에 대해서 강제적인 보고체계의 구축이 환자의 안전에 효과적일 것이라고 응답하였다고 한다. 비슷한 결과로 Taylor

등(2004)이 대형 소아 병원 대상으로 조사한 결과에서도 간호사보다 의사의 의료사고 보고가 적었는데, 장애요인은 시스템에 대한 지식부족과 보고 책임에 대한 불확실성과 동료와 관련되어 있기 때문인 것으로 나타났다. 강민아 등(2005)의 연구에 의하면 국내 의사들도 의료오류가 공개적으로 논의 되는 것에는 소극적 자세를 보였다. 의사의 44.4%만이 '환자에게 중대한 해를 끼친 과오'를 항상 보고한다고 응답했으며, '환자에게 영향을 미치기 전에 발견되고 수정된 과오'를 항상 보고한다는 의사는 2.3%에 불과하였다. 김은경 등(2007)의 연구에서는 의사의 사건보고가 미약하며, 보고체계를 알지 못하는 경우가 많은데 이는 현실적으로 의료오류의 공개를 꺼리는 상황이기에 보고는 매우 부진할 수밖에 없다고 하였으며, 약사, 간호사의 경우에서도 의료오류가 수시로 발생하고 있으나 이에 대한 보고의 필요성을 아직 심각하게 인지하고 있지 않다고 하였다. 의료과오에 대한 처벌적 문화는 의료과오에 대한 개방적 논의를 가로막고 이미 발생한 과오를 검토하여 같은 과오를 반복하지 않고자 하는 의료과오 보고시스템의 정착을 저해하게 한다. 현재의 시점은 선진국보다 의료의 안전문화와 의료기관 종사자들의 안전에 대한 인식이 부족한 우리나라에서 의료의 질 향상과 환자안전 향상을 위한 노력이 경주되어야 할 것이다. 의료기관의 종사자는 환자의 안전을 최우선 과제로 인식하는 것이 필요하며 이러한 인식은 병원의 경영자로부터 일선에서 환자를 치료하는 의료진에 걸쳐 모든 조직구성원에게 공유되어야 한다. 환자안전 문화 증진을 위한 병원의 정책을 결정하거나 교육 프로그램을 진행하는데 있어서 직종 및 직위 등을 고려하여 접근하는 것이 필요하며(제우영, 2007), 안전한 의료 환경 구축을 위해 안전문화 정착을 위한 환경조성, 조직구성원에 대한 안전교육과 인식 전환, 안전시스템과 보고체계 구축, 부서 간 협조와 개방적 의사소통을 중심으로 한 해결방안을 고려하는 것이 필요하겠다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 일개 종합병원에 근무하는 병원 종사자들을 대상으로 환자안전문화에 대한 인식을 파악하고, 직종 및 직위, 환자와의 직접접촉여부에 따른 환자안전문화에 관한 인식의 차이를 파악하기 위해 조사되었다. 연구 대상은 연구에 참여한 의사 72명, 간호사 176명, 보건직 93명, 행정직 62명으로 총 403명을 대상으로 실시하였다. 연구도구는 환자안전에 관련된 병원의 조직과 문화에 대한 의료인들의 인식을 조사하기 위해 미국보건의료연구 및 질 관리기구(AHRQ, 2004)에서 개발한 Hospital survey on patient safety culture 설문지를 수정 보완하여 사용하였다. 자료는 SPSS 12.0을 사용하여 분석하였고, 조사대상자의 특성은 빈도분석을 실시하였으며, 직위에 따른 환자안전문화 인식과 환자와의 직접 접촉 여부에 따른 인식의 차이에 대해 평균간 차이 분석(t-test)와 직종별 환자안전문화 인식에 관한 차이를 비교하기 위해 일원배치 분산분석(ANOVA)를 실시하였다. 집단 간 인식의 차이를 알아보기 위하여 Scheffe test를 실시하였다. 환자안전문화에 대한 병원종사자들의 인식을 선행연구와 비교해 보기 위해 환자안전문화에 관한 인식을 알아보는 12개의 하부영역에 대하여 긍정적인 경우는 긍정적 응답비율을, 부정문인 경우는 부정 응답비율에 대한 평균값을 산출하였다. 유의수준은 p값이 <.05일 때 통계적으로 유의하다고 보았다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

### 1. 환자안전문화에 관한 병원종사자들의 인식

환자안전문화의 하부영역에 대한 병원종사자들의 인식은 사고에 대한 피드백과 의사소통에 대해 60%로 가장 높은 긍정적인 응답률을 보였고, 직속상관의 태도에 대해 58.4%, 부서 내에서의 팀워크에서 57.9%, 사고에 대한 비처벌적인 대응에 대해서는 25.3%의 긍정적인 응답을 하였다. 부서간의 협조체계에 대해 36.2%, 직원배치에 대해서 25.8%만이 긍정적인 답을 하였다. 병원 전반적인 인

식에 대해 56.7%가 긍정적으로 답하였다. 부서내의 환자안전에 대한 전반적인 인식은 59.1%가 긍정적으로 답하였다. 부서내의 환자안전에 대한 전반적인 인식에 대해 59.1%가 '더 많은 일을 하기 위해 환자안전을 해치는 일은 없다'고 응답하였으며, 37.5%가 '부서의 절차나 시스템이 과실 예방에 도움이 된다'고 응답하였다. 부서 내 11.2%의 대상자가 '심각한 과오가 없는 것은 우연'인 것으로 인식하였고, '부서 내 환자안전 문제가 있다'고 응답한 대상자는 8.4%이었다. 직속상관의 환자안전에 대한 태도에 대해 대상자들은 61.5%에서 상관이 '직원들의 환자안전 개선 제안을 신중히 받아들인다'라고 응답한 반면, 16.6%에서 '업무량이 증가할 때 속성으로 일을 처리하기 원한다'고 답하였고, 직원배치에 대해 25.8%만이 긍정적으로 인식하고 있어, 업무에 충분한 인력이 부족하다고 인식하고 있었다. 의료사고 보고는 60%정도가 '대부분 또는 항상 보고된다'고 인식하였다. 환자안전도 평가에서 44.7%에서 '아주 좋은 편이다' 혹은 '좋은 편이다'라고 응답하였다.

## 2. 특성에 따른 환자안전문화에 관한 인식

직종에 따른 환자안전문화에 관한 인식의 차이를 비교하면, 부서내의 환자안전문화에 관한 인식에서 보건직이 가장 긍정적으로 인식하였고, 간호사, 행정직, 의사 순으로 나타났다. 의료사고 보고체계에 대한 인식에서 행정직에 대해 보건직과 간호사 직종 간의 차이가 통계적으로 유의하였다( $p < .001$ ). 직속상관의 태도에 대해 전반적인 인식은 간호사가 행정직에 비해 통계적으로 유의하게 높게 나타났다. 간호사는 다른 직종보다 직원배치 부분에 대해 부정적인 인식을 하고 있었고, 의사의 경우 안전에 대한 전반적인 인식이 가장 낮은 것으로 나타났다. 의료사고 보고체계에 대한 인식은 행정직이 가장 낮은 것으로 나타났으나, 직접적인 의료를 행하는 직종이 아닌 것을 감안할 때 의사가 가장 인식하고 있지 않음을 알 수 있었다. 보건직은 간호사보다 의료사고에 대해 처벌문화로 인식하였고, 환자안전도 평가에서는 보건직이 가장 긍정적으로 인식하고 있으며, 직종별로 유의한 차이가 있었다( $p < .001$ ).

직위에 따른 환자안전문화에 관한 인식의 차이는 하부영역 중 조직학습 ( $p<.05$ ), 부서에서의 팀워크( $p<.05$ ), 의사소통의 개방성( $p<.001$ ), 사고에 대한 피드백과 의사소통( $p<.05$ )에서 인식의 차이가 유의하게 나타났다. 관리자가 실무자보다 부서내의 환자안전문화에 대해 긍정적으로 인식하고 있었고, 의료사고 보고 횟수에 있어서 관리자가 실무자보다 보고 횟수가 많았다. 의료사고 보고에 관한 인식과 환자안전도에 대한 평가 영역에서의 인식의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

의료사고 보고체계에 관한 인식에서는 환자와 직접 접촉하는 대상자의 경우 직접 접촉하지 않는 대상자보다 긍정적으로 인식하고 있었다( $p<.01$ ). 의료사고 보고 빈도에 대한 인식과 의료사고 보고 횟수에서 환자와 직접 접촉하는 대상자가 그렇지 않은 대상자보다 통계적으로 유의하게 평균이 높게 나타났다 ( $p<.01$ ,  $p<.001$ ). 의사소통의 개방성에 대해서는 직종별 및 직위별, 환자와의 직접 접촉여부에 따라 모두 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

본 연구는 선행 연구에서의 제한적인 직종을 다루지 않고, 병원에 종사하는 모든 직종(의사, 간호사, 보건직, 행정직)을 대상으로 하여 병원종사자들의 부서내 환자안전문화, 병원의 환자안전문화, 의료사고 보고체계, 의료사고 보고, 환자안전도 인식에 대해 조사해 봄으로써 환자안전과 관련된 병원 안전문화의 현황을 확인 하였다는데 의의가 있다고 하겠다. 또한 이 연구 결과를 통해 각 분야별 구체적인 안전대책을 수립하고, 환자안전문화를 증진시키기 위한 방안을 모색하는데 기초 자료로 활용하고자 하였다. 연구 결과, 간호사의 안전에 대한 전반적인 인식은 보건직과 더불어 높게 나타났으나, 보건직 보다 낮은 수준이었고, 의사의 경우는 안전에 대한 전반적인 인식이 가장 낮은 것으로 나타났다. 병원 경영진에 대해 의사와 간호사는 환자안전에 대해 최우선시 하지 않고 있으며, 업무수행을 충분히 할 수 있는 인력이 부족하며, 필요한 인력을 임시적으로 대체하고 있다고 인식하였다. 의료의 일선에 있는 의사의 경우 의료사고가 수시로 발생되고 있으나 의료사고의 보고체계에 관한 인식을 심각하게 인지하고 있지 않음을 알 수 있었다.



본 연구의 결과를 기초로 다음과 같이 제언을 하고자 한다.

1. 본 연구 결과를 토대로 병원의 환자안전문화에 대한 인식 변화와 문화 증진을 위해 안전교육 프로그램을 강화하는 것이 필요하겠다.
2. 의료기관의 특성에 따라 환자안전문화에 관한 인식에 차이가 있을 수 있으므로 다양한 의료기관에서 기관의 특성을 고려한 연구가 필요하겠으며, 광범위한 지역과 형태의 병원들을 대상으로 하는 반복연구가 필요하겠다.

## 참고문헌

- 김은경, 강민아, 김희정(2007). 환자안전 문화에 대한 의료 종사자의 인식과 경험.  
간호행정학회지 Vol.13 No.3,321-334.
- 제우영(2007). 환자안전문화에 대한 병원종사자들의 인식 -일개대학병원을  
중심으로-. 성균관대학교 임상간호대학원 임상간호학과 석사학위논문.
- 한국보건산업진흥원(2007). 2007 의료기관 평가 지침서.
- 김광점(2006). 미국 의료의 질 향상을 위한 주요활동 고찰 - 성과에 따른 보상, 근거  
중심의료, 고신뢰조직을 중심으로-. 병원경영학회지 제10권 제4호.
- 이춘화(2006). 중환자의 간호만족도와 간호사의 간호요구 인지 및 수행도.  
연세대학교대학원 간호학과 석사학위논문.
- 김석화(2006) 환자안전: 새로운 의료표준. 대한병원협회.
- 안성희(2006). 환자안전 관리를 위한 위험요인 분석. 간호행정학회지 제12권 제3호.  
p373-384.
- 정준(2005). 병원의 환자안전관리활동 영향요인 연구: 간호부서를 중심으로.  
연세대학교 대학원 보건행정학과 석사학위논문.
- 김정은, 안경애, 윤숙희(2004). 환자안전과 관련된 병원 환경 및 의사소통 과정에  
대한 한국 간호사의 인식조사. 대한의료정보학회지, 10(보완본 1), 130-135.
- 윤숙희(2003). 간호사고에 대한 임상간호사의 인지도와 예방행위수행도.  
인제대학교 대학원 간호학과 석사학위논문.
- 서권영(2002). 의료분쟁 해경방안에 관한 조사 연구. 고려대학교 보건대학원  
석사학위논문.
- 한국의학원(2001). 우리나라 의료과오 예방을 위한 효과적 대처방안
- Denise Scherer, Jayce J(2008). Perceptions of Patient Safety Culture  
Physicians and RNs in the Perioperative Area. *AORN Journal*.  
87(1):163-4,166,167-72.
- Leong P, Afrow J, Weber HP, Howell H(2008) Attitude toward patient

- safety standards in u.s. Dental schools: a pilot study. *J Dent Educ.* 72(4):431-37.
- Huang, David T. Gilles Clermont, J. Bryan Sexton et al.(2007). Perceptions of Patient Safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Crit Care Med.*Vol.34.No.1.
- Istri Modak, J Bryan Sexton, Thomas R. Lux, Robert L.Helmreich, Eric J.Thomas(2007). Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting; The Safety Attitude Questionnaire- Ambulatory Version. *Society of General Internal Medicine.*22:1-5.
- Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH(2007). Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. Seoul National University, Korea. *West J Nurs Res.*29(7):827-44. Epub 2007 Jul 17.
- Angela M et al(2007). Assessment of Safety Attitudes in a Skilled Nursing Facility. *Geriatr Nurs.* 28:126-136.
- Luara Lin, Bryan A. Liang(2007). Addressing the Nursing Work Environment to Promote Patient Safety. *Nursing Forum* Vol.42. No1,Jan-Mar.
- Carolyn M. et al(2006). The Culture of Safety. AHRQ. SEIU Networking conference on Quality.
- N. G. Castle, K. E. Sonon(2006). A culture of patient safety in nursing homes. *Qual Saf Health Care.*15:405-408.
- Ginsburg L. et al(2005). An Educational Intervention to Enhance Nurse Leaders' Perceptions of Patient Safety Culture. *Health Serv Res.*40: 997-1020.
- Joseph L Halbach, Laurie Sullivan(2005). To Err is Human 5 Years Later. *JAMA.*294(14):1758-1759.
- Nicklin W. et al(2004). Patient safety culture and leadership within Canada's Academic Health Science Center. Anacores,

- Washington, USA. *Nus Leadersh(Tor Ont)*.17(1):22-32.
- William E. Encinosa, Fred J. Hellinger(2004). What Happens After a Patient Safety Event? Medical Expenditures and Outcomes in Medicare. AHRQ.
- AHRQ Publication (2004). No. 04-0041. Hospital survey on patient culture. <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospcult.pdf>.
- P J Pronovost, B Weast et al(2003). Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care*. 12:405-410.
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health organization. *Qual Saf Health Care*, 12,17-23.
- S J singer, D M Goba, J J Gerppet , A D Sinaiko, S K Howard, K C Park(2003). The culture of safety; results of an organization\_wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health ;12:112-118*.
- Aron, D. C., & Headrick, L. A. (2002). Educating physicians prepared to improve care and safety is no accident; it requires a systematic approach. *Qual Saf Health Care*, 11, 168-173.
- Cooper, M. (2000). Towards a model of safety culture. *Saf Sci*, 36, 111-136.

## 환자안전문화에 대한 설문조사

안녕하십니까?

연세대학교 간호대학원에 재학 중인 노이나입니다.

본 조사는 환자안전(Patient Safety), 의료사고(Medical Error), 사건보고(Event Reporting)에 관한 귀하의 고견을 얻고자 실시하는 설문조사입니다.

본 연구의 목적은 향후 안전사고를 미연에 방지하고 '환자안전'에 대한 개선책과 발전방향을 제시하는 데 있습니다. 조사 내용은 연구목적으로만 사용되고 철저히 비밀이 유지될 것임을 약속드립니다. 바쁘시더라도 잠시 시간을 내주시어 정확하게 답변해 주신다면, 우리나라 병원 안전문화의 현황을 파악하는 데 귀중한 자료로 쓰일 것입니다.

본 설문지는 미국의 보건의료 연구 및 질 관리 기구(AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality)에서 개발한 환자의 안전과 관련된 설문지의 한글판입니다. 이설문은 약 5분정도 소요될 예정이며 완성된 설문지는 동봉한 봉투에 넣어 봉해 주시기 바랍니다.

귀하께서 협조해 주심에 다시 한 번 감사드리며 의문사항이 있으면 아래 연락처로 문의 바랍니다.

2008년 4월

노이나 드림.

E-mail : [yeenano@hanmail.net](mailto:yeenano@hanmail.net)

Tel : 031-900-0067, 010-9028-3817

---

1. 본 설문에서 사용된 "사고"라는 용어는 환자에게 실질적으로 해가 되었는지, 안되었는지의 결과와는 상관없이 모든 형태의 과실(error), 실수(mistake), 사건(incident), 사고(accident) 및 이탈(deviation)등을 포함합니다.

2. "환자안전"의 정의는 의료전달체계의 과정 중에서 환자에게 발생할 수 있는 상해나 해로운 결과를 피하거나 예방하는 것을 말합니다.

---

※ 아래 질문에 해당되는 답에 √ 표 해 주십시오.

**A. 부서(과/병동)근무환경**

이 설문조사에서 근무환경이란 선생님께서 대부분의 근무시간을 보내시거나 대부분의 임상 서비스를 제공하고 계시는 부서(과 또는 병동)를 지칭합니다. 여러 곳에서 근무를 하신다면, 그 모든 근무환경을 고려해서 답변해 주시기 바랍니다. 다음의 문항에 대하여 동의하시는 정도를 표시하여 주십시오.

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1. 이 부서에서 직원들은 서로를 도와준다.	①	②	③	④	⑤
2. 이 부서에는 주어진 업무량을 다 해 낼 수 있을 정도의 충분한 인력이 있다.	①	②	③	④	⑤
3. 많은 업무를 신속하게 처리해야 할 때, 목표를 달성하기 위하여 직원들이 함께 팀으로 일한다.	①	②	③	④	⑤
4. 이 부서에서 직원들은 서로를 존중 해 준다.	①	②	③	④	⑤
5. 이 부서의 직원들은 환자의 안전을 위해 필요로 되는 최적의 근무시간을 초과해서 일하고 있다.	①	②	③	④	⑤
6. 직원들은 환자의 안전을 개선시키기 위해 적극적으로 노력한다.	①	②	③	④	⑤
7. 환자의 안전을 위해 필요로 되는 최적의 숫자를 초과해서 임시직원으로 대체하고 있다.	①	②	③	④	⑤
8. 직원들은 실수가 용납되지 않는다고 느낀다.	①	②	③	④	⑤
9. 이 부서에서는 실수를 통해 긍정적인 변화를 이끈다.	①	②	③	④	⑤
10. 더 심각한 실수가 이 부서에서 일어나지 않은 것은 순전히 우연이다.	①	②	③	④	⑤
11. 한부서 내에 업무량이 많아 매우 바쁠 경우, 타부서와 협력을 통한 업무의 진행이 원활하게 이루어진다.	①	②	③	④	⑤
12. 직원들은 실수를 저질렀을 때 보고하는 것을 두려워하지 않는다.	①	②	③	④	⑤
13. 환자의 안전을 개선시키기 위하여 변화를 시킨 경우에는 그 효과를 측정한다.	①	②	③	④	⑤
14. 직원들은 너무나 많은 것을 너무나 빨리 처리하기 위하여 "위기관리 방식"에서 일하고 있다.	①	②	③	④	⑤
15. 일을 더 많이 하기 위해서 환자의 안전을 해치는 일은 없다.	①	②	③	④	⑤
16. 직원들을 그들이 저지른 실수가 개인기록에 남을까봐 두려워한다.	①	②	③	④	⑤

**A. 부서(과/병동)근무환경(계속)**

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
17. 이 부서는 환자의 안전에 관해서 문제가 있다.	①	②	③	④	⑤
18. 이 부서의 절차나 시스템은 과실 예방에 도움이 된다.	①	②	③	④	⑤

**B. 직속상관/ 관리자**

선생님의 직속상관이나, 선생님이 보고를 하여야 할 대상에 대하여 다음의 문항에 대하여 동의하시는 정도를 표시하여 주십시오.

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1. 나의 직속상관은 내가 정해진 안전관리 수칙에 의해 일을 수행 했을 경우 칭찬을 해준다.	①	②	③	④	⑤
2. 나의 직속상관은 환자의 안전을 개선시키기 위한 제안을 신중하게 받아들인다.	①	②	③	④	⑤
3. 나의 직속상관은 업무량이 많아질 경우 비록 편법을 사용하더라도 그 일을 빨리 처리하기를 원한다.	①	②	③	④	⑤
4. 나의 직속상관은 부서에서 발생하는 환자안전 문제를 대수롭지 않게 생각하고 넘어가는 경우가 많다.	①	②	③	④	⑤

**C. 의사소통과 절차**

선생님이 근무하고 있는 부서(과, 병동)에서 얼마나 자주 다음과 같은 일이 있습니까? 다음의 문항에 대하여 동의하시는 정도를 표시하여 주십시오.

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1. 직원들은 사고보고서를 근거로 변경 사항들에 대하여 피드백을 받는다.	①	②	③	④	⑤
2. 직원들은 환자의 치료에 부정적인 영향을 미칠 만한 것을 보았을 때는 자유롭게 의견을 개진한다.	①	②	③	④	⑤

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
3. 우리는 같은 부서 내에서 발생한 사고(error)에 대해 통보 받는다.	①	②	③	④	⑤
4. 직원들은 상관의 결정이나 행동에 대하여 자유롭게 의견을 개진한다.	①	②	③	④	⑤
5. 이 부서에서는 안전사고의 재발방지를 위한 개선책에 대해 논의 한다.	①	②	③	④	⑤
6. 무엇인가가 옳지 않다고 보일 때에도 직원들은 질문 하기를 꺼린다.	①	②	③	④	⑤

#### D. 사고보고의 빈도

선생님이 근무하고 있는 부서(과, 병동)에서 다음과 같은 일이 발생했을 때 얼마나 자주 보고가 됩니까?

	전혀 보고 되지 않는다	이주 가끔 보고 된다	가끔 보고 된다	대부분 보고 된다	항상 보고 된다
1. 실수를 저질렀으나 <u>환자에게 영향을 미치지 전에</u> <u>발견되고 고쳐졌을 때</u> , 얼마나 자주 보고가 됩니까?	①	②	③	④	⑤
2. 실수를 저질렀으나 <u>환자에게 해를 끼칠 가능성이 없을 때</u> , 얼마나 자주 보고가 됩니까?	①	②	③	④	⑤
3. <u>환자에게 해를 끼칠 수 있는 실수가 발생했지만, 실제</u> <u>해가 없을 경우</u> , 얼마나 자주 보고가 됩니까?	①	②	③	④	⑤

#### E. 환자의 안전도

환자의 안전과 관련해서 선생님이 근무하시는 부서(과, 병동)에 대해 전반적인 평가를 해 주십시오.

○	○	○	○	○
A	B	C	D	E
아주 좋은 편이다	좋은 편이다	받아들일 만하다	나쁘다	아주 나쁘다.



**F. 병원**

선생님이 근무하시는 병원에 관해서 다음의 문항에 대하여 동의하시는 정도를 표시하여 주십시오.

	매우 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1. 병원경영진은 환자의 안전을 개선시키기 위한 업무 분위기를 조성한다.	①	②	③	④	⑤
2. 부서들 간의 협조가 잘 되지 않는다.	①	②	③	④	⑤
3. 환자를 한 부서에서 다른 부서로 전동시킬 때 누락되는 부분들이 있다.	①	②	③	④	⑤
4. 같이 일을 해야 할 때는 부서들 간의 협조가 잘 이루어진다.	①	②	③	④	⑤
5. 근무 인수인계를 할 때, 환자진료에 관한 중요한 정보가 종종 누락된다.	①	②	③	④	⑤
6. 다른 부서에서 파견 온 직원과 일하는 것이 불쾌한 경우가 종종 있다.	①	②	③	④	⑤
7. 부서 간 정보를 교환할 때 문제가 종종 발생한다.	①	②	③	④	⑤
8. 병원경영진의 경영활동은 환자 안전을 최우선으로 하여 이루어진다.	①	②	③	④	⑤
9. 병원경영진은 잘못된 사고가 일어난 후에야 환자의 안전에 관심을 갖는 것 같다.	①	②	③	④	⑤
10. 환자에게 최상의 진료를 제공하기 위하여 부서들 간의 협력이 잘 이루어진다.	①	②	③	④	⑤
11. 교대근무는 병원내의 환자들에게 문제를 일으킬 수 있다.	①	②	③	④	⑤

**G. 보고된 사고 횟수**

지난 1년 동안 선생님께서는 몇 회나 사고를 보고하셨습니까?

- a. 없다                       b. 1-2회                       c. 3-5회  
 d. 6-10회                       e. 11-20회                       f. 21회 이상

## H. 응답자 정보

선생님에 관한 정보는 설문조사의 분석에 도움이 됩니다. 응답해주신 내용에 대해서는 철저하게 익명성을 보장합니다.

1. 이 병원에서 얼마나 오래 근무하셨습니다? ( )년 ( )개월
2. 현재부서(과, 병동)에서 얼마나 오래 근무하셨습니다? ( )년( )개월
3. 일주일에 평균 몇 시간 근무하십니까? ( )시간
4. 성별은? : 여성( ) 남성( )
5. 연령은? : ( )세
6. 병원에서의 직위는?(하나만 골라주십시오)
  - 1)의사: a. 인턴 b. 수련의 c. 전문의
  - 2)간호사: a. 평간호사 b. 수간호사이상
  - 3)보건의직: a. 실무담당(검사 및 치료 등) b. 수석이상(주로 관리업무)  
(약사, 의료기사, 영양사, 의무기록사 등)
  - 4)행정직(사무직): a. 실무담당(주업무) b. 수석이상
7. 선생님께서는 직원의 위치에서 일상적으로 환자와 직접 접촉을 하십니까?
  - a. 그렇다. 나는 일상적으로 환자와 직접 접촉을 한다.
  - b. 그렇지 않다. 나는 일상적으로 환자와 직접 접촉을 하지 않는다.
8. 선생님께서 근무하시는 부서(과, 병동)는 어디입니까? 가장 대표적인 것 하나만을 골라주십시오.(✓)
  - 1) 내과 ( )      6) 중환자실 ( )      11) 영상의학과 ( )
  - 2) 외과 ( )      7) 정신과 ( )      12) 마취과 ( )
  - 3)산부인과 ( )      8) 약국 ( )      13)특정 한 부서(과, 병동)를
  - 4)소아청소년과( )      9) 재활 ( )      정해 놓고 있지 않음. ( )
  - 5) 응급실 ( )      10) 진단검사의학과( )      14) 기타( )

설문에 응해주셔서 대단히 감사합니다.

## **ABSTRACT**

### **Analysis of Perception Patient Safety Culture among Hospital Workforce**

**Noh, Yee-Na**  
**Dept. of Nursing**  
**The Graduate School**  
**Yonsei University**

The purpose of this research first, the hospital workers to identify their perceptions about patient safety culture, and second, according to hospital workers, patients attribute their perception of safety culture for a comparison. Safety culture assessment tool for patients involved in the patient safety organizations, hospitals and cultural awareness for health-care professionals to investigate the Agency for Healthcare Research and Quality developed by the Hospital Survey on patient safety culture by modifying the use of the questionnaire. Working in a general hospital in Goyang, Gyeonggi Province to all occupations (doctors, nurses, Health occupations, administrative) to target a survey made by, the department deployed 520 a survey of 403 (77.5 percent) were recovered.

The main results of this study are as follows:

First, hospital workers about their perceptions of patient safety culture 'Feedback for medical accidents' and 'Communicating' about 60 percent overall

response rate and had the most positive 'The immediate care attitude' about 58.4 percent and 'The immediate care attitude' about 58.4 percent, 'Cooperation within the department,' said the good cooperation from the 57.9 percent.

Second, the occupational safety of patients when compared to perceptions about the culture, 'the patient safety culture within the department about the difference between perception' occupational health is the most positive note that shows up, 'medical incident reporting system' perceptions about occupational health The nurses and a higher than average administrative shows up, aware of the statistics

Third, perceptions about the position of the patient safety culture is the difference between 'patient safety culture within the department about the perception' is the administrator of practitioners showed more positive note ( $p < .001$ ). 'Perceptions about the hospital's patient safety culture' and the difference between 'medical incident reporting system' did not note a difference of perception.

Fourth, direct contact with a patient's perception of whether the difference in perceptions about medical error reporting system in direct contact with a patient, if not the beneficiaries of the subjects had more positive perceptions ( $p < .01$ ).

Results from the hospital based on patient safety culture in order to promote the implementation of education and safety, adequacy and safety management system, the burden of building work, communication within the department's efforts for the activation of the hospital management will be necessary in the judgement.

---

Key words : Patient safety culture, Hospital workers' perception