



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

종합병원 간호사의 환자안전 문화에
대한 인식이 사건보고에 대한
지식 및 태도에 미치는 영향



연세대학교 보건대학원
병원경영학과
조 슨 에

종합병원 간호사의 환자안전 문화에
대한 인식이 사건보고에 대한
지식 및 태도에 미치는 영향

지도 이 상 규 교수





이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2015년 12월 일

연세대학교 보건대학원
병원경영학과
조 슨 에

조선에의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원 이 상 주 

심사위원 김 태 현 

심사위원 김 영 호 



연세대학교 보건대학원

2015년 12월 일

감사의 말씀

본 논문이 완성되기까지 많은 지도와 도움을 주신 이상규 교수님과 바쁘신 중에도 세심한 지도와 배려를 아끼지 않으신 김태현 교수님, 그리고 가장 바쁜 한 해를 보내면서도 파이팅을 보내주신 삼성서울병원 흉부외과 조양현 교수님께 깊은 감사를 드립니다. 항상 모자람으로 찾아뵙지만 늘 채워주시고 이끌어 주셔서 마칠 수 있었습니다.

그리고 늘 부족했던 저를 도와주시고 격려해 주신 많은 분들께 감사드립니다. 직장과 대학원 수업을 병행하는데 있어서 많이 힘들었지만 늘 저와 함께 해 주었던 대학원 동기들과 늘 허덕이며 끄끙 앓는 소리를 할 때마다 모든 지원을 아끼지 않으신 성애언니께 정말 감사드립니다. 또한 수업이 있는 날이면 허둥지둥 병원 문을 나서는 저에게 항상 격려를 아끼지 않았던 병원 동료들, 특히 지독한 독감처럼 보낸 올 한해 선배 이보영 선생님과 후배 정희, 지찬이가 없었다면 정말 이루어 내지 못했을 수도 있다는 생각이 듭니다. 그리고 우리 흉부외과 수술실 간호사님들. 유진, 민영, 혜란, 수영, 영민, 은현, 윤옥, 지화, 희정, 진희, 옥연, 정미, 보현, 민희, 영, 지혜, 윤정, 지영, 광미 등 정말 모두 사랑합니다. 부끄러운 선배를 정말 많이 도와주셨습니다. 또한 IRB라는 어려운 관문을 통과하기까지 한 번도 힘든 내색하지 않고 도와주신 주미자 파트장님. 정말 감사드립니다. 후배의 끊임없는 투정과 불평도 끝까지 경청해 주시고, 맛있는 밥으로 위로해 주신 시간들이 정말 많은 힘이 되었습니다.

바쁘게 돌아가는 근무여건에도 불구하고 설문지 배부와 회수를 도와주신 삼성서울병원 간호본부장님과 간호교육팀, 그리고 수술간호팀 정혜선 팀장님과 임민경 파트장님 감사드립니다. 논문을 완성해 가면서 삼성서울병원 간호사로 일하고 있다는 사실이 정말 감사했습니다. 그리고 흉부외과 책임

간호사와 학업을 병행하는 동안 항상 저를 웃게 해 주신 삼성서울병원 흉부 외과 교수님들과 펠로우 선생님들께 감사드립니다. 특히 제가 본 의사 중 가장 멋진 흉부외과 이영탁 교수님. 잠깐만 자리를 비워도 늘 찾아주시고, 심만식 선생님. 통계로 끄끙 앓고 있을 때 너무나 많은 도움을 주셨습니다. 정말 감사드립니다.

우리 가족... 엄마가 대학원에 있는 긴 시간 동안 엄마의 부재를 느껴지지 않게 조력해 주신 친정 부모님과 늘 기도해 주는 동생 인이 부부에게 감사합니다. 나의 보물 딸 김가은, 아들 김지훈아, 엄마가 많은 시간 함께 하지 못했지만 바르게 자라 주니 정말 고맙고 사랑한다. 또한 대학원에 다니는 동안 우리 조카 자랑스럽다 격려해 주신 나의 삼촌 로고스 교회 안성우 목사님과 항상 건강이 최고다 격려해 주는 이모와 막내 삼촌 가족, 그리고 바쁜 학업에도 지친 몸을 이끌고 언니를 위해 가은이와 지훈이를 돌보아 준 예은이, 마지막 영문초록을 아름답게 빛내 준 동생 안신원에게 감사드립니다. 그리고 항상 무한한 부러움과 도움으로 끝까지 밀어준 남편에게 감사합니다. 남편 김경님, 사랑합니다.

무엇보다도 참 많이 부족한 저를 가장 선한 길로 이끌어 주신 하나님께 모든 영광을 드립니다. 많이 힘들었지만 기도하면서 공부할 수 있음에 감사하면서 즐겁게 학업을 진행할 수 있었습니다. 제게 주신 하나님의 축복과 은혜가 모든 이에게 전해지길 기도합니다. 항상 감사하며, 지금도 저와 함께 기도하는 목요모임 형제, 자매님들과 말씀으로 이끌어 주시는 전육자 목사님 감사드립니다.

늘 겸손한, 감사드리는 아름다운 사람이 되겠습니다.

모두 진심으로 감사드립니다.

2015년 12월

조순에 올림

차 례

국문요약

I. 서론	1
1. 연구의 배경 및 필요성	1
2. 연구의 목적	3
II. 문헌 고찰	4
1. 환자안전 문화	4
2. 환자안전 사고	6
III. 연구 방법	10
1. 연구 모형	10
2. 연구의 대상	10
3. 자료수집 기간 및 절차	11
4. 연구의 도구	13
5. 자료 분석 방법	13
IV. 연구 결과	15
1. 연구 대상자의 일반적 특성 및 근무 특성	15
2. 대상자 특성에 따른 환자안전 문화에 대한 인식	17
3. 대상자 특성에 따른 사건보고에 대한 지식 및 태도	26
4. 환자안전 문화에 대한 인식과 사건보고에 대한 지식 및 태도	31

5. 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향	33
V. 고찰	37
1. 연구방법에 대한 고찰	37
2. 연구결과에 대한 고찰	39
VI. 결론	43
참고문헌	44
부록 <설문지>	47
ABSTRACT	57



표 차 례

표 1. 연구의 틀	10
표 2. 설문지 구성	12
표 3. 일반적 특성 및 근무 특성	16
표 4. 대상자 특성에 따른 부서 내 환자안전 문화에 관한 인식	19
표 5. 대상자 특성에 따른 직속상관/관리자의 태도	20
표 6. 대상자 특성에 따른 의료사고 보고체계에 관한 인식	21
표 7. 대상자 특성에 따른 부서 내 사고 보고의 빈도	22
표 8. 대상자 특성에 따른 부서 내 환자안전도 평가	23
표 9. 대상자 특성에 따른 병원의 환자안전 문화에 관한 인식	24
표 10. 대상자 특성에 따른 보고된 사고 횟수	25
표 11. 대상자 특성에 따른 사건보고에 대한 평가 활용 우려	27
표 12. 대상자 특성에 따른 사건보고 후 개선 효과에 대한 신념	28
표 13. 대상자 특성에 따른 사건보고 의도	29
표 14. 대상자 특성에 따른 사건보고와 관련된 지식 정도	30
표 15. 환자안전 문화에 대한 인식과 사건보고에 대한 지식 및 태도와의 상 관관계	32
표 16. 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치 는 영향	33
표 17. 대상자의 특성과 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지 식 및 태도에 미치는 영향	35
표 18. 대상자의 특성과 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지 식 및 태도 하위 항목에 미치는 영향	36

국문 요약

종합병원 간호사의 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향

이 연구는 종합병원에 근무하는 간호사의 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향을 파악하기 위해 시행되었다. 세부적인 목표는 첫째 환자안전 문화에 대한 인식의 정도와 사건보고에 대한 지식과 태도를 파악하고 그 상관관계를 조사하며, 둘째 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향을 파악하고자 하였다.

환자안전 문화에 대한 인식은 2004년 미국 AHRQ가 개발한 "Hospital Survey on Patient Safety Culture" 설문지를 김정은 등(2007)이 번역한 도구를 사용하였으며, 사건보고에 대한 지식 및 태도는 김기경 등(2006)이 개발한 도구로 측정하였다. 연구의 대상자는 서울시 강남구에 소재하는 상급종합병원에 근무하는 간호사를 대상으로 설문조사를 실시하였으며, 설문은 총 250부를 배포하여 그 중 239부가 회수되어 95.6%가 회수되었다.

본 연구의 주요 결과는 다음과 같다. 첫째, 대상자 특성에 따른 환자안전 문화에 대한 인식은 경력이 높고 책임간호사 이상의 직위를 가진 간호사에게 대체적으로 높게 나타났다. 또한 환자와 직접 대면하지 않는 간호사가 환자안전 문화에 대한 인식이 높은 것으로 드러났다. 둘째, 보고된 사고 횟수를 분석한 결과 환자와 직접 대면하지 않는 경우환자를 직접 대면하지 않는 경우 보다 높게 나타났다. 셋째, 대상자 특성에 따른 사건보고에 대한 지식과 태도를 분석한 결과 연령, 성별, 결혼 상태, 학력, 총 근무경력, 직위에

따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 넷째, 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향에 대한 회귀분석을 실시한 결과 환자안전 문화에 대한 인식은 사건 보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다($p<.001$).

이러한 결과를 토대로 병원의 환자안전 문화에 대한 인식과 사건보고에 대한 지식 및 태도에 긍정적인 변화를 가져오기 위한 병원의 노력이 필요하며 사건보고 시스템 이용을 활성화 시키고 전 직원이 공유할 수 있도록 해야 할 것이다.

핵심어: 환자안전 문화에 대한 인식, 사건보고에 대한 지식과 태도



I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

환자는 안전하게 치료를 받을 권리가 있음에도 불구하고 환자의 안전이 위협받는 사건들이 끊임없이 발생하고 있다(김재영 등, 2014). 또한 환자안전과 관련된 사건들은 예방 가능한 경우가 많음에도 불구하고 비슷한 환자안전 사고는 반복적으로 일어나고 있다. 예를 들어 2010년 빈크리스틴 투약 오류로 백혈병 소아환자가 사망한 사건과 같은 비슷한 사고는 계속 일어나고 있으며, 환자의 수술부위가 바뀌는 사고 또한 반복적으로 일어나고 있다.

그러나 국내에 환자안전을 위해 마련된 제도가 없는 것은 아니다. 환자 안전을 확보하기 위해 국내에서는 2004년 의료기관 평가 제도를 도입하였으며, 환자안전 사고에 대한 법령 감시체계를 운영하고 있다(김재영 등, 2014). 하지만 2014년 보건복지부의 '의료사고 및 과실 건수 현황'을 분석한 결과를 발표한 내용에 의하면 최근 3년간 의료사고 접수건수는 3021건으로 나타났다. 연도별 의료사고 접수건수를 보더라도 2012년 503건, 2013년 1398건, 2014년 7월 1120건으로 급격히 증가하고 있음을 알 수 있다. 이러한 의료사고는 선진의료 환경에서조차 사망의 높은 비중을 차지하고 있는 것으로 추정되고 있다. 2000년 7월 26일 미국의사협회 저널 JAMA(Journal of the American Medical Association)에서는 해마다 22만 5천명의 미국인이 의료사고로 죽어가고 있다고 보고하였다. 이는 우리나라에서 승객을 100명 이상 태운 비행기가 매일 한 대씩 추락하고 있는 것과 같은 결과이다. 또한 미국 뿐만 아니라 오스트레일리아(1992), 뉴질랜드(1998), 덴마크(1998), 영국

(1999~2000), 캐나다(2001) 등 여러 나라에서 시행된 환자안전 현황조사에 따르면 전체 입원 환자 중 10% 내외의 환자가 병원 내에서 위해사건을 겪는 것으로 나타났다. 이러한 자료들은 환자안전이라는 문제가 특정한 국가에 국한된 문제가 아니며, 전 세계적으로 국민 건강을 위협하는 문제임을 나타내는 것이라 할 수 있다(이상일, 2012).

환자안전 사고는 사고로 인해 환자에게 끼친 피해의 유무와 관계없이 병원에서 일어나는 모든 종류의 과오(error), 실수(mistake), 사고(accident)를 모두 포함한다(Agency for Healthcare Research and Quality, 2004). 이러한 안전사고와 관련하여 병원에서 간호사가 차지하는 비중은 매우 큰 것으로 나타나고 있다. 간호사는 24시간 환자와 가까이 있으며 업무 자체도 환자안전과 밀접한 관련이 있기 때문이다. 따라서 환자안전과 관련된 여러 영향요인들 중에서도 간호사의 안전인식은 상당히 중요한 요인으로 작용하고 있다.

환자안전 문화에 대한 인식은 사건보고에 대한 지식 및 태도에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 하지만 환자안전 관점에서 의료기관에서 발생한 위해사건보고 및 학습시스템이 구축되어 있지 않아 자발적인 보고 및 이를 통한 의료사고 재발방지가 미흡한 실정이다(김재영 등, 2014). 또한 남문희(2010)의 연구에서도 간호사들은 처벌 등의 이유로 보고를 회피하는 것으로 나타나 처벌적인 문화로 사건보고를 두려워하는 것이 환자안전 문화의 가장 큰 장애라고 하였다. 즉 비난과 부끄럼의 문화(정준 등, 2006)는 병원이 환자안전 문화를 구축함에 있어 직면하고 있는 가장 큰 문제 중 하나이다. 결국 이러한 부정적인 문화로 인해 사건보고 시스템이 제대로 활용되지 못해 사고를 예방하고 개선하는 기회로 삼지 못하게 되는 것이다.

환자안전과 관련된 국내 선행연구들을 살펴보면 환자안전 문화와 의료과오 보고에 대한 인식과 태도(강민아 등, 2005), 환자안전 문화에 대한 인식

분석(노이나, 2008), 환자안전 문화에 대한 영향요인 분석(윤난영, 2011)등이 대부분으로 환자안전 문화에 대한 인식과 사건보고와의 관계에 대한 연구는 아직 부족한 실정이다. 사건보고에 대한 잘못된 태도나 지식이 사건보고의 자발적 참여를 이끌어 내지 못하고 있다는 보고(김기경, 2006)는 환자안전이 중요시 대두되고 있는 최근까지도 계속 시사되고 있기에 의료사고와 관련된 의료인의 자발적 보고를 높이고 재발 방지를 위한 연구가 절실히 필요할 것이다.

2. 연구의 목적

앞서 살펴 본 배경 하에 이 연구는 종합병원에 근무하는 간호사의 환자 안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향을 파악하기 위해 시행되었다. 이 연구의 세부적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 대상자의 환자안전 문화에 대한 인식의 정도와 사건보고에 대한 지식 및 태도를 파악하고 그 상관관계를 조사한다.

둘째, 대상자의 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향을 파악한다.

II. 문헌 고찰

1. 환자안전 문화

환자안전은 최근에 등장한 개념으로 아직 명확하게 정의되어 있지 않으며, 다양한 범위와 정의로 사용되고 있다. 또한 '오류'라는 용어는 의료인 또는 의료기관을 중심으로 하고 있는 반면에, '환자안전'이라는 용어는 환자의 관점에서 사건을 바라본다는 점에서 큰 차이를 내포하고 있다(이상일 등, 2009).

환자안전(patient safety)의 사전적 정의는 '병들거나 다쳐 치료를 받는 사람에게 더 이상의 위험이나 사고의 염려가 없는 상태, 또는 그러한 상황을 만들고자 하는 활동'으로 풀이한다(김미란, 2011). 임상에서의 환자안전과 관련된 개념들을 살펴보면 2003년 National patient safety foundation에서는 '의료제공 과정에서의 오류의 예방 및 오류로 인하여 환자에게 발생하는 손상의 제거 또는 완화'의 의미로 정의하였으며, 세계보건기구(World Health Organization, 2009)에 의하면, '의료와 관련된 불필요한 위해의 위험을 허용되는 최소한으로 낮추는 것'으로 정의하였다.

이러한 환자안전은 미국 국립의학원(IOM)의 "To Error is Human" 보고서 발간 전후로 중요한 문제로 등장하게 되었다. 보고서에서는 매년 자동차 사고, 유방암 등으로 인한 사망보다 의료사고로 사망하는 것이 더 높게 보고되었고, 의료사고를 예방하기 위한 노력에도 불구하고 예방 가능한 의료 사고 발생으로 인한 손실은 총 보건의료비의 반을 차지할 정도로 심각함을 강조하고 있다.

이상일 등(2009)의 연구에서 환자안전은 환자 중심의 의료를 강조하는 개념으로 환자안전은 환자안전과 환자안전문화 형성이라는 특징을 내포하고 있다(김재영 등, 2014). 환자안전 문화는 보건의료제공 과정상 발생할 수 있는 환자의 피해를 최소화 하기 위한 공동의 믿음, 가치, 지속적인 탐구를 바탕으로 한 통합된 개별적이면서도 조직적인 행동패턴이라 정의한다(Kizer, 1999).

이러한 환자안전 문화에 대한 관심이 증가하면서 환자안전 사고와 관련된 영향 요인들과 원인들에 대한 연구는 활발히 진행되고 있다. 특히 간호사는 환자안전과 관련된 문제점을 민감하게 인식하고 관리할 수 있는 집단이며, 안전사고에 대한 임상간호사의 인지도가 높을수록 안전간호와 관련된 예방행위 및 간호활동 수행도가 높다고 보고하였다(박정혜 등, 2014). 따라서 국내 환자안전에 대한 간호사를 대상으로 한 선행연구를 살펴보면 김정은(2007)의 연구에서 서울시 소재 병원에 근무하는 간호사들의 환자안전 문화 인식은 5점 만점에 3점이상이었으며, 김소민(2011)의 연구에서도 간호사의 환자안전 문화 인식은 5점 만점에 3.39점으로 보통 수준으로 보고되었다. 남문희(2010)의 연구에서는 간호사들은 처벌 등의 이유로 여전히 보고를 회피하는 것으로 보고하였으며, 양혜용(2009)의 연구에서는 간호사의 안전간호 활동에 안전과 관련된 교육경험이 가장 큰 영향을 미치는 것으로 보고하였다.

하지만 지금까지의 선행연구들은 살펴보면 환자안전문화에 대한 인식과 영향요인에 대한 연구는 계속 보고되고 있지만 사고를 예방하기 위한 방법과 조치들에 대한 연구는 아직 부족한 것으로 파악된다.

2. 환자안전 사고

AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality, 2004)에서는 환자 안전 사고는 질병의 자연경과와 관계없이 환자안전을 위협하는 사고로 정의되며, 이러한 의미에서 환자안전이 지켜지지 못해 발생하는 사고는 환자에게 끼친 피해의 유무와 관계없이 병원 내에서 일어나는 모든 종류의 오류(error), 실수(mistake), 사고(accident)를 포함한다고 정의하고 있다.

환자안전 사고는 근접오류, 위해사건, 적신호사건 등으로 구분된다. WHO(2011)에서는 근접오류(near miss)는 환자에게 위해(harm)을 유발하지 않은 의료과오(medical error)를 의미하였으며, 위해사건(adverse events)은 환자의 기저 질환으로 인한 것이 아닌 의학적 처치 및 관리문제에 의해 의도치 않게 나타나는 손상이나 합병증으로서, 결과적으로 환자에게 재원 기간을 연장시키고 장애를 초래하는 경우를 의미하였다(Brennan T.A., L.L., Leape., N.M. Laire et al.1991). 또한 적신호 사건(sentinel event)은 환자에게 사망이나 심각한 신체적 또는 정신적 손상을 동반하는 경우와 이러한 위험을 동반한 기대하지 않은 사건으로 정의하였다(Joint Commission Resources, Inc. 2005).

과거 이러한 의료과오나 의료사고 등을 종합적이며 체계적으로 수집하고 있는 기관이나 자료는 없었다(김정화, 1998). OECD에서도 우리나라의 보건 의료 질적 수준을 검토한 보고서에서 환자안전에 대한 국가 프로그램의 일부로 환자안전에 대한 보고체계 구축을 위한 노력이 수행되어야 한다고 하였다(OECD, 2012). 하지만 최근에는 환자안전에 대한 인식의 수준은 이를 관리하고 개선하려는 국가적인 차원에서의 노력이 체계적으로 이루어지고 있으며, 선진국을 중심으로 의료과오와 근접 오류사항들에 대한 자체 보고

시스템과 국가적 차원에서의 환자 안전법 제정 등의 제도적 장치가 마련되고 있다(양승훈, 2013).

양승훈(2013)의 연구에서는 의료과오를 자체적으로 보고하고 분석하여 대처하기 위한 적절한 시스템이 필요하며, 이러한 시스템은 반복될 수 있는 유사한 사고 발생률을 어느 정도 감소시킬 수 있으며, 사건의 처리과정을 표준화해 원활한 관리 대처의 효과를 가져다 줄 수 있다고 보고하였다. 또한 환자안전사고 발생은 이제 어느 한 개인의 문제가 아닌 병원 조직의 전반적인 문제로 인식하여야 하며, 안전보고 시스템 구축과 교육을 통해 의료과오는 누구나 한번쯤은 책임대상이 될 수 있는 일이며, 표준화된 보고 시스템을 통하여 자발적으로 보고하게 될 경우 사건의 은폐나 축소의 결과보다 더 합리적인 결과를 얻을 수 있다는 인식을 심어주어야 하며, 이를 제도적으로 보장해 주는 뒷받침이 있어야만 할 것이라고 보고 하였다. 사고와 안전관리는 상반된 개념으로 사고는 하나의 결과적인 현상이고 안전 관리는 사고가 일어날 것에 대비하여 수행하는 예방조치로 볼 수 있다(정준 등, 2006). 따라서 환자안전과 관련된 의료 사고를 예방하기 위해 사건보고는 매우 중요한 자료로 사용될 수 있다. 하지만 적신호사건(sentinel event)으로 분류되고 있는 의료사고만 어쩔 수 없이 표면에 노출되고 있을 뿐 근접오류나 위해사건 등의 경우에는 자발적인 보고가 되고 있는지 조차 측정하는 것이 어려운 실정이다. 또한 적신호사건은 환자에게 해가 도달하여 질환과 관련이 없는 사망이나 장애가 발생한 경우 등을 의미하며 법적인 문제까지 일으킬 수 있는 심각한 의료 사고이기에 자발적으로 보고를 한다고 볼 수는 없을 것이다. 사건보고 불이행에 대한 김기경 등(2006)의 연구에서는 사건보고를 하지 않은 이유는 단순한 오류이거나 위해가 없기 때문이라는 경우가 많았다. 따라서 환자에게 해가 도달하지 않은 경우에는 심각한 사건보다 사

건 보고율이 낮을 수밖에 없음을 시사하고 있다.

이상일 등(2009)의 연구에서는 환자안전의 획기적인 개선을 위해 국가 차원의 환자안전 사건 보고체계의 운영과 환자안전관리 활동에 대한 법적 보호 조치의 마련, 의료기관들의 환자안전 활동에 대한 기술 지원 및 교육 훈련 등의 기반 구축이 필요함을 제안하였다. 하지만 이상일(2012)은 환자안전의 수준을 정확하게 측정하는 것에는 여러 가지 어려움이 있다고 하였다. 그 까닭으로 환자안전과 관련된 사건의 확인은 대부분 의료인의 자발적 보고에 의존하기 때문이며, 적신호사건들이 매우 드물게 발생하고 이 사건들을 관찰하기 위한 비용과 시간이 많이 소요되기 때문으로 보고하였다. 또한 위험인구 집단이나 위험노출 기간 및 관찰 기간을 특정하기 쉽지 않는 등의 여러 원인들이 환자안전의 수준을 정확하게 측정하기 어렵게 만든다고 보고하였다. 이러한 어려움들은 오류에 대한 개인적 처벌과 위계질서의 강조, 의사소통의 부재 등의 의료 환경 때문에 환자안전 문화 형성에 걸림돌로 작용하고 있다는 것을 보여주고 있다(이상일 등, 2014).

본 연구에 사용된 도구를 개발한 김기경 등(2006)은 사건보고를 하지 않은 이유를 단순한 오류이거나 위해가 없기 때문이라는 경우가 많았다고 하였다. 또한 Lawton & Parker(2002)은 심각한 사건에서의 높은 보고율은 사건보고에 있어서 어떤 범위까지 보고해야 하는지에 대한 지식이 사건보고에 영향을 미친다고 하였다. 송미라(2014)의 연구에서 간호사는 보고의도 영역이 가장 높게 나타났고 사건보고에 대한 지식정도, 개선효과에 대한 신념의 순으로 나타났으며, 평가활용에 대한 우려 영역이 가장 낮게 나타났다. 즉 평가활용에 대한 우려가 높을수록 사건보고를 하지 않는다는 다른 선행연구들의 결과를 지지한다. 따라서 비처벌적 보고체계를 확립하는 것이 중요한 것을 시사하는 바이다. 또한 김혜선(2011)의 연구에서 사건보고에 대한

보고의도와 지식정도가 사건보고 경험에 차이가 있으며, 사건보고 경험이 있는 경우 환자안전관리 활동 점수가 유의하게 높게 나타났다고 보고하였다. 즉 적절한 교육은 사건보고에 대한 지식을 제공하여 실질적인 환자안전관리 활동을 증진시키는 것으로 보여진다. 또한 김정은 등(2007)의 연구에서는 간호사의 경력이 증가함에 따라 숙련도가 증가하여 환자안전에 대한 긍정적인 인식이 높아진다고 하였다. 경력이 많은 간호사와 적은 간호사와의 활발한 의사소통이 중요함을 보여주고 있으며, 선행연구에서도 환자안전 문화에 영향을 미치는 요인들로 직속상관/관리자와의 의사소통 절차, 사건보고 빈도가 중요함을 보고하였다(김화영, 김혜숙, 2011; 남문희, 2010; 정준, 2006; 조혜원, 양진향, 2012).

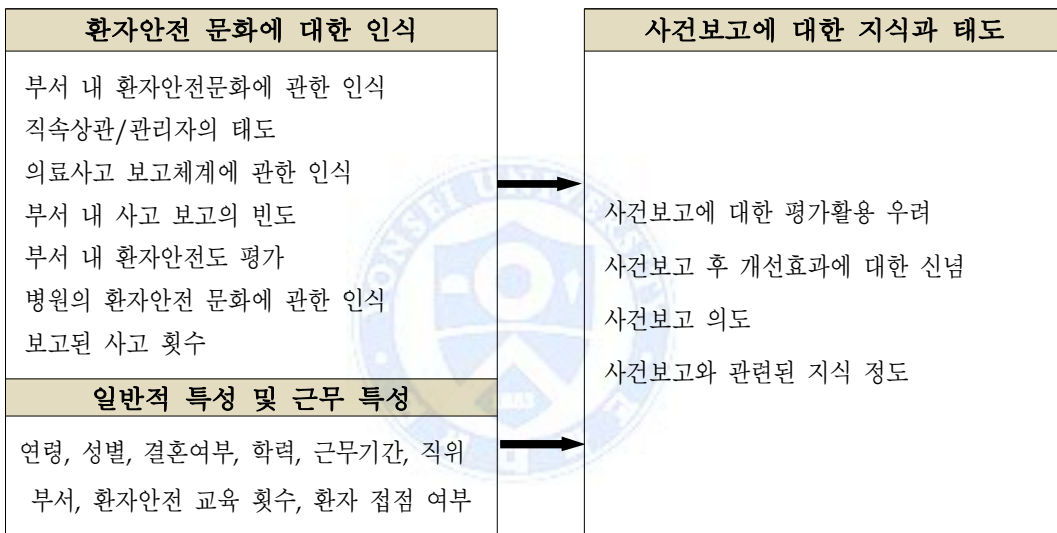


Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 모형

이 연구의 틀은 다음과 같다<표 1>.

표 1. 연구의 틀



2. 연구의 대상

본 연구의 대상자는 서울시 강남구에 소재하는 동일한 상급 종합병원에 근무하는 간호사를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 연구 대상자의 표본수는 G-power 3.1.9.2 프로그램을 이용하여 상관관계 분석에 필요한 표본수로 정하였고, 효과크기 0.25, 유의수준 0.05, 검정력 0.95일 때 202명이 산출

되었고 탈락률과 미회수율 10%를 고려하여 250명을 최종 대상자 수로 정하였다.

3. 자료수집 기간 및 절차

본 연구의 자료 수집은 2015년 9월 1일부터 2015년 9월 30일까지 진행하였다. 설문은 총 250부를 배포하여 총 239부가 회수되어 95.6%의 회수율을 보였다. 연구자는 대상자에게 구두와 서면을 통해 연구의 목적과 참여 여부 선택권 및 참여자 권리의 보호에 대해 설명하고 본 연구 참여를 희망하는 자에 한해 설문지 배포하여 자가 기입하도록 하였으며 연구 대상자의 원 자료는 암호화되어 개인 식별할 수 없도록 처리하였다. 회수된 설문지는 자료의 기밀유지를 위한 잠금장치를 사용하여 보관중이며, 본 연구는 삼성서울병원 IRB심의를 통과하였다(승인번호:2015-06-204-002). 설문의 구성은 <표 2>와 같으며 수집된 자료는 아래와 같다.

표 2. 설문지 구성

항목	설문 내용	문항 수
일반적 특성 및 근무특성	연령	1
	성별	1
	결혼 여부	1
	학력	1
	총 근무 경력	1
	직위	1
	부서	1
	환자안전 교육 횟수	1
	환자 접점 여부	1
환자안전 문화에 대한 인식	부서 내 환자안전문화에 관한 인식	18
	직속상관/관리자의 태도	4
	의료사고 보고체계에 관한 인식	6
	부서 내 사고 보고의 빈도	3
	부서 내 환자안전도 평가	1
	병원의 환자안전문화에 관한 인식	11
	보고된 사고횟수	1
사건보고에 대한 지식과 태도	사건보고 후 평가활용 우려	6
	사건보고 후 개선효과에 대한 신념	4
	사건보고 의도	3
	사건보고에 대한 지식 정도	4

4. 연구의 도구

첫째, 환자안전 문화에 대한 인식은 조직의 구성원들이 공통적으로 갖고 있는 환자안전의 중요성에 대한 인식을 조사하기 위해 2004년 미국 AHRQ가 개발한 "Hospital Survey on Patient Safety Culture" 설문지를 김정은 등(2007)이 번역한 도구를 사용하였으며, 자기기입식 설문조사를 실시하였다. 척도는 5점 만점으로 점수가 높을수록 환자안전에 대한 인식이 높은 것이라 할 수 있다.

둘째, 사건보고에 대한 태도 및 지식은 김기경 등(2006)이 사건보고에 대한 지식 및 태도를 측정하기 위해 개발한 도구로 측정하였다. 점수가 높을수록 사건보고에 대한 지식 및 태도가 높다고 간주하였고, 도구개발 당시 각 요인들은 Cronbach's Alpha가 .80이상으로 내적 일관성이 높은 것으로 나타났으며, 연구를 시행하기 위해 실시한 예비조사에서는 각 요인들의 Cronbach's Alpha가 .7451~ .8022로 측정되어 내적 일관성이 높은 것으로 나타났다.

5. 자료 분석 방법

대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율을 구하는 빈도 분석을 실시하였다. 일반적 특성에 따른 환자안전 문화에 대한 인식과 사건보고에 대한 지식과 태도의 차이는 t-test 와 ANOVA를 등분산 가정을 만족하지 못하는 경우에는 이분산 검정인 Welch test를 실시하였다. 또한 유의한 차이가 있는 경우 집단 간 차이에 대하여 Scheffe의 사후분석을 실시하였으며, 이분산인 경우 Games-Howell 사후 분석을 실시하였다. 환자안전 문화에 대한 인

식과 사건보고에 대한 지식 및 태도 간의 관계는 Pearson의 상관분석을 실시하였으며, 일반적 특성은 더미변수로 통제된 후 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향은 다중 회귀분석을 실시하였다. 이 연구의 모든 수집된 자료는 부호화하여 SPSS(Statistical Package for the Social Sciences Ver.23.0)통계패키지를 이용하여 분석하였다.



IV. 연구 결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성 및 근무 특성

연구 대상자의 일반적 특성 및 근무특성으로는 연령, 성별, 결혼여부, 학력, 근무기간, 직위, 부서, 환자안전 교육 횟수, 환자 접점 여부에 대하여 조사하였으며 분석결과는 <표 3>과 같다. 연령은 29세 이하가 47.3%로 가장 많았고, 성별은 여성이 94.6% 이었다. 결혼 여부는 미혼이 63.2%이 기혼(36.4%)보다 더 많았으며, 학력은 간호대를 졸업한 경우가 77.8%로 가장 높게 나타났다. 총 근무경력은 1-5년이하가 35.1%로 가장 많았으며, 부서는 외과계 병동에서 근무하는 간호사가 23.8%로 가장 많았다. 환자안전 교육은 년 1회 교육을 받는다고 대답한 간호사가 44.8%로 가장 많았으며, 환자 접점 여부와 관련된 문항에서는 환자와 직접 만난다고 대답한 간호사가 88.7%로 나타났다.

표 3. 일반적 특성 및 근무 특성

n=239

		n	%
연 령	20대	113	47.3
	30대	103	43.1
	40세 이상	23	9.6
성 별	남	13	5.4
	여	226	94.6
결 혼	미혼	151	63.2
	기혼	88	36.8
학 력	간호 전문대 졸업	11	4.6
	간호대 졸업	186	77.8
	대학원 과정 이상	42	17.6
총 근무경력	1년 이하	24	10.0
	1-5년 이하	84	35.1
	6-10년 이하	54	22.6
	11-15년 이하	49	20.5
	16년 이상	28	11.7
직 위	일반 간호사	172	72.0
	책임 간호사 이상	67	28.0
부 서	내과계 병동	46	19.2
	외과계 병동	57	23.8
	중환자실	44	18.4
	수술실	35	14.6
	기타 부서	57	23.8
환자안전 교육 횟수	주 1회	11	4.6
	월 1회	49	20.5
	분기 1회	52	21.8
	반기 1회	17	7.1
	년 1회	107	44.8
	안한다.	3	1.3
환자 접점 여부	대면	212	88.7
	비대면	27	11.3

2. 대상자 특성에 따른 환자안전 문화에 대한 인식

대상자 특성에 따른 환자안전 문화에 대한 인식을 분석한 결과는 다음과 같다. 대상자 특성에 따른 부서 내 환자안전 문화에 관한 인식을 분석한 결과는 다음 <표 4>와 같으며, 결혼 상태($p=.039<.05$), 총 근무 경력($p=.011<.05$), 직위($p=.034<.05$), 근무 부서($p=.011<.05$), 환자 접점 여부($p=.032<.05$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 기혼자는 3.42로 미혼자의 3.35보다 높았으며, Sheffe의 사후분석 결과 총 근무 경력은 16년 이상 경력자는 3.48로 1~5년 경력자의 3.30보다 높게 나타났다. 직위는 책임 간호사 이상이 3.44로 일반 간호사의 3.35보다 높았다. 부서는 기타 부서가 3.45로 외과계 병동의 3.29보다 높았으며, 환자와 비대면인 경우 3.48로 환자와 직접 만나는 경우 보다 높은 것으로 드러났다. 대상자 특성과 직속상관/관리자의 태도에 대한 평가를 분석한 결과는 환자 접점 여부($p=.003<.01$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다<표 5>. 즉 환자와 직접 만나지 않는 경우 3.10으로 환자와 직접 만나는 경우의 2.87보다 높게 나타났다. 대상자 특성에 따른 의료사고 보고체계에 관한 인식을 분석한 결과, 직위($p=.023<.05$)에 따른 의료사고 보고체계에 관한 인식은 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다<표 6>. 책임 간호사 이상은 3.63으로 일반 간호사의 3.51보다 높은 것으로 나타났다. 대상자 특성에 따른 부서 내 사고 보고의 빈도를 분석한 결과 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다<표 7>. 대상자 특성에 따른 부서 내 환자안전도를 평가한 결과로는 성별($p=.029<.05$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다<표 8>. 여자는 4.00으로 남자의 3.60 보다 환자안전에 대한 전반적인 평가가 높게 나타났다. 대상자 특성에 따른 병원의 환자안전 문화에 관한 인식을 분석한 결과는 연령($p=.036<.05$), 학력($p=.001<.01$), 총 근무 경력($p=.004<.01$), 직위($p=.009<.01$), 근무 부서($p=.022<.05$)에 따라 환자안전

문화에 대한 인식의 차이가 있는 것으로 나타났다<표 9>. 사후분석 결과 연령은 40세 이상은 3.21로 20대의 3.06보다 높았으며, 학력은 대학원 이상이 3.25로 간호 전문대 졸업 이하의 3.01보다 높았다. 총 근무경력은 11년 이상 경력자가 1년 이하 경력자보다 높게 나타났으며, 직위는 책임 간호사 이상이 3.18로 일반 간호사의 3.07보다 높았고, 근무 부서는 중환자실이 3.16으로 외과계 병동의 3.00 보다 병원의 환자안전 문화에 대한 인식이 높게 평가하였다. 대상자 특성에 따른 보고된 사고 횟수를 분석한 결과로는 환자 접촉 여부($p<.001$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다<표 10>. 환자와 직접 대면하는 경우 1.22로 환자를 보지 않는 경우의 0.26보다 높은 것으로 나타났다.



표 4. 대상자 특성에 따른 부서 내 환자안전 문화에 관한 인식

n=239

		M	SD	p
연 령	20대	3.34	0.28	.086
	30대	3.40	0.27	
	40세 이상	3.46	0.20	
성 별	남	3.37	0.27	.115
	여	3.49	0.21	
결 혼	미혼	3.35	0.27	.039
	기혼	3.42	0.26	
학 령	간호 전문대 졸업	3.39	0.22	.320
	간호대 졸업	3.36	0.27	
	대학원 과정 이상	3.43	0.28	
총 근무경력	1년 이하	3.43	0.25	.011
	1-5년 이하	3.30	0.28	
	6-10년 이하	3.40	0.25	
	11-15년 이하	3.39	0.28	
	16년 이상	3.48	0.22	
직 위	일반 간호사	3.35	0.27	.034
	책임 간호사 이상	3.44	0.26	
부 서	내과계 병동	3.40	0.24	.011
	외과계 병동	3.29	0.32	
	중환자실	3.42	0.21	
	수술실	3.32	0.26	
	기타 부서	3.45	0.25	
환자안전 교육 횟수	주 1회	3.38	0.31	.148
	월 1회	3.34	0.22	
	분기 1회	3.47	0.29	
	반기 1회	3.35	0.14	
	년 1회	3.36	0.29	
	안한다.	3.39	0.11	
환자 접점 여부	대면	3.36	0.26	.032
	비대면	3.48	0.29	

표 5. 대상자 특성에 따른 직속상관/관리자의 태도

n=239

		M	SD	p
연 령	20대	2.87	0.37	.143
	30대	2.90	0.41	
	40세 이상	3.04	0.28	
성 별	남	2.89	0.38	.425
	여	2.98	0.33	
결 혼	미혼	2.91	0.39	.523
	기혼	2.88	0.37	
학 령	간호 전문대 졸업	3.02	0.71	.433
	간호대 졸업	2.88	0.35	
	대학원 과정 이상	2.93	0.38	
총 근무 경력	1년 이하	2.94	0.40	.129
	1-5년 이하	2.84	0.36	
	6-10년 이하	2.94	0.43	
	11-15년 이하	2.86	0.38	
	16년 이상	3.04	0.30	
직 위	일반 간호사	2.90	0.39	.911
	책임 간호사 이상	2.90	0.36	
부 서	내과계 병동	2.85	0.38	.437
	외과계 병동	2.92	0.38	
	중환자실	2.84	0.30	
	수술실	2.89	0.37	
	기타 부서	2.96	0.45	
환자안전 교육 횟수	주 1회	2.80	0.31	.466
	월 1회	2.86	0.52	
	분기 1회	2.94	0.38	
	반기 1회	2.78	0.23	
	년 1회	2.93	0.33	
	안한다.	2.75	0.00	
환자 접점 여부	대면	2.87	0.35	.003
	비대면	3.10	0.52	

표 6. 대상자 특성에 따른 의료사고 보고체계에 관한 인식

n=239

		M	SD	p
연 령	20대	3.55	0.34	.630 [†]
	30대	3.52	0.40	
	40세 이상	3.60	0.35	
성 별	남	3.54	0.36	.175
	여	3.68	0.48	
결 혼	미혼	3.56	0.36	.319
	기혼	3.52	0.38	
학 력	간호 전문대 졸업	3.59	0.47	.595
	간호대 졸업	3.53	0.37	
	대학원 과정 이상	3.59	0.33	
총 근무경력	1년 이하	3.65	0.29	.379
	1-5년 이하	3.53	0.35	
	6-10년 이하	3.48	0.38	
	11-15년 이하	3.55	0.39	
	16년 이상	3.60	0.39	
직 위	일반 간호사	3.51	0.36	.023
	책임 간호사 이상	3.63	0.36	
부 서	내과계 병동	3.59	0.39	.080
	외과계 병동	3.52	0.32	
	중환자실	3.62	0.33	
	수술실	3.40	0.36	
	기타 부서	3.56	0.39	
환자안전 교육 횟수	주 1회	3.76	0.50	.084
	월 1회	3.51	0.33	
	분기 1회	3.61	0.33	
	반기 1회	3.64	0.32	
	년 1회	3.50	0.38	
	안한다.	3.28	0.42	
환자 접점 여부	대면	3.54	0.36	.813
	비대면	3.56	0.40	

표 7. 대상자 특성에 따른 부서 내 사고 보고의 빈도

n=239

		M	SD	p
연 령	20대	4.36	0.62	.371
	30대	4.26	0.72	
	40세 이상	4.17	0.85	
성 별	남	4.30	0.68	.716
	여	4.23	0.88	
결 혼	미혼	4.35	0.63	.158
	기혼	4.22	0.78	
학 령	간호 전문대 졸업	4.12	0.76	.497
	간호대 졸업	4.32	0.66	
	대학원 과정 이상	4.23	0.78	
총 근무경력	1년 이하	4.26	0.68	.847
	1-5년 이하	4.37	0.61	
	6-10년 이하	4.27	0.71	
	11-15년 이하	4.27	0.73	
	16년 이상	4.24	0.82	
직 위	일반 간호사	4.32	0.65	.487
	책임 간호사 이상	4.25	0.79	
부 서	내과계 병동	4.49	0.59	.341
	외과계 병동	4.23	0.71	
	중환자실	4.23	0.73	
	수술실	4.30	0.69	
	기타 부서	4.27	0.71	
환자안전 교육 횟수	주 1회	4.33	0.89	.672
	월 1회	4.26	0.79	
	분기 1회	4.44	0.56	
	반기 1회	4.27	0.83	
	년 1회	4.26	0.66	
	안한다.	4.00	0.00	
환자 접접 여부	대면	4.31	0.68	.709
	비대면	4.21	0.73	

표 8. 대상자 특성에 따른 부서 내 환자안전도 평가

n=239

		M	SD	p
연 령	20대	3.67	0.60	.449
	30대	3.57	0.65	
	40세 이상	3.57	0.51	
성 별	남	3.60	0.61	.029
	여	4.00	0.58	
결 혼	미혼	3.64	0.62	.588
	기혼	3.59	0.62	
학 령	간호 전문대 졸업	3.64	0.81	.702
	간호대 졸업	3.60	0.59	
	대학원 과정 이상	3.69	0.68	
총 근무경력	1년 이하	3.67	0.56	.179
	1-5년 이하	3.71	0.61	
	6-10년 이하	3.46	0.57	
	11-15년 이하	3.65	0.66	
	16년 이상	3.54	0.64	
직 위	일반 간호사	3.61	0.61	.725
	책임 간호사 이상	3.64	0.64	
부 서	내과계 병동	3.59	0.69	.622
	외과계 병동	3.56	0.63	
	중환자실	3.70	0.55	
	수술실	3.54	0.51	
	기타 부서	3.68	0.66	
환자안전 교육 횟수	주 1회	3.73	0.90	.810 [†]
	월 1회	3.55	0.58	
	분기 1회	3.71	0.54	
	반기 1회	3.59	0.51	
	년 1회	3.60	0.66	
	안한다.	3.67	0.58	
환자 접점 여부	대면	3.61	0.61	.672
	비대면	3.67	0.68	

표 9. 대상자 특성에 따른 병원의 환자안전 문화에 관한 인식

n=239

		M	SD	p
연 령	20대	3.06	0.29	.036
	30대	3.12	0.28	
	40세 이상	3.21	0.26	
성 별	남	3.11	0.29	.162
	여	2.99	0.23	
결 혼	미혼	3.09	0.29	.405
	기혼	3.12	0.28	
학 력	간호 전문대 졸업	3.01	0.36	.001
	간호대 졸업	3.07	0.27	
	대학원 과정 이상	3.25	0.30	
총 근무경력	1년 이하	2.96	0.21	.004
	1-5년 이하	3.07	0.31	
	6-10년 이하	3.13	0.24	
	11-15년 이하	3.16	0.34	
	16년 이상	3.16	0.20	
직 위	일반 간호사	3.07	0.28	.009
	책임 간호사 이상	3.18	0.30	
부 서	내과계 병동	3.12	0.25	.022
	외과계 병동	3.00	0.32	
	중환자실	3.16	0.33	
	수술실	3.11	0.25	
	기타 부서	3.15	0.25	
환자안전 교육 횟수	주 1회	3.01	0.31	.633
	월 1회	3.07	0.28	
	분기 1회	3.13	0.33	
	반기 1회	3.11	0.23	
	년 1회	3.11	0.28	
	안한다.	2.94	0.05	
환자 접접 여부	대면	3.10	0.30	.855
	비대면	3.11	0.20	

표 10. 대상자 특성에 따른 보고된 사고 횟수

n=239

		M	SD	p
연 령	20대	1.10	0.91	.970 [†]
	30대	1.14	1.39	
	40세 이상	1.09	1.38	
성 별	남	1.13	1.19	.402
	여	0.85	0.80	
결 혼	미혼	1.03	0.98	.216
	기혼	1.25	1.46	
학 령	간호 전문대 졸업	1.27	1.62	.374 [†]
	간호대 졸업	1.04	1.01	
	대학원 과정 이상	1.40	1.64	
총 근무경력	1년 이하	0.92	0.93	.765
	1-5년 이하	1.07	0.83	
	6-10년 이하	1.17	1.27	
	11-15년 이하	1.06	1.28	
	16년 이상	1.39	1.77	
직 위	일반 간호사	1.06	1.02	.384
	책임 간호사 이상	1.24	1.51	
부 서	내과계 병동	1.52	1.36	.223 [†]
	외과계 병동	1.11	0.90	
	중환자실	1.02	0.76	
	수술실	1.03	1.07	
	기타 부서	0.91	1.50	
환자안전 교육 횟수	주 1회	1.82	1.60	.366
	월 1회	1.18	0.97	
	분기 1회	0.96	0.97	
	반기 1회	1.12	0.70	
	년 1회	1.09	1.36	
	안한다.	0.67	0.58	
환자 접접 여부	대면	1.22	1.19	.000
	비대면	0.26	0.66	

3. 대상자 특성에 따른 사건보고에 대한 지식 및 태도

대상자 특성에 따른 사건보고에 대한 지식 및 태도를 분석한 결과는 다음과 같다. 사건보고 후 평가 활용 우려의 차이를 분석한 결과는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으며<표 11>, 사건보고 후 개선 효과에 대한 신념을 분석한 결과로는 직위($p=.003<.01$), 근무 부서($p=.010<.05$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며<표 12>. 직위는 책임 간호사 이상이 4.04로 일반 간호사의 3.81보다 개선 효과에 대한 신념이 강한 것으로 나타났으며, 근무 부서는 중환자실이 4.06으로 외과계 병동의 3.77보다 높았다. 대상자 특성에 따른 사건보고 의도를 분석한 결과는 연령($p<.001$), 성별($p=.018<.05$), 총 근무경력($p=.003<.01$), 직위($p<.001$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며<표 13>. Scheffe의 사후분석 결과 연령은 30세 이상이 20대 보다 높았으며, 여자가 4.56으로 남자의 4.19보다 높게 나타났다. 기혼자는 4.31로 미혼자의 4.15보다 보고 의도가 높았으며, 총 근무 경력은 6~10년 경력자가 4.37로 5년 이하 경력자들보다 보고 의도가 강한 것으로 드러났다. 직위는 책임 간호사 이상은 4.43으로 일반 간호사의 4.13보다 보고 의도가 강하게 나타났다. 대상자 특성에 따른 사건보고와 관련된 지식 정도를 분석한 결과, 연령($p=.020<.05$), 결혼 상태($p=.033<.05$), 학력($p=.021<.05$), 총 근무경력($p=.030<.05$), 직위($p=.013<.05$)에 따른 지식 정도는 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며<표 14>. Scheffe의 사후분석 결과 연령은 40세 이상이 20대 보다 지식 정도가 높았으며, 기혼자의 지식 정도는 4.20으로 미혼자의 4.01보다 높았다. 학력은 대학원 이상이 4.33으로 간호 전문대의 3.89 보다 지식 정도가 높았으며, 총 근무 경력은 16년 이상 경력자는 4.23으로 1년 이하 경력자의 3.82 보다 지식 정도가 많았고, 직위는 책임 간호사 이상이 4.25로 일반 간호사의 4.01보다 지식 정도가 높았다.

표 11. 대상자 특성에 따른 사건보고에 대한 평가 활용 우려

n=239

		M	SD	<i>p</i>
연 령	20대	2.99	0.60	.873 [†]
	30대	3.01	0.76	
	40세 이상	3.08	0.75	
성 별	남	3.01	0.68	.935
	여	3.03	0.80	
결 혼	미혼	3.00	0.64	.744
	기혼	3.03	0.76	
학 령	간호 전문대 졸업	3.38	0.49	.183
	간호대 졸업	3.00	0.67	
	대학원 과정 이상	2.97	0.78	
총 근무경력	1년 이하	3.02	0.52	.963
	1-5년 이하	2.98	0.62	
	6-10년 이하	3.05	0.77	
	11-15년 이하	3.04	0.72	
	16년 이상	2.97	0.80	
직 위	일반 간호사	3.02	0.67	.856
	책임 간호사 이상	3.00	0.72	
부 서	내과계 병동	3.08	0.70	.127
	외과계 병동	2.88	0.56	
	중환자실	2.96	0.65	
	수술실	3.25	0.70	
	기타 부서	2.97	0.77	
환자안전 교육 횟수	주 1회	2.95	0.61	.405
	월 1회	2.89	0.70	
	분기 1회	3.04	0.65	
	반기 1회	3.24	0.69	
	년 1회	3.01	0.71	
	안한다.	3.50	0.50	
환자 접접 여부	대면	3.02	0.68	.497
	비대면	2.93	0.75	

표 12. 대상자 특성에 따른 사건보고 후 개선 효과에 대한 신념 n=239

		M	SD	p
연 령	20대	3.86	0.52	.618
	30대	3.91	0.56	
	40세 이상	3.80	0.48	
성 별	남	3.86	0.54	.094
	여	4.12	0.38	
결 혼	미혼	3.87	0.51	.859
	기혼	3.88	0.57	
학 령	간호 전문대 졸업	3.68	0.55	.240
	간호대 졸업	3.87	0.53	
	대학원 과정 이상	3.97	0.54	
총 근무경력	1년 이하	4.10	0.33	.125
	1-5년 이하	3.78	0.55	
	6-10년 이하	3.89	0.52	
	11-15년 이하	3.90	0.58	
	16년 이상	3.88	0.51	
직 위	일반 간호사	3.81	0.54	.003
	책임 간호사 이상	4.04	0.48	
부 서	내과계 병동	3.84	0.56	.010
	외과계 병동	3.77	0.53	
	중환자실	4.06	0.46	
	수술실	3.71	0.53	
	기타 부서	3.97	0.51	
환자안전 교육 횟수	주 1회	3.98	0.66	.799
	월 1회	3.88	0.46	
	분기 1회	3.88	0.55	
	반기 1회	4.01	0.55	
	년 1회	3.85	0.55	
	안한다.	3.67	0.38	
환자 접점 여부	대면	3.85	0.53	.076
	비대면	4.05	0.54	

표 13. 대상자 특성에 따른 사건보고 의도

n=239

		M	SD	p
연 령	20대	4.06	0.53	.000
	30대	4.35	0.55	
	40세 이상	4.32	0.47	
성 별	남	4.19	0.55	.018
	여	4.56	0.52	
결 혼	미혼	4.15	0.54	.035
	기혼	4.31	0.57	
학 령	간호 전문대 졸업	4.06	0.57	.218
	간호대 졸업	4.19	0.55	
	대학원 과정 이상	4.33	0.55	
총 근무경력	1년 이하	4.06	0.42	.003
	1-5년 이하	4.06	0.57	
	6-10년 이하	4.37	0.52	
	11-15년 이하	4.31	0.61	
	16년 이상	4.32	0.45	
직 위	일반 간호사	4.13	0.54	.000
	책임 간호사 이상	4.43	0.53	
부 서	내과계 병동	4.25	0.54	.089
	외과계 병동	4.04	0.59	
	중환자실	4.25	0.51	
	수술실	4.25	0.48	
	기타 부서	4.30	0.58	
환자안전 교육 횟수	주 1회	4.36	0.46	.580
	월 1회	4.18	0.56	
	분기 1회	4.30	0.58	
	반기 1회	4.22	0.53	
	년 1회	4.18	0.56	
	안한다.	3.89	0.38	
환자 접접 여부	대면	4.19	0.54	.068
	비대면	4.40	0.63	

표 14. 대상자 특성에 따른 사건보고와 관련된 지식 정도

n=239

		M	SD	<i>p</i>
연 령	20대	3.95	0.66	.020
	30대	4.19	0.64	
	40세 이상	4.21	0.70	
성 별	남	4.07	0.66	.289
	여	4.27	0.70	
결 혼	미혼	4.01	0.66	.033
	기혼	4.20	0.65	
학 령	간호 전문대 졸업	3.89	0.67	.021
	간호대 졸업	4.03	0.65	
	대학원 과정 이상	4.33	0.66	
총 근무경력	1년 이하	3.82	0.62	.030
	1-5년 이하	3.96	0.66	
	6-10년 이하	4.19	0.67	
	11-15년 이하	4.19	0.62	
	16년 이상	4.23	0.69	
직 위	일반 간호사	4.01	0.65	.013
	책임 간호사 이상	4.25	0.67	
부 서	내과계 병동	4.30	0.59	.096
	외과계 병동	4.08	0.63	
	중환자실	4.05	0.69	
	수술실	3.91	0.73	
	기타 부서	4.03	0.66	
환자안전 교육 횟수	주 1회	4.39	0.92	.304
	월 1회	4.16	0.55	
	분기 1회	4.02	0.64	
	반기 1회	4.03	0.83	
	년 1회	4.06	0.65	
	안한다.	3.50	0.90	
환자 접점 여부	대면	4.08	0.65	.724
	비대면	4.04	0.76	

4. 환자안전 문화에 대한 인식과 사건보고에 대한 지식 및 태도

환자안전 문화에 대한 인식과 사건보고에 대한 지식 및 태도와의 상관관계를 분석한 결과는 <표 15>와 같다.



표 15. 환자안전 문화에 대한 인식과 사건보고에 대한 지식 및 태도와의 상관관계

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	
환자안전 문화에 대한 인식	1											
a.부서내 환자안전문화에 관한 인식		1										
b.직속상관/관리자의 태도	.107		1									
c.의료사고 보고체계에 관한 인식	.375***	.055		1								
d.부서내 사고 보고의 빈도	.228***	-.028	.220***		1							
e.부서내 환자안전도 평가	.124	-.076	.381***	.256***		1						
f.병원의 환자안전 문화에 관한 인식	.310***	.028	.171**	-.051	.025		1					
g.보고된 사고횟수	.059	-.101	-.050	-.002	-.207**	.066		1				
사건보고에 대한 지식 및 태도												
h.사건보고에 대한 평가활용 우려	.138*	.052	-.121	-.094	-.055	.181**	-.019		1			
i.사건보고 후 개선효과에 대한 신념	.399***	-.041	.394***	.106	.281***	.198**	.039	-.205**		1		
j.사건보고 의도	.328***	.026	.267***	.189**	.082	.173**	-.007	-.023	.376***		1	
k.사건보고와 관련된 지식 정도	.235***	-.039	.240***	.263***	.080	.090	.131*	-.173**	.313***	.538***		1

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

5. 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향

환자안전 문화에 대한 인식 전체가 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향에 대한 회귀분석을 실시한 결과 환자안전 문화에 대한 인식은 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다 ($p < .001$) <표 16>. 환자안전 문화에 대한 인식이 높을수록 ($\beta = .348$) 사건보고에 대한 지식 및 태도가 높아지는 것으로 나타났다. 즉 환자안전 문화 인식이 1점 상승할 경우 사건 보고에 대한 지식 및 태도는 .491 증가하는 것을 의미한다. 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도를 설명하는 설명력은 11.7%로 나타났다.

표 16. 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향 $n=239$

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
상수	2.254	.271		8.325	<.001
환자안전 문화에 대한 인식	.491	.086	.348	5.711	<.001
$adjR^2 = .117$ $F = 32.610$ $p < .001$					
Durbin-Watson's <i>d</i> = 1.804					

대상자의 대상자 특성과 환자 안전문화에 대한 인식이 사건 보고에 대한 지식 및 태도 전체에 미치는 영향에 대한 분석 결과로는 직위 ($p = .025 < .05$), 부서 내 환자안전 문화에 관한 인식 ($p < .001$), 병원의 환자안전 문화에 관한 인식 ($p = .030 < .05$)이 사건 보고에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 하위 항목을 살펴보면 직위는 책임 간호사 이상 ($\beta = .198$)에게서 사건 보고에 대한 지식 및 태도가 높게 나타났으며, 부서 내 환자안전 문화에 관한 인식 (β

=.314)과 병원의 환자안전 문화에 관한 인식이 높을수록($\beta=.137$) 사건보고에 대한 지식 및 태도가 높아지는 것으로 나타났다<표 17>.

대상자의 대상자 특성과 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도 하위 항목에 미치는 영향을 분석한 결과, 부서 내 환자안전 문화에 관한 인식($p=.010<.01$), 의료사고 보고체계에 관한 인식($p=.016<.05$), 병원의 환자안전문화에 관한 인식($p=.024<.01$)이 사건보고 후 평가 활용 우려에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 또한 책임간호사 이상의 직위 ($p=.025<.05$), 부서 내 환자안전 문화에 대한 인식($p<.001$), 의료사고 보고체계에 관한인식($p=.007<.01$), 부서 내 환자안전도 평가($p=.007<.01$)는 사건보고 후 개선 효과에 대한 신념에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났으며, 성별($p=.028<.05$), 30세 이상의 연령($p=.018<.050$), 직위($p=.018<.05$), 부서 내 환자안전 문화에 관한 인식($p=.019<.05$), 의료사고 보고체계 인식($p=.044<.05$), 부서 내 사건보고의 빈도($p=.017<.05$)가 높을수록 사건보고 의도에 유의한 영향을 주었다. 마지막으로 사건보고와 관련된 지식 정도에 미치는 영향을 분석한 결과는 근무부서($p=.014<.05$), 사고 빈도($p<.001$)가 지식 정도에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 근무 부서는 기타부서가 병동보다 .359 낮았으며, 사고의 빈도가 많아질수록 사건보고에 대한 지식이 높아지는 것으로 나타났다<표 18>.

표 17. 대상자의 특성과 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향 n=239

	β	p
상수		0.007
성별(남자)	0.107	0.071
연령(30세 이상)	0.149	0.167
결혼(기혼)	-0.007	0.929
학력(대학원 이상)	-0.033	0.615
총 근무경력(5~10년 이하)	0.077	0.335
총 근무경력(11년 이상)	-0.116	0.217
직위(책임간호사이상)	0.198	0.025
부서(중환자실)	-0.004	0.952
부서(수술실)	0.024	0.698
부서(기타)	-0.135	0.124
환자안전 교육횟수(월 1회이상)	0.226	0.326
환자안전 교육횟수(분기1회)	0.233	0.334
환자안전 교육횟수(년 1회)	0.223	0.392
환자 접접 여부(대면)	-0.054	0.492
부서 내 환자안전 문화에 관한 인식	0.314	0.000
직속상관/관리자의 태도	-0.038	0.521
의료사고 보고체계에 관한 인식	0.100	0.144
부서 내 사건보고의 빈도	0.105	0.087
부서 내 환자안전도 평가	0.055	0.399
병원의 환자안전 문화에 관한 인식	0.137	0.030
보고된 사고횟수	0.048	0.441
$adjR^2 = .265$ $F = 5.082$ $p < .001$		
Durbin-Watson's $d = 2.119$		

표 18. 대상자의 특성과 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도 하위 항목에 미치는 영향 n=239

	평가활용	개선효과에	보고 의도	지식 정도
	우려	대한신념		
	β	β	β	β
상수				
성별(남자)	-0.006	0.040	0.136*	0.089
연령(30세 이상)	-0.061	0.005	0.267*	0.156
결혼(기혼)	0.015	-0.072	-0.021	0.046
학력(대학원 이상)	-0.082	-0.009	-0.045	0.059
총 근무경력(5~10년 이하)	0.047	0.044	0.056	0.034
총 근무경력(11년 이상)	-0.004	-0.152	-0.178	0.026
직위(책임간호사이상)	0.070	0.200*	0.217*	0.010
부서(중환자실)	-0.059	0.096	0.045	-0.062
부서(수술실)	0.108	-0.005	0.088	-0.130
부서(기타)	-0.035	0.039	-0.062	-0.232*
환자안전 교육횟수(월 1회이상)	-0.353	0.256	0.331	0.367
환자안전 교육횟수(분기1회)	-0.266	0.230	0.404	0.252
환자안전 교육횟수(년 1회)	-0.344	0.260	0.359	0.325
환자 접점 여부(대면)	0.091	-0.076	-0.090	-0.073
부서 내 환자안전 문화에 관한 인식	0.201**	0.278***	0.167*	0.101
직속상관/관리자의 태도	0.053	-0.073	-0.027	-0.054
의료사고 보고체계에 관한 인식	-0.189*	0.186**	0.144*	0.140
부서 내 사건보고의 빈도	-0.105	-0.038	0.151*	0.237***
부서 내 환자안전도 평가	0.020	0.177**	-0.035	-0.017
병원의 환자안전 문화에 관한 인식	0.163*	0.046	0.065	0.033
보고된 사고횟수	-0.052	0.082	0.001	0.089
$adjR^2$.048	.251	.204	.164
$F(p)$	1.576	4.790***	3.900***	3.228***
Durbin-Watson's d	2.101	2.002	2.183	1.866

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

V. 고찰

1. 연구방법에 대한 고찰

이 연구에서는 환자안전문화에 대한 인식과 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향을 파악하기 위해 서울시에 소재하고 있는 일개 상급종합병원에 근무하는 간호사를 대상으로 하였다. 일개 병원으로 선정한 이유는 병원마다 갖고 있는 여러 변수들을 최대한 통제하기 위해서였다. 또한 여러 직종들 중에서도 환자와 가장 밀접하게 접촉하며 근무하는 간호사들을 대상으로 시행하였다. 다른 선행연구를 살펴보면 환자안전문화에 대한 인식은 의료기사, 간호사, 약사, 의사 등의 순서로 긍정적인 것으로 나타났으며, 특히 의사들은 간호사와 약사보다 의료과오를 보고하지 않는 것으로 인식되었다(제우영, 2007). 따라서 직종별로도 차이가 있기에 본 연구의 결과를 타 의료기관과 타 직종에 일반화시키기에 제한점이 있을 수 있다. 또한 선행연구에서 대상자의 특성이 중요한 변수로 작용하였기에 본 연구에서도 연령, 성별, 결혼 여부, 학력, 총 근무 경력, 직위, 부서, 환자안전 교육 횟수, 환자접점 여부 등을 함께 설문하였는데 환자안전 교육 횟수 설문에 답한 결과를 보면 동일한 의료기관에 근무하면서도 각자 인식하는 환자안전 교육에 상당한 차이를 보이고 있음을 볼 수 있었다.

환자안전 문화에 대한 인식은 AHRQ(2004)에서 측정한 Hospital Survey on Patient Safety Culture 설문지를 사용하여 조사하였으며 점수가 높을수록 환자안전 문화에 대한 인식이 높은 것으로 보았다. 2004년 환자안전 문화에 대한 연구가 시작되기 전에는 국내 환자안전 연구는 욕창, 낙상, 투약 오류 등 병원에서 발생할 수 있는 현상들에 맞춘 사례연구가 대부분이었다

면(정준 등, 2006), 이제는 의료의 질과 환자안전문화에 대한 인식을 높이고 관련된 영향요인들을 파악하는 연구가 많아졌다. 이러한 연구들은 2004년 의료기관 평가제도 도입과 함께 환자안전에 대한 관심이 시작되었다고 볼 수도 있는데, 이러한 인식은 제도나 정책적 지원을 통해 환자안전 보고 시스템을 적극적으로 마련하고 활용하기 위한 노력으로 변화되어야 할 것이다. 따라서 2004년부터 시작된 환자안전 문화에 대한 인식이 계속 높아졌다고 가정했을 때 실제적으로 사건을 보고하는 사례의 유형은 매우 다양해야 할 것이다. 하지만 김재영 등(2014)은 환자안전에 대해 가장 기본적인 자료 조차도 조사되거나 분석된 적이 없고, 그에 대한 관심을 충분히 가지고 있지 않은 국내의 현황을 보고하면서 종합적인 관리체계를 위한 법 제정이 필요하며, 국가 차원의 환자안전 예방 체계 구축과 환자안전 전담기구 설립이 중요하다고 하였다. 하지만 이러한 정부와 의료기관의 노력에도 불구하고 어떤 이유에서든지 보고자가 보고를 하지 않는다면 보고체계는 활성화 될 수 없을 것이다. 따라서 대상자의 사건보고에 대한 지식 및 태도를 파악하여 분석한다면 보고자의 자율적인 보고를 활성화 시킬 수 있으며, 전과 및 재발방지에도 기여할 수 있는 환자안전 보고 시스템을 개발할 수 있기에 그러한 점에서 본 연구방법에 의의가 있다고 본다.

2. 연구결과에 대한 고찰

대상자 특성에 따른 환자안전 문화에 관한 인식은 11년 이상의 경력을 가진 경우가 그보다 낮은 경력을 가진 간호사보다 높게 나타났으며, 직위는 책임 간호사 이상의 직위를 가진 간호사에게 대체적으로 높게 나타났다. 이러한 결과는 선행연구 조혜원 등(2012)의 연구에서 근무경력이 11년 이상인 경우 그보다 적은 군보다 환자안전 문화 인식이 높게 보고한 결과와 일치하였으며, 병원실무 경험이 많고 이에 따라 업무의 숙련도가 높아질수록 환자안전 문화 인식이 긍정적인 영향을 주는 것으로 생각한다고 보고한 선행연구들을 분석하여 환자안전 문화 인식이 저조한 경력이 낮은 간호사들이 긍정적인 평가를 할 수 있도록 대책을 마련해야 할 것이다. 또한 환자와 직접 대면하지 않는 경우가 직접 만나는 경우보다 환자안전 문화에 대한 인식이 높은 것으로 드러났으며, 보고된 사고 횟수를 분석한 결과 환자와 직접 대면하는 경우 1.22로 환자를 직접 대면하지 않는 경우의 0.26보다 높게 나타났다. 따라서 환자를 직접 대면하는 경우에 사건을 보고하는 경우가 많은 것으로 나타났으며, 사건을 보고할 때마다 과도한 책임감과 징벌에 대한 두려움, 스트레스 등으로 인해 환자안전 문화에 대한 인식이 부정적으로 나타났을 것으로 생각된다. 따라서 환자안전 문화에 대한 인식을 긍정적으로 전환하기 위해서는 사건 발생 시 병원차원의 개방적이고 협조적인 분위기를 조성하고, 환자를 직접 대면하는 부서의 환자안전 관리 활동을 강화시키는 노력이 필요할 것이다.

대상자 특성에 따른 환자안전 문화에 대한 인식에 대한 점수에서 직속상관/관리자의 태도에 대한 점수는 다른 항목과 달리 평균 2점대의 결과를 보여주었다. 이러한 결과는 관리자에 대한 부정적인 인식을 보여주는 것으

로 판단되며, 이에 대한 원인을 규명하고 해결해 나간다면 환자안전 문화에 대한 인식을 높여주는 중요한 전환점이 될 것이다.

대상자 특성에 따른 사건보고 후 개선 효과에 대한 신념을 분석한 결과 직위는 책임 간호사 이상(4.04), 근무부서는 중환자실(4.06)이 높은 것으로 나타났다. 사건보고 의도를 분석한 결과, 연령은 30세 이상의 여성, 기혼자의 경우, 6-10년 이상의 경력자에게서 대체적으로 높게 나타났다. 또한 직위는 책임 간호사 이상(4.43)의 간호사에게서 보고 의도가 강하게 나타났다. 조혜원 등(2012)의 연구에서 주임간호사 이상의 군이 일반간호사군보다 환자안전관리 활동 점수가 높게 나타났으며, 그렇기에 주임간호사 이상의 군은 환자안전관리 활동에 책임감을 가지며 환자안전 문화인식 또한 높아 환자안전관리 활동을 비교적 잘 수행하고 있음을 시사했다. 즉 경력이 낮은 일반간호사는 환자간호에 가장 활발한 업무를 하고 있지만 사건보고 후 개선 효과에 대한 신념이 낮기에 환자안전관리 활동에 부정적인 영향을 미치는 것을 보여준다. 따라서 병원은 이렇게 점수가 낮은 특성의 간호사들의 사건보고와 관련된 태도를 강화시키기 위한 전략이 요구된다.

대상자 특성에 따른 사건보고와 관련된 지식 정도를 분석한 결과, 연령은 40세 이상이 20대 보다 지식 정도가 높았으며, 기혼자의 지식 정도는 4.20으로 미혼자의 4.01보다 높았다. 학력은 대학원 이상이 4.33으로 간호 전문대의 3.89 보다 지식 정도가 높았으며, 총 근무 경력은 16년 이상 경력자는 4.23으로 1년 이하 경력자의 3.82 보다 지식 정도가 많았고, 직위는 책임 간호사 이상이 4.25로 일반 간호사의 4.01보다 지식 정도가 높았다. 이러한 결과는 하지만 김기경 등(2006)등의 연구에서 개선효과에 대한 신념을 측정 한 결과 3.59, 사건보고에 대한 지식정도 3.11, 보고의도 3.77와 비교했을 때 낮게 측정된 점수보다 모두 높게 나타난 것으로 확인되었기에 최근에 사건 보고와 관련된 지식 및 태도가 긍정적으로 변화하고 있다고 본다. 따라서

우리나라 병원 간호사들의 사건보고의 개선효과에 대한 신념이 불이행 경험에 영향을 미치는 것으로 나타난 김기경 등(2006)의 결과에서 사건보고 행위와 관련된 사건보고 시스템을 책망 없는 시스템(blame free system)으로 구축하는 것이 중요함을 강조한 연구들을 바탕으로 의료기관의 사건보고 시스템을 전면적으로 재평가하여 보완하는 것이 필요하다.

환자안전 문화에 대한 인식 전체가 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향을 분석한 결과, 환자안전 문화에 대한 인식이 높을수록($\beta=.348$) 사건보고에 대한 지식 및 태도가 높아지는 것으로 나타났으며, 부서 내 환자안전 문화에 관한 인식이 높을수록($\beta=.340$), 병원의 환자안전문화에 관한 인식이 높을수록($\beta=.146$) 사건보고에 대한 지식 및 태도가 높아지는 것으로 나타났다. 김미란(2011)은 환자안전의 기본전제는 의료오류가 발생한 후 대응하고 수습하는 사후방식에서 탈피하여 사전에 파악하고 방지하여 환자안전을 도모하는 것이라고 하였다. 따라서 병원은 환자안전 문화에 대한 인식을 높이기 위해 노력해야 하며, 이러한 노력은 사건보고와 관련된 행위를 증진시켜 환자안전과 관련된 사전예방 시스템을 구축하는데 이바지 해야 할 것이다.

또한 부서 내 환자안전 문화에 관한 인식이 높을수록($\beta=.224$), 의료사고 보고체계에 관한 인식이 높을수록($\beta=.159$) 보고 의도가 높아지는 것으로 나타났으며, 의료사고 보고체계에 관한 인식이 높을수록($\beta=.165$), 부서 내 사고보고의 빈도가 많을수록($\beta=.208$) 지식 정도가 높아지는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 사건보고의 빈도가 많을수록 사건보고에 대한 지식도 많아지게 병원에서는 더 이상 의료사고를 감추거나 축소하지 않고 전 직원들에게 공유할 수 있는 체계적인 시스템을 갖추어야 함을 보여주고 있다. 따라서 사건보고 시스템은 개인적인 징벌이 없으면서도 공유와 실천이 가능한 조직문화를 형성하도록 개선시켜야 할 것이다.

본 연구의 결과 환자안전문화에 대한 인식을 조사한 선행연구들에 더하여 환자안전문화에 대한 인식이 사건 보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향을 구체적으로 확인하기 위한 연구로 환자안전 문화에 대한 인식을 높이고, 하부영역과 관련된 요소들을 잘 분석하는 것이 중요하다. 따라서 이러한 요소들을 잘 파악하여 분석한 결과들을 임상에 적용 가능하도록 프로그램을 개발하고 적용할 수 있는 사건보고 시스템과 관련된 세부적인 추가 전략을 마련해야 할 것이다.



VI. 결 론

본 연구에서의 결과들을 살펴보면 환자안전 문화에 대한 인식은 사건보고에 대한 지식 및 태도에 영향을 미치고 있으며, 하위요인을 분석한 결과로는 근무경력이 많고 업무와 관련된 병원 또는 부서 내에서 보고된 환자안전 사건들을 많이 접한 경우 사건과 관련된 지식과 태도가 높은 것으로 나타났다. 따라서 이러한 결과들을 바탕으로 환자안전문화 인식을 높이기 위한 병원의 구체적이며 실행 가능한 전략을 마련하여 환자안전 사고를 사전에 예방할 수 있도록 하는 것이 중요할 것이다. 또한 대상자 특성에 따른 환자안전 문화에 대한 인식에 대한 점수를 살펴보면 대부분의 항목에서 평균 3점 이상으로 측정된 결과와 다르게 직속상관/관리자의 태도에 대한 점수는 평균 2점대의 결과를 보여주었다. 이는 타 의료기관에서 AHRQ를 사용하여 설문조사한 결과와 유사한 결과로 환자안전 문화에 대한 인식을 높이기 위해 직속상관/관리자의 태도에 대한 부정적인 영향 요인 분석에 대한 연구가 필요함을 제시하는 바이다.

마지막으로 이 연구는 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향에 대한 연구이다. 따라서 향후 전 직원이 공유할 수 있는 환자안전 사건보고 시스템 이용을 활성화 시키기 위한 심층 연구를 기대하는 바이다.

참 고 문 헌

- 강민아, 김정은, 안경애, 김 윤, 김석화. 환자안전문화와 의료과오 보고에 대한 의사의 인식과 태도. 보건행정학회지 2005;15(4):110-135.
- 김미란. 환자안전 개념분석. 대한간호학회지 2011;41(1):1-8.
- 김소민. 임상간호사의 안전문화에 관한 연구. 한양대학교 임상간호정보대학원 석사학위논문, 2011.
- 김기경, 송말순, 이계숙, 허혜경. 병원 간호사의 사건보고 불이행 경험여부에 영향을 미치는 요인. 간호행정학회지 2006;12(3):9.
- 김재영, 황은애. 의료서비스 소비자안전 개선방안 연구. 한국소비자원 정책연구, 2014.
- 김정아. 의료사고와 분쟁의 현황과 쟁점. 한국사회학 1998;32(6):395-426.
- 김정은, 강민아, 안경애, 성영희. 환자안전과 관련된 병원문화와 의료과오 보고에 대한 간호사의 인식조사. 임상간호연구 2007;13(3):12.
- 김혜선. 의사와 간호사의 사건보고에 대한 태도와 사건보고의도의 관련 요인. 서울대학교 대학원 석사학위논문, 2011.
- 남문희, 강성홍. 환자안전 및 안전간호활동에 대한 부산지역 간호사의 인식. 보건과 사회과학 2010;12(28):197-221.
- 남문희. 부산지역 간호사의 환자안전과 안전간호활동에 대한 인식. 인제대학교 대학원 박사학위논문, 2010.
- 노이나. 병원 근무 직종별 환자안전문화에 대한 인식 분석. 연세대학교 간호대학원 석사학위논문, 2008.
- 박정혜, 박명화. 간호대학생의 환자안전에 대한 지식 태도 및 수행자신감. 한국간호교육학회지 2014;20(1):5-14.

- 송미라. 간호사의 조직 의사소통, 사건보고가 환자안전관리활동에 미치는 영향. 한양대학교 대학원 석사학위 논문, 2014.
- 양승훈. 의료기관 환자안전 보고 시스템 현황 및 구축방안에 대한 연구. 한국엔터테인먼트 산업학회논문지 2013;7(2):89-99.
- 윤난영. 종합병원 간호사의 환자안전 문화에 대한 영향요인 분석. 충북대학교 행정학석사학위논문, 2011.
- 이상일, 이재호. 환자안전의 개념과 접근 방법론. 한국의료 QA 학회지, 2009.
- 이상일. 환자안전에 대한 불편한 진실. 한국보건의료연구원, 2012.
- 이상일. 환자안전 증진을 위한 제도적 개선 방안 개발. 질병관리본부, 2013.
- 이상일, 옥민수. 환자안전 관리의 현황과 개선 방향, 건강보험심사평가원, 2014.
- 양혜용. 병원간호사의 환자안전문화에 대한 인식이 안전간호활동에 미치는 영향-순천지역을 중심으로. 순천대학교 경영행정대학원 석사학위논문, 2009.
- 제우영. 환자안전문화에 대한 병원종사자들의 인식-일개 대학병원을 중심으로. 성균관대학교 임상간호대학원 임상간호학과 석사학위 논문, 2007.
- 정 준, 서영준, 남은우. 병원 간호사의 환자안전관리활동 영향요인 연구. 병원경영학회지 2006;11(1):91-109.
- 조혜원, 양진향. 의료인의 환자안전문화 인식과 환자안전관리 활동 간의 관계. 기본간호학 회지 2012;19(1):35-45.

Agency for Healthcare Research and Quality. Agency for healthcare

research and quality U. S. Department of Health and Human Service, 2004; 1-4, 36-39.

Brennan T.A., L.L., Leape., N.M. Laire et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I., N. Engl. J. Med., Vol.324 .370-376, 1991.

Joint Commission Resources, Inc. Hospital Accreditation Standards. Oakbrook

4 Terrace: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, 2005.

Lawton, R., & Parker, D. Incident reporting: science or protoscience? Ten years later. *Quality & Safety in Healthcare*, 11(2), 144-145.

National Patient Safety Foundation. Our Definitions. (n.d.). Patient safety. Retrieved January, 2003.

OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: Korea 2012 Raising Standards. Paris: OECD; 2012.

Vincent C. The Essentials of Patient Safety, 2011.

World Health Organization. Final technical report for the conceptual framework for the international classification for patient safety. Retrieved January, 2009.

World Health Organization. Health Topics Patient Safety, Retrieved September 21, 2011.

부 록 <설문지>

연구 참여 설명문 및 동의서

연구대상자 설명문

1. 연구 제목

종합병원 간호사의 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도 미치는 영향

2. 연구의 배경 및 목적

본 설문지는 종합병원에 근무하는 간호사의 환자안전 문화에 대한 인식이 사건보고에 대한 지식 및 태도 대한 지식 및 태도에 미치는 영향을 파악하여 환자안전 문화 조성에 긍정적인 영향을 주고자 합니다.

3. 연구 대상자와 참여기간

본 연구의 대상자는 서울시 강남구에 소재하는 상급종합병원에 근무하는 간호사로 250명을 대상으로 하며 설문 참여기간은 2015년 9월 1일부터 2015년 9월 30일까지이며 연구기간은 IRB 승인일로부터 1년 이내에 진행될 예정입니다.

4. 연구절차 및 방법

본 연구에 참여하기로 자발적으로 결정을 하시면 피험자 설명문에 대해 설명을 듣고 배부된 설문지에 귀하의 의견을 작성하게 됩니다. 설문지 작성은 약 20분 정도가 소요될 예정입니다.

5. 예상되는 위험 및 이득, 연구 참여에 따른 손실에 대한 보상

본 연구에 예상되는 위험은 최소위험 이하로 어떠한 손상도 발생되지 않을 것이며 연구 참여로 인한 신체적, 정신적 위험은 귀하께 발생하지

않을 것으로 예상되으나, 바쁜 업무 중 설문지 작성에 필요한 시간 소모로 인한 불편이 우려됩니다. 따라서 귀한 시간을 내주신 분들께 소정의 답례품(볼펜)을 드립니다.

6. 개인정보의 제공에 대한 동의 및 자유의사에 의한 연구 참여 및 철회

본 연구에 대한 참여 여부는 귀하께서 스스로 결정하실 것이며, 연구 참여를 거부하거나 연구 도중 언제든지 중도에 참여를 포기하실 수 있습니다. 또한 연구에 참여하지 않기로 결정할 수도 있으며, 연구에 참여하지 않더라도 아무런 불이익을 받지 않습니다.

7. 개인정보 보호 계획

피험자의 신원을 파악할 수 있는 기록은 비밀로 보장될 것이며, 연구대상자가 응답한 내용은 연구 목적으로만 통계자료로만 이용할 것입니다. 본 연구와 관련된 자료는 연구자가 직접 관리하고, 연구 대상자의 원 자료는 암호화되어 개인 식별할 수 없도록 처리되며, 작성된 설문지는 시건장치를 이용하여 보관할 것입니다.

8. 연구윤리 담당자의 연락처

귀하는 연구 담당자 조순에(010-2737-6761, seune@hanmail.net)에게 연구기간 중에 언제든지 추가적인 정보를 요청할 수 있으며 귀하의 권리에 대한 의문이 있는 경우 피험자보호 연구윤리 담당자 02-3410-2980으로 연락하시기 바랍니다.

* 제출기한: 2015년 9월 30일까지

* 제출방법: 동봉된 회송봉투에 넣어 우편송부

135-710 서울시 강남구 일원동 50번지 삼성서울병원 본관수술실

* 담당자 : 조순에 (seune@hanmail.net)

연락처 : 010-2737-6761

연구 참여자 서면 동의서

연구제목 : 종합병원 간호사의 환자안전 문화에 대한 인식이
사건보고에 대한 지식 및 태도에 미치는 영향

1. 본인은 본 연구에 대한 목적, 방법 및 내용 등에 대하여 구두로 충분한 설명을 듣고 이해하였습니다.
2. 본인은 연구의 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
3. 본인은 이 연구에 참여하는 것에 자발적으로 동의합니다.
4. 본인은 언제든지 연구의 참여를 거부하거나 연구의 참여를 중도에 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해가 되지 않을 것이라는 것을 알고 있습니다.
5. 본인은 이 연구의 설명서 및 동의서에 서명함으로써 연구목적으로 나의 개인정보가 현행 법률과 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
6. 본인은 연구 설명문 및 동의서의 사본을 받을 것을 알고 있습니다.

이에 나의 자유로운 의사에 따라 본 연구에 참여할 것을 동의합니다.

날짜 : 2015년 09월 일

피험자 성명: (인 또는 서명)
담당자 성명: (인 또는 서명)

< 설 문 지 >

I. 일반적인 사항

선생님에 관한 정보는 설문조사의 분석에 도움이 됩니다. 빠짐없이 기록해 주시길 부탁드립니다. 응답해주신 내용에 대해서는 철저히 익명성을 보장합니다.

1. 귀하의 연령은? 만()세
2. 귀하의 성별은? ① 여성 ② 남성
3. 귀하의 결혼 여부는? ① 미혼 ② 기혼 ③ 기타
4. 귀하의 학력은?
① 간호 전문대 졸업 ② 간호대 졸업(학사학위과정 포함) ③ 대학원 과정 이상
5. 귀하의 총 근무 경력은 얼마나 되십니까?
① 1년 이하 ② 1년~5년 ③ 6년~10년 ④ 11년~15년 ⑤ 16년~20년 ⑥ 20년 초과
6. 병원에서의 직위는?
① 일반간호사 ② 각과의 담당간호사(방장) 등 ③ 책임 간호사 ④ 수간호사 이상
7. 귀하의 부서는 ?
① 내과계 병동 ② 외과계 병동 ③ 응급진료센터 ④ 중환자실 ⑤ 수술실 ⑥ 외래
⑦ 기타 부서 ()
8. 귀하께서는 병원에서 하는 환자안전에 대한 교육을 받으신 적은?
① 주 1회 한다. ② 월 1회 한다. ③ 분기 1회 한다. ④ 반기 1회 한다.
⑤ 년 1회 한다. ⑥ 안한다.
9. 환자 접점 여부
① 네, 환자를 직접적으로 만나고 있습니다.
② 아니오, 환자를 직접적으로 만나지는 않습니다.

II. 환자안전 문화에 대한 인식

A. 부서 내 환자안전 문화에 관한 인식

이 설문조사에서 근무환경이란 선생님께서 대부분의 근무시간을 보내거나 대부분의 임상서비스를 제공하고 계시는 과 또는 병동을 지칭합니다. 다음의 문항에 대하여 동의하시는 정도를 표시(V)하여 주십시오.

번호	내용	전혀 그렇지 않다	그렇 지 않다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
A-1	부서에서 직원들은 서로를 지원한다.					
A-2	우리 부서에서는 주어진 업무량을 다 해 낼 수 있을 정도의 충분한 인력이 있다.					
A-3	많은 업무를 신속하게 처리해야 할 때, 목표를 달성하기 위하여 직원들이 팀으로 협력하여 일한다.					
A-4	부서에서 직원들은 서로를 존중해 준다.					
A-5	우리 부서의 직원들은 환자에게 최상의 진료를 제공하기 위하여 근무시간을 초과하여 일하고 있다.					
A-6	우리는 환자안전을 개선시키기 위해 적극적으로 노력한다.					
A-7	환자에게 최상의 진료를 제공하기 위해 필요한 인력의 부족한 부분을 임시적으로 대체하고 있다.					
A-8	직원들은 실수가 용납되지 않는다고 느낀다.					
A-9	우리 부서에서는 실수를 긍정적인 변화로 이끈다.					
A-10	우리 부서에서 더 심각한 실수가 일어나지 않은 것은 순전히 우연이다.					
A-11	우리 부서에서는 누군가가 바쁘면 다른 동료들이 도와준다.					
A-12	사고가 보고될 때는, 문제 그 자체가 아니라 문제와 관련된 직원이 초점이 되는 것 같다.					

A-13	환자의 안전을 개선시키기 위한 변화를 시도한 후에 우리는 그 효과를 측정한다.					
A-14	우리들은 너무나 많은 것을 빨리 처리하기 위해서 언제나 '위기 상황인 것처럼' 일하고 있다.					
A-15	업무가 많아지더라도 환자안전을 소홀히 하지 않는다.					
A-16	직원들은 그들이 저지른 실수가 개인기록에 남을까봐 두려워한다.					
A-17	우리 부서는 환자안전에 문제가 있다.					
A-18	우리 부서의 절차나 시스템은 과실에 도움이 된다.					

B. 직속상관/관리자의 태도

선생님의 직속상관이나 선생님이 보고를 하여야 할 대상에 대하여 다음의 문항에 대하여 동의하시는 정도를 표시(V)하여 주십시오.

번호	내용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
B-1	정해진 환자안전절차에 따라서 업무를 수행할 때 나의 직속상관은 격려의 말을 해준다.					
B-2	나의 직속상관은 환자의 안전을 개선시키기 위해 직원들의 제안을 신중하게 받아들인다.					
B-3	업무에 대한 부담이 증가할 때마다, 나의 직속상관은 빠른 방법을 택해서라도 일을 빨리 처리하기만을 원한다.					
B-4	나의 직속상관은 환자안전과 관련한 문제가 반복적으로 발생해도 그냥 지나친다.					

C. 의료사고 보고체계에 관한 인식

선생님이 근무하고 있는 부서에서 얼마나 자주 다음과 같은 일이 있는지, 다음의 문항에 대하여 동의하시는 정도를 표시(V)하여 주십시오.

번호	내용	전혀 그렇지 않다	그렇 지 않다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
C-1	우리들은 사건사고 보고서를 근거로 변경된 사항들에 대하여 피드백을 받는다.					
C-2	직원들은 환자의 치료에 부정적인 영향을 미칠만한 것을 발견했을 때는 자유롭게 의견을 개진한다.					
C-3	우리 부서에서 발생한 사건에 관해 잘 알고 있다.					
C-4	직원들은 상관의 결정이나 행동에 대하여 자유롭게 의문을 제기한다.					
C-5	우리 부서에서는 과실이 재발하지 않도록 하는 방법에 대하여 직원과 논의를 한다.					
C-6	무엇인가 옳지 않다고 생각될 때에도 직원들은 질문하기를 꺼린다.					

D. 사고보고의 빈도

선생님이 근무하고 있는 부서에서 다음과 같은 일이 발생했을 때 얼마나 자주 보고가 되는지, 다음의 문항에 대하여 동의하시는 정도를 표시(V)하여 주십시오.

번호	내용	전혀 보고하지 않는다	아주 가끔 보고 한다	가끔 보고 한다	대부 분 보고 한다	항상 보고 한다
D-1	실수를 저질렀으나 환자에게 영향을 주기 전에 발견되어 교정되었을 경우, 얼마나 자주 보고가 됩니까? (오류가 발생하였으나 환자에게 도달하지 않음)					
D-2	실수를 저질렀으나 환자에게 해를 끼칠 가능성이 없을 때 얼마나 자주 보고가 됩니까? (환자에게 투여 및 적용되었으나 해가 없음)					
D-3	환자에게 해를 끼칠만한 실수였으나 결과적으로 환자에게 해가 되지 않았을 경우에도 얼마나 자주 보고가 됩니까?					

E. 부서내 환자안전도 평가

선생님이 근무하시는 부서의 환자안전에 대해 전반적인 평가를 해 주십시오.

- ① 아주 나쁘다 ② 나쁘다 ③ 받아들일 만하다 ④ 훌륭하다
⑤ 아주 훌륭하다

F. 병원의 환자안전 문화에 관한 인식

우리 병원에 관해서 다음의 문항에 대하여 동의하시는 정도를 표시(V)하여 주십시오.

번호	내용	전혀 그렇지 않다	그렇 지 않다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
F-1	병원 경영진은 환자의 안전을 개선시키기 위한 업무 분위기를 조상한다.					
F-2	부서간에 서로 협조가 잘 되지 않는다.					
F-3	환자가 한 부서에서 다른 부서로 이동할 때 누락되는 부분이 있다. (전실, 전동, 검사 등으로 인한 이동)					
F-4	함께 일을 해야 할 때 부서간의 협조가 잘 이루어진다.					
F-5	근무 인수인계를 할 때, 부서간의 협조가 잘 이루어진다.					
F-6	다른 부서에서 파견(Helper) 온 직원과 일하는 것이 불편한 경우가 종종 있다.					
F-7	부서간에 정보를 교환할 때 문제가 종종 발생한다.					
F-8	병원 경영진은 환자의 안전이 가장 우선 순위에 있다는 것을 행동으로 보여준다.					
F-9	병원 경영진은 위해사건(잘못된 사고)이 일어난 후에야 환자의 안전에 관심을 가지게 되는 것 같다.					
F-10	환자에게 최상의 진료를 제공하기 위하여 부서 간에 협조를 잘하고 있다.					
F-11	우리 병원의 근무 교대시 환자안전에 문제가 있다.					

G. 보고된 사고 횟수

지난 12개월 동안 선생님께서는 몇 회나 사건사고를 보고 하셨습니까?

- ① 없다 ② 1-2회 ③ 3-5회 ④ 6-10회 ⑤ 11-20회 ⑥ 21회 이상

Ⅲ. 사건보고에 대한 지식 및 태도 대한 지식과 태도

다음은 사건보고에 대한 지식 및 태도 대한 설문입니다.

평소 선생님의 생각에 가장 가까운 내용에 대하여 동의하시는 정도를 표시(V)하여 주십시오.

번호	내가 사건을 보고한다면	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1	훈계(징계)를 위한 자료로 활용할 것이다.					
2	나의 전문적 능력에 대해 의심할 것이다.					
3	책임자를 밝히는 조사 자료로 활용할 것이다.					
4	인사평가에 반영할 것이다.					
5	시스템 문제보다 개인적 실수에 초점을 둔다.					
6	간호사 직무능력 평가 자료로 활용할 것이다.					
7	더 큰 실수를 사전에 예방하는 효과가 있다.					
8	사건을 보고하면 개선될 것이라는 믿음이 있다.					
9	업무환경 개선에 효과적이다.					
10	사건보고는 일종의 질 관리 활동이다.					
11	모든 사고는 보고되어야 한다.					
12	모든 사고가 보고되는 것은 중요하다.					
13	나는 모든 투약사고를 보고할 것이다.					
14	사건보고 작성방법을 잘 알고 있다.					
15	사건보고의 보고 절차를 잘 알고 있다.					
16	사건보고의 작성방법에 대해 교육 받았다.					
17	보고해야 할 사건의 범위를 잘 알고 있다.					

ABSTRACT

General Hospital Nurses' Awareness on Patient Safety Culture Influencing Knowledge and Attitude of Incident Reporting

Seun E Cho
Graduate School of Public Health
Yonsei University

(Directed by Professor Sang Gyu Lee, M.D., Ph.D.)

This Research was implemented to comprehend how general hospital nurses' awareness on patient safety culture influences knowledge and attitude of incident reporting. Specific objectives are:

First, understand the correlation between the degree of awareness on patient safety culture and knowledge and attitude in incident reporting.

Second, understand how general hospital nurses' awareness on patient safety culture influences knowledge and attitude in incident reporting.

Subjects of this study's survey are senior nurses working at identical Senior General Hospital in Gangnam-gu, Seoul, Korea. The return rate of the survey was 95.6%, 260 copies of survey has been distributed and 239 copies has been collected in total.

The result of this study shows that the awareness on patient safety culture influences knowledge and attitude. Lower factors analysis shows people who have much work experience and have faced a lot of patient

safety incidents reported to hospital and department during work had better knowledge and attitude about incidents. Therefore, based on the result of this study, it is important for hospitals to provide not only specific but also viable strategy to raise awareness of patient safety culture. Furthermore, there is a need for high quality replication studies to revitalize utilization of patient safety incident reporting system so the whole staff could share and make the foundation for the patient safety related research.

Key words: awareness on patient safety culture, knowledge and attitude of incident reporting

