

# 간호사의 환자안전사고 유발경험에 대한 현상학적 연구

이태경<sup>1</sup> · 김은영<sup>2</sup> · 김나현<sup>3</sup>

경산대학교 간호학과<sup>1</sup>, 대구과학대학교 간호학과<sup>2</sup>, 계명대학교 간호대학·간호과학연구소<sup>3</sup>

## A Phenomenological Study on Nurses' Experiences of Accidents in Patient Safety

Lee, Tae Kyung<sup>1</sup> · Kim, Eun Young<sup>2</sup> · Kim, Na Hyun<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing, Gyeongsan University

<sup>2</sup>Department of Nursing, Taegu Science University

<sup>3</sup>College of Nursing · Research Institute for Nursing Science, Keimyung University

**Purpose:** The purpose of this study was to describe nurses' experiences of accidents in patient safety. **Methods:** Data were collected from October 8, 2011 to January 31, 2012 through in-depth interviews with seven nurses who had worked on wards or in the ICU in a university hospital. Data were analyzed by applying Colaizzi's phenomenological methodology. **Results:** The following six categories were extracted: Fear of the patient's condition caused by the accident, Conflict in the accident report, Blame on others and circumstances, Feeling guilty and sorry as the patient's condition is improving, Being disappointed with the unfavorable atmosphere in dealing with the accident, After the accident, being sensitive in performing nursing duties and being faithful to the principles. **Conclusion:** The results indicate that the organizational culture in the hospital related to accidents in patient safety is still closed and punitive, and such an atmosphere causes nurses to feel seriously hurt, but through this experience nurses are likely to mature as nursing professionals. Programs on prevention of accidents in patient safety and a system to guard against these accidents should be established. Also the organizational safety culture should be improved.

**Key Words:** Patient safety, Safety accident, Phenomenological study

## 서론

### 1. 연구의 필요성

국민의 생활수준이 향상됨에 따라 건강에 대한 관심이 증대되었으며, 1989년 의료보험이 전 국민에게 적용되어 의료 수요를 급격히 상승시키는 요인이 되었다. 의료기관을 이용하는 환자나 가족들은 외래진료를 받거나 입원을 해야 하는 경우 소비자의 권리 의식에 따라 안전한 환경에서 치료받기

를 원하고(Kim, 2009), 안전한 처치를 받는 것은 환자의 권리라고 할 수 있다(Noh, 2009). 타 분야에서는 안전과 관련된 활동이 1900년부터 시작되었지만(Yoon, 2012), 이에 비해 의료분야에서는 최근에 개선을 위한 노력이 이루어지고 있다.

환자안전은 의료서비스 제공에 포함되는 공통적으로 가져야 할 원칙이며, 병원내에서 이루어지는 모든 과정에 있어서 먼저 고려되어야 할 부분으로 인식되고 있다(Jeong, Seo, & Nam 2006). 병원에서 안전사고 발생에 대한 보고는 일반적

**주요어:** 환자안전, 안전사고, 현상학적 연구

**Corresponding author:** Kim, Na Hyun

College of Nursing, Keimyung University, 1095 Dalgubeol-daero, Dalseo-gu, Daegu 704-701, Korea.  
Tel: +82-53-580-3928, Fax: +82-53-580-3916, E-mail: drkim@kmu.ac.kr

**투고일:** 2013년 10월 15일 / **수정일:** 2013년 12월 5일 / **게재확정일:** 2013년 12월 23일

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

으로 환자 안전사고 보고 체계를 통하여 보고되어야 하나 우리나라에서는 아직 사건보고를 곧 사고보고라고 생각하여 의료기관과 의사, 간호사를 포함한 의료종사자의 오류에 대한 공개적 논의를 꺼려하는 사회적 분위기가 일반적이다(Kim, Song, Lee, & Hur, 2006). 그럼에도 불구하고 갈수록 환자안전에 대한 이슈가 중요해지고 병원인증평가 항목에서 큰 비중을 차지하고 있는 상황에서 환자들의 안전을 개선하고 의료사고의 예방과 철저한 추후 관리를 위한 노력이 절실하다고 (Joint Commission Resources, 2013) 하겠다.

지금까지 국내 병원 내에서 환자안전사고에 대한 인식은 침묵과 비난의 문화로 인식되어 왔으며(Noh, 2009) 숨기고 덮어두기에 급급하여 환자 안전사고를 예방하고 환자 안전문화를 구축하는데 적극적 대응이 이루어지지 못했다(Jeong et al., 2006). 이러한 문제를 근본적으로 해결하려는 노력으로써 안전한 병원환경을 구축하고 의료사고에 대하여 개방적인 논의를 허용하는 조직문화조성이 필요하다(Joint Commission Resources, 2013).

선행연구에 의하면 간호사가 경험한 환자 안전사고 내용 중 투약오류가 51.3%로 가장 많았으며, 낙상 14.7%, 기타 14.3%, 주사 관련 8.2%, 수혈 관련 4.7% 순으로 보고되어 있다(Kim et al., 2006). 간호 영역에서 투약업무는 전체 간호 업무 중 20% 이상을 차지할 만큼 간호 수행 빈도가 높고, 간호활동 시간이 가장 많이 소요되고 있다. 낙상 또한 의료기관에서 가장 흔히 발생하는 사고의 하나로 특히, 입원노인의 낙상사고는 병원 낙상의 49~55%를 차지하는 것으로 나타나(Kim & Suh, 2002) 투약오류와 낙상사고가 환자안전사고의 대부분을 차지하고 있음을 알 수 있다. 이러한 안전사고는 환자에게 정신적인 피해와 고통을 주고 입원기간을 연장시키며, 기존의 질병을 악화시키는 등 경제적인 손실과 환자 상태를 위협하는 원인이 되기도 한다(Yoon, 2012).

국내에서 보고된 환자안전과 안전문화를 주제로 한 선행연구는 대부분 양적 연구로 안전사고에 대한 임상간호사의 인지도가 높을수록 안전간호와 관련된 예방행위 및 간호활동 수행도가 높았다(Kim, H. Y. & Kim, H. S., 2011; Kim, 2013). 그러나 위에서 언급한 바와 같이 간호사고에 대한 개방적 논의 분위기가 조성되어 있지 않고 실제 병원에서 안전사고 발생 시 조직적 차원에서의 사건이라기 보다는 사고를 경험한 간호사 개인적인 과오로 간주하는 경우가 많아서 간호사고에 대한 두려움은 크지만(Lee, Jung, & Jeon, 2010) 안전사고에 대한 인식과 간호활동 수준은 그다지 높지 않은 실정이다(Jeong et al., 2006). 환자안전사고는 한 개인의 책임일 뿐만

아니라 조직 전체의 문제가 결과적으로 나타난 것이므로, 환자안전사고 예방을 위해서는 개방적인 조직문화가 필요함을 알 수 있다. 그러나 실제 임상에서는 여전히 환자안전사고 발생 시 환자치료의 최접점에 있는 간호사들이 사고유발 당사자가 되는 경우가 흔하고 이로 인해 심각하게 사직을 고려하거나 실제 사직에 이르는 경우도 종종 볼 수 있다. 따라서 병원내 안전문화와 밀접한 관련이 있는 안전사고 유발이후 감당하기 힘든 시간들을 혼자 이겨내야 하는 간호사의 입장에서 이들의 생생한 경험을 보다 심층적으로 탐색해 볼 필요가 있다고 본다. 이를 통해 병원내 안전사고 및 안전문화와 관련된 총체적인 현상을 보다 심층적으로 이해할 수 있을 것으로 사료된다.

유사한 선행연구로 Lee 등(2010)이 임상간호사를 대상으로 투약오류 경험을 질적 방법으로 탐색하여 보고한 연구가 한 편 있으나 이는 명확하게 간호사가 5R을 준수하지 않음으로 인해 유발되는 투약오류 경험에 국한하여 살펴보았으므로 안전사고 경험에 대해 포괄적으로 이해하기에는 한계가 있을 것으로 보인다. 또한 안전사고는 간호사의 기본간호 수행과정에서의 소홀 이외에 병동 관리 차원에서 통합적으로 이해되어야 할 부분이 있을 것으로 보인다. 이에 본 연구에서는 Colaizzi (1978)의 현상학적 방법론을 적용하여 환자안전사고를 직접 경험한 간호사들을 대상으로 심층면담을 통해 환자 안전사고 경험의 본질과 의미를 밝혀 공감을 이끌어내고 안전사고에 대한 이해를 높여 보고자 하였다.

현상학적 방법은 어떤 상황에 처한 인간경험의 진술을 통하여 주관적인 경험의 의미와 본질적 구조를 있는 그대로 밝히고자 하는 귀납적인 연구방법으로, 연구자는 사전에 지각된 개념이나 편견을 배제한 채 참여자의 주관적인 관점을 그대로 받아들이고 이해하는 것이다(Knaack, 1985). 이러한 방법을 통해 연구자는 인간이 경험하는 특정 현상에 대한 총체적 이해에 다가갈 수 있게 된다. 특히, Colaizzi (1978)의 현상학적 방법은 연구참여자 개개인의 경험적 진술을 좀 더 일반적인 형태로 재진술해 가면서 공통적 경험의 본질적 구조를 기술하는 것이 특징으로, 본 연구에서 안전사고 유발을 경험한 간호사의 생생한 경험을 기술하고 이로부터 안전사고 유발의 공통적 의미와 본질을 밝히며 나아가 병원내 안전문화를 총체적으로 이해하고자 하는 연구목적에 적합하다고 보았다. 본 연구를 통해 개방적 안전문화를 조성하는 가이드라인의 방향을 제시하고 상황에 근거한 환자안전사고 예방과 관리를 위한 간호 전략을 수립하는데 도움이 되고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구는 간호사의 환자안전사고 경험을 이해하기 위한 현상학적 연구로, 구체적인 연구의 목적은 간호사의 환자안전사고 경험의 본질과 의미를 파악하여 기술하는 것이다. 따라서 본 연구의 질문은 “간호사의 환자안전사고 경험의 의미와 본질은 무엇인가?”이다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 간호사가 병원 임상 실무에서 경험한 환자안전사고의 의미를 기술하기 위해 현상학적 방법을 적용하여 의미와 경험의 구조가 완성될 때까지 자료수집과 분석을 순환적으로 반복한 질적 연구이다.

### 2. 연구참여자 및 연구자 준비

#### 1) 연구참여자 선정

본 연구의 참여자는 병원 임상에서 환자안전사고 경험이 있고, 사고 경험에 대해 사실적으로 이야기 할 수 있으며, 연구자로부터 연구의 목적과 의도를 듣고 연구에 참여하기로 동의한 간호사로 총 7명이었다. 연구에 참여한 간호사 3명은 연구자가 근무하고 있는 의료기관에서 모집하게 되었으며, 나머지 4명은 연구자의 지인을 통해 소개 받아 모집하게 되었다.

본 연구에 참여한 모든 간호사는 500병상 이상의 종합병원에 근무하고 있는 일반간호사로 모두 30대였으며 평균연령은 33.4세(30~39세)였고, 근무부서는 내·외과 병동 1명과 소아

중환자실 2명, 내과 외래 3명, 소아청소년과 외래 1명이었다. 평균 근무연수는 10.3년(8~13년), 환자안전사고 유발을 경험한 평균 근무시기는 6.3년(2~12년)째 인 것으로 나타났다 (Table 1).

#### 2) 연구자 준비

질적 연구에서 연구의 엄밀성은 연구자 자신의 질적 연구자로서의 준비정도에 달려있다고 볼 수 있다. 이에 본 연구에 참여한 연구자들은 대학원 박사과정에서 질적 연구방법론을 학기동안 이수하였으며, 질적 연구를 위한 워크샵에 참여하여 면담기법과 질적자료를 분석하는 방법을 훈련받았다. 뿐만 아니라 현상학적 연구방법론을 활용한 선행연구를 수행하여 학술지에 발표한 바 있으며, 학회참석 및 정기적인 연구모임 등에 참여하여 현상학적 연구를 수행하기 위한 연구자로서의 준비기간을 거쳤다.

### 3. 자료수집

본 연구의 자료수집은 연구자 2인에 의해 이루어졌으며, 자료수집기간은 2011년 10월 8일부터 2012년 1월 31일까지 진행되었다. 심층면담은 서로의 대화를 방해받지 않으며, 참여자가 편안함을 가질 수 있도록 조용하고 부드러운 분위기에서 면담이 진행될 수 있게 참여자가 원하는 시간과 선택한 장소에서 이루어졌다. 대상자가 연구자를 의식하지 않고 자신의 경험에 대해 충분히 이야기 할 수 있도록 연구자와 대상자는 적당한 거리를 유지하며 앉은 자세에서 시작하였고, 면담 초기 일반적이고 일상적인 대화를 유도하여 자연스럽게 이야기

**Table 1.** Characteristics of the Participants

No	Age	Education level	Total work experience (year)	Work experience (safety accident)	Work place (safety accident)
Participants 1	30	Bachelor	8	2	Ward
Participants 2	32	Bachelor	10	5	Ward
Participants 3	30	Bachelor	8	5	Ward
Participants 4	37	Master's student	13	4	ICU
Participants 5	32	Bachelor	10	5	ICU
Participants 6	34	Bachelor	11	11	Ward
Participants 7	39	Bachelor	12	12	OPD

ICU=Intensive care unit; OPD=Out patient department.

를 하도록 하고 면담이 진전되면 대화의 흐름에 따라 비구조적인 질문을 이용하여 진행하였다. 비구조적 질문으로는 “환자안전사고 상황에서의 이야기와 느낌에 대해 이야기 해 주십시오”로 시작하였다. 1인당 1회 면담시간은 50분에서 1시간 30분정도 소요되었으며, 참여자가 충분히 이야기 할 수 있도록 시간을 제공하였고, 참여자 스스로 경험을 이야기 할 수 있도록 유도하였다. 면담내용은 참여자의 동의를 얻은 후 모두 녹음하였으며, 녹음 후 반복해서 들으며 연구자가 직접 필사하였다. 면담 후에 자료분석을 진행하면서 연구자들은 토의시간을 가졌고, 이 시간에는 연구자들은 면담에 대해 분석하며, 추가된 개념과 보충해야 할 부분에 대해 정리하며 다음 면담을 계획하였다.

#### 4. 윤리적 고려

연구자는 참여자들에게 면담을 시작하기 전에 연구의 목적과 연구방법, 면담내용의 녹음을 설명하고 참여자의 이해와 동의를 받았으며, 면담자료는 연구 이외의 목적으로 사용하지 않을 것이며, 연구가 종료된 이후에는 폐기함을 알려주었다. 또한 참여자가 연구에 동의를 하였다 하더라도 연구 진행 중 언제라도 참여를 중단하거나 거절할 수 있다는 점, 참여자의 개인적 비밀과 익명성을 보장한다는 점에 대해서도 사전에 정보를 제공하였다. 면담을 시작하기 전에 진행될 연구에 대해 설명하였고 편안한 분위기에서 면담을 진행하기 위해 면담 질문 이외의 다른 궁금한 사항에 대해 대화를 나누는 시간을 가지면서 자연스러운 분위기와 공감대 형성을 할 수 있도록 노력을 하였다.

#### 5. 자료분석

본 연구의 자료분석은 자료수집과 동시에 이루어졌으며, 현상학적 접근방법 중 참여자로부터 기술된 내용에서 명확한 의미를 찾고 현상의 본질을 정확하게 진술하려는 Colaizzi (1978)가 제시한 6단계 자료분석방법을 선택하여 분석하였다.

첫째, 면담에 참여한 연구자는 대상자의 느낌을 이해하고자 면담 후 녹음해온 내용을 여러 차례 들으며 글로 옮겨 적어서 상황에 대한 느낌을 얻도록 하였다. 둘째, 각각의 연구자가 필사된 내용의 문장에 안전사고경험이 나타내는 반복되는 내용을 밑줄 그으면서 의미있는 진술을 도출하였다. 셋째, 추출된 의미있는 진술을 일반적이고 추상적인 진술로 의미를 구성하였으며 연구자가 함께 확인하고 유사한 내용을 통합하였다. 넷째, 구성된 의미를 범주, 주제를 묶어 주제묶음으로, 주제

묶음을 다시 범주로 분석하여 기술하였다. 다섯째, 분석된 자료를 주제묶음에 따라 환자안전사고경험에 대하여 총체적으로 기술하였다. 여섯째, 본질적 의미를 명료하게 기술하고자 노력하였으며 최종적 진술의 타당성을 검증하기 위하여 참여자 7인에게 자신의 경험과 일치하는지 확인하였다.

#### 6. 연구의 엄밀성

본 연구에서는 질적 연구의 엄밀성을 확보하기 위하여 Lincoln과 Guba (1985)의 엄밀성 평가기준에 따라 사실적 가치, 일관성, 중립성, 적용성을 충족하면서 신뢰도와 타당도를 높이도록 연구를 진행하였다.

면담 전 참여자들의 경험을 이해하고 신뢰성 있는 자료를 얻기 위해 연구자와 참여자의 신뢰관계가 형성하도록 노력하였으며 현상을 생동감 있고 충실하게 해석하고자 면담 즉시 자료를 반복적으로 여러 번 읽어 본질의 의미를 찾음으로써 신뢰도를 높였다. 구체적으로 사실적 가치를 평가하기 위해 연구자들은 자료수집과정에서 참여자들이 말하고 보여주는 그대로의 생동감있는 자료를 수집하려고 반복해서 들으며 필사본과 대조하여 왜곡되는 부분이 없는지를 확인하였다. 연구자 서로의 의견을 논의하고 원 자료로 다시 돌아가 진술의 의미를 음미하고 검토하면서 의견을 수렴하였으며 참여자에게 면담 기록내용과 분석결과를 보여주어 참여자의 경험내용과 일치하는지를 확인하였다.

또한 충분한 의견수렴의 과정을 거쳤음에도 연구자들간의 견 차이점을 보이는 부분은 질적 연구의 경험이 다수 있는 교수 1인으로부터 자문 및 검증절차를 거쳤으며 질적 연구의 경험이 있는 2인의 박사학위 소지자에게 연구결과의 평가를 의뢰하여 전반적인 연구과정과 연구결과에 관해 평가를 받음으로써 연구의 일관성을 높이고자 하였다. 연구 과정과 결과에 대한 편견으로부터의 해방을 의미하는 중립성을 유지하기 위하여 본 연구자 3인은 연구의 시작과 동시에 연구에 대한 이해, 편견, 면담자료, 문헌내용 등을 개인이 메모해두고 내용들을 상호비교하고 구분할 수 있도록 노력하였다.

적용성을 위해서는 참여자들이 편안하게 면담을 실시할 수 있도록 편안한 분위기에서 이야기를 풀어갈 수 있도록 하였으며 면담 시 편중된 경험의 한계를 극복하기 위하여 다양한 배경의 참여자들을 면담하도록 노력하였으며, 면담 후 현재 근무 중인 안전사고에 대한 경험이 있는 간호사에게 연구결과를 제시하여 이해와 공감할 수 있는지에 대해 확인하는 절차를 가지도록 하였다.

## 연구결과

연구참여자 7명의 경험에서 도출된 간호사의 환자안전사고 경험을 나타내는 의미있는 진술은 161개가 나왔으며, 12개의 주제묶음, 6개의 범주로 도출되었다. 도출된 6개의 범주는 ‘환자상태 악화에 대한 두려움’, ‘사건 보고에 대한 갈등’, ‘사고원인을 열악한 근무여건 탓으로 돌림’, ‘자신의 책임을 인정하고 죄책감을 느낌’, ‘사고 후 지지적이지 못한 분위기에 실망함’, ‘원칙에 보다 충실해짐’으로 나타났으며 Table 2와 같다.

### 범주 1. 환자상태 악화에 대한 두려움

참여자들은 환자안전사고가 발생했을 때 처음으로 지각한 감정이나 반응은 당황하여 혼란에 빠지면서 눈앞이 캄캄해지는 경험을 하였다. 곧이어 예측할 수 없는 환자상태에 대해 두려움으로 현실이 아니기를 바라며, 한편으로는 환자의 상태가 어떻게 변하는지에 대해 온 신경을 쏟으며 불안해하였다. 이 범주에는 ‘현재 상황에서 벗어나고 싶음’, ‘환자 상태 변화에 촉각을 곤두세움’이라는 주제묶음을 도출하였다.

#### 주제 1. 현재 상황에서 벗어나고 싶음

안전사고 유발 후 환자 상태가 나빠지거나 자신에게 모든 책임이 전가될까봐 두려워하였으며, 그 상황이 현실이 아니기를 바라면서, 빨리 그 상황에서 벗어나고 싶어하였다. 이는 환자에게 나타날 부정적 결과에 대한 두려움과 자신에게 돌아올 책임과 비난에 대한 두려움 때문이었다.

아무튼 끔찍한 생각만 들고 걱정은 미칠 듯이 되고 마음은 불안하고 빨리 널 새벽이 되서 랩(Lab)결과를 확인해보고 싶은 생각만 들고 빨리 시간이 가라.. 그렇게 얘기하면서 그 환자가 빨리 퇴원해서 가버렸으면 좋겠다.. 내심 바라고 있었어요(참여자 3).

아이는 sedation되어 있고 도미킴 양은 별로 없고 그 2년차는 똑바로 췌다고 하고... 그래서 뭔가 불안해지기 시작했고 이 상황이 현실이 아니었으면 하는 생각이 순간 들면서 조용히 빨리 시간이 가버렸으면 하는 생각이 들었어요(참여자 4).

### 주제 2. 환자 상태 변화에 촉각을 곤두세움

환자 상태의 변화를 예측하기가 힘들어 당황스럽고 걱정되

었으며, 생명까지 위협될까봐 심장이 떨릴 정도로 불안감을 느꼈다고 표현하였다. 순간적이기는 하지만 환자상태가 나빠지면 사직해야 할지도 모른다는 생각과 한편으로는 별일 없을 거라 스스로 위안하면서 불안한 시간을 보내는 것으로 나타났다. 간호사들은 안전사고 후 환자 상태에 별 다른 변화가 없거나 나빠졌던 상태가 호전될 때까지 계속 긴장하며 사태를 예의주시 하고 있음을 알 수 있었다.

근데 주치의하고 수선생님한테 얘기하고 나니까 그제서야 환자걱정이 되기 시작하는 거예요 환자가 갑자기 건다가 벽에 부딪히거나 넘어지면 어떡하지.. 내일 랩수치는 괜찮아야 할텐데 혹시나 결과가 안 좋거나 환자가 안 좋아지면 난 그만둬야겠다... 이렇게 생각했었어요 괜찮겠지..하면서도 최악의 상황을 생각 할 수 밖에 없었고 환자가 갑자기 안 좋아 질까봐 걱정이 걱정이 말을 못했어요(참여자 3).

나이트 번도 원래 오더 확인을 해야 되는데 똑같이 그냥 그대로 그냥 약 커버(투여)를 해서... 그래서 토탈 약이 4번인가 들어갔어요. 그러니까 50 mg씩 4번이 들어간 거니까 엄청난 양이 들어간 거죠. 이렇게 들어간 양을 알고 나니까 갑자기 삼장이 떨리기 시작하더라고요. 애가 상태부터 걱정되어 얘기침대로 바로 달려갔어요. 외관 상이나 wheezing상태는 양호해 보였는데 부작용이 나타날까봐 불안해지기 시작하더라고요(참여자 5).

### 범주 2. 사건 보고에 대한 갈등

참여자들은 안전사고 후 사건처리과정에서 예상되는 주변의 질책과 낙인 등이 두려워 사건 보고를 해야 할지, 하지 말아야 할지를 두고 갈등하는 것으로 나타났다. 또한 사건이 알려지게 되면 다른 사람이 자신을 어떻게 생각할지에 대해서도 염려하였으며, 간호사로서의 자신의 입지나 이미지가 실추될 것에 대해서도 두려워 하였다. 이 범주에는 ‘문책과 낙인에 대한 두려움으로 사고 보고를 주저함’, ‘자신과 간호전문직의 이미지 손상에 대한 두려움’이라는 주제묶음을 도출하였다.

#### 주제 3. 문책과 낙인에 대한 두려움으로 사고 보고를 주저함

안전사고 유발 후 참여자들은 자신의 실수에 대한 꾸중과 책임추궁, 신뢰감 상실, 주변의 굶지 않은 시선 등이 따를 것을 미리 염려하며, 사건 보고를 주저하는 것으로 나타났다. 이는 간호사가 사고 유발의 일차 책임자로서 사고처리 과정에서 자

신에게 쏟아질 비난과 문책에 대해서도 큰 부담을 느끼고 있음을 알 수 있었다.

그래서 고민이 많이 되었어요. 애기 상태를 보면 보고를 해야 하는데 혼날 생각을 하니 순간 갈등이 많이 되더라고요. 그래도 애기가 걱정되어 수간호사 선생님에게 그 애기를 보고했고 의사한테도 call했죠(참여자 4).

어쩔 수 없이 보고를 해야 하는 상황이긴 했지.. 보고를 해야 하나 말아야 하나... 고민하며 갈등해야 할 사건도 있긴 있는데... 근데 난 보고 전에 잠깐 남들이 날 어떻게 생각할까... 후배들이 좀 그렇게 보는 건 아닐까... 하는 생각이 잠깐 들었지만 이미 난 전화기 버튼을 누르고 있었지(참여자 7)

#### 주제 4. 자신과 간호전문직의 이미지 손상에 대한 두려움

안전사고로 인해 주변 동료나 선배, 후배, 부서장 등으로부터 돌아올 자신에 대한 끈지 않은 시선과 불신으로 인해 자존감이 떨어지고, 나아가 참여자 자신으로 인해 병원내에서 혹은 병동내에서 간호사 전체에 대한 불신이 초래될 수 있고 이미지가 떨어질 수 있다는 두려움과 자괴감으로 의기소침해 짐을 알 수 있었다.

그런데 간호사 실수로 인해서 의사한테 보이는 거에 대한 저희 이미지... 저희 병동을 바라보는 시선... 뭐 이런 거가 생겨 쫓 그랬어요. 제가 수간호사 선생님께 들은 게 있는데 우리가 자꾸 이런 문제가 생기면 우리가 의사한테 큰 소리를 못친다는 거... 우리 이런 실수를 했기 때문에... 그런 문제는 조금 있었죠. 어차피 의사가 덮어주는 했지만 보호자한테... 그 다음부터는 오더 똑바로 확인했는지 의사가 우리한테 한 번 더 맞게 픽업했냐고 물어보고 확인하고 하니까 저희한테 신뢰성이 떨어진 거죠. 이럴 때마다 우리가 신경질이 나지만 우리가 한 실수가 있기 때문에 당분간은 어떻게 말을 못하고 그냥 지냈죠(참여자 5).

낙상하게 되면 제대로 일은 퍼펙트하게 하지 못한다는 그런... 못하게 보이지 않을까 뭐 그런거 때문에 좀... (머뭇거림) 간호사로서 능력있고 인정받는 사람이 되고 싶은데 그런 일 때문에 약간 좀 자존심 상하고 직장동료들도 그렇게 보지 않을까... 하는 그런 것 때문에 자존심 상해요(참여자 6).

#### 범주 3. 사고원인을 열악한 근무여건 탓으로 돌림

참여자들은 안전사고의 원인을 자신이 아닌 다른 곳에서 찾아보려고도 하였다. 즉, 자신이 일차적인 책임이 있긴 하지만, 그러한 상황이 초래되게 된 데는 다른 동료나 환자 및 보호자의 부주의와 소홀함이 선행되었고, 그 외 열악한 근무환경이나 불완전한 시스템 등으로부터도 원인을 찾으면서 이를 원망하거나 자신의 책임을 덜어보려 하였다. 이 범주에는 ‘사건발생을 타인의 잘못으로 돌림’, ‘열악한 근무환경이 안전사고를 유발시킴’이라는 주제묶음을 도출하였다.

#### 주제 5. 사건발생을 타인의 잘못으로 돌림

참여자들은 사건발생의 책임이 자신에게도 있지만 다른 동료나 환자, 보호자 등의 실수나 소홀함도 있었다고 생각하였다. 이는 안전사고가 발생할 수 있는 여러 상황이 있지만, 다른 동료가 정확하고 확실하게 환자를 간호하고, 의사가 적절한 시기에 정확하게 처방하며, 환자나 보호자가 안전에 대한 인식 또는 주의력만 있었다면 안전사고를 예방할 수 있었을 것이라고 생각하며 주변사람들을 원망하였다.

뭐라 할건 아니지만 아니 사이드레일도 올려져있고 보호자도 옆에 있었어... 근데 애가 떨어졌어... 그 엄마도 애 좀 잘보지 뭐했나 몰라...(참여자 2).

이브닝번 간호사는 어차피 자기가 잘못 픽업함으로 인해서 그 다음번 간호사들한테 피해를 준 거예요. 애는 자기가 잘못된 것을 인정을 했고 이 나이트번은 나랑 같은 동기 5년차인데 이브닝번인 3년차 간호사 때문에 피해를 본거라고 생각해서... 자기도 확인을 제대로 안한 것도 있지만 자기도 밤근무 하다 보니까 피곤해서 #6, ×6를 혼동해서 했던 거 같아요. 그래서 이 나이트번 쌤은 표현을 안했지만 어쨌든 자기가 사건보고서를 써야 된다는 거에 대해서는 어쨌든 불만이 좀 있었구요(참여자 5).

#### 주제 6. 열악한 근무환경이 안전사고를 유발시킴

참여자들은 예기치 않게 일어난 안전사고가 열악한 근무 환경과 오류를 범하기 쉬운 불완전한 시스템의 문제로 야기된 것이라고 주장하기도 하였다. 즉, 근무환경이 너무 어수선하거나 혼돈을 줄 수 있는 전산시스템, 그리고 충분하지 않은 인력배치로 인해 업무가 과중되면서 차근차근 일 할 수 있는 상황에서 벌어진 어쩔 수 없는 상황으로 해석하기도 하였다.

근데 우리병원 OCS 상에 문제가 조금 있는 거 같아요. #6와 ×6가 화면에 이렇게 오다가 나면서 자칫 잘못하면 헛갈리게 보일 때가 많아요. #6는 #6 이대로 처방나면 되고, ×6는 ×6으로 나지 말고 q4시간 마다 이런 식으로 처방나면 안 헛갈리고 좋을텐데 꼭 #6, ×6으로 나니까 바빠다보면 #와 ×를 자칫 잘못 픽업하게 되는 경우가 발생하게 되는 거 같아요. 이렇게 시스템의 문제도 있는 건데... 시스템만 제대로 되어 있어도 이렇게 3 duty 동안 계속 잘못 했을 가능성이 없었을 거잖아요.(한숨 쉬)(참여자 5).

그러니까... 헬프 보내는 게 에러야 에러... 자기가 하던 일을 해야지... 안하던 일은 더 긴장해서 잘 할 수도 있지만... 안하던 거라...(참여자 7).

#### 범주 4. 자신의 책임을 인정하고 죄책감을 느낌

참여자들은 안전사고 후 시간이 지나면서 자신의 부주의로 인해 일어난 사건으로 받아들여지게 되고, 전문가답지 못한 부주의 했던 행동에 대해 책임감을 절실히 느끼는 것으로 나타났다. 나아가 자신의 과실로 인해 일어난 사건에 대해 환자와 보호자에게 죄책감과 미안함을 느끼게 되고 사고 사실을 환자와 보호자에게 솔직하게 이야기하지 못한 것에 대해 양심의 가책까지 느꼈다. 이 범주에는 ‘전문가답지 못한 행동에 대한 책임감을 통감함’, ‘환자에게 해를 끼친 점에 대해 죄책감을 느낌’이라는 주제묶음을 도출하였다.

#### 주제 7. 전문가답지 못한 행동에 대한 책임감을 통감함

전문가로서의 지식 및 상황 판단력 부족, 전문가답지 못한 자세, 행동 등에 대해 죄책감을 느끼고 있었으며, 자신의 잘못된 행동에 대해 인정하고 자신을 되돌아보는 기회로 삼기도 하였다.

그 일이 있고 내가 인슐린에 대해 몰라서 실수를 한 거 같아서 인슐린 종류나 투여시간, 작용시간 뭐 이런거... 대해서 나름 공부도하고... 알아야 실수도 줄일 수 있으니까...(착잡한 표정임..)(참여자 1)

내가 약을 먹었는지 확인하지 않았고 한 번 더 확인하지 않고 약을 준게 이렇게 크게 일이 벌어지고 환자에게 위험한 상황이 발생할 수 있다는 게 엄청 죄책감이 상당히 했었어요(참여자 3)

근데 infusion pumping기의 기계 오작동도 물론 있었지만 rounding 제대로 안했고 내가 주의태만했던 거잖아

요 일단은... 그건 어쩔 수 없는 사실이고...(참여자 4)

#### 주제 8. 환자에게 해를 끼친 점에 대해 죄책감을 느낌

안전사고가 자신의 부주의로 인해 환자에게 해를 주게 된 점에 대하여 죄책감을 느끼면서도 간호사는 환자나 보호자에게 이를 솔직하게 얘기하지 못하고 우회적으로 설명하면서 진실되지 못한 정보를 제공하게 된 것에 양심의 가책이 더해진다고 표현하였다.

환자에게 가서 밥 많이 다 먹으라고 얘기할 때 얼마나 떨리던지... 밥 다 먹었는지 확인하러 갈때도 바로 못하고 다른 환자 보러 갔을 때 가서 슬쩍 밥 다 먹었나 물어보고 밥 다 먹었으니 저혈당 안 올거다 잘 먹어야 한다... 병원은 칼로리 다 정해서 나오는 거니까 다 먹어야 한다... 이렇게 설명하는데, 맞는 얘기이고 늘 하던 얘기인데도 얼마나 떨리던지... 심장이...(참여자 1)

머리를 거꾸로 쿡 박았는데 다행히 아무 이상 없었어요. 뭘 이상이 있었으면 보호자가 난리쳤을텐데 아무 이상 없다가 그냥 넘어갔어요. 그래서 제대로 좀 봐달라고 얘기하지 않았냐고 하면서 제가 좀 큰소리쳤죠. 다행이었으니까 제가 좀 큰소리쳤죠. 아니면 어쩔 뻔 했겠어요. 그래서 큰소리는 쳤지만 아무 이상 없다고 설명하면서 미안했고 나중에 설마 이상 있는 건 아니겠지 하는 생각이 들었고 걱정도 되고 그랬어요.(참여자 6)

#### 범주 5. 사고 후 지지적이지 못한 분위기에 실망함

참여자는 안전사고 후 비록 자신의 부주의로 결국 사고가 유발되었지만 자신의 잘못 이외에도 여러 요인들이 있음에도 이를 알아주지 않고, 자신이 사고유발 당사자이긴 하지만 주변에서 자신을 위로해 주고 지지해 주기를 바라지만 그렇지 못하여 실망하고 깊은 상처를 받는 것으로 나타났다. 사고처리 과정 또한 합리적거나 지지적이지 않게 진행되면서 실망감과 불만이 가중되었음을 표현하였다. 이 범주에는 ‘주변의 지지부족으로 고통이 가중됨’, ‘사건처리과정에서 불만이 증가됨’이라는 주제묶음을 도출하였다.

#### 주제 9. 주변의 지지부족으로 고통이 가중됨

비록 자신의 실수로 사건이 이슈화되어 소속부서를 침체시키고 긴장을 고조시키는 분위기를 초래시켰지만, 이 사건으로 인해 고통을 받고 있는 자신에게 힘이 되어주고 의지하고 용

기를 낼 수 있도록 지지해주는 사람이 없어 마음의 상처가 더 깊어짐을 알 수 있다.

누구나 그 시간에 내가 아닌 다른 사람이라도 책임졌을 일이고 내가 잘못 안했다라도 내가 보고서 적고나면 괜찮다... 그럴 수 있다 신경쓰지 마라 위로라도 해줘야 하는 거 아니에요... 다들 아무 얘기도 안 해줘요... 한 식구끼리 어떻게 그런지... 그게 더 속상했어요(참여자2)

저 혼자만의 잘못도 아닌데... 그러니까 주위 사람들이나 수선생님은 괜찮다, 힘내라고 한 번쯤 말해줄 수 있지 싶은데 전혀... 보고서 써라 라는 말 외엔 아무말씀 없으시고...(참여자5)

#### 주제 10. 사건처리과정에서 불만이 증가됨

환자 안전사고가 왜, 어떻게 발생하였는지에 대해 중점을 두지 않고 안전사고가 발생했을 때의 참여자 자신에게만 책임을 추궁하고, 일방적으로 사고보고서를 작성하게 하는 등의 방법으로 사건을 종료시키는 것에 대해 불만을 호소하였다.

제가 잘못된 건 당연한 거라 사건보고서 쓰는 건 이해하고 또 다 썼고 그랬는데 무조건 보고서 써라하기만 하고...infusion pumping기에 문제가 있었던 것은...(한숨) 전혀 언급도 안하고...펌프기 얘기는 전혀 안한 거죠. 닥터가 이 펌프기가 좀 이상한 거 같다고도 했는데... 그래서 속상하고 기분이 더 나빴어요. 수선생님이 기계는 전혀(확인해) 볼 생각도 안하고 저만 뉘달했으니까요(참여자4)

특별하게 보고서를 쓰거나 하지는 않았지만 간호부에서도 헬프같은 건 보내지 말아야겠다... 이렇게 나와야 하는 거 아니냐... 내 실수를 밀거름 삼아... 근데 그런거 없어... 환자 괜찮아지면 아무일 없었던양 똑같은 상황 반복 일꺼야... 무슨 대책을 세워야 할꺼 아니야(참여자7)

#### 범주 6. 원칙에 보다 충실해짐

참여자들은 환자안전사고를 경험한 후 간호업무를 수행함에 있어서 더욱 원칙을 준수하고 철저하게 확인하며, 사고유발 당시의 상황과 유사한 간호행위 시에는 특히 더욱 민감하게 대처하였다. 안전사고 유발 경험은 오랜 시간이 흘러도 깊은 상처로 남아있지만 한편으로는 그 사고를 계기로 간호사로

서 업무수행능력은 더욱 향상되고 성숙해 가는 것으로 나타났다. 이 범주에는 ‘유사한 상황에서 예민해짐’, ‘간호수행 시 원칙을 준수함’이라는 주제묶음을 도출하였다.

#### 주제 11. 유사한 상황에서 예민해짐

환자에게 유사한 상황이나 업무가 발생할 때마다 긴장하고 민감한 반응을 나타낸다고 표현하였다. 이는 자신이 경험했을 때의 안전사고 사건과 상황이 상기되면서 똑같은 실수를 반복하지 않으려고 긴장하면서 주의 깊고 신중한 반응을 나타낸 것이다.

제가 처음에 우리병원에 와서 헬퍼로 00병동에 갔는데 헬퍼로 온 나에게 주사를 주라고 하는데 정말 깜짝 놀랐어요. 내가 모르는 약을 줄려고 하니까 좀 그런 거예요. 옛날 00병원에서 학생한테 주사를 시켰을 때 의료사고가 일어났다고 하더라고요. 왜 그런 얘기 한 번씩 들잖아요. 그러니까 힘들다니까요. 내가... 내가 힘들어요(참여자4)

그 일이 있고난 뒤 주사 주는 게 얼마나 두려운지... 내가 무슨 오더던지, 용량이던지 확인하고 또 하고, 노이로제 강박증같은 거 걸릴 지경이었어(참여자7)

#### 주제 12. 간호수행 시 원칙을 준수함

똑같은 상황의 반복을 예방하기 위하여 맡은 업무에 대해 예민해지면서 책임감이 증가되었다고 표현하였다. 이는 간호사가 환자안전사고가 또 다시 발생하지 않도록 예방하기 위해서, 간호행위를 수행하기에 앞서 재차 확인하여 반복하는 모습이 나타나게 됨으로 더욱 주의하고 노력하는 신중한 모습을 나타낸 것이라 볼 수 있다.

약을 주더라도 한 번 더 확인하고 하는 경우가 더 많죠. 알아도 이거 IM 맞게 하고 물어보고 주는 경우가 생기고... 한번 실수하게 되니까 자꾸 남한테는 내꺼(내 환자 주사)를 안주게 되고 나도 남의 꺼(다른 팀 환자 주사)를 안해주고 싶고... 그런거... 책임소지도 있구요(참여자4)

물이 떨어져 있으면 물 닦아라 그러면 막 밑대 찾아서 닦아요. 물 때문에 미끄러진다고... 침대 발통도 밀고 잠가놓고, 그리고 의자가 침대 바로 앞에 있었어요. 그러면 의자가 침대에서 조금 멀리 있으면 의자 쪽으로 다리를 뻗어 내려올려고 하다가 그러다가 넘어지니까 아예 치워버리고 그래요(참여자6)

**Table 2.** Nurses' Experience of Patient Safety Accidents

Categories	Theme	Formulated meaning
Category 1, Fear for the patient's condition caused by the accident	Theme 1, Want to get away from current situation,	<ul style="list-style-type: none"> <li>· I hope that this situation is not real.</li> <li>· I want to run away at the thought of responsibility being passed on to me.</li> <li>· I want the current situation to end quickly without problems, so that I can avoid this difficult situation.</li> </ul>
	Theme 2, Keep an eye on patient's conditions,	<ul style="list-style-type: none"> <li>· I become nervous and sensitive because it is difficult to predict changes in the patient's conditions which arise from the accident.</li> <li>· I will be even prepared to leave the company if the patient's conditions does not improve.</li> <li>· The tension is sustained continuously until the patient's condition improves.</li> </ul>
Category 2, Conflict in the accident report	Theme 3, Hesitate to make an incident report for fear of reprimand and stigma,	<ul style="list-style-type: none"> <li>· I am worried that my colleagues will consider that I am negligent in my duties.</li> <li>· I hesitate to make an incident report for fear of criticism from people around me.</li> <li>· I hesitate to make incident report because I may be accused of making a mistake or have to assume the responsibility.</li> </ul>
	Theme 4, Afraid that the image of myself and the nursing profession may be damaged,	<ul style="list-style-type: none"> <li>· I am worried that I may be considered an incompetent nurse.</li> <li>· My pride is hurt because I am worried whether my self-confidence has been weakened.</li> <li>· I am distressed because all nurses in the hospital seem to be distrusted due to my mistake.</li> </ul>
Category 3, Blame on others and circumstances	Theme 5, Blame others for the accident,	<ul style="list-style-type: none"> <li>· I try to comfort myself, thinking that I did my best in the given situation and therefore it is not my fault.</li> <li>· I feel bitter and think it is unfair that I am criticized due to other people's negligence or noncompliance with safety regulations.</li> </ul>
	Theme 6, The accident was caused by the environment,	<ul style="list-style-type: none"> <li>· I think that the safety accident was caused by the work environment and hospital system that is not systematic.</li> <li>· I think that the safety accident was caused by the excessive workload and improper management of manpower.</li> </ul>
Category 4, Feeling guilty and sorry as the patient's condition is improving	Theme 7, Feel responsibility for not acting professionally	<ul style="list-style-type: none"> <li>· I feel that the responsibility is my own for not having observed the principles faithfully.</li> <li>· I remind myself of the work details which I neglected at the time of the accident, and reproach myself.</li> </ul>
	Theme 8, Feel guilty for causing harm to patients,	<ul style="list-style-type: none"> <li>· I cannot talk openly about the details that caused harm to the patient.</li> <li>· I express my guilt toward patients indirectly.</li> <li>· I feel pangs of conscience toward patients.</li> </ul>
Category 5, Being disappointed with the unfavorable atmosphere in dealing with the accident	Theme 9, The pain is aggravated due to lack of support,	<ul style="list-style-type: none"> <li>· I want to be given comfort about the difficult conditions that I face now.</li> <li>· I feel hurt by the blame and investigation of responsibility for the accident.</li> </ul>
	Theme 10 Complaints increased in the handling process of the incident,	<ul style="list-style-type: none"> <li>· I feel bitter about the way that people blame me rather than trying to find out the cause of the accident from the work conditions.</li> <li>· I do not understand why they tend to cover up the cause of accident without analyzing it.</li> <li>· I am disappointed with the manager who tries to finalize things with stop-gap (makeshift) measures, not taking any countermeasures, after the accident.</li> </ul>
Category 6, Being faithful to the principles	Theme 11, Become sensitive in similar situations,	<ul style="list-style-type: none"> <li>· I feel scared when I am exposed to a situation similar to that of the safety accident which occurred previously.</li> <li>· I become sensitive when the patients with high risks for safety accidents are admitted to the hospital.</li> <li>· I compulsively repeat checking the details when I perform nursing care after the accident.</li> </ul>
	Theme 12, Become nervous and observe the principles when performing nursing care,	<ul style="list-style-type: none"> <li>· I do everything possible to prevent safety accident.</li> <li>· I strictly follow the principles when I perform nursing care.</li> <li>· I feel a great sense of responsibility for my nursing care.</li> </ul>

## 논 의

본 연구는 의료기관에 근무하는 간호사들이 환자안전사고 경험에 대한 내면의 의미와 본질을 탐색해 보고자 현상학적 연구를 시도하였으며 그 결과 6개의 범주가 도출되었다.

본 연구참여자들은 환자안전사고가 발생하였을 때 맨 처음 환자상태가 예측불허의 상태로 악화될까봐 두려워하였으며, 그 상황이 사실이 아니기를 바라며 현실을 회피하고 싶어 하였다. Lee 등(2010)의 연구에서도 투약오류 후 간호사들은 엄습하는 두려움을 느끼는 것으로 나타나 투약사고를 포함하여 안전사고 직후에는 가장 먼저 환자상태와 관련된 두려움에 휩싸임을 알 수 있었다.

환자 상태 악화에 대한 두려움에 이어 자신에게 닥칠 책임 추궁과 낙인뿐만 아니라 자신의 행위로 인해 간호전문직 전체의 이미지 손상을 두려워하며 안전사고를 주위에 알리거나 보고하는 것을 주저하는 것으로 나타났다. 선행연구에서도 병원 직원들이 실수를 보고하는 것에 대한 두려움이 있었으며, 그 이유로는 실수가 용납되지 않거나 실수가 있었을 경우, 해당 직원에게 초점을 맞추는 경향이 있음을 보고하였다(Kim, Kang, An, & Sung, 2007; Kim, 2012). 뿐만 아니라 간호사를 대상으로 한 연구에서도 안전사고를 경험한 간호사들이 보고를 주저하는 이유로 환자상태에 대한 두려움 이외에(Lee et al., 2010), 상사 또는 동료로부터의 비난, 질책 및 징계에 대한 부담감(Elder, Graham, Brandt, & Hickne, 2007) 등으로 설명하고 있다. 특히, 우리나라의 경우 조직의 안전문화에 대한 포용력이 부족하고 환자안전사고 발생 후 원인을 면밀하게 분석하여 향후 재발방지 대책을 세우기보다는 안전사고 사실이 외부로 유출되거나 비난 받는 것을 더 크게 우려하고 있는 실정이다(Kim, Kang, & Kim, 2007).

이와 같은 경향은 외국의 문헌에서도 유사하게 나타났는데, Mayo와 Duncan (2004)의 연구에서도 간호사들이 투약 오류와 같은 안전사고를 보고하는데 있어서 갈등하는 이유로 상사나 동료의 반응에 대한 두려움 때문이라 하였으며, 관리자 등의 피드백이 긍정적이지 않을 경우 간호사들은 안전사고 보고를 더욱 꺼리게 된다고 하였다(Elder, Brungs, Nagy, Kudel, & Render, 2008). 이에 대해 Webster와 Anderson (2002)은 사고보고서를 익명으로 작성하여 사고에 대한 징계를 완화해 나갈 것을 제안하고 있다. 또한 안전사고가 발생하였을 경우에는 은폐하거나 비난할 것이 아니라 근본원인분석을 하여 의료시스템과정 자체의 결함부터 개선해야 하며, 사고발생 시 ‘누가(who)’가 아니라 ‘무슨(what)’ 사고가 발생

하였는가, ‘왜(why)’ 발생하였나, 재발방지를 위하여 ‘무엇을’ 해야 하는지를 찾아내는 노력이 선행되어야 할 필요가 있다(Quality Improvement Nurse Society, 2010).

한편, 안전사고의 원인으로 환자와 보호자에 대한 불친절과 부적절한 의사소통, 의료기기 관리 불량과 조작미숙, 그리고 정직하지 못한 행동 등 개인적인 차원에서의 요인도 있지만(Kim, 2012; Santell, Hicks, McMeekin, & Cousins, 2003) 대부분의 논문에서는 안전사고를 조직적 차원의 문제로 간주하고 있었다. 본 연구결과에서도 참여자들은 안전사고의 원인을 자신이 아닌 외부에서 찾아보려 하였는데 구체적으로 주변 동료나 환자 및 보호자, 또는 혼동하기 쉬운 전산시스템, 의사의 불명확한 처방, 의료기기의 오작동, 열악한 근무환경 등의 탓으로 돌리며 억울해 하였다. 참여자들의 이와 같은 생각은 선행문헌을 통해서도 일면 타당한 근거가 있는 것으로 보이는데, 즉, 의료과오 발생 배경에는 간호사의 업무량과 과다하거나 인력이 부족한 경우가 많고(Kim J. E. et al., 2007; Kim, 2012; Santell et al., 2003), 이것은 결국 정신적 스트레스를 유발시켜 안전사고를 촉진시키는 계기가 될 수 있다(Santell et al., 2003). 뿐만 아니라 임상현장에서 의사의 처방 오류율은 23.7%에 이를 정도로 흔하며(Fontan, Maneglier, Nguyen, Loirat, & Brion, 2003), 투약오류의 11.0%가 처방 입력오류에 의해서 나타나는 것으로 볼 때(Santell et al., 2003), 처방지시를 직접 수행하는 간호사들이 안전사고의 위험에 상시 노출되어 있는 것으로 보인다. Oh와 Yoon (2007) 연구에서는 간호사의 30%가 의사 처방을 대리로 전산입력해 주고 있는 것으로 나타나 의사의 처방오류 이외에 간호사에 의한 처방입력오류의 위험성까지 더해져 환자안전사고의 잠재적 위험성이 매우 높음을 알 수 있다. 미국의 안전문화 관련 보고서에서도 안전사고의 대부분은 불완전한 시스템과 관련된 것으로서 개인의 무관심이나 실수가 주된 원인은 아니라고 보는 견해가 폭넓게 받아들여지고 있다(Kim, J. E. et al., 2007). 이와 같이 안전사고는 간호사 개인의 역량부족이 원인이 될 수도 있지만(Mayo & Duncan, 2004; Santell et al., 2003) 대부분의 경우 그 이전에 조직적 차원으로 접근해야 할 문제가 이미 상재하고 있음을 이해할 필요가 있다.

안전사고가 알려지고 처리되는 과정에서 참여자들은 점차 자신의 실수를 인정하고 의료인으로서 전문가답지 못한 행동을 한 것에 대한 책임감, 환자에게 해를 끼친 것에 대해 미안함과 죄책감을 느끼는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 Lee 등(2010)의 연구에서도 언급되었는데, 투약오류 경험 후 임상간호사들은 이미지 실추로 자존감이 저하되고 전문가답지 못한

행동을 부끄러워하였으며, 자신의 존재가 작아지는 느낌을 받았다고 하였다. 이처럼 안전사고는 환자에게 부정적인 결과를 초래하기도 하지만 간호사도 이에 상응하는 상처를 받게 되면서(Wu, 2000), 심할 경우에는 간호직을 떠나는 경우도 있는데(Schelbred & Nord, 2007) 본 연구에서도 안전사고를 계기로 사직한 사례가 있었다. 이는 전문직에 대한 부정적 자아 개념이 간호사의 이직을 촉진한다는 선행연구와(Park, 2001) 유사한 맥락으로 설명할 수 있겠다. 전문직 의료인으로서 실수가 용납되지 않는 의료 현장에서 소홀했던 자신의 태도와 미숙함으로 의기소침해지고 열등감과, 자신감 저하 등을 느끼게 되며(Noh, 2008) 결국 낮은 자기효능감은 전문직에 대한 부정적 생각에까지 이르러 이직을 생각하게 되는 것으로 보인다. 이는 참여자 개인적인 손실 뿐 아니라 조직측면에서도 효율성을 감소시키는 결과이므로(Park, 2001) 안전사고의 처리는 간호인적자원관리 차원과 동시에 고려되어야 할 것으로 사료된다.

한편, 간호수행 시 원칙을 철저히 따르지 않은 자신의 잘못을 인정하면서도 안전사고 후 사건을 처리하는 과정에서 책임을 추궁하거나 전가하는 것에 초점을 두고, 사건보고서 작성으로 마무리하는 것에 급급한 반면, 향후 대책 마련이나 근무여건 개선에는 소홀히 하는 간호조직문화를 접하면서 조직의 체계와 간호관리자들에게 실망감을 갖는 것으로 나타났다. 이는 병원 내에서 안전사고가 발생했을 때, 병원이 가지고 있는 문제를 파악하여 시스템 개선과 추후에 발생하는 각종 안전사고를 예방할 수 있는 기회임에도 불구하고(Kim, 2009; Mahajan, 2010) 관련 구성원을 주요 타깃으로 삼아 이들을 탓하는 문화(Nieva & Sorra, 2003)가 여전한 것으로 보인다. 그러나 안전사고 발생 시 실수가 용납되지 않고 개인에게 책임을 묻는 처벌적인 조직 문화는 환자안전문화 정착을 저해하는 가장 큰 원인이 되며(Kim, E. K. et al., 2007), 관리자들의 환자안전문화에 대한 경직된 태도는 간호사들의 환자안전에 대한 인식수준과 예방활동에도 영향을 미칠 수 있다(Jeong et al., 2006). 따라서 환자안전사고 예방을 위한 노력뿐만 아니라 안전사고 이후 문제를 해결하는 과정에서도 개방적이고 지지적인 분위기가 조성될 필요가 있다(Mahajan, 2010). 뿐만 아니라 안전사고의 원인이 의료인 개인의 문제라기보다는 병원조직의 문제로 발생하는 경우가 더 많다는(Kim, J. E. et al., 2007) 사실을 이해할 필요가 있다.

마지막으로 참여자들은 안전사고 후 두려움과 갈등, 죄책감 및 실망감 등을 경험하면서 간호사로서 더욱 성숙해져감을 알 수 있었는데, 구체적으로 참여자들은 안전사고를 계기

로 근무시간 동안 늘 긴장하게 되었고 자신이 수행하는 간호행위에 대해 책임감을 가지고 원칙을 철저히 따르게 되었다고 하였다. 이처럼 간호과오 후에 자신이 수행하는 간호활동에 민감해지고 책임감이 증가한 경향은 선행연구에서도 나타난 현상으로(Lee et al., 2010), 비록 간호사들이 안전사고로 인해 마음의 상처를 입어 오랫동안 잊을 수 없는 기억으로 남아 있지만 역설적이게도 안전사고 경험으로 인해 자신이 간호사로서 성숙해 가는 긍정적인 측면도 있음을 알 수 있었다. 따라서 안전사고 발생 시 간호사 개인을 비난하기 보다는 사고의 원인을 객관적이고 명료하게 규명하고 이에 대한 재발 대책을 함께 수립하는 한편, 간호사들이 유사한 간호활동 상황에서 더욱 원칙에 충실하고 민감해 지도록 격려하는 지지적 안전문화 구축이 필요할 것이다.

본 연구에서 나타난 범주 중 ‘환자상태 악화에 대한 두려움’, ‘사건보고에 대한 갈등’, 그리고 ‘원칙에 보다 충실해짐’ 등의 범주는 Lee 등(2010)의 연구결과와 유사하게 나타났으나, ‘사고원인을 열악한 근무여건 탓으로 돌림’, ‘자신의 책임을 인정하고 죄책감을 느낌’ 등은 선행연구에서는 주제(theme)수준으로 언급되었으나 본 연구에서는 범주 차원으로 비중 있게 분석되었다. 특히, ‘지지적이지 못한 분위기에 실망함’ 범주는 본 연구에서 새롭게 규명한 현상으로, 이는 곧 간호사의 이직과도 직결될 수 있는 문제로 나타나 안전사고 이후 사후 처리 과정에 간호인적자원관리가 집중적으로 필요함을 시사한다고 볼 수 있다. 따라서 본 연구를 통해 간호사의 안전사고 경험의 본질을 보다 심층적이고 포괄적으로 제시하였다고 사료되며, 본 연구결과는 환자안전사고의 예방은 물론 환자안전문화의 조성 및 사후 처리 전략을 수립하는데 활용될 수 있을 것으로 기대한다.

## 결론

본 연구는 Colaizzi (1978)의 자료분석방법을 이용하여 임상간호사의 환자안전사고 경험의 본질과 의미를 탐색함으로써 그들의 경험을 총체적으로 이해하기 위해 수행되었다. 연구결과, 환자안전사고 후 간호사들은 환자상태가 악화될까봐 두려워하였으나 사건이 표면화되었을 때 동료들의 시선이나 추궁에 대한 염려로 안전사고를 보고하는 것에 대해 주저하는 것으로 나타났다. 안전사고가 일어난 일차적인 원인은 자신의 실수 때문이 아니라 열악한 근무환경 탓으로 돌려보지만 결국 자신의 잘못을 인정하고 전문가답지 못한 행동으로 자존감이 떨어졌으며 환자에게는 죄책감과 미안함을 느꼈다. 사건처리

과정에서는 제대로 된 원인규명이나 근본적인 대책 마련이 아니라 개인의 잘못으로 몰아가는 조직에 대한 실망감과 불만이 증가하기도 하였으나 안전사고 후 간호사들은 유사한 상황에서 같은 실수를 반복하지 않기 위해 긴장하며 원칙에 더욱 충실해져 감을 알 수 있었다. 요약하면, 안전사고와 관련된 병원 내 조직 문화는 여전히 폐쇄적이고 징벌적인 분위기이며 이로 인해 간호사는 마음의 상처를 크게 받지만 이러한 경험을 통해 간호전문인으로서의 직업관이 더욱 성숙해져 가는 것으로 보인다.

따라서 긍정적인 환자안전문화 조성을 위해서는 안전사고 예방도 중요하지만 부득이한 상황에서 안전사고가 발생한 경우에는 체계적 시스템에 의한 사후 처리 및 본 연구결과에서 나타난 바와 같이 간호사 개개인의 내적 성장의 기회가 될 수 있도록 포괄적이면서도 지지적인 간호인적관리 프로그램의 개발이 필요한 것으로 사료된다. 이러한 과정을 통해 지지적이면서도 체계적인 환자안전문화의 구축이 가능해 질 수 있을 것이다.

## REFERENCES

- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential phenomenological alternatives for psychology*. NY: Oxford University Press.
- Elder, N. C., Brungs, S. M., Nagy, M., Kudel, I., & Render, M. L. (2008). Nurses' perceptions of error communication and reporting in the intensive care unit. *Journal of Patient Safety*, 4, 162-168. <http://dx.doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181839b48>
- Elder, N. C., Graham, D., Brandt, E., & Hickner, J. (2007). Barriers and motivators for making error reports from family medicine offices: A report from the American Academy of Family Physicians National Research Network (AAFP NRN). *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20, 115-123. <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2007.02.060081>
- Fontan, J. E., Maneglier, V., Nguyen, V. X., Loirat, C., & Brion, F. (2003). Medication errors in hospital: Computerized unit dose drug dispensing system versus ward stock distribution system. *Pharmacy World and Science*, 25, 112-117. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1024053514359>
- Jeong, J., Seo, Y. J., & Nam, E. W. (2006). Factors affecting patient safety management activities at nursing divisions of two university hospitals. *Korean Journal of Hospital Management*, 11, 91-109.
- The Joint Commission Resources. (2013). *Joint Commission Standard page: National patient safety goals*. Retrieved October 10, from [http://www.jointcommission.org/standards\\_information/npsgs.aspx](http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx)
- Kim, C. C., & Suh, M. J. (2002). An analysis of fall incidence rate and its related factors of fall in inpatients. *Journal of Korean Society of Quality Assurance in Health Care*, 9, 210-228.
- Kim, E. K., Kang, M., & Kim, H. J. (2007). Experience and perception on patient safety culture of employees in hospitals. *Korean Academy of Nursing Administration*, 13, 321-334.
- Kim, H. Y., & Kim, H. S. (2011). Effects of perceived patient safety culture on safety nursing activities in the general hospital nurse's. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 17, 413-422.
- Kim, J. E., Kang, M. S., An, K. E., & Sung, Y. H. (2007). A survey of nurses' perception of patient safety related to hospital culture and reports of medical errors. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 13, 169-179.
- Kim, K. K., Song, M. S., Lee, K. S., & Hur, H. K. (2006). Study on factors affecting nurses' experience of non-reporting incidents. *The Journal of Korean Nursing Administration Academic Society*, 12, 454-463.
- Kim, K. J. (2013). Development of website-based patient safety culture promotion program. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 19, 152-167.
- Kim, M. S. (2012). *Perception and influencing factors for patient safety among emergency room nurses*. Unpublished master's thesis, Industrial Technology, Ulsan, Korea.
- Kim, Y. L. (2009). *Perceptions of patient safety culture of hospital nurses*. Unpublished master's thesis, Chonbuk National University, Jeonju, Korea.
- Knaack, P. (1985). Phenomenological Research. *Western Journal of Nursing Research*, 6, 107-114. <http://dx.doi.org/10.1177/019394598400600108>
- Lee, E. K., Jung, C. H., & Jeon, H. J. (2010). Experiences of nurses in medication errors. *Journal of Qualitative Research*, 11, 94-105.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. London: Sage.
- Mahajan, R. P. (2010). Critical incident reporting and learning. *British Journal of Anesthesia*, 105(1), 69-75.
- Mayo, A. M., & Duncan, D. (2004). Nurse perceptions of medical error: What we need to know for patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 19, 209-217.
- Noh, Y. N. (2008). *Analysis of perception patient safety culture among hospital workforce*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul, Korea.
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patients safety in healthcare organizations. *Quality & Safety in Health Care*, 12 (Suppl 2), 17-23. [http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl\\_2.ii17](http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17)
- Oh, C. H., & Yoon, H. S. (2007). Perception and experience of

- medication errors in nurses with less than one year job experience. *The Korean Journal of Fundamentals of Nursing*, 14, 6-17.
- Park, B. K. (2001). *Professional self-concept of hospital nurses and nursing mission study*. Unpublished master's thesis, Kyung Hee University, Seoul, Korea.
- Quality Improvement Nurse Society. (2010). *Guidelines for practitioners to learn QI activities*. Seoul: INNOMAX.
- Santell, J. P., Hicks, R. W., McMeekin, J., & Cousins, D. D. (2003). Medication errors: Experience of the United States Pharmacopeia (USP) MEDMARX Reporting System. *Journal of Clinical Pharmacology*, 43, 760-767. <http://dx.doi.org/10.1177/0091270003254831>
- Schelbred, A., & Nord, R. (2007). Nurses' experiences of drug administration errors. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 317-324. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04437.x>
- Webster, C. S., & Anderson, D. J. (2002). A practical guide to the implementation of an effective incident reporting scheme to reduce medication error on the hospital ward. *Journal of Nursing Practice*, 8, 176-183. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-172X.2002.00368.x>
- Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. *British Medical Journal*, 320, 726-727. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
- Yoon, N. Y., & Lee, J. E. (2012). Influences of nurses' safety culture and patient safety in general hospital. *The Korean Association for Crisis and Emergency Management*, 4(1), 60-80.