



암 전문병원 간호사의 감염관리 경험

현용환¹⁾ · 문경자²⁾

Cancer Care Facilities Nurses Experience of Infection Control

Hyeon, Yong Hwan¹⁾ · Moon, Kyoung Ja²⁾

1) Doctoral Student, Department of Nursing, Graduate School, Keimyung University, Daegu

2) Assistant Professor, College of Nursing, Keimyung University, Daegu, Korea

Purpose: The purpose of this study was to explore cancer center nurses experience of infection control **Methods:** From March 26 to 2019 to May 1, 2019 data were collected through focus group interviews and in-depth interviews. Data collected through interviews and field notes were analyzed using Colaizzi's phenomenological method. Participants were 12 registered nurses and 2 head nurses. **Results:** Fifteen themes emerged from four themes clusters. 1) Encountering barriers to infection control. 2) Infection control is still difficult. 3) Complaints about Infection Control Department exist. 4) Need to consider strategies for improving infection control. **Conclusion:** The results of the study indicate that in order to facilitate infection control and increase the compliance rate of the guidelines, it is necessary to develop a program to increase the individual's competency associated with infection control and the elimination of negative factors. Further, mediation of external factors related to the hospital environment is necessary.

Key Words: Infection control; Qualitative research; Cancer care facilities; Nurses

주요어: 감염관리, 질적연구, 암 전문병원, 간호사

1) 계명대학교 일반대학원 간호학과 박사과정생

2) 계명대학교 간호대학 조교수

Received Jul 25, 2019 Revised Jan 7, 2020 Accepted Jan 30, 2020

Corresponding author: Moon, Kyoung Ja

College of Nursing, Keimyung University

1095 Dalgubeol-daero, Daegu 42601, Korea

Tel: +82-53-580-3906, Fax: +82-53-580-3916, E-mail: kjm2150@gw.kmu.ac.kr

서론

1. 연구의 필요성

의료 관련감염은 현재 전 세계 의료기관에서 막대한 손해를 끼치는 심각한 문제가 되고 있다[1]. 이는 모든 의료시설에서 발생하고 있고 침습적인 치료, 청결하지 못한 환경, 환자와 의료인 간의 전파, 항생제의 부적절한 사용 등이 원인이 된다. 이러한 의료 관련감염은 불필요한 재원 일수의 증가, 의료비의 상승 등 다양한 문제를 일으키며 의료의 질을 저하시킨다. 또한 개인 뿐 아니라 국가 전체의 비용부담으로 연결되는데 예방과 격리, 인프라 구축에 드는 비용은 천문학적 수준에 달하며 감염 관리를 위한 활동에는 많은 의료 자원과 노력을 필요로 하게 된다. 그러나 우리나라의 경우 감염관리에 대한 인식과 전담 인력이 부족하고 재정적 지원이 매우 제한적인 상황이며[2,3] 노령 인구 및 만성퇴행성 질환의 증가, 항암제 및 면역억제제로 치료 받고 있는 면역저하자의 증가, 항생제 내성균 증가와 침습적 의료기술의 발전 등으로 의료 관련감염 증가할 가능성이 높다[4].

암은 우리나라 사망 원인의 1위로 꼽히고 있으며, 암으로 인한 사망률 또한 지속적으로 증가하고 있는 추세이다[5]. 암 환자의 경우 의료 관련감염의 고 위험 군으로서 암중 자체로도 감염이 발생할 수 있다. 또한 동반되는 합병증, 과거의 감염, 부적절한 영양상태, 심리적 스트레스뿐 아니라 암을 치료하기 위한 수술, 항암화학요법, 방사선 요법, 항생제의 사용과 침습적 절차 등은 암 환자를 감염에 매우 취약하게 만든다. 게다가 이러한 요인들은 정적으로 머무는 것이 아니라 치료 과정과 치료 후에도 지속적으로 영향을 미치게 되고 결국 심각한 이환율과 사망률로 이어진다[6]. 이러한 암 환자를 돌보는 간호사는 암 환자 간호에 필요한 새로운 지식과 간호방법들을 지속적으로 습득해야 하며 암 환자의 지적 간호 요구를 충족시켜야 한다. 게다가 일반 환자와 달리 항암제 및 방사선 치료과정에 보다 많은 간호과정이 요구되며 합병증 예방 및 관리 등 주의 깊은 관찰과 에너지 소모가 반복된다. 따라서 암 환자 간호는 전문적인 지식이 요구되며 임상 현장에서 추가적인 교육 및 훈련이 필요하다[7]. 실제로 국내 암 병원과 지역 암 센터의 실태를 조사한 연구[8]에 따르면 간호사의 업무로 역력리 환자 간호와 암 환자의 정서 및 불안의 지지와 항암제 부작용에 대한 환자와 보호자의 교육, 중심정맥관 관리 등이 수행되고 있으며 암 환자를 간호하는 간호사에게는 전문적이면서도 질적인 간호가 요구되고 있다. 이러한 관점에서 암 전문병원 간호사의 감염관리 경험은 중요한 사안이라 생각된다.

한편 우리나라에서는 의료 관련감염으로 인한 피해를 줄이기 위해 1995년부터 의료 관련감염에 대한 연구가 본격화되었다[2]. 그러나 현재 전국의료 관련감염감시체계(KONIS) 참여 의료기관의 중환자실에서 연간 3,989건의 의료 관련감염이 발생되고 있으며[9], 급성기병원의 1주기 인증조사 결과 감염관리는 주요 취약점으로 나타나고 있다[10]. 지금까지 간호사를 대상으로 감염과 관련되어 수행된 연구로는 주로 지식, 태도, 수행도를 주요 변수로 하여 특정한 부서 또는 군주와 관련하여 많은 양적연구가 수행되었다. 그러나 최근 까지도 지식의 부족함이나 사고에 대한 대처, 손위생 및 보호구 착용이 미흡한 것으로 나타나는 등[11,12,13] 유사한 문제점들이 반복적으로 지적되고 있다. 또한 감염과 관련하여 암 환자를 간호하는 간호사를 대상으로 한 국내연구는 드문 편이었는데 국외 문헌에서 나타난 감염 위험성이 높은 암 환자를 간호하는 환경에서도 간호사들의 손위생 수행률은 낮은 수준을 보이고 있었으며, 감염 통제 시스템의 개정, 손위생의 중요성을 상기시키기 위한 빈번한 교육 프로그램의 적용과 평가가 요구되고 있는 실정이었다[14]. 특히 간호사는 병원 환자안전의 핵심인력이며 내원하는 환자를 가장 가까이에서 사정하고 위험을 평가하는 중요 인력으로서[15,16] 감염관리의 실무를 담당하는 간호사의 감염관리 역량에 따라 환자의 안전과 예후를 크게 결정지음에도 불구하고[4,17] 최근까지도 미흡한 점을 보이는 것은 감염관리에 대한 새로운 시각과 포괄적인 역량 강화가 필요한 부분이라 사료된다.

단순히 감염관리 지침의 준수로만 기준을 둔다면 새로운 감염병의 발생이나 병독성 및 전염방식이 바뀔 때 심각한 결과를 초래할 수 있으며 프로토콜의 간단한 암기나 수행률을 관찰하는 것 이상이 필요하다[1]. 또한 감염관리 행동의 개선과 유지를 위해 심리, 사회, 문화, 환경적 개입 또한 효과적임에도 불구하고 이를 다루는 연구들은 부족한 실정이다[18]. 이러한 관점에서 양적연구는 감염 관리 및 예방 분야에서 매우 중요하지만 특정 요소가 감염 관리 실무에 영향을 미치는 이유를 설명하고 이를 수행하는 기본 메커니즘의 식별에는 한계가 있다. 질적연구는 통계적 상관관계의 기본 과정을 밝히고 중재 개발에 정보를 제공하고 복잡한 건강관리 환경에서 상호 작용하는 영향을 발견함으로써 감염과 관련된 실질적인 문제 해결 뿐 아니라 중요한 통찰력을 제공할 수 있다[19].

국내의 경우 감염관리 업무를 수행하는 암 전문병원 간호사의 경험을 탐구한 질적연구가 드물며 그 중 초점집단 연구방법은 탐색과 발견, 사물이나 사건에 대한 깊이 있고 전후맥락적인 이해를 가능하게 하는 질적연구방법의 하나로 보건 분야 연구

에 활발히 적용되고 있다[20]. 따라서 본 연구를 통해서 암 전문병원 간호사의 감염관리와 관련된 경험이 무엇인지 탐구하고자 하였다. 본 연구결과를 바탕으로 암 전문병원의 임상환경에서 감염관리가 어떻게 이루어지는지 구체적으로 살펴보고 암 전문병원에 초점을 둔 감염관리 프로그램 개발에 기초자료로 활용될 수 있을 것이며 나아가 감염관리 행동의 개선과 유지를 위한 중재 개발에 기여하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 암 전문병원 간호사의 감염관리와 관련된 경험이 무엇인지 탐구하여 감염관리와 관련되어 나타나는 현상에 대해 이해하고 밝히고자 한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 암 전문병원 간호사를 대상으로 포커스 그룹 면담과 심층면담을 통하여 암 전문병원 간호사의 감염관리 경험에 대한 심층적 내용을 파악하기 위한 질적연구이다.

2. 참여자 선정 및 연구자 준비

연구의 참여자는 상급종합병원 임상경험이 있으며 암 전문병원에서 암 진단을 받은 대상자를 간호한 경험이 있는 간호사로 총 14명이었다. 임상등급(clinical ladder)을 기준으로 깊이 있는 경험을 확보하기 위해 참여자의 최소 연차를 7년 이상의 간호사로 선정하여 모집하였다. 표본추출에 있어서 집단의 동질성을 유지하면서 집단 간 차이를 통해서도 다른 시각과 견해를 얻을 수 있도록 다양한 부서에서 모집을 하였고 7년차 간호사 집단, 10년차 이상의 간호사 집단으로 분류하였다. 또한 수간호사 집단을 구성하여 일반 간호사 집단과 다른 답변이 나오는지를 확인하고자 하였다. 연구에 동의를 한 자를 편의 표집 후 스노우볼링 기법을 통해 대상자를 모집하였다. 참여 의사를 표시한 대상자 중 근무 스케줄이 맞지 않아 참여하지 못한 대상자가 2명, 갑작스러운 병가 1명, 개인적 사유로 1명으로 불참하였다. 따라서 총 참여 대상자 18명 중 본 연구에 최종 14명이 선정되었다.

참여자들의 평균 근무 경력은 12.9년이었으며(7~34년) 암 전문병원 근무 경력은 6.8년이었(2~9년). 평균 연령은 36세

이었으며(27~57세) 감염관리 교육 횟수는 평균 7.3회이었고(1~20회) 수강한 감염관리 교육의 형태로는 책자제공 6명, 강의 및 프레젠테이션 12명, 포스터 전시, 환자안전행사, 동영상 등 5명, 기타 2(시범, 마스크 가운입기, 간호협회학회)명이었다. 의료기관 평가를 포함한 병원평가 경험의 횟수는 평균 2회이었으며(1~4회) 참여자의 직위는 평간호사 12명, 수간호사 2명으로 구성되었다. 참여자들은 Internal Medicine, General Surgery, Intensive Care Unit, Otorhinolaryngology, Obstetrics and Gynecology, Special Unit, Plastic Surgery, Angio Room, Emergency Room, Pediatric Clinic, Outpatient Department의 부서에서 근무한 경력이 있었다.

본 연구자는 질적연구를 수행하는데 앞서 암 전문병원 경력 6년 이상의 실무에 종사한 경력과 질적연구의 원리와 기법에 관한 특강을 수강하고 질적연구 관련 워크숍에 참석하였으며, 감염관리 연구과정을 수료하여 연구의 이론적 민감성을 높이고자 하였다.

3. 연구진행 및 자료수집

본 연구는 암 전문병원 간호사의 감염관리 경험을 탐색하기 위하여 포커스 그룹 면담과 개별 심층면담을 적용한 질적연구이다. 포커스 그룹 면담에 좋은 자료의 추출은 참여자들이 서로 낯선 사람일 때 획득 될 수 있는데[21], 일개병원에서 면담이 수행되며 7년차 이상으로 이뤄지는 연구대상자로 구성된 그룹 면담의 특성을 고려하여 개별 심층면담을 수행하였다.

자료수집기간은 2019년 3월 26일에서 5월 1일까지 진행되었다. 자료수집을 위한 장소는 대상자들이 근무하는 병원 내 회의실 및 자택 근처를 이용하였으며, 참여자들이 면담 중간에 주의가 분산되는 것을 막기 위해 회의실 벽에 게시되어있는 모든 게시물을 제거하고 책상, 컴퓨터 등 주변기기들을 정리하여 최대한 단조롭고 깨끗한 환경으로 구성하였다. 병원에서 이루어지는 면담의 경우 환자나 병원직원이 회의실 주변을 배회할 수 있으며, 면담 시 방해요소로 작용 할 수 있으므로 이를 고려하여 적절한 시간대를 선정하고 면담 실시 전 회의실 주변을 확인한 후 면담을 진행하였다. 포커스 그룹 면담은 2회로 90분, 60분간 진행되었고, 개별 심층면담의 경우 4회로 약 50분에서 75분 정도 소요되었다. 면담 질문은 연구자가 주제를 선정 후 참여 대상자가 아닌 다른 간호사들에게 감염관리와 관련된 사전 면담 내용과 참고 문헌을 토대로 공동 연구자와 함께 구성하였고 1차 포커스 그룹 면담 전사 작업 후 간호사들의 내적요인과 감정적인 부분을 탐색하기 위해서 질적연구의 경험이 풍부

하며 대학교에서 질적연구를 강의하는 간호학 교수에게 자문을 구하여 개별 심층면담을 위한 질문을 구성하였다(Table 1). 참여자 면담 중 녹음과 현장 노트를 활용하여 중요하다고 파악되는 개념들을 정리하였다. 1차 포커스 그룹에서는 구체적이며 방대한 내용이 나타났으며 부정적인 내용이 주를 이루었다. 추가적인 내용을 확보하기 위해 2차 포커스 그룹 면담에서는 조금 더 자유롭고 개방적인 면담이 이뤄지도록 하였으며 1차 면담에서 나온 부정적인 부분에 대해 어떻게 생각하는지, 긍정적인 부분은 어떤 것인지 확인하였다. 1차, 2차 포커스그룹 면담 후 전사된 내용을 토대로 수간호사2인 일반 간호사2인에게 심층 면담을 실시하였으며 반복되는 내용이나 새로운 시각이 나오는지 매 면담마다 확인을 하며 자료수집과 분석의 순환을 통해 더 이상 새로운 시각이나 내용이 나오지 않을 때까지 진행되었다.

4. 자료분석

참여자들의 감염관리 경험에 대한 이해와 행동의 본질에 접근할 필요가 있으며, 현상에 대해 인과적으로 설명하거나 부정적인 선입견을 가지지 않고 있는 그대로 탐색하기 위해 Colaizzi [22]의 현상학적 연구방법을 사용하였다. Colaizzi의 분석방법은 참여자들의 경험을 광범위한 차원에서 분석하고, 향후 이론개발에 도움을 주는 방법으로써[23] 본 연구의 목적에 부합하여 적용하게 되었다. 첫째로 연구자는 참여자들이 경험한 내용을 진술 그대로 전사한 후 전사 자료를 반복적으로 정

독하며 전체적인 의미를 파악하였다. 둘째로 전사 내용과 현장 노트를 활용하여 의미 있는 내용(단어, 구, 문장, 문단)을 줄여 그어 표시하였다. 셋째로 도출된 의미 있는 진술로부터 공동 연구자와 논의 후 일반적인 형태로 재 진술하였다. 넷째로 재 진술된 의미를 주제, 주제모음, 범주로 도출하였으며 다섯째로는 도출된 결과를 암 전문병원 간호사의 감염관리 경험을 중심으로 최종적으로 기술하였다.

5. 연구결과의 신뢰도 및 타당성 확보

연구자가 질적연구의 적절성을 잃지 않고 엄밀성을 갖추어 연구를 행하였는지를 제시하기 위해 Lincoln과 Guba [24]가 제시한 질적연구 평가기준에 따라 신뢰성, 적용성, 안정성, 확증성의 네 가지 요소를 사용하여 평가하였다. 신뢰성을 확보하기 위해 자료수집 시 참여자의 진술을 유도하지 않고 최대한 자신의 생각을 자유롭게 진술하도록 격려했다. 참여자들은 본 연구자와 이해관계가 없으며 다른 부서에서 일하고 있는 간호사들로 구성을 하였다. 전사 과정에서는 대상자가 사용한 용어를 그대로 기술하되 현장 노트와 함께 답변이 애매하거나 확인이 필요한 경우 연구자 임의로 기술 하는 것이 아닌 참여자에게 전화 및 메시지를 통해 구체적인 내용을 확인하였다. 최종적으로 분석된 결과를 직접 출력하여 참여자에게 다시 한번 찾아가 진술한 내용과 부합하는지 확인 하는 절차를 거쳤으며 적용성을 확보하기 위해 참여자의 진술 내용을 인용하여 실제적인 경험을 통한 의미 있는 주제를 도출하였다. 안정성과 확증성을 확

Table 1. Questions used for Focus Group Interview and In-Depth Interview

Items	Focus group interview questions
Opening questions	· Please introduce yourself briefly. Now let's talk about the nurse's experience of infection control.
Introductory questions	· What do you think about infection control?, What comes to your mind when you think of 'infection control'?
Transition question	· Let's talk about the experience of infection control as a nurse working in the cancer care facilities.
Key questions	· What is your tasks of infection control as a cancer care facilities nurse? · What are the factors that facilitators and barriers for the infection control? · What are your feelings and opinions about your infection control at a cancer care facilities as a professional? · What do you think about use of antibiotics and field of microbiology in infection control?
Ending questions	· Let me summarize the discussion briefly. Please let me know if there's anything missing. · Do you have any recommends for researchers, infection managers, or hospitals about infection control? · In depth interview questions
Key questions	· Is there any difference between cancer patient and general patient of infection control? · What were your successful and failure experiences in infection control? · Please, tell me about what is the most way to control infection?

보하기 위해 공동 연구자와 독립적으로 전사 내용을 읽어 의미 있는 내용을 도출하였으며, 감염관리간호사 1명, 암 전문병원 근무 경력이 있는 간호학 박사 1명, 질적연구경험이 있는 간호학 교수 1명에게 최종적인 분석 결과를 보여주며 개념에 대한 공감을 확인하였고, 면담 자료의 녹취와 코딩 및 범주화 과정을 제시하였으며 연구결과에서 참여자의 말을 직접 인용함으로써 연구결과에 대한 분석을 독자가 검증할 수 있도록 하였다.

신뢰성 및 타당성을 보완하기 위해 문헌을 참고하여 자료수집 전 단계에서부터 연구 전반에 걸쳐 일곱 가지의 전략으로 접근하였다[21]. 첫째로 포커스 그룹 면담 전에 참여자들의 연구 동의를 구하며 참여자의 캐릭터를 파악하여 인터뷰에서 긴장을 하거나 우려를 표시하는 등 소극적일 것으로 예상되는 참여자의 경우 연구자의 가까이에 위치시켜 편안하게 임할 수 있도록 격려했다. 둘째로 면담 중 참여가 저조한 참여자에게 발언 할 기회를 주어서 전체적으로 발언의 기회가 골고루 주어질 참여자 간 다른 생각을 가진 참여자도 발언할 수 있도록 조정하였다. 셋째로 조정자 편견을 최대한 배제하고자 객관성을 위협하는 세 가지 원천인 개인적 편견과, 참여자들 ‘기쁘게 하려는’ 무의식적인 요구, 일관성에 대한 요구를 고려하여 면담 전 연구자가 먼저 감염관리 경험에 대한 자기노출을 하였고, 자신의 경험을 이야기하는 것에 정답이 없으며 연구 초반에 한답변과 그 이후에 답변이 다를 수 있음을 알리면서 면담을 시작하였다. 넷째로는 참여자의 반응을 저해 또는 강화하는 것을 막기 위해 최대한 감정을 자제하면서도 경청하는 태도로 면담에 임하였다. 다섯째로는 자료수집 단계에서 실무자 그룹인 1차 포커스 그룹에 대해서는 일상의 업무 중요도와 감염관리 업무 중요도에 대한 양적 질문을 통해 답변을 얻어내었다. 여섯째로 연구자의 편향된 시각 없이 있는 그대로 기술하고자 노력하였다. 그룹 면담 중 그룹 구성원 간 자유롭게 질문을 하고 의견교환하는 것을 허용하였고, 화내는 감정이나 웃음 등 감정이 격해지며 틀어 깨지는 순간을 포착하여 본 연구에 최대한 담았으며, 전체적인 분위기나 웃음, 사투리 등을 그대로 기술하였다. 일곱째로 단답 또는 짧은 문장으로 답하는 경우 구체적인 사례를 요청하였고 생각의 이유와 당시의 감정을 캐묻기를 통해 질문하여 심층적이고 실제에 가까운 정보를 얻고자 하였다. 연구의 전반적 과정에서 ‘질적연구 보고를 위한 통합적 평가기준’(COnsolidated criteria for REporting Qualitative research [COREQ])[25]과 Park과 Kim [26]의 연구를 참고하여 ‘연구팀과 반영’, ‘연구설계’, ‘분석과 연구결과’ 영역을 고려하여 수행되었다.

6. 윤리적 고려

본 연구는 일개 대학병원의 임상시험심사위원회의 승인을 받고(승인번호: K**** 2019-01-017-003) 해당 병원 간호부 팀장 2인의 허락을 구한 뒤 진행되었다. 면담 전 참여자들에게 연구의 목적을 설명하고 면담 내용은 연구자료로만 사용되며 비밀 유지 및 익명이 보장됨을 설명하였다. 면담 중 참여자의 호칭과 전사된 내용은 참여자 번호로만 구별되었다. 면담 참여 중 자발적인 중단 가능성, 녹취 및 전사 자료의 취급 및 폐기 방법 등에 대해 설명하고 동의서에 서명을 받았으며, 면담 직전 한 번 더 자료의 취급과 비밀유지 및 익명성에 대해 설명하였다. 녹취 및 전사 시에 보조연구자를 두지 않고 연구자 본인이 정리하였으며, 자료와 녹취파일은 잠금장치가 있는 연구실에 보관하였다. 참여자들에게는 면담 후 감사의 표시로 식사제공 및 소정의 선물을 제공하였다.

연구 결과

14명의 참여자들로부터 녹취된 전사내용에서 추출한 주요 진술은 총 309개였으며 의미 있는 내용과 유사한 내용을 통합하여 암 전문병원 간호사들이 감염관리 경험은 ‘감염관리의 장벽에 부딪힘’, ‘여전히 어려운 감염관리’, ‘감염관리실에 대한 불만을 나타냄’, ‘감염관리 향상을 위한 전략을 생각하게 함’, 4개의 주제 모음, 15개의 주제, 43개의 하위 주제로 구성되었다(Table 2).

1. 감염관리의 장벽에 부딪힘

1) 부적절한 인식과 지식

대상자의 감염 관련 증상을 사정하며 다양한 각도에서 그 원인을 생각해 보아야 한다. 그러나 입원 한 지 얼마 되지 않은 대상자가 감염 증상을 보일 때 그 원인이 우리 간호사들과는 관련이 없다고 생각할 것이라 말하며 손씻기에 대한 부족한 인식이 있음을 나타내었다. 또한 참여자들은 다제내성균에 대해 확실하게 알지 못하고 이로 인해 간호사로서 대상자에 대한 교육자 역할을 제대로 수행하지 못하고 있었다.

• 손씻기에 대한 인식 부족

간호사들조차도(만약에) 입원 3, 4일쯤에 환자가 열이 났다면, ‘아 이게 열이 나는 게 우리의 일과 관련 된다’라고는 전혀 생각 안할 것 같아요, 그래서 내 손씻기가 저 사람에게 영향이 있을까...(참여자 10)

Table 2. Infection Control Experienced by Participants

Themes clusters	Themes	Sub-themes
Encountering barriers to infection control	Inadequate cognition and knowledge	· Lack of awareness of hand washing · Uncertain knowledge of multidrug resistant organism
	Too low a priority	· Infection Control Fails in Priority · Unusually beholding
	Inefficient communication	· Vertical communication system in the hospital society · Uncooperative communication from doctors
	Burden of care in cancer patients	· Troubled visitor control · Nursing of cancer patients who are more difficult than general patients · Face the difficult situation to value judgments
	Environmental constraint	· Pressures on hospital finances · Unchangeable physical environment · Lack of time
	Difficulties in applying guidelines	· Rapidly changing infection control guidelines · Guidelines that did not reflect reality
Infection control is still difficult	The poor infection control of the past	· The poor infection control condition of the past · Lack of concept about the importance of infection control
	Feel negative emotions from the gap between ideal and reality	· Feel a separation in the clinical setting · Too strict a infection control criteria and justification of self when failing to comply · Play a villian's part · The guilt in inevitable situation
Complaints about Infection Control Department exist	Cynical view	· Suboptimal epidemiology · Infection control achievement which is decided only by results · Untrusted monitoring
	Stress of infection control monitoring	· Be placed under strict surveillance · Estimating the value of nurses without providing practicable knowledge and posting the results publicly
	Being the nurse's responsibility when medical accidents occur	· Shifting all the responsibility onto nurses when the medical accident is about infection control
Need to consider strategies for improving infection control	Motivated to perform infection control	· Experience of preceptor · Think of them as a family
	Exercise leadership	· Demonstrating leadership for effective infection control · Making efforts to maintain rapport and encourage the implementation of infection control with doctors
	Competencies for good infection control	· Enhance the awareness and follow ethical standards · Ability to give a good explanation · Enthusiastic attitude. · Responsibility · Think about concept · Critical thinking · Remind · Holistic view
	Education for all the staff of hospital and new nurse	· Need to educate not only nurses but also all the staff of hospital · Importance of education for new nurses · Department customized education · Education to be used in practical affairs concretely · Repetitive education

- 다제내성균에 관한 불확실한 지식
 솔직히 뭐 VRE, MRSA 이런 것 저도 인터넷에서 찾아
 봐서 어중간하게 알고 있는 것 같아요, 접촉주의다, 뭐 비
 말주의다 이정도만 알고 있지, 거기에 대해서 어떻게 관
 리하고 항생제는 어떤 걸 쓰는지 정확하게 잘 모르고, 저
 도 잘 모르기 때문에 환자한테 교육을 못하는 경우도 있는
 것 같아요.(참여자 6)

2) 우선순위에서 밀림

참여자들은 감염관리의 지침의 준수보다는 자신의 업무 마무리가 더 우선이 된다고 말한다. 이와 더불어 암 전문병원에서는 의사들의 치료방향이 암 자체에 초점이 맞춰지게 되면서 감염관리에 대해서는 우선순위가 밀려나는 경험을 하게 되고 감염관리에 대해 더 아는 만큼 더 주의를 기울이고 싶어도 주변에서 유별나게 보는 시각을 경험하며 소극적이 된다.

• 뒷전으로 밀려나는 감염관리

감염관리가 최우선의 일은 아니었던 것 같아요.. 비유가 될지 모르겠는데 6인실에 들어가요 내가 인계시간 10분 남았고, 주사를 다 줘야 돼요. 그럼 내가 손씻기를 6명 다 해야 하는가, 아니면 주사를 빨리 다 주는 게 맞을 것인가...(참여자 2)

Cancer 환자들 보면 cancer가 주가 되고, 원래 가지고 있던 질병들에 대해서는.. 의사들이 이 사람이 사는 survival에 대해서는 cancer 자체가 커지고 작아지고, meta되거나 이런 것 만 중점이 되니까 감염이 조금 뒤로(밀려나요)...(참여자 9)

• 감염관리를 유별나게 보는 시각

환자를 보는 교수님이 아니라 병을 보는 교수님이시거든요, 병만 보고 치료를 해야 되는데 이 환자가 fever가 난 다든가, ANC가 떨어졌을 때 교수님한테 보고를 드리면... “왜 그렇게 까지 봐야 돼요?”.(참여자 9)

내가 알아봤자, 알면 내가 더 massive하게 하나까 더 이상한 사람 되고/재는 왜 저렇게 별나게? 그렇게 안 해도 일은 돌아갔고, 그렇게 만약에 열나면 거기에 맞춰서 일 하면 되지, 그런 식./그렇게 까지 안 해도 일은 돌아가는데.. 니가 그렇게 하면 나도 해야 되잖아...(참여자8, 참여자9, 참여자 10)

3) 비효율적인 의사소통

감염관리와 관련된 업무를 수행하며 발생하는 문제들을 해결하고 개선하기 위해서 상사나 의사, 간호사 간에 의사소통이 필요하다. 그러나 참여자들은 수직적인 병원 사회 분위기와, 직책, 의사, 간호사 내부의 눈치 보는 분위기 등의 요인들로 인해 의견을 말할 수 없고, 의견을 제시해도 반영되지 못하는 등 효과적인 의사소통이 제한되는 경험을 한다.

• 병원 사회의 수직적인 의사소통 체계

게시판에 개선방향에 대해 글을 올렸어요... 관리자 선생님으로부터 “오지랄인 것 같다, 너무 과한 것 같다.”라는 이야기를 들었어요... 병원(측)에서 안 된다 하고, 위에서 안 된다 하나까 더 말할 수 없었어요...(참여자 3)

관계 때문에 그런 것 아닐까요 어떻게 보면 이게 쓴 소리잖아요... 굳이 우리 사회통념상, 타과나 내랑 거의 잘 마주치지 않는 사람에게는 쓴 소리를 안내려고 하잖아요, 특히 교수님, 윗사람이면 더 더욱 그렇고...(참여자 2)

• 의사의 비협조적인 의사소통

사실 병동에 가면 레지던트 선생님들 바빠서. 애기 잘 안 들어줘요... 병동에서는 “그걸 왜 물어요?” 뭐 이런 것 많잖아요. “왜 궁금해 해요?” 뭐 이렇게... “그냥 오더 낸 대로 하면 되지 않나요?”, 뭐 이런 느낌이라서...(참여자 1)

4) 암 환자 간호의 버거움

일부 면회객들은 병원의 감염관리 정책에 대해 협조 해주지 않고 회를 내고 무시 하는 태도를 보였고 이러한 면회객을 통제하는 과정에서 참여자들은 당혹스러움과 서러움을 느끼며 교육의 의지가 줄어들었다. 또한 참여자들은 암 환자와 관련된 다양한 상황에서 버거움을 느끼고 있었는데 암 환자들이 일반 환자에 비해 수행해야 하는 간호 처치가 더 많고, 암 진단과 더불어 감염이 되었다는 불안감으로 인해 설명에 특별한 기술이나 권위가 필요하다 말한다. 그리고 암 환자를 간호하면서 대상자가 사망하는 상황을 겪은 후 절망감을 느낌과 동시에 암 환자에 대한 감염관리의 중요성을 절실히 느끼게 된다. 암 수술을 한 환자의 수술 부위를 사정 할 때에도 감염관리 업무의 수행과 환자의 안위,수술 부위의 회복 등 어느 한쪽으로만 치중하여 생각할 수 없는 상황을 경험하며 혼란을 느끼고 있었다.

• 트러블이 많은 면회객 관리

아직 우리나라 정서는 누구 아프면 “야 우리가 빨리 방문해가 어떻게 하자 음식 해가 가자,” 이라는 방문객 관리, 여기에서 정말 트러블이 많았어요, 면회 오신 분들 “왜 안 됩니까, 왜 여기만 특별합니까”, “내 손자 내가 보러왔는데” 그럼 나는 갖은 핑계를 다 대야 되는 거야...(참여자 12)

그때 이제 보호자가 처음에 들어왔을 때 “보호자분(환자분께서) 굳 나오는 거 아시죠?”하며 “굳 나오니까 가운 입으세요” 직접 가운을 손에 건넸던 말이야, “아, 네” 콧방귀 꾸터니 가운을 그냥 손에 들고 그냥 면회하더니 다리 쪽에 던져두고... 면회 다 하고 그냥 나가버리면 나도 진

짜 상처를 받는 거야 보호자 입장이 흥(쿵방귀) 이러니까 나도 상처받았다는 이유로 다시 교육 안 하고 그런 게 있지.. 너무 서러워가지고.(참여자 13)

• 일반 환자에 비해 어려운 암 환자 간호

암 환자들은 그냥 일반 환자들보다 들어가는 처치에서 수액적인 처치도 많고, 무균적인치치나 이런 것 들이 들어가는 시술이 많으니까.. 일반 환자들 보다 임상에서 보던 오더도 더 많고, 해야 되는 처치나 간호사들이 환자한테 직접적으로 간호 수행하는 조작이 많다는 거죠...(참여자 13)

(다제내성균이 배양된) 환자분들이 제일 먼저 불안해해요 암 환자에 환자분들이 ‘암도 있는데 뭔가 감염이 되었다.’ 이렇게 생각을 하시기 때문에 제일 먼저 환자분들 질문이다 그거예요 ‘위험 한 것 아닙니까?’, ‘이것 때문에 죽는 것 아닙니까?’ 그런 문제를 얘기를 하시거든요.. 뭔가 다를 수 있다는 생각은 해요, 설명하는 방식이나 스킬의 문제, 죄송한 얘기지만 권위의 문제. 수간호사가 설명하는 거랑 일반간호사가 설명하는 거랑 받아들이는 느낌이 다르거든요...(참여자 11)

여기에서 몇 년 동안 응급실 근무 할 때하고 이 때하고 감염을 생각하니까 정말 그 응급실은 외상은 많았는지 모르겠지만 여기는 급박하더라고.... 암 환자하고 일반 환자하고 다르다 카는거를 절실하게 느꼈어... (환자가) 진균에 감염이 됐어 곰팡이 그게 기관지에 딱 들어간거야.. 기침을 딱 하면 이게 피가 hemoptysis 딱 일어나는 거야 이게 일어나니까 완전 active bleeding이 일어나가지고 사망을 했어요... 사망을 하니까... aspergillus 이런 진단이 딱 되더라고, 이 환자는 lymphoma였어요, lymphoma 환자가 이게 infection이 딱 되고, ANC가 적어지면서... ANC가 낮고 이렇게 되고 이런 절차로 사망을 하더라고요... 14세 예요(안타까워하는 목소리)... 청소년... 어느 날 순간 사망을 해버리니까 너무너무 절망적이야...(참여자12)

• 가치판단이 어려운 상황에 마주침

수술 부위 wound 사정 할 때 dressing 부분을 뜯어보잖아요? 뜯으면 다시 dressing해줘야 하잖아요, 교수님들 회진 돌 때도 보고가고... 또 간호사가 바뀔 때마다 바뀐 것이 있는지 봐야 하니까 살짝 보고 달아놔도 보호자가 그걸로 complaint 하는 경우도 있고요... 너무 wound를 계속 뜯어보게 되는 것도 wound 자체에 안 좋을 것 같기도 한데...(참여자 5)

5) 환경적 제약

참여자들은 감염관리 업무에 필요한 공간과 자원에 대해 제약이 있음을 경험하게 된다. 접촉주의 환자에게 적용되는 감염관리 지침이 있지만 물품의 부족으로 지침을 준수하지 못하게 된 참여자는 물품 공급이 즉각 이뤄질 수 없는 배경에는 병원의 재정과 관련된 체계의 영향도 있다고 말하고 있으며 격리를 위한 공간도 확보 되지 못해 격리 환자와 일반 환자가 혼재하는 상황에서 개인으로서 어쩔 도리가 없음을 황당함을 느낀다. 또한 업무에 숙련된 간호사 임에도 불구하고 간호사 업무를 하며 감염관리 지침까지 준수하기 위한 시간이 부족함을 느끼고 있었다.

• 병원 재정에 대한 압박

접촉주의 환자가 있었는데, vital 기계도 다 따로따로 재야 하잖아요... 우리도 알고 있고 돌려쓰면 안 되는 걸 알면서도 부족하니까... (수선생님께). 그제 이제 저희가 말씀드릴 때도 그 즉시 바로 되는 게 아니잖아요, 수선생님께서도 내가 하고 싶다고 바로 되는 게 아니고 병원에 예상기간이나 왜 필요한지 올리고 기획안이 통과돼서 돈을 준다 해야 구입이 되는 거니까.(참여자 6)

• 바꿀 수 없는 물리적인 환경

격리병실이 있어요. 1bed만 들어갈 수 있고, 따로 되어 있고 문 닫을 수 있고 격리 환자발생하면 거기 넣고,공간이 부족해서 9bed중에 1bed있고, 1bed 이상이 되어버리면,(감염 환자가 와도) 사실 어쩔 수 없어요.(몇몇 황당한 웃음), 같이 있게 돼요 CRE 이런 거...(참여자1)

• 시간의 부족

3way 뚜껑도 막 15초 이상 닦아야 되는 거야 산토끼 토끼야 1절을 다 불러야 된다.. 근데 사실 그거 다 지키면서, 그거 하나 동작하나조차 지키면서 하면... (만약에) 우리가 약을 다 썼어, 그럼 뚜껑을 닦았는데, 약이 또 있는 거야 또 달려면 또 닦아야 돼... 그니까 너무 바빠요.(참여자 13)

6) 지침적용의 어려움

감염관리의 관련된 연구들이 많이 진행되면서 지침도 그에 맞춰 개정이 되고 있다. 또한 감염관리에 있어서 간호사들의 지침 준수는 필수적이지만 참여자들은 지침적용을 힘들어 하고 있었다. 감염관리 지침이 자주 개정됨으로써 혼란을 겪고 있었으며 지침의 내용 또한 외국을 기준으로 하여 국내 병원의 현실이 반영되지 않음을 지적한다.

- 자주 바뀌는 감염관리 지침
 요새는 또 지침이 바뀌었네요.. 맨날 바뀌니까.. 옛날에는 몇박 몇일로 알고 있었는데 개정돼있고... 제가 기억이 조작됐는지 모르겠는데 매번 헛갈려요.(참여자 4)
- 현실을 반영하지 못하는 지침
 지침은 미국 거 가져 와서 미국은 사람 한 명당 솔직히 세, 네 명 보는데 우리는 거기에 두 배, 세 배를 보는데.. 우리 환경적인 것을 하나도 만들어 놓지 않고... 현실적인 지침을 짰으면 좋겠어요. 우리가 따를 수 있는...(참여자 6)

2. 여전히 어려운 감염관리

1) 열악했던 과거의 감염관리

참여자들은 현재의 시각에서 과거를 회상하였다. 한 참여자는 과거에 수술을 받았던 환자를 간호한 경험을 현재의 시각으로 바라보며 당시 열악했던 환경에서 대상자가 감염되지 않고 무사히 퇴원 한 것을 ‘천운’이라고 표현하고, 그에 비해 현재의 감염관리 시스템이나 물리적인 환경 등이 비약적으로 발전하였음을 느끼고 있었다. 또 다른 참여자는 과거 자신의 감염관리에 관한 인식과 개념에 대해 생각하며 감염관리를 위한 업무를 수행했던 자신을 현재의 시각으로 평가하며 미흡했던 자신과 마주하게 된다.

- 열악했던 과거의 감염관리 환경
 그런 지침들이 20년 전만 하더라도 문서화된 지침들이 없었고, 입으로 전해지는 약간 그런 식이었는데.. 또 지금 생각해볼니까 너무 열악하다는 생각이 들더라고요, 그 당시에 왜냐면 기본적으로 공조관리도 돼야 되고, 기구라든지 물품에 대한 supply라든지 이런 것들이 다 뺏어야 되는데, 아마 20년 전이니 얘기가 결국은(수술을) 성공을 해서 살긴 살았었는데, 개가 성공을 한 것은 감염관리 부분 어떤 이런 것들로 성공을 한건 아닌 것 같고 천운이지 않았을까...(참여자 11)
- 부족했던 간호사 자신의 감염관리 개념
 예전에 내시경 하고 나면 열이 나는 경우가 있었어.. 그 때 당시에는 내가 저 연차니까 이걸 어디에 물어보지도 못 하고 뭘 할 수 없으니까 환자들한테 정말 무식하지만 이렇게 설명했던 것 같아 “내시경을 하면 열이 조금 날 수 있어요”라고 얘기를 했던 것 같아, 그게 어디에서 열이 나

졌구나 라는 거를 그때는 밝히려고 하지 않았던 것 같아...(참여자 8)

2) 이상과 현실의 괴리에서 느끼는 부정적인 감정

참여자들은 과거에 비해 전반적인 감염관리 환경이 비약적으로 발전된 현실을 인식하고 있다. 그러나 이와는 대비적으로 실제 임상 현장에서 감염관리의 기본적인 지침조차 지켜지지 않는 것을 경험하며 인식과 실제 사이에 괴리감을 경험하게 된다. 감염관리를 위한 표준주의 지침은 병원 환경에서 전파를 막는 가장 기본적인 지침으로 참여자들은 이러한 지침의 중요성에 대해서는 인지를 하고 있다. 그러나 지침을 준수하는 것이 힘들고 비현실적임을 지적하는 동시에 인증평가 수준의 감염관리 활동을 하지 못하는 자신에게 불성실하며 자기 핑계를 대는 것이라 표현한다. 관리자인 한 참여자는 부서원에게 감염관리 업무에 대해 주의를 주는 과정에서 미안한 감정을 느끼게 되고, 실무를 수행하는 참여자의 경우 제한된 자원에서 부정적인 결과가 예상되면서도 막지 못하는 현실에 대해 죄책감을 느끼게 된다.

- 괴리감이 느껴지는 임상 현장
 저는 감염관리 생각하면 딱 처음 드는 생각이 제 경험에 의해서 괴리감 이런 게 더 먼저 들거든요 정말 중요한 손씻기가 기본이고 한데, 그게 현실에서 정말 안 이뤄지고 그냥 우리가 항상 하는 소리가 바빠서 어째서 어째서...(참여자 10)
- 너무 엄격한 감염관리의 기준과 준수하지 못하는 자신에 대한 합리화
 물론 여유가 있고 시간이 되면 수행률이 올라갈 수는 있겠죠, 지키면 좋은데, 그런 여유가 있다 한들 제가 인증 기준만큼의 감염관리활동을 하면서 간호를 하느냐 그것도 아니거든요, 솔직하게... 매너리즘이나 일에 대한 불성실 그런거겠지만, 감염관리 기준이 너무 빡빡하다는 생각도 들어요... 어떻게 보면 자기핑계이고 자기 합리화일 수도 있는데.(참여자 2)
- 악역을 맡게 됨
 그 때 내 생각은... 나쁘게 말하지만, ‘내가 이런 역할을 하고 있어야 되나...’ 이런 마음이 들지 ‘악역을 내가 다 해야 되나’, 그러면서 담당간호사들한테 말의 화살이 가지.. “면회객 제한 제대로 안됩니다. 팀별로 자기 환자 잘 관리하세요(딱딱한 말투로)” 이렇게... 나의 말이 이렇게 부정

적으로. 내가 다 해결해도 되는 것 을 팀원한테 넘기려고 하는 그런게 실패라고 생각된다. 그런 말 해놓고 또 마음 다스리가... 아이고 내가 조금만 더 희생하면 되는데 내가 왜, 내가 왜 나쁜 말을 또 이렇게 해가고, 부서원한테 마음 아프게 하나...(참여자 12)

• 어쩔 수 없는 상황에서 느껴지는 죄책감

ANC 낮은 환자도 많은데 1인실은 한정돼있고, 6인실 쓰다가 재원기간이 길어지다 보니 Pneumonia 얻어가지고 계속 치료를 해야 하고 이런 경우가 있었어요... 자원이나 환경적 문제, 등... 솔직히 알면서도 예상이 되면서도(감염관리를 제대로 못하는)이렇게 밖에 할 수 없는... 죄책감이 들 때도 있고... 어쩔 수 없는 부분도 있으니까...(참여자 6)

3. 감염관리실에 대한 불만을 나타냄

1) 냉소적인 시각

감염관리 간호사에 의한 감시 업무는 감염관리를 위해 반드시 필요한 업무이다. 그러나 현장에 항상 상주하며 모든 상황에 대해 항상 객관적으로 모니터링 하는 것은 불가능하다. 이러한 상황에서 모니터링의 결과가 상황적 요소가 고려되지 않고, 현실을 반영하지 못한 상태에서 도출되며 감염관리의 성과가 오직 결과로만 결정되어 지는 것에 대해 참여자들은 냉소적인 시각을 보이고 있다. 또한 다제내성균에 감염된 환자가 중환자실에서 일반병동으로 전실할 때에 전실 전에 시행돼야 하는 선별 검사 누락되었고 이로 인해 일반병동 환자들이 다제내성균에 노출되는 상황을 보며 황당함을 느낀다.

• 결과만으로 판단되는 감염관리 성과

비슷한 것 같아요, 어차피 뭐 암만 잘한다 한들, 뭐 한 개 나와 버리면 다 그게... 감염관리 잘 못하고 있다가 되는 거니까, 결과적으로 안 나오면 우리가 대강해도 뭐 문제가 없으면 잘한다 이렇게 되는 것 아닐까요... 순간순간 모니터링하는게 크게 의미가 있겠습니까 그렇죠?(참여자 2)

• 신뢰성이 없는 모니터링

솔직히 수행률 보는 것은... 라운딩 돌고 있을 때 뭔가 가운 입은, 못 보던 사람이 뒤에 있으면, 한 번 손(소독) 할 것도 두 번 세 번 하고 하잖아요 신경써서 하잖아요, 그래서 손위생 수행률... 항상 그렇게 한다는 보장이 없으니까...(참여자 5)

• 제대로 이뤄지지 않는 역학조사

ICU에서 CRE (에 감염된 환자)이었는데 그걸 늦게 알아가지고, 병동에 다 ward out가지고 CRE 선별 검사한 경우도 있었어요. 밑에서 검사를 안 하고(중환자실에서 검사를 안 재하고) ward out해서 검사하고 어이없었어요...(참여자 4)

2) 감염관리 모니터링에 대한 스트레스

참여자들은 감염관리 간호사에 의한 모니터링과 관련하여 강한 반감을 나타내었다. 모니터링 자체에 대해 감시를 당하는 듯한 부정적인 느낌을 받고 있었다. 또한 현실적인 교육의 부재와 체크리스트만 이용하는 것이 온당치 못하며, 이러한 점수를 전체계시판에 공지를 하는 것에 대해서 수용하기가 힘들음을 표현한다.

• 감시당하는 느낌을 받음

감염관리실에서 왔다 하면 뭐 보러 왔구나, 감시하러 온 것 같은, 그런 위에서 내려다보고 '너네 잘 하나 한번 보자' 저는 그런 느낌이 강하거든요...(참여자 5)

• 현실적인 교육 없이 점수만 책정하고, 그 결과를 공개된 장소에 게시 함

뒤에서 막 체크해서 점수나 75점이다 이런 거 하지 마라 이거지... 와가지고 “선생님 손위생은 이렇게 하고 이러한 불완전한 사고가 있으니까 요렇게 꼭 하셔야 됩니다” 카는 거를 현실적으로 해야 되지 내내 체크리스트 체크해가 점수내고 어느 부서 잘했니 못 했니... 아직도 교육 방법이... 점수를 주고 전자결계에 공람을 시키고 다 보이고.(참여자 12)

3) 사건발생 시에는 간호사 탓

대상자의 건강에 위협이 되는 사건이 발생하게 되면 담당의료진 또한 그 책임에서 자유로울 수 없다. 그러나 실무를 하는 간호사로서 도저히 통제할 수 없는 상황이 발생할 수도 있다. 특히 최근 발생한 감염관리와 관련된 이슈에 대해서 일부 참여자는 병원의 대처에 대해 억울한 감정을 표현하며 사건이 발생하면 모두 간호사 개인의 문제가 된다고 말한다.

• 감염관리와 관련하여 사건이 발생하게 되면 간호사 개인의 책임이 됨

XX병원도... 사실 의사도 오더를 원래 예전부터 오더를 그렇게 내리고 있었을 거예요...근데 이제 문제가 터지니까

다 간호사 탓이 되잖아 개인의 탓. 의사 오더 없이 그렇게 시행했다, 나눠서 썼다, 감염의 문제다, 균이 자랐다.. 주사 처치대 옆에 수돗가가 있어서 균이 튀어서 그렇게 됐잖아 근데 그거는 시설의 문제지 간호사의 문제는 아니잖아요. 처치하는데서 주사 만들었고, 손씻는데서 손 닦았고(물방울이) 튀는 것 까지 자기가 제어를 우에 하노.. 근데 그것도 간호사 개인의 문제가 되니까, 그런 이슈만 봐도.(참여자 13)

4. 감염관리 향상을 위한 전략을 생각하게 함

1) 감염관리 수행에 대한 동기가 부여됨

참여자들은 병원으로부터 프리셉터 임무를 부여받고 신규 간호사의 롤 모델이 되는 경험을 한다. 이를 통해 감염관리의 기본 지식 뿐 아니라 행동이 교정되고 경각심을 갖게 되는 계기가 된다. 또한 대상자를 내 가족이라고 생각하며 스스로 동기부여를 하기도 한다.

- 프리셉터 경험

새로 배우는 사람한테는 진짜 FM대로 중요한 게 뭔지 가르쳐 주고 싶잖아요... 배울 때 제대로 가르쳐 주고 싶고, 배우는 단계에서 내가 보여지는 모델이 되니까...(참여자 1)

- 내 가족이라 생각하고 업무에 임함

우리 부모가 내지는 우리 가족이 병원에 입원해서 이렇게 누워있고 이런 질병을 가지고 이런 카테터를 가지고 있다면, 내가 어떻게 할까? 를 생각을 해본다면...(참여자 11)

2) 리더십을 발휘함

참여자는 한 아이의 엄마이자 병동의 수간호사로서 책임감을 가지고 일하고 있으면서 20대인 간호사들의 대처능력에 대해서도 알고 있다. 업무의 부담과 민원에 대한 속상함을 공감하고 평간호사로서 교수에게도 직접 말 할 수 없는 현실도 알고 있기에 적극적으로 부서원을 지지하기도 하고 환자 보호자를 위해 발 벗고 나서기도 한다. 그러나 그러한 상황에서 본인을 ‘싸움대장’이라 칭하며 문제해결을 위해 나서는데 부담을 느끼고 있으며, 불가피하게 사건이 일어나는 것을 막기 어려운 상황이지만 부서원의 긍정적인 피드백으로 힘을 얻고 나아가게 된다. 또한 참여자는 상대방의 잘못에 대해 직설적으로 지적하기 보다는 부드러운 말로 보호구 착용을 격려하기도 하며 라포를 유지하기 위해 노력한다.

- 병동에서 감염관리가 잘 이뤄지도록 리더십을 발휘함

내가 아이가 아파봤고, 입원해봤고 수술해봤고, 자식에 대한 사랑과 열정 이예요, 그리고 우리 병동을 유지할라하는 나의 책임이예요 책임. 저분들을 대신해서 내가 나서주지 않으면, 저분들은 어쩌면 늘 피해를 입고 있겠구나 카는 그런 마음, 우리간호사들이 민원을 당하겠다는 마음상하겠다는 업무의 부담도 많은데 그 자질구레한 불편을 저 간호사들이 당해가면서, 대응하기도 힘들어하는데 20대 뭐 대응을 못하기 때문에 내가 차들을 방어도 해주고 보호도 해줘야 되겠다는 이런 책임감이예요 그렇게 해주면 좋아라 하니까 난 또 성취감 열정 이렇게 있어요, 그게 좋더라고... 그래하다 보니까 싸움대장이예요, 안 나서고 싶어요, 그런건 있어요... 이런 질서를 정리를 안 하면 정말 우리 간호사들이 힘들고 문제되고... 우리 간호사라 카면 딱 요렇게 끌어안고 있잖아, 절대 데미지 못 입도록 하긴 하는데, 쉽지 않아요...(참여자 12)

- 의사와 부드럽게 의사소통하며 라포를 유지하기 위해 노력함

뒷쪽지 다니며 자꾸 말로써 손위생~! 아니면 마스크도 안겨요, “선생님 선물이 있습니다. 마스크 주며 선물입니다”카면 눈치 채고 빨리 딱해요, 선물 선물이라는 표현을 해갖고 적극적으로 추천 드리는 거지, 지적, 지적 보다는 왜안합니까 이렇게 보다는 선물입니다... 라포 형성 잘해야 돼요 의사하고 싸워갖고 될 일도 아니고...(참여자 12)

3) 감염관리를 잘 하기 위한 역량

참여자들은 감염관리를 잘 하기 위해 각자의 기준이나 방법을 가지고 있었다. 감염관리를 잘 하는 것에는 개인의 경각심과 윤리, 지침의 준수, 적극성과 비판적 사고, 책임감을 가져야 하며 대상자에게 설명을 잘 하는 것과 라포를 형성하고 대상자의 반응을 긍정적으로 이끌며 환자의 예후까지 좋게 만들 수 있다는 의미도 포함되어 있다. 또한 감염관리를 위해 올바른 개념을 반복적으로 되뇌는 것 또한 중요하게 생각하고 있었으며 대상자에 대한 총체적인 시각도 참여자들의 감염관리에 도움을 주고 있었다.

- 경각심을 가지고 윤리를 지킴

감염관리를 잘 한다는건... 어떤 안전, 불안정한 이 상태를 봤다라고 하면 자기 경각심을 가지고 자기 윤리를 잘 지키면서 이론 지침을 잘 준수해야 되는 고런거라고 생각

을 합니다.(참여자 12)

• 설명을 잘 하는 것

설명을 잘하는 것... 환자에게 설명 문제가 있더라도 아까 그 VRE 나 MRSA 같은 그런것들이 발병한 감염이 된 환자들한테도..평상시에 환자한테 설명을 잘해서 어떻게 라포를 쌓느냐에 따라서 환자의 반응이 달라질 수도 있고, 그 환자의 반응뿐만아니라 환자의 예후도 달라질 수 있다고 생각을 하기 때문에...(참여자 11)

• 적극적인 태도

근데 되게 부정적인 사람들이 환자들 같은 경우에 “니가 뭔데” 이런 식으로 얘기하더라고요 “간호사들이 니가 뭔데”, 그럴 때는 사실... 상처를 한 번 열어보는 것 자체가 굉장히 부담스럽더라고요 이 환자에 대해서 그래도 그런 욕을 들어가면서도 열어보는 간호사들이 있더라고요(참여자 8)

간호사들도 좀 마인드를 바꿔야 되는데, ‘학회는 보내주는 것’이라고 생각 하는 게 아니라 ‘내가 가야 하는 것’이라고 생각을 해야 하는 거죠... 애들이 그런 열의가 없는 건 아니라고 생각을 하거든요, 간호사들이 분명히 그런 열의들은 가지고 있어요.(참여자 11)

• 책임감

제 자신이 책임감 있게, 스스로 해서 더 하려고 해요 본인 마음가짐도 중요하다고 생각해요 제가 환자를 대할 때 책임감 있게, 마음가짐을 감염을 중요하게 생각하자 해서 하는 게 제일 중요한 것 같아요.(참여자 6)

• 개념을 생각함

첫 번째는 생각을 잘 하고 있어야 돼요 생각을, 개념을 자꾸 생각을 잘 해야, 항상 얘기하면서... 개념이나 생각이나 이런 것들이 제대로 박혀있어야지만 그게 바른 행동으로 나올 수 있는 거니까, 결국은 생각과 개념은 지식에 기반을 하는 거니까요 그 이면에는 가장 밑바닥에는 지식적인 부분들이 충분히 보강이 되고, 돼있어야지만 바른 생각이 나오고 바른 생각으로 바른 행동이 도출 될 수 있다고...(생각을 해요)(참여자 11)

• 비판적 사고

자꾸 유니크한 비판적인 사고를 가지고 계속 생각 하는

게 ‘우리 잘 그렇게 해왔으니까 그렇게 하니까 이렇게만 하면 돼 별 문제 없었어’, 이거보다는 정말 비판적으로, 하물며 3way하나 유통기한이 중요하다는 게 이게 감염, phlebitis와 연관 될 수 있다는 걸...(참여자 10)

• 리마인드

스스로 되뇌는 것 “감염을 중요시 생각해야 되겠다.” (하는 것)일하다가 그때 ESBL 이 제가 담당하는 팀에 이 호에만 있었는데 이게 점점 퍼지는거예요, 계속 계속 비단 이게 나쁜 만이 아니겠지만... 손씻기를 제대로 못했나 싶어가지고 그 때부터 좀 더 열심히 한다고 하긴 했었거든요...(참여자 1)

• 총체적인 시각

환자가 캔서도 가지고 있고 VRE도 가지고 있고 다른 정서적인 측면도 가지고 있는 총체적인 인간이라는 것들을 잘 파악하지 못하고 질병론 적으로 접근을 하니깐, 그런 부분에 있어서 오류가 나는 것 같아요. 그래서 환자가 암 환자지만 암 환자고 고령이고 VRE를 가지고 있기 때문에 우리가 어떻게 해야 된다 라는게 나와야 되는데 좀 그런 부분이 따로따로 논다는 느낌?... 환자라는 객체로 보지 않고 인간이라는 존재로 인식을 한다면 행동이 달라질 수 있지 않을까 하는 생각이 드네요...(참여자 11)

4) 전 직원과 신규간호사 교육의 중요성

참여자들은 병원 업무를 하면서 다양한 직종의 인원과 상호작용을 하게 된다. 이러한 과정에서 다른 직종이 감염관리 지침을 준수하지 않거나 미흡한 모습을 보며 간호사뿐만 아니라 모든 직원을 대상으로 한 교육이 필요하다고 생각하게 된다. 또한 참여자들은 과거 프리셉터로부터 감염관리에 관한 업무를 배웠던 기억을 회상하였는데 상급자에 의한 교육이 업무 수행에 많은 영향을 미치며 특히 업무를 배우는 단계에서 지침대로 정확하게 배우고 감염관리 수행이 습관화 되는 것이 필요하므로 신규간호사 교육이 중요하다 표현한다. 이와 더불어 감염관리에 대한 교육의 요구도도 높았는데 임상 환경에서 쉽게 적용할 수 있으면서 감염관리 실무에 부합하고 부서의 특징을 반영한 내용의 교육을 원하고 있었다.

• 간호사뿐 아니라 모든 병원 직원의 교육이 필요함

우리가 어쨌든 가장 직접적으로 접촉을 제일 많이 하는 게 간호직이기 때문에 우리에게 교육을 더 많이 시키는 것

은 맞는데 그렇게 하고 우리도 철저하게 해야 되는 것은 맞는데 간호직 외에 다른 직종에 대한 어떤 교육들도 충분히 있어야 되지 않냐고 그런 생각이 드는 거죠.(참여자 11)

• 신규간호사 교육의 중요성

처음에 배울 때가 중요한 것 같아요, 신규를 처음에 ICU에서 했거든요, 근데 제가 acting이 30분이 걸리든 1시간이 걸리든 프리셉터샘이 FM대로 하게 내버려 뒀어요, 처음 배우고 습관화 되는 딱 정착기... 신규 때 바빠도 그걸 계속 하면은, 해야 된다 생각하면서 하면 오래 걸려도 하면 점점 빨라질 것 아니에요.(참여자 1)

• 부서 맞춤형 교육

주제를 미리 정하지 말고, 여력은 안되겠지만 부서별로 교육을 한 번씩 가면 좋을 것 같아요 감염관리실에서. 그동안 감염관리실에서 듣고 싶거나 중점적으로 듣고 다뤄줬으면 좋겠다 하는 것을 병동에서 취합을 해서... 여력이 안되겠지만... 그렇게 해서 각 병동에 맞는 실무에 맞는 걸 해줬으면 좋겠어요...(참여자 1)

• 구체적이고 실무에 적용할 수 있는 교육

어! 실무에 맞는! 적용을 할 수 있게끔... 지침은 전혀 없어.. 항생제를 쓴다 할 때도 전혀 균이라고는 전혀 접할 수 있는 게 없고, 그냥 단지 검사 결과지를 보고하고(보는 것 밖에 없고), 이 균에 이런 항생제를 써야 된다(참여자 9,10: 웃음) 이거가 우리는 매칭이 안되니까, 아무리 미생물 결과지를 봐도...(참여자 8)

• 반복적인 교육

바뀌는 지침들을 계속 알려준다거나 불러서 그것도 진짜 지겹다 카겠지 나도, 근데 그게 반복해서 자주 교육을 해주면... 그리고 이렇게 해서 좋아질 수 있다 이렇게 감염을 준수해서 행동을 해주시면 이렇게 좋은 결과로 나올 수 있다 환자 퇴원률도 짧아지고 기간도, 이런 것들을 데이터 보여주면 좋겠어요...(참여자 13)

는 의

암 전문병원 간호사들의 감염관리 경험의 첫 번째 범주는 ‘감염관리의 장비에 부딪힘’으로 암 전문병원 간호사들의 감염 관리에 방해가 되는 다양한 주제들이 탐색되었다. 평균 12.9년

의 경력을 가진 참여자들은 감염과 관련된 다양한 형태의 교육과 필수교육을 이수하고 인증평가를 경험하였으나 감염관리와 관련하여 부적절한 지식과 인식을 가지고 있었으며 업무처리 하는 것에 비해 감염관리의 우선순위는 낮았다. 또한 의료진간 감염관리에 대해 유별나게 보는 시각이 나타나는 등 부정적인 태도와 조직문화도 드러났으며 지침적용의 어려움을 겪고 있었다. 이는 중환자실 간호사의 감염관리 활동에 대한 양적연구에서[13] 감염예방에서 중요한 손위생의 미흡함과 감염관리 활동 및 지침의 존재에 대한 인지도, 조직문화, 임상경력이 영향요인으로 나타났고 반복적이고 지속적인 교육이 필요하다는 점과 연관 지어 생각해 볼 수 있다. 비록 본 연구의 참여자들이 중환자실 간호사로만 이뤄진 것은 아니지만 감염관리의 고위험군인 암 환자를 간호한다는 측면에서 어느 정도 공통점이 있다. 손위생은 감염의 고리를 끊는 비용효과적인 방법이지만 본 연구의 참여자는 손위생에 대한 필요성이 직접 느껴지지 않는다는 말하는 등 부족한 인식을 드러내었고 교육 방법에서도 가시적이고 인과관계를 명확하게 보여주는 실제사례나 시뮬레이션을 기반으로 하는 교육을 강화 할 필요가 있다. 또한 지침의 존재에 대한 인지와 관련하여 첫 번째 범주에서 참여자들은 지침이 존재하는 것은 분명히 알고 있었지만 자주 개정되고 현실성이 없는 지침에 대해 적용이 어려워 제대로 준수하지 못하는 모습을 보였다. 따라서 간호사의 지침에 대한 교육시 지침의 존재를 인지시키는 것도 필요하지만 현실성을 반영한 지침의 개발과 그 내용에 있어서 개정된 내용을 알려주는 활동이 필요함을 알 수 있다. 조직문화와 관련하여 Lee [27]의 연구에서도 효과적인 의사소통의 장애는 환자안전에 위협이 되는 핵심 사안이며, 수직적인 조직문화와 수용적이지 못한 분위기 등 유해한 조직문화를 개선시킬 필요가 있다고 하였다. 본 연구에서도 의료진간의 의사소통 기술의 향상에 대해서도 교육이 필요하며, 감염관리를 잘 하고자하는 개인을 유별나게 보는 시각과 개방적으로 의사소통을 하지 못하는 부정적인 병원의 문화도 개선할 필요성이 드러났다. 여기에는 교수와 간호사, 의사와 간호사, 관리자와 평간호사, 다수와 개인 간 권력구도에 의한 특징이 내포되어 있다 사료되며 이와 관련해서도 추가 연구가 이뤄져야 할 필요가 있다. 한편 전체적인 관점에서 보았을 때 역설적인 모습도 나타났는데 그 예로 첫 번째 주제모음에서 감염관리와 관련된 인지도 부분에서 참여자들의 미흡함이 많이 나타났다면 두 번째 범주에서 나타난 부정적인 감정을 살펴보았을 때 괴리감과 죄책감, 자신에 대한 합리화를 하는 것으로 미루어 보아 감염관리의 이상적인 형태에 대해서는 명확하게 인지하고 있음을 알 수 있다. 또 다섯 번째 주제모음에서 감염

관리 향상을 위한 전략을 생각하고 신규 간호사에게는 감염관리의 정석을 가르치면서도 간호사들 내에서는 감염관리를 유별나게 보는 시각들이 존재 하는 이러한 역설적인 상황들이 양적연구에 온전히 반영되기 힘들 뿐 아니라 설문지에 응답하는 대상자의 일관성에 영향을 미치며 감염관리 연구에 혼선을 빚게 만들 수 있을 것으로 사료되며 이러한 맹점을 보완하기 위한 심층적인 연구가 이뤄져야 하겠다.

참여자들은 암 환자를 간호하며 버거움을 느끼고 있었는데 먼저 한국 특유의 면회 문화로 인해 감염관리에 어려움을 겪고 있었다. MERS의 확산 이후 국민들과 의료계는 큰 충격에 빠졌고 감염관리를 위한 면회객 제한과 간호간병통합서비스의 확대 등 다양한 정책이 시행중에 있다. 그러나 본 연구에서 감염관리에 대한 인식이 부족한 대상자 및 보호자들이 비협조적인 태도를 보이고 있어 감염관리에 관한 올바른 인식과 문화가 정착되어야 하며 이를 위해 정부에서 시행하는 대 국민적인 홍보 및 교육 프로그램 개발이 필요하다 생각된다. 한편 MRSA로 진단 받은 암 환자를 대상으로 한 Gleeson, Larkin과 O'Sullivan [28]의 연구와 유사하게 본 연구에서도 대상자들은 암 진단을 받았을 뿐 아니라 다제내성균에도 감염된 것에 대해 충격과 걱정스러움을 나타내며 분노를 표출 하는 경우도 있었다. 이로 인해 참여자들은 대상자에게 다제내성균에 대한 설명을 하는 것이 큰 부담감으로 작용해 설명에 대한 뚜렷한 가이드라인이 없이 수간호사의 권위를 빌어 설명하기를 의존하기에 이르렀다. 이러한 상황에서 간호사들은 교육자의 역할과 상담자 역할을 수행할 수 없고 대상자와의 라포 형성도 실패하면서 암 환자의 감염관리를 어렵게 만들 수 있다. 따라서 암 환자의 교육을 효율적으로 수행할 수 있는 기술이 훈련되어야 하며 암 환자를 대상으로 불안을 감소시키고 교육 효과를 높일 수 있는 심리적 중재 프로그램도 같이 적용될 필요가 있다. 또한 암 환자를 간호함에 있어서 고도의 학술적인 지식과 기술이 필요하며 업무량의 과다와 전문직으로서의 역할 갈등 등으로 직무 스트레스를 겪으며 소진을 경험하게 되는데[7] 본 연구의 참여자들도 암 환자는 일반 환자에 비해 수술을 비롯한 처치 등 직접적으로 간호해야 하는 부분이 많고 면역력이 저하된 환자를 간호하면서 절망감을 느끼며 업무를 수행하고 있었으며 가치판단이 어려운 상황에 마주치고 있었다. 일부 참여자의 경우 다른 병원의 경험 없이 암 병원에서만 근무 하었는데 이들은 감염관리에 있어서 암 환자이므로 특별한 인식을 갖는다거나 일반 환자에 비해 업무의 어려움이나 중요성이 더해지는 않는다고 표현하였다. 이는 감염관리가 의료행위의 기본이라는 점과 그 중요성에 대해서는 인식하고 있는 것으로 사료되나 암 환자의 심리나 종양

과 관련된 전문적인 지식 등에 대해서는 미흡한 부분이라 생각된다. 따라서 암 환자에 대한 올바른 이해를 가지고 접근하게 된다면 감염관리를 좀 더 효율적으로 수행할 수 있는 기반이 될 수 있으므로 암 환자의 특성에 대한 교육과 그에 맞는 감염관리 프로그램이 필요할 것으로 생각된다. 한편 참여자들은 시간의 부족과, 병원 재정에 대한 압박, 바꿀 수 없는 물리적 환경 등 환경적 제약을 경험하였다. 실제로 시간의 부족은 간호사의 감염관리활동에 있어 큰 직무부담감으로 다가오며[13] 감염관리의 방해 요소로 작용하게 된다[17]. 암 센터의 경우 일반 상급종합 병원에 비해 높은 등급의 간호 인력을 보유하고 있으며[8] 본 연구에서 7년차 이상의 숙련된 간호사를 대상으로 연구를 하였음에도 불구하고 이러한 현상이 나타나는 것은 감염관리 업무에 있어서 시간의 부족함이 개인의 미흡한 부분으로만 치부될 것이 아니라 업무내용의 개선이 필요하며 일반 병원과 암 전문병원의 비교 연구를 통해 적절한 간호 인력이 산정되어야 할 것으로 사료된다. 또한 간호사 개인의 감염관리와 관련된 지식이나 태도가 등 내적 요소들이 적절하다 하더라도 개인적 차원에서는 해결할 수 없는 환경적 제약으로 인해 감염관리 수행에 어려움을 겪고 죄책감을 느끼고 있었는데 감염관리와 관련된 연구가 증가하고 개선점이 반영되면서 병원 시설과 실무에 많은 영향을 주고 있는 상황이다. 그러나 기존에 만들어진 물리적인 공간을 변경 하기란 매우 힘든 부분이며 자주 개정되는 지침도 간호사에게 혼란을 주고 있었다. 병원의 재정 또한 감염관리 부분에만 투자할 수 없는 것이 현실이나 재정의 안정성을 유지하면서도 감염관리의 환경적 제약을 해결하기 위한 지원이 반드시 필요하며 새로 만들어질 공간에 대해서 특히 감염관리 전문가와 임상간호사의 의견 반영이 반드시 필요할 것으로 생각된다. 또한 간호사들도 개정되는 지침에 민첩하게 적응하기 위해서 제공되는 교육을 기다리는 것만이 아닌 적극적으로 정보를 찾아보고 꾸준히 학습하는 태도를 지녀야 하겠다.

암 전문병원 간호사들의 감염관리 경험 두 번째 범주로 참여자들은 '여전히 어려운 감염관리'를 나타내었다. Han, Seo, Kim과 Kim [29]의 연구에서 간호사들은 환경적 요소와 감염관리 업무 수행에 있어서 도덕적 갈등을 겪고 있었는데 본 연구에서도 감염관리 지침을 지키지 못하는 자신에 대해 죄책감을 느끼거나 합리화하는 모습을 보였다. 이 외에도 감염관리를 하며 발생하는 다양한 상황에 갈등과 답답함을 느끼고 있었다. 또한 열악했던 과거에 비해 감염관리의 수준이 많이 개선되었지만 새로운 감염 이슈가 나타나고 지침들이 개정되며 복잡해지는 등 의료 환경 또한 계속 변화하고 있다. 이런 상황에서 현실과 이상의 간극을 좁히기 위한 노력은 앞으로도 계속될 것으

로 생각되며, 이러한 흐름에서 간호사들의 감정적 소진 또한 계속해서 존재하게 될 것이다. 소진은 결국 이직률로 이어지므로 감염관리에 대한 간호사들의 감정적 소진을 줄이기 위한 대책마련이 필요하다고 생각된다. 한편 감염관리에 대한 인식의 향상은 감염관리의 수행에 긍정적인 요소로 작용할 수 있다[28]. 그러나 일부 참여자의 경우 ‘괴리감이 느껴진다’고 표현하였는데, 이는 감염관리에 대한 인식이 과거보다 비약적으로 발전한 것에 비해 실제 감염관리 지침의 준수는 그만큼 따라오지 못하고 있기 때문이라 생각된다. 특히 7년차 이상으로 이뤄진 병동 근무자 그룹에서 ‘응급 상황이 아닌 일반적인 업무 상황에 감염관리와 간호업무 중 어느 쪽이 중점을 두고 수행하는지’에 대한 양적인 질문에 대한 응답으로 실제 수행의 경우 일의 효율성과 업무 수행이 모두 감염관리 업무보다 우선된다고 하였으며, 그 강도는 업무의 효율성이 ‘상’, 감염관리는 ‘중’으로 답변하며 업무의 효율성이 한 단계 더 높게 수행되고 있음을 알 수 있다. 이러한 결과는 지침의 기본적인 사항부터 잘 지켜질 수 있도록 업무 여건의 개선과 감염관리가 우선시 될 수 있도록 인식의 개선을 위한 교육과 조직문화에 대한 중재가 꾸준히 지속되어야 하며 감염관리 교육 프로그램의 개발 시 감염관리 업무가 이뤄지는 간호현장의 상황도 반영될 필요가 있겠다.

세 번째 범주는 ‘감염관리실에 대한 불만을 나타냄’이다. 면담 시 개방적인 형태의 질문을 하였음에도 불구하고 답변 내용의 대부분은 부정적인 진술이 주를 이루고 있었으며 냉소적인 시각을 보내고 있었다. 7년차 이상으로 대상자를 모집 한 만큼 실무에 대한 많은 경험 안에서 긍정적인 경험도 많이 축적되었을 것으로 생각되었으나 긍정적인 내용이 지극히 적었으며, 일부 참여자의 경우 인터뷰 도중 도저히 긍정적인 요소가 생각나지 않는다고 답변하기도 하였다. 참여자들은 특히 감염관리 모니터링에 대한 강한 반감을 가지고 있었는데 이들은 실무 현장에서 감염관리를 위해 고군분투하고 있으나, 도저히 이상적인 수준으로 수행할 수 없는 상황을 경험하였다. 이러한 상황에서 감염관리 간호사에 의한 잠깐의 모니터링과 적절한 피드백의 부재, 직원감염에 대한 소홀함으로 감염관리실에 대한 부정적인 정서가 생길 수밖에 없다. 병원에서는 특히 서로 존중하는 문화가 필요한데[25] 선행연구에서는 간호사가 감염관리간호사의 모니터링에 대해 수용적인 반응을 보였으나[14] 본 연구에서 나타난 참여자들의 감염관리 간호사에 대한 부정적인 정서는 병원의 감염관리에 위협이 되기에 충분하다 생각된다. 따라서 감염관리와 관련된 간호사의 부정적 정서를 줄이고 적절한 모니터링과 실무자 교육을 위해 감염관리 인력 충원을 위한 정책개선도 필요하며 감염관리실 실무자와 현장 간호사 의견

이 반영된 모니터링 방법의 개선과 더불어 현장 간호사와 감염관리실 간호사 서로의 역할에 대한 이해와 상호 존중을 할 수 있는 방안이 필요하겠다. 또한 특정 병원의 감염 관련 이슈에 대한 일부 참여자의 견해에 병원 내에서 발생하는 환자안전사건이 발생 할 경우 개인이 가지는 부담감이 상당히 큰 것으로 생각되는데, 병원의 정책 결정에 현장 간호사들의 의견을 반영하는 것과 더불어 병원 차원에서도 의사소통의 장을 마련함과 동시에 환자안전과 감염에 위협이 되는 요소들을 끊임없이 찾아내고 해결하기 위한 활동이 요구된다.

네 번째 범주는 ‘감염관리 향상을 위한 전략을 생각하게 함’으로 참여자들은 현장에서 업무를 하며 감염관리 지침을 잘 수행하고 문제해결을 위해 다양한 전략을 생각하게 된다. Lenburg는 간호역량에 어떤 요인들이 필요한지를 규명하기 위해 Competency Outcomes and Performance Assessment (COPA) Model을 제시하였고, 2009년 변화된 의료 환경을 고려하여 개정된 COPA Model를 제시하였다[30]. COPA Model은 8개 간호역량을 제시하고 있는데 이들 역량은 사정과 중재 기술, 의사소통기술, 돌봄과 관계기술, 비판적 사고기술, 교육 기술, 리더십기술, 관리기술, 지식통합기술이다. 본 연구에서 참여자들은 돈과 인력 등 근본적인 인프라의 필요성에만 국한되지 않고, 감염관리와 관련된 다양한 문제를 해결하기 위해 가용한 여러 종류의 자원을 활용하고 있었으며 스스로 동기를 부여하거나 부서원들에 대해 리더십을 발휘하기도 하였다. 이외에도 참여자들은 감염관리와 관련된 논문을 찾아 정보를 획득하거나, 다른 부서와의 협업을 통해 적극적으로 의사소통하였으며, 문제가 발생하지 않더라도 대상자가 최적의 치료를 받을 수 있도록 비판적 사고를 하는 등 감염관리와 관련된 역량들이 나타났다. 또한 감염관리 수행에 대한 동기가 어떻게 생겨나는지 보여주는 등 이러한 내적 요소와 역량과 관련된 요소에 관한 심층적인 연구와 이를 강화할 수 있는 교육 프로그램이 개발되어야 하겠다. 또한 참여자들은 이러한 내적인 요소와 더불어 감염관리 향상을 위한 교육이 필요함을 반복적으로 언급하였다. 중환자실 간호사를 대상으로 감염관리 활동을 조사한 연구[13]에서 체계적인 감염관리 활동에 대한 지속적이고 반복적인 교육의 필요성을 보고 하였고 Kim과 Heo [11], Joung과 Park [12]의 연구에서도 각 부서와 특징과 특정한 상황에 대한 교육이 필요하다 하여 본 연구와 유사한 결과를 나타내었다. 참여자들은 감염관리에 대해 원하는 교육은 실무에 바로 적용할 수 있으며 감염관리와 관련된 문제해결에 직접적으로 도움이 되는 구체적인 수준의 교육을 원하고 있었으며 그 대상은 간호사로 국한되지 않았다. 신규간호사 뿐 아니라 감염과

관련된 전 직원을 대상으로, 넓은 범위의 이론적인 교육과 더불어 병원의 특징과 직종, 부서에 실제 적용할 수 있는 내용이 필요함을 호소하였는데, 검사 결과의 해석이나 각 부서별로 주의해야 하는 감염관리방법 등 구체적이며 부서의 특징에 맞는 교육내용을 요구하였다. 이를 위해서는 먼저 실무에서 필요로 하는 교육 제공을 위한 요구도 조사가 필요할 것이며 이러한 시도를 통해 한국의 실정에 부합하고 실무에 직접적으로 도움이 될 수 있는 맞춤형 감염관리 지침과 교육 프로그램이 개발된다면 감염관리 수준의 향상에 많은 도움이 될 것으로 생각된다. 다만 실무에 적합한 지침의 개발을 위해 간호사들 스스로 지침 개발에 적극적으로 참여해야 하는 노력이 반드시 있어야 하며 자신이 속한 조직에서 감염과 관련된 상황을 파악할 수 있는 통찰력과 양질의 정보를 탐색하여 적용할 수 있는 능력이 요구될 것으로 생각된다. 한편 신규간호사가 충분히 능력을 발휘하기 위해 교육기간과 내용, 방법 등에 대해 신중하게 접근해야 하는데 [29] 본 연구에서도 참여자들은 특히 신규간호사의 교육에 많은 중요성을 언급하였음에 주목할 만하다. 참여자들은 모두 과거의 열악했던 환경과 신규 간호사 때의 미흡했던 자신을 회상하고, 또 상급자가 되면서 신규간호사들을 관찰하고 교육하게 되면서 감염관리에 대한 신규간호사 교육의 강한 필요성을 느끼게 되었다. 이러한 내용을 반영하여 감염관리 부분에서 신규간호사가 능력을 충분히 배우고 발휘할 수 있도록 교육의 질과 기간을 증가시킬 필요가 있다 생각된다.

결론

본 연구는 현상학적 연구방법을 이용한 질적연구이며 암 전문병원에서 근무하고 있는 간호사의 감염관리 경험을 심층적으로 탐구하고 총체적으로 이해하기 위해 수행되었다. 그 결과 암 전문병원 간호사들은 감염관리 수행을 방해하는 내적·외적 장벽에 부딪히고 있었으며 이들이 근무하는 임상 현장은 과거의 고질적인 문제들과 해결해야 할 새로운 과제들이 혼재하고 있었다. 또한 열악했던 과거에 비해 의료 환경의 감염관리 수준이 많이 향상되었지만 간호사에게 요구되는 수준도 높아지며 감염관리에 여전히 어려움을 느끼고 있었으며 감염관리실과 더욱 긴밀하고 협조적인 관계가 필요함에도 불구하고 감염관리실에 대한 부정적인 감정을 표현하였다. 이러한 요인과 상황이 복합적으로 작용하여 암 전문병원 간호사들의 감염관리 활동을 어렵게 만들고 있었지만 이를 극복하고 감염관리를 향상시키기 위해 다양한 전략을 생각하게 되는 것으로 나타났다. 본 연구의 제한점으로는 연구의 자료수집기간이 비교적 단기간

에 이루어진 점과 연구의 대상자가 7년차 이상의 간호사 및 수간호사로 이루어져 있어 이들이 보는 감염관리의 관점과 7년차 미만 간호사의 경험과 해석은 차이가 있을 것으로 예상되므로 감염관리와 관련된 폭넓은 내용을 다루는데 한계가 있을 것으로 생각된다. 따라서 충분한 자료수집기간을 가지고 다양한 임상 경력을 가진 간호사 및 감염관리간호사를 대상으로 한 후속 연구가 필요하며 본 연구결과를 바탕으로 국내 현실에 부합하며 의료기관의 특성을 반영한 감염관리 교육 프로그램의 개발과 감염관리 역량을 측정할 수 있는 도구 개발을 제안한다.

REFERENCES

1. Cox JL, Simpson MD. Microbiology education and infection control competency: Offering a new perspective. *Journal of Microbiology & Biology Education*. 2018;19(2):1-6. <https://doi.org/10.1128/jmbe.v19i2.1475>
2. Eom JS. Investigation of cost-reimbursement system for infection control in Korean hospitals. Policy Research Report. Cheongju: Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2014 June. Report No.: TRKO201600016665.
3. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Health Care-associated Infections [Internet]. 2018 [cited 2019 may 27]. Available from <https://health.gov/hcq/prevent-hai.asp>.
4. Korean Society for Healthcare-associated Infection Control. Infection control and prevention in healthcare facilities. 5th ed. Seoul: Hannibook; 2017. p. 3.
5. Statistics Korea. 2017 Life Table for Korea [Internet]. Seoul: Statistics Korea; 2018 [cited 2019 September 16]. Available from: http://kostat.go.kr/assist/synap/preview/skin/doc.html?fn=synapview370710_1&rs=/assist/synap/preview.
6. Zembower TR. Epidemiology of infections in cancer patients. In: Stosor V, Zembower TR, editors. Infectious complications in cancer patients. Cancer Treatment and Research. Switzerland: Springer; 2014. p. 43-89. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04220-6>
7. Hong M, KIM Y. Effects of job stress and empathy on burnout in nurses who take care of cancer patients. *Journal of the Korean Data Analysis Society*. 2016;18(1):461-474.
8. Hong SY, Kim KS, Tae YS. Nationwide survey for current status of cancer centers in Korea. *Asian Oncology Nursing*. 2016; 16(4):261-269. <https://doi.org/10.5388/aon.2016.16.4.261>
9. Kwak YG, Choi YH, Choi JY, Yoo HM, Lee SO, Kim HB, et al. Korean national healthcare-associated infections surveillance system, intensive care unit module report: Summary of data from July 2016 through June 2017. *Korean Journal of Healthcare-Associated Infection Control and Prevention*. 2018;23(2):

- 25-38. <https://doi.org/10.14192/kjhaicp.2018.23.2.25>
10. Hwang JI. Analysis of the first hospital accreditation results in Korea and transformation towards high reliability organizations. Korea Institute for Healthcare Accreditation Report. Seoul: Kyung Hee University, 2015 December. Report No.: KOIHA-Research-2015-035-1.
 11. Kim MH, Heo J. Study on central line bundle cognition, knowledge and performance level of infection management on central venous catheter among intensive care nurses. Korean Journal of Healthcare-Associated Infection Control and Prevention. 2017;22(1):21-30.
<https://doi.org/10.14192/kjhaicp.2017.22.1.21>
 12. Joung SA, Park KY. Knowledge on blood-borne infections, compliance and barriers on blood-borne infection control among nurses in hemodialysis units. Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing. 2018;25(1):22-32.
<https://doi.org/10.7739/jkafn.2018.25.1.22>
 13. Kim SO, Ra JS. Influencing factors on nursing practices for healthcare-associated infections control in intensive care unit. Korean Journal of Healthcare-Associated Infection Control and Prevention. 2018;23(2):39-52.
<https://doi.org/10.14192/kjhaicp.2018.23.2.39>
 14. Mostafazadeh-Bora M, Bahrami M, Hosseini A. A survey of nurses' compliance with hand hygiene guidelines in caring for patients with cancer in a selected center of Isfahan, Iran, in 2016. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2018;23(2):119-124.
 15. Milligan F, Dennis S. Improving patient safety and incident reporting. Nursing Standard. 2004;19(7):33-36.
<https://doi.org/10.7748/ns2004.10.19.7.33.c3733>
 16. Ezz Eldeen AI, Abd-Elaziz M, Moghazy AM, Shahin ES, Abo El-Ata AB. Evaluation of an infection control measures protocol application by nurses on patients' safety at burn units. Journal of Surgery. 2016;4(3-1):1-9.
<https://doi.org/10.11648/j.js.s.2016040301.11>
 17. Barker AK, Brown K, Siraj D, Ahsan M, Sengupta S, Safdar N. Barriers and facilitators to infection control at a hospital in northern india: A qualitative study. Antimicrobial Resistance & Infection Control. 2017;6(1):1-7.
<https://doi.org/10.1186/s13756-017-0189-97-0189-9>
 18. Edwards R, Charani E, Sevdalis N, Alexandrou B, Sibley E, Mullett D, et al. Optimisation of infection prevention and control in acute health care by use of behaviour change: A systematic review. The Lancet Infectious Diseases. 2012;12(4):318-329.
[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(11\)70283-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70283-3)
 19. Forman J, Creswell JW, Damschroder L, Kowalski CP, Krein SL. Qualitative research methods: Key features and insights gained from use in infection prevention research. American Journal of Infection Control. 2008;36(10):764-771.
<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2008.03.010>
 20. Shin KL, Jang YJ, Kim YK, Lee KJ, Choi MM, Kim HY, et al. Qualitative research methodology: Focus group. Seoul: Hyunmoonsa; 2004. p. 21.
 21. Stewart DW, Shamdasani PN. Focus groups: Theory and practice. 3rd ed. Kang JG, translator. Thousand Oaks: Sage; 2014. p. 92-93.
 22. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M, editors. Existentialphenomenological alternatives for psychology. New York: Oxford University Press; 1978. p. 48-71.
 23. Kim BH, Kim KJ, Park IS, Lee KJ, Kim JK, Hong JJ, et al. A comparison of phenomenological research methodology. Journal of Korean Academy of Nursing. 1999;26(6):1208-1220.
<https://doi.org/10.4040/jkan.1999.29.6.1208>
 24. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. California: Sage; 1985. p. 241-242.
 25. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 2007;19(6):349-357.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
 26. Park HS, Kim YM. Analysis of qualitative research published by journal of Korean academy of fundamentals of nursing. Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing. 2015; 22(4):442-451. <https://doi.org/10.7739/jkafn.2015.22.4.442>
 27. Lee JY. Effective communication for patient safety. Journal of the Korean Medical Association. 2015;58(2):100-104.
<https://doi.org/10.5124/jkma.2015.58.2.100>
 28. Gleeson A, Larkin P, O'Sullivan N. The impact of meticillin-resistant staphylococcus aureus on patients with advanced cancer and their family members: A qualitative study. Palliative Medicine. 2016;30(4):382-391.
<https://doi.org/10.1177/0269216315622125>
 29. Han D, Seo K, Kim ES, Kim HE. Influences of moral sensitivity and safety environment on compliance with standard precautions among nurses. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society. 2018;19(3):364-375.
<https://doi.org/10.5762/KAIS.2018.19.3.364>
 30. Lenburg CB, Klein C, Abdur-Rahman V, Spencer T, Boyer S. The COPA model: A comprehensive framework designed to promote quality care and competence for patient safety. Nursing Education Perspectives. 2009;30(5):312-317.