

# 의사와 간호사의 환자안전교육 경험에 관한 포커스 그룹 연구

박정윤<sup>1</sup>, 이유라<sup>2</sup>, 이의선<sup>3</sup>, 이재호<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>울산대학교 임상전문간호학, <sup>2</sup>울산의대 서울아산병원 정보의학교실, <sup>3</sup>고려대학교 구로병원 응급의학과, <sup>4</sup>울산의대 응급의학교실

## Focus Group Study on Health Care Professionals' Experience of Patient Safety Education

Jeong-Yun Park<sup>1</sup>, Yu-Ra Lee<sup>2</sup>, Eu-Sun Lee<sup>3</sup>, Jae-Ho Lee<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Professor, Department of Clinical Nursing, University of Ulsan, Seoul, <sup>2</sup>Professor, Department of Information Medicine, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, <sup>3</sup>Professor, Department of Emergency Medicine, Korea University Guro Hospital, Seoul, <sup>4</sup>Professor, Department of Emergency Medicine, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Republic of Korea

**Purpose:** This study aims to understand and explore the subjective experiences of patient safety education among health care professionals in developing a patient safety curriculum in South Korea.

**Methods:** A qualitative descriptive study was conducted through two focus group interviews in the period October-December 2018. Eleven participants who underwent patient safety education participated in each session. All interviews were recorded and transcribed as spoken, and qualitative content analysis was used to identify categories of discussion depicting participants' subjective experience with patient safety education.

**Results:** A total of three categories and seven themes were identified out of 77 units of analysis. Topics were identified in the dimensions of a patient safety curriculum, as follows: (1) activities for patient safety; (2) principle of patient safety (five rights, ethics, patient participation) and patient participation; (3) leadership, teamwork, and communication; and (4) reporting and learning system for patient safety events. In the dimension of methods, (5) case and evidence-based education and (6) multidisciplinary and small group teaching were identified. Finally, in the dimension of the system, (7) policies for patient safety education were identified.

**Conclusion:** Our findings indicate that patient safety education is a significant area for health care professionals. Health care professionals suggested that a systematic patient safety curriculum would improve their knowledge and attitude toward patient safety. Moreover, it enables them to better construct a safety environment in a hospital.

**Keywords:** Patient safety, Education, Focus group, Health care professionals

Received: Jun.10.2020    Revised: Sep.19.2020    Accepted: Sep.21.2020

**Correspondence:** Jae-Ho Lee

Asan Medical Center, 88 Olympicro 43gil, Songpa-gu, Seoul, 05505, Republic of Korea

**Tel:** +82-2-3010-3350    **Fax:** +82-2-3010-8126    **E-mail:** rufiji@gmail.com

**Funding:** 이 연구는 보건복지부의 재원으로 한국보건산업진흥원의 보건의료기술연구개발사업 지원에 의하여 수행됨(과제고유번호: HI18C2339).

**Conflict of Interest:** None

Quality Improvement in Health Care vol.26 no.2

© The Author 2020. Published by Korean Society for Quality in Health Care; all rights reserved

## I. 서론

환자안전은 의료제공과정에서 발생하는 오류를 예방하고, 오류로 인해 환자에게 발생할 수 있는 손상을 제거하거나 완화하는 것을 의미한다[1]. 우리나라는 2015년 1월 환자안전법의 제정과 더불어 환자안전활동에 대한 관심이 높아졌으며, 특히 의료기관의 자발적인 보고를 통한 환자안전사건의 현황 파악 및 원인 규명, 개선을 위한 대책을 마련하는 환자안전보고학습시스템이 법령에 의해 구축 및 운영되었다. 또한 복지부는 2018년 제 1차 환자안전 종합계획을 발표하였고, 추진전략 중에 '환자 중심 안전문화 조성'의 한 부분으로 환자안전 교육과정 개발을 포함하였다. 미국의 경우, 1999년 의학협회(Institute of Medicine; IOM)보고서 발표 이후 의료 오류의 감소와 환자 안전 향상이 강조되면서 국가적 환자안전 활동을 주제별로 제시하고 자료를 통해 모니터링하는 체계를 운영하고 있다[2]. 연방정부 메디케어 환자안전 모니터링 시스템을 통해 메디케어 대상자에서 발생하는 특정 환자안전사건 발생율을 분석하고 있으며[2], 그 외에도 혈류 감염이나 중심정맥관 감염, 수술 후 폐렴이나 정맥혈전색전증 혹은 요로감염, 인공호흡기 폐렴 등을 주기적으로 모니터링하고 있다.

의료기관을 중심으로 환자안전을 위해 다양한 노력을 기울이고 있으나 의료인의 환자안전 이해를 토대로 한 체계적인 환자안전사건 예방 시스템 구축이 필요하다. 환자안전법에서 환자안전에 관한 의무 및 자발적 보고자로 규정하고 있는 의료인은[3] 환자안전 활동의 주체이며, 환자와 보호자의 안전 활동과 참여를 격려하고 긍정적인 환자안전 문화를 구축하는 핵심구성원이다. 의료인 대상의 체계적인 환자안전교육은 환자안전인식을 개선시킬 것이다. 대부분 의료인은 현재의 의료 질이 충분히 높다고 생각하고 더 이상의 질적 향상이 필요없다고 생각한다[4]. 또한, 환자안전 향상을 위한 활동이 수익성에 상충된다고 생각하고 법적인 문제에 대한 두려움이 환자안전에 대한 소극적인 태도를 취하게 한다[4]. 그러나 교육을 통한 팀워크는 의료인이 환자안전을 위한 결정을 할 수 있도록 지원하고 효과적인 의사소통기술로 안전한 판단과 의사결정을 할 수 있는 능력

을 갖게 한다.

현재 의료인의 환자안전교육을 의료기관평가 인증 기준에 따라 필수로 시행하도록 권고하고 있으며, 각 의료기관마다 다양한 형태로 운영하고 있다. 대부분 환자안전에 대한 기본 개념을 포함하여 현장에서 쉽게 발생 가능한 환자안전사건 및 대처 방법, 근무 중 누구나 쉽게 적용할 수 있는 환자안전사건 분석방법 및 개선 활동 등을 주제로 교육하고 있으나 교육참가자의 수준을 고려하지 않고 산발적으로 진행되고 있는 상태이다. 호주의 환자안전교육과정을 보면, 교육 대상에 따라 학습목표를 설정하여 교육 내용을 차별화하여 운영하고 있으며[5], 세계보건기구(WHO)에서도 예비보건의료인을 대상으로 다양한 학습방법을 적용한 체계적인 교육프로그램도 제공하고 있다[6].

이에 이번 연구에서 의사와 간호사 대상의 환자안전 교육 현황을 파악하고 환자안전사건 및 환자안전교육 경험을 심층적으로 분석함으로써 교육프로그램의 개발 방향을 제시하고자 한다. 환자안전교육 요구도에 기반을 둔 환자안전 교육 프로그램은 다양한 직종과 직급의 의료진들의 환자안전 관련 지식과 역량을 향상시키고, 임상현장이나 교과과정에 적용됨으로써 궁극적으로 환자안전 향상을 도모할 것으로 기대한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구설계

이번 연구는 의사와 간호사가 임상현장에서 경험한 환자안전교육을 심층적으로 면밀하게 이해하고 분석하기 위해 포커스 그룹 면담 방법을 이용한 질적연구이다.

### 2. 참여자

연구참여자는 의료기관에 근무하고 있는 의사와 간호사로 이번 연구의 목적을 이해하고 참여하기로 동의한 자로서, 간호사 6명과 의사 5명의 두 개의 포커스그룹을 통해 총 11명이 연구에 참여하였다.

### 3. 자료수집 방법 및 윤리적 고려

이번 연구를 진행하기에 앞서 연구계획서에 대해 A병원 연구윤리심의위원회(IRB)의 승인을 받았다(승인번호: 2018-1286). 자료수집은 2018년 10월부터 12월까지 2차례의 포커스 그룹 면담을 통해 이루어졌다. 면담 내용은 참여자의 동의를 받은 후 녹취하였으며, 녹음한 내용을 연구원 중 1인이 직접 필사하였다. 수집된 자료는 포커스 그룹 면담의 녹음 내용이 기록된 녹취록과 진행자와 보조진행자가 작성한 면담 내용과 현장노트이다. 포커스 그룹 면담에서 1인이 진행자의 역할을 담당하였고, 그의 연구팀원은 보조 진행자로 참여하였다. 참여자의 경험을 잘 이끌어 내기 위해 숙련된 인터뷰 기술이 요구되었고,

연구팀에서 포커스그룹 연구를 포함하여 질적연구를 수년간 진행해 온 경험을 가진 전문가를 초빙하여 인터뷰를 진행하였다. 인터뷰 전에 연구의 취지와 목적을 설명하고 개발한 질문지와 참여자에 대한 전문가에게 정보를 제공하는 사전미팅을 수행하였다.

연구팀은 선행연구를 바탕으로 미리 면담에서 사용할 질문지를 작성하였다. 질문은 도입 질문, 주요 질문, 마무리 질문의 형태로 구성하였고, “환자안전교육 경험은 어떠셨습니까?”, “환자안전사건 예방을 위한 의료인의 역할은 무엇이라고 생각하십니까?”, “임상에서 환자안전에 대한 교육은 어떤 과정을 통해 이루어지고 있다고 생각하십니까?”, “환자안전교육에 어떠한 내용이 필수적으로 포함되어야 한다고 생각하십니까?” 등의 질문을 이용하였다(Table 1).

Table 1. Interview questions in focus group interviews

Categories	Questions
Role of healthcare professionals in patient safety	<ul style="list-style-type: none"> <li>What is it like to experience a patient safety education?</li> <li>Do you think the role of a health care professional is important to minimize the occurrence of patient safety incidents?</li> </ul>
Patient safety education	<ul style="list-style-type: none"> <li>In your opinion, what does the education about patient safety imply?</li> <li>What kind of education do you think is training on patient safety in the clinical setting?</li> <li>Do you think patient safety education is effective in preventing patient safety incidents?</li> <li>What contents do you think should be included in patient safety education?</li> </ul>
Further suggestion	<ul style="list-style-type: none"> <li>What strategies do you think can improve the effectiveness and participation in patient safety education?</li> </ul>

본 면담은 2차례로 나누어 진행했으며, 면담에 소요된 시간은 1차 면담은 1시간 40분, 2차 면담은 1시간 20분이었다. 1차 면담은 진행자 1명, 보조진행자 3명, 6명의 간호사가 참여하였고, 2차 면담은 진행자 1명, 보조진행자 2명, 5명의 의사가 참여하였다.

면담을 시행한 장소는 1차 집단은 전공 세미나실, 2차 집단은 병동회의실이었으며, 참여자들이 면담장소에 도착하면 포커스 그룹 면담의 목적, 진행과정, 주요 질문, 그리고 소요시간에 대한 설명 후 서면으로 연구참여에 대한 동의를 얻었다. 숙련된 전문가가 인터뷰를 진행함으로써 참여자들의 토의시간을 골고루 배정하고 모든 참여자의 경험이 골고루 자유롭게 반영되도록 하면서 비판적이지 않게 이끌

었다. 의학과 간호학을 전공한 연구진이 보조진행자로 참여하였으며, 면담의 분위기와 참여자들의 반응을 기록하였다. 인터뷰 종료 후 디브리핑을 하였고, 이를 통하여 자료에 대한 타당성을 검토하였다.

### 4. 분석 방법과 연구결과의 타당성 확보

이번 연구는 참여자들의 경험의 의미를 밝히는데 초점을 둔 현상학적 관점에서 접근하였다. 연구팀은 수집된 자료를 내용분석 방법을 이용하여 분석하였으며, 우선 그룹 면담에서 얻은 의료진의 경험에 대한 녹음 내용을 필사한 자료를 여러 번 읽고 의미를 탐색하였다. 그 중에서 의미가

있다고 생각된 구와 문장으로부터 의미있는 진술들을 추출하였다. 추출된 진술들은 연구자에 의해 좀 더 일반적이고 추상적 진술로 표현하였다. 연구 분석과 해석의 신뢰성을 확보하기 위해 자료분석과 해석 과정에서 동료들에게 피드백을 구하는 과정을 거쳤으며, 도출된 연구결과를 일부 참여자들이 다시 확인하는 참여자 확인 과정을 거쳤다. 그리고 연구자들과 함께 토의하고 분석과정을 재확인하는 과정을 통해 자료 분석의 중립성을 유지하였으며, 분석자료는 교수 2인에게 자문을 받아 타당도를 확보하였다.

### III. 연구결과

#### 1. 일반적 특성

이번 연구의 참여자 의사 5명과 간호사 6명의 일반적 특성과 직무관련 특성은 Table 2와 같다. 연구참여 간호사의 연령은 30대가 4명, 40대가 2명이었고, 석사과정생으로 임상경력은 모두 10년 이상이었으며, 병동과 외래, 응급실 등에서 근무하고 있었다. 의사의 경우, 20대가 한 명, 나머지는 30대였으며, 전공의와 임상강사, 교수가 각각 2명, 2명, 1명이었다. 진료과는 소아청소년과, 응급의학과, 산부

인과, 외과, 감염내과였다.

#### 2. 분석결과: 주제 도출

환자안전교육 과정 개발에 필요한 기초 자료를 얻기 위해 환자안전 인식, 환자안전사건 경험, 기존의 환자안전교육 평가 등에 대한 의사와 간호사의 경험을 분석하고자 하였다. 필사된 자료를 분석한 결과 총 77개의 의미단위에서 3개 영역으로 구분하여 7개의 주제를 도출하였다. 환자안전교육을 경험한 의사와 간호사들은 교육내용, 교육방법, 시스템의 영역에서 환자안전교육을 제안하였으며, 각 영역별로 나타난 구체적인 주제는 Figure 1과 같다. 교육내용은 환전안전교육 과정에서 다뤄져야 할 주제로 투약오류, 낙상 등 환자안전활동과 5 right, 환자참여 등의 환자안전 기본원칙, 리더십, 의사소통 및 협력, 마지막으로 사건 보고, 공개 및 재발방지와 관련된 사건보고학습체계가 도출되었다. 교육방법은 사례와 근거기반으로 한 다 직종의 소규모 교육이 이루어져야 함을 강조하였다. 시스템에서는 교육 효과를 최대화하기 위한 정책이 해당되며 동기부여, 지원인력, 전담인력에 대한 지원이 포함되었다.

Table 2. Demographic characteristics of participants in focus group interviews

No.	Title	Age	Gender	Position	Career	Education	Unit/Department
1	RN	40s	F	UM	> 10	Master course	OPD
2	RN	30s	F	CN	> 10	Master course	Medical ward
3	RN	40s	F	UM	> 10	Master course	ER
4	RN	30s	F	Staff nurse	> 10	Master course	Neurology ward
5	RN	30s	F	Staff nurse	> 10	Master course	Hematology ward
6	RN	30s	F	Staff nurse	> 10	Master course	Surgical ward
7	MD	30s	F	Chief resident	5~10	Master course	Pediatrics
8	MD	30s	F	Fellow	5~10	Master	Obstetrics
9	MD	30s	M	Clinical professor	> 10	Master	Surgery
10	MD	20s	M	Chief resident	< 5	Master course	EM
11	MD	30s	F	Fellow	5~10	Master	Infection

RN=registered nurses; MD=medical doctor; UM=unit manager; CN=charge nurse; OPD=outpatient department; ER=emergency room; EM= emergency medicine.

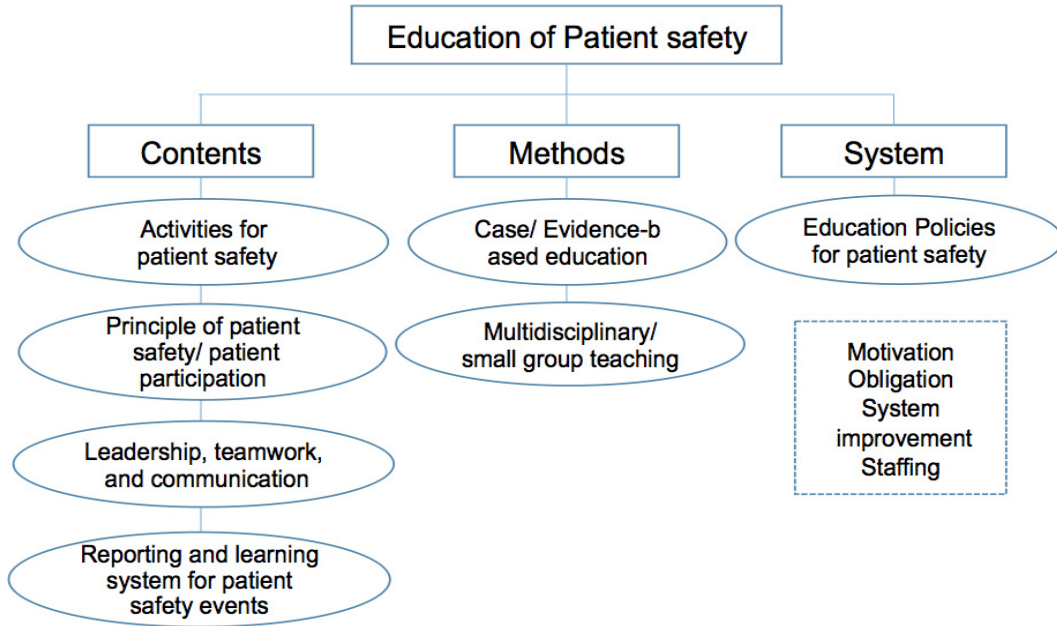


Figure 1. Framework of the education of patient safety

### 3. 교육내용 영역

#### 1) 환자안전활동 중 낙상과 투약오류

참여자는 임상현장에서 자주 경험하고 중요하게 생각하고 있는 환자안전사건이 낙상과 투약오류라고 진술했다.

투약오류가 제일 많았어요. full-drip (수액이 빠른 속도로 주입됨)으로 약물이 투여되거나 옆 환자에게 약을 잘못 준다던가 잘못된 용량을 주는 경우가 있었어요. 기억에 남는 사건은 두 명이 가서 확인했음에도 불구하고 다른 환자에게 투약했던 경우인데.. 한번 있었어요.(참여자 5)

근데 낙상을 간호부만의 일로 생각하는 경향이 있습니다. 낙상에 대한 의료진의 인식이 조금 떨어지지 않나 생각을 하거든요. 사이드레일이 안 올려져 있으면 보는 누구라도 올리는 게 맞는데..(참여자 7)

환자들이 중환자들이 있고.. 라인(수액줄)이 되게 중요한데 베드를 옮길 때, 수술 전·후로 옮길 때라든지.. 라인 정리가.. 대부분 잘하긴 하지만 (정리가 잘 안되었을 경우) 엉키거나, 부재중에 빠지기도 하고.. 모든 구성원이 오케이 하고 딱하면 되는데 누구는 당기고, 누구는 라인 정리하면 딱 빠지거든요. 승압제라든가 중요한 약물들은 환자한테 위험할 수 있어서..(참여자 9)

많죠. 낙상. 낙상이 제일 흔하구요.. Irritable한(과민한) 환자도 있고.. 의식수준이 정상이 아닐 경우엔 자꾸 침대에서 떨어진다는데.. 실제로 떨어지기도 하구요. 그래서 저희 간호사실에 낙상 며칠째 없었다 이렇게 써 붙여 있어요. 낙상이 주변에서 제일 보기 쉬우면서도 자주 발생하고 위중한 게 아닐까..(참여자 10)

#### 2) 환자안전 원칙 준수 및 환자참여

참여자는 환자안전사건이 기본 원칙 미준수와 인식 부족으로 발생하며, 환자와 보호자를 환자안전활동에 참여시키

는 것이 필요하다고 진술하였다.

환자안전에 대한 인식이 좀 부족하다고 생각합니다. full-drip (속도조절 도르래가 완전히 열어서 빠른 속도로 수액이 주입됨) 예방하기 위해서 속도조절 도르래를 한번 더 조작할 수 있게 한 수액 세트 제품들이 많이 나오는데도 불구하고.. 그게 도움이 안 된다는 식으로 얘기한다던가.. 환경이나 문화탓만 하는 문제가 좀 있는 것 같습니다.(참여자 2)

다 5R (정확한 환자명, 약명, 용량, 경로, 시간)을 안 지켜서.. 약 용량이 바뀐 걸 모르고, 카드랑 실제 약이랑 확인하지 않았거나, 환자 팔찌를 어제 새로 적용했는데 다른 사람 팔찌를 하고 있거나.. 기본적인 개방적인 질문으로 확인하지 않고 그렇게 외웠음에도 불구하고 실제로는 지키지 않고.. 빠르게 빠르게 진행하려고 하다 보니 환자 확인을 제대로 하지 않아서..(참여자 5)

저 혼자만 계속 Time-out (타임아웃)을 하는데 민망했다. 거기서는 왜 자꾸 혼자 Time-out (타임아웃)을 하냐 지적하는 선생님도 있고, 일부는 저게 맞기는 한데 하면서.. 이게 문화가 되면 확실히 익숙해지고 반복하고 모두 다 같이 하는 게 좋다고 생각합니다. 처음엔 너무 어색했는데 지금은 안 하면 너무 이상해요.(참여자 8)

환자 교육도 중요한 것 같아요. 홍보하고. 의료진만 교육 한다기보다 그 의료서비스를 받는 환자들도 같이 파악하는 게 중요한 것 같아요. 그것만으로도(환자안전사고) 많이 줄 거거든요.(참여자 11)

### 3) 리더십과 팀워크, 커뮤니케이션이 환자안전의 핵심

참여자 8은 환자안전사건 예방을 위해 리더십의 역할과 팀워크 및 커뮤니케이션의 중요성을 진술하였으며, 실제 경험한 타직종과의 환자안전활동 사례를 제시하였다.

회진하려고 스테이션에 왔으면 지금 병상가동률, C-line (중심정맥관) 개수가 다 써 있어요. 이게 시각적으로 보이니까 그런 것들은 반영하게 되는 걸 느꼈습니다. 이것(환자안전사건)도 지표들을 제시해서 실제적으로 우리 과에서 이런 것들이 빈번하게 일어나고 있다는 걸 보여주고 특히, 교수님이 직접 제시하면 굉장히 효과적으로 다가올 것 같습니다.(참여자 7)

생각을 해보면 사실은 교수님이 말해 주시는 게 제일 임팩트 있고 안 까먹습니다. 교수님이 직접 교육해주시는 게 실제로 많이 도움이 되고 어쨌거나 교수님은 경험이 있으니까 다른 필요 없는 얘기는 안 해주시거든요.(참여자 8)

아예 서로 약속을 해놓는 게 좀 더 안전한 방법이 될 수 있습니다. 누구나 다 알고 있지만 막상 그 상황이 됐을 때 잘 말을 못하니까 부탁하기 뭐 할 때.. 서로 바쁘거나 할 때 서로의 응급함을 알려줄 수 있는 형식적인 의사소통채널을 만든 게 도움이 됐던 것 같습니다. (참여자 9)

### 4) 환자안전사건의 보고 및 학습체계

참여자 8은 환자안전사건 보고를 증진시키기 위해서는 긍정적인 환자안전문화를 조성하는 것이라고 진술하였다. 그리고, 환자안전사건의 재발 예방을 위해 사건의 분석과정과 결과를 공유하는 것이 필요하다고 하였다.

투약 관련 사건이 하나 있었다고만 말하고 구체적으로 그게 왜 생겼고, 어떻게 처리됐는지 공유가 전혀 없습니다. 그게 와닿지가 않습니다. 내 눈앞에서 환자에게 큰 위해가 가지 않았고.. 본인 스스로 본적도 없고 들은 것도 없고 경험이 없으니까..(참여자 4)

노출을 하는 걸 꺼려하는 문화는 안 된다고 생각해요. 내가 투약오류를 냈고 뭔가 잘못했지만 나만 알기 때문에 넘어가는 경우가 있는데 그런 분위기는 아니라는 생

각이 들어요. 오픈해서 해결할 수 있는 건 해결하고, 개선할 수 있는 건 개선하는 문화를 만들어야 한다는 게 제 생각입니다.(참여자 6)

보호자들도 다 알거든요. ‘아 뭔가 사고가 났구나.’ 정확하게는 모르지만 다 알고 있기 때문에 그런 부분에 의료진이 실수를 인정하고 어떻게 대하느냐에 대해 관심을 가지더라고요. 일단 그 부분을 솔직히 얘기해주면 좀 감정이 한번 추스러지고.. 옆에서 보는데 저 개인적으로도 그런 경우에 오히려 훨씬 신뢰가 더 잘 생기고.. 실수를 인정하는 게 중요한 것 같습니다.(참여자 9)

그런 이벤트가 발생을 했을 때 다시 발생하지 않도록 왜 발생했는지를 되짚어보고, 어떻게 바꾸면 문제가 덜 하겠다라는 피드백과 고치는 게 되게 중요한 것 같거든요. 그게 저희 병원에서 잘 되어 가는 것 같고 그런 의미에서 PI (질향상활동) 내용을 공유하는 것도 중요한 것 같아요.(참여자 11)

#### 4. 교육방법 영역

##### 1) 사례와 근거기반 교육

참여자는 환자안전교육과정을 효과적으로 제공하기 위한 교육방식을 제안하였으며, 사례를 이용한 근거기반 교육 형태를 제안하였다.

사례를 주면서 하면 좋겠고, 의견을 나누고 수렴할 수 있는 교육이면.. 환자안전사고로 인해 발생하는 2차 피해, 3차 피해까지 고민할 수 있는 프로그램이 있었으면 좋겠어요.(참여자 1)

저희 병원에서 심폐소생술 교육 같은 경우에도 의사들 이랑 같이 모여서 시뮬레이션센터에서 하는데 그 효과가 굉장하.. 정말 업무분담이 이루어지고, 역할극처럼 하게 되니까 도움이 많이 됩니다. 저희끼리 의사선생님

있는 것처럼 하는 게 아니라 실제 상황처럼 하니까 정말 도움이 많이 되는데 환자안전 교육이나 회의도 같이 의견을 나누고 의사소통이 이루어지고 좋을 것 같습니다.(참여자2)

##### 2) 직종간/소규모 교육

참여자는 효과적인 수업방식의 형태가 다직종이 참여하는 소규모 교육이라고 진술했다.

직종간 같이 있는 것도 좋다고 생각해요. 의사 집단끼리 해봤자.. 우리는 같이 진료를 하는 팀이기 때문에 CPR (심폐소생술) 교육을 간호부와 같이 하게 되면 같이 하는 것만으로도 실질적으로 친해지기도 하고, 일하면서도 서로 간의 라포가 형성되기도 하니까 좋은 것 같습니다.(참여자 7)

소규모로.. 간호사 2명, 의사 2명 이 정도.. 그렇게 1시간 빼는 것도 전공의 입장에서 정말 싫습니다. 솔직히 말하면 정말 싫는데 그래도 이제 구전으로만 하면 한계가 있을 수 밖에 없기 때문에 굳이 프로그램으로 한다면 소규모, 다직종으로.(참여자 10)

#### 5. 시스템 영역

##### 1) 환자안전교육 정책

참여자는 환자안전교육과정이 임상현장에서 정착되고 교육효과를 높이기 위해 병원 시스템 내에 정책으로 반영되어야함을 강조하였으며, 참여자의 동기부여가 필요하다고 진술했다.

보수교육이라는 게 다들 인식이 좀.. 잠깐 때우고 간다는 식이라 다들 집중을 안합니다. 받아들이는 사람의 마인드도 중요할 것 같습니다. 교육을 듣는 사람들이 흥미롭게 받아 들일 수 있는 교육이 되어야 할 것 같습니다

다. 지금 교육은 듣는 사람의 흥미를 이끌어내지는 못하는 것 같아요.(참여자 6)

어차피 지금 과별로 각자의 시간들이 있기 때문에 그 시간을 응용해서 그 모임에 다른 직종도 추가하고 한 달에 한 번이든, 이 주에 한 번이든 규칙적으로 공유할 수 있는 시간을 갖자고 하는 것도 좋을 것 같아요. 굳이 시간을 또 만들지 말고.(참여자 11)

#### IV. 고찰

이 연구는 환자안전교육 프로그램 개발에 필요한 기초 자료를 얻기 위해 환자안전 인식, 환자안전사건 경험, 기존 환자안전교육 평가 등에 대한 의사와 간호사의 요구를 파악하고자 시도되었다. 의사와 간호사의 포커스그룹 인터뷰 결과를 토대로 환자안전교육 개발을 위한 교육내용, 교육방법, 지원정책을 포함한 시스템의 순서로 논의하고자 한다.

대상자가 경험한 환자안전사건은 대부분 낙상과 투약오류였으며, 임상현장에서 환자안전사건 예방을 위한 질 향상 활동을 다양하게 하고 있음을 인지하고 있었다. 투약오류 예방을 위한 활동에 대한 입장차이를 보였으며, 의사는 간호사의 투약행위에 의한 오류 개선을, 간호사는 정확한 처방에 대한 오류 개선을 지적하였다. 그러나 인적접근보다 전산을 포함한 시스템 보완에 초점을 두는 것에 동의하였다. 낙상을 예방하기 위해 병동마다 그래프나 목표일을 붙여서 경각심을 갖도록 하고 있고, 이러한 시각적인 자극이 효과적이라고 진술하였다. 그러나 다각적인 기관 차원의 노력에도 불구하고 낙상 발생 예방을 위해 누구든지 침대 난간이 내려져 있으면 올리는 등의 예방활동에 참여하는 분위기가 조성되어야 함을 강조하였다. 투약오류를 포함하여 빈도가 높은 환자안전사건의 근본원인과 개선활동을 학습하는 교육내용이 포함되어야 할 것이다.

대상자는 환자안전사건 발생의 원인이나 대책에 있어 효과적인 의사소통의 중요성을 언급하였다. 참여자는 직종 내 및 직종간 의사소통 경험 사례를 공유했으며, 일부 비난과 추궁의 태도가 남아 있음을 인식하였다. 이는 책임감

의 무게에서 오는 것으로 생각되며, 환자안전사건이 발생했을 때 환자에게 해명 혹은 설명하는 당사자가 의사가 되는 경우가 대부분이다. 이에 관여된 동료 의사나 간호사에게 화를 내거나 비난하는 경우가 발생하고, 상대방도 방어적으로 의사소통하는 것으로 보인다. 이러한 의사소통은 환자안전분위기 조성에 부정적인 영향을 미칠 수 있으므로 [3], 기관마다 다양한 시나리오를 개발하여 워크숍이나 소규모 교육을 시도하고 있다. 또한, ‘환자안전사건 소통하기’로 불리는 사고공개에 대한 규정을 만들어 합의된 방법으로 응대할 수 있도록 돕고 있다[4]. 의사소통과 리더십은 WHO와 호주 등의 환자안전교육과정에서도 중요하게 다루고 있는 주제에 해당된다[5,7-8]. 의료의 복잡성이 증가하면서 직종간의 의사소통 뿐만 아니라 효율적인 의사소통이 강조되고 있다. 연구에서 도출된 것과 같이 낙상이나 투약오류 등을 예방하기 위한 환자안전활동은 담당 간호사 혹은 담당 의사만 추진하고 운영하기는 어렵다. 환자안전은 경영진부터 환자안전 담당부서, 진료과 등 전체 부서가 함께 동참해야만 효과적인 환자안전활동이 가능하다. 이를 위해 환자안전을 총괄하여 관리할 수 있는 팀을 구성하여 운영할 수 있다. 정기적이고 상시적인 환자안전교육을 통해 환자안전사건 근본원인분석이나 고장유형 및 영향분석을 수행하고 적절한 개선방안을 모색할 수 있을 것이다.

대상자가 경험한 환자안전교육은 원내 정형화된 교육과정은 아니었고, 대부분 컨퍼런스나 회의 시간 때 일부 시간을 할애하여 환자안전사건을 공유하거나 상급자의 경험을 전수받는 형태로 환자안전관련 정보를 획득하고 있었다. 의료기관 인증평가 이후 많은 의료기관 자체적으로 다양한 교육과정이 개설되었으며[4], 소방교육, 통증교육 등을 포함한 필수교육과정이 온라인이나 집체교육을 통해 제공되고 있다. 의사와 간호사는 환자안전의 보고자로 규정되어 있으나[9-10] 환자안전전담자 이외에는 교육 이수자가 필수 이행 조건[11] 아니기 때문에 의료기관에서 의사와 간호사를 대상으로 한 환자안전교육은 부서별 교육과정이나 예비교육에서 일회성으로 다루고 있는 상황이다. 의료인을 대상으로 한 환자안전교육은 아직 활발하지 않으며, 대부분은 예비의료인을 대상으로 시행하고 있다. 미국 의학교육



에서 행해지는 환자안전 교육프로그램을 보면, Columbia University와 University of Illinois에서 4학년 의학과 학생대상으로 선택과정으로 환자안전교육을 실시하고 있으며[12], 환자안전의 개념, 오류에 대한 공개와 윤리적 주제, 시스템적 접근법, 오류 보고, 오류 분석방법, 커뮤니케이션과 팀워크 등을 다루고 강의나 패널토의 시연, 모의환자면담 등의 교육방법으로 진행하였다. 국내 일부 대학에서는 의학과 3학년 대상으로 8시간의 의료오류 사례 토론과 2학년 대상으로 의학적 실수 말하기와 대처하기, 효과적인 팀협력 등을 교육하는 등의 환자안전 교육을 시행하고 있었다[10]. 예비의료인뿐 아니라 임상현장의 의료인에게 환자안전에 대한 올바른 개념이나 인식, 기초적인 지식을 습득할 수 있도록 환자안전교육이 필수항목으로 포함될 필요가 있다.

연구에서 대상자 대부분이 직접 환자간호에 참여하고 있어 요구하는 환자안전 교육내용과 방법은 구체적이었다. 호주의 경우, 대상자에 따라 차별화된 학습목표와 교육내용을 제공하며[5], 가령 보건의료종사자는 환자안전에 대한 기초지식, 기술, 행동과 태도를 설명할 수 있는 것이고 환자간호 담당자는 원활한 의사소통과 팀워크를 위해 어떤 역할을 하는지를 설명할 수 있어야 하고, 관리자급 환자안전담당자는 직원이 환자와 보호자가 자신의 치료에 참여할 수 있는 기회를 극대화할 수 있는 방법을 설명하는 것을 목표로 설정하였다. 이와 같이 대상자의 기대역할에 따라 차별화된 환자안전교육 모형을 적용할 필요가 있겠다.

이 연구에서 의료진은 환자안전교육 경험을 통해 사례와 근거기반의 교육 구성과 직종간, 소규모그룹형태의 교육방법을 제안하였다. 몇몇 의료기관은 인수인계를 위한 표준대화문이나 시나리오를 개발하여 활용하기도 하고, 다직종이 참여하는 교육을 운영하고 있다. 심폐소생술 시뮬레이션 교육이 한 예라고 할 수 있다.

마지막으로 대상자는 환자안전교육이 효과적으로 운영되기 위해 동기부여 전략에 따른 자발적인 참여 외에도 학점이나 수당 등의 보상체계를 구축하는 등 의료기관내 정책반영이 필요하다고 강조하였다[13]. 이러한 환자안전과 관련된 의료기관내 프로세스 개선, 인력과 예산 투입에 대한

의사결정이 이루어지기 위해서는 경영진의 의지가 매우 중요하다[5,9,14]. 또한, 환자안전실무와 교육을 전담하는 인력을 배치하는 것도 좋은 방안이 될 수 있을 것으로 생각된다.

연구에 참여한 대상자를 보면, 간호사의 경우 중소병원과 상급종합병원의 병동과 외래, 응급실 소속으로 10년 이상의 임상 경력을 갖고 있었으며, 의사는 상급종합병원 소아청소년과, 응급의학과, 산부인과, 외과, 감염내과 소속의 전공의와 임상강사, 교수였다. 이들 중 타병원 근무 경험이 있는 참여자는 기관의 환자안전에 대한 분위기 조성과 활동이 개인에게 큰 영향을 미치게 됨을 강조하였다. 환자안전 사건의 잠재적 조건이 경영층의 의사결정 및 조직의 프로세스를 기반으로 한 조직의 환자안전문화임을[2,9] 재확인하였다.

이 연구는 간호사와 의사가 경험한 임상현장에서의 환자안전교육을 심층적으로 분석한 최초의 시도로 연구 결과를 바탕으로 실효성 있는 한국형 환자안전교육과정을 개발하는데 활용할 수 있을 것으로 기대한다. 한편 인터뷰에 참여한 간호사 대부분이 환자안전에 대한 관심이 높고, 질 향상 활동이나 환자안전 등에 노출된 경험이 있어 신규간호사나 환자안전교육 경험이 없는 대상자에 대한 비교 연구도 필요하리라고 본다. 참여한 대상자들의 경험은 환자안전교육에 대한 개선전략과 방향을 제시하는데 도움이 되었을 것으로 생각된다. 의료기관의 규모와 특성이 반영된 환자안전교육 프로그램 개발을 위해 대상자를 확대하여 반복연구할 것을 제안한다.

## V. 참고문헌

1. Institute for Healthcare Improvement. Patient safety [Internet]. Boston, MA, USA: Institute for Healthcare Improvement; 2020 [cited 2020 Dec 29] Available from: <http://www.ihl.org/Topics/PatientSafety/Pages/Overview.aspx>
2. Kronick R. AHRQ's role in improving quality, safety, and health system performance. Public Health Reports. 2016;131(2):229-32.

3. Shin JM, Cho GY. Critical considerations on autonomous reporting system of current and revised patient safety law. *The Journal of Convergence on Culture Technology*. 2018;4(2):33-42.
4. Lee YM. Patient safety curriculum in medical education. *Korean Journal of Medical Education*. 2009;21(3):217-28.
5. Walton MM, Shaw T, Barnet S, Ross J. Developing a national patient safety education framework for Australia. *Quality & Safety in Health Care*. 2006;15(6):437-79.
6. Walton M, Woodward H, Van Staalduin S, Lemer C, Greaves F, Noble D, et al. The WHO patient safety curriculum guide for medical schools. *Quality & Safety in Health Care*. 2010;19(6):542-8.
7. Commission KC. Korea communications commission annual report. Seoul: Korea Communications Commission. 2014.
8. Langlois S. Developing an appreciation of patient safety: analysis of interprofessional student experiences with health mentors. *Perspectives on Medical Education*. 2016;5(2):88-94.
9. Park KH, Park KH. Patient safety education: Team communication and interprofessional collaboration. *Korean Medical Education Review*. 2019;21(1):22-30.
10. Oh HM, Lee W, Jang SG, Kim SY. Current practices and future directions in patient safety education and curriculum in medical schools. *Korean Medical Education Review*. 2019;21(3):143-9.
11. Kim YS, Kim MS, Hwang JI, Kim HR, Kim HA, Kim HS, et al. Experiences in patient safety education of patient safety officer using focus group interview. *Quality Improvement in Health Care*. 2019;25(2):2-15.
12. Kane JM, Brannen M, Kern E. Impact of patient safety mandates on medical education in the United States. *Journal of Patient Safety*. 2008; 4(2):93-7.
13. Marshall S, Harrison J, Flanagan B. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality & Safety in Health Care*. 2009;18(2):137-40.
14. Robb G, Stolarek I, Wells S, Bohm G. The state of quality improvement and patient safety teaching in health professional education in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*. 2017;130(1464):13-24.
15. Jung HS, Kim Sh. The Development and Effect of the patient safety education program using simulated situation. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2019;20(12):398-409.