

일부 종합병원 일반간호사의 의사결정 참여와 전문성

조미경·정현숙*

I. 서론

1. 연구의 필요성

의사결정(decision-making)이란 행동에 앞서 그 행동과정이나 방법 등에 대해서 어떠한 결정을 내리는 것을 말한다. 의사결정의 참여는 각 구성원들에게 조직에 대한 정신적, 정서적인 소속감과 책임감을 갖도록 하고 적절한 기여를 유도하게 하는 역할을 한다. 조직 구성원들은 업무와 관련된 실질적인 정보 및 전문지식과 기술을 지니고 있으며 의사결정 참여를 통해 이를 상호교환하고 전달함으로써 업무의 효과적 수행에 크게 기여할 수 있다. 또한 업무의 신속을 요하는 경우, 제도상의 제약과 지연으로 인한 비효과적 요인을 제거할 수 있다(변영순, 1984). 이처럼 조직내 구성원들의 의사결정에의 참여는 매우 중요하고 조직의 생산성 및 업무만족에 커다란 영향을 미칠 수가 있다.

병원에는 수많은 직종의 사람들이 모여 조직의 궁극적 목적을 달성하기 위해 끊임없이 자기 역할을 다한다. 병원조직의 목적을 달성하기 위한 구성원들의 의미 있는 행동들은 계속되고 그런 모든 행동은 어느 것 하나 중요하지 않은 것이 없다. 병원, 특히 간호부서의 존재 이유는 양질의 간호를 제공하고자 하는 것이다. 간호부서의 구성원들인 간호부장(과장), 감독, 수간호사, 책임간호

사, 일반간호사 누구를 막론하고, 어떤 행동을 하든 그들은 그 행동에 앞서 과정이나 방법, 행동의 결과까지도 미리 염두에 두고 행동을 하게 된다. 즉, 의사결정이란 가장 최선의 대안을 선택하기 위함이고 결국 최선의 대안 선택은 대상자와 구성원 모두에게 최대의 만족과 최소한의 불이익을 주는 대안을 선택하는 것을 말한다.

의사결정은 부서의 장만이 하는 것이 아니고 직책이나 서열에 상관없이 의사결정을 한다. 다만 의사결정의 상황과 그 중요성이 다를 뿐이다. 의사결정에는 논리성 뿐 아니라 때로는 감정적, 비합리적, 잠재 의식적 요소들도 관여한다. 그러므로 의사결정자의 개인적 의사결정에 영향을 주는 특성은 개인의 문제에 대한 인식, 가치체계, 자료수집과 분석 능력, 태도, 성격, 역할 등(지성에 위, 1997) 매우 많은 요인들이 관여한다. 인구통계학적 변인으로 지능, 지식, 교육, 경험 등도 의사결정자의 결정에 영향을 준다(김준석, 1996).

그러나 의사결정의 중요성에도 불구하고 우리나라에서는 간호 의사결정과 관련된 선행요인, 의사결정의 과정, 의사결정으로 인한 후속 결과 등에 대한 연구(김문실, 1996; 최희정, 1997; 김태숙 외, 1997; 조미경 외, 1999) 등이 미흡한 편이고 특히 의사결정 형태의 주요 결정요소로 의사결정 업무, 관련된 환경, 의사결정하는 사람의 선행 지식 등을 확인하는 연구는 거의 없었다(Lauri & Salantera, 1998). 또한 Marriner-

* 대전보건대학 간호과

Tomey(1996)도 의사결정에 영향을 미치는 3가지 행위의 특성을 i)문제의 지각 ii)개인의 가치체계 iii)자료 처리 능력으로 언급하였고 이런 맥락에서 본 연구는 의사결정 과정에 매우 중요한 변인으로서 간호사의 전문성과 의사결정을 관련시켜 연구하고자 하였다.

2. 연구의 목적

의사결정의 양과 질의 향상은 조직생산성과 업무만족, 조직몰입 등에 영향을 미치므로 의사결정의 참여를 증진시킬 수 있는 관련 변인을 파악하고자 그 기초 자료를 제공하기 위한 것으로 전문적 특성과의 관계만을 연구하였다. 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 의사결정 상황 시나리오에 따른 의사결정 과정의 참여도를 파악한다.
- 2) 환자간호와 업무환경 관련 의사결정 상황의 참여도를 파악한다.
- 3) 전문적 특성에 따른 의사결정 과정의 참여도 차이를 파악한다.
- 4) 의사결정 선택과정까지의 참여에 장애가 되는 요인의 우선 순위를 파악한다.

II. 문헌 고찰

1. 의사결정

의사결정론의 대표적인 학자인 Simon(1960)은 "의사결정이란 경영 문제가 발생하면 그 목적을 명확히 규정하고 이 목적을 달성할 수 있는 복수의 대안을 탐색, 수립, 평가하여 일정한 판단기준에 따라서 최적 대안을 선택, 결정하는 활동" 이라고 정의하였다. Burch와 Strater(1974)는 "의사결정이란 질적이거나 양적으로 여러 개의 대안 중에서 문제를 해결하거나 또는 갈등의 상태를 해소하기 위하여 최적 대안을 선택하는 과정" 이라고 하였다. 박연호(1977)는 의사결정 참여의 정도가 다양하지만 참여자의 의견이 의사결정에 반영될 때 비로소 참여라고 말할 수 있다고 하였다. 의사결정은 문제의 확인으로부터 의사결정에 이르기까지의 과정을 말하며 의사결정자는 의사결정에 도달하기까지 몇 단계를 거친다. Simon(1977)은 의사결정 과정을 문제의 확인, 대안분석, 선택의 3단계 과정으로 제시하였다.

① 문제의 확인 단계는 의사결정을 내려야 할 상황을 탐색하는 과정으로 이 확인 단계에서는 의사결정 환경에 대한 탐색이 간헐적으로 또는 계속해서 이루어진다. 그런데 의사결정의 문제가 존재하려면 첫째, 현재 상태와 미래의 바람직한 상태간에 차이가 존재해야 한다(MacCrimmon & Taylor, 1976). 또 현재 상태와 미래 상태간의 비교를 통해 의사결정의 문제를 파악할 때 의사결정자의 주관적 판단이 의사결정 과정에 크게 작용한다. 개개인의 판단에 의해서 의사결정의 필요성을 인식할 수도, 하지 않을 수도 있다. 의사결정의 문제가 존재하기 위한 또 다른 조건으로는 현재 상태와 미래의 바람직한 상태간에 차이가 존재하고 의사결정자가 그러한 차이를 인식하고 있더라도 그 문제를 해결하고자 하는 동기가 있어야 한다. 사실상 많은 사람들이 어떤 문제가 존재한다고 인식은 하면서도 이를 해결하려는 동기를 갖지 못하는 경우가 흔히 있다. 또한 의사결정자가 현재와 미래의 상태간에 차이를 인식하고 이를 해결하고자 하는 동기를 가지고 있다고 하더라도 이를 처리할 수 있는 능력과 자원이 있어야 한다(김준석, 1996).

② 대안분석 단계에서는 여러 가지 행동대안이 설정되고 각 대안이 분석된다. 문제의 이해, 해답의 작성, 그 해답의 타당 검증성을 위한 과정이 이 단계에 포함된다. 대안을 선택할 때는 i)대안의 효과 : 대안이 조직의 목표와 자원에 대하여 어느 정도 실제적이며 문제해결에 기여할 수 있는나 하는 점을 고려해야 한다. ii)대안의 수행가능성 : 대안이 수행될 수 없다면 그 대안은 제거되어야 한다. 따라서 대안의 수행가능성 여부를 파악하여야 한다. iii)조직에 대한 대안의 결과 : 경영자는 그 대안이 조직에 불필요한 문제점들을 야기시킬 수 있는지를 검토해야 한다. 또 하위자와 조직구성원들이 대안의 결정에 어떻게 반응할 것인지를 고려해야 한다(김세중 외, 1999).

③ 선택 단계에서는 문제해결에 가장 적합한 대안을 선택하여 이를 실제로 집행하는 과정이 포함된다.

문제의 확인, 설계, 선택의 세 단계 활동은 서로 연결되어 있으며 어느 한 단계로부터 다음 단계로 진행할 수도 있고 그 이전 단계로 되돌아갈 수도 있다(Luthans, 1998; 김준석, 1996). 의사결정에서의 주요 관점은 의사결정 과정이 역동적 과정이라는 것이다(Luthans, 1998).

최근 의사결정은 간호실무에 대한 하나의 통합적 부분

으로 널리 수용되어 왔다. 의사결정은 일련의 결정들로 구성된 복합적 과정이며 환자 상황 안에서 이루어지는 관찰, 관찰된 자료에 대한 평가, 바람직한 결과를 달성하기 위해 취해져야 할 행동들을 포함한다(Lauri 등, 1998).

2. 전문성

건강관리 체제 안에서 전달되는 환자간호의 질을 최대화하기 위해서는 건강관련 전문성이 반드시 고려되어야만 하는데 모든 영역에 공통적으로 요구되는 한가지 능력이 문제해결 능력이다(Holzemer 등, 1981). 간호사들이 지각하고 있는 의사결정 권한은 간호의 전문화에 필수적이기 때문에 매우 중요한 문제가 되고 있다(Mitchell 등, 1989).

전문성은 특수한 영역이며 교육, 경험, 능력, 그리고 동료들의 인정에 의해 결정되고 전문적 권한의 결과로 인식되는 것이다(Burris, 1989; Shanteau, 1988). Shanteau(1988)는 전문가를 "자신들의 직업 안에서 최고 수준의 업무를 수행하는데 필수적인 기술과 능력을 가지고 있는 것으로 인식하는 사람들"이라고 정의하였고 간호사의 전문성 수준을 3명 이상의 동료가 전문가라고 지명해 주는 것에 의해 측정하는 방법을 이용하였다. Hage와 Aiken(1967)은 연구에서 전문성의 지표로 '고도의 전문적 훈련'과 '고도의 전문적 행위'를 이용하였다.

간호학에서 의사결정에 대한 대부분의 연구는 분석적인 의사결정을 토대로 하였거나 또는 정보처리이론을 기초로 하였다(Lauri 등, 1998). 분석적 의사결정 이론에 의하면 인간의 의사결정은 어떤 체계적 과정을 기초로 해서 상황에 대한 분석을 토대로 결론에 이른다고 하는 것이다(Hamm, 1988). 정보처리이론은 인간의 문제해결에 대한 연구를 기초로 하고 개개인은 관련된 문제나 영역에 대한 기존 지식에 의해서 의사결정을 한다. 이 과정에는 사인(sign)이나 단서의 관찰, 대안적 설명 추출, 가설의 활성화, 개인의 이전 지식과 문제정의와 관련된 가설 확인과 검증이 포함된다. 이 이론은 진단적 추론을 이용하여 환자의 문제를 결정하는 가설적-연역 과정으로 의학과 간호학에서 명확히 나타난다(Hamm, 1988; Tanner, Putzier, Westfall, & Padrick, 1987).

Benner(1984)는 간호 의사결정을 안내하는 커다란 두 개의 지식범주 개념에 이론적 범주와 실무적 범주가

있다는 것을 소개하였다. 이론적 지식은 일반적이고 추상적인 규칙과 원칙의 형태로 형식화되고 실무적 지식은 경험으로부터 유도된다고 하였다. Tanner(1989)는 이론적이고 실무적인 지식이 몇 가지 방법 면에서는 상당히 상호 관련되어 있지만 구분되는 지식들이라고 하였다. Devine과 Kozlowski(1995)는 지식 수준이 높은 사람들은 그렇지 않은 사람들보다 잘 구축된 의사결정에서 유의하게 차이를 나타냈다고 하였다. 지식 수준이 높은 사람들은 지식 수준이 낮은 사람들보다 정보탐색을 덜 요구하였고 훨씬 많은 관련 정보를 이용하였다. Elstein 등(1990)은 의학전문가와 초보자의 문제 해결능력 차이를 이해할 수 있는 초점은 지식 구조에 있다고 하였다. 특수영역에 대한 지식의 차이는 특수 상황에서의 보나온 가설을 설정할 수 있는 능력에 달려있다. Boshuizen과 Schmidt(1992)의 연구 결과는 임상적 추론과 관련된 생의학적 지식에 활용할 수 있는 전문성의 3단계 모델을 지지하고 있다. 이들 단계는 생의학적 지식의 습득, 실무경험, 그리고 지식 요약의 결과로 나타나는 이론적-실무적 지식의 통합 단계를 포함한다.

Field(1987)는 성공적인 간호사가 되기 위해서 인지적 문제해결 과정, 즉 간호 상황의 매개변수에 대한 이해(간호사, 환자, 환경)와 문제해결에 필요한 이론적 지식인 보통 간호과정으로 일컬어지는 것에 대한 지식과 기술이 요구된다고 하였다. Benner(1984)는 초보자에서 전문가로의 발달 과정을 연구하면서 의사결정 기술을 개발하는 방법을 제시하였고 뛰어난 상황 판단력에 중요한 것은 자신의 지각에 대한 인식이라고 하였다. 즉, 이론적 지식을 실무지식으로 전환하기 위해서 학생들은 같은 사건을 보더라도 그 안의 상황을 구별할 수 있어야 하고 그런 지각 기술을 향상시키는데 가상 상황을 이용한 학습이 유용하다고 하였다. 그러므로 숙달된 간호사는 상황을 선택된 측면만을 분리해서 보지 않고 전체로써 지각한다고 하였다. 전문가는 자신이 이해한 것을 적절한 행동으로 옮기는데 더 이상 분석적 원칙(간호과정, 지침, 원리, 간호모델)에만 의지하지 않는다. 전문 간호사는 비효과적인 진단을 고려하지 않고 문제를 확인할 수 있다(Benner, 1984).

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구설계 및 대상자

본 연구는 병원 간호조직에서 개인적 의사결정 참여와 밀접한 관련이 있는 전문적 특성을 확인하고 의사결정과 의 관계를 파악하고자 구조화된 자가 보고식 질문지를 이용한 횡단적 조사연구이며, SPSS+ 통계 프로그램을 이용하였다.

대상자는 대전광역시 소재하고 있는 500침상 이상의 종합병원 4개와 충북의 1개 의과대학 부속병원을 선정하여 본 연구의 질문지 내용에 적절한 성인 내과, 외과, 중환자실의 일반간호사 342명이었다.

2. 자료수집 방법

자료수집 기간은 1999년 4월 26일부터 5월 26일까지로 해당 병원 간호부를 방문하여 연구 목적과 자료수집 방법을 설명, 질문지를 제출한 후 협조를 요청하였다. 총 354부를 배부하였으며 응답이 불완전한 질문지는 분석에서 제외하여 342부(회수율 96.6%)만을 자료분석에 이용하였다.

3. 연구도구

1) 의사결정 : Anthony(1995)의 연구를 토대로, 직접 환자간호 관련 의사결정 시나리오 11개와 간호제공사의 업무환경과 관련된 시나리오 9개를 우리나라 임상에 적절하도록 재구성한 총 20개 시나리오로써

대상자들의 의사결정 3단계(Simon, 1977) 과정에 대한 각 참여 정도를 측정하였다. 직접 환자간호의 상황과 업무환경과 관련된 의사결정 상황의 문제확인, 대안분석, 선택 과정의 각 신뢰도는 .90, .90, .89, .88, .90, .91이었다.

2) 전문적 특성 : 전문성에 대한 지표를 파악하기 위해서 Van de Ven과 Ferry(1980)의 Job Expertise Scale 중, '간호학 학위 수준' 척도와 '업무를 위하여 전공과 관련된 책을 읽거나 기술을 익히는데 주당 평균적으로 소비하는 시간', Anthony(1995)의 연구에서 이용되었던 '전문적 간호사로서의 교육, 경험, 기술 등에 대한 자신의 전문성 자가평가 정도'와 '업무를 하면서 타인으로부터 전문가로 불렸던 경험의 정도'와 그리고 본 연구자가 '총 병원 경력'을 포함하여 전문성 지표로 설정하였다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 대상자의 특성

연령은 '26~30세'가 48.5%로 가장 많았고 '25세 이하'가 41.2%, '31세 이상'은 10.2%였다. 평균 연령은 26.6세였다. 근무단위는 '내과' 50.8%, '중환자실' 26%, '외과' 23.1%의 순서로 나타났다. 대상자들의 총 병원 경력은 '25~48개월'이 33%로 가장 많았고 '49~72개월'

〈표 1〉 일반간호사의 특성

변인	구분	명(%)	변인	구분	명(%)
연령	~ 25세	141(41.2)	총 병원 경력	~ 24개월	74(21.6)
	26~30세	166(48.5)		25~48개월	113(33.0)
	31세 ~	35(10.2)		49~72개월	92(26.9)
		73~96개월		34(9.9)	
				97개월 ~	29(8.5)
평균연령 범위	26.6세 22~42세		평균경력 범위	50.5개월 6~157개월	
근무단위	내과	174(50.8)	학력	전문대학	257(75.1)
	중환자실	89(26.0)		대학교 이상	85(24.9)
	외과	79(23.1)			
전공관련 소비시간	~ 1시간/주	165(48.2)	전문성 자가평가	하	28(8.2)
	1~3시간/주	131(38.3)		중	214(62.6)
	4시간 ~ /주	46(13.5)		상	100(29.2)
전문가로 불린 경험	없다	51(14.9)			
	가끔 있다	157(45.9)			
	종종 있다	75(21.9)			
	자주 있다	59(17.3)			
전 체		342(100)	전 체		342(100)

이 26.9%, '24개월 이하'가 21.6%, '73~96개월'이 9.9%, '97개월 이상'이 8.5%로 가장 낮은 비율을 나타내었다. 평균 경력은 50.5개월이었다. 학력은 전문대학이 75.1%, 대학교 이상이 24.9%였다.

전문성 향상을 위하여 전공과 관련된 책을 읽거나 기술을 익히는데 주당 평균적으로 소비하는 시간(전공 관련 소비시간)은 '주당 1시간 이하'가 48.2%로 가장 많았고 '1~3시간'이 38.3%, '4시간 이상'이 13.5%를 나타내었다. 전문적 간호사로서의 교육, 경험, 기술 등에 대한 자신의 전문성 정도를 묻는 문항에서는 '중' 62.6%, '상' 29.2%, '하' 8.2%로 나타났다. 업무를 하면서 타인으로부터 전문가로 불렸던 경험의 정도에 대해서는 '가끔 있다'에 45.9%, '종종 있다' 21.9%, '자주 있다' 17.3%, '없다'에 14.9%가 응답하였다(표 1).

2. 의사결정 상황 시나리오에 따른 의사결정 과정의 참여도

가상적인 의사결정 시나리오는 1~11번까지의 환자간호와 관련된 의사결정 상황과 12~20번까지의 간호업

무환경과 관련된 의사결정 상황으로 구분되었다. 전체 20문항 시나리오 모두 문제확인, 대안분석, 선택의 의사결정 과정간에 유의한 차이($p<.001$)를 나타내었다.

Anthony(1995)의 연구에서도 간호사들이 직접 환자간호시의 상황과 업무환경과 관련된 의사결정에서 문제확인, 대안분석, 선택의 과정 순서로 참여도가 낮게 나타났다. 의사결정은 여러 대안중의 최적 대안 하나를 선택하는 과정이므로 선택 단계가 의사결정 과정의 핵심(지성에 의, 1998)이라고 할 때, 이런 상황에서 간호사들이 참여한 의사결정 권한을 지각하고 의사결정 업무 상황에 참여할 수 있도록 의사결정의 중요성, 과정, 의사결정 과정의 참여 등에 대한 제반 교육이 적절하게 이루어져야 한다고 생각한다(표 2).

3. 환자간호와 업무환경 관련 의사결정 상황의 참여도

의사결정 상황 시나리오를 크게 환자간호와 업무환경 관련 의사결정 상황으로 구분할 때 문제확인, 대안분석, 선택의 3단계 과정 모두에서 각 상황간 의사결정의 참여는 유의한 차이를 나타내었다. 업무환경과 관련된 의사

〈표 2〉 일반간호사의 의사결정 상황 시나리오별 참여과정간의 차이

시나리오	의사결정 과정			전체 참여도 Mean(SD)	F값	p값
	문제확인 Mean(SD)	대안분석 Mean(SD)	선택 Mean(SD)			
1	3.70(.99)	3.53(.95)	3.30(1.07)	3.51(.89)	44.94	.000
2	3.64(.99)	3.39(.96)	3.12(1.04)	3.38(.87)	67.43	.000
3	3.97(1.04)	3.58(1.03)	3.31(1.18)	3.62(.93)	84.47	.000
4	4.13(1.32)	3.86(1.27)	3.62(1.36)	3.87(1.16)	39.11	.000
5	4.43(1.06)	3.97(1.05)	3.58(1.17)	4.00(.95)	140.18	.000
6	4.01(1.11)	3.68(1.07)	3.28(1.13)	3.66(.95)	99.79	.000
7	4.20(1.03)	3.71(1.12)	3.32(1.23)	3.74(.96)	128.80	.000
8	4.46(1.02)	3.81(1.12)	3.46(1.23)	3.91(.95)	165.30	.000
9	4.47(1.17)	4.11(1.19)	3.76(1.28)	4.11(1.09)	99.88	.000
10	4.14(1.11)	3.70(1.07)	3.38(1.18)	3.74(.99)	120.73	.000
11	4.17(1.17)	3.76(1.14)	3.44(1.27)	3.79(1.05)	97.01	.000
12	3.65(1.17)	3.30(1.13)	2.97(1.19)	3.31(1.06)	119.10	.000
13	2.98(1.04)	2.77(.99)	2.56(1.02)	2.77(.93)	67.51	.000
14	3.21(1.12)	2.93(1.09)	2.72(1.16)	2.95(1.02)	71.85	.000
15	3.73(1.09)	3.35(1.07)	3.14(1.18)	3.41(.98)	74.11	.000
16	3.04(1.15)	2.76(1.09)	2.49(1.08)	2.76(1.00)	86.88	.000
17	3.00(1.13)	2.68(1.01)	2.44(1.02)	2.71(.94)	86.85	.000
18	3.02(1.03)	2.80(1.04)	2.63(1.12)	2.82(.97)	50.26	.000
19	2.99(1.10)	2.72(1.11)	2.51(1.15)	2.74(1.04)	78.84	.000
20	2.82(1.06)	2.64(1.11)	2.45(1.12)	2.64(1.03)	53.68	.000
전체	3.69(.66)	3.35(.69)	3.07(.77)	3.37(.65)	279.65	.000

결정의 상황보다는 직접 환자간호시의 의사결정 상황에 더 많이 참여하는 것으로 나타났다.

임상의 각 간호단위에는 제일선 관리자인 수간호사가 있으므로 일반간호사는 수간호사보다 업무환경과 관련된 의사결정의 상황에 덜 직면하게 된다. Prescott 등 (1987)도 일반간호사들이 업무환경 관련 의사결정보다는 직접 환자간호시의 의사결정에 더 많이 참여한다고 기술하여 본 결과를 지지하고 있다. 그러나 임상에서 간호사들이 직접 환자간호만을 충실히 하기보다 환자간호가 제공되는 상황, 환경, 업무조건에 대해서도 보다 적극적인 의사결정의 참여가 이루어질 때 간호사의 사기, 동기부여는 한층 향상되고 자율적인 업무 책임감이 증진될 것이라고 생각한다(표 3).

〈표 3〉 환자간호와 업무환경 관련 의사결정 상황의 참여도

의사결정 과정	의사결정 상황	Mean(SD)	t값	p값
문제확인	환자간호	4.12(.77)	23.36	.000
	업무환경	3.16(.74)		
대안분석	환자간호	3.74(.76)	23.28	.000
	업무환경	2.88(.78)		
선택	환자간호	3.42(.83)	22.49	.000
	업무환경	2.66(.83)		

4. 전문적 특성에 따른 의사결정 과정의 참여도 차이

1) 근무단위별 의사결정 과정의 참여도 차이

근무단위별 의사결정 과정의 참여도에는 환자간호 상황의 대안분석과 선택 과정(p<.01), 업무환경 관련 상황

의 대안분석(p<.05)과 선택 과정(p<.01)에서 유의한 차이를 나타내었다. 환자간호와 업무환경 관련 의사결정 상황의 전 과정에서 외과단위, 중환자실, 내과단위의 순서로 낮은 참여도를 나타내었다.

보통 외과단위는 내과단위보다 환자의 처치나 간호에 있어서 간호사들의 의사결정 권한이 큰 것으로 알 수 있다. 외과계열 의사들은 계속되는 수술로 인하여 많은 환자처치를 간호사에게 위임하거나, 외과단위 분위기를 통해서도 간호사들이 많은 의사결정권한을 갖게 된다. 또 수술이나 처치, 검사 등이 내과계열보다 많고 간단한 처치, 드레싱 등이 단위 내에서 이루어져 간호사들이 기계나 도구들을 직접 사용해보고 장, 단점을 훨씬 더 잘 알므로 선택에 더 많은 권한을 가지고 의사결정에 참여하는 것으로 나타났다고 볼 수 있다. 반면에 내과단위는 모든 면에서 세세한 환자처치가 의사에 의해서 이루어지는 일이 많고, 검사나 처치 등도 검사실 또는 다른 처치실에서 주로 이루어지므로 외과단위와는 대조적으로 간호사의 의사결정 참여도가 낮은 것으로 볼 수 있다.

Anthony(1995)는 근무단위를 내, 외과로 분류하였고 업무환경과 관련된 의사결정 상황의 확인 단계에서만 유의한 차이(p<.05)를 나타내었다. 또 최희정(1997)의 연구에서는 근무 부서를 일반계와 중환자실로 분류하여 중환자실에서의 의사결정 참여 정도가 높은 것으로 나타났다(p<.001)(표 4).

2) 병원경력별 의사결정 과정의 참여도 차이

병원경력별 의사결정 과정의 참여도는 업무환경과 관련된 의사결정 상황의 문제확인(p<.01)과 대안분석과 선택의 과정(p<.05)에만 유의한 차이를 나타내었고 경력과 의사결정 과정의 참여도는 직선 관계를 나타내다가 일정

〈표 4〉 근무단위별 의사결정 과정의 참여도 차이

의사결정 과정	근무 단위	환자간호 상황		업무환경 상황	
		Mean(SD)	F값	Mean(SD)	F값
문제확인	내과	4.04(.80)	2.08	3.09(.71)	2.30
	중환자실	4.18(.80)		3.17(.77)	
	외과	4.24(.67)		3.31(.76)	
대안분석	내과	3.61(.75)	5.11**	2.77(.77)	4.16*
	중환자실	3.88(.81)		2.94(.78)	
	외과	3.85(.67)		3.07(.79)	
선택	내과	3.26(.84)	6.07**	2.51(.80)	6.47**
	중환자실	3.55(.85)		2.75(.85)	
	외과	3.60(.72)		2.88(.81)	

기간에 가서 다시 감소하는 경향을 나타내었다. 즉, 49~72개월경까지는 상승하다가 그 이후에는 감소추세를 나타내었다. Davis(1974)와 Aspinall(1976)의 연구에서도 경력에 따른 의사결정의 참여도가 어느 정도 증가하다 다시 저하되는 현상을 나타내었고 Kreitzer(1990)의 연구에서도 5년 이하와 16년 이상의 경력자들이 6년~15년 정도의 경력자들보다 오히려 의사결정에 더 참여하기를 선호하는 것으로 나타나 이는 본 연구결과와 일치하였다. Davis(1974)는 6년 이상의 업무경력자들에게서 수행과 간호 경력간에 부적 관계로 나타난 연구결과를 토대로 임상경력 3-5년 이상 된 간호사들에게 자신의 전문적 능력과 교육적 재충전을 시킬 수 있는 과정이 제공되지 않는다면 간호의 질과 양을 결정하는데 경력은 더 이상의 유의한 요소가 될 수 없다고 하

였다(표 5).

3) 학력별 의사결정 과정의 참여도 차이

학력별 의사결정 과정의 참여도는 직접 환자간호와 관련된 의사결정 상황의 문제확인, 대안분석, 선택의 3단계 과정(p<.05)에서만 유의한 차이를 나타내었다. Anthony(1995)도 간호사의 전문성과 의사결정 과정 참여간에 유의한 상관관계가 있음을 나타내었다. 이와 마찬가지로 본 연구에서도 간호사의 학력이 높을수록 의사결정 과정에 많이 참여하는 것으로 나타났다. 그러나 최희정(1997)의 연구에서는 학력을 전문성 지표로 보지 않았고 학력에 따른 의사결정의 참여도는 차이가 없는 것으로 나타났다.

한편, 간호사들의 의사결정에 대한 교육의 효과와 관

<표 5> 병원경력별 의사결정 과정의 참여도 차이

의사결정 과정	병원 경력	환자간호 상황		업무환경 상황	
		Mean(SD)	F값	Mean(SD)	F값
문제확인	~ 24개월	3.99(.83)	1.71	2.90(.69)	4.28**
	25~48개월	4.10(.68)		3.18(.70)	
	49~72개월	4.29(.87)		3.34(.79)	
	73~96개월	4.09(.62)		3.29(.73)	
	97개월 ~	4.04(.76)		3.00(.74)	
대안분석	~ 24개월	3.63(.79)	.88	2.65(.78)	3.39*
	25~48개월	3.80(.65)		2.97(.69)	
	49~72개월	3.80(.85)		2.99(.88)	
	73~96개월	3.69(.73)		3.02(.82)	
	97개월 ~	3.63(.77)		2.66(.65)	
선택	~ 24개월	3.27(.86)	1.53	2.44(.81)	2.45*
	25~48개월	3.55(.69)		2.78(.76)	
	49~72개월	3.39(.95)		2.69(.95)	
	73~96개월	3.48(.81)		2.77(.78)	
	97개월 ~	3.30(.79)		2.46(.66)	

<표 6> 학력별 의사결정 과정의 참여도 차이

의사결정 과정	학력	환자간호 상황		업무환경 상황	
		Mean(SD)	t값	Mean(SD)	t값
문제확인	전문대학	4.07(.78)	4.48*	3.13(.75)	2.32
	대학교이상	4.27(.75)		3.27(.72)	
대안분석	전문대학	3.69(.75)	4.13*	2.84(.77)	2.98
	대학교이상	3.88(.76)		3.01(.80)	
선택	전문대학	3.35(.82)	4.79*	2.61(.82)	2.84
	대학교이상	3.58(.83)		2.78(.84)	

련하여 상반된 결과를 나타낸 연구들에 대하여 Davis (1974)와 del Bueno(1990)는 기본적인 교육 수준 하나만으로 의사결정의 기술을 잘 설명하지 못하기 때문에 그럴 수 있다고 기술하였다(표 6).

4) 전공관련 소비시간별 의사결정 과정의 참여도 차이

전문성 향상을 위하여 전공과 관련된 책을 읽거나 기술을 익히는데 주당 평균적으로 소비하는 시간의 차이는 업무환경과 관련된 의사결정 상황 중, 문제확인 과정(p<.05)에서만 유의하였다. Anthony(1995)의 연구결과는 본 결과와 달리 직접 환자간호 상황과 업무환경 관련 상황 모두 문제확인과 대안단계에서 소비시간 요인간에 유의한 차이(p<.01)를 나타내었다(표 7).

5) 전문성 자가평가별 의사결정 과정의 참여도 차이

전문적 간호사로서의 교육, 경험, 기술 등에 대한 자신의 전문성 정도 평가의 차이는 업무환경과 관련된 의사결정 상황의 문제확인과 대안분석 과정(p<.05)에 유의

한 차이를 나타내었다. 전문성 평가의 분류는 다르지만 Anthony(1995)의 연구에서도 업무환경 상황의 선택 과정(p<.05)에서 차이를 나타내었다(표 8).

6) 전문가로 불린 경험 정도별 의사결정 과정의 참여도 차이

업무를 하면서 타인으로부터 전문가로 불렸던 경험의 정도는 직접 환자간호 상황의 문제확인 과정(p<.05)에만 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그러나 Anthony (1995)의 연구에서는 전문가로 불렸던 경험의 유, 무로 이분화하여 비교하였는데 전문가 소리를 들었던 경험이 있는 그룹이 업무환경과 관련된 의사결정 상황의 전 과정에 유의한 차이(p<.01)를 나타내었다. 본 연구결과는 간호사가 환자와 상호 작용하면서 환자를 대하는 태도, 기술, 인품 등이 간호사로 하여금 전문가라는 소리를 들을 수 있게 하는 계기가 되어 나타난 결과로 볼 수 있다(표 9).

<표 7> 전공관련 소비시간별 의사결정 과정의 참여도 차이

의사결정 과정	전공관련 소비시간	환자간호 상황		업무환경 상황	
		Mean(SD)	F값	Mean(SD)	F값
문제확인	~ 1시간/주	4.14(.77)	.14	3.18(.71)	3.40*
	1~3시간/주	4.09(.75)		3.06(.76)	
	4시간~ /주	4.12(.87)		3.39(.79)	
대안분석	~ 1시간/주	3.74(.71)	.02	2.87(.73)	1.82
	1~3시간/주	3.73(.78)		2.84(.84)	
	4시간~ /주	3.76(.85)		3.09(.78)	
선택	~ 1시간/주	3.41(.79)	.05	2.64(.78)	.25
	1~3시간/주	3.41(.84)		2.64(.89)	
	4시간~ /주	3.45(.96)		2.74(.84)	

<표 8> 전문성 자가평가별 의사결정 과정의 참여도 차이

의사결정 과정	전문성 자가평가	환자간호 상황		업무환경 상황	
		Mean(SD)	F값	Mean(SD)	F값
문제확인	하	3.95(.84)	1.70	2.89(.59)	3.31*
	중	4.09(.76)		3.14(.72)	
	상	4.23(.77)		3.28(.81)	
대안분석	하	3.60(.69)	1.10	2.52(.70)	3.92*
	중	3.72(.71)		2.89(.75)	
	상	3.82(.86)		2.98(.86)	
선택	하	3.20(.75)	1.03	2.36(.73)	2.31
	중	3.43(.81)		2.66(.80)	
	상	3.45(.90)		2.74(.89)	

<표 9> 전문가로 불린 경험별 의사결정 과정의 참여도 차이

의사결정 과정	전문가로 불린 경험	환자간호 상황		업무환경 상황	
		Mean(SD)	F값	Mean(SD)	F값
문제확인	없다	4.28(.79)	3.12*	3.20(.83)	.11
	가끔 있다	4.03(.74)		3.14(.72)	
	종종 있다	4.04(.76)		3.15(.68)	
	자주 있다	4.32(.81)		3.19(.82)	
대안분석	없다	3.77(.74)	2.11	2.92(.83)	.17
	가끔 있다	3.66(.70)		2.869.77)	
	종종 있다	3.70(.76)		2.93(.73)	
	자주 있다	3.95(.88)		2.87(.85)	
선택	없다	3.42(.78)	.50	2.63(.80)	2.31
	가끔 있다	3.38(.79)		2.66(.81)	
	종종 있다	3.40(.91)		2.68(.86)	
	자주 있다	3.53(.87)		2.64(.89)	

<표 10> 의사결정 선택 과정까지의 참여에 장애로 지각되는 요인의 우선 순위

순위	구분	빈도(%)
1순위	공식적 권한의 부족	213(62.3)
2순위	전문적 지식의 결여	49(14.3)
3순위	업무의 긴급성	31(9.1)
4순위	선택결과에 대한 책임의 두려움	27(7.9)
5순위	업무의 복잡성	22(6.4)

6. 의사결정 선택 과정까지의 참여에 장애로 지각되는 요인의 우선 순위

병원 조직에서 간호사들이 실질적인 의사결정의 선택 단계까지 참여하는데 가장 큰 장애요인으로서 첫 번째는 공식적 권한의 부족 62.3%이었고 그 다음으로 전문적 지식의 결여라고 14.3%가 응답하였다.

본 결과를 토대로 임상에서 간호사들의 공식적 권한과 책임의 한계를 우선 명확히 하고 또 실제적으로 위임 가능한 업무들이 있는지의 여부와 때로는 비공식적 조직 분위기에 의해 의사결정을 하는 경우도 명확하게 관련요인들을 파악하여 공식적으로 위임이 가능한지 등이 계속 연구되어야 할 것이다. 두 번째로 우선 순위가 높은 장애요인은 전문적 지식의 결여라고 하였을 때 그러한 장애를 극복하기 위한 간호사 스스로의 노력과 간호부서 측면에서의 계속 교육의 기회, 업무 계획과 과정의 명확화, 단위 특성별 요구되는 교육 프로그램 등이 제공되어야 할 것이다(표 10).

IV. 결론 및 제언

본 연구는 병원 간호조직에서 개인적 의사결정 과정에 영향을 주는 관련 변인 중, 전문적 특성과 의사결정과의 관계를 파악하고자 구조화된 자가 보고식 질문지를 이용한 횡단적 조사연구이다.

대전광역시에 소재하고 있는 500침상 이상의 종합병원 4개와 충북의 1개 의과대학 부속병원을 선정하여 본 연구의 질문지 내용에 적절한 성인 내과, 외과, 중환자실의 일반간호사 중, 342명을 대상으로 하였다. 자료수집 기간은 1999년 4월 26일부터 5월 26일까지로 총 354부를 배부하였으며 응답이 불완전한 질문지는 분석에서 제외하여 342부(회수율 96.6%)만을 자료분석에 이용하였다.

연구도구는 의사결정 상황 시나리오에 대한 참여 정도를 측정하기 위한 것으로 Anthony(1995)의 연구를 토대로 환자간호에 대한 상황 시나리오 11개, 간호계공사의 업무환경 관련 시나리오 9개로 재구성하여 이용하였고 총 20개의 시나리오 각각에 대하여 대상자들의 의사

결정 과정 3단계(Simon, 1977) 참여 정도를 측정하였다. 전문성은 Van de Ven과 Ferry(1980), Anthony (1995)의 전문성 관련 문항들을 이용하였다.

수집된 자료는 SPSS PC를 이용하여 통계처리 하였고 본 연구의 결과는 다음과 같다.

1) 의사결정 상황 시나리오에 따른 의사결정 과정의 참여도.

환자간호와 업무환경 관련 의사결정 상황 전체 20문항 모두 의사결정 3단계 과정 즉, 문제확인, 대안분석, 선택 과정(p<.001)의 참여에 유의한 차이를 나타내었다.

2) 환자간호와 업무환경 관련 의사결정 상황의 참여도.

의사결정 3단계 과정별 직접 환자간호와 업무환경 관련 의사결정 상황간 의사결정의 참여는 유의한 차이를 나타내었다. 업무환경과 관련된 의사결정의 상황보다는 직접 환자간호시의 의사결정 상황에 더 많이 참여하는 것으로 나타났다.

3) 전문적 특성에 따른 의사결정 과정의 참여도 차이

(1) 환자간호 관련 상황에 대하여 학력은 문제확인, 대안분석, 선택의 과정(p<.05)에, 전문가로 불린 경험은 문제확인 과정(p<.05)에만 유의한 차이가 있었다.

(2) 업무환경 관련 상황에 대하여 병원경력은 문제확인(p<.01), 대안분석과 선택의 과정(p<.05)에 유의한 차이를 나타내었고, 전공관련 소비시간별로는 문제확인 과정(p<.05)에, 전문성 자가평가별로는 문제확인과 대안분석 과정(p<.05)에 유의한 차이를 나타내었다.

4) 의사결정 선택 과정까지의 참여에 장애로 지각되는 요인의 우선 순위

공식적 권한의 부족(62.3%), 전문적 지식의 결여(14.3%), 업무의 긴급성(9.1%), 선택결과에 대한 책임의 두려움(7.9%), 업무의 복잡성(6.4)의 순서로 나타났다.

종합하면, 간호사의 전문성은 실질적인 의사결정의 참여에 매우 필수적인 변인으로 지적되어 왔다. 본 연구를 통하여 볼 때, 일반간호사들의 의사결정 3단계 과정 즉, 문제확인, 대안분석, 선택의 참여 정도는 매우 유의한 차이를 나타내었다. 실질적인, 진정한 의사결정에서의 참여는

최종적인 선택 과정까지의 참여를 의미하므로 간호사들로 하여금 선택 과정까지의 참여를 유도할 수 있는 병원과 간호부서의 노력이 요구되고, 의사결정 과정, 중요성, 의의, 장점 등에 대한 체계적인 계속 교육과 프로그램이 요구된다고 생각한다.

또한 본 연구에서 전문성의 지표로 설정하였던 각 요인들은 병원경력과 학력만이 의사결정의 각 과정에 많은 영향력을 미치는 것으로 나타났고 전공관련 소비시간, 전문성 자가평가, 전문가로 불린 경험 등은 그렇지 않은 것으로 나타났다. 후속 연구에서는 이들 전문성 지표들이 적절한지 반복연구가 요구되고 그 외 여러 가지 전문성을 대표할 수 있는 관련 요인들에 대한 탐색연구가 요구된다.

참 고 문 헌

김세중, 최승욱, 권오탁, 정혜선 공저 (1999). 경영학원론. 서울: 무역경영사.

김준석 (1996). 정보시스템 -경영 관리적 관점에서-. 서울: 법문사.

김태숙, 조미경, 이명훈 (1997). 임상간호사의 분권화, 전문성 및 의사결정의 관계. 충남의대잡지, 24(2), 89-100.

박연호 (1977). 인간관계론. 서울: 박영사.

변영순 (1984). 보건소 가족계획실 조직의 효과성에 관한 연구 -이원적 목표설정근거를 중심으로-. 연세대학교 보건대학원 박사학위논문.

조미경, 정현숙, 김태숙 (1999). 보건소 간호사의 분권화, 의사결정 참여 및 조직몰입의 관계. 대한간호학회 간호행정학회, 5(1), 99-111.

지성애, 한성숙, 문희자, 전춘영, 윤은자 (1998). 간호관리학II. 서울: 수문사.

최희정 (1997). 환자간호에 대한 간호사의 의사결정과정 및 관련요인에 관한 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문.

Anthony, M. K. (1995). The Relationship between Decentralization and Expertise to Participation in Decision making: Among Staff Nurses Working in Acute Care Hospitals. Doctoral Dissertation, Case Western Reserve University.

Benner, P. (1984). From Novice to Expert.

- Addison-Wesley, in Field, P. A. (1987). The Impact of Nursing Theory on the Clinical Decision-making Process. Journal of Nursing Administration, 12(5), 563-571.
- Boshuizen, H. P. A., & Schmidt, H. G. (1992). On the Role of Biomedical Knowledge in Clinical Reasoning by Experts, Intermediates and Novices. Cognitive Science, 16, 153-184.
- Burch, J. G., & Strater, F. R. (1974). Information Systems: Theory and Practices. John Wiley & Sons.
- Burris, B. H. (1989). Technocracy and the Transformation of Organizational Control. The Social Science Journal, 26(3), 313-333.
- Davis, B. G. (1974). Effects of Levels of Nursing Education on Patient care: A Replication. Nursing Research, 35, 107-112.
- del Bueno, D. J. (1990). Experience, Education and Nurses' Ability to make Clinical Judgements. Nursing & Health Care, 11, 290-294.
- Devine, D. J., & Kozlowski, S. W. J. (1995). Domain-Specific Knowledge and Task Characteristics in Decision-making. Organizational Behavior & Human Decision-making Processes, 64, 294-306.
- Elstein, A. S., Schulman, L., & Sprafka, S. A. (1990). Medical Problem Solving. Evaluation & The Health Professions, 13, 5-36.
- Etzioni, A. (1959). Authority Structure and Organizational Effectiveness. Administrative Science Quarterly, 4, 43-69.
- Field, P. A. (1987). The Impact of Nursing Theory on the Clinical Decision-making Process. Journal of Nursing Administration, 12(5), 563-571.
- Hage, J., & Aiken, M. (1967). Relationship of Centralization to Other Structural Properties. Administrative Science Quarterly, 12(1), 72-91.
- Hamm, R. M. (1988). Clinical Intuition and Clinical Analysis: Expertise and the Cognitive Continuum. in Lauri, S., & Salantera, S. (1998). Decision-making Models in Different Fields of Nursing. Research in Nursing & Health, 21, 443-452.
- Holzemer, W. L., Schleutermann, J. A. Farrand, L. L., & Miller, A. G. (1981). A Validation Study : Simulations as a Measure of Nurse Practitioners' Problem-solving Skills. Nursing Research, 30, 139-144.
- Kreitzer, M. J. (1990). Impact of Staff Nurse Participation in Decision Making on Job Satisfaction and Organizational Commitment. University of Minnesota, PHD.
- Lauri, S., & Salantera, S. (1998). Decision-making Models in Different Fields of Nursing. Research in Nursing & Health, 21, 443-452.
- Luthans, F. (1998). Organizational Behavior. McGraw-Hill.
- MacCrimmon, K. R., & Taylor, R. N. (1976). Decision Making and Problem Solving. Dunnette, M. D. ed., Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Rand McNally College Publishing Co.
- Marriner-Tomey, A. (1996). Guide to Nursing Management and Leadership. 5th. ed., St. Louis: C. V. Mosby.
- Mitchell, A. H., Armstrong, S., Simpson, T. F., & Lentz, M. (1989). American Association of Critical-Care Nurses Demonstration Project: Profile of Excellence in Critical Care Nursing. Heart & Lung, 18(3), 219-237.
- Prescott, P. A., Dennis, K. E., & Jacox, A. K. (1987). Clinical Decision Making of Staff Nurses. Image : Journal of Nursing Scholarship, 19(2), 56-62.
- Shanteau, J. (1988). Psychological Characteristics and Strategies of Expert Decision-makers. Acta. Psychologica, 68, 203-213.
- Simon, H. A. (1977). The New Science of Management Decision. Englewood Cliff, New

Jersey : Prentice-Hall.

- Tanner, C. A. (1989). Use of Research in Clinical Judgement. in Lauri, S., & Salanter, S. (1998). Decision-making Models in Different Fields of Nursing. Research in Nursing & Health, 21, 443-452.
- Tanner, C. A., Putzier, D. J., Westfall, U. E., & Padrick, K. P. (1987). Diagnostic Reasoning Strategies of Nurses and Nursing Students. Nursing and Health Care, 10, 427-430.
- Van de Ven, A. H., & Ferry, D. L. (1980). Measuring and Assessing Organizations. New York: John Wiley and Sons.

- Abstract -

Key concept : Participation in Decision-making,
Expertise

Participation in Decision-making and Expertise of Staff Nurses

*Cho, Mee Kyung · Jeong, Hyun Sook**

The purpose of this study was to analyze the relationship of the participation in decision-making and expertise of staff nurses. The population for this study was the registered nurses(N=342) working in Chungnam and Chungbuk. The data were collected from April 26 to May 26, 1999.

The survey instrument was Participation in Decision Activities Questionnaire and Expertise scale developed by Anthony(1995), and Job Expertise scale of Van de Ven and Ferry.

The results were as follows :

- 1) There was a significant difference for identification and design, and selection among the process of participation in decision making.
- 2) There was a significant difference between the participation in caregiving decisions and condition of work decisions.
- 3) (1) There was a significant difference among caregiving decisions between the expertise indicators and the variables such as education level, and the experience to told who is an expert.
(2) There was a significant difference among condition of work decisions between the expertise indicators and the variables such as career, the spent keeping current per week, and self-rating of expertise.

* Department of Nursing, Taejon Health College