

국내 병원에서 이루어지고 있는 인수인계 현황에 대한 조사연구

김선호¹⁾ · 김은만²⁾ · 최윤경³⁾ · 이향열⁴⁾ · 박미미⁵⁾ · 조의영⁶⁾ · 김을순⁷⁾

¹⁾선문대학교 간호학과 조교수, ²⁾선문대학교 간호학과 부교수, ³⁾한국방송통신대학교 간호학과 조교수, ⁴⁾을지대학교 간호학과 조교수, ⁵⁾아주대학교병원 간호팀장, ⁶⁾인하대학교병원 간호부장, ⁷⁾병원간호사회 사무처장

An Exploration about Current Nursing Handover Practice in Korean Hospitals

Kim, Seonho¹⁾ · Kim, Eun Man²⁾ · Choi, Yun Kyoung³⁾ · Lee, Hyang Yuol⁴⁾ · Park, Mi Mi⁵⁾ · Cho, Eui Young⁶⁾ · Kim, Eul Soon⁷⁾

¹⁾Assistant Professor, Department of Nursing, Sunmoon University

²⁾Associate Professor, Department of Nursing, Sunmoon University

³⁾Assistant Professor, Department of Nursing, Korea National Open University

⁴⁾Assistant Professor, College of Nursing, Eulji University

⁵⁾Manager of Nursing Administration & Education, Ajou University Hospital

⁶⁾Chief Nursing Officer, Inha University Hospital

⁷⁾Executive Director, Korean Hospital Nurses Association

Purpose: Examining current status of nursing intershift handover practice would provide opportunity to identify areas in need of improvement. The aim of this study was to describe nursing intershift handover practice in Korean hospitals. **Methods:** A cross-sectional survey using questionnaire was used to collect data. A total of 788 nurses working in general hospitals had participated. **Results:** More than half of the nurses participated responded that they used kardex for verbal handover (51.8%). The average time took for handover was 40.2 minutes (SD=14.7). Only 5.8% of nurses were satisfied with intershift handover practice. 72.9% of respondents did not have manuals for handover and 86% of nurses considered intershift handover manuals were necessary. Most nurses considered intershift handover practice as an important component for patient safety (99.2%). The causes of handover error were interruption during handover, high work load, and stress/fatigue of nurses. **Conclusion:** The findings of this study indicated a need to develop handover practice guidelines which outline pertinent details. Intershift handover practice guidelines could provide consistency and structure to the information that is handed over.

Key words: Nursing handover

I. 서 론

1. 연구의 필요성

임상간호의 특수성으로 인해 간호사는 3교대 근무를 하게 되며 매 근무조별로 복잡한 내용의 간호업무 인수인계

시간을 갖고 있다. 인수인계는 환자에 대한 간호정보를 교환하는 것으로 문서와 구두로 이루어진다. 이러한 인수인계는 간호사가 근무시간 동안 이루어질 간호의 초점과 가이드를 제공하며, 간호의 지속성을 유지하는데 도움이 된다(Fenton, 2006).

최근 WHO 환자 안전프로그램을 통해 인수인계가 환자

주요어: 인수인계

Corresponding author: Kim, Eun Man

Department of Nursing, Sunmoon University, 100 Kalsanri, Tangjeongmyeon, Asan-si, Chungnam 336-708, Korea
Tel: 82-41-530-2756, Fax: 82-41-530-2725, E-mail: kem7355@hanmail.net

* 본 연구는 2012년 병원간호사회에서 연구비를 지원받아 진행한 '효율적인 인수인계방법 개발을 위한 조사연구' 연구 중 일부임.
투고일: 2013년 6월 3일 / 심사위원회일: 2013년 6월 5일 / 게재확정일: 2013년 6월 24일

안전의 중요한 요소로 관심의 초점이 되고 있다(Johnson, Jefferies, & Nicholls, 2012; Siemsen et al., 2012). Blouin (2011)은 인수인계의 중요한 목적이 현재 환자의 상태와 간호, 최근 변화 상황에 대한 정확한 정보를 전달하는 것인데, 안타깝게도 인수인계가 임상에서 과실의 기회를 제공하고 있다고 하였다. 또한 1995년에서 2006년 사이 Joint Commission에 보고된 위해사건의 중요한 원인으로 인수인계가 꼽히고 있다(Joint Commission Center for Transforming Healthcare, 2007).

현재 병원에서 이루어지는 인수인계는 매 근무교대 시에 각 근무조별로 근무시간 전·후 약 30분에서 1시간의 시간이 소요되고 있는 것이 현실이다. 또한 인수인계를 위한 서류업무를 수행하기 위해 근무시간 중 직접 간호업무 외에 간접간호업무 수행에 많은 시간을 소모하게 된다(Hwang et al., 2001). 인수인계시 비효율적 인계로 인한 근무시간의 지연, 직접 간호활동 감소, 위기상황 발견 지연, 고객응대 지연, 인계시 반복적인 언어선택, 인계 미숙으로 인한 장기환자 상태 파악의 어려움 등의 문제가 발생할 수 있다고 하였다(Welsh, Flanagan, & Ebright, 2010). 인수인계 업무는 간호사의 근무만족에도 관계되는데, 인수인계에 소요되는 시간이 많으면 시간외 근무가 많아지고, 특히 초번 근무시 인수인계 시간이 길어지면 늦은 시간에 퇴근해야 하는 부담감으로 이직을 생각하게 되는 경우도 있다(Jung, 1998).

인수인계는 간호사의 업무효율성에도 중요한 요소이지만, 또한 환자간호에 중요한 영향을 미치는데, 이는 곧 환자안전의 중요한 요인이 될 수 있다. 최근 간호현장은 간호사의 이직률은 높고 입원병상의 회전율이 높아지면서 인수인계의 정확성이 더욱더 중요시 되고 있다(Currie, 2002; Welsh et al., 2010). 이러한 인수인계의 중요성에 대한 인식이 높아지면서 미국의 의료기관인증기관인 Joint Commission Center for Transforming Healthcare (2007)에서는 인수인계를 2006년 국가환자안전목표(National Patient Safety Goal [NPSG])에 포함시켰으며, 호주의 Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2005)에서는 인수인계에서 필수적인 내용과 인수인계 방법에 대한 근거기반의 지침 개발을 권고하고 있다.

인수인계에 대한 국외의 연구에는 인수인계 내용에 관한 분석과 인수인계 현황에 대한 연구(Benson, Rippin-Sisler, Jabusch, & Keast, 2007; Currie, 2002; Kihlgren, Lindsten, Norberg & Karlsson, 1992; Lamond, 2000; Sexton et al.,

2004; Welsh et al., 2010), 인수인계 방법의 문제점과 인수인계 원칙에 관한 연구(Benson et al., 2007)와 인수인계 표준지침 개발에 관한 연구(Benson et al., 2007; Fenton, 2006), 침상옆 인수인계 방법에 관한 연구(Baker, 2010) 등이 있다. 하지만 인수인계에 대한 국내의 연구는 주로 인수인계 방법개선과 이로 인한 간호근무시간의 단축에 대한 연구가 대부분이다(Jung, 1998; Hwang et al., 2001).

Joint Commission Center for Transforming Healthcare (2007)에서는 병원에서 인수인계하는 간호사들끼리 질문과 응답을 할 수 있는 표준화된 상호적 인수인계 시스템의 수행을 권고하고 이러한 부분을 기준으로 제시하고 있다. 국내 의료기관인증평가에서도 인수인계 항목이 있어서 환자안전과 간호의 질 향상에 기여하는지를 평가하고 있으나 전체적 기준과 세부 구체적인 내용을 담고 있지는 못한 실정이다. 또한 국내 의료기관에서는 인수인계에 대한 표준화된 방법과 지침이 부족하여 병원별로 자체적으로 개발하여 사용하고 있는 실정이며 방법 및 지침에 대한 신뢰도와 타당도에 대한 연구도 부족한 실정이다.

이에 본 연구에서는 국내 병원에서 이루어지고 있는 인수인계 내용과 과정, 방법에 대해 조사하고자 한다. 이는 근거에 기반을 둔 표준화된 인수인계 표준안을 개발하기 위한 기초자료로 제공될 것이며, 이를 통해 국내 간호의 질 향상에 기여하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 인수인계 방법 및 실태에 대한 현황과 인수인계 내용을 파악하고자 한다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 인수인계 방법 및 실태를 파악한다.
- 2) 간호사의 인수인계 오류 경험 및 원인을 파악한다.
- 3) 간호사가 인지하는 인수인계 항목의 실시율 및 중요도를 파악한다.

3. 용어정의

1) 인수인계

인수인계는 간호사가 교대근무가 시작되는 시점에서 전근무자가 다음 근무자에게 근무조별로 직접 간호업무와 간접간호업무에 대한 정보를 주는 간호업무 활동으로(Hwang et al., 2001) 환자간호의 질과 안전성, 연속

성을 유지하고, 보장해주는 중요한 정보교환과정이다 (Benson et al., 2007).

II. 문헌고찰

1. 인수인계의 내용 및 과정

인수인계는 병원환경 속에서 근무교대시 간호사에서 다음 간호사로 환자의 정보를 교환하는 것으로 오래 전부터 시행되어오던 간호업무 중의 하나이다. 인수인계 과정은 간호의 연속성을 유지하는데 필수적인 정보를 제공하는데, 이 과정에서 전달되는 정보의 정확성과 적절성은 매우 중요하다(Lee & Paik, 2001).

간호사 인수인계 내용 분석에 관한 연구는 보통 인수인계 내용을 녹음하여 전사, 분석한 후 간호와 관련된 정보단위로 범주를 구분하였다. 인수인계 내용분석에 사용된 범주가 다양하고, 연구에서 범주에 대한 정의가 명확하지 않아서 연구간 비교가 어려운 편이다(Lamond, 2000). 인수인계 내용에 있어서 의사소통, 이동, 배설, 투약과 의학적 치료가 초점이 되어 많이 전달되는데, 환자의 심리적 상태와 사회적 상황은 많지 않은 것으로 보고되고 있다(Kihlgren et al., 1992).

인수인계 내용과 함께 구조화된 인수인계 과정 또한 중요하다. 하지만 환자 간호에 있어서 인수인계 과정이 중요함에도 불구하고 간호사들이 인수인계에 대한 지식이 부족하고, 간결하고 조직화된 보고에 대한 가이드라인이 부족한 실정이다. 많은 연구결과 간호사들의 인수인계 과정에서 형식적 구조와 가이드라인이 부족한데, 이러한 구조화된 가이드라인의 부족은 관련이 없거나 애매한 인수인계 내용, 반복적인 인수인계 시간을 야기할 수 있다고 하였다(Benson et al., 2007; Sexton et al., 2004). 특히 환자의 중증도와 간호사의 이직률이 높을 때 정확하고 효율적인 인수인계는 환자간호에 있어서 필수적인 요소라고 하는데, 연구에 따르면 정확하고 포괄적이며 표준화된 인수인계과정은 간호사로 하여금 효율적인 환자간호를 계획할 수 있게 하며(Kerr, 2002), 성공적인 인수인계는 경험의 부족으로 인수인계 과정에서 적절한 정보를 얻기 어려운 신규간호사에게 특히 중요하다고 보고되었다(Raines & Mull, 2007).

이렇듯 효율적인 인수인계는 환자간호와 환자안전에 있어 중요한 요소이다. 하지만 국내에는 인수인계에 대한 연구가 거의 이루어지지 않아서 현재 이루어지고 있는 인수인계의 현황에 대한 연구가 필요하다고 생각한다.

2. 인수인계 방법

전통적으로 사용되어지고 있는 인수인계 방법에 대한 문제점이 지적되고 있는데, 첫 번째, 교대시간에 모든 간호사가 모여 인수인계를 함으로써 그 시간동안 환자를 간호하는데 지장을 가져오거나 환자에게 발생하는 문제에 대하여 즉각적인 반응을 하고 있지 못하여 환자들에게 불편을 느끼게 하기도 한다. 두 번째, 환자가 많을수록, 병동에 중환자가 많을수록 인수인계 시간은 길어져 환자간호에 지장을 초래한다는 지적도 있다(Hwang et al., 2001) 세 번째로 인수인계 활동은 간호사의 근무만족에도 영향을 미쳐 인수인계에 소요되는 시간이 많으면 시간외 근무가 많아지고 특히 초번 근무시 인수인계 시간이 길어지면 늦은 시간에 퇴근해야 하는 부담감으로 이직을 생각하게 되는 경우도 있다. 마지막으로 인수인계 준비가 체계적이지 못한 경우 집중도가 떨어지고 인계 후에도 환자 상태의 파악이 잘 되지 않고 퇴근 후 확인도 어려운 경우가 있어 자칫 의료사고의 위험도 생길 수 있다(Jung, 1998; Streitenberger, Breen-Reid, & Harris, 2006).

이러한 점 때문에 현재 많은 병원에서 전통적인 방법에서 변형을 추구하고 있다. 인수인계 방법에는 구두인계, 녹음인계, 서면인수인계, EMR을 이용한 인수인계 방법이 있다. 구두인계는 인계하는 사람과 다음 근무자 1인 혹은 전체가 참여하는 방법으로 일대일 또는 일대 다수가 모여서 하게 된다. 이 방법은 인계하는 사람과 인계받는 사람간의 의사소통을 분명히 할 수 있다는 장점이 있지만, 시간이 많이 소요되며 이 시간 동안 환자간호의 공백이 야기될 수 있다. 녹음인계는 인계자가 근무 중 편리한 시간에 소형 녹음기를 가지고 다니며 환자 관련한 내용을 녹음하게 되어 인계시 소요되는 시간을 줄일 수 있으며, 환자 간호의 공백을 줄일 수 있다. 그러나 신규간호사가 있거나 응급상황의 경우 정확하게 내용을 전달하는데 어려움이 있다. 서면인계는 인계자가 적당한 시간에 정해진 기록용지에 인계할 환자 관련 내용을 기재하면 인수자가 근무 시작 전에 이를 읽고 궁금한 사항은 인수자에게 확인하게 된다. 이 방법도 인수인계 소요시간을 줄이고 환자간호의 공백을 줄일 수 있으나 기록하는 업무가 늘고 신규간호사가 있거나 응급 상황에서는 적용이 어렵다(Jung, 1998; Fenton, 2006). EMR을 이용한 인수인계 방법은 인수인계 전산시스템을 활용하여 인계하는 방법으로 인수인계 내용이 자동적으로 인계 화면으로 가서 인수자는 근무 시작 전에 이를

파악하고 궁금한 사항은 인계자에게 확인하게 된다. 이 방법은 인계를 위한 기록시간이 따로 요구되지 않으나 EMR이나 인수인계 화면 개발을 위한 비용과 노력 그리고 초기 단계이므로 체계적인 평가가 필요하다(Matic, Davidson, & Salamonson, 2010).

최근 환자 안전과 간호사들 간의 팀워크, 책임감에 효과적인 침상옆 인수인계방법에 대한 연구가 이루어지고 있는데, 침상옆 인수인계 방법은 Joint Commission의 환자 안전 목표에서 간호사 간 의사소통의 효율성을 증진하고, 환자 간호에 있어서 특별히 관심을 두어야 하는 부분은 직접적으로 질문을 할 수 있는 기회를 주었는가에 대한 항목을 충족시켜줄 수 있는 방법으로 최근 들어 관심의 초점이 되고 있다(Baker, 2010; Fenton, 2006).

국내의 경우에는 주로 전통적인 인수인계 방법의 개선을 위하여 녹음인계를 적용하고, 간호사 근무의 효율성을 측정하는 연구가 많이 이루어졌지만(Jung, 1998; Hwang et al., 2001), 환자 안전측면에서 모형을 기반으로 체계적으로 인수인계 방법을 조사한 연구가 거의 없는 실정이다. 따라서 국내 병원의 인수인계 방법의 조사와 인수인계 방법에 대한 근거를 마련하는 것이 필요하다고 생각한다.

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 국내 병원에서 이루어지고 있는 인수인계 현황을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

모집 인원은 연구결과의 대표성을 고려하여 국내에 있는 300명 이상의 병원 중 요양병원, 정신병원, 국군병원을 제외한 병원에 근무하고 있는 내·외과 병동 간호사를 대상으로 자료를 수집하였다. 연구대상 선정기준은 ① 300명 이상 병원에 근무하는 간호사, ② 6개월 이상 근무한 간호사, ③ 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 서면 동의하는 대상자들만을 연구에 포함하였다. 2012년 전체 201병원 중 146병원에서 응답을 하여 병원 회수율이 72.6%이었고, 간호사 대상설문지 1,206부 중 788부가 회수되어 회수율이 65.3%이었다.

3. 연구도구

연구도구는 인수인계 관련 특성, 인수인계 오류경험 정도, 인수인계시 오류원인, 간호사 인수인계에 관한 인식과 인수인계 항목으로 구성되었다.

1) 인수인계 관련특성

Han (2010)의 연구와 문헌을 바탕으로 임상경력 5년 이상을 가진 대학교수 3인이 문항을 개발하였고, 종합병원 간호과장 이상의 관리자 5명을 전문가 집단으로 구성하여 문항의 적절성을 조사하였다. 본 도구는 총 20문항으로 구성되었다.

2) 인수인계 오류경험 정도

Han (2010)의 연구와 문헌을 바탕으로 임상경력 5년 이상을 가진 대학교수 3인이 문항을 개발하였고, 종합병원 간호과장 이상의 관리자 5명을 전문가 집단으로 구성하여 문항의 적절성을 조사하였다. 본 도구는 총 16개 문항, 4점 척도로 점수가 높을수록 오류경험이 많은 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .846$ 이었다.

3) 인수인계시 오류원인

Han (2010)의 연구와 문헌을 바탕으로 임상경력 5년 이상을 가진 대학교수 3인이 문항을 개발하였고, 종합병원 간호과장 이상의 관리자 5명을 전문가 집단으로 구성하여 문항의 적절성을 조사하였다. 본 도구는 10개 문항으로 구성되었다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .858$ 이었다.

4) 인수인계에 대한 항목

문헌을 바탕으로 임상경력 5년 이상을 가진 대학교수 3인이 문항을 개발하였고, 종합병원 간호과장 이상의 관리자 5명을 전문가 집단으로 구성하여 문항의 적절성을 조사하였다. 총 64개의 인수인계 항목을 Park 등(2006)이 분류한 기준간호행위군을 중심으로 분류하였다. 대상자에게 인수인계 항목의 실시유무와 대상자가 생각하는 중요도 정도를 체크하게 하였다. 인수인계 항목에 대한 중요도는 5점 척도로 점수가 높을수록 중요하다고 생각하는 것을 의미한다.

4. 자료수집방법

본 연구는 연구대상자의 윤리적 보호를 위해 S대학교

간호대학의 연구윤리위원회(IRB)의 심의를 받았다(승인 번호 2012-36). 설문조사 및 현장조사를 하기 전 먼저 연구 대상자들이 소속된 의료기관의 간호부서장에게 허락을 받고 윤리적 측면을 고려하여 연구대상자들에게 연구의 목적과 방법을 설명한 후 응답을 원하지 않는 경우에는 언제라도 철회할 수 있고 회수된 자료는 익명으로 처리됨을 알려주며 서면동의를 구한 후 설문조사를 실시하였다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 연구목적에 따라 SPSSWIN version 19.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

1) 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준

편차를 이용하였다.

2) 인수인계 방법 및 현황과 인수인계 시간은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 이용하였다.

3) 인수인계 항목의 실시율 및 중요도는 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 이용하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

설문에 응답한 간호사의 일반적 특성과 근무병동 특성은 표 1과 같다. 여성이 765명으로 전체 응답자의 97.7%를 차지하였고, 남성은 18명(2.3%)이었다. 대상자의 평균 연

표 1. 대상자의 일반적 특성

(N=788)

| 특 성 | 구 분 | n (%) | Mean±SD |
|-----------|------------------------|------------|-------------------|
| 성별 | 여자 | 765 (97.7) | |
| | 남자 | 18 (2.3) | |
| 연령 (세) | 30세 미만 | 558 (71.4) | 28.1±6.2 |
| | 30~39세 | 166 (21.3) | |
| | 40~49세 | 48 (6.1) | |
| | 50세 이상 | 9 (1.2) | |
| 결혼여부 | 기혼 | 198 (25.3) | |
| | 미혼 | 585 (74.7) | |
| 학력 | 3년제 | 421 (53.8) | |
| | RN-BSN / 방통대 / 학점은행 학사 | 145 (18.6) | |
| | 4년제 학사 | 183 (23.4) | |
| | 석사 이상 | 33 (4.2) | |
| 근무부서 | 내과계 | 371 (47.9) | |
| | 외과계 | 337 (43.4) | |
| | 내외과계 (내과계+외과계) | 64 (8.2) | |
| | 기타 | 4 (0.5) | |
| 병원구분 | 상급종합병원 | 236 (30.3) | |
| | 종합병원 | 490 (63.0) | |
| | 병원 | 52 (6.7) | |
| 직급 | 일반간호사 | 687 (88.9) | |
| | 책임간호사 및 유사직급 | 74 (9.6) | |
| | 기타 | 12 (1.5) | |
| 현 병원 근무기간 | 3년 미만 | 381 (48.9) | 56.5±61.3 (개월) |
| | 3년 이상~10년 미만 | 297 (38.1) | |
| | 10년 이상 | 101 (13.0) | |
| 임상 근무경력 | 3년 미만 | 321 (41.7) | 68.1±68.9 (개월) |
| | 3년 이상~10년 미만 | 305 (39.6) | |
| | 10년 이상 | 144 (18.7) | |

무응답 제외

령은 28.1±6.2세이었고, 연령대별로는 30세 미만이 558명(71.4%)으로 가장 많았고, 30~39세 166명(21.3%), 40~49세 48명(6.1%), 50세 이상 9명(1.2%) 순이었다. 결혼여부는 미혼이 585명(74.7%)이었다. 학력은 3년제 간호학과 출신이 421명(53.8%)으로 가장 많았고, 4년제 간호대학 183명(23.4%), RN-BSN / 방통대 / 학점은행 학사 145명(18.6%), 석사 이상 33명(4.2%) 순이었다. 대상자의 371명(47.9%)이 내과계에서 근무하였고, 337명(43.4%)은 외과계에서 근무한다고 응답하였다. 대상자의 63.0%인 490명이 종합병원에 근무하고 있다고 응답하였다. 대상자의 직급은 일반간호사가 687명(88.9%)로 가장 많았으며, 책임간호사 74명(9.6%)이었다. 현 병원근무 기간의 평균은 56.5±61.3개월(4.7년)이었고, 3년 미만인 대상자는 381명(48.9%)이었으며, 3년 이상 10년 미만인 대상자는 297명(38.1%), 10년 이상은 101명(13.0%)이었다. 평균 임상근무경력

은 68.1±68.9개월(5.7년)이었고, 임상근무 연수별로는 3년 미만이 321명(41.7%)으로 가장 많았으며, 3년 이상 10년 미만 305명(39.6%), 10년 이상 144명(18.7%) 순이었다.

2. 병동 인수인계 관련 특성

대상자가 소속된 병동의 인수인계 관련 특성을 분석한 결과는 표 2와 같다. 대상자가 담당하는 평균 환자 수는 낮번 24.7±14.8명, 초번 24.8±14.7명, 밤번 25.4±14.5명으로 나타났다. 인수인계 준비시간은 평균 39.6±35.6분이었으며, 인수인계 소요시간은 평균 40.2±14.7분이었었다. 낮번이 초번에게 인수인계를 하는 데 걸리는 시간은 평균 40.7±14.9분으로 가장 길었고, 밤번이 낮번에게 인수인계를 하는데 걸리는 시간은 평균 40.1±14.5분이었으며, 초번이 밤번에게 인수인계를 하는데 걸리는 시간은 평균

표 2. 대상자 병동 인수인계 관련 특성

(N=788)

| 특 성 | 구 분 | n (%) |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------|
| 인수인계 방법* | 녹음해서 인수인계하는 방식 | 6 (0.7) |
| | 문서화된 checklist를 활용하는 방식 | 20 (2.4) |
| | 카텍스를 이용한 구두 인수인계 방식 | 425 (51.8) |
| | EMR을 보고 인수인계하는 방식 | 316 (38.5) |
| | EMR을 보고 후번 간호사가 파악하는 방식 | 21 (2.6) |
| | 인수인계 서식과 같은 문서로만 인수인계하는 방식 기타 | 14 (1.7) 19 (2.3) |
| 평균 담당 환자수(명) | 낮번 | 24.7±14.8 |
| | 초번 | 24.8±14.7 |
| | 밤번 | 25.4±14.5 |
| 기록 및 인수인계 준비시간(분) | 간호기록 시간 | 65.8±53.8 |
| | 전산입력 시간 | 55.4±56.1 |
| | 인수인계 준비시간 | 39.6±35.6 |
| 인수인계 소요시간(분) | 밤번 → 낮번 | 40.1±14.5 |
| | 낮번 → 초번 | 40.7±14.9 |
| | 초번 → 밤번 | 39.9±14.7 |
| | 전체 평균 | 40.2±14.7 |
| 현재 행하는 인수인계방법에 대한 정확도 | 매우 적당하다 | 70 (8.9) |
| | 대체로 적당하다 | 558 (71.4) |
| | 그저 그렇다 | 132 (16.9) |
| | 대체로 적당하지 않다 | 22 (2.8) |
| | 전혀 적당하지 않다 | 0 (0.0) |
| 인수할 때 내용에 대한 확신 정도 | 항상 정확하게 인수했다는 확신이 든다. | 45 (5.8) |
| | 가끔 인수 내용을 빠뜨렸을지도 모른다는 생각이 든다. | 615 (79.1) |
| | 자주 인수 내용을 빠뜨렸을지도 모른다는 생각이 든다. | 107 (13.8) |
| | 거의 항상 인수 내용을 빠뜨렸을지도 모른다는 생각이 든다. | 10 (1.3) |

무응답 제외, *복수 응답

표 2. 대상자 병동 인수인계 관련 특성 (계속)

(N=788)

| 특 성 | 구 분 | n (%) |
|-----------------------------|-----------------------------------|------------|
| 인계받을 때 내용에 대한 확신 정도 | 항상 정확하게 인계받았다는 확신이 든다. | 95 (12.1) |
| | 가끔 인계 내용을 빠뜨렸을지도 모른다는 생각이 든다. | 650 (83.2) |
| | 자주 인계 내용을 빠뜨렸을지도 모른다는 생각이 든다. | 33 (4.2) |
| | 거의 항상 인계 내용을 빠뜨렸을지도 모른다는 생각이 든다. | 4 (0.5) |
| 인수인계 관련 교육을 받은 방식* | 동료 간호사들이 하는 것을 관찰하면서 배웠다. | 445 (43.8) |
| | 오리엔테이션 실습기간에 선배간호사를 통해 배웠다. | 489 (48.2) |
| | 공식적인 교육(대학 교육, 오리엔테이션 중 강의)을 받았다. | 37 (3.6) |
| | 문서화된 표준 지침 및 권장방법을 스스로 읽어 보았다. | 30 (3.0) |
| | 기타 | 14 (1.4) |
| 인수인계 관련 교육에 대한 의견* | 동료 간호사들의 관찰 | 176 (17.9) |
| | 오리엔테이션 실습기간 중 교육 | 357 (36.3) |
| | 공식적인 교육(대학 교육, 오리엔테이션 중 강의) | 189 (19.2) |
| | 문서화된 표준 지침 및 권장방법 | 252 (25.7) |
| | 기타 | 9 (0.9) |
| 근무 병동의 인수인계 관련 지침 유무* | 인수인계에 관한 서면화된 지침이 있다. | 107 (13.7) |
| | 인수인계 항목이 적혀있는 체크리스트가 있다. | 59 (7.5) |
| | 둘 다 있다. | 27 (3.5) |
| | 둘 다 없다. | 571 (72.9) |
| | 기타 | 19 (2.4) |
| 인수인계 관련 지침의 필요성 유무* | 서면화된 지침이 필요하다고 생각 | 232 (28.7) |
| | 인수인계 항목이 적혀있는 체크리스트가 필요하다고 생각 | 209 (25.8) |
| | 둘 다 필요하다고 생각 | 255 (31.5) |
| | 둘 다 필요 없다고 생각 | 105 (13.0) |
| | 기타 | 8 (1.0) |
| 환자 안전을 위한 인수인계의 중요도 | 매우 중요하다. | 689 (87.5) |
| | 대체로 중요하다. | 92 (11.7) |
| | 그저 그렇다. | 5 (0.6) |
| | 대체로 중요하지 않다. | 0 (0.0) |
| | 전혀 중요하지 않다. | 1 (0.1) |
| | 기타 | 1 (0.1) |
| 인수인계 오류가 간호업무에 미치는 영향 정도 | 매우 크다. | 354 (45.0) |
| | 대체로 크다. | 389 (49.5) |
| | 그저 그렇다. | 38 (4.8) |
| | 대체로 그렇지 않다. | 5 (0.6) |
| | 전혀 그렇지 않다. | 1 (0.1) |

무응답 제외, *복수 응답

39.9±14.7분으로 가장 짧았다.

인수인계 방법은 카텍스를 이용한 구두 인수인계 방식이 425명(51.8%)이었으며, EMR을 보고 인수인계하는 방식이 316명(38.5%), EMR을 보고 후번 간호사가 파악하는 방식이 21명(2.6%), 문서화된 checklist를 활용하는 방식이 20명(2.4%), 인수인계 서식과 같은 문서로만 인수인계하는 방식이 14명(1.7%), 녹음해서 인수인계하는 방식이 6명(0.7%)이었다.

현재 수행하고 있는 인수인계 방법에 대한 정확도가 '매

우 적당하다'와 '대체로 적당하다'라고 응답한 경우는 80.3%였고, '대체로 적당하지 않다'라고 응답한 경우는 2.8%였다. 인수인계를 할 때 내용에 대한 확신 정도 중 '항상 정확하게 인수했다는 확신이 든다'라고 응답한 경우는 45명(5.8%)에 불과했으며, '가끔 인수 내용을 빠뜨렸을지도 모른다는 생각이 든다' 615명(79.1%), '자주 인수 내용을 빠뜨렸을지도 모른다는 생각이 든다' 107명(13.8%), '거의 항상 인수 내용을 빠뜨렸을지도 모른다는 생각이 든다' 10명(1.3%)이었다. 인계를 받을 때 내용에 대한 확신

정도는 ‘항상 정확하게 인계받았다는 확신이 든다’라고 응답한 경우는 95명(12.1%)에 불과했으며, ‘가끔 인계 내용을 빠뜨렸을지도 모른다는 생각이 든다’ 650명(83.2%), ‘자주 인계 내용을 빠뜨렸을지도 모른다는 생각이 든다’ 33명(4.2%), ‘거의 항상 인계 내용을 빠뜨렸을지도 모른다는 생각이 든다’ 4명(0.5%)이었다.

인수인계 관련 교육을 받은 방식은 오리엔테이션 실습기간 중 선배간호사를 통해 배운 경우가 489명(48.2%)으로 가장 많았고, ‘동료 간호사들이 하는 것을 관찰하면서 배웠다’가 445명(43.8%), ‘공식적인 교육(대학 교육, 오리엔테이션 중 강의)을 받았다’가 37명(3.6%), ‘문서화된 표준 지침 및 권장방법을 스스로 읽어 보았다’가 30명(3.0%) 순이었다. 인수인계 관련 교육에 대한 의견은 ‘오리엔테이션 실습기간 중 교육’이 36.3%로 가장 많았고, ‘문서화된 표준 지침 및 권장방법(25.7%), ‘대학 교육, 오리엔테이션 중 강의 등의 공식적인 교육(19.2%)’, ‘동료 간호사들의 관찰(17.9%)’ 순이었다.

근무 병동에 인수인계에 관한 서면화된 지침이 있는 경우가 13.7%였고, 인수인계 항목이 적혀있는 체크리스트가 있는 경우는 7.5%였으며, 둘 다를 가지고 있는 경우가 3.5%였다. 근무 병동에 인수인계에 관한 서면화된 지침

및 인수인계 항목이 적혀있는 체크리스트가 없는 경우가 72.9%로 더 많았다. 인수인계 관련 지침의 필요성에 대해 응답자의 28.7%가 인수인계에 관한 서면화된 지침이 필요하다고 응답하였고, 25.8%가 인수인계 항목이 적혀있는 체크리스트가 필요하다고 응답하였고, 둘 다 필요하다고 응답한 간호사는 31.5%였으며, 13.0%가 둘 다 필요없다고 응답하였다.

응답자의 99.2%가 환자 안전을 위해 인수인계가 매우 또는 대체로 중요하다고 응답하였다. 응답자의 94.5%가 인수인계 오류가 간호업무에 매우 또는 대체로 크게 영향을 미친다고 응답하였다.

3. 인수인계 오류경험 및 원인

간호사의 인수인계시 오류경험은 표 3과 같다. 각 질문 항목의 점수는 1~4점 분포를 가지며, 점수가 높을수록 오류경험의 빈도가 많음을 의미한다. ‘인계내용이 너무 많아서 기억나지 않은 적이 있다’ 항목이 1.85±0.58점으로 가장 높은 점수를 보였으며, ‘인계를 누락하여 근무 끝나고 병동으로 연락한 적이 있다’ 항목(1.83±0.48점), ‘업무수

표 3. 대상자의 인수인계 오류경험 정도

| 인수인계 오류경험 | Mean±SD |
|--|-----------|
| 동료 간호사에게 부적절하게 인계를 받은 적이 있다. | 1.80±0.54 |
| 동료 간호사에게 부적절하게 인계를 한 적이 있다. | 1.75±0.59 |
| 인계를 누락하여 근무 끝나고 병동으로 연락한 적이 있다. | 1.83±0.48 |
| 인계내용이 너무 많아서 기억이 나지 않은 적이 있다. | 1.85±0.58 |
| 인계가 너무 복잡하고 어려워서 이해하지 못한 적이 있다. | 1.68±0.61 |
| 인계를 받은 내용에 대하여 잘못 이해한 적이 있다. | 1.76±0.52 |
| 분명히 인계를 주었는데 교대근무자가 인계받지 않았다고 말한 적이 있다. | 1.63±0.53 |
| 업무수행시 인계가 되지 않았거나 불명확하여 퇴근한 전근무자에게 연락하여 확인한 적이 있다. | 1.81±0.48 |
| 인계시 부적절한 의사소통으로 사고 오류가 발생한 적이 있거나 사고 오류가 발생할 뻔한 적이 있다. | 1.45±0.51 |
| 다음 간호사에게 인계 시 이전 간호사에게 인계받지 않은 상황이 발생하여 연락을 취한 적이 있다. | 1.65±0.50 |
| 검체물의 인계를 확실히 하지 않아 분실 또는 혼란을 겪은 적이 있다. | 1.45±0.52 |
| 인계 전에 사용된 의료소모품에 대해 인계되지 않아 처방이 누락되거나 뒤늦게 처방을 낸 적이 있다. | 1.67±0.56 |
| 인계시 투약에 대한 인계가 정확하지 않아서 확인전화를 한 적이 있다. | 1.51±0.51 |
| 잘못된 인계로 내용을 확인하느라 다른 업무가 지연된 적이 있다. | 1.70±0.58 |
| 인계오류로 인하여 의사로부터 비난받거나 불평을 들은 적이 있다. | 1.69±0.54 |
| 인계오류로 인하여 환자나 보호자로부터 비난받거나 불평을 들은 적이 있다. | 1.67±0.55 |

행시 인계가 되지 않았거나 불명확하여 퇴근한 전근무자에게 연락하여 확인한 적이 있다' 항목(1.81±0.48점), '동료 간호사에게 부적절하게 인계를 받은 적이 있다' 항목(1.80±0.54점) 순으로 점수가 높았다.

간호사의 인수인계시 오류원인은 표 4와 같다. 각 질문 항목의 점수는 1~5점 분포를 가지며, 점수가 높을수록 많은 간호사들이 인수인계 오류의 원인이라고 생각하는 것을 의미한다. 간호사들은 '인수인계시 전화나 환자, 보호자의 문의에 의해 인계의 중단이 많다'라는 항목(3.86±0.94점)을 인수인계시 오류원인 중 가장 높은 원인으로 생각하는 것으로 나타났다. 다음으로 '업무량이 과도하다(3.82±0.81점)', '인수인계자의 스트레스나 피로가 심하다(3.61±0.87점)', '인수인계시 개인의 성향이 작용한다(3.31±0.97점)', '표준화된 인수인계 지침(내용, 방법)이 없다(3.16±1.06점)' 순이었다.

4. 인수인계 항목 실시율 및 중요도

인수인계 항목 64개를 일반적 사항, 과거력, 수술 및 시행, 호흡간호, 측정 및 관찰, 활동, 안전/안위, 배설, 투약 및 수혈, 영양, 기타로 구분하여 살펴본 결과는 표 5와 같다.

일반적 사항 9개 항목 중 환자의 이름(99.4%)과 진단명(98.2%)의 인수인계 실시율이 높았다. 환자의 이름(4.65±0.65)과 진단명(4.59±0.64)은 중요한 인수인계 항목이라고 생각하였다. 과거력 2개 항목 중 중요한 병력의 실시율은 97.9%, 중요도 점수는 4.70±0.67점으로 나타났다. 수술 및 시행 12개 항목 중 시술명의 실시율이 98.8%, 수술명, 검사 결과 실시율은 98.7%, 협진의뢰 및 결과의 실시율은 98.3%, 예약검사일자 실시율은 98.0%로 나타났다. 중요도 점수에는 수술명(4.62±0.58), 검사결과(4.61±1.59), 시술명(4.59±0.59)의 점수가 높게 나타났다. 호흡간호 4개 항목 중 산소요법 적용이 97.7%로 가장 높게 나타났다. 호

표 4. 대상자의 인수인계시 오류 원인

| 문항내용 | Mean±SD |
|--|-----------|
| 업무량이 과도하다. | 3.82±0.81 |
| 인수인계자의 스트레스나 피로가 심하다. | 3.61±0.87 |
| 주의력이 부족하다. | 2.64±0.85 |
| 인수인계시 전화나 환자, 보호자의 문의에 의해 인계의 중단이 많다. | 3.86±0.94 |
| 환자 상태가 좋지 않아서 인수인계에 집중하기가 어렵다. | 2.81±0.86 |
| 익숙하지 않은 병명과 용어가 많다. | 2.34±0.79 |
| 중요한 정보에 대한 간호사의 지식이 부족하다. | 2.45±0.78 |
| 인계를 주는 간호사가 환자상태에 대해 명확하게 파악하고 있지 않다. | 2.31±1.33 |
| 인수인계시 개인의 성향이 작용한다. | 3.31±0.97 |
| 인수인계 경험이 부족하다. | 2.68±1.16 |
| 인수인계 내용이 너무 많거나 부족하다. | 2.92±0.89 |
| 인수인계 당시에 상호 간의 질문이나 반복(repeat-back)을 통해 받은 정보에 대한 확인과정을 거치지 않는다. | 2.26±0.89 |
| 선배간호사라 되묻기 어렵다. | 2.52±1.03 |
| 원만한 관계가 아닌 동료간호사와의 인수인계이다. | 2.50±0.94 |
| 인수인계 받은 정보를 확인할 수 있는 기록이 부족하거나 정보에 대한 접근성이 떨어진다. | 2.45±0.83 |
| 인수인계시 기억력에만 의존한다. | 2.07±0.83 |
| 주위의 소음 등으로 인수인계자의 소리가 작게 들린다. | 2.48±0.95 |
| 인수인계 시간이 부족하다. | 2.35±0.89 |
| 표준화된 인수인계 지침(내용, 방법)이 없다. | 3.16±1.06 |

표 5. 인수인계 항목 실시율 및 중요도

(N=788)

| 인수인계 항목 | 실시율 | 중요도 | |
|-------------------------|--|--------------|------------|
| | n (%) | Mean±SD | |
| 일반적사항 | 1. 환자의 이름 | 767 (99.4) | 4.65±0.65 |
| | 2. 환자의 성별, 나이 | 566 (73.7) | 4.01±0.97 |
| | 3. 환자의 병록번호 | 221 (29.0) | 3.43±1.18 |
| | 4. 입원일자 및 입원 후 경과일자 | 491 (64.4) | 3.74±1.48 |
| | 5. 진단명 | 754 (98.2) | 4.59±0.64 |
| | 6. 진료과 | 599 (78.2) | 4.06±0.90 |
| | 7. 주치의 | 437 (57.3) | 3.68±1.05 |
| | 8. 환자 및 가족의 경제적 상황 | 269 (35.9) | 3.23±1.02 |
| | 9. 환자안전을 위한 교육 수행여부 | 510 (67.5) | 3.93±0.94 |
| 과거력 | 10. 알레르기 유무 | 686 (90.1) | 4.49±0.73 |
| | 11. 중요한 병력 | 749 (97.9) | 4.70±0.67 |
| 수술 및 시행 | 12. 수술명 | 753 (98.7) | 4.62±0.58 |
| | 13. 수술 후 경과일자 | 649 (86.1) | 4.35±0.75 |
| | 14. 수술 전·수술 후 처치 | 724 (95.8) | 4.54±0.64 |
| | 15. 시술명 | 748 (98.8) | 4.59±0.59 |
| | 16. 시술 일자 | 714 (94.7) | 4.42±0.75 |
| | 17. 시술 전·시술 후 처치 | 725 (95.6) | 4.52±0.67 |
| | 18. 예약 검사명 | 741 (97.9) | 4.41±0.69 |
| | 19. 예약검사 일자 | 741 (98.0) | 4.40±0.72 |
| | 20. 검사 전·검사 후 처치 | 738 (97.5) | 4.50±0.65 |
| | 21. 검사 접수상황 | 701 (92.7) | 4.30±0.78 |
| | 22. 검사 결과 | 748 (98.7) | 4.61±1.59 |
| | 23. 협진 의뢰 및 결과 | 744 (98.3) | 4.53±0.65 |
| | 호흡간호 | 24. 기관내 삽관여부 | 706 (95.0) |
| 25. 기관절개관 삽입 유무 | | 710 (95.6) | 4.54±0.66 |
| 26. 산소요법 적용 | | 732 (97.7) | 4.56±0.73 |
| 27. 흡인(suction) 횟수 및 양상 | | 689 (91.9) | 4.36±0.74 |
| 측정 및 관찰 | 28. 체중 | 418 (55.4) | 3.78±0.97 |
| | 29. 의식상태 | 736 (97.6) | 4.60±0.59 |
| | 30. 산소포화도 | 713 (94.3) | 4.56±0.62 |
| | 31. 동공반사 유무 | 509 (68.4) | 4.34±0.78 |
| | 32. 통증상태 | 717 (95.1) | 4.44±0.66 |
| | 33. 활력징후 | 706 (93.3) | 4.52±0.67 |
| | 34. 중심정맥압 | 492 (66.8) | 4.23±0.85 |
| | 35. 부정맥 유무 | 596 (80.3) | 4.37±0.77 |
| | 36. SMC (Sensory·Motor·Circulation) 관찰 | 610 (82.1) | 4.37±0.77 |
| | 37. 혈당 | 729 (96.7) | 4.44±0.67 |
| | 38. 섭취배설량 | 725 (96.4) | 4.46±0.66 |
| | 39. 수술 및 시술부위 상처부위(출혈, 혈종 등) 상태 | 741 (98.5) | 4.60±0.58 |
| | 40. 수술 후 수술부위에서의 출혈 여부 및 양 | 748 (98.7) | 4.62±0.56 |
| | 41. 배액관 유무 및 배액물의 양과 특성 | 740 (98.4) | 4.56±0.59 |
| 활동 | 42. 물리치료 변동상황 | 652 (87.2) | 4.08±0.85 |
| | 43. 감각상태(청각, 시각, 언어) 유무 | 672 (89.7) | 4.28±0.77 |
| | 44. 기동상태 | 693 (92.4) | 4.29±0.73 |
| 안전 / 안위 | 45. 억제대 사용유무 | 718 (96.0) | 4.33±0.72 |
| | 46. 욕창상태 | 741 (98.1) | 4.55±0.61 |
| | 47. 감염예방을 위한 격리여부 | 728 (97.5) | 4.55±0.75 |
| | 48. 얼음주머니나 hot pack 유무 | 698 (93.1) | 4.13±0.82 |

표 5. 인수인계 항목 실시율 및 중요도(계속)

(N=788)

| 인수인계 항목 | | 실시율 | 중요도 |
|---------|-----------------------------------|------------|-----------|
| | | n (%) | Mean±SD |
| 배설 | 49. 배변양상과 횃수 | 687 (91.0) | 4.21±0.80 |
| | 50. 장음 여부 | 436 (58.8) | 3.99±0.91 |
| | 51. 인공도뇨 간격, 잔노량 | 675 (90.6) | 4.31±0.76 |
| | 52. 유치도뇨관 유무 및 기능상태 | 718 (95.7) | 4.37±0.70 |
| 투약 및 수혈 | 53. 정맥주사 상태 및 위치 | 590 (78.5) | 4.24±0.85 |
| | 54. 약물주입 속도 및 용량 | 710 (94.3) | 4.52±0.65 |
| | 55. Infusion pump를 이용한 약물의 종류 및 양 | 729 (97.1) | 4.63±0.59 |
| | 56. 투약변화사항(PRN 포함) | 741 (98.0) | 4.50±0.64 |
| | 57. 수혈 여부 및 용량 | 746 (99.1) | 4.64±0.71 |
| 영양 | 58. L-tube 유무 | 729 (97.2) | 4.41±0.72 |
| | 59. 식이상태 및 변화 | 736 (97.6) | 4.37±0.72 |
| 기타 | 60. 특별한 complaint 사항 | 743 (99.3) | 4.49±0.63 |
| | 61. 외출여부 | 727 (97.5) | 4.29±0.75 |
| | 62. 보호자 유무 | 670 (89.9) | 4.17±0.75 |
| | 63. 퇴원예정일 | 691 (92.9) | 4.11±0.77 |
| | 64. 환자 교육진행여부 | 636 (85.9) | 4.16±0.77 |

흡간호 항목에 대한 인수인계의 중요도는 흡인 횃수 및 양상(4.36±0.74)을 제외한 모든 항목에서 4.5점 이상이였다. 측정 및 관찰 14개 항목 중 수술 후 수술부위에서의 출혈 여부 및 양(98.7%), 수술 및 시술부위, 상처부위(출혈, 혈종 등) 상태(98.5%), 배액관 유무 및 배액물의 양과 특성(98.4%) 등의 인수인계 실시율이 높게 나타났다. 간호사들은 수술 후 수술부위에서의 출혈 여부 및 양(4.62±0.56), 의식상태(4.60±0.59), 수술 및 시술부위, 상처부위(출혈, 혈종 등) 상태(4.60±0.58), 산소포화도(4.56±0.62), 배액관 유무 및 배액물의 양과 특성(4.56±0.59)을 중요한 인수인계 항목이라고 생각하였다. 활동 3개 항목 중 기동상태가 92.4%로 가장 높게 나타났고, 활동 인수인계 항목의 중요도 점수는 4.08~4.29점으로 나타났다. 안전과 안위 항목 중 욕창상태(98.1%), 감염예방을 위한 격리여부(97.5%) 등의 실시율이 높았으며, 감염예방을 위한 격리여부(4.55±0.75점), 욕창상태(4.55±0.61), 항목의 중요도 점수가 높았다. 배설 4개 항목 중 유치도뇨관 유무 및 기능상태(95.7%)의 인수인계 실시율과 중요도 점수가 높게 나타났다. 투약 및 수혈 5개 항목 중 수혈여부 및 용량의 실시율이 99.1%, 투약변화사항(PRN 포함)이 98%, Infusion pump를 이용한 약물의 종류 및 양은 97.1%로 나타났으며, 정맥주사 상태 및 위치(4.24±0.85)를 제외한 4개 항목의 중요도 점수는 4.50점 이상이였다. 영양 2개 항목 모두

97.2% 이상의 높은 인수인계 실시율을 보였으며, 중요도 점수는 L-tube 유무 4.41±0.72와 식이상태 및 변화 4.37±0.72점이였다. 기타 5개 항목 중 특별한 complaint 사항(99.3%), 외출여부(97.5%), 퇴원예정일(92.9%)의 인수인계 실시율이 높았으며, 중요도 점수는 4.11~4.49점이였다.

V. 논 의

호주에서는 의사소통 전달의 문제로 발생하는 위해사건(adverse effect)이 거의 50% 정도로, 인수인계가 환자 안전을 위협하는 잠재적 문제로 임상에서의 중요성이 증대되고 있다(Australian Institute of Health and Welfare & Commission for Safety and Quality in Health Care, 2007). 하지만 국내 임상에서의 인수인계 실태 및 현황에 대한 연구가 거의 이루어지지 않은 실정이다. 이에 본 연구는 국내 300병상 이상 병원의 인수인계 현황을 파악하기 위해 시도되였다.

1. 인수인계 관련 특성

본 연구대상자의 인수인계 준비시간은 39.6분으로 나타났고, 인수인계 소요시간은 총 40.2분으로 나타났다. 이는 영국 병원(Lamond, 2000)의 인수인계 시간 34분과 호주

병원(Sexton et al., 2004)의 30분보다는 길지만 인수인계 시간은 담당하는 총 환자수와 환자의 중증도가 영향을 미치기 때문에 국가간 단순 비교보다는 환자당 인수인계 시간의 비교가 더 의미가 있으리라 사료된다. 이에 인수인계 방식에 따른 환자당 인수인계 시간을 조사하는 추후 연구가 필요하다고 생각한다.

본 연구대상자들의 인수인계 방법 중 카텍스를 이용한 구두인수인계 방식이 51.8%, EMR을 보고 인수인계하는 방식이 38.5%로 구두인수인계하는 대상자가 총 90.3%로 가장 많았고, EMR을 보고 후번 간호사가 파악하는 방식이 2.6%, 인수인계 서식과 같은 문서로 인수인계하는 방식이 1.7%로 나타났다.

연구대상 간호사 중 5.8%만이 '항상 정확하게 인수했다는 확신이 든다'라고 응답을 하였고, 인수 내용을 빠뜨렸을지도 모른다는 생각을 하는 경우가 94.2%로 나타났으며, 인계를 받을 때 내용에 대한 확신 정도에서도 '항상 정확하게 인계를 받았다는 확신이 든다'가 12.1%에 불과하며, 인계 내용을 빠뜨렸을지도 모른다고 응답한 경우가 87.9%로 보고되었다. Pothier, Monteiro, Mooktiar, & Shaw (2005)은 구조화된 인계서식을 가지고 인계하는 경우보다 구두인수인계시 인계내용의 누락이 더 나타난다고 보고하였다. Dowding (2001)과 Elm (2004)은 표준화된 인수인계 양식이 있을 때 인계내용이 정리가 되고, 인계시 기억을 증진시키는데 효율적이라고 하였다. 하지만 본 연구대상 간호사들은 인수인계에 관한 서면화된 지침이나 체크리스트가 있다고 응답한 경우가 24.7%로 나타났고, 서면화된 지침이나 체크리스트가 필요하다고 생각하는 간호사가 86%로 나타나 표준화된 인수인계 실무지침 개발의 필요성을 시사하고 있다.

대상자들에게 인수인계 교육에 대한 의견을 물었을 때 오리엔테이션 실습기간 중 선배간호사를 통해 배우거나 동료 간호사들의 관찰을 통해 습득한 간호사가 92.0%였고, 공식적인 교육이나 문서화된 표준지침 및 청강방법을 통해 교육을 받은 대상자는 6.6%로 나타났다. 하지만 간호사들 중 81.2%가 오리엔테이션 기간 중 교육이나 대학 교육을 통한 공식적인 교육, 문서화된 표준지침을 통한 표준화된 교육을 받기 원하는 것으로 나타나 인수인계에 대한 표준화된 지침과 이를 바탕으로 한 교육의 필요성을 시사하고 있다.

대상자들의 99.2%가 환자안전에 대해 인수인계가 중요하다고 응답하였고, 94.5%가 인수인계 오류가 간호업무에 미치는 영향이 크다고 응답하였다. 이는 최근 미국

과 호주, 유럽 등에서 인수인계가 환자안전의 중요한 요소로 꼽히면서 관심의 초점이 되는 것(Johnson et al., 2012; Siemsen et al., 2012; Joint Commission Center for Transforming Healthcare, 2007)과 같은 흐름이라고 생각된다. 인수인계시 오류를 줄이고 효율적인 인수인계가 되도록 하는 것은 환자 안전을 증진시키는데 중요한 접근이라고 생각되는데, Jorm, White와 Kaneen (2009)과 Sexton 등(2004)은 표준화된 인수인계 접근이 인수인계의 목적과 내용을 명확히 해주어 환자간호의 연속성을 유지해주며, 과실이나 오류를 줄일 수 있다고 하였다. 따라서 인수인계에 대한 표준화된 지침의 개발이 필요하다고 생각한다.

2. 인수인계 오류경험 및 원인

본 연구대상 간호사들은 '인계내용이 너무 많아서 기억이 나지 않은 적이 있다'라는 오류경험 점수가 1.85점으로 가장 높았고, 그 다음 순은 '인계를 누락하여 근무가 끝나고 전화를 받은 적이 있다'라는 오류 경험인 1.83점, '업무수행시 인계가 되지 않았거나 불명확하여 퇴근한 전근무자에게 연락하여 확인한 적이 있다'라는 오류 경험은 1.81점으로 나타나 인수인계와 관련된 인적 오류의 가능성이 있음을 시사하였다. 이와 관련하여 Dowding (2001)과 Elm (2004)이 제시한 기억 증진을 위한 표준화된 인수인계 양식의 개발을 고려하는 것도 필요하다고 생각한다.

이러한 오류의 원인으로 인수인계시 인계의 중단이 3.86점, 업무량 과다가 3.82점, 인수인계자의 스트레스나 피로가 3.61점으로 나타났다. 이는 유럽 간호사들을 대상으로 한 Meissner 등(2007)의 연구에서 인수인계 중단이 가장 높은 인수인계 불만요인으로 나타난 것과 유사하다. 또한 이러한 결과는 장시간의 근무, 업무량 과다 등으로 인한 피로, 소진 등이 레지던트나 간호사 등 의료인의 오류 위험을 증가시킨다는 연구결과와 일맥상통한다(Rogers, Hwang, Scott, Aiken, & Dinges, 2004; West, Tan, Habermann, Sloan, & Shanafelt, 2009). 따라서 인수인계 오류를 줄이기 위해 인수인계 중단을 최소화할 수 있는 환경의 마련이 필요하다고 생각한다.

3. 인수인계 항목 실시율 및 중요도

인수인계 항목 중 중요한 병력의 중요도가 4.70점으로 가장 높았고, 그 다음 순으로는 환자의 이름, 수혈 여부 및

용량, Infusion pump를 이용한 약물의 종류 및 양, 수술명, 수술 후 수술부위에서의 출혈 여부 및 양, 검사결과, 의식상태, 수술 및 시술부위, 상처부위 상태, 진단명, 시술명, 산소요법적용, 산소포화도, 배액관 유무 및 배액물의 양과 특성, 감염예방을 위한 격리여부, 기관내 삽관여부, 욕창상태 순이었다. 또한 이러한 항목에 대한 인수인계 실시율은 모두 95% 이상으로 높았다. Hwang 등(2001)의 연구에서는 환자상태, 간호문제가 가장 필요하고, 그 다음 순으로는 유치도뇨관 등 처치, 수술명, 주의사항, 신환 병력, 검사 예정 등의 순으로 나타나서 본 연구와 차이를 보였는데, 이는 Hwang 등(2001)의 연구는 서울에 있는 일개 종합병원을 대상으로 하였기 때문에 표본 추출과정과 표본 수의 차이에 기인한 것으로 생각된다. 또한 미국 간호사를 대상으로 한 Currie (2002)의 연구에서 인수인계 항목의 중요도 순서로 입원사유가 가장 높았고, 그 다음으로는 환자에게 시행된 처치, 환자의 이름과 나이, 환자의 간호계획, 과거 병력 순으로 나타났다. 하지만 인수인계 항목의 중요도와 실시율이 낮다고 하더라도 어떤 환자에게는 누락이 되어서는 안 되는 항목이 있을 수 있으므로 인수인계 항목의 중요도와 실시율은 환자의 중증도, 진료과 특성, 인수인계 방법 등을 고려하여 인수인계 항목 실시율과 중요도를 조사하고 해석하는 것이 요구되며, 이러한 추후 연구가 필요하다고 생각한다.

VI. 결론 및 제언

간호사의 인수인계는 환자안전의 중요한 요소로 최근 관심의 초점이 되고 있다. 본 연구는 국내 병원에서 이루어지고 있는 인수인계 내용과 과정, 방법에 대해 조사하고자 시도되었다.

본 연구의 결과 간호사들은 현재 수행하고 있는 인수인계 방법에 대한 정확도가 적당하다고 생각하는 경우가 80.3%였고, 인수를 할 때 항상 정확하게 인수했다는 확신이 드는 경우가 5.8%에 불과했으며, 인계를 받을 때 내용에 대해 항상 정확하게 인계받았다고 확신이 드는 경우가 12.1%에 불과했다. 또한 근무 병동에 인수인계에 관한 서면화된 지침 및 인수인계 항목이 적혀있는 체크리스트가 없는 경우가 72.9%로 더 많았다. 인수인계 관련 지침의 필요성에 대해 간호사 응답자의 86.0%가 필요하다고 응답하였다. 99.2%가 환자 안전을 위해 인수인계가 중요하다고 응답하였고, 94.5%가 인수인계 오류가 간호업무에 미

치는 영향정도가 크다고 응답하였다. 본 연구대상자들은 인수인계의 오류 원인으로 인수인계시 인계의 중단, 업무량 과다, 인수인계자의 스트레스나 피로를 꼽았다.

따라서 환자안전의 중요한 요소인 인수인계 오류를 줄이기 위해 인계의 중단을 최소화하고, 누락을 막기 위한 표준화된 지침이 필요하다고 생각한다.

이상의 연구결과를 바탕으로 다음의 사항을 제언한다.

- 1) 추후 간호제공방법, 인수인계 방법 별 인수인계 내용을 파악하기 위한 조사가 필요하다.
- 2) 인수인계에 대한 표준과 표준화된 인수인계지침의 개발을 위한 연구가 필요하다.

참고문헌

- Australian Council for Safety and Quality in Health Care. (2005). *Clinical handover and patient safety. Literature review report*. Sydney, NSW: Author.
- Australian Institute of Health and Welfare, & Commission for Safety and Quality in Health Care. (2007). *Sentinel Events in Australia public hospitals 2004-05*. Canberra, Australia: Author.
- Baker, S. J. (2010). Bedside shift report improves patient safety and nurse accountability. *Journal of Emergency Nursing, 36*(4), 355-358.
- Benson, E., Rippin-Sisler, C., Jabusch, K., & Keast, S. (2007). Improving nursing shift-to-shift report. *Journal of Nursing Care Quality, 22*(1), 80-84.
- Blouin, A. S. (2011). Improving hand-off communications: new solutions for nurses. *Journal of Nursing Care Quality, 26*(2), 97-100.
- Currie, J. (2002). Improving the efficiency of patient handover. *Emergency Nurse, 10*(3), 24-27.
- Dowding, D. (2001). Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability. *Journal of Advanced Nursing, 33*(6), 836-846.
- Elm, J. (2004). Improving labor & delivery shift report. *AWHONN Lifelines, 8*(1), 54-59.
- Fenton, W. (2006). Developing a guide to improve the quality of nurses' handover. *Nursing Older People, 18*(11), 32-36.
- Han, M. J. (2010). *The status of intraoperative handoff communication of operating room nurse*. Unpublished master's thesis, Kyungpook National University, Daegu.
- Hwang, K. J., Lee, K. S., Kim, S. H., Lee, J. S., Lee, K. O., You, S. M., et al. (2001). Adjustment of proper shift hours by improving the nursing reporting system. *Clinical Nursing Research, 7*(1), 5-33.

- Johnson, M., Jefferies, D., & Nicholls, D. (2012). Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *International Journal of Nursing Practice, 18*(5), 462-470.
- Joint Commission Center for Transforming Healthcare. (2007). *Facts about the hand-off communications project*. Retrieved April 10, 2012, from http://www.centerfortransforminghealthcare.org/projects/about_handoff_communication.aspx
- Jorm, C. M., White, S., & Kaneen, T. (2009). Clinical handover: Critical communications. *Medical Journal of Australia, 190*(11 Suppl), S108-S109.
- Jung, Y. Y. (1998, November). *A time and satisfaction between oral and audiotaped handover*. Paper presented at the meeting of the Korean Society for Quality in Health Care Autumn Conference, Gyeongju.
- Kerr, M. P. (2002). A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing, 37*(2), 125-134.
- Kihlgren, M., Lindsten, I. G., Norberg, A., & Karlsson, I. (1992). The content of the oral daily reports at a long-term ward before and after staff training in integrity promoting care. *Scandinavian Journal of Caring Science, 6* (2), 105-112.
- Lamond, D. (2000). The information content of the nurse change of shift report: A comparative study. *Journal of Advanced Nursing, 31*(4), 794-804.
- Lee, H. J., & Paik, S. B. (2001). A study on change-of-shift report as a nursing ritual. *Daebul University Bulletin, 7*(1), 377-386.
- Matic, J., Davidson, P. M., & Salamonson, Y. (2010). Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *Journal of Clinical Nursing, 20*(1-2), 184-189.
- Meissner, A., Hasselhorn, H.-M., Estryng-Behar, M. Nezet, O., Pokorski, J., & Gould, D. (2007). Nurses' perception of shift handovers in Europe: Results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing, 57*(5), 535-542.
- Park, J. H., Sung, Y. H., Park, K. O., Kim, Y. M., Nam, H. K., & Kim K. S. (2006). Measurement and analysis of the standard nursing practice times of the reference nursing activities. *Clinical Nursing Research, 12*(2), 17-29.
- Pothier, D., Monteiro, P., Mooktiar, M., & Shaw, A. (2005). Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing, 14*(20), 1090-1093.
- Raines, M., & Mull, A. (2007). Give it to me: The development of a tool for shift change report in a level I trauma center. *Journal of Emergency Nursing, 33*(4), 358-360.
- Rogers, A. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs, 23*(4), 202-212.
- Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R., & Crookes, P. (2004). Nursing handovers: Do we really need them? *Journal of Nursing Management, 12*(1), 37-42.
- Siemsen, I. M. D., Madsen, M. D., Pedersen, L. F., Michaelsen, L., Pedersen, A. V., Andersen, H. B., et al. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. *Scandinavian Journal of Public Health, 40*(5), 439-448.
- Streitenberger, K., Breen-Reid, K., & Harris, C. (2006). Handoffs in care-can we make them safer? *The Pediatric Clinics of North America, 53*(6), 1185-1195.
- Welsh, C. A., Flanagan, M. E., & Ebright, P. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing Outlook, 58*(3), 148-154.
- West, C. P., Tan, A. D., Habermann, T. M., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009). Association of Resident Fatigue and Distress With Perceived Medical Errors. *Journal of American Medical Association, 302*(12), 1294-1300.