

## 간호사의 환자참여 간호서비스 수행정도와 필요성 인식

이태화<sup>1)</sup> · 장연수<sup>2)</sup> · 지윤정<sup>3)</sup> · 도현옥<sup>4)</sup> · 오경환<sup>5)</sup> · 김창경<sup>6)</sup> ·  
천자혜<sup>7)</sup> · 신혜경<sup>8)</sup> · 조미영<sup>9)</sup> · 배정임<sup>9)</sup>

<sup>1)</sup>연세대학교 간호대학 교수, <sup>2)</sup>연세대학교 간호대학 조교수, <sup>3)</sup>연세대학교 간호대학 박사과정생,  
<sup>4)</sup>Joint Commission International 컨설턴트 · 연세대학교 간호대학 객원교수, <sup>5)</sup>세브란스병원 간호담당부원장,  
<sup>6)</sup>세브란스병원 수석부장, <sup>7)</sup>세브란스병원 적정진료관리팀장, <sup>8)</sup>세브란스병원 간호팀장, <sup>9)</sup>세브란스병원 간호차장

## Nurses' Perception of the Performance and Necessity of Nursing Services for Patients Engagement

Lee, Tae Wha<sup>1)</sup> · Jang, Yeon Soo<sup>2)</sup> · Ji, Yoon Jung<sup>3)</sup> · Do, Hyun Ok<sup>4)</sup> · Oh, Kyoung Hwan<sup>5)</sup> · Kim, Chang Kyung<sup>6)</sup> ·  
Chun, Ja Hye<sup>7)</sup> · Shin, Hae Kyung<sup>8)</sup> · Cho, Mee Young<sup>9)</sup> · Bae, Jung Im<sup>9)</sup>

<sup>1)</sup>Dean and Professor, College of Nursing, Yonsei University

<sup>2)</sup>Assistant Professor, College of Nursing, Yonsei University

<sup>3)</sup>Doctoral Student, College of Nursing, Yonsei University

<sup>4)</sup>Consultant, Joint Commission International · Visiting Professor, College of Nursing, Yonsei University

<sup>5)</sup>Director, Division of Nursing, Severance Hospital

<sup>6)</sup>Principal Manager, Division of Nursing, Severance Hospital

<sup>7)</sup>Team Leader, Patient Safety Team, Severance Hospital

<sup>8)</sup>Team Leader, Division of Nursing, Severance Hospital

<sup>9)</sup>Assistant Manager, Division of Nursing, Severance Hospital

**Purpose:** This study aimed to investigate the performance of patient engagement nursing services perceived by nurses and necessity in Korea. **Methods:** This study was a descriptive research. A total of 205 nurses participated in the study. The Smart Patient Engagement Assessment Checklist was developed by the investigators to assess patient engagement nursing services performance and necessity. The data were collected using online survey. Descriptive analysis and  $\chi^2$  analysis were performed using SPSS 25.0 program. **Results:** The mean age of participants was  $36.6 \pm 8.5$  years and the mean working experience was  $12.92 \pm 9.23$  years. Seventy eight percent of participants reported that patients and family participated in care as advisors through customer's suggestion or patient satisfaction assessment. The rate of patients' and family's engagement in care as advisors was significantly higher in tertiary hospitals ( $\chi^2 = 28.54, p < .001$ ). About 89% of participants communicated with patients and family to make clinical decisions with a multidisciplinary approach. The rate of communication for multidisciplinary decision making was significantly higher in tertiary hospitals ( $\chi^2 = 6.30, p = .012$ ). With regards to nurses' bedside patient handoff, 22.0% of participants reported that they were performing bedside patient handoff, and there was no significant difference between type of hospitals. About discharge planning, 72.2% of participants reported utilizing discharge checklist. **Conclusion:** Currently, patient engagement nursing services are applied partially in Korea. It seems that care protocols to be applied for patient engagement nursing services are insufficient. Therefore, patient engagement care protocols need to be developed to improve patient's health outcome and safety.

**Key words:** Patient Engagement, Nursing Services, Needs Assessment

**주요어:** 환자참여, 간호서비스, 요구도 조사

**Corresponding author:** Jang, Yeon Soo

College of Nursing, Yonsei University, 50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea.

Tel: 82-2-2228-3343, Fax: 82-2-2227-8302, E-mail: YSJANG517@yuhs.ac

\* 본 연구는 2017년 병원간호사회에서 연구비를 지원받아 진행된 연구의 일부임.

투고일: 2019년 5월 30일 / 심사외뢰일: 2019년 6월 5일 / 게재확정일: 2019년 6월 24일

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성

과거에는 어떠한 의료혜택을 받을 수 있는지 없는지가 건강성과의 결정적 요인이었다면, 현대사회는 의료 접근성이 용이해지면서 개인이 가지는 능력이 크게 영향을 미친다[1]. 즉, 개인이 어떠한 정보와 태도로 치료에 참여하고, 지식을 활용하는지에 따라 같은 치료를 받는 환자들 사이에서도 그 성과가 달라질 수 있다는 것이다[2]. 이러한 변화에 따라 개인이 이용할 수 있는 정보와 의료선택의 폭이 넓어지면서 건강관리 시스템 내에서 발생하는 복잡한 치료적 결정을 개인과 의료진이 어떻게 처리해야 할 것인가 하는 문제 해결에 직면하게 되었다[3].

그 결과 임상에서는 발전하는 의료기술과 다양하게 증가하고 있는 환자의 요구 간의 차이를 좁히기 위해 환자참여(patient engagement) 개념이 대두되었고, 이러한 시대의 요구를 반영하여 이미 2009년에 The Joint Commission (JCI)은 National Patient Safety Goal in 2010 [4]을 발표하면서 환자의 적극적인 참여가 환자 스스로의 건강과 안전을 지키는 전략으로서 의료기관의 필요조건이 되어야 한다고 하였다. 또한 2016년 World Health Organization (WHO)에서 발표한 보고서[5]에 따르면 환자참여는 인간중심의 안전한 의료를 제공하는데 중요한 요소 중 하나로 제시되어 있다. 환자참여와 유사한 개념은 앞선 기관들에서 발표가 있기 전부터 연구에서 활용되고 있었으나, 그 의미가 명확히 정리되지 않은 채로 사용되었다[6]. 국외의 경우를 살펴보면 환자참여를 의미하는 유사 용어들이 연구된 것을 확인할 수 있었으나 그 활용과 목적에 있어 ‘patient engagement’ 개념과는 상이하다. ‘patient adherence’와 ‘patient compliance’는 주로 환자의 경험을 바탕으로 치료에 참여하는 행동적 요인에 초점을 맞추었으며, ‘patient participation’과 ‘patient involvement’는 환자와 의사의 관계에 있어 치료적 의사결정을 공유하는데 중점을 두었다. 또한 ‘patient empowerment’는 환자의 정신심리적인 측면의 개념으로 환자가 자신의 질병과 치료관리에 있어 직접적으로 책임을 가지고 건강성과에 대해 느끼는 주관적인 감정으로 활용되고 있다. 앞서 살펴본 환자참여의 유사개념과 달리 ‘patient engagement’는 환자역할에 있어 경영적 측면을 강조하였다[7]. 환자를 건강관리 서비스 소비자의 입장으로 특정한 사회문화적 환경과 관련된 주체로 인식함으로써 개인이 단순히 건강서비스와 관련을 맺는 것이 아님을 전제하였다. 더 나아가 환자가 병원에서 맥락적, 조직적으로 관계를 맺

음으로 자신의 건강성과를 위해 능력을 발휘하고 자신의 건강관리 중심에 위치하는 것을 의미한다. 다시 말하면, 자신의 건강관리 상호작용에서 환자 역할이 더 넓고 더 발전된 체계적인 개념화가 환자참여(patient engagement)이다. 이러한 차이를 바탕으로 환자참여란 의료 서비스 공급자와 협력하여 치료 결과와 환자 경험을 극대화하는 것으로써 개인에게 고유한 방식을 통해 적극적인 진료 참여를 선택하려는 욕구와 능력으로 정의되고 있다[4].

환자를 건강관리 소비자로 인식함으로써 그 역할의 중요성을 부각하여 경영적인 측면으로 바라본 환자참여 개념의 도입은 실제로 병원과 환자의 건강에 있어 실질적인 이득을 가져왔다. 긍정적인 효과를 통해 북미와 유럽의 국가들에서 환자참여 개념은 의료계에 급속하게 확장되어 실무에 적용되고 있다. 예를 들면 요양병원[8], 비교유효성 연구[9], 병동 환자를 위한 기술의 사용[10], 외래 만성질환 환자 관리[11], 부작용 예방을 위한 환자 안전[12], 건강관리로 조정[13] 등 다양한 분야 전반에서 적용되고 있다. 그 성과로는 환자와 가족을 더욱 능동적이고, 환자의 건강상태에 대해 더 잘 알고, 영향력 있는 역할을 만들어주며, 더 나은 건강성과를 가져오고[14], 의료의 질 개선과 환자 안전에도 기여한다는[15] 사실이 확인되었다. 뿐만 아니라, 환자의 안전과 투약오류의 예방 등 건강관리의 모든 단계에서 환자가 가지고 있는 경험으로 건강관리의 질을 높이는 역할을 수행할 수 있으며[16], 환자의 참여를 독려함으로써 재원기간의 단축, 부작용 예방, 환자의 불만족사례 감소, 직원보유율 증가, 병원 재선택률 증가를 통해 비용적 절감의 효과를 볼 수 있음을 입증하였다[17].

그러나 국내에서는 환자 중심(patient centeredness), 환자참여(patient participation, involvement, attendance)와 같은 유사개념 연구는 있으나, 환자와 환자 가족이 병원의 전반적인 시스템에 참여하여 치료과정에서 보다 능동적, 전반적 활동을 의미하는 참여(engagement)에 대한 연구는 없었다. ‘환자중심(patient-centeredness)’ 중재는 환자와 간호사와의 관계증진과 정보, 지식의 공유, 지적, 신체적 중재활동에 대한 수행 정도를 높이는 데 유용한 개념임이 보고되었으며[18], Kang과 Suh [19]의 연구에서 유방암 환자들을 대상으로 진행한 간호중재를 통해 개별화된 간호중재를 제공하였을 때 환자는 더 높은 질의 간호를 받았다고 인식하는 것을 확인할 수 있었다. 즉, 환자와 간호사간의 합의된 의결으로 목표가 설정되면 치료효과에 긍정적인 결과를 가져온다는 과정을 입증하는 단계로 환자참여의 개념이 국내에서도 긍정적인 효과가 있다는 것을 유사개념의 선행연구[18,19] 결과를 통해 확인할 수 있었다.

앞서 살펴본 바와 같이 환자참여 유사개념의 연구와 효과는 국내에서도 입증되었으나, 환자와 의료진의 관계를 넘어 병원의 정책과 다학제적 접근이 요구되는 환자참여가 적용된 실무 현황에 대한 연구를 국내에서는 찾아볼 수 없었다. 환자참여에 있어 환자와 가족을 적극적으로 참여시키고 새로운 방법을 도입하는데 있어 간호사는 매우 중요한 역할을 하며[20], 환자참여를 위한 변화된 방법의 시행은 환자와 가장 밀접한 관계를 가지고 있는 간호사가 제공하므로 임상간호 실무에서 환자참여 현황을 파악하는 것이 중요하다. 본 연구에서는 종합병원에 근무하고 있는 간호사를 대상으로 간호를 포함한 의료서비스에서 환자참여의 개념이 얼마나 적용되고 있는지를 수행정도를 조사하고, 근무하고 있는 임상 실무에서 현재 임상 상황으로 도입 필요성에 대한 간호사들의 인식을 확인함으로써 환자참여 간호서비스의 적용에 대한 요구를 파악하고자 하였다.

따라서 본 연구를 통해 환자참여의 개념이 간호서비스에 어떻게 활용되어야 하는지 내용을 기반으로 간호사가 인식하는 국내 병원에서의 환자참여 의의 및 간호서비스의 수행정도과 필요성을 파악하여 국내 환자참여 간호서비스 활성화 방안 마련에 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 국내 종합병원 간호사가 인식하는 환자참여 간호서비스 수행정도과 필요성을 파악한다.
- 2) 병원규모에 따른 국내 종합병원 간호사가 인식하는 환자참여 간호서비스 수행정도과의 차이를 분석한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 국내 종합병원에 근무하는 간호사가 인식하는 환자참여 간호서비스 수행정도과 필요성을 파악하는 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

전국의 500병상 이상 종합병원에서 근무하는 총 경력 6개월 이상의 간호사 및 간호 관리자 중 이메일 계정이 있으며, 해당 온라인 설문주소에 접속하여 설문에 동의하는 자로 대상자

수의 산출은 G\*Power 3.1 프로그램을 이용하여 유의수준 .05, 효과크기 .30, 검정력 .80으로 표본수를 산출하였을 때 최소 204명의 대상자가 필요한 것으로 나타났다. 전국 10개 병원의 협조로 간호부를 통해 무작위 선정된 대상자들에게 이메일로 온라인 설문주소를 전달하였고 총 200명 중 105명이 응답하여 응답률 52.5%였으며, 온라인 커뮤니티를 통해 자발적으로 설문에 참여한 경우 전체 참여한 참여자의 수를 알 수 없어 자료수집이 완료된 105명을 제외한 최소 대상자 수가 100명을 충족하였을 때 온라인 설문을 종료하였다. 온라인 설문의 특성상 무응답의 경우 다음 문항에 응답할 수 없도록 프로그램화하여 중도 누락된 응답은 수집되지 않도록 하였다. 이에 따라, 최종 응답을 완료한 205명의 자료가 결과분석에 사용되었다.

## 3. 연구도구

### 1) 일반적 특성 및 직무 관련 특성

일반적 특성은 연령과 성별 총 2개 문항으로, 직무 관련 특성은 학력수준, 근무경력, 근무병원의 규모, 근무지와 직위 총 5개의 문항으로 구성하였다.

### 2) 스마트 환자참여 사정도구(Smart Patient Engagement Assessment Check-list: SPEACH<sup>®</sup>)

본 도구는 환자참여 개념을 임상에 적용하기 위해 Agency For Healthcare Research and Quality (AHRQ)의 Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety [21]의 내용 중 병원이 가지고 있어야 하는 항목을 기반으로 문항을 구성하여 연구팀에서 개발하였다. AHRQ의 가이드라인에서는 임상에 환자참여 개념의 적용을 위해 4가지 전략과 지표로서 구체적 항목을 제시하여 병원실무에서 환자참여 여부의 근거로 판단하도록 하였다. 그 내용은 첫째, 환자와 가족이 병원 운영의 조연자로 참여, 둘째, 병원 전반의 의사소통 시스템, 셋째, 환자참여 간호사 침상인계, 넷째, 퇴원 계획이다. 병원실무에서 환자참여가 실행될 수 있도록 전략 방안을 제시하여, 환자와 가족의 참여를 유도하고 가족과 병원 간의 파트너십을 통해 공동의 목표를 달성할 수 있도록 하고 있다.

본 연구에서는 위의 네 가지 전략의 항목을 토대로 우리나라 실무에 해당하는 내용을 중심으로 환자참여 간호서비스 현황을 파악하고자 문항을 개발하였다. 각 문항은 환자와 가족이 환자의 치료 뿐 아니라 병원 전반의 정책 및 제도에 대해 조연자로 함께 일하는 것 8문항, 의료의 질 향상을 위한 효과적

인 의사소통 절차 6문항, 간호사 인계 시 환자가 참여할 수 있도록 환자의 침상 옆에서 환자 및 보호자와 함께 이루어지는 지에 대한 간호사 침상인계 10문항, 퇴원계획의 시작부터 환자를 참여시켜 환자와 관련된 모든 퇴원 계획을 환자 및 보호자에게 교육하고 실제로 퇴원 후의 생활을 안전하게 영위할 수 있도록 확인하는 퇴원계획 13문항, 총 4개 영역의 37문항으로 구성하였다. 개발된 도구는 간호대학 교수 2인과 20년 이상 임상경험을 가진 간호사 2인의 검토를 통해 수정 및 보완하여 최종 문항을 구성하였다.

문항에 대한 응답은 '시행', '미시행이나 임상적용 필요함', '미시행이며 임상적용 불필요함' 3가지로 구성하여 시행, 미시행 정도를 파악하고, 임상적용 요구도의 경우 시행하고 있지 않으나 임상에서 필요하다고 생각되는지 확인하기 위해 미시행 응답 중 임상적용 필요, 불필요 응답으로 환자참여 간호서비스 필요성을 측정하였다.

#### 4. 자료수집방법

본 연구의 자료는 생명윤리심의위원회(Institutional Review Board, IRB) 승인 후 온라인 설문을 통해 2018년 9월부터 12월까지 자료수집이 이루어졌다. 자가 보고식의 구조화된 설문지로 Google survey 프로그램을 이용하여 대상자들의 이메일로 전달되었다. 자료수집의 구체적 방법은 병원간호사회에 등록되어있는 500병상 이상의 종합병원 중 층화표본추출을 통해 20개의 병원을 선정하였다. 총 서울 지역 3개, 경기 지역 4개, 강원 지역 1개, 충청 지역 1개, 경상 지역 1개 총 10개 병원의 간호부의 협조를 통해 설문을 실시하여 105개의 응답 자료를 수집하였다. 또한, 국내 포털 사이트 중 가장 많은 간호사 회원을 확보하고 있는 2개의 커뮤니티를 통하여 연구에 대해 설명하여 공지한 후 자발적인 설문 참여를 통해 100개의 응답 자료를 수집하였다. 응답을 완료한 대상자에 한해 소정의 답례품을 제공하였다.

#### 5. 자료분석방법

수집된 자료를 분석하기 위해 SPSS/WIN 25.0 프로그램을 사용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율, 평균과 표준편차로 나타내었다. 설문 문항에 대한 응답은 빈도와 백분율로 분석하였고, 기초자료의 대상자의 일반적·직무 특성, 스마트 환자참여 사정도구의 결과는 기술통계를 활용하였다.

- 2) 일반적·직무 특성에 따른 스마트 환자참여 사정도구의 차이 검정을 위해 범주화된 항목에 대해서 카이제곱 검정을 실시하였다.

#### 6. 윤리적 고려

본 연구의 자료수집을 위하여 Y의료원 생명윤리심의위원회 승인(IRB No.4-2018-3099)을 받았다. 20개 병원 간호부와 접촉한 결과 10개의 병원에서 협조 가능성을 알려왔고, 병원 내부의 개인정보보호 목적으로 간호부 연구 담당자에게 본 연구에 대해 설명하고 연구 안내문을 전달하였다. 간호부 연구 담당자가 20명의 간호사를 무작위 선정하여 이메일로 연구 설명문과 온라인 설문주소를 전달하도록 하였으며 이메일을 받은 대상자는 자발적으로 설문에 응답하도록 하였다. 국내 포털 사이트를 통한 대상자 모집의 경우 커뮤니티 매니저에게 본 연구에 대해 설명 후 연구 관련 모집 글 게재를 허가 받은 후 게시판에 등록하였으며, 게시 글에 본 연구에 대해 설명하고 온라인 설문지 주소를 링크할 수 있도록 하였다. 연구참여는 연구대상자의 자율적 의사결정을 존중하여 그 결정에 따르며, 연구참여 및 참여 거부에 따르는 어떠한 불이익도 발생하지 않음을 명확히 설명문에 명시하였으며, 연구참여에 동의한 대상자만 온라인 설문에 응할 수 있도록 하였다. 본 연구를 통해 수집된 모든 자료는 본 연구팀에 의해 설명된 연구목적만을 위해서만 사용될 것으로 연구팀이 아닌 제 3자에게 양도되거나 사용을 허가하는 상황이 발생하지 않을 것임을 밝혔으며, 완료된 설문은 개인정보 보호를 위해 모두 익명화하고 컴퓨터 비밀번호 설정을 통한 안전장치 하에 보관하였다. 조사에 참여한 대상자에게는 소요시간 10분을 고려한 답례품을 제공하였다.

### Ⅲ. 연구결과

#### 1. 대상자의 일반적 특성 및 직무 관련 특성

본 연구에 참여한 대상자는 총 205명으로 인구학적 특성은 Table 1과 같다. 평균 연령은  $36.6 \pm 8.5$ 세로 30~39세가 전체의 41.5%를 차지하여 가장 많았으며, 20~29세가 25.8%, 40~49세가 22.9%, 50세 이상이 9.8% 순이었다. 성별은 여성이 96.6%로 남성보다 현저히 많았다. 최종학력의 경우 4년제 대학을 졸업한 응답자가 전체의 49.3%로 가장 많았고, 대학원 이상이 38.0%, 3년제 졸업이 12.7%였다. 현 직위는 일반간호사가 전체의 55.1%를 차지하며 가장 높은 비율을 보였고, 관리자 이상이 27.3%로 그 다음을 차지하였다.

**Table 1.** Demographic Characteristics of the Participants (N=205)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Gender	M	7 (3.4)
	F	198 (96.6)
Age (yr)	20~29	53 (25.8)
	30~39	85 (41.5)
	40~49	47 (22.9)
	≥50	20 (9.8)
		36.6±8.5
Education	3 yr college	26 (12.7)
	Bachelor	101 (49.3)
	Master	78 (38.0)
Number of hospital beds	500~999	101 (49.3)
	≥1,000	104 (50.7)
Total working experiences (yr)	6 months~<1	1 (0.5)
	1~<5	52 (25.4)
	5~<10	42 (20.5)
	10~<20	55 (26.8)
	≥20	55 (26.8)
	12.92±9.23	
Current hospital experiences (yr)	6 months~<1	9 (4.4)
	1~<5	71 (34.6)
	5~<10	25 (12.2)
	10~<20	58 (28.3)
	≥20	42 (20.5)
	11.32±9.33	
Current unit experiences (yr)	6 months~<1	33 (16.1)
	1~<5	115 (56.1)
	5~<10	39 (19.0)
	10~<20	17 (8.3)
	≥20	1 (0.5)
	3.98±3.60	
Current position	Staff nurse	113 (55.1)
	Charge nurse	36 (17.6)
	Head nurse	56 (27.3)
Current working unit	General ward	146 (71.2)
	Intensive care unit	17 (8.3)
	Outpatient clinic	10 (4.9)
	Emergency room	6 (2.9)
	Operating room	3 (1.5)
	Examination room	3 (1.5)
	Anesthesia/recovery room	2 (1.0)
	Others	18 (8.8)
Current working area	Seoul	80 (39.2)
	Incheon	44 (21.6)
	Gyeonggi-do	35 (17.2)
	Busan	17 (8.3)
	Gyeongsang-do	12 (5.9)
	Chungcheong-do	9 (4.4)
	Gangwon-do	5 (2.4)
Jeolla-do	2 (1.0)	

대상자의 직무 관련 특성은 근무하는 병원의 규모가 500병 상 이상 1,000병상 미만과 1,000병상 이상이 각각 49.3%, 50.7%로 비슷하게 나타났다. 총 근무경력을 보았을 때 전체 평균은 12.92±9.23년이었으며, 10년 이상 20년 미만, 20년 이상의 경력을 가진 간호사들이 각 26.8%로 가장 많았고, 6개월 이상 1년 미만의 근무경력자 또한 1명으로 근무 개월 수가 10개월인 것으로 확인되었다. 현 병원경력은 1년 이상 5년 미만 군이 전체의 34.6%를 차지하며 가장 많았고, 1년 미만이 4.4%로 가장 적었다. 현 부서 경력의 경우는 1년 이상 5년 미만의 경력 군이 전체의 56.1%를 차지하며 가장 많았고, 20년 이상의 경우 0.5%로 가장 적었다. 현재 근무하는 부서로는 병동이 71.2%로 가장 높았으며, 마취/회복실이 1.0%로 가장 낮았다. 현재 근무하는 병원의 지역으로는 서울이 39.2%로 가장 많았고, 전라도가 1.0%로 가장 적었다.

## 2. 환자참여 간호서비스 현황

### 1) 환자참여: 조연자

스마트 환자참여 사정도구 설문 중 환자와 가족이 치료뿐만 아니라 병원의 전반적인 정책 및 제도에 조연자로서 역할을 다하며 의견을 개진할 수 있는 장치가 마련되어 있는지에 관한 조연자 영역은 Table 2와 같다. 응답자의 78.1%가 고객 건의함 또는 환자 만족도 평가지에 병원 업무 개선 및 발전을 위한 환자의 의견을 제시할 수 있다고 응답하여 가장 높은 응답률을 보였다. 병상수별 차이를 보이는 항목은 환자와 가족이 의견을 제시할 수 있는 환자 만족도와 고객 건의함을 제공하는지( $\chi^2=28.54, p<.001$ ), 병원의 발전을 위해 환자가 자신의 의견을 개진할 수 있는 시스템이 있는지( $\chi^2=18.90, p<.001$ ), 환자가 건의한 의견을 반영하는 시스템이 있는지( $\chi^2=34.82, p<.001$ ), 환자와 가족이 조연자로 함께 일할 수 있도록 모집하는 부서 혹은 인력이 있는지( $\chi^2=8.27, p=.004$ ), 치료 및 병원의 업무를 위해 환자와 가족의 의견이 매우 중요하다는 것을 전달할 수 있는 제도적 장치가 있는지( $\chi^2=8.47, p=.004$ ), 환자와 가족이 병원의 정책을 결정하는 의사결정에 있어 조연자로서 참여하는 기회와 방법이 있는지( $\chi^2=5.17, p=.023$ ), 환자와 가족이 조연자로서 활동할 수 있도록 모집, 선발, 조정하는 제도가 있는지( $\chi^2=6.06, p=.048$ )에 대한 항목에서 병상수별 통계적 유의한 차이가 있었다.

500병상 이상 1,000병상 미만에서 가장 시행되고 있지 않은 부분은 병원에서 이루어지는 의사결정에 환자 및 가족이 조연자로 참여하는 기회 및 방법이 있는지에 대한 물음이었으며 전체의 30.7%만이 시행하고 있다고 응답하였으며, 1,000병상

**Table 2.** Patient Engagement Nursing Services and Clinical Application Needs by Number of Hospital Beds: Working with Patient and Families as Advisors (N=205)

Items	Total		Number of hospital beds				$\chi^2$ (p)	Clinical necessity			
	Yes	No	500~999 (n=101)		≥1,000 (n=104)			500~999		≥1,000	
			Yes	No	Yes	No		Yes	No	Yes	No
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Providing patient opinions for improvement and development of hospital work through customer's suggestion or patient satisfaction evaluation	160 (78.1)	45 (21.9)	63 (62.4)	38 (38.6)	97 (93.3)	7 (6.7)	28.54 ( $<.001$ )	14 (36.8)	24 (63.2)	7 (100.0)	0 (0.0)
Having a system in which patients can present opinions for the development and improvement of the hospital	155 (75.6)	50 (24.4)	63 (62.4)	38 (38.6)	92 (88.5)	12 (11.5)	18.90 ( $<.001$ )	10 (26.3)	28 (73.7)	6 (50.0)	6 (50.0)
Having a system that can reflect the proposed patient opinion	153 (74.6)	52 (25.4)	57 (56.4)	44 (43.6)	96 (92.3)	8 (7.7)	34.82 ( $<.001$ )	20 (45.5)	24 (54.5)	8 (100.0)	0 (0.0)
Training nurses, doctors, and hospital staff to recognize patients and their families as partners and to work together	105 (51.2)	100 (48.8)	49 (48.5)	52 (51.5)	56 (53.8)	48 (46.2)	0.58 (.445)	42 (80.8)	10 (19.2)	36 (75.0)	12 (25.0)
Having staff member or department that recruits patients and their families to work as partners for the development of the hospital	98 (47.8)	107 (52.2)	38 (37.6)	63 (62.4)	60 (57.7)	44 (42.3)	8.27 (.004)	30 (47.6)	33 (52.4)	32 (72.7)	12 (27.3)
Recognizing patients and families as partners and educates hospital staff on how to involve them in their work	93 (45.4)	112 (54.6)	48 (47.5)	53 (52.5)	45 (43.3)	59 (56.7)	0.37 (.541)	41 (77.4)	12 (22.6)	49 (83.1)	10 (16.9)
Having a systematic way of telling that patient needs are important and that patients and their families can participate to improve treatment and hospital work	90 (43.9)	115 (56.1)	34 (33.7)	67 (66.3)	56 (53.8)	48 (46.2)	8.47 (.004)	38 (56.7)	29 (43.3)	38 (79.2)	10 (20.8)
Having opportunities and methods for patients and their families to participate in decision making in hospitals as advisors*	79 (38.5)	126 (61.5)	31 (30.7)	70 (69.3)	48 (46.2)	56 (53.8)	5.17 (.023)	39 (55.7)	31 (44.3)	44 (78.6)	12 (21.4)
Having a system to recruit, select, and coordinate counselors so that they can act as counselors for patients and families(n=78)	47 (60.3)	31 (39.7)	19 (63.3)	11 (36.7)	28 (58.3)	20 (41.7)	6.06 (.048)	8 (72.7)	3 (27.3)	16 (80.0)	4 (20.0)

\*Answer yes to the question, answer the following question.

이상에서는 환자와 가족을 파트너로 인식하고 병원직원에게 어떻게 환자와 가족을 참여시키는지 교육하는 부분에 전체 응답자의 43.3%만 시행하고 있다고 응답하였다.

환자참여 간호서비스 필요성에 대한 응답으로 1,000병상 이상에서는 고객 건의함 또는 환자 만족도 평가지에 병원 업무 개선 및 발전을 위한 환자의 의견을 제시할 수 있는지에 아니라고 대답한 응답자 모두가 필요성이 있다고 한 반면 500병상 이상 1,000병상 미만에서는 현재 시행하고 있지 않다고 응답한 응답자의 63.2%가 필요성에 대해 '아니오'로 응답하였다. 또한 500병상 이상 1,000병상 미만에서는 환자와 가족을 파트너로 인식하도록 간호사, 의사, 병원직원들을 교육하는 것에 대한 필요성을 가장 높게 보았으나, 병원에 환자와 가족

이 의견을 제시할 수 있는 제도를 가지는 것에 대한 필요성을 가장 낮게 보았다(26.3%). 반면 1,000병상 이상에서는 병원에 환자와 가족이 의견을 제시할 수 있는 제도를 가지는 것에 대한 필요성의 응답비율이 가장 높았다(50.0%).

**2) 환자참여: 의사소통**

스마트 환자참여 사정도구 설문 중 의료의 질 향상을 위한 의사소통 측면의 환자참여 영역은 Table 3과 같다. 다학제적 치료를 위한 의사결정에 대해서 88.8%가 시행하고 있다고 응답하여 비교적 다수의 병원 및 부서에서 시행하고 있는 것을 볼 수 있었다. 근무하는 병상규모별 차이를 보았을 때 500병상 이상 1,000병상 미만에서는 16.8%가 현재 시행하고 있지 않는

**Table 3.** Patient Engagement Nursing Services and Clinical Application Needs by Number of Hospital Beds: Communicating to Improve Quality (N=205)

Items	Total		Number of hospital beds				$\chi^2$ (p)	Clinical necessity			
	Yes	No	500~999 (n=101)		$\geq 1,000$ (n=104)			500~999		$\geq 1,000$	
			Yes	No	Yes	No		Yes	No	Yes	No
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Making decisions for multidisciplinary treatment of patients	182 (88.8)	23 (11.2)	84 (83.2)	17 (16.8)	98 (94.2)	6 (5.8)	6.30 (.012)	10 (58.8)	7 (41.2)	5 (83.3)	1 (16.7)
Sympathizing and trying to solve problems when they express the feelings they feel during their hospitalization	176 (85.9)	29 (14.1)	84 (83.2)	17 (16.8)	92 (88.5)	12 (11.5)	1.18 (.277)	13 (76.5)	4 (23.5)	10 (83.3)	2 (16.7)
Carrying out education to improve communication capacity of medical staff	158 (77.1)	47 (22.9)	73 (72.3)	28 (27.7)	85 (81.7)	19 (18.3)	2.60 (.107)	20 (71.4)	8 (28.6)	18 (94.7)	1 (5.3)
Having procedures that allow patients and families to provide feedback to improve the communication capacity of medical staff	96 (46.8)	109 (53.2)	47 (46.5)	54 (53.5)	49 (47.1)	55 (52.9)	0.01 (.934)	44 (81.5)	10 (18.5)	48 (87.3)	7 (12.7)
Having a standardized communication protocol for effective communication between patients and family members	90 (43.9)	115 (56.1)	44 (43.6)	57 (56.4)	46 (44.2)	58 (55.8)	0.01 (.923)	46 (80.7)	11 (19.3)	55 (94.8)	3 (5.2)
Having standardized procedures for efficient communication among medical staff (n=181)* (ex: SBAR, write down readback and confirm)											
Doctor-Nurse	149 (82.3)										
Nurse-Nurse	98 (54.1)										
Nurse-Other medical staffs	68 (37.6)										
Doctor-Other medical staffs	42 (23.2)										

\*Multiple response, SBAR=situation, background, assessment, recommendation.

다고 응답한 반면 1,000병상 이상에 근무하는 간호사는 5.8%만이 시행하고 있지 않다고 응답하였다( $\chi^2=6.30, p=.012$ ). 환자와 가족의 의사소통 참여를 묻는 질문에는 각 46.8%가 시행하고 있다고 응답하였다. 환자와의 의사소통을 위한 표준화된 의사소통 프로토콜이 있는지에 대한 질문에는 43.9%가 시행하고 있다고 응답하였으며, 시행하고 있지 않다고 응답한 115명 중 101명에 해당하는 87.8%가 필요성이 있다고 응답하였다.

또한 다학제적 치료를 위한 기본조건인 의료진 간의 의사소통을 묻는 질문에는 205명 중 181명의 응답자가 의료진 사이에 표준화된 절차가 있다고 응답하였으며, 절차를 사용하는 의료진으로는 중복응답으로 응답 중 82.3%가 의사-간호사 사이에는 표준화된 의사소통 절차가 있으나, 간호사-간호사 간의 의사소통은 54.1%만이 표준화된 절차가 있는 것으로 응답하였다. 의사-다른 의료진 간의 표준화된 의사소통 절차가 있다는 응답이 23.2%로 가장 적었다.

### 3) 환자참여: 간호사 침상인계

간호사인계가 환자가 참여할 수 있도록 환자의 침상 옆에서 환자 및 보호자와 함께 이루어지는지에 대한 환자참여 간

호사 침상인계 결과는 Table 4와 같다. 총 205명의 응답자 중 현재 근무하고 있는 병원에서 침상인계를 실시하는 경우를 설문하였을 때 45명(22.0%)이 시행하고 있다고 응답하였다. 전체의 78%의 응답자가 실시하고 있지 않다고 응답하였으나, 그 중 61.8%의 대상자는 필요성이 있다고 응답하였다. 병상수별 통계적 유의한 차이를 보이는 항목은 없었다.

또 환자참여 침상인계를 시행하고 있다고 응답한 대상자 중 82.2%에서 간호사 침상인계가 이루어지는 것을 다른 의료진이 알고 있다고 응답하였으며, 응답자의 77.8%가 침상인계를 위해 교육을 받았고 침상인계 과정에서 문제가 생겼을 때 해결할 수 있는 책임자가 있는 것으로 나타났다. 침상인계를 위한 체크리스트가 있는지에 대한 질문에 45.5%가 있다고 응답하였고, 침상인계가 잘 진행되고 있는지 환자나 보호자로부터 피드백을 받고 있는지에 대한 질문에 42.2%가 시행하고 있다고 응답하였다. 간호사 침상인계를 위한 교육을 받는 것에 대해 500병상 이상 1,000병상 미만과 1,000병상 이상에서 현재 시행하고 있지 않다고 응답한 응답자 전원이 필요성이 있다고 응답하였다. 인계소요시간에 있어서는 일반인계는 45.8%가 30분 이내에 종료되며, 침상인계는 66.7%가 30분 이내에 종료된다고 응답하였다.

**Table 4.** Patient Engagement Nursing Services and Clinical Application Needs by Number of Hospital Beds: Nurse Bedside Patient Handoff (N=205)

Items	Total		Number of hospital beds				$\chi^2$ (p)	Clinical necessity			
	Yes	No	500~999 (n=101)		$\geq 1,000$ (n=104)			500~999		$\geq 1,000$	
			Yes	No	Yes	No		Yes	No	Yes	No
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Carrying out nurse bedside shift report*	45 (22.0)	160 (78.0)	21 (20.8)	80 (79.2)	24 (23.1)	80 (76.9)	0.31 (.578)	48 (60.0)	32 (40.0)	50 (62.5)	30 (37.5)
Letting know other medical staff that nurse take over patient handoff at patients' bedside (n=45)	37 (82.2)	8 (17.8)	17 (16.8)	4 (8.89)	20 (83.3)	4 (16.7)	0.90 (.637)	3 (75.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	1 (25.0)
Training for nurse bedside patient handoff (n=45)	35 (77.8)	10 (22.2)	17 (16.8)	4 (8.89)	18 (75.0)	6 (25.0)	0.81 (.667)	4 (100.0)	0 (0.0)	6 (100.0)	0 (0.0)
Existing people who can solve problems so that it can be done smoothly while nurse bedside patient handoff (n=45)	35 (77.8)	10 (22.2)	18 (85.7)	3 (14.3)	17 (70.8)	7 (29.2)	2.30 (.317)	1 (33.3)	2 (66.7)	7 (100.0)	0 (0.0)
Explaining to the patient that the nurse bedside patient handoff will be provided in advance (n=45)	24 (53.3)	21 (47.7)	13 (61.9)	8 (38.1)	11 (45.8)	13 (54.2)	2.03 (.363)	5 (62.5)	3 (37.5)	12 (92.3)	1 (7.7)
The patient and family can observe and give feedback to the nurse while the nurse takes over at patients' bedside (n=45)	23 (51.1)	22 (48.9)	12 (57.1)	9 (42.9)	11 (45.8)	13 (54.2)	1.43 (.488)	4 (44.4)	5 (55.6)	10 (76.9)	3 (23.1)
Checklist for nurse bedside patient handoff (n=45)	20 (45.5)	25 (54.5)	11 (52.4)	10 (47.6)	9 (37.5)	15 (62.5)	1.16 (.561)	7 (70.0)	3 (30.0)	14 (93.3)	1 (6.7)
Receiving feedback from patients, caregivers, and hospital staff through questionnaires about nurse bedside patient handoff is working well (n=45)	19 (42.2)	26 (57.8)	12 (57.1)	9 (42.9)	7 (29.2)	17 (70.8)	4.46 (.107)	7 (77.8)	2 (22.2)	16 (94.1)	1 (5.9)
Indicating the average time spent taking over the entire nurse bedside patient handoff (n=45)											
Within 30 minutes	30 (66.7)		11 (36.6)		19 (63.4)		8.13				
More than 30 minutes within 45 minutes	10 (22.2)		8 (80.0)		2 (20.0)		(.087)				
More than 45 minutes within 60 minutes	4 (8.9)		1 (25.0)		3 (75.0)						
More than 60 minutes	1 (2.2)		1 (100.0)		0 (0.0)						
Indicating the average time required to take over the entire general nurse patient handoff (n=201) <sup>†</sup>											
Within 30 minutes	92 (45.8)		40 (43.5)		52 (56.5)		4.46				
More than 30 minutes within 45 minutes	71 (35.3)		34 (47.9)		37 (52.1)		(.337)				
More than 45 minutes within 60 minutes	27 (13.4)		18 (66.7)		9 (33.3)						
More than 60 minutes	11 (5.5)		5 (45.5)		6 (54.5)						

\*Only persons who responded yes to the question answered the remaining questions, <sup>†</sup> All responses.

**4) 환자참여: 퇴원계획**

퇴원계획의 시작부터 환자를 참여시켜 환자와 관련된 모든 퇴원 계획을 환자 및 보호자에게 교육하고 실제로 퇴원 후의 생활을 안전하게 영위할 수 있도록 확인하는 환자참여 측면의 퇴원 계획의 설문 결과는 Table 5와 같다. 응답자의 76.1%가 환자에게 개방형 질문을 통해 제공된 퇴원교육 외에 다른 질문이 있는지 확인하여 가장 높은 응답률을 보였고, 다음으로 퇴원계획 체크리스트가 있는지 여부에 72.2%가 있다고 응답하였다. 병상수별 통계적 유의한 차이를 보이는 항목으로는

퇴원을 위한 체크리스트가 있는지( $\chi^2=21.63, p < .001$ ), 퇴원계획을 위해 다학제적 팀이 구성되어있는지( $\chi^2=33.15, p < .001$ ), 퇴원계획은 환자와 가족의 참여를 위해 이해하기 쉬운 언어를 사용하는지( $\chi^2=16.45, p < .001$ ), 환자의 퇴원 후 생활환경 및 돌봄제공자를 확인하는지( $\chi^2=15.96, p < .001$ ), 가족이 퇴원계획에 참여할 수 있도록 언제든 의료진과 의사소통 가능한지( $\chi^2=13.70, p < .001$ ), 환자의 퇴원 후 돌봄제공자를 확인하여 퇴원과 관련된 대화에 참여할 수 있도록 하는지( $\chi^2=6.65, p = .010$ ), 환자의 침상 옆에 화이트보드를 비치하여 환자와가



**Table 5.** Patient Engagement Nursing Services and Clinical Application Needs by Number of Hospital Beds: Discharge Planning (N=205)

Items	Total		Number of hospital beds				$\chi^2$ (p)	Clinical necessity			
	Yes	No	500~999 (n=101)		$\geq 1,000$ (n=104)			500~999		$\geq 1,000$	
			Yes	No	Yes	No		Yes	No	Yes	No
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ensuring the patient's questions other than the discharge training provided through open questions	156 (76.1)	49 (23.9)	73 (72.3)	28 (27.7)	83 (79.8)	21 (20.2)	1.59 (.206)	22 (78.6)	6 (21.4)	21 (100.0)	0 (0.0)
Having discharge plan checklist	148 (72.2)	57 (27.8)	58 (57.4)	43 (42.6)	90 (86.5)	14 (13.5)	21.63 ( $<.001$ )	18 (41.9)	25 (58.1)	12 (85.7)	2 (14.3)
Providing patients with important information during hospitalization and repeatedly identifying them	146 (71.2)	59 (28.8)	76 (75.2)	25 (24.8)	70 (67.3)	34 (32.7)	1.57 (.209)	19 (76.0)	6 (24.0)	30 (88.2)	4 (11.8)
Having multi-disciplinary medical teams for a discharge plan	129 (62.9)	76 (37.1)	46 (45.5)	55 (54.5)	83 (79.8)	21 (20.2)	33.15 ( $<.001$ )	29 (52.7)	26 (47.3)	18 (85.7)	3 (14.3)
Using a language that allows the patient and family to participate and understand the discharge plan	128 (62.4)	77 (37.6)	49 (48.5)	52 (51.5)	79 (76.0)	25 (24.0)	16.45 ( $<.001$ )	28 (53.8)	24 (46.2)	23 (92.0)	2 (8.0)
Identifying the care provider and residential environment of the patient after discharge	118 (57.6)	87 (42.4)	44 (43.6)	57 (56.4)	74 (71.2)	30 (28.8)	15.96 ( $<.001$ )	28 (49.1)	29 (50.9)	22 (73.3)	8 (26.7)
Confirming of patient and family re-statement in their language of discharge plan	115 (56.1)	90 (43.9)	66 (65.3)	35 (34.7)	49 (47.1)	55 (52.9)	6.91 (.009)	28 (80.0)	7 (20.0)	50 (90.9)	5 (9.1)
Being able to communicate with the medical staff at any time so that the family can take the initiative to plan the discharge	114 (55.6)	91 (44.4)	46 (45.5)	55 (54.5)	83 (79.8)	21 (20.2)	13.70 ( $<.001$ )	55 (100.0)	0 (0.0)	21 (100.0)	0 (0.0)
Identifying care providers after discharge and to participate in discharge-related conversations	106 (51.7)	99 (48.3)	43 (42.6)	58 (57.4)	63 (60.6)	41 (39.4)	6.65 (.010)	34 (58.6)	24 (41.4)	33 (80.5)	8 (19.5)
Conducting the training through mock situations and evaluate the performance of the patient, if self-care is required after discharge	103 (50.3)	102 (49.7)	46 (45.5)	55 (54.5)	57 (54.8)	47 (45.2)	1.75 (.185)	44 (80.0)	11 (20.0)	35 (74.5)	12 (25.5)
Allowing patients and caregivers to meet with medical staff to plan discharge	94 (45.8)	111 (54.2)	48 (47.5)	53 (52.5)	46 (44.2)	58 (55.8)	0.22 (.636)	42 (79.2)	11 (20.8)	51 (87.9)	7 (12.1)
Allowing the discharge checklist to recognize that the patient is ready for discharge	75 (36.6)	130 (63.4)	39 (38.6)	62 (61.4)	36 (34.6)	68 (65.4)	0.35 (.552)	46 (74.2)	16 (25.8)	58 (85.3)	10 (14.7)
Having a white board next to the bed to allow patients and families to record when questions and concerns arise	53 (25.8)	152 (74.2)	36 (35.6)	65 (64.4)	17 (16.3)	87 (83.7)	9.95 (.002)	43 (66.2)	22 (33.8)	67 (77.0)	20 (23.0)

족이 질문이나 걱정이 있을 때 적을 수 있도록 되어있는지 ( $\chi^2=9.95, p=.002$ )에 대한 항목이었다.

병상수별 환자참여 간호서비스 필요성 인식을 살펴보았을 때 가족이 언제든지 의료진과 의사소통이 가능하게 하여 퇴원계획에 주도적으로 참여하게 하도록 하는 문항에서 500병

상 이상 1,000병상 미만과 1,000병상 이상에서 모두 필요성이 있다는 응답이 100.0%로 가장 높았으며, 500병상 이상 1,000병상 미만에서는 퇴원계획 체크리스트를 갖고 시행하는 것, 1,000병상 이상에서는 퇴원 후 돌봄 제공자와 주거환경을 확인하는 것에 대한 필요성은 각각 41.9%, 73.3%로 낮았다.

## IV. 논 의

본 연구는 국내에서는 시행된 적 없는 환자참여 간호서비스에 대한 수행도와 필요성을 전국의 500병상 이상 병원에 근무하고 있는 간호사를 대상으로 설문조사를 실시하였으며, 본 연구를 위해 스마트 환자참여 사정도구<sup>®</sup>(SPEACH<sup>®</sup>)를 개발, 활용하여 온라인 설문을 통해 결과를 확인한 서술적 조사연구이다.

그 결과 환자와 가족이 병원의 정책 및 치료 결정에 있어 조언자로 함께 일할 수 있는지에 대한 항목에서 환자와 보호자가 제시하는 의견이 반영되는지에 대해 응답자의 38.5%만이 그렇다고 대답하여 의견을 낼 수는 있지만 그 의견을 실제로 반영하는 방법이 없다는 것이 확인되었다. 환자참여 문화가 정착된 미국에서는 Patient Advisory Council (PAC) 기관을 환자참여 의료에 있어 필수적인 요건으로 간주하고 그 수는 매해 증가하고 있다[22]. PAC에 구성원이 되는 환자 및 보호자는 질 향상 위원회의 멤버로 환자 입장을 대변하며, 자신들의 경험을 공유하고 지역사회 요구를 전달함으로써 의료의 질 향상을 위한 적극적인 활동을 하는 것[23] 이와 같은 조언기구가 없는 국내의 상황과는 대조적이라고 할 수 있다. 환자의 조언자 역할이 건강성공에 미치는 긍정적인 효과로 질, 안전, 환자 만족 부분에서 이미 입증된[24] 사실을 기반으로 환자조언기구와 같은 제도적 장치가 임상 현장에서 필요할 것이다.

두 번째 항목인 의사소통 영역에서는 환자의 치료를 위한 다학제적 의사결정과 의료진의 환자감정 공감에 대해 전체 응답자의 80% 이상이 시행하고 있다고 응답하여 다양한 의사소통 역량증진을 위한 교육과 프로토콜이 마련되어있음을 확인할 수 있었다. 의사소통 능력 증진을 위해 의료진이 교육을 받는지에 대한 질문에서도 77.1%가 시행하고 있다고 응답하여 의사소통을 위해 노력하고 있음을 알 수 있었다. 그러나 환자와 가족의 의사소통 참여를 묻는 질문에는 각 46.8%와 43.9%로 응답자의 절반에 미치지 못하는 응답률을 보였다. 비교적 환자-의료진의 관계가 수평적인 미국의 경우에도 환자-의료진의 의사소통에 있어 의사소통과 관련된 교육은 의료진에게만 부과되고 있었으며, 표준화된 의사소통 프로토콜 또한 의료진 사이에서만 사용되고 있었다[25]. 아직까지 전통적이고 수직적인 병원문화가 현존하고 있는[26] 국내 임상 현장에서 정보 제공의 주체를 의료진에 국한하여 인식하고 있는 것으로, 변화하는 의료 환경에 적응하고 성공적인 의사소통을 위해서는 환자 중심의 정보를 제공해야 할 것이다. 환자가 더 많은 권한을 갖는다고 느낄 수 있는 것은 의료 제공자가 가

장 자주 사용하는 동일한 전략을 사용하여 의사소통하는 방법을 환자에게 가르치는 것으로 의료진 사이에서 많이 쓰이고 있는 Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR)와 같은 방법을 적용하는 것이 하나의 예일 것이다. 환자의 참여를 독려하는 의사결정은 전문가로서 지켜야 할 윤리적 행위이며, 환자에게는 질병 및 예후, 위험 요소에 관한 정보를 습득함으로써 치료과정에 대한 지식과 이해가 향상되어 치료에 대한 순응도가 높아지고 의료진에게는 의료 사고로 인한 부작용을 줄이는 효과가 있었다[27] 점을 유의하여 정책에 반영하여야 할 것이다.

세 번째, 침상인계 영역의 경우, 응답자의 22.0%에서 침상인계를 시행하고 있다고 응답하였다. AHRQ [21]에서 환자를 참여시킬 수 있는 가장 효과적인 간호 방법으로 침상인계를 제시하고 있었으며, 국내에서는 중환자실, 간호간병통합서비스병동, 마취회복실, 검사실과 같은 특수부서에서 환자 침상 옆에서 인계를 실시하는 경우가 있으나, 본 연구에서 의미하는 환자참여의 개념을 적용하여 침상인계를 실시하고 있다는 보고는 없는 상황이다. 따라서 응답자들이 침상인계가 표면적으로 인계 장소만 환자의 침상 옆으로 바뀌는 것인지, 본 연구에서 의미하는 환자나 보호자가 참여하여 자신의 치료에 적극 의사를 표명하거나 확인하는 과정으로 이해하고 있는지에 대한 추가 연구가 필요할 것으로 생각된다. 그럼에도 불구하고 현재 시행하고 있지 않다고 대답한 응답자의 65.7%에서 환자와 보호자가 참여하는 침상인계의 필요성이 있다고 응답하여 긍정적으로 평가하는 것을 확인할 수 있었다.

그러나 침상인계가 활발히 진행되고 있는 국가에서의 선행 연구를 살펴보면 체계적인 훈련과 프로토콜 없이 침상인계를 수행하는 것은 임상간호사들에게 부담감을 주는 것으로 나타났다. 미국에서 55명의 간호사를 대상으로 시행한 연구에 따르면 간호사 침상인계가 전통적인 인계에 비해 스트레스가 많다고 응답하였다. 또한 침상인계에 대한 간호사 만족도는 기존 인계 방법에 비해 낮았고, 인계하는 간호사에게 부담을 주고 있다고 보고되었다[28]. 따라서 임상에서의 적용은 침상인계를 진행해야 하는 간호사의 충분한 이해와 합의가 있을 때 적용되어야 하며, 적절한 교육과 훈련이 요구될 것이다.

침상인계 소요시간에 대해서는 침상인계와 일반인계 모두 병원규모별로 유의한 차이가 없었다. 그러나 정확히 전체 환자의 수 및 환자의 중증도와 같은 인계시간에 영향을 미치는 요인을 확인하지 못하여 평균적으로 평가할 수 없었다. 또한 일반인계와 침상인계의 빈도차이를 보았을 때 침상인계를 시행한다고 응답한 전체의 88.9%, 일반인계를 시행한다고 응답한 전체의 81.1%에서 45분 이내에 인계가 종료된다고 응답하

였다. 그러나 일반인계의 응답자가 201명으로 침상인계를 실시한다는 응답자 45명의 5배 가까운 차이가 나므로 해석의 일반화에는 제한점이 있다. 추후 침상인계가 전체적으로 실시된 후 정확한 측정을 통한 통계적 분석이 필요할 것으로 생각된다.

침상인계가 활발히 시행되고 있는 미국에서의 한 연구에 따르면 791명의 간호사를 대상으로 침상인계에 대한 인식을 조사한 결과 적절한 시간 내에 침상인계가 완료되는지에 대한 질문에 53.2%가 아니라고 대답하여 침상인계가 더 많은 시간을 요구한다는 것을 확인할 수 있었다[29]. 그러나 이 결과는 본 연구에서 침상인계의 경우 전체의 11.1%가 45분 이상의 시간이 소요된다고 응답한 반면 일반인계의 경우 18.9%가 45분 이상의 시간이 소요된다고 응답한 것과는 상반되는 결과이다. 따라서 침상인계가 가이드라인에 맞게 체계적으로 시행되고 있어 실제로 일반인계에 비해 더 많은 시간이 소요되는 것인지 혹은 간호사가 정서적으로 느끼는 스트레스와 부담감에 의해 더 길게 느껴지는 것인지에 대한 객관적인 측정이 필요하고, 인계시간에 영향을 미치는 간호사별 담당 환자의 수 및 중증도와 같은 변수를 파악하여 다양한 요소들을 고려한 분석이 필요할 것이다.

마지막으로 퇴원계획에 대해 AHRQ [21]에서는 병원에서 집으로 퇴원을 하는 경우 의료진으로부터 적절한 정보가 환자와 가족에게 전달되어야 부작용과 재입원을 막을 수 있다고 제시하였다. 그러나 본 연구에서 환자 및 가족과 의료진이 얼마나 원활하게 퇴원계획에 대해 의사소통할 수 있는지, 구체적인 방법이 있는지, 퇴원점검표와 같은 체크리스트가 마련되어 있는지, 실제로 퇴원 후 환자의 간호를 책임질 돌봄 제공자가 의료진과 만날 수 있는 기회가 마련되어 있는지 실질적인 방법을 묻는 문제에 대해서는 50%에 가까운 간호사들이 실제 임상에서 실시되지 않는다고 응답하여 퇴원 결정과 지식 공유가 이루어져야 하는 환자 및 보호자에게 제대로 전달되고 있는 과정이 없음을 확인할 수 있었다.

미국의 경우 미네소타 주의 Reducing Avoidable Readmissions Effectively (RARE) campaign은 예방 가능한 재입원을 줄이기 위해 대대적인 노력의 일환으로 Comprehensive discharge planning을 제시하였고, 가이드에는 퇴원계획에 포함되어야 하는 내용이 매우 구체적으로 제시되어 있다. 환자와 가족을 적극적인 주체로 퇴원계획의 시작에서 끝까지 참여하도록 제안하고 있으며, 퇴원계획을 위해 제시된 모든 내용을 서면으로 확인하도록 권고하고 있다. 이를 통해 평균 연간 5%(약 4,000건)의 재입원율이 감소하였으며, 이는 연간 \$30,000,000의 의료비용 절감을 가져왔다고 보고하였다[30].

이러한 사례를 통해 퇴원을 단순히 환자를 집으로 돌려보내는 개념으로 국한하는 것이 아니라, 성공적인 퇴원교육을 통해 환자의 재입원율을 낮추어, 환자와 가족의 삶의 질을 향상시키고, 나아가서는 국가 건강보험 재정의 이익으로까지 이어질 수 있음을 인식하여 병원 내의 규정뿐 아니라 지역사회와 국가의 의료정책의 일환으로 퇴원계획의 중요성을 강조하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구는 환자참여 간호서비스 수행정도를 파악하고 필요성에 대해 조사하고자 수행되었다. 자료수집에 있어, 전국 지역별 병원에서 근무하고 있는 간호사를 대상으로 다양하게 표집하고자 하였으나 각 병원단위에서는 편의표집 방법을 활용하여 수집되었고, 일부는 온라인 커뮤니티를 통해 자발적으로 참여하였다는 점에서 연구내용을 일반화하는 것에 제한점이 있다. 추후에는 일관된 대상자 수집방법을 통해 전국 단위의 병원 간호사가 고르게 참여할 수 있는 연구가 수행되어야 함을 제안한다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 국내 500명 이상에 근무하는 간호사가 인식하는 환자참여 간호서비스 수행정도와 필요성을 파악하여 국내에서는 생소한 환자참여의 개념을 임상에서 확인하고 개념의 도입과 활용을 도모하고자 시도되었으며 주요결과는 다음과 같다. 환자와 가족을 조연자로 인정하고 함께 방향을 결정하는 파트너로 인정하는 것과 의사소통의 철차 준수 및 과정의 공유, 퇴원계획에 대한 교육과 관리는 비교적 잘 이루어지고 있는 것이 확인되었다. 침상인계의 경우 현재는 시행하고 있지 않더라도 간호사가 인식하는 필요성은 매우 높았다.

간호사가 근무하는 병원의 병상수별 응답을 분석한 결과 많은 항목에서 500명 이상 1,000명 미만보다 1,000명 이상에서 환자참여와 관련된 제도들이 시행되고 있었으며, 시행되고 있지 않은 항목에서도 1,000명 이상의 병원에 근무하는 간호사들이 필요성 인식이 더 높은 것으로 나타났다. 그러나 본 연구가 도구를 개발하고 적용한 첫 번째 연구로 빈도수만으로 필요성이 높다 낮다를 명확하게 판단할 수 없으며, 전체 병원의 현황으로 판단하는데 한계가 있어 일반화의 제한점이 있다. 또한 본 도구의 경우 AHRQ에서 2013년 제시한 전략을 기반으로 환자참여가 잘 이루어 질 수 있는 임상에서의 개념을 적용하여 실제 수행여부 및 필요성 인식을 측정하는 도구로 일반적 도구와 다르게 구성되었다. 현황의 경우 병원마다 수행하고 있는지 없는지 유무에 대한 항목이 다르기 때문에, 필요성의 경우도 개인의 인식을 나타내는 것으로 신뢰

도 및 타당도를 측정하는 것이 적합하지 않아 AHRQ에서 이미 제시한 내용을 바탕으로 전문가의 의견을 반영하여 측정항목을 정리하는 방식으로 도구항목을 구성하여 신뢰도와 타당도 검증에 있어 한계가 있었다. 따라서 본 연구는 환자참여 개념을 처음 확인하는 초기단계로 수행 정도와 필요성 인식을 확인하는데 그쳤지만 추후에 한국적 환자참여 서비스에 대한 내용 개발이 필요하며 이에 따른 도구 개발이 요구된다.

또한 본 연구는 비교적 절차와 제도가 뒷받침되어 환자 및 가족의 참여를 도모할 수 있는 500병상 이상의 대규모 종합병원에 근무하는 간호사를 대상으로 하여 실제 500병상 미만에서 이루어지고 있는 환자참여의 개념 및 간호서비스 활동은 조사하지 못하였으므로 500병상 미만의 병원에서의 임상현황도 파악할 수 있는 후속연구가 필요할 것이다. 또한 본 연구를 토대로 간호서비스에서 환자참여를 가장 부각시키고 가시화할 수 있는 침상인계 부분을 발전시켜 현재는 미미하게 이루어지고 있는 침상인계를 확대하여 간호서비스의 발전과 건강성과의 개선을 확인할 수 있는 추후 연구를 제언한다.

본 연구는 임상에서 실제 이루어지고 있는 환자참여 간호수행을 확인한 점에서 처음으로 시도되었다. 연구결과를 기반으로 다양한 측면에서 환자참여 간호서비스 프로그램을 개발하는데 활용될 것으로 기대하며, 임상실무에서 환자안전 증진에 기여하여 환자참여 개념을 확장 적용할 수 있는 기초자료를 제공함에 의의가 있다.

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

## 참고문헌

- Center for Advancing Health. A new definition of patient engagement: What is engagement and why is it important? Washington, DC: Center for Advancing Health; 2010.
- Kim YK, Kim HW, Paik JY, Hong CB, Lee K, Park TJ, et al. The association between chronic diseases and active patient participation. *Korean Journal of Health Promotion*. 2017;17(3): 152-160. <https://doi.org/10.15384/kjhp.2017.17.3.152>
- Clancy CM. Patient engagement in health care. *Health Services Research*. 2011;46(2):389-393. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01254.x>
- Joint Commission. Approved: 2019 national patient safety goals. Some changes effective immediately. *Joint Commission Perspectives*. 2009;29(10):1, 20-31.
- World Health Organization. Patient engagement: Technical series on safer primary care. Geneva: WHO; 2016.
- Higgins T, Larson E, Schnall R. Unraveling the meaning of patient engagement: A concept analysis. *Patient Education and Counseling*. 2017;100(1):30-36. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.002>
- Barello S, Triberti S, Graffigna G, Libreri C, Serino S, Hibbard J, et al. eHealth for patient engagement: A systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2016;6:2013. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02013>
- Han E, Hudson Scholle S, Morton S, Bechtel C, Kessler R. Survey shows that fewer than a third of patient-centered medical home practices engage patients in quality improvement. *Health Affairs*. 2013;32(2):368-375. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1183>
- Mullins CD, Abdulhalim AM, Lavalley DC. Continuous patient engagement in comparative effectiveness research. *JAMA*. 2012;307(15):1587-1588. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.442>
- Prey JE, Woollen J, Wilcox L, Sackeim AD, Hripsak G, Bakken S, et al. Patient engagement in the inpatient setting: A systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2014;21(4):742-750. <https://doi.org/10.1136/amiainl-2013-002141>
- Santana MJ, Feeny D. Framework to assess the effects of using patient-reported outcome measures in chronic care management. *Quality of Life Research*. 2014;23(5):1505-1513. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0596-1>
- Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: What factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*. 2007;10(3):259-267. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x>
- Sandy LG, Tuckson RV, Stevens SL. UnitedHealthcare experience illustrates how payers can enable patient engagement. *Health Affairs*. 2013;32(8):1440-1445. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1082>
- Epstein RM, Street RL Jr. The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*. 2011;9(2):100-103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
- Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*. 2007;335:24. <https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80>
- Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: What factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*. 2007;10(3):259-267. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x>
- Charmel PA, Frampton SB. Building the business case for patient-centered care. *Healthcare Financial Management*. 2008; 62(3):80-85.
- Kim HS. The effects of a patient-participated nutritional education on nutritional and functional status among patients with gastrectomy [master's thesis]. Seoul: Seoul National University; 2012. p. 1-150.
- Kang J, Suh EE. Perceptions of quality of patient-centered nursing care among women with breast cancer. *Perspectives in Nursing Science*. 2015;12(2):115-123.

- <https://doi.org/10.16952/pns.2015.12.2.115>
20. Bartz CC. International Council of Nurses and person-centered care. *International Journal of Integrated Care*. 2010;10(5):None. <https://doi.org/10.5334/ijic.480>
21. Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to patient and family engagement in hospital quality and safety [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2017 [cited 2019.July.01]. Available from: <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/guide.html>.
22. American Academy of Family Physicians. Joint principles of the patient-centered medical home. *Delaware Medical Journal*. 2008;80(1):21-22.
23. Willard-Grace R, Sharma AE, Parker C, Potter MB. Engaging patients as partners in practice improvement: A survey of community health centers. *Journal of Clinical Outcomes Management*. 2016;23(7):311-319.
24. Sharma AE, Willard-Grace R, Willis A, Zieve O, Dubé K, Parker C, et al. "How can we talk about patient-centered care without patients at the table?" Lessons learned from patient advisory councils. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2016;29(6):775-784. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.06.150380>
25. Jenerette CM, Mayer DK. Patient-provider communication: The rise of patient engagement. *Seminars in Oncology Nursing*. 2016;32(2):134-143. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2016.02.007>
26. Cha BK, Choi J. A comparative study on perception of patient safety culture and safety care activities: Comparing university hospital nurses and small hospital nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2015;21(4):405-416.
27. Berger AM, Buzalko RJ, Kupzyk KA, Gardner BJ, Djalilova DM, Otte JL. Preferences and actual chemotherapy decision-making in the greater plains collaborative breast cancer study. *Acta Oncologica*. 2017;56(12):1690-1697. <https://doi.org/10.1080/0284186x.2017.1374555>
28. Small DC, Fitzpatrick JJ. Nurse perceptions of traditional and bedside shift report. *Nursing Management*. 2017;48(2):44-49. <https://doi.org/10.1097/01.Numa.0000511921.67645.47>
29. Schirm V, Banz G, Swartz C, Richmond M. Evaluation of bedside shift report: A research and evidence-based practice initiative. *Applied Nursing Research*. 2018;40:20-25. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.004>
30. McCoy KA, Bear-Pfaffendof K, Foreman JK, Daniels T, Zabel EW, Grangaard LJ, et al. Reducing avoidable hospital readmissions effectively: A statewide campaign. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2014;40(5):198-204. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(14\)40026-6](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(14)40026-6)