



간호사의 병원윤리풍토와 의사소통 자기효능감이 미완료간호에 미치는 영향

노윤구¹ · 심봉희² · 이은수³

국립창원대학교 간호학과 부교수¹, 창원경상국립대학교병원 간호부 간호부장², 창원경상국립대학교병원 간호교육팀 수간호사³

Effects of Hospital Ethical Climate and Communication Self-Efficacy on Nursing Cares Left Undone among Nurses

Noh, Yoon Goo¹ · Sim, Bong Hee² · Lee, Eun Su³

¹Associate Professor, Department of Nursing, Changwon National University, Changwon, Korea

²Director, Department of Nursing, Gyeongsang National University Changwon Hospital, Changwon, Korea

³Head Nurse, Education Nursing Team, Gyeongsang National University Changwon Hospital, Changwon, Korea

Purpose: This study aimed to identify the effects of hospital ethical climate and communication self-efficacy on nursing care left undone. **Methods:** The participants were 142 nurses working in a general hospital. Data were collected from July 18 to August 30, 2021. Data were analyzed by t-test, ANOVA, Pearson correlation, and multiple regression analysis using the SPSS/WIN 25.0 program. **Results:** (a) The mean value of hospital ethical climate was 3.54 ± 0.41 , communication self-efficacy was 5.03 ± 0.81 , and the sum of nursing cares left undone was 3.68 ± 3.14 . (b) Nursing cares left undone had a negative correlation with hospital ethical climate ($r = -.25, p = .003$) but not with communication self-efficacy ($r = -.13, p = .116$). (c) Factors that affected nursing cares left undone included education (\geq master) ($\beta = .23, p = .005$), marital status (single) ($\beta = -.19, p = .018$), age (26~27) ($\beta = -.18, p = .022$), and hospital ethical climate ($\beta = -.18, p = .029$); the explanation power was 18.0% ($F = 8.66, p < .001$). **Conclusion:** Our study shows that hospital ethical climate plays a significant role in nursing cares left undone of nurses. It is important to strengthen hospital ethical climate to lower the incidence of nursing cares left undone. These results may serve as basic data to help develop strategies for reducing the incidence of nursing cares left undone.

Key Words: Hospital ethics; Communication self-efficacy; Nursing cares left undone; Nurses

서 론

1. 연구의 필요성

의료 서비스 이용자로서 환자는 사회를 대표하므로 의료 시

스템, 간호사 및 기타 의료 전문가를 모두 위한 안전하고 효과적인 치료에 대한 사회의 약속을 나타낸다고 하였다(Suho-nen, & Papastavrou, 2021). 따라서 의료종사자들이 치료와 간호에서 우선 고려해야 할 사항은 안전하고 고품질의 의료의 제공이며 이는 간호사가 간호를 계획하고 제공할 때에도 우선

주요어: 병원윤리, 의사소통, 자기효능감, 미완료간호, 간호사

Corresponding author: Noh, Yoon Goo <https://orcid.org/0000-0002-1319-2983>

Department of Nursing, Changwon National University, 20 Changwondaehak-ro, Uichang-gu, Changwon 51140, Korea.

Tel: +82-55-213-3577, Fax: +82-55-213-3579, E-mail: ygnoh@changwon.ac.kr

Received: Nov 23, 2022 | Revised: Jan 17, 2023 | Accepted: Jan 30, 2023

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

되어야 한다(Kirwan and Schubert, 2020). 그러나 최근 국내 외의 의료 환경은 고령화로 인한 의료비 지출의 증가, 의료에 대한 소비자들의 높은 요구와 기대, 질병의 복잡성으로 인한 새로운 의료기술 등장과 의료 시스템의 변화 등으로 의료비 상승이 이어지면서 정부와 의료기관들은 비용 억제에 위하여 '효율성'에 중점을 두고 있으며, 비용 절감을 포함한 '효율성'은 의료의 질 저하에 대한 우려 또한 불러일으키고 있다(Aiken et al., 2012).

미완료 간호(Nursing cares left undone)는 간호업무량이 많거나 간호업무 환경이 열악한 경우 인력 및 시간과 같은 간호 자원이 부족하여 환자에게 필요한 간호를 제공하지 못한 것을 의미한다(Ausserhofer et al., 2014). 미완료간호와 유사한 개념으로 간호누락(missed nursing care), 자의적 간호 배정(implicit rationing of nursing care) 등이 있는데, 이들은 개념 정의에서 미묘한 차이를 보이지만 모두 자원 부족으로 인해 필요한 모든 치료를 제공할 수 없을 때 어떤 간호 활동이 부분적으로 또는 완전히 생략되었는지를 말하므로(Ausserhofer et al., 2014; Nilasari & Hariyati, 2021), 본 연구에서는 미완료간호로 통일하여 명명하려고 한다.

미완료 간호는 최근 연구들에서 간호업무량 측정지표 중 하나로 이용되고 있고, 환자안전에 대한 정책 수립 및 전략적인 요소로 활용되고 있다(Ausserhofer et al., 2014; Cho et al., 2016; Liu et al., 2018). 2009~2011년 동안 유럽의 영국, 독일, 스페인, 폴란드, 스웨덴, 스위스 등 12개 국가의 488개 병원의 간호사 33,657명이 참여한 연구에서 간호사의 미완료 간호는 13개 간호 항목 중 평균 3.6개이었으며(Ausserhofer et al., 2013), 국내 연구에서 지난 근무에서 12개의 간호 항목 중 1개 이상의 간호를 미완료 한 간호사는 81.5%였다(Cho et al., 2016). 미완료 간호의 반복은 간호사의 잠재적인 윤리적 갈등 및 역할 갈등 상황이 유발되어 간호사의 소진을 증가(Ausserhofer et al., 2014)시킬 뿐 아니라 환자안전에도 부정적인 영향을 미치므로(Liu et al., 2018) 미완료간호의 개인 및 조직적 요인을 파악하는 것은 중요하다.

선행연구를 통해서 보았을 때 누락이나 미완료 간호의 상황은 자주 발생하고 있으며, 의료기관은 환자에게 고품질의 안전한 치료를 제공하고 이러한 요소를 평가해야 하는 높은 요구에 직면하고 있다(Kirwan & Schubert, 2020). 미완료간호의 조직 요인으로는 부적절한 간호인력, 나쁜 팀워크, 의사소통, 작업 공간, 관리자 영향, 취약한 병원 안전풍토 등이 있음을 확인하였다(Ausserhofer et al., 2014; Nilasari & Hariyati, 2021; Lopes et al., 2020). 이렇듯 국외에서는 미완료간호를 감소시

키기 위한 근거를 찾는 연구가 활발하여 다양한 선행요인을 규명하고 있다. 그러나 국내 연구는 미완료 간호가 높은 항목(Park & Hwang, 2021), 간호인력 증가로 미완료 간호의 감소(Cho et al., 2015), 초과근무로 미완료 간호의 증가(Cho et al., 2016) 등으로 아직 충분하지 못한 실정이다. 누락이나 미완료 간호는 환자안전과 치료의 질을 떨어뜨리는 요소로 환자와 간호사의 만족도 저하뿐 아니라 간호사의 이직률과 의료기관의 높은 비용지출에도 영향을 미치므로(Nilasari & Hariyati, 2021) 환자 안전과 간호의 질 개선을 위하여 발생 현황과 선행요인을 파악하여 예방을 위한 대안을 강구하여야 한다.

체계적 문헌고찰로 확인된 바에 의하면, 근무환경은 간호사의 미완료 간호에 영향을 미치는 선행요인이다(Nilasari & Hariyati, 2021). 의료기관의 근무환경은 환자 안전과 치료와 간호의 질과 관련이 있다(Kane, 2007). 의료기관의 근무환경의 개선은 비교적 적은 비용으로 치료의 안전성 확보, 품질 개선, 환자 만족도를 높일 수 있는 전략이다(Kirwan & Schubert, 2020). 윤리풍토는 근무환경의 한 측면으로 윤리적 근무환경인데 조직의 업무처리 관행으로 구성원의 행동에 영향을 미치고, 개인뿐 아니라, 업무, 조직, 환자 결과에도 영향을 미치는 요인이다(Koskenvuo, Numminen, & Suhonen, 2017; Noh & Lee, 2020).

조직에서 업무 수행을 하는 행동의 주체는 개인이지만 구성원의 윤리적 행동은 개인의 도덕심에 의해 결정되기보다는 개인의 행동방식을 제약하는 조직체계에 의해 결정되는 측면이 강하다(Reilly & Kyj, 1990). 간호사와 환자와의 관계에 대한 조직 윤리풍토가 긍정적인 경우 간호사의 의료오류가 낮았다(Hwang & Park, 2014). 따라서 조직의 업무처리 관행이면서 개인의 윤리적 행동에 영향을 미치는 윤리풍토가 간호사의 미완료간호에 어떤 영향을 미치는지 확인할 필요가 있다.

의사소통 자기효능감이란 자신이 의사소통 능력을 활용할 수 있다는 믿음으로 개인의 학습과 경험을 통해 형성되는 특성이 있으며 자신의 의사소통 수준을 결정하고 앞으로의 의사소통 행위에도 영향을 미친다(Ayres, 2005). 의사소통은 인간 상호 작용의 중심이며 의료 환경에서 간호사는 의사소통 과정의 핵심이다. 간호업무는 간호사가 환자, 보호자, 동료와 관리자, 의사와의 관계 속에서 상호작용하는 특성을 가지며 환자간호, 교육, 정보교환, 협력과 조정의 과정을 거치고 있어(Kim, Lee, & Lee, 2016) 간호에서 의사소통이 중요함을 보여준다. 간호사는 병원에서 가장 큰 의료 인력이자 입원 환자의 1차 간호 담당자로서 환자의 이상 반응을 감지하고 예방하는 필수적인 역할을 하며(Aiken et al., 2012) 간호팀 구성원이나 다른 직종과

협력과 조정을 위한 다양한 의사소통을 한다(Gluyas, 2015).

좋은 의사소통은 환자에게 제공되는 간호의 질을 향상시키며, 간호사와 환자, 기타 의료 전문가 사이에 진실하고 의미 있는 관계를 형성하는 중요한 전제 조건으로 고려되고 있다(Wynia, 2010). 효과적인 의사소통은 양질의 의료서비스 제공에 중요하며 수정 가능한 여러 조직 요인의 영향을 받을 수 있다. 또한 의사소통은 환자 치료의 질과 신뢰도를 평가할 수 있는 중요한 예측 변수이므로 조직의 성과를 추적하고 질 개선을 위한 중재에 유용할 수 있다(Wynia, 2010). 의사소통은 협력과 조정을 가능하게 하는 중심 역할을 하는데(Gluyas, 2015), 의료진간의 의사소통이 실패한 경우 의료오류가 발생하므로 의료제공자 간의 효과적인 의사소통은 환자 안전을 위해 필수라고 할 수 있다(Lee, 2015).

스웨덴 환자 연구에서 의사소통은 간호 누락을 방지하였고(Avallin, 2020), 미완료간호에 대한 체계적 문헌고찰 연구에서 의사소통은 미완료간호의 주요 선행요인이었다(Chaboyer et al., 2021). 비효율적이고 부적절한 의사소통, 의사소통 부재는 간호 누락의 주요 요인으로(Winters & Neville, 2012), 의사소통은 미완료 간호의 선행요인이면서 간호누락을 방지하는 것을 알 수 있다. 따라서 개인의 의사소통 수준을 결정하고 의사소통 행위에도 영향을 미치는 의사소통 자기효능감(Ayres, 2005)은 업무에서 의사소통 능력과 효과적인 의사소통을 가늠할 수 있을 것이다. 국외에서는 의사소통과 미완료 간호에 대한 연구가 진행되고 있으나, 국내 연구는 아직 미미한 수준이다. 본 연구에서는 미완료간호의 선행요인으로 확인된 의사소통을 의사소통 자기효능감으로 구체화하여 미완료간호에 미치는 영향을 확인하고자 한다.

이에 본 연구는 종합병원 간호사의 병원윤리풍토, 의사소통 자기효능감, 미완료 간호 정도를 확인하고 이들 간의 관계를 파악하고자 한다. 미완료 간호는 간호의 질이자 환자 안전과도 밀접한 변수이므로, 본 연구는 간호의 질과 환자결과의 향상을 위한 방안을 찾기 위한 기초자료가 될 것이다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 종합병원 간호사의 병원윤리풍토와 의사소통 자기효능감이 미완료간호에 미치는 영향을 파악하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성과 그에 따른 미완료간호의 차이를 규명한다.
- 병원윤리풍토, 의사소통 자기효능감, 미완료간호의 정도

를 확인한다.

- 병원윤리풍토, 의사소통 자기효능감, 미완료간호 간의 관계를 확인한다.
- 미완료간호에 대한 병원윤리풍토와 의사소통 자기효능감의 영향을 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 종합병원 간호사의 병원윤리풍토와 의사소통 자기효능감이 미완료간호에 미치는 영향을 파악하기 위한 상관성 연구이다.

2. 연구대상

연구의 대상자는 G지역 700병상 이하의 종합병원에 근무하는 간호사를 편의 추출하였다. 포함 기준은 직접적인 간호를 제공하는 6개월 이상 근무한 간호사로서, 본 연구참여에 자발적으로 동의한 자이다. 본 연구의 표본 크기는 G*Power 3.1 프로그램을 이용하여 다중회귀분석을 위한 효과크기 .15, 유의수준 .05, 검정력 .90, 예측요인 약 8개일 때 최소 표본의 크기는 136명이었으며, 탈락률 20%를 고려하여 대상자 수를 170명으로 산출하였다. 본 연구참여를 동의한 간호사 170명을 대상으로 설문 조사하였으며 168부의 설문지를 회수하여 불성실한 응답 26부를 제외한 총 142부를 최종 분석하였다.

3. 연구도구

1) 병원윤리풍토

Olson (1998)이 개발한 병원윤리풍토설문(Hospital Ethical Climate Survey, HECS)을 Hwang과 Park (2013)이 번안한 도구를 사용하였다. 이 도구는 총 26문항이며 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 병원윤리풍토가 높음을 의미한다. 5개의 하부 영역은 동료 관계 4문항, 환자 관계 4문항, 관리자 관계 6문항, 병원 관계 6문항, 의사 관계 6문항으로 구성되어 있다. 도구의 신뢰도는 Hwang과 Park의 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .96이었고(2013) 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .92였으며 하위요인인 동료, 환자, 관리자, 병원, 의사의 신뢰도는 각각 .71, .76, .93, .84, .91이었다.

2) 의사소통 자기효능감

Ayres (2005)가 간호사를 대상으로 개발한 의사소통 교육 후의 자기효능감 척도(Post-training self-efficacy Scale)를 Oh (2008)가 한국어로 번역한 도구를 사용하였다. Oh (2008)의 한국어 도구는 본 연구자가 번역가에게 역번역을 의뢰하여 간호사의 실무에 맞게 일부를 수정 보완하고 문항에 대한 일치도를 확인하였다. 그 후 문항은 다시 간호학 교수 2인에게 문항의 내용 타당도를 의뢰하였으며 내용 타당도 지수(Index of Content Validity, CVI)가 .96으로 확인되어 본 연구에 사용하였다. 도구는 총 10문항으로 7점 척도이며 점수가 높을수록 의사소통에 대한 자기효능감이 높음을 의미한다. Oh (2008)의 연구에서 도구 신뢰도는 Cronbach's α .92였으며 본 연구에서 신뢰도는 .95였다.

3) 미완료간호

미완료간호는 Ausserhofer 등(2014)의 미완료간호(Nursing Care Left Undone)를 Park과 Hwang (2021)이 번안한 도구를 사용하였다. 도구는 13문항으로, 최근 근무변의 근무시간 동안에 필요하지만 시간부족으로 수행하지 못한 간호에 대하여 '예/아니오'로 응답하게 되어 있다. '예' 1점, '아니오' 0점으로 점수화한 후 합산 점수를 구하였다. 합산 점수가 높을수록 미완료 간호가 많음을 의미한다. 측정 척도가 예, 아니오의 이분 문항이므로 도구 신뢰도는 Park과 Hwang (2021) 연구에서 KR-20은 .86이었고 본 연구에서 KR-20은 .84였다.

4. 자료수집

자료수집은 2021년 7월 18일부터 8월 30일까지 하였다. 자료는 병원 간호부를 방문하여 연구의 목적과 방법에 대해 직접 설명하고 연구 진행에 대한 승인을 받은 후 수집하였다. 연구참여자에게 동의를 구한 후 설문에 참여하도록 하였다. 설문지는 동의서와 함께 비밀 보장을 위해 개별로 밀봉 봉투에 한 부씩 넣어 배부하였다. 작성이 완료된 설문지는 밀봉한 후 설문지수거상자에 참여자가 직접 투입하였다. 설문지 작성은 약 20분 정도 소요되었으며, 대상자에게 설문에 대한 소정의 답례품을 지급하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 27 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성, 병원윤리풍토, 의사소통 자기효능감, 미완료간호의 정도는 빈도, 백분율, 평균과 표준 편차로 산출하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 미완료간호는 independent t-test, one-way ANOVA로 분석하였고, 사후 검정은 Scheffé test로 하였다.
- 병원윤리풍토, 의사소통 자기효능감, 미완료간호와의 관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.
- 대상자의 병원윤리풍토와 의사소통 자기효능감이 미완료간호에 미치는 영향은 단계적 회귀분석을 하였다.

6. 윤리적 고려

연구참여자의 권리와 윤리적 보호를 위해 C대학교 생명윤리심의위원회(GNUCH 2021-12-024-001)의 승인을 받은 후 연구를 진행하였다. 참여자는 연구목적, 연구 철회와 중단 가능성, 익명성, 비밀 보장, 본인이 원하면 언제든지 연구참여의 철회 등 연구참여에 대한 설명을 듣고, 본 연구에 참여하기를 서면으로 동의한 경우 설문지를 작성하도록 하였다. 개인정보 보호를 위해 개인 봉투를 제공하여 회수하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성에 따른 미완료간호의 차이

대상자의 일반적인 특성은 다음과 같다(Table 1). 성별은 여성이 135명(95.1%)으로 많았으며, 연령은 26~27세가 51명(35.9%)으로 많았고 평균연령은 26.74세였다. 결혼 상태는 미혼이 123명(86.6%)으로 많았다. 학력은 학사가 119명(84.4%)으로 가장 많았으며 현재 직위는 일반 간호사가 138명(97.9%)으로 대부분이었다.

총 임상경력 4년 이상 6년 미만이 42명(29.8%)으로 많았으며 평균 46.28개월이었다. 현 부서 경력은 1년 미만이 56명(40.6%)으로 많았고 평균 21.31개월이었다. 근무형태는 교대근무가 138명(97.2%)으로 많았고, 근무부서는 일반병동이 83명(58.5%)으로 가장 많았으며 다음으로 중환자실 34명(23.9%), 코로나 병동 25명(17.6%) 순이었다. 근무 간호사 1인당 담당 환자수를 살펴보면 일반병동은 10~18명, 코로나 병동은 4~7명, 중환자실은 2~3명이었다.

대상자 특성에 따른 미완료간호에 차이를 보인 특성은 연령, 결혼상태, 학력, 총 임상경력, 근무부서였다(Table 1). 미완료

Table 1. Differences in Nursing Care Left Undone according to the Participants' General Characteristics (N=142)

Variables	Categories	n (%)	M	Nursing care left undone	
				M±SD	t or F (p) Sheffé
Gender	Male	7 (4.9)	26.7	5.57±4.99	1.04
	Female	135 (95.1)		3.58±3.01	(.336)
Age (year)	23~25 ^a	43 (30.3)	26.7	3.62±3.34	3.95
	26~27 ^b	51 (35.9)		2.86±2.65	(.021)
	≥28 ^c	48 (33.8)		4.60±3.25	b < c
Marital status	Married	19 (13.4)	26.7	5.94±4.16	2.64
	Single	123 (86.6)		3.33±2.81	(.015)
Education [†]	Diploma ^a	10 (7.1)	26.7	2.90±1.96	6.82
	Bachelor ^b	119 (84.4)		3.47±2.99	(.001)
	≥ Master ^c	12 (8.5)		6.75±3.88	a, b < c
Position [†]	Staff nurse	138 (97.9)	26.7	3.65±3.09	-0.38
	Charge nurse	3 (2.1)		5.00±6.08	(.738)
Total clinical career [†] (month)	7~23	37 (26.2)	46.3	3.18±2.63	3.28
	24~47	39 (27.7)		3.41±3.43	(.023)
	48~71	42 (29.8)		3.21±2.49	
	≥72	23 (16.3)		5.39±3.48	
Clinical career in present unit [†] (month)	≤11	56 (40.6)	21.3	3.19±2.80	1.12
	12~23	38 (27.5)		4.21±3.23	(.340)
	24~47	29 (21.0)		4.00±3.64	
	≥48	15 (10.9)		3.06±2.34	
Shift pattern	Shift	138 (97.2)	26.7	3.69±3.17	0.27
	Non shift	4 (2.8)		3.25±2.21	(.781)
Department	General ward ^a	83 (58.5)	26.7	4.36±3.26	4.93
	Covid ward ^b	25 (17.6)		2.84±2.67	(.009)
	Intensive care unit ^c	34 (23.9)		2.64±2.78	a > c

M=mean; SD=standard deviation; [†] Missing value: Education (1); Position (1); Total clinical career (1); Clinical career in present unit (4).

간호는 28세 이상(4.60±3.25점)이 26세 이상 27세 이하(2.86±2.65점) 보다 높았고(F=3.95, p=.021), 기혼(5.94±4.16)이 미혼(3.33±2.81)보다 높았으며(t=2.64, p=.015), 석사 이상(6.75±3.88)이 전문학사(2.90±1.96)와 학사(3.47±2.99)보다 높았다(F=6.82, p=.001). 총 임상경력은 사후 분석에서 유의한 차이가 없었다. 근무부서에서 일반병동(4.36±3.26)이 중환자실(2.64±2.78)보다 미완료간호가 높았다(F=4.93, p=.009).

2. 병원윤리풍토, 의사소통 자기효능감, 미완료간호 정도

대상자의 병원윤리풍토, 의사소통 자기효능감, 미완료간호의 평균은 다음과 같다(Table 2). 병원윤리풍토는 5점 만점에 평균 3.54±0.41점이었으며 하위요인으로 동료관계가 4.02±0.44점으로 가장 높았고, 다음으로 관리자 3.94±0.64점이었으며 의사관계가 2.88±0.70점으로 가장 낮았다.

의사소통 자기효능감은 7점 만점에 평균 5.03±0.81점, 미완

료간호는 13점 만점에 평균 3.68±3.14점이었다.

가장 빈도가 높은 미완료간호는 ‘환자를 위로하기/대화하기’로 98명(69.0%)이 응답하였다. 다음으로 높은 빈도는 ‘환자의 체위를 자주 변경하기’로 72명(50.7%)이었으며, ‘간호를 평가하고 다시 계획하기’ 58명(40.8%), ‘구강간호하기’ 50명(35.2%) 순이었다. 미완료간호 빈도가 가장 낮은 항목은 ‘퇴원을 위해 환자와 가족을 준비시키기’로 15명(10.6%)이 응답하였다.

한편 최근 근무변의 근무시간 동안의 미완료간호 횟수가 없다고 응답한 대상자는 18명(12.7%)이었으며, 3회 있다고 응답한 대상자는 28명(19.7%)이었다.

3. 병원윤리풍토, 의사소통 자기효능감, 미완료간호의 관계

병원윤리풍토, 의사소통 자기효능감, 미완료간호의 상관관

Table 2. Score of Hospital Ethical Climate, Communication Self-efficacy, and Nursing Care Left Undone (N=142)

Variables	Range	M±SD	Frequency	n (%)
Hospital ethical climate	1~5	3.54±0.41		
Communication self-efficacy	1~7	5.03±0.81		
Nursing care left undone [†]	0~13	3.68±3.14		124 (87.3)
			0	18 (12.7)
			1	18 (12.7)
			2	21 (14.8)
			3	28 (19.7)
			4	17 (12.0)
			5	8 (5.6)
			6	10 (7.0)
			≥7	22 (15.5)
Comfort/talk with patients				98 (69.0)
Oral hygiene				50 (35.2)
Frequent changing of patient position				72 (50.7)
Skin care				42 (29.6)
Administer medications on time				21 (14.8)
Pain management				16 (11.3)
Adequate patient surveillance				21 (14.8)
Educating patients and families				32 (22.5)
Treatments and procedures				16 (11.3)
Adequately document nursing care				41 (28.9)
Planning care				41 (28.9)
Develop or update nursing care plans/care pathways				58 (40.8)
Prepare patients and families for discharge				15 (10.6)

M=mean; SD=standard deviation; [†] Multiple response.

Table 3. Correlation among Hospital Ethical Climate, Communication Self-efficacy, and Nursing Care Left Undone (N=142)

Variables	Hospital ethical climate	Communication self-efficacy	Nursing care left undone
	r (p)	r (p)	r (p)
Hospital ethical climate	1		
Communication self-efficacy	.60 (<.001)	1	
Nursing care left undone	-.25 (.003)	-.13 (.116)	1

계는 다음과 같다(Table 3). 미완료간호는 병원윤리풍토($r=-.25$, $p=.003$)와 부적 상관관계였으나, 의사소통 자기효능감($r=-.13$, $p=.116$)과는 상관이 없었다. 병원윤리풍토와 의사소통 자기효능감($r=.60$, $p<.001$)은 정적 상관관계를 보였다.

4. 미완료간호 영향요인

미완료간호에 영향을 미치는 요인을 확인하기 대상자의 특성 중 미완료간호에 차이를 보인 연령, 결혼상태, 학력, 근무부서를 가변수로 변환하여 통제변수로 투입하고, 미완료간호를 종속변수, 병원윤리풍토와 의사소통 자기효능감을 독립변수로 투입하여 다중회귀분석을 하였다(Table 4). 먼저 독립변수

에 대한 회귀분석의 가정을 검정하였는데, 선형성, 등분산성, 정규성을 확인하여 만족하였다. Durbin-Watson값이 2에 가까워 자기상관이 없음을 확인하였다. 분산팽창계수(VIF)는 10 이하이고 공차한계는 0.1 이상으로 나타나 투입된 변수들은 다중공선성 없이 상호 독립적임을 알 수 있었다.

병원윤리풍토($\beta=-.18$, $p=.029$)는 미완료간호에 부정적인 영향을 미치는 요인이었으며, 일반적 특성인 석사 이상의 학력($\beta=.23$, $p=.005$), 미혼($\beta=-.19$, $p=.018$), 26~27세 연령($\beta=-.18$, $p=.022$)이 영향을 미쳤다. 미혼, 26~27세 연령은 미완료간호를 감소시켰으며, 석사 이상의 학력은 미완료간호를 높였다. 변수들의 미완료간호에 대한 설명력은 18.1%였으며, 회귀모형은 적합하였다($F=8.66$, $p<.001$).

Table 4. Factors Influencing Nursing Care Left Undone

(N=142)

Variables	B	SE	β	t	p
(Constant)	9.88	2.14		4.61	<.001
Education (≥ Master) [†]	2.51	0.88	.23	2.86	.005
Marital status (Single) [‡]	-1.70	0.71	-.19	-2.39	.018
Age (26~27) [§]	-1.17	0.51	-.18	-2.31	.022
Hospital ethical climate	-1.28	0.58	-.18	-2.20	.029

F=8.66, p<.001, Adj. R²=.18

Durbin-Watson=1.87, Tolerance=.90~96, VIF=1.03~1.10

References of dummy variables were [†] Education (Diploma), [‡] Marital status (Married), [§] Age (≤ 25).

논 의

본 연구에서 간호사들의 병원윤리풍토 평균은 3.53점(5점 만점)으로 동일한 도구를 사용한 선행연구와 비교하여 보면 종합병원 간호사의 3.42점(Kim & Seo, 2020)과 3.59점(Jang & Oh, 2017), 온라인으로 조사한 3.54점(Hyun et al., 2021), 공공병원 간호사의 3.50점(Hwang & Park, 2014)과 유사한 수준이었다. 본 연구에서 병원윤리풍토 하위요인의 평균은 동료(4.02점)가 가장 높고 다음으로 관리자(3.94점)였으며 병원(3.35점)과 의사(2.88점)가 낮았다. 한편 선행연구에서도 동료가 가장 높고 다음이 관리자이고(Jang & Oh, 2017), 관리자가 가장 높고 다음이 동료인 것(Kim & Seo, 2020)도 있어 차이가 있으나, 동료와 관리자가 높은 수준인 것을 알 수 있었다. 본 연구에서 의사가 가장 낮고 다음으로 병원이 낮았는데, 선행연구(Hwang & Park, 2014; Jang & Oh, 2017; Kim & Seo, 2020)에서는 병원이 가장 낮았고 그 다음이 의사여서 본 연구와 차이가 있었다. 병원윤리풍토는 업무에서 간호사가 인식하는 관계의 정도를 말하는데 업무에 도움이 되는 우호적 환경인지, 비우호적인 환경인지를 알 수 있다. 본 연구와 선행연구를 통하여 국내간호사의 동료와 관리자 관계의 병원윤리풍토는 높은 수준으로 업무에 도움이 될 수 있지만, 병원과 의사의 관계 병원윤리풍토는 낮은 수준임을 알 수 있다. 따라서 병원윤리풍토 향상을 위한 대안을 준비할 때 낮은 수준의 병원윤리풍토 요인을 높이기 위한 전략이 필요하다. 간호사의 의사소통 자기효능감은 7점 만점에 평균 5.03점으로 종합병원 간호사의 의사소통 교육 프로그램 실시 이전의 4.98점(Kim, Lee, & Lee, 2016)과 비슷하였다. 국내 간호사의 의사소통 자기효능감의 연구가 충분하지 못하므로 후속 연구가 필요한 부분이다.

본 연구에서 미완료간호는 13개 항목 중 평균은 3.7개이었는데, 국내간호사의 미완료간호는 13개 항목 중 4.4개(Park &

Hwang, 2021)와 12항목 중 2.7개(Cho et al., 2016)이었다. 국내 미완료간호에 대한 연구가 충분하지 못하지만 지금까지 확인된 국내 간호사의 미완료간호 정도는 2.7~4.4개라고 추정해 볼 수 있다. 국외 연구를 살펴보면 유럽의 12개 국가의 미완료간호에 대한 연구에서 각 나라별 미완료간호는 2.8~4.7개이고 평균 3.6개 여서(Ausserhofer, 2014) 국내 간호사의 미완료간호 정도와 비슷하다고 볼 수 있다.

본 연구에서 미완료간호가 가장 많은 항목은 ‘환자 위로하기/대화하기’, ‘환자의 체위를 자주 변경하기’, ‘간호계획 경로 개발 또는 수정’ 순이었는데, 선행연구(Park & Hwang, 2021)에서는 ‘간호계획 경로개발 또는 수정’이 가장 많고 다음으로, ‘환자 위로하기/대화하기’, ‘구강간호’, ‘환자의 체위를 자주 변경하기’ 순이었다. Cho 등의 연구(2016)에서는 ‘환자 위로하기/대화하기’가 가장 많았고, 다음으로 ‘환자와 가족을 교육하기’, ‘간호계획 경로개발 또는 수정’ 순이었다. 본 연구와 선행연구를 정리하여 보면 국내 간호사의 미완료간호는 ‘환자 위로하기/대화하기’와 ‘간호계획 경로개발 또는 수정’이 가장 많다고 할 수 있다. 유럽 12개 국가의 미완료간호는 ‘환자 위로하기/대화하기’가 가장 많았고 다음으로 ‘간호계획 경로개발 또는 수정’, ‘환자와 가족을 교육하기’ 순이었다(Ausserhofer, 2014). 이상으로 국내외 간호사들은 ‘환자 위로하기/대화하기’와 ‘간호계획 경로개발 또는 수정’에서 미완료간호가 높음을 알 수 있다(Ausserhofer, 2014; Cho et al., 2016; Park & Hwang, 2021).

본 연구에서 미완료간호 빈도가 가장 낮은 항목은 ‘퇴원을 위해 환자와 가족을 준비’였으며, 다음으로 ‘치료, 처치, 검사를 위한 간호하기’와 ‘통증 관리하기’, ‘정확한 시간에 투약하기’ 순이었다. 선행연구(Park & Hwang, 2021)에서는 ‘치료, 처치, 검사를 위한 간호하기’가 가장 낮았고, 다음으로 ‘통증 관리하기’, ‘정확한 시간에 투약하기’ 순이었다. Cho 등의 연구(2016)

에서 ‘치료, 처치, 검사를 위한 간호하기’가 가장 낮았고, 다음으로 ‘통증 관리하기’, ‘정확한 시간에 투약하기’ 순이었다. 즉 국내간호사들은 ‘치료, 처치, 검사를 위한 간호하기’, ‘통증 관리하기’, ‘정확한 시간에 투약하기’는 비교적 잘 수행한다고 볼 수 있다.

유럽 12개국의 미완료간호는 ‘치료, 처치, 검사를 위한 간호하기’가 가장 적었고, 다음으로 ‘통증 관리하기’, ‘정확한 시간에 투약하기’ 순으로 낮아(Ausserhofer, 2014) 국내와 유럽 간호사들은 ‘치료, 처치, 검사를 위한 간호하기’, ‘통증 관리하기’, ‘정확한 시간에 투약하기’ 등 실제 환자들의 신체간호 관련 간호는 잘 수행하고 있다고 생각한다.

본 연구에서 간호사의 미완료간호에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 석사 이상의 학력이었다. 석사 이상의 학력은 미완료간호를 높였다. 학력이 미완료간호에 영향을 미치지 않는 것(Ausserhofer, 2014)은 본 연구와 차이가 있어 석사 이상 학력과 미완료간호 간의 관계를 살펴볼 필요가 있다. 본 연구에서 학력에 따른 미완료간호를 살펴보면 석사 이상 간호사는 6.75점으로 3년제 졸업 간호사의 2.90점과 4년제 졸업 간호사의 3.47점보다 높았는데, 학력에 따른 미완료간호에 차이가 없는 것(Kim, Yoo, & Seo, 2018)과 구별이 되었다. 본 연구에서 미완료간호는 통계적 유의성은 없었지만 3년제 졸업간호사보다 4년제 졸업간호사가 높았고, 석사 이상인 간호사는 이들보다 더 높은 것으로 보아 학력이 높을수록 자신의 미완료간호 정도를 엄격하게 판단하고 적용하여 미완료간호가 높다고 추정해 본다. 즉, 석사 이상의 간호사는 자신의 미완료간호에 엄격하여 조금의 부족한 간호도 미완료간호로 판단한 것이 아닌지 추정된다. 지금까지 국내 미완료간호 연구가 충분하지 못하므로 석사 이상의 학력과 미완료간호와의 관계는 후속연구로 확인할 필요가 있다.

두 번째로 미완료간호에 영향을 미치는 요인은 미혼으로 미혼인 경우 미완료간호가 낮았다. 미완료간호에 대한 결혼유무의 영향에 대한 연구가 없어 논의에 제한이 있으나 미혼 간호사는 결혼 간호사보다 가사, 육아에 대한 부담이 적을 수 있으므로 상대적으로 피로도가 낮고 간호업무에 대한 집중도가 높아 미완료간호가 낮다고 유추할 수 있다. 그러나 보다 확실한 근거를 위하여 후속연구로 이를 확인하여야 할 것이다.

세 번째로 미완료간호에 영향을 미치는 요인은 연령으로 26~27세 간호사인 경우 미완료간호가 낮았다. 미완료간호에 대한 연령의 영향에 대한 선행연구가 없어 논의가 제한적이나, 본 연구의 연령에 따른 미완료간호는 26~27세가 28세 이상보다 낮았다. 26~27세는 경력 4~5년의 간호사로 추정할 수 있는

데 본 연구에서 28세 이상보다 미완료간호가 낮았다. 본 연구는 경력에 따른 미완료간호의 차이가 없으면서 26~27세 연령이 미완료간호가 낮고 미완료간호를 감소시켰으므로 연령에 따른 미완료간호의 특성은 관심을 가지고 후속연구에서 확인하여야 할 것이다.

마지막으로 미완료간호에 영향을 미치는 요인은 병원윤리풍토였는데 병원윤리풍토가 높은 경우 미완료간호를 감소시켰다. 병원윤리풍토와 미완료간호에 대한 연구가 없어 직접적인 비교가 힘들지만, 본 연구의 병원윤리풍토(Olson, 1998)는 안전한 환자간호를 위한 환경으로 동료와의 팀워크, 관리자의 리더십, 환자와의 우호적인 관계, 의사와의 협업, 병원의 지원을 포함한다. 선행연구에서 간호근무환경의 관리자의 리더십과 지지가 높은 경우 미완료간호를 감소시키고(Kim, Yoo, & Seo, 2018), 간호사의 근무환경이 좋은 경우 미완료간호가 낮았다(Ausserhofer 2014; Liu et. al., 2018). 미완료간호에 대한 체계적 문헌고찰 연구에서 미완료간호의 위험요소로 간호근무환경, 팀워크, 윤리풍토가 있으며(Lopes et. al., 2020), 근무환경, 관리자의 지원과 리더십이 미완료간호에 영향을 주는 것(Nilasari & Hariyati, 2021)으로 확인되어 본 연구결과는 이를 간접적으로 지지하였다.

조직은 윤리 교육, 간호 팀 내에서 지원과 정보 교환을 통해서 조직의 윤리풍토를 향상시킬 수 있으므로(Koskenvuori, 2017), 긍정적인 병원윤리풍토를 잘 조성한다면 미완료간호를 감소시킬 수 있을 것이다. 따라서 간호 관리자들은 조직의 윤리풍토 특성을 파악하고 긍정적인 병원윤리풍토를 조성한다면 미완료간호를 감소시킬 수 있을 것이다. 이는 결국 긍정적인 병원윤리풍토 형성으로 미완료간호 감소뿐 아니라 간호의 질 향상에도 도움이 될 것이다.

의사소통 자기효능감은 미완료간호에 영향을 미치지 못하였다. 의사소통 자기효능감과 미완료간호에 대한 연구가 없어 본 연구결과를 논의하는데 제한이 있다. 미완료간호에 대한 체계적 문헌고찰 연구에서 의료인과의 의사소통이 미완료간호에 영향을 주고(Chaboyer, 2021; Nilasari & Hariyati, 2021), 의사소통은 간호누락을 방지하는 기본이며 필수적인 요소(Avallin, 2020)하고 하여 본 연구와 차이가 있었다. 따라서 의사소통 특성에 따라 미완료간호와 어떠한 관계가 있는지 확인하여야 할 것이다.

미완료간호는 간호사가 마땅히 제공해야 할 간호를 시간 제약 등의 이유로 환자에게 제공하지 못한 간호로, 간호의 질적 수준이 낮다고 평가될 수 있다. 따라서 간호관리자와 연구자들은 우선 조직에서의 미완료간호의 정도를 파악하여야 할 것이

다. 더불어 병원윤리풍토뿐 아니라 어떠한 의사소통 특성이 미완료간호에 영향을 미치는지 확인하여야 할 것이다. 미완료간호의 선행요인을 확인하는 것은 미완료간호의 감소뿐 아니라 환자안전과 간호의 질 향상에도 도움이 될 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 일부 지역의 1개 종합병원의 간호사를 대상으로 하였으므로 연구결과를 확대 해석하여 일반화하는 데는 한계가 있다. 둘째, 본 연구는 의사소통 자기효능감이 미완료 간호에 영향력이 없어 의사소통의 어떤 특성이 영향력이 있는지 확인하지 못한 한계가 있다. 이러한 한계에도 불구하고 본 연구결과는 미완료간호를 줄이는 방안을 위한 근거가 될 수 있을 것이다.

결론 및 제언

본 연구를 통하여 종합병원 간호사의 병원윤리풍토, 식사 이상 학력, 미혼, 연령(26~27세)이 미완료간호에 영향을 미치는 것을 확인하였다. 본 연구의 의의는 종합병원 간호사의 미완료간호의 정도와 미완료간호의 선행요인으로 병원윤리풍토를 확인한 것이다. 본 연구를 토대로 병원윤리풍토와 미완료간호 정도를 파악하고 긍정적인 병원윤리풍토를 조성한다면 미완료간호를 낮출 수 있을 것이다. 본 연구는 미완료간호 감소를 위한 긍정적인 병원윤리풍토를 조성하는 중재 프로그램 설계를 위한 근거가 될 수 있을 것이다. 빈도가 높은 미완료간호 항목을 완료간호로 유도하는 방안을 위한 후속연구가 필요하며 간호의 질 향상을 위하여 간호사의 미완료간호의 추가적인 선행요인을 파악하는 반복 연구가 필요하다.

REFERENCES

- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, *344*, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M. A., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2013). The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(2), 240-252. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.007>
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., et al. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, *23*(2), 126-135. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>
- Avallin, T., Muntlin Athlin, A., Bjorck, M., & Jangland, E. (2020). Using communication to manage missed care: A case study applying the fundamentals of care framework. *Journal of Nursing Management*, *28*(8), 2091-2102. <https://doi.org/10.1111/jonm.12963>
- Ayres, H. W. (2015). *Factors related to motivation to learn and motivation to transfer learning in a nursing population*. Unpublished doctoral dissertation, North Carolina State University, USA.
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B. O., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, *37*(2), 82-91. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>
- Cho, E., Lee, N. J., Kim, E. Y., Kim, S., Lee, K., Park, K. O., et al. (2016). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *60*, 263-271. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009>
- Cho, S. H., Kim, Y. S., Yeon, K. N., You, S. J., & Lee, I. D. (2015). Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *International Nursing Review*, *62*(2), 267-274. <https://doi.org/10.1111/inr.12173>
- Gluyas, H. (2015). Effective communication and teamwork promotes patient safety. *Nursing Standard*, *29*(49), 50-7. <https://doi.org/10.7748/ns.29.49.50.e10042>
- Hwang, J. I., & Park, H. A. (2013). Nurses' perception of ethical climate, medical error experience and intent-to-leave. *Nursing Ethics*, *21*(1), 28-42. <https://doi.org/10.1177/0969733013486797>
- Hyun, J. W., Kim, D. Y., Park, J. S., Choi, Y. S., Choi, Y. Y., & Kim, S. (2021). Factors that influence clinical Nurses' moral courage. *Korean Journal of Medical Ethics*, *24*(1), 45-58. <https://doi.org/10.35301/ksme.2021.24.1.45>
- Jang, Y., & Oh, Y. (2017). Impact of ethical factors on job satisfaction among Korean nurses. *Nursing Ethics*, *26*(4), 1186-1198. <https://doi.org/10.1177/0969733017742959>
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, *45*(12), 1195-204. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181468ca3>
- Kim, C. S., Lee, M. O., & Lee, S. B. (2016). Effects of nonviolent communication (NVC) program consist of communication competency, communication self-efficacy and stress in nurses. *Health Service Management Review*, *10*(3), 9-17. <https://doi.org/10.18014/hsmr.2016.10.3.09>
- Kim, K. J., Yoo, M. S., & Seo, E. J. (2018). Exploring the influence of nursing work environment and patient safety culture on missed nursing care in Korea. *Asian Nursing Research*, *12*(2), 121-126.

- <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>
- Kim, Y. M., & Seo, M. (2020). Factors influencing the retention intention of nurses in general hospital nurses. *Journal of Digital Convergence*, 18(12), 377-387.
<https://doi.org/10.14400/JDC.2020.18.12.377>
- Kirwan, M., & Schubert, M. (2020). Missed or rationed nursing care: where to now for the nurse manager? *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1767-1769.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13078>
- Koskenvuori, J., Numminen, O., & Suhonen, R. (2017). Ethical climate in nursing environment: a scoping review. *Nursing Ethics*, 26(2), 327-345. <https://doi.org/10.1177/0969733017712081>
- Lee, J. Y. (2015). Effective communication for patient safety. *Journal of the Korean Medical Association*, 58(2), 100-104.
<https://doi.org/10.5124/jkma.2015.58.2.100>
- Liu, X., Zheng, J., Liu, K., Baggs, J. G., Liu, J., Wu, Y., et al. (2018). Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 82-89.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005>
- Lopes, V. C. A., Silva, D. R. A., Carvalho, H. D., Leite, S., Dos Santos, A. M. R., Batista, E. M. C. A., et al. (2020). Structural and procedural risk factors correlated to missed nursing care in hospitals. Research & reviews. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 6(3), 27-35.
- Nilasari, P., & Hariyati, R. T. S. (2021). Systematic review of missed nursing care or nursing care left undone. *Enfermería Clínica*, 31(2), S301-S306. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.036>
- Noh, Y. G., & Lee, O. S. (2020). Factors related to ethical climate of nurses in Korea: A systematic review. *Journal of Health Informatics and Statistics*, 45(3), 261-272.
<https://doi.org/10.21032/jhis.2020.45.3.261>
- Oh, Y. J. (2008). *Development and effectiveness of the communication empowerment program for nursing students: Based on the theory of transfer of learning*. Doctoral dissertation, Korea University, Korea.
- Olson, L. L. (1998). Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image: The Journal of Nursing Scholarsh*, 30(4), 345-349.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01331.x>
- Park, J. Y., & Hwang, J. I. (2021). Relationships among non-nursing tasks, nursing care left undone, nurse outcomes and medical errors in integrated nursing care wards in small and medium-sized general hospitals. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 51(1), 27-39. <https://doi.org/10.4040/jkan.20201>
- Reilly, B. J., & Kyj, M. J. (1990). Economics and ethics. *Journal of Business Ethics*, 9(9), 691-698.
<https://doi.org/10.1007/BF00386351>
- Suhonen, R., & Papastavrou, E. (2021). Impacts of rationing and missed nursing care: challenges and solutions: Rancare action. Cham: Springer Publishing Company.
- Winters, R., & Neville, S. (2012). Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand hospital. *Nursing Praxis in New Zealand*, 28(1), 19-28.
- Wynia, M. K., Johnson, M., McCoy, T. P., Griffin, L. P., & Osborn, C. Y. (2010). Validation of an organizational communication climate assessment toolkit. *American Journal of Medical Quality*, 25(6), 436-443. <https://doi.org/10.1177/1062860610368428>