

병원간호의 QA실시현황에 관한 조사 연구

지 성 애 · 조 규 속
(중앙의대 간호학과 교수)

I. 서 론

경제발전과 이에 따른 생활 수준의 향상, 인도주의 사상의 전파에 힘입어 건강은 모든 인간이 누려야 할 기본권이라고 인식되기 시작하면서 건강관리는 국가적 차원에서 실시되는 사회복지정책에 포함되어 실시하게 되었다. 우리나라의 경우 1960년대초 부터 의료보험을 실시하고자 계획하였으나 여러가지 문제점으로 인하여 실시하지 못하고 있다가 1977년 7월 1일부터 500인 이상의 사업장을 대상으로 실시되면서 계속 확대 실시되어 오고 있으며, 1989년 부터는 전국민의 의료보험이 실시될 예정으로 있다. 전국민의 의료보험제도의 적용으로 건강관리를 보장하는 사회복지가 이루어 진다는 점은 우리 모두가 염원하던 일로서 환영해야 할 일이다. 그러나 이러한 변화의 시점에서 우리 간호사들은 새로운 변화가 가져올 수 있는 문제점들을 생각해보고 이에 현명하게 대처할 수 있어야 할 것이다. 전국민의 의료보험 실시로 인하여 발생될 수 있는 문제점들을 생각해 본다면, 첫째, 현재의 의료보험수가 의료원가의 80~85%정도에 미루는다고 보고있기 때문에 병원경영의 생산성과 성장은 계속 감소되고 있는 추세로서 의료보험 환자 구성비가 높아질수록 병원경영이 압박을 받게 될 것이다. 그러나 전국민의 의료보험화로 인하여 의료보험비 부담능력이 없는 영세민이나 기타 국민들의 비용을 국가가 책임져야 하는점을 감안한다면 의료보험수가의 대폭인상은 어려울 것이다.

둘째, 전국민의 의료보험실시로 인하여 의료인의 서비스는 국가의 통제될 더 많이 받게 될 것이다. 최저수준의 비용으로 양질의 의료서비스를 제공해야 하는 방편하에 국가는 실시된 의료의 타당성과 질에 대한 심사를 강화하게 될 것이기 때문이다.

세째, 전국민의 의료보험실시로 인하여 국민의 의료 서비스에 대한 요구가 증가하여 의료인의 업무는 크게 증가할 것이다.

이러한 문제점들을 검토해 볼때 우리 나라 병원들은 경영의 합리화와 생산성의 향상을 통하여 보다 저렴한 비용으로 양질의 의료서비스를 제공하지 않으면 안되게 되었다. 또한 건강과 의료에 대한 대중의 지식의 증가로 건강전문직에 대하여 높은 수준의 서비스를 요구하게 되었고 부정행위에 대한 소송도 전차적으로 증가하는 추세에 있어서 건강전문직의 서비스의 질적 향상이 절실히 요청되고 있다. 전국민의 의료보험화가 아니더라도 간호사업의 생산성향상과 질적향상은 우리 간호계가 계속 노력해야 할 과제인 것이다. 왜냐하면 전문직으로서 간호직의 위치를 확고히하고 계속 성장 발전하기 위해서는 간호실무의 우수성이 대중에 의해 인정되어야 하기 때문이다. 특히 병원간호사업은 우리나라 간호사업에서 큰 비중을 차지하고 있으므로 병원 간호서비스의 질을 향상시키는 문제는 우리간호계가 관심을 갖고 노력해야 할 중요한 문제이다 1981년 부터 실시된 병원 표준화사업에서 간호의 QA(Quality Assurance) 제도와 이를 위한 간호의 질 평가가 분기별로 시행되도록 요구하고 있어서 각 간호부서에서는 나중대로 QA제도를 실시하고 있다. 그러나 아직 QA에 대한 이해가 부족하며 이에 대한 연구도 미비한 상태에 있다. 이에 저자들은 간호의 QA제도의 실시와 발전을 위한 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

본 연구의 목적은 병원간호부서의 QA제도실시 현황을 조사하는데 있으며 이러한 연구의 목적을 달성하기 위해서 다음과 같은 구체적인 연구의 목적을 설정하였다.

1. 병원간호부서의 QA실시현황과 관련된 변수들 확인한다.

2. QA위원회 구성현황과 관련있는 변수를 확인한다.
3. QA를 위한 간호질평가 실시현황을 확인한다.
4. 병원간호부서에서 QA를 위해 사용하고 있는 간호질평가도구를 분석한다.

II. 문헌고찰

1. 간호의 질보장

병원간호관리자의 궁극적 목적은 환자에게 필요한 양질의 간호를 제공하는데 있다. 따라서 환자에게 양질의 간호를 제공할 수 있도록 관리하는 간호질보장활동은 간호관리에 있어서 가장 중요한 활동인 것이다.

질보장(quality assurance)은 행위의 평가와 향상을 의미하는 말이다. 즉 QA는 기대되는 서비스의 적합한 수준을 추구하고 성취해 나가야 하는 과정에서 제기되는 저해요인들을 규명하여 시정하는데 그 목적이 있으며 이 목적을 실천해 나가는 방법 내지 제도가 QA이다. (대한병원협회, 1987)

건강관리분야에서 QA는 일반 기업체에서 실시되는 생산품의 품질관리 내지 향상을 위한 제도에 비유될 수 있으나 건강서비스는 환자의 건강상태, 지식과 기술의 변화, 고동의 경감등의 형태로 그 결과(outcome)가 나타나기 때문에 그 내용과 방법이 크게 다르다고 할 수 있다. 따라서 건강관리를 담당하는 기관이 제공하는 인간적 서비스의 목적과 목표의 달성뿐만 아니라 서비스를 제공하는 과정에서의 가치, 윤리철학적 문제점도 고려되어야 한다.

병원의 QA활동은 과거부터 있어 왔다고 추정할 수 있으나 1952년경 부터 미국 병원신입 합동위원회가 병원표준화사업을 실시하면서 본격화되기 시작하였고 1972년 QA를 병원신입조건으로 의무화하면서 체계적으로 실시되기 시작하였다. 이와같이 미국병원 신입합동위원회에서 QA를 강화하기 시작한 것은 미국정부가 그해에 사회보장안에 의해서 1976년까지 효과적인 질 통제방법을 개발하여 사용할 것을 요구하였기 때문이다. 우리나라의 경우 병원사업의 QA는 1981년 대한병원협회가 병원표준화사업을 착수하면서 QA를 포함시켜 시행함에 따라 비롯되었다. 이에 따라 병원의 간호부서에서도 QA를 실시하도록 의무화하였고 간호단체에서는 QA제도의 실시를 위한 계몽과 교육을 실시해 왔다. 간호의 QA는 높은 수준의 간호를 대중에게 제공하고 개선해 나가기 위해서 끊임없이 노력하는 것이

며 건강과 자원, 비용측면에서 더 유익한 결과를 보장하기 위한 방법을 추구하여 대중에게 신뢰감을 줄수있도록 평가결과를 사용하여 간호서비스의 향상을 도모하는 것을 말한다.

1974년에 Lang은 Donabedian의 QA모형을 기초로하여 간호질보장모형을 제시하였다. 그가 제시한 모델의 5가지 요소는

1. 가치관의 진술
2. 적정한 구조, 과정, 결과적 표준과 기준의 설정
3. 표준과 평가측정치 사이의 차이의 평가
4. 확인된 차이를 없애기 위한 적절한 행위의 선택과 적용
5. 간호질의 향상

이었다. 1987년 대한병원협회가 제시한 병원의 QA 모델은

1. 문제의 설정 및 확정
2. 평가의 기준설정
3. 자료의 수집
4. 평가 조사
5. 시정활동
6. 문제의 해결
7. 보고
8. 지속적인 감독 등 8가지 요소이며 이요소들은 순서적으로 이루어져야 한다고 하였다.

QA의 계획은 QA의 목적의 서술, QA계획을 육성발전시킬 수 있는 권한과 책임의 명시, QA계획의 범위의 결정, 이를 위한 기구의 조직, QA계획의 진행과정과 결과에 대한 보고절차와 방법의 설명등이 문서화 되어 있고 시정행위의 결과평가와 보고가 있어야 하고 매년 평가되어야 한다. 대한병원협회에서 실시하는 병원표준화사업에서 QA활동은 분야별로 실시되어야 한다고 으구하고 있다.

병원에서 실시되는 모든 서비스를 정기적으로, 계속적으로 감독 평가하는 QA의 계획에 대한 책임은 병원의 경영주체에 있는 것이다. 1983년에 임상간호사회에서 제시한 병원간호사업의 표준을 보면 표준 IX에서 QA가 실시되어야 함을 다음과 같이 명시하고 있다.

“간호실무와 업무의 질적보장 계획안이 계획되어 있다. 간호의 질과 적합성의 검토와 평가는 다음과 같이 수행한다.

1. 정기적으로(분기별 1회 정도)
2. 해당 직원과 간호단위의 참여로
3. 설정된 기준을 사용하여

4. 환자관찰과 면담을 통하여
5. 특별한 감시방법을 통하여
6. 의무기록을 이용하여
7. 기타 방법으로 평가”

현재 실시되고 있는 병원표준화사업에서 평가되는 간호의 질보장 평가항목도 임상간호사회가 제시한 표준 IX같은 내용을 평가하도록 되어 있다.

간호의 QA는 전체병원 차원의 QA에서 포괄적으로 실시되어야 하지만 간호의 질을 향상시키기 위해서 간호부서 차원에서도 계속적으로 QA활동이 이루어져야 한다. QA활동에 참여하는 요원수는 되도록 최소의 인원으로 해야하며 문제를 해결한다는 구실로 환자들에게 피해를 주지 않도록 은밀하게 진행되어야 하는 업무이다(대한병원협회사무국, 1982). 간호의 QA활동에서 간호의 질과 적합성의 평가는 기본 활동이며 이는 양질의 간호제공을 보장하는데 그근본 목적이 있는 것이다.

2. 양질의 간호

Dagson은 질적 간호 즉 양질의 간호는 “환자나 간호대상자에의 간호전달의 우수성의 최고정도”라고 정의했으며 Mayers는 “간호에 의해 환자에게 나타난 좋은 결과”라고 하였다. 이와같은 정의들 살펴볼때 양질의 간호는 과정과 결과의 두 측면의 우수성을 포함한다고 볼 수 있다. Mayers는 양질의 의로서비스의 요소로서의료접근성(accessibility), 의로서준(quality), 지속성(continuity)과 효율성(efficiency)을 들고 있다.

의료접근성은 의료요구가 있는 환자가 시간적, 공간적, 경제적으로 의료에 근접해 있는 것을 의미하는 것으로 의료기관은 환자의 적합한 의료를 보장하는 의료기술, 장비와 인력을 보유하고 있어야 한다는 것이다. 의로서준은 적정의료를 제공하는데 필요한지식과 기술을 수용하여 의로서비스의 질적수준을 유지한다는 것을 의미하며 지속성은 의료는 한 인간의 건강상태를 유지하기 위해 필요한 서비스가 계속적으로 이루어진다는 의미이다. 효율성은 가능한한 저렴한 비용으로 의로서비스를 제공한다는 것을 의미한다고 하였다. Zimmer는 간호의 질 보장을 위한 평가에서 간호대상자에게 주어지므로 간호의 효과성과 효율성을 평가해야 한다고 하였다. 효율성과 함께 효과성을 평가하는것은 간호에서 투입량에 대한 산출량을 계산하여 효율성이 높다고 할지라도 기대한 결과가 성취되었다고 볼수 없기 때문이다. 따라서 기대한 결과에 대한 성취정도를 평가하는 효과성도 양질의 간호의 중요한 요소가 된다

고 본다. 즉 간호의 질과 적합성의 평가는 간호의 결과 문제점이 발생되지 않고 기대하는 목표를 효과적으로 달성할 수 있었는지, 그리고 자원관리 측면에서 간호활동은 효율적이었는지를 평가하게 되는 것이다.

3. 간호의 질 평가

1) 간호질 평가의 역사

간호의 질에 대한 평가는 19세기에 이미 나이팅게일에 의해서도 시행되었다고 보고 있다. 그리어(Grier)는 나이팅게일의 간호에 대한 연구를 분석한 결과 그의 연구들이

- (1) patient outcome
- (2) health states of military personnels
- (3) cost effectiveness of varying hospital unit design and staffing patterns
- (4) hazards to the health of nurses employed in hospital
- (5) performance level of individual nurse
- (6) comparative analysis of the effectiveness of fourteen hospitals

등에 초점을 맞춘 것을 확인하고 간호의 질에 대한 평가를 실제로 시행한 점을 밝혔다. Burgess(1932)는 우수한 간호의 교육을 위해서 몇명의 간호사의 수가 필요할 것인가, 간호사와 학생의 비가 어느 정도 이어야 적절할 것인가를 연구하고 간호와 교육의 질을 평가하고자 시도하였다. 그러나 그의 연구에서는 질적간호와 교육의 본질에 대해서는 서술되지 않았다. 그 후 Derrybery(1939)는 간호기특상에 나타난 환자의 건강상태의 변화에 미친 간호의 질을 평가하였는데 그 평가 방법은 그때까지 시행되어 온 전통적 간호평가 방법과는 전혀 다른 새로운 방법이었다. 그후 1955년 Blanch는 간호의 질을 사정하기 위한 감사과정(audit process)에 대해서 기술하였으나 그 이후 이에 대한 활발한 연구는 없었다. 1961년 Abdallah는 환자에게 미치는 간호효과 의 지표가 될 수 있는 기준이 개발되어야 한다고 제안했으며 몇몇 학자들이 간호의 질 평가기준에 대한문제점에 대해서 논의 했다. 같은 시기에 Clarence는 처음으로 간호의 질평가도구개발을 시도하였다. Drew(1964)는 간호의 질평가를 사정하기 위해서 지역병원에서 어떤 방법이 사용되고 있는지에 대해 조사했다. 이 연구결과 다양한 자료가 발견되었으나 간호의 질통제의 체계는 없는 것으로 확인되었다. 1965 Lambertson은 특수한 상황에 놓여 있는 개개인의 환자에 의해서 요

구되는 간호의 요소를 정의할 필요가 있으며 간호의 질평가에 대한 표준을 설정해야 하고 따라서 간호부서는 미국간호협회, 미국간호연맹, 병원인가위원회에서 공식적으로 발표할바와 같이 간호질 평가에 대한 책임이 있다고 말했다. 1966년 Donabedian은 진료의 질평가에 대한 접근방법을 확인분류하기 위한 틀을 구성하였다. 그의 의료의 질평가모델은 구조적, 과정적, 결과적 측면을 포함하는 모델로서 간호 또는 건강관리의 질의 평가모델로서 널리 사용되어 왔다. 1974년 Lang은 간호의 질보장 모델을 위한 기초로써 Donabedian의 모델을 사용하였다. 1970년대에 개발발표된 간호의 질 측정도구를 살펴보면

- Nursing audit (Phanef, 1972 : 1976)
- Quality patient care scale (Wandelt & Ager, 1974)
- A methodology for monitoring quality of nursing care (Jelineck, et al., 1975)
- Standards of nursing care: A guide for evaluation (Carte, et al., 1975)
- Development of criterion measure of nursing care (Horn & Swain, 1977a, 1976b)

이러한 간호의 질 측정도구는 일차간호(primary nursing), 문제중심간호기록, 기타간호에서의 계획된변화로 인한 효과, 다시 말하면 간호의 질을 측정하기위한 많은 연구에 사용되었다. 우리나라에서 간호의 질평가 도구개발에 대한 연구는 유지수(1970)의 간호의 평가 도구개발에 관한 연구가 처음이라고 추정되며, 1980년 개최된 국제간호학술대회를 기점으로 하여 간호의 질 문제가 부각되기 시작하여 간호학계의 관심을 끌게 되었으며 같은해 경주에서 있었던 병원간호행정세미나에서 “간호의 질 향상방안”이라는 주제하에 간호의 QA에 대한 강연이 있었다. 그 이후 1981년 병원표준화사업에 간호의 QA제도실시가 포함되면서 표준화 사업에 참여한 여러 병원의 간호부서에서는 QA를 위한 간호 질평가제도의 준비와 실시를 서둘렀으나 개념의 이해 부족으로 사실상 형식적인 실시에 머물러 있었던 것으로 평가되었다. 그후 임상간호사회를 비롯한 간호단체에서 이에 대한 계몽과 교육을 실시하였으나 아직도 그 시행은 마비할 것으로 추측된다. 간호의 질 평가에 대한 연구로서 1983년과 1984년에 발표된 강경자의 간호감사에 의한 간호의 질 평가 연구”가 있다. 이들 연구에서는 Phaneuf의 간호감사도구를 이용하여 문제중심간호기록에 관한 교육후에 간호 기록지를 측정하여 비교함으로써 문제중심기록이 간호의 질을 향상시켰는

지를 확인하고자 하였다. 그후 지금까지 간호의 질 보장과 간호의 질 평가에 대한 연구는 찾을 수 없었다.

2) 간호 질평가의 접근

간호의 질을 평가할때 구조, 과정, 결과적측면으로 나누어 접근할 수 있다.

(1) 구조적 접근

구조란 간호를 위해서 사용되는 자원과 사회적수단 환경등을 말한다. 그러므로 구조적측면의 평가는 간호직원의 수와 자격, 이들 인적자원의 조직과 관리, 간호를 위한 각종 시설과 기구장비, 행정관리과정, 장소의 할당, 작업환경등이 평가된다.

구조적인 사항에 대한 평가는 구조가 간호에 도움이 되는지 아니면 해가 되는지를 판단하는 것으로 여기에는 두가지 가정이 필요하다. 첫째, 더 좋은 인력에 의해서, 보다 적절한 행정관리, 조직에서, 좋은 시설과 환경에서 간호를 제공할때 환자는 보다 양질의 간호를 받을 수 있다는 것과 둘째, 간호사들은 인력, 시설, 장비, 조직, 환경 등에 관하여 무엇이 좋은 것인지 알고 있다는 점이다. 조직의 목적, 철학, 목표, 정책, 간호지침, 직무기술서, 예비교육계획, 실무교육계획, 간호사수 등을 조사하는 것은 이러한 구조적 측면의 평가의 예라고 할 수 있다. 구조는 비교적 안정성이 있는 것이기 때문에 자주 측정할 필요가 없으며 측정하기가 쉬운 명백한 변수이다. 그러나 구조는 실제로 환자에게 주어지는 간호의 질과 어느 정도 관련이 있기는 하지만 간호의 질을 나타내는 지표가 된다고 보기는 어려운 점이 있으므로 과정과 결과적 측면의 평가가 불가능할 때 할 수 있으며 보조적인 정보로 이용하는 것이 좋다.

(2) 과정적 접근

과정적 평가는 간호사가 환자를 간호할 때의 과정과 수행하는 활동의 특성을 평가하는 것을 말한다. 즉 간호사가 환자에게 무엇을 하고, 어떻게 하며, 그것이 어떤 순서로 시행되는가를 평가하는 것이다 과정에 대한 평가는 우수한 수준의 간호가 주어질 경우 환자의 건강을 유지 증진 회복시킬 수 있다는 가정이 수반된다. 간호의 과정을 평가하는 방법에는 크게 두가지로 나누어서 직접 관찰하는 방법과 의무기록을 중심으로 평가하는 방법이 있다. 또한 간호사가 주는 간호 행위와 환자가 받는 간호행위에 초점을 맞추는 두가지 접근방법이 있다. 간호의 질을 평가하는데 있어서 과정적 접근은 주어지는 것을 직접 측정한다는 의미에서 다른 어떤 방법보다도 우수하다(Donabedian, 1980).

과정적측면의 평가의 장점은 결과에 대해서는 반드시 책임이 없지만 좋은 간호를 제공해야 하는 건강전문직에 유용한 평가 방법이다. 이 과정적 평가의 단점은 모 든과정 적기준과 표준이 각 개인 환자에게 적용될 수 없기 때문에 개별 환자에 대한 간호의 질을 측정하기는 어렵다는 점이다.

(3) 결과적 접근

간호사에 의해서 제공된 간호의 결과인 환자의 건강상태의 변화, 환자의 만족, 자가 간호지식과 기술등의 변화환 측정 평가하는 것이다. 간호사의 업무노력의 결과를 나타내는 정보를 제공하며 궁극적으로 간호가 잘 되었는지 그 결과에 대한 최종결과를 알려주며 간호의 질의 지표가 된다. 그러나 결과적측면의 평가는 결과에 영향을 주는 많은 변수가 있으며 간호제공의 결과가 장기간에 걸쳐서 나타나는 경우도 있으므로 측정상 어려움이 있다.

구조, 과정, 결과의 세가지 접근은 이 요소들간에 기본적인 기능적관계가 있기 때문에 가능하다고 보고 있다. 즉 질의 지표로서 구조를 평가하려고 한다면 좋은 자원과 환경이 이루어질때 우수한 업무수행이 가능하고 결과도 우수 하리라는 가정하에 가능하며 과정적 접근이 사용된다면 우수한 업무수행이 이루어질때 결과도 따라서 우수할 것이라는 가정을 해야 한다. 결과가 연구의 초점이 될때 환자의 건강상태의 변화는 우수한 업무수행과 구조적요인, 선행요인에 의한 것이 된다고 보아야 한다. 그러나 아직 세가지 요소간에 인과적 관계는 밝혀지지 않았기 때문에 간호의 질에 대한 구조, 과정, 결과적측면의 타당성문제가 있으므로 이에 대한 연구도 필요하다고 본다.

3) 간호 질평가를 위한 기준과 표준

기준은 환자간호의 질을 나타내주고 있는 변인으로서 측정되어야 하는 변인을 말한다. 예를 들면 입원기간, 체온, 동통, 수면시간, 자가간호지식과 기술 등을 말한다. 표준은 특정한 목적에 적합하거나 적당한것으로 인정되는 질의 정도 또는 수준이다. 즉 수행되어야 하는 것을 나타내는 것이다. 간호에서 표준은 전문가나 권위있는 단체조직 혹은 간호계에서 합의되어 만들어진 간호의 모델로서 간호의 질평가를 위한 기초가 되는 것이다. 다시 말하면 표준은 구조, 과정, 결과의바람직한 수준의 진술이며, 개인 또는 집단에게 제공된 간호를 평가하기 위해서 소망하는 간호의 질의 수준을 진술한 것이다.

4) 간호의 질평가 방법

(1) 소급평가 와 동시평가

소급평가(retrospective evaluation)는 수행된 간호를 소급해서 평가하는 것으로서 환자가 퇴원한 후에 간호기록, 질문지와 면접, 집담회등을 이용하여 평가하는 방법이다. 소급평가는 환자에게 나타난 간호결과 또는 주어진 간호를 평가한다. 다시 말해서 소급평가는 간호의 결점, 개선방법을 찾고 수행된 간호행위를 평가하여 양질의 간호를 제공하기 위해 실시하는 것이다.

동시평가(concurrent evaluation)는 환자가 입원하고 있는 동안 제공되는 간호의 질을 평가하는 것으로서 간호기록의 분석과 환자의 관찰, 환자와 직원의 면접, 집담회, 평가척도등을 사용하여 평가한다. 동시평가도 소급평가와 같은 내용과 목적을 갖는다. 동시평가를 통해 간호의 결점이 환자가 입원하고 있는동안 발견되므로 간호를 개선하여 실시할 수 있으므로 도움이 된다. 따라서 동시평가와 소급평가를 함께 주기적으로 실시하여 환자가 입원하고 있는 동안 간호문제를 해결하고 다음 환자를 위한 간호의 개선이 가능하도록 해야 한다.

(2) 동료평가, 간호감사, 환자의 만족도조사

동료평가(peer review)는 평가하고자 하는 간호를 제공한 전문가에 의해서 행해지는 것이다. 즉 간호사와 수간호사들이 동료집단이 되어서 평가를 실시 하는 것이다. 동료집단이 간호를 제공하고, 제공된 간호의 질을 평가하고 보고해야 하는 1차적 책임을 갖는다. 실무교육담당자나 간호부(과)장은 이들의 동료에 포함되지 않는다. 간호동료집단은 QA에서 중요한 역할을 한다. 왜냐하면 이들은 기대되는 건강결과에 관한 지식을 갖고 있으며 필요한 결정을 내릴 수 있고 기대되는 결과의 성취를 위해서 환자는 어떠한 경과과정을 거쳐야 하는가를 알고 있기 때문이다.

QA는 전문가가 아닌 사람들은 지각할 수 없는 질을 확인할 수 있는 능력을 요구한다. QA에서 간호동료집단이 더욱 중요한 이유는 함께 간호에 참여한 간호동료집단이 간호의 향상을 위한 활동에서 주역을 담당해야 할 사람들이기 때문이다.

간호감사는 환자의 간호기록을 참고로 하여 평가도구를 가지고 평가하는 것으로 평가자는 감사위원회가 되는 경우가 많다.

환자의 만족도조사는 환자가 간호에 대해서 만족하는 정도와 불편한 점이 있었는지를 조사하는 것으로 평가자는 환자가 된다.

5) 간호질 평가도구

(1) Phaneuf's Nursing Audit Format

Paneuf(1972)는 Lesnick와 Anderson(1955)이 기술한 간호의 7가지 기능을 가지고 Nursing Audit이라는 측정 도구를 만들었다. 이 도구는 50문항으로 되어 있고 7개의 항목으로 조직되어 있으며 각 항목의 점수배점은 각기 다르게 되어 있다. 이 평가도구의 7개의 항목은 "의사의 지시의 적용과 실행" "증상과 반응의 관찰환자의 감독" "간호에 참여하고 있는 사람에 대한 감독" "보고와 기록" "간호절차와 기술의 적용 및 실행" "지시와 교육에 의한 신체적, 정서적, 건강의 증진" 등이다.

(2) Slater Nursing Competencies Rating Scale(SN-CRS)

이 SNCRS는 Wandelt와 Slater가 간호사의 능력을 평가하기 위해서 고안한 평가도구로서 전체 84문항으로 구성되어 있다. 이 평가도구는 크게 6가지 항목으로 구성되어 있고 각 항목은 5단계로 구분하여 평가하게 되어 있다.

(3) Quality Patient Care Scale(Qualpac)

Wandelt와 Ager(1974)에 의해서 개발된 도구로서 Slater Nursing Competences Rating Scale을 수정하여 간호사가 수행한 간호행위나 능력을 평가하지 않고 환자가 받은 간호의 질을 평가하도록 되어 있다.

(4) Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care(MMQNC)

Jelinek들(1974)이 개발한 평가도구로서 이 평가도구는 6가지 항목과 36가지의 하위항목으로 구성되어 있다.

MMQNC의 6개의 항목은 다음과 같다.

1. The plan of nursing care is formulated.
 2. The physical needs of the patient are attended.
 3. The non-physical (psychological, emotional, mental, social) needs of patient are attended.
 4. Achievement of nursing care objectives is evaluated.
 5. Unit procedures are followed for the protection of all patients.
 6. The delivery of nursing care is facilitated by administrative and managerial services. (Hegvery et al., 1976, pp.108~109)
- (5) Standard of Nursing Care: A Guide for evaluation

Matheny의 간호 분류를 참고로 하여 Carte가 개발한 과학적 평가도구이다. 각문항은 4가지 그룹으로 분류

되었다. 분류된 네가지 그룹은 다음과 같다.

Standards of Nursing Care

Group I. Nursing measures necessary to maintain hygiene, physical comfort, activity, rest and sleep, safety, and body mechanics.

Group II. Nursing measures necessary to maintain oxygen supply nutrition, elimination, fluid and electrolyte balance regulatory mechanisms and sensory functions. Interventions listed in this group would imply that the nurse recognizes the body's response to disease.

Group III. Nursing measures that should be helpful to the patient and his family during their emotional reactions to the patient's illness

Group IV. Nursing measures that will assist the patient and his family to cope with the illness and the necessary life adjustment.

(6) Criterion Measures of Nursing Care

이 평가도구는 Horn과 Swaine에 의해서 개발된 결과적 평가 도구이다. 이 도구는 Orem의 자가간호요구를 사용하여 간호대상자의 건강상태를 측정하도록 고안되었다. 도구는 9가지 항목으로 되어 있고 각 항목은 각각 4가지 항목으로 나누어 조사하도록 되어 있다.

(7) Performance Evaluation Procedure(PEP)

1972년 미국병원협회가 주축이 되어 병원의 QA를 위한 감사(audit)방법으로 개발한 방법이다. PEP은 결과중심의 접근방법이기 때문에 총체적인 접근 방법이다. 또한 PEP은 의료의 효과성(efficacy)에 중점을 둔 소규모평가방법으로 비전문가에 의해서도 쉽게 이용될수 있다. PEP의 운영은 감사위원회의 구성, 대상주제와 기록의 선정, 감사기준(audit criteria)의 선정, 기록의 검토와 보고등의 순서로 진행된다.

III. 연구방법

연구의 대상은 대한병원협회의 병원표준화 사업에 참여하고 있는 병원 중에서 본 연구에 협조하여 응답해 준 71개의 병원을 대상으로 하였다.

연구도구는 병원의 제반특성과 간호 질보장 제도의 실시현황등을 조사하기 위한 설문지를 사용하였으며 자료는 우편으로 설문지를 우송하여 응답한후에 반송해 주도록 부탁하여 수집하였다.

자료는 백분율, 평균치를 구했고 Chi Square에 의해서 분석하였다.

IV. 연구결과 및 고찰

1. 침상수, 침상가동율, 가동침상수

침상수 300이상 되는 병원이 조사한 전체병원의 약 70%로 나타났다. 이는 병원표준화실사에 참여하고 있는 병원이 대부분 규모가 큰병원이라는 것을 보여주는 데 특히 침상수 500이상 되는 병원도 18개 병원으로서 25.4%에 달하고 있었다.

침상가동율은 81%이상이 44개병원으로서 조사된 전체 병원의 약 64%를 차지했다. 침상가동율이 80% 이하인 병원은 조사대상병원의 36%인 25개 병원으로 나타났다.

가동침상수는 500개 이상 되는 병원이 15.5%(11)였

(표 1) 침상수와 침상가동율, 가동침상수(N=71)

병원의 특성	구 분	빈 도	백분율(%)
침상수	80~149	5	7.0
	150~299	16	22.5
	300~499	32	45.1
	500 이상	18	25.1
침상가동율(%)	10이하	1	1.5
	11~20	0	0.0
	21~30	1	1.5
	31~40	0	0.0
	41~50	1	1.5
	51~60	3	4.4
	61~70	7	10.0
	71~80	12	17.24
	81~90	28	40.45
	91~100	16	23.3
가동침상수	50~200	22	31.0
	201~300	13	18.3
	301~400	14	19.7
	401~500	11	15.5
	500 이상	11	15.5
교육병원	교육병원	42	58.3
	일반병원	30	41.7

으며 400이상 되는 병원이 15.5%(11) 300이상이 19.7%(14) 200 이상이 18.3%(13) 200 이하가 31.0%(22)로 나타났다. 이와같은 결과를 분석해 볼 때 침상수가 많을수록 가동침상수가 인가침상수보다 적은 것으로 나타났다. 즉 침상수 500이상 되는 병원이 25.1%(18)이나 실제 가동침상수가 500이상되는 병원은 15.5%(11)이며 침상수 300개 이상인 병원은 45%(32)이나 가동침상수가 300이상 되는 병원은 35.2%(25)에 불과한 것으로 나타났다.

조사대상 병원중에서 교육병원은 42개병원으로서 58%였으며 일반종합병원은 30개병원으로서 약 41.7%였다(표 1).

2. 간호 질보장제도와 간호 질보장위원회의 현황

QA를 실시하고 있는지를 조사한 결과 실시하고 있다고 응답한 병원은 87.5%인 63개 병원이었으며 실시하지 않고 있는 병원은 12.5%인 9개병원으로 나타났다. QA위원회를 구성하고 있는 병원은 전체의 약 84.8%인 56개 병원이었으며 구성하지 않고 있는 병원은 15.2%인 10개 병원으로 나타났다. 이러한 결과로 유추해 볼때 QA를 실시하고 있는 병원은 대부분 QA위원회를 구성해 QA에 관한 모든 활동을 하도록 하고 있다고 생각할 수 있다.

QA위원회의 구성인원수를 조사한 결과 최저 2명 최고 23명이었으며 평균 인원수는 8명으로 나타났고, 6~10명으로 구성하고 있는 병원이 전체의 약 50%인 28개 병원으로 나타났다. 6명이하의 인원수로 구성되어 있거나 10명이상으로 구성되어 있는 병원이 50%로 나타났다. 이러한 결과로 볼때 대부분의 병원간호부서는 QA위원회의 위원수를 6명 이상되는 많은 인원수로 구성하고 있었다. 특히 16명이상되는 병원도 4개병원으로 나타난 결과는 너무 많은 인원이 QA위원회에 참여할 경우 비능률적이라는 점을 고려할때 바람직하지 않은 결과라고 볼 수 있다.

위원회의 기능을 조사한 결과 간호감사기능과 평가 자료적용의 두가지 기능을 모두 하고 있는 병원은 전체의 91%인 51개 병원으로 나타났다(표 2, 3).

QA위원회의 위원의 직위를 분석한 결과 간호과장은 85.7%(48), 간호감독은 55%(31)의 병원에서 1명을 포함하고 있었다. 간호과장을 포함하고 있지않은 병원은 14.3%(8), 간호감독을 포함하고 있지 않은 병원은 41.1%(23)로 나타났다.

이러한 결과는 병원에 따라 간호과장이나 감독제도

가 없기 때문에 나타난 결과가 아닌가 생각되어 진다. QA위원으로 수간호사가 참여하고 있는 경우 3~4명이 전체병원의 39%로써 가장 많았으며 책임간호사는 3명이 19.6%(11)로서 가장 많았다. 간호사는 76.8%인 43개 병원에서 포함시키지 않고 있는 것으로 나타났다(표 4).

(표 2) 간호 질보장제도와 간호질보장위원회의 현황

항목	응답구분	빈도	백분율(%)
QA제도의 실시	실시하고 있다	63	87.5
	실시하지 않고 있다	9	12.5
QA위원회의 구성	구성되어 있다	56	84.8
	구성되어 있지 않다	10	15.2
QA위원회의 구성 인원수	2~5	10	17.9
	6~10	28	50.5
	11~15	14	25.5
	16~20	3	5.4
	20이상	1	1.7
QA위원회의 기능	간호감사	2	3.6
	간호질평가 자료적용	3	5.4
	간호감사와 간호질평가 자료적용	51	91.1

(표 3) 간호 질보장위원회 구성인원수

	최저	최고	평균치	표준편차
간호질보장위원회 구성인원수	2	23	8.48	6.11

3. 침상수, 가동침상수, 간호인력, 교육병원여부에 따른 간호 질보장 제도의 실시

침상수와 가동침상수, 간호인력 및 교육병원 여부에 따른 QA제도의 실시 현황을 조사한 결과 교육병원여부만이 QA제도 실시와 관계가 있는 것으로 나타났다(표 5, 6, 7, 8). 이러한 결과는 교육병원의 경우 QA에 대한 관심이 높고 실시할 수 있는 여건이 마련되어 있기 때문이 아닌가 사려된다.

4. 침상수와 가동침상수 간호인력 및 교육병원여부에 따른 간호 질보장위원회 구성현황

침상수, 가동침상수, 간호인력(간호사수), 교육병원여부에 따른 간호질보장위원회 구성현황을 분석한결과

(표 4) 간호 질보장위원회 위원들의 직위별 인원수

직 위	인원수	빈도	백분율(%)
간호과장	0	8	14.3
	1	48	85.7
간호감독	0	23	41.1
	1	31	55.3
	2	2	3.6
수간호사	0	9	16.1
	1	8	14.3
	2	9	16.1
	3	11	19.6
	4	11	19.6
	5	2	3.6
	6	1	1.8
	7	1	1.8
	9	1	1.8
	10명이상	3	5.4
책임간호사	0	9	16.1
	1	1	1.8
	2	7	12.5
	3	11	19.6
	4	3	5.4
	5	6	10.7
	6	2	3.6
	7	5	8.9
	8	5	8.9
	9	2	3.6
10명이상	5	8.9	
간호사	0	43	76.8
	1	3	5.4
	2	3	5.4
	3	2	3.6
	4	1	1.8
	5	3	5.4
	8	1	1.8

가동침상수를 제외하고 모두 유의한 관계가 있는 것으로 나타났다(표 9, 10, 11, 12). 즉 침상수가 많을수록($x=12.285, df=3, p<.01$), 간호인력이 많을수록($x=13.402, df=2, p<.001$), 교육병원의 경우($x=4.620, df$

(표 5) 침상수별 간호 질보장제도의 실시

침상수	80~149	150~299	300~499	500 이상	계
응답구분					
실시한다	4(80)	13(81.25)	29(90.63)	16(88.9)	62(87.32)
실시하지 않는다	1(20)	3(18.75)	3(9.38)	2(11.11)	9(12.68)
계	5(100)	16(100)	32(100)	18(100)	71(100)

 $\chi^2=1.130$ $df=3$ $p>.05$

(표 6) 교육병원여부에 따른 간호 질보장제도의 실시현황

교육병원여부	교육병원	일반병원	계
응답구분			
실시한다	40(95.24)	23(76.67)	63(87.50)
실시하지 않는다	2(4.76)	7(23.33)	9(12.50)
계	42(100)	30(100)	72(100)

 $\chi^2=5.518$ $df=1$ $p<.05$

(표 7) 가동침상수별 간호 질보장 제도의 실시현황

가동침상수	50~200	201~300	301~400	401~500	501 이상	계
응답구분						
실시한다	18(81.82)	10(76.92)	13(92.86)	11(100)	10(90.91)	62(87.32)
실시하지 않는다	4(18.18)	3(23.08)	1(7.14)	0(0.00)	1(9.09)	9(12.68)
계	22(100)	13(100)	14(100)	11(100)	11(100)	71(100)

 $\chi^2=3.985$ $df=4$ $p>.05$

(표 8) 간호인력(간호사수)별 간호질보장제도의 실시현황

간호사수	72명이하	73~184명	185~673명	계
응답구분				
실시한다	18(81.82)	25(86.21)	20(95.24)	63(87.50)
실시하지 않는다	4(18.18)	4(13.79)	1(4.76)	9(12.50)
계	22(100)	29(100)	21(100)	72(100)

 $\chi^2=1.843$ $df=2$ $p>.05$

(표 9) 침상수별 간호질보장위원회의 구성현황

침상수	80~149 n(%)	150~299 n(%)	300~499 n(%)	500 이상 n(%)	계 n(%)
위원회구성현황					
구성하고 있다	2(40.0)	11(73.33)	27(96.43)	15(88.24)	55(84.62)
구성하고 있지 않다	3(60.0)	4(26.67)	1(3.57)	2(11.76)	10(15.38)
계	5(100)	15(100)	28(100)	17(100)	65(100)

 $\chi^2=12.285$ $df=3$ $p<.01$

(표 10) 가동침상수별 간호 질보장 위원회의 구성현황

응답구분	가동침상수	50~200 n(%)	201~300 n(%)	301~400 n(%)	401~500 n(%)	501 이상 n(%)	계 n(%)
구성하고 있다		13(65.0)	9(90.0)	13(100)	10(90.91)	10(90.91)	55(84.62)
구성하지 않고 있다		7(35.0)	1(10.0)	0(0.00)	1(9.09)	1(9.09)	10(15.38)
계		20(100)	10(100)	13(100)	11(100)	11(100)	65(100)

$$\chi^2=9.167 \quad df=4 \quad p>.05$$

(표 11) 간호인력(간호사수)별 간호 질보장 위원회의 구성현황

응답구분	간호인력	72명이하 n(%)	72~184 n(%)	185~673 n(%)	계 n(%)
구성하고 있다		13(61.90)	24(100)	19(90.46)	56(84.85)
구성하지 않고 있다		8(38.10)	0(0.0)	2(9.52)	10(15.15)
계		21(100)	24(100)	21(100)	66(100)

$$\chi^2=13.402 \quad df=2 \quad p<.001$$

(표 12) 교육병원여부에 따른 간호 질보장 위원회의 구성현황

응답구분	교육병원여부	교육병원 n(%)	일반병원 n(%)	계 n(%)
구성하고 있다		37(92.50)	19(73.08)	56(84.85)
구성하지 않고 있다		3(7.50)	7(26.92)	10(15.15)
계		40(100)	7(100)	66(100)

$$\chi^2=4.624 \quad df=1 \quad p<.05$$

=1, $p<.05$) QA위원회를 구성하고 있는 것으로 나타났다. 이와같은 결과는 간호인력이 많고 규모가 큰 병원일수록 체계적인 QA를 통한 간호관리의 인식과 필요성이 크며 QA를 실시할 수 있는 여건이 마련되어 있기 때문인 것으로 해석할 수 있다.

5. 간호 질평가의 실시현황

QA를 위한 간호 질평가결과의 적용현황을 조사한 결과 간호 질평가결과를 임상에 적용한다고 응답한 병원은 92.1%인 58개병원으로 나타났다. 그러나 약 8%에 달하는 병원은 임상에 적용하지 않는다고 응답하여 간호 질평가를 형식적으로 실시하고 있는 것으로 나타났다. 또한 간호 질평가 기준과 표준의 설정에 대하여 조사한 결과 92%인 58개 병원이 설정해 놓고 있는 것으로 나타났다.

간호 질평가의 접근방법을 조사분석한 결과 구조, 과정, 결과적 측면을 모두 평가하고 있는 병원은 78%인 49개 병원으로 나타났다. 과정과 결과적 측면의 평가를

(표 13) 간호 질평가실시에 관한 제반현황

항 목	응답구분	빈도	백분율 (%)
간호 질평가결과의 예 임상적용	예	58	92.1
	아니오	5	7.9
간호 질평가기준과 예 표준의설정	예	58	92.1
	아니오	5	7.9
간호 질평가의 접근방법	구조적평가	2	3.2
	구조·과정적평가	2	3.2
	과정·결과적평가	10	15.9
	구조·과정·결과 적평가	49	77.8
평가유형	무응답	3	4.8
	동시평가	11	17.5
	소급평가	11	17.5
	동시·소급평가	38	68.3

하고 있는 병원은 약 16%인 10개병원이었으며 구조와 과정적 측면의 평가를 함께하고 있는 병원과 구조적 측면의 평가만을 하고 있는 병원은 각각 3.2%인 2개 병원이었다.

간호의 질을 평가할 때 이 세가지측면을 모두 포함하는 것이 타당하다는 주장이 있으므로 이결과는 바람직한 결과라고 볼 수 있다.

실시시기에 따른 유형을 조사한 결과 동시평가와 소급평가를 함께 실시하고 있는 병원은 전체 병원의 약 60%인 38개병원이었으며 동시평가 또는 소급평가만을 실시하고 있는 병원도 각각 17.5%인 11개 병원으로 나타났다(표 13).

간호 질평가의 세부적 내용은 (표 14)와 같이 나타났다.

간호 질평가의 실시간격은 평균 6개월로 나타났으며 간호 질평가의 기준과 표준의 재평가간격도 또한 6개월로 나타났다. 그러나 이러한 결과는 QA를 위한 질평가는 분기별로 1회 실시해야 하는 것으로 규정한 병원간호표준에는 미달되는 것이다(표 15).

간호의 질을 평가하기 위한 자료수집 방법은 평가도구, 차트와 기타자료의 점검, 환자면담과 관찰, 현장의 관찰과 점검등을 많이 사용하는 것으로 나타났다. (표 16).

(표 14) 간호 질평가의 내용

평가측면	평가내용	예 (%)	아니오 (%)
구조적 측면	간호업무규정	41(65.1)	22(34.9)
	간호업무절차	38(60.3)	25(39.7)
	간호행정관리절차	25(39.7)	38(60.3)
	직무기술서	39(61.9)	24(38.1)
	예비교육계획	32(50.8)	31(49.2)
	실무교육계획	40(63.5)	23(36.5)
	간호인력의 수	31(49.2)	32(50.8)
	간호인력의 자격	26(41.3)	37(58.7)
	인력배치	32(50.8)	31(49.2)
	근무계획	32(50.8)	31(49.2)
	업무분담	43(68.3)	20(31.7)
	공급품·기구	37(58.7)	26(41.3)
	작업환경(간호사실, 처치실등)	45(71.4)	18(28.6)
과정적 측면	간호력	47(74.6)	16(25.4)
	간호사정	46(73.0)	17(27.0)
	간호계획	52(82.5)	11(17.5)

간호수행	47(74.6)	16(25.4)
간호목표의 평가	42(66.7)	21(33.3)
간호처치과정	53(84.1)	10(15.9)
투약과정	53(84.1)	10(15.9)
수혈과정	41(65.1)	22(34.9)
간호기록과정	53(84.1)	10(15.9)
기구준비	17(27.0)	46(73.0)

결과적 측면	환자의 간호만족도	51(81.0)	12(19.0)
입원·회복일수	16(25.4)	47(74.6)	
환자의 자가간호지식	29(46.0)	34(54.0)	
환자의 자가간호기술	24(38.1)	29(61.9)	
건강상태의 변화	38(60.3)	25(39.7)	
간호문제해소수	27(42.9)	36(57.1)	
합병증발생	28(44.4)	35(55.6)	
간호대기시간	27(42.9)	36(57.1)	
간호사고발생	28(44.4)	35(55.6)	

(표 15) 간호 질평가실시와 기준·표준의 재평가간격

	최저	최고	평균치	표준편차
간호질평가실시간격(월)	1	12	5.81	3.32
기준과 표준의 재평가 간격(월)	6	24	6.12	5.55

(표 16) 간호 질평가의 자료수집 방법

평가도구	사용한다(%)	사용하지 않는다
평가도구	55(87.3)	8(12.7)
환자면담과 관찰	47(74.6)	16(25.4)
현장의 관찰과 점검	43(68.3)	20(31.7)
차트와 기타자료의 점검	54(85.7)	9(14.3)
직원면담과 관찰	35(55.6)	28(44.4)
간호직원 집담회	35(55.6)	28(44.4)

6. 간호 질평가 도구의 분석

병원 간호부서에서 사용하고 있는 간호 질평가 도구를 수집한 결과 11개 도구가 수집되었으며 이 도구를 분석한 결과는 다음과 같이 나타났다.

1) 간호 질평가 도구의 유형

평가도구는 간호업무별로 평가하게 되어있는 것이 8개(72.7%), 부서별로 평가하도록 작성된 것이 1개(9.1%), 차트검사 1개(9.1%), 부서와 임무별로 구분

하지 않고 전체적으로 평가하도록 작성된 것이 1개(9.1%)로 나타났다. 이 결과로 볼 때 대부분의 병원간호부서에서 사용하고 있는 평가도구는 업무중심으로 평가하도록 되어 있음을 알 수 있었다(표 17).

(표 17) 간호 질평가도구의 유형

구 분	빈 도	백분율(%)
업무별평가	8	72.7
부서별평가	1	9.1
차트검사	1	9.1
전체평가	1	9.1

2) 간호 질평가 도구의 요소

간호질평가 도구의 요소를 분석한 결과는 (표 18 : 부록)과 같다.

3) 간호 질평가 방법

수집된 간호 질평가 도구를 분석한 결과 실시가능한 간호 질평가방법은 동시평가와 소급평가를 병행해서 실시할 수 있는 것이 9개(81.8%), 소급평가만이 가능한 것이 1개(9.1%), 동시평가만이 가능한 것이 1개(9.1%)로 나타났다.

(표 19) 간호 질평가 도구의 가능한 평가 방법

평가방법	빈 도	백분율(%)
동시소급평가	9	81.8
소급평가	1	9.1
동시평가	1	9.1
계	11	100.0

4) 평가자

수집된 간호 질평가 도구를 분석한 결과 평가자는 환자, 간호사, 조사자가 함께 평가하게 되어 있는 것이 4개(36.4%), 조사자만 평가하는 것이 4개(36.4%), 조사자와 환자가 평가하도록 되어 있는 것이 2개(18.1%), 환자와 간호사가 평가하는 것이 1개(9.1%)였다. (표 20)

5) 간호 질평가 척도의 구분

수집된 간호 질평가척도를 분석한 결과 간호 질평가 척도의 각 항목이 예, 아니오의 2단계로 구분된 것이 4개(36.4%)였으며, 3단계로 구분된 것이 1개(9.1%), 4단계로 구분된 것이 1개(9.1%), 5단계 4개(36.4%), 6단계 1개(9.1%)로 나타났다(표 21).

(표 20) 평 가 자 (N=11)

평 가 자	빈 도	백분율(%)
환자, 간호사, 조사자	4	36.4
조사자	4	36.4
조사자, 환자	2	18.1
환자, 간호사	1	9.1

(표 21) 간호 질평가의 척도구분 (N=11)

구 분	빈 도	백분율(%)
2단계(예, 아니오)	4	36.4
3단계	1	9.1
4단계(0~3)	1	9.1
5단계(1~5)	4	36.4
6단계(0~5)	1	9.1

V. 결 론

대한병원협회에서 실시하고 있는 병원표준화사업에 참여하고 있는 병원중에서 1986년 11월부터 12월까지 본 연구조사에 협조하여 응답하여 준 71개의 병원을 대상으로 하여 우편으로 설문지를 우송하여 병원간호부서의 QA 실시현황에 관하여 조사한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. QA제도를 실시하고 있는 곳은 전체의 87.5%이 있으며 교육병원(95.2%)이 일반병원(76.7%)보다 QA를 실시하는 경향이 더 높았다($\chi^2=5.512, p<.05$).
2. QA위원회를 구성하고 있는 곳은 전체의 81.8%이었으며 임상수가 많을수록($\chi^2=12.285, p<.01$), 간호인력의 수가 많을수록($\chi^2=13.402, p<.001$) 교육병원인 경우($\chi^2=4.6, p<.05$) QA위원회를 구성하는 경향이 있는 것으로 나타났다.
3. QA위원회의 평균위원수는 약 8명이었다.
4. QA위원회의 위원은 76.8%인 43개병원 간호부서에서 책임간호사이상으로 구성되어 있었다.
5. 간호 질평가시 구조, 과정, 결과측면을 모두 고려하여 평가하는 곳은 전체의 77.8%로 나타났다.
6. 간호 질평가의 결과를 임상에 적용한다고 응답한 곳은 전체의 92.1%이었다.
7. 간호 질평가 실시의 간격은 평균 6개월이었다.

8. 간호 질평가를 위한 자료수집 방법은 평가도구의 사용과 차트와 기타자료의 점검이 가장 많았다.

9. 간호 질평가도구의 유형은 업무별(72.7%), 부서별(9.1%), 전체평가(9.1%), 카트검사(9.1%)로 나타났다.

이와 같은 연구의 결과로 볼 때 우리나라 병원간호의 QA는 아직 정착되지 못하고 있다고 평가된다. 병원간호의 QA는 QA위원회의 기능이 보완되어야 하고 또한 체계적이고 효과적으로 실시될 수 있도록 간호 질평가 방법과 도구의 개발이 시급하다 하겠다.

참 고 문 헌

강경자, 간호감사에 의한 간호의 질평가에 관한 연구, 복음간호전문대학논문집 제 2집 1984, pp.89~99.
김모임, 궁지, 대한간호, 제22권 제 3호, 1983(7,8), pp.22~29.
김영연, 병원표준화사업과 적정진료보장, 대한병원협회지, 1982, Vol. 11, No. 5, pp.30~33.
김의숙, 절적인 간호와 그 수행방안—지역사회간호영역에서(국제간호학술대회보고서)
김조자, 환자간호전문가의 역할, 대한간호, 제22권 제 2호, 1983, pp.33~38.
대한병원협회 사무국, QA실시계획과 방법, 대한병원협회지, 1982, Vol. 11, No. 10, pp.6~21.
대한병원협회, 병원표준화, 1987, 5.
문희자, 변창자, 박성애, 간호관리학, 수문사, 1984.
백단기, 적정진료와 병원관리, 대한병원협회지, 1984. Vol. 13, No. 3, pp.10~13.
서 경, QA의 실제, PEP, 대한병원협회지, 1982, Vol.

11, No. 5., pp.34~46.

유승훈, Quality Assurance, 대한병원협회지, 1982, Vol. 11, No. 4, pp.10~18.
유지수, 간호의 질평가도구 개발에 관한 일 연구, 간호학회지, 7:2, 1977.
임상간호사회, 병원간호사업의 표준, 1983, 2.
임상간호사회, 병원간호사업의 표준, 1983, 2.
전준영, 간호의 질 향상 방안, 대한간호, 1980, 19-4 (9~10), pp.60~68.
Duke University Hospital Nursing Services, Quality Assurance, Lippicott Co., 1980.
Erikson, L.R., Relationship between quality of nursing care and patients' satisfaction with nursing care, (Doctoral Dissertation, University of Alabama, U.S.A. 1983)
Marriner, Ann, Guide to Nursing Management, Mosby Co., 1982.
Smith, L.S., Elbert, N.F., An Integrated approach to performance evaluation in the health care field, Stone et al., Management for nurses, 3rd editon, Mosby Co., 1984, pp.193~201.
Ramey, I.G., Setting Nursing Standards and Evaluation of care, Ibid, pp.63~69.
Wandelt, M.A., Phaneuf, M.C., Three instruments for measuring the quality of nursing care, Ibid, pp.63~69.
Zimmer, M.J., A model for evaluation nursing care, Berger et al.(ed) Management for nurses, 2nd ed., pp.47~53.

구 분	요 소	구 분	요 소		
환자간호	입원간호		식수의 준비		
	퇴원간호		응급약품의 준비		
	기본간호과정		응급기구의 준비		
	필요한 간호의 시행		투약		
	섭취 배설량 측정		투약에 대한 설명		
	객담의 배출		정맥주사 과정		
	구강간호		근육주사		
	응급간호		수혈과정		
	환자 상태의 파악		더운물 주머니		
	안전간호		얼음 주머니		
	피부간호		약처방의 관리		
	격리간호		질병과 건강문제에 대한 환자의 이해도		
	소변측정				
	정체베노간호		Kardex	활용도	
	능동수동운동			깨끗한가	
	임종간호			개인정보가 빠짐없이 기록되어 있는가	
	의사소통			간호정보가 완전한가	
	식사도움			간호계획이 세워져 있는가	
	식사를 위한 환자의 준비			잠재적 문제에 대한 간호계획이 세워져 있는가	
	번기의 준비			퇴원계획이 세워져 있는가	
	개인위생			투약이 기록되어 있는가	
	간호절차의 설명			간호계획은 유익한가	
	치료에 대한 설명				
	검사에 대한 설명			간호기록	간호기록의 정확성
	질문에 대한 설명				일반적 사항
	설명에 대한 환자의 이해도				입원일, 수술일수
	환자의 관찰				섭취배설량
	영양				섭취열량과 식이의 종류
	환자의 순회				투약
	무균술의 시행				약품명, 투약시간, 방법, 용량, 서명
	움직일수 없을때의 도움				수액
	네소변 도움				주사
수술 전 후 도움				약품량빈경	
프라이버시의 존중				투약중단기록	
간호의 정확성과 효과성				투약부작용	
제위변경				투약의 효과	
환자의 방문				서명	
흡인과정				입원시 환자상태의 기록	
급식				의식과 정서상태	
중요적 도움					

구 분	요 소
	간호요구의 파악
	문제중심 간호기록
	간호진단 적용
	신체검진
	임상활동의 기록
	의사의 회진
	임상검사 결과지
	검사결과지
	약자
	사고처리 기록
	검사전 후 환자상태
	검사전 후 처치와 시행
	처방이 시행되지 않은 이유
	의사처방의 수행
	수술전 후 간호
	수술후 환자상태
	전과전통

물품관리

- 약품의 관리
- 비품 약 대장
- 비품 약 보유수
- 약품의 시효
- 남은 약의 반납
- 마약 관리
- 약 처방의 관리
- 냉장고 관리
- 각종 의도 기기의 관리
- 린넨관리
- 빨래주머니의 관리
- 물품 공급 상태
- 소모품의 사용
- 물품 대장의 정리
- 청구서의 정리
- 검사물용기의 관리
- 주사기 관리
- 빈병관리
- 침대의 작동상태
- 산소공급 기기의 관리
- 소독 물품의 관리
- 진기 수도의 사용
- 사용된 기구의 정리

구 분	요 소
	약장정리
	비품관리
환경 관리	병실의 정리 정돈
	병실의 청결
	침상의 청결상태
	화장실의 청결
	온도
	소음
	조명
	세면대
	환기
	배선실의 청결
	배선실 냉장고
	보리차 음표기 청결과 충돈도
	치료실의 정돈 청결
	침상탁자의 정리
	식후 밥상의 처리
	휴지통 비우기
	쓰레기 처리
	방문객 통제
	욕실의 청결
	간호원실의 정돈·청결
	복도의 정돈
	욕실
	소화기의 관리
	미상구의 상태
	화장실, 응급 호출기상태
	소등상태

기타 간호관리

- 병실 매뉴얼
- 공문비치
- 근무 스케줄
- 간호 개선 연구
- 직원 교육의 시행
- 간호사의 태도
- 출퇴근 시간
- 친박성
- 복장 용도의 단정함

환자의 만족

- 간호에 대한 만족

구	분	요	소
		간호사의 친절성	
		입원시 편안했었는지의 여부	
		불편했었던 점	
		요구에 대한 간호사의 응대	

구	분	요	소
		간호사와의 대화의 기회	
		병원시설에 대한 만족	
		식사에 대한 만족	
		불편한 점의 개선	

<Abstract>

**A Study on Execution of Quality Assurance System in
Hospital Nursing Departments**

Sung Ai Chi, Ph.D. N.Sc,
Gyu Sock Cho, M.D. N. Sc
(Dept. of Nursing, Chung-Ang University)

In nursing profession, it is regarded very important responsibility to assure good nursing care quality because as a profession nursing should show expertise to clients and meet their health care needs. Considering this point of view, it is evident that nursing profession should develop and execute nursing care quality assurance system. But it is considered that quality assurance system of nursing care has not settled down yet and research data is quite limited in Korea.

This study was designed to get basic data for nursing quality assurance system development.

The purpose of this study was to identify execution states of quality assurance systems in hospital nursing departments. Upon survey the execution states of quality assurance systems in nursing departments of hospitals which were affiliated with Korean Hospital Association during the period Nov. 1986 to Dec. 1986, 71 quality assurance systems in nursing departments which had cooperate and responded for data collection were analyzed. Data was collected using mailed questionnaires.

Data was describe and analyzed with percentage, mean, Chi square.

The results of study were as follows:

1. Percentage of hospital nursing departments which were executing quality assurance system was 87.5%.

Regarding the relationship between execution of quality assurance system and numbers

of beds, numbers of nursing staffs, and education offering, only education offering was associated with execution of nursing quality assurance. Greater execution tendency in university hospitals than general hospitals was evident. ($X^2=5.518$, $p<.05$)

2. Percentage of hospital nursing departments which were organizing quality assurance committee was 84.8%.

Regarding relationship between numbers of beds, numbers of nursing staffs, nursing education offering and quality assurance committee organization, bed numbers ($x^2=12.285$, $p<.01$), nursing staff numbers ($x^2=13.402$, $p<.001$), nursing education offering ($x^2=4.6$, $p<.05$) were associated with organization of quality assurance committee.

3. Average numbers of quality assurance committee members were 8 persons.

4. In 76.5% of hospital nursing departments, members of quality assurance committee were organized by incharge nurse and upward.

5. Percentage of hospital nursing departments which used all of structure, process, outcome oriented approaches was 77.8%.

6. Percentage of hospital nursing departments which applied the results of nursing care quality evaluation to clinical practice was 92.1%.

7. Average interval of nursing care quality evaluation was 6 months.

8. Regarding data collection method for nursing care quality evaluation, evaluation scales, chart review, and other documents review method were used commonly at hospital nursing departments.

9. The results of analysis of 11 nursing care quality evaluation scale that were collected were as follows:

Regarding type of scale, percentage of nursing activities oriented type was 72.7%, nursing division oriented type was 9.1% total evaluation type was 9.1, chart review type was 9.1%.

Analyzing and considering the results of this study, quality assurance system in hospital nursing departments has not settled down in Korea. Therefore, function of nursing quality assurance committee, nursing care quality evaluation scale, and other measures for nursing quality assurance system should be developed as soon as possible.