



입원 환자의 낙상 사고에 대한 간호사의 경험

김 유 정¹⁾

Nurses' Experience of Inpatients' Falls

Kim, Yu Jeong¹⁾

1) Department of Nursing · Research Institute for Basic Sciences, Hoseo University, Asan, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify nurses' experience of falls by inpatients. **Methods:** From December 30, 2015 to February 22, 2016 data were collected through in-depth individual interviews and analyzed using Colaizzi's phenomenological method. Participants were 11 clinical nurses and 2 head nurses. **Results:** Nurses' experience related to inpatients' falls were categorized as follows: 'emotional impact after falls', 'responsibility for falls', 'changes after experience of falls', 'burden of reporting falls', 'difficulty in preventing falls', 'seeking new strategies for fall prevention' **Conclusion:** The findings from this study suggest that there is a need to develop programs to help nurses overcome the emotional impact of falls. Also education should be provided to patients, caregivers and health providers in order to prevent falls and improve patient safety.

Key Words: Falls, Nurses, Qualitative research, Life experiences

*This research was supported by the Academic Research Fund of Hoseo University in 2015(2015-0129).

주요어: 낙상, 간호사, 질적 연구, 삶의 경험

*이 논문은 2015년도 호서대학교의 재원으로 학술연구비 지원을 받아 수행된 연구임(2015-0129).

1) 호서대학교 생명보건과학대학 간호학과 · 기초과학연구소

Received December 13, 2016 Revised March 5, 2017 Accepted April 22, 2017

Corresponding author: Kim, Yu Jeong

Department of Nursing, Hoseo University

20 Hoseo-ro, 79 beon-gil, Asan 31499, Korea

Tel: +82-41-540-9531, Fax: +82-41-540-9558, E-mail: yujeong@hoseo.edu

서 론

1. 연구의 필요성

낙상은 기절 등으로 갑자기 쓰러지는 것과 외부적인 힘에 의해 넘어지는 것을 제외하고, 본인의 의사와 상관없이 의도하지 않은 자세의 변화로 인해 몸의 위치가 낮은 위치로 갑자기 변하여 넘어지는 것을 말한다[1]. 낙상은 의료기관에서 가장 빈번하게 발생하는 위해사건(adverse event) 중의 하나이며[2], 간호의 질적 수준을 평가하는 대표적인 지표이다[3].

급성기 의료기관의 낙상 발생률은 재원일 1,000일 당 1.3~8.9건으로 나타났으며[4], 한국소비자보호원에서는 병원의 안전관리 소홀로 인해 발생한 57건의 사고 중 25건이 낙상인 것으로 보고하였다[5]. 낙상으로 인해 모든 환자가 신체적 손상을 입는 것은 아니지만 낙상 후 심리적 불안으로 인한 활동 제한 등 환자의 회복과 삶의 질에 부정적인 영향을 주며, 낙상으로 인한 손상 치료 및 검사로 인해 재원일수가 길어져 추가적인 의료비용 부담과 함께 최근 의료과실로 소송까지 제기되는 등 심각한 문제로 대두되고 있다[6]. 이에 낙상으로 인한 환자의 상해를 줄이기 위해 의료기관인증평가에서는 낙상 예방활동을 인증 필수항목으로 정하였고[7], 대부분의 의료기관에서는 낙상이 발생가능한 모든 부서에서 낙상 예방 프로그램을 운영하고 있지만, 낙상은 여전히 심각한 문제이다[8,9].

우리나라 입원 환자의 의료소송 중 낙상이 7%를 차지하고 있으며[10], 환자는 안전해야 하고, 의료인은 환자에게 해를 주어서는 안 된다는 법적, 윤리적 책임에 따라 임상 현장 및 법정 소송에서도 낙상에 대한 간호사의 주의 의무 소홀의 책임을 묻고 있다[11]. 이러한 상황에서 낙상에 대한 위험확인 및 예방적 중재를 제공해야 하는 간호사의 부담은 커질 수밖에 없으며, 낙상 사고 이후 간호사는 환자의 상태에 대한 걱정, 사고 해결과정에서 발생할 업무 부담, 환자 옆에 상주하지 않았던 보호자에 대한 원망 등으로 심적 고충이 상당한 것으로 나타났다[12]. 낙상은 예측하기 힘든 사고이며, 담당 간호사로서의 책무를 다함에도 불구하고 지속적으로 발생하므로, 간호사의 고충을 이해하고 보다 안전한 병원 환경과 시스템을 구축하기 위한 전략을 마련하기 위해서는 임상 현장에서 환자의 낙상 사고를 경험하는 간호사의 생생한 경험을 심층적으로 탐색해보는 연구가 필요하다. 이처럼 기존 특정 현상에 대한 중재에 앞서 현상에 대한 심도 깊은 이해가 필요할 때 질적 연구가 적합하며, 그 중 참여자들이 주제에 대해 어떻게 인식하고, 그러한 인식이 그들의 행위에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 이해와 통찰을 가능하

게 하고, 그 상황에 대한 맥락 내에서 개인의 의식 속에 존재하는 인간 경험의 본질과 의미를 보다 깊이 이해하기 위해서는 현상학적 연구를 적용하는 것이 적합하다고 사료된다.

국내외 문헌고찰시 입원 환자의 낙상 사고에 대한 간호사의 경험을 확인한 질적 연구가 일부 있는데, 국외 연구에서는 가정 간호를 수행하는 간호사들의 낙상 경험[13], 낙상 예방 전략에 대한 간호사의 인식에 대한 연구[14]가 있으나 우리나라와 간호 인력 배치, 의료시스템 등이 상이하여 간호사의 경험에서 차이가 있을 수 있다. 또한 국내 연구에서 간호사의 환자안전 사고 유발 경험[15]과 환자안전에 대한 간호사의 경험 학습[12]에 대한 연구가 있으나, 간호사의 책임이 강한 투약오류를 포함한 환자안전 사고 전반에 대한 경험을 탐색하여, 환자측 요인, 환경적 요인 등 다양한 원인에 의해 발생하는 낙상 사고의 경험과는 상이할 수 있다. 따라서 우리나라 급성기 의료기관에서 입원 환자의 낙상 사고에 대한 간호사의 경험의 의미와 본질을 심층적으로 이해하기 위해서는 현상학적 접근방법을 적용하여 낙상 사고 후 간호사가 겪는 감정적, 기관 내 제도적, 윤리적 문제 등을 확인할 필요가 있겠다. 또한 본 연구를 통해 추후 환자 및 간호사를 보호할 수 있는 시스템을 수립하고 낙상 사고를 예방하고 효과적으로 대처해 나갈 수 있는 병원 환경을 조성하는데 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 입원 환자의 낙상 사고에 대한 간호사의 경험의 본질을 총체적이고 심층적으로 이해하고 탐색하기 위함이다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 입원 환자의 낙상 사고에 대한 간호사의 경험을 총체적으로 이해하고 탐구하기 위해 '입원 환자의 낙상 사고에 대한 간호사의 경험은 어떠한가?'에 대한 연구 질문으로 Colaizzi [16]의 현상학적 연구 방법을 적용한 질적 연구이다. Colaizzi [16]의 분석 방법은 인간의 경험에 대한 의미와 본질적 구조를 파악하는데 초점을 맞춘 연구 방법으로 각 개인별 특성보다는 참여자 전체의 공통적 속성을 도출하는데 초점을 두고 있고, 참여자의 언어를 왜곡 없이 분석할 수 있으므로 입원 환자의 낙상 사고에 대한 간호사의 경험 현상을 이해하는데 적

합하다고 판단하여 적용하였다.

2. 연구 참여자 선정과 연구자 준비

본 연구는 현재 상급종합병원에 재직 중인 간호사로서, 최근 1년 이내 입원 환자의 낙상 사고를 1회 이상 경험한 적이 있고 본인의 경험을 충분히 표현할 수 있는 간호사를 대상으로 하였다. 일개 상급종합병원 간호사를 지인으로 부터 추천받아 전화로 연구의 목적과 방법에 대해 설명하고 자유롭게 참여를 결정하도록 하였다. 연구 대상자 모집은 면담을 마친 참여자에게 다음 참여자의 추천을 부탁하는 눈덩이식 표출방법을 사용하였다.

진술한 내용으로부터 새로운 본질적 의미가 발견되지 않는 이론적 포화상태에 이르기까지 면담을 수행하였으며, 연구 참여자는 총 13명이었다. 연구 참여자는 서울과 수도권 소재 1,000명 이상의 상급종합병원에서 근무하는 간호사로 총 5개 병원으로부터 모집되었고, 여성이 11명, 남성이 2명, 평균 연령은 32.1세, 평균 임상경력은 7.4년, 학력은 12명이 대졸, 1명은 전문대졸이며, 결혼 상태는 4명이 기혼, 직책은 수간호사가 2명, 일반 간호사가 11명이었고, 근무지는 병동 9명, 응급실 3명, 중환자실 1명이었다.

질적 연구의 도구는 연구자 자신인 만큼 신뢰성 확보와 결과의 성찰에 대한 훈련을 위해 연구자는 대학원 과정에서 질적 연구에 대한 강의와 특강을 수강하였고, 질적 연구를 직접 수행한 경험이 있다. 환자안전 사고를 분석하고 개선활동을 수행하는 의료 질 관리 부서에서 10년간 근무하면서 환자의 낙상 사고를 접하는 간호사들의 경험에 관심을 갖게 되었으며, 사고의 원인 분석 및 중재 과정에서 의료진과 환자, 보호자 면담 등을 통해 그들을 이해하는 실제적 경험을 축적하였다. 또한 연구자가 환자안전 사고를 접한 경험이 본 연구의 면담이나 결과 분석에 영향을 미치지 않고 중립적 역할을 유지할 수 있도록 연구자의 견해나 편견은 최대한 배제하고, 참여자의 경험과 견해를 최대한으로 반영하고자 하였다.

3. 윤리적 고려

본 연구에서는 자료 수집 전 연구 참여자의 윤리적 보호를 위해 연구자가 속한 기관의 생명윤리위원회의 승인(IRB No. 1041231-150616-HR-032-02)을 받았다. 면담을 진행하기 전에 연구 참여자에게 연구의 목적에 대해 설명하고 그에 대해 이해하고 참여할 것에 동의를 구한 후 연구 참여 동의서를 서면으

로 받고 면담을 시행하였다. 그리고 연구 참여자로부터 수집한 자료는 연구 이외의 목적으로 절대 사용하지 않을 것이며, 면담 내용은 녹음되고 언급한 모든 내용은 철저히 비밀이 보장되고, 이로 인한 어떤 불이익도 받지 않을 것임을 설명하였다. 면담한 자료는 대상자의 비밀을 보장하기 위해 연구자가 자료를 직접 정리하였으며, 자료는 암호화하여 잠금 장치가 있는 연구실에 보관하였다. 본 연구는 입원 환자의 낙상 사고에 대한 경험을 인터뷰 하는 방식으로 대상자에게 발생 가능한 위험이 최소 수준인 연구이지만, 대상자에게 경미한 스트레스나 피로 등이 발생할 가능성도 배제할 수 없으므로 연구 참여에 대한 보상으로 소정의 사례금을 제공하였다.

4. 자료 수집

자료 수집은 연구자가 참여자 각 개인별 심층면담을 통해 2015년 12월 30일부터 2016년 2월 22일까지 수집하였다. 면담 장소는 참여자가 재직 중인 병원 근처나 자택 근처의 편안한 장소에서 이루어졌고, 1인당 1~2회의 면담을 시행하였으며, 회당 면담은 1시간에서 최대 2시간 30분 정도 소요되었다. 면담 질문은 낙상 사고를 비롯한 환자안전 사고 분석 업무를 의료기관에서 담당하여 의료진 인터뷰 경험이 많은 간호학 전공 교수 2인이 구성하였으며, 참여자와 면담 전에 연구주제와 목적, 낙상의 정의, 진행 방법 등에 대해 설명하였다. 심층면담을 위한 주요 질문은 “입원 환자의 낙상과 관련하여 어떤 경험을 하였습니다습니까?”로 시작하여, ‘낙상 사고 직후 느낀 점은 무엇입니까?’, ‘낙상 사고 이후 본인에게 달라진 변화가 있었다면 어떤 것이 있습니까?’, ‘낙상 사고 예방을 위해 어떤 부분에 대한 노력이 필요합니까?’ 등이었고, 참여자의 대화 흐름에 따라 순차적으로 질문하여 참여자의 이야기가 끊어지지 않고 전개될 수 있도록 하였다. 면담은 참여자의 동의를 득한 후에 녹음하였고, 면담 직후 1일 이내 연구자가 참여자의 언어 그대로 직접 필사하였으며 웃음, 침묵, 한숨 등과 같은 비언어적 상황도 면담 현장에서 함께 메모하여 기록하였다.

5. 자료 분석

본 연구는 Colaizzi [16]가 제시한 절차에 따라 자료를 분석하였다. 연구자는 참여자가 언급한 용어 그대로 필사한 녹취록을 반복적으로 읽으면서 참여자들의 경험을 총체적으로 이해하고 그들의 경험에 대한 느낌을 얻었다. 다음 절차에서 현상과 직접적으로 관련된 의미 있는 단어, 문장들을 표시하여 의

미 있는 진술들을 추출한 후, 연구자의 언어로 일반적 진술로서의 의미를 구성하고, 구성된 의미를 유사한 내용끼리 통합하여 주제로 구성하고, 비슷한 주제를 묶어 주제모음으로 구성하였다. 도출된 주제모음이 참여자가 표현한 의미와 일치하는지 필사 기록을 지속적으로 확인하여 원래의 의미가 변형되지 않도록 하였고, 현상과 관련한 포괄적이며 본질적 구조로 최종 기술을 하였다.

6. 타당성과 엄격성 확보

본 연구는 질적 연구의 엄격성을 확보하기 위해 Guba와 Lincoln [17]의 과학적 연구 평가기준을 통한 확인과정을 거쳤다. 첫째, 신뢰성(credibility) 기준에서는 면담 내용을 녹음하여 그대로 필사하였고, 대상자가 사용한 용어를 수정 없이 그 자체를 기술함으로써 개념을 도출하였으며, 연구자의 편견이나 편중이 배제된 결과를 얻기 위해 중립적 태도로 인터뷰와 결과 분석을 시행하였다. 둘째, 적합성(fittingness) 기준에서는 연구자가 기술하고 분석한 내용이 참여자가 표현한 경험과 일치하는지 3인의 참여자에게 확인 과정을 거쳤고, 연구 참여자는 아니지만 낙상 사고 경험이 있는 간호사 4인에게 연구 결과가 의미 있는지를 확인하였으며, 질적 연구를 여러 차례 수행한 적 있는 간호학 교수 1인으로부터 수집한 자료로부터 도출한 결과가 적절한지 피드백을 받았다. 셋째, 감사가능성(auditability) 확보를 위해 본 연구의 연구 방법에서 분석 과정을 자세히 설명하고, 연구 결과에서 연구 참여자의 말을 직접 인용함으로써 연구자의 해석이나 분석을 독자가 검증할 수

있도록 하였다. 넷째, 확인가능성(confirmability)은 신뢰성, 적합성, 감사가능성을 준수함으로써 확립하였다.

연구 결과

입원 환자의 낙상 사고에 대한 간호사의 경험에 대한 본질을 이해하기 위해 Colaizzi [16]의 방법으로 면담 자료를 분석한 결과, 주요 진술은 279개였으며, 유사한 내용들을 통합하여 내용을 잘 반영할 수 있는 진술로 의미를 구성한 결과 133개의 의미를 구성하였다. 이로부터 일반적 의미를 도출하여 입원 환자의 낙상 사고 경험을 나타내는 13개의 주제를 구성하였고, 이 주제를 포괄적 의미의 6개 주제모음으로 구조화하였다 (Table 1).

1. 낙상 사고 직후의 정서적 충격

1) 낙상 사고 직후의 놀람과 두려움

참여자들은 담당 환자가 낙상한 직후 상상하지도 못한 상황에서의 사고 발생으로 인해 놀람과 충격을 경험한다. 환자가 낙상한 모습을 직면하면서 가슴이 철렁 내려앉을 정도로 놀라며, 환자 상태 변화에 대한 두려움을 느낀다.

Bipolar 환자였는데 당뇨로 양쪽 무릎 밑까지 amputation 했던 분이셨어요. 거의 침대 안에서만 움직일 수 있는 분이었구요. 나이트 근무 때 이브닝한테 인계 받고 라운딩을 하러 갔는데 환자분이 침대 옆 바닥에 누워 있는 거예요. 사이

Table 1. Nurses' Experience of Inpatients' Falls

Themes	Theme clusters
Surprise and fear after falls	Emotional impact after falls
Guilty about falls Wrongfulness related to responsibility for falls	Responsibility for falls
Sensitivity about falls Carefulness in prevention of falls	Changes after experience of falls
Stigma from report of falls Obligation to report falls	Burden of reporting falls
Lack of fall prevention strategy Patients and caregivers' indifference to fall prevention	Difficulty in preventing falls
Need for raising patients and caregivers' awareness about fall risk Need for willingness of health providers to prevent falls Need for environment improvement and human resource support Need for revision of fall risk assessment tool	Seeking new strategies for fall prevention

드레일도 다 올려놓았는데 옆으로 떨어지신 거예요. 정말 상상도 못했던 일이었어요.(참여자 1)

방문이 열려 있었고 뭔가 쿵 소리가 나서 달려갔더니 그 환자분이 bed-ridden인데 난간이 올라가 있는 상태에서 침대 옆 탁자에 있는 리모컨을 집으려고 하다가 사이드레일 끝 쪽에 빈 공간이 있는데 몸이 너무 마르신 상태여서 몸을 기울이다가 그 난간으로 빠지신 거예요. 너무 무서웠어요. ‘진짜 잘못되면 어떻게 하지?’라는 두려움이요.(참여자 8)

금방 바이탈하고 나왔던 환자인데, 그 방에서 큰 소리가 나서 가봤더니 화장실 가려고 침대에서 내려오다가 발을 헛디뎠서 앞으로 떨어지셨더라고요. 그걸 보는 순간 가슴이 철렁했어요. 환자분은 무릎이랑 다리가 너무 아프다면서 그 자리에서 잘 일어나지도 못했구요. 부축해서 겨우 침대에 다시 눕혔는데 신구라 처음 겪는 일이어서 눈앞이 캄캄했어요.(참여자 11)

2. 낙상 사고의 책임

1) 담당 환자의 낙상에 대한 자책

참여자들은 담당 간호사로서 환자가 낙상한 것에 대한 책임감을 강하게 느끼고 있고, 본인이 환자 간호를 더욱 충실히 했었다면 낙상 사고를 막을 수 있지 않았을까 하는 죄책감을 경험한다. 환자가 낙상한 원인에 대해 본인이 주의를 더 기울였다면 미연에 예방할 수 있었을 것 같았고, 낙상할 것만 같은 불길한 느낌이 드는 환자였는데 낙상한 순간 그 환자 곁에 있지 못했음을 안타까워하고, 낙상 사고를 일부분 간호사의 책임으로 받아들인다. 낙상 사고 이후 환자가 낙상 후유증으로 상태가 더 악화되지는 않을지 걱정스럽다. 특히 고령이거나 기존 환자 상태가 좋지 않았던 경우 환자에 대한 근심과 자책감이 깊다.

내가 담당 간호사인데 내 환자를 제대로 못보고 있다는 생각에 간호사로 속상한 생각이 많이 들어요. 처음 낙상을 경험했을 때는 고민을 많이 했어요. ‘내가 여기 간호사로 이렇게 일 하는 게 맞는가, 자격이 있는가?’ 하구요.(참여자 3)

내가 소변 통을 좀 더 가까이 놓아줬던지, 아니면 보호자분 오실 때까지 조금만 기다리라고 얘길 했던지, 내가 뭔가 조치를 취했다면 어쩌면 안 떨어졌을 것 같아요. ‘내가 시간이 좀 더 있었다면 그 환자 붙잡고 있을걸... 불길한 느낌이 들었는데 왜 다른 방에 바이탈 하러 갔을까?’하는

그런 죄책감이 있었죠.(참여자 13)

처음에는 ‘보고서 써야 되는데 어떻게 하지?’했는데 최근에 할머니 환자분이 낙상하셨을 때는 계속 너무 걱정이 됐었어요. 고령이고 상태가 좋으신 것도 아니어서요.(참여자 6)

당시에는 환자가 일단 쓰러져 있고 빨리 처치를 해서 환자가 이상이 있는지 봐야겠다는 생각 밖에 없었어요. 그렇게 정신없이 있다가 퇴근해서 집에 가면 걱정이 많이 되요. 환자분 괜찮은지 말이지요.(참여자 10)

2) 낙상 사고의 책임에 대한 억울함

입원 환자들의 낙상 사고를 예방하기 위해 참여자들은 침대 난간을 항상 올려주고, 낙상 사고 위험에 대해 환자와 보호자에게 끊임없이 설명하고 교육하면서 나름 최선의 노력을 다했음에도 불구하고, 낙상 사고 직후 의사나 환자의 보호자로부터 간호사의 부주어나 소홀로 인해 환자의 낙상이 발생했으므로 치부되고 책임을 물을 때 참을 수 없는 억울함을 느낀다. 참여자들은 입원 환자의 낙상이 간호사의 노력만으로 완벽하게 예방될 수 있는 사고가 아님에도 불구하고, 본인들의 노력은 아무도 몰라주고 사고에 대한 책임만 묻는 상황이 원망스럽다.

항상 사이드레일을 올려놓는데 보호자가 사이드레일이 내려가 있었다고 간호사한테 갑자기 뭐라고 하는 거예요. 원래 그런 보호자가 아닌데 환자가 갑자기 다쳐서 상태가 안 좋아지니까 저희한테 투사를 하시는 거예요. 전한다고 했는데, ‘왜 나한테? 왜 하필 내가 근무할 때.’ 이런 생각이 들었어요.(참여자 1)

Dementia 환자였는데 아침에 제가 바이탈하고 나서 잠깐 뭘 가지러 간 사이에 침대에서 떨어진 거예요. 보호자분은 침대 아래에서 주무시고 계셨고, 난간은 다 올라가 있었구요. 그 분이 foley를 갖고 있었는데 요의 때문에 자꾸 일어나서 화장실 가려는 걸 안 된다고 하고 다시 눕히고 사이드레일 내린 걸 다시 올려주고 했는데 5분도 채 안 되서 사이드레일 옆으로 내려오시다가 떨어지신 거였어요. 제가 직전까지 환자한테 설명하고 다시 올려주고 했는데 그걸 입증해 줄 사람도 없고... 그런데 의사에게 노티 했더니 저한테 막 뭐라 하는 거예요. 소리 지르면서 그걸 안 보고 뭐했냐면서요. 되게 억울했었고, 왜 나한테만 책임을 묻는 건지 억울하고 온갖 감정이 다 들었어요. 이게 정말 한참 갔어요.(참여자 5)

3. 낙상 사고 경험 이후 일어난 변화

1) 낙상 사고에 민감해짐

환자의 낙상은 시간이 지나도 참여자들에게 한동안 잊히지 않으며, 근무 중 민감하게 반응하게 된다. 시간이 흘러도 환자의 낙상을 목격했을 당시의 상황이 생생하게 떠오르고, 병실에서 큰 소리만 나도 심장이 내려앉는듯한 불안과 공포를 느끼기도 하며, 낙상 사고로 인한 손상이 심했던 환자는 오랫동안 참여자들의 기억 속에 남았으며, 근무 시 그 때 기억이 떠오르기도 한다.

그런 이벤트가 있고나면 꽤 오래가요. 우울하고 내가 간호사를 계속 할 수 있을까 싶고요. 특히 환자분이 많이 다치신 경우에는 trauma가 남아요.(참여자 8)

병실에서 쿵 소리만 나도 정말 심장이 철컹 내려앉아요. 2년 전쯤 나이트 근무 때 바이탈 하려고 병실 문을 열었는데 그 순간 환자분이 사이드레일 넘어오면서 떨어지더라고요. 지금도 잊히지가 않고, 한동안 나이트 때 병실 문 열고 들어갈 때마다 그때 그 장면이 파노라마처럼 계속 떠올라서 힘들었어요.(참여자 11)

2) 낙상 사고 예방을 위해 주의함

참여자들은 환자의 낙상 사고를 경험한 이후 낙상이 다시 발생되지 않도록 더욱 주의를 기울여 낙상 위험성을 사정하고 예방 활동을 하며, 특히 낙상 위험이 높은 환자나 그러한 상황에서는 다각적으로 위험 요인을 제거할 수 있는 방안을 검토한다. 또한 환자와 보호자가 낙상의 위험성을 각인할 수 있도록 낙상 예방 교육에서도 실제 경험을 사례로 들면서 위험성을 역설한다.

그리고 나서 약간의 고위험이 있으신 분들에게 교육을 하더라도 진짜 감정 이입해서 하게 되더라고요. 이게 아무것도 아닌 게 아니고 진짜로 젊은 사람도 넘어지면 크게 다친 경우도 많이 있다고 하면서 귀 담아 듣도록 사례를 들면서 교육하게 됐어요.(참여자 1)

‘그 때 이렇게 해줄 걸’ 하고 생각하면서 후회가 많고 좀 더 조심스럽죠. 그래서 밤에 라운딩을 몇 번 씩 돌면서 사이드레일을 일일이 다 올려놓고, 한 시간에 한 번 라운딩 하고 했어요. 수시로 보면서 사이드레일 내려놓은 환자들에게 계속 주의를 줘요.(참여자 10)

한두 번 겪다보면 이 분은 밤에 화장실 가시겠다는 걸

알죠. 그럼 나이트 때 라운딩 할 때마다 사이드레일 올려져있는지, 환자분 괜찮은지 봐요. 화장실 가시는 분들은 폴대나 라인에 걸려 넘어질까 계속 들여다 보구요. 또 넘어지면 어쩌나 싶어서 ‘이렇게 하면 좀 덜 넘어지겠지’ 하면서 이렇게 저렇게 해보고 그래요.(참여자 8)

4. 낙상 사고 보고에 대한 부담감

1) 낙상 사고 보고로 인한 낙인

낙상 사고 발생 시 작성하는 낙상 보고서에 대해 참여자들은 사건 보고서에 본인의 이름을 직접 기입해야 하고, 혹시라도 인사고과 등에서 불이익이 있지 않을까 걱정한다. 또한 사건과 관련된 담당 간호사라는 낙인이 두려워 낙상 보고를 해야만 할지 고민한다.

저 너무 갈등이 됐어요. 이걸 보고할지 말지. 근무가 끝날 때까지 계속 고민을 했어요. 환자분은 다친 데도 전혀 없었고, 나의 쌓여가는 낙상 보고서를 생각하면서(웃음) 이렇게 또 한 건 추가해야 되는지 싶었어요. 자기 이름으로 그런 보고서가 올라간다는 것 자체가 찝찝하고 나중에 인사 고과에 문제가 있지 않을까 싶었어요.(참여자 13)

낙상 보고서를 쓸 때 괜찮다고 하시지만, 보고서 자체가 간호사 이름으로 올라가잖아요. 사실 좋은 보고서도 아니고, 수간호사님께 보고하면 거기서 끝도 아니고 과장님께도 올라가고요. 부담스러운 게 사실이에요.(참여자 3)

솔직히 낙상 보고서 쓰지 말고 모른 척 할까 하는 생각을 한 적도 있었어요. 환자분도 본인 실수로 넘어진 거라고 하셨고 오히려 미안해 하셨는데, 굳이 사고 보고서를 써야 할까 싶었거든요. 환자를 잘 못 본 간호사처럼 취급당할 것 같고, 제 이미지도 안 좋아질 것 같았어요.(간호사 9)

2) 사고 보고에 대한 의무

참여자들은 간호사의 실수로 발생한 낙상이 아님에도 불구하고 낙상 보고서를 작성하고 보고해야 하는지에 대한 불만과 함께 심적 부담을 느낀다. 낙상 사고가 본인의 과오로 인해 발생한 것으로 인식될까봐 보고서 작성 자체가 꺼려지고 낙상 보고의 목적에 대해서도 이해되지 않는다.

제가 환자를 제대로 못 봐서, 큰 실수를 해서 환자가 낙상한 것처럼 보이는 것 같아서 시말서 쓰는 기분이예요. 투약에러 낸 것처럼. 쓸 때 느낌이 비슷했어요. 환자가 본

인 발에 걸려서 넘어졌는데, 내가 왜 이거 써야 되나 싶 구.(참여자 8)

어쩔 수 없는 낙상까지 간호사가 책임을 져야 하는지, 그걸 다 보고해야 하는 점이 불만이에요. 간호사가 책임 지고 보고해야 할 낙상의 경계를 분명히 지어주면 좋겠어요.(참여자 5)

검사실 가서 낙상한 환자가 있었는데, 검사실에서 연락 와서 병동에서 낙상 보고서 작성하라는 거예요. 검사실에서는 낙상 전후 환자 상태를 몰라서 보고서 쓰기가 어렵다고 그러는데, 낙상할 때 상황도 알지도 못하는데 간호사한테 보고서 작성을 미루는 것 같아서 너무 기가 막혔어요.(간호사 7)

5. 낙상 사고 예방의 어려움

1) 낙상 사고 예방 전략이 부족함

참여자들은 낙상 사고 발생을 줄이기 위한 방법들을 다각적으로 강구해보지만 특별한 대책이 없고, 인력이나 시스템 관련 지원도 부족한 상황에서도 낙상 예방을 위해 노력을 다 했지만 지속적으로 발생하고 있는 낙상 사고에 대해 전략이 부족함을 경험한다.

환자도 환자, 보호자도 환자잖아요. 보호자가 그래요 본인도 환자라고요. 중증도도 높고 인력도 부족한 상황이고, 낙상을 예방할 수 있는 환경도 안 되는 상황에서 우리 간호사들이 예방을 한다고 해도 얼마나 할 수 있을까, 예방을 할 수 있긴 한가 싶어요.(참여자 3)

사실 낙상을 줄이는 것이 간호계에서는 정말 큰 숙제인데 뭔가 부족한 게 없는 것 같아요. 요즘 낙상이 늘고 있어서 수간호사들, 간호사들과 얘기는 해보는데 부족한 게 없어요. 그런 게 없는 거 보면 참 어려운 문제인 것 같아요.(참여자 4)

2) 낙상 예방에 대한 환자와 보호자의 무관심

참여자들은 환자의 낙상 사고 예방을 위해 주의를 기울이고 계속해서 교육하지만, 정작 환자와 보호자는 낙상 위험성에 대해 인지하지 못하고 간호사의 중재에도 무관심한 것을 경험한다. 참여자들은 이러한 무관심이 낙상 사고 발생의 주요 원인 중 하나로 인식의 변화가 필요하지만, 환자가 자신의 현재 신체 상태에 대해 과신하고 낙상 사고가 환자 본인에게 발생할 가능성이 없다고 방심하여 간호사의 설명을 주의 깊게 듣지 않아 환

자와 보호자에 대한 중재가 어려움을 경험한다.

환자도 그렇고 보호자들의 무관심이 문제인 것 같아요. 넘어져서 얼마나 다치겠느냐 그러시는 것 같아요. 낙상 위험성에 대해 크게 생각하지 않아요. 낙상 주의에 대해 계속 얘기해도 어르신들은 괜찮아, 안 다쳐, 그러시면서 대수롭지 않게 느끼세요.(참여자 1)

계속 떨어지는 환자들은 정말 자기 고집이에요. 볼 때마다 사이드레일 내려가 있어서 다시 올려주면서 교육을 시켜도, 자기가 알아서 한다고 고집부리고 화내고. 결국 떨어지면 간호사만 억울하죠. 세상에 믿을 환자 하나도 없어요(웃음).(참여자 13)

6. 낙상 사고 예방을 위한 새로운 전략 모색

1) 환자와 보호자의 낙상 위험 인식 제고가 필요

낙상 위험에 대한 인식이 낮은 환자와 보호자들을 위해 참여자들은 낙상 사고 예방의 중요성을 각인시킬 수 있는 생생한 교육이 필요함을 느낀다. 환자와 보호자의 인식 개선이 낙상 사고 예방에 필수적인 요소이므로, 실제 사례나 낙상하는 시뮬레이션 영상, 낙상 후 상해 등에 대한 자료 등을 활용하여 환자와 보호자들이 주목할 수 있는 교육이 필요함을 경험한다.

환자, 보호자 교육이 제일 중요한 것 같아요. 멀쩡하신 분도 떨어져서 머리 다쳐 중환자실 가신 분도 있다, 휠체어도 타시다가 넘어지시고 하나까 보호자분이 꼭 옆에 계시라고 해요. 그냥 낙상 주의하시라고만 얘기하니깐 귀담아안 들으셔서 사례 얘기를 하는데 그러면 좀 주의하시더라구요.(참여자 5).

요즘 금연 공익광고 보면 후두암, 뇌졸중으로 고통 받는 영상을 직설적으로 보여주잖아요. 그거 보면 금연해야겠다는 생각이 확 드는데, 낙상 위험에 대해서도 환자분들이 나한테도 일어날 수 있으니 조심해야겠다는 생각을 하고 겁이 좀 나도록 실감나게 교육 자료를 만들면 좋겠다는 생각을 했었어요.(참여자 2)

2) 낙상 사고 예방에 대한 의료진의 의지가 필요

참여자들은 심각한 위해가 있었던 낙상 사고를 경험하지 못한 일부 간호사들이 낙상 사고 예방의 중요성에 대한 인식이 낮고, 예방 활동에서도 그리 적극적이지 않다고 느낀다. 또한 환자의 치료를 담당하고 있는 의사도 질환이나 경과상 낙상 고위

험 환자임에도 불구하고 낙상 예방 활동에 무관심하며, 낙상 발생 시 간호사에게 책임을 묻기도 한다. 참여자들은 낙상 사고의 중요성에 대한 의료진들의 인식이 제고되어야 하고, 서로 협력하여 낙상 사고 예방 활동을 할 수 있는 의지가 필요함을 경험한다.

낙상을 많이 경험한 간호사들은 그거에 두려움도 있고 한데 그렇지 않은 간호사들은 보고서 하나 쓰지 뭐 그러고, 낙상 교육을 할 때도 ‘조심하세요.’ 이런 정도로만 하구요. 그런 간호사들은 인식 변화가 필요한 것 같아요. 저도 사실 낙상 QI 하면서 낙상에 대해 고민도 하고 많이 생각했지, 그 전까지는 뭐 그냥 동의서 받을 때 한 줄 교육하는 게 다였거든요. 그리고 담당 환자가 낙상하고 그래도 특별한 외상이 있으셨던 거도 아니고 시간이 지나면 또 잊혀지고, 그걸 누군가가 계속 강조하지 않으면 중요성이 떨어지는 것 같아요.(참여자 3)

억울했던 게 의사가 ‘이 환자 낙상할지 모르니 잘 좀 봐주세요’ 그런 적도 없고 관심 전혀 없다가 이런 일이 생기면 환자 잘 봤냐고 하거든요. 낙상 관련 직원 교육도 의사도 같이 했으면 좋겠어요. 의사들이 낙상 조심해야 된다고 얘기하는 거 거의 못 봤어요. 의사도 환자에게 상태 설명하면서 낙상 위험성 얘기도 좀 하고, 의료진들이 같이 여러 번 얘길 하면 좀 더 낫지 않을까 싶거든요.(참여자 6)

3) 환경 개선과 인력 지원이 필요

낙상 사고 위험이 있는 환자들을 집중해서 보고 싶지만, 돌봐야 할 환자들이 많고 업무 로딩이 많은 상황에서 참여자들은 한계를 경험하기도 하고, 환자들을 낙상으로부터 더욱 안전하게 보호할 수 있는 시스템적 지원이 필요함을 느낀다. 환자 곁에 있을 수 있는 직접 간호시간이 충분히 확보되도록 간호 인력 충원이 필요하며, 침대 높이, 사이드레일, 바닥 충격 흡수제 등 병원 환경에서도 낙상 사고 위험 요소를 줄이고, 낙상 하더라도 상해를 최소한으로 줄일 수 있는 환경 개선이 필요함을 경험한다.

다른 환자 보고 있으면서도 옆에 보호자가 안계시면 그 옆에 가야 될 것 같고, 일은 산더미처럼 있고 아직 못 본 환자들도 있고 추가오더도 계속 나고 있는데. 응급실 간호 인력이 더 많았으면 좋겠어요.(참여자 7)

난간 내리는 것도 어렵고, 높이를 전체적으로 낮출 수 있는 침대가 일부만 들어와 있구요. 떨어지더라도 다치지

않게 바닥에 카페트나 폭신한 재질로 깔면 어떨까 싶구요. 청소하기 어렵고 보수비용이 많이 들어서 못한다고 하는데 시스템적 지원도 정말 필요하거든요.(참여자 4)

4) 낙상 위험 평가 도구의 보완이 필요

현재 병원에서 적용하고 있는 낙상 위험 평가 도구에 대해 참여자들은 각각의 낙상 위험 요인 항목 모두 타당하다고 생각하지는 않으며, 특히 환자의 인식, 주의 정도, 간호사의 직관적인 측면 등도 낙상 위험 요인으로 포함되어야 하며, 낙상 위험 평가 도구가 현실의 다양한 위험 요인들을 반영해야 한다고 느낀다.

낙상 위험 평가 도구에 있는 항목들이 다 낙상에 정말 위험한 요인이라고 완전히 받아들여지진 않아요. 특히 본인이 건강하다고 생각하는 분들이 낙상 교육이나 설명을 해도 잘 듣지도 않고, 조심하지 않다가 어느 순간에 넘어 지시거든요. 특히 3차 병원 환자들은 환자들이 기존에 자기가 갖고 있는 병들이 있기 때문에 컨디션이 좋은 것 같다가도 갑자기 힘들어지는 순간이 올 수 있는데 자기 상태를 너무 과신해서 넘어지는 거죠.(참여자 4)

낙상 위험 평가를 입원 시부터 계속하는데, 위험요인으로 사정하는 항목이 너무 국한되어 있는 것 같아요. 낙상 QI 활동을 하면서 위험 평가 도구부터 재검토가 필요하다는 의견들이 있었고, 외국 병원의 낙상 위험 평가 도구도 찾아보고 했었는데 도구들 중에서 와 닿았던 부분이 환자 측면에서는 본인 상태에 대한 인지 정도가 위험 요인으로 들어가 있었고, 위험 요소 각 항목 외에도 간호사의 직관에 의해 낙상 위험 점수를 더 줄 수 있다는 점이었어요. 뭐라 정확히 형용할 수는 없지만 낙상할 것 같은 사람은 축이 오거든요.(참여자 12)

는 의

본 연구에서는 입원 환자의 낙상 사고에 대한 간호사의 경험을 탐색하기 위해 심층면담을 하였고, 그 결과 ‘낙상 사고 직후의 정서적 충격’, ‘낙상 사고의 책임’, ‘낙상 사고 경험 이후 일어난 변화’, ‘낙상 사고 보고에 대한 부담감’, ‘낙상 사고 예방의 어려움’, ‘낙상 사고 예방을 위한 새로운 전략 모색’이라는 6개의 범주가 도출되었다.

첫 번째와 두 번째 범주에서 참여자들은 환자의 낙상 사고에 대해 놀라면서, 사고를 예방하지 못했던 점에 대한 자책과 함께 환자의 경과 악화를 걱정하는 마음을 표현하였다. 이는 간호사

의 환자안전 사고 유발 경험에 대한 연구[15]에서 환자안전 사고 직후 간호사가 환자상태 악화에 대한 두려움을 느끼고, 자신의 부주의로 인해 환자에게 피해를 끼친 점에 대해 죄책감을 느낀다는 결과와 유사하다. 하지만 낙상 사고는 투약 오류나 수혈 오류처럼 간호사의 과실로 발생한 경우보다 환자의 부주의나 불이행으로 인한 경우가 대부분임에도 불구하고, 간호사는 다른 환자안전 사고와 마찬가지로 낙상 사고에 대해 죄책감과 두려움을 경험하고 있다는 점에 주목할 필요가 있다. 한편, 본 연구에서 낙상 사고 예방을 위해 나름 최선의 노력을 다했음에도 불구하고 낙상 사고 직후 환자나 보호자, 의사로부터 간호사의 부주의로 인해 낙상 사고가 발생한 것으로 치부되고, 그에 대한 책임을 물을 때 억울함도 느끼고 있는 것으로 나타났다. 환자안전 사고는 간호사에게 열등감과 자신감 저하를 느끼게 하며 간호사의 이직과 사직을 촉진시킨다[18]. 따라서 법적 차원에서 의료기관의 내부 규정에서라도 해당 의료기관 또는 담당 간호사의 책임으로 간주해야 할 낙상 사고의 범주, 유형 등을 먼저 명확히 규정하여 낙상 사고로 인한 간호사의 죄책감과 억울함, 소진을 줄이고, 전문직으로서의 자부심을 유지하고 책임에 따른 의무를 다할 수 있도록 해야 할 것이다. 또한 입원 중 발생한 여러 유형의 낙상 사고에 대해 각각의 책임 소재에 대해 의료 소비자 및 의료인의 인식 정도와 그에 영향을 미치는 요인 등을 확인하여, 낙상 사고 발생 후 환자 및 보호자와 의료진 간의 갈등이나 의료 분쟁을 줄일 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다. 또한 예측하지 못한 낙상 사고 발생에 대해 죄책감을 주로 경험하는 간호사 그룹과 억울함을 주로 느끼는 간호사 그룹 간의 차이, 영향요인, 낙상 사고 예방활동에서의 특성 등에 대한 추후 연구가 시행되어 간호사 낙상 교육 프로그램 개발 시 반영할 필요가 있겠다.

세 번째 범주는 '낙상 사고 경험 이후 일어난 변화'로 참여자들은 낙상 당시의 충격이 쉽게 잊히지 않고 임상 실무에서 민감하게 반응하는 것으로 나타났다. 환자에게 위해가 있었던 낙상일수록 참여자들은 우울, 공포, 불안을 경험하며 자존감의 저하로 간호사를 계속 할 수 있을지 고민하였다. 환자안전 사고로 인해 환자뿐만 아니라 의료인들도 심리적 위해를 받고 있으며, 심리적 충격으로 인한 스트레스 관련 증상을 호소하고 있어, 미국이나 호주에서는 환자안전 사고 이후 직원의 정서적, 직업적 손상을 최소화하기 위해 직원 지지 프로그램(Employee Assistance Program, EAP)을 의료기관 또는 지역 보건 의료 단체에서 운영하고 있다[19]. 환자안전 사고 또는 사고 이후 환자, 보호자, 상사나 동료 등으로부터 상처를 받은 직원들을 위해 지속적인 자문과 상담, 정서적 지지를 하여 직

원이 정서적 충격을 극복 할 수 있는 프로그램을 우리나라에서도 시급히 적용할 필요가 있다. 국내 일부 의료기관에서 환자안전 사고로 인해 피해를 받은 직원을 위해 직원이 요청하면 정신건강의학과 의료진이 상담과 자문, 지지를 제공하는 프로그램을 운영하고 있으나, 대부분 환자의 자살, 자해, 직원 폭행 등과 같은 적신호 사건 위주로 운영되고 있어 낙상 사고나 투약 오류 등 전반적인 환자안전 사고 경험자로 직원 지지 프로그램의 대상을 확대할 필요가 있으며, 그 효과를 확인하는 연구도 필요하겠다.

네 번째 범주는 '낙상 사고 보고에 대한 부담감'이었는데, Kim과 Kim [20]이 의료 과오 보고에 대한 간호사의 인식을 조사한 연구에서 상당수의 위해 사건이 보고되고 있지 않으며, 이는 간호사들이 의료 과오를 두려워하며 자발적으로 보고할 수 있도록 시스템이 지원을 해주지 못하기 때문이라고 한 결과와 유사하다. 직원들이 낙상 사고를 경험하였을 때 인사 고과 등에서의 불이익이나 사고를 일으킨 직원으로 낙인이 찍힐까 봐 보고가 부담된다는 참여자들의 진술은 낙상 사고 보고를 조직에서 부정적으로 받아들일 것이라고 인식하고 있다는 점을 알 수 있다. 환자를 낙상 사고로부터 보호하고 환자와 직원 모두에게 안전한 의료시스템을 구축하기 위해서는 위험 요인을 발견하고 분석하여 예방적 중재 활동을 지속하는 것이 무엇보다 중요하며, 그러한 활동에 있어 자발적 보고는 중요한 근거 자료가 되므로 긍정적인 환자안전 문화 조성이 필수적이다. 2016년 7월부터 환자안전법이 시행되었고, 환자안전 사고가 발생했을 때 관련 의료인이 죄책감이나 처벌에 대한 두려움 때문에 보고하지 않을 가능성이 있어 의료인, 보건 의료기관의 장, 환자안전 전담 인력, 환자 및 보호자가 환자안전 사고를 자율적으로 보고하도록 하고 있다[21]. 또한 환자안전 사고를 분석하여 전체 의료기관을 학습시키는 보고 학습 시스템을 구축하는 것이 본 법안의 목적이다. 현재 환자안전법 시행 초기로 의료기관평가인증원에서 환자안전 보고 학습 시스템에 대한 운영을 맡아 보고된 사고들을 분석하고 있는데, 이를 통해 환자안전과 직원안전에 대한 예방적 중재가 개발되고 확산되어 우리나라가 더욱 안전한 의료시스템을 갖출 수 있는데 이바지해야 할 것으로 사료된다. 또한 자발적 사고 보고의 결과가 관련자 처벌의 목적이 아닌 예방에 초점이 맞추어져야 할 것이며, 이러한 긍정적인 피드백이 시행되고 정착되도록 정부와 의료기관, 의료인과 국민들이 모두 관심을 가지고 노력해야 할 필요가 있다.

다섯 번째 범주에서 주목할 부분은 참여자들이 낙상 사고 예방을 위해 노력함에도 불구하고 정작 환자와 보호자들은 간호

사의 낙상 교육이나 설명에 주의를 기울이지 않고 무관심하다는 점이다. 또한 환자와 보호자를 낙상 사고 발생에 중요한 인적 위험 요인으로 인식하고 있으며, 실제 사례 중심의 교육, 시뮬레이션 영상 등을 통한 생생한 교육을 시행하여 낙상 사고에 대한 인식 제고가 필요함을 절실하게 느낀다. 환자안전 사고 예방을 위해서는 환자와 보호자의 이해와 적극적인 참여가 무엇보다 중요한데, 미국의 의료기관 평가기구인 The Joint Commission에서는 진료과정에서 환자가 자신의 안전을 스스로 지킬 수 있는 'Speak-up Initiatives'라는 캠페인을 2002년부터 현재까지 진행하고 있다[22]. 특히 낙상 사고와 관련하여 'Speak Up: Reduce Your Risk of Falling' 프로그램을 동영상과 브로슈어로 제작하여 낙상 사고의 원인, 주의 사항과 예방법 등을 대중에게 알리고 있으며, 낙상 사고 동영상에서는 노인 환자가 침대, 휠체어, 화장실에서 낙상하는 시뮬레이션 상황을 생생하게 보여줌으로써 낙상 사고에 대한 경각심을 불러 일으키고, 환자 스스로가 조심하여 예방할 수 있도록 하여 현재 40개국 이상에서 활용되고 있다[22]. 국내 의료기관들도 최근 환자안전 활동의 일환으로 환자와 보호자를 대상으로 Speak-up 캠페인을 개최하고, 낙상 사고 예방, 환자 확인, 수술 부위 확인 등 진료 과정에서의 환자안전 활동의 중요성과 적극적인 참여를 홍보하고 있다. 이러한 캠페인과 함께 환자와 보호자용 낙상 사고 예방 교육 자료나 프로그램도 실제 사례나 시뮬레이션 영상 등을 활용하여 낙상 사고에 대한 경각심을 일으킬 수 있도록 개발되고, 많은 의료기관에서 이를 함께 교육 자료로 활용할 수 있기를 기대한다.

여섯 번째 범주에서는 기존의 낙상 사고 예방 중재에 새로운 전략들이 필요하다는 것으로, 우선적으로 의사와 간호사의 인식 변화가 중요함을 느낀다. 이러한 인식 변화를 위해 의료인을 대상으로 한 실제적인 직무교육이 필요하다. 현재 의료기관인 중평가 내 환자안전 필수기준[7]에서는 의료기관이 낙상 사고 예방법에 대한 교육을 환자와 보호자는 물론 직원에게도 시행해야 하는 것으로 되어 있다. 그러나 직원의 범위가 명확히 규정되어 있지 않고, 신입 및 재직 직원이 필수적으로 받아야 할 필수 교육 대상에 소방안전, 감염관리, 심폐소생술, 정보보호 등은 포함되어 있지만 낙상 교육은 포함되어 있지 않다. 즉, 낙상에 대한 직원 교육의 중요성과 필요성에 대한 인식이 아직도 미약함을 알 수 있다. 간호사뿐만 아니라 환자 치료를 담당하고 있는 의사도 낙상 관련 환자, 보호자 교육에 동참할 수 있도록 임상 현장에서 참여를 제언하고, 정책에서도 반영될 수 있도록 강조할 필요가 있겠다.

연구 참여자들은 낙상 사고 예방을 위해 환경 개선과 인력

지원에 대한 필요성도 강조하였는데, 최근 간호 간병 통합서비스가 확대되는 상황에서 환자의 낙상 사고에 대한 간호사의 책임이 커지고 그에 따른 업무 부담은 가중될 수 있다. 그러므로 최적의 간호 인력을 배치하는 것이 낙상 사고 예방을 위한 필수적인 전제가 되어야 할 것이며, 간호사는 보호자나 간병인이 없는 상황에서 안전하게 환자를 간호할 수 있도록 주의를 강화할 뿐만 아니라 효과적인 낙상 사고 예방활동 개발과 적용에도 관심을 기울여야 할 것이다. 또한 미끄러운 바닥, 불충분한 조명, 침상 간간, 이동하기 불편한 시설과 기구, 바닥 장애물 등과 같은 환경적 요인도 낙상 사고 발생의 주요 위험요인 중 하나이므로[23], 의료 환경 개선 활동도 시급히 시행되어야 할 것이다. 따라서 의료기관에서는 낙상 사고 예방을 간호사에게 전적으로 의지할 것이 아니라, 인력 지원과 함께 위험한 환경적 요소를 지속적으로 찾아 안전하게 바꿔나가는 시스템적 개선 활동에 아낌없는 투자를 해야 하며, 정부에서도 환자의 안전이 의료기관의 중요한 가치와 목표가 될 수 있도록 정책적 지원이 필요하겠다.

마지막으로 낙상 사고의 위험성을 주기적으로 평가하여 낙상 고위험 환자로 분류하는 낙상 위험 평가 도구에 대한 보완이 필요한 것으로 나타났다. 국내외적으로 가장 많이 알려진 낙상 위험 평가 도구인 Morse Fall Scale은 쉽고 빠르게 적용할 수 있지만, 다른 낙상 위험 평가 도구에 비해 특이도가 낮으며[24], 환자의 신체적 문제와 관련된 요인만 낙상 위험 요인으로 평가하고 있다는 제한점이 있다. 본 연구에서 환자가 본인의 상태에 대해 과신하고, 의료진들의 지시나 주의를 잘 이행하지 않으려하는 성향일 때 낙상 발생 위험이 높다는 참여자들의 의견에 대해 낙상 사고의 주요 위험 요인이 될 수 있는지 추후 연구에서 확인해 볼 필요가 있겠다. 또한 낙상 위험 평가 도구 중 Johns Hopkins Hospital Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT)은 환자의 인지적 측면도 낙상 사고의 주요 위험요인으로 반영하고 있으며, 특히 환자가 자신의 신체적, 인지적 한계에 대한 이해가 부족할 때 낙상 위험 점수에서 가중치를 적용하고 있어[25], 국내에서도 우리나라의 의료시스템 상황과 환자 특성에 부합하는 낙상 위험 평가 도구 개발 연구가 활발히 진행될 필요가 있겠다.

결론

본 연구는 의료기관에서 빈번히 발생하고 있는 환자안전 사고 중 하나인 입원 환자의 낙상 사고에 대한 간호사의 경험을 현상학적 연구 방법을 통해 심층적으로 탐색하였다. 그 결과

간호사들이 환자의 낙상 사고 직후 놀람, 자책, 환자에 대한 걱정과 함께 간호사에게만 책임을 묻는 현실이 원망스럽고 억울하기도 하였으며, 이후 낙상 사고 예방을 위해 더욱 노력하지만 그럼에도 발생하는 낙상에 대해 어려움을 느끼고 지금보다 새로운 전략들이 필요함을 경험하는 것으로 나타났다. 본 연구의 의의는 환자뿐만 아니라 간호사에게도 낙상 사고는 잊을 수 없는 정서적 충격이며, 간호사는 낙상 사고로부터 환자를 더욱 안전하게 보호하고자 노력하고 있으나, 그러한 노력을 간호사만 하고 있는 현실에서의 한계, 시스템적 지원의 필요성에 대한 이해를 확충하였다는 점이다.

본 연구의 결과를 통해 다음과 같이 제안하고자 한다.

첫째, 낙상 사고 등 환자안전 사고로 정서적 상처를 받은 간호사들이 정서적 충격을 극복할 수 있는 상담 및 지지 프로그램 개발과 중재 효과에 관한 연구를 제안한다.

둘째, 환자안전법 시행 이후 낙상 사고를 포함한 환자안전 사건 보고 및 의료기관 내 환자안전 문화에 대한 간호사 등의료인들의 인식 변화에 대한 연구를 제안한다.

마지막으로, 간호 간병 통합서비스 시행 이후 다양한 의료기관의 간호사를 대상으로 낙상 사고 경험을 확인하고, 효과적인 낙상 사고 예방 중재와 전략을 개발하는 연구를 제안한다.

REFERENCES

1. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine*. 1988;319(26):1701-1707. <https://doi.org/10.1056/NEJM198812293192604>
2. Hill AM, Hoffmann T, Hill K, Oliver D, Beer C, McPhail S, et al. Measuring falls events in acute hospitals - A comparison of three reporting methods to identify missing data in the hospital reporting system. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(7):1347-1352. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02856.x>
3. American Nurses Association. National quality organization endorses performance measures used by American nurses association to assess nursing care in hospitals [Internet]. Maryland: American Nurses Association. 2013 [cited 2016 May 25]. Available from: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Collaborative-Activity/Quality-Org-Endorses-Performance-Measures-ANA-to-Assess-Nursing-Care.pdf>.
4. Degelau J, Belz M, Bungum L, Flavin PL, Harper C, Leys K, et al. Health care protocol: Prevention of falls (acute care). 3rd ed. Bloomington MN: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012.
5. Korea Consumer Agency. Consumer ages [Internet]. Seoul: Korea Consumer Agency. 2006 [cited 2016 March 30]. Available from: http://www.kca.go.kr/brd/m_47/view.do?seq=3912&srchFr=2006&srchTo=&srchWord=&srchTp=&itm_seq_1=0&itm_seq_2=0&multi_itm_seq=0&company_cd=&company_nm=&page=1&back_year=2006&back_mon=12
6. Craig J, Murray A, Mitchell S, Clark S, Saunders L, Burleigh L. The high cost to health and social care of managing falls in older adult living in the community in Scotland. *Scottish Medical Journal*. 2013;58(4):198-203. <https://doi.org/10.1177/0036933013507848>
7. Korea Institute for Healthcare Accreditation. Accreditation standards 2.0. Seoul: Department of Health and Human Services; 2016.
8. Center for Disease Control and Prevention. Important facts about falls [Internet]. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2015 [cited 2015 March 28]. Available from: <http://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/falls/adultfalls.html>
9. Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Lipsitz S, Benoit A, Chang F, et al. Fall prevention in acute care hospitals: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*. 2010;304(17):1912-1918. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1567>
10. Kim C. Nurses' knowledge and attitude toward fall in hospitalized patients. *Journal of Industrial Science Researches*. 2011; 28(2):275-281.
11. Kim KY. Patient care obligations and limitations of hospital. *Korean Journal of Medicine and Law*. 2012;20(1):55-77.
12. Yoon SH, Kim KJ. Nurses' learning experiences from falling accidents on patient safety. *Korean Journal of Hospital Management*. 2015;20(2):1-14.
13. Berland A, Gundersen D, Bentsen SB. Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway. *Nursing & Health Sciences*. 2012;14(4):452-457. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00701.x>
14. Tzeng HM, Yin CY. Most and least helpful aspects of fall prevention education to prevent injurious falls: A qualitative study on nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(17):2676-2680. <https://doi.org/10.1111/jocn.12295>
15. Lee TK, Kim EY, Kim NH. A phenomenological study on nurses' experiences of accidents in patient safety. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2014;20(1):35-47. <https://doi.org/10.1111/jkana.2014.20.1.35>
16. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. New York: Oxford University Press; 1978. p. 48-71.
17. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park CA: Sage Publications; 1989.
18. Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral distress, compas-

- sion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2011;30(6):339-345.
<https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e31822fab2a>
19. Clinical Excellence Commission. *Open disclosure handbook*. Sydney: Clinical Excellence Commission; 2014.
 20. Kim HY, Kim HS. Effects of perceived patient safety culture on safety nursing activities in the general hospital nurse's. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2011;17(4):413-422.
 21. Ministry of Health and Welfare. *Patient safety act* [Internet]. Seoul: Ministry of Health and Welfare. 2016 [cited 2016 August 26]. Available from:
<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=167782&urlMode=engLsInfoR&viewCls=engLsInfoR#0000>
 22. The Joint Commission. *Speak up initiatives* [Internet]. Illinois: The Joint Commission; 2016 [cited 2016 April 5]. Available from: <http://www.jointcommission.org/speakup.aspx>
 23. Spoelstra SL, Given BA, Given CW. Fall prevention in hospitals: An integrative review. *Clinical Nursing Research*. 2012; 21(1):92-112. <https://doi.org/10.1177/1054773811418106>
 24. Kim KS, Kim JA, Choi YK, Kim YJ, Park MH, Kim HY, et al. A comparative study on the validity of fall risk assessment scales in Korean hospitals. *Asian Nursing Research*. 2011;5(1):28-37. [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(11\)60011-X](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(11)60011-X)
 25. Kang YO, Song R. Validation of fall risk assessment scales among hospitalized patients in South Korea using retrospective data analysis. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2015;27(1):29-38. <https://doi.org/10.7475/kjan.2015.27.1.29>