

# 국내병원 간호사의 인수인계 실무표준, 표준지침 및 표준화된 항목 개발에 대한 연구

김은만<sup>1)</sup> · 유 미<sup>2)</sup> · 이향열<sup>3)</sup> · 고지운<sup>4)</sup> · 조의영<sup>5)</sup> · 김을순<sup>6)</sup>

<sup>1)</sup>선문대학교 간호학과 부교수, <sup>2)</sup>남서울대학교 간호학과 조교수, <sup>3)</sup>을지대학교 간호대학 조교수,  
<sup>4)</sup>선문대학교 간호학과 조교수, <sup>5)</sup>배재대학교 간호학과 조교수, <sup>6)</sup>병원간호사회 사무처장

## Development of Nursing Handoff Practice Guideline and Standards for Korean Hospital

Kim, Eun Man<sup>1)</sup> · Yu, Mi<sup>2)</sup> · Lee, Hyang Yuol<sup>3)</sup> · Ko, Ji Woon<sup>4)</sup> · Cho, Eui Young<sup>5)</sup> · Kim, Eul Soon<sup>6)</sup>

<sup>1)</sup>Associate Professor, Department of Nursing, Sunmoon University

<sup>2)</sup>Assistant Professor, Department of Nursing, Namseoul University

<sup>3)</sup>Assistant Professor, College of Nursing, Eulji University

<sup>4)</sup>Assistant Professor, Department of Nursing, Sunmoon University

<sup>5)</sup>Assistant Professor, Department of Nursing, Paichai University

<sup>6)</sup>Executive Director, Korean Hospital Nurses Association

**Purpose:** Addressing current status of nursing handoff provides information as to where to change practice for improvement in patient care. The aim of this study was to develop nursing a handoff practice guideline and standards for Korean hospitals. **Methods:** A questionnaire was used to collect data in a cross-sectional survey with 207 head nurses and 697 nurses working in general hospitals. **Results:** The practice guideline consisted of 2 items on purpose of handoff, 5 items on policy, 3 on environment, 5 on process, 7 on content, 3 on evaluation, and 1 on the function of education, for a total 26 of items. Standard instruction was developed related to Patients, Assessment, Situation, Safety concerns, Background, Actions, and Recommendations. **Conclusion:** The findings of this study indicate that the guideline can be applied in real nursing practice to improve the effectiveness of handoff procedures. It can be used to guide nurses to follow the standardized content, which presents patient details clearly. The guideline provides consistency and structure for the information that is handed over.

**Key words:** Handoff, Nurse, Standard

## I. 서 론

### 1. 연구의 필요성

최근 세계보건기구의 환자 안전프로그램을 통해 인수인계가 환자 안전의 중요한 요소로서 관심을 받고 있다

(Johnson, Jeffereies, & Nicholls, 2012b; Siemsen et al., 2012). Blouin (2011)은 인수인계의 목적이 현재 환자의 상태와 간호, 최근 상황 변화에 대한 정보를 정확하게 전달하는 것인데도 불구하고 실제로는 임상에서 과실의 기회를 제공하고 있다고 지적하였다. 또한 1995년에서 2006년 사이 Joint Commission에 보고된 바에 의하면 위해사

**주요어:** 인수인계, 간호사, 표준

**Corresponding author:** Yu, Mi

Department of Nursing, Namseoul University, 91 Daehak-ro, Seonghwan-eup, Seobuk-gu, Cheonan-city, Chungnam 330-707, Korea.  
Tel: 82-41-580-2717, E-mail: yumichonsa@nsu.ac.kr

\* 본 연구는 2013년 병원간호사회에서 연구비를 지원받아 진행한 ‘인수인계 실무표준 및 평가도구 개발연구’ 연구 중 일부임.  
투고일: 2014년 1월 14일 / 심사회의일: 2014년 2월 6일 / 게재확정일: 2014년 2월 20일

건의 중요한 원인으로 인수인계가 꼽히고 있다(Joint Commission Center for Transforming Healthcare, 2007). Kim 등(2013b)이 국내 300명 이상 종합병원 간호사를 대상으로 한 연구에서 99.1%의 간호사들이 인수인계가 환자안전에 있어서 중요하다고 응답하였고, 94.3%의 간호사들이 인수인계 오류가 간호업무에 미치는 영향이 크다고 응답하였다. 따라서 최근 국내외적으로 인수인계는 환자 안전에 중요한 요인으로 대두되고 있음을 알 수 있다.

최근 보고에 따르면 환자의 정보를 주고받는 인수인계 과정에서 37%에 오류가 있어 인계자가 안전하게 환자를 간호할 수 없으며, 21%의 인수자가 인수인계의 질에 만족하지 못한다고 하였다(Joint Commission Center for Transforming Healthcare, 2007). Kim 등(2013b)의 국내 연구에서도 5.7%의 간호사만이 인수시 정확하게 인수했다는 확신이 든다고 하였고, 12.1%의 간호사만이 인계받을 때 정확하게 인계받았다는 확신이 든다고 응답하여 임상 간호사들이 수행한 인수인계에 대한 정확성에 문제가 제기되고 있는 실정이다.

인수인계시 의사소통 오류의 원인으로서는 부적절한 인수인계 내용, 기억의 한계, 간호사간 팀워크의 부족과 간호사의 피로와 스트레스와 같은 간호사 측면의 요인과 인수인계시 잦은 중단, 인수인계 지침의 부족 등과 같은 환경적 측면의 요인을 들 수 있다(Jukkala, James, Autrey, Azuero, & Miltner, 2012). 또한 최근 정보가 풍부한 기술 환경 속에서 과도한 정보 제공으로 인한 인지적 과부하도 의사소통 문제를 초래할 수 있다(Streitenberger, Breen-Reid, & Harris, 2006).

이에 Jorm, White와 Kaneen (2009) 및 Sexton 등(2004)은 표준화된 인수인계 접근이 인수인계의 목적과 내용을 명확히 해주어 환자간호의 연속성을 유지해주며, 과실이나 오류를 줄일 수 있다고 하였으며 O'Connell, Macdonald와 Kelly(2008)는 인수인계 과정을 합리화하기 위하여 인수인계 지침 개발을 제안하였다. 또한 Australian Council for Safety and Quality in Health Care [ACSQHC] (2005)에서는 인수인계에서 필수적인 내용과 인수인계 방법에 대한 근거기반의 지침 개발을 권고하고 있으며, 세계보건기구(World Health Organization [WHO], 2007)에서는 인수인계에 대한 교육의 부족과 좋은 모델의 부족으로 인수인계 문제가 초래될 수 있다고 하였다. 국내 연구에서도 병동 내 인수인계 관련 지침이 없다고 응답한 대상자가

72.5%였고, 서면화된 지침이나 체크리스트가 필요하다고 응답한 대상자가 86.7%로 나타나, 간호업무의 효율을 높이고 환자안전을 유지하기 위해 표준화된 인수인계 지침의 개발이 필요함을 제안하고 있다(Kim et al., 2013b).

인수인계 효율성을 높이기 위해 다각적인 접근이 시도되고 있는데, 미국의 경우 인수인계를 위한 표준화된 도구의 개발을 위해 근거기반적 접근 및 혼합적인 접근법(Blouin, 2011; Jukkala et al., 2012)을 시도하였고, 호주 경우 인수인계에 관한 인식조사와 전자 인수인계 서식개발을 위한 연구들이 진행되었다(Johnson et al., 2012b; Kerr, Lu, McKinlay, & Fuller, 2011). 유럽에서는 이탈리아, 네덜란드, 영국, 스페인, 폴란드와 스웨덴에서 인수인계에 대한 공동 프로젝트를 진행하여(Johnson, Barach, & Vernooij-Dassen, 2012a; Siemsen et al., 2012), 인수인계를 위한 새로운 개념모델 제시, 효율적인 인수인계를 위한 중재 연구 등을 시도하였다. 이러한 연구들에서 제시하는 인수인계의 핵심 요소는 중요한 내용에 대한 표준화, 표준화된 서식, 도구 및 방법의 개발, 인수인계의 질과 측정의 강화, 인수인계시 질문을 할 수 있는 기회의 제공과 인수인계에 대한 교육과 코칭 등이었다. 이외에 미국, 호주, 유럽의 연구자들은 인수인계시 환자의 참여를 제안하고 있다.

최근 국내에서도 환자안전이 중요시되면서 인수인계에 대해 관심을 갖기 시작하였는데, 아직까지 인수인계의 실태조사(Kim et al., 2013b; Hwang et al., 2001)와 인수인계 방법개선을 위한 녹음인수인계 적용에 대한 연구로 국한되고 있는 실정이다(Jung, 1998; Choi, Hong, & Keum, 2005).

선행연구에서 살펴본 바와 같이 국외에서는 ACSQHC와 Joint Commission에서 인수인계의 표준과 평가지표 개발을 위한 다각적인 시도를 하고 있다. 그러나 국내의 경우 의료기관인증평가에 인수인계 항목이 포함되어 환자 안전과 간호의 질 향상에의 기여정도를 평가하고는 있으나 전체적 기준과 구체적인 내용을 담고 있지는 못한 실정이다. 또한 국내 의료기관에서는 인수인계에 대한 표준화된 방법과 지침이 부족하여 병원별로 자체적으로 개발하여 사용하고 있으나 실무표준 및 지침에 대한 신뢰도와 타당도에 대한 연구는 부족한 실정이다. 이에 본 연구에서는 신뢰할 만하며 근거에 기반을 둔 표준화된 인수인계 실무 표준과 표준지침, 표준화된 인수인계 항목을 제시하여 간호업무의 효율을 높이고 환자 안전을 위한 간호의 질 향상에 기여하고자 한다.

**2. 연구의 목적**

본 연구의 목적은 병원 간호사의 인수인계 실무 표준, 표준지침과 표준화된 항목을 개발하고자 한다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 1) 인수인계 실무표준과 표준지침을 개발하여 적절성을 조사한다.
- 2) 인수인계 항목을 개발하여 적절성을 조사한다.

**3. 용어정의**

**1) 인수인계**

인수인계는 간호사 교대근무가 시작되는 시점에 전 근무자가 다음 근무자에게 근무조별로 직접 간호업무와 간접간호업무에 대한 정보를 주는 간호업무 활동으로 (Hwang et al., 2001) 환자간호의 질과 안전성, 연속성을 유지하고, 보장해주는 중요한 정보교환과정이다(Benson, Rippin-Sisler, Jabusch, & Keast, 2007).

**II. 문헌고찰**

**1. 표준화된 인수인계 도구 및 개발과정**

인수인계는 병원환경 속에서 근무교대 시 간호사에서 다음 간호사로 환자의 정보를 교환하는 것으로 오래 전부터 시행되어오던 간호업무 중의 하나이다. 인수인계 과정은 간호의 연속성을 유지하기 위한 필수적인 정보를 제공하는데, 이 과정에서 전달되는 정보의 정확성과 적절성은 매우 중요하다(Nelson & Massey, 2010). 유럽의 10개국 22,902명의 간호사를 대상으로 한 Meissner 등(2007)의 연구에서 잦은 인수인계 시간 중단, 부적절한 인수인계 시간 등의 이유로 대다수의 간호사가 인수인계에 만족하지 못한다고 보고하였다. Davies와 Priestly (2006)는 인수인계 시간이 길고, 불필요한 인수인계 내용의 전달, 관련 없는 정보의 전달, 부정확성, 필요 없는 대화 등이 인수인계 불만의 원인이라고 보고하였고, Sexton 등(2004)은 인수인계 내용의 84.6%가 이미 기록상에 존재라는 것이라고 지적하였다.

이러한 인수인계의 취약점을 개선하기 위하여 여러 전략들이 제안되고 있다. 미국에서는 표준화된 인수인계 도구 개발이 활발히 이루어지고 있는데, Institute for Healthcare

Improvement (2012)에서는 의료진간 의사소통을 용이하게 하기 위해 SBAR 기호(situation, background, assessment, recommendations)와 같은 표준화된 과정의 형식을 제안하였다. SBAR는 환자에 대해 필요한 간호사들의 지식을 공유하기 위한 틀로서는 적합하지 않을 수 있어, 정확한 의사소통을 위한 간호정보를 공유할 수 있는 인수인계 기술 및 내용틀 개선 연구가 수행되었다(Jukkala et al., 2012; Hwang et al., 2001; Schroeder, 2006; Wilson, 2011). Schroeder (2006)는 간호사 인수인계의 견본을 제시하기 위하여 PACE (patient/problem, assessment/action, continuing/change, evaluation)를 제안하였다. Agency for Healthcare and Quality (2006)는 인수인계 표준화 도구로 I PASS the BATON (Introduction, Patient, Assessment, Situation, Safety concerns the Background, Actions, Timing, Ownership, Next)을 제시하였다. 또 미국의 10개 종합병원에서는 SHARE라는 인수인계에 대한 표준 전략을 개발하였는데, 이는 인수인계 내용의 표준화 (Standardize critical event), 표준화된 인수인계 도구, 양식이나 방법의 개발(Hardwire within your system), 인수인계시 질문할 기회의 제공(Allow opportunity to ask questions), 인수인계 질과 측정의 강화(Reinforce quality and measurement), 인수인계 방법에 대한 교육과 코칭(Educate and coach)을 포함한다(Joint Commission Center for Transforming Healthcare, 2007). 호주의 표준화된 인수인계 도구에 관한 연구(Johnson, et al., 2012b)에서는 인수인계시 주요한 범주로 환자의 확인, 환자의 병력, 임상상태, 간호계획과 간호 및 치료의 목적을 제시하였고, Wilson (2011)은 인수인계 의사소통 전략으로 오스트리아 시드니의 한 응급실의 다양한 환자들의 건강상태와 진료에 대한 수요를 반영하는 P-VITAL 과정을 개발하여 응급실 직원들에게 훈련시켜 적용하였다. Present(현재 환자 상태)-Vital signs(활력징후)-Input and output(수액 균형)-Treatment and diagnosis(치료와 진단)-Admission or discharge(입퇴원계획)-Legal issues(법적 문제) 순서로 정보가 제공되었고, 12개월 동안 환자안전과 직원만족도 향상에 어느 정도 기여한 것이 보고되었다. 또한 Jukkala 등(2012)은 내과계 중환자실에서 5P: purpose(목적), patients(환자), professionals(의료진), patterns(양상), and processes(과정)의 틀을 사용함으로써 다학제간 의사소통을 증진시키고 직원들이 업무에 집중하고, 체계적인 사고가 가능하게 하여, 간호의 질 향상에 효과적으로 사용할 수 있다고 제안하였다.

유럽에서는 Siemsen 등(2012)이 인수인계에 영향을 미치는 요인으로 의사소통, 정보, 기관, 하부구조, 전문성과 책임, 팀의 인지와 병동문화를 제시하였다. 싱가포르의 Kasinathan, Ang과 Lee (2012)는 중앙내과 환경에서의 인수인계시 언어적 의사소통, 환자의 병력, 환자의 관찰된 상태와 환자의 간호계획이 포함되어야 한다고 하였다. 동양의 일본간호사를 대상으로 한 인수인계 연구(Gu, Andersen, Madsen, Itoh, & Siemsen, 2012)에서 의료시스템과 문화가 다른 서양의 인수인계에 대한 인식과 일본 간호사의 인수인계에 대한 인식은 다르다고 제시한 바 있다. 이와 같이 인수인계에 관한 다양한 국외 연구들이 수행되어 왔으나 국내에서는 인수인계에 대한 핵심개념 분석이나 표준화된 도구, 실무표준에 대한 연구는 거의 없다. 따라서 한국 내 의료환경 및 간호문화에 적합한 표준화된 인수인계 도구 또는 실무표준의 마련과 인수인계의 질을 측정할 수 있는 평가지표의 개발은 임상환경에서 환자안전을 증진하기 위해 필요한 과정이다.

### III. 연구방법

#### 1. 연구설계

본 연구는 인수인계 실무 표준, 표준지침과 표준화된 항목을 개발하여 적절성 여부를 검증한 서술적 조사연구이다.

#### 2. 연구대상

본 연구는 G\*Power program을 이용하였을 때 효과크기 0.5, 유의수준 0.05, 검정력 95%로 하였을 때 수간호사와 간호사 각 105명, 총 210명의 대상자수가 필요하다.

그러나 국내 병원의 간호전달체계와 병동당 간호사 수 등 간호환경이 다양하여 국내 병원 환경에서 포괄적으로 수용할 수 있는 인수인계 실무표준 및 표준지침을 도출하기 위하여 2013년 현재 요양병원, 정신병원, 국군병원을 제외한 병원간호사회 회원 병원의 내·외과 병동에 근무하고 있는 국내 500명상 이상의 수간호사와 300명상 이상의 간호사를 표출하였으며 최종 포함된 대상자수는 본 연구에서 제시하고자 하는 목적에 부합하는 표본수를 가지고 있다.

#### 1) 수간호사

총 123개 병원에서 각 병원별로 2명을 임의선정하여 총 246명이었으며, 조사가 완료된 216명의 자료 중 내·외과 병동 소속이 아니거나 응답이 불충분한 자료를 제외한 207명의 자료를 분석하였다(회수율: 84.1%). 자료 수집 기간은 2013년 8월 5일부터 9월 4일까지였다.

#### 2) 간호사

총 191개 병원에서 각 병원별로 4~6명을 임의선정 하여 총 878명이었으며, 조사가 완료된 715명 중 내·외과 병동 소속이 아니거나 응답이 불충분한 자료를 제외한 697명의 자료를 분석하였다(회수율: 79.4%). 자료 수집 기간은 위와 동일하였다.

### 3. 연구절차

인수인계 실무표준, 표준지침, 인수인계 주요항목 개발을 위하여 설문조사를 하기 전 연구대상자의 윤리적 보호를 위해 S대학교의 연구윤리위원회(IRB)의 심의를 받았다(승인번호 SMU-C-13-03-01). 설문조사 및 현장조사를 하기 전 연구대상자들이 소속된 의료기관의 간호부서에 공문을 보내 부서장의 허락을 받았으며, 윤리적 측면을 고려하여 연구 대상자들에게 연구의 목적과 방법을 설명한 후 응답을 원하지 않는 경우 철회가능성과 회수된 자료 처리의 익명성 등이 포함된 서면동의를 구한 후 설문조사를 실시하였다.

#### 1) 연구팀 구성 및 근거검색

인수인계에 관한 전문적 임상 경험, 임상적 이해 및 비평적 분석기술을 갖춘 전문가들로 구성된 연구팀이 인터넷을 활용한 전자 데이터베이스인 학술연구정보서비스(Research Information Sharing Service[RISS]), KoreaMed와 Pubmed, Ovid, CIHAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Cochrane Library 등을 이용하여 ‘인수인계’, ‘handoff’, ‘handover’, ‘shiftreport’, ‘signout’ 용어를 입력하여 총 122개의 국내외 문헌, 국내외 의료기관의 실무 지침 그리고 국내외 의료기관의 평가 기준 및 평가도구를 검토하였다.

#### 2) 인수인계 실무표준, 표준지침, 인수인계 주요항목 작성

수집된 근거를 바탕으로 수간호사 경력 5년 이상의 경

힘을 가진 기본·성인간호학 교수 2인과 간호관리학 교수 2인이 인수인계 실무표준, 표준지침 및 인수인계 주요항목을 개발하였다. 개발된 인수인계 실무표준, 표준지침, 인수인계 주요항목은 500병상이상의 종합병원 부장 및 팀장 5명에 의해 검토된 후 수정·보완하였다.

### 3) 실무표준, 표준지침, 인수인계 주요항목에 대한 전문가 타당도 조사

개발된 인수인계 실무표준, 표준지침, 인수인계 주요항목의 내용타당도 검증은 전문가를 대상으로 실시하였다. 8개 지역의 11개 대학병원에서 경력 15년 이상의 간호부장 1명, 간호과장 및 팀장 7명, 수간호사 3명으로 구성된 전문가 집단을 대상으로 델파이기법을 사용하여 인수인계 실무표준, 표준지침, 인수인계 주요항목에 대한 내용타당도, 용어의 적절성 및 임상적용 가능성에 대해 평가가 이루어졌다. 평가는 4점 척도(1점 '전혀 타당하지 않음', 2점 '타당하지 않음', 3점 '타당함', 4점 '매우 타당함')로 표기하도록 하였으며(Lynn, 1986), 기타 의견이 있으면 제안하도록 하였으며, 전체 항목 중에서 전문가들이 점수를 3점 혹은 4점을 준 항목의 비율로 계산된 CVI (content validity index) 점수가 .80 이상이면 내용타당도가 높다고 판단하였고(Lee et al., 2009), .80 미만인 항목은 전문가 및 연구팀의 논의를 거쳐 수정 또는 삭제하였다. 개발당시 실무표준은 28개 항목이었는데, 전문가의 내용타당도 조사과정을 거쳐서 '인수인계 요소는 다른 자원으로부터 얻을 수 있는 정보는 포함시키지 않아야 한다'와 '인수인계 점검사항 결과를 간호부에 보고한다' 항목을 삭제하여 26개 항목이 도출되었다. 표준지침은 개발당시 15문항이었는데, 전문가의 내용타당도 조사과정을 거쳐서 '주증상, 입원동기, 과거력을 인계하였는가', '의사처치지시에 대해 인계하였는가', '타과의뢰에 대해 인계하였는가' 항목을 삭제하여 12개의 항목이 도출되었다. 인수인계 표준항목은 국외에서 많이 사용되고 있는 'SBAR'와 'I PASS the BATON'의 항목 14개에서 7개 항목으로 구성된 PASS-BAR가 합의·도출되었으며, 입원시, 재원 중, 퇴원시 인수인계 항목을 구분하고, 카덱스나 전자의무기록에서 파악할 수 있는 항목과 구두인계항목을 구분하여 표준화하자는 전문가의 의견을 종합하여 상황별 인계항목 및 구두인계항목을 도출하였다.

### 4) 실무표준, 표준지침, 인수인계 주요항목에 대한 적절성 조사

실무표준, 표준지침, 인수인계 주요항목이 인수인계 실

무의 표준, 지침 및 항목으로 적절한지 여부는 '매우 적절하다' 4점, '전혀 적절하지 않다' 1점의 4점 Likert 척도로 평가하였으며 점수가 높을수록 적절성이 높은 것으로 병동 수간호사와 간호사간 차이를 비교하였다.

## 4. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSSWIN version 18.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성 및 인수인계 관련특성은 빈도, 백분율, 평균과 표준편차를 이용하였다.
- 2) 본 연구에서 개발된 실무표준, 표준지침과 표준화된 인수인계 항목에 대한 적절성 정도는 평균과 표준편차를, 대상자간 실무표준과 표준지침의 차이는 t-test를 이용하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

수간호사의 경우 여성이 198명(99.0%), 평균 연령은 45.08±5.18세였으며 학력은 석사 졸업자가 122명(60.1%)으로 가장 많았다. 근무부서별로는 내과계가 100명(50.5%), 외과계가 94명(47.5%)이었다. 임상 근무경력은 평균 274.31±66.51개월이었고, 현재 근무하고 있는 부서에서의 근무기간은 평균 49.74±57.24개월이었다. 병상규모는 500병상 이상 1000병상 미만의 병원에서 근무하는 수간호사가 131명(65.5%)으로 가장 많았다.

간호사의 평균 연령은 29.33±6.17세였으며 학력은 3년제 간호대학 출신이 319명(45.9%)으로 가장 많았다. 근무부서별로는 내과계가 338명(49.4%), 외과계가 317명(46.4%)이었다. 평균 임상근무경력은 83.15±67.67개월이었고, 현재 근무하고 있는 부서에서의 평균 근무기간은 41.99±31.68개월이었다. 근무하고 있는 병상규모는 500병상 이상 1000병상 미만의 병원 391명(56.3%)이 가장 많았다(Table 1).

### 2. 병동 인수인계 관련 특성

#### 1) 수간호사의 인수인계 관련 특성

인수인계와 관련해 수간호사의 응답결과는 Table 2와 같다. 근무한 병원의 간호전담체계는 팀간호나 일차간호

Table 1. 수간호사·간호사의 일반적 특성

(N=904)

특 성	구 분	수간호사(n=207)		간호사(n=697)	
		n or mean±SD	%	n or mean±SD	%
성별	여자	198	99.0	678	97.6
	남자	2	1.0	17	2.4
연령	평균(세)	45.08±5.18		29.33±6.17	
결혼여부	기혼	168	83.2	193	27.7
	미혼	34	16.8	498	71.6
	기타			5	0.7
학력	3년제	9	4.4	319	45.9
	RN-BSN/방송통신대학교/학점은행학사	49	24.1	159	22.9
	4년제 학사	19	9.4	178	25.6
	석사	122	60.1	39	5.6
	박사	4	2.0		
부서	내과	100	50.5	338	49.4
	외과	94	47.5	317	46.4
	내·외과계(내과계+외과계)	4	2.0	29	4.2
임상근무경력	평균(개월)	274.31±66.51		83.15±67.67	
현부서 근무경력	평균(개월)	49.74±57.24		41.99±31.68	
병원구분	상급종합병원	91	45.7	265	38.2
	종합병원	99	49.8	395	56.9
	병원	9	4.5	34	4.9
병상수	100~499	42	21.0	211	30.4
	500~999	131	65.5	391	56.3
	1,000 이상	27	13.5	92	13.3

No respondents are excluded

제공방법이 91명(44.0%)으로 가장 많았고, 혼합방식(팀 간호와 기능적 간호)이 85명(41.0%), 기능적 간호제공방법이 24명(11.6%), 기타 1명(0.5%) 순이었다. 인수인계방법은 전자의무기록을 보고 구두로 인계하는 방식이 101명(48.8%)으로 가장 많았고, 카덱스를 이용한 구두 인수인계 방식이 76명(36.7%), 전자의무기록을 보고 다음 번 간호사가 파악하는 방식이 12명(5.8%), 문서화된 checklist를 활용하는 방식이 8명(3.9%), 인수인계 서식과 같은 문서로만 인수인계하는 방식이 7명(3.4%) 순이었다. 현재의 인수인계 방법에 대하여 ‘매우 만족한다’와 ‘대체로 만족한다’가 57.0%였으며 ‘전혀 만족하지 않는다’와 ‘대체로 만족하지 않는다’는 7.7%였다. 근무병동 인수인계 관한 서면화된 지침이 있는 경우는 24.6%였고, 인수인계 항목이 적혀있는

체크리스트가 있는 경우는 15.5%였으며, 둘 다 가지고 있는 경우는 10.1%였다. 반면 인수인계에 관한 서면화된 지침 또는 인수인계 항목이 적혀있는 체크리스트가 없는 경우는 41.6%였다.

2) 간호사의 인수인계 관련 특성

간호전달체계 현황은 팀간호 제공방법 또는 일차간호방법이 45.2% (315명), 기능적 간호제공방법이 21.1% (147명), 혼합방식이 31.8% (222명)순이었다. 인수인계방법은 카덱스를 이용한 구두 인수인계 방식이 46.1% (321명)로 가장 많았고, 다음으로 전자의무기록을 보고 구두 인수인계하는 방식이 44.9% (313명), 전자의무기록을 보고 다음 번 간호사가 파악하는 방식이 3.9% (27명), 문서화된 체크리스트

Table 2. 수간호사 · 간호사의 인수인계 관련 특성

특 성	구 분	수간호사	간호사
		n (%)	n (%)
간호전달체계	기능적 간호제공방법	24 (11.6)	147 (21.1)
	팀별 간호제공방법 또는 일차간호방법	91 (44.0)	315 (45.2)
	혼합(팀+기능)	85 (41.0)	222 (31.8)
	기타	1 (0.5)	2 (0.3)
	무응답	6 (2.9)	11 (1.6)
인수인계 방법	녹음해서 인수인계	0 (0)	0 (0)
	문서화된 checklist를 활용하는 방식	8 (3.9)	20 (2.8)
	카텍스 이용한 구두 인수인계 방식	76 (36.7)	321 (46.1)
	전자의무기록(EMR)을 보고 구두 인수인계	101 (48.8)	313 (44.9)
	전자의무기록(EMR)을 보고 후번 간호사가 파악	12 (5.8)	27 (3.9)
	인수인계 서식과 같은 문서로만 인수인계	7 (3.4)	12 (1.7)
	무응답	3 (1.4)	4 (0.6)
현재인수인계 방법에 대한 만족여부	매우 만족한다	6 (2.9)	13 (1.9)
	대체로 만족한다	112 (54.1)	371 (53.2)
	보통이다	68 (32.9)	252 (36.2)
	대체로 만족하지 않는다	15 (7.2)	48 (6.9)
	전혀 만족하지 않는다	1 (0.5)	10 (1.4)
무응답	5 (2.4)	3 (0.4)	
근무병동 인수인계 지침여부	인수인계에 관한 서면화된 지침이 있다	51 (24.6)	145 (20.8)
	인수인계 항목이 적혀있는 체크리스트가 있다	32 (15.5)	68 (9.7)
	둘다 있다	21 (10.1)	36 (5.2)
	둘다 없다	86 (41.6)	416 (59.7)
	기타	1 (0.5)	4 (0.6)
	무응답	16 (7.7)	28 (4.0)

를 활용하는 방식이 2.8% (20명), 인수인계 서식과 같은 문서로만 인수인계하는 방식이 1.7% (12명)이었다. 현재의 인수인계 방법에 대하여 ‘매우 만족한다’와 ‘대체로 만족한다’가 55.1%였으며 ‘전혀 만족하지 않는다’와 ‘대체로 만족하지 않는다’는 8.3% 이었다. 근무병동에 인수인계 관한 서면화된 지침이 있는 경우가 20.8%였고, 인수인계 항목이 적혀있는 체크리스트가 있는 경우는 9.7% 이었으며, 둘 다를 가지고 있는 경우가 5.2%였다. 근무 병동에 인수인계에 관한 서면화된 지침 및 인수인계 항목이 적혀있는 체크리스트가 없는 경우가 59.7%로 더 많았다(Table 2).

### 3. 인수인계 실무표준 적절성

인수인계 실무표준 적절성 조사결과, 전문가 타당도에 서 도출된 26개 항목이 모두 평균 평점 3점 이상이 나왔다.

수간호사를 대상으로 인수인계 실무표준에 대한 적절성 조사결과, 인수인계 내용 항목 중 ‘인수인계는 간호시간, 근무조건 간호의 연속성을 확보해주어야 한다’가 평균 평점 3.69±.46점(1~4점 범위), ‘인수인계는 환자의 주요 문제에 초점을 맞추어야 한다(3.67±.48점)’, ‘환자의 정보의 누락이 없음을 전제로 한다(3.67±.52점)’, ‘환자의 요구와 임상상황을 파악하고, 간호의 책임과 의무를 전달한다(3.66±.50점)’으로 나타났다. 간호사의 인수인계 실무표준에 대한 적절성 조사결과, ‘인수인계는 환자의 주요 문제에 초점을 맞추어야 한다(3.57±.51점)’, ‘환자와 관련된 정보에 대한 비밀을 보장하면서 인계한다(3.56±.52점)’, ‘인수인계는 간호시간 근무조건 간호의 연속성을 확보해주어야 한다(3.53±.51점)’로 나타났다.

총 26개 항목 중 8개의 항목을 제외한 18개의 항목에서 수간호사의 적절성 점수가 높은 것으로 나타났다(Table 3).

Table 3. 수간호사 · 간호사의 인수인계 실무표준에 대한 적절성 비교

분류	실 무 표 준	수간호사	간호사	t (p)
		Mean±SD	Mean±SD	
인수인계 목적	인수인계시 환자 정보의 누락이 없음을 전제로 한다.	3.67±.52	3.48±.54	21.88 (.000)
	구조화된 인수인계는 환자의 안전을 보장한다.	3.60±.53	3.47±.52	2.15 (.002)
인수인계 정책	병원조직은 병원의 특성에 따라 해당 조직에서 수행할 수 있는 환자정보 전달을 위한 인수인계 정책, 절차, 과정에 관한 규정이 필요하다.	3.46±.57	3.28±.53	14.76 (.000)
	문서화된 정책, 지침과 합의된 도구는 정기적으로 모니터링한다.	3.32±.59	3.14±.57	15.39 (.000)
	병원 조직은 효과적인 인수인계 시스템을 적용한다.	3.46±.53	3.28±.53	8.76 (.000)
	인수인계는 기관의 정책에 따라 일정한 시간과 간격으로 실시한다.	3.32±.60	3.18±.59	7.18 (.003)
	문서화되고 구조적인 인수인계 과정이 적절해야 한다.	3.43±.52	3.29±.53	4.76 (.001)
인수인계 환경	환자정보가 누출되지 않는 장소에서 인수인계를 한다.	3.58±.52	3.44±.60	8.23 (.004)
	인수인계 준비시 환자 간호의 연속성을 유지할 수 있는 장소와 시간을 결정되어야 한다.	3.48±.52	3.45±.53	0.74 (.444)
	인수인계 과정 중에 가능한 중단되는 경우가 없도록 한다.	3.49±.55	3.47±.57	0.38 (.682)
인수인계 과정	환자간호와 관련된 인력들은 인수인계 과정에 참여하여야 한다.	3.49±.56	3.34±.57	0.78 (.001)
	환자의 요구와 임상상황을 파악하고, 간호의 책임과 의무를 전달한다.	3.66±.50	3.48±.51	28.98 (.000)
	인수인계를 위한 도구(체크리스트)를 사용하며, 도구는 각 기관에 맞게 적절히 변경 가능하다.	3.41±.56	3.22±.59	3.08 (.000)
	인수인계시 적절한 인적, 재정적 자원을 활용하여 시간을 효율적으로 관리한다.	3.49±.51	3.38±.53	0.45 (.009)
	인수인계 후에 인수인계와 관련된 질문을 할 시간을 보장한다.	3.45±.54	3.37±.54	1.17 (.068)
인수인계 내용	환자와 관련된 정보를 편중되지 않게 인계한다.	3.40±.57	3.30±.55	5.52 (.019)
	환자와 관련된 정보에 대한 비밀을 보장하면서 인계한다.	3.60±.52	3.56±.52	0.79 (.309)
	환자와 관련된 정보를 적시에 인계한다.	3.52±.53	3.42±.53	0.99 (.017)
	인수인계는 객관적이어야 한다.	3.61±.50	3.46±.54	12.63 (.001)
	인수인계는 간결해야 한다.	3.55±.55	3.42±.57	1.32 (.003)
	인수인계는 간호시간, 근무조건 간호의 연속성을 확보해주어야 한다.	3.69±.46	3.53±.51	80.14 (.000)
인수인계 평가	인수인계는 환자의 주요 문제에 초점을 맞추어야 한다.	3.67±.48	3.57±.51	24.87 (.008)
	지속적인 질 향상 활동을 수행한다.	3.44±.52	3.39±.53	0.20 (.237)
	인수인계와 관련된 오류는 반드시 보고하며 관련사항에 대한 조사 및 변화관리를 적용한다.	3.46±.54	3.42±.51	3.36 (.407)
교육기능	직원들은 인수인계 평가과정 및 결과를 숙지하고 수행한다.	3.39±.55	3.38±.52	2.04 (.814)
	인수인계 과정을 통해 간호수행의 질을 향상시킬 수 있어야 한다.	3.52±.51	3.47±.51	0.00 (.163)

#### 4. 인수인계 표준지침에 대한 적절성

인수인계 표준지침에 대한 적절성 조사결과, 전문가 타당도에서 도출된 12개 항목이 모두 3점 이상이 나왔다. 수간호사의 인수인계 표준지침에 대한 적절성 조사결과 (Table 4), 표준지침 중 ‘당일 변경된 투약에 대해 인계하였는가’가 3.70±.48점, ‘입원시부터 인계시까지 또는 이전 근무이후부터 인계받기 전까지의 주요 정보를 인계하였는

가(3.69±1.34점)’, ‘활력징후를 인계하였는가(3.69±.47점)’, ‘당일 시행하는 검사와 관련된 내용 및 의미있는 검사결과에 대해 인계하였는가(3.67±.50점)’, ‘당일 시행하는 처치에 대해 인계하였는가(3.67±.48점)’으로 나타났다.

간호사의 인수인계 표준지침에 대한 적절성 조사결과, 표준지침 중 ‘당일 변경된 투약에 대해 인계하였는가(3.61±.50점)’, ‘낙상, 욕창과 같은 환자안전에 관한 정보를 인계하였는가(3.61±.49점)’, ‘입원시부터 인계시까지 또는



이전 근무이후부터 인계받기 전까지의 주요 정보를 인계하였는가(3.60±.51점)', '활력징후를 인계하였는가(3.56±.51점)'로 나타났다.

수간호사와 간호사 간 인수인계 표준지침에 대한 적절성 정도는 12개 항목 중 4개의 항목에서 유의한 차이가 있었다.

**5. 수간호사의 표준화된 인수인계 항목의 적절성**

인수인계 주요 항목과 상황별 인수인계 항목에 대한 적절성 조사는 수간호사에 의해서만 평가되었고, 그 결과(Table

5) 적절성 정도가 가장 높은 항목은 의식상태(3.91±.29점)였으며, 그 다음으로는 활력징후(3.89±.31점), 의미 있는 검사결과(3.79±.41점), 현재 상태와 치료, 현재 통증상태, 현재 가지고 있는 catheter, drainage 등(3.78±.43점) 순이었다. 적절성이 가장 낮은 항목은 환자명, 병실, 진단명, 수술명으로써 3.25±.61점이었고 그 다음으로는 수술 후 경과일(3.26±.61점), 과거력(3.47±.56점), 동반질환(3.51±.55점), 기타 인계해야 할 사항 등(3.58±.51점) 순이었다. 상황별 인수인계 항목에 대한 적절성은 입원환자, 재원 중 환자, 퇴원 시와 같은 상황에 따른 인수인계항목이 적절하지, 그리고 카텍스나 전자의무기록 등에서 파악해도 되는 항

Table 4. 수간호사 · 간호사의 인수인계 표준지침에 대한 적절성 비교

표준지침	인계형식의 표준정의	수간호사	간호사	t (p)
		Mean±SD	Mean±SD	
환자명, 입원실, 상병명을 인계하였는가?		3.55±.55	3.52±.56	0.45 (.541)
입원시부터 인계시까지 또는 이전 근무 이후부터 인계받기 전까지의 주요 정보를 인계하였는가?	주요정보란 입원시부터 인계시까지 전까지의 경과요약, 감염관련 정보 및 알레르기 반응등을 말함. 근무 공백이 있는 간호사에게 인계할 때 해당됨.	3.69±1.34	3.60±.51	1.94 (.047)
활력징후를 인계하였는가?	활력징후가 비정상인 경우 인계한다.	3.69±.47	3.56±.51	16.59 (.043)
낙상, 욕창과 같은 환자 안전에 관한 정보를 인계하였는가?	낙상 고위험군이나 욕창 고위험군에 대한 정보의 인계	3.63±.53	3.61±.49	8.38 (.000)
현재 또는 잠재적 간호문제에 대한 사정내용을 인계하였는가?	환자의 건강상태를 확인하기 위해 수집된 객관적, 주관적 자료	3.52±.53	3.48±.55	0.03 (.041)
현재 또는 잠재적 간호문제에 대한 중재내용을 인계하였는가?	환자의 문제를 해결하기 위해 수행하는 간호활동을 말함	3.48±.54	3.43±.54	0.743 (.085)
간호중재의 우선순위에 대해 인계하였는가?		3.32±.57	3.41±.53	0.034 (.704)
현재 또는 잠재적 간호문제의 중재에 대한 평가내용을 인계하였는가?	수행한 간호활동에 대한 객관적, 주관적 평가내용	3.36±.59	3.31±.59	7.23 (.331)
현재 간호문제에 대한 재계획 내용을 인계하였는가?	해결되지 않은 문제에 대한 재계획 내용	3.38±.58	3.32±.54	1.73 (.753)
당일 시행하는 검사와 관련된 내용 및 의미있는 검사결과에 대해 인계하였는가?		3.67±.50	3.36±.55	5.28 (.131)
당일 시행하는 처치에 대해 인계하였는가?		3.67±.48	3.54±.51	7.27 (.165)
당일 변경된 투약에 대해 인계하였는가?		3.70±.48	3.61±.50	10.71 (.080)

Table 5. 표준화된 인수인계 항목에 관한 적절성

인수인계 구성	주요 항목	Mean±SD
Patient	환자명, 병실, 진단명, 수술명	3.25±.61
Assessment	의식상태 - 변경시 인계	3.91±.29
	활력징후- 비정상시 인계	3.89±.31
Situation	수술 후 경과일	3.26±.61
	현재 상태와 치료, 현재 통증상태, 현재 가지고 있는 catheter, drainage 등	3.78±.43
Safety Concerns	현재 약물, 치료 식이	3.66±.51
	의미있는 검사결과	3.79±.41
	억제대 적용 여부 - 해당사항 있을 때 인계	3.61±.51
	욕창 상태	3.67±.49
Background	낙상 위험 여부	3.64±.51
	격리 유무 - 해당사항 있을 때 인계, 감염 관련 내용	3.70±.50
	입원 동기	3.56±.54
Action	과거력	3.47±.56
	동반질환	3.51±.55
	알레르기-해당사항 있을 때 인계	3.65±.48
	간호중재	3.69±.49
Recommendation	시행해야 할 검사	3.72±.46
	시행해야 할 처치	3.73±.46
	타과 의뢰	3.64±.50
	기타 인계해야 할 사항 - 사생활 보호 등	3.58±.51

상황별 인계항목 및 구두인계 항목에 대한 적절성

상황별 인계항목 및 구두인계 항목에 대한 적절성		Mean±SD
P, A, R	퇴원시 환자(Discharge patient)	3.25±.61
	재원 중 환자(Inpatient)	
P, A, S, S	입원환자(Admission patient)	
P, A, S, S, B	구두인계 항목	
카텍스나 전자의무기록에서 파악하는 항목		

목과 구두인수인계를 해야 하는 항목이 적절한지에 여부를 조사한 것으로 이에 대한 적절성 정도는 3.25±.61점이 었다.

### V. 논 의

환자치료와 간호 시 절차와 지침을 근거로 일관성 있는

서비스를 제공하는 것이 의료인의 의무이며, 환자는 의료 기관 전체에 걸쳐 동일한 질의 서비스를 받을 권리가 있다 (Kim et al., 2013a). 이를 위해 인수인계는 환자안전의 중요한 요소로 표준화된 인수인계 접근이 인수인계의 목적 과 내용을 명확히 해주어 환자간호의 연속성을 유지해주 며, 과실이나 오류를 줄일 수 있다(Jorm et al., 2009;

Sexton et al., 2004). 인수인계는 환자 개인, 환자 그룹에게 제공된 전반적인 간호 혹은 일부를 타인 또는 전문가에게 일시적, 영속적으로 전달하는 전문직의 책임과 의무로, 효과적인 인수인계를 위해서는 의료환경과 특수성에 맞게 적절해야 하며 문서화된 정책, 프로토콜, 합의된 도구와 가이드, 이에 대한 정기적인 모니터링에 대해 표준화, 서면화 및 구조화된 체계가 필요하다(ACSQHC, 2005). 그러나 국내에는 인수인계에 대한 표준화된 절차나 지침이 없는 실정으로 본 연구에서는 국내 8개 지역의 임상전문가를 대상으로 한 델파이기법과 전국 500병상 이상 병원의 수간호사와 300병상 이상의 간호사를 대상으로 인수인계지침, 평가도구에 관한 타당도 조사를 실시하여 국내실정에 적절한 인수인계 실무표준과 표준지침을 개발하였다. 또한 인수인계 주요항목과 상황별 인수인계 항목에 대한 타당도 조사를 실시하였다. 이러한 절차는 국내의 다양한 지역, 다양한 병상수를 가진 병원 실정에 맞는 실무표준과 표준화된 지침 및 인수인계 항목을 개발하기 위한 시도였다.

인수인계 실무표준은 인수인계 ‘목적’ 2항목, ‘정책’ 5항목, ‘환경’ 3항목, ‘과정’ 5항목, ‘내용’ 7항목, ‘평가’ 3항목, ‘교육기능’ 1항목의 총 26항목으로 구성되었으며, 간호관리자와 일반 간호사가 생각하는 인수인계의 표준에 대해 차이점을 살펴봄으로써 합의가 요구되는 표준이 무엇인지 살펴보고자 하였다.

인수인계의 목적은 환자의 안전보장과 정보누락이 없어야 하는 것으로 하였으며 정책은 병원의 규정, 정규적 모니터링, 시스템, 인수인계 시간과 간격, 인수인계는 문서화되고 구조화되어야 함을 제시하였다. 환경은 인수인계가 이루어지는 장소, 시간, 중단여부 등에 관한 항목으로 구성되어 있으며 이외에 인수인계의 과정이나 내용, 이에 대한 평가와 교육에 대해 실무표준에 제시하였다. 이는 호주의 ACSQHC(2005) 간호사 인수인계 표준지침에 근거하여 본 연구자들이 구성한 것이다.

인수인계 실무표준에 관한 적절성 조사 결과, 간호사 집단보다 수간호사 집단에서 실무표준의 항목이 더 적절하다고 응답하였다. 수간호사 집단과 간호사 집단 모두에서 적절성 정도가 높게 평가된 내용은 ‘인수인계는 간호사간, 근무조간 간호의 연속성을 확보해주어야 한다’, ‘인수인계는 환자의 주요문제에 초점을 맞추어야 한다’와 인수인계의 목적 중 ‘인수인계시 환자정보의 누락이 없음을 전제로 한다’와 인수인계 과정 중 ‘환자요구와 임상상황을 파악하고, 간호의 책임과 의무를 전달한다’였다. 반면 두 집단 모

두에서 인수인계 정책 중 ‘문서화된 정책, 지침과 합의된 도구는 정기적으로 모니터링한다’와 ‘인수인계는 기관의 정책에 따라 일정한 시간과 간격으로 실시한다’ 항목의 점수가 낮았다. 이렇듯 임상에 있는 수간호사와 간호사들은 인수인계는 환자 요구와 주요 문제에 초점을 맞추어 정보의 누락이 없이 간호의 연속성을 확보해 한다는 것에 일치된 의견을 보였다. 그러나 인수인계의 문서화된 정책, 지침과 도구의 모니터링 항목에 관한 점수는 낮았다. 미국의 경우 인수인계에 대한 표준 전략으로 인수인계 내용의 표준화, 표준화된 인수인계 도구, 양식이나 방법의 개발, 인수인계시 질문할 기회의 제공, 인수인계 방법에 대한 교육과 코칭과 함께 인수인계의 질 평가를 강화할 것을 제시(Joint Commission, 2007)하고 있으나 국내에는 인수인계 질에 대한 모니터링에 관한 인식이 낮은 것으로 생각된다. 또한 ACSQHC (2005)의 인수인계 표준에는 환자와 보호자의 인수인계 참여에 대한 항목이 있었으나 본 연구의 전문가 타당도 조사에서 국내 임상전문가들은 인수인계의 환자 참여는 국내실정에 맞지 않지 않는 것으로 파악되어 본 국내 실무표준에서는 제외하였다.

Joint Commission Center for Transforming Healthcare (2007)에서는 간호사고 중 50% 정도가 인수인계시의 의사소통 문제로 인해 발생한다고 보고하였다. 따라서 사고를 예방하기 위해 인수인계시 의사소통을 개선하는 노력은 매우 중요하다. 이에 본 연구에서는 국외 문헌과 국내 일부 병원의 인수인계지침을 참조하여 인수인계 표준지침을 제시하였으며 여기에는 환자명, 입원실, 상병명, 주요정보, 활력징후, 낙상이나 욕창과 같은 환자안전에 대한 정보, 현재 또는 잠재적 간호문제 사정, 중재, 평가 내용, 중재의 우선순위, 간호문제 재계획, 당일 검사 및 검사결과, 처치, 투약에 관한 사항을 인계하는가를 포함하였다. 수간호사와 간호사가 생각하는 표준지침에 대한 적절성 정도를 비교한 결과, 입원시부터 인계시까지 또는 이전 근무이후부터 인계받기 전까지의 주요 정보의 인계, 활력징후, 낙상이나 욕창과 같은 환자안전정보, 현재 또는 잠재적 문제에 대한 사정내용에 관한 인계가 인수인계 과정의 표준으로 포함되어야 한다고 생각하는 정도에 있어 수간호사와 일반 간호사간 차이가 있었으며, 수간호사의 점수가 더 높았다. 즉 적절성 여부에 대한 차이는 크지 않으나 전자업무기록이나 카덱스에서 확인하고 정기적으로 확인하는 활력징후, 낙상예방과 같은 기본적인 활동도 수간호사는 반드시 인수인계에 포함되어야 한다고 생각하는 경

우가 더 많은 것으로 생각된다. 반면 중재의 우선순위, 평가내용, 재계획, 검사결과, 처치, 투약내용을 인계해야 한 다에 있어서는 차이가 없었다. 따라서 본 연구에서 제시한 인수인계 항목 표준지침은 병원과 상황에 따라 조절하여 사용하는 것이 바람직할 것으로 사료된다.

Patterson과 Wears (2010)는 인수인계가 서술적인(narrative) 방법으로 진행되기 때문에 간호사가 꼭 인계 받아야 되는 정보가 누락되거나 중요한 것에 대한 집중도가 떨어 지고, 인계시간이 길어지게 되므로 효율적인 인수인계 서 식의 개발이 필요하다고 하였다. 미국과 호주 등에서는 이미 효율적인 인수인계를 위한 표준화된 과정을 개발하기 위하여 많은 노력을 해왔다. 즉 미국은 Institute for Healthcare Improvement (2012)에서 개발한 SBAR (situation, background, assessment, recommendations), Schroeder (2006)가 개발한 PACE(patient/problem, assessment/ action, continuing/change, evaluation), Agency for Healthcare and Quality (2006)가 개발한 I PASS the BATON (Introduction, Patient, Assessment, Situation, Safety concerns the Background, Actions, Timing, Ownership, Next) 등이 있다. 그리고 호주의 Wilson (2011)은 인수인계 의사소 통 전략으로 P-VITAL (Present Patient, Vital signs, Input/ output, Treatment/diagnosis, Admission/discharge, Legal/ documentation)을 제시하였다.

이에 본 연구에서는 상기 내용을 기초로 전문가 집단에 의한 합의와 임상 전문가인 수간호사들에 의한 인수인계 표준 항목을 도출하였다. 도출된 표준화된 인수인계 항목은 Patient, Assessment, Situation, Safety concerns, Background, Action, Recommendation이었다. 즉 환자명, 병 실, 진단명, 수술명과 같은 환자(patient)에 관한 인계, 환 자에 대한 의식상태, 활력징후에 대한 사정자료(assessment)로 상태 변경 시에 인계하는 것으로 규정하였다. 환 자 상황(situation)은 수술 후 경과일, 현재 상태와 치료, 통증, 카테터나 배액관을 지니고 있는지 여부, 현재 약물, 치료식이, 의미있는 검사결과 등을 인계하는 것이다. 안전 (safety Concerns)관련 인계사항은 억제대 적용 여부, 욕 창상태, 낙상 위험 여부, 격리 유무, 감염 관련 내용이 포함 되어 있다. 환자의 배경(background) 관련 내용에는 입원 동기, 과거력, 동반질환, 알레르기 여부 등의 인계가 포함 된다. 중재(action)는 간호중재, 시행해야 할 검사나 처치 가 있는지, 타과의뢰 여부가 포함된다. 권고(recommendation) 내용으로는 사생활보호와 같이 인계해야 할 기타

사항이 포함되어 있다. 이에 Patient, Assessment, Situation, Safety concerns, Background, Action, Recommendation을 간단히 PASS-BAR로 축약하여 간호사들이 기억하 기 쉽도록 개발하였으며, 더 나아가 퇴원 시 환자인수인계 시에는 PAR을, 재원 중 환자 인계 시에는 PASSAR을 사용 하도록 하여 환자상황에 따라 좀 더 축약한 형태의 항목을 사용하도록 하였다. 국내에서는 인수인계방법 중 카덱스 를 이용하거나 전자의무기록을 이용한 구두인수인계 방 법을 87% 이상 사용하고 있다. 이러한 상황별 인계항목과 구두인계항목은 모든 환자에게 모든 정보를 다 인계함으 로써 집중을 하지 못해 중요한 환자 문제를 누락하고, 인 계시간이 연장되는 것을 예방하기 위한 방법의 하나가 될 것이다. 상황별 인계항목 및 구두인계 항목에 대한 적절성 점수는 3.25점(4점 만점)으로 받아들여질 만한 수준으로 사료되며 본 연구에서 도출된 표준화된 인수인계 항목과 상황별 인수인계 항목, 구두인수인계 항목의 적용은 환자 간호의 연속성을 유지하고 과도한 인수인계 시간을 감소 시킬 수 있는 기초가 될 수 있으리라 생각된다. 또한 전국 에 분포한 전문가 집단에 의해 도출되고 전국 300명상 이상에서 현재 근무 중인 임상 전문가들에 의해 타당하다고 합의된 본 인수인계 실무표준과 표준지침의 적용은 국내 병원의 인수인계를 표준화하고 구조화된 시스템 개발의 기초자료로 사용될 수 있을 것이다.

## VI. 결론 및 제언

인수인계는 환자의 상태와 간호, 최근 변화 상황에 대한 정확한 정보를 전달하여 환자 간호의 연속성을 유지시켜 주는 것으로 환자안전에 중요한 요소이다. 하지만 국내에서는 인수인계에 대한 실무표준, 표준지침 및 표준화된 항목에 대한 연구가 거의 없는 실정이다. 따라서 본 연구는 국내 의료환경 및 간호문화에 적합한 표준화된 인수인계 도구 또는 실무표준의 마련을 위해 시도되었다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 국내 8개 지역 대학병원의 전문가를 대상으로 델파이기법과 전국에 있는 500명상 이상 병원의 수간호사와 300명상 이상의 간호사를 대상으로 타당도 조사를 통해 국내실정에 맞는 인수인계 실무표준, 표준지침 과 평가도구, 인수인계 주요항목을 개발하였다.

둘째, 인수인계 실무표준 및 표준지침에 대한 적절성을 조사한 결과, 실무표준은 간호사 전체 평균이 3.49점, 표

준지침은 간호사 전체 평균이 3.48점으로 나타나 적절성은 높은 것으로 나타났다.

셋째, 수간호사들을 대상으로 한 표준화된 인계항목에 대한 적절성 정도는 평균 3.64점으로 조사되었으며 상황별 인수인계항목과 구두인수인계 항목에 대한 적절성 조사결과, 평균 3.25점이 나와 적절성이 입증되었다.

이상의 결과를 종합하면 본 연구결과 국내실무에 적용 가능한 인수인계 실무표준, 표준지침, 표준화된 인수인계 항목이 개발되었다. 이는 인수인계의 질을 표준화하고 향상시키기 위한 기초 단계라 할 수 있다. 연구결과를 바탕으로 다음의 사항을 제언하는 바이다.

첫째, 본 연구에서 개발된 표준화된 인수인계 항목과 상황별 인수인계 항목을 적용하여 인수인계 질을 향상시키고자 하는 프로그램의 개발과 적용이 필요하다.

둘째, 본 연구에서 제시된 인수인계 실무표준, 표준지침, 표준화된 인수인계 항목은 내·외과병동을 중심으로 한 일반 병동을 기준으로 개발되었다. 응급실이나 중환자실과 같은 특수병동에서 병동으로 전동 시 인수인계 표준지침과 표준화된 인수인계 항목의 개발이 필요하다.

## 참고문헌

Agency for Healthcare Research and Quality. (2006). *Team-STEPPS: Team strategies and tools to enhance performance and patient safety: Pocket guide*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Australian Council for Safety and Quality in Health Care. (2005, March). *Clinical handover and patient safety. Literature review report*. Sydney, NSW: Author

Benson, E., Rippin-Sisler, C., Jabusch, K., & Keast, S. (2007). Improving nursing shift-to-shift report. *Journal of Nursing Care Quality, 22*(1), 80-84.

Blouin, A. S. (2011). Improving hand-off communications: new solutions for nurses. *Journal of Nursing Care Quality, 26*(2), 97-100. <http://dx.doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31820d4f57>

Choi, M. H., Hong, Y. S., & Keum, H. A. (2005, November). *Increasing of client satisfaction through improvement of handover method*. Paper presented at the meeting of the Korean Society for Quality in Health Care Autumn Conference, Daegu.

Davies, S., & Priestly, M. J. (2006). A reflective evaluation of patient handover practices. *Nursing Standard, 20*(1), 49-52.

Gu, X., Andersen, H. B., Madsen, M. D., Itoh, K., & Siemsen, I. M. D. (2012). Nurses' views of patient handoffs in Japanese

hospitals. *Journal of Nursing Care Quality, 27*(4), 372-380. <http://dx.doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3182573736>

Hwang, K. J., Lee, K. S., Kim, S. H., Lee, J. S., Lee, K. O., You, S. M., et al. (2001). Adjustment of proper shift hours by improving the nursing reporting system. *Clinical Nursing Research, 7*(1), 5-33.

Institute for Healthcare Improvement. (2012). *SBAR technique for communication: a situational briefing model*. Retrieved March 8, 2013, from <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationAsituationalBriefingModel.htm>

Johnson, J. K., Barach, P., & Vernooij-Dassen, M. (2012a). Conducting a multicentre and multinational qualitative study on patient transitions. *BMJ Quality & Safety, 21*, i22-28. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001197>

Johnson, M., Jeffereies, D., & Nicholls, D. (2012b). Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *International Journal of Nursing Practice, 18*, 462-470. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02059.x>

Joint Commission Center for Transforming Healthcare. (2007). *Facts about the hand-off communications project*. Retrieved March 8, 2013, from [http://www.centerfortransforminghealthcare.org/projects/about\\_hand-off\\_communication.aspx](http://www.centerfortransforminghealthcare.org/projects/about_hand-off_communication.aspx).

Jorm, C. M., White, S., & Kaneen, T. (2009). Clinical hand over: Critical communications. *Medical Journal of Australia, 190*(11), 108-109.

Jukkala, A. M., James, D., Autrey, P., Azuero, A., & Miltner, R. (2012). Developing a standardized tool to improve nurse communication during shift report. *Journal of Nursing Care Quality, 27*(3), 240-246. <http://dx.doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31824ebbd7>

Jung, Y. Y. (1998, November). *A time and satisfaction between oral and audiotaped handover*. Paper presented at the meeting of the Korean Society for Quality in Health Care Autumn Conference, Gyeongju

Kasinathan, S., Ang, E., & Lee, J. (2012). Patient handover in the oncology setting: An evidence utilisation project. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 10*(4), 369-376. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-1609.2012.00280.x>

Kerr, D., Lu, S., McKinlay, L., & Fuller, C. (2011). Examination of current handover practice: Evidence to support changing the ritual. *International Journal of Nursing Practice, 17*, 342-350. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01947.x>

Kim, K. S., Choi, Y. K., Lee, J. L., Ahn, J. W., Lee, S. L., Choi, W. J., et al. (2013a). Development of performance measures based on nursing process for oxygen therapy and airway suctioning. *Journal of Korean Clinical Nursing Research,*

- 19(1), 1-19.
- Kim, S. H., Kim, E. M., Choi, Y. K., Lee, H. Y., Park, M. M., Cho, E. Y., et al. (2013b). An exploration about current nursing handover practice in Korean Hospitals. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 19(2), 181-194.
- Lee, E. O., Lim, N. Y., Park, H. A., Lee, I. S., Kim, J. I., Bae, J. Y., et al. (2009). *Nursing research and statistical analysis*. Gyeonggido: Soomoonisa.
- Meissner, A., Hasselhorn, H. M., Estryng-Behar, M., Nezet, O., Pokorski, J., & Gould, D. (2007). Nurses' perception of shift handovers in Europe-results from the European nurses' early exit study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 535-542.
- Nelson, B. A., & Massey, R. (2010). Implementing an electronic change-of-shift report using transforming care at the bedside processes and methods. *The Journal of Nursing Administration*, 40(4), 162-168. <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181d40dfc>
- O'Connell, B., Macdonald, K., & Kelly, C. (2008). Nursing handover: It's time for a change. *Contemporary Nurse*, 30(1), 2-11.
- Patterson, E. S., & Wears, R. L. (2010). Patient handoffs: Standardized and reliable measurement tools remain elusive. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(2), 52-61.
- Schroeder, S. J. (2006). Picking up the PACE: A new template for shift report. *Nursing*, 36(10), 22-23.
- Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R., & Crookes, P. (2004). Nursing handovers: Do we really need them? *Journal of Nursing Management*, 12(1), 37-42.
- Siemsen, I. M., Madsen, M. D., Pedersen, L. F., Michaelsen, L., Pedersen, A. V., Andersen, H. B., et al. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 439-448. <http://dx.doi.org/10.1177/1403494812453889>
- Streitenberger, K., Breen-Reid, K., & Harris, C. (2006). Handoffs in care-can we make them safer? *Pediatric Clinics of North America*, 53(6), 1185-1195. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2006.09.010>
- Wilson, R. (2011). Improving clinical handover in emergency departments. *Emergency Nurse*, 19(1), 22-26.
- World Health Organization. (2007). *Communication during patient hand-overs*. *Patient Safety Solutions*, 1, Solution 3. Retrieved March 8, 2013, from <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>