



병원간호사의 간호기록 작성방법에 대한 지식측정도구 개발 - 법적인 관점에서 -

김영미¹⁾·박성애²⁾

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라의 경우 해마다 의료분쟁의 건수가 증가하고, 손해 배상액도 점점 고액화되고 있으며 최근 판례의 경향이 입증 책임을 의료인에 전환시키고 있음을 비추어 볼 때 앞으로 의료분쟁 소송은 더욱 증가할 것으로 예측하고 있다. 특히 오늘날 건강관리전달체계의 변화와 발맞추어 요구되는 간호사의 역할 확장은 전문직으로서의 사회적 권위를 높이면서도 그들의 전문적 행위에 대한 개인적 책임을 더욱 강조하게 되었다. 전문적 책임이 커질수록 법적인 책임도 커지기 때문이다(김기경, 김인숙, 김대란과 김모임, 2001).

의료소송을 수행할 때 변호사들은 본격적인 소송이 시작되기 전에 반드시 간호기록을 검토한다. 간호기록은 다른 어떤 기록보다 환자의 상태를 자세히 관찰한 내용이 기록되어 있기 때문이다(김기경 등, 2001). 종종 간호기록을 근거로 의료과오(malpractice)가 결정되며 과실(태만, negligence)에 대한 소송을 방어할 수 있는 유일한 길은 정확하고 완벽한 간호기록을 작성하는 것이다(Frank-Stromborg, Christensen, & Do, 2001). 뜻하지 않은 법적, 전문적인 결과로부터 자신을 보호하기 위해 간호사들은 아무리 피곤하고 바쁘더라도 분명하고 정확하게 그리고 완전하게 기록을 해야 한다. 그러나 우리나라 종합병원의 현실을 보면 간호사들이 수행한 업무에 대해 기록을 여유 있게 할 수 있는 여건이 되지 않을 뿐 아니라 간호사 스스로 업무수행에 비해 기록을 덜 중요하게 생각하는 경향이 있다. 실제로 간호 현장에서 간호사들이 바쁘게 뛰어다니면서 열심히 업무를 수행하고도 기록을 누락하는 경우가 허다하며

소송에 연루되었을 때 억울한 상황에 처하는 것을 종종 목격할 수 있다. 이렇게 간호사들이 의료소송에 직·간접적으로 연루되어 고통을 겪으면서도 기록을 어떻게 해야 하는지 잘 모르고 있는 실정이다.

기록의 원칙과 중요성에 대해 간호사를 교육하는 것은 위험 부담으로부터 간호사를 보호하고 궁극적으로 환자 돌봄을 향상 시키게 될 것이다(Frank-Stromborg 등, 2001).

우리나라에서 간호기록 작성방법에 대한 교육은 학부과정에서 기본간호 수업시간에 다루기는 하지만 내용이 매우 제한적이며, 대부분 병원에서 신규 오리엔테이션 기간에 이루어지는데 그나마 법적인 측면에 대한 언급은 거의 이루어지지 않고 있어 완벽한 간호기록 작성방법에 대한 병원간호사 대상의 체계적인 교육이 시급하다고 할 수 있다. 한편 간호기록 작성방법을 교육하기 위해서는 먼저 간호사들의 지식수준을 파악하고 그 결과를 바탕으로 교육의 내용을 결정하는 과정이 선행되어야 한다. 또한 이를 위해서는 간호기록 작성방법에 대한 지식측정도구의 개발이 필수적이다. 그러나 지금까지 간호기록 작성방법에 대한 지식측정도구와 관련된 연구를 찾아볼 수 없었다. 그러므로 본 연구에서 병원간호사들을 대상으로 간호기록 작성방법에 대한 지식측정도구를 개발하고자 한다.

2. 연구 목적

- 1) 간호기록 작성방법에 대한 지식측정도구를 개발한다.
 - (1) 간호기록의 개념을 분석한다.
 - (2) 간호기록 작성방법에 대한 지식을 측정할 문항을 개발한다.
 - (3) 측정도구 문항의 내용타당도와 신뢰도를 확인한다.

주요어 : 간호기록, 지식, 법

1) 제 1저자 : 서울대학교병원 간호과장, 2) 서울대학교 간호대학 교수

- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 지식수준을 분석한다.
- 3) 간호기록 작성방법에 대한 교육내용의 근거를 마련한다.

II. 문헌고찰

간호기록에 대한 정의나 작성지침에 대한 문헌은 국내 간호학 교과서에서는 찾기 어려워 주로 외국 저널과 법원의 판결문을 참조하였다.

1. 간호기록의 정의와 작성지침

간호기록(차팅, charting or documentation)이란 환자 돌봄(care)을 완벽하게 문서화하는 과정(process)이며(Cahill, 1998; Trott, 1998) 일차적인 목적은 치료의 연속성을 유지하는 것이다(김기경 등, 2001). 간호기록은 건강 돌봄 전문가들 간의 의사소통, 건강 돌봄의 평가, 간호사를 보호하기 위한 법적 근거, 연구와 교육 보조, 기관의 신임을 얻기 위한 도구, 보험 상환 요청, 돌봄의 질향상, 간호실무 수행의 지표 그리고 전문적 책임의 확립 등에 이용된다(김기경 등, 2001; Cahill, 1998; McCann, 2006). 종종 과오 소송은 기록을 근거로 결정된다(이경환, 2006-b; Brent, 1997; Frank-Stromborg 등, 2001; Nursing 84, 1984; Trott, 1998).

우리나라 의료법 규정에 ‘간호기록부에는 체온, 맥박, 호흡, 혈압과 투약에 관한 사항, 섭취 및 배설물, 처치와 간호에 대한 사항이 기록되어야 하며 병원 관리자는 간호기록부를 5년 보관하여야 한다.’로 되어 있다(의료법 제21조, 동 시행규칙 제17조, 제18조). 헌법재판소는 전원재판부 2001. 2. 22. 2000헌마604 [기소유예처분취소] [헌공제54호]결정에서 “의료법 제21조 제1항은 ‘의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부 또는 간호기록부를 비치하여 그 의료행위에 관한 사항과 소견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다.’고 규정하여 의료인에게 의료행위에 관한 사항에 대한 기록의무를 부과하고, 같은 법 제69조는 ‘……법 제21조를 위반한 자는 300만원 이하의 벌금에 처한다.’고 규정하여 진료기록부 등을 작성하지 않은 자를 형사 처벌하도록 하고 있다. 이와 같이 의료법이 의료인(의사, 조산사, 간호사)에게 의료행위와 그 소견을 기록하도록 한 취지는, 의료행위를 담당하는 이들로 하여금 환자의 상태와 치료의 경과에 관한 정보를 빠뜨리지 않고 정확하게 기록하여 이를 그 이후 계속되는 환자치료에 이용하도록 함과 아울러 다른 의료관련 종사자들에게도 그 정보를 제공하여 환자로 하여금 적절한 의료를 제공받을 수 있도록 하고, 의료행위가 종료된 이후에는 그 의료행위의 적정성을 판단하는 자료로 사용할 수 있도록 하

고자 함에 있다고 할 것이고 특히 간호사에게 간호기록부를 작성하도록 한 취지는 이와 같은 목적에 덧붙여 담당의사의 지시에 따른 정확한 처치가 이루어지는 것을 담보하는데 있다고 하겠다. 따라서 간호사는 간호기록부를 작성함에 있어 위와 같은 입법취지에 부합하도록 상세하게 기록하여야 할 것이다.” 라고 판시하고 있다.

완벽한 간호기록 작성을 위한 지침으로 누가, 언제, 무엇을, 어떻게 기록하여야 하며 기록을 하지 말아야 하는 사항에 따라 다음과 같이 정리하였다.

1) 누가 기록을 해야 하나?

아무리 바빠도 다른 간호사에게 기록을 대신 작성해 달라고 요구하지 말아야 한다(Nursing 84, 1984). 기록을 위임하는 것은 또 다른 결과를 가져오며 병원과 법정에서 의무기록의 가치와 신뢰도를 파괴시킨다. 간접 관찰이나 전해들은 소문을 포함한 의무기록이라면 판사가 신뢰하지 않는다(Cahill, 1998). 우리나라 일간지(한겨레신문, 2004)에 “진료기록을 조작한 혐의로 기소된 간호사들에게 집행유예 또는 벌금형이 선고됐다.”는 기사가 보도되어 있다. 이 기사와 관련된 사건의 내용은 위급한 상황에서 환자를 중환자실로 보냈던 간호사가 기록지에 누락한 부분을 수간호사가 다음 근무자에게 다시 정리하여 기록하게 함으로 사문서위조죄로 기소가 되었던 것이다(김기경, 2005; 서울시간호사회, 개인적 의사소통, september 13th, 2005). 이 사건은 우리나라 병원간호 현장의 근무자들에게 시사하는 바가 크다. 이는 종이기록의 서명과 전자기록의 ID관리가 중요하다는 것을 의미한다.

2) 언제 기록을 해야 하나?

바쁜 근무 중에는 기록할 시간을 내기 어렵다. 그러나 과실 소송에서 기록의 적시성은 중요한 초점이 된다. 간호 수행 후 바로 기록해야 하며 결코 미리 해서는 안된다. 기록한 행위를 실제로 수행했다고 간호사가 주장해도 일을 하기 전에 미리 기록한 것을 법관이 알면 신뢰가 깨져 실제로 수행한 것에 대한 지침으로 간호기록을 보지 않을 것이다(Cahill, 1998; McCann, 2006; Nursing 96, 1996; Wilson, 1998). 또한 근무 끝날 때까지 두면 중요한 사실을 잊어버릴 수 있으므로 가능한 바로 기록을 해야 한다(Nursing 84, 1984; Nursing 96, 1996; Price, 2006).

3) 무엇을 기록해야 하나?

‘문서화하지 않은 돌봄은 수행하지 않은 것이다’가 법에서의 가정이다(Fiesta, 1988). 그러나 이러한 것이 모든 것을 기록해야만 한다는 것을 의미하지는 않는다. 인력 부족이나 직원 간

갈등 같은 정보들은 금기이다.

- (1) 의미 있는 상황을 기록한다(Cahill, 1998; Kroll, 2003; McCann, 2006). 의미 있는 상황을 기록하여 정보를 제공하며 환자를 돌볼 때 법적으로 위험한 상황을 인식해야 한다(Cahill, 1998). 모든 특이한 사항은 정확히 기록해야 한다. 그렇지 않으면 병원 측이 무엇인가 감추려고 한다는 의심을 받게 된다(Kroll, 2003).
- (2) 사정(assess) 자료를 완전하게 기록한다(Cahill, 1998; McCann, 2006; Nursing 84, 1984; Nursing 96, 1996). 신체사정을 완벽하게 못하거나 기록하지 않는 것은 많은 과실관련 소송의 실마리(key factor)가 된다. 처음 사정하는 동안 환자의 주소(主訴, chief complaint)에 초점을 두고 문제들을 다루며 사정한 모든 것과 이유를 기록해야 한다. 빈칸을 두지 말아야 하며(Kroll, 2003; Nursing 84, 1984; Nursing 96, 1996) 기록이 부실하거나 없으면 법정에서 신뢰를 잃는다(Tingle, 1998). 하급심 2000 가합1108의 판결에서 담당간호사는 활력징후를 측정하였다고 주장하였지만 간호기록지에 기재가 되지 않아 법원에서 이를 인용하지 않았다(이인재, 2005).
- (3) 퇴원지침을 기록한다(Cahill, 1998; Kroll, 2003; McCann, 2006). 미국에서는 보험 관련 압박으로, 우리나라에서는 병상가동률을 높이고자, 병원들은 환자를 더 빨리 퇴원시키고 있다. 이러한 상황에서 간호사의 부적절하거나 옳지 않은 교육으로 환자가 상해를 입게 되면 간호사가 책임을 지게 될 것이다. 많은 병원들이 치료와 가정간호에 대한 인쇄물 지침서를 주고 있는데 법정에서 이 자료들은 교육을 했다는 증거로 이용될 수 있다.
- (4) 환자와 가족의 염려와 이에 대해 수행한 중재를 기록한다(Kroll, 2003). 응급상황일수록 환자상태를 배제한 처치 내용 위주로만 기록하지 말고 환자의 구체적 호소내용 및 객관적 상태(활력징후), 보고한 의사 및 시간, 지시와 조치내용 등 환자 돌봄과 관련된 정보를 빠짐없이 구체적, 체계적으로 세밀하게 작성해야 한다. 사고의 책임여부를 논할 때 간호사의 기록, 의사에게 보고한 내용, 보호자에게 대처한 내용 등이 거론의 대상이 된다(김경례, 2003).
- (5) 정보제공자가 누구인지를 기록한다(Kroll, 2003). 환자가 아닌 다른 보호자라면 정보의 출처를 기록해 둔다.
- (6) 환자의 불이행에 대한 증거를 기록한다(Kroll, 2003). 간호사의 지시에도 불구하고 환자가 불이행한 것에 대해 기록을 해둬야 증거로 제시할 수 있다.

4) 어떻게 기록을 해야 하나?

- (1) 정확(accurate)하게 기술한다(Price, 2006). 기록은 돌봄

의 방향을 제시하고 정보를 공유하기 위함이므로 모호하게 읽히지 않도록 의미하는 바를 정확하게 기록해야 하며 그렇지 않으면 간호사가 자신이 하는 일에 대해 모르고 있는 것처럼 보인다. 구두오더나 전화오더의 내용에 대해서도 정확하게 기록해야 한다(Nursing 96, 1996).

- (2) 객관적(objective)으로 기술한다(Cahill, 1998; McCann, 2006; Nursing 97, 1997). 기록의 객관성은 법관에게 신뢰를 줄 수 있다.
- (3) 구체적(specific)으로 기술한다(Cahill, 1998; McCann, 2006). 사실을 명확하게 기록하며 병원에서 통용되는 약어만 사용하고 계량화할 수 있는 용어로 표현한다.
- (4) 사실에 충실해야 한다(Cahill, 1998; McCann, 2006; Nursing 97, 1997). 보고, 듣고, 냄새 맡고, 느끼고, 측정하고, 숫자를 센 것만 기록한다. 추측, 추론, 결론, 가정은 하지 않으며 개인적인 견해를 적지 않는다(Cahill, 1998; McCann, 2006; Nursing 97, 1997). 정직하게 기록해야 한다. 배뇨량을 거짓으로 기록하여 적절한 진료를 받을 기회를 놓치게 한 과실을 인정한 판례가 있다(이경환, 2006-a). 우리나라 의료법 제69조에서는 진료 기록부 등을 작성하지 않은 자를 형사처벌 하도록 하고 있으며(헌법재판소 전원재판부 2001. 2. 22. 2000헌마 604) 허위기재 시 자격정지 1월에 해당하는 행정처분을 받는다(이인재, 2004). 미국에서는 고의든 과실이든 허위 기록은 사기죄로 처벌을 받는다(Diamond, 2005).
- (5) 독해가 가능하게 기술한다(Kroll, 2003; Nursing 96, 1996; Price, 2006). 다양한 배경을 지닌 전문가들이 읽으므로 알아볼 수 있어야 한다. 은어나 약어 사용으로 독해가 안 될 수 있으며(Nursing 84, 1984; Price, 2006) 엉성한 글씨는 동료들을 혼란스럽게 하고 환자에게 해를 입힐 수도 있다(Nursing 84, 1984; Nursing 96, 1996).
- (6) 철자와 문법을 바르게 쓴다(Nursing 84, 1984; Nursing 96, 1996). 그렇지 않으면 부주의해 보이고 신뢰를 떨어뜨린다.
- (7) 중립적인 언어를 사용한다(Cahill, 1998; Kroll, 2003; McCann, 2006). 사적인 코멘트라도 부적절한 언급은 법적 문제를 유발할 수 있다.
- (8) 기록 원본은 그대로 보존한다(Cahill, 1998; McCann, 2006; Wilson, 1998). 종이 간호기록일 경우 쓰던 페이지를 버리는 것은 순수한 이유라도 법관의 마음에 의심을 일으키게 한다. 한 페이지에 커피를 엔질러 기입한 것들이 흐려져도 원래의 것을 버리지 말고 복사를 하여 원본과 같이 간호기록지에 끼운다(Cahill, 1998; McCann, 2006). 우리나라 일간지(한겨레신문, 2004)에 보도되었

던 사건에서는 간호사가 간호일지를 추가로 작성하면서 원본을 버려 공소사실에 ‘증거인멸’이 추가되었다(서울시 간호사회, 개인적 의사소통, september 13th, 2005).

- (9) 기록 실수는 적법하게 고친다(Baker, 2000; Kroll, 2003; Nursing 96, 1996). 종이 간호기록에서 기록실수를 감추려고 하지 말고 알아볼 수 있도록 한 줄을 긋고 원문 위나 옆에 ‘기록실수’라고 쓰고 날짜를 기입한다. 보통 환자 상태가 위급하여 응급 처치 후 중환자실로 보낼 경우에 기록이 누락될 경우가 많다. 누락된 부분을 추가로 기입할 때 ‘추가로 기입한다.’는 사실도 기록을 해야 한다.

5) 기록을 할 때 하지 말아야 할 것(Chartering dont's)

기록 실수는 법적으로 불리한 자료가 되며 부정적 언어와 부적절한 정보는 법정에서 따라 다니며 괴롭힐 수 있으므로 다음 내용에 유의한다.

- (1) 인력문제를 기록하지 않는다(Cahill, 1998; McCann, 2006). 인력부족은 환자 돌봄에 영향을 미치거나 사고를 일으킬 수 있다. 그러나 간호기록지에 기록하지는 말아야 한다. 법정에서 간호사에 대한 법적 무기로 이용될 수 있다.
- (2) 직원 간 갈등을 기록하지 않는다(Cahill, 1998; Kroll, 2003; McCann, 2006; Nursing 97, 1997; Trot, 1998). 다른 간호사와의 논쟁(돌봄에 대한 비평을 포함), 의사의 치료에 대한 의심, 동료의 무례하고 학대하는(abusive) 행동은 직접적으로 기록하지 말고 대신 상황에 어떻게 대처해야 하는지에 대한 병원의 정책과 절차 매뉴얼을 찾아본다. 환자, 다른 간호사, 의사에 대해 험담하는 것은 사건을 강화할 뿐이고 법적 윤리적 시각에서 간호사와 그가 속한 조직에 대해 나쁘게 본다.
- (3) 피해 환자의 간호기록에 다른 환자 이름을 기록하지 않는다(Cahill, 1998; Kroll, 2003; McCann, 2006; Nursing 97, 1997). 이것은 또 다른 환자의 사생활을 침해하는 결과를 초래하기 때문에 반드시 기록을 해야 한다면 ‘같은 방 환자’(roommate), 환자명의 첫 글자, 방 번호, 침대 번호 등을 기입하도록 해야 한다.
- (4) 동료와 가볍게 한 대화를 기록하지 않는다(Cahill, 1998; McCann, 2006; Nursing 97, 1997). 누군가에게 알릴 때 그 사람이 그 사실에 집중해서 적절한 행위를 할 수 있도록, 그 사람에게 알리고 있는 이유를 명확하게 진술한 것만 기술해야 한다. 가볍게 지나가는 말로 한 것은 상대가 집중해서 듣지 않을 수 있어 완전하게 의사소통을 했다고 볼 수 없다.
- (5) 기록 시스템이 변경된 경우 이전의 종이 간호기록에 있

던 모든 정보가 컴퓨터 간호기록에 똑 같이 입력되어 있다고 확신하지 않도록 한다(Frank-Stromborg 등, 2001). OCS(order computerizing system)에서 EMR로 시스템이 변경되는 과정에서도 오류가 있을 수 있다.

- (6) 환자의 상태나 행동을 기술할 때 주관적으로 단정지어 기술하지 않는다(Cahill, 1998; McCann, 2006; Nursing 97, 1997). 환자의 행동에 대해 주관적으로 표현한 것은 다른 사람에게 다르게 해석될 수 있으며 법정에서 판단을 내리기 어렵다.
- (7) 편견을 갖지 않는다(Cahill, 1998; McCann, 2006; Nursing 97, 1997). 환자에 대한 부정적 태도를 암시하는 언어나 인격에 반하는 표현은 사용하지 않는다. 비난, 논쟁, 욕설 등 비하하는 표현들은 명예훼손죄나 모욕죄로 소송에 걸릴 수 있다. 환자는 그의 간호기록을 볼 수 있는 법적 권리가 있다. 만일 환자나 보호자가 인격을 손상시키는 문구를 본다면 상처입고, 화나고 더 나아가 소송을 걸 수도 있다.
- (8) 기록지에 사적인 의견이나 부적절한 단어는 적어놓지 않는다(Cahill, 1998; McCann, 2006). 기록지에 메모해 둔 사적인 의견이나 부적절한 단어가 법적인 문제를 유발할 수 있다.
- (9) 은어나 비속어 등 부적절한 용어를 사용하지 않는다(Cahill, 1998; McCann, 2006). 병원 내에서 사용하는 은어나 비속어 사용은 전문직의 위상과 신뢰를 떨어뜨린다.
- (10) 환자의 상태를 과소평가하지 않는다(Kroll, 2003). 환자의 호소가 근거 없음을 암시하거나 환자의 상태를 과소평가하는 표현은 태만으로 평가받을 수 있다. 특이한 사건(unusual event)은 모두 기록하여 태만에 대한 소송에 걸리지 않도록 한다.
- (11) 태만으로 해석될 수 있는 언급은 피한다(Cahill, 1998, Kroll, 2003; McCann, 2006).
- (12) 사건보고서를 언급하지 않는다(Cahill, 1998; McCann, 2006; Nursing 97, 1997). 사건보고서는 기밀이고 환자 간호기록과 분리되어 있어야 한다. 간호기록에는 그 사건의 사실만 기록하고 ‘사건보고서’라는 것을 써서는 안 된다. 단지 발생한 사건의 사실만을 기록한다.
- (13) 실수가 있었다라도 그것을 설명하려 하거나 ‘실수로’, ‘우연히’, ‘뜻밖에’, ‘다소’, ‘의도하지 않게’, ‘잘못 계산하여’, ‘혼동하여’, ‘어쩐지’와 같은 용어들을 사용하지 않는다(Cahill, 1998; McCann, 2006; Nursing 97, 1997). 실수가 있었다거나 환자의 안전이 위협을 받았었다는 것을 암시하는 말들을 피하고 사실 그 자체를 말하도록 해야 한다.

(14) 의료과실에 대해 은폐나 과장을 하지 않는다(Kroll, 2003). 의료과실은 간결하게 기록하여야 하며, 과장하거나 사실과 다르게 기록해서는 안 되지만 은폐를 하거나 과소평가를 해서도 안 된다.

이상과 같이 문헌고찰을 통한 간호기록 작성방법은 기록해야 할 것(작위성, 作爲成, do's)과 하지 말아야 할 것(부작위성, 不作爲成, don'ts)으로 구분되었다.

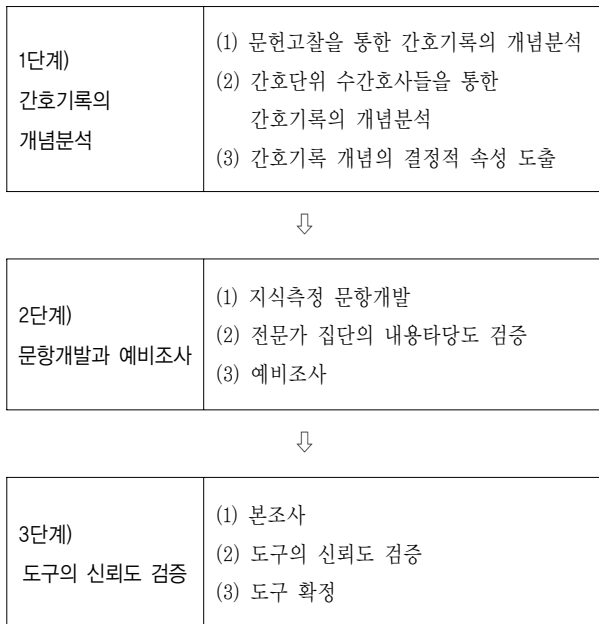
III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 간호기록의 작성방법에 대한 지식측정도구를 개발하는 방법론적 연구이다.

2. 연구단계 및 절차

연구의 단계는 간호기록의 개념분석, 문항개발과 예비조사, 도구의 신뢰도 검증의 세 단계로 진행되었다[그림 1].



[그림 1] 연구의 진행과정

1) 간호기록의 개념분석: 1단계

간호기록에 대한 문헌고찰과 1개 대학병원의 수간호사들이 내린 정의를 바탕으로 간호기록 개념의 결정적 속성을 도출하

였다. 2006년 3월 2일부터 6월 8일까지 간호학 교수 1인과 간호학 석·박사 과정 대학원생 9인(석사 2, 박사 7명)이 개념분석과 항목개발에 참여하여 의견을 교환하였다. 9명의 간호대학원생은 모두 병원간호사 경험이 있으며 현재 병원간호사로 근무를 하거나 간호 관련 전문직에 종사하는 전문가이다.

2) 문항개발과 예비조사: 2단계

(1) 문항개발

간호기록의 결정적 속성에 따라 연구자가 65개 문항을 개발하여 모든 문항에 대해 각 문항이 적절한지, 명확한지, 응답자가 이해할 수 있는 용어로 작성되었는지, 모든 주제가 다루어졌는지를 개념분석을 할 때와 같은 방법으로 간호대 교수 1명과 대학원생 9명이 검토하였다.

(2) 타당도 검증

내용타당도는 전문가를 이용한 외관타당도로 2006년 4월과 5월에 걸쳐 최근에 의료소송에 연루되어 간호기록의 중요성을 직접 경험한 수간호사 1명, 간호기록의 법적 측면에 관심이 많은 병원 경력 20년 이상의 수간호사 3명, 그리고 병원 경력 25년 이상의 간호과장 2명, 사법연수원 교수(부장판사) 1명, 법대 대학원 박사과정 수료생 1명 등 총 8명의 전문가 집단에게 65개 각 문항이 본 연구에서 측정하려는 목적에 타당한지에 대하여 검토하게 하였다.

(3) 예비조사

지식측정도구를 완성한 후 응답자가 정답을 알아보려고 하지 않도록 설문지 제목을 '간호기록 작성에 대한 의견'으로 하여 5월과 6월에 수간호사와 간호사를 대상으로 예비조사를 하여 신뢰도를 구하였다.

3) 도구의 신뢰도 검증(본조사): 3단계

(1) 자료 수집

2006년 7월 11일부터 21일까지 서울 시내 S 대학교병원 내 과간호단위의 모든 간호사를 대상으로 예비조사를 통해 수정한 설문지를 배부하였다. 252부의 설문지를 배부하였으나 두 명은 설문에 참여하기를 거부하여 총 250부를 수거하였다.

(2) 자료 분석

수집된 설문지의 각 문항에 대해 정답은 1점, 오답은 0점으로 처리하여 SPSS12.0K for Windows program을 이용하여 분석하였다. 신뢰도 검증은 '그렇다'와 '아니다'의 이분 문항이므로 KR-20의 내적일관도를 구하였으며, 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 구하였다. 대상자의 일반적 특성과 지식 수준의 상관관계는 회귀분석, ANOVA, t-test로 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 간호기록의 개념분석 결과: 1단계

1) 수간호사들이 내린 간호기록에 대한 정의

간호단위의 수간호사는 전문가 집단이므로 2006년 4월에 개념을 분석하기 위한 과정으로 내과간호단위 수간호사 17명에게 각자 생각하고 있는 간호기록에 대한 정의를 일정한 형식 없이 메일로 보내줄 것을 요청하였으며 그 중에서 16명이 보내온 것을 그대로 인용한 내용은 다음과 같다.

- (1) 간호기록은 간호사에 의해 작성된 기록이다.
- (2) 간호기록은 간호사가 환자의 상태와 변화, 간호사의 활동과 결과를 근무조마다 서술한 것이다.
- (3) 간호기록은 활력징후 및 섭취배설량을 기록하는 임상 관찰 기록지, 입원정보 조사지, 간호활동 수행 기록지, 퇴원간호 계획지, 의사지시 수행서명 기록지 등에 일체의 간호업무를 간호사가 작성한 것이다.
- (4) 간호기록은 환자 간호의 결과를 측정하고 평가를 돕는 질 관리와 인적 자원의 배치 및 임상 및 간호연구에 중요하며 환자상태를 정확하고 일관성있게 지속적으로 반영할 수 있어야 한다.
- (5) 간호기록은 간호사가 수행한 간호내용(행위)을 객관적으로 표현하는 것이고 목적은 간호수행 증거를 남기는 것이다.
- (6) 간호기록은 환자와 관련된 모든 증상과 돌봄의 과정에서 행한 모든 행위에 대한 기록이며 환자의 개인 환경(외출, 외박, 거부 등)과 의료진 간에 연관된 의료행위 등 법적인 문제까지 고려한 기록이다.
- (7) 간호기록은 환자의 상태(활력징후, 환자가 호소하는 증상, 간호사가 관찰한 상태)와 시행한 간호 행위가 있는 경우 기록하는 것이다.
- (8) 간호기록은 간호과정(사정, 진단, 중재, 평가)에 따른 기록이다.
- (9) 간호기록은 환자의 상태와 호소를 분석하고 평가하여 의사의 판단과 지시에 따른 치료행위와 간호행위를 수행한 기록이다.
- (10) 간호기록은 간호현장에서 시행한 간호를 기록한 것이다.
- (11) 간호기록은 활력징후, 검사관련 전후 간호, 환자상태, 교육, 수술 전·후 간호, 약물투여 등을 기록한 것이다.
- (12) 간호기록은 사실을 객관적인 관점에서 즉시 기록하는 것이다.
- (13) 간호기록은 환자의 상태를 파악하며 의료진 간의 의사

소통의 수단이며 자신 및 환자를 보호하는 역할을 하는 것이다.

- (14) 간호기록은 병상일지로 간호사가 자기 근무시간 동안에 담당 환자에게 제공한 간호 즉, 활력징후, 투약, 주사, 의사 오더에 의한 모든 처치, 간호사가 관찰한 환자상태와 상태 변화를 처치한 시간에 맞추어 수시로 기록한 24시간의 사실적 내용으로 환자의 사적, 의료적 정보가 들어있다.
- (15) 간호기록은 의료진 상호간의 의사소통 도구이다.
- (16) 간호기록은 간호활동 과정에서 발생한 여러 가지 정보를 기록한 것으로 간호사가 제공한 간호와 그 간호에 대한 환자의 반응, 간호의 질과 환자의 상태에 대한 기록이다.

2) 간호기록 개념의 결정적 속성 도출

간호기록에 대한 문헌고찰과 간호단위 수간호사들이 내린 간호기록에 대한 정의를 통해 간호기록의 결정적 속성을 도출하였다. 결정적 속성의 단면은 해야 할 것(작위성, 作爲成, do's)과 하지 말아야 할 것(부작위성, 不作爲成, don'ts)으로 구분되었다.

(1) 작위성(do's) 단면

- ① 실명성: 본인 실명으로 기입해야 함
- ② 적시성: 적절한 때, 수행한 업무는 가능한 빨리 기록해야 함
- ③ 완전성: 빈칸으로 두거나 생략한 것은 수행하지 않은 것으로 간주됨
- ④ 정확성: 환자의 상태와 치료의 방향을 결정하는데 중요한 요소가 됨
- ⑤ 객관성: 객관적인 표현은 신뢰를 줌
- ⑥ 상세성: 명확하고 구체적으로 가능한 수량화할 수 있는 용어를 사용해야 함
- ⑦ 정직성: 사실에 근거해야 함
- ⑧ 관련성: 내용이 환자 돌봄과 관련이 있어야 돌봄의 상태를 평가할 수 있고 신뢰받을 수 있음
- ⑨ 정보 제공성: 의미가 있는 것을 기록함
- ⑩ 증거 제공성: 수행한 행위뿐 아니라 환자의 불이행에 대한 입증자료가 됨
- ⑪ 독해 가능성: 읽어들 수 있어야 하며 기관에서 인정된 약어만 사용해야 하며 검색 가능해야 함
- ⑫ 원본 보존성: 내용을 수정하더라도 원문을 삭제하지 않고 수정했다는 사실을 기록해야 함

(2) 부작위성(don'ts) 단면

- ① 인력문제 노출
- ② 직원 간 갈등 노출
- ③ 타인 사생활 노출
- ④ 불완전한 의사소통
- ⑤ 컴퓨터 맹신
- ⑥ 환자에 대한 주관적 판단
- ⑦ 환자에 대한 부정적 표현
- ⑧ 부적절한 견해(코멘트)
- ⑨ 부적절한 용어
- ⑩ 환자호소 무시
- ⑪ 태만 암시
- ⑫ 사건 발생 암시
- ⑬ 실수 암시
- ⑭ 의료과실의 은폐나 과장

설문 조사를 한 후 KR-20 통계법(Streiner, & Norman, 2005)으로 구한 도구의 내적일관도가 .662로 나왔으나 31번 문항을 삭제하여 0.662으로 높아졌다.

(2) 31번 문항 '환자나 비의료인이라도 기록내용을 알아볼 수 있게 쓴다.'를 삭제하지 않고 '환자나 비의료인이 이해할 수 있게 기록한다.'로 수정하여 똑같은 대상자에게 그 문항만 다시 질문하여 나온 답으로 신뢰도를 구하니 0.728 이 되었다.

(3) 31번 문항을 수정한 후 6월 5일에 수간호사 13명에게 추가로 설문 조사를 하였다. 수간호사 그룹(이전 2명 포함하여 15명)만 대상으로 구한 신뢰도는 0.880이고, 간호사와 수간호사를 합한 23명을 대상으로 한 신뢰도는 0.848로 나와 65개 항목을 모두 본조사에서 사용하기로 하였다<표 1>.

2. 문항개발과 예비조사 결과: 2단계

1) 문항개발과 내용타당도 검증

간호기록의 결정적 속성에 따라 연구자가 개발한 65개 문항에 대해 8명의 전문가 집단에게 각 문항이 본 연구에서 측정하려는 목적에 타당한지에 대하여 검토하게 하였으며 모든 문항이 100% 타당하다는 답을 얻었다.

2) 예비조사와 신뢰도 검증

(1) 5월 22일부터 일주일간 수간호사 2명, 간호사 8명에게

3. 도구의 신뢰도 검증(본조사) 결과: 3단계

본조사에서 도구의 신뢰도는 내적일관도 0.733으로 나와 개발한 문항을 도구로 결정하였다<표 1>.

<표 1> 간호기록 작성방법 지식측정도구 및 정·오답 정도

(단위: 명)

단면	속성	항목	Y	N	정답자 수
실명성		1 바쁠 때는 내가 하던 기록을 동료 간호사가 내 ID로 마저 할 수도 있다.			250
		2 급박한 상황에서 빠뜨린 내용을 다음 근무 간호사가 내 ID로 대신 기록할 수도 있다.			243
		3 필요한 경우 수간호사가 내 ID로 대신 기록할 수도 있다.			246
적시성		4 효율적인 시간 배분을 위해 수행할 내용을 간호일지에 미리 기록한다.			221
		5 업무의 효율성을 위해 투약이나 처치 수행 전에 기록지에 미리 서명을 한다.			229
		6 기록과 서명은 근무 끝날 때 모아서 하는 것이 가장 좋다.			225
		7 환자 상태 변화, 특별한 사건, 간호행위 등의 기록은 바로 그 시간에 한다.	v		224
작위성	완전성	8 실제로 수행한 업무는 기록을 빠뜨렸더라도 법적으로 인정받을 수 있다.			223
		9 수행기록지를 빈칸으로 남겨둔 것은 수행하지 않은 것으로 간주된다.		v	193
		10 초기 신체사정은 체크 항목이 많으므로 해당되지 않으면 빈 칸으로 남겨둔다.			214
		11 주소(chief complaints)는 의사 일지와 겹치므로 빈 칸으로 남겨둘 수도 있다.			230
		12 오더를 수행하지 않은 경우 그 이유 및 의사와 의사소통한 내용까지 기록한다.	v		238
정확성		13 전후 상황의 흐름으로 추론하여 기록한다.			214
		14 전해들은 것을 직접 경험한 것과 같이 기록한다.			220
		15 숙련된 간호사는 눈대중으로 수량을 예측하여 기록할 수도 있다.			242
객관성		16 직접 관찰(시각, 청각, 후각, 촉각), 측정하고 센(count) 것만 기록한다.	v		207
		17 간호사의 주관적인 판단도 중요한 자료가 되므로 주관적 표현으로 기록할 수 있다.			154
		18 객관적인 진술이란 사실뿐 아니라 간호사의 견해나 가정도 기록할 수 있다.			206
상세성		19 환자가 수면 중일 때 '수면 중이다.'라는 표현이 'comfortable하다.'는 표현보다 더 좋다.	v		192
		20 수량화 할 수 있는 것은 숫자로 기록한다.		v	248

단면	속성	항목	Y	N	정답자 수
작위성	정직성	21 환자상태가 안정적인 경우 활력징후를 측정하지 않고도 이전의 측정치로 기록할 수 있다.			247
		22 혈압을 측지로 껌 때 이완기 혈압을 추정하여 기록한다.			234
	관련성	23 환자 돌봄과 관련된 정보만 기록한다.	v		48
		24 간호과정에 따른 기록은 환자 상태와 간호행위에 대한 정보를 제공한다.	v		245
	정보 제공성	25 환자 돌봄과 관련된 정보라도 보호자가 한 말은 기록할 필요가 없다.			244
		26 의사 호출 후 반응(방문이나 처방 등)이 없을 때 의사와의 관계를 고려해서 기록하지 않는다.			240
	증거 제공성	27 의료진의 지시에도 불구하고 환자가 불이행할 경우 그 내용을 기록한다.	v		243
		28 간호과정에 따른 기록은 법정에서 간호행위를 방어하는 데 도움이 된다.	v		243
	직위성	29 다른 직원을 언급할 때 직종만 쓰고 성명은 안 써도 무방하다.			241
		30 퇴원 시 주의사항을 교육한 기록이 없으면 법적 문제가 유발될 수 있다.	v		237
독해 가능성	31 환자나 비의료인이 이해할 수 있게 기록한다.	v		148	
	32 의미가 통하면 어떤 약이라도 사용할 수 있다.			241	
	33 철자나 문법이 틀린 기록은 법정에서 불리하게 작용할 수 있다.	v		217	
	34 의료진 간에 의사소통만 되면 되므로 흘려 써도 된다.			248	
원본 보존성	35 전산으로 입력한 원문을 본인 ID로 삭제하거나 수정하면 원문은 흔적이 남지 않는다.			232	
	36 종이 간호기록 수정 시 찢어버리고 다시 작성하여 끼운다.			241	
	37 종이 간호기록을 수정 시 수정액으로 깨끗이 지우고 그 위에 기록한다.			247	
	38 종이 간호기록이 더러워졌을 경우 버리고 다시 깨끗하게 작성한다.			242	
인력 문제 노출	39 종이 간호기록 수정 시 원문이 보이게 줄을 긋고 수정표시를 하고 시간과 수정내용을 적는다.	v		246	
	40 인력이 부족해서 특정 업무를 수행하기 어렵다는 내용을 기술한다.			228	
직원 간 갈등 노출	41 근무배치 형태의 문제로 특정 업무를 수행하기 어렵다는 내용을 기록한다.			224	
	42 경우에 따라 다른 의료진의 판단, 태도에 대해 비난적으로 기술할 수 있다.			237	
	43 동료간호사의 업무 미숙에 대한 내용을 기록한다.			243	
	44 동료간호사의 근무태만에 대한 내용을 기록한다.			237	
타인 사생활 노출	45 증인이 필요할 경우를 대비하여 다른 환자의 실명을 기록에 남겨 둔다.			167	
	46 타 의료진에게 명확히 의사전달이 되지 않아도 일단 말을 했으면 '보고했다.'고 기록한다.			190	
컴퓨터 맹신	47 컴퓨터에 입력된 이전의 종이 간호기록 스캔 내용을 100% 믿을 수 있다.			187	
	48 전산 시스템이 교체된 경우 과거 시스템에서 가져온 내용을 100% 믿을 수 있다.			184	
환자에 대한 주관적 판단	49 '멍하다', '이상하다', '음탕하다' 등 환자의 행동에 대한 주관적 판단을 기록한다.			205	
	50 '고집불통인', '밉살스러운' 등 비난적 표현을 사용하여 환자에 대해 기록한다.			248	
부적절한 견해	51 기록지에 메모해둔 사적인 코멘트나 용어가 법적 문제를 유발할 수 있다.	v		225	
	52 병원 내에서만 통용되는 언어의 사용은 조직의 문화이므로 무방하다.			223	
환자 호소 무시	53 환자의 호소가 근거가 없어 보일 경우 '환자의 호소가 근거 없음' 이라고 기록한다.			229	
	54 환자의 심리상태나 관찰 사항을 객관적으로 완전히 기록하지 않은 것은 환자상태에 대해 과소평가한 것이다.	v		157	
태만 암시	55 환자의 호소를 기록하지 않아 환자에게 해를 끼친 경우 태만이라고 할 수 있다.	v		206	
	56 환자의 특이 상황(unusual patient events)을 기록하지 않으면 태만으로 간주된다.	v		205	
사건 발생 암시	57 '사건보고서'를 작성하였다는 사실을 간호기록지에 기록한다.			174	
실수 암시	58 '실수로', '의도하지 않게', '잘못 계산하여', '혼동하여'라는 용어를 사용하여 표현한다.			230	
	59 의료 과실 발생 시 수행한 행위를 간결하게 기록한다.	v		152	
의료과실의 은폐나 과장	60 의료 과실 발생 시 원인과 상황을 추론하여 자세히 기술한다.			150	
	61 의료 과실 발생 시 사건을 주관적 판단 하에 축소, 과장하여 기록할 수 있다.			244	
	62 의료 과실 발생 시 환자상태에 별 변화가 없으면 수행한 행위를 기록하지 않는다.			244	
	63 의료과실 발생 시 병원 측의 실수임을 분명히 나타내며 환자입장에서 기록한다.			228	
	64 의료 과실이 나의 부주의로 인한 결과임을 강조하며 사죄하는 표현을 기록한다.			240	
65 의료 과실 발생 시 사건보고서에 기록한 내용과 똑같이 간호기록지에 기술한다.			103		

* 정답 : Y(그렇다) → V, N(아니다) → 빈칸

1) 대상자의 일반적 특성

대상자의 병원근무 경력은 1년 이상~5년 미만인 101명(40.4%)으로 가장 많았고, 25년 이상(3명, 1.2%)이 가장 적었다. 학력은 4년제 졸업이 111명(44.4%)으로 가장 많았고 그 다음이 3년제 졸업(79명, 31.6%)이었고 석사 재학 이상(21명, 8.4%)이 가장 적었다. 간호기록의 법적 측면에 대한 수강 경험은 136명(54.4%)이 '있다'고 했고 114명(45.6%)은 '없다'고 대답했다. 강의를 들은 시기는 학부(44.1%)가 가장 많았다. 응답자의 98.4%(246명)가 간호기록의 법적 측면에 대한 교육이 '필요하다'고 하였으며 그 시기는 '학부부터 지속적으로'(46.3%)가 가장 많았다(표 2).

2) 일반적 특성에 따른 지식수준

총 65개 문항으로 각 문항에 정답은 1점, 오답은 0점으로 처리하여 65점 만점으로 계산하였다. 개인별 점수는 최저 38점에

서 최고 65점까지 있었다. 경력에 따른 점수의 차이는 유의하지 않았다($F=3.279, p=.071$). 학력에 따른 점수의 차이는 3년제만 졸업한 집단과 4년제 졸업한 집단 간에 유의하였으나($F=3.885, p=.010$) 다른 집단 간에는 유의하지 않았다. 간호기록의 법적 측면에 대해 강의를 들은 경험이 있는 집단과 없는 집단 간의 점수 차이는 유의하지 않았다($t=1.268, p=.206$). 간호기록의 법적 측면에 대한 교육이 필요하다는 집단과 필요하지 않다고 생각하는 집단 간의 점수 차이는 유의하였으며($t=4.941, p=.000$) 교육이 필요하지 않다고 응답한 그룹의 점수가 더 낮았다(표 2).

3) 문항에 대한 정·오답 정도

응답자 모두가 정답에 체크한 문항은 1번 문항 한 개뿐이었다. 1번 문항 '바뀔 때는 내가 하던 기록을 동료 간호사가 내 ID로 가져 할 수도 있다.'에 대해 응답자 250명(100%)이 모두 '아니다'로 정답에 체크했다. 20번 문항 '수량화 할 수 있는 것은 숫자

〈표 2〉 대상자의 일반적 특성에 따른 지식수준(65점 만점)

(n=250)						
변수	범주	n(%)	평균±표준편차	t or F	p-value	Scheffé
경력	1년 미만	39(15.6)	55.49±4.536	3.279	.071	
	1년 이상~5년 미만	101(40.4)	56.13±4.677			
	5년 이상~10년 미만	70(28.0)	56.26±5.337			
	10년 이상~15년 미만	23(9.2)	56.91±2.983			
	15년 이상~20년 미만	9(3.6)	59.00±3.122			
	20년 이상~25년 이하	5(2.0)	55.40±10.213			
학력	25년 이상	3(1.2)	58.33±2.082	3.885	.010*	b>a
	3년제 ^a	79(31.6)	54.78±5.474			
	3년제+BSN	39(15.6)	56.90±3.135			
	4년제 ^b	111(44.4)	56.81±4.399			
수강 경험	석사 재학 이상	21(8.4)	57.62±5.714	1.268	.206	
	있음	136(54.4)	56.62±4.543			
수강 시기	없음	114(45.6)	55.82±5.090	.706	.686	
	학부	60(44.1)	56.65±5.190			
	병원 입사 시	15(11.0)	54.87±6.022			
	직무 교육	31(22.7)	57.00±4.740			
	BSN 과정	5(3.6)	56.60±3.715			
	학부+입사 시	14(10.3)	58.07±3.562			
	학부+입사+직무 교육	3(2.2)	56.00±9.539			
	입사 시+직무 교육	3(2.2)	57.00±3.464			
교육 필요성	학부+직무 교육	5(3.6)	55.20±3.564	4.941	.000**	
	없음	114(45.6)	55.82±5.090			
적당한 교육 시기	필요함	246(98.4)	56.44±4.574	7.270	.000**	
	필요하지 않음	4(1.6)	44.50±4.726			
	학부	12(4.8)	56.00±3.790			
	입사 시	62(25.2)	55.29±5.966			
	직무 교육	38(15.4)	54.63±4.641			
	학부부터 계속	114(46.3)	57.72±3.586			
평균	입사 시+직무 교육	20(8.1)	55.75±4.241			
	필요하지 않음	4(1.6)	45.67±5.033			
평균			56.25±4.807			

* p<.05 **p<.01

로 기록한다.’, 34번 문항 ‘의료진 간에 의사소통만 되면 되므로 흘러 써도 된다.’, 50번 문항 ‘비난적 표현을 사용하여 환자에 대해 기록한다.’의 항목에 대해서는 248명이 정답에 체크를 하였다.

가장 많이 틀린 문항은 23번으로 ‘환자 돌봄과 관련된 정보만 기록한다.’에 48명(19.2%)만 정답 ‘그렇다’에 체크를 했다. 그 다음 65번 문항 ‘의료 과실 발생 시 사건보고서에 기록한 내용과 똑같이 간호기록지에 기술한다.’에 103명(41.2%)이 ‘아니다’, 31번 문항 ‘환자나 비의료인이 이해할 수 있게 쉽게 기록한다.’에 148명(59.2%)이 ‘그렇다’, 60번 문항 ‘의료 과실 발생 시 원인과 상황을 추론하여 자세히 기록한다.’에 150명(60%)이 ‘아니다’로 체크하여 많이 틀린 문항으로 나타났다<표 1>.

V. 논 의

간호기록의 법적 중요성에 관한 실증적인 연구 논문을 발견하지 못하여 선행연구와의 연관성을 고찰할 수가 없었다. 참고문헌은 주로 외국의 저널이었으며 국내문헌은 찾아보기 어려웠다.

일반적으로 도구개발을 위한 방법론적인 연구에서 도구의 구성타당도를 검증하고 문항 간 상관계수를 확인하여야 하나 본 연구에서는 개념분석으로 도출된 결정적 속성에 속한 문항들이 요인분석에 의해 서로 달라질 경우에 통계 결과대로 수용하지 않을 것이어서 요인분석을 하지 않았다. 또한 각 문항의 내용이 서로 연관이 없다고 하더라도 간호기록에 대한 전체적인 지식수준이 높으면 높은 점수를 받고 수준이 낮으면 낮은 점수를 받을 것이므로 도구의 신뢰도는 내적일관도로 측정을 하였다. 신뢰도 계수는 0.733으로 내적일관성 신뢰도가 수립되었으며 이는 ‘새로운 도구일 경우 알파 계수가 0.70 이상, 성숙된 도구는 0.80 이상이면 내적일관성 신뢰도가 수립되었다.’고 한 Nunnally의 연구 (이은현, 2005에 인용됨)와, ‘Cronbach alpha는 0.70 이상이 바람직하지만 0.90 이상은 넘지 않는 것이 바람직하다.’고 한 박현애(2005)에 의해 뒷받침된다.

간호사의 지식측정 점수에서 경력, 3년제와 4년제 간의 학력에 따른 점수의 차이는 통계적으로 유의하였으나 경력과 간호기록의 법적 측면에 대해 강의를 들은 경험의 유무에 따른 점수의 차이가 유의하지 않게 나온 것은 응답자들이 그동안 교육을 받았다고 하는 내용에 이 도구에서 다루는 구체적인 내용이 포함되지 않았기 때문이라고 생각되며 경험에 따른 점수의 차이가 없다는 것은 임상에서도 이러한 내용의 교육이 제공되지 않음을 알 수 있다. 법적 측면의 교육을 받은 적이 있다고 응답한 간호사들에게 직접 물어 본 결과 “이전에 받은 교육내용은 이렇게 구체적이지 않았다.”고 대답하였다. 점수가 가장 낮은 소수(4명)의 집단에서 교육이 필요하지 않다고 응답

한 이유는 부정적인 개인 성향 때문이라고 생각되며 표본 수 차이가 너무 크므로 의미를 부여하기는 힘들 것으로 판단된다.

문항에 따른 정·오답 빈도에서 1번 문항 ‘바쁠 때는 내가 하던 기록을 동료 간호사가 내 ID로 마저 할 수도 있다.’는 ‘아니다’로 모두 정답을 맞췄는데 연구대상 병원이 전자기록 시스템을 이용하기 때문인 것으로 생각되며 종이 간호기록을 사용하는 병원에서는 다른 결과가 나올 수도 있다. 65번 문항 ‘의료 과실 발생 시 사건보고서에 기록한 내용과 똑같이 간호기록지에 기술한다.’는 두 번째로 많이 틀린 문항으로 나타났으며 실제로 임상현장에서 교육의 필요성을 느껴온 부분인데 연구의 결과로도 나타났다.

VI. 결론 및 제언

완벽한 간호기록을 위한 병원 간호사 대상의 체계적인 교육을 위해 법적 측면에 초점을 두고 간호기록 작성방법에 대한 지식측정도구를 개발하였다. 연구의 단계는 간호기록의 개념분석, 문항개발과 예비조사, 도구의 신뢰도 검증으로 이루어졌으며 65개의 이분문항 설문지 250부를 KR-20 통계방법으로 신뢰도를 구하였으며 신뢰도 계수는 0.733으로 내적일관성 신뢰도가 수립되었다. 개념분석과 문항개발은 간호대 교수 1명과 병원간호사로 근무를 하거나 간호 관련 전문직에 종사하는 간호대 대학원생 9명이 검토하였다. 예비조사와 본조사의 자료수집 기간은 2006년 5월22일부터 7월 21일까지였으며 S대학교병원 내과간호과 간호사를 대상으로 전수 조사를 하였다.

이 도구는 간호기록 작성방법의 원칙에 대해 최초로 개발된 지식측정도구로서 간호사의 기록에 대한 교육에 활용되어 궁극적으로 환자 돌봄의 수준을 향상하는 데 기여할 수 있다. 이 측정도구의 각 문항 자체를 교육 내용으로 사용할 수 있으며, 측정된 결과를 간호사 교육 전·후의 기초자료로 이용할 수 있다. 자료 수집을 하는 동안에도 간호사들이 각 항목에 대한 정답을 궁금해 하였으며 이에 대한 교육 요구가 많았던 것으로 보아 법적 측면에 초점을 둔 간호기록 작성방법에 대한 교육이 시급함을 알 수 있었다. 이 도구는 간호현장에서 직접 사용될 수 있는 실용적인 도구로서 앞으로 간호관리자와 간호사 모두에게 유용하게 사용될 것으로 생각한다.

이 연구에서는 병원의 간호기록 시스템이 전자식이든 종이식이든 법적 관점에서 간호사가 알아야 할 간호기록 작성방법에 대한 지식을 모두 포함하였으나 이 연구를 시행한 병원은 전자간호기록 시스템을 갖추고 있는 곳이므로 종이 기록을 사용하는 병원의 간호사를 대상으로 하는 반복 연구가 필요하다.

참고문헌

- 김경례(2003). 의료행위에서 동료의료인 간의 신뢰의 원칙. *대한간호*, 3/4, 46-47.
- 김기경, 김인숙, 김대란, 김모임(2001). *간호관례법과 관리지침*. 군자출판사.
- 김기경(2005). 의료와 법 세미나. 병원간호사회, 36-37.
- 박현애(2005). 측정도구 개발 및 타당성 검증. *간호학탐구*, 14(1), 55.
- 이경환(2006-a). 합리적인 간호실무표준으로 간호사고 예방해야. *대한간호*, 1/2, 42-43.
- 이경환(2006-b). 의료진의 부당한 요구와 윤리의식의 필요성. *대한간호*, 5/6, 42-43.
- 이은현(2005). 측정도구 개발 및 타당성 검증. *간호학탐구*, 14(1), 79.
- 이인재(2004). 간호사의 간호기록지 작성의무. *대한간호*, 1/2, 38-39.
- 이인재(2005). 간호사의 경과관찰 및 보고의무 위반. *대한간호*, 1/2, 44-45.
- 헌법재판소 전원재판부 2001. 2. 22. 2000헌마604 [기소유예처분취소] [헌공제54호].
- ‘진료기록 조작’ 간호사 집유, 벌금형(2004. 1. 16. 07 : 12). *한겨레신문*, 사회면.
- Baker, S. K. (2000). Minimizing Litigation Risk : Documentation strategies in the occupational health setting. *AAOHN J*, 4(2), 100.
- Brent, N. (1997). Professional negligence : Prevention and defense. In N. Brent(ed.), *Nurses and the law*, 73-77. Philadelphia : Saunders.
- Cahill, M. (1998). *Charting made incredibly easy!*, Springhouse Corporation, Springhouse, Pennsylvania, 1~8, 205-215.
- Dimond, B. (2005). Exploring the legal status of healthcare documentation in the UK. *British J of Nursing*, 14(9), 517-518.
- Fiesta, J. (1988). *The law and liability*. A guide for nurses(2nd ed.). NY: Delma.
- Frank-Stromborg, M., Christensen, A., & Do, D. L. (2001). Nurse Documentation: Not Done or Worse, Done the wrong Way-Part II. *Oncology Nurse Forum*, 28(5), 841-845.
- Kroll, M. (2003). What Were You Thinking? Charting Rules to Keep You Legally Safe: Legal issues,. *J of Gerontological Nursing*, Mar, 15-16.
- McCann, J. A. S. (2006). *Charting made incredibly easy!*(3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*(2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Nursing 84 (1984). Keeping Clear of Charting Pitfalls. *Nursing*, Jun, 14(6), 8-11.
- Nursing 96 (1996). Legal hand book. *Nursing*, Jun, 26(6), 45-46.
- Nursing 97 (1997). Seven things you should never chart.- Copyright Springhouse Corporation. *Nursing*, Jun, 27(6), 45-46.
- Price, B. (2006). Teaching record keeping; Mentoring Learners in Practice. *Nursing Standard*, 20(22), 8-9.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2005). *Health Measurement Scales*. a practical guide to their development and use(3rd ed.). Oxford University press.
- Trott, M. C. (1998). Legal issues for nurse managers. *Nursing management*, 29(6), 38-42.
- Tingle, J. H. (1998). Nurses must improve their record keeping skills. *British J of Nursing*, 7(5), 245.
- Wilson, J. H. (1998). Proactive Risk Management : Documentation of Patient Care. *British J of Nursing*, 7(13), 797-798.

A Nurse Charting Knowledge Scale: Focusing on Legal Aspects

Kim, Young Mee¹⁾ · Park, Sung Ae²⁾

1) Assistant Director, Nursing Department, Seoul National University Hospital

2) Professor, College of Nursing, Seoul National University

Purpose: The purpose of this study was to develop an instrument to measure nurses' knowledge about charting and charting principles. **Methods:** Twenty six key attributes of nurse charting were identified by concept analysis of relevant literatures as well as nurse manager definitions and served as the basis for the development of a 65-item survey instrument. The Nurse Charting Knowledge Scale(NCKS) was validated by a panel of experts for its content and pilot tested in 23 nurses. Then we administered the NCKS to a convenience sample of 252 nurses on a medical nursing units in a tertiary hospital in Seoul, Korea. Data were collected from July 11th to July 25th, 2006. This article describes the psychometrics and validity of the NCKS using data from the final sample of 250 nurses. **Results:** The 26 key attributes of nurse charting were divided into two categories of do's and don'ts through concept analysis. The dimension of do's included identity, timeliness, completeness, accuracy, objectiveness, specification, honesty, relevance, information producibility, evidence producibility, accessibility and intactability. The dimensions of don'ts included recording staffing problems, recording staff conflicts, naming a second patient, charting casual conversations with colleagues, assuming that computer charting contains every information from the patient's written chart, subjectively labeling the patient's behavior, using a language that suggests a negative attitude toward the patient, using inappropriate comments, using inappropriate language, mentioning incident reports, using words associated with errors, using comments implying that the patient's complaints are groundless, implying negligence and concealing or overstating medical mishaps. The NCKS was found to have acceptable reliability(internal consistency, KR 20 coefficient = 0.73). **Conclusion:** The NCKS shows promise as a measure of nurses' knowledge about charting. The instrument can be readily adapted as a tool to educate nurses about the importance of nurse charting and charting principles.

Key words : Nurse charting, Knowledge, Law

Corresponding author : Kim, Young Mee

Nursing Department, Seoul National University Hospital

28, Yongsongdong, Chongnongu, Seoul 110-744, Korea

Tel : 82-2-2072-2588, E-mail : seoulymkim@hanmail.net