

간호기록에 대한 간호대학생의 지식수준 -법적인 관점에서-

정은영¹ · 양서희²

¹청암대학교 간호학과 조교수, ²가톨릭대학교 간호대학 박사학위과정

A Study on the Knowledge Level of Nursing Records among Nursing Students -Focusing on Legal Aspects-

Jung, Eun Young¹ · Yang, Seo Hui²

¹Assistant Professor, Department of Nursing, Cheongam College, Suncheon; ²Doctoral Student, Graduate School, Catholic University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify the educational status and level of knowledge of nursing records. **Methods:** Research participants of this study were 310 senior students of five nursing colleges in two cities of South Korea. A self-report instrument was used to measure knowledge about nursing records. The descriptive analysis, t-test, ANOVA, with SPSS/Win 21.0 program were used. **Results:** The experience in nursing education and necessity of nursing records education had influence on the knowledge of nursing records while the average level of knowledge was 44.15 out of 65. The correct answer rate was 77.3%, and this score was slightly higher than average. **Conclusion:** In order to raise the efficiency of nursing work and also to protect nurses from a risk of medical lawsuits, teaching nursing students how to make systematic and concrete nursing records should be preferentially considered for the course of college education.

Key Words: Knowledge, Legal aspects, Nursing records

서 론

1. 연구의 필요성

현재 의료분쟁 전문 상담 건수는 2012년 3,332건에서 2015년 7,757건으로 매년 1천 건 이상 증가하고 있다[1]. 최근 이러한 사회적 변화 속에서 주목해야 할 점은 간호사의 전문적이고 독자적인 역할 변화로 인해 책임 영역이 확대되면서 간호사와 관련된 의료분쟁이 증가하고 있다는 것이다[2,3].

의료과실 소송에 간호사가 포함되었을 경우 대상자의 차트에 어떠한 내용을 기록하였는지의 여부에 따라 판결의 결과가 달라

질 수 있다[4,5]. 간호기록은 의무기록으로써 의료과실 소송에 있어서 간호사 본인의 역할 수행 여부를 객관적으로 판단할 수 있게 해주는 중요한 증거가 될 뿐 아니라 자신의 의무를 다하였다는 사실을 입증하게 하는 기록이기 때문이다[6,7]. 따라서 간호기록에 포함되어지는 간호정보조사지, 간호처치 기록, 간호 일지 등에 간호과정을 적용하여 상세히 기록하고 서명해야 한다[5]. 이러한 간호과정을 적용한 올바른 간호기록은 복잡한 임상현장에서 발생하는 의료과실 소송에서 간호사 자신을 보호할 수 있게 한다. 하지만 실제로 바쁜 임상 현장에서는 간호기록의 많은 부분이 간소화 되거나 생략되고 있다[8,9].

주요어: 지식, 법적 측면, 간호기록

Address reprint requests to: Yang, Seo Hui

College of Nursing, The Catholic University of Korea, 222 Banpo-daero, Seocho-gu, Seoul 137-701, Korea

Tel: 010-4580-1240 Fax: 061-720-7550 E-mail: merrymj@hanmail.net

Received: 13 March 2017 Revised: 8 November 2017 Accepted: 8 November 2017

현재 간호기록부에 기재해야 할 사항으로는 간호를 받는 사람의 성명, 활력징후, 투약, 섭취 및 배설물, 처치와 간호, 그리고 간호 일시에 관한 사항들을 상세히 기록하고 서명해야 하며 고의로 사실과 다르게 추가기재 및 수정하여서는 안 된다[10]. 이러한 간호기록은 임상현장에서 전자간호기록 시스템 도입 후 서류업무 감소로 직접간호 시간 증가 및 자료입력과 저장 용이 등[7,11-14] 긍정적 평가도 있는 반면 개별화된 간호를 지원하지 못하거나 갑작스러운 화면이동 등으로 환자 파악에 어려움이 있다는 부정적인 측면도 있다[15]. 또한 Kim과 Park [16]의 연구에 의하면 간호사 스스로도 기록의 중요성에 대한 인식이 부족하여 올바른 간호기록이 제대로 이루어지지 않고 있다고 하였다. 국내에 도입된 전자간호기록은 8개의 핵심 요소 시스템 즉 환자 데이터 수집, 검사결과 관리, 처방입력 관리, 의사결정 지원, 의료진 간 또는 의료진과 환자의 온라인 소통, 환자 지원 원무 지원 각종 보고체계에 구성되어 있다[17]. 간호기록은 핵심 요소별로 세분화되어 되어있지만 Lee, Yoon과 Kwon [8]은 현재 간호기록에 대한 지침이 확립되지 않을 뿐 아니라 교육 부족으로 간호사들의 간호기록에 대한 정확한 인지가 부족하여 간호기록이 제대로 이루어지지 않고 있다고 하였다. 그 결과 간호사들은 임상에서 본인의 역할을 충실히 이행하였음에도 불구하고 기록을 누락하는 경우가 많아 소송과 연관되었을 때 적절하게 대응하지 못하는 경우가 많이 발생한다[7,8,17]. 따라서 의료소송에서의 과실 여부는 간호기록을 근거로 결정되어지기 때문에 정확하고 적절한 간호기록을 작성하도록 교육하는 것이 필요하다[7,18].

현재까지 우리나라에서 간호기록 작성 방법에 대한 교육은 간호대학생을 대상으로 주로 기본간호학 및 간호관리학 수업과 핵심기본간호술 교육 후 기록 부분에서 제한적으로 다루어지거나 그 외 대부분은 신규 간호사의 오리엔테이션 기간 동안에 각 병원의 전자간호기록시스템 사용 방법 중심으로 교육이 이루어지고 있다[16]. 또한 병원마다 다른 전자간호기록시스템을 도입하고 있는 국내실정에서 실무 간호사들은 시스템 사용자를 위한 교육 부족으로 업무 부담이 더 가중되고 개별화된 간호를 지원하지 못하고 있다고 하였다[15,19]. 따라서 임상현장에서 충분히 일어날 수 있는 의료과실 상황에 대해 인지하고 법적인 소송으로부터 스스로를 보호할 수 있도록 법적인 관점에서의 간호기록 작성 방법에 대한 체계적이고 현실적인 교육이 더욱 필요하다고 할 수 있다[5,16].

2000년 이후 국내에서 간호기록에 대한 연구가 조금씩 이루어지고 있으나 표준 간호진술문의 활용과 서면기록에서 전자기록

으로 이행되는 과정에서 나타날 수 있는 시스템 구축을 위한 연구 및 임상에서 근무하고 있는 간호사들을 대상으로 이루어진 연구가 대부분으로 간호기록과 관련하여 간호대학생을 대상으로 한 연구는 부족한 실정이다[5-7,16]. 또한 Kim [7]의 연구결과에 의하면 800명상 이상의 35개 대형병원에서 간호기록에 관한 주요 요소나 기록양식 없이 각 병원의 전자간호기록 양식에 따른 개별적인 교육만 이루어지고 있고 법적인 관점에서의 간호기록 작성방법에 대한 교육은 시행하지 못하고 있었다.

간호사를 대상으로 실시한 선행연구 결과에 따르면 간호사들은 간호기록에 관한 교육 요구도가 높았으며 간호기록 작성에 긍정적인 영향을 미친 것은 간호기록 교육 경험 유무였다. 뿐만 아니라 간호기록에 관한 교육시기의 적절성에 대한 연구에서 과반수 이상이 대학교육과정에서 이루어지는 것이 필요하다고 응답하였다[5-8,12,20].

간호교육은 미래 간호사를 배출하는데 있어 필수 항목이며 이때 습득한 지식과 기술이 추후 간호의 방향을 결정하는데 가장 큰 핵심요소이기 때문에 간호교육과정에서 간호기록에 관한 이론 및 실습은 절대적으로 필요하다[9]. 따라서, 간호사가 임상현장에서 접할 수 있는 법적 문제에 대해 자신을 보호하기 위해서는 정확한 간호기록을 할 수 있도록 대학 교육과정에서부터 체계적인 교육이 이루어져야 하고 이와 관련된 간호기록 교육시스템의 개발이 필요하다. 이에 본 연구는 간호대학생을 대상으로 간호기록에 대한 교육현황과 법적 관점에서의 지식수준을 파악하여 향후 의료과실 소송에서 자신을 보호할 수 있는 간호기록 작성 방법에 대해 체계적인 교육 체제를 마련하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 간호대학생을 대상으로 간호기록에 관한 교육현황 및 법적인 관점에서의 간호기록에 대한 지식수준을 측정하여 간호기록 작성방법 교육프로그램 설계를 위한 기초자료를 제공하기 위해 시도되었다.

구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 연구대상자의 일반적 특성 및 간호기록과 관련된 간호교육 현황을 확인한다.
- 둘째, 연구대상자의 간호기록 작성방법에 대한 법적인 관점에서의 지식수준 정도를 확인한다.
- 셋째, 연구대상자의 일반적 특성에 따른 법적인 관점에서 간호기록 지식수준 정도의 차이를 확인한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 간호대학생의 간호기록에 관한 교육현황을 파악하고 법적인 관점에서의 지식수준을 측정하여 간호기록에 대한 교육 내용 선정의 기초 자료를 제공하고 교육방향을 제시하기 위한 조사 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구는 J도와 K도 소재 4년제 5개교 간호대학생 중 실습을 마친 졸업반 학생으로 연구의 목적과 취지를 이해하고 설문에 동의한 326명을 대상으로 실시하였다.

3. 자료 수집

자료 수집은 2015년 12월 1일부터 20일까지 실시하였고 자료수집에 앞서 학과 학부(과)장에게 연구 목적과 내용에 대해 설명하고 동의를 받은 후 연구를 수행하였다. 응답시간은 20~25분 정도 소요되었으며 회수된 설문지 중 불성실하게 응답한 16명을 제외한 310명의 자료를 최종 분석하였다.

4. 윤리적 고려

연구의 윤리적 측면을 고려하여 자료수집 과정 중 대상자에게 연구의 목적과 절차, 연구 참여자의 익명보장, 개인적인 비밀 보장, 중도포기 및 거부 가능, 이로 인한 어떠한 불이익을 받지 않음을 구두와 서면을 통해 설명하였고 자료는 연구 목적으로만 사용할 것을 충분히 설명 한 후 자발적인 참여에 대한 동의를 받았다. 설문 조사가 완료된 후 참여한 대상자에게 소정의 선물을 제공하였다.

5. 연구 도구

1) 간호기록 작성방법 지식 측정도구

법적인 관점에서 간호기록 작성방법에 대한 지식을 측정하기 위하여 Kim과 Park [16]이 개발한 도구를 허락 받은 후 사용하였다. 도구가 간호대학생의 간호기록 작성방법에 대한 지식을 측정하기에 적절한 표현으로 서술되어 있는지 확인하기 위해 경력 10년 이상의 간호사 3명, 기본간호학 교수 1명, 간호관리학 교수 1명을 대상으로 내용 타당도 평가표를 이용하여 각 문항에 대한 내용 타당도 지수를 검증하였다. 각 문항의 타당도 지수는 0.93 이었고 본 도구는 총 65개 항목의 도구로 '그렇다'와 '아니다'로 대답하는 이분 문항이며 KR-20은 .73이었고 본 연구에서는 .76이었다.

Table 1. General Characteristics of Participants (N=310)

Characteristics	Categories	n	%	Mean±SD
Age (years)	22~24	116	37.4	23.24±1.93
	25~26	166	53.5	
	≥27	28	9.0	
Gender	Male	27	8.7	
	Female	283	91.3	
College life satisfaction	Dissatisfaction	40	12.9	
	Usually	149	48.1	
	Satisfaction	121	39.0	

6. 자료 분석방법

수집된 자료는 SPSS 21.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 대상자의 일반적 특성 및 간호기록 교육현황을 알아보기 위하여 실수와 백분율 평균, 표준편차로 구하였다. 간호기록 작성방법 지식의 점수 분포를 파악하기 위해 기술통계분석을 실시하였다. 조사대상자의 특성에 따른 간호기록 작성방법 지식의 차이를 검증하기 위하여 independent t-test, One-way ANOVA를 실시하였다.

연구 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성 및 간호기록 관련 교육 현황

조사대상자 310명의 일반적 특성 및 간호기록 교육 현황은 다음과 같다. 연령은 평균 23.24세이며, 22~24세 37.4%, 25~26세 53.5%, 27세 이상은 9.0%였다. 성별은 남자 8.7%, 여자 91.3%였고 대학생활 만족도는 '불만족' 12.9%, '보통' 48.1%, '만족' 39.0%로 응답하였다(Table 1).

간호기록 교육 경험 유무는 186명(60.0%)이 '교육경험이 있다'고 하였으며 124명(40%)은 '교육경험이 없다고 하였다. 교육경험이 있다고 응답한 186명 중 2012년 이전에 교육 받은 사람은 76명(42.2%), 2013년 48명(26.7%), 2014년 31명(17.2%), 2015년 25명(13.9%)이었다. 이들 중 간호기록 관련 교육은 이론중심 수업이 165명(90.7%)으로 가장 많았으며 다중응답분석결과 강의가 55.8%, 인쇄물 책자 54.1%, Video 영상 23.8%의 순이었다. 임상에서의 간호기록 수행 시 자신감은 '보통' 79명(43.4%), '잘 못할 것 같다' 61명(33.5%), '잘할 수 있다' 42명(23.1%)이 응답하였다.

교육을 받은 적이 없다고 응답한 124명 중 '관심은 있었으나 교육의 기회가 없었다'가 62명(50.8%)으로 가장 많았고 '관심이 없었고 교육의 기회도 없었다'가 59명(48.4%), '교육의 기회가 있었으나 필요가 없다고 생각했다' 3명(0.8%)의 순으로 나타났다.

Table 2. Nursing Records Education of Participants

(N=310)

Characteristics	Categories	N	%
Experience about nursing records education program	Yes	186	60.0
	No	124	40.0
When do you receive the education	Before 2012	76	42.2
	2013	48	26.7
	2014	31	17.2
	2015	25	13.9
Teaching method (n=186)	Theoretical	165	90.7
	Practical	17	9.3
Teaching material (n=186)	Book	98	54.1
	Video	43	23.8
	Lecture	101	55.8
Confidence about nursing records (n=186)	Very confidence	42	23.1
	Confidence	79	43.4
	May be can not	61	33.5
Why do not receive the nursing records education (n=124)	Interested but no education opportunity	62	50.8
	No interesting and no education-opportunity	59	48.4
	Have education opportunity but think it is not necessary	3	0.8
Want to receive nursing records education	Yes	276	89.0
	No	34	11.0
Necessity of nursing records education	Necessity	186	60.0
	Very necessity	90	20.3
	No necessity	34	19.7

앞으로 간호기록 관련 교육이 있다면 받을 의향이 있느냐는 질문에 '예' 276명(89.0%), '아니오' 34명(11.0%)이 응답하였고 간호기록 교육의 필요성에 대해서는 '필요' 186명(60.0%), '매우 필요' 90명(20.3%), '불필요' 34명(19.7%)의 순으로 나타났다(Table 2).

2. 연구대상자의 간호기록 작성방법에 대한 지식수준 정도

총 문항의 평균 점수는 44.15점이며 평균 정답률은 77.3%였다(Table 2).

지식수준이 가장 높은 문항은 94.1%인 "중이 간호기록을 수정 시 찢어버리고 다시 작성하여 끼운다" 였으며 그 외에도 90% 이상의 상위 응답 문항은 "업무의 효율성을 위해 투약이나 처치 수행 전에 기록지에 미리 서명을 한다(93.8%)", "숙련된 간호사는 눈대중으로 수량을 예측하여 기록할 수도 있다(93.2%)", "기록과 서명은 근무 끝날 때 모아서 하는 것이 가장 좋다(93.1%)", "혈압을 측정할 때 이완기 혈압을 추정하여 기록한다(92.5%)", "실수로

의도하지 않게, 잘못 계산하여, 혼돈하여 라는 용어를 사용하여 표현한다(92.5%)", "환자 돌봄과 관련된 정보라도 보호자가 한 말은 기록할 필요가 없다(92.2%)", "중이 간호기록을 수정 시 수정액으로 깨끗이 지우고 그 위에 기록한다(92.2%)", "주호소는 의사 일지와 겹치므로 빈 칸으로 남겨둘 수도 있다(91.8%)", "환자 상태가 안정적인 경우 활력징후를 측정하지 않고도 이전의 측정치로 기록할 수 있다(91.5%)", "의료진 간에 의사소통만 되면 되므로 흘려 써도 된다(91.5%)", "의료 과실 발생 시 환자 상태에 별 변화가 없으면 수행한 행위를 기록하지 않는다(90.6%)"로 총 11문항이었다.

가장 낮은 정답률을 보인 문항은 "사건보고서를 작성하였다는 사실을 간호기록지에 기록한다"로 25.2%였다. 그 외에도 70% 미만의 정답율을 보인 문항은 "의료 과실 발생 시 사건 보고서에 기록한 내용과 똑같이 간호기록지에 기술한다(29.3%)", "환자 돌봄과 관련된 정보만 기록한다(35.1%)", "의료 과실 발생 시 수행한 행위를 간결하게 기록한다(36.1%)", "의료 과실 발생 시 원인과

Table 3 Percentage of Correct Answers as Classified by Question

(N=310)

Section	Attribute	Item	Yes/ No	Score (%)	
Must Do	Anonymity	In rushed situations my colleague can do my nursing records instead of me with my ID	N	89.3	
		In hurry situation, next duty nurse officer can do my skip nursing records instead of me my ID	N	88.6	
		When necessary, my senior nurse officer may do my nursing records instead of me my ID	N	89.9	
	Timely	For efficient time allotment we can do nursing records before doing than actual performance.	N	87.0	
		For efficiency we can do order check on check-sheet before doing actual medication or treatment.	N	93.8	
		It's best way to record and sign at one time when duty is almost over.	N	93.1	
		Patient condition change, special event and nursing records should be done on time.	Y	89.0	
		Actually done nursing activities can receive legal recognition though the nursing records is skipped.	N	69.2	
	Perfection	When the performance check space is remained as blank state, it is regarded as do not performed.	Y	79.6	
		History-taking-sheet has many check space, so when it is un-applicable we may let it blank.	N	83.4	
		We may let chief complaints check space blank, due to it is similar to Dr's progress note.	N	91.8	
	Perfection	When Dr's order is not performed, we should record the reason and the contents of communication with the Dr.	Y	84.1	
		We should reason the preceding and the following event and records according to it.	N	87.4	
		Unfounded information may be record as if it is actually experienced and occurred.	N	73.1	
	Objectivity	Fluent nurse officers may count the number or measure the numerical valve with eye measurement and nursing records according to it.	N	93.2	
		We can record only the facts which is observed(visual, auditory, smell sense, tactual sense), measured and counted actually.	Y	72.1	
		Nurse's subjective judgement also can be important data. Therefore we can record with subjective expression.	N	69.6	
		Objective statement include not only facts but also Nurse's opinion or assumption. Therefore all that can be record.	N	81.9	
		Details	When the patient is sleeping, 'Patient is sleeping' is better expression than 'Patient is comfortable'	Y	46.1
			If we can measure by numerical valve, we should record it is number.	Y	85.4
Truthful-ness		When the patient's condition is stable, we can use former measured value in nursing records instead of re-checking.	N	91.5	
		When check BP with digital-exploration, systolic BP can be recorded by individual estimate.	N	92.5	
Informative		Religion We should record the information which is related to Patient Care.	Y	35.1	
		The nursing records related to nursing process provide the information of patient state & nursing performance.	N	74.5	
Evidence-ness	There is no need to record the statement of patient's family though it is related to patient care.	N	92.2		
	When there is no reply (ward visiting or prescription) after calling doctor, nurse may not record the fact for hereafter co-relation with doctors.	N	80.3		
	When patients don't comply to medical staff's order, we should record the facts.	Y	83.5		
	The nursing-process nursing records are helpful to protect nursing behavior in court.	Y	48.1		
	When mentioning staff, we may records only the position without name.	N	75.9		
Comprehen-sive	When there is no discharge education nursing records, it may include legal issue.	Y	78.0		
	We should make understandable nursing records in order to let patients and non-medical staff make sense of them.	Y	52.2		
	We can use any abbreviation if it's meaning can be understood.	N	91.5		
	Spelling or grammatic errors in nursing records can induce unfavorable situation in court.	Y	70.6		
	If there is good communication between medical staff, we don't have to do record it in detail.	N	88.5		
Must not	When nurses delete or revise original nursing records which have been recorded electronically, there is no need to keep the trace of original nursing records.	N	82.7		
	When revising manual nursing records, we can tear it and insert only new nursing records sheet.	N	94.1		
	Preserva-tive We cover the mistake with correction tape then write the nursing records on it.	N	92.2		
	When manual nursing records get ruined, we should throw then away and records then cleanly.	N	83.8		
		When revise manual nursing records, we should draw a line on the original nursing records and revised date and corrected contents.	Y	86.7	

Staff affairs	We can record the issue related to staff-shortage and limitation of nursing act completion.	N	74.1	
	We can record the issue related to job-allotment system and limitation of specific work completion.	N	73.2	
Staff conflict	According to circumstances, we can make records about another staff's unprofessional judgment and attitude.	N	89.6	
	We can make records about another nurse's unskillful practice.	N	80.8	
	We can make records nursing records about another nurse's negligence.	N	80.6	
Privacy	If a witness is needed in order to prepare for a lawsuit, we can record another patient's full name.	N	66.7	
Incomplete communication	Though one's intention is not clearly delivered, once talking to another staff member we record it as 'reported'	N	76.7	
Blind acceptance of PC	We can fully trust scanned files input on PC.	N	74.8	
	In case the electronic medical nursing records system is replaced, we can fully trust the data which is transferred from the past system.	N	88.6	
Subjectivity	We can record subjective judgement such as 'vacant', 'strange', 'debauchery', etc.	N	87.4	
Negative-ness	We can record negative expressions such as 'stubborn', 'hateful', etc.	N	86.5	
Inappropriate opinion	Private comment nursing records on memo-sheet may induce legal issues.	Y	80.9	
Must not	Inappropriate term	The use of IT hospital terms and language is allowed in records, because it is regarded as organizational culture.	N	80.3
	Neglect patient complaints	If a patient's complaint is regarded as groundless, we can record it as, 'The complaint is groundless'. Failure to fully record a patient's psychology or observations objectively is an underestimation of the patient's condition.	N Y	62.8 46.7
Suggest of negligence	It's regarded as negligence to induce a harmful situation to the patient by not recording a patient's complaint.	Y	75.4	
	Not recording the specific circumstances and unusual events of patients is considered negligence.	Y	77.4	
Suggest of accident occurrence	We should record the fact which is written out on the 'Accident Report'.	N	25.2	
Suggest of error	We can use expression such as 'by mistake', 'unintentionally or'by miscalculation'.	N	92.5	
	When medical accidents (malpractice), occur, we should do brief record about the action we did at that situation.	Y	36.1	
	When medical accidents (malpractice) occur, we should describe in detail the cause and situation in case of medical malpractice	N	42.2	
Conceal-ment/exaggerate of malpractice	When medical accidents (malpractice) occur, we can do reduced or exaggerated record on the basis of individual judgement.	N	88.6	
	If no big change of patient state though medical accidents (malpractice) occurs, we need not record about the performed action.	N	90.6	
	When medical accidents (malpractice) occur, we should clearly express it is a mistake by the hospital and records it from the patient's point of view.	N	85.7	
	We should emphasize the medical accident (malpractice) is the result of carelessness and record the expression of apology.	N	88.0	
	We should do medical nursing records with same contents which are stated in 'Accident Report'	N	29.3	

상황을 추론하여 상세히 기술한다(42.2%)”, “환자가 수면 중일 때 ‘수면 중이다’라는 표현이 ‘comfortable 하다’는 표현보다 더 좋다(46.1%)”, “환자의 심리상태나 관찰 사항을 객관적으로 완전히 기록하지 않은 것은 환자상태에 대해 과소평가한 것이다(46.7%)”, “간호과정에 따른 법적기록은 법정에서 간호행위를 방어하는 데 도움이 된다(48.1%)”, “환자나 비의료인이 이해할 수 있게 기록한다(52.2%)”, “환자의 호소가 근거가 없어 보일 경우 ‘환자의 호소가 근거 없음’이라고 기록한다(62.8%)”, “증인이 필요한 경우를 대비하여 다른 환자의 실명을 기록에 남겨 둔다(66.7%)”, “실제로 수행한 업무는 기록을 빠뜨렸더라도 법적으로 인정받을 수 있다

(69.2%)”, “간호사의 주관적인 판단도 중요한 자료가 되므로 주관적 표현으로 기록할 수 있다(69.6%)”의 13개 문항이었다(Table 3).

3. 연구대상자의 일반적 특성에 따른 간호기록 지식정도의 차이

간호기록 지식에 차이를 보이는 특성은 간호기록 교육경험, 간호기록 교육의 필요성이었다. 간호기록교육 경험은 ‘예(M=53.03)가 ‘아니오’(M=50.82) 보다 높았고($t=3.202, p=.002$) 간호기록교육의 필요성은 ‘매우 필요’(M=53.10)가 ‘불필요 혹은 보통’(M=50.44) 보다 높았다($F=3.722, p=.025$)(Table 4).

Table 4. Knowledge Level According to General Characteristics of Participants

(N=310)

Characteristics	Categories	n	Knowledge	
			M±SD	t/F(ρ)
Age (years)	22~24	116	52.41±5.78	0.26(.773)
	25~26	166	52.05±5.65	
	≥27	28	51.64±6.14	
Gender	Male	27	50.11±6.92	-1.64(.115)
	Female	283	52.34±5.58	
Religion	Yes	103	51.28±6.80	-1.71(.088)
	No	207	52.58±5.07	
College life satisfaction	Dissatisfaction	40	51.20±5.49	0.70(.500)
	Usually	149	52.17±5.44	
	Satisfaction	121	52.43±6.15	
Experience about nursing records education program	Yes	186	53.03±4.94	3.20(.002)
	No	124	50.82±6.54	
Want to receive education	Yes	276	52.30±5.68	-0.65(.515)
	No	34	50.50±6.10	
Necessity of nursing records education	Necessity	186	52.34±5.29	3.72(.025)
	Very necessity	90	53.10±6.06	
	No necessity	34	50.44±6.41	

논 의

최근 간호사가 임상에서 여러 가지 법적 문제에 직면하게 되는 경우가 증가하게 되면서 간호사의 법적 의무와 스스로를 보호할 수 있는 능력을 향상 시키는 교육의 필요성이 증가되고 있다[21]. 따라서 이러한 의료 환경의 변화를 인지하여 좀 더 전문적인 과정을 접목시킨 간호교육과 실습방법의 변화가 강조되고 있다[22]. 이에 본 연구는 시대적 흐름에 발맞추어 간호대학생을 대상으로 법적인 관점에서의 간호기록에 관한 지식수준을 파악하여 간호교육 과정 개발 시 간호기록 작성방법에 대한 지식을 향상시킬 수 있는 교육 체제 마련을 위한 기초자료를 제시하였다는 점에서 의의가 있다.

본 연구 대상자들의 과반수이상인 60%가 간호기록 교육경험이 있다고 하였고 경험이 있는 학생 대다수는 1학년과 2학년에 각각 42.2%, 26.7%로 실습 나가기 전에 이루어졌다. 반면 임상실습 후에 해당하는 3학년(2014년)은 17.2%, 4학년(2015년)은 13.9%로 교육경험이 상대적으로 낮았다. 간호학은 이론과 실기를 바탕으로 근거기반 학습을 이루어야 하기 때문에 예비 간호사가 될 졸업 예정자를 대상으로 실습 전 학습 뿐 아니라 실습 후 반복 학습을 통하여 간호기록에 대한 역량을 강화시킬 필요가 있다고 사료된다. 또한 간호기록에 관한 교육은 대부분 강의나 교재를 통해 이루어졌고 임상에서의 수행 자신감은 '잘할 수 있다

(23.1%)' 보다 '보통(43.4%)'과 '잘 못할 것 같다(33.5%)'가 더 많이 나타났다. 즉 간호대학생들의 간호기록에 관한 교육은 대부분 실습을 통한 실무 중심교육이 아닌 주입식 이론강의로 이루어지고 있었고 그 결과 임상에서의 수행 자신감이 상대적으로 낮게 나타남을 알 수 있었다. 현재 간호대학생들은 대상자의 권리와 안전에 대한 요구 상승, 임상실습장소 부족 현상 등 여러 이유로 실제적인 간호 관련 수행 실습을 적절하게 하지 못하면서 관찰 위주의 임상실습이 이루어지고 있다[23,24]. 그 결과 신규간호사는 학교 교육과 실제 업무의 차이에서 오는 현실충격으로 인해 많은 어려움을 경험하고 있다[24]. 이러한 관찰위주의 임상실습에서 간호기록 역시 간호대학생이 쉽게 접할 수 없는 영역이며 그 결과 졸업 후 임상에서 더 큰 두려움과 혼란을 경험할 수 있기 때문에 간호교육과정에서부터 간호기록과 관련된 체계적이며 다양한 교수법이 개발 및 적용되어야 할 필요가 있다.

간호대학생들의 간호기록 작성에 대한 지식정도 조사 결과 법적인 관점에서의 지식수준은 평균 100점 만점에 44.15점(정답율 77.3%)이었다. 최근까지 국내에서 간호대학생을 대상으로 간호기록 작성 지식수준을 측정된 선행연구는 찾아보기 힘들어 본 연구 결과를 선행연구와 직접적으로 비교하는데 제한이 있다. 임상 경력의 차이가 있기는 하지만 같은 도구를 이용하여 측정된 병원간호사 대상의 법적 측면에서의 간호기록 지식수준은 Kim과 Park [15]의 연구에서 56.25점(86.5%), Kim & Lee [5]의 연구에서

55.09점(84.8%), Lee, Yoon과 Kwon [8]의 연구에서는 47.2점(72.6%)으로 간호대학생보다 크게 높지 않았다. 병원간호사 역시 대부분 병원에서 신규 오리엔테이션 기간에 간호기록에 대한 교육이 이루어졌고 간호기록 관련 교육내용 역시 대부분 병원 자체의 간호기록 양식에 따른 작성방법에 대한 교육이 시행되었다. 또한 병원간호사 대상의 선행연구에서 대부분의 간호교육 담당자들이 법에 대해 아는 게 없어서 법적인 관점의 간호기록 작성방법에 대한 교육을 시행하지 못한 것을 가장 큰 원인으로 설명하였다[7]. 법적 관점에서의 간호기록에 대한 지식수준은 임상 실무경력만으로는 향상되지 않고 보다 전문적이고 반복적인 교육을 통해서만 지식이 향상되므로[8] 대학교육과정에서부터 전문성을 갖춘 체계적인 교육을 통해 간호기록 지식을 향상시킬 수 있도록 적극적인 교육과정의 변화가 필요하다.

본 연구 대상자들의 법적 관점의 간호기록 작성 지식수준에서 90% 이상의 높은 정답율을 나타낸 11문항 중 가장 높은 점수가 나타난 문항은 “중이 간호기록을 수정 시 찢어버리고 다시 작성하여 끼운다(94.1%)”와 “업무의 효율성을 위해 투약이나 처치 수행 전에 기록지에 미리 서명을 한다(93.8%)”였다. 점수가 상대적으로 높은 항목은 간호기록과 관련하여 이론 교과목에서 법적인 측면과 함께 강조되고 있을 뿐 아니라 실습시간에 충분한 실습이 이루어지고 있는 항목이었다. 여기서 새롭게 주목해야 할 점은 국내 전자간호기록 도입 10년을 넘어 의료기관 수용률이 70~80%를 넘어가고 있는 현 시점에서[17] 새로운 간호기록과 관련된 교육 프로그램 개발이 필요하다는 사실이다. 왜냐하면 현재 학생들이 임상에서 실습 할 때 대상자 개인정보 보호를 위해 간호기록과 관련하여 대부분 단순한 관찰만 가능하기 때문이다. 이렇게 관찰 위주의 교육과정을 이수한 학생들이 졸업 후 간호사가 되어 전자간호기록과 관련된 교육의 부족함으로 인해 업무 부담이 더 가중화되고 있다고 호소하였다[26]. 따라서 전자간호기록과 관련된 교육이 간호대학에서부터 이루어져야 할 필요성이 있다고 사료되며 간호교육과정에서 전자간호기록과 관련된 교육프로그램 개발 또는 이와 관련된 시뮬레이션 프로그램 개발이 시급하다.

본 연구 대상자들의 법적 관점에서의 간호기록 작성 지식수준에서 문항별로 평균 정답율인 77.3%보다 낮은 항목은 전체 65개 항목 중 13개 문항으로 주로 상세성, 관련성, 사건발생 암시, 의료과실의 은폐나 과장과 관련된 문항들이었다. 간호대학생을 대상으로 간호기록 지식수준을 측정할 선행연구가 없어 비교적 제한적이기는 하지만 간호사를 대상으로 실시한 선행연구에서 낮은 점수를 보인 문항과 거의 비슷하다[8,9]. 특히 57번 문항 ‘사건보고서를 작성하였다’는 사실을 간호기록에 기록한다(25.2%)와

65번 ‘의료 과실 발생 시 사건 보고서에 기록한 내용과 똑같이 간호기록지에 기술한다(29.3%)’는 간호사를 대상으로 실시한 연구에서도 점수가 모두 낮게 측정되었다[11,12]. 따라서 간호기록에 대한 교육 내용에서 단순히 전반적인 간호행위만을 기록하는 것에 중점을 두는 것이 아니라 예측이 불가능한 임상현장에서 본인이 의도하지 않은 결과가 초래되었을 때를 대비해 본인을 보호할 수 있는 법적인 측면에서의 분명하고 정확하며 완전한 기록방법에 대한 전문적, 체계적인 교육이 함께 이루어져야 한다.

최근 간호사의 역할이 확장되면서 독립적인 판단을 통한 개인적 책임도 더욱 강조되고 있다[5, 6]. 이러한 시점에서 올바른 판단을 할 수 있는 근거중심의 비판적 사고능력을 겸비한 간호사를 배출하여 자신의 판단과 행동에 책임을 질 뿐 아니라 혹시 발생할지 모르는 위해 또는 손상이 발생할 경우 민사 형사상의 책임에 대한 예방 교육 역시 필히 이루어져야 한다[22]. 그 중 간호기록은 의료소송에서 과실여부를 논할 때 간호사가 적절한 업무 수행을 했는지의 여부를 객관적으로 입증하는 중요한 자료로 스스로를 보호할 수 있기 때문에 더욱 중요하다[5,6]. 그러나 병원간호사 대상의 선행연구와 간호대학생을 대상으로 한 본 연구 결과에서 현재까지 법적인 관점에서의 간호기록에 대한 지식이 나 체계적인 교육이 부족하여 무엇을 어떻게 작성해야 하는지 잘 모르고 있기 때문에 간호업무의 효율성을 높이고 의료소송에 대한 위험 부담에서 자신을 보호할 수 있도록 체계적이고 구체적인 간호기록 작성방법에 대한 교육이 대학교육 과정에서부터 우선적으로 고려되어야 할 것이다.

본 연구에서 간호기록 작성 지식에 영향을 미치는 일반적 특성은 간호기록 교육 경험과 간호기록 교육의 필요성이며 Lee, Yoon과 Kwon [8]의 연구결과와 일치한다. 한 개인 지식의 변화는 근본적으로 교육현장에서 이루어지는 자극반응선이며 이를 위해서는 무엇보다 올바른 교육 경험이 필요하다[27,28]. 즉 간호교육현장에서 이루어진 간호기록 교육 경험 유무는 간호대학생의 간호기록 지식 정도에 긍정적인 영향을 미친다. 현재의 간호교육 과정은 간호전문직에 대한 긍정적 자아개념 뿐 아니라 다양한 간호 상황에서 올바르게 판단하고 이에 맞는 능력을 갖춘 간호사를 배출해야 하는 공동의 과제를 안고 있다[29]. 따라서 최근 이루어지고 있는 관찰 위주의 임상실습 교육으로 인해 단순한 영향력 정도로 끝나는 것이 아니라 지식을 실무 현장에 연계하여 능숙하게 대처할 수 있는 능력을 갖추 수 있도록 이론과 실습이 연계되어 체계적이며 전문적인 교육과정 개선이 필요하다. 간호기록에 대한 교육이 필요하다고 응답한 대상자의 지식 점수가 더 높게 나타난 것은 간호사를 대상으로 실시한 선행 연구결과와 일치한다[15]. Jung과 Seo [30]의 연구에서 교육 대상자들이

먼저 중요성을 인식하고 교육프로그램에 참여하였을 때 지식정도가 유의하게 증가한다는 결과와도 일치한다. 따라서 추후 간호대학생을 대상으로 실시하는 간호기록 작성방법 교육을 실시할 때 법적인 관점에서의 간호기록의 필요성과 중요성에 대한 교육을 먼저 실시하여 스스로 중요성을 지각하게 한 후 교육을 제공해야 할 것으로 사료된다.

결론

본 연구는 간호대학생의 법적인 관점에서의 간호기록에 대한 지식수준을 측정하고 향후 간호기록에 대한 교육 방향을 새롭게 제시하기 위하여 시도되었다. 연구결과 간호기록 지식에 영향을 미치는 요소는 간호기록 교육경험과 간호기록 교육의 필요성이었으며 법적 관점의 간호기록 지식수준은 100점 만점에 평균 44.15점(77.3%)로 낮은 점수를 나타내어 무엇보다 체계적인 교육의 필요성이 제시되었다.

그러나 본 연구의 결과는 몇 가지 제한점을 가진다. 첫째, 본 연구는 지방 소재 대학을 중심으로 이루어져 서울이나 수도권 대학과 지역적 특성이나 교육과정이 다를 수 있으므로 연구결과를 일반화하는데 한계가 있다. 둘째, 본 연구 대상자는 간호관리학 수업과 실습을 마친 4학년 학생으로 제한되어 있다. 간호학은 이론과 실기를 바탕으로 이루어진 근거기반 중심의 학문이기 때문에 간호관리학 교과목 이수 여부와 임상실습 유무에 따라 연구결과가 다를 수 있어 연구결과를 일반화하는데 한계가 있다. 따라서 추후 간호관리학 과목 이수 전·후 또는 임상 실습 전·후로 대상자를 구별하여 각 차이를 파악한 후 예비간호사로서 필요한 역량을 위한 구체적인 필수 요소를 파악하는 연구가 필요하다. 또한 본 연구결과를 바탕으로 법적인 관점에서의 간호기록 지식에 영향을 미칠 수 있는 다양한 요인 연구 및 적용으로 간호기록 작성방법에 대한 지식을 강화시킬 수 있는 프로그램 개발 및 효과 검증을 위한 연구를 제언한다.

REFERENCES

1. Korea Medical Dispute Mediation and Arbitration Agency. Medical dispute mediation and arbitration. Statistical yearbook 2015 [Internet]. Seoul: Korea Medical Dispute Mediation and Arbitration Agency; 2015 [cited 2016 March 16]. Available from: <https://www.k-medi.or.kr/lay1/bbs/S1T27C96/A/25/list.do>
2. Beom KC. A study on the legal responsibility of nurse. The Korean Society of Law and Medicine. 2014;15(2):285-316.
3. Kim JH. A study on nurse's legal responsibilities in medical malpractice [master's thesis]. Seoul: Korea University;2008.pp.1-101.
4. Ferrell KG. Documentation, part 2: the best evidence of care. American Journal of Nursing. 2007;107(1):61-64. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000279271.41357.fa>
5. Kim EY, Lee YJ. Effects on knowledge and performance in clinical nursing of education on nursing recording focusing on legal aspects. Journal of Korean Academy of Nursing Administration. 2011;17(3):227-283.
6. Kim KR. A principle of trust among medial colleagues in medical activity. The Korean Nurse. 2003;42(1):46-47.
7. Kim YM. Development and evaluation of an educational program on legal issue-focused nursing records. Journal of Korean Clinical Nursing Research. 2013;19(3):369-382.
8. Lee SM, Yoon SY, Kwon SR. A study on the knowledge level of nursing documentation among nurse officers in military hospitals: focusing on the legal aspects. Journal of Military Nursing Research. 2013;31(2):118-128.
9. Blake-Mowatt C, Lindo JL, Bennett J. Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital. International Council of Nurses, 2011;60(3):328-334. <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12040>
10. Korea Ministry of Government Legislation. Medical Law im 2017[Internet]. Seoul:Korea Ministry of Government Legislation:2017[cited 2017 November 04].Available from: <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&p1=&subMenu=1&nwYn=1§ion=&tabNo=&query=%EC%9D%98%EB%A3%8C%EB%B2%95#undefined>.
11. Kim DY, Park MH. Intermediate evaluation after the introduction of electronic nursing record system in a general hospital. Journal of Korean Clinical Nursing Research. 2010;16(3):133-144.
12. Cho EA, Kim MS, Kim KH. Recognition and satisfaction of the electronic medical record (EMR) among nurses of a local hospital. Health & Nursing. 2009;21(2):1-11.
13. Ajami S, Arab-Chadegani R. Barriers to implement electronic health records (EHRs). Materia Socio Medica. 2013;25(3):213-215. <http://dx.doi.org/10.5455/msm.2013.25.213-215>
14. Grabenbauer L, Skinner A, Windle J. Electronic health record adoption-maybe it's not about the money; physician super-users, electronic health records and patient care. Applied Clinical Informatics. 2011;2(4):460-471. <http://dx.doi.org/10.4338/ACI-2011-05-RA-0033>
15. Stevenson JE, Nilsson GC, Petersson GI, Johansson PE. Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: a literature review. Health Informatics Journal. 2010;16(1):63-72. <http://dx.doi.org/10.1177/1460458209345901>
16. Kim YM, Park SA. A nurse charting knowledge scale: focusing on legal aspects. Journal of Korean Clinical Nursing Research. 2007;13(2):27-38.
17. Choi I, Choi WJ, Choi WH, Kim MK. The adoptions and use of electronic nursing records in Korean hospital: findings of a nationwide survey. Journal of Korean Clinical Nursing Research. 2013;19(3):345-356.
18. Frank-Stomborg M, Christensen A, Do DE. Nurse documentation: not done or worse, done the wrong way-part II. Oncology Nurse Forum. 2001;28(5):841-846.
19. Kang JS, Kim SJ, Kim WJ. The autonomy, nursing performance based on the awareness and satisfaction of EMR system for nurses. Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society. 2015;

- 16(9):6061-6070. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.9.6061>
20. Shin HS. Nurse's core competenc recognition and training needs analysis [master's thesis]. Suwon: Ajou University;2010.pp.1-73
 21. Kim KK. Development of a Web-based diagnostic evaluation program for prevention of nurse malpractice liability. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2011;17(1):33-43.
 22. Park IS, Kim R. A study on the knowledge level of nursing documentation among nurse officers in military hospitals: focusing on the legal aspects. *Journal of Military Nursing Research*. 2013;7(4):105-117.
 23. Park JS, Choi MJ, Jang SY. The effects of preclinical clinical performance examination on nursing students' confidence in nursing skills and critical thinking competence. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2015;21(1):75-85. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2015.21.1.75>
 24. Hur HK, Park SM, Shin YH, Lim YM, Kim GY, Kim KK, et al. Development and applicability evaluation of an emergent care management simulation practicum for nursing students. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2013;19(2):228-240. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2013.19.2.228>
 25. Kramer M, Brewer BB, Maguire P. Impact of healthy work environments on new graduate nurses environmental reality shock. *Western Journal of Nursing Research*. 2011;35(3):348-383. <http://dx.doi.org/10.1177/0193945911403939>.
 26. Choi IS, Choi WJ, Choi WH, Hyun MS, Park YO, Lee YN, et al. Identifying usability level and factors affecting electronic nursing record systems: a multi-institutional time-motion approach. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2015;45(4):523-532. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2015.45.4.523>
 27. Whisenant DP, Woodring B. Improving attitudes and knowledge toward organ donation among nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2012;9(1):1-15. <http://dx.doi.org/10.1515/1548-923X.2404>
 28. Kurz JM Impact of organ donation education on US undergraduate nursing students. *Progress in Transplantation*. 2014;24(2):211-217. <http://dx.doi.org/10.7182/pit2014624>.
 29. Shin KA, Cho BH. Professional self-concept, critical thinking disposition and clinical competence in nursing students. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2012;19(1):46-56.
 30. Jung EY, Seo JH. The effect of brain death organ donation education program on nursing students' knowledge, attitude, and behavioral intention. *The Journal of Humanities and Social Science*. 2016;7(1):209-226. <http://dx.doi.org/10.22143/HSS21.7.1.11>