



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

碩士學位論文

일 지역 병원간호사의
안전간호활동과 간호기록 수행도

濟州大學校 大學院

看護學科

姜行宣

2017年 2月

일 지역 병원간호사의
안전간호활동과 간호기록 수행도

指導教授 宋 孝 貞

姜 行 宣

이 論文을 看護學 碩士學位 論文으로 提出함

2016年 12月

姜行宣의 看護學 碩士學位 論文을 確認함

審査委員長 김 정 희 (인)

委 員 현 미 열 (인)

委 員 송 효 정 (인)

濟州大學校 大學院

2016年 12月

Safety Care Activity and
Nursing Documentation of Nurses in Hospitals

Haeng-Seon Kang

(Supervised by professor Hyo Jeong Song)

A thesis submitted in partial fulfillment of the requirement for
the degree of Master of Nursing

2016. 12.

This thesis has been examined and approved.

.....
Thesis director, Jeong-Hee Kim, Prof. of Nursing
.....
.....
.....

Department of Nursing
GRADUATE SCHOOL
JEJU NATIONAL UNIVERSITY

목 차

I. 서론

1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	4
3. 용어의 정의	4

II. 연구 방법

1. 연구 설계	6
2. 연구 대상	6
3. 연구 도구	7
4. 자료수집 및 분석방법	8

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성, 직무 환경적 특성과 간호기록 관련 특성	10
2. 안전간호활동	14
1) 안전간호활동과 하위영역별 점수	14
2) 대상자의 일반적 특성 및 직무관련 특성에 따른 안전간호활동 차이	15
3. 간호기록 수행도	17
1) 간호기록 수행도와 하위영역별 점수	17
2) 대상자의 일반적 특성 및 직무관련 특성에 따른 간호기록 수행도 차이	18
3) 대상자의 간호기록 관련 특성에 따른 간호기록 수행도 차이	20

IV. 논의	22
--------------	----

V. 결론 및 제언	28
------------------	----

참고문헌	30
------------	----

부록	35
----------	----

Abstract	48
----------------	----

표 목차

Table 1. General and Job-related Characteristics of Subjects	12
Table 2. Characteristics of Nursing Documentation	13
Table 3. Level of Safety Care Activity	14
Table 4. Differences of Safety Care Activity by General and Job-related Characteristics	16
Table 5. Level of Nursing Documentation.....	17
Table 6. Differences of Nursing Documentation by General and Job-related Characteristics.....	19
Table 7. Differences of Nursing Documentation by Characteristics of Nursing Documentation.....	21

I. 서론

1. 연구의 필요성

환자안전은 병원에서 일어나는 모든 의료와 관련된 불필요한 위해에 대해 위험의 허용을 최소한으로 낮추는 것으로(World Health Organization; WHO, 2009), 환자안전을 위해 환자에게 발생할 수 있는 모든 위해에 대해 미리 예방하거나 감소시키기 위한 방안이 필요하다(정준, 서영준과 남은우, 2006).

우리나라에서는 2004년부터 의료기관 평가를 시작으로 2011년에는 의료기관평가인증 제도로 전환되어 의료의 질 향상과 환자안전을 더욱 강조하고 있으며, 2014년에는 의료기관인증평가에 필수 조사항목이 확대되면서 질 향상 운영체계, 화재안전, 환자안전 보고체계 운영 등이 추가되었다(김재영과 황은애, 2014; 의료기관평가인증원, 2014). 또한 2016년 7월에는 환자안전사고에 대한 국가 차원의 체계적 관리시스템 구축을 목적으로 환자안전법이 시행되면서 체계적인 환자안전 활동이 이루어지고 있다(보건복지부, 2016).

안전간호활동은 환자 안전을 위한 병원 내 모든 간호활동으로 간호 중에 발생하거나 혹은 발생 가능한 문제를 찾아내어 개선하고 예방하는 체계적인 활동을 말한다(이금옥, 2009). 안전간호활동에는 낙상예방간호, 투약간호, 욕창간호, 환자 확인 등이 해당되며 병원에서는 보다 나은 안전간호활동을 위해 항목별 지침서 마련, 간호사 교육, 철저한 환자확인, 원활한 의료진 간 의사소통 등을 개선해 나가고 있다(최정화, 이경미와 이미애, 2010). 이러한 노력에도 불구하고 병원에서는 의료인간 의사소통의 부족, 간호사의 과중한 업무로 인한 안전간호 절차의 생략, 중증환자의 증가 및 취약성 등은 환자의 안전에 여전히 위험요소로 작용하고 있다(손유림, 2016).

종합병원과 중소종합병원의 간호사를 대상으로 한 선행연구에서 병원간호사의 안전간호활동 수준은 전반적으로 보통으로 수행하고 있는 것으로 나타났으며(남문희와 임지혜, 2013; 문숙, 2016; 신은화, 2014), 영역별 안전간호활동에서는 중

합병원 간호사를 대상으로 한 박윤희(2013)의 연구에서 낙상예방에서 높게 수행하는 반면 투약간호에서 낮게 수행하고 있는 것으로 나타났으며, 중소병원을 대상으로 한 남문희와 임지혜(2013)의 연구에서 수혈간호는 높게 수행하고, 욕창간호는 낮게 수행하는 것으로 나타났다. 대학병원 간호사를 대상으로 한 이선주(2014)의 연구에서는 수혈간호에서 높은 수행을 보인 반면 의사소통에서 낮게 수행하는 것으로 나타나 병원마다 간호사의 영역별 안전간호활동은 수준은 다양한 것으로 나타났다.

병원 안전간호활동에서 간호사의 역할은 매우 중요하다. 간호사의 업무는 환자 안전과 밀접한 관련이 있으며(박소정, 강지연과 이영옥, 2012) 실제 환자와 관련된 업무 수행 시 안전수칙을 준수하지 않을 경우 환자의 건강과 생명에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 만큼 병원간호사의 안전간호활동을 향상시킬 수 있는 방안이 필요하다.

간호기록은 간호대상자에 대한 사정, 간호진단, 중재, 결과에 이르는 일련의 간호과정을 기록한 것(황지인, 2011)으로 의료법상 간호기록부에는 체온, 맥박, 혈압, 투약, 섭취 및 배설 처치와 간호에 관한 사항을 기재하도록 되어 있다(보건복지부, 2013). 간호기록은 환자의 상태 변화, 환자 요구 변화 등을 가장 잘 알 수 있는 유용한 도구로 환자의 상태를 평가하고 간호활동에 대한 법적 증거자료가 된다는 점에서 매우 중요하게 인식되고 있다(김명자, 2010). 2004년부터 시작된 의료기관 평가에서도 간호기록과 관련된 항목이 개설되어 간호기록의 중요성을 시사하고 있다(구경희, 2011).

구경희(2011)는 간호기록이 중요함에도 불구하고 간호기록과 관련된 교육은 병원 신입오리엔테이션 및 선임 간호사로부터 교육되어 체계적인 교육이 이루어지지 않고 있으며, 강영미 등(2008)은 동일한 간호문제에 대해서 간호단위 또는 간호사마다 서로 다른 진단을 사용하고 있으며 서술하는 어휘 또한 다양하여 의료인 간 환자에 대한 정확한 정보제공과 의료진간 의사소통이 효과적으로 이루어지지 않고 있다고 하였다. 또한 많은 간호사들이 간호계획 시 확인된 문제들과 수행된 간호활동을 기록으로 남기지 않는다고 하였다(Densilen et al., 2016). 이러한 간호기록의 장애요인에 대해 강영미(2006), 구경희(2011), Jane (2014)은 인력부족으로 인한 과도한 업무량, 간호를 수행한 행위자와 간호기록자가 이분화

되어 있는 근무특성 등으로 인하여 기록을 제대로 할 수 있는 시간을 확보하기가 쉽지 않다고 하였다

간호기록이 정확히 수행되지 않는다면 의료진간 의사소통의 실패로 부정적인 환자결과로 이어질 뿐만 아니라 상황에 합당한 의사결정을 내리는 것을 방해하는 요인으로 작용하여 환자 안전에 영향을 미칠 수 있다(강영미, 2006; Dinah et al., 2013; Niklas et al., 2014; Scott et al., 2006). 병원에서 간호사는 환자와 가장 가까운 거리에서 환자를 돌보는 의료인으로서 환자의 상태나 환자에게 수행하는 모든 간호활동을 자세하고 정확하게 기록으로 남겨야 한다(유현정, 2007).

국내의 간호기록에 대한 연구는 ICNP(International Classification for Nursing Practice)를 적용한 간호기록 분석(류선희, 2004; 강영미, 2006), 간호과정에 따른 간호기록 분석(김명자, 2010), 전자간호기록의 내용 분석(한주영, 2012; 조인숙 등, 2015)한 연구들이 대부분이다. 최근 일부의 연구에서 안전간호활동에 기록을 포함시켰고, 한미영(2015)의 연구에서 의사소통에 대한 기록과 수혈과 통증에 대한 기록(이선주, 2016) 항목이 추가되어 간호활동에 대한 간호기록의 수행 또한 안전간호활동으로 포함시키고 있다.

간호기록은 간호사가 직접 수행한 간호활동에 대한 자료라는 점에서 중요한 자료원(황지인, 2011)으로 안전간호활동에서 각 활동에 대한 상세한 기록은 간호의 지속성을 유지해 주며 간호사의 간호활동을 제 시간에 정확하게 수행하였는지를 나타내는 주요한 지표가 된다.

따라서 본 연구는 병원간호사들을 대상으로 환자에게 제공한 간호활동이 간호기록으로 반영되는지를 규명하고자 하였으며 안전간호활동과 간호기록 수행 수준을 알아보고 실제적으로 간호기록과 차이가 발생하는 간호활동을 파악하여 간호사의 간호기록 수행도를 향상시키기 위한 정책의 개발과 교육 마련을 위한 기초자료로 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 간호사의 안전간호활동과 간호기록 수행도를 파악한다.

둘째, 간호사의 일반적 특성과 직무관련 특성에 따른 안전간호활동과 간호기록 수행도를 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 안전간호활동

- 이론적 정의: 안전간호활동은 병원 내에서 발생하거나 가능성이 있는 위험을 감소, 제거, 예방하는 체계적인 활동을 말한다(김정자 등, 2006).
- 조작적 정의: 본 연구의 안전간호활동은 의료기관평가인증원(2010)에서 개발한 병원인증평가 항목과 국제의료기관평가위원회(Joint Commission International [JCI])의 의료기관인증표준인 국제환자안전목표(International Patient Safety Goal) 6개 영역을 근거로 조윤주(2012)가 개발하고 장희은(2013)이 수정·보완한 안전간호활동 도구와 의료기관인증지침서(2014)에서 입원환자 간호사정(1문항)을 추가하여 사용한 도구로 측정된 점수이다.

2) 간호기록 수행도

- 이론적 정의: 간호기록은 간호활동 과정에서 발생한 여러 가지 정보를 기록

한 것으로 환자상태에 대한 각종 사정 내용, 환자의 실제적이고 잠재적인 건강문제, 간호사가 제공한 간호와 그 간호에 대한 환자의 반응, 간호 결과 내용 등으로 구성된다(명희재, 2003) 수행도의 사전적 의미는 생각하거나 계획한 대로 일을 해냄을 의미한다(표준 국어대사전, 2015).

- 조작적 정의: 본 연구의 간호기록 수행도는 의료기관평가지침서(2007)의 간호기록 관련 항목을 김영미(2008)가 개발한 간호기록 수행 도구와 의료기관인증지침서(2014)에서 수술/시술 전·후 환자확인 기록, 의사소통 기록, 감염관리 기록 문항을 추가하여 사용한 도구로 측정한 점수이다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 병원간호사의 안전간호활동과 간호기록 수행도를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

1) 연구대상자

본 연구의 대상자는 J 지역에 소재하는 300병상 미만의 병원 4곳과 300병상 이상의 병원 2곳에서 근무하는 간호사 중 본 연구에 참여하기로 동의하고 6개월 이상 근무경력이 있는 간호사로 간호기록 형식과 내용이 유사한 내과계 병동, 외과계 병동, 중환자실에서 근무하는 간호사를 대상으로 임의 표출하였다. 인공신장실, 수술실, 분만실, 응급실, 산부인과, 소아과와 같은 특수부서는 본 연구대상에서 제외하였다.

2) 연구 대상자 수

본 연구를 위해 G* power 3.1.9 program (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2009)을 이용하여 산출하였다. 중간정도의 효과크기 .15, 유의수준(α) .05, 검정력($1-\beta$) .95, 하고 계산한 표본 크기는 최소 210명이었다. 간호사를 대상으로 한 선행연구(김영림, 2013)에서 응답률이 95%이었던 점과 탈락률을 고려하여 제주 지역 6개 종합병원 간호사 중 225명을 임의표출 하였고, 수집된 자료 중 설문지

작성이 불충분한 13부를 제외한 총 212부를 최종 분석에 사용 하였다.

3. 연구도구

본 연구에서는 구조화된 자가 보고형 설문지를 사용하였고, 일반적 특성, 직무관련 특성, 간호기록관련 특성, 안전간호활동, 간호기록 수행도의 총 94문항으로 구성되어 있다.

1) 일반적 특성, 직무관련 특성 및 간호기록관련 특성

일반적 특성은 연령, 결혼여부, 학력으로 구성되어 있고, 직무관련특성은 근무경력, 현부서 근무기간, 병상 수, 일주일 평균 근무시간, 근무부서, 근무형태, 간호전달체계 방법, 간호기록 장애요인으로 구성되어 있다. 간호기록관련 특성은 지난 1년간 간호기록 교육 유·무, 간호기록 교육 유형, 병원 내 간호기록 규정/지침 유·무, 간호부 위원회의 간호기록 모니터링 시행 유·무, 간호단위 별 위원회의 간호기록 모니터링 시행 유·무를 알아보는 것으로 총 16문항으로 구성되어 있다.

2) 안전간호활동

안전간호활동은 의료기관평가인증원(2010)에서 개발한 병원 인증평가 항목과 국제의료기관평가위원회(JCI)의 의료기관 인증표준인 국제 환자 안전 목표(International Patient Safety Goal) 6개 영역을 근거로 조윤주(2012)가 개발한 도구를 장희은(2013)이 수정·보완한 안전간호활동 도구를 이용하여 측정하였다. 안전간호활동은 투약(9문항), 수혈(9문항), 이송 시 환자간호(8문항), 감염(13문항), 환자확인(5문항), 의사소통(4문항), 통증(2문항), 욕창(2문항), 낙상(2문항)과 의료기관인증지침서(2014)에서 입원환자 간호사정(1문항)을 추가하여 10개의 하위영역과 총 54문항으로 구성되었다. 각 항목별 점수는“전혀 그렇지

않다” 1점에서부터 “매우 그렇다“ 5점까지의 5점 Likert 척도로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 안전간호활동 정도가 높음을 의미한다. 장희은(2013)의 연구에서 Cronbach’s $\alpha = .97$ 이었으며, 본 연구의 Cronbach’s $\alpha = .96$ 이었다.

3) 간호기록 수행도

간호기록 수행도는 의료기관평가지침서(2007)의 간호기록 관련 항목을 김영미(2008)가 개발한 도구와 의료기관인증지침서(2014)의 기록 관련 문항을 추가한 간호기록수행 도구를 이용하여 측정하였다. 간호기록 관련 항목은 초기입원 환자 간호사정(2문항), 낙상예방(1문항), 통증 사정(1문항), 욕창사정(1문항), 수혈 간호(1문항), 투약간호(1문항), 간호중재(3문항), 간호과정(5문항), 퇴원간호계획(1문항), 표준화된 용어(4문항) 총 20문항과 의료기관인증지침서(2014)의 기록에 대한 4문항, 수술/시술 전·후 환자 확인(1문항), 의사소통(1문항), 감염관리(2문항) 등을 추가하여 총 24문항으로 구성되어 있다.

각 항목별 점수는 “항상 그렇지 않다 ”1점에서부터 “항상 그렇다“ 5점까지의 Likert 척도로 점수가 높을수록 간호기록 수행도가 높음을 의미한다. 김영미(2008)의 연구에서 Cronbach’s $\alpha = .73$ 이었으며, 본 연구의 Cronbach’s $\alpha = .96$ 이었다.

4. 자료수집 및 분석방법

1) 예비조사

도구의 신뢰도 및 타당도 확보 등을 위해 간호사 10명에게 예비조사를 시행하였다. 예비조사 결과를 토대로 문항들을 더 이해하기 쉽고 명확한 문장으로 수정·보완하였다.

2) 자료수집 절차

본 연구에서 자료를 수집하기 전에 연구자가 속한 대학의 연구윤리위원회 심사를 거쳐 승인을 받았다. 자료 수집은 구조화된 설문지를 이용하여 2015년 11월 4일부터 11월 18일 사이에 이루어졌다. 설문지를 배포하기 전 본 연구자가 직접 해당 병원의 간호부를 방문하여 간호부서장에게 연구의 목적, 필요성 및 내용 등에 관하여 설명하고 간호부서의 협조를 구하였다. 각 병원의 내과계 병동, 외과계 병동, 중환자실에 연구 참여 동의서가 포함된 구조화된 설문지를 배포하고 설문지는 작성이 끝남과 동시에 밀봉 가능한 개별봉투에 넣어 타인이 열어 볼 수 없게 부착하여 간호부를 통해 수거하였다. 설문지 작성에 소요되는 시간은 약 20분 정도이었다.

3) 자료 분석 방법

수집된 자료는 SAS WIN 9.2 program 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

첫째, 대상자의 일반적 특성, 직무관련 특성, 안전간호활동, 간호기록 수행도는 실수, 평균과 표준편차로 산출하였다.

둘째, 대상자의 일반적 특성과 직무관련 특성에 따른 안전간호활동과 간호기록 수행도는 t-test와 ANOVA로 분석하였고, ANOVA 후 집단 간의 차이는 Duncan test로 분석하였다.

4) 연구의 윤리적 고려

본 연구를 시작하기 전에 연구자가 속한 대학의 연구윤리위원회의 심의를 거쳐 승인(No. JJNU IRB-2015-030)을 받았다. 자료 수집을 위해 설문지 작성 전 연구 참여에 대한 동의를 구하였다. 연구 참여 동의서는 연구의 참여가 자발적으로 이루어졌으며, 연구 대상자가 원하지 않을 경우 언제라도 철회가 가능함을 설명한 후 설문지는 본 연구의 목적으로만 사용하였으며, 대상자의 익명성을 보장한다는 내용으로 구성되어 있다. 수집된 자료는 연구 이외의 목적으로 사용하지 않을 것을 약속하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성, 직무관련 특성과 간호기록관련 특성

본 연구 대상자의 평균 연령은 28.4세(± 5.82)로 25~29세가 80명(37.7%)으로 가장 많았으며, 25세 미만이 63명(29.7%), 30~34세가 39명(18.4%), 35세 이상이 30명(14.2%)의 순이었다. 결혼 상태는 미혼이 157명(74.1%)이었고, 학력은 대졸 이상이 114명(53.8%)으로 나타났다.

본 연구 대상자의 근무경력은 평균 6.5년(± 5.69)으로 5년 미만이 108명(50.9%)으로 가장 많았으며, 현부서 근무경력은 평균 3.4년(± 0.56)으로 2년 미만이 105명(49.5%)으로 가장 많았다. 근무하는 병원의 운영 병상 수는 300병상 이상이 125명(59%)으로 나타났으며, 주 평균 근무시간은 45.6시간(± 6.72)으로 주당 40시간 근무시간이 86명(40.6%)으로 가장 많았다. 근무부서는 외과병동이 91명(42.9%), 내과병동이 73명(34.4%), 중환자실이 48명(22.7%)의 순이었다. 근무부서의 간호전달체계는 기능적 분담 방법 108명(50.9%), 팀 간호방법 82명(38.7%), 팀 간호방법 및 기능적 분담 방법 병용은 22명(10.4%)의 순이었다(Table 1).

본 연구에서 지난 1년 동안 간호기록 교육경험이 있는 대상자는 157명(74.1%), 교육 경험이 없는 대상자는 55명(25.9%)이었다. 간호기록 교육 유형에서는 직무교육 시 교육을 받은 대상자는 101명(47.6%), 신규간호사 시 예비교육을 받은 대상자는 92명(43.4%), 직무교육 및 신규간호사 시에 예비교육을 받은 대상자는 19명(9.0%)의 순으로 나타났다. 근무병원내 간호기록에 대한 규정/지침 유·무에 대해서는 183명(86.3%)이 있다고 하였고, 간호부 위원회의 간호기록 모니터링 시행 유·무에서 시행한다고 답한 대상자는 148명(69.8%), 간호단위별 위원회의 간호기록 모니터링 시행 유·무에서 시행한다고 답한 대상자는 135명(63.7%)이었다. 간호기록의 장애요인에 대한 복수 응답으로 인력부족 164명(77.4%), 과도한 업무 125명(58.9%), 컴퓨터의 부족 95명(44.8%), 환자를 모니터하고 포착할 수 있

는 능력부족 33명(15.6%), 간호기록의 형식 32명(15.1%), 간호전달체계 24명(11.3%)의 순으로 나타났다(Table 2).

Table 1. General and Job-related Characteristics of Subjects

			(N=212)
Variables	Categories	N (%)	M ± SD
Age(yr)	<25	63 (29.7)	28.4 ± 5.82
	25~29	80 (37.7)	
	30~34	39 (18.4)	
	≥35	30 (14.2)	
Marital status	Unmarried	157 (74.1)	
	Married	55 (25.9)	
Educational background	Diploma	98 (46.2)	
	≥Bachelor	114 (53.8)	
Years of employment in present hospital (yr)	<5	108 (50.9)	6.5 ± 5.69
	5~9	54 (25.5)	
	10~14	30 (14.2)	
	≥15	20 (9.4)	
Duration of employment in present unit (yr)	<2	105 (49.5)	3.4 ± 0.56
	2~<5	59 (27.8)	
	≥5	48 (22.7)	
Number of beds in hospital	<300	87 (41.0)	
	≥300	125 (59.0)	
Working hours per week	40	86 (40.6)	45.6 ± 6.72
	41~49	51 (24.1)	
	≥50	75 (35.3)	
Working unit	Medical unit	73 (34.4)	
	Surgical unit	91 (42.9)	
	Intensive care unit	48 (22.7)	
Shift work	None shift	16 (7.6)	
	Three shift	196 (92.4)	
Nursing care delivery system	Functional method	108 (50.9)	
	Team nursing method	82 (38.7)	
	Functional + team nursing method	22 (10.4)	

Table 2. Characteristics of Nursing Documentation

(N=212)

Variables	Categories	N (%)	M ± SD
Number of nursing documentation education (times) during the last year	Yes	157(74.1)	
	No	55 (25.9)	
Type of nursing documentation education	New nurse education	92 (43.4)	
	On-the-job education	101 (47.6)	
	New nurse + on-the-job education	19 (9.0)	
Nursing documentation guidelines	Yes	183 (86.3)	
	No	29 (13.7)	
Monitoring committee in the nursing division	Yes	148 (69.8)	
	No	64 (30.2)	
Monitoring committee in the unit	Yes	135 (63.7)	
	No	77 (36.3)	
Obstacles in nursing documentation	Lack of human resources	164 (77.4)	
	Excessive workloads	125 (58.9)	
	Lack of computer	95 (44.8)	
	Lack of ability	33 (15.6)	
	Form of nursing record	32 (15.1)	
	Nursing delivery system	24 (11.3)	

2. 안전간호활동

1) 안전간호활동과 하위영역별 점수

안전간호활동의 전체 평균값은 5점 만점에 4.22점(± 0.68)이었으며, 하위 영역별로는 수혈간호 4.41점(± 0.50), 환자이송간호 4.40점(± 1.02), 초기 입원 환자 간호사정 4.30점(± 0.80), 감염관리 4.29점(± 0.48), 환자확인 4.25점(± 0.80), 낙상예방 4.24점(± 0.72), 투약간호 4.20점(± 0.57), 욕창간호 4.20점(± 0.77), 통증간호 4.12점(± 1.11), 의사소통 3.80점(± 0.81)순으로 나타났다(Table 3).

Table 3. Level of Safety Care Activity

		(N=212)	
Variables	Domain	M \pm SD	Range
	Blood transfusion	4.41 \pm 0.50	
	Patient transfer	4.40 \pm 1.02	
	Initial inpatient nursing assessment	4.30 \pm 0.80	
	Infection	4.29 \pm 0.48	
	Identification of patient	4.25 \pm 0.80	
Safety care activity	Fall prevention	4.24 \pm 0.72	1-5
	Medication	4.20 \pm 0.57	
	Bed sore	4.20 \pm 0.77	
	Pain	4.12 \pm 1.11	
	Communication	3.80 \pm 0.81	
	Total	4.22 \pm 0.68	

2) 대상자의 일반적 특성 및 직무관련 특성에 따른 안전간호활동 차이

대상자의 일반적 특성 및 직무관련 특성에 따른 안전간호활동 차이를 분석한 결과 연령($F=4.38, p=.005$), 근무경력($F=5.38, p=.001$), 병상 수($F=8.05, p=.005$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 25세 미만의 대상자가 25~29세, 30~34세, 35세 이상의 대상자보다 안전간호활동을 낮게 하는 것으로 나타났다. 총 근무경력은 5년 미만의 대상자들이 5~9년, 10~14년, 15년 이상의 대상자에 비하여 안전간호활동이 낮았고, 병상 수에서는 300병상 미만의 병원의 대상자가 300병상 이상의 대상자 보다 안전간호활동을 낮게 하는 것으로 나타났다(Table 4).

Table 4. Differences of Safety Care Activity by General and Job-related Characteristics

(N=212)

Variables	Categories	M ± SD	F or t	p
Age(yr)	<25 ^a	4.08 ± 0.51	4.38	.005 a<b,c,d
	25 ~ 29 ^b	4.35 ± 0.48		
	30 ~ 34 ^c	4.28 ± 0.42		
	≥ 35 ^d	4.36 ± 0.45		
Marital status	Unmarried	4.26 ± 0.56	-0.10	.917
	Married	4.26 ± 0.43		
Educational background	Diploma	4.29 ± 0.48	0.92	.358
	≥ Bachelor	4.23 ± 0.49		
Years of employment in present hospital (yr)	<5 ^a	4.14 ± 0.48	5.38	.001 a<b,c,d
	5 ~ 9 ^b	4.44 ± 0.47		
	10 ~ 14 ^c	4.25 ± 0.46		
	≥ 15 ^d	4.36 ± 0.41		
Duration of employment in present unit (yr)	<2	4.22 ± 0.48	0.49	.614
	2 ~ <5	4.28 ± 0.47		
	≥ 5	4.29 ± 0.51		
Number of beds in hospital	<300	4.15 ± 0.46	8.05	.005
	≥ 300	4.34 ± 0.49		
Working hour per week	40	4.23 ± 0.53	0.75	.474
	41 ~ 49	4.33 ± 0.47		
	≥ 50	4.24 ± 0.45		
Working area	Medical ward	4.19 ± 0.47	1.30	.274
	Surgical ward	4.26 ± 0.49		
	Intensive care unit	4.33 ± 0.48		
Shift work	None shift	4.19 ± 0.48	-0.61	.542
	Three shift	4.26 ± 0.49		
Nursing care delivery system	Functional method	4.30 ± 0.52	2.86	.059
	Team nursing method	4.25 ± 0.44		
	Functional + team nursing method	4.03 ± 0.42		

3. 간호기록 수행도

1) 간호기록 수행도와 하위영역별 점수

간호기록 수행도의 전체 평균값은 5점 만점에 4.10점(± 0.72)이었으며, 하위 영역별로는 수혈간호기록 4.46점(± 0.63), 초기 입원환자 간호사정 4.36점(± 0.66), 환자확인기록 4.33점(± 0.68), 낙상예방기록 4.30점(± 0.72), 간호중재기록 4.29점(± 0.68), 투약기록 4.25점(± 0.69), 욕창간호기록 4.19점(± 0.76), 의사소통기록 4.17점(± 0.80), 퇴원환자기록 4.02점(± 0.83), 감염관리기록 4.00점(± 0.74), 통증간호기록 3.99점(± 0.80), 간호과정기록 3.99점(± 0.80), 표준화된 용어 사용 3.74점(± 0.71)순으로 나타났다(Table 5).

Table 5. Level of Nursing Documentation.

		(N=212)	
Variables	Domain	M \pm SD	Range
Nursing documentation	Blood transfusion	4.46 \pm 0.63	1~5
	Initial inpatient nursing assessment tool	4.36 \pm 0.66	
	Identification of patient	4.33 \pm 0.68	
	Fall assessment	4.30 \pm 0.72	
	Nursing intervention	4.29 \pm 0.68	
	Medication	4.25 \pm 0.69	
	Bed sore	4.19 \pm 0.76	
	Communication	4.17 \pm 0.80	
	Discharge summary	4.02 \pm 0.83	
	Infection	4.00 \pm 0.74	
	Pain	3.99 \pm 0.80	
	Nursing process	3.99 \pm 0.80	
	Standardized terminology to the nursing documentation	3.74 \pm 0.71	
	Total	4.10 \pm 0.72	

2) 대상자의 일반적 특성 및 직무관련 특성에 따른 간호기록 수행도 차이

대상자의 일반적 특성 및 직무관련 특성에 따른 간호기록 수행도의 차이를 분석한 결과 연령($F=6.66, p<.001$), 근무경력($F=4.74, p=.003$), 병상 수($t=5.53, p=.020$), 근무부서($F=4.05, p=.018$), 간호전달체계($F=5.62, p=.004$)에 따라 간호기록 수행도에 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 6).

본 연구 대상자의 25세 미만의 대상자가 25-29세, 30~34세, 35세 이상의 대상자에 비하여 간호기록 수행도가 낮았으며, 총 근무경력 5년 미만의 대상자들이 5~9년, 10~14년, 15년 이상의 대상자에 비하여 간호기록 수행도가 낮았다. 병상 수에서는 300병상 미만의 대상자가 300병상 이상의 대상자 보다 간호기록 수행도가 낮았다. 근무부서는 내과계 병동에서 근무하는 대상자가 외과계 병동과 중환자실에서 근무하는 대상자에 비하여 간호기록 수행도가 낮은 것으로 나타났으며, 간호 전달체계 방법에서는 팀 간호방법이 기능적 간호방법과 팀 간호방법 및 기능적 간호방법을 병용하여 근무하는 대상자에 비하여 간호기록 수행도가 높았다(Table 6).

Table 6. Differences of Nursing Documentation by General and Job-related Characteristics

(N=212)

Variables	Categories	M ± SD	F or t	p
Age(yr)	<25 ^a	3.91 ± 0.58	6.66	<.001 a<b, c, d
	25~29 ^b	4.30 ± 0.52		
	30~34 ^c	4.16 ± 0.53		
	≥35 ^d	4.20 ± 0.48		
Marital status	Unmarried	4.14 ± 0.58	-0.05	.960
	Married	4.15 ± 0.48		
Educational background	Diploma	4.18 ± 0.51	0.99	.323
	≥Bachelor	4.11 ± 0.59		
Years of employment in present hospital (yr)	<5 ^a	4.04 ± 0.56	4.74	.003 a<b, c, d
	5~9 ^b	4.36 ± 0.55		
	10~14 ^c	4.07 ± 0.48		
	≥15 ^d	4.25 ± 0.46		
Duration of employment in present unit (yr)	<2	4.07 ± 0.57	2.13	.121
	2~<5	4.26 ± 0.51		
	≥5	4.15 ± 0.55		
Number of beds in hospital	<300	4.04 ± 0.54	5.53	.020
	≥300	4.22 ± 0.55		
Working hours per week	40	4.15 ± 0.57	1.21	.500
	41~49	4.20 ± 0.52		
	≥50	4.09 ± 0.56		
Working unit	Medical unit ^a	4.00 ± 0.54	4.05	.018 a<b, c
	Surgical unit ^b	4.20 ± 0.56		
	Intensive care unit ^c	4.26 ± 0.53		
Shift work	Non shift	4.07 ± 0.54	-0.56	.578
	Three shift	4.15 ± 0.55		
Nursing care delivery system	Functional method ^a	4.16 ± 0.58	5.62	.004 a, c<b
	Team nursing method ^b	4.21 ± 0.49		
	Functional+ team nursing method ^c	3.78 ± 0.51		

3) 대상자의 간호기록관련 특성에 따른 간호기록 수행도 차이

대상자의 간호기록관련 특성에 따른 간호기록 수행도의 차이를 분석한 결과 간호기록 교육유형($F=3.27, p=.040$), 간호부 위원회가 구성되어 있어서 간호기록 모니터링을 시행하는 경우($t=2.54, p=.012$), 간호단위별 위원회가 구성되어 있어서 간호기록 모니터링을 시행 하는 경우($t=2.56, p=.011$)에 간호기록 수행도에 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 7).

본 연구 대상자의 간호기록 교육 유형에서 신규간호사 시 예비교육을 받은 대상자가 직무교육 및 신규간호사에서 교육을 받은 대상자와 직무교육 시 교육을 받은 대상자에 비하여 간호기록 수행도가 낮았다. 간호부에 간호기록 모니터링 위원회가 있어서 간호기록 모니터링을 시행한다고 응답한 대상자가 시행하지 않는다고 응답한 대상자에 비하여 간호기록 수행도가 높게 나타났으며, 간호단위별 위원회가 구성되어 있어서 간호기록 모니터링을 시행한다고 응답한 대상자가 시행하지 않는다고 응답한 대상자에 비하여 간호기록 수행도가 높은 것으로 나타났다 (Table 7).

Table 7. Differences of Nursing Documentation by Characteristics of Nursing Documentation

(N=212)

Variables	Categories	M ± SD	F or t	p
Number of Nursing documentation education during this last year	Yes	4.17± 0.56	1.18	0.239
	No	4.06± 0.50		
Type of documentation education	New nurse education ^a	4.04 ± 0.56	3.27	.040 a<b, c
	On-the-job education ^b	4.22 ± 0.53		
	New nurse + on-the-job-education ^c	4.28 ± 0.57		
Nursing documentation guidelines	Yes	4.16 ± 0.56	1.31	.193
	No	4.02 ± 0.41		
Monitoring committee in the nursing division	Yes	4.20 ± 0.56	2.54	.012
	No	4.00 ± 0.52		
Monitoring committee in the unit	Yes	4.22 ± 0.56	2.56	.011
	No	4.02 ± 0.51		

IV. 논의

본 연구는 병원 간호사의 안전간호활동과 간호기록 수행도를 파악하고, 이를 향상시키기 위한 병원 정책의 개발 마련을 위한 기초자료를 제공하고자 하는 것이다.

1. 병원간호사의 안전간호활동

본 연구대상자의 안전간호활동 점수는 5점 만점에 평균 4.22점으로, 한미영(2015)의 연구에서 종합병원 간호사의 안전간호활동 점수 4.12점에 비하여 높게 나타났으며, 중소병원의 간호사를 대상으로 한 이미정(2014)의 연구에서 보고된 안전간호활동 점수 4.38점 보다는 낮게 나타났다.

안전간호영역별 점수는 수혈간호에서 높게 수행하는 것으로 나타났다. 이와 같은 결과는 중소병원의 간호사를 대상으로 한 이미정(2014), 남문희와 임지혜(2013)의 연구나 대형병원의 간호사를 대상으로 한 이대임(2012)의 연구, 대학병원의 간호사를 대상으로 연구한 이선주(2016)의 연구와 일치하였다. 이는 간호사들이 수혈간호에서 안전지침을 준수하지 않을 경우 환자의 생명에 치명적인 결과를 초래하므로 각별한 관리와 주의를 기울이기 때문인 것으로 사료된다. 특히 본 연구에서 의사소통 영역이 가장 낮았는데, 이는 대형병원의 간호사를 대상으로 한 이대임(2012)의 연구, 종합병원의 간호사를 대상으로 연구한 박소정, 강지연과 이영옥(2012)의 연구와 대학병원의 간호사를 대상으로 한 이선주(2016)의 연구와 일치하였다. 의사소통에 관한 문항은 구두처방에 관한 문항으로, 이는 구두처방 원칙이 잘 지켜지지 않는 현실을 반영한다고 볼 수 있다. 병원 내 의사소통과 환자안전과의 관계는 매우 중요하며 환자안전수준을 높이기 위해서는 표준화된 의사소통을 개발하여 이를 지속적으로 실행하는 것이 필요할 것으로 사료된다.

본 연구결과에서 연령 및 근무경력이 낮은 군에서 안전간호활동 점수가 유의하게 낮았는데 이러한 결과는 중소병원의 간호사를 대상으로 한 남문희와 임지혜(2013)의 연구와 종합병원과 대학병원의 간호사를 대상으로 한 박소정, 강지연과 이영옥(2012)의 연구에서 연령 및 근무경력이 낮을수록 안전간호활동 점수가 낮게 나타난 결과와 일치하였다. 임은아(2009)는 연령이 많을수록 경력이 늘어나고 간호사로서의 역할을 지각하고 환자 문제를 이해하고 해결하는 능력이 더 높으며 사회적으로 정서적으로 안정감 있게 간호 업무에 임한다고 하였으며, 김미란(2011)은 근무경력이 낮은 간호사의 경우 환자안전에 대한 인식과 필요성은 인지하고 있으나 간호 업무 수행 시 다각적인 측면에 대한 인식이 부족한 것으로 나타났다. 안성희(2006)는 간호사 관련 안전간호의 위험요인으로 간호사의 지식과 경험 부족이 32%를 차지한다고 하였다. 따라서 환자간호 업무를 제공하는 간호사 중 다수가 근무 경력이 낮은 경우가 많다는 점을 감안하여 안전간호활동을 향상시킬 수 있는 표준을 개발하고 업무과정 절차를 준수할 수 있도록 반복적인 교육이 필요 할 것으로 사료된다.

본 연구에서 300명상 미만의 병원에서 근무하는 대상자가 300명상 이상의 병원에서 근무하는 대상자에 비하여 안전간호활동 점수가 낮게 나타났다. 차보경과 최정(2015)의 연구에서 중소병원 간호사에 비하여 대학병원 간호사에서 안전간호활동을 더 많이 수행하는 것으로 나타난 결과와 유사하였다. 중소병원의 경우 많은 업무량에 비해 인력부족과 시설 및 시스템적인 문제 등의 구조적 약점이 안전간호활동을 저해하는 요인으로 작용한다고 하였다(남문희와 임지혜, 2013). 따라서 병원간호사의 안전간호활동을 향상시키기 위해서는 적절한 인력 충원과 안전시스템 구축이 필요할 것으로 사료된다.

2. 병원간호사의 간호기록 수행도

본 연구대상자의 간호기록 수행도 점수는 5점 만점의 평균 4.10점으로 나타났다. 이러한 결과는 측정도구의 차이로 선행연구와 간호기록 수행도를 직접 비교

하기에는 제한적이었으나 종합병원 중환자실 간호사를 대상으로 한 임은아(2009)의 연구에서 간호기록 수행 점수는 4점 만점의 3.15점(5점 만점으로 환산한 점수는 3.94점)에 비하여 높게 나타났으며 대학병원 간호사를 대상으로 한 강영미(2006)의 연구에서 간호기록 수행점수는 4점 만점의 2.08점(5점 만점으로 환산한 점수는 3.47점)보다 높게 나타났다.

본 연구의 간호기록 영역별 수행도는 수혈간호 기록을 가장 높게 수행하는 것으로 나타났다. 이는 수혈로 인한 부작용이 활력징후 및 기록을 통해 알 수 있으므로 간호기록 수행을 높게 하는 것으로 사료된다. 또한 본 연구에서 수혈에 대한 간호활동이 가장 높게 나타나 간호활동 및 간호기록 모두 중요하게 인식하는 것으로 나타났다.

본 연구 대상자에서 표준화된 용어 사용을 가장 낮게 수행하는 것으로 나타났으며 이러한 결과는 Eglal (2016)의 연구와 일치하였다. 간호기록이 법적인 근거 자료로 활용될 수 있다는 점과 타 의료인과 서면으로 의사소통을 하는 중요한 수단인 점을 감안한다면 간호기록의 원칙을 준수해야 하며 표준화된 용어로 기록해야 할 것이다.

본 연구에서 연령 및 근무경력이 낮을수록 간호기록 수행도가 가장 낮게 나타났으며, 이러한 결과는 종합병원 중환자실 간호사를 대상으로 한 임은아(2009)의 연구에서 연령 및 근무경력이 낮을수록 간호기록 수행도가 낮게 나타난 결과와 일치하였다. 본 연구 대상자들은 기능적 간호방법으로 근무 한다 50.9%, 팀 및 기능적 간호방법을 병행하여 근무 한다 10.4%로 응답하여 전체 대상자 중 61.4%의 간호사에서 간호수행자와 간호기록자가 분담된 근무형태에서 업무에 임하고 있음을 알 수 있었다. 이는 연령 및 근무경력이 낮은 대상자에서 간호기록 수행에 대한 접근성 부족으로 인하여 간호기록 수행이 낮게 나타난 것임을 유추해 볼 수 있다. 박인숙 등(2010)의 연구에서 간호기록은 간호사의 전문성과 숙련성이 필요하다고 하였으며 환자상태에 대한 복잡하고 미묘한 상황을 초기에 인식하고 전체적인 맥락에 따라 판단하여 완전한 간호기록 수행으로 남길 수 있는 능력은 많은 시간과 노력이 필요하며 오랜 시간 환자를 직접 관찰하고 간호하면서 획득된다고 하였다

본 연구에서 300병상 미만의 병원에서 근무하는 대상자가 300병상 이상의 병

원에서 근무하는 대상자에 비하여 간호기록 수행도가 낮게 나타났다. 이러한 결과는 본 연구 대상자들이 수행한 간호활동을 기록으로 남기지 못하는 간호기록의 장애요인으로 인력부족으로 인한 과도한 업무를 가장 큰 요인으로 인식하고 있었으며, 이는 강영미(2006)의 연구와 일치하였다. 불충분한 인력으로 인한 과도한 업무는 간호사들이 수행한 간호활동에 대해 기록을 여유 있게 할 수 있는 여건이 되지 않을 뿐만 아니라 간호기록 누락으로 이어질 수 있으므로(김영미 2008) 적절한 인력보충은 간호사들의 과도한 업무를 감소시켜 간호기록 수행을 향상시키는데 도움이 될 것으로 사료된다.

본 연구에서 내과계 병동에서 근무하는 대상자가 중환자실과 외과계 병동에서 근무하는 대상자에 비하여 간호기록 수행도가 유의하게 낮게 나타났다. 이러한 결과는 김명자(2010), 류동희와 박현애(2002)의 연구에서 외과계 병동에 비하여 내과계 병동에서 간호기록을 작성해야 할 일이 많은데 비하여 간호활동 및 간호문제를 표현할 수 있는 표준화된 용어의 부재, 환경적 방해, 기록에 대한 시간 부족 등으로 인하여 간호기록 수행에 어려움이 있다고 하였다. 동일 지역 종합병원의 간호사를 대상으로 한 김정희(2007)의 연구에서 전체적으로 간호중재를 가장 많이 수행하고 있는 곳은 중환자실, 외과계 병동, 내과계 병동 순서로 나타났으며 간호사들의 기록 수행도는 하루 1회 이하 수행하는 것으로 나타났다. 종합병원 대부분이 기능적 간호방법을 적용하고 있었으며 기록과 관련하여 명확하고 실제적인 간호정책이 부족하다고 하였다. 최은희와 서지영(2009)은 각 부서별 환자에게 필요한 간호진단과 간호중재의 우선순위와 간호기록의 형태가 다르다고 하였다. 본 연구에서 간호기록 수행의 낮은 점수를 보인 내과계 병동에 대해서 간호기록 수행을 향상시킬 수 있도록 간호 업무의 분석과 이에 적절한 인력의 배치 등과 같은 조건이 충족될 수 있도록 노력이 요구된다.

본 연구의 간호전달체계 방법에서 팀 간호방법을 하는 경우에서 기능적 간호방법 및 팀 간호방법과 병용하여 근무하는 대상자와 기능적 간호방법에서 근무하는 대상자에 비하여 간호기록 수행도가 유의하게 높게 나타났다. 지애남(2001)의 연구에서 팀 간호 적용 시 간호기록의 효과가 증가하였으며 팀 간호방법은 일 간호사에 의해 환자의 사정과 계획이 이루어지고, 포괄적이고 전인적인 간호를 제공할 수 있으므로(강수진, 2002; 이병숙, 정면숙, 이은주, 조은정, 2008), 환

자 파악이 용이하고 또한 간호기록 수행으로 이어져 간호기록의 수행도가 높게 이루어진 것으로 사료된다.

본 연구의 간호기록 교육유형에서는 신규간호사 시 예비교육을 받은 대상자가 직무교육 및 신규간호사에서 교육을 받은 대상자와 직무교육에서 교육을 받은 대상자에 비하여 간호기록 수행도가 유의하게 낮게 나타났다. 김영미와 박성애(2007)의 연구에서 대상자 대부분(98.4%)이 간호기록에 대한 직무교육이 지속적으로 필요하다고 하였다. 이에 간호사를 대상으로 정확한 간호기록을 작성할 수 있도록 신규간호사 교육 시 예비교육기간에만 이루어지는 일회성 교육(최은희와 서지영, 2009; 차태욱, 2009)이 아니라 간호단위별 업무 특성 및 근무경력에 따른 차별화되고 표준화된 교육프로그램을 개발하여 지속적인 교육을 통해 간호기록 수행을 높일 필요가 있다.

본 연구에서 간호기록 정책과 관련하여 간호부에 위원회 및 간호단위별 위원회가 구성되어 있어서 간호기록 모니터링을 ‘시행 한다’고 응답한 대상자가 ‘시행 하지 않다’고 응답한 대상자에 비하여 간호기록 수행도가 유의하게 높게 나타났다. 간호기록 모니터링은 간호사들의 기록 오류 및 누락을 걸러내 주며 어떤 형태의 간호기록에서 오류 및 누락이 발생하는지를 파악하게 하고, 지속적인 모니터링 및 분석을 통해 기록상의 문제점을 파악하고 적합한 기록방식을 구축해 나가게 될 것으로 사료된다.

이상의 결과, 본 연구 대상 간호사들은 국내의 의료기관인증평가가 강화되고 환자안전의 중요성이 강조되면서 비교적 높은 수준의 환자안전간호활동을 하고 있었다. 하위영역별로는 수혈간호영역에서 가장 높게 수행하고 있었으며, 의사소통영역에서 가장 낮게 수행하고 있었다. 특히 대상자의 연령 및 근무경력이 낮을수록 안전간호활동 점수가 낮게 나타나, 표준 지침에 맞는 실무를 할 수 있도록 정기적인 교육을 제공하여 안전간호활동을 높이고, 나아가 환자안전을 증진시킬 필요가 있는 것으로 나타났다.

본 연구 대상 간호사들은 비교적 높은 정도의 간호기록을 수행하고 있었다. 하위영역별로는 수혈간호기록에서 가장 높게 수행하고 있었으며 표준화된 용어 기록에서 가장 낮게 수행하고 있었다. 특히 대상자의 연령 및 근무경력이 낮을수록

간호기록을 낮게 수행하고 있는 것으로 나타나 간호기록에 좀 더 쉽게 접근할 수 있는 간호전달체계의 변화가 필요하다

간호부 및 간호단위별 간호기록 모니터링을 시행한다고 응답한 간호사에서 간호기록을 높게 수행하고 있었다. 따라서 간호부 및 간호단위별 간호기록 모니터링은 간호사들의 간호기록 수행도를 향상시키는데 있어서 중요한 간호부 정책이라 할 수 있다.

본 연구는 일 지역의 종합병원에 근무하는 간호사를 대상으로 한 안전간호활동과 간호기록 수행도를 파악하였으므로 이 결과를 일반화하는데 제한점이 있다. 다만, 선행연구에서 드물게 이루어져 간호기록 수행도에 대한 실태를 파악할 수 있는 기초자료를 제공함에 그 의의가 있다고 본다.

V. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 J지역 병원간호사의 안전간호활동과 간호기록 수행도를 파악하고, 간호사의 간호기록 수행도를 향상시키기 위한 병원 정책의 개발과 교육 마련을 위한 기초자료를 제공하고자 하는 것이다.

본 연구의 대상자는 212명의 간호사들을 대상으로 하였으며, 자료는 2015년 11월 4일부터 11월 18일까지 자가 보고형 설문지를 사용하여 수집하였다.

자료 분석은 SAS WIN 9.2 program을 이용하여 서술적 통계분석과 t-test, ANOVA, Duncan test로 분석하였다. 연구결과는 다음과 같다.

1. 대상 간호사들의 안전간호활동은 평균 4.22점이었으며, 하위영역별로 수혈간호, 환자이송 시 간호, 환자초기평가, 감염관리, 환자확인, 낙상예방, 투약간호, 욕창간호, 통증간호, 의사소통 순으로 나타났다. 대상 간호사의 간호기록 수행도는 평균 4.10점이었으며, 하위영역별로는 수혈간호기록, 간호정보조사지, 환자확인기록, 낙상예방기록, 간호중재기록, 투약기록, 욕창간호기록, 의사소통기록, 퇴원환자기록, 감염관리기록, 통증간호기록, 간호과정기록, 표준화 된 용어 사용 순으로 나타났다

2. 대상자의 일반적 특성 및 직무관련 특성에 따른 안전간호활동은 연령, 근무경력, 병상 수에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

3. 대상자의 일반적 특성 및 직무관련에 따른 간호기록 수행도는 연령, 근무경력, 병상 수, 근무부서, 간호전달체계에서 유의한 차이가 있었다.

4. 대상자의 간호기록 관련 특성에서 간호기록 교육유형, 간호부 위원회가 구성 되어 있어서 간호기록 모니터링을 시행하는 경우, 간호단위별 위원회가 구성 되어 있어서 모니터링을 시행하는 경우에 간호기록 수행도에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

2. 제언

본 연구 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

- 1) 간호사들이 효율적으로 적용할 수 있는 표준화된 간호기록 교육 프로그램이 개발되어야 할 것이며 직무교육을 통해 정기적인 교육 및 훈련이 필요하다.
- 2) 간호기록 수행도가 낮았던 5년 미만의 간호사를 대상으로 간호기록 수행도를 향상 시킬 수 있는 전략마련이 필요하다.

참고문헌

- 강수진(2002), 간호전달체계 분석에 관한 연구. 석사학위 논문, 연세대학교.
- 강영미(2006). ICNP를 적용한 중환자실 간호사의 간호행위 수행과 기록의 차이 비교. 석사학위 논문, 단국대학교.
- 강영미, 유지호, 조용애, 류성숙, 조정구, 성영희(2008). 중환자실 간호기록 표준화를 위한 간호초점 분석. 중환자간호학회지, 1(1), 73-83.
- 구경희(2011). 임상간호사들의 간호기록 작성방법에 대한 지식 정도. 석사학위 논문, 경북대학교.
- 국립국어원 표준국어 대사전(2015).
- 김명자(2010). 간호과정 용어체계를 이용한 간호기록 분석. 간호행정학회지, 16(1), 73-85.
- 김미란(2011). 환자안전 개념 분석. 한국간호과학회지, 41(1), 1-8.
- 김소영, 김부경(2005). 우리나라 노인의 낙상, 의료관리학 교실.
- 김영미(2008). 법적관점의 간호기록 작성방법에 대한 교육프로그램 개발과 효과. 박사학위 논문, 서울대학교 대학원.
- 김영미, 박성애(2007). 병원간호사의 간호기록 작성방법에 대한 지식측정도구 개발. 임상간호연구, 13(2), 27-38.
- 김영미(2013). 법적관점의 간호기록 작성방법에 대한 교육프로그램 개발과 효과. 임상간호연구, 19(3), 369-382.
- 김영림(2013). 간호사의 직장내 괴롭힘, 조직문화와 조직몰입간의 관계. 석사학위 논문, 제주대학교.
- 김재영(2011). 의료기관평가인증제와 소비자. 한국소비자원, 제 20호.
- 김재영, 황은애(2014). 의료서비스 소비자안전 개선방안 연구. 환자안전을 중심으로, 한국소비자원.
- 김정은, 강민아, 안경애, 성영희(2007). 환자안전과 관련된 병원문화와 의료과오 보고에 대한 간호사의 인식조사. 임상간호연구, 13(3), 169-179.

- 김정자(2006). 최신기본학. 정담미디어.
- 김정희(2007). NIC 간호중재분류체계를 이용한 일개 지역 중소 종합병원의 간호 중재 분석. 간호행정학회지, 13(4), 431-444.
- 김화영, 김혜숙(2011). 일 지역 종합병원 간호사의 환자안전문화 인식이 안전간호활동에 미치는 영향. 한국간호과학지, 17(4), 413-422.
- 남문희, 임지혜(2013). 중소병원 간호사의 환자안전인식이 안전간호활동에 미치는 영향. 디지털융복합연구, 11(1), 349-359
- 류동희, 박현애(2002). 국제간호실무분류체계를 이용한 간호기록 분석. 성인간호학회지, 14(2), 165-173.
- 류선희(2004). ICNP를 이용한 정형외과 간호기록 분석. 석사학위논문, 경북대학교.
- 명희재(2003). ICNP를 기반 전자간호기록 시스템 구축을 위한 간호기록 분석. 석사학위논문, 서울대학교.
- 문숙(2016). 중소병원 간호사의 환자안전문화인식과 직무만족도가 안전간호활동에 미치는 영향. 석사학위 논문, 경희대학교.
- 박소정, 강지연, 이영옥(2012). 병원간호사의 환자안전문화에 대한 인식과 안전간호활동에 관한 연구. 중환자간호학회지, 5(1), 44-55.
- 박인숙, 장미, 유순애, 김희진, 오필주, 정희정(2010). 일개 대학 병원 내과 병동 입원환자의 전자의무기록에 사용된 통증간호기록 분석. 임상간호연구, 16(3), 123-132.
- 보건복지부(2013). 진료기록부 기재사항 구체화, 의료법 제 22조.
- 보건복지부(2016). 환자안전법.
- 손명지(2012). 종합병원 간호사의 안전 분위기 인식이 안전이행에 미치는 영향. 석사학위논문, 서울대학교.
- 손유림(2016). 종합병원 간호사의 환자안전문화에 대한 인식이 안전간호활동에 미치는 영향. 한국산학기술학회논문지, 17(3), 509-517.
- 송경자(2007). 간호기록을 이용한 중환자실 간호업무 조사연구. 대한간호학회지, 37(6), 883-890.
- 송미라(2014). 간호사의 조직 의사소통, 사건보고가 환자안전관리활동에 미치는 영향. 석사학위논문, 한양대학교.

- 송미순 등(2003). 간호일지와 면담자료에 나타난 간호활동 내용의 비교분석. 한국 간호과학지, 33(6), 802-811.
- 신은화(2014). 간호사의 안전문화 인식과 안전간호 활동에 관한 연구. 석사학위논문, 강릉원주대학교.
- 안성희(2006). 환자관리를 위한 위험요인 분석. 간호행정학회지, 12(3), 373-384.
- 유현정(2007). 의료소송에서 간호기록의 역할 및 정확한 기재의 중요성.
- 이금옥(2009). 간호관리자의 리더쉽과 환자안전관리 인식도에 관한 연구. 석사학위논문, 경희대학교.
- 이대임(2012). 병원간호사의 환자안전간호활동 수준과 관련요인. 석사학위논문, 부산대학교.
- 이미정(2014). 중소병원 간호사의 환자안전문화에 대한 인식이 안전간호활동에 미치는 영향. 석사학위논문, 동아대학교.
- 이병숙, 정면숙, 이은주, 조은정(2008). 간호관리학, 정담미디어.
- 이선주(2016). 간호사의 안전문화인식과 임파워먼트 정도가 환자안전간호활동에 미치는 영향. 석사학위논문, 경희대학교 경영대학원.
- 임은아(2009). 중환자실 간호사의 전문적 자아개념과 간호업무 수행의 관계. 계명대학교 대학원 석사학위논문.
- 의료기관평가인증원(2014). 2주기 인증기준집(상급종합병원/종합병원용).
- 장희은(2013). 대학병원 간호사의 환자안전문화 인식과 안전통제감이 환자안전관리활동에 미치는 영향. 석사학위 논문, 조선대학교.
- 정준, 서영준, 남은우(2006). 병원간호사의 환자안전관리활동 영향요인 연구. 병원경영학회지, 11(1), 91-109.
- 조윤주(2012). 중환자실 간호사의 환자안전관리 활동의 중요성 인식 및 수행. 석사학위논문, 아주대학교.
- 조인숙, 최원자, 최완희, 현미숙, 박연옥, 이유나, 조의영, 황옥희(2015). 전자간호기록 시스템의 사용성 수준 및 관련 요인 분석. 대한간호학회지, 45(4), 523-532.
- 조혜원, 양진향(2012). 의료인의 환자안전문화 인식과 환자안전관리 활동 간의 관계. 기본간호학회지, 19(1), 35-45.

- 지애남(2001). 일 종합병원의 팀 간호적용에 따른 간호업무 변화 분석. 석사학위 논문, 연세대학교.
- 차보경, 최정(2015). 대학병원과 중소병원 간호사의 환자안전문화에 대한 인식과 환자안전간호활동의 비교연구. 간호행정학회지, 21(4), 405-416.
- 차태옥(2009). 응급실 신규간호사의 오리엔테이션을 위한 교육내용 및 교육시기에 대한 요구. 석사학위논문, 동아대학교.
- 최은희, 서지영(2009). 일반외과 간호기록에서의 중재, 지각한 간호중재의 중요도 및 수행 빈도. 성인간호학회지, 21(3), 349-354.
- 최정화, 이경미, 이미애(2010). 병원간호사가 지각하는 환자안전문화와 안전간호활동과의 관계. 기본간호학회지, 17(1), 74-72.
- 한미영(2015). 병원간호사가 지각하는 환자안전문화, 환자안전간호활동의 관계. 석사학위논문, 경상대학교 대학원.
- 한주영(2012). 종합병원 간호사의 전자의무기록 시스템 만족도가 간호업무성공에 미치는 영향 분석 연구. 석사학위논문, 경희대학교.
- 황지인(2011). 간호기록을 이용한 한방 간호 실무에서의 간호문제에 대한 조사 연구. 동서간호학연구지, 17(1), 66-70.
- American Nurses Association, House of Delegates. (2005). Implication of fatigue on patient safety and nurse safety.
- Cruz, D., et al., (2016). Nursing process documentation: rationale and methods of analytical study. Revista Brasileira de Enfermagem. 69(1). 183-189.
- Densilen, C., et al., (2016). Terms used nurses in the documentation of patient progress. Rev Gaucha Enferm. 37(1). 1-8.
- Dinah, C., Tecla, S., Alex, C., Robert, K. (2013). Documentation: Historical perspective, purpose, benefits and challenges as facted by nurses. International Journal of Humanism and Social Science, 3(16), 236-240.
- Documentation, Revised (2008). College of Nurses of Ontario.
- Eglal, A., Bashair M, E., (2014). The relationship between quality of nursing documentation system and continuity of patient care in Medicine Hospital at Cairo University Hospital, 82(1), 573-581.

- Jane, B., Oates, J., (2014). Maintaining best practice in record keeping and documentation. *Nursing Standard*. 28(36). 45-50.
- Ines, C., Fernanda B., Filipe P., Abel S., Paulino S., (2016). Analysis of the nursing documentation in use Portugal. *Nursing Information*.
- Luann, w. & Aunchisa, M. (2016). Electronic Nursing Documentation: Patient Care Continuity Using the Clinical Care Classification System.
- Maria, B., et al., (2016). Computerization of a nursing chart according to the nursing process. *Nursing Information*.
- Minna, M., Merja, M., Kaija, S., (2016). Standardized nursing documentation support Evidence- Based Nursing management. *Nursing Informatics*.
- Niklas, P., Willipsen, C., Grace, C., Alexander, S., Rupa, V., (2014). A mixed methods assessment of time spent documentating by nurses using an electronic medical record system. University of Virginia.
- Nursing documentation (2014). Canadian Nurses Protective Society.
- Rami, R., (2014). Assessment of nurses' knowledge about nursing documentation. *Journal of Kufa for Nursing Science*. 4(1), 1-9.
- Scott, L. D., Rogers, A. E., Hwang W. t., Zhang, Y. (2006). Effects of critical care nurses work hours on vigilance and patient safety. *American Journal of Critical Care*. 15, 30-37.
- World Health Organization. (2009). Technical report for the conceptual framework for the International classification for Patient Safety

연구 참여자용 설명서

연구 과제명 : 병원간호사의 안전간호활동과 간호기록 수행도 간의 관계

연구 책임자명 : 제주대학교 일반대학원 강행선

본 연구는 제주지역 종합병원에 근무하는 간호사를 대상으로 안전간호활동과 간호기록 수행도 간의 관계를 파악하기 위해 계획하였습니다.

귀하께서 연구에 참여하시고자 하는 것은 전적으로 자율적이며 언제라도 연구 참여, 즉 설문지 응답 중에 거절하실 수 있으며, 거절에 대한 아무런 책임도 귀하께 부과되지 않습니다.

설문에 응답하신 내용은 무기명으로 전산 처리되어 익명성이 보장되며, 본 연구를 통해 얻어진 내용은 연구 목적 이외에는 사용되지 않을 것을 약속드립니다.

1. 이 연구는 왜 실시합니까?

연구는 병원간호사의 안전간호활동과 간호기록 수행도 간의 관계를 파악함으로써 간호사의 간호기록 수행을 향상시키기 위한 병원 정책 개발과 교육 마련에 필요한 기초자료를 제공하고자 하는 것입니다.

2. 얼마나 많은 사람이 참여합니까?

본 연구의 대상자는 J 지역에 소재하는 6개 종합병원에서 본 연구에 참여하기로 동의한 6개월 이상의 임상경력이 있는 일반간호사와 책임간호사 225명을 대상으로 합니다.

3. 만일 연구에 참여하면 어떤 과정이 진행됩니까?

귀하가 본 연구에 참여하기로 결정하실 경우, 연구자 혹은 연구 보조자는 귀하께 설문지의 내용을 설명할 것이며 충분히 귀하께서 이해하고 본 연구 참여에 동의하시는 경우에 설문지에 직접 답하시면 됩니다. 설문지에 대한 응답시간은 약 20분 정도 소요됩니다.

4. 연구 참여 기간은 얼마나 됩니까?

총 연구기간은 약 5개월이며 2016년 2월까지 시행 할 예정입니다.

5. 참여 도중 그만두어도 됩니까?

예, 귀하는 언제든지 어떠한 불이익 없이 참여 도중에 그만 둘 수 있습니다. 만일 귀하가 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶다면 연구 책임자에게 즉시 말씀해 주십시오.

6. 부작용이나 위험요소는 없습니까?

설문지를 통하여 귀하의 수준을 답하는 것으로 연구 참여에 대한 위험성은 없으며 설문지를 답하는 데는 약 20분 정도 할애될 수 있습니다.

7. 이 연구에 참여시 참여자에게 이득이 있습니까?

이 연구의 참여를 통하여 간호기록의 중요성을 인식할 수 있는 기회가 될 수 있으며 간호기록 수행을 증진시킬 수 있는 계기가 될 수 있습니다.

8. 만일 이 연구에 참여하지 않는다면 불이익이 있습니까?

귀하는 본 연구에 참여하지 않을 자유가 있습니다. 또한, 귀하가 본 연구에 참여하지 않아도 귀하에게는 어떠한 불이익도 없습니다.

9. 연구에서 얻은 모든 개인 정보의 비밀은 보장됩니까?

개인정보관리책임자는 제주대학교 일반대학원 간호학과 석사과정 강행선(010-4911-9187)입니다. 저희는 이 연구를 통해 얻은 모든 개인 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다. 이 연구에서 얻어진 개인 정보가 학회지나 학회에 공개 될 때 귀하의 이름과 다른 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 그러나 만일 법이 요구하면 귀하의 개인정보는 제공될 수도 있습니다. 또한 모니터 요원, 점검 요원, 생명윤리심의위원회는 연구 참여자의 개인 정보에 대한 비밀 보장을 침해하지 않고 관련규정이 정하는 범위 안에서 본 연구의 실시 절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위해 연구 결과를 직접 열람할 수 있습니다. 귀하가 본 동의서에 서명하는 것은, 이러한 사항에 대하여 사전에 알고 있었으며 이를 허용한다는 동의로 간주될 것입니다.

10. 이 연구에 참가하면 대가가 지급됩니까?

연구에 참여하실 때 제공되는 금전적인 보상은 없으며 발생이 예상되는 추가 비용도 없습니다. 다만, 귀하께서 본 연구 참여시 감사의 뜻으로 작은 기념품이 증정될 것입니다.

11. 연구에 대한 문의는 어떻게 해야 됩니까?

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 다음 연구 담당자에게 연락하십시오.

이름: 강행선 전화번호: 010-4911-9187

만일 어느 때라도 연구 참여자로서 귀하의 권리에 대한 질문이 있다면 다음의 제주대학교 생명윤리심의위원회에 연락하십시오.

제주대학교 생명윤리심의위원회 (JJNU-IRB) 전화번호: 02-754-2472

동 의 서

1. 나는 이 설명서를 읽었으며 담당 연구원과 이에 대하여 의논하였습니다.
2. 나는 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
3. 나는 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.
4. 나는 이 연구에서 얻어진 나에 대한 정보를 현행 법률과 생명윤리심의위원회 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
5. 나는 담당 연구자나 위임 받은 대리인이 연구를 진행하거나 결과 관리를 하는 경우와 보건 당국, 학교 당국 및 제주대학교 생명윤리심의위원회가 실태 조사를 하는 경우에는 비밀로 유지되는 나의 개인 신상 정보를 직접적으로 열람하는 것에 동의합니다.
6. 나는 언제라도 이 연구의 참여를 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해도 되지 않을 것이라는 것을 압니다.
7. 나의 서명은 이 동의서의 사본을 받았다는 것을 뜻하며 연구 참여가 끝날 때까지 사본을 보관하겠습니다.

연구 참여자 성명: (서명) 날짜 (2015년 11월 일)

연구 책임자 성명: 강행선 (서명) 날짜 (2015년 11월 일)

법정 대리인 성명: (서명) 날짜 (년 월 일)

※ 있을 경우(참여자와의 관계)

설 문 지

안녕하십니까?

저는 제주대학교 일반대학원에서 간호학을 전공한 강행선입니다.

우선 바쁘신 가운데 설문조사에 귀중한 시간을 내주심에 진심으로 감사드립니다.

본 설문지는 간호사들의 안전간호활동과 간호기록 수행도 간의 관계를 파악하고자 실시하는 연구입니다.

귀하께서 응답해주신 모든 자료는 무기명으로 처리될 것이며, 연구목적 이외에는 사용되지 않을 것입니다.

또한 귀하께서 작성해주신 설문조사의 결과는 귀중한 자료가 되므로 빠짐없이 작성해주시기 바랍니다.

귀한 시간 할애해주심에 깊은 감사드립니다.

2015년 월 일

제주대학교 일반대학원 간호학과 석사과정

지도교수 송효정

연구자 강행선

(연락처 : 010- 4911-9187, 이메일 :72hygiea@hanmail.net)

◆ 다음 내용을 읽으시고 해당되는 문항에 √ 표시하여 주십시오.

1. 귀하의 연령은 만_____세
2. 귀하의 결혼 상태는 어떠합니까?
① 미혼 ② 기혼
3. 귀하의 최종학력은 어느 정도입니까?
① 전문대졸 ② 대학 졸 이상
4. 귀하의 총 근무경력은 _____년_____개월입니다.
5. 현 부서에서의 근무기간은_____년_____개월입니다.
6. 귀하께서 근무하는 병원의 운영 병상 수는_____병상입니다.
7. 귀하의 일주일 평균 근무시간은 몇_____시간입니다.
8. 현재 어느 부서에서 근무하고 계십니까?
① 내과계 병동____ ② 외과계 병동____ ③ 중환자실____
9. 귀하의 근무형태는 무엇입니까?
① 통상근무 ② 3교대
10. 귀하가 근무하는 부서의 간호전달체계는?
① 기능적 분담 방법(Functional method)
② 팀 간호방법 (Team nursing method)
③ 기능적 분담 방법 + 팀 간호방법
11. 귀하는 지난 1년 동안 간호기록 작성 방법에 대한 교육을 받은 경험이 있습니까?
① 예 ② 아니오
12. 귀하께서 간호기록 방법에 대한 교육 경험이 있다면 교육을 받은 시기는 언제입니까?
① 신규간호사 ② 직무교육 ③ 기타_____
13. 귀하의 근무지에서는 간호기록에 대한 규정/지침이 있습니까?
① 예 ② 아니오
14. 귀하의 근무지에서는 간호부에 위원회가 구성되어 있어서 간호기록 모니터링을 시행하십니까?
① 예 ② 아니오
15. 귀하의 근무지에서는 단위별 위원회가 구성되어 있어서 간호기록 모니터링을 시행하십니까?
① 예 ② 아니오

16. 귀하의 근무지내에서 간호기록을 수행하는데 있어서 장애가 되는 요인은 무엇이라 생각 하십니까 ? 해당란에 √ 표기해 주십시오.

- ① 컴퓨터 부족 _____ ② 간호전달체계 _____ ③ 인력부족 _____
④ 과도한 업무량 _____ ⑤ 간호기록형식 _____
⑥ 환자를 모니터하고 포착할 수 있는 능력의 부족 _____

◆ 다음은 귀하의 안전간호활동에 관한 질문입니다

문항을 읽고 빠짐없이√ 표기하여 주십시오.

(안전간호활동이란, 환자안전을 증진시키기 위한 간호활동을 행하는 것을 말합니다.)

내용	항상 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않다	항상 그렇지 않다
1. 나는 간호초기평가(간호정보조사지)를 24시간 이내에 수행한다.					
2. 나는 매 투약 시 마다 five right를 준수하고 있다					
3. 나는 환자에게 투약 시 약의 효능, 용법, 주의사항에 대하여 설명하고 있다.					
4 나는 경구투약의 경우 직접 투약하거나 복용 여부를 확인하고 있다.					
5. 나는 투약 후 부작용 발생 여부를 확인하고 있다					
6. 나는 infusion pump를 사용하는 경우 지속적으로 주입되는 약물의 용량 및 속도가 처방과 일치하는지 확인하고 있다.					
7. 나는 약물 특성에 따라 적절한 방법(냉장, 차광 등)으로 보관하고 있다.					
8. 나는 고위험, 고주의 약물을 지정된 장소에 별도로 보관하고 있다.					
9. 나는 투약 전 약물의 유효기간을 확인하고 있다.					
10. 나는 마약, 향정신성 약물의 경우 이중 잠금장치가 된 보관함에 보관하고 있다.					
11. 나는 수혈 검체 채취 시 환자의 등록번호, 환자명을 확인하고, 채취 후 채혈자 자필 서명을 하고 있다					
12. 나는 혈액 종류에 따라 적절한 방법으로 보관하여 운반하고 있다.					
13. 나는 매 수혈 시마다 의사 1인과 함께 이중 확인을 시행하고 있다.					
14. 나는 혈액 확인 시 환자용 팔찌와 호명을 통해 환자 확인을 하고 있다.					

내용	항상 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않다	항상 그렇지 않다
15. 나는 수혈 전 환자에게 수혈 효과 및 부작용을 설명하고 있다.					
16. 나는 수혈 시작, 수혈 15분 후, 수혈 종료 시 활력징후를 측정하고 있다.					
17. 나는 혈액 배출 후 30분 이내에 수혈하고 있다.					
18. 나는 한 경로로 혈액과 정맥주사를 동시에 주입하지 않는다.					
19. 나는 이송 전 환자의 활력징후, 의식상태 등을 확인하고 있다.					
20. 나는 인공 기도를 가지고 있는 환자의 경우 이송 전 흡인을 시행하고, ballon 상태 및 고정 상태 등을 확인하고 있다.					
21. 나는 이송 중에 산소 흡입이 필요한 경우 portable O ₂ tank의 산소가 충분한지 확인하고 있다.					
22. 나는 각종 배액관을 가진 환자의 경우 이송 시 배액이 역류되거나 과도하게 배액 되지 않도록 조치를 취하고 있다.					
23. 나는 지속적으로 약물주입을 하면서 환자를 이송하는 경우 line의 개방성 및 안정성을 확인하고 있다					
24. 나는 환자를 옮길 때에는 반드시 침대와 이동수단의 바퀴를 고정하고 있다.					
25. 나는 이송 후 환자의 활력징후, 의식상태 등에 대하여 확인하고 있다.					
26. 나는 이송 후 인공기도 IV line, 배액관 고정 상태를 확인하고 있다.					
27. 나는 욕창사정도구를 이용하여 모든 입원 환자의 욕창위험도를 사정하고 주기적으로 재평가하고 있다.					
28. 나는 환자의 욕창위험도에 따라 적절한 욕창예방활동을 실시하고 있다.					

내용	항상 그렇 다	그렇 다	보통 이다	그렇 지 않다	항상 그렇 지않 다
29. 나는 낙상위험 도구를 이용하여 모든 입원 환자의 위험 군을 분류하고 주기적으로 재평가를 실시하고 있다.					
30. 나는 환자의 낙상위험도에 따라 적절한 낙상예방활동을 실시하고 있다.					
31. 나는 올바른 손 위생을 수행 한다					
32. 나는 환자접촉 전·후 청결, 무균 처치 전, 체액이나 분비물에 노출 후, 환자 주변 환경 접촉 후 손 위생을 실시한다.					
33. 나는 유치도뇨관이 있는 환자의 경우 소변이 역류되지 않도록 유치도뇨관과 소변 주머니는 방광 보다 아래에 위치시킨다.					
34. 나는 소변 주머니를 바닥에 닿지 않도록 한다.					
35. 나는 소변을 비우거나 소변 주머니를 만진 후 손 위생을 실시한다.					
36. 나는 유치도뇨관을 통한 채집 시 채집부위를 반드시 알코올로 소독하고 마른 것을 확인한 후 채취하며 closed system을 유지시킨다.					
37. 나는 유치도뇨관을 가진 환자의 경우 1일 1회 이상의 회음부 간호를 시행하고 있다.					
38. 나는 정맥주사 전·후 손 위생을 실시한다.					
39. 나는 중심정맥관의 closed system을 유지시킨다.					
40. 나는 전염성 질환자의 질환에 따른 적절한 격리를 간호하며, 필요시 보호 장구를 착용 하고 있다.					
41. 나는 흡인 전·후 손 위생을 실시한다.					
42. 나는 흡인 시 매번 카테터를 교환하고 있다.					
43. 나는 감염성 폐기물을 분리수거 하고 있다.					

내용	항상 그렇 다	그렇 다	보통 이다	그 렇 지 않 다	항상 그렇 지 않 다
44. 나는 투약, 수혈, 혈액 및 검체 채취 전, 처치나 시술 전에 환자이름 병원등록번호의 2가지 방법으로 환자 확인을 하고 있다.					
45. 나는 수술/시술 전 환자가 이동하는 단계별(병동/수술·시술 장소/수술·시술 직전)환자 확인을 하고 있다.					
46. 나는 시술/수술 환자의 부위 표시 여부를 확인하고 있다.					
47. 나는 시술/수술 전, 후 환자의 팔찌 착용 여부를 확인하고 있다.					
48. 나는 검체 채취 직전이나 직후에 항상 환자 앞에서 샘플 용기에 라벨링 하고 있다.					
49. 나는 구두/전화 처방의 경우 별도의 기록지에 구두 처방을 기록하고 있다.					
50. 나는 구두/전화 처방 시 처방자에게 구두로 재확인(read back)하고 있다.					
51. 나는 구두/전화 처방을 받은 후 24시간 이내 의사가 전자서명 했음을 확인하고 있다.					
52. 나는 수술이나 응급상황의 불가피한 상황에서만 구두 처방을 받는다.					
53. 나는 통증평가도구를 이용하여 모든 입원 환자의 통증 유무를 사정하고 있다					
54. 나는 매 근무 시 마다 재평가가 필요한 환자의 통증 정도를 사정한다.					

- ◆ 다음은 귀하의 간호기록 수행도에 관한 질문입니다.
 빠짐없이 √ 표기하여 주시기 바랍니다.

내용	항상 그렇 다	그렇 다	보통 이다	그렇 지않 다	항상 그렇 지않 다
1. 나는 입원 시 초기정보(주 증상, 과거력, 알리지 유·무, 가족력, 가계도 등)을 빠짐없이, 기록한다.					
2. 나는 입원 시 신체 사정한 결과(활력징후 포함)를 빠짐없이 기록한다.					
3. 나는 정해진 시점에 반드시 낙상사정을 하여 그 결과를 기록한다.					
4. 나는 정해진 시점에 반드시 통증 사정을 하여 그 결과를 기록한다.					
5. 나는 정해진 시점에 욕창 사정을 하여 그 결과를 기록한다.					
6. 나는 수혈에 관한 내용을 지침에 맞게 기록한다. - 혈액도착과 수혈시작 시 혈액확인, 적시에 활력징후 측정					
7. 나는 투약기록지에 투약에 대한 수행 사인을 누락하지 않는다.					
8. 나는 간호처치에 대한 수행 사인 및 기록을 누락하지 않는다.					
9. 나는 활력징후 측정결과와 관련된 간호행위의 내용을 빠짐없이 기록한다.					
10. 나는 관찰하고 측정한 내용을 기록 한다 - 혈당 등					
11. 나는 환자의 주요 상태 변화에 따라 간호과정을 순서에 맞게 누락 없이 기록 한다					
12. 나는 적절한 간호진단을 선택하여 기록한다.					
13. 나는 간호진단에 따라 꼭 필요한 중재를 선택하여 기록한다.					

내용	항상 그렇 다	그렇 다	보통 이다	그렇 지않 다	항상 그렇 지않 다
14. 나는 간호중재 후의 결과에 대해 평가한 것을 기록한다.					
15. 나는 이전 근무자의 간호과정 및 기록과 연계하여 일관성 있게 기록한다.					
16. 나는 퇴원 시 주의사항에 대해 교육한 내용을 기록한다.					
17. 나는 약어의 사용을 최소화하며 사용 시엔 표준화된 약어만 사용한다.					
18. 나는 철자나 문법에 맞게 기록한다.					
19. 나는 은어나 부적절한 용어를 사용하여 기록하지 않는다.					
20. 나는 다른 직원을 언급할 때 직종과 성명을 함께 기록한다.					
21. 나는 수술/시술 전 체크리스트(환자확인 절차)를 빠짐없이 기록한다.					
22. 나는 처방 및 검사결과를 구두나 전화로 전달받을 때 그 내용과 결과를 기록한다.					
23. 나는 기관내의 감염관리 규정에 따라 감염관리 수행한 내용을 철저히 기록한다.					
24. 나는 중심정맥관 삽입부위의 확인, 멸균 드레싱의 상태를 철저히 기록한다.					

설문에 응해주셔서 감사합니다.

Abstract

Safety Care Activity and Nursing Documentation of Nurses in Hospitals

Haeng-Seon Kang

Department of Nursing

Graduate School of Jeju National University

(Supervised by Prof. Hyo-Jeong Song)

The purpose of this study was to identify the relationship between safety care activity and charting performance among nurses working in hospitals and to provide basic data for the development of hospital policy for charting performance.

By using a self reported questionnaire, data were collected from 225 nurses who worked in general hospitals in Jeju province from November, 2015. The questionnaire consists of safety care activities on a 5-point Likert scale, Of the 225 nurses who had received the questionnaire, 212(94%) responded. Collected data were analyzed using frequencies, means, T-test, ANOVA with SAS WIN 9.2 program version.

The results of the study were as follows:

1. The mean score of safety activity care was 4.22. Among sub-factors of safety activity care, blood transfusion related safety care was highest followed by patient transfer related safety care, adult assessment tool, identification of patient related safety care, medication related safety care, bed sore related safety care, pain related safety care, communication related safety care.

2. The mean score of nursing documentation was 4.10. Among sub-factors of practice in nursing documentation was the highest followed by blood transfusion ,adult assessment tool, identification of patient, fall assessment, nursing intervention, bed sore, medication, communication, discharge summary, infection, pain, nursing process, standardized terminology to the nursing documentation.

3. Level of safety care activity was significantly different by age, year of employment in present hospital, type of hospital of nurses.

4. Level of documentation performance was significantly different by age, year of employment in present hospital, type of hospital, working department , nursing delivery system, experience of charting education, monitoring committee in the nursing division, monitoring committee in the ward.