



간호일지와 간호사의 면담자료에 나타난 간호활동 내용의 비교분석*

송미순¹⁾ · 김매자¹⁾ · 박영숙¹⁾ · 이은옥¹⁾ · 하양숙¹⁾
 한경자¹⁾ · 류세양¹⁾ · 강혜영²⁾ · 김경남²⁾ · 조문숙²⁾

서 론

연구의 필요성

간호기록이란 환자의 간호요구에 맞추어 간호를 시행하는 과정에 대한 기록으로서, 이는 간호사의 전문성과 특수성을 증거 하는데 중요한 방법이다(Holmes, 1980). 간호사는 업무 중 일상적으로 많은 시간을 간호기록에 할애하고 있다. Short (1997)가 조사한 결과에 의하면 간호사들은 8시간의 근무 시간 중 약 27%에 해당되는 2.5시간을 기록하는 활동에 할애하고 있어 간호사 활동 중 비중이 가장 큰 활동이라 할 수 있다.

간호기록은 간호사가 제공한 간호와 그 간호에 대한 환자의 반응, 환자의 상태에 대한 기록이며, 간호의 근거자료, 간호의 질 향상, 연구의 자료 및 간호행위에 대한 법적 증거자료가 된다는 점에서 매우 중요하다. 간호사는 간호기록을 통해 의료인들과 의사소통을 하게 되고 또 환자와 그의 진료 및 간호에 관한 중요하고 정확한 정보를 제공하고 또 얻게되며, 이 정보는 앞으로의 진료 방침과 간호계획을 세우는데 좋은 길잡이가 된다(Kang, 1977).

최근 간호계에서는 간호수가를 일반 병원수가에서 분리하여 청구하는 방안이 활발히 논의되고 있다. 이러한 작업이 필요한 이유는 간호활동이 수가로 평가될 수 있어야 병원내의 수입에서 간호활동이 차지하는 비중을 알 수 있고 간호활동의 가치를 주장할 수 있기 때문이다. 그런데 간호활동을 수가로 산정하기 위해서는 정확한 간호활동을 제시할 수 있는 자료

가 필요하다. 간호기록은 일상적인 간호활동을 반영하는 중요한 자료로 다른 어떤 것보다도 유용한 자료원이 될 것으로 생각된다 (Hale, Thomas, Bond, & Todd, 1997).

간호기록은 간호행위에 대한 중요한 증거이지만 간호기록에 간호행위가 제대로 반영되지 않는 경우가 많아 간호기록의 유용성이 높이 평가되지 못하고 있다(Brooks, 1998; Heartfield, 1996). 선행 연구에 의하면 간호사들은 간호기록체계의 형식이 명확하지 않고, 충분한 시간이 없고, 간호활동이 문자로 표현하기 어려운 내용이 많고, 기록하는데 자신감 없는 등의 이유로 8시간 근무 동안 간호일지에 환자 당 1-2줄 정도의 기록을 남기는데 그치고 있다(Howse & Bailey, 1992).

지금까지 국내에서 시행된 간호기록과 관련된 연구에서는 간호사들이 간호기록지(일지) 사용에 대해 만족하지 못하고 있으며(Seo, 1978) 간호기록의 방법이 비효율적이라는 것이 지적되었다(Kang, 1977; Park, 1980; Briggs & Dean, 1998; Park, Yoen, Yang & Han, 1991). 그러나 간호기록의 가장 중요한 목적인 간호활동의 내용이 충실히 반영되었는가에 대한 평가는 매우 부족하였다.

간호사들의 간호진단과 중재활동이 얼마나 되고 있는가를 평가하는 연구(Kim, 1980; Jang, 1982)나 질보장 연구(Kal, 1977; Jung, 1984; Davis, Billings & Ryland, 1994; Corben, 1997)들이 연구자료로서 간호기록지를 활용하여 간호활동의 내용을 분석하였다. 그러나 이러한 연구에서도 간호기록지가 얼마나 정확하게 간호활동을 반영하고 있는가에 대한 검증은 이루어지지 않은 채 이를 자료로 사용하였기 때문에 간호일

주요어 : 간호일지, 간호활동

* 이 연구는 2001년도 서울대학교 발전기금의 지원으로 이루어졌음.
 1) 서울대학교 간호대학, 2) 서울대학교병원
 투고일: 2003년 2월 14일 심사완료일: 2003년 8월 4일

지가 정확히 기록되지 않았다면 연구결과에 대해서도 의문을 가지게 된다.

간호기록에서 가장 큰 비중을 차지하고 있는 것은 간호사가 손으로 직접 기록하는 간호일지이다. 간호일지에 간호사들이 기록하는 내용이 무엇인가에 대해서는 연구가 되었으나 (Kim, 1980; Park, 1980) 실제 간호활동과의 비교를 통하여 간호일지에 누락되는 부분이 무엇인가? 또는 간호기록을 효과적으로 행하지 못하는 장애요인이 무엇인가?에 대해서는 규명되지 않고 있다.

간호기록지에 간호활동이 얼마나 잘 반영되고 있는가를 정확히 평가하기 위해서 가장 좋은 방법은 간호사의 활동을 지속적으로 관찰하여 간호기록 내용과 비교하는 것일 것이다. 그러나 현실적으로 이러한 연구에는 많은 경비와 시간이 요구되며, 관찰자의 관찰 내용의 정확성을 검증하여야 하는 또 다른 문제가 있다. 그러므로 외국에서 수행된 연구들도 간호사 면담을 통하여 활동내용 자료를 얻고 이를 간호기록지와 비교하는 방법을 사용하고 있다(Brooks, 1998; Hale et al., 1997). Brooks(1998)의 연구에서는 대상 간호사에게 자신이 기록한 간호기록지를 놓고 자신의 활동내용과의 차이점을 직접 도출하도록 하고 간호사들이 제대로 기록하지 않은 이유를 중심으로 심층면접이 시행되었다. Hale 등(1997)의 연구에서는 심근경색증 환자와 고관절골절 환자에게 필수적인 간호문제를 전문가 집단을 통해 불안, 통증, 욕창발생위험 등으로 도출하고, 이 간호문제의 간호사정과 중재를 특정 환자의 간호기록지에서 확인하고 동시에 이 문제에 대한 간호활동이 간호기록지와 다른 것이 있는가를 확인하기 위해 간호사를 면담하였다. 그러므로 이 연구들에서는 간호사들의 간호활동이 간호기록지에 기록되는가를 전체적으로 분석한 것이 아니고 특정 간호 문제를 중심으로 접근한 것이다.

그런데 간호일지의 정확도를 전체적으로 평가하기 위해서는 간호사가 시행한 모든 활동 내용을 분석하여 어떤 것이 기록되고 어떤 것이 기록되지 않는가 하는 것을 파악하는 연구가 필요하다. 그러므로 간호사가 수행한 모든 활동의 내용을 심층면담을 통해 얻고 이를 간호일지와 비교할 필요가 있다.

본 연구에서는 간호사를 면담하여 8시간 동안 활동한 내용을 얻고 이를 간호기록지와 비교함으로써 현재 시행되고 있는 간호기록지의 문제점을 분석해 보려고 한다. 또 간호사의 실제 활동 내용 중에서 기록에 흔히 누락되는 내용의 성격을 파악 함으로써 간호일지 기록 개선을 위한 기초자료로 활용될 수 있을 것이다. 궁극적으로는 간호실무의 내용이 보다 정확하게 기록되도록 동기화 시킬 수 있으며, 장기적으로는 간호기록의 정확성이 높아져 간호기록이 간호연구나 간호수가 산정의 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

따라서 간호사가 환자에게 제공한 간호활동을 간호기록에

정확하게 반영하고 있는지를 규명하는 연구가 필요하며, 이를 통하여 간호기록의 적절성을 평가하고 앞으로 간호기록의 개선점을 제시할 수 있을 것이다.

연구의 목적

본 연구의 목적은 근무시간 중에 간호사가 환자 한 명에게 수행한 간호활동 내용을 면담자료를 통해 분석하고 그 환자의 간호일지에 기록된 내용을 분석한 후 둘 사이의 차이점을 비교함으로써 간호기록의 내용을 보다 향상시킬 수 있는 방안을 제시하기 위함이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 간호사가 1일 근무시간 중에 특정 환자를 위해 수행한 간호활동의 내용을 간호사와의 심층 면접을 통하여 분석한다.
- 간호사가 이 특정 환자의 간호일지에 기록한 내용을 분석한다.
- 간호사가 진술한 간호활동과 간호일지에 기록된 내용을 비교 분석한다.
- 간호사가 진술한 간호기록 향상을 위한 방안을 탐색한다.

용어정의

- 간호활동 : 간호사로서 병원 근무 중에 임상에서 수행하는 모든 간호행위를 의미한다.

연구 방법

연구 디자인

본 연구는 간호사의 심층면담 자료와 간호일지 기록을 자료로 내용분석을 적용한 질적 연구이다.

참여자

서울시내 소재의 1600여 병상 3차 진료기관인 교육병원의 일반병동에 근무하는 간호사로서 자료수집 당시 병동 근무 경력이 만 1년 이상인 간호사를 본 연구의 참여자로 선정하였다. 면담 시행 전, 연구 참여자에게 연구의 목적과 연구과정 중 면담이 녹음될 것이라는 것을 설명 한 후 이 연구에 참여하기로 동의한 간호사 18명을 연구 참여자로 하였다.

자료수집 방법 및 절차

자료수집은 2001년 11월 20일부터 12월 28일까지 시행되었다. 당일 8시간의 낮 근무가 끝난 직후 환자 간호일지 기록도

모두 끝난 상태에서 연구자 중 1인이 간호사를 심층면담하였다. 심층면담 시에는 참여 간호사 자신이 당일 돌본 환자 중 가장 중환자에 해당하거나 가장 많은 간호 시간을 할애한 대상자 한 명을 선정하게 한 후 반구조화된 질문 내용에 따라 면담을 수행하였다. 면담 내용은 참여자의 허락을 받은 후 녹음되었고 녹음된 자료는 곧 필사 작업을 거쳐 연구자들이 공동으로 내용을 분석하였고 자료 내용이 포화될 때까지 자료 수집을 하였는데 총 18명이 참여자로 포함되었다. 심층면담에 이용된 반 구조화된 면담 가이드의 중요내용은 첫째, “오늘 그 환자와 관련하여 수행한 모든 간호활동을 빠짐없이 서술해 주시겠습니까?” 둘째, “간호일지에 간호활동이 잘 반영되기 위한 방안이 무엇이라고 생각하십니까?”이었다.

연구 절차

면담은 연구 참여자가 편안해 하는 장소에서 이루어졌는데 근무 병동의 회의실, 연구자의 연구실 등이 이용되었다. 참여자 1인당 평균 면담시간은 1회 40-60분 정도 소요되었다. 간호사와의 심층면담이 끝난 직후 해당 환자의 그날 간호일지를 환자 차트에서 복사하였다. 녹취한 심층면담 자료의 분석 과정에서 명확하지 않은 부분이 있는 경우 다시 참여자와 접촉하여 정확한 의미를 확인하였다.

자료분석

자료는 수집하는 대로 분석이 시작되었으며 간호사의 당일 수행한 업무와 간호일지에 기록된 내용을 연구목적의 관점에서 분석하였다. 연구자 중에 질적 연구에 경험이 많은 연구자 두 사람이 이 연구의 분석과정에 리더로 역할을 하였다. 필사한 심층면담 내용과 간호일지 내용은 환자별 분석과정과 전체 내용을 통합하여 분석하는 두 단계 분석과정을 거쳤다. 분석의 방법은 Colaizzi(1978)가 제시한 방법을 부분적으로 활용하였으나 개인의 경험에 대한 것보다는 간호활동의 내용이 무엇이었는지에 초점을 두고 분석하였다.

환자별 분석 : 심층면담한 자료와 간호일지 자료에서 간호활동 내용을 분석하고 범주화 한 과정은 다음과 같다. 제1단계: 모든 연구자들이 각각 심층면담한 것을 녹취한 자료를 반복하여 읽고 간호활동에 해당하는 문장과 주제를 선택하였다. 제2단계 : 연구팀 전체가 모여 각 연구자들이 선택한 문장과 주제에 대해 내용을 토의하고 중요한 주제에 합의점을 도출하였다. 제3단계 : 제2단계에서 나온 중요한 주제를 비슷한 주제군으로 묶어 범주라는 좀더 일반적인 형태로 재구성하였다. 범주화하는 과정에서 해석에 이견이 있을 수 있는 것은 연구자들이 합의하여 조정하였다 - 예를 들어 'IV 지속적으로

주입하기'는 약품 투여로 포함시키고 'IV 주입의 문제 발생에 대한 해결'은 치료와 간호문제의 문제해결로 포함시켰다. 간호일지 자료도 같은 단계를 거쳐 분석한 후 환자별로 비교하여 차이가 있는 내용을 분석하였다.

전체 심층면담 자료와 간호일지의 비교: 내과, 외과 별로 구분하여 심층 면담자료와 간호일지 자료로 범주화 한 간호활동 내용을 통합적으로 비교 분석하였다. 전체 범주를 통합한 결과 면접 자료는 내과 13개 범주, 외과 12개 범주이었고, 간호일지 자료는 내, 외과 각각 10개 범주이었다.

연구 결과

연구참여자 특성

연구 참여자 중 간호사는 일반 외과에 근무하는 간호사 6명, 내과에 근무하는 간호사 12명으로, 총 18명이었다. 성별은 모두 여성이었으며, 연령은 23세부터 48세로서 평균 나이는 27.8세이었으며, 평균 경력은 4년 3개월이었으며, 학력은 학사 과정 졸업 7명, 3년제 대학 졸업자 11명이었다<Table 1>.

참여 간호사의 내과계 간호대상자 중 2명은 다른 근무 날 다른 담당 간호사의 대상자로 중복되어 내과계 간호사 12명, 내과계 환자 10명이었다. 내과계 환자들은 모두 악성종양환자였고 입원 후 10일에서 62일까지 경과된 환자들이었으며 항암치료를 받는 환자가 2명, 방사선 치료중인 환자가 6명이었다. 외과계 환자는 6명이었는데 장폐색환자 1명 외에 5명은 모두 악성 종양으로 수술받은 환자이었다<Table 1>.

간호사의 심층면담 자료에 의한 간호활동 내용

심층면담에서 당일 근무시간 중에 특정 환자를 대상으로 수행한 간호활동으로 구술한 내용을 내과와 외과로 구분하여 정리한 결과는 <Table 2, Table 3>과 같다. 내과병동에 근무하는 간호사의 간호활동은 총 13개의 범주로 분류되었다. 투약, 활력징후 측정과 간호, 섭취량과 배설량의 측정과 관리가 주요한 범주이었으며, 그 외에, 의식수준 사정, 욕창 예방간호, 배설기능 사정과 관리, 호흡 간호, 환의 교환, 간병인 교육, 정서적지지, 장루 간호의 순이었으며, 간호일지 기록, 인수인계, 특수 검사결과 확인, 특수 기구를 이용한 처치 등이 기타의 내용으로 분류되었다.

외과병동에 근무하는 간호사의 간호활동은 총 12개의 범주로 분류되었다. 투약, 섭취량과 배설량의 측정과 관리, 수술상처와 배액 간호, 활력징후 측정이 주요한 범주이었으며, 수술 후 폐합병증 예방 간호, 정서적지지, 배설 기능 사정과 관리, 욕창 간호, 기타의 순으로 분류되었다.

<Table 1> Characteristics of nurse-patient pairs

subjects	nurses				patients		
	age	clinical experience (yrs)	educational level	sex	age	admission days (postop day)	diagnosis/treatment
Internal medicine	29	6.10	diploma	F	30	32	Osteosarcoma / RTx
	25	1.7	bachelor	M	40	3	Multiple hematoma/ Chemo Tx
	27	6.5	diploma	F	32	48	Breast Ca. with bone metasis/ RTx
	25	2.3	diploma	M	59	50	AGC
	31	7.8	diploma	F	73	69	IHD stone/ PTBD insertion
	29	6.1	diploma	M	68	61	Lung Ca. with Brain, kidney, bone metastasis/RTx
	28	6.9	bachelor	M	68	62	Lung Ca. with Brain, kidney, bone metastasis/RTx
	24	1.7	bachelor	M	70	21	Liver Ca.
	30	5.3	diploma	M	69	49	Prostatic Ca. Brain metasis/Brain RTx
	24	1.2	bachelor	M	45	10	Recurred AGC with adhesive ileus/ Chemo Tx
	26	4.1	diploma	M	45	14	Recurred AGC with adhesive ileus/ Chemo Tx
	24	2.6	diploma	M	54	71	AML/RTx
General surgery	27	3.7	diploma	M	73	7	Prev. stroke & colon obstruction/ hemicolectomy
	28	2.10	diploma	F	29	2	Liver donor
	27	3.10	bachelor	M	53	7	Rectal Ca./ Colectomy & ileostomy
	48	23.6	diploma	M	35	16	Rectal Ca./ Colostomy
	25	1.8	bachelor	F	55	1	Colon Ca. & Krukenberg Ca.
	23	1.8	bachelor	M	58	4	Liver Ca.

간호일지에 기록된 간호활동

당일 근무시간 중에 특정 환자를 대상으로 수행한 간호활동으로 간호일지에 기록된 내용을 정리한 결과는 <Table 2, Table 3>과 같다. 내과병동 간호사의 간호일지에 기록된 간호활동은 총 10개의 범주로 분류되었다. 활력징후 측정과 간호, 안위 사정과 관리, 투약, 섭취량과 배설량의 측정과 관리, 의식수준 사정이 주요한 범주이였으며, 배설기능 관리, 욕창 간호, 호흡 간호, 교육, 기타의 순으로 분류되었다. 외과병동 간호사의 간호일지에서 기록된 간호활동은 총 10개의 범주로 분류되었다. 활력징후의 측정과 간호, 수술상처와 배액 간호, 배설 기능의 사정과 관리가 주요한 범주이였으며, 수술 후 활력징후와 수술 창상과 배액 관리가 가장 많은 빈도로 기록되었으며, 수술 후 폐합병증 예방간호, 섭취량과 배설량 확인, 교육, 욕창 관리, 의식수준 사정, 투약의 순으로 분류되었다.

면담자료와 간호일지의 간호활동의 비교분석

다음 단계로 간호사가 당일 수행했다고 진술한 간호활동의 내용과 간호일지에 기록된 내용을 내과, 외과 별로 비교·분석하였다<Table 2, 3>. 면담자료에 없이 간호일지에만 나타난 간호활동은 없었다. 면담자료에서 간호활동 내용으로 제시되었으나 간호일지에 전혀 제시되지 않거나 많이 누락된 간호활동 내용은 다음과 같이 4개의 범주로 분석되었다.

• 정서적 지지

환자의 심리적 간호를 시행하였으나 기록하지 않은 경우가 다. 내과에서는 1명, 외과에서는 3명이 면담에서 제시하였으나 간호일지에는 전혀 기록되지 않았다.

• 사례 1)

면담내용: “그 분은 *EMV* 때문에 약을 쓰고 계세요. 그것 때문에 자주 혈관은 안 좋아지고, 장기간 누워 계시니까 그것 때문에 굉장히 아파하시고 그래서 자주 바꿔주고... 손 잡아 주고... 너무 증상이 너무 심하셔서 식사도 제대로 못하고... 약이 들어가기 시작하면서 좀 많이 나아지고 있는데, 일단 식사 드시는 거 그거 확인하면서 북돋워주는 말 좀 해주고요.... 이 분은 같이 앉아서 얘기 좀 해드리면 좀 더 기운이 돌아오고 그러세요.”

간호일지: ‘...*IV route change*함...*position change* 중임... *I/O* 증가하는 양상 보임...’

• 사례 2)

면담내용: “...*회장루(ileostomy)*의 배액 양상을 확인하였 습니다. 사실은 환자가 수술 전에 예정이 없었던 *회장루*를 가지고 오게 되었어요. 환자가 아침부터 굉장히 우울해 보여서 활력징후를 확인하면서 왜 그러시냐고 물어봤더니, *회장루* 후를 하게 될 지 몰랐다고 걱정을 하시길래(영구적인 인공항문이라고 생각함), 연경을 다시 안 할 이유는 없다고 말씀드렸더니 좀 안심을 하면서 우시더라고요.... 이 분은 *회장루*를 가지고 있는 것에 대한 *emotional support*가 가장 문제가

<Table 2> Comparison of nursing activities from interviews & nursing notes(Internal medicine units)

Interviews	Nursing notes
<p>1) Administering medications (12) Medication via nasogastric tube. Therapeutic enema for hepatic coma, infusion of albumin. Observation for adverse effect of special medicine. Injecting insulin. Securing, maintaining, & changing of IV route.</p> <p>2) Monitoring vital sign (11) Measurement of vital sign, repeated measurement when low blood pressure monitored, continuous observation & intervention of vital sign.</p> <p>3) Monitoring intake & output (7) Checking volume of enteral feeding via nasogastric tube, administering and maintaining NPO, encouraging oral intake after removal a nasogastric tube, assessing balance of I/O.</p> <p>4) Monitoring level of consciousness (5) Monitoring level of consciousness & communicability.</p> <p>5) Prevention of bed sore (4) Assessing skin integrity, changing position, skin massage & passive ROM.</p> <p>6) Management of elimination function (4) Management of foley catheter & perineal care, management of defecation.</p> <p>7) Administering respiratory care (4) Management oxygen therapy, tracheal suction for patients with T-cannular, applying nebulizer.</p> <p>8) Change hospital gowns and bed sheets (2) Due to incontinence & vomiting</p> <p>9) Education (2) To caregivers and patients. Contents: enteral feeding procedure via nasogastric tube, changing positions.</p> <p>10) Emotional support (1) Staying with patient when needed. Encouraging patient & support caregiver.</p> <p>11) Ostomy care(1) Assessing oozing & dressing ostomy site.</p> <p>12) Problem solving r/t treatment & nursing (3) Repeating caregiver education. Managing problematic IV route.</p> <p>13) Other Recording nursing note, reporting for changing shift, checking spial Lab data, measuring a body weight, monitoring blood glucose.</p>	<p>1) Monitoring vital sign (10) Blood pressure, body temperature & shivering, respiration rate & dyspnea, reporting to physician when abnormal sign & symptom present, and administering a prescription & monitoring it's outcome.</p> <p>2) Assessing physical comfort (10) Assessing pain, itching sense, epigastric discomfort, chillness, & diaphoresis, abdominal inflation & discomfort, encouraging bedrest.</p> <p>3) Administering medications (8) Checking label of fluid & flow rate of intravenous injection. Observing precautions of special medicine & patient's outcome. Securing, maintaining & changing IV route.</p> <p>4) Monitoring intake & output (7) Checking volume of urine and checking amount of oral intake, enteral feeding, administering NPO & post NPO care, jejunostomy feeding.</p> <p>5) Monitoring level of consciousness (7) Checking level of consciousness, orientation, and irritability, applying restraint if necessary</p> <p>6) Management & Monitoring elimination function (5) Observing hematuria and urinary incontinence. Changing diapers. Assessing urination need after removal of foley catheter.</p> <p>7) Prevention of bed sore (5) Assessing skin integrity, changing position.</p> <p>8) Administering respiratory care (2) Monitoring pattern of respiration during oxygen supplying via nasal cannular. Auscultation of lung sound. Management of tracheosomy & T-cannular. Suctioning, encouraging deep breathing, coughing & sputum expectoration. Applying nebulizer</p> <p>9) Education (1) Caregiver education for enteral feeding via nasogastric tube</p> <p>10) Other Support special examination(abdominal paracentesis), management of specimen. Physician's explanation to family.</p>

되는 것 같거든요...”

간호일지: ‘...ileostomy 통해 배액 잘 된...’

• 환자, 보호자 또는 간병인 교육과 정보 제공

환자, 보호자, 또는 간병인에게 교육하였거나 정보를 제공한 간호활동은 면담자료에 비해 일부만 간호일지에 기록되었다. 내과는 2회 중 1회만, 외과는 5회 중 1회만 간호일지에 기록되었다. 교육내용은 수술 후 심호흡, 운동과 병실 주변 보행 격려, 경관 영양 방법, 스토마 관리, 수술 후 식이 진행 등 환자와 보호자에게 교육한 내용이였다.

• 사례 1)

면담내용: “8시경에 *pouching*을 다시 갈기 위해서 갔어요. 다음 번에는 보호자가 할 수 있도록 시범을 보이면서 설명을 하면서 *pouching*을 했어요..... 수술 부위를 다시 봤는데 *pouching*이 터져있었어요. 뜯어서 수술부위 드레싱을 다시 하고(위턱에 주치의등이 하는데 주치의 부르는 게 번거로우서 그냥 제가 하고), *pouching*을 떨어지지 않게 잘 붙인 다음에, 보호자 분한테 사용하는 방법을 설명하고 보호자가 다시 해보도록 했습니다.... 환자가 *pouch*가 터질 것 같은 불안 때문에 운동을 잘 안하고 계속 누워만 계시더라고요. 그래서 다시 한 번 설명을 자세히 하고 운동의 필요성에 대해서도 설명을 하고 왔죠. 그리고 아침부터 점심까지

<Table 3> Comparison of nursing activities from interviews & nursing notes(Surgical units)

Interviews	Nursing notes
1) Administering medications (6) Administering IV injection & oral medication, changing fluids, administering a placebo if frequent complaint by PRN order.	
2) Monitoring input & output (5) Assessing balance of I/O, management postOP NPO & diet.	
3) Education (5) Informing present status & treat plan during ward rounding, explaining ward ambulation & exercise, oral food intake, need for oxygen therapy, caregiver education, changing a pouch procedure, educating to family for a procedure of bedsore dressing, demonstrating inspirometer operation.	1) Monitoring vital sign (6) Body temperature, pulse rate & pattern of respiration.
4) Management OP wound, drainages, pain (5) Checking type of draining tubes, volume & status of op site drainage, management of nasogastric tube, oozing & pain of op site, differentiating from other pain, assessing function of ostomy site & ileal-pouch, dressing op site.	2) Management OP wound, drainages, pain (6) Oozing & pain of op wound, applying PCA pump, checking type of draining tubes, volume & status op site drainage, volume & status of nasogastric tube, management after removal of drainages.
5) Monitoring vital sign (5)	3) Management elimination function (5) Checking function(feces & gas out) of ostomy/ileal pouch & changing pouch, assessment & management of constipation, recovery from anesthesia(bowel movement & gas out), assessing need for urination.
6) Preventing postOP lung complication (4) Auscultating lung sound, encouraging coughing, supporting ward ambulation, encouraging family involving, administrating chest physical therapy, demonstrating inspirometer.	4) Preventing postOP lung complications (3) Administrating chest physio therapy, encouraging ward ambulation, administrating oxygen supplying via nasal cannular.
7) Emotional support (3) Support for depressed ostomy patient, sorry for not staying with patient for time shortage.	5) Monitoring intake & output (3) Assessing amount of oral intake, abdominal discomfort, volume & status of urine via foley catheter.
8) Management and monitoring elimination function (2) Management after removal foley catheter, assessing recovery of bowel movement, administering laxatives	7) Education (1) Bladder training & perineal care after removal of foley catheter.
9) Prevention & care of bedsore (1) Applying a air mattress, dressing of bedsore site.	8) Management of bedsore (1) Assessing skin integrity, changing positions, applying a elastic stocking
10) Problem solving related to treatment & nursing Looking for physician, reporting to physician.	9) Monitoring level of consciousness (1)
11) Routine activities Emptying drainage bag. Position change. Medication	10) Administering medications (1) Complaining abdominal pain & injection placebo(saline).
12) Others Changing shift, preparing medication, classifying patient severity. Identifying patient's condition with ward rounding, changing bed sheets.	

구강섭취량을 확인하면서 좀 더 먹을 수 있도록, 대장에서 수분 흡수가 잘 안되니까 잘 먹어야 된다는 필요성에 대해서 설명하였습니다....”

간호일지: ‘...Ileo pouch로 stool & gas passing 잘 된. pouch change 시행함. NPO 드시면서 99 discomfort 호소 없습.’

○ 간호수행 절차상의 문제해결

간호 수행 과정상의 어려운 점-의사와 연락이 안됨, 보호자가 교육내용을 이해 못함, 실금 후 처리에 시간이 걸림 등-들이 있을 때 취한 행동이 면담자료에 많이 나타났으나 기록에는 거의 나타나지 않았다.

○ 사례1)

면담자료: “L-tube feeding라는 방법을 보호자가 못 알아 들어서 나중에 또 (교육)해 주었거든요.”

간호일지: ‘L-tube feeding 보호자에게 교육함’

○ 정기적으로 반복되는 간호행위

일상적으로 여러 번 반복하여 하는 간호활동은 면담에는 제시되었으나 문제가 없는 한 간호일지에 기록하지 않았다.

○ 사례 1)

면담내용 : “어제 수술한 환자라서 배액되는 양이 많았거든요. 그래서 중간 중간에 JP drainage를 세 번 정도 비워주면서 배액양과 양상을 체크 했구요...”

간호일지: ‘...JP drain으로 serous 양상으로 배액 보임...’

간호기록 향상을 위한 방안

간호일지를 질적으로 향상시키기 위한 방안은 간호사들의 면담자료에서 다음과 같이 5개의 주요 범주로 분석되었다.

- 시간적 여유, 인력 충원이 되어야 한다

간호사들 대부분이 간호기록을 잘 하지 못하는 이유로 시간의 부족을 들었다. 간호사 1인이 담당하는 환자의 수가 많기 때문에 간호일지에 자세히 기록할 시간이 부족하다는 것이다. 또 간호사들은 간호일지를 기록하는 시간보다 직접적인 간호 수행 자체에 할당하는 시간이 더 중요하다고 생각하므로 시간적 여유가 생겨야 간호기록을 더 잘할 수 있다고 진술하였다.

“저희는 간호기록을 하는 시간이 아깝다는 생각을 종종 하거든요. 그 시간을 조금만 줄어도 다른 거 해줄 수가 있거든요. *complaint*을 많이 하는데도 기록이 너무 많이 남아있으니깐 환자에게 가보겠다고 하고서도 기록을 계속하는 경우가 굉장히 많아요.”

“*OP*이 터져가지고 B 환자한테 신경을 쓰다보니까 A환자에 대한 *charting* 시간이 짧아지다 보니까 중재 간호 이런 거까지 (A환자의 내용을) 자세히 기록을 못하고 그냥 간단하게 기록을 해 버린다든지...”

- 기록양식의 개선

두 번째로 제시된 방안은 기록양식의 개선이었다. 병동의 성격에 따라 흐름차트와 같이 반복되는 내용을 간략하게 체크할 수 있도록 하는 간호기록 양식의 개발과 환자를 간호한 바로 그 자리에서 기록할 수 있도록 하는 기록 체계의 개발이 필요하다고 지적하였다. 이를 통해 시간을 절약할 수 있으며 정확한 기록을 가능하게 할 것이라고 하였다.

“*OP*(일부생리)같은 경우는 *OP*(수술)하고 *타서* 기본적으로 바야할 것들, *wound*(수술부위), *drain*(배액) 그리고 *pain*(통증) 정도만 양상에 대해서는 어떤 식으로 정확하게 기재를 해야할 것 같은데 여기에서 솔직히 그렇게 까지 기재를 못하고 있거든요, 그런 거는 일단 자세히 적어 줘야 하겠지만. *lung care*시키고 *ward ambulation* 시키고 그런 거에 대한 것들은 *check list*식으로 해서 *check* 하게 하고, 나머지 추가적인 부분들에 대해서는 직접 *charting*을 하면서 그런걸 자세히, 더 자세히 기록을 남기기 위해서는 *check list* 같은 게 있으면 좋을 것 같습니다.”

- 간호사의 간호지식 향상을 통한 독자적인 간호 수행의 활성화

세 번째는 간호사 자신이 독자적으로 수행하는 간호보다는 의사의 처방 중심으로 이루어지기 때문에 기록할 내용이 없

으므로 독자적인 간호가 좀 더 활발하게 이루어지면 간호일지의 질도 향상될 것으로 지적하였다.

“의사의 *order* 중심으로 일을 하기 때문에 간호사 자신이 독자적으로 하는 간호가 별로 없어서 기록할 내용이 별로 없는 것 같아요.”

그리고 이러한 독자적인 간호 활성화를 위해서는 간호사의 간호지식과 능력의 향상이 필요하다고 제시되었다.

“제가 지식이 더 넓다면 좀 더 사정하는 폭도 넓고 할 테니까 *charting*도 당연히 지금보다 더 잘 될 것 같아요.... 그리고 환자가 가진 질환에 대한 많은 지식을 가지고 있으면 그 내용으로 사정도 하고 할 테니까 간호 직을 높인데 도움이 될 것 같아요.”

- 표준화된 간호과정과 기록모델의 제시

네 번째로 간호진단과 중재 또는 특수한 검사나 시술 등에 대한 표준이 수립되어 제시된다면 간호기록을 좀 더 효율적으로 할 수 있다고 하였다.

“검사 또는 시술 등을 받을 경우 이런 것에 대한 사정, 교육 등에 필요한 지식이 있으면 간호사이면 누구나(신규, 경력 간호사를 막론하고) 간호기록을 잘 할 수 있을 것 같아요. 예를 들어 검사시술을 받을 경우 이런 것(하고 온 후 환자) 등에 대한 사정, 교육 등이 비슷하데 그런 것에 대한 지식이 없어 그런 것이 수첩되어 있다면 좋을 텐데... 그러면 신규 간호사건 경력 간호사건 간에 간호기록을 잘 할 수 있을 것 같은 생각이 들어요...”

“심리적 간호는 어떻게 써야할지 모르겠어요. 간호사가 한 이야기를 다 적기도 그렇고”

- 기록에 대한 훈련과 계속 교육

다섯 번째는 간호사 자신의 지식과 기술이 향상되어야 함과 이를 위한 계속 교육이 필요하다고 제안하였다.

“누군가가 *form*을 정해 줘 가지고, 예를 들어서 어떤 환자의 *progress*를 놓고, 이 사람에게 이루어진 일을 *charting*을 한다면 어떤 식으로 할 수 있겠는가, 그런 것도 시간을 내서, 가능하다면 자꾸 *training*하고 그런 수밖에 없지 않나 싶은데요...”

논 의

간호사들이 간호일지에 기록하는 내용은 그 병동에서 “중요하다고 생각하는 것”이 정해져 있어서 활력 징후 외에는 내과와 외과의 경우가 어느 정도 구분되어 기록에 나타나는 것으로 보인다. 외과에서는 주로 수술과 관련되어 합병증이 있는가를 관찰하는 간호가 중요한 것으로 나타나서. 수술상처간

호, 배액 관리, 폐합병증 예방, 부동과 관련된 간호, 섭취와 배설 등이 중요하게 나타났다. 그러나 내과에서는 투약, 안위(통증)간호, 의식상태, 섭취상태, 배설관리 등이 중요한 간호로 나타났다.

내·외과를 통합해서 보면 전체적으로 기록에서와 비슷한 내용들이 면담에서도 나타났으나 기록자료에 나타나지 않거나 면담 자료에서 더 두드러진 것은 정서적 지지, 보호자 교육, 치료 혹은 간호과정의 문제해결, 정규적으로 반복되는 간호행위 등이었다. 간호사들은 환자에게 시행한 직접 간호는 간호일지에 기록하는 것에 반해서 환자와 보호자에 대한 교육이라든가 정서적 지지와 같이 언어로만 시행된 것은 잘 기록하지 않는 것으로 나타났다. 이는 외국의 연구에서도 지적된 바인데 Brooks(1998)의 연구에서 비신체적 문제와 행동 장애 등은 기록이 되지 않았는데 이유로는 언어능력 부족과 동기화 부족 등이 제시되었다. 이러한 정신적인 문제가 기록되지 않는 이유를 본 연구의 면담 대상간호사 중 한 명은 “정신과라면 그런 것(심리적인 상태) 다 기록하잖아요. 그러나 여기서는 (외과) 그런 것이 쓸 수 있는 그런건 아니죠” 하여 내과나 외과의 경우 신체적 문제가 간호 기록에서 우선 된다는 가치를 간호사들이 가지고 있음을 나타내고 있다. 그러나 일부 간호사들은 면담에서 “supportive care 하고 정서적 care도 해야 하는데 그걸 많이 못한다.”, “정작 필요한 것은 그것인데(정서적 간호) 잘 못하구요.” 등으로 자신의 시간 부족 때문에 정서적 심리적 간호를 못하는 것을 아쉬워한다는 것을 나타내었다. 이러한 결과는 간호사들이 심리적 간호를 중요하게 여기고 있다는 뜻이나 간호일지에는 전혀 기록하지 않는다. 이는 간호사들이 실제 간호하는 내용과 기록 내용에 대해 각각 다른 가치를 가지고 행하는 것을 의미하는 것으로 보인다.

또 환자 치료나 간호과정에서 생기는 문제해결 과정은 많은 노력과 시간이 소요되지만 간호일지에는 기록하지 않거나 시행하였다는 것만 기록하고 있다. 예를 들면 면담자료에서 “변실금을 하여 옷을 갈아입히는 데는 많은 시간이 걸렸다. 다리에 IV가 두 개, 그리고 weakness가 있어서”의 경우 간호일지에는 ‘변실금 1회 함’으로 나타났다. 또 “IV route가 나빠서 그 방에 엄청 쫓아 다녔지만...”의 경우는 전혀 간호일지에 기록되지 않고 있었다.

그런데 간호사들은 기록하지는 않지만 간호사들이 중요하다고 생각하는 것은 인계시간을 통하여 다음번 간호사에게 전달하고 있다. 예를 들면 “환자의 심리상태”, “환자가 보호자와 다투었다는 얘기”, “환자의 기분이 오늘은 depression mood이니” 등 심리 상태에 대해서는 주로 인계를 통하여 간호사들끼리는 전하고 있다고 한다. 이러한 결과는 간호사들이 심리적인 측면을 중요하다고 생각하나 간호사 외에는 관심이 없다고 생각하므로 기록할 필요는 없는 것으로 인식하고 있는 것으로

보인다. 인간을 전인적인 존재로 본다는 것이 현재 간호철학의 가장 중요한 부분으로 누구나 인정하고 있으나 간호일지에는 대상자의 심리·사회적 문제에 대한 사정과 중재는 전혀 나타나지 않고 있다. 또한 대상자를 전체로 보고 통합적인 인간으로 사정하고 중재한 내용은 없고 모두 부분적인 상태만을 기록하고 있는 것도 문제점으로 생각된다. 그리고 기록에는 의사처치 명령지에서 시행하도록 된 것을 중심으로 기록되고, 간호사가 독자적으로 판단해서 시행하는 정서적 지지, 환자교육은 간호일지에 거의 나타나지 않거나 일부만 제시되었다.

본 연구 참여자들은 인력 부족과 시간 부족은 적절한 간호 기록을 방해하는 가장 큰 요인으로 지적하였고 간호사들은 기록을 잘하기보다는 그 시간에 직접 간호를 하는 것이 더 가치가 있다고 대답하였는데 이는 다른 연구들에서도(Brooks, 1998; Tapp, 1990) 제시된 연구 결과들이다. 이 연구에서 간호사들은 시간의 부족이 기록을 제대로 하지 못하는 방해 요인이라고 하였으며 동시에 시간이 있더라도 간호의 우선 순위는 환자의 신체적 고통, 투약, 긴급한 환자의 문제, 의사 처치명령에 의한 치료와 모니터, 병동관리 업무, 그 다음이 기록이라고 하여 기록은 다른 활동을 하고 난 후 시간이 남으면 하는 것으로 나타났다. 본 연구에서 기록 양식의 개선이 두 번째로 중요한 개선 방안으로 제시되었는데 특히 흐름차트의 활용은 Tapp(1990)의 연구에서도 기록을 잘하기 위한 촉진 요인으로 제시된 것이다. 또 이 외에도 간호사들의 기록에 대한 지식 부족이나 기술부족, 어휘력이나 표현력의 부족, 어떤 내용이 기록에 포함되어야 하는가에 대한 인식 부족이 공통적으로 나타나고 있다. 이는 Brooks(1998)와 Short(1997)의 미국 연구에서도 제시된 것이다. 그러므로 간호일지 기록에 대한 지침의 개발뿐만 아니라 이를 간호사들에게 교육하고 훈련하는 것이 필요하다는 것이다.

선행 연구(Tapp, 1990)에서도 간호기록의 문제로 간호활동의 정의가 명확하지 않다거나 혹은 이론적 틀이 부족하다는 것이 지적되고 있는데 본 연구에서도 간호사들이 지각한 문제로 간호기록에 대한 적절한 모델이 없고 표준 지침이 없는 것을 지적하였다. 간호기록의 틀이 없고 간호 과정에 대해서도 “간호활동의 목적은 잘 안 쓰고 주로 환자 상태만 쓴다”, “주로 간호사정에 치우쳐 쓰게 된다”, “일단 저희가 간호진단을 내리고 중재를 하는 것 자체가 병원에서는 바빠서 잘 안 되고 그러다 보니 제시가 어려운 거 같아요.” 이러한 경향은 간호사들이 간호일지에 독자적으로 수행하는 간호활동에 대해 기록하기 보다는 주로 ‘의사처치 명령을 제대로 수행하였다’라는 관점에서 간호일지를 활용하고 있는 것을 의미한다.

본 연구는 일개 대학병원의 내과 및 외과 각 1개 병동을 대상으로 시행되었기 때문에 이 연구의 결과를 모든 간호현

장으로 확대 하기는 어려운 점이 있으나 외국의 연구 결과와 비교해 볼 때 많은 공통문제를 제시하고 있다(Brooks, 1998; Hale et al., 1997; Tapp, 1990). 본 연구에서는 간호사들이 기록에 할애하는 시간을 확인하지는 않았지만 외국의 경우 간호활동시간의 1/4을 기록에 할애한다고(Short, 1997) 보고하여 기록을 효율적으로 개선하는 것은 간호활동 전체의 효율을 높일 수 있는 방안이 될 것으로 생각된다. 그러나 간호사가 기록해야 할 기록의 종류와 양이 많고, 대부분의 간호행위가 대인관계의 행위이기 때문에(Chi, Choi, Park & Jung, 1999) 문자나 숫자로 표현하기 어려운 점이 간호기록의 정확성을 방해하는 원인으로 생각된다.

추후 연구로 본 연구에서 문제점으로 지적되고 향상 방안으로 제시된 방안을 고려한 간호기록 지침의 개발이 필요하다. 간호행위와 간호기록 간의 상호 관계를 나타내는 개념적 틀의 개발, 흐름차트가 필요한 분야의 분류와 흐름차트 개발, 간호기록의 표준지침 마련, 효율적인 간호기록을 위한 간호사 교육방법 등에 관한 연구가 필요하다.

결론 및 제언

본 연구에서는 간호사들이 수행한 간호활동의 내용과 간호일지에 나타난 기록의 내용을 비교·분석하였고 간호 기록을 보다 향상시킬 수 있는 방안을 조사하였다. 종합병원의 내·외과 병동의 간호사 18명을 대상으로 면담 당일 자신의 간호대상 환자 중 가장 간호내용이 많은 환자를 지정하여 자신들이 환자들에게 행하는 간호활동의 내용을 심층면접을 통하여 자료를 얻고 동시에 간호활동을 시행한 환자의 간호 기록 내용을 비교하여 간호기록과 활동내용의 차이를 비교하였다.

연구결과 간호사들은 직접적인 신체간호를 주로 기록하였고 정서적인 간호나 교육, 간호나 치료상의 문제해결 등과 같이 독자적인 간호활동으로 생각되는 간호 내용은 기록에 거의 포함되지 않았다. 간호기록의 향상을 위한 방안으로는 간호기록을 위한 시간적 여유, 기록 양식의 개선, 독자적 간호의 활성화, 표준지침의 수립, 간호상의 지식과 기술의 향상, 적절한 모델의 제시 등이었다. 추후 연구로 본 연구에서 문제점으로 지적되고 향상 방안으로 제시된 방안을 고려한 간호기록 지침의 개발이 필요하다. 간호일지에 기록하여야 하는 간호활동의 정의를 명확히 하고, 일반적인 간호일지 기록대신 흐름차트가 필요한 분야의 분류와 흐름차트 개발, 간호기록의 표준지침 마련, 효율적인 간호기록을 위한 간호사 교육방법 등에 관한 추후연구가 필요하다.

References

- Briggs, M., & Dean, K. L. (1998). A qualitative analysis of the nursing documentation of post-operative pain management. *J Clin Nurs*, 7(2), 155-63.
- Brooks, J. T. (1998). An analysis of nursing documentation as a reflection of actual nurse work. *Medsurg Nurs*, 7(4), 189-196.
- Chi, S. A., Choi, K. S., Park, K. S., & Jung, Y. K. (1999). A basic study on improvement and computerization of nursing record. *J Korean Acad Nurs*, 29(1), 21-33.
- Choi, S. S., Cho, H. S., & Paik, S. N. (1981). A study on effects of application of nursing process by nursing progress notes. *J Korean Acad Nurs*, 11(2), 55-68.
- Corben, V. (1997). The Buckinghamshire nursing record audit tool: a unique approach to documentation. *J Nurs Manag*, 5(5), 289-293.
- Davis, B. D., Billings, J. R., & Ryland, R. K. (1994). Evaluation of nursing process documentation. *J Adv Nurs*, 19(5), 960-968.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Thorell-Ekstrand, I. (1998). Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPS model. *J Adv Nurs*, 24(4), 853-867.
- Hale, C. A., Thomas, L. H., Bond, S., & Todd, C. (1997). The nursing record as a research tool to identify nursing interventions. *J Clin Nurs*, 6, 207-214.
- Heartfield, M. (1996). Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. *J Adv Nurs*, 24, 98-103.
- Helleso, R., & Ruland, C. M. (2001). Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record. *J Clin Nurs*, 10(6), 799-805.
- Howse, E., & Bailey, J. (1992). Resistance to documentation-a nursing research issue. *Int J Nurs Stud*, 29(4), 371-380.
- Jang, E. H. (1982). Analysis of nursing records in a hospital -focus on nursing note-. Unpublished master's thesis. The Kyung Buk University of Korea, Seoul.
- Jung, S. K. (1984). A study on quality assurance of nursing-focus on management of nursing records-. Unpublished master's thesis. The Kyung Hee University of Korea, Seoul.
- Kal, H. S. (1977). A study on nursing record audit by nursing documentation for the postpartum patients. Unpublished master's thesis. The Kyung Hee University of Korea, Seoul.
- Kang, I. S., & Kim, M. H. (1996). Development of information system in nursing practice -spinal cord injury patients-. *J Korean Nurs Admin Acad Soci*, 2(2), 43-57.
- Kang, Y. H. (1977). An experimental study on implementation of problem-oriented nursing record. *J Korean Acad Nurs*, 7(1), 1-9.
- Kim, J. Y. (1980). A study on analysis of nursing diagnosis and practice in nursing record. Unpublished master's thesis. The Yon Sei University of Korea, Seoul.
- Kim, S., Lee, K. J., & Kim, G. H. (1995). A study on the development of nursing record for effective nursing practice in psychiatric ward. *J Korean Psych and Mental Health Nurs Acad Soci*, 4(1), 5-26.

- Lee, C. H., Sung, Y. H., Jung, Y. Y., & Lee, J. L. (2000). A study on the effects of EMR on nursing documentation. *J Korean Soci Med Informatics*, 6(4), 87-97.
- Meyer C. (1992). Bedside computer charting: inching toward tomorrow. *Am J Nurs*, 92(4), 38-44.
- Nahm, R., & Poston, I. (2000). Measurement of the effects of an integrated, point-of-care computer system on quality of nursing documentation and patient satisfaction. *Comput Nurs*, 18(5), 220-229.
- Park, H. J., Yoen, K. S., Yang, S. D., & Han S. S. (1991). Measurement of nursing time by nursing practice. *New Med J*, 34(3), 99-116.
- Park, Y. I. (1980). Survey on nursing documentation in rural health office. Unpublished master's thesis. The Seoul National University of Korea, Seoul.
- Romano, C., McCormick, K. A., & McNeely, L. D. (1982). Nursing documentation: a model for a computerized data base. *Adv Nurs Sci*, 4(2), 43-56.
- Seo, M. J. (1978). Survey on staff nurse's nursing documentation. *Korean Central J Med*, 21(4), 98-106.
- Short, M. S. (1997). Charting by exception on a clinical pathway. *J Nurs Manag*, 28(8), 45-46.
- Tapp, R. A. (1990). Inhibitors and facilitators to documentation of nursing practice. *Western J Nurs Res*, 12(2), 229-240.

Comparison of Nursing Activities Reflected in Nursing Notes and In-depth Interviews of Nurses in an Acute Hospital

Song, Misoon¹⁾ · Kim, Mae-Ja¹⁾ · Park, Young Sook¹⁾ · Lee, Eun-Ok¹⁾ · Hah, Yang-Sook¹⁾
Han, Kyung-Ja¹⁾ · Ryu, Se-Ang¹⁾ · Kang, Hae-Young²⁾ · Kim, Kyung-Nam²⁾ · Cho, Moon-Sook²⁾

1) College of Nursing, Seoul National University, 2) Department of Nursing, Seoul National University Hospital

Purpose: The purpose of this study was to compare the nursing activities delineated by interview of nurses with those on nursing notes. **Method:** The participants of interview were 18 nurses working in medical and surgical units of a large hospital in Seoul. Each nurse was asked to choose one patient who demand most nursing care among her patients. The nurse was then interviewed to describe what her nursing activities for the patient was that day. The audio-taped interview was transcribed and the content was analyzed by researchers. Nursing notes of each nurses' patients were copied and the content analyzed by researchers. Finally, themes from the interview data and those from nursing notes were compared. **Result:** Activities related to emotional or psychological nursing, education for patient and families, and problem solving related to treatment or nursing procedure were most often omitted in nursing notes. Most of the documentation in nursing notes were related to physical condition of patients or physician's orders. Nurses described that they will do better recording if they were given less patient care responsibility, had better nursing knowledge, had better recording system, and received more training on nursing record. **Conclusion:** Nursing notes did not reflect nursing activities properly. Few independent nursing roles were documented in the nursing notes. Development of nursing education program and nursing record system is needed for improvement of nursing record.

Key words : Nursing notes, Nursing activities, Interview

• Address reprint requests to : Song, Misoon

College of Nursing, Seoul National University
#28 Yongon-Dong, Chongno-Gu, Seoul 110-799, Korea
Tel: +82-2-740-8826 Fax: +82-2-765-4103 E-mail: msong@snu.ac.kr