

간호사 임상경력관리체계 모형 타당성 및 적용가능성 검증연구

조명숙¹⁾ · 권인각²⁾ · 김경희³⁾ · 김미순⁴⁾ · 조용애⁵⁾

¹⁾성균관대학교 임상간호대학원 교수·삼성서울병원 임상간호학연구소장,
²⁾성균관대학교 임상간호대학원 교수·삼성서울병원 암병원 간호부장, ³⁾중앙대학교 적십자간호대학 교수,
⁴⁾삼성서울병원 간호본부장, ⁵⁾중앙대학교 적십자간호대학 조교수

Validity and Applicability of Clinical Ladder System Model for Nurses

Cho, Myung Sook¹⁾ · Kwon, In Gak²⁾ · Kim, Kyung Hee³⁾ · Kim, Mee Soon⁴⁾ · Cho, Yong Ae⁵⁾

¹⁾Professor, Graduate School of Clinical Nursing Science, Sungkyunkwan University,
Department of Clinical Nursing Science, Samsung Medical Center

²⁾Professor, Graduate School of Clinical Nursing Science, Sungkyunkwan University,
Director, Department of Nursing (Cancer Center), Samsung Medical Center

³⁾Professor, Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University

⁴⁾Chief Nursing Officer, Department of Nursing, Samsung Medical Center

⁵⁾Assistant Professor, Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University

Purpose: The purpose of this study was to verify the validity and applicability of the Clinical Ladder System(CLS) Model for nurses and to suggest a model for nurses in general hospitals as well as tertiary hospitals. **Methods:** After refining questionnaires through focus group participation, a survey was carried out with 50 nurse managers and 500 staff nurses from 6 tertiary hospitals and 4 general hospitals. S-CVI and i-CVI for validity and applicability were calculated. Differences in validity and applicability by the type of hospitals and characteristics of respondents were analyzed using t-test and ANOVA. **Results:** S-CVI for validity and applicability of the CLS model were over 0.8 in two types of hospitals and the validity and applicability of the CLS model were confirmed. No differences were found in the total score for validity between the 2 types of hospitals, but in applicability, general hospitals had significantly lower applicability than tertiary hospitals. Some items showed difference according to characteristics of the respondents. CLS models were postulated based on the study results. **Conclusion:** The CLS model refined through this study can be used for nurses. In application, modifications are needed according to the conditions of each hospital.

Key words: Nurses, Clinical Ladder System(CLS), Validity, Applicability

I. 서 론

1. 연구의 필요성

임상경력개발제도 또는 임상경력관리체계는 간호사들을 임상경험과 간호역량 수준에 따라 차별화하고 인정·보상하여 인력개발과 인사관리를 연계시키는 제도로써[1] 미국에서

처음 도입된 이래로 간호사의 인력부족 해소와 우수한 간호사 보유, 질적인 간호제공을 위해 많은 병원에서 도입되어 활용되고 있다[2]. 임상경력관리체계의 적용은 우수한 간호실무 제공과 간호의 질적 향상에 도움이 될 뿐 아니라 다른 간호사를 멘토링하고 동기부여하며 다학제 팀멤버로서의 다양한 역할과 근거기반실무를 활성화하는 등 전문성 활동 증진에도 기여하였다[3]. 또 임상경력관리체계의 적용을 통하여 자아효

주요어: 간호사, 임상경력관리체계, 타당도, 적용가능성

Corresponding author: Cho, Yong Ae

Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University, 84 Heukseok-ro, Dongjak-gu, Seoul 06974, Korea.
Tel: 82-2-820-6587, Fax: 82-2-824-7961, E-mail: yacho2018@cau.ac.kr

*본 연구는 2016년 병원간호사회에서 연구비를 지원받아 진행한 연구임.

투고일: 2017년 7월 1일 / 심사회의일: 2017년 10월 13일 / 게재확정일: 2017년 11월 8일

능감, 직무만족도, 조직몰입, 결근을 개선[4,5] 및 간호사의 전문성 개발 측면에서도 긍정적인 효과가 확인되었다[6]. 그 외에도 환자간호 및 간호 발전에 미치는 효과로 인해 American Nursing Credentialing Center에서 시행하고 있는 마그넷 인증 프로그램 취득에도 도움이 된다고 하였다[3].

국내에서는 Jang [7]의 임상경력개발을 위한 모형구축연구를 시작으로 중환자실[8]과 응급실 간호사[9]의 임상등급에 따른 간호역량 측정도구 및 행동지표에 대한 연구와 수술장 간호사의 경력개발시스템이 개발된 바 있다[10]. 임상경력관리체계를 적용한 효과로서 간호사 업무수행능력, 직무만족, 조직몰입도와 이직의도에 긍정적인 효과가 있었으며[11], 간호사의 전문성 및 자율성 증가[12] 간호역량 증진[10]과 전문직 자아개념, 임파워먼트 증가효과가 있는 것으로 보고되었다[13]. 이들 연구는 주로 상급종합병원을 대상으로 이루어졌으며, 종합병원 대상으로는 거의 이루어지지 않았다. 그러나 최근 국내 종합병원이 간호사의 높은 이직률로 어려움을 겪고 있는 것으로 보고되고 있으며, 간호인력 확보가 중요한 이슈로 대두되었다[14-16]. 임상경력관리체계는 상급종합병원 뿐 아니라 인력부족을 겪고 있는 종합병원 간호사의 역량을 발전시키는 제도를 도입하고 간호사의 역량에 따라 보상하고 인정함으로써 우수 간호사를 유지하는데 도움이 될 것으로 생각된다.

의료기관에 적용 가능한 임상경력관리체계의 모형으로서 최근 상급종합병원과 중소병원을 위한 모형이 개발되었다[17,18]. 각 모형의 기본적인 틀은 간호역량 평가를 통해 등급을 구분하고 임상등급별 자격요건과 전문성 활동의 권장 또는 필수조건을 제시하며, 평가 및 보상에 대한 운영방법도 상세히 제시하고 있다. Han [18]은 400병상 미만의 중소병원을 대상으로 임상등급을 간호역량에 따라 4등급으로 구분하고 등급별 자격기준에 따라 차별화된 보상을 제시하고 있다. 또 Cho 등[17]은 상급종합병원의 간호사를 대상으로 임상등급을 5개로 구분하고 간호역량과 자격요건, 전문성 활동을 평가하며, 평가한 임상등급에 따라 개별 간호사의 보상을 차별화하고 지원하는 모형을 제시하였다. 그러나 이 모형이 간호사의 역할과 전문가 의견을 반영하여 개발되었으나 간호사나 간호관리자를 대상으로 타당성과 적용가능성 평가가 이루어지지 않아 실제 의료기관에 적용하는 것에는 제한점이 있을 것으로 보인다.

이에 본 연구에서는 Cho 등[17]의 상급종합병원 간호사를 대상으로 개발된 모형과 세부적인 기준에 대해 상급종합병원과 종합병원 간호사를 대상으로 타당성과 적용가능성을 조사하여 임상경력관리체계를 의료기관에서 실제 적용하며 확대되기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 Cho 등[17]이 개발한 임상경력관리체계 모형의 타당성과 적용가능성을 검증하기 위한 것으로 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 임상경력관리체계 모형에 대한 상급종합병원과 종합병원에서의 타당성과 적용가능성을 확인한다.
- 2) 상급종합병원과 종합병원에서의 타당성과 적용가능성을 비교한다.
- 3) 상급종합병원과 종합병원에서 적용할 수 있는 임상경력관리체계 모형을 제시한다.

3. 용어정의

1) 임상경력관리체계(Clinical Ladder System, CLS) 모형

임상경력관리체계란 간호현장 내에서 임상경험, 기술과 역량, 교육, 전문성 등의 수준을 구별하는 등급에 따라 평가하고 보상함으로써 간호사를 동기부여하고 스스로 지원하여 승단하도록 함으로써 간호역량을 발전시키는 체계를 말한다[19]. 본 연구에서는 Benner [20]가 제시한 모형을 기초로 하여 Cho 등[17]이 상급종합병원을 중심으로 개발한 임상경력관리체계의 모형을 말하며 역량발전의 5등급에 따라 제시된 간호역량, 자격요건, 전문직 간호활동에 대한 기준과 운영체계를 포함한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 임상경력관리체계 모형[17]에 대한 상급종합병원과 종합병원에서의 타당성과 적용가능성을 평가하기 위한 방법론적 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 조사대상은 서울과 경기도에 소재한 병원으로서 부서장이 연구참여에 동의한 6개 상급종합병원과 4개 종합병원의 일반병동에 근무하는 수간호사(병동파트장, Unit Manager 등) 50명과 간호사 500명을 대상으로 하였다. 설문대상은 간호업무와 경력관리에 대한 이해가 있는 경력 6개월 이상인 간호사를 대상으로 하였다. 대상자의 수를 산정하기 위하여 종합병원과 상급종합병원으로 분류하고 두개 군의 군별 대상자수는 타당성

과 적용가능성에 대한 평균 차이검정을 위한 일원분산분석에서 집단 수 6, 효과크기 0.25 (medium), 검정력 0.8, 유의수준 0.05를 적용하였을 때의 집단별 최소 표본수를 35명으로 하여[21] (Cohen, 1992) 종합병원과 상급종합병원의 군별 대상자 수는 각각 210명으로 산출되었다. 본 연구에서는 각 병원별 대상자 수를 탈락률과 수거된 자료의 미흡 가능성을 고려하여 병원별로 최소 55명(수간호사 5명, 간호사 50명)으로 하고 상급종합병원과 종합병원의 대상자수가 각각 210명이 넘도록 하였다.

3. 연구도구

Cho 등[17]에 의해 개발된 7개 영역 44개 문항의 설문지에 대한 적절성을 검토하기 위해 임상전문가로 구성된 2개의 포커스그룹에서 원 도구에 대한 타당도와 적용가능성을 평가한 후 전문가 합의를 통해 도구를 수정하여 확정하였다.

선행연구[17]에서 병원에 따른 타당성과 적용가능성에 차이가 없었으므로 임상경력관리체계를 도입하고 있는 일 상급종합병원의 임상경력 10년 이상, 관리자 경력 2년 이상의 간호관리자 10명과 임상경력 5년 이상인 간호사 10명으로 2개의 포커스그룹을 구성하여 개발된 임상경력관리체계 모형을 설명한 뒤 타당성과 적용가능성, 항목별 의견을 조사하였다. 각 항목의 타당성과 적용가능성은 1점 '전혀 타당하지(가능하지) 않다', 2점 '타당하지(가능하지) 않다', 3점 '타당(가능)하다', 4점 '매우 타당(가능)하다'의 4점 Likert 척도로 측정하였으며, 3~4점을 준 비율을 계산하여 각 문항에 대한 내용 타당성 지수 (item-level Content Validity Index, i-CVI)와 Scale-level Content Validity Index (S-CVI)를 산출하였다[22].

임상경력관리체계 모형에 대한 포커스 그룹 조사결과 44개의 항목 중 타당성에서 i-CVI가 0.80 미만인 4개 항목과 적용가능성에서 0.80 미만인 6개 항목에 대해 3명의 간호대학 교수와 3명의 간호관리자로 구성된 연구자 및 전문가 모임에서 타당성과 적용가능성 점수와 조사대상자의 의견을 참고하여 4개 항목을 삭제하는데 합의하여 최종적으로 40개 항목을 결정하였다. 삭제된 항목은 '3등급에서의 교육자료 개발', '전문성 개발활동', '금전적 보상'과 '5등급 전문자격 취득 권장'이다.

4. 연구진행 과정

1) 1단계: 임상경력관리체계 모형의 전문가 타당도 및 적용가능성 조사

본 연구의 설문조사는 연구책임자가 소속된 S병원 기관윤리위원회의 승인을 받은 후(SMC20105051005-HA001) 연구

대상 병원 부서장의 허락을 받고 2016년 7월 1일에서 7월 25일 까지 조사를 진행하였다. 조사에 참여한 병원은 6개 상급종합병원과 4개 종합병원이었으며, 병원별로 일반 병동에 근무하는 수간호사 5명과 간호사 50명을 선정하여 상급종합병원은 총 330명, 종합병원은 220명이 참여하였다. 연구의 동의과정은 대상자에게 연구과정과 자유로운 의사에 따라 설문을 작성하는 것과 도중에 중지할 수 있음을 설명하였다. 또 설문은 무기명으로 작성하며, 연구목적 외에는 일체 사용하지 않을 것과 연구 종료 후 설문지는 연구윤리위원회에 의뢰하여 3년간 보관하며 수집된 자료가 유출되지 않을 것을 서면으로 설명하고 참여에 동의한 수간호사 및 간호사를 대상으로 임상경력관리체계 모형과 간호역량 도구, 타당성과 적용가능성에 대한 설문지를 작성하도록 하였다.

2) 2단계: 설문조사 결과의 반영과정 및 최종 임상경력관리체계 모형 제시

타당성과 적용가능성 결과와 응답자의 기술의견을 정리한 후 그 결과를 3명의 간호대학 교수와 3명의 간호관리자로 구성된 전문가 모임에서 검토하였다. 즉, 타당성과 적용가능성에 대한 i-CVI가 낮은 항목을 확인한 후 응답자가 제시한 의견과 선행연구, 임상경력관리체계를 시행 중인 기관의 임상 상황을 종합적으로 참고하여 문항에 대한 수정 여부를 결정하였다. 결정된 의견을 반영하여 상급종합병원과 종합병원의 임상경력관리체계 모형을 최종 제시하였다.

5. 자료분석방법

전문가집단과 본 조사를 통하여 수집된 자료는 SPSS ver 23 통계분석 프로그램을 사용하였으며, 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 특성 및 임상경력관리체계 모형에 대한 타당성 및 적용가능성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차 등의 기술통계로 분석하였다.
- 2) 임상경력관리체계 모형에 대한 타당성 및 적용가능성은 각 문항에 대한 i-CVI와 S-CVI를 산출하였다.
- 3) 상급종합병원과 종합병원 간호사의 동질성은 χ^2 으로 분석하였으며 병원 유형별 타당성 및 적용가능성 점수의 차이는 t-test로 분석하였다.

III. 연구결과

연구에 참여한 10개 병원을 대상으로 병원별로 간호사 50명, 수간호사 5명에게 설문지를 배부하였다. 총 배부된 550부

중 548부가 수거되었으며 응답내용이 10% 이상 누락된 8부를 제외하여 상급종합병원 324부, 종합병원 216부의 총 540부를 최종분석에 활용하였다.

1. 대상자의 일반적 특성 및 동질성 검증

본 연구에 참여한 전체 조사대상자의 평균 연령은 31.58±7.66세로 30세 미만이 55.9%로 가장 많았으며 최종학력은 전문대 22.5%, 학사 62.2%, 석사 이상 15.3%에 해당하였다. 대상자의 근무부서는 외과계 병동이 48.8%이며, 대상자의 근무경력 평균 8.64±7.65년이었고 7년 이상의 간호사가 45.7%로 나타났다. 직책은 수간호사가 8.9%, 간호사 91.1%였다(Table 1). 상급종합병원과 종합병원 응답자의 일반적 특성 비교에서 상급종합병원이 종합병원에 비해 간호사의 연령이 높았고 ($F=-2.822, p=.005$) 학사 비율이 유의하게 높았다($F=35.14, p<.001$). 성별, 근무부서, 근무경력에 유의한 차이가 없었다(Table 1).

2. 임상경력관리체계 모형의 타당성과 적용가능성

임상경력관리체계 모형에 대한 타당성과 적용가능성 결과는 다음과 같다(Table 2). 타당성의 S-CVI는 0.89로 상급종합

병원 0.90, 종합병원 0.88이었다. 적용가능성 S-CVI는 0.88로 상급종합병원은 0.89, 종합병원은 0.85였다.

타당성 평가 40개 항목 중 37개 항목의 i-CVI가 0.80 이상이었으며 이 중 20개 항목이 0.90 이상이였다. '4등급 최종학력 학사권장'과 '5등급 최종학력 학사 필수', '비금전 보상수단 제공'의 i-CVI가 0.8 미만으로 낮았다. 상급종합병원의 경우 '5등급 최종학력 학사 필수'와 '4~5등급 유지평가주기 1년'의 2개 항목이 0.80 미만이었으며, 종합병원의 경우 '4등급 최종학력 학사 권장', '5등급 최종학력 학사 필수', '4~5등급 포트폴리오 작성', '2등급 자동 승급', '3~5등급 비금전보상', '비금전보상수단'의 총 6개 항목의 i-CVI가 0.80 미만이었다.

적용가능성은 상급종합병원의 경우 40개 항목 모두 0.80 이상이었으나 종합병원에서는 '5등급 최종학력 학사 필수', '4~5등급 전문성개발 활동', '4~5등급 임상사례 작성', '4~5등급 포트폴리오 작성', '4~5등급 승급결정', '3~5등급 비금전보상', '비금전보상수단' 등 7개 항목이 0.71~0.79로 낮게 나타났다.

3. 상급종합병원과 종합병원의 타당성과 적용가능성 비교

전체 응답자의 모형에 대한 타당성 결과를 보면 타당성 점수가 3.07±0.27 (최대 4점)이었으며 이 중 상급종합병원은 3.08±

Table 1. General Characteristics and Homogeneity Test of the Subjects

(N=540)

Characteristics	Categories	Total (n=540)	Tertiary hospital (n=324)	General hospital (n=216)	χ^2 or F	p
		n (%)	n (%)	n (%)		
Gender	Female	531 (98.3)	319 (98.5)	216 (98.1)	0.08	1.000
	Male	9 (1.7)	5 (1.5)	4 (1.9)		
Age* (year)	< 30	298 (55.9)	159 (49.6)	139 (65.6)	-2.82	.005
	30 ≤ < 40	148 (27.8)	106 (33.0)	42 (19.8)		
	40 ≤ < 50	74 (13.9)	47 (14.6)	27 (12.7)		
	50 ≤	13 (2.4)	9 (2.8)	4 (1.9)		
Education*	Diploma	119 (22.5)	44 (13.9)	75 (35.2)	35.14	< .001
	BSN	330 (62.2)	215 (67.8)	115 (54.0)		
	Master	81 (15.3)	58 (18.3)	23 (10.8)		
Working place*	Medicine	235 (43.8)	143 (44.3)	92 (43.0)	0.17	.916
	Surgery	262 (48.8)	157 (48.6)	105 (49.1)		
	The others	40 (7.4)	23 (7.1)	17 (7.9)		
Clinical experience* (year)	< 1	20 (3.7)	9 (2.8)	11 (5.1)	-1.87	.062
	1 ~ < 3	116 (21.5)	69 (21.3)	47 (21.8)		
	3 ~ < 5	84 (15.6)	42 (13.0)	42 (19.4)		
	5 ~ < 7	73 (13.5)	39 (12.0)	34 (15.7)		
	7 ~ < 10	81 (15.0)	53 (16.4)	28 (13.0)		
	≥ 10	165 (30.7)	111 (34.5)	54 (25.0)		
Position*	HN	48 (8.9)	28 (8.7)	20 (9.3)	0.06	.878
	RN	491 (91.1)	295 (91.3)	196 (90.7)		

*missing values deleted; BSN=bachelor of science nurse; HN=head nurse; RN=registered nurse.

Table 2. i-CVI and S-CVI of Validity and Applicability of CLS Model

(N=540)

item		Validity			Applicability		
		Total (n=540)	Tertiary hospital (n=324)	General hospital (n=216)	Total (n=540)	Tertiary hospital (n=324)	General hospital (n=216)
1	5 level classification	0.94	0.95	0.93	0.89	0.90	0.88
2	CL1 clinical experience	0.91	0.92	0.90	0.90	0.92	0.87
3	CL2 clinical experience	0.86	0.88	0.82	0.87	0.90	0.84
4	CL3 clinical experience	0.91	0.93	0.88	0.92	0.93	0.91
5	CL4 clinical experience	0.92	0.93	0.91	0.93	0.92	0.94
6	CL5 clinical experience	0.87	0.85	0.89	0.89	0.87	0.92
7	CL1 clinical competence	0.93	0.92	0.94	0.91	0.91	0.91
8	CL2 clinical competence	0.90	0.92	0.87	0.89	0.90	0.88
9	CL3 clinical competence	0.93	0.95	0.92	0.95	0.95	0.94
10	CL4 clinical competence	0.97	0.97	0.98	0.96	0.96	0.95
11	CL5 clinical competence	0.97	0.96	0.98	0.96	0.96	0.95
12	CL4 education level	0.77	0.80	0.74	0.88	0.90	0.84
13	CL5 education level	0.75	0.75	0.74	0.81	0.84	0.77
14	CL3 preceptorship	0.84	0.83	0.85	0.87	0.87	0.87
15	CL4,5 preceptorship	0.90	0.91	0.89	0.93	0.94	0.91
16	CL3 professional education	0.88	0.91	0.84	0.88	0.93	0.82
17	CL4,5 professional education	0.88	0.89	0.87	0.89	0.93	0.83
18	Competency evaluation	0.94	0.93	0.96	0.93	0.92	0.94
19	CL4,5 professional activities	0.94	0.96	0.92	0.90	0.90	0.88
20	CL3 preceptor role	0.84	0.84	0.84	0.84	0.83	0.85
21	CL4,5 preceptor role	0.91	0.90	0.91	0.92	0.92	0.91
22	CL4,5 Edu.material develop	0.84	0.86	0.82	0.85	0.85	0.84
23	CL4,5 prof. activities	0.85	0.87	0.80	0.79	0.82	0.74
24	CL4,5 clinical exemplar	0.87	0.88	0.85	0.83	0.86	0.78
25	CL4,5 portfolio	0.80	0.84	0.75	0.78	0.83	0.71
26	CL2 promotion evaluation	0.80	0.82	0.77	0.86	0.89	0.82
27	CL3 promotion evaluation	0.88	0.88	0.88	0.89	0.91	0.86
28	CL4,5 promotion evaluation	0.93	0.94	0.93	0.89	0.91	0.87
29	CL4,5 promotion application	0.88	0.90	0.83	0.87	0.89	0.85
30	CL3,4,5 promotion evaluation	0.91	0.94	0.87	0.89	0.92	0.85
31	CL4,5 promotion decision	0.87	0.90	0.83	0.84	0.87	0.79
32	CL4,5 maintenance evaluation cycle	0.80	0.79	0.82	0.81	0.80	0.82
33	CL4,5 maintenance evaluation committee	0.86	0.88	0.82	0.84	0.86	0.80
34	CL4 monetary rewards	0.95	0.95	0.97	0.85	0.87	0.83
35	CL5 monetary rewards	0.98	0.98	0.99	0.87	0.89	0.82
36	CL3~5 non-monetary rewards	0.83	0.85	0.79	0.83	0.87	0.78
37	Non-monetary rewards method	0.79	0.80	0.77	0.80	0.84	0.73
38	CLS education	0.96	0.94	0.98	0.94	0.93	0.95
39	CLS mentoring	0.97	0.97	0.98	0.90	0.92	0.88
40	CL4,5 training opportunity	0.98	0.98	0.99	0.88	0.91	0.83
S-CVI		0.89	0.90	0.88	0.88	0.89	0.85

i-CVI=item level content validity index; S-CVI=scale-level content validity index; CL=clinical ladder; Edu.=educational; CLS=clinical ladder system.

0.28, 종합병원은 3.05±0.25로 병원 유형에 따라 차이가 없었다(Table 3). 영역별 타당성에서 ‘등급별 임상경력’영역은 상급종합병원이 종합병원에 비해 높았으며 그 외의 영역은 타당성의 차이가 없었다. 또 40개 항목 중 ‘3등급 전문교육’, ‘3~5등급 승급평가방법’, ‘비금전보상’ 항목 등 3개 항목의 점수가 유의하게 높았다. ‘4등급 금전보상’과 ‘5등급 금전보상’ 항목은 종합병원이 상급종합병원에 비해 유의하게 높았으며, 나머지 항목의 타당성의 차이가 없었다(Table 3).

모형에 대한 적용가능성 결과를 보면 적용가능성 점수 3.04±0.32(최대 4점)이며 상급종합병원은 3.07±0.34, 종합병원은 2.99±0.29로 상급종합병원이 종합병원에 비해 유의하게 높았다($p=.003$)(Table 4). 7개 영역 중 ‘등급별 자격’과 ‘전문성 활동’, ‘평가체계’, ‘보상방법’, ‘지원내용’ 영역 등 5개 영역에서 상급종합병원이 종합병원에 비해 유의하게 높았으며, 40개 항목 중 17개 항목에서 상급종합병원의 적용가능성 점수가 종합병원에 비해 유의하게 높았다. 종합병원이 더 높은 항목은 전혀 없었다.

4. 임상경력관리체계 모형에 대한 대상자 의견 및 전문가 검토 결과

임상경력관리체계모형에 대한 상급종합병원과 종합병원에서의 타당성 혹은 적용가능성 i-CVI가 0.80 미만인 항목에 대해 전문가 회의에서 다음과 같이 수정하였다. 전문가 모임에서의 논의는 병원 유형별 타당성과 적용가능성 평가 결과, 응답자 의견, 병원 유형별 인력 특성에 대한 종합적인 검토와 논의를 거쳐 항목별 기준을 최종 확정하였다.

1) 상급종합병원의 i-CVI 0.80 미만 항목 수정

40개의 항목 중 타당성 0.8 미만인 항목은 ‘5등급의 최종학력은 학사 이상 필수’와 ‘4~5등급 유지를 위해 매년 1회 평가’의 2개 항목에 대해 응답자 의견과 함께 간호사 학제가 4년제로 일원화된 점과 상급종합병원 간호사 중 석사 이상자가 18.3%로 높은 점을 고려하여 5등급의 최종학력은 석사를 필수로 하되 병원에 따라 차별화할 수 있는 것으로 합의하였다.

‘4~5등급의 유지평가 주기’에 대해서는 전문성활동의 평가를 매년 시행하기 어려우므로 유지평가 주기를 늘리는 것이 바람직하다는 다수 의견과 전문성 활동은 1년 내에 종료가 쉽지 않은 점, 간호사의 업무 부담감과 수간호사의 업무량 증가를 고려하여 4~5등급의 유지평가 주기는 2년마다 1회 시행하는 것으로 합의하였다.

2) 종합병원의 i-CVI 0.80 미만 항목 수정 사항

40개 항목 중에서 타당성과 적용가능성 중 i-CVI가 0.80 미만인 10개 항목에 대해 응답자 의견을 검토하여 전문가 회의에서 다음과 같이 항목별 기준을 확정하였다.

‘4등급 최종학력에서 학사 권장.’ 항목은 타당성이 0.74로 낮았다. 4년제 일원화로 향후 학사 소지자의 증가가 예상되나 본 연구에서 종합병원 간호사 중 전문대 졸업자의 비율이 35.2%로 높고 석사 이상은 10.8%로 낮아 4등급 최종학력은 학사를 권장하되 병원상황에 따라 조정하는 것으로 합의하였다. 다음 ‘5등급 최종학력을 학사 필수’ 항목은 타당성이 0.74, 적용가능성도 0.77로 낮았지만 5등급은 전문가 수준이며 학제 일원화가 제도화되었으므로 학사를 필수로 하는 것에 합의하였다.

‘4~5등급에서 전문성 개발 활동(질향상/연구/근거기반실무)을 한 가지 이상 필수 수행’하는 항목의 적용가능성이 0.74였다. 간호사들의 전문성 활동으로 인한 업무부담 증가가 우려된다는 다수 의견이 있어 이를 고려하여 종합병원에서는 전문직 활동을 권장 사항으로 하되 병원상황에 따라 조정하는 것으로 합의하였다.

‘4~5등급 유지평가 시 임상사례 제시’ 항목은 적용가능성이 0.78이었으나 4~5등급 유지평가를 위한 임상사례를 유지하며 간호실무 또는 관리부문에서 제시하는 것으로 합의하였다. 또 4, 5등급의 유지평가주기를 2년으로 조정하여 업무부담을 줄이도록 조정하였다. 다음으로 ‘4, 5등급 승급·유지평가 시 포트폴리오 작성’ 항목은 타당성 0.75, 적용가능성 0.71로 낮았으나 포트폴리오 작성에 대한 이해와 방법에 대한 교육을 제공하여 항목을 유지하기로 합의하였다.

‘2등급은 경력 상승에 따라 자동 승급한다.’ 항목은 타당성 0.77로 낮았으나 정기적인 인사고과와 다른 부서 직원과의 형평성, 전체 간호사를 평가하는 어려움을 고려하여 경력을 충족할 경우 2등급은 자동 승급하는 것으로 합의하였다. 다만 기관에 따라 역량평가를 도입할 수 있다’로 합의하였다. ‘4~5등급 승급의 최종 결정은 임상경력관리운영위원회에서 시행한다.’는 항목은 적용가능성 0.79로 낮았으나 먼저 자가평가와 상사평가 후에 관련 부서 관리자로 구성된 위원회 평가가 이루어지는 것이므로 그대로 유지하는 것으로 결정하였다.

‘3~5단계 비금전 보상은 병원의 상황에 따라 시행’, ‘비금전 보상으로 인증서, 인증뱃지 등 제공’ 항목은 타당성과 적용가능성이 모두 0.8 미만으로 낮았다. 그러나 비금전적 보상은 금전적 보상과 별도로 등급의 인정을 위한 것이므로 다양한 방법과 기준을 설정해 활용할 수 있으므로 문항을 유지하되 병원에 따라 시행하는 것으로 합의하였다.

Table 3. Comparison of Validity between Tertiary Hospital and General Hospital

(N=540)

Variables	Total (n=540)	Tertiary hospital (n=324)	General hospital (n=216)	t	p
	M±SD	M±SD	M±SD		
Area 1 Clinical experience	3.03±0.35	3.05±0.36	2.99±0.33	-2.00	.046
5 level classification	3.03±0.41	3.05±0.42	3.01±0.39	-1.12	.264
CL1 clinical experience	3.08±0.59	3.11±0.58	3.03±0.60	-1.41	.159
CL2 clinical experience	2.96±0.54	3.01±0.52	2.88±0.54	-2.72	.161
CL3 clinical experience	3.02±0.45	3.06±0.44	2.96±0.44	-2.39	.170
CL4 clinical experience	3.07±0.48	3.09±0.48	3.02±0.47	-1.67	.097
CL5 clinical experience	3.01±0.54	3.00±0.56	3.01±0.50	0.30	.767
Area 2 Clinical competence	3.14±0.39	3.14±0.40	3.14±0.38	-0.00	.998
CL1 clinical competence	3.08±0.5	3.09±0.52	3.07±0.49	-0.28	.782
CL2 clinical competence	3.05±0.51	3.08±0.49	3.00±0.54	-1.76	.080
CL3 clinical competence	3.11±0.48	3.12±0.47	3.10±0.51	-0.42	.086
CL4 clinical competence	3.21±0.47	3.20±0.47	3.24±0.47	0.95	.345
CL5 clinical competence	3.26±0.51	3.23±0.50	3.30±0.51	1.58	.116
Area 3 Qualification	3.00±0.41	3.02±0.41	2.97±0.39	-1.48	.140
CL4 education level	2.88±0.65	2.92±0.66	2.82±0.62	-1.80	.072
CL5 education level	2.95±0.67	2.96±0.69	2.92±0.71	-0.68	.495
CL3 preceptorship	3.02±0.64	3.00±0.64	3.04±0.63	0.74	.458
CL4,5 preceptorship	3.15±0.58	3.15±0.58	3.14±0.59	-0.20	.843
CL3 professional education	2.99±0.52	3.03±0.49	2.93±0.56	-2.35	.025
CL4/5 professional education	3.04±0.56	3.06±0.56	3.00±0.57	-1.25	.213
Area 4 Professional activity	3.01±0.36	3.02±0.35	2.99±0.36	-0.90	.367
Competency evaluation	3.06±0.44	3.07±0.48	3.03±0.37	-1.09	.277
CL4,5 professional activities	3.10±0.46	3.10±0.43	3.09±0.49	-0.07	.947
CL3 preceptor role	2.96±0.56	2.95±0.57	2.97±0.56	0.41	.685
CL4,5 preceptor role	3.12±0.57	3.12±0.58	3.12±0.57	-0.01	.996
CL4,5 Edu. material develop	2.99±0.58	3.00±0.56	2.96±0.62	-0.72	.470
CL4,5 professional activities	2.97±0.55	3.00±0.52	2.93±0.59	-1.50	.133
CL4,5 clinical exemplar	2.97±0.51	2.98±0.49	2.95±0.54	-0.66	.513
CL4,5 portfolio	2.90±0.58	2.93±0.54	2.85±0.64	-1.56	.120
Area 5 Evaluation	2.99±0.38	3.01±0.37	2.96±0.39	-1.52	.128
CL2 promotion evaluation	2.91±0.58	2.93±0.56	2.88±0.61	-0.95	.343
CL3 promotion evaluation	2.98±0.52	3.01±0.53	2.95±0.50	-1.26	.210
CL4,5 promotion evaluation	3.10±0.50	3.12±0.49	3.07±0.52	-1.14	.254
CL4,5 promotion application	3.02±0.56	3.04±0.51	2.98±0.62	-1.25	.211
CL3,4,5 promotion evaluation	3.06±0.51	3.11±0.48	3.00±0.54	-2.53	.012
CL4,5 promotion decision	3.00±0.56	3.02±0.51	2.96±0.63	-1.30	.196
CL4,5 maintenance evaluation cycle	2.91±0.59	2.89±0.57	2.94±0.61	0.90	.369
CL4,5 maintenance evaluation committee	2.96±0.53	2.98±0.49	2.92±0.59	-1.27	.221
Area 6 Rewards	3.19±0.44	3.18±0.44	3.21±0.45	0.66	.514
CL4 monetary rewards	3.40±0.58	3.32±0.58	3.50±0.56	3.60	<.001
CL5 monetary rewards	3.48±0.54	3.43±0.54	3.56±0.53	2.75	.006
CL3~5 non-monetary rewards	2.98±0.66	3.02±0.59	2.93±0.75	-1.49	.138
Non-monetary rewards method	2.91±0.71	2.96±0.68	2.84±0.75	-1.94	.053
Area 7 Support	3.31±0.46	3.31±0.48	3.32±0.43	0.31	.755
CLS education	3.24±0.52	3.23±0.54	3.25±0.48	0.58	.574
CLS mentoring	3.29±0.52	3.29±0.52	3.30±0.52	0.20	.839
CL4,5 training opportunity	3.41±0.54	3.41±0.56	3.41±0.51	0.03	.974
Total	3.07±0.27	3.08±0.28	3.05±0.25	1.28	.204

CL=clinical ladder; Edu.=educational; CLS=clinical ladder system.

Table 4. Comparison of Applicability between Tertiary Hospital and General Hospital (N=540)

Variables	Total (n=540)	Tertiary hospital (n=324)	General hospital (n=216)	t	p
	M±SD	M±SD	M±SD		
Area 1 Clinical experience	3.06±0.40	3.08±0.42	3.03±0.37	-1.58	.113
5 level classification	3.02±0.51	3.04±0.49	2.99±0.53	-1.29	.198
CL1 clinical experience	3.06±0.58	3.13±0.56	2.97±0.59	-3.15	.002
CL2 clinical experience	3.03±0.54	3.08±0.54	2.95±0.53	-2.68	.008
CL3 clinical experience	3.08±0.49	3.11±0.49	3.05±0.49	-1.24	.216
CL4 clinical experience	3.10±0.49	3.10±0.50	3.11±0.47	0.31	.756
CL5 clinical experience	3.07±0.56	3.04±0.57	3.11±0.52	1.38	.169
Area 2 Clinical competence	3.13±0.41	3.15±0.43	3.10±0.37	-1.58	.115
CL1 clinical competence	3.08±0.53	3.11±0.56	3.04±0.48	-1.65	.100
CL2 clinical competence	3.06±0.54	3.10±0.56	3.01±0.51	-1.97	.050
CL3 clinical competence	3.14±0.48	3.16±0.48	3.11±0.47	-1.29	.198
CL4 clinical competence	3.18±0.49	3.19±0.49	3.16±0.48	-0.76	.450
CL5 clinical competence	3.19±0.50	3.20±0.50	3.18±0.50	-0.49	.623
Area 3 Qualification	3.04±0.40	3.08±0.40	2.97±0.39	-3.00	.003
CL4 education level	3.00±0.52	3.03±0.49	2.94±0.56	-1.97	.049
CL5 education level	3.00±0.63	3.05±0.62	2.92±0.64	-2.47	.014
CL3 preceptorship	3.02±0.55	3.04±0.56	3.00±0.53	-0.77	.442
CL4,5 preceptorship	3.13±0.54	3.15±0.53	3.10±0.53	-1.09	.277
CL3 prof. education	3.02±0.54	3.08±0.48	2.93±0.60	-3.11	.002
CL4,5 prof. education	3.04±0.54	3.11±0.50	2.94±0.59	-3.59	.000
Area 4 Professional activity	2.97±0.38	3.00±0.38	2.93±0.37	-2.00	.046
Competency evaluation	3.04±0.43	3.04±0.46	3.03±0.38	-0.12	.909
CL4,5 professional activities	3.03±0.52	3.06±0.52	3.00±0.51	-1.22	.222
CL3 preceptor role	2.96±0.55	2.95±0.58	2.96±0.52	0.25	.803
CL4,5 preceptor role	3.10±0.53	3.12±0.54	3.07±0.52	-1.20	.232
CL4,5 Edu. material develop	2.99±0.56	2.99±0.55	2.98±0.51	-0.28	.777
CL4,5 prof. activities	2.89±0.58	2.92±0.56	2.84±0.63	-1.52	.130
CL4,5 clinical exemplar	2.90±0.53	2.95±0.50	2.82±0.55	-2.73	.007
CL4,5 portfolio	2.88±0.60	2.96±0.54	2.77±0.67	-3.52	<.001
Area 5 Evaluation	3.00±0.41	3.04±0.41	2.93±0.41	-3.08	.002
CL2 promotion evaluation	3.02±0.57	3.08±0.55	2.92±0.57	-3.17	.002
CL3 promotion evaluation	3.01±0.49	3.06±0.49	2.93±0.49	-3.15	.002
CL4,5 promotion evaluation	3.05±0.54	3.10±0.52	2.99±0.56	-2.23	.026
CL4,5 promotion application	3.03±0.55	3.06±0.54	2.98±0.57	-1.66	.097
CL3,4,5 promotion evaluation	3.06±0.55	3.12±0.51	2.97±0.59	-3.11	.002
CL4,5 promotion decision	2.97±0.58	3.02±0.56	2.88±0.59	-2.71	.007
CL4,5 maintenance evaluation cycle	2.91±0.57	2.92±0.58	2.89±0.56	-0.59	.557
CL4,5 maint. evaluation committee	2.94±0.56	2.99±0.53	2.88±0.60	-2.18	.030
Area 6 Rewards	3.07±0.57	3.11±0.54	3.01±0.61	-2.02	.044
CL4 monetary rewards	3.14±0.72	3.11±0.67	3.16±0.77	0.45	.650
CL5 monetary rewards	3.18±0.72	3.19±0.67	3.17±0.78	-0.29	.775
CL3~5 non-monetary rewards	3.00±0.67	3.07±0.61	2.89±0.73	-2.96	.003
Non-monetary rewards method	2.94±0.70	3.04±0.64	2.80±0.74	-3.84	<.001
Area 7 Support	3.08±0.49	3.11±0.50	3.03±0.46	-2.05	.040
CLS education	3.11±0.50	3.12±0.54	3.10±0.43	-0.44	.662
CLS mentoring	3.07±0.55	3.10±0.54	3.01±0.54	-1.76	.079
CL4,5 training opportunity	3.06±0.62	3.12±0.61	2.96±0.63	-2.95	.003
Total	3.04±0.32	3.07±0.34	2.99±0.29	-2.92	.003

CL=clinical ladder; Edu.=educational; CLS=clinical ladder system.

Clinical Ladder	Categories	CL1	CL2	CL3	CL4	CL5
	Name	Novice	Advanced beginner	Competent	Proficient	Expert
Standards	Min. clinical experience	Below 1 year	Above 1 year	Above 3 years	Above 5 years	Above 7 years
Definition	Expected behavior of nursing competency	Care of patients who are in stable situation with help or protocol	Care of patients who are in stable situation independently.	Care of patients effectively in usual situation and manage the emergent situation and help colleague.	Solve problematic or complex situation, coordinate and lead the collaboration of team.	Interpret situation intuitively with wealth of experience and lead the multidisciplinary collaboration
Promotion						
Qualification	Professional Education*			(TH) R (GH) -	(TH) O (GH) R	O
	Preceptorship*			(TH) R (GH) -	(TH) O (GH) R	O
	Scholarship*	-	-	-	(TH) BS O (GH) BS R	(TH) Master R (GH) BS O
Evaluation Items and Application						
Competence	CCS	(TH) 11-19	(TH) 20-28	(TH) 29-36	(TH) 37-46	(TH) 47-55
Professional activities	Preceptor			R	O	O
	Edu. Material*				(TH) O (GH) R	O
	QI/Research/EBP*				(TH) O (GH) R	O
Clinical Exemplar (for maintenance only)					0	0
Portfolio [†]					0	0
Promotion Method*		Automatic	(TH) Automatic (GH) Automatic- (PRN) NC	Nursing competence	Self-application	Self-application
Evaluating Method	Promotion evaluation (Evaluator)	-	-	NC (self/manager)	NC (self/manager)	NC (self/manager)
		-	-	-	Outcome (Manager /Committee)	Outcome (Manager /Committee)
	Maintenance evaluation (Evaluator) (q 2yrs)				Outcome (Manager /Committee)	Outcome (Manager /Committee)
					Clinical Exemplar (Manager /Committee)	Clinical Exemplar (Manager /Committee)
Rewards	Monetary				R	R
	Non-monetary			a/ t hospital (badge, certificate, training opportunity)		
Support	CLS Information Mentoring Opportunity			0	0	0

CL=clinical ladder; TH=tertiary hospital; GH=general hospital; R=recommended, O=obligational; BS=bachelor of science; CCS=clinical nursing competence score; QI=quality improvement; EBP=evidence-based practice; PRN=pro re nata; NC=nursing competence; CLS=clinical ladder system; *different according to the types of hospitals; [†] portfolio: self-introduction, results of nursing competence test, annual planning, professional activities.

Figure 1. Clinical ladder system model for tertiary hospital and general hospital.

5. 최종 임상경력관리체계 모형

전문가 포커스 집단에 의한 타당성과 적용가능성 평가를 통해 수정된 임상경력관리체계 모형에 대한 상급종합병원과 종합병원 간호사의 타당성과 적용가능성 평가 및 응답자 의견에 대한 전문가 검토를 거쳐 최종 확정된 임상경력관리체계 모형은 Figure 1과 같다.

IV. 논 의

본 연구에서는 임상경력관리체계 모형[17]을 상급종합병원과 종합병원의 간호관리자와 간호사를 대상으로 타당성과 적용가능성을 조사한 후 전문가 검토와 합의 과정을 거쳐 상급종합병원과 종합병원에서 실제 적용할 수 있는 임상경력관리체계 모형을 다음과 같이 제시하였다.

1. 임상경력관리체계 모형의 타당성과 적용가능성

Cho 등[17]에 의해 개발된 임상경력관리체계 모형에 대한 전체 응답자의 타당성과 적용가능성 S-CVI가 모두 0.80 이상으로 상급종합병원과 종합병원에 타당하며 적용 가능할 것이다. 타당성에서 상급종합병원과 종합병원은 유의한 차이가 없었으나 적용가능성의 경우 종합병원이 상급종합병원에 비해 적용가능성이 유의하게 낮았다. 특히 40개 항목 중 17개 항목에서 종합병원의 적용가능성이 유의하게 낮았다. 종합병원 간호사는 상급종합병원에 비해 자격취득이나 전문성 활동 수행, 임상경력관리체계에 의한 평가과정에 어려움을 느끼며 보상이나 지원에 대해서도 적용가능성을 낮게 판단하였다. 이는 종합병원의 경우 잦은 이직으로 인력부족을 겪고 있으며, 낮은 급여와 같은 장애요인으로 어려움이 있다고 한 연구[14]와 같은 결과를 보이고 있다. 또 국내의 선행연구가 대부분 상급종합병원 중심으로 이루어져[23] 임상경력관리제도에 대한 종합병원 간호사들의 인식 부족으로 적용가능성이 더욱 낮았을 것으로 판단된다.

종합병원이 상급종합병원에 비해 타당성 점수가 유의하게 높은 항목이 있었는데 이것은 '4~5등급에 대한 금전보상' 항목이다. 이러한 결과를 통해 중소병원 간호사의 주요 이직이유가 '봉급이 낮아서'라고 한 연구[24]와 간호사들은 금전적 보상을 가장 선호한다는 연구[23]와도 관련이 있는 것으로 보인다. 이와 같은 결과를 종합하면 종합병원 간호사들은 임상경력관리체계의 적용타당성은 높게 판단하고 있으나 적용가능성은 낮게 판단하고 있었으며 그 이유로는 다양한 장애요인

을 예상하고 있으며, 제도에 대한 인식부족 등이 기여할 것으로 판단된다. 따라서 임상경력관리체계를 적용하기 위해서는 먼저 장애요인을 파악하고, 간호사의 이해와 인식 개선을 도모할 필요가 있다. 특히 임상경력관리체계의 적용으로 간호사의 이직을 줄이고 중소병원을 포함한 종합병원 활성화를 위해서는 임상경력관리체계를 도입하여 우수한 간호사에 대한 금전적 보상을 적용함으로써 간접적인 임금수준의 개선[14] 및 인력 보유의 효과가 함께 나타날 것으로 기대된다.

2. 임상경력관리체계 모형의 요소

본 연구에서 Berner [20]의 분류에 따라 임상등급을 5단계 분류한 것에 대한 타당성과 적용가능성은 높았다. 미국의 경우 임상등급은 일반적으로 4등급이 많이 활용되고 있으나[1, 7] 콜로라도병원과 같은 급성기병원은 5등급으로 구분하고 있다[4]. 국내의 경우 중증도와 난이도가 높으며, 간호사의 역할이 다양하며 전문성이 높기 때문에 5등급이 타당하게 나온 것으로 보인다. 등급별 임상경력은 초보자 1년 미만, 상급초보자 1년에서 3년 미만, 적임자는 3년에서 5년 미만, 숙련가는 5년 이상에서 7년 미만, 전문가는 7년 이상으로 구분한 것에 대한 타당성과 적용가능성도 모두 높았다. 연구결과 대상자의 경력 7년 이상이 50%, 10년 이상이 30.9%로 간호사의 임상경력이 높아진 것을 알 수 있었다. 다음 임상등급별 최종학력 기준에 대상자의 의견이 다양하였다. 학력과 임상역량은 관련 없다는 의견에서부터 4년제 일원화로 4, 5등급의 경우 모두 학사 또는 석사로 상향해야 한다는 의견도 많았다. 본 연구에서는 상급종합병원과 종합병원의 현실적인 여건의 차이에 따라 학력 기준을 상급종합병원과 종합병원을 차등화하였다. 그러나 개별 병원의 특성이나 운영목적에 따라 조정할 수 있을 것이다.

전문성활동에 대한 타당성과 적용가능성은 상급종합병원과 종합병원이 모두 높았다. 그러나 4, 5등급에서 전문성 개발 활동(QI/Research/EBP) 중 1개 이상 필수 수행하는 것에 대해서는 종합병원의 타당성과 적용가능성이 낮았다. 또 임상경력관리제도에 참여하는 간호사들은 전문성 활동으로 인해 업무부담이 증가하며 평가절차로 인한 업무증가를 우려하였는데 이는 임상경력관리제도에 대한 장애요인으로 업무과부하, 지나친 시간투자로 인한 갈등이라고 한 연구결과[25]와 일치한다. 전문성 활동을 매년 시행하기 어렵고 일반적으로 1년 이내에 전문성 활동에 대한 결과를 제시하기 어렵다는 의견도 많았는데 이는 간호사들은 자격유지 심사주기를 2년 간격으로 시행하는 것을 선호한다는[10] 연구결과와 일치하였다. 이

러한 의견에 따라 유지평가 주기를 2년마다 1회 하는 것으로 조정하였으므로 간호사와 관리자의 업무부담이 어느 정도 감소하는데 기여할 것으로 생각된다.

3. 임상경력관리체계 모형의 운영

임상경력관리체도의 효과적 도입과 확산은 간호사들에게 전문가로서 간호사의 정체성을 확립하고 역할모델에 대한 자부심을 가지며 조직 내 해결사로서의 역할, 양질의 환자간호에 기여함과 긍정적인 피드백 활용, 자신감 갖기 등 다양한 행위전략을 통하여 성공적으로 전문가가 되어가는 과정을 보여 주는데 도움이 될 것이다[14,25]. 그러나 상급종합병원과 종합병원 간호사의 연령, 임상경력, 교육정도에 현저한 차이와 함께 적용가능성에 유의한 차이가 있었다. 따라서 임상경력관리체계 적용 시에는 병원의 특성이나 간호사 특성의 차이에 따라 세부기준을 일부 조정하여 운영하는 것이 바람직할 것으로 생각된다. 또한 종합병원 간호사를 대상으로 제도에 대한 장애요인이나 인식을 확인하고 실제 적용을 위해 시범적용을 통한 보완이 필요할 것이다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 기 개발된 임상경력관리체계 모형[17]에 대한 타당성과 적용가능성 검증을 통해 상급종합병원과 종합병원에서 실제 사용할 수 있는 모형을 제시하고자 시도되었다.

먼저 선행연구에서 개발된 임상경력관리체계 모형[17]을 서울과 경기도에 소재하는 6개 상급종합병원과 4개 종합병원의 입원병동에 근무하고 있는 간호관리자 50명과 간호사 500명을 대상으로 모형에 대한 타당도와 적용가능성을 조사하였다. 조사결과와 주관적 기술내용을 전문가 집단에서 종합적으로 분석하여 상급종합병원 및 종합병원용 임상경력개발체계를 별도로 제시하였다. 연구에서 확인된 주요 내용은 다음과 같다.

- 1) 임상경력관리체계 모형의 전반적인 타당성과 적용가능성이 확보되었다.
- 2) 모형의 타당성은 상급종합병원과 종합병원간 유의한 차이가 없었으나 적용가능성은 종합병원이 상급종합병원에 비해 유의하게 낮았다.
- 3) 임상경력관리체계 모형의 타당성과 적용가능성 및 대상자 의견에 따라 상급종합병원 모형의 5등급 학력기준과 4~5등급 유지평가 주기 등 2개 항목을, 종합병원은 4개 항목의 기준을 수정하였고 상급종합병원과 종합병원을

위한 별도의 모형을 제시하였다.

이상의 연구결과를 통해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구에서 검증된 임상경력관리체계의 모형을 상급종합병원과 종합병원에 적용한다.

둘째, 상급종합병원이나 종합병원의 부서장을 대상으로 임상경력관리체도의 필요성과 유용성, 제도의 운영방법에 대한 홍보와 교육을 통해 제도의 적용의 필요성을 알린다.

셋째, 종합병원의 간호사를 대상으로 임상경력관리제도에 대한 필요성과 인식, 장애요인을 조사한다.

참고문헌

1. Kwon IG, Sung YH, Park KO, Yu OS, Kim MA. A study on the clinical ladder system model for hospital nurses. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2007;13(1):7-23.
2. Shapiro MM. A career ladder based on Benner's model an analysis of expected outcomes. *Journal of Nursing Administration*. 1998;28(3):13-19.
3. Burket TL, Felmlee M, Greider PJ, Hippensteel DM, Rohrer EA, Shay ML. Clinical ladder program evolution: Journey from novice to expert to enhancing outcomes. *The Journal of Continental Education in Nursing*. 2010;41(8):369-374. <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20100503-07>
4. Krugman M, Smith K, Goode CJ. A clinical advancement program: Evaluating 10 years of progressive change. *Journal of Nursing Administration*. 2000;30(5):215-225.
5. Hall LM, Waddell J, Donner G, Wheeler MM. Outcomes of a career planning and development program for registered nurses. *Nursing Economic\$*. 2004;22(5):231-238.
6. Bjørk IT, Hansen BS, Samdal GB, Tørstad S, Hamilton GA. Evaluation of clinical ladder participation in Norway. *Journal of Nursing Scholarship*. 2007;39(1):88-94. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00149.x>
7. Jang KS. A study on establishment of clinical career development model of nurses [dissertation]. Seoul: Yonsei University; 2000. p. 1-201.
8. Park JE, Kim SS. Development of a nursing competency scale according to a clinical ladder system for intensive care nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2013; 19(4):501-512. <http://dx.doi.org/10.1111/jkana.2013.19.4.501>
9. Youk SY. Nursing competency and indicator development by emergency nurse's clinical ladder. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2013;9(3):481-494
10. Kim HY, Jang KS. Development of a clinical ladder system for operating room nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2011;17(3):301-314.
11. Kim MS. Influence of career ladder system on nursing performance, job satisfaction, organizational commitment, turnover intention [dissertation]. Seoul: Seoul National University; 2013.

- p. 1-116.
12. Park KO, Lee YY. Career ladder system perceived by nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2010; 16(3):314-325.
 13. Min AR, Kim IS. Relationship of perception of clinical ladder system with professional self-concept and empowerment based on nurses' clinical career stage. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2013;19(2):254-264. <http://dx.doi.org/10.11111/jkana.2013.19.2.254>
 14. Kim MA, Park KO, You SJ, Kim MJ, Kim ES. A survey of nursing activities in small and medium-size hospitals: Reasons for turnover. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2009; 15(1):149-165.
 15. Kim WK, Cho Chung HI. Effects of intellectual capital on organizational performance of nurses in medium and small hospitals. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2012;18(4):452-459. <http://dx.doi.org/10.11111/jkana.2012.18.4.452>
 16. Kwon JO, Kim EY. Impact of unit-level nurse practice environment on nurse turnover intention in the small and medium sized hospitals. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2012;18(4):414-423. <http://dx.doi.org/10.11111/jkana.2012.18.4.414>
 17. Cho MS, Cho YA, Kim KH, Kwon IG, Kim MS, Lee JL. Development of clinical ladder system model for nurses: For tertiary care hospitals. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2015;21(3):277-292. <http://dx.doi.org/10.22650/JKCNR.2015.21.3.277>
 18. Han YH. Development of clinical ladder system of nurses for small and medium-sized hospital [dissertation]. Suwon: Aju University; 2015. p. 1-143
 19. Buchan J. Evaluating the benefits of a clinical ladder for nursing staff: An international review. *International Journal of Nursing Studies*. 1998;36(2):137-144
 20. Benner P. From novice to expert. *The American Journal of Nursing*. 1982;82(3):402-407.
 21. Cohen J. A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 1992;112(1): 155-159.
 22. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986;35(6):382-385.
 23. Jeong SW. A survey on the recognition of RNs about adaptation of the clinical ladder system. *The Korean Nurse*. 2005;44 (6):69-82.
 24. An MS, Yi YJ. The predictive factors on leave planning of nurses working at medium-sized hospital in the metropolitan area. *Journal of the Korean Data Analysis Society*. 2013;15(1): 323-334
 25. Park KO, Yi MS. Nurses' experience of career ladder programs in a general hospital. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2011;41(5):581-592.