

## 간호의 전문화를 위한 정책 방향\*

김 광 주\*\*

### I. 서 론

Donahue(1985)는 돌봄, 양육, 교육을 포괄하는 간호는 인간의 생명을 보존하는데 필수적인 요소라고 전제하고, 인간의 생존은 간호의 발전과 밀접한 관계가 있다고 주장함으로써 간호가 발달할수록 인간복지에 기여도가 증대된다고 하였다.

현대의 보건의료 분야의 과학기술의 발전과 더불어 여러 분야가 다양하게 전문화되고, 그들의 교육적 준비과정이 다양하고, 간호사가 근무해야 하는 기관이나 부서가 복잡-다양해지고, 대상자 관리를 다직종의 건강전문직업인들이 각각의 질적 업무를 수행하면서 동등한 능력을 가지고 협동하여야 목적을 달성할 수 있으므로 그들과 같이 업무를 수행하는 간호의 전문화는 불가피한 시대에 와 있다. (Ellis & Hartley, 2001; Hamric, Spross, Hanson, 1996; Sparacino, Cooper & Minarik, 1990).

또한 간호직 주변의 타 보건직종이 급속도로 다양하게 전문화되어 가는 이 시기에, 간호수행이 우리나라 “간호사의 윤리강령”에 표현된 건강증진, 질병예방, 건강회복 및 고통경감 등 간호의 기본 책임을 다하여 간호를 통해 건강한 사회를 이룩하기 위해서는 지금의 상태에서는 불가능한 것이 사실이므로 간호의 전문화가 이루어져야 한다.

미국간호협회(ANA,1980b)는 전문화(specialization)를 아래와 같이 정의하였다.

“간호의 전체분야 중 일 분야에 대해 좁고 깊게 집중하는

것이며, 전문화는 간호전문직 발전의 표시이고, 전문화는 간호실무(nursing practice) 발전의 기초가 되는 지식의 깊은 이해와 간호 기술을 확립하기 위하여 간호영역 내에서 간호 현상에 여러 이론을 광범위하게 적용한다.”

그리고 ICN(1992, 1987)은 “전문화는 특정의 간호측면에 대해 기본 간호교육에서 배운 것을 능가하는 높은 수준의 지식과 기술을 함축한다.”고 간호전문화를 정의하였고, Styles(1989)는 전문화는 1) 간호실무를 깊고 세련되게 하는 방법이며, 2) 여러 가지 새로운 경향이 밝혀지는 것을 민감하게 인식하게 하고, 3) 전문가들이 성취한 지식과 기술을 통달한 결과 직업만족도가 높아졌고, 4) 전문가의 향상된 사회적 지위에 따른 인식이 좋아진 것 등 여러 가지 이익이 있음을 보고하면서 간호의 전문화를 독려하였다.

전문화는 ICN(1989)과 ANA(1980b)가 정의했듯이 필요한 지식과 기술을 높고 깊은 수준에서 축적할 뿐만 아니라 새로운 상급 지식과 상급 기술을 함축하면서 필요한 곳에 목표에 따라 적절하게 적용하는 과정을 의미한다.

전문간호사(nurse specialist)의 역할은 각자가 자신의 전문분야에서 1) 대상자에게 전문가적 간호를 제공하고, 2) 환자-가족, 일반간호사, 간호학생을 대상으로 교육하고, 보수/실무 교육프로그램에 참여하고 4) 기존의 연구결과를 해석하여 간호현장에 직접-간접으로 적용하고, 실무 중 간호문제를 발견하여 연구문제로 제시하며 연구를 시도 및 연구에 참여하고, 5) 대상자를 위해 간호의 효과를 최대화하기 위해

\* 1994년 대한간호협회 33권 2호에 게재된 논문을 수정보완한 논문임.  
\*\* 경희대학교 간호과학대학 교수

간호직원간, 인접 건강전문직종과의 관계를 협동적으로 이끌고, 6) 자신의 근무처에서 지도-관리를 통하여 업무의 효율성을 제고하고, 병원 내 관련위원회 위원으로 활동하여 정책적으로 전문직업의 수준을 증대시킨다(Hamric, Spross, Hanson, 1996; Sparacino, Cooper, Minarik, 1990).

이러한 역할과 기능을 할 수 있는 능력은 단시일에 이루어질 수 없고, 상급교육을 통해 체계적-집중적이고 계획된 이론교육과 실무교육(Hamric 등, 1996)이 필요하며, 그 후 건강관리 기관에서 간호행정자 등 간호지도자들의 계획된 격려와 지도하에 상당기간동안 역할 개발을 위한 노력을 하여야 바람직한 수준에 도달할 수 있다(Sparacino, Cooper & Minarik, 1990, 표 2 참조).

ICN(1992)도 “전문간호사를 위한 표준”에서 전문간호사가 바람직한 역할을 수행하기 위해서는 교육수준과 경험 등 여러 면에서 다른 전문직의 전문가들과 같은 수준의 표준이어야 한다고 하였고, 유럽국 전체와 미국 등은 석사학위 수준이나 그에 상응해야함을 강조하였다.

그러나 우리나라 간호의 전문화 과정에는 극복하고 넘어야 할 많은 문제와 과제가 있다. 특히 우리나라의 간호사집단이 의료법과 의료계의 문화적 상황에 의해 오랫동안 직업적 자율성을 제한 받아왔기 때문에 간호사 개인이 현상을 객관적으로 분석하고 능동적으로 창조하기 보다는 기술을 암기하여 익히고 지시에 의해 업무수행을 감당하면서도 안주해 온 관계로 시대가 변했다고 해도 수준 높은 자율성을 확보하는데는 집단 역동이라는 차원에서 시간이 걸릴 것이다(지성애, 1993).

ICN(1992)은 국제간호지도자들의 간호규정 워킹 보고서와 여러 관련문헌을 통해 간호전문화에 아래와 같은 불확실성, 문제 및 과제가 있음을 규명하였다.

1. 건강관리와 간호실무를 위해 어느 정도로 전문화하는 것이 바람직한가?
2. 전문화를 시도하는데 필요한 타당한 추진력은 무엇인가?
3. 전문화의 성격-본질은 무엇인가?
4. 전제로서의 건강관리체계 그리고 간호전문직의 구조 속에서 전문가들의 위치 또는 직위를 어디에 두어야 하는가?
5. 전문간호사의 자격은 어떤 것이어야 하는가?
6. 간호전문직 전체와 전문화와의 관계, 그리고 전문직협회와 전문화단체와의 관계는 어떠해야 하겠는가?

이상의 간호전문화와 관련하여 제기되는 불확실한 사항, 여러 가지 문제점 및 풀어가야 할 많은 과제들을 생각하면 다양한 생각을 하게한다. 그러나 변화를 일으키지 않으면 안되는 시대에 살고 있는 우리는 고급지식과 능력은 사회적 권

력과 밀접한 관계가 있다“는 것을 인식하고, 하나 하나 그러나 속도를 가하여 풀어나가야 우리나라 간호의 전문화가 희망사항이 아니라 가시적인 국민 건강 증진에 기여하여야 하겠다. 다행히 우리나라 간호계에는 변화의 필요성을 실감하고 변화시킬 준비가 되어 있는 인적 자원이 어느 정도 마련되어 있다.

앞으로 여러 간호전문직 단체, 교육기관, 보건의료기관들이 협조한다면 전문화를 달성할 것으로 사려된다.

이에 본인은 국제간호 협의회가 규명한 문제와 과제를 중심으로, 우리나라의 간호전문화를 위해 필요한 정책방향을 정부, 간호전문직단체, 보건의료기관 및 간호교육기관 등의 차원에서 제시하고자 한다.

## II. 간호의 전문화를 위한 정책방향

### 1. 의료법과 간호전문화

우리나라 의료법 중 간호사와 관련된 여러 가지 규정을 분석하여 간호전문화에 걸림돌이 되는 부분을 지적하고 개정안을 제시하여 간호전문직 단체가 정부와 상호작용하여 적절하게 개정하는 것이 바람직하다.

#### 1) 의료법에 규정된 간호사의 임무에 대하여

의료법 제2조 제2항 제5호에 “간호사는 상병자 또는 해산부의 요양상의 간호 또는 진료의 보조 및 대통령이 정하는 보건활동(의료법시행령 제2조)에 종사함을 임무로 한다”고 서술되어 있다. 여기에 기술되어 있는 간호사의 임무 중 「진료의 보조」라는 개념과 「간호전문화」라는 개념간에 존재하는 모순점을 규명하고 개정안을 제시할 필요가 있다(대한간호협회, 1992). 진료의 보조는 간호사들에게 다양한 부정적 영향을 미친다. 그 예를 들면, 복부수술 환자의 보호자가 간호사의 사무실에 와서 “조금 전에 환자가 가스를 배출했어요”라고 알려주었다. 조금 후에 그 보호자는 “환자가 목이 마르다고 하니 입을 축이도록 하면 좋겠는데요”라고 말했다. 간호사는 “잠깐 기다리세요. 담당의사에게 말해서 입을 축이도록 할게요, 가서 기다리세요”라고 말했다. 그 후 보호자는 두세 번 더 간호사에게 와서 “환자가 갈증으로 몹시 고통스러워 한다”고 애원했고, 간호사는 “아직 담당 의사를 찾지 못했다”는 말을 반복하면서 “조금만 더 참으라고 하세요”라고 말했다. 결국 두 시간이 넘어가자 참을 수 있는 한계를 넘어선 보호자는 간호사에게 심한 화를 냈고, 간호사는 대답 할 말을 잃고 무력감을 경험하면서 사기가 떨어졌다.

위의 사례는 간호사에게 간호제공 할 권한과 자율성이 부

여되었다면 간호사가 환자의 가스배출 여부를 사정할 수 있고 또한 특별한 금기사항이 없으면 갈증과 고통을 해결해 줄 수 있는 간단한 문제였다. 그럼에도 불구하고 환자에게 고통을 연장시켰고, 이에 따라 보호자-환자에게는 보호자-간호사간에 생긴 심리적 갈등으로 인해 불편감과 동시에 병원, 의사, 간호사에 대한 불신감이 생기는 결과가 되었다.

이 사례는 장기간 여러 가지 개인적-사회적 요인에 의해 간호사의 사기가 떨어져 온 결과 간호사의 업무수행에 대한 동기부여를 경감시켜 여러 측면의 간호의 질이 떨어진 예이다. 이 외에도 많은 사례를 제시할 수 있다.

즉, 환자에게 위기상황이 발생되었을 때 의사가 현장에 없는 상황에서 간호사는 여러 가지 방법으로 의사를 찾는 동시에 「진료의 보조」 개념을 벗어나는 독자적인 업무를 즉시 환자에게 제공하지 않으면 안될 때 간호사는 크게 두 가지 행동을 할 수 있다.

(1) 간호사가 주저하는 경우, 일차적으로 환자에게 가벼운 것에서 심한 것까지 다양한 불이익이 온다. 이 때 불이익의 수준에 따라 환자-보호자는 차이 있는 그러나 복잡한 경험을 하게된다: 놀라움, 고통, 분노, 불신, 못난-능력없는-게으른-뻔뻔한 간호사라는 생각 등.

또한 환자-보호자에게는 간호사 보다 의사와 가까워지려는 심리가 확립된다. 이때 간호사는 윤리적 딜레마, 사기저하, 무능-무력감, 직업불만족을 경험하게 된다. 그 결과 간호사-환자-보호자간의 정상적인 상호작용은 상당수준 파괴되고 환자의 치료적 환경은 열악해진다.

(2) 간호사가 의사를 기다리는 동안, 즉시 필요한 그러나 「진료의 보조」 개념을 벗어나는 독자적인 자율성으로 업무를 제공하는 경우, 일차적으로 대상자에게 양질의 도움이 된다. 그러나 그 사실을 알게된 의사는 의사의 영역을 침범한 간호사에게 다양한 수준의 부정적 반응을 표현하는 것이 현실이다.

위의 두 경우에서 간호사의 임무 중 「진료의 보조」가 가져오는 문제점을 몇 가지로 분석할 수 있다.

- ① 간호사의 환자를 돌보는 전문직적 역할을 억제-한정-제한하여 대상자의 목표를 달성할 수 없게 할 수 있다.
- ② 「진료의 보조」라는 개념은 의사에게 지배의지를 유발시켜 대상자에게 질적인 간호를 제공하기 위해 간호할 권한과 필요한 의사결정 등 자율성을 갖고자하는 간호사간에 잦은 갈등을 일으킨다. 그 결과 간호사는 사기와 직업만족도가 떨어져 동기유발이 안되어 더 많은 높은 수준의 능력과 공부할 필요의지가 둔화되고, 간호업무 중 중요한 요인인 인간관계 기술과 의사소통

술 개발이 둔화되고, 인간존중감마저 경감되어 간호의 질이 떨어진다. 결국 이 「진료의 보조」는 간호는 물론 의료-의료기관에 대한 국민의 불신감 유발의 원인을 제공하는 큰 파급효과를 나타낸다. 따라서 이 진료의 보조라는 개념은 의료법 제12조(의료에 대한 보호)에서 “의료인이 행하는 의료, 조산, 간호 등 의료기술의 시행에 대하여는(이 법 또는 다른 법령에 규정된 경우를 제외하고는) 누구든지 이에 간섭하지 못한다”고 서술된 내용과 모순되는 개념이다.

- ③ 「진료의 보조」라는 개념이 존재하는 상태에서 허용된 처방 제도도 확립되어 있지 않은 우리나라의 상황은 특히 임상간호사들이 환자와 가족의 간호/진료 요구에 부응할 수 없게하는 원인이 되므로 결국 간호사는 의료법 제 16조(진료의 거부금지)제 1항의 “의료인은 진료 또는 조산의 요구를 받은 때에는 정당한 이유없이 이를 거부하지 못한다.”는 규정을 위반할 수밖에 없는 상황을 발생시킨다.
- ④ 우리나라의 의료기관에 「진료의 보조」라는 개념이 부정적으로 정착되어 있어, 간호사들이 어떤 수준-범위까지 환자-가족에게 설명해 주어야 적절한지를 혼돈하게 하는, 환자-가족에게 설명해 주어야 적절한지를 혼돈하게 되어, 환자교육과 관련된 간호사-의사간에 갈등 상황이 자주 발생한다. 그러므로, 심한 갈등을 경험한 간호사는 환자-보호자에게 건강교육하기를 회피-간과하는 경우가 많아, “의료인은 환자 또는 그 보호자에 대하여 요양의 방법, 기타 건강관리에 필요한 사항을 지도하여야 한다”는 의료법 제22조(요양방법의 지도)를 위반하는 사례가 많은 실정이다.
- ⑤ 간호사의 「진료의 보조」라는 임무는 간호사로 하여금 “간호할 수 있는 권한은 없는데 심각한 책임을 묻는 결과를 발생시켜 대상자를 간호하여야할 간호사 장본인이 갈등적 스트레스를 경험하여 실무의 질을 저하시킨다.
- ⑥ 「진료의 보조」는 의료보험법에도 영향을 미쳐서 의료보험회사는 간호사의 업무와 의사의 업무를 독립변수로 인정하지 않고 이들을 하나의 진료로 보고 통합수가만 지불하고, 환자의 만족도를 높여 회복속도를 높일 수 있는 간호에 대한 수가는 간과하고 있기 때문에 의료기관은 적정 간호인력을 확보하려는 의지가 없다. 따라서 의지가 부족한 상황의 간호사는 업무량 과다로 필요한 간호를 생략하는 경향이 있어 간호의 질 문제가 파생되고 있다. 질병을 앓고 있는 사람을 돌볼 수 있는 인력이 주어지지 않는 것은 인간존중과 관련되는 윤리적인 문제임을 심각하게 생각해야 한다.

⑦ 간호업무수행의 범위와 수준은 개인의 성격, 능력, 교육수준 및 경험에 의한 능력에 따라 결정되며, 업무의 권한과 자율성을 위임하는 융통성이 있어야 대상자에게 이익을 주고, 수행자는 직업에 만족하고 더 발전하려고 노력하며, 따라서 인간관계에도 유익한 결과를 가져올 수 있다는 사실은 주지의 사실이다.

[업무의 권한과 자율성]은 「진료의 보조」와 상반되는 개념이며, 따라서 「진료의 보조」는 「진료의 협동」으로 규정되어야 타당하다. 그 근거로서, 진료의 협동은 한국간호사의 윤리강령에 [협동자에 대하여]의 9항에 “간호사는 업무와 관련된 모든 사람들과 협조한다”와 [나이팅게일 선서]에 “나는 성심으로 보건의료인과 협조하겠으며...”와 일치하는 개념이다. 그런데 우리나라의 의약계, 사회, 정부 및 간호계에서 간호에 적용하고 있는 “한국간호사의 윤리강령”과 “나이팅게일선서”를 비판하거나 거부하지 않았다. 그리고 미국 전문간호사의 역할들 중 전문간호사는 대상자 관리의 공동목적달성을 최대화하기 위하여 의사를 포함하는 여러 다른 건강전문직인들과 마음을 같이하여 동반자 정신을 가지고 근무하면서 공정한 의사결정-상호의존하고 각자가 가진 여러 가지 탈렌트와 능력들을 발휘할 기회를 부여하면서 협동(Collaboration)하는 역할이 있다. 협동은 협동이 필요한 업무와 관련된 사람들의 능력을 서로 인정하고 격려하여 동등의식을 가지고 있을 때 상호간에 갈등이 최소화되고 바람직한 성과를 가져올 수 있는 개념이다(Hamric, Spross, Hanson, 1996).

## 2) 의료법과 전문간호사의 종류에 대하여

미국은 1980년에는 13개이다(ANA, 1980b) 1991년도 현재는, 미국 간호협회가 주관하여 21개의 전문분야를 자격고사를 통해 자격증을 부여하고 있다. 그 외에도 여러 간호전문분야의 조직체들이 자격증 부여를 위한 엄격한 절차를 가지고 있다. 캐나다의 간호협회는 28개 분야에 대한 자격을 부여하고 있다. 1981년에 미국간호협회는 5개의 간호실무국을 기초로 간호전문분야를 아래와 같이 분류하고 그 후 계속 세련화시키고 있다(ANA,1995).

- (1) 지역사회 건강 간호학
- (2) 노인간호학
- (3) 모아 건강 간호학
- (4) 내외과 간호학
- (5) 정신 및 정신건강 간호학

국제 간호협회의 전문직 서비스위원회(PSC)는 1987년에 간호의 전문화에 대해 토의한 보고서를 제출하였는데, 그 보고서는 간호전문분야를 일반 간호교육 과정에서 확인되는

6개 중요한 간호분야를 중심으로 아래와 같이 분류하는 것이 바람직하다고 제안하였다(ICN, 1992).

- (1) 내외과 간호학
- (2) 모아 건강 간호학
- (3) 아동 간호학
- (4) 정신건강 및 정신 간호학
- (5) 노인간호학
- (6) 공중보건 및 지역사회 간호학

우리나라의 정부차원에서 “전문간호사”라는 어휘를 처음공문에서 표현된 것은, 1990년 6월 5일에 보건복지부 고시 제 90-44호를 통해 「전문간호사 과정 등에 관한 고시」였다. 그것은 의료법 제56조(분야별간호사) 및 동법시행규칙 제54조(업무 분야별 간호사자격 기준)의 규정에 근거해서 제정하였다고 밝혔다.

그 후 13년 후 보건복지부는 2003년 10월 1일에 개정된 법률제6686호인 의료법과 동법 시행규칙인 보건복지부령 제 261호인 “의료법시행규칙중개정령을 공포 및 시행일로 정함으로서 우리나라 간호조직의 구조가 크게 바뀌게 되었다. 즉, 의료법 제56조인 “업무분야별간호사”가 “전문간호사”로, 동법시행규칙 제55조인 “업무분야별간호사의 자격인정 신청 등”이 “전문간호사의 자격구분 및 기준”으로 개정되면서, 전문간호사의 종류가 보건, 마취, 정신, 가정 등 4개 분야에서, 감염관리, 산업, 응급, 노인, 중환자, 호스피스 등 이 첨가되어 10개 전문간호사로 구분하여 확대됨으로서 환자의 알 권리와 의료기관을 선택할 수 있는 기회를 보장하고, 전문간호사의 질적수준을 향상시키는 등 의료제도의 운영상 나타난 일부 미비점을 개선-보완할 수 있는 상황이 마련된 것이다(보건복지부 실국별 정보공개자료, 2003). 그리고 보건복지부는 대학원교육을 운영하고 있는 간호대학에 유형별 전문간호사 교육프로그램 운영신청서를 제출하게 하여 전문간호사 지정교육기관을 선정함으로써 전문간호사를 대학원교육으로 배출하게 되었다. 그러나 전문분야를 10개 구분으로 정한 것은 간호선진국에 비해 미분화현상이므로, 이를 한시적인 것으로 보고 더욱 확대 할 것이 바람직하다. 특히 국민의 의학인 한의학과 관련되는 한방전문간호사가 이에 포함되기 위해서는 우리나라 간호대학에서 한방간호교과목교육을 전국단위에서 일반화되는 것이 필요하다.

의료법시행규칙 제54조 제2항에서, 전문간호사가 되고자 하는 자는 최근 10년 이내에 3년 이상 해당분야의 경력자로서 보건복지부 장관이 지정하는 기관에서 해당 전문간호과정을 이수하고 전문간호사 자격시험에 합격한 후 보건복지부장관의 자격인정을 받아야 한다. 전문간호사자격시험을 위해 신설된 시행규칙 제54조의 2의 제2항에서 1차 필기시험과 2차

구술 또는 실기시험으로 구분하되, 2차시험은 1차시험에 합격한 후에만 응시할 수 있다. 제2항인 합격자의 결정은 1차와 2차시험에서 각각 총점의 60% 이상을 득점한 자로한다. 시행규칙 제55조는 자격시험에 합격한 자는 전문간호사의 자격을 인정받기위해 신청서와 관련서류 및 사진등을 보건복지부장관에게 제출하여야한다. 그런데 전문간호사의 능력을 유지·증진시키기 위한 자격증의 유효기간에 대한 법률은 없어, 기간을 정하여 법률화시키는 것이 바람직하다.

3) 의료법과 전문간호사를 위한 교육에 대하여

보건사회부 고시 제90-44호를 통해 제정고시한 전문간호사과정고시 제5조(이수과목)관련 교육과정은 법개정에 따라 대한간호협회가 지정한 공통필수과목과 각 대학이 정한 전문화 교과목으로 교육운영될것이 전망된다.

전문간호사 제도를 반세기 이상 경험한 간호선진국들의 노하우를 늦게시작한 우리가 시행착오를 겪지 않도록 노력하여야 할 것이다.

간호의 발전이 실무에서 발생하는 문제를 연구함으로써 가능하데, 석사학위를 소지한 전문간호사는 연구활동 능력이 있는 자로서 실무를 가장 잘 파악할 수 있는 위치에 있다. 미국의 간호지도자들이 간호문제의 실체를 가장 잘 아는 전문간호사가 연구문제제기, 연구수행, 연구에 협조할 수 있는 유일한 존재로 보는 것은 의미있는 사실임(Hamric 등 1996; Sparacino 등, 1990)을 간파해서는 안된다.

미국의 경우 간호의 전문화를 위한 교육은 앞에서 언급한 전문간호사의 8개의 역할능력을 수행할 수 있게하는 교육이어야함을 전제하고 있다. 교육을 체계화하기 위하여 전문간호사의 상급간호실무(advanced nursing practice/ANP)를 크게 3영역으로 구분하고 각 영역에 그와 일치하는 역할능력 8개의 개념들을 포함시켰다. 즉, 첫째 영역인 전문분야 실무/specialty practice에는 ① 전문가적 교육, ② 연구, ③ 임상 및 전문직 지도; 둘째 영역인 상급실무/advanced practice에는 ④ 역할모델, 환자옹호/대변인 등 역할기능, ⑤전문가적 임상실무; 셋째 영역인 석사-간호활동/graduate nursing에는 ⑥자문/협진, ⑦ 윤리적 의사결정, ⑧ 협동능력 등을 전문간호사의 역할의 틀로 정립하였다. 그리고 간호교육자들은 사회의 변화에 신속하게 대응하여 전문화간호교육을 위한 전략으로 전문화의 중심내용-역할기능-역할능력을 통합시키는 전략을 택하고 그 효과를 확대시키기 위하여 교육에 임상 의사결정-비평적사고-임상교육을 강화하기로 하였다(Hamric 등, 1996; ANA, 1995).

간호전문화를 위한 대학원 교육과정은 아래~와 같다;

1. 중심간호내용: 공통필수과목; 12학점
  - 1) 연구-6학점,
  - 2) 이론-3학점(간호-건강관련 이론, 역학이론, 윤리적 의사결정-비평적사고),
  - 3) 조직/기구/정책전망-3학점(조직/지도자론, 건강정책, 경제학, 지역사회 중심 건강관리 및 관리된/managed 간호관리)
2. 상급간호실무 내용: 9학점 이상
  - 1) 약리학-3학점
  - 2) 상급건강사정-3학점
  - 3) 임상의사결정, 상급치료학, 건강증진 및 질병예방-3학점
  - 4) 병태생리학/유전학 관련과학-융통성있는 학점
3. 전문/전공분야 I, II, III 강화교육 내용-12-18학점,
 

총점= 33+(6~9이상)

4) 의료법과 전문간호사의 자격인정에 대하여

의료법 제 55조(전문의)에서 의사, 치과의사, 또는 한의사로서 전문의가 되고자 하는 자는 대통령령이 정하는 수련을 거쳐 보건복지부 장관의 자격인정을 받아야 한다고 되어 있다 이에 비해 의료법 제56조(전문간호사) 동법 시행규칙 제54조 제2항에서 전문간호사의 자격구분, 기준, 자격증 기타 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다로 되어 있어 형평성이 결여되어서 시정이 요구된다.

이 부분과 관련하여 간호전문직 단체가 반드시 기억해야할 것은 의료사회가 변화해감에 따라 어떤 유형, 또는 어느 정도의 전문간호사가 얼마나 필요한지를 주기적으로 확인-결정하여 사회요구에 부응하는 체제를 마련하여 엄격하고 윤리적으로 전문간호사의 자격프로그램을 운영해야한다는 점이다(한성숙, 1991; ANA, 1988).

그런 의미에서 간호전문직 단체는 간호사의 전문분야를 크게 교육, 실무, 행정 및 연구로 분류하고, 각 전문분야를 다시 세분화시켜 발전시키는 것도 좋은 접근 방법이 되리라 생각된다.

5) 의료법과 간호인력에 대하여

간호사의 정원에 대하여 의료법 제 32조 동법 시행규칙 제 38조의 6호(의료인 등의 정원)는 "입원환자 5인당 간호사 2인으로 하며 그 단수에는 1인을 환산함"이라고 서술되어다. 이 법은 1960년대에 제정된 이후 전혀 개정되지 않았으며, 너무 포괄적이고 모호하며 시대특성의 현실 감각이 거의 없어서 의료계에서 반드시 개정되어야 할 것 중 것 중 하나이

다. 이 부분은 현재 우리나라 간호의 질에 악영향을 미치는 「진료의 보조」라는 개념과 동등하게 “악요인”으로 작용하고 있다는 것을 건강소비자를 포함하여 건강관리기관/보건의료기관과 관련된 모든 사람이 알고있는 사실이다.

이 법은 보건 의료기관내 간호부서의 특징에 따라 간호사의 정원을 배치하도록 바람직하게 개정되어야 한다. 간호계에 서 적정 간호인력의 산정 및 국민의료복지를 향한 간호수요에 대한 연구가 집중되고 있는 것(황의열,1993)등은 바람직하나 개정을 촉구하는 적극적인 연구 및 정책적 활동이 요구된다.

간호인력 부족으로 인한 업무량과다 현상은 간호사들로 하여금 필요한 여러 가지 업무중 관습적으로 의사의 처방에 의한 업무만을 중심으로 수행하게 한다. 그리하여 업무량 과다는 환자의 심리를 편안하게 하여 투병의지가 생겨 회복속도를 높여서, 그들이 간호사의 자질과 능력을 인정하고 성숙한 전문직업인이라는 이미지를 줄 수 있는 직접간호, 환자-가족의 관찰, 교육, 상담-자문 및 필요한 연구(Sparacino, Cooper, Minarik. 1990) 등을 간과하게 하여 간호의 질을 실추시키는 요인이 되고 있다.

업무량에 비해 간호인력이 부족한 상황에서도 간호의 생산성, 질적간호로 대상자, 의료기관과 간호사가 만족함을 어느 정도 성취할 수 있는 방안이 있다. 전문화된 간호사는 업무의 능력과 효율성을 높이며 생산성 제고로 비용효과를 증대시킨다는 명제하에: (1) 숙련간호사를 1대1 “임상간호실무교육자”로 지정하여 신규간호사의 자질이 부단히 개발 되도록 돕고; (2) 간호과정-간호진단적용등 과학적인 수준을 고려-검색하여 다양한 수준의 교육프로그램을 통해 적절한 보수교육을 받도록 돕고; (3) 주어진 시간의 효율성을 최대화하기 위해 중간관리자는 시간관리 전략능력을 길러서 각 간호업무마다의 소요시간을 확인하면서 운영하고(Gillies, 1994; Marriner-Tomey,1992); (4)간호사의 업무-양과 질을 향상시킬 수 있는 지침-표준(들)을 개발하여 적용하고, (5) 보직-간호사나 일반 간호사 중 석사학위 소지자는 가능한 한 지도력있는 역할과 연구활동에 참여하도록 전략을 세워서: (a) 기존 연구논문이나 새로운 문헌등을 읽은 자료를 자신과 동료들이 간호실무에 적용하는데 솔선-격려하고, (b) 근무중 발견되는 문제점을 분석하여 문제(예, 인력문제)를 제기하고 연구를 솔선/협동적으로 연구하고, (c) 연구결과를 출판하여 관심있는 사람들과 의사소통하고, (d) 실무의 혁신을 시도하고, (e) 간호학생이나 동료들이 연구하는 것을 돕는다(Hamric, Spross, 1996; Sparacino, Cooper, Minank(1990); (6) 간호중간관리자는 간호가 하나의 경영임을 인식하고 비용효과 면을 부단히 점검하면서 생산성있는 병동으로

바꾸어 나아가고(Sparacino 등, 1990; Hamric 등, 1996); (7) 간호중간관리자는 부단히 소속 간호사들의 상황을 다양한 방법으로 관찰-평가하여 격려-지도하면서 간호의 질을 관리한다면(Sparacino 등, 1990), 의료법 개정과 더불어, 짧은 시간에 이루어지는 것은 아니지만, 안정된 해결을 이루어 갈 것으로 생각된다.

위와같은 프로젝트를 성공적으로 이끌기 위하여 간호전문직 단체는 기관간에 정보를 나눌수 있도록 세미나-학술대회를 개최하고 교수와 기관이 협동연구하도록 증세하고, 필요한 연구비를 제공하는 것이 바람직하다.

#### 5) 의료법과 의료기관의 개설에 대하여

2000년대는 간호사의 질적창업시대이다.

(1) 의료법 제3조(의료기관)에서는 의료기관을 정의하고, 각 의료인이 개설할 의료기관의 명칭과 각 임무를 정의하였다. 간호사에게는 기관개설을 할 수 없게 되었다. 단지 의료법제30조(의료기관 개설)의 4에서 보건복지부장관이 정하는 바에 의하여 가정간호를 실시하는 경우만 가능하다. 그러나 전문간호사는 조기퇴원환자의 요양시설, 노인, 만성질환자를 위한 관리시설, 가족치료상담소, 가정간호센터 등에서 국민에게 저렴하면서도 양질의 건강관리를 제공할 수 있으므로(김효식,1993; Hamric 등, 1996), 전문간호사에게도 의료시설을 개설할 수 있는 법개정이 바람직하다.

최근 매스컴에서 의사 한사람에게 진료받고 싶은 환자가 몇 천 명이 되어 진료를 몇 년 후나 받을 수밖에 없다는 보도와 3차 의료기관에 침상이 없어서 입원이 지연되는 경우 등은 심각한 윤리적 문제이며 조기퇴원환자의 요양시설이 이러한 사회적 문제를 해결하는데 일익을 담당할 수 있을 것임에 틀림없다.

(2) 의료법 제31조(의료기관의 개설 특례) 제1항, 동법 시행규칙 제 26조에 의료법 제 30조 제1항과 제2항에 규정된 자 이외의 자가 그 소속직원, 종업원, 기타 구성원(수용자를 포함함), 또는 그 가족의 건강관리를 위하여 부속의료기관을 개설하고자 할 때에는 그 개설장소를 관할하는 시/도지사의 허락을 받아야한다고 서술되었다. 미국의 경우 전문간호사 간호관리센터를 대학교 캠퍼스, 지역사회의 생산기관 및 농촌의 공공기관과 연계하여 개설하고 주로 일차건강관리를 제공하고 있다(Hamric 등, 1996). 우리나라의 경우 전문간호사 제도가 시작된 지금 의료법 제31조에 의해서 공공기관과 연계하여 전문간호사 간호관리센터를 개설할 근거가 마련되어있다.

2. 간호법과 간호전문화

간호실무법의 가장 중요한 부분은 간호실무에 대해 법적으로 정의(legal definition)하는 것이다. 간호법은 간호사가 되는데 요구되는 교육, 면허-자격, 전문직 실무의 범위의 기반을 제공한다. 그리고 필요할 때 실무법을 위반한 간호사에 대해 교정적 작용을 할 수 있는 기초를 제공한다(Ellis & Hartley, 2001; State of Hawaii, 1990). 미국의 경우, 1982년에 州간호보드 협의회(NCSBN)가 Model Nurse Practice Act를 개발하여, 모든 州간호보드가 형식을 갖춘 간호법을 제정하여 사용할 수 있는 근거를 제공한바 있다(ANA, 1981; LaBar, 1984b; NCSBN, 1988a, 1992).

우리나라에서 자치단체의 자율화를 시도하는 지금 각 자치단체의 보건관련 공무원 중 간호를 관리하는 직위를 적절화하여 자치단체 내의 간호관련 관리체계가 활성화되어 간호법테두리 안에서 간호가 이루어지도록 체계적인 간호법을 운영하는 것이 바람직하다. 전문간호사에게는 업무와 관련된 권한과 자율성을 부여하므로 이에 부응하는 책임을 묻게된다. 따라서 상급간호업무제공과 역할의 특성, 범위와 한계를 결정하고 그 범주안에서 활동하도록 규정하여 대내외적으로 알릴 필요가 있다. 그러나 법이나 규정은 전문가의 역할을 제한할 수 있을을 기억하고 법제정시 신중을 기하여야 한다(CNA, 1984).

1) 정부가 규정하는 간호법

현재 우리나라의 의료법은 보건의료사업, 의료인과 관련된 내용을 하나로 포괄하고 있기 때문에 보건의료사업이나 의료인의 직종별 특성도 명확히 않고 형평성을 확보하지 못하여 잠재력을 가지고 있는 직종들의 발전을 저해 하는바 의료법 전체속에 의료인 직종별로 장을 달리하여 단독법으로 개정하는 것이 바람직하다. 특히, 현행 의료법, 시행령, 즉시 입부, 정원 항목에서 전문간호사가 업무를 수행할 수 있는 절대수준에 미치지 못하므로 이에 부응하는 법과 시행령-시행규칙을 개정할 필요가 있다.

대한간호협회는 이미 간호의 전문성과 업무를 사회에 알리고 간호를 조절-통제하기 위해서 “간호사 윤리강령”을 제정·발표하여 많은 간호사들이 업무수행에 적용하려고 노력하기를 기대한다. 그러나, 윤리강령은 보편성의 특징이 있어서 구체적인 행동의 지도를 기대하는 데에는 무리가 따른다.

미국 간호협회와 국제 간호협회가 각분야의 간호사들이 업무수행시 준수할 수 있는 많은 문헌을 출판하여 발표하였다. 미국 간호협회는 1980년에 “간호: 사회적 정책성명서”를 출판하여 세계간호계에 긍정적인 충격을 주었다. 그 책에는:

(1) 사회와 간호와의 관계를 다각도로 설명하고, (2) 간호실무의 본질과 범위를 알리고, (3) 간호실무의 전문화; 전문화의 동기, 전문화의 필요성, 간호실무내 전문간호사의 자격기준, 역할, 전문화의 분야 등에 대하여 대단히 설득력있고 권위있게 표현하였다. 이는 간호실무를 통한 간호행위에 대해 사회적으로 법적으로 책임을 지겠다는 성명서를 간호계와 사회에 천명한 것이다(ICN, 1989b).

간호협회는 하루 속히 ICN이 제시한 규정지침을 기초로 하여 우리나라의 실정에 맞게 간호의 정의를 비롯하여 간호사업의 영역별로 간호의 입장을 간호계와 사회에 알리는 내용의 성명서를 발표하는 것이 바람직하다.

또한 간호사들이 각자의 수준에서 실무할 수 있게 하는 “간호실무의 범위(Scope)”, 간호사들이 제공하여야할 대상자 간호의 업무를 할 수 있도록 지도하는 “간호실무의 표준(Standards)”, 및 간호사들이 간호현장에서 자주 경험하는 윤리적 딜레마를 최소화시킬 수 있는 “윤리에 저촉되는 사례 해석서” 등을 가능한 한 빨리 출판하여 간호사들이 긍지를 가지고 수준 높은 실무를 하도록 하여야한다(ANA, 1987b, 1986a, 1985d, 1984a, 1976).

3) 간호전문분야와 관련된 간호규정

전문분야별로 각각의 전문간호사들이 자신있게 수준 높은 역할을 할 수 있기 위해서는 간호협회를 중심으로 각 분야의 임상과 교육이 긴밀한 협조로 그 특성에 맞는 업무의 기준과 표준(Criteria-Standards)을 결정하여 성문화하여야한다. 그리고 이것을 체계적으로 교육함으로써 활발하게 활용하도록 하고 간호철학에 맞는 목적을 달성하여 인접 전문직과 사회의 인정을 받아야할 것이다. 이 작업에서 교육자가 참여하여야 하는 이유는 같은 철학과 생각을 가져야 교육의 효과를 기대할 수 있기 때문이다(김수지, 1991b; Affara, Styles, 1992).

3. 전문간호제공에 대한 반제

첨단 과학의 시대에도 간호는 기계가 대신할 수 없고 환자와 간호사간에 1:1의 상호관계를 통해서만 이루어지는 특징이 있으므로 간호는 노동집약적일 수 밖에 없어 병원인력의 30~40%가 간호인력이다. 이에 비해 경영압박을 받는 병원은 간호인력 절감에 관심이 크다. 간호행위에 대한 적정 비용-적정간호수가의 지불은 적정인력확보의 필수 기본요인이 된다. 그리하여 간호행위에 대한 환자와 보험회사의 반제-비용지불문제는 현재 우리나라 간호계의 중요한 쟁점이 되고 있다. 간호인력의 부족은 간호사들이 의사의 처방만을 시행하기

에도 시간이 부족하므로 간호고유의 업무를 포기하게 하여 간호의 전문화를 심각하게 방해한다(Marriner-Tomey, 1990).

결국, 간호의 목적달성에 장애가 되므로 전문간호행위에 대한 적정 간호수가 책정은 정부-간호단체의 정책으로 해결하여야한다. 미국의 경우, 많은 전문간호사들이 각 주의 법에 따라 간호행위에 대한 수가를 지불받고 있으며, 지불받지 못하는 주에서는 간호행위에 대한 반제를 위해 계속 노력하고 있다 Hawkins, Thibodeau, 2000; ANA, 1984b).

#### 4. 정책과 간호전문화

하나의 직업집단이 전문직에 속하느냐를 결정하는 중요한 요인은 그 집단이 그들 자신의 발전을 위해 정책을 개발하고, 목적한대로 자율적으로 올바르게 기능하는 능력이 있는가 이다(Ellis, Hartley, 2001). 즉, 전문직은 발전-책임수행을 위해 스스로 통제할 수 있어야 한다는 뜻이다.

전통적으로 간호사는 의사의 처방/병원이나 기관이 설정한 여러 가지 정책에 따라 수동적으로 업무를 수행해왔다. 그러다가 최근 간호사는 의사의 “Cure”에 맞서는 “Care”로 간호사의 독특한 역할을 정의하여 중요한 제도를 구축 할 필요성을 인식하게 되었다. 그리고 간호사들은 환자관리와 관련되는 자율성을 성취하고 또한 대상자에게 제공한 간호에 대해 책임을 져야 한다고 생각하게 되었다. 미국의 경우, 위에서 언급한 사실들이 현실화되고 있고, 다수의 주간호실무법은 간호사들에게 처방권을 주는 확대된 상급 역할을 제시하기까지 한다. 또한 간호사들에게 권한은 주지 않고 책임을 묻는 것에 도전하여 도입한 간호전단은 간호사가 권한을 가지고 책임을 지는 경향으로 변화시켰다. 또한 일부기관에 근무하는 간호사들은 제3지불자의 적임자로 인정받아 그들이 제공한 간호에 대해 보험회사로부터 배상을 받을 수 있게 되었다. 그리고 간호사들은 의사들이 계획한 의학적 치료절차를 치료적 토의를 통해 상호 이해하에 이행함과 동시에 많은 분야에서 보다 많은 협동관계가 일어나기 시작하고 있고 또한 간호사들의 기여가 보다 많은 인정을 받고 있다(Diers, 1985; Ellis, & Hartley, 2000).

이는 미국 간호협회가 간호사들에게 필요한 간호실무법, 간호행정규칙, 실무표준, 실무의 범위, 윤리강령 등을 정책적으로 제정하여 발표하고, 또한 NLN은 교육기관이 교육할 자격인정제도를 통해 부단히 간호교육기관을 지도 감독한 노력의 결과이다.

보건정책은 사업의 방향을 제시, 목적 및 기타 여러 원칙을 결정하기 때문에 전문간호사의 실무와 환자간호의 질에

영향을 미친다. 정부가 정한 정책은 전국에, 기관의 정책은 그 기관 내 구성요원의 행동에 영향을 미친다. 따라서 정책은 신중하게 결정되어야 하며 정책의 영향을 받는 중요한 부서의 지도자는 정책결정에 참여하여야하고, 정책을 적용한 후에는 반드시 그 정책결정의 파급효과를 사정-분석하여 개선안을 제시하여야한다(Hamric 등, 1996).

미국의 경우, 연구할 자질을 갖춘 전문간호사가 직접 임상 실무를 하면서, 결정된 정책적용이 자신의 실무영역에 미치는 영향에 관심을 가지게 되었다. 그리하여 파급효과와 긍정-부정적인 측면을 사정 분석하여 대안을 제시하였고, 기관은 전문간호사가 지도력 등 독특한 기능을 통해 실무하면서 제시한 자료를 받아들였고, 그 결과 전문간호사는 소속기관의 정책 과정에 참여하게 되었다. 또한 전문간호사들은 대외적으로 주의의회 의사당과 국회의사당에 더욱 익숙해졌고 보건의료제도에 독특하고 중요한 기여를 하게 되어 보건의료의 개선을 결정하는데 영향을 미쳤다(ANA, 1985; Hamric, Spross, Hanson, 1996).

우리나라의 경우 보건소, 산업장, 학교 및 병원에 근무하고 있는 석사학위 간호사들이 필요한 연구를 하도록 간호부서가 정책을 수립하여 실시한다면, 우리나라 간호의 근본문제를 해결하는데 큰 도움이 되리라 생각된다. 따라서 간호협회, 간호교육기관, 간호현장, 간호행정부서는 석사간호사들을 활용할 수 있는 정책을 적극적으로 추진해야한다. 이러한 전략이 필요한 이유는 건강관리전달제도의 일원인 간호전문직이 보건정책결정에 우세한 지도능력을 가져야 간호가 국민에게 봉사할 수 있는 상황을 창출할 수 있기 때문이다.

#### 5. 간호전문화와 교육

기본업무를 하는 일반 간호사/nurse generalist를 뛰어넘는 업무를 해야하는 전문간호사를 준비하는 교육은 일반간호사가 받은 교육 이상의 것이어야 함은 의심의 여지가 없다. ICN(1992)과 (NLN, 1958, 1969)은 전문화에 영향을 미치는 요인을: 1) 새로운 상급지식, 2) 상급기술의 개발, 및 3) 대중의 요구라고 하였다. 새로운 상급지식-기술은 일반간호사의 지식-기술을 증가하는 새로운 것을 의미하는 것이다. 그리고 ICN(1992)은 전문간호사에 대해 “전문간호사는 일반간호사의 수준을 증가하는 교육을 받고, 간호분야들 중 한 분야에 대한 상급전문성을 가지고 전문가로서 실무할 권한을 부여받은 간호사”라고 정의하였다. 그리고 전문가가 되기 위해서 정규교육 후 단기간과정, 또는 석사학위의 교육형태가 필수적인 것으로 생각한다고 하였다.

Hamric 등(1996)은 전문화는 간호영역에서 선택한 하나



의 임상분야에 대해 전심전력-집중-전념- 등이 통합된 개념과 깊이가 관련되며, 전문간호사의 1) 자격: 전문분야의 대학원 교육을 받은후 전문간호사의 자격증을 받고, 환자/대상자/가족을 초점으로 실무하고; 2) 핵심역할능력: 전문가적 임상실무, 전문가적 교육, 임상-전문직 지도, 자문-협진, 연구활동, 협동, 변화주체, 윤리적 의사결정 등이다; 3) 역할에 영향을 미치는 요인: 1) 기관내 전문간호사의 위치 또는 직위, 2) 동료 간호직원의 성격, 3) 기관의 전문간호사에 대한 의지, 4) 대상자 집단의 특징, 5) 계속 역할을 개발하느냐의 여부, 및 6) 전문간호사 자신의 성격 등이다. 때문에 발전적인 능력을 준비하는 대학원(석·박사)교육이 요구된다고 하였다.

우리나라의 간호대학원에서 전문간호사를 위한 교육과정을 성공적으로 운영하기 위해서는 먼저, 지역사회 간호학을 포함하는 임상간호학 교수들이 자신의 분야에 대한 임상전문가가 되는 것이 가장 시급하다(ICN, 1992). 미국 간호대학 교수들 중 많은 교수는 이미 자신의 전문분야의 전문간호사나 전문실무간호사(Nurse Practitioner/NP)의 자격증을 가지고 교육에 임하므로 교육의 질이 높은 것을 보았다.

간호협회, 간호학회, 임상간호사회는 간호전문화를 위해 계속 전문분야를 분류하고 교육프로그램을 정책적으로 계획하여 각 분야의 하루 전문분야를 표방하여 교육기관들이 체계적으로 교육을 운영하도록 지도하는 것이 바람직하다.

6. 기관내의 전문간호사

1) 전문간호사의 자격과 역할

업무가 복합적이면서 많은 양의 지식과 기술이 적용되어야 할 때, 예산동결이나 예산절감 및 간호인력을 동결할 때, 일반간호사들의 현재 지식과 기술 및 경험으로는 부족할 때에는 전문간호사가 필요하다(ANA, 1980b; Hoffman & Fonteyn, 1986). 이러한 업무들의 내용을 “전문간호사의 직무기술서를 통해 제시하고자 한다.

전문간호사의 직위에 따른 직무기술서

명 칭: 3차관인 대학병원의 전문간호사

역할정의: 전문간호사(CNS)는 대학원 교육과 정의된 간호실무분야에서 깊은 임상경험을 한 결과 정의된 전문분야에서 전문가적 간호를 제공하는데 필요한 상급지식-임상기술을 가지고 있는 전문직간호사이다.

전문간호사의 일차적 책임은 3차관리 교육병원에서 관리/치료받고있는 환자와 가족에게 임상전문성을 직접 적용하는 것이다.

전문간호사에게는 구체적으로 규명된 환자군에게 제공하는

간호/관리의 질적표준-수준을 유지할 책임이 있다.

전문간호사는 자신이 근무하는 병원에 대해 자기 지향적이고 자신의 역할을 발달시킬 의무가 있으며, 따라서 역할을 발달시키고 있다는 증거를 제시하여야한다.

권한관계/Lines of authority: 직위

전문간호사의 직위가 평직원인 경우 간호부장/과장이 위임한 임무에 대하여 수행-보고 할 의무가 있다.

평가방법: 간호부장과 협의하여 결정한다.

자격:

- ① 전문직 간호를 제공할 수 있는 면허소지자.
- ② 임상전문화 교육프로그램을 허가받은 교육기관에서 간호석사학위를 획득한 자.
- ③ 전문분야와 관련된 깊은 지식과 임상능력이 있음을 증명한 자.
- ④ 효과적인 지도력, 교육, 연구, 및 의사소통술이 있음을 증명한 자.

역할서술/ Role description:

- 자신이 택한/의뢰받은 환자를 규명한다.
  - 건강상태를 사정하여 건강관리 요구를 규명한다.
  - 전인간호계획의 개발을 촉진한다.
  - 관리된 간호/ managed care를 제공한다(ANA, 1988a; Hiks 등, 1993).
  - 질병-과정 및 의학적 치료계획에 대한 교육을 한다.
  - 필요에 따라 자문과 위기중재를 한다.
  - 퇴원계획을 준비 및 촉진한다.
  - 환자의 병력지에 활동한 사항을 사실 기록한다.
  - 간호관리/ nursing care management에 대한 책임진다.
  - 건강관리 체제내에서 계속 간호를 추진한다.
- 전문분야의 간호사. 의사 및 다른 건강관리 제공자들에게 필요한 지문을 제공한다.
  - 간호실무의 표준에 관하여 병원과 지역사회내의 건강관리 제공자들에게 지문을 한다.
  - 전문직간에 환자간호와 관련된 집담회 간호순회를 계획하고 참여한다.
  - 간호사가 환자간호문제를 해결할 때 필요에 따라 돕는다.
  - (무보수)로 간호대학의 임상교육자로 참여할 기회를 계약을 통해 확보한다.
  - 병원단위의 위원회(들)에 대해 임상적으로 자신의 전문·전공분야를 대표한다.
  - 지역사회에서 전문분야와 관련된 활동을 할 때 병원을 대

- 표한다.
- 다른 전문간호사들과 같이 간호부/간호부장에 대한 조연자의 역할을 한다.
- 간호행정지도자에게 자문할 간호실무 표준을 설정한다.

- **간호사들과 간호학생을 대상으로 전문분야와 관련된 교육과 전문직 개발에 기여한다.**

- 간호사들의 교육의 필요성에 관하여 간호행정지도자들을 자문한다.
- 간호사들의 학습요구를 충족시키기위해 간호 교육課의 업무에 참여한다.
- 간호기술과 절차에 대해 개인과 소집단을 대상으로 교육한다.
- 강의, 세미나 또는 집담회에 참여-출석한다.

- **전문직 실무와 전문분야의 최근 지식과 능력을 유지한다.**

- 관련집담회와 워크샵에 참여-출석한다.
- 전문직 단체에 참여한다.
- 지지, 지원과 회환을 계속 유지하는데 동료 다른 전문간호사를 적극 활용한다.
- 같은 기관에 근무하는 다른 전문간호사를 적극 활용한다.

### 5. 전문분야 내의 간호지식체 확대에 기여한다.

- 연구결과를 평가하고 보급한다.
- 연구결과를 자신의 실무에 활용하고 간호사들이 연구결과를 활용하도록 격려한다.
- 간호연구를 술선하고 참여한다.
- 간호문헌에 기여한다(Sparacino 등 1990)

#### 2) 전문간호사의 기관내 위치·직위

전문간호사의 주된 근무처는 건강관리체계의 보건의료기관이다. 의료기관에서 전문간호사가 존재할 수 있는 당위성과 그의 위치 또는 직위는, (1) 그 기관의 문화-풍토, (2) 기관에 영향을 주는 환경, (3) 전문직 간호실무에 대한 사명감, (4) 미래에 대한 기대와 합리적인 상황에 따라 달라질 수 있다.

전문간호사의 역할은 상급실무이기 때문에 그의 위치 또는 직위는 그가 간호할 권한과 자율성을 발휘할 수 있는 직위여야 한다.

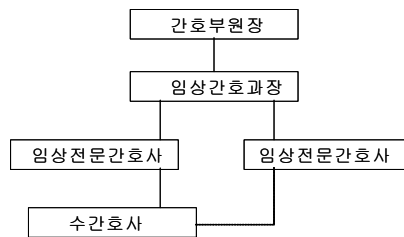
현대의 대상자 관리의 특징은 간호사, 의사, 물리치료사, 영양사, 언어 병리학자등 여러 직종의 전문직인들이 대상자에

대한 정보를 서로 교환하면서 의존하고 각자의 талан트를 발휘하도록 인정하고 동등한 위치에서 협동하면서 각자의 실무를 수행하는 것이다. 그러므로, 간호부서는 의료기관내에서 간호의 인건 건강전문직과 동등한 수준을 유지하기 위하여 임상적 행정적 지도력을 갖추고 간호생산성과 환자결과를 향상 파악할 수 있는 전문간호사가 필요하다.

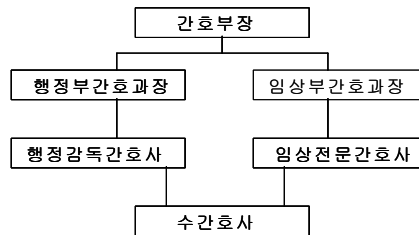
그러나, 전문간호사의 경력이 짧은 때에는 역할 수행 수준에 개인차가 많고 기관-간호부-간호사들의 기대에 어긋나는 경우도 많을 수 있다. 미국의 경우, 기관-간호부-간호사 및 전문간호사들의 노력과 인내심의 결과 전문간호사의 역할이 일반 간호사들의 생산성증대, 역할모델, 근무부서에 필요한 지식과 기술부족의 경감, 일반간호사의 실무수준 향상, 환자만족도 향상 및 간호사의 직무 만족으로 이직률 감소 등의 성과로 기관의 전문간호사를 활용할 정당성을 확보할 수 있었다(Hamric 등,1996; Sparacino 등, 1990).

전문간호사의 위치 또는 직위는 기관의 특성 및 전문간호사의 요구에 따라 보직이 없는 일반직간호사/staff position 와 보직간호사/line position로 결정하는 경향이다. 전문간호사가 Staff position인 경우 주로 3차 의료기관에서 근무하고, Line Position인 경우, 2차 이하 또는 중소도시의 의료기관에서 근무하는 경향이다.

Staff position과 Line Position 간의 차이는 <그림 1과 2>에서 보는 바와 같다(Hamric 등, 1989).



<그림 1> 전문화 임상분야의 간호과장에게 보고할 수 있는 CNS의 직원 직위



<그림 2> 전문 임상실무에 대한 책임이 있는 CNS의 행정보직이 있는 직위

간호부는 전문간호사의 위치-직위를 결정할 때, 기관의 필요에 따라 그에게 기대하는 기본 기능과 책임이 무엇인가를 기준과 표준을 정하여 문서로 작성해서 간호부와 임상전문간호사는 자주 확인하고 전문간호사와 상호작용하는 직원들에게는 확실하게 알려야 한다(Hamric 등, 1992). 그리고 전문간호사의 역할이 어느정도 안정될 때까지 관계 모든 직원들과 인간관계를 원만히 유지 하도록 지원해 주어야 한다.

간호부는 전문간호사와 (1) 계속해서 역할을 개발하고, (2) 기관에 많은 기여를 할 수 있도록 지지적 감독을 하고, (3) 동료들이 그를 지원하도록 분위기를 조성하고, (4) 전문간호사의 역할 기능에 대해 자기-동료-상사 평가 등 합리적으로 평가하여 바람직하게 발달 할 수 있는 전략을 전개해야 한다(Hamric 등, 1996). 고도의 전문간호사가 되기에는 <표 1>과 <표 2>에서 보는 바와 같이 많은 시간과 노력이 필요하다.

<표 1> 전문간호사 역할개발의 도움 및 장애요인

도움이 되는 요인	순위	장애가 되는 요인
동료의 지지	1	행정적인 문제점
행정적 지지	2	역할에 대한 이해부족
자신의 특성	3	전문직 내 문제점
역할의 특성	4	시간압박/부족
훌륭한 임상지도자	5	자신의 특성
이전의 경험	6	동료지지 부족
다른전문직 동료의 지지	7	전문직간 갈등
기타	8	역할의 특성
	9	기타

자료출처: Hamric, & Spross, Hanson(1996).  
The Clinical Nurse Specialist in Theory and Practice.  
Philadelphia: W.B. Saunders Company.

7. 간호전문직 단체와 간호전문화 단체와의 관계

Styles(1990)는 간호전문화는 간호직의 구조를 재구성하고 상급간호실무를 확보하고 윤리적 딜레마를 해결하려고 노력하기 때문에 미래에 유의한 영향을 미칠것이라고 하였다.

간호전문화가 유익하게 발전하여 사회의 인정을 받기 위해서는 간호전문직 단체가 중심이 되어서 전문화단체와 협력하여 전문화 운동을 체계적으로 전개하여야 한다. 간호전문직 단체가 전문화 단체를 중앙통제하지 않아서 비체계적으로 발달한 경우 간호는 분단되고 전문직은 분리될 것이다. 전문화 운동이 체계적으로 전개될 경우 전문직의 통합이 강화되고 직업의 발전 기회와 간호사의 복지수준을 높이면서 간호 지식과 전문가적 속성의 깊이, 넓이와 엄격성을 확대하면서 중요한 역할을 수행할 것이다(ICN, 1992). ICN(1992)은 전문

화를 체계적으로 개발시킬 수 있는 4가지 기본 요소를 아래와 같이 제시하였다;

- 1) 어떤 것이 간호전문화인가를 결정하고 지정하는 체계적 수단을 채택한다.
- 2) 전문간호사에게 필요한 교육, 경험, 수행, 능력유지와 관련된 최소한의 표준을 설정한다.
- 3) 전문간호사에게 적용 할 규제기전 또는 규정을 확정한다.
- 4) 간호자원을 위한 계획을 심의한다.

이들 기본요소를 상호 긴밀하게 관련지으면서 간호전문화 운동은 아래와 같이 체계적으로 전개하여야 한다(ICN, 1992).

- (1) 우리나라의 간호전문직 단체는 ICN(1992)이 제시한 아래의 “간호전문화를 결정하는 기준”을 참고하여 우리나라에 맞는 간호전문화 결정기준을 확립하여 간호전문화 운동을 효과적으로 전개하여야한다.

<전문화 결정 기준>

- ① 전문분야는 스스로 자신의 간호를 정의하고 간호의 전반적인 목적, 기능 및 윤리적 표준에 따라야 한다.
- ② 전문분야의 실무/업무는 일반 간호업무의 범위를 능가하는 것으로 충분히 복합적이고 발전된 상급의 것이어야 한다.
- ③ 그 전문분야의 서비스에 대한 요구와 필요가 동시에 공존하여야 한다.
- ④ 그 전문분야의 초점은 간호교육/학문과 실무의 영역에 있는 현상과 재발되는 문제점을 가지고 있다고 정의된 대상 자집단이어야 한다.
- ⑤ 전문분야의 실무/업무는 연구에 의해 계속 확대되고 정리된 중심간호지식체/core body of nursing, knowledge 를 기초로 하여야 한다. 연구를 지원, 평가/검토 및 연구 결과를 보급하는 기전을 가지고 있어야 한다.
- ⑥ 전문분야는 전문직의 것과 일치하는 정립된 교육과 실무의 표준을 가지고 있어야 하고, 그것은 정부/사회가 인정 한 간호단체가 설정한 것이어야 한다.
- ⑦ 간호전문분야는 일반간호사/general nurse의 면허/등록요건을 갖춘 다음에 부가되는 것이어야 한다. 간호사라는 용어는 ICN의 간호규정에 대한 입장을 밝힐 때 정의한 그 의미로 사용한다.
- ⑧ 전문분야의 전문성은 전문직업적으로 인정, 인가 받아, 자격을 인정하는 상급교육프로그램을 통해서 얻어야 한다. 전문가를 양성하는 교육프로그램은 간호사가 관리 운영하여야 한다.
- ⑨ 간호전문분야는 간호전문직이 결정한 인정과정을 가지게

<표 2> 임상전문간호사의 역할개발을 위한 수행전략

Kramer의 단계	수행 전략	소요기간
1.밀월/협력기간: 열심 순수 낙천	1. 간호행정자와 같이 의사들에게 역할소개와 수행에 관하여 알리고 토의한다. 2. 역할에 관해 토의하기 위해 D.E.N.의 인수인계하는 간호사회회에 참석한다. 3. 간호단위의 의사소통 책에 전문간호사의 직무기술서를 철한다. 4. 지지집단을 구축하기 위해 전문간호사 회의에 참석한다. 5. 환자간호에 영향을 미치는 위원회에 참여하기 시작한다. 6. 간호단위에서 가시성을 유지한다;직접간호제공, 순회 및 환자가 부르는 불(call light)이 켜질때 응답하므로써 7. 감독자의 보고회의에 임석 또는 그러한 역할에 접근하는 방안을 모색한다.	3~8개월
2. 충격/거부:	1. 전문간호사 집단에게 지지해 줄 것을 간청한다. 2. 매주 3번 감독자의 보고회의에 임석한다. 3. 수간호사, 간호사와 같이 또는 혼자서 환자를 순회한다. 4. 시간을 효과적으로 관리한다: 주머니용 달력책에 기록한 매일 계획표를 사용한다. 5. 업무일람표를 작성해서 간호부장, 부간호과장 및 직속상관에게 일람표 사본을 제출한다. 6. 일람표대로 여러 업무를 수행한다: 완성된 업무는 줄을 그어 지운다. 7. 질문을 받을 때나 적절한 기회가 올때 의견을 제안한다. 8. 간호단위의 교육적 요구를 사정한다.	6~18개월
3. 회복: 덜감정, 확신감 증대	1. 간호단위에서 가시성을 유지한다. 2. 한달에 한번 수간호사, 부과장, 직속상관과 같이 회의한다. 3. 간호단위의 교육적 요구사항을 기초로 실무교육 프로그램을 개발한다. 4. 자문역할을 증대시키기 위해 위원회 활동과 망을 조직한다. 5. 체계의 쟁점에 대한 의견을 제안한다. 6. 전문간호사 역할을 개발하기 위하여 직속상관, 부과장, 수간호사와 같이 1년에 4번 회의할 계획을 세운다.	18개월~3년
4. 해결: 들뜬기분 직업만족	1. 연구프로젝트를 시작한다. 2. 연구보고서를 출판한다. 3. 정책적으로 적극적인 태도를 갖는다. 4. 전문가회 회의에 참석한다. 5. 지역사회 단위의 전문간호사회를 조직-참여한다. 6. 동료들과 지역사회 집단을 대상으로 강의한다. 7. 자신의 역할이 어디에 와 있는지 재평가한다.	3년 이상

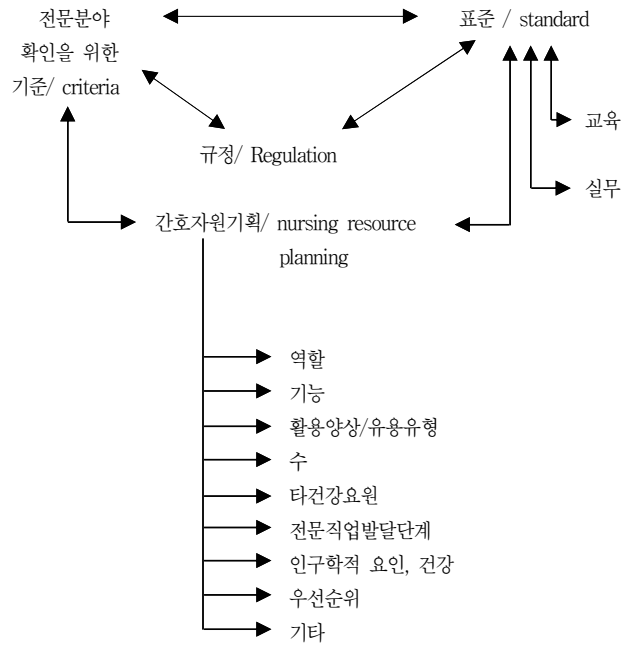
자료출처:Page & Arena(1991). Practical Strategies for CNS Role Implementation Clinical Nurse Specialist.5(1), 43-46.

- 나 다른 전문직에 대한 그 나라의 인정과정을 따라야 한다. 이 인정과정을 지지할 수 있는 충분한 인적 및 재정적 자원이 있어야 한다.
- ⑩ 전문실무자/practitioner는 전문분야 협회 또는 간호협회의 지부조직에 가입하여 참여 하여야 한다.
- (2) ICN(1992)은 각국 간호협회가 전문간호사를 위해 ① 교육과 실무에 대한 적절한 표준, ② 어느정도 전문화되기를 기대하는지, ③ 역할개발 방법 및, ④ 전문간호사를 규제하고 격려하는 규정을 개발하여야 한다고 하였다.
- (3) 간호자원을 위한 계획은 ICN이 제시한 “전문화의 체계적 개발을 위한 기본요소들간의 관계”를 참고하면 도움이 될 것 같다<그림 3>.
- 즉, 전문간호자원을 계획할 때에는 전문화 결정기준, 교

육과 실무표준 및 규정을 근거로: ① 인력자원이 어떤 역할과 기능을 하며, ② 어디에서 어느분야의 전문간호사를 활용할 것이며, ③ 몇 명을 필요로하며, ④ 전문간호사와 상호작용할 타건강전문직인은 누구인지, ⑤ 전문화 개발모형은 무엇인지, ⑥ 전문간호사의 대상은 누구인지, ⑦ 사회-의료기관에서 필요한 전문간호사의 우선 순위는 어느것인가를 확인하면서 계획하여야 한다.

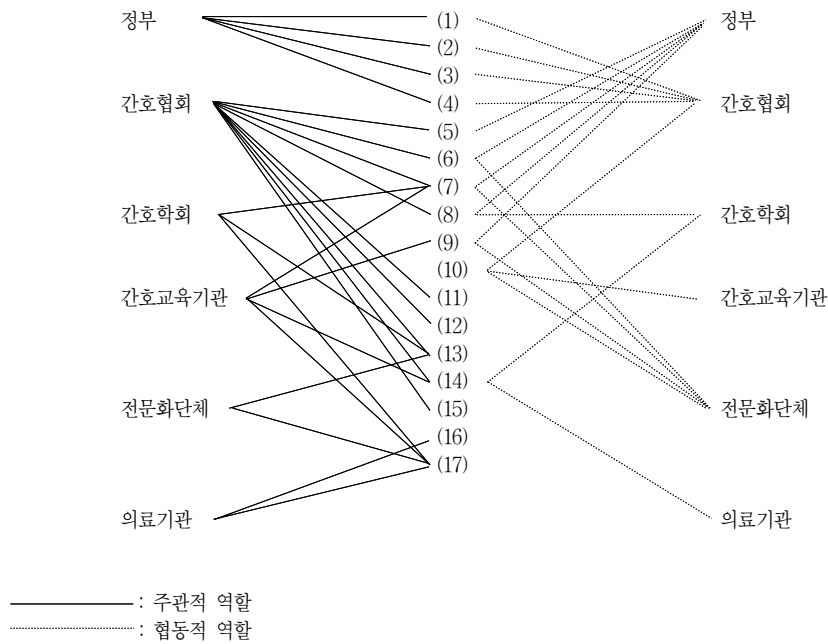
### III. 결론 및 요약

간호의 전문화는 세계적으로 필요한 것으로 인식-규명되었다. 그것은 간호를 발전시키는 시급성 중의 하나이기 때문이다. 따라서 간호전문화 운동은 국민의 건강증진, 의료기관의 비용효과, 간호사의 복지증진 및 직업 만족을 증대시키므로 체계적으로 발전시켜야 한다.



<그림 3> 간호전문화의 체계적 개발을 위한 기본요소들 간의 관계

우리나라 간호의 전문화를 위한 정책방향 및 조직들간의 관계를 아래와 같이 제시하고자 한다<그림 4>.



<그림 4> 기관별 정책항목간 분담표

- 우리나라 간호의 전문화를 위한 정책방향 요약
1. 의료법이 간호전문직의 업무와 일치하도록 개정  
<업무, 명칭, 교육, 전문분야, 자격, 정원, 의료기관설치 등>
  2. 보건사회부 내에 간호를 관리하는 간호조직의 독립운영
  3. 의료법 내 각 보건전문직종 별 단독법 제정
  4. 간호사의 면허관리
  5. 전문간호사의 자격 프로그램 관리
  6. 간호사(일반, 전문)의 실무범위 및 표준설정
  7. 전문간호사의 교육모델 개발
  8. 간호전문 분야의 분류 및 개발
  9. 간호전문화를 위한 간호고등교육기관의 질적 준비:교수, 교육과정, 시설
  10. 전문화 교육 후 전문간호사의 체계적 역할개발을 위한 모델 개발
  11. 전문화 정착을 위한 의료기관간의 정보교환 세미나
  12. 간호전문화 프로그램 운영을 위한 간호협회 기구개선
  13. 간호전문화의 체계적 발전을 위한 단체인 관계조직 개발
  14. 전문간호사 인력 자원을 계획하여 시간-공간적으로 필요한 유형과 수 결정 및 공급
  15. 간호와 사회와의 관계, 간호사업의 철학, 내용 및 실무를 간호계 대내외에 알림
  16. 신규졸업간호사의 전문직 실무능력 집중개발
  17. 간호실무에 간호이론, 간호과정 적용의 일반화

## 참 고 문 헌

- 김수지 (1991a). 간호의 전문화: 동향과 전망. 이화여자대학교 간호대학 학술토론회: 간호의 전문화, 7-18.
- 김수지 (1991b). 간호전문화의 규정. 대한간호, 30(5), 46-53.
- 김수지 (1992). 전문간호문화 및 규정설정. 분야별간호규정 설정을 위한 세미나 보고서, 간호협회 서울시지부, 3-4.
- 김혜숙 (1991). 첨단과학기술사회와 간호전문화. 제 3회 전국대회 및 제6회 국제한인간호 학술 대회 초록집. 대한간호협회-대한간호학회, 11-29.
- 김효식 (1993). 의료법 중 간호관련조항의 변화추이와 개정방안. 대한간호, 32(2), 9-19.
- 대한간호협회 (1992). 보건의료법령집(개정판). 서울: 대한간호협회 출판부.
- 임상간호사회 (1992). 전국병원간호사 배치현황 조사보고서. 서울: 대한간호협회 임상간호사회.
- 지성애 (1993). 간호사의 전문권력. 대한간호, 32(1), 23-30.
- 한성숙 (1991). 간호의 전문화와 간호윤리. 제 3회 전국대회 및 제 6회 국제한인간호 학술대회 초록집. 대한간호협회-대한간호학회, 35-51.
- 홍여신 (1993). 간호의 새로운 지평선. 창립 70주년기념 학술대회 초록집. 대한간호협회, 7-24.
- 황의열 (1993). 임상간호현장 개선되어야 한다: 간호인력. 간협신보, 1993. 7. 22. 4면.
- Affara, F. A., & Styles, M. M. (1992). Nursing regulation guidebook: From principles to power. Geneva, ICN.
- AHA (1985). Strategies: Integration of nursing research into the practice setting. In nurse executive management strategies. Chicago: AHA.
- American Hospital Association (1987). Report of the hospital nursing personnel survey. Chicago: American Hospital Association.
- ANA (1980b) Nursing: A social policy statement. (Publication No. NP-63). Kansas City, ANA.
- ANA (1995). Draft:Nursing's:social policy statement. Washington, D.C: ANA.
- ANA (1985b). Standards of child and adolescent psychiatric and mental health nursing. Kansas City: ANA.
- ANA (1972, 1991). Standards of clinical nursing practice. Kansas City: ANA.
- ANA (1986b). Standards of community health nursing practice. Kansas City: ANA.
- ANA (1988b). Standards of gerontological nursing practice. Kansas City: ANA.
- ANA (1985c). Standards of nursing practice on correctional facilities. Kansas City: ANA.
- ANA (1988c). Standards of oncology nursing practice. Kansas City: ANA.
- ANA (1984c). Standards of practice for prenatal nurse specialist. Kansas City: ANA.
- ANA (1982b). Standards of psychiatric and mental health nursing practice. Kansas City: ANA.
- ANA (1983b). Standards of school nursing practice. Kansas City: ANA.
- ANA (1981). The nursing practice acts: Suggested state legislation. Kansas City: ANA.
- ANA (1983c). The regulation of advanced nursing

- practice as provided for in nursing practice Acts and administrative rules. (Publ. No. D-76). Kansas City: ANA.
- ANA (1986). The role of the clinical nurse specialist. Kansas City: ANA.
- ANA (1976, 1985d, 1987b). The scope of nursing practice. Kansas City: ANA.
- ANA and Arthritis Health Professions Association (1983). Outcome standards for rheumatology nursing practice. Kansas City: ANA.
- ANA and Association of Rehabilitation Nurses (1986). Standards of rehabilitation nursing practice. Kansas City: ANA.
- ANA Cabinet on Nursing Research (1985). Direction for nursing research: Toward the Twenty-First century. Kansas City: ANA.
- ANA Commission on nursing research (1981). Guidelines for the investigative function of nurses. Kansas City: ANA.
- ANA Commission on nursing research (1986). Human right guidelines for nurses in clinical and other research. Kansas City: ANA.
- ANA Council of primary health care practitioners and joint task force on the third-party reimbursement for service of nurses (1984b). Obtaining the third-party reimbursement: A nurse's guide to methods and strategies. Kansas City: ANA.
- Bower, K. A. (1992). Case management by nurses. Kansas City: ANA.
- Bulechek, G. M. & McClosky, J. C. (1992). Nursing intervention: Essential nursing treatment(2nd. ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- California Nurses Association/CNA (1984). Position statement of specialization in nursing practice. San Francisco: California Nurses Association.
- Canadian Nurse Association (1988). CNA's certification program: An information Booklet. Ottawa: CNA.
- Diers, D. (1985). Policy and politics. In D. Mason, & S. Talbott(eds.). Political action: Handbook for nurses. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Donahue, M. P.(1985). Nursing: The finest art. St. Louis: C. V. Mosby Co.
- Edge, S. (1986). State position on titling and licensure, in looking beyond the entry issues: Implications for education and service. Publication No. 41-2173, New York: NLN.
- Ellis, J. R., & Hartley, C. L. (2001). Nursing in today's world: Challenges, issues, and trends(7th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott Co.
- Gillies, D. A. (1994). Nursing management: A system approach(3rd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Hamric, A. B., & Spross, J. A., Hanson, J. A. (1996). The clinical nurse specialist in theory and practice (2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Hartung, D. (1986). Organization on titling and entry into practice: A chronology. In looking beyond the entry issues: Implications for education and service. Publication No.41-2173. New York: NLN.
- Hicks, L. L., Stallmeyer, J. M. & Coleman, J. R. (1993). Role of the nurse in managed care. Kansas City: ANA.
- Hawkins. J. W., Thibodeau, J. A. (2000). Advanced practice nurse: Issues and trends: for the new millenium(5th ed.). New York: Tiresias Press, Inc.
- Hoffman, S. E., & Fonteyn, M. E. (1986). Marketing the clinical nurse specialist. Nursing Economics, 4(3), 140-144.
- Illinois RNs (1986). Seek compromise on scope of practice. American Journal of Nursing, 86(1), 77, 84, 90.
- International Council of Nurses/ICN (1987). Specialization in nursing: A discussion paper by ICN Professional Service Committee. Unpublished.
- ICN (1989a). Guidelines for national nurses association: Development of standards for nursing education and practice. Geneva: ICN.
- ICN (1992). Guidelines on specialization in nursing.

- Geneva: ICN.
- ICN (1986). Nursing regulation: A report on the present, a position for the future. Geneva: ICN.
- ICN (1989b). Regulation of nursing project: Workshop report. Geneva: ICN.
- LaBar, C. (1984a). Statutory definitions of nursing and their conformity of certain ANA principles. Kansas City: ANA.
- LaBar, C. (1984b). Statutory requirement for licensing of nurses. Kansas City: ANA.
- Lake, R., & Lamper-Linden, C. (1983). A subject bibliography on legislative and political action. *Nursing Health Care*, 6, 334-337.
- Marriner-Tomey, A. (1992). A guide to nursing management(4th ed.). St. Louise: Mosby Book.
- Marriner-Tomey, A. (1990). Legal authority, reimbursement and prescriptive authority for advanced nursing by State. *Nurse Practitioner*, 15(1), 12-18.
- National Council of State Boards of Nursing/NCSBN(1982, 1988a). Model nurse practice Acts. Chicago: NCSBN.
- NCSBN (1986). A study of nursing practice and role delineation and job analysis of entry level performance of registered nurse. Chicago: NCSBN.
- NCSBN (1988b). Model nursing administrative rule. Chicago: NCSBN.
- NCSBN (1987). Test plan for national council licensure examination for registered nurse. Chicago: NCSBN.
- National League for Nursing/NLN (1958). The educational preparation of the clinical nurse specialist in psychiatric nursing. New York: National League for nursing/NLN.
- NLN (1969). A review of the preparation and role of the clinical nurse specialist: Extending the boundaries of nursing education. New York: NLN.
- NLN (1982a). Call for baccalaureate preparation for professional practice. *Nursing Health Care*. 3(3), 154.
- NLN (1978). Characteristics of baccalaureate education in nursing. Publication No. 15-1758.
- NLN (1982b). Competencies of graduates of nursing program. Publication No. 14-1905. New York: NLN.
- Practice Questions (1989). A framework for thinking. Issue, 10(3), 3-5.
- Snyder, M. E., & LaBar, C. (1984). Issues in professional practice nursing: Legal authority for practice. Kansas City ANA.Sparacino, P. S. A., Cooper, D. M., & Minarik, P. A. (1990). The clinical nurse specialist: Implementation and impact. Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- State of Hawaii (1990). Chapter 457 Hawaii revised statutes. Department of Comers and Consumer Affairs, State of Hawaii.
- Styles, M. M. (1989). On specialization in nursing: Toward a new empowerment. Kansas City: ANA.
- Styles, M. M. (1990). Clinical nurse specialist and the future of nursing. In P. S. A. Sparacino, D. M. Cooper, P. A. Minarik (1990). The clinical nurse specialist. The clinical nurse specialist: Implementation and impact. Norwalk, CT: Appleton Lange, 279-284.