



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



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

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

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

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

[Disclaimer](#)

의학석사 학위논문

보건의료 전문직 간 의사소통 교육
프로그램 개발과 효과 평가

2019년 8월

서울대학교 대학원
의학과 의학교육학 전공
김 승 재

보건의료 전문직 간 의사소통 교육 프로그램 개발과 효과 평가

지도교수 신 좌 섭

이 논문을 의학석사 학위논문으로 제출함

2019년 4월

서울대학교 대학원

의학과 의학교육학 전공

김 승 재

김승재의 의학석사 학위논문을 인준함

2019년 7월

위 원 장 _____ (인)

부위원장 _____ (인)

위 원 _____ (인)

국문초록

환자의 생명을 다루는 것을 주업으로 하고 있는 의사, 간호사 및 기타 보건의료인 간의 효과적인 의사소통은 환자의 안전 및 건강의 회복에 있어서 매우 중요하다. 이에 따라 해외의 의과대학들은 전문직 간 의사소통 교육을 강조하고 있으며 이와 관련된 연구들도 활발히 진행 중이다. 하지만 국내 의과대학에서의 의료커뮤니케이션 교육은 대부분이 환자-의사 간의 의사소통 교육에 치중되어 있으며 전문직 간 의사소통에 관한 교육은 거의 없었다. 이에 따라 서울대학교 의과대학에서는 2018년도 의학과 3학년 학생(총 149명)들을 대상으로 1학기 ‘인간 사회 의료 5’ 수업과 2학기 ‘인간 사회 의료 6’ 수업의 일부에서 ‘임상 현장에서의 보건의료인 간의 의사소통’ 실습을 도입하여 진행하였으며 그 교육 효과를 평가하였다. 실습은 회당 3시간이었으며, 각 실습마다 보건의료인 간의 갈등 사례를 두 가지 제시한 후 조별 역할극 촬영, 소그룹 토론 및 전체 토론을 진행하였다. 상기 실습에 대한 교육 효과 평가는 커크패트릭 4단계 모형 중 현재 시점에서 평가 가능한 ‘반응’ 및 ‘학습’ 단계의 평가를 시행하였다. 교육 효과 평가를 위해 실습 전, 1차 실습 후 및 2차 실습 후 총 3차례에 걸쳐 대인관계 의사소통 능력을 포괄적 대인의사소통 능력 척도(Global Interpersonal Communication Competence Scale: GICC-15) 설문을 통해 비교하였으며, 이 외에도 전문직 간 의사소통 수업의 중요성에 대한 인식, 실습의 내용 및 방법의 적절성에 대한 설문(1차 실습 후 및 2차 실습 후)과 기타 건의사항을 주관식 설문으로 조사하여 비교하였다. 세 차례의 객관식 설문을 모두 완료한 137명의 학생들을 대상으로 하여 세 시점의 GICC-15 점수 및 전문직 간 의사소통 실습의 중요성 점수는 반복측정 분산분석으로, 1차 실습 후와 2차 실습 후의 두 시점의 실습 내용·방법의 적절성 점수는 대응표본 t 검정

으로 분석하였다. 분석 결과 GICC-15 총점은 실습 전에 비해 1차 실습 후에 증가하였으며 2차 실습 후에는 1차 실습 후에 비해 총점이 감소하였으나 실습 전에 비해서는 높은 수준을 유지하였다($p < 0.05$). 세 시점의 GICC-15 세부 항목 점수들 역시 일부 통계적으로 유의하지 않은 항목들이 있었으나 전반적으로 GICC-15 총점과 유사한 양상의 변화를 보였다. 전문직 간 의사소통 수업의 중요성 점수는 실습 전에 비해 1차 실습 후 증가하였으나 2차 실습 후에는 실습전보다도 감소하였다. 하지만 세 시점 모두에서 4점 이상의 비교적 높은 점수를 보였다($p < 0.05$). 실습 내용 및 방법의 적절성을 묻는 점수도 1차 실습 후에 비해 2차 실습 후에 감소하였으나 두 차례 실습 후 모두 3점대 후반의 점수를 보였다($p < 0.05$). 주관식 설문은 1차 실습 후에는 20명의 학생들이, 2차 실습 후에는 10명의 학생들만이 응답을 주었으며 실습이 유익하고 흥미로웠다는 의견이 다수 있었다. 이러한 결과들을 종합해볼 때 실습의 교육 효과는 커크패트릭 4단계 모형의 ‘반응’ 및 ‘학습’ 단계 모두에서 긍정적인 효과가 있었다고 생각되며 이렇게 짧은 시간의 실습만으로 양호한 결과를 가져올 수 있었던 것은 역할극 촬영 및 소그룹 토론과 같은 효과적인 교수법을 채택했기 때문으로 생각된다. 또한 본 연구는 그 동안 국내 의과대학에서는 거의 다루지 않았던 전문직 간 교육 프로그램의 효과를 실습 전과 후로 비교했다는 점에서 의미가 있다. 다만 1차 실습 후에 비해 2차 실습 후의 설문 점수들이 하락한 점에 대해서는 실습 시간이 짧았던 것, 두 차례의 실습에 동일한 프로그램을 적용한 점, 2차 실습에서는 의사직 간의 갈등 사례만을 제시한 것과 같은 한계점들과 더불어 추가적인 논의가 필요하다.

결론적으로 서울대학교 의과대학에서 처음 시도해보았던 전문직 간 의사소통 실습은 전반적으로 긍정적이고 양호한 교육 효과가 있었다고 판단된다. 이러한 결과 및 한계점들을 토대로 추후 보다 체계적이고 다양한 주제의 전문직 간 교육 프로그램을 개발하여 의학과 교

육과정에서 도입하고 그 효과를 종적으로 평가해야 할 것이다. 또한 이렇게 의과대학에서 전문직 간 교육을 경험한 학생들이 실제 임상 의사의 역할을 수행함에 있어서 그들의 성과에 어떤 영향을 미치는지를 알아볼 수 있다면 더욱 의미 있을 것이라 기대한다.

* 본 논문의 일부는 Korean Journal of Medical Education에 2019년 (Kim SJ, Kwon OD, Kim KH, Lee JE, Lee SH, Shin JS, Park SM. (2019). Investigating the effects of interprofessional communication education for medical students. Korean Journal of Medical Education. 2019;31(2): 135-145에 출판된 내용임.

주요어 : 의학과 학생, 전문직 간 교육, 의사소통, 교육 효과, 역할극, 소그룹 토론

학 번 : 2017-29951

목 차

I. 서론.....	1
1. 연구의 필요성.....	1
2. 연구 목적.....	5
3. 용어의 정의.....	6
II. 이론적 배경.....	9
1. 전문직 간 교육의 개념 및 정의.....	9
2. 전문직 간 교육의 학습 과정.....	17
3. 문화 역사적 활동 이론과 전문직 간 교육.....	25
4. 전문직 간 교육의 항목.....	32
5. 전문직 간 교육의 평가 및 효과.....	36
6. 갈등에 관한 이론적 배경.....	39
III. 연구절차 및 방법.....	48
1. 연구 설계.....	48
2. 연구 환경.....	50
3. 연구 가설.....	56

4. 연구 대상.....	57
5. 실습 평가.....	58
6. 연구 도구.....	59
7. 통계적 분석.....	66
8. 연구 윤리.....	67
IV. 연구 결과.....	68
1. 연구 대상자의 기본적 특성.....	68
2. 실습 전후 포괄적 대인 의사소통 능력 점수 비교.....	70
3. 전문직 간 의사소통 실습의 중요성 및 적절성 점수 비교.....	74
4. 전문직 간 의사소통 실습의 주관식 설문 결과.....	76
V. 고찰.....	77
1. 전문직 간 의사소통 실습 효과 평가.....	77
2. 연구의 의의.....	84
3. 연구의 한계점.....	85
VI. 결론 및 제언.....	88

참고문헌.....91

표 목 차

<표 1> 전문직 간 교육의 단계.....	15
<표 2> 활동 체계의 8-단계 모델.....	27
<표 3> 전문직 간 의료 팀 사례 토론에 적용된 활동 체계 8단계 모델 예: 응급실에 내원한 기관 삽관이 필요한 환자 사례.....	30
<표 4> 전문직 간 교육의 효과 평가.....	38
<표 5> 실습 계획서.....	52
<표 6> 2018년도 1학기 실습 갈등 사례.....	54
<표 7> 2018년도 2학기 실습 갈등 사례.....	55
<표 8> 실습 워크시트.....	61
<표 9> 실습 사전 설문지.....	62
<표 10> 실습 사후 설문지.....	63
<표 11> 연구 대상자의 기본적 특성.....	69
<표 12> 실습 전후 포괄적 대인 의사소통 능력 총점 비교.....	71
<표 13> 실습 전후 포괄적 대인 의사소통 능력 항목별 점수 비교.....	72
<표 14> 실습 전후 전문직 간 의사소통 실습의 중요성에 대한 인식 비교.....	75
<표 15> 실습 내용 및 방법에 대한 적절성 점수 비교.....	75

그림 목 차

[그림 1] 전문적 사회화 과정.....	18
[그림 2] 전문직 간 사회화 체계.....	21
[그림 3] 활동 체계 모형.....	26
[그림 4] 전문직 간 교육의 항목.....	32
[그림 5] 갈등 해결 모형.....	47
[그림 6] 연구 진행 개요.....	49

I. 서론

I. 연구의 필요성

의사소통이란 유기체가 자신의 지식, 정보, 감정, 신념 등을 다른 유기체에게 전달하고 다른 유기체로부터 이를 수신함으로써 서로의 행동 또는 태도에 영향을 미치는 과정이라고 정의할 수 있다(김후자, 1987). 환자의 질병을 진단하고 치료하는 임상 현장에서 의사, 간호사 및 기타 보건의료인 간의 의사소통은 특히 중요하다(Oza et al., 2017; 김명주, 2010).

그럼에도 불구하고 병원 조직 내에서 보건의료인 간의 갈등은 날로 심해져 가고 있는 실정이다. 실제로 최근 언론 보도에 따르면 의료인의 66.1% 정도가 임상현장에서 폭언, 폭행을 당한 경험이 있다고 응답하였다(의협신문, 2018). 또한 서울대학교병원에서 시행한 동료 의료인 간의 갈등에 대한 연구에 따르면 전공의, 간호사, 기타 보건직의 80% 이상이 일 년에 한 두 차례 이상 동료 의료인과 불화를 경험한 것으로 보고된 바 있다(최규진 외, 2008).

이 밖에도 서울 시내 3개의 대학병원 의사 및 간호사들을 대상으로 조사한 연구에서도 76.6%의 의사들과 96.7%의 간호사들이 병원에서 일하면서 적어도 한 번 이상의 직종 간의 갈등을 경험한 것으로 확인되었다(Lee et al., 2014). 환자의 생명을 다루는 것을 주업으로 하는 의료인 간의 갈등은 업무의 효율을 떨어뜨릴 뿐만 아니라 중요한 의학적 의사결정에 방해요소로 작용할 수 있어 궁극적으로 환자에게 해가 될 수 있다(이정우 외, 2014). 실제로 미국 의료기관 수준을 평가하는 비영리법인인 Joint Commission에서 1995년부터

2006년까지 발표한 자료에 따르면 병원 내 적신호 사건의 가장 주요한 원인 중 하나가 의료인 간의 의사소통의 단절을 적시하고 있다(이재영, 2015). 또한 호주의 28개의 병원을 대상으로 시행한 보건 연구에 따르면 병원 내에서 발생한 예방 가능한 의료 사고 중 11% 정도가 의사소통 문제 때문이었다고 한다(Wilson et al., 1995). 이에 따라 환자를 진료하는 임상 의사들에게 있어서 전문직 간의 적절한 의사소통 기술(interprofessional communication skills)은 전문가로서 갖추어야 할 중요한 역량 중의 하나로서 그 중요성이 강조되고 있다. 미국의 경우 의학교육 합동 위원회(liaison Committee on Medical education, LCME)에서 2011년 발표한 의학 교육 현황 보고서에 따르면 65%의 의과대학에서 전문직 간 교육(interprofessional education, IPE)을 다양한 방법으로 시행하고 있으며 그 숫자가 해마다 증가하는 추세를 보이고 있다(council on medical education report, 2012). 또한, 이러한 전문직 간 의사소통 교육 후의 교육 효과를 평가한 해외 연구들에 따르면 해당 의사소통 교육을 받은 의과대학 및 간호대학 학생들의 의사소통 역량 및 협동심이 증가되었다고 한다(Keller et al., 2013; Balogun et al., 2014). 국내의 경우에도 10여 년 전부터 의학교육 과정에서 의료커뮤니케이션 교육에 대한 관심이 증가하였으며 현재 대부분의 의과대학에서 ‘환자-의사-사회’ 또는 ‘임상의학입문’ 과목의 일부로 포함시켜 의료커뮤니케이션을 교육하거나 독립된 정규교육과정으로 이를 교육 중이다(이영미 외, 2007; 이영희, 이영미, 2010; 이일우 외, 2015). 하지만 국내 의과대학에서 시행하는 의사소통 교육은 대부분이 환자의 의사 관계에서의 면담과 관련된 교육이 주를 이루었고 다른 보건의료 전문직 간의 의사소통 교육은 상대적으로 많지 않았다(이일우 외, 2015; 박일환, 2009). 실제로 2016~2017년 국내의 30개 의과대학을 대상으로 보건의료 전문직 간 교육 현황을 조사한 결과, 16곳의 학교(53%)가 전문직 간 교육을 전혀 시행하지 않고 있었으며, 교육을 시행하고 있는 14곳의 학교 중 7곳만이 의사소통 기술이라는 주제로 교육을 시행

중인 것으로 확인되었다(김소연, 2017). 또한 2011년 서울 시내 3개 대학병원 105명의 의사들을 대상으로 조사한 결과 86% 가 그동안 전문직 간 교육을 받아본 적이 없다고 답하였다(Lee et al., 2014).

국내 의과대학에서 진행된 의료커뮤니케이션 교육의 효과를 살펴보면, 이를 검토한 여러 연구들에서 의사소통 교육 후에 의과대학 학생들의 교육 효과를 평가한 결과 교육을 받은 학생들의 의사소통 교육에 대한 중요성, 관심, 필요성 및 의사소통 능력이 전반적으로 증가된 것으로 드러난 바 있다(이영미 외, 2007; 김선 외 2006; 임호섭 외, 2012; 김현진 외, 2002). 하지만 이러한 연구들 역시 대부분이 의사 환자 사이의 의사소통 기술에 대한 교육에 대한 효과를 평가한 연구들이었고, 보건의료 전문직 간 의사소통 교육 후에 이러한 교육이 실제로 학생들에게 어떤 영향을 미쳤는지를 평가한 연구들은 거의 없었다.

이에 서울대학교 의과대학은 의학과 학생들에게 보건의료 전문직 간의 의사소통에 관한 교육을 시행할 필요성을 인지하고 본격적이고 체계적인 교육과정 개발하기 전에 그 예비단계로 의학과 3학년 학생들을 대상으로 하여 2018년 1학기의 ‘인간 사회 의료 5’ 수업과 2학기 ‘인간 사회 의료 6’ 수업에서 ‘임상현장에서의 보건의료인 간의 의사소통’이라는 주제로 두 차례의 실습을 진행하였다. 상기 실습은 미래에 임상 의사로 활약할 학생들에게 임상 현장에서 동료 의료인과의 관계에서 생길 수 있는 갈등 상황을 시나리오로 제시하고 이에 대해 학생들이 직접 조별 역할극 및 소그룹 토론을 시행하는 방식으로 진행되었는데, 그렇게 함으로써 학생들이 추후 임상현장에서 유연한 의사소통으로 동료 의료인과 원만한 대인 관계를 유지하는 데 도움을 주고자 하였다. 또한, 이렇게 새롭게 도입된 보건의료 전문직 간 의사소통 교육이 실제 학생들에게 어떤 효과를 주었는지, 그 교육 효과를 평가함으로써 전문직 간 의사소통 교육의 필요성에 대한 근거를 제시하고 더 나아가 추후 도입을 검토

중인 체계적인 전문직 간 의사소통 교육 과정 개발에 이를 반영할 수 있을 것으로 기대한다.

2. 연구 목적

본 연구는 서울대학교 의과대학 의학과 3학년 학생들을 대상으로 시행한 보건의료 전문직 간의 의사소통 교육의 효과를 알아보는 데 목적을 두고 있으며, 연구의 목표는 구체적으로 아래와 같다.

- 1) 의학과 3학년 학생들을 대상으로 시행한 보건의료 전문직 간의 의사소통 실습의 효과를 실습 전후에 시행한 설문조사를 통해 알아본다.
- 2) 의학과 3학년 학생들을 대상으로 시행한 보건의료인 간 의사소통 실습에서 교육의 효과를 촉진 또는 저해한 요인을 밝힌다.
- 3) 의과대학 학생들에게 전문직 간 의사소통 교육을 시행하는 것이 필요한 근거를 제시하고, 추후 본격적으로 도입을 검토 중인 전문직 간 의사소통 교육 과정 개발이 나아가야 할 방향을 제시한다.

3. 용어의 정의

1) 보건의료인

의료법 제2조에 따르면 의료인이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 및 간호사를 말하고(의료법 제2조), 보건의료인은 보건의료 관계 법령에서 정하는 바에 따라 자격, 면허 등을 취득하거나 보건의료서비스에 종사하는 허용된 자를 가리킨다(보건의료 기본법 제3조 제3호). 본 연구에서도 보건의료인을 위의 법령에 입각하여 정의하였다.

2) 보건의료 전문직 간 교육(Interprofessional Education)

보건의료 전문직 간 교육 (이하, 전문직 간 교육)은 ‘두 명 혹은 그 이상의 다른 배경을 가진 보건 관련 직종의 전문가들이 모여 서로 간의 학습 교류 및 상호작용을 통해 협력 수준을 높이고 궁극적으로 의료의 질을 향상시키는 것으로 정의된다 (Barr, 2013; Barr, 2002; WHO, 2010; Howkins et al., 2008). 본 연구에서 의학과 학생들을 대상으로 시행한 ‘임상현장에서 보건의료인 간의 의사소통’ 실습에 적용된 보건의료인 간의 갈등 사례들을 살펴보면, 전공의와 간호사 간의 갈등 사례 한 가지를 제외하고 나머지 사례들은 모두 의사들 사이에서 벌어지는 전공의와 인턴 간의 갈등, 타과 전공의와의 갈등, 교수와 전공의 간의 갈등 사례들을 제시하였으므로 위에서 언급한 정의에 완전히 부응하지 못하는 것이 사실이다. 또한, 전공의와 간호사 간의 갈등 사례 실습에 있어서도 실제로

간호대학 학생들이 함께 실습에 참여하지는 못했기 때문에 이 역시 위의 정의를 완전히 충족시키지는 못하였다. 하지만 실제로 같은 의사직이라도 전공과 직위에 따라 업무가 너무나 상이하어 ‘서로 다른 배경을 가진 전문가들’에 해당한다고 볼 여지가 있고, 상기 실습은 추후 본격적인 교육 과정 도입에 앞서 시범적으로 시행한 교육이었던 만큼 본 연구에서는 이를 넓은 의미의 전문직 간 교육으로 정의하였다.

3) 의사소통

의사소통(communication)이란 ‘공통’이라는 의미를 가진 라틴어 ‘communis’에서 기원한 단어로, 둘 또는 그 이상의 유기체 사이에 지식, 생각, 신념, 의견, 감정 등을 교환하는 행동을 통해 공동의 이해를 구축하고 수용자의 태도나 행동에 변화를 가져오게 하는 일련의 활동으로 정의된다(김후자, 1987). 이 밖에도 의사소통은 대인관계에 있어서 개인의 정서, 감정, 태도, 생각 등을 언어 및 비언어적 수단을 사용하여 서로 간의 행동에 영향을 주고받는 수단으로서 순환적인 성격을 가지는 행위라고 정의할 수도 있다(정명희, 1988). 본 연구에서도 의사소통이라는 용어를 위의 정의들과 같은 맥락으로 사용하였다.

4) 갈등

Skjorshammer(2002)에 따르면, 갈등이란 가치와 신념의 차이로 인해 반대 혹은 적개심으로 표출된 개인 간의 상호작용이다. 또한 Patton(2014)은 갈등을 한 당사자의 이해관계가 다른 당사자의 반대에 부딪히거나 부정적으로 영향을 받는다는 것을 인식하는 과정이라고 정의하였다. 이러한 정의들은 모두 한 개인이나 그룹이 다른 개인이나 그룹으로부터 특

정 결정 상황에서 오해로 인해 불리하게 취급된다는 느낌을 가지게 되는 것을 특징적 요소로 본다는 점에서 공통된다(Skvorshammer, 2002). 갈등은 또한 어느 단계에서 발생하는지에 따라 대인 간 갈등(interpersonal conflict), 개인 내 갈등(intrapersonal conflict), 단체 간 갈등(intergroup conflict)로 구분할 수 있다(Patton, 2014). 본 연구에서는 임상현장에서 보건의료인 간의 갈등상황을 제시 후 적절한 의사소통에 대한 실습을 진행하였으므로, 갈등의 개념을 위의 정의들에 부합하게 규정하되, 대인 간 갈등으로 연구 범위를 한정하였다.

II. 이론적 배경

1. 전문직 간 교육의 개념 및 정의

전문직 간 교육(interprofessional education)은 지난 50년 간 미국, 유럽 및 세계 여러 국가에서 의학교육에서 있어서 중요한 요소 중 하나로 많은 관심을 받아 왔다(Hean et al., 2012; Oandasan & Reeves, 2005a; Price et al., 2014, Barr, 2000). 전문직 간 교육의 개념을 알아보기 위해서는 그전에 이와 유사한 개념들에 확인이 필요할 것이다. 먼저 ‘전문직 간 (interprofessional)’ 이라는 용어는 ‘학문 간 (interdisciplinary)’ 이라는 용어와 그 동안 비슷한 개념으로 함께 쓰여 왔다(Oandasan & Reeves, 2005a; Green, 2014; D’ Amour & Oandasan, 2005; 한희영, 2017). ‘학과 (discipline)’ 라는 용어는 ‘가르치는 과목’ 또는 ‘연구 분야’ 라는 의미를 가지고 있으며, 전문직 (profession)’ 이라는 용어의 사전적 의미를 살펴보면 ‘특화된 지식이 요구되는 직업에 쓰이는 용어로서 보통 장시간 및 고강도의 학문적 준비과정을 거친다(Neufeldt, 1990)’ 고 되어 있다. 이와 관련하여 여러 학자들이 용어의 개념을 명확히 해야 할 필요를 제시하였으며 현재 많은 전문직 간 교육 관련 문헌들이 ‘interdisciplinary’ 라는 단어보다는 ‘interprofessional’ 라는 단어를 사용함으로써 용어가 통일되어 가는 추세이다(Oandasan & Reeves, 2005a). 의학이라는 분야는 하나의 전문직(profession) 안에서도 여러 다른 학

과(discipline)가 있기 때문에 의학이 아닌 다른 전문 분야와의 교류를 한다는 의미의 용어로 사용되기 위해서는 ‘interprofessional’ 이라는 단어가 더 적합하다는 것이 그 이유이다(Oandasan & Reeves, 2005a). 이에 따라 ‘전문직 간 교육’ 이라는 용어는 ‘지식’에 중점을 두고 있는 ‘학문 간 교육’ 이라는 용어와 달리 ‘실제 활동’의 방식과 그것에 영향을 끼치는 요소들에 중점을 두어야 한다는 것이 여러 학자들의 공통된 견해이다(D’Amour & Oandasan, 2005; Shakman, 2013).

전문직 간 교육(interprofessional education)의 또 다른 유사 개념으로는 다전문가 교육(multiprofessional education)이 있다. 세계 보건 기구 (WHO)는 다전문가 교육을 ‘다른 교육적 배경을 가진 보건 관련 직업의 학생 또는 종사자들이 건강증진, 예방, 치료, 재활 및 기타 다른 보건 관련 서비스를 제공하기 위해 협동 및 상호작용한다는 중요한 목표를 가지고 특정 기간 동안 같이 학습하는 것’으로 정의하였으며 이를 전문직 간 교육의 유사 개념으로 제시하였다(WHO, 1998; 김소연, 2017). 반면에 2002년 영국의 ‘전문직 간 교육 발전센터’ (Center for the Advancement of Interprofessional Education, CAIPE)에서는 다전문가 교육을 ‘둘 이상의 전문가들이 어떤 이유로든 나란히 옆에 앉아 학습할 때의 상황’으로 정의하고, 전문직 간 교육은 ‘둘 이상의 전문가들이 협업과 치료의 질을 향상시키기 위해 서로 간에 대해 학습하는 상황’이라고 정의하여 두 개념을 구분하였다(Barr, 2002; 김소연, 2017). Harden(1998)은 WHO와 마찬가지로 전문직 간 교육과 다전문가 교육을 유사 개념으로 보았으며, 이를 하나의 학문을 중심으로 한 고립된 교육부터 여러 학문 간의 통합된 교육까지 아래에서 보는 바와 같은 총 11가지 단계의 연속된 스펙트럼으로 제시하였다. 다음의 11가지 단계의 구체적인 내용은 Harden의 AMEE guide No.12: Multiprofessional education: Part 1 – effective multiprofessional education: a three-

dimensional perspective의 내용을 참조하였다(<표 1>) (Harden, 1998).

(1) 고립(Isolation)

고립은 다전문가 교육의 11가지 스펙트럼의 시작 단계로서 각자의 교수 프로그램을 개념화, 계획, 실행하는 데 있어서 다른 전문직과의 접촉이 없는 경우이다. 즉 교수 및 학습 프로그램에서 서로 다른 전문직들의 역할에 있어서 참고 혹은 고려해야 할 사항들은 우발적이며 계획되지 않은 상태이다.

(2) 인지(Awareness)

인지 단계에서는 교수 프로그램에 있어서 전문직 간의 공식적인 협업이 존재하지 않는다. 그러나, 각각의 전문직들은 다른 직종의 역할에 대해 인지하고 있으며 이러한 것들이 교수 프로그램에 반영될 수 있다.

(3) 자문(Consultation)

자문 단계에서는 서로 다른 전문직 간에 토론이 이루어지며 이것이 교수 프로그램에 영향을 줄 수 있다. 또한 이렇게 토론을 거친 주제들은 각 의료 전문직의 역할에 대한 더욱 깊이 있는 공감을 도출해낼 수 있다. 하지만 각각의 전문직마다 교육 프로그램이 여전히 별개이며 분리되어 있다.

(4) 내포(Nesting)

이 단계에서도 다른 전문직 간의 교류나 공동 수업은 존재하지 않는다. 하지만 한 전문직종의 학생들에게 다른 전문직에 대한 관점과 이해를 제공하기 위한 진지한 시도가 이루어진다. 이 단계에서는 다른 직종의 교수들이 학생들의 교육 프로그램에 기여하거나 참여할 수 있다.

(5) 시기적 조정(Temporal coordination)

시기적 조정은 공동 혹은 공유된 교육의 첫 단계를 의미한다. 이것은 둘 이상의 전문직들이 동시에 같은 경험을 할 수 있게 하기 위해 시간표를 조정하는 것과 연관되어 있다. 둘 이상의 전문직들로 하여금 다른 전문직들에게 특정 강의에 참석할 수 있도록 커리큘럼의 시간표를 조율하는 것이 그 예라고 할 수 있다. 시기적 조정의 특징은 서로 다른 직업이 학습 프로그램에서 공유되지만 이것이 우연히 혹은 비공식적으로 발생하는 것 이외에는 특별히 다른 상호 작용이 없다는 것이다.

(6)공유된 교육 (Shared teaching)

공유된 교육에서는 학생들에게 제공되는 교육 프로그램 내에 두 전문직 간의 상호작용이 있다는 특징이 있다. 그러나 이러한 협업은 교육 프로그램 내에서 교수법이 공유되는 부분에만 존재하고 나머지 과정은 다시 단일 전문직(uniprofessional) 중심의 교육이 이루어지게 된다.

(7) 상호연계(Correlation)

상호연계 단계 역시 아직까지는 단일 전문직 교육(uniprofessional education) 중심에 머물러 있다. 하지만 교과과정에 내에 정기적이고 체계적인 다전문가 강좌(multiprofessional session)가 포함되어 있다. 상호관계 교육은 보통 특정 전문직의 경계나 각 전문직 간의 차이와 관련된 문제들을 이해하고자 시행된다.

(8) 상호보완(Complimentary)

상호보완 단계에서는 단일 전문가 교육 및 다전문가 교육에 모두 관심을 갖는다. 따라서 이 단계에서는 단일 전문가 교육과 다전문가 교육 각각의 장점들을 모두 얻을 수 있도록 교과과정이 계획된다. 학생들은 하나의 강좌에서 전체 시간의 반 정도는 일 전문직 교육을 받고 나머지 절반은 다전문가 교육을 받게 된다.

(9) 다전문가 교육(Multiprofessional education)

이 단계의 특징은 학생들을 위한 교육 프로그램의 초점이 다전문가 교육에 맞춰져 있다는 것이다. 하지만 각 전문가들은 프로그램에서 다루고자 하는 주제를 자신들의 전문적인 관점에서 바라본다. 예를 들어 다른 전문 분야의 학생들이 문제 중심 학습(problem based learning)을 함께 수행한다고 하면 이들은 함께 하나의 공통된 문제를 풀어가되 각자의 방식과 관점에서 풀게 된다(Areskog, 1994).

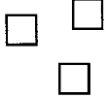
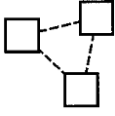
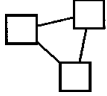
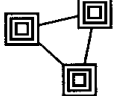
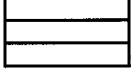
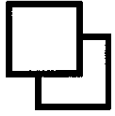
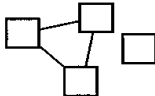

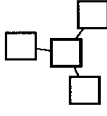
(10) 전문직 간 교육(Interprofessional education)

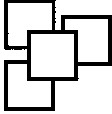
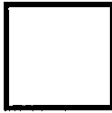
전문직 간 교육에서는 다른 직종의 학생들 간에 구별을 하지 않는다. 각각의 전문직종의 학생들은 하나의 주제를 자신들의 관점에서 이해하는 것과 더불어 상대방의 관점에서도 이해하려고 한다. 예를 들어 의학과 학생들은 주어진 문제에 대해 의학적 관점과 더불어 간호학적 관점으로도 바라보려고 하며, 역할극이 필요한 경우 의사의 역할과 간호사의 역할 모두를 맡아서 할 수 있다. 학생들은 협업의 효과를 높이는 것을 목표로 함께 배우게 된다. 즉 이 단계에서는 학습 과정에 있어서 다른 전문직 학생들 간에 한 단계 높은 수준의 상호작용이 이루어지게 된다(Barr, 1994; Leathard, 1994).

(11) 트랜스 전문직 교육(Transprofessional education)

트랜스 전문직 교육에서는 의학의 임상 실습 과정에서 다전문가 교육이 이루어지게 된다. 다전문가 교육의 최종 목표는 교실이 아닌 실제 임상현장에서의 적용이다. 따라서 이 단계에서 학생들은 보건의료팀의 일원으로서 함께 활동하게 된다. 트랜스 전문직 교육의 대표적인 예로는 림버그 대학교(University of Limberg)의 병동 훈련을 들 수 있다. 이 대학의 학생들은 그들의 전공에 상관없이 병동에 입원한 환자를 치료하고 돌보는 과정에 함께 참여하여 서로의 지식과 태도들 공유하게 된다. 하지만 이러한 실습은 준비과정에 시간이 많이 걸리며 도입하는데 여러 행정적 어려움이 있을 수 있다(Anderson et al., 1992; Barr, 1996).

<표 1> 전문직 간 교육의 단계 (Harden, 1998)

1. 고립 (Isolation)		각각의 전문직종이 각자 학습 및 교육을 조율하며 다른 전문직종에서 어떤 것을 가르치고 배우는지 인식하지 못함.
2. 인지 (Awareness)		교육자들은 다른 직종에서 무엇을 배우는지를 인식하고 있으나 교육 프로그램의 개념화, 계획 및 실행에 관해서 다른 전문직종과 접촉이 없음.
3. 자문 (Consultation)		다른 직종의 교육자들끼리 교육 프로그램에 대해 자문을 구함.
4. 내포 (Nesting)		교육 프로그램은 단일 전문직 교육과정이나 다른 전문직종과 관련된 교육 내용이 일부 포함되어 있음.
5. 시기적 조정 (Temporal coordination)		둘 이상의 전문직종이 같은 교육 경험을 할 수 있도록 시간표를 조율함.
6. 공유된 교육 (Shared teaching)		전체 교육과정 중 한 부분 정도에서 두 직종이 협업하여 수업을 계획하고 진행함. 나머지 과정들은 단일 전문직 교육에 초점을 맞춤.
7. 상호연계 (Correlation)		전체적으로는 단일 전문직 교육과정이나 다전문가 교육과 관련된 토픽의 교육 강좌들이 마련되어 있음.
8. 상호보완 (Complimentary)		다전문직 교육을 단일 직종 교육과 병행하여 진행함.
9. 다전문가 교육 (Multiprofessional education)		교육과정의 초점이 다전문가 교육에 있으나 각 직종의 교육자들은 교육과정의 주제를 각자의 관점에서 바라봄.

10. 전문직 간 교육 (Interprofessional education)		교육과정의 초점이 다전문가 교육에 있으며 각 직종의 교육자들은 교육과정의 주체를 각자 및 상대방의 관점에서 모두 바라봄.
11. 트랜스 전문직 교육 (Transprofessional education)		다전문가 교육이 실제 현장의 경험을 기반으로 이루어져서 학생들의 학습에 필터를 제공해줌.

이처럼 전문직 간 교육은 의미의 범위가 다양하기 때문에 명확한 정의를 내리고자 하는 시도들이 지속적으로 있어 왔다(Hammick et al., 2009). 현재 일반적으로 통용되는 전문직 간 교육의 정의는 2006년 영국의 CAIPE에서 기존의 1997년에 제시했던 정의를 수정 및 보완한 것으로서 이 개념이 2010년 WHO에서 채택되었다(Green, 2014; Smith et al., 2015; Hammick et al., 2009; Bainbridge & Wood, 2012; Lutfiyya et al., 2016). CAIPE의 2006년 정의를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 전문직 간 교육은 ‘둘 이상의 전문가들이 협동과 환자 돌봄을 향상시키기 위해 상대방과 함께(learn with), 상대방으로부터(learn from), 상대방에 대해(learn about each other) 배우는 상황’이다. 이 정의를 살펴보면 전문직 간 교육은 환자의 돌봄을 위해 여러 보건의료 직종을 포함시키는 포괄적인 개념과 협동을 중시하는 사회적 학습과정의 의미를 제시하고 있음을 알 수 있다(Green, 2014; 한희영, 2017).

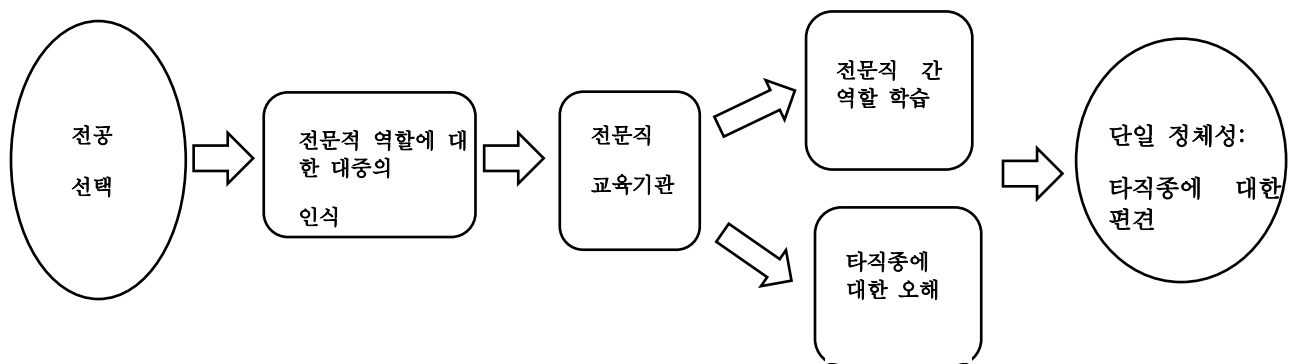
2. 전문직 간 교육의 학습 과정

Khalili (2012; 2013)에 따르면 개인은 자신의 전공을 학습함으로써 전문적 사회화 (professional socialization)를 통한 단일 전문적 정체성(uniprofessional identity)을 형성하게 되며, 전문직 간 교육을 학습함으로써 전문직 간 사회화(interprofessional socialization)를 통해 이중 정체성(dual identity)을 개발하여 전문직 간 개인 중심 협력 실행(interprofessional person-centered collaborative practice, IPCCP)으로 이어질 수 있다. 그 내용을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

(1) 전문적 사회화(Professional Socialization)

전문적 사회화는 개인이 전문직 단체의 성숙한 구성원이 되도록 하는 역할 개발 과정과 연관되어 있다(Newman, 2005). 전문적 사회화는 보통 한 사람이 미래에 어떤 직업을 선택할지 혹은 어떤 사람이 되고 싶은가와 같은 기대 사회화(anticipatory socialization)의 과정에서 시작하며 이것이 그들의 직업 선택 과정으로 이어지게 된다(Flanagan, 1979). 개인의 직업 선택 과정은 어린 시절부터 시작될 수 있으며 개인의 문화적, 사회적 맥락 속에서 이루어지게 된다. 이렇게 형성된 개인의 특정 직업 선택에 대한 가치관은 그 직업에 대한 맹목적인 선호나 다른 직업에 대한 편견적인 태도를 가져올 수 있다(Adams et al., 2006; Hind et al., 2003; Flanagan, 1979). 그러므로 모든 학생들은 자신 및 타인의 직업에 대해 이상에서부터 현실까지 여러 개념을 가지게 된다(Hershey, 2007). 개인의 자신의 직업에

대한 태도는 전문적 역할 학습을 통한 일차 전문적 사회화 과정을 거치면서 형성된다. 전문적 역할 학습은 전문성에 대한 사회적 가치에 영향을 받으며 이것이 실행되는 과정에서 전문직의 관행, 가치, 행동 등을 습득하게 된다(Adams et al., 2006; Hershey, 2007). 그러나 다른 직종에 대한 태도는 여전히 현실과는 상이한 부분을 가진다. 전문적 교육 프로그램을 학습자들이 상호작용을 통해 습득한 전문적 사회화의 결과를 전문적 정체성(professional identity) 이라고 한다 (Arndt et al., 2009; Hershey, 2007). 이러한 단일 학문 교육(unidisciplinary education) 프로그램은 타직종의 전문적 역할을 이해하는 데 제한적이며, 결과적으로 단일 전문적 정체성(uniprofessional identity)을 형성하게끔 한다([그림 1]) (Khalili et al., 2012).



[그림 1] 전문적 사회화 과정(Khalili et al., 2012)

(2) 전문직 간 사회화(Interprofessional Socialization, IPS)

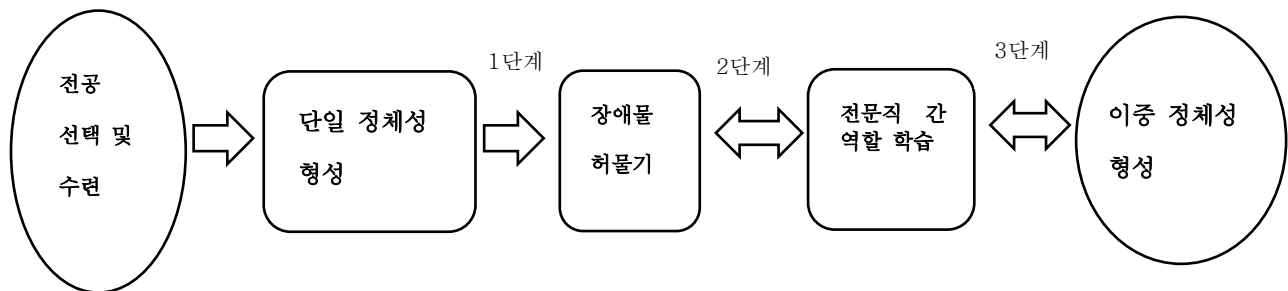
전문직 간 사회화는 서로 다른 전문직 간의 교육 프로그램을 통해 다양한 전공의 학습자들이 모여 서로에 대해, 함께 배우는 과정이다. 이러한 과정은 이중 정체성 (dual identity) 형

성을 위한 기초적인 맥락을 제공한다. 이중 정체성을 가진 학생들은 스스로를 자신이 전공한 전문직종의 일원으로서 바라보는 것뿐만 아니라 전문직 간 통합 팀의 일원으로서도 바라보게 된다. 이렇게 공유된 전문직 간 사회화 과정을 통해 형성한 이중 정체성은 다른 전문직종 단체에 대한 불신을 줄이거나 없앨 수 있으며 본인과 타 전문직의 구성원이 하나의 집단 내에 소속되어 있다고 인식하게 한다(Dovidio et al., 2007). Pettigrew(1998)에 따르면 개인이 자신의 전공 그룹 내에서 학습을 하게 되면 자신이 속한 그룹의 행동규범이나 가치를 인지하게 되고 이것은 해당 그룹의 일원으로서의 신뢰를 형성하는 동시에 다른 그룹의 사람들에 대해 불신을 형성하게 된다(Pettigrew, 1998). 이러한 불신은 다른 그룹과의 상호작용에 있어서 타직종의 구성원들에 대한 편견과 고정관념적인 태도를 형성하게 되며 이것은 전문직 간의 협업에 방해 요소로 작용하게 된다(Dovidio et al., 2007; Fiske, 1998; Mitchell et al., 2011). 또한 이렇게 형성된 강력한 단일 직종 정체성은 학생들로 하여금 자신의 전문성을 타인의 전문성에 비해 우월한 것으로 인식하게 한다. 이러한 현상은 학생들이 다른 직종의 사람들과 고립되어 사회화되면 될수록 그 정도가 더욱 심해진다(Pettigrew, 1997; 1998). 이러한 개인의 전문성과 관련되어 형성된 신념들은 전문직 간 교육을 배우는 학생 및 전문가들에게 장애물로 작용하게 된다. 실제로 이러한 다른 전문직에 대한 편견과 고정관념은 유년시절 기대 사회화 과정에서 처음 형성되며 전문가로서의 사회생활을 하게 되는 성인기에 강화되어 궁극적으로 전문직 간 협업에 방해요소가 된다. 이러한 타직종에 대한 그릇된 시각은 Pettigrew(1998)의 그룹 간 접촉 이론(intergroup contact theory)을 통해 개선할 수 있다. 그룹 간 접촉 이론은 Allport(1954)에 의해 제안된 ‘접촉 가설’을 재정립한 것이다. 이 이론은 그룹을 함께 묶는 것이 서로 간의 적대감을 줄일 수 있는 가장 좋은 방법이지만 접촉 자체만으로는 그룹 간의 신뢰를 형성하기에는 불충분하다고 보고 있다(Hewstone & Brown, 1986). 이에 적대감을 해소하기 위해

Pettigrew (1998)는 적정 접촉 조건(optimal contact conditions)의 필요성을 제안하였다. 이는 구체적으로 개방적이고 신뢰할 수 있는 환경 조성을 위해 그룹 내에서 동등한 지위를 부여하는 것, 공동 목표 형성에 협조하도록 하는 것, 제도적 지원을 제공하는 것이다. 그룹 내의 동등한 지위는 모든 참가자들로 하여금 중립적인 권력의 위치에 있다고 느끼게 해준다. 모든 참가자들은 공동 목표를 위해 함께 일해야 하며 학습자들의 그룹 내 상호작용을 촉진시키기 위해서는 단체 및 프로그램 전반에 대한 지지가 있어야 한다. 그룹 내의 접촉은 그룹 구성원들로 하여금 협동적인 행동을 개발하게 하며 그룹 안팎으로 친밀감을 형성하게 하여 서로의 직종을 가치 있는 것으로 인지하게 하고, 자신의 직종이 다른 직종보다 더 중요하다는 인식을 탈피하는 데에도 도움을 준다. 결국 네 단계의 상호 의존적 인지 과정(four interdependent cognitive processes) 인 1) 다른 그룹에 대한 학습(learning about out-groups), 2) 행동의 변화(changing behavior), 3) 정동적 유대관계 형성(generating affective ties), 4) 그룹 내 재평가(in-group reappraisal) 가 그룹 접촉의 결과에 영향을 미친다. 실제로 전문직 간 교육에서 그룹 간 접촉 이론을 적용하는 것이 전문직 간의 태도 개선 및 다른 직종 학생들에 대한 고정관점을 줄여줄 수 있음은 널리 알려져 있다 (Mohaupt et al., 2012; Ateah et al, 2011; Wakefield et al., 2006; Ponzer et al., 2004; Carpenter, 1995; Carpenter et al, 1996). 이렇게 변화된 태도는 직종을 뛰어넘은 협동과 그룹 간의 공유된 가치 및 친밀감 형성을 가져올 수 있는 잠재력이 있으며(Wakerfield et al., 2006; Reeves, 2000; Reeves & Pryce, 1998) 학생들로 하여금 자신의 직종 및 다른 사람들의 직종에 대한 통찰력을 길러줄 수 있다(Salvatori et al., 2007; Pollard et al, 2006;2004; Pullon & Fry, 2005; Fineberg et al., 2004; Hind et al, 2003; Reeves & Pryce, 1998; Clark, 1997).

(3) 전문직 간 사회화 체계(Interprofessional Socialization Framework)

Khalili(2013)에 따르면 전문직 사회화는 보건의료 관련 전공 학생들에게 자신과 동일한 전공의 학생들과는 신뢰적인 관계를 가지게 하는 반면 자신과 다른 전공을 가진 학생들에 대해서는 적대감이나 차별적인 성향을 가지게 되는 단일 전문직 정체성을 형성하게 한다. 이러한 단일 정체성을 이중 정체성으로 변화시키기 위한 전문직 간 사회화 체계는 ‘장애물 허물기’ (breaking down barriers), ‘전문직 간 역할 학습’ (interprofessional role learning), ‘이중 정체성 개발’ (dual identity development)이라는 세 가지 단계로 이루어진다([그림 2])(Khalili et al., 2012). 전문직 간 사회화의 습득은 개인적 요인 및 개인을 초월한 보다 큰 체계적 요인에 의해 영향을 받는다. 일례로 과거의 긍정적인 전문직 간 관계의 경험을 가지고 있거나 다른 전문직에 보다 호의적인 신념을 가지고 있는 학습자들이 그렇지 않은 자들보다 전문직 간 사회화 달성이 더욱 수월하다(Khalili, 2013).



[그림 2] 전문직 간 사회화 체계(Khalili et al., 2012)

가. 1단계: 장애물 허물기(Breaking down barriers)

전문직 간 사회화의 첫 단계는 1) Pettigrew의 적정 접촉 조건(학생 및 직원들이 동등한 지위에서 공동의 목표 설정 및 달성을 위해 협조하는 것)을 적용함으로써 개방적이고 신뢰하는 환경을 조성하고, 2) Pettigrew의 네 단계의 상호 의존적인 인지 과정(다른 그룹에 대한 학습, 행동의 변화, 정동적 유대관계 형성, 그룹 내 재평가)을 적용함으로써 전문직 간 학습 및 협동의 장애물을 허무는 것이다(Khalili, 2013; Pettigrew, 1998). 신뢰는 학습자들이 그들의 역할, 규범, 가치를 분명히 하고자 하는 열정에서부터 시작되어 형성되는 것으로 알려져 있다. 이러한 열정은 학습자들로 하여금 다른 보건의료 직종에 대한 오해에 관한 토론을 통해 다른 직종에 대한 객관적인 인식을 형성하여 직종 간의 친밀감과 협조적인 태도를 형성하게끔 한다. 이러한 과정이 가능하기 위해서는 그룹 구성원들 간의 동등한 지위, 공유된 목표 설정, 공통의 목표 달성을 위한 협력, 전문직 간 협력을 위한 제도적 지원 등의 개방적인 환경이 조성되어야 한다. 이러한 개방적이고 신뢰할 수 있는 환경은 학습자들로 하여금 자신들의 단일 전문적 관점을 변화시키는 데 보다 개방적인 관점을 갖게 한다. 또한, 이러한 개방적 관점을 가지려면 학습자들은 자신들의 직종 및 다른 이들의 직종에 대해 가지고 있는 잘못된 시각을 비판적으로 바라보아야 한다. 이 단계의 결과는 학생들이 자신의 전공에 대한 애착을 강화시키되, 다른 전공에 대한 차별을 제거하는 수정된 전문적 정체성을 확립하는 것이다. 이 단계를 마칠 때가 되면 학습자들은 자신들의 역할, 지식 및 기술에 대해 더욱 분명히 알게 되고, 다른 전문직에 대한 새로운 이해를 통해 전문직 간 학습을 위한 준비가 되어 있을 것이다(Khalili, 2013).

나. 전문직 간 역할 학습(Interprofessional role learning)

전문직 간 역할 학습은 전문직 간 협업(interprofessional collaboration)으로 나아가는데 필요한 지식, 기술, 규범, 가치 및 행동들을 습득하는 것을 목표로 한다. 전문직 간 역할 학습을 촉진시키기 위해서 학습자들은 서로의 역할, 지식, 기술에 대한 공유 및 이해를 위한 많은 토론에 참가해야 하며, 이것이 자신의 직종을 넘어서서 보다 효율적으로 협업할 수 있는 경험을 쌓게 한다. 전문직 간 협업은 환자의 안전을 위한 다른 직종과의 의사소통을 의미하며, 이에 는 환자들의 필요를 충족시키기 위해 다른 보건의료 직종들이 서로 협력하는 것이 요구된다(Khalili, 2013). 이를 위해 학습자들은 다른 직종의 다양한 의견을 존중하며 리더십, 의사결정, 권력을 공유하기 위해 효율적으로 소통 및 협조해야 한다(D' Amour & Oandasan, 2005). 이 단계의 이상적인 전략은 사례 중심의 팀워크를 강조하는 접근(case-based teamwork approach)을 시도하는 것이다. 이러한 접근은 교실 내, 시뮬레이션, 실제 임상 상황 모두에서 이루어질 수 있다.

다. 이중 정체성 개발(Dual identity development)

이 단계에서는 학습자들이 자신을 본인이 전공한 직종의 전문가이면서 동시에 전문직 간 공동체의 일원으로 바라볼 것이 요구된다. 학습자들은 반복적인 사례 중심의 팀워크를 통해 자신의 직종에 대한 본래의 정체성을 수정 및 재확인하게 되며 여기에 전문직 간 정체성이라는 보다 확장된 정체성을 새롭게 형성할 수 있게 된다. 이중 정체성을 형성한 학습자들은 보다 포괄적이고 확장된 전문직 간 공동체에 속하게 되어 기존에 다른 직종에 대해 가지고 있던 불신을 버리고 모든 구성원들의 의견을 존중할 수 있게 된다. 또한 이

와 동시에 학습자들은 자신의 직종에 대한 경계를 유지하여 각자의 전문성에 대한 위협을 막을 수 있다. 개인의 전문직 간 협업 그룹에서의 학습 및 작업은 팀 전체적으로 협력 관계를 형성하여 환자의 전반적인 치료 계획을 수립할 수 있게 한다(Khalili, 2013).

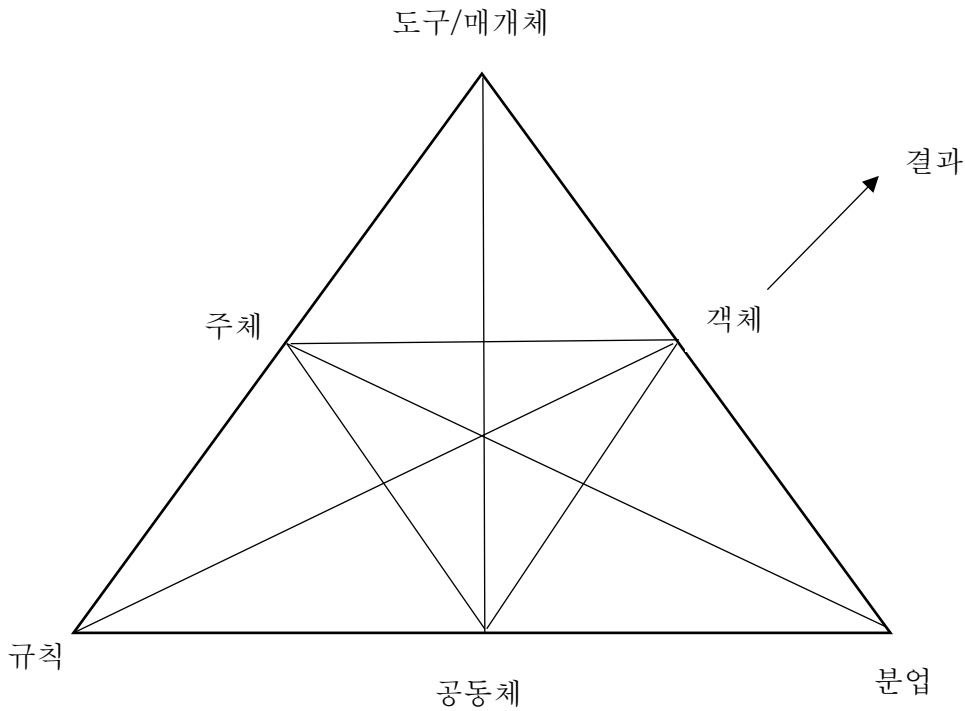
이렇게 전문직 간 교육을 통해 학습자들은 세 단계의 사회화 과정을 거쳐 이중 정체성을 개발하게 되고, 그에 따라 비로소 실제 전문직 간 개인 중심 협력 실행(interprofessional person-centered collaborative practice, IPCCP)의 본격적인 준비를 마치게 되는 것이다(Khalili, 2013).

3. 문화 역사적 활동 이론과 전문직 간 교육

(1) 문화 역사적 활동 이론의 개념

문화 역사적 활동 이론(cultural-historical activity theory, CHAT)은 Engestrom (1987)에 의해 개발되어 Vygotsky와 Leont'ev에 의해 보완, 발전된 이론(Cole & Engestrom, 1993; Vygotsky, 1978)으로 목표 지향적 공동 활동(goal-directed joint activity)에 초점을 두고 있다(Yardley et al., 2012). CHAT은 서로 다른 사회 문화적 배경을 지닌 조직원들의 활동을 복잡한 목표 지향적인 사회적 교류를 통한 “활동 체계(activity system)” 형성이라는 맥락에서 설명한다(Leont'ev, 1978, 1981; Engestrom, 1987). 이러한 활동 체계는 주체(subject), 목표(objective), 도구/매개체(tools/mediating artifacts), 공동체(community), 규칙(rule), 노동 분업(division of labor)이라는 하부 요소로 구성되어 있으며, 이러한 하부 요인들의 복합적인 상호작용을 통해 결과(outcome)가 도출된다([그림 3])(Engestrom, 1987; Engestrom & Sannino, 2010). 여기서 주체(Subject)란 활동을 하는 개인 혹은 집단을 말하며, 목표(objective)는 이러한 주체가 활동을 함으로써 달성하고자 하는 목적이라고 할 수 있다. 또한 도구/매개체(tools/mediating artifacts)는 주체가 목표를 달성하기 위해 사용하는 수단으로서 물리적인 도구 및 문화적인 도구를 모두 포함한다. 공동체(community)는 공통의 목표를 가지고 활동하는 개인들로 구성되며, 분업(division of labor)은 이러한 공동체의 일원들이 수평적으로 과제를 분담하는 것과 힘의 관계 혹은 지위 등과 같이 수직적으로 이를 분담하는 것을 모두 포괄한다. 규칙(rule)은 활동을 하는 데 있어서 제약을 가할 수 있는 것

으로서 공동체를 지속적으로 유지하는 데 필요한 규범 및 규율 등을 의미한다. 주체가 도구/매개체를 사용하여 목표를 달성함으로써 얻어진 것이 결과(outcome)로서 목표가 이상적으로 달성된 것이라 할 수 있다(Engestrom & Sannino, 2010).



[그림 3] 활동 체계 모형 (Engestrom, 1987; Engestrom & Sannino, 2010)

이러한 활동 이론의 하부 요소들의 개념을 통해 특정 집단의 활동 체계를 파악하기 위해서는 Mwanza(2001)가 제안한 8 단계 모델을 활용할 수 있다. Mwanza는 활동, 목표, 주체, 도구, 규칙 및 규정, 분업, 공동체, 결과라는 8가지 항목별로 질문을 마련하여 활동 체계가 제대로 작동하는지를 알아보기 위한 8단계 모델을 다음과 같이 제안하였다(<표 2>).

즉 ‘나는 어떤 종류의 활동에 관심을 가지고 있는가?’ (활동), ‘이 활동이 행해지는 원인은 무엇인가?’ (목표), ‘누가 이 활동이 진행되는 데 관여하고 있는가?’ (주체), ‘주체들은 어떤 수단을 가지고 이 활동을 수행하고 있는가?’ (도구), ‘이 활동을 시행하는 데 관여하는 문화적 규범, 규칙 혹은 규제 등이 있는가?’ (규칙 및 규제), ‘누가 언제 이 활동을 수행할 것이며, 이 역할 분담은 어떻게 조직되는가?’ (분업), ‘이 활동이 수행되는 환경은 무엇인가?’ (공동체), 이 활동을 통해 얻고자 하는 결과는 무엇인가?’ (결과)와 같은 질문들에 답을 해봄으로써 특정 집단의 활동 체계를 분석할 수 있다는 것이다.

<표 2> 활동 체계의 8-단계 모델(Mwanza, 2001)

활동(activity)	나는 어떤 종류의 활동에 관심을 가지고 있는가?
목표(objective)	이 활동이 행해지는 원인은 무엇인가?
주체(subject)	누가 이 활동이 진행되는 데 관여하고 있는가?
도구/매개체 (tools/mediating artifacts)	주체들은 어떤 수단을 가지고 이 활동을 수행하고 있는가?
규칙 및 규제 (rules and regulations)	이 활동을 시행하는 데 관여하는 문화적 규범, 규칙 혹은 규제 등이 있는가?
분업(division of labor)	누가 언제 이 활동을 수행할 것이며, 이 역할 분담은 어떻게 조직되는가?
공동체(community)	이 활동이 수행되는 환경은 무엇인가?
결과(outcome)	이 활동을 통해 얻고자 하는 결과는 무엇인가?

그런데 때로는 이러한 활동 체계에 속한 요소들 간에 모순(contradiction)이 발생하기도 하며 이러한 모순은 갈등이나 긴장을 유발하기도 한다. 이러한 모순을 극복하기 위해 활동 체계 안의 하부 요소들은 목표를 변경하거나 조율하며, 이 과정에서 새로운 도구나 매개체

를 활용하기도 한다. 이러한 조율의 과정은 결과적으로 새로운 활동 체계를 형성하게끔 한다. 이러한 과정이 반복됨으로써 활동 체계는 추상적이고 단순한 형태에 머무르지 않고 보다 복잡적이고 구체적으로 지속적인 발전을 거듭하여 하나의 지식으로 축적된다. 이러한 활동 체계의 학습을 통한 발전 과정을 Engestrom은 확장 학습(expansive learning)이라고 정의하였다(김남수, 황세영, 2013; Engestrom 1987; Engestrom & Sannino, 2010).

(2) 문화 역사적 활동 이론의 전문직 간 교육에의 적용

이러한 Engestrom의 활동 이론 및 확장 학습 이론은 의학교육에 있어서 환자를 진료하는 과정에서 전문직 간 협업에 쉽게 적용되고 시험될 수 있다(Bleakley, 2006; Eppich & Cheng, 2015). Eppich와 Cheng(2015)에 따르면, CHAT과 활동 체계 분석은 환자 안전이라는 공통의 목표를 공유하는 전문직 간 팀(interprofessional team)이 긍정적으로 사회적 상호작용을 할 수 있게 한다고 주장하였다. 예를 들어 응급실에 외상 환자가 왔을 때 응급실 간호사는 환자의 두부 외상 여부를 확인하기 위해 전산화 단층 촬영을 하기 전에 응급 기도 확보를 먼저 하는 것이 환자 안전에 더 중요하다고 생각할 수 있다. 하지만 담당 의사는 환자의 현재 상태를 봤을 때 기도확보는 당장 필요하지 않다고 판단하여 빨리 영상 촬영을 하고 오라고 지시를 내렸고, 이에 간호사는 더 이상 자신의 의견을 강하게 피력하지 못하고 환자는 영상 촬영을 가게 된 상황을 생각해보자. 이 경우 사실 영상 촬영실에서는 환자의 호흡에 문제가 되었을 때 응급실만큼 빠른 기도 확보 조치가 어려울 수 있으므로 환자에게 해를 입힐 수 있는 추가적인 위험이 존재할 수도 있다. 활동 체계적 관점에서 이 사례를 살펴보면, 여기서 공동체의 명시적 규칙(explicit rule)은 ‘응급실 내의 모든 주체들이 자신의 주장을 마음껏 펼치고 환자의 안전에 대해 문제가 될 수

있는 부분에 자유롭게 의견을 피력하여야 한다는 것' 이라고 할 수 있으나, 암묵적 규범 (implicit norm)은 의사의 지시에 반론을 제기하는 것은 진료 상황에서 환영받지 못한다는 것이다. 그렇기 때문에 이러한 암묵적 규범이 환자에게 효율적인 간호를 제공한다는 간호사의 목표를 방해하여 자신의 의견을 제대로 표출하지 못하게 되었고 결국 이것이 모순을 일으켰다고 할 수 있다(Eppich & Cheng, 2015). 이러한 서로 다른 직종의 주체들 간에 발생하는 모순들은 일시적으로 갈등을 유발할 수 있으며 이 과정이 반복되면서 조율이 일어나게 되며 확장 학습을 통해 보다 나은 환자 안전이라는 목표에 다가갈 수 있게 된다고 할 수 있다.

이런 점에서 CHAT은 특히 전문직 간 팀의 시뮬레이션(simulation) 실습 혹은 디브리핑(debriefing)시 효과적인 교육 전략을 제공해줄 수 있다(Eppich & Cheng, 2015). 특히 위에서 언급하였던 Mwanza의 활동체계 분석을 위한 8단계 모델을 활용하여 임상현장에서 전문직 간 팀 사례 토론에 적용하면 보다 효과적인 교육이 될 수 있을 것이다(Mwanza, 2002; Eppich & Cheng, 2015). <표 3>은 응급실에 기관 삽관이 필요한 외상 환자 사례에 대한 전문직 간 팀 토론 시 Mwanza의 8단계 모델을 적용한 예이다 Eppich & Cheng, 2015). 이처럼 문화 역사적 활동 이론의 개념은 전문직 간 교육의 교수법에 이론적 틀을 제공해줄 수 있다.

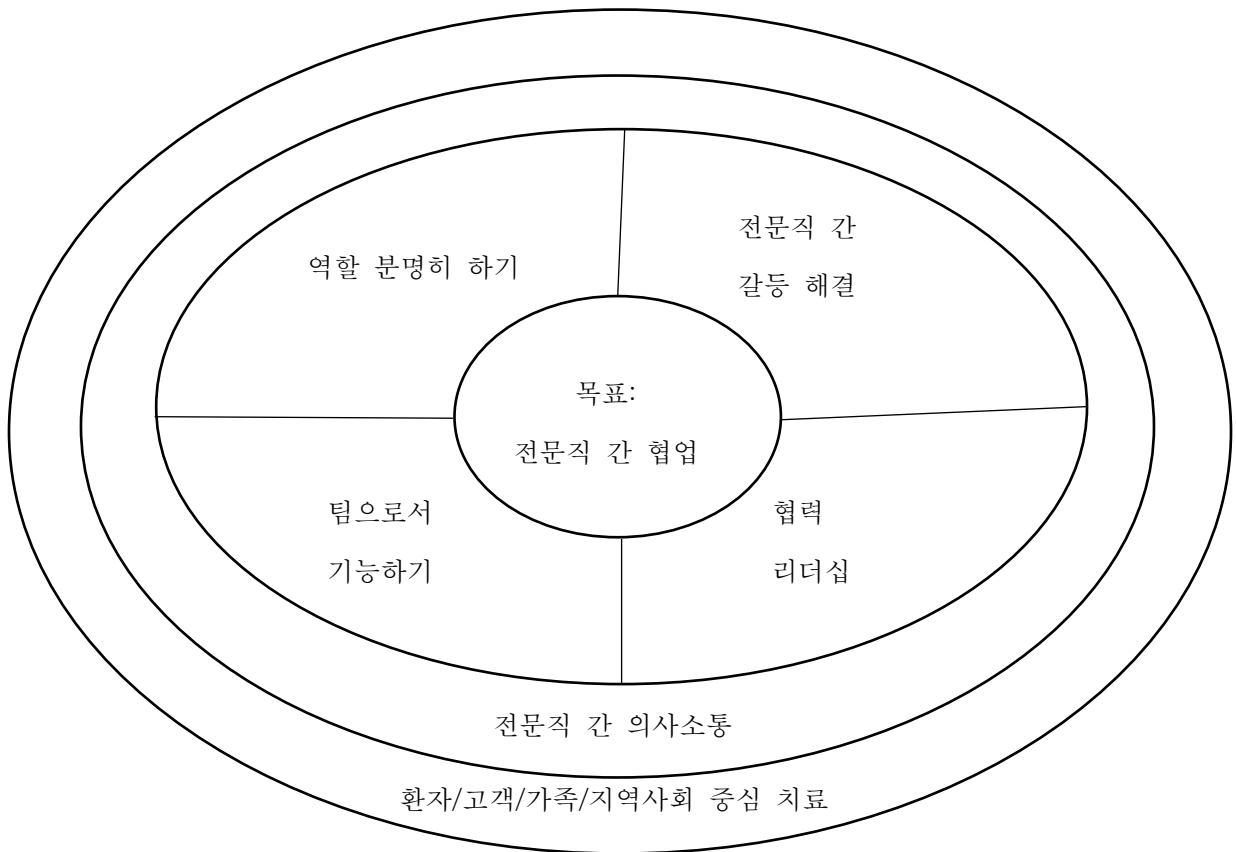
<표 3> 전문직 간 의료 팀 사례 토론에 적용된 활동 체계의 8단계 모델의 예: 응급실에 내원한 기관 삽관이 필요한 환자 사례(Mwanza, 2002; Eppich & Cheng, 2015)

활동 체계 구성 요소	확인해야 할 질문	외상 환자의 기도 확보 절차의 예시
활동	활동 혹은 시뮬레이션의 어떤 부분이 관련되어 있는가?	# 환자의 최초 평가 및 기관 삽관의 결정. # 환자의 기관 삽관을 위한 행동.
목표	왜 이러한 활동이 일어났는가?	# 흡인을 막고 기도를 확보하기 위한 기관 삽관의 필요. # 진단을 위한 영상학적 검사를 위해 환자 이송 전 기도확보를 위한 기관 삽관의 필요. # 정적 산소 공급을 위해 기관 삽관 필요. # 두개내압 증가에 따른 처치의 일환으로 혈액 이산화탄소 농도를 조절하기 위해 기관 삽관 필요.
주체 - 시뮬레이션 참여자 - 지정된 배우들	활동에 기여한 사람은 누구인가?	# 투약 간호사, 기록 간호사, 약사, 응급구조사, 전공의, 지정의, 마취과 의사 등
도구/매개체 - 언어: 의사소통 전략 - 매개체 - 장비	질문에서 참여자들은 활동을 어떻게 풀어나갔는가?	# 의사소통 전략 (예: SBAR*) # 후두경, 기관 내 튜브 # 빠른 기관 삽관을 위한 약제, 주사기, 정맥 내 카테터 # 어려운 기도 확보 알고리즘 카드 # 전체 의무기록 # 원내 기관 삽관 체크리스트

<p>규칙 및 규제</p> <ul style="list-style-type: none"> - 규칙 - 사회적 관습 - 문화적 규범 - 전통 	<p>활동의 수행 시 어떤 규칙, 가이드라인, 원칙이나 문화적 규범들을 준수하였는가?</p>	<p># 전문외상 처치술 가이드라인 # “기관 삽관을 위한 결정은 오로지 지정의의 판단에 달려 있다.” # “가장 경험이 많은 사람이 기관 삽관을 해야 한다.” # 전공의는 수련을 받는 사람이기도 하므로 기관 삽관을 먼저 해보야 한다.” # “기관 삽관은 마취과 의사가 하는 것이 원칙이다.” # “원내 기관 삽관 체크리스트에 따라 진행해야 한다” . # “어려운 기도 확보 알고리즘을 따라야 한다.” # “이곳에서 기관 삽관 시 늘 하던 대로 하면 된다.”</p>
<p>분업</p>	<p>활동 시 역할은 어떻게 배분되었는가?</p>	<p>약사: 약물 조제 기록 간호사: 활력 징후 측정 및 기록 투약 간호사: 투약 지정의: 팀의 리더 역할, 기관 삽관 여부 결정 전공의: 기관 삽관 수행 마취과 의사: 기관 삽관 실패 시 수행 위해 대기</p>
<p>공동체</p>	<p>어떤 환경에서 활동이 수행되었는가?</p>	<p># 중환자실 시뮬레이션 # 응급실 시뮬레이션 # 병동 시뮬레이션</p>
<p>결과</p>	<p>활동에 대해 의도했던 결과는 무엇인가?</p>	<p># 진단적 영상학적 검사를 위해 외상 처치실 나갈 때까지 환자의 활력 징후 안정화 # 2차 뇌출혈 예방을 위한 두 개내압 관리 및 적정 산소 공급 # 직접적인 처치를 위한 환자의 상태에 대한 정확한 진단</p>
<p>*SBAR: Situation-Background-Assessment-Recommendation (상황, 배경, 사정, 제안의 단계로 의사소통하는 표준화 도구)</p>		

4. 전문직 간 교육의 항목

전문직 간 교육에서는 일반적으로 학생들이 다음과 같은 항목의 역량들을 갖추는 것을 목표로 한다. 역할 분명히 하기(role clarification), 팀으로서 기능하기(team functioning), 환자/고객/가족/지역사회 중심의 치료(patient/client/family/community-centered care), 협력 리더십(collaborative leadership), 전문직 간 의사소통(interprofessional communication), 전문직 간 갈등 해결(interprofessional conflict resolution)이 전문직 간 교육의 구체적인 항목들이다.([그림 4]) (Orchard et al., 2010).



[그림 4] 전문직 간 교육의 항목(Orchard et al., 2010)

(1) 역할 분명히 하기(Role clarification)

역할 분명히 하기는 학습자들이 자신 및 타인의 역할을 이해하고 이해한 지식을 환자/고객/가족 및 지역사회 목표를 달성하기 위해 적절히 사용하는 것이다. 학습자들은 임상적 업무에서 자신 및 타인의 역할을 명확히 기술할 수 있어야 하며 각 보건직종별 역할, 책임 및 역량을 인지하고 존중해야 한다. 또한 적절한 언어를 사용하여 각자의 역할, 지식, 기술 및 태도에 대해 소통하며 서로의 역량 및 역할을 공통의 목표 달성을 위해 통합시킬 수 있어야 한다.

(2) 팀으로서 기능하기(Team functioning)

학습자들은 팀워크의 과정을 이해하고 각 구성원들의 도덕적 가치를 존중하면서 함께 일할 수 있는 원칙을 개발해야 한다. 또한 각 팀 구성원들 간의 토론과 상호작용을 효과적으로 촉진시켜야 하며 의사결정에 있어서 모든 구성원이 참여하는 것이 중요하다. 아울러 이 때의 의사결정은 상호 간의 존중을 바탕으로 이루어져야 한다. 이를 위해서는 공식적인 팀 구성 여부에 상관없이 학습자/실습자, 환자/고객, 가족 간의 건전한 업무 관계를 형성하고 유지해야 한다.

(3) 환자/고객/가족/지역사회 중심의 치료(Patient/client/family/community-centered care)

환자/고객/가족/지역사회 중심의 치료는 보건의료인과 환자와의 협력 체계를 구축하여 환자가 자신의 치료에 접근하고 보다 능동적으로 참여할 수 있게끔 하는 것을 말한다. 환자/고객/가족/지역사회 중심의 치료를 달성하기 위해 학습자들은 서로 다른 보건의료 직종의 참여를 격려하고, 환자들이 보건의료 계획, 실행 및 평가에 참여할 수 있도록 지지하며 토론을 격려하고 의사결정을 함께할 수 있도록 해야 한다.

(4) 협력 리더십(Collaborative leadership)

협력 혹은 공유된 리더십을 위해서 학습자들은 서로를 존중하면서 긴밀히 교류해야 하며 효과적인 환자/고객 만족을 이끌어내기 위해 함께 고민해야 한다. 모든 참여자들은 개선된 상호 의존적 업무 관계를 구축하고 효과적인 협업을 위해 노력해야 한다. 이를 위해서는 참여자들 사이에 공유된 리더십과 협력 업무를 위한 문화 조성이 필요하며 협력적인 의사결정의 원칙을 마련하여 이를 제대로 적용할 수 있도록 해야 한다.

(5) 전문직 간 의사소통(Interprofessional communication)

의사소통 기술은 모든 학습자들에게 필수적이며 특히 다른 직종 간의 효과적인 의사소통 기술을 연마하는 것이 중요하다. 이를 위해서는 팀 업무에 관한 의사소통 원칙을 확립하고 다른 팀원들과의 소통에서 신뢰적인 환경을 조성하여야 한다. 의사소통 시 토론이나 논쟁, 상담, 협상 등의 언어적 방법 및 경청, 얼굴 표정, 몸짓 등의 비 언어적 방법들을 적절히 사용하여 효과를 극대화할 수 있다. 상호 존중적인 전문직 간 의사소통은 모든 상호작용에서 투명성을 확보할 수 있게 하며 이를 통해 공통의 목표를 공유할 수 있게 된

다.

(6) 전문직 간 갈등 해결(Interprofessional conflict resolution)

보건의료인들끼리 활발히 상호작용을 하는 과정에서 의견 불일치의 상황은 자연스레 나타날 수 있고 이것이 갈등으로 이어지기도 한다. 이러한 타 직종 간의 갈등을 원만히 해결하기 위해서는 잠재적으로 갈등이 일어날 상황을 인지하고 이것을 해결하기 위해 건설적인 단계를 밟아야 한다. 따라서 모호한 역할 구분, 권력 분배, 목표의 차이와 같이 갈등이나 의견 불일치로 이어질 수 있는 혼란 상황을 사전에 인지할 필요가 있으며 이러한 갈등 해결을 위한 전략들을 이해하고 학습할 수 있어야 한다. 또한 다양한 의견을 제시할 수 있는 건전한 근무환경을 조성함으로써 각자가 갈등의 원인을 분석하여 모두가 수용할 수 있을 만한 해결점에 도달할 수 있는 토론과 회의가 이루어져야 한다.

5. 전문직 간 교육의 평가 및 효과

(1) 커크패트릭(Kirkpatrick)의 4단계 평가 모형

커크패트릭의 4단계 평가모형은 교육 프로그램의 효과를 평가하는데 가장 널리 사용되는 대표적인 모델 중 하나이다. 커크패트릭은 교육 프로그램을 반응(reaction), 학습(learning), 행동(behavior), 결과(results)의 네 가지 수준으로 나누어 단계적으로 평가할 것을 제시하였다(Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

먼저 1단계 반응 평가는 교육 프로그램에 대한 학습자의 전반적인 만족도를 평가하는 단계이다. 2단계 학습 평가는 학습자가 교육 프로그램을 통해 얼마나 인지하였는지를 평가하는 것으로 교육을 받은 학습자의 태도, 지식 및 기술의 변화를 평가한다. 3단계 행동 평가는 학습을 마친 학습자가 현업으로 돌아가 얼마나 자신의 업무에 배운 내용을 적용하여 그것이 행동으로 이어지는지를 평가한다. 마지막으로 4단계 결과 평가는 교육 프로그램이 얼마나 조직 성과에 긍정적으로 기여하였는지를 평가한다. 이 모형은 교육 프로그램에 대한 학습자의 만족이 학습자의 태도 및 지식의 변화를 가져오며 이렇게 학습된 내용이 학습자의 행동을 변화시켜 궁극적으로 조직의 성과의 향상을 가져온다고 가정하고 있다(Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006). 또한 이 모형은 교육의 효과를 개인 수준에서 집단 수준까지 확장하여 단계적으로 평가하므로 현장에 바로 적용될 수 있는 실용적인 결과를 도출하기 위한 교육 프로그램을 평가하는 데 알맞은 모형으로 알려져 있다(Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006; 장해나, 2018).

(2) 커크패트릭 모형을 이용한 전문직 간 교육의 평가

Oandasan과 Reeves(2005b)에 따르면 전문직 간 교육의 효과를 측정할 때 가장 중요한 항목은 교육을 받은 보건 의료인들의 업무 수행이 실제 환자/고객에게 어떤 영향을 미치는 가이다. Zwarenstein 등(2001)이 Cochrane Review를 통해 전문직 간 교육의 효과를 알아보기 위해 무작위 통제 시험(randomized controlled trials), 비교군 전후 연구(controlled before and after studies) 혹은 단절적 시계열 연구들(time interrupted series studies)을 체계적으로 고찰한 결과 전문직 간 교육이 환자/고객 결과(patient/client outcome)에 효과가 있다는 근거는 없는 것으로 확인되었다. 또한 Zwarenstein 등(2005)의 후속 연구에서도 역시 환자/고객에게 주는 효과의 근거는 없는 것으로 나타났으며, 이에 대해 Zwarenstein(2001; 2005)은 효과가 있다는 근거가 없다는 것이 반드시 효과가 없다는 뜻은 아니라고 하였다. 또한 Freeth 등(2002)은 전문직 간 교육의 효과에 대해 보다 폭넓게 접근하고자 Cochrane Review의 엄격한 평가 기준 하에서는 고찰 대상에서 포함되지 않는 않지만 그럼에도 유용한 정보를 제공할 수 있는 문헌들을 대상으로 자신만의 체계적 고찰을 시행하여 이를 ‘Jet Review’라 명하였다. Freeth 등(2002)은 문헌들을 고찰하면서 단순히 환자/고객 결과 외에 전문직 간 교육을 통해 얻어질 수 있는 중요한 결과들을 포함시켰다. 그는 커크패트릭 모델을 수정하여 전문직간 교육의 효과 평가를 다음과 같이 새롭게 제시하였다(<표 4>).

<표 4> 전문직 간 교육의 효과 평가(수정된 커크패트릭 모델) (Freeth et al., 2002)

1. 반응(reaction)	전문직간 교육에 대한 학습자의 만족도를 평가
2a. 학습(learning) - 태도(attitudes)/관점(perception)의 변화	전문직 간 교육 후 학습자의 태도나 관점의 변화를 평가
2b. 학습(learning) - 지식(knowledge)/기술(skills)의 변화	전문직 간 교육 후 학습자의 지식과 기술의 변화를 평가
3. 행동(behavior)의 변화	전문직 간 교육으로 나타나는 개인 수준의 행동 변화
4a. 조직 행동(organizational behavior)의 변화	전문직 간 교육으로 나타나는 조직 수준의 행동 변화
4b. 결과(results) - 환자/고객(patients/clients)에게 돌아가는 이득(benefits)	환자/고객의 건강 및 안녕 향상을 평가

6. 갈등에 관한 이론적 배경

(1) 갈등의 개념 및 정의

갈등의 개념 및 정의는 문헌마다 매우 다양하고 상이하다. Simon과 March (1958)에 따르면 갈등은 개인 혹은 조직이 의사결정을 하는데 있어서 대안을 선택하는 기준이 명백하지 않거나 선택에 대한 표준화된 기전이 파괴되어 대안 선택 시 어려움을 겪는 상황을 뜻한다. Pondy(1967)는 갈등을 심리적 대립감과 대립적 행동을 포함하는 역동적 과정으로 설명하였고, Litterer(1974)는 갈등을 둘 이상의 개인 혹은 집단이 다른 개인이나 집단과 상호작용하는 과정에서 상대적인 손해를 인지하게 되면서 대립이나 다툼이 발생하는 것으로 정의하였다. Thomas(1992)는 갈등을 한 개인이 관심을 가지고 있는 것에 대해 다른 개인이 부정적인 영향을 주거나 그러한 영향을 줄 것이라고 인지할 때 일어나는 과정이라고 설명하였다. 이 밖에도 Coser(1988)는 갈등을 서로 다른 가치에 대한 대립 및 신분, 권력, 한정된 자원에 대한 투쟁으로 설명하였으며, 이러한 갈등은 개인 간, 집단 간 및 개인과 집단 사이에서 발생 가능하다고 하였다. 이러한 정의들을 토대로 갈등의 개념을 정리해 보면 갈등이란 둘 이상의 당사자 사이에서 목표, 견해, 입장 등의 차이 및 한정된 자원으로 인하여 대립되는 일련의 과정이라 할 수 있다. 이러한 갈등의 주체는 개인일 수도 있고 집단일 수도 있다.

(2) 갈등의 유형

갈등의 유형은 어떤 기준으로 분류하느냐에 따라 여러 가지 유형으로 설명될 수 있으며 실제로 학자들마다 다양한 유형의 갈등을 소개한 바 있다. 그 중에서도 갈등의 유형을 나누는 대표적인 방법은 갈등을 경험하는 주체가 누구인지에 따라 개인의 내적 갈등, 조직 내 갈등(개인 간 갈등 및 개인과 집단 간 갈등 포함) 및 집단 간의 갈등으로 구분하는 것이다(Simon & March 1958; Luthans 1985).

이중 개인의 내적 갈등은 다시 목표 갈등(goal conflict), 좌절갈등(frustration conflict), 역할 갈등(role conflict)로 분류될 수 있으며 개인 및 집단간의 갈등은 다시 계층적 갈등(hierarchical conflict), 기능적 갈등(functional conflict), 라인-스텝 갈등(line-staff conflict), 공식-비공식 조직 간의 갈등(formal-informal conflict)로 구분할 수 있다(Simon & March 1958; Luthans 1985; 오상경 2004; 김영훈 2001).

가. 개인의 내적 갈등

ㄱ. 목표 갈등(Goal conflict)

목표 갈등은 2개 이상의 양립할 수 없는 목표들 사이에서 의사결정을 내려야 하는 상황에서 느끼는 갈등이다. 이러한 목표 갈등에는 둘 이상의 매력적인 목표들 중 하나만을 선택해야 할 때 나타나는 접근-접근 갈등, 제시된 목표들마다 개인에게 유리한 속성과 불리한 속성을 모두 가지고 있을 때 나타나는 접근-회피 갈등, 제시된 모든 목표를 하고 싶지 않은 상태에서 하나의 목표를 선택해야만 할 때 발생하는 회피-회피 갈등이 있다(Lewin, 1935).

ㄴ. 좌절 갈등(Frustration conflict)

좌절 갈등은 개인이 추구한 목표가 달성되지 못함으로써 유발된 좌절이 공격(aggression), 철회(withdrawl), 고착(fixation), 타협(compromise)과 같은 방어기제를 가동시킴으로써 발생하는 갈등이다(Luthans, 1985).

ㄷ. 역할 갈등(Role conflict)

역할 갈등은 역할을 수행하는 개인에게 모호하거나 양립 불가능한 행동을 기대하여 개인의 욕구와 요구되는 역할이 상충됨으로써 발생하는 심리적 갈등이다. 이러한 역할 갈등을 일으키는 요인에는 모호한 역할(role ambiguity), 다수의 역할 기대(multiple role expectations), 역할 무능(role incapacity), 역할 마찰(role friction) 등이 있다(이학중, 1989).

나. 개인 및 집단 간의 갈등

ㄱ. 계층적 갈등(Hierarchical conflict)

계층적 갈등은 조직의 서로 다른 계층 간에 발생하는 갈등으로서, 이사회와 최고 경영자 간의 갈등, 상 위 관리자와 하위 관리자들 간의 갈등 그리고 관리자와 현장 노동자 간의 갈등이 여기에 속한다.

ㄴ. 기능적 갈등(Functional conflict)

기능적 갈등은 각기 다른 기능을 담당하는 부서 간의 갈등을 말한다. 예를 들면 조직에서 기획을 담당하는 기획부서와 재무 및 회계를 담당하는 재무/회계부서의 간에 발생하는 갈등은 기능적 갈등이라 할 수 있다.

ㄷ. 라인-스텝 갈등(Line-staff conflict)

현장에서 실무를 담당하는 라인 부서와 이를 관리하는 사무 부서 간의 갈등을 말한다. 예를 들어 라인 부서는 인력 배정과 관련하여 인사 부서와 갈등을 겪을 수 있으며 비용 처리 문제와 관련하여 회계/재무부서와 갈등이 있을 수 있다.

ㄹ. 공식-비공식 조직 간의 갈등(Formal-informal conflict)

이는 공식적인 조직과 비공식적인 조직 간에 발생하는 갈등으로 공식적인 조직의 규칙과 자생적 집단인 비공식 조직의 규범이 충돌함으로써 발생하는 갈등을 말한다.

(3) 갈등의 원인

갈등이 발생하는 원인에 관해서 역시 갈등의 유형만큼이나 다양하게 많은 학자들이 기술한 바 있다. 오상경(2004)은 여러 학자들이 주장한 갈등의 원인을 종합하여 간략히 다음과 같이 정리하였다.

가. 상호의존성

상호의존성은 둘 이상의 개인이나 집단이 목표를 달성하기 위해 서로 간에 공조, 정보 제공이나 협업을 필요로 하는 정도를 말한다(Walton & Dutton, 1969). 갈등은 개인이나 집단 간에 서로 의존하는 정도가 높을수록 더욱 유발되기 쉬우며, 특히 한정된 자원과 시간에 대해 서로 간의 의존도가 높을 때 갈등이 발생할 가능성이 높다.

나. 목표의 차이

조직의 다양한 집단들은 저마다 지향하는 목표가 있으며 이를 달성하기 위해 노력한다. 이렇게 목표달성을 하는 과정에서 집단마다 전문화된 수준에 따라 서로 다른 목표를 가질 수 있으며 이것이 갈등을 유발하는 요인으로 작용할 수 있다.

다. 한정된 자원

조직의 자원이 제한되어 있을수록 집단 간의 상호 의존도가 증가하며 이로 인해 경쟁 역시 치열해진다. 자원이 무한으로 주어진다면 조직 내 집단들은 특별한 갈등 없이 각자의 목표 달성을 추구할 수 있겠으나, 현실에서 자원은 제한되어 있을 수 밖에 없으므로 각 집단들은 보다 많은 자원 확보를 위해 경쟁을 하게 되며 이 과정에서 갈등이 필연적으로 발생하게 된다.

라. 지각의 차이

특정 조직 내의 구성원들은 서로를 지각하는 데 있어서 상대방을 지나치게 높게 평가

하거나 반대로 과도하게 평가 절하하는 경향이 있다. 이러한 지각의 차이는 서로 간에 총동적인 태도를 형성하여 부정적인 영향을 줄 수 있다(신철우, 1998). 이렇게 특정 가치에 대해 지각하는 정도가 다를 때 집단 간 갈등이 발생한다.

마. 인식의 차이

집단의 구성원들이 자신들이 처해 있는 환경에 대해 저마다 가지고 있는 인식의 차이도 집단 간의 갈등을 유발할 수 있다. 이렇게 구성원들의 상황에 대한 인식을 다르게 하는 대표적인 요인으로는 목표, 시간 인식 및 지위의 차이가 있으며 지각 자체를 부정확하게 하는 것도 인식의 차이를 가져올 수 있다.

사. 정보의 왜곡

조직 구성원들 간에 이루어지는 수많은 의사소통 과정에서 발생하는 정보나 어휘의 난해함, 왜곡, 모호함, 정보량의 비약 및 축소 등 또한 갈등을 발생시키는 원인으로 작용할 수 있다.

아. 구성원의 이질성

특정 집단 내의 구성원들 간에 이질성이 클수록 갈등이 발생하기 쉽다. 예를 들어 조직원들의 성장배경, 학력, 고향, 종교, 신념 등의 차이는 서로 간의 친밀감 형성을 방해하고 갈등 유발의 원인이 될 수 있다.

(4) 갈등의 관리

갈등의 해결 및 관리 방안 역시 여러 문헌들이 다양한 전략을 제시한 바 있으며 그 중 대표적인 몇 가지 방법들을 아래에 소개하고자 한다. Thomas와 Killmann(1974)은 갈등을 해결을 위한 방안을 협조성(cooperativeness)과 주장성(assertiveness)이라는 두 가지 차원에서 설명하고자 하였다. 여기서 협조성은 상대방의 기대와 관심을 만족시키는 정도이며 주장성은 자신의 기대와 관심을 만족시키는 정도를 나타낸다. 이들은 이 두 가지 차원을 조합하여 ([그림 5])에서처럼 총 5가지 유형의 갈등 해결 방안을 제시하였다.

가. 경쟁형(Competing)

주장성은 높고 협동성은 낮은 상태로 상대방이 승리하면 자신은 아무것도 얻을 수 없다는 관점으로 갈등을 바라본다. 따라서 여기서는 자신이 추구하는 목표와 가치를 달성하는 것이 가장 중요하며 자신은 승리하고 상대방은 패배하는 승자-패자(win-lose)의 결과를 추구한다.

나. 동조형(Accommodating)

주장성은 낮은 반면 협동성은 높은 상태로 자신을 희생하는 대신 상대방의 주장에 동조하여 그의 기대와 만족을 충족시켜줌으로써 갈등을 해결하는 방식이다. 이 방식은 상대방과 원만한 관계를 유지하고 싶거나 상대방을 꺾을 수 없다고 판단될 경우 선택할 수

있으며 결과적으로 본인은 패하고 상대방은 승리하는 패자-승자(lose-win)의 형태로 갈등이 해결된다.

다. 회피형(Avoiding)

주장성과 협조성 모두가 낮은 형태로 자신 및 타인의 추구하는 목표와 기대가 모두 달성되지 않은 방식으로 갈등이 마무리되는 경우이다. 이 유형은 갈등이 해결하기보다는 갈등의 상황을 피함으로써 자신 뿐만 아니라 상대방의 기대와 관심이 모두 무시되어 모두가 패하는 패자-패자(lose-lose)의 형태로 갈등이 마무리 된다.

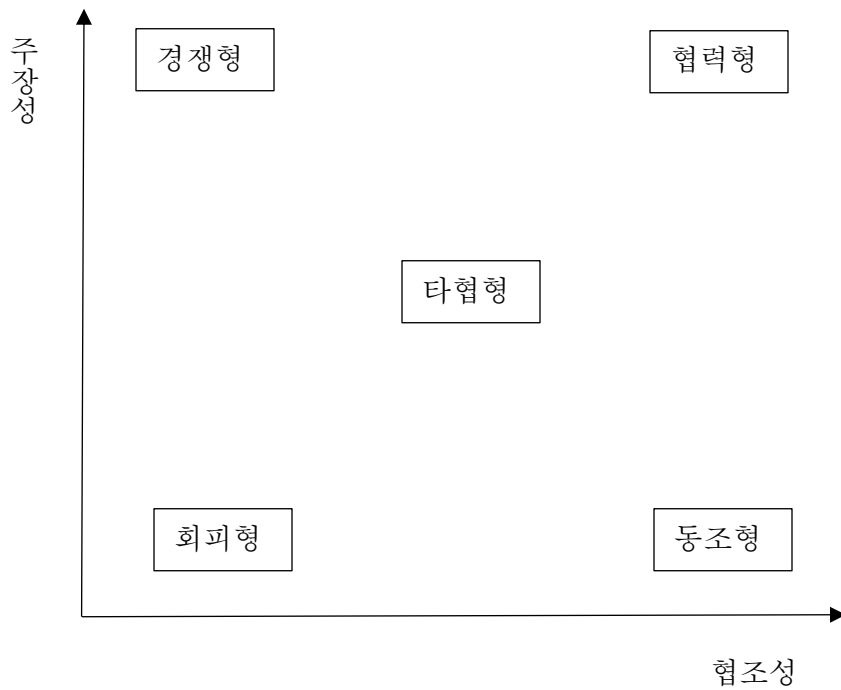
라. 타협형(Compromising)

주장성과 협조성이 모두 중간 정도의 수준을 보이는 경우로 이 유형에서는 갈등의 당사자들이 서로 간의 이해관계를 확인하고 서로의 기대를 충족시키고자 노력한다. 이 방식은 서로의 주장에 있어서 일정 부분을 포기 및 유지함으로써 합의에 도달하기 때문에 승자도 패자도 없는 형태로 갈등이 해결된다.

마. 협력형(Collaborating)

주장성과 협동성이 모두 높은 형태로 갈등 상황에 놓인 두 당사자의 목표와 기대를 모두 충족시키는 방향으로 갈등을 해결하려는 방식이다. 이를 위해 당사자들은 서로간의 입장의 차이를 이해하고자 노력하며 서로의 이해관계를 충족시키는 최선의 합의점을 도출하고

자 한다. 결과적으로 이 방식은 모든 당사자가 이득을 보는 승자-승자(win-win)의 형태로 갈등이 해결된다고 할 수 있다.

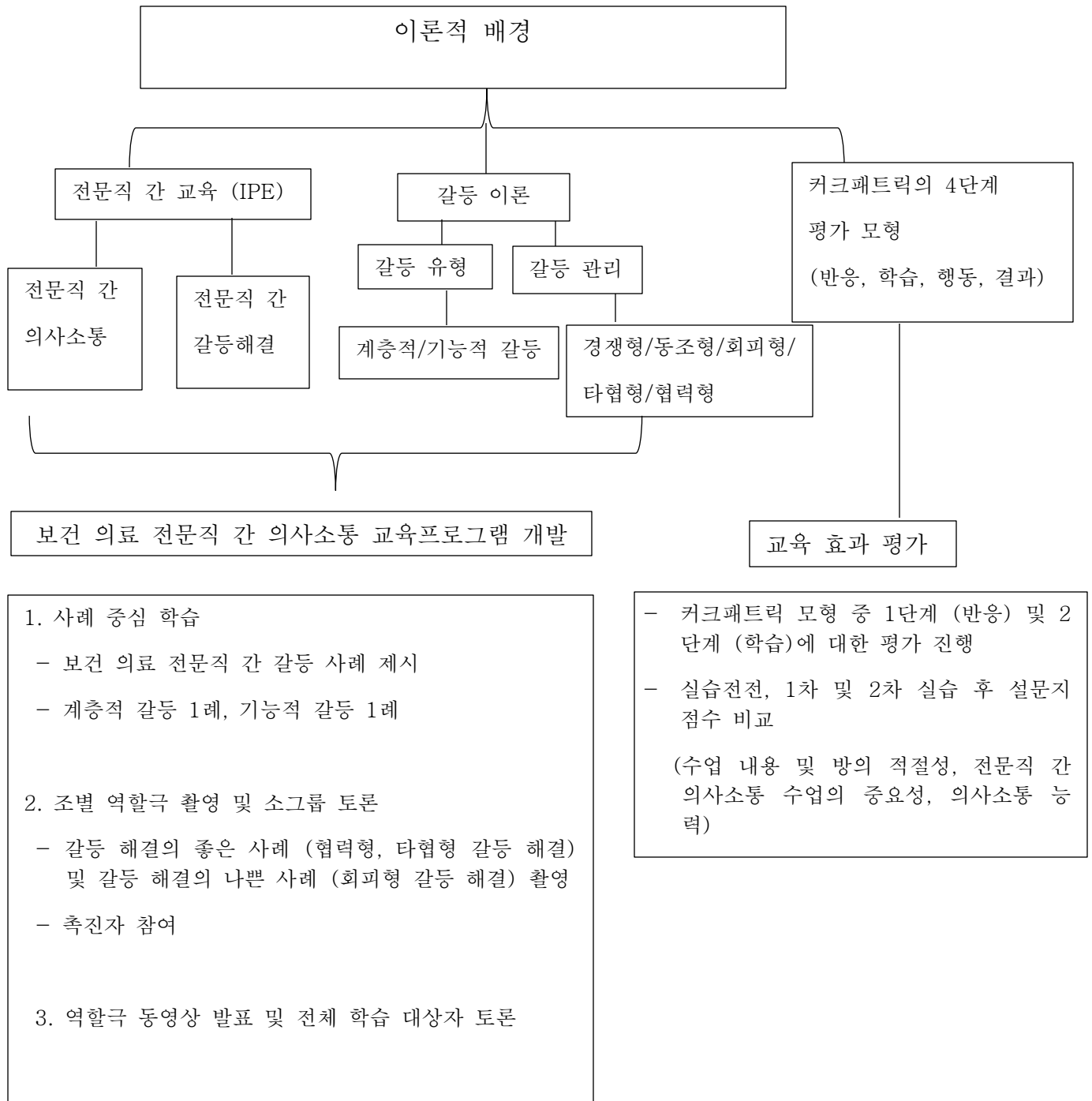


[그림 5] 갈등 해결 모형 (Thomas & Killmann, 1974)

III. 연구절차 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 전문직 간 교육의 항목들 중 전문직 간 의사소통과 갈등 해결에 초점을 두어 실습 프로그램을 개발하고자 하였으며 사례 중심 학습, 조별 역할극 촬영 및 소그룹 토론, 역할극 동영상 발표 및 전체 토론 방식의 교수법을 채택하였다. 학습 대상자들에게 제시한 갈등 사례 및 역할극 촬영의 방향은 본 논문의 이론적 배경 부분에서 다뤘던 갈등 이론의 갈등 유형 및 갈등 관리 방안 등의 내용을 참고하고, 이를 토대로 실습 프로그램을 운영하였다. 실습 프로그램 교육이 완료된 후 이에 대한 효과 평가는 실습 전후 설문을 통해 점수를 비교함으로써 커크패트릭 모형에 입각한 평가를 진행하였다. 본 연구의 진행 개요는 아래와 같다([그림 6]).



[그림 6] 연구 진행 개요

2. 연구 환경

전문직 간 의사소통 실습은 ‘임상현장에서의 보건의료인 간의 의사소통’이라는 주제로 서울대학교 의과대학 의학과 3학년 학생들의 2018년도 1학기 ‘인간 사회 의료 5’ 과목과 2학기 ‘인간 사회 의료 6 과목의 일부로 편성되어 2018년 4월 30일과 10월 8일에 각각 한 차례씩 총 2회 진행되었다. 임상현장에서 타 전문직종 간에 발생할 수 있는 갈등의 유형을 이해하고 개인의 의사소통 방식의 특징과 문제점을 파악하여 갈등을 원만히 해결하여 긍정적인 대인관계를 유지할 수 있는 다양한 의사소통 기술을 습득하는 것이 상기 실습의 목표였다. 각 실습은 학기 당 3시간, 총 6시간 진행하였고 오리엔테이션, 보건의료인 간의 갈등 사례 소개, 조별 역할극, 조별 토론 및 발표, 전체 발표 및 토론, 마무리의 순서로 구성하였으며 2학기 실습에서는 보건의료인 간의 갈등 사례 소개는 생략하였다(<표 5>). 실습을 위해 총 149명의 학생들을 조당 12-13명씩 무작위로 배정하여 총 12개조로 구성하였다. 또한 총 6개의 소그룹 토의실에 12개의 조를 배치하여 두 조가 한 방에서 소그룹 토의를 진행하도록 하였다. 각 조의 학생들에게는 보건의료인 간의 갈등 사례 2가지를 제시하였으며 계층적 갈등과 기능적 갈등 사례를 1가지씩 마련하였다. 이에 따라 1학기 실습에서는 계층적 갈등 사례로 의사-의사(인턴-전공의)간의 갈등 사례를, 기능적 갈등 사례로 의사-간호사(전공의-간호사) 간의 갈등의 사례를 제시하였으며, 2학기 실습에서는 계층적 갈등 사례로 의사-의사(교수-전공의) 간의 갈등 사례를, 기능적 갈등 사례로 의사-의사(전공의-타과 전공의)간의 갈등 사례를 제시하였다. 갈등 사례들은 임상의료 윤리학 관련 문헌들(권복규, 2007; 한국의료윤리교육학회, 2003; 의학교육연수원, 2005; 대한내과학회, 2015; 대한영상의학회, 2017)에 소개된 사례들을 참고하여 수정 및 보완을 통해 개발하였

으며 의학교육학교실 교수 1인 및 가정의학교실 교수 3인의 감수를 받아 최종 선정하였다 (<표 6>, <표 7>). 각 소그룹 토의실의 학생들은 조별로 주어진 사례 중 서로 다른 1개를 자율적으로 선택하여 해당 사례에 대해 역할극 및 동영상 촬영 실습을 하도록 하였다. 이때 각 조별로 조장(발표자), 연기자, 촬영자를 학생들이 자율적으로 선정하도록 하여 실습을 진행하였다. 또한 절반의 조들은 선택한 사례에 대해 갈등 해결의 좋은 사례(협력형, 타협형의 갈등 해결)로 역할극 및 촬영을 하도록 하였고 나머지 절반의 조들은 갈등 해결의 나쁜 사례로 실습(회피형 갈등 해결)을 하도록 무작위로 배정하였다. 각 소그룹 토의실마다 서울대학교병원 가정의학과 임상교수, 임상강사 및 전공의로 이루어진, 총 6인이 촉진자(facilitator) 역할을 위해 투입되었다. 1학기 실습에서는 임상강사 3인 및 전공의 3인이 촉진자로 참여하였으며 2학기 실습에서는 임상교수 1인, 임상강사 1인 및 전공의 4인이 촉진자 역할을 담당하였다. 역할극 및 동영상 촬영 후 학생들은 연기자들의 의사소통 능력 평가 워크시트를 작성하였으며 그 과정에서 갈등 해결의 좋은 사례의 경우에는 의사소통의 어떤 점이 좋았는지, 어떻게 하면 더욱 좋은 의사소통이 될 수 있을지를 토론하고 갈등 해결의 나쁜 사례의 경우에는 의사소통의 문제점이 무엇인지, 어떻게 하면 문제점을 개선할 수 있을지를 촉진자들과 함께 논의하였다. 이후 촉진자들은 각 방의 2개 조의 영상 중 더 나은 것을 선정하여 모든 학생들과 책임교수, 촉진자들이 모인 자리에서의 영상 공개 및 최종 발표, 토론을 하도록 하였다(<표 5>).

<표 5> 실습 계획서

• 실습 목표

- 임상현장에서의 타 직종 간에 발생할 수 있는 갈등의 유형을 기술할 수 있다.
- 개인이 보이는 대화방식의 특징과 문제점을 설명할 수 있다.
- 임상현장에서의 타 직종 간의 갈등 해결 및 원만한 대인관계 형성을 위한 의사소통을 할 수 있다.

시간	내용	교수학습활동	비고
13:00-13:05	수업소개	강의	
13:05-13:10	오리엔테이션	강의	
13:10-13:20	임상 현장에서 보건의료인 간 갈등 사례 소개 (2학기 실습 생략)	강의	
13:20-14:10	조별 역할극	<ul style="list-style-type: none"> - 조별실습 (12개조) - 조별로 2개의 사례 중 1개 사례 택일 - GDR 1방당 2개조, GDR 1-3번방은 갈등 해결의 좋은 사례, GDR 4-6번방은 갈등 해결의 나쁜 사례 동영상 촬영 - 동영상을 함께 보며 서로 잘한 점과 잘못된 점을 토의하며 워크시트를 작성. 	<ul style="list-style-type: none"> - 12(13)명 X 12개조(149명) - 조별로 조장, 촬영자, 연기자 선정 - 갈등 사례지 배포 - 워크시트 배포 - 빔프로젝트 준비 (동영상 함께 시청) - Facilitator 지도 (방당 1명, 교수, 전임의, 전공의)
14:10-14:20	휴 식		

14:20-15:40	조별발표	<ul style="list-style-type: none"> - 조별 동영상 발표 - 피드백 및 토의 - 조별 5분씩 소요 - 좋은 사례/나쁜 사례 각각 최우수 조 선정 	
15:40-15:50	마무리	강의	

<표 6> 2018년도 1학기 실습 갈등 사례

<p>1. 의사- 의사 (전공의-인턴)</p> <p>나는 대학병원에 근무하는 인턴이다. 나는 A과의 지원자이고 A과는 우수한 성적과 평판을 가진 사람들만이 갈 수 있는 과로 알려져 있다. A과 지원자는 인턴 시 그 과를 돌아야 유리하다는 소문이 있어 나는 인턴 된 배치 시 A과 턴을 가져오기 위해 정말 열심히 노력하였다. 드디어 A과에 배치되었고 열심히 일했다. B 전공의는 A과의 1년차로 나는 A과 지원을 위해서라도 B 전공의와 친하게 지내고 싶은 마음을 가지고 있었다. B 전공의는 내가 당직 때마다 "선생님 바빠요?" 하면서 전화가 온다. "어차피 우리 과 오면 하게 될 일이니까 이것 좀 정리해줄래요?" 하면서 자신이 해야 할 일들을 나에게 시킨다. 가끔은 일이 많아 억울하고 불만이 생기지만 B는 A과 전공의들끼리 하는 회식 때 불려 술도 사주면서 "어차피 선생님은 우리과 사람이니까.." 하면서 그 과 전공의가 될 수 있을 같은 희망을 갖게 한다. 오늘은 어머니 생일이고 인턴이 된 뒤 처음으로 가족들에게 식사를 대접하기로 한 날이다. 이 날 오프를 받기 위해 몇 달 전부터 노력해왔다. 일과가 끝나고 퇴근하기 직전 B에게 전화가 온다. "선생님, 내일 제가 컨퍼런스에서 발표해야 하는데 준비를 하나도 못했어요. 선생님이 좀 도와주시겠어요?" 나는 A과 지원을 포기해야 할지 괴롭다.</p>
<p>2. 의사(전공의)- 간호사</p> <p>나는 외과 전공의 1년차이다. 평소 주치의와 수술장 업무 등으로 하루가 어떻게 지나가는지 알 수가 없을 정도로 눈코 뜰 새 없이 바쁜 날들을 보내고 있다. 수술이 늦게 끝나는 날은 밤까지도 오더를 내지 못해 외과 병동 간호사들과 평소 사이가 좋지 않다. 특히 병동 간호사 A는 밤 늦게 드레싱 할 때 도와 달라고 요청을 해도 늘 투명스럽게 "저 바쁘네요" 하고 지나가 버린다. 그리고 A는 당직 때 꼭 필요하지도 않은 노티로 잠을 거의 잘 수 없게 한다. 새벽 3시에 "선생님, B환자 내일 오더에서 지참약이 없어요. 넣어주세요." 이런 식이다. 어제는 병동에서 주치의 업무를 하던 중 수술이 많은 날이라 수술장에서 환자 수술 준비를 도와달라고 쿵이 왔었다. 나는 수술장에 내려간 사이 혹시나 교수님께서 회진을 오시지 않을까 하여 A에게 교수님 오시면 수술장 인력부족으로 도와주러 갔다고 말해달라고 했었다. 하지만 A는 교수님께 그런 말을 전달하지 않았고 힘들게 수술장 업무를 마치고 올라온 나는 결국 교수님께 호출을 받았고 회진 때 병동에 없었다고 꾸중을 들었다. 나는 화가 나서 A가 근무하는 저녁에 일부러 내 담당 환자들의 다음날 오더를 A의 교대시간이 다 끝나갈 때까지 내고 있지 않다가 교대 직전에 한꺼번에 몰아 넣었다. 결국 A는 교대 후에도 밀린 오더 처리를 하느라 바로 퇴근하지 못하고 연장근무를 하게 되었다. 다음 날 A는 병동 수간호사에게 내가 의도적으로 본인을 괴롭히려고 오더를 늦게 냈다고 이야기했고 간호팀에서는 이 일을 과장님께 공식적으로 보고하여 나는 교수님들께 크게 주의를 받았다. 화가 난 나는 A에게 복수할 날만 버르고 있다.</p>

<표 7> 2018년도 2학기 실습 갈등 사례

<p>1. 의사- 의사 (교수 전공의)</p> <p>A는 내과 전공의 2년차로 현재 중환자실 주치의를 보고 있다. 다음달 업무 스케줄을 보니 당직일수가 이번 달보다 하루가 더 많은 데다가 모닝 컨퍼런스에서 케이스 리뷰 발표까지 맡게 되어 있는 것이다. 이렇게 되면 주당 80시간을 초과하게 되어 전공의 특별법에 위배되며 거기에 발표 준비까지 하면 근무 외 시간까지도 업무를 추가로 하게 되는 것이다. 이에 부당함을 느낀 A는 일정 변경에 대해 전공의 교육담당 교수인 B에게 정식으로 면담을 신청하였다. 하지만 B교수는 “무슨 상황인지는 잘 알겠으나 이번 달에 전공의 한 명이 병가로 한달 간 휴직을 할 예정이어서 지난달에 비해 모든 전공의들이 어쩔 수 없이 당직이 늘어났으며 응급상황이나 교육적 목적의 사유로 8시간까지 연장될 수 있다네, 그러니 이번 달만 조금 고생해주게.” 하지만 A는 B교수의 이러한 논리를 이해할 수 없다. 사실 전공의 특별법에 맞춰서 당직 일수를 조정해주고 있으나 중환자실 주치의 업무는 환자의 상태에 따라 오프라도 정해진 근무 시간을 넘기게 되는 경우가 다반사이기 때문이며 거기에 케이스 발표 준비까지 하면 8시간보다 훨씬 더 많은 일을 하게 되기 때문이다. A는 B교수에게 이러한 고충을 재차 토로하였으나 B 교수는 다음달에 있을 케이스는 전공의들이 내과 의사로서 꼭 알아야 할 중요한 케이스로 교육적 의미가 크기 때문에 취소할 수 없다는 입장이다. 실제로 해당 병원의 교수진들은 전공의 특별법 시행 후 전공의 수련의 질 저하를 우려하고 있는 실정이다. 수련시간 단축으로 전공의들의 삶의 질은 이전보다 개선되었을 지 모르지만 이전보다 환자를 지속적으로 보지 못하고 근무시간 맞추기에 급급해 근무의 단절이 일어나고 있어 3년 동안 전공의 수련을 받아도 독립된 전문의로의 역할을 제대로 할 수 있을지를 심각히 걱정하고 있는 상황이다. 전공의라는 신분은 의사라는 전문직이자 해당과의 전문의가 되기 위해 교육 및 수련을 받는 피교육자이기 때문이다. 하지만 이에 대한 전공의들의 입장은 조금 다르다. 병원의 논리대로라면 전공의들의 업무가 전문의가 되는 데 필요한 필수적인 교육과 연관되어 있어야 하는데 정작 주어지는 업무는 염가에 고용된 계약직 의사에 시키는 일들이라는 것이다. 주치의 업무를 하는 과정에서도 실제로 환자의 진료나 술기를 직접 할 수 있는 기회는 거의 없고 수술방이나 검사 일정 예약을 위한 전화하기 등과 같은 행정적 잡무에 불필요한 시간을 많이 쓰고 있다는 것이다.</p>
<p>2. 의사- 의사 (타과 전공의와의 갈등)</p> <p>C는 이비인후과 전공의 1년차로 병동 주치의 및 당직 업무를 주로 보고 있다. 첫 당직 근무를 서던 날 새벽 전날 오후에 수술한 환자가 갑자기 열이 나고 혈압이 떨어지기 시작하였다. 당황한 나는 당일 내과 당직인 전공의 2년차 D에게 급하게 전화하여 환자 상태를 봐 달라고 부탁했다. 평소 병원에서 까칠하기로 유명한 D는 C에게 “환자 열나고 혈압 떨어지면 뭐 해줘야 하는데요? 아무 조치도 안하고 그냥 내과 당직의한테 전화하면 끝인가요?” 라고 신경질적으로 대답했다. C는 자존심이 상했지만 환자 상태가 점점 더 안 좋아지는 것 같아서 “아 제가 1년차이고 오늘이 첫 당직이라 아직 경황이 없어서요, 지금 환자 상태가 점점 안 좋아지는 것 같은데 와서 좀 봐주시면 안될까요? 라고 다시 부탁했다. 그러자 D는 “1년차는 의사 아닌가요? 모르는 게 벼슬도 아니고 공부 좀 하세요, 우리 병동에 급한 환자 해결하고 갈 테니까 full lab* 나가고 승압제 걸고 BP* monitoring 하고 있어요.” 라고 하였다. C는 승압제 용량을 얼마로 줘야 될지 몰라 헤맸고 조금 후에 D가 와서 승압제를 준 뒤에도 상태가 악화되어 결국 중환자실로 전실 되었다. 다음날 C는 과 선배들에게 전날 당직 때 D의 언행에 대해 보고 하자 화가 난 선배들은 앞으로 D가 이비인후과에 노티하면 보러 가지 말라고 지시하였다. 며칠 뒤 당직을 서던 C는 D로부터 내과 병동에 입원한 환자의 멈추지 않는 비강 내 출혈에 대한 노티를 받게 되었다.</p> <p>lab: laboratory tests (피검사)의 약칭, BP: blood pressure (혈압)의 약칭</p>

3. 연구 가설

본 연구에서 연구 목적에 기초하여 설정한 연구 가설은 다음과 같다.

가설 1. 전문직 간 의사소통 실습을 마친 의학과 학생들의 대인관계 의사소통 역량 점수가 실습 참여 전보다 증가할 것이다.

가설 2. 전문직 간 의사소통 실습을 마친 의학과 학생들이 향후 의사로서 활동하는 데 있어서 전문직 간 의사소통 수업이 얼마나 중요하다고 생각하는지에 대한 태도 점수가 실습 참여 전보다 증가할 것이다.

4. 연구 대상

본 연구는 2018년도 서울대학교 의과대학 1학기 ‘인간 사회 의료 5’ 과목과 2학기 ‘인간사회 의료 6’ 과목을 통해 ‘임상현장에서의 보건의료인 간의 의사소통’ 실습을 두 차례 완료한 의학과 3학년 학생 149명을 대상으로 하였다. 총 149명의 학생들 중 실습 전과 1학기 실습 후, 2학기 실습 후 총 3번의 설문지의 모든 객관식 문항을 빠뜨리지 않고 작성한 137명을 최종 연구대상으로 선정하였다.

5. 실습 평가

두 차례의 ‘임상현장에서의 보건의료인 간의 의사소통’ 실습 교육 후 그 효과를 평가하기 위해서 학생들을 대상으로 실습 전, 1차 실습 후, 2차 실습 후 총 3차례에 걸쳐 대인관계 의사소통 역량, 의사소통 수업의 중요성 및 수업의 내용 · 방법의 적절성을 평가하는 설문지를 작성하게 하였다. 이 때 사용한 모델은 커크패트릭의 4단계 교육평가 모델로서 반응, 학습, 행동, 결과 중 실습 시행 후 즉각적인 평가가 가능한 ‘반응’ (수업의 내용 · 방법의 적절성, 주관식 설문) 및 ‘학습’ (전문직 간 의사소통 수업의 중요성에 대한 태도 변화, 의사소통 능력) 단계에 대한 평가만 시행하였다.

6. 연구 도구

학생들이 실습에서 작성한 워크시트와 본 연구에 쓰인 실습의 사전 및 사후설문지는 Rubin 과 Martin(1994)의 Interpersonal Communication Competence Scale(ICC)을 국내 정서에 맞게 번역, 수정한 포괄적 대인의사소통 능력 척도(Global Interpersonal Communication Competence Scale, GICC-15)를 사용하였다(허경호, 2003). 이 설문은 의사소통 능력을 평가하는 15가지의 하부요인으로 구성되어 있으며 각 요인 별로 한 개의 문항을 포함하여 총 15개의 문항으로 구성되어 있다. 이 척도는 기존의 의사소통 능력을 평가하는 척도들이 주로 미국에서 개발되어 국내 정서와는 괴리가 있을 뿐 아니라 감정이입(empathy), 자기노출(self-disclosure), 즉시성(immediacy) 등과 같은 특정 영역에 초점을 맞춘 것이어서 개인의 전반적인 의사소통 능력을 측정하기 위해서는 여러 개의 척도들을 동시에 참고해야만 하는 번거로움이 있어 이를 극복하고자 개발된 척도로서 포괄적인 대인관계 의사소통 능력을 평가하면서도 다른 요인들과 함께 연구에 쓰일 수 있을 만큼 적절한 항목 수를 갖춘 척도로 알려져 있다(허경호, 2003). GICC-15의 하부요인은 구체적으로 자기노출(self-disclosure), 역지사지(empathy), 사회적 긴장완화(social relaxation), 주장력(assertiveness), 집중력(concentration), 상호작용 관리(interaction management), 표현력(expressiveness), 지지(supportiveness), 즉시성(immediacy), 효율성(efficiency), 사회적 적절성(social appropriateness), 조리성(conversational coherence), 목표 간파(goal detection), 반응력(responsiveness), 잡음 통제력(noise control)이며 점수가 높을수록 의사소통 능력이 높음을 의미한다. 보건의료인의 환자를 진료하는 과정에서의 의사소통 능력을 측정하는 연구 도구의 종류는 매우 다양하나 상기 실습은 환자를 치료하는 과정

에서의 보건의료인 간의 의사소통이 아닌 보건의료인 간의 대인관계에 있어서의 갈등 상황에 대한 의사소통을 주제로 하였으므로 대인관계 의사소통 능력을 평가하는 GICC-15를 연구도구로 선정하게 되었다. 실제로 보건의료인의 대인관계에 있어서 의사소통 척도로서 GICC-15가 다수의 이전 연구들에서 사용된 바 있다(이미련, 곽윤경, 2016; 김세향, 이미애, 2014; 한미숙 등, 2016; 양야기, 2018; 강민아, 이수경, 2016; 허나래, 2015; 이현숙, 김종경, 2010; 조은주, 임경민, 2016; 임숙빈, 김은경, 2008; 박정원, 최명숙, 2009; 박나경, 2014; 주가을 등, 2015). GICC-15 항목의 적절성을 검증하기 위하여 의학교육학 교실 교수 1인, 가정의학교실 교수 2인의 감수를 반영하여 일부 항목의 명칭 및 문항의 문장표현 등을 수정 및 보완하였다. 이에 따라 하부요인 중 ‘집중력’ 항목의 경우, 해당 항목에 대한 설문 문항이 상대의 말에 집중을 하였는지를 묻는 내용임을 고려하여 워크시트와 사전 및 사후 설문지에는 학생들의 이해를 돕기 위해 ‘경청’ 이라고 항목의 명칭을 수정하여 표기하였다. 워크 시트의 경우 위의 GICC-15의 15개 항목 외에 실습의 느낀 점 및 본인이라면 어떻게 갈등을 해결하겠는지를 묻는 주관식 문항을 추가하였다. GICC-15의 15문항 외에 전문직 간 의사소통 수업의 중요성을 묻는 1개 문항이 사전 및 사후 설문지에 추가되었으며 사후 설문지에는 수업 내용과 방법의 적절성을 묻는 2개 문항이 더 추가되어 사전 설문지 총 16문항, 사후 설문지 총 18문항으로 완성되었다. 또한 사후설문지의 경우 기타 수업 건의 및 개선사항과 관련된 주관식 항목 또한 마련하였다. GICC-15는 개발 당시의 신뢰도는 크론바흐 알파 계수(Cronbach’ s Alpha Coefficient) 값이 0.72였으며(허경호, 2003) 본 연구에서는 실습 사전 설문(16문항)은 0.85, 1학기 실습 사후 설문(18문항)과 2학기 실습 후 설문(18문항)의 경우 모두 0.89로 확인되었다. 각각의 객관식 문항은 리커트(Likert) 5점 척도로 평가(1점: 전혀 그렇지 않다, 2점: 그렇지 않다, 3점: 보통, 4점: 그렇다, 5점: 매우 그렇다)하였다(<표 8>),(<표 9>),(<표 10>).

<표 8> 임상현장에서의 보건의료인 간의 의사소통 실습 워크시트

	사용했는가?		사용했다면, 어떻게 사용했는가?						예
	예	아니오	부적절하게		적절하게				
자기노출			0	1	2	3	4	5	대화 상대방에게 본인을 진정성 있게 노출하였다.
공감			0	1	2	3	4	5	다른 사람의 입장에서 의사소통을 하였다.
사회적 긴장완화			0	1	2	3	4	5	대화에서 상대의 부정적 반응이나 비판을 과도한 스트레스로 받지 않고 침착하게 행동하였다.
주장력			0	1	2	3	4	5	부당한 취급을 받은 경우 정당하게 맞섰다.
경청			0	1	2	3	4	5	상대의 말에 집중을 하였다.
상호작용 관리			0	1	2	3	4	5	자신의 생각과 느낌을 언어적/비언어적으로 적절히 표현하였다.
표현력			0	1	2	3	4	5	자신의 생각과 느낌을 언어적/비언어적으로 적절히 표현하였다.
지지			0	1	2	3	4	5	평가적인 의사소통보다는 설명적인 대화로 접근하였다.
즉시성			0	1	2	3	4	5	대화 시 상대방에 대해 관심이 있다는 것을 적절히 표현하였다.
효율성			0	1	2	3	4	5	효율적인 대화를 하였다.
사회적 적절성			0	1	2	3	4	5	상황에 맞는 어법을 구사하였다.
조리성			0	1	2	3	4	5	대화의 앞뒤가 잘 맞게 조리 있게 구사하였다.
목표 간과			0	1	2	3	4	5	대화 도중 상대의 대화목적을 잘 파악하고 의사소통 하였다.
반응력			0	1	2	3	4	5	대화 도중에 상대의 말을 잘 알아듣고 있음을 말 또는 고갯짓으로 알렸다.
잡음 통제력			0	1	2	3	4	5	대화 중에 대화에 방해가 되는 요소를 가능한 한 차단하였다.
갈등 사례 역할극 실습을 하고 느낀 점은 무엇입니까? -----									
당신이라면 어떻게 갈등을 해결하시겠습니까? -----									

<표 9> 임상현장에서의 보건의료인 간의 의사소통 실습 사전 설문지

이름		성별		나이		입학구분	
항목	설문 내용						
1.	자기노출	나는 친구들이 내가 진실로 누구인지 알 수 있게 한다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.					
2.	공감	나는 다른 사람의 입장에서 볼 수 있다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.					
3.	사회적 긴장완화	나는 다양한 사회적 상황에서도 대체로 편하게 느낀다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.					
4.	주장력	나는 부당한 취급을 받을 때 정당하게 맞선다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.					
5.	경청	나는 상대의 말에 집중한다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.					
6.	상호작용관리	나는 대화를 할 때 한 주제에서 다른 주제로 부드럽게 넘어갈 수 있다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.					
7.	표현력	내가 기쁠 때와 슬플 때를 친구들이 알아차릴 수 있다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.					
8.	지지	나는 대화 시 상대방에게 권위적이지 않고 평등한 입장에서 대화한다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.					
9.	즉시성	나의 친구들은 내가 본인들에게 관심이 있다는 것을 믿고 있다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.					
10.	효율성	나는 말을 장황하게 하지 않고 요점 중심으로 이야기를 한다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.					

11.	사회적 적절성	나는 상황에 맞는 어법을 구사한다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
12.	조리성	나는 앞뒤가 잘 안 맞는 말을 한다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
13.	목표간파	나는 대화 도중 상대방이 무슨 말을 하고 싶어 하는지를 쉽게 알아차린다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
14.	반응력	나는 대화할 때 상대의 말을 잘 알아듣고 있음을 말로 또는 고갯짓으로 알린다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
15.	잡음 통제력	나는 대화 중에 대화에 방해가 되는 요소를 가능한 한 차단한다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
16.	수업 만족도	전문직 간 의사소통 수업은 의사의 역할 수행에 있어서 얼마나 중요하다고 생각하십니까? ① 전혀 중요하지 않다. ② 중요하지 않다. ③ 보통 ④ 중요하다. ⑤ 매우 중요하다.

<표 10> 임상현장에서의 보건의료인 간의 의사소통 실습 사후 설문지

이름	성별	나이	입학구분
항목	설문 내용		
1.	자기노출	나는 친구들이 내가 진실로 누구인지 알 수 있게 한다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.	
2.	공감	나는 다른 사람의 입장에서 볼 수 있다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.	

3.	사회적 긴장완화	나는 다양한 사회적 상황에서도 대체로 편하게 느낀다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
4.	주장력	나는 부당한 취급을 받을 때 정당하게 맞선다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
5.	경청	나는 상대의 말에 집중한다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
6.	상호작용관리	나는 대화를 할 때 한 주제에서 다른 주제로 부드럽게 넘어갈 수 있다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
7.	표현력	내가 기쁠 때와 슬플 때를 친구들이 알아차릴 수 있다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
8.	지지	나는 대화 시 상대방에게 권위적이지 않고 평등한 입장에서 대화한다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
9.	즉시성	나의 친구들은 내가 본인들에게 관심이 있다는 것을 믿고 있다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
10.	효율성	나는 말을 장황하게 하지 않고 요점 중심으로 이야기를 한다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
11.	사회적 적절성	나는 상황에 맞는 어법을 구사한다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
12.	조리성	나는 앞뒤가 잘 안 맞는 말을 한다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
13.	목표간파	나는 대화 도중 상대방이 무슨 말을 하고 싶어 하는지를 쉽게 알아차

		린다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
14.	반응력	나는 대화할 때 상대의 말을 잘 알아듣고 있음을 말로 또는 고갯짓으로 알린다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
15.	잡음 통제력	나는 대화 중에 대화에 방해가 되는 요소를 가능한 한 차단한다. ① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통 ④ 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.
16.	수업 만족도	전문직 간 의사소통 수업은 의사의 역할 수행에 있어서 얼마나 중요하다고 생각하십니까? ① 전혀 중요하지 않다. ② 중요하지 않다. ③ 보통 ④ 중요하다. ⑤ 매우 중요하다.
17.	수업 내용의 적절성	본 의사소통 수업의 내용은 의학과 3학년 과정 수업으로 적절하다고 생각하십니까? ① 전혀 적절하지 않다. ② 적절하지 않다. ③ 보통 ④ 적절하다. ⑤ 매우 적절하다.
18.	수업 방법의 적절성	의사소통 수업에 사용된 교수-학습방법(전체 강의, 조별토의, 역할극 등)은 적절하였습니까? ① 전혀 적절하지 않았다. ② 적절하지 않았다. ③ 보통 ④ 적절했다. ⑤ 매우 적절했다.
19.	기타	기타 본 수업과 관련하여 건의할 사항이나 개선 사항 등이 있다면 자유롭게 기술하여 주십시오. -----

7. 통계적 분석

실습의 사전과 사후 설문지는 구글(Google Inc., Mountain View, CA, USA)사의 설문지 프로그램(Google Forms)을 이용하여 전산화하였다. 실습 전후 학생들의 의사소통 능력 및 전문직 간 의사소통 수업의 중요성에 대한 인식의 변화를 통계적으로 비교하기 위해 실습 전, 1학기 실습 후 및 2학기 실습 후의 세 시점 간의 총점 및 문항별 평균을 반복측정 분산 분석(repeated measure analysis of variance, RM ANOVA)으로 비교하였다. 또한 1학기 실습 후와 2학기 실습 후, 두 시점 간의 실습의 내용과 적절성에 대한 학생들의 태도의 변화를 대응 표본 t 검정(paired t-test)으로 비교하였다. 반복측정 분산분석 시 가정으로 요구되는 구형성은 Mauchly의 단위행렬 검정으로 확인하였으며, 구형성 검정을 불만족하는 경우는 Greenhouse-Geisser 방법으로 수정된 일변량 분석을 사용하였다. 모든 통계적 분석은 IBM SPSS Statistics for Windows Version 20(IBM Corp., Armonk, NY, USA)를 사용하여 진행하였으며, p 값이 0.05 미만인 경우를 통계적으로 유의미한 것으로 간주하였다.

8. 연구 윤리

본 연구에 대한 서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회(이하 위원회)의 심의 내용은 아래와 같다. 의학과 학생들의 보건의료인 간 의사소통 교육 효과 연구에 대하여 연구에 사용되는 자료는 교육 전후 학생들의 인식 및 역량의 변화를 알아보기 위한 설문조사로 개인 정보가 보호되기 때문에 심의 면제 기준에 부합하여 심의를 면제하였다. 동 위원회는 상기 연구가 설문조사에 기반한 후향적 연구이고, 설문조사의 취지가 학생실습 교육의 개선을 위한 활동의 일환으로 연구 대상자에게 미치는 위험이 거의 존재하지 않는 최소한의 위험도 연구로 판단하여 연구 진행을 승인하였다(IRB No. C-1808-143-967).

IV. 연구 결과

1. 연구 대상자의 기본적 특성

2018년도 서울대학교 의과대학 의학과 1학기 ‘인간 사회 의료 5’ 과목과 2학기 ‘인간 사회 의료 6’ 과목을 통해 ‘임상현장에서의 보건의료인 간의 의사소통’ 실습을 두 차례 완료한 총 149명의 의학과 3학년 학생 중, 실습 전과 1학기 실습 후, 2학기 실습 후 총 3번의 설문지의 모든 객관식 문항을 빠뜨리지 않고 작성한 학생은 총 137명이었다. 총 137명의 대상자 중 남성이 88명으로 64.2%, 여성이 49명으로 35.8%였다. 대상자의 입학 방식을 살펴보면 137명 중 58.4%인 80명이 의예과로 입학하였으며 나머지 57명이 편입을 통해 입학하였다. 총 대상자의 평균 연령은 24.10 ± 1.87 세(평균 \pm 표준편차)였으며 남성의 평균 연령은 24.10 ± 2.02 세, 여성은 23.98 ± 1.57 세였다. 의예과로 입학한 대상자의 평균 연령은 22.91 ± 0.60 세였으며, 편입으로 입학한 대상자의 평균 연령은 25.67 ± 1.85 세였다(<표 11>).

<표 11> 연구 대상자의 기본적 특성

		연령 (평균 ± 표준편차)	실습 참여자 수
전체		24.10 ± 1.87	137 (100%)
성별	남성	24.10 ± 2.02	88 (64.2%)
	여성	23.98 ± 1.57	49 (35.8%)
입학구분	의예과	22.91 ± 0.60	80 (58.4%)
	편입학	25.67 ± 1.85	57 (41.6%)

2. 실습 전후 포괄적 대인의사소통 능력 (GICC-15) 점수 비교

전문직 간 의사소통 실습을 받기 전과 1차 실습 후, 2차 실습 후 설문지를 모두 완료한 총 137명의 학생들의 세 차례의 GICC-15 총점을 반복 측정 분산분석으로 측정한 결과 실습 전의 GICC-15의 15문항 총점은 평균 55.61 ± 6.99 점(평균 \pm 표준편차)이었으며 1학기 실습 후 총점은 58.75 ± 7.27 점으로 실습 전에 비해 3.14점 상승하였다. 2학기 실습 후의 총점은 57.03 ± 6.83 으로 1학기 실습 직후보다 총점이 다소 감소하였으나 실습 전의 총점보다는 높은 수준을 유지하였으며 상기 결과들은 통계적으로 모두 유의하였다($p=0.000$) (<표 12>). 실습 전, 1차 실습 후, 2차 실습 후의 GICC-15 세부 문항별 점수를 비교한 결과 15개의 문항 모두 1차 실습 후의 점수가 실습 전에 비해 증가하였으며 ‘경청’, ‘상호작용 관리’, ‘반응력’ 세 항목을 제외한 나머지 항목들은 모두 통계적으로 유의한 양상이었다 ($p<0.05$). 실습 전에 가장 높은 평균 점수를 보인 항목들은 ‘반응력’ 4.27 ± 0.65 점, ‘경청’ 4.12 ± 0.69 점, ‘지지’ 4.10 ± 0.74 점 순이었으며 실습 전에 가장 낮은 평균 점수를 보인 항목들은 ‘조리성’ 2.33 ± 0.99 점, ‘주장력’ 3.36 ± 0.96 점, ‘사회적 긴장 완화’ 3.47 ± 0.96 점 순으로 나타났다. 실습 전에 비해 1차 실습 후 가장 높은 폭으로 증가한 항목은 ‘효율성’ 으로 0.45점의 상승을 보였으며 ‘조리성’ 과 ‘즉시성’ 이 각각 0.34점과 0.31점의 상승을 보여 상대적으로 높은 증가 폭을 보였다. 2차 실습 후의 항목별 점수는 1차 실습 후의 점수와 비교했을 때 0.4점의 상승을 보인 ‘주장력’ 을 제외한 모든 항목에서 감소하였으며 ‘경청’ ‘상호작용 관리’, ‘반응력’ 세 항목을 제외하고는 모두 통계적으로 유의하였다 ($p<0.05$). 2차 실습 후 1차 실습 후에 비해 가장 높은 폭으로 감소한 항목은 ‘효율성’ 으로 0.34점의 감소폭을 보였으며, ‘지지’ 와 ‘잡음 통제력’ 이 각각 0.21점의

하락을 보여 상대적으로 높은 감소 폭을 보였다. 하지만 2차 실습 후의 각 항목별 점수는 실습 전의 점수와 비교했을 때에는 특별한 차이를 보이지 않은 ‘공감’ 을 제외한 모든 항목에서 점수가 증가하였으며 ‘경청, ‘상호작용 관리’ , ‘반응력’ 세 항목을 제외하고는 통계적으로 모두 유의하였다($p < 0.05$). 실습 전에 비해 2차 실습 후에 가장 높은 점수 상승을 보인 항목은 ‘조리성’ 으로 0.31점의 상승을 보였으며, ‘주장력’ 과 ‘표현력’ 이 각각 0.28점과 0.26점으로 비교적 높은 상승 폭을 보였다 <(표 13)>.

<표 12> 실습 전후 포괄적 대인 의사소통 능력 (GICC-15*) 총점 비교 (n=137)

	실습 전 GICC 총점 (평균±표준편차)	1차 실습 후 GICC 총점 (평균±표준편차)	2차 실습 후 GICC 총점 (평균±표준편차)	p-value
전체 (137명)	55.61 ± 6.99	58.75 ± 7.27	57.03 ± 6.83	0.000

*GICC-15: Global Interpersonal Communication Competence Scale

<표 13> 실습 전후 포괄적 대인 의사소통 능력 (GICC-15*) 항목별 점수 비교 (n=137)

세부 문항	실습상태	평균 점수	표준편차	P 값
1. 자기노출	실습 전	3.62	0.96	0.033
	1 차 실습 후	3.84	0.85	
	2 차 실습 후	3.72	0.85	
2. 공감	실습 전	4.04	0.68	0.012
	1 차 실습 후	4.20	0.62	
	2 차 실습 후	4.04	0.60	
3. 사회적 긴장완화	실습 전	3.47	0.97	0.000
	1 차 실습 후	3.73	0.92	
	2 차 실습 후	3.60	0.85	
4. 주장력	실습 전	3.36	0.96	0.001
	1 차 실습 후	3.60	0.94	
	2 차 실습 후	3.64	0.88	
5. 경청	실습 전	4.12	0.69	0.299
	1 차 실습 후	4.20	0.64	
	2 차 실습 후	4.14	0.63	
6. 상호작용 관리	실습 전	3.85	0.79	0.128
	1 차 실습 후	3.98	0.74	
	2 차 실습 후	3.90	0.71	
7. 표현력	실습 전	3.65	1.00	0.001
	1 차 실습 후	3.93	0.92	
	2 차 실습 후	3.91	0.79	
8. 지지	실습 전	4.10	0.74	0.021
	1 차 실습 후	4.25	0.72	
	2 차 실습 후	4.04	0.72	
9. 즉시성	실습 전	3.67	0.85	0.000
	1 차 실습 후	3.98	0.80	
	2 차 실습 후	3.89	0.73	
10. 효율성	실습 전	3.50	1.00	0.000
	1 차 실습 후	3.95	0.91	
	2 차 실습 후	3.61	0.93	
11. 사회적 적절성	실습 전	3.92	0.71	0.030
	1 차 실습 후	4.05	0.75	
	2 차 실습 후	3.88	0.73	
12. 조리성	실습 전	2.33	0.99	0.000

	1 차 실습 후	2.67	1.18	
	2 차 실습 후	2.64	1.03	
13. 목표 간파	실습 전	3.89	0.81	0.020
	1 차 실습 후	4.07	0.73	
	2 차 실습 후	3.99	0.66	
14. 반응력	실습 전	4.27	0.65	0.944
	1 차 실습 후	4.28	0.64	
	2 차 실습 후	4.26	0.68	
15. 잡음 통제력	실습 전	3.82	0.79	0.012
	1 차 실습 후	4.01	0.76	
	2 차 실습 후	3.80	0.75	

*GICC-15: Global Interpersonal Communication Competence Scale

3. 전문직 간 의사소통 실습의 중요성 및 적절성 점수 비교

전문직 간 의사소통 실습 전과 1차 실습 후, 2차 실습 후 총 세 차례의 설문조사에서 ‘전문직 간 의사소통 실습이 향후 임상 의사로서의 역할을 수행하는 데 있어서 얼마나 중요하다고 생각하는가’ 라는 문항을 통해 실습 전과 후의 학생들의 인식의 변화를 비교한 결과, 실습 전의 평균 점수는 4.17 ± 0.98 점 (평균 \pm 표준편차)이었으며 1차 실습 후에는 4.28 ± 0.85 점으로 점수가 증가하였고, 2차 실습 후에는 4.05 ± 0.83 점으로 감소하였다. 이 수치들은 모두 통계적으로 유의하였다($p=0.030$) (<표 14>). 또한 조별 역할극 및 토론을 통한 전문직 간 의사소통 실습을 마친 후 실습의 내용이 적절하였는지를 묻는 문항의 평균 점수는 1차 실습 후의 경우 3.99 ± 0.92 점이었으며 2학기 실습 후에는 3.71 ± 0.94 점으로 확인되었다. 실습의 방법이 적절하였는지를 묻는 문항의 평균 점수는 1차 실습 후에는 3.95 ± 0.99 점 ($p < 0.006$)이었으며 2차 실습 후에는 3.68 ± 0.94 점 ($p < 0.004$)으로 나타나 이 두 문항 역시 1차 실습 후에 비해 점수가 하락하였다 (<표 15>).

<표 14> 실습 전후 전문직 간 의사소통 실습의 중요성에 대한 인식 비교 (n=137)

항목	실습 상태	평균점수	표준편차	P 값
전문직 간 의사소통 실습의 중요성	실습 전	4.17	0.98	0.030
	1 차 실습 후	4.28	0.85	
	2 차 실습 후	4.05	0.83	

<표 15> 실습 내용 및 방법에 대한 적절성 점수 비교 (n=137)

항목	실습상태	평균점수	표준편차	P 값
수업 내용의 적절성	1 차 실습 후	3.99	0.92	0.006
	2 차 실습 후	3.71	0.94	
수업 방법의 적절성	1 차 실습 후	3.95	0.99	0.004
	2 차 실습 후	3.68	0.94	

4. 전문직 간 의사소통 실습의 주관식 설문 결과

두 차례의 전문직 간 의사소통 실습을 마칠 때마다 학생들에게 실습 교육과 관련된 건의사항을 자유롭게 기술할 수 있도록 사후 설문지의 마지막 문항으로 주관식 문항을 포함하였으며 상기 문항에 대해 1 학기 실습 후에는 20 명의 학생들이, 2 학기 실습 후에는 10 명의 학생들이 응답을 하였다. 1 학기 실습 후의 경우 전체 응답자의 50%인 10 명의 학생들이 실습이 전반적으로 흥미로웠으며 유익했다는 의견을 주었으며 이 중 두 명은 역할극을 직접 해보며 영상촬영을 한 것이 특히 흥미로웠다고 응답하였다. 2 명의 학생들은 실습 시간이 상대적으로 짧았다고 의견 주었으며 1 명은 갈등 시나리오가 좀 더 구체적으로 제시되기를 요구하였다. 나머지 7 명은 역할극 촬영을 통한 실습이 비효율적이라고 응답하였다. 역할극 촬영 실습이 비효율적인 구체적인 이유로는 배우, 촬영자, 조장에게 일이 집중된다는 점, 역할극 촬영 및 편집시간이 상대적으로 오래 걸려 토론 시간이 부족했다는 점, 보다 현실적인 병원 문화에 대한 소개나 실제 다른 직종의 보건의료인이 참여하는 간담회의 형식이었으면 좋겠다는 의견 등이 있었다.

2 학기 실습 후의 경우 전체 응답자의 50%인 5 명이 실습이 유익했다고 응답하였으며 1 명이 조별 인원을 조금 더 소규모로 구성했으면 좋겠다는 의견을 주었다. 나머지 4 명은 역할극 촬영 실습이 비효율적이었다고 응답하였다. 실습이 비효율적이었다는 의견을 구체적으로 살펴보면 역할극 보다는 강의를 통해 바람직한 의사소통에 대해 배우거나 보다 활발한 토의가 필요하다는 의견들이 있었다.

V. 고찰

1. 전문직 간 의사소통 실습 효과 평가

본 연구에서는 서울대학교 의과대학 의학과 3학년을 대상으로 시행한 두 차례의 ‘임상 현장에서의 보건의료인 간의 의사소통’ 실습의 교육 효과를 커크패트릭의 4단계 평가모형 중 실습 시행 후 즉각적인 평가가 가능한 ‘반응’ 및 ‘학습’ 단계에 관하여 평가하였다.

(1) 1단계: 반응(Reaction) 평가

1단계 반응을 평가하기 위해 실습의 내용과 방법이 적절했는지 여부를 1차 실습 후와 2차 실습 후에 각각 조사하여 두 시점의 점수 변화를 비교하였으며 그와 더불어 수업에 대한 전반적인 건의사항을 묻는 주관식 문항도 활용하였다. 그 결과 수업의 내용과 방법의 적절성에 대한 점수는 모두 1차 실습 후에 비해 2차 실습 후에 소폭 감소하였다($p < 0.05$). 이는 아무래도 반복적인 실습으로 인해 학생들의 실습에 대한 전반적인 만족도가 다소 하락한 것으로 파악된다. Fadlon 등(2004)이 의학과 1학년 학생들을 대상으로 소아과, 내과, 산과, 부인과 순서로 네 차례의 환자 면담 의사소통 기술과 관련된 실습을 진행한 후 학생들에게 소감을 물어본 결과 실습을 거듭할수록 학생들은 오히려 실습이 너무 반복적이고 지루하며 정적이라며 불만족을 나타냈다고 한다. 본 연구에서 진행된 2차 실습 역시 동일한 학생을

대상으로 보건의료인 간의 갈등 상황의 주체만 바뀌었을 뿐 동일한 주제를 가지고 1학기 실습과 완전히 동일한 방식으로 진행되었기 때문에 학생들에게 식상함을 주었을 가능성이 있다. 이와 더불어 2차 실습 후 주관식 문항에 응답한 학생들의 수 역시 총 10명으로 1차 실습 후에 20명이 응답했던 것에 비해 절반 정도로 감소한 것으로 볼 때 실습에 대한 학생들의 흥미와 호기심이 1차 실습에 비해 전반적으로 떨어진 것으로 보인다.

이밖에 1학기 실습과 2학기 실습에서 다른 갈등 사례들의 주체가 달랐다는 점도 두 학기의 실습에 대한 반응 점수의 차이를 가져왔을 수 있다. 실제로 1학기 실습에서는 전공의와 간호사간의 갈등이라는 완전히 다른 직종과의 갈등 사례를 학생들에게 제시한 반면 2학기 실습에서는 교수-전공의 간의 갈등 및 타과 전공의와의 갈등이라는 서로 다른 의사직 간의 갈등 사례만을 다뤘다. 서울대병원의 의료인을 대상으로 시행한 동료 의료인 간의 갈등에 관한 설문 연구에 따르면 실제로 전공의들이 일상 생활에서 가장 자주 대하는 직종 및 바람직한 관계가 가장 잘 되지 않는다고 생각하는 직종은 모두 간호사인 것으로 보고되었다(최규진 외 2008). 따라서 학생들 입장에서 자신들의 전공 직종과 보다 이질성이 큰 간호사와의 갈등 사례가 주어졌던 1학기 실습에 보다 흥미를 가지고 임했을 가능성도 있겠으며 이것이 두 학기 실습 간의 점수 차이를 가져왔을 수도 있겠다.

하지만 전문직 간 의사소통 수업의 내용 및 방법의 적절성에 대한 점수들이 모두 3점대 후반을 보였으며, 매 실습마다 주관식 문항에 응답한 학생들 중 절반이 수업이 유익했다고 답변을 하였으므로 상기 실습 교육에 대한 학생들의 포괄적인 반응은 전반적으로 양호했던 것으로 판단된다.

(2) 2단계: 학습(Learning) 평가

가: 태도의 변화 평가

‘학습’ 단계의 평가 중 태도의 변화를 평가하기 위하여 전문직 간 의사소통 실습 전과 1차 실습 후, 2차 실습 후에 학생들이 향후 임상 의사 생활을 하는데 있어 전문직 간 의사소통 교육이 얼마나 중요하다고 인식하는지에 대한 점수를 비교하였다. 1차 실습 후의 점수는 4.28점으로 실습 전의 4.17점보다 상승하였으며 2차 실습 후의 점수는 4.05점으로 실습 전보다도 하락한 양상을 보였다($p=0.030$). 이렇게 실습 전에 비해 1학기 실습 후에 전문직 간 의사소통 교육의 중요성에 대한 인식이 증가한 것으로 볼 때 역할극 촬영 및 토론 실습이 긍정적인 교육 효과를 가져왔다고 할 수 있겠다. 이것은 아마도 보건의료 전문직 간의 갈등과 의사소통이라는 새로운 주제를 가지고 역할극 촬영 및 토론의 방식으로 실습을 진행했던 것이 학생들로 하여금 의사의 업무를 수행하는 데 있어 다른 전문 직종과의 적절한 의사소통이 그들이 생각했던 것보다 더욱 중요하다고 인지하게끔 하였다고 추정할 수 있다. 하지만 2차 실습 후의 학생들이 전문직간 의사소통 교육의 중요성에 대한 인식 점수는 1차 실습 후 및 실습 전보다 오히려 떨어진 결과를 보였다. 이러한 결과를 보인 이유에 대해서는 몇 가지 가능성으로 그 원인을 설명해 볼 수 있겠다. 먼저 앞서 ‘반응’ 단계 평가에서 논의했던 것과 마찬가지로 동일한 학생들을 대상으로 2차 실습을 1차 실습과 동일한 방식으로 진행한 것과 2차 실습에서는 의사직 간의 갈등 사례들로만 실습을 준비했다는 점이 학생들의 실습에 대한 관심을 떨어뜨렸을 수 있다는 점이다. 즉 2학기 실습은 학생들에게 있어 예측 가능한 실습으로 인지되었을 수 있고, 갈등 사례 역시 갈등 당사자간의 이질성이 상대적으로 적은 의사직 간의 갈등 사례들만으로 구성되어 있었기에 학생들의 동기 부여를 저하시켰을 수 있

으며 이것이 중요성에 대한 인식 점수 하락으로 이어진 것으로 파악된다.

2차 실습 후 전문직 간 의사소통 실습의 중요성 점수가 1차 실습 후 및 실습 전보다 하락한 또 다른 이유는 두 차례의 실습을 통해 학생들이 자신의 의사소통 능력이 그리 뛰어나지 않다고 인식한 것이 실습에 대한 긍정적인 태도의 감소를 가져왔을 가능성이 다. 본 연구에서 학생들의 대인관계 의사소통 능력 지표로 사용한 GICC-15의 총점은 2차 실습 후의 점수가 1차 실습 후에 비해 소폭 감소하였다. 즉 학생들이 추가 실습을 통해 자신의 의사소통 능력이 생각보다 미흡하다고 인지하게 되었으며 이것이 의사소통에 대한 긍정적인 태도의 하락을 가져왔을 수 있겠다. 실제로 Cronholm 등(2000)에 따르면 생화학 시험 성적이 낮은 학생들이 생화학 과목에 대한 태도가 더 안 좋은 것으로 보고한 바 있다. 또한 Rees와 Sheard(2003)가 의학과 1학년생들을 대상으로 의사소통 수업을 진행한 뒤 학생들의 의사소통 능력 및 태도의 변화를 수업 전후로 비교한 결과에서도 수업 전에 비해 수업후의 학생들의 의사소통 능력 및 의사소통 능력에 대한 긍정적인 태도 점수가 하락하였으며, 그들 역시 같은 논리로 그러한 결과가 나타난 원인을 설명하고 있다.

나: 지식과 기술의 변화 평가

다음으로 ‘학습’ 단계 중 지식과 기술의 변화를 평가하기 위해 본 연구에서는 전문직 간 의사소통 실습 전 및 두 차례의 실습 후에 학생들의 대인관계 의사소통 능력이 얼마나 향상되었는지를 파악하기 위해 GICC-15 설문지의 평균 총점을 비교하였으며, 그 결과 실습 전에 비해 통계적으로 유의한 향상을 확인하였다. 따라서 두 차례의 실습이

학생들에게 전반적으로 긍정적인 효과를 주었다고 평가할 수 있겠다. 특히 1차 실습 후에는 GICC-15의 총점 및 세부항목별 평균 점수가 실습 전에 비해 증가한 양상을 보였으며 그 중 ‘경청’, ‘상호작용 관리’, ‘반응력’ 세 항목을 제외하고 모두 통계적으로 유의하였으므로 3시간이라는 짧은 실습 교육에도 불구하고 비교적 높은 수준의 교육 효과를 확인할 수 있었다. 비록 전문직간 의사소통 수업은 아니지만 국내 의과대학의 환자면담과 관련된 의사소통 수업에 대해 사전 및 사후 평가를 시행하여 살펴본 연구들에서 역시 교육 후의 점수가 교육 전보다 높게 측정된 바 있다(김선 외, 2006; 임호섭 외, 2012; 김현진 외, 2002). 또한 본 연구에서 사용한 대인관계 의사소통 능력 척도인 GICC-15를 사용하여 의사소통 교육 전후의 학생들의 GICC-15 점수 변화를 살펴본 국내 간호대학 연구들도 교육 전에 비해 교육 후에 GICC-15 총점이 증가되었다고 보고하였다(이미련, 곽윤경, 2016; 한미숙 외, 2016; 주가을 외, 2015). 이렇게 비교적 짧은 시간의 한 차례 실습만으로도 긍정적인 효과를 달성할 수 있었던 것은 그 동안 서울대학교 의과대학에서 다른 보건 의료 직종과의 갈등상황 및 이에 대한 의사소통에 관한 교육이 따로 시도되었던 적이 없었기에 실습 자체가 학생들에게 매우 신선한 인상을 주었기 때문으로 파악된다. 이 외에도 전문직 간의 의사소통 실습에서 선택했던 교수법 역시 시간대비 효율적인 교육 효과를 창출에 기여했을 것으로 생각된다. 본 연구에서 시도한 전문직 간의 의사소통 실습 교육은 단순한 강의식이 아닌 학생들의 자율적인 역할극 (role play) 을 통해 이루어졌다. 역할극은 학생들에게 기술 함양뿐 아니라 학습에 대한 긍정적인 태도와 각 역할에 대한 감정이입을 가능하게 하여 학습 효과를 높일 수 있는 교수법으로 알려져 있다(Kuipers & Clemens, 1998). 실제로 Knowles 등(2001)이 의과대학 학부생들을 대상으로 비노기계 문제를 호소하는 환자면담 교육에 대해 기존의 강의식 교육만을 받은 그룹과 강의식 교육과 더불어 역할극 및 동영상으로 촬영

후 피드백을 받은 그룹의 추후 객관 구조화 진료 시험(objective structured clinical examination, OSCE) 결과를 비교해 본 결과 역할극을 같이 시행했던 그룹이 확연하게 높은 시험 점수를 획득한 것으로 확인되었다. 또한, 본 연구의 실습에서 학생들은 보건 의료인 간의 갈등 사례에 대해 조별 역할극을 촬영한 후에 동영상과 함께 시청하면서 역할극을 시행했던 사람의 의사소통에서 좋았던 점, 개선할 점 및 사례의 해결을 위한 방안 등에 대해 소그룹 토론(small group discussion)을 진행하였다. 소그룹 토론은 대인관계 의사소통 교육에 있어서 비판적 사고와 같은 고차원적인 사고를 이끌어내는 데 유용한 것으로 보고된 바 있다(Garside, 1996). Self 등(1998) 이 의과대학 학생들의 의료윤리 교육에 있어서 소그룹 사례 토론의 정도와 학생들의 도덕적 추론 능력의 관계를 연구한 결과 소그룹 토론을 더 많이 한 학생들의 도덕적 추론 능력이 유의미하게 증가한 것을 확인한 바 있다. 이전 반응 단계의 평가에서도 실습에 사용된 교수-학습방법의 적절성을 묻는 설문 점수는 1차 실습 후 3.95 ± 0.99 점이었으며 2차 실습 후에는 1차 실습 후에 비해 다소 감소하기는 하였으나 3.68 ± 0.94 점으로 나타나 학생들이 실습 방식에 전반적으로 만족했음을 알 수 있다. 따라서 본 연구의 전문직 간의 의사소통 교육에서 주된 수업 방식으로 역할극 및 소그룹 토론을 채택한 것이 교육 시간 대비 효과를 극대화하는 데 긍정적으로 기여했을 것으로 생각된다.

하지만 2차 실습 후의 GICC-15 총점과 세부 항목별 점수는 모두 1차 실습 후에 비해 오히려 감소한 양상을 보였다. 이러한 결과를 보인 것은 앞서 ‘태도의 변화’ 단계에서 논했던 것처럼 학생들이 회를 거듭해서 실습을 할수록 더욱 다양한 전문직 간의 갈등 상황을 접하게 되고 그에 대한 적절한 의사소통 역할극을 더 많이 경험함으로써 자신의 의사소통 능력이 본인이 생각했던 것보다 그리 뛰어나지 않다고 판단하였기 때

문으로 생각된다. 실제로 의과대학 학생들이 자신의 의사소통 능력을 종종 과대평가하고 있다(Marteau et al., 1991)는 점에서 이러한 근거는 더욱 신빙성이 있다. 반면에 앞서 반응 단계 및 학습 단계 중 ‘태도의 변화’ 에서 논했던 것과 마찬가지로 2차 실습에서는 의사직 간의 갈등만 사례로 제시하여 이전 학기와 같은 방식의 반복적인 교육을 진행하였기 때문에 실습에 대한 학생들의 전반적인 관심 및 흥미가 떨어져 학생들이 2차 실습 설문 자체를 실습 전이나 1차 실습 후보다 성의 없이 작성했을 가능성도 있겠으며 이것 또한 2차 실습 후의 GICC-15 점수의 하락에 영향을 미쳤을 수 있겠다. 물론, 2차 실습 후의 GICC-15 점수가 1차 실습 후에 비해 조금 감소하긴 하였지만 실습 전에 비해서는 여전히 높은 점수를 유지하였으므로 상기 실습의 효과는 소기의 목적을 달성하였다고 할 수 있겠다.

2. 연구의 의의

본 연구는 그 동안 국내 의과대학 교육과정에서 거의 다루지 않았던 전문직 간 의사소통 교육을 통해 교육 전후의 효과를 평가했다는 점에서 의미가 있다고 할 수 있다. 현재 국내 의과대학에서 의료커뮤니케이션 교육이 이전에 비해 활발히 이루어지고는 있으나 이러한 교육의 초점은 아직까지 의사-환자 간의 면담과 관련된 기술에 국한된 경우가 대부분이다 (이일우 외, 2015; 박일환, 2009; 김소연, 2017). 이렇기 때문에 국내 의과대학의 의사소통 교육 효과를 다룬 이전 연구들 역시 대부분이 의사-환자 간의 의사소통과 관련된 교육에 국한되었으며 전체 의사소통 교육 중에 전문직 간 의사소통 교육이 일부 포함된 경우도 있었으나(이영미 외, 2007) 본 연구처럼 교육 전후의 변화를 비교하지는 않았다. 이에 본 연구의 결과를 토대로 추후 국내 의과대학 교육 과정에서 공식적으로 전문직 간 의사소통 교육을 도입하는 것이 필요한 근거를 제시할 수 있겠다.

3. 연구의 한계점

본 연구의 한계점은 크게 실습 프로그램 자체의 한계, 실습 과정에서의 한계와 교육 효과 평가의 한계로 나누어서 생각해볼 수 있다.

먼저, 본 연구의 실습 시간이 회당 3시간으로 너무 짧게 책정되었으며 다양한 교육 프로그램이 마련되지 못했다는 한계점이 있다. 특히 고찰의 ‘전문직 간 의사소통 실습 효과 평가’ 부분에서 논의했듯이 2차 실습의 내용 및 방법이 1차 실습과 너무 동일했다는 점이나 2차 실습에서는 의사직 간의 갈등 사례만을 제시했다는 점이 2차 실습에서 교육 효과를 떨어뜨렸을 가능성도 있다. 또 다른 한계점은 전문직 간 의사소통 교육의 내용이 전문직 간 갈등 상황에서의 의사소통에만 국한되었으며 다른 보건의료 직종을 전공하는 학생들이 실습에 실제로 참여하지 못하여 진정한 의미의 전문직 간 교육이 되지 못했다는 점이다. 전문직 간 교육이라는 주제가 애초에 서울대학교 의과대학에서 처음 시도된 것으로 실습 자체가 전문직 간 교육 고유의 커리큘럼이 아닌 ‘인간 사회 의료’ 수업의 일부로 편성되는 바람에 교육 시간을 짧게 책정할 수밖에 없었고, 짧은 준비 기간으로 인해 다른 전문직 전공의 단과대학과 협력체계를 구축하지 못하는 등 여러 행정적 제약들로 인해 보다 체계적인 프로그램을 마련하는 데 있어서 위와 같은 한계점들을 남기게 되었다.

다음으로 실습 과정에서의 한계점을 알아보면 실습을 위한 공간 마련 및 촉진자 인력의 제약으로 한 조당 12-13명의 다소 많은 수의 학생들이 배정되어 모든 학생들이 역할극을 직접 시행하지 못하였고, 역할극에 직접 참여하지 못한 학생들은 상대적으로 소외되었던 점, 조별로 주어진 모든 갈등 사례에 대해 역할극을 시행하지 못한 점, 모든 조가 하나의 갈등

사례에 대해 갈등 해결의 좋은 사례와 나쁜 사례 두 가지 모두를 역할극으로 경험하지 못한 점 등이 아쉬운 점이라 할 수 있겠다. 이러한 제약 없이 모든 학생들이 다양한 갈등 사례로 다양한 해결 방안을 제시하도록 여러 번의 역할극을 시행했다라면 교육 효과가 더욱 컸을 것이라 생각된다. 이러한 제한점들을 조금이나마 극복하고자 본 연구진들은 하나의 소그룹 토의실에 2개조를 배치하였고, 한 방에 배치된 두 조에게 서로 다른 갈등 사례를 제시하여 역할극을 시행하도록 하였으며, 역할극 뒤의 토론을 두 조가 같이 진행함으로써 모든 조들이 두 가지 사례를 모두 경험할 수 있도록 하였다. 또한, 소그룹 토론이 끝난 뒤 모든 학생들이 다같이 모여 각 방에서 선정된 조의 역할극 동영상을 시청하고 토론하는 시간을 가짐으로써 제한된 환경에서 교육 효과를 극대화하고자 하였다. 물론 애초에 이러한 제약 없이 실습이 진행되었다라면 더욱 이상적이었겠으나 전문직 간 의사소통 교육이 서울대학교 의과대학 교육과정에서 처음 시도되는 상황에서 충분히 발생할 수 있는 행정적인 제약이었다는 점을 감안하면 본 연구가 보다 체계적인 전문직 간 교육과정 개발을 위한 기틀 마련에 일조할 수 있으리라 생각한다.

다음으로 교육 효과 평가를 함에 있어 커크패트릭 4단계 평가모형 중 1단계인 ‘반응’과 2단계인 ‘학습’ 까지만 평가가 이루어지고 3, 4단계의 평가는 시행되지 못했다는 것 역시 한계점이다. 물론 이 역시 본 연구에서 시도된 전문직 간 교육이 서울대학교 의과대학에서 처음 시도되었기에 3, 4단계의 평가 자체가 현시점에서 애초에 불가능했다는 상황적 제약에 의한 한계였다고 할 수 있다. 또한, 이 연구에서 평가가 이루어진 ‘반응’ 및 ‘학습’ 단계에서도 단시간, 단발성 교육이 아닌 장시간, 장기간의 의사 소통 교육 후에 교육 효과를 평가했다면 보다 의미 있는 결과를 도출했을 것으로 예상된다. 하지만 교육 시간이 너무 짧았다는 한계점은 역으로 짧은 시간의 교육만으로도 학생들의 전문직 간 의사소통 능

력 향상이라는 교육 효과를 어느 정도 달성할 수 있다는 것을 확인할 수 있는 기회가 되었다고도 해석할 수 있다. 커크패트릭 모형의 4단계 평가가 제대로 시행되기 위해서는 추후 체계적인 전문직 간 교육 프로그램을 개발하한 뒤 학년별로 다양한 수업을 편성하여 교육한 후 그 효과를 평가해 보고, 나아가 교육을 받은 학생들이 실제 임상 의사가 되어 인턴 및 전공의 근무를 하는 데 있어 다른 보건의료 직종과의 의사소통 및 업무수행능력에 변화가 있었는지를 종적으로 분석해보는 추가 연구들이 필요할 것이다.

VI. 결론 및 제언

환자의 질병을 진단하고 치료하는 과정에서 보건의료인들 간의 적절한 의사소통은 환자의 생명과 직결된다는 점에서 필수적이다. 그럼에도 불구하고 실제 임상 현장에서 보건의료인들 간의 갈등은 점점 더 심화되고 있는 것으로 보고되고 있다. 이에 서울대학교 의과대학에서는 의학과 학생들을 대상으로 그 동안 국내 의과대학의 교육 커리큘럼에서 거의 다루지 않았던 전문직 간 의사소통 교육을 처음으로 시도해 보았다. 전문직간 의사소통 교육은 실습의 형태로 ‘임상 현장에서의 보건의료인 간의 의사소통’ 이라는 제목 아래 2018년도 의학과 의학과 3학년 학생(총 149명)들을 대상으로 1학기 ‘인간 사회 의료 5’ 수업과 2학기 ‘인간 사회 의료 6’ 수업의 일부로 총 2차례 진행하였다. 실습은 회당 3시간으로 총 6시간이었으며, 회마다 학생들에게 두 개의 보건의료인 간의 갈등 사례를 제시함으로써 조별 역할극 촬영 후 소그룹 토론 및 전체 토론의 시간을 가졌다. 실습의 교육 효과 평가는 커크패트릭 4단계 모형을 활용하였으며 실습 종료 시점에서 바로 평가가 가능한 ‘반응’ 및 ‘학습’ 단계에 대한 평가를 실시하였다. 이를 위해 실습 전, 1차 실습 후 및 2차 실습 후 3차례에 걸쳐 대인관계 의사소통 능력을 GICC-15 설문을 통해 비교하였으며, 그 외 전문직 간 의사소통 수업이 의학과 학생들에게 얼마나 중요한지 및, 실습의 내용 · 방법은 적절한지에 대한 객관식 설문(1차 실습 후 및 2차 실습 후)과 기타 건의사항에 관한 주관식 설문을 준비하였다. 세 차례의 객관식 설문을 모두 작성한 137명의 학생들을 최종 연구 대상으로 선정하여 세 시점의 GICC-15 점수 및 전문직 간 의사소통 실습의 중요성을 묻

는 질문의 점수는 반복측정 분산분석으로, 1차 실습 후와 2차 실습 후의 두 시점에서 수업의 내용·방법의 적절성을 묻는 질문은 대응표본 t 검정으로 분석하였다. 분석 결과 1차 실습 후의 총 GICC-15 점수는 실습 전에 비해 증가하였으며 2차 실습 후에는 1차 실습 후와 비교하여 총점이 다소 감소하였으나 실습 전에 비해서는 여전히 높은 점수를 유지하였다($p < 0.05$). 세 시점의 GICC-15 세부 항목 점수 변화 역시 일부 항목들은 통계적으로 유의하지 않았으나 세 시점의 GICC-15 총점과 유사한 양상을 보였다. 1차 실습 후의 전문직간 의사소통 수업의 중요성 점수 역시 실습 전에 비해 증가하였으나 2차 실습 후에는 실습 전보다도 낮은 점수를 보였다. 하지만 세 시점 모두에서 4점 이상의 비교적 높은 점수를 보였다($p < 0.05$). 실습 내용 및 방법의 적절성을 묻는 점수도 1차 실습 후에 비해 2차 실습 후에 감소하였으나 두 차례 실습 후 모두 3점대 후반의 양호한 점수를 보였다($p < 0.05$).

주관식 설문은 1차 실습 후에는 20명의 학생들 만이, 2차 실습 후에는 단 10명의 학생들만 응답을 하였으나 응답을 한 학생들은 대체로 실습에 대해 긍정적인 답변을 주었다. 이러한 결과들을 종합해볼 때 이번 실습은 커크패트릭 4단계 모형의 ‘반응’ 및 ‘학습’ 단계 모두에서 전반적으로 긍정적인 효과가 있었다고 생각된다. 실습 시간이 상대적으로 짧았음에도 양호한 결과를 가져올 수 있었던 것은 실습의 방법으로 역할극 촬영 및 소그룹 토론과 같은 교수법이 시간 대비 교육 효과를 극대화하였기 때문으로 판단된다. 하지만 1차 실습 후에 비해 2차 실습 후의 설문 점수들이 대부분 하락한 것에 관하여는 상대적으로 짧은 실습 시간, 2차례의 실습에 동일한 프로그램의 반복 적용, 2차 실습에 의사직 간의 갈등 사례만을 제시한 점 등과 같은 한계점들을 포함하여 그 원인에 대한 논의가 이루어져야 하겠다.

결론적으로 서울대학교 의과대학에서 의학과 학생들을 대상으로 처음 진행했던 전문직간 의사소통 실습은 전반적으로 학생들에게 긍정적인 효과를 주었다고 판단된다. 하지만 실습

시간이 너무 짧았다는 것과 더불어 일회성의 평가였다는 점, 다른 전문직을 전공하는 학생들이 참여하지 못한 점 등과 같은 교육의 여러 한계점 역시 존재하였다. 이러한 결과 및 한계점들을 토대로 추후 보다 다양한 주제의 체계적인 전문직 간 교육 프로그램을 마련하여 종적인 교육 효과를 평가하기를 기대한다.

본 연구의 결과를 토대로 다음의 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구는 의학과 학생 3학년을 대상으로 전문직 간 의사소통 실습의 효과를 확인하였다. 본 실습을 신규 의사에게 확대 실시해볼 것을 제안한다.

둘째, 본 연구에서는 회당 3시간이라는 짧은 시간으로 동일한 방식의 프로그램을 진행하였지만 보다 다채로운 프로그램을 마련하여 장시간의 교육을 진행할 것을 제안한다.

셋째, 본 연구에서는 커크패트릭 4단계 평가 모형에서 ‘반응’ 및 ‘학습’ 단계에서의 평가밖에 이루어지지 못했다. 이에 전문직 간 의사소통 교육이 ‘행동’ 및 ‘결과’ 단계에서도 향상을 가져올 수 있는지를 종적으로 연구해볼 것을 제안한다.

넷째, 본 연구에서 실시한 실습은 전문직 간 교육의 많은 영역 중 의사소통 및 전문직 간 갈등 해결에 대한 부분에 국한하여 진행하였다. 이에 추후 보다 다양한 영역의 전문직 간 교육 프로그램을 마련할 것을 제안한다.

다섯째, 본 연구에서 진행한 실습은 전문직 간의 의사소통 교육이었음에도 불구하고 실제 다른 전문직을 전공하는 타과 학생들이 참여하지 못하였다. 따라서 이러한 교육 시 간호대 학생 등 타 전공 학생들과의 다학제적 실습을 제안한다.

참 고 문 헌

- 강민아, 이수경. (2016). 간호대학생의 의사소통 능력, 간호전문직 자아개념과 임상실습 스트레스와의 관계. 한국간호교육학회지, 22(4), 452-461.
- 권복규. (2007). 전공의를 위한 임상의료윤리. 서울: HM 연구소 76-82.
- 김남수, 황세영. (2013). 우리나라 수업 전문성 신장 활동의 탐색: 문화역사활동이론의 관점에서. 한국교원교육연구, 30(4), 163-188.
- 김명주. (2010). 간호사들의 의사와의 의사소통 경험. 서울대학교 대학원 간호학과 석사학위 논문.
- 김선, 이수정, 최창진, 허예라. (2006). 의예과 학생들의 의사소통 교육효과. 한국의학교육학회지, 18(2), 171-182.
- 김세향, 이미애. (2014). 간호사의 이직의도, 감정노동, 의사소통능력 간의 관계. 간호행정학회지, 20(3), 332-341.
- 김소연. (2017). 의과대학에서의 보건의료 전문직 간 교육에 대한 현황과 인식. 보건의료논단, 19(1), 10-17.
- 김영훈. (2001). 병원종사자의 조직구조 및 조직 문화 인식과 조직갈등경험, 조직몰입간의 관계. 연세대학교 대학원 보건학과 박사학위 논문.

- 김현진, 박은희, 김대현. (2002). 일개 의대생의 2년간 의학면담기법 교육 전후의 인식도 변화. *한국의학교육학회지*, 14(2), 165-174.
- 김후자. (1987). *의사소통론*. 서울: 수문사.
- 대한영상의학회. (2017). 전공의 윤리교육 사례집. <http://www.radiology.or.kr/>
- 대한내과학회. (2015). 내과전공의 의료윤리 사례집. <http://www.kaim.or.kr/ethics/?sn=3>
- 박나경. (2014). 간호사가 인지한 서번트 리더십, 의사소통능력과 감정노동의 관계. 연세대학교 간호대학원 석사 학위 논문.
- 박일환. (2009). 의과대학 교육과정에서의 의료커뮤니케이션 교과목 구성. *의료커뮤니케이션*, 4(4), 23-33.
- 박정원, 최명숙. (2009). 간호대학생의 자의식, 의사소통 능력과 대인관계 성향에 관한 연구. *정신간호학회지*, 18(3), 351-360.
- 양야기. (2018). 간호대학생의 피로와 임상실습 스트레스의 관계에서 의사소통 능력의 매개 효과. *기본간호학회지*, 25(1), 58-67.
- 오상경. (2004). 병원조직 내 집단 간 갈등에 관한 연구. 인하대학교 경영대학원 경영학과 석사학위 논문.
- 의학교육연수원. (2005). *임상윤리학*. 개정판, 서울: 서울대학교출판부, 139-150.
- 의협신문. <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=120822>
- 이미련, 곽윤경. (2016). 의사소통 간호교육의 효과. *예술인문사회 융합 멀티미디어 논문지*, 6(4) 181-190.

이영미, 오연재, 안덕선, 윤석민. (2007). 의학과 학생을 위한 커뮤니케이션 교육과정 시행 경험. 한국의학교육학회지, 19(2), 171-175.

이영희, 이영미. (2010). 의대생을 위한 환자-의사-커뮤니케이션 모델 개발. 한국의학교육학회지 22(3), 185-195.

이일우, 김찬석, 이현선, 이완수. (2015). 의료 커뮤니케이션 교과목의 형식과 내용 분석 연구 - 국내 의과대학을 중심으로. 커뮤니케이션 이론, 11(2), 104-141.

이재영. (2015). 환자안전을 위한 효과적 의사소통. 대한의사협회지, 58(2), 100-114

이정우, 박용익, 백승주, 이지연, 이혜용, 정연옥. (2014). 간호사는 의사와 어떻게 의사소통하는가? - 간호사의 의사소통 경험에 대한 질적연구. 인문논총, 71(1), 345-385.

이학중. (1989). 조직행동론. 세경사, pp. 169-172.

이현숙, 김종경. (2010). 병원 간호사의 의사소통 능력, 의사소통 유형, 조직몰입간의 관계. 간호행정학회지, 16(4), 488-496.

임숙빈, 김은경. (2008). 프리셉터 간호사의 대인 의사소통 능력에 대한 조사연구. 정신간호학회지, 17(4), 471-480.

임호섭, 김홍열, 최종순. (2012). 역할극 강화를 통한 의학과 학생들의 의사소통 교육효과. 고신대학교 의과대학 학술지, 27, 151-159.

신철우. (1988). 조직행동론. 문영사, pp.530-531.

장해나. (2018). 간호대 학생의 환자 안전을 위한 의사소통 프로그램 개발과 평가. 서울대학교 대학원 간호학과 박사학위 논문.

정명희. (1998.) 부모-자녀간의 의사소통 유형과 청소년 문제행동과의 관계 연구-고등학교를 중심으로. 성심여자대학교 대학원 사회사업학과 석사학위 논문.

조은주, 임경민. (2016). 간호대학생의 임상실습 스트레스와 의사소통능력이 자아탄력성에 미치는 영향. 한국산학기술학회논문지, 17(6), 618-628.

주가을, 송경애, 김희주. (2015). 표준화환자 시뮬레이션 실습교육이 간호학생의 수혈 간호 수행능력, 의사소통능력, 자기효능감과 비판적 사고능력에 미치는 효과. 기본간호학회지 22(1), 49-58.

최규진, 최은경, 홍정화, 김수연, 이기현, 김옥주, 박재형. (2008). 의료윤리교육을 위한 동료 의료인 간 갈등에 대한 연구. 한국생명윤리학회지, 9(2), 17-34.

한국의료윤리교육학회. (2003). 의료윤리학. 서울: 계축문화사, 169-201.

한미숙, 조혜진, 이미애. (2016). SBAR-협력적 의사소통 프로그램이 간호사의 의사소통 능력과 간호사-의사 협력에 미치는 효과. 간호행정학회지, 22(5) 518-530.

한희영. (2017). 전문직 간 교육의 의미와 방향: 담을 허물고 환자가 속한 현장으로 나가는 교육. 의학교육논단 19(1), 1-9.

허경호. (2003). 포괄적 대인 의사소통 능력 척도개발 및 타당성 검증. 한국언론학보 47(6), 380-408.

허나래. (2015). 간호대학생의 대인관계 성향과 비판적 사고성향이 의사소통능력에 미치는 영향. 정신간호학회지 24(1), 22-31.

Adams K., Hearn S., Sturgis P., and Macleod Clark J. (2006). Investigating the factors

influencing professional identity of first-year health and social care students.

Learning in Health and Social Care, 5(2), 55–68.

Allport G. W. (1954/1979). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Perseus Books.

Anderson D., Bell L., Eno S., Littleford E., and Walters P. (1992). Common ground: an experience of transdisciplinary practice learning. *Journal of Interprofessional Care*, 6(3): 243–252.

Areskog N. H. (1994) Multiprofessional education at the undergraduate level: the Linköping experience, *Journal of Interprofessional Care*, 8(3): 279–282

Arndt J., King S., Suter E., Mazonde J., Taylor L., and Arthur N. (2009). Socialization in health education: Encouraging an integrated interprofessional socialization process. *Journal of Allied Health*, 38(1): 18–23.

Ateah C. A, Snow W., Wener P., MacDonald .L, Metge C., Davis P., Fricke M., Ludwig S., and Anderson J. (2011). Stereotyping as a barrier to collaboration: does interprofessional education make a difference? *Nurse Education Today*, 31(2), 208–213.

Bainbridge L., and Wood V. I., (2012). The power of prepositions: learning with, from and about others in the context of interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 26(6): 452–8.

Balogun S., A, Rose K., Thomas S., Owen J., and Brashers V. (2015). Innovative interprofessional geriatric education for medical and nursing students: focus on

transitions in care QJM: An International Journal of Medicine, 108(6): 465–471.

Barr H. (1994). Perspectives on Shared Learning. The UK Centre for Advancement in Interprofessional Education.

Barr H. (1996). Strategies for change: ends and means in interprofessional education: towards a typology, Education for Health, 9(3), 341–352.

Barr H. (2000). Interprofessional education 1997–2000: a review. London Centre for the Advancement of Interprofessional Education. Available at

<https://www.caipe.org/resources/publications/archived-publications/caipe-2000-interprofessional-education-1997-2000-a-review-for-the-united-kingdom-central-council-for-nursing-midwifery-and-health-visiting-authored-by-barr>

Barr H. (2002). Interprofessional education today, yesterday and tomorrow a review.

The UK Centre for Advancement in Interprofessional Education. Available at

<https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h>

Barr H. (2013). Interprofessional education in Dent JA, Harden R, editors. A practical guide for medical teachers. 4th edition. Edinburgh, Elsevier Churchill Livingstone, 190–196.

Bleakley A. (2006). Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking. Medical Education, 40: 150–157.

Clark P. G. (1997). Values in health care professional socialization: Implication for geriatric education in interdisciplinary teamwork. *The Gerontologist*, 37, 441–451.

Cole M., and Engestrom Y. (1993). A cultural–historical approach to distributed cognition. In G. Salomon (Ed.), *Distributed cognitions: Psychological and educational considerations* (pp. 1–46). Cambridge: Cambridge University Press.

Council on Medical Education Report (2012). 1–I–12, 1–2 Available at <https://www.ama-assn.org/>

Coser L. A. (1988). “Conflict: Social Aspects.” In David L. Sills, ed, *International Encyclopedia of Social Science*, New York: The Macmillan Company and The Free Press, vol.18.

Cronholm T., Hoog J–O., and Martenson D. (2000). Student attitudes towards laboratory exercises in medical biochemistry. *Medical Teacher*, 22:1, 30–33.

D’ Amour D., and Oandasan I. (2005). Interprofessionality as the field or interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19 sup 1, 1:8–20.

Dovidio J. F., Gaertner S. L., and Saguy T. (2007). Another view of “we” : Majority and minority group perspectives on a common ingroup identity. *European Review of Social Psychology*, 18, 296–330.

Engestrom, Y. (1987). *Learning by expanding: An activity–theoretical approach to developmental research*. Helsinki: Orienta–Konsultit.

Engestrom Y., and Sannino A. (2010), Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. *Educational Research Review* 5, 1–24.

Eppich W., and Cheng A. (2015). How Cultural–Historical Activity Theory can Inform Interprofessional Team Debriefings. *Clinical Simulation in Nursing*, 11 (8), 383–389

Fadlon J., Pessach I., and Toker A. (2004). Teaching medical students what they think they already know. *Education for Health*, 17(1): 35–41.

Fineberg I. C., Wagner N. S., and Forrow L. (2004). Interdisciplinary education: evaluation of a palliative care training intervention for pre–professionals. *Academic Medicine*, 79(8), 769–776.

Fiske S. T. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. In D.T. Gilbert ST. Fiske & G. Lindzey (Eds.) *The handbook of social Psychology* (pp. 357–411). Hoboken, NJ: Wiley.

Flanagan E. M. (1979). Professional socialization practices utilized by nursing education in selected baccalaureate nursing program in Southeastern United States. University of Southern Mississippi, University Microfilms International.

Freeth D., Hammick M., Koppel I., Reeves S., and Barr H. (2002). A critical review of evaluations of interprofessional education. London: Learning and Support Network, Centre for Health Science and Practice. Available at <https://www.caipe.org/resources/publications/archived-publications/freeth-d-hammick-m-koppel-i-reeves-s-barr-h-al-2002-a-critical-review-of->

[evaluations-of-interprofessional-education-hea-health-sciences-and-practice-occasional-paper-2-2](#)

Garside C. (1996). Look who' s talking: A comparison of lecture and group discussion teaching strategies in developing critical thinking skills. *Communication Education*, 45:3 212–227.

Green C. (2014). The making or the interprofessional arena in the United Kingdom: a social and political history. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2): 116–122.

Hammick M., Olckers L., and Campion–Smith C. (2009). Learning in interprofessional teams: AMEE guide to no 38. *Medical Teacher*, 31(1): 1–12.

Harden R. M. (1998). Multiprofessional education: the magical mystery tour. *Medical Teacher*, 20:5, 402–408.

Hean S., Craddock D., and Hammick M. (2012). Theoretical insights into interprofessional education. *Medical Teacher*, 34:2, 158–160.

Hershey J. L. (2007). *The Lived Experience of Becoming a Professional Nurse For Associate Degree Nursing Graduates: A Phenomenological Study*. Doctoral dissertation. Available from ProQuest Dissertations and Theses database.

Hewstone M., and Brown R. (1986). *Contact and conflict in intergroup encounters*. Oxford, UK: Basil Blackwell.

Hind M., Norman I., Cooper S., Gill E., Hilton R., Judd P., and Jones S. (2003).

Interprofessional perceptions of health care students. *Journal of Interprofessional Care*, 17(1), 21–34.

Howkins E., Bray J., and Barr H., editors. (2008). *Perspectives of interprofessional learning and teaching: theory and practice*. Oxford, Radcliffe, 1–12.

Keller K. B., Eggenberger T. L., Belkowitz J., Sarsekeyeva M., and Zito A. R., (2013). Implementing successful interprofessional communication opportunities in health care education: a qualitative analysis. *International journal of medical education*, 4, 253.

Khalili H., Orchard C., Laschinger H. K., and Farah R. (2012). An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6): 448–453.

Khalili H. (2013). *Interprofessional Socialization and Dual identity Development Amongst Cross-Disciplinary Students*. Electronic Thesis and Dissertation Repository. 1742.

Kirkpatrick D. L., and Kirkpatrick J. D. (2006). *Evaluating training programs: the four levels* (3rd ed.). San Francisco, CA: Berrett-Koehler.

Knowles C., Kinchington F., Erwin J., and Peters B. (2001). A randomized controlled trial of the effectiveness of combining video role play with traditional methods of delivering undergraduate medical education. *Sexually transmitted infections*, 77(5): 376–380.

Kuipers J. C., and Clemens D. L. (1998). Do I dare? Using role-play as teaching

strategy. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 36(7): 12–17.

Leathard A. (Ed.) (1994). *Going interprofessional: Working Together for Health and Welfare* (London, Routledge).

Leathard A. (1997). Interprofessional education and the medical profession: the changing context in Britain. *Education for Health*, 10(3):359–370.

Lee Y. H., Ahn D., Moon J., and Han K. (2014). Perception of interprofessional conflicts and interprofessional education by doctors and nurses. *Korean Journal of Medical Education*, 26(4), 257–264.

Leont' ev A. N. (1978). *Activity, Consciousness, and Personality*. Englewood Cliffs: Prentice–Hall.

Leont' ev A. N. (1981). *Problems of the Development of the mMind*. Moscow: Progress.

Lutfiyya M. N., Brandt B., Delaney C., Perchacek J., and Cerra F. (2016). Setting a research agenda for interprofessional education and collaborative practice in the context of United States health system reform. *Journal of interprofessional Care*, 30(1): 7–14.

Lewin K. (1935). *A Dynamic Theory of Personality*. New York: McGraw–Hill.

Litterer J. A. (1974). *Conflict in Organization: Reexamination*. Michigan State University.

- Luthans F. (1985). *Organizational Behavior*. 4th ed., New York, McGraw–Hill.
- Marteau T. M., Humphrey C., Matton G., Kidd K., Lloyd M., and Horder J. (1991). Factors influencing the communication skills of first–year clinical medical students. *Medical Education*, 25, 127–134.
- Mitchell R. J., Parker V., and Giles M. (2011). When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness. *Human Relations*, 64, 1321–1343.
- Mohaup J., van Soeren M. v., Andrusyszyn M–A., MacMillan K., Devlin–Cop S., and Reeves S. (2012). Understanding interprofessional relationships by the use of contact theory. *Journal of Interprofessional Care*, 26(5), 370–375.
- Mwanza D. (2001). Where Theory meets Practice, A case for an Activity Theory base Methodology to guide Computer System Design. In *Proceedings of INTERACT' 2001: Eighth IFIP TC 13 International Conference on Human–Computer Interaction* (ed. H. Michitaka) pp. 342–349. IOS Press, Oxford.
- Neufeldt V. (1990). *Webster' s new world dictionary*. New York: Simon & Schuster Inc.
- Oandasan I., and Reeves S. (2005a). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19: sup1, 21–38.
- Oandasan I., and Reeves S. (2005b). Key elements for interprofessional education.

Part 2: Factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 19:sup1, 39–48.

Orchard C., Bainbridge L., Bassendowski S., Casimiro L., Stevenson K., Wagner S. J., Weinberg L., Curran V., Di Loreto L., and Sawatzky–Girling B. (2010). A National Interprofessional Competency Framework. Canadian Interprofessional Health Collaborative. Available at

https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf

Oza S. K., Wamsley M., Boscardin C. K., Batt J., and Hauer K. E. (2017). Medical students' Engagemet In interprofessional collaborative communication during an interprofessional observed Structured clinical examinaion: A qualitative study. *Journal of Interprofessinal Education & Practice*, 7: 21–27

Reeves S., and Pryce A. (1998). Emerging Themes: an exploratory research project of a multidisciplinary education module for medical, dental and nursing students, *Nurse Education Today*, 18, 534–541.

Reeves S. (2000), Community–based interprofessional education for medical, nursing and dental students. *Health and Social Care in the Community*, 8, 269–276.

Rubin R. B., and Martin M. M. (1994). Development of a measure of interpersonal communication competence. *Communication Research Reports*, 11(1), 33–44.

Pattone C. M. (2014). Conflict in health care: a literature review. *The internal journal of healthcare administration*, Vol9 Number 1, 1–11.

Pettigrew T. F. (1997): Generalized intergroup contact effects on prejudice. *Personality*

and *Social Psychology Bulletin*, 23(2), 173–185.

Pettigrew T. F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology*, 49, 65–85.

Pondy L. R. (1967). Organizational Conflict: Concepts and Model. *Administrative Science Quarterly*; 12(2): 296–320, 499–501.

Pollard K. C., Miers M. E., Gilchrist M., and Sayers A. (2006). A comparison of interprofessional perceptions and working relationships among health and social care students: the result of a 3 year intervention. *Health and Social Care in the Community*, 14(6) 541–552.

Price S., Doucet S., and Hall L. (2014). The historical social positioning of nursing and medicine: implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28:2, 103–109.

Pullon S., and Fry B. (2005). Interprofessional postgraduate education in primary health care: is it making a difference? *Journal of Interprofessional Care*, 19(6), 569–578.

Rees C., and Sheard C. (2003). Evaluating first-year medical students' attitudes to learning communication skills before and after a communication skills course. *Medical Teacher*, 25:3, 302–307.

Salvatori P., Berry S., and Eva K. W. (2007). Implementation and evaluation of an interprofessional education initiative for students in the health professions. *Learning in Health and Social Care*, 6, 72–82.

Self D. J., Olivarez M., and Baldwin J. D. (1998). The amount of small-group case-

study discussion needed to improve moral reasoning skills of medical students:

Academic medicine: journal of the American Medical Colleges, 75(5): 521–523.

Shakman L., Renu G., and Obeidat A. (2013). Interprofessional education in health care. *International Journal of Nursing Education*, 5(1): 86–91;.

Simon H. A., and March J. G. (1958). *Organizations*. John Wiley & Sons, Inc.

Skjorshammer M. (2002). *Getting to cooperation: conflict and conflict management in a Norwegian hospital*. The Nordic school of public health Goteborg, Sweden.

<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id316619/DokDoktoravhandlingMortenSkjorshammer>.

Smith C. S., Gerrish W. G., and Weppner W. G. (2015). *Interprofessional education in patient-centered medical homes: implications from complex adaptive systems theory*. Springer International Publishing.

Thomas K. W., and Kilmann R. H. (1974). *Conflict Mode Instrument*, Sterling Forest, New York.

Thomas K. W. (1992). *Conflict and Negotiation Processes in Organization*, in Dunnette, M.D. (ed.) *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, pp. 889–935.

Chicago: Rand McNally.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society. The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wakefield A., Boggis C., and Holland M. (2006), *Team Working but no Blurring Thank You ! Learning in Health and Social Care*, 5(3), 142–154.

Walton R. E., and Dutton J. M. (1969). *The Management of Interdepartmental Conflict:*

A Model and Review, *Administrative Science Quarterly*, March 1969, pp. 73–84.

Wilson R. McL., Runciman W. B., Gibberd R. W., Harrison B. T., Liza N., and Hamilton J. D. (1995). The quality in Australian health care study. *Medical Journal of Australia*, 163(9), 458–471.

World Health Organization. (1988). *Learning together to work together for health: report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the team approach*. World Health Organization Technical Report Series, 769, 1–72.

World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva, World Health organization.

Zwarenstein M., Reeves S., Barr H., Hammick M., Koppel I., and Atkins J. (2001). *Interprofessional education: Effects on professional practice and health care outcomes*. (Cochrane Review), The Cochrane Library, Issue 3, (Oxford, Update Software).

Zwarenstein M., Reeves S., and Perrier L. (2005). Effectiveness of pre–licensure interdisciplinary education and post–licensure collaborative interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 19;Sup 1, 148–165.

Abstract

Development and effectiveness evaluation of interprofessional communication education in healthcare

Seung Jae Kim

Master of Science in Medicine (Medical Education)

The Graduate School

Seoul National University

Cooperation and effective communication between physicians, nurses, and other health care workers in a clinical setting is essential to ensure patients' safety and restore their health. In many medical schools in overseas emphasize interprofessional communication education and related studies are actively carried out. However, medical communication education in Korean medical schools is mostly focused on

communication between patients and doctors, and interprofessional communication education is relatively rare. Therefore, Seoul National University College of Medicine introduced a ‘Communication between healthcare professionals in the clinical field’ training program as a part of the ‘Human–Society–Medicine 5’ course in the first semester of the 2018 school year and the ‘Human–Society–Medicine 6’ course in the second semester of the same year. The effectiveness of this interprofessional communication program was evaluated and compared after each training was completed. The training sessions lasted for a total of 6 hours with 3 hours per each semester, and constituted of two example cases of conflict between healthcare providers to the students, followed by students producing a video of group role–play, and discussions in small groups and by the whole class. We used Kirkpatrick’s 4–level evaluation model to evaluate the effectiveness of our interprofessional communication training program. Among the items of the Kirkpatrick’s 4–level model, our evaluation was limited to the reaction and learning stages, which can be evaluated immediately after the training sessions. In order to evaluate the specific effectiveness of the training, the interpersonal communication skills of each students at three different stages (before the practice, after the first session, and after the second session) were measured using the Global Interpersonal Communication Competence Scale (GICC–15) questionnaire and compared. In addition, we surveyed the students on the importance of learning interprofessional communication and the appropriateness of content and methods used in the training sessions. Students were also asked to give any other comments and suggestions about the program after the

first and second sessions. 137 out of 149 available students who completed the GICC-15 questionnaire and answered the question about the importance of interprofessional communication education for all three periods were analyzed by repeated measure analysis of variance (RM ANOVA). The appropriateness of content and methods of the class scores that were obtained after the first and second sessions were analyzed by paired t-test. The results showed that total GICC-15 scores increased after the first session compared to the scores taken before the beginning of training. After the second training session, total GICC-15 scores decreased compared to the scores after the first session, but they were still higher than scores before the beginning of training (p -value <0.05). The 15 subcategory scores of GICC-15 demonstrated a similar overall pattern throughout the three periods, although results for some subcategories were statistically insignificant. The scores regarding the importance of interprofessional communication education increased after the first training compared to scores before the beginning of training, but scores taken after the second session decreased compared to both the scores after the first session and also before the beginning of training, but all scores at three periods were relatively high with numbers higher than 4 points ($p < 0.05$). The scores regarding the appropriateness of the content and methods of training decreased after the second training session compared to scores taken after the first session, but scores at both periods were still relatively high with numbers reaching almost 4 points ($p < 0.05$). The question asking for any other comments and suggestions on the program was answered by 20 students after the first training session and 10 students after the

second session, and there were many opinions that the sessions were beneficial and interesting. Based on these results, it can be interpreted that our interprofessional communication program demonstrated a positive overall effect in both the ‘reaction’ and ‘learning’ stages of Kirkpatrick’s 4-step model. We believe that selecting effective teaching methods such as producing a video-recording of group role-play and small group discussions contributed to maximizing the educational effect despite the relatively short training time of 6 hours. Our study is also meaningful because we evaluated the effects of interprofessional education, which has, to this day, rarely been implemented in Korean medical schools, by comparing pre- and post-practice evaluations. However, the fact that the most questionnaire scores dropped after the second training session compared to scores after the first session will need to be further discussed in future studies, along with some of the limitations of this study such as applying almost the same program in both sessions, only providing example cases involving conflict between doctors in the second session, and the relatively short hours of training.

In conclusion, our trial implementation of ‘Communication between healthcare professionals in the clinical field’ program which was the first interprofessional communication education attempted at the Seoul National University College of Medicine demonstrated generally positive and favorable educational effects. Based on these results and limitations, we expect to develop our school’s interprofessional education program more systematically and with more diverse themes in the future. In

addition, it would be necessary to conduct further longitudinal studies on the effect of these interprofessional education programs and it would be even better to investigate how interprofessional education experienced at medical school affects the performance of students when they work as clinical doctors in the future.

Keywords : Medical students, Interprofessional education, Communication, Effectiveness of education, Role playing, Small group discussion

Student Number : 2017-29951