

간호사와 의사 간의 협력에 관한 이론적 고찰

우 선 혜*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

협력(collaboration)은 간호의 중요한 개념이며 전통적·계급적 구조의 실무현장에서 일어나는 많은 문제들의 해결책으로 인식되며(Kraus, 1980) 협력이 환자의 결과에 긍정적인 영향을 미치는 빈도가 늘어나고 있다.

협력은 인간상호 작용에서 일어나는 과정으로 반응적 활동이다(Stern and Keffer, 1996). 실무에서 협력은 의사와 간호사 사이의 책임을 분배시키고 의사결정과 문제 해결을 위한 개방된 토론이라고 정의 할 수 있으며(DAT Scale, 1995). Tompson(1967)은 역동적이고 복잡한 의료상황에서 일을 조화롭게 하는데 중요하다고 하였다. 협력은 의사결정을 공유하기 때문에 좀더 나은 결과를 도출하게 하며 의사와 간호사의 정보교환을 가능하게 하며(Rayn et al, 1972, Franklin & Jackson, 1983, Rubins & Moskowiz, 1988) 자신이 팀의 일원임을 여기고 타인의 기여를 인정하는 것이다(Mailick & Jordan, 1977).

협력을 이용한 간호모델은 National Joint Practice Commission(1981)을 비롯한 전문기구에서 인정받고 있다. Alpert et al(1992)은 협력관계를 연합, 돌봄, 신뢰, 존경 그리고 상승효과로 혼합된 것이라고 정의하였다.

이러한 협력이 성공적일 경우 상생감(win-win)·단결·응집력·만족감 증가, 지적·교육적 환경의 창출, 그리고 요원의 효율적 이용으로 생산성 증진, 경비절감, 가치감과 확신을 강화시켜 낮은 이직율을 가져온다. 반면, 협력이 부족할 때는 역할 갈등을 유발하고 간호의 질이 낮아져 분열이 일어난다. 따라서 환자의 불만족과 잦은 의료사고 등이 나타난다(Nicoll, 1992).

그러나 오늘날 간호사와 의사의 협력은 대부분의 실무 현장에서 잘 이루어지고 있다고 볼 수 없다(Drury, 1988). 의사와의 협력에 관련된 연구는 의사와의 관계에 대한 간호사의 경험분석(한혜라 외, 1994) 그리고 협력의 개념분석(우선혜 외, 1996)이 있을 뿐이다 현재 국내에서는 간호사와 의사의 협력에 관련된 연구는 드물지만 외국의 경우 의사와 일차건강관리 간호사와의 협력(Lamb & Napodano, 1984), 의사와 중환자실 간호사와의 협력(Baggs et al, 1992), 그리고 다학제간의 협력연구(Feiger & Schmitt, 1979; Barnum, 1991)는 최근 활발히 논의가 되고 있다. Michelson(1988)은 간호사-의사 협력이 환자에 미치는 영향, 비용효과면, 직무 만족을 통해 평가해 볼 것과 실무에서의 협력을 관리, 교육, 임상 모든 영역에서 연구가 필요하다는 제안을 하고 있다.

따라서 앞으로 우리 나라에서도 전문직간의 협력과 다학제간의 협력에 관한 활발한 연구가 있어야 될 것으로 생각되며 추후 연구의 초석이 될 수 있을 것으로 사료되

* 경상대학교 의과대학 간호학과 교수

어 먼저 이론적 고찰을 통한 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구에서는 간호사와 의사의 협력양상과 장애요인을 고찰해 봄으로써 환자를 포함한 간호대상자들에게 질적 서비스제공을 위한 의료인간의 협력방안을 제시하고자 한다.

이를 위한 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 간호사와 의사간의 협력에 관련된 문헌고찰을 통해 협력양상과 장애요인을 알아본다.
- 2) 간호사와 의사간의 협력을 위한 전략을 밝힌다.

II. 본 론

1. 이론적 배경

1) 협력 개념 및 협력 모델

개념이란 현상에 대한 마음의 표상(mental image)이며 사물이나 행동에 관해 마음에서 일어나는 관념(idea)이나 현상에 대한 관찰과 실제(reality)를 분석하는 작업은 지식체를 발견, 확인하기 위해 질문하며 이런 현상이나 관념을 언어 형태로 변화시킨 것이다.

협력의 어원은 라틴어 'collaorate'의 'collaborare'으로 '함께 노동하는 것'을 의미한다. 협력의 사전적 정의를 보면 Webster's Third New International Dictionary(1986)에서는 공동연구나 복잡한 프로젝트에 한 사람 이상이 함께 일하는 것, 경쟁상대를 기꺼이 돕거나 함께 협동하는 것, 정치적, 경제적으로 잘 연합되지 않는 기관과 기꺼이 협동하는 것 등이며 The New World Comprehensive English-Korean Dictionary(1983)에는 공동, 합작, 공동연구, 협조, 원조, 제휴의 뜻이 있으며, 또한 협력은 지적 활동에서의 공동참여를 강조하는 과정이라고 Ameriacn Heritage Dictionary(1983)에서는 설명하고 있다. 그 외 합작, 공저, 공동연구, 협력, 무역(Si-Sa Elite English-Korean Dictionary, 1990)의 뜻으로 되어 있으며 국어 대사전(1971)에서는 힘을 모아 서로 도움, 한가지 일을 이루기 위하여 여러 사람이 공동으로 노력하는 것으로, 한자대전(1981)에서는 협력(協力)이란 힘을 합하는 것으로 설명하고 있다.

개념분석에서 확인된 협력의 정의적 특성은 공동의 일, 자발적 참여, 계획과 의사결정 참여 및 책임분담, 전문적 기여, 비 계급적 관계이며, 선행요인으로는 개인적 요인과 환경적 요인이 있으며 개인적 요인에는 교육적 준비, 상황의 경험, 전문적 수준, 자신의 역할을 이해하고 수용하는 것, 지식과 능력에 대한 확신, 숙련된 의사소통기술, 존경, 분담, 신뢰등의 그룹적 특성이 있으며 환경적 요인으로는 팀 중심의 비 계급적인 수평적 조직구조, 조직의 가치에 참여, 독립, 자율에 두고 있다. 협력의 결과로 지적, 교육적 환경의 창출, 가치감, 비종감, 확신의 강화, 획득과 성취감 증진, 전문가들의 단결, 결함, 응집력, 생산성 증진과 요원의 효율적 이용, 참여자의 만족감 증가, 환자의 결과(outcome)증진이었다(Henneman 외, 1995).

Kraus(1980)의 연구에서 협력은 힘과 권위의 분배를 기초로 한 협동이며 비 계급적이고 역할이나 기능에 의한 힘보다는 지식과 전문가적 기술에 의한 힘이다. 또한 공공의 책임과 목적을 특성으로 한 결속, 단체, 공동협력의 의미이다. Coluccio and Maguire(1983)에 의하면 건강과 관련하여 협력은 각 전문가들의 능력과 독특한 자질을 중요시하는 동시에 환자의 욕구와 질병이 있을 때 안녕을 목적으로 함께 의사소통하고 의사결정하는 과정으로 정의하고 있다.

Ardine(1973)은 협력은 함께 걸어가는 과정이며, 목표와 철학을 공유하고, 독특한 기술과 지식과 직업에 대한 이해, 그리고 개인과 개인의 파트너에 대한 특성을 이해하는 것이다. 협력은 함께 문제 해결을 통해 목표에 도달하기 위한 그리고 피드백을 제공하는 과정과 체계가 반드시 포함되어야 한다는 것이다.

한편 Ruble and Thomas(1976)의 대인간 문제 해결 행동모델에서 협력은 갈등의 해결로 정의되기도 하는데 여기에는 타협(compromise), 적응(accommodation), 협동(cooperation)과 같은 긍정적 개념과 회피(avoidance), 자기주장(assertiveness), 경쟁(competition)과 같은 부정적 개념이 있다. 회피는 협조적이지 않고 자기주장보다는 좀더 협조적이며 타협은 자기주장과 협조의 중간쯤인데 이 둘다 협력과 회피의 중간에 있다 하겠다. 적응과 타협은 성공적인 갈등 해결방법이지만 타협은 완전히 협동하는 것이 아니며 완전히 주장적이지 못하다. 적응은 협동적이기는 하나 주장적이지는 못하다. 따라서 이들의 속성은 협력의 속성과 다르다(그림 1-1).

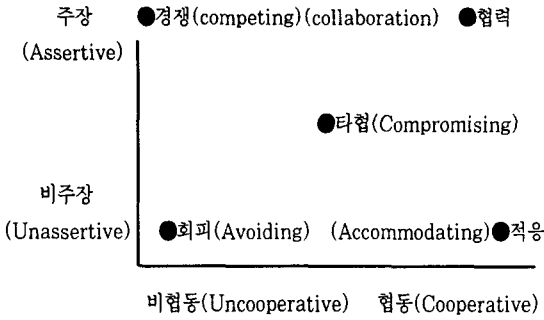


그림 1-1. 두 차원의 대인간 문제 해결 행동모델

Bakker(1973)는 영역권 모델을 제시하면서 협력의 사적 영역(Private Domain)과 공적 영역(Public Domain)을 포함한다고 하였다. 공적영역(Public Domain)은 전문적 조언을 하고 통제할 수 있는 대인간 영역을 포함하며 두 분야로 나뉘어진다. 심리적 영역은 한 사람이 다른 사람의 사고와 감정에 미치는 전체적 양을 말하며 활동영역은 자신의 특권이라고 간주하는 사람 즉 통제를 가하고 의사결정하며 그들의 전문성을 시험해보고 책임을 지는 부분을 포함한다(그림 1-2)

병원에서 상호작용하는 많은 부분은 활동영역에서 발생하는 것, 즉 간호사·의사는 활동영역에서의 관계를 명확히 하기 위한 방안으로 공유영역을 확립하는 것이 필요하다. 공유영역의 확립은 간호사-의사의 협력을 통해 서로의 안전을 도모할 수 있으며 대등한 관계 확립과 의사소통을 증진시킬 수 있다(Bradly & Edingberg, 1990).

2) 간호사 -의사간의 협력

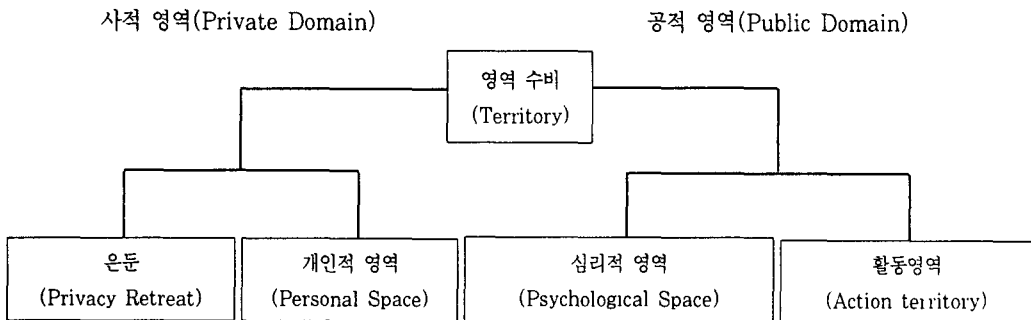
(1) 관리측면

L. Nicoll(1992)에서 Senge(1990)는 계급적이고 지시적인 수직적 구조의 협력 체계보다 비 계급적인 순환 조직 구조의 환경적 요소가 중요하다는 것을 체계모델로서 설명하고 있다. 상부조직의 리더가 협력에 지지적이고 협력자들이 준비되어 있고 충분한 물적·인적 자원이 협력체계에 투입되고 충분한 시간과 에너지를 협력체계에 투자한다면 협력이 성공적일 가능성이 높다는 것이다.

실무에 있어서의 파트너십은 긍정적인 면과 부정적인 면이 있다. 파트너를 유능하다고 생각하면 존경과 신뢰를 갖게 되고 책임과 의사결정을 같이 하며 그들의 목표와 비전에 대한 공유도가 높아진다. 상대가 협력적이라고 생각될 때 그리고 함께 일하는 시간을 많이 가질수록 만족감은 커진다. 반면 일을 계획·수행하는 과정에서 협력자들의 의견일치가 잘 이루어지지 못하면 갈등과 회의가 생기면서 협력 관계가 잘 이루어지지 못한다.

ICN Promotes(1998)에서는 협력은 오늘날의 주요 과제이며 간호사는 수준 향상에 대한 파트너로서 다른 분야의 기관들에 접근해야 하며 지역사회와의 타 기관들은 건강에 대한 잠재적 파트너라고 하였다.

파트너십 형성은 파트너들간의 관계 형성에서 중요한 역할을 담당하며 파트너십 형성의 중요원칙은 첫째, 파트너들은 사명·목적과 예기되는 결과에 서로 동의해야 한다. 둘째, 파트너사이의 관계는 상호 신뢰·존경·성실성과 위임으로 특징지어져야한다. 셋째, 파트너십은 힘과 자산 즉 갖고 있는 자원에 근거하여 형성되어야 한다. 넷째, 파트너간에는 분명하고 서로 쉽게 접촉할 수 있는 대화가 있어야 하며 서로의 요구에 귀기울이고 공동의 의사소통을 개발하고 의미를 검증하고 명백히 하는 것을 우선해야한다. 다섯째, 파트너십 역할 및 규범과 활동과



<그림 1-2> 영역 수비모델(Territorial model)

정은 의견수렴과 동의에 의해 세워져야 한다. 여섯째, 파트너쉽은 시간이 지남에 따라 발전 변화해 가야 한다. 마지막으로 지속적인 파트너쉽의 향상과 효과를 위해 파트너쉽 구성원들에게 피드백이 이루어져야 한다(이명순, 1988). Green(1988)은 건강관리 체계내에서의 파트너쉽은 다른 사람과 협력함으로써 건강 관리 조직들의 문제 해결을 성취할 수 있는 힘을 준다고 하였다.

Prescott, et al.(1985)에 의한 연구에서 의사의 14% 간호사의 7%만이 협력을 통해 문제를 해결하는 것으로 보고하였다. 환자관리에 대한 의사결정과정에서 간호사는 개입하긴 하지만 진정한 협력이라기 보다는 의존적이며 의사들은 대부분의 최종결정은 독자적으로 한다. 간호사들은 의사가 경청하고 가치를 부여한다고 믿고 있고 만족해하였다. 많은 간호사들은 의사결정에 있어서 더 많은 책임을 원하지 않는다는 보고가 있다.

McClosky(1994)에서 Baggs는 협력은 의학보다는 간호학에서 자주 언급된다고 하였다. 간호사와 의사의 인식 차이는 남서부 한 종합병원의 163명의 간호사와 의사를 대상으로 한 연구(Katzman, 1989)에서 특정 간호역할, 기능, 행위에 관한 진술문을 주고 간호사의 권한에 대한 현 상태의 점수와 이상적인 상황의 권한을 표시하도록 하였다. 그 결과 현 상황에서 가장 차이가 큰 문항은 '간호사는 일차적으로 의사의 보조자로서 봉사하지 않는다'에서 간호사는 3.85점이고 의사는 2.53점이었다. 이상적인 상황에서 가장 큰 차이를 보인 것은 '보건정책 결정에서 간호사는 의사와 똑 같은 발언권을 가진다'에서 간호사는 4.46점이고 의사는 2.2.점이었다. 이상적인 상황에서 간호의 표준을 결정하는데 간호사의 권한은 4.59점이고 의사는 3.24점이었다. 간호사의 권한에 대한 이러한 불일치는 실무에서 협력이 진전되기 어렵다는 것을 시사하고 있다. Feiger & Schmitt(1979)의 간호사와 의사 평등관계 연구에서 팀상호작용의 주요 초점은 건강문제를 정의하고 복잡한 문제 해결과정을 통해 건강관리 계획을 결정하는 것이었다. 간호부서와 의사부서의 행정자 면담에서도 팀간호에 대한 서로간의 목적은 달랐다. 의사는 간호사가 의사의 보조자로 활동할 것을, 간호사는 그들의 지식을 사용할 것을 기대했다. 팀에 대한 정의는 일치했지만 의사결정에 있어 지도력 및 권한과 영역에서는 갈등이 있었다.

Korener, et al.(1986)은 협력실무에서 전문직 행동 변화를 위한 필수요인은 직원의 임상적 준비와 행정적 관리부의 지지라고 하였다. 그리고 공식적·비공식적 집

담회를 통한 관리체계는 비용절감과 함께 간호사의 역할 책임을 합법화하여 직무만족을 제공한다고 하였다.

미국간호사협회(ANA)는 간호사가 의사의 동료로서 평가될 필요가 있다고 하였으며 미국의사협회(AMA)에서는 의사와 간호사는 함께 일하지만 의사는 더 많은 교육과 훈련을 받은 숙련가이기 때문에 리더로서 역할을 해야한다고 믿고 있었다.

Bisch(1988)의 연구에서는 건강을 위한 실무 협력 관계는 시작에서부터 확립되어야 하고 진행과정에서 개방된 대화, 공동목표에 대한 약속이 지켜져야 하며 공유된 책임과 역할에 대한 존경이 있어야 하고 그러한 관계가 지지되고 육성될 수 있는 환경이 중요하다고 하였다.

(2) 임상 측면

Mclain(1988)은 현상학적 방법과 참여접근을 사용하여 18명의 가족치료사들과 의사들을 실무에서의 협력양상을 파악하기 위해 면담했다. 그 결과 간호사와 의사 모두에서 왜곡된 대화와 의미 없는 상호작용을 볼 수 있었다. 간호사와 의사간의 상호작용에서 기본적 정보교환 외에 도전적인 표현, 그리고 비판적 자아등은 보다 성공적인 협력 실무에 기여할 수 있는 요소들로 확인되었다. 즉, 의사들은 가족치료사와 환자에 대해 이야기하는 시간을 많이 가질수록 상호작용이 나아질 것이라고 했다. 의사들에게서의 중요한 변화로 직무공간을 공유하는 것은 상호작용을 증진하는 것이라고 제안하기도 했다. 그리고 협력을 위한 필수단계는 먼저, 자기반성 둘째, 목표를 명확히 하는 것 셋째, 상호작용 양상 및 대화의 양상을 점검할 것 넷째, 상호이해 양상으로 지향해 갈 것 다섯째, 계속 연구할 것 여섯째, 개방적 대화에 도움이 되는 실무환경을 의식적으로 만들어 갈 것, 그리고 마지막으로 간호사-의사가 같은 목표하에 노력하도록 격려할 것 등을 제시하였다.

Weiss & Davis(1985)의 간호사와 의사와의 협력연구에서는 간호전문직으로서의 역할모델 결여, 간호전문가로서의 자신없음, 그리고 책임을 지는 것에 대한 두려움등 간호사 스스로의 비판적 행위들을 지적하였다.

Prescott & Bowen(1985)은 간호사는 의사들로부터 존경과 신임은 중요한 문제이며 이는 간호사를 지지해 주는 것이라고 하였다.

Michelson(1988)은 실무에서의 협력은 의사와 간호사의 권리, 책임감, 보상, 직업적, 경제적, 환자 관리 측면에서 보다 많은 성과와 향상이 있다고 하였다. 최상의

간호사-의사 협력은 위기간호상황에서 환자관리와 결과에서 증진이 나타난다는 것이다. 또한 협력성과를 평가할 준비를 해야한다고 하였다.

한혜라 외(1994)의 '의사와의 관계에 대한 간호사의 경험 분석'의 연구결과에서 간호사와 의사의 관계에 있어 일부 간호사는 남성의사에 의해 선호되는 여성역할을 비판 없이 기꺼이 하고 있었으며, 같은 성별인 여성 의사에 대해서는 부정적 시각을 보였다. 또 일부 남성의사들이 간호사의 여성역할을 선호하고, 일반적으로 기대되는 여성성과 연관지어 간호사를 직업인이라기보다는 여성으로 보는 태도를 취한 예도 보고되었다. 해결방안으로 간호사도 적극적이고 건설적인 대화기법을 훈련을 통해 개발할 필요가 있다.

Doering(1992)은 간호사-의사의 비효과적인 대화양상은 협력 실무의 장애요인이다. 이것은 직업적인 대화에 필요한 대화기술의 부족에 기인한 것이며 긍정적인 환자결과를 위해 같이 대화하며 토의하는 시간을 자주 갖는 것이 효과적이라고 하였다. 의사소통의 중요성은 많은 연구에서(Patrica, et al., 1985; Bradly, et al., 1990; Bradford, 1989; Baggs and Sehmatt, 1988; Bisch, 1988) 강조하고 있다. 실무에서 간호사-의사의 협력을 위한 효과적인 의사소통의 모델 사례를 들어보면 다음과 같다.

간호사 안녕하세요 홍선생님, 중환자실 이영심 간호사입니다. 응급실에서 환자를 올려 보낼 것이라는 전화를 받았는데 지금 우리에게 빈침대가 없습니다. 우리는 중환자실을 나가도 될 환자를 결정해야겠는데 김정태씨가 어떨까 합니다. 그는 밤동안 내내 안정적이었고 도파민용량도 소량 쓰고 있으며 4시간마다 흡인만 하면 됩니다. 그를 일반병동으로 보내도 될 것 같은데요.

의사 도파민 쓰는 환자를 내보낼 수 있습니까?

간호사 신장에 영향을 미치기에는 아주 소량입니다.

의사 좋습니다. 그러나 일반병동에서 도파민 쓰는 환자를 받으려 하지 않을 텐데요.

간호사 얼마전까지 그랬지만 지금은 소량의 도파민을 쓰는 환자도 받도록 병원규정이 바뀌었습니다.

의사 다행이군요. 좋습니다. 김정태씨를 옮기기 전에 오늘 아침 혈액가스 검사가 정상이었는지를 확인 좀 해 주십시오. 지금 응급실에 가서 환자를 보고 당신에게 연락하지요. 도와줘서

감사합니다.

간호사 그러지요. 응급실 환자를 봐 줘서 고맙습니다. 김정태씨의 결과는 잠시 후에 연락하겠습니다.

위의 사례에서 협력의 모든 속성이 나타나 있다. 의사와 간호사는 환자이동에 관해 함께 의사결정하고 있다. 이들은 자신의 전문직적 의견을 기꺼이 내놓으며 책임을 잘 인식하고 있다. '우리'라는 단어의 사용은 팀집근을 잘 나타내 보이고 있다.

또한 협력은 함께 문제 해결을 통해 목표에 도달하기 위해 그리고 피드백을 제공하는 과정과 체계가 반드시 포함되어야 한다는 것이다. 협력을 위한 문제 해결 모델로서 Body가 개발한 6가지 방법은 방향설정(direction setting), 사정(assessing), 계획(planning), 수집(gathering), 적용(applying), 평가(evaluating)등이다.

Anna(1983)등은 협력에 기여하는 요소들을 개인적, 조직적, 관리적 요인으로 분류하고 있다. 개인적 요인은 학사교육을 받은 간호사가 전문대생보다 협력을 잘 할 것이라고 했다. 이는 폭넓은 교육적 배경을 가진 사람은 간호의 전문적인 실무에 대한 기본이 잘 되어 책임감을 가지고 협력을 더 잘할 것이라고 생각할 수 있다. 또한 간호사의 경험기간이 협력과 관련되며 경험이 많은 간호사는 의사와의 많은 업무 관계를 통해 일반적으로 기술과 자신감을 가져 협력에 영향을 줄 수 있다 따라서 간호사와 의사의 협력과 관련된 개인적·조직적 관리 요인들에서 전통적인 의사의 지배적 관계가 간호사와 의사의 균형 잡힌 협력관계로 변해야 할 것이다.

Nuzzo(1977)의 연구에서는 가정간호에 대한 의사들의 인식이 부정적이었다. 가정간호사의 전화호출과 의뢰와 연관된 사무처리에서 불만을 나타내고 있었다. 또한 많은 의사들이 가정간호사들이 의사의 동의 없이 많은 가정간호를 제공한다고 인식하고 있었다. 그러나 가정간호 비용지출은 국민의료비 지출의 아주 적은 부분을 차지하였다. 실제로 건강관리 비용의 40%를 소비하는 병원비용과 건강관리 비용의 22%를 소비하는 의사비용과 비교해볼 때 가정간호비용은 단 4%에 불과했다. 의사가 가정간호전달체계를 이해하고 가정에서 양질의 간호가 제공된다는 것을 이해시킬 필요가 있으며 상호 이해가 될 때 진정한 협력파트너가 될 수 있다고 하였다

Katzman(1989)의 연구에서도 의사는 환자간호에 대한 의사결정에 있어 간호사는 발언권과 권위가 적다고 보았다. 간호사들은 그들 자신의 의견을 들어주지 않

때문에 의사와의 상호작용이 비효과적이라고 인식하고 있었다.

Baggs, et al.(1992)은 내과 중환자실에서 환자를 병동으로 옮기는 결정을 하는데 있어서 간호사와 레지던트의 협력정도와 환자의 회복에 미치는 결과 간의 관계를 연구하였다. 내과 중환자실에 재입원하거나 사망하는 것은 부정적인 결과로 간주되었다. 간호사가 결정과정에 어떤 협력도 없었을 때는 부정적인 결과가 나오리라 예측된 환자가 16%이었으나 협력이 잘 이루어 졌을 때는 5%로 떨어져 간호사의 협력정도가 환자의 회복에 미치는 결과에 관련이 있는 것으로 나타났다.

Patricia, et al.(1985)의 의사와 간호사 관계에서 환자관리에 관한 의사와 간호사간의 의견차이에 따른 부적절한 해결과 관계 부족은 환자 관리에 심각한 결과를 가져온다고 하였다.

Beziak(1987)의 의사가 인식한 개업간호사와의 협력은 인센티브로서 첫째, 건강관리의 접근용이성 둘째, 간호의 질 향상 셋째, 의사의 만족감 넷째, 서비스의 질을 향상시킬 수 있는 것으로 나타났다. 또한 Marilyn Little(1981)의 연구에서는 개업간호사와 의사의 관계가 4가지 양상을 나타냈는데 보조자(assistant) 혹은 손님(guest), 문지기(gate·keeper) 그리고 동료나 매니저였다.

Holladay(1995)는 병원조직에서 간호사와 의사가 어떻게 상호 작용하는지는 계속 논쟁거리라고 하였다.

(3) 교육적 측면

다학제간의 협력의 파트너로 공동의 관심사, 책임감, 특권과 힘을 가진 관계집단 사이의 긴밀한 상호협력 관계이며 이때의 협력관계는 성공을 염두에 두고 이루어 가야 한다. 성공으로 이끌어가고자 하는 의지와 협력 관계 구축에 관한 모든 활동의 중심이 되고 원동력이 되어야 한다(The Royal Society of Canada, 1995; 이명순, 1988).

Barnum(1991)은 뉴욕대학에서의 간호학과 의학의 협력모형에서 프로그램의 목적은 참가자들이 졸업 후에도 전문직 실무에 영향을 미치도록 하는 것과 두 전문 학생들간의 협력을 위함이며 미래에 간호사와 의사들의 각자의 역할, 능력 그리고 책임감들에 대한 이해를 증진하여 환자 돌봄의 질 향상을 위한 것이었다. 의학학생들과 간호학생들은 팀을 구성하여 다양한 지역의 사회서비스 기관에서 집 없는 사람, 아동, 거리 청소년들, 에이즈 환

자와 그 가족들과 도시 소외계층을 위해 일하며 학부세미나를 포함한 윤리, 컴퓨터학, 상호관계, 보건정책, 건강증진 및 질병예방 그리고 교과과정 고찰 등 6개 영역의 교과목을 합동 프로그램으로 운영중이다.

Bradford(1989)는 협력적 실무의 장애요인은 전문직 간호실무에 대한 이해부족으로 이것은 의사와 간호사간의 교육에도 달려있고 사회적으로 여성은 의존적 역할을 해왔으며, 남성 의사를 대할 때 이러한 양상을 바꾸는 것이 불편할 것이라고 하였다.

Doering(1992)은 환자간호에 대한 간호사들의 지식 부족도 협력의 장애요인으로 나타났다. 따라서 간호사는 환자간호에 있어 숙련하여야 한다는 것이다. 또한 간호사-의사 협력을 위한 긍정적 모델이 없다는 것이다. 간호사들은 의사들과 간호문제를 관리하기 위해 어떻게 상호 작용 해야 하는지 배울 수 있는 전문가로서의 역할모델이 적었다. 또 다른 문제는 방어적인 의사와 미성숙하고 불안정한 간호사가 많다는 것이다. 이것은 두 전문직 모두 개인적 미성숙 탓이다. 이러한 문제 해결을 위해서는 불합리한 태도를 수정할 수 있는 훈련과 교육이 필요함을 제안하고 있다.

Haddad(1991)는 Stein(1967)의 의사-간호사간의 관계는 모든 조직의 위계질서에 나타나는 상관과 부하와의 게임과 유사하다고 하였다. 이에 영향을 미치는 다른 요소는 각 학문분야의 힘과 권위에 있어 내재된 불평등에서 기인한다고 했다. 간호사와 의사는 교육과정도 다르고 간호사의 정규 교육년수가 적은 것도 불리한 입장이 된다. 간호사가 교육을 많이 받을수록 의사의 권위에 위협을 준다고 의사들은 생각한다. 따라서 많은 연구에서 간호사가 교육을 많이 받을수록 책임감을 갖고 협력을 잘 하는 것으로 나타났다.

결론적으로 간호사-의사 협력 관계 방안에 대한 연구의 한 예를 들어보면서 협력 결과를 살펴볼 수가 있겠다.

Alpert, et al.(1992)은 의사와 간호사의 협력은 결속, 상호작용, 결합등과 많은 관련이 있다고 하였다. 개인의 행위보다 협력행위의 결과가 더 큰 효과를 지닌 상승작용을 나타낸다고 하였다. 1989년 2월 미국 북동부 주에 있는 매사추세츠의 보스턴에 있는 베트 이스라엘 병원에서는 협력개발을 위한 7Gryzmish 14라는 이름의 협력병동을 열었다. 이 병동은 환자에 대한 간호제공뿐 아니라 협력모델을 개발하기 위한 것으로서 사회복지 관계자, 물리치료, 작업치료사, 병원수납관계자, 간호계,

수술, 의약계의 대표로 구성되어 2주에 한번씩 협력시스템을 연구하고 병동개관을 계획했다. 7G의 계획에는 몇 가지 전제가 있다. 먼저, 무엇보다도 의사와 간호사의 관계에 비중을 둔다는 것, 둘째, 간호사와 의사가 함께 회진을 한다는 것, 셋째, 환자는 의학적 진단뿐 아니라 중환자 간호에 대한 필요성이 있을 때 7G에 들어 올 수 있다는 것 등이다.

협력의 주된 장벽 가운데 하나가 상호영역에 대해 잘 알지 못한다는데 있으므로 이를 위한 몇 가지 전략으로 일일 간호사제(NFAD, Nurse for a day), 일일 의사제, 협력을 위한 포럼과 집담회등을 실시했다.

NFAD프로그램은 서로에 대한 이해와 협력관계 구축을 위해 의사가 하루동안 7G의 간호사가 되어 간호사가 하는 일과 그들이 어떤 긴장과 압박 속에 일을 하는가, 환자간호에 얼마나 많은 육체적 활동을 하게 되는지를 경험하게 한다. 또한 협력을 위한 중환자 병동의 포럼은 격월로 개최되어 협력이 잘 이루어 졌을 때와 그렇지 못한 사례를 연구 분석함으로써 서로의 사고와 느낌에 대한 통찰력을 얻게되었다.

집담회(schmoozing)는 첫째 있었던 다양한 사교활동인데 함께 식사하고 생일 축하를 통하여 서로의 벽을 허물고 이해를 증진시키는 결과를 가져왔다. 포럼은 배우고 가르치는데 중요한 기회가 될 수 있었으며 간호사의 견해를 보다 정확히 전달하고 문제를 정확히 예측할 수 있게 되었다. 협력병동에서 갈등은 서로의 감정을 해치지 않고 갈등을 해결해 나가는 것이다. 긍정적인 경험은 자기개발의 시간과 신뢰감을 형성할 수 있었고 부정적 상호작용은 서로를 잘 알지 못한다는에서 일어났다. 7G에서 얻은 교훈은 협력을 위해 상호역할을 이해하고 혼자서 할 때보다 서로 협력할 때 더 많은 것을 얻을 수 있다는 것이다. 다른 교훈은 훈련과정을 통해 상대방에 대한 이해와 의사와 간호사들이 함께 일할 수 있도록 한다는 것이다. 환자와 많은 시간을 같이 있을 수 있는 간호사는 의사보다 유익한 정보에 쉽게 접근할 수 있다. 이런 정보를 공유할 때 환자는 더 큰 혜택을 볼 수 있다. 이 프로그램의 결과로는 협력에 대한 이해증진, 협력에 대한 태도변화, 임상간호사들의 직업에 대한 만족도 증진, 퇴원시 환자의 기능적 상태호전 등이다. 상호신뢰와 존경이 이런 변화를 이루어 냈다.

III. 논 의

간호사와 의사는 오랜 갈등의 관계를 이어왔다. 협력적 관계 구축이 힘들기는 해도 불가능한 것은 아니다. 또한 협력이 긍정적이고 발전적이긴 해도 쉽게 형성되지는 않는다. 의사와 간호사는 솔직한 의견교환을 하고 갈등을 직접 말해야 한다. 협력은 지속적으로 키워지고, 보강되고, 생각해야되는 의식적이고 학습되는 행위이며 의료인간의 책임을 공유하고 상호 만족한 문제 해결과 직무만족 그리고 환자 치료의 질을 증진시키고 비용 효과적인 결과를 가져오는 것이다.

따라서 협력은 간호의 중요한 개념이며 간호사와 의사간의 협력은 환자의 질적 의료서비스 제공과 더불어 실무현장에서의 공동 문제 해결과 공동 의사결정, 그리고 의료업무의 조화로운 수행에 중요한 역할을 할 것이다. 간호사-의사와의 관계에서 개인이 가지는 힘의 양은 개인이 소유한 교육정도에 의해 결정된다고 하였으며 간호사의 전문지식 부족은 협력 실무의 장애요인으로 지적되었다. 따라서 간호사는 협력을 위해 교육이나 연수등의 교육적 기회를 적극적으로 가지고 전문지식과 기술을 강화해야 할 것이며 여러분야의 간호전문가를 양성하고 전문가 프로그램을 개발해야 할 것으로 생각되어 진다.

또한 협력적 관계는 서로의 역할과 전문직에 대한 존중에서 시작되며 또한 자신에 대한 존중과 자기 가치감을 필요로 한다는 지적도 있다. 대부분의 의사들은 간호 전문직 실무에 대한 이해가 부족하며 이로 인해 간호사를 전문가로 인정하기를 꺼려한다. 대등한 협력자적 관계를 유지하기 위해서는 간호의 전문직 실무에 대한 홍보와 간호전문직의 역할확대가 있어야 할 것이다.

대부분의 간호사는 전문가로서 인정받기를 원하지만 책임을 공유하려하지 않는다. 그러나 협력관계는 실무의 공유뿐 아니라 건강관리 체계에서 역할과 책임을 공유하는 대등한 관계라야 한다.

협력관계의 특성은 상호신뢰와 존경, 평등, 책임공유, 상호성, 공동의사결정과 협동이라고 할 수 있으며 간호사와 의사의 협력은 상호신뢰와 존경과 이해를 바탕으로 성장, 발전되어 갈 수 있을 것이다. 이를 위해 협력지침의 개발이나 협력병동 개관, 협력을 위한 공식적 비공식적 집담회를 통해 협력환경을 제공할 수 있으며 이것은 직무만족의 향상뿐 아니라 결과적으로 환자의 결과에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 실무에서의 적극적 적용 및 연구가 필요할 것으로 생각되어진다.

우리 나라는 지금까지 학문적인 면으로나 실무측면에서 협력에 대한 논의가 이루어진 적이 없었다. 그러나

앞으로 전문직을 위한 협력의 기회는 많아질 것이다. 환자 간호에서 간호사-의사의 협력은 중요하며 더욱 필요할 것으로 생각된다. 따라서 협력의 학문적인 면 그리고 실무측면에서 좀 더 체계적으로 묘사되고 연구되고 수행되어야 할 것으로 사료된다.

IV. 결론 및 제언

본 연구는 간호사와 의사의 협력양상과 장애요인을 고찰한 것으로 의료 서비스의 질을 증진시키고 직무만족을 위한 협력 전략을 제시하면 다음과 같다

첫째, 간호가 전문직으로 인정받고 독립적 업무의 수행을 위한 힘(power)을 소유하기 위해서는 교육과 연수 등의 적극적인 교육을 통한 전문지식과 기술을 강화하고 간호전문가를 양성하고 전문가프로그램을 적극 개발해야 한다.

둘째, 협력은 경비절감, 만족스런 직무수행, 높은 생산성과 낮은 의료사고, 환자의 만족도가 향상되므로 상부조작의 리더가 협력에 지지적인 태도를 가지고 협력실무지침을 개발하고, 협력병동개관, 협력을 위한 집담회등의 협력환경을 제공한다.

셋째, 간호학과 의학의 교육과정에 협력모형을 도입하여 졸업 후에도 실무에 영향을 미치도록 한다.

넷째, 간호사 스스로 전문직으로서의 당당한 태도를 가지고 전문기술 숙련, 지식과 능력에 대한 확신을 가지고 책임감을 공유하며 독립성, 자율성을 가지도록 한다.

다섯째, 의사를 비롯한 일반인들은 간호사의 전문직 실무나 역할에 대한 이해가 부족하므로 이에 대한 홍보를 실시한다.

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같이 제언한다.

1. 다양한 임상 현장(일차간호현장, 중환자실, 응급실)에서 간호사·의사의 협력양상을 연구해볼 것을 제언한다.
2. 간호사-의사의 협력양상을 분석하기 위한 참여관찰 및 현상학적 접근방법을 제언한다.
3. 간호사-의사의 협력정도를 측정할 수 있는 체계적이고 표준화된 도구개발을 제언한다.

참 고 문 헌

우선혜, 박영숙 (1996). 협력(collaboration)의 개념분석, 계명의대 논문집, 15(4).
 이명순 (1988). 지역사회 건강증진을 위한 대학과 지역

사회의 파트너십 형성, 경상대학교 개교 50주년 의과대학 통합 심포지움, 109-128.
 한혜라, 박영숙 (1994). 의사와의 관계에 대한 간호사의 경험분석, 서울대 간호학논문집, 18(1), 83-92.
 이가원, 장삼식 (1981). 한자 대전. 서울. 교육 출판공사. 236.
 이회승 (1971). 국어대사전. 서울. 민중서관. 341
 Alpert, H. B., Goldman, L. D., Kelroy, C. M., & Pike, A. W. (1992). Toward an understanding of collaboration. Nursing Clinics of North America, 27(1), Mar. 47-59.
 Baggs, J. G., & Ryan, S. A. (1990). Intensive care unit nurse-physician collaboration and nurse satisfaction. Nursing Economic, 8, 386-392.
 Barnum, B. J. (1991). At New York University, the Division of Nursing develops a Model for nursing and medical school collaboration. Nursing and Health Care, 11(2), 89-90.
 Baggs, J. G., Ryan, S. A., Phelps, C. E., Richeson, J. F., & Johnson, J. E. (1992). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcome in a medical intensive care unit. Heart Lung, 21(1), 8-24.
 Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (1988). Collaboration between nurses and physicians. The Journal of Nursing Scholarship, 20, 145-149.
 Beziak, J. E. (1987). Physician-perceived incentives for association with nurse practitioners. Health Care Issues, 12(3).
 Bisch, S. A. (1998). Sharing in Practice: New partnerships for health. Int Nurse Review, 45(2), 51-54.
 Bradford, R. (1989). Obstacles to collaborative practice. nursing management, 20(4), 721.
 Drury, M. (1988). Teamwork the way forward. Practice Team, 1(3).
 Devereux, P. M. (1981) Nurse physician collaboration: Nursing practice consideration. Journal of Nursing Administration, 11,

- 37-39.
- Doering, L. (1992). Power & knowledge in nursing: A Feminist poststructuralist view. ANS, 14(4), 24-33.
- Erlen, J. A., & Frost, B. (1991). Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. Western Journal of Nursing Research, 13, 397-407.
- Feiger, S. M., & Schmitt, M. H. (1979). Collegiality in interdisciplinary health teams. Social Science and Medicine, 13, 217-229.
- Franklin, C., & Jacson, D. (1983). Discharge decision-making in a medical ICU. Drit Care Med, 11, 61-66.
- Gerris, L., & Rudolph, J. N. (1983). Physician-nurse practitioner interaction pattern in primary care practices. American Journal of Public Health, 26-29.
- Henneman, E. A., Lee, J. L., & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: A concept analysis. Jurnal of Advanced Nurse, 21, 103-109.
- ICN Promotes (1998). Partnerships. Int. Nurs. Review, 45(3).
- Katzman, E. M. (1989). Nurses' and physicians' perceptions of nursing authority. Journal of Professional Nursing, 5, 208-214.
- Knanus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1986) An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. Ann Intern Med, 104, 410-418.
- Kraus, W. A. (1980). Collaboration in organizations: Alternatives to hierarchy. New York. Human Sciences Press, 139-142.
- Korener, B. L., Cohen, J. R., & Armstrong, D. M. (1985). Collaborative practice and patient satisfaction. Evaluation and the Health Professions, 299-321.
- Lamb, G. S., & Napodano, R. J. (1984). Physician-nurse practitioner interaction pattern in primary care practice. American Journal of Public Health, 74, 26-29.
- L. Nicoll (1992). Perspective on Nursing Theory. 2nd edition, Philadelphia, PA: J.B. Lippincott Company, 372-384.
- Marilyn Little (1980). Nurse practitioner physician relationships: American Journal of Nursing, 1642-1645.
- McLain, B. R. (1988). Collaborative practice: A critical theory perspective Research on Nursing and Health, 11, 391-398.
- McLain, B. R. (1988). Collaborative practice : The nurse practitioner's role in its success or failure. Nurse Practitioner, 13(5), 31-38.
- Michelson, E. L. (1988). The challenge of nurse-physician collaborative practices: Improved patient care provision and outcomes. Heart and Lung, 17, 390-391.
- Paula. Milone. Nuzzo (1977). Partership Home Health Care Nurse, 457-458.
- Prescott, P. A. (1989). Shortage of professional nursing practice: A reframing of the shortage problem. Heart and Lung, 18, 436-443.
- Prescott, P. A., & Browen, S. A. (1985). Physician nurse relationships. Annals of Internal Medicine, 103, 127-133.
- Prescott, P. A., Dennis, K. E., & Jacox, A. K. (1987). Clinical decision making of staff nurses. Image: The Journal of Nursing Scholarship, 19, 56-62.
- Russell McIntyre (1984). Hospital ethics committees surveyed hospital. May, 16, 52.
- Rubins, H. B., & Moskowitz, M. A. (1988). Discharge decision-marking in a medical intensive care unit. American Journal of Medicine, 84, 863-869.
- Sheila Molnar, Feiger, & Madeline, H. Schmitt (1979). Collegiality in interdisciplinary health team. Its measurement and its effects U.S. Public Health Service, 13, 217-229.
- Stein, L. I. (1967). The doctor-nurse game. Archives of General Psychiatry, 16, 638-642.
- Stein, L. I., Watts, D. T., & Howell, T. (1990). The doctor-nurse game revisited. New

England Journal of Medicine, 322, 546-549.

Tompson, J. D. (1967). Organization in action. New York. McGraw-Hill, 87.

Weiss, S. J., & Davis, H. P. (1985). Validity and reliability of the collaborative practice scale. Nursing Research, 34, 299-305.

Webster's Third New International Dictionary. 1986. 250.

Zimmer, J. G, Tunker, A. G., & McCusker, J. (1985). Team a randomized controlled study of home health care. American Jurnal Public Health, 75(2), 134-141.

- Abstract -

Key concept : Collaboration, Nurse-Doctor Relationship

Literature Review with Collaboration Between doctors and nurses

*Woo, Seon Hye**

Twenty-first century coming of health care in our country is in a situation of much conflict because the relationship between nurses and doctors is seen in terms of a traditional and vertical structure.

Accordingly, it is very difficult to find collaboration amongst individuals of these two professions. Now nursing is trying to find

independence and autonomy by carrying out independent professional skills. This study on collaboration and the obstacles hindering its pursuit. The strategies of collaboration to give better health care quality are as follows:

First, a program for professionals should be developed to enhance professional knowledge and technology and train nursing professionals so that nursing can be acknowledged as a profession with a power to carry out on independent job.

Second, collaboration reduces expenses and results in satisfactory performances of duty, high productivity, low incidence of medical accident, and higher satisfaction of the patient. Therefore the leader in the higher position should take positive stance for collaboration and help create a cooperative situation through the development of practical orders for collaboration, opening cooperative wards, and meeting for collaboration.

Third, a collaboration model should be introduced into the courses of the nursing and medical school curriculum, which would influence job atmosphere after graduation.

Fourth, nurses should have pride in their jobs as professionals and have confidence in their professional skill, knowledge and ability. Nurses should make an effort to share responsibility and have independence and autonomy.

Fifth, common people as well as doctors know little about professional practice and the role of nurses, so a publicity campaign is also required.

* Department of Nursing, College Medicine, Gyeong-Sang National University